

บทที่ 2

วรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้ได้ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องในประเด็นต่อไปนี้ องค์ประกอบของการวางแผนการจัดอัตรากำลังทางการพยาบาล การวางแผนกำลังคนและปัญหาการวางแผนกำลังคน โดยรายละเอียดแต่ละประเด็นมีดังนี้

1. องค์ประกอบของการวางแผนการจัดอัตรากำลังทางการพยาบาล

องค์การอนามัยโลก (WHO.,1978) ให้ความหมายของระบบบริการปฐมภูมิ หมายถึง บริการด่านแรกที่ประชาชนในระดับบุคคล ครอบครัว และชุมชน เข้ามาสัมผัสกับระบบบริการสาธารณสุขของประเทศ และให้จุดเน้นของบริการที่กว้างกว่าบริการทางการแพทย์ แต่รวมถึงการดูแลที่เกี่ยวกับสุขภาพโดยรวม ที่รวมทั้งปัจจัยทางด้านสังคม และการดูแลทั้งครอบครัว ชุมชน มิใช่เฉพาะรายบุคคล เป็นการดูแลในทุกด้านที่เกี่ยวข้องส่งเสริมและสนับสนุนให้เกิดสภาวะสุขภาพดีของประชาชน ระบบบริการปฐมภูมิในลักษณะของบทบาทที่เป็นกระบวนการให้บริการที่เป็นบริการด่านแรกที่เข้าถึงได้ง่าย (front-line care) ให้บริการอย่างต่อเนื่อง (ongoing care) บริการที่ผสมผสานเข้าใจความต้องการของ ผู้ใช้บริการ (comprehensive care) และเป็นหน่วยที่ประสานการบริการกับบริการเฉพาะทางอื่น หรือบริการทางสังคมอื่นที่เกี่ยวข้อง (co-ordinate care) (Starfield, 1992) ส่วนแนวคิดบริการระดับปฐมภูมิของโครงการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุขเป็นบริการด่านแรกที่ให้การดูแลสุขภาพแบบผสมผสานทางด้านบริการทั้ง 4 ด้าน คือ รักษา ส่งเสริม ป้องกัน มี การดูแลแบบองค์รวม (holistic care) และต่อเนื่อง (continuous care) เป็นการให้บริการโดยบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขที่ไม่ได้เน้นเทคโนโลยีขั้นสูง แต่จะให้ความสำคัญทางด้านสังคมและจิตวิทยา เป็นการผสมผสานบริการทางการแพทย์ และสาธารณสุข เป็นจุดเชื่อมต่อระหว่างระบบบริการสุขภาพกับประชาชน ใช้ประชาชนเป็นฐานในการจัดบริการ (community base service) (อารี วัลยะเสวี และคณะ, 2542) นอกจากนี้แนวคิดบริการระดับปฐมภูมิของกระทรวงสาธารณสุข หมายถึง การให้บริการที่สถานีอนามัยและโรงพยาบาลชุมชน ซึ่งกระทรวงสาธารณสุขกำหนดให้มีบทบาทด้านการรักษา ส่งเสริม ป้องกัน และฟื้นฟูสุขภาพ รวมทั้งสนับสนุนงานสาธารณสุขมูลฐาน บทบาทจะเน้นการคัดกรองปัญหาสุขภาพที่ไม่ซับซ้อน มิได้เน้นบริการดูแลอย่างต่อเนื่อง ซึ่งจุดนี้ถือเป็นความแตกต่างกับแนวคิดบริการระดับปฐมภูมิในต่างประเทศ

สำหรับบทบาทหลักของหน่วยบริการปฐมภูมิ

โครงการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข ได้กำหนดบทบาทโดยยึดถือความต้องการของประชาชนเป็นศูนย์กลางไว้ดังต่อไปนี้ (สุพัตรา ศรีวิณิชชากร, 2546)

1. ทำหน้าที่เป็นหน่วยงานที่รับผิดชอบดูแล สุขภาพของประชาชนอย่างต่อเนื่องร่วมกับประชาชน เพื่อให้ประชาชนมีสุขภาพดี รู้จักดูแลตัวเองได้อย่างเหมาะสม และเลือกใช้ระบบบริการสุขภาพได้อย่างมีคุณภาพที่พอดี (มีทั้งบทบาทที่เป็นการบริการ และมีใช้การบริการ)

2. ทำหน้าที่เป็นบริการด่านแรกที่ประชาชนเข้าถึงบริการได้สะดวก (front-line care) สามารถดูแลสุขภาพของประชาชนทุกกลุ่มอายุ และทุกกลุ่มโรคตามมาตรฐาน ให้บริการที่หลากหลายตามสภาพปัญหาสุขภาพที่สำคัญของประชาชน เป็นที่ปรึกษาด้านสุขภาพแก่ประชาชนก่อนที่จะไปรับบริการเฉพาะทางอื่นๆ

3. รับผิดชอบดูแลสุขภาพของประชาชนอย่างต่อเนื่อง (ongoing / longitudinal care) ตั้งแต่ก่อนป่วย ขณะป่วย และการฟื้นฟูสภาพ ตั้งแต่เกิดจนตาย รวมหมายถึงการมีความเข้าใจกันระหว่างผู้ให้บริการกับผู้รับบริการ / ประชาชนอย่างต่อเนื่อง

4. เป็นบริการที่ดูแลประชาชนอย่างผสมผสาน คำนึงถึงด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และเศรษฐกิจที่เกี่ยวข้อง (comprehensive care) ให้บริการที่ผสมผสานทุกด้านตามความจำเป็นของผู้รับบริการทั้งการสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาพยาบาล และฟื้นฟูสภาพ

5. ทำหน้าที่ส่งต่อและประสานเชื่อมต่อการบริการอื่นๆ ทั้งด้านการแพทย์ ด้านสังคม เมื่อจำเป็น รวมทั้งการเชื่อมต่อข้อมูลเพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดกับประชาชน (co-ordinate care)

ซึ่งวัตถุประสงค์สำคัญของการจัดอัตรากำลังทางการแพทย์ (กฤษดา แสงดี, 2545) มีดังนี้

1. เพื่อกำหนดปริมาณอัตรากำลังทางการแพทย์ในการดูแลผู้ป่วยหรือให้บริการสุขภาพอย่างเพียงพอเหมาะสมกับปริมาณงานแต่ละช่วงเวลา

2. เพื่อสรรหามูลากรทางการแพทย์ที่มีคุณสมบัติตามที่กำหนด สามารถใช้ความรู้ความสามารถ ความชำนาญได้อย่างเต็มที่ โดยจัดให้มีสัดส่วนผสมผสานอัตรากำลังของบุคลากรแต่ละระดับ ประเภทอย่างเหมาะสม (staff mixed or skill mixed team)

3. เพื่อจัดตารางการปฏิบัติงานให้สอดคล้องกับภาระกิจของหน่วยงานให้เหมาะสมกับความต้องการกำลังคนในแต่ละวัน

กระบวนการจัดอัตราค่าจ้างทางการแพทย์ ประกอบด้วยองค์ประกอบสำคัญ (กฤษดา แสวงดี, 2545) คือ

1. การวางแผนอัตราค่าจ้าง (planning) เป็นการคาดการณ์เกี่ยวกับปริมาณ ประเภท และคุณภาพหรือคุณสมบัติของบุคลากรที่ต้องการเพื่อตอบสนองต่อเป้าหมายขององค์กร แบ่งเป็น

1.1 แผนระยะยาว (long range plan) เพื่อเป็นการคาดการณ์เกี่ยวกับปริมาณของบุคลากรทางการแพทย์ กำหนดประเภท คุณภาพหรือคุณสมบัติของบุคลากรที่ต้องการเพื่อตอบสนองต่อเป้าหมายขององค์กร ในระยะยาว เช่น 3 ปี 5 ปี 10ปี การวางแผนระยะยาวอาจทำได้ 2 ระดับ คือระดับมหภาค (macro level) เป็นการคาดการณ์ด้านกำลังคนในภาพรวมของประเทศ ระดับเขต หรือระดับจังหวัด เป็นต้น ขึ้นอยู่กับขอบเขตความรับผิดชอบหน่วยงานที่วางแผน และระดับจุลภาค (micro level) เป็นการคาดการณ์ด้านกำลังคนในหน่วยงาน เช่น ระดับโรงพยาบาล หน่วยบริการ เป็นต้น

1.2 การวางแผนระยะสั้น เป็นการวางกำหนดอัตราค่าจ้างให้เพียงพอที่จะให้บริการในแต่ละวัน ตลอดทั้งปี ทั้งในภาวะปกติ จุกเงิน และการปฏิบัติงานทดแทนกรณีหยุดหรือลา รวมทั้งกำหนดแนวทางการปรับลด เพิ่มอัตราค่าจ้าง เป็นแผนที่มีระยะเวลาปฏิบัติการประมาณ 1 ปี เป็นแผนที่ค่อนข้างจะมีความแน่นอนและมีโอกาสของการบรรลุได้มาก แผนงานประจำปีงบประมาณเป็นตัวอย่างของแผนระยะสั้น

2. การจัดตารางการปฏิบัติงาน (scheduling) ตั้งอยู่บนพื้นฐานข้อมูลเกี่ยวกับปริมาณภาระงานในแต่ละช่วงเวลา เพื่อให้การใช้อัตราค่าจ้างมีประสิทธิภาพสูงสุด

3. การจัดสรรอัตราค่าจ้าง (staff allocation) มีวัตถุประสงค์เพื่อให้มีการกระจายของอัตราค่าจ้างที่หน่วยงานมีอยู่ให้เหมาะสมกับปริมาณงานในแต่ละช่วงเวลา รวมทั้งเพื่อจัดให้มีสัดส่วนผสมผสานอัตราค่าจ้างทางการแพทย์แต่ละประเภทให้เหมาะสมเพียงพอต่อการตอบสนองความต้องการการพยาบาล

หลักการและแนวคิดในการจัดอัตราค่าจ้างทางการแพทย์ แม้จะไม่ใช่อะไรใหม่ แต่เป็นสิ่งสำคัญอย่างยิ่งที่ผู้บริหารจะต้องให้ความสำคัญเพราะในอนาคตรูปแบบการบริหารการเงิน การคลัง (financial management) ของโรงพยาบาลจะเปลี่ยนไปโดยเน้นประสิทธิภาพและผลสัมฤทธิ์

จากการศึกษาเรื่องสถานการณ์กำลังคนของโรงพยาบาลชุมชน พ.ศ. 2541 ในภาพรวมโรงพยาบาลชุมชน มีกำลังคนเพิ่มขึ้นมากเมื่อเทียบกับในอดีต ทำให้โรงพยาบาลชุมชนมีศักยภาพสูงในเชิงของทรัพยากรมนุษย์ แต่มีปัญหาเหลือมล้าของประเภทและจำนวนกำลังคนสาขาต่าง ๆ ระหว่างโรงพยาบาลชุมชนขนาดพื้นที่ต่าง ๆ โดยโรงพยาบาลภาคอีสานมีกำลังคนเกือบทุกประเภท

ต่ำกว่าโรงพยาบาลชุมชนในภาคอื่น ในขณะที่ต้องรับผิดชอบประชากรสูงสุด ในอนาคตต้องบริหารกำลังคนอย่างรัดกุมเพื่อแก้ปัญหาการกระจายกำลังคนที่ไม่เหมาะสม รวมทั้งใช้มาตรการด้านการเงินการคลัง มาตรการส่งเสริมสนับสนุนอื่น ๆ ด้วย (อำพล จินดาวัฒนะ, พิณรุศร เหมพิสุทธิ์ และวงเดือน จินดาวัฒนะ, 2542)

องค์ประกอบของการวางแผนการจัดอัตรากำลังทางการพยาบาล หมายถึง องค์ประกอบต่างๆที่ใช้ในการวางแผนการจัดอัตรากำลังทางการพยาบาล ซึ่งเป็นแนวคิดหลักในการทำวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ศึกษาเอกสารที่เกี่ยวข้อง พบว่ามีองค์ประกอบที่สำคัญๆ ได้แก่ องค์ประกอบของการวางแผนการจัดอัตรากำลังทางการพยาบาลของแลงฟอร์ด (Langford, 1981) องค์ประกอบด้านการวางแผนกำลังคนของศิริวรรณ เสรีรัตน์ สมชาย หิรัญกิตติ และชวลิต ประภวานนท์ (ม.ป.ป.) และการจัดอัตรากำลังทางการพยาบาลของกองการพยาบาล สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข (2545) รายละเอียดดังนี้

1. องค์ประกอบของการวางแผนการจัดอัตรากำลังตามแนวคิดของแลงฟอร์ด (Langford)

การวางแผนการจัดอัตรากำลังการให้บริการพยาบาลมีความเกี่ยวข้องกับการบริหารบุคคล และตารางการปฏิบัติงาน โดยสมาคมพยาบาลของสหรัฐอเมริกา ได้ตีพิมพ์บทความ เรื่อง “ความต้องการอัตรากำลังพยาบาลในการให้บริการผู้ป่วยใน” และได้หยิบยกประเด็นของคำตอบแทนในการให้บริการพยาบาลซึ่งไม่มีสูตร หรือตัวเลขที่แน่นอนตายตัว แต่ควรมีกรอบวิธีคิดเช่นเดียวกับแนวทางการดูแลผู้ป่วยในโดยทั่วไป และได้ให้ข้อเสนอแนะว่า ผู้บริหารด้านบริการพยาบาลควรมีการพัฒนาการบริหารบุคคลในแผนกนั้นๆ บทความนี้ยังได้อธิบายถึงองค์ประกอบที่จำเป็นในการวางแผนการบริหารบุคคลของแผนกผู้ป่วยในขององค์ประกอบที่สำคัญและจำเป็นดังกล่าวมี 10 องค์ประกอบ คือ

1. การกำหนดพันธกิจ ปรัชญา วัตถุประสงค์ของการให้บริการพยาบาล
2. การกำหนดพันธกิจ ปรัชญา วัตถุประสงค์ของการจัดอัตรากำลังพยาบาล
3. ข้อบ่งชี้เกี่ยวกับข้อมูลพื้นฐานของการจัดอัตรากำลังพยาบาล
4. มีการระบุหลักการเหตุผลของการใช้วิธีการจัดอัตรากำลังพยาบาลวิชาชีพใน

ปัจจุบัน

5. มีนโยบายและวิธีการปฏิบัติสำหรับการออกแบบอัตรากำลัง
6. มีแบบแผนของการจัดอัตรากำลังทางการพยาบาลของแต่ละหน่วยงาน
7. มีมาตรฐานการปฏิบัติของพยาบาล วิชาชีพที่ปฏิบัติงาน
8. มีการวางแผนทดแทนอัตรากำลังพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงาน
9. มีโปรแกรมประกันคุณภาพกำลังคนด้านพยาบาลวิชาชีพ

10. มีแผนสำหรับประเมินอัตรากำลังพยาบาลวิชาชีพ

จากแนวคิดองค์ประกอบสำคัญของการวางแผนการจัดอัตรากำลังทางการพยาบาล
สิ่งแรกที่ต้องทำในการวางแผนการจัดอัตรากำลัง คือ

1. การกำหนดพันธกิจ ปรัชญา วัตถุประสงค์ของการให้บริการพยาบาล การมีพันธกิจเป็นการบ่งบอกถึงเป้าหมายหรือเจตนารมณ์ในระยะยาวขององค์กร เป็นการเตรียมการสำหรับปัญหาในอนาคต เป้าหมายระยะยาวนี้อาจจะมีการเปลี่ยนแปลงได้บ้างตามความเหมาะสม แต่ไม่ควรมีการเปลี่ยนแปลงบ่อยๆ จนขาดความแน่นอนของเป้าหมายระยะยาว และทำเป็นลายลักษณ์อักษรมีการสื่อสารให้ผู้ปฏิบัติเข้าใจชัดเจน การมีพันธกิจจะทำให้ทุกคนสามารถวางแผนสำหรับอนาคตได้สอดคล้องกัน และเกี่ยวพันกันและกัน พันธกิจก็คือภาระกิจหน้าที่ๆจะต้องปฏิบัติ เพื่อให้บรรลุตามวัตถุประสงค์นั้นๆ (อนุวัฒน์ ศุภชุตินุกูล และคณะ, 2542) การกำหนดวัตถุประสงค์ก็เป็นขั้นตอนสำคัญในการวางแผน โดยต้องสอดคล้องกับนโยบาย สามารถปฏิบัติได้วัดได้ มีการกำหนดเวลาที่แน่นอนที่จะบรรลุถึง มีความชัดเจน เข้าใจง่าย มีขอบเขตหรือกลุ่มเป้าหมาย (กฤษดา แสงวงดี, 2545 ; สิทธิศักดิ์ พฤษชัยดิกุล, 2544) การวางแผนกำลังคนเป็นส่วนสำคัญอย่างหนึ่งในการจัดทรัพยากรบุคคล แบบที่เรียกว่า ทำงานมีแผน มิใช่การแก้ปัญหาเฉพาะหน้า สมกับที่คนเป็นทรัพยากรที่สำคัญและเป็นปัจจัยละเอียดอ่อน แผนกำลังคนจะมีส่วนเพิ่มความพร้อมในการทำงานให้บรรลุวัตถุประสงค์ขององค์กร ในขณะที่เดียวกันก็จะเป็นประโยชน์ต่อบุคคลในแง่ทำให้คนทำงานพอรู้แนวการพัฒนาของตนและบันไดความก้าวหน้าของตน (เพ็ญศรี วายวานนท์, 2537) นอกจากนี้วัตถุประสงค์ที่สำคัญของการวางแผน ก็เพื่อกำหนดทิศทางของการดำเนินกิจกรรมที่ต้องกระทำ ให้ทุกคนที่เกี่ยวข้องทราบ ทำให้ผู้ปฏิบัติหรือผู้ที่เกี่ยวข้องกับแผน สามารถจินตนาการถึงผลสำเร็จหรือเป้าหมายของแผนด้วยโมภาพเดียวกัน อีกทั้งมีแนวทางปฏิบัติที่สอดคล้องกัน ทำให้ผู้เกี่ยวข้องทุกคนทราบและเข้าใจบทบาทหน้าที่ของตนว่าจะต้องกระทำอย่างไรที่ให้แก่แผนนั้นบรรลุเป้าหมาย และยังทำให้เกิดความร่วมมือในการดำเนินกิจกรรมต่างๆร่วมกัน โดยมีจุดมุ่งหมายเดียวกันและก่อให้เกิดการปฏิบัติงานในลักษณะของทีมงาน หากขาดการวางแผนที่ดีจะทำให้แต่ละหน่วยงานปฏิบัติงานโดยมีเป้าหมายเฉพาะของตน ละเลยต่อการพิจารณาเป้าหมายที่เป็นองค์รวมขององค์กร และเพื่อขจัดหรือลดผลกระทบของการเปลี่ยนแปลงที่อาจเกิดขึ้น เพื่อลดความสูญเสียจากความผิดพลาด (สมบัติ ชำรงธัญวงศ์, 2546) ในการกำหนดแผนกำลังคนที่ต้องการจะต้องมีทั้งปริมาณและคุณภาพ และตำแหน่ง (กฤษดา แสงวงดี, 2545 ; สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ, 2542)

2. การกำหนดพันธกิจ ปรัชญา วัตถุประสงค์ของการจัดอัตรากำลังในการให้บริการพยาบาล เพื่อให้ผู้บริหารสามารถคัดเลือกบุคคลต่างๆได้เหมาะสมตามคุณสมบัติที่ต้องการในแต่ละงาน (put the right man in the right job) (พะยอม วงศ์สารศรี, 2533) ในการจัดอัตรากำลังทางการ

พยาบาล ความเชื่อพื้นฐานงานบริการพยาบาลเป็นงานที่ทำกับมนุษย์โดยตรง เพราะฉะนั้นความเพียงพอทั้งปริมาณและคุณภาพของบุคลากรทางการพยาบาลถือ เป็นสิ่งสำคัญที่จะนำไปสู่การบริการที่มีคุณภาพ ถือเป็นหน้าที่ความรับผิดชอบของ ผู้บริหารทางการพยาบาลทุกระดับที่ต้องดำเนินการให้มีเพียงพอ การจัดอัตรากำลังสอดคล้องกับเจตนารมณ์ และตอบสนองต่อพันธกิจปรัชญา วัตถุประสงค์ (กองการพยาบาลสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2545) และมีการสื่อสารให้ผู้ปฏิบัติเข้าใจชัดเจน มีการกำหนดปรัชญาด้านกำลังคนอย่างมีส่วนร่วมของบุคลากร

ในการจัดอัตรากำลังทางการพยาบาล มีขั้นตอนกระบวนการการดำเนินงานเป็นระบบบนพื้นฐานการมีข้อมูลปัจจัยนำเข้าครบถ้วน เพียงพอ เชื่อถือได้ ซึ่งผู้บริหารทางการพยาบาลจะต้องดำเนินการจัดหา ในทางปฏิบัติการจัดอัตรากำลังทางการพยาบาลให้มีประสิทธิภาพ เป็นเรื่องยุ่งยากซับซ้อน แม้ว่าปรัชญา นโยบาย วัตถุประสงค์ของกลุ่มงานจะชี้แนะทิศทางการจัดอัตรากำลังแล้วก็ตาม หากยังมีปัจจัยอื่นมากมายที่เกี่ยวข้อง และมีผลต่อการจัดอัตรากำลัง ปัจจัยต่าง ๆ เหล่านี้ประกอบด้วย

2.1 ปัจจัยที่เกี่ยวกับองค์กรพยาบาล ได้แก่ วัตถุประสงค์ของการดูแลผู้ป่วย การจัดบริการ การพยาบาลที่ให้แก่ผู้ป่วย บรรยากาศขององค์กร พฤติกรรมกลุ่มบุคคล การสนับสนุนของผู้บริหาร (ยุพดี โสคติพันธ์, 2539) ตลอดจนหน้าที่รับผิดชอบของกลุ่มงานการพยาบาลแผนการพยาบาล รวมถึงระบบการมอบหมายงาน บริการศึกษาและบริการอื่น ๆ แก่บุคลากรพยาบาลและหน่วยงานที่สนับสนุนการบริหารการพยาบาล

2.2 ปัจจัยที่เกี่ยวกับการบริการสุขภาพ (หรือโรงพยาบาล) ได้แก่ งบประมาณ นโยบายบุคลากร หน่วยงานที่ช่วยเหลือสนับสนุนภายในและนอกองค์กร ตลอดจนสถานที่โครงสร้างทางกายภาพของโรงพยาบาลและสิ่งอำนวยความสะดวกอุปกรณ์ เครื่องมือเครื่องใช้ต่างๆ

2.3 ปัจจัยที่เกี่ยวกับผู้ป่วย ได้แก่ ความต้องการการพยาบาล ประเภทผู้ป่วย ความรุนแรงของการเจ็บป่วย จำนวนผู้ป่วยในแต่ละช่วงเวลา ตลอดจนความคาดหวังของผู้ป่วยต่อบริการที่ได้รับและปัจจัยทางเศรษฐกิจและสังคมที่มีผลต่อความต้องการด้านสุขภาพ

2.4 ปัจจัยที่เกี่ยวกับบุคลากร ได้แก่ หน้าที่ความรับผิดชอบ การศึกษาและประสบการณ์ของบุคลากรระดับต่าง ๆ ความคาดหวังจากองค์กร และความต้องการบุคลากรของชุมชนนั้น

2.5 ปัจจัยอื่นๆ นอกองค์กร ได้แก่ บุคลากรพยาบาลประเภทต่าง ๆ รูปแบบการประสานงานกับหน่วยบริการสุขภาพของชุมชนปัจจัยเหล่านี้เป็นสิ่งที่ผู้บริหารการพยาบาลจะต้องนำมาพิจารณาในการวางแผน เพื่อให้บรรลุเป้าหมาย

3. ข้อบ่งชี้เกี่ยวกับข้อมูลพื้นฐานของการจัดอัตรากำลังพยาบาล ซึ่งควรจะมีข้อมูล การศึกษาและการฝึกอบรม ทักษะและประสบการณ์ ความชำนาญ ความสามารถพิเศษ ตำแหน่ง งาน ช่วงเวลาของการปฏิบัติงาน การลาออก อาจมีข้อมูลงบประมาณ ด้านเงินเดือน ค่าดำเนินการ เป็นต้นประเมินผลงาน แผนความก้าวหน้าในงานอาชีพ (ศิริวรรณ เสรีรัตน์, สมชาย หิรัญกิตติ และ ชวลิต ประภวานนท์, ม.ป.ป.; เพ็ญศรี วายวานนท์, 2537) ในเรื่องการพัฒนาศักยภาพบุคลากรผู้ให้ บริการมีความจำเป็นและต้องดำเนินการด้วยรูปแบบต่างๆอย่างต่อเนื่อง เช่น การสนับสนุนให้เรียนรู้ด้วยตนเอง / พัฒนาคณะเอง (self learning / self development) การจัดการฝึกอบรมโดยหน่วยงาน การศึกษาคุณ การฝึกทักษะ ประสบการณ์ และอื่นๆ ตามผลการประเมินความต้องการที่จำเป็น (need assessment) ของแต่ละบุคคลหรือกลุ่มที่เกี่ยวข้อง (กองการพยาบาลสำนักงานปลัดกระทรวง สาธารณสุข, 2545) กองสาธารณสุขภูมิภาค ได้กำหนดแนวทางการจัดอัตรากำลังคนในการให้ บริการในหน่วยบริการปฐมภูมิ โดยยึดประชากรที่ต้องดูแลและจัดอัตรากำลังแพทย์ พยาบาล และ อื่นๆ ดังตาราง 1

ตาราง 1 แนวทางการจัดอัตรากำลังบริการปฐมภูมิในโรงพยาบาลและนอกโรงพยาบาลปีแรก

ประเด็น	หน่วยบริการปฐมภูมิ ในโรงพยาบาล 1 หน่วย	หน่วยบริการปฐมภูมิ นอกโรงพยาบาล 1 หน่วย
- ดูแลประชาชนขึ้น ทะเบียน - จำนวนอัตรากำลังของ บุคลากร	- ไม่เกิน 30,000 คนต่อหน่วย - แพทย์ 3 คน - พยาบาลวิชาชีพอย่างน้อย 2-6 คน - พยาบาลเทคนิค/เจ้าหน้าที่ สาธารณสุขอย่างน้อย 6-9 คน - อาจมีเจ้าหน้าที่สนับสนุนอื่น ๆ เช่น การเงิน จพง.เภสัช จนท. เวชสถิติ ในกรณีที่มีจะทำให้สามารถ ลดจำนวนพยาบาลลงได้ - ทัศนแพทย์ 1 คน ในกรณีที่ทัศน- แพทย์ไม่เพียงพอ อาจใช้ทันตภิบาล ทำงานแทน แต่อยู่ภายใต้การดูแลของ ทัศนแพทย์ในอัตราส่วน 1:40,000	- ไม่เกิน 10,000 คน/หน่วยบริการ - แพทย์ 1 คน - พยาบาลวิชาชีพอย่างน้อย 1-2 คน - พยาบาลเทคนิค/เจ้าหน้าที่สาธารณสุข อย่างน้อย 4-6 คน - อาจมีเจ้าหน้าที่สนับสนุนอื่นๆ เช่น การเงิน จพง.เภสัช จนท. เวชสถิติ ในกรณีที่มีจะทำให้สามารถ ลดจำนวนพยาบาลลงได้ - ทัศนแพทย์ หรือทันตภิบาล 1 คน หรือ จัดให้มีบริการทันตกรรมในเครือข่าย ที่ให้บริการได้เป็นประจำอย่างน้อย ทุกวันราชการ

ประเด็น	หน่วยบริการปฐมภูมิ ในโรงพยาบาล 1 หน่วย	หน่วยบริการปฐมภูมิ นอกโรงพยาบาล 1 หน่วย
	- ทีมบุคลากรเหล่านี้อย่างน้อย 3 ใน 4 ต้องดูแลประชากรที่ขึ้นทะเบียนเป็นการประจำรับผิดชอบต่อเนื่อง และรู้ว่าประชาชนที่ขึ้นทะเบียนเป็นใครอยู่ที่ไหนและมีระบบติดตามที่สามารถติดต่อได้เมื่อต้องการ	- ทีมบุคลากรเหล่านี้อย่างน้อย 3 ใน 4 ต้องดูแลประชากรที่ขึ้นทะเบียนเป็นการประจำ รับผิดชอบต่อเนื่อง และรู้ว่าประชาชนที่ขึ้นทะเบียนเป็นใครอยู่ที่ไหน และมีระบบติดตามที่สามารถติดต่อได้เมื่อต้องการ

ที่มา : จากคู่มือแนวทางการตรวจขึ้นทะเบียนหน่วยบริการปฐมภูมิคู่สัญญา, กองสาธารณสุข
ภูมิภาค, 2544

การจัดสรรอัตรากำลังพยาบาลเพื่อสนับสนุนงานบริการพยาบาลระดับปฐมภูมิ ความเป็นไปได้ของการจัดสรรอัตรากำลังคือ การเกลี่ยพยาบาลวิชาชีพจากโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป หรือโรงพยาบาลชุมชน ซึ่งเป็นหน่วยบริการคู่สัญญาโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า โดยจัดอัตรากำลังพยาบาลวิชาชีพทำงานเต็มเวลาในสัดส่วน พยาบาลวิชาชีพต่อประชากรเท่ากับ 1 : 5,000 (กองสาธารณสุขภูมิภาค, 2544) และจัดอัตรากำลังเสริมในลักษณะนอกเวลา (part time หรือ overtime) ในกรณีที่มีภาระงาน (workload) เพิ่มขึ้น ซึ่งผู้ที่ปฏิบัติงานเต็มเวลาจะมีโอกาสสร้างสัมพันธภาพ สร้างความต่อเนื่องในบริการ เชื้อถือ และศรัทธา ซึ่งเป็นหัวใจของหน่วยบริการปฐมภูมิที่ว่า “ใกล้บ้าน ใกล้ใจ” สำหรับข้อด้อยหากไม่มีแรงจูงใจด้านขวัญ กำลังใจ และคุณภาพตลอดจนความมั่นคงก้าวหน้าในชีวิตการทำงาน จะไม่สามารถธำรงรักษาบุคลากรกลุ่มนี้ไว้ในระบบบริการได้ (กิดชนก อนุชาญ, 2546)

การจัดอัตรากำลังพยาบาลจากโรงพยาบาลระดับทุติยภูมิ และตติยภูมิเพื่อสนับสนุนหน่วยบริการปฐมภูมิ ผู้บริหารการพยาบาลจะต้องดำเนินการให้มีความสมดุลของอัตรากำลังพยาบาลในโรงพยาบาล เพื่อที่จะเป็นหลักประกันว่าจะมีบุคลากรที่มีความรู้ ความสามารถ (ยุพดี โสคติพันธุ์, 2539) ความเหมาะสม และปริมาณเพียงพอต่อการดูแลผู้ป่วยในโรงพยาบาล ที่มีความซับซ้อนของปัญหาความเจ็บป่วย และความต้องการการรักษาพยาบาล เพื่อให้เกิดคุณภาพมาตรฐานที่กำหนดก่อน แล้วจึงพิจารณาจัดสรรอัตรากำลังจากหน่วยงานบริการที่มีภาระงานน้อยกว่าไปปฏิบัติงานหน่วยบริการปฐมภูมิต่อไป

จากการศึกษาแนวทางการจัดกำลังคน พบว่าส่วนใหญ่มีแนวทางการจัดกำลังคนคล้ายคลึงกัน (เทียนฉาย กิรินันท์, 2537 ; สถาบันพระบรมราชชนก สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข

และสำนักนโยบายและแผนสาธารณสุข, 2540 ; อำนวยการ จินดาวัฒน์และคณะ, 2540 และปิติ พูนไชยศรี, 2546) ดังตาราง 2

ตาราง 2 แนวทางการจัดกำลังคนตามแนวคิดต่างๆ

เทียนฉาย กิระนันท์ (2537)	สถาบันพระบรมราชชนก สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข และสำนักนโยบายและ แผนสาธารณสุข(2540)	อำนวยการจินดาวัฒน์และคณะ (2540)	ปิติ พูนไชยศรี (2546)
1. อัตราส่วนต่อ ประชากร	1. อัตราส่วนต่อประชากร	1. อัตราส่วนของบุคลากร ต่อประชากร	1. อัตราส่วนต่อ ประชากร
2. ความต้องการ บริการ	2. ความต้องการใช้ บริการ	2. ความต้องการด้าน บริการสุขภาพ	2. ความต้องการใช้ บริการด้านสุขภาพ
3. ภาระงาน	3. เป้าหมายการพัฒนา ระบบบริการ	3. เป้าหมายการพัฒนา ระบบบริการ	3. ปริมาณงานการให้ บริการของหน่วย งาน
	4. ความจำเป็นด้านสุข ภาพ		

จากการสังเคราะห์บทบาทวิชาชีพและโครงสร้างระบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ กรณีศึกษาจังหวัดขอนแก่น พบว่า ปัญหาที่เกิดขึ้นในระยะเปลี่ยนผ่านนั้นมีความแตกต่างกันตาม โครงสร้างของหน่วยบริการปฐมภูมิ คือ การปฏิบัติหน้าที่ในชุมชนไม่ชัดเจน ระบบการทำงาน ข้ำซ้อนกับระบบปกติ กรอบอัตรากำลังไม่เพียงพอต่อจำนวนประชากรในพื้นที่ การบริหารงาน ตามแนวคิดที่ไม่ชัดเจนทำให้ผู้ปฏิบัติงานลำบาก ขาดความต่อเนื่องในการทำงาน มีการปรับเปลี่ยนนโยบายตามการเมือง ขาดการปรับเปลี่ยนกระบวนการทัศนในการให้บริการแบบใหม่อย่างต่อเนื่อง (หทัยชนก บัวเจริญ และ ขนิษฐา นันทบุตร, 2545)

จากการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างภูมิหลังของบุคคล คุณลักษณะส่วนบุคคล และ สภาพแวดล้อมในหน่วยงานกับสมรรถนะของหัวหน้าฝ่ายการพยาบาล ตามการรับรู้ของตนเอง โรงพยาบาลชุมชนสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ผลการวิจัยพบว่า หัวหน้าฝ่ายการพยาบาลมี สมรรถนะโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง โดยมีสมรรถนะด้านภาวะผู้นำ สมรรถนะด้านการปฏิบัติการพยาบาล และสมรรถนะด้านการฝึกอบรมอยู่ในระดับสูง ส่วนสมรรถนะด้านการบริหารงาน สมรรถนะด้านการตลาด สมรรถนะด้านการสนับสนุนงานการสาธารณสุขมูลฐาน สมรรถนะด้าน

การใช้เทคโนโลยีทันสมัยอยู่ในระดับปานกลาง และสมรรถนะด้านวิชาการและการวิจัยอยู่ในระดับต่ำ ภูมิหลังของบุคคลด้านอายุ ประสบการณ์ในการทำงาน ประสบการณ์ในตำแหน่งและประสบการณ์ในการศึกษาอบรมเฉพาะตำแหน่ง ไม่มีความสัมพันธ์กับสมรรถนะโดยรวมของหัวหน้าฝ่ายการพยาบาล ภูมิหลังของบุคคลด้านระดับการศึกษามีความสัมพันธ์กับสมรรถนะโดยรวมของหัวหน้าฝ่ายการพยาบาลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (สุพรรณิ วงคำจันทร์, 2543)

ส่วนการใช้ระบบการจำแนกประเภทผู้ป่วยในการจัดอัตรากำลังบุคลากรพยาบาล โรงพยาบาลแพร่ ผลการวิจัยพบว่า จำนวนผู้ป่วยเฉลี่ยต่อวันมีผู้ป่วยประเภท 2 (ผู้ป่วยที่ต้องการการช่วยเหลือดูแลปานกลาง) มากที่สุดคือ 8.29 ราย และมีผู้ป่วยประเภท 4 (ผู้ป่วยที่สามารถดูแลตนเองได้) น้อยที่สุดคือ 4.02 ราย บุคลากรพยาบาลใช้เวลาในการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลโดยตรงแก่ผู้ป่วยประเภทวิกฤตเฉลี่ยต่อรายมากที่สุดคือ 41.33 นาที และน้อยที่สุดในประเภท 3 (ผู้ป่วยที่ต้องการการช่วยเหลือดูแลเล็กน้อย) คือ 8.07 นาที บุคลากรพยาบาลใช้เวลาในการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลโดยอ้อมเฉลี่ย 243.99 นาทีต่อเวร หอผู้ป่วยหนักมีปริมาณงานการพยาบาลของบุคลากรพยาบาลมากที่สุดคือ 7,490.2 นาที และมีความต้องการบุคลากรพยาบาลต่อวัน 17.83 คน ปริมาณเวลาที่บุคลากรพยาบาลใช้ในการปฏิบัติกิจกรรมแก่ผู้ป่วยแต่ละประเภทแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระดับ 0.01 (ผ่านศรี วัฒนสมบัติ, 2544)

ในการศึกษารายงานวิจัยที่ใช้ meta-analysis เกี่ยวกับประสิทธิผลด้านการให้บริการปฐมภูมิของพยาบาลเวชปฏิบัติในประเทศที่พัฒนาแล้ว เช่น ยุโรป อเมริกา ออสเตรเลีย แอฟริกาใต้ ญี่ปุ่น พบว่า พยาบาลสามารถให้บริการได้พอ ๆ กับแพทย์ กล่าวคือ ไม่มีความแตกต่างกันในเรื่อง การอธิบาย การให้คำปรึกษา การส่งต่อ และสถานะทางด้านสุขภาพ (prescriptions, return consultation, referral และ health status) แต่พยาบาลมีจุดที่เด่นกว่าคือ มีเวลาตรวจและพูดคุย (consultations) นานกว่าแพทย์ และผู้ป่วยมีความพึงพอใจในการตรวจรักษาที่พยาบาลมากกว่า ผลการศึกษายืนยันว่าหากมีการฝึกอบรมและการจัดการที่เหมาะสม พยาบาลสามารถให้การดูแลสุขภาพระดับปฐมภูมิได้อย่างมีคุณภาพเท่าเทียมกับแพทย์ได้ ท่ามกลางปัญหาการขาดแคลนแพทย์ปฐมภูมิ พยาบาลก็ยังคงเป็นตัวจักรสำคัญในการให้บริการสุขภาพปฐมภูมิต่อไปอีกนับ 10 ปีข้างหน้า แม้ว่าในอนาคตจะมีการผลิตแพทย์ปฐมภูมิ เช่น แพทย์เวชปฏิบัติครอบครัวมากขึ้น (สุรเกียรติ์ อาชานานุกาญ, 2545) ส่วนการศึกษายาทบาทของพยาบาลวิชาชีพพยาบาลวิชาชีพที่มีต่อผลการปฏิบัติงานของสถานอนามัย ผลการวิจัยพบว่า ความพึงพอใจของผู้รับบริการส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง สถานอนามัยที่มีพยาบาลวิชาชีพมีคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจของผู้รับบริการสูงกว่าสถานอนามัยที่ไม่มีพยาบาลวิชาชีพ ในด้านผู้ให้บริการและระบบบริการคะแนนเฉลี่ยไม่แตกต่าง

กัน (มรุต จิรเศรษฐสิริ, 2545) ดังนั้นคณะกรรมการจัดอัตราค่าจ้างจึงจำเป็นต้องมีการวางแผนเกี่ยวกับองค์ประกอบการวางแผนการจัดอัตราค่าจ้างคนในการให้บริการหน่วยบริการปฐมภูมิให้มีอย่างเพียงพอทั้งปริมาณและคุณภาพตลอดจนสภาพของปัญหาแต่ละท้องถิ่น

4. มีการระบุหลักการเหตุผลของการใช้วิธีการจัดอัตราค่าจ้างพยาบาลวิชาชีพในปัจจุบัน มีการจัดโดยกองการพยาบาล สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข (2545) มีดังนี้

4.1 การคำนวณปริมาณอัตราค่าจ้างที่ต้องการให้ใช้จำนวนชั่วโมงการพยาบาลของผู้ป่วย (nursing care hour per patient day) เป็นเกณฑ์ ผู้ป่วยนอก 31 นาที / ราย

4.2 จำนวนปริมาณภาระงานเพื่อคาดการณ์อัตราค่าจ้างของหน่วยบริการปฐมภูมิที่ควรจะเป็น

- ประชากรในความรับผิดชอบ 10,000 คน
- อัตราให้บริการแบบผู้ป่วยนอกเฉลี่ย 2.876 ครั้ง / คน / ปี
- เวลาให้บริการเฉลี่ย 31 นาที / ครั้ง

$$\text{รวมชั่วโมงความต้องการบริการ} = 10,000 \times 2.876 \frac{31}{60} = 14,859.33 \text{ ชั่วโมง / ปี}$$

อัตราค่าจ้างที่ต้องการสำหรับการดูแลโดยตรง

$$= \frac{\text{จำนวนชั่วโมงความต้องการบริการ / ปี}}{85\% \text{ ผลผลิตของหน่วยงาน} \times \text{จำนวนชั่วโมงการทำงานบุคลากร 1 คนใน 1 ปี}}$$

$$= \frac{14,859.33}{85\% \times 2,080} = 8.40 \text{ ความเทียบเท่าพนักงานประจำ (FTE)}$$

อัตราค่าจ้างที่ต้องการสำหรับการบริหารจัดการ การทำกิจกรรมเพื่อสนับสนุนบริการ ซึ่งตามมาตรฐานกำหนดให้มีชั่วโมงการทำงาน 4 ชั่วโมงต่อสัปดาห์ หรือเท่ากับ 0.13 FTE (คำนวณจาก 4 / 30 ชั่วโมงที่ได้งานต่อสัปดาห์)

อัตราค่าจ้างรวมที่ต้องการสำหรับหน่วยบริการปฐมภูมิที่รับผิดชอบดูแลประชากร 10,000 คน จึงมีค่าเท่ากับ

$$\frac{\text{อัตราค่าจ้างสำหรับการดูแลโดยตรง} + \text{อัตราค่าจ้างสำหรับการสนับสนุนบริการ}}{\text{จำนวนบุคลากรที่ต้องมีเพื่อให้บริการในศูนย์สุขภาพชุมชนในแต่ละวัน}}$$

คำนวณจาก

$$= 8.40 + 0.13 = 8.53 \text{ FTE}$$

$$= \frac{8.53 \text{ FTE} \times 2,080}{365 \text{ วัน} \times 7 \text{ ชม.ทำงานต่อวัน}} = 8.53 \text{ FTE} \times 2,080 \text{ ชม./ปี} = 6.9$$

การกระจายกำลัง 6 ถึง 7 คนต่อวัน ให้สามารถปฏิบัติงานบริการได้ครอบคลุมชั่วโมงบริการ อย่างน้อย 56 ชั่วโมงต่อสัปดาห์ และอยู่เวรนอกเวลาราชการ เพื่อให้บริการหรือดูแลภาวะฉุกเฉินได้ครอบคลุม 24 ชั่วโมง โดยชดเชยวันหยุดหรือจ่ายค่าตอบแทน ล่วงเวลา หรือค่าตอบแทนการปฏิบัติงานยามวิกาล สำหรับผู้อยู่เวรโดยมีหลักการในการกระจายกำลังคน ดังนี้กระจายกำลังคนโดยคำนึงถึงปริมาณงานในแต่ละวัน หรือแต่ละช่วงเวลา เช่น เฉลี่ยมีคนทำงานวันละ 5 คน ครบทั้ง 7 วัน ต่อสัปดาห์ แต่มีปริมาณงานมากในวันจันทร์ พุธ และศุกร์ ก็อาจกระจายกำลังคนจากวันเสาร์และอาทิตย์มาเสริมในวันที่มีปริมาณงานมาก นอกจากนี้แล้วจะต้องคำนึงถึงสภาพปัญหาของแต่ละพื้นที่ด้วย

4.3 เพื่อกำหนดปริมาณอัตรากำลังให้มีบุคลากรทางการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยหรือให้บริการสุขภาพ / บริการพยาบาลอย่างเพียงพอ เหมาะสม และสอดคล้องกับปริมาณภาระงานในแต่ละช่วงเวลาตลอด 24 ชั่วโมง จากการศึกษาการจัดอัตรากำลังตามภาระงานของกลุ่มงานพยาบาลพบว่า ผู้ปฏิบัติงานมีความพึงพอใจกับการกระจายอัตรากำลังตามภาระงาน เป็นผลให้บรรยากาศในการทำงานของหน่วยงานดีขึ้น พยาบาลไม่เหนื่อยล้ามากเกินไป ทำให้คุณภาพบริการมีมาตรฐาน และผู้ใช้บริการมีความพึงพอใจในบริการที่ได้รับ (สุคนธ์ แก้วอ่อน และคณะ, 2547)

4.4 จัดให้มีสัดส่วนการผสมผสานอัตรากำลังของบุคลากรทางการพยาบาลแต่ละระดับ / ประเภท (staff mixed) อย่างเหมาะสม ใน การให้บริการที่มีคุณภาพภายใต้ขอบเขตค่าใช้จ่ายด้านกำลังคนที่เหมาะสม

4.5 เพื่อออกแบบจัดตารางเวลาการปฏิบัติงานของบุคลากรทางการพยาบาล ให้สอดคล้องกับภารกิจหน่วยงาน ปัญหา และความต้องการของชุมชน คำนึงถึงคุณภาพชีวิตการทำงาน ขวัญและกำลังใจผู้ปฏิบัติงาน

การจัดอัตรากำลังมีความเป็นพลวัต มีการปรับเปลี่ยนแบบแผนการจัด และกระจายอัตรากำลังได้ตลอดเวลา เพื่อให้สามารถตอบสนองความต้องการการดูแล หรือบริการสุขภาพได้อย่างเหมาะสม เพราะงานบริการสุขภาพประกอบด้วย ลักษณะงานที่บูรณาการ ผสมผสานกัน 3 ลักษณะ คือ 1) ลักษณะงานเชิงวิชาชีพ (professional role) 2) ลักษณะงานเชิงเทคนิค (technical role) และ 3) ลักษณะงานปฏิบัติการ (labors role) ซึ่งผู้บริหารควรจะต้องคำนึงถึงความสอดคล้องและความสมดุลของลักษณะงานที่บูรณาการ

ซึ่งในการบริหารทรัพยากรบุคคล จะมีระบบและพื้นฐานทุกขั้นตอนในกระบวนการบริหารทรัพยากรบุคคลขององค์กร ระบบนี้ก็คือ ระบบคุณธรรม (merit system) เป็นที่ยอมรับและถือเป็นหลักปฏิบัติอันประกอบด้วย 1) หลักความสามารถ (competence) หมายถึงการหาคนที่

ความรู้ ให้ตรงกับความต้องการของตำแหน่งที่มีอยู่ (หรือว่างอยู่) หรือหากจะมีการแต่งตั้งพนักงานระดับบริหารหรือผู้จัดการ จะพิจารณาจากผลการปฏิบัติงาน ซึ่ดความสามารถ หรือศักยภาพของการบริหารงานในอนาคต เป็นต้น 2) หลักความเสมอภาคในโอกาส (equality) คือเปิดโอกาสให้พนักงานทุกคนที่มีคุณสมบัติและพื้นฐานความรู้ตรงตามที่กำหนดไว้ มีสิทธิได้รับโอกาสต่างๆตามท้องที่หรือหน่วยงานเปิดให้พนักงานทุกคน พนักงานทุกคนจะได้รับการปฏิบัติอย่างเสมอหน้ากัน ด้วยระเบียบและมาตรฐานในการบริหารทรัพยากรบุคคลอย่างเดียวกันไม่ว่าจะเป็นเรื่องอะไรก็ตาม เช่น การบรรจุแต่งตั้ง การปูนบำเหน็จความชอบ การดำเนินการด้านวินัย เป็นต้น 3) หลักความมั่นคงในอาชีพการงาน (security) ใช้หลักการดึงดูด (attract) คนที่มีความรู้ ความสามารถให้เข้ามาทำงาน การรักษา (retention) รักษาคนหรือพนักงานเหล่านั้นให้อยู่กับองค์กร เพราะมีความก้าวหน้ามั่นคง การจูงใจ (motivate) การจูงใจให้พนักงานมีความมุ่งมั่นในอาชีพที่ทำ การพัฒนา (develop) เป็นการพัฒนาให้พนักงานก้าวหน้าอย่างเต็มความสามารถ 4) หลักความเป็นกลาง (political neutrality) คือไม่มีการสนใจว่าพนักงานผู้นั้นจะเป็นลูกหรือญาติของผู้บริหารคนไหน หลานใคร จะขอให้ช่วยขอให้ลดหย่อนหลักเกณฑ์ ต้องหลีกเลี่ยงทุกวิถีทาง (दनัย เทียนพุด, 2539 ; นิตยา ศรีญาณลักษณ์, 2545) และในการจัดอัตรากำลังใช้วิธีการโดยคิออัตราส่วนต่อประชากร ความต้องการใช้บริการ เป้าหมายการพัฒนาบริการ ความจำเป็นด้านสุขภาพ ภาระงาน (เทียนฉาย กิระนันท์, 2537 ; สถาบันพระบรมราชชนก ,สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข และสำนักนโยบายและแผนสาธารณสุข, 2540 ; อําพล จินดาวัฒนะ และคณะ, 2540 และปิติ พูนไชยศรี, 2546)

5. มีนโยบายและวิธีการปฏิบัติสำหรับการออกแบบอัตรากำลังและการจัดอัตรากำลัง นโยบายเป็นสิ่งที่ยอมรับโดยทั่วไปสำหรับการเป็นแนวทางปฏิบัติสำหรับการตัดสินใจของผู้ผู้ได้บังคับบัญชา หรือหมายถึงแนวทางที่ใช้หลักในการแก้ปัญหาใดปัญหาหนึ่ง เพื่อที่จะให้บรรลุตามความต้องการอย่างใดอย่างหนึ่ง นโยบายจะมีลักษณะที่ให้แนวทางกว้างๆในการปฏิบัติ สะท้อน จุดยืนและค่านิยมของหน่วยงานในเรื่องใดเรื่องหนึ่ง (สุภาพร พิศาลบุตร, 2543 ; สิทธิศักดิ์ พฤกษ์ปิติกุล, 2544) ในการจัดอัตรากำลังพยาบาลวิชาชีพก็ต้องสอดคล้องกับนโยบายกระทรวงโดยพิจารณาจากขีดความสามารถของบุคลากร ความยุ่งยากซับซ้อนของงาน รวมทั้งความต้องการดูแลของผู้ป่วย / ผู้ใช้บริการ คำนึงถึงปริมาณและคุณภาพ

6. มีแบบแผนของการจัดอัตรากำลังทางการพยาบาลของแต่ละหน่วย ทั้งนี้ในเรื่องของแผนการจัดอัตรากำลังทางการพยาบาลต้องมีความต่อเนื่องทั้งของโรงพยาบาล ของกลุ่มงานการพยาบาล ตลอดจนถึงหน่วยบริการปฐมภูมิ ในแบบแผนมีการจัดพยาบาลวิชาชีพประจำในหน่วยบริการปฐมภูมิ ซึ่งอาจเป็นพยาบาลวิชาชีพที่ประจำอยู่ที่สถานีอนามัย หรือเป็นพยาบาลวิชาชีพที่จัดสรรจากโรงพยาบาล

7. มีมาตรฐานการปฏิบัติของพยาบาล วิชาชีพที่ปฏิบัติงาน มาตรฐาน หมายถึงคุณค่าอย่างใดอย่างหนึ่งซึ่งฝ่ายบริหารจะใช้เป็นบรรทัดฐานหรืออ้างอิงถึง มาตรฐานนี้อาจหมายถึงสิ่งที่ผู้ปฏิบัติงานพยายามกระทำให้ได้ตรงตามรูปแบบดังกล่าว มาตรฐานจะช่วยให้สามารถสังเกตเห็นถึงการเปรียบเทียบผลการทำงานต่างๆ ว่างานที่ได้กระทำไปแล้วสูงกว่า ต่ำกว่า หรือเสมอกับที่ได้ตั้งเป็นมาตรฐานหรือที่กำหนดเป็นคุณค่าไว้แล้ว การกำหนดระบบกำกับมาตรฐานบริการ เพื่อเป็นหลักประกันเบื้องต้นที่ช่วยสนับสนุนให้เกิดบริการสุขภาพที่มีคุณภาพ ประกอบด้วยมาตรฐาน 3 ด้าน คือมาตรฐานโครงสร้าง มาตรฐานกระบวนการหลักๆ มาตรฐานผลลัพธ์บริการ (สุภาพพิศาลบุตร, 2543 ; สุพิตรรา ศรีวณิชชากร, 2546) การจัดอัตรากำลังคนโดยคำนึงถึงมาตรฐานผลการปฏิบัติงาน (performance standardized job) หรือลักษณะและคุณภาพของงานของบุคลากรแต่ละประเภท เช่น กำหนดสัดส่วนแนวทางการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพ ในระดับปฐมภูมิ ไว้ดังนี้

(กองการพยาบาลสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2545 อ้างตาม WHO,1996 : commissioning a workload study)

1. ให้การดูแลผสมผสานสำหรับประชาชนทุกกลุ่มอายุที่ศูนย์สุขภาพชุมชน	40
2. เยี่ยมบ้านผู้ป่วยเรื้อรังหรือครอบครัวที่มีปัญหาซับซ้อน	30
3. จัดกิจกรรมให้ความรู้/ การปรึกษาด้านสุขภาพที่ต้องใช้ทักษะการพยาบาลขั้นสูง	10
4. ให้การดูแลสุขภาพเด็กในโรงเรียนหรือดูแลสุขภาพประชากรวัยแรงงานในโรงงาน	10
5. ทำงานบริหารจัดการ ประสานงาน นิเทศ กำกับคุณภาพ	10

การกระจายกำลังคนเพื่อการปฏิบัติงานเยี่ยมบ้าน หรือสร้างเสริมสุขภาพในชุมชน ซึ่งควรเป็นไปตามภาระงานที่มีในชุมชน ทั้งนี้การคำนวณภาระงานเพื่อคาดการณ์อัตรากำลังของบุคลากรด้านสุขภาพ ในการให้บริการเชิงรุก เพื่อเยี่ยมบ้านและดำเนินกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพในชุมชน ซึ่งจากการศึกษาการใช้เวลาในการเยี่ยมบ้าน โดยเฉลี่ยประมาณ 1 – 1.5 ชั่วโมงต่อครั้ง ดังนั้นหากมีเวลาเยี่ยมบ้านสัปดาห์ละอย่างน้อย 15 ชั่วโมงโดยบุคลากร 3 คน จะมีเวลารวมสำหรับการเยี่ยมบ้านเท่ากับ 45 ชั่วโมงต่อสัปดาห์ หรือเท่ากับเยี่ยมบ้านได้สัปดาห์ละ 30 –45 ครั้ง ซึ่งจะนำไปใช้ในการวางแผนการเยี่ยมบ้าน หรือการจัดกิจกรรมอื่น ๆ ในชุมชนต่อไป

การจัดระบบบริการปฐมภูมิที่มีคุณภาพนั้น จำเป็นจะต้องมีการเตรียมทำความเข้าใจปรับเปลี่ยนกระบวนการทัศน วิถีคิด วิถีการทำงาน จัดระบบงานและจัดสรรอัตรากำลัง โดยขยายบทบาทขอบเขตของการพยาบาลให้ครอบคลุมการดูแลสุขภาพประชาชนทั้งในระดับบุคคล ครอบครัว และชุมชน ซึ่งส่งผลให้กระบวนการดำเนินงานบรรลุเป้าหมาย คือ ผลลัพธ์การมีสุขภาพที่ดีของประชาชนได้ในที่สุด

8. มีการวางแผนทดแทนอัตรากำลังพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงาน ในยามที่บุคลากรไม่เพียงพอ เช่น บุคลากรป่วยหรือมีเหตุฉุกเฉิน และมีแผนการลดจำนวนบุคลากรเมื่อมีปริมาณงานลดลง (กฤษดา แสงดี, 2545) สำหรับความต้องการกำลังคนด้านปริมาณนั้น จะต้องมีการ

8.1 การประมาณการ ขอบเขตงานตามแผนงานขององค์กร แล้วคิดคำนวณจำนวนคนที่ทำงาน (แผนคน) ตามแผนที่กำหนดนั้น สำหรับแผนระยะยาวจะต้องคำนึงถึงตัวแปรในวงกว้างออกไป ได้แก่ สถานะประชากร ความก้าวหน้าทางเทคโนโลยี และแผนการขยายงานขององค์กร เป็นต้น ส่วนแผนระยะสั้นก็มีการปรับเปลี่ยนตามเหตุการณ์ผันแปรที่เผชิญ โดยอาศัยประสบการณ์ที่ล่วงมาแล้วหรือข้อมูลจากการศึกษาการปฏิบัติงานอย่างเป็นทางการ (ซึ่งต้องศึกษาโดยละเอียดและเป็นระบบ)

8.2 การกำหนดปริมาณความต้องการกำลังคนให้ได้แม่นยำที่สุด การกำหนดอาศัยการวิเคราะห์เกี่ยวกับการใช้กำลังคนได้แก่ การวิเคราะห์ปริมาณงานที่รับได้เต็มที่ต่อคน (work-load analysis) การวิเคราะห์การหยุดงาน และการวิเคราะห์การเข้าออกงาน ในขณะเดียวกันก็จะได้ข้อมูลเพื่อการแก้ปัญหาที่พบจากการวิเคราะห์เรื่องข้างต้นเหล่านี้

8.3 เตรียมการปรับเปลี่ยน เพิ่ม ลด ปลด ย้าย บุคคลตามความจำเป็นได้พอเหมาะกับความต้องการทั้ง เวลา จำนวน ชนิด และคุณภาพ (เพ็ญศรี วายวานนท์, 2537)

8.4 มีการวางแผนทดแทนกำลังคนโดยคำนึงถึงปริมาณงานในแต่ละช่วงเวลา เช่น มักมีผู้มาใช้บริการมากในช่วงเวลา 10.00 – 12.00 น. และมีผู้มาใช้บริการในช่วงเวลา 17.00 – 18.00 น. อาจใช้วิธีจัดเวลาทำงานเป็น 2 ช่วง โดยให้มีช่วงเวลาที่ซ้อนเหลื่อมกัน เช่น กลุ่มที่ 1 ปฏิบัติงานเวลา 8.00 – 16.00 น. และกลุ่มที่ 2 ปฏิบัติงานเวลา 10.00 – 18.00 น. เป็นต้น

โดยทั่วไปการวางแผนกำลังคนปัจจัยสำคัญที่ต้องนำมาพิจารณา เช่น การอพยพเข้าออก การย้ายเข้าย้ายออก การจบการศึกษา การเปลี่ยนตำแหน่งงาน การพัฒนาเทคโนโลยี การแข่งขันของพนักงาน กฎระเบียบของรัฐบาลและแรงกดดัน การเกษียณงาน ปัจจัยที่มีผลกระทบต่อกรย้ายเข้าออกของบุคลากรรวมทั้งปัจจัยด้านอื่นๆ ในการพยากรณ์อัตรากำลังคนมีวิธีการคิดดังนี้ (Mathis and Jacson, 2003)

อัตราที่มี - อัตราไหลออก + อัตราไหลเข้า = อัตราในบึงบประมาณถัดไป
 อัตราการไหลเข้า เช่น การจ้าง การย้ายเข้า การย้ายตำแหน่ง การกลับคืนเช่นพวกที่ลาไปศึกษา
 อัตราการไหลออก เช่น การย้ายตำแหน่ง การย้ายออกไปทำอาชีพอื่นที่ดีกว่า การเกษียณ การลาออกให้ออก ตาย เป็นต้น

9. มีโปรแกรมประกันคุณภาพกำลังคนด้านพยาบาลวิชาชีพ โดยทั่วไปโปรแกรมการประกันคุณภาพต้องมีการปฏิบัติกิจกรรมการประกันคุณภาพทุกขั้นตอน ผู้บริหารจำเป็นต้อง

มอบหมายงานแก่บุคคล หรือหน่วยงานที่มีความสามารถให้เป็นผู้จัดทำแทนตน ซึ่ง (ไชแสง ชวศิริ, 2538 อ้างตาม Trocchi and Holloway , 1990) เสนอให้มีบุคคลที่รับผิดชอบในการดำเนินการควบคุมคุณภาพการปฏิบัติ 4 ระดับคือ 1) ระดับผู้บริหารต้องร่วมมือในการจัดบุคลากร เวลา เงิน ให้เหมาะสมเพียงพอต่อโปรแกรมการควบคุมคุณภาพ 2) ระดับผู้วางนโยบายเป็นระดับหัวหน้าฝ่ายในการวางแผนให้การประกันคุณภาพดำเนินการทบทวน แก้ไข พร้อมสื่อสารแก่ทุกคนในฝ่าย 3) ระดับหัวหน้าฝ่ายปฏิบัติการ ต้องมีตารางการทำงานในการเก็บรวบรวมข้อมูล บันทึก ติดตาม 4) ระดับผู้ปฏิบัติการ ต้องมีการประเมินผลการทำงานเป็นกลุ่ม ทั้งเก็บข้อมูล วิเคราะห์และให้ข้อมูลแก่ระดับอื่นๆ นอกจากนี้จะต้องมีการนิเทศ ซึ่งหัวใจสำคัญของการนิเทศงานคือการสร้างขวัญและกำลังใจให้กับผู้ปฏิบัติ และการช่วยเหลือให้คำแนะนำ สนับสนุนในการปฏิบัติงาน ส่วนวัตถุประสงค์รองของการนิเทศ เช่น การควบคุมกำกับงาน การตรวจสอบการทำงาน เครื่องมือที่ใช้ในการนิเทศก็คือคู่มือการปฏิบัติงาน คู่มือการปฏิบัติงานที่ดีควรได้จากผู้ปฏิบัติงานและผู้นิเทศทำงานร่วมกัน แต่ในความเป็นจริงพบว่ามีคู่มือปฏิบัติงานจำนวนมากที่ส่งมาจากส่วนกลาง ผู้นิเทศกับผู้ปฏิบัติงานไม่ได้มีโอกาสเรียนรู้ร่วมกัน ทำให้การใช้ประโยชน์จากคู่มือปฏิบัติงานนั้นน้อยเกินไป การนิเทศมี 2 วิธีคือ 1) การนิเทศเชิงบริหาร เพื่อให้เจ้าหน้าที่ปฏิบัติตามนโยบาย เป้าหมายรวมทั้งคู่มือปฏิบัติงานที่กำหนดไว้ เพราะเชื่อว่าการดำเนินการเช่นนี้ทำให้ผู้ปฏิบัติเกิดความกลัวที่จะถูกตำหนิ และกล่าวโทษได้ จึงต้องปฏิบัติตาม ข้อดีของวิธีนี้ได้ผลในระยะสั้นแต่ไม่ได้ส่งเสริมให้เจ้าหน้าที่มีวิญญานความรับผิดชอบที่แท้จริง 2) การนิเทศงานแบบการเรียนรู้อย่างต่อเนื่องจะสามารถสร้างประสบการณ์ให้กับบุคลากรอย่างเป็นระบบ โดยการแก้ไขข้อผิดพลาดและความไม่เข้าใจในบางเรื่องที่เกิดไม่ถึงจากการปฏิบัติงานจริง เชื่อกันว่าวิธีนี้สามารถพัฒนาวิญญานความรับผิดชอบให้กับบุคลากรได้ ส่งเสริมให้บุคลากรมีความมั่นใจสูง ข้อเสียต้องอาศัยระยะเวลายาวนานและมีความยุ่งยาก จำเป็นต้องใช้ผู้นิเทศที่มีความตั้งใจจริง อดทน มีความสามารถในการสร้างมนุษยสัมพันธ์รวมทั้ง team spirit

10. มีแผนสำหรับประเมินอัตรากำลังพยาบาลวิชาชีพ เป็นการกำหนดแนวทางการควบคุมกำกับงาน และการประเมินแผน เป็นขั้นตอนสุดท้ายและอาจเป็นขั้นตอนนำในกรณีของการปรับปรุงงานเดิมที่จะต้องมีการปรับแผนใหม่ ขั้นตอนนี้เป็นเงื่อนไขเพื่อการตรวจสอบ ปรับปรุงแก้ไขในขณะมีการปฏิบัติตามแผน และเพื่อเป็นฐานความรู้สำหรับการปรับปรุงในอนาคต เมื่อมีการวางแผนใหม่ในงานเดิมหรืองานที่ใกล้เคียงกัน การดำเนินงานในขั้นตอนนี้ที่เป็นรูปธรรมเช่น แผนการนิเทศงาน แผนการกำกับงาน (สุภาพร พิศาลบุตร, 2543) การประเมินเป็นกิจกรรมที่สำคัญในวงจรการวางแผนทำให้ทราบข้อมูล สารสนเทศต่างๆเพื่อนำไปใช้ในการตัดสินใจเกี่ยวกับการวางแผน ตรวจสอบความพร้อมของทรัพยากรต่างๆ ช่วยในการติดตามความก้าวหน้า ปัญหา

อุปสรรค ความคุ้มค่ากับการลงทุนและเป็นแรงจูงใจให้ผู้ปฏิบัติงานได้ทราบผลการดำเนินงาน จุดเด่น จุดด้อย ตลอดจนนำข้อมูลไปใช้ในการปรับปรุงและพัฒนาอัตรากำลังให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น การประเมินแบ่งตามจุดมุ่งหมายของการประเมิน แบ่งเป็น 2 ประเภท คือ การประเมินเพื่อปรับปรุง (formative evaluation) กับ การประเมินเพื่อสรุปผล (summative evaluation) ถ้าแบ่งตามหลักยึดในการประเมิน แบ่งเป็น การประเมินโดยยึดวัตถุประสงค์เป็นหลัก (goal-based evaluation) การประเมินอิสระไม่ยึดวัตถุประสงค์ (goal-free evaluation) และถ้าแบ่งตามเวลาที่ประเมิน แบ่งเป็นการประเมินก่อนเริ่มโครงการ (pre-evaluation) การประเมินระหว่างดำเนินการ (implementation evaluation or process evaluation) การประเมินหลังดำเนินการ (post evaluation) (ธีรยุทธ พึ่งเทียร และ สุรพล สุยะพรหม, 2544)

2. องค์ประกอบที่สำคัญของการวางแผนด้านกำลังคน (Manpower Planning Component) (ศิริวรรณ เสรีรัตน์, สมชาย หิรัญกิตติ และชวลิต ประภวานนท์, ม.ป.ป.) มีดังนี้

2.1 การวางแผนความต้องการกำลังคน (Manpower Requirement Planning) หมายถึง การคาดคะเนล่วงหน้าถึงความต้องการกำลังคนในองค์กร ว่าต้องการกำลังคนจำนวนเท่าใด

2.2 การวางแผนจัดหากำลังคน (Manpower Supply Planning) หมายถึง การเตรียมการสรรหาคัดเลือกบุคลากรว่าจะมีวิธีการอย่างไร

2.3 การวางแผนการพัฒนาและใช้กำลังคน (Manpower Development and Utilization Planning) หมายถึง การเตรียมการด้านการฝึกอบรม และการใช้กำลังคนที่มีอยู่ในหน่วยงานให้ได้ประโยชน์สูงสุด

2.4 การวางแผนการวิจัยกำลังคน (Manpower Research Planning) หมายถึง การวางแผนการศึกษาวิจัยกำลังคน เพื่อวางมาตรฐานและโครงการปรับปรุงการบริหารงานบุคคล ซึ่งจะ เป็นแรงจูงใจให้ผู้ปฏิบัติงานในองค์กรปฏิบัติงานอย่างมีประสิทธิภาพ

3. การจัดอัตรากำลังทางการพยาบาลของกองการพยาบาล สำนักงานปลัดกระทรวง สาธารณสุข มีดังนี้

3.1 ความเชื่อพื้นฐานในการจัดอัตรากำลังทางการพยาบาล งานบริการพยาบาลเป็นงานที่ทำกับมนุษย์โดยตรง เพราะฉะนั้นความเพียงพอทั้งปริมาณและคุณภาพของบุคลากรทางการพยาบาล ถือเป็นสิ่งสำคัญที่จะนำไปสู่การบริการที่มีคุณภาพ ถือเป็นหน้าที่ความรับผิดชอบของผู้บริหารทางการพยาบาลทุกระดับที่ต้องดำเนินการให้มีเพียงพอ

3.2 นโยบายหลัก การจัดอัตรากำลังทางการพยาบาลต้องยึดนโยบายหลักคือแบบแผนการจัดอัตรากำลัง และการจัดบริการพยาบาลไม่ขึ้นอยู่กับประเภทหรือกลไกของการจ่ายค่ารักษาพยาบาล การจัดอัตรากำลังต้องอยู่บนพื้นฐานของการมุ่งผลสัมฤทธิ์ในด้านประสิทธิภาพ

และความคุ้มค่า คุณภาพการดูแลผู้ป่วย สอดคล้องกับเจตนารมณ์ และตอบสนองพันธกิจ ผลลัพธ์ที่มุ่งหวังขององค์กร และการประเมินผลการจัดอัตรากำลังต้องมีการประเมินทั้งด้านคุณภาพการดูแลผู้ป่วยควบคู่ไปกับคุณภาพชีวิตการทำงานของเจ้าหน้าที่ จากข้อมูลดังกล่าวข้างต้นสามารถนำมาสรุปเปรียบเทียบดังตาราง 3

ตาราง 3 เปรียบเทียบขององค์ประกอบการวางแผนกำลังคน

Langford (1981)	กองการพยาบาล สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข (2545)	ศิริวรรณ เจริญรัตน์, สมชาย หิรัญกิตติ และชวลิต ประภวานนท์ (ม.ป.ป.)
<ol style="list-style-type: none"> 1. การกำหนดพันธกิจ ปรัชญา วัตถุประสงค์ของบริการพยาบาลใน PCU 2. การกำหนดพันธกิจ ปรัชญา วัตถุประสงค์ของการจัดอัตรากำหนดวิชาชีพที่ปฏิบัติงานใน PCU 3. ข้อบ่งชี้เกี่ยวกับข้อมูลพื้นฐานของการจัดอัตรากำหนดพยาบาลวิชาชีพ PCU 4. มีการระบุหลักการเหตุผลของการใช้วิธีการจัดอัตรากำหนดพยาบาลวิชาชีพ PCU ในปัจจุบัน 5. มีนโยบายและวิธีการปฏิบัติสำหรับการออกแบบอัตรากำหนดและการจัดอัตรากำหนด PCU 6. มีแบบแผนของการจัดอัตรากำหนดทางการพยาบาลใน PCU ของแต่ละหน่วยงาน 7. มีมาตรฐานการปฏิบัติของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงาน PCU 8. มีการวางแผนทดแทนอัตรากำหนดพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงาน PCU 9. มีโปรแกรมประกันคุณภาพกำลังที่ PCU 10. มีแผนสำหรับประเมินอัตรากำหนด พยาบาลวิชาชีพใน PCU 	<ol style="list-style-type: none"> 1. ความเชื่อพื้นฐานในการจัดอัตรากำหนดทางการพยาบาล 2. นโยบายแบบแผนการจัดอัตรากำหนด การจัดอัตรากำหนดอยู่บนพื้นฐานการมุ่งผลสัมฤทธิ์และการประเมินผล การจัดอัตรากำหนด 	<ol style="list-style-type: none"> 1. การวางแผนความต้องการกำลังคน 2. การวางแผนจัดกำลังคน 3. การวางแผนการพัฒนาและใช้กำลังคน 4. การวางแผนการวิจัยกำลังคน

จากตาราง 3 เปรียบเทียบจะเห็นได้ว่าการวางแผนจัดอัตรากำหนดทางการพยาบาลของกองการพยาบาล สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข สอดคล้องกับแนวคิดของแลงฟอร์ด (Langford) ในองค์ประกอบที่ 1,2,5,6,10 ส่วนแนวคิดองค์ประกอบการวางแผนกำลังคนของ

ศิริวรรณ เสรีรัตน์, สมชาย หิรัญกิตติ และชวลิต ประภวานนท์ สอดคล้องกับแนวคิดของแลงฟอร์ด (Langford) ในองค์ประกอบที่ 6-8 ดังนั้นในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยจึงได้นำแนวคิดองค์ประกอบของการวางแผนการจัดอัตรากำลังทางการพยาบาลของแลงฟอร์ด (Langford) มาเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัยซึ่งผู้วิจัยเห็นว่ามีความครอบคลุมกว่าแนวคิดอื่นๆ

2. การวางแผนกำลังคน

กำลังคนด้านสุขภาพ หมายถึง บุคคลผู้ใช้ความรู้และเทคโนโลยีทางสุขภาพไปสู่ประชาชนทั้งการให้บริการด้านสุขภาพหรือการให้ความรู้โดยตรง เพื่อประโยชน์ต่อการดูแลสุขภาพของตนเองและผู้อื่น ทั้งทางตรงทางอ้อม ไม่ว่าจะเป็นบุคลากรสาขาวิชาชีพ นอกสาขาวิชาชีพ หรือปัจเจกบุคคล (สถาบันพระบรมราชชนกและภาคีพัฒนากำลังคน, 2544)

การวางแผนกำลังคน เป็นการคาดคะเน (forecast) ถึงความต้องการกำลังคนของหน่วยงานเป็นการล่วงหน้าว่าต้องการกำลังคนประเภทใด ระดับใด จำนวนเท่าใดและต้องการเมื่อใด และกำหนดวิธีการที่จะได้มาซึ่งกำลังคนที่ต้องการเป็นการล่วงหน้าว่าได้มาจากไหน อย่างไร ตลอดจนกำหนดนโยบายและระเบียบปฏิบัติต่างๆเพื่อที่จะใช้กำลังคนที่มีอยู่ให้ได้ประโยชน์สูงสุด (สำนักงานข้าราชการพลเรือน, 2535)

การวางแผนกำลังคน (manpower planning) หมายถึง การวางแผนและคาดการณ์ ว่าในอนาคตองค์การจะมีความต้องการบุคคลที่จะเข้ามารับหน้าที่ในตำแหน่งต่างๆเป็นจำนวนมากน้อยเพียงใด ต้องมีคุณสมบัติอย่างไร (ธงชัย สันติวงษ์, 2537)

การวางแผนกำลังคน เป็นกระบวนการคาดคะเนความต้องการกำลังคนที่จะใช้ในงานต่างๆขององค์กร เป็นการคาดการณ์และกำหนดทั้งจำนวนและประเภทกำลังคนที่หน่วยย่อยต่างๆในองค์กรต้องการ ตามเวลาที่สอดคล้องกับงาน การคาดคะเนและการกำหนดดังกล่าวกระทำโดยอาศัยข้อมูลเกี่ยวกับการวางแผนงานขององค์กรเป็นสำคัญ (เพ็ญศรี วายวานนท์, 2537)

การวางแผนกำลังคน หมายถึง การดำเนินการอย่างเป็นระบบในการวิเคราะห์และพยากรณ์เกี่ยวกับอุปสงค์ อุปทานด้านกำลังคน เพื่อนำไปสู่การกำหนดวิธีการที่จะให้ได้กำลังคนที่มีความรู้ความสามารถเหมาะสมอย่างเพียงพอทั้งจำนวนและคุณภาพที่จะปฏิบัติงานในเวลาที่ต้องการโดยมีแผนการใช้ การพัฒนากำลังคนเหล่านั้นอย่างมีประสิทธิภาพและต่อเนื่องในอันที่จะธำรงรักษากำลังคนที่เหมาะสมไว้ในองค์การ (दनัย เทียนพุด, 2543)

การวางแผนกำลังคน (manpower planning) คือการคาดคะเนความต้องการของกำลังคนในองค์การเป็นการล่วงหน้าเพื่อเตรียมจัดหา พัฒนา และการใช้กำลังคนในองค์การให้ได้ประโยชน์

รวมทั้งการศึกษาวิชาลัยกำลังคนเพื่อวางมาตรการอันเป็นการจูงใจให้ผู้ปฏิบัติงานในองค์การทำงานอย่างมีประสิทธิภาพ (ศิริวรรณ เสรีรัตน์, สมชาย หิรัญกิตติ และชวลิต ประภาวนนท์, ม.ป.ป.)

การวางแผนกำลังคน คือ กระบวนการในการวิเคราะห์ถึงความต้องการกำลังคน เพื่อให้ได้กำลังที่มีปริมาณ คุณภาพอย่างเพียงพอในระยะเวลาที่ต้องการ เพื่อให้องค์การสามารถปฏิบัติหน้าที่เพื่อบรรลุจุดมุ่งหมายขององค์การ (สถาบันพระบรมราชชนกและภาควิชาพัฒนากำลังคน, 2544) ซึ่งจากความหมายนี้การวางแผนกำลังคน คือ กระบวนการที่จะทำได้มาซึ่ง 1) คนที่เหมาะสมทั้งคุณภาพและปริมาณ 2) คนที่ได้มานั้นได้ในเวลาที่เหมาะสมตามความต้องการขององค์การ 3) ได้คนในตำแหน่งที่เหมาะสมตรงกับรู้ความสามารถ และ 4) บรรลุตามเป้าหมายขององค์การตามแผนงานและนโยบาย

สรุปการวางแผนกำลังคน หมายถึง การคาดคะเนความต้องการกำลังคนในองค์การเป็นการล่วงหน้าเพื่อเตรียมจัดหาให้ได้กำลังคนทั้งปริมาณ คุณภาพอย่างเพียงพอ ในระยะเวลาที่ต้องการ โดยมีแผนการไว้ การพัฒนากำลังคนเหล่านั้นอย่างมีประสิทธิภาพและต่อเนื่องในอันที่จะธำรงรักษากำลังคนที่เหมาะสมไว้ในองค์การ

กระบวนการในการวางแผนกำลังคน

การวางแผนกำลังคนเป็นกระบวนการหรือเป็นขั้นตอนที่ต่อเนื่องกันอย่างเป็นระบบ (systematic process) มีกิจกรรมในการวางแผนและขั้นตอนหลาย ๆ ด้าน และมีความสัมพันธ์ซึ่งกันและกัน กระบวนการวางแผนกำลังคนมีหลาย ๆ ขั้นตอนดังนี้ (<http://www.human-re.police.go.th/Development.html>, 2545)

การสำรวจตรวจสอบ (investigation) คือ การสำรวจ ทบทวน ตรวจสอบ เกี่ยวกับสภาพแวดล้อมภายนอกองค์การ สภาพแวดล้อมภายในองค์การ กำลังคนที่มีอยู่ การบริหารงานภายในองค์การแผนงานต่าง ๆ ขององค์การ

1. การวิเคราะห์ (analysis) คือการศึกษาเพื่อให้ทราบถึงข้อเท็จจริง องค์ประกอบ ปัญหา สาเหตุ ในเรื่องของแผนงานในองค์การ การจัดองค์การ สภาพของกำลังคน หน้าที่รับผิดชอบของตำแหน่งงาน ตลาดแรงงาน ตลอดจนระบบงานโดยทั่วไปขององค์การ

2. การพยากรณ์ (forecasting) คือ การประเมินความต้องการกำลังคนขององค์การในอนาคตโดยประสานเชื่อมโยงกับแผนงานต่าง ๆ ขององค์การ และการคาดการณ์วิเคราะห์สภาพของกำลังคนขององค์การมีอยู่ในปัจจุบัน กำลังคนที่จะได้จากภายใน การวิเคราะห์การสูญเสียกำลังคน การเปลี่ยนแปลงที่เกิดจากการเลื่อนตำแหน่ง การย้าย การขาดงาน และรวมถึงการประสานสมดุลระหว่างอุปสงค์อุปทานกำลังคน

3. การวางแผน (planning) คือ การจัดแผนกำลังคนเพื่อนสนองต่อความต้องการกำลังคนขององค์การการใช้ประโยชน์จากกำลังคน การเพิ่มประสิทธิภาพกำลังคน

4. การปฏิบัติแผนงาน (implementation) คือ การดำเนินการตามแผนที่วางไว้ เช่น การสรรหาการลดกำลังคน การพัฒนากำลังคน การปรับปรุงประสิทธิภาพในการปฏิบัติงาน การธำรงรักษากำลังคน

5. การติดตามและประเมินผล (monitoring and evaluation) คือ การติดตามควบคุมให้เป็นไปตามแผนที่วางไว้ การประเมินผลการปฏิบัติตามแผน เช่น การจัดสรรงบประมาณ ด้านกำลังคน การกำหนดความรับผิดชอบในการปฏิบัติตามแผน การรายงานผล การประเมินกิจกรรมในกระบวนการวางแผนกำลังคน

สำหรับกระบวนการในการวางแผนกำลังคน (ศิริวรรณ เสรีรัตน์, สมชาย หิรัญกิตติ และชวลิต ประภวานนท์, ม.ป.ป.) กล่าวไว้ว่ามี 4 ขั้นตอนคือ

1. ศึกษานโยบายและแผนขององค์การว่ามีแนวโน้มขยายตัวหรือไม่ มีการเปลี่ยนแปลงรูปแบบหรือโครงสร้างขององค์การอย่างไร ตลอดจนนโยบายการเพิ่ม หรือลดคนของผู้บริหาร

2. ตรวจสอบกำลังคน เช่น จำนวน ตำแหน่งงานต่างๆ อัตรากำลังคนในแต่ละตำแหน่ง ความสามารถของพนักงานแต่ละคนที่มีอยู่ วิธีการตรวจสอบคือ 1) วิเคราะห์งานแต่ละตำแหน่งว่ามีงานอะไรบ้าง มีขอบเขตการปฏิบัติงานอย่างไร ต้องการคนที่มีคุณสมบัติอย่างไรเข้าไปทำ 2) ทำบัญชีรายการทักษะ ความรู้ ความสามารถ ความชำนาญและความถนัดด้านใดบ้างของพนักงานแต่ละคน 3) คาดคะเนความสูญเสียกำลังคนในอนาคตจากการออกจางานเพื่อทราบตำแหน่งที่จะว่าง 4) ศึกษาสภาพการเคลื่อนไหวภายใน เช่น การเลื่อนขั้น เลื่อนตำแหน่ง การโยกย้าย การโอน

3. การพยากรณ์ความต้องการโดยอาศัยปัจจัยในการพยากรณ์ ปริมาณการผลิตในอนาคต การเปลี่ยนแปลงทางเทคโนโลยี อุปสงค์และอุปทานของแรงงาน

4. การเตรียมหาคนสำหรับอนาคต มีการฝึกอบรมและพัฒนาพนักงานที่มีอยู่โดยการสอนงาน ฝึกงานส่งเข้ารับการอบรม หรือใช้วิธีการสรรหาคัดเลือกจากบุคคลภายนอก

สรุปกระบวนการในการวางแผนกำลังคนประกอบด้วยการศึกษา นโยบายและแผนขององค์การ การวิเคราะห์ความต้องการกำลังคน การวางแผน การปฏิบัติตามแผน การฝึกอบรม การพัฒนา การพยากรณ์ความต้องการและการติดตามประเมินผล

3. ปัญหาการวางแผนกำลังคน

สถานการณ์กำลังคนด้านสุขภาพ (สถาบันพระบรมราชชนกและภาคีพัฒนากำลังคน, 2544)

1. สภาพกำลังคนด้านสุขภาพที่มีในปัจจุบัน ไม่สมดุลของการกระจายตัว ทำให้เกิดความไม่เสมอภาคของภาระงานเป็นเหตุให้บุคลากรยิ่งไหลออก ขาดมุมมอง ด้านสังคม เช่น ความเข้าใจมนุษย์ ชุมชน ในการศึกษาระงานต่อบุคลากรแพทย์ เกษัตริกร และพยาบาลวิชาชีพของประเทศไทย ปี 2543 พบว่า ภาคอีสานเป็นภาคที่มีดัชนีความแตกต่างของทั้ง 3 สายงานสูงกว่าค่าเฉลี่ยทั้งประเทศ และเป็นค่าสูงสุด แสดงว่าบุคลากรในภาคอีสานทั้ง 3 สายงานมีภาระงานต่อบุคคลมากที่สุด ส่วนภาคตะวันออกเป็นภาคที่มีดัชนีของทั้ง 3 สายงานต่ำที่สุด แสดงว่าบุคลากรมีภาระงานน้อยที่สุด ส่วนภาคอื่น ๆ มีดัชนีใกล้เคียงค่าเฉลี่ย แพทย์ในภาคตะวันออกและภาคกลางมีภาระงานที่น้อยกว่าภาคอื่น เกษตรกรและพยาบาลวิชาชีพในภาคอีสานมีภาระงานมากที่สุด เมื่อพิจารณาอัตราครองเตียง และอัตราการใช้เตียงพบว่าค่าเฉลี่ยทั้งประเทศ อัตราการครองเตียงเท่ากับร้อยละ 88 การใช้เตียงเท่ากับ 82 คนป่วยต่อเตียงต่อปี ภาคอีสานเป็นภาคที่มีอัตราการครองเตียงและการใช้เตียงสูงสุดของประเทศไทยข้อมูลที่ได้บ่งชี้ว่าประเทศไทยมีการกระจายบุคลากร สาธารณสุขและการกระจายเตียงสำหรับผู้ป่วยไม่สมดุล ภาคอีสานเป็นภาคที่ขาดแคลนทั้งบุคลากร และจำนวนเตียงสำหรับผู้ป่วย ซึ่งข้อมูลนี้จะเป็นประโยชน์อย่างมากต่อผู้บริหารระดับสูงของกระทรวงสาธารณสุข ในการพิจารณาจัดสรรทรัพยากรและเตียงให้มีความเหมาะสมทั่วทั้งประเทศ (วลัยพร พัทธนฤมล และวิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร, 2544) ส่วนการศึกษาระงานของแพทย์ เกษตรกร และพยาบาลโรงพยาบาลชุมชนใน 15 จังหวัดทางภาคเหนือปีงบประมาณ 2542 พบว่า โรงพยาบาลชุมชนขนาด 10 เตียง และ 30 เตียงมีดัชนีความแตกต่างของบุคลากรทั้ง 3 สายงานต่ำกว่า 1 โดยโรงพยาบาลชุมชน ขนาด 10 เตียง มีค่าต่ำสุด หมายความว่า บุคลากรทั้ง 3 สายงานของโรงพยาบาลชุมชนขนาด 10เตียงและ30 เตียง มีภาระงานต่อบุคลากร น้อยกว่าค่าเฉลี่ย และโรงพยาบาลชุมชนขนาด 10 เตียง มีภาระงานต่อคนน้อยที่สุด ส่วนโรงพยาบาลชุมชนขนาด 60 เตียงขึ้นไป มีค่าดัชนีความแตกต่างสูงกว่า 1 แสดงถึงภาระงานต่อบุคลากรที่มากกว่าค่าเฉลี่ย ผลการศึกษาชี้ให้เห็นว่าโรงพยาบาลชุมชนขนาดเล็กมีภาระงานบริการรักษาผู้ป่วยนอก และผู้ป่วยในน้อยกว่าโรงพยาบาลขนาดใหญ่ สายงานของเกษตรกรมีค่าของดัชนีแตกต่างกันมากที่สุด แสดงว่าภาระงานแตกต่างกันสูงมากระหว่างโรงพยาบาลขนาด 10 เตียง และ 90 เตียง ดัชนีความแตกต่างเป็นค่าที่ชี้ให้เห็นถึงภาระงานต่อบุคลากร 1 คน สามารถนำมาเปรียบเทียบกันได้ภายในสายงานเดียวกัน แต่ไม่สามารถเปรียบเทียบต่างสายงานได้ เนื่องจากแต่ละสายงานมีหน้าที่รับผิดชอบที่ไม่เหมือนกัน ผู้บริหารสามารถนำ

ผลการศึกษาไปใช้เป็นข้อมูลประกอบการจัดสรรทรัพยากรบุคคลากรด้านการรักษาพยาบาลผู้ป่วย และต้องพิจารณาบริบทแต่ละโรงพยาบาลในแต่ละจังหวัดให้่องแท้ด้วย (มงคล พิมพ์ทรัพย์ และคณะ, 2544)

2. ขาดทิศทางนโยบายด้านกำลังคนระดับชาติ เนื่องจากไม่มีหน่วยงานกลางที่ดูแลรับผิดชอบโดยเฉพาะ การผลิตมีความซ้ำซ้อน มุ่งผลิตในสาขาที่ตลาดต้องการสูง ขณะที่บางสาขาขาดแคลน ผู้ผลิตกับผู้ใช้อย่างขาดการประสานงาน ขาดการส่งเสริมบุคลากรที่ไม่อยู่ในรูปสถาบัน เช่น แพทย์พื้นบ้าน แพทย์ทางเลือก

3. ขาดกระบวนการวางแผนและข้อมูลด้านกำลังคน ข้อมูลที่นำมาวางแผนไม่ได้สะท้อนความต้องการปัญหาที่แท้จริง จากการศึกษา การคาดการณ์ความต้องการกำลังคนด้านสุขภาพ ในสองทศวรรษหน้า (พ.ศ.2558) พบว่าระบบสาธารณสุขของไทยน่าจะเป็นระบบที่มีการจัดการในเรื่องบริการสุขภาพมากขึ้นภายใต้ระบบการจัดการทางการเงินในลักษณะ การประกันสุขภาพแบบต่าง ๆ ภายใต้ระบบดังกล่าวกำลังคนด้านสุขภาพจะต้องเป็นผู้ที่มีภาวะผู้นำ มีทักษะในการบริหารจัดการ มีพฤติกรรมที่เป็นตัวอย่างที่ดี มีความรู้ในทักษะวิชาชีพ ส่วนด้านการศึกษา ความต้องการกำลังคนด้านสุขภาพนั้น อาศัยวิธีการคาดการณ์ 4 วิธี คือ 1) อัตราส่วนต่อประชากร 2) ความจำเป็นด้านสุขภาพ 3) ความต้องการใช้บริการ 4) เป้าหมายการพัฒนาระบบบริการ (สถาบันพระบรมราชชนก, สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข และสำนักนโยบายและแผนสาธารณสุข, 2540) ส่วนการศึกษาการวิจัยความต้องการกำลังคนด้านสุขภาพกลุ่มผู้ให้บริการสาธารณสุขระดับต้นในชุมชน ในสองทศวรรษหน้า วิธีการคาดประมาณกำลังคนใช้วิธีการคำนวณ 3 วิธีคือ 1) อัตราส่วนของบุคลากรต่อประชากร (population ratio method) 2) ความต้องการด้านบริการสุขภาพ (the health demand method) และ 3) จากเป้าหมายการพัฒนาระบบบริการ (the service targets method) (อำพล จินดาวัฒนะ และคณะ, 2540)

4. การพัฒนาองค์ความรู้กับการพัฒนาคนถูกแยกส่วนขาดการเชื่อมโยง

5. บทบาทสถาบันการศึกษาในการผลิตและพัฒนาบุคลากร ไม่สอดคล้องกับความต้องการของระบบ การผลิตมักกำหนดจากเงื่อนไขของผู้ผลิต (supply driven) ขาดการวิเคราะห์เชิงนโยบาย ซึ่งจากการศึกษา การพัฒนากำลังคนในสถานการณ์เปลี่ยนแปลง พบว่า ผลกระทบของกฎหมาย และการปฏิรูประบบราชการ ทั้งด้านการกระจายอำนาจ การพึ่งตนเองขององค์กร และการตอบสนองต่อท้องถิ่น ทำให้สถาบันการผลิตกำลังคนกระทรวงสาธารณสุข ต้องปรับเปลี่ยนวัฒนธรรมองค์กร และปรับทัศนคติคนในองค์กร โดยวิทยาลัยนักรบริหารสาธารณสุข พัฒนานักบริหารสาธารณสุขแนวใหม่ เน้นนักรบริหาร เป็นองค์กรจัดทำและ ตรวจสอบมาตรฐานการพัฒนา กำลังคน ในขณะที่วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี และวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร พัฒนากำลัง

คนในภูมิภาค ปรับระบบการเรียนการสอนที่สอดคล้องกับปัญหาสุขภาพของพื้นที่ พัฒนาระบบสนับสนุนให้เอื้อต่อการพัฒนากำลังคน และเป็นที่ยังทางวิชาการ (สุกชัย คุณารัตนพุกภัย, 2544)

6. การจัดกำลังคน กระทรวงสาธารณสุขในฐานะผู้บริหารระบบ ยังมองว่าคนเป็นปัจจัยรองรับระบบ และกิจกรรมที่กำหนด (Receptive) แทนที่จะมุ่งสร้างคนไปพัฒนาระบบเพื่อ แก้ไขปัญหา (proactive) แผนกำลังคนขาดความชัดเจน มุ่งเน้นการเพิ่มจำนวนมากกว่าการคงสภาพของกำลังคนในระบบ แผนยังให้ความสำคัญกับการพัฒนาคนน้อย และที่มักก็เป็นการพัฒนาเฉพาะทางในสัดส่วนที่มากเกินไป (<http://www.thai.net./reds/news/healthman.doc>, 2546) เช่น แพทย์ทั่วไปกับแพทย์เฉพาะทาง โดยปี 2541 พบว่าแพทย์ที่ปฏิบัติงานในฐานะแพทย์เฉพาะทางสูงถึงร้อยละ 69.4 นอกจากนี้แผนยังไม่สอดคล้องและทันกับสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลง มาตรการและระบบรองรับการพัฒนากำลังคนในกรอบการปฏิบัติงาน การพัฒนาความก้าวหน้าทางอาชีพ การชำระรักษากำลังคนในระบบ แม้มีความชัดเจนอยู่บ้างแต่ก็ยังไม่เพียงพอ บางครั้งการใช้บุคลากรไม่ตรงความรู้ความสามารถ การเข้าสู่ตำแหน่งงาน ไม่ได้พิจารณาคุณสมบัติพื้นฐานที่เหมาะสม ขาดการพัฒนาเพื่อเตรียมคนเข้าสู่งาน ไม่มีระบบรองรับการพัฒนาคนในงาน การบริหารงานบุคคลใช้ระบบอุปถัมภ์มากกว่าระบบคุณภาพ

7. บทบาทขององค์กรวิชาชีพ ในฐานะผู้กำกับ ดูแล และ พัฒนาวิชาชีพจำกัดบทบาทเฉพาะในวงวิชาชีพ เชื่อมกับสังคมน้อย การบริหารจัดการเป็นระบบปิด ขาดการตรวจสอบ และการมีส่วนร่วมจากบุคคลภายนอก

เมื่อองค์กรต้องการวางแผนกำลังคนหรือได้ดำเนินการวางแผนกำลังคน มักจะพบปัญหาต่าง ๆ ในการวางแผนกำลังคน กล่าวคือ

1. การขาดความรู้ทางหลักวิชาเกี่ยวกับการวางแผนกำลังคน
2. การขาดข้อมูลข่าวสารที่จำเป็นต้องใช้ในการวางแผนกำลังคน
3. นโยบาย เป้าหมาย หรือวัตถุประสงค์ขององค์กรไม่แน่นอนหรือไม่ชัดเจน
4. มีการนำผลประโยชน์ส่วนตัวมาพัวพันกับวางแผนกำลังคน
5. ขาดแคลนปัจจัยสำคัญ เช่น เงิน วัสดุอุปกรณ์
6. นักบริหารไม่ให้ความสำคัญกับการวางแผนกำลังคน

ปัญหาต่างๆเหล่านี้ถ้าวางแผนกำลังคนจะต้องวิเคราะห์ให้ถึงต้นเหตุของปัญหา และดำเนินการแก้ไขให้ตรงจุด มิฉะนั้นแล้วการวางแผนกำลังคนจะไม่ประสบความสำเร็จ

ระบบการพัฒนาคนด้านสุขภาพที่ยังประสงค์ (สถาบันพระบรมราชชนกและภาคีพัฒนากำลังคน, 2544)

1. เป็นระบบที่สร้างคนให้มีคุณภาพ เกิดความเข้มแข็งทางปัญญา คิดเป็น ทำเป็น สร้างคนดี เก่ง และมีความสุข
2. เป็นระบบที่มีการตอบสนองการพัฒนาคนที่หลากหลายความต้องการ หลากหลายรูปแบบ ให้จัดการแก้ปัญหาตามสภาพพื้นที่
3. มีการกระจายความรับผิดชอบในการพัฒนาคน ประสานเชื่อมโยงเครือข่าย ใช้การส่งเสริมสนับสนุน กำกับดูแล เพื่อการพัฒนาคน ไปตามทิศทางและนโยบายของประเทศ
4. สร้างการมีส่วนร่วมของประชาชนให้เป็นกระบวนการเรียนรู้

จากการศึกษาการวิจัยความต้องการกำลังคนด้านสุขภาพกลุ่มผู้ให้บริการสาธารณสุขระดับต้นในชุมชน ในสองทศวรรษหน้าพบว่า กำลังคนด้านสุขภาพควรมีขีดความสามารถสากลอย่างน้อย 7 ประการ ได้แก่ 1) มีความสามารถในการใช้ภาษาสากล (language competence) 2) มีความสามารถในการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศ (computer competence) 3) มีความรู้และมีการเรียนรู้ คู่กับคุณธรรม (educated / learning person) 4) มีความรู้ความสามารถทั้งกว้างและลึก (generalist and specialist) 5) มีทักษะการเรียนรู้ตลอดชีวิต (life-long learning skill) 6) มีทักษะในการบริหารจัดการ (management skill) และ 7) มีค่านิยมร่วมสมัย (shared value) (อำพล จินดาวัฒนะ และคณะ, 2540)

ปัญหาในการจัดอัตรากำลัง ปัญหาการขาดแคลนบุคลากร (บุคลากรน้อย) เป็นอุปสรรคสำคัญยิ่งในการพัฒนาคุณภาพบริการของโรงพยาบาลชุมชน ปัญหาดังกล่าวพบในบุคลากรทุกวิชาชีพไม่ว่า แพทย์ ทันตแพทย์ เภสัชกรรวมทั้งวิชาชีพพยาบาล นอกจากนี้ยังพบว่าการกระจายของวิชาชีพพยาบาลก็มีปัญหาในการกระจายที่ไม่ดี ไม่มีนโยบายในการกระจายบุคลากรสู่ชนบท ไม่มีการสนับสนุนหน่วยบริการปฐมภูมิ ไม่มีการกระจายงบประมาณและทรัพยากรตามฐานจำนวนประชากร แต่กลับกระจายตามจำนวนเตียงเช่นเดิม (สุภัทร ฮาสุวรรณกิจ, 2546) เดิมกระทรวงสาธารณสุขมีการกระจายบุคลากรและทรัพยากรตามขนาดเตียงของโรงพยาบาลนั้นๆ บุคลากรส่วนใหญ่จะทุ่มเทลงมายังโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป เพราะมีเตียงจำนวนมาก มีการขยายเตียงขยายเตียงอยู่ตลอดเวลา โรงพยาบาลชุมชนขาดการสนับสนุนให้มีศักยภาพที่มากพอในการดูแลโรคภัยไข้เจ็บจึงเกิดความไม่เท่าเทียม หากต้องการสร้างความเท่าเทียมในการเข้าถึงบริการด้านสุขภาพที่มีคุณภาพของคนชนบทแล้ว การกระจายทรัพยากร งบประมาณ และบุคลากรตามจำนวนประชากรที่โรงพยาบาลนั้นๆต้องรับผิดชอบ ตามหลักการของระบบข้อมูลสารสนเทศทางภูมิศาสตร์ (GIS) ควรจะเป็นทางออกที่ดีที่สุด แต่ในทางปฏิบัติกลับจัดสรรทรัพยากรตามแนวทางเดิมคือเมืองใหญ่ได้มากชนบทได้น้อยเช่นเดิม ปัจจุบันการจัดการกำลังคนยังขาดข้อมูลในการ

จัดการ ขาดความเข้าใจภาพรวมทั้งระบบ รวมทั้งขาดจุดยืนในการแก้ปัญหาความขาดแคลนบุคลากรในชนบท

นอกจากนี้พบว่าผู้บริหารและเจ้าหน้าที่ขาดความเข้าใจในหลักการและแนวคิด ไม่เข้าใจบทบาทที่ชัดเจนของตนเองและทีมงาน ผู้ปฏิบัติยังยึดติดกับแนวคิด วัฒนธรรมการทำงานแบบเดิมอยู่ (ปรีดา เต๋ออารักษ์, 2545 ; สุภัทร ฮาสุวรรณกิจ, 2546)

สรุป จากการทบทวนเอกสารงานวิจัย พบว่าส่วนใหญ่เป็นการศึกษาเกี่ยวกับอัตรากำลังคนในแง่แนวคิดการจัดอัตรากำลังตามประชากร ตามภาระงาน ตามความต้องการด้านบริการสุขภาพ ส่วนด้านองค์ประกอบของการวางแผนการจัดกำลังคนยังไม่มีการศึกษาจากข้อมูลเชิงประจักษ์ ดังนั้นผู้วิจัยจึงต้องการศึกษาถึงองค์ประกอบในการวางแผนการจัดอัตรากำลังพยาบาลวิชาชีพในหน่วยบริการปฐมภูมิของผู้รับผิดชอบหลักโรงพยาบาลชุมชนในภาคใต้ โดยใช้แนวคิดของแลงฟอร์ด (Langford) มาเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัยซึ่งมี 10 องค์ประกอบ