



รายงานการพิจารณาศึกษา

เรื่อง

การติดตามการพัฒนาปัญหาสุขภาพของประชาชน
และระบบบริการสาธารณสุขจังหวัดชายแดนภาคใต้

ของ

คณะกรรมการวิสามัญศึกษาและติดตาม
การแก้ไขปัญหาและการฟื้นฟูการพัฒนาตามวิถีวัฒนธรรม
จังหวัดชายแดนภาคใต้

วุฒิสภา

กลุ่มงานคณะกรรมการวิสามัญ ๓

สำนักกรรมการ ๒

สำนักงานเลขาธิการวุฒิสภา



(สำเนา)

บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ คณะกรรมการวิสามัญศึกษาและติดตามการแก้ไขปัญหาและการฟื้นฟู
การพัฒนาตามวิถีวิวัฒน์ธรรมจังหวัดชายแดนภาคใต้

ที่ สว (กมธ ๒) ๐๐๑๐/ (ร ๓๕) วันที่ ๒๖ ตุลาคม ๒๕๕๕

เรื่อง รายงานการพิจารณาศึกษาของคณะกรรมการวิสามัญศึกษาและติดตามการแก้ไขปัญหาและ
การฟื้นฟูการพัฒนาตามวิถีวิวัฒน์ธรรมจังหวัดชายแดนภาคใต้

กราบเรียน ประธานวุฒิสภา

ด้วยในคราวประชุมวุฒิสภา ครั้งที่ ๘ (สมัยสามัญทั่วไป) วันจันทร์ที่ ๒๖ กันยายน ๒๕๕๔
ครั้งที่ ๙ (สมัยสามัญทั่วไป) วันจันทร์ที่ ๓ ตุลาคม ๒๕๕๔ และครั้งที่ ๑๐ (สมัยสามัญทั่วไป) วันจันทร์ที่ ๑๐
ตุลาคม ๒๕๕๔ ที่ประชุมได้พิจารณาญัตติ เรื่อง ขอเสนอญัตติตั้งคณะกรรมการวิสามัญติดตามการแก้ไข
ปัญหา การฟื้นฟูวิถีและการพัฒนาจังหวัดชายแดนภาคใต้ ซึ่งผู้ช่วยศาสตราจารย์วรวิทย์ บารู กับคณะ
เป็นผู้เสนอ และเห็นชอบให้แก้ไขญัตติเป็น ขอเสนอญัตติตั้งคณะกรรมการวิสามัญศึกษาและติดตาม
การแก้ไขปัญหาและการฟื้นฟูการพัฒนาตามวิถีวิวัฒน์ธรรมจังหวัดชายแดนภาคใต้ แล้วลงมติตั้ง
คณะกรรมการวิสามัญขึ้นคณะหนึ่งเพื่อศึกษาและติดตามการแก้ไขปัญหาและการฟื้นฟูการพัฒนา
ตามวิถีวิวัฒน์ธรรมจังหวัดชายแดนภาคใต้ ตามรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย มาตรา ๑๓๕ ประกอบด้วย

- | | |
|------------------------------------|-----------------------------------|
| ๑. พลตรี กลชัย สุวรรณบุรณ์ | ๒. พลเอก เกษมศักดิ์ ปลุกสวัสดิ์ |
| ๓. นายคำนูน สิริสมาน | ๔. นายจักรธรรม ธรรมศักดิ์ |
| ๕. นายจิรภัฏ ฤกษ์มณีรัตน์ | ๖. นางจิราพร บุณนาค |
| ๗. นายไชยรงค์ มณีรุ่งสกุล | ๘. นายดิเรก ถึงฝั่ง |
| ๙. นายต่วนอับดุลเลาะ ดาโอ๊ะมารีโย | ๑๐. รองศาสตราจารย์ทัศนาศนา บุญทอง |
| ๑๑. นายนิพนธ์ นราพิทักษ์กุล | ๑๒. นายบุญสม ทองศรีพราย |
| ๑๓. รองศาสตราจารย์ประเสริฐ ชิตพงศ์ | ๑๔. นางสาวเพชรดาว โต๊ะมีนา |
| ๑๕. พลตำรวจโท มาโนช ไกรวงศ์ | ๑๖. นายมูหามะรอสดี บอดอ |
| ๑๗. นายรุสดี บินหะยีสะมะแอ | ๑๘. พลตำรวจเอก วงกต มณีรินทร์ |
| ๑๙. ผู้ช่วยศาสตราจารย์วรวิทย์ บารู | ๒๐. นายวิชัย ไพโรสงบ |
| ๒๑. นายวิทวัส บุญญสถิตย์ | ๒๒. นายเวดีอราแม มะมิงจิ |
| ๒๓. นายศักดิ์กฤษยา บิลเสลละ | ๒๔. นายศิระชัย โชติรัตน์ |
| ๒๕. นายเศรษฐ์ อัลยุฟรี | ๒๖. นายสมพล พันธุ์มณี |

๒๗. นายสมัคร...

- | | |
|------------------------------------|-------------------------------|
| ๒๗. นายสมัคร เขาวภานันท์ | ๒๘. พลตำรวจเอก สุนทร ช้ายขวัญ |
| ๒๙. นายสุรียา ปันจอร์ | ๓๐. นายหะยีอับดุลรอซัค อาลี |
| ๓๑. นายอนุศาสน์ สุวรรณมงคล | ๓๒. นางอังคณา นีละไพจิตร |
| ๓๓. นายอับดุลการิม รามันห์สิริวงศ์ | ๓๔. นายอับดุลเราะแม เจะแซ |
| ๓๕. นายอิบรอเหม อาดำ | |

บัดนี้ คณะกรรมการธิการวิสามัญฯ ได้ศึกษาและติดตามการแก้ไขปัญหาและการฟื้นฟู การพัฒนาตามวิถีวิวัฒน์ธรรมจังหวัดชายแดนภาคใต้ เรื่อง การติดตามการพัฒนาปัญหาสุขภาพของ ประชาชนและระบบบริการสาธารณสุขจังหวัดชายแดนภาคใต้ เสร็จเรียบร้อยแล้ว

จึงกราบเรียนมาเพื่อโปรดนำเสนอรายงานของคณะกรรมการธิการวิสามัญฯ ต่อที่ประชุม วุฒิสภา เพื่อพิจารณาต่อไป

(ลงชื่อ) พลเอก เกษมศักดิ์ ปลุกสวัสดิ์

(เกษมศักดิ์ ปลุกสวัสดิ์)

ประธานคณะกรรมการธิการวิสามัญศึกษาและติดตาม
การแก้ไขปัญหาและการฟื้นฟูการพัฒนา
ตามวิถีวิวัฒน์ธรรมจังหวัดชายแดนภาคใต้

สำเนาถูกต้อง



(นางธัญญา ศรีสุพรรณ)

นิติกรปฏิบัติการ กลุ่มงานคณะกรรมการธิการวิสามัญ ๓

สำนักกรรมการธิการ ๒

สำนักงานเลขาธิการวุฒิสภา

สำนักงานเลขาธิการวุฒิสภา

สำนักกรรมการธิการ ๒

โทร. ๐ ๒๘๓๑ ๙๑๙๔ - ๕

โทรสาร ๐ ๒๘๓๑ ๙๑๙๕

อลนกรณ์ พิมพ์

สุวพร/ขวัญชัย/อุษา/อลนกรณ์/ธัญญา/
กร/พัชรี/บุษยพรรณ/ธนพร/ปริญญานันท์ ทาน

คณะอนุกรรมการติดตามการพัฒนาสุขภาวะของชุมชน
คุณภาพชีวิต การบริการสาธารณสุข และสถานภาพสตรี ณ จังหวัดชายแดนภาคใต้



รองศาสตราจารย์ทัศนีย์ บุญทอง
ประธานคณะอนุกรรมการฯ



พลตำรวจโท มาโนช ไกรวงศ์
รองประธานคณะอนุกรรมการฯ



ศาสตราจารย์เกียรติคุณวิจิตร ศรีสุพรรณ
อนุกรรมการฯ



นายนิทัศน์ รวยยาว
อนุกรรมการฯ



นางเยาวดี เตชะเสน
อนุกรรมการฯ



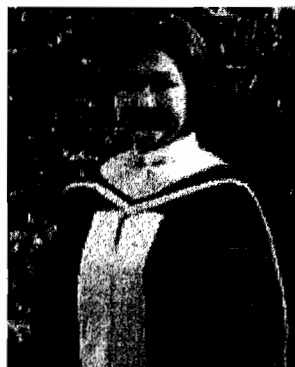
นางอังคณา นีละไพจิตร
อนุกรรมการฯ



นางสาวเพชรดาว โต๊ะมีนา
อนุกรรมการฯ



ผู้ช่วยศาสตราจารย์สุนทราวดี เขียรพิเชฐ
อนุกรรมการฯ



นางกฤษฎา แสงวงดี
อนุกรรมการฯ และเลขานุการ



นางสาวโสรัจจ์ จันทรเสนีย์
อนุกรรมการฯ และรองเลขานุการ

รายงานการพิจารณาศึกษา
ของคณะกรรมการวิสามัญศึกษาและติดตามการแก้ไขปัญหา
และการฟื้นฟูการพัฒนาตามวิถีวัฒนธรรมจังหวัดชายแดนภาคใต้
วุฒิสภา

ตามที่ที่ประชุมวุฒิสภา ครั้งที่ ๘ (สมัยสามัญทั่วไป) วันจันทร์ที่ ๒๖ กันยายน ๒๕๕๔ ครั้งที่ ๙ (สมัยสามัญทั่วไป) วันจันทร์ที่ ๓ ตุลาคม ๒๕๕๔ และครั้งที่ ๑๐ (สมัยสามัญทั่วไป) วันจันทร์ที่ ๑๐ ตุลาคม ๒๕๕๔ ที่ประชุมได้พิจารณาญัตติเรื่อง ขอเสนอญัตติตั้งคณะกรรมการวิสามัญติดตามการแก้ไขปัญหา การฟื้นฟูวิถีและการพัฒนาจังหวัดชายแดนภาคใต้ ซึ่งผู้ช่วยศาสตราจารย์วรวิทย์ บารู กับคณะ เป็นผู้เสนอ และเห็นชอบให้แก้ไขญัตติเป็น ขอเสนอญัตติตั้งคณะกรรมการวิสามัญศึกษาและติดตามการแก้ไขปัญหาและการฟื้นฟูการพัฒนาตามวิถีวัฒนธรรมจังหวัดชายแดนภาคใต้ แล้วลงมติตั้งกรรมการวิสามัญชั้นคณะหนึ่ง เพื่อศึกษาและติดตามการแก้ไขปัญหาและการฟื้นฟูการพัฒนาตามวิถีวัฒนธรรมจังหวัดชายแดนภาคใต้ โดยมีกำหนดเวลาการปฏิบัติงาน ๑๘๐ วัน นับแต่วันที่ ๑๐ ตุลาคม ๒๕๕๔ ซึ่งต่อมา คณะกรรมการวิสามัญฯ ได้ขอขยายเวลาการพิจารณาศึกษาเรื่องดังกล่าวออกไปอีก ๓ ครั้ง ตามข้อบังคับการประชุมวุฒิสภา พ.ศ. ๒๕๕๑ ข้อ ๙๗ นั้น

บัดนี้ คณะกรรมการวิสามัญฯ ได้ศึกษาและติดตามการแก้ไขปัญหาและการฟื้นฟูการพัฒนาตามวิถีวัฒนธรรมจังหวัดชายแดนภาคใต้ เรื่อง การติดตามการพัฒนาปัญหาสุขภาพของประชาชนและระบบบริการสาธารณสุขจังหวัดชายแดนภาคใต้ เสร็จเรียบร้อยแล้ว จึงขอรายงานผลการพิจารณาศึกษาต่อที่ประชุมวุฒิสภา ตามข้อบังคับการประชุมวุฒิสภา พ.ศ. ๒๕๕๑ ข้อ ๙๕ ดังนี้

๑. ที่ประชุมคณะกรรมการวิสามัญฯ ได้มีมติเลือกตำแหน่งต่าง ๆ ดังนี้
 - ๑.๑ พลเอก เกษมศักดิ์ ปลุกสวัสดิ์ เป็น ประธานคณะกรรมการวิสามัญฯ
 - ๑.๒ ผู้ช่วยศาสตราจารย์วรวิทย์ บารู เป็น รองประธานคณะกรรมการวิสามัญฯ คนที่หนึ่ง
 - ๑.๓ นายติเรก ถึงฝั่ง เป็น รองประธานคณะกรรมการวิสามัญฯ คนที่สอง

- ๑.๔ พลตำรวจโท มาโนช ไกรวงศ์ เป็น รองประธานคณะกรรมการ
วิสามัญฯ คนที่สาม
- ๑.๕ นายเศรษฐ์ อัลยุฟรี เป็น รองประธานคณะกรรมการ
วิสามัญฯ คนที่สี่
- ๑.๖ นายอิบรอหิม อาดำ เป็น รองประธานคณะกรรมการ
วิสามัญฯ คนที่ห้า
- ๑.๗ พลตรี กลชัย สุวรรณบุรณ์ เป็น รองประธานคณะกรรมการ
วิสามัญฯ คนที่หก
- ๑.๘ รองศาสตราจารย์ทัศนาศ บัญทอง เป็น ประธานที่ปรึกษาคณะกรรมการ
วิสามัญฯ
- ๑.๙ พลตำรวจเอก สุนทร ชัยขวัญ เป็น รองประธานที่ปรึกษา
คณะกรรมการวิสามัญฯ คนที่หนึ่ง
- ๑.๑๐ นายแหวดือราแม มะมิงจิ เป็น รองประธานที่ปรึกษา
คณะกรรมการวิสามัญฯ คนที่สอง
- ๑.๑๑ นายสมัคร เขาวภาพันธ์ เป็น รองประธานที่ปรึกษา
คณะกรรมการวิสามัญฯ คนที่สาม
- ๑.๑๒ นายวิหวัศ บุญญสถิตย์ เป็น รองประธานที่ปรึกษา
คณะกรรมการวิสามัญฯ คนที่สี่
- ๑.๑๓ นางจิราพร บุนนาค เป็น เลขานุการคณะกรรมการวิสามัญฯ
- ๑.๑๔ นายศิระชัย โชติรัตน์ เป็น รองเลขานุการคณะกรรมการ
วิสามัญฯ
- ๑.๑๕ นางอังคณา นีละไพจิตร เป็น รองเลขานุการคณะกรรมการ
วิสามัญฯ
- ๑.๑๖ นางสาวเพชรดาว โต๊ะมีนา เป็น รองเลขานุการคณะกรรมการ
วิสามัญฯ
- ๑.๑๗ นายอนุศาสน์ สุวรรณมงคล เป็น โฆษกคณะกรรมการวิสามัญฯ
- ๑.๑๘ นายไชยรงค์ มณีรุ่งสกุล เป็น รองโฆษกคณะกรรมการวิสามัญฯ

๒. ที่ประชุมคณะกรรมการวิชาการวิสามัญฯ ได้มีมติแต่งตั้งที่ปรึกษาคณะกรรมการวิสามัญฯ ดังนี้

- ๒.๑ นายนพปฎล วิเศษสุวรรณภูมิ
- ๒.๒ นายบวร สุนทรเจริญนนท์
- ๓.๓ นายสมโภช พันธุ์พฤกษ์

๓. ที่ประชุมคณะกรรมการวิชาการวิสามัญฯ ได้มีมติแต่งตั้ง นางัญญา ศรีสุพรรณ นิติกรปฏิบัติการ กลุ่มงานคณะกรรมการวิชาการวิสามัญ ๓ สำนักกรรมการ ๒ สำนักงานเลขาธิการวุฒิสภา ทำหน้าที่เป็นผู้ช่วยเลขานุการตามข้อบังคับการประชุมวุฒิสภา พ.ศ. ๒๕๕๑ ข้อ ๘๕ วรรคสาม

๔. ที่ประชุมคณะกรรมการวิชาการวิสามัญฯ ได้มีมติตั้งคณะอนุกรรมการติดตามการพัฒนาสุขภาวะของชุมชน คุณภาพชีวิต การบริการสาธารณสุข และสถานภาพสตรี ณ จังหวัดชายแดนภาคใต้ ประกอบด้วย

- | | |
|---|-------------------------------------|
| (๑) รองศาสตราจารย์ทัศนาศา บัญทอง | เป็น ประธานคณะอนุกรรมการฯ |
| (๒) พลตำรวจโท มาโนช ไกรวงศ์ | เป็น รองประธาน
คณะอนุกรรมการฯ |
| (๓) นายนิทัศน์ รวยยวา | เป็น อนุกรรมการฯ |
| (๔) พลเรือตรี นิเวช บุตรศรี | เป็น อนุกรรมการฯ |
| (๕) นางเยาวดี เตชะเสน | เป็น อนุกรรมการฯ |
| (๖) นางสาวเพชรดาว โต๊ะมีนา | เป็น อนุกรรมการฯ |
| (๗) ศาสตราจารย์เกียรติคุณวิจิตร ศรีสุพรรณ | เป็น อนุกรรมการฯ |
| (๘) นางอังคณา นิลไพจิตร | เป็น อนุกรรมการฯ |
| (๙) นางกฤษดา แสงดี | เป็น เลขานุการคณะอนุกรรมการฯ |
| (๑๐) นางสาวโสรัจจ์ จันทรเสนีย์ | เป็น รองเลขานุการ
คณะอนุกรรมการฯ |

ทั้งนี้ คณะกรรมการวิสามัญฯ ได้ตั้งที่ปรึกษาคณะอนุกรรมการติดตามการพัฒนาสุขภาวะของชุมชน คุณภาพชีวิต การบริการสาธารณสุข และสถานภาพสตรี ณ จังหวัดชายแดนภาคใต้ ดังนี้

- (๑) พลตรี กลชัย สุวรรณบุรณ์
- (๒) นายจงรัก พลาศัย
- (๓) นางจिरาพร บุณนาค
- (๔) ผู้ช่วยศาสตราจารย์จिरพรรณ พิรุณดิ
- (๕) นายดิเรก ถึงฝั่ง
- (๖) นายด่วนอับดุลเลาะ ดาโอะมารีโย
- (๗) รองศาสตราจารย์ธิดา นิงสานนท์
- (๘) นายแพทย์บุญเรือง ไตรเรืองวรรัตน์
- (๙) รองศาสตราจารย์บุญสม ศิริบำรุงสุข
- (๑๐) รองศาสตราจารย์ประเสริฐ ชิตพงศ์
- (๑๑) นางสาวมณฑนา วงศ์ศิรินวรรณ์
- (๑๒) นายมูฮามะรอสดี บอตอ
- (๑๓) นายวชิระ เฟ็งจันทร์
- (๑๔) นางวรรณิภา มโนรมณ์
- (๑๕) ผู้ช่วยศาสตราจารย์วรวิทย์ บารู
- (๑๖) นายวิทวัส บุญญสถิตย์
- (๑๗) นายวีระเดช ธีระวัฒน์
- (๑๘) นายสมัคร เขาวภานันท์
- (๑๙) นายสุรียา ปันจอร์
- (๒๐) พลตำรวจเอก สุนทร ช้ายขวัญ
- (๒๑) ทันตแพทย์ศิริชัย ชูประวัติ
- (๒๒) รองศาสตราจารย์อรัญญา เขาวลิต
- (๒๓) นายอนุศาสน์ สุวรรณมงคล
- (๒๔) ศาสตราจารย์คลินิกนายแพทย์อำนาจ กุสลานันท์

อนึ่ง พลเรือตรี นิเวช บุตรศรี ได้ลาออกจากการเป็นอนุกรรมการฯ โดยคณะกรรมการวิสามัญฯ ได้ตั้งผู้ช่วยศาสตราจารย์สุนทราวดี เขียรพิเชฐ เป็นอนุกรรมการฯ แทนตำแหน่งที่ว่าง

๕. การพิจารณาศึกษาของคณะอนุกรรมการฯ

๕.๑ ผู้มาชี้แจงแสดงความคิดเห็น ดังนี้

- ๑) สถาบันวิจัยระบบสุขภาพภาคใต้ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ดอกเตอร์เกษียรพงศ์เทพ สุธีรฤทธิ
ผู้อำนวยการสถาบันวิจัยระบบสุขภาพภาคใต้
- ๒) สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข
๒.๑) นายแพทย์ยอร์น จิระนคร สาธารณสุขนิเทศ เขต ๘
๒.๑) นางรสสุนันท์ กังวานเลิศ นักทรัพยากรบุคคลชำนาญการ
๒.๓) นายชาญชัย ภูวงส์ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ
- ๓) สภาการพยาบาล
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ดอกเตอร์สุนทราวดี เขียรพิเชฐ
ผู้อำนวยการศูนย์การศึกษาต่อเนื่อง สาขาพยาบาลศาสตร์
- ๔) สถาบันพระบรมราชชนก
ทันตแพทย์หญิงทิพาพร สุโขสิต
รองผู้อำนวยการสถาบันพระบรมราชชนก
- ๕) สำนักงานคณะกรรมการข้าราชการพลเรือน
๕.๑) นางสาวอัจฉรา โกศลวัฒน์ ผู้อำนวยการสำนักพัฒนาระบบ
จำแนกตำแหน่งและค่าตอบแทน
๕.๒) นายบัญชา อากาศศิลป์ นักทรัพยากรบุคคลเชี่ยวชาญ
- ๖) แพทยสภา
นายแพทย์เมธี วงศ์ศิริสุวรรณ
ผู้ช่วยเลขาธิการแพทยสภา
- ๗) สภากายภาพบำบัด
นางสายใจ นกหนู

(๖)

๕.๒ การเดินทางลงพื้นที่ศึกษาดูงานจำนวน ๑ ครั้ง คือ ระหว่างวันที่ ๑๙ ถึง วันที่ ๒๐ ธันวาคม ๒๕๕๔ เดินทางลงพื้นที่ศึกษาดูงานเพื่อรับฟังและรับทราบข้อมูลเกี่ยวกับปัญหาสุขภาพของประชาชนและการบริหารจัดการบุคลากรระบบบริการสาธารณสุขและสถานพยาบาลของจังหวัดชายแดนภาคใต้ ดังนี้

๑) วันที่ ๑๙ ธันวาคม ๒๕๕๔ ณ ห้องจะบังติกอ โรงแรมซีเอส จังหวัดปัตตานี ประชุมรับฟังและรับทราบข้อมูล เรื่อง “การพัฒนาสุขภาพของชุมชนและการบริการสาธารณสุขในพื้นที่จังหวัดชายแดนภาคใต้”

(๑) นายเสรี ศรีหะไตร

รองผู้ว่าราชการจังหวัดปัตตานี

(๒) นายแพทย์ออร์น จิระนคร

นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดปัตตานี

(๓) นายแพทย์อุทิศศักดิ์ หิริรัตนกุล

นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดนราธิวาส

(๔) นางวรรณมา บุรี

นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดยะลา

(๕) นายแพทย์สมเกียรติ ขำนุรักษ์

นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดสตูล

(๖) นายแพทย์อนุรักษ์ สารภาพ

ผู้แทนสาธารณสุขจังหวัดสงขลา

(๗) แพทย์หญิงพรจิต ประพิณวิชย์

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลปัตตานี

(๘) นายแพทย์อดิศักดิ์ งามขจรวิรัตน์

ผู้อำนวยการศูนย์บำบัดรักษายาเสพติดจังหวัดปัตตานี

(๙) นายแพทย์วิรุฬห์ พรพัฒน์กุล

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลนราธิวาสราชนครินทร์

(๑๐) นายแพทย์ธงชัย เลิศวิไลรัตนพงศ์

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสุโขทัย

(๑๑) นายแพทย์ประชา ชยามัม

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลยะลา

ทั้งนี้ โดยมีบุคลากรในระบบบริการสาธารณสุขเข้าร่วมประชุมทั้งสิ้น ๗๐ คน

๒) วันที่ ๑๙ ธันวาคม ๒๕๕๔ ณ ศูนย์บำบัดรักษายาเสพติดจังหวัดปัตตานี ประชุมรับฟังและรับทราบข้อมูลเกี่ยวกับปัญหาการเฝ้าระวังบำบัดและรักษาผู้เสพและผู้ติดยาเสพติด รวมทั้ง การบริหารจัดการของศูนย์บำบัดรักษายาเสพติดจังหวัดปัตตานี

๓) วันที่ ๑๙ ธันวาคม ๒๕๕๔ ณ โรงพยาบาลจังหวัดยะลา ประชุมรับฟังและรับทราบข้อมูลเกี่ยวกับสภาพปัญหาของแผนการดำเนินงานและผลการดำเนินงานของโรงพยาบาลจังหวัดยะลา

๔) วันที่ ๒๐ ธันวาคม ๒๕๕๔ ณ โรงพยาบาลนราธิวาสราชนครินทร์ ประชุมรับฟังและรับทราบข้อมูลเกี่ยวกับสภาพปัญหาของแผนการดำเนินงานและผลการดำเนินงานของโรงพยาบาลนราธิวาสราชนครินทร์

๕) วันที่ ๒๐ ธันวาคม ๒๕๕๔ ณ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลลำพู่ จังหวัดนราธิวาส ตรวจสอบให้กำลังใจ รวมทั้งประชุมรับฟังและรับทราบข้อมูลเกี่ยวกับสภาพปัญหาของแผนการดำเนินงานและผลการดำเนินงานของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลลำพู่

๖) วันที่ ๒๐ ธันวาคม ๒๕๕๔ ณ มหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์ จังหวัดนราธิวาส ตรวจสอบให้กำลังใจ รวมทั้งประชุมรับฟังและรับทราบข้อมูลเกี่ยวกับสภาพปัญหาของแผนการดำเนินงานและผลการดำเนินงานเกี่ยวกับการส่งเสริมและการพัฒนาบริการสาธารณสุขของมหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์

๖. ผลการพิจารณาศึกษา

คณะกรรมการวิสามัญฯ ขอเสนอรายงานผลการพิจารณาศึกษา เรื่อง การติดตามการพัฒนาปัญหาสุขภาพของประชาชนและระบบบริการสาธารณสุขจังหวัดชายแดนภาคใต้ โดยแยกประเด็นผลการพิจารณาศึกษาเป็น ๓ ประเด็น ดังนี้

๖.๑ ประเด็นระบบบริการสาธารณสุข สภาพปัญหาาระบบบริการสาธารณสุขในพื้นที่จังหวัดชายแดนภาคใต้มีบริบทด้านสังคมวัฒนธรรมและเศรษฐกิจแตกต่างจากพื้นที่อื่นของประเทศและด้วยข้อจำกัดทางภูมิศาสตร์ของพื้นที่ห่างไกลทุรกันดาร ประกอบกับสถานการณ์ของความไม่สงบทำให้เกิดปัญหาาระบบบริการสุขภาพที่ไม่ทั่วถึงและเกิดความยากลำบากในการเข้าไปให้บริการในชุมชนได้อย่างเต็มที่

๖.๒ ประเด็นปัญหาสุขภาพของประชาชน สภาพปัญหาในพื้นที่จังหวัดชายแดนภาคใต้ มีบริบทด้านสังคมวัฒนธรรมและเศรษฐกิจแตกต่างจากพื้นที่อื่นของประเทศและด้วยข้อจำกัดทางภูมิศาสตร์ของพื้นที่ห่างไกลทุรกันดาร ประกอบกับสถานการณ์ความไม่สงบและแบบแผนพฤติกรรมด้านสุขภาพที่เป็นอุปสรรคต่อการพัฒนาสุขภาพ จึงจำเป็นต้องเร่งสร้างความรู้ความเข้าใจและการมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพตนเองทั้งในระดับปัจเจกบุคคล ครอบครัวและชุมชน ซึ่งปัญหาสุขภาพที่สำคัญที่ต้องเร่งกำหนดมาตรการพัฒนา ได้แก่

- ๑) ปัญหาอนามัยแม่และเด็ก ซึ่งยังคงมีอัตราการตายของมารดาขณะตั้งครรภ์ ขณะคลอด และภายหลังคลอด และภาวะอัตราการตายของทารกสูงกว่าภูมิภาคอื่นๆ ของประเทศ
- ๒) ปัญหาอนามัยในช่องปาก ซึ่งพบว่าประชาชนในพื้นที่จังหวัดชายแดนภาคใต้ทุกกลุ่มอายุมีอัตราโรคฟันผุ และมีปัญหาสุขภาพช่องปาก
- ๓) ปัญหาการเจ็บป่วยเรื้อรัง ทั้งการป่วยด้วยโรคไร้เชื้อ และโรคติดเชื้อ ที่เริ่มสื่อเค้าวีความรุนแรงมากขึ้น และยังมีปัญหาการเข้าถึงบริการควบคุมป้องกันโรค ที่ผู้ป่วยมักจะมาถึงโรงพยาบาลด้วยอาการรุนแรง สถานการณ์โรคเรื้อรังสำคัญ ได้แก่ เบาหวาน ความดันโลหิตสูง หัวใจขาดเลือด และหลอดเลือดสมอง
- ๔) ปัญหาการแพร่กระจายเชื้อและการติดเชื้อเอชไอวีที่ยังควบคุมได้ยาก
- ๕) ปัญหายาเสพติดในพื้นที่จังหวัดชายแดนภาคใต้มีผู้เสพและผู้ติดยาเสพติดในปริมาณจำนวนเพิ่มขึ้นมาก แต่ในขณะเดียวกัน กลับมีศูนย์บำบัดยาเสพติดไม่เพียงพอ

๖.๓ ประเด็นการบริหารจัดการบุคลากรสาธารณสุข

สภาพปัญหา

๑) ขาดการบูรณาการในการวางแผนการผลิตบุคลากรสาธารณสุขร่วมกันระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ กระทรวงสาธารณสุข สถาบันการศึกษาและสภาวิชาชีพ นอกจากนี้ยังพบว่า การผลิตบุคลากรเข้าสู่ระบบบริการสาธารณสุขไม่สอดคล้องกับภารกิจและปริมาณงานอย่างเป็นระบบ ทั้งการผลิตแพทย์ทั่วไป แพทย์ผู้เชี่ยวชาญสาขาต่างๆ พยาบาลวิชาชีพ และบุคลากรวิชาชีพอื่นๆ กระทรวงสาธารณสุข สถาบันการศึกษา องค์กรวิชาชีพ และทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้องกับการผลิตบุคลากรระบบบริการสาธารณสุข

๒) ปัญหาการขาดแคลนบุคลากรสาธารณสุข เนื่องจากสถานการณ์ความรุนแรงในพื้นที่ ๓ จังหวัดชายแดนภาคใต้ที่เกิดขึ้นส่งผลให้บุคลากรสาธารณสุขต้องทำงานด้วยความยากลำบาก และจำเป็นต้องใช้อัตรากำลังเพิ่มมากกว่าการให้บริการในสถานการณ์ปกติในการเสริมทีมให้มีกำลังคนเพียงพอเพื่อเตรียมรับเหตุฉุกเฉินตลอดเวลา แม้ว่ากระทรวงสาธารณสุขจะมีการจัดสรรเพิ่มกำลังคนเพื่อทำงานในพื้นที่และความขาดแคลนเบาบางลงแล้วก็ตาม แต่ยังมีปัญหาความ

เชื่อมั่นต่อความรู้ความสามารถของพยาบาลวิชาชีพ ตามโครงการผลิตพยาบาลเพิ่ม ๓,๐๐๐ คน เพื่อจังหวัดชายแดนภาคใต้และการขาดแคลนตำแหน่งข้าราชการเพื่อบรรจุบุคลากรอื่นๆ ทำให้หน่วยบริการต้องจ้างบุคลากรวิชาชีพเป็นลูกจ้างชั่วคราวด้วยเงินบำรุง การขาดความมั่นคงในการจ้างงานบุคลากรในบางสาขาวิชาชีพมีแนวโน้มอัตราของการลาออกมากขึ้น

๓) การใช้มาตรการเพื่อการสร้างแรงจูงใจให้กับบุคลากรสาธารณสุขในพื้นที่ที่โซ้อยู่ในปัจจุบัน ทั้งมาตรการด้านค่าตอบแทน การให้โอกาสในการศึกษาต่อ และความก้าวหน้าในการเลื่อนระดับเข้าสู่ตำแหน่งที่สูงขึ้นในราชการ ก่อให้เกิดปัญหาความเหลื่อมล้ำและความไม่เป็นธรรมสำหรับบุคลากรที่ต้องประสบปัญหาความยากลำบาก และความเสี่ยงในการทำงาน ซึ่งปฏิบัติงานร่วมกันเป็นทีมอยู่ในพื้นที่เดียวกัน

๗. ข้อเสนอแนะของคณะกรรมการการวิสามัญฯ

คณะกรรมการการวิสามัญฯ เห็นควรตั้งข้อสังเกตเพื่อให้ที่ประชุมวุฒิสภาพิจารณา โดยแยกประเด็นข้อสังเกตของคณะกรรมการการวิสามัญฯ เป็น ๓ ประเด็น ดังนี้

๗.๑ ประเด็นระบบบริการสาธารณสุข ที่ต้องได้รับการพัฒนาอย่างเร่งด่วน คือ

๑) การลงทุนเพื่อพัฒนาโครงสร้างพื้นฐาน ทั้งอาคารสถานที่ ครุภัณฑ์ทางการแพทย์ งบประมาณ บุคลากร และเครื่องมือเครื่องใช้ที่จำเป็น เพื่อยกระดับความสามารถในการให้บริการของโรงพยาบาลทุกแห่ง และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โดยเฉพาะการสนับสนุนเพื่อพัฒนาขีดความสามารถและยกระดับโรงพยาบาลประจำจังหวัดชายแดนภาคใต้ให้เป็นโรงพยาบาลตติยภูมิระดับสูง (ระดับ๓.๒) เพื่อเป็นหน่วยรับการส่งต่อที่ใกล้ที่สุดในแต่ละโซนพื้นที่ เพื่อให้ดูแลสุขภาพและอนามัยของประชาชนได้อย่างครบวงจรแบบไร้รอยต่อ

๒) การลงทุนเพื่อการพัฒนาความพร้อมอย่างต่อเนื่อง ทั้งความรู้และทักษะของบุคลากรด้านสุขภาพในสาขาอื่นๆ ที่ต้องทำงานร่วมกับแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ ให้มีขีดความสามารถระดับเฉพาะทางเพื่อให้บริการสุขภาพที่มีความซับซ้อนทั้งในมิติทางการแพทย์ ระบาดวิทยา และสังคมวัฒนธรรมที่มีบริบทเฉพาะในพื้นที่ ๓ จังหวัดชายแดนภาคใต้ ได้อย่างมีคุณภาพ

๗.๒ ประเด็นปัญหาสุขภาพของประชาชน

๑) หน่วยงานภาครัฐต้องบริหารจัดการการบูรณาการเพื่อจัดทำแผนยุทธศาสตร์พัฒนาสุขภาพของประชาชน การพัฒนาระบบฐานข้อมูลเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาอย่างครบถ้วนและสามารถนำมาวิเคราะห์ใช้ประโยชน์ได้ทันเวลา รวมทั้ง การสร้างความร่วมมือในการส่งเสริมสุขภาพเชิงรุกในระดับจังหวัด อำเภอ หมู่บ้าน และชุมชนให้สอดคล้องกับปัญหาสุขภาพของประชาชน และ

เร่งรัดการแก้ปัญหาอนามัยแม่และเด็ก อนามัยในช่องปาก การควบคุมโรคที่ป้องกันได้ด้วยวัคซีน การป้องกันควบคุมโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูงและโรคไม่ติดต่ออื่นๆ ที่เป็นปัญหาสำคัญของพื้นที่

๒) การป้องกันและแก้ไขการแพร่ระบาดของการติดเชื้อเอชไอวี ในชุมชนมุสลิม นอกจากการใช้ยา การป้องกันด้วยถุงยางอนามัยแล้ว หน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรใช้หลักศาสนาอิสลาม และวัฒนธรรมจังหวัดชายแดนภาคใต้มาเป็นแนวทางในการป้องกันและแก้ไขการแพร่ระบาดของการติดเชื้อเอชไอวี ในชุมชน

๓) สนับสนุนทรัพยากรโดยเฉพาะกำลังคน ให้แก่ ศูนย์บำบัดรักษายาเสพติด จังหวัดปัตตานี (โรงพยาบาลธัญญารักษ์ปัตตานี) ให้มีอัตราที่เพียงพอต่อการบำบัดฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด อย่างมีคุณภาพ โดยเฉพาะ แพทย์ พยาบาลเฉพาะทางด้านจิตเวชและสุขภาพจิต และบุคลากรอื่นที่จำเป็น

๔) ศูนย์อำนวยการบริหารจังหวัดชายแดนภาคใต้ (ศอ.บต.) ควรเข้ามาดูแลงบประมาณและบุคลากรเพื่อร่วมกันในการขับเคลื่อนงานด้านสาธารณสุขในพื้นที่โดยเฉพาะงานเรื่องการบำบัดรักษาผู้เสพยาและผู้ติดยาเสพติดให้โทษ

๗.๓ ประเด็นการบริหารจัดการบุคลากรสาธารณสุข

๑) กระทรวงสาธารณสุขควรมีการประเมินผลการผลิตแพทย์ตามโครงการต่างๆ ที่ดำเนินอยู่ว่า สามารถตอบสนองวัตถุประสงค์และเป้าหมายของโครงการหรือไม่ รวมทั้งทบทวนการผลิตบุคลากรสาธารณสุขว่า ควรผลิตบุคลากรประเภทใด จำนวนเท่าใด ให้สอดคล้องกับความต้องการของพื้นที่อย่างแท้จริง โดยการมีส่วนร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทุกภาคส่วนทั้งสถาบันการศึกษา และสภาวิชาชีพเพื่อกำหนดยุทธศาสตร์การผลิตกำลังคนเพื่อแก้ไขปัญหาการขาดแคลน และเพิ่มอัตราการคงอยู่ในพื้นที่

๒) สำนักงานคณะกรรมการข้าราชการพลเรือนและคณะกรรมการกำหนดเป้าหมายกำลังคนภาครัฐ (คปร.) ควรดำเนินการ

๒.๑) ทบทวนนโยบาย มาตรการ ที่เกี่ยวข้องกับการลดอัตราหรือจำกัดการเพิ่มอัตราข้าราชการ โดยการกำหนดเป้าหมายอัตราข้าราชการควรเป็นไปตามความจำเป็นของแต่ละภารกิจ เนื่องจากภารกิจด้านบริการสุขภาพ เป็นบริการที่ต้องใช้กำลังคนที่มีทักษะ ความรู้ ความสามารถและความชำนาญเฉพาะทางวิชาชีพเป็นหลัก (Talent labor intensive) ไม่อาจทดแทนได้ด้วยเครื่องมือหรือเทคโนโลยี

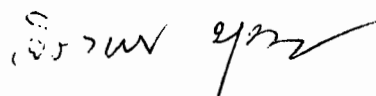
๒.๒) เร่งพิจารณาเพิ่มอัตราข้าราชการเพื่อบรรจุบุคลากรวิชาชีพด้านสุขภาพที่เป็นลูกจ้างชั่วคราวของกระทรวงสาธารณสุขที่มีอยู่ในปัจจุบันตามลำดับความสำคัญ ความจำเป็น และความขาดแคลน

๓) กระทรวงสาธารณสุข สำนักงาน กพ. และกระทรวงการคลังควรเร่งพัฒนาระบบการดูแลความปลอดภัยและสวัสดิภาพการทำงาน คือ การจัดสวัสดิการบ้านพักหรือห้องพักภายในพื้นที่โรงพยาบาลที่ปฏิบัติงาน และการพัฒนาระบบค่าตอบแทนที่เป็นธรรม เพื่อจะสร้างแรงจูงใจให้กับบุคลากรสาธารณสุขในการปฏิบัติหน้าที่ภายใต้สภาพการณ์ของปัญหาความไม่สงบในพื้นที่

๔) กระทรวงสาธารณสุขควรทำแผนพัฒนากำลังคนสาธารณสุขในระดับพื้นที่เพื่อตอบสนองความต้องการของระบบสุขภาพใน ๓ จังหวัดชายแดนภาคใต้ โดยการสนับสนุนให้พยาบาลวิชาชีพและบุคลากรสาธารณสุขอื่นที่ปฏิบัติงานร่วมกัน ได้รับการศึกษาฝึกอบรมอย่างต่อเนื่อง เช่นเดียวกับสาขาแพทย์และเร่งฟื้นฟูความเชื่อมั่นของประชาชนต่อพยาบาลในโครงการผลิตพยาบาลจำนวน ๓,๐๐๐ คน โดยส่งเสริมการจัดการศึกษาต่อเนื่อง การฝึกอบรมเฉพาะทางพยาบาลเวชปฏิบัติ เพื่อให้เกิดความมั่นใจในการปฏิบัติงานเพื่อเป็นที่พึงของประชาชน

๕) การคัดเลือกนักศึกษาในพื้นที่เข้าเรียนแพทย์ พยาบาล หรือสาขาสุขภาพอื่น กระทรวงสาธารณสุขควรมีมาตรการสนับสนุนให้กลับไปปฏิบัติงานในภูมิลำเนา “Rural recruitment, Local training และ Hometown placement” และการที่แพทย์ในพื้นที่ผู้ซึ่งได้รับทุนเรียนแพทย์จากหน่วยงานต้นสังกัดในพื้นที่ เมื่อจบการศึกษาแล้วจะต้องมีมาตรการเชิงบังคับในการให้แพทย์ผู้ได้รับทุนดังกล่าวกลับมาปฏิบัติงานใช้ทุนยังโรงพยาบาลต้นสังกัดในพื้นที่

๘. คณะกรรมการวิสามัญฯ ขอเสนอผลการพิจารณาศึกษาของคณะกรรมการวิสามัญฯ รวมทั้งข้อสังเกตมาพร้อมกับรายงานนี้ด้วยแล้ว



(นางจिरพร บุณนาค)

เลขาธิการคณะกรรมการวิสามัญศึกษาและติดตาม

การแก้ไขปัญหาและการฟื้นฟูการพัฒนา

ตามวิถีวัฒนธรรมจังหวัดชายแดนภาคใต้

วุฒิสภา

คำนำ

ด้วยในคราวประชุมวุฒิสภา ครั้งที่ ๑๐ (สมัยสามัญทั่วไป) วันจันทร์ที่ ๑๐ ตุลาคม พ.ศ. ๒๕๕๔ ที่ประชุมได้มีมติตั้งคณะกรรมการวิสามัญชั้นคณะหนึ่งเพื่อศึกษาและติดตามการแก้ไขปัญหาและการฟื้นฟูการพัฒนาตามวิถีวัฒนธรรมจังหวัดชายแดนภาคใต้ ต่อมาที่ประชุมคณะกรรมการวิสามัญศึกษาและติดตามการแก้ไขปัญหาและการฟื้นฟูการพัฒนาตามวิถีวัฒนธรรมจังหวัดชายแดนภาคใต้ เมื่อวันที่ ๑๖ พฤศจิกายน พ.ศ. ๒๕๕๔ ได้มีมติตั้งคณะอนุกรรมการติดตามการพัฒนาสุขภาวะของชุมชน คุณภาพชีวิต การบริการสาธารณสุข และสถานภาพสตรี ณ จังหวัดชายแดนภาคใต้ ตามข้อบังคับการประชุมวุฒิสภา พ.ศ. ๒๕๕๑ ข้อ ๘๗ ประกอบกับระเบียบวุฒิสภาว่าด้วยหลักเกณฑ์การตั้งอนุกรรมการซึ่งมิใช่กรรมการในคณะ พ.ศ. ๒๕๕๑ พร้อมกันนี้เพื่อให้การดำเนินงานของคณะอนุกรรมการเป็นไปด้วยความละเอียด รอบคอบ และครบถ้วนสมบูรณ์จึงได้มีมติตั้งที่ปรึกษาคณะอนุกรรมการที่ประกอบไปด้วยผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความรู้ความเข้าใจและมีประสบการณ์เพื่อร่วมดำเนินการพิจารณาศึกษา ติดตาม รวบรวมข้อมูล และข้อเท็จจริงในการพัฒนาสุขภาวะของชุมชน คุณภาพชีวิต การบริการสาธารณสุข และสถานภาพสตรี ณ จังหวัดชายแดนภาคใต้

โดยที่คณะอนุกรรมการติดตามการพัฒนาสุขภาวะของชุมชน คุณภาพชีวิต การบริการสาธารณสุข และสถานภาพสตรี ณ จังหวัดชายแดนภาคใต้ได้ดำเนินการพิจารณาศึกษา ติดตาม รวบรวมข้อมูลและข้อเท็จจริงในการพัฒนาระบบการบริการสาธารณสุขจังหวัดชายแดนภาคใต้เพื่อนำมาสู่การสังเคราะห์แนวทางการแก้ไขปัญหา รวมทั้งข้อสังเกตและข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์ต่อการพัฒนาและให้เกิดประโยชน์ต่อประชาชน ได้แก่ สถานการณ์ปัญหาสุขภาพในพื้นที่จังหวัดชายแดนภาคใต้ ระบบบริการสาธารณสุขและการจัดการบุคลากรระบบบริการสาธารณสุข รวมทั้ง การพัฒนาศักยภาพงานบริการสาธารณสุขในพื้นที่จังหวัดชายแดนภาคใต้

คณะกรรมการวิสามัญฯ หวังว่ารายงานฉบับนี้จะเป็นประโยชน์และเป็นแนวทางที่สำคัญซึ่งหน่วยงานภาครัฐ ภาคเอกชน และบุคคลในทุกภาคส่วนที่มีความเกี่ยวข้องในระบบบริการสาธารณสุขจะได้นำประเด็นข้อสังเกตและข้อเสนอแนะไปประกอบการพิจารณาเพื่อดำเนินการแก้ไขปัญหาและเป็นแนวทางในการปฏิบัติภารกิจต่อไป

พลเอก



(เกษมศักดิ์ ปลุกสวัสดิ์)

ประธานคณะกรรมการวิสามัญศึกษาและติดตาม
การแก้ไขปัญหาและการฟื้นฟูการพัฒนา
ตามวิถีวัฒนธรรมจังหวัดชายแดนภาคใต้

สารบัญ

คำนำ	หน้า
สารบัญ	
บทสรุปผู้บริหาร	
บทที่ ๑ บทนำ	
๑.๑ พื้นฐานทางเศรษฐกิจและสังคมชายแดนภาคใต้	๑
๑.๒ คุณภาพชีวิต และสุขภาวะของประชาชนจังหวัด ชายแดนภาคใต้	๔
๑.๓ วัตถุประสงค์ของการศึกษา	๖
๑.๔ กรอบและแนวคิดในการศึกษา	๗
๑.๕ วิธีการศึกษา	๘
๑.๖ การเก็บรวบรวมข้อมูลและการวิเคราะห์ข้อมูล	๙
บทที่ ๒ สถานการณ์ปัญหาสุขภาพในพื้นที่จังหวัดชายแดนใต้	
๒.๑ สถานการณ์ปัญหาสุขภาพของประชาชนจังหวัดชายแดนภาคใต้	๑๑
๒.๑.๑ ปัญหาด้านอนามัยแม่และเด็ก	๑๑
๒.๑.๒ ปัญหาสุขภาพอนามัยในช่องปาก	๑๔
๒.๑.๓ ปัญหาโรคติดต่อเรื้อรัง และโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง	๑๕
๒.๒ ปัญหายาเสพติด และการบำบัดการรักษา	๑๗
๒.๒.๑ สถานการณ์ปัญหายาเสพติด	๑๗
๒.๒.๒ การบำบัดรักษาผู้เสพและผู้ติดยาเสพติด	๒๓
บทที่ ๓ ระบบบริการสาธารณสุข และการจัดการบุคลากรสาธารณสุข	
๓.๑ สถานการณ์ของระบบบริการสาธารณสุขในพื้นที่จังหวัดชายแดนใต้	๒๗
๑) ความขาดแคลนอัตรากำลังและความก้าวหน้าของบุคลากรสายสนับสนุน ในสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด	๒๘
๒) โรงพยาบาลชุมชนหลายแห่งขาดสภาพคล่องทางการเงิน	๒๙
๓) ขาดความพร้อมด้านอาคารสถานที่และครุภัณฑ์ทางการแพทย์	๓๐
๔) ความไม่เป็นธรรมเกี่ยวกับค่าตอบแทนการปฏิบัติงาน	๓๐

๓.๒	สถานการณ์บุคลากรสาธารณสุขในพื้นที่จังหวัดชายแดนใต้ และการบริหารจัดการ	๓๒
๓.๒.๑	แพทย์	๓๓
๓.๒.๒	ทันตแพทย์	๓๔
๓.๒.๓	พยาบาลวิชาชีพ	๓๔
๓.๒.๔	เภสัชกร	๓๖
๓.๒.๕	นักกายภาพบำบัด	๓๖
๓.๒.๖	นักเทคนิคการแพทย์	๓๘
๓.๒.๗	นักวิชาการสาธารณสุข	๓๙
๓.๒.๘	เจ้าพนักงานทันตสาธารณสุข (ทันตภิบาล)	๓๙

บทที่ ๔ การพัฒนาระบบบริการสาธารณสุขในพื้นที่จังหวัดชายแดนภาคใต้

๔.๑	การพัฒนาศักยภาพสถานพยาบาลและบริการสาธารณสุข	๔๓
๔.๒	การแก้ปัญหาค่าขาดแคลนกำลังคนด้านสุขภาพ	๔๕

บทที่ ๕ สรุปผลการศึกษาและข้อเสนอแนะ

๕.๑	ประเด็นระบบบริการสาธารณสุข	๕๓
๕.๒	ประเด็นปัญหาสุขภาพของประชาชน	๕๔
๕.๓	ประเด็นปัญหาหาเสพติดและการบำบัดรักษา	๕๗
๕.๔	ประเด็นการบริหารจัดการบุคลากรสาธารณสุข	๕๘

บทสรุปผู้บริหาร

ความไม่สงบในพื้นที่จังหวัดชายแดนภาคใต้ ที่เกิดขึ้นเมื่อปี ๒๕๔๗ เป็นปัญหาที่มีความต่อเนื่องถึงปัจจุบันส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต และวิถีชีวิตของประชาชนที่ต้องดำเนินอยู่บนความไม่มั่นคงและความไม่ปลอดภัยในชีวิตและทรัพย์สินซึ่งปัญหาได้ทวีความรุนแรงและก่อให้เกิดความสูญเสียมากมายโดยเฉพาะด้านสุขภาวะทางด้านร่างกายและจิตใจของประชาชน เนื่องด้วยบุคลากรสาธารณสุขไม่สามารถเข้าไปให้บริการในพื้นที่ได้อย่างเต็มที่ โดยเฉพาะอย่างยิ่งบริการส่งเสริมป้องกันโรคและประชาชนก็มีความยากลำบากในการเข้าถึงบริการของหน่วยบริการสุขภาพเนื่องจากสภาพพื้นที่ทั้งในเชิงภูมิศาสตร์และความปลอดภัยในชีวิตและทรัพย์สิน ซึ่งส่งผลให้มีปัญหาสุขภาพทั้งด้านอนามัยแม่เด็ก การเกิดโรคที่ป้องกันได้ด้วยวัคซีน การแพร่กระจายเชื้อและการติดเชื้อเอชไอวี ปัญหาอนามัยช่องปาก ปัญหาการควบคุมโรคไม่ติดต่อ และการไม่สามารถเข้าถึงการบำบัดการติดยาเสพติดสูงกว่าภูมิภาคอื่นๆ ของประเทศ คณะกรรมการวิชาการวิสามัญฯ ได้ติดตามพิจารณาศึกษาโดยการเชิญผู้แทนหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเข้าร่วมประชุมชี้แจงแสดงความคิดเห็นและการเดินทางลงพื้นที่รับฟังและสังเกตการณ์ปัญหาสุขภาพของประชาชนและระบบบริการสาธารณสุขจังหวัดชายแดนภาคใต้ จึงสรุปเป็นปัญหาและข้อเสนอแนะได้ ๓ ประเด็น ดังนี้

ประเด็นที่ ๑ ระบบบริการสาธารณสุข

๑. **สภาพปัญหา** ระบบบริการสาธารณสุขในพื้นที่จังหวัดชายแดนภาคใต้มีบริบทด้านสังคม วัฒนธรรมและเศรษฐกิจแตกต่างจากพื้นที่อื่นของประเทศและด้วยข้อจำกัดทางภูมิศาสตร์ของพื้นที่ห่างไกลทุรกันดาร ประกอบกับสถานการณ์ความไม่สงบทำให้เกิดปัญหาาระบบบริการสุขภาพที่ไม่ทั่วถึงและเกิดความยากลำบากในการเข้าไปให้บริการในชุมชนได้อย่างเต็มที่

๒. ข้อเสนอแนะ ต้องมีการพัฒนาอย่างเร่งด่วน คือ

๑) การลงทุนเพื่อพัฒนาโครงสร้างพื้นฐาน ทั้งอาคารสถานที่ ครุภัณฑ์ทางการแพทย์งบประมาณ บุคลากร และเครื่องมือเครื่องใช้ที่จำเป็น เพื่อยกระดับความสามารถในการให้บริการของโรงพยาบาลทุกแห่ง และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โดยเฉพาะการสนับสนุนเพื่อพัฒนาขีดความสามารถและยกระดับโรงพยาบาลประจำจังหวัดชายแดนภาคใต้ให้เป็นโรงพยาบาลตติยภูมิระดับสูง(ระดับ๓.๒) เพื่อเป็นหน่วยรับบริการส่งต่อที่ใกล้ที่สุดในแต่ละโซนพื้นที่เพื่อให้ดูแลสุขภาพและอนามัยของประชาชนได้อย่างครบวงจรแบบไร้รอยต่อ

๒) การลงทุนเพื่อการพัฒนาความพร้อมอย่างต่อเนื่องทั้งความรู้ และทักษะของบุคลากรด้านสุขภาพในสาขาอื่นๆ ที่ต้องทำงานร่วมทีมกับแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ ให้มีขีดความสามารถระดับเฉพาะทางเพื่อให้บริการสุขภาพที่มีความซับซ้อนทั้งในมิติทางการแพทย์ ระบาดวิทยา และสังคม วัฒนธรรมที่มีบริบทเฉพาะในพื้นที่ ๓ จังหวัดชายแดนภาคใต้ได้อย่างมีคุณภาพ

ประเด็นที่ ๒ ปัญหาสุขภาพของประชาชน

๑. สภาพปัญหา ในพื้นที่จังหวัดชายแดนภาคใต้มีบริบทด้านสังคมวัฒนธรรมและเศรษฐกิจแตกต่างจากพื้นที่อื่นของประเทศและด้วยข้อจำกัดทางภูมิศาสตร์ของพื้นที่ห่างไกลทุรกันดาร ประกอบกับสถานการณ์ความไม่สงบและแบบแผนพฤติกรรมด้านสุขภาพที่เป็นอุปสรรคต่อการพัฒนาสุขภาพ จึงจำเป็นต้องเร่งสร้างความรู้ความเข้าใจและการมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพตนเองทั้งในระดับปัจเจกบุคคล ครอบครัวและชุมชน ซึ่งปัญหาสุขภาพที่สำคัญที่ต้องเร่งกำหนดมาตรการพัฒนาได้แก่

๑) ปัญหาอนามัยแม่และเด็ก ซึ่งยังคงมีอัตราการตายของมารดาขณะตั้งครรภ์ ขณะคลอด และภายหลังคลอด และภาวะอัตราการตายของทารกสูงกว่าภูมิภาคอื่นๆ ของประเทศ

๒) ปัญหาอนามัยในช่องปาก ซึ่งพบว่า ประชาชนในพื้นที่จังหวัดชายแดนภาคใต้ ทุกกลุ่มอายุมีอัตราโรคฟันผุ และมีปัญหาสุขภาพอนามัยช่องปาก

๓) ปัญหาการเจ็บป่วยเรื้อรัง ทั้งการป่วยด้วยโรคไร้เชื้อ และโรคติดเชื้อ ที่เริ่มส่อเค้าทวีความรุนแรงมากขึ้น และยังมีปัญหาการเข้าถึงบริการควบคุมป้องกันโรคที่ผู้ป่วยมักจะมาถึงโรงพยาบาล ด้วยอาการรุนแรง สถานการณ์โรคเรื้อรังสำคัญ ได้แก่ เบาหวาน ความดันโลหิตสูง หัวใจขาดเลือด และ หลอดเลือดสมอง

๔) ปัญหาการแพร่กระจายเชื้อและการติดเชื้อเอชไอวีที่ยังควบคุมได้ยาก

๕) ปัญหายาเสพติดในพื้นที่จังหวัดชายแดนภาคใต้มีผู้เสพและผู้ติดยาเสพติดในปริมาณจำนวนเพิ่มขึ้นมาก แต่ในขณะที่เดียวกันกลับมีศูนย์บำบัดยาเสพติดในปัจจุบันไม่เพียงพอ

๒. ข้อเสนอแนะ

๑) หน่วยงานภาครัฐต้องบริหารจัดการการบูรณาการเพื่อจัดทำแผนยุทธศาสตร์พัฒนาสุขภาพของประชาชน การพัฒนาระบบฐานข้อมูลเฝ้าระวังทางระบาดวิทยา อย่างครบถ้วนและสามารถนำมาวิเคราะห์ใช้ประโยชน์ได้ทันเวลา รวมทั้ง การสร้างความร่วมมือในการส่งเสริมสุขภาพเชิงรุก ในระดับจังหวัด อำเภอ หมู่บ้าน และชุมชนให้สอดคล้องกับปัญหาสุขภาพของประชาชน และเร่งรัดการแก้ปัญหาอนามัยแม่และเด็ก อนามัยในช่องปาก การควบคุมโรคที่ป้องกันได้ด้วยวัคซีน การป้องกันควบคุมโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูงและโรคไม่ติดต่ออื่นๆ ที่เป็นปัญหาสำคัญของพื้นที่

๒) การป้องกันและแก้ไขการแพร่ระบาดของ การติดเชื้อเอชไอวีในชุมชนมุสลิม นอกจากการใช้ยา การป้องกันด้วยถุงยางอนามัยแล้ว หน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรนำหลักศาสนาอิสลาม และวัฒนธรรมจังหวัดชายแดนภาคใต้มาเป็นแนวทางในการป้องกันและแก้ไขการแพร่ระบาดของ การติดเชื้อเอชไอวีในชุมชน

๓) สนับสนุนทรัพยากรโดยเฉพาะกำลังคน ให้แก่ ศูนย์บำบัดรักษายาเสพติดจังหวัดปัตตานี (โรงพยาบาลธัญญารักษ์ปัตตานี) ให้มีอัตราที่เพียงพอต่อการบำบัดฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดอย่างมีคุณภาพ โดยเฉพาะ แพทย์ พยาบาลเฉพาะทางด้านจิตเวชและสุขภาพจิต และบุคลากรอื่นที่จำเป็น

๔) ศูนย์อำนวยการบริหารจังหวัดชายแดนภาคใต้ (ศอ.บต.) ควรเข้ามาดูแลงบประมาณและบุคลากรเพื่อร่วมกันในการขับเคลื่อนงานด้านสาธารณสุขในพื้นที่โดยเฉพาะงานเรื่องการบำบัดรักษาผู้เสพและผู้ติดยาเสพติดให้โทษ

ประเด็นที่ ๓ การบริหารจัดการบุคลากรสาธารณสุข

๑. สภาพปัญหา

๑) ขาดการบูรณาการในการวางแผนการผลิตบุคลากรสาธารณสุขร่วมกันระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ กระทรวงสาธารณสุข สถาบันการศึกษาและสภาวิชาชีพ นอกจากนี้ยังพบว่า การผลิตบุคลากรเข้าสู่ระบบบริการสาธารณสุขไม่สอดคล้องกับภารกิจและปริมาณงานอย่างเป็นระบบ คือ การผลิตแพทย์ทั่วไป แพทย์ผู้เชี่ยวชาญสาขาต่างๆ พยาบาลวิชาชีพ และบุคลากรวิชาชีพอื่นๆ ของกระทรวงสาธารณสุข สถาบันการศึกษา องค์กรวิชาชีพ และทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้องกับการผลิตบุคลากรระบบบริการสาธารณสุขในปัจจุบัน

๒) ปัญหาการขาดแคลนบุคลากรสาธารณสุข เนื่องจากสถานการณ์ความรุนแรงในพื้นที่ ๓ จังหวัดชายแดนภาคใต้ที่เกิดขึ้นส่งผลให้บุคลากรสาธารณสุขต้องทำงานด้วยความยากลำบากและจำเป็นต้องใช้อัตรากำลังเพิ่มมากกว่าการให้บริการในสถานการณ์ปกติในการเสริมทีมให้มีกำลังคนเพียงพอเพื่อเตรียมรับมือเหตุฉุกเฉินตลอดเวลา แม้ว่ากระทรวงสาธารณสุขจะมีการจัดสรรเพิ่มกำลังคนเพื่อทำงานในพื้นที่และความขาดแคลนเบาบางลงแล้วก็ตาม แต่ยังมีปัญหาความเชื่อมั่นต่อความรู้ความสามารถของพยาบาลวิชาชีพตามโครงการผลิตพยาบาลเพิ่ม ๓,๐๐๐ คน เพื่อจังหวัดชายแดนภาคใต้และการขาดแคลนตำแหน่งข้าราชการเพื่อบรรจุบุคลากรอื่นๆ ทำให้หน่วยบริการต้องจ้างบุคลากรวิชาชีพเป็นลูกจ้างชั่วคราวด้วยเงินบำรุง รวมทั้ง การขาดความมั่นคงในการจ้างงานบุคลากรในบางสาขาวิชาชีพแนวโน้มน้อัตรากำลังของการลาออกมากขึ้น

๓) การใช้มาตรการเพื่อการสร้างแรงจูงใจให้กับบุคลากรสาธารณสุขในพื้นที่ที่ใช้อยู่ในปัจจุบัน ทั้งมาตรการด้านค่าตอบแทน การให้โอกาสในการศึกษาต่อ และความก้าวหน้าในการเลื่อนระดับเข้าสู่ตำแหน่งที่สูงขึ้นในระบบราชการ ได้ก่อให้เกิดปัญหาความเหลื่อมล้ำและความไม่เป็นธรรมสำหรับบุคลากรที่ต้องประสบปัญหาความยากลำบากและความเสี่ยงในการทำงาน ซึ่งปฏิบัติงานร่วมกันเป็นทีมอยู่ในพื้นที่เดียวกัน

๒. ข้อเสนอแนะ

๑) กระทรวงสาธารณสุขควรมีการประเมินผลการผลิตแพทย์ตามโครงการต่างๆ ที่ดำเนินอยู่ว่า สามารถตอบสนองวัตถุประสงค์และเป้าหมายของโครงการหรือไม่ รวมทั้งทบทวนการผลิตบุคลากรสาธารณสุขว่า ควรผลิตบุคลากรประเภทใด จำนวนเท่าใด ให้สอดคล้องกับความต้องการของพื้นที่อย่างแท้จริง โดยการมีส่วนร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทุกภาคส่วนทั้งสถาบันการศึกษา และสภาวิชาชีพเพื่อกำหนดยุทธศาสตร์การผลิตกำลังคนเพื่อแก้ไขปัญหาการขาดแคลน และเพิ่มอัตราการคงอยู่ในพื้นที่

๒) สำนักงาน กพ. และคณะกรรมการกำหนดเป้าหมายกำลังคนภาครัฐ (คปร.) ควร

๒.๑) ทบทวนนโยบาย มาตรการ ที่เกี่ยวข้องกับการลดอัตราหรือจำกัดการเพิ่มอัตราข้าราชการ โดยการกำหนดเป้าหมายอัตราข้าราชการควรเป็นไปตามความจำเป็นของแต่ละภารกิจ เนื่องจากภารกิจด้านบริการสุขภาพ เป็นบริการที่ต้องใช้กำลังคนที่มีทักษะ ความรู้ ความสามารถ และความชำนาญเฉพาะทางวิชาชีพเป็นหลัก (Talent labor intensive) ไม่อาจทดแทนได้ด้วยเครื่องมือหรือเทคโนโลยี

๒.๒) เร่งพิจารณาเพิ่มอัตราข้าราชการเพื่อบรรจุบุคลากรวิชาชีพด้านสุขภาพที่เป็นลูกจ้างชั่วคราวของกระทรวงสาธารณสุขที่มีอยู่ในปัจจุบันตามลำดับความสำคัญ ความจำเป็น และความขาดแคลน

๓) กระทรวงสาธารณสุข สำนักงาน กพ. และกระทรวงการคลัง ควรเร่งพัฒนาระบบการดูแลความปลอดภัย และสวัสดิภาพการทำงาน คือ การจัดสวัสดิการบ้านพักหรือห้องพักภายในพื้นที่โรงพยาบาลที่ปฏิบัติงาน และพัฒนาระบบการจ่ายค่าตอบแทนที่เป็นธรรม เพื่อจะสร้างแรงจูงใจให้กับบุคลากรสาธารณสุขในการปฏิบัติหน้าที่ภายใต้สภาพการณ์ของปัญหาความไม่สงบในพื้นที่

๔) กระทรวงสาธารณสุขควรทำแผนพัฒนากำลังคนสาธารณสุขในระดับพื้นที่ เพื่อตอบสนองความต้องการของระบบสุขภาพใน ๓ จังหวัดชายแดนภาคใต้ โดยการสนับสนุนให้พยาบาลวิชาชีพและบุคลากรสาธารณสุขอื่นที่ปฏิบัติงานร่วมกัน ได้รับการศึกษาฝึกอบรมอย่างต่อเนื่อง เช่นเดียวกับสาขาแพทย์และเร่งฟื้นฟูความเชื่อมั่นของประชาชนต่อพยาบาลในโครงการผลิตพยาบาล ๓,๐๐๐ คน โดยส่งเสริมการจัดการศึกษาต่อเนื่อง การฝึกอบรมเฉพาะทางพยาบาลเวชปฏิบัติเพื่อให้เกิดความมั่นใจในการปฏิบัติงาน เพื่อเป็นที่พึงของประชาชน

๕) การคัดเลือกนักศึกษาในพื้นที่เข้าเรียนแพทย์ พยาบาล หรือสาขาสุขภาพอื่น กระทรวงสาธารณสุขควรมีมาตรการสนับสนุนให้กลับไปปฏิบัติงานในภูมิลำเนา “Rural recruitment, Local training และ Hometown placement” และการที่แพทย์ในพื้นที่ผู้ซึ่งได้รับทุนเรียนแพทย์จากหน่วยงานต้นสังกัดในพื้นที่ เมื่อจบการศึกษาแล้วจะต้องมีมาตรการเชิงบังคับในการให้แพทย์ผู้ได้รับทุนดังกล่าวกลับมาปฏิบัติงานใช้ทุนยังโรงพยาบาลต้นสังกัดในพื้นที่

บทที่ ๑

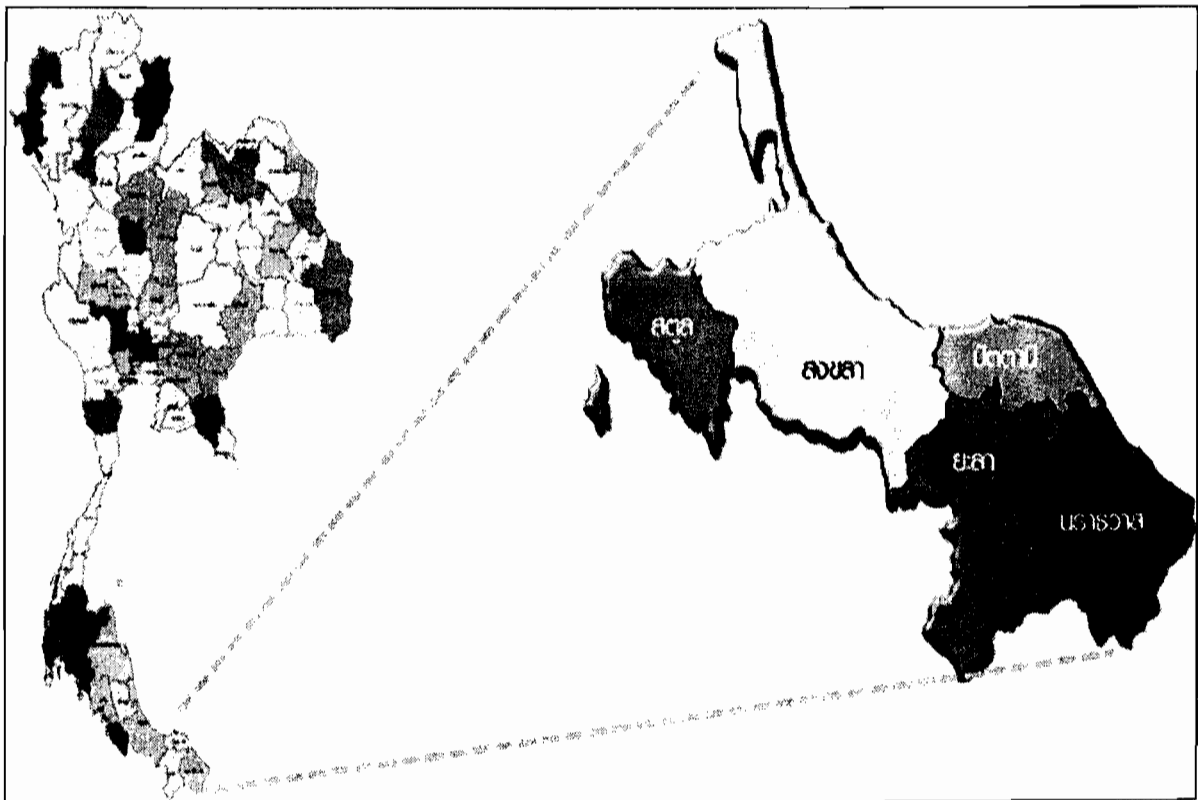
บทนำ

๑.๑ พื้นฐานทางเศรษฐกิจและสังคมจังหวัดชายแดนภาคใต้

จังหวัดชายแดนภาคใต้ ประกอบด้วย ๕ จังหวัดได้แก่ สตูล สงขลา ยะลา ปัตตานี และนราธิวาส เป็นพื้นที่ยุทธศาสตร์สำคัญทั้งด้านการพัฒนาเศรษฐกิจ สังคม และความมั่นคงของภาคใต้และของประเทศ โดยมีวัฒนธรรมประเพณีท้องถิ่นแตกต่างจากจังหวัดอื่นและมีความเชื่อมโยงอย่างใกล้ชิดทั้งด้านเศรษฐกิจและสังคม กับประเทศเพื่อนบ้าน

จังหวัดชายแดนภาคใต้ มีพื้นที่ประมาณ ๒๐,๘๐๐ ตารางกิโลเมตร (๑๓ ล้านไร่) หรือคิดเป็นร้อยละ ๒๙.๔ ของพื้นที่ภาคใต้ และร้อยละ ๔.๑ ของพื้นที่ประเทศ ประกอบด้วยพื้นที่เกษตรประมาณ ๖.๙ ล้านไร่ หรือร้อยละ ๕๒.๙ ของพื้นที่ ๕ จังหวัดชายแดนภาคใต้ ส่วนที่เหลือเป็นพื้นที่ชุมชน อุตสาหกรรม และพื้นที่อื่นๆ ร้อยละ ๔๗.๑

ที่ตั้งของพื้นที่จังหวัดชายแดนภาคใต้อยู่ห่างไกลกรุงเทพมหานคร ซึ่งเป็นศูนย์กลางเศรษฐกิจของประเทศเฉลี่ยประมาณ ๑,๐๐๐ กม. ซึ่งไกลกว่าภาคอื่นๆ และมีผลกระทบต่อแรงกระตุ้นในการพัฒนาเศรษฐกิจจากส่วนกลาง แผนที่ ๕ จังหวัดชายแดนใต้



โครงสร้างเศรษฐกิจและการกระจายรายได้

โครงสร้างการผลิตในพื้นที่ ๕ จังหวัดชายแดนภาคใต้มีฐานแคบ พึ่งพาผลผลิตด้านการเกษตรไม่กี่ชนิด เช่น ยางพารา น้ำมันปาล์ม และประมง โดยมีผลิตภัณฑ์มวลรวม (GPP) ปี ๒๕๔๒ ประมาณ ๑๕๘,๙๐๐ ล้านบาท คิดเป็นร้อยละ ๓.๔ ของประเทศและมีสัดส่วนการผลิตในภาคเกษตรสูงถึงร้อยละ ๔๑ ของ GPP สัดส่วนในภาคอุตสาหกรรม ร้อยละ ๑๐ ส่วนที่เหลือร้อยละ ๔๙ เป็นการผลิตในภาคบริการที่มีสัดส่วนรายได้จากการท่องเที่ยวและการค้าบริการ

ระบบคมนาคมขนส่งสายหลักและสิ่งอำนวยความสะดวกในพื้นที่เขตเศรษฐกิจหลักค่อนข้างพร้อม โดยได้มีการพัฒนาอย่างต่อเนื่องภายใต้แผนแม่บท แต่อย่างไรก็ตามยังคงมีความจำเป็นต้องพัฒนาระบบคมนาคมและสาธารณูปโภค เพิ่มเติมให้กระจายสู่ฐานการผลิตและแหล่งท่องเที่ยวต่างๆ

ด้านการกระจายรายได้ ประชากรในพื้นที่ชายแดนภาคใต้มีรายได้เฉลี่ย ๔๗,๙๙๕ บาทต่อคนต่อปีต่ำกว่ารายได้ต่อหัวเฉลี่ยทั้งประเทศ (๗๔,๖๗๕ บาท/คน/ปี) และรายได้ต่อหัวเฉลี่ยของภาคใต้ (๕๑,๒๘๔ บาท/คน/ปี) นอกจากนี้ในพื้นที่จังหวัดชายแดนภาคใต้ยังมีปัญหาด้านการกระจายรายได้ จังหวัดสงขลาซึ่งเป็นจังหวัดที่มีประชากรมากที่สุดในภาคใต้ มีรายได้เฉลี่ยสูงสุด ๕๙,๐๐๐ บาทต่อคนต่อปี ในขณะที่ราธิวาสมีรายได้เฉลี่ยต่ำสุดเพียง ๒๙,๐๐๐ บาท ต่อคนต่อปี ใกล้เคียงกับรายได้เฉลี่ยของประชากรจังหวัดมุกดาหารในภาคตะวันออกเฉียงเหนือและเพชรบูรณ์ น่านและพะเยาในภาคเหนือ

สภาพสังคม ประชากรในพื้นที่ ๕ จังหวัดชายแดนภาคใต้มีประชากร ๓.๒๗ ล้านคน เป็นประชากรมุสลิม ร้อยละ ๖๒ และหากพิจารณาเฉพาะประชากรใน ๔ จังหวัดชายแดนภาคใต้ (ไม่นับรวมสงขลา) จะมีประชากรมุสลิมถึงประมาณร้อยละ ๘๐ ซึ่งมีวิถีชีวิตและขนบธรรมเนียมประเพณีปฏิบัติที่สอดคล้องกับแนวปฏิบัติตามศาสนาบัญญัติของมุสลิม ซึ่งมีผลต่อแนวคิดด้านการศึกษา การประกอบอาชีพและความเป็นอยู่ที่เป็นเอกลักษณ์ของพื้นที่

ลักษณะของประชากร ในพื้นที่จังหวัดชายแดนภาคใต้ คือ จังหวัดสงขลา จังหวัดสตูล จังหวัดยะลา จังหวัดปัตตานี และจังหวัดนราธิวาสโดยลักษณะทางสถิติหลักฐานทางทะเบียนราษฎรเพื่อตรวจสอบให้ได้ข้อเท็จจริงของราษฎรที่อยู่ในพื้นที่ สรุปได้ดังนี้

จำนวนประชากร

๑. ประชากรในจังหวัดชายแดนภาคใต้ ตามประกาศสำนักทะเบียนกลาง กรมการปกครอง ตามหลักฐานการทะเบียนราษฎร ณ วันที่ ๓๑ ธันวาคม ๒๕๕๔ โดยที่จำนวนประชากรทั้งประเทศ มีจำนวนทั้งสิ้น ๖๔,๐๗๖,๐๓๓ คน ซึ่งมีประชากรใน ๕ จังหวัดชายแดนภาคใต้ทั้งสิ้น จำนวน ๓,๕๗๓,๐๑๐ คน คิดเป็นร้อยละ ๕.๕๗ ของจำนวนประชากรทั้งประเทศ และหากแบ่งเฉพาะ ใน ๓ จังหวัด คือ จังหวัดยะลา จังหวัดปัตตานี และจังหวัดนราธิวาส มีจำนวนประชากรทั้งสิ้น ๑,๙๐๔,๕๓๓ คน คิดเป็นร้อยละ ๒.๙๗ ของจำนวนประชากรทั้งประเทศ รวมทั้งหากแยกประชากรเป็น รายจังหวัดตามจำนวนประชากร มีดังนี้

- ๑.๑ จังหวัดสงขลา มีจำนวนประชากรมากที่สุด ๑,๓๖๗,๐๑๐ คน
- ๑.๒ จังหวัดนราธิวาส มีจำนวนประชากร ๗๔๗,๓๗๒ คน
- ๑.๓ จังหวัดปัตตานี มีจำนวนประชากร ๖๖๓,๔๘๕ คน
- ๑.๔ จังหวัดยะลา มีจำนวนประชากร ๔๙๓,๗๖๗ คน
- ๑.๕ จังหวัดสตูล มีจำนวนประชากร ๓๐๑,๔๖๗ คน

๒. เพศของประชากรในจังหวัดชายแดนภาคใต้ ตามประกาศสำนักทะเบียนกลาง กรมการ ปกครอง ตามหลักฐานการทะเบียนราษฎร ณ วันที่ ๓๑ ธันวาคม ๒๕๕๔ โดยที่จำนวนประชากรทั้งประเทศมี จำนวนทั้งสิ้น ๖๔,๐๗๖,๐๓๓ คน แบ่งเป็นเพศชาย จำนวน ๓๑,๕๒๙,๑๔๘ คน เพศหญิง จำนวน ๓๒,๕๔๖,๘๘๕ คน ซึ่งสามารถจำแนก ดังนี้

๒.๑ ประชากรเพศชายใน ๕ จังหวัดชายแดนภาคใต้ทั้งสิ้น จำนวน ๑,๗๖๐,๑๒๓ คน คิดเป็น ร้อยละ ๕.๕๘ ของจำนวนประชากรเพศชายทั้งประเทศ และหากแบ่งเฉพาะใน ๓ จังหวัด คือ จังหวัดยะลา จังหวัดปัตตานี และจังหวัดนราธิวาสมีจำนวนประชากรเพศชายทั้งสิ้น ๙๔๒,๕๕๔ คน คิดเป็นร้อยละ ๒.๙๙ ของจำนวนประชากรเพศชายทั้งประเทศ หากแยกประชากรเป็นรายจังหวัดตามจำนวนประชากร ดังนี้

- ๒.๑.๑ จังหวัดสงขลา มีจำนวน ๖๖๗,๒๕๐ คน
- ๒.๑.๒ จังหวัดนราธิวาส มีจำนวน ๓๗๐,๐๑๙ คน
- ๒.๑.๓ จังหวัดปัตตานี มีจำนวน ๓๒๗,๖๓๒ คน
- ๒.๑.๔ จังหวัดยะลา มีจำนวน ๒๔๔,๙๐๓ คน
- ๒.๑.๕ จังหวัดสตูล มีจำนวน ๑๕๐,๓๑๙ คน

๒.๒ ประชากรเพศหญิงใน ๕ จังหวัดชายแดนภาคใต้ทั้งสิ้น จำนวน ๑,๘๑๒,๙๗๘ คน คิดเป็นร้อยละ ๕.๕๗ ของจำนวนประชากรเพศหญิงทั้งประเทศ และหากแบ่งเฉพาะใน ๓ จังหวัด คือ จังหวัด ยะลา จังหวัดปัตตานี และจังหวัดนราธิวาสมีจำนวนประชากรเพศหญิงทั้งสิ้น ๙๖๒,๐๗๐ คน คิดเป็นร้อยละ ๒.๙๕ ของจำนวนประชากรเพศหญิงทั้งประเทศ หากแยกประชากรเป็นรายจังหวัดตามจำนวนประชากร ดังนี้

- ๒.๑.๑ จังหวัดสงขลา มีจำนวน ๖๙๙,๗๖๐ คน
- ๒.๑.๒ จังหวัดนราธิวาส มีจำนวน ๓๗๗,๓๕๓ คน
- ๒.๑.๓ จังหวัดปัตตานี มีจำนวน ๓๓๕,๘๕๓ คน
- ๒.๑.๔ จังหวัดยะลา มีจำนวน ๒๔๘,๘๖๔ คน
- ๒.๑.๕ จังหวัดสตูล มีจำนวน ๑๕๑,๑๔๘ คน

๓. การนับถือศาสนา ด้วยโครงสร้างสังคมในจังหวัดชายแดนภาคใต้มีลักษณะพิเศษโดยเฉพาะในเขตจังหวัดปัตตานี จังหวัดยะลา จังหวัดนราธิวาสและจังหวัดสตูล มีความแตกต่างจากภาคอื่น กล่าวคือ ประชาชนส่วนใหญ่ ประมาณร้อยละ ๘๐ นับถือศาสนาอิสลาม ใช้ภาษามลายูในชีวิตประจำวันไม่นิยมพูดภาษาไทย มีบางส่วนที่พูดภาษาไทยไม่ได้เลย และมีขนบธรรมเนียม ประเพณี วัฒนธรรมที่แตกต่างไปจากท้องถิ่น ยกเว้นประชาชนในจังหวัดสตูลซึ่งส่วนใหญ่ นับถือศาสนาอิสลามแต่พูดและใช้ภาษาไทยอย่างแพร่หลายสภาพของสังคมดังกล่าวจึงเป็นอุปสรรคต่อการพัฒนาและนำไปสู่ปัญหาด้านสังคมจิตวิทยาและปัญหาด้านความมั่นคงของจังหวัดชายแดนภาคใต้ สามารถจำแนกจำนวนประชากรที่นับถือศาสนา ดังนี้

๓.๑ ข้อมูลสำนักงานจังหวัดสงขลา ประชากรจังหวัดสงขลา ส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ ๖๔.๐๓ รองลงมาศาสนาอิสลาม ร้อยละ ๓๒.๘๔ และศาสนาคริสต์ ร้อยละ ๒.๓๗ นอกนั้นนับถือศาสนาอื่นๆ อีกร้อยละ ๐.๖๗

๓.๒ ข้อมูลองค์การบริหารส่วนจังหวัดยะลา ประชากรจังหวัดยะลา ส่วนใหญ่นับถือศาสนาอิสลาม ร้อยละ ๗๖.๕๘ รองลงมาศาสนาพุทธ ร้อยละ ๒๒.๗๔ ศาสนาอื่น ๆ ร้อยละ ๐.๓๑

๓.๓ ข้อมูลสำนักงานจังหวัดนราธิวาส ประชากรจังหวัดนราธิวาส ส่วนใหญ่นับถือศาสนาอิสลาม ร้อยละ ๘๓ รองลงมาศาสนาพุทธ ร้อยละ ๑๖.๔๕ และศาสนาอื่นๆ ร้อยละ ๐.๕๕

๓.๕ ข้อมูลสำนักงานจังหวัดปัตตานี ประชากรจังหวัดปัตตานี ส่วนใหญ่นับถือศาสนาอิสลาม ร้อยละ ๘๗.๖๐ รองลงมาศาสนาพุทธ ร้อยละ ๑๒.๓๙ และศาสนาอื่นๆ ร้อยละ ๐.๐๑

๓.๕ ข้อมูลองค์การบริหารส่วนจังหวัดสตูล ประชากรส่วนใหญ่นับถือศาสนาอิสลาม คิดเป็นร้อยละ ๗๔.๑๐ นับถือศาสนาพุทธร้อยละ ๒๕.๘๑ และนับถือศาสนาคริสต์และศาสนาอื่น ๆ ร้อยละ ๐.๐๙

๑.๒ คุณภาพชีวิต สุขภาวะของประชาชนจังหวัดชายแดนภาคใต้และความสำคัญของการศึกษาคุณภาพชีวิต

ปัญหาความไม่สงบในพื้นที่จังหวัดชายแดนภาคใต้ ที่เกิดขึ้นอย่างต่อเนื่องตั้งแต่ปี ๒๕๔๗ เป็นต้นมาโดยเฉพาะในพื้นที่ ๓ จังหวัดภาคใต้ได้แก่ นราธิวาส ปัตตานี ยะลา และ ๕ อำเภอของจังหวัดสงขลา ได้แก่ อำเภอสะเตาะ อำเภอจะนะ อำเภอนาทวี อำเภอเทพา และอำเภอสะบ้าย้อย แม้เวลาผ่านไป เกือบ ๘ ปี แต่ ความรุนแรงที่เกิดขึ้นทั้งการก่อเหตุด้วยการยิงสังหารผู้คนกลุ่มต่างๆ

ในชีวิตประจำวัน การก่อเหตุด้วยการวางระเบิดในที่สาธารณะและระเบิดโจมตีกลุ่มเป้าหมายที่เป็นเจ้าหน้าที่รัฐ การโจมตีฐานที่ตั้งของทหารตำรวจหรือกองกำลังอาสาสมัคร การปะทะกันด้วยกองกำลังอาวุธในการปราบปรามจับกุม ปิดล้อมตรวจค้นของเจ้าหน้าที่ต่อผู้ก่อความไม่สงบ รวมทั้งการสังหารผู้บริสุทธิ์ เหตุการณ์ดังกล่าวยังเกิดขึ้นและเป็นข่าวอยู่เป็นประจำ

ความรุนแรงดังกล่าวได้ส่งผลกระทบต่อสุขภาพอย่างรุนแรงทั้งทางกาย จิตสังคม และจิตวิญญาณสถิติการเกิดเหตุการณ์ความไม่สงบในจังหวัดชายแดนภาคใต้ของศูนย์เฝ้าระวังสถานการณ์ภาคใต้ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์วิทยาเขตปัตตานี สรุปในเดือนพฤศจิกายน ๒๕๕๔ ซึ่งให้เห็นจำนวนผู้เสียชีวิตและบาดเจ็บในรอบเจ็ดปีกว่าหรือ ๙๔ เดือนนับตั้งแต่เดือนมกราคม ๒๕๔๗ ถึงเดือนตุลาคม ๒๕๕๔ เกิดเหตุความไม่สงบรวมทั้งสิ้นประมาณ ๑๑,๒๖๕ เหตุการณ์ ทำให้มีผู้เสียชีวิตและได้รับบาดเจ็บรวมกันจำนวนประมาณ ๑๓,๒๐๗ ราย แยกเป็นจำนวนผู้เสียชีวิตรวม ๔,๙๔๓ ราย จำนวนผู้บาดเจ็บรวม ๘,๒๖๔ ราย และในระยะหลังนับตั้งแต่ปี ๒๕๕๑ เป็นต้นมา สถานการณ์ความไม่สงบในจังหวัดชายแดนภาคใต้มีลักษณะแบบแผนความรุนแรงที่ปะทุขึ้นอย่างต่อเนื่องและความรุนแรงมากขึ้น สะท้อนให้เห็นสถานการณ์ความรุนแรง ความไม่เสถียรภาพ ที่ยังคงดำเนินต่อไปไม่มีวันจบสิ้น

ความรุนแรงที่เกิดขึ้นอย่างยืดยาวนี้ ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต และวิถีชีวิตของประชาชนที่ต้องดำเนินอยู่บนความไม่มั่นคงปลอดภัยในชีวิตและทรัพย์สิน รวมทั้งยังก่อให้เกิดความสูญเสียมากมาย โดยเฉพาะภาวะสุขภาพ ทั้งด้านร่างกายและจิตใจของประชาชน และยังเป็นอุปสรรคต่อการเข้าถึงบริการสุขภาพที่จำเป็นของประชาชน ทั้งการเข้ารับการรักษาพยาบาลในหน่วยบริการสาธารณสุข การรับบริการส่งเสริมสุขภาพ และการป้องกันโรคในชุมชนที่เจ้าหน้าที่ไม่สามารถเข้าไปให้บริการได้อย่างเต็มที่ ซึ่งส่งผลให้ผลลัพธ์ด้านสุขภาพทั้งอัตราการเสียชีวิตของมารดาและทารก รวมทั้งการแพร่ระบาดของการติดเชื้อเอชไอวี (เอดส์) สูงกว่าภูมิภาคอื่นของประเทศ แม้ว่ากระทรวงสาธารณสุขจะให้ความสำคัญ และพยายามพัฒนาระบบบริการสุขภาพในจังหวัดชายแดนใต้อย่างมาก โดยการดำเนินงานตามนโยบายรัฐบาลภายใต้ยุทธศาสตร์การพัฒนาจังหวัดชายแดนภาคใต้ ซึ่งได้รับการสนับสนุนงบประมาณจากหลายแหล่ง ทั้งจากงบประมาณรายจ่ายประจำปี จากงบกลางเพิ่มเติม งบประมาณจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ หรือส่วนราชการอื่นที่สนับสนุนเพิ่มเติมโดยตลอด แต่สภาพปัญหาของระบบบริการสาธารณสุขในพื้นที่ยังไม่สามารถตอบสนองต่อความต้องการของประชาชนที่อยู่ในพื้นที่ได้เต็มขีดความสามารถ

นอกจากนั้นปัญหาเกี่ยวกับกำลังคนด้านสุขภาพในพื้นที่จังหวัดชายแดนภาคใต้ พบว่ามีความแตกต่างจากปัญหาของภูมิภาคอื่น กล่าวคือ ปัจจุบันการแก้ปัญหาการขาดแคลนกำลังคนในเชิงปริมาณในพื้นที่จังหวัดชายแดนภาคใต้ดีขึ้นเป็นลำดับ จากการที่กระทรวงสาธารณสุข ได้ใช้มาตรการจูงใจให้บุคลากรทางการแพทย์เข้าไปทำงานในพื้นที่เพิ่มมากขึ้น ทั้งการเพิ่มค่าตอบแทน การจัดสรรทุนแพทย์เพื่อเรียนเฉพาะทาง การเพิ่มศักยภาพแพทย์มุสลิมที่สำเร็จจากต่างประเทศ ให้สามารถสอบใบ

ประกอบวิชาชีพเวชกรรม เพื่อให้ปฏิบัติงานใน ๕ จังหวัดชายแดนภาคใต้ รวมทั้ง การเร่งเพิ่มจำนวนพยาบาลภายใต้โครงการผลิตพยาบาลวิชาชีพเพิ่ม ๓,๐๐๐ คน เพื่อการแก้ไขปัญหาการขาดแคลนพยาบาลโดยให้อัตราตำแหน่งบรรจุเป็นข้าราชการเพื่อจูงใจและเป็นขวัญกำลังใจในการทำงานในพื้นที่ที่ยากลำบาก แต่กลับประสบปัญหาความยากลำบากและความเสี่ยงในการปฏิบัติงาน ซึ่งส่งผลกระทบต่อ การให้บริการแก่ประชาชนและคุณภาพชีวิตของบุคลากร สถานการณ์รุนแรง และความไม่สงบดังกล่าว อาจไม่สามารถดึงดูดให้มีบุคลากรมาทำงานอย่างต่อเนื่อง ยาวนานได้ จึงจำเป็นต้องหาวิธีที่ ต้องบำรุงรักษาขวัญกำลังใจและสร้างแรงจูงใจ ของผู้ปฏิบัติงานเพื่อให้มีความยั่งยืน และการคงอยู่ในพื้นที่ อย่างต่อเนื่องและด้วยบริบทที่แตกต่างจากภูมิภาคอื่นๆ ของประเทศ จึงจำเป็นต้องทำการศึกษา สถานการณ์ และรวบรวมข้อเท็จจริงจากพื้นที่ เนื่องด้วยจังหวัดชายแดนภาคใต้เป็นพื้นที่ยุทธศาสตร์ สำคัญทั้งด้านการพัฒนาเศรษฐกิจ สังคม และความมั่นคงของภาคใต้และของประเทศ โดยมีวัฒนธรรม ประเพณีท้องถิ่นแตกต่างจากจังหวัดอื่นและมีความเชื่อมโยงอย่างใกล้ชิดทั้งด้านเศรษฐกิจและสังคม กับประเทศเพื่อนบ้าน

ดังนั้น คณะกรรมการวิสามัญฯ จึงได้แต่งตั้งคณะอนุกรรมการติดตามการพัฒนา สุขภาวะของชุมชน คุณภาพชีวิต การบริการสาธารณสุข และสถานภาพสตรี ณ จังหวัดชายแดนภาคใต้ เพื่อศึกษา ติดตาม รวบรวมข้อมูล และข้อเท็จจริงในการพัฒนาด้านสุขภาวะของชุมชน คุณภาพชีวิต การบริการสาธารณสุข และสถานภาพสตรี ณ จังหวัดชายแดนภาคใต้เพื่อนำมาสู่การสังเคราะห์ กระบวนการแนวทางการแก้ไขปัญหาและข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์ต่อการพัฒนาให้เกิดประโยชน์กับ ประชาชนต่อไป

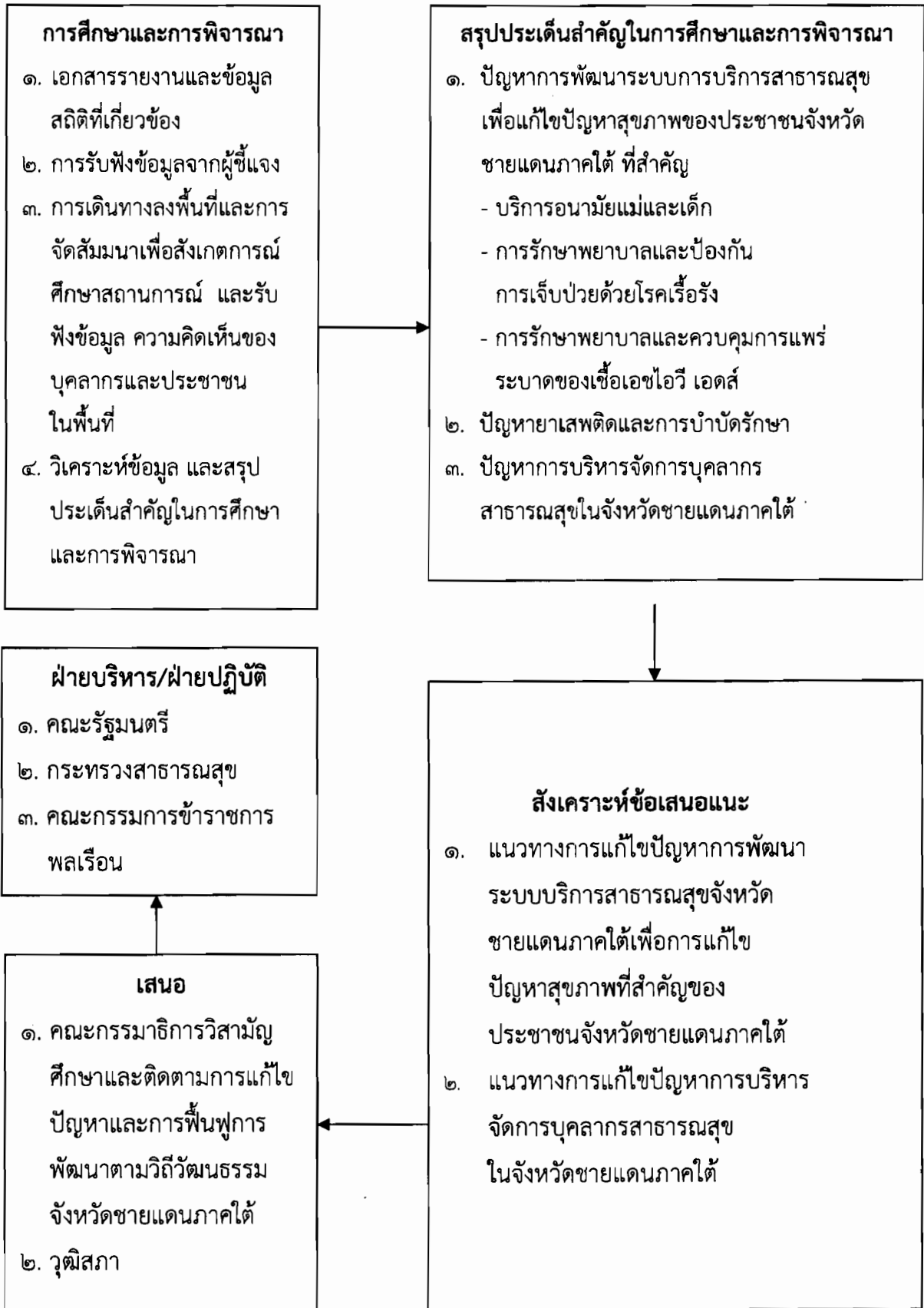
๑.๓ วัตถุประสงค์ของการศึกษา

๑.๓.๑ เพื่อศึกษาและรวบรวมประเด็นปัญหาสุขภาพของประชาชนในพื้นที่จังหวัด ชายแดนภาคใต้ที่สำคัญและเร่งด่วน

๑.๓.๒ เพื่อศึกษาปัญหาและติดตามการพัฒนาระบบบริการสาธารณสุขเพื่อตอบสนองต่อ ความต้องการของประชาชน

๑.๓.๓ เพื่อศึกษาปัญหาและแนวทางการบริหารจัดการบุคลากรสาธารณสุขให้มีความ เพียงพอและยั่งยืน

๑.๔ กรอบแนวคิดในการศึกษา



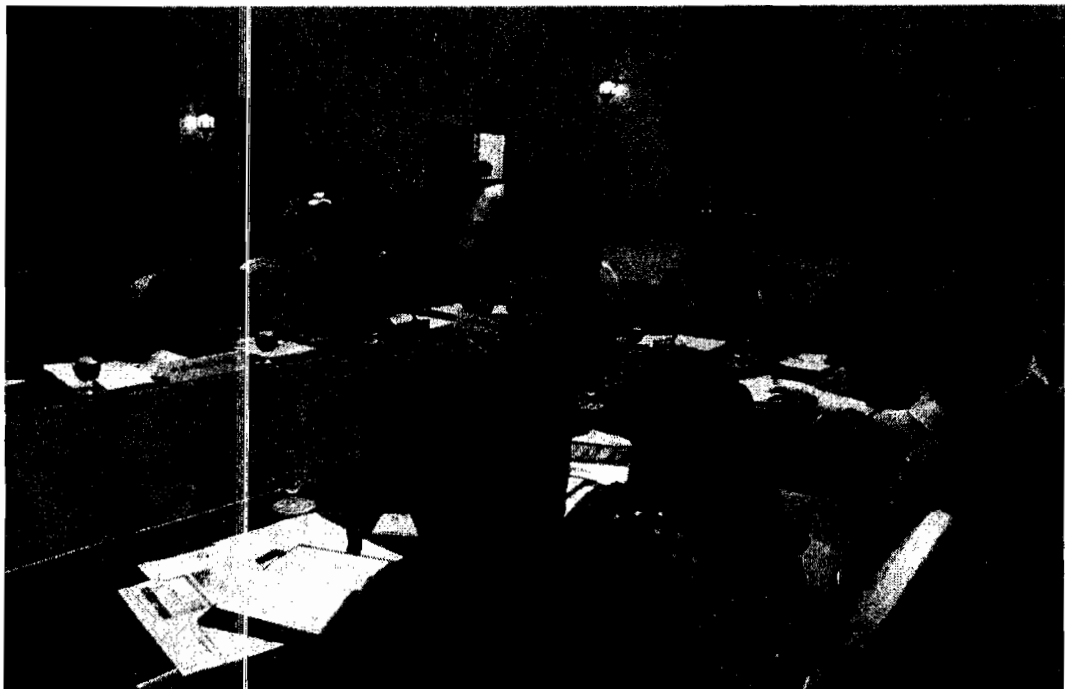
๑.๕ วิธีการศึกษา

๑.๕.๑ การประชุมคณะอนุกรรมการฯ เพื่อพิจารณา วิเคราะห์ เอกสารรายงานและ ข้อมูลสถิติที่เกี่ยวข้องโดยมีขอบเขตการศึกษาปัญหาสุขภาพของประชาชน ระบบบริการสาธารณสุข และการบริหารจัดการบุคลากรสาธารณสุขในพื้นที่จังหวัดชายแดนภาคใต้ ประกอบด้วยจังหวัดสงขลา จังหวัดสตูล จังหวัดปัตตานี จังหวัดยะลา และจังหวัดนราธิวาส

๑.๕.๒ การเชิญผู้แทนหน่วยงานภาครัฐ ภาคเอกชน และภาคประชาชนเข้าร่วมประชุม ชี้แจงและให้ข้อมูล

๑.๕.๓ การเดินทางลงพื้นที่จังหวัดชายแดนภาคใต้เพื่อประชุมร่วมกับผู้แทนของหน่วยงาน ภาครัฐและภาคประชาชนในพื้นที่ การสังเกตการณ์ ศึกษาสถานการณ์ รับฟังข้อมูลและความคิดเห็น ของบุคลากรสาธารณสุขในพื้นที่

๑.๕.๔ วิเคราะห์ข้อมูล และสรุปประเด็นสำคัญในการศึกษาเกี่ยวกับปัญหาในการ จัดบริการ การพัฒนาระบบบริการสาธารณสุขเพื่อแก้ไขปัญหาสุขภาพที่สำคัญ และการบริหารจัดการ บุคลากรสาธารณสุขในพื้นที่จังหวัดชายแดนภาคใต้



รองศาสตราจารย์ทัศนีย์ บุญทอง ประธานที่ปรึกษาคณะกรรมการวิสามัญฯ นำคณะลงพื้นที่
ประชุมร่วมกับสาธารณสุขจังหวัดชายแดนภาคใต้และประชาชนในพื้นที่
ณ โรงแรม ซีเอส ปัตตานี เมื่อ ๑๙ ธันวาคม ๒๕๕๔

๑.๖ การเก็บรวบรวมข้อมูลและการวิเคราะห์ข้อมูล

๑.๖.๑ เก็บข้อมูลเชิงปริมาณจากข้อมูลทุติยภูมิ ที่ปรากฏในเอกสารรายงานของหน่วยงาน

๑.๖.๒ เก็บรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพจากการเดินทางลงพื้นที่ที่ประชุมร่วมกับผู้แทนของหน่วยงานภาครัฐและภาคประชาชนในพื้นที่ และการจัดสัมมนาเพื่อการสังเกตสถานการณ์ ศึกษาสถานการณ์ และรับฟังข้อมูล ความคิดเห็นของบุคลากรและประชาชนในพื้นที่ รวมทั้งการชี้แจงและการสัมภาษณ์ผู้เกี่ยวข้อง การรวบรวมความคิดเห็น และข้อมูลจากอนุกรรมการฯ และที่ปรึกษาคณะอนุกรรมการฯ

๑.๖.๓ ประชุมพิจารณาวิเคราะห์ สรุปประเด็นปัญหา สังเคราะห์แนวทางการแก้ไข และข้อเสนอแนะ



รองศาสตราจารย์ทัศนาศ บุญทอง ประธานที่ปรึกษาคณะกรรมการวิสามัญฯ นำคณะลงพื้นที่
 เยี่ยมเยียนบุคลากรสาธารณสุขจังหวัดชายแดนภาคใต้
 ณ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลลำพูน จังหวัดนราธิวาส เมื่อ ๒๐ ธันวาคม ๒๕๕๔

บทที่ ๒

สถานการณ์ปัญหาสุขภาพในพื้นที่จังหวัดชายแดนใต้

๒.๑ สถานการณ์ปัญหาสุขภาพของประชาชนจังหวัดชายแดนภาคใต้

๒.๑.๑ ปัญหาด้านอนามัยแม่และเด็ก การคลอดบุตรกับผดุงครรภ์โบราณ ตามความเชื่อทางศาสนาของประชาชนในพื้นที่ ๕ จังหวัดชายแดนภาคใต้ (สงขลา สตูล ยะลา ปัตตานี และนราธิวาส) เป็นสาเหตุหนึ่งของปัญหาอนามัยแม่และเด็ก เพราะเป็นภาวะเสี่ยงต่อการเกิดภาวะโลหิตจางในหญิงตั้งครรภ์ ภาวะเด็กน้ำหนักน้อย ซึ่งจะส่งผลต่อการเจ็บป่วย การเสียชีวิตจากการตั้งครรภ์ และการคลอดของมารดาได้ การเสียชีวิตของมารดาขณะตั้งครรภ์ คลอด และหลังคลอดเป็นดัชนีชี้ให้เห็นถึงภาวะสุขภาพของประชากร โดยเฉพาะหญิงวัยเจริญพันธุ์และระบบบริการด้านสาธารณสุขยังคงเป็นปัญหาสำคัญในพื้นที่จังหวัดชายแดนภาคใต้ โดยพบว่ามียอัตราการตายสูงระดับประเทศ และสูงกว่าภูมิภาคอื่นของประเทศไทย ปัญหาด้านอนามัยแม่และเด็กที่พบมากในพื้นที่จังหวัดชายแดนภาคใต้ประกอบด้วย

๑) ปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น พบอัตราการดามีบุตรเมื่ออายุต่ำกว่า ๒๐ ปี สูงกว่าเกณฑ์ที่กำหนดไว้ไม่เกินร้อยละ ๑๐ ของมารดาคลอดทั้งหมด ซึ่งในปีงบประมาณ ๒๕๕๔ พบว่าจังหวัดสตูล มีอัตราสูงสุด ร้อยละ ๑๒ รองลงมา คือ จังหวัดยะลา ร้อยละ ๑๑.๑ ปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น จึงเป็นประเด็นที่ต้องเฝ้าระวัง เนื่องจากอาจจะส่งผลต่อการคลอดทารกที่มีน้ำหนักน้อย การเลี้ยงดูทารก บทบาทการเป็นมารดาและการหย่าร้างเนื่องจากความไม่พร้อมทั้งทางร่างกาย ด้านจิตใจและด้านเศรษฐกิจ

๒) ปัญหาการฝากครรภ์และการคลอด การฝากครรภ์ครั้งแรกเป็นไปตามเกณฑ์ที่กำหนดให้การฝากครรภ์ครั้งแรกก่อนอายุครรภ์ ๑๒ สัปดาห์ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๕๐ ในปีงบประมาณ ๒๕๕๔ ผลการดำเนินงานสูงกว่าเกณฑ์ที่กำหนดไว้ จังหวัดที่มีผลการดำเนินงานสูงที่สุดได้แก่จังหวัดสตูล ร้อยละ ๗๖.๒ แต่การฝากครรภ์ครบ ๔ ครั้งตามเกณฑ์ ที่กำหนดไว้ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๕๐ พบว่าในช่วง ๒ ปีที่ผ่านมา จังหวัดยะลาและนราธิวาส มีอัตราสูงขึ้นกว่าเดิมเล็กน้อย แต่ผลการดำเนินงานในปีงบประมาณ ๒๕๕๔ ยังไม่มีจังหวัดใดที่ดำเนินการได้ครบตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ ทั้งนี้เนื่องจากมารดาบางส่วนหลังจากฝากครรภ์ครั้งแรกแล้วไปทำงานที่ประเทศมาเลเซียหรือไปทำงานที่จังหวัดอื่นจะกลับมาอีกครั้งเมื่อใกล้คลอด

ส่วนการคลอดนั้น ในปีงบประมาณ ๒๕๕๔ พบว่าอัตราการคลอดที่บ้านกับผดุงครรภ์โบราณ ลดลงในทุกจังหวัดเมื่อเปรียบเทียบกับปีที่ผ่านมา จังหวัดปัตตานี จังหวัดยะลาและจังหวัดนราธิวาส มีอัตราการคลอดที่บ้านกับผดุงครรภ์โบราณสูงกว่าในจังหวัดสงขลาและจังหวัดสตูล โดยจังหวัดสงขลาและจังหวัดสตูล มีอัตราการคลอดกับผดุงครรภ์โบราณไม่ถึงร้อยละ ๑ ในขณะที่

จังหวัดปัตตานีมีอัตราสูงสุด ร้อยละ ๔.๗ มารดาที่คลอดที่บ้านกับผดุงครรภ์โบราณส่วนใหญ่เป็นมารดาที่มีบุตรหลายคน บางคนคลอดง่าย มาไม่ทัน และจากสถานการณ์ความไม่สงบในพื้นที่ ทำให้บางรายไม่สามารถมาคลอดที่สถานบริการโดยเฉพาะในรายที่เจ็บครรภ์ในเวลากลางคืน

๓) ปัญหาภาวะโลหิตจางในหญิงตั้งครรภ์ ซึ่งตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ไม่เกินร้อยละ ๑๐ ของมารดาคลอดทั้งหมดแต่ในปีงบประมาณ ๒๕๕๔ จังหวัดปัตตานี พบภาวะโลหิตจางในหญิงตั้งครรภ์ สูงสุดถึง ร้อยละ ๒๑.๕ รองลงมาได้แก่ จังหวัดนราธิวาสร้อยละ ๑๔.๘๘ จังหวัดยะลาร้อยละ ๑๔.๘ และจังหวัดสตูลร้อยละ ๑๖.๙ แสดงว่าจังหวัดในพื้นที่จังหวัดชายแดนภาคใต้ยังคงมีปัญหาภาวะโลหิตจางในหญิงตั้งครรภ์ หญิงตั้งครรภ์บางส่วนไม่ยอมที่จะรับประทานยาเม็ดเสริมธาตุเหล็ก เพราะกลัวเด็กจะตัวโตและทำให้เกิดการคลอดยาก และบางส่วนมีอาการข้างเคียงเมื่อรับประทานยาเม็ดเสริมธาตุเหล็ก

๔) ปัญหาทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยกว่า ๒,๕๐๐ กรัม ตามเกณฑ์กำหนดไว้ไม่เกินร้อยละ ๗ พบว่า ผลการดำเนินงานในปีงบประมาณ ๒๕๕๓ - ๒๕๕๔ แตกต่างกันไปเล็กน้อย โดยในปีงบประมาณ ๒๕๕๔ จังหวัดที่มีอัตราสูงสุด ได้แก่ จังหวัดปัตตานี ร้อยละ ๘.๘ รองลงมาได้แก่ จังหวัดสงขลา ร้อยละ ๘.๒ จังหวัดที่สามารถดำเนินงานได้ตามเป้าหมาย ได้แก่ จังหวัดปัตตานี จังหวัดนราธิวาสและจังหวัดสตูล น้ำหนักแรกเกิดของทารกสามารถเป็นตัวชี้วัดการเจริญเติบโตระหว่างอยู่ในครรภ์มารดา และยังสามารถใช้เป็นตัวชี้วัดการเจริญเติบโต ในช่วงเด็กอีกด้วย ทารกที่มีน้ำหนักแรกเกิดน้อยกว่าปกติ จะมีระดับการเจริญเติบโต ทั้งทางร่างกาย จิตใจ ตลอดจนความสามารถ ในการเรียนรู้ ต่ำกว่า เมื่อเปรียบเทียบกับทารกที่มีน้ำหนักแรกเกิดปกติ นอกจากนี้ ยังพบว่า ทารกที่มีน้ำหนักแรกเกิดน้อยกว่าปกติ เสี่ยงต่ออัตราป่วย อัตราตาย ความพิการทั้งทางร่างกายและสมอง

๕) ปัญหาการเกิดโรคที่สามารถป้องกันได้ด้วยวัคซีนในเด็ก ตามเกณฑ์มาตรฐาน จะต้องให้วัคซีนเด็กให้ได้ ร้อยละ ๙๐-๙๕ ของจำนวนเด็กทั้งหมด จึงจะสามารถควบคุมโรคที่สามารถป้องกันได้ด้วยการฉีดวัคซีน ตั้งแต่เกิดเหตุการณ์ความรุนแรงในจังหวัดชายแดนภาคใต้ เมื่อปี ๒๕๔๗ เป็นต้นมา พบโรคที่สามารถป้องกันได้ด้วยการฉีดวัคซีนกลับมาระบาดอีกครั้ง เนื่องจากความถี่ในการลงพื้นที่ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขหลายแห่งลดน้อยลง เพราะเกรงจะได้รับผลกระทบจากความไม่สงบ ส่งผลให้ ปี ๒๕๕๓ จังหวัดปัตตานีมีเด็กได้รับวัคซีนเพียง ร้อยละ ๖๐ เท่านั้น มีผู้ป่วยโรคคอตีบ ๔๘ ราย เสียชีวิต ๙ ราย สูงที่สุดในประเทศไทย โรคคอตีบเป็นโรคติดเชื้อเฉียบพลันของระบบทางเดินหายใจจากเชื้อแบคทีเรีย โดยเชื้อมีอยู่ในผู้ใหญ่และเป็นพาหะแต่ไม่แสดงอาการ เมื่อไอ จาม จะทำให้เชื้อแพร่กระจายไปสู่เด็กที่ไม่มีภูมิคุ้มกัน เพราะไม่ได้รับวัคซีน ทำให้เด็กหายใจลำบาก เจ็บคอ เบื่ออาหาร และไอ เมื่อตรวจดูในคอ พบแผ่นเยื่อสีขาวปนเทาติดแน่นอยู่บริเวณต่อมทอนซิลและลิ้นไก่ และอาจจะติดเชื้อลงไปถึงปอด ทำให้เสียชีวิตได้ ซึ่งหากเด็กเล็กติดเชื้อโรคคอตีบจะมีอัตราการเสียชีวิตสูง จึงจำเป็นต้องเร่งให้วัคซีนในเด็กเล็กมากขึ้น ส่งผลให้ปี ๒๕๕๔ ระหว่างเดือนมกราคม-เมษายน มีผู้ป่วย

และเสียชีวิตจากโรคคอติบลดลง โดยมีผู้ป่วย ๔ ราย เสียชีวิต ๑ ราย เป็นเด็กอายุ ๕ ปี ๒ เดือน แต่พบว่าข้อมูลเกี่ยวกับการให้วัคซีนในเด็กอาจไม่ตรงกับสภาพความเป็นจริงเนื่องจากการทำงานสาธารณสุขเชิงรุก เช่น การลงพื้นที่ตรวจสุขภาพภายในหมู่บ้าน ในรอบ ๕-๖ ปีที่ผ่านมาลดน้อยลง อันเป็นผลมาจากเหตุการณ์ความไม่สงบ ปัญหาใหญ่คือ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขชุมชน พยาบาล และอาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้าน (อสม.) ซึ่งต้องร่วมกันสำรวจข้อมูลพื้นฐานของหมู่บ้าน โดยเฉพาะด้านสุขภาพ ได้รับข้อมูลไม่ครบถ้วน และไม่ตรงกับสภาพความเป็นจริง จึงส่งผลต่อการควบคุมโรค เช่น ข้อมูลของสำนักทะเบียนราษฎร กระทรวงมหาดไทย ระบุมีเด็ก ๒๐ คน แต่ข้อเท็จจริงอาจจะมีเด็ก ๑๐-๓๐ คนก็ได้ เพราะพ่อแม่ไม่ได้แจ้งเกิดทุกราย ถ้าจำนวนเด็กน้อยกว่าตัวเลขของสำนักทะเบียนราษฎร การให้วัคซีนจะครอบคลุมเด็กทุกคน แต่หากจำนวนเด็กมีมากกว่า เด็กจะได้รับวัคซีนไม่ครบทุกคน เพราะการเตรียมวัคซีนจะเตรียมตามจำนวนเด็กที่มีอยู่ ฉะนั้น จึงจำเป็นต้องสำรวจข้อมูลเด็กเข้า ต้องใช้เวลาในการปรับฐานข้อมูลให้ตรงกับความเป็นจริงมากที่สุด

๖) เด็กมีไอคิวต่ำกว่าค่าเฉลี่ย พบว่าในพื้นที่จังหวัดชายแดนภาคใต้ส่วนใหญ่ยังมีระดับของสติปัญญาที่ยังมีได้เป็นไปตามมาตรฐาน ผลการสำรวจระดับสติปัญญานักเรียนไทยปี ๒๕๕๔ ของกรมสุขภาพจิตกระทรวงสาธารณสุข พบว่าเด็กนักเรียนไทยทั่วประเทศมีคะแนนสติปัญญา (IQ) เฉลี่ยเท่ากับ ๙๘.๕๙ (ค่าเฉลี่ยปกติ ๙๐-๑๐๙) ภาคใต้มีค่าเฉลี่ย ๙๖.๘๕ จังหวัดที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุด ๒ อันดับสุดท้ายของประเทศคือ อันดับที่ ๗๕ จังหวัดปัตตานี ค่าเฉลี่ย ๙๑.๐๖ และอันดับที่ ๗๖ คือ จังหวัดนราธิวาส ค่าเฉลี่ย ๘๘.๐๗ ปัจจัยที่ส่งผลต่อไอคิวของเด็กอาจมาจากหลายสาเหตุทั้งการตั้งครรภ์ในวัยเด็ก การเลี้ยงดูทารกของมารดาและผู้เลี้ยงดู เป็นต้น

๗) อัตราการตายของมารดาและทารกสูงกว่าภูมิภาคอื่นๆ ข้อมูลจากแผนปฏิบัติการพัฒนาจังหวัดชายแดนภาคใต้ ประจำปี พ.ศ. ๒๕๕๕-๒๕๕๗ ของ คอ.บต.ระบุถึงปัญหาสุขภาพอนามัยของประชาชนใน ๓ จังหวัดชายแดนภาคใต้ว่า มีเพิ่มมากขึ้น โดยเฉพาะสุขภาพอนามัยแม่และเด็กที่พบแนวโน้มอัตราการตายสูงขึ้น อัตราการตายของมารดาใน จ.ปัตตานี ปี ๒๕๔๖ เทียบกับปี ๒๕๔๙ คือ ๒๖.๐ เพิ่มเป็น ๕๑ คน ต่อการเกิด ๑ แสนประชากร ขณะที่ จ.ยะลา คือ ๑๙.๘ เพิ่มเป็น ๔๙.๒ คน ถือเป็นสถิติที่สูงกว่า ๒ เท่าของค่าเฉลี่ยในพื้นที่อื่นๆ ส่วนอัตราการตายของทารกใน ๓ จังหวัดชายแดนภาคใต้ปี ๒๕๔๖ เทียบกับปี ๒๕๔๙ คือ ๑๑.๑ คน เพิ่มเป็น ๑๑.๗ คน ต่อการเกิด ๑,๐๐๐ คน

นอกจากนั้น ยังพบว่าสาเหตุการตายของมารดาส่วนใหญ่ได้แก่การตกเลือดหลังคลอด (Postpartum Haemorrhage) โดยเฉพาะใน ๓ จังหวัดชายแดนภาคใต้ เนื่องจากการมีบุตรถี่ และมีบุตรหลายคน ในปีงบประมาณ ๒๕๕๔ จังหวัดที่มีอัตราการมารดาตายสูงที่สุดได้แก่ จังหวัดยะลา คือ ๖๐.๘ ต่อแสนการเกิดมีชีพ รองลงมาได้แก่ จังหวัดนราธิวาส ๕๓.๑ จังหวัดสงขลา ๓๗.๔ และ จังหวัดปัตตานี ๓๐.๖ โดยจังหวัดสตูลไม่มีรายงานการตายของมารดา

ส่วนอัตราการตายปริกำเนิดของทารก ซึ่งเป็นการตายของทารกที่มารดามีอายุครรภ์ครบ ๒๘ สัปดาห์หรือมากกว่า รวมกับการตายของทารกที่มีอายุน้อยกว่า ๗ วัน ที่เกณฑ์กำหนดไว้ไม่เกิน ๙ ต่อพันการเกิด ในปีงบประมาณ ๒๕๕๔ จังหวัดที่มีอัตราการตายปริกำเนิดของทารกสูงที่สุดได้แก่ จังหวัดปัตตานี อัตรา ๑๒.๒ ต่อพันการเกิดรองลงมาจังหวัดสตูลและจังหวัดนราธิวาส ๑๐.๖ และ ๙.๕ ตามลำดับ

โดยสรุปจากข้อมูลผลการดำเนินงานอนามัยแม่และเด็กดังกล่าวจะเห็นว่าการตายของมารดาและทารกยังคงอยู่ในอัตราที่สูงกว่าเกณฑ์ที่กำหนดไว้ ถึงแม้ว่าการฝากครรภ์ก่อนอายุครรภ์ ๑๒ สัปดาห์จะผ่านเกณฑ์ที่กำหนด แต่การฝากครรภ์ครบ ๔ ครั้งตามเกณฑ์และภาวะโลหิตจางขณะตั้งครรภ์ ดำเนินการไม่ได้ตามเกณฑ์ ทำให้มารดา ยังคงมีภาวะเสี่ยงต่อการเจ็บป่วยและการเสียชีวิต โดยเฉพาะในกลุ่มที่มีอายุต่ำกว่า ๒๐ ปี ซึ่งมีแนวโน้มว่าจะมีอัตราสูงขึ้น ซึ่งกลุ่มนี้มีโอกาสเสี่ยงสูงเช่นกัน การคลอดที่บ้านกับผดุงครรภ์โบราณมีแนวโน้มลดลงเรื่อยๆ แต่ผดุงครรภ์โบราณก็ยังคงเป็นเครือข่ายสำคัญในการสนับสนุนการดำเนินงานอนามัยแม่และเด็ก เพราะแม้จะไม่ทำคลอดแต่ก็ยังมีผู้ไปใช้บริการ ไม่ว่าจะเป็นการนัดขณะตั้งครรภ์ หลังคลอดและการทำพิธีต่างๆ เช่น พิธีอุปโลภกรรมในหญิงครรภ์แรก ในพื้นที่ที่อยู่ห่างไกล ในพื้นที่ที่มีความไม่สงบ ผดุงครรภ์โบราณก็ยังคงเป็นบุคลากรสำคัญที่จะช่วยในการทำคลอด งานอนามัยแม่และเด็กใน ๕ จังหวัดชายแดนภาคใต้ยังคงต้องดำเนินงานอย่างต่อเนื่องเพื่อให้บรรลุเป้าหมาย “**ลูกเกิดรอด แม่ปลอดภัย**” ในการดำเนินการจัดบริการสาธารณสุขในพื้นที่ดังกล่าวได้จัดให้ปัญหาอนามัยแม่และเด็กเป็นปัญหาสำคัญเร่งด่วนที่ต้องดำเนินการแก้ไข โดยกำหนดเป้าหมายในการลดอัตราการตายของมารดา ในจังหวัดชายแดนภาคใต้ให้ไม่เกิน ๓๖ ต่อแสนการเกิดมีชีพ (ในระดับประเทศกำหนดไว้ไม่เกิน ๑๘ ต่อแสนการเกิดมีชีพ)

๒.๑.๒ ปัญหาสุขภาพอนามัยในช่องปาก เนื่องด้วยภาวะทันตสุขภาพของประชาชนในพื้นที่จังหวัดชายแดนภาคใต้ทุกกลุ่มอายุ มีอัตราโรคฟันผุที่สูงมาก อัตราฟันผุที่พบในเด็กประมาณร้อยละ ๘๐ มากกว่าพื้นที่อื่นๆ ของประเทศ เนื่องมาจากปัจจัยในด้านพฤติกรรมบริโภค และการดูแลสุขภาพ ซึ่งประชาชนส่วนใหญ่ให้ความสำคัญกับการดูแลสุขภาพในระดับที่น้อยมาก เนื่องจากเห็นว่าเป็นโรคที่ไม่รุนแรงเป็นแล้วไม่ถึงกับต้องเสียชีวิต การที่จะไปพบแพทย์ก็ต่อเมื่อมีอาการปวดฟันเท่านั้น อีกทั้งในพื้นที่จังหวัดชายแดนภาคใต้ยังคงขาดแคลนบุคลากรด้านทันตกรรม

กระทรวงสาธารณสุขพยายามแก้ไขปัญหาดังกล่าวด้วยการจัดบริการหน่วยทันตกรรมเคลื่อนที่จังหวัดชายแดนภาคใต้ เป็นการเปิดโอกาสให้ประชาชนทุกกลุ่มวัยได้เข้าถึงบริการภาครัฐเพื่อลดภาระค่าใช้จ่ายที่ไม่จำเป็นทั้งยังเป็นการสร้าง ความเข้าใจที่ดีระหว่างภาครัฐกับประชาชนในพื้นที่จังหวัดชายแดนภาคใต้ ส่งผลให้จำนวนสถิติของผู้ป่วยเริ่มลดลงบ้าง แต่ยังไม่เห็นเป็นรูปธรรมที่ชัดเจน เนื่องจากการรับบริการต้องเข้าคิวเพื่อรอรักษาประมาณสัปดาห์ถึงหนึ่งเดือนจึงทำให้การดูแลสุขภาพฟันเป็นเรื่องไกลตัวมากยิ่งขึ้น

๒.๑.๓ ปัญหาโรคติดต่อและโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

๑) **ปัญหาโรคเอดส์** สถานการณ์โรคเอดส์ของประชาชนผู้ติดเชื้อเอดส์ในพื้นที่จริง ข้อมูลยังไม่ปรากฏเป็นที่ชัดเจนเนื่องจากการที่ผู้ติดเชื้อเอดส์ไม่เข้ารับการรักษารักษาหรือสถานที่รักษายังไม่เพียงพอ รวมทั้งขาดข้อมูลการติดเชื้อจากการใช้เข็มฉีดยาร่วมกันของกลุ่มผู้ติดยาเสพติด และการแพร่เชื้อสู่ภรรยา ข้อมูลปัจจุบันพบว่า จำนวนผู้ป่วยตามที่ตั้งทะเบียนต่อเนื่องตลอดระยะเวลา ๒๐ ปีที่ผ่านมาเป็นตัวเลขสะสมและแนวโน้มย่นหลังระยะเวลา ๑๐ ปี มีแนวโน้มที่ลดลง และยอดผู้ติดเชื้อจากการสุ่มตรวจโดยการเจาะเลือด จากกลุ่มตัวอย่าง ผู้หญิงที่เป็นแม่ ผู้หญิงให้บริการ ผู้หญิงที่ตั้งครรภ์ กลุ่มผู้บริจาคโลหิตและกลุ่มผู้ติดยาเสพติดซึ่งผลโดยรวมพบว่าผู้ป่วยใหม่จำนวนลดลง แต่ในผู้หญิงให้บริการเพิ่มขึ้น ในกลุ่มผู้ติดยาเสพติดไม่แตกต่างกับพื้นที่อื่นและเมื่อเปรียบเทียบกับสถิติของผู้ป่วยทั้งประเทศไม่แตกต่างกัน สำหรับสาเหตุการติดเชื้อคือ ร้อยละ ๘๐ ติดเชื้อจากการมีเพศสัมพันธ์ ซึ่งเป็นข้อมูลจากการซักประวัติของผู้ป่วย ทั้งนี้ ในส่วนของหญิงตั้งครรภ์ในพื้นที่จะได้รับการตรวจหาเชื้อเอดส์เกือบทุกคนที่เข้าสู่ระบบการให้บริการสาธารณสุขของกระทรวงสาธารณสุข

ปัญหาความยากจนทำให้ผู้ติดเชื้อไม่สามารถเข้าถึงยา กรณีตัวอย่างแม่ที่ติดเชื้อเอดส์และลูกที่ติดเชื้อจากแม่ ต้องนำเงินส่วนหนึ่งเป็นค่ายาต้านไวรัสไปจ่ายให้ลูก ในขณะที่ตัวเองไม่ได้รับการรักษา เนื่องจากค่ายาสำหรับตัวเองได้ใช้จ่ายไปในส่วน of ลูก การติดเชื้อเอดส์ ในมุมมองของประชาชนจะมองว่าคนที่ติดเชื้อเอดส์เป็นผู้ที่มีความประพฤตินิดทางประเวณี และเป็นคนบาปในมุมมองของศาสนา การติดเชื้อเอดส์จึงเป็นความเจ็บป่วยทั้งด้านร่างกาย และจิตใจและยังมีผลกระทบด้านสังคม อีกมากมายไม่ว่าจะเป็นเรื่องการถูกรังเกียจจากบุคคลรอบข้างทั้งในและนอกบ้าน ประชาชนไทยมุสลิมจึงควรมองปัญหาเอดส์ด้วยท่าทีของผู้ที่เข้าใจและเห็นใจมากขึ้นกว่าเดิมเพราะหากยังมองเอดส์ด้วยท่าทีที่ปฏิเสธสังคมก็จะขาดองค์ความรู้ที่สำคัญอีกมากมาย ตั้งแต่การป้องกันไม่ให้บุตรหลานและคนในครอบครัวมีพฤติกรรมที่เสี่ยงต่อการเป็นเอดส์ การดูแลรักษา การเอื้ออาทรการเห็นใจต่อผู้ป่วย การจัดการเกี่ยวกับศพ การอาบน้ำมัยยิต (ศพ) ที่ต้องทำให้ปลอดเชื้อ การจัดการเกี่ยวกับเรื่องราวภายหลังการเสียชีวิตของผู้ป่วย รวมถึงการดูแลทายาทของผู้ป่วย

๒) **ปัญหาโรคไม่ติดต่อเรื้อรังสำคัญ** ได้แก่ เบาหวาน ความดันโลหิตสูง หัวใจขาดเลือด และหลอดเลือดสมองใหญ่ ปี ๒๕๔๔-๒๕๕๓ พบว่าในภาพรวมของจังหวัดในเขตสาธารณสุขที่ ๘ อัตราป่วยของทุกโรคมีย่นเพิ่มขึ้นทุกปี โดยเฉพาะความดันโลหิตสูง มีอัตราป่วยที่เพิ่มสูงขึ้นอย่างชัดเจน จากอัตรา ๓๒๘.๗ เป็น ๑๐๖๘.๖ ต่อประชากรแสนคน ในขณะที่เดียวกัน อัตราการเสียชีวิตจากโรคดังกล่าวมีแนวโน้มลดลงเกือบทุกโรค ยกเว้นโรคหัวใจขาดเลือด มีอัตราตายต่อประชากรแสนคนเพิ่มจาก ๑๐.๗ ในปี ๒๕๔๔ เป็น ๒๐.๑ ในปี ๒๕๕๓

สำหรับในการตรวจสุขภาพเชิงรุกในไตรมาสที่ ๓ ปีงบประมาณ ๒๕๕๔ มีความครอบคลุมของการคัดกรอง เบาหวานในภาพรวมเขต ร้อยละ ๘๖.๓๑ พบกลุ่มเสี่ยงสูงต่อเบาหวาน (Pre-DM) ร้อยละ ๙.๐๒ และความครอบคลุมของการคัดกรองความดันโลหิตสูงร้อยละ ๘๗.๙๖ พบกลุ่มเสี่ยงสูงต่อความดันโลหิตสูง (Pre-HT) ร้อยละ ๑๗.๖๙ พฤติกรรมเสี่ยงสำคัญ ตามผลการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกายครั้งที่ ๔ ปี ๒๕๕๑ - ๒๕๕๒ พบว่า ภาคใต้มีความชุกของการสูบบุหรี่เป็นประจำ และมีกิจกรรมทางกายไม่เพียงพอ สูงที่สุดที่ร้อยละ ๒๔.๑ และ ๔๒.๘ (ค่าเฉลี่ยประเทศ ร้อยละ ๑๙.๙ และ ๑๘.๕) ซึ่งสอดคล้องกับการสำรวจโดยศูนย์วิจัยและจัดการความรู้เพื่อการควบคุมยาสูบ (ศจย.) ในปี ๒๕๕๐ พบว่า ๔ ใน ๕ จังหวัดแรกที่มีอัตราการสูบบุหรี่เป็นประจำสูงสุดอยู่ใน ภาคใต้ ได้แก่ จังหวัดปัตตานี จังหวัดตาก จังหวัดสตูล จังหวัดชุมพร และจังหวัดสุราษฎร์ธานี ความชุกของการบริโภคยาสูบใน ๑๔ จังหวัดภาคใต้ พบว่าอัตราการสูบบุหรี่ในเพศชายอายุ ๑๑ ปี ขึ้นไปสูงสุด ได้แก่ จังหวัดปัตตานี จังหวัดสุราษฎร์ธานี และสตูลที่ร้อยละ ๔๒.๗, ๔๑.๔ และ ๔๐.๘ ตามลำดับ

การดำเนินงานแก้ไขปัญหาโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ควรมีมาตรการดำเนินการเชิงรุกในการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันควบคุมโรค และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ต้องการความร่วมมือจากทุกภาคส่วนที่มีส่วนเกี่ยวข้อง โดยอาศัยความร่วมมือระหว่างหน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้องจากภาครัฐ ภาคเอกชน โรงเรียน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ชุมชน ในการดำเนินงานผลักดันให้เกิดมาตรการทางสังคม เพื่อการจัดการสิ่งแวดล้อมให้เอื้อต่อการสร้างเสริมสุขภาพและการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เหมาะสม



รองศาสตราจารย์ทัศนีย์ บุญทอง ประธานที่ปรึกษาคณะกรรมการวิสามัญฯ นำคณะลงพื้นที่เยี่ยมเยียนบุคลากรสาธารณสุขและประชาชนจังหวัดชายแดนภาคใต้ ณ โรงพยาบาลศูนย์ยะลา จังหวัดยะลา เมื่อ ๑๙ ธันวาคม ๒๕๕๔

๒.๒ ปัญหายาเสพติดและการบำบัดรักษา

๒.๒.๑ สถานการณ์ปัญหายาเสพติด

ปัญหาเรื่องการแพร่ระบาดของยาเสพติดที่ปรากฏในพื้นที่จังหวัดชายแดนภาคใต้ คณะอนุกรรมการฯ ได้ดำเนินการพิจารณาศึกษาเป็นเรื่องด่วนเนื่องจากพบว่าปริมาณของผู้ติดยาเสพติดของคนมุสลิมในพื้นที่ที่มีปริมาณอาจจะสูงที่สุดในประเทศ การแพร่ระบาดแบ่งตามชนิดของยาเสพติด คือ ยาบ้า กัญชา พืชกระท่อม ยาปลอมประสาท ยาไอซ์ เฮโรอีนและสารเสพติดอื่นๆ ตามลำดับซึ่งในช่วงระยะต้นปี ๒๕๕๕ นี้ เริ่มมีการระบาดของยาไอซ์เพิ่มขึ้นใน ๕ จังหวัดชายแดนภาคใต้และเริ่มมีการกลับมาระบาดซ้ำของเฮโรอีนใน ๓ จังหวัดชายแดนภาคใต้

ข้อมูลของสำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด (ป.ป.ส.) ปรากฏว่า มีผู้ติดยาเสพติดประมาณ จำนวน ๕๐,๐๐๐ คน ซึ่งควรจะต้องได้รับการบำบัดอย่างเร่งด่วน ประมาณจำนวน ๒๐,๐๐๐ คน ข้อมูลในปี ๒๕๕๔ พบว่ามีจำนวนคดีเกี่ยวข้องกับยาเสพติดในพื้นที่ ๕ จังหวัดชายแดนภาคใต้จำนวน ๓๙,๗๘๔ คดี มีผู้เกี่ยวข้องจำนวน ๔๙,๑๓๙ คน ประชาชนในพื้นที่ส่วนหนึ่งมีความเชื่อว่กระท่อมเป็นสมุนไพร แม้บ้านทำหน้าที่ต้มน้ำใบกระท่อมให้สามีดื่มเป็นน้ำสมุนไพร

ทั้งนี้ สถานการณ์ยาเสพติด ๕ จังหวัดชายแดนใต้มีการแพร่ระบาดแบ่งตามชนิดของยาเสพติด คือ ยาบ้า กัญชา พืชกระท่อม ยาปลอมประสาท ยาไอซ์ เฮโรอีนและสารเสพติดอื่นตามลำดับ ซึ่งในต้นปีงบประมาณ ๒๕๕๕ นี้ เริ่มมีการระบาดของยาไอซ์เพิ่มขึ้นใน ๕ จังหวัดชายแดนใต้ และเริ่มมีการกลับมาระบาดซ้ำของเฮโรอีนใน ๓ จังหวัดชายแดนใต้ โดยการประมาณการเป้าหมายผู้ใช้ยาและสารเสพติดที่ต้องเข้าสู่ระบบการรักษาทั้งที่มีรายชื่อและไม่มีรายชื่ออยู่ในบัญชีรายชื่อประจำปีงบประมาณ ๒๕๕๕ จำนวนทั้งสิ้น ๒๒,๐๕๕ คน ประกอบด้วยจังหวัด สงขลา ๘,๐๘๑ คน สตูล ๒,๓๖๖ คน ปัตตานี ๓,๙๕๓ คน ยะลา ๓,๔๖๓ คน นราธิวาส ๔,๑๙๒ คน (ข้อมูลจาก สนง. ปปส. ภาค ๙)

หน่วยบริการสาธารณสุขของกระทรวงสาธารณสุขใน ๕ จังหวัดชายแดนใต้ที่สามารถให้บริการบำบัดและฟื้นฟูกลุ่มผู้เสพยาและผู้ติดยาเสพติดมีดังนี้ โรงพยาบาลศูนย์ ๓ แห่ง โรงพยาบาลจิตเวช ๑ แห่ง ศูนย์บำบัดรักษายาเสพติด ๒ แห่ง โรงพยาบาลทั่วไป ๕ แห่ง โรงพยาบาลชุมชน ๔๗ แห่ง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเดี่ยว ๑๘๗ แห่ง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเครือข่าย ๒๙๗ แห่ง ศูนย์แพทย์ชุมชน ๑๐ แห่ง ซึ่งแต่ละแห่งมีการให้บริการบำบัดและฟื้นฟูผู้เสพยาและผู้ติดยาเสพติดตามศักยภาพของสถานบริการที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนดไว้

ข้อมูลผู้เข้ารับบริการบริการบำบัดและฟื้นฟูผู้เสพและผู้ติดยาเสพติด

จำนวนผู้เข้ายาและสารเสพติดแยกตามการเข้าบำบัดฟื้นฟูและเพศ

	ผู้ป่วยทั้งหมด	รายใหม่	รายเก่า	เพศชาย	เพศหญิง
ปี ๕๐	๓,๖๘๘	๒,๗๘๕	๙๐๓	๓,๔๕๓	๒๓๕
ปี ๕๑	๔,๓๖๘	๓,๒๐๗	๑,๑๖๑	๔,๑๖๒	๒๐๖
ปี ๕๒	๓,๘๒๑	๒,๗๐๘	๑,๑๒๑	๓,๖๔๖	๑๗๕
ปี ๕๓	๔,๙๔๗	๓,๕๓๖	๑,๔๑๑	๔,๖๙๔	๒๕๓
ปี ๕๔	๕,๐๐๕	๓,๕๙๔	๑,๔๑๑	๔,๗๔๕	๒๖๐



รองศาสตราจารย์ทัศนาศ นุญทอง ประธานที่ปรึกษาคณะกรรมการวิสามัญฯ นำคณะลงพื้นที่รับทราบข้อมูล
ศูนย์บำบัดรักษาเสพยาเสพติดจังหวัดปัตตานี ณ จังหวัดปัตตานี เมื่อ ๑๙ ธันวาคม ๒๕๕๔

ในปี ๒๕๕๐-๒๕๕๔ ผู้ป่วยที่เข้ารับบริการบำบัดในภาพรวม เพศชาย มีแนวโน้มอัตราเข้าบำบัดสูงขึ้นอย่างเด่นชัด ในส่วนผู้ป่วยรายใหม่ รายเก่ามีแนวโน้มอัตราการเข้าบำบัดสูงขึ้นเล็กน้อย เพศหญิงมีอัตราเข้าสู่การบำบัดค่อนข้างคงที่ แสดงให้เห็นว่ายังมีการระบาดของโรคในทิศทางที่เพิ่มขึ้น ซึ่งจำนวนผู้เข้ารับบริการบำบัดในช่วงที่ผ่านมา มีเพียง ๑ ใน ๔ ของเป้าหมายของปี ๒๕๕๕ เท่านั้น

ทำให้กระทรวงสาธารณสุขมีความจำเป็นต้องบูรณาการกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เช่น ศูนย์อำนวยการพลังแผ่นดินเอาชนะยาเสพติด (ศพส.อ ศพส.มช.) ฝ่ายปกครอง ทหาร ตำรวจ คุมประพฤติ สถานศึกษา สถานประกอบการ ชุมชน ฯลฯ ในการนำผู้ป่วยเข้าสู่ระบบการบำบัด และเพิ่มประสิทธิภาพในการบำบัด ฝึกระวัง ติดตาม ดูแล ของชุมชนและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อลดการเสพหรือติดยาของผู้ป่วย ทั้งรายและเก่าใหม่

ปริมาณผู้เข้ายาและสารเสพติดแยกตามจังหวัด

	สงขลา	สตูล	ปัตตานี	ยะลา	นราธิวาส
ปี ๕๐	๑,๖๔๓	๓๑๘	๖๒๘	๕๐๕	๕๙๔
ปี ๕๑	๑,๘๐๑	๔๙๓	๖๙๙	๕๔๔	๘๓๑
ปี ๕๒	๑,๖๙๙	๔๕๐	๕๘๐	๔๘๕	๖๑๕
ปี ๕๓	๒,๓๐๖	๖๗๒	๕๓๓	๕๘๘	๘๔๘
ปี ๕๔	๒,๕๐๒	๔๕๗	๕๘๘	๔๕๓	๑,๐๐๕



รองศาสตราจารย์ศนา บุญทอง ประธานที่ปรึกษาคณะกรรมาธิการวิสามัญฯ นำคณะลงพื้นที่รับทราบข้อมูล ศูนย์บำบัดรักษายาเสพติดจังหวัดปัตตานี ณ จังหวัดปัตตานี เมื่อ ๑๙ ธันวาคม ๒๕๕๔

ผู้ช้ยาและสารเสพติดตามประเภทผู้ป่วย

	ผู้เสพ	ผู้ติด	สมัครใจ	บังคับบำบัด	ต้องโทษ
ปี ๕๐	๑,๙๑๐	๑,๗๗๘	๑,๙๓๐	๑,๓๖๒	๓๙๖
ปี ๕๑	๒,๓๕๔	๒,๐๑๔	๑,๙๖๕	๑,๙๑๙	๔๘๔
ปี ๕๒	๑,๙๐๔	๑,๙๒๕	๑,๙๙๓	๑,๓๓๔	๕๐๒
ปี ๕๓	๒,๕๖๙	๒,๓๗๘	๒,๓๒๘	๑,๗๕๒	๘๖๗
ปี ๕๔	๒,๖๔๘	๒,๓๕๗	๒,๗๔๔	๑,๖๐๑	๖๖๐

ในปี ๒๕๕๐-๒๕๕๔ ผู้ป่วยกลุ่มติดมีสัดส่วนสูงกว่ากลุ่มเสพน้อย ส่วนใหญ่จะเป็นผู้ป่วยสมัครใจ รองลงมาคือผู้ป่วยบังคับบำบัด ส่วนผู้ป่วยระบบต้องโทษมีสัดส่วนไม่มากนัก แสดงให้เห็นว่านโยบายของรัฐมีการบริหารจัดการในการดำเนินการให้ผู้ช้ยาและสารเสพติดเป็นผู้ป่วยมากกว่าการดำเนินคดี ซึ่งเป็นสิ่งที่ถูกต้องเนื่องจากการช้ยาและสารเสพติดเป็นโรคเรื้อรังทางสมองประเภทหนึ่ง ผู้เสพ ผู้ติด ผู้ป่วยสมัครใจมีอัตราการเพิ่มแนวโน้มสูงขึ้นในทุก ๆ ปี ดังนั้นจึงจำเป็นต้องมีระบบการคัดกรอง จำแนกผู้ช้ยาให้ถูกกลุ่มเพื่อที่จะให้การบำบัดรักษาที่ถูกต้อง ผู้ช้ยากลุ่มหยุดได้ ควรได้รับการเฝ้าระวัง ติดตาม ดูแล และพัฒนาคุณภาพชีวิตด้านต่าง ๆ ผู้ช้ยากลุ่มเสี่ยงควรได้รับการบำบัดแบบย่อ ฯลฯ ในสถานศึกษาหรือ รพ.สต. ผู้ช้ยากลุ่มเสพนควรได้รับการบำบัดแบบย่อ การบำบัดโดยการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม กายจิตสังคัมบำบัด ฯลฯ โดย รพ.สต. ขนาดใหญ่ รพช. ผู้ช้ยากลุ่มติดควรได้รับการบำบัดแบบย่อ การบำบัดโดยการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม กายจิตสังคัมบำบัด การดูแลอาการถอนพิษยา ฯลฯ ใน รพช. รพท. รพศ. ผู้ช้ยากลุ่มติดซับซ้อนควรได้รับการบำบัดแบบย่อ การบำบัดโดยการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม กายจิตสังคัมบำบัด การดูแลอาการถอนพิษยา การดูแลแบบผู้ป่วยในชุมชนบำบัด ฯลฯ ใน รพศ. โรงพยาบาลจิตเวช ศูนย์บำบัดยาเสพติด ซึ่งผู้ป่วยอาจจะอยู่ในระบบสมัครใจหรือบังคับบำบัดก็ได้ขึ้นอยู่กับการประเมินความรุนแรงผู้ป่วย ในส่วนผู้ป่วยต้องโทษจำเป็นต้องได้รับการบำบัดในสถานควบคุมตัว โดยให้ศูนย์บำบัดรักษายาเสพติดเป็นผู้ถ่ายทอดองค์ความรู้ในการบำบัดฟื้นฟูผู้ป่วยให้กับสถานบริการทุกระดับ และที่สำคัญคือให้ถือว่าค่ายบำบัดต่าง ๆ เป็นกิจกรรมเสริมในการบำบัดรักษาผู้ป่วยให้มีประสิทธิผลสูงขึ้นแต่ผู้ป่วยยังคงต้องรับการบำบัดต่อเนื่องในสถานบำบัดตามระยะของโรค และต้องมีการบำบัดทางด้านการพัฒนาคุณภาพชีวิตควบคู่กัน

อาชีพผู้ขายและสารเสพติด

	ชรก	ช่าง ชำนาญ	กรรมกร	การค้า	เกษตร	ขนส่ง	ทท.ตร.	ว่างงาน	นักเรียน	อื่นๆ+ ไม่ระบุ
ปี ๕๐	๒	๖๐๕	๕๗๙	๒๘๙	๕๑๘	๓๕	๑๓๔	๘๐๙	๔๓๐	๒๘๗
ปี ๕๑	๑๐	๑,๕๔๙	๒๐๙	๓๒๘	๕๘๑	๑๓	๑๓๙	๙๑๒	๔๑๒	๒๑๕
ปี ๕๒	๑๔	๑๒๑๐	๒๑๐	๒๙๔	๔๔๕	๑๓	๕๐	๙๓๙	๔๘๑	๑๗๓
ปี ๕๓	๒๔	๑๖๘๙	๒๐๘	๔๓๑	๗๑๖	๒๔	๕๙	๑๐๘๖	๕๑๘	๑๙๒
ปี ๕๔	๒๑	๑๗๙๖	๑๓๕	๔๔๑	๖๗๑	๒๒	๒๖	๑๐๘๔	๕๕๐	๒๕๙

ในปี ๕๐ - ๕๔ ผู้ป่วยกลุ่มอาชีพช่างที่ต้องอาศัยความชำนาญในการทำงาน มีอัตราการเป็นผู้ป่วยสูงขึ้นและมีปริมาณมากที่สุด รองลงมาคือกลุ่มว่างงาน เกษตรกร นักเรียน และการค้าขาย ตามลำดับ



ภาพบรรยากาศการเดินทางลงพื้นที่เพื่อเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพโดยประชุมร่วมกับผู้แทนของหน่วยงานภาครัฐและภาคประชาชนในพื้นที่เพื่อการสังเกตสถานการณ์ ศึกษาสถานการณ์ และรับฟังข้อมูล ความคิดเห็นของบุคลากร และประชาชนในพื้นที่ ณ จังหวัดปัตตานี จังหวัดยะลา และจังหวัดนราธิวาส เมื่อ ๑๙ ธันวาคม ๒๕๕๔

กลุ่มอายุผู้ช้ำยาและสารเสพติด

	น้อยกว่า ๑๔ ปี	๑๕-๑๙ ปี	๒๐-๒๔ ปี	๒๕-๒๙ ปี	๓๐-๓๔ ปี	๓๕-๓๙ ปี	มากกว่า ๔๐ ปี
ปี ๕๐	๗๑	๑,๐๔๓	๑๐๖๑	๖๗๓	๓๘๘	๒๓๒	๒๑๙
ปี ๕๑	๕๕	๑,๑๒๐	๑,๓๓๒	๗๗๔	๕๐๐	๒๒๐	๒๒๐
ปี ๕๒	๗๐	๑,๐๗๙	๑,๐๖๑	๖๗๔	๔๖๗	๒๖๗	๑๘๕
ปี ๕๓	๑๖๐	๑,๔๑๐	๑,๒๔๑	๙๑๙	๕๒๖	๓๕๘	๒๗๕
ปี ๕๔	๑๗๔	๑,๓๖๕	๑,๓๐๖	๙๖๗	๕๙๒	๓๐๗	๒๓๕

ในปี ๒๕๕๐ - ๒๕๕๔ ผู้ป่วยในกลุ่มอายุ ๑๕ - ๒๔ ปี มีปริมาณมากที่สุด แนวโน้มอัตราการช้ำยาและสารเสพติดสูงขึ้นมากในกลุ่มอายุ ๑๕ - ๑๙ ปี ซึ่งมีอัตราการเพิ่มขึ้นมากกว่ากลุ่มอื่นๆ แนวโน้มอัตราการเพิ่มการช้ำยาสูงขึ้นเล็กน้อยหลังจากอายุ ๒๕ ปี



บรรยากาศการเดินทางลงพื้นที่เพื่อเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพ
เพื่อการสังเกตสถานการณ์ ศึกษาสถานการณ์ และรับฟังข้อมูล ความคิดเห็นของ
ประชาชนในพื้นที่ ณ จังหวัดปัตตานี จังหวัดยะลา และจังหวัดนราธิวาส เมื่อ ๑๙-๒๐ ธันวาคม ๒๕๕๔

๒.๒.๒ การบำบัดรักษาผู้เสพและผู้ติดยาเสพติด

รูปแบบการบำบัดรักษา ในปัจจุบันการบำบัดรักษาผู้ป่วยยาเสพติดของประเทศไทยยังเน้นการบำบัดโดยทีมบำบัดทางการแพทย์จากกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งในความเป็นจริงแล้วการบำบัดรักษาผู้ป่วยยาเสพติดทางการแพทย์ช่วยดูแลในเรื่องหลักทางด้านร่างกายเกี่ยวกับโรคสมองติดยาและอาการถอนพิษยา ทางด้านจิตใจด้านอาการทางจิตเวช ส่วนการดูแลเยียวยาทางด้านจิตใจมีการดูแลโดยทีมงานฟื้นฟูบางส่วนแต่สิ่งสำคัญคือการเยียวยาจิตใจโดยสังคมนาฬิกา ตัวผู้ป่วยซึ่งไม่ค่อยมีการดำเนินการเนื่องจากต้องได้รับความร่วมมือจากหลายภาคส่วน การบำบัดดูแลทางด้านสังคมสถานบำบัดดูแลผู้ป่วยได้ในวงจำกัดเฉพาะในสถานพยาบาลเท่านั้น ควรมีการดูแลทางสังคมจากทุกภาคส่วนและชุมชนจึงจะทำให้ผู้ป่วยกลับไปดำรงชีวิตได้เป็นปกติสุข สุดท้าย คือ การบำบัดฟื้นฟูทางด้านจิตวิญญาณซึ่งบุคลากรทางสาธารณสุขมีทักษะทางด้านนี้น้อยมาก อาจต้องอาศัยผู้นำทางศาสนาและจิตวิญญาณ ประชาชนชาวบ้าน ผู้นำธรรมชาติในการช่วยบำบัดทางด้านนี้ นอกจากนี้ระบบการบำบัดรักษาในสถานบำบัดหลายๆ แห่งยังถือว่างานยาเสพติดเป็นงานรองเนื่องจากยังมีผู้ป่วยกลุ่มอื่นที่จำเป็นต้องดูแลมากกว่าผู้ป่วยกลุ่มนี้รวมถึงทัศนคติของผู้ให้บริการและสังคมในทางลบ ซึ่งจำเป็นต้องมีการปรับปรุงระบบการบำบัดดูแลผู้ป่วยยาเสพติดทั้งระบบต่อไป

ในปัจจุบันสถานบำบัดของทางราชการในพื้นที่จังหวัดชายแดนภาคใต้ที่ได้มาตรฐาน คือ ศูนย์บำบัดรักษายาเสพติดสงขลา สังกัดกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข ตั้งอยู่ที่ตำบลเกาะแก้ว จังหวัดสงขลา ซึ่งเป็นหน่วยงานที่ให้บริการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติดทุกประเภทในระดับตติยภูมิ ครบทั้ง ๔ ขั้นตอน คือ ขั้นเตรียมการ ขั้นถอนพิษยา ขั้นฟื้นฟูสมรรถภาพ และขั้นติดตามผลการรักษา และเป็นศูนย์การค้นคว้า การวิจัย และการถ่ายทอดวิชาการเกี่ยวกับยาเสพติดเพื่อที่จะแก้ปัญหาเสพติดให้หมดไปโดยเร็ว

นอกจากนี้ยังมีศูนย์บำบัดรักษายาเสพติดจังหวัดปัตตานี (ปัจจุบันได้เปลี่ยนชื่อเป็นโรงพยาบาลธัญญารักษ์ปัตตานี เมื่อวันที่ ๒๕ มิถุนายน ๒๕๕๕) ซึ่งเป็นเพียงหน่วยงานราชการเพียงแห่งเดียวในพื้นที่ ๓ จังหวัดชายแดนภาคใต้ที่มีหน้าที่และบทบาทหลักในการบำบัดรักษาผู้เสพและผู้ติดยาเสพติด โดยที่กระบวนการบำบัดผู้เสพและผู้ติดยาเสพติดในพื้นที่จังหวัดชายแดนภาคใต้จากข้อมูลด้านการฟื้นฟูของศูนย์บำบัดรักษายาเสพติดจังหวัดปัตตานี พบมีผู้ติดยาเสพติดเข้ารับการบำบัดเป็นจำนวนมากทั้งกรณีของเข้ามาบำบัดด้วยความสมัครใจหรือกรณีการถูกบังคับตามพระราชบัญญัติฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด พ.ศ. ๒๕๕๕

หน้าที่และบทบาทหลักในการบำบัดรักษาผู้เสพและผู้ติดยาเสพติด ของศูนย์บำบัดรักษายาเสพติดจังหวัดปัตตานี คือ

๑) งานบริการผู้ป่วยนอก (OPD) ประกอบด้วยงานบริการบำบัดรักษาผู้ป่วยนอก คลินิกโรคทั่วไป คลินิกผู้ป่วยยาเสพติดทั่วไป คลินิกพิเศษผู้ป่วยยาเสพติดเฉพาะโรค คลินิกพิเศษ

ผู้ป่วยยาเสพติดซับซ้อน เช่น งานให้คำปรึกษาทั่วไป งานคัดกรอง ประเมิน คัดแยกผู้ป่วย งานบำบัดด้วยการเสริมสร้างแรงจูงใจ งาน กาย จิต สังคม บำบัด เป็นต้น

๒) งานบริการผู้ป่วยใน (IPD) การบำบัดรักษา เช่น งานฟื้นฟูสมรรถภาพ กิจกรรมทางเลือก ฝึกอาชีพ บำเพ็ญประโยชน์ ร่วมกิจกรรมสังคม เป็นต้น ขนาดในการรับผู้เสพเข้ารับการบำบัด ประกอบด้วยตามกรอบการจัดตั้งโรงพยาบาล ๒๐๐ เตียง แต่ปัจจุบันมีการเปิดบริการรองรับสูงสุดเพียง ๑๑๐ เตียง

๓) บุคลากรของศูนย์บำบัดฯ ประกอบด้วย ๓ กลุ่มภารกิจหลัก คือ กลุ่มภารกิจอำนวยการ แบ่งเป็น ๔ ฝ่าย กลุ่มภารกิจวิชาการแบ่งเป็น ๖ กลุ่มงาน และกลุ่มภารกิจบริการแบ่งเป็น ๓ กลุ่มงาน โดยมีกรอบอัตรากำลังทั้งสิ้นจำนวน ๘๗ คน ปฏิบัติงานจริงจำนวน ๖๓ คนต่อจำนวนเตียง ๑๑๐ เตียง ถูกยืมไปจำนวน ๓ คน ยืมมาจากที่อื่นจำนวน ๒ คน ลาศึกษาต่อจำนวน ๑ คน อัตราว่างจำนวน ๑๗ อัตรา ลาฝึกอบรมต่างประเทศจำนวน ๓๑ คน ซึ่งหากเปรียบเทียบบุคลากรของศูนย์ฯ กับภารกิจในพื้นที่และเปรียบเทียบกับบุคลากรของศูนย์บำบัดฯ อื่นจะพบความแตกต่างอย่างมีนัยยะ เช่น ศูนย์ฯ จังหวัดแม่ฮ่องสอน จำนวนเตียง ๔๐ เตียง มีเจ้าหน้าที่จำนวน ๖๖ คน โรงพยาบาลโคกโพธิ์ จำนวนเตียง ๑๒๐ เตียง มีเจ้าหน้าที่จำนวน ๑๙๔ คน โรงพยาบาลเบตงจำนวนเตียง ๑๗๐ เตียง มีเจ้าหน้าที่จำนวน ๒๔๒ คน โรงพยาบาลจิตเวชจังหวัดสงขลาจำนวนเตียง ๒๕๐ เตียง มีเจ้าหน้าที่จำนวน ๑๙๑ คน



ภาพบรรยากาศการตรวจเยี่ยมเพื่อสังเกตสถานการณ์ ศึกษาสถานการณ์ และรับฟังข้อมูล ความคิดเห็นของผู้เข้ารับการบำบัด ณ อาคารเรือนนอน ศูนย์บำบัดรักษาเสพติดจังหวัดปัตตานี เมื่อ ๑๙ ธันวาคม ๒๕๕๔

๔) ปัญหาอุปสรรคของศูนย์บำบัดฯ

๔.๑) อัตรากำลังบุคลากรมีจำนวนจำกัด เป็นอุปสรรคต่อการดำเนินงานสู่ความเป็นเลิศ รวมถึงการพัฒนาคุณภาพสถานบริการสู่การรับรองคุณภาพ

๔.๒) ความก้าวหน้าในสายงาน และแรงจูงใจในการทำงานแตกต่างจากหน่วยงานอื่นในกระทรวงสาธารณสุข

๔.๓) การบริหารจัดการผู้ป่วยของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องไม่เป็นเอกภาพ

๔.๔) สถานที่คับแคบ ไม่กว้างขวาง บรรยากาศ สิ่งแวดล้อม ไม่เอื้อต่อการบำบัด รวมทั้ง งบประมาณที่ได้รับค่อนข้างจำกัดต่อการดำเนินการตามภารกิจของศูนย์

การดำเนินงานด้านบำบัดรักษา

ปี	จำนวน	ผู้บำบัดใหม่	ผู้บำบัดเก่า
๒๕๕๐	๔,๕๕๒	๓,๔๕๐	๑,๑๐๒
๒๕๕๑	๕,๒๘๗	๒,๙๔๑	๑,๓๔๖
๒๕๕๒	๔,๙๓๒	๓,๕๗๘	๑,๓๕๔
๒๕๕๓	๔,๕๓๔	๓,๒๑๕	๑,๓๑๙
๒๕๕๔	๖,๔๕๒	๔,๗๔๐	๑,๗๑๓

โดยที่เรื่องการบำบัดรักษาผู้ป่วยยาเสพติดนอกจากการเข้ารับการบำบัดในสถานบำบัดของทางราชการแล้วยังมีการใช้วิธีการบำบัดทางธรรมชาติหรือมีวิธีการที่น่าจะไม่ถูกต้องคือ การหักดิบและสุดท้ายอาจทำให้ผู้ติดยาเสพติดต้องเสียชีวิตได้ การตรวจพิสูจน์ร่างกายของผู้เสียชีวิตจะพบที่ข้อมือนิ้วมือเนื่องจากการล่ามโซ่ ฝ่ายทหารบางครั้งได้ใช้วิธีการเหล่านี้ด้วย ตามข้อมูลของฝ่ายทหารจากโครงการญาลันนันบารู หรือโครงการ “ทางสายใหม่” จนถึงขณะนี้ มีผู้สมัครใจเข้าร่วมโครงการ และผ่านกระบวนการฝึกอบรมรวม ๑๓๘ รุ่นจำนวน ๘,๕๖๗ คน ปัจจุบันพบว่าจำนวนผู้สมัครใจเข้าร่วมโครงการญาลันนันบารู มีมากกว่าผู้สมัครใจเข้ารับการบำบัดรักษาเสพติดในพื้นที่ ๓ จังหวัดชายแดนภาคใต้รวมกัน ทั้งนี้อาจมีข้อมูลของการเวียนเข้ารับการอบรมหลายครั้งของผู้เสพคนเดิม

โดยภาพรวมในปัจจุบันการบำบัดรักษาผู้ป่วยยาเสพติดของประเทศไทยยังเน้นการบำบัดโดยทีมบำบัดทางการแพทย์จากกระทรวงสาธารณสุขซึ่งในความเป็นจริงแล้วการบำบัดรักษาผู้ป่วยยาเสพติดทางการแพทย์ช่วยดูแลในเรื่องหลักทางด้านร่างกายเกี่ยวกับโรคสมองติดยาและอาการถอนพิษยา ทางด้านจิตใจด้านอาการทางจิตเวช ส่วนการดูแลเยียวยาจิตใจมีการดูแลโดยทีมงานฟื้นฟูบางส่วนแต่สิ่งสำคัญคือการเยียวยาจิตใจโดยสังคมนาบวๆ ตัวผู้ป่วยซึ่งไม่ค่อยมีการดำเนินการเนื่องจากต้องได้รับความร่วมมือจากหลายภาคส่วน การบำบัดดูแลทางด้านสังคมสถานบำบัดดำเนินการ

ดูแลผู้ป่วยได้ในวงจำกัดเฉพาะในสถานพยาบาลเท่านั้น ควรมีการดูแลทางสังคมจากทุกภาคส่วนและชุมชน จึงจะทำให้ผู้ป่วยกลับไปดำรงชีวิตได้เป็นปกติสุขสุดท้ายคือการบำบัดฟื้นฟูทางด้านจิตวิญญาณซึ่งบุคลากรทางสาธารณสุขมีทักษะทางด้านนี้น้อยมาก อาจต้องอาศัยผู้นำทางศาสนาและจิตวิญญาณปราชญ์ชาวบ้าน ผู้นำธรรมชาติในการช่วยบำบัดทางด้านนี้

นอกจากนี้ ระบบการบำบัดรักษาในสถานบำบัดหลายๆ แห่งยังถือว่างานเกี่ยวกับยาเสพติดเป็นงานรองเนื่องจากยังมีผู้ป่วยกลุ่มอื่นที่จำเป็นต้องดูแลมากกว่าผู้ป่วยกลุ่มนี้รวมถึงทัศนคติของผู้ให้บริการและสังคมในทางลบซึ่งจำเป็นต้องมีการปรับปรุงระบบการบำบัดดูแลผู้ป่วยยาเสพติดทั้งระบบต่อไป เพราะการบำบัดรักษาผู้ป่วยยาเสพติดจำเป็นต้องอาศัยการมีส่วนร่วมของทุกภาคีที่มีความเกี่ยวข้องกับผู้ป่วยต้องร่วมกันทำโดยการ เฝ้าระวัง ดูแล บำบัด ติดตามความเจ็บป่วยจากยาเสพติดและร่วมพัฒนาคุณภาพชีวิตในด้านต่างๆ อย่างจริงจัง จริงใจ อดทนและต่อเนื่อง โดยจุดสำคัญในการช่วยเหลือผู้ป่วยที่ดีที่สุด คือ ชุมชนที่ผู้ป่วยอาศัยอยู่โดยการมีส่วนร่วมของภาคประชาสังคมในพื้นที่จังหวัดชายแดนภาคใต้

บทที่ ๓

ระบบบริการสาธารณสุข และการจัดการบุคลากรสาธารณสุข

๓.๑ สถานการณ์ของระบบบริการสาธารณสุขในพื้นที่จังหวัดชายแดนใต้

ระบบบริการสาธารณสุขในพื้นที่จังหวัดชายแดนใต้เป็นส่วนหนึ่งของระบบบริการสาธารณสุขของประเทศที่กระทรวงสาธารณสุขดำเนินการและบริหารจัดการเพื่อดูแลสุขภาพของประชาชนทั้งการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาเมื่อเจ็บป่วย และการฟื้นฟูภาวะสุขภาพ สถานบริการด้านสุขภาพใน ๕ จังหวัดชายแดนภาคใต้ ประกอบด้วยโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย ๑ แห่ง คือโรงพยาบาลสงขลานครินทร์ โรงพยาบาลศูนย์ ๓ แห่ง ได้แก่ โรงพยาบาลหาดใหญ่ โรงพยาบาลยะลา และโรงพยาบาลนราธิวาสราชนครินทร์ โรงพยาบาลทั่วไปมีจำนวน ๕ แห่ง โรงพยาบาลเฉพาะทาง ๒ แห่ง คือศูนย์บำบัดรักษายาเสพติดจังหวัดสงขลาและ ศูนย์บำบัดรักษายาเสพติดจังหวัดปัตตานี โรงพยาบาลเอกชน ๗ แห่ง รวมทั้งมีสถานบริการสุขภาพในระดับอำเภอและตำบลได้แก่ โรงพยาบาลชุมชน ศูนย์แพทย์ชุมชน และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล รายละเอียด ดังนี้

สถานบริการสุขภาพ/จังหวัด	สงขลา	สตูล	ปัตตานี	ยะลา	นราธิวาส	รวม
๑.โรงพยาบาลมหาวิทยาลัย	๑					
๒.โรงพยาบาลศูนย์ (แห่ง)	๑	-	-	๑	๑	๓
๓.โรงพยาบาลทั่วไป (แห่ง)	๑	๑	๑	๑	๑	๕
๔.โรงพยาบาลชุมชน (แห่ง)	๑๕	๕	๑๑	๕	๑๑	๔๗
๕.ศูนย์แพทย์ชุมชน	๓	๔	๑	๐	๒	๑๐
๖.รพ.สต.เดี่ยว(แห่ง)	๑๗	๑๗	๑๒๖	๑๐	๑๗	๑๘๗
๗.รพ.สต.เครือข่าย(แห่ง)	๑๕๘	๓๗	-	๗๐	๓๒	๒๙๗
๘.รพ.เอกชน(แห่ง)ไม่รวมสถานพยาบาล	๕	-	-	๑	๑	๗
๙.คลินิกเอกชน(แห่ง)	๓๙๒	๕๐	๖๖	๘๕	๔๔	๕๙๓
๑๐.ร้านขายยาแผนปัจจุบัน(แห่ง)	๔๗๔	๔๕	๕๗	๗๓	๔๔	๖๙๓

ปัญหาเกี่ยวกับระบบบริการสาธารณสุขในพื้นที่ ๕ จังหวัดชายแดนภาคใต้ จากการรายงานของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ผู้อำนวยการโรงพยาบาล และบุคลากรระบบบริการสาธารณสุขในพื้นที่จังหวัดชายแดนภาคใต้มีปัญหาสำคัญตามที่คณะกรรมการวิชาการวิสามัญฯ ได้รับทราบและพบว่าเป็นปัญหาเร่งด่วนที่ควรได้รับการแก้ไข จำแนกได้ ๕ ประการดังนี้



ภาพบรรยากาศการประชุมหารือรับฟังข้อมูลและความคิดเห็นของคณะกรรมการวิชาการวิสามัญฯ สาธารณสุขจังหวัด ๕ จังหวัด ผู้อำนวยการโรงพยาบาลในพื้นที่ และบุคลากรระบบบริการสาธารณสุข ณ ห้องประชุมจะบังติกอ โรงแรมซีเอสปัตตานี จังหวัดปัตตานี เมื่อ ๑๙ ธันวาคม ๒๕๕๔

๑) ความขาดแคลนอัตรากำลังและความก้าวหน้าของบุคลากรสายสนับสนุนในสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด

ปัจจุบันกำลังคนด้านสุขภาพของจังหวัดชายแดนใต้เพิ่มขึ้นอย่างมากซึ่งเป็งบประมาณ ๒๕๕๔ มีข้าราชการเพิ่มขึ้นแบบก้าวกระโดด แต่สายงานสนับสนุนโดยเฉพาะในสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดซึ่งเป็นหน่วยงานระดับกอง มีบทบาทหน้าที่ดูแลและดำเนินการงานในภาพรวมของจังหวัด และปฏิบัติหน้าที่ในฐานะตัวแทนกระทรวงสาธารณสุข ที่ตั้งอยู่ในจังหวัดในการประสานนโยบาย/ดำเนินงานของผู้ว่าราชการจังหวัดกับหน่วยงานต่างๆ ในจังหวัด ซึ่งเป็นกลไกที่ต้องดำเนินงานด้านบริหารงานบุคคล การเงิน/งบประมาณและบัญชี และการพัสดุและสิ่งก่อสร้าง มีอัตราคงเดิมไม่ได้รับการสนับสนุนอัตราข้าราชการเพิ่มขึ้น เป็นเวลามากกว่า ๑๐ ปี นับแต่มีการจัดโครงสร้างส่วนราชการใหม่เมื่อปี

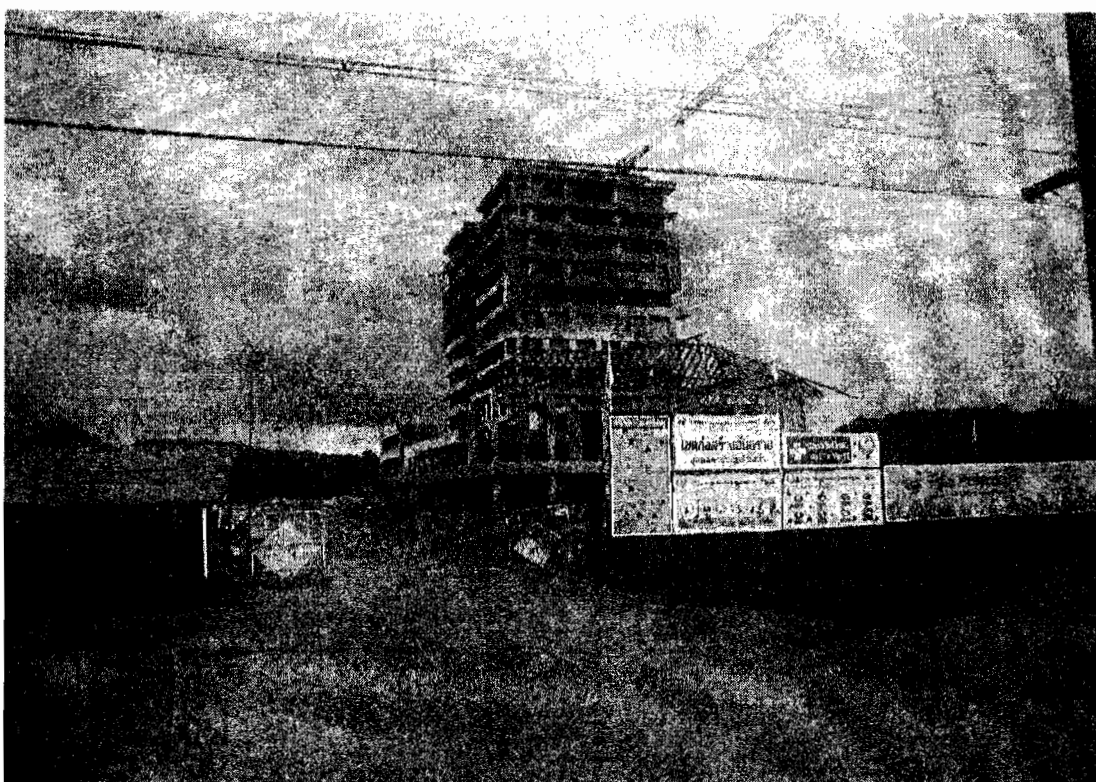
๒๕๕๕ นอกจากนั้นยังมีภาระงานด้านบริหารงานทั่วไปเพิ่มขึ้น เนื่องจากมีการพัฒนาขยายสถานบริการ/เพิ่มศักยภาพการให้บริการ/เพิ่มสถานบริการและการเพิ่มอัตรากำลังตามขนาดขององค์กร ซึ่งการแก้ปัญหาที่ผ่านมาเมื่อมีการเปิดโรงพยาบาลชุมชนเพิ่มขึ้นก็จะเกลี้ยอัตรากำลังจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดไปให้โรงพยาบาลชุมชน สำหรับโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไปซึ่งมีเงินบำรุงเพียงพอที่จะแก้ปัญหาโดยการจ้างลูกจ้างชั่วคราว ซึ่งไม่มีความมั่นคง ลูกจ้างเหล่านี้มักลาออกไปบรรจุในหน่วยงานอื่นที่มีตำแหน่งข้าราชการ ส่วนหน่วยงานที่ไม่มีเงินบำรุง เช่น สำนักงานสาธารณสุขอำเภอไม่สามารถจ้างลูกจ้างชั่วคราวได้ จะใช้วิธีดึงเจ้าหน้าที่จากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลขึ้นมาปฏิบัติงานที่สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ส่งผลให้หน่วยบริการ ขาดแคลนกำลังคน และด้านความก้าวหน้าในงาน กลุ่มบริหารงานทั่วไปไม่สามารถดำเนินการขอปรับปรุงการกำหนดตำแหน่งเป็นระดับสูงขึ้นได้ เช่นเดียวกับบุคลากรสายวิชาชีพอื่นๆ เนื่องจากตามหลักเกณฑ์ที่ ก.พ. กำหนดนอกจากการประเมินค่างานแล้วยังมีเงื่อนไขเรื่องการควบคุมค่าใช้จ่ายด้านบุคลากรภาครัฐคือกรณีมีการปรับปรุงตำแหน่งเป็นระดับสูงขึ้น ให้ส่วนราชการนำตำแหน่งว่างที่มีเงินมาอุดหนุนและตำแหน่งที่จะนำมาอุดหนุนจะต้องมีค่าตอบแทนเฉลี่ยครอบคลุมค่าตอบแทนที่เกิดขึ้นด้วย การไม่ได้รับการส่งเสริมความก้าวหน้าตามบทบาทหน้าที่ทำให้บุคลากรสายสนับสนุนมีแนวโน้มลาออกเพิ่มขึ้น

๒) โรงพยาบาลชุมชนหลายแห่งขาดสภาพคล่องทางการเงิน

การขาดสภาพคล่องทางการเงินของโรงพยาบาลชุมชน มีโรงพยาบาลที่ประสบปัญหาทางการเงินเพิ่มขึ้นตั้งแต่ปี ๒๕๕๒ เป็นต้นมา ส่วนใหญ่เป็นโรงพยาบาลชุมชนที่รับผิดชอบประชากรจำนวนน้อย รายได้จากระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (UC) ไม่เพียงพอกับค่าใช้จ่ายและมีแนวโน้มของภาระหนี้สินที่สูง ประกอบการการจัดสรรเงินของสำนักงานประกันสุขภาพแห่งชาติประจำปี ๒๕๕๕ ที่มีการจัดสรรงบประมาณล่าช้า นอกจากนั้น โรงพยาบาลยังต้องใช้เงินบำรุงสำรองจ่ายค่าตอบแทนเจ้าหน้าที่ เพราะการจัดสรรงบประมาณจากส่วนกลางเป็นการจัดสรรย้อนหลัง และไม่เพียงพอ โดยเฉพาะการจ่ายค่าตอบแทน ตามหลักเกณฑ์ วิธีการและเงื่อนไขการจ่ายค่าตอบแทนแบบท้ายข้อบังคับกระทรวงสาธารณสุข ฉบับที่ ๔ สำหรับแพทย์ ทันตแพทย์ เภสัชกร และพยาบาลวิชาชีพ ในโรงพยาบาลชุมชนและสถานอนามัยในพื้นที่ทุรกันดาร และค่าตอบแทนตามหลักเกณฑ์ฯ ฉบับที่ ๖ สำหรับเจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลชุมชนและสถานอนามัย ซึ่ง ส่งผลกระทบต่อการบริหารจัดการงบประมาณ ทำให้สถานการณ์การเงินการคลังโรงพยาบาลชุมชนมีแนวโน้มขาดสภาพคล่องมากขึ้น นอกจากนั้น โรงพยาบาลชุมชนหลายแห่งยังต้องรับภาระการจ้างงานลูกจ้างชั่วคราวจากการไม่ตำแหน่งราชการบรรจุ เช่น กลุ่มนักวิชาการสาธารณสุข ที่เป็นนักเรียนทุนที่กระทรวงสาธารณสุขผลิต ซึ่งบางครั้งไม่ตรงตามความต้องการของพื้นที่ แต่กลับไม่มีเงินจ้างบุคลากรที่พื้นที่ขาดแคลน เช่น เจ้าพนักงานทันตสาธารณสุข นักกายภาพบำบัด นักเทคนิคการแพทย์ เป็นต้น

๓) ขาดความพร้อมด้านอาคารสถานที่และครุภัณฑ์ทางการแพทย์

โรงพยาบาลในพื้นที่จังหวัดชายแดนภาคใต้ส่วนใหญ่มีสภาพแออัด การก่อสร้างอาคารสำหรับผู้ป่วยหรือการก่อสร้างอื่นๆ มีความล่าช้าหรือไม่สามารถดำเนินการได้ตามแผน เนื่องจากปัญหาความไม่สงบในพื้นที่จังหวัดชายแดนภาคใต้ มีโรงพยาบาลหลายแห่งที่ได้รับอนุมัติงบประมาณแต่ยังขาดความคืบหน้าเกี่ยวกับการดำเนินการก่อสร้างตามแผนงาน รวมทั้ง การจัดหาครุภัณฑ์ทางการแพทย์ที่มีมูลค่าสูงตามศักยภาพของโรงพยาบาลยังไม่สามารถที่จะดำเนินการได้ตามแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service plan)



คณะกรรมการวิสามัญฯ เดินทางตรวจเยี่ยมความคืบหน้าการก่อสร้างโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์
ณ มหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์ จังหวัดนราธิวาส เมื่อ ๒๐ ธันวาคม ๒๕๕๔

๔) ความไม่เป็นธรรมเกี่ยวกับค่าตอบแทนการปฏิบัติงาน

เนื่องจากปัจจุบันกระทรวงสาธารณสุขมีหลักเกณฑ์การจ่ายเงินค่าตอบแทนเจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานให้กับหน่วยบริการ (ฉบับ ๖ และ ๗) พ.ศ. ๒๕๕๒ ให้แก่แพทย์ ทันตแพทย์ เภสัชกร พยาบาลวิชาชีพ และเจ้าหน้าที่สายงานปริญาตรีขึ้นไปและต่ำกว่าปริญาตรีที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน และสถานีนอนมัย เพื่อเป็นการสร้างแรงจูงใจและแก้ปัญหาการขาดแคลนเจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานในหน่วยงานดังกล่าว แต่ค่าตอบแทนดังกล่าวยังมี

ความเหลื่อมล้ำ ไม่เป็นธรรมกันในค่าของความเป็นมนุษย์ที่ปฏิบัติงานในพื้นที่เดียวกันและบางวิชาชีพ
ปฏิบัติงานที่มีความเสี่ยงสูงมากกว่าแต่ได้รับค่าตอบแทนน้อยกว่าบางวิชาชีพทำให้เกิดการเปรียบเทียบ
และทอดถอย



คณะกรรมการวิสามัญฯ เดินทางตรวจเยี่ยมและให้กำลังใจ รวมทั้งรับฟังข้อคิดเห็นของบุคลากร
ของโรงพยาบาลนราธิวาสราชนครินทร์และบุคลากรระบบบริการสาธารณสุขในพื้นที่จังหวัดนราธิวาส
ณ โรงพยาบาลนราธิวาสราชนครินทร์ จังหวัดนราธิวาส เมื่อ ๒๐ ธันวาคม ๒๕๕๔

นอกจากนี้เจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานในสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดและสำนักงาน
สาธารณสุขอำเภอไม่สามารถได้รับเงินค่าตอบแทนนี้ได้ เนื่องจากระเบียบกำหนดให้จ่ายเฉพาะหน่วย
บริการ ในขณะที่แพทย์ ทันตแพทย์ เภสัชกร พยาบาลวิชาชีพ และสหวิชาชีพอื่น ได้รับค่าตอบแทน
ตามระเบียบที่เอื้ออำนวยประโยชน์หลายฉบับนอกเหนือจากระเบียบดังกล่าวข้างต้นแล้ว ได้แก่
ค่าตอบแทนเบี่ยเลี้ยงหมาจ่าย ค่าตอบแทนเงินเพิ่มสำหรับตำแหน่งที่มีเหตุพิเศษสำหรับผู้ปฏิบัติงาน
ด้านการสาธารณสุข (พ.ต.ส.) ค่าตอบแทนกรณีไม่ทำเวชปฏิบัติส่วนตัว (แพทย์ ทันตแพทย์ เภสัชกร)
ซึ่งเป็นความไม่เป็นธรรมที่แตกต่างกันมากเกินไปสำหรับผู้ปฏิบัติงานในพื้นที่เดียวกัน

๓.๒ สถานการณ์บุคลากรสาธารณสุขในพื้นที่จังหวัดชายแดนภาคใต้ และการบริหารจัดการ ผลการวิจัยเรื่อง”การจัดระบบบริการสุขภาพในภาวะวิกฤต ๓ จังหวัดชายแดนภาคใต้ของ สุภัทร ฮาสุวรรณกิจ และคณะ พบว่าสถานการณ์ไม่สงบที่เกิดขึ้น ทำให้ปัญหาการขาดแคลนบุคลากร ด้านสาธารณสุขที่ไม่เพียงพออยู่แล้วหนักขึ้นไปอีกเนื่องจากบุคลากรขอย้ายออกจากพื้นที่ ขณะที่ ผู้ปฏิบัติงานอยู่ในปัจจุบันก็ไม่สามารถปฏิบัติงานในเชิงรุกออกเยี่ยมประชาชนตามหมู่บ้านได้ ทำให้ ระบบการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคได้รับผลกระทบอย่างเห็นได้ชัด โดยเฉพาะกิจกรรมการ ออกหน่วยเยี่ยมบ้านหรือลงปฏิบัติงานส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในชุมชน การให้บริการทันตกรรม โรงเรียนต้องยุติลงเหลือเพียงการตั้งรับในสถานพยาบาลเท่านั้น การให้บริการในระดับชุมชนที่สถานี อนามัยต้องลดเวลาทำการลงเฉพาะกลางวันเพื่อความปลอดภัยของเจ้าหน้าที่ ขณะที่ผู้ป่วยเรื้อรัง บางประเภท เช่น ความดันโลหิตสูง เบาหวาน โรคหัวใจขาดเลือดไปเลี้ยง หอบหืดมีแนวโน้มมากขึ้น ส่วนหนึ่งเนื่องจากผู้ป่วยเคยมีกิจกรรมออกกำลังกายสม่ำเสมอ เช่นเดินออกกำลังกายนอกบ้าน ก็ต้องเก็บตัว อยู่ในบ้าน ภาวะดังกล่าวนอกจากจะทำให้การดูแลสุขภาพทำได้ยากขึ้นแล้ว บางรายก่อให้เกิด ความเครียดและมีผลต่อการเจ็บป่วยมากขึ้น ทำให้จำนวนผู้ป่วยขอเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลระดับ จังหวัดมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น

ส่วนหนึ่งของรายงานวิจัยนี้ยังระบุถึงปัญหาความไม่สงบที่มีผลต่อขวัญและกำลังใจ ของผู้ปฏิบัติงานในพื้นที่ทำให้ไม่มีเจ้าหน้าที่สาธารณสุขคนใดอยากหรือขอย้ายเข้าพื้นที่ เนื่องจาก ปัญหาความปลอดภัย ขณะที่บุคลากรที่มีภูมิลำเนาในพื้นที่ขอย้ายออกเป็นจำนวนมาก รายงานการ วิจัยแสดงให้เห็นว่า ๓ จังหวัดชายแดนภาคใต้ประสบปัญหาขาดแคลนกำลังคนด้านสาธารณสุข ในเกือบทุกภาคส่วนโดยเฉพาะหลังเหตุปล้นปืนกองพันพัฒนาที่ ๔ อำเภोजะเอย์ จังหวัดนราธิวาส เมื่อวันที่ ๔ มกราคม ๒๕๕๗ เรื่อยมาจนถึงปัจจุบัน

คณะกรรมการวิชาการวิสามัญฯ ได้ทำการศึกษาข้อมูลสถานการณ์ และปัญหากำลังคนบุคลากร สาธารณสุขใน ๕ จังหวัดชายแดนภาคใต้ด้วยการเชิญผู้แทนสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ผู้ตรวจ ราชการกระทรวงสาธารณสุข เขต ๘ สาธารณสุขนิเทศ เขต ๘ ผู้อำนวยการสถาบันวิจัยระบบสุขภาพ ภาคใต้ ผู้แทนสภาการพยาบาล ผู้แทนสถาบันพระบรมราชชนก ผู้แทนสำนักงานคณะกรรมการ ข้าราชการพลเรือน ผู้แทนสภาวิชาชีพ คือ แพทยสภา ทันตแพทยสภา สภากายภาพบำบัด สภาเทคนิค การแพทย์ เข้าร่วมประชุมนำเสนอข้อมูลที่เกี่ยวข้อง ให้ข้อคิดเห็นในการบริหารจัดการ และลงพื้นที่ จังหวัดชายแดนภาคใต้ เมื่อวันที่ ๑๙ ถึง ๒๐ ธันวาคม ๒๕๕๕ รวมทั้ง การขอข้อมูลเพิ่มเติมจาก สาธารณสุข ๕ จังหวัดชายแดนภาคใต้และสภาวิชาชีพในเดือนมิถุนายน ๒๕๕๕ สถานการณ์บุคลากร สาธารณสุขในพื้นที่จังหวัดชายแดนภาคใต้ในภาพรวมจำแนกตามสาขาวิชาชีพสรุปได้ ดังนี้

๓.๒.๑ แพทย์

รายงานของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ณ เดือนมิถุนายน ๒๕๕๕ พบว่ามีแพทย์สังกัดกระทรวงสาธารณสุขใน ๕ จังหวัดชายแดนภาคใต้ รวม ๔๖๙ คน เมื่อเปรียบเทียบกับเกณฑ์ความต้องการตาม GIS ใน ๕ จังหวัดชายแดนภาคใต้ ยังคงมีความขาดแคลนแพทย์ รวม ๘๒ คน โดยเป็นความขาดแคลนในจังหวัดนราธิวาส มากที่สุดจำนวน ๔๒ คน มีอัตราตำแหน่งว่างอยู่ ๒๕ อัตรา จำแนกรายจังหวัดและภาพรวมดังนี้

จังหวัด	จำนวนที่มีในปัจจุบัน	อัตราตำแหน่งที่มี	อัตราตำแหน่งที่มีผู้ครอง	จำนวนที่ควรจะมี	จำนวนขาด/เกิน
นราธิวาส	๑๒๓	๑๓๓	๑๒๓	๑๖๕	-๔๒
ปัตตานี	๘๑	๘๑	๘๑	๗๖	+๕
ยะลา	๑๒๐	๑๒๖	๑๒๔	๑๓๘	-๑๔
สตูล	๕๙	๕๙	๕๙	๖๓	-๔
สงขลา	๘๖	๙๙	๘๖	๑๑๓	-๒๗
รวม	๔๖๙	๔๙๘	๔๗๓	๕๕๕	-๘๒

หมายเหตุ : เครื่องหมาย - เท่ากับ จำนวนที่ขาด เครื่องหมาย + เท่ากับ จำนวนที่เกิน

การขาดแคลนแพทย์นอกจากเชิงปริมาณแล้วยังมีความต้องการแพทย์เฉพาะทางสาขาต่างๆ ได้แก่ สูติศาสตร์ ศัลยศาสตร์ อายุรศาสตร์ กุมารเวชศาสตร์ และเวชศาสตร์ครอบครัว ทั้งโรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลศูนย์ และโรงพยาบาลชุมชนที่ยกระดับการบริการให้มีศักยภาพสูงขึ้น เพื่อพัฒนาระบบบริการอนามัยแม่และเด็ก ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ผู้ป่วยมะเร็ง และอุบัติเหตุฉุกเฉิน ปัจจุบันจำนวนแพทย์และความเชี่ยวชาญเฉพาะของแพทย์ยังไม่เพียงพอและไม่สอดคล้องกับการยกระดับของสถานบริการสาธารณสุข ทำให้แพทย์ที่มีอยู่มีภาระงานเพิ่มมากขึ้น และไม่เพียงพอต่อการให้บริการ

๓.๒.๒ ทันทแพทย์

รายงานของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ณ เดือนมิถุนายน ๒๕๕๕ พบว่ามีทันตแพทย์สังกัดกระทรวงสาธารณสุขใน ๕ จังหวัดชายแดนภาคใต้ รวม ๑๙๖ คน และเมื่อเปรียบเทียบกับเกณฑ์ความต้องการทันตแพทย์ ตาม GIS จำนวนที่ควรมีคือ ๓๐๒ คน จึงยังคงมีความขาดแคลนทันตแพทย์ รวม ๙๐ คนโดยเป็นความขาดแคลนในจังหวัดนราธิวาส ๔๕ คน รองลงมาคือจังหวัดสงขลา ๒๓ คน โดยมีอัตราตำแหน่งว่างอยู่ทุกจังหวัดยกเว้นจังหวัดปัตตานี ดังนี้

จังหวัด	จำนวนที่มีในปัจจุบัน	อัตราตำแหน่งที่มี	อัตราตำแหน่งที่มีผู้ครอง	จำนวนที่ควรจะมี	จำนวนขาด/เกิน
นราธิวาส	๔๑	๔๓	๔๑	๘๖	-๔๕
ปัตตานี	๕๐	๕๐	๕๐	๔๗	+๓
ยะลา	๓๒	๔๑	๓๘	๖๓	-๓๑
สตูล	๒๘	-	๓๑	๓๘	-๑๐
สงขลา	๔๕	๔๙	๔๕	๖๘	-๒๓
รวม	๑๙๖	๒๑๔	๒๐๕	๓๐๒	-๙๐

๓.๒.๓ พยาบาลวิชาชีพ

รายงานของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ณ เดือนมิถุนายน ๒๕๕๕ พบว่ามีพยาบาลวิชาชีพปฏิบัติงานใน ๕ จังหวัดชายแดนภาคใต้ จำนวน ๖,๕๑๙ คน ซึ่งการเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วของพยาบาลวิชาชีพในพื้นที่ เป็นผลของการดำเนินงานโครงการผลิตพยาบาลเพิ่ม ๓๐๐๐ คน ที่เริ่มดำเนินการในปีการศึกษา ๒๕๕๐ สำเร็จการศึกษาในปีการศึกษา ๒๕๕๓ เริ่มปฏิบัติงานประมาณกลางปีพ.ศ. ๒๕๕๔ จำนวนพยาบาลวิชาชีพดังกล่าวนี้ เมื่อเปรียบเทียบกับเกณฑ์ความต้องการพยาบาลวิชาชีพ ตาม GIS จำนวนที่ควรมีคือ ๕,๕๗๓ คน ในภาพรวมของสถานการณ์พยาบาลวิชาชีพ ๕ จังหวัดชายแดนภาคใต้ จึงดูเหมือนว่ามีพยาบาลวิชาชีพเกิน ๙๒๔ คน โดยจังหวัดนราธิวาสมีจำนวนพยาบาลวิชาชีพเกินมากกว่าจังหวัดอื่นๆคือ จำนวน ๖๕๗ คน จังหวัดปัตตานีเกินอยู่ ๓๒๐ คน แต่หากเปรียบเทียบกับภาระงานและความยากลำบากในการทำงานท่ามกลางความไม่สงบ ที่จำเป็นต้องจัดอัตรากำลังสำรองเพื่อรองรับเหตุฉุกเฉิน และการเข้าไปทำงานในชุมชน อัตรากำลังดังกล่าวก็อาจจะยังต่ำกว่าความต้องการที่แท้จริง แต่จังหวัดยะลาและจังหวัดสงขลา ยังคงมีความขาดแคลนพยาบาลวิชาชีพอยู่ ๖๓ คนและ ๒๒ คนตามลำดับ จำนวนพยาบาลวิชาชีพในภาพรวมและรายจังหวัดเป็น ดังนี้

จังหวัด	จำนวนที่มี ในปัจจุบัน	อัตรา ตำแหน่งที่มี	อัตรา ตำแหน่ง ที่มีผู้ครอง	จำนวน ที่ควรจะมี	จำนวน ขาด/เกิน
นราธิวาส	๑,๙๓๗	๑,๙๓๖	๑,๙๓๖	๑,๒๘๐	+๖๕๗
ปัตตานี	๑,๓๑๓ (ขรก๑,๒๙๖/ลจ๑๗)	๑,๒๙๖	๑,๒๙๖	๙๙๓	+๓๒๐
ยะลา	๑,๔๒๔ (ขรก๑,๔๐๗/ลจ๑๗)	๑,๔๒๒	๑,๔๐๗	๑,๔๘๗	-๖๓
สตูล	๗๓๐ (ขรก๖๗๙/ลจ๓๓)	๖๙๘	๖๙๘	๖๙๘	+๓๒
สงขลา	ขรก ๑,๑๑๕	๑,๑๑๕	๑,๐๙๓	๑,๑๑๕	-๒๒
รวม	๖,๕๑๙	๖,๔๓๐	๗,๐๖๐	๕,๕๗๓	+๙๒๔

ปัจจุบัน พยาบาลวิชาชีพใน ๓ จังหวัดชายแดนภาคใต้ และ ๕ อำเภอในจังหวัดสงขลา ได้รับการบรรจุเป็นข้าราชการทั้งหมด จากการที่คณะรัฐมนตรี อนุมัติตำแหน่งให้กระทรวงสาธารณสุข เพื่อบรรจุให้กับพยาบาลวิชาชีพในโครงการผลิตพยาบาลเพิ่มเพื่อจังหวัดชายแดนภาคใต้ ในปี พ.ศ. ๒๕๕๕ จากข้อมูลดังกล่าวที่แสดงว่าพยาบาลวิชาชีพ ใน ๕ จังหวัดชายแดนภาคใต้ไม่ขาด ในเชิงปริมาณ แต่ยังคงจำเป็นต้องมีระบบการพัฒนาและธำรงรักษาเพื่อให้มีศักยภาพในการปฏิบัติงาน ที่สอดคล้องกับ สถานการณ์และคงอยู่ปฏิบัติงานในพื้นที่ ด้วยความพึงพอใจ และปลอดภัย ทั้งผู้รับบริการและผู้ให้บริการ เช่น แผนการสนับสนุนให้พยาบาลวิชาชีพทุกคนที่ปฏิบัติงาน ในโรงพยาบาลสร้างเสริมสุขภาพได้รับการอบรมหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทาง สาขาการพยาบาลเวช ปฏิบัติทั่วไป (การรักษาโรคเบื้องต้น) เพื่อทำหน้าที่ตรวจรักษาโรคเบื้องต้นเนื่องจากไม่มีแพทย์ประจำ ที่โรงพยาบาลสร้างเสริมสุขภาพ ทั้งนี้เพื่อความมั่นใจในการทำหน้าที่และเพื่อความปลอดภัย ของผู้รับบริการ นอกจากนี้ควรพิจารณาสนับสนุนการศึกษาต่อในระดับบัณฑิตศึกษาหรือการอบรม การพยาบาลเฉพาะทางเพิ่มเติมในสาขาที่เป็นความจำเป็นสอดคล้องกับสถานการณ์และความเชี่ยวชาญ เฉพาะทางทางการแพทย์ที่เปิดให้บริการ นอกจากการพัฒนาศักยภาพแล้วยังต้องพิจารณาด้านความ เป็นอยู่และค่าตอบแทนที่เป็นธรรม เพื่อรักษาบุคลากรที่มีคุณภาพไว้ในพื้นที่

๓.๒.๔ เกสซ์กร

รายงานของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ณ เดือนมิถุนายน ๒๕๕๕ พบว่า มีเกสซ์กรที่ปฏิบัติงานใน ๕ จังหวัดชายแดนภาคใต้รวม ๓๑๘ คน จำนวนที่ควรมี ๒๘๒ คน จำนวนที่เกิน ๓๖ คน จังหวัดสงขลามีจำนวนเกินมากที่สุด ๑๗ คน จังหวัดที่ขาดมีเพียงจังหวัดเดียวคือจังหวัดนราธิวาส จำนวนที่ขาดคือ ๓ คน ยังมีเกสซ์กรที่เป็นลูกจ้างอยู่ทุกจังหวัดๆ ละ ๓-๔ คน ข้อมูลรายจังหวัดและภาพรวม ดังนี้

จังหวัด	จำนวนที่มีในปัจจุบัน	อัตราตำแหน่งที่มี	อัตราตำแหน่งที่มีผู้ครอง	จำนวนที่ควรจะมี	จำนวนขาด/เกิน
นราธิวาส	๗๖	๗๖	๗๖	๗๙	-๓
ปัตตานี	๕๗ (ขรก๕๔/ลจ๓)	๕๔	๕๔	๔๔	+๑๓
ยะลา	๖๕ ขรก.๖๑/ลจ.๔	๖๓	๕๙	๖๒	+๓
สตูล	๓๙ ขรก.๓๖/ลจ.๓	๓๕	๓๕	๓๗	+๒
สงขลา	๘๑ ขรก.๗๘/ลจ.๓	๗๘	๗๗	๖๐	+๑๗
รวม	๓๑๘	๓๐๖	๓๐๑	๒๘๒	+๓๖

๓.๒.๕ นักกายภาพบำบัด

รายงานของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ณ เดือนมิถุนายน ๒๕๕๕ พบว่า มีนักกายภาพบำบัดปฏิบัติงานใน ๕ จังหวัดชายแดนภาคใต้จำนวน ๕๐ คน จำนวนที่ขาด ๘๙ คน โดยจังหวัดปัตตานีมีความขาดแคลนมากที่สุด จำนวน ๖๔ คนและไม่มีตำแหน่งข้าราชการของนักกายภาพบำบัดในจังหวัดปัตตานีเลย ทุกจังหวัดยกเว้นจังหวัดนราธิวาสต้องจ่ายเงินรายได้ของโรงพยาบาลจ้างนักกายภาพบำบัดจังหวัดละ ๒-๗ คน ดังข้อมูลตามตาราง

จังหวัด	จำนวนที่มี ในปัจจุบัน	อัตรา ตำแหน่ง	อัตราตำแหน่ง ที่มีผู้ครอง	จำนวน ที่ควรจะมี	จำนวน ขาด/เกิน
นราธิวาส	๖	๖	๖	๒๑	-๑๕
ปัตตานี	ลูกจ้าง๒คน	-	-	๖๖	-๖๔
ยะลา	๑๑ ขรก๘/ลจ๒/พร๒	๙	๘	๒๓	-๑๒
สตูล	๙ ขรก๒/ลจ๗	-	๒	๗	+๒
สงขลา	๒๒ พร๑๕/ลจ๗	-	-	-	-
รวม	๕๐	๑๕	๑๖	๑๑๗	-๘๙

สภากายภาพบำบัดให้ข้อมูลว่าจำนวนนักกายภาพบำบัดที่แจ้งว่าปฏิบัติงานใน ๕ จังหวัดชายแดนภาคใต้มี ๑๐๗ คน และมีข้อมูลไม่เป็นทางการ ที่พบว่า มีอัตราไหลออกของนักกายภาพบำบัดในจังหวัดชายแดนภาคใต้มากกว่าค่าเฉลี่ยทั่วประเทศร้อยละ ๕๑ จึงเห็นได้ว่า ความขาดแคลนนักกายภาพบำบัดของจังหวัดชายแดนภาคใต้วิกฤตกว่าจังหวัดอื่น ๆ มาก โดยเฉพาะเมื่อเทียบกับอัตราผู้รับบริการเมื่อพิจารณาจากอัตราส่วนที่ควรมีตามที่สภากายภาพบำบัดกำหนด อัตราส่วนที่เหมาะสมของนักกายภาพบำบัดต่อประชากรควรเป็น ๑ ต่อ ๑๐,๐๐๐ คน ซึ่งใน ๕ จังหวัดชายแดนภาคใต้มีประชากรรวม ๓,๕๗๓,๑๐๑ คน จึงต้องการนักกายภาพบำบัดประมาณ ๓๕๗ คน จำนวนที่ต้องมีเพิ่มประมาณ ๓๐๐ คน ซึ่งสอดคล้องกับความต้องการของผู้ที่ปฏิบัติงานในพื้นที่ที่ให้ข้อมูลว่า ๕ จังหวัดชายแดนภาคใต้มีผู้ได้รับผลกระทบจากอุบัติเหตุและการก่อการร้ายที่ต้องการการฟื้นฟูภาวะสุขภาพและที่ยังหลงเหลือความพิการอยู่จำนวนมาก การรักษาให้รอดชีวิตในระยะวิกฤตไม่เพียงพอต่อการดำรงชีวิตอยู่ต่อไป การฟื้นฟูสภาพร่างกายให้มีความพิการน้อยที่สุด ให้ช่วยเหลือตนเองให้ได้มากที่สุดเป็นความสำคัญ และจำเป็นที่ผู้ป่วยต้องได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องทั้งในโรงพยาบาลและการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน จำนวนนักกายภาพบำบัดที่ขาดอยู่จำนวนมากจึงควรได้รับการพิจารณาเป็นการเร่งด่วนอย่างสมเหตุและผลเพื่อคุณภาพชีวิตที่ดีของประชาชน ๕ จังหวัดชายแดนภาคใต้ อันจะส่งผลต่อความมั่นคงของชาติได้ต่อไป

๓.๒.๖ นักเทคนิคการแพทย์

ผลการสำรวจข้อมูลของสภาเทคนิคการแพทย์ จากสำนักงานสาธารณสุขทั้ง ๕ จังหวัดพบว่า มีนักเทคนิคการแพทย์ปฏิบัติงานใน ๕ จังหวัดชายแดนภาคใต้รวม ๘๗ คนจากจำนวนที่ควรจะมี ๑๓๖ คนยังขาดอยู่ประมาณ ๖๕ คน จังหวัดที่ขาดมากที่สุดคือจังหวัดปัตตานีจำนวน ๕๑ คน ตามข้อมูลในตาราง ดังนี้

จังหวัด	จำนวนที่มีในปัจจุบัน	อัตราตำแหน่งที่มี	อัตราตำแหน่งที่มีผู้ครอง	จำนวนที่ควรจะมี	จำนวนขาด/เกิน
นราธิวาส	๑๕	๑๕	๑๕	๒๖	-๑๑
ปัตตานี	๑๓ (ขรก๔/ลจ๙)	๔	๔	๖๖	-๕๑
ยะลา	๒๖ (ขรก๑๓/ลจ๑๓)	๑๓	๑๓	๓๕	-๙
สตูล	๑๕ (ขรก๖/ลจ๙)	๖	๖	๙	+๖
สงขลา	๑๘ (พร๗/ลจ๑๑)	-	๕	-	-
รวม	๘๗	๓๘	๓๘	๑๓๖	-๖๕

นักเทคนิคการแพทย์ ยังคงมีผู้ที่เป็นลูกจ้างชั่วคราว และยังคงมีความขาดแคลนอยู่ค่อนข้างมาก การธำรงรักษา นักเทคนิคการแพทย์ที่เป็นลูกจ้างชั่วคราวมีอัตราการลาออกถึงร้อยละ ๖๔.๕๘ เนื่องจากกระทรวงสาธารณสุขไม่มีตำแหน่งบรรจุให้จึงทำให้สูญเสียอัตรากำลังที่มีประสิทธิภาพนับเป็นอุปสรรคสำคัญทำให้ห้องปฏิบัติการทางการแพทย์และห้องปฏิบัติการชุมชนไม่สามารถพัฒนาอย่างต่อเนื่องและยั่งยืน ทำให้การตอบสนองต่อนโยบายต่างๆ ขาดประสิทธิภาพและอัตรากำลังที่มีอยู่ในปัจจุบันก็มีภาระงานสูง

๓.๒.๗ นักวิชาการสาธารณสุข

รายงานของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ณ เดือนมิถุนายน ๒๕๕๕ พบว่ามีนักวิชาการสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานใน ๕ จังหวัดชายแดนภาคใต้ จำนวน ๑,๓๖๕ คน จากจำนวนที่ควรมี ๑,๓๑๗ คน จำนวนที่เกินในภาพรวมของ ๕ จังหวัด ๕๖ คน จังหวัดนราธิวาสมีจำนวนเกินมากกว่าจังหวัดอื่นๆ คือ ๑๐๔ คน แต่ยังคงมี ๒ จังหวัดที่ขาดอยู่คือจังหวัดยะลาจำนวน ๗๒ คน จังหวัดสงขลา จำนวน ๑๗ คน

จังหวัด	จำนวนที่มีในปัจจุบัน	อัตราตำแหน่งที่มี	อัตราตำแหน่งที่มีผู้ครอง	จำนวนที่ควรจะมี	จำนวนขาด/เกิน
นราธิวาส	๓๖๗ ขรก.๒๓๘/ลจ.๑๒๙	๒๔๑	๒๔๑	๒๖๓	+๑๐๔
ปัตตานี	๒๓๘ ขรก.๒๑๒/ลจ.๒๖	๒๑๖	๒๑๒	๒๑๖	+๒๒
ยะลา	๑๕๑ ขรก.๑๒๕/ลจ.๒๖	๑๒๗	๑๒๕	๒๓๑	-๗๒
สตูล	๑๖๖ ขรก.๑๔๒/ลจ.๒๔	๑๔๒	๑๔๒	๑๔๗	+๑๙
สงขลา	๔๔๓ ขรก.๓๙๖/ลจ.๔๗	๓๙๖	๓๗๙	๔๖๐	-๑๗
รวม	๑,๓๖๕	๑,๑๒๒	๑,๐๙๙	๑,๓๑๗	๕๖

๓.๒.๘ เจ้าพนักงานทันตสาธารณสุข (ทันตภิบาล)

รายงานของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ณ เดือนมิถุนายน ๒๕๕๕ พบว่าเจ้าพนักงานทันตสาธารณสุข (ทันตภิบาล) มีจำนวน ๓๗๕ คน จำนวนที่ควรมี ๕๓๐ คน จึงยังขาดอยู่ ๑๕๔ คน และในจำนวนที่มีอยู่เป็นลูกจ้าง จังหวัดละ ๘-๓๗ คน

จังหวัด	จำนวนที่มี ในปัจจุบัน	อัตราตำแหน่งที่ มี	อัตราตำแหน่ง ที่มีผู้ครอง	จำนวน ที่ควรจะมี	จำนวน ขาด/เกิน
นราธิวาส	๖๗ ขรก.๕๔/ลจ.๑๓	๕๔	๕๔	๑๔๗	-๗๙
ปัตตานี	๘๓ ขรก.๔๖/ลจ.๓๗	๔๖	๔๖	๖๖	+๑๗
ยะลา	๑๐๓ ขรก.๖๖/ลจ.๓๗	๖๖	๖๖	๒๑๓	-๑๑๐
สตูล	๓๓ ขรก.๒๕/ลจ.๘	๒๕	๒๕	๒๕	+๘
สงขลา	๘๙ ขรก.๗๙/ลจ.๑๐	๗๙	๗๙	๗๙	+๑๐
รวม	๓๗๕	๒๗๐	๒๗๐	๕๓๐	-๑๕๕

ความต้องการของพื้นที่ คือ การผลิตทันตภิบาลให้ครอบคลุมทุก รพ.สต. โดยจัดสรรทุนและตำแหน่งที่พร้อมจะบรรจุแต่งตั้งเป็นข้าราชการมิใช่เป็นลูกจ้าง



ประชาชนในพื้นที่จังหวัดชายแดนภาคใต้กับความหวังระบบการบริการสาธารณสุขที่มีคุณภาพ
เพื่อแก้ไขปัญหาสุขภาพของประชาชนจังหวัดชายแดนภาคใต้

บทสรุปภาพรวมจำนวนบุคลากรสาธารณสุขในพื้นที่จังหวัดชายแดนภาคใต้ตามที่สำนักงานสาธารณสุข ๕ จังหวัด (สสจ.) รายงาน ซึ่งสาขาที่จำนวนบุคลากรยังน้อยกว่าจำนวนที่ควรมี คือ แพทย์ ทันตแพทย์ นักเทคนิคการแพทย์ และทันตภิบาล รายละเอียดดังข้อมูลในตาราง

ประเภทบุคลากร	จำนวนที่บุคลากรที่ควรมี	จำนวนที่มีอยู่ ณ มิถุนายน ๒๕๕๕	จำนวนที่ขาด/เกิน
๑. แพทย์	๕๕๕	๔๖๙	-๘๖
๒. ทันตแพทย์	๓๐๒	๑๙๖	-๑๐๖
๓. พยาบาลวิชาชีพ	๕,๕๗๓	๖,๕๑๙	+๙๔๖
๔. เภสัชกร	๒๘๒	๓๑๘	+๓๖
๕. นักกายภาพบำบัด	๑๑๗	๕๐	-๖๗
๖. นักเทคนิคการแพทย์	๑๓๖	๘๗	-๔๙
๗. นักวิชาการสาธารณสุข	๑๔๗	๑๖๖	+๑๙
๘. เจ้าพนักงานทันตสาธารณสุข (ทันตภิบาล)	๕๓๐	๓๗๕	-๑๕๕

นอกจากบุคลากรสาธารณสุข ๘ สาขาดังกล่าวข้างต้นแล้ว ยังมีสาขาอื่นๆ ในระบบสาธารณสุขที่เป็นความต้องการและเป็นส่วนเสริมที่ช่วยให้ระบบสาธารณสุขสามารถให้บริการด้านสุขภาพแก่ประชาชนในพื้นที่ได้สมบูรณ์ขึ้น ได้แก่ เจ้าพนักงานสาธารณสุข (เวชกิจฉุกเฉิน) เจ้าพนักงานสาธารณสุข (แพทย์แผนไทย) เจ้าพนักงานสาธารณสุข (วิทยาศาสตร์การแพทย์) เจ้าพนักงานสาธารณสุข (เภสัชกรรม) เจ้าพนักงานสาธารณสุข (เวชสถิติ) เจ้าพนักงานสาธารณสุข (เวชระเบียน) บุคลากรเหล่านี้แม้จะมีจำนวนน้อย แต่ก็ต้องได้รับการดูแลด้วยเช่นเดียวกัน

บทที่ ๔

การพัฒนาระบบบริการสาธารณสุขในพื้นที่จังหวัดชายแดนภาคใต้

๔.๑ การพัฒนาศักยภาพสถานพยาบาลและบริการสาธารณสุข

เนื่องจาก ๕ จังหวัดชายแดนภาคใต้เป็นพื้นที่พิเศษ มีลักษณะเชิงกายภาพ วัฒนธรรม ความเชื่อและวิถีชีวิตที่มีลักษณะเฉพาะแตกต่างจากพื้นที่อื่นๆ ของประเทศที่ส่งผลต่อภาวะสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุขจึงกำหนดกรอบยุทธศาสตร์การแก้ไขปัญหาสุขภาพประชาชนภาคใต้ตอนล่าง ปี ๒๕๕๕- ๒๕๕๙ เพื่อเป็นกรอบในการให้บริการด้านสาธารณสุขของประชาชนในพื้นที่จังหวัดชายแดนภาคใต้ รวมทั้งภาคใต้ตอนล่าง

โดยวางวิสัยทัศน์ไว้ว่า “บริการเป็นเครือข่ายสุขภาพระดับภาคใต้ตอนล่างที่มีสมรรถนะในการบริหารจัดการเชื่อมโยงระบบสุขภาพ ๓ ระดับแบบไร้รอยต่ออย่างสมบูรณ์ระดับนำของประเทศ ไทย ในปี ๒๕๕๙” โดยมีปัจจัยสำคัญ ๒ ประเด็น คือ เป็นเครือข่าย มีสมรรถนะที่ทำงาน seamless ในการบริการทุกระดับในระดับนำ หรือ นำหน้าในประเทศไทย (ถ้าเปรียบเทียบกับเขตอื่นๆ) มีการกำหนดนโยบายการพัฒนางานสุขภาพและระบบบริการสุขภาพ ตลอดจนการแก้ไขปัญหาสาธารณสุขในภาคใต้ตอนล่างโดยใช้การยุทธศาสตร์ One Page คือ ยุทธศาสตร์การแก้ปัญหาสุขภาพประชาชนภาคใต้ตอนล่างปี ๒๕๕๕- ๒๕๕๙ ซึ่งมีเป้าหมาย คือ ปัญหาสุขภาพของประชาชนในจังหวัดภาคใต้ตอนล่างลดลงตามเป้าหมายที่กำหนด โดยมี ๓ ประเด็น คือ อนามัยแม่และเด็ก (MCH) อนามัยช่องปากเด็กวัยเรียน (DTH) ป้องกันควบคุมโรค (CD/NCD) ภายใต้ยุทธศาสตร์ของเขตตรวจราชการ กระทรวงสาธารณสุขที่ ๘ จังหวัดชายแดนภาคใต้ ที่ได้จากการวิเคราะห์ ภาพรวมของพื้นที่เป็นหลัก ทั้งมิติทางภูมิศาสตร์ มิติความหลากหลายทางสังคม วัฒนธรรม และเศรษฐกิจ โดยกำหนด ๓ ยุทธศาสตร์ ได้แก่

ยุทธศาสตร์ที่ ๑ การพัฒนาระบบบริการสุขภาพให้มีคุณภาพ เช่น พัฒนาบริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิและการพัฒนาบริการสาธารณสุขระดับกลาง (MID level) รพ.ชุมชน การพัฒนาระบบคุณภาพบริการสาธารณสุข (พบส.) การพัฒนาระบบส่งต่อ และการพัฒนาเครือข่ายแพทย์ผู้เชี่ยวชาญจำนวน ๔ สาขา คือ กุมารเวชศาสตร์ ศัลยศาสตร์ สูติศาสตร์-นรีเวชวิทยา อายุรศาสตร์

ยุทธศาสตร์ที่ ๒ การมีส่วนร่วมของชุมชนในการพัฒนาสุขภาพอย่างสอดคล้องกับวิถีชีวิต การจัดระบบบริการสุขภาพภายใต้ภาวะวิกฤต เช่น ศาสนสถานส่งเสริมสุขภาพอนามัยสิ่งแวดล้อม การสร้างสุขภาพ การมีส่วนร่วมของชุมชน เช่น ผู้นำศาสนา โรงเรียนสอนศาสนา อสม. อบต. กลุ่มแกนนำต่างๆ เป็นต้น มีการกำหนดเกณฑ์การมีส่วนร่วมของชุมชนโดยนำแนวคิดทางศาสนานำ

การพัฒนาด้านสาธารณสุขเพื่อพัฒนาสถานที่เป็นแบบอย่างแก่ชุมชน ด้วยมาตรฐานการส่งเสริมสุขภาพอย่างน้อยอำเภอละ ๑ แห่ง มัธยมศึกษาประจำจังหวัด ประจำอำเภอ ให้มีการพัฒนาทางด้านส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อมได้มาตรฐานโดยวางเป้าหมายจำนวนมัธยมศึกษาที่ได้มาตรฐานส่งเสริมสุขภาพในแต่ละปีในอัตราที่สูงขึ้น

ยุทธศาสตร์ที่ ๓ การจัดระบบบริการสุขภาพภายใต้ภาวะวิกฤตเช่น การพัฒนาระบบความปลอดภัย /VIS : Violence-related Injury Surveillance การเฝ้าระวังการบาดเจ็บจากความรุนแรงในพื้นที่จังหวัดชายแดนภาคใต้ /VMS : Violence-related Mental Health Surveillance ระบบฐานข้อมูลการเฝ้าระวังปัญหาสุขภาพจิตจากปัญหาสถานการณ์ความไม่สงบในจังหวัดชายแดนภาคใต้การพัฒนากำลังคนให้สอดคล้องกับแผนพัฒนาระบบบริการ (Service Plan) การพัฒนาบริการสาธารณสุขระดับกลางให้มีมาตรฐานที่สามารถดูแลรักษาผู้ป่วย ได้แก่ โรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลอำเภอ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลขนาดเล็ก โรงพยาบาลจังหวัดที่เป็นโรงพยาบาลทั่วไปและโรงพยาบาลศูนย์ หรือ การพัฒนาระบบส่งต่อ เช่น การส่งจากโรงพยาบาลอำเภอไปโรงพยาบาลจังหวัดหรือส่งต่อไปยังโรงพยาบาลศูนย์ เป็นต้น โดยยุทธศาสตร์ทั้ง ๓ ประการมีกลยุทธ์หลักที่มุ่งไปสู่การพัฒนาระบบสุขภาพอำเภอ คือ อำเภอสุขภาพเข้มแข็ง อย่างไรก็ตาม การพัฒนาระบบบริการสาธารณสุขพื้นที่จังหวัดชายแดนภาคใต้ที่มีปัญหาในการเข้าถึงการรับบริการสาธารณสุขจึงต้องดำเนินการให้สอดคล้องกับความจำเป็นด้านสุขภาพของประชาชนในพื้นที่ โดยพัฒนาการให้บริการสาธารณสุขแบบองค์รวมที่มีความต่อเนื่องทั้งด้านรักษา ส่งเสริม ป้องกัน ฟื้นฟู และบริการสุขภาพในชุมชน ดังนี้

๑. การพัฒนายกระดับขีดความสามารถโรงพยาบาลให้เป็นโรงพยาบาลตติยภูมิระดับสูงเพื่อรับการส่งต่อ เนื่องด้วยการรักษาผู้ป่วยบางโรค บางอาการ หรือบางกรณีโรงพยาบาลในพื้นที่ที่ยังไม่มีความพร้อมในการรักษาจึงจำเป็นต้องส่งต่อไปยังโรงพยาบาลขนาดใหญ่ จังหวัดสงขลา ซึ่งจะมีปัญหาเรื่องระยะทางไกลมาก ซึ่งอาจเป็นอันตรายต่อผู้ป่วย และท่ามกลางสถานการณ์ความไม่สงบ บุคลากรก็เสี่ยงต่อการเดินทางไกลในการส่งต่อผู้ป่วย จึงมีความจำเป็นในการพัฒนาศักยภาพของโรงพยาบาลในพื้นที่ คือ โรงพยาบาลยะลา โรงพยาบาลนราธิวาสราชนครินทร์ โรงพยาบาลปัตตานี ให้เป็นโรงพยาบาลตติยภูมิระดับสูง (๓.๒) ซึ่งการพัฒนาจะต้องได้รับการสนับสนุนจากกระทรวงสาธารณสุขอย่างเต็มที่

๒. การพัฒนาระบบบริการที่จำเป็นสำหรับปัญหาสุขภาพใหม่ เช่น บริการระยะกลางและบริการระยะยาวสำหรับผู้มีภาวะทุพพลภาพหรือพิการ ทั้งในชุมชนและในสถาบันยังไม่ได้รับการพัฒนาก็ควร บริการฟื้นฟูสมรรถภาพทางกายทั้งชั่วคราวและถาวรเกือบทั้งหมดจำกัดอยู่ในโรงพยาบาลใหญ่ ซึ่งเป็นข้อจำกัดในการเข้าถึงบริการสำหรับผู้ป่วยที่มีภาวะทุพพลภาพโดยเฉพาะสำหรับผู้ป่วยที่อยู่ในชนบท โดยเฉพาะในพื้นที่จังหวัดชายแดนภาคใต้ที่เกิดเหตุการณ์ความไม่สงบซึ่งบริการดังกล่าวไม่เพียงพอ

๓. พัฒนาคุณภาพ และความเข้มแข็งของระบบบริการปฐมภูมิ แม้ว่าจะมีแนวคิดในการผลักดันให้เกิดบริการปฐมภูมิซึ่งครอบคลุมบริการสาธารณสุขมูลฐานด้วย แต่ในทางปฏิบัติยังไม่มี

ดำเนินการผลักดันอย่างเป็นระบบ สถานบริการปฐมภูมิของรัฐซึ่งส่วนใหญ่อยู่ในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข มีบุคลากรไม่เพียงพอ และได้รับงบประมาณเพิ่มเติมน้อยกว่าบริการรักษาเฉพาะทางอย่างชัดเจน ในส่วนคลินิกเอกชนเริ่มมีบางส่วนให้บริการอย่างรอบด้านตามแนวคิดบริการสาธารณสุขปฐมภูมิภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า แต่คลินิกส่วนใหญ่ยังเน้นให้บริการรักษาพยาบาลเป็นหลัก เมื่อพิจารณาจากทัศนคติของประชาชนก็พบว่า ยังไม่เข้าใจและขาดความเชื่อมั่นต่อระบบบริการสาธารณสุขปฐมภูมิ ซึ่งเห็นชัดเจนจากสัดส่วนการใช้บริการที่สถานอนามัยและโรงพยาบาลชุมชนมีแนวโน้มลดลง ทั้งนี้ บริการปฐมภูมิโดยแพทย์หรือบุคลากรด้านสาธารณสุขประจำครอบครัวเป็นสิ่งที่ต้องดำเนินการให้เกิดขึ้นโดยเร็วอย่างเป็นระบบ เพื่อให้บริการครอบคลุมประชากรอย่างทั่วถึงทั้งในเขตเมืองและชนบท และเชื่อมต่อกับระบบบริการสาธารณสุขระดับอื่นๆ โดยมีระบบการส่งต่อที่มีประสิทธิภาพ

๔.๒ การแก้ปัญหาความขาดแคลนกำลังคนด้านสุขภาพ

๔.๒.๑ การเพิ่มการผลิตกำลังคน ตั้งแต่ปี พ.ศ. ๒๕๔๖ กระทรวงสาธารณสุขได้ดำเนินการวางแผนแม่บทความต้องการกำลังคนด้านสุขภาพ ๔ สาขาวิชาชีพหลัก คือแพทย์ ทันตแพทย์ พยาบาลและ เภสัชกร และได้มีโครงการพิเศษในการผลิตแพทย์เพิ่มเพื่อชาวชนบท และโครงการผลิตพยาบาลวิชาชีพเพิ่ม ๓,๐๐๐ คน ในลักษณะโครงการพิเศษ เพื่อแก้ปัญหาการกระจายกำลังคนไปสู่ชนบท ตามแนวคิด Rural recruitment, Local training and Hometown placement คือ สนับสนุนการรับนักเรียนในพื้นที่ชนบทเข้าเรียน ในสถาบันการศึกษาแพทย์ พยาบาลในส่วนภูมิภาค และจัดสรรให้กลับไปทำงานในภูมิลำเนาหรือพื้นที่ใกล้บ้านหลังสำเร็จการศึกษา โครงการพิเศษเหล่านี้ ได้แก่

๑) โครงการผลิตแพทย์เพิ่มเพื่อชาวชนบท (ODOD และ CPIRD) ซึ่งให้ความสำคัญกับการกระจายและการคงอยู่ในพื้นที่ของแพทย์โดยเป็นความร่วมมือระหว่างคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ร่วมกับโรงพยาบาลหาดใหญ่ และคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์ ร่วมกับโรงพยาบาลสงขลา ซึ่งควรมีการติดตามประเมินผลสำเร็จของโครงการ ทั้งกระบวนการรับนักศึกษาเข้าเรียน การจัดการเรียนการสอน และการประเมินผลลัพธ์

๒) โครงการผลิตพยาบาลวิชาชีพเพิ่มจำนวน ๓,๐๐๐ คน เพื่อแก้ปัญหาความขาดแคลนพยาบาลในจังหวัดชายแดนภาคใต้ ซึ่งมีที่มาจากสถานการณ์ความไม่สงบในพื้นที่จังหวัดชายแดนภาคใต้ก่อให้เกิดปัญหาความรุนแรงในพื้นที่จังหวัดชายแดนภาคใต้ส่งผลกระทบต่อพยาบาลเพิ่มสูงขึ้นจากภาระงานที่หนักเพิ่มขึ้นและการขอย้ายของพยาบาลวิชาชีพออกจากพื้นที่

ดังนั้น เมื่อวันที่ ๒๔ เมษายน ๒๕๕๐ คณะรัฐมนตรี ในรัฐบาลพลเอกสุรยุทธ์ จุลานนท์ ได้อนุมัติให้กระทรวงมหาดไทยและกระทรวงสาธารณสุขได้จัดทำโครงการผลิต

พยาบาลวิชาชีพเพิ่ม เพื่อแก้ไขปัญหาในพื้นที่จังหวัดชายแดนภาคใต้ ซึ่งมีวัตถุประสงค์โครงการที่จะทำ ให้ได้บุคลากรพยาบาลที่เข้าใจถึงวิถีชีวิต วัฒนธรรมและภาษาของคนในพื้นที่ ซึ่งมีผลต่อการเพิ่ม ประสิทธิภาพงานบริการด้านสาธารณสุขได้เป็นอย่างดี และตอบสนองนโยบายเสริมสร้างสันติสุขจังหวัด ชายแดนภาคใต้ สาระสำคัญของโครงการ คือ การเพิ่มการผลิตพยาบาลจำนวน ๓,๐๐๐ คน โดย วิทยาลัยพยาบาลในสังกัดสถาบันพระบรมราชชนกจำนวน ๒๕ แห่ง จะเป็นผู้รับนักศึกษาเข้าเรียน ในปีการศึกษา ๒๕๕๐ และผูกพันจนสำเร็จการศึกษาในปี ๒๕๕๔ โดยได้รับงบประมาณสนับสนุนการ ดำเนินการตลอดโครงการจากงบประมาณของรัฐและเมื่อสำเร็จการศึกษาได้รับบรรจุในตำแหน่ง ข้าราชการพลเรือนให้กลับไปปฏิบัติงานในภูมิลำเนา

๓) การแก้ปัญหาการขาดแคลนทันตบุคลากร เนื่องจากการสำรวจสภาวะ ทันตสุขภาพของประชาชนในรอบ ๒๐ ปีที่ผ่านมา พบว่าประชาชนมีปัญหาสุขภาพช่องปากค่อนข้างมาก เช่น ปัญหาฟันผุในเด็กเล็กมากกว่าร้อยละ ๕๐ และผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีปัญหาการบดเคี้ยวอาหาร ซึ่งถือเป็นปัญหาทันตสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศที่จำเป็นต้องพัฒนาให้ประชาชนเข้าถึงบริการ ส่งเสริมสุขภาพช่องปากและป้องกันโรคในช่องปาก โดยเฉพาะเขตพื้นที่ชนบทโดยเฉพาะพื้นที่จังหวัด ชายแดนภาคใต้ จึงมีความร่วมมือระหว่างสถานบริการในพื้นที่ วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัด ยะลา และ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) เขตพื้นที่ภาคใต้ในการผลิตทันตภิบาล เพิ่มขึ้นเป็นกรณีพิเศษ เพื่อดำเนินงานแก้ปัญหาทันตสาธารณสุข อย่างไรก็ตามกระทรวงสาธารณสุข ยังได้ขยายการผลิตทันตภิบาลเพิ่มเพื่อตอบสนองความขาดแคลนในระดับประเทศด้วยโดยดำเนินการ ร่วมผลิตกับหน่วยบริการสุขภาพระดับจังหวัดเพื่อเพิ่มการผลิตทันตภิบาลให้เพียงพอไปปฏิบัติงาน ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลได้ครบโดยเริ่มโครงการในปีการศึกษา ๒๕๕๕

๔.๒.๒ การแก้ปัญหาการกระจายกำลังคน การจัดสรรและการกระจายบุคลากร กระทรวงสาธารณสุขมีแผนการจัดสรรแพทย์ตามความต้องการของพื้นที่โดยใช้ข้อมูลภูมิศาสตร์ สารสนเทศ (GIS) โดยจะจัดสรรให้กับพื้นที่ประมาณร้อยละ ๘๐ ของความต้องการ แต่สำหรับในพื้นที่ จังหวัดชายแดนภาคใต้จะจัดสรรตามต้องการจริง เพื่อแก้ปัญหาความขาดแคลน จนปัจจุบันสามารถลด ความขาดแคลนลงไปได้อย่างมาก

ส่วนพยาบาลวิชาชีพ ผลจากโครงการผลิตพยาบาลวิชาชีพเพื่อแก้ปัญหาความ ขาดแคลนในพื้นที่ของจังหวัดชายแดนภาคใต้จำนวน ๓,๐๐๐ คน ซึ่งสำเร็จการศึกษาไปปฏิบัติงาน จำนวน ๒,๘๒๘ คน ส่วนที่เหลือยังคงศึกษาในสถาบันการศึกษา เนื่องจากเรียนช้าขึ้น โดยในจำนวน ดังกล่าวได้จัดสรรให้ไปปฏิบัติงานระดับโรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป จำนวน ๑,๐๗๑ คน (ร้อยละ ๓๗.๘) โรงพยาบาลชุมชน จำนวน ๑,๑๔๘ คน (ร้อยละ ๔๐.๑) และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ตำบล (รพ.สต.) จำนวน ๖๐๙ คน (ร้อยละ ๒๑.๕) ซึ่งกระทรวงสาธารณสุขได้เสนอคณะรัฐมนตรี พิจารณาให้ความเห็นชอบกำหนดตำแหน่งเพิ่มเติมเพื่อบรรจุพยาบาลในโครงการดังกล่าว และได้รับ

อนุมัติตำแหน่งจำนวน ๒,๖๔๖ อัตราจำแนกเป็นเพื่อบรรจพยาบาลในโครงการฯ ๑,๙๗๗ อัตรา และเพื่อบรรจพยาบาลวิชาชีพลูกจ้างชั่วคราวที่จ้างไว้ก่อนแล้วอีกจำนวน ๖๖๙ อัตรา เพื่อไม่ให้เกิดความเหลื่อมล้ำระหว่างพยาบาลที่เข้างานใหม่และผู้ที่ทำงานอยู่ก่อนแล้ว อย่างไรก็ตามพบว่า ยังมีปัญหาที่ประชาชนไม่เชื่อมั่นในคุณภาพการให้บริการของบุคลากรดังกล่าว ซึ่งสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดและสถานพยาบาลต่างๆ ที่เป็นต้นสังกัดได้ใช้ระบบวิธีการที่สอนน้องหรือการฝึกอบรมอื่นๆ ประกอบกันเพื่อให้เกิดความเชื่อมั่นต่อประชาชนผู้รับบริการ

๔.๒.๓ การธำรงรักษากำลังคนไว้ในพื้นที่ กระทรวงสาธารณสุข มีการดำเนินมาตรการสร้างแรงจูงใจให้บุคลากรปฏิบัติงานในพื้นที่ ๓ จังหวัดชายแดนภาคใต้ ดังนี้

๑) การให้โอกาสในการศึกษาต่อเป็นแพทย์เฉพาะทาง โดยผู้ที่ปฏิบัติงานชดใช้ทุนในพื้นที่ ๕ จังหวัดชายแดนภาคใต้ จะได้รับโอกาสให้เรียนต่อแพทย์เฉพาะทาง เร็วกว่าผู้ที่ทำงานในพื้นที่อื่น เช่น สาขาศัลยศาสตร์จะให้เรียนต่อได้ หลังปฏิบัติงานใช้ทุนเพียง ๑ ปี เท่านั้น

ซึ่งเป็นมาตรการที่ได้ผล (Effective measure) แต่ยังไม่ได้ขยายโอกาสการศึกษาฝึกอบรมต่อในสาขาเฉพาะทาง แก่บุคลากรวิชาชีพอื่น โดยเฉพาะพยาบาลวิชาชีพที่จำเป็นต้องปฏิบัติงานเป็นทีมควบคู่กับแพทย์อื่นที่เป็นความจำเป็นในพื้นที่ชายแดนภาคใต้ควรเปิดโอกาสเช่นเดียวกัน

๒) การใช้มาตรการด้านค่าตอบแทนเพื่อสร้างแรงจูงใจในบุคลากรคงอยู่ในพื้นที่ ปัจจุบันบุคลากรสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในพื้นที่ ๓ จังหวัดชายแดนภาคใต้ จะได้รับค่าตอบแทนที่จ่ายให้ตามระเบียบต่างๆ ดังนี้

ก. ระเบียบกระทรวงการคลังว่าด้วยการเบิกจ่ายค่าตอบแทนเบี่ยเลี้ยงเหมาจ่ายสำหรับกำลังคนด้านสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในพื้นที่พิเศษ พ.ศ.๒๕๔๘ ตามมติ ครม.วันที่ ๓ พฤษภาคม ๒๕๔๘ เพื่อจูงใจให้กำลังคนด้านสาธารณสุขปฏิบัติงานในพื้นที่ขาดแคลนหรือทุรกันดาร

ข้อ ๖ อัตราค่าตอบแทนเบี่ยเลี้ยงเหมาจ่าย สำหรับผู้ที่ปฏิบัติงานในพื้นที่ ๓ จังหวัดชายแดนภาคใต้ให้เบิกจ่าย ดังนี้

๖.๑ แพทย์ ทันตแพทย์ อัตราคนละ ๑๐,๐๐๐ บาท/เดือน

๖.๒ เภสัชกร อัตราคนละ ๕,๐๐๐ บาท/เดือน

๖.๓ พยาบาลวิชาชีพ อัตราคนละ ๑,๐๐๐ บาท/เดือน

ข้อ ๗ อัตราค่าตอบแทนเบี่ยเลี้ยงเหมาจ่าย สำหรับผู้ที่ปฏิบัติงานในพื้นที่ปกติให้เบิกจ่ายดังนี้

๗.๑ แพทย์ ทันตแพทย์ อัตราคนละ ๒,๘๐๐ บาท/เดือน

๗.๒ เภสัชกร อัตราคนละ ๖๐๐ บาท/เดือน

ซึ่งสภาพพัฒนาเศรษฐกิจ ก็ได้ให้ความเห็นประกอบการพิจารณาของ คณะรัฐมนตรีในขณะนั้น ต่อข้อเสนอของกระทรวงสาธารณสุขเพื่อให้ออกระเบียบกระทรวงการคลัง ดังกล่าวว่าความแตกต่างของอัตราที่จ่ายให้กับกำลังคนแต่ละประเภทที่แตกต่างกันอย่างมากอาจ ก่อให้เกิดความเหลื่อมล้ำและไม่เป็นธรรมต่อบุคลากรที่ปฏิบัติงานร่วมกันในพื้นที่เดียวกัน โดยที่ ในการศึกษาของคณะกรรมการวิสามัญที่ได้รับฟังความคิดเห็นจากผู้ปฏิบัติงาน และผู้บริหารใน พื้นที่ก็พบว่า มีปัญหาการร้องเรียนเกี่ยวกับกรณีของเรื่องความเหลื่อมล้ำและความไม่เป็นธรรมในการ ปฏิบัติงานในทุกพื้นที่

ข. หลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขการจ่ายเงินค่าตอบแทน แนนท้าย ข้อบังคับกระทรวงสาธารณสุข ว่าด้วยการจ่ายเงินค่าตอบแทนเจ้าหน้าที่ปฏิบัติงานให้กับหน่วยบริการ ในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. ๒๕๕๔ และที่แก้ไขเพิ่มเติม (ฉบับที่๔) พ.ศ.๒๕๕๑ - ฉบับที่ ๕-๗ พ.ศ.๒๕๕๒

ข้อ ๖ ค่าตอบแทนเบี่ยงเลียงเหมาจ่าย สำหรับแพทย์ ทันตแพทย์ เภสัชกร และพยาบาลวิชาชีพ ที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลชุมชน และพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานใน สถานีนอนามัย (แก้ไขฉบับที่ ๔)

แพทย์ และทันตแพทย์

ระยะเวลาปฏิบัติงาน ในโรงพยาบาลชุมชน	ค่าเบี่ยงเลียงเหมาจ่ายแพทย์และทันตแพทย์ ได้รับรายเดือน : คน : บาท						
	ระดับ ๖.๑.๑			ระดับ ๖.๑.๒			ระดับ ๖.๑.๓
	พื้นที่ ปกติ	กัณฑ์ ระดับ ๑	กัณฑ์ ระดับ ๒	พื้นที่ ปกติ	กัณฑ์ ระดับ ๑	กัณฑ์ ระดับ ๒	พื้นที่ปกติ
ปีที่ ๑- ปีที่ ๓	๑๐,๐๐๐	๒๐,๐๐๐	๓๐,๐๐๐	๑๐,๐๐๐	๒๐,๐๐๐	๓๐,๐๐๐	๑๐,๐๐๐
ปีที่ ๔- ปีที่ ๑๐	๓๐,๐๐๐	๔๐,๐๐๐	๕๐,๐๐๐	๒๕,๐๐๐	๓๕,๐๐๐	๔๕,๐๐๐	๒๐,๐๐๐
ปีที่ ๑๑- ปีที่ ๒๐	๔๐,๐๐๐	๕๐,๐๐๐	๖๐,๐๐๐	๓๐,๐๐๐	๔๐,๐๐๐	๕๐,๐๐๐	๒๕,๐๐๐
ปีที่ ๒๑ ขึ้นไป	๕๐,๐๐๐	๖๐,๐๐๐	๗๐,๐๐๐	๔๐,๐๐๐	๕๐,๐๐๐	๖๐,๐๐๐	๓๐,๐๐๐

เภสัชกร

ระยะเวลาปฏิบัติงาน ในโรงพยาบาลชุมชน	ค่าเบี้ยเลี้ยงเหมาจ่ายเภสัชกร ได้รับรายเดือน : คน : บาท		
	พื้นที่ปกติ	ทุรกันดาร ระดับ ๑	ทุรกันดาร ระดับ ๒
ปีที่ ๑- ปีที่ ๓	๓,๐๐๐	๘,๐๐๐	๑๓,๐๐๐
ปีที่ ๔- ปีที่ ๑๐	๔,๐๐๐	๙,๐๐๐	๑๔,๐๐๐
ปีที่ ๑๑- ปีที่ ๒๐	๕,๐๐๐	๑๐,๐๐๐	๑๕,๐๐๐
ปีที่ ๒๑ ขึ้นไป	๖,๐๐๐	๑๑,๐๐๐	๑๖,๐๐๐

พยาบาลวิชาชีพ

ระยะเวลาปฏิบัติงานใน โรงพยาบาลชุมชน		
	ทุรกันดารระดับ ๑	ทุรกันดารระดับ ๒
ปีที่ ๑-๓	๑๕๐๐	๓๐๐๐
ปีที่ ๔-๑๐	๒๐๐๐	๓๕๐๐
ปีที่ ๑๑-๒๐	๒๕๐๐	๔๐๐๐
ปีที่ ๒๑ ขึ้นไป	๓๐๐๐	๔๕๐๐

ซึ่งในระเบียบฉบับนี้พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลชุมชนพื้นที่ทั่วไปไม่ได้รับค่าตอบแทนในขณะที่แพทย์ ทันตแพทย์ และเภสัชกร ได้รับ จึงเกิดการชุมนุมเรียกร้องความเป็นธรรมของชมรมพยาบาลโรงพยาบาลชุมชนเมื่อพ.ศ. ๒๕๕๒ จนกระทั่งกระทรวงสาธารณสุขได้แก้ไขเพิ่มเติมให้มีค่าตอบแทนสำหรับพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลชุมชนในพื้นที่ทั่วไป ดังนี้

ข้อ ๙ ค่าตอบแทนการปฏิบัติงานในโรงพยาบาลชุมชนและสถานอนามัย
(แก้ไขฉบับที่๖)

ระยะเวลาปฏิบัติงาน ในรพชุมชน และสถาน อนามัย	รพ ชุมชนในพื้นที่ปกติ	รพ ชุมชนและสถานอนามัย	
	พยาบาลวิชาชีพได้รับ รายเดือน:คน:บาท	สายงานในระดับป.ตรี ขึ้นไปได้รับรายเดือน: คน:บาท	สายงานในระดับวุฒิ การศึกษาต่ำกว่า ปริญญาตรีได้รับราย เดือน:คน:บาท
ปีที่๑-๓	๑๒๐๐	๑๒๐๐	๖๐๐
ปีที่๔-๑๐	๑๘๐๐	๑๘๐๐	๙๐๐

เมื่อกระทรวงสาธารณสุขประกาศใช้หลักเกณฑ์ตามข้อ ๙ ดังกล่าว สมาพันธ์
เครือข่ายบุคลากรทางการแพทย์โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป สำนักงานปลัดกระทรวง
สาธารณสุข ก็นัดชุมนุมเรียกร้องความเป็นธรรมอีกครั้ง ในประเด็นที่โรงพยาบาลชุมชนพื้นที่ทั่วไป
บางแห่งตั้งอยู่ในพื้นที่เดียวกันกับโรงพยาบาลทั่วไป แต่โรงพยาบาลทั่วไปไม่ได้รับค่าตอบแทนดังกล่าว
และประเด็นภาระงานที่หนักเกินกำลังบุคลากรที่มีการจ่ายค่าตอบแทนดังกล่าวจึงไม่เป็นธรรม กระทรวง
สาธารณสุขก็แก้ปัญหาด้วยการแก้ไขเพิ่มเติมระเบียบให้แพทย์ พยาบาล และบุคลากรอื่นในโรงพยาบาล
ศูนย์โรงพยาบาลทั่วไปได้รับค่าตอบแทนตามหลักเกณฑ์ข้อ ๑๐ ดังนี้

ข้อ ๑๐ ค่าตอบแทนการปฏิบัติงานในโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป
(แก้ไขฉบับที่๗)

ระยะเวลา ปฏิบัติงานใน รพศ รพท	แพทย์ ทันต แพทย์ ได้รับ รายเดือน:คน: บาท	เภสัชกร	พยาบาล วิชาชีพ	สายงานในระดับ วุฒิมการศึกษ ปริญญาตรีขึ้นไป	สายงานใน ระดับวุฒิ การศึกษาต่ำ กว่าปริญญาตรี
ปีที่๑-๓	๑๐๐๐๐	๓๐๐๐	๑๒๐๐	๑๒๐๐	๖๐๐
ปีที่๔-๑๐	๑๕๐๐๐	๔๕๐๐	๑๘๐๐	๑๘๐๐	๙๐๐

ซึ่งคณะกรรมการวิสามัญฯ มีข้อสังเกตว่า ปรากฏการณ์ของการชุมนุมเรียกร้องเกี่ยวกับความเป็นธรรมของชมรมพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลชุมชน และสมาพันธ์เครือข่ายบุคลากรทางการแพทย์โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป ได้สะท้อนให้เห็นชัดเจนว่า มาตรการการสร้างแรงจูงใจด้วยเงินในอัตราที่แตกต่างกันมากเกินไปทั้งในเชิงวิชาชีพและในเชิงพื้นที่ในการทำงาน อันก่อให้เกิดความเหลื่อมล้ำและสร้างความไม่เป็นธรรม แม้มีการแก้ไขปัญหาโดยการแก้ไขเพิ่มเติมระเบียบเกี่ยวกับค่าตอบแทนของกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งคณะกรรมการวิสามัญฯ เห็นว่าไม่ใช่แนวทางที่ถูกต้องและยังนำไปสู่ปัญหาของการแตกความสามัคคีระหว่างผู้ปฏิบัติงานอย่างเห็นได้ชัด ดังนั้น จึงเป็นการสมควรอย่างยิ่งที่กระทรวงสาธารณสุขและกระทรวงการคลังจะต้องร่วมกันพัฒนาระบบการจ่ายค่าตอบแทนบุคลากรเพื่อการจูงใจให้กำลังคนปฏิบัติงานในพื้นที่ลักษณะต่างๆ ให้เกิดความเป็นธรรมอย่างแท้จริง โดยที่บุคลากรที่ปฏิบัติงานในพื้นที่ที่มีความเสี่ยงมากกว่า ควรได้รับค่าตอบแทนสูงกว่าตามความเสี่ยง และผู้ที่มีความเสี่ยงเท่ากันในพื้นที่เดียวกัน ก็ควรได้รับค่าตอบแทนในอัตราที่เท่ากัน ไม่ว่าจะบุคลากรนั้นจะเป็นกำลังคนประเภทใด และระบบการจ่ายค่าตอบแทนที่ดีจะต้องสามารถดึงดูดให้กำลังคนมีแรงจูงใจที่จะทำงานบริการประชาชนอย่างมีคุณภาพและเกิดความรักและความสามัคคีในองค์กร



การเรียกร้องของบุคลากรวิชาชีพในระบบบริการสาธารณสุขเกี่ยวกับความไม่เป็นธรรมและความเหลื่อมล้ำระหว่างผู้ประกอบการวิชาชีพและทำงานอยู่ในพื้นที่และสภาพแวดล้อมเดียวกัน

บทที่ ๕

สรุปผลการศึกษาและข้อเสนอแนะ

ความไม่สงบในพื้นที่จังหวัดชายแดนภาคใต้ที่เกิดขึ้นเมื่อปี ๒๕๔๗ และเป็นปัญหาที่มีความรุนแรงต่อเนื่องยาวนานมาถึงปัจจุบัน ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตและวิถีชีวิตความเป็นอยู่ของประชาชนที่ต้องดำเนินชีวิตอยู่บนความไม่มั่นคงและความไม่ปลอดภัยในชีวิตและทรัพย์สิน ซึ่งปัญหาดังกล่าวได้ทวีความรุนแรงอันก่อให้เกิดความสูญเสียมากมาย ที่กล่าวโดยเฉพาะปัญหาภาวะสุขภาพที่มีอุปสรรคต่อการเข้าถึงการบริการสุขภาพที่จำเป็นของประชาชน การเข้ารับบริการจากหน่วยบริการสาธารณสุขต่างๆ และการรับบริการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรคในชุมชน ซึ่งเจ้าหน้าที่ไม่สามารถเข้าไปให้บริการได้อย่างเต็มที่ และประชาชนก็มีความยากลำบากในการเดินทางมารับบริการในพื้นที่ที่มีอุปสรรคต่อการเข้าถึงการบริการสุขภาพที่จำเป็นซึ่งส่งผลให้เกิดผลลัพธ์ด้านสุขภาพของประชาชน เช่น อัตราการตายของมารดา และทารก การแพร่ระบาดของการติดเชื้อเอชไอวี และการเข้าไม่ถึงบริการบำบัดผู้ติดยาเสพติด สูงกว่าภูมิภาคอื่นๆของประเทศ

ดังนั้น คณะกรรมการวิสามัญฯ ได้ศึกษา ติดตาม รวบรวมข้อมูล และข้อเท็จจริงในการพัฒนาสุขภาพของชุมชน คุณภาพชีวิต การบริการสาธารณสุข และสถานภาพสตรี ณ จังหวัดชายแดนภาคใต้ อันนำมาสู่การสังเคราะห์สรุปผลการศึกษา แนวทางการแก้ไขปัญหา และข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์ต่อการพัฒนาและดูแลสุขภาพของประชาชน ดังนี้

๕.๑ ประเด็นระบบบริการสาธารณสุข

๑) สรุปสถานการณ์และปัญหาาระบบบริการสาธารณสุข

พื้นที่จังหวัดชายแดนภาคใต้ มีบริบทด้านสังคมวัฒนธรรมและเศรษฐกิจแตกต่างจากพื้นที่อื่นของประเทศ และด้วยข้อจำกัดทางภูมิศาสตร์ของพื้นที่ห่างไกลทุรกันดาร ประกอบกับสถานการณ์ความไม่สงบทำให้การพัฒนาระบบบริการสุขภาพในจังหวัดชายแดนภาคใต้ มีประเด็นที่ต้องเร่งดำเนินการหลายเรื่อง โดยเฉพาะการเพิ่มการเข้าถึงบริการสุขภาพของประชาชน และการพัฒนาสุขภาพของประชาชนซึ่งปัจจุบันกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งเป็นหน่วยงานหลักในการจัดบริการสุขภาพสำหรับประชาชน ได้กำหนดยุทธศาสตร์การพัฒนาไว้ ๓ ยุทธศาสตร์ ซึ่งมีกลยุทธ์หลักที่มุ่งไปสู่การพัฒนาระบบบริการระดับอำเภอ ครอบคลุม การพัฒนาบริการสาธารณสุขแบบองค์รวมทั้งการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค ทั้งการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และการฟื้นฟูสุขภาพทั้งการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การฟื้นฟูสุขภาพ และการรักษาพยาบาลทั้งในระดับปฐมภูมิและบริการระดับกลาง หรือโรงพยาบาลชุมชน ให้สามารถรองรับปัญหาสุขภาพในพื้นที่ และเป็นที่พักของประชาชนที่อยู่ในพื้นที่

ห่างไกลได้ รวมทั้งการมุ่งพัฒนาระบบส่งต่อ และการยกระดับขีดความสามารถของโรงพยาบาล นราธิวาสราชนครินทร์ โรงพยาบาลยะลา และโรงพยาบาลปัตตานี ให้เป็นโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ ระดับสูง เพื่อรับส่งต่อผู้ป่วยในโซนพื้นที่ใกล้เคียง เพื่อลดเวลาในการนำส่งผู้ป่วยที่เดิมต้องส่งไปยัง โรงพยาบาลหาดใหญ่ และโรงพยาบาลสงขลานครินทร์ เท่านั้น อย่างไรก็ตามการขยายบริการดังกล่าว จำเป็นต้องมีการลงทุนด้านทรัพยากร ทั้งอาคารสถานที่ อุปกรณ์ เครื่องมือทางการแพทย์ และกำลังคน รวมทั้งการบริหารจัดการเพื่อดูแลความปลอดภัยของบุคลากร และการเร่งรัดฟื้นฟู เยียวยาจิตใจของ ประชาชนไปพร้อมๆกัน

๒) ข้อเสนอแนะเพื่อการพัฒนาาระบบบริการสาธารณสุข

๒.๑) รัฐบาลจำเป็นต้องมีการส่งเสริมและสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ และการสร้างความเข้มแข็งของระบบสุขภาพระดับปฐมภูมิ โดยการมีส่วนร่วมของชุมชนในการพัฒนา สุขภาพอย่างสอดคล้องกับวิถีชีวิต ให้สอดคล้องกับความเชื่อทางศาสนา วัฒนธรรมของประชาชน ในพื้นที่จังหวัดชายแดนภาคใต้อย่างเป็นองค์รวม โดยนำแนวคิดทางศาสนานำการพัฒนา

๒.๒) เร่งรัดการใช้งบประมาณให้ได้ตามแผนโดยเฉพาะการลงทุน เพื่อพัฒนาระบบบริการสาธารณสุข ทั้งการเพิ่มขีดความสามารถของโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และการพัฒนาระบบส่งต่อผู้ป่วย ซึ่งควรเร่งรัดการพัฒนายกระดับโรงพยาบาลนราธิวาสราชนครินทร์ และโรงพยาบาลยะลา ให้มีศักยภาพในระดับตติยภูมิระดับสูง (ระดับ ๓.๒) เพื่อให้สามารถทำหน้าที่โรงพยาบาลรับส่งต่อขั้น สุดท้ายในกระทรวงสาธารณสุขอย่างมีประสิทธิภาพ

๒.๓) รัฐบาลจำเป็นต้องพัฒนาสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการมีสุขภาวะที่ดีของ ประชาชนทั้งในสถานบริการสาธารณสุข และสภาพแวดล้อมของชุมชนและหมู่บ้าน โดยให้มีการ จัดบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขที่มีคุณภาพมาตรฐานและสอดคล้องกับบริบทของชุมชน ศาสนา วัฒนธรรมและวิถีชีวิต โดยใช้กลไกการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนในพื้นที่ คือ สำนักงาน สาธารณสุขจังหวัด สาธารณสุขอำเภอ หน่วยบริการทุกระดับ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และเครือข่าย ภาคประชาชน ได้เข้ามามีส่วนร่วมในการพัฒนาระบบบริการสาธารณสุข

๕.๒ ประเด็นปัญหาสุขภาพของประชาชน

๑) **สรุปปัญหาสุขภาพของประชาชน** ในพื้นที่จังหวัดชายแดนภาคใต้มีบริบท ด้านสังคมวัฒนธรรมและเศรษฐกิจแตกต่างจากพื้นที่อื่นของประเทศและด้วยข้อจำกัดทางภูมิศาสตร์ของ พื้นที่ห่างไกลทุรกันดารประกอบกับสถานการณ์ความไม่สงบทำให้เกิดปัญหาสุขภาพโดยรวมของ ประชาชน คือ

๑.๑) ปัญหาอนามัยแม่และเด็ก และอนามัยเจริญพันธุ์ ในพื้นที่ ๓ จังหวัดชายแดนภาคใต้ยังคงเป็นปัญหาอันดับต้นๆ ของประเทศ ทั้งอัตราการตายของมารดาและทารกจากปัญหาความไม่ครอบคลุมของการฝากครรภ์ การขาดธาตุเหล็กของหญิงตั้งครรภ์ และทารกน้ำหนักน้อย รวมทั้งการตั้งครรภ์ไม่พร้อมในวัยรุ่นและความยากลำบากในการเข้าถึงบริการทั้งจากการที่ไม่สามารถมารับบริการที่หน่วยบริการได้และเจ้าหน้าที่ไม่สามารถออกไปให้บริการได้ เนื่องจากเกรงกลัวอันตราย ซึ่งเมื่อพิจารณาจากตัวชี้วัดภาวะสุขภาพพบว่า ประชาชนในพื้นที่มีภาวะสุขภาพต่ำกว่าเกณฑ์โดยเฉพาะอย่างยิ่งอัตราการตายของมารดาและทารกที่พบว่า อัตราการตายของมารดาในจังหวัดปัตตานี เพิ่มขึ้นจาก ๒๖.๐ คน ต่อการเกิดมีชีพ ๑ แสนคน ในปี ๒๕๔๖ เป็น ๕๑ คน ต่อการเกิดมีชีพ ๑ แสนคน ในปี ๒๕๔๙ ขณะที่จังหวัดยะลาเพิ่มขึ้นจาก ๑๙.๘ ต่อการเกิดมีชีพ ๑ แสนคน เป็น ๔๙.๒ คน ต่อการเกิดมีชีพ ๑ แสนคน ถือเป็นสถิติที่สูงกว่าค่าเฉลี่ยในพื้นที่อื่นๆ ถึง ๒ เท่า ส่วนอัตราการตายของทารกใน ๓ จังหวัดชายแดนภาคใต้ก็เช่นกันเพิ่มขึ้นจาก ๑๑.๑ คน ต่อการเกิดมีชีพ ๑ พันคน ในปี ๒๕๔๖ เป็น ๑๑.๗ คน ต่อการเกิด ๑,๐๐๐ คนในปี ๒๕๔๙

๑.๒) ปัญหาอนามัยในช่องปาก เนื่องด้วยภาวะทันตสุขภาพของประชาชนในพื้นที่จังหวัดชายแดนภาคใต้ทุกกลุ่มอายุมีอัตราโรคฟันผุที่สูงมาก อัตราฟันผุที่พบในเด็กสูงที่สุดเนื่องมาจากปัจจัยด้านพฤติกรรมกรรมการบริโภคและการดูแลสุขภาพ ซึ่งประชาชนส่วนใหญ่ให้ความสำคัญกับการดูแลสุขภาพในช่องปากน้อย

๑.๓) ปัญหาการเจ็บป่วยเรื้อรัง ทั้งการป่วยด้วยโรคไร้เชื้อ และโรคติดเชื้อที่เริ่มส่อเค้าทวีความรุนแรงมากขึ้น สถานการณ์โรคเรื้อรังสำคัญ ได้แก่ เบาหวาน ความดันโลหิตสูง หัวใจขาดเลือด และหลอดเลือดสมองใหญ่ปี ๒๕๔๔ - ๒๕๕๓ อย่างไรก็ตาม ในภาพรวมของจังหวัดชายแดนภาคใต้มีอัตราป่วยของทุกโรคมียแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปี แต่ปรากฏว่า อัตราการเสียชีวิตจากโรคดังกล่าวมีแนวโน้มลดลงเกือบทุกโรค ยกเว้นโรคหัวใจขาดเลือด

๑.๔) ปัญหาการแพร่กระจายเชื้อ และการติดเชื้อเอชไอวี สถานการณ์การระบาดของ การติดเชื้อเอชไอวี ในพื้นที่ ๓ จังหวัดชายแดนภาคใต้ ไม่แตกต่างจากภูมิภาคอื่นๆ แต่ปัญหาสำคัญของผู้ติดเชื้อเหล่านี้ คือ การเข้าไม่ถึงยา เนื่องจากการที่ผู้ติดเชื้อฯ ไม่เข้ารับการรักษาและการดำเนินการให้ความรู้และปรับเปลี่ยนทัศนคติยังเป็นไปด้วยความยากลำบาก

๒) ข้อเสนอแนะเพื่อการแก้ไขปัญหาสุขภาพของประชาชน ด้วยบริบทและสภาพสังคมสิ่งแวดล้อมที่อยู่ท่ามกลางความไม่สงบ มีความยากลำบากในการทำงานของบุคลากรสาธารณสุข และมีหน่วยงานที่เกี่ยวข้องหลายภาคส่วน การแก้ปัญหาดังกล่าวจึงจำเป็นต้องมีการประสานงานที่ดีทั้งในระดับนโยบายและระดับปฏิบัติ จึงมีข้อเสนอแนะ ดังนี้

๒.๑) หน่วยงานภาครัฐต้องบริหารจัดการการบูรณาการเพื่อจัดทำแผนยุทธศาสตร์สุขภาพและบริการสาธารณสุขระดับจังหวัด อำเภอ หมู่บ้าน และชุมชนให้สอดคล้องกับความต้องการและปัญหาสุขภาพของประชาชน และเร่งรัดการจัดสรรทรัพยากร เพื่อการแก้ปัญหาเพื่อลดอัตราการตายมารดาและทารก การเพิ่มบริการด้านทันตสาธารณสุข การควบคุมป้องกันโรคและการลดการแพร่กระจายเชื้อเอชไอวี

๒.๒) การพัฒนาระบบฐานข้อมูลเฝ้าระวังกลุ่มเสี่ยง กลุ่มป่วยและผู้ป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อนให้สามารถนำมาวิเคราะห์และใช้ประโยชน์ได้ทันเวลา รวมทั้งการสร้างความร่วมมือในการส่งเสริมสุขภาพเชิงรุกเพื่อป้องกันผลกระทบต่อสุขภาพของประชาชน

๒.๓) การสร้างกระแสและสื่อสารข้อมูลด้านสุขภาพอย่างต่อเนื่อง และให้การสนับสนุนการผลิตสื่อเพื่อการสื่อสารด้านสุขภาพ เพื่อใช้เครื่องมือในการให้บริการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การส่งเสริมพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองทั้งในระดับบุคคล ครอบครัว และชุมชน รวมทั้งการขับเคลื่อนให้มีการกำหนดตัวชี้วัดในทุกกระทรวงที่เกี่ยวข้อง เพื่อบูรณาการงานด้านการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค

๒.๔) ส่งเสริมการนำหลักศาสนาอิสลามและวัฒนธรรมจังหวัดชายแดนภาคใต้มาเป็นแนวทางในการป้องกันและแก้ไขการแพร่ระบาดของเอ็ดส์ในชุมชนมุสลิม นอกเหนือจากการใช้ยาและการป้องกันด้วยถุงยางอนามัย ได้แก่

๒.๔.๑) การพัฒนาทางด้านจิตใจที่เป็นความเชื่อมั่นศรัทธาในหลักคำสอนของศาสนาให้กับปัจเจกบุคคลเพื่อให้เกิดจิตสำนึกความรู้สึกรับผิดชอบต่อตนเองต่อสังคมในการดำเนินงานด้านต่างๆ ในชุมชนโดยเฉพาะอย่างยิ่งเรื่องเกี่ยวกับเพศและยาเสพติด

๒.๔.๒) การพัฒนาทางด้านสังคมและสิ่งแวดล้อมโดยการให้เยาวชนและชุมชนรู้จักการทำงานร่วมกัน การแบ่งงานกันทำ การพึ่งพาซึ่งกันและกัน หรือการพัฒนาการทำงานเป็นทีม (กลุ่ม) ตลอดจนการรู้จักนำทรัพยากรที่อยู่ในชุมชน (สิ่งแวดล้อม) มาปรับใช้ให้เกิดประโยชน์ต่อการพัฒนาความเป็นอยู่เพื่อให้คนในชุมชนมีคุณภาพชีวิตที่ดี ห่างไกลจากโรคเอดส์ นอกจากนี้การพัฒนาทางด้านกายภาพ ยังหมายรวมถึงการสร้างสภาพแวดล้อมทางสังคมที่เอื้อต่อเยาวชนในการดำเนินกิจกรรมทางสังคมอีกด้วย

๒.๔.๓) สนับสนุนการจัดการวางแผนเครือข่ายบริการในระดับพื้นที่และการสนับสนุนทรัพยากรในระดับต่างๆ ทั้งเชิงการบริหารจัดการงบประมาณ การวางแผนและเสริมศักยภาพบุคลากร ตลอดจนบริการและระบบสนับสนุนจากโรงพยาบาลแม่ข่ายให้โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเป็นหน่วยที่พร้อมจัดบริการสุขภาพเชิงรุกและทำงานร่วมกับชุมชนท้องถิ่นได้

๒.๔.๔) ศูนย์อำนวยการบริหารจังหวัดชายแดนภาคใต้ (ศอ.บต.) ควรเข้ามาดูแลงบประมาณและบุคลากรเพื่อร่วมกันในการขับเคลื่อนงานด้านสาธารณสุขในพื้นที่โดยเฉพาะงานเรื่องการบำบัดรักษาผู้เสพและผู้ติดยาเสพติดให้โทษ

๕.๓ ประเด็นปัญหา ยาเสพติดและการบำบัดรักษา

๑) **สรุปสถานการณ์และปัญหา** ปัญหา ยาเสพติดและการบำบัดรักษาในพื้นที่จังหวัดชายแดนภาคใต้มีผู้เสพและผู้ติดยาเสพติดเพิ่มขึ้นมาก และอาจจะมีส่วนเข้าไปเกี่ยวข้องกับขบวนการก่อความไม่สงบและก่อเหตุรุนแรงขณะเดียวกัน แม้ในพื้นที่จังหวัดชายแดนภาคใต้มีศูนย์บำบัดยาเสพติด เช่น ศูนย์บำบัดของทางราชการ ศูนย์บำบัดของเอกชน หรือการจัดโครงการของฝ่ายทหาร คือ โครงการภูาลันนันบารูหรือโครงการทางสายใหม่ แต่อาจจะไม่เพียงพอต่อการแก้ไขหรือยับยั้งปัญหาการแพร่ระบาดของยาเสพติดได้อย่างมีประสิทธิภาพ แม้กรณีโครงการภูาลันนันบารูเป็นลักษณะของการเข้าค่ายเยาวชนมีวัตถุประสงค์สำหรับป้องกันเยาวชนที่อยู่ในกลุ่มเสี่ยงมิให้เข้าไปพัวพันกับเรื่องยาเสพติดซึ่งมิใช่เป็นศูนย์หรือค่ายบำบัดรักษา ยาเสพติดตามที่เข้าใจกันในพื้นที่แต่อย่างใด

อย่างไรก็ตามในการบำบัดรักษาในส่วนของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพชุมชน (รพ.สต.) โรงพยาบาลทั่วไป (รพท.) และโรงพยาบาลศูนย์ (รพศ.) มีหน่วยบำบัดภายในสถานที่ดังกล่าวที่สามารถจะดูแลรักษาได้ในบางกรณีเท่านั้น

สำหรับในส่วนของศูนย์บำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติดในพื้นที่ที่มีปัญหาที่สำคัญคือ ผู้เสพและผู้ติดยาเสพติดไม่กล้าที่จะเข้ามารับการรักษาหรือบำบัดรักษา เนื่องจากอาจจะกลัวสังคมประณามหรือได้รับการรังเกียจจากสังคม ประกอบกับศูนย์บำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติดในพื้นที่ขาดแคลนนักสังคมสงเคราะห์หรือนักจิตวิทยาที่จะให้คำปรึกษาและคำแนะนำเกี่ยวกับการบำบัดของผู้เสพและผู้ติดยาเสพติด

๒) **ข้อเสนอแนะเพื่อลดปัญหาการบำบัดรักษา** ต้องเร่งรัดการแก้ไขปัญหาการขาดแคลนบุคลากรสาธารณสุขในหน่วยบริการสาธารณสุข ศูนย์บำบัดรักษา ยาเสพติดจังหวัดปัตตานีให้เพียงพอต่อการให้บริการ และศูนย์ฯ จะต้องสร้างเครือข่ายงานบำบัดรักษา ยาเสพติดกับโรงพยาบาลจังหวัด โรงพยาบาลอำเภอ และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ไม่ว่าจะเป็นงานบริการ งานวิชาการ งานบำบัดรักษาดูแลต่อเนื่องในชุมชน งานเยี่ยมบ้าน เฝ้าระวัง ดูแล ติดตาม งานค่ายและกิจกรรมเสริมสร้างคุณภาพชีวิตผู้ป่วยยาเสพติด การสร้างเครือข่ายคลินิกการบำบัดรักษาผู้ป่วยยาเสพติด นอกจากนี้ ศูนย์อำนวยการบริหารจังหวัดชายแดนภาคใต้ (ศอ.บต.) จะต้องเข้ามาดูแลทั้งเรื่องงบประมาณและบุคลากรเพื่อร่วมกันในการขับเคลื่อนงานด้านสาธารณสุขในพื้นที่โดยเฉพาะงานเรื่องการบำบัดรักษาผู้เสพและผู้ติดยาเสพติดให้โทษ

๕.๔ ประเด็นการบริหารจัดการบุคลากรสาธารณสุข

๑) สรุปปัญหาด้านการบริหารจัดการบุคลากรสาธารณสุข

๑.๑) ปัญหาการขาดแคลนตำแหน่งบรรจุและการขาดความก้าวหน้าในการทำงานของบุคลากรสาธารณสุข ปัจจุบันแม้ว่าจะมีการเพิ่มการผลิตแพทย์และพยาบาลเพื่อจัดให้ไปทำงานในพื้นที่ ๓ จังหวัดชายแดนภาคใต้ได้อย่างเพียงพอ แต่ยังคงมีปัญหาขาดแคลนตำแหน่งบรรจุเป็นข้าราชการสำหรับบุคลากรบางสายงาน รวมทั้งการจัดสรรตำแหน่งข้าราชการแก่พยาบาลวิชาชีพตามโครงการผลิตพยาบาลเพิ่ม ๓,๐๐๐ คนสำหรับ ๓ จังหวัดชายแดนภาคใต้ ก็เป็นการจัดสรรจากอัตราร่างทั้งหมดของสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ดังนั้น เมื่อใช้ตำแหน่งเพื่อบรรจุพยาบาลวิชาชีพใน ๓ จังหวัดชายแดนภาคใต้แล้ว ก็ทำให้ขาดแคลนตำแหน่งที่จะบรรจุในภูมิภาคอื่น

นอกจากนั้น ยังพบว่าบุคลากรสาธารณสุขอื่นๆ ยกเว้นแพทย์ไม่สามารถปรับระดับเป็นตำแหน่งที่สูงขึ้นได้แม้ว่าจะมีคุณสมบัติครบถ้วน เพราะขาดตำแหน่งว่างมาบูรรวม ปัญหาดังกล่าวส่งผลให้ข้าราชการขาดขวัญกำลังใจ และเกิดความรู้สึกเหลื่อมล้ำที่มีการยกเว้นกับสายงานแพทย์เพียงสายงานเดียวที่ไม่ต้องมีตำแหน่งว่างบูรรวม ปัญหาที่เกิดขึ้นนี้เป็นผลจากมาตรการลดขนาดกำลังคนภาครัฐตามนโยบายรัฐบาล เพื่อควบคุมค่าใช้จ่ายด้านบุคลากรของรัฐบาล ซึ่งคณะกรรมการปฏิรูปโครงสร้างบุคลากรภาครัฐ (คปร.) กำหนดให้ดำเนินมาตรการแนวทางจำกัดกำลังคนภาครัฐในส่วนราชการต่างๆ (๒๕๕๒ - ๒๕๕๖) โดยดำเนินการแบบหน้ากระดานทุกกระทรวง ในลักษณะเดียวกันหมด แต่ข้อเท็จจริงปรากฏว่า บุคลากรด้านสาธารณสุข แม้จะผลิตได้ตามเป้าหมาย แต่ขาดแคลนอัตราจ้าง และส่งผลให้เกิดความขาดแคลน โดยทั่วไปทั่วประเทศ ซึ่งการศึกษาของกระทรวงสาธารณสุข และสภาการพยาบาลพบว่าในระยะ ๑๐ ปีข้างหน้าอัตราส่วนแพทย์ในอนาคต ๑ คนต่อประชากร ๑,๘๐๐ คน พยาบาล ๑ คนต่อประชากร ๔๐๐ คน และสำนักงานคณะกรรมการข้าราชการพลเรือนได้มอบหมายและให้ทุนวิจัยแก่ทีมวิจัยจากจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยทำการศึกษาพบว่า กระทรวงสาธารณสุขยังคงขาดแคลนบุคลากรสาธารณสุข โดยมีความรุนแรงต่างกัน ทั้งในเชิงวิชาชีพ หรือประเภทของผู้ให้บริการ ในเชิงระดับของบริการสุขภาพ และปัญหาการกระจายบุคลากรแต่ละประเภทในแต่ละพื้นที่ทางภูมิศาสตร์ เป็นสาเหตุหนึ่งของความขาดแคลน นอกจากนี้ การเพิ่มขึ้นของการสูญเสียบุคลากรจากการลาออก การโอนย้าย การสลับปรับเปลี่ยนพื้นที่ของข้าราชการกระทรวงสาธารณสุขที่มีจำนวนมาก โดยเฉพาะในพื้นที่จังหวัดชายแดนภาคใต้หรือพื้นที่ห่างไกลอื่นที่มีได้รับบรรจุผู้ที่เป็นคนในท้องถิ่นนั้นส่งผลให้ความขาดแคลนรุนแรงมากขึ้น

๑.๒) ปัญหาความเหลื่อมล้ำ และความไม่เป็นธรรมเกี่ยวกับค่าตอบแทน พบว่าเป็นประเด็นปัญหาทั้งในมิติของอัตราค่าตอบแทนแก่บุคลากรแต่ละประเภท และในมิติของพื้นที่ แม้จะมีการเพิ่มค่าตอบแทนพิเศษสำหรับบุคลากรสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในพื้นที่ ๓ จังหวัดชายแดนภาคใต้ ซึ่งคณะกรรมการสิทธิการวิสามัญฯ มีข้อสังเกตว่า มาตรการการสร้างแรงจูงใจด้วยเงินในอัตราที่

แตกต่างกันมากเกินไปทั้งในเชิงวิชาชีพและในเชิงพื้นที่ในการทำงานอันก่อให้เกิดความเหลื่อมล้ำและสร้างความเป็นธรรม แม้มีการแก้ไขปัญหาโดยการแก้ไขเพิ่มเติมระเบียบเกี่ยวกับค่าตอบแทนของกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งคณะกรรมการวิสามัญ เห็นว่าไม่ใช่แนวทางที่ถูกต้องและยังนำไปสู่ปัญหาของการแตกความสามัคคีระหว่างผู้ปฏิบัติงานอย่างเห็นได้ชัด ดังนั้น จึงเป็นการสมควรอย่างยิ่งที่กระทรวงสาธารณสุขและกระทรวงการคลังจะต้องร่วมกันพัฒนาระบบการจ่ายค่าตอบแทนบุคลากรเพื่อการจูงใจให้กำลังคนปฏิบัติงานในพื้นที่ลักษณะต่างๆ ให้เกิดความเป็นธรรมอย่างแท้จริง โดยที่บุคลากรที่ปฏิบัติงานในพื้นที่ที่มีความเสี่ยงมากกว่า ควรได้รับค่าตอบแทนสูงกว่าตามความเสี่ยง และผู้ที่มีความเสี่ยงเท่ากันในพื้นที่เดียวกัน ก็ควรได้รับค่าตอบแทนในอัตราที่เท่ากัน ไม่ว่าบุคลากรนั้นจะเป็นกำลังคนประเภทใด และระบบการจ่ายค่าตอบแทนที่ดีจะต้องสามารถดึงดูดให้กำลังคนมีแรงจูงใจที่จะทำงานบริการประชาชนอย่างมีคุณภาพและเกิดความรักและความสามัคคีในองค์กร

๒) ข้อเสนอแนะเพื่อการบริหารจัดการบุคลากรสาธารณสุข

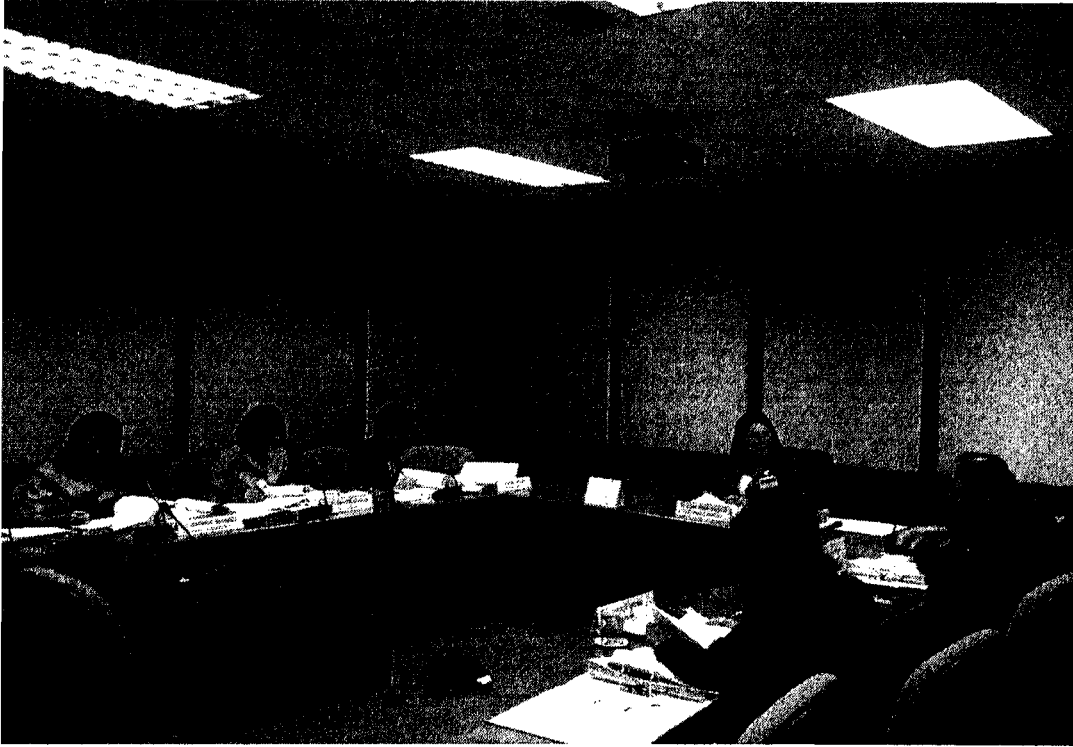
๒.๑) กระทรวงสาธารณสุขควรส่งเสริมให้มีการวางแผนกำลังคนในระบบบริการสาธารณสุขในระดับพื้นที่ให้สอดคล้องกับความต้องการของประชาชน เพื่อแก้ไขปัญหาขาดแคลนบุคลากร และการบริหารจัดการกำลังคนทั้งการใช้ การกระจายกำลังคน และการพัฒนากำลังคนในระบบบริการสาธารณสุขให้เพียงพอทั้งเชิงปริมาณและคุณภาพ โดยใช้มาตรการต่างๆ ที่ได้ผลทั้งมาตรการด้านการเงิน และมาตรการอื่นที่ไม่ใช่เงิน คือ การคัดเลือกคนในพื้นที่เข้าเรียนแพทย์พยาบาล หรือสาขาสุขภาพอื่น แล้วมีมาตรการสนับสนุนให้กลับไปปฏิบัติงานในภูมิลำเนา “Rural recruitment, Local training และ Hometown placement” และการที่แพทย์ในพื้นที่ผู้ซึ่งได้รับทุนเรียนแพทย์จากต้นสังกัดในพื้นที่เมื่อเรียนจบแล้วจะต้องมีมาตรการเชิงบังคับในการกลับมาปฏิบัติงานใช้ทุนยังโรงพยาบาลต้นสังกัดในพื้นที่ เพราะมีหลักฐานเชิงประจักษ์ว่า เป็นมาตรการที่ทำให้การคงอยู่ของบุคลากรสุขภาพในพื้นที่ทุรกันดาร ห่างไกลนั้นยาวนานขึ้น รวมทั้ง การสร้างขวัญกำลังใจในความปลอดภัยในการทำงาน การสร้างความก้าวหน้าในงานอาชีพ รวมทั้งการปรับปรุงเรื่องค่าตอบแทนให้มีความเหมาะสม

๒.๒) กระทรวงสาธารณสุขควรมีการประเมินผลการผลิตแพทย์ในโครงการต่างๆ ที่ดำเนินอยู่ว่า สามารถตอบสนองวัตถุประสงค์และเป้าหมายของโครงการหรือไม่ รวมทั้งควรทบทวนการผลิตบุคลากรสาธารณสุขว่า ควรผลิตบุคลากรประเภทใด จำนวนเท่าใด ให้สอดคล้องกับความต้องการของพื้นที่อย่างแท้จริง โดยการมีส่วนร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทุกภาคส่วนทั้งพื้นที่ เช่น สถาบันการศึกษาและสภาวิชาชีพ เพื่อกำหนดยุทธศาสตร์การผลิตกำลังคนเพื่อแก้ไขปัญหาการขาดแคลนและเพิ่มอัตรากำลังคนในพื้นที่

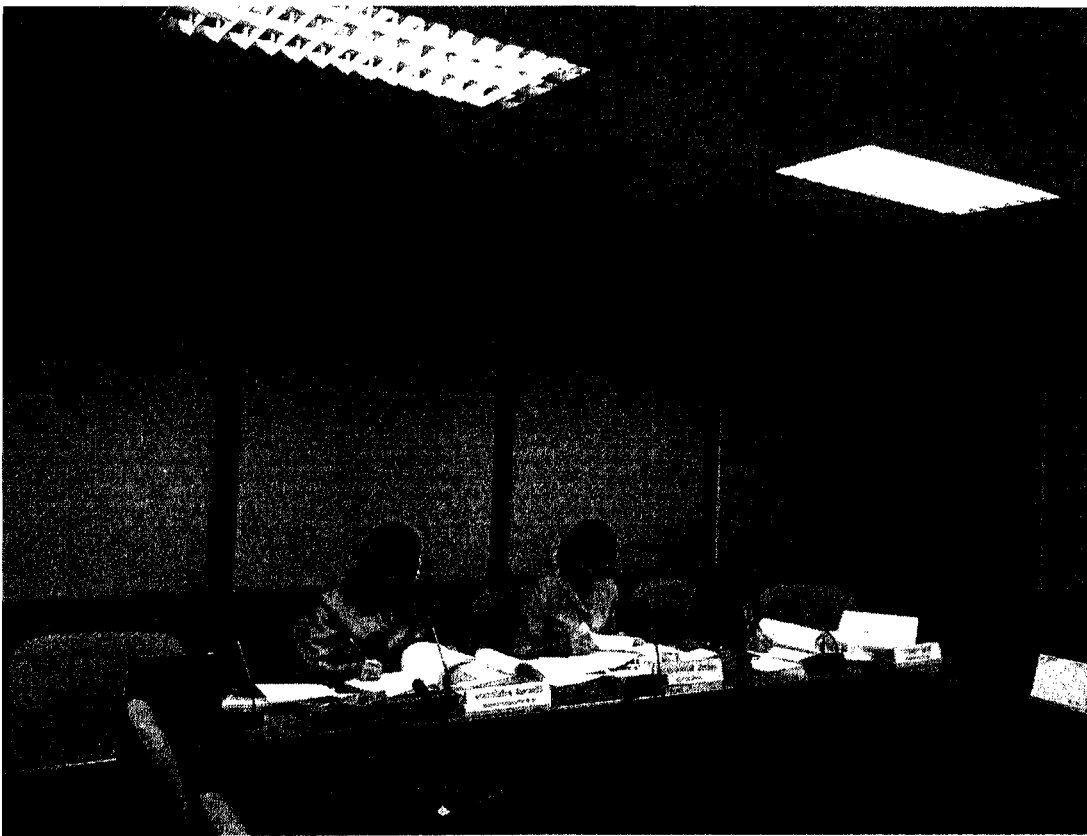
๒.๓) สำนักงานคณะกรรมการข้าราชการพลเรือนและคณะกรรมการกำหนดเป้าหมายกำลังคนภาครัฐ (คปร.) ควรทบทวนนโยบายและมาตรการที่เกี่ยวข้องกับการลดอัตราหรือจำกัดการเพิ่มอัตราข้าราชการโดยการกำหนดเป้าหมายอัตราข้าราชการควรเป็นไปตามความจำเป็นของแต่ละภารกิจ เนื่องจากภารกิจด้านบริการสุขภาพเป็นบริการที่ต้องใช้กำลังคนที่มีทักษะ ความรู้ความสามารถและความชำนาญเฉพาะทางวิชาชีพเป็นหลัก (Talent labor intensive) ไม่อาจทดแทนได้ด้วยเครื่องมือหรือเทคโนโลยีและเร่งพิจารณาเพิ่มอัตราข้าราชการเพื่อบรรจุบุคลากรวิชาชีพด้านสุขภาพที่เป็นลูกจ้างชั่วคราวของกระทรวงสาธารณสุขที่มีอยู่ในปัจจุบันตามลำดับความสำคัญ ความจำเป็นและความขาดแคลน

๒.๔) กระทรวงสาธารณสุข สำนักงานคณะกรรมการข้าราชการพลเรือนและกระทรวงการคลัง ควรเร่งพัฒนาระบบการดูแลความปลอดภัย สวัสดิภาพการทำงาน เช่น สวัสดิการบ้านพักหรือห้องพักในพื้นที่โรงพยาบาลที่ปฏิบัติงาน เป็นต้น รวมทั้ง พัฒนาระบบการจ่ายค่าตอบแทนที่เป็นธรรมเพื่อจะสร้างแรงจูงใจให้กับบุคลากรสาธารณสุขในการปฏิบัติหน้าที่ภายใต้สภาพการณ์ของปัญหาความไม่สงบในพื้นที่

๒.๕) กระทรวงสาธารณสุข ควรทำแผนพัฒนากำลังคนสาธารณสุขในระดับพื้นที่ เพื่อตอบสนองความต้องการของระบบสุขภาพใน ๓ จังหวัดชายแดนภาคใต้ โดยการสนับสนุนให้พยาบาลวิชาชีพและบุคลากรสาธารณสุขอื่นที่ปฏิบัติงานร่วมกัน ได้รับการศึกษาฝึกอบรมอย่างต่อเนื่องเช่นเดียวกับสาขาแพทย์ และเร่งฟื้นฟูความเชื่อมั่นของประชาชนต่อพยาบาลในโครงการผลิตพยาบาล ๓,๐๐๐ คน โดยส่งเสริมการจัดการศึกษาต่อเนื่อง การฝึกอบรมเฉพาะทางพยาบาลเวชปฏิบัติหรือสาขาอื่นๆ เพื่อให้เกิดความมั่นใจในการปฏิบัติงาน เพื่อเป็นที่พึงของประชาชน



ภาพบรรยากาศการประชุมคณะกรรมการฯ พิจารณารายงานการศึกษา
ณ ห้องประชุมคณะกรรมการ หมายเลข ๓๐๕ ชั้น ๓ อาคารรัฐสภา



เลขานุการคณะกรรมการฯ และรองเลขานุการคณะกรรมการฯ
นำเสนอรายงานต่อที่ประชุมคณะกรรมการฯ เมื่อวันที่ ๑๗ ตุลาคม ๒๕๕๕



สำนักงานเลขาธิการวุฒิสภา

สำนักกรรมการ ๒

นางสาวสุนันทา ทรงจำปา

ผู้อำนวยการสำนักกรรมการ ๒

เจ้าหน้าที่ประจำกลุ่มงานคณะกรรมการวิสามัญ ๓

โทร. ๐๒ ๘๓๑ ๙๑๙๔ - ๕

- | | |
|------------------------------|---|
| ๑. นางสาวสุพร นิลทัพ | ผู้บังคับบัญชากลุ่มงาน
คณะกรรมการวิสามัญ ๓ |
| ๒. นายขวัญชัย ปฎิมาหงส์ทอง | นิติกรชำนาญการ |
| ๓. นางธัญญา ศรีสุพรรณ | นิติกรปฏิบัติการ |
| ๔. นางสาวบุษยพรรณ ปักกระระโน | นิติกรปฏิบัติการ |
| ๕. นายกร กาญจนพัฒน์ | นิติกรปฏิบัติการ |
| ๖. นางอุษา เขียวรัมย์ | วิทยากรปฏิบัติการ |
| ๗. นายอลนกรณ์ คำด้วง | วิทยากรปฏิบัติการ |
| ๘. นางสาวพัชรี ทองอ่อน | วิทยากรปฏิบัติการ |
| ๙. นางสาวธนพร จิตต์อารีย์ | เจ้าพนักงานธุรการปฏิบัติงาน |
| ๑๐. นางสาวปรียานันท์ ไหมด้วง | เจ้าพนักงานธุรการปฏิบัติงาน |

ออกแบบปก

นางสาวสมัทนา คลังแสง

นักวิชาการช่างศิลป์ปฏิบัติการ

พิมพ์ที่

สำนักการพิมพ์

โทร.๐๒ ๒๔๔ ๑๕๖๑,๐๒ ๒๔๔ ๑๕๖๓