

ความร่วมมือในการผลิตแพทย์เพิ่มเพื่อพื้นที่ชนบทของประเทศไทย Collaboration in Increase Production of Doctor for Rural Area of Thailand

วรสิทธิ์ เจริญศิลป์¹ และ ชัยกิจ อุดแน่น²

Worasit Charoensin and Chaiyakit Udnan

บทคัดย่อ

บทความวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาเงื่อนไขที่นำไปสู่ความร่วมมือและกระบวนการจัดการความร่วมมือในโครงการผลิตแพทย์เพิ่มเพื่อชาวชนบท งานวิจัยนี้เป็นงานวิจัยเชิงคุณภาพ ใช้วิธีดำเนินการวิจัยด้วยการศึกษาเอกสาร การสังเกตการณ์แบบมีส่วนร่วมและการสัมภาษณ์เชิงลึกจากผู้ให้ข้อมูล จำนวน 12 คน ผลการวิจัยค้นพบว่าเงื่อนไขที่นำไปสู่ความร่วมมือในโครงการผลิตแพทย์เพิ่มเพื่อชาวชนบท ได้แก่ (1) ปัญหาสมองไหลและการกระจายตัวของแพทย์ในพื้นที่ชนบท (2) ความไม่มีประสิทธิภาพของการรักษาแพทย์ให้คงอยู่ในพื้นที่ชนบท (3) ความร่วมมือที่มีอยู่เดิมในการผลิตแพทย์เข้าสู่ระบบราชการ สำหรับกระบวนการจัดการความร่วมมือ พบว่าโครงการผลิตแพทย์เพิ่มเพื่อชาวชนบทมีสำนักงานบริหารโครงการแพทย์เพิ่มเพื่อชาวชนบทเป็นศูนย์กลางของความร่วมมือ มีโครงสร้างความร่วมมือแบบเป็นทางการค่อนข้างสูงและอิงอาศัยกับระบบราชการแบบสายบังคับบัญชาเป็นหลัก รวมทั้งมีการบริหารจัดการความร่วมมือผ่านการพึ่งพาอาศัยทรัพยากรจากเครือข่ายหน่วยงานภาครัฐหลายองค์กรใน 3 มิติ ได้แก่ การผลิตแพทย์ การจัดสรรแพทย์และการติดตามแพทย์ ตามลำดับ อย่างไรก็ตาม รูปแบบความร่วมมือในการผลิตแพทย์เพิ่มเพื่อพื้นที่ชนบทที่เกิดขึ้นได้สะท้อนให้เห็นถึงรูปแบบการจัดการภาครัฐที่อาศัยแนวคิดการพึ่งพาทรัพยากรและแนวคิดเครือข่ายเป็นฐานของการดำเนินงาน

คำสำคัญ: *ความร่วมมือ การจัดการภาครัฐแบบร่วมมือ กำลังคนด้านสุขภาพ*

¹ผู้ช่วยนักวิจัย ศูนย์แพทยศาสตรศึกษาชั้นคลินิก โรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าตากสินมหาราช จังหวัดตาก

Research Assistant, Somdejphrajaotaksinmaharaj Hospital Medical Education Center, Tak Province.

²ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ประจำศูนย์แพทยศาสตรศึกษาชั้นคลินิก โรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าตากสินมหาราช จังหวัดตาก

Assistant Professor, Somdejphrajaotaksinmaharaj Hospital Medical Education Center, Tak Province.

Corresponding author e-mail: Dreamworasit@hotmail.com

ARTICLE HISTORY: Received 11 September 2019, Revised 15 November 2019, Accepted 6 December 2019.

Abstract

This article study conditions leading to collaboration and collaboration management processes in The Collaborative Project to Increase Production of Rural Doctor. This research is a qualitative research. The data came from document study, participatory observation and in-depth interviews from 12 key informants. The conditions leading to collaboration in The Collaborative Project to Increase Production of Rural Doctor include 1) brain drain problems and the distribution of doctors in rural areas 2) the ineffectiveness of keeping doctors in rural areas and 3) the existing collaborative in the production of doctors for entering the government system. The collaboration management processes showed that The Collaborative Project to Increase Production of Rural Doctor has The Office of Collaborative Project to Increase Production of Rural Doctor as the center of collaboration and has a high level of formal collaboration structure and mainly relies on hierarchical bureaucracy system. The collaborative management resources are dependence of many government organization networks in 3 dimensions: physician production, physician allocation and physician tracking. However, the collaborative model of increase production of doctor for rural area reflected the public management model that relies on the resource dependency and network concept.

Keywords: *Collaboration, Collaborative public management, Human resources for health*

บทนำ

ในปัจจุบันปัญหาหลักของระบบงานสาธารณสุขในประเทศไทย อาจกล่าวได้ว่ามีหลายประเด็นที่ต้องรีบดำเนินการแก้ไขอย่างเร่งด่วน ซึ่งหนึ่งในประเด็นปัญหาหลักที่ได้รับความสนใจมากที่สุด คือ ปัญหากำลังคนด้านสุขภาพ โดยเฉพาะอย่างยิ่ง “กลุ่มวิชาชีพแพทย์” ที่ยังคงไม่เพียงพอและมีอัตราการกระจายตัวของบุคลากรที่ไม่เหมาะสมและเท่าเทียมในพื้นที่ชนบท ถึงแม้ว่าภาครัฐบาลจะพยายามขับเคลื่อนการดำเนินงานแก้ไขปัญหาดังกล่าวผ่านมาตรการและนโยบายต่างๆ แต่จากสภาพการเปลี่ยนแปลงที่มีความซับซ้อนทางสังคม การขยายตัวสู่ความเป็นเมือง บริบทของตลาดแรงงานในภูมิภาคอาเซียน รวมทั้งกลไกการดำเนินงานของภาครัฐบาลที่ไม่มีคุณภาพ จึงทำให้การบริหารกำลังคนกลุ่มวิชาชีพแพทย์ในพื้นที่ชนบทของประเทศไทยยังคงไร้ซึ่งประสิทธิผลเช่นเดิม (ชาญณรงค์ วงศ์วิชย์. 2559)

อนึ่ง ปัญหาหลักคนกลุ่มวิชาชีพแพทย์ในพื้นที่ชนบท ไม่เพียงแต่เป็นปัญหาทางการบริหารงานบุคคลของระบบงานสาธารณสุขเท่านั้น แต่ยังเป็นอุปสรรคหลักต่อการพัฒนาระบบสุขภาพพื้นฐานของประชาชนภายในประเทศอีกเช่นกัน โดยถ้าหากแพทย์ในพื้นที่ชนบทมีปริมาณไม่เพียงพอ ย่อมส่งผลกระทบต่อศักยภาพของโรงพยาบาลชุมชนในการให้บริการทางการแพทย์ที่ลดลง รวมทั้งเป็นการเพิ่มภาระแก่โรงพยาบาลประจำจังหวัดให้มากขึ้นอีกด้วย ซึ่งจากการสำรวจสถิติแพทย์ในประเทศไทยของแพทยสภาเมื่อวันที่ 31 ธันวาคม พ.ศ.2561 ที่ผ่านมา พบว่ามีแพทย์ที่ได้รับการสำรวจทั้งหมดจำนวน

55,763 คน ทำงานอยู่ในพื้นที่กรุงเทพฯ มากถึง 27,511 คน และทำงานอยู่ในจังหวัดส่วนภูมิภาค 76 จังหวัด 28,252 คน (แพทยสภา. 2561) จึงอาจกล่าวได้ว่าแพทย์ทั้งหมดของประเทศไทยกระจุกตัวอยู่ในกรุงเทพฯ เพียงจังหวัดเดียวเกือบ 50 %

จากบริบทของปัญหา กระทรวงสาธารณสุขจึงได้เล็งเห็นความสำคัญและพยายามแก้ไขปัญหามาผ่านการดำเนินนโยบายต่างๆ อาทิ การเพิ่มการผลิตแพทย์ด้วยการก่อตั้งโรงเรียนแพทย์ในส่วนภูมิภาค การจัดตั้งโครงการผลิตแพทย์เพิ่มเพื่อชาวชนบท (The Collaborative Project to Increase Production of Rural Doctor: CPIRD) การจัดตั้งโครงการกระจายแพทย์หนึ่งอำเภอหนึ่งทุน (One Doctor One District: ODO) การเพิ่มการกระจายแพทย์ด้วยการทำสัญญาปฏิบัติงานชดใช้ทุนในต่างจังหวัดของแพทย์จบใหม่ ตลอดจนการเพิ่มการคงอยู่ของแพทย์ในชนบทด้วยการเพิ่มค่าตอบแทนและความก้าวหน้าให้แพทย์ที่ทำงานในชนบท เป็นต้น ซึ่งหนึ่งในนโยบายที่สามารถแก้ไขปัญหาดังกล่าวได้อย่างมีประสิทธิภาพมากที่สุด คือ โครงการผลิตแพทย์เพิ่มเพื่อชาวชนบท หรือ โครงการ CPIRD นั้นเอง (ฐิติกร โต้โพธิ์ไทย และคณะ. 2558) ทั้งนี้ โครงการ CPIRD ก่อตั้งขึ้นเมื่อ พ.ศ.2537 โดยความร่วมมือของกระทรวงสาธารณสุขกับทบวงมหาวิทยาลัย กระทรวงศึกษาธิการ (สำนักงานคณะกรรมการการอุดมศึกษา หรือ สกอ. ในปัจจุบัน) มีหน้าที่หลักในการผลิตแพทย์ให้กระจายไปสู่พื้นที่ชนบทมากยิ่งขึ้นและยังคงดำเนินการมาถึงปัจจุบัน โดยตลอดระยะเวลาที่มากกว่าสองทศวรรษที่ผ่านมา โครงการ CPIRD สามารถผลิตแพทย์ไปสู่พื้นที่ชนบทมากถึง 8,921 คน หรือคิดเป็น 16.83 % ของจำนวนแพทย์ทั้งหมดของประเทศไทย (สำนักงานบริหารโครงการผลิตแพทย์เพิ่มเพื่อชาวชนบท. 2560)

อย่างไรก็ตาม ภายใต้ศักยภาพในการแก้ไขปัญหากำลังคนกลุ่มวิชาชีพแพทย์ในพื้นที่ชนบทที่มีประสิทธิผลมาอย่างยาวนานมากกว่า 20 ปี และการบูรณาการความร่วมมือระหว่างองค์กรที่มีตัวแสดงอย่างหลากหลาย จึงอาจกล่าวได้ว่าโครงการ CPIRD เป็นหนึ่งในต้นแบบของนโยบายการบริหารจัดการภาครัฐและการจัดการกำลังคนด้านสุขภาพวิชาชีพแพทย์ที่ประสบความสำเร็จในด้านการประสานความร่วมมือระหว่างองค์กร ดังนั้น บทความวิจัยนี้ จึงมุ่งนำเสนอให้เห็นถึงเงื่อนไขที่นำไปสู่ความร่วมมือรวมทั้งกระบวนการจัดการความร่วมมือระหว่างองค์กรภาครัฐของโครงการ CPIRD อันเป็นต้นแบบการบริหารจัดการภาครัฐที่ประสบความสำเร็จในการแก้ไขปัญหากำลังคนวิชาชีพแพทย์ในพื้นที่ชนบทของประเทศไทย ทั้งนี้ องค์ความรู้ที่ได้จะสามารถนำไปใช้ประโยชน์ในการเติมเต็มความรู้เกี่ยวกับการบริหารจัดการภาครัฐยุคใหม่ ตลอดจนขยายปริมาตรพื้นที่ความรู้ของระบบบริหารงานสาธารณสุขและรัฐประศาสนศาสตร์ต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาเงื่อนไขที่นำไปสู่ความร่วมมือในโครงการผลิตแพทย์เพิ่มเพื่อชาวชนบท
2. เพื่อศึกษากระบวนการจัดการความร่วมมือในโครงการผลิตแพทย์เพิ่มเพื่อชาวชนบท

ขอบเขตของการวิจัย

งานวิจัยนี้ มุ่งศึกษาความร่วมมือในการผลิตแพทย์เพิ่มเพื่อพื้นที่ชนบทของประเทศไทยภายใต้ขอบเขตของ “โครงการผลิตแพทย์เพิ่มเพื่อชาวชนบท” (โครงการ CPIRD) มีเนื้อหาการศึกษา 2 ประเด็น ได้แก่ เงื่อนไขที่นำไปสู่ความร่วมมือและกระบวนการจัดการความร่วมมือ ซึ่งอธิบายด้วยแนวคิดความร่วมมือเท่านั้น นอกจากนี้ ผู้วิจัยยังกำหนดขอบเขตด้านเวลาในการศึกษา ตั้งแต่วันที่ 7 มิถุนายน พ.ศ. 2537 เนื่องจากเป็นวันที่คณะรัฐมนตรีมีมติเห็นชอบให้ดำเนินโครงการผลิตแพทย์เพิ่มเพื่อชาวชนบทจนถึงวันที่ 31 กันยายน พ.ศ.2561 (สิ้นสุดปีงบประมาณ 2561)

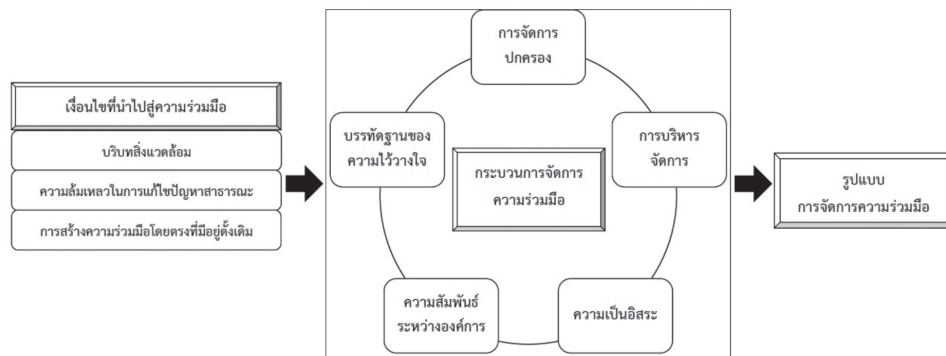
กรอบความคิดที่ใช้วิจัย

แนวคิดความร่วมมือ (Collaboration concept) มีฐานคิดแรกเริ่มมาจากงานเขียนของ Barbara Gray (1989) ที่มุ่งแสดงให้เห็นว่าความร่วมมือ คือ “ปทัสถานทางสังคมแบบใหม่” ที่จะป็นหนทางไปสู่การแก้ไขปัญหาที่เกิดจากการบริหารงานสาธารณะในรูปแบบเดิมงานเขียนนี้ได้กลายเป็นผลงานต้นแบบและมีอิทธิพลต่อนักวิชาการรุ่นหลังได้ต่อยอดและพัฒนา อย่างไรก็ตาม มีนักรัฐประศาสนศาสตร์หลายท่าน ได้นิยามความหมายของความร่วมมือไว้อย่างหลากหลาย อาทิ McGuire (2006) นิยามว่าความร่วมมือเป็นการจัดการที่เน้นรูปแบบการทำงานร่วมกัน โดยพิจารณาจากกระบวนการดำเนินงานหรือการอำนวยความสะดวกระหว่างองค์กรที่หลากหลาย ซึ่งมีเป้าหมายเพื่อแก้ไขปัญหาที่ไม่สามารถรับมือและแก้ไขได้โดยง่ายเพียงองค์กรเดียว ในขณะที่ Bryson, Crosby & Stone (2006) ให้ความหมายว่าความร่วมมือเป็นการเชื่อมโยงหรือแบ่งปันข้อมูล ทรัพยากร ความสามารถและกิจกรรมขององค์กรตั้งแต่สององค์กรขึ้นไป เพื่อบรรลุผลลัพธ์ซึ่งไม่สามารถบรรลุได้โดยการดำเนินงานเพียงองค์กรเดียว ส่วน Lank (2006) อธิบายว่า ความร่วมมือ คือ การที่องค์กรมากกว่าหนึ่งองค์กรดำเนินงานร่วมกันอย่างแท้จริง เพื่อบรรลุผลลัพธ์อย่างใดอย่างหนึ่งหรือหลายอย่าง โดยต้องเป็นผู้เข้าร่วมกันและเสริมสร้างฉันทามติให้เกิดขึ้น และ O’Leary & Vij (2012) ระบุว่าความร่วมมือเป็นแนวคิดที่อธิบายกระบวนการดำเนินงานในการจัดการองค์กร ตัวแสดงและความสัมพันธ์ที่หลากหลาย ซึ่งเน้นลักษณะของการทำงานแบบข้ามขอบเขต เพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์ร่วมกัน

อีกทั้งความร่วมมือที่เกิดขึ้น ยังต้องมีปัจจัยนำหรือเงื่อนไขที่นำไปสู่ความร่วมมือซึ่ง Bryson, Crosby & Stone (2006) อธิบายเงื่อนไขที่นำไปสู่ความร่วมมือไว้ 3 ประการ ได้แก่ ประการแรก บริบทสิ่งแวดล้อม กล่าวคือ ภายใต้ปัญหาทางสังคมและสภาพแวดล้อมที่มีความซับซ้อนเปลี่ยนแปลงตลอดเวลา จึงเป็นปัจจัยที่ผลักดันให้องค์กรไม่สามารถหลีกเลี่ยงการทำงานร่วมกับองค์กรอื่นได้ประการที่สอง ความล้มเหลวในการแก้ไขปัญหาสาธารณะ ซึ่งผู้กำหนดนโยบายส่วนใหญ่จะกำหนดให้องค์กรภาคส่วนต่างๆ มีการทำงานข้ามขอบเขตเพื่อแก้ไขปัญหาที่มีความเสี่ยงสูง และประการที่สาม การสร้างความร่วมมือโดยตรงที่มีอยู่ดั้งเดิม เกิดขึ้นจากความสัมพันธ์แบบเป็นทางการและไม่เป็นทางการระหว่างองค์กร ซึ่งจะเป็นกลไกที่ทำให้ความร่วมมือเกิดขึ้นได้ง่ายมากขึ้น เป็นต้น

นอกจากนี้ Thomson, Perry & Miller (2008) ยังนำเสนอกระบวนการจัดการความร่วมมือและแบ่งกระบวนการดังกล่าวออกเป็น 5 มิติ ได้แก่ มิติที่หนึ่ง การจัดการปกครอง (Governance) ซึ่งมีรัฐบาลเป็นตัวแสดงหลักและทำหน้าที่ในการกำหนดการตัดสินใจและกฎระเบียบข้อบังคับ มิติที่สอง การบริหารจัดการ (Administration) โดยเฉพาะอย่างยิ่ง บทบาทในการจัดการและสนับสนุนเครือข่ายที่มีความหลากหลาย ทั้งในด้านการเงินและการเอื้ออำนวยความสะดวกเพื่อให้บรรลุเป้าหมาย

ร่วมกัน มิติที่สาม ความเป็นอิสระ (Autonomy) ภายใต้การดำเนินงานแบบร่วมมือ ทุกองค์กรต้องมีความเป็นอิสระในการดำเนินงานของตนเอง มิติที่สี่ ความสัมพันธ์ระหว่างองค์กร (Mutuality) เป็นความสัมพันธ์ที่เกิดขึ้นจากรูปแบบการสื่อสาร การแลกเปลี่ยนและการเจรจาต่อรองเพื่อขับเคลื่อนการดำเนินงาน และมิติที่ห้า บรรทัดฐานของความไว้วางใจ (Norms of trust) เป็นการพัฒนาความไว้วางใจและรูปแบบของการแลกเปลี่ยนซึ่งกันและกันทั้งในรูปแบบที่เป็นทางการและไม่เป็นทางการ ทั้งนี้ กระบวนการจัดการความร่วมมือจะก่อให้เกิดรูปแบบการจัดการความร่วมมือที่มีความเป็นเอกลักษณ์ตามภารกิจของตนเอง ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรมข้างต้น สามารถสร้างกรอบแนวคิดในการวิจัยได้ดังนี้



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

งานวิจัยนี้เป็นงานวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative Research) มีวิธีดำเนินการวิจัย 3 ประการ ได้แก่ การศึกษาเอกสาร การสัมภาษณ์เชิงลึกและการสังเกตการณ์แบบมีส่วนร่วม ซึ่งผู้วิจัยสามารถกำหนดระเบียบวิธีวิจัย ได้ดังนี้

1. ผู้ให้ข้อมูล ผู้วิจัยใช้การคัดเลือกกลุ่มผู้ให้ข้อมูลด้วยวิธีเจาะจง (Purposive sampling) ที่เกี่ยวข้องกับโครงการผลิตแพทย์เพิ่มเพื่อชาวชนบท โดยผู้วิจัยได้ทำการสัมภาษณ์เชิงลึกผู้ให้ข้อมูลทั้งหมด 12 คน ดังนี้ (1) ผู้อำนวยการและตัวแทนจากโครงการผลิตแพทย์เพิ่มเพื่อชาวชนบท จำนวน 2 คน (2) คณบดีและตัวแทนจากคณะแพทยศาสตร์ จำนวน 2 คน (3) ผู้อำนวยการศูนย์แพทยศาสตรศึกษาชั้นคลินิก จำนวน 5 คน (4) ตัวแทนจากสำนักงานสุขภาพ จำนวน 1 คน และ (5) ตัวแทนจากสำนักงานสาธารณสุข จำนวน 2 คน
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ แบบสัมภาษณ์แบบกึ่งโครงสร้าง (Semi-structured interview form) ที่ออกแบบโดยผู้วิจัยเพื่อใช้ในการเก็บข้อมูลจากผู้ให้ข้อมูลทั้ง 12 คน
3. การวิเคราะห์และตรวจสอบข้อมูล งานวิจัยนี้ใช้การวิเคราะห์ข้อมูลแบบอุปนัย (Analytic induction) และการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Context Analysis) โดยนำเสนอผลการวิจัยผ่านการบรรยายเชิงพรรณนา ในขณะที่การตรวจสอบข้อมูล ผู้วิจัยเลือกใช้วิธีตรวจสอบแบบสามเส้าในด้านข้อมูล (Data triangulation) เป็นหลัก

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลเกี่ยวกับโครงการผลิตแพทย์เพิ่มเพื่อชาวชนบท (โครงการ CPIRD)

โครงการ CPIRD เกิดขึ้นจากการผลักดันของกระทรวงสาธารณสุขในปี พ.ศ.2537 มีฐานคิดและเป้าหมายหลักเพื่อแก้ไขปัญหาคาดแคลนแพทย์และยกระดับคุณภาพชีวิตของผู้คนในพื้นที่ชนบท ซึ่งคณะรัฐมนตรีมีมติเห็นชอบเมื่อวันที่ 7 มิถุนายน พ.ศ.2537 ในขณะเดียวกัน เนื่องด้วยการผลิตแพทย์ตามโครงการ CPIRD เป็นรูปแบบความร่วมมือระหว่างกระทรวงสาธารณสุขและทบวงมหาวิทยาลัย จึงได้มีการลงนามข้อตกลงระหว่างกระทรวงสาธารณสุขและทบวงมหาวิทยาลัย เมื่อวันที่ 19 ธันวาคม พ.ศ.2537 หลังจากนั้นจึงจัดตั้งเครือข่ายผลิตแพทย์ระหว่างคณะแพทยศาสตร์และโรงพยาบาลที่เป็นศูนย์แพทยศาสตรศึกษาชั้นคลินิกขึ้น ซึ่งมี “สำนักงานบริหารโครงการร่วมผลิตแพทย์เพิ่มเพื่อชาวชนบท” (สบพช.) เป็นศูนย์กลางในการทำหน้าที่ประสานงานร่วมกับเครือข่าย “ศูนย์แพทยศาสตรศึกษาชั้นคลินิก” (ศูนย์แพทย์ฯ) ทั้งหมด 37 แห่งทั่วประเทศทั้งนี้สบพช. จะสนับสนุนงบประมาณให้กับศูนย์แพทย์ฯ โดยเริ่มรับสมัครนักศึกษาแพทย์ครั้งแรกในปีการศึกษา 2538 จนถึงปัจจุบัน ซึ่งเงื่อนไขของโครงการนี้ คือ ผู้สำเร็จการศึกษาจากโครงการ CPIRD ต้องทำงานอย่างน้อย 3 ปี ในโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขพื้นที่ภูมิภาคเท่านั้น (สุวัฒน์ เลิศสุขประเสริฐ. 2551)

2. เงื่อนไขที่นำไปสู่ความร่วมมือในโครงการผลิตแพทย์เพิ่มเพื่อชาวชนบท

ประการที่หนึ่ง ปัญหาสมองไหลและการกระจายตัวของแพทย์ในพื้นที่ชนบท เป็นปัญหาหลักของการบริหารงานบุคคลสาธารณสุขมาอย่างยาวนาน ปัญหานี้ปรากฏชัดขึ้นใน พ.ศ.2538 เมื่อมีโรงพยาบาลเอกชนเกิดขึ้นใหม่ถึง 473 แห่ง จึงเกิดภาวะสมองไหลของแพทย์ไปยังเอกชน จนอัตราการลาออกของแพทย์สูงกว่าอัตราการเข้าสู่ระบบราชการ อีกทั้ง ปัญหานี้ได้กลายเป็นวิกฤตรุนแรงเมื่อ พ.ศ.2539 ที่โรงพยาบาลชุมชน 21 แห่ง ไม่มีแพทย์ประจำและในปี พ.ศ.2553 โรงพยาบาลชุมชนมากกว่า 20 แห่ง มีแพทย์ประจำเพียง 1 คน เท่านั้น (นงลักษณ์ พะโกยะ และเพ็ญภา หงส์ทอง.2554) ในขณะเดียวกัน ข้อมูลจากแพทย์สภายังปรากฏพื้นที่การทำงานของแพทย์ตั้งแต่ พ.ศ.2555 – 2561 พบว่ามีแพทย์ทำงานอยู่ในกรุงเทพฯ มากกว่าจังหวัดต่างๆ ทั่วประเทศไทยเกือบ 50 % (แพทย์สภา. 2561) ซึ่งจากบริบทแวดล้อมที่มีความซับซ้อน จึงเป็นเงื่อนไขที่ส่งเสริมให้เกิดความร่วมมือในการผลิตแพทย์เพิ่มเพื่อพื้นที่ชนบทขึ้น

ประการที่สอง ความไม่มีประสิทธิภาพของการรักษาแพทย์ให้คงอยู่ในพื้นที่ชนบท กระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดมาตรการเพื่อใช้ในการรักษาแพทย์ให้คงอยู่ในพื้นที่ชนบท ได้แก่ มาตรการด้านการเงิน โดยเพิ่มค่าตอบแทนแก่แพทย์ที่ปฏิบัติงานในพื้นที่ชนบทและเสี่ยงภัย รวมทั้งจ่ายค่าตอบแทนพิเศษกรณีไม่ทำเวชปฏิบัตินอกเวลาราชการ เป็นต้น และ มาตรการด้านการจูงใจ ได้แก่ การให้โควตาศึกษาต่อสาขาเฉพาะทางและโอกาสก้าวหน้าในตำแหน่ง เป็นต้น (นงลักษณ์ พะโกยะ, สัญญา ศรีรัตนะ, กฤษณา ว่องวิญญู, จิราภรณ์ หลาบคำ และวรางคณา วรรณราช. 2555) แม้ว่าการดำเนินตามมาตรการที่ผ่านมาจะไม่สามารถระบุได้ว่าแนวทางใดที่มีประสิทธิผลต่อการคงอยู่ในชนบทของแพทย์มากที่สุด ทว่าในภาพรวมกลับพบว่ามีแพทย์ในภูมิภาคเพิ่มจำนวนมากขึ้นอย่างเห็นได้ชัด แต่ทั้งนี้ทั้งนั้น ความเหลื่อมล้ำของการกระจายตัวของแพทย์ก็ยังคงปรากฏอยู่ในปัจจุบัน (ทิณกร โนรี. 2551) อย่างไรก็ตาม ผลลัพธ์ของมาตรการที่เกิดขึ้นได้สะท้อนให้เห็นถึงความไม่มีประสิทธิภาพในการดำเนินงานของรัฐบาล จึงเป็นเงื่อนไขที่นำไปสู่ความร่วมมือในการดำเนินงานด้านการผลิตแพทย์เพื่อพื้นที่ชนบทขึ้นโดยเฉพาะ

ประการที่สาม ความร่วมมือที่มีอยู่เดิมในการการผลิตแพทย์เข้าสู่ระบบราชการ ในกระบวนการผลิตแพทย์ตามระบบปกตินั้น ยังคงพึ่งพาอาศัยทรัพยากรของมหาวิทยาลัยในฐานะสถานศึกษาของนักศึกษาแพทย์ รวมทั้งบทบาทของสำนักงานเขตสุขภาพและสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดในการจัดสรรพื้นที่การทำงานของแพทย์จบใหม่ อย่างไรก็ตาม การดำเนินงานด้านการผลิตแพทย์ของประเทศไทยที่ผ่านมา จะถูกกำหนดโดยกลุ่มสถาบันแพทยศาสตร์แห่งประเทศไทย เท่านั้น ซึ่งการดำเนินงานดังกล่าว ไม่ได้กำหนดให้แพทย์จบใหม่ต้องทำงานในพื้นที่ชนบท ดังนั้นการก่อตัวของโครงการ CPIRD จึงเปรียบเสมือนการต่อยอดการดำเนินงานที่มีอยู่เดิม ผ่านการกำหนดขอบเขตและเป้าหมายที่มีความชัดเจนมากขึ้น

3. กระบวนการจัดการความร่วมมือในโครงการผลิตแพทย์เพิ่มเพื่อชาวชนบท

ภายใต้การดำเนินงานของโครงการ CPIRD อาจกล่าวได้ว่าเป็นหนึ่งในโครงการที่อาศัยความร่วมมือจาก “ตัวแสดง” หลากองค์กร โดยสามารถพิจารณาบทบาทหน้าที่ของตัวแสดงในโครงการ CPIRD ได้จากตารางที่ 1 และมีกระบวนการจัดการความร่วมมือ ดังต่อไปนี้

ตารางที่ 1: บทบาทของตัวแสดงในโครงการผลิตแพทย์เพิ่มเพื่อชาวชนบท

ตัวแสดง	บทบาทหน้าที่
สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข	- สนับสนุนงบประมาณในการผลิตแพทย์ให้แก่สำนักงานบริหารโครงการร่วมผลิตแพทย์เพิ่มเพื่อชาวชนบท
คณะแพทยศาสตร์/โรงเรียนแพทย์ ในสังกัดมหาวิทยาลัย 14 แห่ง กระทรวงศึกษาธิการ	- รับสมัครและคัดเลือกนักศึกษาในเขตพื้นที่มหาวิทยาลัยเพื่อเข้าศึกษาในหลักสูตรแพทยศาสตรบัณฑิต - จัดการเรียนการสอนให้แก่ศึกษาระดับชั้นปริคลินิกตามหลักสูตรแพทยศาสตรบัณฑิต - ติดตามการดำเนินงานของแพทย์
สำนักงานบริหารโครงการร่วมผลิต แพทย์เพิ่มเพื่อชาวชนบท (สบพช.)	- กระจายงบประมาณในการผลิตแพทย์ให้แก่ศูนย์แพทยศาสตรศึกษา ชั้นคลินิก 37 แห่ง - เป็นศูนย์กลางในการประสานงานเพื่อพัฒนาเครือข่ายศูนย์แพทยศาสตร ศึกษาชั้นคลินิกให้มีคุณภาพและมาตรฐาน - รายงานจำนวนแพทย์จบใหม่แก่กระทรวงสาธารณสุขและกระจายอัตรา กำลังแพทย์ไปสู่พื้นที่ชนบท - ติดตามการดำเนินงานของบัณฑิตแพทย์
ศูนย์แพทยศาสตรศึกษาชั้นคลินิก 37 แห่ง (ศูนย์แพทย์ฯ)	- จัดการเรียนการสอนให้แก่ศึกษาระดับชั้นคลินิกตามหลักสูตร แพทยศาสตรบัณฑิต - รายงานผลการดำเนินงานทุกด้านให้แก่หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง - ติดตามการดำเนินงานของบัณฑิตแพทย์
โรงพยาบาลทั่วไปในสังกัด	- ให้ความร่วมมือกับ สบพช. และมหาวิทยาลัย ในการจัดตั้งศูนย์
กระทรวงสาธารณสุข (ส่วนภูมิภาค)	แพทยศาสตรศึกษาชั้นคลินิก
สำนักงานเขตสุขภาพที่ 1 – 12	- จัดสรรและกระจายอัตราแพทย์จบใหม่ในพื้นที่เขตสุขภาพของตนเอง
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด	- ติดตามการดำเนินงานของแพทย์

3.1 การจัดการปกครอง สำหรับการจัดการปกครองของโครงการ CPIRD มีตัวแสดงหลักคือ “สบพข.” และ “ศูนย์แพทย์ฯ” ซึ่งศูนย์แพทย์ฯ เป็นหน่วยงานที่เกิดขึ้นจากการลงนามข้อตกลงร่วมกันระหว่าง สบพข. มหาวิทยาลัยและโรงพยาบาลส่วนภูมิภาค โดย สบพข. จะทำหน้าที่เป็นศูนย์กลางการดำเนินงานและประสานงานร่วมกับเครือข่ายศูนย์แพทย์ฯ ทั้ง 37 แห่ง ในการผลิตแพทย์เพิ่มเพื่อพื้นที่ชนบท ซึ่งโครงสร้างความร่วมมือระหว่างตัวแสดงจะมีลักษณะความร่วมมือแบบเป็นทางการค่อนข้างสูงและอิงอาศัยกับระบบราชการแบบสายบังคับบัญชาตามโครงสร้างของกระทรวงสาธารณสุขและกระทรวงศึกษาธิการเป็นหลัก

3.2 การบริหารจัดการ โครงการ CPIRD แบ่งการบริหารจัดการออกเป็น 3 มิติ ได้แก่ มิติที่หนึ่ง การผลิตแพทย์ เป็นความร่วมมือระหว่างตัวแสดงหลัก 2 องค์กร ได้แก่ กระทรวงสาธารณสุขและกระทรวงศึกษาธิการ ผ่านการขับเคลื่อนการดำเนินงานของ สบพข. โรงพยาบาลส่วนภูมิภาค มหาวิทยาลัยและศูนย์แพทย์ฯ โดย สบพข. ทำหน้าที่หลักในการเป็นศูนย์กลางการประสานการดำเนินงานร่วมกับศูนย์แพทย์ฯ ด้านการพัฒนาคุณภาพมาตรฐานการเรียนการสอน การกระจายงบประมาณและการบริหารจัดการภายใต้กรอบระเบียบของกระทรวงสาธารณสุข เป็นต้น มหาวิทยาลัยทำหน้าที่จัดการเรียนการสอนตามหลักสูตรแพทยศาสตรบัณฑิต ส่วนโรงพยาบาลจะให้ความร่วมมือกับ สบพข. และมหาวิทยาลัยในการก่อตั้งศูนย์แพทย์ฯ ในพื้นที่โรงพยาบาล ในขณะที่ศูนย์แพทย์ฯ ทำหน้าที่จัดการเรียนการสอนชั้นคลินิก รวมทั้งแลกเปลี่ยนทรัพยากรทางการศึกษาระหว่างเครือข่ายศูนย์แพทย์ฯ มหาวิทยาลัยเดียวกัน ทั้งนี้ ในการบริหารจัดการด้านการผลิตแพทย์ ตัวแสดงทั้งหมดจะวางแผนผ่านการกำหนดนโยบายและกลยุทธ์ที่สอดคล้องกับเป้าหมายหลักของ สบพข. เพื่อให้การดำเนินงานของตัวแสดงทั้งหมดเกิดผลสัมฤทธิ์ในทิศทางเดียวกัน นอกจากนี้ ตัวแสดงทั้งหมดจะมีการติดต่อสื่อสารผ่านทั้งในรูปแบบทางตรงและทางอ้อม ได้แก่ การประชุมผู้บริหาร การสื่อสารผ่านแอปพลิเคชัน Line หรือหนังสือคำสั่งราชการ เป็นต้น อีกทั้ง จากบริบทของกระบวนการผลิตแพทย์ที่มาจากความร่วมมือของตัวแสดงหลายองค์กร สบพข. จึงจำเป็นต้องสร้างปฏิสัมพันธ์ในรูปแบบเครือข่ายร่วมกับตัวแสดงอื่นๆ โดยอาศัยกลไกของความร่วมมือเป็นฐานของการดำเนินงาน ทั้งนี้เพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์หลักของโครงการ CPIRD ร่วมกัน

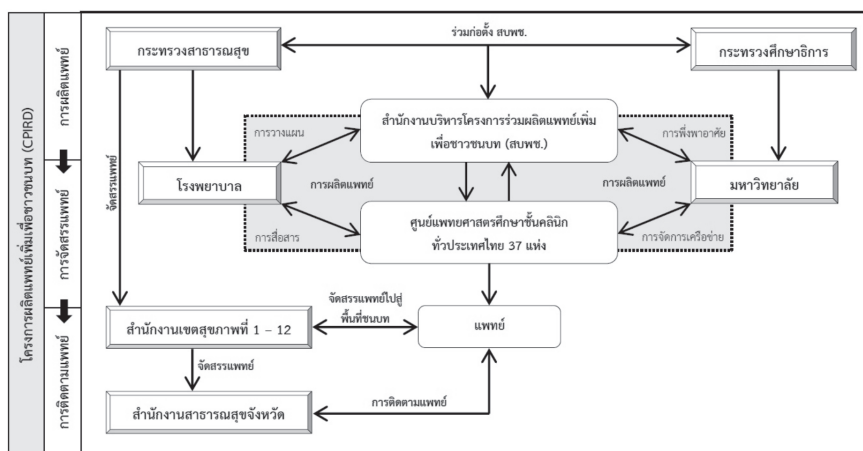
เมื่อกระบวนการผลิตแพทย์เสร็จสิ้น จนได้ผลผลิตเป็นแพทย์แล้ว สบพข. จะทำหน้าที่รายงานจำนวนแพทย์ให้แก่กระทรวงสาธารณสุข ซึ่งจะเข้าสู่ขั้นตอนการบริหารจัดการมิติถัดมา คือ การจัดสรรแพทย์ อันเป็นบทบาทหลักของ “กระทรวงสาธารณสุข” ที่จะจัดสรรอัตราแพทย์แก่สำนักงานเขตสุขภาพที่ 1 – 12 ทั่วประเทศไทย โดยพิจารณาจากเงื่อนไขต่างๆ เช่น กรอบอัตรากำลังบุคลากรกระทรวงสาธารณสุข ภูมิภาคของแพทย์ ศักยภาพของโรงพยาบาลและบริบทของพื้นที่และประชากร เป็นต้น อีกทั้ง เมื่อสำนักงานเขตสุขภาพทราบถึงจำนวนอัตราแพทย์ที่ชัดเจน จะมีการประชุมร่วมกับสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดและโรงพยาบาลทั่วไปในเขตพื้นที่สุขภาพของตนเองเกี่ยวกับกรอบอัตรากำลังบุคลากรแพทย์ใหม่ ก่อนที่จะจัดสรรแพทย์ให้แก่สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดในที่สุด อย่างไรก็ตาม เมื่อแพทย์ได้ปฏิบัติงานในพื้นที่จังหวัดต่างๆ แล้ว จึงเข้าสู่การบริหารจัดการมิติสุดท้าย คือ การติดตามแพทย์ อันเป็นหน้าที่หลักของตัวแสดงอย่าง “สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด” ในการติดตามการดำเนินงานของแพทย์ผ่านการประสานงานร่วมกับโรงพยาบาลที่แพทย์ปฏิบัติงานอยู่ในประเด็นต่างๆ เช่น ความก้าวหน้าในวิชาชีพ การให้ทุนศึกษาต่อและการคงอยู่ในระบบราชการ เป็นต้น

3.3 ความเป็นอิสระ ความร่วมมือในโครงการ CPIRD เกิดขึ้นบนฐานความสมัครใจขององค์กรหลักอย่างมหาวิทยาลัยและโรงพยาบาลส่วนภูมิภาคในการลงนามข้อตกลงเข้าร่วมโครงการ CPIRD และร่วมก่อตั้งศูนย์แพทย์ฯ ขึ้น เพื่อสนับสนุนการเรียนการสอนให้แก่บัณฑิตแพทย์ แต่อย่างไรก็ตาม แม้ว่าโครงการ CPIRD จะมีโครงสร้างการทำงานแบบสายบังคับบัญชาตามระบบราชการ แต่องค์กรหลักอย่างศูนย์แพทย์ฯ โรงพยาบาลและมหาวิทยาลัย กลับมีอิสระในการกำหนดรูปแบบการบริหารจัดการและการดำเนินงานของตนเองอย่างเต็มที่ โดยที่ สบพช. จะทำหน้าที่ในการติดตามการดำเนินงานเท่านั้น

3.4 ความสัมพันธ์ระหว่างองค์กร กลไกหลักที่ช่วยให้ตัวแสดงในโครงการ CPIRD สามารถดำเนินงานในรูปแบบร่วมมือมาได้อย่างยาวนานตลอดระยะเวลามากกว่า 20 ปี เกิดขึ้นจากฐานของการพึ่งพาทรัพยากรระหว่างองค์กรที่มีปฏิสัมพันธ์เกี่ยวโยงในโครงสร้างของระบบราชการ อันได้แก่ กระทรวงสาธารณสุขและกระทรวงศึกษาธิการ ที่เห็นความสำคัญของความร่วมมือในการผลิตแพทย์เพิ่มเพื่อพื้นที่ชนบท จึงได้กำหนดศูนย์กลางของการดำเนินงานที่มีความชัดเจนผ่านบทบาทของ สบพช. ซึ่งส่งผลให้กระบวนการผลิตแพทย์เกิดประสิทธิผลมากยิ่งขึ้น นอกจากนี้ ความสัมพันธ์ที่เกิดขึ้นยังเอื้อให้เกิดความสัมพันธ์ในรูปแบบเครือข่ายทางการศึกษาระหว่างศูนย์แพทย์ฯ โรงพยาบาลและมหาวิทยาลัยทั่วประเทศไทย โดยเฉพาะอย่างยิ่ง เครือข่ายในด้านการจัดการเรียนการสอน การแลกเปลี่ยนทรัพยากรทางการศึกษาและการพัฒนางานวิจัย เป็นต้น

3.5 การสร้างความไว้วางใจ ภายใต้ภารกิจการผลิตแพทย์ของโครงการ CPIRD ที่มีตัวแสดงเป็นหน่วยงานราชการอย่างหลากหลาย กลยุทธ์สำคัญที่ช่วยโอบอุ้มให้ความสัมพันธ์ระหว่างองค์กรให้สามารถดำเนินงานมาได้จนถึงปัจจุบัน คือ บทบาทการนำของ สบพช. ในการพัฒนาความไว้วางใจระหว่างสมาชิกเครือข่ายที่มีอยู่ทั่วประเทศ โดย สบพช. จะใช้ประโยชน์จากโครงสร้างระบบราชการแบบสายบังคับบัญชาในการสร้างความไว้วางใจและเชื่อมโยงองค์กรต่างๆ เข้าไว้ด้วยกัน และให้ความสำคัญกับตัวแสดงในฐานะหุ้นส่วนที่มีส่วนช่วยในการผลิตแพทย์และรับประโยชน์จากการผลิตแพทย์ร่วมกันในอนาคต

อย่างไรก็ตาม จากรายละเอียดกระบวนการจัดการความร่วมมือในโครงการ CPIRD สามารถสรุปเป็นรูปแบบความร่วมมือได้ ดังนี้



ภาพที่ 2 รูปแบบกระบวนการจัดการความร่วมมือในโครงการผลิตแพทย์เพิ่มเพื่อชาวชนบท

สรุปและอภิปรายผล

เนื่องจากบริบทของการผลิตแพทย์เพื่อแก้ไขปัญหาการขาดแคลนแพทย์ในพื้นที่ชนบทนั้น เป็นปัญหาที่องค์กรเพียงหน่วยงานเดียวไม่สามารถดำเนินงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ ดังนั้นความร่วมมือของโครงการ CPIRD จึงเป็นการดำเนินงานที่อิงอาศัยบทบาทการมีส่วนร่วมของตัวแสดงซึ่งเป็นหน่วยงานราชการหลากหลายองค์กร ทั้งสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข คณะแพทยศาสตร์ในสังกัดมหาวิทยาลัย กระทรวงศึกษาธิการ สปพช. ศูนย์แพทย์ฯ โรงพยาบาลทั่วไป ในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข (ส่วนภูมิภาค) สำนักงานเขตสุขภาพและสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด เป็นต้น โดยมีเงื่อนไขที่นำไปสู่ความร่วมมือทั้งหมด 3 องค์กรประกอบ ได้แก่ (1) ปัญหาสมองไหลและการกระจายตัวของแพทย์ในพื้นที่ชนบท (2) ความไม่มีประสิทธิภาพของการรักษาแพทย์ให้คงอยู่ในพื้นที่ชนบท และ (3) ความร่วมมือที่มีอยู่เดิมในการการผลิตแพทย์เข้าสู่ระบบราชการ อีกทั้ง กระบวนการจัดการความร่วมมือในการผลิตแพทย์ยังประกอบไปด้วย 5 กระบวนการ ได้แก่ (1) การจัดการปกครอง (2) การบริหารจัดการ (3) ความเป็นอิสระ (4) ความสัมพันธ์ระหว่างองค์กร และ (5) บรรทัดฐานของความไว้วางใจ ทั้งนี้ความร่วมมือที่เกิดขึ้นได้สะท้อนรูปแบบการจัดการภาครัฐที่มีแนวคิดการพึ่งพาทรัพยากรและแนวคิดเครือข่ายเป็นฐานของการดำเนินงาน จนส่งผลให้โครงการ CPIRD เป็นหนึ่งในโครงการต้นแบบด้านการบูรณาการความร่วมมือระหว่างองค์กรราชการที่มีระยะเวลาในการดำเนินงานท่ามกลางการเปลี่ยนแปลงมากกว่า 20 ปี และเกิดผลผลิตเชิงประจักษ์ คือ อัตราแพทย์จากโครงการ CPIRD ที่ทำงานในพื้นที่ชนบทมีจำนวนมากถึง 8,921 คน หรือคิดเป็น 16.83 % ของจำนวนแพทย์ทั้งหมดของประเทศอีกด้วย (สำนักงานบริหารโครงการผลิตแพทย์เพิ่มเพื่อชาวชนบท. 2560)

อนึ่ง เงื่อนไขที่นำไปสู่ความร่วมมือในการผลิตแพทย์เพิ่มเพื่อพื้นที่ชนบททั้ง 3 องค์กรประกอบ ได้แก่ ปัญหาสมองไหลและการกระจายตัวของแพทย์ในพื้นที่ชนบท ความไม่มีประสิทธิภาพของการรักษาแพทย์ให้คงอยู่ในพื้นที่ชนบทและความร่วมมือที่มีอยู่เดิมในการการผลิตแพทย์เข้าสู่ระบบราชการ เป็นต้น ถึงแม้ว่าจะเป็นเงื่อนไขที่สอดคล้องกับผลงานของ Bryson, Crosby & Stone (2006) หากแต่พิจารณาในภาพรวมจะสังเกตเห็นได้ว่าเงื่อนไขเหล่านี้ล้วนแล้วแต่เป็นบริบททางสังคมและปัจจัยแวดล้อมทั้งสิ้น ซึ่งสอดคล้องกับผลงานของ McGuire (2006) ที่อธิบายว่าการเปลี่ยนแปลงของสภาพสังคมและสิ่งแวดล้อมที่มีความเกี่ยวข้องกับการดำเนินงานที่ล้มเหลวและการขาดแคลนทรัพยากรขององค์กรจะเป็นปัจจัยหลักสำคัญที่กำหนดให้รัฐบาลจำเป็นต้องสร้างความร่วมมือเพื่อแก้ไขปัญหาที่รัฐบาลกำลังเผชิญ อีกทั้ง ผลงานของ Whangmahaporn (2013) ยังนำเสนอถึงเงื่อนไขหลักที่นำไปสู่ความร่วมมือคือ บริบทของปัญหาทางสังคม ซึ่งปัญหาในสังคมจะเป็นกลไกขับเคลื่อนให้ภาครัฐบาลจำเป็นต้องใช้ความร่วมมือในการแก้ไขปัญหานั้น เป็นต้น

นอกจากนี้ กระบวนการจัดการความร่วมมือในการผลิตแพทย์เพิ่มเพื่อพื้นที่ชนบทซึ่งประกอบไปด้วย การจัดการปกครอง การบริหารจัดการ ความเป็นอิสระ ความสัมพันธ์ระหว่างองค์กรและบรรทัดฐานของความไว้วางใจตามแนวคิดของ Thomson, Perry & Miller (2008) ยังแสดงให้เห็นถึงองค์ประกอบและลักษณะการดำเนินงานผ่านกิจกรรมของตัวแสดงในโครงการ CPIRD เช่น การวางแผนและกำหนดนโยบายให้สอดคล้องกับตัวแสดงหลักอย่าง สปพช. การพึ่งพาอาศัยผ่านการประสานงานและแลกเปลี่ยนทรัพยากรทางการศึกษาร่วมกับตัวแสดงในเครือข่าย เช่น มหาวิทยาลัย ศูนย์แพทย์ฯ และโรงพยาบาล รวมทั้ง การอาศัยกลวิธีการสื่อสารและการจัดการเครือข่ายเพื่อให้ความร่วมมือในการผลิตแพทย์ การจัดสรรแพทย์และการติดตามแพทย์ เกิดผลสัมฤทธิ์ เป็นต้น ทั้งนี้ องค์กรประกอบ

และลักษณะการดำเนินงานผ่านกิจกรรมต่างๆ ยังสอดคล้องกับผลงานวิจัยของ พรภณ พงษ์เพชร (2553) ซึ่งอธิบายบริบทของกระบวนการจัดการความร่วมมือที่มีกิจกรรมเป็นองค์ประกอบหลักที่ทำหน้าที่ประสานความร่วมมือให้เกิดขึ้น ในขณะเดียวกัน กิจกรรมต่างๆ ยังมีฐานของการพึ่งพาทรัพยากรระหว่างตัวแสดงอีกเช่นกัน อย่างไรก็ตาม การดำเนินงานด้านการผลิตแพทย์เพิ่มเพื่อพื้นที่ชนบทของประเทศไทยยังได้สะท้อนรูปแบบกระบวนการจัดการความร่วมมือที่สำคัญตามคำอธิบายของ Agranoff & McGuire (2003) ได้แก่ “รูปแบบการจัดการที่มีภาระหน้าที่เป็นฐาน” (Jurisdiction-Based Management Model) ซึ่งเป็นหนึ่งในรูปแบบของความร่วมมือที่ถูกนำมาใช้ในการอธิบายการดำเนินงานของหน่วยงานภาครัฐมากที่สุด โดยตัวแสดงหลักที่เป็นหน่วยงานราชการในโครงการ CPIRD ต่างมีความเข้าใจในบทบาทหน้าที่ของตนเองที่ต้องปฏิบัติและมีเงื่อนไขการดำเนินงานผ่านกลไกของระบบราชการเป็นหลัก ส่งผลให้กิจกรรมของความร่วมมือในการผลิตแพทย์เพื่อพื้นที่ชนบทมีลักษณะเป็นไปในแนวตั้งจากเบื้องบนสู่เบื้องล่างนั่นเอง

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะจากผลการวิจัย

สำหรับการผลิตแพทย์เพิ่มเพื่อพื้นที่ชนบทให้เกิดประสิทธิผลสูงสุด ตัวแสดงที่อยู่บนสุดของโครงสร้างความสัมพันธ์ในโครงการ CPIRD อย่างสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ควรเปิดโอกาสและสร้างพื้นที่ให้ตัวแสดงทุกระดับทั้งหมด เข้ามามีส่วนร่วมในการวางแผนและติดตามการผลิตแพทย์รวมทั้งควรพัฒนาเครื่องมือหรือช่องทางที่ใช้ในการประสานความร่วมมือระหว่างสมาชิกเครือข่ายที่กระจายอยู่ทั่วประเทศให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น พร้อมทั้งขยายฐานการผลิตแพทย์ผ่านการค้นหาตัวแสดงใหม่ที่มีศักยภาพในการผลิตแพทย์ให้เข้ามามีส่วนร่วมในโครงการ CPIRD

ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งถัดไป

การศึกษาคือความร่วมมือในโครงการ CPIRD ของบทความนี้ เป็นการนำเสนอเพียงมุมมองวิธีวิจัยเชิงคุณภาพเท่านั้น ดังนั้น จึงควรนำเสนอและอธิบายความร่วมมือที่เกิดขึ้น ด้วยมุมมองวิธีวิจัยเชิงปริมาณเพิ่มเติม เพื่อให้งานวิจัยเกิดความเข้มแข็งมากยิ่งขึ้น รวมทั้ง ควรมีการศึกษาการประเมินผลการดำเนินงานของโครงการ CPIRD ที่ผ่านมา ในขณะเดียวกัน โครงการ CPIRD ก็ไม่ได้เป็นโครงการเดียวที่มุ่งแก้ไขปัญหาแพทย์ขาดแคลนในพื้นที่ชนบท แต่ยังมีโครงการอื่นๆ เช่น โครงการกระจายแพทย์หนึ่งอำเภอหนึ่งทุน (โครงการ ODO) ซึ่งมีรูปแบบการดำเนินงานคล้ายกับโครงการ CPIRD ดังนั้น จึงควรมีการศึกษาเปรียบเทียบหรือผลลัพธ์ของรูปแบบความร่วมมือระหว่าง 2 โครงการ เป็นต้น

เอกสารอ้างอิง

- ชาญณรงค์ วงศ์วิชย์. (2559). กำลังคนสุขภาพในฐานะแรงงาน: ปัญหาและทางออกของระบบสุขภาพไทย. สืบค้นเมื่อ 1 กันยายน 2562, จาก <https://www.hfocus.org/content/2016/04/12004>.
- รัฐติกร โตโพธิ์ไทย และคณะ. (2558). การบริหารจัดการโครงการผลิตแพทย์เพิ่มเพื่อชาวชนบทและโครงการกระจายแพทย์หนึ่งอำเภอหนึ่งทุน. วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข, 9(2): 146-159.

- จิณกร โนนี. (2551). **วิกฤตความขาดแคลนแพทย์ในประเทศไทย: ทิศทางและแนวโน้ม**. นนทบุรี: สำนักงานวิจัยและพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพ.
- นงลักษณ์ พะโกยะ และเพ็ญญา หงส์ทอง. (2554). **กำลังคนด้านสุขภาพ ที่เป็นมา เป็นอยู่และจะเป็นไป**. นนทบุรี: สำนักงานวิจัยและพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพ.
- นงลักษณ์ พะโกยะ, สันญา ศรีรัตนะ, กฤษณา ว่องวิญญู, จิราภรณ์ หลาบคำ และวรางคณา วรราช. (2555). การคงอยู่ในชนบทและในราชการของแพทย์ภายหลังการเพิ่มค่าตอบแทนในการปฏิบัติงานที่ชนบท. **วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข**, 6(2): 228-235.
- พรภณ พงษ์เพชร. (2553). **ความร่วมมือในการป้องกันปัญหาเสถียรระหว่างองค์การภาครัฐและองค์การภาคเอกชน ศึกษาเฉพาะศูนย์อำนวยความสะดวกป้องกันและแก้ไขปัญหาเสถียรภาคเอกชน (ศอ.ปส.ย.)**. วิทยานิพนธ์ ร.ม. (บริหารรัฐกิจ) กรุงเทพฯ: คณะรัฐศาสตร์, มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์. ถ่ายเอกสาร.
- แพทยสภา. (2561). **สถิติแพทย์**. สืบค้นเมื่อ 1 กันยายน 2562, จาก <https://www.tmc.or.th/statistics>.
- สุวัฒน์ เลิศสุขประเสริฐ. (2551). โครงการผลิตแพทย์เพื่อชาวชนบทกับการแก้ไขปัญหาความขาดแคลนแพทย์ของกระทรวงสาธารณสุข. **วารสารวิชาการสาธารณสุข**, 17(ฉบับเพิ่มเติม 7): 1906-1914.
- สำนักงานบริหารโครงการผลิตแพทย์เพิ่มเพื่อชาวชนบท. (2560). **ระบบฐานข้อมูลนักศึกษาแพทย์**. สืบค้นเมื่อ 1 กันยายน 2562, จาก <http://www.icpird.in.th>.
- Agranoff, R. & McGuire, M. (2003). **Collaborative Public Management: New Strategies for Local Governments**. Washington, DC: Georgetown University Press.
- Bryson, J.M., Crosby, B.C. and Stone, M.M. (2006). The Design and Implementation of Cross-Sector Collaborations: Propositions from the Literature. **Public Administration Review**, 66(1): 44-55.
- Gray, B. (1989). **Collaborating: Finding Common Ground for Multiparty Problems**. San Francisco: Jossey Bass.
- Lank, E. (2006). **Collaborative Advantage**. New York: Palgrave Macmillan.
- McGuire, M. (2006). Collaborative Public Management: Assessing What We Know and How We Know It. **Public Administration Review**, 66(Special issue): 33-42.
- O'Leary, R. and Viji, N. (2012). Collaborative Public Management: Where Have We Been and Where are We Going?. **The American Review of Public Administration**, 42(5): 507-522.
- Thomson, A.M., Perry, J.L. and Miller, T.K. (2008). Linking Collaboration Processes and Outcomes: Foundations for Advancing Empirical Theory. In Bingham, L.B. and O'Leary, R. (Eds.), **Big Ideas in Collaborative Public Management**. New York: ME Sharpe.
- Whangmahaporn, P. (2013). Collaboration in the Management Administration of Schools for the Elderly in Public Service: A Cross Case Analysis in Thailand. **Journal of Governance and Development**, 9: 35-61.