



แผนปฏิรูปกำลังคน และภารกิจบริการด้านสุขภาพ ของกระทรวงสาธารณสุข



“ประชาชนมีสุขภาพดี
เจ้าหน้าที่มีความสูง
ระบบสุขภาพยั่งยืน”

กลุ่มประสานนโยบายและยุทธศาสตร์กำลังคนด้านสุขภาพ
กองบริหารทรัพยากรบุคคล สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

แผนปฏิรูปกำลังคน และภารกิจบริการด้านสุขภาพ ของกระทรวงสาธารณสุข

กลุ่มประสานนโยบายและยุทธศาสตร์กำลังคนด้านสุขภาพ
กองบริหารทรัพยากรบุคคล
สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

แผนปฏิรูปกำลังคนและการให้บริการด้านสุขภาพ ของกระทรวงสาธารณสุข

บรรณาธิการ ดร.กฤษดา แสงวงดี

ผู้เขียน ดร.กฤษดา แสงวงดี
ทพญ.วรรัตน์ ใจชื่น
นางสาวณัฐธยาน์กร เตชา

พิมพ์ครั้งที่ 1 ปี พ.ศ. 2562

จำนวนพิมพ์ 500 เล่ม

จัดพิมพ์โดย กลุ่มประสานนโยบายและยุทธศาสตร์กำลังคนด้านสุขภาพ
กองบริหารทรัพยากรบุคคล สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข
กระทรวงสาธารณสุข

ISBN 978-616-11-3998-8

สถานที่พิมพ์ สำนักพิมพ์สื่อตะวัน จำกัด 48/84
หมู่บ้านขวัญเจริญแลนด์ หมู่ที่ 4 ถนนบางกรวย-ไทรน้อย
ต.บางกร่าง อ.เมืองนนทบุรี จ.นนทบุรี 11000

ผู้ประสานงาน นางสาวทัศนาว ศรีบูรมณี

คำนำ

หลังจากคณะรัฐมนตรี มีมติเมื่อวันที่ 23 พฤษภาคม 2560 อนุมัติอัตราข้าราชการตั้งใหม่ พยาบาลวิชาชีพให้กับสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข รวม 8,792 อัตรา โดยให้ อ.ก.พ. กระทรวงสาธารณสุข แบ่งการกำหนดอัตราข้าราชการตั้งใหม่ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ เป็นระยะเวลา 3 ปี ดังนี้ ปีงบประมาณ พ.ศ. 2560 จำนวน 2,992 อัตรา ปีงบประมาณ พ.ศ. 2561 จำนวน 2,900 อัตรา และ ปีงบประมาณ พ.ศ. 2562 จำนวน 2,900 อัตรา และเห็นชอบให้คณะกรรมการกำหนดเป้าหมายและนโยบายกำลังคนภาครัฐ (คปร.) แต่งตั้งคณะกรรมการกำหนดยุทธศาสตร์การปฏิรูปกำลังคนและภารกิจบริการด้านสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุข (อนุฯ คปร.) เพื่อจัดทำแผนปฏิรูปกำลังคนและภารกิจบริการด้านสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุข ให้แล้วเสร็จและเสนอต่อ คปร. ก่อนการดำเนินการบรรจุพยาบาลวิชาชีพอัตราตั้งใหม่ ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2561 และ 2562

กองบริหารทรัพยากรบุคคล สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ได้ร่วมมือกับนักวิชาการ ทั้งภายนอกและภายในกระทรวงสาธารณสุข เพื่อจัดทำแผนปฏิรูปกำลังคนและภารกิจบริการด้านสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุข เพื่อเป็นแผนบริหารจัดการกำลังคนระยะยาว โดยทำการศึกษา วิเคราะห์ความต้องการบริการและกำลังคนด้านสุขภาพของประเทศในอนาคต เพื่อเป็นข้อมูลนำเข้า ในการจัดทำแผนปฏิรูปกำลังคนฯ โดยบูรณาการกับแผนยุทธศาสตร์ชาติระยะ 20 ปี (ด้านสาธารณสุข) พ.ศ. 2560-2579 ของกระทรวงสาธารณสุข รวมทั้งการเชื่อมโยงกับแผนระดับประเทศที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ ร่างแผนแม่บทภายใต้ยุทธศาสตร์ชาติ แผนปฏิรูปประเทศด้านสาธารณสุข แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ และแผนพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพระดับประเทศ ทั้งนี้ ได้นำเสนอแผนปฏิรูปกำลังคนฯ ดังกล่าว ต่อผู้บริหารระดับสูงของกระทรวงสาธารณสุข และผ่านความเห็นชอบจาก อ.ก.พ. กระทรวงสาธารณสุขและ อนุฯ คปร. รวมทั้งการนำเสนอต่อ คปร. ในวันที่ 20 มีนาคม 2562 และได้เห็นชอบให้กระทรวงสาธารณสุขดำเนินการบรรจุพยาบาลวิชาชีพตามที่ได้รับจัดสรรอัตราข้าราชการตั้งใหม่ ปีงบประมาณ พ.ศ. 2562 จำนวน 2,900 อัตรา ครบตามที่คณะรัฐมนตรีได้อนุมัติไว้ และเพื่อให้มั่นใจว่า แผนปฏิรูปกำลังคนและภารกิจบริการด้านสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุข ที่พัฒนาขึ้นนี้จะเป็นแนวทางในการแก้ปัญหาและพัฒนาระบบกำลังคนในอนาคต กองบริหารทรัพยากรบุคคลได้วางแผนที่จะสร้างความร่วมมือกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ในการดำเนินการต่อไป

กองบริหารทรัพยากรบุคคล สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

20 มีนาคม 2562



สารบัญ

	หน้า
คำนำ	
บทสรุปผู้บริหาร	1
ส่วนที่ 1 การพัฒนาแผนปฏิรูปกำลังคนและภารกิจบริการด้านสุขภาพกระทรวงสาธารณสุข	5
ความเป็นมา	6
ทิศทางการพัฒนาระบบสุขภาพในอนาคต	7
เป้าหมายหรือผลอันพึงประสงค์และผลสัมฤทธิ์ของการปฏิรูปกำลังคนด้านสุขภาพ ของประเทศ	9
กระบวนการในการพัฒนาแผนปฏิรูปกำลังคนและภารกิจบริการด้านสุขภาพ ของกระทรวงสาธารณสุข	10
ส่วนที่ 2 สถานการณ์กำลังคนรองรับในระบบบริการสุขภาพของประเทศไทย (Supply of Health workforce in Thailand Health Service System)	15
กำลังคนรองรับในระบบบริการสุขภาพของประเทศไทย	16
แนวโน้มการกระจายกำลังคนด้านสุขภาพจำแนกตามสังกัด	18
การกระจายกำลังคนด้านสุขภาพตามภูมิศาสตร์	20
การผลิตบุคลากรด้านสุขภาพ	23
กำลังคนด้านสุขภาพ 4 สาขาหลักที่จะมีรองรับในระบบบริการสุขภาพของประเทศไทย ในอนาคต	28
สถานการณ์ปัจจุบันของระบบสาธารณสุขและขีดความสามารถในการรับภารกิจ บริการสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุข โดยพิจารณาจากกำลังคน	32
แนวทางในการบริหารกรอบอัตรากำลังของหน่วยบริการสังกัดสำนักงานปลัด กระทรวงสาธารณสุขระหว่างปี 2562-2564	42
มาตรการบริหารอัตรากำลังให้มีประสิทธิภาพ	43

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
ส่วนที่ 3 ความต้องการกำลังคนด้านสุขภาพในระยะ 20 ปีข้างหน้า	47
ปัจจัยกำหนดความต้องการด้านสุขภาพของประชาชนในอนาคต	49
สถานการณ์ระบบบริการสุขภาพ	53
ประเด็นท้าทายด้านความต้องการกำลังคนด้านสุขภาพในอนาคต	63
ความต้องการกำลังคนในอนาคต	66
การบริหารจัดการในอนาคต	78
แผนดำเนินการรองรับความต้องการกำลังคน 4 สาขาหลักของกระทรวงฯ	79
แผนการบริหารจัดการตำแหน่งและการรับบุคลากรเข้าทำงานในระยะ 5-10 ปีข้างหน้า (2561-2570)	81
ส่วนที่ 4 แผนปฏิรูปกำลังคนและภารกิจบริการของกระทรวงสาธารณสุข	89
ประเด็นท้าทายในการแก้ปัญหาและพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพ	91
แผนพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพระดับประเทศในระยะ 10 ปีข้างหน้า	94
แผนปฏิรูปกำลังคนและภารกิจบริการสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุข (พ.ศ.2561-2570)	96
มาตรการสำคัญในแผนปฏิรูปกำลังคนและภารกิจบริการสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุข	99
ผลลัพธ์/ตัวชี้วัด และทรัพยากรที่ต้องการสนับสนุน	102
ปัจจัยแห่งความสำเร็จในการขับเคลื่อนมาตรการในแผนฯ	104
ภาคผนวก	105
ภาคผนวก ก คณะอนุกรรมการกำหนดยุทธศาสตร์การปฏิรูปกำลังคนและภารกิจด้านบริการสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุข	107
ภาคผนวก ข การพัฒนาแบบจำลองและการตรวจสอบความตรง	111
ภาคผนวก ค การนำเสนอผลการศึกษารวบรวมกำลังคนด้านสุขภาพในระยะ 20 ปีข้างหน้า	141
ภาคผนวก ง แผนปฏิรูประบบสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุข (Retreat 9-10 สิงหาคม 2561)	143

สารบัญตาราง

		หน้า
ตารางที่ 2.1	ความหนาแน่นของบุคลากรสุขภาพ 4 สาขา ระหว่างปี พ.ศ. 2522-2560	18
ตารางที่ 2.2	การกระจายบุคลากร 4 สาขาตามสังกัด ระหว่างปี พ.ศ. 2514-2560	19
ตารางที่ 2.3	การผลิตบุคลากรด้านสุขภาพ 4 สาขาหลักในประเทศไทย	23
ตารางที่ 2.4	แผนการผลิตแพทย์ในประเทศไทยระหว่างปี 2553-2573	24
ตารางที่ 2.5	แผนการผลิตพยาบาลวิชาชีพในประเทศไทยระหว่างปีการศึกษา 2556-2576	25
ตารางที่ 2.6	การผลิตทันตแพทย์ในประเทศไทยระหว่างปีการศึกษา 2553-2573	26
ตารางที่ 2.7	แพทย์ ที่จะมามีในระหว่างปี 2560-2580	29
ตารางที่ 2.8	พยาบาลวิชาชีพ ที่จะมามีในระหว่างปี 2560-2580	30
ตารางที่ 2.9	ทันตแพทย์ ที่จะมามีในระหว่างปี 2560-2580	31
ตารางที่ 2.10	เภสัชกร ที่จะมามีในระหว่างปี 2560-2580	32
ตารางที่ 2.11	การวิเคราะห์ Stock and Flow ของบุคลากรสายวิชาชีพสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ภายใต้กรอบอัตรากำลังระหว่างปี 2562-2564	40
ตารางที่ 3.1	กำลังคนที่ควรจะมีตามตามฉากทัศน์ที่ 1	68
ตารางที่ 3.2	กำลังคนที่ควรจะมีตามตามฉากทัศน์ที่ 2	71
ตารางที่ 3.3	เปรียบเทียบความต้องการกำลังคนภายใต้ฉากทัศน์ที่ 1 และ 2	71
ตารางที่ 3.4	ความต้องการกำลังคน แพทย์ พยาบาลวิชาชีพ ทันตแพทย์ และเภสัชกร รายสังกัด ระหว่างปี 2565-2580	74
ตารางที่ 3.5	จำนวนบุคลากรที่กระทรวงสาธารณสุขต้องการในระยะ 5-20 ปีข้างหน้า	79
ตารางที่ 3.6	แผนการบริหารจัดการตำแหน่งและการรับแพทย์เข้าทำงาน กรณีฉากทัศน์ที่ 1	81
ตารางที่ 3.7	แผนการบริหารจัดการตำแหน่งและการรับแพทย์เข้าทำงาน กรณีฉากทัศน์ที่ 2	82
ตารางที่ 3.8	แผนการบริหารจัดการตำแหน่งและการรับพยาบาลเข้าทำงานกรณีฉากทัศน์ที่ 1	83
ตารางที่ 3.9	แผนการบริหารจัดการตำแหน่งและการรับพยาบาลเข้าทำงานกรณีฉากทัศน์ที่ 2	83
ตารางที่ 3.10	แผนการบริหารจัดการตำแหน่งและการรับทันตแพทย์เข้าทำงาน กรณีฉากทัศน์ที่ 1	84
ตารางที่ 3.11	แผนการบริหารจัดการตำแหน่งและการรับทันตแพทย์เข้าทำงาน กรณีฉากทัศน์ที่ 2	85
ตารางที่ 3.12	แผนการบริหารจัดการตำแหน่งและการรับเภสัชกรเข้าทำงาน กรณีฉากทัศน์ที่ 1	86
ตารางที่ 3.13	แผนการบริหารจัดการตำแหน่งและการรับเภสัชกรเข้าทำงาน กรณีฉากทัศน์ที่ 1	87

สารบัญภาพ

	หน้า
ภาพที่ 1.1 ความเชื่อมโยงของแผนระดับชาติที่เกี่ยวข้องกับระบบสุขภาพและกำลังคน	11
ภาพที่ 2.1 พลวัตของตลาดแรงงานของบุคลากรด้านสุขภาพ	16
ภาพที่ 2.2 สถานการณ์การจ้างงาน แพทย์ พยาบาล ทันตแพทย์ และเภสัชกรในแต่ละสังกัดในปัจจุบัน	20
ภาพที่ 2.3 อัตราส่วนประชากรต่อ แพทย์ พยาบาลวิชาชีพ ทันตแพทย์ และเภสัชกร รายภาค	21
ภาพที่ 2.4 Supply Model	28
ภาพที่ 2.5 การกระจายกำลังคน (แพทย์ พยาบาลวิชาชีพ เภสัชกร) และภาระงานตามสังกัด	33
ภาพที่ 2.6 การกระจายกำลังคนทันตแพทย์และภาระงานตามสังกัด	33
ภาพที่ 2.7 การกระจายแพทย์ในโรงพยาบาลในแต่ละจังหวัด เทียบกับกรอบอัตรากำลัง	35
ภาพที่ 2.8 การกระจายพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลในแต่ละจังหวัด เทียบกับกรอบอัตรากำลัง	36
ภาพที่ 2.9 การกระจายทันตแพทย์ในโรงพยาบาลในแต่ละจังหวัด เทียบกับกรอบอัตรากำลัง	37
ภาพที่ 2.10 การกระจายเภสัชกรในโรงพยาบาลในแต่ละจังหวัด เทียบกับกรอบอัตรากำลัง	38
ภาพที่ 3.1 แนวโน้มการเข้าสู่สังคมสูงอายุของประเทศไทย	51
ภาพที่ 3.2 สถิติประชากรและการคาดประมาณจำนวนประชากรไทยในอนาคต	51
ภาพที่ 3.3 การคาดประมาณสัดส่วนประชากรรายกลุ่มสถานะสุขภาพ	52
ภาพที่ 3.4 สัดส่วนการใช้บริการผู้ป่วยใน ในโรงพยาบาลสังกัดต่างๆ	55
ภาพที่ 3.5 สัดส่วนการใช้บริการผู้ป่วยนอก ในหน่วยบริการสังกัดต่างๆ	56
ภาพที่ 3.6 การคาดประมาณผลกระทบของเทคโนโลยีสุขภาพต่อระบบสุขภาพด้วยแบบจำลองพลวัต	62
ภาพที่ 3.7 Mismatching of Demand for and Supply of services deliveries	63
ภาพที่ 3.8 รูปแบบบริการบริการสุขภาพที่ควรมีในอนาคต	65
ภาพที่ 3.9 แนวโน้มผลลัพธ์ของระบบสุขภาพภายใต้ฉากทัศน์ที่ 1	67
ภาพที่ 3.10 การคาดประมาณผลลัพธ์ของระบบสุขภาพด้วยแบบจำลองพลวัตระบบ	69
ภาพที่ 3.11 การคาดประมาณผลลัพธ์ของระบบสุขภาพช่องปากด้วยแบบจำลองพลวัตระบบ	70
ภาพที่ 3.12 ความต้องการแพทย์ในระบบบริการสุขภาพตามฉากทัศน์ที่ 2 และกำลังคนรองรับที่คาดว่าจะมีในระยะ 20 ปีข้างหน้า	72

สารบัญภาพ (ต่อ)

	หน้า
ภาพที่ 3.13 ความต้องการพยาบาลวิชาชีพในระบบบริการสุขภาพตามฉากทัศน์ที่ 2 และกำลังคนรองรับที่คาดว่าจะมีในระยะ 20 ปีข้างหน้า	72
ภาพที่ 3.14 ความต้องการทันตแพทย์ในระบบบริการสุขภาพตามฉากทัศน์ที่ 2 และกำลังคนรองรับที่คาดว่าจะมีในระยะ 20 ปีข้างหน้า	73
ภาพที่ 3.15 ความต้องการเภสัชกรในระบบบริการสุขภาพตามฉากทัศน์ที่ 2 และกำลังคนรองรับที่คาดว่าจะมีในระยะ 20 ปีข้างหน้า	73
ภาพที่ 3.16 ความต้องการแพทย์ในแต่ละสังกัด	75
ภาพที่ 3.17 ความต้องการพยาบาลวิชาชีพในแต่ละสังกัด	76
ภาพที่ 3.18 ความต้องการทันตแพทย์ในแต่ละสังกัด	77
ภาพที่ 3.19 ความต้องการเภสัชกรในแต่ละสังกัด	78
ภาพที่ 4.1 ความเชื่อมโยงการพัฒนาแผนปฏิบัติการกำลังคนฯกับยุทธศาสตร์แต่ละระดับ ในประเด็นกำลังคน	91
ภาพที่ 4.2 องค์ประกอบของระบบสุขภาพ	96
ภาพที่ 4.3 แผนที่ยุทธศาสตร์ของสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2561-2565 (ทบทวนปี 2561)	97

บทสรุปผู้บริหาร

กระทรวงสาธารณสุข มีภารกิจสำคัญในการตอบสนองต่อยุทธศาสตร์ชาติด้านการพัฒนาและเสริมสร้างศักยภาพทรัพยากรมนุษย์ โดยเฉพาะการเสริมสร้างสุขภาวะที่ดี ผ่านการพัฒนาสุขภาพประชาชนทุกช่วงวัย และการยกระดับคุณภาพบริการด้านสาธารณสุข ซึ่งความเพียงพอทั้งในเชิงปริมาณ และคุณภาพรวมทั้งการกระจายกำลังคนให้สอดคล้องกับความต้องการด้านสุขภาพของประชาชนในแต่ละช่วงเวลา เป็นปัจจัยสำคัญที่กำหนดความสำเร็จของภารกิจดังกล่าว ดังนั้น กระทรวงสาธารณสุขจึงจำเป็นต้องมีการกำหนดแผนการปฏิรูปกำลังคนและภารกิจบริการสุขภาพ เพื่อให้เป็นกรอบทิศทางการบริหารจัดการกำลังคนในระยะยาวต่อไป

การพัฒนาแผนปฏิรูปกำลังคนและภารกิจบริการด้านสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุขครั้งนี้เป็นแผนระยะ 10 ปี ซึ่งมีประเด็นท้าทายที่สำคัญ คือ ความเปลี่ยนแปลงและความเป็นพลวัตของสังคม เศรษฐกิจ ความก้าวหน้าทางวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี การเปลี่ยนแปลงทางประชากรและระบาดวิทยา รวมทั้งความซับซ้อนของระบบสุขภาพในอนาคต จึงจำเป็นต้องใช้การคิดอย่างเป็นระบบ (System Thinking) เพื่อให้สามารถค้นหาสาเหตุและความสัมพันธ์ขององค์ประกอบทั้งหมดที่เกี่ยวข้องกับปัญหาของระบบบริการสุขภาพและกำลังคนโดยมีกระบวนการทำงาน ดังนี้

- 1) การทบทวนทิศทางและเป้าหมายของแผนระดับต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง อาทิ แผนยุทธศาสตร์ชาติ แผนปฏิรูปประเทศด้านสาธารณสุข แผนยุทธศาสตร์ระยะ 20 ปี ด้านสาธารณสุข ร่างแผนแม่บทภายใต้ยุทธศาสตร์ชาติ และทิศทางการพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพของโลก
- 2) การวิเคราะห์สถานการณ์ความต้องการด้านสุขภาพของประชาชน และปัญหาของระบบบริการสุขภาพในปัจจุบัน
- 3) ทำการศึกษาวิจัยเพื่อสร้างแบบจำลองรูปแบบบริการสุขภาพที่ตอบสนองความต้องการของประชาชนในอนาคต
- 4) ทำการวิเคราะห์คาดการณ์ความต้องการกำลังคนด้วยวิธีวิเคราะห์ความต้องการด้านสุขภาพ (Health Need Based Approach) ภายใต้แบบจำลองระบบบริการสุขภาพในอนาคตซึ่งเป็นผลลัพธ์ของการวิเคราะห์พลวัตระบบ เพื่อนำมาพัฒนาข้อเสนอเชิงนโยบาย เพื่อการจัดบริการสุขภาพและวิเคราะห์ความต้องการกำลังคนด้านสุขภาพของประเทศไทยในอนาคตระยะ 20 ปี (พ.ศ. 2561-2580) โดยมุ่งตอบคำถามสำคัญ คือ ประเทศไทยควรมีกำลังคน แพทย์ พยาบาลวิชาชีพ ทันตแพทย์ และเภสัชกรจำนวนเท่าใด ควรมีสัดส่วนผู้ให้บริการสุขภาพต่อประชากร เท่าใดจึงจะเพียงพอ ที่จะทำให้ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการสุขภาพได้อย่างทั่วถึง และเป็นธรรม มีสุขภาวะและคุณภาพชีวิตดีขึ้น และค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพของประเทศเหมาะสม

ผลการทบทวนทิศทางและเป้าหมายของแผนระดับต่าง ๆ สถานการณ์การจัดบริการสุขภาพ และความต้องการด้านสุขภาพของประชาชนพบว่า

1. แผนยุทธศาสตร์ชาติ แผนปฏิรูปประเทศด้านสาธารณสุข และร่างแผนแม่บทภายใต้ยุทธศาสตร์ชาติ รวมทั้งแผนยุทธศาสตร์ระยะ 20 ปี ด้านสาธารณสุข กำหนดเป้าหมายให้ประชาชนมีสุขภาพดี เข้าถึงบริการสุขภาพที่ได้มาตรฐานมีคุณภาพภายใต้ค่าใช้จ่ายที่เหมาะสม มีบุคลากรด้านสาธารณสุขเพียงพอ และมีการกระจายอย่างเป็นธรรม ซึ่งเป้าหมายดังกล่าวได้ถูกนำมากำหนดเป็นผลลัพธ์ของระบบบริการสุขภาพในการศึกษาวิเคราะห์พลวัตระบบ เพื่อออกแบบบริการสุขภาพที่จะตอบสนองความต้องการในอนาคตของประชาชน และเป็นปัจจัยนำเข้าในการพัฒนาแผนกำลังคนเพื่อรองรับการจัดบริการสุขภาพรูปแบบใหม่

2. มีความไม่สอดคล้องกันของความต้องการด้านสุขภาพของประชาชน และบริการสุขภาพที่จัดให้บริการ ซึ่งการแก้ปัญหาแบบแยกส่วนดังที่เคยดำเนินการมาในอดีต จะไม่สามารถแก้ไขปัญหาที่เกิดจากความซับซ้อนและความเป็นพลวัตของระบบสุขภาพในอนาคตได้ (Complexity and Dynamicity of health system) การแก้ปัญหาความขาดแคลนกำลังคนโดยการเพิ่มกำลังคนเข้าไปในระบบบริการสุขภาพ เพียงมาตรการเดียว ไม่อาจบรรลุเป้าหมายที่จะพัฒนาสุขภาพประชาชนได้ เพราะสาเหตุหลักประการหนึ่งของการที่มีกำลังคนไม่เพียงพอในปัจจุบัน คือ การจัดบริการที่มุ่งให้ความสำคัญกับการให้บริการรักษาพยาบาลในโรงพยาบาล ซึ่งเน้นการรักษาปัญหาสุขภาพแบบเฉียบพลัน (Acute Care) ในขณะที่ปัญหาสุขภาพของประชาชนในอนาคตที่เป็นความเจ็บป่วยเรื้อรัง ซึ่งต้องการการดูแลระยะยาว และสนับสนุนให้ประชาชนสามารถดูแลตนเองที่บ้าน หรือรับบริการจากหน่วยบริการสุขภาพลักษณะอื่น ๆ ที่ไม่จำเป็นต้องเป็นโรงพยาบาล เช่น การดูแลในสถานพักฟื้น หรือการดูแลในหน่วยบริการดูแลผู้ป่วยระยะยาว (Long Term Care Facilities), Nursing Home, Residential Care or Rehabilitation Center ซึ่งเป็นการดูแลที่สามารถจัดบริการได้นอกโรงพยาบาล

3. ประเทศไทยยังคงมีความต้องการกำลังคนด้านสุขภาพเพิ่มขึ้น ทั้งแพทย์ พยาบาลวิชาชีพ ทันตแพทย์ และเภสัชกร จากการเข้าสู่สังคมสูงอายุ และกำหนดเป้าหมายยกระดับคุณภาพมาตรฐานบริการสุขภาพ และการเพิ่มขีดความสามารถในการแข่งขันของประเทศ ซึ่งจำเป็นต้องคงการผลิตบุคลากรดังกล่าว ในอัตราตามแผนผลิตปัจจุบันต่อไป

4. เพื่อบรรลุเป้าหมายการพัฒนาคุณภาพชีวิต และการเข้าถึงบริการสุขภาพที่ได้มาตรฐานภายใต้ค่าใช้จ่ายที่เหมาะสมนั้น ในระยะ 10 ปีข้างหน้า (พ.ศ. 2570) ประเทศไทยควรมีกำลังคนในการให้บริการ ในหน่วยบริการสุขภาพ ดังนี้ แพทย์ 56,648 คน พยาบาลวิชาชีพ 209,866 คน ทันตแพทย์ 18,446 คน และเภสัชกร 16,495 คน หรือคิดเป็นอัตราส่วนต่อประชากร เมื่อเทียบกับประชากร ณ ปี 2570 (ตามการคาดประมาณของสำนักงานคณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ) เท่ากับแพทย์ 1 คนต่อ 1,209 ประชากร พยาบาลวิชาชีพ 1 คนต่อ 326 ประชากร ทันตแพทย์ 1 คนต่อ 3,713 ประชากร และเภสัชกร 1 คนต่อ 4,152 ประชากร

5. การร่วมให้บริการสุขภาพของทุกภาคส่วน ทั้งหน่วยบริการของสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข สังกัดภาครัฐอื่น รวมทั้งท้องถิ่นและเอกชน จะทำให้มีการกระจายภาระงานและความต้องการกำลังคนไปยังหน่วยบริการสังกัดอื่น ในสัดส่วนที่เพิ่มมากขึ้น และกระทรวงสาธารณสุขจะรับ

ภาระลดลง โดยในปีพ.ศ. 2570 สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขจะมีความต้องการอัตรากำลังแพทย์ 26,625 อัตรา พยาบาลวิชาชีพ 130,117 อัตรา ทันตแพทย์ 7,379 อัตรา และเภสัชกร 9,118 อัตรา ซึ่งคิดเป็นสัดส่วนร้อยละ 47, 62, 40 และร้อยละ 55 ของความต้องการกำลังคนในภาคบริการสุขภาพ ทั้งหมดของประเทศ อย่างไรก็ตาม หากสำนักงานปลัดกระทรวงฯ มีจำนวนตำแหน่งการจ้างงานสำหรับบุคลากร 4 สาขา เท่ากับปัจจุบัน หน่วยบริการสุขภาพ จะยังคงมีความต้องการตำแหน่งใหม่เพื่อการจ้างงานเพิ่มขึ้น โดยเป็นความต้องการเพิ่มในช่วงระยะ 10 ปี แรกเท่านั้น (พ.ศ. 2561-2570) และจะสามารถบริหารตำแหน่งที่มีอยู่ได้ในระยะยาว

เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงในอนาคต เป็นเรื่องที่มีความไม่แน่นอนสูงมาก ดังนั้น แม้ว่าผลการศึกษาวิจัยจะทำการคาดประมาณความต้องการกำลังคนไว้ 20 ปี แต่กระทรวงสาธารณสุข มีนโยบายที่จะทำการทบทวนแผนเป็นระยะ ๆ จึงกำหนดให้แผนปฏิรูปกำลังคนและภารกิจบริการด้านสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุข นี้เป็นแผนระยะ 10 ปี ระหว่างปีพ.ศ. 2561-2570 ตามมติ อ.ก.พ. กระทรวงฯ วันที่ 21 กุมภาพันธ์ 2562 ซึ่งแผนปฏิรูปฯ ดังกล่าว ประกอบด้วย 3 มาตรการสำคัญ คือ มาตรการที่ 1 ปฏิรูประบบบริการเพื่อก้าวข้ามความขาดแคลนกำลังคน มาตรการที่ 2 ยกกระดับการให้บริการสุขภาพที่ได้มาตรฐานอย่างทั่วถึง มาตรการที่ 3 เพิ่มประสิทธิภาพบริหารจัดการกำลังคนด้านสุขภาพเพื่อสร้างความเข้มแข็งของระบบสุขภาพ

ทั้งนี้การขับเคลื่อนแผนทั้ง 3 มาตรการดังกล่าวจะเป็นการดำเนินงานไปพร้อม ๆ กันอย่างบูรณาการ โดยกำหนดผลลัพธ์และตัวชี้วัดผลสำเร็จในลักษณะเป็นการวัดระดับความก้าวหน้าในแต่ละระยะตามแผนยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี ด้านสาธารณสุข ทั้งนี้ ได้กำหนดผลลัพธ์ในภาพรวมของแผนที่สำคัญคือ 1) มีการกระจายบุคลากรเพื่อให้ประชาชนเข้าถึงบริการอย่างทั่วถึงเป็นธรรม 2) หน่วยบริการมีการบริหารองค์กรและการจัดการบุคลากรที่มีประสิทธิภาพ 3) สัดส่วนค่าใช้จ่ายด้านบุคลากรเหมาะสมสอดคล้องกับการเติบโตทางเศรษฐกิจของประเทศ 5) บุคลากรมีความสุขในการทำงานและมีการพัฒนาขีดความสามารถอย่างต่อเนื่อง

ซึ่งการดำเนินการตามมาตรการดังกล่าว กระทรวงสาธารณสุขควรรับบุคลากรเข้าทำงานดังนี้

1. ระหว่างปี 2561-2570 ควรรับแพทย์ เข้าทำงานอย่างน้อย 20,550 คน หรือเฉลี่ยประมาณ 2,055 คนต่อปี เพื่อแก้ปัญหาการขาดแคลน ทดแทนการสูญเสีย และการเพิ่มแพทย์เพื่อรองรับการขยายบริการปฐมภูมิ รวมทั้งการยกระดับมาตรฐานบริการ ซึ่งจะทำให้มีอัตราากำลังแพทย์ ประมาณร้อยละ 90-100 ของความต้องการตลอดระยะเวลาที่คาดประมาณ ทั้งนี้ ยังคงต้องมีตำแหน่งเพื่อการจ้างงานเพิ่มเฉลี่ยประมาณ 1,024 อัตราต่อปี ในระหว่างปี พ.ศ. 2561-2565 และประมาณปีละ 710 อัตราระหว่างปีพ.ศ. 2565-2570

2. ระหว่างปี 2561-2570 ควรรับพยาบาลวิชาชีพ เข้าทำงานอย่างน้อย 39,922 คน หรือเฉลี่ยประมาณ 3,992 คนต่อปี เพื่อแก้ปัญหาการขาดแคลน ทดแทนการสูญเสีย และการเพิ่มพยาบาลวิชาชีพเพื่อรองรับการขยายบริการปฐมภูมิ รวมทั้งการยกระดับมาตรฐานบริการ ซึ่งจะทำให้มีอัตราากำลังพยาบาลวิชาชีพประมาณ ร้อยละ 90 ของความต้องการตลอดระยะเวลาที่คาดประมาณ ทั้งนี้จะมีตำแหน่งข้าราชการว่างเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ จากการเกษียณอายุราชการและการลาออก จึงยังคงต้องมีตำแหน่งเพื่อการจ้างงานเพิ่มในระหว่างปี 2561-2565 เฉลี่ยประมาณ 1,942 อัตราต่อปี หลังจากนั้น

กระทรวงสาธารณสุขจะมีตำแหน่งข้าราชการว่างจากการเกษียณอายุ โดยระหว่างปี 2566-2570 ต้องการตำแหน่งเพิ่มเพียง 362 อัตราต่อปี นอกจากนี้ยังควรรับผู้ช่วยพยาบาลเข้าทำงานประมาณ 2,000 คนต่อปี โดยการจ้างงานทางเลือกเพื่อแก้ปัญหาการขาดแคลนพยาบาล ลดภาระงานที่พยาบาลวิชาชีพไม่จำเป็นต้องทำเอง รองรับการดูแลผู้ป่วยสูงอายุและการดูแลระยะยาว

3. ระหว่างปี 2561-2570 ควรรับทันตแพทย์ เข้าทำงาน ประมาณ 5,211 คน หรือเฉลี่ยประมาณ 521 คนต่อปี เพื่อทดแทนการสูญเสีย และการเพิ่มทันตแพทย์เพื่อรองรับการขยายบริการปฐมภูมิ ซึ่งจะให้มีอัตรากำลังทันตแพทย์ประมาณ ร้อยละ 92-98 ของความต้องการตลอดระยะเวลาที่คาดประมาณ ทั้งนี้ยังคงต้องมีตำแหน่งเพื่อการจ้างงานเพิ่มในระหว่างปี 2561-2565 เฉลี่ยประมาณ 277 อัตราต่อปี หลังจากนั้นความต้องการตำแหน่งเพิ่มจะค่อย ๆ ลดลงเหลือ 152 อัตราต่อปี ในระหว่างปี 2566-2570

4. ระหว่างปี 2561-2570 ควรรับเภสัชกร เข้าทำงานอย่างน้อยประมาณ 2,446 คน หรือเฉลี่ยประมาณ 245 คนต่อปี เพื่อทดแทนการสูญเสีย ซึ่งจะให้มีอัตรากำลังเภสัชกรประมาณ ร้อยละ 92-99 ของความต้องการตลอดระยะเวลาที่คาดประมาณ ทั้งนี้ ยังคงต้องมีตำแหน่งเพื่อการจ้างงานเพิ่มในระหว่างปี 2561-2565 เฉลี่ยประมาณ 200 อัตราต่อปี และความต้องการอัตราเพิ่มจะค่อย ๆ ลดลงเหลือ 76 อัตราต่อปีในระหว่างปี 2566-2570

อย่างไรก็ตามจำนวนบุคลากรที่ควรรับเข้าทำงานในแต่ละปีนั้น จะผันแปรตามปริมาณการสูญเสีย ซึ่งคาดประมาณจากแบบแผนการสูญเสียในอดีตและการขยายการจ้างงานของภาคส่วนอื่น ที่จะมีสัดส่วนการจ้างงานบุคลากรเพิ่มจากการร่วมให้บริการกับกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งหากไม่สามารถดำเนินการได้ และกระทรวงสาธารณสุขยังคงเป็นหลักในการให้บริการก็อาจมีความจำเป็นที่จะต้องรับบุคลากรเข้าทำงานเพิ่มเติม

นอกจากนั้น ยังมีปัจจัยความสำเร็จของการดำเนินการโดยเฉพาะอย่างยิ่งการปรับเปลี่ยนรูปแบบการบริหารองค์กร ความร่วมมือระหว่างภาคส่วนต่าง ๆ ในการร่วมให้บริการและบริหารทรัพยากรร่วมกัน ประกอบด้วยความเป็นเอกภาพของนโยบายในการอภิบาลและบริหารจัดการระบบสุขภาพ และการบริหารทรัพยากรด้านสุขภาพของประเทศ ความร่วมมือการขับเคลื่อนนโยบายการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นซึ่งจำเป็นต้องมีทิศทางนโยบายและการทำงานเชื่อมโยงกับหลายหน่วยงาน เช่น คณะกรรมการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น สำนักงบประมาณ การส่งเสริมการปกครองส่วนท้องถิ่น ฯลฯ ความสามารถในการลงทุนเพื่อนำเทคโนโลยี/นวัตกรรมที่ทันสมัยมาใช้ในงานบริการสุขภาพ รวมทั้งการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพและความคาดหวังของประชาชนตามระดับการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมของประเทศ ความสำเร็จในการแก้ไขกฎระเบียบที่เป็นอุปสรรคต่อการบริหารจัดการองค์กรและทรัพยากรในงานบริการสุขภาพภาครัฐ และกลไกการเงินการคลังสุขภาพที่สนับสนุนการร่วมจัดบริการสุขภาพของทุกภาคส่วน

ส่วนที่ 1

**การพัฒนาแผนปฏิรูปกำลังคน
และภารกิจบริการด้านสุขภาพ
ของกระทรวงสาธารณสุข**

ความเป็นมา

กำลังคนด้านสุขภาพ (Health Workforce) เป็นทรัพยากรที่มีความสำคัญอย่างยิ่งในระบบสุขภาพ เป็นปัจจัยแห่งความสำเร็จหรือความล้มเหลวของการดำเนินงานด้านสุขภาพ เพราะเป็นทั้งผู้สร้างและผู้นำเทคโนโลยีด้านสุขภาพไปใช้ อีกทั้งเป็นผู้บริหารจัดการระบบบริการสุขภาพ เพื่อให้เกิดสุขภาพที่ดีขึ้นในหมู่ประชาชน ดังนั้น ในการพัฒนาสุขภาพของประชาชน และยกระดับความสามารถในการแข่งขันของประเทศ ระบบสุขภาพจำเป็นต้องมีกำลังคนที่มีความรู้ความสามารถ และมีแรงจูงใจในการปฏิบัติงาน อย่างเพียงพอ มีสัดส่วนประเภทกำลังคนที่เหมาะสม รวมทั้งมีการกระจายตัวอย่างเหมาะสมที่จะทำให้ประชาชนเข้าถึงบริการอย่างเป็นธรรม ทั้งนี้ ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพของประเทศต้องไม่เป็นการระงับเกินควรด้วย ดังนั้น การจัดทำแผนการปฏิรูปกำลังคนด้านสุขภาพของประเทศ ควรครอบคลุมแผนความต้องการกำลังคนด้านสุขภาพทั้งภาครัฐและเอกชน ในภาพรวมของประเทศ รวมถึงการวางแผนการผลิต และการบริหารจัดการเพื่อให้เกิดประสิทธิภาพสูงสุด รวมทั้งสามารถตอบสนองทิศทางการพัฒนาระบบสุขภาพของประเทศและความท้าทายในอนาคตด้วย

ระบบสุขภาพไทยในปัจจุบัน กำลังเผชิญกับสถานการณ์ท้าทายจากการเปลี่ยนแปลงที่รวดเร็ว อาทิ การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างของประชากรทำให้เข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างรวดเร็ว โดยคาดประมาณว่าในอีก 3 ปีข้างหน้า ประเทศไทยจะเป็นสังคมสูงอายุเต็มตัว รวมทั้งการเปลี่ยนแปลงทางระบาดวิทยาที่ประชาชนมีแนวโน้มเจ็บป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อ และความเจ็บป่วยเรื้อรัง รวมทั้งปัญหาความเสื่อมของร่างกายที่ทำให้ผู้สูงอายุอยู่ในภาวะพึ่งพามีสัดส่วนสูงขึ้น ในขณะที่ประชากรวัยเด็กและวัยแรงงานลดลง จนอาจเกิดปัญหาการขาดแคลนแรงงานที่จะให้บริการด้านสุขภาพ รวมทั้งการเปลี่ยนแปลง ทางสังคม เศรษฐกิจ มีการขยายตัวของความเป็นสังคมเมือง มีการเชื่อมต่อการค้าการลงทุนทั่วโลก ตลอดจนความก้าวหน้าทางวิทยาศาสตร์ และการใช้เทคโนโลยีในทางการแพทย์ การขยายตัวของสื่อสังคมออนไลน์ และความแพร่หลายของข้อมูลข่าวสาร ที่ทำให้ประชาชนมีความคาดหวังต่อคุณภาพของระบบบริการสุขภาพมากขึ้น รวมทั้งความครอบคลุมของหลักประกันสุขภาพ ที่มีการขยายชุดสิทธิประโยชน์ และทำให้ประชาชนเข้าถึงบริการเพิ่มมากขึ้น ในขณะที่งบประมาณภาครัฐเริ่มมีจำกัดและอาจไม่เพียงพอต่อการเพิ่มขึ้นของค่าใช้จ่ายด้านสาธารณสุข

การเปลี่ยนแปลงดังกล่าวล้วนเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้ความต้องการกำลังคนด้านสุขภาพของประเทศเพิ่มมากขึ้น แต่ปัญหาความขาดแคลนกำลังคนด้านสุขภาพในหน่วยบริการภาครัฐ โดยเฉพาะหน่วยบริการของกระทรวงสาธารณสุขในปัจจุบัน ดูเหมือนจะทวีความรุนแรงมากขึ้น ดังจะเห็นได้จากสภาพผู้ป่วยล้นโรงพยาบาล ผู้ป่วยรอนาน หรือจำเป็นต้องใช้เวลายาวนานกว่าจะได้เข้ารับการรักษาพยาบาลบางอย่าง จนบางครั้งอาการเจ็บป่วยทรุดลง รวมถึงการมีประเด็นท้าทายในการบริหารจัดการด้านกำลังคน เนื่องจากการขาดอัตราตำแหน่งข้าราชการ รวมทั้งการมีงบประมาณไม่เพียงพอในการจ้างงานที่มีแรงดึงดูด มีการลาออกจากงานของบุคลากรที่มาจากหลายสาเหตุ อาทิ จากสภาพการทำงานหนัก

เกินกำลัง ขาดขวัญกำลังใจจากความไม่ก้าวหน้า ค่าตอบแทนไม่เหมาะสม และความไม่มั่นคงในระบบ การจ้างงานแบบลูกจ้างชั่วคราว ปัญหาเหล่านี้ แม้จะมีการแก้ไขมาเป็นระยะ ๆ เช่น การเพิ่มการผลิต กำลังคน การทำสัญญาผูกพันให้บุคลากรทำงานชดใช้ทุนในภาครัฐ ภายหลังจากจบการศึกษา แต่ปัญหายังคงอยู่และมีความซับซ้อนมากขึ้นเรื่อย ๆ ดังนั้น จึงจำเป็นต้องมีการแก้ปัญหาในเชิงยุทธศาสตร์ อย่างเป็นระบบ

ทิศทางการพัฒนาระบบสุขภาพในอนาคต

ท่ามกลางความไม่แน่นอนของการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วในทุกมิติ ทั้งด้านเศรษฐกิจ สังคม การเมือง สภาพภูมิอากาศและสิ่งแวดล้อม ที่จะมีผลกระทบต่อชีวิตความเป็นอยู่ และสุขภาพของประชาชน ความก้าวหน้าทางการศึกษา วิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี รวมทั้งการเปลี่ยนผ่านทางประชากรและระบาดวิทยา แต่ในทางกลับกัน การรับมือกับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นอย่างรวดเร็วและเข้มข้นนี้กลับยังไม่มีคุณภาพเท่าที่ควร

อย่างไรก็ตาม รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2560 ได้บัญญัติสาระสำคัญที่ใช้เป็นหลักในการพัฒนาระบบสุขภาพ และการดูแลสุขภาพประชาชน ที่สามารถใช้เป็นแนวคิดหลักในการพัฒนาระบบสุขภาพในอนาคต โดยเฉพาะอย่างยิ่งการกำหนดให้เป็นหน้าที่ของรัฐ ในการจัดให้มีบริการสาธารณสุข ที่ได้มาตรฐาน มีคุณภาพ เพียงพอให้ประชาชนเข้าถึงได้อย่างเป็นธรรม ดังนี้

มาตรา 47 บุคคลย่อมมีสิทธิได้รับบริการสาธารณสุขของรัฐ บุคคลผู้ยากไร้ย่อมมีสิทธิได้รับบริการสาธารณสุขของรัฐโดยไม่เสียค่าใช้จ่ายตามที่กฎหมายบัญญัติ บุคคลย่อมมีสิทธิได้รับการป้องกันและขจัดโรคติดต่ออันตรายจากรัฐโดยไม่เสียค่าใช้จ่าย และหมวด 5 หน้าที่ของรัฐ ใน

มาตรา 55 รัฐต้องดำเนินการให้ประชาชนได้รับบริการสาธารณสุขที่มีประสิทธิภาพอย่างทั่วถึง เสริมสร้างให้ประชาชนมีความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค และส่งเสริม และสนับสนุนให้มีการพัฒนาภูมิปัญญาด้านแพทย์แผนไทยให้เกิดประโยชน์สูงสุด บริการสาธารณสุขตามวรรคหนึ่ง ต้องครอบคลุมการส่งเสริมสุขภาพ การควบคุม และป้องกันโรค การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสุขภาพด้วย รัฐต้องพัฒนาการบริการสาธารณสุขให้มีคุณภาพและมีมาตรฐานสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง

มาตรา 258 การปฏิรูปประเทศ กำหนดให้

(4) ปรับระบบหลักประกันสุขภาพให้ประชาชนได้รับสิทธิและประโยชน์จากการบริหารจัดการ และการเข้าถึงบริการที่มีคุณภาพและสะดวกทัดเทียมกัน และ

(5) ให้มีระบบการแพทย์ปฐมภูมิที่มีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวดูแลประชาชนในสัดส่วนที่เหมาะสม ซึ่งส่งผลให้ต้องมีการปฏิรูปการบริหารจัดการการเงินการคลังด้านสุขภาพ และการจัดบริการสุขภาพที่มุ่งเน้นบริการปฐมภูมิ เพื่อให้บริการเชิงรุกแก่ประชาชนทำให้ได้รับการบริการด้านสุขภาพ

อย่างทั่วถึง รวดเร็ว มีคุณภาพ รวมทั้งการลดความเหลื่อมล้ำของระบบประกันสุขภาพ ซึ่งจะ使人ไทยทุกคน สามารถเข้าถึงการรักษาอย่างเท่าเทียมกันต่อไปในอนาคต

รวมทั้งมาตรา 65 กำหนดให้รัฐต้องจัดทำยุทธศาสตร์ชาติเป็นเป้าหมายการพัฒนาประเทศอย่างยั่งยืน ตามหลักธรรมาภิบาล ซึ่งรัฐบาลได้มีการจัดทำยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี ที่กำหนดเป้าหมายการพัฒนาประเทศสู่ความมั่นคง มั่งคั่งและยั่งยืน และมีนโยบายขับเคลื่อนประเทศสู่ประเทศไทย 4.0 เป็นเครื่องมือสำคัญ ทั้งนี้ มีประเด็นที่กระทรวงสาธารณสุข ได้นำมาเป็นหลักในการวางแผนยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี ด้านสาธารณสุข ดังนี้

1) ยุทธศาสตร์การสร้างความสามารถในการแข่งขัน โดยการพัฒนาสาขาบริการที่ไทยมีศักยภาพ ที่สอดคล้องกับบริบทโลกในอนาคต ได้แก่ ธุรกิจบริการสุขภาพและการเสริมสร้างสุขภาวะ และสถานบริการสุขภาพและความงาม และการส่งเสริมธุรกิจบริการทางการแพทย์ โดยต้องมีการลงทุนอย่างจริงจังในการผลิตบุคลากรทางการแพทย์ การวิจัยและพัฒนาเทคโนโลยีทางการแพทย์ และเครื่องมือแพทย์ รวมทั้งมาตรฐานการบริการ เพื่อให้ประเทศไทยสามารถเป็นเจ้าของเทคโนโลยีได้เอง ซึ่งจะเป็นการสร้างรากฐานที่เข้มแข็งในการเป็นศูนย์กลางบริการทางการแพทย์ของภูมิภาคในระยะต่อไป

2) ยุทธศาสตร์การพัฒนาและเสริมสร้างศักยภาพคน ครอบคลุมการสร้างความรู้ด้านสุขภาพ การป้องกันและควบคุมปัจจัยเสี่ยงที่คุกคามสุขภาพ การสร้างสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการมีสุขภาวะที่ดี และการส่งเสริม ให้ชุมชนเป็นฐานในการสร้างสุขภาวะที่ดีในทุกพื้นที่

ซึ่งเป็นยุทธศาสตร์ที่มีความเกี่ยวข้องกับการพัฒนาระบบสุขภาพของประเทศโดยตรง และมีแผนแม่บทการเสริมสร้างให้คนไทยมีสุขภาวะที่ดี ภายใต้ยุทธศาสตร์นี้ ที่ให้ความสำคัญกับการเสริมสร้างการจัดการสุขภาวะในทุกรูปแบบที่นำไปสู่การมีศักยภาพในการจัดการสุขภาวะที่ดีได้ด้วยตนเอง พร้อมทั้งสนับสนุน ให้ทุกภาคส่วนมีส่วนร่วมในการสร้างเสริมให้คนไทยมีสุขภาวะที่ดี และมีทักษะด้านสุขภาวะ ที่เหมาะสม รวมถึงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพที่ทันสมัยสนับสนุนการสร้างสุขภาวะที่ดี ประกอบด้วย 5 แผนย่อย ได้แก่

- (1) การสร้างความรู้ด้านสุขภาวะและการป้องกันและควบคุมปัจจัยเสี่ยง
- (2) การสร้างสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการมีสุขภาวะที่ดีโดยใช้ชุมชนเป็นฐาน
- (3) การพัฒนาระบบบริการสุขภาพที่ทันสมัยสนับสนุนการสร้างสุขภาวะที่ดี
- (4) การกระจายบริการสาธารณสุขอย่างทั่วถึงและมีคุณภาพ
- (5) พัฒนาและสร้างระบบรับมือปรับตัวต่อโรคอุบัติใหม่และโรคอุบัติซ้ำที่เกิดจากการเปลี่ยนแปลงภูมิอากาศ

3) ยุทธศาสตร์การสร้างโอกาสและความเสมอภาคทางสังคม โดยการสร้างหลักประกันทางสังคมที่ครอบคลุมเหมาะสมกับคนทุกช่วงวัย อาทิ การพัฒนาระบบบริหารจัดการหลักประกันสุขภาพ

4) ยุทธศาสตร์การปรับสมดุลและพัฒนาาระบบบริหารจัดการภาครัฐ โดยบทวนบทบาทภารกิจของหน่วยงานภาครัฐให้มีความเหมาะสม รวมทั้งถ่ายโอนภารกิจที่สำคัญเพื่อกระจายอำนาจสู่ท้องถิ่น ปรับโครงสร้างและระบบบริหารงานราชการใหม่ในรูปแบบของหน่วยงานพิเศษที่ต้องอาศัยการดำเนินงานที่มีความ ยืดหยุ่น คล่องตัว ไม่ยึดติดกับโครงสร้างและระบบราชการแบบเดิม และพัฒนาปรับระบบวิธีการปฏิบัติราชการให้ทันสมัย มุ่งผลสัมฤทธิ์ มีความโปร่งใส ยืดหยุ่น และคล่องตัวสูง ลดความซ้ำซ้อน รวมถึงเปิดโอกาส ให้ทุกภาคส่วนเข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนินการ อย่างเหมาะสม

นอกจากนั้น เพื่อให้การขับเคลื่อนการปฏิรูประบบสุขภาพไปสู่เป้าหมายยุทธศาสตร์ชาติดังกล่าว คณะกรรมการปฏิรูปประเทศ ได้กำหนดแผนปฏิรูปประเทศด้านสาธารณสุข และประกาศในราชกิจจานุเบกษา เมื่อวันที่ 6 เมษายน 2561 ซึ่งมีผลโดยตรงต่อการกำหนดทิศทาง การจัดระบบสุขภาพของประเทศ โดยเฉพาะแผนการปฏิรูปด้านกำลังคนที่ได้กำหนดเป้าหมายการปฏิรูปกำลังคนด้านสุขภาพไว้ ดังนี้

เป้าหมายหรือผลอันพึงประสงค์และผลสัมฤทธิ์ของการปฏิรูปกำลังคนด้านสุขภาพของประเทศ

1. เป้าหมายระยะยาว 20 ปี

- **ประชาชน** เข้าถึงบริการสุขภาพและบริการสาธารณสุขที่ได้มาตรฐาน มีคุณภาพอย่างครอบคลุม ทัวถึง รวมถึงได้รับการส่งเสริมสนับสนุนความรู้ เพื่อนำไปสู่การสร้างสุขภาพและคุณภาพชีวิตที่ดี

- **องค์กรด้านสุขภาพ** รวมถึงสถานพยาบาล หน่วยบริหาร และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องต่างๆ มีบุคลากรสุขภาพที่เพียงพอ มีคุณลักษณะที่เหมาะสมต่อการจัดบริการสุขภาพตามมาตรฐาน และมีการบริหารจัดการบุคลากรที่สามารถตอบสนองกับการพัฒนาระบบบริการสุขภาพในแต่ละช่วงเวลา ภายใต้ค่าใช้จ่ายที่เหมาะสม

- **ระบบการศึกษาและการผลิตบุคลากรสุขภาพ** มีศักยภาพและขีดความสามารถในการผลิตและพัฒนาบุคลากรที่ตอบสนองต่อความต้องการของระบบสุขภาพในปัจจุบันและในอนาคต

- **บุคลากรสุขภาพ** มีความสุขในการทำงาน ภายใต้สิ่งแวดล้อมที่ปลอดภัย มีสมรรถนะที่สอดคล้องกับความต้องการของสังคม มีการเรียนรู้ตลอดชีวิตและพัฒนาสมรรถนะอย่างต่อเนื่อง

2. เป้าหมายระยะกลาง 5 ปี

- สัดส่วนบุคลากรสุขภาพต่อประชากรในระดับประเทศเพียงพอและสอดคล้องกับระดับการพัฒนาของประเทศและแผนการปฏิรูปประเทศด้านสาธารณสุข โดยมีแผนผลิตและพัฒนาบุคลากรที่สอดคล้องกับแผนความต้องการกำลังคน

- ความเหลื่อมล้ำของการกระจายบุคลากรสุขภาพระหว่างเขตสุขภาพลดลง และไม่มีพื้นที่ที่ขาดแคลนบุคลากรซ้ำซาก

- องค์กรและหน่วยงานในระดับต่างๆ มีสมรรถนะในการบริหารจัดการกำลังคนด้านสุขภาพ มีการลงทุนเพื่อการพัฒนาทุนมนุษย์ที่เหมาะสม มีการกระจายอำนาจการบริหารจัดการกำลังคนภาครัฐ มีระบบการจ้างงานที่ยืดหยุ่นและมีประสิทธิภาพ เพื่อสนับสนุนให้บุคลากรที่มีขีดความสามารถคงอยู่ในระบบอย่างยั่งยืน

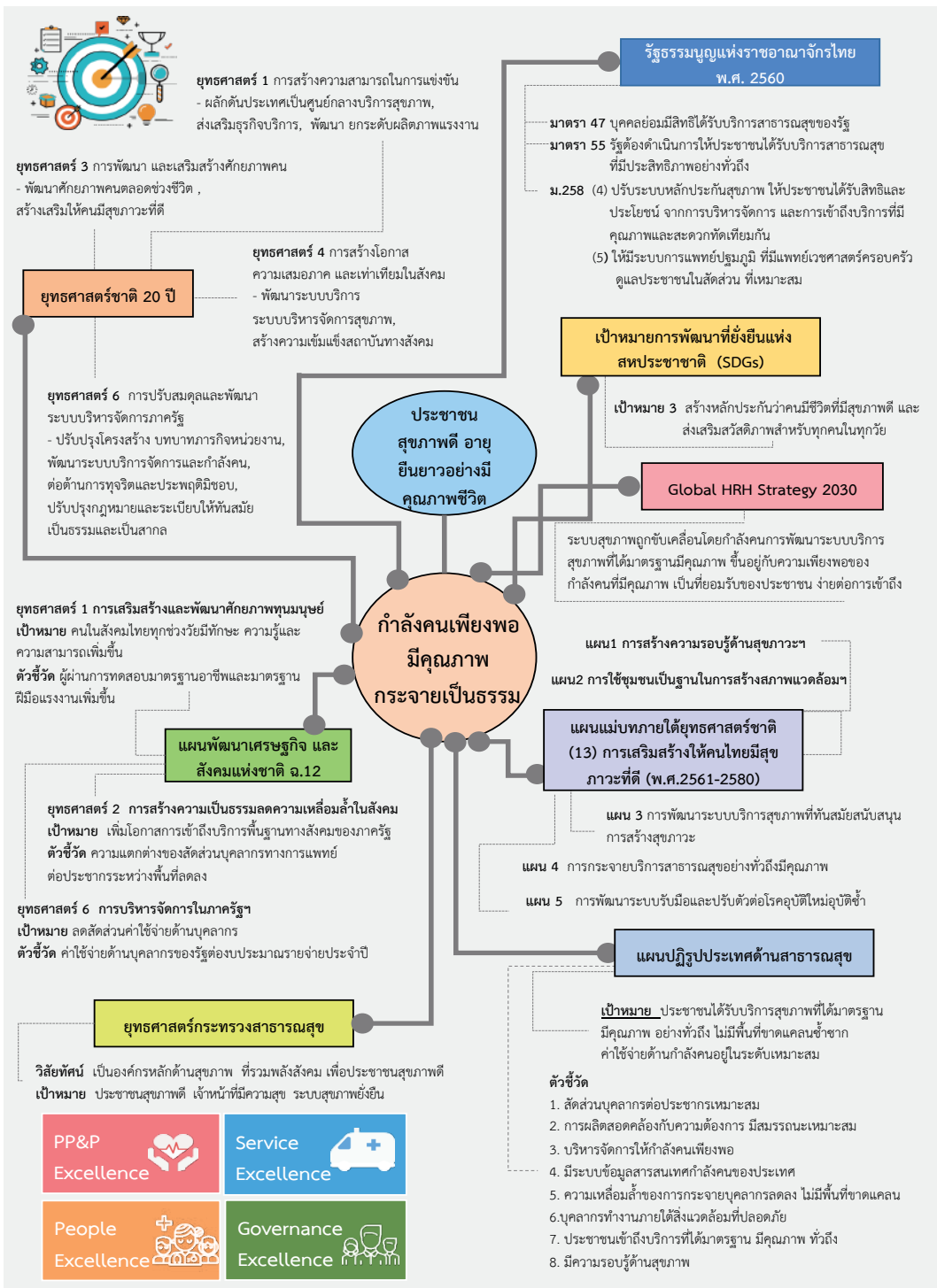
- มีระบบข้อมูลสารสนเทศระดับชาติที่รวบรวมข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับบุคลากรสุขภาพอย่างเป็นระบบ ทั้งจำนวน การกระจาย การผลิต การจ้างงาน และการเคลื่อนย้ายเพื่อสร้างความเข้าใจในสภาพตลาดแรงงานของบุคลากรสุขภาพ (Health labour market) โดยครอบคลุมทั้งในภาครัฐและภาคเอกชน

ดังนั้น ในการพัฒนาแผนการปฏิรูปกำลังคนและภารกิจด้านสุขภาพของประเทศ จึงต้องนำหลักการ แนวคิด และสาระสำคัญของแผนดังกล่าว มาเป็นหลักและเป้าหมายในการพัฒนาอย่างเชื่อมโยง (ภาพที่ 1.1) ร่วมกับการทบทวนการขับเคลื่อนการพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพในกระแสโลก และโดยการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ภายในประเทศเพื่อให้แผนดังกล่าวมีประสิทธิภาพ เพียงพอที่จะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงได้

กระบวนการในการพัฒนาแผนการปฏิรูปกำลังคนและภารกิจบริการด้านสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุข

นับตั้งแต่คณะรัฐมนตรี ได้พิจารณาอนุมัติเพิ่มอัตราข้าราชการตั้งใหม่ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพของสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข เมื่อวันที่ 23 พฤษภาคม 2560 และมีมติให้กระทรวงสาธารณสุข จัดทำแผนบริหารจัดการกำลังคนของกระทรวงฯ ในระยะยาว โดยคำนึงถึงความต้องการแพทย์ พยาบาล และบุคลากรที่เกี่ยวข้องในสัดส่วนต่อประชากรที่เหมาะสม ที่จะสามารถให้บริการได้อย่างมีคุณภาพในภาพรวมของประเทศ ทั้งนี้คณะกรรมการกำหนดเป้าหมายและนโยบายกำลังคนภาครัฐ (คปร.) ได้แต่งตั้งอนุกรรมการกำหนดยุทธศาสตร์การปฏิรูปกำลังคนและภารกิจบริการด้านสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุข (อนุฯคปร.) ขึ้น ซึ่ง อนุฯ คปร. ได้เห็นชอบตามที่กระทรวงสาธารณสุขเสนอให้ทำการศึกษาความต้องการด้านสุขภาพของประชาชน ซึ่งเป็นปัจจัยกำหนดความต้องการกำลังคนด้านสุขภาพที่จะให้บริการทั้งในเชิงปริมาณ และประเภทของกำลังคน แล้วจึงจัดทำแผนการปฏิรูปกำลังคนและภารกิจบริการด้านสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุขให้สอดคล้องกับบทบาท ภารกิจ ทิศทาง และนโยบายด้านการบริการสุขภาพของประเทศ เพื่อรองรับการเปลี่ยนแปลงในอนาคต ต่อไป

ภาพที่ 1.1 ความเชื่อมโยงของแผนระดับชาติที่เกี่ยวข้องกับระบบสุขภาพและกำลังคน



กระบวนการในการพัฒนาแผนยุทธศาสตร์การปฏิรูปกำลังคนและภารกิจบริการด้านสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุข มีการดำเนินการดังนี้

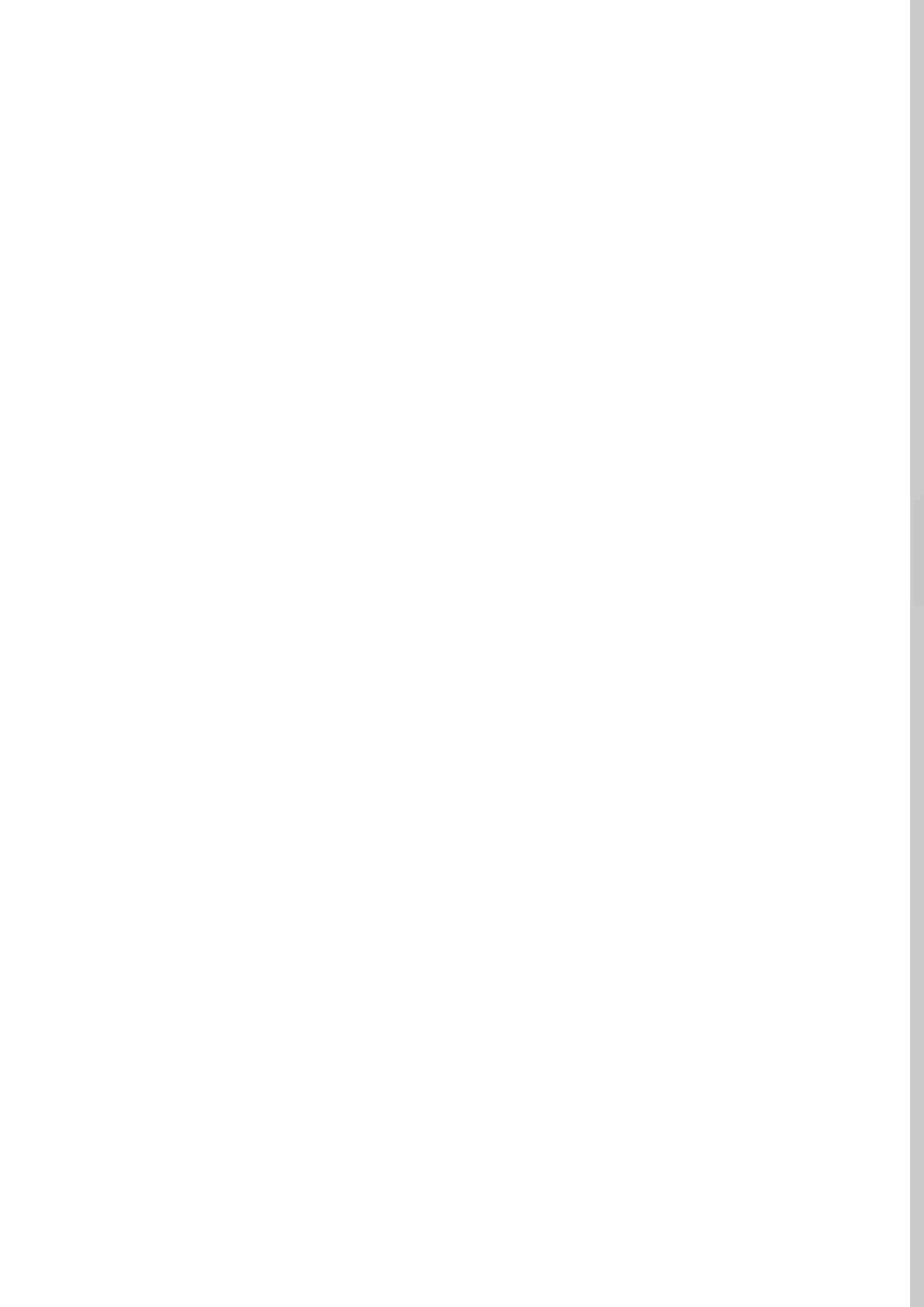
1. ปลัดกระทรวงสาธารณสุขในฐานะรองประธานอนุกรรมการฯ แต่งตั้งคณะทำงานวิชาการที่ประกอบด้วยนักวิชาการทั้งภายนอกและภายในกระทรวงสาธารณสุข เพื่อทำการศึกษาวิจัยเพื่อจัดทำแผนกำลังคนด้านสุขภาพในระยะยาว ซึ่งมีการวิเคราะห์ความต้องการกำลังคน (Demand) และความสามารถในการผลิตกำลังคนด้านสุขภาพ ตลอดจนอัตรากำลังคนด้านสุขภาพที่มี (Supply) เพื่อให้สอดคล้องกับทิศทางการปฏิรูปประเทศ สภาพปัญหา และบริบทของการบริการสุขภาพที่เปลี่ยนแปลงไป เพื่อพัฒนาข้อเสนอเชิงนโยบายในการพัฒนายุทธศาสตร์การปฏิรูปกำลังคนและภารกิจบริการด้านสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุข

2. คณะทำงานวิชาการ ทำการศึกษาวิจัย ทบทวนสถานการณ์ ทั้งด้านความต้องการด้านสุขภาพของประชาชน การออกแบบระบบบริการสุขภาพที่ส่งผลต่อผลลัพธ์ด้านสุขภาพของประชาชนในมิติของคุณภาพชีวิต สัดส่วนประชาชนที่มีสุขภาพดี และการเข้าถึงบริการสุขภาพ และทำการคาดการณ์ความต้องการกำลังคน 4 สาขาหลัก (แพทย์ พยาบาลวิชาชีพ ทันตแพทย์ และเภสัชกร) ในระยะ 20 ปีข้างหน้า โดยใช้การวิเคราะห์พลวัตระบบ (system Dynamic)

3. ระเบียบวิธี : กรอบแนวคิดในการวางแผนเปลี่ยนไปจากเดิมดังนี้

การวางแผนกำลังคนแบบเดิม	การวางแผนกำลังคนแบบใหม่
1. การคิดแบบแยกส่วน (Compartmentalized Thinking)	1. การคิดเชิงระบบ/ คิดครบทั้งระบบ (Systems Thinking)
2. การวางแผนบนพื้นฐาน ของระบบบริการสุขภาพในอดีต (History-based Planning)	2. การวางแผนบนพื้นฐานการเปลี่ยนแปลงอย่างต่อเนื่องภายในระบบสุขภาพ (Dynamics)
3. การวางแผนบนฉากทัศน์เดียว (One-scenario)	3. การวางแผนที่คำนึงผลกระทบของนโยบายทางเลือกต่าง ๆ จากความสัมพันธ์อย่างใกล้ชิดระหว่างองค์ประกอบย่อยในระบบสุขภาพ (Simulation Modeling of Policy Options)

4. ขั้นตอนการดำเนินงาน ที่สร้างการมีส่วนร่วมของผู้เกี่ยวข้อง ประกอบด้วย
 - 4.1 การสัมมนาเชิงปฏิบัติการ ครั้งที่ 1 ในวันที่ 15-16 พฤษภาคม 2560 เพื่อสร้างแบบจำลองพลวัตระบบ (System dynamic modeling)
 - 4.2 การสัมมนาเชิงปฏิบัติการ ครั้งที่ 2 ในวันที่ 7 กรกฎาคม 2560 เพื่อตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลและแบบจำลองพลวัตระบบโดยผู้บริหาร ผู้กำหนดนโยบาย และนักวิจัย
 - 4.3 การสัมมนาเชิงปฏิบัติ ครั้งที่ 3 ในวันที่ 29 มกราคม 2561 เพื่อตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลและแบบจำลองพลวัตระบบ โดยมีผู้เข้าร่วมประชุมเป็นผู้ที่เกี่ยวข้องทั้งภาครัฐ เอกชน และกลุ่มวิชาชีพต่าง ๆ
 - 4.4 การสัมมนาเชิงปฏิบัติการ ครั้งที่ 4 ในวันที่ 27 กุมภาพันธ์ 2561 เพื่อกำหนดสัดส่วนภาระงานของทีม (Skill mix) ของวิชาชีพต่าง ๆ โดยผู้แทนสภาวิชาชีพ
 - 4.5 การสัมมนาเชิงปฏิบัติการ ครั้งที่ 5 ในวันที่ 12 มิถุนายน 2561 เพื่อระดมความเห็นในการกำหนดข้อเสนอนโยบายต่าง ๆ
 - 4.6 การนำเสนอผลการศึกษาต่อสาธารณะ ครั้งที่ 1 ในวันที่ 5 มีนาคม 2561 นำเสนอผลการศึกษาต่อผู้ที่เกี่ยวข้อง
5. คณะทำงานวิชาการได้นำเสนอผลการศึกษาต่อผู้กำหนดนโยบาย
 - 5.1 อนุกรรมการกำหนดยุทธศาสตร์การปฏิรูปกำลังคนและภารกิจบริการด้านสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุข เป็นระยะ ๆ
 - 5.2 การนำเสนอผลการศึกษาต่อรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข และผู้บริหารระดับสูง 2 ครั้ง (กรกฎาคม และกันยายน 2560) เพื่อตัดสินใจเชิงนโยบาย และนำเข้าสู่การพัฒนายุทธศาสตร์กระทรวงสาธารณสุขในส่วนที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ ยุทธศาสตร์บริการเป็นเลิศ (Service Excellence) และยุทธศาสตร์การบริหารจัดการเป็นเลิศ (Governance Excellence)
 - 5.3 นำเสนอต่อ อ.ก.พ.กระทรวงสาธารณสุข (21 มี.ค. 2561)
6. คณะทำงานวิชาการทำการยกร่าง “แผนการปฏิรูปกำลังคนและภารกิจบริการด้านสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุข” และนำเสนอเพื่อรับฟังความคิดเห็นต่อผู้เกี่ยวข้อง
ทั้งนี้ รายละเอียดของแผนฯ ได้นำเสนอในบทต่อไป



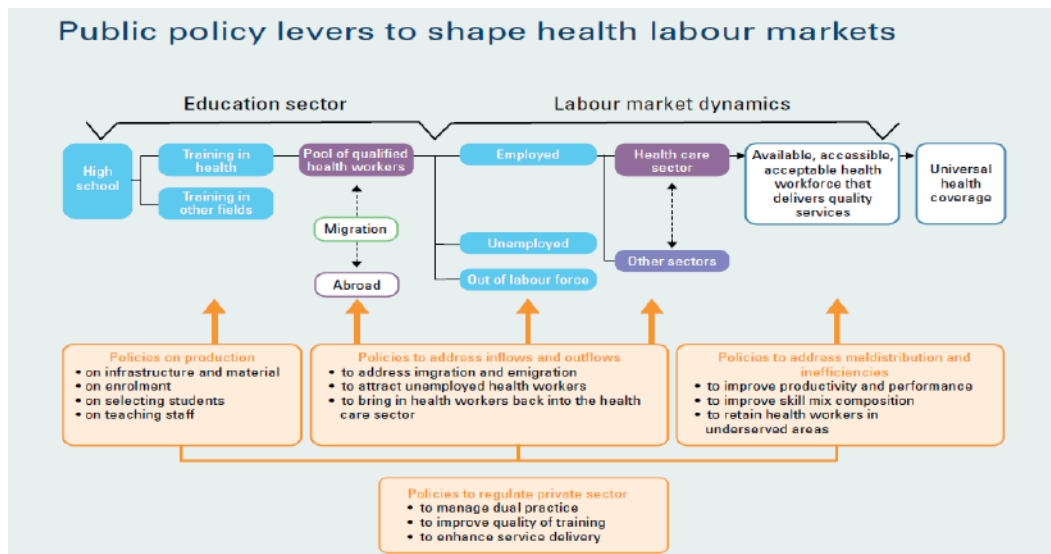
ส่วนที่ 2

**สถานการณ์กำลังคนรองรับ
ในระบบบริการสุขภาพของประเทศไทย
(Supply of Health workforce in
Thailand Health Service System)**

กำลังคนรองรับในระบบบริการสุขภาพของประเทศไทย

การทำงานของบุคลากรด้านสุขภาพ ในปัจจุบัน โดยเฉพาะแพทย์ พยาบาลวิชาชีพ ทันตแพทย์ และเภสัชกร เมื่อสำเร็จการศึกษาแล้ว ส่วนใหญ่จะเข้าทำงานตามสายวิชาชีพ โดยเข้าสู่การจ้างงานทั้งในภาคบริการสุขภาพ (Health service sector) ในหน่วยบริการสุขภาพทั้งภาครัฐและเอกชน และนอกภาคบริการสุขภาพ (Non-Health Service sector) เช่น การทำงานในหน่วยงานหรือองค์กรด้านบริหาร หรือการทำงานในภาคอุตสาหกรรมอื่น ๆ นอกกระบวนการ หรือบางส่วนย้ายถิ่นฐานไปทำงานต่างประเทศ รวมทั้งมีบางส่วนเปลี่ยนอาชีพ หรือไม่ทำงานในวิชาชีพ ซึ่งการพิจารณาว่ามีกำลังคนเพียงพอต่อการให้บริการด้านสุขภาพหรือไม่นั้น ควรจะนับเฉพาะผู้ที่ทำงานในภาคบริการสุขภาพเท่านั้น และการที่จะทำให้มีกำลังคนเพียงพอจำเป็นต้องมีนโยบายสนับสนุนอย่างเป็นระบบ ทั้งการผลิต การดึงดูดให้บุคลากรทำงานในระบบบริการ รวมทั้งการเพิ่มผลิตภาพกำลังคน ดังภาพที่ 2.1 และระบบข้อมูลของประเทศมีความสำคัญมากที่จะติดตามการเปลี่ยนแปลงด้านกำลังคนในแต่ละช่วงเวลาได้

ภาพที่ 2.1 พลวัตของตลาดแรงงานของบุคลากรด้านสุขภาพ



ที่มา: High-Level Commission on Health Employment and Economic Growth: Working for Health and Growth Investing in the Health Workforce. WHO : Geneva. 2016 P.30

ปัจจุบัน ฐานข้อมูลทะเบียนผู้ประกอบการวิชาชีพด้านสุขภาพของสภาวิชาชีพ ซึ่งเป็น Registration Data จัดเป็นแหล่งข้อมูลเดียวที่สามารถแจ้งนับจำนวนผู้รับใบอนุญาตประกอบวิชาชีพได้ถูกต้องมากที่สุด ซึ่งในตลาดแรงงานจัดว่าบุคลากรที่มีใบอนุญาตประกอบวิชาชีพตามที่กฎหมายกำหนด เป็น Pool of Qualified Health workforce คือบุคลากรวิชาชีพที่พร้อมเข้ามาทำงานในตลาดแรงงาน เมื่อมีปัจจัยดึงดูดที่จูงใจมากพอ

จากรายงานการขึ้นทะเบียนผู้ประกอบการวิชาชีพด้านสุขภาพ 4 สาขาหลักดังกล่าว พบว่า ณ ปี 2560 ประเทศไทยมีแพทย์ 52,751 คน เป็นผู้ที่อายุ 70 ปีขึ้นไป 3,374 คน มีพยาบาลวิชาชีพ 191,575 คน เป็นผู้ที่อายุ 60 ปีขึ้นไป 5,813 คน มีทันตแพทย์ 16,102 คน เป็นผู้ที่มีอายุ 70 ปีขึ้นไป 752 คน และมีเภสัชกร 38,398 คน (ไม่มีรายงานโครงสร้างอายุของผู้ประกอบวิชาชีพเภสัชกรรม) ซึ่งผลการสำรวจของคณะทำงานวิชาการ เพื่อวางแผนกำลังคนในระยะ 20 ปีข้างหน้า พบว่า ในปีเดียวกันนี้มีแพทย์ พยาบาลวิชาชีพ ทันตแพทย์ และเภสัชกร ที่ให้บริการสุขภาพ ในสัดส่วนร้อยละ 79.6, 80.0, 78.8 และ 33.3 ตามลำดับ เมื่อเปรียบเทียบกับจำนวนผู้ที่มีใบอนุญาตประกอบวิชาชีพแต่ละวิชาชีพ ทั้งนี้ จะเห็นว่าเภสัชกร เป็นบุคลากรที่มีการทำงานนอกหน่วยบริการสุขภาพมากที่สุด เช่น การทำงานในอุตสาหกรรมยา หรือการประกอบธุรกิจร้านยา เป็นต้น

อย่างไรก็ตามแม้ว่า ผลของการเพิ่มการผลิตบุคลากรดังกล่าว ในช่วงระยะเวลากว่า 20 ปีที่ผ่านมา โดยเน้นการรับนักศึกษาจากชนบทและการบังคับการทำงานชดใช้ทุนหลังจบการศึกษา (Compulsory Service) เช่น โครงการผลิตแพทย์เพิ่มเพื่อชาวชนบท การผลิตพยาบาลของกระทรวงสาธารณสุข และสถาบันการศึกษาพยาบาลภาครัฐ รวมทั้ง นโยบายการเพิ่มค่าตอบแทนประเภท Hardship allowance เพื่อดึงดูดบุคลากรไว้ในชนบท นโยบายการให้ทุนการศึกษาต่อ รวมทั้งการบรรจุเข้ารับราชการ ซึ่งเป็นปัจจัยดึงดูดที่มีความสำคัญอย่างมากต่อการธำรงรักษาไว้ในระบบกำลังคนโดยเฉพาะตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ ผลของมาตรการดังกล่าวทำให้มีกำลังคนด้านสุขภาพ 4 สาขาหลัก เพิ่มขึ้นอย่างเห็นได้ชัด โดยพบว่า ระหว่างปีพ.ศ. 2522 กับ 2560 ความหนาแน่นของบุคลากรที่ให้บริการสุขภาพ ต่อประชากรดีขึ้นมาโดยตลอด (ตารางที่ 2.1) แต่ความขาดแคลนและการกระจายกำลังคนด้านสุขภาพ ก็ยังเป็นปัญหาสำคัญของระบบสุขภาพ ทั้งนี้เนื่องจากความต้องการด้านสุขภาพของประชาชนเพิ่มขึ้น สังคมสูงอายุ และการเปลี่ยนแปลงด้านระดับการศึกษา ที่สะท้อนว่าความเจ็บป่วยของประชาชนมีแนวโน้มเป็นความเจ็บป่วยเรื้อรัง รวมทั้งยังคงมีปัญหาการกระจายบุคลากร ทั้งในเชิงภูมิศาสตร์และความเชี่ยวชาญของบุคลากร ที่ส่งผลกระทบต่อคุณภาพบริการและการเข้าถึงบริการที่จำเป็นของประชาชน

ตารางที่ 2.1 ความหนาแน่นของบุคลากรสุขภาพ 4 สาขา ระหว่างปี พ.ศ. 2522-2560

บุคลากรสาขา	อัตราส่วนบุคลากรต่อประชากร		
	พ.ศ. 2522	พ.ศ. 2556	พ.ศ. 2560*
แพทย์	1 ต่อ 7,000	1 ต่อ 2,400	1 ต่อ 1,448
พยาบาล	1 ต่อ 2,600	1 ต่อ 500	1 ต่อ 407
ทันตแพทย์	1 ต่อ 45,000	1 ต่อ 8,400	1 ต่อ 5,592
เภสัชกร	1 ต่อ 18,000	1 ต่อ 5,500	1 ต่อ 5,298

* การคาดประมาณประชากรพ.ศ. 2553-2583 ของสำนักงานคณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ 67,653,000 คน

แนวโน้มการกระจายกำลังคนด้านสุขภาพจำแนกตามสังกัด

การกระจายกำลังคนในแต่ละสังกัด ตั้งแต่ปี 2514-2560 พบทิศทางซึ่งสะท้อนการขยายตัวของโรงพยาบาลเอกชน ที่มีบทบาทในการให้บริการสุขภาพเพิ่มมากขึ้น โดยมีการจ้างแพทย์ พยาบาลวิชาชีพ และทันตแพทย์ เพิ่มมากขึ้นกว่า 2 เท่า ยกเว้นเภสัชกร ที่มีแนวโน้มการเข้าสู่การจ้างงานของโรงพยาบาลเอกชนลดลง และเป็นที่น่าสังเกตว่า การขยายตัวของภาครัฐอื่นนอกกระทรวงสาธารณสุข ในการจ้างงานบุคลากรทั้ง 4 สาขา มีการลดสัดส่วนลงกว่าเท่าตัวเช่นกัน เมื่อเปรียบเทียบกับปีพ.ศ. 2514 โดยเฉพาะทันตแพทย์มีสัดส่วนลดลงกว่า 10 เท่า และมีอัตราการขยายตัวค่อนข้างคงที่ระหว่างปี พ.ศ. 2556-2560

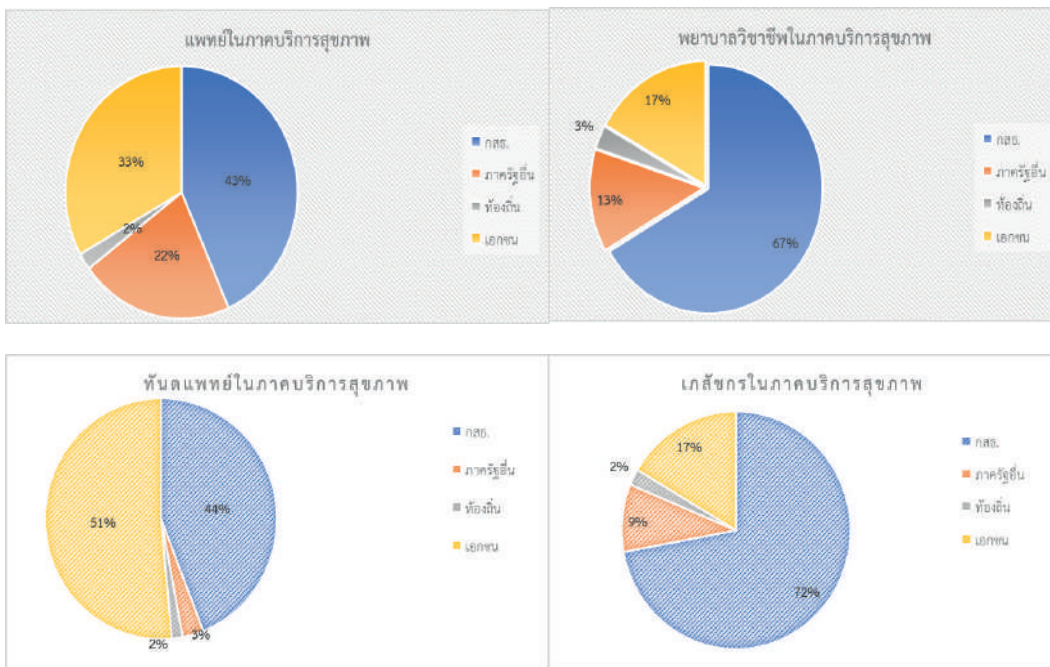
อย่างไรก็ตามในภาพรวมของประเทศ แม้ว่ากระทรวงสาธารณสุข จะมีกำลังคนด้านสุขภาพทั้ง 4 สาขา ในสัดส่วนสูงที่สุดเมื่อเทียบกับสังกัดอื่น แต่มีแนวโน้มลดลงระหว่าง ปี 2556 กับ 2560 ยกเว้นเภสัชกร ที่มีผู้เข้าสู่การจ้างงานในกระทรวงสาธารณสุขเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องโดยพบว่า มีผู้เข้าสู่การจ้างงานในกระทรวงสาธารณสุขเพิ่มขึ้นเกือบ 4 เท่าเมื่อเทียบกับปี 2514 รายละเอียดดังตารางที่ 2.2

ตารางที่ 2.2 สัดส่วนร้อยละการกระจายบุคลากร 4 สาขาตามสังกัด ระหว่างปีพ.ศ. 2514-2560

บุคลากรสาขา/สังกัด	2514	2556	2560
แพทย์			
กระทรวงสาธารณสุข	48.5	58.8	43.4
ภาครัฐอื่น	44.8	23.2	23.5
เอกชน	6.7	18	33.1
พยาบาลวิชาชีพ			
กระทรวงสาธารณสุข	47.8	72.4	66.6
ภาครัฐอื่น	43.7	16.7	16.5
เอกชน	8.5	10.9	16.9
ทันตแพทย์			
กระทรวงสาธารณสุข	27.5	60.7	44.1
ภาครัฐอื่น	55.7	13.3	4.4
เอกชน	16.8	26	51.5
เภสัชกร			
กระทรวงสาธารณสุข	18.9	65.7	72.1
ภาครัฐอื่น	17.8	9.6	11.4
เอกชน	57	22.3	16.5

การกระจายกำลังคนด้านสุขภาพรายสังกัด โดยเฉพาะบุคลากรสายงานวิชาชีพหลัก ได้แก่ แพทย์ พยาบาลวิชาชีพ และเภสัชกร พบว่า ประมาณร้อยละ 78.8 ทำงานในภาครัฐ ซึ่งสังกัด กระทรวงสาธารณสุข มหาวิทยาลัย กระทรวงกลาโหม/ตำรวจ/ภาครัฐอื่นๆ องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น และภาคเอกชน ยกเว้นทันตแพทย์ ที่ทำงานในภาครัฐและเอกชนในสัดส่วนครึ่งต่อครึ่ง และพบว่ากระทรวงสาธารณสุขมีส่วนแบ่งในตลาดการจ้างงานบุคลากรทั้ง 4 วิชาชีพประมาณร้อยละ 62.33 ของการจ้างงานทั้งหมด และมีสัดส่วนถึงร้อยละ 80 เมื่อเทียบกับการจ้างงานในภาครัฐทั้งหมด ดังภาพที่ 2.2

ภาพที่ 2.2 สถานการณ์การจ้างงาน แพทย์ พยาบาล ทันตแพทย์ และเภสัชกรในแต่ละสังกัดในปัจจุบัน



การกระจายกำลังคนด้านสุขภาพตามภูมิภาค

การกระจายกำลังคนด้านสุขภาพตามภูมิภาค เป็นตัวบ่งชี้ความเสมอภาคในการเข้าถึงบริการสุขภาพ โดยเฉพาะ ความเสมอภาคระหว่างพื้นที่ที่มีภาวะเศรษฐกิจที่แตกต่างกัน เช่น ระหว่างกรุงเทพฯ กับภาคตะวันออกเฉียงเหนือ พบว่า แนวโน้มการกระจายกำลังคนด้านสุขภาพทั้ง 4 สาขาหลัก ดีขึ้นจากการเพิ่มขึ้นของกำลังคนจากการผลิตที่เพิ่มมากขึ้นในระยะ 10 ปีที่ผ่านมา โดยอัตราส่วนแพทย์ต่อประชากร ในปีพ.ศ. 2556 ของกรุงเทพฯ เท่ากับ 1:886 ภาคกลาง เท่ากับ 1:2,220 ภาคเหนือ เท่ากับ 1:2,821 ภาคใต้ เท่ากับ 1:2,792 และภาคตะวันออกเฉียงเหนือ เท่ากับ 1:3,763 โดยความแตกต่างระหว่างกรุงเทพฯ กับภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ลดจาก 21.3 เท่า ในปีพ.ศ. 2522 เหลือ 4.2 เท่า ในปีพ.ศ. 2556

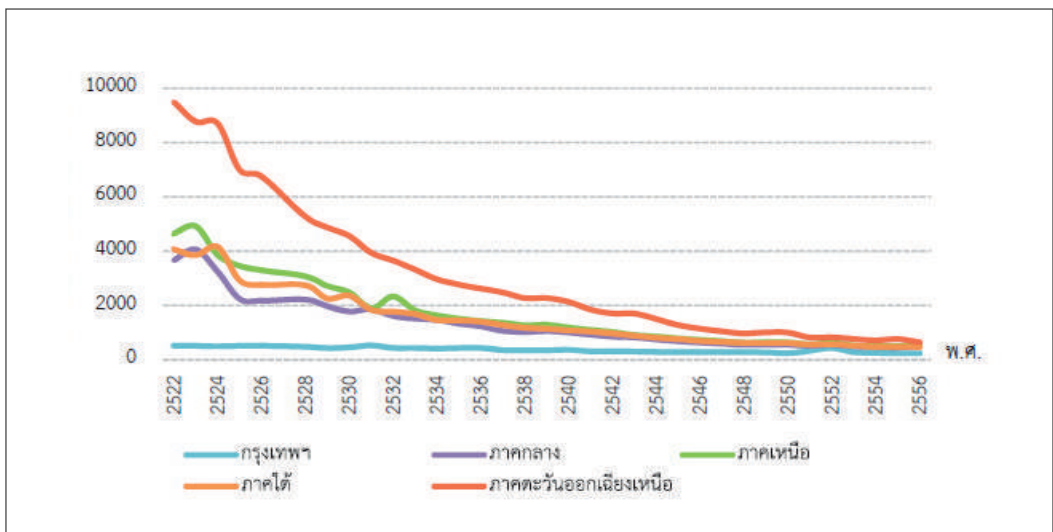
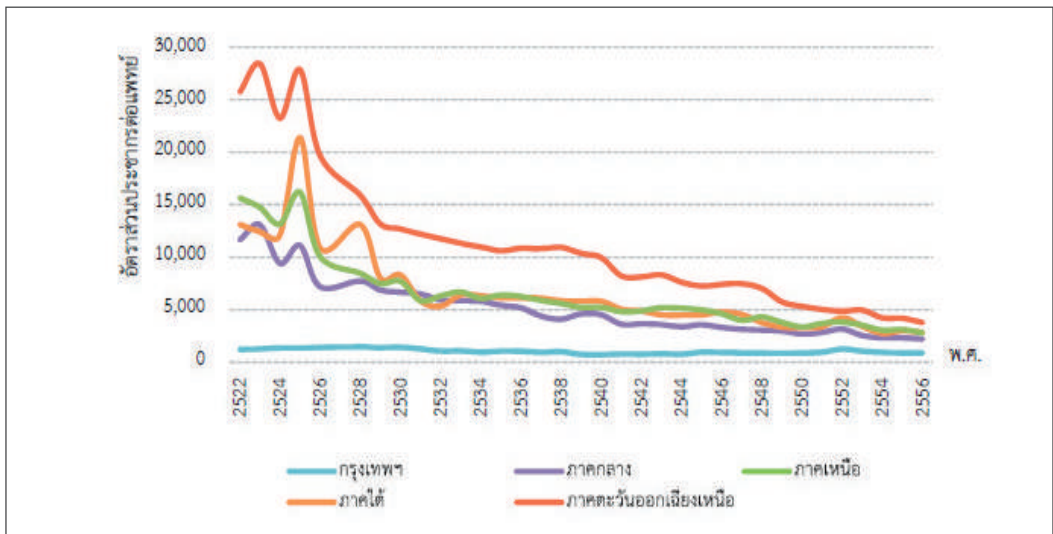
อัตราส่วนพยาบาลวิชาชีพต่อประชากร ในปีพ.ศ. 2556 ของกรุงเทพฯ เท่ากับ 1:240 ภาคกลาง เท่ากับ 1:497 ภาคเหนือ เท่ากับ 1:543 ภาคใต้ เท่ากับ 1:466 และภาคตะวันออกเฉียงเหนือ เท่ากับ 1:646 โดยความแตกต่างระหว่างกรุงเทพฯ กับภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ลดจาก 18.2 เท่า ในปีพ.ศ. 2522 เหลือ 2.7 เท่า ในปีพ.ศ. 2556

อัตราส่วนทันตแพทย์ต่อประชากร ในปีพ.ศ. 2556 ของกรุงเทพฯ เท่ากับ 1:2,932 ภาคกลาง เท่ากับ 1:8,499 ภาคเหนือ เท่ากับ 1:9,147 ภาคใต้ เท่ากับ 1:9,300 และภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

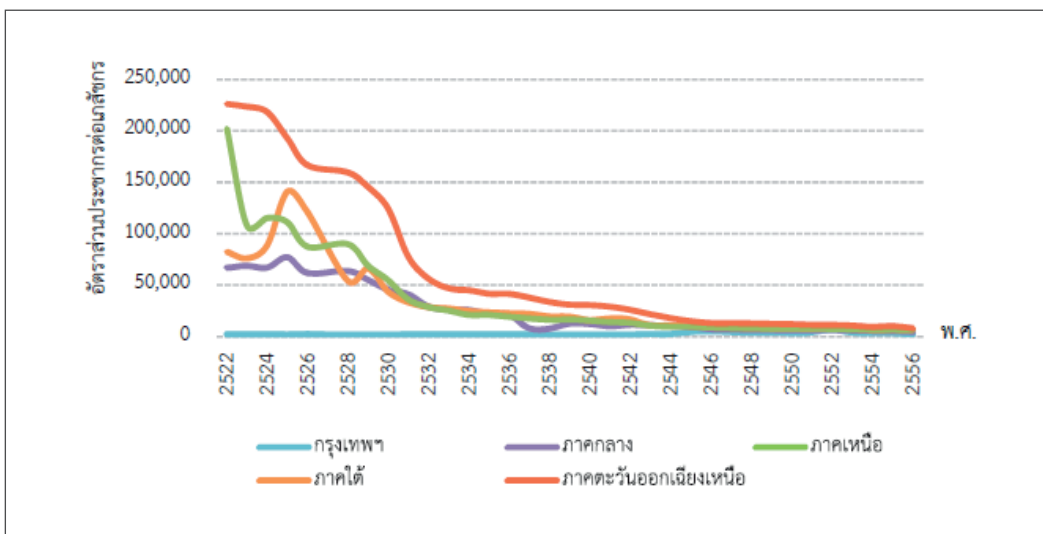
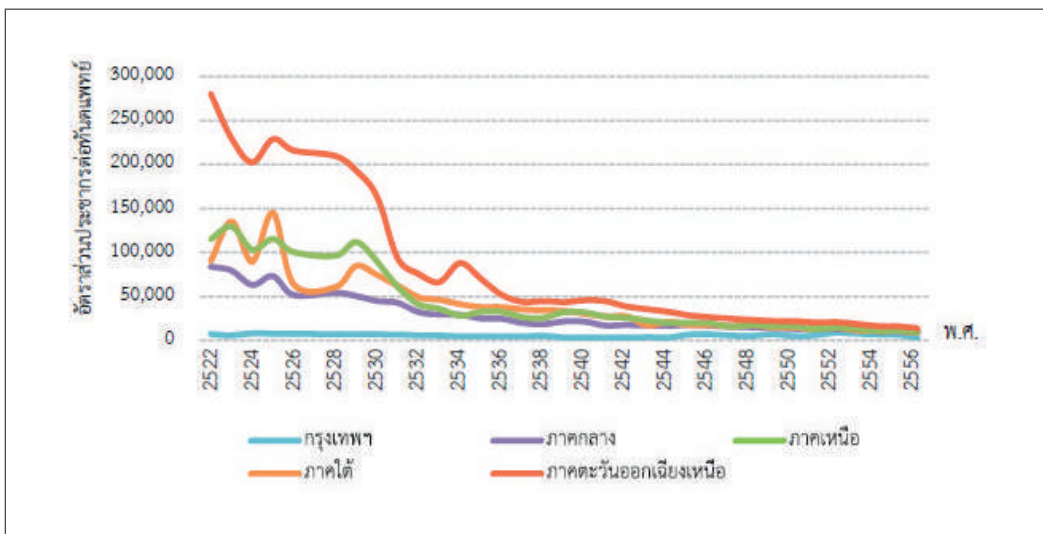
เท่ากับ 1:13,783 โดยความแตกต่างระหว่างกรุงเทพฯ กับภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ลดจาก 40.2 เท่า ในปีพ.ศ. 2522 เหลือ 4.7 เท่า ในปีพ.ศ. 2556

อัตราส่วนเภสัชกรต่อประชากร ในปีพ.ศ. 2556 ของกรุงเทพฯ เท่ากับ 1:2,465 ภาคกลาง เท่ากับ 1:4,717 ภาคเหนือ เท่ากับ 1:6,548 ภาคใต้ เท่ากับ 1:6,330 และภาคตะวันออกเฉียงเหนือ เท่ากับ 1:8,237 โดยความแตกต่างระหว่างกรุงเทพฯ กับภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ลดจาก 98.1 เท่า ในปีพ.ศ. 2522 เหลือ 3.3 เท่า ในปีพ.ศ. 2556

ภาพที่ 2.3 อัตราส่วนประชากรต่อ แพทย์ พยาบาลวิชาชีพ ทันตแพทย์ และเภสัชกร รายภาค



ภาพที่ 2.3 อัตราส่วนประชากรต่อ แพทย์ พยาบาลวิชาชีพ ทันตแพทย์ และเภสัชกร รายภาค (ต่อ)



การผลิตบุคลากรด้านสุขภาพ

ศักยภาพของสถาบันการศึกษาในการผลิตบุคลากรด้านสุขภาพของประเทศไทยเพิ่มขึ้นมาเป็นลำดับนับตั้งแต่ปี พ.ศ. 2535 เป็นต้นมา ที่เริ่มมีโครงการผลิตแพทย์และพยาบาลเพิ่ม จนกระทั่งปัจจุบันมีการผลิตกำลังคนด้านสุขภาพทั้งจากสถาบันการศึกษาภาครัฐและเอกชน แต่อย่างไรก็ตามเมื่อเปรียบเทียบกับประเทศใน ASEAN พบว่า ประเทศไทย มีการผลิตแพทย์ ในสัดส่วน 4.58 คนต่อประชากรแสนคนต่อปี และมีการผลิตพยาบาล 14.78 คน ต่อประชากรแสนคนต่อปี ซึ่งอยู่อันดับ 7 ของภูมิภาค ในขณะที่มาเลเซีย มีความสามารถในการผลิตแพทย์และพยาบาล ในอัตรา 12 และ 32.8 คนต่อประชากรแสนคนต่อปี ตามลำดับ เช่นเดียวกับเวียดนาม ที่มีแผนเพิ่มการผลิตแพทย์ และพยาบาล ในสัดส่วน 11.6 คนต่อประชากรแสนคน

ตารางที่ 2.3 การผลิตบุคลากรด้านสุขภาพ 4 สาขาหลักในประเทศไทย (ข้อมูลแผนการผลิตระหว่างปี 2556-2570 จากการสำรวจในปี พ.ศ. 2560)

สาขา	จำนวนสถาบันการศึกษา			จำนวนการผลิตเฉลี่ย (คนต่อปี)		
	รัฐ	เอกชน	รวม	รัฐ	เอกชน	เฉลี่ย
แพทย์	19	2	21	3,288	118	3,336
พยาบาลวิชาชีพ	63	23	86	8,200	2,500	10,843
ทันตแพทย์	11	2	13	826	200	970
เภสัชกร	14	5	19	1,700	300	2,000

แผนการผลิตกำลังคนด้านสุขภาพ 4 สาขา

1. แผนการผลิตแพทย์

ผลการทบทวนเอกสารโครงการผลิตแพทย์เพิ่มแห่งประเทศไทยของกลุ่มแพทยศาสตรศึกษาแห่งประเทศไทย ระยะเวลาที่ 1 พ.ศ. 2556-2560 และ ระยะเวลาที่ 2 พ.ศ. 2556-2570 และข้อมูลของแพทยสภา พบว่า ในระหว่างปีการศึกษา 2553-2573 ประเทศไทยมีแผนผลิตแพทย์จากสถาบันภาครัฐ 67,051 คน และภาคเอกชน 3,024 รวม 70,075 คน ซึ่งคิดเป็นอัตราการผลิตเฉลี่ย 3,336 คนต่อปี (ภาครัฐเฉลี่ย 3,192 คน/ปี ภาคเอกชนเฉลี่ย 144 คน/ปี) ดังตารางที่ 2.4

ตารางที่ 2.4 แผนการผลิตแพทย์ในประเทศไทยระหว่างปี 2553-2573

เข้าเรียนปี การศึกษา	ปีที่สำเร็จ การศึกษา	กระทรวงศึกษาธิการ			กสธ	รวมภาครัฐ	เอกชน	รวมทั้งหมด
		แผนรับ ปกติ	แผนผลิต เพิ่ม	รวม	แผนผลิต CPIRD			
2553	2560	956	685	1,641	965	2,606	130	2,736
2554	2561	956	810	1,766	1,084	2,850	130	2,980
2555	2562	956	230	1,186	1,026	2,212	130	2,342
2556	2563	956	230	1,186	510	1,696	130	1,826
2557	2564	956	894	1,850	1,116	2,966	130	3,096
2558	2565	956	914	1,870	1,116	2,986	148	3,134
2559	2566	956	966	1,922	1,128	3,050	148	3,198
2560	2567	956	1,034	1,990	1,131	3,121	148	3,269
2561	2568	956	1,086	2,042	1,346	3,388	148	3,536
2562	2569	956	1,086	2,042	1,346	3,388	148	3,536
2563	2570	956	1,086	2,042	1,346	3,388	148	3,536
2564	2571	956	1,086	2,042	1,346	3,388	148	3,536
2565	2572	956	1,086	2,042	1,346	3,388	148	3,536
2566	2573	956	1,176	2,132	1,446	3,578	148	3,726
2567	2574	956	1,176	2,132	1,446	3,578	148	3,726
2568	2575	956	1,176	2,132	1,446	3,578	148	3,726
2569	2576	956	1,176	2,132	1,446	3,578	148	3,726
2570	2577	956	1,176	2,132	1,446	3,578	148	3,726
2571	2578	956	1,176	2,132	1,446	3,578	149	3,727
2572	2579	956	1,176	2,132	1,446	3,578	150	3,728
2573	2580	956	1,176	2,132	1,446	3,578	151	3,729
รวมการผลิต		20,076	20,601	40,677	26,374	67,051	3,024	70,075

2. การผลิตพยาบาลวิชาชีพ

ผลการทบทวนเอกสารแผนการผลิตพยาบาลวิชาชีพ ซึ่งดำเนินการโดยคณะกรรมการพยาบาลศาสตร์ศึกษาแห่งชาติ และสภาการพยาบาลพบว่า มีการเพิ่มการผลิตพยาบาลวิชาชีพตั้งแต่ปี 2535 เป็นต้นมา โดยเฉพาะการเพิ่มการลงทุนในการผลิตพยาบาลเพิ่มในสถาบันการศึกษาภาครัฐ ได้แก่ คณะพยาบาลศาสตร์สังกัดสำนักงานคณะกรรมการการอุดมศึกษากระทรวงศึกษาธิการ และวิทยาลัยพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข นอกจากนี้ยังมีสถาบันการศึกษาพยาบาลภาคเอกชนที่มีแผนเพิ่มการผลิต แต่ปัจจุบันการศึกษาพยาบาลเริ่มมีปัญหาการขาดแคลนอาจารย์ จนอาจไม่สามารถเพิ่มการผลิตได้มากกว่าแผนการผลิตนี้ในอนาคต

ผลการศึกษาแผนการผลิต พบว่า ในระหว่างปีการศึกษา 2556-2576 มีการผลิตพยาบาลวิชาชีพในประเทศไทยรวม 227,699 คน หรือคิดเป็นอัตราการผลิตเฉลี่ย 10,843 คนต่อปี (ภาครัฐเฉลี่ย 7,626 คน/ปี ภาคเอกชน เฉลี่ย 3,217 คน/ปี) รายละเอียดดังตารางที่ 2.5

ตารางที่ 2.5 แผนการผลิตพยาบาลวิชาชีพในประเทศไทยระหว่างปีการศึกษา 2556-2576

เข้าเรียน ปีการศึกษา	ปีที่สำเร็จ การศึกษา	การผลิตปกติ				การผลิตเพิ่ม			
		สกอ ปกติ	สชช ปกติ	เอกชน ปกติ	สังกัด อื่นๆ ปกติ	สกอ เพิ่ม	สชช เพิ่ม	เอกชน เพิ่ม	สังกัดอื่นๆ เพิ่ม
2556	2560	1,958	2,500	2,500	280	1,420	1,100	100	-
2557	2561	2,098	2,500	2,653	280	1,414	1,100	148	-
2558	2562	2,098	2,500	2,605	280	1,414	1,100	93	-
2559	2563	2,098	2,500	2,652	280	1,424	1,100	79	-
2560	2564	2,098	2,500	2,672	280	1,434	1,100	50	-
2561	2565	2,098	2,530	3,007	386	1,434	1,100	210	120
2562	2566	2,098	2,530	3,138	386	1,544	1,120	206	100
2563	2567	2,098	2,530	3,188	386	1,554	1,120	140	100
2564	2568	2,098	2,530	3,198	386	1,564	1,120	170	100
2565	2569	2,098	2,530	3,198	386	1,564	1,120	170	100
2566	2570	2,098	2,530	3,198	266	1,564	1,120	200	100
2567	2571	2,098	2,530	3,198	266	1,564	1,120	200	100
2568	2572	2,098	2,530	3,198	266	1,564	1,120	200	100

ตารางที่ 2.5 แผนการผลิตพยาบาลวิชาชีพในประเทศไทยระหว่างปีการศึกษา 2556-2576 (ต่อ)

เข้าเรียน ปีการศึกษา	ปีที่สำเร็จ การศึกษา	การผลิตปกติ				การผลิตเพิ่ม			
		สกอ ปกติ	สบช ปกติ	เอกชน ปกติ	สังกัด อื่นๆ ปกติ	สกอ เพิ่ม	สบช เพิ่ม	เอกชน เพิ่ม	สังกัดอื่นๆ เพิ่ม
2569	2573	2,098	2,530	3,198	266	1,564	1,120	200	100
2570	2574	2,098	2,530	3,198	266	1,564	1,120	200	100
2571	2575	2,098	2,530	3,198	266	1,564	1,120	200	100
2572	2576	2,098	2,530	3,198	266	1,564	1,120	200	100
2573	2577	2,098	2,530	3,198	266	1,564	1,120	200	100
2574	2578	2,098	2,530	3,198	266	1,564	1,120	200	100
2575	2579	2,098	2,530	3,198	266	1,564	1,120	200	100
2576	2580	2,098	2,530	3,198	266	1,564	1,120	200	100
รวมผลิต		43,918	52,980	63,989	6,256	31,970	23,400	3,566	1,620

3. การผลิตทันตแพทย์ในประเทศไทย

ผลการศึกษาแผนการผลิตทันตแพทย์ของสำนักงานคณะกรรมการการอุดมศึกษา จากเอกสารโครงการผลิตทันตแพทย์เพิ่มตามความต้องการของกระทรวงสาธารณสุข ปีการศึกษา 2548-2557 (โครงการระยะที่ 1) และโครงการผลิตทันตแพทย์เพิ่มระยะที่ 2 เพื่อพัฒนา ทันตสุขภาพของประชาชน ปีการศึกษา 2558-2567 และข้อมูลของทันตแพทย์สภา พบว่า ระหว่าง ปีการศึกษา 2553-2573 ประเทศไทยมีแผนผลิตทันตแพทย์จากสถาบันภาครัฐ 16,681 คน และ ภาคเอกชน 3,700 รวม 20,381 คน ซึ่งคิดเป็นอัตราการผลิตเฉลี่ย 970 คนต่อปี (ภาครัฐ เฉลี่ย 794 คน/ปี ภาคเอกชนเฉลี่ย 176 คน/ปี) ดังตารางที่ 2.6

ตารางที่ 2.6 การผลิตทันตแพทย์ในประเทศไทยระหว่างปีการศึกษา 2553-2573

เข้าเรียน ปีการศึกษา	ปีที่สำเร็จ การศึกษา	แผนรับปกติ	แผนผลิตเพิ่ม	รวมผลิตใน ภาครัฐ	เอกชน	รวม
2553	2560	533	200	733	100	833
2554	2561	533	200	733	100	833
2555	2562	533	200	733	100	833
2556	2563	533	200	733	100	833

ตารางที่ 2.6 การผลิตทันตแพทย์ในประเทศไทยระหว่างปีการศึกษา 2553-2573 (ต่อ)

เข้าเรียน ปีการศึกษา	ปีที่สำเร็จ การศึกษา	แผนรับปกติ	แผนผลิตเพิ่ม	รวมผลิตใน ภาครัฐ	เอกชน	รวม
2557	2564	533	200	733	100	833
2558	2565	526	200	726	200	926
2559	2566	526	200	726	200	926
2560	2567	526	300	826	200	1,026
2561	2568	526	300	826	200	1,026
2562	2569	526	300	826	200	1,026
2563	2570	526	300	826	200	1,026
2564	2571	526	300	826	200	1,026
2565	2572	526	300	826	200	1,026
2566	2573	526	300	826	200	1,026
2567	2574	526	300	826	200	1,026
2568	2575	526	300	826	200	1,026
2569	2576	526	300	826	200	1,026
2570	2577	526	300	826	200	1,026
2571	2578	526	300	826	200	1,026
2572	2579	526	300	826	200	1,026
2573	2580	526	300	826	200	1,026
รวมผลิต		11,081	5,600	16,681	3,700	20,381

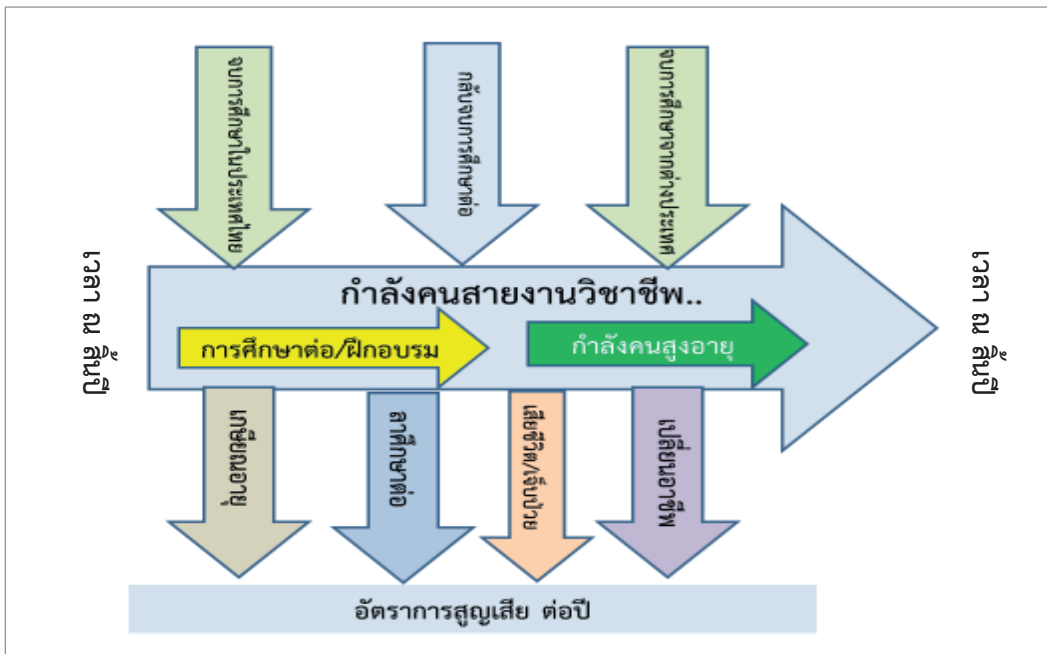
4. การผลิตเภสัชกรในประเทศไทย

ผลการศึกษาแผนการผลิตเภสัชกรในประเทศไทย จากการสำรวจจากสถาบันการผลิตและข้อมูลจากสภาเภสัชกรรม ปีการศึกษา พบว่า ระหว่างปีการศึกษา 2553-2573 ซึ่งจะมีผู้สำเร็จการศึกษาระหว่างปี พ.ศ.2560-2580 โดยประเทศไทยมีแผนผลิตเภสัชกร ประมาณปีละ 2,000 คน โดยแบ่งเป็นการผลิตในสถาบันภาครัฐประมาณ 1,700 คน และภาคเอกชน 300 คน รวม 43,200 คน ในระยะเวลา 20 ปีข้างหน้า ทั้งนี้มีผู้สำเร็จการศึกษา ประมาณร้อยละ 33 เท่านั้นที่เข้าสู่การจ้างงานในระบบบริการสุขภาพภาครัฐ และเอกชน

กำลังคนด้านสุขภาพ 4 สาขาหลักที่จะมีรองรับในระบบบริการสุขภาพของประเทศในอนาคต

ภายใต้ Supply Model ที่กำลังคนด้านสุขภาพในประเทศไทยเกือบทั้งหมด มาจากผู้สำเร็จการศึกษาใหม่ และมีการสูญเสียจากการออกจากวิชาชีพ การเกษียณอายุ และการเสียชีวิต ซึ่งอัตราการผลิต และการสูญเสียกำลังคนเป็นปัจจัยกำหนดขนาดกำลังคนที่จะมีในแต่ละช่วงเวลา โดยปัจจัยเหล่านี้มีการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลาขึ้นอยู่กับนโยบายทั้งด้านการผลิต และการธำรงรักษากำลังคน รวมทั้งปัจจัยด้านตลาดแรงงานที่ขึ้นอยู่กับ การขยายตัวทางเศรษฐกิจของประเทศ การเคลื่อนไหวของกำลังคนแสดงดังภาพที่ 2.4

ภาพที่ 2.4 Supply Model



การคำนวณกำลังคนรองรับ ที่คาดว่าจะมีในอนาคต (Supply Forecasting) สามารถคำนวณได้จากสมการ

$$\text{กำลังคนในปีที่}_{t+1} = \text{กำลังคนในปีที่}_t - \text{จำนวนที่สูญเสียในปีที่}_t + \text{กำลังคนที่รับเข้าใหม่ในปีที่}_t$$

ซึ่งกำลังคนที่รับเข้าใหม่ ส่วนใหญ่เป็นผู้ที่สำเร็จการศึกษา และมีใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ ผลการคาดประมาณกำลังคนที่จะมีในอนาคต มีรายละเอียดดังนี้

1. ผู้มีใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม

ในปีพ.ศ. 2560 ประเทศไทยมีแพทย์ที่มีใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม รวม 52,751 คน และจะมีผู้สำเร็จการศึกษาระหว่างปีการศึกษา 2553-2573 ในอัตราเฉลี่ยประมาณ 3,336 คนต่อปี ถ้ามีอัตราการสูญเสียระหว่างการศึกษเฉลี่ยประมาณ ร้อยละ 8 ต่อปี จะทำให้มีผู้สำเร็จการศึกษาระหว่าง ปีพ.ศ. 2560-2580 เฉลี่ยประมาณ 3,030 คนต่อปี ทั้งนี้คาดว่าจะในปี พ.ศ. 2580 จะมีแพทย์ที่มีใบอนุญาตฯ ประมาณ 103,000 คน (หักลบผู้เสียชีวิตในอัตราประมาณ 7 ต่อพันผู้ประกอบวิชาชีพฯ) แต่อย่างไรก็ตามจะมีแพทย์ที่ปฏิบัติงานให้บริการประมาณ ร้อยละ 66.48 ของแพทย์ที่มีใบประกอบวิชาชีพฯ เนื่องจากมีการเปลี่ยนอาชีพ หรือเปลี่ยนไปทำงานด้านการบริหาร และมีอัตราการสูญเสียกำลังคนออกจากระบบบริการ เฉลี่ยประมาณร้อยละ 3.22 ต่อปี จึงคาดว่าจะประมาณว่าประเทศไทยจะมีแพทย์ที่ให้บริการสุขภาพประมาณ 68,180 คน ในปี 2580

ตารางที่ 2.7 แพทย์ ที่คาดว่าจะมีในระหว่างปี 2560-2580

ปีพ.ศ.	ผู้สำเร็จการศึกษาต่อปี	แพทย์ที่ทำงานในระบบบริการสุขภาพ (คน)	สูญเสีย (3.2% ต่อปี)	แพทย์ที่มีใบอนุญาตทั้งหมดในประเทศ	ประชากร (พันคน)	แพทย์ที่มีใบอนุญาตทั้งหมดต่อประชากร พันคน	แพทย์ที่อยู่ในระบบบริการสุขภาพต่อประชากร พันคน	แพทย์ในระบบบริการสุขภาพ 1คนต่อประชากร	แพทย์ที่มีใบอนุญาต 1คนต่อประชากร
2560	2,489	41,970	1,499	52,751	67,653	0.78	0.62	1,612	1,282
2565	2,836	46,128	1,591	62,620	68,342	0.92	0.67	1,482	1,091
2570	3,240	53,033	1,768	75,515	68,496	1.10	0.77	1,292	907
2575	3,416	60,444	1,950	89,234	68,055	1.31	0.89	1,126	763
2580	3,418	68,180	1,843	103,000	66,967	1.54	1.02	982	650

2. ผู้มีใบอนุญาตประกอบวิชาชีพการพยาบาลชั้นหนึ่ง และการพยาบาลและการผดุงครรภ์ชั้นหนึ่ง

ในปีพ.ศ. 2560 มีผู้ที่มีใบอนุญาตประกอบวิชาชีพการพยาบาลชั้นหนึ่งและใบอนุญาตประกอบวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ชั้นหนึ่ง จำนวน 191,575 คน ซึ่งการผลิตพยาบาลวิชาชีพระหว่างปีการศึกษา 2556-2576 ในอัตราเฉลี่ย 10,843 คนต่อปี มี Drop Out rate เฉลี่ยประมาณ ร้อยละ 8 ต่อปี ซึ่งจะมีผู้สำเร็จการศึกษาระหว่างปีพ.ศ. 2556-2580 เฉลี่ย 9,975 คนต่อปี จะทำให้ประเทศไทยมีพยาบาลวิชาชีพที่มีใบอนุญาตประกอบวิชาชีพฯ ประมาณ 267,831 คน (ผู้สำเร็จการศึกษาทุกคนต้องสอบรับใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ และต้องต่ออายุใบอนุญาต ทุก 5 ปี การสูญเสีย

ผู้มีใบอนุญาตฯ ส่วนใหญ่เกิดจากการไม่ต่ออายุใบอนุญาตประมาณ ปีละร้อยละ 2 ของผู้มีใบอนุญาตฯ ในปีนั้นๆ และการเสียชีวิต ซึ่งมีอัตราการตายประมาณ 7 ต่อพันผู้ประกอบการวิชาชีพฯ) อย่างไรก็ตาม ผลการศึกษาแบบแผนการทำงานของพยาบาลวิชาชีพ พบว่า จะมีผู้ทำงานในวิชาชีพเฉลี่ยประมาณ ร้อยละ 82.1 ของผู้มีใบอนุญาตฯ และมีอัตราการสูญเสียพยาบาลวิชาชีพจากระบบบริการไปทำงานอื่น หรือเปลี่ยนอาชีพ เฉลี่ยประมาณร้อยละ 3.38 ต่อปี ดังนั้นคาดว่าจะมีประเทศไทยจะมีพยาบาลวิชาชีพที่ให้บริการสุขภาพประมาณ 229,138 คน ในปีพ.ศ. 2580

ตารางที่ 2.8 พยาบาลวิชาชีพ ที่คาดว่าจะมีในระหว่างปี 2560-2580

ปีพ.ศ.	ผู้สำเร็จการศึกษาต่อปี	พยาบาลที่ทำงานในระบบบริการสุขภาพ (คน)	สูญเสีย (3.96% ต่อปี)	พยาบาลที่มีใบอนุญาตทั้งหมด	ประชากร (พันคน)	พยาบาลที่มีใบอนุญาตทั้งหมดต่อประชากร พันคน	พยาบาลที่อยู่ในระบบบริการสุขภาพต่อประชากร พันคน	พยาบาลในระบบบริการสุขภาพ 1คนต่อประชากร	พยาบาลที่มีใบอนุญาต 1 คนต่อประชากร
2560	9,069	153,260	6,795	191,575	67,653	2.83	2.27	441	353
2565	10,014	168,402	7,017	211,939	68,342	3.10	2.46	406	322
2570	10,190	189,469	7,017	233,334	68,496	3.41	2.77	362	294
2575	10,190	212,302	7,197	251,761	68,055	3.70	3.12	321	270
2580	10,190	229,138	7,161	267,831	66,967	4.00	3.42	292	250

3. ผู้มีใบอนุญาตประกอบวิชาชีพทันตกรรม

ปัจจุบันในปี พ.ศ. 2560 มีทันตแพทย์ที่มีใบอนุญาตประกอบวิชาชีพฯ 15,350 คน และจะเพิ่มขึ้นจากการมีผู้สำเร็จการศึกษาระหว่าง ปีพ.ศ. 2560-2580 เฉลี่ยประมาณ 861 คนต่อปี (ผลิตในอัตราเฉลี่ยประมาณ 970 คนต่อปี โดยมีอัตราการสูญเสียระหว่างการศึกษาระหว่างสถาบันภาครัฐร้อยละ 4 ต่อปี และของสถาบันภาคเอกชนเฉลี่ยประมาณ ร้อยละ 33.78 ต่อปี) ทำให้ปี 2580 จะมีทันตแพทย์ที่มีใบอนุญาตประกอบวิชาชีพฯ 31,470 คน (หักลบผู้เสียชีวิต ซึ่งมีอัตราประมาณ 3.5 คนต่อพันผู้ประกอบการวิชาชีพฯ) แต่จะมีทันตแพทย์ที่ปฏิบัติงานให้บริการประมาณ ร้อยละ 73.33 ของผู้มีใบประกอบวิชาชีพฯ เนื่องจากมีการเปลี่ยนอาชีพ หรือเปลี่ยนไปทำงานด้านการบริหาร และมีอัตราการสูญเสียกำลังคนออกจากระบบบริการเฉลี่ยประมาณ ร้อยละ 2.6 ต่อปี จึงคาดว่าจะมีทันตแพทย์ที่ให้บริการสุขภาพประมาณ 21,545 คน ในปี 2580

ตารางที่ 2.9 ทันตแพทย์ ที่คาดว่าจะมีในระหว่างปี 2560-2580

ปีพ.ศ.	ผู้สำเร็จการศึกษาต่อปี	ทันตแพทย์ที่ทำงานในระบบบริการสุขภาพ(คน)	สูญเสีย (2.6% ต่อปี)	ทันตแพทย์ที่มีใบอนุญาตทั้งหมด	ประชากร (พันคน)	ทันตแพทย์ที่มีใบอนุญาตทั้งหมดต่อประชากรพันคน	ทันตแพทย์ที่อยู่ในระบบบริการสุขภาพต่อประชากรพันคน	ทันตแพทย์ในระบบบริการสุขภาพ 1 คนต่อประชากร	ทันตแพทย์ที่มีใบอนุญาต 1 คนต่อประชากร
2560	754	12,099	302	15,350	67,653	0.23	0.18	5,592	4,407
2565	817	14,328	358	18,910	68,342	0.28	0.21	4,770	3,614
2570	913	16,819	443	23,020	68,496	0.34	0.25	4,072	2,976
2575	943	19,130	517	27,262	68,055	0.40	0.28	3,558	2,496
2580	943	21,545	567	31,470	66,967	0.47	0.32	3,108	2,128

4. เกณฑ์กรที่มีใบอนุญาตประกอบวิชาชีพฯ

ในปีพ.ศ. 2560 มีเกณฑ์กรที่มีใบอนุญาตประกอบวิชาชีพฯ 38,398 คน และจะเพิ่มขึ้นจากการมีผู้สำเร็จการศึกษาระหว่าง ปีพ.ศ. 2560-2580 เฉลี่ยประมาณ 1,851 คนต่อปี (ผลิตเฉลี่ยประมาณ 2,057 คนต่อปี โดยมี Drop out rate เฉลี่ยร้อยละ 10 ต่อปี) จะทำให้มีผู้สำเร็จการศึกษาระหว่างปีพ.ศ. 2560-2580 และมีใบอนุญาตประกอบวิชาชีพประมาณ 71,696 คน ในปีพ.ศ. 2580 (หักลบผู้เสียชีวิตซึ่งมีอัตราประมาณ 3.5 คนต่อพันผู้ประกอบวิชาชีพฯ) แต่สำหรับเกณฑ์กรที่ปฏิบัติงานให้บริการในหน่วยบริการสุขภาพ จะมีประมาณ ร้อยละ 27.64 ของผู้มีใบประกอบวิชาชีพทั้งหมด เนื่องจากส่วนใหญ่ทำงานในภาคอุตสาหกรรม หรือประกอบธุรกิจ หรือการทำงานด้านการบริหาร และมีอัตราการสูญเสียกำลังคนออกจากระบบบริการเฉลี่ยประมาณ ร้อยละ 3.4 ต่อปี จึงคาดประมาณว่า จะมีเกณฑ์กรที่ปฏิบัติงานให้บริการในหน่วยบริการสุขภาพประมาณ 16,793 คน ในปี 2580

ตารางที่ 2.10 เกสซ์กร ที่คาดว่าจะมีในระหว่างปี 2560-2580

ปีพ.ศ.	ผู้สำเร็จการศึกษาต่อปี	เข้าบริการสุขภาพ 30%	เกสซ์กร ที่ทำงานในระบบบริการสุขภาพ (คน)	สูญเสีย (3.4% ต่อปี)	เกสซ์กร ที่มีใบอนุญาตทั้งหมด	ประชากร (พันคน)	เกสซ์กร ที่มีใบอนุญาตทั้งหมดต่อประชากร พันคน	เกสซ์กร ที่อยู่ในระบบบริการสุขภาพต่อประชากร พันคน	เกสซ์กร ในระบบบริการสุขภาพ 1 คนต่อประชากร	เกสซ์กร ที่มีใบอนุญาต 1 คนต่อประชากร
2560	1,800	630	12,770	426	38,398	67,653	0.57	0.19	5,298	1,762
2565	1,800	630	13,726	458	46,668	68,342	0.68	0.20	4,979	1,473
2570	1,800	630	14,969	499	54,794	68,496	0.80	0.22	4,576	1,259
2575	1,980	792	15,606	557	62,959	68,055	0.93	0.23	4,361	1,088
2580	1,980	792	16,793	560	71,696	66,967	1.07	0.25	3,988	938

สถานการณ์ปัจจุบันของระบบสาธารณสุขและขีดความสามารถในการรับภารกิจบริการสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุข โดยพิจารณาจากกำลังคน

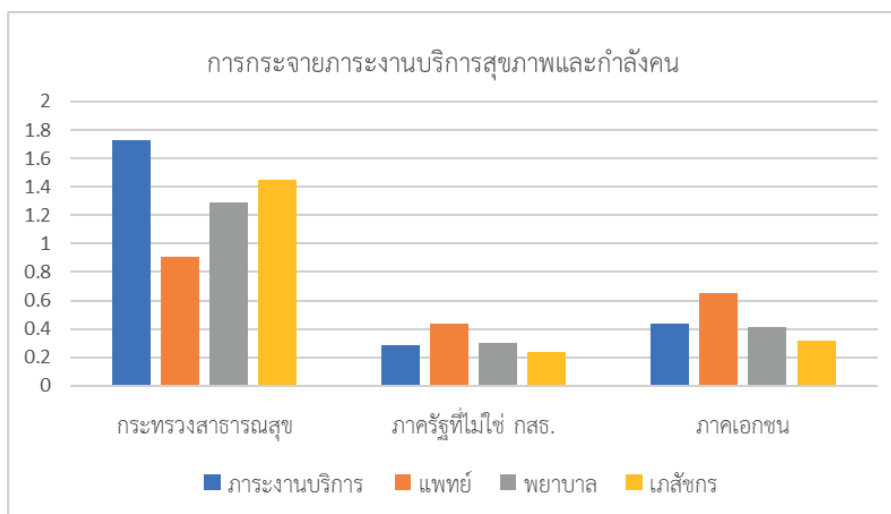
1. ความสามารถในการจัดบริการของกระทรวงสาธารณสุข

จากข้อมูลปี 2559 พบว่ากระทรวงสาธารณสุขได้ให้บริการผู้ป่วยนอกทั้งหมด (OPD visit) จำนวน 193.2 ล้านครั้ง และให้บริการแบบผู้ป่วยใน (IPD) จำนวน 9.4 ล้านครั้ง¹ ซึ่งเมื่อเปรียบเทียบกับผลงานบริการและจำนวนบุคลากรระหว่างสังกัดของหน่วยบริการ พบว่าภาระงานที่บุคลากรในหน่วยบริการสังกัดกระทรวงสาธารณสุขต้องรับภาระนั้น มากกว่าบุคลากรในสังกัดอื่นๆ เมื่อเทียบกับจำนวนบุคลากรที่มี ดังนั้นเพื่อให้สามารถรองรับภาระดังกล่าว แพทย์และพยาบาลวิชาชีพในกระทรวงสาธารณสุขจึงต้องปฏิบัติงาน ประมาณ มากกว่า 60 ชั่วโมงต่อสัปดาห์ โดยเฉลี่ย

เมื่อวิเคราะห์การกระจายกำลังคน แพทย์ พยาบาลวิชาชีพ ทันตแพทย์ และเกสซ์กร พบว่า อัตรากำลังเกสซ์กรค่อนข้างสมดุลกับภาระงานในทุกสังกัด ส่วนกระทรวงสาธารณสุขมีภาระงานการให้บริการผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในสูงที่สุดแต่มีอัตรากำลัง แพทย์ พยาบาล เพื่อรองรับภาระงานในสัดส่วนที่น้อยกว่าเมื่อเทียบกับสังกัดอื่น ซึ่งภาระงานส่วนเกินของแพทย์ส่วนหนึ่งต้องรองรับโดยพยาบาลวิชาชีพ ซึ่งส่งผลให้อัตรากำลังพยาบาลวิชาชีพ ที่มีอยู่ประมาณ ร้อยละ 70 ของภาระงานนั้นมีความขาดแคลนเพิ่มมากขึ้น ซึ่งการมีภาระงานมากกว่ากำลังคนที่มีจะส่งผลให้แพทย์ หรือ พยาบาลวิชาชีพ 1 คน ในกระทรวงสาธารณสุข ต้องทำงานมากกว่า 40 ชั่วโมงต่อสัปดาห์ และพบว่าโรงพยาบาลในภาครัฐอื่น และเอกชน มีอัตรากำลังค่อนข้างสมดุลกับภาระงาน ยกเว้นแพทย์ ที่มีอัตรากำลังมากกว่าภาระงาน

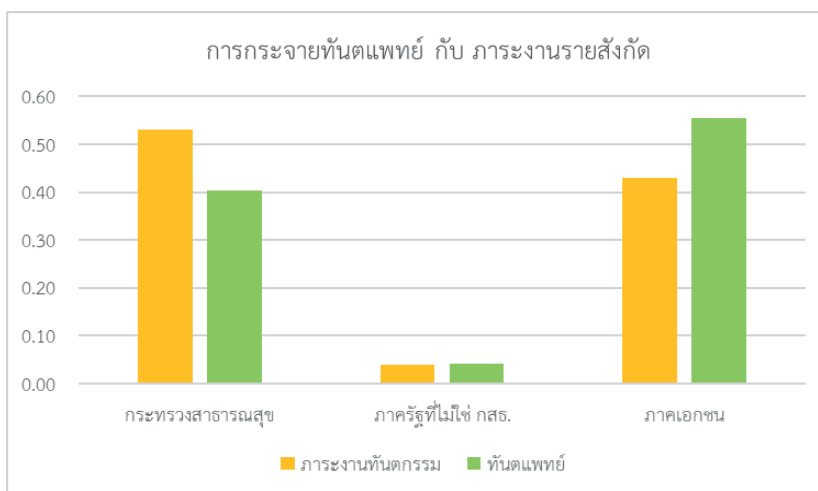
¹ กองยุทธศาสตร์และแผนงาน กระทรวงสาธารณสุข

ภาพที่ 2.5 การกระจายกำลังคน (แพทย์ พยาบาลวิชาชีพ เภสัชกร) และภาระงานตามสังกัด



ส่วนการกระจายทันตแพทย์พบว่า ทันตแพทย์ส่วนใหญ่ทำงานในภาคเอกชน เมื่อเปรียบเทียบกับภาระงาน พบว่า กระทรวงสาธารณสุขมีอัตรากำลังทันตแพทย์น้อยกว่าภาระงาน โดยภาระงานส่วนเกินบางส่วนจะถูกรองรับโดยทันตภิบาล หรือนักวิชาการสาธารณสุข (ทันตสาธารณสุข) ซึ่งจะส่งผลกระทบต่องานด้านการส่งเสริมป้องกันปัญหาสุขภาพช่องปาก อย่างไรก็ตามพบว่า หน่วยบริการในภาครัฐอื่นมีอัตรากำลังทันตแพทย์ค่อนข้างสมดุล แต่ภาคเอกชนมีอัตรากำลังทันตแพทย์มากกว่าภาระงาน ซึ่งส่งผลให้ทันตแพทย์ 1 คน อาจทำงานน้อยกว่า 40 ชั่วโมงต่อสัปดาห์

ภาพที่ 2.6 การกระจายกำลังคนทันตแพทย์และภาระงานตามสังกัด



ด้วยข้อจำกัดของระบบข้อมูลในประเทศไทย ข้อมูลที่แสดงภาระงานเหล่านี้เป็นข้อมูลเฉพาะ การมารับบริการของผู้ป่วยเท่านั้น แต่ยังคงขาดข้อมูลของประชาชนอีกส่วนหนึ่งที่ยังเข้าไม่ถึงบริการ และไม่ได้มาใช้บริการเมื่อมีอาการป่วยหรือไม่สบาย ซึ่งมีเพียงผลการสำรวจอนามัยและสวัสดิการของสำนักงานสถิติแห่งชาติเท่านั้นที่พบว่า ปี พ.ศ. 2560 ยังมีประชาชนร้อยละ 5.47 ที่มีอาการป่วย แต่ไม่ได้ไปรักษา

ดังนั้น อาจสรุปได้ว่าความขาดแคลนกำลังคน ทั้ง 4 สาขาหลักในปัจจุบันนั้นยังคงมีอยู่ และกระทรวงสาธารณสุขมีความขาดแคลนกำลังคนมากที่สุดเมื่อเทียบกับภาระงาน

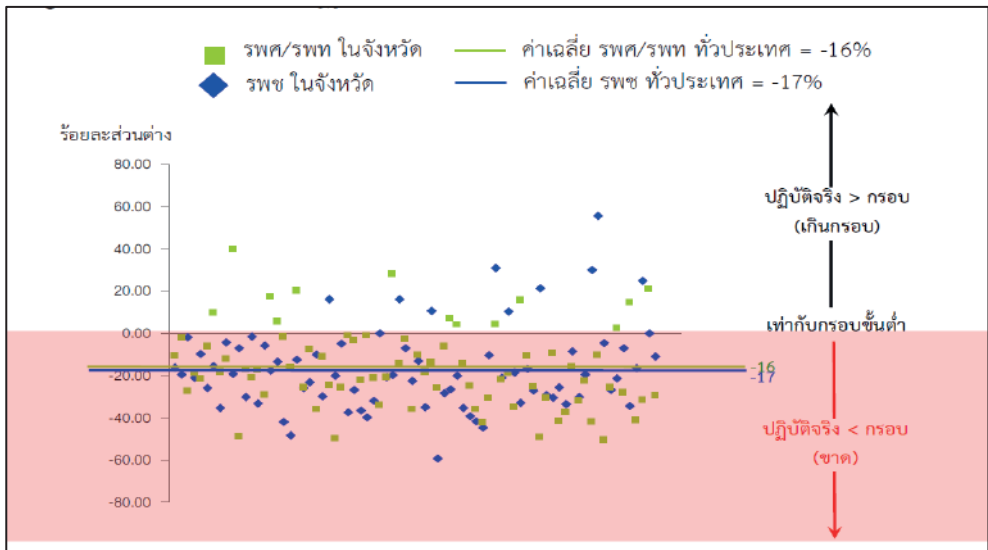
2. สถานการณ์การกระจายกำลังคน 4 สาขาหลักที่มีในปัจจุบันเมื่อเทียบกับกรอบอัตรากำลังขั้นต่ำในหน่วยบริการ สังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

ในระหว่างปีงบประมาณ 2558-2560 สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข จัดทำกรอบอัตรากำลังรายหน่วยบริการแล้วเสร็จ และผ่านการเห็นชอบของ อ.ก.พ. กระทรวงสาธารณสุขเมื่อวันที่ 18 พฤษภาคม 2560 และคณะกรรมการกำลังคนกระทรวงสาธารณสุข ได้มีมติเห็นชอบให้มีการบริหารจัดการจ้างงานทุกประเภท โดยให้มีอัตรากำลังขั้นต่ำร้อยละ 80 ของกรอบอัตรากำลังของแต่ละหน่วยบริการตามที่กำหนด คณะทำงานได้วิเคราะห์สถานการณ์อัตรากำลังที่มีรองรับ ในปี 2558 เพื่อเสนอแนวทางการบริหารจัดการอัตราข้าราชการเพิ่มเติม ของสายงาน แพทย์ ทันตแพทย์ เกษีศกร และพยาบาลวิชาชีพ โดยทำการวิเคราะห์ สัดส่วนอัตรากำลังที่ควรมีเปรียบเทียบกับกรอบอัตรากำลังขั้นต่ำ พบว่า ยังคงมีปัญหาการกระจายกำลังคนเมื่อเปรียบเทียบกับภาระงานหรือกรอบอัตรากำลังทั้ง 4 วิชาชีพ แต่เป็นการกระจายที่ดีขึ้นเมื่อเทียบกับอดีต โดยมีการคำนวณเปรียบเทียบ โดยใช้สูตรมีรายละเอียดดังนี้

$$\text{ร้อยละส่วนต่างของรพ.แต่ละแห่ง} = \frac{(\text{บุคลากรปฏิบัติงานจริง}-\text{จำนวนตามกรอบอัตรากำลัง}) \times 100}{\text{จำนวนตามกรอบอัตรากำลัง}}$$

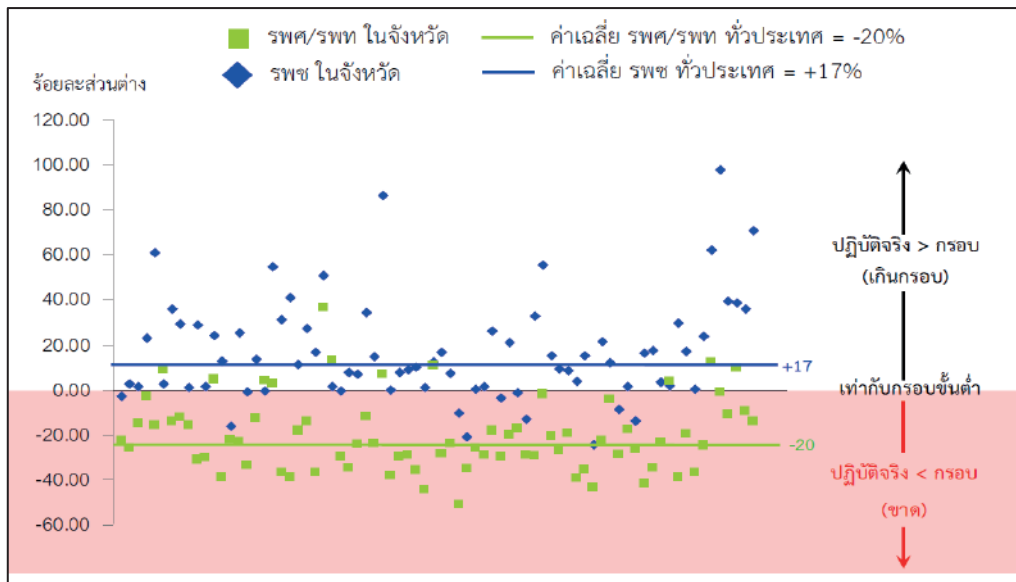
1) การกระจายแพทย์ในหน่วยบริการ เมื่อเปรียบเทียบกับกรอบอัตรากำลังขั้นต่ำของแพทย์รายหน่วยบริการในแต่ละจังหวัดพบว่า ในภาพรวมของประเทศ โรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป มีสัดส่วนแพทย์น้อยกว่ากรอบอัตรากำลัง โดยเฉลี่ยขาดอยู่ประมาณ ร้อยละ 16 และมีเพียง 4 จังหวัดที่มีแพทย์เกินกรอบอัตรากำลังมากกว่าร้อยละ 20 ส่วนโรงพยาบาลชุมชน มีสัดส่วนแพทย์น้อยกว่ากรอบอัตรากำลัง ประมาณร้อยละ 17 แต่มีโรงพยาบาลชุมชนใน 4 จังหวัดที่มีสัดส่วนแพทย์มากกว่ากรอบอัตรากำลัง เกินร้อยละ 20 ซึ่งสะท้อนภาพการกระจายตัวของแพทย์ ที่ยังมีการกระจุกตัวในบางจังหวัด ดังภาพที่ 2.7

ภาพที่ 2.7 การกระจายแพทย์ในโรงพยาบาลในแต่ละจังหวัด เทียบกับกรอบอัตรากำลัง



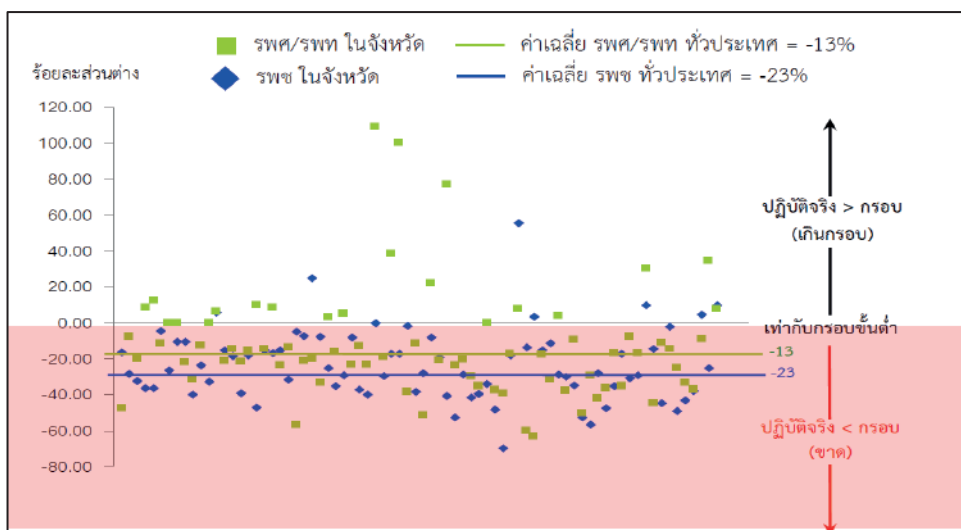
2) การกระจายพยาบาลวิชาชีพในหน่วยบริการ เมื่อเปรียบเทียบกับกรอบอัตรากำลังขั้นต่ำของพยาบาลวิชาชีพรายหน่วยบริการในแต่ละจังหวัดพบว่า ในภาพรวมโรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไปมีพยาบาลวิชาชีพน้อยกว่ากรอบอัตรากำลัง โดยเฉลี่ยขาดอยู่ประมาณ ร้อยละ 20 แต่มีเพียง 1 จังหวัดที่มีพยาบาลวิชาชีพเกินกรอบอัตรากำลังมากกว่าร้อยละ 20 ส่วนโรงพยาบาลชุมชน มีสัดส่วนพยาบาลวิชาชีพมากกว่ากรอบอัตรากำลัง เฉลี่ยประมาณร้อยละ 17 และมีถึง 24 จังหวัด ที่มีสัดส่วนมากกว่ากรอบอัตรากำลังเกินกว่าร้อยละ 20 ซึ่งสะท้อนภาพปัญหาการกระจายพยาบาลวิชาชีพ ทั้งนี้ อาจเนื่องจากนโยบายการเพิ่มตำแหน่งข้าราชการให้แก่โรงพยาบาลชุมชนที่มีการดำเนินการมาอย่างต่อเนื่องในระยะเวลาที่ผ่านมา ในขณะที่เดียวกันภาระงานการดูแลผู้ป่วยที่ซับซ้อนมากขึ้นนั้นเพิ่มขึ้นในโรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไปดังภาพที่ 2.8

ภาพที่ 2.8 การกระจายพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลในแต่ละจังหวัด เทียบกับกรอบอัตรากำลัง



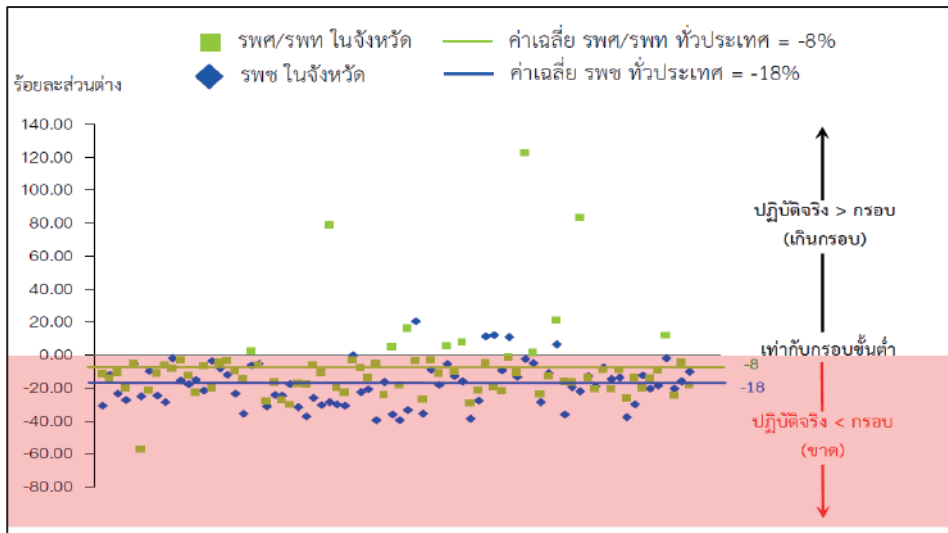
3) การกระจายทันตแพทย์ในหน่วยบริการ เมื่อเปรียบเทียบกับกรอบอัตรากำลังขั้นต่ำของทันตแพทย์รายหน่วยบริการในแต่ละจังหวัดพบว่า ในภาพรวมของประเทศ โรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป มีทันตแพทย์น้อยกว่ากรอบอัตรากำลัง โดยเฉลี่ยขาดอยู่ประมาณ ร้อยละ 13 แต่มี 6 จังหวัด ที่มีทันตแพทย์เกินกรอบอัตรากำลังมากกว่าร้อยละ 20 ส่วนโรงพยาบาลชุมชน มีสัดส่วนทันตแพทย์น้อยกว่ากรอบอัตรากำลัง เฉลี่ยประมาณร้อยละ 23 มีแต่โรงพยาบาลชุมชนใน 2 จังหวัด ที่มีสัดส่วนทันตแพทย์มากกว่ากรอบอัตรากำลังเกินกว่าร้อยละ 20 ซึ่งสะท้อนภาพการกระจายตัวของทันตแพทย์ ที่ยังมีการกระจุกตัวในบางจังหวัด ดังภาพที่ 2.9

ภาพที่ 2.9 การกระจายต้นทุนแพทย์ในโรงพยาบาลในแต่ละจังหวัด เทียบกับกรอบอัตรากำลัง



4) การกระจายเภสัชกรในหน่วยบริการ เมื่อเปรียบเทียบกับกรอบอัตรากำลังขั้นต่ำของเภสัชกร รายหน่วยบริการในแต่ละจังหวัดพบว่า ในภาพรวมของประเทศ โรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป มีเภสัชกรน้อยกว่ากรอบอัตรากำลังเพียงเล็กน้อยโดยเฉลี่ยขาดอยู่ประมาณร้อยละ 8 และมี 3 จังหวัดที่มีเภสัชกรเกินกรอบอัตรากำลังมากกว่าร้อยละ 20 ส่วนโรงพยาบาลชุมชน มีสัดส่วนเภสัชกรน้อยกว่ากรอบอัตรากำลัง เฉลี่ยประมาณร้อยละ 18 และมีโรงพยาบาลชุมชนเพียงจังหวัดเดียวที่มีสัดส่วนเภสัชกรมากกว่ากรอบอัตรากำลังเกินกว่าร้อยละ 20 ซึ่งสะท้อนภาพการกระจายตัวของเภสัชกรที่ค่อนข้างดี ดังภาพที่ 2.10

ภาพที่ 2.10 การกระจายเกสัชกรในโรงพยาบาลในแต่ละจังหวัด เทียบกับกรอบอัตรากำลัง



โดยสรุปจากสถานการณ์กำลังคนดังกล่าว กระทรวงสาธารณสุขยังมีความขาดแคลนกำลังคน ทั้ง 4 สาขา โดยมีความขาดแคลนกำลังคนสายงานพยาบาลวิชาชีพมากที่สุด และในขณะเดียวกันปัญหาการกระจายกำลังคนที่ไม่สอดคล้องกับภาระงาน ยังเป็นปัจจัยเสริมให้ผลกระทบจากความขาดแคลนรุนแรงมากขึ้น ดังนั้นเพื่อบรรเทาปัญหาจากการกระจายกำลังคนดังกล่าว กระทรวงสาธารณสุขจึงดำเนินมาตรการตามนโยบายดังนี้

1. สนับสนุนการย้ายของข้าราชการหรือพนักงานกระทรวงสาธารณสุขจากโรงพยาบาลหรือจังหวัด หรือเขต ที่มีคนเกินกรอบอัตรากำลังไปยังโรงพยาบาล หรือจังหวัด หรือเขต ที่ขาดแคลน
2. จัดสรรตำแหน่งเพิ่มเติม หรือคืนตำแหน่งจากการเกษียณอายุราชการไปยังโรงพยาบาลหรือจังหวัด หรือเขตที่มีความขาดแคลน
3. ใช้กรอบอัตรากำลังที่กำหนดเป็นเกณฑ์ในการจัดสรร แพทย์ ทันตแพทย์ และเภสัชกรชุดใช้ทุน
4. สนับสนุนการใช้กำลังคนร่วมกันในการรองรับภาระงานภายในจังหวัด หรือเขต เช่น การจัดระบบการส่งกลับผู้ป่วยไปพักรักษาต่อในโรงพยาบาลชุมชนเพื่อลดความแออัด และคนไข้ล้นเตียงของโรงพยาบาลศูนย์/ โรงพยาบาลทั่วไป

3. แนวทางและมาตรการเร่งด่วนในการบริหารจัดการเพื่อแก้ไขปัญหาการขาดแคลนอัตรากำลัง

การบริหารจัดการจ้างงานตามกรอบอัตรากำลังระยะ 5 ปี (2560-2564) ที่ อ.ก.พ. กระทรวงสาธารณสุข เห็นชอบให้ใช้สำหรับการบริหาร จำนวน 398,370 อัตรา

เป็นกรอบอัตรากำลังสำหรับบุคลากรสายวิชาชีพ (25 สายงาน) 326,355 อัตราหรือร้อยละ 81.92 ของกรอบอัตรากำลังทั้งหมด โดยกรอบอัตรากำลังดังกล่าว ถูกใช้เป็นกรอบในการจ้างงานบุคลากร ทั้งสายงานหลักและสายงานสนับสนุน ทั้ง 5 ประเภทการจ้างงาน ได้แก่ ข้าราชการ พนักงานราชการ พนักงานกระทรวงสาธารณสุข ลูกจ้างประจำ และลูกจ้างชั่วคราว ซึ่งทั้งนี้เมื่อวันที่ 14 สิงหาคม 2561 กรมบัญชีกลางกระทรวงการคลัง เห็นชอบกรอบการจ้างงานลูกจ้างชั่วคราว หรือ พนักงานกระทรวงสาธารณสุข โดยใช้เงินบำรุง จำนวน 171,263 อัตรา จากกรอบอัตรากำลังที่กำหนด 398,370 อัตรา (คิดสัดส่วนร้อยละ 42.99 ที่จ้างงานด้วยเงินนอกงบประมาณต่อกรอบอัตรากำลังทั้งหมด) ในระยะเวลา 5 ปี

ปัจจุบันสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข มีบุคลากรรวม 370,140 คน (ข้อมูล ณ 30 เม.ย.61) ในจำนวนนี้เป็นบุคลากรสายวิชาชีพ (27 สายงาน) 249,952 คน หรือประมาณ ร้อยละ 67.53 ยังขาดกำลังคนเมื่อเทียบกับกรอบอัตรากำลังอยู่ประมาณ 76,403 อัตรา โดยมีความขาดแคลนกำลังคนสายงานพยาบาลวิชาชีพ มากที่สุดจำนวน 28,002 อัตรา รองลงมาคือขาดกำลังคนสายงาน นักวิชาการสาธารณสุข 16,761 อัตรา ทั้งนี้คาดประมาณว่าจะมีตำแหน่งข้าราชการว่างจากการเกษียณอายุ/ลาออกของบุคลากร 25 สายงาน ระหว่างปี พ.ศ. 2561-2564 จำนวน 15,032 อัตรา โดยสายงานพยาบาล และสายงานนักวิชาการสาธารณสุข จะมีอัตราว่างจากการเกษียณอายุมากที่สุดในสัดส่วนร้อยละ 43.78 และ 34.90 ตามลำดับ

สำหรับตำแหน่งการจ้างงาน พบว่าในภาพรวมของบุคลากร 370,140 คนนี้ มีตำแหน่งข้าราชการเพียง 196,673 อัตรา หรือประมาณร้อยละ 53.13 เท่านั้น และมีตำแหน่งพนักงานราชการอีกเพียงร้อยละ 2.66 โดยเฉพาะอย่างยิ่งในหน่วยบริการสุขภาพทั้งโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล มีบุคลากรที่ปฏิบัติงานอยู่จำนวน 351,804 คน ในจำนวนนี้มีเพียงครึ่งหนึ่งเช่นเดียวกันที่เป็นข้าราชการ ดังนั้น จะเห็นได้ว่า นอกจากการขาดแคลนกำลังคนแล้วกระทรวงสาธารณสุขยังขาดแคลนตำแหน่งในการจ้างงานอีกด้วย

การวางแผนรับบุคลากรใหม่เข้าทำงาน ระหว่างปี 2560-2564 เป็นไปตามเงื่อนไขสัญญาผูกพัน คือจำนวนผู้สำเร็จการศึกษา แพทย์ ทันตแพทย์ ซึ่งตามมติคณะรัฐมนตรี 2525 ให้จัดสรรนักศึกษาผู้ทำสัญญาอย่างน้อยร้อยละ 70 การเข้ารับราชการในกระทรวงสาธารณสุขเพื่อปฏิบัติงานชุดใช้ทุนในพื้นที่ขาดแคลน และจัดสรรเภสัชกรชุดใช้ทุนตามความต้องการกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งในระยะเวลาประมาณ 10 ปีที่ผ่านมา มีแผนรับเภสัชกรประมาณปีละ 350 คน รวมทั้งการรับบุคลากรวิชาชีพที่กระทรวงสาธารณสุขทำสัญญาให้ทุนการศึกษาเพื่อแก้ปัญหาการขาดแคลนบุคลากร ได้แก่ สายงานพยาบาล และสายงานอื่นๆ อีก 8 สาขา ที่มีการผลิตในกระทรวงสาธารณสุข

ผลการวิเคราะห์ Stock and Flow จากแผนสรรหาบุคลากรสายวิชาชีพเข้าทำงานตามแผน พบว่าภายใต้กรอบอัตรากำลังที่กำหนดดังกล่าว ในระหว่างปี 2562-2564 จะมีกำลังคนเฉลี่ยประมาณร้อยละ 81.16 ของกรอบอัตรากำลังที่กำหนด นอกจากสายงาน ผู้ช่วยพยาบาล นักรังสีเทคนิค นักเวชศาสตร์การสื่อความหมาย และนักกิจกรรมบำบัด ที่จะมีอัตราว่างน้อยกว่าร้อยละ 70

ของกรอบ เนื่องจากเป็นสายงานที่มีการผลิตได้น้อย และกระทรวงสาธารณสุขมีข้อจำกัดในการจ้างงาน ประเภทอื่นที่จะดึงดูดให้บุคลากรกลุ่มนี้เข้าทำงานในหน่วยบริการสุขภาพ และในภาพรวมทั้ง 25 สายงานจะมีความต้องการตำแหน่งเพิ่มเติมเพื่อการจ้างงาน 22,395 อัตรา ซึ่งกระทรวงสาธารณสุขจำเป็นต้องพิจารณา เพิ่มตำแหน่งโดยการจ้างงานทางเลือกนอกเหนือจากตำแหน่งข้าราชการ (ตารางที่ 2.11)

จากกรอบอัตรากำลังดังกล่าว เพื่อให้มีกำลังคนเพียงพอต่อการให้บริการสุขภาพในระยะ เปลี่ยนผ่าน ระหว่างปี 2562-2564 กระทรวงสาธารณสุข มีความจำเป็นต้องรับแพทย์เข้าทำงานเฉลี่ยปี ละ 2,088 คน รวม 5,866 คน รับทันตแพทย์ เฉลี่ยปีละ 638 คน รวม 1,916 คน และรับเภสัชกร ปีละ 350 คน รวม 1,050 คน เนื่องจากบุคลากรเหล่านี้มีการทำสัญญาผูกพันการชดใช้ทุนโดยการทำงาน ในหน่วยงานภาครัฐเป็นเวลา 3 ปี ทั้งนี้หากต้องให้เป็นข้าราชการทั้งหมดจะยังคงขาดแคลนตำแหน่ง แพทย์ประมาณ 3,663 อัตรา, ทันตแพทย์ 1,277 อัตรา และเภสัชกร 965 อัตรา ซึ่งการรับเข้าในจำนวน ดังกล่าวจะทำให้ในปี 2564 จะมีอัตรากำลัง แพทย์ ทันตแพทย์ เภสัชกร ในสัดส่วนร้อยละ 99.34, 94.21 และ 87.65 ตามลำดับ

ส่วนพยาบาลวิชาชีพ กระทรวงสาธารณสุขมีแผนการรับผู้จบการศึกษาเข้าทำงานเฉลี่ยปีละ 3,438 คน รวม 10,316 คน แต่มีตำแหน่งข้าราชการที่จะว่างรองรับเพียง 5,932 อัตรา และยังขาดอีก 4,384 อัตรา ซึ่งการรับพยาบาลวิชาชีพเข้าทำงานตามจำนวนดังกล่าว จะทำให้มีอัตรากำลังพยาบาล วิชาชีพในสัดส่วนร้อยละ 81.37 ของกรอบอัตรากำลังพยาบาลวิชาชีพที่กำหนด ซึ่งหากจำเป็นต้อง จ้างงานประเภทอื่นจะไม่สามารถดึงดูดให้มีกำลังคนในสัดส่วนดังกล่าวได้ ปัญหาความขาดแคลนกำลังคนก็ จะยังคงอยู่ อย่างไรก็ตาม เพื่อแก้ปัญหาความขาดแคลน และแบ่งเบาภาระงานที่ไม่จำเป็นที่ต้องทำโดย พยาบาลวิชาชีพ กระทรวงฯ มีความจำเป็นต้องรับผู้ช่วยพยาบาลเข้ามาร่วมทีมทำงานอย่างน้อย ปีละ 1,800-2,000 คน ร่วมด้วยในระยะเวลาเดียวกัน ซึ่งผู้ช่วยพยาบาลเป็นผู้ที่จบการศึกษาในหลักสูตร ผู้ช่วยพยาบาล ระยะเวลา 1 ปี และกระทรวงฯ ได้กำหนดตำแหน่งเป็นพนักงานกระทรวงสาธารณสุข

ตารางที่ 2.11 การวิเคราะห์ Stock and Flow ของบุคลากรสายวิชาชีพสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ภายใต้กรอบอัตรากำลังระหว่างปี 2562-2564

ตำแหน่ง	กรอบอัตรากำลังที่ ต้องการ	รวมจบ การ ศึกษา 62-64	แผนรับ 62	ขาด ตำแหน่ง ขรก 62	แผนรับ 63	ขาด ตำแหน่ง ขรก 63	แผนรับ 64	ขาด ตำแหน่ง ขรก 64	กำลังคน ที่ต้อง รับเพิ่ม 62-64	จำนวน ตำแหน่ง ขรก/กส ที่ต้องการ เพิ่ม 62-64 (อัตรา)	กำลังคน ที่คาดว่าจะ มี 64%	% ของ กรอบ
1 นายแพทย์	24,560	6,810	2,063	1,196	1,696	829	2,660	1,793	6,418	3,817	24,553	99.97
2 ทันตแพทย์	7,512	2,478	661	449	595	381	661	448	1,916	1,277	7,077	94.21
3 เภสัชกร	11,617	6,000	350	326	200	164	200	175	750	665	9,882	85.06
4 พยาบาลวิชาชีพ	149,708	28,077	3,435	1,654	3,264	1,353	3,088	848	9,787	3,855	121,291	81.02
5 ผู้ช่วยพยาบาล	12,325	18,000	2,200	-	2,200	-	2,200	-	6,600	6,600	6,600	53.55

ตารางที่ 2.11 การวิเคราะห์ Stock and Flow ของบุคลากรสายวิชาชีพสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ภายใต้กรอบอัตรากำลังระหว่างปี 2562-2564 (ต่อ)

ตำแหน่ง	กรอบอัตรากำลังที่ ต้องการ	รวมจบ การ ศึกษา 62-64	แผนรับ 62	ขาด ตำแหน่ง ขรก 62	แผนรับ 63	ขาด ตำแหน่ง ขรก 63	แผนรับ 64	ขาด ตำแหน่ง ขรก64	กำลังคน ที่ต้อง รับเพิ่ม 62-64	จำนวน ตำแหน่ง ขรก/ทส ที่ต้องการ เพิ่ม 62-64 (อัตรา)	กำลังคน ที่คาดว่าจะ มี 64%	% ของ กรอบ	
6	นักเทคนิคการแพทย์	8,388	3,195	300	271	200	75	200	83	700	429	4,690	94.00
	นักวิทยาศาสตร์การแพทย์		-	100		50		50		200			
7	นักกายภาพบำบัด	5,632	3,000	400	381	200	168	200	171	800	720	3,776	70.89
	เจ้าหน้าที่งานเวชกรรมฟื้นฟู		-	-		-		-		-	-		
8	นักรังสีการแพทย์	3,228	1,800	80	4	80	13	80	23	240	40	1,576	66.20
	เจ้าหน้าที่งานรังสีการแพทย์		-	-		-		-		-	-		
9	นักวิชาการ/จพง.ทันตสาธารณสุข	10,196	900	300	151	300	124	300	117	900	392	8,210	80.52
10	ช่างทันตกรรม	100	300	10	10	10	10	10	10	30	30	84	84.00
11	เจ้าหน้าที่งานเภสัชกรรม	8,794	750	250	136	250	138	250	170	750	444	6,554	74.53
12	นักจิตวิทยา	1,640	3,000	200	298	100	100	100	100	400	498	826	71.35
	นักจิตวิทยาคลินิก		1,800	100		50	50	50	50	200	100	344	
13	นักเวชศาสตร์การสื่อสารความหมาย	331	720	50	48	50	49	50	49	150	146	221	66.77
14	นักกายอุปกรณ์	116	360	20	20	20	20	17	60	57	87	75.00	
15	ช่างกายอุปกรณ์	323	600	50	43	50	45	50	46	150	134	261	80.80
16	นักกิจกรรมบำบัด	646	540	50	50	50	50	50	47	150	147	429	66.41
17	นักปฏิบัติการฉุกเฉินการแพทย์	4,269	300	50	180	50	50	50	50	150	280	232	71.80
	เจ้าหน้าที่งานเวชกิจฉุกเฉิน		450	150		150	130	150	130	450	260	2,833	
18	นักวิชาการสาธารณสุข	65,452	18,900	1,200	-26	1,400	-96	1,500	-59	4,100	-181	31,011	71.07
	เจ้าหน้าที่งานสาธารณสุข		-									-	
19	แพทย์แผนไทย	4,567	1,800	300	291	300	285	300	284	900	860	3,467	90.30
	เจ้าหน้าที่งานสาธารณสุข(อายุรเวท)	-										-	
20	นักวิชาการโสตทัศนศึกษา	860	150	20	13	20	11	-	-14	40	10	114	94.30
	เจ้าหน้าที่งานโสตทัศนศึกษา		-								-	-	
21	ช่างภาพการแพทย์	83	180	10	9	10	9	5	4	25	22	67	80.72
22	นักวิชาการสาธารณสุข(เวชสถิติ)	3,042	150	50	43	50	43	50	43	150	129	142	85.14
	เจ้าหน้าที่งานเวชสถิติ		360	120	120	120	120	120	120	360	360	2,448	
23	นักเทคโนโลยีหัวใจและทรวงอก	208	540	10	10	10	10	8	8	28	28	207	99.52
24	นักโภชนาการ	2178	6,000	150	134	150	141	150	138	450	413	1,252	75.99
	กำหนดอาหาร		600								-	1	
	โภชนาการ		-								-	402	
25	นักสังคมสงเคราะห์	580	3,000	50	36	50	38	50	38	150	112	448	77.24

สำหรับบุคลากรสายวิชาชีพอื่น ๆ ก็เช่นเดียวกัน ที่มีความจำเป็นต้องรับบุคลากรเข้าทำงาน โดยการบริหารภายใต้กรอบอัตรากำลังที่กำหนด ซึ่งส่วนใหญ่แล้วจะขาดแคลนตำแหน่งข้าราชการรองรับ จึงต้องมีการบริหารการจ้างงานเป็นพนักงานกระทรวงสาธารณสุข หรือตำแหน่งประเภทอื่น

แนวทางในการบริหารกรอบอัตรากำลังของหน่วยบริการสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขระหว่างปี 2562-2564

ตามมติคณะรัฐมนตรีเมื่อวันที่ 9 และ 23 พฤษภาคม 2560 อนุมัติอัตราราชการตั้งใหม่ ตำแหน่งนายแพทย์ จำนวน 779 อัตรา ทันตแพทย์ จำนวน 70 อัตรา สำหรับบรรจุนักเรียนทุนผู้ให้สัญญาปี 2560 และพยาบาลวิชาชีพ รวม 9,242 อัตรา พร้อมงบประมาณด้านบุคลากร เพื่อรองรับภารกิจการยกระดับคุณภาพบริการด้านสาธารณสุขและสุขภาพของประชาชนตามนโยบายรัฐบาล เป็นระยะเวลา 3 ปี (ปีงบประมาณ พ.ศ. 2560-2562) จำนวน 8,792 อัตรา และเพื่อบรรจพยาบาลวิชาชีพที่สำเร็จการศึกษาตามโครงการผลิตบุคลากรพยาบาลเพื่อพัฒนาสุขภาพประชาชนในจังหวัดชายแดนตามรอยสมเด็จพระเจ้า จำนวน 450 อัตรา เป็นระยะเวลา 9 ปี (ปีละ 50 อัตรา) นั้น

คณะกรรมการกำหนดเป้าหมายและนโยบายกำลังคนภาครัฐ แจกผลการพิจารณาคำขออัตราข้าราชการตั้งใหม่แก่สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ดังนี้

1) หนังสือสำนักงาน ก.พ. ที่ นร 1008.4/65 ลงวันที่ 31 พฤษภาคม 2560 แจกอนุมัติอัตราข้าราชการตั้งใหม่รวมจำนวน 849 อัตรา ได้แก่ ตำแหน่งนายแพทย์ จำนวน 779 อัตรา และตำแหน่งทันตแพทย์ จำนวน 70 อัตรา สำหรับบรรจุนักเรียนทุนผู้ให้สัญญาฯ ปี 2560

2) หนังสือสำนักงาน ก.พ. ที่ นร 1008.4/95 ลงวันที่ 12 มิถุนายน 2560 แจกอนุมัติอัตราข้าราชการตั้งใหม่ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ รวมจำนวน 450 อัตรา (ปีงบประมาณ พ.ศ. 2560-2568 ปีละ 50 อัตรา) เพื่อบรรจพยาบาลวิชาชีพที่สำเร็จการศึกษาตามโครงการผลิตบุคลากรพยาบาลเพื่อพัฒนาสุขภาพประชาชนในจังหวัดชายแดนตามรอยสมเด็จพระเจ้า

3) หนังสือสำนักงาน ก.พ. ที่ นร 1008.4/98 ลงวันที่ 12 มิถุนายน 2560 แจกอนุมัติอัตราราชการตั้งใหม่ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ รวมจำนวน 8,792 อัตรา (ปีงบประมาณ พ.ศ. 2560 จำนวน 2,992 อัตรา ปีงบประมาณ พ.ศ. 2561-2562 ปีละ 2,900 อัตรา) เพื่อรองรับภารกิจการยกระดับคุณภาพบริการด้านสาธารณสุขและสุขภาพของประชาชนตามนโยบายรัฐบาล

โดยให้สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขเสนอ อ.ก.พ. กระทรวงสาธารณสุขพิจารณากำหนดตำแหน่งตามบัญชีตำแหน่งข้าราชการพลเรือนสามัญที่ได้รับจัดสรรอัตราราชการตั้งใหม่ และให้ดำเนินการตามเงื่อนไขต่าง ๆ ดังนี้

1. ให้พิจารณาขบวนการกำหนดสายงานที่จะเป็นคู่สัญญากับกระทรวงฯ ให้มีเฉพาะสายงานที่มีความขาดแคลนจำนวนมากและมีความจำเป็นสำหรับการปฏิบัติงานตามยุทธศาสตร์ประเทศหรือ

นโยบายของรัฐบาลรวมถึงวางแผนการกำหนดตำแหน่งโดยใช้ตำแหน่งว่างที่มีอยู่ และตำแหน่งที่จะว่างลงในอนาคต มากำหนดตำแหน่งที่มีความจำเป็นในการปฏิบัติงานด้านการสาธารณสุขให้มีประสิทธิภาพ และเกิดความคุ้มค่า

2. ให้จัดทำแผนการบริหารจัดการกำลังคนของกระทรวงสาธารณสุขในระยะยาวให้แล้วเสร็จโดยเร็ว เสนอคณะอนุกรรมการกำหนดยุทธศาสตร์การปฏิรูปกำลังคนและภารกิจบริการด้านสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุข เพื่อรายงานคณะรัฐมนตรีภายในกลางปีงบประมาณ พ.ศ. 2561

3. ให้กระทรวงสาธารณสุขหลีกเลี่ยงในการนำเงินนอกงบประมาณไปใช้ในการบรรจุแต่งตั้งเจ้าหน้าที่เพื่อปฏิบัติงานในหน่วยงาน

4. ให้กระทรวงสาธารณสุขปรับปรุงการทำงานในโรงพยาบาลให้มีลักษณะการผสมผสานทักษะความชำนาญงานเฉพาะด้าน

5. ให้กระทรวงสาธารณสุขพิจารณาการจ้างพนักงานราชการหรือใช้วิธีการจ้างพนักงานจากภายนอกองค์กร (outsourc) เพื่อทดแทนการบรรจุเป็นข้าราชการ

6. ให้สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข นำตำแหน่งว่างที่มีอยู่และตำแหน่งที่จะว่างในอนาคตมาบริหารจัดการเพื่อรองรับการบรรจุพยาบาลวิชาชีพตามความจำเป็น

ตามข้อสั่งการและเจตนารมณ์มติคณะรัฐมนตรีดังกล่าว กระทรวงสาธารณสุข โดยสำนักงานปลัดกระทรวงฯ (สป.) ได้ดำเนินการและกำหนดมาตรการต่าง ๆ เพื่อให้การบริหารอัตรากำลังอย่างมีประสิทธิภาพและเกิดความคุ้มค่า มีการกระจายตัวที่เหมาะสมกับการให้บริการและบริบทของแต่ละพื้นที่ และมีบุคลากรเพียงพอต่อการให้บริการประชาชน จึงได้ดำเนินการจัดสรรตำแหน่งทั้งอัตราข้าราชการตั้งใหม่และอัตรารว่างเดิม สป. ระหว่างปี พ.ศ. 2556-2561 พร้อมทั้งกำหนดมาตรการต่าง ๆ เพื่อให้การบริหารตำแหน่งมีประสิทธิภาพภายใต้มาตรการ ดังนี้

มาตรการบริหารอัตรากำลังให้มีประสิทธิภาพ

1. กระจายอำนาจการบริหารงานบุคคลในเขตสุขภาพ ให้เขตสุขภาพทั้ง 12 เขต บริหารจัดการอัตรากำลังเพื่อสนับสนุนการจัดบริการตาม Service plan ของแต่ละเขต เพื่อให้เกิดการใช้ทรัพยากรร่วมกันอย่างมีประสิทธิภาพ เช่น การกระจายอำนาจการบริหารตำแหน่งว่าง การกระจายตำแหน่งที่ได้รับจัดสรร ทั้งนี้สำหรับสายงานนักเรียนทุนแพทย์ ทันตแพทย์ เกษัชกร สำนักงานปลัดฯ สงวนเพื่อเป็นอัตรารองรับนักศึกษาผู้สำเร็จการศึกษาในแต่ละปีและต้องมาใช้ทุนในสถานบริการสังกัดกระทรวงสาธารณสุข สำหรับสายงานที่มีความขาดแคลน สงวนเพื่อบริหารจัดการในภาพรวมเพื่อให้เกิดการกระจายอัตรากำลังในแต่ละเขตสุขภาพที่เหมาะสมกับภาระงานหรือให้สอดคล้องกับภารกิจที่เปลี่ยนแปลงไปตามนโยบายรัฐบาล เช่น พยาบาลวิชาชีพ นักรังสีการแพทย์ นักเทคนิคการแพทย์ เจ้าพนักงานวิทยาศาสตร์การแพทย์ เจ้าพนักงานทันตสาธารณสุข

2. มอบอำนาจให้เขตสุขภาพบริหารจัดการอัตราว่าง เพื่อสรรหาบุคคลมาดำรงตำแหน่งภายใต้กรอบอัตรากำลัง โดยกำหนดเป็นคำรับรองผลการปฏิบัติราชการของหัวหน้าส่วนราชการประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2562 “ร้อยละของเขตสุขภาพที่มีการบริหารจัดการกำลังคนที่มีประสิทธิภาพ” ซึ่งทุกเขตสุขภาพต้องมีแผนบริหารจัดการกำลังคน และมีการบริหารอัตราว่างอย่างมีประสิทธิภาพ โดยกำหนดให้แต่ละเขตสุขภาพมีอัตราว่างหมุนเวียนประเภทข้าราชการและพนักงานราชการได้ไม่เกินร้อยละ 3 โดยกำหนดระยะเวลาการสรรหาบุคคลมาดำรงตำแหน่งที่ว่างอยู่ในแต่ละกลุ่ม ดังนี้

2.1 การแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งสูงขึ้น หรือการย้ายเปลี่ยนสายงาน การเลื่อนระดับกำหนดระยะเวลาในการคัดเลือกบุคคลให้ดำรงตำแหน่งให้แล้วเสร็จภายใน 3 เดือนนับแต่ตำแหน่งว่างลง

2.2 ปรับปรุงกำหนดตำแหน่งเป็นสายงานอื่นตามความจำเป็น บทบาท ภารกิจ ที่เปลี่ยนแปลงไป

2.3 การดำเนินการสรรหาบุคคล โดยการคัดเลือกบรรจุ การบรรจุผู้สอบแข่งขันได้ รับย้าย รับโอน ให้แล้วเสร็จภายใน 3 เดือน นับแต่วันที่ตำแหน่งว่าง

2.4 หากไม่สามารถดำเนินการได้แล้วเสร็จจะพิจารณาตัดโอนตำแหน่งและอัตราเงินเดือนไปให้ส่วนราชการอื่น

3. กำหนดหลักเกณฑ์ เงื่อนไข การกระจายตำแหน่ง ที่ได้รับจัดสรรไม่ว่าจะเป็นอัตราตั้งใหม่หรืออัตราว่างเดิมของ สป. โดยให้เป็นไปตามโครงสร้างและกรอบอัตรากำลังที่ อ.ก.พ.กระทรวงอนุมัติ และเป็นไปตามเงื่อนไขคณะรัฐมนตรี (ครม.) กำหนดอย่างเคร่งครัด ดังนี้

(ก) โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโรงพยาบาลชุมชน

(ข) โรงพยาบาลทั่วไปในถิ่นทุรกันดาร

(ค) โรงพยาบาลชุมชนเปิดใหม่

(ง) โรงพยาบาลที่ขาดสภาพคล่อง

(จ) โรงพยาบาลที่มีภาระงานหนัก

(ฉ) หน่วยงานที่มีภารกิจด้านบริการเด็กและเยาวชน

4. การปรับปรุงการกำหนดตำแหน่งสายงานประเภททั่วไป เป็นสายงานอื่นที่มีความจำเป็นและเป็นสายงานหลักตามภารกิจของกระทรวงสาธารณสุข โดยการใช้ตำแหน่งว่างที่มีอยู่เดิมที่ไม่ติดเงื่อนไขห้ามปรับปรุงตำแหน่งเป็นสายงานอื่น โดยปรับปรุงกำหนดตำแหน่งเป็นตำแหน่งเภสัชกร เพื่อเป็นอัตรารองรับนักศึกษาผู้สำเร็จการศึกษาเภสัชศาสตรบัณฑิต ในปีการศึกษา พ.ศ. 2560, 2561 และปีการศึกษา 2562 และกำหนดตำแหน่งเป็นสายงานที่มีความขาดแคลนอื่น ๆ การบริหารตำแหน่งโดยการกำหนดตำแหน่งเป็นสายงานอื่นที่มีความจำเป็นตามภารกิจการให้บริการของ สป. ระหว่างปี พ.ศ. 2560-2561 ได้ดำเนินการไปแล้วทั้งสิ้น 1,491 อัตรา

5. การเปิดสอบแข่งขันเพื่อให้สามารถสรรหาบุคคลมาดำรงตำแหน่งได้โดยเร็ว โดยเฉพาะในสายงานที่สำนักงาน ก.พ. กำหนดให้เป็นสายงานที่ต้องสอบบรรจุเข้ารับราชการ ในสายงานต่าง ๆ ดังนี้

ปีงบประมาณ 2560

ลำดับที่	ตำแหน่ง	ชั้นบัญชี	บรรจุแล้ว	จำนวนคงเหลือ
1	นักวิเคราะห์นโยบายและแผนปฏิบัติการ	1,041	38	1,003
2	นักทรัพยากรบุคคลปฏิบัติการ	559	43	516
3	นักจัดการงานทั่วไปปฏิบัติการ	696	81	615
4	นักวิชาการเงินและบัญชีปฏิบัติการ	428	35	393
5	นักวิชาการพัสดุปฏิบัติการ	79	18	61
6	นิติกรปฏิบัติการ	159	22	137
7	นักวิชาการคอมพิวเตอร์ปฏิบัติการ	28	28	0
8	นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ	577	141	436
9	เจ้าพนักงานสาธารณสุขปฏิบัติงาน	392	262	130
10	เจ้าพนักงานสาธารณสุขปฏิบัติงาน (ด้านอายุรเวท)	23	23	0
11	เจ้าพนักงานสาธารณสุขปฏิบัติงาน (ด้านเวชกิจฉุกเฉิน)	197	126	71
รวม		4,179	817	3,362

ปีงบประมาณ 2561

ลำดับที่	ตำแหน่ง	จำนวนผู้ได้รับการขึ้นบัญชี	เรียกถึงลำดับที่	จำนวนคงเหลือ
1	นักสังคมสงเคราะห์ปฏิบัติการ	56	2	54
2	นักโภชนาการปฏิบัติการ	74	1	73
3	นักวิทยาศาสตร์การแพทย์ปฏิบัติการ	5	1	4
4	เจ้าพนักงานการเงินและบัญชีปฏิบัติงาน	348	40	308
5	เจ้าพนักงานพัสดุปฏิบัติงาน	83	10	73
6	เจ้าพนักงานธุรการปฏิบัติงาน	341	10	331
6	นายช่างเทคนิคปฏิบัติงาน	3	3	0
8	นายช่างโยธาปฏิบัติงาน	2	1	1
รวม		912	68	844

6. **มาตรการควบคุมกำกับการทำงาน** โดยการปรับปรุงแบบการจ้างงานจากลูกจ้างชั่วคราว (รายเดือน) เป็นพนักงานกระทรวงสาธารณสุขไม่น้อยกว่าร้อยละ 50 ของลูกจ้างชั่วคราวทั้งหมด (หนังสือ สป. ที่ สธ 0208.04/ว 774 ลว. 20 พ.ย.61) ซึ่งดำเนินการประเมินลูกจ้างชั่วคราว (รายเดือน) เงินบำรุง โดยวิธีคัดเลือกเพื่อเข้าสู่ตำแหน่งพนักงานกระทรวงสาธารณสุขโดยวิธีสมัครใจ มีผู้แสดงความประสงค์จำนวน 35,943 ราย จากจำนวนลูกจ้างชั่วคราวรายเดือนทั้งสิ้น 49,600 ราย โดยจำนวนร้อยละ 50 ของจำนวนทั้งหมดที่ผ่านการประเมินในแต่ละหน่วยงานจะได้รับการจ้างเป็น พกส. ในปีงบประมาณ 2562 และอีกร้อยละ 50 ที่เหลือจะได้รับการจ้าง ในปีงบประมาณ 2563 ทั้งนี้ยังได้กำหนดมาตรการจ้างงานทดแทนอัตราที่สูญเสียโดยให้จ้างได้เฉพาะกรณีมีเหตุพิเศษเท่านั้น

ส่วนการทบทวนนักเรียนทุนคู่สัญญา ได้ดำเนินการสำหรับผู้ที่สำเร็จการศึกษา เภสัชศาสตร์บัณฑิต ขณะนี้อยู่ระหว่างการจัดทำหลักเกณฑ์ เงื่อนไข และวิธีการ ด้านข้อกำหนด ซึ่งคาดว่าจะดำเนินการแล้วเสร็จภายในปีงบประมาณ พ.ศ. 2562

ส่วนที่ 3

ความต้องการกำลังคนด้านสุขภาพ
ในระยะ 20 ปีข้างหน้า

ตามที่คณะกรรมการกำหนดเป้าหมายและนโยบายกำลังคนภาครัฐ (คปร.) ได้เสนอการเพิ่มอัตราข้าราชการตั้งใหม่(พยาบาลวิชาชีพ) ของกระทรวงสาธารณสุข จำนวน 8,792 อัตรา และคณะรัฐมนตรีมีมติอนุมัติ เมื่อวันที่ 23 พฤษภาคม 2560 โดยมีเงื่อนไขให้ “กระทรวงสาธารณสุขจัดทำแผนการบริหารจัดการกำลังคนในระยะยาวให้เสร็จโดยเร็ว เพื่อให้มีข้อมูลความต้องการบุคลากรทางการแพทย์ การพยาบาลและที่เกี่ยวข้องอย่างถูกต้อง สอดคล้องกับความจำเป็นในการปฏิบัติงานจริงและมีสัดส่วนของบุคลากรทางการแพทย์ต่อจำนวนประชากรที่เข้ารับบริการในภาพรวมที่เหมาะสมสามารถให้บริการได้อย่างมีคุณภาพ โดยไม่เป็นภาระงบประมาณจนเกินควร ทั้งนี้ในการพิจารณาจำนวนความต้องการบุคลากรข้างต้น ให้กระทรวงสาธารณสุข คำนึงถึงบุคลากรฯ ที่มีอยู่ทั้งหมดในภาพรวมของประเทศ ทั้งที่อยู่ในภาครัฐและภาคเอกชน” ซึ่ง คปร. ได้แต่งตั้งคณะกรรมการกำหนดยุทธศาสตร์การปฏิรูปกำลังคนและภารกิจบริการด้านสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุข (อนุฯคปร.) เพื่อจัดทำแผนยุทธศาสตร์การปฏิรูปกำลังคนและภารกิจบริการด้านสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุขให้สอดคล้องกับบทบาท ภารกิจ ทิศทางและนโยบายด้านการบริการสุขภาพของประเทศ

สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข จึงได้มอบหมายให้คณะทำงานวิชาการที่ประกอบด้วยนักวิจัยด้านกำลังคนทั้งภายในและภายนอกกระทรวงสาธารณสุข ทำการศึกษาความต้องการกำลังคนด้านสุขภาพในอนาคต เพื่อเป็นข้อมูลในการจัดทำแผนปฏิรูปกำลังคนฯ ดังกล่าว ทั้งนี้เพื่อตอบคำถามตาม มติ ครม. วันที่ 23 พฤษภาคม 2560 ข้างต้น

คณะทำงานวิชาการฯ ได้ทบทวนสถานการณ์ความต้องการด้านสุขภาพของประชาชน และระบบบริการสุขภาพที่ให้บริการอยู่ในปัจจุบัน สร้างแบบจำลองรูปแบบการดูแลสุขภาพในอนาคตด้วยวิธี Group Model Building และการวิเคราะห์พลวัตระบบ (System Dynamic) แล้วทำการคาดการณ์ความต้องการกำลังคนในอนาคตตามแบบจำลองบริการสุขภาพในอนาคตด้วยวิธี Health Need Method เพื่อเสนอทางเลือกเชิงนโยบายในการจัดทำแผนบริหารจัดการกำลังคนด้านสุขภาพของประเทศไทยในระยะ 20 ปี (พ.ศ. 2561 - 2580) และเพื่อเป็นทิศทางในการจัดทำแผนการบริการจัดการกำลังคนของกระทรวงสาธารณสุขในระยะยาว โดยมีคำถามการศึกษาคือ ในระยะ 5 ปี 10 ปี 15 ปี และ 20 ปีข้างหน้า ประเทศไทยควรมี แพทย์ พยาบาล ทันตแพทย์ และเภสัชกร จำนวนเท่าใดจึงจะเหมาะสม เป็นสัดส่วนผู้ให้บริการสุขภาพต่อประชากรเท่าใด ที่จะสามารถทำให้ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการสุขภาพได้อย่างทั่วถึง (สัดส่วน Unmet health needs ลดลง) สุขภาวะและคุณภาพชีวิตของประชาชนไทยดีขึ้น (Population health status and quality of life) ดีขึ้น และค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพของประเทศ (Healthcare expenditures) เหมาะสม ผลการศึกษาสรุปได้ดังนี้

1. ปัจจัยกำหนดความต้องการด้านสุขภาพของประชาชนในอนาคต

1.1 สถานการณ์สุขภาพคนไทย

มีตัวชี้วัดที่หลากหลายในการติดตามประเมินสถานะสุขภาพของประชากร สำหรับประเทศไทยเลือกใช้อายุคาดเฉลี่ยเมื่อแรกเกิด (Life Expectancy: LE) และอายุคาดเฉลี่ยของการมีสุขภาพดี (Health Adjusted Life Expectancy: HALE) เป็นตัวชี้วัดหลักในการประเมินสถานะสุขภาพของประชากร เพราะการวัดผลที่อายุที่ยืนยาวเพียงอย่างเดียวไม่สามารถบ่งบอกได้ถึง การมีสุขภาพที่ดีได้ อายุคาดเฉลี่ยที่ปรับด้วยสุขภาพจึงมีความสำคัญอย่างยิ่ง โดยเฉพาะเมื่อประเทศก้าวเข้าสู่สังคมสูงอายุ เพราะการมีผู้สูงอายุมีจำนวนมากขึ้น แต่หากผู้สูงอายุเหล่านี้ไม่สามารถอยู่อย่างมีสุขภาพที่ดี นั้นจะทำให้ภาระการพึ่งพิงของผู้สูงอายุสูงขึ้น

เมื่อพิจารณาถึงคุณภาพชีวิตของคนไทยโดยรวมในปัจจุบัน ยังพบอีกว่า แม้ว่าอายุคาดเฉลี่ยคนไทยจะสูงขึ้น โดยอายุคาดเฉลี่ยเมื่อแรกเกิดเพศชาย 71.3 ปี และเพศหญิง 78.2 ปี ในปี 2557 แต่กลับพบการเสียชีวิตก่อนวัยอันควรจากโรคไม่ติดต่อและอุบัติเหตุเป็นจำนวนมาก และแผนปฏิรูปประเทศ (ด้านสาธารณสุข) พ.ศ. 2560 - 2579 ตั้งเป้าหมายให้ประชากรไทยมี LE ไม่น้อยกว่า 85 ปี HALE ไม่น้อยกว่า 75 ปี¹ ขณะที่สถานการณ์สุขภาพของประชากร ณ ปี 2557 พบว่าในภาพรวมประชากรไทยมี LE และ HALE เมื่อแรกเกิดเท่ากับ 74.9 ปี และ 67.7 ปี และคาดประมาณว่าในปี พ.ศ. 2579 จะเพิ่มเป็น 77.4 ปี และ 74.3 ปี ตามลำดับ ซึ่งถือว่าค่าจากการคาดประมาณใกล้เคียงกับเป้าหมายที่ตั้งไว้ แต่อย่างไรก็ตามช่วงความเชื่อมั่นของการคาดประมาณ HALE คือ 71.4 - 77.2 ปี จึงเป็นไปได้ว่า HALE ที่คาดไว้อาจจะมีค่าสูงหรือต่ำกว่าเป้าหมายก็เป็นได้² ซึ่งตามแผนยุทธศาสตร์ชาติระยะ 20 ปี ได้วางแนวทางในการเพิ่ม LE และ HALE ไว้ โดยมุ่งลดจำนวนผู้เสียชีวิตก่อนวัยอันควร (Premature mortality) และลดการตายจากสาเหตุหลักที่สามารถป้องกันได้ คือ การเสียชีวิตจากสาเหตุภายนอก (External causes) เช่น การตายจากอุบัติเหตุ และลดการป่วยด้วยโรคเรื้อรัง (Chronic diseases)

1.2 อัตราเพิ่มประชากรและแนวโน้มที่จะเป็นภาระของกระทรวงสาธารณสุขซึ่งเป็นองค์หลักในระบบบริการสุขภาพในปัจจุบัน

จำนวนประชากรไทยในอนาคตมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างช้า ๆ จากปัจจุบัน จนกระทั่งปี 2569 ทิศทางการเปลี่ยนแปลงจะกลับลดน้อยลง โดยคาดประมาณว่าจำนวนประชากรตั้งแต่ปี พ.ศ. 2578 เป็นต้นไปจะมีจำนวนน้อยกว่าจำนวนที่มีในปัจจุบัน ขณะที่สัดส่วนผู้สูงอายุจะเพิ่มจากร้อยละ 18 ในปี 2560 เป็นร้อยละ 30 ในปี 2578³ แต่อย่างไรก็ตามประชากรย้ายถิ่นเข้าจากต่างประเทศ มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ จะยังคงเป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้การใช้บริการของประชาชนที่อาศัยในประเทศเพิ่มขึ้น

¹ แผนปฏิรูปประเทศ (ด้านสาธารณสุข) พ.ศ. 2560-2579

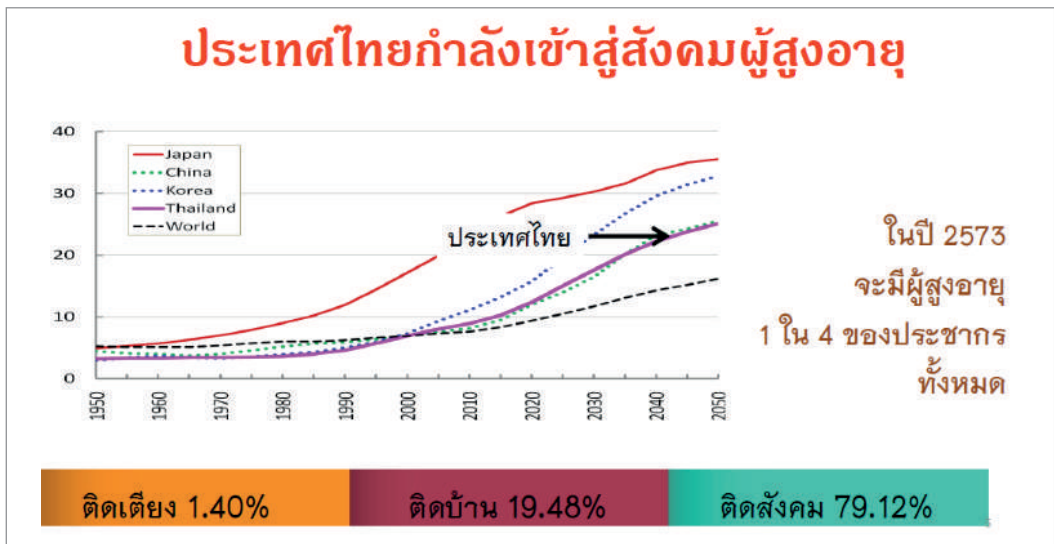
² รายงานการศึกษาพยากรณ์อายุคาดเฉลี่ยที่มีสุขภาพดีของประชากรไทย พ.ศ. 2558-2573, แผนยุทธศาสตร์การพัฒนาด้านประเมินภาระโรคและสุขภาพของประชากรไทย, สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ, กระทรวงสาธารณสุข

³ การคาดประมาณประชากรไทย พ.ศ.2553-2583, สำนักงานสภาพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ

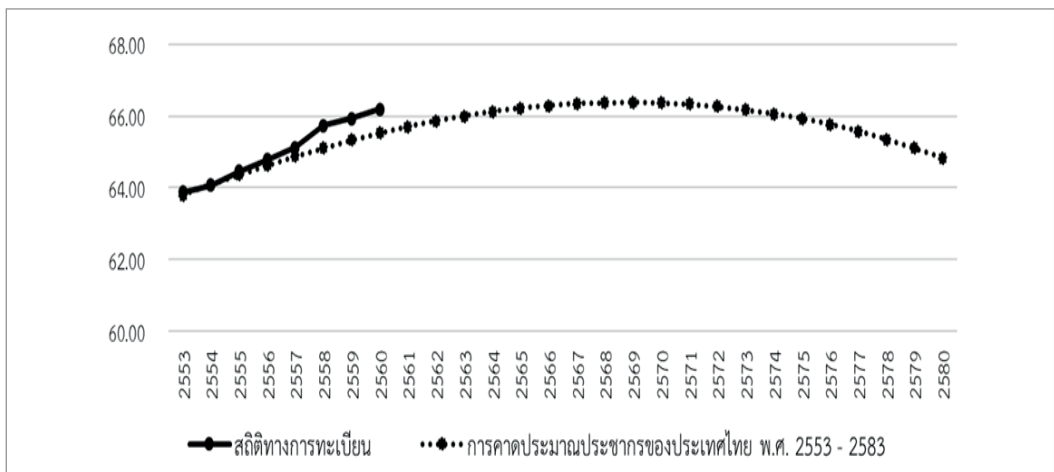
โครงสร้างประชากรเปลี่ยนแปลงเข้าสู่การเป็นสังคมสูงวัย แต่ยังคงมีปัญหาทั้งในเชิงปริมาณและคุณภาพของประชากรในทุกช่วงวัย ขณะที่ครัวเรือนโดยเฉลี่ยมีขนาดลดลง และมีรูปแบบที่หลากหลาย จากการคาดประมาณประชากรของประเทศไทยปีพ.ศ. 2553-2583 ของสำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ (สศช.) พบว่า ปัจจุบันอัตราการเจริญพันธุ์รวมของประชากรไทยต่ำกว่าระดับทดแทนอยู่ที่อัตรา 1.62 และคาดการณ์ว่าในปี 2583 อัตราการเจริญพันธุ์รวมอาจลดลงเหลือเพียง 1.3 คน ส่งผลให้โครงสร้างประชากรไทยมีการเปลี่ยนแปลงเข้าสู่การเป็นสังคมสูงวัย ขณะที่ประชากรวัยเด็กและวัยแรงงานจะมีจำนวนลดลง โดยกลุ่มวัยเด็กจะลดลงอย่างรวดเร็วจาก 11.79 ล้านคน ในปีพ.ศ. 2558 เหลือเพียง 8.17 ล้านคน ในปีพ.ศ. 2583 ส่วนกลุ่มวัยทำงานมีแนวโน้มลดลงจาก 43.0 ล้านคน เป็น 35.2 ล้านคน ในช่วงเวลาเดียวกัน และยังมีปัญหาผลิตผลจากแรงงานต่ำ นอกจากนี้คนไทยไม่นิยมทำงานระดับล่าง ทำให้ต้องพึ่งการนำเข้าแรงงานจากประเทศเพื่อนบ้าน เป็นช่องทางทำให้เกิดปัญหาโรคและภัยสุขภาพเพิ่มมากขึ้น

ส่วนกลุ่มผู้สูงอายุมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นจาก 10.3 ล้านคน (ร้อยละ 16.2) ในปี 2558 เป็น 20.5 ล้านคน (ร้อยละ 32.1) ในปีพ.ศ. 2583 ทำให้มีผู้ป่วยโรคเรื้อรังต่าง ๆ เพิ่มมากขึ้น สะท้อนภาระค่าใช้จ่ายทางสุขภาพ ขณะเดียวกันผู้สูงอายุจำนวนมากมีรายได้ไม่พอต่อการยังชีพ และจะส่งผลให้อัตราการพึ่งพิงของประชากรวัยแรงงานต้องรับภาระการดูแลผู้สูงอายุเพิ่มขึ้น โดยในปีพ.ศ. 2553 มีประชากรวัยแรงงาน 5 คน ที่มีศักยภาพรับภาระดูแลผู้สูงอายุ 1 คน และคาดการณ์ว่าในปีพ.ศ. 2583 จะเหลือประชากรวัยแรงงานเพียง 1.7 คน รับภาระดูแลผู้สูงอายุ 1 คน นอกจากนั้นการพัฒนาด้านการแพทย์ที่มีคุณภาพมากขึ้น ยังส่งผลให้ประชากรมีอายุยืนยาวขึ้น แต่คุณภาพชีวิตในผู้สูงอายุบางกลุ่ม เช่น ผู้สูงอายุที่มีภาวะติดเตียง ติดบ้าน ไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ซึ่งมีการศึกษาที่คาดการณ์ว่า ในปีพ.ศ. 2573 ซึ่งประเทศไทยจะเป็นสังคมสูงอายุแบบสมบูรณ์แบบนั้น ร้อยละ 1.4 ของผู้สูงอายุ จะเป็นผู้ที่มีภาวะติดเตียง ร้อยละ 19.48 ติดบ้าน ร้อยละ 79.12 ติดสังคม ในขณะที่แนวโน้มที่จะมีผู้สูงอายุอยู่ตามลำพังก็เพิ่มสูงขึ้น ด้วยบริบทสังคมที่เปลี่ยนไป ซึ่งจะส่งผลให้มีภาระในการจัดบริการสุขภาพและบริการสังคม ที่ส่งผลให้ค่าใช้จ่ายของรัฐและครอบครัวในการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุที่เพิ่มมากขึ้นในอนาคต

ภาพที่ 3.1 แนวโน้มการเข้าสู่สังคมสูงอายุของประเทศไทย



ภาพที่ 3.2 สถิติประชากรและการคาดประมาณจำนวนประชากรไทยในอนาคต



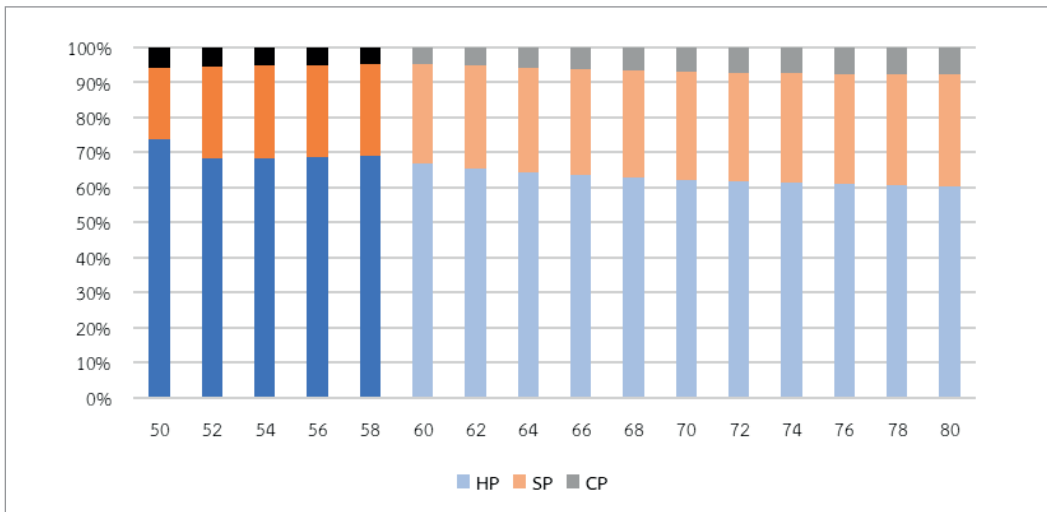
จากภาพรวมประชากรข้างต้น เมื่อวิเคราะห์แยกประชากรรายกลุ่มสถานะสุขภาพโดยใช้ข้อมูลทุติยภูมิจากการสำรวจอนามัยและสวัสดิการ ซึ่งเป็นข้อมูลสำรวจโดยการสอบถามประชาชนเกี่ยวกับความเจ็บป่วยและการใช้บริการสุขภาพในรูปแบบต่าง ๆ ซึ่งสามารถจำแนกประชากรตามระดับสุขภาพได้เป็น 3 กลุ่ม คือ

1. กลุ่มประชากรที่มีสุขภาพดี (Healthy population: HP) ไม่มีความจำเป็นต้องรับการรักษาพยาบาล อันเนื่องมาจากอาการเจ็บป่วยหรือบาดเจ็บจากอุบัติเหตุ แต่ยังคงมีความจำเป็นต้องรับบริการส่งเสริมป้องกันโรคตามมาตรฐาน เช่น การรับวัคซีน ป้องกันโรคติดต่อต่าง ๆ

2. กลุ่มประชากรที่มีอาการเจ็บป่วยชนิดไม่ซับซ้อน (Population with simple illness: SP) อันเนื่องมาจากโรคต่าง ๆ รวมทั้งโรคประจำตัว หรือได้รับบาดเจ็บจากอุบัติเหตุ ซึ่งมีความจำเป็นต้องได้รับการรักษาพยาบาลขั้นพื้นฐาน

3. ประชากรที่มีอาการเจ็บป่วยชนิดซับซ้อน (Population with complex illness: CP) อันเนื่องมาจากโรคต่าง ๆ รวมทั้งโรคประจำตัว หรือได้รับบาดเจ็บจากอุบัติเหตุ ซึ่งมีความจำเป็นต้องได้รับการรักษาพยาบาลที่เฉพาะทางมากขึ้น จากชุดข้อมูลดังกล่าวพบว่าสัดส่วนประชากรที่มีความจำเป็นต้องได้รับการบริการสุขภาพทั้งชนิดซับซ้อนและไม่ซับซ้อนมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น (ภาพที่ 3.2) อันเนื่องมาจากสาเหตุสำคัญจากการมีโครงสร้างประชากรเป็นสังคมสูงอายุและการเพิ่มขึ้นของโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ผนวกกับรูปแบบบริการที่ยังไม่สามารถปรับเน้นที่บริการปฐมภูมิได้อย่างสมบูรณ์และมีประสิทธิภาพ ส่งผลให้ประชากรวัยทำงานปัจจุบันที่จะเข้าสู่วัยผู้สูงอายุในอนาคตจะมีแนวโน้มภาวะสุขภาพไม่ดีเพิ่มขึ้น⁴

ภาพที่ 3.3 การคาดประมาณสัดส่วนประชากรรายกลุ่มสถานะสุขภาพ



ขณะที่ในด้านของตลาดบริการสุขภาพในประเทศไทย พบว่าประชาชนไทยร้อยละ 99.2 มีสวัสดิการค่ารักษาพยาบาล โดยเป็นสวัสดิการประเภทบัตรประกันสุขภาพ (บัตรทอง) มากที่สุด คือ ร้อยละ 75.7 และจากเงื่อนไขการใช้บริการตามสิทธิเป็นผลให้การใช้บริการด้านสุขภาพของประชาชนส่วนใหญ่ยังต้องพึ่งพิงหน่วยบริการภาครัฐโดยเฉพาะกระทรวงสาธารณสุขเป็นหลัก ทั้งนี้การสำรวจอนามัยและสวัสดิการ พบว่าการเจ็บป่วยที่จำเป็นต้องนอนพักรักษาตัวในสถานพยาบาล ประชาชนเลือก

⁴ โครงการการเก็บข้อมูลและประมวลผลความต้องการกำลังคนด้านสุขภาพของประเทศไทยในระยะ 20 ปี, กระทรวงสาธารณสุข, ตุลาคม 2561.

ใช้บริการที่หน่วยบริการภาครัฐมากถึงร้อยละ 86.4⁵ ซึ่งเมื่อพิจารณาร่วมกับแนวโน้มสถานสุขภาพของประชากรในอนาคต (ภาพที่ 3.1) ซึ่งจะทวีความซับซ้อนของภาวะเจ็บป่วยมากขึ้นหากไม่สามารถปรับระบบบริการให้เกิดประสิทธิผล แนวโน้มภาระงานของหน่วยบริการในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขก็จะยิ่งเพิ่มขึ้นอย่างไม่สิ้นสุด

2. สถานการณ์ระบบบริการสุขภาพ

2.1 การจำแนกประเภทของหน่วยบริการสุขภาพในประเทศไทย

“รูปแบบการจัดบริการสุขภาพ” (delivery of health services) เป็น 1 ใน 6 องค์ประกอบหลักของระบบบริการสุขภาพตามแนวคิดขององค์การอนามัยโลก (6 Building Blocks) ได้แก่ การจัดบริการสุขภาพ, กำลังคนด้านสุขภาพ, การเงินการคลังด้านสุขภาพ, ยาและเครื่องมือทางการแพทย์, ระบบข้อมูลสารสนเทศ และการอภิบาลระบบสุขภาพ ที่มีความเกี่ยวข้องโดยตรงกับการวางแผนความต้องการกำลังคนด้านสุขภาพ ทั้งในด้านประเภทและจำนวน ซึ่งเป็นทรัพยากรสำคัญในการขับเคลื่อนและให้บริการสุขภาพแก่ประชาชน

ตามแนวคิดการจัดบริการสุขภาพ สามารถจำแนกประเภทของหน่วยบริการสุขภาพได้หลายลักษณะ เช่น จำแนกตามลักษณะของความเป็นเจ้าของ (ownership of services delivery) หรือจำแนกตามระดับของหน่วยบริการสุขภาพ (level of services delivery) หรือจำแนกตามการออกแบบระบบการดูแลสุขภาพให้เหมาะสมกับความต้องการของกลุ่มประชากร (care delivery design) ซึ่งทำให้เกิดรูปแบบต่าง ๆ ของการจัดบริการสุขภาพ (models of care) สำหรับประเทศไทย หน่วยบริการสุขภาพที่มีอยู่ในประเทศไทยสามารถจำแนกตามลักษณะของเจ้าของหน่วยบริการ ได้ดังนี้

1) หน่วยงานผู้ให้บริการสุขภาพภาครัฐ (Public healthcare organizations) ตัวอย่างเช่น โรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข รวมถึงโรงพยาบาลเฉพาะโรคและสถาบันเฉพาะโรคในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข (เช่น โรงพยาบาลจิตเวช, โรงพยาบาลประสาท, สถาบันราชประชาสมาสัย, สถาบันบำราศนราดูร, สถาบันโรคทรวงอก, ศูนย์ป้องกันและควบคุมโรคมะเร็ง, ศูนย์บำบัดรักษาเยสพิต, โรงพยาบาลเมตตาประชารักษ์) โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยในสังกัดกระทรวงศึกษาธิการ โรงพยาบาลทั่วไปในสังกัดสำนักงานตำรวจแห่งชาติ โรงพยาบาลทั่วไปในสังกัดกระทรวงยุติธรรม โรงพยาบาลทั่วไปในสังกัดกระทรวงกลาโหม โรงพยาบาลทั่วไปในสังกัดกรุงเทพมหานคร โรงพยาบาลทั่วไปในสังกัดรัฐวิสาหกิจ โรงพยาบาลค่ายและโรงพยาบาลประจำหน่วยรบของกระทรวงกลาโหม ศูนย์บริการสาธารณสุขในสังกัดเทศบาล และศูนย์บริการสาธารณสุขในสังกัดกรุงเทพมหานคร เป็นต้น

2) หน่วยงานผู้ให้บริการสุขภาพที่ไม่แสวงหากำไร (Not-for-profit healthcare organizations) เช่น โรงพยาบาลในสังกัดสภาภชาชาติไทย

⁵ การสำรวจอนามัย สวัสดิการ และการบริโภคอาหารของประชากร พ.ศ. 2560, สำนักงานสถิติแห่งชาติ

3) หน่วยงานผู้ให้บริการสุขภาพภาคเอกชนที่แสวงหากำไร (For-profit private healthcare organizations) เช่น ร้านขายยาแผนปัจจุบัน ร้านขายยาแผนโบราณ สถานบริการที่ไม่มีเตียงรับผู้ป่วยไว้ค้างคืน (คลินิก) และสถานบริการที่มีเตียงรับผู้ป่วยไว้ค้างคืน (โรงพยาบาลเอกชน) เป็นต้น

ประเภทของหน่วยบริการสุขภาพ ยังสามารถจำแนกได้ตามระดับของหน่วยบริการสุขภาพ คือ การพิจารณาจำแนกหน่วยบริการสุขภาพออกเป็น 3 ประเภทใหญ่ ๆ ตามขนาดและระดับศักยภาพของทรัพยากรของหน่วยบริการสุขภาพที่นำมาใช้ในการจัดบริการสุขภาพ ได้แก่

1) หน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ (Primary care level) ได้แก่ หน่วยบริการสุขภาพซึ่งมีทรัพยากรในการจัดบริการสุขภาพน้อยที่สุดไม่มีแพทย์เฉพาะทาง ไม่มีเตียงรับผู้ป่วยใน ตัวอย่างเช่น โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบล (รพ.สต.) ของกระทรวงสาธารณสุข (เดิมเรียกว่าสถานีอนามัย หรือ สอ.) ศูนย์บริการสาธารณสุขของ กทม. หรือศูนย์บริการสาธารณสุขของเทศบาลต่าง ๆ คลินิกแพทย์และคลินิกผดุงครรภ์ในภาคเอกชน เป็นต้น

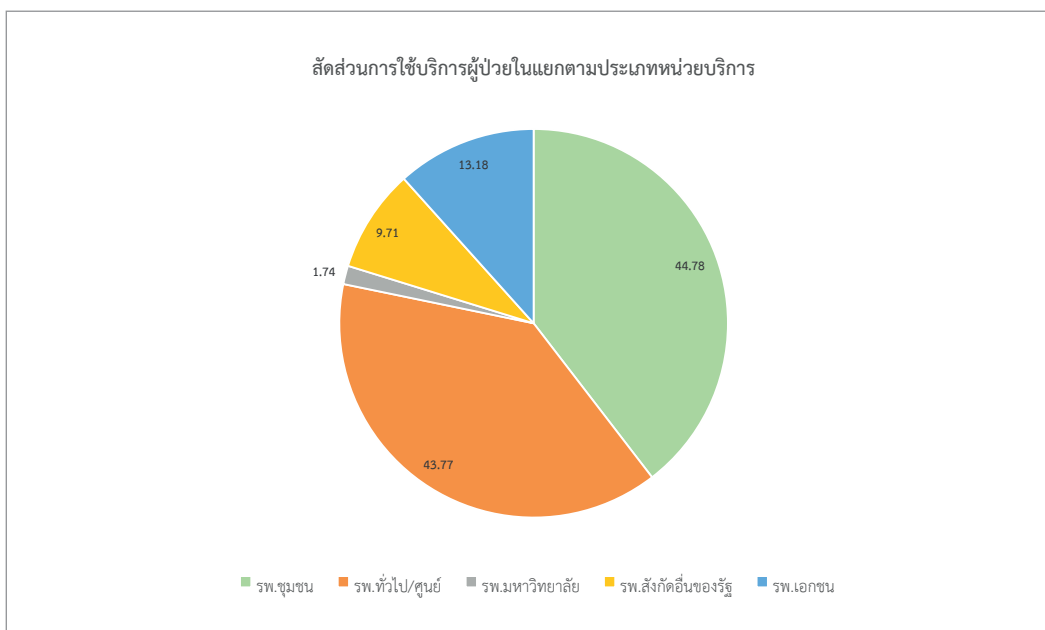
2) หน่วยบริการสุขภาพระดับทุติยภูมิ (Secondary care level) ได้แก่ หน่วยบริการสุขภาพซึ่งมีทรัพยากรในการจัดบริการสุขภาพปานกลาง มีแพทย์เฉพาะทางสาขาหลัก เช่น แพทย์อายุรกรรม ศัลยกรรม กุมารเวชกรรม สูติกรรม เป็นต้น ตัวอย่างเช่น โรงพยาบาลชุมชน (หรือเดิมเรียกว่าโรงพยาบาลอำเภอ) โรงพยาบาลทั่วไป (หรือเดิมเรียกว่าโรงพยาบาลจังหวัด) โรงพยาบาลเอกชนขนาดเล็ก เป็นต้น

3) หน่วยบริการสุขภาพระดับตติยภูมิ (Tertiary care level) ได้แก่ หน่วยบริการสุขภาพซึ่งมีทรัพยากรในการจัดบริการสุขภาพมากที่สุด มีแพทย์เฉพาะทางทุกสาขา รวมทั้งมีแพทย์เฉพาะทางอนุสาขา มีการเชื่อมโยงการให้บริการสุขภาพกับการวิจัยและการใช้เทคโนโลยีทางการแพทย์ล่าสุด เช่น โรงพยาบาลศูนย์ของกระทรวงสาธารณสุข โรงพยาบาลมหาวิทยาลัย โรงพยาบาลหลักของกองทัพต่าง ๆ เป็นต้น (นอกจากนั้น ในบางกรณีอาจเรียกหน่วยบริการสุขภาพ ซึ่งกำลังอยู่ในการวิจัยหรือการใช้เทคโนโลยีทางการแพทย์ล่าสุดว่าเป็นหน่วยบริการสุขภาพระดับ Supratertiary care level หรือ Quarternary care level)

2.2 การใช้บริการสุขภาพของประชาชน

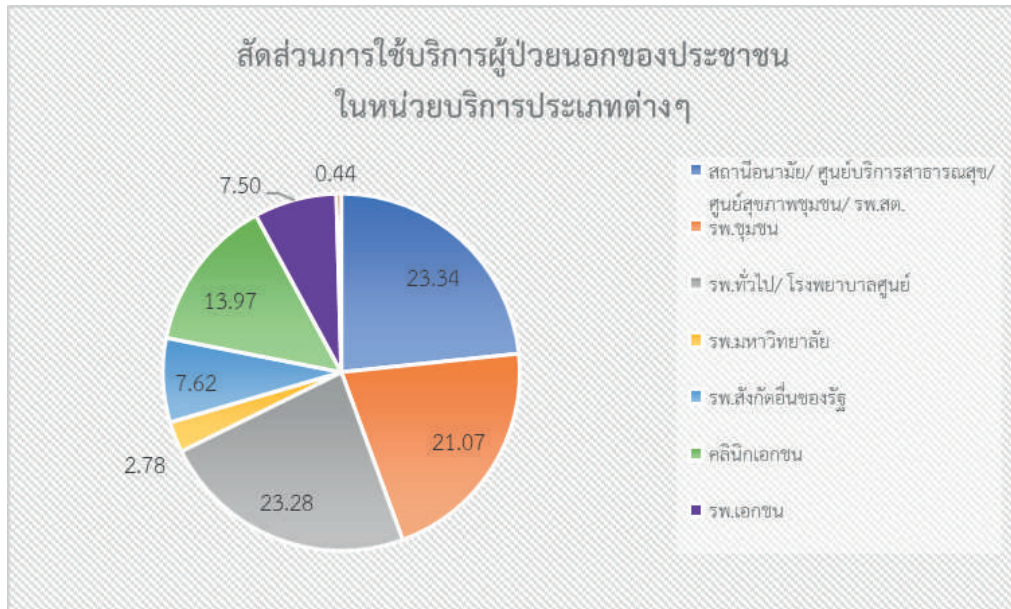
การใช้บริการด้านการแพทย์และสาธารณสุขของประชาชน เป็นหนึ่งในเครื่องชี้วัดการเข้าถึงบริการสุขภาพ ในภาพรวมผลการสำรวจอนามัยและสวัสดิการในปีพ.ศ. 2558 ของสำนักงานสถิติแห่งชาติ พบว่า ประชาชนส่วนใหญ่ได้รับการรักษาเป็นผู้ป่วยในของโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข โดยมีสัดส่วนการใช้บริการในโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไปและโรงพยาบาลชุมชน ถึงร้อยละ 88.55 รองลงมาเป็นการใช้บริการในโรงพยาบาลเอกชน โรงพยาบาลสังกัดภาครัฐอื่น และโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย ร้อยละ 13.18, 9.71, และ 1.74 ตามลำดับ ทั้งนี้ยังพบว่าผู้ป่วยอีกร้อยละ 84.41 ยังต้องพักรักษาตัวที่บ้านต่อเนื่องหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาล โดยมีวันที่ต้องพักเฉลี่ย 11 วัน

ภาพที่ 3.4 สัดส่วนการใช้บริการผู้ป่วยใน ในโรงพยาบาลสังกัดต่างๆ



ส่วนการใช้บริการผู้ป่วยนอก พบว่ายังมีประชาชนร้อยละ 5.47 ที่มีอาการป่วยแต่ไม่ได้ไปรักษา มีการซื้อยาแผนปัจจุบันกินเอง ร้อยละ 21.75 ซื้อยาแผนโบราณ/หาหมอพื้นบ้าน ร้อยละ 0.88 ส่วนที่ไปรักษานั้นพบว่า ไปใช้ที่สถานีนามัย/รพ.สต. หรือ ศูนย์บริการสาธารณสุข และใช้บริการที่โรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 23.34 และร้อยละ 23.28 ตามลำดับ รองลงมาเป็นการใช้บริการโรงพยาบาลชุมชนและคลินิกเอกชน ร้อยละ 21.07 และ 13.97 ตามลำดับ ใช้โรงพยาบาลสังกัดรัฐอื่นร้อยละ 7.62 ใช้บริการโรงพยาบาลเอกชน ร้อยละ 7.50 ใช้โรงพยาบาลมหาวิทยาลัย ร้อยละ 2.78 และใช้หน่วยบริการอื่น ๆ ร้อยละ 0.44

ภาพที่ 3.5 สัดส่วนการใช้บริการผู้ป่วยนอก ในหน่วยบริการสังกัดต่างๆ



การใช้บริการสุขภาพของประชาชนที่ใช้สิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ นั้นมีหน่วยบริการสังกัดกระทรวงสาธารณสุขเป็นผู้ให้บริการหลัก ซึ่งระหว่างปีงบประมาณ 2546-2557 พบว่าจำนวนผู้ป่วยนอกของประชากรสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เพิ่มขึ้นจาก 111.95 ล้านครั้ง ในปีงบประมาณ 2546 เป็น 153.61 ล้านครั้งในปีงบประมาณ 2557 และอัตราการใช้บริการของประชาชนก็เพิ่มขึ้นจาก 2.45 ครั้งต่อคนต่อปี ในปีงบประมาณ 2546 เป็น 3.17 ครั้งต่อคนต่อปี ในปีงบประมาณ 2557

ส่วนผู้ป่วยใน พบว่า มีผู้ป่วยเพิ่มขึ้นจาก 4.30 ล้านครั้ง ในปี 2546 เป็น 5.68 ล้านครั้งในปี 2557 อัตราการให้บริการเพิ่มขึ้นจาก 0.094 ครั้งต่อคนต่อปี ในปี 2546 เป็น 0.117 ในปี 2557

2.3 การส่งต่อผู้ป่วย

การจัดการบริการสุขภาพในปัจจุบัน มีความจำเป็นต้องให้ประชาชนได้รับบริการที่ครอบคลุมเหมาะสมและมีคุณภาพได้มาตรฐาน ทั้งนี้เพื่อให้ประชาชนที่เจ็บป่วยได้รับการดูแลรักษา และมีการรับ-ส่งต่อ ส่งกลับที่ถูกต้องด้วยความปลอดภัย ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนตามมา ดังนั้นการจัดระบบส่งต่อผู้ป่วยเมื่อเกินศักยภาพของโรงพยาบาลแต่ละระดับและการส่งกลับเพื่อการดูแลต่อเนื่อง จำเป็นต้องมีการวางระบบเชื่อมโยงกันระหว่างสถานบริการแต่ละระดับ

ปัญหาขาดแคลนแพทย์และพยาบาล ในโรงพยาบาลชุมชน ปัญหาแพทย์กลัวการฟ้องร้อง ทำให้มีการส่งต่อผู้ป่วยจากโรงพยาบาลชุมชนจำนวนมาก เกิดปัญหาความขัดแย้งระหว่างโรงพยาบาลที่รับผู้ป่วย กับโรงพยาบาลที่ส่งผู้ป่วย เกิดปัญหาระหว่างแพทย์ของโรงพยาบาลทั้งสองแห่ง บางครั้งเกิดปัญหาโรงพยาบาลขนาดใหญ่กว่า ไม่มีเตียงรับผู้ป่วย ทำให้ต้องใช้เวลาในการติดต่อประสานงานเพื่อการจัดหาเตียงรับผู้ป่วยเป็นเวลานานส่งผลกระทบต่อการรักษาพยาบาลที่ล่าช้า นอกจากนี้ยังมีปัญหาในด้านการจัดการที่มีประสิทธิภาพทำให้ผู้ป่วยเสียเวลาเสียโอกาสที่ดีในการรับการรักษา เสียประโยชน์สูงสุดในการรับบริการ ขาดความสะดวกในการรับบริการ ดังนั้นเพื่อลดปัญหาต่าง ๆ ดังกล่าว เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการจัดการบริการที่ดีที่สุดสำหรับประชาชน เพื่อการประสานการดูแลผู้ป่วยระหว่างสถานบริการระดับต่าง ๆ

กระทรวงสาธารณสุขจึงมีนโยบายให้พัฒนาระบบการส่งต่อผู้ป่วยอย่างมีประสิทธิภาพ เอื้อประโยชน์ให้กับผู้ป่วย ส่งผลดีระหว่างสถานบริการแต่ละระดับ ลดปัญหาในระบบส่งต่อที่มีในปัจจุบัน โดยกำหนดขีดความสามารถของโรงพยาบาลแต่ละระดับในการดูแลผู้ป่วยต่อกลุ่มตามความยุ่งยากซับซ้อน และความหนักเบา ได้แก่ การกำหนดให้ มีการดูแลผู้ป่วย CMI 1.6 ในโรงพยาบาลระดับ A ดูแล CMI 1.2 ในโรงพยาบาลระดับ S ดูแล CMI 1.0 ในโรงพยาบาลระดับ M1 ดูแล CMI 0.8 ในโรงพยาบาล M2 และโรงพยาบาลระดับ F ดูแล CMI 0.6 แต่ยังคงพบการส่งต่อผู้ป่วย CMI ต่ำกว่าขีดความสามารถ ไปยังโรงพยาบาลระดับสูงกว่า รวมทั้งการปฏิเสธการรับการส่งต่อผู้ป่วยภายในเขตข้ามเขตและส่วนกลาง มีมากในเกือบทุกจังหวัด โดยเฉพาะในกรุงเทพมหานคร พบอัตราการปฏิเสธค่อนข้างสูง รวมทั้งต้องใช้เวลาการประสานงานนาน การส่งต่อ ส่งกลับผู้ป่วยที่ไม่เป็นไปตามเกณฑ์ที่กำหนดโดยเฉพาะจากสาเหตุการขาดแคลนแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ หรือการกระจายไม่เหมาะสมซึ่งเป็นปัจจัยที่ส่งผลให้ มีภาวะคนไข้ล้นโรงพยาบาลขนาดใหญ่เกือบทุกแห่ง

2.4 ด้านระบบบริการปฐมภูมิ

ระบบบริการปฐมภูมิ เป็นหน่วยบริการสุขภาพที่ใกล้ชิดประชาชน เป็นบริการด้านหน้าที่ต้องเชื่อมโยงเครือข่ายภาคีต่าง ๆ ในชุมชน เชื่อมต่อกับบริการระดับทุติยภูมิ ตติยภูมิ และระบบสุขภาพระดับอำเภอ ปัจจุบันมีหน่วยบริการปฐมภูมิ จำนวน 10,198 แห่ง จำแนกเป็น ศูนย์สุขภาพชุมชนในเมือง (ศสม.) 281 แห่ง รับผิดชอบในการดูแลประชากรในเขตเมืองและประชากรย้ายถิ่น ซึ่งมีภาระงานมากเกินกว่าเกณฑ์ที่ควรจะเป็น (ศสม. 1 แห่ง ดูแลประชากรสูงถึง 30,000 คน) ทำให้มีผลต่อการเข้าถึงบริการ และความครอบคลุมการให้บริการของประชาชนในเขตเมือง สำหรับในเขตชนบท มี รพ.สต. 9,822 แห่ง เพียงพอต่อการให้บริการ (รพ.สต. 1 แห่ง รับผิดชอบประชากรไม่เกิน 8,000 คน) แต่ยังคงขาดศักยภาพการให้บริการ และมีสถานบริการสาธารณสุขชุมชน อีก 198 แห่ง

นอกจากนี้ พบว่ามีหน่วยบริการปฐมภูมิ สามารถผ่านเกณฑ์คุณภาพบริการเครือข่ายปฐมภูมิจำนวนน้อยมาก เพียงร้อยละ 29.7 อันจะกระทบต่อคุณภาพการบริการประชาชน สำหรับการเข้าถึงบริการ พบว่ามีผู้ป่วยมารับบริการเพิ่มขึ้นจาก 51.8 ล้านครั้ง ในพ.ศ. 2553 เป็น 125.5 ล้านครั้ง

ใน พ.ศ. 2555 และมีสัดส่วนการให้บริการผู้ป่วยนอกของรพ.สต.เทียบกับโรงพยาบาลแม่ข่าย ปี 2553-2555 เฉลี่ย 1.3 ซึ่งผ่านเกณฑ์ที่กำหนด (มาตรฐาน 0.8)

การทำงานด้านสุขภาพในพื้นที่ ให้ความสำคัญกับการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนในระดับอำเภอ แต่ที่ผ่านมากการจัดการด้านสุขภาพอย่างบูรณาการ ยังไม่มีความสมบูรณ์และเป็นรูปธรรมเท่าที่ควร สถานบริการต่าง ๆ ทั้งโรงพยาบาล สถานบริการในชุมชนและภาคส่วนที่เกี่ยวข้องที่มีอยู่ในระดับอำเภอ ยังไม่สามารถบูรณาการทรัพยากรทั้งด้านปฏิบัติการและด้านบริหารจัดการได้อย่างเป็นระบบ ทำให้เกิดช่องว่าง ความซ้ำซ้อนในระบบการทำงานด้านสุขภาพ

นอกจากนั้น การที่รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2560 ได้กำหนดให้มีการพัฒนาระบบแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของบริการปฐมภูมิ โดยให้มีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวต่อประชากรในสัดส่วนที่เหมาะสมนั้น ส่งผลให้มีความต้องการแพทย์สาขาเวชศาสตร์ครอบครัวประมาณ 6,500 คนในระยะเวลา 5 ปี (สัดส่วนแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว 1 คนต่อ 10,000 ประชากร) และทำให้ความต้องการทีมสุขภาพเพิ่มขึ้นด้วยโดยเฉพาะพยาบาลวิชาชีพ ที่ต้องมีอัตรากำลังในทีมในอัตราส่วน แพทย์ 1 คนต่อพยาบาลวิชาชีพ 4 คน ต่อประชากร 10,000 คน หรือต้องการพยาบาลวิชาชีพเพื่อรองรับงานบริการเวชศาสตร์ครอบครัวในส่วนนี้ จำนวน 26,000 คน

2.5 ด้านระบบบริการทุติยภูมิ และตติยภูมิ

ระบบบริการทุติยภูมิ และตติยภูมิ โดยเฉพาะหน่วยบริการสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุข พบว่ามีความแออัด ทั้งในด้านผู้ป่วยที่มารับบริการและการครองเตียง โดยในพ.ศ. 2546-2556 พบว่ามีผู้ป่วยในเพิ่มขึ้นเฉลี่ย 150,000 ราย/ปี ผู้ป่วยนอกเพิ่มขึ้นเฉลี่ย 3,991,100 ครั้ง/ปี และมีอัตราครองเตียงมากกว่าร้อยละ 80 ใน พ.ศ. 2546-2556 ในปี 2557 อัตราการครองเตียงเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 85.38 โดยเฉพาะ ใน รพศ./รพท. และ รพช. ที่เป็นแม่ข่ายในด้านระบบบริการ ดัชนีผู้ป่วยใน (CMI) ของแต่ละระดับสถานบริการสุขภาพตาม Service Plan ผ่านเกณฑ์ที่กำหนด (ต.ค.56 - มี.ค.57) มีค่า CMI เฉลี่ยรวมอยู่ที่ 1.0886 อย่างไรก็ตามโรงพยาบาลศูนย์ ซึ่งเป็นโรงพยาบาลระดับตติยภูมียังมีค่าเฉลี่ย CMI ต่ำกว่าค่าเป้าหมาย ซึ่งอาจจะท่อนประสิทธิภาพการใช้ทรัพยากรของโรงพยาบาลไปในทางที่ไม่คุ้มค่า

นอกจากนั้น การเจ็บป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โดยเฉพาะโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ที่ยังมีการปัญหาในการควบคุม จะส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อนตามมา ส่งผลกระทบต่อค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพเพิ่มขึ้น ร้อยละ 24.3 และการพัฒนา SERVICE PLAN ยังมีส่วนขาดในด้านการพัฒนาบุคลากร สถานที่ ครุภัณฑ์ ระบบ IT และเทคโนโลยีทางการแพทย์ รวมทั้งยังขาดระบบฐานข้อมูลในการกำกับติดตามประเมินผลการพัฒนา

3. เทคโนโลยีสุขภาพในปัจจุบันและอนาคต

เทคโนโลยีสุขภาพ (Health technology) เป็นคำที่มีความหมายครอบคลุมกว้างขวางถึงทุกสิ่งที่เกิดจากการประยุกต์ใช้ความรู้และทักษะที่ผ่านการรวบรวมอย่างเป็นระบบ โดยมีเป้าหมายเพื่อ

ช่วยแก้ปัญหาสุขภาพและยกระดับคุณภาพชีวิตของประชากร ตัวอย่างเช่น เครื่องมือและอุปกรณ์ทางการแพทย์ ยา วัคซีน กระบวนการ ระบบการจัดการองค์กร และระบบข้อมูล⁶

เทคโนโลยีสารสนเทศศาสตร์ทางสุขภาพ (Health information technology: HIT) หมายถึง การใช้ข้อมูลเพื่อพัฒนาสุขภาพของบุคคล กระบวนการให้บริการทางสุขภาพ สาธารณสุข และงานวิจัยทางชีวการแพทย์ เป็นการใช้อุปกรณ์ให้เหมาะสมกับเป้าหมายการใช้งานที่สุด โดยอาศัยเทคโนโลยีประกอบกระบวนการใช้ข้อมูลนั้น⁷ เมื่อพิจารณาตามความหมายของ HIT แล้วจะพบว่าเป้าหมายสำคัญ คือ การนำข้อมูลไปประยุกต์ใช้ให้เกิดประโยชน์ ซึ่งอาจแบ่งประเภทของ HIT ตามคำจำกัดความนี้เป็น 4 ระดับ คือ Bioinformatics, Imaging informatics, Clinical informatics, Public health informatics⁸ ส่วนเทคโนโลยีเป็นเพียงเครื่องมือที่เอื้อให้เกิดการใช้ข้อมูล ซึ่งเทคโนโลยีในปัจจุบันที่กำลังเป็นที่สนใจ อาทิเช่น AI, Block chain โดยความหมายของเทคโนโลยีแต่ละชนิด เป็นดังนี้

ปัญญาประดิษฐ์ ในภาษาอังกฤษเรียกว่า Artificial Intelligence มีคำย่อว่า AI เป็นศาสตร์แขนงหนึ่งของวิทยาศาสตร์คอมพิวเตอร์ ที่มีแนวคิดในรูปที่เน้นเหตุผลเป็นหลักมีความสามารถคล้ายมนุษย์หรือเลียนแบบพฤติกรรมมนุษย์ โดยเฉพาะความสามารถในการคิดและเป็นผู้ช่วยในด้านต่าง ๆ โดย AI ที่เกี่ยวข้องกับการแพทย์นั้นจะเป็นไปในลักษณะการสร้างระบบความรู้ของปัญหาเฉพาะอย่าง หรือเรียกว่า “ระบบผู้เชี่ยวชาญ (expert system)” ซึ่งจุดประสงค์ของระบบนี้ คือ ทำให้เสมือนมีมนุษย์ผู้เชี่ยวชาญคอยให้คำปรึกษา และคำตอบเกี่ยวกับปัญหาต่าง ๆ แม้ว่างานวิจัยในด้านนี้มีจุดประสงค์หลักว่าเราไม่ต้องพึ่งมนุษย์ในการแก้ปัญหา แต่อย่างไรก็ตามในทางปฏิบัติแล้ว ระบบผู้เชี่ยวชาญยังต้องพึ่งมนุษย์เพื่อความรู้อื่นๆในช่วงแรก การจะทำงานวิจัยเรื่องนี้ต้องอาศัยความรู้พื้นฐานหลายเรื่อง ไม่ว่าจะเป็นการแทนความรู้, การให้เหตุผล และการเรียนรู้ของเครื่อง ซึ่งทั้งหมดต้องเริ่มต้นจากการมีชุดข้อมูลที่มีคุณภาพและจำนวนมากพอ⁹ ส่วน Block chain ก็เป็นเพียงรูปแบบหนึ่งของการเก็บข้อมูล ซึ่งก็จำเป็นต้องเริ่มสร้างฐานข้อมูลและมีข้อมูลใส่ลงไปก่อน จากนั้นจึงนำข้อมูลมาวิเคราะห์เพื่อใช้งานต่อได้ กล่าวได้ว่า ตัวเทคโนโลยีเพียงอย่างเดียวไม่ได้มีความหมายถึงผลลัพธ์ของการใช้ประโยชน์ไม่ว่าจะด้านใดก็ตาม หากไม่ระบุชนิดของผลิตภัณฑ์หรือนวัตกรรมที่พัฒนาขึ้นมา ผนวกกับความหมายที่ครอบคลุมกว้างขวางของคำว่าเทคโนโลยีสุขภาพ ดังนั้น ในการวิเคราะห์ผลกระทบจากเทคโนโลยีสุขภาพต่อระบบสุขภาพภายใต้แบบจำลองพลวัตระบบที่กระทรวงสาธารณสุขพัฒนาขึ้นเพื่อใช้ประกอบการวางแผนพัฒนาระบบบริการและการจัดการกำลังคน จึงสามารถประมาณการได้เพียงผลกระทบหลัก ๆ ที่อาจเกิดขึ้นรายกลุ่มประเภทของเทคโนโลยีเท่านั้น

⁶ Technology, Health: World Health Organization,; [cited 2018 oct,1].

⁷ Hersh W. A stimulus to define informatics and health information technology. BMC medical informatics and decision making. 2009;9: 24.

⁸ Sarkar IN. Biomedical informatics and translational medicine. Journal of translational medicine. 2010; 8:22-.

⁹ ปัญญาประดิษฐ์: วิถีพิถีติย สารานุกรมเสรี; [cited 1 ต.ค. 2561].

ตัวอย่างของเทคโนโลยีสุขภาพที่นำมาใช้ประมาณการผลกระทบในแบบจำลองพลวัตระบบที่พัฒนาขึ้น ได้แก่

1. เทคโนโลยีสุขภาพที่ใช้เพื่อเพิ่มประสิทธิผลของการรักษา ตัวอย่างนวัตกรรมที่เพิ่มประสิทธิผลการฟื้นตัวจากการผ่าตัด เช่น Negative pressure wound dressing ที่ทำให้แผลผ่าตัดหายเร็วขึ้น ซึ่งเป็นประโยชน์กับผู้ป่วยสูงอายุในการที่สามารถลดวันนอน และมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น¹⁰ หรืออาจเป็นนวัตกรรมจำพวกหุ่นยนต์ช่วยในการผ่าตัด อย่างไรก็ตามการใช้หุ่นยนต์ผ่าตัดนั้นเป็นเพียงเครื่องมือที่ช่วยให้ทำงานสะดวกขึ้น โดยแพทย์ยังคงเป็นผู้รับผิดชอบการผ่าตัด ใช้สองวิธีในการควบคุมเครื่องมือผ่าตัด แทนการผ่าตัดโดยตรงด้วยมือ กล่าวคือ (1) แพทย์ผ่าตัดตามปกติโดยใช้หุ่นยนต์ช่วยเหลือสนับสนุนไม่ว่าการผ่าตัดโดยตรงด้วยมือ การเคลื่อนไหวของหุ่นมาช่วยงาน (2) แพทย์ใช้คอมพิวเตอร์ช่วยในการผ่าตัดโดยบังคับการเคลื่อนไหวของหุ่นยนต์และมือโดยแพทย์บังคับผ่านจอควบคุม^{11,12}

2. การแพทย์ทางไกล (Telemedicine) ซึ่งเป็นเทคโนโลยีสุขภาพที่มีเป้าหมายเพื่อพัฒนาการเข้าถึงบริการสุขภาพโดยลดอุปสรรคของการเดินทาง ซึ่งจากข้อมูลการใช้บริการการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) ของเครือข่ายโรงพยาบาล Kaiser Permanente ในอเมริกา พบว่าในปี 2560 มีอัตราผู้ป่วยใช้บริการผ่านช่องทางนี้เพียง 1% ของจำนวนครั้งการใช้บริการในโรงพยาบาลทั้งหมด แม้จะมีจำนวนแพทย์ที่พร้อมให้บริการผ่านช่องทางนี้ถึงร้อยละ 60 ของแพทย์ในสังกัด โดยผู้ป่วยส่วนใหญ่ที่ใช้บริการผ่านช่องทางนี้มีน้อยกว่า 45 ปี โดยผู้ป่วยส่วนใหญ่เคยมีประสบการณ์การเข้ารับบริการโดยตรงกับแพทย์ที่โรงพยาบาลมาก่อนในรอบปี และเป็นผู้ป่วยของแพทย์ประจำครอบครัวเป็นส่วนใหญ่¹³

3. เทคโนโลยีสุขภาพที่มีผลทำให้สามารถค้นหาผู้ป่วยในระยะแรก (Early detection) เพื่อให้รักษาได้ทันเวลาที่ อย่างไรก็ตามเทคโนโลยีในกลุ่มนี้จะมีผลในการลดอัตราการลุกลามของภาวะเจ็บป่วยได้เท่านั้น แต่ไม่สามารถสกัดกั้นไม่ให้เกิดความเจ็บป่วยได้ ดังนั้น ผู้ที่เจ็บป่วยแล้วจึงยังมีความต้องการด้านสุขภาพเช่นเดิม

¹⁰ Dowsett C, Davis L, Henderson V, Searle R. The economic benefits of negative pressure wound therapy in community-based wound care in the NHS. *International Wound Journal*. 2012;9(5):544-52.

¹¹ About the da Vinci Si Surgical Robot: NYU Langone Health; [cited 2018 Oct,2]. Available from: <https://med.nyu.edu/robotic-surgery/physicians/what-robotic-surgery/about-da-vinci-si-surgical-robot>

¹² Robot Surgeon Successfully Sews Pig Intestine: *Scientific American*; [cited 2018 Oct, 2]. Available from: <https://www.scientificamerican.com/article/robot-surgeon-successfully-sews-pig-intestine/>.

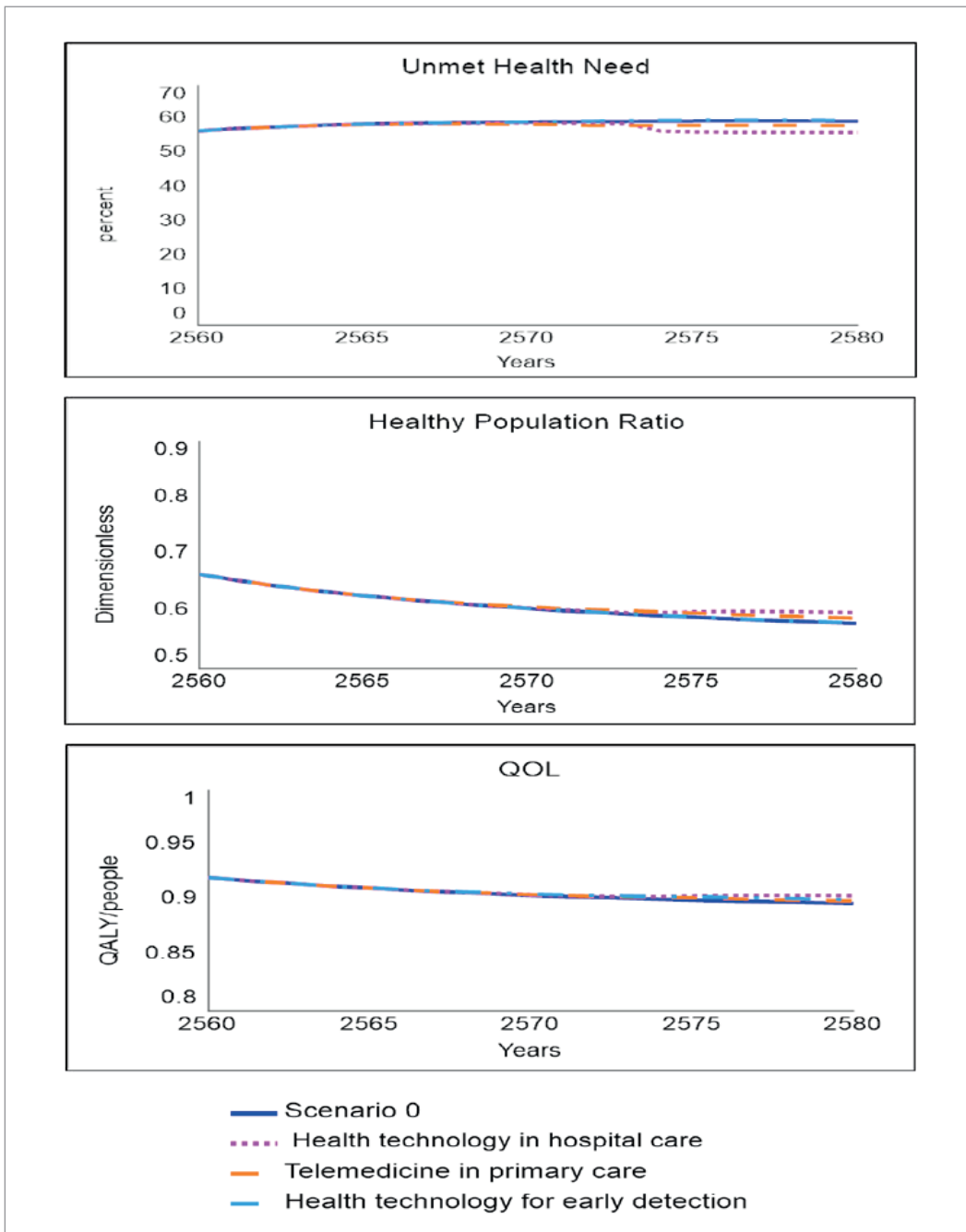
¹³ Reed ME, Parikh R, Huang J, Ballard DW, Barr I, Wargon C. Real-Time Patient-Provider Video Telemedicine Integrated with Clinical Care. *New England Journal of Medicine*. 2018;379(15):1478-9.

สำหรับความก้าวหน้าทางวิทยาศาสตร์การแพทย์ เพื่อการรักษาโรคเป็นอีกหนึ่งประเด็นที่มีความสำคัญต่อระบบบริการสุขภาพ ได้แก่ 1) สเต็มเซลล์มีศักยภาพที่จะพัฒนาไปเป็นเซลล์อวัยวะใดก็ได้ใน 220 ชนิด ถ้าสามารถเอาไปใส่ในคนที่อวัยวะเสื่อมเพราะโรค และบังคับให้แบ่งตัวขึ้นมาทำงานแทนที่หรือซ่อมแซมอวัยวะที่เสียหายได้ก็จะสามารถใช้รักษาโรคได้ 2) นาโนเทคโนโลยีทางการแพทย์ (Nanomedicine) ปัจจุบันห้องปฏิบัติการวิจัยหลายประเทศทั่วโลกกำลังแข่งขันกันอย่างหนักเพื่อคิดค้นและออกแบบระบบนำส่งยาที่ใช้นาโนเทคโนโลยีเพื่อให้การรักษามีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น 3) หุ่นยนต์ทางการแพทย์ เช่น หุ่นยนต์ดาวินชี (Da Vinci) แขนกลของหุ่นยนต์จะถูกควบคุมโดยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญผ่านทางก้านควบคุม (joystick) ทำให้การผ่าตัดเป็นไปอย่างรวดเร็ว แม่นยำ ลดความเจ็บปวดจากการผ่าตัด ทำให้เสียเลือดน้อยกว่า และระยะเวลาการพักฟื้นเร็วขึ้น หุ่นยนต์ช่วยเสริมสร้างสมรรถภาพคนพิการเพื่อช่วยในการเดินหรือการเคลื่อนไหวที่ดีขึ้นสำหรับผู้พิการ การใช้สัญญาณทางชีวภาพ (Biological signal) ของร่างกายส่วนอื่น เพื่อนำมาใช้ควบคุมหุ่นยนต์ แต่อย่างไรก็ตามประเทศไทยยังต้องใช้เวลาอีกระยะหนึ่งที่จะพัฒนาและใช้เทคโนโลยีเหล่านี้ได้อย่างเต็มศักยภาพ และคุ้มค่าการลงทุน

การคาดประมาณผลกระทบของเทคโนโลยีสุขภาพด้วยแบบจำลองพลวัตระบบพบว่าเทคโนโลยีทั้งสามกลุ่มมีแนวโน้มเพิ่มระดับผลลัพธ์ของระบบสุขภาพทั้งในด้านการลดอัตราการเข้าไม่ถึงบริการสุขภาพของประชากร การเพิ่มอัตราส่วนประชากรที่มีสุขภาพดี และเพิ่มระดับคุณภาพชีวิตของประชากร แต่ผลลัพธ์ทั้งหมดมีการพัฒนาดีขึ้นเพียงเล็กน้อยเท่านั้น ทั้งนี้ไม่ได้ประเมินผลกระทบต่อค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ เพราะไม่สามารถประมาณการได้ว่าต้องลงทุนเทคโนโลยีมากเท่าไรจึงจะได้ประสิทธิภาพ ส่งผลให้ไม่สามารถประมาณต้นทุนต่อหน่วยบริการที่จะเปลี่ยนแปลงไปจากอัตราปัจจุบัน

สำหรับต้นทุนค่าแรงของบุคลากรวิชาชีพด้านสุขภาพนั้น จะไม่ได้ลดลง เนื่องจากเทคโนโลยีทั้งหมดที่เพิ่มเข้าไปในระบบนั้นเป็นเพียงตัวช่วยการทำงานให้มีคุณภาพแม่นยำมากขึ้น ผู้ป่วยปลอดภัยมากขึ้นจากการวินิจฉัยได้เร็วขึ้น (แต่ก็ขึ้นอยู่กับราคาที่จะทำให้ประชาชนเข้าถึงการใช้เทคโนโลยีนั้นได้มากน้อยเพียงใด) อย่างไรก็ตาม เทคโนโลยีเหล่านี้จะสามารถช่วยลด Physical Demanding โดยมีการใช้แรงของบุคลากรน้อยลงช่วยลดการบาดเจ็บและความเหนื่อยล้าได้ แต่เทคโนโลยีจะไม่สามารถทดแทนกำลังคนด้านสุขภาพที่ต้องปฏิบัติด้วยทักษะทางวิชาชีพได้มากสักเท่าใดนัก นอกจากเทคโนโลยีที่ช่วยด้านการบริหารจัดการ ด้านธุรการและด้านโลจิสติก จะสามารถช่วยลดการใช้กำลังคนในส่วนงานบริหารหรือ Back Office รวมทั้งลดการใช้ Un-skilled Worker ลงได้อย่างมาก (ภาพที่ 3.6)

ภาพที่ 3.6 การคาดประมาณผลกระทบของเทคโนโลยีสุขภาพต่อระบบสุขภาพด้วยแบบจำลองพลวัต



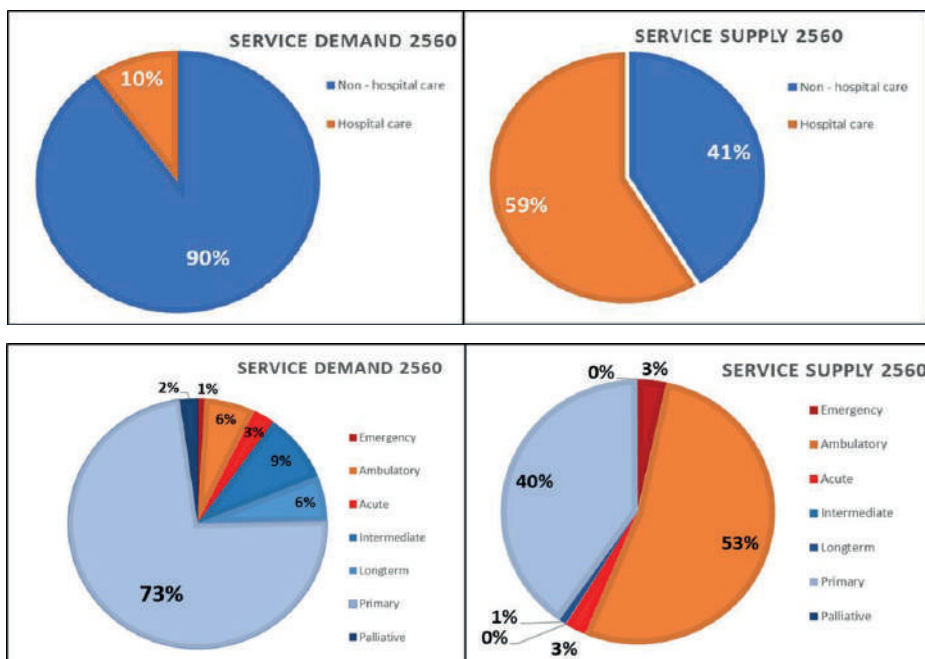
ประเด็นท้าทายด้านความต้องการกำลังคนด้านสุขภาพในอนาคต

จากการทบทวนสถานการณ์ดังกล่าว พบว่ามีความท้าทายสำคัญในระบบสุขภาพปัจจุบันที่จำเป็นต้องนำมาพิจารณาในการกำหนดยุทธศาสตร์การปฏิรูปกำลังคนด้านสุขภาพ ดังนี้

1. การจัดบริการสุขภาพของประเทศไทยในปัจจุบัน ไม่สามารถตอบสนองความต้องการด้านสุขภาพของประชาชน (Mismatching of Demand for and Supply of services deliveries)

ผลการศึกษาและทบทวนสถานการณ์ พบว่า ปัญหาสุขภาพของประชาชนส่วนใหญ่ต้องการการรักษาพยาบาลที่ไม่ซับซ้อน เช่น การเจ็บป่วยด้วยโรคง่าย ๆ ที่ไม่จำเป็นต้องพบแพทย์เฉพาะทางหรือต้องการบริการดูแลระยะยาวในหน่วย Long term care หรือที่บ้าน แต่บริการสุขภาพที่มีนั้นเป็นการให้บริการในโรงพยาบาลเป็นส่วนใหญ่ ดังภาพที่ 3.7 พบว่า ประชาชนต้องการบริการตรวจรักษาแบบผู้ป่วยนอกในระดับปฐมภูมิที่ให้การรักษาพยาบาลผู้ป่วยที่ไม่ซับซ้อน รวมทั้งผู้ป่วยเรื้อรังที่สามารถควบคุมโรคได้ ร้อยละ 73 แต่มีการจัดบริการไว้เพียงร้อยละ 40 ของบริการทั้งหมด ในขณะที่มีผู้ป่วยต้องการการดูแลแบบผู้ป่วยนอกที่เป็นประเภทซับซ้อนอยู่เพียงร้อยละ 6 แต่กลับมีบริการนี้ถึงร้อยละ 53 เป็นต้น การจัดบริการที่ไม่สอดคล้องกับความต้องการด้านสุขภาพของประชาชนจึงเป็นหนึ่งในหลายสาเหตุของความแออัดในโรงพยาบาล และเป็นต้นเหตุที่ทำให้ระบบต้องการกำลังคนเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ

ภาพที่ 3.7 Mismatching of Demand for and Supply of services deliveries



2. การออกแบบการจัดบริการสุขภาพที่ตอบสนองความต้องการด้านสุขภาพของประชาชนตลอดช่วงชีวิต มีความจำเป็นในสถานการณ์ที่ระบบสุขภาพมีความซับซ้อนมากขึ้นเรื่อยๆ

ผลการสร้างแบบจำลองรูปแบบการดูแลสุขภาพในอนาคตด้วยวิธี Group Model Building และการวิเคราะห์พลวัตระบบ (System Dynamic)¹⁴ พบว่า เพื่อให้ระบบสุขภาพในอนาคตสามารถรองรับการเปลี่ยนแปลงความต้องการด้านสุขภาพในสังคมประชากรสูงอายุ และการเปลี่ยนแปลงทางระบาดวิทยา ที่ความเจ็บป่วยของประชาชนจะเกิดจากโรคเรื้อรัง รวมทั้งเป็นความเจ็บป่วยที่ซับซ้อนเรื้อรัง และควรจัดบริการที่มีบูรณาการเพื่อตอบสนองทุกสภาวะสุขภาพของประชาชนตลอดช่วงชีวิต ตั้งแต่การมีภาวะสุขภาพดี มีความเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาสุขภาพ การเจ็บป่วยหรือมีปัญหาสุขภาพเล็กน้อย การได้รับบาดเจ็บ หรือการเจ็บป่วยฉุกเฉิน การมีสุขภาพที่รุนแรงหรือซับซ้อน การมีสุขภาพเจ็บป่วยเรื้อรังจนถึงปัญหาสุขภาพที่ไม่สามารถรักษาให้หายได้ และต้องการการดูแลในระยะท้ายเพื่อการเสียชีวิตอย่างสมศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ ซึ่งประเทศไทยควรออกแบบระบบบริการสุขภาพใหม่ (New Care Model) โดยปรับเปลี่ยนรูปแบบการจัดบริการสุขภาพที่มีอยู่ในปัจจุบัน (Health Service Transformation) และปรับเปลี่ยนการจัดสรรทรัพยากรสุขภาพทั้งหน่วยบริการ กำลังคน เครื่องมือ หรือเทคโนโลยีและปรับกลไกการเงินการคลัง ให้สามารถตอบสนองความต้องการด้านสุขภาพของประชาชนในอนาคต แต่บริการสุขภาพที่มีอยู่ในปัจจุบันเน้นที่การจัดบริการในโรงพยาบาลเป็นหลัก ซึ่งรูปแบบของการดูแลตลอดช่วงชีวิตดังกล่าวประกอบด้วย 3 กลุ่ม 9 รูปแบบ ได้แก่

I. กลุ่มการดูแลในโรงพยาบาล (Hospital care) ประกอบด้วย

1) การดูแลแบบผู้ป่วยนอก (Ambulatory care) เป็นการดูแลแบบไป-กลับ เน้นการดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาซับซ้อน

2) การดูแลระยะฉุกเฉิน (Emergency care)

3) การดูแลผู้ป่วยระยะเฉียบพลัน (Acute In-Patient care)

II. กลุ่มการดูแลนอกโรงพยาบาล (Non-hospital care) ประกอบด้วย

4) การดูแลสุขภาพปฐมภูมิ (Primary care) เป็นการดูแลแบบไป-กลับ เน้นการดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาไม่ซับซ้อน เป็นบริการหลักที่ทำหน้าที่ Gate keeper และจัดการส่งต่อไปยังหน่วยบริการระดับสูงขึ้น

5) การดูแลระยะกึ่งเฉียบพลันหรือระยะฟื้นฟูสุขภาพ (Sub - acute care) เน้นการฟื้นฟูสมรรถภาพทางร่างกายภายหลังพ้นการเจ็บป่วยเฉียบพลัน เช่น การฟื้นฟูภายหลังการจำหน่ายจากโรงพยาบาล

6) การดูแลระยะยาว (Long - term care) เช่น การดูแลผู้ป่วยที่บ้าน (Home care) หรือการดูแลในศูนย์พยาบาลดูแลผู้สูงอายุหรือดูแลผู้ป่วยระยะพักฟื้น (Nursing home)

¹⁴ รายละเอียด Model สมมติฐานการคาดประมาณความต้องการกำลังคน และการ Validate Model แสดงในภาคผนวก ข

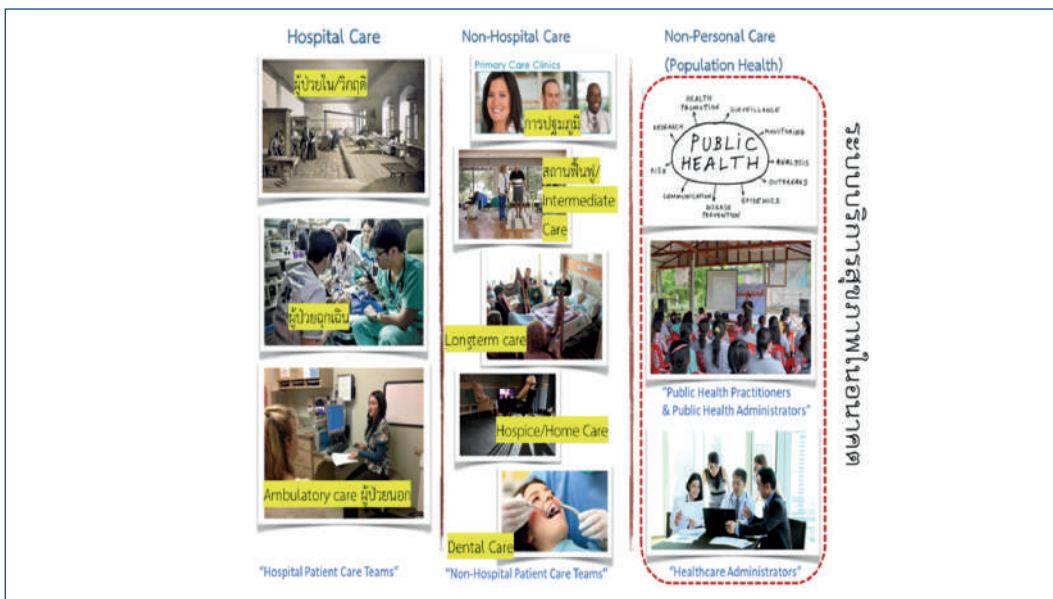
7) การดูแลแบบประคับประคอง (palliative care) และการดูแลระยะท้ายของชีวิต (End-of-life care, or Hospice care)

III. กลุ่มการบริการเฉพาะด้าน ประกอบด้วย

8) การดูแลสุขภาพช่องปาก (Oral healthcare) ซึ่งมีทั้งบริการที่ให้บริการในโรงพยาบาล และนอกโรงพยาบาลซึ่งเป็นงานด้านส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคทั้งระดับบุคคลและประชาชน และ

9) การบริการด้านสาธารณสุข ที่เน้นการดูแลกลุ่มประชากรโดยรวม (Population health) มากกว่าการให้การดูแลระดับบุคคล หรือครอบครัว เช่น การส่งเสริมสุขภาพ การสร้างสิ่งแวดล้อมที่ปลอดภัย การควบคุมและป้องกันโรค เป็นต้น

ภาพที่ 3.8 รูปแบบบริการบริการสุขภาพที่ควรมีในอนาคต



3. แนวโน้มผลลัพธ์ด้านสุขภาพของประชาชนไม่ดีขึ้น ถ้าการจัดสรรทรัพยากรสุขภาพมุ่งขยายบริการในโรงพยาบาล

ผลการศึกษาพบว่า หากไม่มีการดำเนินการด้านนโยบายเพิ่มเติมจากสิ่งที่เป็นอยู่ในปัจจุบัน (Business As Usual Scenario) กล่าวคือ ระบบบริการสุขภาพยังคงดำเนินไปในลักษณะเดิมในปัจจุบัน ที่เน้นการจัดสรรทรัพยากรให้กับการจัดบริการในโรงพยาบาลเป็นส่วนใหญ่ และกระทรวงสาธารณสุขยังคงเป็นหน่วยบริการหลักของประเทศ แนวโน้มของประชาชนที่เข้าไม่ถึงบริการสุขภาพที่เหมาะสม

ตามสภาวะสุขภาพหรือตามความจำเป็นจะเพิ่มสูงขึ้น สัดส่วนประชากรที่มีสภาวะสุขภาพดีจะลดลง โดยค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพที่ยังคงเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง และแนวโน้มดังกล่าวเป็นผลกระทบจากการจัดบริการสุขภาพที่ไม่สอดคล้องกับความต้องการของประชาชนในสังคมสูงอายุ และความเจ็บป่วยเรื้อรังที่เพิ่มมากขึ้นและประชาชนที่ต้องการบริการสุขภาพนอกโรงพยาบาลมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น

4. ขยายบริการปฐมภูมิ ทำให้แนวโน้มผลลัพธ์ด้านสุขภาพของประชาชนดีขึ้น

การจัดบริการในรูปแบบใหม่ โดยเน้นการลงทุนเพื่อเพิ่มการบริการปฐมภูมิ ให้เป็นบริการหลักที่ประชาชนใช้เป็นบริการด่านแรก (First Point of contact) ครอบคลุมประชากรทุกพื้นที่ รวมทั้งการลงทุนสำหรับจัดบริการสุขภาพที่สามารถดำเนินการนอกโรงพยาบาลได้ เช่น การดูแลผู้ป่วยระยะกึ่งเฉียบพลัน การดูแลระยะยาวที่บ้าน เป็นจุดคานงัดสำคัญเพื่อสกัดกั้นภาวะความเจ็บป่วยไม่ให้เกิดลุกลามซับซ้อนจนกลายเป็นภาวะที่ต้องดูแลในโรงพยาบาล และพบว่าประชาชนที่เข้าถึงบริการสุขภาพได้เหมาะสมตามสภาวะสุขภาพมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น ส่งผลให้สัดส่วนประชากรที่มีสภาวะสุขภาพดีเพิ่มขึ้นด้วย แม้ว่าค่าใช้จ่ายสูงในระยะแรกแต่มีแนวโน้มลดลงในระยะยาว

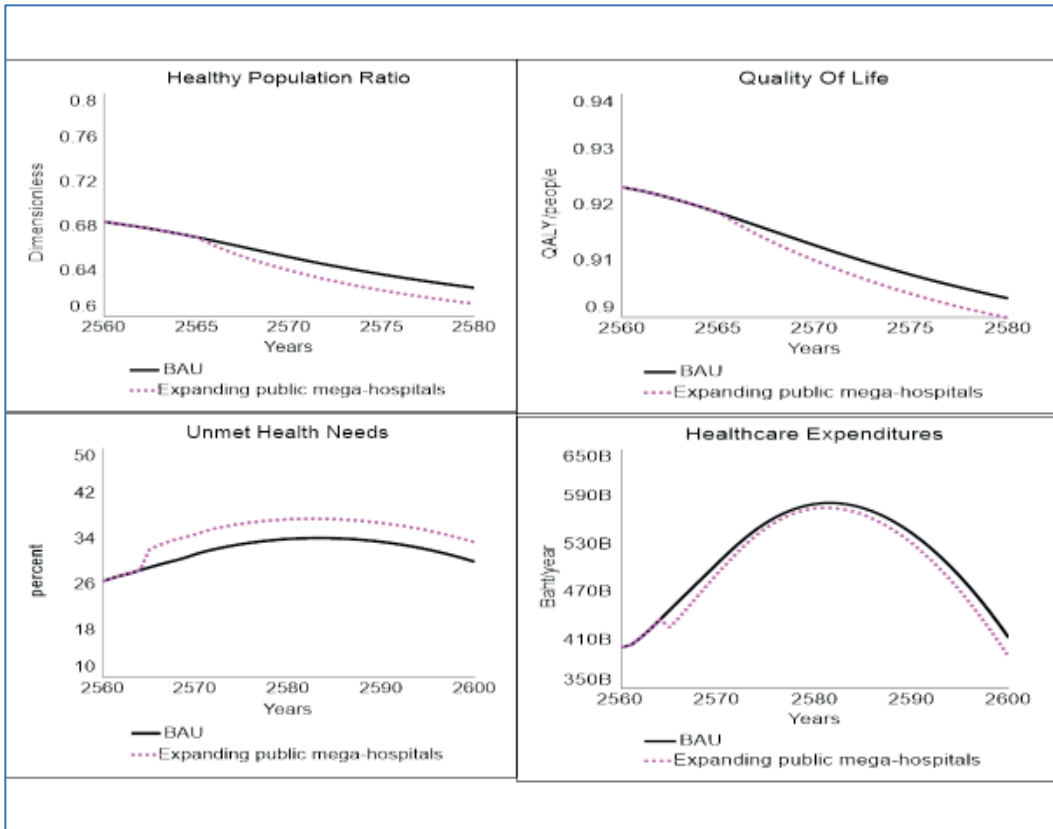
ความต้องการกำลังคนในอนาคต

1. ฉากทัศน์ที่ 1 ในอนาคตถ้าการจัดบริการสุขภาพยังคงเป็นแบบปัจจุบันไปเรื่อยๆ (Business As Usual)

ถ้าการจัดบริการสุขภาพของประเทศในอนาคตยังเป็นแบบปัจจุบัน ได้แก่ 1) กระทรวงสาธารณสุขเป็นหน่วยงานหลักในการจัดบริการ ทั้งระดับปฐมภูมิ ทุติยภูมิ และตติยภูมิ รวมทั้งการให้บริการด้านการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคด้วย 2) มุ่งขยายเตียงรองรับผู้ป่วยในโรงพยาบาลขนาดใหญ่ 3) การขยายบริการนอกโรงพยาบาลเพื่อรองรับความเจ็บป่วยเรื้อรัง และปัญหาสุขภาพจากประชากรสูงอายุ เป็นแบบค่อยเป็นค่อยไป และขยายช้ากว่าการเพิ่มเตียง Acute Care ทำให้บริการปฐมภูมิ, บริการดูแลระยะฟื้นฟู (Intermediate Care) บริการดูแลระยะยาว (Long Term Care) และการดูแลที่บ้านโดยการมีส่วนร่วมของท้องถิ่น ไม่เพียงพอต่อความต้องการ

ผลการศึกษาพบว่า แนวโน้ม สัดส่วนประชากรที่มีสุขภาพดี และระดับคุณภาพชีวิตลดลง รวมทั้งสัดส่วนประชากรที่เข้าไม่ถึงบริการ และค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพเพิ่มมากขึ้น ในช่วง 20 ปีข้างหน้า แม้จะพบว่าค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพมีแนวโน้มลดลงหลังปี พ.ศ. 2580 แต่การลดลงนั้นเกิดจากผู้ป่วยเสียชีวิต (ภาพที่ 3.9)

ภาพที่ 3.9 แนวโน้มผลลัพธ์ของระบบสุขภาพภายใต้ฉากทัศน์ที่ 1



กำลังคนที่ต้องการภายใต้ฉากทัศน์ที่ 1

ซึ่งการที่จะให้มีผลลัพธ์ที่ดีที่สุดเท่าที่จะทำได้ภายใต้การจัดบริการเช่นนี้ ใน 20 ปีข้างหน้าอย่างน้อยจะต้องมี แพทย์ 1 คนต่อ 874 ประชากร พยาบาลวิชาชีพ 1 คนต่อ 232 ประชากร ทันตแพทย์ 1 คนต่อ 2,983 ประชากร และเภสัชกร 1 คนต่อ 2,935 ประชากร ซึ่งจำนวนกำลังคนที่ต้องการดังกล่าวจำเป็นต้องมีการเพิ่มการผลิตแพทย์ และพยาบาลวิชาชีพ จากอัตราการผลิตตามแผน 2560 - 2567 อีกประมาณร้อยละ 20 แต่การเพิ่มการผลิตดังกล่าวยังไม่สามารถทำให้ ผลลัพธ์ด้านสุขภาพของประชาชนดีขึ้น รายละเอียดกำลังคนที่ต้องการตามฉากทัศน์ที่ 1 แสดงในตารางที่ 3.1

ตารางที่ 3.1 กำลังคนที่ควรจะมีตามตามฉากทัศน์ที่ 1

ปี	แพทย์		พยาบาลวิชาชีพ		ทันตแพทย์		เภสัชกร	
	จำนวน	สัดส่วนต่อประชากร	จำนวน	สัดส่วนต่อประชากร	จำนวน	สัดส่วนต่อประชากร	จำนวน	สัดส่วนต่อประชากร
2560 ปีฐาน	45,102	1,500	166,848	405	13,502	5,011	12,303	5,499
2565	50,515	1,353	195,530	350	15,573	4,388	15,929	4,290
2570	59,396	1,153	228,207	300	17,840	3,839	18,579	3,687
2575	68,197	998	259,035	263	20,165	3,375	20,823	3,268
2580	76,609	874	288,061	232	22,447	2,983	22,814	2,935

2. ฉากทัศน์ที่ 2 ปรับเปลี่ยนการจัดบริการสุขภาพ (Health care delivery transformation) โดยมุ่งขยายบริการนอกโรงพยาบาล และส่งเสริมบทบาทท้องถิ่นและเอกชนร่วมให้บริการผ่านกลไกการเงินด้านสุขภาพ

ถ้ามีการออกแบบระบบบริการสุขภาพใหม่ ให้สอดคล้องกับความต้องการด้านสุขภาพของประชาชน โดยกระทรวงสาธารณสุขดำเนินการขยายบริการนอกโรงพยาบาล (Non-Hospital Care) โดยเร่งรัดการดำเนินการต่อยอดจากนโยบายที่กำหนดไว้แล้วในการปฏิรูประบบบริการในระยะ 3 ปีที่ผ่านมา ได้แก่

1) การพัฒนาประสิทธิผลและประสิทธิภาพของระบบบริการปฐมภูมิ โดยปรับทิศทางการจัดสรรทรัพยากร โดยมุ่งเพื่อขยายระบบบริการปฐมภูมิ (Primary care) และพัฒนาขีดความสามารถเพื่อให้หน่วย Primary care ทำหน้าที่บริการด้านหน้า (Gate keeper) ได้เต็มศักยภาพ และการลด Walk in clinic ในโรงพยาบาลตติยภูมิควบคู่กันไป

2) เร่งรัดการขยายบริการประเภทการดูแลระยะยาว (Long Term care: LTC) โดยเพิ่มความร่วมมือกับภาคประชาสังคม ในการดูแลผู้ป่วยระยะยาวในระดับท้องถิ่น เพื่อการยกระดับคุณภาพชีวิตของประชาชนได้ เพื่อเตรียมพร้อมรองรับการเป็นสังคมสูงอายุอย่างเต็มรูปแบบ เพื่อดูแลประชากรในอนาคตให้สามารถมีชีวิตที่ยืนยาวอย่างมีสุขภาพดี

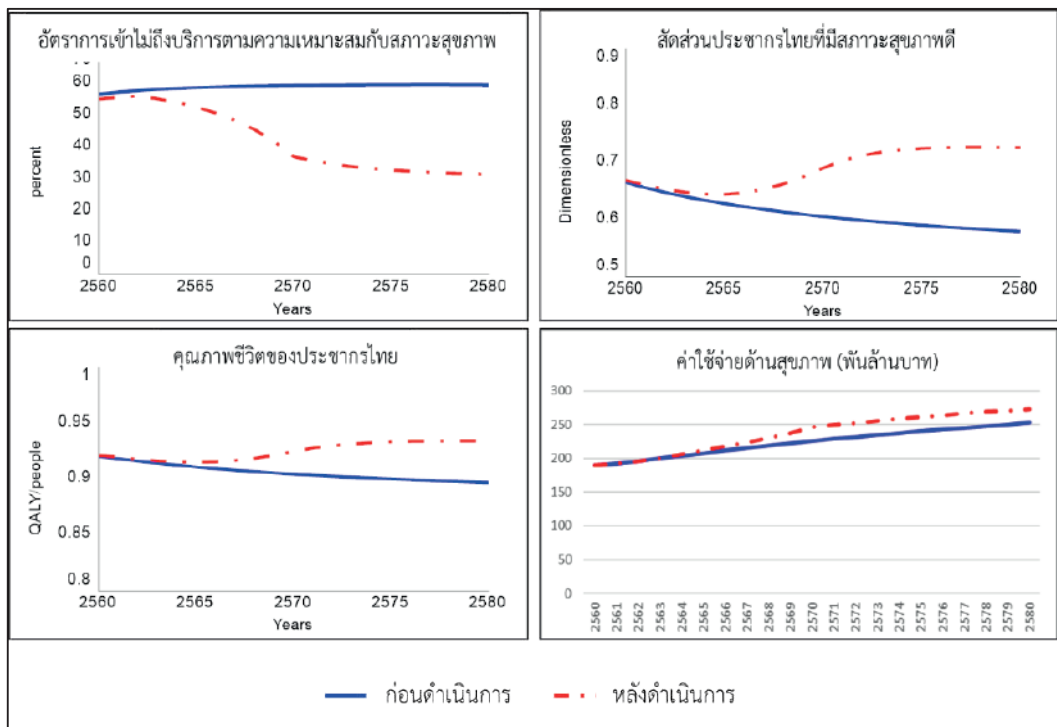
3) ขยายบริการระยะฟื้นฟูสภาพ (Intermediate care) โดยสนับสนุนจับคู่ความร่วมมือระหว่างโรงพยาบาลในการใช้ทรัพยากรร่วมกัน เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการใช้เตียงของโรงพยาบาลทุกแห่ง

4) การพัฒนาเครือข่ายการจัดบริการกับโรงพยาบาลสังกัดอื่นๆ และท้องถิ่น

ผลการศึกษา พบว่า ถ้าดำเนินการตามทางเลือกหลักทั้ง 3 มาตรการ อันประกอบด้วย การพัฒนาประสิทธิผลและประสิทธิภาพของระบบบริการปฐมภูมิ การขยายบริการประเภทการดูแลระยะยาว และการขยายบริการระยะกึ่งเฉียบพลัน แนวโน้มประชากรไทยจะสามารถเข้าถึงบริการ

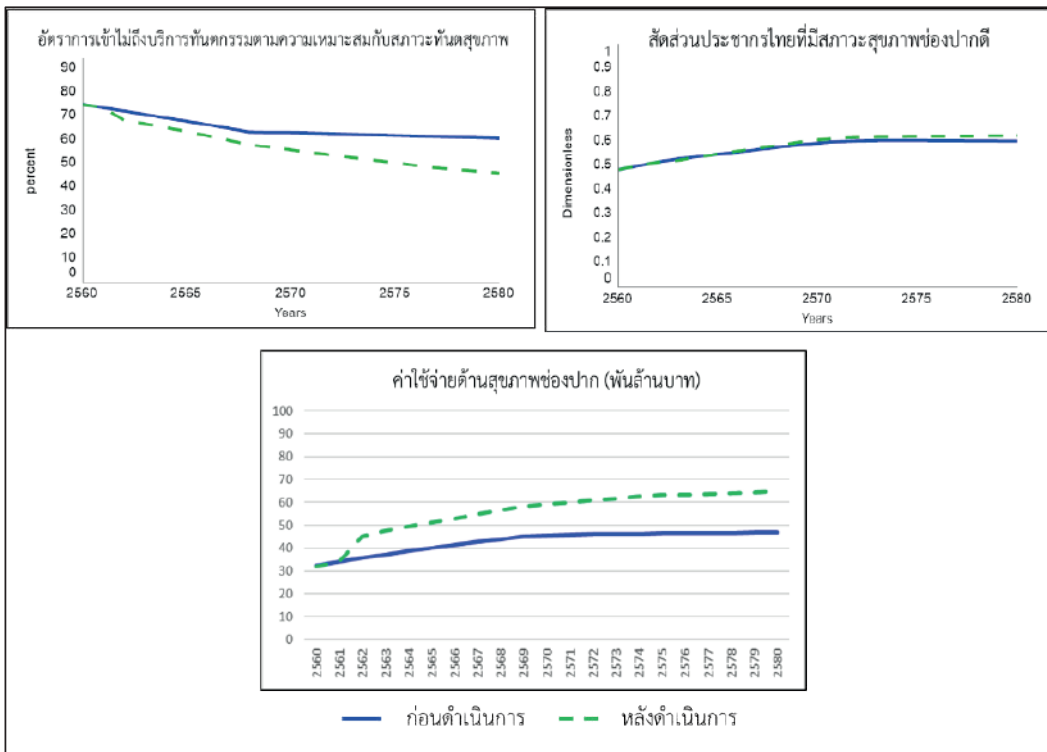
ตามความเหมาะสมกับสภาวะสุขภาพเพิ่มมากขึ้น อัตราการเข้าไม่ถึงบริการสุขภาพในภาพรวมทุกชนิด บริการจะลดลงประมาณครึ่งหนึ่งของสถานการณ์ปัจจุบัน เป็นผลให้ประชาชนในอนาคตมีโอกาสคงสถานะสุขภาพที่ดีได้เพิ่มขึ้น แม้ว่าประชากรสูงอายุจะมีสัดส่วนที่เพิ่มขึ้น แต่จะเป็นผู้สูงอายุที่มีสภาวะสุขภาพดี ในภาพรวมประชาชนทั้งหมดจะมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ดังภาพที่ 3.10

ภาพที่ 3.10 การคาดประมาณผลลัพธ์ของระบบสุขภาพด้วยแบบจำลองพลวัตระบบ



สำหรับระบบบริการสุขภาพช่องปาก หากมีการปรับรูปแบบการให้บริการทันตสุขภาพของบุคลากรทันตภิบาล เพื่อเพิ่มประสิทธิผลของบริการส่งเสริมป้องกันสุขภาพช่องปาก จะส่งผลให้ประชาชนเข้าถึงบริการสุขภาพช่องปากได้มากขึ้น ทำให้ผู้ที่ควรรับบริการแต่เข้าไม่ถึงบริการสุขภาพช่องปากเหลือเพียงร้อยละ 44 ในปี 2580 ในภาพรวมประชากรจะมีสุขภาพช่องปากดีขึ้น อย่างไรก็ตาม การดำเนินการดังกล่าวเป็นผลให้ภาระค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพในภาพรวมของประเทศเพิ่มขึ้นตามไปด้วย (ภาพที่ 3.11)

ภาพที่ 3.11 การคาดประมาณผลลัพธ์ของระบบสุขภาพช่องปากด้วยแบบจำลองพลวัตระบบ



จากผลลัพธ์การคาดประมาณงบประมาณที่จำเป็นต้องใช้เพื่อรองรับค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพทั้งหมดที่จะเกิดขึ้น ตามฉากทัศน์นี้พบว่าภาระค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพจะเพิ่มขึ้นจากปัจจุบันประมาณ 1.5 เท่าตัว หรือเพิ่มจาก 5,559 บาท/คน/ปี¹⁵ เป็น 8,339 บาท/คน/ปี ในปี 2580 จากการที่เพิ่มการมีส่วนร่วมของภาคเอกชน และท้องถิ่นในการให้บริการซึ่งต้องมีการลงทุนเพื่อการพัฒนา Infrastructure และการพัฒนาความพร้อม และเมื่อคำนวณกลับตามเป้าหมายที่กำหนดให้รายจ่ายด้านสุขภาพ (Health Expenditure) รวมภาครัฐต่อผลผลิตมวลรวมภายในประเทศ ไม่น้อยกว่าร้อยละ 4.3 และไม่เกินร้อยละ 5.2 พบว่าควรมีค่าเฉลี่ยผลผลิตมวลรวมภายในประเทศต่อประชากร อยู่ระหว่าง 160,356-193,919 บาท/คน/ปี

กำลังคนที่ต้องการภายใต้ฉากทัศน์ที่ 2

การที่จะจัดบริการตามการออกแบบใหม่ ดังฉากทัศน์ที่ 2 และให้มีผลลัพธ์ดังกล่าว ควรมี บุคลากรที่ให้บริการในระบบสุขภาพดังนี้ แพทย์ 71,418 คน พยาบาลวิชาชีพ 255,827 คน ทันตแพทย์ 23,497 คน และเภสัชกร 19,881 คน รายละเอียดกำลังคนที่ต้องการตามฉากทัศน์ที่ 2 แสดงในตารางที่ 3.2

¹⁵ Health financing profile 2017, Thailand

ตารางที่ 3.2 กำลังคนที่ควรจะมีตามตามฉากทัศน์ที่ 2

ปี	แพทย์		พยาบาลวิชาชีพ		ทันตแพทย์		เภสัชกร	
	จำนวน	สัดส่วนต่อประชากร	จำนวน	สัดส่วนต่อประชากร	จำนวน	สัดส่วนต่อประชากร	จำนวน	สัดส่วนต่อประชากร
2560 ปีฐาน	45,092	1,500	166,848	405	13,502	5,011	12,303	5,499
2565	49,817	1,372	188,430	363	15,895	4,300	14,561	4,693
2570	56,648	1,209	209,866	326	18,446	3,713	16,495	4,152
2575	64,205	1,060	234,090	291	20,990	3,242	18,387	3,701
2580	71,418	938	255,827	262	23,497	2,850	19,881	3,368

เมื่อเปรียบเทียบกับจำนวนกำลังคนที่ควรมีในฉากทัศน์ที่ 1 พบว่า ถ้าการดำเนินนโยบายต่อเนื่องเพื่อการจัดบริการในรูปแบบใหม่ ที่สอดคล้องกับความต้องการด้านสุขภาพของประชาชนภายใต้ฉากทัศน์ที่ 2 ในอีก 20 ปีข้างหน้า ต้องการอัตรากำลังแพทย์ลดลง 5,191 อัตรา (ลดลงร้อยละ 6.78) ต้องการอัตรากำลังพยาบาลวิชาชีพลดลง 32,234 อัตรา (ลดลงร้อยละ 11.19) และต้องการอัตรากำลังเภสัชกรลดลง จำนวน 2,933 อัตรา (ลดลงร้อยละ 12.86) แต่ต้องการอัตรากำลังทันตแพทย์เพิ่มขึ้นจำนวน 1,050 อัตรา (เพิ่มขึ้นร้อยละ 4.68)

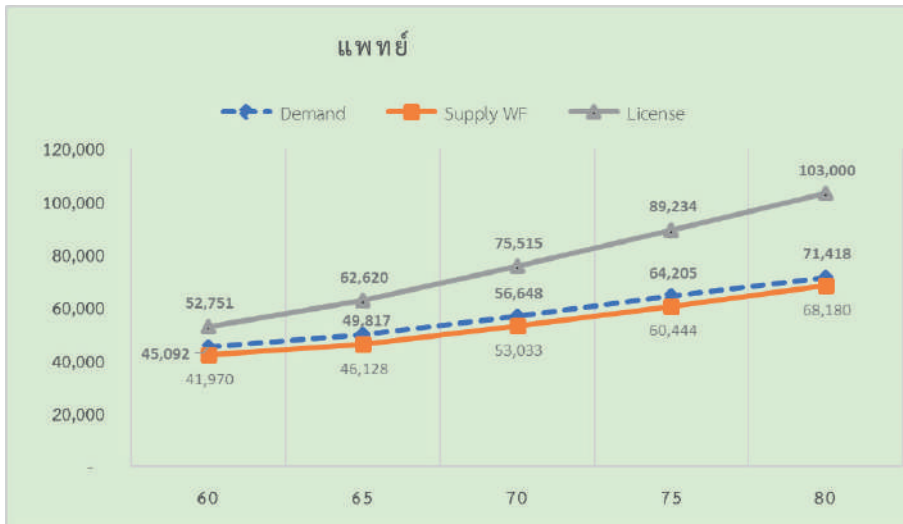
ตารางที่ 3.3 เปรียบเทียบความต้องการกำลังคนภายใต้ฉากทัศน์ที่ 1 และ 2

ปี	แพทย์			พยาบาลวิชาชีพ			ทันตแพทย์			เภสัชกร		
	ฉากทัศน์ที่ 1	ฉากทัศน์ที่ 2	เพิ่ม/ลด	ฉากทัศน์ที่ 1	ฉากทัศน์ที่ 2	เพิ่ม/ลด	ฉากทัศน์ที่ 1	ฉากทัศน์ที่ 2	เพิ่ม/ลด	ฉากทัศน์ที่ 1	ฉากทัศน์ที่ 2	เพิ่ม/ลด
2565	50,515	49,817	(698)	195,530	188,430	(7,100)	15,573	15,895	322	15,929	14,561	(1,368)
2570	59,396	56,648	(2,748)	228,207	209,866	(18,341)	17,840	18,446	606	18,579	16,495	(2,084)
2575	68,197	64,205	(3,992)	259,035	234,090	(24,945)	20,165	20,990	825	20,823	18,387	(2,436)
2580	76,609	71,418	(5,191)	288,061	255,827	(32,234)	22,447	23,497	1,050	22,814	19,881	(2,933)

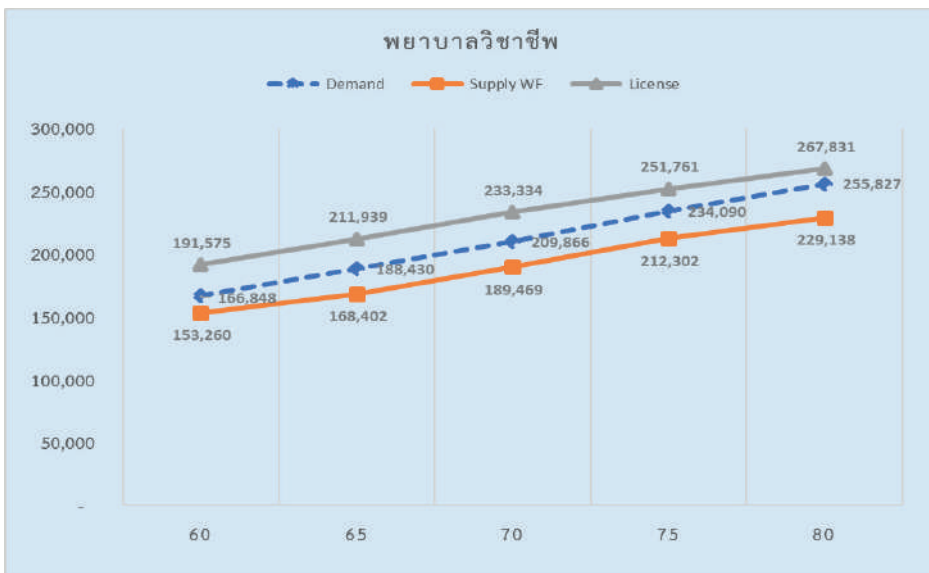
เมื่อพิจารณากำลังคนรองรับที่จะมีในอนาคต จากแผนการผลิตระหว่างปี 2553-2570 และอัตราการสูญเสียที่คาดประมาณจาก Career Transition Probability จากแบบแผนการเปลี่ยนงาน และการสูญเสียบุคลากรวิชาชีพระหว่างปี 2558-2560 และการสัมภาษณ์ผู้ทรงคุณวุฒิเพื่อคาดประมาณ Working Life Span ในการปฏิบัติวิชาชีพเพื่อให้บริการ พบว่า แพทย์มี Working Life Span ประมาณ 31 ปี พยาบาลวิชาชีพ 26.46 ปี ทันตแพทย์ 30 ปี และเภสัชกร 32 ปี ซึ่งพบว่าอัตราการผลิตตามแผนดังกล่าวสามารถรองรับความต้องการกำลังคนในระยะ 20 ปีข้างหน้าได้ โดยจะมีกำลังคนรองรับต่ำกว่าความต้องการประมาณ ร้อยละ 5-10 เท่านั้น ดังนั้น การเพิ่มการผลิตกว่าอัตรา

ในปัจจุบันจึงเป็นเรื่องที่ต้องระมัดระวัง และควรมีการศึกษาทบทวนแผนความต้องการกำลังคนเป็นระยะ ๆ ตามหลักการ Project long, Short act and update often ดังภาพที่ 3.12-3.15

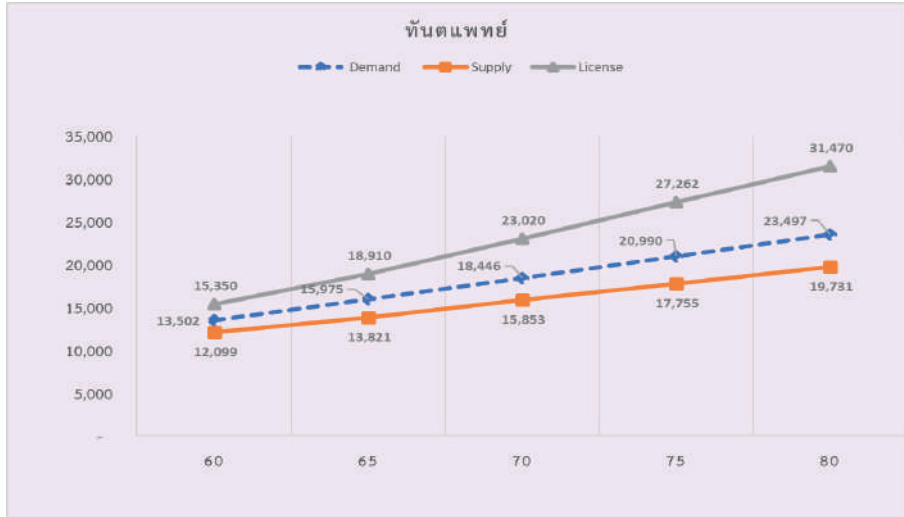
ภาพที่ 3.12 ความต้องการแพทย์ในระบบบริการสุขภาพตามฉากทัศน์ที่ 2 และกำลังคนรองรับที่คาดว่าจะมีในระยะ 20 ปีข้างหน้า



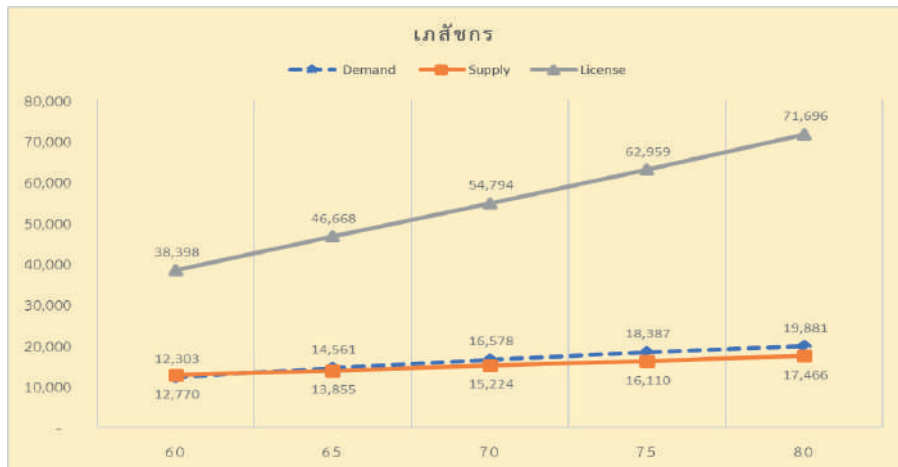
ภาพที่ 3.13 ความต้องการพยาบาลวิชาชีพในระบบบริการสุขภาพตามฉากทัศน์ที่ 2 และกำลังคนรองรับที่คาดว่าจะมีในระยะ 20 ปีข้างหน้า



ภาพที่ 3.14 ความต้องการทันตแพทย์ในระบบบริการสุขภาพตามฉากทัศน์ที่ 2 และกำลังคนรองรับที่คาดว่าจะมีในระยะ 20 ปีข้างหน้า



ภาพที่ 3.15 ความต้องการเภสัชกรในระบบบริการสุขภาพตามฉากทัศน์ที่ 2 และกำลังคนรองรับที่คาดว่าจะมีในระยะ 20 ปีข้างหน้า



ความต้องการกำลังคนแต่ละสังกัด กรณีที่มีความร่วมมือในการให้บริการสุขภาพภายใต้ฉากทัศน์ที่ 2

ผลการศึกษา พบว่า หากการดำเนินนโยบายของกระทรวงสาธารณสุขเป็นไปอย่างต่อเนื่อง และเข้มข้นในการสนับสนุนจับคู่ความร่วมมือระหว่างโรงพยาบาลในการใช้ทรัพยากรร่วมกัน เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการใช้เตียงของโรงพยาบาลแต่ละระดับ สนับสนุนบริการปฐมภูมิ และการพัฒนาเครือข่าย

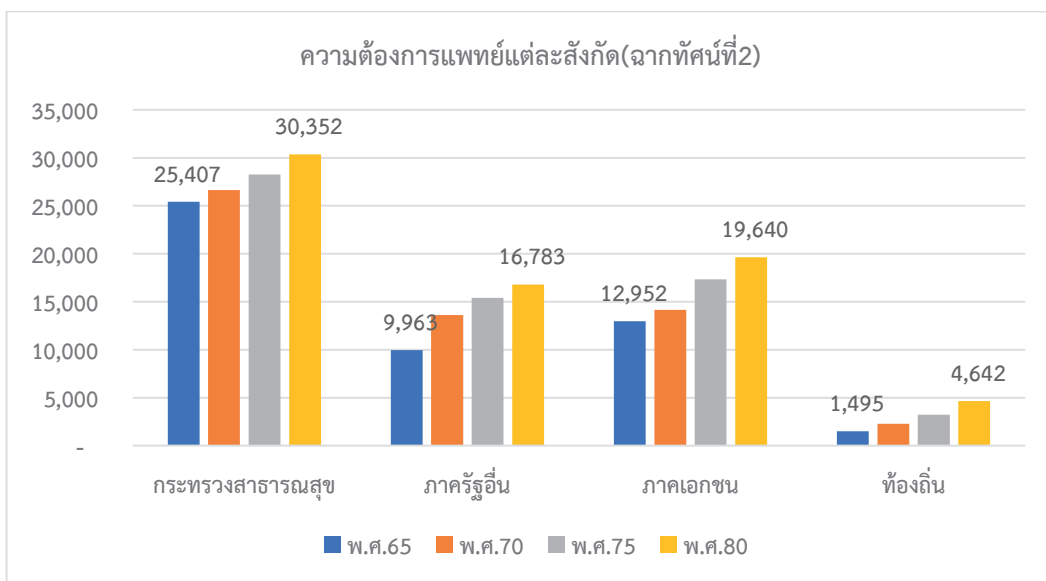
การจัดบริการกับโรงพยาบาลสังกัดอื่น ๆ และท้องถิ่น หน่วยบริการสุขภาพสังกัดอื่นนอกกระทรวงสาธารณสุข มีแนวโน้มต้องการ แพทย์ พยาบาลวิชาชีพ ทันตแพทย์และ เภสัชกร ในสัดส่วนเพิ่มขึ้น แต่กระทรวงสาธารณสุขมีแนวโน้มลดลง โดยเฉพาะพยาบาลวิชาชีพ ดังตารางที่ 3.4

ตารางที่ 3.4 ความต้องการกำลังคน แพทย์ พยาบาลวิชาชีพ ทันตแพทย์ และเภสัชกร รายสังกัด ระหว่างปี 2565-2580

กำลังคนสายงาน	สังกัดหน่วยบริการ	ความต้องการกำลังคน			
		2565	2570	2575	2580
แพทย์	กระทรวงสาธารณสุข	25,407	26,625	28,250	30,352
	ภาครัฐอื่น	9,963	13,596	15,409	16,783
	ภาคเอกชน	12,952	14,162	17,335	19,640
	ท้องถิ่น	1,495	2,266	3,210	4,642
	ทั้งหมด	49,817	56,648	64,205	71,418
พยาบาลวิชาชีพ	กระทรวงสาธารณสุข	127,190	130,117	133,431	134,309
	ภาครัฐอื่น	22,612	30,431	37,454	44,770
	ภาคเอกชน	35,802	44,072	56,182	63,957
	ท้องถิ่น	2,826	5,247	7,023	12,791
	ทั้งหมด	188,430	209,866	234,090	255,827
ทันตแพทย์	กระทรวงสาธารณสุข	7,109	7,379	7,556	7,872
	ภาครัฐอื่น	1,118	1,291	1,889	2,115
	ภาคเอกชน	6,869	8,670	10,075	11,514
	ท้องถิ่น	799	1,107	1,469	1,997
	ทั้งหมด	15,895	18,446	20,990	23,497
เภสัชกร	กระทรวงสาธารณสุข	9,028	9,118	9,193	9,145
	ภาครัฐอื่น	2,621	2,901	3,677	3,380
	ภาคเอกชน	2,475	3,316	4,413	5,368
	ท้องถิ่น	437	1,160	1,103	1,988
	ทั้งหมด	14,561	16,495	18,387	19,881

นอกจากนี้ยังพบว่า การดำเนินนโยบายดังกล่าวร่วมกับการสร้างร่วมมือกับหน่วยบริการสังกัดอื่น จะทำให้สัดส่วนความต้องการใช้กำลังคนในระบบบริการสุขภาพของแต่ละสังกัดเปลี่ยนแปลงไปจากการจัดบริการแบบปัจจุบัน (ฉากทัศน์ที่ 1) โดย สัดส่วนแพทย์ในกระทรวงสาธารณสุขเมื่อเปรียบเทียบกับสังกัดอื่น จะลดลงจากร้อยละ 51 ในปี 2565 เป็นร้อยละ 42 ในปี 2580 เช่นเดียวกับสัดส่วนเภสัชกรจะลดลงจากร้อยละ 68 เป็นร้อยละ 46 สัดส่วนพยาบาลวิชาชีพ จะลดลงเล็กน้อยเนื่องจากความขาดแคลนจำนวนมากที่เป็นปัญหาเดิม ของกระทรวงสาธารณสุข โดยลดลงจากร้อยละ 58 เป็นร้อยละ 52 เช่นเดียวกับสัดส่วนทันตแพทย์ ที่จะลดลงเพียงเล็กน้อย จากร้อยละ 39 เป็นร้อยละ 34 รวมทั้งยังจะส่งผลให้การเพิ่มอัตรากำลังในกระทรวงสาธารณสุขเพิ่มขึ้นในอัตราที่ลดลงกว่าในอดีต ดังตารางที่ 3.4 และ ภาพที่ 3.16 -3.19

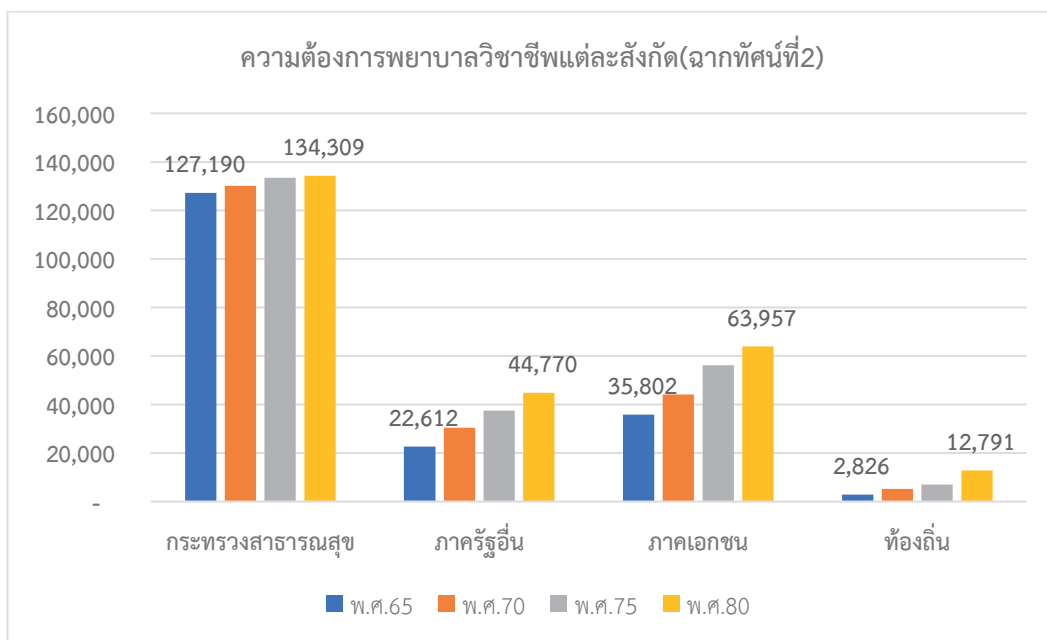
ภาพที่ 3.16 ความต้องการแพทย์ในแต่ละสังกัด



ถ้าเป็นไปตามแบบแผนนี้ ซึ่งกระทรวงสาธารณสุขยังคงเป็นหลักในการให้บริการสุขภาพประชาชนเพื่อการเข้าถึงบริการอย่างทั่วถึง เป็นธรรมนั้น อัตราเพิ่มกำลังคนแพทย์ในกระทรวงสาธารณสุข จะเพิ่มเพียงร้อยละ 2.28 ต่อปี เท่านั้น และเป็นการเพิ่มช้าลงกว่าในอดีต ส่วนโรงพยาบาลของรัฐสังกัดอื่น นอกกระทรวงสาธารณสุข และเอกชนซึ่งมีแนวโน้มขยายบริการในลักษณะของ Excellence Center ที่เป็นการขยายเตียงส่วน Acute Care เป็นหลักจะต้องการกำลังคนแพทย์เพิ่มประมาณร้อยละ 4.6 และ 1.77 ต่อปีตามลำดับ ส่วนท้องถิ่นที่จะมีการทยอยถ่ายโอนภารกิจจากกระทรวงสาธารณสุข

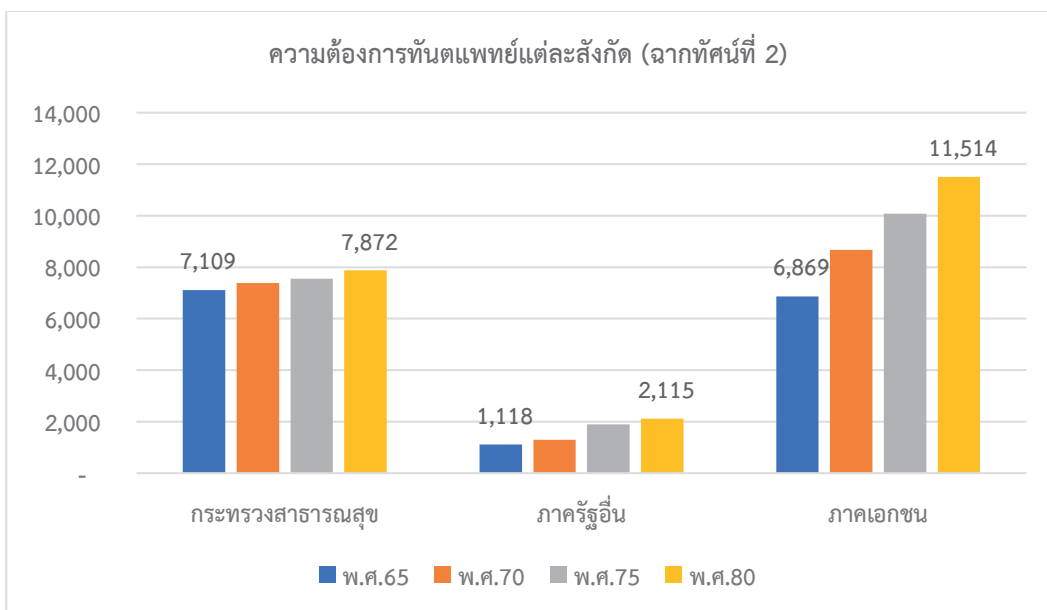
และการมีบทบาทเพิ่มมากขึ้นในการบริการปฐมภูมิ และแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว รวมทั้งจัดการดูแลประชาชนกลุ่มผู้สูงอายุ ตึตบ้าน ตึตเตียง และการจัดบริการทางสังคม จะมีความต้องการกำลังคนแพทย์เพิ่มขึ้นประมาณร้อยละ 18.76 ต่อปี เนื่องจากเดมมีแพทย์อยู่จำนวนน้อยมากและไม่สามารถรองรับภารกิจเพิ่มใหม่ในอนาคตได้

ภาพที่ 3.17 ความต้องการพยาบาลวิชาชีพในแต่ละสังกัด



อัตราเพิ่มกำลังคนพยาบาลวิชาชีพเป็นไปในทิศทางเดียวกับแพทย์ คือในภาพรวมจะมีอัตราเพิ่มเพียงร้อยละ 2.67 ต่อปี กล่าวคือในกระทรวงสาธารณสุขจะเพิ่มเพียงร้อยละ 1.11 ต่อปีเท่านั้น และเป็นการเพิ่มช้าลงกว่าในอดีต ส่วนโรงพยาบาลของรัฐสังกัดอื่น นอกกระทรวงสาธารณสุข และเอกชน จะต้องการกำลังคนพยาบาลเพิ่มประมาณร้อยละ 6.58 และ 4.65 ต่อปีตามลำดับ ส่วนท้องถิ่นจะมีความต้องการกำลังคนพยาบาลวิชาชีพเพิ่มขึ้นมากที่สุดเมื่อเทียบกับสังกัดอื่น โดยจะมีการเพิ่มประมาณร้อยละ 9.15 ต่อปีเนื่องจากเดมมีพยาบาลอยู่จำนวนน้อยมาก และจำเป็นต้องรับพยาบาลเพิ่มเพื่อรองรับภารกิจเพิ่มใหม่ในอนาคต

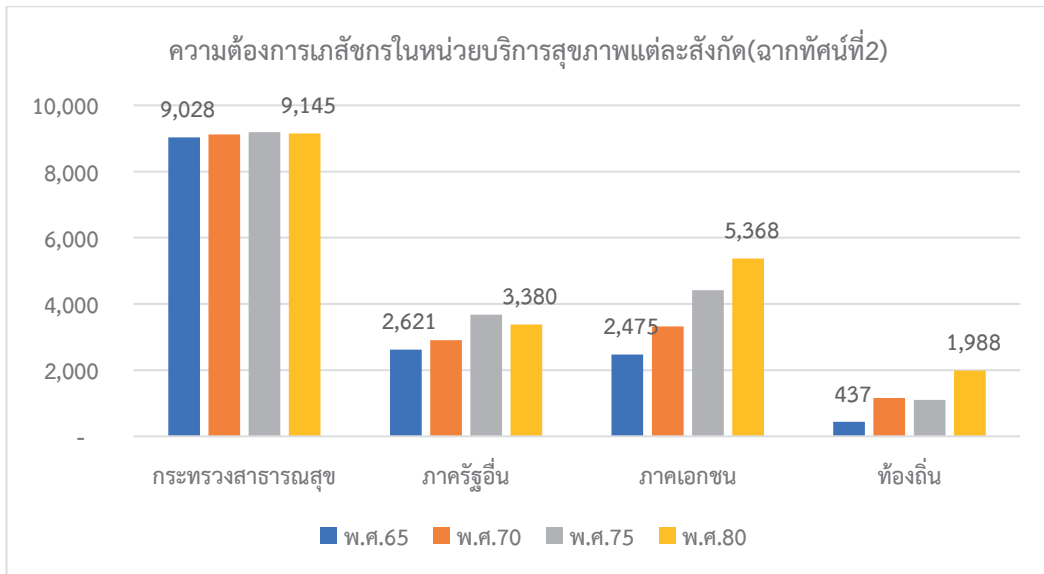
ภาพที่ 3.18 ความต้องการทันตแพทย์ในแต่ละสังกัด



เพื่อเพิ่มการเข้าถึงบริการสุขภาพช่องปากโดยเฉพาะผู้สูงอายุ กระทรวงสาธารณสุขยังคงต้องการทันตแพทย์เพิ่มในอัตราร้อยละ 1.97 ต่อปี ซึ่งการเพิ่มนี้ต้องควบคู่ไปกับการเพิ่มยูนิตทันตกรรม เช่นเดียวกับท้องถิ่นที่จำเป็นต้องได้รับการสนับสนุนในการเพิ่มทันตแพทย์จากเดิมที่มีอยู่น้อยมากให้เพียงพอ โดยมีอัตราเพิ่มประมาณร้อยละ 49.32 ซึ่งเป็นอัตราเพิ่มที่สูงเกือบเท่าตัวเนื่องจากเดิมมีอัตรากำลังในสัดส่วนที่น้อยมากเมื่อเทียบกับสังกัดอื่น เช่นเดียวกับหน่วยบริการสังกัดภาครัฐอื่น ๆ ที่มีอัตราเพิ่มประมาณร้อยละ 24.66 ต่อปี ส่วนภาคเอกชน ยังคงมีอัตราเพิ่มประมาณร้อยละ 2.87 ต่อปี

ส่วนความต้องการเภสัชกร ในกระทรวงสาธารณสุข มีอัตราเพิ่มเพียงร้อยละ 0.07 ต่อปีซึ่งเป็นระดับทดแทนการสูญเสียเท่านั้น และมีทิศทางลดลงในระยะ 20 ปีข้างหน้า เนื่องจากการขยายตัวทางธุรกิจด้านยาในภาคเอกชน จึงมีอัตราเพิ่มประมาณร้อยละ 9.27 ซึ่งใกล้เคียงกับโรงพยาบาลรัฐสังกัดอื่นที่มีอัตราเพิ่มร้อยละ 10.05 ต่อปี ส่วนหน่วยบริการสังกัดท้องถิ่นยังคงมีความต้องการเภสัชกรในอัตราเพิ่มสูงที่ร้อยละ 31.14 ต่อปี เมื่อเทียบกับปีฐาน 2560 ซึ่งท้องถิ่นมีกำลังคนวิชาชีพอยู่น้อยมาก และไม่เพียงพอต่อการรองรับภารกิจเพิ่มใหม่ในอนาคต

ภาพที่ 3.19 ความต้องการเภสัชกรสำหรับงานบริการสุขภาพในแต่ละสังกัด



การบริหารจัดการในอนาคต

ปัจจุบัน กระทรวงสาธารณสุข ได้ดำเนินการ **การปฏิรูประบบบริการสุขภาพ** และมีนโยบายสนับสนุน ในการขยายบริการนอกโรงพยาบาล (Non-Hospital Care) โดยปรับทิศทางการจัดสรรทรัพยากร โดยมุ่งเพื่อขยายระบบบริการปฐมภูมิ (primary care) และพัฒนาขีดความสามารถ เพื่อให้หน่วย primary care ทำหน้าที่บริการด่านหน้า (Gate keeper) ได้เต็มศักยภาพและการดำเนินนโยบายลด Walk in clinic ในโรงพยาบาลตติยภูมิควบคู่กันไป รวมทั้งการสนับสนุนการขยายบริการประเภทการดูแลระยะยาว (Long Term care: LTC) อย่างต่อเนื่องโดยเพิ่มความร่วมมือกับภาคประชาสังคม ในการดูแลผู้ป่วยระยะยาวในระดับท้องถิ่น และการมีนโยบายถ่ายโอนภารกิจบริการปฐมภูมิแก่ท้องถิ่นโดยมีเป้าหมายให้ประชาชนสามารถรับบริการที่มีประสิทธิภาพมากขึ้น และไม่เป็นการของหน่วยงานที่รับถ่ายโอน และการสนับสนุนการจับคู่ความร่วมมือระหว่างโรงพยาบาลเพื่อเพิ่มการขยายบริการดูแลระยะกึ่งเฉียบพลัน (Intermediate care) ซึ่งการดำเนินการตามทิศทางนโยบายดังกล่าวร่วมกับ การใช้เทคโนโลยีสารสนเทศประเภทการแพทย์ทางไกล (telemedicine) การดำเนินนโยบายการสร้างเครือข่ายการจัดบริการร่วมระหว่างหน่วยบริการกระทรวงสาธารณสุข และ สังกัดรัฐและเอกชน แม้ยังอยู่ในระยะการเริ่มทำการศึกษา แต่มีแนวโน้มในทางที่ดี

ดังนั้น จึงมีความเป็นไปได้ว่า หากมีการดำเนินการในทิศทางนี้อย่างต่อเนื่อง สัดส่วนความต้องการใช้กำลังคนของแต่ละสังกัดจะสมดุลกับภาระงานมากขึ้น โดยกระทรวงสาธารณสุขจะลดความจำเป็นลงในการที่จะเพิ่มอัตรากำลังแพทย์ พยาบาลวิชาชีพ ทันตแพทย์ และเภสัชกร ในอนาคต ซึ่งภาวะ

งบประมาณจะไม่เพิ่มขึ้นมากนัก จำนวนตำแหน่งที่กระทรวงสาธารณสุขต้องการในระยะ 20 ปีข้างหน้าสรุปได้ ดังตารางที่ 3.5

ตารางที่ 3.5 จำนวนบุคลากรที่กระทรวงสาธารณสุขต้องการในระยะ 5-10 ปีข้างหน้า

ปีพ.ศ.	จำนวนอัตรากำลังที่ต้องการ (อัตรา)			
	แพทย์	พยาบาลวิชาชีพ	ทันตแพทย์	เภสัชกร
2565	25,407	127,190	7,109	9,028
2570	26,625	130,117	7,379	9,118
2575	28,250	133,431	7,556	9,193
2580	30,352	134,309	7,872	9,145

แผนดำเนินการรองรับการความต้องการกำลังคน 4 สาขาหลักของกระทรวงสาธารณสุข

กระทรวงสาธารณสุขเป็นหน่วยงานหลักของประเทศที่มีภารกิจในการสร้างเสริมให้คนไทยมีสุขภาพดี และมีสถานบริการที่ครอบคลุมกระจายอยู่ในทุกระดับของการให้บริการด้านสุขภาพของประชาชน ดังนั้นกระทรวงสาธารณสุข จึงเป็นตลาดแรงงานหลักของกำลังคนด้านสุขภาพ โดยเฉพาะบุคลากรสายงานแพทย์ พยาบาลวิชาชีพ ทันตแพทย์ และเภสัชกร ซึ่งเป็นสายงานหลักในการบริการสุขภาพ ดังนั้น เพื่อยกระดับสภาวะสุขภาพของประชาชนทั้งประเทศ จึงต้องมีการวางแผนกำลังคนให้สอดคล้องกับบริบทการให้บริการที่มีอยู่หลายระดับและกระจายกำลังคนให้เหมาะสมกับประชากรผู้รับบริการ

การผลิตกำลังคนด้านสุขภาพของประเทศจึงจำเป็นต้องมุ่งเน้นการผลิตทั้งในด้านปริมาณและคุณภาพ เพื่อให้เกิดการเข้าถึงการบริการด้านสุขภาพอย่างมีคุณภาพและเท่าเทียมกันของประชาชน ทั้งนี้จะมุ่งเน้นการแก้ปัญหาในเชิงปริมาณ โดยการเติมบุคลากรเข้าสู่ระบบอย่างเดียวไม่ได้ จำเป็นต้องมุ่งเน้นในการแก้ปัญหาเรื่องการกระจายกำลังคนเพื่อให้เกิดการครอบคลุมควบคู่กันไป รวมถึงการจัดบริการต้องอยู่บนพื้นฐานของการมีสัดส่วนวิชาชีพ (Skill mix) ที่เหมาะสมต่องานบริการด้านสุขภาพ อีกทั้งยังต้องแก้ปัญหากำลังคนด้านสุขภาพในเชิงคุณภาพ กล่าวคือการใช้กำลังคนที่มีอย่างเต็มศักยภาพ คุ่มค่า และเหมาะสมกับตำแหน่งที่ดำรงตำแหน่งอยู่ในปัจจุบัน

ดังนั้น ในการแก้ปัญหาการขาดแคลนกำลังคนในระยะยาว เพื่อรองรับการจัดบริการสุขภาพในอนาคต ที่สอดคล้องกับทิศทางและยุทธศาสตร์การพัฒนาประเทศในระยะ 20 ปีข้างหน้า จึงมีความจำเป็นต้องทำการทบทวนสถานการณ์กำลังคน วิเคราะห์ความต้องการ และวางแผนกำลังคนด้านสุขภาพ

โดยนำแนวคิดการบริหารจัดการกำลังคนตามภาระงานและกรอบอัตรากำลังตามสายงานที่กำหนดไว้ตามโครงสร้างอัตรากำลัง ซึ่งสามารถนำมาใช้วิเคราะห์กำลังคนรองรับที่มีขาดประมาณความต้องการในอนาคต การสูญเสียจากการเกษียณ หรือลาออก และการสรรหาอุปทานในอนาคตเพื่อหาช่องว่างและวางแผนกลยุทธ์เพื่อแก้ปัญหา ทั้งในระยะสั้น ระยะกลางและระยะยาวต่อไป

สำหรับแผนการดำเนินการเพื่อรองรับความต้องการกำลังคน 4 สาขาหลักของกระทรวงสาธารณสุข ได้กำหนดแนวทางการบริหารอัตรากำลัง ดังนี้

1. ตำแหน่งแพทย์ ทันตแพทย์ และเภสัชกร กระทรวงสาธารณสุขมีนโยบายจัดสรรตำแหน่งข้าราชการที่ว่างจากกรณีต่าง ๆ ทั้งจากผลการเกษียณอายุในแต่ละปี ผลจากการลาออก และกรณีอื่น ๆ ที่ว่างลงระหว่างปี เพื่อเป็นอัตรารองรับการบรรจุนักศึกษาคุุ่สัญญา ซึ่งผูกพันต้องมาปฏิบัติงานขอใช้ทุนหน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข สำหรับส่วนเกินกว่าอัตรารว่างที่กระทรวงสาธารณสุขมี จะดำเนินการจัดทำแผนขออัตราราชการเพิ่มเติมเป็นอัตรารองรับผู้จะมาปฏิบัติงานขอใช้ทุนดังกล่าว

2. ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ ถือว่าเป็นกำลังคนด้านสุขภาพที่ให้บริการในระบบสุขภาพในทุกหน่วยบริการ เป็นอีกสาขาหนึ่งที่มีความขาดแคลนทั้งภาครัฐและภาคเอกชน และกระทรวงสาธารณสุขไม่ได้รับจัดสรรอัตราราชการตั้งใหม่ตามจำนวนผู้สำเร็จการศึกษาในแต่ละปี มาตั้งแต่ปีงบประมาณ 2545 เป็นต้นมาแต่มีเพียงการได้รับจัดสรรตามความจำเป็นในการขออัตรารตั้งใหม่ ในบางช่วงเวลาจึงมีความจำเป็นต้องแก้ปัญหาความขาดแคลนกำลังคนโดยการจ้างงานประเภทอื่น และเพื่อให้มีอัตรากำลังเพียงพอต่อการให้บริการในอนาคต และกำหนดให้เป็นสายงานขาดแคลนเพื่อสนับสนุนทุนการศึกษาตามระเบียบกระทรวงการคลัง โดย อ.ก.พ. กระทรวงสาธารณสุข ในการประชุมครั้งที่ 2/2561 เมื่อวันที่ 21 มีนาคม 2561 มีมติเห็นชอบกำหนดให้สายงานพยาบาลวิชาชีพ เป็นสายงานขาดแคลนสามารถจ่ายเงินเพื่อสนับสนุนการศึกษาตามระเบียบกระทรวงสาธารณสุขว่าด้วยเงินบำรุงของหน่วยบริการในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2561 และประสานความร่วมมือด้านการผลิตกับหน่วยงานที่มีความต้องการ ดังนั้น กระทรวงสาธารณสุขจึงได้ดำเนินการจัดสรรตำแหน่งว่างจากกรณีต่าง ๆ ทั้งจากผลการเกษียณอายุในแต่ละปี ผลจากการลาออก และกรณีอื่น ๆ ที่ว่างลงระหว่างปี เพื่อเป็นอัตรารองรับพยาบาลวิชาชีพ ที่รับทุนการศึกษา และมีการจ้างงานไว้แล้วที่ไม่ใช่ประเภทข้าราชการ

3. กำหนดให้แต่ละเขตสุขภาพจัดทำแผนกำลังคน ระยะสั้น (1 ปี) ระยะกลาง (5 ปี) และระยะยาว (10 ปี) เพื่อให้มีอัตรากำลังที่จะมาทดแทนอัตรากำลังที่จะสูญเสียไป หรือยังมีความขาดแคลนเมื่อเทียบกับกรอบความต้องการ และการปรับรูปแบบการให้บริการ โดยการใช้ทรัพยากรบุคคลร่วมกัน เช่น แพทย์เฉพาะทาง หมุนเวียนให้บริการในสถานบริการที่ใกล้เคียงกัน ควบคู่ไปกับการพัฒนาระบบบริการที่เน้นการจัดบริการร่วม และการใช้ทรัพยากรร่วม

แผนการบริหารจัดการตำแหน่งและการรับบุคลากรเข้าทำงานในระยะ 5-10 ปีข้างหน้า (2561-2570)

1. แพทย์

กรณี ฉากทัศน์ที่ 1 (BAU)

ผลการคาดการณ์ความต้องการแพทย์ เพื่อภารกิจบริการสุขภาพในกระทรวงสาธารณสุข ตามฉากทัศน์ที่ 1 พบว่า ระหว่างปี 2561-2570 ควรรับแพทย์เข้าทำงานอย่างน้อย 22,050 คน หรือเฉลี่ยประมาณ 2,205 คนต่อปี ซึ่งจะทำให้มีแพทย์ ประมาณร้อยละ 90-100 ของความต้องการตลอดระยะเวลาที่คาดการณ์ ทั้งนี้ระหว่างปี 2561-2565 ยังคงต้องมีตำแหน่งเพื่อการจ้างงานเพิ่มขึ้น เฉลี่ยประมาณ 1,024 อัตราต่อปี และระหว่างปี 2566-2570 ต้องการตำแหน่งเพิ่มขึ้นเฉลี่ยประมาณปีละ 1,066 อัตรา ดังตารางที่ 3.6

ตารางที่ 3.6 แผนการบริหารจัดการตำแหน่งและการรับแพทย์เข้าทำงาน กรณีฉากทัศน์ที่ 1 (BAU)

ปีงบประมาณ	คาดการณ์ความต้องการกำลังคน	กำลังคนที่คาดว่าจะมีรองรับ	แผนการผลิต	การรับเข้าในรอบปกติ (خذใช้ทุน)	ประมาณการรับเข้าทำงานระหว่างปี	ประมาณการสูญเสียระหว่างปี	จำนวนผู้เกษียณ	ตำแหน่งที่คาดว่าจะบริหารได้	ตำแหน่งที่ต้องการเพิ่ม
2561	24,560	21,808	2,980	1,926	74	843	99	868	1,132
2562		22,827	2,181	2,000	75	938	118	981	1,094
2563		23,799	1,696	2,000	75	982	122	1,029	1,046
2564		24,671	2,933	2,000	75	1,071	132	1,128	947
2565	25,486	25,495	3,134	2,000	75	1,110	141	1,176	899
2566		26,522	3,198	2,200	150	1,147	175	1,172	1,178
2567		27,493	3,269	2,200	150	1,194	186	1,230	1,120
2568		28,399	3,536	2,200	150	1,237	207	1,294	1,056
2569		29,269	3,536	2,200	150	1,278	202	1,330	1,020
2570	30,501	30,076	3,536	2,200	150	1,317	226	1,393	957

กรณีฉากทัศน์ที่ 2

ผลการคาดการณ์ความต้องการแพทย์ เพื่อภารกิจบริการสุขภาพในกระทรวงสาธารณสุข ตามฉากทัศน์ที่ 2 พบว่า ระหว่างปี 2561-2570 ควรรับแพทย์เข้าทำงานอย่างน้อย 20,550 คน หรือเฉลี่ยประมาณ 2,055 คนต่อปี เพื่อแก้ปัญหาการขาดแคลน ทดแทนการสูญเสีย และการเพิ่ม

แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวเพื่อรองรับการขยายบริการปฐมภูมิ รวมทั้งการยกระดับมาตรฐานบริการ ซึ่งจะทำให้มีแพทย์ ประมาณร้อยละ 90-100 ของความต้องการตลอดระยะเวลาที่คาดประมาณ ทั้งนี้ ในระหว่างปี 2561-2565 ยังคงต้องมีตำแหน่งเพื่อการจ้างงานเพิ่มขึ้นเฉลี่ยประมาณ 1,024 อัตราต่อปี และเพิ่มเฉลี่ยประมาณปีละ 710 อัตราระหว่างปี 2566-2570 ดังตารางที่ 3.7

ตารางที่ 3.7 แผนการบริหารจัดการตำแหน่งและการรับแพทย์เข้าทำงาน กรณีฉกทัศน์ที่ 2

ปีงบประมาณ	ความต้องการกำลังคน	กำลังคนที่คาดว่าจะมีรองรับ	แผนการผลิต	การรับเข้าในรูปปกติ (خذใช้ทุน)	ประมาณการรับเข้าทำงานระหว่างปี	ประมาณการสูญเสียระหว่างปี	จำนวนผู้เกษียณ	ตำแหน่งที่คาดว่าจะบริหารได้	ตำแหน่งที่ต้องการเพิ่ม
2561	24,560	21,808	2,980	1,926	74	843	99	868	1,132
2562		22,827	2,181	2,000	75	938	118	981	1,094
2563		23,799	1,696	2,000	75	982	122	1,029	1,046
2564		24,671	2,933	2,000	75	1,071	132	1,128	947
2565	25,407	25,495	3,134	2,000	75	1,110	141	1,176	899
2566		26,242	3,198	2,000	70	1,147	175	1,252	818
2567		26,945	3,269	2,000	70	1,181	186	1,297	773
2568		27,596	3,536	2,000	70	1,213	207	1,350	720
2569		28,222	3,536	2,000	70	1,242	202	1,374	696
2570	26,625	28,696	3,536	1,900	70	1,270	226	1,426	544

2. พยาบาลวิชาชีพ

กรณี ฉกทัศน์ที่ 1 (BAU)

ผลการคาดประมาณความต้องการพยาบาลวิชาชีพ เพื่อภารกิจบริการสุขภาพในกระทรวงสาธารณสุข ตามฉกทัศน์ที่ 1 พบว่าระหว่างปี 2561-2570 ควรรับพยาบาลวิชาชีพ เข้าทำงานอย่างน้อย 51,622 คน หรือเฉลี่ยประมาณ 5,162 คนต่อปี เพื่อแก้ปัญหาการขาดแคลน ซึ่งจะทำให้มีพยาบาลวิชาชีพประมาณ ร้อยละ 80-90 ของความต้องการตลอดระยะเวลาที่คาดประมาณ ในระหว่างปี 2561-2565 จึงยังคงต้องมีตำแหน่งเพื่อการจ้างงานเพิ่มขึ้นเฉลี่ยประมาณ 2,682 อัตราต่อปี และในระหว่างปี 2566-2570 ต้องการตำแหน่งเพิ่มเฉลี่ยประมาณปีละ 1,962 อัตรา ดังตารางที่ 3.8

ตารางที่ 3.8 แผนบริหารจัดการตำแหน่งและการรับพยาบาลวิชาชีพเข้าทำงาน กรณีฉกทัศน์ที่ 1 (BAU)

ปีงบประมาณ	คาดประมาณความต้องการกำลังคน	กำลังคนที่คาดว่าจะมีรองรับ	แผนการผลิต	การรับเข้าในรอบปกติ (ขตใช้ทุน)	ประมาณการรับเข้าทำงานระหว่างปี	ประมาณการสูญเสียระหว่างปี	จำนวนผู้เกษียณ	ตำแหน่งที่คาดว่าจะบริหารได้	ตำแหน่งที่ต้องการเพิ่ม
2561	125,755	119,571	10,193	3,622	850	822	757	1,579	2,893
2562		121,641	10,090	3,000	850	897	883	1,780	2,070
2563		124,867	10,133	3,600	1,500	795	1,079	1,874	3,226
2564		127,719	10,134	3,600	1,500	837	1,411	2,248	2,852
2565	131,005	130,086	10,885	3,600	1,500	976	1,757	2,733	2,367
2566		132,534	11,122	3,600	2,000	973	2,179	3,152	2,448
2567		134,088	11,116	3,600	2,000	967	3,079	4,046	1,554
2568		135,606	11,166	3,600	2,000	954	3,128	4,082	1,518
2569		137,511	11,166	3,600	2,000	953	2,742	3,695	1,905
2570	152,899	139,895	11,076	3,600	2,000	956	2,260	3,216	2,384

กรณีฉกทัศน์ที่ 2

ผลการคาดประมาณความต้องการพยาบาลวิชาชีพ เพื่อภารกิจบริการสุขภาพในกระทรวงสาธารณสุข ตามฉกทัศน์ที่ 2 พบว่าระหว่างปี 2561-2570 ควรรับพยาบาลวิชาชีพ เข้าทำงานอย่างน้อย 39,922 คน หรือเฉลี่ยประมาณ 3,992 คนต่อปี เพื่อแก้ปัญหาการขาดแคลน ทดแทนการสูญเสีย และการเพิ่มพยาบาลวิชาชีพเพื่อรองรับการขยายบริการปฐมภูมิและการดูแลระยะยาว รวมทั้งการยกระดับมาตรฐานบริการ ซึ่งจะทำให้มีพยาบาลวิชาชีพประมาณร้อยละ 90 ของความต้องการตลอดระยะเวลาที่คาดประมาณ ทั้งนี้จะมีตำแหน่งข้าราชการว่างเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ จากการเกษียณอายุราชการและการลาออก จึงยังคงต้องมีตำแหน่งเพื่อการจ้างงานเพิ่มในระหว่างปี 2561-2565 เฉลี่ยประมาณ 1,942 อัตราต่อปี หลังจากนั้นกระทรวงสาธารณสุขจะมีตำแหน่งข้าราชการว่างจากการเกษียณอายุ ซึ่งระหว่างปี 2566-2570 จะต้องการตำแหน่งเพิ่มเพียง 362 ต่อปี แต่ทั้งนี้ควรรับผู้ช่วยพยาบาลเข้าทำงานร่วมด้วย เพื่อแบ่งเบาภาระงานที่พยาบาลไม่จำเป็นต้องทำ อีกประมาณ ปีละ 2,000 อัตรา ด้วยวิธีการจ้างงานทางเลือกอื่นนอกจากข้าราชการ

ตารางที่ 3.9 แผนการบริหารจัดการตำแหน่งและการรับพยาบาลวิชาชีพเข้าทำงาน กรณีฉกทศน์ที่ 2

ปีงบประมาณ	ความต้องการกำลังคน	กำลังคนที่คาดว่าจะมีรองรับ	แผนการผลิต	การรับเข้าในรพกต (ขตใช้ทุน)	ประมาณการรับเข้าทำงานระหว่างปี	ประมาณการสูญเสียระหว่างปี	จำนวนผู้เกษียณ	ตำแหน่งที่คาดว่าจะบริหารได้	ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพที่ต้องการเพิ่ม	ตำแหน่งที่ต้องการเพิ่ม
2561	125,755	119,571	10,193	3,622	850	822	757	1,579	2,893	2,000
2562		121,641	10,090	3,000	850	897	883	1,780	2,070	2,000
2563		123,587	10,133	3,000	820	795	1,079	1,874	1,946	2,000
2564		125,159	10,134	3,000	820	837	1,411	2,248	1,572	2,000
2565	127,190	126,386	10,885	3,600	360	976	1,757	2,733	1,227	2,000
2566		127,234	11,122	3,600	400	973	2,179	3,152	848	2,000
2567		127,188	11,116	3,600	400	967	3,079	4,046	(46)	2,000
2568		127,106	11,166	3,600	400	954	3,128	4,082	(82)	2,000
2569		127,411	11,166	3,600	400	953	2,742	3,695	305	2,000
2570	130,117	128,195	11,076	3,600	400	956	2,260	3,216	784	2,000

3. ทันทแพทย์

กรณีฉกทศน์ที่ 1 (BAU)

ผลการคาดประมาณความต้องการทันตแพทย์ เพื่อภารกิจบริการสุขภาพในกระทรวงสาธารณสุข ตามฉกทศน์ที่ 1 พบว่าระหว่างปี 2561-2570 ควรรับทันตแพทย์เข้าทำงาน ประมาณ 6,486 คน หรือเฉลี่ยประมาณ 649 คนต่อปีซึ่งจะทำให้มีทันตแพทย์ประมาณ ร้อยละ 98-99 ของความต้องการตลอดระยะเวลาที่คาดประมาณ ทั้งนี้ยังคงต้องมีตำแหน่งเพื่อการจ้างงานเพิ่มขึ้นในระหว่างปี 2561-2565 เฉลี่ยประมาณ 321 อัตราต่อปี และเพิ่มระหว่างปี 2566-2570 เฉลี่ยประมาณปีละ 340 อัตรา ดังตารางที่ 3.10

ตารางที่ 3.10 แผนบริหารจัดการตำแหน่งและการรับทันตแพทย์เข้าทำงาน กรณีฉกทศน์ที่ 1 (BAU)

ปีงบประมาณ	คาดประมาณความต้องการกำลังคน	กำลังคนที่คาดว่าจะมีรองรับ	แผนการผลิต	การรับเข้าในรพกต (ขตใช้ทุน)	ประมาณการรับเข้าทำงานระหว่างปี	ประมาณการสูญเสียระหว่างปี	จำนวนผู้เกษียณ	ตำแหน่งที่คาดว่าจะบริหารได้	ตำแหน่งที่ต้องการเพิ่ม
2561	7,107	5,348	833	526	10	313	15	328	208
2562		5,680	833	600	10	267	11	278	332
2563		6,012	833	600	30	284	14	298	332

ตารางที่ 3.10 แผนบริหารจัดการตำแหน่งและการรับทันตแพทย์เข้าทำงาน กรณีฉกทัศน์ที่ 1 (BAU) (ต่อ)

ปีงบประมาณ	คาดการณ์ความต้องการกำลังคน	กำลังคนที่คาดว่าจะมีรองรับ	แผนการผลิต	การรับเข้าในรอบปกติ (ขตใช้ทุน)	ประมาณการรับเข้าทำงานระหว่างปี	ประมาณการสูญเสียระหว่างปี	จำนวนผู้เกษียณ	ตำแหน่งที่คาดว่าจะบริหารได้	ตำแหน่งที่ต้องการเพิ่ม
2564		6,329	833	600	30	301	12	313	317
2565	7,631	6,745	926	650	30	253	11	264	416
2566		7,118	926	650	30	270	37	307	373
2567		7,484	1,026	650	30	285	29	314	366
2568		7,822	1,026	650	30	299	43	342	338
2569		8,153	1,026	650	30	313	36	349	331
2570	8,742	8,447	1,026	650	30	326	60	386	294

กรณีฉกทัศน์ที่ 2

ผลการคาดการณ์ความต้องการทันตแพทย์ เพื่อภารกิจบริการสุขภาพในกระทรวงสาธารณสุข ตามฉกทัศน์ที่ 2 พบว่าระหว่างปี 2561-2570 ควรรับทันตแพทย์ เข้าทำงาน ประมาณ 5,211 คน หรือเฉลี่ยประมาณ 521 คนต่อปี เพื่อทดแทนการสูญเสีย และการเพิ่มทันตแพทย์เพื่อรองรับการขยายบริการปฐมภูมิ ซึ่งจะทำให้มีทันตแพทย์ประมาณ ร้อยละ 92-98 ของความต้องการตลอดระยะเวลาที่คาดการณ์ ทั้งนี้ยังคงต้องมีตำแหน่งเพื่อการจ้างงานเพิ่มในระหว่างปี 2561-2565 เฉลี่ยประมาณ 277 อัตราต่อปี หลังจากนั้นความต้องการตำแหน่งเพิ่มจะค่อย ๆ ลดลง ซึ่งระหว่างปี 2566-2570 ต้องการตำแหน่งเพิ่มเฉลี่ยประมาณปีละ 152 อัตรา หลังจากนั้นความต้องการตำแหน่งเพิ่มจะค่อย ๆ ลดลง ดังตารางที่ 3.11

ตารางที่ 3.11 แผนการบริหารจัดการตำแหน่งและการรับทันตแพทย์เข้าทำงาน กรณีฉกทัศน์ที่ 2

ปีงบประมาณ	ความต้องการกำลังคน	กำลังคนที่คาดว่าจะมีรองรับ	แผนการผลิต	การรับเข้าในรอบปกติ (ขตใช้ทุน)	ประมาณการรับเข้าทำงานระหว่างปี	ประมาณการสูญเสียระหว่างปี	จำนวนผู้เกษียณ	ตำแหน่งที่คาดว่าจะบริหารได้	ตำแหน่งที่ต้องการเพิ่ม
2561	7,107	5,348	833	526	6	313	15	328	204
2562		5,680	833	600	4	267	11	278	326
2563		5,986	833	600	5	284	14	298	307
2564		6,285	833	600	10	299	12	311	299
2565	7,109	6,532	926	500	10	251	11	262	248

ตารางที่ 3.11 แผนการบริหารจัดการตำแหน่งและการรับพันตแพทย์เข้าทำงาน กรณีฉกทศน์ที่ 2 (ต่อ)

ปีงบประมาณ	ความต้องการกำลังคน	กำลังคนที่คาดว่าจะมีรองรับ	แผนการผลิต	การรับเข้าในรอบปกติ (خذใช้ทุน)	ประมาณการรับเข้าทำงานระหว่างปี	ประมาณการสูญเสียระหว่างปี	จำนวนผู้เกษียณ	ตำแหน่งที่คาดว่าจะบริหารได้	ตำแหน่งที่ต้องการเพิ่ม
2566		6,744	926	500	10	261	37	298	212
2567		6,955	1,026	500	10	269	29	298	212
2568		7,144	1,026	500	10	278	43	321	189
2569		7,232	1,026	400	10	285	36	321	89
2570	7,379	7,293	1,026	400	10	289	60	349	61

4. เกสัชกร

กรณีฉกทศน์ที่ 1 (BAU)

ผลการคาดประมาณความต้องการเกสัชกร เพื่อภารกิจบริการสุขภาพในกระทรวงสาธารณสุข ตามฉกทศน์ที่ 1 พบว่าระหว่างปี 2561-2570 ควรรับเกสัชกร เข้าทำงานอย่างน้อยประมาณ 5,166 คน หรือเฉลี่ยประมาณ 517 คนต่อปี ซึ่งจะทำให้มีเกสัชกรประมาณ ร้อยละ 96-99 ของความต้องการตลอดระยะเวลาที่คาดประมาณ ทั้งนี้ยังคงต้องมีตำแหน่งเพื่อการจ้างงานเพิ่มในระหว่างปี 2561-2565 เฉลี่ยประมาณ 400 อัตราต่อปี และต้องการตำแหน่งเพิ่มระหว่างปี 2566-2570 เฉลี่ยประมาณปีละ 409 อัตรา ดังตารางที่ 3.12

ตารางที่ 3.12 แผนบริหารจัดการตำแหน่งและการรับเกสัชกรเข้าทำงาน กรณีฉกทศน์ที่ 1 (BAU)

ปีงบประมาณ	คาดประมาณความต้องการกำลังคน	กำลังคนที่คาดว่าจะมีรองรับ	แผนการผลิต	การรับเข้าในรอบปกติ (خذใช้ทุน)	ประมาณการรับเข้าทำงานระหว่างปี	ประมาณการสูญเสียระหว่างปี	จำนวนผู้เกษียณ	ตำแหน่งที่คาดว่าจะบริหารได้	ตำแหน่งที่ต้องการเพิ่ม
2561	8,824	7,992	2,000	348	18	79	15	94	272
2562		8,323	2,000	350	50	56	13	69	331
2563		8,789	2,000	450	100	58	26	84	466
2564		9,263	2,000	450	100	62	14	76	474
2565	10,583	9,719	2,000	450	100	65	29	94	456
2566		10,161	2,000	450	100	68	40	108	442
2567		10,585	2,000	450	100	71	55	126	424
2568		10,985	2,000	450	100	74	76	150	400
2569		11,382	2,000	450	100	66	87	153	397
2570	12,197	11,763	2,000	450	100	68	101	169	381

กรณีฉากทัศน์ที่ 2

ผลการคาดการณ์ความต้องการเภสัชกร เพื่อภารกิจบริการสุขภาพในกระทรวงสาธารณสุข ตามฉากทัศน์ที่ 2 พบว่าระหว่างปี 2561-2570 ความต้องการเภสัชกรมีทิศทางลดลง ควรรับเภสัชกร เข้าทำงานอย่างน้อยประมาณ 2,446 คน หรือเฉลี่ยประมาณ 247 คนต่อปี เพื่อทดแทนการสูญเสีย ซึ่งจะ ทำให้มีเภสัชกรประมาณ ร้อยละ 92-99 ของความต้องการตลอดระยะเวลาที่คาดการณ์ ทั้งนี้ยังคงต้องมีตำแหน่งเพื่อการจ้างงานเพิ่มในระหว่างปี 2561-2565 เฉลี่ยประมาณ 200 อัตราต่อปี และความต้องการอัตราเพิ่มจะค่อย ๆ ลดลง จนระหว่างปี 2566-2570 ต้องการตำแหน่งเพิ่มเฉลี่ยเพียงปีละ 76 อัตรา ดังตารางที่ 3.13

ตารางที่ 3.13 แผนการบริหารจัดการตำแหน่งและการรับเภสัชกรเข้าทำงาน กรณีฉากทัศน์ที่ 2

ปีงบประมาณ	ความต้องการกำลังคน	กำลังคนที่คาดว่าจะมีรองรับ	แผนการผลิต	การรับเข้าในรอบปกติ (ขาดใช้ทุน)	ประมาณการรับเข้าทำงานระหว่างปี	ประมาณการสูญเสียระหว่างปี	จำนวนผู้เกษียณ	ตำแหน่งที่คาดว่าจะบริหารได้	ตำแหน่งที่ต้องการเพิ่ม
2561	8,824	7,992	2,000	348	18	79	15	94	272
2562		8,283	2,000	350	10	56	13	69	291
2563		8,459	2,000	250	10	58	26	84	176
2564		8,596	2,000	200	10	59	14	73	137
2565	9,028	8,722	2,000	200	15	60	29	89	126
2566		8,836	2,000	200	15	61	40	101	114
2567		8,934	2,000	200	15	62	55	117	98
2568		9,010	2,000	200	15	63	76	139	76
2569		9,064	2,000	180	15	54	87	141	54
2570	9,118	9,104	2,000	180	15	54	101	155	40

สรุปสาระสำคัญ

1. ผลการทบทวนสถานการณ์การจัดบริการสุขภาพ และความต้องการด้านสุขภาพของประชาชนพบว่ามีความไม่สอดคล้องกัน และการแก้ปัญหาแบบแยกส่วนไม่สามารถแก้ไขปัญหาที่เกิดจากความซับซ้อนของระบบสุขภาพในอนาคตได้
2. การแก้ปัญหาความขาดแคลน โดยการเพิ่มกำลังคนเพื่อเพียงปัจจัยเดียวไม่อาจบรรลุเป้าหมายได้ เพราะสาเหตุหลักของการที่มีกำลังคนไม่เพียงพอ คือการจัดรูปแบบบริการที่มุ่งให้ความสำคัญกับการดูแลในโรงพยาบาล ในขณะที่ปัญหาสุขภาพของประชาชนในอนาคตต้องการการดูแลที่สามารถจัดได้นอกโรงพยาบาล

รวมทั้งการจัดบริการแบบแยกส่วน ที่ขาดการใช้ทรัพยากรร่วมกัน ทำให้เพิ่มข้อจำกัดในการจัดสรรทรัพยากรเพื่อให้สามารถจัดบริการที่ประชาชนเข้าถึงได้

3. ประเทศไทย ยังคงมีความต้องการกำลังคนด้านสุขภาพ ทั้งแพทย์ พยาบาลวิชาชีพ ทันตแพทย์ และเภสัชกร เพิ่มขึ้น จากการเข้าสู่สังคมสูงอายุ และการเพิ่มความสามารถในการแข่งขันของประเทศ การผลิตบุคลากรดังกล่าว ในอัตราตามแผนผลิตปัจจุบัน ยังมีความจำเป็น และควรมีการทบทวนเมื่อมีการทบทวนแผนความต้องการกำลังคนใหม่ซึ่งอาจมีการทบทวนในปีพ.ศ. 2563-2564 ตามแนวคิด Plan Long, Act Short, Update often

4. ผลการคาดประมาณความต้องการกำลังคนบนฉากทัศน์ที่ 2 พบว่า เพื่อบรรลุเป้าหมายการพัฒนาคุณภาพชีวิต และการเข้าถึงบริการสุขภาพที่ได้มาตรฐานภายใต้ค่าใช้จ่ายที่เหมาะสมนั้น ในระยะ 10 ปีข้างหน้า (พ.ศ. 2570) ประเทศไทยควรมีกำลังคนในการให้บริการในหน่วยบริการสุขภาพ ดังนี้ แพทย์ 56,648 คน พยาบาลวิชาชีพ 209,866 คน ทันตแพทย์ 18,446 คน และเภสัชกร 16,495 คน หรือคิดเป็นอัตราส่วนต่อประชากร เมื่อเทียบกับประชากร ณ ปี 2570 (ตามการคาดประมาณของสำนักงานคณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ¹⁶) ดังนี้คือ แพทย์ 1 คนต่อ 1,209 ประชากร พยาบาลวิชาชีพ 1 คนต่อ 326 ประชากร ทันตแพทย์ 1 คนต่อ 3,713 ประชากร และ เภสัชกร 1 คนต่อ 4,152 ประชากร

5. การปรับปรุงแบบบริการไปเน้นที่บริการสุขภาพปฐมภูมิ ในลักษณะที่จัดบริการสุขภาพปฐมภูมิให้เป็นบริการหลักด่านแรกของประชาชน และเป็นบริการที่เชื่อมต่อกับบริการในโรงพยาบาล ทั้งระดับทุติยภูมิ ตติยภูมิ และศูนย์ความเป็นเลิศ และเชื่อมต่อกับบริการนอกโรงพยาบาลอื่น ๆ รวมทั้งการจัดบริการร่วมทั้งหน่วยบริการในกระทรวงสาธารณสุข ระหว่างภาครัฐด้วยกัน และระหว่างภาครัฐและเอกชน โดยมีการปรับกลไกการเงินการคลังให้หนุนเสริมการร่วมให้บริการดังกล่าว จะทำให้มีการกระจายภาระงานและความต้องการกำลังคนทั้ง 4 สาขาหลักไปยังหน่วยบริการสังกัดอื่น กระทรวงสาธารณสุขจะรับภาระลดลง และความต้องการกำลังคนเพิ่มจะเป็นการเพิ่มในระดับทดแทน และมีอัตราการเพิ่มลดลง จนสามารถบริหารตำแหน่งที่มีอยู่ได้ในระยะยาว ทั้งนี้มีปัจจัยความสำเร็จ คือ ความเข้มแข็งของนโยบายกำหนดทิศทางการจัดบริการสุขภาพของประเทศ และความร่วมมือของภาคส่วนอื่นในการร่วมจัดบริการสุขภาพแก่ประชาชน

¹⁶ สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ.การคาดประมาณประชากรของประเทศไทย พ.ศ. 2553-2583. กุมภาพันธ์ 2556

ส่วนที่ 4

**แผนการปฏิรูปกำลังคน
และภารกิจบริการ
ของกระทรวงสาธารณสุข**

ผลการศึกษาเพื่อสังเคราะห์รูปแบบการจัดบริการสุขภาพของประเทศไทยในอนาคต พบว่า เพื่อให้บรรลุเป้าหมายประชาชนมีอายุยืนยาวอย่างมีสุขภาพดี เข้าถึงบริการได้อย่างทั่วถึงและเป็นธรรม โดยมีค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพเหมาะสมนั้น จำเป็นที่จะต้องออกแบบระบบบริการสุขภาพที่เน้นการขยายบริการสุขภาพปฐมภูมิ และบริการนอกโรงพยาบาล เช่น การดูแลระยะยาว (Long Term Care) การดูแลระยะท้าย (Palliative Care) และการดูแลสุขภาพที่บ้านและในชุมชน ให้มีปริมาณและคุณภาพเพียงพอต่อความต้องการด้านสุขภาพของประชาชนซึ่งเปลี่ยนแปลงไป เนื่องจากการเข้าสู่สังคมสูงอายุ และความเจ็บป่วยเรื้อรัง โดยมีการพัฒนาขีดความสามารถของโรงพยาบาลระดับทุติยภูมิ และ ตติยภูมิ เพื่อรองรับการส่งต่อ

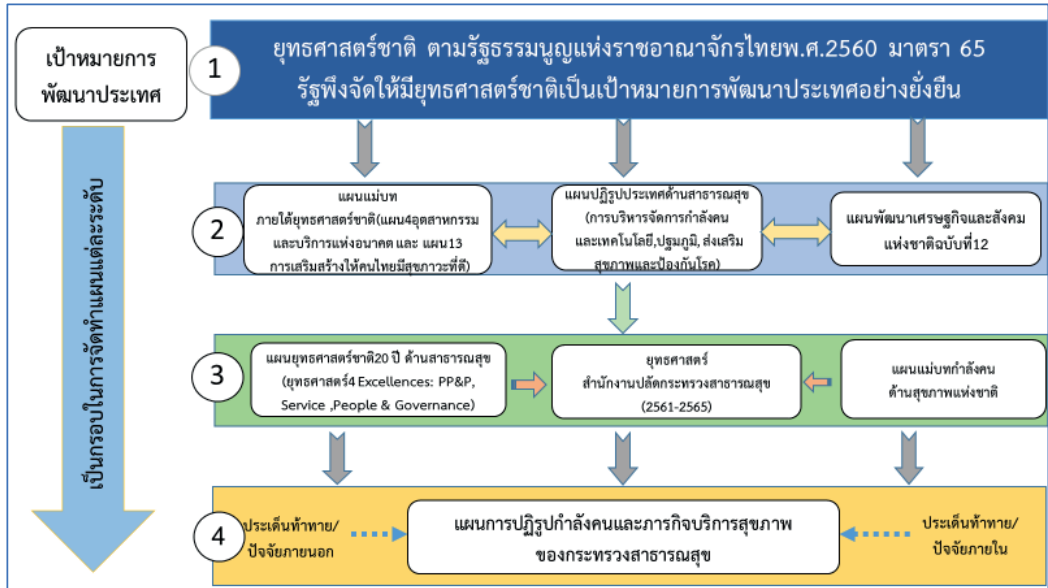
การจัดบริการในลักษณะดังกล่าวจะช่วยให้ประชาชนสามารถใช้บริการสุขภาพได้เหมาะสมกับปัญหาสุขภาพ และทำให้บริการในโรงพยาบาล (Acute Care) มีศักยภาพเหลือเพียงพอที่จะรองรับความเจ็บป่วยฉุกเฉิน และความเจ็บป่วยหรือปัญหาสุขภาพที่ซับซ้อน และต้องการเทคโนโลยีขั้นสูง รวมทั้งมีศักยภาพเพียงพอในการรองรับปัญหาสุขภาพที่อาจเกิดจากภัยพิบัติ หรือ การใช้บริการข้ามพรมแดนของประชาชนทั้งในภูมิภาค และระดับโลก

กระทรวงสาธารณสุขได้ใช้ข้อเสนอทางเลือกเชิงนโยบายดังกล่าวเป็นองค์ประกอบที่สำคัญในการจัดทำแผนปฏิรูปกำลังคนและภารกิจบริการด้านสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุข เพื่อแก้ปัญหาและพัฒนาาระบบบริการสุขภาพ โดยมุ่งเป้าหมายให้ประชาชนสุขภาพดี เจ้าหน้าที่มีความสุข ระบบสุขภาพยั่งยืน ซึ่งเป็นทิศทางที่ยุทธศาสตร์ชาติ แผนแม่บทภายใต้ยุทธศาสตร์ชาติ และแผนปฏิรูปประเทศด้านสาธารณสุขให้ความสำคัญ โดยเฉพาะในประเด็นการพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ ให้มีความพร้อมทั้งด้านร่างกาย จิตใจและสุขภาพ ซึ่งการจัดบริการสุขภาพที่ได้มาตรฐาน มีคุณภาพเพื่อให้ประชาชนเข้าถึงได้อย่างทั่วถึงเป็นธรรม

นอกจากการใช้ผลการศึกษาวิจัยมาเป็นปัจจัยนำเข้าแล้ว การทำแผนฯ ครั้งนี้ยังได้วิเคราะห์ประเด็นท้าทาย ทั้งภายในและภายนอกมาปรับปรุงและบูรณาการกับแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ และยุทธศาสตร์กระทรวงสาธารณสุข โดยมีวัตถุประสงค์ให้เป็นแผนงานระยะ 10 ปี โดยระยะแรก (พ.ศ. 2561-2565) เป็นระยะปฏิรูป และ ระยะที่ 2 (พ.ศ. 2566-2570) เป็นระยะสร้างความเข้มแข็ง ตามเป้าหมายของแผนยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี ด้านสาธารณสุขในประเด็นบริการเป็นเลิศ กำลังคนเป็นเลิศต่อไป

ความเชื่อมโยงการพัฒนาแผนปฏิรูปกำลังคนฯ กับแผนแต่ละระดับ ดังนี้

ภาพที่ 4.1 ความเชื่อมโยงการพัฒนาแผนปฏิรูปกำลังคนฯ กับยุทธศาสตร์แต่ละระดับในประเด็นกำลังคน



ประเด็นท้าทายในการแก้ปัญหาและพัฒนากำลังคนในภารกิจบริการสุขภาพ

ประเด็นท้าทายของประเทศ	ประเด็นท้าทายของกระทรวงสาธารณสุข
<p>1. การกระจายตัวของบุคลากรระหว่างสังกัดไม่สอดคล้องกับภาระงานของแต่ละสังกัด กระทรวงสาธารณสุข ยังคงมีความขาดแคลนกำลังคนมากที่สุดเมื่อเทียบกับภาระงาน</p>	<p>1. สถานะขาดแคลนกำลังคนแบบถาวรไม่เต็ม</p> <ul style="list-style-type: none"> - การใช้บริการของประชาชนเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ หน่วยบริการแต่ละแห่งแก้ปัญหาของตัวเอง พยายามขยาย Infrastructure เพิ่มเตียงผู้ป่วยในเพื่อรองรับ แต่มีข้อจำกัดด้านงบประมาณในการเพิ่มทรัพยากรและกำลังคน - ยังคงมีปัญหาคาดแคลนกำลังคนบางสาขาโดยเฉพาะแพทย์ พยาบาลวิชาชีพ และทันตแพทย์ จากการกระจายกำลังคนไม่เหมาะสม โดยเฉพาะการกระจายผู้เชี่ยวชาญ เพื่อเพิ่มการเข้าถึงบริการที่จำเป็นของประชาชน แม้ว่าการกระจายตามภูมิศาสตร์จะดีขึ้นกว่าในอดีต แต่ก็ยังมีความเหลื่อมล้ำ

ประเด็นท้าทายของประเทศ	ประเด็นท้าทายของกระทรวงสาธารณสุข
	<ul style="list-style-type: none"> - มีข้อจำกัดในการปรับเกี่ยตำแหน่งและอัตรากำลังระหว่างหน่วยงาน (การปรับเกี่ยจากพื้นที่ที่มีกำลังคนเกินไปยังพื้นที่ที่ขาดกำลังคนไม่ได้ โดยเฉพาะตำแหน่ง ข้าราชการซึ่งยังมีผู้ครองตำแหน่งอยู่) - ปัญหาการจ้างงานหลากหลายประเภทในตำแหน่งเดียวกันแต่ละประเภทมีสิทธิประโยชน์ที่ไม่เท่าเทียม โดยเฉพาะการเป็นข้าราชการซึ่งมีความมั่นคง มีสวัสดิการรักษาพยาบาลครบครัน มีบำเหน็จบำนาญ ในขณะที่การจ้างงานประเภทอื่นมีสิทธิประโยชน์ด้อยกว่า ค่าตอบแทนไม่จูงใจ รวมทั้งการขาดตำแหน่งและงบประมาณในการจ้างงาน มีการสูญเสียบุคลากรโดยเฉพาะพยาบาลวิชาชีพ ทำให้ปัญหาการขาดกำลังคนรุนแรงมากขึ้น
<p>2. โครงสร้างกำลังคนที่มีอยู่ในระบบบริการสุขภาพมีแนวโน้มเป็นกำลังคนสูงอายุ ในระยะ 5-10 ปี ข้างหน้าโดยเฉพาะแพทย์ พยาบาล เนื่องจากการสูญเสียกำลังคน Young Generation เร็วขึ้นกว่าอดีต รวมทั้งการมีสัดส่วนผู้หญิงในวิชาชีพแพทย์มากขึ้น ทำให้ Working Life span สั้นลง</p> <ul style="list-style-type: none"> - แพทย์ จาก 40 ปี เหลือ 31 ปี - พยาบาลวิชาชีพลด จาก 35 ปี เหลือ 26 ปี 	<p>2. การสูญเสียบุคลากรวิชาชีพในกลุ่ม Young Generation ยังคงสูง ทำให้มีภาวะกำลังคนสูงอายุโดยเฉพาะบุคลากรสายงานพยาบาลวิชาชีพที่กำลังคนอายุ 45 ปีขึ้นไปถึงร้อยละ 33.46 มีอายุเฉลี่ย ประมาณ 39.46 ปี โดยโรงพยาบาลทั่วไประดับ 5 มีอายุเฉลี่ยสูงที่สุดเมื่อเทียบกับโรงพยาบาลชุมชน คือ 40.44 ปี และรองลงมาเป็นสายงานแพทย์ในโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไปมีกำลังคนอายุ 45 ปีขึ้นไปร้อยละ 23 และมีอายุเฉลี่ย 37.1 ปี เนื่องจากการจัดสรรแพทย์จบใหม่ใช้ทุน เน้นการจัดสรรให้โรงพยาบาลชุมชนเป็นส่วนใหญ่ แม้จะช่วยให้การกระจายแพทย์สู่ชนบทดีขึ้น แต่ปัญหาโครงสร้างอายุกำลังคน มักจะสัมพันธ์กับผลผลิตภาพการทำงานที่ด้อยลงหากไม่มีการปรับกระบวนการทำงาน และมีการใช้เครื่องมือหรืออุปกรณ์ หรือกำลังคนระดับผู้ช่วยมาช่วยในการทำงาน</p>

ประเด็นท้าทายของประเทศ	ประเด็นท้าทายของกระทรวงสาธารณสุข
<p>3. รัฐยังต้องเป็นผู้ให้บริการหลักในระบบสุขภาพ แต่การจ้างงานในภาครัฐมีข้อจำกัด ทั้งด้านงบประมาณและตำแหน่งในการจ้างงานและประสิทธิภาพการบริหารมีกฎระเบียบการจ้างงานที่ไม่เอื้อให้มีความยืดหยุ่นเพียงพอในการบริหารจัดการในแบบที่เหมาะสมกับกำลังคนรุ่นใหม่ ที่ต้องการ Work Life balance ในขณะที่การขยายตัวทางเศรษฐกิจทำให้ผู้สำเร็จการศึกษาด้านวิชาชีพสุขภาพมีโอกาสทำงานอื่นนอกอุตสาหกรรมสุขภาพ รวมทั้งการทำงานในภาคส่วนอื่นนอกภาครัฐ ทำให้การจ้างงานในภาครัฐอาจต้องแข่งขันในตลาดแรงงาน</p>	<p>3. ข้อจำกัดในการบริหารจัดการเพื่อเพิ่มผลิตภาพในงาน</p> <ul style="list-style-type: none"> - กำลังคนทำงานหนักเกินกำลัง - ระเบียบ/อำนาจอยู่ที่ส่วนกลาง ขาดความยืดหยุ่นในการแก้ปัญหา - มีโรงพยาบาลที่ตั้งอยู่ในพื้นที่ห่างไกล จำนวนมากเกือบทุกภูมิภาค ที่มีความจำเป็นต้องเปิดให้บริการ และมีบริบทเฉพาะ ไม่สามารถใช้มาตรการเดียวกับพื้นที่อื่นๆ ในการบริหารจัดการได้ แต่ยังไม่มีความเฉพาะ - การจ้างงานหลากหลายประเภทในตำแหน่งงานเดียวกัน สร้างความเหลื่อมล้ำขาดแรงจูงใจในการทำงาน - ทักษะการบริหารจัดการของผู้บริหารในสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลงรวดเร็วและซับซ้อน
<p>4. ขาดกลไกการวางแผนกำลังคนระดับประเทศที่ไวพอต่อการส่งสัญญาณการผลิต และการผลิตและพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพในปัจจุบัน แยกส่วนจากระบบสุขภาพการผลิตบุคลากร ไม่สอดคล้องกับความต้องการของระบบสุขภาพ ทั้งในเชิงปริมาณและสมรรถนะของกำลังคน ยังมุ่งผลิตเพื่อตอบสนองบริการแบบ Acute Care และเป็น Silo Education ซึ่งอาจจะไม่สามารถรองรับการเปลี่ยนแปลงในอนาคต เช่น</p> <ul style="list-style-type: none"> - การผลิตบุคลากรเพื่อรองรับดูแลผู้สูงอายุ - การผลิตบุคลากรให้มีทักษะหลากหลายเท่าทันความก้าวหน้าทางเทคโนโลยีการรักษาพยาบาล ที่เน้นการป้องกันโรค การวินิจฉัยได้เร็วตั้งแต่เริ่มเกิดโรครวมทั้งการแพทย์ที่เฉพาะเจาะจง (Precision Medicine) เป็นต้น 	<p>4. ขาดระบบข้อมูลสารสนเทศในการติดตามประเมินผลเกี่ยวกับใช้การกระจายทรัพยากรและระดับผลงานของหน่วยบริการ ที่สามารถรายงานผลได้ทันเวลา (Real time) เพื่อสนับสนุนการตัดสินใจเชิงนโยบาย ทั้งด้านการวางแผนความต้องการ การพัฒนาบุคลากร และการบริหารจัดการประสิทธิภาพกำลังคน</p>

แผนพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพระดับประเทศในระยะ 10 ปีข้างหน้า

ประเด็นท้าทายดังกล่าวสอดคล้องกับผลการทบทวนสถานการณ์ของคณะกรรมการยกร่างแผนยุทธศาสตร์ทศวรรษกำลังคนด้านสุขภาพ พ.ศ. 2560-2569 ซึ่งคณะกรรมการกำลังคนด้านสุขภาพแห่งชาติได้แต่งตั้งให้ทำการทบทวนการดำเนินนโยบายที่เกี่ยวกับงานกำลังคนด้านสุขภาพ และอนุกรรมการชุดดังกล่าวได้ร่วมมือกับคณะทำงานวิชาการศึกษาเพื่อวางแผนกำลังคนในระยะ 20 ปีข้างหน้า ที่กระทรวงสาธารณสุขแต่งตั้ง และมีการพัฒนาแผนแม่บทกำลังคนด้านสุขภาพระดับประเทศในระยะ 10 ปีข้างหน้า ซึ่งปัจจุบันมีร่างแผนแม่บทที่อยู่ระหว่างการพิจารณาของคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ ดังนี้

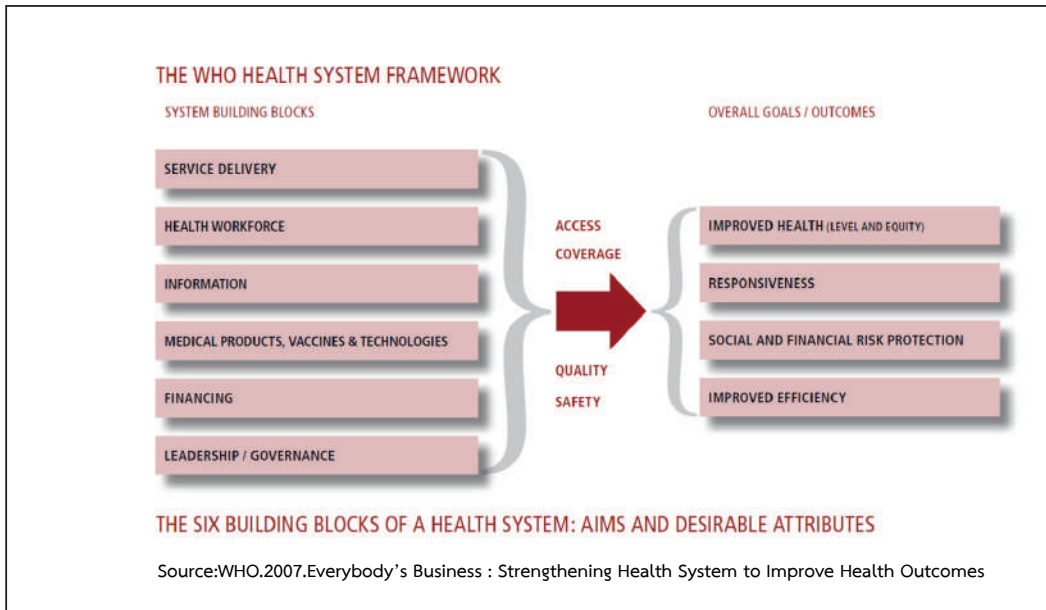
แผน	กลยุทธ์หลัก
แผนที่ 1 สร้างและพัฒนา กลไกนโยบายกำลังคนด้าน สุขภาพของประเทศ ภายใต้ การบูรณาการของทุก ภาคส่วนให้มีประสิทธิภาพ และเป็นเอกภาพ	<p>1.1 พัฒนากลไกกำหนดนโยบายกำลังคนด้านสุขภาพระดับประเทศที่มีสมรรถนะสูง เพื่อกำหนด ขั้วเคลื่อน ติดตามกำกับนโยบายกำลังคนด้านสุขภาพของประเทศอย่างมีเอกภาพ</p> <p>1.2 สนับสนุนและส่งเสริมความเข้มแข็งกลไกกำหนดนโยบายกำลังคนด้านสุขภาพในระดับพื้นที่ เพื่อรองรับสภาพปัญหา โดยมีแผนการบริหารจัดการที่ชัดเจนภายใต้การใช้ทรัพยากรที่คุ้มค่า และให้หน่วยงานในระดับต่าง ๆ มีสมรรถนะในการบริหารจัดการกำลังคนด้านสุขภาพ</p> <p>1.3 วางแผนกำลังคนด้านสุขภาพของประเทศให้สอดคล้องกับความต้องการด้านสุขภาพ ระบบบริการสุขภาพและทิศทางการเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ ของประเทศในอนาคต เพื่อส่งเสริมให้เกิดความเท่าเทียมและตอบสนองความเติบโตทางเศรษฐกิจของประเทศ โดยต้องมีการวางแผนอย่างครบวงจรตั้งแต่การผลิต จนถึง การธำรงรักษาเพื่อให้กำลังคนเหล่านั้นสามารถปฏิบัติงานในพื้นที่ได้อย่างยาวนาน (ปรับเปลี่ยนวิธีการ)</p> <p>1.4 วางแผนให้เป็นเชิงระบบ (system approach ประกอบด้วย planning, production and utilization)</p>
แผนที่ 2 ปรับระบบการ ผลิตและพัฒนากำลังคน ด้านสุขภาพให้สอดคล้อง ต่อการเปลี่ยนแปลงใน อนาคต	<p>2.1 วางแผนผลิตและพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพของประเทศให้สอดคล้องกับแผนความต้องการกำลังคนด้านสุขภาพของประเทศ</p> <p>2.2 ปฏิรูปกระบวนการเรียนรู้แบบพลิกโฉม (Transformative of Learning) โดยเน้นพัฒนาระบบการประเมินและรับรองคุณภาพ โดยเน้นผลลัพธ์ที่ตัวผู้เรียน การเพิ่มประสิทธิภาพระบบบริหารจัดการการศึกษาทุกระดับ รวมทั้งการเพิ่มประสิทธิภาพการคลัง การศึกษา เช่น จัดสรรงบประมาณตรงสู่ผู้เรียน ส่งเสริมการมีส่วนร่วมจากภาคเอกชนในการจัดการศึกษา</p>

แผน	กลยุทธ์หลัก
	<p>2.3 พัฒนาและเสริมสร้างศักยภาพกำลังคนเพื่อเพิ่มขีดความสามารถในการแข่งขันในการพัฒนาเศรษฐกิจของประเทศ โดยให้มีการลงทุนในการผลิตบุคลากรทางการแพทย์ การวิจัยและการพัฒนาเทคโนโลยีทางการแพทย์และเครื่องมือแพทย์ เพื่อให้ประเทศมุ่งสู่การเป็นศูนย์กลางบริการทางการแพทย์ของภูมิภาค</p>
<p>แผนที่ 3 ปฏิรูประบบการบริหารจัดการกำลังคนด้านสุขภาพ เพื่อลดความเหลื่อมล้ำในการเข้าถึงบริการ และเพิ่มประสิทธิภาพการบริการ ภายใต้ค่าใช้จ่ายที่เหมาะสม</p>	<p>3.1 พัฒนาระบบบริหารจัดการกำลังคนด้านสุขภาพเพื่อสนับสนุนการกระจายบริการทางสุขภาพที่มีคุณภาพให้ประชาชนเข้าถึงบริการได้อย่างเท่าเทียมกันในทุกพื้นที่</p> <p>3.2 พัฒนาประสิทธิภาพการใช้งากำลังคนทั้งในสาขาวิชาชีพ (professions) และไม่ใช่วิชาชีพ (non-professions) โดยการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศที่เหมาะสม ภายใต้ระบบการจ้างงานที่ยืดหยุ่น และการใช้ทรัพยากรที่มีอยู่ในทุกภาคส่วนให้เกิดประโยชน์สูงสุด</p> <p>3.3 พัฒนาระบบสนับสนุน (Supporting system) ทั้งในเรื่องค่าตอบแทนด้านการเงิน (Financial) และไม่ใช่เงิน (Non-financial) ความก้าวหน้า (Career development) และสิ่งแวดล้อมในการทำงาน (Working environment) เพื่อที่จะให้กำลังคนด้านสุขภาพสามารถปฏิบัติงานได้อย่างยาวนานและมีความสุข</p>
<p>แผนที่ 4 พัฒนาระบบข้อมูลสารสนเทศดิจิทัลกำลังคนด้านสุขภาพที่เป็นเอกภาพและมีประสิทธิภาพ</p>	<p>4.1 จัดตั้งหน่วยงานกลางในการดูแลระบบข้อมูลสารสนเทศกำลังคนด้านสุขภาพ โดยทำหน้าที่ในการพัฒนามาตรฐาน จัดระบบข้อมูล และกำหนดตัวชี้วัดสำคัญกำลังคนด้านสุขภาพของประเทศ</p> <p>ในระยะเริ่มต้นให้หน่วยงานดังกล่าวอยู่ภายใต้กระทรวงสาธารณสุข ในการดูแลของหน่วยพัฒนานโยบายกำลังคนด้านสุขภาพ (HRH coordinating unit) ที่ขึ้นตรงกับสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ระยะเวลาต่อไปให้เป็นหน่วยงานอิสระที่มีกฎหมายรองรับ</p> <p>4.2 พัฒนาชุดข้อมูลมาตรฐานสำหรับผู้ให้บริการด้านสุขภาพ (National provider identifier - NPI) ในการเชื่อมโยงระบบฐานข้อมูลกำลังคนด้านสุขภาพสำหรับทุกหน่วยงาน โดยชุดข้อมูลมาตรฐานดังกล่าวใช้ในการระบุตัวตนของผู้ประกอบวิชาชีพ สถานที่ปฏิบัติงาน วุฒิการศึกษาและความเชี่ยวชาญในด้านต่าง ๆ เป็นต้น</p>
	<p>4.3 พัฒนาระบบฐานข้อมูลสารสนเทศกำลังคนด้านสุขภาพระดับชาติที่รวบรวมข้อมูลอย่างเป็นระบบทั้งจำนวน การกระจาย การผลิต การจ้างงาน และการเคลื่อนย้าย ที่ครอบคลุมทั้งภาครัฐและเอกชน เพื่อสร้างความเข้าใจในตลาดแรงงาน (Healthcare market) ของกำลังคนด้านสุขภาพ</p>

แผนปฏิรูปกำลังคนและภารกิจบริการสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุข (พ.ศ.2561-2570)

การปฏิรูปกำลังคนด้านสุขภาพเพื่อบรรลุเป้าหมายของกระทรวงสาธารณสุข ให้ประชาชนสุขภาพดี เจ้าหน้าที่มีความสุข และระบบสุขภาพยั่งยืนนั้น ไม่สามารถดำเนินการได้โดยไม่เชื่อมโยงกับระบบอื่นที่เป็นองค์ประกอบของระบบสุขภาพ ซึ่งมีความสัมพันธ์เชื่อมโยงกัน กล่าวคือ ระบบสุขภาพต้องการกำลังคนจำนวนเท่าใด มีทักษะอย่างไร ในช่วงเวลาใด ย่อมขึ้นกับความต้องการด้านสุขภาพของประชาชนเป็นอย่างไร มีการจัดบริการอย่างไร มีความพร้อมด้านอุปกรณ์เครื่องมือเครื่องใช้อย่างไร ระบบประกันสุขภาพ และการบริหารจัดการระบบเป็นอย่างไร เป็นต้น ซึ่งเรียกปัจจัยเหล่านี้ว่าเป็นองค์ประกอบของระบบสุขภาพของทุกประเทศทั่วโลก (Six Building Blocks of Health System)¹ ดังภาพ

ภาพที่ 4.2 องค์ประกอบของระบบสุขภาพ



¹ WHO.2007.World Health Report: Strengthening Health System to Improve Health Outcomes. WHO: Geneva.

ในหอคอยประกอบ (Six Building Blocks) อันได้แก่ การอภิบาลระบบสุขภาพ การบริการสุขภาพ กำลังคนด้านสุขภาพ เครื่องมือ/ยา/วัคซีน/เวชภัณฑ์ และเทคโนโลยี การเงินการคลังด้านสุขภาพ และระบบข้อมูลสารสนเทศด้านสุขภาพนั้น มีความสัมพันธ์กันอย่างเป็นระบบ ซึ่งมีความต้องการด้านสุขภาพของประชาชนเป็นปัจจัยกำหนดที่สำคัญ และเป็นที่ยอมรับว่ากำลังคนด้านสุขภาพเป็นหัวใจของความสำเร็จในการให้บริการสุขภาพแก่ประชาชน เป็นทั้งผู้ผลิตพัฒนานวัตกรรม และผู้ขับเคลื่อนบริการสุขภาพไปสู่ประชาชน

เพื่อรองรับยุทธศาสตร์ 20 ปี ด้านสาธารณสุขในประเด็น ส่งเสริมป้องกันโรคเป็นเลิศ (Promotion and Prevention Excellence) บริการเป็นเลิศ (Service Excellence) และกำลังคนเป็นเลิศ (People Excellence) โดยใช้ผลการศึกษารวบรวมกำลังคนระยะ 20 ปี และการวิเคราะห์ประเด็นท้าทายทั้งภายในและภายนอก ซึ่งหลังจากผู้บริหารระดับสูงเห็นชอบกับข้อเสนอทางเลือกเชิงนโยบาย ในการปรับรูปแบบบริการสุขภาพใหม่ และแผนความต้องการกำลังคนในภารกิจบริการสุขภาพสำหรับหน่วยบริการสุขภาพสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงฯ ในอนาคต กองบริหารทรัพยากรบุคคล ได้บูรณาการแผนปฏิรูปกำลังคนเข้ากับแผนอื่นๆ ได้แก่ มาตรการในร่างแผนแม่บทยุทธศาสตร์ชาติ แผนปฏิรูปประเทศด้านสาธารณสุขและแผนพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพระดับประเทศ โดยปรับมาตรการในแผนกำลังคนเป็นเลิศ โดยบูรณาการกับแผนขับเคลื่อนการปฏิรูป 4 ด้าน ได้แก่ 1) การปฏิรูปการส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรคและคุ้มครองผู้บริโภค (Promotion, Prevention and Protection Excellence) 2) การปฏิรูประบบบริการสุขภาพ (Service Excellence) 3) การปฏิรูปกำลังคนด้านสุขภาพ (People Excellence) และ 4) การบริหารจัดการ (Governance Excellence) (ตามผลการประชุม Retreat 9-10 สิงหาคม 2561 รายละเอียดดังภาคผนวก ง) ซึ่งแผนปฏิรูปนี้จัดเป็นแผนภายใต้ยุทธศาสตร์สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2561-2564

ภาพที่ 4.3 แผนที่ยุทธศาสตร์ของสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2561-2565 (ทบทวนปี 2561)



ตัวชี้วัดหลัก/เป้าหมายในภาพรวมของแผนปฏิรูปกำลังคนและภารกิจบริการสุขภาพ

1. บุคลากรเพียงพอ ต่อการยกระดับคุณภาพและมาตรฐานบริการสุขภาพ
2. มีการกระจายบุคลากรเพื่อให้ประชาชนเข้าถึงบริการอย่างทั่วถึงเป็นธรรม
3. การเพิ่มประสิทธิภาพการบริหารจัดการบุคลากรของหน่วยบริการ
4. บุคลากรมีความสุขในการทำงาน

มาตรการสำคัญในระหว่างปี พ.ศ. 2561-2570

ประกอบด้วย 3 มาตรการสำคัญ คือ

มาตรการที่ 1 ปฏิรูประบบบริการเพื่อก้าวข้ามความขาดแคลนกำลังคน

มาตรการที่ 2 ยกระดับการให้บริการสุขภาพที่ได้มาตรฐานอย่างทั่วถึง

มาตรการที่ 3 เพิ่มประสิทธิภาพบริหารจัดการกำลังคนด้านสุขภาพสร้างความเข้มแข็งของระบบสุขภาพ

ทั้งนี้ การขับเคลื่อนแผนทั้ง 3 มาตรการดังกล่าวจะเป็นการดำเนินงานไปพร้อม ๆ กันอย่างบูรณาการ โดยวางแผนดำเนินการต่อเนื่องระหว่าง ปี 2561-2565 เพื่อให้บรรลุผลลัพธ์ที่คาดหวัง ในระยะ 5 ปี และ 10 ปี ซึ่งในแผนนี้ได้กำหนดผลลัพธ์และตัวชี้วัดผลสำเร็จในลักษณะความก้าวหน้าในแต่ละระยะ ตามเป้าหมายในแผนยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปีด้านสาธารณสุข ซึ่งประกอบด้วย เป้าหมายระยะปฏิรูป (พ.ศ. 2561-2565) และเป้าหมายระยะสร้างความเข้มแข็ง (พ.ศ. 2566-2570) รายละเอียดดังนี้

**มาตรการสำคัญในแผนปฏิรูปกำลังคนและภารกิจบริการสุขภาพ
ของกระทรวงสาธารณสุขในระหว่างปี 2561-2570**

มาตรการที่ 1 ปฏิรูประบบบริการ เพื่อก้าวข้ามความขาดแคลนกำลังคน	มาตรการที่ 2 ยกระดับการให้บริการ สุขภาพที่ได้มาตรฐานอย่างทั่วถึง	มาตรการที่ 3 เพิ่มประสิทธิภาพ การบริหารจัดการกำลังคนด้าน สุขภาพเพื่อสร้างความเข้มแข็ง ของระบบสุขภาพ
<p>แนวทาง</p> <p>1. ปรับทิศระบบบริการ (Re-Orientation Health Service System Shift to Primary Care)</p> <p>1.1 ขยายบริการสุขภาพปฐมภูมิและบริการนอกโรงพยาบาล และกำหนดเป้าหมายการลด Walk-in Clinic ใน Ambulatory care ของโรงพยาบาลตติยภูมิ</p> <p>1.2 ยกระดับคุณภาพมาตรฐานบริการโรงพยาบาลตติยภูมิและตติยภูมิ (ไม่เพิ่มเติมย Acute Care) และเพิ่มศักยภาพโรงพยาบาลชุมชนแม่ข่าย</p> <p>1.3 พัฒนาระบบบริการรองรับการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังและการดูแลระยะยาวที่บ้าน</p> <p>1.4 พัฒนารูปแบบและขยายผลการควบคุมการบริหารโรงพยาบาลในจังหวัด/เขตสุขภาพเพื่อใช้ทรัพยากรร่วม</p> <p>1.5 ส่งเสริมการจัดบริการร่วมระหว่างหน่วยบริการสังกัดกระทรวงสาธารณสุขและสังกัดอื่นในภาครัฐ และภาคเอกชน เพื่อเพิ่มการเข้าถึงของประชาชน</p> <p>1.6 พัฒนาระบบการสร้างเสริมสุขภาพป้องกันโรค และการสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ</p>	<p>แนวทาง</p> <p>1. สนับสนุนการผลิตและพัฒนากำลังคนให้เพียงพอต่อความต้องการตามมาตรฐานวิชาชีพ</p> <p>1.1 ร่วมกับกระทรวงศึกษาธิการและสภาวิชาชีพที่เกี่ยวข้องทบทวน/วางแผนผลิตกำลังคนด้านสุขภาพให้มีขีดความสามารถสอดคล้องกับความต้องการ</p> <p>1.2 ทบทวนแผนความต้องการแผนการผลิต/พัฒนาและการกระจายผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทาง (แพทย์ พยาบาล ทันตแพทย์ เภสัชกร และบุคลากรในทีมสุขภาพ) เพื่อสนับสนุนการพัฒนาตาม Service plan</p> <p>1.3 ร่วมมือกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการพัฒนาผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทาง (แพทย์ พยาบาล ทันตแพทย์ เภสัชกร และบุคลากรในทีมสุขภาพ) เพื่อเพิ่มขีดความสามารถหน่วยบริการตามแผนบริการสุขภาพ (Service Plan)</p> <p>1.4 เพิ่มขีดความสามารถของโรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขให้เป็นแหล่งผลิตและพัฒนาผู้เชี่ยวชาญ (พัฒนาเอง-ใช้เอง) เพื่อให้บุคลากรมีสมรรถนะสอดคล้องกับความต้องการของระบบบริการสุขภาพ</p>	<p>แนวทาง</p> <p>1. สนับสนุนการเพิ่มหน่วยบริการที่มีประสิทธิภาพรองรับการบริการสุขภาพรูปแบบใหม่</p> <p>1.1 ขยายผลการวิจัยและพัฒนาการบริหารจัดการองค์การหน่วยบริการสุขภาพรูปแบบใหม่</p> <p>1.2 ติดตามประเมินผล และสร้างกลไกการแลกเปลี่ยนเรียนรู้เพื่อการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง</p> <p>2. อำนวยรักษาและเพิ่มประสิทธิภาพการทำงานของบุคลากร</p> <p>2.1 ใช้กำลังคนด้านสุขภาพอย่างเต็มศักยภาพในยุค Digital Health Care</p> <p>2.2 สร้างเส้นทางความก้าวหน้าแก่บุคลากรและความผูกพันในงานเพื่ออำนวยความสะดวกที่ทำงานในพื้นที่ห่างไกล</p> <p>2.3 สนับสนุนระบบการจ้างงานและการบริหารงานบุคคลในระบบบริการสุขภาพในรูปแบบใหม่ (ที่ไม่ใช่ระเบียบการบริหารข้าราชการพลเรือน)</p>

<p>มาตรการที่ 1 ปฏิรูประบบบริการ เพื่อก้าวข้ามความขาดแคลนกำลังคน</p>	<p>มาตรการที่ 2 ยกระดับการให้บริการ สุขภาพที่ได้มาตรฐานอย่างทั่วถึง</p>	<p>มาตรการที่ 3 เพิ่มประสิทธิภาพ การบริหารจัดการกำลังคนด้าน สุขภาพเพื่อสร้างความเข้มแข็ง ของระบบสุขภาพ</p>
<p>2. ทบทวนแผนความต้องการกำลังคน ปรับเปลี่ยนการจัดสรร การใช้ และ การกระจายกำลังคน</p> <p>2.1 วิเคราะห์ทบทวนแผนความ ต้องการกำลังคนในแต่ละเขตสุขภาพ</p> <p>2.2 ทบทวนหลักเกณฑ์ เงื่อนไข การ จัดสรรนักศึกษาผู้ให้สัญญาเข้าทำงาน خذใช้ทุนในกระทรวงสาธารณสุข</p> <p>2.3 กระจายอำนาจการบริหารจัดการ กำลังคนให้เขตสุขภาพ และเร่งรัดการ บริหารตำแหน่งว่าง</p> <p>2.4 ปรับแผนการจัดสรร และการ สรรหาบุคลากร ให้เพียงพอับภาระงาน ในช่วงเปลี่ยนผ่านทิศทางการจัดบริการ รูปแบบใหม่</p> <p>2.5 ปรับปรุงระบบฐานข้อมูลสารสนเทศ กำลังคน ที่สอดคล้องกับ แผน Digital Transformation</p> <p>2.6 ส่งเสริมการเพิ่มประสิทธิภาพ และใช้กำลังคนอย่างเต็มศักยภาพ เช่น LEAN management, เพิ่มการใช้ผู้ช่วย พยาบาล</p> <p>3. พัฒนาศูนย์กลางให้สอดคล้องกับการ ปรับทิศบริการสุขภาพ</p> <p>3.1 Re-Skill/Up skill training เพื่อ เตรียมความพร้อมบุคลากรรองรับระบบ บริการสุขภาพปฐมภูมิตาม พ.ร.บ. ระบบสุขภาพปฐมภูมิ</p> <p>3.2 ประเมินและพัฒนาระบบการฝึก อบรมเพื่อเพิ่มจำนวนแพทย์เวชศาสตร์ ครอบครัว พยาบาลเวชปฏิบัติครอบครัว และบุคลากรอื่นในทีมสุขภาพ</p>	<p>2. จัดสรรอัตรากำลังสาขาหลักให้ เพียงพอต่อการยกระดับมาตรฐาน บริการสุขภาพปฐมภูมิ</p> <p>2.1 จัดสรรและกระจายตำแหน่ง แพทย์ พยาบาลวิชาชีพ ทันตแพทย์ เภสัชกร และนักวิชาการสาธารณสุขให้ เพียงพอต่อการขยายบริการสุขภาพ ปฐมภูมิที่ได้มาตรฐาน</p> <p>2.2 ยกระดับคุณภาพมาตรฐาน รพ.สต/สร้างความเข้มแข็งของระบบ สุขภาพระดับอำเภอ</p> <p>2.3 ปรับปรุงกลไกการบริหารจัดการ กำลังคนเพื่อสนับสนุนการจัดบริการร่วม ระหว่าง หน่วยบริการสังกัดกระทรวง สาธารณสุข และ สังกัดอื่นในภาครัฐ และเอกชน เพื่อเพิ่มการเข้าถึงบริการ ของประชาชน</p> <p>3. จัดสรรและกระจายอัตรากำลังให้ เพียงพอต่อการยกระดับมาตรฐาน บริการตาม Service Plan</p> <p>3.1 กระจายตำแหน่งแพทย์เฉพาะ ทางสาขาขาดแคลนสูงควบคู่กับการ พัฒนาพยาบาลวิชาชีพเฉพาะทางและ บุคลากรที่เกี่ยวข้องร่วมทีมให้บริการ</p> <p>3.2 กระจายอำนาจให้เขตสุขภาพ บริหารจัดการอัตรากำลังในตำแหน่งที่ จำเป็นเพื่อการยกระดับมาตรฐานและ ขีดความสามารถหน่วยบริการ</p> <p>3.3 พัฒนาระบบ Digital HR Management ให้มีความเชื่อมโยง ระหว่างข้อมูลสารสนเทศด้านทรัพยากร บุคคลกับผลลัพธ์ของบริการสุขภาพ</p>	<p>3. ขยายการมีส่วนร่วมในการจัด บริการสุขภาพของหน่วยบริการสังกัด ภาครัฐอื่น เอกชนและท้องถิ่นรองรับ การกระจายศูนย์กลางความเจริญทาง เศรษฐกิจและสังคมและทิศทางการ พัฒนาอุตสาหกรรมด้านสุขภาพของ ประเทศ</p> <p>3.1 ติดตามสนับสนุนและประเมิน ผลการถ่ายโอนภารกิจการดูแลสุขภาพ ประชาชนแก่ อปท. และเพิ่มจำนวนการ ถ่ายโอนภารกิจบริการสุขภาพแก่ท้องถิ่น</p> <p>3.2 เพิ่มความร่วมมือในการจัด บริการสุขภาพของหน่วยบริการสังกัด ภาครัฐอื่น และเอกชนในการร่วมจัด บริการในแต่ละเขตสุขภาพ</p> <p>4. สนับสนุนการร่วมให้บริการจาก ภาคประชาชน</p> <p>4.1 ออกแบบกระบวนการทำงานให้ ประชาชนมีส่วนร่วมให้บริการสุขภาพ</p> <p>4.2 ส่งเสริมการจัดการดูแลสุขภาพ ตนเองในระดับบุคคลและครอบครัว</p> <p>5. สร้างความยั่งยืนในการกระจาย ทรัพยากรด้านสุขภาพและกำลังคน โดยคำนึงถึงความเป็นธรรมด้านสุขภาพ</p> <p>5.1 สนับสนุนการพัฒนากลไกการเงิน การคลังด้านสุขภาพเพื่อการยกระดับ มาตรฐานคุณภาพบริการอย่างต่อเนื่อง</p> <p>5.2 สร้างความร่วมมือกับภาคบริการ สุขภาพอื่นๆนอก กสร.เพื่อยกระดับ Service plan เป็น National Service & Health Resource Plan และส่งเสริม การใช้ทรัพยากรร่วมในการจัดบริการ สุขภาพของประเทศ</p>

<p>มาตรการที่ 1 ปฏิรูประบบบริการ เพื่อก้าวข้ามความขาดแคลนกำลังคน</p>	<p>มาตรการที่ 2 ยกระดับการให้บริการ สุขภาพที่ได้มาตรฐานอย่างทั่วถึง</p>	<p>มาตรการที่ 3 เพิ่มประสิทธิภาพ การบริหารจัดการกำลังคนด้าน สุขภาพเพื่อสร้างความเข้มแข็ง ของระบบสุขภาพ</p>
<p>4. เตรียมความพร้อมเขตสุขภาพเพื่อรองรับการกระจายอำนาจการบริหารจัดการ</p> <p>4.1 เตรียมความพร้อมผู้บริหารในเขตสุขภาพ เพื่อออกแบบระบบสุขภาพและวางแผนกำลังคนให้สอดคล้องกับความต้องการด้านสุขภาพของประชาชนในแต่ละพื้นที่</p> <p>4.2 ส่งเสริมการบริหารโรงพยาบาลรูปแบบใหม่ในลักษณะเครือข่ายควมรวมบริการ/บริหาร และการใช้ทรัพยากรสร้างความเข้มแข็งของระบบส่งกลับผู้ป่วยจากโรงพยาบาลสู่บ้านและชุมชน</p> <p>4.3 ศึกษาวิจัยรูปแบบการบริหารองค์กรโรงพยาบาลและการบริหารจัดการทรัพยากรบุคคล/การจ้างงานที่มีประสิทธิภาพ</p> <p>4.4 ศึกษารูปแบบและการเตรียมความพร้อมการถ่ายโอนภารกิจดูแลสุขภาพประชาชนแก่ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น</p>	<p>4. วางแผนความต้องการและการสรรหาบุคลากรรองรับ Smart Hospital และการพัฒนาระบบ Digital Health</p> <p>4.1 สนับสนุนการพัฒนาบุคลากรในการใช้ระบบการแพทย์ทางไกล/การใช้เทคโนโลยี/และการใช้ AI</p> <p>4.2 ร่วมมือกับหน่วยงาน/สถาบันการศึกษาเพื่อผลิตและพัฒนาบุคลากรรองรับ ระบบ Digital Hospital/Health Care และจัดเตรียมตำแหน่งและวิธีการจ้างงาน</p> <p>5. สนับสนุนหน่วยบริการนำร่องการบริหารองค์กรและทรัพยากรบุคคลรูปแบบใหม่</p> <p>5.1 สนับสนุนกลไกการดำเนินการติดตามประเมินผลและถอดบทเรียน/จัดการความรู้เตรียมขยายผล</p> <p>5.2 สร้างความเข้มแข็งในการดำเนินนโยบาย “ผู้ป่วยปลอดภัย บุคลากรปลอดภัย” (2 P Safety Policy)</p>	<p>5.3 สนับสนุนการเพิ่มคุณภาพการผลิตและพัฒนาบุคลากรทั้งวิชาชีพด้านสุขภาพและระดับช่วยวิชาชีพให้มีขีดความสามารถตามความต้องการของระบบบริการสุขภาพแต่ละพื้นที่</p> <p>5.4 สนับสนุนการใช้กำลังคนด้านสุขภาพอย่างเต็มศักยภาพในยุค Digital Health Care</p>

ผลลัพธ์/ตัวชี้วัด และทรัพยากรที่ต้องการสนับสนุนในแต่ละระยะระหว่างปีพ.ศ. 2561-2570

เป็นการกำหนดผลลัพธ์เพื่อวัดความก้าวหน้าของการดำเนินการ โดยกำหนดเป้าหมายระยะเวลาการบรรลุผลลัพธ์ ให้สอดคล้องกับเป้าหมายผลลัพธ์เชิงยุทธศาสตร์ในแผนยุทธศาสตร์ 20 ปี ด้านสาธารณสุข

เป้าหมาย	ตัวชี้วัด	ค่าเป้าหมาย	
		ระยะที่1 พ.ศ. 2561-2565	ระยะที่ 2 พ.ศ. 2566-2570
บุคลากรเพียงพอต่อการยกระดับ	1. สัดส่วนเขตสุขภาพที่มีอัตรากำลังเพียงพอ	ร้อยละ 50	ร้อยละ 70
คุณภาพและมาตรฐานบริการสุขภาพ	2. หน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิมีบุคลากรเพียงพอต่อการให้บริการ	ร้อยละ 20	ร้อยละ 50
มีการกระจายบุคลากรเพื่อให้ประชาชนเข้าถึงบริการอย่างทั่วถึงเป็นธรรม	3. ความแตกต่างการกระจายบุคลากรระหว่างเขตสุขภาพ	ไม่เกินร้อยละ 15	ไม่เกินร้อยละ 10
	4. จำนวนพื้นที่ขาดแคลนบุคลากรซ้ำซาก	ลดลงอย่างน้อยร้อยละ 50	ไม่มีพื้นที่ขาดแคลนซ้ำซาก
การเพิ่มประสิทธิภาพการบริหารจัดการบุคลากร	5. ประสิทธิภาพการบริหารจัดการตำแหน่งว่างในเขตสุขภาพ	ตำแหน่งว่างไม่เกินร้อยละ 3	ตำแหน่งว่างไม่เกินร้อยละ3
	6. สัดส่วนค่าใช้จ่ายด้านบุคลากรต่อค่าใช้จ่ายด้านอื่น	ตามเกณฑ์ที่ กสร. กำหนด	ตามเกณฑ์ที่ กสร. กำหนด
บุคลากรมีความสุขในการทำงาน	7. อัตราการคงอยู่ของบุคลากรสาขาขาดแคลน	ไม่น้อยกว่าร้อยละ 50	ไม่น้อยกว่าร้อยละ 60
	8. ระดับความสุขในการทำงานของบุคลากร	ไม่น้อยกว่าร้อยละ 65	ไม่น้อยกว่าร้อยละ 65

ทรัพยากรสนับสนุนการดำเนินการ

ระยะที่ 1 พ.ศ. 2561-2565 (ระยะปฏิรูป)	ระยะที่ 2 พ.ศ. 2566-2570 (ระยะสร้างความเข้มแข็ง)
<p>1. อัตรากำลังแพทย์ พยาบาลวิชาชีพ ทันตแพทย์ และเภสัชกรที่ต้องมีอย่างน้อย ร้อยละ 80 ของกรอบอัตรากำลังที่ต้องการ โดยในระหว่าง ปี 2561-2565 ควรมีการรับบุคลากรเข้าทำงาน ในกระทรวงสาธารณสุขดังนี้</p> <p>1.1 แพทย์ 10,300 คนหรือเฉลี่ยประมาณ 2,060 คนต่อปี เพื่อทดแทนความขาดแคลน และชดเชยการสูญเสีย</p> <p>1.2 พยาบาลวิชาชีพ 19,922 คนหรือเฉลี่ยประมาณ 3,984 คนต่อปี เพื่อทดแทนความขาดแคลน และรักษาโครงสร้างอายุกำลังคน</p> <p>1.3 ผู้ช่วยพยาบาลประมาณ 2,000 คนต่อปี เพื่อแก้ปัญหาการขาดแคลนพยาบาลวิชาชีพ ลดภาระงานที่พยาบาลฯ ไม่จำเป็นต้องทำเองและรองรับการดูแลผู้ป่วยสูงอายุ และการดูแลระยะยาว</p> <p>1.4 ทันตแพทย์ 2,861 คน หรือเฉลี่ยประมาณ 572 คนต่อปี เพื่อทดแทนความขาดแคลน</p> <p>1.5 เภสัชกร 1,411 คน หรือเฉลี่ยประมาณ 282 คนต่อปี เพื่อทดแทนการสูญเสีย</p>	<p>1. อัตรากำลังแพทย์ พยาบาลวิชาชีพ ทันตแพทย์ และเภสัชกร ที่ต้องมีอย่างน้อย ร้อยละ 80 ของกรอบอัตรากำลังที่ต้องการ โดยในระหว่าง ปี 2566-2570 ควรมีการรับบุคลากรเข้าทำงานในกระทรวงสาธารณสุขดังนี้</p> <p>1.1 แพทย์ 10,250 คน หรือเฉลี่ยประมาณ 2,050 คนต่อปี เพื่อกระจายสู่บริการสุขภาพปฐมภูมิ ทดแทนความขาดแคลน และชดเชยการสูญเสีย</p> <p>1.2 พยาบาลวิชาชีพ 20,000 คน หรือเฉลี่ยประมาณ 4,000 คนต่อปี เพื่อกระจายสู่บริการสุขภาพปฐมภูมิ ทดแทนความขาดแคลน และรักษาโครงสร้างอายุกำลังคน</p> <p>1.3 ผู้ช่วยพยาบาลประมาณ 2,000 คนต่อปี เพื่อแก้ปัญหาการขาดแคลนพยาบาลวิชาชีพ ลดภาระงานที่พยาบาลฯ ไม่จำเป็นต้องทำเองและรองรับการดูแลผู้ป่วยสูงอายุและการดูแลระยะยาว</p> <p>1.4 ทันตแพทย์ 2,350 คน หรือเฉลี่ยประมาณ 470 คนต่อปี เพื่อทดแทนความขาดแคลนในพื้นที่ห่างไกล</p> <p>1.5 เภสัชกร 1,035 คน หรือเฉลี่ยประมาณ 207 คนต่อปี เพื่อทดแทนการสูญเสีย</p>
<p>งบประมาณ</p>	
<p>1. งบประมาณเพื่อการปฏิรูปกำลังคนด้านสุขภาพ และการปฏิรูประบบเทคโนโลยีสารสนเทศ บูรณาการตามแผนปฏิรูปประเทศด้านสาธารณสุข</p> <p>2. งบประมาณเพื่อการขับเคลื่อนแผน เป็นงบประมาณตามแผนงานโครงการที่เกี่ยวข้อง</p>	
<p>กลไกการขับเคลื่อนแผน</p>	
<p>1. ขับเคลื่อนแผนแบบบูรณาการกับยุทธศาสตร์กระทรวงสาธารณสุข โดยมีกองบริหารทรัพยากรบุคคล กองบริหารการสาธารณสุข และกองยุทธศาสตร์และแผนงาน เป็นหน่วยงานหลัก</p> <p>2. การทบทวนแผนเป็นไปตามระยะเวลาที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด</p>	

ปัจจัยแห่งความสำเร็จในการขับเคลื่อนมาตรการในแผนฯ

1. ความเป็นเอกภาพของนโยบายในการอภิบาลและบริหารจัดการระบบสุขภาพ และการบริหารทรัพยากรด้านสุขภาพของประเทศ
2. ความร่วมมือการขับเคลื่อนนโยบายการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ซึ่งจำเป็นต้องมีทิศทาง นโยบายและการทำงานเชื่อมโยงกับหลายหน่วยงาน เช่น คณะกรรมการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น สำนักงบประมาณ กรมการส่งเสริมการปกครองส่วนท้องถิ่น ฯลฯ
3. ความสามารถในการลงทุนเพื่อนำเทคโนโลยี/นวัตกรรม ที่ทันสมัย มาใช้ในงานบริการสุขภาพ รวมทั้งการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพและความคาดหวังของประชาชนตามระดับการพัฒนาเศรษฐกิจ และสังคมของประเทศ
4. ความสำเร็จในการแก้ไขกฎระเบียบที่เป็นอุปสรรคต่อการบริหารจัดการองค์กรและทรัพยากร ในงานบริการสุขภาพภาครัฐ
5. กลไกการเงินการคลังสุขภาพที่สนับสนุนการร่วมจัดบริการสุขภาพของทุกภาคส่วน



כחפא



ภาคผนวก ก



คำสั่งคณะกรรมการกำหนดเป้าหมายและนโยบายกำลังคนภาครัฐ

ที่ ๑ /๒๕๖๐

เรื่อง แต่งตั้งคณะกรรมการกำหนดยุทธศาสตร์การปฏิรูปกำลังคน และภารกิจบริการด้านสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุข

ตามที่คณะรัฐมนตรีมีมติในการประชุมเมื่อวันที่ ๒๓ พฤษภาคม ๒๕๖๐ เห็นชอบตามมติคณะกรรมการกำหนดเป้าหมายและนโยบายกำลังคนภาครัฐ (คปร.) ในการประชุมครั้งที่ ๓/๒๕๖๐ เมื่อวันที่ ๑๘ พฤษภาคม ๒๕๖๐ จึงเห็นควรแต่งตั้งคณะกรรมการกำหนดยุทธศาสตร์การปฏิรูปกำลังคนและภารกิจบริการด้านสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุข โดยมีองค์ประกอบ หน้าที่ อำนาจ ดังต่อไปนี้

๑. องค์ประกอบ

- | | |
|--|---------------------|
| ๑.๑ นายสุพรรณ ศรีธรรมมา
(ผู้ทรงคุณวุฒิด้านการบริหารและพัฒนา
ระบบบริการสาธารณสุข) | ประธานอนุกรรมการ |
| ๑.๒ เลขาธิการ ก.พ. | รองประธานอนุกรรมการ |
| ๑.๓ ปลัดกระทรวงสาธารณสุข | รองประธานอนุกรรมการ |
| ๑.๔ นายสุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ
(ผู้ทรงคุณวุฒิด้านการประกันสุขภาพ) | อนุกรรมการ |
| ๑.๕ นายพงษ์พิสุทธิ์ จงอุดมสุข
(ผู้ทรงคุณวุฒิด้านการบริหารระบบบริการสุขภาพ) | อนุกรรมการ |
| ๑.๖ นายปิยะ หาญวรวงศ์ชัย
(ผู้ทรงคุณวุฒิด้านเศรษฐศาสตร์สาธารณสุข) | อนุกรรมการ |
| ๑.๗ ผู้แทนกระทรวงสาธารณสุข | อนุกรรมการ |
| ๑.๘ ผู้แทนกระทรวงกลาโหม
(ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงกลาโหม จำนวน ๑ คน) | อนุกรรมการ |

๑.๙	ผู้แทนสำนักงานตำรวจแห่งชาติ (ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสังกัดสำนักงานตำรวจแห่งชาติ จำนวน ๑ คน)	อนุกรรมการ
๑.๑๐	คณบดีคณะแพทยศาสตร์ ตามที่คณะอนุกรรมการมีมติ (จำนวน ๒ คน)	อนุกรรมการ
๑.๑๑	ผู้แทนแพทยสภา	อนุกรรมการ
๑.๑๒	ผู้แทนสภาการพยาบาล	อนุกรรมการ
๑.๑๓	ผู้แทนสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ	อนุกรรมการ
๑.๑๔	ผู้แทนสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข	อนุกรรมการ
๑.๑๕	ผู้แทนสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ	อนุกรรมการ
๑.๑๖	ผู้แทนสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ	อนุกรรมการ
๑.๑๗	ผู้แทนสำนักงานคณะกรรมการการอุดมศึกษา	อนุกรรมการ
๑.๑๘	ผู้แทนสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ	อนุกรรมการ
๑.๑๙	ผู้แทนกรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น	อนุกรรมการ
๑.๒๐	ผู้แทนสำนักงาน ก.พ.	อนุกรรมการ
๑.๒๑	ผู้แทนสำนักงาน ก.พ.ร.	อนุกรรมการ
๑.๒๒	ผู้แทนสำนักงานคณะกรรมการ พัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ	อนุกรรมการ
๑.๒๓	ผู้แทนกระทรวงการคลัง	อนุกรรมการ
๑.๒๔	ผู้แทนสำนักงานงบประมาณ	อนุกรรมการ
๑.๒๕	ผู้แทนกรมบัญชีกลาง	อนุกรรมการ
๑.๒๖	ผู้อำนวยการสำนักพัฒนา ระบบจำแนกตำแหน่งและค่าตอบแทน	อนุกรรมการและเลขานุการ
๑.๒๗	เจ้าหน้าที่ สป.กระทรวงสาธารณสุข (จำนวน ๒ คน)	อนุกรรมการและผู้ช่วยเลขานุการ
๑.๒๘	เจ้าหน้าที่สำนักงาน ก.พ. (จำนวน ๒ คน)	อนุกรรมการและผู้ช่วยเลขานุการ

๒. หน้าที่และอำนาจ

๒.๑ จัดทำแผนยุทธศาสตร์การปฏิรูปกำลังคนและภารกิจบริการด้านสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุขให้สอดคล้องกับบทบาท ภารกิจ ทิศทางและนโยบายด้านการบริการสุขภาพของประเทศ โดยมีผลผลิตที่คาดหวัง ดังต่อไปนี้

๑) แนวทางและมาตรการเร่งด่วนในการบริหารจัดการเพื่อแก้ไขปัญหาการขาดแคลนอัตรากำลังในวิชาชีพที่เกี่ยวกับการให้บริการด้านสุขภาพ (ระยะเวลา ๑ ปี)

๒) แผนกำลังคนด้านสุขภาพ ระยะ ๕ ปี และระยะ ๑๐ ปี ที่สอดคล้องกับบทบาทภารกิจ ทิศทางและนโยบายด้านการบริการสุขภาพของประเทศ ซึ่งมีการวิเคราะห์ความต้องการกำลังคน (Demand) และความสามารถในการผลิตบุคลากรสาธารณสุขแก่ภาครัฐและเอกชน ตลอดจนอัตรากำลังด้านสุขภาพที่มี (Supply) ทั้งในส่วนที่เกี่ยวข้องกับการผลิต การใช้และการบริหารจัดการอัตรากำลังอย่างเป็นรูปธรรม เพื่อให้สอดคล้องกับทิศทางการปฏิรูปประเทศ สภาพปัญหาและบริบทของการบริการสุขภาพที่เปลี่ยนแปลงไป อาทิ การเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ

๒.๒ เสนอแนะแนวทางและมาตรการบริหารจัดการอัตรากำลังด้านสุขภาพ และประเภทหรือรูปแบบของบุคลากรที่เหมาะสม เช่น ข้าราชการ พนักงานราชการ หรือเจ้าหน้าที่ของรัฐรูปแบบอื่น เพื่อดึงดูดใจ รักษาไว้ และใช้ประโยชน์บุคลากรด้านสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุขอย่างมีประสิทธิภาพ รวมทั้งเกลี้ยและกระจายอัตรากำลังด้านสุขภาพให้สอดคล้องกับความจำเป็นตามภารกิจในแต่ละพื้นที่ เขตบริการสุขภาพ และสถานบริการสุขภาพ ตลอดจนลดความเหลื่อมล้ำและสร้างความเป็นธรรมในแต่ละวิชาชีพ ทั้งในและนอกกระทรวงสาธารณสุข

๒.๓ เสนอแนะแนวทางการจ้างงานบุคลากรด้านสุขภาพให้มีความสมดุลทั้งรูปแบบการจ้างงานที่เป็นข้าราชการ พนักงานราชการ พนักงานกระทรวงสาธารณสุข และลูกจ้างชั่วคราว

๒.๔ เสนอแนะรูปแบบและแนวทางการเพิ่มประสิทธิภาพการใช้จ่ายงบประมาณด้านบุคคลของกระทรวงสาธารณสุข และกำหนดแนวทางการบริหารการนำเงินนอกงบประมาณและรายได้ในสถานบริการสุขภาพไปใช้จ้างกำลังคนด้านสุขภาพให้มีความเหมาะสม

๒.๕ เชิญบุคคลหรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง มาสอบถามหรือให้ข้อมูล ข้อเท็จจริง หรือความเห็น รวมทั้งขอเอกสารจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับงานในหน้าที่ของคณะอนุกรรมการฯ

ทั้งนี้ ให้คณะอนุกรรมการฯ พิจารณาดำเนินการตามอำนาจหน้าที่ และเสนอผลการดำเนินการต่อ คปร. โดยเร็ว

สำหรับการเบิกจ่ายเบี้ยประชุม ให้เป็นไปตามพระราชกฤษฎีกาเบี้ยประชุมกรรมการ พ.ศ. ๒๕๔๗ และการเบิกค่าใช้จ่ายอื่นๆ ให้เป็นไปตามระเบียบของทางราชการที่เกี่ยวข้อง โดยให้เบิกจ่ายจากสำนักงาน ก.พ.

สั่ง ณ วันที่ ๒๕ พฤษภาคม พ.ศ. ๒๕๖๐

วิษณุ เครืองาม

(นายวิษณุ เครืองาม)

รองนายกรัฐมนตรี

ประธานกรรมการกำหนดเป้าหมายและนโยบายกำลังคนภาครัฐ

สำเนาถูกต้อง

เชนิสา พันธุ์เพ็ง

(นางสาวเชนิสา พันธุ์เพ็ง)

นักทรัพยากรบุคคลชำนาญการ

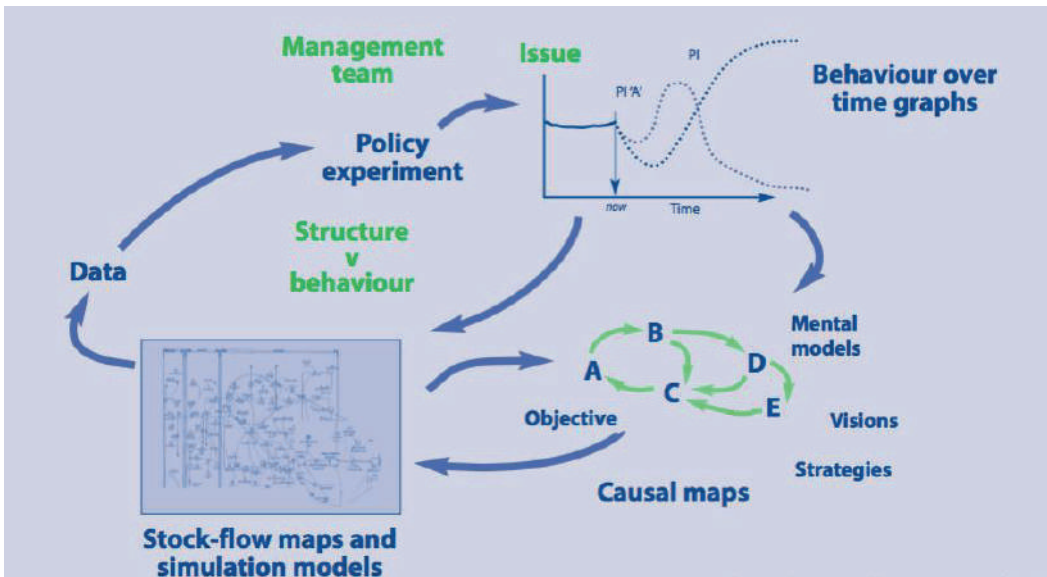
ภาคผนวก ข

การพัฒนาแบบจำลองและการตรวจสอบความตรง

รายงานบทนี้นำเสนอระเบียบวิธีศึกษาวิจัยเพื่อคาดการณ์ความต้องการกำลังคนด้านสุขภาพของประเทศในระยะ 20 ปี ซึ่งประกอบด้วย การใช้กระบวนการมีส่วนร่วมของผู้กำหนดนโยบาย และผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในการพัฒนารอบแนวคิดของแบบจำลองโดยกระบวนการพัฒนาแบบจำลองโดยกลุ่ม (group model building, GMB)(27-29) หรือการพัฒนาแบบจำลองพลวัตระบบอิงชุมชน (community based system dynamics, CBSD)(30) เพื่อสร้างการมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียเพื่อร่วมกันแก้ไขปัญหาที่เกี่ยวข้องกับกำลังคนด้านสุขภาพของประเทศ การพัฒนารอบแนวคิดร่วมในการพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพของประเทศในระยะ 20 ปี การเก็บข้อมูลทั้งเชิงคุณภาพเพื่อการสร้างแผนภาพวงจรสาเหตุ (causal Loop Diagram: CLD) และการเก็บข้อมูลเชิงปริมาณเพื่อพัฒนาแบบจำลองสถานการณ์พลวัตระบบ (56) และการสังเคราะห์ข้อเสนอเชิงนโยบายในการวางแผนกำลังคนด้านสุขภาพของประเทศไทยในระยะ 20 ปี และการทดสอบนโยบาย (policy testing) เพื่อจำลองสถานการณ์ของแต่ละฉากทัศน์ (scenarios) ที่จะนำไปสู่ผลลัพธ์ที่แตกต่างกันของความต้องการกำลังคนด้านสุขภาพ เพื่อให้ผู้กำหนดนโยบายสามารถเลือกดำเนินนโยบายที่เหมาะสมมากที่สุด ในการตอบสนองความต้องการกำลังคนด้านสุขภาพในระยะ 20 ปีต่อไป

1. กระบวนการพัฒนาแบบจำลองโดยกลุ่ม

คณะทำงานใช้การทบทวนวรรณกรรมร่วมกับกระบวนการพัฒนาแบบจำลองโดยกลุ่ม (group model building) เพื่อสังเคราะห์ข้อเสนอเชิงนโยบายในการวางแผนกำลังคนด้านสุขภาพ โดยจัดการประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อการพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพของประเทศไทยในระยะ 20 ปี ซึ่งเริ่มต้นจากการระบุปัญหาของกำลังคนด้านสุขภาพที่มีอยู่ในปัจจุบัน รวมทั้งระบุแนวโน้มของปัญหาดังกล่าวในเชิงปริมาณในช่วงระยะเวลาที่ผ่านมาและคาดการณ์แนวโน้มของปัญหาดังกล่าวในเชิงปริมาณในอนาคตหากไม่มีการเปลี่ยนแปลงนโยบายหรือแก้ไขระบบการจัดการใด ๆ ที่เกี่ยวข้อง เพื่อนำไปสู่การระดมสมองโดยเน้นการมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียต่อปัญหาของกำลังคนด้านสุขภาพดังกล่าว เพื่อวิเคราะห์สาเหตุของปัญหาดังกล่าว รวมทั้งความสัมพันธ์ของสาเหตุของปัญหาดังกล่าวกับปัจจัยอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง (สาเหตุของสาเหตุ) โดยพิจารณาความสัมพันธ์ในเชิงปริมาณและพิจารณาหา feedback loop ของความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยเหล่านั้นซึ่งอาจทำให้สถานการณ์ของกำลังคนด้านสุขภาพในด้านดังกล่าวดีขึ้นหรือแย่ลง หรือไม่เปลี่ยนแปลงเมื่อเวลาผ่านไป โดยแสดงผลด้วยแผนภาพวงจรสาเหตุ (casual loop diagram: CLD) และนำไปสู่การระบุแหล่งข้อมูลเชิงปริมาณที่จำเป็นต้องใช้ในการสร้างแบบจำลองพลวัตระบบของการวางแผนกำลังคนด้านสุขภาพ



ภาพที่ 6: กระบวนการประยุกต์ใช้แนวคิดพลวัตระบบในการวางแผนและการประเมินผลนโยบายสุขภาพ (ที่มา: The NHS Confederation, 2005)(57)

การประยุกต์ใช้กระบวนการพัฒนาแบบจำลองโดยกลุ่มมุ่งเน้นการมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียเพื่อการวิเคราะห์สถานการณ์ของกำลังคนด้านสุขภาพและการวางแผนกำลังคนด้านสุขภาพของประเทศไทยตามขั้นตอนในกระบวนการข้างต้นแสดงโดยสรุปที่แสดงได้ในภาพที่ 6 ครอบคลุมการทำงานในขั้นตอนการระบุปัญหา วิเคราะห์สาเหตุของปัญหา และการระบุแหล่งข้อมูลที่ต้องใช้ในการสร้างแบบจำลองพลวัตระบบ การสร้างทางเลือกเชิงนโยบายและวิเคราะห์ผลกระทบในเชิงปริมาณที่มีต่อระบบของทางเลือกเชิงนโยบายเหล่านั้น และการทดสอบผลลัพธ์ของนโยบายเหล่านั้น

2. การพัฒนาแบบจำลองพลวัตระบบ

คณะทำงานใช้การพัฒนาแบบจำลองพลวัตระบบ (system dynamics modeling) เป็นกระบวนการในการศึกษาเพื่อมุ่งเน้นที่จะทำความเข้าใจสถานการณ์ที่เกิดขึ้นในระบบ และทดสอบนโยบายหรือวิธีการแก้ปัญหาก่อนที่จะนำมาประยุกต์ใช้จริง ในการวิเคราะห์ด้วยแบบจำลองพลวัตระบบจะอยู่บนพื้นฐานว่ารูปแบบที่เกิดขึ้นหรือสิ่งที่เกิดขึ้น เกิดขึ้นมาจากรูปแบบของความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่เกี่ยวข้องในระบบนั้น ๆ ดังนั้นการวิเคราะห์สาเหตุของสถานการณ์ที่เกิดขึ้น รวมถึงการพัฒนานโยบายเพื่อปรับเปลี่ยนสถานการณ์ที่เกิดขึ้น จึงต้องทำความเข้าใจในความสัมพันธ์ของแต่ละปัจจัยในแต่ละภาคส่วนที่เกี่ยวข้องกันก่อน

แบบจำลองพลวัตระบบพัฒนาขึ้นโดยศาสตราจารย์ Jay Forrester จาก Massachusetts Institute of Technology โดยเริ่มจาก ระบบป้อนกลับที่มีการใช้ในวงการวิศวกรรมไฟฟ้าและวิศวกรรมเครื่องกลนั้นสามารถควบคุมพฤติกรรมของระบบที่ดูแลได้ และเมื่อวิเคราะห์สถานการณ์ที่เกิดขึ้นทางด้านสังคมศาสตร์ ก็เห็นว่าพฤติกรรมที่เกิดขึ้น เกิดจากรูปแบบของความสัมพันธ์แบบป้อนกลับเช่นเดียวกัน ด้วยเหตุนี้ จึงมีการประยุกต์ใช้ระบบควบคุมแบบป้อนกลับในการวิเคราะห์ปัญหาทางด้านสังคมศาสตร์ จนกลายมาเป็นพลวัตระบบดังที่เป็นอยู่ในปัจจุบัน

การพัฒนาแบบจำลองพลวัตระบบได้มีการพัฒนาต่อยอดจนเป็นระบบสนับสนุนการตัดสินใจ (Decision Supporting System) ของผู้กำหนดนโยบาย และถือเป็นแบบจำลองเพื่อทดสอบกลยุทธ์และนโยบายก่อนที่จะนำมาใช้จริง เพื่อศึกษาว่ากลยุทธ์และนโยบายที่ได้ออกแบบไว้จะให้ผลตรงกับที่คาดการณ์หรือไม่ เปรียบเสมือนกับเครื่องจำลองการบินของนักบินที่นักบินสามารถทดสอบการควบคุมเครื่องในสถานการณ์ต่าง ๆ ได้ โดยเรียกว่าเป็นเครื่องจำลองการบินของนักบริหาร (Management Flight Simulator) ในอดีตที่ผ่านมาจึงมีการพัฒนาและประยุกต์ใช้แบบจำลองพลวัตระบบในการวิเคราะห์เหตุการณ์ที่มีความซับซ้อนและมีปัจจัยหลากหลายที่เกี่ยวข้อง เช่น ใช้วิเคราะห์การเจริญเติบโตของอุตสาหกรรม การขยายตัวของประชากรและทรัพยากรของโลก วิธีการแก้ปัญหาโลกร้อน รวมถึงการสร้างการยอมรับให้คนใช้รถยนต์ขับเคลื่อนด้วยไฟฟ้ามากขึ้น เป็นต้น

แบบจำลองพลวัตเพื่อคาดการณ์ความต้องการกำลังคนด้านสุขภาพของประเทศในระยะ 20 ปีนี้ ถูกพัฒนาขึ้นโดยมีสมมติฐานที่ใช้ในแบบจำลอง (assumptions of the model) 2 กลุ่ม ได้แก่ สมมติฐานของโครงสร้างแบบจำลอง (structure assumptions) และสมมติฐานของตัวแปรที่ใช้ในแบบจำลอง (variable assumptions) ดังรายละเอียดที่จะได้อภิปรายต่อไป

3. สมมติฐานของโครงสร้างแบบจำลอง

สมมติฐานของโครงสร้างแบบจำลอง (structure assumptions) วางอยู่บนหลักการสำคัญของการคาดประมาณความต้องการกำลังคนด้านสุขภาพ คือ การสร้างแบบจำลองพลวัตระบบบนโปรแกรมคอมพิวเตอร์ ที่สามารถแสดงพฤติกรรมขององค์ประกอบต่าง ๆ ในระบบที่เปลี่ยนแปลงไปตามช่วงเวลา (dynamicity) ได้ใกล้เคียงความเป็นจริงมากที่สุด และสามารถที่จะทดลองนำปัจจัยใหม่ เช่น นโยบายหรือโครงการเพื่อลดความขาดแคลนกำลังคนสุขภาพ หรือนโยบาย หรือโครงการเพื่อปรับระบบการจัดบริการสุขภาพเข้าสู่แบบจำลองดังกล่าว เพื่อติดตามพฤติกรรมที่เปลี่ยนไปขององค์ประกอบต่าง ๆ เมื่อได้รับอิทธิพลจากปัจจัยเหล่านั้น

ในการพัฒนาแบบจำลองพลวัตระบบสำหรับการวางแผนกำลังคนด้านสุขภาพนี้ กำหนดให้มีองค์ประกอบเป็น 3 ระบบย่อย ได้แก่ ระบบสถานะของประชากร (Population module) ระบบการจัดบริการสุขภาพ (Healthcare module) และระบบการศึกษาของบุคลากรสุขภาพ (Education module) ซึ่งทั้งสามระบบย่อยนี้มีความเชื่อมโยงกันภายใต้การแสดงอุปสงค์อุปทานภายใต้ 2 กลไกการตลาด ดังนี้

1) ตลาดบริการสุขภาพ (healthcare market)

อุปสงค์ของตลาดบริการสุขภาพ คือ ความจำเป็นของการรับบริการสุขภาพตามสภาวะร่างกายของประชากรจากมุมมองของผู้เชี่ยวชาญในวิชาชีพด้านสุขภาพ (Professionally defined health needs)(58) โดยแบ่งกลุ่มประชากรไทยเป็น 3 กลุ่มหลัก ได้แก่ 1) ประชากรทุกคนทั้งที่สุขภาพดี (healthy population: HP) 2) กลุ่มประชากรที่เจ็บป่วยสามัญ (population with simple illnesses: SP) และ 3) กลุ่มประชากรที่เจ็บป่วยซับซ้อน (population with complex illnesses: CP) และแบ่งกลุ่มย่อยลงไปอีกตามอายุ คือ เด็ก วัยกลางคน และผู้สูงอายุ โดยกำหนดสมมติฐานให้ประชากรทุกคนทั้งที่สุขภาพดี และประชากรที่เจ็บป่วยมีความจำเป็นต้องรับบริการสุขภาพแตกต่างกันไปตามประเภท และจำนวนของบริการ ขึ้นอยู่กับกลุ่มวัยและสภาวะสุขภาพ ซึ่งผู้ที่มีสภาวะเจ็บป่วยรุนแรงกว่าจะต้องการบริการที่ซับซ้อนขึ้นและจำนวนครั้งการใช้บริการจะเพิ่มขึ้น โดยอาศัยข้อมูลจากการสำรวจอนามัยและสวัสดิการของสำนักงานสถิติแห่งชาติเป็นตัวเทียบเคียงสำหรับการจัดกลุ่มประชากรดังกล่าว

อุปทานของตลาดบริการสุขภาพ คือ ความสามารถของทีมสุขภาพในการผลิตการบริการตามทรัพยากรที่มีในหน่วยบริการสุขภาพ โดยแยกตามสังกัดและรูปแบบบริการ ซึ่งแบ่งเป็น 4 กลุ่มสังกัด ได้แก่ สังกัดภาครัฐในส่วนของกระทรวงสาธารณสุข สังกัดภาครัฐในส่วนขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น สังกัดภาครัฐที่ไม่ใช่กระทรวงสาธารณสุขและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และสังกัดภาคเอกชน ทั้งนี้รูปแบบการจัดบริการสุขภาพแบ่งเป็น 9 รูปแบบ ได้แก่

- การดูแลรักษาในโรงพยาบาล (hospital care) ได้แก่ 1) การดูแลสุขภาพแบบผู้ป่วยนอก (ambulatory care) 2) การดูแลระยะฉุกเฉิน (emergency care) 3) การดูแลผู้ป่วยระยะเฉียบพลันซึ่งจำเป็นต้องนอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาล (acute care)

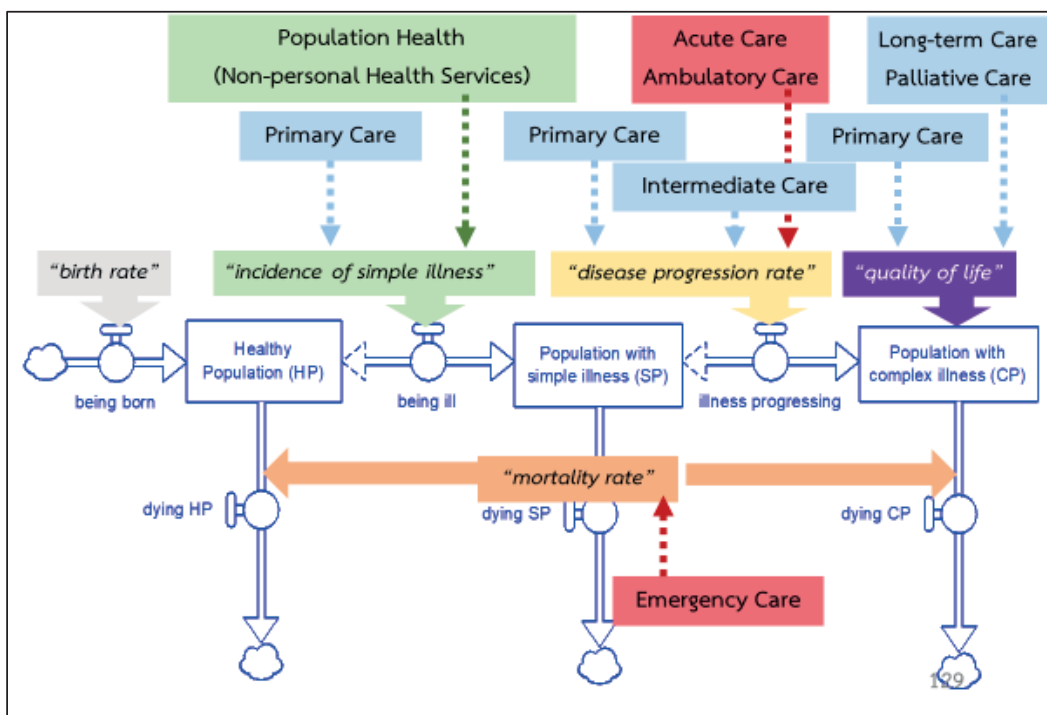
- การดูแลรักษานอกโรงพยาบาล (non-hospital care) ได้แก่ 4) การดูแลสุขภาพปฐมภูมิหรือการดูแลรักษาหลัก (primary care) 5) การดูแลรักษากระยะกึ่งเฉียบพลัน (intermediate care) 6) การดูแลรักษากระยะยาว (long - term care) เช่น การดูแลผู้ป่วยที่บ้าน (home care) หรือการดูแลในสถานดูแลผู้สูงอายุ หรือสถานพักฟื้น (nursing home) 7) การดูแลรักษาแบบประคับประคอง (palliative care) และการดูแลรักษากระยะท้ายของชีวิต” (end-of-life care, or hospice care)

- การจัดรูปแบบของทีมวิชาชีพสุขภาพอีก 2 รูปแบบมีลักษณะจำเพาะที่แตกต่างจากรูปแบบการจัดบริการสุขภาพอื่น ได้แก่ 8) การดูแลรักษาสุขภาพช่องปาก (oral healthcare) และ 9) การทำงานสาธารณสุขซึ่งเน้นการดูแลในระดับกลุ่มประชากร (population health) เช่น การส่งเสริมสุขภาพ การสร้างสิ่งแวดล้อมที่ปลอดภัย การควบคุมและป้องกันโรค การคุ้มครองผู้บริโภค เป็นต้น

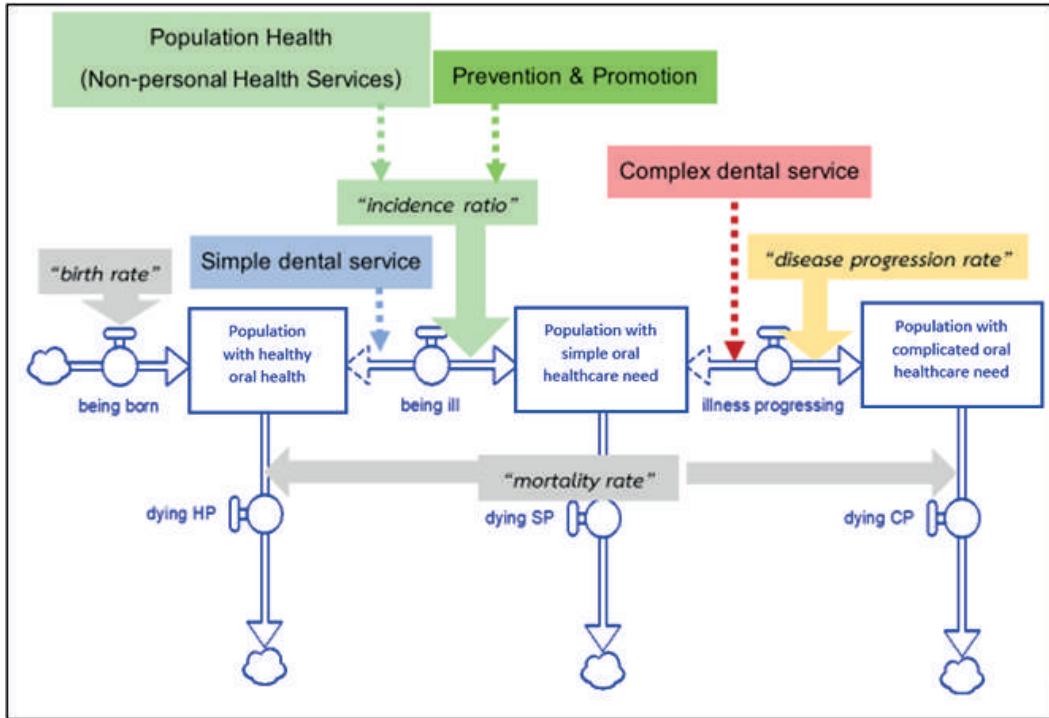
เมื่อพิจารณาถึงพลวัตของระบบ (dynamicity) หรือการเปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลาของระบบสุขภาพในส่วนของตลาดบริการสุขภาพ จึงกำหนดสมมติฐานให้ประชากรสามารถเปลี่ยนแปลง

ย้ายกลุ่มได้ตามอายุ ที่เปลี่ยนไป และตามสภาวะสุขภาพที่เปลี่ยนไป เริ่มต้นจากคนไม่ป่วยเป็นคนป่วย ในระดับทั่วไปตามความชุกของการเจ็บป่วยรายกลุ่มอายุและระดับพฤติกรรมสุขภาพของบุคคล และ คนป่วยในระดับทั่วไปนี้หากได้รับการรักษาที่เหมาะสมและทันเวลาก็จะสามารถเปลี่ยนกลับมาเป็นคน ที่มีสุขภาพดีได้ แต่หากคนกลุ่มนี้ไม่สามารถเข้าถึงการรักษาที่เหมาะสมได้ทันเวลา อันเกิดจากการจัด บริการที่มีไม่เพียงพอ ก็จะมี ความรุนแรงของการเจ็บป่วยเพิ่มมากขึ้นและเปลี่ยนไปเป็นคนป่วยระดับ ซ้ำซ้อนซึ่งต้องการบริการสุขภาพที่ซับซ้อนมากขึ้น

โดยในการพัฒนาแบบจำลองพลวัตนี้ คณะทำงานได้กำหนดให้ผู้ที่ มีสุขภาพดีและผู้ป่วย ระดับทั่วไปมีความต้องการการดูแลสุขภาพปฐมภูมิหรือการดูแลสุขภาพหลัก (primary care) เท่านั้น ส่วนผู้ป่วยระดับซ้ำซ้อนจะมีความต้องการบริการจากทีมสุขภาพที่หลากหลายซับซ้อนขึ้น ประกอบด้วย การดูแลสุขภาพแบบผู้ป่วยนอก (ambulatory care) การดูแลผู้ป่วยระยะเฉียบพลัน (acute care) การดูแลระยะกึ่งเฉียบพลัน (intermediate care) ซึ่งจะมีผลต่อการหายป่วยหรือการเปลี่ยนย้ายกลับสู่ สภาวะสุขภาพที่ดีขึ้น ส่วนการดูแลระยะยาว (long-term care) และการดูแลผู้ป่วยแบบ ประคับ ประคอง (palliative care) แม้จะไม่มีผลโดยตรงต่อการหายป่วย แต่จะมีผลต่อระดับคุณภาพชีวิต ของผู้ป่วยกลุ่มนี้ สำหรับความต้องการการดูแลระยะฉุกเฉิน (emergency care) มีการคำนึงถึง ความเพียงพอของการจัดบริการต่อความสามารถในการทำให้ประชาชนรอดชีวิต ดังแสดงในภาพที่ 7



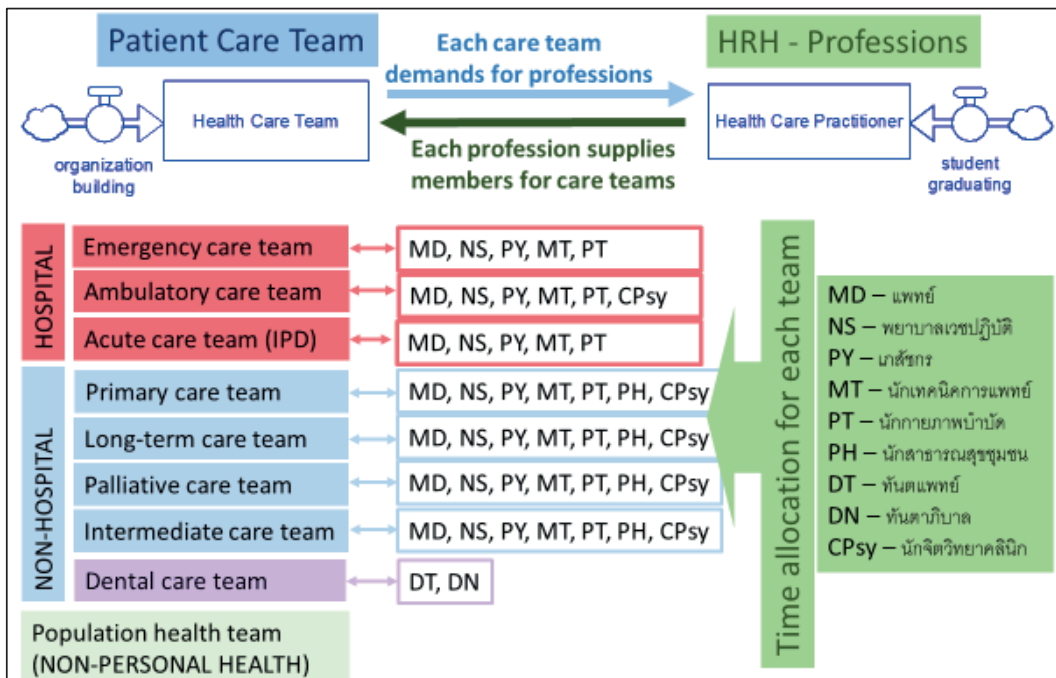
ภาพที่ 7: แบบจำลองและสมมติฐานของแบบจำลองในตลาดบริบาลสุขภาพ



ภาพที่ 8: แบบจำลองและสมมติฐานของแบบจำลองในตลาดบริการสุขภาพช่องปาก

ในส่วนของคุณภาพช่องปากนั้น การเปลี่ยนแปลงย้ายกลุ่มของประชากรเป็นผลมาจากอายุและสถานะสุขภาพช่องปากที่เปลี่ยนไป โดยอาศัยการพัฒนาแบบจำลองพลวัตที่จำเพาะสำหรับระบบสุขภาพช่องปากแยกต่างหากจากแบบจำลองพลวัตระบบสุขภาพโดยรวม เริ่มต้นจากคนที่มีสุขภาพช่องปากดี หรือผู้ที่ปราศจากฟันผุ หรือมีฟันผุแต่ได้รับการรักษาแล้ว แต่ไม่มีร่องลึกปริทันต์ที่มากกว่าหรือเท่ากับ 6 มม. และไม่มีคามจำเป็นต้องใส่ฟันเทียมชนิดถอดได้ทั้งขากรรไกรบนและล่าง ซึ่งคนกลุ่มนี้ถ้าไม่ได้รับการติดตามควบคุมสุขภาพช่องปากอย่างสม่ำเสมอก็อาจพัฒนาไปเป็นผู้ที่มีปัญหาในช่องปาก โดยเริ่มจากการเป็นผู้ที่จำเป็นต้องรักษาโรคในช่องปากชนิดไม่ซับซ้อน เช่น ฟันผุที่ต้องการอุดชนิดไม่ซับซ้อน มีภาวะปริทันต์อักเสบแต่ไม่มีร่องลึกปริทันต์ที่มากกว่าหรือเท่ากับ 6 มม. และไม่จำเป็นต้องใส่ฟันเทียมชนิดถอดได้ทั้งขากรรไกรบนและล่าง ซึ่งหากคนกลุ่มนี้ไม่สามารถเข้าถึงบริการทันตกรรมที่เหมาะสมได้ทันเวลาจะทำให้สภาวะปัญหาในช่องปากพัฒนาต่อจนจำเป็นต้องรักษาด้วยบริการที่ซับซ้อนขึ้น เช่น ฟันผุนขนาดใหญ่ที่จำเป็นต้องรักษาด้วยบริการชนิดซับซ้อน และ/หรือ ผู้ที่มีร่องลึกปริทันต์ที่มากกว่าหรือเท่ากับ 6 มม. และ/หรือ ผู้ที่จำเป็นต้องใส่ฟันเทียมชนิดถอดได้ทั้งขากรรไกรบนและล่าง ในทางกลับกันหากคนในกลุ่มที่มีสภาวะปัญหาในช่องปากในระดับต่าง ๆ สามารถเข้าถึงบริการที่เหมาะสมตามความจำเป็นได้ทันเวลาจะทำให้คนเหล่านั้นสามารถฟื้นคืนสู่การมีสภาวะช่องปากที่ดีขึ้นได้ตามลำดับ ดังแสดงในภาพที่ 8

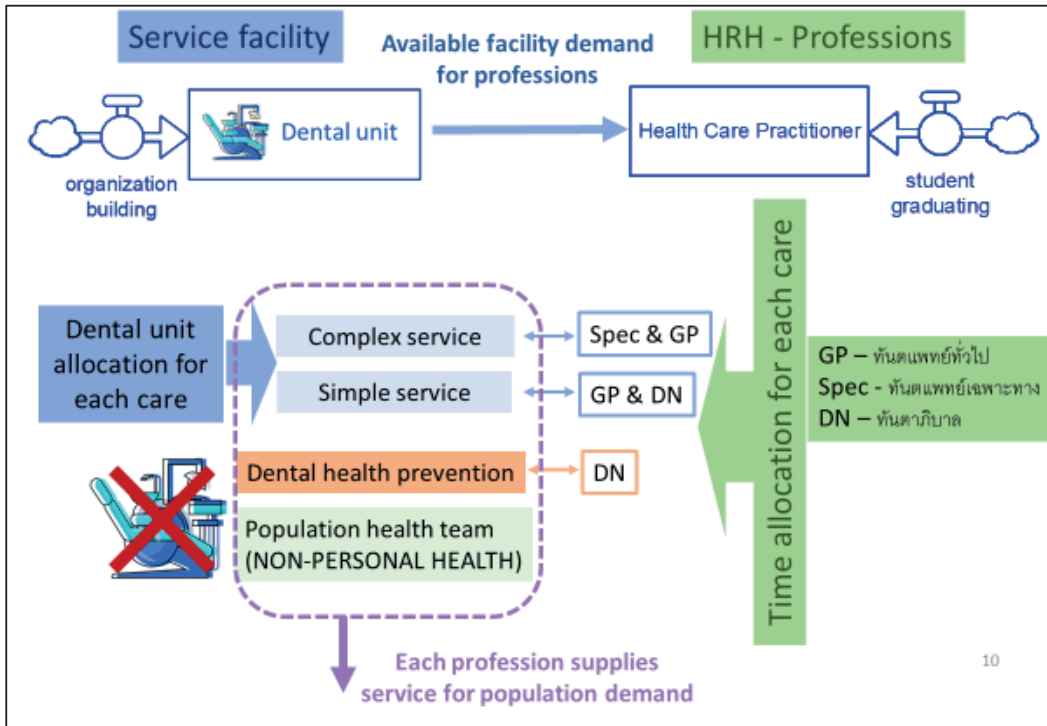
2) ตลาดแรงงานสุขภาพ (health labor market)



ภาพที่ 9: แบบจำลองและสมมติฐานของแบบจำลองในในตลาดแรงงานสุขภาพ

อุปทานของตลาดแรงงานสุขภาพในส่วนที่เกี่ยวข้องกับการบริการสุขภาพ ได้แก่ จำนวนผู้สำเร็จการศึกษาในสาขาด้านสุขภาพ โดยหากเป็นวิชาชีพที่มีกฎหมายควบคุมการปฏิบัติงานภายใต้ใบประกอบวิชาชีพ อุปทานจะหมายถึง ผู้ที่สำเร็จการศึกษาและได้รับใบประกอบวิชาชีพ ทั้งนี้อุปทานทั้งหมดต้องผ่านกลไกการจ้างงานของหน่วยบริการแต่ละสังกัด จึงจะเปลี่ยนสภาพเป็นส่วนประกอบของทีมสุขภาพที่จะผลิตผลงานบริการหรืออุปทานในตลาดบริการสุขภาพที่แท้จริง (active supply) โดยการศึกษาี้ครอบคลุม 9 สาขาอาชีพ/วิชาชีพ ได้แก่ แพทย์ ทันตแพทย์ เภสัชกร พยาบาล นักเทคนิคการแพทย์ นักกายภาพบำบัด นักสาธารณสุข นักจิตวิทยาคลินิก และทันตภิบาล ทั้งนี้ในแต่ละอาชีพ/วิชาชีพ ไม่มีการแยกผู้ปฏิบัติงานตามระดับความเชี่ยวชาญในสาขา ยกเว้นวิชาชีพทันตแพทย์

อุปสงค์ของตลาดแรงงานด้านสุขภาพ คือ จำนวนตำแหน่งงานที่หน่วยบริการในแต่ละสังกัดต้องการจ้างบุคลากรด้านสุขภาพเข้าไปทำงานโดยเป็นส่วนประกอบของทีมสุขภาพแต่ละประเภท เพื่อจัดบริการไปตอบสนองความต้องการของประชาชนในตลาดบริการสุขภาพข้างต้น โดยจำนวนตำแหน่งขึ้นอยู่กับจำนวนทีมสุขภาพและสัดส่วนภาระงานของแต่ละวิชาชีพตามการกำหนดรูปแบบการทำงานร่วมกัน (skill-mix) ดังแสดงในภาพที่ 9



ภาพที่ 10: แบบจำลองและสมมติฐานในตลาดแรงงานของระบบสุขภาพช่องปาก

ในส่วนของสุขภาพช่องปากนั้น อุปสงค์ของตลาดนี้ คือความต้องการบุคลากรสุขภาพเพื่อเข้ามาเป็นผู้ปฏิบัติงานตามทรัพยากรการจัดบริการที่มี กรณีบริการทันตกรรมจะหมายถึงยูนิตทันตกรรมเป็นหลัก ซึ่งเป็นทรัพยากรที่จำเป็นสำหรับการจัดบริการทันตกรรมขั้นพื้นฐานและการบริการที่ซับซ้อน นอกจากนี้ในระบบดูแลสุขภาพช่องปากยังมีบริการที่ไม่จำเป็นต้องอาศัยยูนิตทันตกรรมในการจัดบริการด้วย ได้แก่ ทันตกรรมป้องกันบางประเภท และการดำเนินการส่งเสริมทันตสุขภาพในระดับประชากร ดังแสดงในภาพที่ 10

4. สมมติฐานของตัวแปรที่ใช้ในแบบจำลอง

การกำหนดตัวแปรเชิงปริมาณที่ใช้ในการพัฒนาแบบจำลองพลวัตระบบ วางอยู่บนสมมติฐานของตัวแปรที่ใช้ในแบบจำลอง (variable assumptions) โดยแบ่งกลุ่มตัวแปรเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ 1) ตัวแปรที่ทำหน้าที่นำเข้าสู่ข้อมูลสู่แบบจำลอง โดยไม่ได้รับผลสะท้อนกลับใด ๆ จากแบบจำลอง (exogeneous variables) และ 2) ตัวแปรที่ทำหน้าที่ในแบบจำลอง โดยได้รับผลสะท้อนกลับจากปฏิกริยาระหว่างตัวแปรในแบบจำลอง (endogeneous variables) โดยมีคำจำกัดความของตัวแปรทั้งหมดแสดงไว้ในตารางที่ 1 และ 2

นอกจากกลุ่มตัวแปรทั้ง 2 กลุ่มข้างต้นแล้ว ยังมีปัจจัยอื่น ๆ ที่มีผลกระทบต่อระบบบริการสุขภาพและกำลังคนด้านสุขภาพแต่ยังไม่ได้นำมาเป็นตัวแปรประกอบในพัฒนาแบบจำลองในการศึกษาชิ้นนี้ (excluded variables) เช่น

- การเปลี่ยนแปลงระดับความสามารถในการจัดบริการ อันเป็นผลกระทบจากปัจจัยด้านจิตวิทยาและความเครียดของบุคลากรสุขภาพ (Stress & psychological factors of health workforce) ประสบการณ์ของบุคลากร (Experience of workforce) ความเฉพาะทางของแต่ละวิชาชีพ (Specialization of each profession)

- ผลผลิตภาพ/ประสิทธิภาพของทีมสุขภาพ อันเป็นผลมาจากการจัดลำดับความสำคัญของแต่ละวิชาชีพที่เป็นส่วนประกอบในทีมสุขภาพ (Priority of each profession in healthcare team) การประสานงาน ระหว่างทีมสุขภาพที่อยู่ภายในประเภทของหน่วยงานเดียวกันและข้ามหน่วยงาน (Coordination between teams within the same ownership and with different ownerships)

- การเปลี่ยนแปลงของความต้องการใช้บริการสุขภาพของประชากรที่เป็นผลมาจากระบบบริการที่เปลี่ยนแปลงไป เช่น ความต้องการใช้บริการที่เหน็ดเหนื่อยโดยผู้ให้บริการ (professional induced demand) หรือ สัดส่วนการเปลี่ยนแปลงของความต้องการ ambulatory care ในระยะยาวที่เปลี่ยนแปลงเมื่อความต้องการของ primary care ได้รับการเติมเต็ม

- การแบ่งรายละเอียดของความเป็นเมืองและชนบท (Urban/Rural area)

ตารางที่ 1: คำจำกัดความของตัวแปรทั้งหมดแสดงไว้ในแบบจำลอง

Term	Definition
Models of Care	
Acute care	ระบบการดูแลผู้ป่วยระยะเฉียบพลัน ทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะความเจ็บป่วยระยะเฉียบพลัน ซึ่งจำเป็นต้องรับไว้รักษาในโรงพยาบาลแบบค้างคืน (admission) ได้แก่ การดูแลในโรงพยาบาล (hospital care) เนื่องจากผู้ป่วยต้องการการวินิจฉัยโรครวมทั้งการดูแลรักษาที่เร่งด่วนและทันเวลา (time-sensitive and rapid intervention) และรวมถึงการดูแลในระยะวิกฤต (critical care) ภายในหอบริบาลผู้ป่วยหนัก (intensive care unit: ICU)
Emergency care	ระบบการดูแลระยะฉุกเฉิน ทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยอุบัติเหตุและภาวะฉุกเฉิน ทั้งกรณีที่เป็นโรค (disease) และการบาดเจ็บ (injury) ซึ่งผู้ป่วยต้องการการวินิจฉัยโรคและการรักษาพยาบาลที่ทันเวลา มีประสิทธิภาพ ตัวอย่างเช่น ผู้ป่วยจมน้ำ ผู้ป่วยหอบหืด ผู้ป่วยที่ได้รับอุบัติเหตุจราจร ผู้ป่วยที่ได้รับการบาดเจ็บจากอาวุธสงคราม เป็นต้น ซึ่งในกรณีเหล่านี้ผู้ป่วยที่หากไม่ได้รับการรักษาที่ถูกต้องทันทีอาจมีปัญหาลถึงขั้นมีการบาดเจ็บถาวรหรือเสียชีวิตได้

Term	Definition
Ambulatory care	ระบบการดูแลสุขภาพแบบผู้ป่วยนอก ทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยซึ่งไม่จำเป็นต้องรับไว้รักษาในโรงพยาบาล เช่น คลินิกผู้ป่วยนอกของแพทย์ผู้เชี่ยวชาญซึ่งทำหน้าที่รับปรึกษาเป็นครั้งคราวจากผู้ให้บริการสุขภาพในระบบการดูแลสุขภาพหลัก
Primary care	ระบบการดูแลสุขภาพปฐมภูมิ หรือการดูแลสุขภาพหลัก ทำหน้าที่เป็นผู้ดูแลสุขภาพหลักประจำตัวของผู้ป่วยและครอบครัว ตัวอย่างเช่น หน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิ (primary care unit: PCU) ซึ่งรวมถึงสถานีอนามัย (สอ.) หรือโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบล (รพ.สต.) ของกระทรวงสาธารณสุข และคลินิกแพทย์ในภาคเอกชน เป็นต้น โดยมีหลักการที่สำคัญ 4 ประการ ได้แก่ 1) การทำให้ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการสุขภาพเมื่อปัญหาสุขภาพใหม่เกิดขึ้น หรือเรียกว่าเป็น “บริการด้านแรก” (first contact, accessibility of care); 2) การสร้างความต่อเนื่องของการบริการสุขภาพ (continuity of care) ให้การดูแลต่อเนื่องทั้งชีวิต ไม่ใช่เพียงแค่ให้การดูแลความเจ็บป่วยในแต่ละครั้ง (episodic care); 3) การสร้างความเชื่อมโยงกับหน่วยบริการสุขภาพอื่น ๆ หรือผู้ให้บริการสุขภาพประเภทอื่น ๆ (coordination of care) โดยทำงานประสานงานผ่านระบบข้อมูลสารสนเทศทางสุขภาพ (health information systems) และระบบการรับส่งต่อผู้ป่วย (referral systems); และ 4) การให้บริการสุขภาพที่มีความครบถ้วนครอบคลุม (comprehensiveness of care) โดยผู้ให้บริการสุขภาพหลัก (primary providers) จะทำหน้าที่ประสานงานและส่งปรึกษาผู้เชี่ยวชาญในการดูแลสุขภาพด้านต่าง ๆ (consultants) เมื่อมีความจำเป็นเท่านั้น
Intermediate care	ระบบการดูแลและระยะกึ่งเฉียบพลัน ทำหน้าที่ฟื้นฟูสภาพสมรรถภาพ (rehabilitation) ของผู้ป่วยที่พ้นจากความเจ็บป่วยระยะเฉียบพลันแล้ว แต่ยังคงมีการทำหน้าที่ของร่างกายที่ไม่สมบูรณ์ ยังจำเป็นต้องได้รับการดูแลทางสุขภาพ ได้แก่ การดูแลในศูนย์กายภาพบำบัดและฟื้นฟูสมรรถภาพ (rehabilitation centers) การทำกายภาพบำบัดในโรงพยาบาล (physiotherapy) การฟื้นฟูสมรรถภาพโดยชุมชน (community-based rehabilitation: CBR) เป็นต้น
Long term care	ระบบการดูแลระยะยาว มีวัตถุประสงค์เพื่อทำให้ผู้ที่สูญเสียหรือผู้ที่เสี่ยงที่จะสูญเสียสมรรถนะอย่างมีนัยสำคัญและอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะผู้สูงอายุหรือผู้พิการ สามารถดำรงไว้ซึ่งสมรรถนะในการปฏิบัติหน้าที่ต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับสิทธิและเสรีภาพขั้นพื้นฐานตามเกียรติและศักดิ์ศรีของตน ตัวอย่างเช่น การดูแลระยะยาวของผู้สูงอายุในสถานดูแลผู้สูงอายุ (nursing home) เป็นต้น
Palliative care	การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง ทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยที่มีความเจ็บป่วยรุนแรง (serious illness) ซึ่งอาจรักษาไม่หายหรือมีความเสี่ยงต่อการเสียชีวิต ดูแลครอบคลุมถึงผู้ดูแลผู้ป่วยซึ่งเป็นญาติหรือสมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วย รวมทั้งมีเป้าหมายของการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยและครอบครัวเพื่อการเพิ่มคุณภาพชีวิตและเลือกวิธีการรักษาพยาบาลโดยไม่ได้ขึ้นอยู่กับพยากรณ์โรคแต่เพียงอย่างเดียว ตัวอย่างเช่น การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองภายในโรงพยาบาล และการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองที่บ้านหรือในชุมชน เป็นต้น

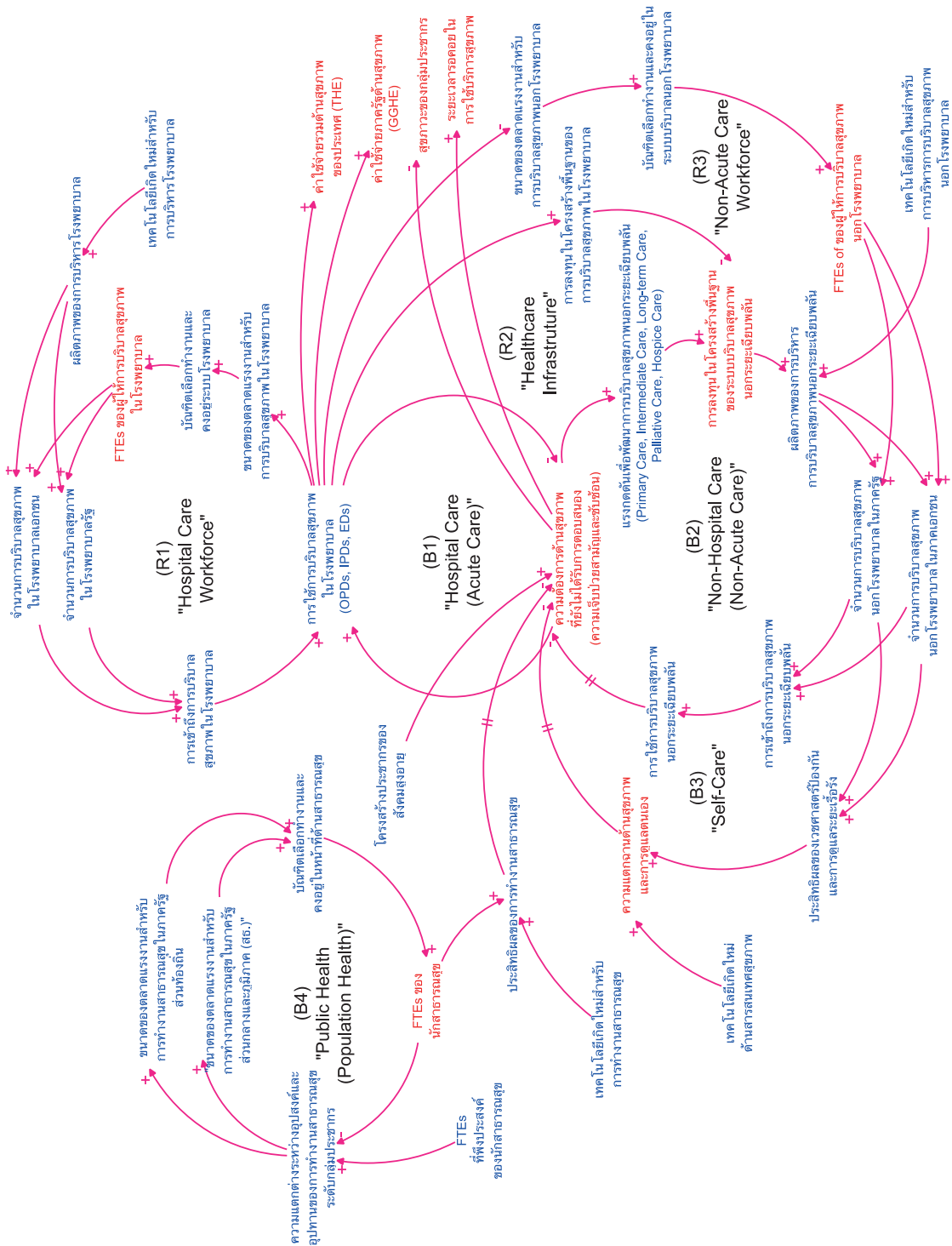
Term	Definition
Dental care	ระบบการดูแลสุขภาพช่องปาก ทำหน้าที่ดูแลสุขภาพช่องปากของประชาชน โดยครอบคลุมตั้งแต่การส่งเสริมสุขภาพช่องปาก ป้องกันโรคในช่องปาก รักษาโรคในช่องปาก รวมทั้งฟื้นฟูระบบบดเคี้ยว
Public health service	การดำเนินการที่มุ่งหวังให้เกิดผลในระดับประชากร ไม่ใช่การบริการสุขภาพที่จัดให้เฉพาะบุคคล ครอบคลุมการทำงานสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคสำหรับทั้งชุมชน การจัดการสิ่งแวดล้อม การดำเนินการเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ และวิถีชีวิต โดยประยุกต์ใช้ความรู้ในสาขาวิชาทั้งวิทยาศาสตร์และสังคมศาสตร์ เช่น ระบาดวิทยา เศรษฐศาสตร์ สังคมวิทยา ประชากรศาสตร์ พืชวิทยา อาชีวอนามัย โภชนาการ และการศึกษาวิจัยในภาคสนาม เป็นต้น
Ownership of healthcare organizations	
MOPH	หน่วยงานผู้ให้บริการสุขภาพภาครัฐในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ประกอบด้วยโรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข รวมถึงโรงพยาบาลเฉพาะโรคและสถาบันเฉพาะโรคในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข
Public non - MOPH	หน่วยงานผู้ให้บริการสุขภาพภาครัฐที่ไม่ใช่กระทรวงสาธารณสุข เช่น โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยในสังกัดกระทรวงศึกษาธิการ โรงพยาบาลทั่วไปในสังกัดสำนักงานตำรวจแห่งชาติ โรงพยาบาลทั่วไปในสังกัดกระทรวงยุติธรรม โรงพยาบาลทั่วไปในสังกัดกระทรวงกลาโหม
Local government	หน่วยงานผู้ให้บริการสุขภาพภาครัฐในสังกัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น หมายรวมถึงกรุงเทพมหานคร เช่น โรงพยาบาลทั่วไปในสังกัดกรุงเทพมหานคร ศูนย์บริการสาธารณสุขในสังกัดเทศบาล และศูนย์บริการสาธารณสุขในสังกัดกรุงเทพมหานคร
Private	หน่วยงานผู้ให้บริการสุขภาพภาคเอกชน
Population module	
Young people	ประชากรไทยที่มีอายุตั้งแต่แรกเกิดจนถึง 14 ปี
Adult people	ประชากรไทยที่มีอายุระหว่าง 15 -59 ปี
Senior people	ประชากรไทยที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป
Healthy population (HP)	ประชากรที่มีสุขภาพดี ไม่มีความจำเป็นต้องรับการรักษายาบาล อันเนื่องมาจากอาการเจ็บป่วยหรือบาดเจ็บจากอุบัติเหตุ แต่ยังคงมีความจำเป็นต้องรับบริการส่งเสริมป้องกันโรคตามมาตรฐาน เช่น วัคซีน
Population with simple illness (SP)	ประชากรที่มีอาการเจ็บป่วยชนิดไม่ซับซ้อน อันเนื่องมาจากโรคต่าง ๆ รวมทั้งโรคประจำตัว หรือได้รับบาดเจ็บจากอุบัติเหตุ ซึ่งมีความจำเป็นต้องได้รับการรักษาพยาบาลขั้นพื้นฐาน
Population with complex illness (CP)	ประชากรที่มีอาการเจ็บป่วยชนิดซับซ้อน อันเนื่องมาจากโรคต่าง ๆ รวมทั้งโรคประจำตัว หรือได้รับบาดเจ็บจากอุบัติเหตุ ซึ่งมีความจำเป็นต้องได้รับการรักษาพยาบาลที่เฉพาะทางมากขึ้น

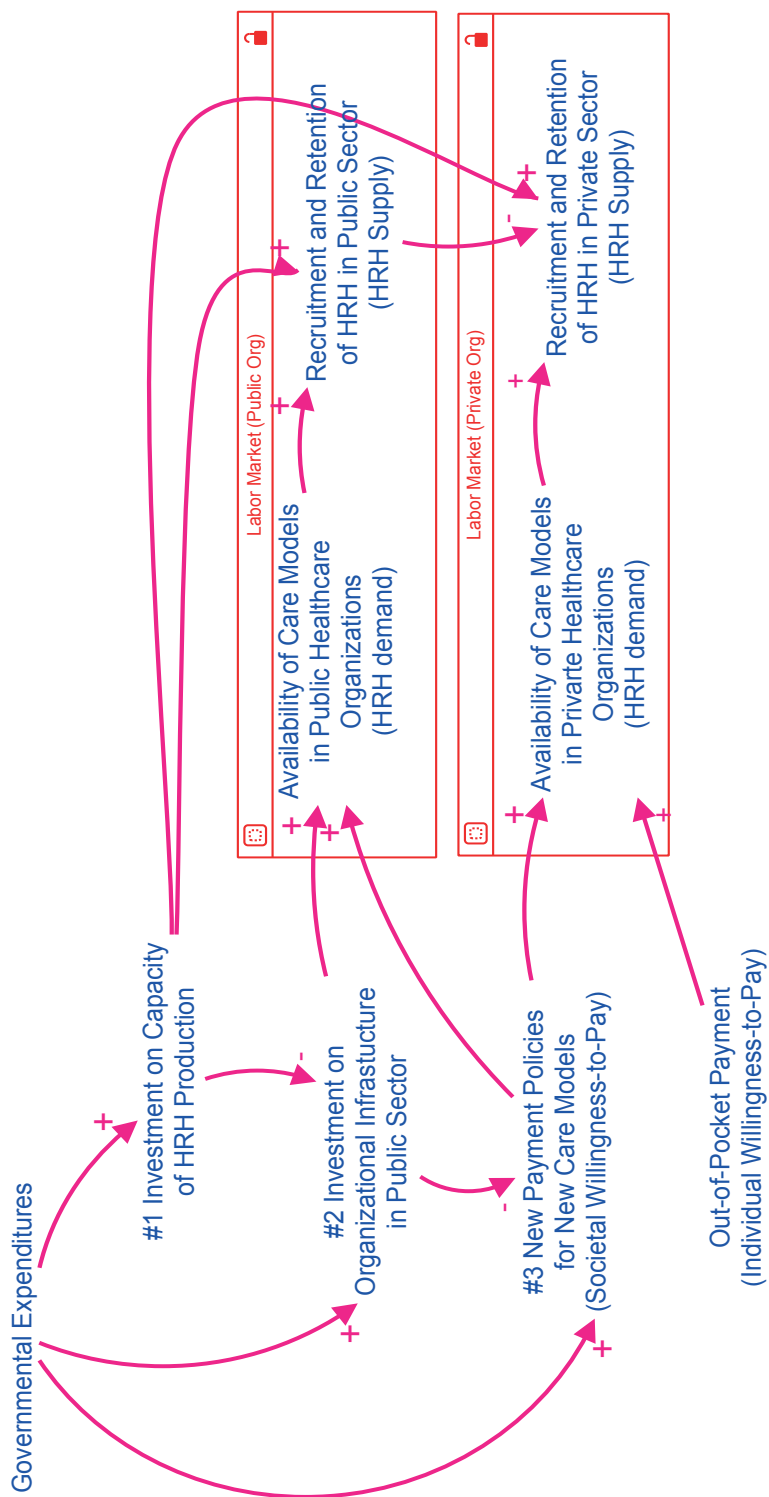
Term	Definition
Incidence ratio	อัตราการใช้ผู้ป่วยของประชากร มีผลทำให้ประชากรเปลี่ยนสภาพจากกลุ่มที่มีสุขภาพดีไปเป็นกลุ่มที่มีการเจ็บป่วยชนิดไม่ซับซ้อน
Disease progression ratio	อัตราการลุกลามของโรค มีผลทำให้ประชากรเปลี่ยนสภาพจากกลุ่มที่มีการเจ็บป่วยชนิดไม่ซับซ้อนเป็นกลุ่มที่มีการเจ็บป่วยชนิดซับซ้อน
Intervention effectiveness on SP	ประสิทธิผลของการรักษาพยาบาลต่อการเปลี่ยนสภาพประชากรจากกลุ่มที่มีการเจ็บป่วยชนิดไม่ซับซ้อนเป็นกลุ่มที่มีสุขภาพดี
Intervention effectiveness from care on CP	ประสิทธิผลของการรักษาพยาบาลต่อการเปลี่ยนสภาพประชากรจากกลุ่มที่มีการเจ็บป่วยชนิดซับซ้อนเป็นกลุ่มที่มีการเจ็บป่วยชนิดไม่ซับซ้อน
Educational module	
Employed practitioner	บุคลากรด้านสุขภาพที่ปฏิบัติงานในหน่วยบริการสุขภาพ ที่จัดบริการสุขภาพโดยตรงต่อประชากร
Workforce pool	บุคลากรด้านสุขภาพที่พร้อมในการปฏิบัติงานจัดบริการสุขภาพให้ประชาชน แต่ยังไม่ได้รับการจ้างงานเข้าสู่หน่วยบริการ
Dual-practice physician (MD)	แพทย์ที่ปฏิบัติงานในหน่วยบริการสุขภาพภาครัฐควบคู่กับหน่วยบริการสุขภาพภาคเอกชน
self-employed practitioner	บุคลากรสุขภาพที่ปฏิบัติงานในหน่วยบริการที่ตนเองเป็นเจ้าของ เช่น คลินิกเวชกรรม คลินิกการพยาบาลและการผดุงครรภ์ คลินิกกายภาพบำบัด ร้านขายยา แล็บเทคนิคการแพทย์ คลินิกทันตกรรมเอกชน
Program capacity	กำลังการผลิตบุคลากรสุขภาพในแต่ละสาขาวิชาชีพ
Employed newly graduates	ผู้สำเร็จการศึกษาใหม่ที่ได้รับการจ้างงานเข้าสู่ระบบบริการสุขภาพ
leaving profession	การเลิกปฏิบัติงานตามสาขาวิชาชีพอย่างถาวร
Practitioner leaving job	การลาออก/ย้ายออกของบุคลากรสุขภาพ จากหน่วยบริการที่ปฏิบัติงานในปัจจุบัน ไปอยู่ในกลุ่มที่พร้อมจะทำงานแต่ยังไม่ได้รับการจ้างงาน เป็นการหยุดปฏิบัติงานตามสาขาวิชาชีพอย่างชั่วคราวเพื่อรอการจ้างงานใหม่กลับเข้าสู่ระบบบริการอีกครั้ง
Practitioner relocating	การย้าย/โอนของบุคลากรสุขภาพ จากหน่วยบริการปัจจุบันไปสู่หน่วยบริการสังกัดอื่น ทั้งการเปลี่ยนสังกัดระหว่างหน่วยบริการภาครัฐ และการเปลี่ยนจากสังกัดภาครัฐเข้าสู่ภาคเอกชน
Healthcare module	
Practitioner per episode of care	ความต้องการบุคลากรสุขภาพ (FTE) เพื่อร่วมจัดบริการสุขภาพกับทีมสุขภาพในแต่ละครั้งของการจัดบริการ (episode of care)
Full time equivalent (FTE)	หน่วยนับภาระงานของบุคลากรผู้ปฏิบัติงาน โดยกำหนดให้หนึ่งหน่วยหมายถึงการทำงานของบุคลากร จำนวน 1,920 ชั่วโมง/ปี (8 ชั่วโมง/วัน x 240 วัน/ปี)
Capacity of patient care team	ความสามารถในการจัดบริการสุขภาพของทีมสุขภาพ

Term	Definition
Care demand per population	จำนวนครั้งของความต้องการรับบริการสุขภาพในแต่ละรูปแบบบริการต่อประชากร
Health care team	ทีมสุขภาพ ประกอบด้วยสหสาขาวิชาชีพที่รวมกันเป็นทีมเพื่อจัดบริการสุขภาพในแต่ละรูปแบบบริการ
Position for Human Resources for Health (HRH)	ตำแหน่งในทีมสุขภาพที่ต้องการบุคลากรสุขภาพในแต่ละวิชาชีพมาร่วมปฏิบัติงาน
Accessibility to private health care	ความสามารถในการเข้าถึงบริการสุขภาพภาคเอกชน โดยปราศจากอุปสรรคทางการเงิน
Financial barrier	อุปสรรคทางการเงินที่ขัดขวางการเข้าถึงบริการสุขภาพที่จัดโดยภาคเอกชน
Teaching workload	ภาระงานสอนนักศึกษา
Administration workload	ภาระงานด้านบริหาร และ/หรือ งานธุรการ ที่ไม่ใช่งานจัดบริการสุขภาพ
Outcomes	
Quality of life	คุณภาพชีวิตของประชากร อันเป็นผลสืบเนื่องจากสภาวะสุขภาพ
Unmet health need	ค่าเฉลี่ยความต้องการรับบริการสุขภาพที่ไม่ได้รับการตอบสนอง คำนวณจากจำนวนครั้งของความต้องการรับบริการสุขภาพในแต่ละรูปแบบการจัดบริการ (model of care) ในภาพรวมของประชากรทุกกลุ่มเปรียบเทียบกับความสามารถในการจัดบริการในภาพรวมของหน่วยบริการทุกประเภท
Healthy population ratio	สัดส่วนประชากรไทยที่มีสุขภาพต่อประชากรไทยทั้งหมด
Health expenditure	ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ ค่าใช้จ่ายที่เสียให้กับการซื้อบริการสุขภาพ ประกอบด้วย ค่าบริการ และค่าแรงของผู้จัดบริการ

ตารางที่ 2: ตัวอย่างของวิชาชีพสุขภาพที่ทำการศึกษา

List of abbreviations	Explanation	
MD	Medical doctor	แพทย์
NS	Nurse	พยาบาล
PY	Pharmacist	เภสัชกร
MT	Medical technologist or medical laboratory technologist	นักเทคนิคการแพทย์
PT	Physical therapist or physiotherapist	นักกายภาพบำบัด
PH	Public health officer	นักวิชาการสาธารณสุข
CPsy	Clinical psychologist	นักจิตวิทยาคลินิก
DT	Dentist	ทันตแพทย์
DN	Dental nurse	ทันตภิบาล





สำหรับตัวแปรที่ทำหน้าที่นำเข้าข้อมูลสู่แบบจำลอง โดยไม่ได้รับผลสะท้อนกลับจากแบบจำลอง (exogeneous variables) สามารถแบ่งกลุ่มตัวแปรเป็น 3 กลุ่มย่อย ตามตำแหน่งที่อยู่ของตัวแปรเหล่านั้น ในระบบย่อยของโครงสร้างแบบจำลอง ดังนี้

1) กลุ่มตัวแปรในระบบการเปลี่ยนแปลงสภาวะสุขภาพของประชากร (population module):

- Birth ratio อัตราเกิดของประชากรไทย จากการทบทวนวรรณกรรม
- Death ratio of each population group อัตราตายของประชากรไทย
- Quality of life (QOL) of each population group ระดับคุณภาพชีวิตของประชากรในแต่ละกลุ่ม
 - Incidence ratio อัตราการเจ็บป่วยของประชากร มีผลทำให้ประชากรเปลี่ยนสภาพจากกลุ่มที่มีสุขภาพดีไปเป็นกลุ่มที่มีการเจ็บป่วยชนิดไม่ซับซ้อน
 - Disease Progression ratio อัตราการลุกลามของโรค มีผลทำให้ประชากรเปลี่ยนสภาพจากกลุ่มที่มีการเจ็บป่วยชนิดไม่ซับซ้อนเป็นกลุ่มที่มีการเจ็บป่วยชนิดซับซ้อน
 - Effect of care ประสิทธิภาพของการจัดบริการสุขภาพในแต่ละ care model ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3: ประสิทธิภาพของการจัดบริการสุขภาพในแต่ละ care model

Models of Care	Users	Effects
1. Acute care (IPD)	• CP of all ages	• Decrease mortality rate • Increase regression from CP to SP
2. Ambulatory care	• CP of all ages	• Increase regression from CP to SP
3. Emergency care	• All population groups	• Decrease mortality rate
4. Primary care	• HP of all ages • SP of all ages • CP of all ages	• Decrease progression from HP to SP • Decrease progression from SP to CP • Increase QOL in CP users
5. Palliative care	• CP of all ages	• No effects to health status • Positive effects to quality of life (CP)
6. Long-term care	• Elderly (SP, CP) • Disabilities (young & adult) • Exclude HP of all ages	• No effects to health status • Positive effects to quality of life (CP)
7. Intermediate care	• CP of all age	• Increase regression from CP to SP

ตารางที่ 3: ประสิทธิภาพของการจัดบริการสุขภาพในแต่ละ care model (ต่อ)

Models of Care	Users	Effects
8. Dental care	<ul style="list-style-type: none"> All population groups (oral health) 	<ul style="list-style-type: none"> Increase regression from SP to HP Increase regression from CP to SP
9. Population health	<ul style="list-style-type: none"> HP of all ages 	<ul style="list-style-type: none"> Decrease incidence <ul style="list-style-type: none"> Via environmental & Behavioral changes

กลุ่มตัวแปรในระบบการจัดบริการสุขภาพ (healthcare module):

- Ambulatory care adjustment duration ระยะเวลาในการปรับค่าความต้องการ ambulatory care ที่ปรับเมื่อความต้องการ primary care ได้รับการเติมเต็ม
- Capacity ratio of dual practice team ความสามารถในการจัดบริการของทีมสุขภาพประเภท dual practice ซึ่งกำหนดให้มีค่าเป็น 0.7 เท่าของทีมสุขภาพประเภทปกติ
- Care demand per patient [adult simple/ adult complex/ etc.]
- Efficiency from HRM practice ประสิทธิภาพการทำงานของบุคลากรในหน่วยบริการ กำหนดให้มีค่าเท่ากับ 1 หรือทำงานได้เต็มประสิทธิภาพในทุกหน่วยบริการ
- Max load by ownership สัดส่วนภาระงานสูงสุดที่ทีมสุขภาพสามารถทำได้เมื่อเทียบกับภาระงานมาตรฐานในหนึ่งปี
- PH governmental demand position จำนวนเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ต้องการเพื่อให้สามารถทำงานสาธารณสุข (public health service) ได้เต็มประสิทธิภาพ
- Population to PH ratio สัดส่วนประชากรต่อเจ้าหน้าที่สาธารณสุขตามที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนดไว้
- Position adjustment time ช่วงเวลาที่หน่วยบริการจะทยอยจ้างงานบุคลากรเข้ามาเติมเต็มความต้องการของทีมสุขภาพ
- Practitioner per service ความต้องการบุคลากรสุขภาพ (FTE) เพื่อร่วมจัดบริการสุขภาพกับทีมสุขภาพ ในแต่ละครั้งของการจัดบริการ (episode of care) จากความเห็นผู้เชี่ยวชาญ
- Private accessibility ratio ความสามารถในการเข้าถึงบริการสุขภาพภาคเอกชน โดยปราศจากอุปสรรคทางการเงิน จากความเห็นผู้เชี่ยวชาญ
- Private expansion ratio อัตราการขยายทีมสุขภาพเพิ่มเติมของภาคเอกชน อันเป็นผลมาจากความต้องการของตลาดบริการสุขภาพ
- Practitioner per team to private team expansion ratio อัตราส่วนการขยายทีมในภาคเอกชนที่ได้รับอิทธิพลมาจากจำนวนบุคลากรสุขภาพในแต่ละทีมสุขภาพ

- Full-team ratio to Service capacity ratio conversion rate อัตราส่วนของประสิทธิภาพในการให้บริการของทีมสุขภาพเมื่ออัตราส่วนบุคลากรสุขภาพในทีมสุขภาพเปลี่ยนแปลงไป
- Service per team ความสามารถในการจัดบริการสุขภาพของทีมสุขภาพนับเป็นจำนวนหน่วยของการบริการ (episode) ต่อปี ซึ่งได้มาจากความเห็นผู้เชี่ยวชาญ
- Teaching load ระยะเวลาที่บุคลากรต้องใช้ในการปฏิบัติภาระงานด้านการสอน ที่ไม่ใช่การจัดบริการสุขภาพ โดยกำหนดให้ภาระงานสอนมีเฉพาะกลุ่มวิชาชีพแพทย์เท่านั้น ประมาณการให้เท่ากับร้อยละ 5 ของเวลาการปฏิบัติงานทั้งหมด
- Team expansion ratio อัตราส่วนการขยายการลงทุนทีมสุขภาพใหม่ กำหนดให้การขยายเฉพาะทีมดูแลผู้ป่วยระยะเฉียบพลัน (acute care team) ในอัตราร้อยละ 2 ต่อปี ในหน่วยบริการทุกสังกัด
- Time allocate for admin work ระยะเวลาที่บุคลากรต้องใช้ในการปฏิบัติภาระงานด้านบริหาร และ/หรือ งานธุรการ ที่ไม่ใช่การจัดบริการสุขภาพ ประมาณการให้เท่ากับร้อยละ 5 ของเวลาการปฏิบัติงานทั้งหมด
- Time to form team ระยะเวลาที่ใช้ในการจัดทีมสุขภาพใหม่ หมายรวมถึงตั้งแต่การจัดการจัดหางบประมาณ การดำเนินการลงทุน/ก่อสร้าง/จัดตั้ง จนกระทั่งพร้อมให้บริการ โดยประมาณการให้เท่ากับ 3 ปี
- Composition in healthcare team องค์ประกอบของวิชาชีพสุขภาพในแต่ละทีมดูแลสุขภาพ ดังแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 4: องค์ประกอบของวิชาชีพสุขภาพในแต่ละทีมดูแลสุขภาพแต่ละประเภท

Care	standard time (hr/episode)	scenario	ส่วนแบ่งภาระงานรายวิชาชีพ (%)							
			MD	NS	PY	PT	MT	PH	CPsy	DT+DN
1. Primary care	2	BAU	5	55	5	5	5	25	0	0
		transitional	22.5	47.5	5	2.5	5	15	2.5	0
		ideal	40	40	5	0	5	5	5	0
2. LTC	24	BAU	2.5	55	5	20	2.5	15	0	0
		transitional	3.75	47.5	5	25	1.25	12.5	5	0
		ideal	5	40	5	30	0	10	10	0
3. Palliative care	126	BAU	5	75	2.5	5	2.5	10	0	0
		transitional	7.5	70	3.75	7.5	1.25	5	5	0
		ideal	10	65	5	10	0	0	10	0

ตารางที่ 4: องค์ประกอบของวิชาชีพสุขภาพในแต่ละทีมดูแลสุขภาพแต่ละประเภท (ต่อ)

Care	standard time (hr/episode)	scenario	ส่วนแบ่งภาระงานรายวิชาชีพ (%)							
			MD	NS	PY	PT	MT	PH	CPsy	DT+DN
4. Intermediate care	0.9	BAU	2.5	55	5	30	2.5	5	0	0
		transitional	6.25	47.5	5	35	1.25	2.5	2.5	0
		ideal	10	40	5	40	0	0	5	0
5. Emergency care	72	BAU	40	50	5	0	5	0	0	0
		transitional								0
		ideal	40	50	5	0	5	0	0	0
6. Ambulatory care	2	BAU	20	35	15	10	15	0	5	0
		transitional	30	30	12.5	10	12.5	0	5	0
		ideal	40	25	10	10	10	0	5	0
7. Acute care	157	BAU	15	70	5	5	5	0	0	0
		transitional	15	65	7.5	5	7.5	0	0	0
		ideal	15	60	10	5	10	0	0	0
8. dental care			0	0	0	0	0	0	0	100
9. Public health service		BAU	5	15	10	0	0	70	0	0
		transitional	2.5	7.5	5	0	0	85	0	0
		ideal	0	0	0	0	0	100	0	0

2) กลุ่มตัวแปรในระบบการผลิตบุคลากรสุขภาพ (Education module):

- Program capacity กำลังการผลิตของแต่ละวิชาชีพ อ้างอิงจำนวนแผนการผลิตปัจจุบัน และให้มีค่าคงที่ไปอีก 20 ปี

- Batch dropout ratio อัตราส่วนนักศึกษาในแต่ละรุ่นที่ไม่สำเร็จการศึกษาจากหลักสูตรที่เข้าเรียน อ้างอิงจากข้อมูลจำนวนนักศึกษาที่ได้เข้าศึกษาและจำนวนนักศึกษาที่สำเร็จการศึกษา โดยหากเป็นวิชาชีพที่ต้องได้รับใบอนุญาตให้ประกอบวิชาชีพ จะใช้จำนวนผู้ที่ได้รับใบอนุญาตให้ประกอบวิชาชีพแทนจำนวนผู้ที่สำเร็จการศึกษา

- Dual practice ratio อัตราส่วนบุคลากรที่ปฏิบัติงานในหน่วยบริการสุขภาพภาครัฐ ควบคู่กับหน่วยบริการสุขภาพภาคเอกชน โดยประมาณการจากสมมติฐานว่าแพทย์ที่ปฏิบัติงานในหน่วยบริการสุขภาพภาครัฐในพื้นที่เมืองร้อยละ 100 และแพทย์ที่ปฏิบัติงานในหน่วยบริการสุขภาพภาครัฐในพื้นที่ชนบทร้อยละ 75 มีการปฏิบัติงานในลักษณะดังกล่าว

- Leaving professional ratio อัตราส่วนบุคลากรที่เลิกปฏิบัติงานตามสาขาวิชาชีพอย่างถาวร

- Practitioner leaving job ratio อัตราส่วนบุคลากรที่ลาออก/ย้ายออกจากหน่วยบริการที่ปฏิบัติงานในปัจจุบัน ไปอยู่ในกลุ่มที่พร้อมจะทำงานแต่ยังไม่ได้รับการจ้างงาน เป็นการหยุดปฏิบัติงานตามสาขาวิชาชีพอย่างชั่วคราวเพื่อรอการจ้างงานใหม่กลับเข้าสู่ระบบบริการอีกครั้ง อ้างอิงค่าของแต่ละวิชาชีพจากการทบทวนวรรณกรรม ยกเว้นนักจิตวิทยาคลินิกที่มีสมมติฐานว่ายังไม่มี การลาออก/ย้ายออก เนื่องจากเป็นวิชาชีพที่เพิ่งมีการจ้างใหม่

- MD intern ratio อัตราส่วนแพทย์ฝึกงานที่เลือกทำงานในหน่วยบริการของกระทรวงสาธารณสุข

- Practitioner relocation ratio อัตราการย้ายสถานที่ทำงานไปยังหน่วยบริการที่อยู่ต่างสังกัด ค่าที่ได้มาจากการขั้นตอนการตรวจสอบความถูกต้องของแบบจำลอง (model validation)

- Self-employed ratio อัตราส่วนของบุคลากรที่ปฏิบัติงานในหน่วยบริการที่ตนเองเป็นเจ้าของ อ้างอิงจากจำนวนคลินิกเวชกรรม คลินิกการพยาบาลและการผดุงครรภ์ คลินิกกายภาพบำบัด ร้านขายยา แล็บเทคนิคการแพทย์ คลินิกทันตกรรมเอกชน ในปัจจุบัน

- Waiting time before leaving profession ระยะเวลาที่บุคลากรอยู่ระหว่างรอการจ้างงานก่อนที่จะตัดสินใจเลิกปฏิบัติงานตามสาขาวิชาชีพอย่างถาวร เช่น ออกไปประกอบอาชีพอื่น ๆ ที่ไม่เกี่ยวข้องกับสาขาด้านสุขภาพที่เรียนมา ค่าที่ใช้ได้มาจากการประมาณการโดยสภาวิชาชีพและผู้เชี่ยวชาญ

- Willing to service ratio อัตราส่วนของบุคลากรที่อยู่ระหว่างรอการจ้างงาน และพร้อมที่จะได้รับการจ้างงานเข้าสู่ระบบบริการ ค่าที่ใช้ได้มาจากการประมาณการโดยสภาวิชาชีพและผู้เชี่ยวชาญ

5. การทดสอบความน่าเชื่อถือของแบบจำลองพลวัตระบบ

5.1 แบบจำลองที่พัฒนาขึ้นด้วยองค์ประกอบและสมมติฐานข้างต้น ถูกการทดสอบความน่าเชื่อถือในการจำลองพลวัตระบบ (model validation process) โดยเปรียบเทียบผลลัพธ์ที่ได้จากการคาดการณ์ของแบบจำลองกับข้อมูลย้อนหลังในสามส่วนตามองค์ประกอบของโครงสร้างแบบจำลอง คือ จำนวนและสัดส่วนประชากรในแต่ละระดับสุขภาพ จำนวนบุคลากรสุขภาพจำแนกรายสังกัดของหน่วยบริการ (รูปที่ 17 - 26) และความต้องการใช้บริการสุขภาพและผลงานบริการ โดยใช้ข้อมูลที่น่ามาใช้ในการเปรียบเทียบอาศัยจาก 3 แหล่งข้อมูล ดังต่อไปนี้

- ข้อมูลจากการสำรวจอนามัยและสวัสดิการ ปี พ.ศ. 2550 2552 2554 2556 2558 ของสำนักงานสถิติแห่งชาติ โดยคณะผู้วิจัยนำข้อมูลระดับบุคคลจากแต่ละรอบปีการสำรวจมาวิเคราะห์ตัวแปรที่ต้องการตามคำจำกัดความของการศึกษา

- ข้อมูลจากรายงานการสำรวจสุขภาพช่องปากระดับประเทศ ครั้งที่ 5 - 7 (ปี พ.ศ.

2543, 2550 และ 2555 ตามลำดับ) ของสำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย โดยคณะผู้วิจัยนำข้อมูลจากรายงานแต่ละรอบปีการสำรวจภาวะโรคเรื้อรังที่ตัวแปรที่ต้องการตามคำจำกัดความของการศึกษา

- ข้อมูลบุคลากรสุขภาพรายหน่วยบริการ ซึ่งดำเนินการสำรวจโดยคณะผู้วิจัย ระหว่างเดือน ธันวาคม 2560 - มกราคม 2561 ประกอบด้วย ข้อมูลการผลิตบุคลากรและข้อมูลการใช้

5.2 สอบทานความถูกต้องของแบบจำลองและสมมติฐานโดยการปรึกษาผู้ทรงคุณวุฒิ 2 ท่าน คือ นพ.ปิยะ หาญวรวงศ์ชัย และนพ.สุวิทย์ วิบูลย์ผลประเสริฐ

6. ฉากทัศน์ในการจำลองสถานการณ์

ในการศึกษาชิ้นนี้ มีขอบเขตในพัฒนาแบบจำลองสถานการณ์ (simulation modeling) เพื่อคาดการณ์กำลังคนด้านสุขภาพของประเทศไทยในระยะ 20 ปีข้างหน้า ภายใต้ฉากทัศน์ (scenarios) ของการดำเนินนโยบายสาธารณะที่ส่งผลต่อกำลังคนด้านสุขภาพของประเทศไทยในฉากทัศน์ที่แตกต่างกันตามการดำเนินนโยบายเพื่อจัดการกำลังคนด้านสุขภาพของประเทศไทยในระยะ 20 ปีข้างหน้า โดยได้จำลองสถานการณ์รวมทั้งหมด 4 ฉากทัศน์ ได้แก่

1) ฉากทัศน์เมื่อมีการดำเนินนโยบายเพื่อการวางแผนกำลังคนด้านสุขภาพตามปกติ (Business as usual: BUA scenario)

2) ฉากทัศน์เมื่อมีการดำเนินนโยบายชุดที่ 1 ได้แก่ การถ่ายโอนรพ.สต. ไปยังอปท. และการลดจำนวนการจ้างแพทย์จบใหม่ของสร. หลังปี 2570 (policy#1 scenario: Decentralization of primary care units & Limiting new recruitments of physicians by MOPH after 2027)

3) ฉากทัศน์เมื่อมีการดำเนินนโยบายชุดที่ 2 ได้แก่ การปรับระบบการคลังสุขภาพเพื่อเพิ่มการซื้อบริการสุขภาพจากภาคเอกชน และการลงทุนด้านเทคโนโลยีสารสนเทศในกระบวนการปฏิรูปการจัดบริการสุขภาพปฐมภูมิของสร. (Policy#2 scenario: Expansion of public financing to care delivery by the private sector & Modernization and digitalization of MOPH primary care)

4) ฉากทัศน์เมื่อมีการดำเนินนโยบายชุดที่ 3 ได้แก่ การปฏิรูปการจัดบริการสุขภาพครั้งใหญ่ของทุกหน่วยบริการสุขภาพในสังกัดสร. (Policy#3 scenario: Major reforms of MOPH care delivery models)

ในการใช้แบบจำลองสถานการณ์พลวัตระบบที่พัฒนาขึ้นเพื่อคาดการณ์กำลังคนด้านสุขภาพของประเทศไทยในระยะ 20 ปีข้างหน้า ภายใต้แต่ละฉากทัศน์ใช้ข้อมูลความต้องการด้านสุขภาพของประชากรเพื่อใช้บริการสุขภาพของแต่ละกลุ่มประชากรดังแสดงในตารางที่ 5 ใช้ข้อมูลองค์ประกอบของทีมสุขภาพตามด้วยเวลาที่ต้องการการบริการจากแต่ละวิชาชีพดังแสดงในตารางที่ 6 ใช้ข้อมูลการจ้างงานเพื่อเติมเต็มความต้องการของหน่วยบริการ จำแนกรายวิชาชีพและสังกัดหน่วยบริการสุขภาพดังแสดงในตารางที่ 7 และใช้ข้อมูลจำนวนการผลิตและอัตราการสำเร็จการศึกษาของกำลังคนด้านสุขภาพดังแสดงในตารางที่ 8 ส่วนสมมติฐานอื่น ๆ ของแต่ละฉากทัศน์แสดงไว้ในตารางที่ 9

ตารางที่ 5: ความต้องการด้านสุขภาพของประชากรเพื่อใช้บริการสุขภาพของแต่ละกลุ่มประชากร

model of care	unit of episode	Young			adult			senior		
		HP	SP	CP	HP	SP	CP	HP	SP	CP
Primary	visit/year	2	9	0	2	6	0	2	12	0
Emergency	visit/year	0	0	1	0	0	1	0	0	1
Ambulatory	visit/year	0	0	12	0	0	3	0	0	12
Acute	day/year	0	0	3	0	0	3	0	0	3
Intermediate	visit/year	0	0	40	0	0	40	0	0	40
Long term	visit/year	0	0	12	0	0	12	0	0	12
Palliative	visit/year	0	0	45	0	0	45	0	0	45

Note: expert opinion + validation

ตารางที่ 6: องค์ประกอบของทีมสุขภาพ (อธิบายด้วยเวลาที่ต้องการการบริการจากแต่ละวิชาชีพ) จำแนกรายรูปแบบบริการ

Model of care	Ownership	Service time per episode (hour)						
		MD	NS	PY	PT	MT	PH	CP
Primary	BAU	0.017	0.183	0.017	0.006	0.007	0.083	-
	ideal	0.133	0.133	0.017	-	0.007	0.017	-
Emergency	BAU	1.600	2.000	0.200	-	0.080	-	-
	ideal	1.600	2.000	0.200	-	0.080	-	-
Ambulatory	BAU	0.083	0.146	0.063	0.014	0.025	-	0.021
	ideal	0.167	0.104	0.042	0.014	0.017	-	0.021
Acute	BAU	3.291	15.360	1.097	0.366	0.439	-	-
	ideal	3.840	38.400	2.560	0.427	1.024	-	-
Intermediate	BAU	6	36	3	144	-	36	-
	ideal	6	120	-	240	-	-	6
Long term	BAU	6	18	6	18	-	18	-
	ideal	36	36	36	36	-	36	36
Palliative	BAU	36	63	18	36	-	63	-
	ideal	36	126	18	36	-	-	36

Note: expert opinion + validation

ตารางที่ 7: การจ้างงานเพื่อเติมเต็มความต้องการของหน่วยบริการ จำแนกรายวิชาชีพและสังกัดของหน่วยบริการสุขภาพ

Profession	Duration for fulfill demand gap (year)			
	MOPH	Public non-MOPH	Private	Local government
MD	1	1	1	1
DT	1 ^a	1 ^a	1 ^a	1 ^a
NS	1	1	1	1
PY	20	10	2.5	10
MT	14	5	60	10
PT	20	10	10	10
PH	5	10	10	10
CP	50	30	10	10
DN	1 ^a	1 ^a	1 ^a	1 ^a

Note: data value from validation
a depending on availability of dental unit

ตารางที่ 8: จำนวนการผลิตและอัตราการสำเร็จการศึกษาของกำลังคนด้านสุขภาพ จำแนกรายวิชาชีพ

Profession	Production capacity (person/year)	Batch drop out ratio
MD	2800 (+200 since 2562)	0.03
DT	640	0.05
NS	10000	0.05
PY	1900 (+100 since 2562)	0.14
MT	1100	0.17
PT	950	0.20
PH	12258	0.16
CP	200 (+300 since 2562)	0.10
DN	380a	0.05

Note: a admission rate 74% of production capacity

ตารางที่ 9: สมมติฐานของแต่ละฉากทัศน์

ฉากทัศน์	ตลาดบริการสุขภาพ		ตลาดแรงงานสุขภาพ	
	อุปสงค์	อุปทาน	อุปสงค์	อุปทาน
1. BUA scenario	<p>ความต้องการด้านสุขภาพของประชากรแต่ละกลุ่มเป็นดังตารางที่ 5 โดยประชาชนจะเลือกรับบริการจากหน่วยงานเลือกกรับก่อนเสมอ ความต้องการใช้บริการของประชาชนในส่วนใหญ่ที่เลือกจากความสามารถในการจัดบริการของภาครัฐ จึงจะกลายเป็นความต้องการใช้บริการจากรัฐ ซึ่งจะทำให้เกิดการกระจายตัวของประชากรในจังหวัดต่าง ๆ</p>	<p>ความสามารถในการจัดบริการสุขภาพของหน่วยงานบริการในสังกัดต่างๆ ขึ้นอยู่กับ 2 ปัจจัย คือ 1. การมีอยู่ของทรัพยากรในแต่ละรูปแบบบริการ ซึ่งประเมินจากการจากปัจจุบันและสมมติฐานให้มีการขยายทีมสุขภาพประเภท acute care 2% ต่อปี ในทุกสังกัดบริการ นอกจากนี้ในส่วนของภาคเอกชน สมมติฐานให้ขยายทีมสุขภาพตามความอุปสงค์ของตลาดบริการด้วย</p> <p>2. ความสมบูรณ์ของทีมสุขภาพโดยสัดส่วนผลลงงานบริการของแต่ละทีมจะแปรผันตามความสมบูรณ์ของสมาชิกในทีม โดยองค์ประกอบของทีมสุขภาพจะแตกต่างกันไปในแต่ละรูปแบบบริการ และแตกต่างกันระหว่างทีมสุขภาพของภาครัฐและเอกชน โดยทีมบริการสุขภาพของภาครัฐมีสมมติฐานขององค์ประกอบในทีมตามการทำงานในปัจจุบัน ส่วนทีมบริการสุขภาพของภาคเอกชนสมมติฐานให้มีองค์ประกอบตามมาตรฐานวิชาชีพ ดังตารางที่ 7</p>	<p>ความต้องการแรงงานสุขภาพ ซึ่งอยู่ กับ 2 ปัจจัย คือ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ตำแหน่งว่างในหน่วยบริการ ซึ่งเป็นผลรวมจากส่วนขอของทีมสุขภาพแต่ละรูปแบบของแต่ละหน่วยบริการ 2. นโยบายการสรรหาบุคลากรเข้าทำงาน ตามสัดส่วนที่ต้องการ เช่น หากเป็นแพทย์ หน่วยบริการจะสรรหาแพทย์มาเติมเต็มส่วนขาดในทันที แต่ถ้าเป็นวิชาชีพอื่น ๆ อาจมีนโยบายในการทยอยจ้างปีละ 10% ของส่วนขาด เป็นต้น ทั้งนี้ สมมติฐานของนโยบายการจ้างงานแตกต่างกันในแต่ละสังกัดบริการ ซึ่งหมายถึงเงินโอนใจการเริ่มทำงาน ซึ่งเป็นไปตามสัญญาใช้ทุนของแพทย์ ทุนแพทย์ เกษติกร ในปัจจุบันด้วย (ตารางที่ 8) 	<p>จำนวนกำลังคนด้านสุขภาพที่พร้อมให้บริการ ขึ้นอยู่กับ 5 ปัจจัย คือ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. จำนวนการผลิตของแต่ละวิชาชีพ (ตารางที่ 9) 2. อัตราการสำเร็จการศึกษา (ตารางที่ 9) 3. อัตราการคงอยู่ในหน่วยบริการสังกัดเดิม/อัตราย้ายสังกัดบริการ 4. อัตราการคงอยู่ในตลาดบริการสุขภาพ 5. อัตราการคงอยู่ในสายวิชาชีพ โดยค่าที่ใช้สำหรับปัจจัยที่ 4 - 6 เป็นค่าที่ได้จากขั้นตอน validation และคงค่าเดิมไว้ต่อเนื่องไปในอนาคต

ตารางที่ 9: สมมติฐานของแต่ละฉากทัศน์ (ต่อ)

ฉากทัศน์	ตลาดบริการสุขภาพ		ตลาดแรงงานสุขภาพ	
	อุปสงค์	อุปทาน	อุปสงค์	อุปทาน
2. Policy#1 scenario	เหมือนฉากทัศน์ BAU	ย้ายทีมสุขภาพประเภท primary care และ long term care ซึ่งเป็นการจัดบริการที่เกิดใน รพ.สต. ปัจจุบันทั้งหมด จากการอยู่ภายใต้สังกัดกระทรวงสาธารณสุขไปให้อยู่สังกัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น	ลดการจ้างงานแพทย์เข้าสู่กระทรวงสาธารณสุขจากปัจจุบันจำนวน 2,100 คน/ปี เหลือ 1,100 คน/ปี ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2570 ส่วนสมมติฐานอื่น ๆ เหมือนกับฉากทัศน์ 1	เหมือนฉากทัศน์ BAU
3. Policy#2 scenario	สมมติฐานให้มีการปรับระบบการเงินการคลังด้านสุขภาพเพื่อเอื้อให้ประชาชนสามารถซื้อบริการสุขภาพจากภาคเอกชนได้ โดยรัฐเป็นผู้ดูแลเรื่องค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้น ซึ่งสิ่งที่เกิดขึ้นจะสามารถเพิ่มการเข้าถึงบริการสุขภาพของประชาชน 50% จากกลุ่มที่ไม่สามารถเข้าถึงบริการในภาคเอกชนได้เนื่องมาจากอุปสรรคทางการเงิน นอกจากนี้ยังมีการลงทุนเทคโนโลยีสารสนเทศที่สามารถปรับเปลี่ยนรูปแบบการใช้บริการ primary care ของประชาชน จากปัจจุบันที่ต้องไปพบแพทย์ที่หน่วยบริการก็สามารถปรึกษาและรับบริการผ่านช่องทางที่สร้างขึ้นมา โดยไม่จำเป็นต้องเดินทางไปหน้าหน่วย	สมมติฐานว่าแพทย์ที่ปฏิบัติงานในหน่วยบริการจะต่อจ็องใช้เวลา 15% ของเวลาปฏิบัติงานทั้งหมด ในการบริการผ่านช่องทางที่พัฒนาขึ้นมา โดยจะสามารถให้บริการประชาชนได้จำนวน 10 ราย/วัน และให้บริการ 240 วัน/ปี นอกจากนี้ยังสมมติฐานให้มีการเพิ่มจำนวนทีม primary care ของกระทรวงสาธารณสุขและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในอัตรา 5% ต่อปี โดยจำนวนทีมที่ขยายเพิ่มนี้จะแปรผันกับระดับของผลกระทบจากการใช้มาตรการทางการเงิน การคลังและการพัฒนาเทคโนโลยีสารสนเทศ เพื่อเปรียบเทียบว่าภาระทางด้านการเงินที่รัฐจะต้องลงทุนเพิ่มเพื่อซื้อบริการจากเอกชน	เหมือนฉากทัศน์ BAU	เหมือนฉากทัศน์ BAU

ตารางที่ 9: สมมติฐานของแต่ละฉากทัศน์ (ต่อ)

ฉากทัศน์	ตลาดบริการสุขภาพ		ตลาดแรงงานสุขภาพ	
	อุปสงค์	อุปทาน	อุปสงค์	อุปทาน
	<p>บริการ ทำให้ลดความต้องการใช้บริการจากทีมสุขภาพที่หน่วยบริการ โดยทดสอบความอ่อนไหวของผลกระทบของเทคโนโลยีดังกล่าวเป็น 2 ระดับ</p> <ul style="list-style-type: none"> - Minimum effect สมมติฐานให้ประชากรเปลี่ยนมาใช้บริการผ่าน ICT 5% 10% และ 5% ในกลุ่มที่มีอายุ 0 – 14 ปี 15 – 59 ปี และกลุ่ม 60 ปีขึ้นไป ตามลำดับ - Maximum effect สมมติฐานให้ประชากรทุกกลุ่มอายุเปลี่ยนมาใช้บริการผ่าน ICT 50% 	<p>จะสามารถลดความต้องการกำลังคนสำหรับปฏิบัติงานในหน่วยบริการภาครัฐได้มากน้อยเท่าไร โดยกำหนดให้การเพิ่มจะมีระดับเท่าไร โดยพิจารณาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2562 จนถึงปี พ.ศ. 2574 หากมาตรการข้างต้นเกิดผลกระทบบระดับน้อย และจะขยายตัวไม่ไปจนถึงปี พ.ศ. 2569 หากเกิดผลกระทบบระดับมาก</p>		
4. Policy#3 scenario	เหมือนฉากทัศน์ BAU	สมมติฐานให้หน่วยบริการในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขปรับเปลี่ยนสัดส่วนการจัดบริการในรูปแบบต่างๆ ให้สอดคล้องกับความต้องการทางด้านสุขภาพของประชากร ซึ่งหมายถึงทั้งการขยายทีมสุขภาพในรูปแบบที่ยังเป็นส่วนขาดจากความต้องการของประชาชน และลดทีมที่มีเกินไปจากความต้องการของประชาชน สำหรับหน่วยบริการในสังกัดอื่น ๆ ยังคงให้มีการจัดบริการเหมือนกับฉากทัศน์ 1	เหมือนฉากทัศน์ BAU	เหมือนฉากทัศน์ BAU

เอกสารอ้างอิง

1. Hornby P. Exploring the use of the World Health Organization human resources for health projection model. HRH Workforce Planning Workshop; 13–14 December 2007; Washington, DC2007.
2. Hall TL, Mej'ia A. Health manpower planning : principles, methods, issues. Geneva World Health Organization; 1978.
3. สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ. การสาธารณสุขไทย พ.ศ.2544-2547. กระทรวงสาธารณสุข, สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์; 2548.
4. สำนักงานวิจัยและพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพ. กำลังคนด้านสุขภาพ: ที่เป็นมา เป็นอยู่ และจะเป็นไป 2554.
5. World Health Organization. The World Health Report 2008 - primary Health Care (Now More Than Ever). 2008.
6. บุญเรือง ขาวนวล. การวางแผนความต้องการกำลังคนด้านสุขภาพของประเทศไทยในทศวรรษหน้า: กลุ่มวิชาชีพสาธารณสุข. สำนักงานวิจัยและพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพ สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ กระทรวงสาธารณสุข; 2560.
7. World Health Organization. The Kingdom of Thailand health system review: Manila : WHO Regional Office for the Western Pacific; 2015.
8. Segal L, Bolton T. Issues facing the future health care workforce: the importance of demand modelling. Aust New Zealand Health Policy. 2009;6:12.
9. Roberfroid D, Leonard C, Stordeur S. Physician supply forecast: better than peering in a crystal ball? Human Resources for Health. 2009;7(1):10.
10. Dreesch N, Dolea C, Dal Poz MR, Goubarev A, Adams O, Aregawi M, et al. An approach to estimating human resource requirements to achieve the Millennium Development Goals. Health Policy Plan. 2005;20(5):267-76.
11. Lopes MA, Almeida AS, Almada-Lobo B. Handling healthcare workforce planning with care: where do we stand? Human Resources for Health. 2015;13(1):38.
12. Grytten J. Supplier inducement – its relative effect on demand and utilization. Community Dentistry and Oral Epidemiology. 1992;20(1):6-9.
13. McQuide P, Stevens J, Settle D. An overview of human resources for health (HRH) projection models.; 2008.
14. O'Brien-Pallas L, Baumann A, Donner G, Murphy GT, Lochhaas-Gerlach J, Luba M. Forecasting models for human resources in health care. J Adv Nurs. 2001;33(1):120-9.
15. Global Health Observatory (GHO) data: Density of physicians (total number per 1000 population, latest available year) [Internet]. 2017. Available from: http://www.who.int/gho/health_workforce/physicians_density_text/en/.
16. World Health Organization. Models and tools for health workforce planning and

projections. 2010.

17. Sirikanokwilai N, Wibulpolprasert S, Pengpaiboon P. Modified population-to-physician ratio method to project future physician requirement in Thailand. *Human Resources for Health Development*. 1998;11:13.
18. Scheffler R. Forecasting the global shortage of physicians: an economic- and needs-based approach. *Bull World Health Organ*. 2008;86.
19. Beazoglou T, Bailit H, Heffley D. The dental work force in Wisconsin: ten-year projections. *J Am Dent Assoc*. 2002;133(8):1097-104.
20. Yett DE, Drabek L, Intriligator MD, Kimbell LJ. Health manpower planning: an econometric approach. *Health Serv Res*. 1972;7.
21. Forrester JW. *System dynamics and the lessons of 35 years. A systems-based approach to policymaking*: Springer; 1993. p. 199-240.
22. Masnick K, McDonnell G. A model linking clinical workforce skill mix planning to health and health care dynamics. *Human Resources for Health*. 2010;8(1):11.
23. Bronkhorst E, Wiersma T, Truin G, editors. *Using complex system dynamics models: an example concerning the Dutch dental health care system*. Proceedings of the 1991 International System Dynamics Conference 1991.
24. Udompanich S. System Dynamics Model in Estimating Manpower Needs in Dental Public Health. *Human Resources Development Journal*. 1997;1(1):35-47.
25. สุวิทย์ อุดมพาณิชย์. ทันตภิบาลในสถานีนอามัย: กรณีศึกษาจังหวัดขอนแก่น. *วิทยาลัยการทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น*. 2541;1(1):9-17.
26. Homer JB, Hirsch GB. System dynamics modeling for public health: background and opportunities. *American journal of public health*. 2006;96(3):452-8.
27. Vennix JA. Group model-building: tackling messy problems. *Syst Dyn Rev*. 1999;15.
28. Andersen DF, Richardson GP, Vennix JAM. Group model building: adding more science to the craft. *System Dynamics Review*. 1997;13(2):187-201.
29. Richardson GP, Andersen DF. Teamwork in group model building. *System Dynamics Review*. 1995;11(2):113-37.
30. Hovmand PS. *Community based system dynamics*. New York: Springer; 2014.
31. De Silva MJ, Breuer E, Lee L, Asher L, Chowdhary N, Lund C, et al. Theory of Change: a theory-driven approach to enhance the Medical Research Council's framework for complex interventions. *Trials*. 2014;15(1):267.
32. Minkler M. Using participatory action research to build healthy communities. *Public Health Rep*. 2000;115.
33. Vennix JA. Group model-building: tackling messy problems. *System Dynamics Review*. 1999;15(4):379.

34. องค์การบริหารคณะทันตแพทยศาสตร์แห่งประเทศไทย. ทันตบุคลากรในระบบทันตสาธารณสุขไทย การสัมมนาวิชาการสมาชิกผู้บริหารคณะทันตแพทยศาสตร์แห่งประเทศไทย; 11-13 ตุลาคม โรงแรมฮอเลีย อินน์ แม่โขงรอยัล จังหวัดหนองคาย 2536.
35. ชินกร โนรี, โยชิน ถนอมวัฒน์, พุดตาน พันธุ์เนร, กานต์วรินทร์ ก่องกุลวัฒน์. การวิจัยเพื่อสังเคราะห์ทางเลือก และข้อเสนอเชิงนโยบายในการวางแผนความต้องการกำลังคนด้านสุขภาพของประเทศในทศวรรษหน้า. สำนักงานวิจัยและพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพ สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ กระทรวงสาธารณสุข; 2560.
36. กองทันตสาธารณสุข กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. บทวิเคราะห์อัตราากำลังทางทันตสาธารณสุข เรื่อง การคาดคะเนความต้องการทันตแพทย์เพื่องานพัฒนาในระยะยาว เสนอต่อคณะกรรมการประสานงานการผลิตและการใช้ทันตบุคลากร. 2523.
37. กองทันตสาธารณสุข กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. แนวทางการพัฒนากำลังคนด้านทันตสาธารณสุข เพื่อบรรลุเป้าหมายทางทันตสุขภาพของประเทศไทย กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก 2529.
38. สถาบันพระบรมราชชนก, สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, สำนักงานนโยบายและแผนสาธารณสุข. การคาดการณ์ความต้องการกำลังคนด้านสุขภาพในสองทศวรรษหน้า. 2540.
39. สำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์. รายงานผลการดำเนินงานโครงการเพื่อการบริหารจัดการรองรับการดำเนินการของคณะกรรมการกำลังคนด้านสุขภาพแห่งชาติ ปีที่ 2 (2552). 2552.
40. World Health Organization. The world health report 2000 - Health systems: improving performance. The WHO Document Production Services, Geneva, Switzerland: World Health Organization; 2000.
41. Mark Hirshon J, Risko N, Calvello EJ, de Ramirez SS, Narayan M, Theodosisa C, et al. Health systems and services: the role of acute care. Bull World Health Organ 2013;91:386-8
42. National Emergency Medical Services Advisory Council. The emergency emdical services system 2014 [Available from: <http://icsw.nhtsa.gov/ems/diagram.html>].
43. Starfield B. Primary Care: Concept, Evaluation, and Policy. New York: Oxford Univeristy Press; 1992.
44. Starfield B. Primary Care: Balancing Health Needs, Services, and Technology. New York: Oxford Univeristy Press; 1998.
45. World Health Organization. Declaration of Alma-Ata. International Conference on Primary Health Care, Alma-Ata, USSR, 6-12 September, 1978. 1978 [Available from: www.who.int/hpr/NPH/docs/declaration_almaata.pdf].
46. Anderson GF, Knickman JR. Chronic care. In: Kovner AR, Knickman JR, editors. Jonas and Kovner's health care delivery in the United States. 9th ed. New York, NY: Springer Publishing Company, LLC; 2008. p. 221-37.
47. The Improving Chronic Illness Care program. The Chronic Care Model 2006 [Available

from: http://www.improvingchroniccare.org/index.php?p=The_Chronic_CareModel&s=2.

48. Bodenheimer T, Wagner EH, Grumbach K. Improving primary care for patients with chronic illness: the chronic care model, Part 2. *JAMA*. 2002;288(15):1909-14.
49. Wagner EH, Grothaus LC, Sandhu N, Galvin MS, McGregor M, Artz K, et al. Chronic care clinics for diabetes in primary care: a system-wide randomized trial. *Diabetes Care*. 2001;24(4):695-700.
50. World Health Organization. *Community-based rehabilitation: CBR guidelines*. Geneva: World Health Organization; 2010.
51. Kane RA. Goals of Home Care: Therapeutic, Compensatory, Either, or Both? . *Journal of Aging and Health*. 1999;11(3):299-321.
52. Feldman PH, Nadash P, Gursen MD. Long-term care. In: Kovner AR, Knickman JR, editors. *Jonas and Kovner's health care delivery in the United States*. 9th ed. New York, NY: Springer Publishing Company, LLC; 2008. p. 238-65.
53. National Palliative Care Research Center. *Conceptual Shift for Palliative Care 2010* [Available from: www.npcrc.org
54. Meier DE. Increased Access to Palliative Care and Hospice Services: Opportunities to Improve Value in Health Care. *Milbank Quarterly*. 2011;89(3):343-80.
55. The Whole Systems Partnership. *SWiPe 2017* [cited 2017 November 3, 2017]. Available from: <http://www.thewholesystem.co.uk/swipe/>.
56. Sterman JD. *Business System Dynamics: Systems Thinking and Modeling for a Complex World*. Boston: McGraw-Hill Companies, Inc.; 2000.
57. The NHS Confederation. The potential of system Dynamics—A new era of strategic planning? *Leading Edge*. 2005;10.
58. World Health Organization. *Health Systems Strengthening Glossary* [cited 2018 September 17]. Available from: http://www.who.int/healthsystems/hss_glossary/en/index5.html.

ภาคผนวก ก

การนำเสนอผลการศึกษารวบรวมกำลังคนด้านสุขภาพ ในระยะ 20 ปี ข้างหน้า

วันเดือนปี	การประชุม	ผู้เข้าประชุม
15 ม.ค. 2561	สรุปผลการศึกษาเบื้องต้น	<ul style="list-style-type: none"> - รมว. กสธ. ประธาน - คณะที่ปรึกษารมว. กสธ. - เลขานุการ รมว. กสธ. - ปลัดกระทรวงสาธารณสุข - พญ.พรรณพิมล วิปุลากร รองปลัด กสธ. - อธิบดีกรมการแพทย์ - นพ.ชินโรส ลีสวัสดิ์ รองอธิบดีกรมสุขภาพจิต - นพ.ศุภกิจ ศิริลักษณ์ หัวหน้าผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข
21 มี.ค. 2561	อ.ก.พ. กระทรวงสาธารณสุข	<ul style="list-style-type: none"> - รมว. กสธ. ประธาน - คณะกรรมการ อ.ก.พ. กระทรวงฯ
10 เม.ย. 2561	คณะกรรมการปฏิรูปประเทศ ด้านสาธารณสุข	<ul style="list-style-type: none"> - นพ.เสรี ตู้จินดา ประธาน - คณะกรรมการปฏิรูปประเทศด้านสาธารณสุข
19 เม.ย. 2561	การประชุมร่วมระหว่าง กระทรวงศึกษาธิการ และ กระทรวงสาธารณสุข เรื่องบูรณาการการผลิตบุคลากรสาย การแพทย์	<ul style="list-style-type: none"> - รมว. กสธ. ประธาน - รมช. กระทรวงศึกษาธิการ (ศ.นพ.อุดม คชินทร) - พญ. มยุรา กุสุมภ์ เลขานุการ รมว. กสธ. - นพ.โคภณ นภาธร ผู้ช่วยรัฐมนตรีว่าการกระทรวงศึกษาธิการ - นางชุตินาฏ วงศ์สุบรรณ รองเลขาธิการ สภาพัฒนา - นายพรชัย หาญยืนยงสกุล รองอธิบดีกรมบัญชีกลาง - นายสาตี สุขเกิด ผู้อำนวยการสำนักงบประมาณ - นายบัญชา อาภาศิลป์ ผู้แทนรองเลขาธิการ ก.พ. - นางสาววัฒนาพร สุขพรต ผู้อำนวยการสำนักนโยบายและแผนการอุดมศึกษา สกอ.

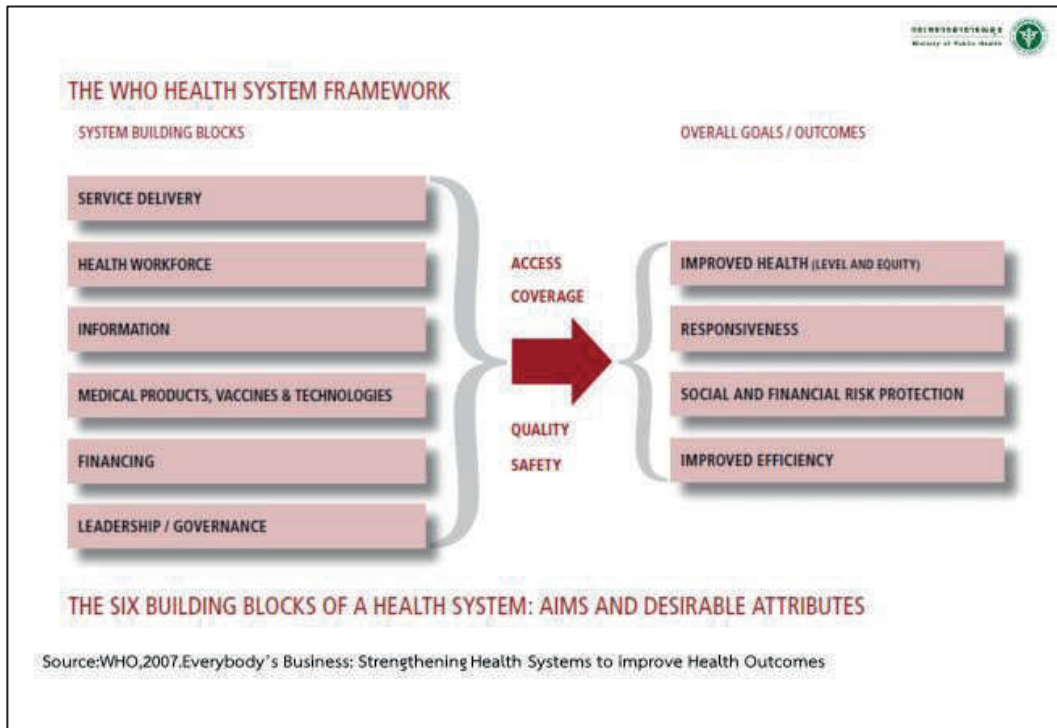
วันเดือนปี	การประชุม	ผู้เข้าประชุม
9-10 ส.ค. 2561	การประชุม Retreat เพื่อ กำหนดทิศทางการปฏิรูป สำนักงานปลัดกระทรวง สาธารณสุข	<ul style="list-style-type: none"> - รมว. กสธ. ประธาน - คณะที่ปรึกษารมว. กสธ. - เลขานุการ รมว. กสธ. - ปลัดกระทรวงสาธารณสุข - รองปลัดกระทรวงฯ - ผู้ตรวจราชการกระทรวง 12 เขต - สาธารณสุขนิเทศก์ 12 เขต - ที่ปรึกษาระดับกระทรวง 5 ท่าน - ผู้อำนวยการกองส่วนกลาง - ผู้แทนชมรมนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด - ผู้แทนชมรมโรงพยาบาลศูนย์โรงพยาบาลทั่วไป - ผู้แทนชมรมผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมชน - ผู้แทนชมรมสาธารณสุขอำเภอ - ผู้แทนชมรมผู้อำนวยการ รพ.สต.
22 ส.ค. 2561	ที่ประชุมผู้บริหารระดับสูง กระทรวงสาธารณสุข	<ul style="list-style-type: none"> - รมว. กสธ. ประธาน - คณะที่ปรึกษารมว. กสธ. - เลขานุการ รมว. กสธ. - ปลัดกระทรวงสาธารณสุข - รองปลัด กสธ. - อธิบดีทุกกรม - นพ.ศุภกิจ ศิริลักษณ์ หัวหน้าผู้ตรวจราชการ กระทรวงสาธารณสุข

ภาคผนวก ง

แผนปฏิรูประบบสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุข (Retreat 9-10 สิงหาคม 2561)

การปฏิรูปกำลังคนด้านสุขภาพเพื่อบรรลุเป้าหมายให้ประชาชนสุขภาพดี เจ้าหน้าที่มีความสุข และระบบสุขภาพยั่งยืน นั้น ไม่สามารถดำเนินการโดยไม่เชื่อมโยงกับระบบอื่นที่เป็นองค์ประกอบของระบบสุขภาพได้ โดยมีความสัมพันธ์เชื่อมโยงกันดังนี้ เช่น ระบบสุขภาพต้องการกำลังคนจำนวนเท่าใด มีทักษะอย่างไร ในช่วงเวลาใด ย่อมขึ้นกับความต้องการด้านสุขภาพของประชาชนเป็นอย่างไร มีการจัดบริการอย่างไร มีความพร้อมด้านอุปกรณ์เครื่องมือเครื่องใช้อย่างไร ระบบประกันสุขภาพ และการบริหารจัดการระบบเป็นอย่างไร เป็นต้น ซึ่งเรียกปัจจัยเหล่านี้ว่าเป็นองค์ประกอบของระบบสุขภาพของทุกประเทศทั่วโลก (Six Building Blocks of Health System)

องค์ประกอบของระบบสุขภาพ



¹ WHO.2007.World Health Report: Strengthening Health System to Improve Health Outcomes. WHO: Geneva.

ซึ่งในระยะเวลาที่ ระหว่างปีพ.ศ. 2560-2564 ซึ่งเป็นระยะปฏิรูประบบนั้น กระทรวงสาธารณสุข เร่งรัดให้มีการปฏิรูป 4 ด้าน ได้แก่

1. การปฏิรูปการส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรคและคุ้มครองผู้บริโภค (Promotion, Prevention and Protection Excellence)
2. การปฏิรูประบบบริการสุขภาพ (Service Excellence)
3. การปฏิรูปกำลังคนด้านสุขภาพ (People Excellence)
4. การบริหารจัดการ (Governance Excellence)

โดยมีเป้าหมายสำคัญคือ “ประชาชนสุขภาพดี เจ้าหน้าที่มีความสุข ระบบสุขภาพยั่งยืน” ซึ่งการปฏิรูป 3 ด้านที่มีผลต่อการปฏิรูปกำลังคน สรุปได้ดังนี้

ระยะปฏิรูประบบ (พ.ศ. 2561-2564)

1. ยุทธศาสตร์การบริหารจัดการเป็นเลิศ (Governance Excellence)

มาตรการเชิงนโยบายที่สำคัญ

1. ปฏิรูปบทบาทภารกิจและโครงสร้างสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

โดยเน้นปรับโครงสร้างและบทบาทของสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขทั้งในส่วนกลางและส่วนภูมิภาคเพื่อพัฒนาระบบบริหารจัดการด้านสุขภาพที่มีประสิทธิภาพ และรองรับการปฏิรูปประเทศด้านสาธารณสุข (Re-Structure/Re-Function) โดยไม่เพิ่มอัตรากำลัง

1.1 จัดตั้งกองสนับสนุนระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ (เพื่อบูรณาการงานที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาระบบสุขภาพปฐมภูมิที่กระจายอยู่ในหลายหน่วยงานไว้ด้วยกัน) เพื่อรองรับภารกิจตามรัฐธรรมนูญ ที่ให้มีระบบการแพทย์ปฐมภูมิ ที่มีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวดูแลประชาชนในสัดส่วนที่เหมาะสม

1.2 จัดตั้งกลุ่มประสานนโยบายและยุทธศาสตร์กำลังคนด้านสุขภาพ (HRH Policy Collaborating Center : HRH-CC) ไว้ในกองบริหารทรัพยากรบุคคล เพื่อรองรับภารกิจพัฒนานโยบายและประสานยุทธศาสตร์กำลังคนด้านสุขภาพของประเทศตามแผนการปฏิรูปประเทศด้านสาธารณสุข ประเด็นกำลังคน และเป็นหน่วยเลขานุการคณะกรรมการกำลังคนด้านสุขภาพแห่งชาติ เพื่อให้มีเอกภาพของนโยบาย

1.3 จัดตั้งกองโครงการพระราชดำริ (เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการทำงานโดยบูรณาการงานที่เกี่ยวข้องกับโครงการพระราชดำริ โครงการเฉลิมพระเกียรติที่กระจายอยู่ในหลายหน่วยงานไว้ด้วยกัน)

1.4 ศึกษารูปแบบการบริหารจัดการระบบสุขภาพในเขตสุขภาพรองรับการกระจายอำนาจจากส่วนกลาง โดยทำการศึกษาทดลองนำร่อง 3 เขต

1.5 ปฏิรูประบบบริหารสถานบริการสุขภาพของสำนักงานปลัดกระทรวงฯ เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพ ได้แก่

1) การศึกษาการบริหารโรงพยาบาลในรูปแบบพิเศษ
2) เตรียมความพร้อมและวางแผนการถ่ายโอนการจัดบริการสุขภาพปฐมภูมิให้กับท้องถิ่นตามความพร้อมของท้องถิ่นในการจัดบริการเพื่อประชาชน กำหนดแผนการถ่ายโอน รพ.สต. ในเขตเทศบาลนครเป็นอันดับแรก และวางแผนการถ่ายโอนระยะต่อไป

2. ดำเนินการขับเคลื่อนการออกพระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ....
3. เร่งรัดการถ่ายโอนภารกิจ รพ.สต.ให้แก่ท้องถิ่น โดยพิจารณาความพร้อมของ รพ.สต. และหน่วยที่รับถ่ายโอน

ผลที่คาดว่าจะได้รับ

ระบบสุขภาพไทยมีเอกภาพ มีการบูรณาการงานด้านสุขภาพของทุกหน่วยงาน มีการกระจายอำนาจและการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนในการตัดสินใจ เพื่อบริหารระบบสุขภาพ ให้ประชาชนได้ประโยชน์สูงสุดและสอดคล้องกับปัญหาสุขภาพในแต่ละพื้นที่ ภายใต้ทรัพยากรที่จำกัด

ระยะ 1 ปี

1) บุคลากรของสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ทั้งส่วนกลางและภูมิภาค รวมทั้งหน่วยงานที่เกี่ยวข้องรับรู้ต่อทิศทางการปฏิรูปด้านสาธารณสุข
2) มีข้อเสนอการจัดโครงสร้างและระบบงานของสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ที่สอดคล้องและรองรับการปรับเปลี่ยนตามแผนปฏิรูปประเทศด้านสาธารณสุข

ระยะ 5 ปี

1) สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขมีการปรับบทบาทภารกิจโครงสร้างที่สอดคล้องและรองรับการปรับเปลี่ยนตามแผนปฏิรูปประเทศด้านสาธารณสุข
2) มีการจัดตั้งสำนักงานเลขานุการคณะกรรมการนโยบายสุขภาพแห่งชาติ (NHPB) และหน่วยงานที่รับผิดชอบเขตสุขภาพ (สำนักงานเขตสุขภาพ)
3) มีหน่วยงานที่รับผิดชอบงานปฐมภูมิโดยเฉพาะ

2. ยุทธศาสตร์การส่งเสริมป้องกันโรคเป็นเลิศ (Prevention Promotion & Protection Excellence)

มาตรการเชิงนโยบายที่สำคัญ

1. ตั้งคณะทำงานเพื่อพัฒนากลไกการปฏิรูปการส่งเสริม ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภค
2. ทบทวนภารกิจหลักของสป.ให้สอดคล้องกับแผนปฏิรูปประเทศด้านสาธารณสุข

3. ทบทวนบทบาทภารกิจโครงสร้างของหน่วยงานในสป. ทั้งส่วนกลางและส่วนภูมิภาค
4. ทบทวนแผนงบประมาณบูรณาการ เพื่อลดความซ้ำซ้อน

ผลที่คาดว่าจะได้รับ

ระยะ 1 ปี

- มีหน่วยงานรับผิดชอบงานปฐมภูมิโดยเฉพาะทั้งส่วนกลางในส่วนภูมิภาค เพิ่มการเชื่อมโยงโดยใช้กลไก พชอ. ที่มีอยู่ และใช้กลไกระดับจังหวัดช่วยติดตามโดยผู้ว่าราชการจังหวัด
- ผลักดัน NHPB/RHPB ผ่านกรม.
- National PP&P package และพัฒนาระบบจ่ายเป็นงบประมาณรวม
- มีระบบติดตามกำกับคุณภาพ

ระยะ 5 ปี

- บูรณาการร่วมกับนโยบายชาติ หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง รวมทั้งท้องถิ่น เอกชน ทุกระดับ ประชาชนสามารถดูแลตนเองได้โดยมีส่วนร่วมในการกำหนดปัญหาและความต้องการของชุมชนสร้างแนวร่วมของสมาชิกในชุมชนต่อการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในชุมชนก่อให้เกิดความเข้มแข็งของคนในชุมชน โดยมีเป้าหมายที่เกี่ยวกับการพัฒนาด้านสุขภาพด้านการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค (มากกว่าด้านการรักษาพยาบาล)
- Primary care cluster ครอบคลุมเขตเมืองชนบทและพื้นที่เฉพาะเสนอแผนระยะยาว เริ่มดำเนินการครอบคลุมทั่วประเทศจัดทำข้อเสนอและรูปแบบการประเมินผล

3. ยุทธศาสตร์บริการเป็นเลิศ (Service Excellence)

มาตรการเชิงนโยบายที่สำคัญ

1. พัฒนาระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิให้เป็น Gate Keeper และขยายคลินิกหมอครอบครัว ในเขตเมือง เพื่อลดความแออัดของโรงพยาบาลขนาดใหญ่ เพื่อเตรียมการเปิด Walk in Clinic ในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ พัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เพื่อให้เป็นหน่วยบริการที่สามารถดูแลประชาชนที่ใกล้บ้านได้อย่างมีคุณภาพ
2. ปรับระดับยกฐานะโรงพยาบาล โดยพัฒนาโรงพยาบาลระดับ F เป็น M มากขึ้น ให้สามารถรักษาโรคที่มี RW>1.8 ได้มากขึ้น รวมถึงการควบคุมการบริหาร มีระบบ Refer back ที่มีประสิทธิภาพ การพัฒนาโรงพยาบาลรอบเมืองให้สามารถดูแลรักษาควบคู่กับโรงพยาบาลศูนย์ได้มีการกระจายทรัพยากรอย่างเหมาะสม
3. เพิ่มขีดความสามารถโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ มุ่งเน้นการพัฒนาระบบบริการที่สำคัญที่ใช้เทคโนโลยีขั้นสูงที่มีคุณภาพมาตรฐาน ได้แก่
 - 1) โรคหัวใจ สวนหัวใจ (Cath Lab) และ ผ่าตัดเปิดหัวใจ (Open heart) เขตสุขภาพละ

1-2 แห่ง

2) โรคมะเร็ง การฉายแสง (Radiation) จำนวนเครื่อง Linac เขตสุขภาพละ 1-2 แห่ง การให้เคมีบำบัด (Chemo Therapy) ในโรงพยาบาล A, S, M1 ทุกแห่ง

3) ทารกแรกเกิด จำนวนเตียง NICU ที่ควรมี 1 เตียง : 500 ทารกเกิดมีชีวิต

4) การรับบริจาคและปลูกถ่ายอวัยวะ Corneal transplant ในโรงพยาบาล A เขตละ 1-2 แห่ง Kidney transplant ในโรงพยาบาล A เขตละ 1 แห่ง Harvest team (ทีมเก็บอวัยวะ) อย่างน้อย เขตสุขภาพละ 1 ทีม

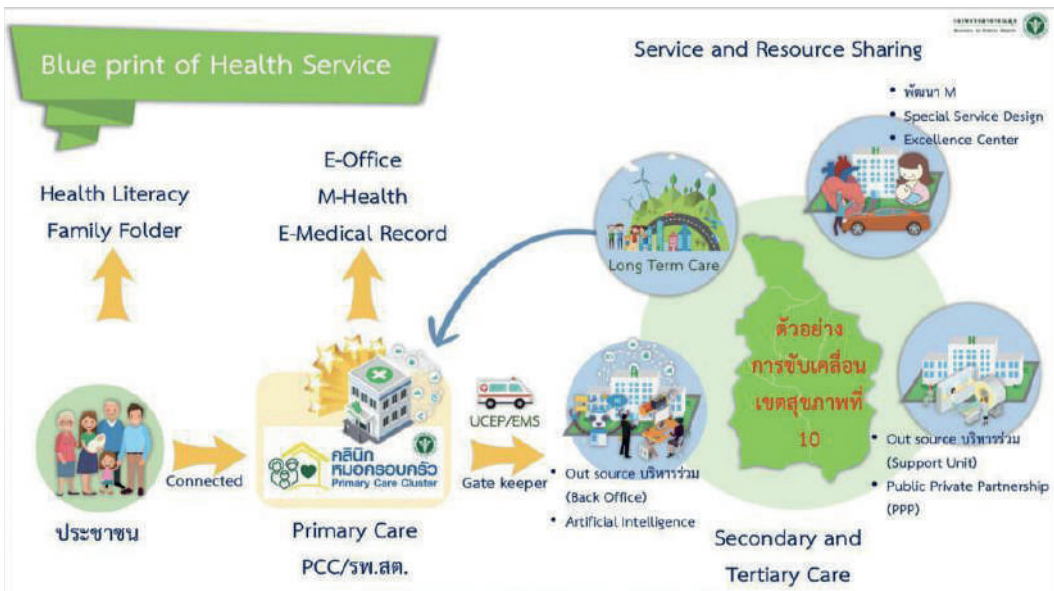
5) อื่น ๆ ที่สำคัญ เช่น การพัฒนาหอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในโรงพยาบาล A, S

4. พัฒนาระบบมาตรฐานบริการฉุกเฉิน กรณี อุบัติเหตุและฉุกเฉิน ให้มีแพทย์เวชกิจฉุกเฉิน (EP) ในโรงพยาบาลระดับ A, S, M1, M2 และแพทย์ประสาทศัลยศาสตร์ ในโรงพยาบาลระดับ A, S, M1, ในทุกระยะ 100 กิโลเมตร

5. ขยายโครงการ Service and Resource Sharing (กรณีตัวอย่างโรงพยาบาลสามพี่น้อง เขต 10 และนครชัยศรี โมเดล) ในการใช้ทรัพยากรร่วมในการเพิ่มหน่วยบริการดูแลระยะฟื้นฟูสภาพ (Intermediate Care) และระยะยาว (Long Term Care)

6. เพิ่มความร่วมมือกับเอกชน และหน่วยบริการอื่นนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ในการ จัดบริการสุขภาพในระดับเขตสุขภาพ

7. ขยายผล Smart Hospital พัฒนาระบบ E-Office และจัดระบบการบริหารร่วม



4. การปฏิรูปการบริหารจัดการกำลังคน

4.1 เป้าหมาย ระยะ 5 ปี

เป้าหมายในการพัฒนาระบบบริหารจัดการกำลังคนด้านสุขภาพให้มีประสิทธิภาพในระยะ 5 ปี คือ

(1) สป.สธ. มีกลไกและโครงสร้างการทำงานที่บูรณาการภารกิจของหน่วยงานด้านกำลังคน เพื่อรองรับภารกิจตามแผนปฏิรูปประเทศด้านสาธารณสุขด้านกำลังคน ในการเป็นองค์กรหลักดำเนินนโยบายกำลังคนด้านสุขภาพของประเทศ

(2) สป.สธ. มีกลไกการบริหารจัดการกำลังคนที่มีสมรรถนะสูง ในระดับเขตสุขภาพ เพื่อขับเคลื่อนการปฏิรูประบบสุขภาพ ให้สอดคล้องกับความต้องการด้านสุขภาพของประชาชนและบริบทของแต่ละเขตพื้นที่

4.2 ข้อเสนอการขอรับการสนับสนุนเพื่อการขับเคลื่อนการดำเนินงานอย่างมีประสิทธิภาพ

เพื่อให้เป้าหมายดังกล่าวบรรลุผล สป.สธ. จะต้องเร่งดำเนินการดังนี้

1. Re-functioning สป.สธ. ทั้งหมด (ส่วนกลาง ส่วนภูมิภาค)

1.1 ทบทวนและกำหนดบทบาทภารกิจหน่วยงานทั้งหมดในสังกัด สป.สธ. จัดตั้งหน่วยพัฒนานโยบายกำลังคนด้านสุขภาพ (HR Unit) เพื่อสนับสนุนการขับเคลื่อนการปฏิรูปกำลังคนด้านสุขภาพของประเทศ ศึกษา และประสานความร่วมมือกับทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้องเพื่อพัฒนานโยบายกำลังคนด้านสุขภาพของประเทศ

1.2 จัดทำแผนบริหารจัดการทรัพยากรบุคคลเชิงรุก ให้สอดคล้องกับแผนปฏิรูปการบริหารราชการแผ่นดินและทิศทางการบริหารกำลังคนภาครัฐ

1.3 พัฒนาระบบ Digital HR Management ให้มีความเชื่อมโยงระหว่างข้อมูลสารสนเทศด้านทรัพยากรบุคคลกับผลลัพธ์ของบริการสุขภาพ เพื่อเป็นเครื่องมือในการตัดสินใจกำหนดนโยบายและการติดตามประเมินผล

1.4 พัฒนาระบบการจ้างงานทางเลือกที่จูงใจให้บุคลากรเข้าปฏิบัติงานและคงอยู่ในงาน

2. Decentralization

กระจายอำนาจการบริหารจัดการทรัพยากรบุคคลสู่ระดับเขตสุขภาพและ/หรือท้องถิ่นอย่างเหมาะสมและชัดเจน เพื่อให้การให้บริการและการพัฒนางานด้านสุขภาพในเขตพื้นที่ตรงตามความต้องการ โดยการบริหารแบบมีส่วนร่วม

2.1 จัดทำแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจการบริหารจัดการกำลังคนในระดับเขตสุขภาพ

2.2 ปรับปรุงระเบียบหรือกฎหมายที่เกี่ยวข้อง

2.3 กำหนด/จัดทำมาตรฐานด้านบริหารทรัพยากรบุคคล

2.4 พัฒนาศักยภาพบุคลากรที่เกี่ยวข้องในการวางแผนและการบริหารจัดการกำลังคน
ในระดับเขตสุขภาพ

4.3 ผลที่คาดว่าจะได้รับ

ระยะ 1 ปี

1. สป.สธ. มีการกำหนดบทบาทของหน่วยงานในแต่ละระดับอย่างชัดเจน โดยส่วนกลางมีบทบาทหลักในการเป็น Regulator และส่วนภูมิภาคมีบทบาทหลักในการเป็น Service Provider โดยสอดคล้องกับภารกิจของ สธ. และ สป.สธ. ในการเป็นองค์กรหลักที่ดูแลระบบสุขภาพของประเทศ

2. สป.สธ. มีหน่วยงานหลักในการสนับสนุนการขับเคลื่อนการปฏิรูปกำลังคนด้านสุขภาพของประเทศ ของกระทรวงสาธารณสุข โดยมีภารกิจในการวิจัย วิเคราะห์ สังเคราะห์องค์ความรู้สำหรับการกำหนดทิศทางนโยบายกำลังคนด้านสุขภาพของประเทศ รวมทั้งกำกับติดตามการดำเนินงานตามนโยบายดังกล่าวในภาพรวมของประเทศ

3. สป.สธ. มีการกระจายอำนาจจากส่วนกลางสู่ระดับเขตสุขภาพอย่างชัดเจน

ระยะ 5 ปี

1. การบริหารทรัพยากรบุคคลของ สป.สธ. มีประสิทธิภาพ สอดคล้องกับเป้าหมายและการเปลี่ยนแปลงทุกระดับ

2. ประชาชนสามารถเข้าถึงและใช้บริการด้านสุขภาพได้อย่างรวดเร็วและมีประสิทธิภาพ

3. ลดการสร้างประเด็นความเหลื่อมล้ำในการทำงานของบุคลากรและหน่วยงาน

5. การปฏิรูปการบริหารจัดการการเงินการคลัง

ปัจจุบันกลไกการอภิบาลระบบยังขาดเอกภาพ ทำให้มีการกระจายสถานพยาบาลและเครื่องมือทางการแพทย์ ราคาแพงที่แตกต่างกันในแต่ละพื้นที่ รวมถึงสิทธิประโยชน์และกลไกการจ่ายต่างกันในแต่ละระบบประกันสุขภาพของรัฐ คณะกรรมการปฏิรูปประเทศด้านสาธารณสุข มีข้อเสนอ คือ จัดตั้งคณะกรรมการนโยบายสุขภาพแห่งชาติ ซึ่งจะมีคณะกรรมการ 3 ระดับ คือ (1) คณะกรรมการกำหนดนโยบายสุขภาพแห่งชาติ หรือสภาประกันสุขภาพแห่งชาติเป็นหน่วยงานกลางในการบริหารจัดการกองทุนสุขภาพต่าง ๆ พัฒนาสิทธิประโยชน์พื้นฐานด้านสุขภาพที่เหมาะสมของประชาชนทุกคน (2) จัดตั้งสำนักมาตรฐานและการจัดการสารสนเทศระบบบริการสุขภาพแห่งชาติ (สมสส.) เพื่อเป็นศูนย์กลางการบริหารจัดการข้อมูลสารสนเทศการประกันสุขภาพ (3) เพิ่มภาษีผลิตภัณฑ์หรืออาหารและเครื่องดื่มที่เป็นภัยต่อสุขภาพ รวมทั้งเพิ่มการประกันสุขภาพในกลุ่มประชากรต่าง ๆ และการพัฒนาการแพทย์แผนไทยคู่ขนานกับแพทย์แผนปัจจุบัน และ (4) การกระจายอำนาจการบริหารจัดการจากส่วนกลางสู่ภูมิภาค เช่น ระบบเขตสุขภาพ เพื่อเสริมสร้างประสิทธิภาพและความคุ้มค่าของการใช้งบประมาณด้านสุขภาพภาครัฐ

นายกรัฐมนตรี ได้แต่งตั้งคณะกรรมการขับเคลื่อนและปฏิรูประบบสาธารณสุข ด้านการคลังสุขภาพและระบบหลักประกันสุขภาพ เพื่อดำเนินการจัดทำแผนและขับเคลื่อนการปฏิรูประบบสาธารณสุขด้านการคลังสุขภาพและระบบหลักประกันสุขภาพ โดยมุ่งเน้นผลลัพธ์ด้านการสร้างความเพียงพอและยั่งยืนของงบประมาณ การพัฒนากลไกการจ่ายเพื่อประสิทธิภาพและประสิทธิผลของระบบบริการ และแต่งตั้งคณะกรรมการกำหนดและประมาณการค่าใช้จ่ายชุดสิทธิประโยชน์หลัก และชุดสิทธิประโยชน์เสริม เพื่อสร้างความเป็นธรรมในระบบสุขภาพ ประชาชนทุกคนเข้าถึงบริการสุขภาพที่มีความจำเป็น คุ่มค่าและมีคุณภาพ

5.1 เป้าหมาย/Goal (ระยะ 5 ปี)

- 1) ระดับประเทศ มีกลไกหลักในการบริหารจัดการทางการคลังสุขภาพระดับชาติ โดยค่าใช้จ่ายด้านหลักประกันสุขภาพอยู่ในระดับที่การคลังของประเทศสามารถรองรับได้ และสถานพยาบาลใช้กรอบแนวคิดการจัดบริการที่เน้นความคุ้มค่า
- 2) ระดับสังคม การปรับปรุงกฎหมาย จัดทำร่างกฎหมายสำหรับการจัดหลักประกันสุขภาพและแหล่งเงิน สำหรับคนต่างชาติ
- 3) ระดับประชาชน
- 4) ประชาชนทุกกลุ่มมีโอกาสเท่าเทียมกันในการเข้าถึงบริการสาธารณสุขที่จำเป็นอย่างมีคุณภาพ
- 5) เพิ่มประสิทธิภาพการบริหารการคลังของหน่วยบริการ

5.2 ผลที่คาดว่าจะได้รับ

ระยะ 1 ปี

1. มีแผนวิจัยพัฒนาระดับความรู้ด้านสุขภาพในเรื่องโรคเรื้อรัง ได้แก่ เบาหวาน ความดันโลหิตสูง ให้ประชาชนสามารถดูแลตัวเองและใช้บริการสุขภาพได้อย่างเหมาะสม
2. มีการกำหนดรายการในชุดสิทธิประโยชน์หลักด้านสุขภาพ เพื่อใช้ในระบบประกันสุขภาพของรัฐทุกระบบจำนวน 3 เรื่อง
3. มีข้อเสนอแผนปฏิรูปการคุ้มครองด้านสุขภาพแก่คนต่างชาติ ที่รวมถึงแหล่งเงิน
4. มีแผนปฏิรูปเพื่อเสริมสร้างความยั่งยืนของการดำเนินงานด้านหลักประกันสุขภาพ ผ่านการหาแหล่งการคลังเพิ่มเติม
5. การคาดการณ์ผลกระทบทางการคลัง วางระบบ หลักเกณฑ์ และแนวทางพิจารณางบประมาณแผ่นดิน เพื่อสนับสนุนการดำเนินหลักประกันสุขภาพของประเทศ
6. มีข้อเสนอ มาตรการอย่างเป็นระบบเพื่อเตรียมการรองรับ กรณีหลักประกันสุขภาพไม่ได้รับงบประมาณสนับสนุนตามอัตราที่กำหนด
7. ได้แผนการปฏิรูปการจ่ายเงินแบบเพิ่มความคุ้มค่า (Value-based Health Service Payment Model)

ระยะ 5 ปี

1. อัตราการนอนโรงพยาบาลโดยไม่จำเป็น ซึ่งวัดด้วย Ambulatory Care Sensitive Condition: ACSC ลดลง
2. อัตราการตายของกลุ่มโรคที่สามารถป้องกันการตายโดยไม่จำเป็น (Amenable and preventable deaths) ลดลง
3. รายจ่ายสุขภาพรัฐต้องไม่น้อยกว่าร้อยละ 3.5 ของ GDP
4. รายจ่ายสุขภาพภาครัฐต่อรายจ่ายภาครัฐรวม (GGHE: GGE) ไม่น้อยกว่าร้อยละ 17
5. สถานการณ์ด้านการเงินของหน่วยบริการภาครัฐไม่เกิดวิกฤติ
6. มีแหล่งเงินเพิ่มเติมสำหรับการจัดบริการหลักประกันสุขภาพอย่างยั่งยืน อีกอย่างน้อย ร้อยละ 0.25 ของ GDP
7. รายจ่ายต่อหัวที่ปรับด้วยโครงสร้างประชากรในสิทธิประโยชน์หลักของแต่ละกองทุน ต่างกันไม่เกินร้อยละ 10
8. รายจ่ายสุขภาพภาครัฐต่อผลผลิตมวลรวม (GGHE: GDP) ไม่เกินร้อยละ 4.2

6. การปฏิรูปข้อมูลและเทคโนโลยีสารสนเทศ

6.1 เป้าหมาย/Goal (ระยะ 5 ปี)

6.1.1 มีการใช้ข้อมูลสุขภาพส่วนบุคคลอิเล็กทรอนิกส์ (Electronic Health Profile) ในการส่งต่อข้อมูลผู้ป่วย ระหว่างหน่วยบริการ ครอบคลุมทุกหน่วยในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ตามมาตรฐานการเชื่อมโยงแลกเปลี่ยนข้อมูลสารสนเทศสุขภาพ (Health Information Exchange & Interoperability) ที่ได้รับการรับรองจาก คณะกรรมการธุรกรรมทางอิเล็กทรอนิกส์

6.1.2 มีการใช้ Application และระบบปัญญาประดิษฐ์ (Artificial Intelligence) สนับสนุนการตรวจวินิจฉัย การพยากรณ์การเกิดโรค การบริหารจัดการระบบสุขภาพ เช่น ระบบยา และเวชภัณฑ์ และการบริการคลินิกหมอครอบครัว

6.1.3 มีการใช้ระบบการดูแลสุขภาพและให้บริการแพทย์ทางไกล (Telehealth & Telemedicine) อย่างเหมาะสมกับพื้นที่ โรงพยาบาล และประชาชนกลุ่มต่าง ๆ

6.1.4 บุคลากรในระบบสุขภาพทุกกลุ่ม ได้รับการพัฒนาทักษะด้านดิจิทัล และนำไปใช้ปฏิบัติงานในการบริการ (Clinical & Health Analytics) และการบริหารจัดการ (Business Analytics) และได้รับความก้าวหน้าในวิชาชีพ

6.2 ข้อเสนอการขอรับการสนับสนุนเพื่อการขับเคลื่อนการดำเนินงานอย่างมีประสิทธิภาพ

6.2.1 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเพื่อปรับปรุงระบบคอมพิวเตอร์ให้แก่ รพ.สต. รพศ. รพท. เพื่อรองรับการปฏิบัติงานร่วมกับระบบ HIS Gateway และใช้ประโยชน์จากข้อมูลด้านการแพทย์

และสุขภาพพร้อมกันได้ทุกหน่วยงาน ตลอดจนประชาชนผู้เป็นเจ้าของข้อมูล

6.2.2 ขอรับการสนับสนุนการพัฒนาทักษะด้านเทคโนโลยีดิจิทัล ให้แก่ บุคลากรสาธารณสุขทุกระดับ โดยเฉพาะทักษะการบันทึกข้อมูลผู้ป่วย การวิเคราะห์และจัดทำรายงานข้อมูลผู้ป่วย

6.2.3 ขอปรับโครงสร้างศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร ขยายต่อ ยอดจากโครงสร้างปัจจุบันที่มีความพร้อมในการบริหารจัดการเทคโนโลยีสารสนเทศใน ภาพรวมขององค์กร ให้เป็นหน่วยงานที่มีโครงสร้างรองรับการดำเนินงานดิจิทัล ทั้งด้านนวัตกรรม (Innovation) ด้านความมั่นคงปลอดภัยสารสนเทศ (Cyber Security) ที่สามารถให้ความช่วยเหลือและแก้ปัญหาเทคโนโลยีดิจิทัลแก่หน่วยงานต่าง ๆ ได้อย่างทันที

6.3 ผลที่คาดว่าจะได้รับ

ระยะ 1 ปี

- 1) มีแผนปฏิบัติการพัฒนาระบบเทคโนโลยีสารสนเทศสุขภาพ ที่เชื่อมโยงยุทธศาสตร์ eHealth กระทรวงสาธารณสุข กับทุกหน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข
- 2) มีต้นแบบและแนวทางการพัฒนาหน่วยบริการสู่การเป็นโรงพยาบาลดิจิทัล (Digital Hospital)
- 3) มีกลไกในการปฏิบัติงานกับข้อมูลสุขภาพส่วนบุคคลได้อย่างปลอดภัย ทั้งเจ้าของข้อมูลและผู้เกี่ยวข้อง (ตาม พ.ร.บ. Cyber Security)
- 4) มีการใช้ข้อมูลสุขภาพส่วนบุคคลอิเล็กทรอนิกส์ (Electronic Personal Health Profile) ในการส่งต่อข้อมูลสุขภาพขั้นพื้นฐาน เพื่อการอำนวยความสะดวกแก่ผู้เข้ารับบริการระหว่างหน่วยบริการ
- 5) มีต้นแบบการใช้ระบบการดูแลสุขภาพและให้บริการแพทย์ทางไกล (Telehealth & Telemedicine)
- 6) มี mHealth ให้ประชาชนใช้เป็นเครื่องมือในการควบคุมดูแลสุขภาพของตนเอง และเป็นช่องทางสื่อสารความรู้สุขภาพสู่ประชาชน (Digital Health Literacy) เช่น H4U, MoPH Connect เป็นต้น

ระยะ 5 ปี

- 1) ประชาชนใช้ประโยชน์จาก mHealth และข้อมูลสุขภาพส่วนบุคคลของตนเอง (Personal Health Record) ที่พัฒนาโดยสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ได้อย่างถูกต้องและปลอดภัย ทั้งถึงและเท่าเทียมกันทุกพื้นที่
- 2) มีการใช้ระบบ Telehealth & Telemedicine อย่างจริงจังเต็มรูปแบบ เพื่อให้บริการประชาชนในพื้นที่ห่างไกล โดยแพทย์และทีมสหวิชาชีพได้รับการคุ้มครองและประโยชน์ตอบแทนอย่างเหมาะสม

3) หน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ มีเครื่องมือด้านเทคโนโลยีดิจิทัลที่มีประสิทธิภาพ ช่วยลดภาระงานด้านข้อมูล และบุคลากรได้รับการพัฒนาทักษะด้านดิจิทัลอย่างเหมาะสม สามารถนำไปสนับสนุนความก้าวหน้าในตำแหน่งหน้าที่ได้

4) ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร เป็นหน่วยงานหลักด้าน Technology Digital และ Cyber Security ของสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข เฝ้าระวังป้องกัน แก้ปัญหาและให้ความช่วยเหลือ พร้อมทั้งประสานความร่วมมือกับทุกหน่วยงานทั้งภายในและภายนอกกระทรวงสาธารณสุข เพื่อขับเคลื่อนงานต่าง ๆ ให้บรรลุวิสัยทัศน์และเป้าหมาย ด้วยการใช้เทคโนโลยีดิจิทัลที่ทันสมัย ปลอดภัยและคุ้มค่า

ข้อมูลทางบรรณานุกรมของหอสมุดแห่งชาติ

National Library of Thailand Cataloging in Publication Data

กฤษฎา แสงวงศ์.

แผนปฏิรูปกำลังคนและภารกิจบริการด้านสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุข.-- นนทบุรี : กลุ่มประสานนโยบายและยุทธศาสตร์
กำลังคนด้านสุขภาพ กองบริหารทรัพยากรบุคคล สำนักงานปลัดกระทรวง กระทรวงสาธารณสุข. 2562.

160 หน้า.

1. การบริหารสาธารณสุข. I. วรรัตน์ ใจชื่น, ผู้แต่งร่วม. II. ณัฐชยานันทร เดชา, ผู้แต่งร่วม. III. ชื่อเรื่อง
353.6

ISBN 978-616-11-3998-8



กลุ่มประสานนโยบายและยุทธศาสตร์กำลังคนด้านสุขภาพ
กองบริหารทรัพยากรบุคคล สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข



person1@health.moph.go.th



02-591-8553