

ด่วนที่สุด



สภากายภาพบำบัด	
เลขที่รับ	1259
วันที่	26/9/62 เวลา.....

มูลนิธิพัฒนาการศึกษาบุคลากรสุขภาพแห่งชาติ (ศสช)
The National Health Professional Education Foundation (NHPE)

โครงการพัฒนากลไกการจัดการและขับเคลื่อนเครือข่าย
ภายใต้แนวคิดการพัฒนาบุคลากรสุขภาพในศตวรรษที่ 21

ที่ HPERNF 48/2562

วันที่ 13 กันยายน 2562

เรื่อง ขอรียนเชิญร่วมเปิดงาน การประชุมวิชาการระดับชาติฯ ครั้งที่ 6

เรียน นายกสภากายภาพบำบัด

- สิ่งที่ส่งมาด้วย
- 1) แนวคิดการประชุมวิชาการระดับชาติฯ ครั้งที่ 6
 - 2) (ร่าง)กำหนดการประชุมวิชาการระดับชาติฯ ครั้งที่ 6
 - 3) แผนยุทธศาสตร์พัฒนาการศึกษาสำหรับบุคลากรด้านสุขภาพในศตวรรษที่ 21 (พ.ศ. 2561 - 2570)
 - 4) โปสเตอร์ประชาสัมพันธ์การประชุมวิชาการระดับชาติฯ ครั้งที่ 6
 - 5) แบบตอบรับเข้าร่วมงาน

ด้วยคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.) เห็นชอบให้คณะอนุกรรมการพัฒนาแผนยุทธศาสตร์ทศวรรษกำลังคนด้านสุขภาพ (พ.ศ.2560 - 2569) ทบทวนและพัฒนาแผนพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพแห่งชาติระยะ 10 ปี (พ.ศ. 2561 - 2570) โดยให้การขับเคลื่อนแผนยุทธศาสตร์พัฒนาการศึกษา เป็นส่วนหนึ่งของการขับเคลื่อนแผนพัฒนากำลังคนฯ โดยปรากฏในแผนยุทธศาสตร์ที่ 2 เรื่อง “ปฏิรูประบบการผลิตและพัฒนาากำลังคนด้านสุขภาพ เพื่อตอบสนองความต้องการของระบบสุขภาพที่เป็นพลวัต” โดยมีองค์กรต่างๆ ที่เกี่ยวข้องจากหน่วยงานของรัฐ สถาบันวิชาการ สภาวิชาชีพสุขภาพ และกลุ่มสถาบันหรือสมาคมของสถาบันการผลิตบุคลากรด้านสุขภาพเป็นคณะกรรมการ กำหนดจัดการประชุมวิชาการระดับชาติ การพัฒนาการศึกษาสำหรับบุคลากรด้านสุขภาพ ครั้งที่ 6 ภายใต้หัวข้อหลัก “ประกันคุณภาพเชิงสร้างสรรค์สู่คุณภาพการศึกษา (Creative accreditation for better quality education)” ระหว่างวันที่ 25 - 26 พฤศจิกายน 2562 ณ โรงแรม เดอะ สุโกศล กรุงเทพฯ

ในการนี้ จึงขอรียนเชิญท่าน ให้เกียรติร่วมเปิดงาน การประชุมวิชาการระดับชาติฯ ครั้งที่ 6 ในวันจันทร์ที่ 25 พฤศจิกายน 2562 เวลา 09.00 น. - 09.15 น. และเข้าร่วมการประชุมฯ ระหว่างวันที่ 25 - 26 พฤศจิกายน 2562 ณ โรงแรม เดอะ สุโกศล กรุงเทพฯ โดยไม่เสียค่าลงทะเบียน รายละเอียดตามสิ่งที่ส่งมาด้วย 1 - 4 ทั้งนี้ ได้ส่งโปสเตอร์ประชาสัมพันธ์งานดังกล่าวมาพร้อมนี้ โปรดตอบรับการเข้าร่วมงานฯ ตามสิ่งที่ส่งมาด้วย 5 และส่งกลับมายัง E-mail: salita1210@gmail.com ภายในวันศุกร์ที่ 4 ตุลาคม 2562 สอบถามรายละเอียดเพิ่มเติมได้ที่ นางสาวศาลิตา บัณทุกุล โทร. 02 589 2355 หรือ 081 297 8850

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา

ขอแสดงความนับถือ

(ศาสตราจารย์นายแพทย์วิจารณ์ พานิช)

ประธานคณะกรรมการขับเคลื่อนแผนยุทธศาสตร์พัฒนาการศึกษา
สำหรับบุคลากรด้านสุขภาพในศตวรรษที่ 21 (พ.ศ.2561 - 2570)

โครงการการประชุมวิชาการประจำปีระดับชาติ
“การพัฒนการศึกษาสำหรับบุคลากรด้านสุขภาพ” ครั้งที่ ๖
(6th Annual National Health Professional Education Reform Forum: ANHPERF 2019)
วันที่ ๒๕-๒๖ พฤศจิกายน ๒๕๖๒
ณ โรงแรม เดอะ สุโกศล กรุงเทพฯ

๑. ชื่อโครงการ

๑.๑ ชื่อภาษาไทย

การประชุมวิชาการประจำปีระดับชาติ “การพัฒนการศึกษาสำหรับบุคลากรด้านสุขภาพ” ครั้งที่ ๖

๑.๒ ชื่อภาษาอังกฤษ

6th Annual National Health Professional Education Reform Forum

๑.๓ ชื่อย่อ

ANHPERF 2019

๑.๔ ประเด็นหลัก (Theme) ของการประชุม

- Creative Accreditation for Better Quality Education.

๒. หน่วยงานรับผิดชอบ

มูลนิธิพัฒนาการศึกษามหาวิทยาลัยราชภัฏวชิรเวศน์ร่วมกับองค์กรทางการศึกษามหาวิทยาลัยราชภัฏวชิรเวศน์

๓. หลักการและเหตุผล

การประชุมวิชาการระดับชาติเพื่อพัฒนการศึกษาสำหรับบุคลากรด้านสุขภาพ จัดขึ้นเพื่อกำหนดนโยบายในการพัฒนาศึกษาบุคลากรสุขภาพทุกสาขาวิชาชีพ ได้แก่ แพทย์ พยาบาล ทันตแพทย์ สาธารณสุข เภสัชกร เทคนิคการแพทย์ กายภาพบำบัด สัตวแพทย์ และแพทย์แผนไทย มีจุดมุ่งหมายให้ บุคลากรวิชาชีพสุขภาพตระหนักถึงความสำคัญของการพัฒนาศึกษามหาวิทยาลัยราชภัฏวชิรเวศน์ โดยเน้นการมีส่วนร่วมจากทุกสาขาวิชาชีพ สถาบัน องค์กรภาครัฐ เอกชน และประชาชนจากทุกภาคส่วนกำหนดนโยบาย จากหลักฐานทางวิชาการ แลกเปลี่ยนเรียนรู้กรณีศึกษา โดยการประชุมครั้งนี้จัดขึ้นเป็นครั้งที่ ๖ โดยทาง คณะอนุกรรมการจัดการประชุมได้กำหนดหัวข้อหลักการประชุมนี้นี้คือ “Creative Accreditation for Better Quality Education”

ความเหลื่อมล้ำในสังคมนับเป็นปัญหาหลักประการหนึ่งของประเทศไทย ซึ่งมีความเหลื่อมล้ำในด้านสุขภาพเป็นสิ่งสำคัญเพราะเกี่ยวข้องกับคุณภาพและความมั่นคงในชีวิตของประชาชน ประชากรไทย ๖๙ ล้านคนนั้น ประมาณครึ่งหนึ่งอาศัยอยู่ในชนบทความเหลื่อมล้ำจึงมีมาก โดยเฉพาะอย่างยิ่งในการเข้าถึงบริการสุขภาพที่มีคุณภาพ ประชาชนที่อยู่ในชนบท และผู้ด้อยโอกาสอื่นๆ ไม่ได้มีโอกาสเท่ากับคนในเมืองและคนที่มีความรู้ดี ปัจจุบันประเทศไทยมีความก้าวหน้าเชิงสุขภาพได้เป็นอย่างดีในหลายด้าน ได้แก่ ความก้าวหน้าของระบบบริการสุขภาพที่กระจายออกไป

ครอบคลุมประชากรทั้งประเทศ รวมทั้ง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโดยมีอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เป็นส่วนเชื่อมสู่ประชาชนทุกท้องถิ่น อีกด้านหนึ่งคือ ความก้าวหน้าของระบบบุคลากรสุขภาพในสาขาวิชาชีพต่างๆ ที่ได้มีการพัฒนาทั้งในเชิงปริมาณคุณภาพและระบบวิชาการ รวมทั้งระดับความเชี่ยวชาญเฉพาะทาง การศึกษาตลอดชีวิต และการกำกับคุณภาพ นอกจากนี้ ยังมีระบบการเงินเพื่อสุขภาพ ได้แก่กองทุนหลักประกันสุขภาพ กองทุนประกันสังคม เงินสวัสดิการข้าราชการและพนักงานรัฐวิสาหกิจ การประกันสุขภาพเอกชน และแหล่งทุนอื่นๆ ที่มุ่งครอบคลุมประชากรทั้งหมด ประเทศไทยจึงมีความพร้อมที่จะปฏิรูป เพื่อมุ่งสู่ความเสมอภาคด้านสุขภาพของประชาชน ปัจจัยที่เป็นสาเหตุของความไม่เสมอภาคด้านสุขภาพ ๔ ประการ คือ ๑.ระบบที่เน้นบริการที่โรงพยาบาล ๒.ระบบที่แยกส่วนและขาดการประสานกัน เช่น รักษาเป็นโรคๆ ด้านบุคลากรเป็นลักษณะที่ต่างวิชาชีพแยกกันทำงาน ด้านระดับบริการที่ต่างระดับ แยกเป้าหมายกัน แม้จะมีการส่งต่อผู้ป่วยแต่ก็ขัดข้องด้วยการจัดสรรเงิน และการคิดผลงาน การประสานกับหน่วยงานอื่นๆ ภายนอกระบบสุขภาพมีอย่างจำกัด ๓.ความไม่สมดุลในระบบบุคลากรเน้นบุคลากรเฉพาะทาง ๔.ค่าใช้จ่ายในบริการสุขภาพเพิ่มขึ้นมากอย่างรวดเร็วเนื่องจากเน้นการรักษา การปรับเปลี่ยนเพื่อแก้ไขปัจจัยเหล่านี้ กระทำได้ยากเนื่องจากมีความเฉื่อยในระบบที่มีวิสัยทัศน์แคบ และมุ่งเน้นด้านวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีเป็นหลัก การดำเนินงานต่อไปจึงต้องเปลี่ยนทิศของงาน เน้นที่การปฏิรูปบริการสุขภาพให้ประชากรเป็นฐาน และปรับบริการเป็นเชิงรุกแทนการตั้งรับที่โรงพยาบาล ด้วยการใช้ความสามารถในการคาดคะเนปัญหาสุขภาพ และการเกิดโรคเพื่อเป็นการป้องกันโรคและดักโรคในระยะที่ยังเป็นน้อยอันจะทำให้ได้ผลลัพธ์ดียิ่งขึ้น ทิศที่สองเป็นการทำงานเป็นทีม ให้มีการร่วมมือกันโดยมีส่วนร่วมช่วยเหลือกันอย่างกว้างขวาง ยังให้เกิดความเป็นไปได้ในสภาพที่ขาดแคลนบุคลากร ทิศที่สามคือ การเน้นคุณภาพ

การรับรองคุณภาพการศึกษาเป็นกระบวนการทบทวนและรับรองโดยองค์กรที่ให้การรับรองมาตรฐานและประเมินคุณภาพการศึกษาสำหรับสถาบันหรือหลักสูตรที่ได้รับการรับรองคุณภาพการศึกษาของสถาบันการฝึกอบรมวิชาชีพสุขภาพ เป็นข้อเสนอแนะในแนวทางการเรียนรู้เพื่อการเปลี่ยนแปลงขององค์การอนามัยโลกปี พ.ศ. ๒๕๕๖ⁱⁱ และเป็นตัวชี้วัดหนึ่งของยุทธศาสตร์กำลังคนระดับโลก พ.ศ. ๒๕๗๓ⁱⁱⁱ โดยทุกประเทศจะต้องมีกลไกการรับรองคุณภาพการศึกษาสำหรับสถาบันการศึกษาที่เปิดการฝึกอบรมภายในปี ๒๕๖๓ การรับรองคุณภาพการศึกษาเพื่อความมั่นใจว่าสถาบันหรือหลักสูตรนั้นได้มาตรฐานในการผลิตบุคลากรด้านสุขภาพ ในปัจจุบันยังไม่มีการศึกษาเรื่องการรับรองคุณภาพการศึกษาที่รวบรวมอย่างเป็นระบบวิธีการและองค์กรที่ทำหน้าที่รับรองคุณภาพการศึกษานั้นยังมีความหลากหลายบางประเทศดำเนินการโดยรัฐบาล สมาชิวิชาชีพ สมาคม หรือองค์กรภาคเอกชน อย่างไรก็ตามองค์กรที่รับรองคุณภาพการศึกษาควรจะเป็นอิสระเพื่อป้องกัน conflict of interest เนื่องจากจะต้องรับรองสถาบันทั้งภาครัฐบาลและภาคเอกชน มาตรฐานและระบบการประกันคุณภาพการศึกษายังไม่ชัดเจนทั้งในประเทศที่มีรายได้สูงหรือประเทศที่มีรายได้ระดับปานกลาง ในระดับสากล World Federal Medical Education หรือสหภาพแพทยศาสตรศึกษาโลก ได้กำหนดมาตรฐานการรับรองคุณภาพการศึกษาแพทยศาสตรศึกษาและได้มีการรับรองมาตรฐานการประกันคุณภาพการศึกษาในประเทศต่างๆ

ในประเทศสหรัฐอเมริกาการกำหนดมาตรฐานและคุณภาพของโรงพยาบาลใช้ระบบการรับรองคุณภาพ โดยสถานพยาบาลที่ได้รับการรับรองจะเป็นสถานพยาบาลที่ผู้เข้ารับบริการเชื่อมั่นได้ว่าเป็นสถานพยาบาลที่มีการดูแลรักษาอย่างมีคุณภาพและมีมาตรฐาน แต่จากการศึกษาวิจัยในปัจจุบันพบว่าอัตราการตายหรือการกลับเข้ามารักษาตัวใหม่ในสถานพยาบาลที่ได้รับการรับรองยังไม่ลดลง^{iv,v}

สำหรับประเทศไทย ถึงแม้ว่าสำนักงานรับรองมาตรฐานและประเมินคุณภาพการศึกษา หรือ สมศ. (องค์การมหาชน) และสำนักงานคณะกรรมการอุดมศึกษา (สกอ.) ทำหน้าที่ประเมินระบบการประกันคุณภาพการศึกษาภายในของสถาบันการศึกษาวิชาชีพสุขภาพ และสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) หรือ สรพ. ทำหน้าที่ประเมินระบบงานและการรับรองคุณภาพของสถานพยาบาล กำหนดมาตรฐานของสถานพยาบาลและสนับสนุนกลไกการพัฒนากระบวนการให้บริการที่ดีมีคุณภาพและปลอดภัยอย่างเป็นระบบ แต่ปัจจุบันมาตรฐานการประกันคุณภาพการศึกษาทั้งในเรื่องความรู้และสมรรถนะ ในแต่ละวิชาชีพยังไม่มี ความชัดเจนจึงต้องมีการศึกษาและเรียนรู้ร่วมกัน การประชุมนี้จึงเป็นการสร้างเวทีการเรียนรู้เรื่องการรับรองคุณภาพการศึกษามูลนิธิสุขภาพทุกวิชาชีพในสถานการณปัจจุบันเพื่อวิเคราะห์บริบทและกลไกที่เป็นมาตรฐานและเป็นที่ยอมรับในการรับรองคุณภาพการศึกษามูลนิธิสุขภาพ ตลอดจนความสอดคล้องเชื่อมโยงกับคุณภาพและมาตรฐานการดูแลรักษาโรค

รูปแบบการประชุมครั้งนี้กำหนดขึ้น ๒ วัน เพื่อแลกเปลี่ยนความคิดเห็นในการพัฒนากำลังคนและการศึกษาของบุคลากรสุขภาพเพื่อสร้างความเข้มแข็งของบุคลากรสุขภาพในประเทศไทย และเพื่อเสนอข้อคิดเห็น จากการศึกษา วิจัย และวิเคราะห์สถานการณ์แลกเปลี่ยนเรียนรู้กรณีศึกษา รวมทั้งการวางแผนกำลังคน ด้านสุขภาพ การเสนอกรณีศึกษาที่น่าสนใจ รวมทั้งนิทรรศการจากสภาวิชาชีพต่างๆ เพื่อนำมากำหนดเป็น นโยบายระดับชาติด้านการพัฒนาการศึกษาบุคลากรสุขภาพ โดยเชิญวิทยากรทั้งในและต่างประเทศที่มีความสามารถและประสบการณ์สูงจากทุกภูมิภาคทั่วโลก เพื่อให้ข้อคิดเห็นแลกเปลี่ยนทัศนคติระหว่างผู้เข้าร่วมประชุมองค์กรวิชาชีพสุขภาพทุกวิชาชีพโดยมีผู้เข้าร่วมประชุมระดับผู้บริหาร ทุวิชาชีพสนใจเข้าร่วมประชุมประมาณ ๕๐๐ คน ซึ่งเป็นผู้บริหาร คณาจารย์ ตลอดจนบุคลากรที่เกี่ยวข้องของสถาบันการศึกษา กระทรวงศึกษาธิการ และกระทรวงสาธารณสุข องค์กรวิชาชีพสุขภาพทุกวิชาชีพ

การประชุมวิชาการครั้งนี้ ยึดหลักการมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วน ทั้งภาครัฐและเอกชน การร่วมกัน เตรียมงานอย่างเต็มที่ด้วยความเสียสละของคณะกรรมการจากทุกสาขาวิชาชีพ ซึ่งนับว่าเป็นพลังอันยิ่งใหญ่ ของการพัฒนาการศึกษาบุคลากรสุขภาพในประเทศชาติ เพื่อการมีสุขภาพที่ดีของประชาชน และความเท่าเทียมกันของการเข้าถึงการบริการสุขภาพ

๔. วัตถุประสงค์

- ๔.๑ เพื่อสร้างความเข้าใจ ความมุ่งมั่น และโมเมนตัมในการขับเคลื่อนยุทธศาสตร์สู่การปฏิบัติอย่าง เป็นรูปธรรม
- ๔.๒ เพื่อพัฒนากลไกและกระบวนการมีส่วนร่วมในการขับเคลื่อนการพัฒนาการศึกษาสำหรับ บุคลากรด้านสุขภาพ

๔.๓ เพื่อสนับสนุนการสร้าง จัดการและสื่อสารองค์ความรู้ในเรื่องการพัฒนาการศึกษาสำหรับบุคลากรด้านสุขภาพ

๔.๔ สร้างขีดความสามารถและเครือข่ายความร่วมมือระหว่างสาขาวิชาชีพและระหว่างสถาบันทั้งใน ระดับชาติ และนานาชาติในการ พัฒนาการศึกษามอบบุคลากรด้านสุขภาพ

๔.๕ แลกเปลี่ยนเรียนรู้นวัตกรรมทางการศึกษาวิชาชีพสุขภาพ และร่วมสร้างงานวิจัยในพื้นที่เพื่อนำ องค์ความรู้ ต่อยอดและขยายในการพัฒนาการศึกษาวิชาชีพสุขภาพเพื่อสุขภาพคนไทยที่ดีขึ้น

๕. รูปแบบการดำเนินงาน

๕.๑ จัดประชุมวิชาการระดับชาติ (National Forum) ปีละ ๑ ครั้ง ระหว่างปี พ.ศ. ๒๕๕๗ - พ.ศ. ๒๕๖๒ รวม ๖ ครั้ง โดยเป็นกิจกรรมวิชาการและการขับเคลื่อนนโยบายและยุทธศาสตร์ไปพร้อมกัน ได้แก่ การบรรยายจากวิทยากร ผู้ทรงคุณวุฒิที่มีชื่อเสียง ตลอดจนปราชญ์ชาวบ้าน และได้รับการยอมรับ ในระดับชาติและนานาชาติ การนำเสนอ ผลงานวิจัยและนวัตกรรมการเรียนการสอน การแลกเปลี่ยน เรียนรู้ การขับเคลื่อนยุทธศาสตร์ในประเด็นสำคัญๆ และการ สร้างเครือข่ายความร่วมมือ

๕.๒ ผู้เข้าร่วมประชุม ประมาณ ๕๐๐ คน ตั้งแต่ผู้บริหารและผู้ปฏิบัติการจากทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง ทั้งสถาบันการศึกษา สภาวิชาชีพ กระทรวงสาธารณสุข กระทรวงศึกษาธิการ องค์กรอิสระด้าน สุขภาพ องค์กรปกครอง ส่วนท้องถิ่น (อปท.) ภาคประชาสังคม ผู้ใช้บริการสุขภาพ ภาคเอกชน และอื่นๆ

๕.๓ หัวข้อประเด็นหลัก (Theme) ในการประชุมแต่ละปี กำหนดโดยความสอดคล้องกับประเด็นยุทธศาสตร์ และวัตถุประสงค์ของการประชุม ดังนี้

- พ.ศ. ๒๕๕๗ “ปฏิรูปสถาบัน สู่นวัตกรรมเรียนรู้ เพื่อสุขภาพ” “Institutional Reform towards Learning Society for Health”
- พ.ศ. ๒๕๕๘ “ปฏิรูปการเรียนรู้ สู่นวัตกรรมและหัวใจ” “Instructional Reform for Competent and Humanized Health Professionals”
- พ.ศ. ๒๕๕๙ “เรียนร่วมวิชาชีพ สู่ทีมสุขภาพไทย” “IPE towards Thai Health Team”
- พ.ศ. ๒๕๖๐ “เทคโนโลยีสารสนเทศ เสริมพลัง สร้างวิชาชีพสุขภาพ” “ICT to empower health professional education”
- พ.ศ. ๒๕๖๑ “ผนึกพลังภาคี ปฏิรูประบบสุขภาพ (Synergizing partners: the key for health systems reform)”

- คณะกายภาพบำบัด มหาวิทยาลัยต่างๆ ทั่วประเทศ
- คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยต่างๆ ทั่วประเทศ
- คณะสัตวแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยต่างๆ ทั่วประเทศ.
- คณะการแพทย์แผนไทย มหาวิทยาลัยต่างๆ ทั่วประเทศ

๙. ระยะเวลาการดำเนินงาน

เริ่มเตรียมการตั้งแต่มกราคม พ.ศ.๒๕๖๒ สิ้นสุดการดำเนินงานมกราคม พ.ศ.๒๕๖๓

๑๐. แผนการดำเนินงาน

๑๐.๑ จัดประชุมเตรียมงาน

๑๐.๒ จัดประชุมคณะกรรมการขับเคลื่อนแผนยุทธศาสตร์พัฒนาการศึกษาสำหรับบุคลากรด้าน สุขภาพใน ศตวรรษที่ ๒๑ (พ.ศ.๒๕๕๗ - ๒๕๖๑) เพื่อวางนโยบายและพิจารณาการจัดการประชุม วิชาการระดับชาติ ตลอดจน แต่งตั้งคณะอนุกรรมการ ได้แก่

๑๐.๒.๑ คณะอนุกรรมการดำเนินงานจัดการประชุมวิชาการระดับชาติเพื่อการพัฒนาการศึกษา สำหรับบุคลากรด้านสุขภาพ (อศบส.)

๑๐.๒.๒ คณะอนุกรรมการขับเคลื่อนประเด็นยุทธศาสตร์กำหนดนโยบายการจัดการศึกษา และการ จัดการความรู้สำหรับบุคลากรด้านสุขภาพ

๑๐.๒.๓ คณะอนุกรรมการขับเคลื่อนประเด็นยุทธศาสตร์ปฏิรูปการบริหารจัดการในสถาบันการศึกษา หลักสูตรและกระบวนการเรียนรู้และระบบสารสนเทศ

๑๐.๒.๔ คณะอนุกรรมการขับเคลื่อนประเด็นยุทธศาสตร์การสร้างความร่วมมือและ เครือข่ายระหว่าง ผู้ผลิตและผู้ให้บริการด้านสุขภาพ

๑๐.๒.๕ คณะอนุกรรมการพัฒนาตัวชี้วัดและประเมินผล

๑๐.๒.๖ คณะอนุกรรมการการศึกษาวิชาชีพสุขภาพแบบสหสาขาวิชา (Interprofessional Education)

เพื่อกำหนดรูปแบบและกิจกรรมในการจัดประชุม ให้บรรลุวัตถุประสงค์ และดำเนินการบริหาร จัดการประชุม ตามรูปแบบและกิจกรรมที่กำหนดดำเนินการประเมินผลการประชุม และรายงานผลการประชุม ตลอดจนแต่งตั้ง คณะอนุกรรมการเฉพาะกิจหรือคณะทำงานได้ตามความเหมาะสม

๑๑. การประเมินผล

จากการตอบแบบสอบถาม การสัมภาษณ์และจากการบันทึกจำนวนผู้เข้าร่วมประชุม



การประชุมวิชาการประจำปีระดับชาติ “การพัฒนาศึกษาสำหรับบุคลากรด้านสุขภาพ” ครั้งที่ 6
(6th Annual National Health Professional Education Reform Forum)

“ประกันคุณภาพเชิงสร้างสรรค์ สู่คุณภาพการศึกษา – Creative accreditation for better quality education”

ระหว่างวันที่ 25-26 พฤศจิกายน พ.ศ. 2562 ณ โรงแรม เดอะ สุกอสล กรุงเทพฯ – November 25th-26th, 2019 at The Sukosol Bangkok Hotel

วันจันทร์ที่ 25 พฤศจิกายน 2562

พิธีกร ภก.ดร.วีระพงษ์ ประสงค์จีน คณะเภสัชศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย (TBC)

ผศ.ดร.ชญ.อมราพร วงศ์รักษพานิช คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล (TBC)

08:00-08:45	ลงทะเบียน
09:00-09:15	พิธีเปิด
09:15-10:00	Plenary Session 1 Keynote Speech 1: “Creative accreditation for better quality education” By Professor David Gordon President of World Federation for Medical Education (WFME)
10:00-10:30	พักรับประทานอาหารว่าง
10:30-11:00	Plenary Session 2 Keynote Speech 2: “นโยบายการประกันคุณภาพการศึกษาด้านสุขภาพ” (Accreditation policy for quality health professional education) โดย รศ.นพ.สรนิต ศิลธรรม ปลัดกระทรวงการอุดมศึกษา วิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรม
11:00-12:00	Plenary Session 3 ได้วาที เรื่อง ประกันคุณภาพ : ช่วยหรือซ้ำ วิทยากรฝ่ายสนับสนุน 1) ภก.ดร.วีระพงษ์ ประสงค์จีน คณะเภสัชศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย 2) ผศ.ดร.กานดา ชัยปัญญา คณบดีวิทยาลัยนานาชาติ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ (TBC) 3) ผศ.น.สพ.ดร. ปวีร์วรรต พูลเพิ่ม อธิการบดีคณะสัตวแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ วิทยากรฝ่ายค้าน 1) ผศ.ดร.วัฒนา ชยธวัช คณะการแพทย์แผนตะวันออก มหาวิทยาลัยรังสิต (TBC) 2) ผศ.ดร.พรพรรณ วรสีหะ คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา 3) รศ.ประสานรายชื่อ (สาขาเทคนิคการแพทย์) (TBC) ผู้ดำเนินรายการ 1) ผศ.นพ.จิโรจน์ สุรพันธุ์ รองคณบดีด้านการศึกษาคณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช ผู้ประสานงาน 1) ผศ.นพ.จิโรจน์ สุรพันธุ์ รองคณบดีด้านการศึกษาคณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช 2) 3)
12:00-13:00	รับประทานอาหารกลางวัน

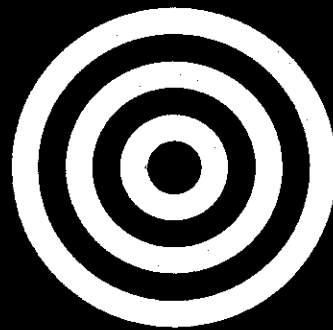
08:00-09:00	ลงทะเบียน		
09:00-10:00	Plenary Session 4 Panel discussion: International Accreditation Experience วิทยากร 1) ศ.นพ.พงษ์ศักดิ์ วรรณไกรโรจน์ ประธานคณะกรรมการขับเคลื่อนประเด็นยุทธศาสตร์ปฏิรูปการบริหารจัดการในสถาบันการศึกษาหลักสูตรและกระบวนการเรียนรู้และระบบสารสนเทศ (I-Reform) 2) วิทยากรจากประเทศญี่ปุ่น (TBC) ผู้ดำเนินรายการ (TBC)		
10:00-10:30	พักรับประทานอาหารว่าง และชมนิทรรศการ		
10:45-12:00	Plenary Session 5 Panel discussion: Challenges in accreditation วิทยากร 1) รศ.ดร.รัชนา ศานติยานนท์ นายกสมาคมเทคนิคการแพทย์แห่งประเทศไทย 2) รศ.ดร.วราภรณ์ สวัสดิ์ รุ่งเรือง รองคณบดีฝ่ายวิชาการและพัฒนาคุณภาพการศึกษา คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น 3) รศ.ดร.ภก.สมภพ ประธานธรรมาภิบาล รองอธิการบดีฝ่ายคุณภาพการศึกษา มหาวิทยาลัยมหิดล (TBC) 4) อ.น.สพ.ดร.เจนภพ สว่างเมฆ ผู้ช่วยคณบดีฝ่ายสัตวแพทยศาสตร์ศึกษาและรับรองหลักสูตร คณะสัตวแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย 5) นพ.นพพร ชื่นกลิ่น ผู้อำนวยการสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) ผู้ดำเนินรายการ 1) ผศ.สพ.ญ.ดร.ศิริพร เพียรสุขมณี คณะสัตวแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ผู้ประสานงาน 1) ผศ.สพ.ญ.ดร.ศิริพร เพียรสุขมณี คณะสัตวแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ 2) 3)		
12:00-13:00	รับประทานอาหารกลางวัน		
13:00-15:30	Parallel Sessions: ห้อง Kamoltip 1-3		
	ห้องกมลทิพย์ 1	ห้องกมลทิพย์ 2	ห้องกมลทิพย์ 3
13:00-14:30	Parallel Session 6 Bridging institution and accreditation by IT (1 ชม. 30 นาที) วิทยากร 1) ผศ.ดร.พูลสิทธิ์ หิรัญสาย รักษาการผู้อำนวยการศูนย์นวัตกรรมกรรมการเรียนและการสอน มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์ 2) ผศ.ดร.เด่นพงษ์ สุดภักดี รองอธิการบดีฝ่ายพัฒนา มหาวิทยาลัยดิจิทัล มหาวิทยาลัยขอนแก่น	Parallel Session 7 Good Practices (1 ชม. 30 นาที) วิทยากร 1) ทพญ.ภรณ์ ขวาลุติ ทันตแพทย์เชี่ยวชาญ โรงพยาบาลสวนปรุง กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข 2) ดร.เรณู พุกบุญมี ผู้อำนวยการ โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล	Parallel Session 8 Research/Impact of Accreditation (1 ชม. 30 นาที) Impacts of accreditation on quality of education : Story telling วิทยากร 1) ผศ.สพ.ญ.ยุวดี คงภิมย์ชื่น ที่ปรึกษาวิชาการและรองคณบดี ฝ่ายกิจการนักศึกษาและกิจการพิเศษ คณะสัตวแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลตะวันออก

	ห้องกมลทิพย์ 1	ห้องกมลทิพย์ 2	ห้องกมลทิพย์ 3
	<p>3) รศ.ดร.บวร ปัทสราทร คณะเทคโนโลยีสารสนเทศ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีพระจอมเกล้าธนบุรี</p> <p>ผู้ดำเนินรายการ (TBC)</p> <p>ผู้ประสานงาน 1) 2) 3)</p>	<p>3) อ.ดร.เลิศยศ ตรีรัตน์ไพบูลย์ รองคณบดีฝ่ายยุทธศาสตร์และพัฒนาคุณภาพ คณะเทคนิคการแพทย์ มหาวิทยาลัยมหิดล (TBC)</p> <p>4) ผศ.ดร.วรินทร์ กลตยาเกียรติ คณะกายภาพบำบัด มหาวิทยาลัยมหิดล</p> <p>5) เพิ่มเติม: รอกการประสานแจ้งวิทยากรในแต่ละสาขาเพื่อรับการพิจารณาคัดเลือก (TBC)</p> <p>ผู้ดำเนินรายการ 1) ดร.ธัญธิตา วิสัยจร ผู้อำนวยการศูนย์วิจัยและนวัตกรรม สถาบันการพยาบาลศรีสวรินทิรา สภากาชาดไทย</p> <p>ผู้ประสานงาน 1) ดร.ธัญธิตา วิสัยจร ผู้อำนวยการศูนย์วิจัยและนวัตกรรม สถาบันการพยาบาลศรีสวรินทิรา สภากาชาดไทย 2) 3)</p>	<p>2) ดร.ปิ่นนเรศ กาศอุดม ผู้อำนวยการ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี แพร่</p> <p>3) อ.ดร.ปิยาภรณ์ แสนศิลา หัวหน้าสาขาวิชาแพทย์แผนไทยประยุกต์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม</p> <p>4) อ.ทญ.ดร.อุไรวรรณ โชคชนะชัยสกุล ผู้ช่วยคณบดีฝ่ายวางแผนและประกันคุณภาพ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย</p> <p>5) รศ.ดร.ตรุณี รุจกรกานต์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม (TBC)</p> <p>ผู้ดำเนินรายการ 1) ผศ.นพ.จิโรจน์ สุรพันธุ์ รองคณบดีด้านการศึกษาคณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล</p> <p>ผู้ประสานงาน 1) ผศ.นพ.จิโรจน์ สุรพันธุ์ รองคณบดีด้านการศึกษาคณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล 2) 3)</p>
14:30-15:10	<p>Parallel Session 9</p> <p>ก้าวต่อไปของ CHE QA Online (Commission on Higher Education Quality Assessment online system) (40 นาที)</p> <p>วิทยากร 1) น.ส.นุชนภา รื่นอบเชย ผู้อำนวยการสำนักมาตรฐาน และประเมินผลอุดมศึกษา</p> <p>ผู้ดำเนินรายการ 1) ผศ.ดร.ภก.อนุชัย อีระเรืองไชยศรี รองคณบดีฝ่ายนวัตกรรมการศึกษา จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย</p> <p>ผู้ประสานงาน 1) ผศ.ดร.ภก.อนุชัย อีระเรืองไชยศรี รองคณบดีฝ่ายนวัตกรรมการศึกษา จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย 2) 3)</p>		
15:30-16:30	<p>After Action Review (AAR) for International Delegates (Room to be confirmed)</p>		

*CHE QA Online (Commission on Higher Education Quality Assessment online system) คือ ระบบฐานข้อมูลด้านการประกันคุณภาพการศึกษา ระบบ CHE QA Online เป็นระบบที่ใช้ในการจัดทำ “รายงานการประเมินตนเอง(SAR)” ในระดับสถาบัน คณะ และหน่วยงาน โดยสถาบันและทุกหน่วยงาน จะต้องบันทึกข้อมูลต่างๆ ลงในระบบฐานข้อมูล CHE QA Online ที่ สกอ.



แผนพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพแห่งชาติ ระยะ ๑๐ ปี (พ.ศ.๒๕๖๑-๒๕๗๐)



กระทรวงสาธารณสุข
สุขภาพแห่งชาติ



สำนักงาน
หลักประกัน
สุขภาพแห่งชาติ

สารบัญ

๑. ความเป็นมา	๑
๒. สถานการณ์กำลังคนด้านสุขภาพ	๓
๓. ปัจจัยสำคัญที่จะส่งผลกระทบต่อกำลังคนด้านสุขภาพ	๕
๔. นโยบายและยุทธศาสตร์ที่เกี่ยวข้อง	๗
๕. ระบบบริการสุขภาพที่พึงประสงค์ของประเทศไทยในอนาคต	๘
๖. กระบวนการจัดทำแผนพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพแห่งชาติ ระยะ ๑๐ ปี (พ.ศ.๒๕๖๑-๒๕๗๐)	๙
๗. หลักการสำคัญของแผนพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพ ระยะ ๑๐ ปี (พ.ศ.๒๕๖๑-๒๕๗๐)	๑๐
๘. วิสัยทัศน์ และ พันธกิจ	๑๐
๙. เป้าประสงค์	๑๑
๑๐. แผนพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพแห่งชาติ ระยะ ๑๐ ปี (พ.ศ.๒๕๖๑-๒๕๗๐)	๑๑
แผนที่ ๑ สร้างและพัฒนากลไกนโยบายกำลังคนด้านสุขภาพของประเทศ ภายใต้การบูรณาการของทุกภาคส่วนให้มีประสิทธิภาพและเป็นเอกภาพ	๑๒
แผนที่ ๒ ปฏิรูประบบการผลิตและพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพ เพื่อตอบสนองความต้องการของระบบสุขภาพที่เป็นพลวัต	๑๖
แผนที่ ๓ ปฏิรูประบบการบริหารจัดการกำลังคนด้านสุขภาพ เพื่อลดความเหลื่อมล้ำในการเข้าถึงบริการภายใต้ค่าใช้จ่ายที่เหมาะสม	๑๙
แผนที่ ๔ พัฒนาระบบข้อมูลสารสนเทศดิจิทัลกำลังคนด้านสุขภาพ ที่เป็นเอกภาพและมีประสิทธิภาพ	๒๒
๑๑. กลไกการดำเนินการ กำกับติดตาม และประเมินแผน	๒๔
ภาคผนวก ๑ คณะอนุกรรมการพัฒนาแผนยุทธศาสตร์ทศวรรษกำลังคนด้านสุขภาพ พ.ศ.๒๕๖๐-๒๕๖๙	๒๕
ภาคผนวก ๒ คณะทำงานวิชาการร่างแผนยุทธศาสตร์ทศวรรษกำลังคนด้านสุขภาพ พ.ศ.๒๕๖๐-๒๕๖๙	๒๗
ภาคผนวก ๓ สถานการณ์กำลังคนรองรับในระบบบริการสุขภาพของประเทศไทย	๒๙
ภาคผนวก ๔ ปัจจัยสำคัญที่ส่งผลกระทบต่อกำลังคนด้านสุขภาพ	๔๑
ภาคผนวก ๕ กรอบนโยบายที่เกี่ยวข้อง	๔๕
ภาคผนวก ๖ (ร่าง) แผนที่ ๒ ปฏิรูประบบการผลิตและพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพเพื่อสนับสนุน การพัฒนาการศึกษาสำหรับบุคลากรด้านสุขภาพในศตวรรษที่ ๒๑	๕๓

แผนพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพแห่งชาติ ระยะ ๑๐ ปี (พ.ศ.๒๕๖๑-๒๕๗๐)

๑. ความเป็นมา

กำลังคนด้านสุขภาพ (Human Resources for Health)^๑ เป็นทรัพยากรที่มีความสำคัญในระบบสุขภาพ เป็นปัจจัยแห่งความสำเร็จหรือความล้มเหลวของการดำเนินงานด้านสุขภาพ เพราะเป็นทั้งผู้สร้างและผู้นำเทคโนโลยีด้านสุขภาพไปใช้ อีกทั้งเป็นผู้บริหารจัดการระบบบริการสุขภาพ เพื่อให้เกิดสุขภาพที่ดีขึ้นในหมู่ประชาชน ดังนั้น ในการพัฒนาสุขภาพของประชาชน และยกระดับขีดความสามารถในการแข่งขันของประเทศระบบสุขภาพจำเป็นต้องมีกำลังคนที่เพียงพอ มีการกระจายอย่างเท่าเทียม มีสัดส่วนประเภทกำลังคนที่เหมาะสม มีกำลังคนที่มีความรู้ความสามารถ และมีแรงจูงใจในการปฏิบัติงาน มีกระบวนการมีส่วนร่วมจากภาคประชาชน ทั้งนี้ ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพต้องมีความเหมาะสมด้วย ดังนั้น การจัดทำแผนพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพแห่งชาติ ควรครอบคลุมกำลังคนด้านสุขภาพทั้งภาครัฐและเอกชน รวมถึงมีการวางแผนความต้องการ การผลิต และการบริหารจัดการเพื่อให้เกิดประสิทธิภาพสูงสุด สอดคล้องกับวิสัยทัศน์ประเทศไทยและยุทธศาสตร์ ๒๐ ปี รวมทั้งสามารถตอบสนองทิศทางการพัฒนาระบบสุขภาพของประเทศและความท้าทายในอนาคต

แผนยุทธศาสตร์ทศวรรษกำลังคนด้านสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.๒๕๕๐-๒๕๕๙ ได้รับการเห็นชอบโดยคณะรัฐมนตรีเมื่อวันที่ ๒๔ เมษายน พ.ศ.๒๕๕๐ ให้ใช้เป็นแผนยุทธศาสตร์หลักในการพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพของประเทศในช่วงทศวรรษที่ผ่านมา โดยกำหนดให้ “คณะกรรมการกำลังคนด้านสุขภาพแห่งชาติ” เป็นกลไกหลักในการขับเคลื่อนแผนยุทธศาสตร์ไปสู่การปฏิบัติที่เป็นรูปธรรม

สาระสำคัญของแผนยุทธศาสตร์ทศวรรษกำลังคนด้านสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.๒๕๕๐-๒๕๕๙ ประกอบด้วย ๕ ยุทธศาสตร์ ได้แก่

- ๑) สร้างและพัฒนากลไกในการกำหนดนโยบายและยุทธศาสตร์กำลังคนด้านสุขภาพที่สอดคล้องกับระบบสุขภาพของประเทศ

^๑ กำลังคนด้านสุขภาพ หมายความว่า บุคคลหรือกลุ่มบุคคลที่มีบทบาทในด้านการสร้างเสริมสุขภาพ การรักษาพยาบาล การป้องกันโรค และการฟื้นฟูสมรรถภาพ ซึ่งรวมถึงบุคลากรด้านสาธารณสุข ผู้ประกอบวิชาชีพด้านสาธารณสุข บุคลากรสายสนับสนุน บุคลากรทางการแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้านและการแพทย์ทางเลือกอื่น อาสาสมัครด้านสุขภาพต่างๆ แกนนำและเครือข่ายสุขภาพ ตลอดจนบุคคลต่างๆ ที่ทำหน้าที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ (ธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ ๒ พ.ศ.๒๕๕๙)

- ๒) ปรับเปลี่ยนระบบการผลิตและพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพเพื่อให้ได้กำลังคนที่เพียงพอ สามารถตอบสนองต่อความต้องการด้านสุขภาพของประชาชน มีความสอดคล้องกับระบบบริการสุขภาพ และระบบอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง นำไปสู่การสร้างความเสมอภาคในระบบสุขภาพ
- ๓) ปรับเปลี่ยนระบบการบริหารจัดการกำลังคนด้านสุขภาพเพื่อให้มีการกระจายบุคลากรอย่างเป็นธรรม สามารถคงอยู่ในระบบและสามารถปฏิบัติงานได้อย่างมีประสิทธิภาพและมีความสุข
- ๔) สร้างและการจัดการความรู้เพื่อนำไปสู่การพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพที่มีประสิทธิภาพ และสอดคล้องกับบริบทของระบบสุขภาพ ของประเทศ และ
- ๕) ส่งเสริมและพัฒนาภูมิปัญญาไทยและผู้ดูแลสุขภาพในชุมชน ให้มีบทบาทในการดูแลปัญหาสุขภาพของประชาชนในระดับพื้นที่และส่งเสริมสุขภาพของชุมชน

ปัจจุบันการดำเนินงานตามแผนยุทธศาสตร์ทศวรรษกำลังคนด้านสุขภาพแห่งชาติฯ ได้ดำเนินการมาครบแผน ๑๐ ปี ในช่วงที่ผ่านมาคณะกรรมการกำลังคนด้านสุขภาพแห่งชาติ กระทรวงสาธารณสุข และหน่วยงานต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง ได้มีการขับเคลื่อนแผนยุทธศาสตร์ในประเด็นต่างๆ มาระดับหนึ่ง จึงเห็นสมควรให้มีการทบทวนแผนยุทธศาสตร์ดังกล่าว รวมถึงการวิเคราะห์ปัจจัยเงื่อนไขสำคัญที่ส่งผลต่อความสำเร็จในการขับเคลื่อนแผนฯ พร้อมจัดทำข้อเสนอเพื่อให้การขับเคลื่อนแผนยุทธศาสตร์ทศวรรษกำลังคนด้านสุขภาพฯ เป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพตามเจตนารมณ์

คณะกรรมการกำลังคนด้านสุขภาพแห่งชาติ ได้แต่งตั้ง “คณะอนุกรรมการพัฒนาแผนยุทธศาสตร์ทศวรรษกำลังคนด้านสุขภาพ พ.ศ.๒๕๖๐-๒๕๖๙”^๒ ที่ประกอบด้วยผู้ที่เกี่ยวข้องจากภาคส่วนต่างๆ โดยมีบทบาทหน้าที่ในการทบทวนการดำเนินนโยบายที่เกี่ยวกับงานกำลังคนด้านสุขภาพ ตลอดจนสังเคราะห์ระบบบริการสุขภาพในอนาคต เพื่อนำมากำหนดแผนยุทธศาสตร์กำลังคนด้านสุขภาพให้ครอบคลุมบริบทของการเปลี่ยนแปลงต่างๆ ในอนาคต ๑๐ ปี

^๒ แผนพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพแห่งชาติ ระยะ ๑๐ ปี ฉบับนี้ ได้ปรับช่วงเวลาเป็นระหว่าง พ.ศ.๒๕๖๑-๒๕๗๐ เพื่อให้สอดคล้องกับช่วงเวลาที่เป็นนโยบายยุทธศาสตร์ชาติและแผนอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง

๒. สถานการณ์กำลังคนด้านสุขภาพ

ปัจจุบันกำลังคนด้านสุขภาพในวิชาชีพต่างๆ เพิ่มจำนวนขึ้นมากกว่าในอดีตพอสมควร จากการที่รัฐมีนโยบายเพิ่มการผลิตอย่างต่อเนื่อง จำนวนบุคลากรในวิชาชีพต่างๆ แสดงในตารางที่ ๑

ตารางที่ ๑ จำนวนกำลังคนด้านสุขภาพสาขาอาชีพต่างๆ ที่มีอยู่ในปัจจุบัน

	จำนวนที่มีอยู่(คน)	สัดส่วนต่อประชากร	แหล่งข้อมูล
กลุ่มวิชาชีพ			
๑. แพทย์	๕๐,๕๗๓	๑,๒๙๒	จำนวนแพทย์ที่ขึ้นทะเบียน แพทยสภา (๓๑ ธ.ค.๒๕๕๘)
๒. พยาบาล	๑๕๘,๓๑๗	๔,๑๙	สภาการพยาบาล (๒๕๕๙)
๓. ทันตบุคลากร			
• ทันตแพทย์	๑๑,๕๗๕	๕,๖๔๓	สำนักทันตสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข (๒๕๕๘)
• ทันตภิบาล	๖,๘๑๘	๙,๕๘๑	สำนักทันตสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข (๒๕๕๘)
๔. เภสัชกร	๒๖,๑๘๗	๒,๔๙๔	สภาเภสัชกรรม (๒๕๕๗)
๕. เทคนิคการแพทย์	๑๕,๒๐๐	๔,๒๙๘	สภาเทคนิคการแพทย์
๖. กายภาพบำบัด	๑๐,๐๖๕ (Active ๔,๓๕๕)	๖,๕๙๐ (Active ๑๔,๙๙๙)	สภากายภาพบำบัด
๗. สัตวแพทย์	๘,๐๐๐	๘,๑๖๕	สัตวแพทยสภา
๘. สาธารณสุข			
• นักวิชาการสาธารณสุข	๒๗,๐๓๕	๒,๔๑๖	http://gishealth.moph.go.th/healthmap/resource.php สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข
• เจ้าหน้าที่งานสาธารณสุขชุมชน	๒๗,๐๐๖	๒,๔๑๙	http://gishealth.moph.go.th/healthmap/resource.php สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข
๙. แพทย์แผนไทย/แผนไทยประยุกต์	๓๐,๓๗๑	๒,๑๕๑	สภาการแพทย์แผนไทย (๒๕๕๙)

อย่างไรก็ตามถึงแม้ว่า ผลของการเพิ่มการผลิต ตลอดระยะเวลากว่า ๒๐ ปีที่ผ่านมา โดยเน้นการรับนักศึกษาจากชนบทและการบังคับการทำงานชดใช้ทุนหลังจบการศึกษา (Compulsory Service) เช่น โครงการผลิตแพทย์เพิ่มเพื่อชาวชนบท การผลิตพยาบาลของกระทรวงสาธารณสุข และสถาบันการศึกษาพยาบาลภาครัฐ รวมทั้ง นโยบายการเพิ่มค่าตอบแทนประเภท Hardship allowance เพื่อดึงดูดบุคลากรไว้ในชนบท นโยบายการให้ทุนการศึกษาต่อ รวมทั้งการบรรจุเข้ารับราชการ ซึ่งเป็นปัจจัยจุดที่มีความสำคัญต่อกำลังคนโดยเฉพาะพยาบาลวิชาชีพอย่างมาก ทำให้มีกำลังคนด้านสุขภาพ ๔ สาขาหลัก ได้แก่ แพทย์ ทันตแพทย์ เกษษกร และ พยาบาลวิชาชีพ เพิ่มขึ้นอย่างเห็นได้ชัดเจนเมื่อเปรียบเทียบกับในอดีต แต่อย่างไรก็ตามยังมีปัญหาการกระจายของกำลังคนในสาขาต่างๆระหว่างในเขตเมือง โดยเฉพาะอย่างยิ่ง กรุงเทพมหานครและพื้นที่ชนบทอยู่

สถานการณ์การผลิตกำลังคนด้านสุขภาพในปัจจุบัน

ศักยภาพของสถาบันการศึกษาในการผลิตบุคลากรด้านสุขภาพของประเทศไทยเพิ่มขึ้นมาเป็นลำดับ นับตั้งแต่ปี พ.ศ.๒๕๓๕ เป็นต้นมาที่เริ่มมีโครงการผลิตแพทย์ พยาบาลเพิ่ม จนกระทั่งปัจจุบัน มีการผลิตกำลังคนด้านสุขภาพทั้งจากสถาบันการศึกษาภาครัฐและเอกชน อย่างไรก็ตามเมื่อเปรียบเทียบกับประเทศในภูมิภาคอาเซียน พบว่า ในปี ๒๕๕๙ ประเทศไทย มีการผลิตแพทย์ ในอัตรา ๔.๕๘ คนต่อประชากรแสนคนต่อปี และมีการผลิตพยาบาล ๑๔.๗๘ คน ต่อประชากรแสนคนต่อปี ซึ่งอยู่อันดับ ๗ ของภูมิภาค ในขณะที่มาเลเซีย มีความสามารถในการผลิตแพทย์ และพยาบาล ในอัตรา ๑๒ และ ๓๒.๘ คนต่อประชากรแสนคนต่อปี ตามลำดับ เช่นเดียวกับเวียดนาม ที่มีแผนเพิ่มการผลิตแพทย์ และพยาบาล ในสัดส่วน ๑๑.๖ คนต่อประชากรแสนคนต่อปี

ศักยภาพในการผลิตกำลังคนด้านสุขภาพทั้งจากภาครัฐและเอกชน แสดงในตารางที่ ๒ อย่างไรก็ตาม ไม่ได้รวมถึงบุคลากรที่จบการศึกษาจากต่างประเทศ ซึ่งในแต่ละวิชาชีพมีจำนวนไม่มากนัก

ตารางที่ ๒ ความสามารถในการผลิตกำลังคนด้านสุขภาพสาขาอาชีพต่างๆ

	จำนวนแหล่งผลิต			อัตราการผลิต(คน) /ปี
	รัฐ	เอกชน	รวม	
กลุ่มวิชาชีพ				
๑. แพทย์	๑๙	๒	๒๑	๓,๑๒๑
๒. พยาบาล	๖๓	๒๓	๘๖	๑๑,๐๐๐
๓. ทันตบุคลากร				
● ทันตแพทย์	๑๑	๒	๑๓	๖๑๖ (เพิ่มเป็น ๘๒๖)
● ทันตภิบาล	๗	๐	๗	๔๐๐ (มีผู้สมัคร ๗๕%)
๔. เภสัชกร	๑๔	๕	๑๙	๒,๐๐๐
๕. เทคนิคการแพทย์	๑๑	๔	๑๕	๑,๑๔๘ (ข้อมูลรับเข้าปี ๖๐)
๖. กายภาพบำบัด	๑๒	๔	๑๖	๘๕๐-๙๐๐
๗. สัตวแพทย์	N/A	N/A	๙	๖๕๐
๘. สาธารณสุข	๕๑	๑๘	๖๙	๑๐,๙๘๘-๑๔,๑๙๗*
๙. แพทย์แผนไทย/แผนไทยประยุกต์	N/A	N/A	๒๗	๑,๐๘๐

* จำนวนนักศึกษาที่กำลังศึกษาอยู่จริง สํารวจโดยสถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข

๓. ปัจจัยสำคัญที่จะส่งผลกระทบต่อกำลังคนด้านสุขภาพ

ระบบสุขภาพไทยในปัจจุบันกำลังเผชิญกับสถานการณ์ที่ทำนายจากการเปลี่ยนแปลงที่รวดเร็วรอบด้าน ซึ่งเมื่อพิจารณาแนวโน้มการเปลี่ยนแปลงในบริบทระดับมหภาคแล้วจะพบว่า มีประเด็นหลักๆ ที่น่าจะส่งผลกระทบต่ออย่างชัดเจนต่อระบบสุขภาพอยู่ ๖ ประการ คือ

- ๑) การเปลี่ยนแปลงประชากรทั้งในส่วนของการเข้าสู่สังคมสูงอายุ การขยายตัวของเมือง การย้ายถิ่น และการเพิ่มสัดส่วนของชนชั้นกลาง
- ๒) ระบบต่างๆ จะมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะวิกฤติ(shock) มากขึ้น ทั้งจากสาธารณสุขภัยต่างๆ การระบาดของโรคติดเชื้อและภาวะถดถอยทางเศรษฐกิจ
- ๓) ทรัพยากรและงบประมาณโดยเฉพาะจากส่วนกลางจำกัด เนื่องมาจากความไม่แน่นอนทางการเมือง ส่งผลต่อบทบาทกลไกภาครัฐ ในขณะที่บทบาทท้องถิ่นและกลุ่มสังคมมีมากขึ้น
- ๔) ในขณะเดียวกัน บทบาทของปัจจัยและบริบทนอกประเทศ ทั้งในส่วนของประเทศที่มีพรมแดนติดต่อกัน (cross border) ในระดับภูมิภาค และในระดับโลก มีความสำคัญมากขึ้น

- ๕) เทคโนโลยีสารสนเทศศาสตร์ทางสุขภาพ (Health information technology: HIT) นำไปสู่เครื่องมือใหม่ๆ ให้ประชาชนทั่วไปมีส่วนร่วมในการจัดการตนเอง รวมถึงการจัดการสุขภาพมากขึ้น
- ๖) ความเหลื่อมล้ำในด้านต่างๆ ยังคงมีอยู่อย่างต่อเนื่องและปัญหาที่ตามมา

การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างของประชากรทำให้เข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างรวดเร็ว โดยคาดประมาณว่าในอีก ๓ ปีข้างหน้าประเทศไทยจะเป็นสังคมสูงอายุอย่างสมบูรณ์ รวมทั้งการเปลี่ยนแปลงทางระบาดวิทยาที่ประชาชน มีแนวโน้มเจ็บป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อ และความเจ็บป่วยเรื้อรัง รวมทั้งปัญหาความเสื่อมของร่างกายที่ทำให้ผู้สูงอายุอยู่ในภาวะที่ต้องพึ่งพา ในขณะที่ประชากรวัยเด็กและวัยแรงงานลดลง จนอาจเกิดปัญหาการขาดแคลนแรงงานที่จะให้บริการด้านสุขภาพ รวมทั้งการเปลี่ยนแปลงทางสังคมเศรษฐกิจ มีการขยายตัวของความเป็นสังคมเมือง มีการเชื่อมต่อการค้าการลงทุนทั่วโลก ตลอดจนความก้าวหน้าทางวิทยาศาสตร์ และการใช้เทคโนโลยีในทางการแพทย์ การขยายตัวของสื่อสังคมออนไลน์ และความแพร่หลายของข้อมูลข่าวสาร ที่ทำให้ประชาชนมีความคาดหวังต่อคุณภาพของระบบบริการมากขึ้น รวมทั้งความครอบคลุมของหลักประกันสุขภาพ ที่มีการขยายชุดสิทธิประโยชน์ และทำให้ประชาชนเข้าถึงบริการเพิ่มมากขึ้น ในขณะที่งบประมาณภาครัฐเริ่มมีจำกัด ไม่เพียงพอต่อการเพิ่มขึ้นของค่าใช้จ่ายด้านสาธารณสุข

ขณะเดียวกัน นอกเหนือจากการเปลี่ยนแปลงในบริบทมหภาคแล้ว แนวโน้มประเด็นปัญหาในระบบสุขภาพที่เปลี่ยนไป เช่น ภาระจากโรคติดต่อลดลง ภาระจากโรคเอดส์ลดลงและมีแนวโน้มรักษาได้ ภาระจากโรคเรื้อรัง โรคเมะเร็งเพิ่มขึ้นแต่ โรคระบาด เชื้ออุบัติใหม่ เชื้อดื้อยา ยังคงเป็นประเด็นท้าทายที่สำคัญ ปัจจัยเสี่ยงที่สัมพันธ์กับรายได้ เช่น ภาวะน้ำหนักเกิน น้ำตาลสูง ไขมันสูง ยังคงเพิ่มขึ้นต่อเนื่อง ในส่วนของการรักษาพยาบาล นวัตกรรมใหม่ๆ ในบางโรคมีแนวโน้มการรักษาพยาบาลที่เน้นการปรับรูปแบบวิธีการเฉพาะแต่ละราย (customized targeted care) โดยอาศัยเทคโนโลยีใหม่ๆ เข้ามาช่วยในขณะที่การจัดระบบบริการมีแนวโน้มจะเน้นการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยและชุมชนในการดูแลสุขภาพ มีการจัดระบบมาตรฐานในการดูแลที่ลดความแตกต่างและเพิ่มประสิทธิภาพในการรักษาพยาบาล

การเปลี่ยนแปลงดังกล่าวล้วนเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้ความต้องการกำลังคนด้านสุขภาพของประเทศเพิ่มมากขึ้น แต่ปัญหาความขาดแคลนกำลังคนด้านสุขภาพในหน่วยบริการภาครัฐ โดยเฉพาะหน่วยบริการของกระทรวงสาธารณสุขในปัจจุบัน ดูเหมือนจะทวีความรุนแรงมากขึ้น ดังจะเห็นได้จากสภาพผู้ป่วยล้นโรงพยาบาล ผู้ป่วยรอนาน หรือจำเป็นต้องรอคิวรับการรักษาพยาบาลบางอย่าง จนบางครั้งอาการเจ็บป่วยทรุดลง

อีกทั้งประเด็นท้าทายในการบริหารจัดการด้านกำลังคน จากการขาดอัตราตำแหน่งข้าราชการ การมีงบประมาณไม่เพียงพอในการจ้างงาน การลาออกจากงานของบุคลากรที่มาจากหลายสาเหตุ อาทิ จากสภาพการทำงานหนักเกินกำลัง ขาดขวัญกำลังใจจากความไม่ก้าวหน้า ค่าตอบแทนไม่เหมาะสม และความไม่มั่นคงในระบบการจ้างงานแบบชั่วคราว ปัญหาเหล่านี้ แม้จะมีการแก้ไขมาเป็นระยะๆ เช่น การผลิตกำลังคนเพิ่ม การผูกพันให้บุคลากรทำงานชดใช้ทุนในภาครัฐ แต่ปัญหายังคงอยู่และมีความซับซ้อนมากขึ้นเรื่อยๆ ดังนั้นจึงจำเป็นต้องมีการแก้ปัญหาในเชิงยุทธศาสตร์อย่างเป็นระบบ

๔. นโยบายและยุทธศาสตร์ที่เกี่ยวข้อง

รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ.๒๕๖๐ มีบทบัญญัติให้ รัฐต้องดำเนินการให้ประชาชนได้รับบริการสาธารณสุขที่มีประสิทธิภาพอย่างทั่วถึงเสริมสร้างให้ประชาชนมีความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค และส่งเสริม และสนับสนุนให้มีการพัฒนาภูมิปัญญาด้านแพทย์แผนไทยให้เกิดประโยชน์สูงสุด นอกจากนี้ยังระบุให้มีระบบการแพทย์ปฐมภูมิที่มีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวดูแลประชาชนในสัดส่วนที่เหมาะสม

ยุทธศาสตร์ชาติ ๒๐ ปี ระบุเป้าหมายภาพอนาคตประเทศไทยที่ต้องบรรลุภายในปี ๒๕๘๐ คือ การขับเคลื่อนประเทศให้ก้าวไปสู่ประเทศที่พัฒนาแล้ว โดยเมื่อพิจารณาสาระสำคัญในแต่ละยุทธศาสตร์ อาจแบ่งกลุ่มเพื่อเชื่อมโยงสู่การจัดการกำลังคนด้านสุขภาพ เป็น ๒ กลุ่มหลักๆ ได้แก่ กลุ่มที่เกี่ยวข้องกับการปฏิรูประบบสุขภาพ ที่ระบุถึงการสร้างโอกาสและความเสมอภาคทางสังคม มีประเด็นเรื่องการเสริมสร้างให้คนไทยมีสุขภาพที่ดี การพัฒนาระบบบริหารจัดการหลักประกันสุขภาพ การเข้าถึงบริการทางสังคมอย่างทั่วถึง โดยใช้เทคโนโลยีสารสนเทศ การใช้ทรัพยากรร่วมกัน และการลงทุนร่วมกันระหว่างรัฐและเอกชน และการปรับสมดุลและพัฒนาระบบการบริหารจัดการภาครัฐ โดยการปรับปรุงบทบาท ภารกิจ และโครงสร้างของหน่วยงานภาครัฐ มีการการถ่ายโอนภารกิจที่สำคัญ เช่น นโยบายสาธารณสุข เพื่อการกระจายอำนาจสู่ท้องถิ่น ตลอดจนการพัฒนาระบบบริหารจัดการกำลังคนภาครัฐ กลุ่มที่สอง กลุ่มที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนากำลังคน ระบุถึง ยุทธศาสตร์การเพิ่มความสามารถในการแข่งขัน ซึ่งกล่าวถึงประเด็นอุตสาหกรรมและบริการแห่งอนาคต การพัฒนาธุรกิจบริการสุขภาพ การมุ่งสู่การเป็นศูนย์กลางบริการทางการแพทย์ (Medical Service Hub) ของภูมิภาค และยุทธศาสตร์ การพัฒนาและเสริมสร้างศักยภาพทรัพยากรมนุษย์ การพัฒนาศักยภาพคนตลอดช่วงชีวิต ทั้งนี้ได้เน้นการปฏิรูปกระบวนการเรียนรู้แบบพลิกโฉม (Transformation of Learning) โดยเน้นพัฒนา

ระบบการประเมินและการรับรองคุณภาพที่เน้นผลลัพธ์ที่ ตัวผู้เรียน การเพิ่มประสิทธิภาพระบบบริหารจัดการ การศึกษาทุกระดับ รวมทั้งการเพิ่มประสิทธิภาพการคลังการศึกษา เช่น จัดสรรงบประมาณตรงสู่ผู้เรียน ส่งเสริมการมีส่วนร่วมจากภาคเอกชนในการจัดการศึกษา

แผนปฏิรูปประเทศด้านสาธารณสุข ระบุเป้าหมาย คือ ประชาชนทุกภาคส่วน มีความรอบรู้ด้านสุขภาพ มีส่วนร่วมในการวางระบบในการดูแลสุขภาพ ได้รับโอกาสที่เท่าเทียมกันในการเข้าถึงบริการสาธารณสุขที่ จำเป็น อยู่ในสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการมีสุขภาพดี ตามหลักปรัชญาของเศรษฐกิจพอเพียง ภายใต้ระบบ สาธารณสุขที่เป็นเอกภาพและการอภิบาลระบบที่ดี อันประกอบไปด้วย ๔ ประเด็นการปฏิรูป คือ ด้านระบบ บริหารจัดการด้านสุขภาพ ด้านระบบบริการสุขภาพ ด้านการคุ้มครองผู้บริโภค และด้านความยั่งยืนและ เพียงพอด้านการเงินการคลังสุขภาพ สำหรับส่วนที่เกี่ยวข้องกับระบบกำลังคนด้านสุขภาพ ให้จัดระบบบริการ ในเขตพื้นที่ออกแบบให้รองรับสภาพปัญหา ภายใต้การใช้ทรัพยากรคุ้มค่า หน่วยงานระดับต่างๆ มีสมรรถนะใน การบริหารจัดการกำลังคนด้านสุขภาพ สัดส่วนกำลังคนต่อประชากรระดับประเทศเพียงพอสอดคล้องระดับ การพัฒนา และไม่มีพื้นที่ขาดแคลนซ้ำซาก โดยเน้นที่การพัฒนากำลังคนสุขภาพด้านปฐมภูมิ กำลังคนด้าน การแพทย์แผนไทยและการแพทย์พื้นบ้าน กำลังคนด้านการแพทย์ฉุกเฉิน กำลังคนด้านส่งเสริมและป้องกันโรค และกำลังคนด้านการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพ

๕. ระบบบริการสุขภาพที่พึงประสงค์ของประเทศไทยในอนาคต

เพื่อที่จะตอบสนองการเปลี่ยนแปลง และปัจจัยทางนโยบายต่างๆ ดังที่ได้กล่าวมาแล้ว ระบบบริการ สุขภาพของประเทศจำเป็นต้องรักษาสมดุลทั้งในงานส่งเสริม ป้องกัน รักษา และฟื้นฟู และเพื่อที่จะสร้าง สุขภาพของประชาชนไทย และลดอัตราการเจ็บป่วยที่ไม่จำเป็น จึงจำเป็นต้องมุ่งพัฒนาการดูแลนอก โรงพยาบาล (Non-hospital care) โดยเฉพาะอย่างยิ่งการสร้างความเข้มแข็งให้กับบริการสุขภาพปฐมภูมิ (Primary care) ทั้งในเรื่องโครงสร้างพื้นฐาน ศักยภาพของเครื่องมือและอุปกรณ์ทางการแพทย์ ตลอดจน กำลังคนด้านสุขภาพ ทั้งในประเภท จำนวน และสมรรถนะที่เหมาะสม

นอกจากนี้ระบบบริการสุขภาพมีความจำเป็นที่จะต้องนำเทคโนโลยีสุขภาพที่เหมาะสมมาใช้ เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพและคุณภาพของการรักษา ซึ่งจะส่งผลให้ลดค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพของประเทศในระยะยาว

ระบบบริการสุขภาพของประเทศในอนาคต จำเป็นต้องมีการใช้ทรัพยากรร่วมกันระหว่างหน่วยงานต่างๆ ทั้งในภาครัฐและเอกชน ในอันที่จะสามารถตอบสนองความต้องการด้านสุขภาพจากประชาชนไทยในประเทศ และความต้องการด้านสุขภาพจากผู้ใช้บริการชาวต่างชาติเพื่อที่จะเสริมสร้างความมั่นคงทางเศรษฐกิจ

๖. กระบวนการจัดทำแผนพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพแห่งชาติ ระยะ ๑๐ ปี (พ.ศ.๒๕๖๑-๒๕๗๐)

คณะกรรมการกำลังคนด้านสุขภาพแห่งชาติ แต่งตั้ง “คณะอนุกรรมการพัฒนาแผนยุทธศาสตร์ ทศวรรษกำลังคนด้านสุขภาพ พ.ศ.๒๕๖๐-๒๕๖๙” ที่ประกอบด้วยผู้ที่เกี่ยวข้องจากภาคส่วนต่างๆ โดยมีบทบาทหน้าที่ในการทบทวนการดำเนินงานที่เกี่ยวข้องกับงานกำลังคนด้านสุขภาพ ตลอดจนสังเคราะห์ระบบบริการสุขภาพในอนาคต เพื่อนำมากำหนดแผนพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพแห่งชาติ ให้ครอบคลุมบริบทของการเปลี่ยนแปลงต่างๆ ในอนาคต ๑๐ ปี โดยได้มีการประชุมคณะอนุกรรมการไป จำนวน ๓ ครั้ง

เพื่อให้กระบวนการยกร่างแผน ดำเนินการภายใต้การมีส่วนร่วมจากทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้อง จึงได้มีการจัดประชุมสัมมนาเชิงปฏิบัติการเพื่อดำเนินการยกร่างแผนพัฒนาดังกล่าว จำนวน ๓ ครั้ง ในเดือน เมษายน, มิถุนายน และตุลาคม ๒๕๖๑ โดยผู้เข้าร่วมสัมมนาประกอบด้วยผู้ผลิตในสาขาวิชาชีพต่างๆ ตัวแทนผู้ให้บริการทั้งจากภาครัฐและเอกชน ตลอดจนผู้ให้บริการจากกองทัพ และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น การสัมมนาเชิงปฏิบัติการดังกล่าวยังได้มีตัวแทนจากภาคประชาสังคมเข้าร่วมเพื่อให้ความเห็นด้วย โดยมีผู้เข้าร่วมสัมมนาเชิงปฏิบัติการในแต่ละครั้ง จำนวน ๗๐ คน

ทางคณะอนุกรรมการได้นำแผนเข้ารับฟังความคิดเห็นสาธารณะในรอบแรก ในการประชุมวิชาการประจำปีระดับชาติ “การพัฒนาศึกษาสำหรับบุคลากรสุขภาพ” ครั้งที่ ๕ ในวันที่ ๑๒-๑๓ พฤศจิกายน ๒๕๖๑ โดยมีผู้เข้าร่วมประชุมเป็นผู้กำหนดนโยบาย ผู้บริหารการศึกษา และคณาจารย์ในสถาบันการศึกษา จำนวน ๕๐๐ คน

๗. หลักการสำคัญของแผนพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพ ระยะ ๑๐ ปี (พ.ศ.๒๕๖๑-๒๕๗๐)

- ๑) เชื่อมโยงกับแผนปฏิรูปประเทศด้านสาธารณสุข และยุทธศาสตร์อื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง^๓ เพื่อสร้างสมดุลระหว่างพัฒนากำลังคนเพื่อลดความเหลื่อมล้ำในการเข้าถึงบริการของคนในประเทศ และการพัฒนาเพื่อสร้างความมั่นคง มั่งคั่ง และยั่งยืนของประเทศ ตามแนวทางปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง
- ๒) เน้นการทำงานร่วมระหว่างทีมวิชาชีพ (Health professions)^๔ และกลุ่มที่ไม่ใช่วิชาชีพ (Non-professions)^๕ บนการทำงานร่วมกันเป็นทีมที่สามารถปรับตัวเข้ากับสถานการณ์ต่างๆ ที่มีผลกระทบต่อสุขภาพและระบบสุขภาพได้ (Transformative team)
- ๓) เชื่อมโยงกับการออกแบบระบบบริการที่มีประชาชนเป็นศูนย์กลาง โดยเน้นคุณค่าและผลลัพธ์ที่เกิดกับประชาชนและระบบสุขภาพ (Value - based health service)
- ๔) ผนึกพลังการทำงาน (Synergy) ระหว่างผู้ผลิต ผู้ใช้ องค์กรวิชาชีพ ผู้ให้บริการ และภาคประชาสังคม ทั้งในส่วนของภาครัฐ^๖ และ เอกชน รวมถึงองค์กรอื่นๆ เช่น องค์กรด้านการศึกษา ด้านกฎหมาย และอื่นๆ
- ๕) วางระบบติดตามการดำเนินงานของแผน ภายใต้ระบบฐานข้อมูลที่ดี และการใช้องค์ความรู้เชิงประจักษ์
- ๖) เน้นกระบวนการมีส่วนร่วมในทุกขั้นตอน

๘. วิสัยทัศน์ และ พันธกิจ

วิสัยทัศน์ : ประชาชนสุขภาพดี ภาครัฐมีส่วนร่วม กำลังคนมีความสุข ระบบสุขภาพยั่งยืน

พันธกิจ : แผนพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพแห่งชาติ ระยะ ๑๐ ปี (พ.ศ.๒๕๖๑-๒๕๗๐) จะเป็นเครื่องมือในการกำหนดกรอบทิศทาง และพัฒนากลไกที่จะนำไปสู่การดำเนินงานเพื่อให้ได้กำลังคนด้านสุขภาพที่ตอบสนองระบบสุขภาพของประเทศ

^๓ รายละเอียดในภาคผนวก ๕

^๔ ทีมวิชาชีพ หมายถึง กลุ่มบุคลากรด้านสาธารณสุขที่ให้บริการสาธารณสุขโดยมีกฎหมาย ระเบียบ หรือข้อกำหนดรองรับ (ปรับจากธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ ๒ พ.ศ.๒๕๕๙)

^๕ กลุ่มที่ไม่ใช่วิชาชีพ หมายถึง กลุ่มบุคคลต่างๆ ที่ทำหน้าที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ ซึ่งไม่จัดอยู่ในทีมวิชาชีพ เช่น อาสาสมัครด้านสุขภาพต่างๆ แกนนำ และเครือข่ายสุขภาพ (ปรับจากธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ ๒ พ.ศ.๒๕๕๙)

^๖ รัฐ ครอบคลุมถึง ส่วนกลาง ส่วนภูมิภาค ส่วนท้องถิ่น

๙. เป้าประสงค์

- ๑) ประชาชน – เข้าถึงและมีส่วนร่วมในการบริการสุขภาพ และบริการสาธารณสุขที่ได้มาตรฐานมีคุณภาพอย่างครอบคลุม ทั่วถึง มีความเชื่อมั่นในระบบปฐมภูมิ รวมถึงได้รับการส่งเสริมสนับสนุนความรอบรู้ด้านสุขภาพ ให้สามารถพึ่งตนเอง เพื่อนำไปสู่การสร้างสุขภาวะและคุณภาพชีวิตที่ดี
- ๒) หน่วยบริการด้านสุขภาพ – มีกำลังคนด้านสุขภาพที่เพียงพอ มีคุณลักษณะที่เหมาะสมต่อการจัดบริการสุขภาพตามมาตรฐาน และมีการบริหารจัดการกำลังคนแบบมีส่วนร่วมที่สามารถตอบสนองกับการพัฒนาระบบบริการสุขภาพในแต่ละช่วงเวลา ภายใต้ค่าใช้จ่ายที่เหมาะสม
- ๓) ระบบการศึกษา การผลิต และการพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพ – มีศักยภาพและขีดความสามารถในการผลิต และพัฒนากำลังคนที่ตอบสนองต่อความต้องการของระบบสุขภาพในปัจจุบันและอนาคต
- ๔) กำลังคนด้านสุขภาพ – มีสมรรถนะและคุณลักษณะที่สอดคล้องกับความต้องการของสังคม มีการเรียนรู้ตลอดชีวิตและพัฒนาสมรรถนะอย่างต่อเนื่อง มีความสุขในการทำงาน ภายใต้สิ่งแวดล้อมที่ปลอดภัย

๑๐. แผนพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพแห่งชาติ ระยะ ๑๐ ปี (พ.ศ.๒๕๖๑-๒๕๗๐)

- ๑) สร้างและพัฒนากลไกนโยบายกำลังคนด้านสุขภาพของประเทศ ภายใต้การบูรณาการของทุกภาคส่วน ให้มีประสิทธิภาพและเป็นเอกภาพ
- ๒) ปฏิรูประบบการผลิตและพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพ เพื่อตอบสนองความต้องการของระบบสุขภาพที่เป็นพลวัต
- ๓) ปฏิรูประบบบริหารจัดการกำลังคนด้านสุขภาพ เพื่อลดความเหลื่อมล้ำในการเข้าถึง ภายใต้ค่าใช้จ่ายที่เหมาะสม
- ๔) พัฒนาระบบข้อมูลสารสนเทศดิจิทัลกำลังคนด้านสุขภาพที่เป็นเอกภาพและมีประสิทธิภาพ

โดยมีรายละเอียดของแผนพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพแห่งชาติดังกล่าว ดังนี้

แผนที่ ๑ สร้างและพัฒนากลไกนโยบายกำลังคนด้านสุขภาพของประเทศ ภายใต้การบูรณาการของทุกภาคส่วนให้มีประสิทธิภาพและเป็นเอกภาพ

หลักการและเหตุผล

การพัฒนานโยบายและยุทธศาสตร์ของประเทศ เป็นกระบวนการสร้างนโยบายสาธารณะในสังคมประชาธิปไตยที่สังคมทุกฝ่ายจะต้องมีส่วนร่วม ในอดีตที่ผ่านมาประเทศไทยยังไม่มีกำหนดนโยบายและยุทธศาสตร์หลักในการพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพที่ชัดเจน ทำให้การวางแผนและพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพซึ่งมีความเกี่ยวข้องกับองค์กรและหน่วยงานต่างๆ ทั้งภาครัฐ ภาคเอกชนและภาคประชาสังคม ยังขาดทิศทางการพัฒนาที่สอดคล้องประสานกัน

ถึงแม้ว่ากระทรวงสาธารณสุขในฐานะเป็นองค์กรหลักในการพัฒนาการจัดการจัดการในรูปของคณะกรรมการต่างๆ แต่สามารถดำเนินการได้เฉพาะเรื่อง และเป็นการดำเนินการเพื่อแก้ปัญหาเฉพาะหน้าเท่านั้น การกำหนดทิศทางหลักในการพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพเพื่อรองรับสถานการณ์การเปลี่ยนแปลงในระยะยาวยังไม่สามารถดำเนินการได้ ทั้งนี้ เนื่องจากยังไม่มีกลไกการทำงานเรื่องกำลังคนด้านสุขภาพในภาพรวมของประเทศที่มองทุกมิติที่เกี่ยวข้อง

การพัฒนาให้เกิดกลไกในการกำหนดนโยบายและยุทธศาสตร์หลักกำลังคนด้านสุขภาพเป็นสิ่งจำเป็นในการกำหนดทิศทางวางแผนพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพ อีกทั้งให้เกิดมีระบบติดตามประเมินสถานการณ์กำลังคนด้านสุขภาพอย่างรอบด้านทุกมิติอย่างต่อเนื่อง รวมทั้งให้มีการประสานให้องค์กร หน่วยงานต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง บูรณาการในการทำงานร่วมกันอย่างมีประสิทธิภาพ เพื่อร่วมกันพัฒนาให้เกิดข้อเสนอเชิงนโยบาย มาตรการและแนวทาง เพื่อให้สามารถแก้ปัญหากำลังคนในปัจจุบันและรองรับสถานการณ์ในอนาคต ตลอดจนการวางทิศทางการพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพอย่างต่อเนื่อง และสอดคล้องกับความต้องการของระบบสุขภาพที่มีการเปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลา

ตัวชี้วัด

- ๑) มีกลไกนโยบายทั้งในระดับชาติ และระดับพื้นที่
- ๒) มีแผนความต้องการกำลังคนภาพรวมของประเทศในระยะยาว ที่สอดคล้องกับความต้องการเปลี่ยนแปลงในอนาคต

กลยุทธ์หลัก

๑. จัดตั้งคณะกรรมการกำหนดนโยบายกำลังคนด้านสุขภาพระดับประเทศ

เป็นกลไกที่มีสมรรถนะสูง เพื่อกำหนด ขับเคลื่อน ติดตามกำกับนโยบายกำลังคนด้านสุขภาพของประเทศอย่างมีเอกภาพ และกลไกดังกล่าวประกอบด้วยผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องกำลังคนด้านสุขภาพ ทั้งในภาครัฐ ภาคเอกชน ตัวแทนผู้ประกอบการวิชาชีพ และตัวแทนภาคประชาชน ในสัดส่วนที่สมดุล โดยกลไกนโยบายดังกล่าว มีบทบาทหน้าที่สอดคล้องกับหลักการของแผน ดังนี้

- ๑.๑ วิเคราะห์ กลั่นกรอง และให้ความเห็น ต่อนโยบายจากหน่วยงานต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับกำลังคนด้านสุขภาพ เพื่อให้สอดคล้องกับทิศทางของแผนพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพแห่งชาติ และการพัฒนาของประเทศ
- ๑.๒ ให้คำปรึกษา และข้อเสนอแนะต่อคณะรัฐมนตรีในการขับเคลื่อนและผลักดันการดำเนินงานตามแผนพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพแห่งชาติ เพื่อให้เกิดผลเป็นรูปธรรม
- ๑.๓ ให้คำปรึกษาและข้อเสนอแนะต่อคณะรัฐมนตรีในเรื่องที่เกี่ยวข้องกับกำลังคนด้านสุขภาพ ตามที่หน่วยงานต่างๆ เสนอต่อคณะรัฐมนตรี ตามที่คณะรัฐมนตรี หรือคณะกรรมการปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติมอบหมาย เพื่อให้เกิดความสอดคล้องกับแผนพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพแห่งชาติ
- ๑.๔ การเชื่อมโยงและบูรณาการในทุกภาคส่วน
- ๑.๕ กำกับ ติดตาม ประเมินผลความสำเร็จตามแผนพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพแห่งชาติ
- ๑.๖ แต่งตั้งคณะอนุกรรมการและคณะทำงาน เพื่อดำเนินงานที่เกี่ยวข้อง ตามความจำเป็น

๒. สนับสนุนและส่งเสริมความเข้มแข็งกลไกกำหนดนโยบายกำลังคนด้านสุขภาพในระดับพื้นที่

เพื่อรองรับสภาพปัญหา โดยมีแผนการบริหารจัดการที่ชัดเจนภายใต้การใช้ทรัพยากรที่คุ้มค่า และให้หน่วยงานในระดับต่างๆ มีสมรรถนะในการบริหารจัดการกำลังคนด้านสุขภาพ โดยกลไกระดับพื้นที่ทำหน้าที่เป็นหน่วยประสานงานและดำเนินการในการวางแผนและพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพในระดับพื้นที่ และทำงานเชื่อมโยงกับคณะกรรมการกำหนดนโยบายกำลังคนด้านสุขภาพระดับประเทศ โดยให้มีองค์ประกอบและบทบาทหน้าที่ ดังนี้

๒.๑ โครงสร้างของคณะกรรมการกำลังคนด้านสุขภาพระดับพื้นที่ ประกอบด้วยผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้อง

กำลังคนด้านสุขภาพ ตัวแทนผู้ประกอบการวิชาชีพ และตัวแทนภาคประชาชน ภาคการศึกษา ภาคเอกชน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และภาคประชาสังคม

๒.๒ บทบาทหน้าที่ของคณะกรรมการกำลังคนด้านสุขภาพระดับพื้นที่ มีดังนี้

๒.๒.๑ กำหนดทิศทางการดำเนินนโยบายกำลังคนของพื้นที่ ที่สอดคล้องกับทิศทางหลักของประเทศ

๒.๒.๒ วางแผนความต้องการกำลังคนของพื้นที่ ภายใต้วิสัยทัศน์ และพันธกิจที่สอดคล้องกับแผนพัฒนาสุขภาพของพื้นที่ โดยใช้กระบวนการมีส่วนร่วมอย่างกว้างขวางจากทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้อง

๒.๒.๓ ประสานงานระหว่างหน่วยวางแผน หน่วยผลิต ผู้ใช้กำลังคนด้านสุขภาพ และผู้ให้บริการ เพื่อให้เกิดการดำเนินงานเป็นไปตามแผนที่พื้นที่กำหนดไว้

๒.๒.๔ พัฒนาข้อเสนอต่างๆ เพื่อเป็นข้อมูลนำเข้าให้กับคณะกรรมการกำหนดนโยบายกำลังคนด้านสุขภาพระดับประเทศในการพัฒนาและปรับปรุงนโยบาย

๒.๒.๕ ติดตาม กำกับและประเมินนโยบายกำลังคนของพื้นที่

๒.๒.๖ หน้าที่อื่นๆ ตามที่ได้รับมอบหมาย

๓. วางแผนกำลังคนด้านสุขภาพของประเทศให้สอดคล้องกับความต้องการด้านสุขภาพ ระบบบริการสุขภาพและทิศทางการเปลี่ยนแปลงต่างๆ ของประเทศในอนาคต

เพื่อส่งเสริมให้เกิดความเท่าเทียมและตอบสนองความเติบโตทางเศรษฐกิจของประเทศ โดยต้องมีการวางแผนอย่างครบวงจรตั้งแต่การกำหนดความต้องการ การผลิต การพัฒนา การกระจาย จนถึงการจัดบริการ เพื่อให้กำลังคนเหล่านั้นสามารถปฏิบัติงานในพื้นที่ได้ ปรับเปลี่ยนวิธีการวางแผนให้เป็นเชิงระบบ (System approach) ประกอบด้วย แผนความต้องการ แผนการผลิต แผนการบริหารจัดการ และมีการทบทวนแผนเป็นระยะให้สอดคล้องกับการเปลี่ยนแปลงในอนาคต

- ๓.๑ วางแผนบนการมองปัญหาแบบเชิงระบบ (Systems thinking) โดยเน้นการมีส่วนร่วมและอาศัยหลักฐานเชิงประจักษ์ โดยมีการติดตามประเมินผล (Monitoring and evaluation)
- ๓.๒ พัฒนาแผนกำลังคนที่สอดคล้องกับการออกแบบระบบบริการสุขภาพในอนาคตที่ตอบสนองความต้องการของประชาชน ทั้งการบริการในโรงพยาบาล (Hospital care) และ นอกโรงพยาบาล (Non-hospital care) โดยการมีส่วนร่วมของหน่วยบริการทุกภาคส่วนทั้งรัฐ ท้องถิ่น และเอกชน
- ๓.๓ วางแผนกำลังคนให้ครอบคลุมทั้งกลุ่มวิชาชีพด้านสุขภาพทั่วไป (General practioners) ผู้เชี่ยวชาญ เฉพาะสาขา (Specialists) และ กลุ่มที่ไม่ใช่วิชาชีพ (Non -professional)

แผนที่ ๒ ปฏิรูประบบการการผลิตและพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพ เพื่อตอบสนองความต้องการของระบบสุขภาพที่เป็นพลวัต

หลักการและเหตุผล

ปัจจุบันการเปลี่ยนแปลงหลายประการที่มีผลกระทบต่อระบบสุขภาพทั่วโลก ทั้งความไม่เสมอภาคในการเข้าถึงและคุณภาพการบริการที่เกิดขึ้นในระดับชาติและโลก การเปลี่ยนแปลงของโลกภายใต้ยุคโลกาภิวัตน์ ได้แก่ ภาวะโลกร้อน ขอบเขตพรมแดน ความล้ำสมัยทางเทคโนโลยีการติดต่อสื่อสาร โรคติดต่ออุบัติใหม่/อุบัติซ้ำ ผลกระทบจากภัยพิบัติทางธรรมชาติ โรคเรื้อรังทางร่างกายและจิตใจที่เกิดจากพฤติกรรมสุขภาพเนื่องจากสภาพแวดล้อม สังคม และเศรษฐกิจ ประชากรโลกที่กำลังสูงส่งคมผู้สูงอายุอย่างรวดเร็ว จึงต้องมีการปฏิรูประบบการศึกษาของบุคลากรด้านสุขภาพทั่วโลก รวมทั้งประเทศไทย สืบเนื่องจากมติคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติครั้งที่ ๑ พ.ศ.๒๕๕๖ เห็นชอบข้อเสนอ มติการปฏิรูปการศึกษาวิชาชีพด้านสุขภาพให้สอดคล้องกับความจำเป็นด้านสุขภาพในบริบทสังคมไทย จากการประชุมสมัชชาสุขภาพแห่งชาติครั้งที่ พ.ศ.๒๕๕๕ และเห็นชอบแผนยุทธศาสตร์พัฒนาการศึกษาสำหรับบุคลากรด้านสุขภาพในศตวรรษที่ ๒๑ (พ.ศ.๒๕๕๗-๒๕๖๑) นำไปสู่การดำเนินการปฏิรูปการศึกษาสำหรับบุคลากรสุขภาพเพื่อให้ได้สมรรถนะตรงตามความต้องการของระบบสุขภาพของประเทศ และเป็นตัวช่วยการกระจายบุคลากรไปทั่วประเทศ

คณะกรรมการขับเคลื่อนแผนยุทธศาสตร์ฯ ดังกล่าว ได้รับการแต่งตั้งโดยคณะกรรมการกำลังคนด้านสุขภาพ และผ่านความเห็นชอบของคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติเพื่อปฏิรูปการศึกษาสำหรับกำลังคนด้านสุขภาพ ตลอดระยะเวลา ๕ ปี ที่ผ่านมา คณะกรรมการขับเคลื่อนแผนยุทธศาสตร์ฯ ได้ดำเนินการตามแผนยุทธศาสตร์ฯ ในเชิงเทคนิคและในเชิงความร่วมมือกับเครือข่ายพัฒนาการศึกษาสำหรับบุคลากรด้านสุขภาพ เพื่อวิเคราะห์ข้อมูลที่จำเป็นในการพัฒนาการศึกษาบุคลากรสุขภาพ จัดทำข้อเสนอแนะการบริหารสถานศึกษา และหลักสูตร พัฒนาอาจารย์ วิจัยและพัฒนาความร่วมมือของสถาบันการศึกษา บุคลากรสุขภาพและและเครือข่ายระบบสุขภาพระดับอำเภอโดยใช้ชุมชนเป็นฐานการเรียนรู้ รวมทั้งสร้างและขยายความร่วมมือทั้งในระดับภูมิภาค ระดับประเทศ และระดับสากล

อย่างไรก็ตามการดำเนินการเพื่อปฏิรูประบบการการผลิตและพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพ ยังคงมีความท้าทายในด้านความเชื่อมโยงระหว่างผู้ผลิตและผู้ใช้ การบูรณาการข้ามศาสตร์ กระบวนการผลิต การวางแผนการจัดการศึกษา การดำเนินการ การประเมินผลโดยใช้เทคโนโลยีอย่างเหมาะสม และอาศัยกลไกความร่วมมือระหว่างภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง และการบริหารจัดการขององค์กรเพื่อสนับสนุนการศึกษาด้านสุขภาพอย่าง

ยั่งยืน เพื่อให้ประเทศไทยมีกำลังคนอย่างพอเพียง มีการกระจายอย่างเท่าเทียม และมีสัดส่วนที่เหมาะสมเพื่อระบบการดูแลสุขภาพที่ได้มาตรฐาน มีคุณภาพ และครอบคลุม ลดความเหลื่อมล้ำเป็นธรรม ตลอดจนตอบสนองต่อระบบสุขภาพที่เป็นพลวัต

ตัวชี้วัด

- ๑) มีข้อกำหนดของสภาวิชาชีพหรือองค์กรที่กำกับดูแลการผลิต ที่สอดคล้องกับสมรรถนะและคุณลักษณะที่ตอบสนองความต้องการของระบบสุขภาพที่เป็นพลวัต
- ๒) กำลังคนด้านสุขภาพมีสมรรถนะและคุณลักษณะที่ตอบสนองความต้องการของระบบสุขภาพที่เป็นพลวัต

กลยุทธ์หลัก

๑. การผลิตกำลังคนด้านสุขภาพ ครอบคลุมบุคลากรที่เป็นวิชาชีพและไม่ใช้วิชาชีพ
 - ๑.๑ จัดการศึกษาที่เน้นการมีหัวใจความเป็นมนุษย์ (Humanized) ที่มีประชาชนเป็นศูนย์กลาง โดยให้มีการบูรณาการข้ามศาสตร์ ด้วยเทคโนโลยีที่เหมาะสม โดยกลไกการมีส่วนร่วม และเชื่อมโยงระบบสุขภาพ เพื่อลดความเหลื่อมล้ำสู่ความเป็นธรรม
 - ๑.๒ มีหลักสูตรที่มีความหลากหลายและยืดหยุ่นเพียงพอในการตอบสนองความต้องการของระบบสุขภาพในพื้นที่ ครอบคลุมทั้งการจัดการศึกษาเพื่อเปลี่ยนสายอาชีพของบุคลากร (Lateral education) ภายใต้การจัดการศึกษาทั้งในระบบ นอกระบบ และการศึกษาตามอัธยาศัย (Formal, Non-formal and informal education) และทั้งสายวิชาชีพและไม่ใช้วิชาชีพ (health professional & non-health professional) โดยเน้นประสบการณ์ การเรียนรู้ตามบริบท และสภาพจริง
 - ๑.๓ พัฒนาอาจารย์ เน้นความหลากหลายของอาจารย์ เพื่อเป็นแบบอย่าง (Role model) และสร้างแรงบันดาลใจ (Inspiration) ให้กับผู้เรียน
 - ๑.๔ ให้สถาบันการศึกษา มีการระบุบทบาทระหว่างหน่วยผลิตระดับชาติและระดับภูมิภาค ได้รับการพัฒนาศักยภาพที่เหมาะสม และมีส่วนร่วมในการพัฒนา Non-health professional
 - ๑.๕ มีการรับผู้เรียน พัฒนาระบบการรับผู้เรียนแบบมุ่งเป้าหมาย (Target admission) โดยมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วน

๒. การวางแผน การจัดการ และการประเมินการผลิตและพัฒนา

- ๒.๑ พัฒนามาตรฐานการศึกษาที่มีคุณภาพ ที่สามารถตอบสนองและสอดคล้องต่อความต้องการของระบบสุขภาพอันเป็นพลวัต
- ๒.๒ ปฏิรูปกระบวนการเรียนรู้เพื่อการเปลี่ยนแปลงแบบพลิกโฉม (Transformative of Learning) โดยเน้นพัฒนาระบบการประเมินและรับรองคุณภาพโดยเน้นผลลัพธ์ของผู้เรียน
- ๒.๓ มีกระบวนการตรวจประเมิน ที่มีมาตรฐาน มีความยุติธรรม โปร่งใส มีความเป็นกัลยาณมิตร และตรวจสอบได้ และมีกลไกการติดตามผลการประกันคุณภาพการศึกษาอย่างสม่ำเสมอ

๓. การบริหารจัดการขององค์กรเพื่อสนับสนุนการศึกษาด้านสุขภาพอย่างยั่งยืน

สร้างแนวทางให้มีการบริหารจัดการและการเงินการคลัง โดยการพัฒนารูปแบบทางการบริหารจัดการ การเงินและการคลัง เช่น กิจการเพื่อสังคม (social enterprise), ร่วมลงทุนกับหน่วยงานอื่น เช่น อุปกรณ์ เพื่อสนับสนุนการศึกษาด้านสุขภาพที่ตอบสนองความต้องการของประชาชน ส่งเสริมการมีส่วนร่วมจากภาคเอกชนในการจัดการศึกษา

แผนที่ ๓ ปฏิรูประบบการบริหารจัดการกำลังคนด้านสุขภาพ เพื่อลดความเหลื่อมล้ำในการเข้าถึงบริการ ภายใต้ค่าใช้จ่ายที่เหมาะสม

หลักการและเหตุผล

จากอดีตที่ผ่านมารัฐแก้ปัญหาความขาดแคลนกำลังคนด้านสุขภาพ โดยการเพิ่มกำลังการผลิตอย่างต่อเนื่อง แต่อย่างไรก็ตามยังไม่สามารถแก้ไขปัญหาการกระจายของกำลังคนได้ โดยเฉพาะอย่างยิ่งการกระจายกำลังคนทางภูมิศาสตร์ โดยพบว่าอัตราส่วนของแพทย์ ทันตแพทย์ เภสัชกร และพยาบาลวิชาชีพ ต่อประชากรเปรียบเทียบระหว่างกรุงเทพและภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ยังมีความแตกต่างกันอย่างมาก

ส่วนปัญหาการเคลื่อนย้ายกำลังคนจากชนบทเข้าสู่ตัวเมือง และจากภาครัฐเข้าสู่ภาคเอกชน ยังเป็นปัญหาที่สำคัญ โดยสาเหตุของปัญหามีความหลากหลายและแตกต่างกันในแต่ละวิชาชีพ ตั้งแต่ลักษณะของงานที่ไม่เหมาะสม ภาระงานที่มากเกินไป ความแตกต่างในเรื่องรายได้ อีกทั้งนโยบายการจำกัดกำลังคนภาครัฐ โดยการยกเลิกระบบการชดใช้ทุนในบางวิชาชีพ เช่น พยาบาล เภสัชกร และปัญหาการไม่มีตำแหน่งข้าราชการบรรจุภายหลังจบการศึกษา ล้วนแต่ทำให้สถานการณ์ความขาดแคลนและการกระจายในพื้นที่ชนบทรุนแรงมากขึ้น

ดังนั้น แนวทางการแก้ไขปัญหาคงต้องสอดคล้องกับระบบบริการสุขภาพของประเทศที่มีลักษณะเป็นพหุลักษณะ จำเป็นต้องสร้างกลไกการมีส่วนร่วมในการบริหารจัดการกำลังคนด้านสุขภาพที่มีใช้เป็นการจัดการเฉพาะภาครัฐ แต่ต้องเป็นการจัดการจากทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง ทั้งภาคเอกชน ท้องถิ่นและประชาสังคม

เพื่อให้มีการพัฒนาระบบบริหารจัดการกำลังคนด้านสุขภาพอย่างมีประสิทธิภาพและเหมาะสม ภายใต้ความร่วมมือของทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้เกิดการกระจายบุคลากรเหล่านั้นอย่างเป็นธรรม และบุคลากรเหล่านั้นสามารถปฏิบัติงานในระบบได้อย่างมีประสิทธิภาพ และมีความสุข

ตัวชี้วัด

- ๑) ตัวชี้วัดด้านความเพียงพอของกำลังคนด้านสุขภาพ
 - ๑.๑ ร้อยละของจำนวนบุคลากรด้านสุขภาพแต่ละสาขา เทียบกับกรอบความจำเป็นตามบริบทของพื้นที่ (Service plan)^๗

^๗ Service plan หมายถึง แผนการจัดบริการในแต่ละพื้นที่ ซึ่งครอบคลุมหน่วยบริการทั้งในภาครัฐและเอกชน

๑.๒ สัดส่วนของผู้ให้บริการระบบปฐมภูมิเทียบกับผู้ให้บริการทั้งหมด

๒) สัดส่วนค่าใช้จ่ายด้านบุคลากรสุขภาพ เทียบกับผลลัพธ์ด้านสุขภาพ (outcomes)

กลยุทธ์หลัก

๑. พัฒนาระบบการกระจายกำลังคนด้านสุขภาพให้เหมาะสม (Distribution)

โดยการพัฒนาการบริหารจัดการกำลังคนด้านสุขภาพ เพื่อสนับสนุนการกระจายบริการทางสุขภาพ ที่มีคุณภาพให้ประชาชนเข้าถึงบริการได้อย่างเท่าเทียมกันในทุกพื้นที่

๑.๑ บริหารจัดการให้มีกำลังคนเพียงพอต่อการจัดบริการสุขภาพที่ได้มาตรฐาน มีคุณภาพทุกประเภทและทุกระดับบริการ ทั้งการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค รักษาพยาบาลฟื้นฟูสุขภาพ และการคุ้มครองผู้บริโภค รวมถึงวางแผนบริหารจัดการกำลังคน และทรัพยากรสุขภาพ ให้บรรลุเป้าหมายดังกล่าวในระดับพื้นที่

๑.๒ พัฒนาระบบบริการด้านแรก (Gate-keeper) ที่เข้มแข็ง โดยใช้แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว (Family physician) หรือทีมสหวิชาชีพที่มีขีดความสามารถที่เหมาะสม เป็นผู้ดูแลหลักในการบริการสุขภาพปฐมภูมิ (Primary care) และ ประสานการส่งต่อไปในการดูแลเฉพาะทางในระดับต่างๆ

๑.๓ พัฒนาระบบ หมุนเวียนกำลังคนด้านสุขภาพในสาขาที่ขาดแคลน ไปให้บริการในพื้นที่ที่ขาดแคลน

๒. พัฒนาประสิทธิภาพการใช้กำลังคน (Efficiency)

โดยเพิ่มประสิทธิภาพการใช้งานทั้งในส่วนวิชาชีพ (Professions) และไม่ใช่วิชาชีพ (Non-professions) การใช้เทคโนโลยีสารสนเทศที่เหมาะสม ภายใต้ระบบการจ้างงานที่ยืดหยุ่น และการใช้ทรัพยากรที่มีอยู่ในทุกภาคส่วนให้เกิดประโยชน์สูงสุด

๒.๑ พัฒนาระบบการใช้ทรัพยากรร่วมกัน (Resource sharing) ระหว่างภาครัฐ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นภาคเอกชน และชุมชนท้องถิ่น

- ๒.๒ พัฒนาระบบการถ่ายโอนงาน (task shifting) และทีมทักษะผสม (Skill mix) ที่เหมาะสม ทั้งในส่วนวิชาชีพ และผู้ปฏิบัติงานที่ไม่ใช่วิชาชีพ เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการใช้งำลังคน ภายใต้การกำกับดูแลของวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง
- ๒.๓ พัฒนาระบบบริหารจัดการที่มุ่งผลสัมฤทธิ์ ภายใต้ต้นักบริหารจัดการมืออาชีพทั้งจากภาครัฐ และจากภาคเอกชน
- ๒.๔ พัฒนาระบบบริหารจัดการแบบรวมศูนย์ (Central management) ในงานบางประเภท เช่น งานสนับสนุนบริการ เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการใช้งำลังคน
- ๒.๕ นำเทคโนโลยีทางการแพทย์ และเทคโนโลยีสารสนเทศที่เหมาะสมมาใช้ในการให้บริการ และงานบริหารจัดการ เพื่อลดภาระการใช้งำลังคน
- ๒.๖ พัฒนาศักยภาพของประชาชน เครือข่ายภาคประชาชน ชุมชนท้องถิ่นให้มีความรอบรู้ด้าน สุขภาพ และส่งเสริมความสามารถในการดูแลสุขภาพของตนเองและชุมชนท้องถิ่นตลอดจน สร้างการมีส่วนร่วมในทีมสุขภาพ

๓. พัฒนาระบบสนับสนุน (Supporting system)

ทั้งในเรื่องค่าตอบแทนด้านการเงิน (Financial) และ ไม่ใช่เงิน (Non-financial) ความก้าวหน้า (Career development) และ สิ่งแวดล้อมในการทำงาน (Working environment) เพื่อที่จะให้กำลังคนด้านสุขภาพ สามารถปฏิบัติงานได้อย่างยาวนานและมีความสุข

- ๓.๑ พัฒนาระบบค่าตอบแทนที่มุ่งเน้นผลสัมฤทธิ์ของงาน (Result-based payment system) โดยให้ครอบคลุมทั้งระบบส่งเสริม ป้องกัน รักษา และฟื้นฟู
- ๓.๒ ระบบที่ปรึกษา (Consultation system) และ coaching system ให้ครอบคลุมทุกสาขา วิชาชีพ
- ๓.๓ ระบบ Referral system ที่มีประสิทธิภาพเพื่อให้เกิด Continuity of care ภายใต้ระบบการ ส่งต่อข้อมูลที่เหมาะสม
- ๓.๔ พัฒนาระบบความปลอดภัยในการทำงาน
- ๓.๕ พัฒนาระบบการสร้างแรงจูงใจทั้งที่เป็นตัวเงินและที่ไม่ใช่เงิน เพื่อธำรงรักษาบุคลากร

แผนที่ ๔ พัฒนาระบบข้อมูลสารสนเทศดิจิทัลกำลังคนด้านสุขภาพที่เป็นเอกภาพ และมีประสิทธิภาพ

หลักการและเหตุผล

ระบบข้อมูลข่าวสารกำลังคนด้านสุขภาพของประเทศไทย ยังขาดกลไกนโยบายและทรัพยากรในการสนับสนุนการดำเนินงานที่เพียงพอและต่อเนื่อง ระบบข้อมูลข่าวสารยังขาดคุณภาพ ไม่ครอบคลุม และขาดกระบวนการการตรวจสอบคุณภาพ ความถูกต้อง ขาดการบูรณาการข้อมูลในแต่ละส่วนอย่างเป็นระบบ ตลอดจนไม่สามารถแลกเปลี่ยนข้อมูลกันได้ เนื่องจากการขาดมาตรฐานข้อมูล อีกทั้งยังเกิดปัญหาในการเข้าถึงและการใช้ข้อมูล โดยเฉพาะอย่างยิ่งการนำข้อมูลมาวางแผนเชิงนโยบาย

ดังนั้น การพัฒนาระบบข้อมูลสารสนเทศดิจิทัลกำลังคนด้านสุขภาพจึงเป็นเรื่องสำคัญ เพื่อให้ได้มีข้อมูลที่ถูกต้อง มีประสิทธิภาพ และทันต่อการติดตามและตัดสินใจเชิงนโยบาย ภายใต้ชุดข้อมูล ตัวชี้วัดที่เป็นมาตรฐาน และจัดการโดยหน่วยงานที่มีเอกภาพ

ตัวชี้วัด

- ๑) ผู้ให้บริการด้านสุขภาพมีชุดข้อมูลมาตรฐานสำหรับผู้ให้บริการด้านสุขภาพ (National provider identifier - NPI)
- ๒) มีตัวชี้วัดหลักกำลังคนด้านสุขภาพ (HRH Core Indicator) ในการกำกับ ติดตามสถานการณ์กำลังคนด้านสุขภาพของประเทศ

กลยุทธ์หลัก

๑. จัดตั้งหน่วยงานกลางที่เป็นอิสระในการดูแลระบบข้อมูลสารสนเทศกำลังคนด้านสุขภาพ

โดยทำหน้าที่ในการพัฒนามาตรฐาน จัดระบบข้อมูล และกำหนดตัวชี้วัดสำคัญกำลังคนด้านสุขภาพของประเทศให้มีความทันสมัยและเป็นปัจจุบัน ในระยะเริ่มต้นให้หน่วยงานดังกล่าวอยู่ภายใต้กระทรวงสาธารณสุข ในการดูแลของหน่วยพัฒนานโยบายกำลังคนด้านสุขภาพ (HRH coordinating unit) ที่ขึ้นตรงกับสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ระยะต่อมาให้เป็นหน่วยงานอิสระที่มีกฎหมายรองรับ

๒. พัฒนาชุดข้อมูลมาตรฐานสำหรับผู้ให้บริการด้านสุขภาพ (National provider identifier - NPI)

โดยชุดข้อมูลมาตรฐานดังกล่าวใช้ในการระบุตัวตนของผู้ประกอบวิชาชีพ สถานที่ปฏิบัติงาน วุฒิการศึกษา และความเชี่ยวชาญในด้านต่างๆ เป็นต้น ในการเชื่อมโยงระบบฐานข้อมูลกำลังคนด้านสุขภาพ สำหรับทุกหน่วยงาน

๓. พัฒนาระบบฐานข้อมูลสารสนเทศกำลังคนด้านสุขภาพระดับชาติ

โดยเป็นฐานข้อมูลที่รวบรวมข้อมูลอย่างเป็นระบบทั้งจำนวน การกระจาย การผลิต การจ้างงาน และการเคลื่อนย้าย ที่ครอบคลุมทั้งภาครัฐและเอกชน เพื่อสร้างความเข้าใจในตลาดแรงงาน (Healthcare market) ของกำลังคนด้านสุขภาพ

๓.๑ พัฒนาระบบฐานข้อมูลสารสนเทศกำลังคนด้านสุขภาพ เพื่อนำไปใช้ในการติดตามสถานการณ์กำลังคนด้านสุขภาพ เพื่อนำไปสู่การพัฒนานโยบายเพื่อแก้ไขปัญหาได้อย่างมีประสิทธิภาพ

๓.๒ พัฒนาตัวชี้วัดหลักกำลังคนด้านสุขภาพ (HRH core indicator) เพื่อเป็นเครื่องมือในการกำกับติดตามการดำเนินนโยบายกำลังคนด้านสุขภาพ

๑๑. กลไกการดำเนินการ กำกับติดตาม และประเมินแผน

กระทรวงสาธารณสุขเป็นหน่วยงานหลักที่รับผิดชอบในการสนับสนุนให้เกิดกลไกเพื่อประสานงานกับหน่วยงานต่างๆ ที่เกี่ยวข้องได้แก่ กระทรวงอุดมศึกษา วิทยาศาสตร์ และนวัตกรรม, กระทรวงศึกษาธิการ, กระทรวงการคลัง, กระทรวงมหาดไทย, องค์การวิชาชีพ และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องอื่นๆ ในการขับเคลื่อน กำกับติดตาม และประเมินแผนดังกล่าว โดยมีกลุ่มประสานนโยบายและยุทธศาสตร์ กองบริหารทรัพยากรบุคคล สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข เป็นหน่วยเลขานุการกิจ

ภาคผนวก ๑



สภานิติบัญญัติแห่งชาติ

ที่ประชุมคณะกรรมาธิการวิสามัญพิจารณาร่างพระราชบัญญัติ

ที่ ๑๖/๒๕๖๓

เรื่อง แต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนาแผนยุทธศาสตร์สุขภาพระดับจังหวัดในสุขภาพ

(พ.ร.บ.ฉบับที่ ๑๖-๒๕๖๓)

ตามที่คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ ได้มีมติเมื่อวันที่ ๑๖ พฤษภาคม พ.ศ. ๒๕๖๓ เรื่อง แต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนาแผนยุทธศาสตร์สุขภาพระดับจังหวัด เพื่อดำเนินการพัฒนาแผนยุทธศาสตร์สุขภาพระดับจังหวัดในสุขภาพ เพื่อให้เป็นไปตามความจำเป็นและ

เพื่อให้การดำเนินงานของคณะกรรมการพัฒนาแผนยุทธศาสตร์สุขภาพระดับจังหวัดเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ สอดคล้องกับยุทธศาสตร์สุขภาพระดับประเทศในหลายด้านรวมทั้งการบูรณาการกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในทุกระดับ รวมทั้งการเชื่อมโยงกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในระดับจังหวัดและระดับพื้นที่

๑. สมาชิกประกอบด้วย

- | | |
|--|-----------------------|
| ๑.๑ นายสุภกิจ ศิริภักดิ์ | เป็น ประธานคณะกรรมการ |
| ๑.๒ นายวิเศษ อุนพันธ์ | รองประธาน |
| ๑.๓ ผู้แทนสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ และสำนักงานสุขภาพแห่งชาติ | กรรมการ ๑ |
| ๑.๔ ผู้แทนสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ | กรรมการ ๑ |
| ๑.๕ ผู้แทนแพทยสภา | กรรมการ ๑ |
| ๑.๖ ผู้แทนสภาวิชาชีพทันตแพทย์ | กรรมการ ๑ |
| ๑.๗ ผู้แทนสหประชาชาติ | กรรมการ ๑ |
| ๑.๘ ผู้แทนสภาเภสัชกรรม | กรรมการ ๑ |
| ๑.๙ ผู้แทนสภาพยาบาลวิชาชีพ | กรรมการ ๑ |
| ๑.๑๐ ผู้แทนสภาวิชาชีพสาธารณสุข | กรรมการ ๑ |
| ๑.๑๑ นายณัฏฐ์ อึ้งกมลณี | กรรมการ ๑ |
| ๑.๑๒ นายณัฏฐ์ อึ้งกมลณี | กรรมการ ๑ |
| ๑.๑๓ นายศราวุธ สืบสินธุ์ | กรรมการ ๑ |
| ๑.๑๔ นายสุเมธีธรรม เจริญวัฒน์ | กรรมการ ๑ |
| ๑.๑๕ นางสาวฉวีพร อึ้งกมลณี | กรรมการ ๑ |
| ๑.๑๖ นายวิเชียร นฤพราน | กรรมการ ๑ |

๑๖/๒๕๖๓ พ.ร.บ.

สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.) เลขที่ ๓๖ ถนนวิภาวดีรังสิต แขวงสามเสนใน เขตพญาไท กรุงเทพมหานคร ๑๐๖๖๐
 National Health Commission (NHC) | Case ๑ National Health Strategy Development | Bangkok, Thailand | ๑๖/๒๕๖๓ พ.ร.บ.
 Tel: +66 2 ๖๖๖ ๖๖๖๖ | Fax: +66 2 ๖๖๖ ๖๖๖๖ | www.nhc.go.th | Email: nhc@nhc.go.th

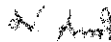
- ๑.๑๑๙ บก.โทรสาร กู้ยืม ๑๑/๒๕๖๑
- ๑.๑๒๐ บก.โทรสาร กู้ยืม
- ๑.๑๒๑ บก.โทรสาร กู้ยืม
- ๑.๑๒๒ บก.โทรสาร กู้ยืม
- ๑.๑๒๓ ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการใช้ระบบบัญชีคอมพิวเตอร์
- ๑.๑๒๔ ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการใช้ระบบบัญชีคอมพิวเตอร์
- ๑.๑๒๕ ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการใช้ระบบบัญชีคอมพิวเตอร์
- ๑.๑๒๖ ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการใช้ระบบบัญชีคอมพิวเตอร์
- ๑.๑๒๗ บก.โทรสาร กู้ยืม
- ๑.๑๒๘ ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการใช้ระบบบัญชีคอมพิวเตอร์
- ๑.๑๒๙ บก.โทรสาร กู้ยืม

๒) หนังสือแจ้งต่างๆ

- ๒.๑) บก.โทรสาร แจ้งให้ทราบถึงผลการดำเนินงานของโครงการฯ ที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินงานของโครงการฯ
- ๒.๒) เพื่อแจ้งให้ทราบถึงผลการดำเนินงานของโครงการฯ และผลการดำเนินงานของโครงการฯ
- ๒.๓) บก.โทรสาร แจ้งให้ทราบถึงผลการดำเนินงานของโครงการฯ

ทั้งนี้ ให้ทุกหน่วยงานที่เกี่ยวข้องดำเนินการตามหน้าที่และรับผิดชอบที่ได้รับมอบหมายให้แล้วเสร็จ

ใน วัน ที่ ๑๑ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๑



นายสมชาย ใจดี
 ผู้อำนวยการศูนย์วิจัยและพัฒนาการเพาะเลี้ยงสัตว์น้ำจืด



คำสั่งคณะกรรมการการเลือกตั้งกำหนดคุณสมบัติและวิธีการหาเสียงหาเสียงของผู้สมัคร (พ.ศ.๒๕๖๑-๒๕๖๒)

ที่ ๘/๒๕๖๒

เพื่อลง แต่ผู้สมัครรับเลือกตั้งรับเลือกเป็นสมาชิกสภาผู้แทนราษฎรจังหวัดจันทบุรี และผู้สมัคร

(พ.ศ.๒๕๖๑-๒๕๖๒)

ตามที่คณะกรรมการการเลือกตั้งได้มีคำสั่งที่ ๘/๒๕๖๑ เมื่อวันที่ ๒๓ กุมภาพันธ์ พ.ศ. ๒๕๖๑ เพื่อกำหนดคุณสมบัติและวิธีการหาเสียงหาเสียงของผู้สมัครรับเลือกเป็นสมาชิกสภาผู้แทนราษฎรจังหวัดจันทบุรี และผู้สมัครรับเลือกเป็นสมาชิกสภาผู้แทนราษฎรจังหวัดจันทบุรี และผู้สมัครรับเลือกเป็นสมาชิกสภาผู้แทนราษฎรจังหวัดจันทบุรี เพื่อให้สอดคล้องกับรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช ๒๕๖๐ และระเบียบว่าด้วยการหาเสียงหาเสียงของผู้สมัครรับเลือกเป็นสมาชิกสภาผู้แทนราษฎรจังหวัดจันทบุรี

เพื่อให้การดำเนินการหาเสียงหาเสียงของผู้สมัครรับเลือกเป็นสมาชิกสภาผู้แทนราษฎรจังหวัดจันทบุรี และผู้สมัครรับเลือกเป็นสมาชิกสภาผู้แทนราษฎรจังหวัดจันทบุรี และผู้สมัครรับเลือกเป็นสมาชิกสภาผู้แทนราษฎรจังหวัดจันทบุรี เป็นไปได้อย่างเรียบร้อย จึงมีคำสั่งให้คณะกรรมการการเลือกตั้งจังหวัดจันทบุรี และผู้สมัครรับเลือกเป็นสมาชิกสภาผู้แทนราษฎรจังหวัดจันทบุรี และผู้สมัครรับเลือกเป็นสมาชิกสภาผู้แทนราษฎรจังหวัดจันทบุรี ดำเนินการหาเสียงหาเสียงของผู้สมัครรับเลือกเป็นสมาชิกสภาผู้แทนราษฎรจังหวัดจันทบุรี และผู้สมัครรับเลือกเป็นสมาชิกสภาผู้แทนราษฎรจังหวัดจันทบุรี และผู้สมัครรับเลือกเป็นสมาชิกสภาผู้แทนราษฎรจังหวัดจันทบุรี ดังนี้

๑. ลำดับประมวล

- | | | |
|------|----------------------|----------------|
| ๑.๑ | นายอนุชิต แสงสวัสดิ์ | ที่ปรึกษา |
| ๑.๒ | นายสมชาย ใจดี | ผู้อำนวยการเขต |
| ๑.๓ | นายสมชาย ใจดี | เขตเมือง |
| ๑.๔ | นายสมชาย ใจดี | เขตเมือง |
| ๑.๕ | นายสมชาย ใจดี | เขตเมือง |
| ๑.๖ | นายสมชาย ใจดี | เขตเมือง |
| ๑.๗ | นายสมชาย ใจดี | เขตเมือง |
| ๑.๘ | นายสมชาย ใจดี | เขตเมือง |
| ๑.๙ | นายสมชาย ใจดี | เขตเมือง |
| ๑.๑๐ | นายสมชาย ใจดี | เขตเมือง |
| ๑.๑๑ | นายสมชาย ใจดี | เขตเมือง |
| ๑.๑๒ | นายสมชาย ใจดี | เขตเมือง |
| ๑.๑๓ | นายสมชาย ใจดี | เขตเมือง |

๒๕๖๒ ๒๕๖๒

คำสั่งคณะกรรมการการเลือกตั้งกำหนดคุณสมบัติและวิธีการหาเสียงหาเสียงของผู้สมัคร (พ.ศ.๒๕๖๑-๒๕๖๒)
 ๑.๑ นายอนุชิต แสงสวัสดิ์ ที่ปรึกษา
 ๑.๒ นายสมชาย ใจดี ผู้อำนวยการเขต
 ๑.๓ นายสมชาย ใจดี เขตเมือง
 ๑.๔ นายสมชาย ใจดี เขตเมือง
 ๑.๕ นายสมชาย ใจดี เขตเมือง
 ๑.๖ นายสมชาย ใจดี เขตเมือง
 ๑.๗ นายสมชาย ใจดี เขตเมือง
 ๑.๘ นายสมชาย ใจดี เขตเมือง
 ๑.๙ นายสมชาย ใจดี เขตเมือง
 ๑.๑๐ นายสมชาย ใจดี เขตเมือง
 ๑.๑๑ นายสมชาย ใจดี เขตเมือง
 ๑.๑๒ นายสมชาย ใจดี เขตเมือง
 ๑.๑๓ นายสมชาย ใจดี เขตเมือง

พ.๑๖ หน้าที่ ๑๖๓ หน้า ๑๖๓	พ.๑๖ ๑๖๓
พ.๑๖ หน้าที่ ๑๖๓ หน้า ๑๖๓	พ.๑๖ ๑๖๓
พ.๑๖ หน้าที่ ๑๖๓ หน้า ๑๖๓	พ.๑๖ ๑๖๓
พ.๑๖ หน้าที่ ๑๖๓ หน้า ๑๖๓	พ.๑๖ ๑๖๓

๒) หน้า ๑๖๓ หน้า ๑๖๓

- ๒.๑. การดำเนินการตามข้อ ๑๖๓ หน้า ๑๖๓...
- ๒.๒. ...
- ๒.๓. ...

ทั้งนี้ ให้คณะกรรมการดำเนินการตามแผนยุทธศาสตร์จังหวัด...

๑๖๓ หน้า ๑๖๓ หน้า ๑๖๓

๑๖๓ หน้า ๑๖๓ หน้า ๑๖๓

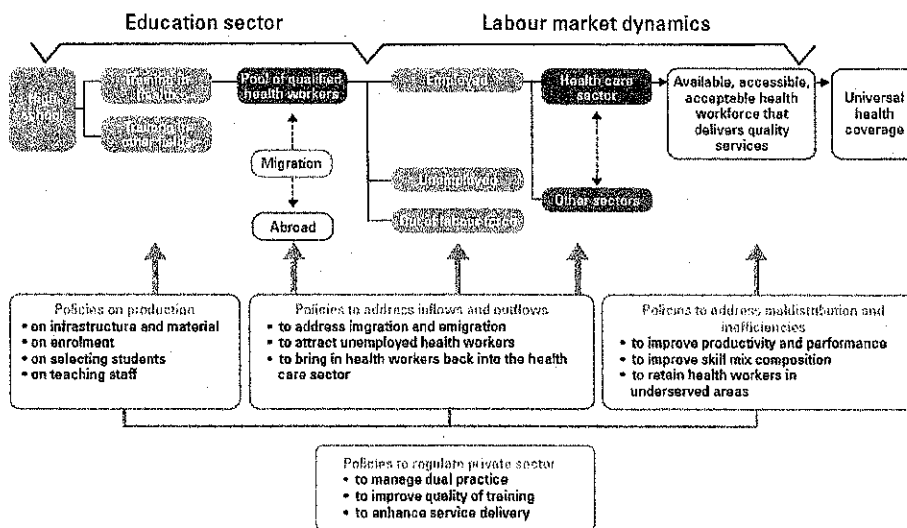
๑๖๓ หน้า ๑๖๓ หน้า ๑๖๓

สถานการณ์กำลังคนรองรับในระบบบริการสุขภาพของประเทศไทย
(Supply of Health workforce in Thailand Health Service System)

การทำงานของบุคลากรด้านสุขภาพในปัจจุบัน โดยเฉพาะแพทย์ พยาบาลวิชาชีพ ทันตแพทย์ และเภสัชกร ส่วนใหญ่เมื่อสำเร็จการศึกษาจะเข้าทำงานตามสายวิชาชีพ โดยเข้าสู่การจ้างงานทั้งในภาคบริการสุขภาพ (Health service sector) ในหน่วยบริการสุขภาพทั้งภาครัฐและเอกชน และนอกภาคบริการสุขภาพ (Non-Health Service sector) เช่น การทำงานในหน่วยงานหรือองค์กรด้านบริหาร หรือการทำงานในภาคอุตสาหกรรมอื่นๆ นอกกระบวนการสุขภาพ หรือบางส่วนย้ายถิ่นฐานไปทำงานต่างประเทศ รวมทั้งมีบางส่วนเปลี่ยนอาชีพ หรือไม่ทำงานในวิชาชีพ ซึ่งการพิจารณาว่ามีกำลังคนเพียงพอต่อการให้บริการด้านสุขภาพหรือไม่นั้น ควรจะนับเฉพาะผู้ที่ทำงานในภาคบริการสุขภาพเท่านั้น และการที่จะทำให้มีกำลังคนเพียงพอจำเป็นต้องมีนโยบายสนับสนุนอย่างเป็นระบบทั้งการผลิต การดึงดูดให้บุคลากรทำงานในระบบบริการ รวมทั้งการเพิ่มผลิตภาพกำลังคนดังภาพที่ ๑

ภาพที่ ๑ พลวัตของตลาดแรงงานของบุคลากรด้านสุขภาพ

Public policy levers to shape health labour markets



ที่มา: High – Level Commission on Health Employment and Economic Growth: Working for Health and Growth Investing in the Health Workforce. WHO : Geneva. ๒๐๑๖ P.๓๐

ปัจจุบัน ฐานข้อมูลทะเบียนผู้ประกอบการวิชาชีพด้านสุขภาพของสภาวิชาชีพ ซึ่งเป็น Registration Data จัดเป็นแหล่งข้อมูลเดียวที่สามารถแจ้งนับจำนวนผู้รับใบอนุญาตประกอบวิชาชีพได้ถูกต้องมากที่สุด ซึ่งในตลาดแรงงาน จัดว่าบุคลากรที่มีใบอนุญาตประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพตามที่กฎหมายกำหนด เป็น Pool of Qualified Health workforce คือมีความพร้อมที่จะเข้ามาทำงานในตลาดแรงงานเมื่อมีปัจจัยดึงดูดที่เหมาะสม

จากรายงานการขึ้นทะเบียนผู้ประกอบการวิชาชีพด้านสุขภาพ ๔ สาขาหลักดังกล่าว พบว่า ณ ปี ๒๕๖๐ ประเทศไทยมีแพทย์ ๕๒,๗๕๑ คน เป็นผู้ที่อายุ ๗๐ ปีขึ้นไป ๓,๓๗๔ คน มีพยาบาลวิชาชีพ ๑๙๑,๕๗๕ คน เป็นผู้ที่อายุ ๖๐ ปีขึ้นไป ๕,๘๑๓ คน มีทันตแพทย์ ๑๖,๑๐๒ คน เป็นผู้ที่มีอายุ ๗๐ ปีขึ้นไป ๗๕๒ คน และมีเภสัชกร ๓๘,๓๙๘ คน(ไม่มีรายงานโครงสร้างอายุของผู้ประกอบวิชาชีพ) ซึ่งผลการสำรวจของคณะทำงานวิชาการเพื่อวางแผนกำลังคนในระยะ ๒๐ ปีข้างหน้า พบว่า ในปีเดียวกันนี้ มีแพทย์ พยาบาลวิชาชีพ ทันตแพทย์ และเภสัชกร ที่ให้บริการสุขภาพเมื่อเปรียบกับจำนวนผู้ที่มีใบอนุญาตประกอบวิชาชีพทั้งหมด ในสัดส่วนร้อยละ ๗๙.๖, ๘๐.๐, ๗๘.๘ และ ๓๓.๓ ตามลำดับ ทั้งนี้จะเห็นว่าเภสัชกร เป็นบุคลากรที่มีการทำงานนอกหน่วยบริการสุขภาพมากที่สุด เช่น การทำงานในอุตสาหกรรมยา หรือการประกอบธุรกิจร้านยา เป็นต้น

อย่างไรก็ตามถึงแม้ว่า ผลของการเพิ่มการผลิต ตลอดระยะเวลากว่า ๒๐ ปีที่ผ่านมา โดยเน้นการรับนักศึกษาจากชนบทและการบังคับการทำงานชดใช้ทุนหลังจบการศึกษา(Compulsory Service) เช่น โครงการผลิตแพทย์เพิ่มเพื่อชาวชนบท การผลิตพยาบาลของกระทรวงสาธารณสุข และสถาบันการศึกษาพยาบาลภาครัฐ รวมทั้ง นโยบายการเพิ่มค่าตอบแทนประเภท Hardship allowance เพื่อดึงดูดบุคลากรไว้ในชนบท นโยบายการให้ทุนการศึกษาต่อ รวมทั้งการบรรจุเข้ารับราชการ ซึ่งเป็นปัจจัยดึงดูดที่มีความสำคัญต่อกำลังคนโดยเฉพาะพยาบาลวิชาชีพอย่างมาก ทำให้มีกำลังคนด้านสุขภาพ ๔ สาขาหลัก เพิ่มขึ้นอย่างเห็นได้ชัด โดยพบว่า ระหว่างปี พ.ศ. ๒๕๒๒ กับ ๒๕๖๐ ความหนาแน่นของบุคลากรที่ให้บริการสุขภาพต่อประชากรดีขึ้นมาโดยตลอด (ตารางที่ ๒) แต่ความขาดแคลนและการกระจายกำลังคนด้านสุขภาพ ยังเป็นปัญหาสำคัญของระบบสุขภาพ ทั้งนี้เนื่องจากความต้องการด้านสุขภาพของประชาชนเพิ่มขึ้น สังคมสูงอายุ และการเปลี่ยนแปลงด้านระบาดวิทยา ที่ความเจ็บป่วยของประชาชนมีแนวโน้มเจ็บป่วยเรื้อรัง รวมทั้งยังคงมีปัญหาค่าใช้จ่ายบุคลากร ทั้งในเชิงภูมิศาสตร์ และความเชี่ยวชาญของบุคลากร ที่ส่งผลกระทบต่อคุณภาพบริการและการเข้าถึงบริการที่จำเป็นของประชาชน

ตารางที่ ๑ ความหนาแน่นของบุคลากรสุขภาพ ๔ สาขา ระหว่างปี พ.ศ. ๒๕๒๒ - ๒๕๖๐

บุคลากรสาขา	อัตราส่วนบุคลากรต่อประชากร		
	พ.ศ.๒๕๒๒	พ.ศ.๒๕๕๖	พ.ศ.๒๕๖๐*
แพทย์	๑ ต่อ ๗,๐๐๐	๑ ต่อ ๒,๔๐๐	๑ ต่อ ๑,๔๔๘
พยาบาล	๑ ต่อ ๒,๖๐๐	๑ต่อ ๕๐๐	๑ ต่อ ๔๐๗
ทันตแพทย์	๑ต่อ ๔๕,๐๐๐	๑ต่อ ๘,๔๐๐	๑ ต่อ ๕,๕๙๒
เภสัชกร	๑ต่อ ๑๘,๐๐๐	๑ต่อ ๕,๕๐๐	๑ ต่อ ๕,๒๙๘

* การคาดประมาณประชากร พ.ศ.๒๕๕๓-๒๕๘๓ ของสำนักงานคณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ๖๗,๖๕๓,๐๐๐ คน

แนวโน้มการกระจายกำลังคนด้านสุขภาพจำแนกตามสังกัด

การกระจายกำลังคนในแต่ละสังกัด ตั้งแต่ปี พ.ศ.๒๕๑๔ - ๒๕๖๐ พบ ทิศทางซึ่งสะท้อนการขยายตัวของโรงพยาบาลเอกชน ที่มีบทบาทในการให้บริการสุขภาพเพิ่มมากขึ้น โดยมีการจ้างแพทย์ พยาบาลวิชาชีพ และทันตแพทย์ เพิ่มมากขึ้นกว่า ๒ เท่า ยกเว้นเภสัชกร ที่มีแนวโน้มการเข้าสู่การจ้างงานของโรงพยาบาลเอกชนลดลง และเป็นที่น่าสังเกตว่า การขยายตัวของภาครัฐอื่นนอกกระทรวงสาธารณสุขในการจ้างงานบุคลากรทั้ง ๔ สาขา มีการลดสัดส่วนลงกว่าเท่าตัวเช่นกัน เมื่อเปรียบเทียบกับ ปี พ.ศ. ๒๕๑๔ โดยเฉพาะทันตแพทย์มีสัดส่วนลดลงกว่า ๑๐ เท่าและมีอัตราการขยายตัวค่อนข้างคงที่ระหว่างปี พ.ศ.๒๕๕๖ - ๒๕๖๐

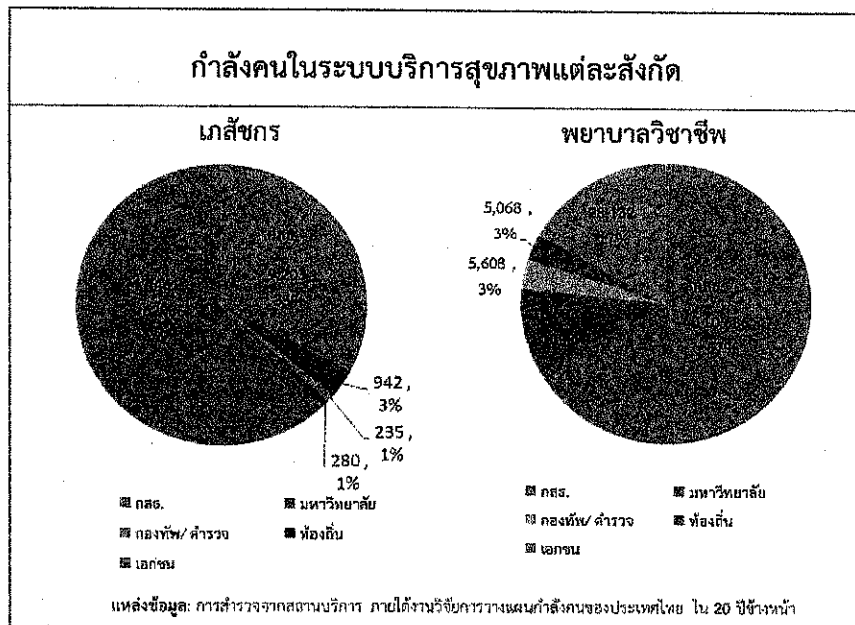
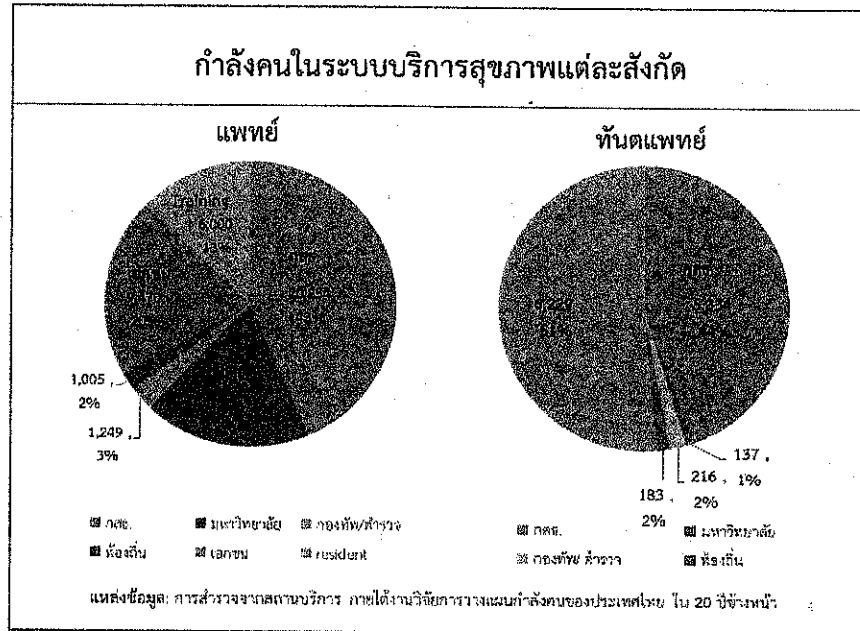
อย่างไรก็ตามในภาพรวม กระทรวงสาธารณสุข ยังคงมีกำลังคนด้านสุขภาพทั้ง ๔ สาขาในสัดส่วนสูงที่สุดเมื่อเทียบกับสังกัดอื่น แต่มีแนวโน้มลดลงระหว่าง ปี ๒๕๕๖ กับ ๒๕๖๐ ยกเว้นเภสัชกร ที่มีผู้เข้าสู่การจ้างงานในกระทรวงสาธารณสุขเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องโดยพบว่ามีผู้เข้าสู่การจ้างงานในกระทรวงสาธารณสุขเพิ่มขึ้นเกือบ ๔ เท่าเมื่อเทียบกับปี ๒๕๑๔ รายละเอียดดังตารางที่ ๒

ตารางที่ ๒ การกระจายบุคลากร ๔ สาขาตามสังกัด ระหว่างปี พ.ศ. ๒๕๑๔-๒๕๖๐

บุคลากรสาขา	2514	2556	2560
แพทย์			
กสธ	48.5	58.8	43.4
ภาครัฐอื่น	44.8	23.2	23.5
เอกชน	6.7	18.0	33.1
พยาบาลวิชาชีพ			
กสธ	47.8	72.4	66.6
ภาครัฐอื่น	43.7	16.7	16.5
เอกชน	8.5	10.9	16.9
ทันตแพทย์			
กสธ	27.5	60.7	44.1
ภาครัฐอื่น	55.7	13.3	4.4
เอกชน	16.8	26.0	51.5
เภสัชกร			
กสธ	18.9	65.7	72.1
ภาครัฐอื่น	17.8	9.6	11.4
เอกชน	57.0	22.3	16.5

การกระจายกำลังคนด้านสุขภาพรายสังกัด โดยเฉพาะบุคลากรสายงานวิชาชีพหลักได้แก่ แพทย์ พยาบาล ทันตแพทย์ และเภสัชกร พบว่า ปัจจุบันมีผู้ทำงานให้บริการสุขภาพ ในภาครัฐประกอบด้วยสังกัด กระทรวงสาธารณสุข มหาวิทยาลัย กระทรวงกลาโหม/ตำรวจ/ภาครัฐอื่นๆ องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น และ ภาคเอกชน โดยประมาณร้อยละ ๗๘.๘ ทำงานในภาครัฐ ยกเว้นทันตแพทย์ ที่ทำงานในภาครัฐและเอกชนใน สัดส่วนครึ่งต่อครึ่ง และพบว่ากระทรวงสาธารณสุขมีส่วนแบ่งในตลาดการจ้างงานบุคลากรทั้ง ๔ วิชาชีพ ประมาณร้อยละ ๖๒.๓๓ ของการจ้างงานทั้งหมด และมีสัดส่วนถึงร้อยละ ๘๐ เมื่อเทียบกับการจ้างงานใน ภาครัฐทั้งหมด ดังภาพที่ ๒

ภาพที่ ๒ สถานการณ์การกระจาย แพทย์ พยาบาล ทันตแพทย์ และเภสัชกรในประเทศไทยในปัจจุบัน



การกระจายกำลังคนด้านสุขภาพตามภูมิศาสตร์

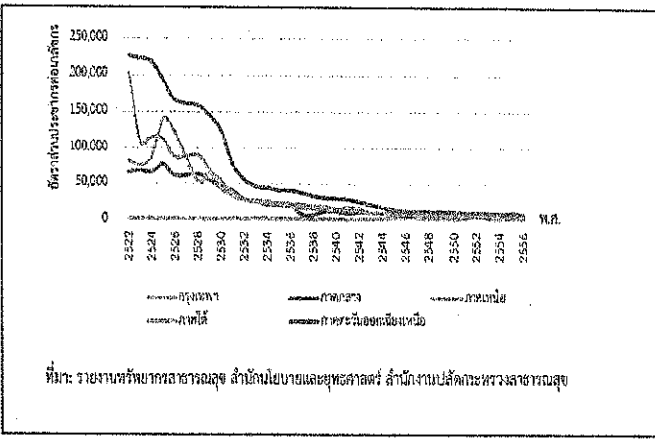
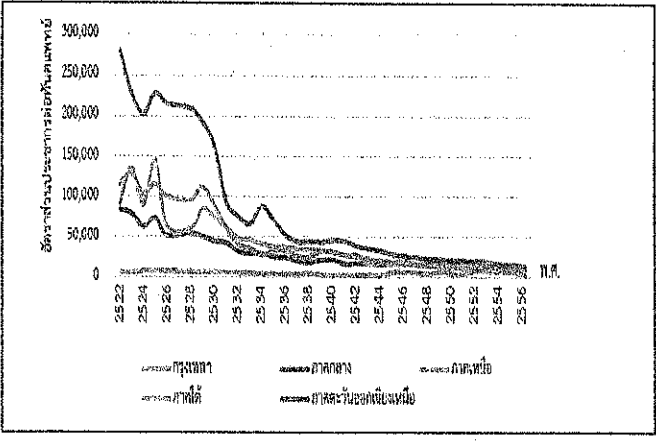
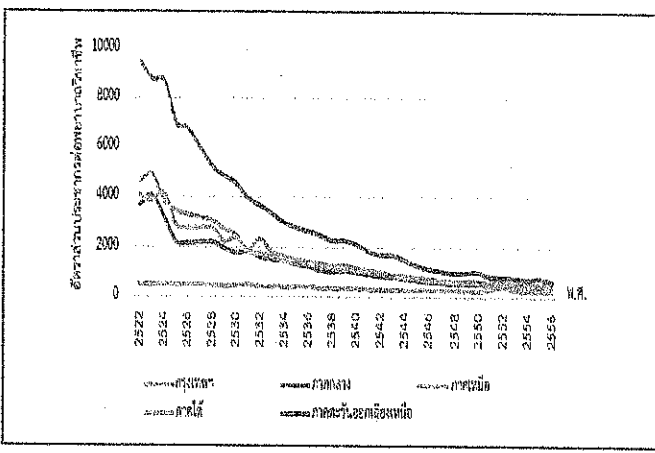
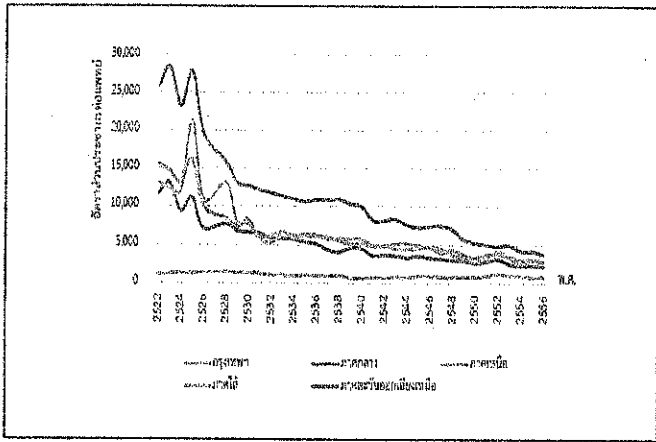
การกระจายกำลังคนด้านสุขภาพตามภูมิศาสตร์ เป็นตัวบ่งชี้ความเสมอภาคในการเข้าถึงบริการสุขภาพ โดยเฉพาะ ความเสมอภาคระหว่างพื้นที่ที่มีภาวะเศรษฐกิจที่ แตกต่างกัน เช่น ระหว่างกรุงเทพฯกับภาคตะวันออกเฉียงเหนือ พบว่า แนวโน้มการกระจายกำลังคนด้านสุขภาพทั้ง ๔ สาขาหลัก ดีขึ้นจากการเพิ่มขึ้นของกำลังคนจากการผลิตที่เพิ่มมากขึ้นในระยะ ๑๐ ปีที่ผ่านมา โดยอัตราส่วนแพทย์ต่อประชากร ในปี พ.ศ. ๒๕๕๖ ของกรุงเทพฯ เท่ากับ ๑:๘๘๖ ภาคกลาง เท่ากับ ๑: ๒,๒๒๐ ภาคเหนือ เท่ากับ ๑:๒,๘๒๑ ภาคใต้ เท่ากับ ๑:๒,๗๙๒ และภาคตะวันออกเฉียงเหนือ เท่ากับ ๑:๓,๗๖๓ โดยความแตกต่างระหว่างกรุงเทพฯ กับภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ลดจาก ๒๑.๓ เท่า ในปีพ.ศ. ๒๕๒๒ เหลือ ๔.๒ เท่า ในปีพ.ศ. ๒๕๕๖

อัตราส่วนพยาบาลวิชาชีพต่อประชากร ในปีพ.ศ. ๒๕๕๖ ของกรุงเทพฯ เท่ากับ ๑:๒๕๐ ภาคกลาง เท่ากับ ๑:๔๙๗ ภาคเหนือ เท่ากับ ๑:๕๔๓ ภาคใต้ เท่ากับ ๑:๕๖๖ และภาคตะวันออกเฉียงเหนือ เท่ากับ ๑:๖๕๖ โดยความแตกต่างระหว่างกรุงเทพฯ กับภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ลดจาก ๑๘.๒ เท่า ในปีพ.ศ. ๒๕๒๒ เหลือ ๒.๗ เท่า ในปี พ.ศ. ๒๕๕๖

อัตราส่วนทันตแพทย์ต่อประชากร ในปีพ.ศ. ๒๕๕๖ ของกรุงเทพฯ เท่ากับ ๑:๒,๙๓๒ ภาค กลาง เท่ากับ ๑:๘,๔๙๙ ภาคเหนือ เท่ากับ ๑:๙,๑๔๗ ภาคใต้ เท่ากับ ๑:๙,๓๐๐ และภาคตะวันออกเฉียงเหนือ เท่ากับ ๑:๑๓,๗๘๓ โดยความแตกต่างระหว่างกรุงเทพฯ กับภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ลดจาก ๔๐.๒ เท่า ในปี พ.ศ. ๒๕๒๒ เหลือ ๔.๗ เท่า ในปีพ.ศ. ๒๕๕๖

อัตราส่วนเภสัชกรต่อประชากร ในปีพ.ศ. ๒๕๕๖ ของกรุงเทพฯ เท่ากับ ๑:๒,๔๖๕ ภาคกลาง เท่ากับ ๑:๔,๗๑๗ ภาคเหนือ เท่ากับ ๑:๖,๕๔๘ ภาคใต้ เท่ากับ ๑:๖,๓๓๐ และภาคตะวันออกเฉียงเหนือ เท่ากับ ๑:๘,๒๓๗ โดยความแตกต่างระหว่างกรุงเทพฯ กับภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ลดจาก ๙๘.๑ เท่า ในปีพ.ศ. ๒๕๒๒ เหลือ ๓.๓ เท่า ในปีพ.ศ. ๒๕๕๖

ภาพที่ ๓ อัตราส่วนประชากรต่อ แพทย์ พยาบาลวิชาชีพ ทันตแพทย์ และเภสัชกร รายภาค



ที่มา: รายงานทรัพยากรสาธารณสุข สำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

การผลิตบุคลากรด้านสุขภาพ

ศักยภาพของสถาบันการศึกษาในการผลิตบุคลากรด้านสุขภาพของประเทศไทยเพิ่มขึ้นมาเป็นลำดับ นับตั้งแต่ปี พ.ศ.๒๕๓๕ เป็นต้นมาที่เริ่มมีโครงการผลิตแพทย์ พยาบาลเพิ่ม จนกระทั่งปัจจุบัน มีการผลิตกำลังคนด้านสุขภาพทั้งจากสถาบันการศึกษาภาครัฐและเอกชน แต่อย่างไรก็ตามเมื่อเปรียบเทียบกับประเทศใน ASEAN พบว่า ประเทศไทยมีการผลิตแพทย์ ในสัดส่วน ๔.๕๘ คนต่อประชากรแสนคนต่อปี และมีการผลิตพยาบาล ๑๔.๗๘ คน ต่อประชากรแสนคนต่อปี ซึ่งอยู่อันดับ ๗ ของภูมิภาค ในขณะที่มาเลเซีย มีความสามารถในการผลิตแพทย์ และพยาบาล ในอัตรา ๑๒ และ ๓๒.๘ คนต่อประชากรแสนคนต่อปี ตามลำดับ เช่นเดียวกับเวียดนาม ที่มีแผนเพิ่มการผลิตแพทย์ และพยาบาล ในสัดส่วน ๑๑.๖ คนต่อประชากรแสนคน

ตารางที่ ๓ การผลิตบุคลากรด้านสุขภาพ ๔ สาขาหลักในประเทศไทย (ข้อมูลแผนการผลิตระหว่างปี พ.ศ. ๒๕๕๖-๒๕๗๐ จากการสำรวจในปี พ.ศ.๒๕๖๐)

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 ๔ สาขา

๑) แผนการผลิตแพทย์

ผลการทบทวนเอกสารโครงการผลิตแพทย์เพิ่มแห่งประเทศไทยระยะที่ ๑ พ.ศ. ๒๕๕๖-๒๕๖๐ และระยะที่ ๒ พ.ศ. ๒๕๕๖-๒๕๗๐ ของกลุ่มแพทยศาสตรศึกษาแห่งประเทศไทย และข้อมูลของแพทยสภา พบว่าระหว่างปีการศึกษา ๒๕๕๓-๒๕๗๓ ซึ่งจะมีผู้สำเร็จการศึกษาระหว่างปี พ.ศ. ๒๕๖๐-๒๕๘๐ โดยในระยะเวลา ๒๐ ปี ประเทศไทยมีแผนผลิตแพทย์จากสถาบันภาครัฐ ๖๗,๐๕๑ คน และภาคเอกชน ๓,๐๒๔ รวม ๗๐,๐๗๕ คน ซึ่งคิดเป็นอัตราการผลิตเฉลี่ย ๓,๓๓๖ คนต่อปี ดังตารางที่ ๔

ตารางที่ ๔ แผนการผลิตแพทย์ในประเทศไทยระหว่างปี พ.ศ.๒๕๕๓-๒๕๗๓

ปีการศึกษา	ปีที่สำเร็จการศึกษา	กระทรวงศึกษาธิการ			กสศ แผนผลิต CPIRD	รวมภาครัฐ	เอกชน	รวมทั้งหมด
		แผนรับปกติ	แผนผลิตเพิ่ม	รวม				
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

๒) การผลิตพยาบาลวิชาชีพ

ผลการทบทวนเอกสารแผนการผลิตพยาบาลวิชาชีพ ซึ่งดำเนินการโดยคณะกรรมการพยาบาลศาสตร์ศึกษาแห่งชาติ และ สภาการพยาบาลพบว่า มีการเพิ่มการผลิตพยาบาลวิชาชีพตั้งแต่ปี พ.ศ.๒๕๓๕ เป็นต้นมา โดยเฉพาะการเพิ่มการลงทุนในการผลิตพยาบาลเพิ่มในสถาบันการศึกษาภาครัฐได้แก่ คณะพยาบาลศาสตร์ สังกัดสำนักงานคณะกรรมการการอุดมศึกษากระทรวงศึกษาธิการ และวิทยาลัยพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข นอกจากนี้ยังมีสถาบันการศึกษาพยาบาลภาคเอกชนที่มีแผนเพิ่มการผลิต แต่ปัจจุบันการศึกษาพยาบาลเริ่มมีปัญหาการขาดแคลนอาจารย์ จนอาจไม่สามารถเพิ่มการผลิตได้มากกว่าแผนการผลิตนี้ในอนาคต

ผลการศึกษาแผนการผลิตระหว่างปีการศึกษา ๒๕๕๖-๒๕๗๖ พบว่า ในระยะเวลา ๒๐ ปี ซึ่งจะมีผู้สำเร็จการศึกษาระหว่างปีพ.ศ. ๒๕๖๐-๒๕๘๐ โดยจะมีการผลิตพยาบาลวิชาชีพในประเทศไทยรวม ๒๒๗,๖๙๙ คน หรือคิดเป็นอัตราการผลิตเฉลี่ย ๑๐,๘๕๓ คนต่อปี รายละเอียดดังตารางที่ ๕

ตารางที่ ๕ แผนการผลิตพยาบาลวิชาชีพในประเทศไทยระหว่างปีการศึกษา ๒๕๕๖-๒๕๗๖

ปีการศึกษา	ปีที่สำเร็จการศึกษา	การผลิตปกติ				การผลิตเพิ่ม				รวมผลิต
		สกอปกติ	สขชปกติ	เอกชนปกติ	สังกัดอื่นๆปกติ	สกอเพิ่ม	สขชเพิ่ม	เอกชนเพิ่ม	สังกัดอื่นๆเพิ่ม	
2556	2560	1,958	2,500	2,500	280	1,420	1,100	100		9,858
2557	2561	2,098	2,500	2,653	280	1,414	1,100	148		10,193
2558	2562	2,098	2,500	2,605	280	1,414	1,100	93		10,090
2559	2563	2,098	2,500	2,652	280	1,424	1,100	79		10,133
2560	2564	2,098	2,500	2,672	280	1,434	1,100	50		10,134
2561	2565	2,098	2,530	3,007	386	1,434	1,100	210	120	10,885
2562	2566	2,098	2,530	3,138	386	1,544	1,120	206	100	11,122
2563	2567	2,098	2,530	3,188	386	1,554	1,120	140	100	11,116
2564	2568	2,098	2,530	3,198	386	1,564	1,120	170	100	11,166
2565	2569	2,098	2,530	3,198	386	1,564	1,120	170	100	11,166
2566	2570	2,098	2,530	3,198	266	1,564	1,120	200	100	11,076
2567	2571	2,098	2,530	3,198	266	1,564	1,120	200	100	11,076
2568	2572	2,098	2,530	3,198	266	1,564	1,120	200	100	11,076
2569	2573	2,098	2,530	3,198	266	1,564	1,120	200	100	11,076
2570	2574	2,098	2,530	3,198	266	1,564	1,120	200	100	11,076
2571	2575	2,098	2,530	3,198	266	1,564	1,120	200	100	11,076
2572	2576	2,098	2,530	3,198	266	1,564	1,120	200	100	11,076
2573	2577	2,098	2,530	3,198	266	1,564	1,120	200	100	11,076
2574	2578	2,098	2,530	3,198	266	1,564	1,120	200	100	11,076
2575	2579	2,098	2,530	3,198	266	1,564	1,120	200	100	11,076
2576	2580	2,098	2,530	3,198	266	1,564	1,120	200	100	11,076
รวมผลิต		43,918	52,980	63,989	6,256	31,970	23,400	3,566	1,620	227,699

๓) การผลิตทันตแพทย์ในประเทศไทย

ผลการศึกษาแผนการผลิตทันตแพทย์ของสำนักงานคณะกรรมการการอุดมศึกษา จากเอกสารโครงการผลิตทันตแพทย์เพิ่มตามความต้องการของกระทรวงสาธารณสุข ปีการศึกษา ๒๕๔๘-๒๕๕๗ (โครงการระยะที่ ๑) และโครงการผลิตทันตแพทย์เพิ่มระยะที่ ๒ เพื่อพัฒนาทันตสุขภาพของประชาชน ปีการศึกษา ๒๕๕๘-๒๕๖๗ และข้อมูลของทันตแพทย์สภาพพบว่า ระหว่างปีการศึกษา ๒๕๕๓-๒๕๗๓ ซึ่งจะมีผู้สำเร็จการศึกษาระหว่างปี พ.ศ.๒๕๖๐-๒๕๘๐ โดยในระยะเวลา ๒๐ ปีดังกล่าว ประเทศไทยมีแผนผลิตทันตแพทย์จากสถาบันภาครัฐ ๑๖,๖๘๑ คน และภาคเอกชน ๓,๗๐๐ รวม ๒๐,๓๘๑ คน ซึ่งคิดเป็นอัตราการผลิตเฉลี่ย ๙๗๐ คนต่อปี ดังตารางที่ ๖

ตารางที่ ๖ การผลิตทันตแพทย์ในประเทศไทยระหว่างปีการศึกษา ๒๕๕๓-๒๕๗๓

ปีการศึกษา	ปีที่สำเร็จการศึกษา	แผนรับปกติ	แผนผลิตเพิ่ม	รวมผลิตในภาครัฐ	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
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

๔) การผลิตเภสัชกรในประเทศไทย

ผลการศึกษาแผนการผลิตเภสัชกรในประเทศไทย จากการสำรวจจากสถาบันการผลิต และข้อมูลจากสภาเภสัชกรรม ปีการศึกษา พบว่าระหว่างปีการศึกษา ๒๕๕๓-๒๕๗๓ ซึ่งจะมีผู้สำเร็จการศึกษาระหว่างปี พ.ศ.๒๕๖๐-๒๕๘๐ โดยประเทศไทยมีแผนผลิตเภสัชกร ประมาณปีละ ๒,๐๐๐ คน โดยแบ่งเป็นการผลิตในสถาบันภาครัฐประมาณ ๑,๗๐๐ คน และภาคเอกชน ๓๐๐ คน รวม รวม ๔๓,๒๐๐ คนในระยะเวลา ๒๐ ปีข้างหน้า ทั้งนี้มีผู้สำเร็จการศึกษา ประมาณ ร้อยละ ๓๓ เท่านั้นที่เข้าสู่การจ้างงานในระบบบริการสุขภาพภาครัฐ และเอกชน

ภาคผนวก ๔

ปัจจัยสำคัญที่ส่งผลกระทบต่อกำลังคนด้านสุขภาพ

๑. โครงสร้างและลักษณะประชากร

ประเทศไทยกำลังย่างเข้าสู่สังคมสูงวัย โดยในปี พ.ศ.๒๕๗๙ จะมีผู้สูงอายุถึงร้อยละ ๓๐ ของประชากรทั้งหมด ส่งผลต่อภาระงบประมาณที่เพิ่มขึ้นจากสภาวะสุขภาพที่เสื่อมถอย นอกจากนี้จำนวนเด็กปฐมวัยที่ลดลงอย่างต่อเนื่องยังมีปัญหาพัฒนาการไม่สมวัยกว่าร้อยละ ๒๗.๕ ทำให้วัยแรงงานในอนาคตเสี่ยงที่จะด้อยคุณภาพ และจากสภาวะที่วัยทำงานลดลง อายุเฉลี่ยของวัยแรงงานจึงเพิ่มสูงขึ้นด้วย ยิ่งไปกว่านั้น กลุ่มวัยแรงงานยังมีปัญหาผลิตภาพแรงงานต่ำ อันมีสาเหตุสำคัญจากทักษะและสมรรถนะไม่สอดคล้องกับความต้องการของตลาดแรงงาน

ในด้านของโครงสร้างประชากรในมิติของเจเนอเรชัน พบว่าประชากรในกลุ่ม Gen Y ที่จะเป็นกลุ่มหลักในอนาคต ให้ความสำคัญกับการหาประสบการณ์และการใช้ชีวิตให้คุ้มค่า จึงมีแนวโน้มในการเคลื่อนย้ายไปเรียนหรือทำงานในทั่วทุกมุมโลก คนรุ่นใหม่ที่มีความรู้ความสามารถไม่นิยมเข้ารับราชการทำให้ขาดกำลังทดแทนข้าราชการที่เกษียณอายุ

๒. ระบาดวิทยาของโรค

คนไทยมีแนวโน้มเป็นโรคไม่ติดต่อมากขึ้นซึ่งเป็นสาเหตุหลักของการเสียชีวิต สาเหตุสำคัญมาจากการมีพฤติกรรมเสี่ยงทางสุขภาพที่ไม่เหมาะสม นอกจากนี้ยังพบปัญหาสุขภาพจิต และอุบัติเหตุทางถนน ซึ่งปัญหาเหล่านี้ต้องการการจัดการในระดับนโยบาย ไม่เพียงเฉพาะการจัดระบบบริการสาธารณสุขรองรับที่ปลายทาง ซึ่งสมรรถนะที่จำเป็นสำหรับการดำเนินงานในระดับดังกล่าวจำเป็นต้องมีการพัฒนาให้เป็นรูปธรรม

๓. ลักษณะทางสังคม

ขนาดครอบครัวที่เล็กลง ทำให้ระบบเกื้อกูลในครอบครัวในอนาคตจะเปลี่ยนไป เมื่อผนวกพร้อมกับสังคมสูงวัยจึงต้องพิจารณาถึงระบบบริการทางสังคมที่จะรองรับสภาวะเช่นนี้ การหวังพึ่งจิตอาสาควรทบทวนรูปแบบและกระบวนการดำเนินงาน เนื่องจากการปัญหาการขาดแคลนผู้ที่มีจิตอาสาที่แท้จริงทั้งจำนวนและคุณภาพ

๔. โครงสร้างเชิงกายภาพ

ยังมีความเหลื่อมล้ำระหว่างพื้นที่เมืองและชนบท ในส่วนโครงสร้างพื้นฐานพบว่าระบบโลจิสติกส์ยังไม่ครอบคลุม ส่งผลให้ยังมีปัญหาการกระจายบุคลากรและทรัพยากรทางการแพทย์ที่มีการกระจุกในพื้นที่เมือง แต่ทั้งนี้ในแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ ๑๒ มุ่งเน้นการพัฒนาาระบบโลจิสติกส์อย่างชัดเจน ซึ่งจะนำไปสู่การเพิ่มขึ้นของสังคมเมืองในอนาคตอันใกล้นี้ ดังนั้น การมาตรการการสรรหาและธำรงรักษา กำลังคนในระบบบริการภาครัฐในรูปแบบเดิมอาจไม่เหมาะสมอีกต่อไป จำเป็นต้องทบทวนและค้นหามาตรการใหม่ๆ เพื่อรองรับลักษณะเชิงกายภาพที่กำลังเปลี่ยนไป

๕. ลักษณะทางเศรษฐกิจ

รายงานด้านสุขภาพภาครัฐมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่องโดยเฉพาะรายงานของระบบหลักประกันสุขภาพภาครัฐ รายงานระบบหลักประกันสุขภาพภาครัฐมีอัตราเพิ่มที่เร็วกว่าอัตราการเจริญเติบโตทางเศรษฐกิจ ระบบหลักประกันสุขภาพยังมีปัญหาด้านการบริหารจัดการที่ยังขาดประสิทธิภาพ กลไกการบริหารจัดการและระบบฐานข้อมูลยังคงแยกส่วนกันในแต่ละระบบส่งผลต่อการจัดบริการที่เป็นเอกภาพ ทั้งด้านสิทธิประโยชน์ อัตราการเบิกจ่ายและคุณภาพบริการ เหล่านี้ นำสู่การปฏิรูประบบประกันสุขภาพ ซึ่งหากมีการปรับปรุงชุดสิทธิประโยชน์ เงื่อนไขการใช้บริการและการเบิกจ่าย ล้วนส่งผลต่อทิศทางการดำเนินงานของหน่วยบริการ การวางแผนกำลังคนในส่วนผู้ให้บริการจึงต้องติดตามสถานการณ์เหล่านี้อย่างใกล้ชิด ทั้งนี้ หากการปฏิรูประบบดังกล่าวสามารถดำเนินการร่วมกันก็จะทำให้ปิดช่องว่างของการวางแผนระบบบริการได้ดียิ่งขึ้น จึงจำเป็นต้องมีกลไกของทั้งสองระบบที่มีอำนาจในการตัดสินใจ ดำเนินการร่วมกันในการกำหนดทิศทางการพัฒนาระบบสุขภาพในระดับประเทศ

๖. โลกาภิวัตน์

การเชื่อมต่อของโลกอาจนำมาซึ่งการติดต่อของโรคอุบัติใหม่ โรคอุบัติซ้ำ โรคติดต่อจากสัตว์สู่คน รวมถึงภาวะโลกร้อนทำให้เกิดอุบัติภัยทางธรรมชาติที่รุนแรงมากขึ้น แต่การย้ายถิ่นของประชากรและการเคลื่อนย้ายของแรงงานเข้าประเทศ อาจเป็นประโยชน์เพื่อชดเชยการขาดแรงงานจากโครงสร้างประชากรสูงวัย ทั้งนี้การเข้าสู่สังคมสูงวัยของโลกส่งผลให้เกิดความเสี่ยงในการแย่งชิงแรงงานและเงินทุน แต่แต่ละเมืองจะมีระดับความน่าสนใจในการดึงดูดกลุ่มคนที่มีความสามารถสูงได้แตกต่างกัน ซึ่งจะส่งผลต่อการความได้เปรียบในการแย่งชิงแรงงานและการเติบโตทางเศรษฐกิจต่อไป แต่การเข้าสู่สังคมสูงวัยของโลกก็เป็นโอกาสสำหรับประเทศ

ไทยในการพัฒนาสินค้าและนวัตกรรมใหม่ๆ รวมทั้งการบริการทางการแพทย์และการดูแลผู้สูงอายุเพื่อรองรับความต้องการของผู้สูงอายุในกลุ่มประเทศพัฒนาแล้ว เช่น ธุรกิจ Nursing Home ธุรกิจด้านโรงแรมและการท่องเที่ยวสำหรับผู้สูงอายุ เป็นต้น ซึ่งการแข่งขันในตลาดโลกจะมีความรุนแรงขึ้น ขณะเดียวกันการลดลงของประชากรไทยในระยะ ๑๐-๑๕ ปี ข้างหน้านี้ จะทำให้ขนาดของตลาดในประเทศขยายตัวช้าลง หากไทยไม่สามารถแข่งขันในตลาดโลกได้จะส่งผลกระทบต่อรายได้ของประเทศที่จะนำมาใช้จ่ายในการพัฒนาประเทศต่อไป

ทั้งนี้ การที่ไทยมีตำแหน่งที่ตั้งที่สามารถเป็นจุดเชื่อมโยงและกระจายความเชื่อมโยงที่สำคัญในภูมิภาค (Gateway to Asia) เป็นข้อได้เปรียบที่ทำให้ไทยสามารถเป็นฐานการผลิตและบริการสำคัญที่หลากหลาย ทำให้ได้เปรียบในการพัฒนาบริการเพื่อสร้างการแข่งขัน แต่การส่งเสริมการเคลื่อนย้ายแรงงานเสรีอาจทำให้เกิดการแย่งอาชีพในบางสาขาได้ อาทิ พยาบาล ทั้งนี้การจัดทำข้อตกลงยอมรับร่วมกัน (Mutual Recognition Arrangement: MRA) ด้านคุณสมบัติในสาขาวิชาชีพหลักเพื่ออำนวยความสะดวกในการเคลื่อนย้ายนักวิชาชีพ ก็ยังมีความคืบหน้าไม่มากในทางปฏิบัติ เนื่องจากยังไม่มีกรอบยอมรับหลักสูตรระหว่างอาเซียนด้วยกัน และมีประเด็นในเรื่องจริยธรรมในการประกอบอาชีพเข้ามาเกี่ยวข้อง ประกอบกับปัญหาการกำหนดการสอบเพื่อรับใบอนุญาตที่กำหนดให้เป็นภาษาท้องถิ่นเพื่อประโยชน์ของการสื่อสารกับผู้ป่วย และความหลากหลายของคำจำกัดความที่ต้องได้รับการยอมรับทั้งประเทศต้นทางและประเทศปลายทาง

๗. กลไกการกำกับดูแล

ประสิทธิภาพภาครัฐต่ำ กฎระเบียบหมกหมยมและล้าสมัย สาเหตุส่วนหนึ่งมาจากกระบวนการราชการเป็นแบบแนวตั้งรวมศูนย์การบริหารงานไว้ที่ส่วนกลาง ภาครัฐมีขนาดใหญ่และรายจ่ายประจำเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง งบประมาณมีสัดส่วนสูง รวมทั้งโครงสร้างภาครัฐในปัจจุบันยังขาดระบบการทำงานลักษณะประชารัฐที่เชื่อมโยงเป็นเครือข่ายแบบบูรณาการกับหน่วยงานหรือภาคส่วนอื่นๆ

ส่วนการบริหารงานส่วนท้องถิ่น ยังมีปัญหาความไม่ชัดเจนในการแบ่งภารกิจให้เหมาะสมระหว่างองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นกับราชการส่วนกลางและส่วนภูมิภาค การถ่ายโอนบุคลากรระหว่างส่วนกลางกับส่วนท้องถิ่นยังไม่คล่องตัว มีการถ่ายโอนภารกิจให้กับท้องถิ่นที่ยังไม่มีความพร้อมเพียงพอ

เพื่อให้เกิดการกระจายอำนาจในส่วนการจัดบริการสุขภาพสู่ท้องถิ่นสามารถเกิดขึ้นเต็มรูปแบบ จำเป็นต้องพัฒนาความสามารถในการวางแผนจัดการทรัพยากรในพื้นที่ที่เชื่อมโยงกับกรอบแนวคิดของการวางแผนระบบบริการในระดับประเทศ แต่สามารถปรับรายละเอียดที่มีความจำเพาะต่อบริบทพื้นที่ เช่น รูปแบบการจัดบริการระยะยาวที่เหมาะสมตามลักษณะของประชากรและหน่วยงานผู้ให้บริการในพื้นที่

๘. เทคโนโลยี

เทคโนโลยีที่ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงอย่างฉับพลันจะเป็นโอกาสทางธุรกิจและการดำรงชีวิตของคนได้อย่างมีคุณภาพมากขึ้น เช่น

- เพิ่มประสิทธิภาพระบบบริการ จากกลุ่มเทคโนโลยีดิจิทัลและคอมพิวเตอร์ ทำให้ลดการใช้งานมนุษย์ในบางประเภทงาน เช่น งานเอกสารและธุรการ เป็นต้น การมีเทคโนโลยีการแพทย์ใหม่ๆ เช่น บริการ Telemedicine การพัฒนา smart medical device สำหรับผู้สูงอายุ การพัฒนาระบบติดตาม/กักกันโรค/กำกับข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพโดยเฉพาะทาง social media เพื่อให้มีข้อมูลสุขภาพที่ถูกต้องแก่ผู้บริโภค

- เพิ่มประสิทธิผลการรักษา จากกลุ่มเทคโนโลยีการแพทย์และเทคโนโลยีชีวภาพ ซึ่งจะช่วยให้สามารถรักษาโรคบางประเภทที่ปัจจุบันรักษาหรือป้องกันไม่ได้ เช่น โรคมะเร็ง เป็นต้น

- เพิ่มช่องทางการเรียนรู้ จากกลุ่มเทคโนโลยีดิจิทัลและคอมพิวเตอร์ ทำให้ในอนาคตระบบการศึกษาในสถาบันการศึกษาที่เป็นระบบมาตรฐานอาจไม่สามารถตอบสนองความต้องการในการพัฒนาตนเองของคนรุ่นใหม่ได้ ลดงบประมาณในการจัดอบรมต่างๆ

แต่ก็มีความเสี่ยงของผลเชิงลบ จากการที่ประชาชนบางส่วนปรับตัวไม่ทันหรือขาดความรู้และทักษะที่ทันกับยุคสมัยที่เปลี่ยน โดยเฉพาะอย่างยิ่งการทำงานร่วมกับเทคโนโลยีก้าวหน้า ทำให้มีความเสี่ยงต่อความมั่นคงและคุณภาพชีวิต อีกทั้งความเหลื่อมล้ำในการเข้าถึงเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสารทั้งในเชิงพื้นที่และระดับรายได้ อุปสรรคสำคัญคือการศึกษาที่ประเทศไทยยังคงต้องพึ่งพาการนำเข้าเทคโนโลยีจากต่างประเทศสูง ยังไม่สามารถเป็นผู้สร้างเทคโนโลยีโดยเฉพาะเทคโนโลยีขั้นสูงได้เอง จำเป็นต้องปรับตัวจากผู้เป็นผู้พัฒนาเทคโนโลยี โดยเฉพาะกลุ่มสาธารณสุข สุขภาพ และเทคโนโลยีทางการแพทย์ ซึ่งเป็นกลุ่มเทคโนโลยีที่ไทยอาจยังไม่เข้มแข็งมากนัก แต่มีความจำเป็นอย่างมากต่อการพัฒนาประเทศในอนาคต

ภาคผนวก ๕

กรอบนโยบายที่เกี่ยวข้อง

๑) รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ.๒๕๖๐

จากเนื้อหาสาระของรัฐธรรมนูญ อาจจำแนกกลุ่มของเนื้อหาสาระในแต่ละมาตราตามความเกี่ยวข้องกับการบริหารจัดการกำลังคนด้านสุขภาพ เป็น ๓ กลุ่มหลักๆ ได้แก่

๑) มาตราที่มีเนื้อหาสาระเกี่ยวข้องกับการผลิตและการจ้างงานกำลังคนด้านสุขภาพ ประกอบด้วย

- **มาตรา ๔๐** บุคคลย่อมมีเสรีภาพในการประกอบอาชีพ...การจัดระเบียบการประกอบอาชีพเพียงเท่าที่จำเป็นหรือเพื่อประโยชน์สาธารณะอย่างอื่น การตรากฎหมายเพื่อจัดระเบียบการประกอบอาชีพตามวรรคสอง ต้องไม่มีลักษณะเป็นการเลือกปฏิบัติหรือก้าวก่ายการจัดการศึกษาของสถาบันการศึกษา

- **มาตรา ๗๔** รัฐพึงส่งเสริมให้ประชาชนมีความสามารถในการทำงานอย่างเหมาะสมกับศักยภาพและวัยและให้มีงานทำ

๒) มาตราที่มีเนื้อหาสาระเกี่ยวข้องกับการจัดระบบบริการสุขภาพ ประกอบด้วย

- **มาตรา ๔๗** บุคคลย่อมมีสิทธิได้รับบริการสาธารณสุขของรัฐ บุคคลผู้ยากไร้ย่อมมีสิทธิได้รับบริการสาธารณสุขของรัฐโดยไม่เสียค่าใช้จ่ายตามที่กฎหมายบัญญัติ บุคคลย่อมมีสิทธิได้รับการป้องกันและขจัดโรคติดต่ออันตรายจากรัฐโดยไม่เสียค่าใช้จ่าย

- **มาตรา ๔๘** สิทธิของมารดาในช่วงระหว่างก่อนและหลังการคลอดบุตรย่อมได้รับความคุ้มครองและช่วยเหลือตามที่กฎหมายบัญญัติ บุคคลซึ่งมีอายุเกินหกสิบปีและไม่มีรายได้เพียงพอแก่การยังชีพและบุคคลผู้ยากไร้ย่อมมีสิทธิได้รับความช่วยเหลือที่เหมาะสมจากรัฐตามที่กฎหมายบัญญัติ

- **มาตรา ๕๕** รัฐต้องดำเนินการให้ประชาชนได้รับบริการสาธารณสุขที่มีประสิทธิภาพอย่างทั่วถึงเสริมสร้างให้ประชาชนมีความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค และส่งเสริม และสนับสนุนให้มีการพัฒนาภูมิปัญญาด้านแพทย์แผนไทยให้เกิดประโยชน์สูงสุด บริการสาธารณสุขตามวรรคหนึ่งต้องครอบคลุมการส่งเสริมสุขภาพ การควบคุม และป้องกันโรค การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสุขภาพด้วย รัฐต้องพัฒนาการบริการสาธารณสุขให้มีคุณภาพและมีมาตรฐานสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง

- **มาตรา ๔๓** บุคคลและชุมชนย่อมมีสิทธิ (๔) จัดให้มีระบบสวัสดิการของชุมชน สิทธิของบุคคลและชุมชนตามวรรคหนึ่ง หมายความว่ารวมถึงสิทธิที่จะร่วมกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นหรือรัฐในการดำเนินการดังกล่าวด้วย

- มาตรา ๒๕๐ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมีหน้าที่และอำนาจดูแลและจัดทำบริการสาธารณะ และกิจกรรมสาธารณะเพื่อประโยชน์ของประชาชนในท้องถิ่นตามหลักการพัฒนาอย่างยั่งยืน รวมทั้งส่งเสริมและสนับสนุนการจัดการศึกษาให้แก่ประชาชนในท้องถิ่น ทั้งนี้ ตามที่กฎหมายบัญญัติ

การจัดทำบริการสาธารณะและกิจกรรมสาธารณะใดที่สมควรให้เป็นหน้าที่และอำนาจ โดยเฉพาะขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นแต่ละรูปแบบ หรือให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเป็นหน่วยงานหลัก ในการดำเนินการใด ให้เป็นไปตามที่กฎหมายบัญญัติซึ่งต้องสอดคล้องกับรายได้ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ตามวรรคสี่ และกฎหมายดังกล่าวอย่างน้อยต้องมีบัญญัติเกี่ยวกับกลไกและขั้นตอนในการกระจายหน้าที่ และอำนาจ ตลอดจนงบประมาณและบุคลากรที่เกี่ยวข้องกับหน้าที่และอำนาจดังกล่าวของส่วนราชการให้แก่ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นด้วย

ในการจัดทำบริการสาธารณะหรือกิจกรรมสาธารณะใดที่เป็นหน้าที่และอำนาจขององค์กร ปกครองส่วนท้องถิ่น ถ้าการร่วมดำเนินการกับเอกชนหรือหน่วยงานของรัฐหรือการมอบหมายให้เอกชนหรือ หน่วยงานของรัฐดำเนินการ จะเป็นประโยชน์แก่ประชาชนในท้องถิ่นมากกว่าการที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จะดำเนินการเอง องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นจะร่วมหรือมอบหมายให้เอกชนหรือหน่วยงานของรัฐดำเนินการ นั้นก็ได้

๓) มาตราที่มีเนื้อหาสาระเกี่ยวข้องกับการปฏิรูประบบบริหารจัดการ ประกอบด้วย

- มาตรา ๖๕ รัฐพึงจัดให้มียุทธศาสตร์ชาติเป็นเป้าหมายการพัฒนาประเทศอย่างยั่งยืน ยุทธศาสตร์ชาติ เมื่อได้ประกาศในราชกิจจานุเบกษาแล้ว ให้ใช้บังคับได้

- มาตรา ๒๕๙ การปฏิรูปประเทศตามหมวดนี้ให้เป็นไปตามกฎหมายว่าด้วยแผนและขั้นตอน การดำเนินการปฏิรูปประเทศซึ่งอย่างน้อยต้องมีวิธีการจัดทำแผน การมีส่วนร่วมของประชาชนและหน่วยงานที่ เกี่ยวข้อง ขั้นตอนในการดำเนินการปฏิรูปประเทศ การวัดผลการดำเนินการ และระยะเวลาดำเนินการปฏิรูป ประเทศทุกด้าน ซึ่งต้องกำหนดให้เริ่มดำเนินการปฏิรูปในแต่ละด้านภายในหนึ่งปีนับแต่วันประกาศใช้ รัฐธรรมนูญนี้รวมตลอดทั้งผลสัมฤทธิ์ที่คาดหวังว่าจะบรรลุในระยะเวลาห้าปี

- มาตรา ๒๕๘ ให้ดำเนินการปฏิรูปประเทศอย่างน้อยในด้านต่างๆ ให้เกิดผล ดังต่อไปนี้

ข. ด้านการบริหารราชการแผ่นดิน

(๑) ให้มีการนำเทคโนโลยีที่เหมาะสมมาประยุกต์ใช้ในการบริหารราชการแผ่นดินและการจัดทำบริการสาธารณะ เพื่อประโยชน์ในการบริหารราชการแผ่นดิน และเพื่ออำนวยความสะดวกให้แก่ประชาชน

(๒) ให้มีการบูรณาการฐานข้อมูลของหน่วยงานของรัฐทุกหน่วยงานเข้าด้วยกัน เพื่อให้เป็นระบบข้อมูลเพื่อการบริหารราชการแผ่นดินและการบริการประชาชน

(๓) ให้มีการปรับปรุงและพัฒนาโครงสร้างและระบบการบริหารงานของรัฐและแผนกำลังคนภาครัฐให้ทันต่อการเปลี่ยนแปลงและความท้าทายใหม่ๆ โดยต้องดำเนินการให้เหมาะสมกับภารกิจของหน่วยงานของรัฐแต่ละหน่วยงานที่แตกต่างกัน

(๔) ให้มีการปรับปรุงและพัฒนาการบริหารงานบุคคลภาครัฐเพื่อจูงใจให้ผู้มีความรู้ความสามารถอย่างแท้จริงเข้ามาทำงานในหน่วยงานของรัฐ และสามารถเจริญก้าวหน้าได้ตามความสามารถและผลสัมฤทธิ์ของงานของแต่ละบุคคล มีความซื่อสัตย์สุจริต กล้าตัดสินใจและกระทำในสิ่งที่ถูกต้อง โดยคิดถึงประโยชน์ส่วนรวมมากกว่าประโยชน์ส่วนตัว มีความคิดสร้างสรรค์และคิดค้นนวัตกรรมใหม่ๆ เพื่อให้การปฏิบัติราชการและการบริหารราชการแผ่นดินเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ และมีมาตรการคุ้มครองป้องกันบุคลากรภาครัฐจากการใช้อำนาจโดยไม่เป็นธรรมของผู้บังคับบัญชา

ข. ด้านอื่นๆ

(๔) ปรับระบบหลักประกันสุขภาพให้ประชาชนได้รับสิทธิและประโยชน์จากการบริหารจัดการและการเข้าถึงบริการที่มีคุณภาพและสะดวกทัดเทียมกัน

(๕) ให้มีระบบการแพทย์ปฐมภูมิที่มีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวดูแลประชาชนในสัดส่วนที่เหมาะสม

จากมาตรา ๖๕ และ มาตรา ๒๕๙ ของรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทยปี พ.ศ.๒๕๖๐ นั้นนำไปสู่ ๒ พระราชบัญญัติต่อมา ประกอบด้วย พระราชบัญญัติการจัดทำยุทธศาสตร์ชาติ พ.ศ.๒๕๖๐ และพระราชบัญญัติแผนและขั้นตอนการดำเนินการปฏิรูปประเทศ พ.ศ.๒๕๖๐ ดังนี้

๒) พระราชบัญญัติ การจัดทำยุทธศาสตร์ชาติ พ.ศ.๒๕๖๐ (เหตุผลในการประกาศใช้ คือ มาตรา ๖๕ ของรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย) มีสาระสำคัญ ดังนี้

• มาตรา ๕ ให้มียุทธศาสตร์ชาติเป็นเป้าหมายในการพัฒนาประเทศอย่างยั่งยืน ตามหลักธรรมาภิบาลเพื่อใช้เป็นกรอบในการจัดทำแผนต่างๆ ให้สอดคล้องและบูรณาการกัน อันจะก่อให้เกิดเป็นพลังผลักดันร่วมกันไปสู่เป้าหมายดังกล่าว...การประกาศใช้ยุทธศาสตร์ชาติให้ทำเป็นประกาศพระบรมราชโองการ และเมื่อได้ประกาศ ในราชกิจจานุเบกษาแล้ว ให้ใช้บังคับได้ และหน่วยงานของรัฐทุกหน่วยมีหน้าที่ดำเนินการเพื่อให้บรรลุ เป้าหมายตามที่กำหนดไว้ในยุทธศาสตร์ชาติ

• มาตรา ๒๖ ในกรณีที่ความปรากฏต่อคณะกรรมการจัดทำยุทธศาสตร์ชาติว่าการดำเนินการใดของหน่วยงานของรัฐไม่สอดคล้องกับยุทธศาสตร์ชาติหรือแผนแม่บท ให้คณะกรรมการจัดทำยุทธศาสตร์ชาติแจ้งให้หน่วยงานของรัฐนั้นทราบถึงความไม่สอดคล้องและข้อเสนอแนะในการแก้ไขปรับปรุง และเมื่อหน่วยงานของรัฐดำเนินการแก้ไขปรับปรุงประการใดแล้ว ให้แจ้งให้คณะกรรมการจัดทำยุทธศาสตร์ชาติทราบภายในทศสิบวันนับแต่วันที่ได้รับแจ้ง...

ในกรณีที่หน่วยงานของรัฐไม่ดำเนินการแก้ไขปรับปรุงหรือไม่แจ้งการดำเนินการให้คณะกรรมการ จัดทำยุทธศาสตร์ชาติทราบภายในกำหนดเวลาตามวรรคหนึ่งไม่ว่าด้วยเหตุใด ให้คณะกรรมการจัดทำยุทธศาสตร์ชาติรายงานให้คณะกรรมการทราบเพื่อพิจารณาเสนอต่อคณะรัฐมนตรีเพื่อทราบและสั่งการ ต่อไป

ในกรณีที่หน่วยงานของรัฐไม่ดำเนินการตามวรรคสองโดยไม่มีเหตุอันสมควร ให้ถือว่าหัวหน้าหน่วยงาน ของรัฐนั้นจงใจปฏิบัติหน้าที่หรือใช้อำนาจขัดต่อบทบัญญัติแห่งกฎหมาย และให้คณะกรรมการ จัดทำยุทธศาสตร์ชาติแจ้งให้คณะกรรมการป้องกันและปราบปรามการทุจริตแห่งชาติทราบเพื่อ ดำเนินการ ตามหน้าที่และอำนาจต่อไป และให้นำความในมาตรา ๒๕ มาใช้บังคับโดยอนุโลม

• มาตรา ๒๕ ในกรณีที่สภาผู้แทนราษฎรหรือวุฒิสภาพิจารณารายงานตามมาตรา ๒๔ แล้ว เห็นว่าหน่วยงานของรัฐไม่ดำเนินการตามมาตรา ๒๖ วรรคสอง โดยไม่มีเหตุอันสมควรให้สภาผู้แทนราษฎรหรือ วุฒิสภา แล้วแต่กรณี มีมติส่งเรื่องให้คณะกรรมการป้องกันและปราบปราม การทุจริตแห่งชาติพิจารณา ดำเนินการกับหัวหน้าหน่วยงานของรัฐนั้นตามหน้าที่และอำนาจให้แล้วเสร็จ ภายในหนึ่งปีนับแต่วันที่รับเรื่อง และในกรณีที่คณะกรรมการป้องกันและปราบปรามการทุจริตแห่งชาติ มีมติว่าข้อกล่าวหาไม่มีมูล ให้ผู้บังคับบัญชาของผู้ถูกกล่าวหา นั้นสั่งให้ผู้นั้นพักราชการหรือพักงาน หรือสั่งให้ออก จากราชการหรือออกจากงานไว้ก่อน หรือสั่งให้พ้นจากตำแหน่งต่อไป

๓) พระราชบัญญัติ แผนและขั้นตอนการดำเนินการปฏิรูปประเทศ พ.ศ. ๒๕๖๐ (เหตุผลในการประกาศใช้ พระราชบัญญัติฉบับนี้ คือ มาตรา ๒๕๙ ของรัฐธรรมนูญ แห่งราชอาณาจักรไทย) มีสาระสำคัญ ดังนี้

• **มาตรา ๕** การปฏิรูปประเทศต้องดำเนินการเพื่อให้บรรลุเป้าหมายตามที่บัญญัติไว้ในรัฐธรรมนูญ ...การปฏิรูปประเทศต้องสอดคล้องและเป็นไปในทิศทางเดียวกับยุทธศาสตร์ชาติ

• **มาตรา ๖** ให้มีแผนการปฏิรูปประเทศเพื่อกำหนดกลไก วิธีการ และขั้นตอนการดำเนินการปฏิรูปประเทศในด้านต่างๆเมื่อได้รับความเห็นชอบ จากคณะรัฐมนตรีและรายงานต่อรัฐสภาเพื่อทราบแล้ว ให้ประกาศในราชกิจจานุเบกษาและใช้บังคับต่อไป

หน่วยงานของรัฐทุกหน่วยมีหน้าที่ดำเนินการให้เป็นไปตามแผนการปฏิรูปประเทศเพื่อให้ การปฏิรูปประเทศบรรลุผลสัมฤทธิ์ตามระยะเวลาที่กำหนดไว้ในแผนการปฏิรูปประเทศ

• **มาตรา ๒๖** ในกรณีที่ความปรากฏต่อคณะกรรมการปฏิรูปคณะใดว่าการดำเนินการใด ของหน่วยงานของรัฐไม่สอดคล้องกับแผนการปฏิรูปประเทศ ให้ดำเนินการดังต่อไปนี้ (๑) ในกรณีที่เป็นหน่วยงานของรัฐในฝ่ายบริหาร ให้คณะกรรมการปฏิรูปคณะนั้น ประสานงานหรือปรึกษาหารือกับหน่วยงานของรัฐดังกล่าวหรือรัฐมนตรีเจ้าสังกัดหรือที่กำกับดูแล เพื่อแก้ไขปรับปรุงความไม่สอดคล้องนั้น ในกรณีที่ไม่อาจหาข้อยุติร่วมกันได้ ให้คณะกรรมการปฏิรูป แจ้งเป็นหนังสือต่อคณะกรรมการยุทธศาสตร์ชาติเพื่อพิจารณา และเมื่อคณะกรรมการยุทธศาสตร์ชาติมีมติ ประการใดแล้ว ให้หน่วยงานของรัฐปฏิบัติตามนั้น

จาก ๒ พระราชบัญญัติดังกล่าว นำสู่การจัดทำแผนหลักของประเทศ จำนวน ๒ แผน คือ แผนยุทธศาสตร์ชาติ ๒๐ ปี และ แผนปฏิรูปประเทศ ๑๑ ด้าน ซึ่งในที่นี่จะทบทวนเฉพาะแผนปฏิรูปประเทศด้านสาธารณสุขเท่านั้น ดังนี้

๔) ยุทธศาสตร์ชาติ ๒๐ ปี

ตามยุทธศาสตร์ชาติ ๒๐ ปีระบุเป้าหมายภาพอนาคตประเทศไทยที่ต้องบรรลุภายในปี ๒๕๘๐ คือ การขับเคลื่อนประเทศให้ก้าวไปสู่ประเทศที่พัฒนาแล้ว โดยเมื่อพิจารณาสาระสำคัญในแต่ละยุทธศาสตร์ อาจแบ่งกลุ่มเพื่อเชื่อมโยงสู่การจัดการกำลังคนด้านสุขภาพ เป็น ๒ กลุ่มหลักๆ ได้แก่

๑) กลุ่มที่เกี่ยวข้องกับการปฏิรูประบบสุขภาพ ประกอบด้วย ๓ ยุทธศาสตร์ ดังนี้

• ยุทธศาสตร์ที่ ๑ เรื่องความมั่นคง ซึ่งระบุถึงการขจัดสาเหตุของประเด็นปัญหาที่สำคัญ ได้แก่ เป็นธรรม ลดเหลื่อมล้ำ กระจายอำนาจ

- ยุทธศาสตร์ที่ ๓ การพัฒนาและเสริมสร้างศักยภาพทรัพยากรมนุษย์ มีประเด็นการเสริมสร้างให้มีสุขภาพที่ดี ได้แก่ สร้างความรู้ด้านสุขภาพ พัฒนาระบบบริการสุขภาพที่ทันสมัย และให้ชุมชนเป็นฐานในการสร้างสุขภาพที่ดี

- ยุทธศาสตร์ที่ ๔ การสร้างโอกาสและความเสมอภาคทางสังคม มีประเด็นเรื่องการพัฒนา ระบบบริหารจัดการหลักประกันสุขภาพ การเข้าถึงบริการทางสังคมอย่างทั่วถึง โดยใช้เทคโนโลยีสารสนเทศ การใช้ทรัพยากรร่วมกัน และการลงทุนร่วมกันระหว่างรัฐและเอกชน

- ยุทธศาสตร์ที่ ๖ การปรับสมดุลและพัฒนาระบบการบริหารจัดการภาครัฐ โดยการปรับปรุง บทบาท ภารกิจ และโครงสร้างของหน่วยงานภาครัฐ ประกอบด้วย การแยกแยะบทบาทหน่วยงานของรัฐที่ทำหน้าที่กำกับ และการเป็นผู้ให้บริการในตลาดที่มีการแข่งขันกับภาคเอกชนให้ชัดเจน การถ่ายโอนภารกิจที่สำคัญ เช่น นโยบายสาธารณสุข เพื่อการกระจายอำนาจสู่ท้องถิ่น การพัฒนาระบบบริหารจัดการกำลังคน ภาครัฐ จัดการให้จำนวน คุณสมบัติ และการกำหนดตัวบุคคลลงตำแหน่งต่างๆ ในภาครัฐมีความสอดคล้องกับ ลักษณะงาน ปรับเปลี่ยนทั้งวิธีการสรรหา/คัดเลือก (recruit) การพัฒนาทักษะและขีดความสามารถ (train) และการรักษา/คงไว้ซึ่งบุคลากรคุณภาพ (retain)

๒) กลุ่มที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนากำลังคน ประกอบด้วย ๒ ยุทธศาสตร์ ดังนี้

- ยุทธศาสตร์ที่ ๒ เพิ่มความสามารถในการแข่งขัน ซึ่งกล่าวถึงการพัฒนาธุรกิจบริการสุขภาพ ให้มีการลงทุนอย่างจริงจังในการผลิตบุคลากรทางการแพทย์ การวิจัยและพัฒนาเทคโนโลยีทางการแพทย์และ เครื่องมือแพทย์ มาตรฐานการบริการ เพื่อให้ประเทศสามารถเป็นเจ้าของเทคโนโลยี และมุ่งสู่การเป็น ศูนย์กลางบริการทางการแพทย์ (Medical Service Hub) ของภูมิภาค

- ยุทธศาสตร์ที่ ๓ การพัฒนาและเสริมสร้างศักยภาพทรัพยากรมนุษย์ การพัฒนาศักยภาพคน ตลอดช่วงชีวิต ซึ่งสามารถพิจารณาเป็น ๒ ส่วน คือ ส่วนที่เป็นภารกิจในระบบบริการสุขภาพ ได้แก่ การ จัดบริการเพื่อเป้าหมายพัฒนาการเด็กสมัยวัย และการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ อีกส่วนคือส่วนที่เกี่ยวข้อง ตลาดแรงงาน ได้แก่ การที่แรงงานมีศักยภาพสอดคล้องกับความต้องการของตลาดแรงงาน และการที่ผู้สูงอายุ มีงานทำที่เหมาะสมกับศักยภาพ

ทั้งนี้ได้นับการปฏิรูปกระบวนการเรียนรู้แบบพลิกโฉม (Transformation of Learning) โดยเน้น พัฒนาระบบการประเมินและการรับรองคุณภาพที่เน้นผลลัพธ์ที่ตัวผู้เรียน การเพิ่มประสิทธิภาพระบบบริหาร จัดการศึกษาทุกระดับ รวมทั้งการเพิ่มประสิทธิภาพการคลังการศึกษา เช่น จัดสรรงบประมาณตรงสู่ผู้เรียน ส่งเสริมการมีส่วนร่วมจากภาคเอกชนในการจัดการศึกษา

๕) แผนปฏิรูปประเทศ ด้านสาธารณสุข

เป้าหมาย คือ ประชาชนทุกภาคส่วน มีความรอบรู้ด้านสุขภาพ มีส่วนร่วมในการวางระบบในการดูแลสุขภาพ ได้รับโอกาสที่เท่าเทียมกันในการเข้าถึงบริการสาธารณสุขที่จำเป็น อยู่ในสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการมีสุขภาวะ ตามหลักปรัชญาของเศรษฐกิจพอเพียง ภายใต้ระบบสาธารณสุขที่เป็นเอกภาพและการอภิบาลระบบที่ดี อันประกอบไปด้วย ๔ ประเด็นการปฏิรูป คือ ด้านระบบบริหารจัดการด้านสุขภาพ ด้านระบบบริการสุขภาพ ด้านการคุ้มครองผู้บริโภค และด้านความยั่งยืนและเพียงพอด้านการเงินการคลังสุขภาพ

ซึ่งมีส่วนที่เกี่ยวข้องกับระบบกำลังคนด้านสุขภาพ ดังนี้ ระบบบริการในเขตพื้นที่ออกแบบให้รองรับสภาพปัญหา ภายใต้การใช้ทรัพยากรคุ้มค่า หน่วยงานระดับต่างๆมีสมรรถนะในการบริหารจัดการกำลังคนด้านสุขภาพ สัดส่วนกำลังคนต่อประชากรระดับประเทศเพียงพอสอดคล้องระดับการพัฒนา และไม่มีพื้นที่ขาดแคลนซ้ำซาก โดยเน้นที่การพัฒนากำลังคนสุขภาพด้านปฐมภูมิ กำลังคนด้านการแพทย์แผนไทยและการแพทย์พื้นบ้าน กำลังคนด้านการแพทย์ฉุกเฉิน กำลังคนด้านส่งเสริมและป้องกันโรค และกำลังคนด้านการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพ

ทั้งนี้ มีแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ ๑๒ (พ.ศ.๒๕๖๐-๒๕๖๔) ซึ่งมีหลักการสำคัญของการพัฒนาประเทศโดยมุ่งบรรลุเป้าหมายในระยะ ๕ ปีที่จะสามารถต่อยอดในระยะต่อไปเพื่อให้บรรลุเป้าหมายการพัฒนาระยะยาวตามยุทธศาสตร์ชาติ ๒๐ ปี

ในส่วนของแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ซึ่งมีการจัดทำควบคู่กับแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติมาตลอดตั้งแต่ฉบับแรกจนถึงปัจจุบัน โดยมีการลงรายละเอียดในส่วนของพัฒนาสุขภาพของประชกรนั้น จากการทบทวนแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติฉบับที่ ๑๒ (พ.ศ.๒๕๖๐-๒๕๖๔) พบว่ามีการประเมินผลลัพธ์ที่เกิดจากแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติฉบับก่อนหน้า โดยสถานการณ์ในส่วนที่เกี่ยวข้องกับกำลังคนด้านสุขภาพ ประกอบด้วย

- ปัญหาการกระจายตัวของกำลังคนด้านสุขภาพ ส่งผลให้ปัญหาความไม่เป็นธรรมในการเข้าถึงบริการสุขภาพยังคงอยู่
- บริการปฐมภูมิซึ่งเป็นนโยบายหลักของกระทรวงสาธารณสุขก็ยังไม่สามารถจัดสรรบุคลากรได้เพียงพอต่อการจัดบริการที่มีคุณภาพเหมาะสมกับปัญหาสุขภาพที่เปลี่ยนแปลงไปของประชากร

- การจัดบริการสำหรับปัญหาสุขภาพใหม่ๆ โดยเฉพาะการเข้าสู่สังคมสูงอายุ เช่น บริการระยะยาว และระยะยาว ยังไม่ได้รับการพัฒนาเท่าที่ควร
- บริการฟื้นฟูสมรรถภาพยังจำกัดอยู่ในโรงพยาบาลขนาดใหญ่
- แพทย์แผนปัจจุบันไม่ยอมรับการแพทย์พื้นบ้าน
- การบริหารจัดการทรัพยากรทั้งคน เงิน ของ ในระดับเขตยังแยกส่วน การพัฒนาบุคลากรในระดับจังหวัดไม่สอดคล้องกับบริบทการจัดบริการ
- เกิดภาวะสมองไหลของแพทย์จากรัฐสู่เอกชน
- ภาคประชาชน ยังขาดจิตอาสาที่แท้จริง

จากสถานการณ์ดังกล่าว เมื่อวิเคราะห์ถึงต้นตอของปัญหาจะพบว่าสาเหตุสำคัญคือ *การขาดเอกภาพในการวางแผนกำลังคนด้านสุขภาพที่ครอบคลุมถึงศักยภาพของภาครัฐ ท้องถิ่น เอกชน รวมถึงภาคประชาชน* จึงนำสู่ผลลัพธ์ของมีกำลังคนที่ไม่พอ เกิดภาวะแย่งคนระหว่างหน่วยงาน สิ่งสำคัญคือการวางแผนระบบสุขภาพที่เชื่อมโยงถึงการวางแผนกำลังคนอย่างครบวงจรการพัฒนา ตั้งแต่การผลิตจนถึงการธำรงรักษา เพื่อให้มีกำลังคนที่สอดคล้องกับทิศทางการพัฒนาระบบสุขภาพ

ภาคผนวก ๖

(ร่าง) แผนที่ ๒ ปฏิรูประบบการผลิตและพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพเพื่อสนับสนุนการพัฒนาการศึกษา
สำหรับบุคลากรด้านสุขภาพในศตวรรษที่ ๒๑

วิสัยทัศน์

การศึกษา คุณภาพ เสมอภาค เพื่อสมรรถนะและหัวใจบุคลากรด้านสุขภาพ

เป้าประสงค์

การพัฒนาการศึกษาบุคลากรสุขภาพโดยประชาชนเป็นศูนย์กลางเพื่อลดความเหลื่อมล้ำในระบบสุขภาพ

เป้าหมาย

การพัฒนาการศึกษาบุคลากรด้านสุขภาพให้มีสมรรถนะที่เหมาะสม ได้มาตรฐานโดยอาศัยหลักฐาน
เชิงประจักษ์เพื่อตอบสนองต่อความต้องการของประชาชนและระบบสุขภาพตามพลวัตและบริบทความ
ต้องการของกำลังคนทางด้านสุขภาพของประเทศและครอบคลุมประชาชนตลอดจนผู้ด้อยโอกาสได้อย่างเสมอ
ภาคอันจะลดความเหลื่อมล้ำและนำไปสู่ระบบการดูแลสุขภาพที่ดีตั้งแต่ระดับปฐมภูมิ มุ่งเน้นการพึ่งตนเอง
การมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วนทั้งภาคประชาชน ภาครัฐและภาคเอกชน ทำให้เกิดความเชื่อมโยงและบูรณา
การวิชาการข้ามศาสตร์ในระหว่างสาขาวิชาชีพจากผู้ผลิตและผู้ใช้

ตัวชี้วัด

- ๑) เครือข่าย กลไกความร่วมมือระหว่างผู้ผลิตและผู้ใช้ องค์กรวิชาชีพ ในการพัฒนาการศึกษา
บุคลากรด้านสุขภาพที่มีคุณภาพ ชั้นความร่วมมือมี ๓ ระดับได้แก่ ระดับนโยบาย ปฏิบัติการ และ
ประเมิน
- ๒) การเปลี่ยนแปลงนโยบายระดับชาติในการพัฒนาการศึกษาบุคลากรด้านสุขภาพที่สอดคล้องกับ
ระบบสุขภาพ โดยอาศัยหลักฐานเชิงประจักษ์

กลยุทธ์

- ๑) พัฒนาการศึกษามูลฐานด้านสุขภาพที่มีประชาชนเป็นศูนย์กลาง การบูรณาการข้ามศาสตร์ โดยกลไกการมีส่วนร่วม ได้มาตรฐานและเชื่อมโยงระบบสุขภาพ
- ๒) ผลิตบุคลากรสุขภาพที่มีสมรรถนะรองรับและลดความเหลื่อมล้ำในระบบสุขภาพทั้งปัจจุบันและอนาคต
- ๓) สร้างแนวทางในการบริหารจัดการขององค์กรเพื่อสนับสนุนการศึกษาด้านสุขภาพอย่างยั่งยืน

กลยุทธ์	เป้าหมายย่อย	วัตถุประสงค์	กิจกรรม	ตัวชี้วัดย่อย
๑.	พัฒนาการศึกษามูลฐานด้านสุขภาพที่มีประชาชนเป็นศูนย์กลาง การบูรณาการข้ามศาสตร์ โดยกลไกการมีส่วนร่วม ได้มาตรฐานและเชื่อมโยงระบบสุขภาพ			
	๑.๑ มาตรฐานการศึกษามีคุณภาพ ตอบสนองและสอดคล้องต่อความต้องการของประเทศ อันเป็นพลวัต	เพื่อเป็นมาตรฐานในการประกันคุณภาพการศึกษา ที่สอดคล้องต่อความต้องการของประเทศ	๑) กำหนดเกณฑ์มาตรฐานในการประกันคุณภาพการศึกษาที่สอดคล้องกับบริบทความต้องการของประเทศ โดยความร่วมมือจากผู้เกี่ยวข้องและผู้ผลิต และผู้เรียน (ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียหลัก ๕ ระดับ ได้แก่ คณบดี สภา คณะกรรมการประจำหลักสูตร อาจารย์ นักศึกษา อธิการบดี และผู้บริหารระดับมหาวิทยาลัย และองค์กรกำกับดูแลการประกันคุณภาพการศึกษา) ๒) มีกระบวนการตรวจประเมิน ที่มีมาตรฐาน มีความยุติธรรม โปร่งใส มีความเป็นกัลยาณมิตร และตรวจสอบได้ ๓) กำหนดกลไกการติดตามผลการประกันคุณภาพการศึกษาอย่างสม่ำเสมอ	จำนวนสภาวิชาชีพ สุขภาพที่มีระบบการประกันคุณภาพการศึกษา ที่มีมาตรฐาน เข้มแข็ง และมีคุณภาพ
	๑.๒ ความเชื่อมโยงและบูรณาการวิชาการข้ามศาสตร์ในระหว่างสาขาวิชาชีพ จากผู้ผลิตและผู้ใช้งาน พัฒนาการศึกษาคือสอดคล้องกับระบบ	เพื่อการพัฒนาการศึกษาด้านสุขภาพและการผลิตบุคลากรสุขภาพให้มีความสอดคล้องกับระบบสุขภาพของประเทศ	๑) พัฒนาเครื่องมือ สื่อ การเรียนการสอนแบบสหสาขาวิชาชีพ และการเรียนรู้ โดยชุมชนมีส่วนร่วม โดยอาศัยกลไกการมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วน เชื่อมโยงระบบสุขภาพ ๒) พัฒนาอาจารย์	๑) มีการเรียนการสอนแบบสหสาขาวิชาชีพ หรือการเรียนรู้โดยชุมชนมีส่วนร่วม หรือการทำงานเป็นทีม ในหลักสูตร การศึกษาเชื่อมโยงระบบสุขภาพ

กลยุทธ์	เป้าหมายย่อย	วัตถุประสงค์	กิจกรรม	ตัวชี้วัดย่อย
	การบริการและดูแล สุขภาพที่ดี			๒) มีการพัฒนาอาจารย์ เพื่อสนับสนุนหลักสูตร การศึกษาดังกล่าว
	๑.๓ การมีส่วนร่วม จากทุกภาคส่วน ทั้ง ภาคประชาชน ภาครัฐ และภาคเอกชนและ การเรียนรู้โดยชุมชนมี ส่วนร่วม	เพื่อพัฒนาเครือข่ายและ กลไกการขับเคลื่อนโดย ความร่วมมือของทุกภาค ส่วนในการปฏิรูป การศึกษา	๑) สร้างกระบวนการรับเข้า การให้ทุน ที่มีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วน ๒) สร้างกระบวนการการพัฒนา การ บริหาร และการประเมินหลักสูตรที่มี ส่วนร่วมจากทุกภาคส่วน ๓) พัฒนาการเรียนรู้โดยการประยุกต์ใช้ เทคโนโลยีสารสนเทศ	การมีส่วนร่วมในการจัด การศึกษาระหว่างผู้ผลิต ผู้ใช้บุคลากรด้านสุขภาพ องค์กรวิชาชีพ และภาคี เครือข่ายที่เกี่ยวข้อง
๒.	ผลิตบุคลากรสุขภาพที่มีสมรรถนะรองรับและลดความเหลื่อมล้ำในระบบสุขภาพทั้งปัจจุบันและอนาคต			
	๒.๑ บุคลากรสุขภาพ มีสมรรถนะที่ เหมาะสม	เพื่อให้การผลิตบุคลากร สุขภาพมีสมรรถนะที่ เหมาะสมต่อความต้องการ ด้านสุขภาพของประชาชน และรองรับระบบสุขภาพ ในอนาคต	กำหนดผลสัมฤทธิ์การเรียนรู้ (learning outcome) ที่เหมาะสม	สภาวิชาชีพมีการกำหนด สมรรถนะวิชาชีพที่ สอดคล้องกับบริบทความ ต้องการของประเทศ
	๒.๒ หลักฐานเชิง ประจักษ์ในประเด็น ก. ความต้องการของ ประชาชนซึ่ง ครอบคลุมผู้ด้อยโอกาส ข. ระบบสุขภาพใน อนาคต ที่คำนึงถึง บริบทความต้องการ กำลังคนทางด้าน สุขภาพของประเทศ	เพื่อเป็นข้อมูลสนับสนุน การวางแผนการผลิต กำลังคนด้านสุขภาพ	๑) สร้างความตระหนักถึงสถานการณ์ การผลิตบุคลากรสุขภาพในปัจจุบัน เพื่อสร้างทรนศนะ และทิศทางร่วมกัน ๒) สร้างโจทย์ เกณฑ์ กลไกและ กระบวนการเก็บข้อมูลให้เป็นมาตรฐาน ร่วมกันทุกวิชาชีพ ๓) ศึกษาวิจัยความแตกต่างของความ ต้องการด้านสุขภาพตามบริบทแต่ละ พื้นที่ ๔) สร้างกลไกการสนับสนุนการผลิต งานวิจัยระบบการศึกษาสำหรับวิชาชีพ	๑) มีการวิเคราะห์ปัจจัยที่ เกี่ยวข้องกับการดำรงอยู่ ความเสมอภาค และการ กระจาย เช่นสัดส่วนการ รับนักศึกษาเข้าเรียนจาก ชนบทและเมือง ๒) มีหน่วยงานวิจัยระบบ การศึกษาสำหรับวิชาชีพ สุขภาพสุขภาพเพื่อผลิต งานวิจัยระบบการศึกษา สำหรับวิชาชีพสุขภาพใน สถาบันการศึกษา

กลยุทธ์	เป้าหมายย่อย	วัตถุประสงค์	กิจกรรม	ตัวชี้วัดย่อย
			<p>สุขภาพ</p> <p>๕) สร้างกระบวนการติดตามการนำผลการวิจัยไปใช้ หรือพัฒนานโยบายการศึกษา</p> <p>๖) จัดการอบรมเชิงปฏิบัติการอย่างต่อเนื่อง เรื่องการวิจัยระบบการศึกษาสำหรับวิชาชีพสุขภาพ และสร้างเครือข่ายวิจัยระบบการศึกษาสำหรับวิชาชีพสุขภาพ</p>	<p>๓) มีงานวิจัยระบบการศึกษาสำหรับวิชาชีพสุขภาพสุขภาพที่พัฒนานโยบายการศึกษา</p>
๓.	สร้างแนวทางในการบริหารจัดการขององค์กรเพื่อสนับสนุนการศึกษาด้านสุขภาพอย่างยั่งยืน			
	๓.๑ การบริหารจัดการและการเงินการคลัง	เพื่อเป็นแนวทางในการบริหารจัดการขององค์กรเพื่อสนับสนุนการศึกษาด้านสุขภาพอย่างยั่งยืน	พัฒนารูปแบบทางการบริหารจัดการการเงินและการคลัง เช่น กิจการเพื่อสังคม (social enterprise), ร่วมลงทุนกับหน่วยงานอื่น เช่น อุปรกรณ์ เพื่อสนับสนุนการศึกษาด้านสุขภาพที่ตอบสนองความต้องการของประชาชน	มีรูปแบบทางการบริหารจัดการ การเงินและการคลัง เพื่อสนับสนุนการศึกษาด้านสุขภาพที่ตอบสนองความต้องการของประชาชน



แบบตอบรับเข้าร่วมงาน “ร่วมเปิดงาน การประชุมวิชาการระดับชาติฯ ครั้งที่ 6”

การประชุมวิชาการประจำปีระดับชาติ “การพัฒนาการศึกษาสำหรับบุคลากรด้านสุขภาพ” ครั้งที่ 6
(6th Annual National Health Professional Education Reform Forum)

“ประกันคุณภาพเชิงสร้างสรรค์ สู่คุณภาพการศึกษา – Creative accreditation for better quality education”

ระหว่างวันที่ 25-26 พฤศจิกายน พ.ศ. 2562 ณ โรงแรม เดอะ สุโกศล กรุงเทพฯ - November 25th-26th, 2019 at The Sukosol Bangkok Hotel

1. ข้อมูลส่วนตัว

คำนำหน้านาม (โปรดระบุ) : นาย นาง นางสาว อื่นๆ

ชื่อ - นามสกุล

ตำแหน่งทางวิชาการ : ตำแหน่งในหน่วยงาน :

หน่วยงาน : สังกัดกระทรวง :

E-Mail:

โทรศัพท์ : โทรสาร :

Line id: Facebook :

ที่อยู่ในการส่งเอกสาร : หมู่ที่ ซอย ถนน

อำเภอ/เขต ตำบล/แขวง จังหวัด รหัสไปรษณีย์

2. การเข้าร่วมประชุม (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

- ยินดีเข้าร่วมเปิดงาน ในวันจันทร์ที่ 25 พฤศจิกายน 2562 เวลา 09.00 น. – 09.15 น.
- ไม่สามารถเข้าร่วมเปิดงานได้ โดยส่งผู้แทน คือ.....
- ยินดีเข้าร่วมการประชุม สามารถเข้าร่วมการประชุมได้ วัน
- วันจันทร์ที่ 25 พฤศจิกายน 2562 วันอังคารที่ 26 พฤศจิกายน 2562
- ไม่สามารถเข้าร่วมการประชุมได้

3. ประเภทอาหารและเครื่องดื่ม

- อาหารธรรมดา อาหารมุสลิม
- อาหารมังสวิรัต อาหารอื่นๆ โปรดระบุ.....

โปรดตอบรับเข้าร่วมการประชุมฯ และส่งกลับมายัง... E-mail address: salita1210@gmail.com

ภายในวันศุกร์ที่ 4 ตุลาคม 2562

สอบถามรายละเอียดเพิ่มเติมได้ที่ นางสาวศาลิตา บัณฑกุล (ติก)

หมายเลขโทรศัพท์ 081 297 8850 / 02 589 2355