

**แผนยุทธศาสตร์ทศวรรษกำลังคน
ด้านสุขภาพแห่งชาติ
พ.ศ. 2550 - 2559**

โดย

กระทรวงสาธารณสุข

แผนยุทธศาสตร์ทศวรรษกำลังคนด้านสุขภาพแห่งชาติ

พ.ศ. 2550-2559

กำลังคนด้านสุขภาพ (Human Resources for Health) เป็นทรัพยากรที่มีความสำคัญในระบบสุขภาพ เป็นปัจจัยแห่งความสำเร็จหรือความล้มเหลวของการดำเนินงานด้านสุขภาพ เพราะเป็นทั้งผู้สร้างและผู้นำเทคโนโลยีด้านสุขภาพไปใช้ อีกทั้งเป็นผู้บริหารจัดการระบบบริการสุขภาพเพื่อให้เกิดสุขภาพที่ดีขึ้นในหมู่ประชาชน ดังนั้นกำลังคนด้านสุขภาพจึงเป็นทรัพยากรที่สำคัญในระบบสุขภาพที่ควรได้รับความสนใจอย่างต่อเนื่องและจริงจัง รัฐบาลไทยมีบทบาทหน้าที่ ในการจัดบริการด้านสุขภาพที่ประชาชนสามารถเข้าถึงได้อย่างเป็นธรรม มีคุณภาพและประสิทธิภาพ ตลอดจนมีกระบวนการมีส่วนร่วมของประชาชน ดังนั้นระบบสุขภาพจำเป็นต้องมีกำลังคนที่เพียงพอ มีการกระจายอย่างเท่าเทียม มีสัดส่วนประเภทกำลังคนที่เหมาะสม มีกำลังคนที่มีความรู้ความสามารถและมีแรงจูงใจในการปฏิบัติงาน และมีกระบวนการมีส่วนร่วมจากภาคประชาชน

1. บทนำ

1.1 สถานการณ์และแนวโน้ม

ประเทศไทยกำลังเผชิญกับปัญหาการเปลี่ยนแปลงของบริบทแวดล้อม ได้แก่ การเปลี่ยนแปลงด้านเศรษฐกิจ ด้านนโยบายการค้าโลก ด้านสังคม นโยบายสาธารณสุขและการปฏิรูปต่างๆ ตลอดจนการเปลี่ยนแปลงด้านประชากรและระบาดวิทยา ซึ่งส่งผลกระทบต่อระบบบริการสาธารณสุขและระบบกำลังคนด้านสุขภาพ ดังนี้

1.1.1 การเจริญเติบโตทางเศรษฐกิจภายหลังยุควิกฤติเศรษฐกิจปี 2540 และในขณะเดียวกัน การที่รัฐบาลมีนโยบายส่งเสริมให้คนต่างชาติมารับบริการสาธารณสุขในประเทศไทยเพื่อหวังผลทางด้านเศรษฐกิจ เป็นผลให้เกิดการขยายตัวของธุรกิจโรงพยาบาลเอกชนมากขึ้น ซึ่งส่งผลกระทบต่อภาระของบุคลากรสุขภาพจากภาครัฐสู่ภาคเอกชน

1.1.2 ผลจากการพัฒนาทางเศรษฐกิจ สังคม การศึกษา และเทคโนโลยีของประเทศ ส่งผลให้ความต้องการและความคาดหวังของประชาชนต่อระบบบริการสุขภาพสูงขึ้นอย่างมาก ทำให้เกิดการเรียกร้องบริการและคุณภาพการบริการมากขึ้น และเกิดกรณีการร้องทุกข์ภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพมากขึ้น

1.1.3 นโยบายการกระจายอำนาจการปกครองสู่ส่วนท้องถิ่น ส่งผลให้เกิดการแสวงหาความร่วมมือระหว่างหน่วยงานสาธารณสุขและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในการผลิต และการจ้างงานกำลังคนด้านสุขภาพ

1.1.4 นโยบายสาธารณสุขที่เน้นการสร้างเสริมสุขภาพ และการส่งเสริมด้านแพทย์แผนไทย การแพทย์ทางเลือกและภูมิปัญญาพื้นบ้าน ซึ่งจะเห็นว่างานสุขภาพนั้นกว้างขึ้นและมีความเกี่ยวข้องกับหลายภาคส่วน องค์กรภาคประชาชน ภูมิปัญญาพื้นบ้าน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เครือข่ายสุขภาพภาคประชาชน เครือข่าย/องค์กรเอกชนไม่แสวงหากำไร ตลอดทั้งกำลังคนด้านสุขภาพภาครัฐ ดังนั้น บทบาทของบุคลากรด้านสุขภาพอาจจะเปลี่ยนไปโดยเน้นการทำงานร่วมกับเครือข่ายอื่นและภาคประชาชนมากขึ้น

1.1.5 การใช้บริการสุขภาพที่เพิ่มขึ้นและเปลี่ยนแปลงไป ซึ่งเป็นผลจากหลายปัจจัย ได้แก่ นโยบายหลักประกันสุขภาพส่งผลให้อัตราการใช้บริการสาธารณสุขเพิ่มขึ้น แนวโน้มการเพิ่มขึ้นของผู้สูงอายุ โรคเรื้อรัง อุบัติการณ์ของโรคเกิดใหม่ เช่น ไข้หวัดนก SAR เป็นต้น ตลอดทั้งนโยบายการเข้าถึงยาต้านเชื้อไวรัสของผู้ติดเชื้อ เอชไอวี/ เอ็ดส์ ต่างก็ส่งผลต่อภาระงานที่เพิ่มมากขึ้นและความต้องการกำลังคนด้านสุขภาพเพิ่มขึ้นและมีทักษะที่ค่อนข้างเฉพาะ

1.2 สภาพปัญหาด้านกำลังคนด้านสุขภาพ

แม้ว่ากระทรวงสาธารณสุขได้ดำเนินการวางแผนและพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพ และได้ดำเนินการแก้ปัญหาอย่างต่อเนื่อง แต่อย่างไรก็ตามผลกระทบจากการเปลี่ยนแปลงต่างๆ ได้ส่งผลต่อการดำรงอยู่ของปัญหาด้านกำลังคนบางประการและขณะเดียวกันก็เกิดปัญหาใหม่ ๆ ตามขึ้นมา กล่าวโดยสรุปได้ดังนี้

1.2.1 การขาดแคลนกำลังคน การเปลี่ยนแปลงต่างๆ ส่งผลกระทบต่อความต้องการกำลังคนที่เพิ่มขึ้น เช่น นโยบายการประกันสุขภาพถ้วนหน้า นโยบายการรับยาต้านไวรัสเอ็ดส์ของผู้ป่วยเอ็ดส์ทุกคน อุบัติการณ์ของโรค SARS ไข้หวัดนก การเพิ่มขึ้นของโรคเรื้อรังและผู้สูงอายุ การเพิ่มขึ้นของแรงงานต่างด้าว และนโยบายส่งเสริมการให้บริการสาธารณสุขแก่ชาวต่างชาติ ซึ่งปัจจัยเหล่านี้ทำให้เกิดความต้องการกำลังคนซึ่งมีจำนวนจำกัด ส่งผลให้เกิดปัญหาความขาดแคลนมากยิ่งขึ้น

1.2.2 การกระจายกำลังคนที่ไม่เป็นธรรม แม้จะมีนโยบายเพิ่มการผลิตและการใช้มาตรการต่างๆ เพื่อเพิ่มกำลังคนด้านสุขภาพเข้าไปสู่ชนบทเพื่อการกระจายอย่างเป็นธรรม แต่ปัญหาด้านความไม่สมดุลของการกระจายกำลังคนยังคงดำรงอยู่ จะเห็นได้จากความหนาแน่นของแพทย์ ทันตแพทย์ เภสัชกร และพยาบาล ปฏิบัติงานในกรุงเทพฯ สูงกว่าในภาคตะวันออกเฉียงเหนือประมาณ 5-10 เท่า การขาดแคลนแพทย์ในชนบทยังเป็นปัญหาที่สำคัญ ถึงแม้จะมีเจ้าพนักงานสาธารณสุขชุมชนและพยาบาลเป็นผู้ให้บริการในระดับปฐมภูมิในชนบท แต่อย่างไรก็ตาม มีความจำเป็นที่จะต้องมีการมีแพทย์และบุคลากรระดับวิชาชีพอื่นในระดับที่เหมาะสม เพื่อให้เกิดความเท่าเทียมในการเข้าถึงบุคลากรระดับวิชาชีพ

1.2.3 ความไม่เหมาะสมของสิ่งแวดล้อมในการทำงานและระบบการสนับสนุน แม้มีการใช้มาตรการต่าง ๆ เพื่อจูงใจบุคลากรในการทำงาน ได้แก่ การพัฒนาระบบโครงสร้างพื้นฐาน และการสร้างแรงจูงใจต่าง ๆ โดยได้นำมาตรการจูงใจที่ไม่เป็นตัวเงิน ได้แก่ โอกาสในการศึกษา/ฝึกอบรม มาตรการด้าน

สังคม เป็นต้น และแรงจูงใจด้านการเงิน เช่น การเพิ่มค่าตอบแทนต่างๆ ให้กับกลุ่มวิชาชีพโดยเฉพาะ แพทย์ ทันตแพทย์ เภสัชกร และพยาบาลวิชาชีพ อย่างไรก็ตาม ยังพบว่ายังมีการโยกย้ายออกจากชนบทในกลุ่ม แพทย์ และทันตแพทย์ ซึ่งเกิดจากความไม่พึงพอใจในระบบการบริหารจัดการ ความต้องการการศึกษาต่อ ภาระงานที่มากเกินไป และรายได้ซึ่งต่ำกว่าภาคเอกชนมาก นอกจากนี้ การสร้างแรงจูงใจด้านการเงินนั้น จำเป็นจะต้องให้เกิดปัญหาความไม่เท่าเทียมในกลุ่มวิชาชีพต่างๆ เช่นบุคลากรสาธารณสุขระดับปฐมภูมิ

1.2.4 การขาดกลไกการผลิตเชิงนโยบาย การพัฒนาระบบกำลังคนที่ผ่านมาขาดความต่อเนื่อง เนื่องจากกำลังคนด้านสุขภาพมีส่วนเกี่ยวข้องกับหลายภาคส่วนทั้งกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงอื่นๆ รัฐ และเอกชน สถาบันการศึกษา องค์กรวิชาชีพ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และภาคประชาชน เป็นต้น ดังนั้น มีความจำเป็นต้องมีกลไกอิสระที่มีบทบาทหน้าที่ในการประสานเชื่อมโยงทุกภาคส่วนเพื่อกำหนด วิสัยทัศน์ การวางแผน การควบคุมและประเมินผล โดยกระบวนการมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วน

1.2.5 การขาดการเชื่อมโยงระหว่างการวางแผนกำลังคนและการผลิต การขาดการเชื่อมโยง ระหว่างสถาบันการผลิตและระบบสาธารณสุขนั้น ส่งผลต่อการผลิตที่ไม่สอดคล้องกับความต้องการของ ระบบสุขภาพทั้งด้านปริมาณและคุณภาพ และส่งผลต่อปัญหาการขาดแคลนในบางวิชาชีพ เช่น แพทย์ พยาบาล ในขณะที่บางวิชาชีพ เช่น ทันตแพทย์ และเภสัชกร มีแนวโน้มจะเต็มอัตรากำลังที่ได้รับการจัดสรร ในภาครัฐ

1.2.6 การขาดองค์ความรู้ในการสนับสนุนการวางแผนกำลังคน การวางแผนกำลังคนที่มี ประสิทธิภาพนั้นจำเป็นต้องมีระบบข้อมูลข่าวสารกำลังคนและองค์ความรู้ที่รวบรวมและศึกษาอย่างเป็น ระบบที่ทันสมัยการณเพื่อประกอบการตัดสินใจกำหนดนโยบาย วางแผน ตลอดจนทั้งการพัฒนาระบบ กำลังคนให้ดียิ่งขึ้น แม้ปัจจุบันจะมีงานวิจัยด้านกำลังคนอยู่ในระดับหนึ่ง แต่เนื่องจากบริบทแวดล้อมมีการ เปลี่ยนแปลงตลอดเวลา และปัญหาการขาดกลไกในการผลิตงานวิจัยอย่างสม่ำเสมอ และการจัดเก็บ ข้อมูลอย่างเป็นระบบ ทำให้การพัฒนางานวิจัยด้านนี้และการเชื่อมโยงไปสู่การกำหนดนโยบายขาดความ ต่อเนื่อง

2. ขอบเขตคำจำกัดความ

กำลังคนด้านสุขภาพ (Human Resources for Health) หมายถึง บุคคลหรือกลุ่มคนที่รวมตัวกัน ที่มีบทบาทในด้านการส่งเสริมสุขภาพ การรักษาพยาบาล การป้องกันโรค และการฟื้นฟูสุขภาพ ซึ่งรวมทั้ง บุคลากรในกลุ่มวิชาชีพต่าง ๆ บุคลากรสายสนับสนุน บุคลากรการแพทย์แผนไทย ภูมิปัญญาหมอพื้นบ้าน และการแพทย์ทางเลือก รวมทั้งอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) แกนนำและเครือข่ายสุขภาพ ซึ่งอยู่ในภาครัฐ ภาคเอกชนและชุมชน

3. วิสัยทัศน์ และพันธกิจ

วิสัยทัศน์ : ประเทศไทยมีกำลังคนด้านสุขภาพอย่างเพียงพอทั้งปริมาณและคุณภาพ มีคุณธรรม/ จริยธรรม มีการกระจายอย่างเป็นธรรม และทำงานอย่างมีความสุข เพื่อให้บริการที่ตอบสนองต่อความต้องการด้านสุขภาพระดับพื้นที่และประเทศ

พันธกิจ : แผนยุทธศาสตร์ทศวรรษกำลังคนด้านสุขภาพแห่งชาติ จะเป็นเครื่องมือในการกำหนด กรอบทิศทาง และพัฒนากลไกที่จะนำไปสู่การดำเนินงานเพื่อให้ได้กำลังคนด้านสุขภาพที่ตอบสนองระบบ สุขภาพของประเทศ

4. ทิศทางและเป้าหมายหลักของแผนยุทธศาสตร์

ทิศทาง : ประกอบด้วย

4.1 ขยายบริบทการพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพให้กว้างกว่าวิชาชีพหลัก โดยให้ครอบคลุมถึงผู้ที่ดูแลสุขภาพในชุมชน และภูมิปัญญาท้องถิ่น

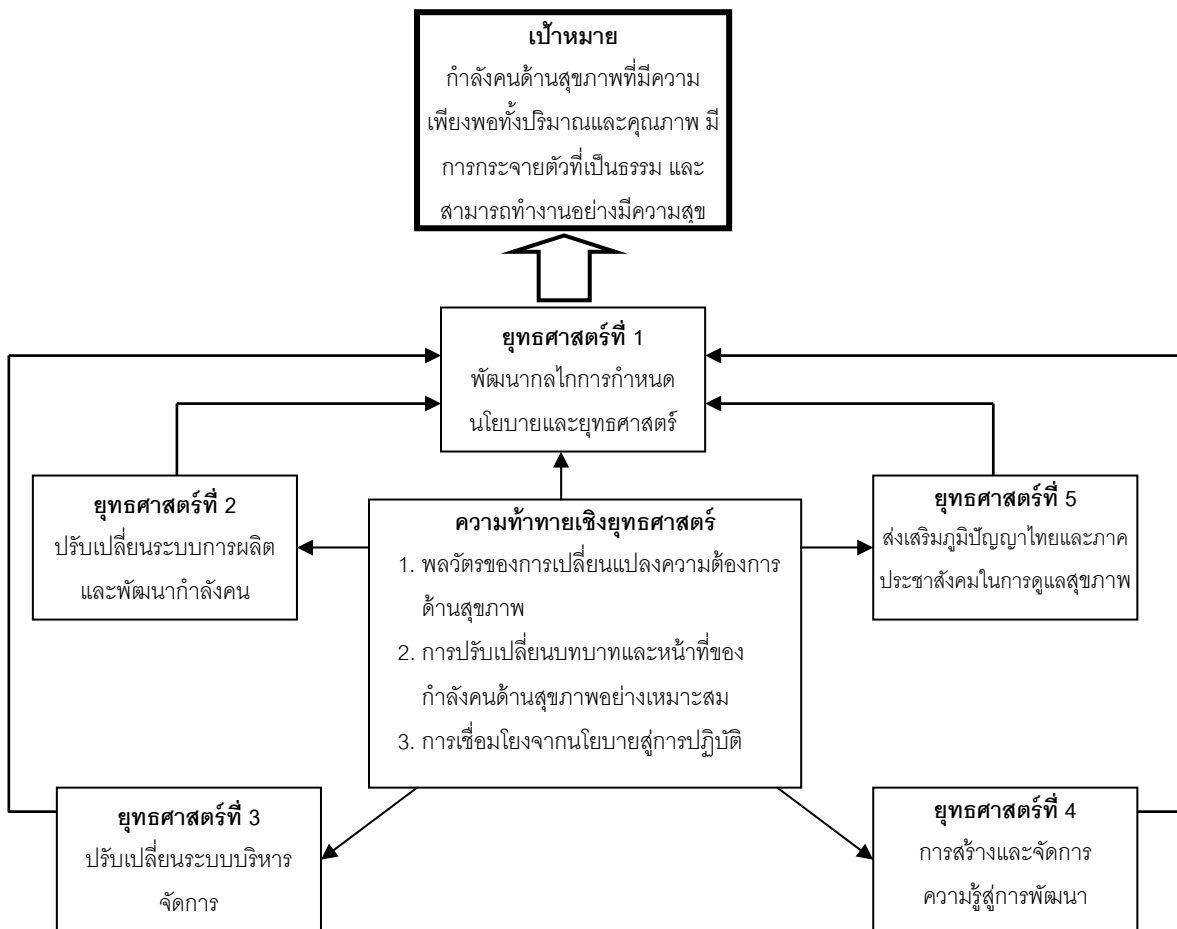
4.2 การวางแผนและพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพให้สอดคล้องกับระบบบริการสุขภาพ และตอบสนองกับความต้องการด้านสุขภาพของประชาชนทั้งในระดับพื้นที่และระดับประเทศ

4.3 กระจายบทบาทการวางแผน พัฒนาและจัดการกำลังคนลงไปในระดับพื้นที่

4.4 สร้างการมีส่วนร่วมของภาครัฐ ภาคเอกชน ภาคท้องถิ่นและภาคประชาชนในทุกระดับ

เป้าหมาย : กำลังคนด้านสุขภาพที่เพียงพอทั้งปริมาณและคุณภาพ มีการกระจายตัวที่เป็นธรรม สามารถทำงานอย่างมีประสิทธิภาพและมีความสุข

5. กรอบแนวคิด



6. แผนยุทธศาสตร์ทศวรรษกำลังคนด้านสุขภาพแห่งชาติ

ปัจจุบันสถานการณ์กำลังคนด้านสุขภาพของประเทศ ยังเป็นวิกฤตปัญหาที่สำคัญของระบบสุขภาพ ทั้งในเรื่องความขาดแคลนบุคลากรในสาขาต่าง ๆ การกระจายตัวที่ไม่เหมาะสมระหว่างในเมืองและชนบท สิ่งแวดล้อมในการปฏิบัติงานที่ไม่เอื้อต่อประสิทธิภาพของงาน ความสัมพันธ์ระหว่างผู้ให้บริการและผู้รับบริการเป็นต้น แม้ว่าทางภาครัฐจะมีแนวนโยบายต่าง ๆ ออกมาเพื่อแก้ไขปัญหาดังกล่าว และได้ผลดีขึ้นในระดับหนึ่งก็ตาม

ในขณะที่ความต้องการกำลังคนด้านสุขภาพของประเทศมีเงื่อนไขการเปลี่ยนแปลงภายใต้บริบทของความต้องการด้านสุขภาพของปัจเจกบุคคล การเปลี่ยนแปลงสภาพแวดล้อมทั้งด้านสังคม เศรษฐกิจ การเมือง และความตื่นตัวของสังคมในการรับรู้ข้อมูลข่าวสาร ความคาดหวังในคุณภาพของการบริการ ในขณะที่ระบบสุขภาพที่มีความซับซ้อนมากขึ้น ทำให้มีข้อจำกัดเชิงนโยบายหลายประการที่กำลังคนด้านสุขภาพไม่สามารถปรับตัวให้สอดคล้องกับการเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ ได้อย่างมีประสิทธิภาพ ประกอบกับยังขาดกลไกหลักระดับประเทศ ที่สามารถวางยุทธศาสตร์เรื่องกำลังคน กำกับดูแลทิศทางนโยบาย และ

ประสานเชื่อมโยงความร่วมมือระหว่างหน่วยงานต่าง ๆ ทั้งในส่วนการวางแผน การผลิต และการใช้งานได้อย่างมีประสิทธิภาพ

การแก้ไข้ปัญหาเรื่องกำลังคนด้านสุขภาพของประเทศไทย ให้มีประสิทธิภาพต้องอาศัยความร่วมมือจากทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้อง ภายใต้นโยบายและยุทธศาสตร์กำลังคนด้านสุขภาพของชาติที่ชัดเจน บนฐานองค์ความรู้และระบบข้อมูลที่มีประสิทธิภาพ สามารถพัฒนาองค์ความรู้โดยมีความเชื่อมโยงไปสู่การปรับปรุงนโยบาย ยุทธศาสตร์และยุทธวิธี ที่ทำให้เกิดการดำเนินการในลักษณะที่เป็นพลวัต และมีผลอย่างยั่งยืนในการพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพ บนฐานการมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพของประชาชน เพื่อให้มีกำลังคนด้านสุขภาพที่เพียงพอ และมีการกระจายที่เหมาะสม มีคุณภาพ สามารถทำงานได้อย่างเต็มความสามารถ และสอดคล้องกับระบบบริการสาธารณสุข เพื่อความมีสุขภาพที่ดีของประชาชน

ในอันที่จะบรรลุเป้าหมายดังกล่าว จึงได้มีการกำหนดแผนยุทธศาสตร์ทศวรรษกำลังคนด้านสุขภาพแห่งชาติ ซึ่งจะเป็นทิศทางหลักในการพัฒนาด้านกำลังคน ในระยะ 10 ปี ตั้งแต่ พ.ศ.2550-2559 โดยมีรายละเอียดดังนี้

ยุทธศาสตร์ที่ 1 สร้างและพัฒนากลไกในการกำหนดนโยบายและยุทธศาสตร์กำลังคนด้านสุขภาพแห่งชาติ ที่สอดคล้องกับระบบสุขภาพของประเทศ

ยุทธศาสตร์ที่ 2 ปรับเปลี่ยนระบบการผลิตและพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพเพื่อให้ได้กำลังคนที่เพียงพอ สามารถตอบสนองต่อความต้องการด้านสุขภาพของประชาชน มีความสอดคล้องกับระบบบริการสุขภาพและระบบอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง นำไปสู่การสร้างความสำเร็จในระบสุขภาพ

ยุทธศาสตร์ที่ 3 ปรับเปลี่ยนระบบการบริหารจัดการกำลังคนด้านสุขภาพ เพื่อให้มีการกระจายบุคลากรอย่างเป็นธรรม สามารถคงอยู่ในระบบ และสามารถปฏิบัติงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ และมีความสุข

ยุทธศาสตร์ที่ 4 สร้างและการจัดการความรู้เพื่อไปสู่การพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพที่มีประสิทธิภาพและสอดคล้องกับบริบทของระบบสุขภาพของประเทศ

ยุทธศาสตร์ที่ 5 ส่งเสริมและพัฒนาภูมิปัญญาไทยและผู้ดูแลสุขภาพในชุมชนให้มีบทบาทในการดูแลสุขภาพของประชาชนในระดับพื้นที่และส่งเสริมสุขภาพของชุมชน

โดยมีรายละเอียดประเด็นยุทธศาสตร์ และกลยุทธ์ ดังนี้

ยุทธศาสตร์ที่ 1

สร้างและพัฒนากลไกในการกำหนดนโยบายและยุทธศาสตร์ กำลังคนด้านสุขภาพแห่งชาติที่สอดคล้องกับระบบสุขภาพของประเทศ

หลักการและเหตุผล

การพัฒนานโยบายและยุทธศาสตร์ของประเทศ เป็นกระบวนการสร้างนโยบายสาธารณะในสังคมประชาธิปไตย ที่สังคมทุกฝ่ายจะต้องมีส่วนร่วม ในอดีตที่ผ่านมาประเทศไทยยังไม่มีกำหนดนโยบายและยุทธศาสตร์หลักในการพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพที่ชัดเจน ทำให้การวางแผนและพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพ ซึ่งมีความเกี่ยวข้องกับองค์กรและหน่วยงานต่าง ๆ ทั้งภาครัฐ ภาคเอกชนและภาคประชาสังคม ยังขาดทิศทางการพัฒนาที่สอดคล้องกัน

ถึงแม้ว่ากระทรวงสาธารณสุขในฐานะเป็นองค์กรหลักในการพัฒนากลไกการจัดการในรูปของคณะกรรมการต่าง ๆ แต่สามารถดำเนินการได้เฉพาะเรื่อง และเป็นการดำเนินการเพื่อแก้ปัญหาเฉพาะหน้าเท่านั้น การกำหนดทิศทางการพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพเพื่อรองรับสถานการณ์การเปลี่ยนแปลงในระยะยาวยังไม่สามารถดำเนินการได้ ทั้งนี้เนื่องจากยังไม่มีกลไกการทำงานเรื่องกำลังคนด้านสุขภาพในภาพรวมของประเทศที่มองทุกมิติที่เกี่ยวข้อง

การพัฒนาให้เกิดกลไกในการกำหนดนโยบายและยุทธศาสตร์หลักกำลังคนด้านสุขภาพเป็นสิ่งจำเป็น ในการกำหนดทิศทางการวางแผน พัฒนากำลังคนด้านสุขภาพ อีกทั้งให้เกิดมีระบบติดตามประเมินสถานการณ์กำลังคนด้านสุขภาพอย่างรอบด้านทุกมิติอย่างต่อเนื่อง รวมทั้งให้มีการประสานให้ องค์กร หน่วยงานต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง บูรณาการในการทำงานร่วมกันอย่างมีประสิทธิภาพ เพื่อร่วมกันพัฒนาให้เกิดข้อเสนอเชิงนโยบาย มาตรการและแนวทาง เพื่อให้สามารถแก้ปัญหากำลังคนในปัจจุบันและรองรับสถานการณ์ในอนาคต ตลอดจนการวางทิศทางการพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพอย่างต่อเนื่องและสอดคล้องกับความต้องการของระบบสุขภาพที่มีการเปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลา

วัตถุประสงค์

เพื่อสร้างกลไกในระดับพื้นที่และระดับประเทศ ที่มีประสิทธิภาพในการวางแผนและพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพอย่างต่อเนื่องและสอดคล้องกับความต้องการของระบบสุขภาพ โดยมีกระบวนการการมีส่วนร่วมอย่างกว้างขวางจากทุกฝ่าย รวมทั้งพัฒนาบุคลากรที่เกี่ยวข้องให้มีศักยภาพดังกล่าวด้วย

เป้าหมาย

1. มีหน่วยงานที่รับผิดชอบเรื่องกำลังคนด้านสุขภาพทั้งในระดับพื้นที่และระดับชาติ ที่ทำหน้าที่เชื่อมประสานให้เกิดการวางแผนและพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพที่มีประสิทธิภาพอย่างต่อเนื่องและสอดคล้องกับความต้องการของระบบสุขภาพ

2. บุคลากรที่มีส่วนเกี่ยวข้องทุกระดับ มีการพัฒนาศักยภาพในการวางแผนและการพัฒนา กำลังคนด้านสุขภาพ
3. มีกลไกและระบบการมีส่วนร่วมในการพัฒนา และการติดตามกำกับนโยบายจากทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง
4. มีกลไกและมาตรการทางการเงินการคลังที่มีประสิทธิภาพในการพัฒนา กำลังคนด้านสุขภาพ

กลยุทธ์

1. แต่งตั้ง “คณะกรรมการกำลังคนด้านสุขภาพแห่งชาติ” เพื่อทำหน้าที่เป็นคณะกรรมการกลางในการให้ข้อเสนอแนะในระดับนโยบายเกี่ยวกับกำลังคนด้านสุขภาพในภาพรวมของประเทศ โดยในระยะแรกให้เป็นการดำเนินการที่ได้รับการแต่งตั้งโดยมติคณะรัฐมนตรี ต่อมาภายหลังให้คณะกรรมการชุดนี้อยู่ภายใต้การกำกับดูแลของ “คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ” ตามพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ ทั้งนี้ ให้คณะกรรมการกำลังคนด้านสุขภาพแห่งชาติ มีองค์ประกอบและบทบาทหน้าที่ ดังนี้

องค์ประกอบ

1	ศ. นพ. เกษม วัฒนชัย	ประธาน
2	นายแพทย์สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ	รองประธาน
3	รองปลัดกระทรวงสาธารณสุข ที่ได้รับมอบหมาย	กรรมการ
4	ผู้อำนวยการสำนักงานงบประมาณ	กรรมการ
5	เลขาธิการคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ	กรรมการ
6	เลขาธิการคณะกรรมการข้าราชการพลเรือน	กรรมการ
7	เลขาธิการคณะกรรมการข้าราชการส่วนท้องถิ่น	กรรมการ
8	เลขาธิการคณะกรรมการการอุดมศึกษา กระทรวงศึกษาธิการ	กรรมการ
9	เลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ	กรรมการ
10	ที่ปรึกษากระทรวงสาธารณสุข ด้านกำลังคนสาธารณสุข	กรรมการ
11	นายกแพทยสภา	กรรมการ
12	นายกทันตแพทยสภา	กรรมการ
13	นายกเภสัชกรรมสภา	กรรมการ
14	นายกสภาการพยาบาล	กรรมการ
15	นายกสภาเทคนิคการแพทย์	กรรมการ
16	นายกสภากายภาพบำบัด	กรรมการ
17	ผู้แทนผู้ประกอบการโรคศิลปะการแพทย์แผนไทยหรือการแพทย์แผนไทยประยุกต์	กรรมการ
18	นายกสมาคมผู้สื่อข่าวโทรทัศน์และหนังสือพิมพ์แห่งประเทศไทย	กรรมการ
19	ประธานมูลนิธิเพื่อผู้บริโภค	กรรมการ

20	แพทย์หญิงประภา วงศ์แพทย์	กรรมการ
21	นายแพทย์สมศักดิ์ ชุณหรัศมิ์	กรรมการ
22	นายฉัตรชัย หนูประดิษฐ์	กรรมการ
23	นายสุรินทร์ กิจนิตยชีวี	กรรมการ
23	นายกสมาคมองค์การบริหารส่วนตำบลแห่งประเทศไทย	กรรมการ
24	ผู้แทนสมาคมโรงพยาบาลเอกชน	กรรมการ
25	กรรมการตามวาระการประชุม ตามที่ประธานกรรมการให้ความเห็นชอบ อีกไม่เกินคราวละ 3 ท่าน	กรรมการ
26	ผู้อำนวยการสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข	กรรมการและ เลขานุการ
27	ผู้อำนวยการสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข	กรรมการและ ผู้ช่วยเลขานุการ
28	ผู้จัดการแผนงานพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพ สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข	กรรมการและ ผู้ช่วยเลขานุการ

บทบาทหน้าที่ของคณะกรรมการฯ มีดังนี้

1. ให้คำปรึกษาและข้อเสนอแนะต่อคณะรัฐมนตรีในการขับเคลื่อนและผลักดันการดำเนินงานตามแผนยุทธศาสตร์ทศวรรษกำลังคนด้านสุขภาพแห่งชาติ เพื่อให้เกิดผลเป็นรูปธรรม
2. ให้คำปรึกษาและข้อเสนอแนะต่อคณะรัฐมนตรีในเรื่องที่เกี่ยวข้องกับกำลังคนด้านสุขภาพ ตามที่หน่วยงานต่าง ๆ เสนอต่อคณะรัฐมนตรี ตามที่คณะรัฐมนตรี หรือคณะกรรมการปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติมอบหมาย เพื่อให้เกิดความสอดคล้องกับแผนยุทธศาสตร์ทศวรรษกำลังคนด้านสุขภาพแห่งชาติ
3. กำกับ ติดตาม ประเมินผลความสำเร็จตามแผนยุทธศาสตร์ทศวรรษกำลังคนด้านสุขภาพแห่งชาติ
4. แต่งตั้งคณะอนุกรรมการและคณะทำงาน เพื่อดำเนินงานที่เกี่ยวข้อง ตามความจำเป็น
5. หน้าที่อื่น ๆ ตามที่ได้รับมอบหมายจากคณะรัฐมนตรี

2. กำหนดให้มี “คณะกรรมการกำลังคนด้านสุขภาพระดับจังหวัด” ซึ่งผู้ว่าราชการจังหวัดเป็นผู้แต่งตั้ง เพื่อทำหน้าที่เป็นหน่วยประสานงานและดำเนินการในการวางแผนและพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพในระดับพื้นที่ และทำงานเชื่อมโยงกับหน่วยประสานงานกลางระดับประเทศ โดยให้มีองค์ประกอบและบทบาทหน้าที่ ดังนี้

2.1 โครงสร้างของคณะกรรมการกำลังคนด้านสุขภาพระดับจังหวัด ประกอบด้วย ผู้ว่าราชการจังหวัด เป็นประธาน และนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด เป็นคณะกรรมการและเลขานุการ คณะกรรมการประกอบด้วย ผู้แทนจากหน่วยงานที่มีส่วนเกี่ยวข้องทั้งจากภาครัฐทั้งในและนอกกระทรวงสาธารณสุข ภาคการศึกษา ภาคเอกชน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และภาคประชาสังคม

2.2 บทบาทหน้าที่ของคณะกรรมการกำลังคนด้านสุขภาพระดับจังหวัด มีดังนี้

2.2.1 กำหนดทิศทางการดำเนินนโยบายกำลังคนของจังหวัด ที่สอดคล้องกับทิศทางหลักของประเทศ

2.2.2 วางแผนความต้องการกำลังคนของจังหวัด ที่สอดคล้องกับระบบบริการสุขภาพ และความต้องการด้านสุขภาพของพื้นที่ โดยใช้กระบวนการมีส่วนร่วมอย่างกว้างขวางจากทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้อง

2.2.3 ประสานงานระหว่างหน่วยงานวางแผน ผลิตและผู้ใช้กำลังคนด้านสุขภาพ ในระดับพื้นที่

2.2.4 ติดตาม กำกับและประเมินนโยบายกำลังคนของจังหวัด

2.2.5 หน้าที่อื่น ๆ ตามที่ได้รับมอบหมาย

3. สร้างภาวะผู้นำ (Leadership) ในทุกระดับเพื่อการกำหนดทิศทาง และดำเนินไปสู่เป้าหมายของการพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพอย่างมีประสิทธิภาพ

3.1 พัฒนาบุคลากร / หน่วยงานทั้งภาครัฐ และภาคเอกชน ให้มีศักยภาพในการวางแผนและพัฒนานโยบายกำลังคนด้านสุขภาพ

3.2 สนับสนุนองค์กร / สถาบันวิชาชีพ ให้มีบทบาทของการเป็นตัวแทนภาคประชาชนอย่างแท้จริง ในการกำกับดูแลมาตรฐานวิชาชีพ ให้สอดคล้องกับทิศทางนโยบายการพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพของประเทศ

3.3 เสริมสร้างความเข้มแข็งให้กับภาคประชาสังคม โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกลุ่มที่ควรได้รับการดูแลพิเศษ ได้แก่ ผู้ด้อยโอกาส ผู้พิการ เป็นต้น ให้เข้ามามีส่วนร่วมในกระบวนการกำหนดและติดตามนโยบายและยุทธศาสตร์กำลังคนด้านสุขภาพ

4. สร้างกลไกและมาตรการทางการเงินการคลังที่มีประสิทธิภาพ ในการส่งเสริมการพัฒนา กำลังคนด้านสุขภาพ ทั้งในระยะสั้น ระยะกลางและระยะยาว

5. สร้างกลไกที่ทำให้เกิดการสื่อสารกับสาธารณะ ที่มีความเชื่อมโยงทั้งในระดับพื้นที่และระดับประเทศ เพื่อให้เกิดกระบวนการมีส่วนร่วมอย่างกว้างขวาง ในการกำหนด และการติดตาม กำกับนโยบายกำลังคนด้านสุขภาพ

ยุทธศาสตร์ที่ 2

ปรับเปลี่ยนระบบการผลิตและพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพ เพื่อให้ได้กำลังคนที่เพียงพอ สามารถตอบสนองต่อความต้องการด้านสุขภาพของประชาชน มีความสอดคล้องกับระบบบริการสุขภาพ และระบบอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง นำไปสู่การสร้างความเสมอภาคในระบบสุขภาพ

หลักการและเหตุผล

ปัญหาการขาดแคลนกำลังคนด้านสุขภาพของประเทศไทย โดยเฉพาะในเขตชนบท ห่างไกล ยังคงเป็นปัญหาเรื้อรัง แม้สภาวะการขาดแคลนกำลังคนในปัจจุบันจะดีขึ้นเมื่อเทียบกับอดีต แต่ยังมีบางวิชาชีพที่ปัญหาการขาดแคลนยังคงเป็นปัญหาที่รุนแรงต่อเนื่อง เช่น วิชาชีพแพทย์และพยาบาล ประกอบกับการเปลี่ยนแปลงในบริบทต่าง ๆ เช่น การเพิ่มขึ้นของโรคเรื้อรังและผู้สูงอายุ การเพิ่มขึ้นของผู้ป่วยโรคเอดส์ การเพิ่มขึ้นของแรงงานต่างด้าว การเพิ่มขึ้นของผู้รับบริการชาวต่างชาติ ตลอดจนการปฏิรูประบบนโยบายต่าง ๆ ของรัฐ เช่น นโยบายการประกันสุขภาพถ้วนหน้า ล้วนแล้วแต่ส่งผลให้เกิดความต้องการกำลังคนด้านสุขภาพเพิ่มสูงขึ้นทั้งในด้านจำนวน และทักษะที่เหมาะสมเพื่อที่จะสามารถตอบสนองต่อการเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ ดังกล่าว

การผลิตกำลังคนด้านสุขภาพของประเทศไทย มีความหลากหลาย ทั้งจากภาครัฐและเอกชน โดยการผลิตหลักมาจากภาครัฐ ทั้งภายใต้การดูแลของสำนักงานคณะกรรมการอุดมศึกษาแห่งชาติ และกระทรวงสาธารณสุขเป็นผู้ผลิตเอง ในขณะที่สถาบันการผลิตในภาครัฐมีข้อจำกัดทั้งในเรื่องจำนวนอาจารย์ที่ไม่เพียงพอ โครงสร้างพื้นฐานทั้งในเรื่อง อาคาร และเครื่องมือที่ต้องการการลงทุนมากขึ้น ทำให้ไม่สามารถผลิตบุคลากรได้อย่างเพียงพอ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในสาขาที่ขาดแคลน เช่น แพทย์ อีกทั้งบัณฑิตที่สำเร็จการศึกษาจำนวนไม่น้อยที่ไม่สามารถปฏิบัติงานในภาครัฐ โดยเฉพาะในพื้นที่ชนบทได้อย่างยาวนาน ในขณะที่ภาคเอกชนมีส่วนร่วมในการลงทุนผลิตกำลังคนในสัดส่วนที่ต่ำ แต่ร่วมใช้กำลังคนในสัดส่วนที่มากขึ้นเรื่อย ๆ ล้วนแล้วแต่เป็นประเด็นสำคัญที่ต้องมีการทบทวนในระดับนโยบาย

การขาดกลไกประสานระหว่างสถาบันการผลิตและความต้องการกำลังคนของระบบสุขภาพนั้นยังเป็นปัญหาสำคัญ ในขณะที่ระบบสุขภาพต้องการกำลังคนที่ให้บริการระดับปฐมภูมิ ที่เน้นการสร้างเสริมสุขภาพ แต่การผลิตส่วนใหญ่ยังคงมุ่งเน้นไปที่กำลังคนเฉพาะทางระดับสูงเป็นต้น ซึ่งสิ่งเหล่านี้ชี้ให้เห็นปัญหาความไม่สอดคล้องกันระหว่างการวางแผนการผลิตและความต้องการกำลังคนของระบบสุขภาพ

ขณะเดียวกันควรมีการพัฒนากำลังคนภายหลังสำเร็จการศึกษา โดยการฟื้นฟูความรู้และทักษะเก่า และเพิ่มเติมความรู้และทักษะใหม่ระหว่างการปฏิบัติงาน เพื่อให้การปฏิบัติงานมีประสิทธิภาพและสอดคล้องกับลักษณะงานในปัจจุบัน

วัตถุประสงค์

เพื่อให้มีกำลังคนด้านสุขภาพที่เพียงพอต่อความต้องการของประเทศ มีขีดความสามารถทางวิชาการ มีคุณธรรม จริยธรรม และจิตสำนึกที่ดีต่อสังคม อีกทั้งมีความสอดคล้องกับระบบบริการสุขภาพ และระบบอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง ภายใต้การวางแผนการผลิตและระบบการผลิตกำลังคนด้านสุขภาพที่มีประสิทธิภาพ โดยความร่วมมือของทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง

เป้าหมาย

1. มีกำลังคนในประเภทต่าง ๆ ที่เหมาะสม เพียงพอต่อความต้องการด้านสุขภาพของแต่ละพื้นที่ โดยมีขีดความสามารถทางวิชาการ มีคุณธรรม จริยธรรม และจิตสำนึกที่ดีต่อสังคม
2. มีระบบการผลิตกำลังคนที่สอดคล้องต่อความต้องการด้านสุขภาพ ภายใต้ความร่วมมือของภาครัฐ ภาคเอกชน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และภาคประชาสังคม
3. มีระบบการพัฒนากำลังคนระหว่างทำการ เพื่อเสริมสร้างศักยภาพในการปฏิบัติงาน

กลยุทธ์

1. มีการวางแผนการผลิตกำลังคน ให้เพียงพอต่อความต้องการด้านสุขภาพของระดับพื้นที่และระดับประเทศ โดยรวมถึงความต้องการของของภาคเอกชน และให้มีความสอดคล้องกับระบบบริการสุขภาพของประเทศ โดยทิศทางการผลิตจะต้องเน้นบุคลากร ดังนี้
 - 1.1 เน้นการผลิตกำลังคนในกลุ่มที่มีทักษะในการทำงานด้านกว้าง (Generalist) มากกว่าการทำงานเฉพาะเจาะจง (Specialist)
 - 1.2 เน้นผลิตบุคลากรที่ทำหน้าที่การส่งเสริมสุขภาพ
2. พัฒนาระบบการผลิตโดยใช้แนวคิด *Rural recruitment Local training and hometown placement* ที่ประกอบด้วย
 - 2.1 การคัดเลือกบุคคลโดยตรงจากพื้นที่ (ได้แก่ นักเรียน หรือ อสม.) โดยมีระบบการสนับสนุนงบประมาณสำหรับการศึกษาที่เพียงพอ
 - 2.2 เข้าสู่สถาบันศึกษาที่ตั้งอยู่ในภูมิภาค เพื่อส่งเสริมการเรียนรู้ภายใต้บริบทสิ่งแวดล้อมที่สอดคล้องกับภูมิปัญญาของนักศึกษา
 - 2.3 ส่งเสริมการกลับไปปฏิบัติงานในภูมิลำเนา ภายหลังจากจบการศึกษา ในอันที่จะส่งเสริมการกระจายกำลังคนอย่างเป็นธรรมและยั่งยืน เพื่อให้เกิดการเข้าถึงบริการอย่างเสมอภาค

3. พัฒนาระบบการผลิตกำลังคนและหลักสูตรการศึกษา ให้มีความสอดคล้องกับความต้องการด้านสุขภาพของพื้นที่และระดับประเทศ อีกทั้งสอดคล้องกับระบบสุขภาพในอนาคต ที่เน้นการสร้างเสริมสุขภาพของประชาชน และมีความเอื้อต่อวิถีชุมชน และภูมิปัญญาท้องถิ่น โดยอาศัยความร่วมมือกันระหว่างภาครัฐ เอกชน ท้องถิ่นและภาคประชาสังคม เพื่อให้ได้บุคลากรที่มีขีดความสามารถทางวิชาการและมีหัวใจแห่งความเป็นมนุษย์ มีคุณธรรม จริยธรรม มีจิตสำนึกที่ดีต่อสังคม

4. สร้างระบบการพัฒนาคนระหว่างทำการอย่างต่อเนื่อง ทั้งในระยะสั้นและระยะยาว เพื่อพัฒนาศักยภาพของกำลังคนและเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพของงาน ให้มีความครอบคลุมทั้งในส่วนผู้ให้บริการ และผู้สนับสนุนระบบบริการ โดยเน้นรูปแบบการเรียน การสอนทางไกล ที่ใช้สถานที่ปฏิบัติงานจริงเป็นฐานการฝึกอบรม

ยุทธศาสตร์ที่ 3

ปรับเปลี่ยนระบบการบริหารจัดการกำลังคนด้านสุขภาพ เพื่อให้มีการกระจายบุคลากรอย่างเป็นธรรม สามารถคงอยู่ในระบบ และสามารถปฏิบัติงาน ได้อย่างมีประสิทธิภาพ และมีความสุข

หลักการและเหตุผล

จากอดีตที่ผ่านมารัฐแก้ปัญหาความขาดแคลนกำลังคนด้านสุขภาพ โดยการเพิ่มกำลังการผลิตอย่างต่อเนื่อง แต่อย่างไรก็ตามยังไม่สามารถแก้ไขปัญหาการกระจายของกำลังคนได้ โดยเฉพาะอย่างยิ่งการกระจายกำลังคนทางภูมิศาสตร์ โดยพบว่าอัตราส่วนของแพทย์ ทันตแพทย์ เภสัชกร และพยาบาลวิชาชีพต่อประชากรเปรียบเทียบระหว่างกรุงเทพและภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ยังมีความแตกต่างกันอย่างมาก

ส่วนปัญหาการเคลื่อนย้ายกำลังคนจากชนบทเข้าสู่ตัวเมือง และจากภาครัฐเข้าสู่ภาคเอกชน ยังเป็นปัญหาที่สำคัญ โดยสาเหตุของปัญหามีความหลากหลายและแตกต่างกันในแต่ละวิชาชีพ ตั้งแต่ลักษณะของงานที่ไม่เหมาะสม ภาระงานที่มากเกินไป ความแตกต่างในเรื่องรายได้ แม้กระทั่งระบบการบริหารงานตั้งแต่ระดับประเทศ จังหวัด และระดับสถานพยาบาลที่ไม่มีประสิทธิภาพ นโยบายการจำกัดกำลังคนภาครัฐ โดยการยกเลิกระบบการชดเชยทุนในบางวิชาชีพ เช่น พยาบาล เภสัชกร เนื่องจากไม่มีตำแหน่งบรรจุภายหลังจบการศึกษา ล้วนแต่ทำให้สถานการณ์ความขาดแคลนและการกระจายในพื้นที่ชนบทรุนแรงมากขึ้น

การวางแผนกำลังคนที่ผ่านมาเน้นไปที่การเพิ่มจำนวนคน มักจะเลยในด้านการบริหารจัดการกำลังคนเพื่อธำรงรักษาบุคลากรเหล่านั้นให้อยู่ในระบบเพื่อก่อให้เกิดผลิตภาพสูงสุด แม้ภาครัฐจะได้ใช้มาตรการต่างๆ ในการแก้ไขปัญหาเพื่อธำรงรักษาบุคลากรกำลังคนให้สามารถปฏิบัติงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ ได้แก่มาตรการด้านการรับนักศึกษาจากชนบท มาตรการทางการเงิน ได้แก่ เบี้ยเลี้ยงเหมาจ่าย เงินเพิ่มพิเศษ และมาตรการทางสังคมต่างๆ เป็นต้น แต่มาตรการต่างๆ เน้นไปที่บุคลากรเฉพาะบางกลุ่ม และขาดการจัดการร่วมกันกับภาคส่วนอื่นๆ เช่น ภาคเอกชน และภาคประชาสังคม

ดังนั้นแนวทางการแก้ไขปัญหาจะต้องสอดคล้องกับระบบบริการสุขภาพของประเทศที่มีลักษณะเป็นพหุลักษณะ จำเป็นต้องสร้างกลไกการมีส่วนร่วมในการบริหารจัดการกำลังคนด้านสุขภาพที่มีใช่เป็นการจัดการเฉพาะภาครัฐ แต่ต้องเป็นการจัดการจากทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง ทั้งภาคเอกชน ท้องถิ่นและประชาสังคม

วัตถุประสงค์

เพื่อให้มีการพัฒนาระบบบริหารจัดการกำลังคนด้านสุขภาพอย่างมีประสิทธิภาพและเหมาะสม ภายใต้ความร่วมมือของทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้เกิดการกระจายบุคลากรเหล่านั้นอย่างเป็นธรรม และบุคลากรเหล่านั้นสามารถปฏิบัติงานในระบบได้อย่างมีประสิทธิภาพ และมีความสุข

เป้าหมาย

1. มีระบบการกระจายกำลังคนด้านสุขภาพอย่างเป็นธรรม เพื่อให้เกิดความเสมอภาคในการเข้าถึงบริการสุขภาพของประชาชน
2. มีระบบแรงจูงใจและระบบสนับสนุนให้กำลังคนด้านสุขภาพปฏิบัติงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ และมีความสุข
3. มีระบบการจัดการกำลังคนด้านสุขภาพร่วมกัน ระหว่างภาครัฐ ภาคเอกชน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และภาคประชาสังคม อย่างมีประสิทธิภาพ
4. พัฒนาระบบการจัดการปัญหาความสัมพันธ์ระหว่างผู้ให้บริการและผู้รับบริการที่มีประสิทธิภาพ และเกิดความเป็นธรรมกับทุกฝ่าย

กลยุทธ์

1. กำหนดนโยบายและมาตรการที่ชัดเจนเกี่ยวกับการกระจายกำลังคน โดยใช้มาตรฐานความต้องการด้านสุขภาพของแต่ละพื้นที่เป็นตัวกำหนด เพื่อให้เกิดความเป็นธรรม ในการเข้าถึงบริการสุขภาพของประชาชน ระหว่างเขตเมืองและชนบท (Rural / Urban) ระหว่างระดับของสถานบริการ (Primary / Secondary / Tertiary) ระหว่างภาครัฐและเอกชน (Public / Private mix) ระหว่างวิชาชีพ (Skill mix) และระหว่าง Generalist / Specialist ของแต่ละวิชาชีพ
2. พัฒนาระบบสนับสนุนให้บุคลากรสามารถปฏิบัติงานได้อย่างยาวนาน (Retention) มีประสิทธิภาพ (Efficiency) และมีความสุข
 - 2.1 สร้างระบบแรงจูงใจ (Incentive system) ที่มีประสิทธิภาพและสะท้อนผลการปฏิบัติงาน (Performance-based)
 - 2.2 ปรับปรุงสิ่งแวดล้อมในการปฏิบัติงาน (Work environment)
 - 2.3 พัฒนาระบบการบริหารจัดการบุคคลากร (Personnel system) เช่น ความก้าวหน้าในวิชาชีพ
 - 2.4 ปรับปรุงกฎระเบียบต่าง ๆ (Laws / Regulations) ที่เป็นอุปสรรคในการปฏิบัติงาน
3. พัฒนารูปแบบการใช้ (Utilization) ทรัพยากรกำลังคนด้านสุขภาพร่วมกัน ระหว่างรัฐ และเอกชน โดยคำนึงถึงประชาชนเป็นเป้าหมายหลักของการให้บริการ เพื่อให้เกิดประสิทธิภาพสูงสุด
4. ส่งเสริมและสนับสนุนองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ในการบริหารจัดการกำลังคน ตั้งแต่การวางแผนความต้องการ การมีส่วนร่วมในการผลิตและการรับเข้าปฏิบัติงานภายหลังจบการศึกษา โดยให้สอดคล้องกับความต้องการด้านสุขภาพของพื้นที่ โดยการสนับสนุนด้านองค์ความรู้และเทคโนโลยีจากรัฐส่วนกลาง
5. พัฒนารูปแบบการจัดการปัญหาความสัมพันธ์ระหว่างผู้ให้บริการและประชาชน อย่างสมานฉันท์ โดยคำนึงถึงความเป็นธรรมทั้งผู้ให้บริการและประชาชนที่ได้รับผลกระทบดังกล่าว

ยุทธศาสตร์ที่ 4

สร้างและการจัดการความรู้เพื่อไปสู่การพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพที่มีประสิทธิภาพและสอดคล้องกับบริบทของระบบสุขภาพของประเทศ

หลักการและเหตุผล

ปัจจุบันองค์ความรู้ที่จำเป็นในการพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพของประเทศยังอยู่มีจำกัด แม้ว่าจะมีงานวิจัยด้านกำลังคนเพิ่มขึ้นในระดับหนึ่ง แต่ในบริบทแวดล้อมที่มีการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วตลอดเวลา ทำให้มีความต้องการองค์ความรู้ใหม่ที่ทันสมัย เพื่อใช้ในการตัดสินใจเชิงนโยบาย อีกทั้งยังขาดการจัดการองค์ความรู้อย่างเป็นระบบ ตลอดจนไม่มีกลไกในการประสานงานและติดตามผล เป็นผลให้การนำองค์ความรู้มาใช้ได้อย่างไม่มีประสิทธิภาพ ไม่สามารถครอบคลุมการวิเคราะห์และสังเคราะห์ทางเลือกที่ดี เพื่อนำไปสู่การกำหนดและติดตามนโยบายที่มีประสิทธิภาพได้

นอกจากนั้นความสนใจในด้านกำลังคนด้านสุขภาพของผู้บริหาร นักวิชาการ และผู้เกี่ยวข้อง ยังมีอยู่ในวงจำกัด จึงมีความจำเป็นต้องสร้างเครือข่ายผู้บริหาร นักวิชาการ และผู้เกี่ยวข้องเพื่อร่วมในกระบวนการวางแผนกำลังคน ติดตามประเมินและพัฒนามาตรการอย่างต่อเนื่องและมีประสิทธิภาพ

นอกจากการสร้างและจัดการความรู้ที่มีประสิทธิภาพแล้ว การพัฒนากำลังคนจำเป็นต้องมีระบบข้อมูลข่าวสารที่ถูกต้อง มีประสิทธิภาพและทันสมัยเพื่อการตัดสินใจ ปัญหาการขาดความเชื่อมโยงของข้อมูล ข้อมูลซ้ำซ้อน และไม่ตรงกัน ตลอดจนทั้งการขาดกลไกและระบบการนำข้อมูลมาใช้ประโยชน์ในการพัฒนากำลังคนต่อไป

วัตถุประสงค์

เพื่อให้การพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพอยู่บนฐานการใช้ข้อมูล และองค์ความรู้ที่สอดคล้องกับบริบทของพื้นที่และของประเทศ

เป้าหมาย

1. มีการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์และความรู้ที่ผ่านการรวบรวมอย่างเป็นระบบเพื่อสนับสนุนการตัดสินใจวางแผน การพัฒนา และการประเมินนโยบายด้านกำลังคนทั้งในระดับพื้นที่และระดับชาติ
2. มีระบบข้อมูลข่าวสารกำลังคนด้านสุขภาพที่มีประสิทธิภาพ มีความถูกต้อง ครอบคลุม และมีการพัฒนาให้ทันสมัยอย่างต่อเนื่อง
3. นักวิจัยและผู้รับผิดชอบนโยบายด้านกำลังคนมีศักยภาพในด้านการวางแผนและพัฒนากำลังคน และมีการทำงานเชื่อมโยงเป็นเครือข่ายในทุกกระดับ

กลยุทธ์

1. พัฒนานักวิจัยทั้งในระดับพื้นที่และในส่วนกลาง ให้มีศักยภาพในด้านการวางแผนและพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพให้สอดคล้องกับบริบทปัญหาของพื้นที่ โดยสนับสนุนการทำวิจัยและพัฒนางานวิจัยร่วมกันระหว่างหน่วยงานและสถาบันต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องทั้งในระดับพื้นที่และระดับประเทศ
2. ส่งเสริมการจัดการความรู้ (Knowledge management) ในเรื่องกำลังคนด้านสุขภาพโดยเฉพาะในระดับพื้นที่ เช่น สนับสนุนการจัดเวทีวิชาการเพื่อการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ (Knowledge sharing)
3. พัฒนาเครือข่ายระหว่างบุคคล สถาบัน และองค์กรต่าง ๆ ทั้งภาครัฐและเอกชน เพื่อให้เกิดการประสานงานร่วมกันในการพัฒนาความรู้และจัดกระบวนการนำความรู้ไปกำหนดนโยบายและวางแผนพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพ
4. พัฒนาระบบข้อมูลข่าวสารกำลังคนด้านสุขภาพที่มีประสิทธิภาพ ทั้งในระดับพื้นที่และระดับประเทศ
 - 4.1 พัฒนาชุดข้อมูลด้านกำลังคนพื้นฐาน (Minimal HRH Data Set) สำหรับหน่วยงานต่างที่เกี่ยวข้อง เพื่อใช้ในการวางแผนกำลังคน
 - 4.2 พัฒนาตัวชี้วัดหลัก (HRH Core Indicators) ในการติดตามประเมินผลการพัฒนากำลังคนทั้งในระดับพื้นที่และระดับประเทศ
 - 4.3 พัฒนากลไกเพื่อให้เกิดความเชื่อมโยงของระบบฐานข้อมูลด้านกำลังคน ให้เกิดความสะดวกในการนำมาใช้วางแผนและพัฒนา
 - 4.4 พัฒนาศักยภาพของหน่วยงานต่าง ๆ ที่ดูแลฐานข้อมูลกำลังคนด้านสุขภาพ ในการจัดการข้อมูล เช่น การเก็บ การตรวจสอบความถูกต้อง การวิเคราะห์ และการนำไปใช้
5. พัฒนากลไกและระบบในการสร้างและการจัดการความรู้ (Knowledge Generation and Management) ในเรื่องกำลังคนด้านสุขภาพ เพื่อสนับสนุนข้อเสนอแนะทางวิชาการให้แก่ผู้กำหนดนโยบายและประเมินนโยบายของรัฐ

ยุทธศาสตร์ที่ 5

ส่งเสริมและพัฒนาภูมิปัญญาไทยและผู้ดูแลสุขภาพในชุมชนให้มีบทบาทในการดูแลปัญหาสุขภาพของประชาชนในระดับพื้นที่และส่งเสริมสุขภาพของชุมชน

หลักการและเหตุผล

ในอดีตการจัดการปัญหาของสุขภาพเป็นบทบาทหน้าที่ของภาครัฐ โดยเฉพาะเป็นหน้าที่หลักของกระทรวงสาธารณสุขเท่านั้น ซึ่งการจัดการปัญหาในลักษณะดังกล่าวมีข้อจำกัดในเรื่องของทรัพยากรทั้งงบประมาณ และกำลังคนของภาครัฐที่มีอยู่อย่างจำกัด อีกทั้งปัญหาสุขภาพของประเทศในปัจจุบันมีความซับซ้อน และมีบริบทที่แตกต่างกันในแต่ละพื้นที่ และความรู้ทางการแพทย์ในปัจจุบันที่มุ่งเน้นการรักษาโรคหรือการดูแลทางกายเท่านั้น มิได้ส่งเสริมการดูแลสุขภาพตนเองของประชาชน ขาดมิติการดูแลทางใจ และทางสังคม ขาดการเชื่อมต่อทางความเชื่อของชุมชน สังคม วัฒนธรรมและภูมิปัญญาของท้องถิ่น

ในขณะเดียวกัน การแพทย์พื้นบ้านที่เป็นภูมิปัญญาดั้งเดิมของประเทศไทย ยังเป็นทางเลือกสำหรับการดูแลสุขภาพของชุมชน และที่จะจัดการปัญหาสุขภาพของประชาชนได้อย่างยั่งยืนนั้น ต้องอาศัยทัศนคติของการเป็นเจ้าของสุขภาพตนเองของประชาชน การมีส่วนร่วมในการจัดการปัญหาสุขภาพของประชาสังคมในชุมชนอย่างกว้างขวาง และแนวคิดดังกล่าวเป็นการขยายบริบทความหมายกำลังคนด้านสุขภาพออกไปจากมิติของวิชาชีพบุคลากรสาธารณสุข ไปยังผู้ร่วมดูแลสุขภาพอย่างแท้จริง

วัตถุประสงค์

เพื่อให้เครือข่ายประชาสังคมที่ดูแลปัญหาสุขภาพในพื้นที่ สามารถจัดการปัญหาสุขภาพของตนเองในระดับพื้นที่ได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยอาศัยพื้นฐานทางวัฒนธรรมและภูมิปัญญาท้องถิ่น ภายใต้การร่วมมือระหว่างภาคประชาชน ภาครัฐ ภาคเอกชน และองค์การปกครองส่วนท้องถิ่น

เป้าหมาย

1. การแพทย์แผนไทยและภูมิปัญญาไทย สามารถมีบทบาทในการส่งเสริมและดูแลสุขภาพของประชาชน ได้อย่างทัดเทียมกับการแพทย์แผนปัจจุบัน
2. ขยายเครือข่ายกำลังคนด้านสุขภาพลงในระดับชุมชน โดยการมีส่วนร่วมของประชาชนในพื้นที่

กลยุทธ์

1. ส่งเสริมและพัฒนาศักยภาพของการแพทย์แผนไทยและภูมิปัญญาไทย
2. พัฒนาศักยภาพของผู้ดูแลสุขภาพในชุมชน ได้แก่ อาสาสมัครสาธารณสุข ผู้ดูแลเด็ก ผู้สูงอายุ หรือผู้พิการในชุมชน เพื่อขยายการมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพลงไปในระดับชุมชน
3. สร้างความเข้มแข็งให้ชุมชนดูแลตนเองและครอบครัว โดยใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่น และสนับสนุนภาคีสุขภาพในระดับพื้นที่ ให้มีส่วนร่วมการสร้างเสริมสุขภาพ

ภาคผนวก 1

รายชื่อคณะทำงานจัดทำแผนยุทธศาสตร์กำลังคนด้านสุขภาพแห่งชาติ

1. นพ. อัมพล จินดาวัฒน์	ที่ปรึกษากระทรวงสาธารณสุข	ประธาน
2. นพ. สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ	สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข	ผู้ทำงาน
3. ผู้แทนสำนักงาน ก.พ.		ผู้ทำงาน
4. ผู้แทนสำนักงาน ก.พ.ร.		ผู้ทำงาน
5. ผู้แทนสำนักงานงบประมาณ		ผู้ทำงาน
6. ผู้แทนกรมบัญชีกลาง		ผู้ทำงาน
7. ผู้แทนสำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ		ผู้ทำงาน
8. ผู้แทนแพทยสภา		ผู้ทำงาน
9. ผู้แทนทันตแพทยสภา		ผู้ทำงาน
10. ผู้แทนสภาเภสัชกรรม		ผู้ทำงาน
11. ผู้แทนสภาการพยาบาล		ผู้ทำงาน
12. ผู้แทนกลุ่มสหสาขาวิชาชีพ		ผู้ทำงาน
13. ผู้แทนเครือข่ายหมออนามัย		ผู้ทำงาน
14. นพ. พงษ์พิสุทธิ์ ใจอุดมสุข	สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ	ผู้ทำงาน
15. ดร. สุปรีตา อุดุลยานนท์	สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ	ผู้ทำงาน
16. นส. กาญจนา ปานุราช	สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข	ผู้ทำงาน
17. ผู้อำนวยการสถาบันพระบรมราชชนก		ผู้ทำงาน
18. ผู้อำนวยการสำนักงานโครงการผลิตแพทย์เพื่อชาวชนบท		ผู้ทำงาน
19. ผู้อำนวยการกองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ		ผู้ทำงาน
20. พญ. สุพัตรา ศรีวณิชชากร	สำนักงานปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข	ผู้ทำงาน
21. ผู้แทนชมรมโรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป		ผู้ทำงาน
22. ผู้แทนชมรมแพทย์ชนบท		ผู้ทำงาน
23. นส. พินทุสร เหมพิสุทธิ์	กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยฯ	ผู้ทำงาน
24. ผู้อำนวยการสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์		คณะทำงานแลเลขานุการ
25. ผอ.กลุ่มแผนงานและทรัพยากร สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์		คณะทำงานและผู้ช่วยเลขานุการ
26. นพ. ทิณกร โนรี	แผนงานพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพ	คณะทำงานและผู้ช่วยเลขานุการ
27. หัวหน้างานแผนงานกำลังคน สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์		คณะทำงานและผู้ช่วยเลขานุการ

ภาคผนวก 2
ขั้นตอนการจัดทำแผนยุทธศาสตร์กำลังคนด้านสุขภาพแห่งชาติ

ลำดับ	กิจกรรม	ช่วงเวลา
1.	แต่งตั้งคณะกรรมการยกร่างแผนยุทธศาสตร์ โดยกระทรวงสาธารณสุข	มีนาคม 2549
2.	เวทีระดมความคิดเห็นเพื่อทบทวนคำกัตความ สร้างวิสัยทัศน์และพันธกิจ	เมษายน 2549
3.	เวทีระดมความเห็นจากคณะกรรมการยกร่างแผนยุทธศาสตร์	มีนาคม, พฤษภาคม, ตุลาคม 2549
4.	เวทีระดมความเห็นจากผู้ที่เกี่ยวข้องจากในส่วนกลาง	สิงหาคม 2549
5.	แบบสอบถามความเห็นจากบุคคลที่เกี่ยวข้อง 165 คน	กันยายน 2549
6.	แบบสอบถามความเห็นจากองค์กรที่เกี่ยวข้อง 65 องค์กร	กันยายน 2549
7.	เวทีระดมความเห็นผู้ที่เกี่ยวข้องในส่วนภูมิภาค	ตุลาคม 2549
8.	การสัมภาษณ์ผู้เชี่ยวชาญและผู้ทรงคุณวุฒิ	ตุลาคม 2549
9.	เวทีประชาพิจารณ์ในการประชุมสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ปี 2549	28 ตุลาคม 2549
10.	สังเคราะห์ข้อเสนอทั้งหมดเพื่อนำเข้าสู่กระบวนการกำหนดนโยบาย	พฤศจิกายน – ธันวาคม 2549

ภาคผนวก 3 สถานการณ์และแนวโน้มกำลังคนด้านสุขภาพ

กำลังคนด้านสุขภาพนั้นเป็นทรัพยากรที่สำคัญในการขับเคลื่อนระบบสุขภาพ เพราะนอกจากเป็นผู้บริหารจัดการทรัพยากรด้านอื่น ๆ และเป็นตัวแปรที่สำคัญในการสนับสนุนหรือเป็นอุปสรรคต่อการพัฒนาระบบสุขภาพ ยังเป็นแหล่งค่าใช้จ่ายส่วนใหญ่ของการดำเนินงานของระบบบริการสาธารณสุขอีกด้วย¹ ดังนั้นกำลังคนด้านสุขภาพจึงเป็นทรัพยากรที่สำคัญในระบบสุขภาพที่ควรได้รับความสนใจอย่างต่อเนื่องและจริงจัง

ในการที่ทุกประเทศทั่วโลกจะพัฒนาระบบสุขภาพให้บรรลุเป้าหมายของสหประชาชาติแห่งการพัฒนา (Millennium Development Goals) นั้นจำเป็นที่จะต้องมีการพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพที่เพียงพอ มีการกระจายอย่างเป็นธรรม มีสัดส่วนกำลังคนที่เหมาะสม และกำลังคนมีแรงจูงใจในการปฏิบัติงานอย่างมีประสิทธิภาพ¹ แต่ในขณะที่ปัญหากำลังคนด้านสุขภาพที่หลายประเทศกำลังเผชิญ โดยเฉพาะประเทศกำลังพัฒนานั้น ได้แก่ ปัญหาการขาดแคลนกำลังคน การกระจาย ระบบการสนับสนุน เป็นต้น ในขณะที่เดียวกันโลกกำลังเผชิญกับความเปลี่ยนแปลงด้านความต้องการด้านสุขภาพ ได้แก่ อุบัติการณ์ของโรคที่เกี่ยวข้องกับความยากจนที่ยังดำรงอยู่ อุบัติการณ์โรคใหม่ ๆ เช่น SAR ไข้หวัดนก ตลอดจนการเพิ่มขึ้นของผู้สูงอายุและโรคเรื้อรัง เป็นต้น ดังนั้นองค์การอนามัยโลกได้ตระหนักถึงปัญหาร่วมเหล่านี้ จึงได้กำหนดให้ปี พ.ศ. 2549 – 2558 เป็นทศวรรษแห่งการพัฒนากำลังคนขึ้น² และได้เสนอยุทธศาสตร์ในการแก้ปัญหา โดยมุ่งเน้นไปที่การผลิตกำลังคนที่มีจำนวน/ทักษะ/เจตคติที่เพียงพอและมีการกระจายอย่างเท่าเทียม การสนับสนุนและพัฒนาบุคลากรให้ปฏิบัติงานอย่างมีประสิทธิภาพและเต็มศักยภาพ และการอำนวยการในองค์กรและการจัดการการย้ายอย่างมีประสิทธิภาพ ในขณะที่กลุ่มประเทศในภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ก็เผชิญปัญหาสถานการณ์ด้านกำลังคน เช่นเดียวกัน และได้กำหนดแนวทางยุทธศาสตร์มุ่งเน้นในด้าน การผลิตและกระจายกำลังคนให้เพียงพอโดยเฉพาะพื้นที่ชนบทและผู้ด้อยโอกาส การพัฒนาหลักสูตรการผลิตให้มุ่งเน้นไปในด้านการสาธารณสุข การพัฒนาระบบการบริหารจัดการและระบบการสนับสนุนบุคลากร และการสนับสนุนการสร้างและการจัดการองค์ความรู้ทั้งระดับประเทศและระหว่างประเทศ

1. สถานการณ์และแนวโน้มกำลังคนด้านสุขภาพในประเทศไทย

รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2540 ได้แสดงเจตนารมณ์ที่จะให้รัฐทำหน้าที่ปกป้องสุขภาพของประชาชนโดยให้ความสำคัญกับบริการสาธารณสุข และสิ่งแวดล้อมอย่างเด่นชัด บทบาทของพนักงานของรัฐ และข้าราชการเป็นผู้อำนวยการหน่วยงานและให้บริการแก่ประชาชน โดยการบริการต้องมีความมาตรฐาน มีความเท่าเทียมในหมู่ประชาชนทุกหมู่เหล่า ให้บริการที่มีประสิทธิภาพโดยจัดบริการที่มีคุณภาพในราคาที่เป็นธรรมแก่ประชาชน ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการได้อย่างทั่วถึงกัน และบริการสาธารณสุขสามารถได้รับการตรวจสอบจากประชาชนได้ และต้องการกระบวนการมีส่วนร่วมจาก

ประชาชน³ การที่จะบรรลุเจตนารมณ์ตามรัฐธรรมนูญนี้ระบบสุขภาพจำเป็นต้องมีกำลังคนที่เพียงพอ มีการกระจายอย่างเท่าเทียม มีสัดส่วนประเภทกำลังคนที่เหมาะสม มีกำลังคนที่มีความรู้ความสามารถและมีแรงจูงใจในการปฏิบัติงาน และมีกระบวนการมีส่วนร่วมจากภาคประชาชน

1.1 การเปลี่ยนแปลงของบริบทแวดล้อม การเปลี่ยนแปลงของบริบทแวดล้อมที่ส่งผลกระทบต่อระบบบริการสาธารณสุขและระบบกำลังคนด้านสุขภาพ ได้แก่การเปลี่ยนแปลงด้านเศรษฐกิจ ด้านนโยบายการค้าโลก ด้านสังคมและการปฏิรูปต่าง ๆ ตลอดทั้งการเปลี่ยนแปลงด้านประชากรและระดับวิทยา

1.1.1 การเปลี่ยนแปลงด้านเศรษฐกิจ การเจริญเติบโตทางเศรษฐกิจภายหลังยุควิกฤติเศรษฐกิจปี 2540 ทำให้การขยายตัวของโรงพยาบาลเอกชนมากขึ้น ในขณะเดียวกันนโยบายการเปิดเสรีทางการค้าของประเทศและการที่รัฐบาลมีนโยบายส่งเสริมให้คนต่างชาติมารับบริการสาธารณสุขในประเทศไทยเพื่อหวังผลทางด้านเศรษฐกิจ เป็นผลให้เกิดการขยายตัวของธุรกิจโรงพยาบาลเอกชนมากขึ้น โดยคาดการณ์ว่าในปี 2551 การดูแลผู้ป่วยต่างชาติต้องการแพทย์ประมาณ ร้อยละ 16 ของแพทย์ทั้งประเทศ⁴ ซึ่งส่งผลกระทบต่อภาระของบุคลากรสุขภาพจากภาครัฐผู้เอกชน จากข้อมูลการเพิ่มขึ้นของบุคลากรของแพทย์และพยาบาลของเอกชน⁵ พบว่าสัดส่วนของกำลังคนด้านสุขภาพในโรงพยาบาลเอกชนมีสัดส่วนเพิ่มขึ้นเช่นกัน โดยกลุ่มแพทย์ เพิ่มจาก ร้อยละ 11.4 ในปี 2530 เป็นร้อยละ 21 ในปี 2545 และกลุ่มพยาบาลเพิ่มจาก ร้อยละ 9.1 ในปี 2530 เป็นร้อยละ 11.7 ในปี 2545 การศึกษาของทักษพล ธรรมรังสี⁶ พบว่าในกลุ่มแพทย์ทั่วไปที่ลาออกจากราชการในระหว่างปี 2545-2546 ร้อยละ 52.3 ไปปฏิบัติงานในสถานพยาบาลภาคเอกชน และในกลุ่มแพทย์เฉพาะทางที่ลาออกจากราชการ ร้อยละ 83 ไปปฏิบัติงานในสถานพยาบาลภาคเอกชน

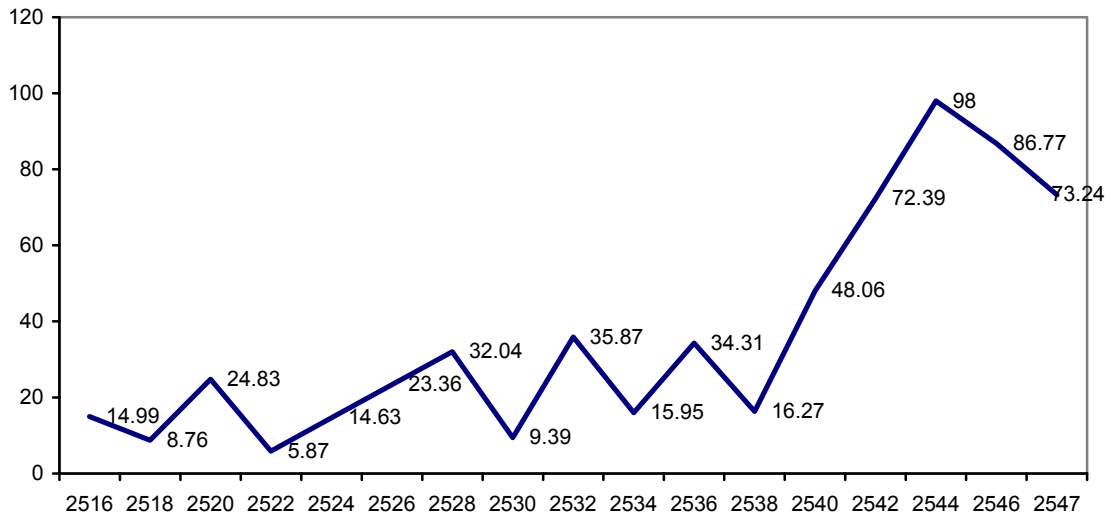
1.1.2 การเปลี่ยนแปลงด้านนโยบายและการปฏิรูปต่าง ๆ ความสำคัญกับการกระจายอำนาจให้ท้องถิ่นพึ่งตนเองและตัดสินใจในกิจการท้องถิ่นได้เอง หนึ่งในบทบาทหน้าที่ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่สำคัญ ได้แก่ การส่งเสริมรักษาคุณภาพสิ่งแวดล้อมเพื่อป้องกันผลกระทบต่อคุณภาพสิ่งแวดล้อมหรือสุขภาพอนามัยของประชาชนในพื้นที่ แม้ว่า พ.ร.บ. กระจายอำนาจยังไม่มี ความชัดเจนและความก้าวหน้าในการดำเนินงานตามขั้นตอนใน พ.ร.บ. แต่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นได้เข้ามาเป็นหุ้นส่วนในการดำเนินงานด้านสาธารณสุขมากขึ้น ตัวอย่างรูปธรรม ประการแรก **การมีส่วนร่วมในการผลิตบุคลากร** การจัดสรรทุนเพื่อสนับสนุน ให้เกิดอัตรากำลังด้านสุขภาพในพื้นที่ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เช่น อบต. สนับสนุนทุนพยาบาลชุมชน ทันตภิบาล ทำให้เพิ่มโอกาสทางการศึกษาแก่คนในท้องถิ่นและกลับมาทำงานรับใช้คนในท้องถิ่นของตน ช่วยลดปัญหาความขาดแคลนและทำให้บุคลากรคงอยู่ในพื้นที่ ประการที่สอง **การบริหารจัดการกำลังคน** โดยมีรูปแบบการจ้างงานและสถานะที่มีรูปแบบที่หลากหลายมากขึ้น เช่น การเป็นเจ้าของพื้นที่ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น การเป็นบุคลากรของชุมชนดูแลโดยชุมชนท้องถิ่น จ้างงานโดยชุมชนท้องถิ่น ทำให้ลดภาระทั้งในด้านงบประมาณ อัตราค่าจ้างของภาครัฐที่ไม่พอเพียง และยังช่วยแก้ปัญหาการขาดแคลนและทำให้บุคลากรคงอยู่ในพื้นที่ได้ และประการที่สาม **การ**

จัดบริการโดยท้องถิ่น พบว่า องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นให้ความสนใจและมีการลงทุนในการจัดบริการ สาธารณสุขมากขึ้น เช่น สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ร่วมมือกับองค์กรปกครองส่วน ท้องถิ่นส่งเสริมให้เกิดบริการอุบัติเหตุฉุกเฉิน จำนวน 1500 แห่ง โดยองค์กรท้องถิ่นเป็นผู้บริหารให้เกิด บริการดังกล่าวซึ่งสิ่งเหล่านี้กระทบถึงระบบการผลิต การพัฒนาและการวางแผนกำลังด้านสุขภาพและ จำเป็นต้องมีแนวทางที่ชัดเจนในด้านนี้

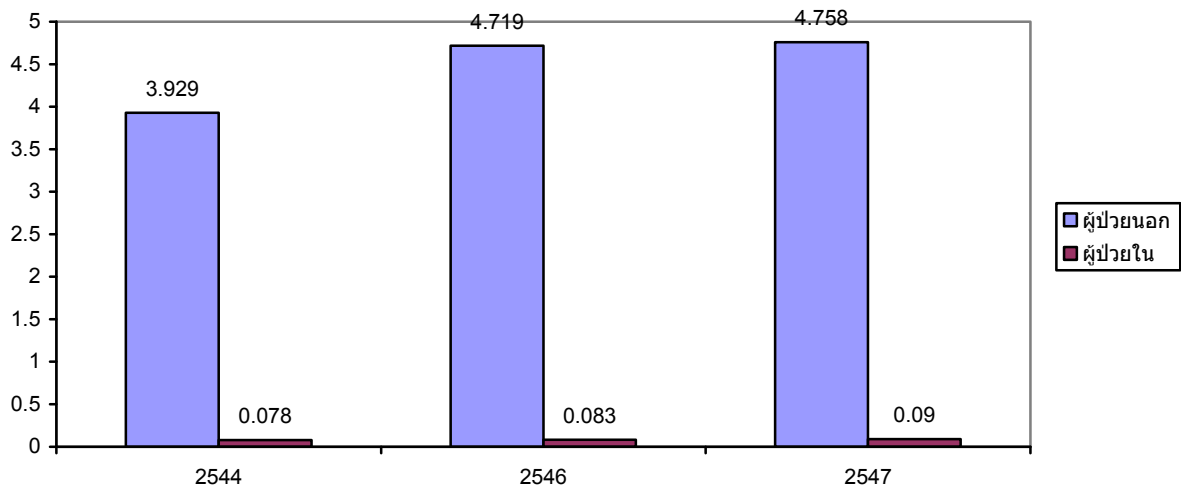
ปัจจัยอันเป็นผลมาจากเงื่อนไขของเศรษฐกิจที่เปลี่ยนไปและเจตนารมณ์ของรัฐธรรมนูญ พ.ศ. 2540 ได้ผลักดันให้ความสำคัญของการปฏิรูประบบราชการปรากฏเด่นชัดขึ้น การปฏิรูประบบราชการไทย ได้กำหนดโครงสร้างการปรับปรุงกลไกและระบบต่าง ๆ ของภาครัฐ ดังนี้คือ กำหนดความจำเป็นของภารกิจ ภาครัฐ ตลอดจนโครงสร้างอำนาจหน้าที่ในด้านสุขภาพ การปรับปรุงระบบการบริหารให้มีระบบงาน บริหารที่คล่องตัวตอบสนองต่อชุมชนได้อย่างทันการณ ี่ไปรุ่งใส การปรับปรุงโครงสร้าง กลไกการบริหารที่มี ประสิทธิภาพ มีขนาดเล็กกะทัดรัดมากขึ้นและง่ายต่อการปรับเปลี่ยน การปรับปรุงกลไกและกฎเกณฑ์ที่เอื้อ ต่อผู้บริหารมีอิสระในการบริหาร การปรับปรุงระบบราชการเพื่อเป็นข้าราชการมืออาชีพ มีคุณธรรมและ คุณภาพ และมีศักยภาพในการบริหาร การปรับปรุงวัฒนธรรมและค่านิยมของราชการเน้นความสามารถ ความสุจริต คิดสร้างสรรค์และเพียงพอ และการปรับปรุงระบบเทคโนโลยีเพื่อเอื้อต่อการทำงานให้มี สมรรถนะมากขึ้น

การเปลี่ยนแปลงด้านสังคมและการปฏิรูปต่าง ๆ นั้นส่งผลต่อระบบกำลังคนดังนี้ ประการแรก ผลจากการพัฒนาทางเศรษฐกิจ สังคม การศึกษา และเทคโนโลยีของประเทศ ส่งผลให้ความต้องการและ ความคาดหวังของประชาชนต่อระบบบริการสูงขึ้นอย่างมาก ทำให้เกิดการเรียกร้องบริการและเกิดกรณีการ ร้องทุกข์ภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพมากขึ้น⁴ (ภาพที่ 1) ประการที่สองจากผลของนโยบายประกัน สุขภาพถ้วนหน้า ทำให้เกิดการเพิ่มขึ้นของการรับบริการที่เกิดจากการเข้าถึงบริการของประชาชนเพิ่มขึ้น⁷ (ภาพที่ 2) จากการจากการสำรวจ สุขภาพและ สวัสดิการ ของสำนักงานสถิติแห่งชาติ ในปี พ.ศ.2544 (ก่อนโครงการประกันสุขภาพถ้วนหน้า) และ 2546 (ระหว่างโครงการประกันสุขภาพถ้วนหน้า) พบทิศทาง การเปลี่ยนแปลงของพฤติกรรมแสวงหาการบริการสุขภาพอย่างชัดเจน คือ อาจกล่าวได้ในเบื้องต้น ว่าการพึ่งตนเองทางสุขภาพเมื่อเจ็บป่วยลดลง โดยวิเคราะห์จาก สัดส่วนของประชาชนที่ไม่ทำอะไร และ รักษาตนเอง เมื่อมีอาการเจ็บป่วย ลดลง ร้อยละ 35 เป็น 29 และสัดส่วนผู้ใช้บริการที่สถานบริการเพิ่มขึ้น จากร้อยละ 66 เป็นร้อยละ 71⁷ นอกจากนั้นการจัดระบบบริการสุขภาพโดยปรับอัตรากำลังคนในศูนย์ สุขภาพชุมชนตามสัดส่วนต่อประชากรส่งผลให้เกิดความต้องการกำลังคนสูงขึ้น

ภาพที่ 1 อัตราการร้องเรียนต่อแพทย์ 10,000 คนที่เข้าสู่การพิจารณาของแพทยสภา



ภาพที่ 2 จำนวนครั้งใช้บริการของผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน (ต่อ 1 ประชากร)

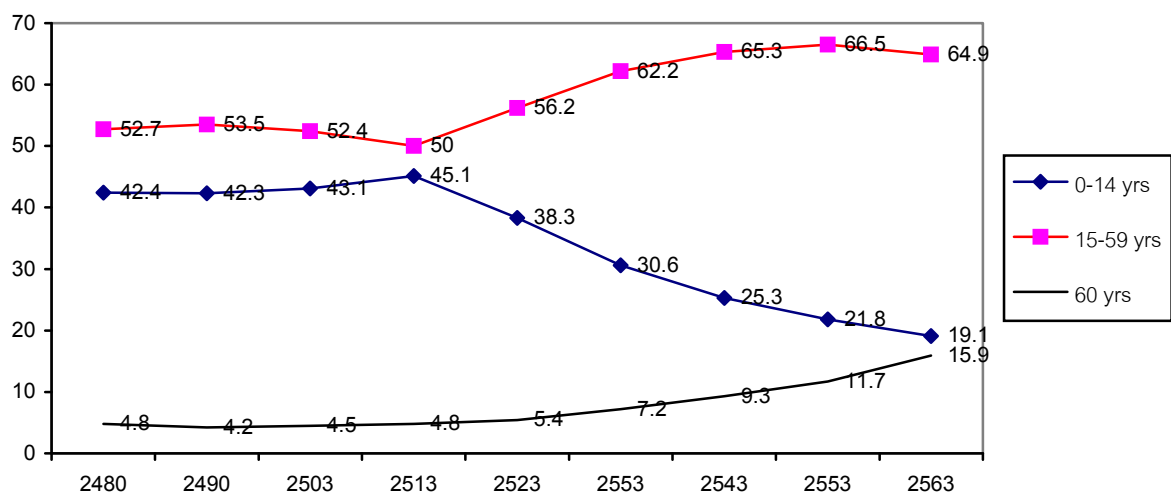


นโยบายการสร้างเสริมสุขภาพมุ่งเน้นให้มีการส่งเสริมงานสร้างเสริมสุขภาพทุกระดับ ได้รับการให้ความสำคัญ โดยมุ่งเน้นการสร้างเสริมสุขภาพแบบองค์รวมครอบคลุมทั้งด้านสุขภาพกาย จิต สังคม และจิตวิญญาณ ดังนั้นการพัฒนาด้านการสร้างเสริมสุขภาพนำการซ่อมสุขภาพจึงไม่จำกัดอยู่เฉพาะบทบาทของบุคลากรสาธารณสุขเท่านั้น เนื่องจากการสร้างเสริมสุขภาพนี้มีความเกี่ยวข้องกับหลายภาคส่วน และในปัจจุบันนี้มีหลายภาคส่วนได้เข้ามาดำเนินการด้านการสร้างเสริมสุขภาพ ไม่ว่าจะเป็นองค์กรภาคประชาชน เช่น อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เครือข่ายสุขภาพภาคประชาชน เครือข่าย/องค์กรเอกชนไม่แสวงหากำไร ตลอดจนทั้งบุคลากรภาครัฐจากกระทรวงต่างๆ ตัวอย่างที่เป็นรูปธรรม เช่นที่จังหวัดขอนแก่น มีองค์กรภาคประชาชน เอกชน และภาครัฐซึ่งมาจากหลากหลายกระทรวง ซึ่งขับเคลื่อนงานสร้างเสริมสุขภาพอย่างน้อย 22 เครือข่าย⁸ และในปัจจุบันนี้ สปสช. ได้จัดสรรงบประมาณส่งเสริมและป้องกันโรคลงไปที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเพื่อให้องค์กรท้องถิ่นและภาคประชาชนได้เข้ามามีบทบาทในงาน

สร้างเสริมสุขภาพมากขึ้น ซึ่งประเด็นนี้ชี้ให้เห็นว่าทักษะและบทบาทของบุคลากรสุขภาพต้องเปลี่ยนไป โดยการทำงานร่วมกับเครือข่ายอื่นและภาคประชาชนมากขึ้น นอกจากนั้นนโยบายกระทรวงสาธารณสุขได้เน้นความสำคัญของการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกและภูมิปัญญาพื้นบ้านให้เด่นชัดยิ่งขึ้น ซึ่งส่งผลกระทบต่อกำลังคนด้านสุขภาพในภาพรวมในหลายด้าน

1.1.3 การเปลี่ยนแปลงด้านประชากรและระบาดวิทยา การเปลี่ยนแปลงด้านประชากรและระบาดวิทยาส่งผลกระทบต่อกำลังคนด้านสุขภาพ กล่าวคือ จากความสำเร็จในการวางแผนครอบครัวทำให้อัตราเพิ่มของประชากรลดลงตามลำดับ⁶ และทำให้สัดส่วนการพึ่งพิงของประชากรในวัยเด็ก 0-14 ปีมีแนวโน้มลดลง ในขณะที่อัตราส่วนในการพึ่งพิงของผู้สูงอายุจะเพิ่มมากขึ้น⁹ (ภาพที่ 3) ดังนั้นปัญหาต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นในวัยผู้สูงอายุ ทั้งการพึ่งพิง การดูแลต่าง ๆ จะเพิ่มขึ้น และขณะเดียวกัน แนวโน้มโรคไม่ติดต่อเรื้อรังซึ่งเป็นสาเหตุการตายอันดับต้นของคนไทย ได้แก่ หัวใจ มะเร็ง มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอันเนื่องมาจากพฤติกรรมกรรมการบริโภค และการออกกำลังกายที่ไม่เหมาะสม ดังจะเห็นได้จากอัตราการเข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาลที่พบดังนี้ โรคหัวใจ มีอัตราเพิ่มขึ้นจาก 56.5 ต่อประชากร 100,000 คน ใน พ.ศ. 2528 เพิ่มขึ้นเป็น 109.4 ใน พ.ศ. 2537 และเป็น 397.0 ต่อประชากร 100,000 คน ใน พ.ศ. 2546 โรคมะเร็ง มีอัตราเพิ่มขึ้นจาก 34.7 ต่อประชากร 100,000 คน ใน พ.ศ. 2537 เพิ่มขึ้นเป็น 89.4 ต่อประชากร 100,000 คน ใน พ.ศ. 2546 และนอกจากนี้ โรคเบาหวานก็มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น จาก 33.3 ต่อประชากร 100,000 คน ใน พ.ศ. 2528 เพิ่มขึ้นเป็น 91.0 ใน พ.ศ. 2537 และเป็น 380.7 ต่อประชากร 100,000 คน ใน พ.ศ. 2546¹⁰ (ภาพที่ 4) ซึ่งปัญหาเหล่านี้ชี้ให้เห็นความต้องการบุคลากรสาธารณสุขระดับต่าง ๆ ในการดูแล

ภาพที่ 3 สัดส่วนร้อยละของประชากรกลุ่มอายุสำคัญและการคาดการณ์ พ.ศ. 2480 – 2563

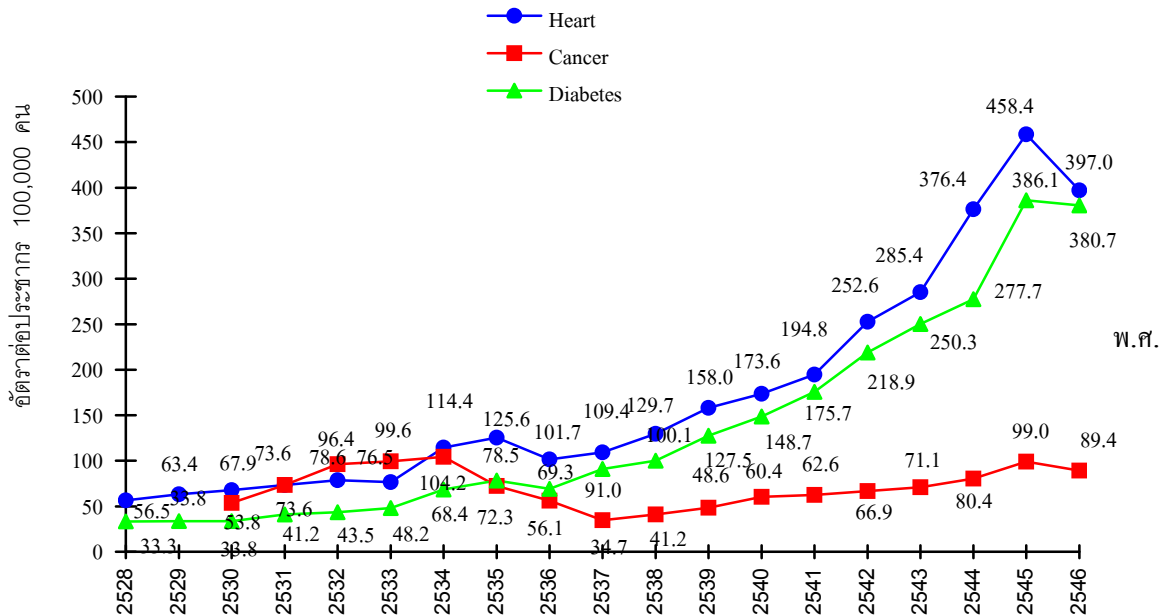


ที่มา : - พ.ศ. 2480 - 2533 ได้จากการสำรวจสำมะโนประชากรและเคหะของสำนักงานสถิติแห่งชาติ

- พ.ศ. 2543 - 2563 ได้จาก จิระพันธ์ กัลลประวัติ, การปรับการคาดประมาณประชากรของประเทศไทย พ.ศ. 2533

- พ.ศ. 2563, พ.ศ. 2541

ภาพที่ 4 อัตราการเข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาล (ต่อประชากร 100,000 คน) ของโรคหัวใจ โรคมะเร็งและโรคเบาหวาน พ.ศ. 2528 – พ.ศ. 2546



ที่มา : รายงานผู้ป่วยใน สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข

หมายเหตุ ความชุกของโรคมะเร็ง ตั้งแต่ พ.ศ. 2537 แสดงเฉพาะมะเร็งตับ ปอด มดลูกและเต้านม เท่านั้น

แม้แนวโน้มผู้ป่วยเอดส์ในประเทศไทยจะไม่เพิ่มมากขึ้น แต่จากนโยบายการขยายการรักษาผู้ป่วยเอดส์ด้วยยาต้านไวรัส อาจส่งผลให้ต้องจ่ายยาต้านไวรัสแก่ผู้ป่วยถึงกว่า 2.5 แสนรายในปี 2551 ซึ่งเพิ่มภาระงานในระบบบริการสาธารณสุข ทำให้เกิดความต้องการบุคลากรสาธารณสุขในการดูแลมากขึ้น⁴ นอกจากนี้ ในระยะหลังมีการเกิดขึ้นของโรคติดเชื้ออุบัติใหม่ เช่น SARS ไข้หวัดนก เป็นต้น ซึ่งล้วนส่งผลกระทบในด้านการต้องการบุคลากรที่มีความเชี่ยวชาญเฉพาะโรคมากขึ้น

ในการพัฒนาระบบบริการสาธารณสุขให้สอดคล้องกับสถานการณ์การเปลี่ยนแปลงด้านปัจจัยภายนอกในระบบบริการสาธารณสุข ได้แก่ ด้านเศรษฐกิจและการเมือง การเปลี่ยนแปลงทางนโยบายของรัฐบาล ตลอดจนสถานการณ์การเจ็บป่วยที่เปลี่ยนไปนั้น ระบบสุขภาพต้องได้รับการพัฒนาเพื่อให้บริการสาธารณสุขที่มีความเท่าเทียมในการเข้าถึง สอดคล้องกับความต้องการของท้องถิ่น มีคุณภาพและมีประสิทธิภาพ เพื่อบรรลุเป้าหมายหลักคือการมีสุขภาพของประชาชน และระบบการพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพที่ต้องการจำเป็นต้องมีความสอดคล้องกับระบบบริการสุขภาพ โดยมีจำนวนที่เหมาะสม ศักยภาพ/ความสามารถที่เหมาะสม มีการกระจายที่เหมาะสม และในต้นทุนที่เหมาะสมด้วย

1.2 **สภาพปัญหาด้านกำลังคนด้านสุขภาพ** การวางแผน การผลิตและการพัฒนากำลังคนที่ผ่านมา ได้มีการดำเนินการจากหลายภาคส่วนทั้งภาครัฐและเอกชน และมีผลผลิตเป็นที่น่าพอใจในระดับหนึ่ง จากข้อมูลในปี 2543 และปี 2544 พบว่ามีจำนวนกำลังคนด้านสุขภาพในระดับหนึ่ง เช่น มีแพทย์ให้บริการทั้งใน ภาครัฐและเอกชนจำนวน 22,465 คน โดยมีสัดส่วนต่อประชากร 1:2,750 จำนวนทันตแพทย์ที่ให้บริการ จำนวน 8,178 คน คิดเป็นสัดส่วนต่อประชากร 1: 7,679 จำนวนเภสัชกรที่ให้บริการจำนวน 13,836 คน เป็นสัดส่วนต่อประชากร 1:4,539 จำนวนพยาบาลวิชาชีพที่ให้บริการจำนวน 84,683 คน โดยมีสัดส่วนต่อ ประชากร 1: 739 จำนวนเจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับต้นที่ให้บริการจำนวน 28,839 คน โดยมีสัดส่วนต่อ ประชากร 1:2,177 ประชากร และได้มีแผนการผลิตทั้งส่วนภาครัฐและเอกชนดังตารางที่ 1⁹

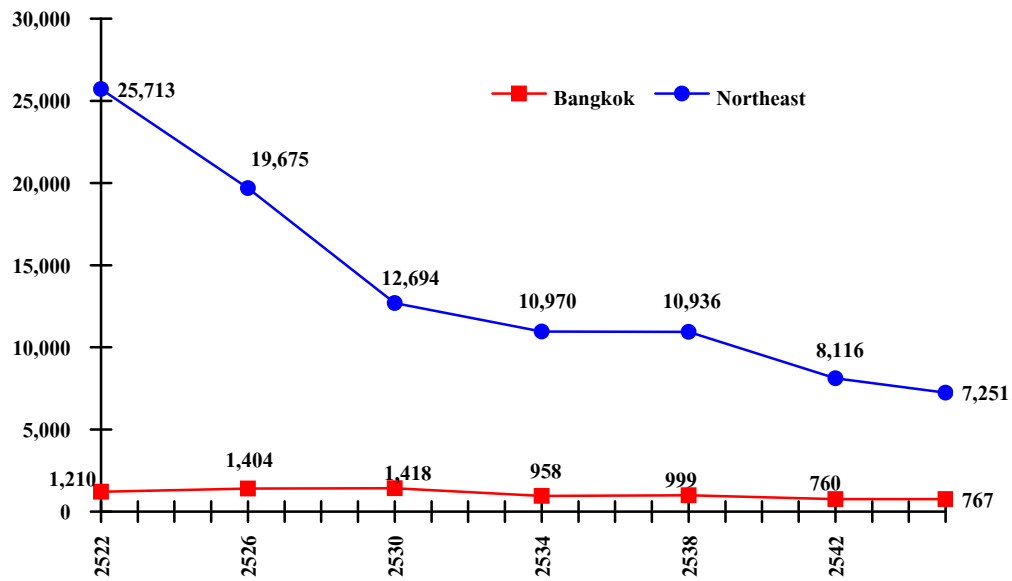
ตาราง 1 แผนการผลิตกำลังคนด้านสุขภาพในกลุ่มวิชาชีพต่างๆ

วิชาชีพ	กำลังคน 2544	แผนการผลิตกำลังคน									
		2548	2549	2550	2551	2552	2553	2554	2555	2556	2557
แพทย์	22,465	2020	2139	2179	2247	2247	2282	2282	2282	2282	2242
ทันตแพทย์	8,178	NA	713	713	713	733	733	733	733	733	733
เภสัชกร	13,836	1802	1802	1802	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA
พยาบาล	84,683	4505	5885	5885	5885	5915	5915	5915	5915	5915	5915
เจ้าหน้าที่ สาธารณสุข	28,839	1500	1500	1500	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA

แม้ว่ากระทรวงสาธารณสุขได้ดำเนินการวางแผนและพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพ และได้ดำเนินการ แก้ปัญหาอย่างต่อเนื่อง แต่อย่างไรก็ตามผลกระทบจากการเปลี่ยนแปลงต่างๆ ได้ส่งผลต่อการดำรงอยู่ ของปัญหาด้านกำลังคนบางประการและขณะเดียวกันก็เกิดปัญหาใหม่ๆตามขึ้นมา กล่าวโดยสรุปได้ดังนี้

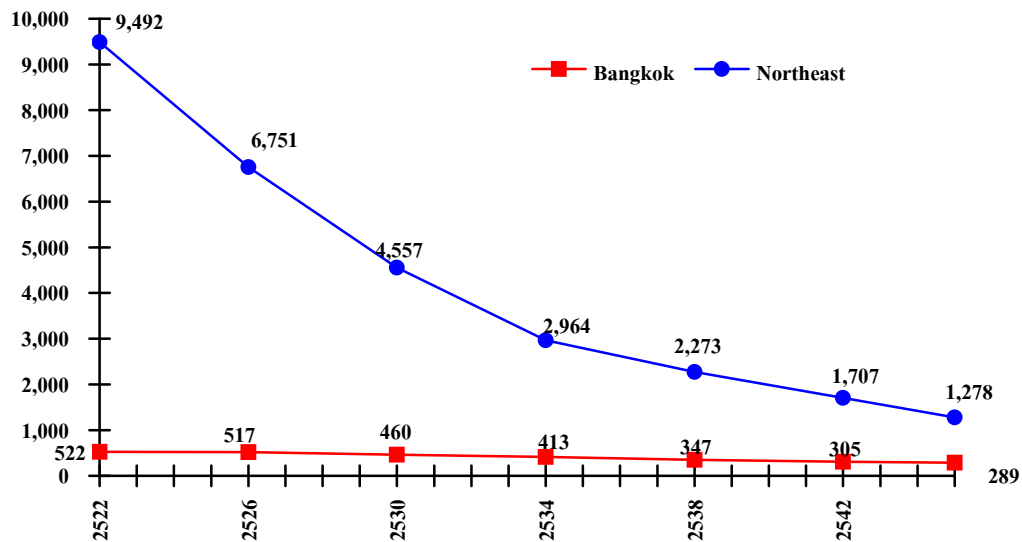
1.2.1 **การกระจายกำลังคนที่ไม่เป็นธรรม** แม้กระทรวงสาธารณสุขมีนโยบายเพิ่มการผลิตใน บุคลากรสุขภาพ การใช้มาตรการการคัดเลือกผู้เรียนที่มีภูมิลำเนาท้องถิ่น ซึ่งเป็นมาตรการที่ใช้ค่อนข้าง ได้ผลดีในกลุ่มพยาบาลและบุคลากรสาธารณสุขระดับต้น มาตรการการทำสัญญาปฏิบัติงานชดใช้ทุนซึ่งมี ผลในการเพิ่มบุคลากรเข้าไปสู่ชนบทในกลุ่มแพทย์ ทันตแพทย์ และเภสัชกร และมีความพยายามใช้ เครื่องมือระบบข้อมูลทางภูมิศาสตร์มาช่วยในการกระจายกำลังคนด้านสุขภาพ แต่ปัจจุบันปัญหาด้าน ความไม่สมดุลของการกระจายกำลังคนยังคงดำรงอยู่ โดยเฉพาะอย่างยิ่งการกระจายกำลังคนทาง ภูมิศาสตร์ จากข้อมูลของกระทรวงสาธารณสุข⁶ พบว่าความขาดแคลนแพทย์ในชนบทยังเป็นปัญหาที่ สำคัญ ความหนาแน่นของแพทย์และพยาบาลในกรุงเทพฯ สูงกว่าในภาคตะวันออกเฉียงเหนือประมาณ 10 เท่า⁹⁻¹⁰ (ภาพที่ 5-6) การขาดแคลนแพทย์ในชนบทก็ยังเป็นปัญหาที่ชัดเจน ดังจะเห็นได้จากในปี พ.ศ. 2540 มีโรงพยาบาลอำเภอ 21 แห่งไม่มีแพทย์ประจำ นอกจากนั้นปัญหาที่ยังดำรงอยู่และจะทวีความรุนแรงมาก ยิ่งขึ้นคือการกระจายกำลังคนระหว่างภาครัฐและภาคเอกชน ซึ่งพบว่าในช่วง ปี พ.ศ. 2545 มีแพทย์ออก จากภาคราชการร้อยละ 32.2 (ภาพที่ 7)

ภาพที่ 5 สัดส่วนประชากรต่อแพทย์ในภาครัฐตะวันออกเฉียงเหนือเทียบกับ กรุงเทพมหานคร
พ.ศ. 2522 – พ.ศ. 2543

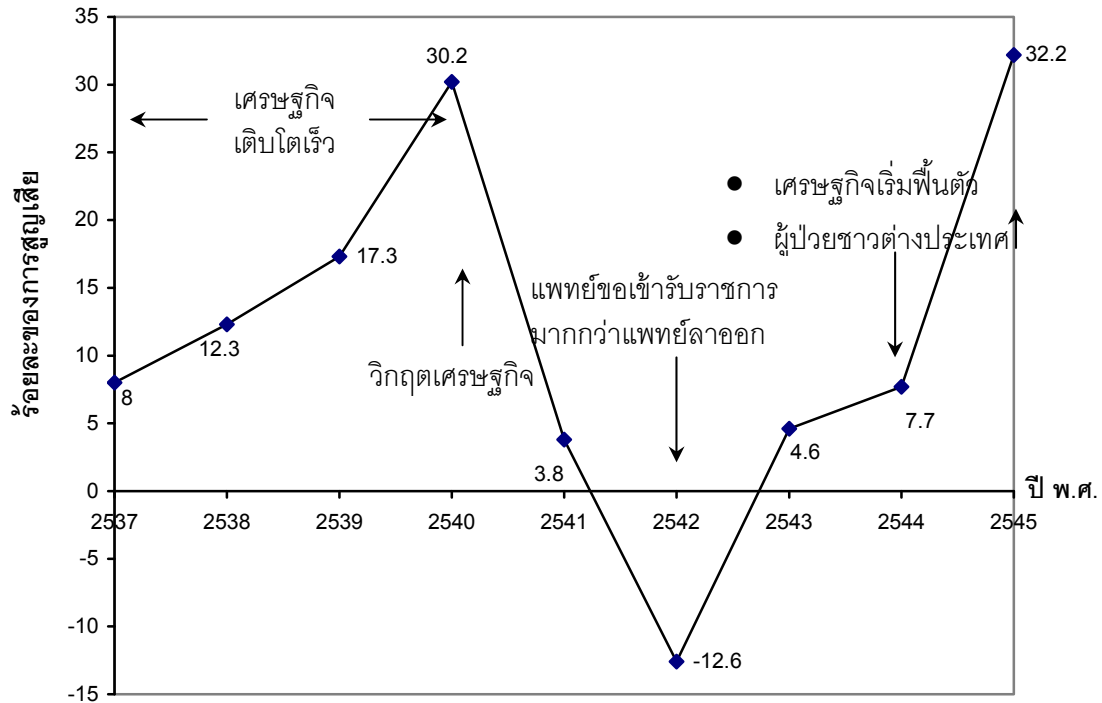


ที่มา : สำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข (2547)

ภาพที่ 6 สัดส่วนประชากรต่อพยาบาลวิชาชีพในภาคตะวันออกเฉียงเหนือเทียบกับกรุงเทพมหานคร
พ.ศ. 2522 – พ.ศ. 2543



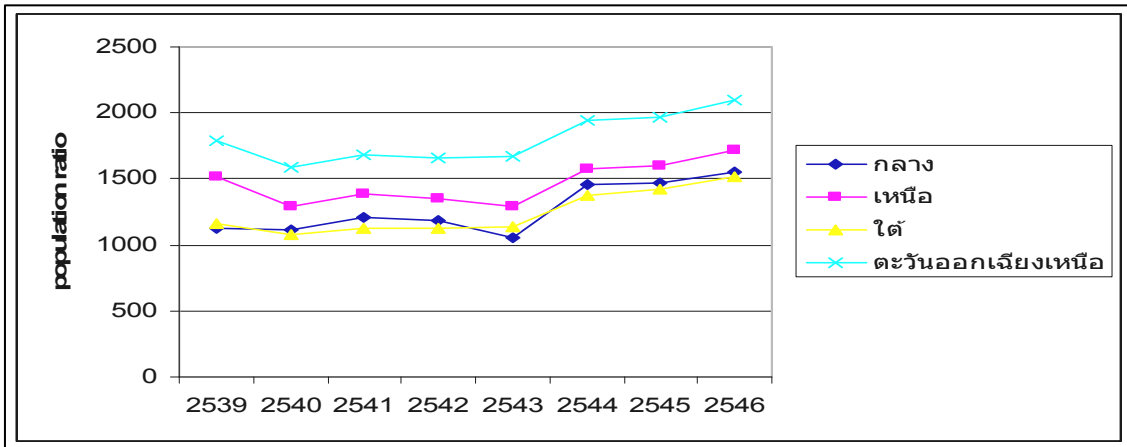
ภาพที่ 7 จำนวนและอัตราการสูญเสียแพทย์สุทธิเพื่อเทียบกับแพทย์จบใหม่บรรจุเข้ารับราชการ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2537-2545



ที่มา : กองการเจ้าหน้าที่ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

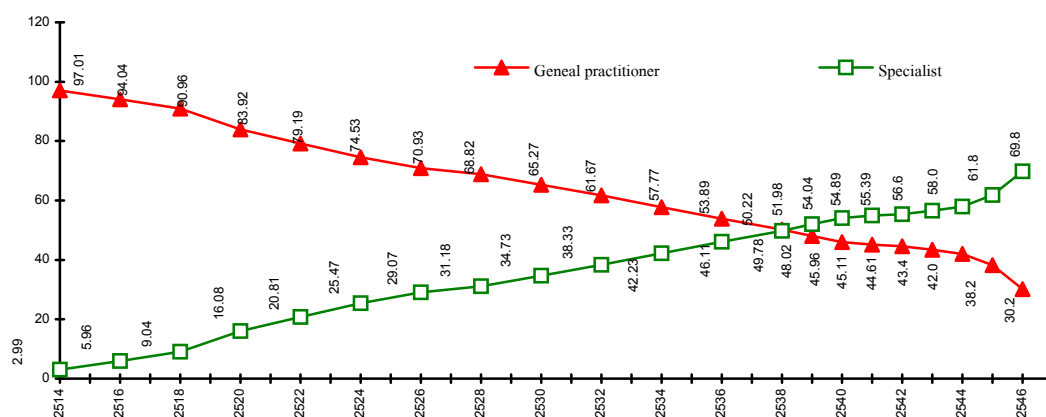
บุคลากรให้บริการระดับปฐมภูมิในปัจจุบันนี้ เจ้าพนักงานสาธารณสุขชุมชนยังคงเป็นบุคลากรส่วนใหญ่ของสถานีอนามัย ในปัจจุบันเริ่มมีพยาบาลวิชาชีพและทันตภิบาลไปอยู่ในสถานีอนามัยขนาดใหญ่ และในอนาคตจะเริ่มมีแพทย์ไปอยู่ประจำด้วย โดยเฉพาะสถานีอนามัยในเขตชุมชนเมือง ใน พ.ศ. 2546 มีสถานีอนามัยทั้งประเทศจำนวน 9,765 แห่ง มีเจ้าหน้าที่รวมทั้งสิ้น 28,839 คน เฉลี่ยสถานีอนามัยละ 3.0 คน อัตราส่วนเจ้าหน้าที่สถานีอนามัยต่อประชากรมีแนวโน้มดีขึ้นในทุกภาคและทั่วประเทศ กล่าวคือ เปลี่ยนจาก 1 : 2,421 คน ใน พ.ศ. 2530 เป็น 1 : 1,762 คน ใน พ.ศ. 2546 โดยเจ้าหน้าที่สถานีอนามัยกระจุกตัวอยู่ในภาคกลางและภาคใต้มากที่สุด อย่างไรก็ตาม ช่องว่างระหว่างภาคต่าง ๆ ก็มีแนวโน้มลดลง¹⁰

ภาพที่ 8 สัดส่วนประชากรต่อเจ้าหน้าที่สถานีอนามัย จำแนกตามภาค ระหว่าง 2539 - 2546



สาเหตุของปัญหาการกระจายกำลังคนนั้น ส่วนหนึ่งเนื่องมาจากการวางแผนกำลังคนนั้นเป็นการวางแผนแบบรวมศูนย์จากส่วนกลางอาจจะขาดความสอดคล้องกับระดับพื้นที่¹¹ การขาดการคำนึงถึงความต้องการของภาคเอกชนและความต้องการบริการที่เปลี่ยนไป และการวางแผนแยกเฉพาะวิชาชีพโดยขาดการให้ความสำคัญกับการผสมผสานทักษะหรือการทำงานทดแทนกันได้บางส่วน (skill mix) เช่น แพทย์เฉพาะทางและแพทย์ทั่วไป แพทย์และพยาบาลเวชปฏิบัติ/พยาบาลวิชาชีพ ทันตแพทย์และทันตภิบาล เป็นต้น ซึ่งจะเห็นได้ว่าขาดการวางแผนสัดส่วนกำลังคนที่เหมาะสม จะเห็นหลักฐานได้จาก ภาพที่ 9 ที่สัดส่วนของแพทย์เฉพาะทางมีสัดส่วนที่สูงกว่าแพทย์ทั่วไปมาก⁴ ซึ่งถ้าหากมีกลไกการกระจายงานจากบุคลากรที่มีความเชี่ยวชาญสูงแต่ต้นทุนการผลิตสูงสู่บุคลากรระดับต่ำกว่าแต่สามารถปฏิบัติงานทดแทนได้บางอย่าง จะทำให้เกิดการบริการที่มีประสิทธิภาพมากขึ้น ตัวอย่างเช่นต้นทุนในการผลิตแพทย์ 1 คน สามารถผลิตพยาบาลได้ถึง 11 คนและสามารถผลิตเจ้าพนักงานสาธารณสุขชุมชนได้ถึง 30 คน ต้นทุนในการผลิตทันตแพทย์ 1 คน สามารถผลิตทันตภิบาลได้ถึง 10 คน และต้นทุนในการผลิตเภสัชกร 1 คน สามารถผลิตเทคนิคเภสัชกรรมได้ถึง 15 คน⁴

ภาพที่ 9 แสดงสัดส่วนแพทย์เฉพาะทางและแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป ตั้งแต่ ปี 2514-2546



ที่มา: แพทยสภา

1.2.2 การขาดแคลนกำลังคน กระทรวงสาธารณสุขมีแผนเพิ่มการผลิตกำลังคนด้านสุขภาพอย่างต่อเนื่อง เพื่อแก้ปัญหาการขาดแคลนและการกระจาย ทั้งนี้ แผนการเพิ่มการผลิตจะเป็นไปตามตามความต้องการที่หน่วยงานที่เกี่ยวข้องร่วมกันพิจารณา ส่งผลให้สภาวะการขาดแคลนกำลังคนด้านสุขภาพในปัจจุบันดีขึ้นเมื่อเทียบกับอดีตในบางวิชาชีพ แต่ยังมีบางวิชาชีพที่ปัญหาการขาดแคลนยังคงเป็นปัญหาที่ต่อเนื่อง เช่น การขาดแคลนแพทย์และพยาบาลเป็นจำนวนมาก ประกอบกับการเปลี่ยนแปลงด้านนโยบายต่างๆ ของกระทรวงสาธารณสุข เช่น นโยบายการประกันสุขภาพถ้วนหน้า นโยบายการรับยาต้านไวรัสเอดส์ของผู้ป่วยเอดส์ทุกคน อุบัติการณ์ของโรค SARS ไข้หวัดนก การเพิ่มขึ้นของโรคเรื้อรังและผู้สูงอายุ ตลอดจนทั้งการเพิ่มขึ้นของแรงงานต่างด้าวซึ่งมีจำนวนมากถึง 884,854 คนในปี 2548¹² ล้วนแล้วแต่ส่งผลให้เกิดความต้องการบุคลากรด้านสุขภาพเพิ่มสูงขึ้น และในขณะเดียวกันนโยบายของรัฐบาลในการส่งเสริมชาวต่างชาติมารับบริการในประเทศไทย และกิจการของสถานพยาบาลเอกชนได้เริ่มฟื้นตัวขึ้นมา ทำให้เกิดผลกระทบต่อ การเพิ่มขึ้นของความต้องการด้านสุขภาพ สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ⁴ ได้คาดการณ์ว่าในปี พ.ศ. 2549 จะต้องให้แพทย์จำนวน 3,100-5,146 คนเพื่อดูแลผู้ป่วยชาวต่างประเทศ ขณะที่จะเหลือแพทย์เพียง 23,529 คนที่ดูแลผู้ป่วยคนไทย ปัจจัยข้างต้นนี้ส่งผลกระทบต่อกำลังคนด้านสุขภาพโดยตรงคือการย้ายออกจากสถานบริการของรัฐ โดยเฉพาะชนบทสู่สถานบริการของเอกชน ในบางกลุ่มวิชาชีพ โดยเฉพาะแพทย์ (ภาพที่ 7) และพยาบาล ซึ่งจากการสำรวจของสถาบันพระบรมราชชนกพบว่า 23% ของพยาบาลจบใหม่ลาออกของนักเรียนทุนพยาบาล¹³ ไปปฏิบัติงานที่สถานพยาบาลเอกชนหรือเขตเมืองทำให้เกิดการขาดแคลนกำลังคนโดยเฉพาะในเขตชนบท

1.2.3 ความไม่เหมาะสมของสิ่งแวดล้อมในการทำงานและระบบการสนับสนุน การจัดระบบสนับสนุนในการทำงานที่เหมาะสมเพื่อให้บุคลากรสุขภาพสามารถดำรงอยู่และปฏิบัติงานอย่างมีประสิทธิภาพนั้นเป็นเรื่องที่มีความสำคัญ ระบบสนับสนุนควรมีทั้งการจัดระบบสนับสนุนขององค์กร และการสร้างแรงจูงใจที่เป็นแรงจูงใจด้านการเงินและแรงจูงใจที่ไม่ใช่เงิน¹⁴ ที่ผ่านมากกระทรวงสาธารณสุขได้ใช้มาตรการต่าง ๆ ที่จะจูงใจบุคลากรในการทำงาน ได้แก่ การพัฒนาระบบโครงสร้างพื้นฐาน เครื่องมืออุปกรณ์ ซึ่งพบว่าค่อนข้างเพียงพอ ในด้านการสร้างแรงจูงใจนั้น ได้นำมาตรการจูงใจด้านการเงิน เช่น รัฐได้มีมาตรการการเพิ่มค่าตอบแทนต่าง ๆ ให้กับกลุ่มวิชาชีพโดยเฉพาะ แพทย์ ทันตแพทย์ เกษัชกร และพยาบาลวิชาชีพ แต่มาตรการดังกล่าวได้ผลดีในระดับหนึ่ง แต่ยังมีปัญหาความไม่เท่าเทียมของการได้รับในกลุ่มวิชาชีพต่าง ๆ ในด้านแรงจูงใจที่ไม่เป็นเงินที่รัฐจัดสนับสนุนนั้น ได้แก่ โอกาสในการศึกษา/ฝึกอบรม มาตรการด้านสังคม เช่น การให้รางวัล เป็นต้น

อย่างไรก็ตาม ปัญหาด้านการจัดระบบสนับสนุนและจูงใจบุคลากรก็ยังคงปรากฏ เนื่องจากการวางแผนกำลังคนที่ผ่านมาเน้นมุ่งเน้นไปที่การเพิ่มจำนวนคน โดยละเลยในด้านการบริหารจัดการกำลังคนเพื่ออำนวยการรักษาบุคลากรและเพื่อก่อให้เกิดผลิตภาพสูงสุด การพัฒนาบุคลากรระหว่างประจำการในช่วงที่ผ่านมา มักจะมุ่งเน้นการอบรมระยะสั้นในแนวคิดตามความต้องการในแผนงานและโครงการต่าง ๆ โดยไม่มีการผสมผสานและสอดคล้องกับความต้องการขององค์กร และละเลยการสร้างแรงจูงใจในการที่จะทำ

ให้บุคลากรสามารถดำรงอยู่ในองค์กรอย่างมีความสุข และสามารถก่อเกิดผลผลิตสูงสุดต่อองค์กรได้⁹ ดังจะเห็นได้จากการศึกษาการย้ายออกในกลุ่มแพทย์ และทันตแพทย์ พบว่าความไม่พึงพอใจในระบบการบริหารจัดการเป็นปัจจัยสำคัญในการเป็นแรงผลักดันให้บุคลากรย้ายออกจากชนบท นอกเหนือจากความต้องการการศึกษาต่อ ภาระงานที่มากเกินไป และรายได้^{5,15} ซึ่งรายได้พบว่าเป็นหนึ่งในปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อการย้ายออกจากชนบท หรือภาครัฐเนื่องจากมาความแตกต่างกันอย่างชัดเจนระหว่างรายได้ในภาครัฐและเอกชนในบางกลุ่มวิชาชีพ จากการศึกษาของศุภสิทธิ์ พรธรรุโณทัย¹⁶ พบว่าแพทย์ที่ปฏิบัติงานในสถานบริการเอกชนนั้นมีรายได้มากกว่าแพทย์ที่ปฏิบัติงานในสถานบริการของรัฐ 6.1–10.7 เท่า ทันตแพทย์ที่ปฏิบัติงานในสถานบริการเอกชนนั้นมีรายได้มากกว่าทันตแพทย์ที่ปฏิบัติงานในสถานบริการของรัฐ 3.3 – 7.6 เท่า เกสัชกรที่ปฏิบัติงานในสถานบริการเอกชนนั้นมีรายได้มากกว่าเกสัชกรที่ปฏิบัติงานในสถานบริการของรัฐ 1.8–2.6 เท่า พยาบาลที่ปฏิบัติงานในสถานบริการเอกชนนั้นมีรายได้มากกว่าพยาบาลที่ปฏิบัติงานในสถานบริการของรัฐ 1.4–2.2 เท่า เทคนิคการแพทย์ที่ปฏิบัติงานในสถานบริการเอกชนนั้นมีรายได้มากกว่าเทคนิคการแพทย์ที่ปฏิบัติงานในสถานบริการของรัฐ 1.5–2.8 เท่า นักรังสีการแพทย์ที่ปฏิบัติงานในสถานบริการเอกชนนั้นมีรายได้มากกว่านักรังสีการแพทย์ที่ปฏิบัติงานในสถานบริการของรัฐ 1.6–2.0 เท่า เป็นต้น

นอกจากนั้น กลุ่มบุคลากรระดับปฐมภูมิซึ่งเป็นกลุ่มที่เป็นด่านหน้าของระบบบริการสาธารณสุข แต่กลับเป็นบุคลากรที่ถูกละเลย จากการศึกษาของ อรุณ บุญหนา¹⁷ พบว่า เจ้าหน้าที่ปฏิบัติงานที่สถานีมีอัตราการย้าย 13.5% โดยปัจจัยหลักในการย้ายเนื่องมาจากความไม่พึงพอใจต่อการปฏิบัติงานในหน่วยงานนั้น ๆ นอกจากนั้นยังพบว่ายังมีผู้แจ้งความประสงค์ขอย้ายถึง 50% และมีเฉพาะบางส่วนที่สามารถย้ายได้สำเร็จ ซึ่งปัญหาเหล่านี้สมควรได้รับการแก้ไข ซึ่งอาจเป็นตัวชี้วัดถึงความต้องการระบบการสนับสนุนและแรงจูงใจที่เหมาะสม

1.3 ปัญหาด้านกลไกการวางแผน การผลิต และการพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพ จากปัญหาด้านกำลังคนที่กล่าวมาข้างต้น สาเหตุหลักในด้านกลไกที่สำคัญที่ส่งผลต่อปัญหาดังกล่าว อาจกล่าวสรุปได้ 3 ประเด็น ดังนี้

1.3.1 การขาดกลไกการผลิตคนเชิงนโยบาย

ในช่วงปี พ.ศ. 2524-2537 ได้มีมติคณะรัฐมนตรี ให้มี “คณะกรรมการประสานงานทางการแพทย์และสาธารณสุข” ขึ้น โดยความร่วมมือระหว่างผู้ผลิตและผู้ใช้กำลังคนด้านสุขภาพ และมี “ศูนย์ประสานงานทางการแพทย์และสาธารณสุข” เป็นเลขานุการกิจ เพื่อพัฒนาระบบข้อมูลข่าวสารสาธารณสุข ในช่วงปี พ.ศ. 2538-2539 สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข สถาบันพระบรมราชชนก และสำนักนโยบายและแผนสาธารณสุข ได้ร่วมกันจัดทำโครงการวิจัยด้านการคาดการณ์กำลังคนในกลุ่มวิชาชีพต่าง ๆ ทำให้เกิดองค์ความรู้ในการคาดการณ์กำลังคนและมีเครือข่ายนักวิชาการ และ ต่อมาได้มีการดำเนินกิจกรรมในด้านการเผยแพร่องค์ความรู้ในระดับนานาชาติ ได้แก่ มีการจัดทำวารสารวิชาการพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพ

(Human Resources for Health Development) ในปี พ.ศ. 2540 และจัดให้มีการจัดสัมมนาเพื่อเพิ่มพูนความรู้แก่กลุ่มนักวิชาการ ซึ่งกิจกรรมทั้งหลายเหล่านี้เป็นไปเพื่อวัตถุประสงค์การสร้างบุคลากรที่เชี่ยวชาญด้านกำลังคนและกระตุ้นให้บุคลากรหลายฝ่ายได้ตระหนักถึงความสำคัญของการกำลังคน และเพื่อสร้างกลไกเชื่อมโยงระหว่างองค์ความรู้และการผลักดันนโยบาย อย่างไรก็ตาม เนื่องจากการขาดกลไกที่เป็นองค์กรที่ทำหน้าที่ในการประสานงาน ติดตามและประเมินผล จึงทำให้การดำเนินงานด้านนี้ขาดความต่อเนื่อง⁴

เนื่องจากกำลังคนด้านสุขภาพมีส่วนเกี่ยวข้องกับหลายภาคส่วนทั้งกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงอื่น ๆ รัฐและเอกชน สถาบันการศึกษา องค์กรวิชาชีพ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และภาคประชาชน เป็นต้น ดังนั้นมีความจำเป็นต้องมีกลไกอิสระที่มีบทบาทหน้าที่ในการประสานเชื่อมโยงทุกภาคส่วนเพื่อกำหนดวิสัยทัศน์ พร้อมกันกับจัดเวทีสำหรับการมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วนในกระบวนการวางแผน การควบคุมและประเมินผล เพื่อให้ระบบกำลังคนมีการพัฒนาอย่างต่อเนื่องและสอดคล้องกับความต้องการของระบบสุขภาพ

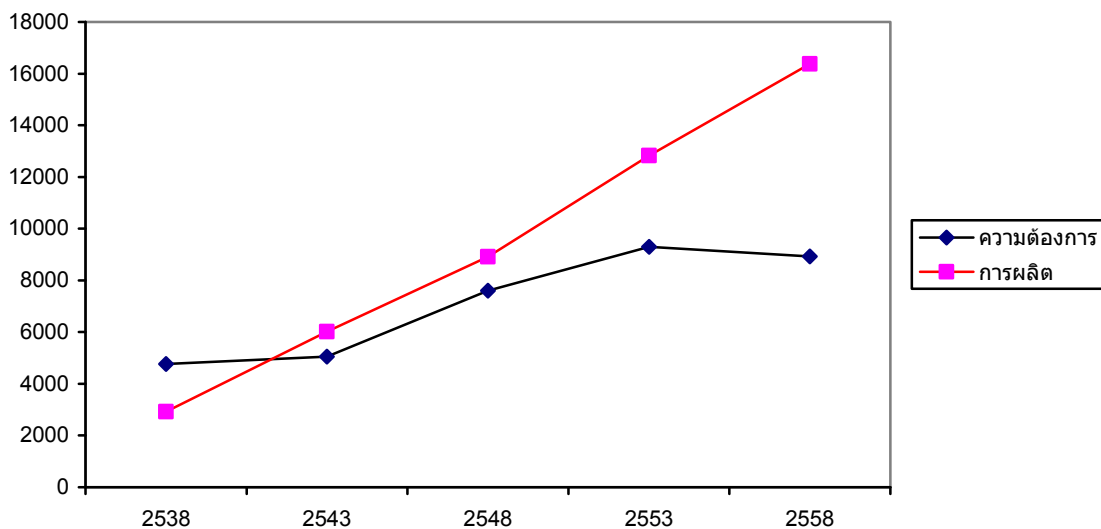
สำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ ได้จัดทำร่างพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ และได้เสนอจัดตั้งคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติขึ้น ซึ่งหนึ่งในบทบาทที่สำคัญนั้นคือการส่งเสริม สนับสนุนให้มีกระบวนการพัฒนานโยบายและยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพเพื่อให้เกิดการดำเนินงานอย่างต่อเนื่องและมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วน ดังนั้นจึงมีข้อเสนอให้จัดตั้งคณะกรรมการพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพ เป็นคณะกรรมการประจำ ทำหน้าที่เป็นกลไกติดตามประเมินและคาดการณ์สถานการณ์เกี่ยวกับกำลังคนด้านสุขภาพ และพัฒนานโยบาย ยุทธศาสตร์ที่จำเป็นในการแก้ปัญหากำลังคน และคณะกรรมการ นี้จะเป็นกลไกประจำภายใต้คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ เมื่อมีการประกาศใช้ พ.ร.บ. สุขภาพแห่งชาติ⁴

1.3.2 การขาดการเชื่อมโยงระหว่างการวางแผนกำลังคนและการผลิต กำลังคนด้านสุขภาพของไทยนับว่ามีคุณภาพที่ดี ซึ่งน่าจะเป็นผลจากการได้นักศึกษาคุณภาพดี มีระบบการสาธารณสุขที่เป็นฐานการผลิตที่ดี และมีการพัฒนาสถาบันการศึกษาอย่างต่อเนื่อง แต่การขาดกลไกการประสานระหว่างสถาบันการผลิตและระบบสาธารณสุขนั้น ส่งผลต่อการผลิตที่ไม่สอดคล้องกับความต้องการของระบบสุขภาพ ซึ่งส่งผลต่อปัญหาการขาดแคลนในบางวิชาชีพ เช่น แพทย์ พยาบาล ในขณะที่บางวิชาชีพ เช่น ทันตแพทย์ มีแนวโน้มจะเต็มตำแหน่งที่ได้รับการจัดสรรในภาครัฐ และเภสัชกรมีแนวโน้มจะเกินความต้องการ⁹ การคาดการณ์ความต้องการ และการผลิตของทันตแพทย์ใน 20 ปีข้างหน้าในภาพที่ 10⁹ แสดงให้เห็นว่าความต้องการทันตแพทย์เพิ่มขึ้นในระหว่างปี 2543 ถึง ปี 2553 และตั้งแต่ปี 2553 ถึง 2558 ความต้องการมีแนวโน้มลดลงเล็กน้อย ในขณะที่การผลิตก็ยังดำเนินอยู่อย่างต่อเนื่อง ซึ่งในกรณีเช่นนี้หากไม่มีการเปลี่ยนแปลงทั้งในส่วนด้านความต้องการ หรือด้านการผลิตแล้ว เห็นได้ชัดว่าจะเกิดการล้นงานของทันตแพทย์

ในขณะที่ระบบสาธารณสุขต้องการบุคลากรให้บริการระดับชุมชน แต่การผลิตยังคงมุ่งเน้นไปที่การผลิตกำลังคนเฉพาะทางระดับสูง เป็นต้น ซึ่งสิ่งเหล่านี้ชี้ให้เห็นปัญหาความไม่สอดคล้องกันระหว่างการผลิตและความต้องการของระบบสุขภาพ อย่างไรก็ตาม มีความพยายามในการพัฒนาระบบการผลิตที่

สอดคล้องกับความต้องการของระบบสุขภาพ ซึ่งที่เห็นได้ชัดเจนได้แก่ การผลิตบุคลากรพยาบาลและบุคลากรสาธารณสุขระดับต้นของวิทยาลัยพยาบาล 34 แห่งและวิทยาลัยสาธารณสุข 7 แห่ง ซึ่งได้มีการใช้กลวิธี การคัดเลือกจากชุมชน การจัดการเรียนการสอนใกล้บ้านและเน้นชุมชน และหลังจากสำเร็จการศึกษาได้กลับไปปฏิบัติงานในชุมชน ซึ่งพบว่ากลวิธีนี้สามารถเพิ่มบุคลากรในชุมชนได้และอัตราการคงอยู่สูง¹⁸ ได้มีความพยายามใช้กลวิธีนี้ในการผลิตแพทย์เพื่อชาวชนบท โดยคณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย จากผลการประเมิน พบว่ามีแพทย์ซึ่งยังปฏิบัติงานที่ชนบทภายหลังจากจบการศึกษา 3 ปี ร้อยละ 68¹⁹ ในระหว่างปี พ.ศ. 2538–2547 กระทรวงสาธารณสุขได้ทำความร่วมมือกับมหาวิทยาลัยในการผลิตแพทย์เพิ่มเพื่อชาวชนบท จำนวน 3,000 คน โดยใช้หลักการการคัดเลือกจากท้องถิ่น การจัดการเรียนการสอนใกล้ชิดกับท้องถิ่น และปฏิบัติงานในระดับท้องถิ่นหลังจบการศึกษา อย่างไรก็ตามยังไม่พบผลการประเมินโครงการดังกล่าว

ภาพที่ 10 การคาดการณ์ความต้องการทันตแพทย์เปรียบเทียบกับการผลิตทันตแพทย์



ที่มา : ดวงใจ เล็กสมบุรณ์ และคมสรพร บุญยสิงห์ – อ้างใน (9)

1.3.3 การขาดองค์ความรู้ในการสนับสนุนการวางแผนกำลังคน การวางแผนกำลังคนที่มีประสิทธิภาพนั้นจำเป็นต้องมีระบบข้อมูลข่าวสารด้านระบบสุขภาพและระบบกำลังคนที่ทันสมัยการณเพื่อประกอบการตัดสินใจ และขณะเดียวกันต้องการองค์ความรู้จากการวิจัยและการรวบรวมอย่างมีระบบเพื่อใช้ประกอบการตัดสินใจกำหนดนโยบาย วางแผน ตลอดจนทั้งการพัฒนาบบกำลังคนให้ดียิ่งขึ้น ในด้านระบบข้อมูลข่าวสารกำลังคนด้านสุขภาพนั้น ปัญหาที่พบในปัจจุบันนี้ได้แก่ ข้อมูลมีการจัดเก็บโดยหลายหน่วยงาน ซึ่งมีประมาณ 15 หน่วยงานที่จัดเก็บข้อมูลทั้งหมด และนอกจากนั้นพบว่า ขาดความเชื่อมโยง

ของข้อมูล ข้อมูลซ้ำซ้อน และไม่ตรงกัน ตลอดทั้งการขาดระบบการจัดการนำข้อมูลมาใช้ประโยชน์ในการวางแผนและกำหนดนโยบาย²⁰

แม้ปัจจุบันจะมีงานวิจัยด้านกำลังคนเพิ่มขึ้นในระดับหนึ่ง เช่น มีการศึกษาการวางแผนกำลังคนในกลุ่มต่าง ๆ ได้แก่ กลุ่มแพทย์²¹ ทันตแพทย์และทันตบุคลากร²²⁻²³ บุคลากรด้านเวชกิจฉุกเฉิน²⁴ พยาบาล²⁵ เภสัชกร²⁶ เจ้าหน้าที่สถานีอนามัย และบุคลากรอื่น ๆ²⁷⁻²⁸ แต่บริบทแวดล้อมมีการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลา และปัญหาการขาดกลไกในการประสานงานและติดตามผลตลอดทั้งผลักดันงานวิจัยอย่างสม่ำเสมอ และการจัดเก็บข้อมูลอย่างเป็นระบบ ทำให้การพัฒนางานวิจัยด้านนี้และการเชื่อมโยงไปสู่การกำหนดนโยบายขาดความต่อเนื่อง นอกจากนี้ความสนใจในด้านกำลังคนด้านสุขภาพของผู้บริหาร นักวิชาการ และผู้เกี่ยวข้อง ยังมีอยู่ในวงจำกัด จึงมีความจำเป็นต้องสร้างเครือข่ายผู้บริหาร นักวิชาการ และผู้เกี่ยวข้องเพื่อร่วมในกระบวนการวางแผนกำลังคน ติดตามประเมินและพัฒนามาตรการอย่างต่อเนื่อง และมีประสิทธิภาพ

สิ่งจำเป็น ในการกำหนดทิศทางการวางแผน พัฒนากำลังคนด้านสุขภาพ อีกทั้งให้เกิดมีระบบติดตามประเมินสถานการณ์กำลังคนด้านสุขภาพอย่างรอบด้านทุกมิติอย่างต่อเนื่อง รวมทั้งให้มีการประสานให้องค์กร หน่วยงานต่างๆที่เกี่ยวข้อง บูรณาการในการทำงานร่วมกันอย่างมีประสิทธิภาพ เพื่อร่วมกันพัฒนาให้เกิดข้อเสนอเชิงนโยบาย มาตรการและแนวทาง เพื่อให้สามารถแก้ปัญหากำลังคนในปัจจุบันและรองรับสถานการณ์ในอนาคต ตลอดจนการวางทิศทางการพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพอย่างต่อเนื่องและสอดคล้องกับความต้องการของระบบสุขภาพที่มีการเปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลา

1.4 มาตรการต่างๆที่ใช้ในอดีตที่ใช้แก้ไขปัญหา ประเทศไทยมีความพยายามในการแก้ไขปัญหาเรื่องกำลังคนด้านสุขภาพมาตลอด โดยสรุปได้ดังนี้

1.4.1 มาตรการด้านอุปทาน (Supply side)

(1) มาตรการด้านการศึกษา

- การเพิ่มกำลังการผลิต การพัฒนางานสาธารณสุขในยุคการพัฒนาสาธารณสุขในชนบท ประเทศไทยความต้องการด้านบุคลากรสุขภาพเป็นจำนวนมาก รัฐจึงได้มีนโยบายการผลิตบุคลากรในกลุ่มต่ำกว่าปริญญาและบุคลากรเหล่านี้กระจายออกไปปฏิบัติงานยังพื้นที่ชนบททั่วประเทศ ต่อมาการพัฒนางานสาธารณสุขเจริญก้าวหน้าและมีความต้องการด้านสุขภาพที่เฉพาะเจาะจงมากขึ้น รัฐได้มีนโยบายผลิตบุคลากรในส่วนวิชาชีพเฉพาะเพิ่มขึ้น และกระจายสถาบันการผลิตออกไปในส่วนภูมิภาคมากขึ้น

- การคัดเลือกบุคลากรจากพื้นที่ชนบท รัฐได้มีนโยบายการคัดเลือกนักเรียนจากพื้นที่ชนบท เข้ามาเรียนในสถาบันการศึกษาที่ตั้งในส่วนภูมิภาค และภายหลังจบการศึกษาแล้ว ให้กลับไปทำงานในภูมิลำเนาของตนเอง ใช้ในกลุ่มวิชาชีพที่กระทรวงสาธารณสุขผลิตเอง ได้แก่ พยาบาล เจ้าพนักงานสาธารณสุขชุมชน เป็นต้น ผลการดำเนินการพบว่า บุคลากรกลุ่มดังกล่าวมีอัตราคงอยู่ในพื้นที่

ชนบทสูง ทำให้การกระจายตัวมีประสิทธิภาพ ในส่วนของแพทย์ ในปี 2538 กระทรวงสาธารณสุขได้มี “โครงการผลิตแพทย์เพิ่มเพื่อชาวชนบท” ในการผลิตแพทย์เพิ่มอีกปีละ 300 คน โดยใช้วิธีการคัดเลือกจากระดับพื้นที่ โดยใช้การเรียนการสอนในชั้นคลินิก (ปี 4-6) ในโรงพยาบาลศูนย์ในพื้นที่ของนักศึกษา และจบออกมาปฏิบัติงานในโรงพยาบาลชุมชน

- การปฏิรูประบบการเรียนการสอน ในการประชุมแพทยศาสตรศึกษาครั้งที่ 4 ปี 2522 ได้มีกำหนดว่าทุกโรงเรียนแพทย์ต้องปรับหลักสูตรการศึกษา ในการผลิตบัณฑิตแพทย์ให้พร้อมในการทำงานใน โรงพยาบาลชุมชน

(2) การปรับสัดส่วนวิชาชีพที่เหมาะสม รัฐได้มีการผลิตบุคลากรในระดับต่ำกว่าปริญญา และมีการเพิ่มศักยภาพบุคลากรเหล่านี้ เพื่อการดูแลสุขภาพของประชาชนในพื้นที่ชนบท โดยเฉพาะในระดับสถานีอนามัย

1.4.2 มาตรการด้านอุปสงค์ (Demand side)

(1) มาตรการด้านการเงิน

- การพัฒนาโครงสร้างพื้นฐานด้านสาธารณสุข ในปี 2522 รัฐมีนโยบายพัฒนาพื้นที่ชนบท ทำให้เกิดการพัฒนารูปแบบการขยายตัวของโรงพยาบาลอำเภอ และสถานีอนามัยทั่วประเทศ อีกทั้งยังมีการสนับสนุนด้านกำลังคน อุปกรณ์ ยานพาหนะ และบ้านพักด้วย

- การทำสัญญาขาดใช้ทุน บุคลากรสาธารณสุขทั้ง แพทย์ ทันตแพทย์ เภสัชกร และพยาบาลที่จบจากสถาบันการศึกษาของรัฐ จะต้องมียกเลิกสัญญาไปปฏิบัติงานในสถานบริการของรัฐ ส่วนใหญ่ในระดับโรงพยาบาลอำเภอ ทำให้ในช่วงสองทศวรรษที่ผ่านมา มีบุคลากรกลุ่มวิชาชีพ เฉพาะลงไปปฏิบัติงานในพื้นที่ชนบทจำนวนมาก แต่ในปัจจุบัน โดยเฉพาะในกลุ่มแพทย์ มีแนวโน้มที่จะยกเลิกสัญญา โดยยินยอมที่จะเสียค่าปรับให้กับภาครัฐแทน

- การเพิ่มค่าตอบแทน ในช่วงเวลาที่ผ่านมารัฐได้มีมาตรการการเพิ่มค่าตอบแทนต่าง ๆ ให้กับกลุ่มวิชาชีพโดยเฉพาะ แพทย์ ทันตแพทย์ เภสัชกร และพยาบาลวิชาชีพ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อจูงใจให้ปฏิบัติงานในภาครัฐ และในพื้นที่ชนบท แต่มาตรการดังกล่าวได้ผลดีในระดับหนึ่ง แต่ยังมีปัญหาความไม่เท่าเทียมของการได้รับในกลุ่มวิชาชีพต่าง ๆ

(2) มาตรการทางสังคม เพื่อเป็นการจูงใจให้แพทย์ปฏิบัติงานในพื้นที่ชนบทห่างไกล หลายหน่วยงานได้จัดให้มีรางวัลแพทย์ชนบทดีเด่น เพื่อเป็นการสนับสนุน ยกย่องและเป็นตัวอย่างอันดีให้กับแพทย์กลุ่มอื่น ๆ

เอกสารอ้างอิง

1. Joint Learning Initiative. Human Resources for Health: Overcoming the crisis. Massachusetts: Harvard University Press; 2004.
2. World Health Organization. Working together: World Health Report 2006. Geneva. WHO. 2006.
3. รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช พ.ศ. 2540
4. สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ. ข้อเสนอเพื่อการพัฒนากำลังคนด้านสาธารณสุขอย่างยั่งยืน. เอกสารนำเสนอในการประชุมคณะกรรมการปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ 15 มกราคม 2546
5. อัมพล จินดาวัฒน์. Safe staffing saves life: พยาบาลปลอดภัย ประเทศไทยมีสุข. เอกสารประกอบการบรรยายเนื่องในวันพยาบาล วันที่ 14-16 มิถุนายน พ.ศ. 2549. (เอกสารอัดสำเนา)
6. ทักษพล ธรรมรังสี. แพทย์ลาออก. กรุงเทพฯ.สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข; 2548.
7. ทักษพล ธรรมรังสี. การกระจายแพทย์ที่เหมาะสมภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. กรุงเทพฯ. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข; 2548.
8. นางลักษณ์ พะโกยะ และ วินัย วงศ์อาสา. ชุดบทเรียนโครงการเครือข่ายสร้างเสริมสุขภาพจังหวัดขอนแก่น 2549. (เอกสารอัดสำเนา)
9. กระทรวงสาธารณสุข สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์. การสาธารณสุขไทย พ.ศ. 2542-2543. กรุงเทพมหานคร: องค์การรับส่งสินค้าและพัสดุภัณฑ์; 2545
10. กระทรวงสาธารณสุข สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์. การสาธารณสุขไทย พ.ศ. 2544-2547. กรุงเทพมหานคร: องค์การรับส่งสินค้าและพัสดุภัณฑ์; 2548
11. Chunharas, S. Human Resource for Health Planning: The Thai Experience. HRDJ 1988; 2: 98-108.
12. กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข. แบบสรุปผลการตรวจสุขภาพแรงงานต่างด้าว ณ วันที่ 16 พฤษภาคม 2548.
13. กระทรวงสาธารณสุข สถาบันพระบรมราชชนก. การสำรวจความต้องการการเข้าปฏิบัติงานของผู้จะจบการศึกษาในปี 2548. (ไม่ได้ตีพิมพ์)
14. สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ และคณะ. รายงานการศึกษาวิจัยเพื่อการพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพระหว่างประจำการของกระทรวงสาธารณสุข. กรุงเทพฯ: สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข. 2542
15. Lexomboon, D. Retention of dentist at rural in Thailand. PhD Thesis. University of Liverpool. 2004

16. Pannarunothai, S. Administrative system in public and private hospitals: Financial and business management for hospital that will be operated as an autonomous agency. Bangkok. Health System Research Institute. 1999
17. อรุณ บุญหนา. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการขอย้ายของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในศูนย์สุขภาพชุมชนในจังหวัดชัยภูมิ. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต. มหาวิทยาลัยขอนแก่น. 2548
18. Jindawatthana A, Milintangkul, Rajataramya, B. Future policy options for HRH production in the Ministry of public health, Thailand. HRDJ 1998, 3:43-54.
19. Wibulpolprasert, S and Pengpaibon, P. Integrated strategies to tackle the inequitable distribution of doctors in Thailand: four decades of experience. Human Resources for Health 2003,1:12
20. ทักษพล ธรรมรังสี. การวิเคราะห์ข้อมูลด้านสุขภาพจากการสำมะโนประชากร. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข. 2547.
21. Sirikanokwilai, N; Wibulpolprasert, S and Pengpaiboon, P. Modified population-to-physician ratio method to project future physician requirement in Thailand. HRDJ 1998: 2(3): 197- 209
22. Panyasingh, K; Udompanich, S and Lexomboon, D. Baseline Projection of Requirements for Dental health Manpower in Thailand. HRDJ 1997: 1(1): 24- 34.
23. Udompanich, S. System Dynamics Model in Estimating Manpower Needs in Dental Public Health. HRDJ 1997: 1(1): 35- 47
24. Sateanrakarn, W and Kangvallert, R. Demand for Mobile Emergency Medical Units (MEMUs) and Emergency Medical Technicians (EMTs) for prehospital care in Thailand during the next two decade. HRDJ 1997: 1(1): 56- 65
25. Srisuphan, W; Senaratana, W; Kunaviktikul, W et al. Supply and requirement projection of professional nurses in Thailand over the next two decade (1995 – 2015 AD). HRDJ 1998: 2(3): 210- 220
26. Payanantana, N; Sakolchai, S; Pitaknitinun, K et al. Future human resources balance for pharmacy and health consumer protection services in Thailand. HRDJ 1998: 2(2): 129- 141
27. สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ รสสุคนธ์ กังวาลเลิศ ณิชากร ศิริกนกวิไล และคณะ. รายงานการศึกษาวิจัยการคาดการณ์ความต้องการกำลังคนด้านสุขภาพในสองทศวรรษหน้า. สถาบันวิจัยระบบบริการสาธารณสุข; 2540.
28. นางลักษณีย์ พะโกยะ อัญชลี อินทนนท์ อนุชิต สงสม. ความต้องการกำลังคนของศูนย์สุขภาพชุมชนโดยการวิเคราะห์ภาระงาน. วารสารวิชาการสาธารณสุข ปี 2548.

ที่ปรึกษา

นายแพทย์สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ

นายแพทย์อำพล จินดาวัฒนะ

นายแพทย์วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร

ยกร่างโดย

สำนักงานวิจัยและพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพ

สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข

สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ

โดยการสนับสนุนของ

สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ

สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข