

รายงาน

“การทบทวนสถานการณ์ระบบการสร้าง พัฒนา
และจัดการบุคลากรด้านสาธารณสุข
ตามธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ
พ.ศ. 2552 และแนวนโยบายในอนาคต ”

เสนอต่อ

สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข
สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ

ผู้ศึกษา

ดร.นพ.ปิยะ หาญวรวงษ์ชัย
คุณ วิไลลักษณ์ เรืองรัตนตรัย

วันที่ 31 พฤษภาคม 2556

รายงาน

“การทบทวนสถานการณ์ระบบการสร้าง พัฒนา และจัดการบุคลากรด้านสาธารณสุข
ตามธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2552 และแนวโน้มในอนาคต”

Situation Review of the health personnel formation, development,
and management system as a frame of Statue
on the National Health System 2009

เสนอต่อ

สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข
สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ

ผู้ศึกษา

ดร.นพ.ปิยะ หาญวรวงศ์ชัย
คุณ วิไลลักษณ์ เรืองรัตนตรัย

วันที่ 31 พฤษภาคม 2556

สารบัญ

ที่มา.....	4
วัตถุประสงค์.....	4
วิธีการศึกษา.....	4
สถานการณ์ของระบบการสร้างและพัฒนาบุคลากรด้านสุขภาพ ในรอบ 5 ปี ที่ผ่านมา.....	6
การผลิตบุคลากรด้านสุขภาพ (Pre-service training)	6
วิชาชีพแพทย์	7
วิชาชีพทันตแพทย์.....	7
วิชาชีพเภสัชกร	8
วิชาชีพพยาบาล	8
สหสาขาวิชาชีพ.....	9
กลุ่มระดับต่ำกว่าปริญญาตรี	9
การพัฒนาศักยภาพบุคลากรด้านสุขภาพ (In-service training).....	9
การศึกษาต่อในกลุ่มวิชาชีพ.....	9
การฝึกอบรมและการพัฒนาบุคลากร	10
ภาคเอกชน.....	11
สถานการณ์ของระบบการจัดการบุคลากรด้านสุขภาพ ในรอบ 5 ปีที่ผ่านมา.....	12
สถานการณ์การจัดการบุคลากรในภาครัฐ	12
การผลิต และความเพียงพอ	12
การจ้างงานในกระทรวงสาธารณสุข	12
การกระจายบุคลากรด้านสาธารณสุข.....	15
มาตรการเพื่อเพิ่มการกระจายบุคลากรและการคงอยู่ในภาครัฐ	17
คุณภาพของบุคลากรด้านสุขภาพ.....	21
ศักยภาพในการจัดการทรัพยากรบุคคล ของภาครัฐ	23
ส่วนกลาง.....	23
ในระดับพื้นที่	24
สถานการณ์และศักยภาพในการจัดการทรัพยากรบุคคล ของภาคเอกชน	25
โอกาส ภัยคุกคาม และความท้าทายในระบบการสร้าง พัฒนา และจัดการบุคลากรด้านสุขภาพ	27
การวิเคราะห์สภาพแวดล้อมโดยรวม	27
การวิเคราะห์การเปลี่ยนแปลงระบบบริการสุขภาพ.....	29

วิเคราะห์ผลกระทบของการเปลี่ยนแปลงต่อบุคลากรด้านสุขภาพ	32
ความท้าทายและภัยคุกคาม	32
โอกาส.....	34
แนวโน้มในอนาคตของระบบการสร้าง พัฒนา และจัดการบุคลากรด้านสุขภาพ และข้อเสนอแนะ ..	35
เอกสารอ้างอิง	38
ภาคผนวก	39
ภาคผนวก ก. เครือข่ายศูนย์แพทย์ โครงการผลิตแพทย์เพื่อชาวชนบท	39
ภาคผนวก ข. รูปแบบการจ้างงาน ในภาครัฐ.....	40
ภาคผนวก ค. รูปแบบและวิธีการจ่ายเงิน ในภาครัฐ.....	42
ภาคผนวก ง. สรุปประเด็นสำคัญในการสัมภาษณ์ผู้บริหารโรงพยาบาลเอกชน และโรงพยาบาลใน กำกับของรัฐ.....	45

ที่มา

ธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ เป็นเจตจำนงและพันธะร่วมกันของสังคม เพื่อให้ทุกภาคส่วนใช้เป็นกรอบและแนวทางในการกำหนดนโยบาย ยุทธศาสตร์ และการดำเนินงานด้านสุขภาพของประเทศ ที่ทุกภาคส่วนใช้เป็นกรอบอ้างอิงในการจัดทำแผน โดย พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๐ มาตรา ๔๖ กำหนดให้คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (คสช.) ต้องจัดทำธรรมนูญฯ ซึ่งคณะรัฐมนตรีให้ความเห็นชอบให้ผูกพันหน่วยงานของรัฐและหน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้อง ที่จะต้องดำเนินการต่อตามอำนาจหน้าที่ของแต่ละหน่วยงาน

กำลังคนด้านสุขภาพในธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ มีความหมายครอบคลุมถึงบุคคล หรือกลุ่มคนที่มีบทบาทในด้านการส่งเสริมสุขภาพ การรักษาพยาบาล การป้องกันโรค และการฟื้นฟูสมรรถภาพ ซึ่งรวมถึงบุคลากรด้านสาธารณสุข ผู้ประกอบวิชาชีพด้านการสาธารณสุข บุคลากรสายสนับสนุน บุคลากรทางการแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้านและการแพทย์ทางเลือก อาสาสมัครด้านสุขภาพต่าง ๆ แกนนำและเครือข่ายสุขภาพ ตลอดจนบุคลากรต่าง ๆ ที่ทำหน้าที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ

ตามมาตรา ๔๖ วรรคสี่แห่ง พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.๒๕๕๐ กำหนดให้ คสช. ทบทวนธรรมนูญอย่างน้อยทุก ๕ ปี เพื่อให้มีความเป็นพลวัต สามารถแก้ปัญหาและพัฒนาระบบสุขภาพได้อย่างเหมาะสม สอดคล้องกับสถานการณ์ที่เปลี่ยนไป คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (คสช.) ร่วมกับ สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) จึงจัดให้มีโครงการศึกษาและทบทวนความรู้จากกระบวนการขับเคลื่อนใช้ประโยชน์ธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.๒๕๕๒ ขึ้น เพื่อประกอบการปรับปรุงธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ ดังกล่าว ซึ่งในการศึกษานี้ได้ทบทวนความรู้ในหมวด 11 การสร้างและพัฒนาบุคลากรด้านสาธารณสุข

วัตถุประสงค์

1. เพื่อทบทวนและวิเคราะห์สถานการณ์ของระบบการสร้างพัฒนาและจัดการบุคลากรด้านสุขภาพในรอบ 5 ปีที่ผ่านมา
2. เพื่อประเมินสถานการณ์ โอกาส ภัยคุกคาม ความท้าทายในระบบการสร้าง พัฒนา และจัดการบุคลากรด้านสุขภาพ โดยอ้างอิงจากสาระในธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2552
3. เพื่อสังเคราะห์สถานการณ์ปัจจุบันและแนวโน้มในอนาคตของระบบการสร้าง พัฒนา และจัดการบุคลากรด้านสุขภาพ ให้ข้อเสนอแนะทิศทางการที่จะเป็นในการกำหนดภาพอนาคตหรือภาพพึงประสงค์ในอีก 10 ปีข้างหน้า

วิธีการศึกษา

1. ทบทวนวรรณกรรมและเอกสารที่เกี่ยวข้อง เกี่ยวกับสถานการณ์การสร้าง/การผลิต พัฒนาและจัดการบุคลากรด้านสุขภาพในช่วง 5 ปีที่ผ่านมาจนถึงปัจจุบัน และทบทวนการศึกษาแนวโน้มในอนาคต รวมทั้งบทบาทหน้าที่ขององค์กรและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องและความสัมพันธ์เชื่อมโยง

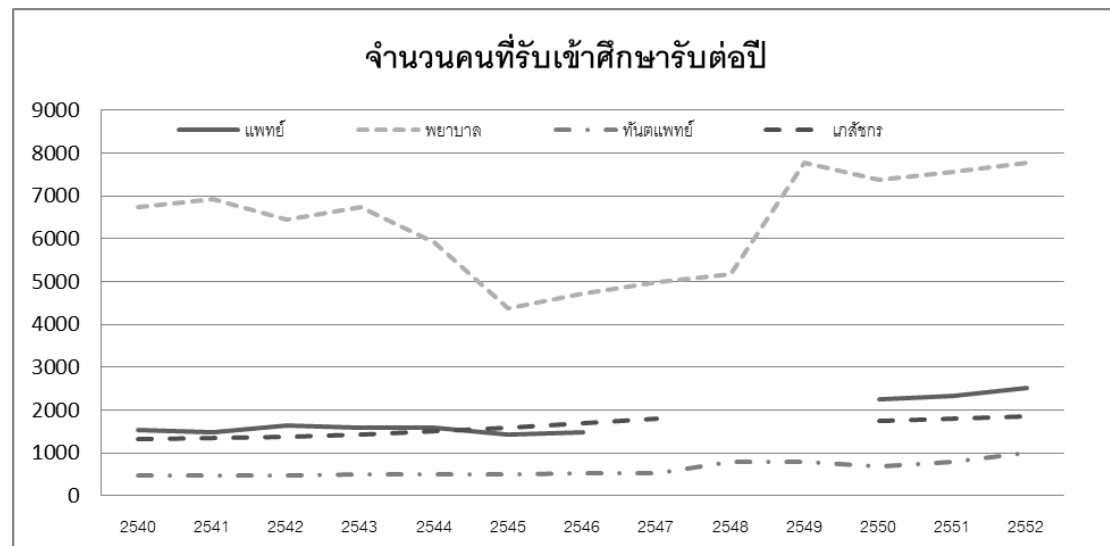
2. การสัมภาษณ์เชิงลึกผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 คน ที่มีความรู้และเชี่ยวชาญเพื่อให้ความเห็นด้านสถานการณ์ โอกาส ภัยคุกคาม ความท้าทายในด้านใดด้านหนึ่งในต่อไปนี้
 - การศึกษาและการพัฒนาบุคลากรสุขภาพ
 - การจัดการบุคลากรสุขภาพ
 - ระบบการเงินการคลังสุขภาพ
 - การจัดระบบบริการสุขภาพ
3. วิเคราะห์ความสัมพันธ์เชื่อมโยงระหว่างสถานการณ์ โอกาส ภัยคุกคาม ความท้าทาย ของการ สร้าง พัฒนา และจัดการบุคลากรด้านสุขภาพ กับสาระที่เกี่ยวข้องตามธรรมนูญพ.ศ. 2552

สถานการณ์ของระบบการสร้างและพัฒนาบุคลากรด้านสุขภาพ ในรอบ 5 ปีที่ผ่านมา

การผลิตบุคลากรด้านสุขภาพ (Pre-service training)

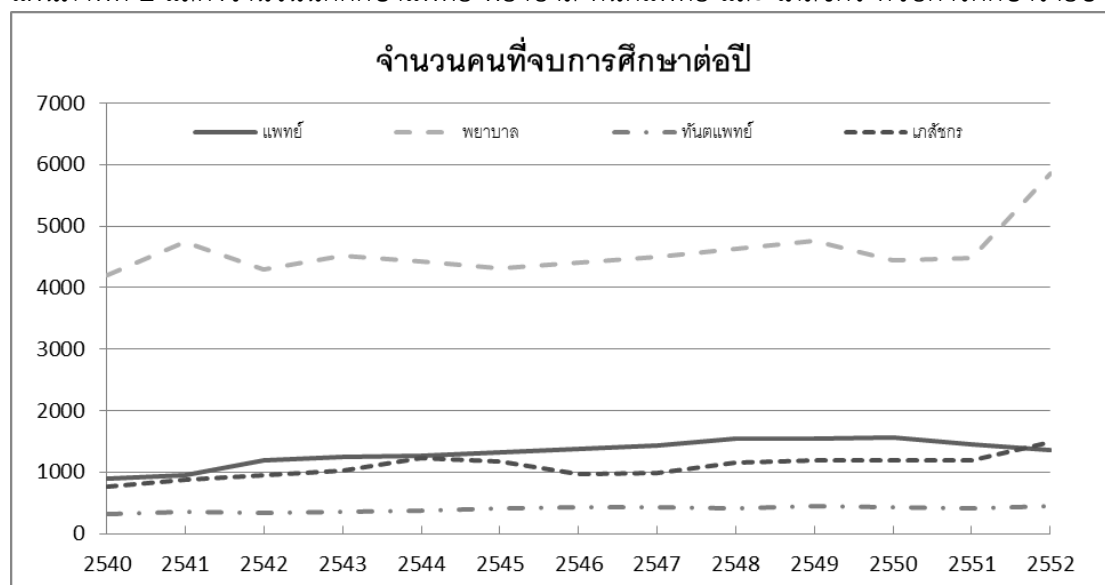
สถานการณ์ปัจจุบันและแนวโน้มในอนาคต ในภาพรวมทุกวิชาชีพหลักมีการเพิ่มกำลังการผลิต โดยภาครัฐเป็นกำลังผลิตหลัก แต่ภาคเอกชนก็มีบทบาทมากขึ้น โดยมีสถานศึกษาภาคเอกชนที่เริ่มผลิตบุคลากรสุขภาพเพิ่มขึ้น จำนวนนักศึกษาที่รับเข้าและจำนวนที่จบการศึกษาจากทั่วประเทศในแต่ละปีแสดงในแผนภาพที่ 1 และ 2 ด้านล่าง

แผนภาพที่ 1 แสดงจำนวนนักศึกษาแพทย์ พยาบาล ทันตแพทย์ และ เภสัชกร ที่รับเข้าใหม่รายปี



ที่มา รายงานการสาธารณสุขไทย พ.ศ. 2551-2553

แผนภาพที่ 2 แสดงจำนวนนักศึกษาแพทย์ พยาบาล ทันตแพทย์ และ เภสัชกร ที่จบการศึกษารายปี



ที่มา รายงานการสาธารณสุขไทย พ.ศ. 2551-2553

วิชาชีพแพทย์

- สถาบันการผลิตแพทย์ ปี 2550 มีสถาบันการผลิตแพทย์ 18 แห่ง เป็นสถาบันการศึกษาของรัฐ 17 แห่ง สถาบันการศึกษาของเอกชน 1 แห่งคือมหาวิทยาลัยรังสิต ปัจจุบันอย่างสุปี 2556 มีสถาบันการผลิตแพทย์เป็นทั้งหมด 21 แห่ง โดยสถาบันการศึกษาที่ได้รับอนุมัติให้ผลิตแพทย์เพิ่มเติมในปี 2556 มีสองแห่งคือ มหาวิทยาลัยสยาม (ร่วมกับโรงพยาบาลตำรวจ) และ มหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง
- จำนวนการรับนักศึกษาแพทย์ในภาพรวมมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นต่อเนื่อง ภายใต้โครงการผลิตแพทย์เพิ่มโดยสถานศึกษาภาครัฐ โดยเพิ่มจาก 2,244 คนในปี 2550 เป็น 2,521 คน ในปี 2552 (รายงานการสาธารณสุขไทย พ.ศ. 2551-2553) ซึ่งสูงกว่าปริมาณการรับนักศึกษาในช่วงสิบปีก่อนมาก และล่าสุด มติคณะรัฐมนตรีเมื่อวันที่ 18 ธันวาคม 2555 เห็นชอบในหลักการโครงการผลิตแพทย์เพิ่มแห่งประเทศไทย พ.ศ.2556-2560 โดยจะผลิตทั้งหมด 5 รุ่น จำนวน 9,039 คน คาดว่า ปี 2556 จะรับนักศึกษาแพทย์เพิ่มอีก 562 คน สรุปโดยรวม สถาบันการผลิตแพทย์ภาครัฐสามารถรับนักศึกษาแพทย์ได้ประมาณปีละ 2,700 คน และสถาบันการศึกษาของเอกชน 2 แห่ง สามารถรับนักศึกษาแพทย์ได้ประมาณปีละ 178 คน
- จำนวนผู้จบการศึกษามีแนวโน้มเพิ่มขึ้นจาก 1,572 คน ในปี 2550 เป็น 2,230 คน ในปี 2555 และน่าจะเพิ่มขึ้นอยู่ในระดับประมาณ 2,800-3,000 คนต่อปี ในหกปีข้างหน้า

วิชาชีพทันตแพทย์

- จำนวนการรับนักศึกษาทันตแพทย์ในภาพรวมแนวโน้มเพิ่มขึ้น จาก 689 คนในปี 2550 เป็น 1,011 คน ในปี 2552 (รายงานการสาธารณสุขไทย พ.ศ. 2551-2553)

- จำนวนผู้จบการศึกษามีแนวโน้มเพิ่มขึ้นจาก 422 คน ในปี 2550 เป็น 449 คน ในปี 2552 จำนวน 468 คน ปี 2553 จำนวน 656 คน ในปี 2554 (ข้อมูลทันตแพทยสภา)
- สถาบันการผลิตแพทย์ ปี 2550 ถึงปัจจุบันมีสถาบันการผลิตทันตแพทย์ 9 แห่ง เป็นสถาบันการศึกษาของรัฐ 8 แห่ง และสถาบันการศึกษาของเอกชน 1 แห่ง (ข้อมูลทันตแพทยสภา)

วิชาชีพเภสัชกร

- จำนวนการรับนักศึกษาเภสัชกรในภาพรวมแนวโน้มเพิ่มขึ้น จาก 1,743 คนในปี 2550 เป็น 1,863 คน ในปี 2552 (รายงานการสาธารณสุขไทย พ.ศ. 2551-2553)
- จำนวนผู้จบการศึกษามีแนวโน้มเพิ่มขึ้นจาก 1,198 คน ในปี 2550 เป็น 1,493 คน ในปี 2552 และ 1,906 คน ในปี 2555
- สถาบันการผลิตเภสัชกร ปี 2550 มีสถาบันการผลิตเภสัชกรที่ได้รับการรับรองโดยสภาเภสัชกรรม 12 แห่ง เป็นสถาบันการศึกษาของรัฐ 10 แห่ง และสถาบันการศึกษาของเอกชน 2 แห่ง ปี 2554 ปัจจุบันมีสถาบันการผลิตเภสัชกรที่ได้รับการรับรองโดยสภาเภสัชกรรม 18 แห่ง เป็นสถาบันการศึกษาของรัฐ 13 แห่ง และสถาบันการศึกษาของเอกชน 5 แห่ง

วิชาชีพพยาบาล

- จำนวนการรับนักศึกษาพยาบาลในภาพรวมทั้งภาครัฐและเอกชน มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น จาก ๗,๓๘๐ คนในปี ๒๕๕๐ เป็น ๗,๗๗๐ คน ในปี ๒๕๕๒ (รายงานการสาธารณสุขไทย พ.ศ. ๒๕๕๑-๒๕๕๓) และปี ๒๕๕๒-๒๕๕๕ ผลิตเพิ่มปีละ ๒,๓๒๐ คน ทำให้มีการรับนักศึกษาเพิ่มขึ้นเป็นปีละ ประมาณ ๙,๐๐๐ คน (แผนพัฒนาการพยาบาลและผดุงครรภ์แห่งชาติ ฉบับที่ ๓ ปี พ.ศ. ๒๕๕๐-๒๕๕๙) โดยมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอีกในอนาคต
- จำนวนผู้จบการศึกษามีแนวโน้มเพิ่มขึ้นจาก ๔,๔๔๔ คน ในปี ๒๕๕๐ เป็น ๕,๘๖๔ คน ในปี ๒๕๕๒ (รายงานการสาธารณสุขไทย พ.ศ. ๒๕๕๑-๒๕๕๓) และเพิ่มขึ้นอย่างมากในปี ๒๕๕๓ ตามกำลังผลิตที่เพิ่ม โดยมีผู้สำเร็จการศึกษา ๘,๔๒๗ คน และเพิ่มเป็น ๑๐,๗๓๐ คนในปี ๒๕๕๔ (รวมโครงการผลิตพยาบาลสำหรับ ๓ จังหวัดชายแดนภาคใต้) และ ๗,๙๗๗ คน ในปี ๒๕๕๕
- สถาบันการผลิตพยาบาลปี ๒๕๕๐ มีสถาบันการผลิตพยาบาลที่ได้รับการรับรองโดยสภาการพยาบาล ๗๖ แห่ง โดยมีจำนวนสถาบันที่มีผู้สำเร็จการศึกษาแล้ว ๖๐ แห่งในสังกัดคณะกรรมการการอุดมศึกษา ๑๖ แห่ง สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข ๒๙ แห่ง กระทรวงกลาโหม ๓ แห่ง สำนักงานตำรวจแห่งชาติ ๑ แห่ง กรุงเทพมหานคร ๑ แห่ง และเอกชน ๑๐ แห่ง (แผนพัฒนาการพยาบาลและผดุงครรภ์แห่งชาติ ฉบับที่ ๒ ปี พ.ศ. ๒๕๕๐-๒๕๕๙) ปัจจุบันมีสถาบันการผลิตพยาบาลเพิ่มเป็น ๘๒ แห่ง เป็นสถาบันการศึกษาของรัฐ ๗๕ แห่ง และสถาบันการศึกษาของเอกชน 21 แห่ง (สภาการพยาบาล) โดยมีผู้สำเร็จการศึกษาแล้ว จำนวน 74 แห่ง ในสังกัดคณะกรรมการการอุดมศึกษา 21 แห่ง สถาบันพระบรมราชชนก

กระทรวงสาธารณสุข 29 แห่ง กระทรวงกลาโหม 3 แห่ง สำนักงานตำรวจแห่งชาติ 1 แห่ง กรุงเทพมหานคร 1 แห่ง และเอกชน 19 แห่ง

สหสาขาวิชาชีพ

- สถาบันการศึกษาในประเทศมีศักยภาพในการผลิตบัณฑิตสหสาขาวิชาชีพระดับปริญญาตรี ในปี 2552 ดังนี้ นักเทคนิคการแพทย์ ผลิตได้ปีละประมาณ 950 จากสถาบันการผลิต 9 แห่ง นักกายภาพบำบัด ผลิตได้ปีละ 1,000 คน จากสถาบันการผลิต 16 แห่ง นักรังสีเทคนิค ผลิตได้ปีละประมาณ 150 คน จากสถาบันการผลิต 6 แห่ง นักกิจกรรมบำบัด ผลิตได้ประมาณปีละ 30 คน จากสถาบันการผลิต 2 แห่ง นักจิตวิทยาคลินิกผลิตได้ปีละประมาณ 100 คน จากสถาบันการผลิต 7 แห่ง นักเทคโนโลยีหัวใจและทรวงอกผลิตได้ปีละประมาณ 30 คน จากสถาบันการผลิต 1 แห่ง นักเวชศาสตร์การสื่อสารความหมาย ระดับปริญญาตรีผลิตได้ประมาณปีละ 30 คน จากสถาบันการผลิต 1 แห่ง นักวิทยาศาสตร์การแพทย์ ผลิตได้ปีละ 25 คน จากสถาบันการผลิต 1 แห่ง

กลุ่มระดับต่ำกว่าปริญญาตรี

- กระทรวงสาธารณสุข โดยสถาบันพระบรมราชชนก ผลิตกำลังคนด้านสาธารณสุขในระดับต่ำกว่าปริญญาตรี ในวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร 7 แห่ง และวิทยาลัยเทคโนโลยีทางการแพทย์ฯ 1 แห่ง วัตถุประสงค์หลักเพื่อให้ผู้สำเร็จการศึกษาไปปฏิบัติงานในสถานบริการสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ในปี 2555 เปิดรับนักศึกษาในระดับต่ำกว่าปริญญาตรี 7 หลักสูตร ประกอบด้วย หลักสูตรหลักสูตร ปวส. ส.ศ(สาธารณสุขชุมชน) จำนวน 1,709 คน ปวส. ส.ศ.(ทันตสาธารณสุข) จำนวน 273 คน ปวส. ส.ศ.(เทคนิคเภสัชกรรม) จำนวน 215 คน ปวส.วิทยาศาสตร์การแพทย์ (พยาบาลวิทยาลัย) จำนวน 157 คน ปวส.(เวชระเบียน) จำนวน 51 คน ปวส. (โสตทัศนศึกษาทางการแพทย์) จำนวน 40 คน ปวส.(เวชกิจฉุกเฉิน) จำนวน 254 คน
- นอกจากนี้ กระทรวงสาธารณสุขยังได้จัดทำหลักสูตรมาตรฐานสำหรับฝึกอบรมอาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้าน (อสม.) ใหม่ทุกคน ระยะเวลาในการอบรม 7 วัน (43 ชั่วโมง) และอบรมฟื้นฟูความรู้ ตามผลการประเมินโดยฟื้นฟูตามวิชาที่ขาดหรือเรื่องที่ ยังปฏิบัติไม่ได้ ปัจจุบัน (ปี 2556) มีจำนวน อสม. ทั้งประเทศ จำนวน 1,040,000 คน¹ กระจายอยู่ในภาคกลาง 209,890 คน ภาคเหนือ 263,061 คน ภาคอีสาน 429,257 คน ภาคใต้ 137,792 คน

การพัฒนาศักยภาพบุคลากรด้านสุขภาพ (In-service training)

การศึกษาต่อในกลุ่มวิชาชีพ

- วิชาชีพแพทย์ มีแนวโน้มการเข้าอบรมแพทย์ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทางมากขึ้น สัดส่วนแพทย์ที่ได้รับหนังสืออนุมัติและวุฒิบัตรแพทย์เฉพาะทางเมื่อเทียบกับแพทย์ทั่วไป สูงขึ้นจาก 83:17 ในปี พ.ศ. 2550 เป็น 85.2:14.9 ในปี พ.ศ. 2552 (รายงานการสาธารณสุขไทย พ.ศ. 2551-2553) ในแต่

¹ ข้อมูล ณ เดือนมกราคม 2556 ได้จากการสอบถาม กองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข

ละปีสถาบันการศึกษามีการรับแพทย์เข้าอบรมแพทย์เฉพาะทางปีละประมาณหนึ่งพันราย โดยประมาณห้าถึงหกร้อยรายเป็นทุนจากกระทรวงสาธารณสุข แพทย์ที่จบและใช้ทุนครบสามปีแล้วเกือบทั้งหมด มีความต้องการศึกษาต่อโดยหากไม่ได้รับทุนจากกระทรวงสาธารณสุขก็จะลาออกไปเรียนแบบอิสระ และแนวโน้มจะนิยมเรียนต่อในสาขาที่ไม่ต้องทำงานหนัก ทำให้สัดส่วนผู้สนใจเรียนต่อในสาขาหลักเช่น ศัลยกรรม หรือ สูติรีเวชกรรม น้อยลง อย่างไรก็ตาม แนวโน้มการผลิตแพทย์ที่เพิ่มสูงขึ้นเร็วกว่าโควตาที่รับเข้าเรียนต่อเฉพาะทาง ทำให้ในอนาคตอันใกล้ น่าจะมีบุคลากรแพทย์ที่ไม่สามารถเรียนต่อในหลักสูตรการฝึกอบรมแพทย์เฉพาะทางเพิ่มมากขึ้น หากไม่มีการเพิ่มอัตราเข้าฝึกอบรม

- วิชาชีพทันตแพทย์ แนวโน้มการเข้าอบรมทันตแพทย์ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทาง (specialty dentist) เพิ่มขึ้นจาก 677 คนในปี พ.ศ. 2550 เป็น 950 คนในปี พ.ศ. 2555 สัดส่วนทันตแพทย์ที่ได้รับหนังสืออนุมัติและวุฒิปัตร์ทันตแพทย์เฉพาะทางเมื่อเทียบกับทันตแพทย์ทั่วไป เพิ่มขึ้นจาก ร้อยละ 29 ในปี พ.ศ. 2550 เป็นร้อยละ 35 ในปี พ.ศ. 2552 (รายงานการสาธารณสุขไทย พ.ศ. 2551-2553) และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ ในปี พ.ศ. 2556 มีหลักสูตรอบรมทันตแพทย์เฉพาะทางระดับวุฒิปัตร์ 10 สาขา คือ ศัลยศาสตร์ช่องปากและแม็กซิลโลเฟเชียล ทันตกรรมจัดฟัน ทันตกรรมทั่วไป ทันตกรรมประดิษฐ์ วิทยาเอ็นโดดอนต์ วิทยาการวินิจฉัยโรคช่องปาก ปรีทันตวิทยา ทันตกรรมสำหรับเด็ก ทันตกรรมหัตถการ ทันตสาธารณสุข สาขาที่มีผู้จบการศึกษามากที่สุด คือ ศัลยศาสตร์ช่องปากและแม็กซิลโลเฟเชียล จำนวน 257 คน (ร้อยละ 27 ของผู้อบรมทั้งหมด จำนวน 952 คน) (The Dental Council of Thailand, 2012)
- วิชาชีพพยาบาล หลักสูตรหลังปริญญา มีหลายหลักสูตร และมี แนวโน้มเข้าอบรมเพื่อเป็นพยาบาลผู้เชี่ยวชาญสาขาต่าง ๆ มากขึ้น เช่น หลักสูตรเวชปฏิบัติ (Nurse Practitioner) มีระยะเวลาฝึกอบรม 8 ถึง 16 สัปดาห์ ปัจจุบันมี 5 สาขาประกอบด้วย สาขาทางคลินิก 56 หลักสูตร สาขาเวชปฏิบัติ 29 หลักสูตร สาขาการสอนมี 6 หลักสูตร สาขาการบริหาร 2 หลักสูตร สาขาอื่น ๆ 14 หลักสูตร ในปี 2553 ใน รพ.สต. จำนวน 9,762 แห่งมีพยาบาล เวชปฏิบัติปฏิบัติงานจำนวน 7,395 คน จากจำนวนพยาบาลทั้งหมด 10,280 คน
- นอกจากนี้ ในวิชาชีพพยาบาลยังมีการอบรมวุฒิปัตร์แสดงความรู้ ความชำนาญเฉพาะทางการพยาบาลและผดุงครรภ์ (APN) มี 10 สาขา ซึ่งต้องมีการฝึกอบรมทั้งทฤษฎีและปฏิบัติต่อเนื่องไม่น้อยกว่า 2 ปี จำนวนผู้ได้รับวุฒิปัตร์มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นในแต่ละปีจาก จำนวน 49 คนในปี 2546 เพิ่มเป็น 332 คนในปี 2554 และมีจำนวนผู้ที่ได้รับวุฒิปัตร์ทั้งสิ้นจนถึงปี 2554 จำนวน 1,519 คน

การฝึกอบรมและการพัฒนาบุคลากร

- อบรมระยะสั้นในหลักสูตรอื่น ๆ มีการเข้ารับการอบรมอย่างต่อเนื่องขึ้นกับลักษณะของงานที่รับผิดชอบ และความสนใจของแต่ละบุคคล แต่ยังไม่มีการจัดทำแผนการพัฒนาและแผนฝึกอบรมอย่างเป็นระบบ บางส่วนได้รับการสนับสนุนในการจัดการอบรมโดยกรมวิชาการ และบางส่วนไปเรียนตามสถานศึกษาต่าง ๆ ที่มีการจัดการอบรมเฉพาะหัวข้อ

- ในระดับ รพ.สต.พยาบาลวิชาชีพ และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข มีบทบาทในการพัฒนาศักยภาพญาติผู้ป่วย และ อสม. โดยการ ฝึกอบรมให้ความรู้ในการดูแลผู้สูงอายุ และมีการติดตามเยี่ยมที่บ้านเป็นระยะ

ภาคเอกชน

- การผลิตบุคลากรด้านสุขภาพ (pre-service) สถาบันการศึกษาเอกชน ในช่วงปี พ.ศ. 2550 ถึงปัจจุบัน จำนวนสถาบันการศึกษาที่ผลิตกำลังคนด้านสาธารณสุขใน 4 สาขาวิชาชีพหลักมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น สถาบันการผลิตแพทย์มีจำนวนเพิ่มขึ้นจาก 1 แห่ง เป็น 2 แห่ง สถาบันการผลิตเภสัชกรเพิ่มขึ้นจาก 2 แห่งเป็น 5 แห่ง และสถาบันการผลิตพยาบาลวิชาชีพเพิ่มจาก 10 แห่งเป็น 21 แห่ง ส่งผลให้มีจำนวนการรับนักศึกษาเพิ่มขึ้นด้วย นอกจากนี้ 4 สาขาวิชาชีพหลักแล้วยังผลิตสาขาอื่น เช่น เทคนิคการแพทย์ กายภาพบำบัด วิทยาศาสตร์สาขาวิทยาศาสตร์ชีวการแพทย์ แพทย์แผนไทย
- สถานบริการเอกชน มีการเปิดโรงเรียนผลิตบุคลากรเองบางสาขา เช่น โรงเรียนผลิตผู้ช่วยพยาบาล และอบรมผู้ปฏิบัติงานในระดับผู้ช่วยในสาขาที่ขาดแคลนเพื่อปฏิบัติงานในโรงพยาบาลตนเอง เช่น ผู้ช่วยทันตแพทย์ ผู้ช่วยตรวจทางห้องปฏิบัติการ ผู้ช่วยงานกายภาพบำบัด ผู้ช่วยงานเอ็กซเรย์ หรือ ผู้ดูแลผู้ป่วยระยะยาว แต่ข้อมูลในส่วนนี้มีจำกัดและไม่เป็นระบบ
- การพัฒนาศักยภาพบุคลากรด้านสุขภาพในองค์กรของสถานบริการเอกชน มีการจัดทำแผนพัฒนาบุคลากรอย่างเป็นระบบและคำนึงถึงความคุ้มค่าและมีการประเมินคุณภาพ ประสิทธิภาพ การปฏิบัติงานหลังจากที่ได้รับการพัฒนาแล้วอย่างต่อเนื่อง และส่งเสริมการพัฒนาการใช้ภาษาอังกฤษเพื่อการสื่อสารกับผู้รับบริการต่างชาติ

สถานการณ์ของระบบการจัดการบุคลากรด้านสุขภาพ ในรอบ 5 ปีที่ผ่านมา

สถานการณ์การจัดการบุคลากรในภาครัฐ

การผลิต และความเพียงพอ

จำนวนการผลิตบุคลากรด้านสาธารณสุขใน 4 สาขาหลักในภาพรวมของประเทศ ประกอบด้วย วิชาชีพแพทย์ ทันตแพทย์ เภสัชกร พยาบาลวิชาชีพ ในสถาบันการศึกษาทั้งภาครัฐและเอกชน มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปีแต่ยังไม่เพียงพอต่อการให้บริการด้านการแพทย์และสาธารณสุขของประเทศ จากการคาดการณ์ความต้องการบุคลากรด้านสาธารณสุขในช่วงปี 2550 เป็นต้นมา พบว่า ยังมีความขาดแคลนในทุกวิชาชีพ (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 การคาดการณ์ความต้องการบุคลากรด้านสาธารณสุข ที่ดำเนินการในช่วงปี 2550-2555

ผู้วิจัย และ ปีที่ ทำการศึกษา	กลุ่มวิชาชีพ	ปีเป้าหมาย และจำนวนที่คาดการณ์
สถาบันวิจัยระบบ สาธารณสุข สำนัก นโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานคณะกรรมการ สุขภาพแห่งชาติ และ ผู้แทนกลุ่มวิชาชีพด้าน สาธารณสุข (2552)	12 สาขาวิชาชีพ ด้านสาธารณสุข	ปี 2561 ขาดแคลนทุกวิชาชีพ โดยทันตแพทย์ขาด แคลน 1,660 คน ทันตภิบาล 2,000 คน พยาบาล วิชาชีพ 40,086 คน เภสัชกร 5,155 คน จพง.เภสัช กรรม 9,898 คน เทคนิคการแพทย์ 1,852 คน รังสี เทคนิค 667 คน กายภาพบำบัด 24,830 คน กิจกรรมบำบัด 3,264 คน จิตวิทยาคลินิก 2,359- 2,957 คน เทคโนโลยีหัวใจและทรวงอก 210 คน (ใน ปี 2551) แก๊ไขความผิดปกติของการสื่อความหมาย 322-778 คน วิทยาศาสตร์การแพทย์ (เวชศาสตร์ ธนาคารเลือด) 23 คน เวชการฉุกเฉิน 569-2,509 คน
ปิยะ หาญวรวงศ์ชัย และ คณะ (2555)	แพทย์ ทันตแพทย์ เภสัชกร และ พยาบาลวิชาชีพ	ปี 2555 ขาดแคลนทั้ง 4 วิชาชีพ แพทย์ขาดแคลน 1,291-13,321 คน ทันตแพทย์ ขาดแคลน 191-3,530 คน เภสัชกร ขาดแคลน 815-7,856 คน พยาบาล วิชาชีพ ขาดแคลน 15,066-51,959 คน ทั้งนี้ จำนวน ความขาดแคลนขึ้นอยู่กับภาพจำลองสถานการณ์ที่ใช้

การจ้างงานในกระทรวงสาธารณสุข

กระทรวงสาธารณสุขมีการจ้างงานบุคลากรด้านสาธารณสุขหลายรูปแบบ ประกอบด้วย ข้าราชการ
พนักงานราชการ และลูกจ้างชั่วคราวเงินบำรุงของสถานบริการเพื่อแก้ปัญหาการขาดแคลน
อัตรากำลังข้าราชการ ซึ่งในแต่ละรูปแบบมีข้อดีข้อจำกัดที่แตกต่างกันในประเด็นสำคัญ ดังนี้

1. ระยะเวลาการจ้างงาน การเป็นข้าราชการมีความมั่นคงในการจ้างงานมากกว่าพนักงานราชการ และลูกจ้างชั่วคราวเงินบำนาญ เนื่องจากข้าราชการมีการจ้างงานในระยะยาวจนเกษียณอายุราชการ ส่วนพนักงานราชการมีสัญญาจ้างงานไม่เกินคราวละ 4 ปี และลูกจ้างชั่วคราวสัญญาจ้าง 1 ปี
2. ค่าตอบแทนและสวัสดิการที่เป็นตัวเงิน ประกอบด้วยเงินค่าจ้างรายเดือน และสวัสดิการในรูปแบบต่าง ๆ พบว่า พนักงานราชการและลูกจ้างชั่วคราวเงินบำนาญได้รับเงินเดือนแรกเข้าสูงกว่าข้าราชการ แต่การปรับเพิ่มเงินเดือนในปีต่อ ๆ ไปและในระยะยาวน้อยกว่า ส่วนสวัสดิการในรูปแบบอื่น ๆ พนักงานราชการและลูกจ้างชั่วคราวเงินบำนาญได้รับน้อยกว่าข้าราชการ โดยลูกจ้างชั่วคราวเงินบำนาญได้รับสวัสดิการน้อยที่สุด
3. สิทธิและสวัสดิการที่ไม่เป็นตัวเงิน ข้าราชการมีสวัสดิการมากกว่าพนักงานราชการและลูกจ้างเงินบำนาญ ลูกจ้างเงินบำนาญได้รับสวัสดิการน้อยที่สุด ยกตัวอย่างเช่น สวัสดิการการรักษาพยาบาลของข้าราชการครอบคลุมตนเองและญาติสายตรง ส่วนพนักงานราชการและลูกจ้างชั่วคราวเงินบำนาญใช้สิทธิประกันสังคมซึ่งใช้สิทธิได้เฉพาะตนเองไม่ได้ครอบคลุมถึงญาติสายตรง ข้าราชการได้รับสวัสดิการเงินกู้เพื่อที่อยู่อาศัย สิทธิการลาศึกษาต่อ สิทธิในการโอนย้าย สถานที่ปฏิบัติงาน การลาภิกขุโดยได้รับเงินเดือน แต่พนักงานราชการ และลูกจ้างประจำเงินบำนาญไม่ได้รับสวัสดิการดังกล่าว นอกจากนี้หากพิจารณาในรายละเอียด เช่น สิทธิในการลาจะพบว่า ลูกจ้างชั่วคราวเงินบำนาญมีจำนวนวันลาโดยได้รับค่าจ้าง ในกรณีลาป่วย ลาคลอดบุตร ลาพักผ่อน น้อยกว่าพนักงานราชการและข้าราชการ

เนื่องจากการจ้างงานเป็นลูกจ้างชั่วคราวมีข้อด้อยกว่าข้าราชการและพนักงานราชการมาก ทำให้ไม่สามารถแก้ปัญหาการขาดแคลนอัตรากำลังได้อย่างยั่งยืน ค่าตอบแทนและสวัสดิการที่ได้รับไม่สามารถจูงใจให้ปฏิบัติงานได้ยาวนาน ทำให้ลูกจ้างชั่วคราวเรียกร้องขอบรรจุเป็นข้าราชการซึ่งกระทรวงสาธารณสุขได้เสนอขอเพิ่มอัตราตำแหน่งเพื่อแก้ปัญหาลูกจ้างชั่วคราว 21 สายงาน จำนวน 33,135 อัตรา และคณะรัฐมนตรีให้ความเห็นชอบแล้วในเดือนธันวาคม 2555 โดยจัดสรรอัตราตำแหน่งข้าราชการร้อยละ 75 ในช่วง 3 ปีส่วนที่เหลืออีกร้อยละ 25 กระทรวงสาธารณสุขจะมีการจ้างงานเป็นพนักงานกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งมีความมั่นคงในการจ้างงาน สวัสดิการ ที่ดีกว่าลูกจ้างชั่วคราว และใกล้เคียงกับพนักงานราชการ

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบเงินเดือน ค่าตอบแทนและสิทธิประโยชน์ของข้าราชการ พนักงานราชการและ พนักงานกระทรวงสาธารณสุข และพนักงานเอกชน

	ข้าราชการ	พนักงานราชการ	พนักงาน กสธ. (ฉบับร่าง)	พนักงานเอกชน
เงินเดือน	อัตราเงินเดือน เงินประจำตำแหน่งตามที่กรมบัญชีกลางกำหนด	อัตราเงินเดือน ตามที่คณะกรรมการบริหารพนักงานราชการกำหนด	อัตราเงินเดือน 1.2 เท่าของข้าราชการ (สาขาวิชาชีพเฉพาะ) ไม่มีเงินประจำตำแหน่ง	รายได้แตกต่างกันตามปริมาณบริการ โดยข้อมูลจากโรงพยาบาลเอกชนขนาดกลางในเขต กทม. หนึ่งแห่งพบว่า แพทย์ทั่วไปมีเงินประกันรายได้ขั้นต่ำ 1.2 แสน ค่าแหว่ประมาณ 2,300 บาท/คืน แพทย์เฉพาะทางมีเงินประกันรายได้ขั้นต่ำ 2-6 แสนบาท/เดือน ค่าแหว่ประมาณ 3,500 บาท/คืนพยาบาลวิชาชีพใน ร.พ. เงินเดือนเริ่มต้นที่ 12,000-16,000บาท เมื่อรวมกับค่าตอบแทนอื่น ๆ เช่น ค่าแหว่ ค่าวิชาชีพ จะได้รับประมาณ 30,000-35,000 บาท/เดือน พยาบาลวิชาชีพในคลินิกเสริมความงามมีรายได้ประมาณ 40,000-45,000 บาท/เดือน
เงินเพิ่ม ค่าตอบแทนอื่นๆ	เงินเพิ่มเพื่อการครองชีพชั่วคราวตามระเบียบกระทรวงการคลัง ค่าตอบแทนอื่น ๆ เช่น เงินค่าตอบแทนการปฏิบัติงานในและนอกเวลาราชการ ค่าตอบแทนแพทย์สาขาส่งเสริมพิเศษ ค่าตอบแทนเบี่ยเลี้ยงหมาจ่าย เงินเพิ่มพิเศษไม่ทำเวชปฏิบัติส่วนตัว เงิน พ.ต.ส. เงินค่าตอบแทนตามผลการปฏิบัติงาน	เงินเพิ่มเพื่อการครองชีพชั่วคราวตามระเบียบกระทรวงการคลัง ค่าตอบแทนอื่น ๆ ได้รับเช่นเดียวกับข้าราชการ	เงินเพิ่มเพื่อการครองชีพชั่วคราวเท่าข้าราชการ ค่าตอบแทนอื่น ๆ ได้รับเช่นเดียวกับข้าราชการ	
การเลื่อนเงินเดือน	เลื่อนเงินเดือนปีละ 2 ครั้งภายในวงเงินร้อยละ 6 ต่อปี	เลื่อนค่าจ้างปีละ 1 ครั้งภายในวงเงินร้อยละ 4 ต่อปี	เลื่อนค่าจ้างปีละ 1 ครั้งภายในวงเงินร้อยละ 6 ต่อปี	พยาบาล มีการเลื่อนเงินเดือนปีละ 1 ครั้ง ส่วนแพทย์เป็นไปตามกลไกตลาด
เงินเกษียณ	กองทุน กบข.	ค่าตอบแทนการออกจากราชการโดยไม่มีความผิด	กองทุนสำรองเลี้ยงชีพ	กองทุนสำรองเลี้ยงชีพ
สวัสดิการ รักษาพยาบาล และสวัสดิการอื่น	สวัสดิการและสิทธิประโยชน์ตามระเบียบการคลัง เช่น ค่ารักษาพยาบาล ค่าเช่าบ้าน ค่าการศึกษาบุตร	ตามกฎหมายประกันสังคม เช่น ค่ารักษาพยาบาล การสงเคราะห์บุตร การว่างงาน การชราภาพ	ตามกฎหมายประกันสังคม เช่น ค่ารักษาพยาบาล การสงเคราะห์บุตร การว่างงาน การชราภาพ	ตามกฎหมายประกันสังคม เช่น ค่ารักษาพยาบาล การสงเคราะห์บุตร การว่างงาน การชราภาพ และตามที่หน่วยงานจัดเพิ่มเติม เช่น กองทุนสำรองเลี้ยงชีพ เงินเพิ่มค่ารักษาพยาบาลสำหรับตนเอง 10,000 บาท/ปี เงินกู้ยืมดอกเบี้ยต่ำ ทุนการศึกษา

การกระจายบุคลากรด้านสาธารณสุข

สถานการณ์ด้านการกระจายบุคลากรด้านสาธารณสุข พบว่า มีการกระจายที่ดีขึ้นในระดับหนึ่งแล้ว เห็นได้จากอัตราส่วนแพทย์ต่อประชากรในภาพรวมทั้งประเทศมีแนวโน้มดีขึ้นจาก 1:3,277 คนในปี 2544 เป็น 1:2,893 คนในปี 2553 และพยาบาลต่อประชากร จาก 1:794 คนในปี 2544 เป็น 1:531 คนในปี 2553 แต่ยังมีปัญหาความไม่เหมาะสมของการกระจายที่ยังคงมีการกระจุกตัวอยู่ใน กรุงเทพมหานครและภาคกลาง ในปี 2553 พบว่า อัตราส่วนแพทย์และพยาบาลต่อประชากร กรุงเทพมหานครสูงกว่าภาคกลาง 2.4 เท่า และ 1.7 เท่าตามลำดับ และอัตราส่วนแพทย์และพยาบาล ต่อประชากรภาคตะวันออกเฉียงเหนือต่ำกว่าภาคกลางประมาณกว่าครึ่ง (0.5 และ 0.6 ตามลำดับ) ซึ่งส่งผลกระทบต่อความเป็นธรรมในการกระจายกำลังคนด้านสุขภาพในการให้บริการด้านสุขภาพให้กับ ประชาชน (ตารางที่ 3 และตารางที่ 4) และหากพิจารณาภายในแต่ละภาคและแต่ละจังหวัดก็ยังคงมี ปัญหาการกระจายบุคลากรไปยังสถานบริการในพื้นที่ที่ห่างไกลหรือกันดารอีกด้วย อย่างไรก็ตาม ข้อมูลสัดส่วนแพทย์และพยาบาลรายภาคดังกล่าวอาจมีข้อจำกัดเรื่องความครบถ้วนสมบูรณ์ของการ รายงานข้อมูล โดยเฉพาะข้อมูลจากสถานบริการในเขตกรุงเทพมหานคร

ตารางที่ 3 การกระจายแพทย์โดยพิจารณาจากสัดส่วนประชากรต่อแพทย์ 1 คน จำแนกรายภาค

พื้นที่	2544	2545	2546	2547	2548	2549	2550	2551	2552	2553
ทั้งประเทศ	3,277	3,569	3,476	3,305	3,182	2,975	2,778	2,931	3,324	2,893
กรุงเทพ	760 (4.44)	952 (3.7)	924 (3.57)	879 (3.57)	867 (3.52)	886 (3.34)	850 (3.16)	955 (2.97)	1,243 (2.53)	1,052 (2.41)
กลาง	3,375 (1.0)	3,566 (1.0)	3,301 (1.0)	3,134 (1.0)	3,054 (1.0)	2,963 (1.0)	2,683 (1.0)	2,839 (1.0)	3,145 (1.0)	2,533 (1.0)
ตะวันออก เฉียงเหนือ	7,614 (0.44)	7,251 (0.49)	7,409 (0.45)	7,466 (0.42)	7,015 (0.44)	5,738 (0.52)	5,308 (0.51)	5,028 (0.57)	4,854 (0.65)	4,947 (0.51)
เหนือ	4,488 (0.75)	4,499 (0.79)	4,766 (0.69)	4,534 (0.69)	3,768 (0.81)	3,351 (0.88)	3,279 (0.82)	3,386 (0.84)	4,240 (0.74)	3,397 (0.75)
ใต้	5,127 (0.66)	4,984 (0.72)	4,609 (0.72)	3,982 (0.79)	4,306 (0.71)	3,789 (0.78)	3,354 (0.80)	3,694 (0.77)	3,815 (0.82)	3,504 (0.72)

หมายเหตุ : ตัวเลขใน () คือสัดส่วนแพทย์ต่อประชากรของแต่ละภาคเมื่อเทียบกับภาคกลาง

: ข้อมูลจากสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์

ตารางที่ 4 การกระจายพยาบาลโดยพิจารณาจากสัดส่วนประชากรต่อพยาบาล 1 คน จำแนกรายภาค

พื้นที่	2544	2545	2546	2547	2548	2549	2550	2551	2552	2553
ทั่วประเทศ	794	733	689	652	613	619	597	576	624	531
กรุงเทพ	285 (2.63)	279 (2.45)	285 (2.21)	289 (2.05)	285 (1.93)	273 (2.06)	240 (2.31)	332 (1.56)	431 (1.28)	282 (1.74)
กลาง	749 (1.0)	684 (1.0)	631 (1.0)	593 (1.0)	550 (1.00)	563 (1.0)	554 (1.0)	519 (1.00)	552 (1.0)	491 (1.0)
ตะวันออก เฉียงเหนือ	1,498 (0.50)	1,278 (0.54)	1,145 (0.55)	1,045 (0.57)	968 (0.57)	1,009 (0.56)	999 (0.56)	819 (0.63)	825 (0.67)	766 (0.64)
เหนือ	856 (0.88)	785 (0.87)	734 (0.86)	684 (0.87)	628 (0.88)	648 (0.87)	638 (0.87)	567 (0.92)	630 (0.88)	526 (0.93)
ใต้	806 (0.93)	765 (0.89)	692 (0.91)	659 (0.90)	622 (0.88)	614 (0.92)	619 (0.89)	558 (0.93)	573 (0.96)	519 (0.95)

หมายเหตุ : ตัวเลขใน () คือสัดส่วนพยาบาลต่อประชากรของแต่ละภาคเมื่อเทียบกับภาคกลาง

: ข้อมูลจากสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์

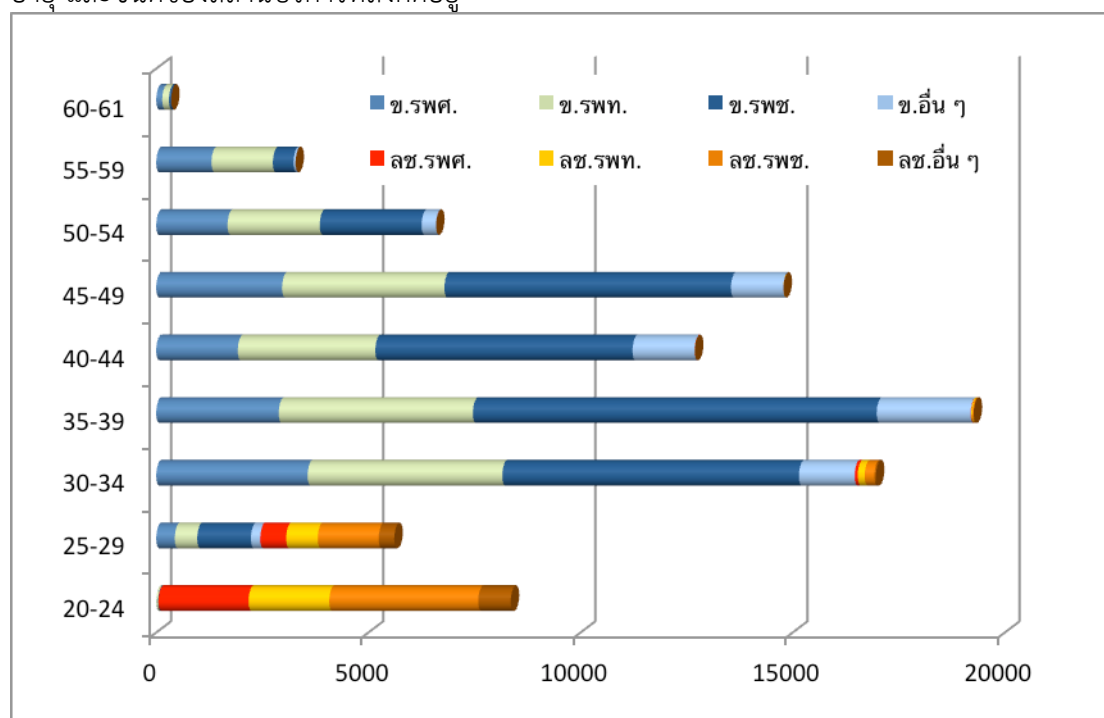
นอกจากปัญหาการกระจายระหว่างภูมิภาคและในพื้นที่กันดารแล้ว ยังมีปัญหาการสูญเสียกำลังคน ด้านสุขภาพออกจากระบบบริการของกระทรวงสาธารณสุข ที่ยังคงเป็นอยู่อย่างต่อเนื่อง ตัวอย่างเช่น การลาออกของแพทย์จากหน่วยบริการสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขยังมีอยู่ แต่แนวโน้มลดลง อาจเนื่องจากสถานการณ์ทางเศรษฐกิจและการเพิ่มค่าตอบแทนในพื้นที่ห่างไกล อย่างไรก็ตาม สัดส่วนการสูญเสียเมื่อเทียบกับจำนวนแพทย์ที่เข้าใหม่ในปี 2552 ยังสูงถึงร้อยละ 47.8 แม้จะดีขึ้นกว่าในปี 2548 ที่สูงมากถึง ร้อยละ 84.5 (ตารางที่ 5)

ตารางที่ 5 จำนวนและสัดส่วนการสูญเสียแพทย์สุทธิเมื่อเทียบกับแพทย์จบใหม่บรรจุเข้ารับราชการ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ปีงบประมาณ 2537-2552

ปีงบประมาณ	แพทย์จบใหม่	กลับเข้ารับราชการใหม่	รวมเพิ่มขึ้น	ลาออก	สูญเสียสุทธิ (จำนวน/ร้อยละ)
2548	741	37	778	663	626/84.5
2549	1,188	110	1,298	777	667/56.1
2550	1,128	150	1,278	736	586/51.9
2551	1,024	159	1,183	785	626/61.1
2552	999	191	1,190	669	478/47.8

ในส่วนของพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข มีปัญหาการลาออกจากราชการสูงมากในระยะหลัง เนื่องจากการขาดแคลนในภาคเอกชน และภาคีอื่น ร่วมกับ การจ้างงานในรูปแบบลูกจ้างชั่วคราวที่ไม่ได้รับสิทธิและสวัสดิการเหมือนข้าราชการ โดยแนวโน้มการลาออกในกลุ่มพยาบาลที่บรรจุใหม่มีสัดส่วนสูง ดังจะเห็นได้จากแผนภาพ ที่ 3 ที่ประมาณการสัดส่วนพยาบาลในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขรายกลุ่มอายุ พบว่ามีสัดส่วนพยาบาลกลุ่มอายุ 25-29 ปี น้อยกว่าที่ควรจะเป็น อันน่าจะเป็นจากการลดการผลิตในช่วงดังกล่าวร่วมกับการลาออกเพราะไม่มีตำแหน่งข้าราชการ

แผนภาพที่ 3 แสดงให้เห็นถึงสัดส่วนข้าราชการและลูกจ้างชั่วคราวที่เป็นพยาบาลจำแนกตามกลุ่มอายุ และชนิดของสถานบริการที่สังกัดอยู่



ที่มา ปิยะ หาญวรวงศ์ชัย และคณะ 2554

มาตรการเพื่อเพิ่มการกระจายบุคลากรและการคงอยู่ในภาครัฐ

1. การเพิ่มการกระจายแพทย์ โดยการขยายการผลิตแพทย์

การเพิ่มการกระจายแพทย์ โดยการขยายการผลิตแพทย์มีการดำเนินการโดยผ่านโครงการต่าง ๆ หลายโครงการ รวมถึง โครงการผลิตแพทย์เพื่อชาวชนบท โครงการผลิตแพทย์เพื่อ 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้ โครงการผลิตแพทย์ตามแผนการลงทุนเสริมสร้างโครงสร้างสาธารณสุขแห่งชาติ โครงการผลิตแพทย์ตามโครงการผลิตและพัฒนาศัลยกรรมแพทย์และบุคลากรทางการแพทย์ภายใต้แผนปฏิบัติการไทยเข้มแข็ง 2555 ดังแสดงในตารางที่ 6 และในรายละเอียดด้านล่างนี้

- โครงการผลิตแพทย์เพื่อชาวชนบท เริ่มมีตั้งแต่ ปี 2538 มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1.เพิ่มการผลิตแพทย์และให้กระจายแพทย์ไปสู่ชนบทมากยิ่งขึ้น 2.เพิ่มโอกาสแก่นักเรียนในชนบทให้ได้ศึกษาวิชาแพทยศาสตร์ 3.พัฒนารูปแบบความร่วมมือระหว่างกระทรวงสาธารณสุขและมหาวิทยาลัย 4.พัฒนาคุณภาพระบบบริการการแพทย์และสาธารณสุข ของโรงพยาบาลศูนย์และสถาบันสมทบ โดยมีเป้าหมาย เพื่อผลิตแพทย์เพิ่มในช่วง ตามโครงการผลิตแพทย์เพื่อชาวชนบท พ.ศ.2538 – 2549 จำนวน 3,000 คน และผลิตแพทย์ตามโครงการเร่งรัดการผลิตแพทย์ของโครงการผลิตแพทย์เพื่อชาวชนบท พ.ศ.2547– 2556 จำนวน 3,807 คน โดยเมื่อสำเร็จการศึกษาแล้ว ต้องกลับไปปฏิบัติงานในภูมิลำเนาเดิม หรือที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนดเป็นเวลาไม่น้อยกว่า 3 ปี หากไม่สามารถปฏิบัติตามได้ต้องชดใช้เงินให้กระทรวงสาธารณสุขตามที่กำหนด คือ 400,000 บาท

ทุนโครงการกระจายแพทย์หนึ่งอำเภอหนึ่งทุน เป็นองค์ประกอบหนึ่งของโครงการผลิตแพทย์เพื่อชาวชนบท ที่เริ่มเมื่อปี 2552 โดยการให้ทุนการศึกษาสำหรับนักเรียนในอำเภอขาดแคลนในภูมิภาคซึ่งเป็นการเพิ่มโอกาสให้นักเรียนในชนบทในการเข้าเรียนแพทย์ โดยเมื่อสำเร็จการศึกษาแล้วให้กลับไปปฏิบัติงานชดใช้ทุนในอำเภอที่เป็นภูมิลำเนา ในปีการศึกษา 2548-2555 จำนวนประมาณ 1,579 ทุน สำหรับผู้ที่ได้รับทุนโครงการกระจายแพทย์หนึ่งอำเภอหนึ่งทุน จะต้องปฏิบัติงาน 12 ปี หากไม่สามารถปฏิบัติได้ต้องชดใช้เงินให้กับกระทรวงสาธารณสุขตามที่กำหนดคือ 2,000,000 บาท

- โครงการผลิตแพทย์เพื่อ 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้ เป็นโครงการที่เริ่มเมื่อปีการศึกษา 2548 - 2555 โดยจะเพิ่มการผลิตจำนวนทั้งสิ้น 188 คน
- โครงการผลิตแพทย์ตามแผนการลงทุนเสริมสร้างโครงสร้างสาธารณสุขแห่งชาติ (โครงการลงทุนขนาดใหญ่ของภาครัฐด้านสาธารณสุข หรือ Mega Project) ปีการศึกษา 2549-2552 จำนวน 1,261 คน
- โครงการผลิตแพทย์ตามโครงการผลิตและพัฒนาศัลยแพทย์และบุคลากรทางการแพทย์ภายใต้แผนปฏิบัติการไทยเข้มแข็ง 2555 ปีการศึกษา 2553-2555 จำนวน 1,413 คน (สำนักงานบริหารโครงการร่วมผลิตแพทย์เพิ่มเพื่อชาวชนบท สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข) นอกจากนี้ยังมีโครงการกระจายแพทย์หนึ่งอำเภอหนึ่งทุน ที่ให้ทุนการศึกษาสำหรับนักเรียนในอำเภอขาดแคลนในภูมิภาค ภายใต้โครงการผลิตและพัฒนาศัลยแพทย์และบุคลากรทางการแพทย์ภายใต้แผนปฏิบัติการไทยเข้มแข็ง 2555 จำนวน 254 ทุน

โครงการต่าง ๆ เหล่านี้ มีการดำเนินการควบคู่ไปกับการเพิ่มสถาบันผลิตแพทย์ในพื้นที่ต่างจังหวัด โดยที่ผ่านมามีการเพิ่มจำนวนของสถาบันการผลิตแพทย์ในภูมิภาคหลายแห่ง ที่เริ่มผลิตแพทย์ โดยเป็นส่วนหนึ่งของโครงการผลิตแพทย์เพิ่ม (รายละเอียดในภาคผนวก)

ตารางที่ 6 แสดงโครงการผลิตแพทย์เพิ่ม ในช่วงปี 2548-2556

โครงการ	กลุ่มเป้าหมาย	ปีการศึกษาที่ดำเนินการ	จำนวน
ผลิตแพทย์ตามโครงการผลิตแพทย์เพื่อชาวชนบท	คัดเลือกนักเรียนจากชนบท	พ.ศ.2538 – 2549	3,000
เร่งรัดการผลิตแพทย์ของโครงการผลิตแพทย์เพื่อชาวชนบท	คัดเลือกนักเรียนจากชนบท	พ.ศ.2547– 2556	4,308*
ผลิตแพทย์เพื่อ 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้	คัดเลือกนักเรียนจาก 3 จังหวัดภาคใต้	เริ่ม พ.ศ.2548	188*
ตามแผนการลงทุนเสริมสร้างโครงสร้างสาธารณสุขแห่งชาติ	คัดเลือกนักเรียนจากชนบท	2549-2552	1,261**
ผลิตและพัฒนาศัลยแพทย์และบุคลากรทางการแพทย์ภายใต้แผนปฏิบัติการ	คัดเลือกนักเรียนจากชนบท	พ.ศ.2553-2555	1,413*

ไทยเข้มแข็ง			
ผลิตแพทย์เพิ่มแห่งประเทศไทย	คัดเลือกนักเรียนจากชนบท	2556-2560	9,039

หมายเหตุ * ผลการรับนักศึกษาถึงปี 2555

** ผลการรับนักศึกษาตลอดโครงการ

2. การเพิ่มการกระจายทุนตแพทย์

สำนักงานคณะกรรมการการอุดมศึกษา ร่วมกระทรวงสาธารณสุข ดำเนินการโครงการผลิตทุนแพทย์ของสำนักงานคณะกรรมการการอุดมศึกษา ตามความต้องการของกระทรวงสาธารณสุข (พ.ศ. 2548-2563) ปีละ 200 คน โดยการคัดเลือกนักเรียนในพื้นที่และทำสัญญากับกระทรวงสาธารณสุข เมื่อจบการศึกษาต้องปฏิบัติงานในพื้นที่ที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนดเป็นเวลา 3 ปี หากไม่ปฏิบัติตามสัญญาต้องชดใช้ค่าปรับเป็นจำนวนเงิน 400,000 บาท

3. การเพิ่มการกระจายพยาบาลและบุคลากรด้านสาธารณสุขอื่น ๆ

ในสถาบันการศึกษาสังกัดสถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข มี สถาบันการผลิตพยาบาลและบุคลากรด้านสาธารณสุขจำนวน 37 แห่ง เป็นวิทยาลัยพยาบาล 29 แห่ง วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร 7 แห่ง และวิทยาลัยเทคโนโลยีทางการแพทย์และสาธารณสุข กาญจนาภิเษก 1 แห่ง มีมาตรการการกระจายโอกาสทางการศึกษาให้นักเรียนในพื้นที่เข้าศึกษาโดยกำหนดโควตาการรับนักเรียนให้เป็นรายจังหวัด ตามความต้องการของหน่วยงานในแต่ละจังหวัด เมื่อจบแล้วให้กลับไปทำงานในสถานบริการสังกัดกระทรวงสาธารณสุขในท้องถิ่นชุมชนที่เป็น

ภูมิสำเนา

ในปีการศึกษา 2556 สถาบันการศึกษาสังกัดสถาบันพระบรมราชชนก รับนักศึกษาระดับปริญญาตรีจำนวน 7 หลักสูตร ประกอบด้วย พยาบาลศาสตรบัณฑิต สาธารณสุขศาสตรบัณฑิตสาขาวิชาสาธารณสุขชุมชน วิทยาศาสตร์บัณฑิตสาขาวิชาสาธารณสุขชุมชน สาธารณสุขศาสตรบัณฑิตสาขาวิชาทันตสาธารณสุข สาธารณสุขศาสตรบัณฑิต สาขาวิชาเวชระเบียน การแพทย์แผนไทย บัณฑิตสาขาวิชาการแพทย์แผนไทย การแพทย์แผนไทยประยุกต์บัณฑิตสาขาวิชาการแพทย์แผนไทยประยุกต์ ระดับต่ำกว่าปริญญาตรี 8 หลักสูตร ประกอบด้วย หลักสูตร ปวส. ส.ศ. (สาธารณสุขชุมชน) หลักสูตร ปวส. ส.ศ. (ทันตสาธารณสุข) หลักสูตร ปวส. ส.ศ. (เทคนิคเภสัชกรรม)หลักสูตร ปวส. วิทยาศาสตร์การแพทย์ (พยาธิวิทยาคลินิก)หลักสูตร ปวส. เวชระเบียน หลักสูตร ปวส. โสตทัศนศึกษาทางการแพทย์ หลักสูตร ปวส. เวชกิจฉุกเฉิน หลักสูตร ปวส. แพทย์แผนไทย (www.pi.ac.th)

4. การเพิ่มค่าตอบแทนเพื่อจูงใจให้บุคลากรอยู่ในภาครัฐ และในพื้นที่ขาดแคลน

กระทรวงสาธารณสุขมีการจ่ายค่าตอบแทนเพิ่มเติมจากเงินเดือนให้แก่บุคลากรที่ปฏิบัติงานในสถานบริการภาครัฐ และโดยเฉพาะในพื้นที่ขาดแคลน ดังรายละเอียดในตารางรูปแบบการจ่ายเงิน ค่าตอบแทนในภาครัฐ ในภาคผนวก ค . โดยสรุป ค่าตอบแทนเพิ่มพิเศษสำหรับกลุ่มวิชาชีพหลักได้แก่

- ในโรงพยาบาลชุมชน และในสถานีนอนมัย (เฉพาะ 4 สาขาวิชาชีพหลัก) มีการจ่ายค่าตอบแทนเบี้ยเลี้ยงเหมาจ่าย เพื่อจูงใจให้ไปปฏิบัติงานในพื้นที่ทุรกันดารและขาดแคลนบุคลากร โดยแบ่งระดับโรงพยาบาลชุมชน เป็น 3 ระดับ คือ พื้นที่ปกติ พื้นที่ทุรกันดารและขาดแคลนระดับ 1 พื้นที่ทุรกันดารและขาดแคลนระดับ 2 อัตราการจ่ายขึ้นอยู่กับระดับความทุรกันดารของพื้นที่ ระยะเวลาที่ปฏิบัติงานในพื้นที่ และตามวิชาชีพ โดยในช่วงปี 2556 กระทรวงสาธารณสุขมีการพิจารณาปรับค่าตอบแทนดังกล่าว ส่งผลให้เกิดแรงสะท้อนจากผู้ปฏิบัติงานค่อนข้างรุนแรง
- ในโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป มีการจ่ายค่าตอบแทนเจ้าหน้าที่ทุกวิชาชีพ เพื่อสร้างแรงจูงใจให้เจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงาน อัตราค่าตอบแทนแตกต่างกันตามระยะเวลาที่ปฏิบัติงานและตามวิชาชีพ
- เงินค่าตอบแทนการปฏิบัติงานในโรงพยาบาลชุมชนและสถานีนอนมัย เพื่อสร้างแรงจูงใจให้แก่เจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลชุมชนและสถานีนอนมัย โดยวิชาชีพ 4 สาขาหลักที่ที่ได้รับเบี้ยเลี้ยงเหมาจ่ายข้างต้นแล้วจะไม่มีสิทธิ์ได้รับค่าตอบแทนนี้
- เงินค่าตอบแทนการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานในหน่วยบริการในช่วงนอกเวลาราชการ และเจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานนอกหน่วยบริการหรือต่างหน่วยบริการทั้งในเวลาราชการและนอกเวลาราชการ กำหนดให้จ่ายค่าตอบแทนเป็นรายชั่วโมง เป็นแรม 8 ชั่วโมงหรือตามคุณภาพและปริมาณงาน อัตราค่าตอบแทนจะแตกต่างกันในแต่ละวิชาชีพ ค่าตอบแทนการปฏิบัติงานในคลินิกพิเศษนอกเวลาราชการ จ่ายให้กับเจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานในคลินิกพิเศษนอกเวลาราชการที่หน่วยบริการจัดคลินิกพิเศษนอกเวลาราชการขึ้นเพื่อให้บริการที่มีลักษณะเฉพาะนอกเหนือจากการจัดคลินิกบริการปกติ กำหนดให้จ่ายค่าตอบแทนเป็นรายชั่วโมง หรือตามจำนวนผู้ป่วยหรือตามคุณภาพและปริมาณงาน ค่าตอบแทนในการปฏิบัติงานเวรหรือผลัดบ่ายและผลัดดึกของพยาบาลจ่ายเป็นแรม 8 ชั่วโมง ค่าชั้นสูตรพลิกศพ จ่ายให้กับเจ้าหน้าที่ที่ได้รับคำสั่งให้ออกไปปฏิบัติงานการชันสูตรพลิกศพ อัตราการจ่ายยึดตามระเบียบกระทรวงยุติธรรม ค่าตอบแทนการปฏิบัติงานสร้างเสริมสุขภาพและเวชปฏิบัติครอบครัว จ่ายสำหรับเจ้าหน้าที่ให้บริการด้านการส่งเสริมสุขภาพ เวชปฏิบัติครอบครัว รวมถึงกิจกรรมรณรงค์เพื่อการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ทั้งในและนอกหน่วยบริการ อัตราค่าตอบแทนใช้หลักเกณฑ์เดียวกับเงินค่าตอบแทนการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานในหน่วยบริการในช่วงนอกเวลาราชการ
- ค่าตอบแทนแพทย์สาขาส่งเสริมพิเศษ จ่ายสำหรับแพทย์ที่ได้รับวุฒิปดหรือหนังสืออนุมัติตามสาขาที่มีปัญหาขาดแคลน
- เงินเพิ่มพิเศษไม่ทำเวชปฏิบัติส่วนตัวสำหรับแพทย์ ทันตแพทย์ เภสัชกร เพื่อให้เจ้าหน้าที่อุทิศเวลาในการปฏิบัติงานอย่างเต็มที่โดยไม่กังวลต่อการแสวงหารายได้เพิ่มเติมจากการทำเวชปฏิบัติส่วนตัว ในภาคเอกชนนอกเวลาราชการ อัตราค่าตอบแทนแพทย์และทันตแพทย์
- เงินเพิ่มสำหรับตำแหน่งที่มีเหตุพิเศษของผู้ปฏิบัติงานด้านการสาธารณสุข (พ.ต.ส.) สำหรับแพทย์ ทันตแพทย์ เภสัชกร พยาบาลวิชาชีพ นักเทคนิคการแพทย์ นักรังสีการแพทย์ นักกายภาพบำบัด นักแก้ไขความผิดปกติของการสื่อความหมาย นักกิจกรรมบำบัด นักจิตวิทยาคลินิก และนักเทคโนโลยีหัวใจและทรวงอก ที่ได้รับใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพ หรือใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบโรคศิลปะการจ่ายค่าตอบแทนตามผลการปฏิบัติงาน เป็นการ

พัฒนาการจ่ายค่าตอบแทนตามผลการปฏิบัติงาน เพื่อให้โรงพยาบาลจ่ายค่าตอบแทนเพิ่มเป็นรายบุคคล โดยมีระบบการคิดค่าคะแนนผลการปฏิบัติงาน (work point system) มีการเก็บค่าคะแนนปฏิบัติงานตามระบบที่กำหนดให้ การคิดค่าคะแนนเป็น 2 ลักษณะ คือ ปริมาณภาระงาน และคุณภาพของงาน ซึ่งค่าตอบแทนจะแปรผันโดยตรงกับการปฏิบัติงาน ทั้งปริมาณและคุณภาพของงาน เพื่อเพิ่มผลผลิตการทำงาน ประสิทธิภาพ คุณภาพ รวมทั้งเพื่อสร้างความเป็นธรรมของการจ่ายค่าตอบแทน และจ่ายจากเงินบำรุงของโรงพยาบาล

ในปี 2556 กระทรวงสาธารณสุขมีการเปลี่ยนแปลงในเรื่องค่าตอบแทนกำลังคนด้านสาธารณสุขหลายประการ โดยยกเลิกระเบียบการจ่ายเงินเบี้ยเลี้ยงเหมาจ่ายสำหรับโรงพยาบาลชุมชน ค่าตอบแทนการปฏิบัติงานในโรงพยาบาลชุมชนและสถานอนามัย และค่าตอบแทนการปฏิบัติงานในโรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป ฉบับเดิม และประกาศใช้ระเบียบการจ่ายค่าตอบแทนเบี้ยเลี้ยงเหมาจ่ายฉบับใหม่ที่มีการเปลี่ยนแปลงทั้งเรื่องการแบ่งระดับโรงพยาบาลและอัตราค่าตอบแทนที่แตกต่างกันขึ้นอยู่กับระดับโรงพยาบาลและจำนวนปีที่ปฏิบัติงาน โดยโรงพยาบาล ชุมชน แบ่งเป็น 3 ระดับ คือ พื้นที่ชุมชนเมือง พื้นที่ปกติ (พื้นที่ปกติระดับ 2.1 พื้นที่ปกติระดับ 2.2 พื้นที่ปกติระดับ 2.3) และพื้นที่เฉพาะ ส่วนโรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไปมี 2 ระดับ คือ พื้นที่ยากลำบากในการบริหารทรัพยากรระดับ ก และ พื้นที่ยากลำบากในการบริหารทรัพยากรระดับ ข อีกทั้งได้นำระบบการจ่ายเงินค่าตอบแทนตามผลการปฏิบัติงานมาใช้ในสถานบริการในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข โดยยังมีความไม่แน่นอนของระบบ และมีทั้งแรงสนับสนุนและแรงคัดค้านจากผู้ปฏิบัติที่เป็นชาวในสื่อมวลชนหลายแขนง

คุณภาพของบุคลากรด้านสุขภาพ

นอกจากความต้องการในเชิงปริมาณแล้ว ระบบบริการสุขภาพยังต้องการ บุคลากรที่มีคุณภาพ มีขีดความสามารถในการปฏิบัติงานที่ตอบสนองต่อความต้องการของประเทศ และมีเจตคติต่อการทำงานที่เหมาะสม สามารถปฏิบัติงานกับบุคลากรภายในสาขาวิชาชีพเดียวกันและต่างวิชาชีพได้ และมีความเป็นผู้นำในการทำงาน

ระบบการผลิตบุคลากรวิชาชีพสุขภาพ ในหลายสถาบันยังเป็นการผลิตตามหลักสูตรที่ไม่ได้เน้นให้ผู้จบการศึกษาไปปฏิบัติงานได้ในระบบสุขภาพจริงได้ในทันที รูปแบบการศึกษาส่วนใหญ่ยังมุ่งเน้นการเรียนการสอนในห้องเรียน เน้นการท่องจำ โดยอาจไม่สอดคล้องกับปัญหาสุขภาพที่สำคัญของประเทศ และพื้นที่ที่จะไปปฏิบัติงาน ในหลายสถาบันไม่ ได้มีการฝึกทักษะที่สำคัญของบุคลากรสุขภาพทั้งในเรื่องของการสื่อสาร การเป็นผู้นำองค์กร สังคมและชุมชน การทำงานร่วมกัน ระหว่างวิชาชีพเพื่อแก้ปัญหาสุขภาพโดยมีส่วนร่วมของวิชาชีพและบุคลากรในสาขาต่าง ๆ และขาดความเข้าใจในเรื่องระบบสุขภาพและการสร้างเสริมสุขภาพแบบองค์รวม

ในระบบการบรรจุและการบริหารจัดการบุคลากรเข้าระบบบริการสุขภาพเอง ในปัจจุบันก็ยังไม่มีการประเมินคุณภาพของบุคลากรในภาพรวมอย่างเป็นระบบ การควบคุมคุณภาพ ผ่านสภาวิชาชีพ ทำโดยอาศัยการทดสอบก่อนออกใบอนุญาตในแต่ละวิชาชีพ ซึ่งมีเพียงบางวิชาชีพเช่น สภาการพยาบาล ที่มีการกำหนดให้มีการต่ออายุใบอนุญาตและมีเกณฑ์มาตรฐานการพัฒนาคุณภาพตนเองที่ต้อง

ดำเนินการก่อนที่จะได้รับการต่ออายุ ในขณะที่แพทย์สหายยังไม่มีกำหนดเกณฑ์การพัฒนา ศักยภาพต่อเนื่อง และไม่ได้กำหนดให้สมาชิกต้องต่ออายุสมาชิกภาพ ในขณะที่เดียวกัน ก็มีความพยายามเพิ่มวิชาชีพสุขภาพใหม่ ๆ เช่น การผลักดันวิชาชีพการสาธารณสุข โดยอยู่ในระหว่างการพิจารณาในรัฐสภาเพื่อออกเป็นพระราชบัญญัติต่อไป

ในระดับสถานบริการ การ รับรองและพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลในระดับองค์กร ของสถาบันพัฒนา และรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (สรพ.) ถือเป็นเครื่องมือหนึ่งที่อาจจะมีบทบาทในการพัฒนาคุณภาพ ของบุคลากรในสถานบริการได้ ทั้งนี้ มาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพที่ใช้ในการประเมินมี การให้ความสำคัญกับทรัพยากรบุคคล โดยครอบคลุมเรื่องการเพิ่มคุณค่าของบุคลากรผ่านการกำหนด ปัจจัยสำคัญได้แก่ การสร้างวัฒนธรรมองค์กร การพัฒนาบุคลากรและผู้นำเพื่อให้สร้างผลงานที่ดี การ จัดระบบค่าตอบแทนและแรงจูงใจที่เหมาะสม การสร้างความก้าวหน้าในอาชีพการงาน โดยมีระบบ การประเมินผลงานและนำไปสู่การปรับปรุงต่อไป นอกจากนี้ยังเน้นการกำกับดูแลวิชาชีพ เช่นใน วิชาชีพการพยาบาล เป็นต้น

ศักยภาพในการจัดการทรัพยากรบุคคล ของภาครัฐ

การพิจารณาศักยภาพและสถานการณ์การจัดการทรัพยากรบุคคล ของ ภาครัฐ อาจวิเคราะห์แยกได้เป็นสองส่วนหลัก คือ ผู้มีบทบาทและปัญหาหลักที่มีอยู่ในส่วนกลาง และ ผู้มีบทบาทและปัญหาหลักที่มีอยู่ในระดับพื้นที่

ส่วนกลาง

- กระทรวงสาธารณสุขถือเป็นหน่วยงานหลักที่มีบทบาทสำคัญในการจัดการบุคลากร โดยเป็นทั้งผู้ใช้ และผู้กำหนดกฎเกณฑ์และนโยบายต่างๆ ภายใต้กระทรวงสาธารณสุขมีหน่วยงานหลัก สามหน่วยงานที่มีหน้าที่หลักเกี่ยวกับการจัดการกำลังคนด้านสาธารณสุข ประกอบด้วย
 - สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ มีหน้าที่ในการจัดทำข้อเสนอเชิงนโยบายและวางแผนความต้องการกำลังคนด้านสาธารณสุข และพัฒนาระบบการสร้างแรงจูงใจให้กำลังคนด้านสาธารณสุขอยู่ปฏิบัติงานในภูมิภาค เช่น ค่าตอบแทน และสวัสดิการต่าง ๆ
 - สถาบันพระบรมราชชนก มีหน้าที่ในการผลิตกำลังคนด้านสาธารณสุขบางสาขาที่มีความจำเป็นต้องปฏิบัติงานในหน่วยงานสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ทั้งระดับปริญญา และต่ำกว่าปริญญา เช่น พยาบาลวิชาชีพ ทันตภิบาล เป็นต้น อีกทั้งพัฒนากำลังคนด้านสาธารณสุข เช่น อบรมหลักสูตรผู้บริหารระดับต่าง ๆ
 - กลุ่มบริหารงานบุคคล มีหน้าที่หลักในการบริหารตำแหน่ง บรรจุ แต่งตั้ง โยกย้าย นอกจากนี้ ในกระทรวงสาธารณสุขยังมีหน่วยงานอื่นที่มีความเกี่ยวข้อง ในเรื่องการจัดการกำลังคนด้านสาธารณสุข เช่น ภายใต้กรมสนับสนุน มีสำนักสถานพยาบาลการประกอบโรคศิลปะ มีหน้าที่ดำเนินการตามกฎหมายว่าด้วยการประกอบโรคศิลปะ กฎหมายว่าด้วยสถานพยาบาล และกฎหมายอื่นที่เกี่ยวข้อง และกองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน มีหน้าที่พัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขและภาคเครือข่ายสุขภาพภาคประชาชนในการดูแลสุขภาพ การพิทักษ์สิทธิด้านสุขภาพ และการจัดการระบบสุขภาพชุมชน
- หน่วยงานภาครัฐอื่น ๆ ที่สำคัญ ที่มีบทบาทในส่วนกลาง ได้แก่
 - คณะกรรมการกำลังคนด้านสุขภาพแห่งชาติ ภายใต้คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ ทำหน้าที่เป็นคณะกรรมการกลางในการให้ข้อเสนอแนะในระดับนโยบายเกี่ยวกับกำลังคนด้านสุขภาพในภาพรวมของประเทศ
 - สภาวิชาชีพ มีหน้าที่ในการคุ้มครองประชาชน ผู้ป่วย หรือผู้บริการสาธารณสุขให้ได้รับบริการที่ปลอดภัยจากการเข้ารับบริการสาธารณสุข
- ปัญหาหลักในการบริหารจัดการ มีประเด็นหลักที่สำคัญ คือ
 - ขาดแคลนบุคลากรที่มีองค์ความรู้ในการบริหารบุคลากรด้านสาธารณสุข และบุคลากรไม่ได้รับการพัฒนาความรู้ที่เกี่ยวข้องกับการบริหารบุคลากรด้านสาธารณสุขอย่างเป็นระบบ ทำให้มีการวางแผน และการจัดการบุคลากรสาธารณสุขสาขาขาดแคลนมีความไม่ทันสมัย ไม่สอดคล้องกับสภาวะปัจจุบันและอนาคตที่ต้องมีการแข่งขันในทั้งกับภาคเอกชน ตามนโยบายขับเคลื่อนประเทศไทยให้เป็นศูนย์กลางการให้บริการ

ทางการแพทย์ในระดับภูมิภาค (Medical hub) และการไหลไปทำงานในต่างประเทศ
ตามนโยบายเปิดเสรีทางการค้าอาเซียน

- ไม่มีกลไกกลาง/หน่วยงานกลางในการบูรณาการให้เกิดการทำงานร่วมกันของหน่วยงานที่รับผิดชอบงานที่เกี่ยวข้องกับกำลังคนด้านสาธารณสุข แต่ละหน่วยงานต่างปฏิบัติตามหน้าที่ของตนเองเป็นหลัก การประสานงานและการเชื่อมโยงการทำงานค่อนข้างล่าช้า ทำให้ขาดความต่อเนื่องในการกำหนดทิศทางการพัฒนานโยบายแผนกำลังคนด้านสาธารณสุข รวมทั้งการดำเนินงานตามนโยบายเพื่อแก้ปัญหาเร่งด่วนของกระทรวงสาธารณสุข
- ข้อมูลกำลังคนด้านสาธารณสุข ที่ปฏิบัติงานในสถานบริการในส่วนภูมิภาคไม่ครบถ้วน ถูกต้อง และไม่เป็นปัจจุบัน มีความล่าช้าในการรายงานข้อมูลมาส่วนกลาง และการเชื่อมต่อทางระบบคอมพิวเตอร์ยังไม่มีประสิทธิภาพ การรายงานข้อมูลส่วนใหญ่ยังไม่ออนไลน์ และอุปกรณ์คอมพิวเตอร์ยังไม่ทันสมัยไม่สามารถรองรับฐานข้อมูลกำลังคนขนาดใหญ่ได้อย่างมีประสิทธิภาพ และกำลังคนที่ดูแลระบบยังขาดองค์ความรู้ในการจัดเก็บ ประมวลผลข้อมูล
- องค์ความรู้และงานวิจัยด้านกำลังคนด้านสาธารณสุขมีไม่เพียงพอ เนื่องจากเทคโนโลยี องค์ความรู้ กำลังคน และงบประมาณที่สนับสนุนงานวิชาการและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการนโยบายและการวางแผนกำลังคนด้านสาธารณสุขมีจำกัด
- ไม่มีแผนพัฒนาความก้าวหน้าของบุคลากรด้านสาธารณสุขสำหรับแต่ละสาขาวิชาชีพ (Career Development) ทำให้บุคลากรที่ปฏิบัติงานในหน่วยงานต่าง ๆ ขาดโอกาสในการพัฒนาตนเองอย่างเป็นระบบและขาดความต่อเนื่องในการพัฒนาองค์ความรู้ทางวิชาการที่จำเป็นสำหรับวิชาชีพ รวมถึงขาดการพัฒนากระบวนการและรูปแบบการทำงานร่วมกันในลักษณะสหสาขาวิชาชีพ
- ไม่มีแผนพัฒนาบุคลากรในภาพรวม ของกระทรวงสาธารณสุข ที่ครอบคลุมกรมวิชาการต่าง ๆ ทำให้ไม่เห็นภาพของการพัฒนาบุคลากร
- หลักสูตรการผลิตและพัฒนาบุคลากรด้านสาธารณสุข ขาดการทบทวนและปรับเปลี่ยนให้มีความเหมาะสมและเป็นไปตามความต้องการของหน่วยบริการ และของประชาชน ผู้รับบริการในส่วนภูมิภาค ขาดการมีส่วนร่วมของผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้อง โดยเฉพาะภาคประชาชนและองค์กรปกครองท้องถิ่น

ในระดับพื้นที่

- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมีบทบาทสำคัญในการบริหารจัดการบุคลากรในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขในระดับจังหวัด โดย กลุ่มงานที่มีหน้าที่ในการจัดการกำลังคนในสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด คือ กลุ่มงานพัฒนาศาสตร์สาธารณสุข และกลุ่มงานทรัพยากรบุคคล ในระดับสถานบริการนั้น โรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป ภายใต้กลุ่มภารกิจด้าน อำนวยการ มีฝ่ายการเจ้าหน้าที่เป็นผู้รับผิดชอบด้านการจัดการบุคลากร ในขณะที่ โรงพยาบาลชุมชนมีกลุ่มงานบริหารเป็นผู้รับผิดชอบด้านการจัดการบุคลากร

- การบริหารอัตรากำลังคนในระดับจังหวัดและระดับสถานบริการส่วนใหญ่ยังอาศัยกฎระเบียบและคำสั่งจากส่วนกลางเป็นหลัก โดยไม่ได้มีการวางแผนและเตรียมการด้วยตนเองอย่างเป็นระบบ เนื่องจากมีการรวมศูนย์การตัดสินใจที่ส่วนกลาง ร่วมกับศักยภาพในระดับพื้นที่อาจยังจำกัด การพัฒนาศักยภาพ และความรู้ด้านการบริหารจัดการ กำลังคนด้านสาธารณสุขสำหรับผู้บริหาร และผู้ที่รับผิดชอบหลัก จะต้องทำอย่างเป็นระบบและเข้มแข็งมากขึ้น
- แนวโน้มการจัดการกำลังคนต้องเข้มแข็งมากขึ้น เพราะทิศทางการ กระจายความรับผิดชอบด้านการจัดการบุคลากรจากส่วนกลางให้พื้นที่มีบทบาทมากขึ้น ตัวอย่างเช่น ระบบนักเรียนทุนที่เปลี่ยนไปโดยเฉพาะในกลุ่มพยาบาล และสาขาวิชาชีพขาดแคลน ซึ่งปัจจุบันเป็นบทบาทของผู้บริหารระดับจังหวัดและระดับสถานบริการที่จะต้องวางแผนและสนับสนุนเอง ดังนั้น ผู้รับผิดชอบงานด้านการจัดการบุคลากรต้องมีขีดความสามารถในการวางแผน การจัดการและการประเมินผล โดยต้องมีความเป็นมืออาชีพมากขึ้น
- การมีส่วนร่วมในการวางแผนความต้องการอัตรากำลัง ในทุกระดับโดยเฉพาะระดับสถานบริการ จังหวัด และเขต จะต้องเข้มแข็งขึ้น โดยมุ่งเน้นการพัฒนาข้อมูลสารสนเทศที่เก็บรวบรวมและวิเคราะห์ใช้งานในระดับพื้นที่ และการพัฒนาขีดความสามารถในการบริหารจัดการบุคคลในทุกระดับ

สถานการณ์และศักยภาพในการจัดการทรัพยากรบุคคล ของภาคเอกชน

- จากการสัมภาษณ์ผู้บริหารสถานบริการเอกชนบางแห่ง พบว่า สถานการณ์ความขาดแคลนกำลังคนด้านสุขภาพในสถานบริการภาคเอกชน ปัจจุบัน มีความขาดแคลนพยาบาลวิชาชีพมากที่สุด และใน 3-5 ปีข้างหน้าจะมีความต้องการพยาบาลเพิ่มมากขึ้นอีกจากการเปลี่ยนแปลงในระบบเศรษฐกิจและการเพิ่มจำนวนของผู้รับบริการจากภูมิภาคอาเซียน โดยมีการ ประเมินการเบื้องต้นว่าน่าจะต้องการพยาบาลเพิ่มขึ้นถึงร้อยละ 20 ของจำนวนที่ปฏิบัติงานในปัจจุบัน และในภาพรวมทั้งประเทศคาดว่าจะมีความต้องการเพิ่มไม่น้อยกว่า 1,000 คน รองลงมาคือ แพทย์ทั่วไปที่มีระยะการทำงานเพียง 1-2 ปี มีอัตราการลาออกสูงเนื่องจากส่วนใหญ่ต้องการไปเรียนต่อเป็นแพทย์ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทาง ส่วนแพทย์เฉพาะทางมีความขาดแคลนไม่มากเนื่องจากการจ้างงานในรูปแบบบางเวลา โดยอาศัยบุคลากรแพทย์จากสถานบริการรัฐมาเสริม นอกจากแพทย์และพยาบาลแล้ว ระบบบริการเอกชนยัง มีความขาดแคลนกำลังคนด้านสุขภาพในกลุ่มผู้ช่วยที่มีการศึกษาระดับต่ำกว่าปริญญาตรี เช่น ผู้ช่วยทันตแพทย์ รังสี ห้องตรวจทางห้องปฏิบัติการ และผู้ช่วยกายภาพบำบัด
- รูปแบบการจ้างงานในภาคเอกชน มีหลายรูปแบบทั้งการจ้างงานแบบเต็มเวลา และบางเวลา การกำหนดค่าตอบแทนมี 2 ประเภทหลัก คือ การประกันเงินเดือนขั้นต่ำ และระบบการจ่ายค่าตอบแทนตามผลงาน สัดส่วนการประกันเงินเดือนขั้นต่ำประมาณ ร้อยละ 85 และเงินค่าตอบแทนตามผลการปฏิบัติงานประมาณร้อยละ 15 กำหนดสัดส่วนการประกันเงินเดือนขั้นต่ำสูงเนื่องจากเป็นเงินที่ต้องได้รับทุกเดือนทำให้บุคลากรมีความรู้สึกมั่นคง
- มีนโยบายสร้างความเติบโตและความก้าวหน้าในวิชาชีพ และสนับสนุนการพัฒนาอย่างต่อเนื่องที่เป็นแรงจูงใจให้อยู่ปฏิบัติงานอย่างยาวนาน

- การประเมินผล มีการประเมินผลการปฏิบัติงานอย่างต่อเนื่องและเป็นระบบ และผลการประเมินจะเป็นตัวกำหนดค่าตอบแทนและความก้าวหน้าของบุคลากร
- การรับคนเข้าทำงานใหม่จะมีระบบคัดคนที่มีทัศนคติ และแนวคิดที่สอดคล้องกับองค์กร เน้นการเป็นคนดีและส่งเสริมคนเก่ง และดูแลเหมือนเป็นคนในครอบครัว และสร้างบรรยากาศการทำงานให้คนทำงานมีความสุข

โอกาส ภัยคุกคาม และความท้าทายในระบบการสร้าง พัฒนา และจัดการ บุคลากรด้านสุขภาพ

การสร้างพัฒนาและจัดการบุคลากร มีความสัมพันธ์กับ ระบบบริการสุขภาพซึ่งถูกกระทบโดยการเปลี่ยนแปลงในสภาพแวดล้อมโดยรวม ฉะนั้น การวิเคราะห์โอกาสและความท้าทายมีความจำเป็นต้องทำความเข้าใจและศึกษาการเปลี่ยนแปลงในระบบบริการสุขภาพ และการเปลี่ยนแปลงปัจจัยแวดล้อม (context) โดยรวม โดยในรายงานนี้ได้นำเสนอการวิเคราะห์ที่นำเสนอในรายงานของสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข เนื่องในโอกาสที่จะก้าวสู่ทศวรรษที่สาม ดังต่อไปนี้

การวิเคราะห์สภาพแวดล้อมโดยรวม

การวิเคราะห์สภาพแวดล้อมที่เกี่ยวข้องกับบริการสุขภาพและบุคลากรสุขภาพทำโดยอ้างอิงกรอบแนวคิด PESTLE (Politics, Economic, Social, Technology, Legal, Environment) โดยมีประเด็นสำคัญในแต่ละองค์ประกอบดังนี้

การเมืองและกฎหมาย

- ความขัดแย้งระหว่างประเทศสหรัฐอเมริกาและจีนในการแข่งขันบทบาทในภูมิภาคเอเชีย สหรัฐเพิ่มแรงกดดันเรื่องสิทธิมนุษยชน สิ่งแวดล้อม การค้าเสรี ทรัพย์สินทางปัญญา และประชาธิปไตย
- การเมืองไทยยังอยู่ในช่วงเปลี่ยนผ่าน ความแตกต่างทางความคิดยังคงมีอยู่ ผู้กำหนดนโยบายของประเทศจะเป็นคนรุ่นใหม่มากขึ้น ความเชื่อมั่นในสถาบันต่าง ๆ ลดลง
- ความไม่แน่นอนทางการเมืองในการกำหนดนโยบายภาครัฐสูง
- ปัญหาภาคใต้ยังมีอยู่อย่างต่อเนื่อง
- บทบาทการเมืองภาคประชาชนสูงขึ้น โดยการรวมกลุ่มเฉพาะกิจและแสดงความคิดเห็นในด้านต่าง ๆ ผ่านสื่อและสังคมออนไลน์

เศรษฐกิจ

- ภูมิภาคเอเชียมีบทบาทมากขึ้นเรื่อย ๆ การเติบโตของประเทศเพื่อนบ้านในกลุ่มประเทศอินโดจีน (CMLV) จะเป็นแรงช่วยกระตุ้นให้ไทยมีการเติบโตทางเศรษฐกิจอย่างช้า ๆ และต่อเนื่อง
- การคลังสาธารณะและงบประมาณภาครัฐเพิ่มแต่สัดส่วนลดลง เนื่องจากธุรกิจสามารถย้ายไปฐานที่ภาษีต่ำกว่าได้ง่าย
- การค้าชายข้ามพรมแดน มีบทบาทมากขึ้น เมืองชายแดนจะโตขึ้นมาก รวมทั้งพื้นที่เป็นแหล่งศูนย์กลางการกระจายสินค้า (Logistics Hub)
- มีการเปิดเสรีภาคบริการมากขึ้นเนื่องจากแรงกดดันจากฝ่ายต่าง ๆ

- มีความเสี่ยงต่อการติดกับดักการเป็นประเทศรายได้ปานกลาง (Middle Income Trap) ไม่เกิดการพัฒนาศักยภาพคนและระบบเศรษฐกิจให้ก้าวต่อไปเป็นประเทศที่มีรายได้สูงได้ และมีความเสี่ยงต่อการเกิดวิกฤติเศรษฐกิจได้เนื่องจากขาดการพัฒนาและระบบและความสามารถในการแข่งขัน

สังคม

- ทั่วโลกคนจะย้ายเข้ามาอาศัยในเมืองมากขึ้น ประชากรสูงอายุเพิ่มขึ้น
- ประเทศโดยเฉพาะในไทยหัวเมืองใหญ่ ๆ จะเติบโตเพิ่มขึ้น
- เครือข่ายสังคมเปลี่ยนไป
- มีการย้ายถิ่น (im)migration เข้ามาทำงานในเมืองในทุกระดับ
- การเกิดประชาคมอาเซียน จะเพิ่มการเคลื่อนย้ายคน สินค้า บริการ แม้ความร่วมมือด้านความมั่นคง สังคม จะยังจำกัด
- จำนวนคนจนลดลง การขยายตัวของชนชั้นกลาง แต่ยังมีประชาชนบางกลุ่มอาจถูกทอดทิ้ง เข้าไม่ถึงบริการ ขาดโอกาสโดยเฉพาะกลุ่มที่เข้าถึงข้อมูลข่าวสารและเทคโนโลยี
- ความเหลื่อมล้ำทางเศรษฐกิจสังคมสูงขึ้น

เทคโนโลยี

- เทคโนโลยีการสื่อสารเคลื่อนที่ต่อเนื่อง เครื่องมือรุ่นใหม่ ๆ มีราคาถูกลง อุปกรณ์ต่าง ๆ เชื่อมโยงกับอินเทอร์เน็ตทุกที่ตลอดเวลา
- มีการเติบโตของเทคโนโลยีเพื่อการสังคม ทำให้วิถีการดำเนินชีวิตเปลี่ยนไป ทั้งความเป็นอยู่ วิธีการบริโภค การรับรู้ การระมัดระวังตัว
- อาหารจากการตัดต่อทางพันธุกรรมมีบทบาทมากขึ้น เพื่อทนต่อการเปลี่ยนแปลงทางภูมิอากาศ และเพิ่มสารอาหาร
- เทคโนโลยีทางการแพทย์ในการวินิจฉัย ป้องกัน รักษาโรคทำได้ง่าย เร็ว แม่นยำมากขึ้น รวมถึงจากระยะไกล คนทั่วไปสามารถเข้าถึงข้อมูลสุขภาพมากขึ้น แต่ในไทยน่าจะมีข้อจำกัดด้านการจัดการระบบพื้นฐาน

สิ่งแวดล้อม

- แหล่งพลังงานลดลง มีการแย่งชิงทรัพยากรที่มีจำกัดโดยเฉพาะพลังงานอาหาร น้ำ โลหะธาตุ
- ภาวะโลกร้อนทำให้มีความแปรปรวนได้มากขึ้น ความเสี่ยงต่อภัยธรรมชาติรุนแรง และถี่ขึ้น ส่งผลกระทบต่อความเสียหายที่สูงขึ้นตามมา
- การเติบโตของเมือง การกระจุกตัวของคน ส่งผลต่อปัญหามลพิษและการจัดการสิ่งแวดล้อม
- Emerging Issue เช่น อุบัติภัย น้ำท่วม ดินโคลนถล่ม เหตุการณ์ฉุกละหุก ประเทศไทยต้องการกำลังคนด้าน EMS ซึ่งปัจจุบันอาจมีอยู่แต่ยังไม่ well management ส่วนประเด็น Intermediate Care อาจต้องขยายความเพิ่มเติมเรื่องกำลังคนดังกล่าว

สรุป คือมีการเปลี่ยนแปลงประชากรเข้าสู่สังคมสูงอายุ มีการย้ายถิ่นเข้าเมืองมากขึ้น และย้ายข้ามแดนเพิ่มขึ้น ประชาชนชั้นกลางขยายตัว แต่ก็มีความเสี่ยงต่อการเกิดวิกฤติต่าง ๆ มากขึ้น ทั้งจากภัยธรรมชาติ โรคระบาด ในขณะเดียวกัน การที่ทรัพยากรและงบประมาณมีจำกัด ความไม่แน่นอนทางการเมืองสูง จะส่งผลกระทบต่อบทบาทรัฐ ปัจจัยจากนอกประเทศ ทั้งจากในภูมิภาคอาเซียนและจากการเปลี่ยนแปลงในระดับโลกต่าง ๆ จะมีความสำคัญมากขึ้น การพัฒนาทางเทคโนโลยีและสารสนเทศนำไปสู่เครื่องมือใหม่ ๆ ให้คนมีส่วนร่วมในการจัดการสุขภาพมากขึ้น แต่ก็อาจจะส่งเสริมความเหลื่อมล้ำและสร้างปัญหาที่ตามมาได้

การวิเคราะห์การเปลี่ยนแปลงระบบบริการสุขภาพ

การเปลี่ยนแปลงในบริบทระดับมหภาคที่กล่าวมาแล้ว น่าจะส่งผลกระทบต่อระบบสุขภาพได้ในหกประการ คือ

- การเปลี่ยนแปลงประชากร ทั้งในส่วนของการเข้าสู่สังคมสูงอายุ การขยายตัวของเมือง การย้ายถิ่น และการเพิ่มสัดส่วนของชนชั้นกลาง
- ระบบต่าง ๆ จะมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะวิกฤติ (shock) มากขึ้น ทั้งจากสาธณภัยต่าง ๆ การระบาดของโรคติดเชื้อ และภาวะถดถอยทางเศรษฐกิจ
- ทรัพยากรและงบประมาณโดยเฉพาะจากส่วนกลางจำกัด เนื่องมาจากความไม่แน่นอนทางการเมืองสูง ส่งผลกระทบต่อบทบาทกลไกภาครัฐ ในขณะที่บทบาทท้องถิ่นและกลุ่มสังคมมีมากขึ้น
- ในขณะเดียวกัน บทบาทของปัจจัยและบริบทนอกประเทศ ทั้งในส่วนของประเทศที่มีพรมแดนติดต่อกัน (cross border) ในระดับภูมิภาค และในระดับโลก มีความสำคัญมากขึ้น
- เทคโนโลยีและสารสนเทศ นำไปสู่เครื่องมือใหม่ ๆ ให้ประชาชนทั่วไปมีส่วนร่วมในการจัดการตนเอง รวมถึงการจัดการสุขภาพมากขึ้น
- ความเหลื่อมล้ำในด้านต่าง ๆ ยังคงมีอยู่อย่างต่อเนื่อง และปัญหาที่ตามมา

ในขณะเดียวกัน นอกเหนือจากการเปลี่ยนแปลงในบริบทมหภาคแล้ว แนวโน้มประเด็นปัญหาในระบบสุขภาพที่เปลี่ยนไป เช่น ภาระจากโรคติดต่อลดลง ภาระจากโรคเอดส์ลดลงและมีแนวโน้มรักษาได้ ภาระจากโรคเรื้อรัง โรคเมะเร็งเพิ่มขึ้น แต่ โรคระบาด เชื้ออุบัติไ หม่ เชื้อดื้อยา ยังคงเป็นประเด็นท้าทายที่สำคัญ ปัจจัยเสี่ยงที่สัมพันธ์กับรายได้ เช่น ภาวะน้ำหนักเกิน น้ำตาลสูง ไขมันสูง ยังคงเพิ่มขึ้นต่อเนื่อง ในส่วนของการรักษาพยาบาล นวัตกรรมใหม่ ๆ ในบางโรคมีแนวโน้มการรักษาพยาบาลที่เน้นการปรับรูปแบบวิธีการเฉพาะแต่ละราย (customized targeted care) โดยอาศัยเทคโนโลยีใหม่ ๆ เข้ามาช่วย ในขณะที่การจัดระบบบริการมีแนวโน้มจะเน้นการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยและชุมชนในการดูแลสุขภาพ มีการจัดระบบมาตรฐานในการดูแลที่ลดความแตกต่างและเพิ่มประสิทธิภาพในการรักษาพยาบาล

จากการศึกษาเบื้องต้นโดย กกกก พบว่า การเปลี่ยนแปลงในบริบทแวดล้อมและแนวโน้มการเปลี่ยนแปลงในความต้องการด้านสุขภาพมีความท้าทายต่อระบบสุขภาพหลายประการ โดยสามารถแยกเป็นประเด็นต่าง ๆ ดังนี้

- กระบวนการกำหนดนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ

ความไม่แน่นอนในทางการเมืองในประเทศ ร่วมกับการแบ่งขั้วแบ่งฝัก และการเปลี่ยนแปลงของสื่อและสังคม ทำให้แนวโน้มการกำหนดนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพในระดับชาติโดยเริ่มที่ส่วนกลางมีความลำบากมากขึ้น แนวโน้มอาจจำเป็นต้องเน้นการขับเคลื่อนนโยบายจากภาคส่วนต่าง ๆ และในระดับท้องถิ่นมากขึ้น ในขณะเดียวกัน การเพิ่มความเชื่อมโยงระหว่างประเทศและการเปิดเสรีการค้า บริการ และการเพิ่มบทบาทของปัจจัยจากต่างประเทศทำให้มีคำถามถึงความจำเป็นของประเทศไทยในการเพิ่มบทบาทต่อการกำหนดนโยบายในต่างประเทศ ในระดับภูมิภาคและในระดับโลก ที่จะส่งผลต่อระบบสุขภาพโดยรวมและระบบสุขภาพของไทยเอง

- **ทรัพยากรสาธารณะเพื่อกิจการด้านสาธารณสุข**
แนวโน้มของการลดลงในสัดส่วนทรัพยากร และงบประมาณสาธารณะโดยเฉพาะจากส่วนกลางเพื่อใช้ในบริการด้านสุขภาพ เป็นโจทย์ที่สำคัญประการหนึ่ง ในการพิจารณาที่มาของเงินเพื่อสวัสดิการด้านสุขภาพในอนาคต ทั้งในส่วนหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า และงบประมาณเพื่อการสาธารณสุขอื่น ๆ อาจมีความจำเป็นต้องหาแหล่งเงินอื่นเพิ่มเติม เช่น การมีส่วนร่วมจ่ายของประชาชน การจัดให้มีประกันสำหรับบริการสุขภาพระยะยาว (long term care insurance) หรือการหาแหล่งรายได้แผ่นดินอื่น ๆ รวมถึงเงินจากส่วนท้องถิ่นที่อาจต้องมีส่วนในการจัดการสุขภาพมากขึ้น
- **การเคลื่อนย้ายของคน สินค้า บริการ**
ภายใต้แนวโน้มที่จะมีการเคลื่อนย้ายของคน สินค้า บริการเพิ่มมากขึ้น จากการเข้าสู่ประชาคมอาเซียน และการเปลี่ยนแปลงตามโลกาภิวัตน์ ทำให้ระบบสุขภาพไทยมีความจำเป็นต้องจัดกระบวนการจัดการเพื่อรองรับการเปลี่ยนแปลงดังกล่าว โดยมีประเด็นย่อย ๆ ที่ต้องพิจารณาหลายด้าน เช่น ความปลอดภัยทาง อาหาร ยา ฯลฯ ที่อาจมีการนำเข้าจากประเทศอื่น ๆ โดยไม่ได้คุณภาพ การเฝ้าระวังและป้องกันโรคติดต่อที่มีในประเทศเพื่อนบ้าน เชื้อดื้อยา เชื้ออุบัติใหม่ การดูแลคนต่างชาติในไทย คนไทยในต่างชาติ การย้ายถิ่น และการท่องเที่ยวเพื่อการรักษาพยาบาล (medical tourism) เป็นต้น
- **การปรับระบบบริการสุขภาพ เพื่อรองรับการเปลี่ยนแปลงในสังคม**
การเข้าสู่สังคมสูงอายุ การขยายตัวของสังคมเมือง ล้วนแล้วแต่เป็นความท้าทายของระบบบริการสุขภาพที่ต้องมีการจัดการเพื่อให้รองรับความต้องการที่เปลี่ยนไป โดยอาจต้องมีการปฏิรูประบบการจัดการบริการสุขภาพ เพื่อรองรับการเปลี่ยนแปลง ทั้งในส่วนของการจัดการระบบรองรับเทคโนโลยีสารสนเทศเพื่อใช้ด้านสุขภาพ การปรับบทบาทของสถานบริการ การแพทย์และสาธารณสุข การจัดการบุคลากรทางการแพทย์ โดยอาจต้องพิจารณาใช้ระบบการสื่อสารสาธารณะ และสื่อสังคม เพื่อมีส่วนช่วยในการจัดการสุขภาพ โดยให้ประชาชนและชุมชนมีบทบาทในการดูแลตนเองมากขึ้น ภายใต้เครื่องมือใหม่ ๆ และมีการปรับศักยภาพบุคลากรที่มีอยู่ หรือเพิ่มบุคลากรรูปแบบใหม่ ๆ เพื่อตอบสนองต่อการเปลี่ยนแปลงดังกล่าว เช่น การมี Care coordinator, Health knowledge broker, Social network health volunteers เป็นต้น
- **การป้องกันและเตรียมรับสาธารณสุขภัย ภัยธรรมชาติ และการขาดแคลนทรัพยากร**
แนวโน้มความเปลี่ยนแปลงในสภาพภูมิอากาศ ทำให้ระบบสุขภาพมีความจำเป็นต้องปรับตัว โดยเฉพาะในการเตรียมการรับผลกระทบทางสุขภาพจากการเปลี่ยนแปลงดังกล่าว ทั้งใน

ส่วนของรวมถึงการเตรียมตัวรับการเกิดภัยธรรมชาติและสาธารณภัยต่าง ๆ และการเปลี่ยนแปลงรูปแบบการเกิดโรคต่าง ๆ จากสภาพภูมิอากาศที่เปลี่ยนไปนอกจากนี้ การเพิ่มขึ้นของความต้องการพลังงานและราคาที่สูงขึ้น และความจำเป็นในการ จัดสรรทรัพยากรน้ำเพื่อการบริโภคและใช้สอยอย่างเหมาะสม ยังอาจส่งผลต่อการทำงานของระบบบริการสุขภาพในอนาคต

- ความเหลื่อมล้ำในระบบสุขภาพ
ถึงแม้ว่าแนวโน้มการเติบโตทางเศรษฐกิจจะส่งผลให้ประชาชนโดยรวมมีคุณภาพชีวิตดีขึ้น แต่ประชากรหลายกลุ่มที่ขาดโอกาสในการเข้าถึงบริการภาครัฐ หรือถูกตัดขาดจากกระแสสารสนเทศในยุคดิจิทัลหรือการเข้าถึงเทคโนโลยี หรือถูกแบ่งแยกทางวัฒนธรรมหรือทางภูมิศาสตร์ จะเป็นกลุ่มที่ท้าทายระบบสุขภาพ ในความพยายามที่จะลดความเหลื่อมล้ำในระบบสุขภาพ โดยการสนองตอบต่อความต้องการด้านสุขภาพของประชาชนกลุ่มดังกล่าวได้อย่างเหมาะสม โดยอาจจำเป็นต้องมีวิธีการ หรือแนวทางใหม่ ๆ ในการส่งเสริมสุขภาพและการเข้าถึงบริการของกลุ่มดังกล่าว

นอกจากทิศทางแนวโน้มการเปลี่ยนแปลงของระบบสุขภาพโดยรวมแล้ว ในช่วงหนึ่งปีที่ผ่านมา กระทรวงสาธารณสุขยังได้มีการเริ่มต้นเปลี่ยนแปลงตามนโยบายสาธารณสุขที่เน้นการเปลี่ยนแปลงหลักหกประการ (moph-news.blogspot.com ข่าวสารสาธารณสุข) ได้แก่

1. การอภิบาลระบบงาน แยกบทบาท ผู้ซื้อ ผู้ให้บริการ ผู้ควบคุม ผู้สนับสนุน
2. การบริหารกำลังคน โดยมีรูปแบบการจ้างงานใหม่ และมุ่งเน้นประสิทธิภาพการบริหารคน
3. การสร้างประสิทธิภาพในระบบบริการ เพิ่มสภาพคล่องทางการเงิน และใช้ทรัพยากรต่างๆ ร่วมกันในระบบเครือข่าย
4. การสร้างเพิ่มรายรับในระบบสุขภาพ โดยการเพิ่มการคลังจากกลุ่มประชากรเพิ่มเติม เช่น ข้าราชการส่วนท้องถิ่น และกลุ่มที่ยังขาดระบบดูแล เช่น แรงงานต่างด้าว
5. การบริหารการลงทุน และการนำประเทศไทยเป็นผู้นำด้านเทคโนโลยีทางการแพทย์สมัยใหม่ ในภูมิภาค (Medical hub)
6. การประเมินผล โดยพัฒนาระบบข้อมูลข่าวสารสุขภาพของระบบการดูแลด้านสุขภาพของประเทศเป็นระบบเดียว และเน้นการใช้ตัวชี้วัดเป้าหมายงานในการประเมินผลทุกกิจกรรม

ทิศทางการเปลี่ยนแปลงดังกล่าวย่อมส่งผลกระทบต่อระบบบุคลากรด้านสุขภาพ และการบริหารจัดการบุคลากรในระบบบริการสุขภาพ

วิเคราะห์ระบบบุคลากรสุขภาพและผลกระทบของการเปลี่ยนแปลงต่อการจัดการ บุคลากรด้านสุขภาพ

ระบบบริการสุขภาพมีความสำคัญเชื่อมโยงและส่งผลกระทบต่อ การเปลี่ยนแปลงในระบบบุคลากรสุขภาพอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ โดยระบบบริการสุขภาพในประเทศไทยในปัจจุบันมีจุดแข็งหลายประการ ทั้งในเรื่องของการกระจายทรัพยากรสู่พื้นที่ต่าง ๆ ในช่วงหลายสิบปีที่ผ่านมาเพื่อสนับสนุนการเข้าถึงบริการ การมีหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าและการจัดรูปแบบการคลังที่เน้นผู้รับบริการ (Demand side financing) ก็มีส่วนสร้างให้ระบบบริการตอบสนองต่อผู้รับบริการได้และเป็นที่ยอมรับในระดับหนึ่ง แต่ ข้อด้อยของระบบบริการในประเทศไทยก็ยังคงมีอยู่ ทั้งในเรื่อง ความไม่เท่าเทียมกันของการเข้าถึงบริการ ปัญหาการกระจายของสถานบริการและทรัพยากรสุขภาพในบางพื้นที่ การรวมศูนย์การบริหารจัดการ และการขาดตัวชี้วัดในเชิงประสิทธิภาพ และผลลัพธ์ และข้อจำกัดของระบบข้อมูลข่าวสารที่มีการแยกส่วน ซ้ำซ้อน และเป็นภาระของระบบบริการในการรายงาน

ในระบบบุคลากรสุขภาพนั้น จุดเด่นที่สำคัญน่าจะได้แก่ การมีบุคลากรสนับสนุนที่เป็นอาสาสมัครมาช่วยเหลือกิจกรรมด้านสุขภาพของรัฐในระดับท้องถิ่นอย่างต่อเนื่อง โดยเป็นกำลังสำคัญทั้งในเรื่องของการสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันและเฝ้าระวังโรค และเป็นตัวเชื่อมที่สำคัญระหว่างระบบบริการสุขภาพกับชุมชนท้องถิ่น ในส่วนของบุคลากรวิชาชีพนั้น การควบคุมปริมาณและเน้นคุณภาพ ของการผลิตทำให้ได้บุคลากรที่มีคุณภาพค่อนข้างสูง แต่ก็ทำให้มีจำนวนผู้ให้บริการในกลุ่มวิชาชีพมีน้อย และขาดแคลน แต่ก็ทำให้บุคลากรดังกล่าวมีรายได้และค่าตอบแทนสูงกว่าวิชาชีพอื่น และทำให้เกิดระบบการมอบหมายงานให้กลุ่มวิชาชีพข้างเคียง (task shifting) เช่น พยาบาลรับภาระงานของแพทย์ เป็นต้น ซึ่งอาจเป็นองค์ประกอบหนึ่งด้านประสิทธิภาพของระบบที่ทำให้ระบบสุขภาพไทยมีรายจ่ายสุขภาพในระดับต่ำ เมื่อเทียบกับประเทศอื่น ๆ ในระดับรายได้ใกล้เคียงกัน

แต่การขาดแคลนบุคลากรวิชาชีพก็ส่งผลกระทบเชิงลบต่อพื้นที่ห่างไกล ชนบท ในหลายพื้นที่ และนำไปสู่การลาออกของพยาบาลวิชาชีพ โดยเฉพาะในโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไปที่มีภาระงานหนัก ที่ผ่านมามีการแก้ปัญหาการขาดแคลนแพทย์และบุคลากรอื่น ๆ เน้นอาศัยระบบการบังคับใช้ทุนเป็นกลไกหลัก ซึ่งไม่สามารถแก้ปัญหาได้อย่างยั่งยืน การเปลี่ยนแปลงระบบการจัดสรรทุน การศึกษา และการเพิ่มสัดส่วนคนจากท้องถิ่นและพื้นที่เข้าเรียนเป็นแนวนโยบายที่เพิ่มขึ้นในระยะหลังที่ควรจะต้องติดตามผลในการช่วยแก้ปัญหาการกระจายบุคลากรได้หรือไม่ในอนาคต

ข้อด้อยอีกประการของระบบบุคลากรสุขภาพได้แก่ ความอ่อนแอในระบบการพัฒนาและบริหารจัดการบุคลากรในภาครัฐทั้งในส่วนกลางและระดับสถานบริการ ที่ยังเน้นแค่การจัดการบุคลากร (personnel management) แต่ยังไม่ได้มีการบริหารและพัฒนาทรัพยากรบุคคลอย่างเป็นระบบ ยังขาดระบบจัดการข้อมูลสารสนเทศด้านบุคลากรในภาครัฐ และระบบอภิบาลระบบบุคลากร (health workforce governance) ที่มีประสิทธิภาพ

ความท้าทายและภัยคุกคาม

การเปลี่ยนแปลงในสภาพแวดล้อม และการเปลี่ยนแปลงในระบบสุขภาพที่กล่าวมาแล้ว มีแนวโน้มส่งผลให้เกิดความท้าทายและภัยคุกคามต่อระบบ การผลิต พัฒนา และจัดการบุคลากรด้านสุขภาพ ได้เพิ่มขึ้นอีกหลายประการ เช่น

- ประชากรสูงอายุเพิ่มขึ้น ต้องการการบริการและกำลังคนด้านสาธารณสุขเฉพาะทางสำหรับดูแลผู้สูงอายุและการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังมากขึ้น นอกจากนี้ การเติบโตทางเศรษฐกิจที่ทำให้คนมีรายได้สูงขึ้น โดยทั่วไปแล้วจะทำให้ความต้องการการบริการสุขภาพเพิ่มมากขึ้น
- ผู้รับบริการรักษาพยาบาลชาวต่างชาติอาจจะเพิ่มจำนวนขึ้น โดยรวมถึง
 - แรงงานข้ามชาติทั้งที่ถูกกฎหมายและผิดกฎหมายที่มีการเจ็บป่วยในประเทศ โดยเฉพาะในพื้นที่ชายแดนที่มีแรงงานข้ามชาติอยู่มาก สร้างภาระรายจ่ายและภาระงานแก่กำลังคนด้านการแพทย์เพิ่มมากขึ้น
 - ผู้ป่วยที่มาเพื่อรับบริการรักษาพยาบาลโดยตรง (medical tourists)
- แม้ว่าศักยภาพการผลิตของสถาบันการผลิตกำลังคนด้านสุขภาพเพิ่มขึ้น แต่ ทิศทางการจัดการศึกษาอาจจะยังไม่สอดคล้องกับความต้องการ และแนวโน้มปัญหาสุขภาพในอนาคต ทั้งในเรื่องของความรู้ และทักษะที่จะมาแก้ปัญหาโรคเรื้อรัง และปัญหาผู้สูงอายุ ที่เพิ่มมากขึ้น นอกจากนี้ การเพิ่มการผลิตกำลังคนด้านสาธารณสุข และการเปิดสถาบันการผลิตใหม่ที่มีความพร้อมไม่เพียงพอ อาจส่งผลกระทบต่อคุณภาพของการจัดการเรียนการสอน และคุณภาพของผู้สำเร็จการศึกษา ถ้าไม่มีระบบประเมินและควบคุมคุณภาพ อย่างต่อเนื่อง
- ความขาดแคลนกำลังคนด้านสาธารณสุข ในภาพรวมน่าจะมีแนวโน้มเปลี่ยนแปลงในทางที่ดีขึ้น เนื่องจากการเพิ่มกำลังการผลิต แต่ ปัญหาการกระจายของบุคลากรวิชาชีพบางกรณีและบางพื้นที่ โดยเฉพาะ พยาบาล และแพทย์ในสาขาที่ขาดแคลน น่าจะยังคงอยู่หากไม่มีระบบการจัดการที่เหมาะสม เช่น ปัญหาการดำรงรักษาบุคลากรไว้ในพื้นที่กันดาร หรือในภาครัฐ โดยส่วนหนึ่งอาจได้ผลกระทบจากลักษณะนิสัยของคนรุ่นใหม่ที่รักอิสระและต้องการเป็นตัวของตัวเองสูง และผลจากการขยายตัวของสถานบริการเอกชนไทยที่ขยายบริการในเมืองใหญ่และในประเทศเพื่อนบ้าน
- ในกลุ่มแพทย์นั้น การเพิ่มจำนวนของผู้เข้าเรียนแพทย์ที่เป็นเพศหญิง และ แนวโน้มความนิยมเลือกอบรมเป็นแพทย์ผู้เชี่ยวชาญบางสาขาที่เน้นงานไม่หนัก รายได้มาก อาจทำให้การขาดแคลนแพทย์บางสาขาแย่ลงไปอีก ในขณะที่แพทย์ที่ไม่ได้รับเลือกเข้ารับการอบรมเฉพาะทางในสาขาที่ต้องการอาจผันแปรไปศึกษาต่อหรือทำงานในต่างประเทศ หรือไปทำงานในภาคเอกชน เช่น ตามคลินิกเสริมความงาม ที่มีการขยายตัวต่อเนื่อง
- หากกลไกภาครัฐในทุกระดับยังขาดความสามารถทางการอภิบาลระบบและการบริหารจัดการบุคคลและการจัดการเรื่องแรงจูงใจในการทำงานทั้งที่เป็นเงินและไม่เป็นเงิน โดยเฉพาะปัญหาในกระทรวงสาธารณสุข ในส่วนภูมิภาคที่ต้องมีการแข่งขันกับ ก็น่าจะส่งผลให้ หน่วยบริการในภาครัฐยังคงมีความขาดแคลนกำลังคนด้านสาธารณสุขกลุ่มวิชาชีพหลักในพื้นที่กันดารอย่างต่อเนื่อง เนื่องจากมีการกระจายกำลังคนที่ไม่เหมาะสมระหว่างเขตเมืองและชนบท
- ภาระค่าใช้จ่ายด้านการรักษาพยาบาล ค่ายา ที่แพงขึ้น รวมทั้งค่าตอบแทนกำลังคนด้านการแพทย์และสาธารณสุขสาขาขาดแคลนที่จะปรับเพิ่มสูงขึ้น จะทำให้ ประชาชนกลุ่มที่ด้อย

โอกาสที่ระบบหลักประกันสุขภาพไม่ครอบคลุม ไม่สามารถเข้าถึงบริการของกำลังคนด้าน
สาธารณสุขได้น้อยลง

โอกาส

นอกจากความท้าทายดังกล่าวแล้ว การเปลี่ยนแปลงในบริบทและสภาพแวดล้อมหลายประการ ยัง
อาจมีส่วนสร้างโอกาส (opportunities) ในการพัฒนาระบบบุคลากรได้ เช่น

- การเพิ่มการผลิตบุคลากรสุขภาพ ทั้งในส่วนของแพทย์และพยาบาลน่าจะช่วยลดปัญหาการขาดแคลนในภาพรวมได้ในระดับหนึ่ง นอกจากนี้ ยังอาจมีบุคลากรที่ไม่ใช่ระดับวิชาชีพจะช่วยแบ่งเบาภาระในส่วนที่ไม่ได้ดูแลผู้ป่วยโดยตรงได้
- การพัฒนาระบบขนส่ง (Logistics) และการกระจายความเจริญไปยังพื้นที่ต่าง ๆ รวมถึงแนวโน้มการเติบโตของเมือง น่าจะช่วยแก้ปัญหาการเข้าถึงบริการ และการกระจายบุคลากรสุขภาพได้ในบางพื้นที่
- การเพิ่มบทบาทขององค์กรท้องถิ่นที่มีความสนใจในด้านสุขภาพของประชาชนในความรับผิดชอบมากขึ้นน่าจะมีส่วนช่วยให้ระบบบริการตอบสนองต่อความต้องการของประชาชนในพื้นที่มากขึ้น
- เทคโนโลยีทางการแพทย์ที่มีการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง อาจส่งผลให้การวินิจฉัย ป้องกัน โรคของระบบบริการสุขภาพทำได้ง่าย เร็ว แม่นยำมากขึ้น รวมถึงเทคโนโลยีเพื่อสนับสนุนการดูแลรักษาจากระยะไกล อาจช่วยแก้ปัญหาการเข้าถึงบริการได้ในระดับหนึ่ง
- เทคโนโลยีสารสนเทศที่นำไปสู่เครื่องมือใหม่ ๆ ที่ประชาชนซื้อได้ในราคาถูกและใช้งานง่าย เช่น โทรศัพท์อัจฉริยะ (Smart Phone) อาจจะช่วยส่งเสริมให้คนมีส่วนร่วมในการเรียนรู้ด้านสุขภาพ (health literacy) และมีบทบาทในการสร้างเสริมและจัดการสุขภาพตนเองและชุมชนมากขึ้น และทำให้ผู้ป่วยและญาติมีส่วนร่วมในการดูแลรักษามากขึ้น
- การเติบโตทางเศรษฐกิจของประเทศ รวมถึง รายได้ของรัฐที่อาจจะเพิ่มมากขึ้นจากบริการด้านการแพทย์และสาธารณสุขจากชาวต่างชาติ ถ้ามีการกำหนดให้ใช้งบประมาณในส่วนนี้ ในการสนับสนุนการผลิตและบริหารจัดการกำลังคนด้านสาธารณสุขในภาครัฐเพื่อพื้นที่ขาดแคลนอย่างเหมาะสม ก็น่าจะมีส่วนช่วยแก้ปัญหาการขาดแคลนบุคลากรได้
- บทบาทและการมีส่วนร่วมของภาคเอกชน ในการผลิตกำลังคนด้านสาธารณสุขสาขาขาดแคลน โดยเฉพาะในกลุ่มบุคลากรข้างเคียง เช่น ผู้ดูแลผู้สูงอายุหรือผู้ป่วยเรื้อรัง อาจมีส่วนช่วยแก้ปัญหาการขาดแคลน ถ้ามีการควบคุมดูแลที่เหมาะสม

สรุปแนวโน้มในอนาคตของระบบการสร้าง พัฒนา และจัดการบุคลากรด้าน สุขภาพ และข้อเสนอแนะ

จากการพิจารณาสถานการณ์ของระบบการสร้าง พัฒนา และจัดการบุคลากรด้านสุขภาพที่ผ่านมา สามารถสรุปแนวโน้มและข้อเสนอแนะดังต่อไปนี้

แนวโน้มการขยายกำลังผลิตบุคลากรทั้งในภาครัฐและเอกชนในช่วงที่ผ่านมา น่าจะช่วยลดการขาดแคลนบุคลากรโดยรวมได้ในระดับหนึ่ง และ อาจสร้างความท้าทายในความสามารถในการรองรับของภาครัฐ ภายใต้การจำกัดอัตรากำลังราชการและความพยายามควบคุมรายจ่ายสุขภาพที่ใช้อยู่ในปัจจุบัน อย่างไรก็ตาม ยังมีความต้องการการบริหารจัดการอย่างเป็นระบบเพื่อ ส่งเสริมการกระจาย และการจัดการบุคลากรอย่างเหมาะสม เพื่อให้บุคลากรเหล่านี้อยู่ปฏิบัติงานที่ตอบสนองต่อความต้องการของประเทศ และทำงานอย่างมีความสุข ทั้งนี้ กระทรวงสาธารณสุขควรมีการสร้างเสริมขีดความสามารถในตนเอง ในฐานะหน่วยงานหลักของประเทศในการวางแผน กำหนดนโยบาย พัฒนา นวัตกรรมในการบริหารจัดการ และการติดตามผล เพื่อให้เกิดระบบบุคลากรสุขภาพที่มีประสิทธิภาพ

การเพิ่มจำนวนบุคลากรในสาขาต่าง ๆ อย่างรวดเร็ว ทำให้ผู้เกี่ยวข้องต้องให้ความสำคัญกับประเด็นเรื่องคุณภาพมากขึ้น ทำอย่างไรจึงจะมั่นใจได้ว่าระบบการผลิตมีคุณภาพ มีคณาจารย์ที่คุณภาพและเพียงพอ มีการกำหนดหลักสูตรที่ได้มาตรฐานและสอดคล้องกับความต้องการของประเทศ โดยเฉพาะการเปลี่ยนแปลงในระบบสุขภาพที่จะมีผู้สูงอายุ และการเจ็บป่วยจากโรคไม่ติดต่อและโรคเรื้อรังมากขึ้น ความสามารถและทักษะในการสื่อสารและโน้มน้าวผู้ป่วยและชุมชนให้มีความสนใจในการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคมีความสำคัญอย่างยิ่งในการจัดการระบบสุขภาพในอนาคต

ในส่วนของบุคลากรที่จบแล้ว ควรมีการจัดการระบบมาตรฐานคุณภาพบัณฑิตและระบบการพัฒนาคุณภาพบุคลากรต่อเนื่อง เพื่อรองรับจำนวนบุคลากรที่มีการผลิตเพิ่มมากขึ้นจากหลายแหล่ง ซึ่งอาจรวมถึงการออกกฎหมายบังคับใช้มาตรการต่ออายุใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ ในกลุ่มที่ยังไม่ได้มีมาตรการดังกล่าว เช่น ในกลุ่มแพทย์ และการสร้างกลไกการเปรียบเทียบผลลัพธ์ของการปฏิบัติงานทั้งภายในและระหว่างองค์กร เช่น การเปรียบเทียบอัตราการควบคุมโรคเรื้อรังได้ผล หรือ อัตราผลสำเร็จของการผ่าตัด เป็นต้น เพื่อเป็นแรงกระตุ้นให้องค์กรและบุคลากรมีการพัฒนาตนเองอย่างต่อเนื่องให้ทันต่อการเปลี่ยนแปลงในความรู้และเทคโนโลยีต่าง ๆ

แม้ในภาพรวมการขาดแคลนบุคลากรในกลุ่มแพทย์จะลดลงจากการผลิตที่เพิ่มขึ้น แต่แนวโน้มการขาดแคลนเฉพาะพื้นที่หรือเฉพาะกลุ่มวิชาชีพที่มีทักษะเฉพาะน่าจะยังมีต่อไป ทำให้มีความจำเป็นต้องพัฒนาระบบการวางแผนและกำหนดนโยบายเรื่องบุคลากรที่เน้นลงไปในเรื่องรายละเอียดของทักษะ (skill mix) ที่เหมาะสม ไม่ใช่การพิจารณาแค่จำนวนรวม

ในกลุ่มแพทย์ต้องวางแผนพิจารณาในรายละเอียดแพทย์เฉพาะทางในสาขาขาดแคลน เช่น การขาดแคลนศัลยแพทย์ หรือ การเพิ่มแพทย์เวชปฏิบัติครอบครัวเพื่อรองรับการเพิ่มขึ้นของความต้องการในอนาคต การกำหนดนโยบายและแผนดังกล่าวควรทำร่วมกันระหว่างแพทยสภา สถาบันการศึกษา กระทรวงสาธารณสุข และกลุ่มผู้ให้บริการ โดย ครอบคลุมเรื่องทิศทางและโควตาการศึกษาต่อเฉพาะทาง โดยให้มีการขยายตำแหน่งการอบรมในสาขาที่ยังเป็นที่ต้องการเพื่อรองรับจำนวนแพทย์รุ่นใหม่ที่มีจำนวนมากขึ้น เช่น หลักสูตรแพทย์เวชปฏิบัติครอบครัว เวชปฏิบัติทั่วไป หรือการอบรมแพทย์สาขาหลักที่ขาดแคลนอื่น ๆ เช่น ศัลยแพทย์ ในกลุ่มพยาบาล การเพิ่มกำลังผลิตมีบทบาทสำคัญที่จะช่วยลดปัญหาการขาดแคลน แต่การธำรงรักษาคนให้อยู่ในระบบเป็นเรื่องท้าทายที่ต้องการการบริหารจัดการบุคลากรที่มีศักยภาพ โดยต้องคำนึงถึงความก้าวหน้าในวิชาชีพ ความยืดหยุ่นของการทำงาน และระบบการจ้างงานที่รองรับการทำงานบางเวลามากขึ้น ในทุกวิชาชีพ ต้องมีการวางแผนสร้างระบบแรงจูงใจทั้งในส่วนของการตอบแทน รวมถึงแรงจูงใจที่ไม่ใช่เงินต่าง ๆ อย่างเป็นระบบ รวมถึง การเพิ่มโอกาสและความรับผิดชอบของบุคลากรและความยืดหยุ่นของเวลาทำงานเพื่อรองรับคนรุ่นใหม่ ในการพัฒนาและธำรงรักษาบุคลากรให้อยู่ในระบบได้ดีขึ้น

ยุทธศาสตร์การพัฒนาบุคลากรในอนาคตที่น่าจะเป็นบทบาทเชิงนโยบายที่สำคัญที่ควรได้รับการพิจารณาจาก และยังเป็นช่องว่างไม่ได้รับความสนใจจากผู้มีส่วนเกี่ยวข้องอื่น ๆ น่าจะมีประเด็นหลักอยู่สองเรื่อง ได้แก่

ก. การกระจายอำนาจและความรับผิดชอบด้านการบริหารจัดการบุคลากรสุขภาพ ซึ่งสัมพันธ์กับการกระจายอำนาจด้านการจัดระบบบริการสุขภาพ ภายใต้การตอบสนองต่อความต้องการและเพิ่มความรับผิดชอบต่อประชาชนและท้องถิ่น โดยในแง่ของนโยบายการพัฒนาและการจัดการบุคลากรสุขภาพ ควรเพิ่มขีดความสามารถและบทบาทการ อภิบาลระบบบุคลากรสุขภาพในทุกระดับ โดยเฉพาะในระดับสถานบริการ ระดับจังหวัดและระดับ เครือข่ายเขตบริการสุขภาพ โดยมอบหมายให้แต่ละระดับสามารถจัดการบุคลากรในพื้นที่รับผิดชอบตนเองในระดับที่แตกต่างกันไป ตามความสามารถโดยไม่จำเป็นต้องรวมศูนย์มาที่ส่วนกลางในทุกเรื่อง แต่มีการติดตามประเมินผลและการสนับสนุนจากส่วนกลางอย่างต่อเนื่อง อย่างไรก็ตาม ก็ควรมีการพัฒนาระดับองค์กรและระดับพื้นที่ให้มีศักยภาพในการกำหนดนโยบาย และการวิเคราะห์สถานการณ์และการวางแผนความต้องการบุคลากรอย่างเป็นระบบ โดยให้เชื่อมโยงสอดคล้องกับทิศทางการบริหารจัดการระบบบริการสุขภาพ ในภาพใหญ่ ทั้งนี้ เพื่อให้การจัดการบุคลากรในระบบบริการ สามารถตอบสนองต่อความต้องการของพื้นที่อย่างเหมาะสมและได้ทันทั่วถึง การพัฒนาระบบการจ้างงานแบบใหม่ เช่น พนักงานกระทรวงสาธารณสุขเป็นแนวทางหนึ่งที่ช่วยสนับสนุน ให้เกิดการกระจายอำนาจในการจัดการได้ง่ายขึ้นแต่ระบบที่นำมาใช้กลับยังมีการรวมศูนย์อยู่ที่ส่วนกลาง นอกจากนี้ ยังจำเป็นต้องมีการพัฒนาระบบสารสนเทศด้านกำลังคนในทุกระดับและมีการเชื่อมโยงกับสารสนเทศด้านการให้บริการ เพื่อให้ผู้เก็บข้อมูลสามารถนำไปใช้ในการวิเคราะห์และบริหารจัดการบุคลากรในองค์กรด้วยการจัดการเชิงรุก และมีการส่งต่อข้อมูลเพื่อการบริหารจัดการและการวางแผนในระดับจังหวัด ระดับเขต และระดับประเทศ เพื่อนำมาใช้ในการติดตามประเมินผลต่อไป

ข. การพัฒนาประชาชนและกลุ่มบุคลากรที่ไม่ใช่วิชาชีพ และบุคลากรสุขภาพรูปแบบใหม่ ๆ ให้มีบทบาทมากขึ้นในระบบสุขภาพไทยในอนาคต เช่น ผู้ดูแลผู้ป่วยระยะยาว แพทย์พื้นบ้าน เป็นต้น

โดยควรมีการกำหนดนโยบายและระบบสนับสนุน เพื่อเพิ่มขีดความสามารถและบทบาทผู้ป่วยและญาติ และผู้ดูแลสุขภาพต่าง ๆ เหล่านี้ ให้มีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพมากขึ้น โดยถือว่า ผู้ป่วยและครอบครัวเป็นองค์ประกอบที่สำคัญของบุคลากรสุขภาพ ที่จะช่วยตอบสนองต่อการเปลี่ยนแปลงความต้องการบริการสุขภาพที่สำคัญ โดยเฉพาะการเพิ่มขึ้นของผู้ป่วยเบาหวาน ความดันโลหิตสูง และผู้ป่วยโรคเรื้อรังอื่น ๆ นอกจากนี้ ยังอาจมีการ พัฒนาศักยภาพผู้ที่อยู่ในวัยเกษียณ ที่ยังมีสุขภาพดี โดยเฉพาะผู้ที่มีความรู้พื้นฐานดีอยู่แล้ว ให้มีบทบาทเป็นอาสาสมัคร ช่วยเหลือผู้ป่วยและบุคคลอื่นในชุมชนในด้านการสร้างเสริมและดูแลสุขภาพ ระบบสุขภาพไม่ควรมองผู้สูงอายุและผู้ป่วยว่าเป็นภาระที่เพิ่มมากขึ้นเพียงอย่างเดียว แต่เป็นทรัพยากรบุคคลที่ระบบบริการสุขภาพควรสนับสนุน โดยอาจมีการพัฒนากลุ่มอาสาสมัครรูปแบบใหม่ที่มีศักยภาพสูง ให้มีบทบาทในการเป็นผู้ประสานงานการดูแลผู้ป่วยและชุมชน (care coordinator) ให้กับระบบบริการของรัฐ เพื่อลดภาระบุคลากรวิชาชีพและรองรับการเพิ่มขึ้นของผู้ป่วยโรคเรื้อรังในอนาคต

เอกสารอ้างอิง

- ปิยะ หาญวรวงศ์ชัย และคณะ. รายงานการให้คำปรึกษาแนะนำ โครงการศึกษาแนวทางการจัด อัตรากำลังและ การบริหารจัดการในการกิจการบริการด้านสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุข เสนอ ต่อสำนักงานคณะกรรมการข้าราชการพลเรือน 2554. นนทบุรี.
- กระทรวงสาธารณสุข สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์. แผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติในช่วงแผนพัฒนา เศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 11 พ.ศ. 2555-2559. พิมพ์ครั้งที่ 1 กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์ องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึกในพระบรมราชูปถัมภ์, 2555.
- สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข. ปฏิรูป สวรรส. ก้าวสู่การวิจัยระบบสุขภาพในทศวรรษที่ 3. พิมพ์ครั้งที่ 1 ชัยดาการพิมพ์, 2555.
- กระทรวงสาธารณสุข สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์, รายงานการสาธารณสุขไทย พ.ศ. 2551-1553 กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึกในพระบรมราชูปถัมภ์, 2554.
- กฤษฎา แสงวดี, วิไลลักษณ์ เรืองรัตนตรัย. การสังเคราะห์ผลการศึกษาความต้องการกำลังคนด้าน การแพทย์และสาธารณสุขในระยะ 10 ปีข้างหน้า (พ.ศ.2552-2561) สนับสนุนโดยคณะกรรมการ กำลังคนด้านสุขภาพแห่งชาติ 2553.
- สถาบันระหว่างประเทศเพื่อการค้าและการพัฒนา (องค์การมหาชน). เปิดโอกาสสู่อาเซียน: ความท้าทายใหม่ทางวิชาชีพ. พิมพ์ครั้งที่ 1 กรุงเทพฯ: บริษัทแอปปี เครซิทีฟ จำกัด, 2555.
- สภาการพยาบาล. แผนพัฒนาการพยาบาลและผดุงครรภ์แห่งชาติ ฉบับที่ 2 ปี พ.ศ. 2550-2559 พิมพ์ครั้งที่ 1 กรุงเทพฯ:ศิริยอดการพิมพ์, 2552.
- สภาการพยาบาล. แผนพัฒนาการพยาบาลและผดุงครรภ์แห่งชาติ ฉบับที่ 3 ปี พ.ศ. 2555-2559 พิมพ์ครั้งที่ 1 นนทบุรี:สภาการพยาบาล 2555.
- สภาการพยาบาล. รายชื่อสถาบันการศึกษาในประเทศไทย สืบค้นเมื่อวันที่ 31 มกราคม 2556 จากเว็บไซต์ <http://www.tnc.or.th/content/content-448.html> นนทบุรี:สภาการพยาบาล
- MOPH News ข่าวสารสาธารณสุข ข่าวสารจากกระทรวงสาธารณสุขและข่าวทางสุขภาพที่น่าสนใจ 6 แนวทางบริหารจัดการโครงการ 30 บาทยุคใหม่ 11 พฤศจิกายน 2555 สืบค้นเมื่อวันที่ 29 มกราคม 2556 จากเว็บไซต์ moph-news.blogspot.com
- กระทรวงสาธารณสุข กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน หลักสูตรการฝึกอบรมมาตรฐานอาสาสมัครสาธารณสุข(อสม.) ปีพุทธศักราช 2550 พิมพ์ครั้งที่ 1 กรุงเทพฯ: บริษัท เรดิเอชั่น จำกัด 2550.
- คณะทำงานศึกษาทบทวนประเด็นกำลังคนด้านการแพทย์และสาธารณสุขสาขาการพยาบาล. รายงาน การศึกษาเบื้องต้น การคาดประมาณความต้องการและอุปทานกำลังคนด้านการพยาบาลในระยะ 10 ปีข้างหน้า (พ.ศ. 2552-2562), 2552.
- จินกร โนรี, บรรณาธิการ ผีเสื้อขยับปีก: 10 ปีระบบหลักประกันสุขภาพกับความเป็นธรรมของ กำลังคน สำนักงานวิจัยและพัฒนากำลังคน, 2555
- The Dental Council of Thailand. List of Recognised Dental under Graduate and Post Graduate Qualification/Institution, 2012

ภาคผนวก

ภาคผนวก ก. เครือข่ายศูนย์แพทย์ โครงการผลิตแพทย์เพื่อชาวชนบท

- มหาวิทยาลัยขอนแก่น ประกอบด้วยศูนย์แพทย์ รพ.ขอนแก่น, รพ.สรรพสิทธิประสงค์, รพ.อุดรธานี
- มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ประกอบด้วยศูนย์แพทย์ รพ.สระบุรี, รพ.สุราษฎร์ธานี, รพ.ชุมพรเขตอุดมศักดิ์
- มหาวิทยาลัยมหิดล (โรงพยาบาลรามารามิบัติ โรงพยาบาลศิริราช) ประกอบด้วยศูนย์แพทย์ รพ.มหาราชนครราชสีมา, รพ.สวรรค์ประชารักษ์, รพ.มหาราชนครศรีธรรมราช, รพ.ราชบุรี
- จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ประกอบด้วยศูนย์แพทย์ รพ.ชลบุรี, รพ.พระปกเกล้า จันทบุรี
- มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ประกอบด้วยศูนย์แพทย์ รพ.ลำปาง
- มหาวิทยาลัยนเรศวร ประกอบด้วยศูนย์แพทย์ รพ.เชียงรายประชานุเคราะห์, รพ.พุทธชินราช, รพ.อุตรดิตถ์, รพ.แพร่ รพ.พิจิตร, รพ.ตาก
- มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ประกอบด้วยศูนย์แพทย์ รพ.หาดใหญ่, รพ.ยะลา
- มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ
- วิทยาลัยแพทยศาสตร์พระมงกุฎเกล้า
- วิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานคร และวชิระพยาบาล
- มหาวิทยาลัยรังสิต
- มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์ ประกอบด้วยศูนย์แพทย์ รพ.วชิระภูเก็ต, รพ.ตรัง
- มหาวิทยาลัยมหาสารคาม ประกอบด้วยศูนย์แพทย์ รพ.ร้อยเอ็ด, รพ.กาฬสินธุ์
- มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี ประกอบด้วย ศูนย์แพทย์ รพ.บุรีรัมย์, รพ.สุรินทร์
- มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี
- วิทยาลัยแพทยศาสตร์และการสาธารณสุข
- มหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์ ประกอบด้วยศูนย์แพทย์ รพ.สงขลา
- มหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง
- มหาวิทยาลัยบูรพา
- มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์

ภาคผนวก ข. รูปแบบการจ้างงาน ในภาครัฐ

ตารางเปรียบเทียบค่าตอบแทน สิทธิ และสวัสดิการของข้าราชการ พนักงานราชการและลูกจ้างชั่วคราวเงินบำรุง ที่ปฏิบัติงานในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

ประเภท	ข้าราชการ	พนักงานราชการ	ลูกจ้างชั่วคราว
เงินเดือนแรกเข้า			
• แพทย์, ทันตแพทย์	13,120-13,520	13,920	-
• เกษัชร 6 ปี	12,600-12,980	13,250	13,780-16,440
• เกษัชร 5 ปี	9,940-10,240	11,880	11,770-16,440
• พยาบาลวิชาชีพ	9,140-9,420	10,850	11,060 -16,440
เลื่อนขั้นเงินเดือน	ปีละ 2 ครั้ง	ปีละ 1 ครั้ง	ปีละ 1 ครั้ง
อัตราเพิ่ม	0-6%	3-6%	3-6%
เงินประจำตำแหน่งวิชาชีพ	มี	เท่าข้าราชการ	ไม่มี
เงินโบนัส(รายปี)	มี	ไม่มี	ไม่มี
สวัสดิการรักษายาบาล	มี+ญาติสายตรง	ใช้ ปกส.	ใช้ ปกส.
เจ็บป่วยจากการปฏิบัติราชการ	มี	ไม่เกิน 35,000	ไม่เกิน 35,000
เงินช่วยกรณีถึงแก่กรรม	มี	ตาม พรบ.ปกส.	ตาม พรบ.ปกส.
สิทธิการเบิกค่าเช่า	มี	ไม่มี	ไม่มี
สวัสดิการการศึกษาบุตร	มี	ไม่มี	ไม่มี
สวัสดิการพื้นที่พิเศษ ^๒	2,500 บาท/ด.	2,500 บาท/ด.	ไม่มี
เงินเพิ่มค่าครองชีพชั่วคราว	มี	มี	ไม่มี
ค่าใช้จ่ายประชุมต่างประเทศ	มี	มี	ไม่มี
ค่าเบี้ยประชุมกรรมการ	มี	เท่าข้าราชการ	ไม่มี
เครื่องราชอิสริยาภรณ์	มี	มี	ไม่มี
บำเหน็จ บำนาญ และกองทุนสำรองเลี้ยงชีพ	บำเหน็จ บำนาญ หรือ กบข.	กองทุนสำรองเลี้ยงชีพ กองทุนปกส. ^๓	กองทุนสำรองเลี้ยงชีพ กองทุนปกส.
การขอย้ายที่ทำงาน	ได้	ไม่ได้	ไม่ได้

หมายเหตุ ปกส. คือ ประกันสังคม

^๒ สวัสดิการสำหรับผู้ปฏิบัติงานประจำสำนักงานในพื้นที่พิเศษ

^๓ มีค่าตอบแทนกรณีออกจากราชการโดยไม่มีความคิด

ตารางเปรียบเทียบสิทธิการลาของบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขโดยได้รับค่าจ้างระหว่างการลา จำแนกตามประเภทการจ้างงาน

ชนิดของการลา	ข้าราชการ	พนักงานราชการ	ลูกจ้างชั่วคราว
ลาศึกษาต่อ	ได้	ไม่ได้	ไม่ได้
ลาป่วยปกติ	60-120วัน	ไม่เกิน 30วัน/ปี	ปีแรก 8วัน ต่อไป 15วัน
ลาป่วยจากการปฏิบัติราชการ	ตาม พรบ.สงเคราะห์ข้าราชการปี 46	ตาม พรบ.สงเคราะห์ข้าราชการปี 46 หรือ พรบ.กองทุนทดแทน	ไม่เกิน 365 วัน
ลาคลอดบุตร	90 วัน + ลากิจ 150 วันโดยไม่ได้เงินเดือน	ไม่เกิน 45 วัน + 45 วัน จาก ปกส.	ไม่เกิน 45 วัน + 45 วัน จาก ปกส.
ลาพักผ่อน	10วัน/ปี สะสมได้ไม่เกิน20หรือ30วัน/ปี	10 วัน/ปี	10 วัน/ปี
ลากิจส่วนตัว	45 วันทำการ	10 วัน/ปี	ไม่ได้รับค่าจ้าง
ลาอุปสมบท/ ประกอบพิธีฮัจย์	1 ครั้ง ไม่เกิน 120 วัน	1 ครั้ง ไม่เกิน 120 วัน (กรณีเกิน 4 ปี)	ไม่ได้รับค่าจ้าง
ลาเข้ารับการตรวจเลือกหรือเข้ารับการเตรียมพล	ได้	60 วัน/ปี	ตามดุลยพินิจของหัวหน้า
ลาปฏิบัติงานองค์การระหว่างประเทศ	ได้ไม่เกิน 1-4 ปี	ไม่ได้	ไม่ได้
ลาติดตามคู่สมรส	ได้	ไม่ได้	ไม่ได้

ภาคผนวก ค. รูปแบบและวิธีการจ่ายเงิน ในภาครัฐ

อัตราค่าตอบแทนบุคลากรสาธารณสุข ตามตามข้อบังคับกระทรวงสาธารณสุขว่าด้วยการจ่ายค่าตอบแทนเจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานให้กับหน่วย บริการในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2544 และแก้ไขเพิ่มเติม 2552

ประเภทค่าตอบแทน	แพทย์	ทันตแพทย์	เภสัชกร	พยาบาลวิชาชีพ/เทคนิค	นักวิทย์	นักวิชาการ	จพง.สธ/พยาบาลเทคนิค	จนท.สธ/เทคนิค/จนท.พยาบาล	หมายเหตุ
1 ค่าตอบแทนการปฏิบัติงาน									
-แพทย์เวรประจำอาคารผู้ป่วยนอก	1,100/เวร								
-แพทย์เวรประจำหน่วยบริการหรือรอให้คำปรึกษา	>550/เวร*								
-แพทย์บริการต่างหน่วยบริการ	>120ต่อชม.*								
-เวรผลัด 8 ชั่วโมง		1,100	720	600	600	600	480	360	
-ทันตแพทย์ต่างหน่วยบริการ		>120/ชม*							
-ทีมผ่าตัดในหน่วยบริการ				เล็ก 120/ราย ใหญ่ 240/ราย					-จนท.อื่นรับ ลดหลั่นลงไป -รวมแล้วไม่น้อยกว่าเวรผลัด8ชม.
-ทีมผ่าตัดนอกหน่วยบริการ				เล็ก 120/ราย ใหญ่ 3600					จ่ายเป็นทีมผ่าตัด- รวมแล้วไม่น้อยกว่าเวรผลัด8ชม
-ตรวจรักษาแบบผู้ป่วยนอก ต่างหน่วยบริการ	120/ชม.	120/ชม.	90/ชม.	80/ชม.	80/ชม.	80/ชม.	60/ชม.	50/ชม.	
2 คลินิกพิเศษนอกเวลาราชการ	>120/ชม. หรือ50/ราย	120/ชม.*	90/ชม.	80/ชม.	80/ชม.	80/ชม.	60/ชม.	50/ชม.	
3 เวรผลัดบ่ายและดึกสำหรับกลุ่มพยาบาล				240			180	145	

ประเภทค่าตอบแทน	แพทย์	ทันตแพทย์	เภสัชกร	พยาบาลวิชาชีพ/เทคนิค	นักวิทย์	นักวิชาการ	จพง.สธ/พยาบาลเทคนิค	จนท.สธ/เทคนิค/จนท.พยาบาล	หมายเหตุ
4 ค่าตอบแทนการปฏิบัติงานชั้นสูตรพลิกศพ	-แพทย์หรือเจ้าหน้าที่ที่ได้รับคำสั่งให้ออกไปปฏิบัติงานชั้นสูตรพลิกศพและผ่านการอบรมแล้ว ตามระเบียบกระทรวงยุติธรรม								
5 ค่าตอบแทนแพทย์สาขาส่งเสริมพิเศษ	5,000/เดือน								ตามประกาศคกก. ค่าตอบแทนระดับจังหวัด
6 การปฏิบัติงานสร้างเสริมสุขภาพและเวชปฏิบัติครอบครัว									ค่าตอบแทนตามข้อ 1
7 เบี้ยเลี้ยงเหมาจ่าย แพทย์ ทันตแพทย์ เภสัชกร ในรพช.และพยาบาลวิชาชีพในสอ.	ต่อเดือน ปฐมและทุติยภูมิระดับต้น -พื้นที่ปกติ 1-50,000 -ทุรกันดาร1: 2-60,000 -ทุรกันดาร2: 3-70,000 ทุติยภูมิระดับกลาง -พื้นที่ปกติ 1-40,000 -ทุรกันดาร1: 2-50,000 -ทุรกันดาร2: 3-60,000 ทุติยภูมิระดับสูง -พื้นที่ปกติ 1-30,000		ต่อเดือน พื้นที่ปกติ 3-6,000 ทุรกันดาร1 8-11,000 ทุรกันดาร2 13 -16,000	ต่อเดือน ทุรกันดาร1 -1,500-3,000 ทุรกันดาร2 -3-4,500 รพสต.ในพื้นที่ ทุรกันดาร -3,000					อัตราเพิ่มขึ้นตามระยะเวลาที่ปฏิบัติงาน
8 ค่าตอบแทนการปฏิบัติงานใน รพช.และ รพสต.				1,200-1,800/เดือน			600-900/เดือน		
9 การปฏิบัติงานใน รพช./ท.	10,000-15,000		3-4,500	1,200-1,800/เดือน			600-900		

หมายเหตุ * หรือตามปริมาณงาน

นอกจากค่าตอบแทนที่ระบุในตารางนี้ยังมีค่าตอบแทนอื่น ๆ ดังนี้

- ค่าตอบแทนการปฏิบัติงานสร้างเสริมสุขภาพและเวชปฏิบัติครอบครัวให้ได้รับค่าตอบแทนการปฏิบัติงานตามข้อ 1
- ค่าตอบแทนสถานพยาบาลตติยภูมิขั้นสูงเฉพาะด้านหัวใจ มะเร็ง อุบัติเหตุ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติสนับสนุนงบประมาณเพื่อพัฒนาระบบบริการตติยภูมิ เป็น ค่าตอบแทนบุคลากร งบลงทุนด้านครุภัณฑ์ และงบพัฒนาบุคลากร โดยมีรายละเอียดค่าตอบแทนบุคลากรมีดังนี้
- ศูนย์บริการตติยภูมิด้านการบาดเจ็บ จ่ายเฉพาะการปฏิบัติงานนอกเวลาราชการ 8 ชั่วโมงติดต่อกัน ค่าตอบแทนบุคลากรในศูนย์อุบัติเหตุ trauma director 10,000/เดือน พยาบาล nurse coordinator 5,000/เดือน ค่าตอบแทนแพทย์ต่อเวรตามภาระงาน แพทย์เวชศาสตร์ฉุกเฉินจ่ายในอัตรา 2,200 บาทต่อ 8 ชั่วโมง (เพื่อสมทบให้ได้รับในอัตรา 4,000 บาทต่อ 8 ชั่วโมง) แพทย์สาขาอื่น ๆ อัตรา 1,600 บาทต่อ 8 ชั่วโมง ชั่วโมง (เพื่อสมทบให้ได้รับในอัตรา 3,400 บาทต่อ 8 ชั่วโมง)
- ศูนย์บริการตติยภูมิขั้นสูงด้านมะเร็ง จ่ายค่าตอบแทนเพิ่มเติมจากค่าตอบแทนในระบบปกติของหน่วยบริการ ที่ไม่ซ้ำซ้อนกับการจ่ายเงินปกติตามข้อบังคับกระทรวงสาธารณสุขว่าด้วยการจ่ายค่าตอบแทนฯ ปี 2544 โดยให้จ่ายในอัตราสูงสุดตามระเบียบดังกล่าว
- ศูนย์บริการตติยภูมิเฉพาะโรคหัวใจและหลอดเลือด จ่ายค่าตอบแทนเพิ่มเติมจากค่าตอบแทนในระบบปกติของหน่วยบริการโดยจ่ายตามผลงานจริง (work load) ในปีงบประมาณ 2554 ด้วยระบบ point system with ceiling and global budget โดยคำนวณ point ตามอัตราค่าตอบแทนเพิ่มพิเศษที่กำหนด และต้องไม่เกิน 50,000 บาทต่อแพทย์และทีมสนับสนุนต่อเดือน

ประเภทบุคลากร	ค่าตอบแทน(บาท)	ภาระงาน	ภาระงานที่เกิน(บาท/ราย)
1. cardiovascular thoracic (CVT) surgeon	50,000 /เดือน	ผ่าตัดหัวใจแบบเปิด ≥ 100 ราย/ปี	2,000
2. interventionist	50,000 /เดือน	PCI ≥ 100 ราย/ปี และ CAG ≥ 200 ราย/ปี หรือ PCI ≥ 200 ราย/ปี	1,000
3. non-invasive			
3.1 adult cardiologist	40,000 /เดือน	ECHO/ EST ≥ 500 ราย/ปี	500
3.2 pediatric cardiologist	50,000 /เดือน	ECHO/ EST ≥ 300 ราย/ปี	500
4. anesthesiologist			
4.1 cardiovascular anesthesiologist	50,000 /เดือน	≥ 100 ราย/ปี	
4.2 rotation	2,500/รายผู้ป่วย	$\geq 3,000$ ราย/ปี	
5. nurse, perfusionist and technician	2,500 /เดือน		

Note: PCI = Percutaneous cardiac intervention CAG = Coronary angiograph ECHO = Echocardiograph EST = Exercise Stress Test

ภาคผนวก ง. สรุปประเด็นสำคัญในการสัมภาษณ์ผู้บริหารโรงพยาบาลเอกชน และโรงพยาบาลในกำกับของรัฐ

ประเภท รพ.	ความขาดแคลนในปัจจุบัน	แผนความต้องการในอนาคต 3-5 ปี	คำตอบแทน และ สวัสดิการ	ผลกระทบจาก AEC และ เตรียมการรองรับ	ข้อเสนอแนะ
รพ.เอกชนขนาดใหญ่	ขาดพยาบาลมากที่สุดรองลงมาคือแพทย์	ต้องการพยาบาลเพิ่มจากเดิมร้อยละ 20 ปัจจุบันมีจำนวน 120 คน แพทย์ทั่วไป ต้องการเพิ่มไม่มาก	-สัดส่วนการจ่ายเป็นเงินเดือน ค่าวิชาชีพ (fixed) ร้อยละ 85 ค่าตอบแทนตามผลการปฏิบัติงาน โบนัส (variable) ร้อยละ 15 -สวัสดิการอื่น เช่น ห้าง ออกกำลังกาย การเรียน ภาษาอังกฤษ กิจกรรมอื่น ๆ ที่สนองกับความต้องการของคนยุคนี้ -ดูแลบุคลากรแบบคนในครอบครัวให้ทุกคนมีความสุขกับการทำงาน	จะเปิดตึกใหม่ ขยายเครือข่าย โรงพยาบาล เพื่อรองรับผู้รับบริการจากต่างประเทศ	หากพยาบาลมีความขาดแคลนมากควรพิจารณาพยาบาลต่างชาติ มาปฏิบัติงานที่ไม่ใช่ direct care เนื่องจากกลุ่มนี้ได้เปรียบเรื่องการใช้อังกฤษ
รพ.เอกชนขนาดกลาง	ขาดพยาบาลมากที่สุดรองลงมาคือแพทย์ทั่วไป และ กลุ่มที่เป็นผู้ช่วย เช่น ผู้ช่วยทันตแพทย์ เจ้าหน้าที่เอ็กซเรย์ เจ้าหน้าที่ตรวจทางห้องปฏิบัติการ เจ้าหน้าที่กายภาพบำบัด	ต้องการพยาบาลเพิ่มจากเดิมร้อยละ 20 ปัจจุบันมีพยาบาลที่ปฏิบัติงานหน้าที่ยาบาลจริง ๆ 1,000 คน	-แพทย์ทั่วไป ปฏิบัติงานเต็มเวลาประกันรายได้ขั้นต่ำ 1.2 แสนต่อเดือน ค่าเวร 2,300 /คืน -แพทย์เฉพาะทาง ปฏิบัติงานเต็มเวลาประกันรายได้ขั้นต่ำ 2-6 แสนบาท/เดือน ค่าเวร 3,500 บาท/คืน -พยาบาล เงินเดือนเริ่มต้น 12,000-16,000 บาท เมื่อรวมค่าตอบแทนตามภาระงานแล้วจะได้รับประมาณ 35,000 บาท/เดือน	-เป็นโอกาสที่จะมีผู้มารับบริการจากประเทศเพื่อนบ้านมากขึ้น จะขยายอาคารและเพิ่มตึกพิเศษเพื่อรองรับกลุ่มลูกค้าประเทศอาเซียน	เพิ่มการผลิตพยาบาลให้เพียงพอ หากไม่สามารถผลิตได้เพียงพอควรมีบุคลากรอื่น เช่น ผู้ช่วยพยาบาล มาช่วยปฏิบัติงานอื่นที่ไม่ใช่งานพยาบาลโดยตรง
รพ.ในกำกับของรัฐ	ขาดพยาบาลมากที่สุด	ให้ทุนพยาบาลเรียนปีละ 30-50 คน อีก 3-5 ปีจะเพียงพอ	แพทย์ปฏิบัติงานเต็มเวลามีประกันรายได้ขั้นต่ำเฉพาะในเวลาราชการ และจ่ายค่าตอบแทนตามภาระงาน performance pay พยาบาลเงินเดือนเริ่มต้นที่หมื่นต้น ๆ ไม่จ่ายตาม performance pay สวัสดิการต่าง ๆ ใกล้เคียง	จะขยายจาก 300 เป็น 500 เตียง	

			กับข้าราชการ มีแรงจูงใจแพทย์มากกว่า การให้เงิน มีการคัดเลือก แพทย์ที่มีความคิดที่ สอดคล้องกับองค์กร มี เครื่องมือที่ทันสมัย มี ความสุขกับการทำงาน ได้รับการพัฒนาต่อเนื่อง ส่งเสริมโดยทำสัญญาใช้ ทุน หากไม่ปฏิบัติตาม สัญญาจะเสียค่าปรับสูง มาก ส่วนพยาบาลคัดเลือก นักเรียนในพื้นที่และให้ทุน เรียนปีละ 90,000/ปี ปีละ 30 คน ทำสัญญาขอใช้ทุน		
--	--	--	---	--	--