



๗ เลือดยับปาก

เฉพาะกิจ

กำลังคน ด้านสุขภาพ

ที่
เป็นมา
+
เป็นอยู่
และจะเป็นไป



กำลังคน ด้านสุขภาพ



ที่เป็นมา เป็นอยู่
และจะเป็นไป



กำลังคนด้านสุขภาพ: ที่ขึ้นมา เป็นอยู่ และจะเป็นไป

ISBN:

พิมพ์ครั้งที่ 1: กันยายน 2554

จำนวน: 3,000 เล่ม

โดย: สำนักงานวิจัยและพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพ (สวค.)

อาคารคลังพัสดุ ชั้น 2 ภายในกระทรวงสาธารณสุข ซอยสาธารณสุข 6

ถ.ติวานนท์ ต.ตลาดขวัญ อ.เมือง นนทบุรี 11000

โทรศัพท์: 02-590-2397 โทรสาร: 02-590-2385

HYPERLINK "http://www.hrdothai.org"

บรรณาธิการ: นงลักษณ์ พะไยยะ, เพ็ญภา หงษ์ทอง

กองบรรณาธิการ: สัญญา ศรีรัตนะ, กฤษณา ว่องวิญญู

ปกและรูปเล่ม: พิมพ์นิยม 71

กราฟฟิก: มะลิจันทร์

พิสูจน์อักษร: สัมแก้ว

ที่ปรึกษา: นพ.มงคล ณ สงขลา, นพ.สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ, นพ.อำพล จินดาวัฒนะ,
นพ.พงษ์พิสุทธ์ จงอุดมสุข, นพ.ทิมกร โนรี

ผู้สนับสนุน: สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.), สถาบันวิจัยระบบ
สาธารณสุข (สวรส.), สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ (IHPP)

พิมพ์ที่: บริษัท พรินท์แอนด์ (ประเทศไทย) จำกัด โทรศัพท์ 02-736-3913

เปิดเล่ม :: 7

บทที่ 1 ภาพรวมสถานการณ์กำลังคนด้านสุขภาพ

ภาพรวมสถานการณ์กำลังคนด้านสุขภาพ

สถานการณ์ความต้องการกำลังคนด้านสุขภาพ :: 14

พัฒนาการการบริหารและจัดการกำลังคนด้านสุขภาพ :: 16

ยุทธศาสตร์สำคัญในการบริหารจัดการกำลังคนด้านสุขภาพของประเทศไทย :: 26

นวัตกรรมในการบริหารจัดการกำลังคนด้านสุขภาพในปัจจุบัน :: 35

บทที่ 2 สถานการณ์วิชาชีพ

แพทย์ :: 42 | ทันตแพทย์ :: 60 | พยาบาล :: 68 | เภสัชกร :: 76

นักกายภาพบำบัด :: 84 | นักเทคนิคการแพทย์ :: 90

นักรังสีเทคนิค :: 96 | บุคลากรด้านสาธารณสุข :: 100

บทที่ 3 ในความเคลื่อนไหว

การถ่ายโอนสถานเฝ้าระวัง 10 ปี 28 แห่ง :: 106

ปรับเปลี่ยนเสียงหมาจิ้งจอก กับความขัดแย้งระหว่างวิชาชีพ :: 108

ปรากฏการณ์ซ่อนนัย ไม่มีความผิดพลาดทางการแพทย์ใดใหญ่เกินใช้หัวใจเยียวยา :: 113

ผลิตพยาบาล 3,000 คน เพื่อพื้นที่ชายแดนใต้ :: 118

แผนยุทธศาสตร์ทศวรรษกำลังคนด้านสุขภาพแห่งชาติ

และคณะกรรมการกำลังคนด้านสุขภาพแห่งชาติ :: 121

ความพยายามขับเคลื่อนหลักสูตรแพทยศาสตรบัณฑิตศึกษานานาชาติ :: 124

รพ.สต. ขยายการเข้าถึงบริการ เพิ่มความต้องการกำลังคนด้านสุขภาพ :: 127

ร่าง พ.ร.บ. คุ้มครองผู้ป่วย เมื่อกฎหมายเพื่อความสมานฉันท์

กลายเป็นประเด็นความขัดแย้ง :: 133

ศูนย์กลางสุขภาพนานาชาติ ทะยานอยากบนความขาดแคลน :: 135

เหยื่อหลักสูตรพยาบาลเถื่อน

ยอดน้ำแข็งของปัญหาความสัมพันธ์แหล่งผลิตกับสภาวิชาชีพ :: 140

ปิดเล่ม :: 144

บรรณานุกรม :: 147



สารบัญตาราง

ตารางที่ 1.1 - การกระจายตัวของกำลังคนด้านสุขภาพ

ปฏิบัติงานในสถานบริการตามภูมิภาค ปี 2553 หน้า 12

ตารางที่ 1.2 - จำนวนกำลังคนด้านสุขภาพ ของสถานีนอนามัย (รพ.สต.) รายภาค ปี 2554 หน้า 12

ตารางที่ 1.3 - การกระจายตัวของกำลังคนด้านสุขภาพ

แยกตามระดับสถานบริการ ในปี 2553 หน้า 13

ตารางที่ 1.4 - แสดงสถานการณ์และความต้องการกำลังคนด้านสุขภาพในปัจจุบัน

ของโรงพยาบาลศูนย์/ทั่วไป สังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข หน้า 14

ตารางที่ 1.5 - การคาดการณ์กำลังการผลิต เทียบกับความต้องการกำลังคนปี 2558 หน้า 15

ตารางที่ 1.6 - รายได้เฉลี่ยต่อเดือนของ 4 วิชาชีพหลักใน รพช. พื้นที่ปกติ หน้า 31

ตารางที่ 2.1 - การกระจายตัวของแพทย์ปี 2553 หน้า 43

ตารางที่ 2.2 - การกระจายตัวของแพทย์สังกัดกระทรวงสาธารณสุข ปี 2553 หน้า 44

ตารางที่ 2.3 - จำนวนแพทย์ลาออกจากสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

แยกตามสังกัด หน้า 50

ตารางที่ 2.4 - เปรียบเทียบจำนวนนักศึกษาแพทย์เข้าใหม่ จำนวนที่จบ

และจำนวนแพทย์ที่จัดสรรให้ กสธ. รายปี หน้า 56

ตารางที่ 2.5 - เปรียบเทียบจำนวนแพทย์ที่จบใหม่

และแพทย์ที่เข้ารับการฝึกอบรมเฉพาะทาง หน้า 56

ตารางที่ 2.6 - จำนวนแพทย์ที่เข้ารับการฝึกอบรมเฉพาะทาง แยกตามสังกัด หน้า 56

ตารางที่ 2.7 - จำนวนบุคลากรทางการแพทย์ รายภาค ปี 2540-2551 หน้า 57

ตารางที่ 2.8 - สัดส่วนประชากรต่อบุคลากรทางการแพทย์รายภาค ปี 2540-2551 หน้า 57

ตารางที่ 2.9 - จำนวนและสัดส่วนแพทย์ต่อประชากร จำแนกตามสังกัด รายภาค ปี 2551 หน้า 58

ตารางที่ 2.10 - การกระจายของแพทย์ แยกตามสถานบริการ ปี 2551 หน้า 58

ตารางที่ 2.11 - การกระจายของแพทย์ แยกตามต้นสังกัด และสถานบริการ ปี 2543-2552 หน้า 59

ตารางที่ 2.12 - สัดส่วนแพทย์ต่อประชากร จำแนกตามภาค หน้า 61

ตารางที่ 2.13 - แสดงการกระจายตัวของทันตบุคลากรจำแนกตามสังกัด หน้า 61

ตารางที่ 2.14 - การกระจายตัวของทันตบุคลากร

จำแนกตามหน่วยงานในกระทรวงสาธารณสุข หน้า 62

ตารางที่ 2.15 - สถานการณ์การผลิตทันตแพทย์ ปี 2543-2557 หน้า 64

ตารางที่ 2.16 - ผลการจัดสรรและการลาออกของทันตแพทย์คู่สัญญา

ของกระทรวงสาธารณสุข ปี 2542-2546 หน้า 65

ตารางที่ 2.17 - จำนวนสถาบันการผลิตที่เปิดสอนหลักสูตรพยาบาลศาสตร์

และได้รับการรับรองจากสภาการพยาบาล ปีการศึกษา 2551 หน้า 69

ตารางที่ 2.18 - การประมาณการณ์ผู้สำเร็จการศึกษายาบาลศาสตร์

ระหว่างปี 2550-2555 หน้า 70

ตารางที่ 2.19 - ลักษณะการทำงานของผู้มีใบประกอบวิชาชีพ

การพยาบาลและผดุงครรภ์ หน้า 70

ตารางที่ 2.20 - จำนวนพยาบาลวิชาชีพรายภาค ปี 2543-2553 หน้า 71

ตารางที่ 2.21 - การกระจายพยาบาลตามสังกัด และระดับสถานบริการ ปี 2543-2553 หน้า 72

ตารางที่ 2.22 - เปรียบเทียบกำลังคนเภสัชกร และเจ้าพนักงานเภสัชกรรม

ในโรงพยาบาลในปัจจุบัน กับความต้องการ ปี 2562 หน้า 77

ตารางที่ 2.23 - การกระจายตัวของเภสัชกรในสถานบริการ รายภาค ปี 2543-2552 หน้า 81

ตารางที่ 2.24 - จำนวนและสัดส่วนเภสัชกรต่อประชากร

จำแนกตามสังกัด รายภาค ปี 2553 หน้า 82

ตารางที่ 2.25 - การกระจายของเภสัชกร จำแนกตามสถานบริการ ปี 2543-2553 หน้า 82

ตารางที่ 2.26 - แหล่งงานของนักกายภาพบำบัดระหว่างปี 2544 และ 2546 หน้า 85

ตารางที่ 2.27 - การกระจายของนักกายภาพบำบัดและเจ้าพนักงานเวชกรรมฟื้นฟู

ในสถานบริการสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ปี 2553 หน้า 86

ตารางที่ 2.28 - ความต้องการนักกายภาพบำบัด เทียบกับกำลังคนที่มีอยู่ในปี 2553 หน้า 89

ตารางที่ 2.29 - ลักษณะงานและการกระจายตัว

ของบัณฑิตเทคนิคการแพทย์ ปี 2545-2550 หน้า 91

ตารางที่ 2.30 - จำนวนนักเทคนิคการแพทย์ นักวิทยาศาสตร์การแพทย์ และเจ้าพนักงาน

วิทยาศาสตร์การแพทย์ในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข แยกตามสังกัด หน้า 92

ตารางที่ 2.31 - ความต้องการกำลังคนด้านเทคนิคการแพทย์

เทียบกับกำลังคนที่มีอยู่ในปี 2553 หน้า 93

ตารางที่ 2.32 - จำนวนบุคลากรทางรังสีการแพทย์ประเภทต่างๆ

แยกตามสถานพยาบาล ณ ปี 2552 หน้า 97

ตารางที่ 2.33 - ความต้องการกำลังคนด้านเทคนิคการแพทย์เทียบกับจำนวนที่มี หน้า 98

ตารางที่ 2.34 - การกระจายตัวของนักวิชาการสาธารณสุข

สังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข หน้า 101

ตารางที่ 2.35 - จำนวนผลิตบุคลากรสาธารณสุขของวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร

กระทรวงสาธารณสุขในรอบ 10 ปีที่ผ่านมา หน้า 102

ตารางที่ 3.1 - อัตราเบี้ยเลี้ยงเหมาจ่ายรายวิชาชีพ ตามประกาศฉบับที่ 4 หน้า 110

ตารางที่ 3.2 - เกณฑ์กำลังคนตามนโยบาย รพ.สต. หน้า 128



ตารางที่ 3.3 - จำนวนกำลังคนด้านสุขภาพ

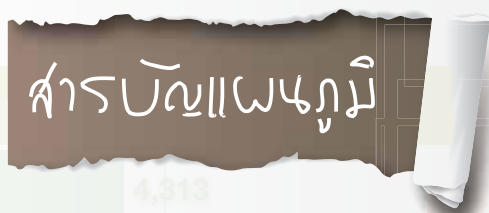
ของสถานเอนามัย (หรือ รพ.สต.) รายงาน ปี 2554 หน้า **129**

ตารางที่ 3.4 - การกระจายตามรายภูมิภาค

ของบุคลากรประจำสถานเอนามัยระหว่างปี 2543-2553 หน้า **130**

ตารางที่ 3.5 - ความต้องการกำลังคนด้านสุขภาพในสถานบริการปฐมภูมิ (รพ.สต.)

ใน ปี 2562 เมื่อเทียบกับกำลังคนที่มีในปี 2553 หน้า **132**



แผนภูมิที่ 1.1 - จำนวนแพทย์ลาออกจากสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

เทียบกับจำนวนแพทย์จบใหม่ หน้า **22**

แผนภูมิที่ 2.1 - การกระจายตัวของแพทย์ปี 2553 หน้า **43**

แผนภูมิที่ 2.2 - กราฟเปรียบเทียบแผนการรับนักศึกษาแพทย์ จำนวนนักศึกษาที่จบ

และจำนวนแพทย์ที่จัดสรรให้ กสธ. ปี 2543-2552 หน้า **52**

แผนภูมิที่ 2.3 - กราฟเปรียบเทียบจำนวนแพทย์จบใหม่

และแพทย์ที่เข้าอบรมเฉพาะทางรายปี หน้า **52**

แผนภูมิที่ 2.4 - กราฟแสดงจำนวนแพทย์ที่เข้ารับการฝึกอบรมเฉพาะทาง

แยกตามสังกัด หน้า **53**

แผนภูมิที่ 2.5 - สถานการณ์การผลิตทันตแพทย์ ปี 2543-2557 หน้า **64**

แผนภูมิที่ 2.6 - แสดงผลการจัดสรรและการลาออกของทันตแพทย์คู่สัญญา

ของกระทรวงสาธารณสุข ปี 2542-2546 หน้า **65**

แผนภูมิที่ 2.7 - ความต้องการทันตแพทย์และทันตภิบาลในปี 2560

เทียบกับกำลังคนในปัจจุบัน หน้า **66**

แผนภูมิที่ 2.8 - เปรียบเทียบกำลังคนเภสัชกรในโรงพยาบาลในปัจจุบัน

กับความต้องการ ปี 2562 หน้า **78**

แผนภูมิที่ 2.9 - เปรียบเทียบกำลังคนเจ้าพนักงานเภสัชกรรมในโรงพยาบาลในปัจจุบัน

กับความต้องการ ปี 2562 หน้า **78**

แผนภูมิที่ 3.1 - การกระจายตามรายภูมิภาค

ของบุคลากรประจำสถานเอนามัยระหว่างปี 2543-2553 หน้า **131**

รายงานสถานการณ์และความเคลื่อนไหวที่เกี่ยวข้องกับกำลังคนด้านสุขภาพเล่มนี้ เป็นความพยายามของสำนักงานวิจัยและพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพ (สวค.) ที่ต้องการเห็นตัวเลขและข้อมูลทางสถิติที่เกี่ยวข้องกับกำลังคนด้านสุขภาพ ได้รับการรวบรวมไว้อย่างเป็นระบบในทุกๆ มิติ ดังที่ทราบกันว่าตัวเลขและข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับกำลังคนด้านสุขภาพ มีหน่วยงานที่เกี่ยวข้องหลายหน่วยงานได้จัดทำและรวบรวมขึ้น เพื่อตอบสนองวัตถุประสงค์ของงานในความรับผิดชอบขององค์กรตนเอง ทำให้ข้อมูลกำลังคนด้านสุขภาพมีหลากหลายและมีความแตกต่างกันไป นอกจากนี้จากการที่กำลังคนด้านสุขภาพมีความเคลื่อนไหวตลอดเวลาโดยเฉพาะในระดับสถานบริการ ทำให้ตัวเลขเชิงสถิติของกำลังคนด้านสุขภาพยากที่จะหาจุดหยุดนิ่ง ทั้งหมดนี้ล้วนเป็นความยากในการจัดทำฐานข้อมูลในครั้งนี้ และนั่นก็เป็นเหตุผลที่รายงานชุดนี้คงไม่สามารถอ้างตนเองได้ว่าถูกต้องเต็มร้อยเปอร์เซ็นต์ แต่ก็ควรที่จะถือได้ว่าเป็นความพยายามที่จะรวบรวมข้อมูลให้มีความทันสมัยและรอบด้าน ใกล้เคียงกับตัวเลขจริงมากที่สุด

นอกจากข้อมูลเชิงสถิติแล้ว หนังสือเล่มนี้ยังประกอบไปด้วยความเคลื่อนไหวทั้งในระดับนโยบายและสังคมที่เกี่ยวข้องหรือมีผลกระทบต่อการบริหารจัดการกำลังคนด้านสุขภาพ อันเป็นการยืนยันว่าการบริหารและจัดการกำลังคนด้านสุขภาพเป็นภาระงานที่มีความอ่อนไหว มีปัจจัยกระทบมากมาย ทั้งภายในและภายนอกกระทรวงสาธารณสุข ดังนั้นการบริหารและจัดการกำลังคนด้านสุขภาพจึงต้องการนักบริหารที่มีสายตากว้างไกล มองเห็นความเชื่อมโยงระหว่างกำลังคนด้านสุขภาพกับภาคส่วนอื่นๆ ในสังคม

สำนักงานวิจัยและพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพหวังว่ารายงานชุดนี้จะเป็นประโยชน์ต่อทุกคน ทุกหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการบริหารและจัดการกำลังคนด้านสุขภาพ และจะนำสู่การบริหารและจัดการกำลังคนด้านสุขภาพที่เป็นไปเพื่อประโยชน์ในการเข้าถึงบริการสุขภาพของประชาชนเป็นหลัก ขอขอบคุณทุกฝ่ายที่ให้ความร่วมมือในการเก็บข้อมูลตัวเลขอันเป็นการสนับสนุนความพยายามในครั้งนี้จนสำเร็จลงได้ด้วยดี



บทที่ 1

- พัฒนาการ
การจัดการกำลังคน
อดีตสู่ปัจจุบัน -

- ๑) สถานการณ์ความต้องการกำลังคนด้วยคุณภาพ
จำนวนของกำลังคนด้านสุขภาพที่มีอยู่ในปัจจุบันเมื่อเทียบกับจำนวนประชากรแล้วจะพบว่าหลายวิชาชีพยังคงมีความขาดแคลนอยู่ แม้หลายวิชาชีพจะมีการเพิ่มกำลังการผลิต แต่ความต้องการบุคลากรที่เพิ่มมากขึ้น ก็ทำให้ในอนาคต การขาดแคลนบุคลากรด้านสาธารณสุขในเกือบทุกวิชาชีพจะยังเป็นปัญหาท้าทายระบบบริการสุขภาพของประเทศไทยอยู่



พัฒนาการ การจัดการกำลังคน อดีตสู่ปัจจุบัน

ในรอบทศวรรษที่ผ่านมา มีการเปลี่ยนแปลงทางนโยบายในภาพรวมและโครงสร้างทางสังคมหลายประการที่ส่งผลต่อสถานการณ์กำลังคนด้านสุขภาพทั้งด้านบวกและด้านลบ เช่น การเริ่มบังคับใช้ระบบหลักประกันสุขภาพ ที่ทำให้ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการสุขภาพได้อย่างทั่วถึง ทำให้ความต้องการกำลังคนด้านสุขภาพของประเทศมีเพิ่มมากขึ้น

การลดอัตรากำลังข้าราชการของสำนักงานคณะกรรมการข้าราชการพลเรือน ที่ทำให้แรงจูงใจของการเป็นกำลังคนด้านสุขภาพในภาครัฐลดน้อยลง ส่งผลให้จำนวนกำลังคนด้านสุขภาพรุ่นใหม่เข้าสู่ระบบบริการภาครัฐลดน้อยลง รวมไปถึงปัญหาความรุนแรงในพื้นที่ 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้ ที่ทำให้พื้นที่จังหวัดยะลา ปัตตานี และนราธิวาส กลายเป็นพื้นที่ที่คนในอยากออกและคนนอกไม่อยากเข้า จนกระทรวงสาธารณสุขต้องประกาศใช้มาตรการสร้างแรงจูงใจเป็นพิเศษ หรือกระแสความขัดแย้งระหว่างแพทย์และผู้ป่วยที่สร้างความหวาดวิตกให้กับบุคลากรโดยเฉพาะแพทย์ที่เพิ่งจบการศึกษาและอ่อนประสบการณ์



ขณะเดียวกันกระทรวงสาธารณสุขมีการประกาศใช้มาตรการและนโยบายที่เกี่ยวข้องกับการบริหารและจัดการกำลังคนด้านสุขภาพโดยตรง เพื่อแก้ปัญหาการขาดแคลนกำลังคนและการกระจายตัวอย่างไม่เท่าเทียมระหว่างเมืองและชนบท ซึ่งเป็นปัญหาสำคัญของการบริหารจัดการกำลังคนด้านสุขภาพของประเทศมาโดยตลอด มาตรการต่างๆ เช่น การผลิตแพทย์เพิ่มในรูปแบบที่หลากหลาย ทั้งโครงการหนึ่งตำบลหนึ่งแพทย์ และโครงการผลิตแพทย์เพิ่มเพื่อชาวชนบท การผลิตพยาบาลเพิ่ม 3,000 คน เพื่อพื้นที่ชายแดนภาคใต้ การปรับเพิ่มเบี้ยเลี้ยงเหมาจ่ายเพื่อสร้างแรงจูงใจที่แตกต่างระหว่างเมืองและชนบท เป็นต้น

จะเห็นได้ว่าการบริหารและจัดการกำลังคนด้านสุขภาพเป็นประเด็นที่อ่อนไหวต่อนโยบายรัฐและการเปลี่ยนแปลงทางสังคมสูง มิได้เป็นเพียงเรื่องที่ขึ้นอยู่กับกระทรวงสาธารณสุขเพียงอย่างเดียว ในแต่ละปีมีเหตุการณ์และนโยบายของภาคส่วนอื่นที่มีส่วนเป็นปัจจัยหนุนเสริมความเข้มแข็ง กับการบริหารจัดการกำลังคนด้านสุขภาพในส่วนของรัฐบาล โดยเฉพาะในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข และปัจจัยคุกคามที่ทำให้การรักษาคนไข้ในระบบทำได้ยากยิ่งขึ้น สถานการณ์ รวมไปถึงการบริหารและจัดการกำลังคนด้านสุขภาพจึงเป็นประเด็นที่ต้องการการติดตาม รวมทั้งต้องการมาตรการป้องกันและเยียวยาปัญหาการขาดแคลนและการกระจุกตัวของกำลังคนด้านสุขภาพเป็นการเฉพาะ

ทั้งนี้ระบบบริการสุขภาพเป็นระบบที่ต้องการแรงงานคนมากกว่าเครื่องมือเครื่องจักร ดังนั้นผลกระทบต่างๆ ที่เกิดขึ้นกับกำลังคนด้านสุขภาพย่อมหมายถึงผลกระทบต่อระบบบริการสุขภาพในภาพรวมด้วย

จากการสำรวจของสำนักงานวิจัยและพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพ และข้อมูลทรัพยากรสุขภาพ สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักปลัด กระทรวงสาธารณสุข พบว่ามีจำนวนบุคลากรด้านสุขภาพที่ปฏิบัติหน้าที่ในระบบบริการสุขภาพของประเทศ ประกอบด้วยสถานบริการในระดับต่าง ๆ ทั้งภาครัฐและเอกชน (ไม่รวมคลินิกเอกชน และร้านยา) ในปี 2553 ดังนี้ แพทย์ 26,162 คน, ทันตแพทย์ 5,112 คน, เภสัชกร 7,810 คน, พยาบาล 138,710 คน ส่วนกำลังคนประจำสถานอนามัยหรือโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบลนั้นในปี 2554 มีจำนวน 37,152 คน โดยมีการกระจายตัวดังนี้

ตารางที่ 1.1

แสดงการกระจายตัวของกำลังคนด้านสุขภาพปฏิบัติงานในสถานบริการตามภูมิภาค ปี 2553

	แพทย์		ทันตแพทย์		เภสัชกร		พยาบาล	
	จำนวน	สัดส่วนต่อประชากร	จำนวน	สัดส่วนต่อประชากร	จำนวน	สัดส่วนต่อประชากร	จำนวน	สัดส่วนต่อประชากร
ภาคกลาง	5,832	2,699	1,357	11,601	2,069	7,609	35,564	443
ภาคอีสาน	4,591	4,682	1,113	19,313	1,827	11,766	35,171	611
ภาคเหนือ	3,848	3,059	995	11,829	1,523	7,728	25,847	455
ภาคใต้	2,809	3,138	772	11,417	1,160	7,598	19,403	454
กรุงเทพฯ	9,082	628	875	6,517	1,555	3,667	22,725	251
รวม	26,162	2,428	5,112	12,427	8,134	7,810	138,710	458

[ที่มา : สำนักงานวิจัยและพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพ, 2553 และ สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์, 2553]

ตารางที่ 1.2 จำนวนกำลังคนด้านสุขภาพของสถานอนามัย (รพ.สต.) รายภาค ปี 2554

ภาค (ไม่นับรวม กทม)	จำนวน รพ.สต	รวม (เฉลี่ยต่อแห่ง)	ประชากรต่อกำลังคน
รวม	9,750	37,152 (3.8)	1,266
กลาง	2,554	9,392 (3.7)	1,299
ต.เฉียงเหนือ	3,468	14,070 (4.1)	1,295
เหนือ	2,222	8,023 (3.6)	1,217
ใต้	1,506	5,667 (3.8)	1,208

[ที่มา : สำนักประสานการพัฒนาโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล, 2554]

ตารางที่ 1.3 การกระจายตัวของกำลังคนด้านสุขภาพแยกตามระดับสถานบริการ ในปี 2553

	แพทย์		ทันตแพทย์		เภสัชกร		พยาบาลวิชาชีพ	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
กระทรวงสาธารณสุข	12,373	47.14	3,677	71.38	6,157	70.77	104,488	74.99
รพศ.	3,262	12.43	370	7.18	822	9.45	17,351	12.45
รพท.	2,959	11.27	618	12.00	1,137	13.07	22,975	16.49
รพช.	4,623	17.62	2,430	47.17	3,180	36.55	46,181	33.14
รพ.สต.	82	0.31	0	0.00	119	1.37	10,280	7.38
หน่วยงานอื่น ในกระทรวงฯ	1,447	5.51	259	5.03	899	10.33	7,701	5.53
กระทรวงอื่นๆ	9,177	34.97	1,048	20.34	1,016	11.68	20,857	14.97
รพ. เอกชน	4,694	17.89	427	8.29	1,527	17.55	13,987	10.04
รวม	26,244	100	5,152	100	8,700	100	139,332	100

[ที่มา : สำนักงานวิจัยและพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพ, 2553 และ สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์, 2553]

จากตารางทั้งหมดจะเห็นว่ากำลังคนด้านสุขภาพมีการกระจายตัวอย่างไม่สมดุล กรุงเทพฯ ยังคงเป็นที่กระจุกตัวของกำลังคนทุกวิชาชีพ ยกเว้นกำลังคนระดับปฐมภูมิ ซึ่งส่วนใหญ่ปฏิบัติหน้าที่ในสถานอนามัย/โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบลที่จะตั้งอยู่ในต่างจังหวัดมากกว่า และในแต่ละภูมิภาคหากพิจารณาถึงลงไปถึงความเป็นเมืองกับชนบท ในตารางที่ 3 ก็จะได้พบได้ว่าบุคลากรด้านสุขภาพโดยเฉพาะแพทย์กระจุกตัวอยู่ในพื้นที่เมืองมากกว่า ทั้งที่จำนวนประชากรส่วนใหญ่ของประเทศอาศัยอยู่ในเขตชนบท

สถานการณ์ความต้องการกำลังคนด้านสุขภาพ

จำนวนของกำลังคนด้านสุขภาพที่มีอยู่ในปัจจุบันเมื่อเทียบกับจำนวนประชากรแล้วจะพบว่าหลายวิชาชีพยังคงมีความขาดแคลนอยู่ แม้หลายวิชาชีพจะมีการเพิ่มกำลังการผลิต แต่ความต้องการบุคลากรที่เพิ่มมากขึ้น ก็ทำให้ในอนาคตการขาดแคลนบุคลากรด้านสาธารณสุขในเกือบทุกวิชาชีพจะยังเป็นปัญหาท้าทายระบบบริการสุขภาพของประเทศไทยอยู่ งานวิจัยของ ทิณกร โนรี, ทริณู โชคชัยชาญ และวีระศักดิ์ มงคลพร ซึ่งรวบรวมตัวเลขการคาดการณ์กำลังการผลิตและความต้องการกำลังคนด้านสุขภาพของ 4 วิชาชีพหลักของระบบสุขภาพ คือ แพทย์ ทันตแพทย์ พยาบาล และเภสัชกร ในปี 2558 และพบว่ามีเพียงทันตแพทย์เพียงวิชาชีพเดียวที่มีกำลังการผลิตเกินกว่าความต้องการ รายละเอียดดังตาราง

ตารางที่ 1.4 แสดงสถานการณ์และความต้องการกำลังคนด้านสุขภาพในปัจจุบันของโรงพยาบาลศูนย์/ทั่วไป สังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

กำลังคนด้านสุขภาพ	โรงพยาบาลศูนย์/ทั่วไป			โรงพยาบาลชุมชน		
	ความต้องการตาม GIS	กำลังคนที่มี	กำลังคนที่ขาด	ความต้องการตาม GIS	กำลังคนที่มี	กำลังคนที่ขาด
แพทย์	6,727	6,221	506	7,010	4,705	2,305
ทันตแพทย์	3,174	980	2,194	4,264	2,430	1,834
เภสัชกร	3,194	1,959	1,235	3,848	3,180	668
พยาบาลวิชาชีพ	54,474	40,326	14,148	56,627	46,181	10,446
นักกายภาพบำบัด	1,280	431	849	2,095	579	1,516
นักเทคนิคการแพทย์	1,894	930	964	2,798	877	1,921
นักรังสีการแพทย์	1,280	313	967	1,397	230	1,167

[ที่มา : กองการเจ้าหน้าที่ กระทรวงสาธารณสุข, 2554]

ตารางที่ 1.5 แสดงการคาดการณ์กำลังการผลิตเทียบกับความต้องการกำลังคนในปี 2558

	แพทย์	ทันตแพทย์	เภสัชกร	พยาบาล
กำลังการผลิต	38,217 - 41,282	10,323	25,124	120,197 - 173,321
ความต้องการ	40,633 - 46,015	9,924 - 9,468	32,761 - 33,698	137,997 - 142,366
จำนวนที่ขาด/เกิน	2,416 - 4,733	537 - 1,399	7,637 - 8,574	30,955 - 17,800

[ที่มา : ทิณกร โนรี, ทริณู โชคชัยชาญ, วีระศักดิ์ มงคลพร, 2548]



พัฒนาการการบริหารและจัดการกำลังคนด้านสุขภาพ

สถานการณ์กำลังคนด้านสุขภาพในปัจจุบัน เป็นผลสืบเนื่องมาจากการบริหารจัดการกำลังคนด้านสุขภาพที่รัฐบาลและกระทรวงสาธารณสุขรวมถึงหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ร่วมมือกัน จัดทำนโยบายและผลักดันมาตรการในการแก้ปัญหาและบริหารจัดการกำลังคนอย่างต่อเนื่อง สามารถแบ่งช่วงของพัฒนาการการบริหารและจัดการกำลังคนด้านสุขภาพได้ดังนี้

ช่วงที่ 1 บังคับแพทย์ใช้ทุน

[ช่วงแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติฉบับที่ 1-3 (2504-2518)]

เป็นช่วงที่ระบบบริการสุขภาพของประเทศเป็นไปอย่างค่อนข้างจำกัด สถานพยาบาลยังมีไม่มากและไม่กระจายตัว ประชาชนส่วนใหญ่ยังเข้าไม่ถึงบริการสุขภาพ ช่วงนี้กำลังคนด้านสุขภาพโดยเฉพาะแพทย์ออกไปทำงานในต่างประเทศ โดยเฉพาะสหรัฐอเมริกาเป็นจำนวนมาก **นพ. สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ** นักวิชาการสาธารณสุขทรงคุณวุฒิ (ด้านวิจัย) กระทรวงสาธารณสุข เคยประมาณการว่าในช่วงทศวรรษนี้มีแพทย์ไทยเดินทางไปต่างประเทศมากถึง ร้อยละ 25 ของแพทย์ทั้งหมด ปัญหาสมองไหลไปต่างประเทศของแพทย์ไทยทำให้รัฐบาลในช่วงนั้นหันมาให้ความสำคัญกับการดึงแพทย์ไว้ในประเทศ มีการยกระดับสถานบริการปฐมภูมิให้เป็นโรงพยาบาลระดับอำเภอเพื่อให้แพทย์ลงไปประจำ พร้อมกับการประกาศนโยบายการบังคับใช้ทุน 3 ปี ของแพทย์จบใหม่เพื่อดึงให้แพทย์ที่จบการศึกษาใหม่ลงไปรับใช้ประชาชนในเขตชนบท โดยมีเงื่อนไขว่าแพทย์ที่สำเร็จการศึกษาใหม่ทุกคนต้องทำสัญญาเป็นข้าราชการกับกระทรวงสาธารณสุข และลงไปปฏิบัติหน้าที่ในพื้นที่ชนบทเป็นเวลา 3 ปี หากไม่ทำงานใช้ทุนก็ต้องเสียค่าปรับให้กับรัฐบาล 400,000 บาท โดยเงินค่าปรับจะนำเข้าเป็นรายได้ของโรงเรียนแพทย์ที่บัณฑิตแพทย์ผู้นั้นสำเร็จการศึกษามา นโยบายการบังคับใช้ทุนของแพทย์เริ่มประกาศใช้ในปี 2510 มีผลบังคับใช้กับบัณฑิตแพทย์ที่สำเร็จการศึกษาปี 2516 เป็นรุ่นแรก

นอกจากการบังคับใช้ทุนแพทย์แล้ว ในช่วงนี้ยังมีการนำมาตรการทางการเงินมาใช้เพื่อสร้างแรงจูงใจให้กับแพทย์ลงไปปฏิบัติหน้าที่ในชนบท โดยในปี 2518 กำหนดให้แพทย์ที่ปฏิบัติงานในชนบทได้รับเงินค่าตอบแทนพิเศษเดือนละ 2,000 - 2,800 บาท ขึ้นอยู่กับความทุรกันดารของพื้นที่

ในช่วงที่ยังไม่มีแพทย์ลงไปใช้ทุนในพื้นที่ชนบท กระทรวงสาธารณสุขได้ใช้มาตรการสร้างกำลังคนทดแทนแพทย์โดยมีการฝึกอบรมบุคลากรสาธารณสุขขึ้นมาเพื่อทำงานทดแทน

แพทย์โดยเฉพาะในชนบท ได้แก่เจ้าพนักงานสาธารณสุขและพยาบาล/ผดุงครรภ์ซึ่งในเวลานั้นใช้วิธีคัดเลือกคนจากในท้องถิ่นเข้ามา วิธีการเช่นนี้พบว่าการคงอยู่ในระบบของพยาบาลและเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเพิ่มขึ้นด้วย

มาตรการทั้งหมดที่เกิดขึ้นในช่วงแผนสุขภาพฉบับที่ 1-3 ทั้งมาตรการด้านการศึกษ การบังคับใช้ทุน การถ่ายโอนงาน และมาตรการทางการเงิน มีส่วนอย่างยิ่งที่ทำให้บุคลากรสาธารณสุข ทั้งแพทย์ พยาบาล และ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่ชนบทมากขึ้น ทำให้ประชาชนเข้าถึงบริการสุขภาพได้ดีขึ้น อย่างไรก็ตามเมื่อเทียบกับความต้องการบริการสาธารณสุขในพื้นที่ชนบทแล้วจำนวนบุคลากรที่กระจายตัวในช่วงนั้นก็ถือว่าขาดแคลนอยู่

ช่วงที่ 2 กำเนิด อสม. และทำสัญญากันตแพทย์ใช้ทุน

[แผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติฉบับที่ 4-5 (2519-2528)]

เป็นช่วงที่ประเทศไทยกำลังให้ความสำคัญกับการพัฒนาบริการสุขภาพในระดับปฐมภูมิ และการเข้าถึงบริการสุขภาพของประชาชนในชนบท นโยบายที่เด่นชัดในด้านการบริหารจัดการกำลังคนด้านสุขภาพในช่วงนี้คือการสร้างการมีส่วนร่วมของประชาชนในการดูแลสุขภาพของตนเอง ครอบครัว และชุมชน ด้วยการตั้งอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) และผู้สื่อข่าวสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (ผสส.) ในปี 2520 ต่อมาปี 2535 กระทรวงสาธารณสุขได้พัฒนา ผสส. ให้เป็น อสม. ทั้งหมด จนกลายเป็นกลุ่มบุคคลที่มีบทบาทด้านการสาธารณสุขมูลฐานอย่างเข้มแข็งต่อเนื่องมาถึงปัจจุบัน

นอกจากสร้างการมีส่วนร่วมของประชาชนแล้ว แผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติฉบับที่ 4 และ 5 ยังให้ความสำคัญกับการผลิตกำลังคนที่มีทักษะและความรู้สอดคล้องกับความต้องการด้านสุขภาพของประชาชนในชนบทเพิ่มมากขึ้น ภาคการผลิตต้องให้ความสำคัญกับการผลิตบุคลากรให้มีคุณสมบัติตรงกับความต้องการนอกเหนือจากการเพิ่มกำลังการผลิต ดังนั้นนอกเหนือจากการเพิ่มกำลังการผลิตแพทย์ในช่วงนี้อีกปีละ 200 คนแล้ว จึงมีการกำหนดว่าก่อนสำเร็จการศึกษานักศึกษาแพทย์ทุกคนต้องเข้าฝึกทักษะในโรงพยาบาลชุมชนก่อน เช่นเดียวกับหลักสูตรพยาบาลและเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ที่มีการปรับปรุงเพื่อให้ผู้ที่สำเร็จการศึกษามีทักษะที่สอดคล้องกับการทำงานในชนบทมากขึ้น และเพื่อรักษากำลังแพทย์ไว้ในชนบทได้มากขึ้น อีกทั้งยังมีการนำเงื่อนไขการทำงานในชนบทไปผูกกับการเรียนต่อด้านแพทย์เฉพาะทาง โดยกำหนดว่าผู้ที่เรียนต่อเฉพาะทางต้องทำงานในพื้นที่ชนบทมาก่อนอย่างน้อย

อสม. เป็นบุคคลที่ได้รับการคัดเลือกจากชาวบ้านในแต่ละชุมชน ให้เข้ามารับการอบรมสาธารณสุขมูลฐานตามหลักสูตรที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด หน้าที่ของ อสม. คือ การเป็นผู้ดำเนินการเปลี่ยนแปลงด้านสุขอนามัยให้กับประชาชนในชุมชนของตนเอง เผยแพร่ความรู้และประสานกิจกรรมพัฒนาสาธารณสุข ตลอดจนให้บริการสาธารณสุขด้านต่างๆ เช่น การส่งเสริมสุขภาพ การเฝ้าระวังและป้องกันโรค การช่วยเหลือและรักษาพยาบาลขั้นต้น โดยใช้ยาและเวชภัณฑ์ตามขอบเขตที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด การส่งต่อผู้ป่วยไปรับบริการ การฟื้นฟูสุขภาพ และจัดกิจกรรมพัฒนาสุขภาพภาคประชาชนในหมู่บ้านหรือชุมชนของตนเอง ในช่วงแรกของการมี อสม. เป็นการดำเนินงานในลักษณะอาสาสมัคร ไม่มีค่าตอบแทน จนกระทั่งปี 2552 กระทรวงสาธารณสุขมีนโยบายสนับสนุนค่าใช้จ่ายให้กับ อสม. เดือนละ 600 บาทต่อคน เพื่อสร้างแรงจูงใจและเพิ่มความคล่องตัวในการทำงาน

กระทรวงสาธารณสุขกำหนดให้ทุกๆ 8-15 หลังคาเรือนต้องมี อสม. 1 คน เฉลี่ยแต่ละหมู่บ้านจะมี อสม. ประมาณ 18-20 คน และจากรายงานผลการดำเนินงานโครงการส่งเสริมอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เชิงรุก ปี 2552 ของกลุ่มประเมินผล สำนักตรวจและประเมินผล สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข พบว่า ณ เดือนเมษายน 2552 มี อสม. ทั่วประเทศจำนวน 830,577 คน

อสม. ทำให้ทางด้านสาธารณสุขมูลฐานของประเทศไทยมีชื่อเสียงมาก ระบบการทำงานของอาสาสมัครสาธารณสุขไทยได้รับการกล่าวขานยกย่องในสังคมและสู่สายตาชาวโลก จนองค์การอนามัยโลกได้ให้ทุนแก่กลุ่มประเทศเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ เพื่อให้เดินทางมาศึกษาดูงานด้านการสาธารณสุขมูลฐานในประเทศไทยหลายครั้ง

1 ปี แต่ปัจจุบันเงื่อนไขนี้ถูกลดทอนความสำคัญลงเนื่องจากปัญหาขาดแคลนแพทย์เฉพาะทาง (อ่านรายละเอียดใน **การศึกษาต่อแพทย์เฉพาะทางและการขาดแคลนแพทย์ในชนบท - ส่วนที่ 2 วิชาชีพแพทย์** หน้า 42)

การให้ความสำคัญกับการเพิ่มกำลังการผลิตก็เป็นนโยบายที่เริ่มเกิดขึ้นในช่วงนี้เช่นกัน ปี 2521 กระทรวงสาธารณสุขร่วมกับคณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ริเริ่มจัดโครงการส่งเสริมการศึกษาแพทย์สำหรับชาวชนบท (Medical Education for Students in Rural Area Project-MESRAP) เป็นครั้งแรกของประเทศ โดยคัดเลือกนักเรียนจากชนบทให้เข้ามาศึกษาแพทยศาสตร์โดยมีเงื่อนไขต้องกลับไปทำงานในชนบท ผลของโครงการพบว่าสามารถรักษาคณไว้ในพื้นที่ชนบทได้ดีขึ้น ทำให้ปัจจุบันยังคงมีการใช้ยุทธศาสตร์นี้อยู่

ช่วงแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติฉบับที่ 4-5 ยังเป็นช่วงที่พบว่าโรคในช่องปากเป็นปัญหาทางสาธารณสุขที่สำคัญปัญหาหนึ่ง โดยในปี 2520 มีประชากรประมาณร้อยละ 80 เป็นโรคฟันและเหงือก โดยเฉพาะโรคฟันผุในเขตชนบทจะมีอัตราป่วยเกินร้อยละ 80 และแนวโน้ม

สูงขึ้นตามความเจริญของประเทศและจำนวนประชากรที่เพิ่มขึ้น ในขณะเดียวกันพบว่ามีความขาดแคลนบริการทันตสาธารณสุขในชนบทเป็นอย่างมาก เนื่องจากทันตแพทย์ไม่กระจายตัวไปรับราชการที่ต่างจังหวัดโดยเฉพาะในโรงพยาบาลระดับอำเภอ ปี 2525 คณะรัฐมนตรีจึงมีมติให้นักศึกษาทันตแพทย์ต้องทำสัญญาเป็นนักเรียนทุนกับกระทรวงสาธารณสุข เมื่อจบออกมาแล้วต้องรับราชการใช้ทุนเป็นเวลา 3 ปี หรือปรับ 400,000 บาท เช่นเดียวกับแพทย์

มาตรการและยุทธศาสตร์ตามแผนฉบับที่ 4 และ 5 ถือว่าประสบความสำเร็จสูงมาก การกระจายกำลังคนด้านสุขภาพดีขึ้นอย่างมาก โดยดูจากสัดส่วนแพทย์และพยาบาลต่อประชากร เช่น สัดส่วนแพทย์ต่อประชากรในพื้นที่ภาคอีสานในปี 2530 อยู่ที่ 1:12,694 คน ลดลงจาก 1:25,712 คนในปี 2522 หรือ สัดส่วนพยาบาลต่อประชากรในภาคอีสาน ลดจาก 1:9,492 ในปี 2522 มาอยู่ที่ 1:4,557 ในปี 2530 ในขณะเดียวกันพบว่าประชาชนเข้าใช้บริการสุขภาพในพื้นที่ชนบทได้เพิ่มมากขึ้น



ช่วงที่ 3 สร้างคนจากชนบท เรียนใกล้บ้าน ทำงานภูมิลำเนา [แผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติฉบับที่ 6-7 (2529-2538)]

เป็นช่วงที่เศรษฐกิจของประเทศเติบโตอย่างมาก ทำให้โรงพยาบาลเอกชนในเมืองเกิดขึ้นเป็นจำนวนมากจาก 132 แห่ง ในปี 2528 เป็น 473 แห่งในปี 2538 ทำให้เกิดตลาดงานของกำลังคนด้านสุขภาพเพิ่มมากขึ้น ภาวะสมองไหลของบุคลากรจากภาครัฐไปเอกชนจึงเกิดขึ้น จนอัตราการไหลออกของแพทย์จากกระทรวงสาธารณสุขสูงกว่าอัตราการเข้าสู่ระบบ เพราะภาคการผลิตไม่สามารถผลิตแพทย์ได้ทันกับความต้องการ ในช่วงนี้สัดส่วนระหว่างแพทย์ต่อประชากรในพื้นที่ชนบทจึงยังคงสูงอยู่เช่นเดิม

มาตรการสำคัญเพื่อรักษาคณไว้ในระบบนี้จึงเป็นเรื่องของการลดแรงผลักดันออกจากระบบบริการสุขภาพภาครัฐ กระทรวงสาธารณสุขให้ความสำคัญกับการพัฒนาโครงสร้างพื้นฐานและเครื่องมือ อุปกรณ์ทางการแพทย์ในสถานบริการของกระทรวงสาธารณสุขเพิ่มมากขึ้น พร้อมกับมีการพัฒนาสถานีอนามัยเพื่อให้ทำหน้าที่สถานบริการระดับปฐมภูมิในระดับชุมชน นอกจากนี้มาตรการด้านความก้าวหน้าในวิชาชีพก็ถูกนำมาปรับใช้เพื่อดึงบุคลากรไว้ในระบบ

ในช่วงปลายคือประมาณปี 2536 ได้มีการเพิ่มกำลังการผลิตเพื่อให้เพียงพอกับความต้องการที่เพิ่มมากขึ้น โครงการผลิตแพทย์เพิ่มเพื่อชาวชนบท (Collaborative Project to increase Production of Rural Doctor – CPIRD) ได้เกิดขึ้นอย่างเต็มรูปแบบในช่วงนี้ โดยเป็นความร่วมมือระหว่างคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยต่างๆ และกระทรวงสาธารณสุข

เพื่อลดอัตราการลาออกของแพทย์ มีเป้าหมายผลิตแพทย์เพิ่มให้กับชนบทปีละ 300 คน เป็นระยะเวลา 10 ปี ความสำเร็จของโครงการนี้สามารถผลิตแพทย์เพิ่มได้มากถึง 2,982 คนทำให้กระทรวงสาธารณสุขขยายเวลาของโครงการออกไปอีก 10 ปี (2547-2556) มีเป้าหมายเพิ่มการผลิตให้ได้ 6,000 คน ยุทธศาสตร์สำคัญของโครงการผลิตแพทย์เพิ่มเพื่อชาวชนบทคือสร้างคนจากชนบท เรียนใกล้บ้าน ทำงานภูมิลำเนา (rural recruitment, local training, hometown placement) คือคัดเลือกนักศึกษาแพทย์ที่มีภูมิลำเนาจากชนบทโดยกำหนดโควตาให้ จัดการเรียนการสอนชั้นเตรียมแพทย์และพรีคลินิกในมหาวิทยาลัย ในขณะที่โรงพยาบาลศูนย์ของกระทรวงสาธารณสุขในส่วนภูมิภาค รับผิดชอบการจัดการเรียนการสอนชั้นคลินิก โดยจัดตั้งเป็นศูนย์แพทยศาสตรศึกษาชั้นคลินิก เพื่อบริหารหลักสูตรและให้นักศึกษาได้เรียนใกล้บ้าน เมื่อสำเร็จการศึกษาก็ให้รับราชการในโรงพยาบาลที่อยู่ในภูมิลำเนาก่อนเกิด

ด้วยการให้บริการในระดับสถานีอนามัยเป็นยุทธวิธีที่สำคัญในการเพิ่มการเข้าถึงบริการสุขภาพของชาวชนบท กระทรวงสาธารณสุขจึงได้จัดทำโครงการทศวรรษแห่งการพัฒนาสถานีอนามัย (2535- 2544) โดยมีการพัฒนาโครงสร้างพื้นฐานของสถานีอนามัย วัสดุ/อุปกรณ์ และโดยเฉพาะอย่างยิ่งกำลังคนประจำสถานีอนามัย จะเห็นว่าในช่วงดังกล่าวมีการเพิ่มผลิตเจ้าพนักงานสาธารณสุขชุมชน โดยวิทยาลัยสาธารณสุข ในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข โดยเพิ่มการผลิตจากปีละ 800 คน เป็น 1,000- 1,600 คน ในระหว่างปี 2535- 2541 นอกจากนั้น มีการเพิ่มการผลิตทันตภิบาลเพื่อไปปฏิบัติงานที่สถานีอนามัยเช่นกัน

ในส่วนของพยาบาลพบว่ามีการขยายกำลังการผลิตเพิ่มขึ้นเช่นกัน โดยมีสถาบันที่เปิดสอนหลักสูตรพยาบาลศาสตร์ เพิ่มมากขึ้นมากในช่วงนี้

นอกจากนี้ความแตกต่างเรื่องรายได้ระหว่างแพทย์ในโรงพยาบาลเอกชนและโรงพยาบาลรัฐบาล ยังคงเป็นแรงผลักดันที่สำคัญทำให้แพทย์ออกจากราชการไปยังภาคเอกชน ปี 2538 กระทรวงสาธารณสุขจึงเริ่มใช้มาตรการทางการเงินสร้างแรงจูงใจให้กับการทำงานในภาครัฐโดยเฉพาะในพื้นที่ชนบท เช่น การเพิ่มค่าตอบแทนพิเศษกรณีไม่ทำเวชปฏิบัตินอกเวลาราชการ 10,000 บาท และค่าตอบแทนเพิ่มสำหรับการปฏิบัติหน้าที่ในถิ่นทุรกันดาร

อย่างไรก็ดีมาตรการต่างๆ เหล่านี้พบว่ายังไม่สามารถรักษาแพทย์ไว้ในระบบได้ ในปี 2539 การขาดแคลนแพทย์ในภาครัฐถึงขั้นรุนแรงมาก เมื่อโรงพยาบาลชุมชนถึง 21 แห่ง ไม่มีแพทย์ประจำ และในปี 2553 พบว่ามีโรงพยาบาลมากถึง 20 แห่ง มีแพทย์ประจำเพียง 1 คน

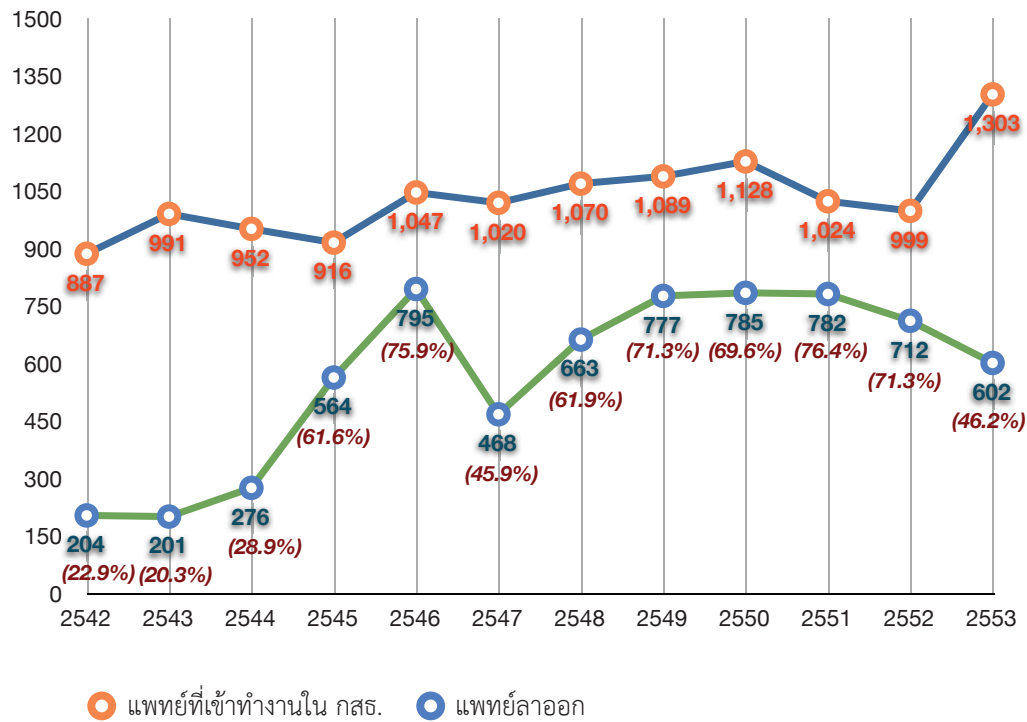
ในช่วงนี้เป็นช่วงที่มีจำนวนพยาบาลและเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเพิ่มมากขึ้น อันเป็นผลจากการเพิ่มจำนวนการผลิต



ช่วงที่ 4 สร้างแรงจูงใจด้วยเงินสู่แรงจูงใจจากเอกชน [แผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติฉบับที่ 8-9 (2539-2548)]

เป็นช่วงที่ประเทศกำลังประสบกับวิกฤติเศรษฐกิจ โรงพยาบาลเอกชนหลายแห่งปิดตัวลง พร้อมกับการลดลงของความต้องการกำลังคนในภาคเอกชน อัตราการไหลออกของแพทย์จากภาครัฐบาลไปเอกชนลดลงสัดส่วนของแพทย์และพยาบาลต่อประชากรในพื้นที่ชนบทเริ่มดีขึ้น วิกฤติการขาดแคลนแพทย์ในช่วงปลายของแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติฉบับที่ 5 จึงค่อยๆ คลี่คลายไปในทางที่ดีขึ้น จนกระทั่งปี 2544 เมื่อรัฐบาลประกาศนโยบายหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เพื่อให้ประชาชนทุกคนสามารถเข้าถึงบริการสาธารณสุขได้ดีขึ้น ทำให้ความต้องการกำลังคนในภาครัฐมีเพิ่มมากขึ้น และกำลังคนที่มีอยู่ต้องแบกรับภาระงานที่หนักมากขึ้น ประกอบการที่ประเทศอยู่ระหว่างฟื้นตัวจากวิกฤติเศรษฐกิจ โรงพยาบาลเอกชนหลายแห่งขยายหาลูกค้าที่เป็นผู้ป่วยต่างชาติเพื่อแก้ปัญหาสถานการณ์ทางการเงินของตนเองที่กำลังประสบภาวะเตียงว่าง อุตสาหกรรมการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพจึงเริ่มก่อตัวขึ้นโดยได้รับการสนับสนุนจากหน่วยงานของรัฐบาล ความสำเร็จของดำเนินนโยบายการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพทำให้ความต้องการกำลังคนของภาคเอกชนเกิดขึ้นอีกครั้ง ผลคือมีการออกจากระบบของบุคลากรจากภาครัฐเพิ่มมากขึ้นอีกครั้งหนึ่ง ข้อมูลจากกองการเจ้าหน้าที่กระทรวงสาธารณสุขระบุว่า การลาออกของแพทย์จากกระทรวงสาธารณสุข ที่เคยอยู่ที่ร้อยละ 29 เมื่อเทียบกับแพทย์เข้าใหม่ ในปี 2544 ขยับไปเป็นร้อยละ 63 ในปี 2548 ก่อนจะขยับขึ้นไปที่ร้อยละ 71 ในปี 2552 แม้ในปี 2553 สัดส่วนจะลดลงเป็น ร้อยละ 46 แต่จำนวนแพทย์ลาออกลดลงเพียง 110 คน เท่านั้น แต่เนื่องจากว่ามีแพทย์จบใหม่เพิ่มขึ้น จึงทำให้สัดส่วนการลาออกลดลงมาก แม้จะไม่สามารถระบุได้ชัดเจนว่าเมื่อลาออกแล้วแพทย์ไปสู่สถานพยาบาลของเอกชนหรือไม่ แต่รายงานการศึกษาหลายชิ้นสนับสนุนสมมติฐานนี้ โดยทักษพล ธรรมรังษี จากสำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ ได้เคยทำการศึกษาปัจจัยที่ทำให้แพทย์ลาออก ซึ่งส่วนใหญ่เป็นแพทย์ที่อยู่ระหว่างการใช้ทุน พบว่าส่วนใหญ่ออกมาศึกษาต่อเฉพาะทางในลักษณะของ free train โดยมีปัจจัยสนับสนุนให้ออกมาศึกษาต่อคือภาระงานที่หนักในภาครัฐ และการทำงานห่างไกลจากบ้านเกิดและครอบครัว

แผนภูมิที่ 1.1 แสดงจำนวนแพทย์ลาออก จากสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข เทียบกับแพทย์จบใหม่



[ที่มา : กองการเจ้าหน้าที่ กระทรวงสาธารณสุข, 2554]

แรงจูงใจของภาคเอกชน ได้รับการเสริมความเข้มแข็งด้วยแรงผลักดันจากภาครัฐ จากภาระงานที่เพิ่มมากขึ้นจากระบบหลักประกันสุขภาพ ที่ทำให้คนไทยสามารถเข้าถึงบริการสุขภาพได้ โดยจ่ายค่าบริการเพียงแค่ 30 บาทต่อครั้ง ก่อนจะขยับมาสู่การให้บริการรักษาฟรีในภายหลัง เพื่อให้ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการสุขภาพได้อย่างทั่วถึงและเป็นธรรม โดยไม่ต้องมีภาระทางเศรษฐกิจเป็นอุปสรรค ทำให้ประชาชนเข้าถึงบริการทางการแพทย์เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 69 ในปี 2539 เป็นร้อยละ 96.3 ในปี 2548 แม้จะมีผลผลิตแพทย์เพิ่มมากขึ้นจากโครงการผลิตแพทย์เพิ่มเพื่อชาวชนบท แต่จำนวนที่เพิ่มขึ้นก็ยังไม่เพียงพอกับความต้องการของประชาชน ภาระงานที่หนักมากของแพทย์กลายเป็นตัวกระตุ้นให้มีการออกจากระบบบริการสาธารณสุขของภาครัฐ

นอกเหนือจากแพทย์แล้วพบว่า การขาดแคลนพยาบาลกำลังกลายเป็นวิกฤติใหม่ที่ก่อตัวขึ้นหลังการประกาศนโยบายลดอัตราค่าจ้างข้าราชการ ในปี 2543 ซึ่งเป็นผลจากการปฏิรูประบบราชการ เพราะพยาบาลรุ่นใหม่รวมทั้งที่จบการศึกษาจากวิทยาลัยพยาบาลของสถาบันบรมราชชนก ไม่มีตำแหน่งบรรจุในโรงพยาบาลของรัฐ และไม่มีข้อผูกพันด้านทุนการศึกษา ผลคือพยาบาลรุ่นใหม่ไม่เข้าสู่ระบบบริการสุขภาพของรัฐจนทำให้เกิดปัญหาการขาดแคลนพยาบาลทั้งในเมืองและชนบท แม้จะมีการนำมาตรการทางการเงินมาปรับใช้อีกครั้งหนึ่งกับทุกวิชาชีพ แต่ก็ไม่สามารถคล่องกับสภาพปัญหาที่แท้จริง โดยการเพิ่มค่าตอบแทนในรูปเงินประจำตำแหน่ง เช่น ข้าราชการอาวุโสระดับ 7 ทุกคนจะได้รับค่าเงินประจำตำแหน่งคนละ 3,500 บาทต่อเดือน และระดับ 8 คนละ 5,600 ต่อเดือน อย่างไรก็ตามเงินประจำตำแหน่งนี้ ไม่ได้มีความแตกต่างกันระหว่างผู้ปฏิบัติงานในเมืองหรือในชนบท

ในช่วงเวลานี้กระทรวงสาธารณสุขได้พยายามหาทางจากปัญหาระงาที่มากขึ้นขณะที่ภาครัฐไม่สามารถจ่ายค่าตอบแทนในอัตราที่แข่งขันกับเอกชนได้ ด้วยการคิดหาแนวทางใหม่ๆ ในการสร้างแรงจูงใจด้วยเงิน เพื่อดึงดูดกำลังคนไว้ในระบบ และได้มีการนำระบบการจ่ายค่าตอบแทนตามภาระงาน (pay for performance) มาทดลองใช้ในบางโรงพยาบาล เช่น โรงพยาบาลพาน จังหวัดเชียงราย และ โรงพยาบาลสูงเนิน จังหวัดนครราชสีมา เพื่อหาความเป็นไปได้และรูปแบบที่เหมาะสมในการปรับเปลี่ยนการจ่ายค่าตอบแทนให้กับกำลังคนด้านสุขภาพ เพื่อให้เกิดความเป็นธรรมกับภาระงานที่เพิ่มมากขึ้น และเพื่อรักษาคนไว้ในระบบบริการสุขภาพของภาครัฐ

นอกจากนี้กระทรวงสาธารณสุขยังพยายามลดความต้องการกำลังคนในภาครัฐ ด้วยการเน้นให้เกิดการดูแล ป้องกันและส่งเสริมสุขภาพมากกว่าการรักษา เพราะงานสร้างเสริมสุขภาพทำได้โดยบุคลากรในระดับปฐมภูมิ แต่การดำเนินนโยบาย “สร้างนำซ่อม” อย่างไรก็ตามไม่พบว่ามีพัฒนาและผลิตบุคลากรสาธารณสุขสำหรับการบริการระดับสถานีนามัยเพิ่มตามไปด้วย ทำให้บุคลากรในระดับสถานีนามัยต้องรับภาระงานที่หนักเกินตัวและกลายเป็นบุคลากรในกลุ่มขาดแคลนไป



ช่วงที่ 5 จูงใจด้วยเงิน รักษาด้วยใจ [แผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติฉบับที่ 10 (2550-2554)]

เป็นช่วงที่สังคมไทยกำลังเกิดกระบวนทัศน์ใหม่ในการพัฒนาสุขภาพ การแพทย์แผนไทยได้รับการฟื้นฟูให้กลับมามีบทบาทเสริมการแพทย์กระแสหลัก และได้รับการหนุนเสริมจากนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข และสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ที่ใช้มาตรการทางการเงินเข้ามากระตุ้นให้สถานพยาบาลเปิดให้บริการด้านแพทย์แผนไทย ประกอบกับกระแสการเปิดเสรีด้านสุขภาพ ทำให้ความต้องการกำลังคนที่เกี่ยวข้องกับการแพทย์แผนไทยมีเพิ่มมากขึ้น

การเปิดเสรีด้านสุขภาพโดยเฉพาะการร่วมเป็นหนึ่งในประชาคมเศรษฐกิจอาเซียน จะก่อให้เกิดผลกระทบกับบริการด้านสุขภาพในทุกภาคส่วน ทั้งการผลิต การจ้างงาน และการให้บริการ เนื่องจากประเทศไทยต้องเปิดประเทศให้มีการเคลื่อนย้ายของกำลังคนด้านสุขภาพในทุกระดับทั้งการผลิต และการให้บริการ เมื่อผนวกกับนโยบายรัฐบาลที่ต้องการให้มหาวิทยาลัยออกนอกกรอบ เป็นองค์กรที่สามารถหารายได้เลี้ยงตัวเองได้ ก็ส่งผลให้โรงเรียนแพทย์ต้องมองหายุทธศาสตร์ในการรับมือกับกระแสการเปลี่ยนแปลงที่จะเกิดขึ้น เช่น มีความพยายามเดินหน้าการเปิดหลักสูตรแพทยศาสตรศึกษานานาชาติ เพื่อให้สามารถรองรับผู้เรียนต่างชาติได้ โรงเรียนแพทย์บางแห่งขยายตัวด้านวิชาการเพื่อบ่มงูสุญญ่ความเป็นเลิศ เปิดให้บริการผู้ป่วยเชิงธุรกิจเพื่อหารายได้เข้ามหาวิทยาลัย ปรากฏการณ์เช่นนี้ต้องการการบริหารจัดการกำลังคนรูปแบบใหม่ ที่สามารถตอบสนองความต้องการและการเปลี่ยนแปลงของการให้บริการของโรงเรียนแพทย์

ในส่วนกำลังคนในระบบบริการสาธารณสุขของกระทรวงสาธารณสุข ได้รับผลกระทบจากกระแสการกลับมาของธุรกิจสถานพยาบาลเอกชน โดยเฉพาะเมื่อรัฐบาลชุดนายอภิสิทธิ์ เวชชาชีวะ มีนโยบายผลักดันประเทศเป็นศูนย์กลางสุขภาพนานาชาติ ทำให้เกิดแนวโน้มการไหลออกของกำลังคนจากภาครัฐสู่เอกชนเกิดขึ้นอีกครั้งหนึ่ง มาตรการทางการเงินถูกนำมาใช้เป็นแรงจูงใจที่สำคัญ โดยในวันที่ 28 พฤศจิกายน 2551 กระทรวงสาธารณสุขประกาศเพิ่มเบี้ยเลี้ยงเหมาจ่ายให้กับบุคลากร 4 วิชาชีพหลัก คือ แพทย์ ทันตแพทย์ เภสัชกร และพยาบาล

ที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลชุมชน เพื่อให้มีความแตกต่างจากในเมืองมากพอที่จะรักษาคนไว้ในชนบทได้ มาตรการเดียวกันนี้ถูกนำมาใช้อีก 3 ครั้งภายในระยะเวลา 6 เดือน เพื่อปรับเพิ่มค่าตอบแทนในหมวดอื่นๆ ให้กับกำลังคนสาขาวิชาชีพอื่น และใน 4 วิชาชีพหลักที่ปฏิบัติงานในเมือง เพื่อสร้างความเป็นธรรมให้เกิดขึ้น การปรับเพิ่มค่าตอบแทนให้กับกำลังคนในระบบสุขภาพทั้ง 4 ครั้ง จนกระทรวงสาธารณสุขมีภาระรายจ่ายด้านค่าตอบแทนเพิ่มสูงถึงกว่า 9,800 ล้านบาท ทำให้กระทรวงสาธารณสุขต้องคิดหารูปแบบใหม่ในการสร้างแรงจูงใจรวมทั้งปรับระบบการจ่ายค่าตอบแทนเพื่อให้เกิดความยั่งยืนกับระบบบริการสาธารณสุขของประเทศมากยิ่งขึ้น

ความต้องการกำลังคนด้านสุขภาพที่มากขึ้น มีผลต่อภาคการศึกษาคือสถาบันมีการเปิดหลักสูตรที่เกี่ยวข้องกับบริการด้านสุขภาพมากขึ้น เช่น พยาบาล เภสัชกร สาธารณสุข แพทย์แผนไทย เพื่อป้อนตลาดที่มีความต้องการสูง การขยายตัวของภาคการผลิตทำให้เกิดปัญหาความขัดแย้งระหว่างฝ่ายวิชาชีพซึ่งมีหน้าที่ควบคุมคุณภาพกับฝ่ายการผลิต ดังปรากฏเป็นความขัดแย้งรูปธรรมกรณีโรงเรียนการพยาบาลแห่งหนึ่ง เกิดสอนโดยหลักสูตรยังไม่ผ่านการรับรอง ทำให้เกิดปัญหากับเด็กนักเรียนว่าไม่สามารถเข้าสอบใบประกอบวิชาชีพได้

สภาพสังคมในช่วง 5 ปีนี้มีความตื่นตัวเรื่องสิทธิและหน้าที่มากขึ้น เกิดปัญหาการฟ้องร้องระหว่างผู้ป่วยและแพทย์เพิ่มมากขึ้น รวมถึงมีคำพิพากษาที่ศาลชั้นต้นสั่งจำคุกแพทย์โดยไม่รอลงอาญา ทำให้ความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์และผู้ป่วยห่างเหินกันมากยิ่งขึ้น ฝ่ายนโยบายพยายามแก้ไขสถานการณ์ด้วยการผลักดันให้มีการตราพระราชบัญญัติคุ้มครองผู้เสียหายจากบริการทางการแพทย์ เพื่อให้เกิดกองทุนขึ้นมารับผิดชอบผู้เสียหายที่ได้รับผลกระทบจากผลอันไม่พึงประสงค์ของบริการทางการแพทย์ เพื่อลดอัตราการฟ้องร้อง แต่ร่างกฎหมายกลับได้รับการคัดค้านจากแพทย์ที่มองว่าเป็นร่างกฎหมายที่มีรายละเอียดอันไม่เป็นธรรมกับผู้ประกอบวิชาชีพ กระแสการฟ้องร้องยังผลักดันให้ภาคการผลิต คือโรงเรียนแพทย์มีการปรับหลักสูตรแพทยศาสตรศึกษาเน้นการผลิตแพทย์ที่มี “หัวใจความเป็นมนุษย์” มากขึ้น

ยุทธศาสตร์สำคัญในการบริหารจัดการกำลังคนด้านสุขภาพของประเทศไทย

จะเห็นได้ว่าการบริหารและจัดการกำลังคนด้านสุขภาพทุกยุคทุกสมัย เป็นไปเพื่อตอบโจทย์ที่ท้าทาย 2 ข้อ คือการขาดแคลนกำลังคน และการกระจายตัวอย่างไม่เท่าเทียมระหว่างรัฐ-เอกชน และเมือง-ชนบท เพื่อบรรลุผลในการบริหารจัดการกำลังคนด้านสุขภาพหลายมาตรการถูกนำมาปรับใช้เพื่อให้ตอบสนองกับความรุนแรงของปัญหา และสภาพสังคมในแต่ละยุคสมัย สามารถสรุปยุทธศาสตร์ทั้งหมดที่เคยมีการใช้และยังใช้อยู่ในปัจจุบันได้ดังนี้

1.ยุทธศาสตร์ด้านการศึกษา

1.1 เพิ่มการผลิต เป็นวิธีการที่ถือว่าเป็นพื้นฐานที่สุดในการแก้ปัญหาการขาดแคลนบุคลากร ที่ผ่านมารัฐบาลและสภาวิชาชีพต่างๆ มีมาตรการเพิ่มจำนวนบุคลากรตามสาขาวิชาชีพ โดยการร่วมมือกับสถานศึกษาที่เป็นแหล่งผลิตของวิชาชีพ ทั้งนี้ทิศทางการเพิ่มการผลิตจะเน้นการผลิตกำลังคนในระดับวิชาชีพและลดการผลิตกำลังคนในระดับผู้ช่วย พบว่าในรอบ 10 ปี มีการเพิ่มจำนวนการผลิตแพทย์ จาก 1,300 คน ในปี 2543 มาเป็น 2,282 คน ในปี 2553 หรือการผลิตพยาบาลที่พบว่ามีโรงเรียนด้านวิชาการพยาบาลเปิดเพิ่มมากขึ้นในแต่ละปี ปัจจุบัน (ปี 2553) มีสถาบันการศึกษาพยาบาลศาสตร์ที่ได้รับการรับรองหลักสูตรจากสภาการพยาบาลมากถึง 67 แห่ง ในขณะที่หลักสูตรกำลังคนระดับผู้ช่วยซึ่งผลิตโดยวิทยาลัยในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข เช่น เจ้าพนักงานรังสีการแพทย์ เจ้าพนักงานเวชกรรมฟื้นฟู ถูกปิดตัวลง

ส่วนใหญ่ของยุทธศาสตร์การเพิ่มการผลิต จะมุ่งเน้นผลิตกำลังคนเพื่อให้ไปปฏิบัติงานในพื้นที่ชนบท ซึ่งเป็นพื้นที่ที่มีปัญหาการขาดแคลนกำลังคนด้านสุขภาพรุนแรงกว่าในเมือง ทำให้ในช่วงหลังสถาบันการศึกษาหลายแห่งปรับหรือเพิ่มเติมหลักสูตรโดยใช้ชุมชนเป็นฐาน

1.2 การเปิดช่องทางพิเศษสำหรับคนในพื้นที่เพื่อเข้ารับการฝึกอบรมตามวิชาชีพ และสายงานที่ขาดแคลน ยุทธศาสตร์นี้เริ่มจากการผลิตพยาบาลและบุคลากรที่ปฏิบัติงานใน

สถานพยาบาลระดับปฐมภูมิก่อน แล้วขยายมาสู่วิชาชีพอื่น เช่น แพทย์ กระบวนการคือการรับนักเรียนในพื้นที่โดยหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ซึ่งช่วงแรกจะเป็นสถานพยาบาลที่มีความต้องการคน ต่อมาเริ่มมีองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เช่น เทศบาล หรือองค์การบริหารส่วนตำบล เข้ามาร่วมสนับสนุนการผลิต หน่วยงานเหล่านี้จะประสานไปยังแหล่งผลิตในพื้นที่เพื่อขอโควตาพิเศษสำหรับนักเรียนในพื้นที่ นักเรียนที่ผ่านการสอบเข้าจะได้รับทุนสนับสนุนโดยมีเงื่อนไขว่าต้องกลับไปทำงานในชุมชนของตนเอง ส่วนใหญ่การใช้ทุนจะเป็น 2 เท่าของเวลาที่เรียน นอกจากนี้ยังมีโครงการที่จัดขึ้นเฉพาะกิจ ได้แก่ โครงการผลิตพยาบาล 3,000 คน เพื่อพื้นที่ชายแดนภาคใต้ อันเป็นโครงการพิเศษที่เปิดรับเฉพาะผู้ที่มีภูมิลำเนาในพื้นที่จังหวัดยะลา ปัตตานี นราธิวาส บางอำเภอของจังหวัดสงขลาและสตูล เพื่อให้เข้าเรียนพยาบาลและรับราชการในพื้นที่ซึ่งมีปัญหาความรุนแรง

การเปิดช่องทางหรือขยายโอกาสพิเศษให้กับนักเรียนในพื้นที่ได้เข้าศึกษาแพทย์ด้วย เช่น โครงการหนึ่งแพทย์หนึ่งตำบล และโครงการผลิตแพทย์เพิ่มเพื่อชาวชนบท หรือในสายพยาบาลและเจ้าพนักงานสาธารณสุขชุมชน ซึ่งได้เริ่มมาตั้งแต่ก่อตั้งวิทยาลัยพยาบาลและวิทยาลัยสาธารณสุข ของกระทรวงสาธารณสุข เพื่อการผลิตบุคลากรโดยการคัดเลือกผู้เรียนมาจากชุมชน เมื่อสำเร็จการศึกษาก็เข้าเป็นกำลังคนในชุมชน

2. การทำสัญญาใช้ทุน

เป็นการทำสัญญาใช้ทุนให้บุคคลที่สำเร็จการศึกษาในวิชาชีพที่ขาดแคลนเข้ารับราชการในหน่วยงานของกระทรวงสาธารณสุข เพื่อให้มีการกระจายตัวของกำลังคนด้านสุขภาพลงไปสู่พื้นที่ชนบทได้ การทำสัญญาใช้ทุนเริ่มมีครั้งในปี 2510 เพื่อตอบสนองปัญหาการขาดแคลนบุคลากรด้านสุขภาพในชนบท

ปี 2510 คณะรัฐมนตรีมีมติให้นักศึกษาแพทย์ทุกคนที่ไม่ประสงค์จะจ่ายค่าบำรุงการศึกษา ปีละ 10,000 บาท ตลอด 4 ปี (ในชั้นพรีคลินิกและคลินิก) ให้ทำสัญญาปฏิบัติงานชดใช้ทุนให้แก่ทางราชการเป็นเวลา 3 ปี มติดังกล่าวเป็นลักษณะไม่บังคับกล่าวคือ นักศึกษามีสิทธิ์ที่จะเลือกจ่ายค่าบำรุงการศึกษาในราคาแพง (คิดเทียบกับปัจจุบันจะมีมูลค่าประมาณปีละ 100,000 บาท อัตราดอกเบี้ยร้อยละ 7 ต่อปี) หรือทำสัญญาปฏิบัติงานชดใช้ทุนแก่รัฐบาล

หากผิดสัญญาต้องชดใช้เงินเป็นจำนวน 120,000 บาท มติ ครม. นี้ทำให้ประเทศไทยเริ่มมีแพทย์ใช้ทุนออกสู่ชนบทรุ่นแรกในปี 2516 ซึ่งเป็นกลุ่มที่เริ่มทำสัญญาปี 2510

การกำหนดค่าปรับของแพทย์ได้มีการปรับเพิ่มเป็น 200,000 บาท ในปี 2514 ซึ่งเป็นปีเดียวกับที่รัฐบาลเปลี่ยนการบังคับใช้ทุนจากระบบสมัครใจเป็นการทำสัญญาใช้ทุน คือให้นักศึกษาแพทย์ทุกคนต้องทำสัญญาปฏิบัติงานชดใช้ทุนโดยไม่มีสิทธิ์เลือกอีกต่อไป ปี 2516 มีการปรับเพิ่มค่าปรับอีกครั้งหนึ่งเป็น 400,000 บาท และคงอัตรานี้มาจนถึงปัจจุบัน

ผลของการดำเนินงาน ปรากฏว่ากระทรวงสาธารณสุขได้รับการจัดสรรแพทย์ใช้ทุนเพิ่มขึ้น จากร้อยละ 47.39 ในปี 2515 เป็นร้อยละ 63.67 ในปี 2520 และเพิ่มขึ้นสูงสุดเป็นร้อยละ 71.62 ในปี 2538

อย่างไรก็ดีมาตรการใช้ทุนเป็นเพียงนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข ขณะที่การบริหารและการแพทย์เป็นเรื่องที่มีหลายฝ่ายเข้ามาเกี่ยวข้อง นโยบายของฝ่ายอื่นๆ จึงอาจไม่สอดคล้องกับรักษากำลังคนแพทย์ไว้ในชนบทของกระทรวงสาธารณสุข เช่น การส่งเสริมการผลิตแพทย์เฉพาะทางของแพทยสภา ซึ่งในบางสาขาที่ขาดแคลนแพทยสภาสามารถประกาศให้บัณฑิตแพทย์สามารถเข้าฝึกอบรมได้โดยไม่ต้องรอให้ครบเงื่อนไขการใช้ทุน ในประกาศการรับสมัครแพทย์ประจำบ้าน ประจำปีการอบรม 2554 ของแพทยสภา พบว่า ในจำนวนแพทย์เฉพาะทางสาขาหลัก 37 สาขา มีถึง 12 สาขา ที่ถูกประกาศเป็นสาขาขาดแคลนประเภทที่ 1 แพทย์สามารถเข้าอบรมได้เลยโดยไม่ต้องผ่านการฝึกเพิ่มพูนทักษะ และไม่จำเป็นต้องใช้ทุนก่อน เงื่อนไขเช่นนี้ทำให้ระบบการใช้ทุนของกระทรวงสาธารณสุขไม่สามารถรักษาแพทย์ทั่วไปไว้ในโรงพยาบาลชุมชนได้

มาตรการการทำสัญญาใช้ทุนถูกนำมาใช้กับทันตแพทย์เป็นวิชาชีพที่ 2 โดยในวันที่ 18 พฤษภาคม 2525 คณะรัฐมนตรีมีมติเห็นชอบกับโครงการแก้ปัญหาการกระจายทันตแพทย์ โดยกำหนดเงื่อนไขการเข้ารับราชการตามที่กระทรวงสาธารณสุขเสนอ เพื่อตอบสนองกับความต้องการกำลังคนด้านทันตแพทย์ในพื้นที่ชนบท เนื่องจากในช่วงต้นของทศวรรษ 2520 กระทรวงสาธารณสุขพบว่าโรคในช่องปากเป็นปัญหาทางสาธารณสุขที่สำคัญปัญหาหนึ่งในชนบท มีประชากรถึงร้อยละ 80 เป็นโรคฟันและเหงือก โดยเฉพาะโรคฟันผุ และมีแนวโน้มสูงขึ้นตามความเจริญของประเทศและจำนวนประชากรที่เพิ่มขึ้น ในขณะเดียวกันพบว่ามีความขาดแคลนบริการทันตสาธารณสุขในชนบทเป็นอย่างมาก เนื่องจากทันตแพทย์ไม่กระจายตัวไปรับราชการที่ต่างจังหวัดโดยเฉพาะในโรงพยาบาลระดับอำเภอ โดยคณะรัฐมนตรีมีมติให้นักศึกษาทันตแพทย์ต้องทำสัญญาเป็นนักเรียนทุนกับกระทรวงสาธารณสุข เมื่อจบออกมาแล้วต้องรับราชการใช้ทุนเป็นเวลา 3 ปี หรือปรับ 400,000 บาท เช่นเดียวกับแพทย์ การทำสัญญาทันตแพทย์ใช้ทุนเริ่มปฏิบัติในปีการศึกษา 2526 ทำให้ทันตแพทย์ที่สำเร็จการศึกษาในปีการศึกษา 2531 เป็นรุ่นแรกที่มีการใช้ทุน นโยบายทันตแพทย์ใช้ทุนยังคงมีอยู่ในปัจจุบันเช่น



เดียวกับแพทย์ใช้ทุน อย่างไรก็ตามดียังพบว่าในปี 2553 มีโรงพยาบาลชุมชนมากถึง 22 แห่งไม่มีทันตแพทย์ประจำ

ในช่วงปลายทศวรรษ 2520 ก็กำหนดให้เภสัชกรเป็นวิชาชีพที่ต้องใช้ทุน โดยกำหนดให้ต้องรับราชการทำงานใช้ทุนเป็นระยะเวลา 2 ปี และปรับ 250,000 บาท หากไม่ทำงานใช้ทุน แต่ก็ได้มีการยกเลิกไปในช่วงที่รัฐบาลมีนโยบายลดอัตราค่าจ้างข้าราชการ และสุดท้ายในปัจจุบันได้มีการนำนโยบายให้เภสัชกรใช้ทุนกลับมาใช้อีกครั้งหนึ่ง (อ่านรายละเอียดใน **การบริหารและการกำลังคนเภสัชกรในระบบบริการสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุข - ตอนที่ 2 วิชาชีพเภสัชกร** หน้า 76)

มาตรการการทำสัญญาใช้ทุนนี้มีการใช้กับวิชาชีพอื่นด้วย ได้แก่ พยาบาล และเจ้าพนักงานสาธารณสุข แต่บังคับใช้เฉพาะกับผู้ที่สำเร็จการศึกษาจากสถาบันการศึกษาภายใต้การกำกับดูแลของกระทรวงสาธารณสุขเท่านั้น โดยนักเรียนทุนคู่สัญญาต้องทำงานในโรงพยาบาลหรือสถานอนามัย ในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขเป็นเวลา 2 เท่าของระยะเวลาที่ศึกษา และจะได้บรรจุเป็นข้าราชการทันทีที่สำเร็จการศึกษา

ทั้งนี้มาตรการใช้ทุนของทุกวิชาชีพล้วนเป็นไปเพื่อต้องการให้เกิดการกระจายกำลังคนลงไปยังชนบท และเป็นการรักษากำลังคนไว้ในระบบบริการสุขภาพของรัฐ แต่ต่อมาเมื่อรัฐบาลประกาศใช้นโยบายลดอัตราค่าจ้างข้าราชการพลเรือน ทำให้ตั้งแต่ปี 2543 ไม่มีตำแหน่งข้าราชการบรรจุใหม่สำหรับผู้ที่เกี่ยวข้องการศึกษา คณะรัฐมนตรีจึงมีมติในวันที่ 29 สิงหาคม 2543 เพื่อเห็นชอบให้กระทรวงสาธารณสุขยกเลิกการทำสัญญานักเรียนทุนที่ผูกพันให้กระทรวงสาธารณสุขต้องบรรจุเป็นข้าราชการหลังสำเร็จการศึกษาทุกหลักสูตรตั้งแต่ปี 2544 ซึ่งภายหลังได้มีการยกเว้นให้คงสัญญาใช้ทุน และเปิดตำแหน่งข้าราชการให้กับแพทย์และทันตแพทย์ เนื่องจากยังคงถือเป็นสาขาที่ขาดแคลน

การยกเลิกการใช้ทุนดังกล่าว ทำให้เกิดปัญหาการขาดแคลนกำลังคนด้านสุขภาพเป็นอย่างมาก โดยเฉพาะพยาบาล เพราะการไม่มีตำแหน่งข้าราชการ ทำให้แรงจูงใจดึงดูดบุคลากรเข้าสู่บริการสุขภาพของภาครัฐลดน้อยลงไป พยาบาลและเภสัชกรรุ่นหลังจึงเข้าร่วมงานกับโรงพยาบาลเอกชน ซึ่งมีแรงจูงใจมากกว่าโดยเฉพาะด้านค่าตอบแทน ปี 2548 คณะรัฐมนตรีจึงมีมติให้กระทรวงสาธารณสุขจัดทำสัญญาใช้ทุนกับผู้เข้าเรียนหลักสูตรพยาบาลและเภสัชกรรมอีกครั้งหนึ่ง โดยให้เป็นสัญญาผูกพันฝ่ายเดียวหรือสัญญาปลายเปิดที่ไม่ผูกพันให้กระทรวงสาธารณสุขต้องบรรจุผู้รับทุนเข้ารับราชการเป็นข้าราชการในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข แต่กระทรวงสาธารณสุขจะสามารถรับนักศึกษาพยาบาลและเภสัชกรเข้ารับราชการได้ตามตำแหน่งที่มี ถือเป็นการใช้ทุนโดยสมัครใจ ไม่บังคับทุกคนเหมือนอดีตที่ผ่านมา

อย่างไรก็ดีพบว่ายุทธศาสตร์การบังคับใช้ทุนเริ่มใช้ไม่ได้ผล โดยเฉพาะกับวิชาชีพแพทย์ เพราะแต่ละปีมีจำนวนแพทย์ที่อยู่ระหว่างการใช้ทุนลาออกโดยยอมเสียเงินค่าปรับเป็นจำนวนหลายร้อยคน เฉพาะแพทย์ที่เข้าบรรจุปี 2550 พบว่า มีแพทย์ที่อยู่ระหว่างใช้ทุนลาออกถึง 339 คน คิดเป็นร้อยละ 30 ของแพทย์ใช้ทุนรุ่นนี้ ส่วนใหญ่เป็นการลาไปศึกษาต่อ มองกันว่าสาเหตุของการมีแพทย์ใช้ทุนลาออกมากในแต่ละปีอาจเป็นเพราะจำนวนเงินค่าปรับ มีมูลค่าที่น้อยมากเมื่อเทียบกับสภาพเศรษฐกิจและสังคมในปัจจุบัน โดยเฉพาะเมื่อเทียบกับรายได้ที่จะได้รับเมื่อออกไปทำงานให้กับสถานพยาบาลเอกชน



3.1 แรงจูงใจทางการเงิน ถูกนำมาใช้เพื่อมุ่งรักษากำลังคนที่ขาดแคลนไว้ในระบบบริการสุขภาพของรัฐบาล เนื่องจากการเป็นข้าราชการถูกกำหนดให้มีค่าตอบแทนรายเดือนตามวุฒิการศึกษาเช่นเดียวกับข้าราชการในสาขาวิชาชีพอื่น ซึ่งเมื่อเทียบกับภาระงานและความรับผิดชอบแล้วถือว่าเป็นรายได้ที่ไม่เหมาะสม อีกทั้งยังมีความแตกต่างอย่างมากจากค่าตอบแทนของงานลักษณะเดียวกันในภาคเอกชน อัตราเงินเดือนตามวุฒิการศึกษาไม่สามารถจูงใจให้บุคลากรเข้าและคงอยู่ในระบบบริการสุขภาพของภาครัฐได้ กระทรวงสาธารณสุขจึงได้เพิ่มหมวดหมู่ของรายได้ของกำลังคนในระบบสุขภาพขึ้นมา เพื่อให้รายได้รวมต่อเดือนเพิ่มขึ้นโดยไม่ผิดระเบียบราชการ

ตารางที่ 1.6 แสดงรายได้เฉลี่ยต่อเดือนของ 4 วิชาชีพหลักใน รพช. พื้นที่ปกติ

ค่าตอบแทน	แพทย์ทั่วไป		ทันตแพทย์		เภสัชกร		พยาบาลวิชาชีพ	
	จบใหม่	อายุงานปีที่ 11	จบใหม่	อายุงานปีที่ 11	จบใหม่	อายุงานปีที่ 11	จบใหม่	อายุงานปีที่ 11
(1) เงินเดือน (คิดเพิ่มปีละ 1.5 ชั้่น)	10,190	22,690	10,190	22,690	8,700	19,350	7,940	17,590
(2) เงินประจำตำแหน่ง	-	5,600	-	5,600	-	3,500	-	3,500
(3) เงินตอบแทน/เพิ่มการครองชีพ (สำหรับระดับ 8 ขึ้นไป)	-	5,600	-	5,600	-	-	-	-
(4) เงินไม่ทำเวชปฏิบัติ	10,000	10,000	10,000	10,000	5,000	5,000	-	-
(5) พตส. (ประมาณจากค่าต่ำสุด)	5,000	10,000	5,000	5,000	1,500	1,500	1,000	1,500
(6) ค่าเวรในและนอกเวลาราชการ (เฉลี่ยตามอัตราเดิม ก่อนประกาศ 5 ก.พ. 52)	15,000	15,000	10,000	10,000	3,000	3,000	4,500	5,000
(7) ค่าเวรบาย-ดึก (เฉลี่ยตามอัตราเดิมก่อนประกาศ 5 ก.พ. 52)	-	-	-	-	-	-	2,000	2,000
(8) ค่าตอบแทนพื้นที่พิเศษ (เงินงบประมาณ)	-	2,800	-	2,800	-	600	-	-
(9) เบี้ยเลี้ยงเหมาจ่ายเดิม	2,000	2,200	2,000	2,200	1,900	1,900	-	-
(10) รวมค่าตอบแทน (ก่อนเพิ่มค่าตอบแทนทุกหมวดใหม่ (1)+(2)+(3)+(4)+(5)+(6)+(7)+(8)+(9)	42,190	73,890	37,190	63,890	20,100	34,850	15,440	29,590
(11) เบี้ยเลี้ยงเหมาจ่ายใหม่ ตามประกาศ 28 พ.ย. 51 และ 24 กพ. 52	10,000	40,000	10,000	40,000	3,000	5,000	1,200	1,800
(12) ค่าเวรในและนอกเวลาอัตราใหม่ตามประกาศ 5 ก.พ. 52 เฉลี่ยเพิ่มที่ 20 %	18,000	18,000	12,000	12,000	3,600	3,600	5,400	6,000
(13) ค่าเวรบาย-ดึก เฉลี่ยตามประกาศใหม่ 5 ก.พ. 52	-	-	-	-	-	-	2,400	2,400
(14) รวมค่าตอบแทนใหม่ (1)+(2)+(3)+(4)+(5)+(8)+(11)+(12)+(13)	53,100	114,690	47,100	103,690	21,800	38,550	17,940	32,790

[ที่มา : จินกร โนรี : 2552]

การสร้างแรงจูงใจทางการเงินเป็นยุทธศาสตร์ที่กระทรวงสาธารณสุขให้ความสำคัญ และมีนโยบายที่เกี่ยวข้องกับยุทธศาสตร์นี้หลายครั้ง ทำให้ปัจจุบันกำลังคนด้านสุขภาพมีหมวดของรายได้มากถึง 9 หมวด ได้แก่ เงินเดือน เงินประจำตำแหน่ง ค่าครองชีพ เงินค่าไม่ทำเวชปฏิบัติ ค่า พตส. ค่าเวรในและนอกเวลาราชการ ค่าเวรบาย-ดึก ค่าตอบแทนพื้นที่พิเศษ และเบี้ยเลี้ยงเหมาจ่าย โดยจะมีการปรับเพิ่มค่าตอบแทนในหมวดต่างๆ เป็นระยะตามสภาพเศรษฐกิจและสังคมที่เปลี่ยนไป ครึ่งล่าสุดที่มีการปรับเพิ่มค่าตอบแทนเพื่อสร้างแรงจูงใจในลักษณะนี้เกิดขึ้นในเดือนธันวาคม ปี 2551 เป็นการเพิ่มค่าตอบแทนในส่วนของเบี้ยเลี้ยงเหมาจ่าย โดยคำนวณตามระยะเวลาที่ปฏิบัติงานในพื้นที่ชนบทและระดับความกดดันของพื้นที่

อย่างไรก็ดีนโยบายการสร้างแรงจูงใจด้วยตัวเงินได้ทำให้เกิดความวิตกว่าจะเป็นการผลักดันให้ระบบบริการสุขภาพของภาครัฐเข้าสู่ระบบทุนนิยม เช่นเดียวกับการบริหารระบบบริการสุขภาพในภาคเอกชน ด้วยจำนวนกำลังคนที่จำกัดอันเนื่องมาจากความสามารถในการผลิตเมื่อภาครัฐดึงคนไว้ด้วยเงินภาคเอกชนก็สามารถใช้มาตรการทางการเงินที่เข้มแข็งกว่ามาดึงออกไป

นอกจากนี้มาตรการทางการเงินหากใช้อย่างไม่ระวัง ไม่รอบคอบเพียงพอ อาจกลายเป็นชนวนให้เกิดความแตกแยก ดังที่เกิดขึ้นในการปรับเพิ่มค่าตอบแทนในปี 2551 ที่กระทรวงสาธารณสุขต้องการแก้ปัญหาแพทย์ขาดแคลนในชนบท จึงปรับเพิ่มเบี้ยเลี้ยงเหมาจ่ายให้บุคลากรทางการแพทย์ 4 วิชาชีพหลัก คือ แพทย์ ทันตแพทย์ เภสัชกร และพยาบาล ที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลชุมชนทั่วประเทศ เพื่อสร้างความแตกต่างในค่าตอบแทนที่เป็นตัวเงินระหว่างบุคลากรที่ทำหน้าที่ในเมืองและในชนบท ประกาศดังกล่าวได้สร้างความรู้สึกร่วมกันไม่เป็นธรรมให้กับบุคลากรที่ปฏิบัติหน้าที่ในเมืองทั้งโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไป ซึ่งรู้สึกว่าการมีภาระงานหนักเหมือนกัน การปรับขึ้นค่าตอบแทนในหมวดเบี้ยเลี้ยงเหมาจ่ายให้กับบุคลากรในโรงพยาบาลชุมชนเท่านั้น จึงตอกย้ำความขัดแย้งระหว่างบุคลากรโดยเฉพาะแพทย์ในชนบทกับแพทย์ในเมืองที่เปรียบดั่งคลื่นใต้น้ำมาตลอดให้ทวีความรุนแรงยิ่งขึ้น และเกิดกระแสการเคลื่อนไหวเพื่อให้มีการปรับเพิ่มค่าตอบแทนให้กับบุคลากรในเมืองด้วย ขณะเดียวกันการขึ้นการปรับเพิ่มค่าตอบแทนโดยคำนึงถึง “ค่าการตลาด” ของวิชาชีพ ทำให้เกิดความขัดแย้งระหว่างวิชาชีพด้วย ด้วยเหตุผลว่าแพทย์เป็นบุคลากรที่ขาดแคลนมากที่สุดในระบบบริการสุขภาพในพื้นที่ชนบท ทำให้การปรับค่าตอบแทนในครั้งนั้นแพทย์และทันตแพทย์ได้รับการปรับในสัดส่วนที่สูงที่สุด โดยจำนวนเงินสูงสุดที่แพทย์และทันตแพทย์ได้รับการปรับเพิ่มในปี 2551 คือ 70,000 บาท ขณะที่พยาบาลที่ทำงานในพื้นที่เดียวกัน ระยะเวลาเท่ากันได้รับการปรับเพิ่มสูงสุด 4,500 บาท ทำให้เกิดประวัติศาสตร์ว่ามีการชุมนุมประท้วงของพยาบาลโรงพยาบาลชุมชน ที่มองว่าการปรับเพิ่มเบี้ยเลี้ยงในครั้งนี้เต็มไปด้วยอคติทางวิชาชีพ (อ่านรายละเอียดความขัดแย้งอันเกิดจากการปรับเพิ่มเบี้ยเลี้ยงเหมาจ่ายปี 2551 ได้ใน **ปรับเพิ่มเบี้ยเลี้ยงเหมาจ่ายกับความขัดแย้งระหว่างวิชาชีพ** หน้า 109)

นอกจากก่อให้เกิดความขัดแย้งในกลุ่มกำลังคนด้านสุขภาพแล้ว การสร้างแรงจูงใจด้วยเงิน ยังอาจส่งผลกระทบต่อเศรษฐกิจการคลังของระบบบริการสุขภาพด้วย เพราะทำให้ต้นทุนค่าบุคลากรเพิ่มขึ้น ขณะที่งบประมาณด้านสาธารณสุขของประเทศมีจำกัด ปัญหาต่างๆ ที่ตามมาจากการปรับเพิ่มเบี้ยเลี้ยงเหมาจ่ายในครั้งนี้ทำให้กระทรวงสาธารณสุขต้องตั้งคณะกรรมการประเมินผลการจ่ายค่าตอบแทนในครั้งนี้ รวมไปถึงการหามาตรการใหม่ในการใช้เงินเป็นเครื่องมือในการสร้างแรงจูงใจ



3.2 แรงจูงใจที่ไม่ใช่ทางการเงิน เป็นการสร้างแรงจูงใจในรูปแบบอื่นๆ เพื่อหนุนเสริมแรงจูงใจทางการเงิน ได้แก่

- ความก้าวหน้าในอาชีพ เพื่อให้มีกำลังคนปฏิบัติหน้าที่ในชนบทเป็นระยะเวลานาน กระทรวงสาธารณสุขกำหนดให้ผู้ปฏิบัติหน้าที่ในชนบทมีความก้าวหน้าในสายงานเร็วกว่าผู้ปฏิบัติหน้าที่ในเขตเมือง เช่น แพทย์ แม้ทุกคนจะเริ่มต้นรับราชการที่ซี 4 แต่สำหรับผู้ที่อยู่ในชนบทการเลื่อนขั้นจะเร็วกว่า โดยสามารถขึ้นถึง ซี 7 ได้ภายในเวลาประมาณ 8 ปี และถึงระดับซี 8 ได้ ภายในเวลา 12 ปี และในปี 2550 กระทรวงสาธารณสุขร่วมกับสำนักงานคณะกรรมการข้าราชการพลเรือนปรับหลักเกณฑ์ที่ทำให้ข้าราชการระดับ 8 เป็นระดับ 9 จากเดิมที่ผู้ที่จะได้รับการเลื่อนขั้นต้องเป็นผู้ได้รับอนุมัติบัตรและวุฒิบัตรจากการทำงานวิชาการด้านการรักษาพยาบาล มาเป็นการใช้ประสบการณ์การทำงานในพื้นที่ไม่ต่ำกว่า 10 ปีขึ้นไปแทน ทำให้ผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมชนสามารถปรับขึ้นเป็นระดับ 9 ได้

ในส่วนของวิชาชีพอื่น เช่น พยาบาล และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข มีการกำหนดความก้าวหน้าที่เร็วกว่าผู้ปฏิบัติงานในเมืองเช่นกัน แต่อัตราความก้าวหน้าจะไม่สูงและเร็วเท่าแพทย์

- การใช้ประสบการณ์การทำงานในชนบท เทียบโอนการเป็นแพทย์เฉพาะทางด้านเวชศาสตร์ชุมชนโดยไม่ต้องเข้ารับการอบรม และการใช้การทำงานในชนบทเป็นเงื่อนไขหนึ่งของการเข้ารับการอบรมแพทย์เฉพาะทาง แต่เงื่อนไขนี้ปัจจุบันได้รับการยกเว้นสำหรับการผลิตแพทย์เฉพาะทางบางสาขา ซึ่งแพทยสภาประกาศให้เป็นสาขาขาดแคลน บัณฑิตแพทย์สามารถเข้าฝึกอบรมได้โดยไม่จำเป็นต้องรอให้ครบเงื่อนไขการใช้ทุน

สำหรับวิชาชีพอื่นๆ ยังไม่พบว่ามีการสร้างแรงจูงใจด้วยโอกาสในการศึกษาต่อเป็นพิเศษ อาจจะมีเพียงเฉพาะบางพื้นที่เท่านั้น เช่นพื้นที่สาธารณสุขเขต 10 ที่ผู้บริหารในพื้นที่สร้างระเบียบขึ้นมาว่าพยาบาลวิชาชีพที่ไปปฏิบัติหน้าที่สถานีนามัยจะได้ทุนศึกษาต่อด้านเวชปฏิบัติ

- ยุทธศาสตร์ทางสังคม มีการใช้ระบบคุณค่าทางสังคมเป็นเครื่องจูงใจหรือให้กำลังใจบุคลากรในพื้นที่ชนบท เช่น การรวมกลุ่มกันของแพทย์ที่ปฏิบัติหน้าที่ในชนบท

ตั้งเป็นชมรมแพทย์ชนบท เพื่อให้การสนับสนุนกลุ่มแพทย์ด้วยกัน เชื่อมโยงออกมาสู่สังคม มีการตั้งรางวัลแพทย์ชนบทดีเด่น ซึ่งทุกปีจะมีนายกรัฐมนตรีเป็นผู้มอบรางวัล

- ยุทธศาสตร์การถ่ายโอนงานเพื่อแบ่งเบาภาระของวิชาชีพที่ขาดแคลน เช่น การอนุญาตให้ถ่ายโอนภาระงานบางอย่างของแพทย์ เช่น การรักษาเบื้องต้น ไปยังพยาบาล หรือ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข หรือถ่ายโอนงานพยาบาลบางอย่างจากพยาบาล ไปสู่ผู้ช่วยพยาบาล โดยต้องไม่ทำให้คุณภาพในการดูแลผู้ป่วยลดลง ยุทธศาสตร์นี้ ต้องมีการฝึกอบรมบุคลากรในระดับวิชาชีพที่ลดหลั่นลงมาหรือเพิ่มเติมเพื่อให้สามารถ ปฏิบัติหน้าที่แทนผู้ที่อยู่ในวิชาชีพที่รับผิดชอบงานที่ยากและซับซ้อนกว่าได้ เห็นได้จากการนโยบายพัฒนาโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ที่สนับสนุนให้มีการใช้พยาบาลเวช ปฏิบัติทำหน้าที่ในการรักษาบางอย่างแทนแพทย์ได้ ในสถานบริการที่ไม่มีแพทย์เพียงพอ หรือการสนับสนุนให้ทันตภิบาลทำงานบริการทันตกรรมพื้นฐาน เช่น ถอนฟัน อุดฟัน และ ชูดหินปูน แทนทันตแพทย์ได้

- การจัดสวัสดิการ พบว่าส่วนใหญ่เป็นการจัดโดยหน่วยบริการเพื่อ สร้างแรงจูงใจในการอยู่ในระบบกับให้บุคลากรที่ไม่ได้บรรจุเป็นข้าราชการ ไม่มีการกำหนด มาตรฐานกลางของสวัสดิการทำให้รูปแบบสวัสดิการมีความแตกต่างกันไปตามแต่ละสถานพยาบาล สวัสดิการหลักๆ ได้แก่ การรักษาพยาบาล นอกเหนือจากสิทธิประกันสังคมตามกฎหมาย แรงงานแล้ว โรงพยาบาลบางแห่งปรับเสริมด้วยการให้บุคลากรที่เป็นลูกจ้างชั่วคราวได้รับ สิทธิเท่ากับข้าราชการ เช่น การได้พักห้องพิเศษ โดยไม่ต้องเสียเงินเพิ่ม บางแห่งให้บริการ รวมไปถึงบิดามารดาของบุคลากร สวัสดิการที่พักอาศัย เช่น การจัดหาห้องพักให้ทั้งภายใน และภายนอกโรงพยาบาล หรือการสมทบเงินเป็นค่าที่พักให้รายเดือน และสวัสดิการรถรับส่ง โรงพยาบาลบางแห่ง เช่น ที่ตั้งอยู่ในแหล่งท่องเที่ยวมีการฝึกอบรมภาษาอังกฤษให้ฟรี เป็นต้น

นวัตกรรมในการบริหารจัดการ กำลังคนด้านสุขภาพในปัจจุบัน

จะเห็นได้ว่ายุทธศาสตร์ในการบริหารจัดการกำลังคนด้านสุขภาพที่ผ่านมา เป็น การบริหารจัดการที่ไล่ตามปัญหา ยังไม่มีแผนหรือยุทธศาสตร์ที่เป็นระบบ มองสถานการณ์ ภาพใหญ่ไปข้างหน้า และเป็นการจัดการปัญหาในภาพรวมทั้งประเทศ ส่งผลให้การบริหาร จัดการกำลังคนด้านสุขภาพของประเทศไม่มีประสิทธิภาพเท่าที่ควร ปัญหาทั้งการขาดแคลน และการกระจายตัวที่ไม่ทั่วถึงจึงยังไม่ได้รับการแก้ไขอย่างเป็นระบบ ทำให้กระทรวงสาธารณสุข และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องคิดหายุทธศาสตร์และนวัตกรรมใหม่ๆ ในการบริหารจัดการกำลัง คนใหม่ทั้งเพื่อปิดจุดอ่อนอันเกิดจากกฎระเบียบและเงื่อนไขในการบริหารจัดการกำลังคนด้าน สุขภาพในปัจจุบัน และเพื่อหาทางแก้ปัญหาเชิงระบบ สามารถรวบรวมได้ดังนี้



การปรับรูปแบบการจ่ายค่าตอบแทน

ปัจจุบันรูปแบบการจ่ายค่าตอบแทนบุคลากรทั้ง 9 หมวดย เป็นการจ่ายในอัตราคงที่ สัมพันธ์เพียงวิชาชีพและพื้นที่ที่สถานพยาบาลตั้งอยู่ ไม่ผูกพันกับปริมาณและคุณภาพงาน ทำให้ เกิดความรู้สึกไม่เป็นธรรมระหว่างบุคลากรวิชาชีพเดียวกันแต่มีภาระงานต่างกัน ระบบการจ่าย ค่าตอบแทนในปัจจุบันจึงไม่สะท้อนประสิทธิภาพของการจ่ายค่าตอบแทน เพราะไม่สามารถ สะท้อนให้เห็นถึงปริมาณและคุณภาพงานของบุคลากรได้ เดือนพฤศจิกายน 2544 กระทรวง สาธารณสุขจึงมีแนวคิดปรับรูปแบบ วิธีการ และเงื่อนไขการจ่ายค่าตอบแทนใหม่เพื่อให้สะท้อน ปริมาณและคุณภาพงานได้ มีการพัฒนาหลักรูปแบบและหลักเกณฑ์การจ่ายค่าตอบแทนใหม่ ตามภาระงาน เรียกว่า work point payment system หรือการจ่ายค่าตอบแทนตามภาระ งาน มีการกำหนดคะแนนให้กับงานตามระดับความยากง่ายของงาน มีระบบการบันทึกงานที่ บุคลากรทำพร้อมทั้งมีการประเมินผลคุณภาพงานเพื่อนำมาคำนวณเป็นค่าตอบแทน ทำให้ค่า ตอตอบแทนระบบใหม่จะแปรผันตามปริมาณงาน ระดับความยากง่าย และคุณภาพงานที่บุคลากร แต่ละคนทำ ทำให้เกิดระบบการจ่ายค่าตอบแทนที่เป็นธรรมกับบุคลากรมากขึ้น

ปัจจุบันระบบการจ่ายเงินแบบใหม่นี้ยังอยู่ในระหว่างทดลอง โดยมีโรงพยาบาล นำร่อง 2 แห่งคือ โรงพยาบาลพาน จังหวัดเชียงราย และโรงพยาบาลสูงเนิน จังหวัด นครราชสีมา ซึ่งทั้งสองแห่งได้ทดลองใช้ระบบจ่ายค่าตอบแทนนี้ตั้งแต่ปี 2546 และ 2548 ตามลำดับ และประสบผลสำเร็จในการบริหารค่าตอบแทนอย่างสูง คือ ทำให้บุคลากรรู้สึกได้ รับความเป็นธรรมมากขึ้น และยังช่วยแก้ไขปัญหากำลังคนขาดแคลน เพราะบุคลากรที่มีอยู่

สามารถขยายศักยภาพการทำงานของตนเองได้เต็มประสิทธิภาพมากขึ้น ทำให้ไม่จำเป็นต้องรับบุคลากรเพิ่มเติม จากความสำเร็จของทั้ง 2 โรงพยาบาล ทำให้กระทรวงสาธารณสุขเปิดรับสมัครโรงพยาบาลเพื่อเข้าสู่โครงการทดลองเพิ่มขึ้น ปี 2552 มีโรงพยาบาลจำนวน 8 แห่งได้รับการอนุมัติให้เข้าร่วมโครงการทดลองจ่ายค่าตอบแทนตามภาระงาน แต่พบว่ามีเพียง 3 แห่งเท่านั้นที่สามารถดำเนินการจ่ายจริงได้ คือ โรงพยาบาลมะการักษ์ (200 เตียง) โรงพยาบาลโนนแดง และโรงพยาบาลแก่งคอย และในปี 2553 มีโรงพยาบาลที่ได้รับการอนุมัติให้เข้าร่วมโครงการ 14 แห่ง แต่มีการลงมือทำจริงเพียง 2 แห่ง คือ โรงพยาบาลพนมสารคาม และโรงพยาบาลบางคล้า คาดว่าภายในระยะเวลาอันใกล้โรงพยาบาลทุกแห่งในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขจะเปลี่ยนมาใช้แบบการจ่ายค่าตอบแทนที่สะท้อนปริมาณและคุณภาพของงาน



การสร้างความร่วมมือ 3 ประสานในการผลิตกำลังคน

การผลิตกำลังคนด้านสุขภาพกระแสหลักในปัจจุบันที่สถาบันการผลิตเป็นผู้คัดเลือกนักศึกษาเอง เมื่อเรียนจบก็ไม่มีระบบรองรับในการผลักดันให้กำลังคนในส่วนนี้เดินทางเข้าสู่ระบบบริการสาธารณสุขของรัฐบาล แต่ปล่อยให้มีการเคลื่อนย้ายอย่างเสรีตามระบบทุนนิยม (ยกเว้นวิชาชีพแพทย์และทันตแพทย์ที่ยังมีเงื่อนไขการใช้ทุนอยู่) ทำให้โรงพยาบาลหลายแห่งขาดแคลนบุคลากรโดยเฉพาะพยาบาล ซึ่งเป็นบุคลากรที่ตลาดสุขภาพมีความต้องการสูงและมีตลาดงานที่กว้างกว่าสถานพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข โรงพยาบาลหลายแห่งจึงได้คิดหาทางออกด้วยการผลิตกำลังคนเอง โดยสร้างความร่วมมือกับแหล่งผลิตและชุมชน ซึ่งส่วนใหญ่จะเป็นองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น แนวคิดคือการคัดเลือกคนในชุมชนมาเรียนและกลับไปทำงานในสถานพยาบาลในชุมชน

รูปธรรมความร่วมมือที่เกิดขึ้นคือ โรงพยาบาลประสานไปยังแหล่งผลิตในพื้นที่เพื่อขอโควตาพิเศษให้กับนักเรียนในชุมชนในพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาล ชุมชนมีหน้าที่คัดเลือกนักเรียนที่มีศักยภาพในการเรียนรู้และมีใจรักงานด้านบริการสุขภาพเพื่อให้เข้าสอบให้ผ่านตามเกณฑ์ของสถานศึกษานั้นๆ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ซึ่งเท่าที่พบจะเป็นองค์กรบริหารส่วนตำบลและเทศบาล สนับสนุนทุนการศึกษา โดยผู้เรียนมีการทำสัญญาผูกพันกับโรงพยาบาลว่าจะกลับมาใช้ทุนคืนท้องถิ่นด้วยการทำงานในโรงพยาบาลตามระยะเวลาที่มีการตกลงกัน

ความร่วมมือในการผลิตกำลังคนแบบ 3 ประสานนี้ เริ่มต้นขึ้นที่โรงพยาบาลน้ำพอง จังหวัดขอนแก่นเป็นแห่งแรก ซึ่งผลที่ได้ไม่เพียงทำให้มีพยาบาลมาทำงานในโรงพยาบาลตาม

จำนวนที่ต้องการ ยังพบว่าพยาบาลที่เข้าสู่ระบบด้วยโครงการนี้มีจิตใ้รักชุมชน และมีความพร้อมในการปฏิบัติงานในชุมชนสูง จากการที่เป็นคนท้องถิ่นและผ่านกระบวนการฝึกฝนในชุมชนยาวนานกว่าพยาบาลที่เข้าสู่ระบบด้วยวิธีการปกติ ต่อมาแนวคิดเช่นนี้ได้ขยายวงกว้างขึ้นไปสู่โรงพยาบาลและชุมชนหลายแห่ง โดยเฉพาะในภาคอีสาน นอกเหนือจากวิชาชีพพยาบาลแล้วยังพบว่าการขยายตัวไปสู่บุคลากรกลุ่มอื่น เช่น ทันตภิบาล และองค์การบริหารส่วนตำบลก็ขยายบทบาทตัวเองจากการเป็นผู้ให้ทุนการศึกษาเป็นผู้จ้างงานเองด้วยในบางแห่งอย่างไรก็ดี เนื่องจากองค์การปกครองส่วนท้องถิ่นมีฐานะเป็นองค์กรทางการเมือง การเปลี่ยนแปลงตัวบุคคลหรือนโยบายจึงเป็นปัจจัยแปรที่อาจส่งผลกระทบต่อความยั่งยืนของความร่วมมือในลักษณะนี้



การจ้างงานร่วมกันระหว่างหน่วยบริการกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

ปัญหาเรื่องไม่มีกรอบอัตราค่าจ้างข้าราชการ และการที่หน่วยบริการไม่มีเงินบำรุงมากพอที่จะจ้างบุคลากรมาให้บริการได้เพียงพอกับความต้องการของประชาชน ไม่กลายเป็นปัญหาอีกต่อไปในหลายพื้นที่ เมื่อมีความร่วมมือกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ในการจ้างบุคลากรให้ทำงานในสถานพยาบาลของกระทรวงสาธารณสุข ส่วนใหญ่พบในระดับสถานีนามาย เช่น องค์การบริหารส่วนตำบลเป็นผู้จ่ายเงินเดือนหรือค่าตอบแทนให้กับพยาบาลวิชาชีพ ซึ่งอาจมีฐานะเป็นข้าราชการส่วนท้องถิ่น หรือลูกจ้างของ อบต. แต่สถานที่ทำงานคือสถานีนามาย ซึ่งเป็นของกระทรวงสาธารณสุข เช่น สถานีนามายในเขตอำเภอหล่มสัก จังหวัดเพชรบูรณ์ ซึ่ง อบต. หลายแห่ง ไม่เพียงแต่สนับสนุนการจ้างบุคลากรแต่ยังสนับสนุนงบประมาณสำหรับซื้อเวชภัณฑ์และครุภัณฑ์ให้กับสถานีนามายด้วย อย่างไรก็ตามวิธีการเช่นนี้จะสำเร็จได้ขึ้นอยู่กับวิสัยทัศน์และความกล้าหาญในการดำเนินการขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ทั้งนี้ตามตัวบทกฎหมายแล้ว องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นไม่มีหน้าที่จัดบริการการรักษาให้กับประชาชนมีเพียงหน้าที่ในการสนับสนุนและส่งเสริมสุขภาพเท่านั้น ดังนั้นการจ้าง

บุคลากรในลักษณะนี้จำเป็นต้องมีการโยกงบประมาณหรือการเขียนโครงการเพื่อให้อยู่ในกรอบ
ขอบเขตอำนาจขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นได้

นอกจากการจ้างบุคลากรเพื่อให้ปฏิบัติหน้าที่ในหน่วยบริการของกระทรวง
สาธารณสุขแล้ว อีกรูปแบบหนึ่งของความร่วมมือเพื่อแก้ไขปัญหาหน่วยบริการไม่มีศักยภาพ
ในการจ้างบุคลากรคือ การที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นจัดสรรงบประมาณให้สถานีนอนามัย
จัดจ้างบุคลากรเอง เช่น ความร่วมมือระหว่างเทศบาลตำบลวิจิตร จังหวัดภูเก็ต กับสถานีนอนามัย
แหลมชั้น ซึ่งเทศบาลให้การสนับสนุนงบประมาณกับสถานีนอนามัยดำเนินโครงการสร้างเสริม
สุขภาพประชาชนในเขตรับผิดชอบของสถานีนอนามัย สถานีนอนามัยนำเงินนั้นมาจ้างบุคลากร
ทางการแพทย์ทั้งแพทย์และพยาบาลสำหรับนอกเวลาราชการ โดยให้ปฏิบัติงานในศูนย์
บริการสาธารณสุขของเทศบาล ซึ่งตั้งอยู่ติดกับสถานีนอนามัยนั่นเอง เมื่อเจ้าหน้าที่สถานี
นอนามัย ซึ่งประกอบด้วยพยาบาลและเจ้าหน้าที่สาธารณสุขให้บริการกับประชาชนในเวลา
ราชการ แล้วเห็นว่าผู้ป่วยรายใดจำเป็นต้องพบแพทย์ก็จะนัดหมายเวลาให้มาพบแพทย์นอก
เวลาราชการอีกครั้งหนึ่ง ยังไม่จำเป็นต้องเดินทางไปยังโรงพยาบาลชุมชนซึ่งตั้งอยู่ห่างออกไป
ความร่วมมือกันเช่นนี้ทำให้สถานีนอนามัยสามารถทำหน้าที่เป็นหน่วยบริการปฐมภูมิได้อย่าง
มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น ขณะที่เทศบาลก็สามารถดูแลสุขภาพกับประชาชนได้โดยไม่ทำผิด
กฎหมาย



Tele-Medicine การแพทย์ทางไกล

ความก้าวหน้าของเทคโนโลยีทางการสื่อสาร ถูกนำมาใช้เป็นทางออกให้กับปัญหา
การขาดแคลนแพทย์ในพื้นที่ชนบทห่างไกล โดยการเชื่อมต่อเทคโนโลยีระหว่างโรงพยาบาล
กับสถานีนอนามัยผ่านทางเครือข่ายคอมพิวเตอร์ เพื่อให้เจ้าหน้าที่ในสถานีนอนามัยสามารถ
ปรึกษาอาการป่วยของคนไข้กับแพทย์ในโรงพยาบาลประจำอำเภอได้ ด้วยการส่งภาพแบบ
real time ของคนป่วยจากสถานีนอนามัย เชื่อมต่อตรงไปยังเครื่องปลายทางที่โรงพยาบาล
ประจำอำเภอ เพื่อให้แพทย์ได้ดูลักษณะของผู้ป่วย และทำการวินิจฉัยผ่านจอคอมพิวเตอร์
พร้อมให้คำแนะนำในการรักษากลับมายังเจ้าหน้าที่สถานีนอนามัย เพื่อให้การรักษาพยาบาล
เป็นไปอย่างถูกต้อง วิธีการนี้นอกจากจะทำให้ลดอัตราการส่งต่อคนไข้ไปยังโรงพยาบาลชุมชน
แล้ว ยังเป็นการเสริมความรู้และทักษะในการรักษาให้กับเจ้าหน้าที่สถานีนอนามัย และทำให้
ผู้ป่วยมั่นใจได้ว่าการรักษาของตนอยู่ในสายตาของแพทย์ประจำอำเภอ นอกจากนี้ยังเป็นการ
อำนวยความสะดวกให้กับญาติที่อยู่ในชุมชนให้สามารถเยี่ยมผู้ป่วยได้โดยไม่ต้องเดินทางไปถึง
โรงพยาบาลซึ่งตั้งอยู่ในเมือง

การใช้เทคโนโลยีทางการสื่อสารเข้ามาเพิ่มประสิทธิภาพในการรักษาพยาบาล อัน
เป็นการช่วยแก้ปัญหาการขาดแคลนแพทย์นี้ เริ่มขึ้นในปี 2549 โดยรับความร่วมมือจากคณะ
กรรมการกิจการโทรคมนาคมแห่งชาติ (กทช.) และบริษัท กสท. โทรคมนาคม จำกัด (มหาชน)
ในการติดตั้งโทรศัพท์พื้นฐานให้กับ หมู่บ้าน 1,674 หมู่บ้าน และสถานีนอนามัย 1,299 แห่ง
ในถิ่นทุรกันดาร พร้อมทั้งทำโครงการนำร่องการแพทย์ทางไกลในสถานีนอนามัยใน 3 หมู่บ้าน
ทุรกันดารในจังหวัดแม่ฮ่องสอน คือ สถานีนอนามัยป่าแป๋ และสถานีนอนามัยสลาเชียงตอง ใน
อ.แม่สะเรียง และสถานีนอนามัยกองก่อย ใน อ.สบเมย ด้วยการติดตั้งอุปกรณ์คอมพิวเตอร์
อุปกรณ์ดาวเทียม และหูฟังเสียงคลื่นหัวใจ (Electronic Stethoscope) ให้กับสถานีนอนามัย
ทั้ง 3 แห่ง

ต่อมาปี 2552 มีการพัฒนาไปอีกขั้นหนึ่งเมื่อ กสท. โทรคมนาคม นำเทคโนโลยี
มัลติมีเดียไร้สายความเร็วสูง (CDMA) มาให้บริการทางการแพทย์ อีกทั้งยังได้รับความร่วมมือ
จากบริษัทเอกชนอย่าง Qualcomm Incorporate ที่รับหน้าที่จัดหาอุปกรณ์การแพทย์ทาง
ไกลให้ มีการทดลองการเชื่อมต่อเพื่อให้บริการทางการแพทย์ด้วยระบบ CDMA ระหว่างสถานี
นอนามัยเกาะปันหยีและสถานีนอนามัยบ้านปากเกาะ จังหวัดพังงา เข้ากับโรงพยาบาลตะกั่วป่า
และโรงพยาบาลพังงา ทำให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขประจำสถานีนอนามัยทั้ง 2 แห่งสามารถส่ง
ข้อมูลผู้ป่วย เพื่อขอคำปรึกษาและคำวินิจฉัยจากแพทย์ในโรงพยาบาลได้ทันที

กทช. และ กสท. โทรคมนาคม วางแผนจะขยายโครงข่ายลักษณะนี้ไปยังสถานีนอนามัย
ในถิ่นทุรกันดาร 2,971 แห่ง ใน 26 จังหวัด ภายในเวลา 3 ปี

ท่ามกลางปัญหาการขาดแคลนแพทย์โดยเฉพาะในสถานบริการระดับปฐมภูมิ
การแพทย์ทางไกลจะเป็นตัวช่วยกระจายโอกาสในการเข้าถึงบริการทางการแพทย์อย่างมี
คุณภาพได้เป็นอย่างดี



บทที่ 2

-สถานการณ์
ราชวิชาชีพ-

- ๑ เป้าหมายสำคัญในการบริหาร
และจัดการกำลังคนด้านสุขภาพของประเทศ
คือการให้มีจำนวนบุคลากรทั้งสายวิชาชีพและสาย
สนับสนุนปฏิบัติหน้าที่ทั้งในระดับปฐมภูมิ ทุติยภูมิ และ
ตติยภูมิเพียงพอกับความต้องการของประชาชนได้อย่าง
ทั่วถึงและเท่าเทียม



แพทย์ เป็นวิชาชีพหลักที่มีบทบาทสำคัญต่อคุณภาพของระบบสุขภาพของประเทศไทยอย่างมาก โดยเฉพาะในระดับตติยภูมิและทุติยภูมิที่ต้องการกำลังคนด้านสุขภาพที่เชี่ยวชาญการรักษามากกว่าการป้องกัน ปัญหาจำนวนที่ไม่เพียงพอและการกระจายตัวที่ไม่เหมาะสมของแพทย์ ทำให้หลายพื้นที่ของประเทศไม่สามารถให้บริการทางการแพทย์กับประชาชนได้อย่างเพียงพอกับความจำเป็นด้านสุขภาพ

ข้อมูลจากแพทยสภา ณ วันที่ 29 กรกฎาคม 2553 พบว่าประเทศไทยมีแพทย์ที่ขึ้นทะเบียนที่ยังมีชีวิตอยู่และไม่ถูกยึดใบอนุญาตจำนวนรวมทั้งสิ้น 39,406 คน ขณะที่สำนักงานวิจัยและพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพ (สวค.) พบว่าในปี 2553 มีแพทย์ที่ยังอยู่ในระบบบริการสุขภาพของประเทศ

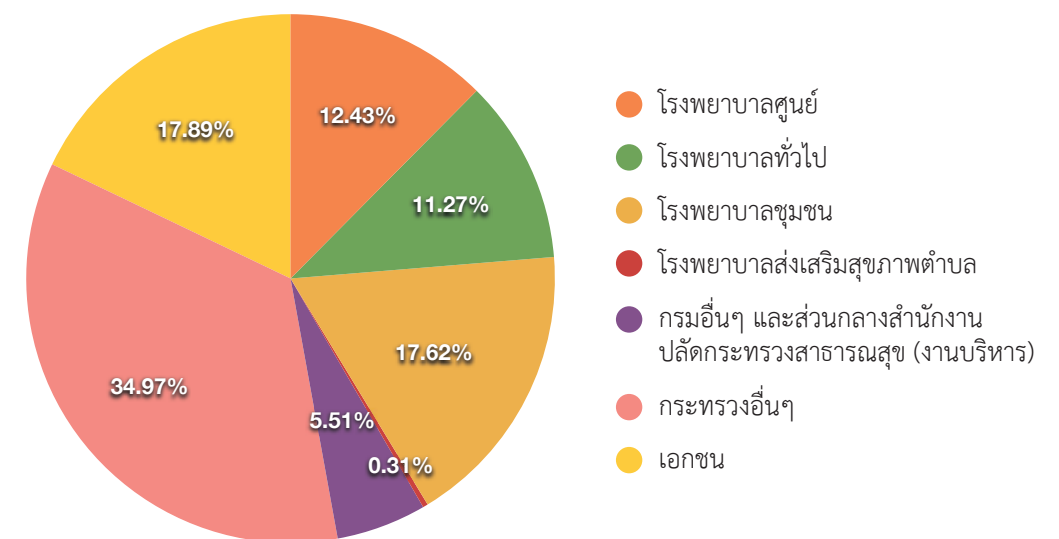
ทั้งผู้ที่ให้บริการการรักษาพยาบาลและผู้ที่ทำงานบริหารรวมทั้งสิ้น 26,244 คน และหากนับเฉพาะแพทย์ที่ยังให้บริการการรักษาพยาบาลที่สามารถรวบรวมตัวเลขได้พบว่ามีอยู่จำนวน 24,794 คน ในจำนวนนี้อยู่ในภาคเอกชน 4,694 คน สามารถแยกการกระจายตัวได้ตามตารางที่ 1

ตารางที่ 2.1 แสดงการกระจายตัวของแพทย์ในปี 2553

พื้นที่ปฏิบัติงาน	จำนวน	ร้อยละ
โรงพยาบาลศูนย์	3,262	12.43
โรงพยาบาลทั่วไป	2,959	11.27
โรงพยาบาลชุมชน	4,623	17.62
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล	82	0.31
กรมอื่นๆ และส่วนกลางสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข (งานบริหาร)	1,447	5.51
กระทรวงอื่นๆ	9,174	34.97
เอกชน	4,694	17.89
รวม	26,244	100

[ที่มา : สำนักงานวิจัยและพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพ 2553, สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ 2553]

แผนภูมิที่ 2.1 แสดงการกระจายตัวของแพทย์ในปี 2553



เมื่อพิจารณาการกระจายตัวของแพทย์ โดยอ้างอิงจากฐานข้อมูลของสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข พบว่ากรุงเทพฯ เป็นพื้นที่ที่มีแพทย์ปฏิบัติงานที่อยู่มากที่สุด คือมีถึง 9,082 คน มากกว่าจำนวนแพทย์ที่ปฏิบัติงานในพื้นที่ภาคอีสาน

ทั้งภาค ซึ่งมีแพทย์อยู่เพียง 4,163 คน ขณะที่กรุงเทพฯ มีประชากรประมาณ 5.7 ล้านคน และภาคอีสานมีประชากรมากถึง 21.5 ล้านคน รายละเอียดการกระจายตัวของแพทย์และอัตราส่วนแพทย์ต่อประชากร ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2.2 แสดงการกระจายตัวของแพทย์สังกัดกระทรวงสาธารณสุข

ภาค	จำนวนประชากร	สังกัด	แพทย์	
			จำนวน	สัดส่วนต่อประชากร
กลาง	15,742,529	สธ.	3,473	7,533
		รวม	5,832	2,699
อีสาน	21,495,825	สธ.	2,622	5,935
		รวม	4,591	4,682
เหนือ	11,770,233	สธ.	2,537	4,639
		รวม	3,848	3,059
ใต้	8,813,880	สธ.	1,947	4,527
		รวม	2,809	3,138
กรุงเทพฯ	5,702,595	สธ.	712	8,009
		รวม	9,082	628
รวม	63,525,062	สธ.	11,291	5,168
		รวม	26,162	2,428

[ที่มา : สำนักงานวิจัยและพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพ 2553, สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ 2553]



ว่ากันว่าในบรรดากำลังคนด้านสุขภาพแล้ว แพทย์เป็นวิชาชีพที่ท้าทายการบริหารจัดการมากที่สุด เพราะเป็นกลุ่มคนที่มีจำนวนน้อยที่สุดเมื่อเทียบกับความต้องการของระบบสุขภาพ จึงเป็นกลุ่มคนที่มี “ค่าการตลาด” สูงสุด ทำให้กระทรวงสาธารณสุขจำเป็นต้องมีมาตรการละเอียดอ่อนเป็นพิเศษเพื่อรักษาแพทย์ไว้ในระบบบริการสาธารณสุขของประเทศ

เป้าหมายสำคัญในการบริหารและจัดการกำลังคนด้านแพทย์ของประเทศ คือการให้มีจำนวนแพทย์ปฏิบัติหน้าที่ทั้งในระดับปฐมภูมิ ทติยภูมิ และตติยภูมิเพียงพอ กับความต้องการของประชาชนได้อย่างทั่วถึงและเท่าเทียม ที่ผ่านมามหาวิทยาลัยที่เกี่ยวข้องกับการผลิตและการบริหารจัดการกำลังคนด้านแพทย์ ได้มีการปรับปรุงกฎระเบียบและวางแผนนโยบายใหม่ๆ เพื่อแก้ปัญหาการขาดแคลนแพทย์และการกระจายตัวของแพทย์อย่างไม่เหมาะสมมาตลอด แต่ก็ยังไม่สามารถมีนโยบายหรือการขับเคลื่อนแก้ไข ปัญหาในภาพรวมได้ทั้งระบบ ปัญหาการขาดแคลนและการกระจุกตัวของแพทย์จึงยังคงมีอยู่

นโยบายสำคัญของประเทศในการแก้ไข ปัญหาการขาดแคลนแพทย์ในพื้นที่ชนบท คือการให้โรงเรียนแพทย์เพิ่มกำลังการผลิตแพทย์ให้มากขึ้น

ปัจจุบันประเทศไทยมีโรงเรียนแพทย์ที่ได้รับการรับรองหลักสูตรจากแพทยสภาทั้งหมด 19 แห่ง ส่วนใหญ่อยู่ในภาครัฐ โดยมีโรงเรียนแพทย์เอกชนเพียง 1 แห่ง โรงเรียนแพทย์ที่ได้รับการรับรองหลักสูตรล่าสุดคือ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยพะเยา ซึ่งแพทยสภาให้การรับรองหลักสูตรในเดือนพฤศจิกายน 2553 และจะเริ่มรับนักศึกษา รุ่นแรกในปีการศึกษา 2554 โดยมีแผนการเริ่มรับนักศึกษาจำนวน 15 คน นอกจากนี้ยังมีศูนย์แพทยศาสตรศึกษาในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขอีก 30 แห่ง

ในปี 2552 สถาบันการศึกษาทุกแห่งรับนักศึกษาแพทย์รวม 2,356 คน สูงกว่ากำลังการผลิตในทศวรรษที่ผ่านมา

โดยในปี 2543 มีการรับนักศึกษาแพทย์รวมทั่วประเทศเพียง 1,406 คน

การเพิ่มกำลังการผลิตแพทย์อย่างก้าวกระโดดจัดทำผ่านทางโครงการพิเศษซึ่งเริ่มขึ้นในปี 2537 คณะรัฐมนตรีในขณะนั้นได้อนุมัติโครงการผลิตแพทย์เพิ่มเพื่อชาวชนบท (Collaborative Project to Increase Production of Rural Doctors – CPIRD) ภายใต้ความร่วมมือระหว่างกระทรวงสาธารณสุขและทบวงมหาวิทยาลัย (ในขณะนั้น ปัจจุบันคือกระทรวงศึกษาธิการ) โดยให้โรงเรียนแพทย์ในสังกัดทบวงมหาวิทยาลัยรับนักศึกษาแพทย์เพิ่มรวมปีละ 300 คน และรับหน้าที่สอนในระดับชั้นเตรียมแพทย์และพรีคลินิก และให้โรงพยาบาลศูนย์ในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขรับผิดชอบการเรียนการสอนในชั้นคลินิก เปิดเป็นศูนย์แพทยศาสตรศึกษา กระทรวงสาธารณสุขร่วมสนับสนุนงบประมาณสำหรับโครงการนี้โดยให้เงินอุดหนุนโรงเรียนแพทย์ในอัตรา 300,000 บาท ต่อปีต่อนักศึกษาแพทย์ 1 คน กำหนดให้ผู้เรียนตามโครงการนี้ต้องเป็นนักศึกษาที่มีภูมิลำเนาจากชนบทและมีภาระต้องกลับไปใช้ทุนในพื้นที่ภูมิลำเนาเดิมของตนเอง โครงการมีกำหนดระยะเวลาเพียง 10 ปี คือเริ่มจากปี 2537-2546 ต่อมาได้มีการขยายโครงการออกไปอีก 10 ปี ภายใต้โครงการ Mega Project ซึ่งเป็นความร่วมมือของสำนักคณะกรรมการอุดมศึกษา (สกอ.) กับกระทรวงสาธารณสุข โดยเปลี่ยนแปลงเงื่อนไขหลักสูตรว่าให้เรียนในโรงเรียนแพทย์ตลอด 6 ปี เช่นเดียวกับนักศึกษาแพทย์ที่

สอบเข้าตามวิธีการปกติ เฉพาะโครงการผลิตแพทย์เพิ่มเพื่อชาวชนบทเพียงโครงการเดียวทำให้ภายในระยะเวลา 20 ปี มีแพทย์เพิ่มเข้าสู่ระบบบริการสุขภาพของประเทศมากถึง 6,000 คน นอกจากนี้ยังมีโครงการหนึ่งอำเภอหนึ่งแพทย์ (One District One Doctor-ODOD) ซึ่งเป็นการกระจายโอกาสทางการศึกษาแพทย์ให้นักเรียนที่เรียนเก่งระดับอำเภอสามารถเข้ามาเรียนแพทย์ได้มากขึ้นโดยกำหนดเป็นโควต้าพิเศษ เพื่อลดการแข่งขันกับนักเรียนในเมือง นักเรียนแพทย์ตามโครงการหนึ่งอำเภอหนึ่งแพทย์นี้จะได้รับการสนับสนุนเงินพิเศษสำหรับการเรียนกวดวิชาเพื่อเสริมทักษะให้ตนเอง และยังได้รับเบี้ยเลี้ยงรายเดือนด้วย

อย่างไรก็ดีแม้โครงการผลิตแพทย์เพิ่มเพื่อชาวชนบทจะเป็นโครงการที่พัฒนาขึ้นเพื่อให้มีแพทย์เข้าสู่ระบบบริการสาธารณสุขของประเทศในพื้นที่ชนบทได้มากขึ้น บนสมมติฐานว่าผู้ที่มาจากชนบทจะมีความเต็มใจทำงานในชนบทมากกว่าผู้ที่มีภูมิลำเนาในเมืองใหญ่ แต่พบว่าไม่มีเงื่อนไขผูกมัดใดเป็นพิเศษเพื่อให้แพทย์กลุ่มนี้คงอยู่ในชนบทได้นานกว่าแพทย์ที่เข้าสู่โรงเรียนแพทย์ด้วยวิธีการสอบปกติ คือการบังคับฝึกเพิ่มทุนทักษะ 1 ปี และใช้ทุนในโรงพยาบาลชุมชนอีก 2 ปี และปรับ 4 แสนบาท หากไม่ฝึกเพิ่มทุนทักษะและไม่ใช้ทุน ค่าปรับจะถูกคำนวณลดลงตามส่วนของระยะเวลาที่ได้ทำงานใช้ทุน ส่วนแพทย์ตามโครงการหนึ่งตำบลหนึ่งแพทย์นั้นต้องใช้ทุนในพื้นที่ชนบทเป็นเวลา 12 ปี และมีค่าปรับ 2 ล้านบาทหากไม่ใช้ทุนตามกำหนด

การปรับมาตรฐานการศึกษาเพื่อผลิตแพทย์ให้สอดคล้องกับความต้องการของระบบสุขภาพ

โรงเรียนแพทย์ทุกแห่งมีการปรับปรุงหลักสูตรแพทยศาสตรศึกษาของตนเองเป็นระยะๆ โดยเป็นการดำเนินการร่วมกันผ่านทาง การประชุมแพทยศาสตรศึกษาแห่งชาติ ซึ่งโรงเรียนแพทย์ทุกแห่งร่วมกันจัดขึ้นเพื่อปรับปรุงการจัดการศึกษาแพทยศาสตร์ของประเทศให้มีการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง ให้ได้บัณฑิตแพทย์ที่มีคุณภาพและคุณธรรมสามารถรับใช้ประเทศชาติได้ตรงตามความต้องการของสังคม และสอดคล้องกับนโยบายด้านการแพทย์และการสาธารณสุขของประเทศซึ่งมีการปรับปรุงเปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลา

โรงเรียนแพทย์ทุกแห่งจะนำผลของการประชุมแพทยศาสตรศึกษาแห่งชาติ ไปเป็นแนวทางในการปรับปรุงหลักสูตรของตนเอง การประชุมแพทยศาสตรศึกษาแห่ง

ชาติแต่ละครั้งที่ผ่านมา จึงเป็นเสมือนแม่บทในการพัฒนาการศึกษาแพทย์ของประเทศ

การประชุมแพทยศาสตรศึกษาแห่งชาติจัดขึ้นครั้งแรกเมื่อปี 2499 และได้มีการประชุมต่อเนื่องทุกๆ 7-8 ปี การประชุมครั้งล่าสุดคือครั้งที่ 8 จัดขึ้นในปี 2552 การประชุมแพทยศาสตรศึกษาแต่ละครั้งได้ส่งผลให้เกิดการปรับปรุงพัฒนาในเรื่องต่างๆ หลายประการ ทั้งการพัฒนาหลักสูตรแพทย์ทุกระดับ การพัฒนาระบบบริการทางการแพทย์และการสาธารณสุขของประเทศ สามารถสรุปได้ดังนี้

หลังการประชุมครั้งที่ 1 (2499) มีการจัดการฝึกอบรมแพทย์ฝึกหัด

หลังการประชุมครั้งที่ 2 (2507) เน้นการจัดหลักสูตรที่มีการส่งเสริมจริยธรรมในวิชาชีพ

หลังการประชุมครั้งที่ 3 (2514) มีการเปิดสอนรายวิชาเพิ่มเติม คือวิชาเวชศาสตร์และสังคม รวมทั้งมีการจัดส่งนักศึกษาแพทย์ออกไปศึกษาหาประสบการณ์ในโรงพยาบาลต่างจังหวัดมากขึ้น

หลังการประชุมครั้งที่ 4 (2522) มีการปรับลดหลักสูตรเตรียมแพทย์จาก 2 ปีเหลือ 1 ปี มีการแบ่งการให้บริการทางการแพทย์ออกเป็น 3 ระดับ คือ ระดับปฐมภูมิ ทุติยภูมิ และ

ตติยภูมิ มีการกำหนดบทบาทหน้าที่ของแพทย์ จบใหม่ให้ชัดเจนขึ้น รวมถึงการส่งนักศึกษา แพทย์ไปเรียนในโรงพยาบาลชุมชนและต่าง จังหวัดเป็นเวลา 3-6 เดือน

หลังการประชุมครั้งที่ 5 (2529) มีการปรับปรุงวิธีการจัดการเรียนการสอนโดยเน้น การแสวงหาความรู้ด้วยตัวเองเช่น การจัด การเรียนการสอนแบบ problem-based learning

หลังการประชุมครั้งที่ 6 (2536) มีการจัดให้ แพทย์ใช้ทุนปีแรกปฏิบัติงานในโรงพยาบาล ทัวไปเพื่อเพิ่มพูนทักษะก่อนไปปฏิบัติงานใน โรงพยาบาลชุมชน มีการสนับสนุนส่งเสริม แพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปหรือแพทย์เวชศาสตร์ ครอบครัว ให้มีบทบาทเพิ่มมากขึ้นในระบบ บริการทางการแพทย์และสาธารณสุขของ ประเทศ โดยปี 2542 ราชวิทยาลัยแพทย์ เวชศาสตร์ครอบครัวได้เปิดการฝึกอบรม แพทย์สาขาเวชศาสตร์ครอบครัว และเพื่อ เป็นการส่งเสริมให้เลือกเรียนสาขาดังกล่าว แพทยสภาจึงกำหนดให้เป็นสาขาสหวิทยบัตร ประเภท 1 ซึ่งสามารถสมัครเข้ารับการฝึก อบรมได้เลย โดยไม่ต้องผ่านโครงการแพทย์ เพิ่มพูนทักษะและการใช้ทุน นอกจากนี้ยัง เกิดการเปลี่ยนแปลงครั้งสำคัญในระบบ แพทยศาสตร์ศึกษาไทย เพื่อรองรับความ ต้องการของระบบสุขภาพและ ความต้องการ ด้านสุขภาพของประชาชน ได้แก่การเกิด โครงการร่วมผลิตแพทย์เพิ่มเพื่อชาวชนบท

หลังการประชุมครั้งที่ 7 (2544) ได้ข้อสรุป ว่าระบบบริการสุขภาพจะเป็นแม่บทในการ กำหนดการศึกษาแพทยศาสตร์และการ

กระจายแพทย์ในขณะที่ระบบประกันคุณภาพ การศึกษาจะเป็นตัวกำกับมาตรฐานการศึกษา แพทย์ ซึ่งได้กำหนดให้มีสัดส่วนแพทย์ต่อ ประชากรเท่ากับ 1: 1,500 และต้องมีระบบ และมาตรการการกระจายแพทย์ที่เหมาะสม โดยรัฐบาลจะเป็นผู้รับผิดชอบการลงทุนผลิต แพทย์ และสาขาสุขภาพอื่นๆ หลังจากการ ประชุมแพทยศาสตร์ศึกษาครั้งที่ 7 แพทยสภา ได้มีการกำหนดเกณฑ์มาตรฐานผู้ประกอบ วิชาชีพเวชกรรมฉบับใหม่ปี 2545 เพื่อให้ สอดคล้องกับแนวทางแพทยศาสตร์ศึกษา แห่งชาติ

หลังการประชุมครั้งที่ 8 (2552) ซึ่งเกิดขึ้น ในช่วงที่ความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์และผู้ ป่วยอยู่ในภาวะวิกฤติ คือมีการฟ้องร้องแพทย์ เป็นจำนวนมาก การประชุมจึงเน้นไปที่การคัด เลือกผู้ที่เข้าศึกษาหลักสูตรแพทยศาสตร บัณฑิต ว่านอกจากจะพิจารณาความรู้ ความ สามารถทางด้านวิชาการ สถาบันต้องให้ ความสำคัญต่อคุณธรรมจริยธรรม เจตคติ ที่ดีต่อการศึกษาและวิชาชีพ วุฒิภาวะทาง อารมณ์ การสื่อสาร และการทำงานร่วมกับ ผู้อื่น หลักสูตรแพทย์ต้องมุ่งสร้างแพทย์ที่มี เจตคติที่ดีต่อวิชาชีพ มุ่งถึงประโยชน์ส่วนรวม มีความรู้ ความสามารถและทักษะที่สำคัญ ต่อการให้การบริบาลสุขภาพที่มุ่งเน้นคนเป็น ศูนย์กลาง สามารถน้อมนำปรัชญาเศรษฐกิจ พอเพียงมาใช้ในเวชปฏิบัติ มีความรับผิดชอบ เมตตาธรรม มีจิตบริการ ดูแลผู้ป่วยด้วยความ รักและเอาใจใส่เสมือนญาติพี่น้อง เป็นการ แพทย์ที่เปี่ยมไปด้วยจิตวิญญาณของความ เป็นมนุษย์และการดูแลสุขภาพแบบองค์รวม



“แพทย์ใช้ทุน” หรือการที่แพทย์ต้องรับ ราชการในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข เป็นเวลา 3 ปี เกิดขึ้นเป็นครั้งแรกในปี 2510 เป็นรูปแบบของการสมัครใจ

โดยคณะรัฐมนตรีมีมติให้นักศึกษา แพทย์ทุกคนที่ไม่ประสงค์จะจ่ายค่าบำรุงการ ศึกษา ปีละ 10,000 บาท ตลอด 4 ปี (ใน ชั้นพรีคลินิกและคลินิก) ให้ทำสัญญาปฏิบัติ งานชดใช้ทุนให้แก่ทางราชการเป็นเวลา 3 ปี มติดังกล่าวเป็นลักษณะไม่บังคับกล่าวคือ นักศึกษามีสิทธิ์ที่จะเลือกจ่ายค่าบำรุงการ ศึกษาในราคาแพง (คิดเทียบกับปัจจุบันจะมีมูลค่าประมาณปีละ 100,000 บาท อัตรา ดอกเบี้ยร้อยละ 7 ปี ต่อปี) หรือทำสัญญา ปฏิบัติงานชดใช้ทุนแก่รัฐบาล หากผิดสัญญา ต้องชดใช้เงินเป็นจำนวน 120,000 บาท ค่า ปรับดังกล่าวได้มีการปรับเพิ่มเป็น 200,000 บาทและ 400,000 บาท ในพ.ศ. 2514 และ 2516 ตามลำดับ

โดยช่วงก่อนหน้านั้นนับตั้งแต่ปี 2501 เป็นต้นมา สภาพการขาดแคลนบุคลากร ทางการแพทย์ โดยเฉพาะวิชาชีพแพทย์ ใน พื้นที่ชนบทเริ่มปรากฏให้เห็นอย่างชัดเจนใน หลายพื้นที่ ก่อนจะวิกฤติมากในช่วงประมาณ ปี 2508 ซึ่งเป็นช่วงที่ประเทศสหรัฐอเมริกา มีการจัดตั้งระบบประกันสุขภาพของรัฐเพื่อ ผู้สูงอายุและผู้มีรายได้น้อยขึ้นมา และเป็น ช่วงของสงครามเวียดนามที่สหรัฐอเมริกา ส่งทหารเข้าไปปฏิบัติการรบจำนวนมาก ทำให้เกิดความต้องการแพทย์ในประเทศ สหรัฐอเมริกาเพิ่มขึ้นเป็นอย่างมาก จึงเกิด การดึงดูดแพทย์จากประเทศกำลังพัฒนาไปสู่ สหรัฐอเมริกา ประเทศไทยก็มีแพทย์จำนวน มากที่เดินทางไปปฏิบัติงานที่สหรัฐอเมริกา ทำให้เกิดปัญหาปัญหาสมองไหลออกนอก ประเทศอย่างรุนแรง ประกอบกับแพทย์ที่ยัง อยู่ในประเทศไทย ไม่สมัครใจไปทำงานใน ชนบท เนื่องจากความทุรกันดาร ปัญหาการ ขาดแคลนแพทย์ในพื้นที่ชนบทจึงรุนแรงขึ้น ในช่วงปลายทศวรรษนี้ มาตรการใช้ทุนจึงถูก นำมาใช้

จากระบบอาสาสมัครในปี 2510 เปลี่ยนมาเป็นระบบบังคับใช้ทุนในปี 2514 ซึ่งนักศึกษาแพทย์ทุกคนต้องทำสัญญาปฏิบัติงานชดใช้ทุนโดยไม่มีสิทธิ์เลือกอีกต่อไป การบังคับใช้ทุนในลักษณะนี้พบว่าช่วยแก้ปัญหาการขาดแคลนแพทย์ในพื้นที่ชนบทได้เป็นอย่างดี โดยพบว่ามีแพทย์เข้าสู่ระบบบริการของกระทรวงสาธารณสุขเพิ่มมากขึ้น โดยจะเห็นได้จากสัดส่วนต่อประชากรของแพทย์ปฏิบัติงานที่ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ซึ่งเป็นภูมิภาคที่ยากจน เทียบกับสัดส่วนของประชากรต่อแพทย์ที่กรุงเทพฯ มีความแตกต่างกัน 21 เท่าในปี 2522 ลดความแตกต่างลงเป็น 7.5 เท่าในปี 2553

อย่างไรก็ดีพบว่าในช่วงหลังการบังคับใช้ทุนเริ่มเป็นยุทธศาสตร์ที่ได้ผลลดน้อยลง เพราะอัตราการลาออกของแพทย์ระหว่างการใช้ทุนมีมากขึ้น ในปี 2553 พบว่ามีแพทย์ใช้ทุนลาออกมากถึงร้อยละ 30 โดยพบว่า มีปัจจัยที่เป็นแรงขับหลายประการ เช่น ค่าตอบแทน และสวัสดิการในการรับราชการไม่จูงใจ, ภาระงานมาก ความไม่พึงพอใจในการบริหาร

ตารางที่ 2.3 แสดงจำนวนแพทย์ลาออกจากสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข แยกตามสังกัด

ต้นสังกัด	2543	2544	2545	2546	2547	2548	2549	2550	2551	2552
รพศ. / รพท.	80	92	209	187	219	213	220	316	245	220
รพช./ รพร. (ร้อยละของแพทย์ทั้งหมดใน รพช.)	114	184	350 (12.81)	602 (20.87)	233 (7.64)	369 (11.43)	380 (10.79)	376 (10.49)	436 (10.96)	360 (8.11)
สสจ.	-	-	4	6	13	88	174	179	154	89
อื่นๆ	-	-	1	-	-	-	8	7	5	4
รวม	194	276	564	795	465	670	782	878	840	673
ร้อยละของแพทย์ทั้งหมดในกระทรวงสาธารณสุข	2.07	2.74	6.39	8.53	4.97	6.75	6.91	7.69	7.09	5.47

[ที่มา : งานบุคคล กองการเจ้าหน้าที่ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข]

จัดการ แพทย์ในยุคปัจจุบันมีทางเลือกของการประกอบวิชาชีพมากขึ้น และมีช่องทางในการหารายได้มากขึ้น เมื่อเทียบกับค่าปรับหรือเงื่อนไขการเรียนแพทย์เฉพาะทางเกี่ยวกับการไม่ต้องทำงานใช้ทุนมากขึ้น แพทย์จึงลาออกหรือลาเรียนเฉพาะทางก่อนที่จะใช้ทุนครบ เป็นต้น

การเริ่มไม่ได้ผลของมาตรการบังคับใช้ทุนแพทย์ ทำให้กระทรวงสาธารณสุขพยายามปรับยุทธศาสตร์เพื่อให้สอดคล้องกับสถานะทางเศรษฐกิจและสังคมที่เปลี่ยนแปลงไป จึงเกิดข้อการเสนอให้ขึ้นค่าปรับจาก 400,000 บาท เพื่อที่จะเป็นแรงจูงใจให้แพทย์ปฏิบัติงานในชนบทได้นานขึ้น

จากตารางที่ 2.3 จะเห็นได้ว่า อัตราการลาออกของแพทย์จากกระทรวงสาธารณสุขไม่มีแนวโน้มลดลง โดยพบว่าสาเหตุหลักของการลาออกเป็นเพราะต้องการไปศึกษาต่อ รองลงมาคือการเปลี่ยนอาชีพ และการดูแลบุพการี

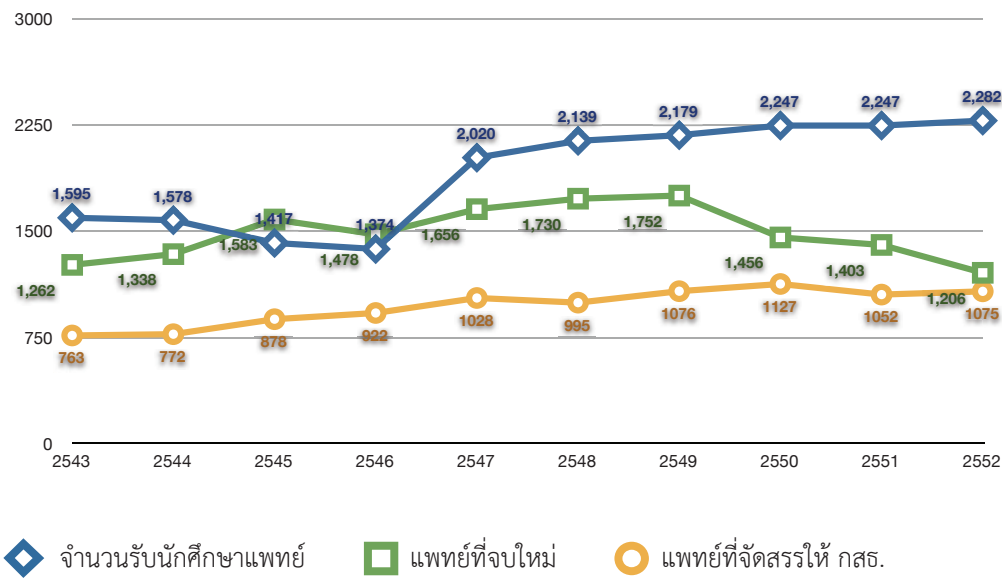


แม้ภาคการผลิตจะให้ความร่วมมือกับกระทรวงสาธารณสุขในการเร่งผลิตแพทย์เพื่อแก้ปัญหาการขาดแคลนแพทย์โดยเฉพาะในพื้นที่ชนบท แต่กัพบว่ายังมีความไม่สอดคล้องกันอยู่ในแนวคิดการผลิตแพทย์เฉพาะทาง

หากดูจากความต้องการแพทย์ของประเทศแล้วจะพบว่าแพทย์ทั่วไปที่ปฏิบัติงานที่ในโรงพยาบาลชุมชนเป็นกลุ่มบุคคลที่มีความขาดแคลนสูงมาก และเป็นกลุ่มแพทย์ที่ภาคการใช้มีความต้องการที่สุด แม้ปัจจุบันแต่ละปีจะมีการผลิตแพทย์ทั่วไปมากถึงประมาณ 2,500 คน บวกกับเงื่อนไขการบังคับแพทย์จบใหม่ให้ฝึกเพิ่มพูนทักษะในโรงพยาบาลจังหวัด 1 ปี และใช้ทุนในโรงพยาบาลชุมชนอีก 2 ปี ซึ่งควรจะทำให้มีจำนวนแพทย์ทั่วไปในโรงพยาบาลชุมชนพอเพียง แต่เงื่อนไขนี้ก็ได้รับการยกเว้นสำหรับการผลิตแพทย์เฉพาะทางบางสาขาที่แพทยสภาประกาศให้เป็นสาขาขาดแคลนบัณฑิตแพทย์สามารถเข้าฝึกอบรมได้โดย

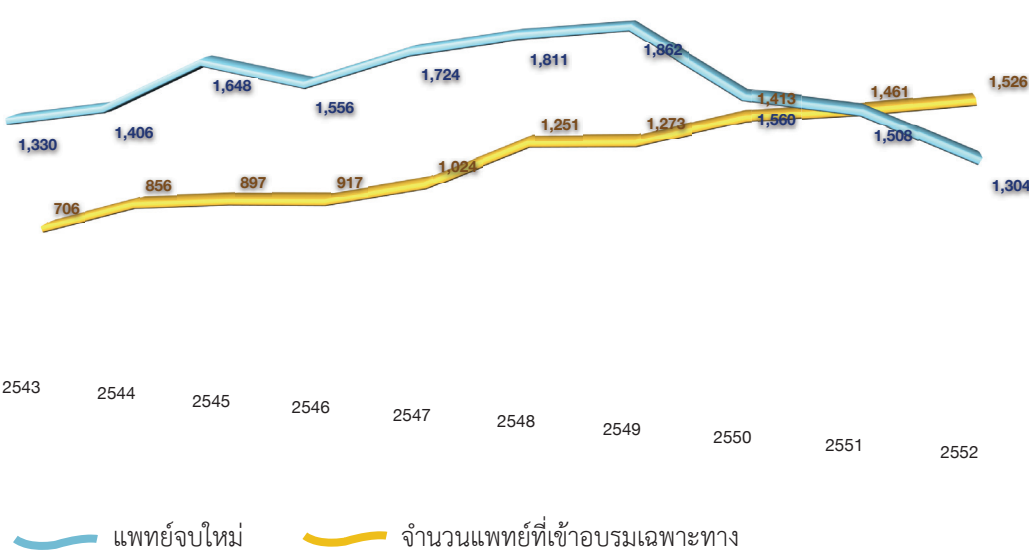
ไม่จำเป็นต้องรอให้ครบเงื่อนไขการใช้ทุน ในประกาศการรับสมัครแพทย์ประจำบ้านประจำปีการอบรม 2554 ของแพทยสภาพบว่าในจำนวนแพทย์เฉพาะทางสาขาหลัก 37 สาขา มีถึง 12 สาขา ที่ถูกประกาศเป็นสาขาขาดแคลนประเภทที่ 1 แพทย์สามารถเข้าอบรมได้เลยโดยไม่ต้องผ่านการฝึกเพิ่มพูนทักษะและไม่จำเป็นต้องใช้ทุนก่อน เงื่อนไขเช่นนี้ทำให้ระบบการใช้ทุนของกระทรวงสาธารณสุขไม่สามารถรักษาแพทย์ทั่วไปไว้ในโรงพยาบาลชุมชนได้ มีตัวเลขจากสถาบันพระบรมราชชนกและแพทยสภา ซึ่งรวบรวมจำนวนแพทย์ที่เข้ารับการอบรมแพทย์เฉพาะทางในแต่ละปี พบว่าในปี 2551 และ 2552 มีแพทย์ เข้าสู่การฝึกอบรมแพทย์เฉพาะทางมากกว่าจำนวนแพทย์จบใหม่ คือปี 2551 มีแพทย์เข้ารับการอบรมแพทย์เฉพาะทาง 1,461 คน แต่มีแพทย์จบใหม่เพียง 1,403 คน และปี 2552 แพทย์เข้าอบรมแพทย์เฉพาะทาง 1,526 คน มีแพทย์จบใหม่ 1,206 คน ข้อมูลแพทยสภาพบว่าตัวเลขแพทย์ทั่วไปและแพทย์เฉพาะทาง ในปี 2553 มีจำนวนแพทย์ทั่วไปอยู่ที่ 37,396 คน และแพทย์เฉพาะทาง 23,861 คน ส่วนใหญ่ของแพทย์เฉพาะทางในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขจะปฏิบัติหน้าที่อยู่ในโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไป ในขณะที่แพทย์ทั่วไปที่เข้ารับการฝึกอบรมด้วยทุนตัวเองโดยไม่มีต้นสังกัด (free train) พบว่าจะออกนอกระบบราชการเข้าสู่สถานพยาบาลของเอกชน

แผนภูมิที่ 2.2 กราฟเปรียบเทียบแผนการรับนักศึกษาแพทย์, จำนวนนักศึกษาที่จบ และแพทย์ที่จัดสรรให้ กสธ. ปี 2543-2552



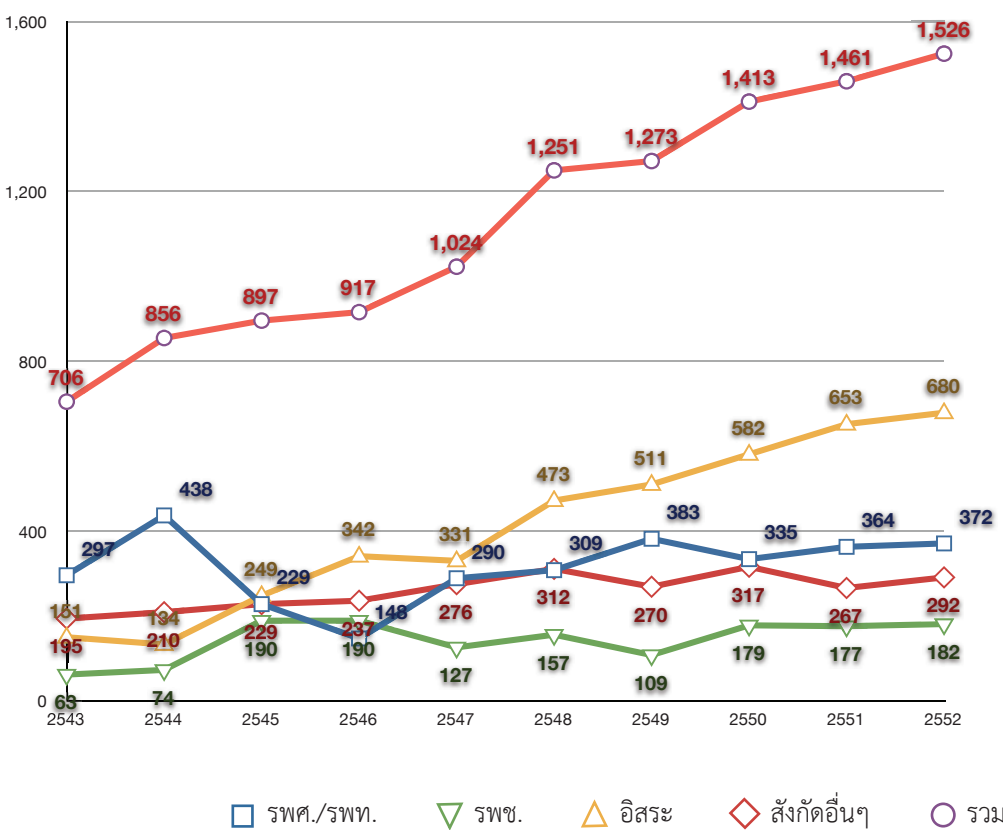
[ที่มา : สำนักงานวิจัยและพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพ, 2554]

แผนภูมิที่ 2.3 กราฟเปรียบเทียบจำนวนแพทย์ที่จบใหม่ และจำนวนแพทย์ที่เข้ารับการฝึกอบรมเฉพาะทาง

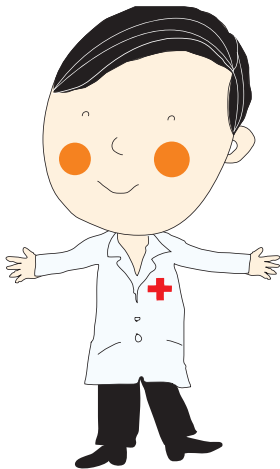


[ที่มา : แพทยสภา, 2553]

แผนภูมิที่ 2.4 กราฟจำนวนแพทย์ที่เข้ารับการฝึกอบรมเฉพาะทาง แยกตามสังกัด



[ที่มา : กลุ่มงานบริหารงานบุคคล สำนักงานปลัด กระทรวงสาธารณสุข, 2553 และ แพทยสภา, 2553]



การสร้างแรงจูงใจ ทางการเงิน

**ด้วยเหตุที่แพทย์เป็นวิชาชีพที่มี “ค่า
การตลาดสูง” และมีทางเลือกมากมาย
ทำให้มาตรการทางการเงินถูกนำมา
ใช้เป็นปัจจัยสำคัญในการสร้างแรง
จูงใจให้แพทย์คงอยู่ในชนบท แทนการ
เดินทางเข้าเมืองหรือการย้ายออกไป
ทำงานในสถานพยาบาลเอกชน**

ในอดีตการสร้างแรงจูงใจที่เป็นตัวเงิน
ของแพทย์จะมีลักษณะเป็นอัตราคงที่ แปรผัน
ตามลักษณะหรือทำเลที่ตั้งของสถานพยาบาล
โดยกระทรวงสาธารณสุขแบ่งประเภทของโรง
พยาบาลตามระดับความทุรกันดาร พื้นที่ที่มี
ความทุรกันดารห่างไกลความเจริญมากและ
มีความขาดแคลนแพทย์มากเมื่อเทียบกับ
จำนวนประชากร จะได้รับค่าตอบแทนมาก
กว่าพื้นที่อื่นและมีการลดหลั่นกันลงมา เพื่อ
ให้ค่าตอบแทนที่สูงกว่าชดเชยให้กับโอกาสที่
สูญเสียไปของแพทย์กลุ่มนี้

ปี 2551 กระทรวงสาธารณสุขได้เพิ่ม
หลักเกณฑ์ในการจ่ายค่าตอบแทนโดยนำอายุ
งานของแพทย์เข้ามาร่วมคำนวณประกอบ
กับระดับความทุรกันดารของพื้นที่ โดยมี
วัตถุประสงค์หลักเพื่อให้มีแพทย์อยู่ในชนบท
ได้นานขึ้น เนื่องจากพบว่าแพทย์ส่วนใหญ่จะ

ย้ายเข้ามาในเมืองหรือลาศึกษาต่อพื้นที่ที่ครบ
กำหนดการใช้ทุน (ขณะที่ส่วนหนึ่งของย้ายหรือ
ลาเรียนตั้งแต่อยู่ในระหว่างการใช้ทุน) การ
เพิ่มค่าตอบแทนให้กับแพทย์ในชนบทครั้งนี้
ทำให้ค่าตอบแทนแพทย์จบใหม่ในพื้นที่ปกติ
เพิ่มขึ้นเป็นประมาณ 53,100 บาท แต่การ
ปรับเพิ่มค่าตอบแทนครั้งนี้เป็นการจ่ายค่า
ตอบแทนแพทย์ในอัตราคงที่แปรผันตามพื้นที่
ปฏิบัติงานเป็นหลัก โดยไม่ได้คำนึงถึงปริมาณ
งานและความยากง่ายในการทำงาน ได้ก่อให้เกิด
ความขัดแย้งกับกลุ่มแพทย์ที่ปฏิบัติงานใน
โรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไป ที่มอง
ว่าตนเองไม่ได้รับความเป็นธรรม เพราะการ
ให้บริการทางการแพทย์ที่ยากและละเอียด
ซับซ้อนของโรงพยาบาลระดับทุติยภูมิ ไม่ได้
ถูกมองอย่างให้ความสำคัญจากฝ่ายบริหาร
โดยเฉพาะในสถานการณ์ปัจจุบันที่ผลอัน
ไม่พึงประสงค์จากบริการทางการแพทย์ถูก
มองเป็นความเสียหายที่ต้องมีการชดเชยและ
คุ้มครองผู้เสียหาย ทำให้แพทย์ในโรงพยาบาล
ชุมชนลังเลที่จะทำหัตถการเองและส่งต่อ
มายังโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไป
อย่างไรก็ตามผลการประเมินเบื้องต้นของ
สำนักงานวิจัยและพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพ
พบว่าการลาออกจากราชการของแพทย์ใน
โรงพยาบาลชุมชน เมื่อเทียบกับแพทย์โรง
พยาบาลชุมชนทั้งหมด ลดลงจากร้อยละ 11
ในปี 2551 เป็นร้อยละ 8 ในปี 2552 แต่
สำหรับการออกจากราชการของแพทย์จบใหม่
ก่อนครบกำหนดใช้ทุนเปลี่ยนแปลงไม่มากนัก
โดยลดจากร้อยละ 32 ในปี 2551 เป็นร้อยละ
30 ในปี 2553

การสร้างแรงจูงใจ ที่ไม่ใช่ตัวเงิน

**ในขณะที่กระทรวงสาธารณสุขเน้นการ
สร้างแรงจูงใจให้แพทย์ไปอยู่ในชนบท
ด้วยเงิน ดังการปรับเพิ่มเบี้ยเลี้ยงค่า
ตอบแทนฉบับที่ 4 ที่มุ่งเน้นการเพิ่มค่า
ตอบแทนให้กับบุคลากรทางการแพทย์
ในชนบท เพื่อให้มีความต่างอย่างมีนัย
สำคัญต่อบุคลากรที่ประกอบวิชาชีพ
ในเขตเมือง**

มีรายงานการศึกษาบางชิ้นพบว่า
เงินไม่ใช่ปัจจัยหลักในการดึงดูดใจให้คงอยู่ใน
ระบบ หากแต่ต้องมีระบบการบริหารที่เป็น
ธรรมและสามารถตอบสนองความต้องการ
ด้านอื่น เช่น ความก้าวหน้าในหน้าที่การงาน
รวมทั้งการตอบโต้ภัยด้านคุณภาพชีวิตและ
ครอบครัวของแพทย์ด้วย ดังผลการศึกษาของ
สำนักงานวิจัยและพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพ
ในปี 2553 ในกลุ่มแพทย์จบใหม่จำนวน 576
คนที่พบว่านอกเหนือจากรายได้แล้ว ปัจจัยที่
ทำให้แพทย์เลือกไปปฏิบัติงานในชนบท ได้แก่
ใกล้ภูมิลำเนา มีโอกาสการศึกษาต่อ มีความ
ก้าวหน้าในวิชาชีพ ภาระงานไม่หนักเกินไป
เป็นต้น แต่ระบบการบริหารงานด้านกำลังคน
ของกระทรวงสาธารณสุขกลับให้ความสำคัญ
กับเรื่องเหล่านี้น้อย

การสร้างเสริมความก้าวหน้าในหน้าที่
การงานนั้นพบว่าแพทย์ในโรงพยาบาลชุมชน
เพิ่งมีโอกาสได้รับตำแหน่งสูงสุดที่ระดับ 9
(ตามการบริหารงานในรูปแบบซี) ในปี 2551
นี้เอง ก่อนหน้านั้นตำแหน่งจะตันอยู่ที่ระดับ 8
ดังนั้นหากใครต้องการความก้าวหน้าก็จะต้อง
ย้ายเข้ามาอยู่ในโรงพยาบาลระดับจังหวัดหรือ
ในกระทรวงสาธารณสุขส่วนกลาง

**โจทย์ใหญ่ที่ยังคงเป็นความท้าทาย
ต่อระบบการบริหารและจัดการกำลังคนใน
วิชาชีพแพทย์ เพื่อให้คงอยู่ในชนบทได้
เป็นระยะเวลานาน คือคุณภาพชีวิตและ
ครอบครัวของแพทย์ พบว่าส่วนใหญ่เมื่อ
แพทย์มีครอบครัวแล้วมักจะขอย้ายเข้ามา
อยู่ในเมือง เพราะต้องการให้ลูกได้เรียน
โรงเรียนในเมืองซึ่งมักจะมีมาตรฐานการ
ศึกษาสูงกว่าโรงเรียนในระดับอำเภอ ซึ่งถือ
เป็นเรื่องที่เกินกว่ากระทรวงสาธารณสุขจะ
จัดการแก้ปัญหาได้ตามลำพัง**

ตารางที่ 2.4
เปรียบเทียบจำนวนนักศึกษาแพทย์เข้าใหม่ จำนวนที่จบ และแพทย์ที่จัดสรรให้ กสธ. รายปี

	2543	2544	2545	2546	2547	2548	2549	2550	2551	2552
จำนวนการรับ นศ. รวม (เอกชน)	1595 (88)	1578 (86)	1417 (93)	1374 (90)	2020 (99)	2139 (100)	2179 (108)	2247 (113)	2247 (137)	2282 (129)
แพทย์ที่จบใหม่ (เอกชน)	1262 (68)	1338 (68)	1583 (65)	1478 (78)	1656 (68)	1730 (81)	1752 (110)	1456 (104)	1403 (105)	1206 (98)
แพทย์ที่จัดสรรให้ กสธ.	763	772	878	922	1028	995	1076	1127	1052	1075

[ที่มา : สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข และ
สำนักงานวิจัยและพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพ]

ตารางที่ 2.5
เปรียบเทียบจำนวนแพทย์ที่จบใหม่ และจำนวนแพทย์ที่เข้ารับการฝึกอบรมเฉพาะทาง

	2543	2544	2545	2546	2547	2548	2549	2550	2551	2552
แพทย์จบใหม่	1,330	1,406	1,648	1,556	1,724	1,811	1,862	1,560	1,508	1,304
จำนวนแพทย์ที่เข้าฝึก อบรมเฉพาะทาง	706	856	897	917	1,024	1,251	1,273	1,413	1,461	1,526

[ที่มา : สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข และ
สำนักงานวิจัยและพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพ]

ตารางที่ 2.6
จำนวนแพทย์ที่เข้ารับการฝึกอบรมเฉพาะทางแยกตามสังกัด

	2543	2544	2545	2546	2547	2548	2549	2550	2551	2552
รพศ./รพท.	297	438	229	148	290	309	383	335	364	372
รพช.	63	74	190	190	127	157	109	179	177	182
อิสระ	151	134	249	342	331	473	511	582	653	680
สังกัดอื่นๆ	195	210	229	237	276	312	270	317	267	292
รวม	706	856	897	917	1024	1251	1273	1413	1461	1526

[ที่มา : สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข และ
สำนักงานวิจัยและพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพ]

ตารางที่ 2.7
การกระจายตัวของแพทย์ แยกตามรายนาม ปี 2540-2550 และ 2553

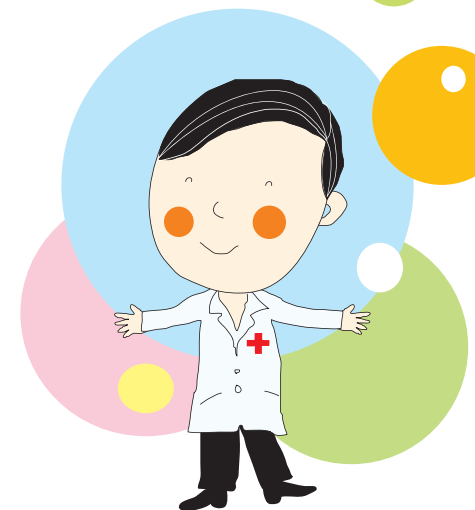
ภาค	2540	2541	2542	2543	2544	2545	2546	2547	2548	2549	2550	2553*
รวมทั้งประเทศ	16,569	17,955	18,140	18,025	18,947	17,529	18,106	18,918	19,584	21,051	22,651	26,162
กรุงเทพมหานคร	7,771	7,386	7,438	7,155	7,504	6,046	6,291	6,526	6,549	6,411	6,711	9,082
ภาคกลาง (ไม่รวม กทม.)	3,100	3,923	3,917	4,029	4,315	4,135	4,517	4,752	4,883	5,113	5,717	5,832
ภาคตะวันออก เฉียงเหนือ	2,109	2,582	2,632	2,574	2,817	2,972	2,920	2,875	3,036	3,721	4,028	4,591
ภาคเหนือ	2,079	2,401	2,494	2,691	2,699	2,698	2,543	2,639	3,148	3,547	3,623	3,843
ภาคใต้	1,510	1,663	1,659	1,576	1,612	1,678	1,835	2,126	1,968	2,259	2,572	2,809

[ที่มา : สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข
*ข้อมูลปี 2553 จากสำนักงานวิจัยและพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพ]

ตารางที่ 2.8
สัดส่วนประชากรต่อแพทย์ รายนาม ปี 2540-2550

ภาค	2540	2541	2542	2543	2544	2545	2546	2547	2548	2549	2550
รวมทั้งประเทศ	3,649	3,406	3,394	3,427	3,277	3,569	3,476	3,305	3,176	2,975	2,778
กรุงเทพมหานคร	720	762	762	793	760	952	924	879	862	886	850
ภาคกลาง (ไม่รวม กทม.)	4,506	3,614	3,654	3,576	3,375	3,566	3,301	3,134	3,054	2,963	2,683
ภาคตะวันออก เฉียงเหนือ	9,951	8,218	8,110	8,311	7,614	7,251	7,409	7,466	7,015	5,738	5,308
ภาคเหนือ	5,791	5,050	4,869	4,501	4,488	4,499	4,766	4,534	3,768	3,351	3,279
ภาคใต้	5,216	4,814	4,888	5,194	5,127	4,984	4,609	3,982	4,306	3,789	3,354

[ที่มา : สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข]



ตารางที่ 2.9 จำนวนและสัดส่วนแพทย์ต่อประชากรจำแนกตามสังกัด
รายนาม ปี 2553

ภาค	กระทรวง สาธารณสุข	กระทรวง อื่นๆ	รัฐวิสาหกิจ	หน่วย ราชการ	เทศบาล	เอกชน	รวม	สัดส่วนแพทย์ ต่อประชากร
รวมทั้งประเทศ	11,841	5,214	27	154	390	3,943	21,569	1:2,931
กรุงเทพมหานคร	721	2,972	15	46	342	1,888	5,984	1:955
ภาคกลาง ไม่รวม กทม.	3,626	585	-	106	15	1,132	5,464	1:2,839
ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ	3,319	715	-	1	12	212	4,259	1:5,028
ภาคเหนือ	2,420	640	12	1	17	417	3,507	1:3,386
ภาคใต้	1,755	302	-	-	4	294	2,355	1:3,694

[ที่มา : สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข และ
สำนักงานวิจัยและพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพ]

ตารางที่ 2.10 การกระจายของแพทย์ แยกตามระดับสถานบริการ (2553)

ภาค	รพท/ รพศ	รพช/ รพร	รพ.สต.	หน่วยงานอื่น ใน กสธ.	กระทรวงอื่น ๆ	เอกชน	รวม
รวมทั้งประเทศ	6,221	4,787	82	1,283	9,177	4,694	26,162
กรุงเทพมหานคร	-	-	-	712	5,856	2,514	9,082
ภาคกลาง (ไม่รวม กทม.)	2,054	1,109	26	284	1,115	1,244	5,832
ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ	1,593	1,878	33	118	734	235	4,591
ภาคเหนือ	1,444	964	19	110	905	406	3,848
ภาคใต้	1,130	754	4	59	567	295	2,809

[ที่มา : สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข และ
สำนักงานวิจัยและพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพ]

ตารางที่ 2.11 การกระจายของแพทย์
แยกตามต้นสังกัดและระดับสถานบริการ
ปี 2543-2550 และ 2553

ภาค	2543	2544	2545	2546	2547	2548	2549	2550	2553*
รวมทั้งประเทศ	18,025	18,947	17,529	18,106	18,918	19,584	21,051	22,651	26,244
กระทรวงสาธารณสุข	9,363	10,068	8,821	9,321	9,357	9,928	11,311	11,415	12,373
- สอ	-	-	-	-	-	-	-	-	82
- รพช/รพร	-	-	2,732	2,885	3,050	3,229	3,523	3,583	4,623
- รพท/รพศ	-	-	4,619	4,890	4,806	4,878	5,103	5,078	6,221
กระทรวงอื่นๆ	3,400	3,568	4,337	3,993	5,201	4,531	4,164	5,583	9,177
รัฐวิสาหกิจ	114	132	102	127	12	49	45	31	-
หน่วยราชการอิสระ	655	252	123	126	123	179	547	153	-
เทศบาล	573	543	574	721	632	668	666	735	-
เอกชน	3,920	4,384	3,572	3,818	3,575	4,229	4,309	4,734	4,697

[ที่มา : สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข]

* ข้อมูลปี 2553 จากสำนักงานวิจัยและพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพ

หมายเหตุ : เครื่องหมาย - หมายถึง ไม่มีข้อมูล





ในบรรดาวิชาชีพกำลังคนด้านสุขภาพทั้งหมดทันตแพทย์เป็นวิชาชีพที่มีกำลังคนปฏิบัติหน้าที่อยู่ในภาคเอกชนมากกว่าภาครัฐการ ตัวเลขจากทันตแพทยสภาในปี 2552 พบว่า มีทันตแพทย์ในประเทศไทย รวมทั้งสิ้น 9,926 คน โดยอยู่ในสถานบริการของรัฐบาล 4,660 คน คิดเป็นร้อยละ 46.94 และอยู่ในสถานพยาบาลเอกชนจำนวน 5,221 คน คิดเป็นร้อยละ 52.60 และอยู่ในสถานบริการของรัฐวิสาหกิจอีก 45 คน คิดเป็นร้อยละ 0.46

สำหรับทันตแพทย์ที่ปฏิบัติหน้าที่ในภาครัฐพบว่า 3,312 คน อยู่ในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข โดยมีการกระจายตัวของทันตแพทย์ แยกตามสถานพยาบาลได้ดังตารางที่ 1

ปัญหาสำคัญคือมีการกระจายทันตแพทย์ที่ไม่สมดุล ระหว่างเมืองกับชนบท แม้จะมีการบังคับใช้ทุนทันตแพทย์ตั้งแต่ปี 2525 และมีบัณฑิตทันตแพทย์ใช้ทุนไปทำงานในชนบทรุ่นแรกในปี 2531 แต่ก็ยังพบว่าเมืองยังคงเป็นที่กระจุกตัวของทันตแพทย์อยู่ โดยพบว่าในปี 2552 สัดส่วนทันตแพทย์ต่อประชากร

ทั่วประเทศอยู่ที่ 1:6,400 ขณะที่สัดส่วนทันตแพทย์ต่อประชากรในกรุงเทพฯ อยู่ที่ 1:1,167 และภูมิภาคอยู่ที่ 1: 11,473 โดยพบว่าพื้นที่ภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีจำนวนทันตแพทย์น้อยที่สุด เมื่อเทียบกับจำนวนประชากร ดังแสดงในตารางที่ 1 นอกจากนี้ยังพบว่ามิมีโรงพยาบาลชุมชน 22 แห่งที่ยังไม่มีทันตแพทย์เลย

ตารางที่ 2.12 สัดส่วนทันตแพทย์ต่อประชากร จำแนกตามภาค และกรุงเทพฯ ปี 2552

	ทันตแพทย์	ประชากร	ทันตแพทย์ : ประชากร
กรุงเทพฯ	4,886	5,702,595	1:1,167
กลาง	1,760	15,742,529	1:8,945
ใต้	869	8,813,880	1:10,143
เหนือ	1,194	11,770,233	1:9,858
ตะวันออกเฉียงเหนือ	1,217	21,495,825	1:17,663
ทั้งประเทศ	9,926	63,525,062	1:6,400

[ที่มา : สำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย]

หมายเหตุ : ข้อมูลจำนวนประชากร ปี 2552 จากสำนึกทะเบียนกลาง กรมการปกครอง

ตารางที่ 2.13 แสดงการกระจายตัวของทันตบุคลากรจำแนกตามสังกัด ปี 2552

ประเภทของหน่วยงาน	จำนวนทันตบุคลากร (คน)			
	ทันตแพทย์	ทันตภิบาล	ผู้ช่วยทันตแพทย์	ช่างทันตกรรม
กระทรวงสาธารณสุข	3,312	4,205	1,174	42
กระทรวงมหาดไทย	50	67	3	-
กระทรวงกลาโหม	223	1	33	1
ทบวงมหาวิทยาลัย	895	-	310	37
กรุงเทพมหานคร	146	36	113	-
อื่นๆ	34	4	56	2
ภาครัฐวิสาหกิจ	45	-	12	-
ภาคเอกชน	5,221	-	99	16
รวม	9,926	4,313	1,800	98

[ที่มา : สำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย]

**ตารางที่ 2.14 : แสดงการกระจายตัวของทันตบุคลากร
จำแนกตามหน่วยงานในกระทรวงสาธารณสุข ปี 2552**

สังกัด	จำนวนทันตบุคลากร (คน)			
	ทันตแพทย์	ทันตภิบาล	ผู้ช่วยทันตแพทย์	ช่างทันตกรรม
ส่วนกลาง				
สำนักทันตสาธารณสุข	26	14	7	-
สถาบันทันตกรรม	20	-	6	-
สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข	9	1	-	-
รวม	55	15	13	-
ส่วนกลางที่มีหน่วยงานในส่วนภูมิภาค				
กลุ่มพัฒนาความร่วมมือทันตสาธารณสุข	6	1	-	-
รพ.ส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัย	44	18	6	-
วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร	82	19	-	-
รวม	132	38	6	-
ส่วนภูมิภาค				
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด	128	233	26	-
รพศ./รพท.	895	221	505	37
รพช.	1,933	2,199	524	2
สอ./สสอ.	4	1,408	8	-
อื่นๆ	165	91	92	3
รวม	3,125	4,152	1,155	42
รวมทั้งสิ้น	3,312	4,205	1,174	42

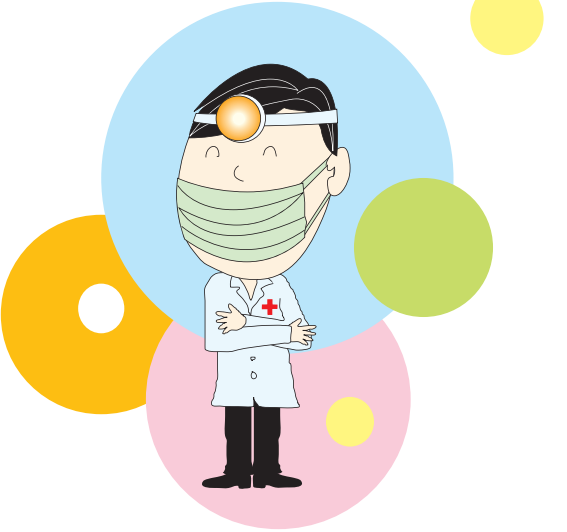
[ที่มา : สำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย]

สถานการณ์การผลิตทันตแพทย์ ตั้งแต่ปี 2540-2557

ปัจจุบันมีสถาบันการผลิตทันตแพทย์ของรัฐมี 8 สถาบัน คือ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ มหาวิทยาลัยขอนแก่น มหาวิทยาลัยนเรศวร ร่วมผลิตทันตแพทย์ทั้งแผนปกติและแผนเร่งรัด ตามมติคณะรัฐมนตรีในเดือนกันยายน 2548 ที่อนุมัติให้เพิ่มการผลิตทันตแพทย์ปีละ 200 คน เป็นระยะเวลา 10 ปี (2548-2557) เพื่อให้ทันกับความต้องการของกระทรวงสาธารณสุข และมีสถาบันผลิตในภาคเอกชนอีก 1 แห่ง คือ มหาวิทยาลัยรังสิต

กำลังการผลิตรวมในปัจจุบันอยู่ที่ปีละประมาณ 800 คน แม้จะมีโควตาทันตแพทย์คู่สัญญาที่กระทรวงสาธารณสุขได้บริหารจัดการประมาณร้อยละ 80 ต่อปี แต่ก็พบว่ามีทันตแพทย์ลาออกระหว่างการใช้ทุนมากขึ้นทุกปี

ในส่วนของทันตภิบาล เริ่มผลิตในปี 2511 โดยวิทยาลัยการสาธารณสุข สังกัดกระทรวงสาธารณสุข ในปัจจุบันมีวิทยาลัยฯ จำนวน 7 แห่ง ผลิตได้ทั้งหมด จำนวน 5,398 คน (พศ. 2553) อย่างไรก็ตามพบว่าทันตภิบาลมีการโยกย้ายและเปลี่ยนสายงานค่อนข้างมาก โดยพบว่าระหว่างปี พ.ศ. 2543-2551 ร้อยละ 23.76 ของทันตภิบาลมีการลาออก โยกย้าย เปลี่ยนสายงาน



การบริหารและจัดการทันตแพทย์ ในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข

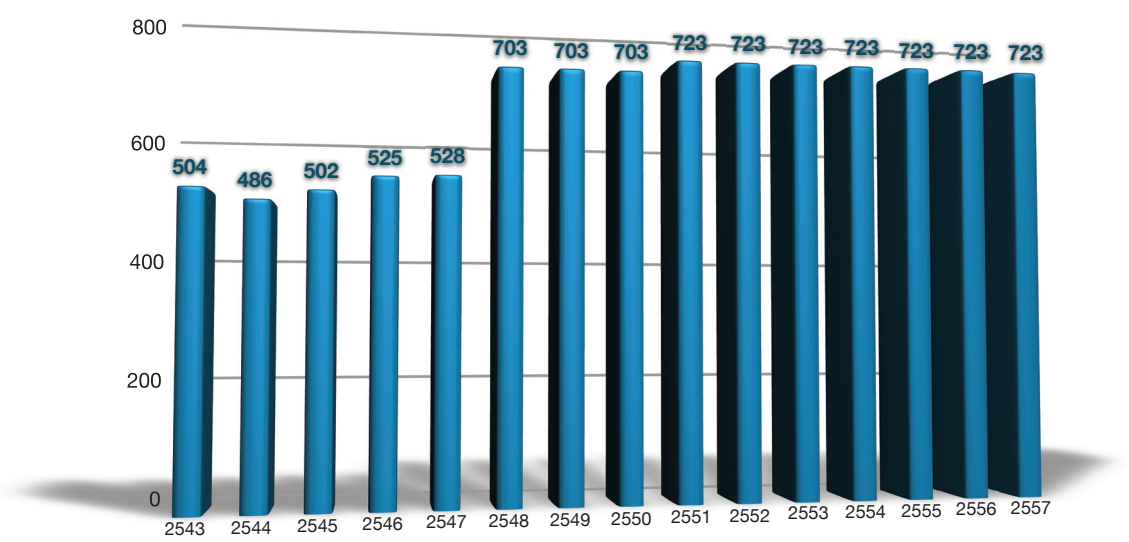
กระทรวงสาธารณสุขมีนโยบายและมาตรการในการบริหารและจัดการทันตแพทย์ เช่นเดียวกับแพทย์ ทุกอย่าง มาตรการการใช้ทุน การเพิ่มกำลังการผลิต ถูกนำมาใช้ในลักษณะเดียวกัน เพื่อให้มีการกระจายตัวของทันตแพทย์ลงไปสู่พื้นที่ชนบท เช่นเดียวกับมาตรการสร้างแรงจูงใจทางการเงินซึ่งจะมีกฎเกณฑ์ และเงื่อนไขในการจ่ายค่าตอบแทนหรือเช่นเดียวกับแพทย์ทุกประการ

ตารางที่ 2.15
สถานการณ์
การผลิตทันตแพทย์
ปี 2543-2557

ปี พ.ศ.	แผนการผลิตปกติ	แผนเร่งรัดการผลิต	รวมจำนวนผลิต	ปีที่จบการศึกษา
2543	504	-	504	2549
2544	486	-	486	2550
2545	502	-	502	2551
2546	525	-	525	2552
2547	528	-	528	2553
2548	503	200	703	2554
2549	503	200	703	2555
2550	503	200	703	2556
2551	523	200	723	2557
2552	523	200	723	2558
2553	523	200	723	2559
2554	523	200	723	2560
2555	523	200	723	2561
2556	523	200	723	2562
2557	523	200	723	2563
รวม	9,121	2,000	11,121	

[ที่มา : สำนักงานคณะกรรมการจัดสรรนักศึกษาแพทย์ ทันตแพทย์ เภสัชศาสตร์
 ผู้ทำสัญญาฯ สถาบันบรมราชชนก
 สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข
 ข้อมูล ณ วันที่ 17 กุมภาพันธ์ 2547]

แผนภูมิที่ 2.5 แสดงสถานการณ์การผลิตทันตแพทย์ ปี 2543-2557

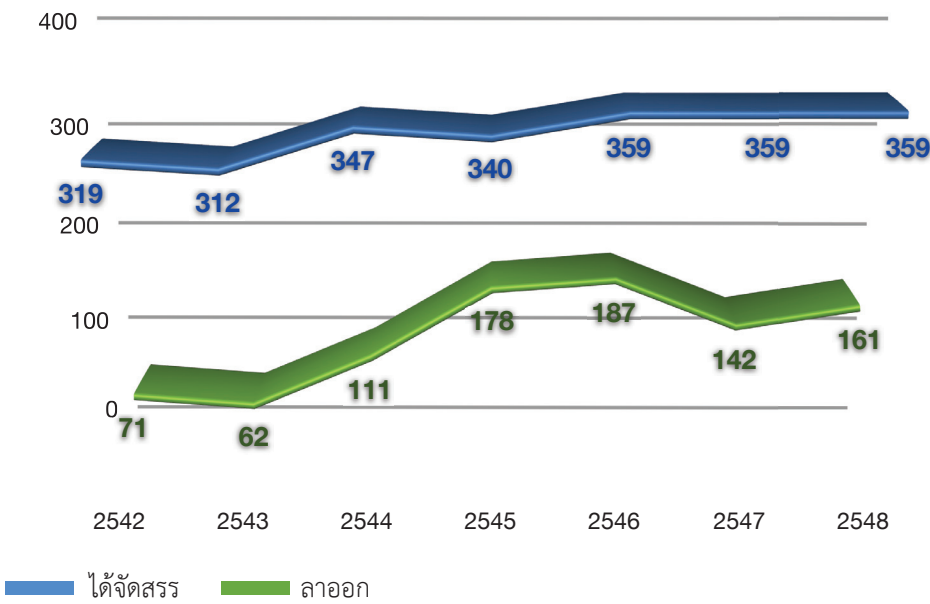


ตารางที่ 2.16
แสดงผลการจัดสรร
และการลาออกของทันตแพทย์
คู่สัญญาของ
กระทรวงสาธารณสุข
ปี 2542-2546

ปี	ได้จัดสรร*	ลาออก**
2542	319	71
2543	312	62
2544	347	111
2545	340	178
2546	359	187
2547	359	142***
2548	359	161***

หมายเหตุ
 * สำนักงานคณะกรรมการจัดสรรนักศึกษาแพทย์ ทันตแพทย์ เภสัชศาสตร์
 ผู้ทำสัญญา สปช. (17 ก.พ. 2547)
 ** ข้อมูลจากกลุ่มงานบริหารบุคคลสำนักบริหารกลาง
 สป. นส.0201.036/4905 ลงวันที่ 14 สิงหาคม 2547
 *** ข้อมูลจากกลุ่มงานบริหารบุคคลสำนักบริหารกลางสำนักงานปลัดกระทรวง

แผนภูมิที่ 2.6 แสดงผลการจัดสรรและการลาออกของทันตแพทย์
คู่สัญญาของกระทรวงสาธารณสุข ปี 2542-2546

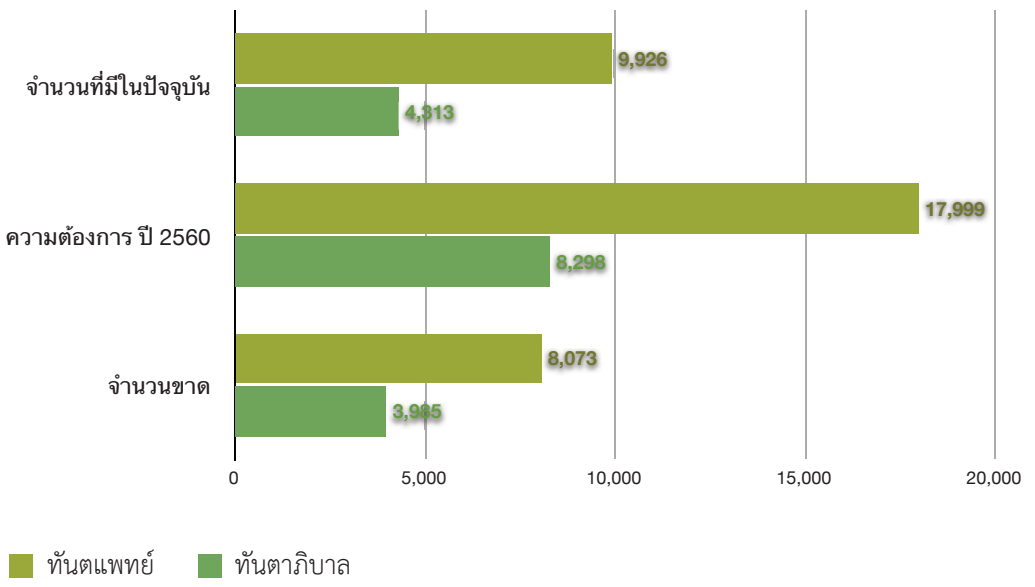


ความต้องการกันตบุคลากร
ในอนาคต

คณะกรรมการคาดการณ์ความต้องการกำลังคน ทันตแพทยสภาได้คาดการณ์ความต้องการกำลังคนด้านทันตแพทยและทันตภิบาล โดยใช้วิธี service

target approach พบว่าในปี 2560 มีความต้องการทันตแพทย์ 17,999 คน และทันตภิบาล 8,298 คน ซึ่งเมื่อเทียบกับกำลังคนที่มีอยู่ในปัจจุบัน พบว่าไม่มีความจำเป็นต้องเพิ่มการผลิตทันตแพทย์ ส่วนทันตภิบาลนั้นจำเป็นต้องเพิ่มการผลิต

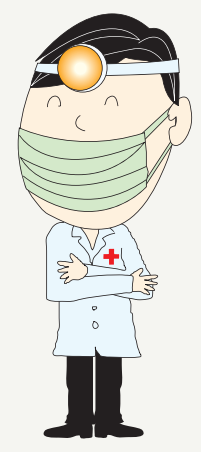
แผนภูมิที่ 2.7 แสดงความต้องการกันตแพทย์และกันตภิบาล
ในปี 2560 เทียบกับกำลังคนในปัจจุบัน



[ที่มา : คณะทำงานศึกษาทบทวนกำลังคนด้านการแพทย์และสาธารณสุข สาขาทันตกรรม]



กำลังการผลิตรวมในปัจจุบันอยู่ที่ประมาณ 800 คน แม้จะมีโควตาทันตแพทย์ผู้สัณญูที่กระทรวงสาธารณสุขได้รับการจัดสรรประมาณร้อยละ 80 ต่อปี แต่ก็พบว่าทันตแพทย์ลาออกระหว่างการไ้ทุนมากขึ้นทุกปี





พยาบาลเป็นวิชาชีพที่มีกำลังคนมากที่สุดในระบบบริการสุขภาพของประเทศ ข้อมูลจากทะเบียนผู้รับใบอนุญาตประกอบวิชาชีพการพยาบาลและผดุงครรภ์ของสภาการพยาบาล ณ วันที่ 31 ธันวาคม 2552 พบว่ามีพยาบาลวิชาชีพที่มีใบอนุญาตประกอบวิชาชีพการพยาบาลชั้นหนึ่งถึง 149,050 คน และพยาบาลเทคนิคที่มีใบประกอบวิชาชีพการพยาบาลชั้นสองจำนวน 6,700 คน นอกจากนี้ยังมีผู้ช่วยพยาบาลอีกประมาณ 7,000 คน

แม้จะมีกำลังคนมากแต่พยาบาลก็ยังคงเป็นวิชาชีพที่ขาดแคลนในระบบบริการสาธารณสุขของประเทศ อันเนื่องจากอุปสงค์และอุปทานที่ไม่สมดุลกัน ระบบหลักประกันสุขภาพที่เริ่มใช้ในปี 2544 และนโยบายโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ทำให้ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการได้มากขึ้น

โดยเฉพาะในระดับปฐมภูมิ ความต้องการพยาบาลในระบบจึงมีสูงขึ้น ตามนโยบายรพ.สต. ต้องการพยาบาลมากถึง 26,338 คน ขณะที่พยาบาลในสถานีนอามัยในปี 2552 เพียง 10,010 คน เฉพาะบริการปฐมภูมิ จึงต้องการพยาบาลเพิ่มอีกมากถึง 16,328 คน และในปี 2552 สภาการพยาบาลได้ทำการ

คาดการณ์ความต้องการพยาบาลทั่วประเทศ ในอีก 10 ปีข้างหน้า คือ ปี 2562 โดยคำนวณจากฐานประชากรที่คาดว่าจะมีในปีนั้น ใช้อัตราส่วนพยาบาลต่อประชากรที่ 1:400 พบว่าในปี 2562 ระบบบริการสุขภาพในประเทศไทยต้องการพยาบาลมากถึง 180,435 คน ขณะที่จะมีพยาบาลวิชาชีพในระบบเพียง 128,628 คน



ศักยภาพการผลิตพยาบาล

ปีการศึกษา 2551 มีสถาบันการศึกษาที่เปิดหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต และได้รับการรับรองหลักสูตรจากสภาการพยาบาลรวม 80 แห่ง แต่มีที่ผลิตบัณฑิตสำเร็จการศึกษาแล้วจำนวน 60 แห่งเท่านั้น แม้ภาคการผลิตจะพยายามเพิ่มศักยภาพเพื่อ

ผลิตพยาบาลให้เพียงพอกับความต้องการของระบบ แต่ก็พบว่ายังมีข้อจำกัดในหลายด้าน โดยเฉพาะการขาดแคลนอาจารย์พยาบาลทั้งด้านจำนวน คุณวุฒิ และประสบการณ์ วิชาชีพตามมาตรฐานการศึกษาระดับอุดมศึกษาและวิชาชีพ ซึ่งกำหนดให้สัดส่วนอาจารย์ต่อผู้เรียนอยู่ที่ 1:6 และสัดส่วนคุณวุฒิอาจารย์ระดับปริญญาเอก : ปริญญาโท : ปริญญาตรี ต้องอยู่ที่ 3.5 : 6.5 : 0 ซึ่งเมื่อคำนวณกับกำลังการผลิตพยาบาลในปัจจุบัน ซึ่งอยู่ที่ประมาณ 6,000 คน แล้ว ควรต้องมีอาจารย์พยาบาลทั้งสิ้น 4,000 คน และต้องมีวุฒิปริญญาเอก 1,400 คน แต่สถานการณ์จริงกลับมีอาจารย์พยาบาลเพียง 3,500 คน และมีวุฒิปริญญาเอกเพียง 400 คนเท่านั้น การผลิตพยาบาลวิชาชีพให้เพียงพอต่อความต้องการจึงทำได้ยาก

ตารางที่ 2.17 สถาบันการผลิตที่เปิดสอนหลักสูตรพยาบาลศาสตร และได้รับการรับรองจากสภาการพยาบาล ปีการศึกษา 2551

สถาบันการศึกษาแยกตามสังกัด	จำนวน (แห่ง)
วิทยาลัยพยาบาลในสังกัดสถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข	29
คณะพยาบาลศาสตรสังกัดสำนักงานคณะกรรมการการอุดมศึกษา	24
คณะพยาบาลศาสตรสังกัดเอกชน	22
วิทยาลัยพยาบาล สังกัดกระทรวงกลาโหม	3
วิทยาลัยพยาบาล สังกัดสำนักงานตำรวจแห่งชาติ	1
วิทยาลัยพยาบาล สังกัดกรุงเทพมหานคร	1
รวม	80



[ที่มา : สภาการพยาบาล]

ตารางที่ 2.18
การคาดประมาณผู้สำเร็จการศึกษายาบาลศาสตร์ระหว่างปี 2550-2555

ปีการศึกษาที่เข้าเรียน	ปีที่สำเร็จการศึกษา	คาดประมาณผู้จบการศึกษา (คน)
2546	2550	6,444
2547	2551	6,486
2548	2552	7,864
2549	2553	8,427
2550	2554	10,730*
2551	2555	7,977
รวมพยาบาลวิชาชีพที่จะมีเพิ่มระหว่างปี 2550-2555		37,198
จำนวนพยาบาลวิชาชีพจบใหม่เฉลี่ยต่อปี		7,440

*เพิ่มการรับนักศึกษา 3,000 คน ตามโครงการผลิตพยาบาลเพื่อพื้นที่ชายแดนภาคใต้
 [ที่มา : สภาการพยาบาล]

ด้วยข้อจำกัดด้านการผลิต ทำให้มีพยาบาลเข้าสู่ระบบบริการสุขภาพได้ไม่เพียงพอกับความต้องการในแต่ละปี นอกจากนี้พยาบาลที่มีใบประกอบวิชาชีพไม่ได้ทำงานอยู่ในระบบสุขภาพของประเทศทุกคน โดยมีรายละเอียดการกระจายตัวของพยาบาลตามเนื่องานตามตารางที่ 2.19

นอกจากนี้ข้อมูลจากการสำรวจของสำนักงานวิจัยและพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพ (สวค.) ปี 2553 พบว่าจากจำนวนพยาบาลวิชาชีพยังคงทำงานบริการพยาบาลอยู่ในระบบบริการภาครัฐเพียง 117,255 คน ในจำนวนนี้อยู่ในภาคเอกชน 13,987 คน (ร้อยละ 10)

ตารางที่ 2.19
ลักษณะการทำงานของผู้มีใบประกอบวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ (ณ วันที่ 31 ธันวาคม 2552)

	ใบอนุญาตฯชั้น1 (RN)	ร้อยละ	ใบอนุญาตฯชั้น1 (RN)	ร้อยละ	รวม	ร้อยละ
บริการพยาบาล	106,769	76.61	8,780	90.60	115,549	77.52
อาจารย์พยาบาล	3,552	2.55	-	-	3,552	2.38
งานวิชาการ/งานสนับสนุนใน health care sector	10,627	7.63	911	9.40	11,538	7.74
ทำงาน/อยู่ต่างประเทศ	3,500	2.51	-	-	3,500	2.35
ประกอบอาชีพอื่น/ไม่ได้ทำงาน	14,911	10.70	-	-	14,911	10.00
รวม	139,359	100.00	9,691	100.00	149,050	100.00

[ที่มา : สภาการพยาบาล]

ในจำนวนพยาบาลที่มีน้อยกว่าความต้องการอยู่แล้วนี้พบว่ามี การเข้าสู่ระบบบริการสาธารณสุขของภาครัฐน้อยลงเรื่อยๆ อันเป็นผลมาจากนโยบายการลดอัตรากำลังคนข้าราชการของรัฐบาล ที่ทำให้มีการยกเลิกการให้ทุนนักเรียนพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข และผู้ที่สำเร็จการศึกษาจากวิทยาลัยพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขมีแนวโน้มการเข้าสู่การทำงานในกระทรวงสาธารณสุขน้อยลง โดยพบว่าผู้ที่สำเร็จการศึกษาในปี 2548 มีผู้ที่ไม่มารายงานตัวเข้าสู่ระบบราชการมากถึง ร้อยละ 28 เนื่องจากการเข้าสู่ระบบบริการของภาครัฐจะได้เป็นแค่ลูกจ้างชั่วคราวเท่านั้น พยาบาลจบใหม่เป็นจำนวนมากจึงเลือกทำงานในภาคเอกชน หรือโรงพยาบาลในเขตเมืองทันทีที่สำเร็จการศึกษา ข้อมูลจากกองการเจ้าหน้าที่ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ในเดือนเมษายน ปี 2554 พบว่า

มีพยาบาลที่เป็นลูกจ้างชั่วคราว 11,677 คน ปฏิบัติหน้าที่ในโรงพยาบาลศูนย์ 2,425 คน โรงพยาบาลทั่วไป 2,304 คน และโรงพยาบาลชุมชน 6,948 คน
 ไม่เพียงเท่านั้น นโยบายการลดอัตรา กำลังข้าราชการยังมีผลให้วิทยาลัยพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขต้องปรับลด อัตราการผลิตของตนเองลง 30 เปอร์เซ็นต์ ในช่วงปี 2542-2548 ทำให้มีกำลังพยาบาลเข้าสู่ระบบบริการสุขภาพลดลงเป็นระยะเวลา 7 ปี คาดการณ์กันว่าการขาดแคลนพยาบาลวิชาชีพจะกลายเป็นปัญหาใหญ่ของระบบบริการสุขภาพในอีก 5-10 ปีข้างหน้า อันเป็นผลมาจากการมีกำลังพยาบาลหน้าใหม่เข้าสู่ระบบน้อยลงในปัจจุบัน ทำให้เมื่อมีพยาบาลเกษียณอายุ ไม่สามารถมีพยาบาลรุ่นใหม่ที่มีทักษะและประสบการณ์ในวิชาชีพขึ้นมาแทนที่ได้ทันจำนวน

ตารางที่ 2.20
จำนวนพยาบาลวิชาชีพ รายภาค ปี 2543-53

ภาค	2543	2544	2545	2546	2547	2548	2549	2550	2551	2553*
รวมทั้งประเทศ	70,978	78,182	85,392	91,570	95,834	101,664	101,143	105,398	109,797	138,710
กรุงเทพมหานคร	18,338	20,026	20,598	2,374	19,838	20,009	20,778	23,757	17,234	22,725
ภาคกลาง (ไม่รวม กทม.)	17,469	19,437	21,545	23,599	25,099	27,134	26,920	27,689	29,887	35,564
ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ	12,566	14,320	16,860	18,885	20,548	21,996	21,154	21,394	26,146	35,171
ภาคเหนือ	13,341	14,149	15,456	16,491	17,506	18,890	18,342	18,625	20,940	25,847
ภาคใต้	9,264	10,250	10,933	12,221	12,843	13,635	13,949	13,933	15,590	19,403

* สำนักงานวิจัยและพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพ 2553

[ที่มา : กลุ่มพัฒนาข้อมูลทรัพยากรสุขภาพ สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักปลัดกระทรวงสาธารณสุข]

ตารางที่ 2.21 การกระจายพยาบาลตามสังกัดและระดับสถานบริการระหว่าง ปี 2543-2553

สังกัดของสถานพยาบาล	2543	2544	2545	2546	2547	2548	2549	2550	2551	2553*
รวมทั้งประเทศ	70,978	78,182	85,392	91,570	95,834	101,664	101,143	105,398	109,797	138,710
กระทรวงสาธารณสุข	46,066	51,450	58,301	62,723	66,860	71,459	70,708	70,822	81,137	103,866
- สอ	0	0	2,268	2,959	3,625	3,945	2,442	2,433	6,158	10,010
- รพช/รพร	0	0	22,744	25,073	27,074	28,388	29,508	29,385	33,486	48,181
- รพท/รพศ	0	0	25,083	27,436	28,987	30,792	31,692	31,573	33,641	40,326
กระทรวงอื่นๆ	10,259	11,380	13,204	13,316	14,385	12,801	11,492	14,913	13,453	20,857
รัฐวิสาหกิจ	274	286	181	282	11	2	186	70	91	N/A
หน่วยราชการอิสระ	2,340	2,278	637	694	3,544	2,161	2,065	574	689	N/A
เทศบาล	3,130	2,917	3,367	3,404	624	2,656	3,372	3,884	2,238	N/A
เอกชน	8,909	9,871	9,702	11,151	10,410	12,378	13,320	15,135	12,189	13,987

[ที่มา : กลุ่มพัฒนาข้อมูลทรัพยากรสุขภาพ สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักปลัดกระทรวงสาธารณสุข]
* สำนักงานวิจัยและพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพ 2553



ปัญหาในการบริหารและการกำลังพยาบาลในปัจจุบัน

สถานการณ์ที่กำลังเกิดขึ้นในปัจจุบันคือการมีพยาบาลเข้าสู่ระบบบริการสุขภาพในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขในฐานะลูกจ้างชั่วคราวที่จ้างโดยเงินบำรุงของโรงพยาบาลมากขึ้นเรื่อยๆ อันเป็นผลสืบเนื่องจากนโยบายการลดอัตรากำลังคนในภาครัฐของรัฐบาลทำให้โรงพยาบาลเกือบทุกแห่งมีการจ้างงานพยาบาล 2 แบบ คือข้าราชการและลูกจ้างชั่วคราว ซึ่งมีความต่างกันอย่างมากในเรื่องของค่าตอบแทน สวัสดิการ ความมั่นคง และความก้าวหน้าในหน้าที่การงาน ซึ่งพบว่าโรงพยาบาลหลายแห่งกำลังประสบปัญหาการขาดแคลนพยาบาลเนื่องจากไม่สามารถสร้างแรงจูงใจให้พยาบาลรุ่นใหม่เข้าสู่ระบบการทำงานในฐานะลูกจ้างชั่วคราวและคงอยู่ในระบบเป็นระยะเวลานานได้ ใจหทัยสำคัญของ การบริหารและการจัดการกำลังคนพยาบาลในระบบบริการสาธารณสุขปัจจุบันจึงอยู่ที่การสร้างแรงจูงใจเพื่อให้พยาบาลรุ่นใหม่ยินดีปฏิบัติงานในโรงพยาบาลของรัฐแม้จะไม่ได้ รับการบรรจุเป็นข้าราชการ

ในปัจจุบันอำนาจในการรับลูกจ้างชั่วคราวเป็นของผู้บริหารโรงพยาบาล โดยกระทรวงสาธารณสุขวางกรอบการจ้างไว้เพียงการกำหนดอัตราเงินเดือนลูกจ้างชั่วคราวนักเรียนทุน วุฒิปริญญาตรี ไว้ที่ขั้นต่ำ 10,030-12,440 บาท (ปรับเป็น 11,060-16,440 บาท ในปี 2554) ส่วนค่าตอบแทนหมวด

อื่นใช้ระเบียบเดียวกับพยาบาลข้าราชการ สวัสดิการการรักษาพยาบาลเป็นไปตามกฎหมายประกันสังคม เช่นเดียวกับลูกจ้างแรงงานในสายงานอื่นๆ ไม่มีมาตรการสำหรับความก้าวหน้าในหน้าที่การงาน จะเห็นได้ว่าแนวทางการบริหารจัดการพยาบาลลูกจ้างชั่วคราวของกระทรวงสาธารณสุขไม่มีแรงจูงใจมากพอที่จะดึงดูดพยาบาลรุ่นใหม่ให้เข้าสู่และอยู่ในระบบได้ โรงพยาบาลหลายแห่งจึงจำเป็นต้องพัฒนามาตรการสร้างแรงจูงใจเอง จากการเก็บข้อมูลของสำนักงานวิจัยและพัฒนา กำลังคนด้านสุขภาพ (สวค.) สามารถรวบรวม มาตรการที่โรงพยาบาลต่างๆ ใช้อยู่ในปัจจุบัน เพื่อจูงใจพยาบาลรุ่นใหม่ได้ดังนี้



1. กำหนดแท่งบัญชีเงินเดือนให้ลูกจ้างชั่วคราว เพื่อให้สามารถปรับเงินเดือนเพิ่มขึ้นได้ตามประสบการณ์และทักษะที่เพิ่มมากขึ้น โดยใช้ช่องทางที่ระเบียบกระทรวงสาธารณสุขกำหนดว่าการพิจารณาจ้างลูกจ้างชั่วคราวให้อยู่ในการพิจารณาของคณะกรรมการบริหารโรงพยาบาล โดยการกำหนดบัญชีเงินเดือนลูกจ้างชั่วคราวจะล้อกับบัญชีเงินเดือนของข้าราชการ โดยให้ลูกจ้างชั่วคราวมีเงินเดือนที่สูงกว่าข้าราชการในระดับเดียวกันเพื่อชดเชยการไม่ได้เป็นข้าราชการ มาตรการนี้พบว่ามิใช่ในโรงพยาบาลเพียงไม่กี่แห่ง เช่น โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชด่านซ้าย จังหวัดเลย โรงพยาบาลชุมชนจังหวัดนครศรีธรรมราช เป็นต้น



2. กำหนดแห่งความก้าวหน้าในหน้าที่การงาน เป็นการเปิดโอกาสให้ลูกจ้างชั่วคราวพยาบาลสามารถก้าวขึ้นสู่ตำแหน่งหัวหน้างานได้เช่นเดียวกับข้าราชการ



3. ขยายสิทธิสวัสดิการรักษาพยาบาลมากกว่าที่กฎหมายประกันสังคมกำหนด ให้เท่าเทียมกับสิทธิของข้าราชการ เช่น การให้พักห้องพิเศษได้ การดูแลโรคและการเจ็บป่วยครอบคลุมเช่นเดียวกับข้าราชการ สิทธิและสวัสดิการเช่นนี้จะครอบคลุมถึงครอบครัว หากสมาชิกในครอบครัวเลือกใช้สิทธิประกันสังคมหรือหลักประกันสุขภาพที่โรงพยาบาลที่ลูกจ้างชั่วคราวผู้นั้นทำงานอยู่เป็นมาตรการที่โรงพยาบาลหลายแห่งนำมาปรับใช้



4. มีสวัสดิการค่าเช่าบ้าน สวัสดิการอาหารกลางวันราคาถูก สวัสดิการรถรับส่ง เป็นต้น เพื่อลดค่าใช้จ่ายของลูกจ้างชั่วคราว ซึ่งมีรายได้น้อยอยู่แล้ว



5. การให้เงินขวัญถุงแรกเข้าก่อนใหญ่ พบว่าเป็นมาตรการที่กำลังได้รับความนิยมอย่างมากในพื้นที่ภาคอีสาน ซึ่งมีปัญหาการขาดแคลนพยาบาลค่อนข้างสูง โดยโรงพยาบาลจะทำโครงการประชาสัมพันธ์กับนักศึกษาในสถาบันการผลิตเพื่อให้ตกลงใจ

เข้าทำงานในโรงพยาบาลของตนเองเมื่อจบการศึกษา โดยโรงพยาบาลเสนอเงินค่าแรกเข้าก้อนใหญ่ให้แลกกับการทำสัญญาทำงานที่โรงพยาบาลตามระยะเวลาที่กำหนด ซึ่งส่วนใหญ่พบว่าเป็น 2 ปี จากการลงพื้นที่เก็บข้อมูลของสำนักงานวิจัยและพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพในช่วงเดือนกุมภาพันธ์ 2554 พบว่าบางโรงพยาบาลเสนอเงินค่าแรกเข้าให้นักศึกษาสูงถึง 160,000 บาท

การสร้างแรงจูงใจเช่นนี้พบว่าการปรับใช้กับลูกจ้างชั่วคราวในทุกวิชาชีพของสายงานสาธารณสุข ซึ่งพบว่าจะสามารถใช้ได้กับเฉพาะโรงพยาบาลที่มีฐานทางการเงินเข้มแข็ง เพราะค่าตอบแทนและสวัสดิการต่างๆ ของลูกจ้างล้วนมาจากเงินบำรุงของโรงพยาบาลทั้งสิ้น โรงพยาบาลที่มีฐานทางการเงินไม่เข้มแข็ง จึงไม่สามารถสร้างแรงจูงใจให้กับลูกจ้างชั่วคราวได้ การขาดแคลนพยาบาลจึงยังเป็นปัญหาที่วิกฤติหนักสำหรับหลายโรงพยาบาล



จะเห็นว่าแนวทางการบริหารจัดการพยาบาลลูกจ้างชั่วคราวของกระทรวงสาธารณสุขไม่มีแรงจูงใจมากพอที่จะดึงดูดพยาบาลรุ่นใหม่ให้เข้าสู่และอยู่ในระบบได้ โรงพยาบาลหลายแห่งจึงจำเป็นต้องพัฒนามาตรการสร้างแรงจูงใจเอง





ข้อมูลการขึ้นทะเบียนการประกอบวิชาชีพเภสัชกรรมของสภาเภสัชกรรม ระบุว่า ณ วันที่ 7 เมษายน 2552 มีเภสัชกรที่ได้ขึ้นทะเบียนและได้รับใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเภสัชกรรม รวมทั้งสิ้น 23,685 คน ขณะที่ข้อมูลจากการสำรวจของสำนักงานวิจัยและพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพระบุว่าในปี 2553 มีเภสัชกรปฏิบัติหน้าที่ในสถานบริการสุขภาพที่มีเตียง รวมทั้งสิ้น 8,134 คน โดย 5,591 คนอยู่ในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข

หากนำมาคำนวณเทียบอัตราส่วนต่อประชากรแล้วพบว่าในปี 2553 มีเภสัชกร 1 คน ต่อประชากร 7,810 คน (คำนวณเฉพาะเภสัชกรที่ปฏิบัติหน้าที่ในห้องยาของสถานพยาบาล) ซึ่งถือว่ายังไม่ได้มาตรฐานของกระทรวงสาธารณสุข ทั้งนี้ในแผนแม่บท

กำลังคนด้านสาธารณสุข ซึ่งผ่านการเห็นชอบของคณะรัฐมนตรีในวันที่ 4 พฤษภาคม 2547 ระบุว่าอัตราส่วนเภสัชกรต่อประชากรควรต้องเป็น 1:5,000 จึงจะเพียงพอกับความต้องการของประเทศ



ความต้องการเภสัชกร

ในปี 2552 คณะอนุกรรมการกำลังคนวิชาชีพเภสัชกรรม สภาเภสัชกรรม ได้จัดทำรายงานคาดการณ์ความต้องการกำลังคนด้านเภสัชกรรมใน 10 ปี ข้างหน้า (พ.ศ.2562) โดยคำนวณความต้องการจากจำนวนงานที่เภสัชกรต้องรับผิดชอบในแต่ละตลาดงาน ซึ่งต่างจากการคำนวณตามแผนแม่บทกำลังคนที่ได้รับความเห็นชอบจากคณะรัฐมนตรีปี 2547 ที่ใช้การคำนวณตามอัตราส่วนต่อหัวประชากร ผลของการคาดการณ์ของสภาเภสัชกรรมพบว่าในปี 2562 โรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไปของกระทรวงสาธารณสุขทั้ง

94 แห่ง ต้องการเภสัชกรรวมทั้งสิ้น 7,184 คน และในภารกิจแต่ละงานต้องมีการกำหนดให้มีเจ้าพนักงานเภสัชกรรม 2 คน ต่อเภสัชกร 1 คน ดังนั้นจึงต้องการเจ้าพนักงานเภสัชกรรมรวม 5,472 คนด้วย ส่วนโรงพยาบาลชุมชนศึกษาโดยคาดการณ์ปริมาณงานจากโรงพยาบาลชุมชน 146 แห่ง ที่ตอบรับการให้ข้อมูลของการศึกษา พบว่าหากจะให้โรงพยาบาลแต่ละแห่งมีการดำเนินงานครบถ้วนทุกกิจกรรมและมีคุณภาพมาตรฐานตามที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนดจะต้องมีเภสัชกรอยู่ระหว่าง 4.5-15.1 คนต่อแห่ง ขึ้นอยู่กับขนาดของโรงพยาบาล ความต้องการโดยรวมของเภสัชกรในโรงพยาบาลชุมชนอีก 10 ปี

ตารางที่ 2.22 เปรียบเทียบกำลังคนเภสัชกรและเจ้าพนักงานเภสัชกรรมโรงพยาบาลในปัจจุบันกับความต้องการในปี 2562

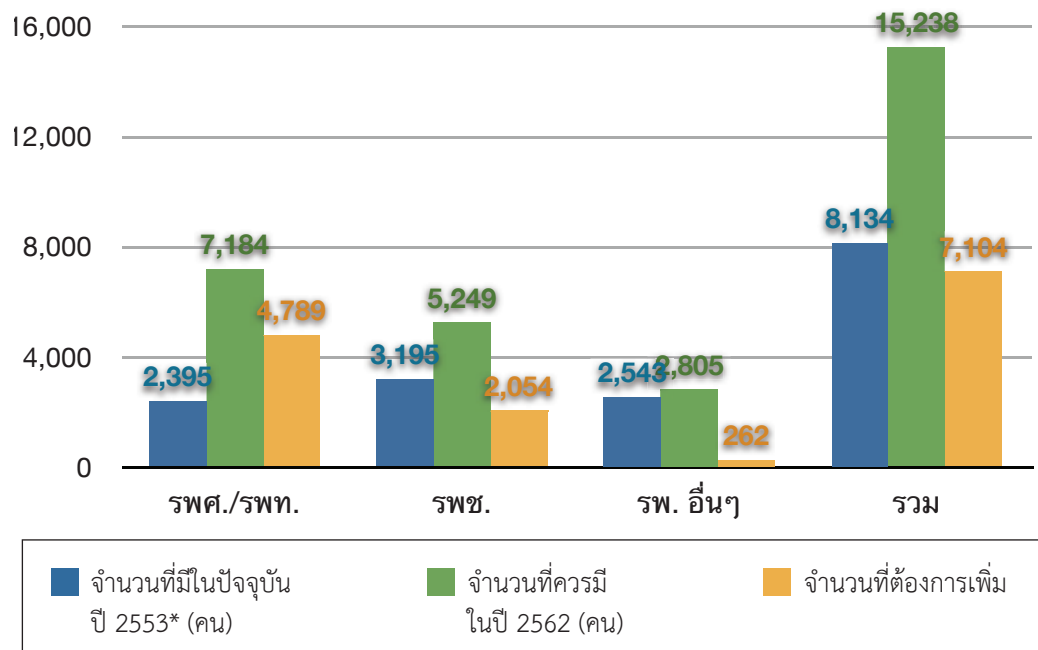
บุคลากร	จำนวนที่มีในปี 2553* (คน)	จำนวนที่ควรมีในปี 2562 (คน)	จำนวนที่ต้องการเพิ่ม (คน)
เภสัชกร			
รพศ./รพท.	2,395	7,184	4,789
รพช.	3,195	5,249	2,054
รพ. อื่นๆ	2,543	2,805	262
รวม	8,134	15,238	7,104
เจ้าพนักงานเภสัชฯ			
รพศ./รพท.	1,321	5,472	4,151
รพช.	3,248	9,618	6,370
รวม	4,569	15,090	10,521

[ที่มา : คณะอนุกรรมการกำลังคนวิชาชีพเภสัชกรรม สภาเภสัชกรรม, ปี 2552]

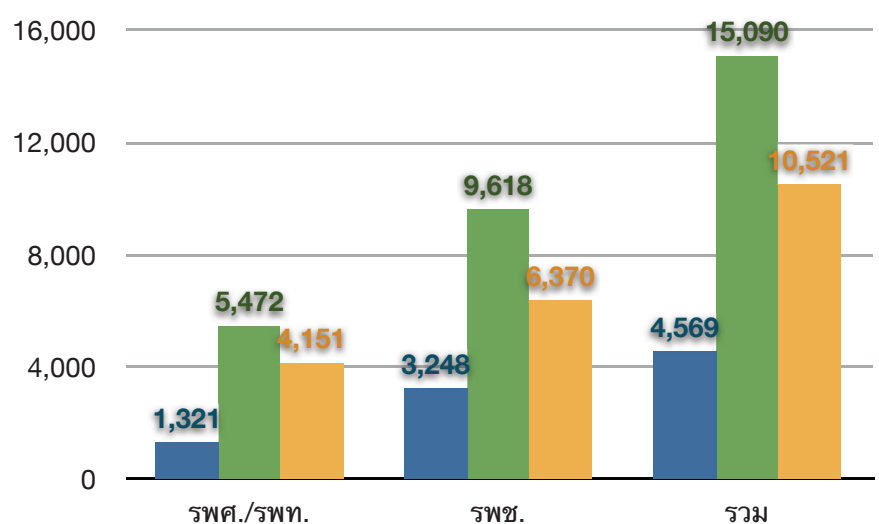
*สำนักงานวิจัยและพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพ 2553

ข้างหน้าคาดว่าจะอยู่ที่ 5,249 คน และเมื่อ คำนวณอัตราส่วนกับเจ้าพนักงานเภสัชกรรม พบว่าต้องการเจ้าพนักงานเภสัชกรรมในโรงพยาบาลชุมชนรวม 9,618 คน ในส่วนของ โรงพยาบาลในสังกัดหน่วยงานรัฐอื่นๆ และ โรงพยาบาลเอกชนคาดการณ์ว่าอีก 10 ปีข้างหน้าต้องการเภสัชกร 1,335 และ 1,470 คน ตามลำดับ

แผนภูมิที่ 2.8 เปรียบเทียบกำลังคนเภสัชกรโรงพยาบาลในปัจจุบัน กับความต้องการในปี 2562



แผนภูมิที่ 2.9 เปรียบเทียบกำลังคนเจ้าพนักงานเภสัชกรรมโรงพยาบาลในปัจจุบัน กับความต้องการในปี 2562



ศักยภาพการผลิตเภสัชกร

ปัจจุบันมีสถาบันอุดมศึกษาผลิตเภสัชกรรวมทั้งสิ้น 16 สถาบัน อยู่ในมหาวิทยาลัยของรัฐหรือในกำกับของรัฐ 12 แห่ง และมหาวิทยาลัยเอกชน 4 แห่ง คณะอนุกรรมการกำลังคนวิชาชีพเภสัชกรรม สภาเภสัชกรรมได้ศึกษากำลังการผลิตเภสัชกรระหว่างปี 2552-2556 พบว่าสถาบันการศึกษาทั้งหมดสามารถผลิตเภสัชกรได้รวม 9,845 คน และข้อมูลจากศูนย์ประสานงานเภสัชศาสตร์แห่งประเทศไทยที่รวบรวมแผนการรับนักศึกษาเภสัชศาสตร์ในภาพรวมของประเทศไทยว่าในอีก 5 ปี ภาคการผลิตจะสามารถผลิตเภสัชกรได้อีก 9,995 คน ดังนั้นระหว่างปี 2552-2562 จะมีกำลังการผลิตของเภสัชกรทั้งหมด 19,840 คน เมื่อนำมาคำนวณกับสถิติการสอบขึ้นทะเบียนเพื่อรับอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพเภสัชกรรมแล้วคาดว่าจะจนถึงปี 2562 จะมีเภสัชกรที่สามารถประกอบวิชาชีพได้ 17,156 คน

ทั้งนี้พบว่าการผลิตเภสัชกรมีช่วงสะดุดคือนับจากปี 2551 เป็นต้นมาหลักสูตรการศึกษาด้านเภสัชศาสตร์ส่วนใหญ่จะขยายจาก 5 ปี เป็น 6 ปี ตามข้อบังคับของสภาเภสัชกรรมว่าด้วยการรับรองปริญญาและประกาศนียบัตรในวิชาเภสัชศาสตร์เพื่อประโยชน์ในการสมัครเป็นสมาชิก พ.ศ.2551 โดยกำหนดว่าเฉพาะผู้ที่สำเร็จการศึกษาลหลักสูตร 6 ปี จะสามารถขอเข้าสอบความรู้เพื่อขอขึ้นทะเบียนเป็นผู้ประกอบวิชาชีพเภสัชกรรมได้ ทำให้เภสัชกรเป็นวิชาชีพที่

3 ในระบบสุขภาพที่ต้องเรียนหลักสูตร 6 ปี เช่นเดียวกับแพทย์และทันตแพทย์ ทำให้ในปี 2556 มหาวิทยาลัยบางแห่งจะไม่มีผู้จบการศึกษาเภสัชศาสตร์เลย เนื่องจากเริ่มปรับหลักสูตรเป็น 6 ปีทั้งหมดในปีการศึกษา 2552 ศูนย์ประสานงานเภสัชศาสตร์แห่งประเทศไทยคาดการณ์ว่าในปี 2554 จะมีผู้สำเร็จการศึกษาเภสัชศาสตร์รวมทั้งสิ้น 2,005 คน ปี 2555 จำนวน 2,058 คน และลดลงเหลือ 1,167 คน ในปี 2556



การบริหารและจัดการกำลังคนเภสัชกรในระบบบริการสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุข

เภสัชกรเป็นวิชาชีพหนึ่งที่ได้รับผลกระทบจากนโยบายการลดอัตราากำลังคนข้าราชการ เพราะตั้งแต่ปี 2543 ระบบการบังคับใช้ทุนของนักศึกษาเภสัชกรคู่สัญญาถูกยกเลิก และเภสัชกรที่เข้าสู่ระบบบริการสาธารณสุขจะต้องเข้ามาในฐานะลูกจ้างชั่วคราว เช่นเดียวกับพยาบาลและวิชาชีพอื่นๆ ยกเว้น แพทย์ และทันตแพทย์ ที่รัฐบาลยังคงมีอัตราข้าราชการให้บรรจุ ลูกจ้างชั่วคราวเภสัชกรในโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขจะอยู่ภายใต้การบริหารงานของลูกจ้างชั่วคราวเหมือนกับวิชาชีพอื่นๆ การไม่มีตำแหน่งให้บรรจุทำให้ลดแรงจูงใจในการเข้าสู่ระบบบริการสาธารณสุขของเภสัชกร และจากการที่เภสัชกรเป็นวิชาชีพที่

มีทางเลือกในการทำงานมากกว่าการอยู่ระบบบริการสาธารณสุข ทำให้มีแนวโน้มที่เภสัชกรจะเข้ามาสู่ภาคของการบริการสาธารณสุขลดน้อยลง แต่จะหันไปไปสู่การทำงานในสาขาเภสัชอุตสาหกรรมและเภสัชการตลาดมากขึ้น อันเนื่องมาจากค่าตอบแทนที่สูงกว่าและการขยายตัวของตลาดงาน ที่มีการประมาณว่าความต้องการกำลังคนของเภสัชการตลาดจะเพิ่มขึ้นตามการเติบโตของตลาดที่เพิ่มขึ้นปีละ 10-15 เปอร์เซ็นต์

อย่างไรก็ดีในวันที่ 13 กันยายน 2548 คณะรัฐมนตรีมีมติให้กระทรวงสาธารณสุขคงการทำสัญญากับนักศึกษาเภสัชกรรมอีกครั้งหนึ่ง เพื่อให้มีเภสัชกรเข้าสู่ระบบบริการสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุขได้เพียงพอกับความต้องการ ทำให้นักศึกษาที่สำเร็จการศึกษาในปี 2553 จะเป็นเภสัชกรรุ่นแรกของการใช้ทุนรุ่นที่ 2 ซึ่งมีรายละเอียดของสัญญาการใช้ทุนที่แตกต่างไปจากสัญญาการใช้ทุนรุ่นแรก คือเป็นสัญญาที่บังคับว่าคู่สัญญานักเรียนทุนต้องเข้ารับราชการในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข แต่ไม่ได้บังคับกระทรวงสาธารณสุขว่าจะต้องรับคู่สัญญาทุกคนเข้ารับราชการ ทั้งนี้ให้จำนวนเภสัชกรที่เข้ารับราชการใหม่ในแต่ละปีเป็นไปตามจำนวนที่กระทรวงสาธารณสุขมีความต้องการ หากมีเภสัชกรเต็มอัตรากำลังแล้วกระทรวงสาธารณสุขไม่จำเป็นต้องบรรจุนักศึกษาคู่สัญญาทั้งหมด

ในขณะที่ภาครัฐขาดแรงจูงใจที่จะดึงดูดเภสัชกรเข้าสู่ระบบบริการสาธารณสุข ก็ยังพบว่าไม่มีมาตรการในการสร้างความ

ร่วมมือจากเภสัชกรชุมชนหรือเภสัชกรร้านขายยา ทั้งที่คนกลุ่มนี้ถูกฝึกเรื่องการให้คำดูแลและการให้บริการยาสำหรับผู้บริโภคอย่างมีประสิทธิภาพ หากมีการประสานความร่วมมือเภสัชกรชุมชนและร้านขายยาน่าจะสามารถเป็นเครือข่ายบริการปฐมภูมิได้อย่างมีประสิทธิภาพ เช่น ที่สหรัฐอเมริกา มีในช่วงเวลาที่ใช้หวัดใหญ่ระบาด จะให้เภสัชกรในร้านขายยาเข้าร่วมมือในการฉีดวัคซีนป้องกันไวรัสหวัดใหญ่ หรือที่ประเทศอินเดีย มีโครงการความร่วมมือกับร้านขายยาในการดำเนินโครงการ DOTs-Directly Observed Treatment Short Course เพื่อรักษาและควบคุมวัณโรค

ในปัจจุบันไม่พบว่ามีเภสัชกรให้บริการอยู่ในสถานบริการปฐมภูมิหรือระดับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเต็มเวลา ทั้งที่บริการปฐมภูมิต้องการเภสัชกรมาช่วยบริหารและดูแลห้องยา โดยเฉพาะเมื่อรัฐบาลมีนโยบายยกระดับสถานอนามัยให้เป็นโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ทั้งนี้เมื่อเปรียบกับวิชาชีพอื่นอย่างพยาบาลพบว่ากระทรวงสาธารณสุขมีมาตรการสร้างแรงจูงใจให้พยาบาลที่ไปทำงานในสถานอนามัยด้วยการเพิ่มเงินพิเศษให้คนละ 2,000 บาท ต่อเดือน แต่ไม่พบว่ามีการสร้างแรงจูงใจในลักษณะเดียวกันให้กับเภสัชกร

นอกจากนี้ในขณะที่ภาคการผลิตและการควบคุมคุณภาพเภสัชกร มีการปรับหลักสูตรเภสัชศาสตร์บัณฑิตเป็น 6 ปี เพื่อยกระดับทักษะและมาตรฐานการประกอบวิชาชีพให้สูงขึ้น ซึ่งบัณฑิตตามหลักสูตร 6 ปี

จะสำเร็จการศึกษาในปี 2557 แต่ยังไม่พบว่ามี การปรับตัวของฝ่ายบริการและจัดการกำลังคนของกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งถือเป็นตลาดงานที่ใหญ่ที่สุดของเภสัชกรในขณะนี้จะมี การปรับรูปแบบและนโยบายในการบริหารเภสัชกรได้อย่างไร ซึ่งเมื่อเทียบกับวิชาชีพที่ใช้ระยะเวลาเรียน 6 ปี เท่ากันคือแพทย์

และทันตแพทย์ พบว่ามาตรการในการบริหารงานของวิชาชีพทั้ง 3 กลุ่มจะแตกต่างกันอย่างเด่นชัด หากในอนาคตปัจจัยปัญหาต่างๆ ยังคงมีอยู่ คาดว่า จะมีจำนวนเภสัชกรรุ่นใหม่เข้าสู่ระบบบริการสาธารณสุขของประเทศลดน้อยลง

ตารางที่ 2.23 แสดงการกระจายตัวของเภสัชกรในสถานบริการสุขภาพ ปี 2543-2553

ภาค	2543	2544	2545	2546	2547	2548	2549	2550	2551	2552	2553
รวมทั้งประเทศ	6,384	6,858	6,288	7,146	7,413	7,937	7,940	8,565	8,390	7,689	8,134
กรุงเทพมหานคร	2,223	2,295	1,233	1,220	1,239	1,596	1,403	1,618	1,379	834	1,555
ภาคกลาง (ไม่รวม กทม.)	1,303	1,426	1,543	2,080	2,184	2,226	2,302	2,626	2,474	2,413	2,069
ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ	984	1,193	1,438	1,641	1,645	1,655	1,724	1,753	1,871	1,892	1,827
ภาคเหนือ	1,100	1,093	1,200	1,244	1,324	1,417	1,408	1,450	1,514	1,405	1,523
ภาคใต้	774	851	874	961	1,021	1,043	1,103	1,118	1,152	1,145	1,160

[ที่มา : กลุ่มพัฒนาข้อมูลทรัพยากรสุขภาพ สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักปลัด กระทรวงสาธารณสุข]



ตารางที่ 2.24 จำนวนและสัดส่วนเกษตรกรต่อประชากรจำแนกตามสังกัด
 รายการ ปี 2553

ภาค	ประเภทสถานบริการ				กระทรวง อื่นๆ	เอกชน	รวม	สัดส่วนต่อ ประชากร
	รวม	รพช./รพร	รพท./รพศ	อื่นๆ				
รวมทั้งประเทศ	5,591	3,196	1,962	433	1,016	1,527	8,134	7,810
กรุงเทพมหานคร	151	-	-	151	578	826	1,555	3,667
ภาคกลาง (ไม่รวม กทม.)	1,517	760	672	85	185	367	2,069	7,609
ภาคตะวันออก เฉียงเหนือ	1,632	1,079	481	72	94	101	1,827	11,171
ภาคเหนือ	1,270	769	439	62	105	148	1,523	7,728
ภาคใต้	1,021	588	588	63	54	85	1,160	7,598

[ที่มา : สำนักงานวิจัยและพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพ 2553]

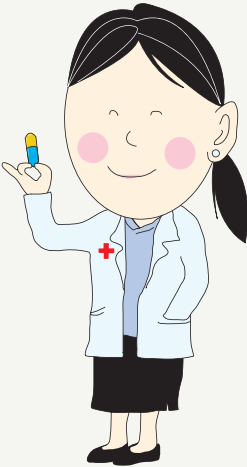
ตารางที่ 2.25 การกระจายของเกษตรกรแยกตามระดับสถานบริการ
 ปี 2543 - 2553

	2543	2544	2545	2546	2547	2548	2549	2550	2551	2553*
รวมทั้งประเทศ	6,384	6,858	6,288	7,146	7,413	7,937	7,940	8,565	8,390	8,134
กระทรวง สาธารณสุข	5,010	5,465	4,885	5,332	5,619	5,770	5,841	6,107	6,121	5,591
- สอ.	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1
- รพช./ รพร.	-	-	2,267	2,474	2,522	2,585	2,649	2,640	2,794	3,195
- รพท./ รพศ.	-	-	1,592	1,638	1,653	1,657	1,790	1,780	1,924	2,395
กระทรวงอื่นๆ	358	381	413	485	638	709	567	833	826	1,016
รัฐวิสาหกิจ	19	23	19	143	1	12	10	13	13	-
หน่วยราชการ อิสระ	91	91	56	68	60	111	98	57	56	-
เทศบาล	125	115	124	138	155	181	190	193	127	-
เอกชน	781	784	791	980	940	1,154	1,234	1,362	1,247	1,527

[ที่มา : กลุ่มพัฒนาข้อมูลทรัพยากรสุขภาพ สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์
 สำนักปลัด กระทรวงสาธารณสุข]
 *สำนักงานวิจัยและพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพ 2553



ในขณะที่ภาครัฐขาดแรงจูงใจที่จะดึงดูดเกษตรกรเข้าสู่ระบบ
 บริการสาธารณสุข ก็ยังพบว่าไม่มีมาตรการในการสร้าง
 ความร่วมมือจากเกษตรกรชุมชนหรือเกษตรกรร้านขายยา
 ทั้งที่คนกลุ่มนี้ถูกฝึกเรื่องการให้การดูแลและการให้บริการยา
 สำหรับผู้ป่วยโรคอย่างมีประสิทธิภาพ





นักรายภาพบำบัด

การเปลี่ยนแปลงทางโครงสร้างประชากรของประเทศแสดงให้เห็นแนวโน้มของผู้สูงอายุเพิ่มมากขึ้น ในขณะที่การเปลี่ยนแปลงด้านระดับวิชาชีพให้เห็นสภาวะการเพิ่มขึ้นของการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ดังนั้นงานสร้างเสริมและฟื้นฟูสุขภาพเป็นทิศทางที่สำคัญของระบบสุขภาพไทย และบุคลากรด้านกายภาพบำบัดสามารถให้บริการในมิติการสร้างเสริมและฟื้นฟูสุขภาพได้

สถานการณ์การบริหารจัดการกำลังคนนักรายภาพบำบัด

ตลาดงานของนักรายภาพบำบัดค่อนข้างมีความหลากหลาย จากการศึกษาในปี 2544 และ 2546 พบว่านักรายภาพบำบัดประมาณร้อยละ 56 ของนักรายภาพบำบัดทั้งหมดปฏิบัติงานในภาครัฐ ที่เหลือจะ

ปฏิบัติงานในภาคเอกชน เช่น สถานพยาบาล องค์กรการกุศล สถานเสริมความงาม ทำงานอิสระ เป็นต้น ซึ่งส่วนใหญ่จะกระจุกตัวอยู่ในเขตกรุงเทพฯ เมื่อเทียบแนวโน้มลักษณะงานระหว่าง ปี 2544 และ 2546 พบว่าจำนวนนักรายภาพบำบัดที่ปฏิบัติงานภาครัฐเพิ่มขึ้น โดยเฉพาะกระทรวงสาธารณสุข และกระทรวง

ศึกษาธิการ เช่นในโรงเรียนการศึกษาพิเศษ
ตามตาราง 2.26

ตาราง 2.26 แหล่งงานของนักรายภาพบำบัดระหว่างปี พ.ศ. 2544 และปี พ.ศ. 2546

สถานที่ทำงานของนักรายภาพ	ปี พ.ศ. 2544 *		ปี พ.ศ. 2546**	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
สถานพยาบาลภาครัฐ	661	58.1	870	55.6
กระทรวงสาธารณสุข	444	39.0	596	38.1
กระทรวงศึกษาธิการ	104	9.2	141	9
กระทรวงกลาโหม	45	4.0	60	3.8
กรุงเทพมหานคร	32	2.8	36	2.3
อื่น ๆ	36	3.1	37	2.4
สถานพยาบาลเอกชน	355	31.2	427	27.3
สถานพยาบาลรัฐวิสาหกิจ	29	2.6	38	2.4
งานด้านสุขภาพในองค์กรการกุศล	44	3.9	55	3.5
คลินิกกายภาพบำบัดหรือคลินิกแพทย์	18	1.6	59	3.8
สถานสุขภาพ/ คลินิกเสริมความงาม	13	1.1	74	4.7
นักรายภาพอิสระ	17	1.5	43	2.7
รวม	1,137	100	1,566	100

[ที่มา : * สุวิทย์ อริยชัยกุล, พีรฤดี พิสุทธิวิมล, ปรีชา ธีรवारช, คมสันต์ ประยูรศิริศักดิ์, 2544
** สุวิทย์ อริยชัยกุล และ ทศพร พิชัยยา, 2546)]

แม้ว่าบทบาทในการส่งเสริมและฟื้นฟูสุขภาพเป็นบทบาทที่สำคัญของระบบบริการสาธารณสุขแต่กลับพบว่ามีความจํานวนนักรายภาพบำบัดอยู่ในระบบสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุขน้อยมาก ข้อมูลจากกลุ่มพัฒนาทรัพยากรข้อมูลสุขภาพสำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักปลัดกระทรวงสาธารณสุข ระบุว่าในปี 2553 มี

นักรายภาพบำบัดปฏิบัติหน้าที่ในสถานบริการสุขภาพทั้งประเทศจํานวน 1,725 คน (ไม่นับรวมคลินิก สถานสุขภาพ องค์กรการกุศล หรือสถานบริการไม่มีเตียง) เมื่อเทียบอัตราส่วนต่อประชากรแล้วพบว่านักรายภาพบำบัด 1 คน ต้องดูแลประชากรถึง 36,826 คน และในจํานวนนักรายภาพบำบัดทั้งหมดที่ปฏิบัติหน้าที่ตามวิชาชีพอยู่มี 1,010 คนอยู่

ในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข และมีจำนวนถึง 464 คน อยู่ในสถานพยาบาลเอกชน

การสำรวจของสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ปี 2553 พบว่ามีนักกายภาพบำบัดของสถานบริการในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขที่เป็นข้าราชการเพียง 389 คน และที่เป็นลูกจ้างชั่วคราวถึง 621 คน ซึ่งจำนวนลูกจ้างชั่วคราวมีแนวโน้มจะเพิ่มมากขึ้น เนื่องนโยบายการลดจำนวนข้าราชการของรัฐบาล และในจำนวนลูกจ้างชั่วคราว 621 คน พบว่าอยู่ในโรงพยาบาลชุมชนถึง 495 คน ส่วนขณะที่ข้าราชการจะกระจุกตัวอยู่ที่โรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไป มีข้าราชการนักกายภาพบำบัดอยู่ในโรงพยาบาลชุมชนเพียง 84 คนเท่านั้น นอกจากนี้ยังมีนักกายภาพบำบัดที่เป็น

พนักงานราชการ ซึ่งส่วนใหญ่จะอยู่ในโรงพยาบาลชุมชนเช่นเดียวกับลูกจ้างชั่วคราว

เจ้าพนักงานเวชกรรมฟื้นฟูเป็นกำลังคนที่มีบทบาทสำคัญในบทบาทกำลังคนสนับสนุนและทำงานเป็นทีมกับนักกายภาพบำบัด ในปี 2553 พบว่ามีจำนวนทั้งสิ้น 237 คน และส่วนใหญ่ปฏิบัติงานที่โรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไป

หากวิเคราะห์การกระจายตามระดับการให้บริการแล้วโรงพยาบาลชุมชนเป็นสถานพยาบาลที่มีนักกายภาพบำบัดปฏิบัติหน้าที่อยู่มากที่สุด แต่เมื่อเทียบสัดส่วนของจำนวนโรงพยาบาลแล้วกลับพบว่าเป็นสถานที่ที่ขาดแคลนนักกายภาพบำบัดมากที่สุด คือมีโรงพยาบาลชุมชนเพียง 247 แห่ง จากจำนวนทั้งหมด 738 แห่งเท่านั้นที่มีนักกายภาพบำบัด

คิดเป็นร้อยละ 34 ของจำนวนโรงพยาบาลชุมชนทั้งหมด ปัญหาสำคัญที่ทำให้มีนักกายภาพบำบัดในโรงพยาบาลของรัฐโดยเฉพาะโรงพยาบาลชุมชนน้อยมากคือการไม่มีกรอบอัตรากำลัง ทำให้ขาดแรงจูงใจที่จะให้นักกายภาพบำบัดเข้าสู่ระบบบริการสาธารณสุขของประเทศ

ทั้งนี้กระทรวงสาธารณสุขไม่เคยมีการกำหนดกรอบอัตรากำลังข้าราชการตำแหน่งนักกายภาพบำบัดให้กับโรงพยาบาลชุมชน ตำแหน่งข้าราชการนักกายภาพบำบัดที่พบในโรงพยาบาลชุมชนปัจจุบันส่วนใหญ่เกิดจากการย้ายโอนระหว่างโรงพยาบาลศูนย์โรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลชุมชน และส่วนหนึ่งเกิดจากการแปลงตำแหน่งข้าราชการมาเป็นนักกายภาพบำบัด นัก

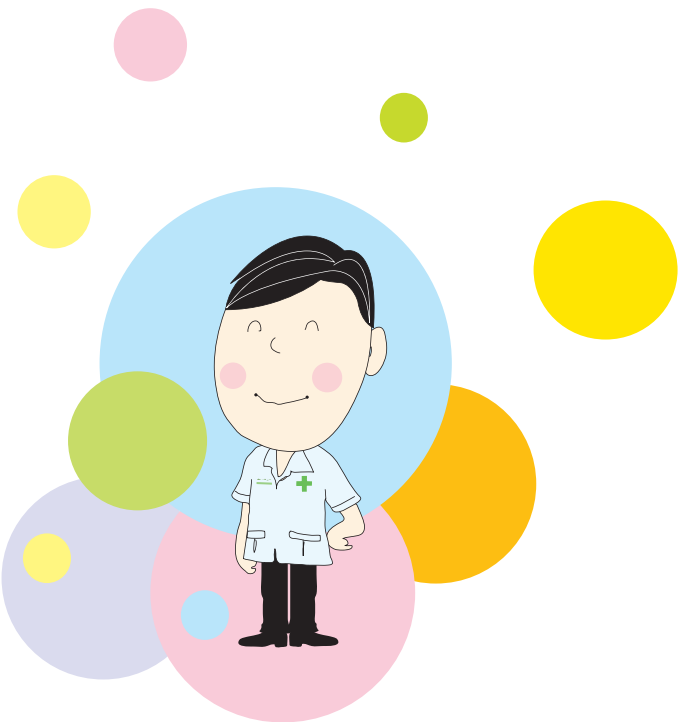
กายภาพบำบัดในโรงพยาบาลชุมชนส่วนใหญ่จึงเป็นลูกจ้างชั่วคราว ซึ่งการจ้างงานเกิดจากตัวผู้บริหารโรงพยาบาลเอง

ความสนใจและเล็งเห็นความสำคัญของงานกายภาพบำบัดของผู้บริหารโรงพยาบาลแต่ละแห่งเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้การกระจายตัวของนักกายภาพบำบัดเป็นไปอย่างไม่ทั่วถึง โรงพยาบาลที่ให้ความสำคัญผู้บริหารจะมีมาตรการสร้างแรงจูงใจเพื่อดึงดูดนักกายภาพบำบัดซึ่งถือได้ว่าเป็นวิชาชีพที่มีกำลังคนในท้องตลาดค่อนข้างจำกัดได้ ขณะที่บางแห่งไม่มีมาตรการสร้างแรงจูงใจ ทำให้หานักกายภาพบำบัดเข้าสู่ระบบของโรงพยาบาลชุมชนได้ยาก

ตาราง 2.27 การกระจายของนักกายภาพบำบัดและเจ้าพนักงานเวชกรรมฟื้นฟูในสถานบริการสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ปี 2553

สถานบริการ	นักกายภาพบำบัด			เจ้าพนักงานเวชกรรมฟื้นฟู		
	ข้าราชการ	ลูกจ้าง	รวม	ข้าราชการ	ลูกจ้าง	รวม
โรงพยาบาลทั่วไป/ศูนย์	305	126	331	134	0	134
โรงพยาบาลชุมชน	84	495	579	79	24	103
รวม	389	621	1010	213	24	237

[ที่มา : กลุ่มพัฒนาทรัพยากรข้อมูลสุขภาพสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์, 2553]





สถานการณ์การผลิต นิกายภาพบำบัด

มหาวิทยาลัยมหิดลเปิดทำการสอนหลักสูตรกายภาพบำบัดเป็นแห่งแรกในปี 2506 แต่กว่าจะมีแหล่งผลิตแหล่งที่ 2 ก็เมื่อเวลาผ่านไปถึง 20 ปี เมื่อมหาวิทยาลัยขอนแก่นเปิดหลักสูตรกายภาพบำบัดในปี 2526 ตามมาด้วยมหาวิทยาลัยเชียงใหม่ในปีต่อมา จำนวนแหล่งผลิตนิกายภาพบำบัดเพิ่มมากขึ้นในช่วงระยะเวลา 10 ปีที่ผ่านมา เมื่องานกายภาพบำบัดเริ่มเป็นที่ต้องการของระบบบริการสุขภาพมากขึ้น

ปัจจุบันมีสถาบันการศึกษาทั้งภาครัฐและเอกชนรวม 14 แห่ง ผลิตนิกายภาพบำบัด ด้วยกำลังการผลิตประมาณ ปีละ 1,050 คน ซึ่งการเพิ่มกำลังการผลิตบุคลากรในวิชาชีพนี้พบว่าเพีงมีมากในช่วงปี 2536-2542 และ 2547-2551 ที่มีการเพิ่มสถาบันการผลิตอย่างเห็นได้ชัด เพื่อให้สอดคล้องกับการศึกษาของสำนักงานคณะกรรมการการศึกษาแห่งชาติในปี 2541 ที่ได้ทำการศึกษากำลังคนทางกายภาพบำบัดโดยคำนวณจากสัดส่วนต่อประชากรที่คาดการณ์ว่าจะมีในปี 2560 ซึ่งกำหนดว่าควรต้องมีนิกายภาพบำบัด 1 คน ต่อประชากรทุกๆ 7,900 คน จึงต้องให้มีการผลิตนิกายภาพบำบัดเพิ่มให้ได้ร้อยละ 7-14 ต่อปี โดยในปี 2556 ต้องรับนักศึกษาให้ได้ 1,700 คน จึงจะเพียงพอกับความต้องการ

สำหรับการผลิตเจ้าพนักงานเวชกรรมฟื้นฟูนั้น ในระยะแรกเริ่มมีการผลิตผู้ช่วยกายภาพบำบัด โดยกองฝึกอบรม กระทรวงสาธารณสุข โดยเริ่มผลิตในปี พ.ศ. 2521 และยุติการผลิตในปี 2528 มีบุคลากรที่ผลิตรวมทั้งสิ้น 221 คน ต่อมาในปี พ.ศ. 2534 กระทรวงสาธารณสุขร่วมกับมหาวิทยาลัยเชียงใหม่จัดทำโครงการผลิตเจ้าพนักงานเวชกรรมฟื้นฟู โดยทำการผลิตรุ่นละ 20 คน และปัจจุบันได้ยุติการผลิตหลักสูตรนี้ ในปี พ.ศ. 2550 สถาบันพระบรมราชชนกได้พัฒนาหลักสูตรขึ้นมาใหม่ แต่ยังไม่สามารถจัดการเรียนการสอนได้ เนื่องจากมีข้อทักท้วงจากสภากายภาพบำบัดและขาดแคลนอาจารย์ผู้สอน



ความต้องการกำลังคน ด้านกายภาพบำบัด

ในปี 2538-2539 สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข สำนักนโยบายและแผนสาธารณสุขและสถาบันพระบรมราชชนกได้ร่วมกันทำการศึกษาคาดการณ์ความต้องการนิกายภาพบำบัดในปี 2558 โดยคาดประมาณจากการกำหนดสัดส่วนกำลังคนต่อประชากรที่ต้องรับผิดชอบให้เท่ากับ 1: 10,000-5,000 คน และการคาดประมาณ

ตาราง 2.28 ความต้องการนิกายภาพบำบัด ปี 2558
เกี่ยวกับกำลังคนที่มีอยู่ ในปี 2553

ระดับสถานบริการ	ความต้องการในปี 2558	กำลังคนที่มี ปี 2553	กำลังคนที่ขาด
โรงพยาบาลทั่วไป/ศูนย์	1,280	431	849
โรงพยาบาลชุมชน	2,095	579	1,516

[ที่มา : คณะทำงานศึกษาทบทวนกำลังคนด้านการแพทย์และสาธารณสุข
สาขากายภาพบำบัด, สภากายภาพบำบัด, 2553]

จากความต้องการใช้บริการทางกายภาพบำบัดในโรงพยาบาลสังกัดต่างๆ รวมทั้งจำนวนอาจารย์กายภาพบำบัดที่ต้องการพบว่าประเทศไทยต้องการกำลังด้านนี้อีกระหว่าง 7,036-17,148 คน ทั้งนี้พบว่าในปี 2551 มีนิกายภาพบำบัดที่ขึ้นทะเบียนกับสภากายภาพบำบัดเพียง 4,300 คนเท่านั้น

หากวิเคราะห์ความต้องการนิกายภาพบำบัดเฉพาะสถานบริการสังกัดกระทรวงสาธารณสุข พบว่าความต้องการเพิ่มอีกมาก โดยเฉพาะโรงพยาบาลชุมชน (ตาราง 2.28) นอกจากนั้นในระดับบริการปฐมภูมิ หรือ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบลมีความต้องการนิกายภาพบำบัดมากอีกเช่นกัน (ดู รพ.สต. ขยายการเข้าถึงบริการ เพิ่มความต้องการกำลังคนด้านสุขภาพ หน้า 127)

จะเห็นได้ว่าแม้การผลิตกำลังคนด้านกายภาพบำบัดจะเพิ่มขึ้นเพื่อสอดคล้อง

กับความต้องการที่เพิ่มขึ้น แต่เนื่องจากตลาดแรงงานของกายภาพบำบัดค่อนข้างมีความหลากหลาย และมีกำลังคนเกินครึ่งเพียงเล็กน้อยที่เข้าปฏิบัติงานในสถานบริการกระทรวงสาธารณสุข ดังนั้นเพื่อดึงดูดนิกายภาพบำบัดเข้าสู่กระทรวงสาธารณสุข จำเป็นต้องพัฒนามาตรการต่างๆ เพื่อสร้างแรงจูงใจ นอกจากนั้นกำลังคนสนับสนุนได้แก่ เจ้าพนักงานเวชกรรมฟื้นฟู แม้จะมีความจำเป็นต่อระบบ แต่พบว่าปัจจุบันนี้ไม่มีสถาบันการผลิตแล้ว จึงเป็นประเด็นท้าทายในด้านการจัดการปัญหากำลังคนของกระทรวงสาธารณสุข





นักเทคนิคการแพทย์เป็นกลุ่มของบุคลากรที่มีบทบาทที่สำคัญของทีมสุขภาพในการให้บริการทางห้องปฏิบัติการเพื่อสนับสนุนการวินิจฉัยโรค ติดตามการรักษา การพยากรณ์ และการประเมินสภาวะสุขภาพ ผ่านทางการเก็บตัวอย่างตรวจจาก ผู้รับบริการ ร่วมกับการใช้สารบ่งชี้ทางชีวภาพและเทคโนโลยีทางห้องปฏิบัติการ ทางการแพทย์ในการแสดงและประเมินสถานะสุขภาพของประชาชน โดยสำนักงาน คณะกรรมการข้าราชการพลเรือน ได้จัดให้วิชาชีพเทคนิคการแพทย์อยู่ในกลุ่ม ของงานบริการประชาชนด้านสุขภาพและสวัสดิภาพ และกลุ่มงานวิจัยและพัฒนา

ข้อมูลจากสภาเทคนิคการแพทย์ระบุว่า ณ วันที่ 26 พฤษภาคม 2552 มีผู้ที่สอบผ่านความรู้และขึ้นทะเบียนเป็นผู้ประกอบวิชาชีพเทคนิคการแพทย์ทั่วประเทศแล้ว 10,062 ราย โดยกระจายตัวอยู่ตามภาคต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับระบบบริการสุขภาพทั้งทาง

ตรงและทางอ้อม คือ มีทั้งผู้ที่ปฏิบัติงานตรงตามวิชาชีพเทคนิคการแพทย์ในห้องปฏิบัติการทางการแพทย์ของโรงพยาบาล หรือ ศูนย์วิทยาศาสตร์ ขณะเดียวกันก็มีส่วนหนึ่งประกอบอาชีพเป็นผู้แทนจำหน่ายผลิตภัณฑ์ น้ำยา และเครื่องมือในการตรวจวิเคราะห์

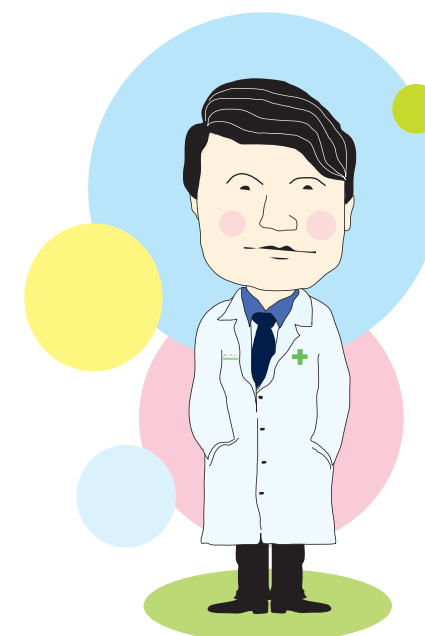
รวมทั้งที่ผันตัวเองไปเป็นนักวิจัย ปี 2552 คณะทำงานศึกษาทบทวนกำลังคนด้านการแพทย์และสาธารณสุข สาขาเทคนิคการแพทย์ ได้รวบรวมข้อมูลลักษณะและการกระจายการปฏิบัติงานของบัณฑิตเทคนิคการ

แพทย์ โดยอ้างอิงผลการติดตามบัณฑิตของสถาบันที่ผลิตนักเทคนิคการแพทย์ พบว่ามีลักษณะการกระจายตัวของผู้สำเร็จการศึกษาด้านเทคนิคการแพทย์ดังนี้

ตารางที่ 2.29 ลักษณะงานและการกระจายตัวของบัณฑิตเทคนิคการแพทย์ ปี 2545-2550

ปีที่สำเร็จการศึกษา	จำนวนบัณฑิต	ลักษณะและสถานที่ทำงานที่บัณฑิตเทคนิคการแพทย์ปฏิบัติ						
		รพ. รัฐ	รพ. เอกชน	ผู้แทนขาย	ศึกษาต่อ	นักวิจัย	อื่นๆ	ขาดข้อมูล
2545	570	116	142	77	84	26	50	25
2546	497	129	97	73	52	5	26	58
2547	559	120	150	48	77	7	27	52
2548	642	183	144	35	113	3	27	92
2549	694	186	143	55	70	4	23	143
2550	626	180	131	40	72	4	22	98
รวม	3,588	914	807	328	468	49	175	468
ร้อยละ	100	25.5	22.5	9.1	13.1	1.4	4.8	13.1

[ที่มา : คณะทำงานศึกษาทบทวนกำลังคนด้านการแพทย์และสาธารณสุข สาขาเทคนิคการแพทย์ 2552]



จะเห็นได้ว่ามีสัดส่วนของนักเทคนิคการแพทย์ที่เข้าสู่ระบบบริการสุขภาพทั้งภาครัฐและเอกชนไม่ถึง 50 เปอร์เซ็นต์ ของบัณฑิตที่จบการศึกษาในรอบ 6 ปี ข้อมูลจาก www.medtechtoday.org ซึ่งเป็นเว็บไซต์ที่เผยแพร่ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับวิชาชีพเทคนิคการแพทย์ จัดทำโดยบุคลากรด้านเทคนิคการแพทย์ ได้เผยแพร่ข้อมูลในวันที่ 15 มิถุนายน 2552 ว่ามีโรงพยาบาลชุมชนมากกว่า 400 แห่ง ยังไม่มีนักเทคนิค

การแพทย์ และจากข้อมูลของคณะทำงานศึกษาทบทวนกำลังคนด้านการแพทย์และสาธารณสุข สาขาเทคนิคการแพทย์ พบว่าจากจำนวนโรงพยาบาลชุมชนทั้งหมด 738 แห่ง มีนักเทคนิคการแพทย์ (เฉพาะส่วนที่เป็นข้าราชการ) เพียง 401 คน โดยนักเทคนิคการแพทย์ส่วนใหญ่ปฏิบัติงานที่โรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไป

นอกจากนักเทคนิคการแพทย์ซึ่งทำงานด้านชันสูตรแล้ว ยังมีนักวิทยาศาสตร์

การแพทย์ และกำลังคนระดับสนับสนุนในตำแหน่งเจ้าพนักงานวิทยาศาสตร์การแพทย์ ซึ่งทำงานเป็นทีมกับนักเทคนิคการแพทย์ (skill mix) โดยเฉพาะอย่างยิ่งเจ้าพนักงานวิทยาศาสตร์การแพทย์ ซึ่งเป็นผู้ให้บริการในด้านงานตรวจชันสูตรมานาน โดยเฉพาะที่โรงพยาบาลชุมชน ซึ่งเจ้าพนักงานวิทยาศาสตร์การแพทย์มีจำนวนมากกว่านักเทคนิคการแพทย์ที่ปฏิบัติงานที่โรงพยาบาลชุมชน (ตาราง 2.30)

ตารางที่ 2.30 แสดงจำนวนเทคนิคการแพทย์ นักวิทยาศาสตร์การแพทย์ และเจ้าพนักงานวิทยาศาสตร์การแพทย์ ในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข แยกตามประเภทสังกัด ปี 2552

สังกัด	นักเทคนิคการแพทย์ (คน)	นักวิทยาศาสตร์การแพทย์ (คน)	จพง. วิทยาศาสตร์การแพทย์ (คน)	รวม
สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข	1,807	300	2,717	4,824
- โรงพยาบาลศูนย์ /ทั่วไป	930	232	1,335	2,497
- โรงพยาบาลชุมชน	877	68	1,382	2,327
กรมการแพทย์	110	60	201	371
กรมอนามัย	10	15	24	49
กรมควบคุมโรค	51	20	87	158
กรมสุขภาพจิต	16	2	28	46
กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์	79	434	71	584
รวม	2,073	831	3,128	6,032

[ที่มา : คณะทำงานศึกษาทบทวนกำลังคนด้านการแพทย์และสาธารณสุข สาขาเทคนิคการแพทย์ 2552]



การผลิตกำลังคนด้านเทคนิคการแพทย์

ปี 2552 มีสถาบันการผลิตนักเทคนิคการแพทย์ที่ได้รับการรับรองหลักสูตรจากสภาเทคนิคการแพทย์ทั้งสิ้น 9 แห่ง ทั้งภาครัฐและเอกชน มีกำลังการผลิตรวมประมาณ 800-900 คนต่อปี มากกว่าในรอบทศวรรษ 2540 ที่มีกำลังการผลิตประมาณ 500-600 คนต่อปี อย่างไรก็ตามก็ตีพบว่ามีการสูญเสียบุคลากรในระหว่างการผลิตคิดเป็นร้อยละ 23.2 (สถาบันรัฐ ร้อยละ 17.5 และเอกชน ร้อยละ 37.3) ส่วนบุคลากรสนับสนุน ได้แก่ เจ้าพนักงานวิทยาศาสตร์การแพทย์นั้น ผลิตโดยวิทยาลัยกาญจนาภิเษกเทคโนโลยีการแพทย์และสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุขโดยผลิตปีละ 50 คน

จนกระทั่งในปี 2553 ได้เพิ่มการผลิตขึ้นเป็น 100 คนเนื่องจากมีความต้องการจากโรงพยาบาลของกระทรวงสาธารณสุขเพิ่มขึ้น

เพื่อให้มีจำนวนนักเทคนิคการแพทย์เพิ่มมากขึ้นในระบบบริการสุขภาพ เพื่อแก้ปัญหาการขาดแคลน สภาเทคนิคการแพทย์ได้วางแผนการผลิตนักเทคนิคการแพทย์ในระยะเวลา 10 ปี (ปีการศึกษา 2553-2562) โดยจะมีการเพิ่มกำลังการผลิตปีละประมาณ 300 คน จากสถาบันการผลิตที่เปิดใหม่และอยู่ระหว่างรอการประเมินหลักสูตรจากสภาเทคนิคการแพทย์ จำนวน 4-5 สถาบัน คาดว่าในอีก 10 ปีข้างหน้าหากไม่มีการสูญเสียบุคลากรระหว่างการผลิตจะมีนักเทคนิคการแพทย์เพิ่มขึ้นอีกประมาณ 12,000 คน

ตาราง 2.31 ความต้องการกำลังคนด้านเทคนิคการแพทย์เกี่ยวกับกำลังคนที่มียู่ ในปี 2553

ระดับสถานบริการ	ความต้องการในปี 2554	กำลังคนที่มีปี 2553	กำลังคนที่ขาด
โรงพยาบาลทั่วไป/ศูนย์	1,894	930	964
โรงพยาบาลชุมชน	2,789	877	1,921

[ที่มา : กองการเจ้าหน้าที่ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2554]



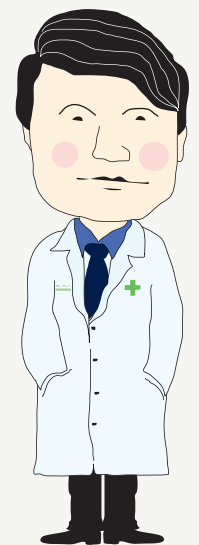
ความต้องการกำลังคน ด้านเทคนิคการแพทย์

แผนแม่บทด้านกำลังคนกระทรวงสาธารณสุขกำหนดความต้องการนักเทคนิคการแพทย์สำหรับหน่วยงานในสังกัด สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ในอัตราส่วน 1 คน ต่อประชากร 18,000 คน เมื่อวิเคราะห์ความต้องการกำลังคนด้านเทคนิคการแพทย์ของสถานบริการในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข โดยใช้เกณฑ์สัดส่วนประชากรต่อกำลังคนแล้ว ดังตาราง 2.31 พบว่ายังมีความต้องการกำลังคนเทคนิคการแพทย์มาก อย่างไรก็ตามแม้จะมีการเพิ่มการผลิตเทคนิคการแพทย์ขึ้น แต่ผู้สำเร็จการศึกษาเพียงส่วนน้อยเท่านั้นที่เข้าสู่ระบบบริการกระทรวงสาธารณสุข ทั้งนี้อาจจะเนื่องมาจากหลายปัจจัย ไม่ว่าจะเป็น การไม่ได้รับการบรรจุเป็นข้าราชการ หรือระบบการจ้างงานที่ไม่จูงใจเพียงพอ หรือ สถาน

บริการกระทรวงสาธารณสุขส่วนมากอยู่ในระดับชนบท ได้แก่โรงพยาบาลชุมชน ซึ่งอาจจะขาดความสะดวกสบายทางสังคมและไม่ถึงจุดเพียงพอ ในขณะเดียวกันก็มีพนักงานสายสนับสนุน ได้แก่เจ้าพนักงานวิทยาศาสตร์การแพทย์ ซึ่งใช้เวลาศึกษาสั้นกว่า และให้บริการร่วมกับนักเทคนิคการแพทย์มาเป็นเวลานาน โดยเฉพาะในเขตชนบทจะมีบุคลากรกลุ่มนี้อยู่ในจำนวนกว่า 2 เท่าของนักเทคนิคการแพทย์ และยังเป็นที่ต้องการของระบบบริการ ดังนั้นแนวทางการเพิ่มกำลังคนด้านเทคนิคการแพทย์อาจจะต้องมองรวมไปถึง พัฒนาระบบการจ้างงานที่ดึงดูดเพียงพอ และสนับสนุนการผลิตกำลังคนสายสนับสนุน ได้แก่ เจ้าพนักงานวิทยาศาสตร์เพิ่มขึ้น



เพื่อให้มีจำนวนนักเทคนิคการแพทย์เพิ่มมากขึ้นในระบบบริการสุขภาพ เพื่อแก้ปัญหาการขาดแคลน สภาเทคนิคการแพทย์ได้วางแผนการผลิตนักเทคนิคการแพทย์ในระยะเวลา 10 ปี (ปีการศึกษา 2553-2562) โดยจะมีการเพิ่มกำลังการผลิตปีละประมาณ 300 คน





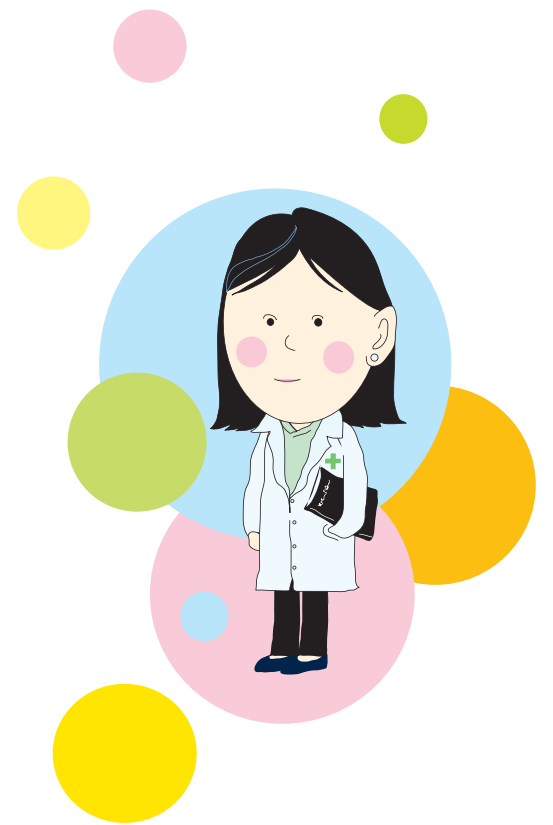
นักรังสีเทคนิค

นักรังสีเทคนิคเป็นกำลังคนที่มีบทบาทสำคัญในการให้บริการด้านการใช้รังสีหรือสารกัมมันตรังสีทางการแพทย์ชนิดต่างๆ เพื่อช่วยในการวินิจฉัยโรค การบำบัดโรคหรือการวิจัย ด้วยวิธีการทางรังสีวิทยา ตำแหน่งของนักรังสีการแพทย์มีความสัมพันธ์กับเครื่องมือทางรังสีวิทยา พบว่ามีเครื่องมือทางรังสีวิทยา ทั้งรังสีวินิจฉัย รังสีรักษา และเวชศาสตร์นิวเคลียร์ จำนวน 5,880 เครื่อง ซึ่งถือได้ว่าเป็นจำนวนที่มากพอกับระบบสุขภาพของประเทศ แต่พบว่ามีบุคลากรด้านรังสีเทคนิคน้อยจนทำให้ไม่สามารถใช้เครื่องมือที่มีอยู่ให้บริการประชาชนได้อย่างเต็มประสิทธิภาพ

ข้อมูลจากคณะกรรมการศึกษาทบทวนกำลังคนด้านการแพทย์และสาธารณสุข สาขารังสีเทคนิค ซึ่งสำรวจบุคลากรทางรังสีเทคนิคและเครื่องมือทางรังสีวิทยาในโรงพยาบาลจำนวน 1,223 แห่ง ในปี 2552 พบว่ามีบุคลากรทางรังสีการแพทย์จำนวน 3,389 คน ทั้งที่มีใบประกอบโรคศิลปะสาขารังสีเทคนิค (ใบ รส.) และไม่มีใบ รส. หากแยกเฉพาะนักรังสีเทคนิค หรือชื่อตำแหน่งในกระทรวงสาธารณสุขเรียกว่า นักรังสีการแพทย์ ที่

ปฏิบัติหน้าที่ในระบบสุขภาพทั่วประเทศพบว่า มีจำนวน 1,859 คน อยู่ในภาครัฐ 980 คน และภาคเอกชน 486 คน อย่างไรก็ตามในการกระจายกำลังคนของนักรังสีการแพทย์สังกัดกระทรวงสาธารณสุขส่วนใหญ่จะปฏิบัติงานที่โรงพยาบาลทั่วไปและโรงพยาบาลศูนย์มากกว่าโรงพยาบาลชุมชน

เจ้าพนักงานรังสีเทคนิค ซึ่งจบการศึกษาในระดับประกาศนียบัตร เป็นบุคลากรสายสนับสนุน ไม่มีใบอนุญาตประกอบโรคศิลปะ จากฐานข้อมูลจะพบว่าบุคลากรกลุ่มนี้เกือบร้อยละ 70 ปฏิบัติงานในกระทรวงสาธารณสุข และกว่า 1 ใน 3 ปฏิบัติงานที่โรงพยาบาลชุมชน



ตาราง 2.32 แสดงจำนวนบุคลากรทางรังสีการแพทย์ประเภทต่างๆ แยกตามสถานพยาบาล ณ ปี 2552

ประเภทสถานพยาบาล (จำนวน - แห่ง)	นักรังสีเทคนิค/นักรังสีการแพทย์		นักรังสีเทคนิคที่รอปรับ ตำแหน่งจากเจ้าพนักงานรังสี การแพทย์		เจ้าพนักงานรังสีการแพทย์	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
กระทรวงสาธารณสุข	686	42.5	413	68.9	806	68.7
- โรงพยาบาลชุมชน	239	14.8	215	35.9	453	38.6
- โรงพยาบาลทั่วไป/ศูนย์	320	19.8	174	29.0	326	27.8
- อื่น ๆ	127	7.9	24	4.0	27	2.3
หน่วยงานรัฐอื่น ๆ	397	24.6	60	10.0	161	13.7
รพ. เอกชน	533	33.0	126	21.1	207	17.6
รวม	1,616	100	599	100	1,174	100

[ที่มา : คณะกรรมการศึกษาทบทวนกำลังคนด้านการแพทย์และสาธารณสุข สาขารังสีเทคนิค]



ปัญหาในปัจจุบันที่เกี่ยวกับกำลังคน
นักรังสีการแพทย์คือเจ้าพนักงานรังสีการ
แพทย์ที่ศึกษาต่อจนจบปริญญาตรี และมีใบ
อนุญาตประกอบวิชาชีพ ไม่สามารถปรับวุฒิ
และตำแหน่งเป็นนักรังสีเทคนิคหรือนักรังสี
การแพทย์ได้ ซึ่งเป็นปัญหาเช่นเดียวกับ
บุคลากรในสายงานอื่นๆ ที่ไม่สามารถปรับวุฒิ
หลังศึกษาต่อได้ เนื่องจากระเบียบกระทรวง
สาธารณสุข ข้อมูลจากการศึกษาของคณะ
ทำงานศึกษาทบทวนกำลังคนด้านการแพทย์
และสาธารณสุข สาขารังสีเทคนิคพบว่าใน
ปี 2552 มีนักรังสีเทคนิคในระบบราชการที่
รอการปรับสู่ตำแหน่งนักรังสีการแพทย์อยู่ถึง
277 คน

การผลิตบุคลากรด้านรังสีเทคนิค

สถาบันการผลิตนักรังสีเทคนิคได้เริ่ม
ก่อตั้ง พ.ศ. 2511 ที่มหาวิทยาลัยมหิดล ใน
ปัจจุบันนี้มีสถาบันการศึกษาระดับอุดมศึกษา
จำนวน 6 แห่งผลิตบัณฑิตสาขารังสีเทคนิค
โดยผลิตเฉลี่ยจำนวน 295 คน ในจำนวนนี้
เป็นบัณฑิตระดับปริญญาตรีจำนวนปีละ
150 คน ในขณะที่เป็นหลักสูตรศึกษาต่อเนื่อง
2 ปีของเจ้าพนักงานรังสีการแพทย์ ดังนั้น
อาจกล่าวได้ว่าจำนวนบัณฑิตที่เพิ่มเข้าไปใน
ระบบจริงๆ ประมาณ ปีละ 150 คนเท่านั้น
ในการผลิตเจ้าพนักงานรังสีการ
แพทย์นั้น จัดการเรียนการสอนเป็นหลักสูตร
ประกาศนียบัตร 2 ปี เดิมผลิตโดยสถาบัน

**ตาราง 2.33 แสดงการวิเคราะห์ความต้องการกำลังคน
สายงานรังสีการแพทย์ และกำลังคนที่รองรับ**

ระดับสถานบริการ	ความต้องการ ในปี 2554	กำลังคนที่มี ปี 2553	กำลังคนที่ขาด
โรงพยาบาลทั่วไป/ศูนย์	1,280	313	967
โรงพยาบาลชุมชน	1,397	230	1,167

[ที่มา : กองการเจ้าหน้าที่ กระทรวงสาธารณสุข 2554]

มะเร็งแห่งชาติ ต่อมาในระหว่างปี พ.ศ. 2530-
2538 ผลิตโดยวิทยาลัยเทคโนโลยีการแพทย์
และสาธารณสุขกาญจนาภิเษก กระทรวง
สาธารณสุข โดยผลิตปีละประมาณ 60 คน
ปัจจุบันไม่มีการผลิตหลักสูตรประกาศนียบัตร
แล้ว

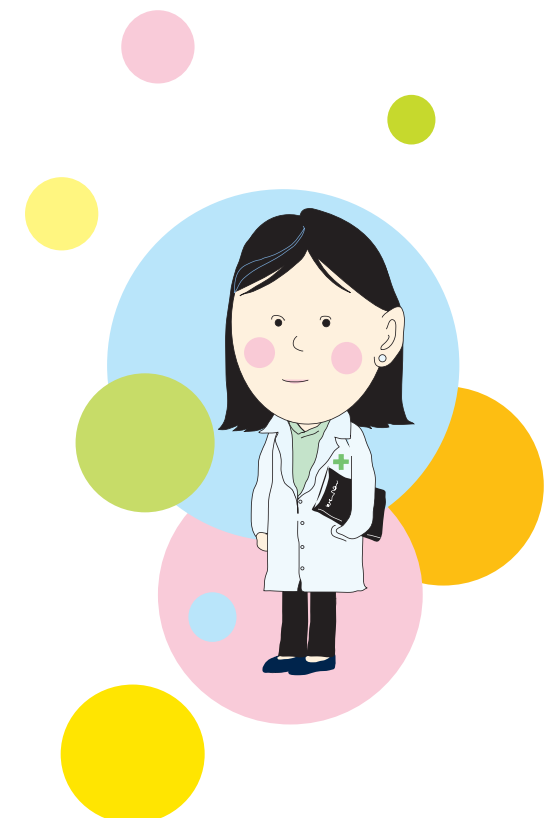


ความต้องการกำลังคน ด้านรังสีเทคนิค

เนื่องจากความต้องการกำลังคนสาขา
รังสีเทคนิคนี้มีความสัมพันธ์กับเครื่องมือ
ทางรังสีวิทยา ดังนั้นคณะทำงานศึกษา
ทบทวนฯ ได้ทำการคาดการณ์ความต้องการ
กำลังคนด้านรังสีเทคนิค โดยตั้งอยู่บน
มาตรฐานนักรังสีเทคนิคต่อเครื่องมือ และ
วิเคราะห์ความต้องการกำลังคนในปี 2552
พบว่ามีความต้องการนักรังสีการแพทย์
จำนวน 4,553 คน หากใช้การวิเคราะห์ความ
ต้องการคนของสถานบริการสังกัดกระทรวง
สาธารณสุข ตามสัดส่วนประชากรพบว่าความ
ต้องการเพิ่มอีกมาก โดยเฉพาะโรงพยาบาล
ชุมชน (ตาราง 2.32)

จะเห็นว่าความต้องการกำลังคนด้าน
รังสีเทคนิคยังขาดแคลนในระดับสูงมาก ทั้ง
ระดับโรงพยาบาลทั่วไปและโรงพยาบาลศูนย์
และโรงพยาบาลชุมชน เมื่อเทียบกับศักยภาพ
การผลิตปีละประมาณ 150 คน และไม่มีการ
ผลิตหลักสูตรเจ้าพนักงาน 2 ปีแล้ว จึงสมควร

จะต้องพิจารณาเพิ่มการผลิต ทั้งหลักสูตร 4 ปี
และหลักสูตรเจ้าพนักงาน 2 ปี ตลอดทั้ง
ดำเนินมาตรการในการดึงดูดกำลังคนเข้าสู่
สถานบริการโดยเฉพาะอย่างยิ่งในชนบท





กำลังคนที่ปฏิบัติงานในด้านการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ซึ่งเป็นมิติด้านสุขภาพที่มีความสำคัญใกล้เคียงกันกับการให้บริการด้านการรักษา ที่เรียกว่าบุคลากรด้านสาธารณสุข เป็นกลุ่มกำลังคนที่จบการศึกษาจากหลักสูตรสาธารณสุขศาสตร์บัณฑิต จากมหาวิทยาลัย และจบหลักสูตรประกาศนียบัตรวิชาชีพชั้นสูงสาธารณสุขศาสตร์จากวิทยาลัยสาธารณสุขสิรินธร สังกัดกระทรวงสาธารณสุข

บุคลากรด้านสาธารณสุขปฏิบัติงานในระบบสุขภาพในด้านต่างๆ อย่างหลากหลาย ได้แก่ การจัดการสิ่งแวดล้อม การส่งเสริมสุขภาพ การควบคุมป้องกันโรค การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ งานอาชีวอนามัย การสาธารณสุขชุมชน บริหารสาธารณสุข เป็นต้น และเป็นกลุ่มบุคคลที่ค่อนข้างมีความหลากหลายของสถานที่ในการปฏิบัติงาน สถานที่ปฏิบัติงานหลักๆ สามารถแบ่งออกได้เป็นภาครัฐ ได้แก่ กระทรวงสาธารณสุข กระทรวงอื่นๆ และภาครัฐ และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น สำหรับสถานที่ปฏิบัติงานในกระทรวงสาธารณสุขนั้น เกือบทั้งหมด

ปฏิบัติงานภายใต้สังกัดของสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กรมควบคุมโรคติดต่อ และกรมอนามัย ซึ่งส่วนใหญ่ของบุคลากรสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานภายใต้สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข จะปฏิบัติงานที่สถานีนามัย หรือหน่วยบริการระดับปฐมภูมิ รองลงมา ได้แก่ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด โรงพยาบาลชุมชน, สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ และ โรงพยาบาลทั่วไป/โรงพยาบาลศูนย์ ปัจจุบันมีนักวิชาการด้านสาธารณสุขในกระทรวงสาธารณสุขทั้งสิ้น 15,090 คน ในจำนวนนี้ 13,925 คน อยู่สังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ในขณะที่มีผู้ปฏิบัติงานในฐานะเจ้าพนักงานสาธารณสุขชุมชน จำนวน 13,774 คน และเกือบทั้งหมด (13,502 คน) ปฏิบัติงานที่กระทรวงสาธารณสุข โดยทั้งนักวิชาการสาธารณสุขและเจ้าพนักงานสาธารณสุขชุมชน โดยส่วนใหญ่ปฏิบัติงานที่สถานีนามัย

นอกจากกระทรวงสาธารณสุขแล้วพบว่าบุคลากรด้านสาธารณสุขยังปฏิบัติหน้าที่ในส่วนอื่นๆ อีก ได้แก่ กระทรวงทรัพยากรและสิ่งแวดล้อม ปฏิบัติงานในด้านการดูแลทรัพยากรแวดล้อม การดูแลสุขภาพ

ตารางที่ 2.34 การกระจายของนักวิชาการสาธารณสุขในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

สถานที่ปฏิบัติงาน	นักวิชาการสาธารณสุข จำนวน (ร้อยละ)	เจ้าพนักงานสาธารณสุขชุมชน จำนวน (ร้อยละ)
โรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป	686 (4.9)	444 (3.3)
โรงพยาบาลชุมชน	1,888 (13.6)	2,151 (15.9)
สถานีนามัย	7,884 (56.6)	8,784 (65.1)
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด	2,455 (17.6)	
สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ	1,009 (7.3)	
อื่น ๆ	3 (0.02)	165 (1.2)
รวม	13,925	13,502

[ที่มา : กองการเจ้าหน้าที่ กระทรวงสาธารณสุข, 2552]

ตารางที่ 2.35 จำนวนผลิตบุคลากรสาธารณสุขในรอบ 10 ปีที่ผ่านมา

บุคลากร	2543	2544	2545	2546	2547	2548	2549	2550	2551	2552
เจ้าพนักงานสาธารณสุข 2 ปี	NA	264	311	311	455	513	502	708	609	644
สาธารณสุขศาสตร์บัณฑิต 4 ปี	1,660	1,673	1,665	1,665	2,157	2,906	4,403	5,827	6,143	6,301

[ที่มา : สถาบันพระบรมราชชนก สำนักปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2551 และสำนักงานวิจัยและพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพ, 2553]

สิ่งแวดล้อม และดูแลด้านอาชีวอนามัย แต่มีสัดส่วนไม่มากนัก นอกจากนั้นองค์กรรัฐส่วนท้องถิ่น ซึ่งประกอบด้วยเทศบาลนคร จำนวน 4 แห่ง และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (เทศบาล และองค์การบริหารส่วนตำบล) จำนวน 7,758 แห่ง ซึ่งขณะนี้หลายแห่งได้มีบุคลากรด้านสาธารณสุขไปปฏิบัติงานแล้ว แต่อย่างไรก็ตาม ยังไม่มีข้อมูลจำนวนผู้ปฏิบัติงานที่เป็นนักวิชาการสาธารณสุขค่อนข้างแน่นอน รวมถึงโรงงานอุตสาหกรรมเป็นองค์กรเอกชนที่มีบุคลากรด้านสาธารณสุขไปปฏิบัติงานในด้านการดูแลสิ่งแวดล้อม และอาชีวอนามัย ซึ่งยังขาดฐานข้อมูลจำนวนบุคลากรด้านสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานที่โรงงานอุตสาหกรรมต่าง ๆ

ปัจจุบันสถาบันการศึกษาที่มีบทบาทในการผลิตบุคลากรด้านสาธารณสุขนั้นเพิ่มมากขึ้นทุกปี โดยในปี 2552 มีสถาบันการผลิต

บุคลากรด้านสาธารณสุขมากถึง 44 สถาบัน อยู่ในภาครัฐ 36 แห่ง และมหาวิทยาลัยเอกชน 8 แห่ง ในปีการศึกษา 2552 สามารถรับนักศึกษาเข้าหลักสูตรสาธารณสุขศาสตร์จำนวนรวมทั้งสิ้น 6,301 คน โดยวิทยาลัยสาธารณสุขสิรินธร สังกัดกระทรวงสาธารณสุข ยังคงผลิตเจ้าพนักงานสาธารณสุข ซึ่งเป็นบุคลากรระดับผู้ช่วย หลักสูตร 2 ปี แต่ก็พบว่า มีแนวโน้มของการผลิตที่เพิ่มขึ้นไม่มากนัก เมื่อเทียบกับหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรบัณฑิต

ปี 2553 สำนักงานวิจัยและพัฒนา กำลังคนด้านสุขภาพ (สวค.) ได้วิเคราะห์ความต้องการกำลังคนด้านสาธารณสุขในระบบบริการของกระทรวงสาธารณสุข ด้วยการสำรวจภาระงานและวิเคราะห์ความต้องการ และพบว่าภายใต้ระบบบริการ และปริมาณภาระงานในปัจจุบัน ควรต้องมี

บุคลากรด้านสาธารณสุขจำนวน 31,114 คน โดยความต้องการส่วนใหญ่จะอยู่ที่องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น

และแม้จำนวนบุคลากรด้านสาธารณสุขจะมีมากถึงหลักหมื่น แต่ร่างพระราชบัญญัติวิชาชีพการสาธารณสุข เพิ่งได้รับการอนุมัติเห็นชอบในหลักการจากคณะรัฐมนตรีในเดือนกรกฎาคม 2553 หลังการต่อสู้เรียกร้องของบุคลากรด้านสาธารณสุขเป็นเวลานานปี อย่างไรก็ตาม ร่างพระราชบัญญัตินี้จะยังไม่มีผลทางกฎหมาย เพราะต้องผ่านการพิจารณาของสำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา และเข้าสู่กระบวนการตราพระราชบัญญัติในรัฐสภา ก่อน หากได้รับการอนุมัติและผ่านกระบวนการทุกขั้นตอน จะทำให้วิชาชีพการสาธารณสุขเป็นวิชาชีพที่ 17 ในระบบสุขภาพไทย ซึ่งจะสามารถจัดตั้งสภาวิชาชีพขึ้นมาเพื่อควบคุมการปฏิบัติหน้าที่กันเอง และดำเนินการในส่วนของการจดทะเบียนและออกใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ พร้อมทั้งกำหนดมาตรฐานวิชาชีพ และควบคุมจรรยาบรรณในการปฏิบัติหน้าที่ของวิชาชีพสาธารณสุข



บทที่ 3

– ในความเคลื่อนไหว –

๑ ในรอบห้าปีที่ผ่านมา
มีเหตุการณ์มากมายเกิดขึ้น
และกระทบต่อสถานการณ์กำลังคน
ด้านสุขภาพ

ความเปลี่ยนแปลงทางนโยบายเพื่อมุ่งแก้ปัญหาหนึ่ง
ของกำลังคนด้านสุขภาพ กลับก่อให้เกิดปัญหาอื่น
ตามมา ขณะเดียวกันปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นในสังคม
คนระบบสุขภาพเองก็ก่อให้เกิดความหวุ่นไหวต่อสังคม

การถ่ายโอน สถานีนามัย 10 ปี 28 แห่ง

พ.ร.บ.แผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. 2542 กำหนดให้กระทรวงสาธารณสุขต้องกระจายอำนาจด้านสาธารณสุขให้องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น โดยให้เป็นการถ่ายโอนทั้งภารกิจ งบประมาณ บุคลากร และทรัพย์สินที่เกี่ยวข้องด้วย โดยกำหนดให้การถ่ายโอนแล้วเสร็จภายในปี 2553 นโยบายนี้ได้ก่อให้เกิดความหวั่นไหวและคัดค้านจากกลุ่มบุคลากรที่ปฏิบัติหน้าที่ในสถานพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข เพราะการถ่ายโอนสถานบริการย่อมหมายถึงการที่ทุกคนต้องย้ายไปสังกัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ซึ่งเป็นองค์กรทางการเมือง มีผู้บริหารสูงสุดเป็นนักการเมือง แทนการสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งเป็นหน่วยงานของรัฐบาลกลาง และมีผู้บริหารเป็นบุคลากรในระบบสุขภาพเช่นเดียวกัน

ท่ามกลางเสียงคัดค้านของบุคลากรในกระทรวงสาธารณสุข ก็มีเสียงเร่ร่อนจากสำนักงานคณะกรรมการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (สกล.) เพื่อให้การกระจายอำนาจตามกฎหมายเกิดขึ้นโดยเร็ว เพื่อให้เป็นไปตามกฎหมาย และเพื่อรักษาขวัญและกำลังใจของบุคลากร กระทรวงสาธารณสุขจึงเริ่มทำโครงการทดลองการกระจายอำนาจโดยถ่ายโอนสถานีนามัย ซึ่ง

เป็นหน่วยบริการที่เล็กที่สุดของกระทรวงฯ ไปให้กับองค์การบริหารส่วนตำบล (อบต.) ที่กระทรวงฯ พิจารณาแล้วว่ามีความพร้อมที่จะบริหารจัดการสถานีนามัยได้ กระทรวงฯ ได้คัดเลือก อบต. ที่ได้รับรางวัลธรรมาภิบาล และพร้อมที่จะทุ่มเทงบประมาณร่วมลงทุนเพื่องานด้านสาธารณสุขให้เป็น อบต. ต้นแบบที่จะรับการถ่ายโอน จากนั้นก็คัดเลือกสถานีนามัยในพื้นที่ อบต. ทั้ง 35 แห่ง ที่บุคลากร

จำนวนมากกว่าร้อยละ 50 พร้อมจะย้ายไปสังกัด อบต. เพื่อให้เข้าร่วมเป็นโครงการนำร่องการถ่ายโอนสถานีนามัย

30 กันยายน 2550 สถานีนามัยจำนวน 22 แห่ง ใน 19 จังหวัด ก็ได้รับการถ่ายโอนอำนาจจากกระทรวงสาธารณสุขไปยัง อบต. ก่อนที่จะมีการถ่ายโอนตามมาอีก 6 แห่ง เป็น 28 แห่ง และจนถึงสิ้นปี 2553 ไม่มีการถ่ายโอนเพิ่มขึ้นอีกเลย 10 ปี ของการที่ประเทศไทยมีกฎหมายบังคับให้มีการกระจายอำนาจด้านสาธารณสุข จึงมีเพียงการถ่ายโอนสถานีนามัย 28 แห่ง จากที่มีอยู่ทั้งหมด 9,762 แห่ง ไม่เพียงแต่จะไม่สามารถหาสถานีนามัยเพื่อถ่ายโอนให้กับ อบต. ครบทั้ง 35 แห่ง ที่ผ่านการคัดเลือกได้ ยังเกิดปัญหาว่าเจ้าหน้าที่จากสถานีนามัยที่ได้รับการถ่ายโอนไปแล้วลาออกจากสถานีนามัยทันทีที่มีการถ่ายโอน เนื่องจากไม่เต็มใจที่จะย้ายสังกัดแต่แรกแล้ว ดังที่เกิดขึ้นกับสถานีนามัย 2 แห่ง ที่ได้รับการถ่ายโอนให้กับ อบต. วังแขม จ. กำแพงเพชร ที่พบว่าไม่มีเจ้าหน้าที่ลาออกจนเหลือเพียงหัวหน้าสถานีนามัย ทำให้ไม่สามารถให้บริการด้านสุขภาพกับประชาชนได้อย่างพอเพียง



“ไม่ทราบว่าจะกระจายอำนาจแบบใดถึงไม่กระจายให้สิ้นสุด ทำไมไม่ให้มีบุคลากรให้ครบเพื่อประสานงานต่อช่วงให้เป็นลูกโซ่ระหว่างตำบล สถานีนามัย โรงพยาบาลอำเภอ โรงพยาบาลจังหวัด คนเราเกิดมาก็ต้องทำงานเพื่อประเทศไทย เพื่อพี่น้องชาวบ้าน ทำไมไม่มีบุคลากรให้ความสำคัญกับเรื่องแบบนี้” สัณชัย หานสุด รองนายก อบต. วังแขม กล่าวกับที่ประชุมในเวที **ปลดเงื่อนไขตาย คลายปมคิด กระจายอำนาจด้านสุขภาพ จากบทเรียนสู่ทางออก** ซึ่งสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) จัดขึ้นที่สถาบันพระปกเกล้าในวันที่ 1 ธันวาคม 2553

หากมีการถ่ายโอนสถานีนามัยทั้งหมด 9,762 แห่ง บุคลากรทั้ง 37,152 คน ที่ปฏิบัติหน้าที่ในสถานีนามัยก็จะต้องย้ายไปสังกัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

ในระหว่างที่รอการกระจายอำนาจจากกระทรวงสาธารณสุข อบต. หลายแห่งใช้วิธีการสร้างศูนย์บริการสาธารณสุขของตนเองขึ้นมาแทน และจ้างบุคลากรโรงพยาบาลเอกชน หรือบุคลากรเกษียณ มาทำหน้าที่ให้บริการด้านสุขภาพกับประชาชน จนเกิดเป็นภาพการแข่งขันกันทำหน้าที่บริการสุขภาพ



ระหว่างท้องถิ่นกับกระทรวงสาธารณสุข
รศ.วุฒิสาร ตันไชย จากสถาบันพระปกเกล้า
ได้กล่าวไว้ในเวที **ปลดเงื่อนไขตาย คลายปม
คิด กระจายอำนาจด้านสุขภาพจากบท
เรียนสู่ทางออก** ว่าเป็นไปได้ที่ศูนย์บริการ
สาธารณสุขของท้องถิ่น จะพัฒนาตัวเองจน
ขึ้นมาเป็นหน่วยบริการคู่สัญญากับสำนักงาน
หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ซึ่ง
หากเกิดเหตุการณ์เช่นนี้ขึ้นจริง อาจทำให้
เกิดปัญหาการแย่งค่าเหมาจ่ายรายหัวกันได้
ระหว่างศูนย์บริการสาธารณสุขของท้องถิ่น
กับสถานีนามัย หรือโรงพยาบาลในสังกัด
กระทรวงสาธารณสุข เพราะระบบการคลัง
สุขภาพในปัจจุบันเป็นแบบเหมาจ่ายตามราย
หัวประชากร

เพื่อหาทางออกให้กับการกระจาย
อำนาจด้านสุขภาพ แผนงานวิจัยและพัฒนา
การกระจายอำนาจด้านสุขภาพ สวรส. ได้จัด
ทำข้อเสนอเชิงนโยบายขึ้นโดยมีสาระสำคัญ
ด้านรูปแบบว่าการกระจายอำนาจด้านสุขภาพ
สามารถเกิดขึ้นได้ในหลากหลายรูปแบบ ไม่
จำเป็นต้องเป็นการถ่ายโอนสถานบริการเพียง
อย่างเดียว โดย อบต. หรือเทศบาล ซึ่งต้องม
ความรับผิดชอบด้านสาธารณสุขอยู่แล้ว อาจ

จัดบริการรูปแบบอื่นๆ และให้มีโครงสร้าง
การทำงานร่วมกับสถานีนามัยเพื่อให้เกิด
บูรณาการด้านสุขภาพในระดับพื้นที่ และ
หากเลือกให้การถ่ายโอนสถานบริการเป็น
รูปแบบหนึ่งของการกระจายอำนาจ รูปแบบ
ที่ควรดำเนินการมากที่สุดคือการถ่ายโอน
สถานีนามัย โดยควรให้เป็นการถ่ายโอน
พร้อมกันทั้งจังหวัด และควรต้องมีการจัดตั้ง
หน่วยบริหารที่เป็นอิสระหรือในกำกับภาย
ใต้กรรมการบริหารระดับจังหวัด ที่มีองค์กร
ปกครองส่วนท้องถิ่น หรือผู้ทรงคุณวุฒิเป็น
ประธาน และมีนักบริหารการแพทย์และการ
สาธารณสุขมืออาชีพทำหน้าที่บริหารจัดการ
(CEO) โดยโรงพยาบาลชุมชนและโรงพยาบาล
ทั่วไปอาจรวมกันเป็นเครือข่ายสังกัดคณะ
กรรมการระดับจังหวัด หรือรวมกับสถาน
ีนามัยในพื้นที่ที่เป็นเครือข่ายเดียวกันภายใต้
องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นก็ได้ ซึ่ง สวรส. จะ
ได้พัฒนาข้อเสนอแนะและนำเสนอขึ้นสู่ระดับนโยบาย
ต่อไป เพื่อหาทางให้การกระจายอำนาจด้าน
สุขภาพเกิดขึ้นได้จริง โดยทำให้เกิดความรู้สึ
กห่วงโซ่ต่อเนื่องกันด้านสุขภาพน้อยที่สุด



ปรับเปลี่ยน เบี่ยงเบนง่าย กับความขัดแย้ง ระหว่างวิชาชีพ



9 มกราคม 2552 กระทรวงสาธารณสุขคลาคล่ำไปด้วยพยาบาลในเครื่องแบบจำนวน
ไม่ต่ำกว่า 1,000 คน จากโรงพยาบาลชุมชน 724 แห่ง ที่นัดหมายกันมารวมตัวเพื่อ
ทวงถาม “ความเป็นธรรม” ให้กับวิชาชีพตนเอง

การตามหาความเป็นธรรมครั้งนี้มี
สาเหตุมาจากประกาศกระทรวงสาธารณสุข
ฉบับที่ 4 วันที่ 28 พฤศจิกายน 2551 ลง
นามโดย นพ. ปราชญ์ บุญยวงศ์วิโรจน์ ปลัด
กระทรวงฯ ที่ปรับปรุงหลักเกณฑ์การจ่าย
เบี่ยงเบนเหมาจ่ายสำหรับแพทย์ ทันตแพทย์
พยาบาลและเภสัชกรที่ปฏิบัติหน้าที่อยู่ในโรง
พยาบาลชุมชน

แม้ประกาศฉบับนี้จะเป็นครั้งแรกที่
ทำให้พยาบาลได้รับเบี่ยงเบนเหมาจ่ายด้วย
จากเดิมที่มีให้เฉพาะแพทย์ ทันตแพทย์ และ
เภสัชกรเท่านั้น แต่ในสายตาของพยาบาล
และวิชาชีพอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องก็งานด้าน
สุขภาพกลับเป็นประกาศที่เต็มไปด้วยอคติ
แห่งวิชาชีพ เพราะอัตราเบี่ยงเบนเหมาจ่าย

ที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนดให้มีความ
แตกต่างกันอย่างเปรียบเทียบไม่ได้ โดยแพทย์
และทันตแพทย์จะได้รับเบี่ยงเบนเหมาจ่าย
ตามประกาศฉบับนี้เริ่มต้นต่ำสุดที่เดือนละ
10,000 บาท ไปจนถึงสูงสุดที่เดือนละ 70,000
บาท ขึ้นอยู่กับพื้นที่และระยะเวลาในการ
ปฏิบัติหน้าที่ ขณะที่พยาบาลอัตราสูงสุดและ
ต่ำสุดอยู่ที่ 1,500-4,500 บาท

ไม่เพียงแต่พยาบาลวิชาชีพในโรง
พยาบาลชุมชนเท่านั้นที่ไม่พอใจกับประกาศ
ฉบับนี้ แต่ยังรวมถึงแพทย์และบุคลากรวิชา
ชีพอื่นๆ ที่ปฏิบัติหน้าที่ในโรงพยาบาลศูนย์
และโรงพยาบาลทั่วไปด้วย เนื่องจากไม่ได้รับ
การปรับเพิ่มเบี่ยงเบนเหมาจ่ายแต่อย่างใด

“เราต้องการยาแรงเพื่อแก้ไขปัญหาแพทย์ขาดแคลนในชนบท” นพ. เกรียงศักดิ์ วัชรนุกุลเกียรติ ประธานชมรมแพทย์ชนบท ซึ่งอยู่เบื้องหลังการออกประกาศฉบับที่ 4 กล่าวถึงเหตุผลที่ชมรมแพทย์ชนบทสนับสนุนและขับเคลื่อนเพื่อประกาศฉบับนี้กล่าว

ยาแรงที่ นพ. เกรียงศักดิ์พูดถึงก็คือการทำให้ช่องว่างความแตกต่างของค่าตอบแทนที่เป็นตัวเงินระหว่างบุคลากรที่ปฏิบัติหน้าที่พื้นที่ชนบทและในเมืองขยายกว้างขึ้น เพื่อให้บุคลากรมองเห็นความแตก

ต่างอย่างเด่นชัด อันจะทำให้ค่าตอบแทนที่เป็นตัวเงินมีผลต่อการดึงและคงกำลังคนไว้ในพื้นที่ชนบทได้ และนั่นก็เป็นเหตุผลว่าเหตุใดประกาศฉบับที่ 4 จึงเพิ่มค่าตอบแทนให้เฉพาะบุคลากรในโรงพยาบาลชุมชนเท่านั้น ไม่รวมถึงผู้ที่ปฏิบัติหน้าที่ในโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไป และเหตุผลที่แต่ละวิชาชีพในโรงพยาบาลชุมชนได้ไม่เท่ากันเพราะความต่างในเรื่อง “ค่าการตลาด” ของแต่ละวิชาชีพ อันเกี่ยวเนื่องกับสถานการณ์ความขาดแคลนกำลังคนในแต่ละวิชาชีพ

ตารางที่ 3.1 แสดงอัตราเบี้ยเลี้ยงเหมาจ่ายรายวิชาชีพตามประกาศฉบับที่ 4

แพทย์และทันตแพทย์

ระยะเวลาปฏิบัติงานใน รพช.	ค่าเบี้ยเลี้ยงเหมาจ่ายรายเดือนแพทย์และทันตแพทย์ต่อคน (บาท)						
	ระดับ 6.1.1			ระดับ 6.1.2			ระดับ6.1.3
	พื้นที่ปกติ	กัณฑ์การ ระดับ 1	กัณฑ์การ ระดับ 2	พื้นที่ปกติ	กัณฑ์การ ระดับ 1	กัณฑ์การ ระดับ 2	พื้นที่ปกติ
ปีที่ 1- ปีที่ 3	10,000	20,000	30,000	10,000	20,000	30,000	10,000
ปีที่ 4 –ปีที่ 10	30,000	40,000	50,000	25,000	35,000	45,000	20,000
ปีที่ 11- ปีที่ 20	40,000	50,000	60,000	30,000	40,000	50,000	25,000
ปีที่ 21 ขึ้นไป	50,000	60,000	70,000	40,000	50,000	60,000	30,000

เภสัชกร

ระยะเวลาปฏิบัติงานใน รพช.	ค่าเบี้ยเลี้ยงเหมาจ่ายรายเดือนเภสัชกรต่อคน (บาท)		
	พื้นที่ปกติ	กัณฑ์การ ระดับ 1	กัณฑ์การ ระดับ 2
ปีที่ 1- ปีที่ 3	8,000	8,000	13,000
ปีที่ 4 –ปีที่ 10	4,000	9,000	14,000
ปีที่ 11- ปีที่ 20	5,000	10,000	15,000
ปีที่ 21 ขึ้นไป	6,000	11,000	16,000

พยาบาลวิชาชีพ

ระยะเวลาปฏิบัติงานใน รพช.	ค่าเบี้ยเลี้ยงเหมาจ่ายรายเดือนพยาบาลวิชาชีพต่อคน (บาท)	
	กัณฑ์การ ระดับ 1	กัณฑ์การ ระดับ 2
ปีที่ 1- ปีที่ 3	1,500	1,500
ปีที่ 4 –ปีที่ 10	2,000	2,000
ปีที่ 11- ปีที่ 20	2,500	2,500
ปีที่ 21 ขึ้นไป	3,000	3,000

แม้กระทรวงสาธารณสุขจะมีมาตรการหลากหลายเพื่อดึงและรักษากำลังคนระดับวิชาชีพไว้ในพื้นที่ชนบท ทั้งมาตรการใช้ทุน 3 ปี ทั้งการสร้างแรงจูงใจทางการเงินและที่ไม่ใช่ทางการเงิน แต่ก็ยังพบว่าไม่สามารถรักษากำลังคนไว้ได้ ในปี 2551 ซึ่งเป็นปีที่ออกประกาศเกี่ยวกับค่าตอบแทนฉบับที่ 4 นั้น มีแพทย์ที่อยู่ระหว่างการใช้ทุนลาออกถึง 608 คน และอายุงานของแพทย์ที่ทำงานในชนบทโดยเฉลี่ยอยู่ที่ 1-3 ปี ซึ่ง นพ. เกรียงศักดิ์มองว่าเป็นเพราะแรงจูงใจทางการเงินยังไม่ดึงดูดที่จะทดแทนการเสียโอกาสหลายๆ อย่างของแพทย์ที่ต้องอยู่ทำงานในชนบทได้

เสียงทักท้วงจากบุคลากร ทำให้กระทรวงสาธารณสุขต้องออกประกาศตามมาอีกหลายฉบับ เพื่อปรับเพิ่มค่าตอบแทนให้กับบุคลากรที่ปฏิบัติงานในพื้นที่ปกติ รวมทั้งโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไป แม้จะเป็นการจ่ายในอัตราที่ลดน้อยลงมาแต่ก็สามารถดับเสียงคัดค้านลงได้

การสร้างแรงจูงใจทางการเงินเพื่อดึงและรักษากำลังคนด้านสุขภาพโดยเฉพาะแพทย์ไว้ในพื้นที่ชนบทในครั้งนี้ มีตัวเลขรายงานว่าเริ่มมองเห็นผลระดับหนึ่ง ข้อมูลเบื้องต้นจากการศึกษาของสำนักงานวิจัยและพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพ และข้อมูลกองการเจ้าหน้าที่ระบุว่า มีอัตราการลาออกของแพทย์ที่อยู่ระหว่างใช้ทุนลดลงจากร้อยละ 31 ในปี 2552 เป็นร้อยละ 30 ในปี 2553 อย่างไรก็ดีตามในภาพรวมพบจำนวนแพทย์ลาออกจากราชการลดลงจาก 712 คนในปี 2552 เป็น 602 คน ในปี 2553 เมื่อเทียบกับอัตราการลาออกในปี และยังพบว่าจำนวนแพทย์กลับเข้ามารับราชการในโรงพยาบาลชุมชนระหว่างปี2552-2553 จำนวน 105 คน อย่างไรก็ตามการจะดูผลที่ชัดเจนของมาตรการนี้ต้องการศึกษาในระยะยาว นอกเหนือจากผลบวกที่จะรักษากำลังคนไว้ในระบบบริการสุขภาพในพื้นที่ชนบทแล้ว การปรับเพิ่มเบี้ยเลี้ยงเหมาจ่ายในครั้งนี้ ยังมีผลต่อฐานะการเงินของโรงพยาบาลต่างๆ โดยเฉพาะ

โรงพยาบาลชุมชนด้วย เพราะเงื่อนไขเดิมของประกาศกระทรวงฯ คือให้นำเงินบำรุงของโรงพยาบาลมาจัดสรรเป็นค่าตอบแทนในส่วนนี้ ซึ่งพบว่าโรงพยาบาลชุมชนหลายแห่งมีฐานะการเงินไม่เข้มแข็งอยู่แล้ว การต้องจ่ายค่าตอบแทนให้กับบุคลากรเพิ่มจึงกลายเป็นภาระทางการเงินที่เพิ่มเข้ามา นพ. ชินกร โนรี นักวิจัยจากสำนักงานวิจัยและพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพ (สวค.) เคยทำการศึกษาและพบว่าเฉพาะค่าตอบแทนของแพทย์ในโรงพยาบาลชุมชนเพียงอย่างเดียวจะทำให้ระบบบริการสุขภาพมีรายจ่ายเพิ่มมากขึ้นถึงปีละ 883 ล้านบาท

ในช่วงแรกของการเพิ่มเบี้ยเลี้ยงเหมาจ่าย กระทรวงสาธารณสุขได้ประสานไปยังสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเพื่อขอให้เพิ่มค่าเหมาจ่ายรายหัว หรือเงิน UC ที่จะจัดสรรให้กับโรงพยาบาลเพิ่ม เพื่อให้สามารถครอบคลุมรายจ่ายที่เพิ่มขึ้นมาในส่วนนี้ ซึ่งคาดว่าจะต้องเพิ่มเงินในส่วนนี้ประมาณ 60 บาท ต่อหัวผู้ป่วย การเจรจาไม่ประสบความสำเร็จ ทำให้รายได้ของโรงพยาบาลในส่วนที่ได้รับจัดสรรจากสำนักงานหลักประกันสังคม ซึ่งถือว่าเป็นรายได้หลักของโรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขส่วนใหญ่ ในปัจจุบัน ไม่เพิ่มขึ้น โรงพยาบาลหลายแห่งจึงไม่สามารถจัดสรรเงินเพื่อจ่ายค่าตอบแทนตามประกาศกระทรวงฯ ฉบับที่ 4 ได้ ภายหลังจึงได้มีการเปลี่ยนแปลงให้รัฐบาลสนับสนุนเงินงบประมาณมาเพื่อจ่ายค่าตอบแทนในส่วนที่เพิ่มขึ้นมานี้ให้กับบุคลากรแทน

ปลายปี 2553 ปรากฏข่าวตามหน้าหนังสือพิมพ์ถึงปัญหาวิกฤติการเงินโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ที่พบว่ามีโรงพยาบาลมากถึง 249 แห่ง มีสถานะทางการเงินอยู่ในขั้นวิกฤติ รายรับน้อยกว่ารายจ่ายในไตรมาสที่ 2 ของปี 2553 ก่อนจะเพิ่มมาเป็น 289 แห่ง ในไตรมาสที่ 3 ของปีเดียวกัน โดยส่วนใหญ่เป็นโรงพยาบาลชุมชน แม้จะเป็นการยากที่จะสรุปว่าเบี้ยเลี้ยงเหมาจ่ายที่เพิ่มขึ้นเป็นส่วนหนึ่งของสาเหตุวิกฤติการเงินในหลายๆ โรงพยาบาล เพราะยังไม่มีหลักฐานทางวิชาการใดมาสะท้อนให้เห็นถึงผลตรงนี้อย่างชัดเจน แต่หลายคนก็มีความเห็นไปในทิศทางเดียวกันว่าเบี้ยเลี้ยงเหมาจ่ายเป็นภาระที่หนักอึ้งของระบบบริการสุขภาพ และเป็นภาระค่าใช้จ่ายที่ไม่สัมพันธ์กับปริมาณและคุณภาพของงานในโรงพยาบาลแต่อย่างใด

เหตุการณ์ที่เกิดขึ้นอันเกี่ยวเนื่องจากการปรับเปลี่ยนเบี้ยเลี้ยงเหมาจ่าย สะท้อนให้เห็นว่าการสร้างแรงจูงใจที่เป็นตัวเงินเพื่อให้มีบุคลากรทางการแพทย์อยู่ในพื้นที่ชนบทเป็นมาตรการที่จำเป็นจะต้องได้รับการทบทวน เนื่องจากเงินเป็นเรื่องละเอียดอ่อนสามารถแก้และสร้างปัญหาได้ในเวลาเดียวกัน กระทรวงสาธารณสุข โดยเฉพาะเมื่อมาตรการที่ไม่ใช่ทางการเงินไม่ได้ถูกนำมาใช้อย่างมีนัยยะสำคัญเท่ากัน



ปรากฏการณ์ ขอนแก่น ไม่มีความผิดพลาด ทางการแพทย์ใด ใหญ่เกินใช้หัวใจเยียวยา

กลายเป็นเรื่องสะเทือนวงการแพทย์ไทย เมื่อมีผู้ติดเชื้อสโตนแมนหลังเข้ารับการรักษาที่ต่อกระดูกที่โรงพยาบาลขอนแก่นในคราวเดียวกันมากถึง 11 ราย ในจำนวนนี้มีถึง 7 รายที่ต้องสูญเสียการมองเห็นอย่างถาวร อีก 3 รายมองเห็นเลือนราง และมีเพียง 1 ราย ที่สามารถกลับมามองเห็นชัดเป็นปกติ

เหตุการณ์เกิดขึ้นจากการผ่าตัดต่อกระดูกที่โรงพยาบาลขอนแก่นในช่วงวันที่ 14-15 ธันวาคม 2552 และกลายเป็นประเด็นพาดหัวข่าวในช่วงหลังปีใหม่ ในเวลานั้นสายตาทุกคู่พุ่งไปที่โรงพยาบาลขอนแก่นด้วยความอยากรับรู้ว่าโรงพยาบาลศูนย์เก่าแก่ขนาดใหญ่แห่งนี้จะหาทางออกจากปัญหานี้ได้อย่างไร ท่ามกลางกระแสสังคมที่ความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์และผู้ป่วยเดินทางมาถึงจุดที่ยากจะสมานฉันท์ หลายคนมองไม่เห็นทางอื่นนอกจากการที่โรงพยาบาลขอนแก่นผู้บริหาร รวมทั้งทีมแพทย์ที่เกี่ยวข้องต้องตกเป็นจำเลยในระบบศาลยุติธรรม

ในเวลาเพียงประมาณ 2 สัปดาห์หลังตกเป็นข่าว เหตุการณ์คลี่คลายไปในทางที่หลายคนยากจะจินตนาการ ไม่มีการฟ้องร้อง ผู้เสียหายและครอบครัวเต็มใจรับค่าชดเชยรายละ 3 แสนบาท บวกกับการดูแลสุขภาพทุกโรคตลอดชีวิต ผู้เสียหายออกมาให้กำลังใจและอวยพรปีใหม่กับบุคลากรโรงพยาบาลขอนแก่น เครือข่ายผู้เสียหายทางการแพทย์แสดงความชื่นชมโรงพยาบาลผ่านทางหน้าหนังสือพิมพ์ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลได้รับการพูดถึงในสังคมในฐานะผู้บริหารที่ทำตัวจับยา และโรงพยาบาลขอนแก่นกลายเป็นปลายทางของหลายกลุ่มหลายทีมเพื่อเข้า



ศึกษากระบวนการแก้ปัญหาหลังเกิดเหตุการณ์ผิดพลาดทางการแพทย์ที่ยังสามารถรักษาความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างแพทย์และผู้เสียหายไว้ได้ หนึ่งในหลายทีมนั้นคือทีมงานถอดบทเรียนของคณะกรรมการสร้างเสริมความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยและญาติกับบุคลากรทางการแพทย์ ของคณะกรรมการกำลังคนด้านสุขภาพแห่งชาติ

ผลการศึกษาพบว่าเครื่องมือเดียวที่โรงพยาบาลขอนแก่นใช้ในการแก้ไขปัญหาที่ร้ายแรงนี้ และเป็นเครื่องมือที่กำลังจะหายไปจากระบบบริการการแพทย์ไทย นั่นคือ หัวใจที่เข้าใจความทุกข์ของผู้เสียหาย

ด้วยหัวใจของผู้อำนวยความสะดวกที่เข้าใจว่าผู้เสียหายและครอบครัวในขณะนั้นกำลังอกสั่นขวัญหาย ต้องการทราบสาเหตุของการติดเชื้อ และเห็นการแสดงความรับผิดชอบของโรงพยาบาลในฐานะเจ้าของสถานที่ที่ความเสียหายเกิดขึ้น และการตอบสนองที่รวดเร็วทันใจ ทำให้นโยบาย “การยอมรับผิด” “ทำความดีไม่ต้องรออนุมัติ” และ “เปิดเผยความจริง” ถูกประกาศใช้เพื่อให้บุคลากรทุกคนของโรงพยาบาลขอนแก่นใช้เป็นแนวทางในการแก้ปัญหา



ด้วยหัวใจของทีมจักษุแพทย์ ที่เข้าใจดีว่านานที่นั่นผู้เสียหายและครอบครัวไม่เหลือความเชื่อมั่นให้กับตนเองแล้ว การส่งต่อผู้ป่วยไปยังสถานพยาบาลอื่น ที่มีความเชี่ยวชาญมากกว่าและผู้ป่วยเชื่อมั่นมากกว่าจึงเกิดขึ้นโดยไม่คำนึงถึงศักดิ์ศรีทีมแพทย์, การตามจ่าย และการส่งต่อข้ามสังกัด

ด้วยหัวใจของทีมเยียวยาใกล้เกลี่ยของโรงพยาบาลที่เข้าใจดีว่าเวลานั้นผู้เสียหายและครอบครัวเต็มไปด้วยอารมณ์โกรธ ต้องการคนพูดคุยและตอบคำถามที่ทันเวลา ทำให้ทีมเยียวยาส่งคนติดตามอำนวยความสะดวก ให้ข้อมูลผู้เสียหายและญาติด้วยรอยยิ้มตลอดเวลา รวมทั้งคอยบันทึกความต้องการของผู้เสียหายส่งต่อไปยังผู้บริหารเพื่อหามาตรการตอบสนองความต้องการนั้น

ด้วยหัวใจของทุกคนในโรงพยาบาลขอนแก่น ทำให้เกิดมาตรการในการแก้ไขสถานการณ์ร้ายแรงจนกลายเป็น “ขอนแก่นโมเดล” ดังนี้

1. การยอมรับผิดและขอโทษผู้เสียหายทุกคน ทั้งจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลและทีมแพทย์ผู้ทำการผ่าตัด มองว่าความผิดพลาดที่เกิดขึ้นเป็นความผิดพลาดของ



โรงพยาบาล ไม่มีการมุ่งหาตัวคนผิดเป็นรายบุคคล

2. เกิดทีมรักษาที่เรียกว่า “หนึ่งทีมสองโรงพยาบาล” เมื่อผู้เสียหายส่วนใหญ่ถูกส่งตัวไปรับการรักษาที่โรงพยาบาลศรีนครินทร์ โดยทีมจักษุแพทย์ของโรงพยาบาลขอนแก่นตามไปดูแลและร่วมเป็นทีมงานรักษากับทีมจักษุแพทย์โรงพยาบาลศรีนครินทร์

3. เกิดระบบการ “round ญาติ” ของทีมเยียวยาใกล้เกลี่ย เนื่องจากผู้เสียหายส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุ ที่ต่างมีลูกหลานมาคอยเฝ้าและให้กำลังใจ รวมทั้งเป็นผู้เจรจาถามหาความรับผิดชอบจากโรงพยาบาล การมีผู้แทนโรงพยาบาลคอยเฝ้าอำนวยความสะดวก จึงเป็นการเปิดช่องทางการเจรจาสื่อสารระหว่างผู้เสียหายและโรงพยาบาล สร้างความรู้สึกมั่นใจให้ผู้เสียหายและ

ครอบครัวว่าแม้จะมีการย้ายสถานที่รักษาแต่ความรับผิดชอบของโรงพยาบาลขอนแก่นยังคงตามไป การ “round ญาติ” ได้ผลดียิ่งขึ้นเมื่อข้อตกลงและคำสัญญาต่างๆ ที่ทีมใกล้เกลี่ยมีต่อผู้เสียหายได้รับการตอบสนองในทางปฏิบัติจริง

4. มีการให้ข้อมูลกับสื่อมวลชนโดยไม่ปิดบัง นอกจากจะทำให้สังคมเห็นถึงความจริงใจในการพยายามแก้ปัญหาแล้ว ยังสร้างความเชื่อมั่นให้กับผู้เสียหายว่าคำมั่นสัญญาต่างๆ ที่โรงพยาบาลมิให้จะได้รับการตอบสนองจริงเพราะมีสื่อมวลชนและสังคมเป็นพยาน

5. มีมาตรการชดเชยที่เป็นตัวเงินผู้เสียหายทุกคน โดยยึดหลักความเป็นธรรมทางสังคมมากกว่าความเป็นธรรมทางตัวบทกฎหมาย ทำให้ผู้เสียหายทุกคน รวมถึงคนที่



ไม่ได้สิทธิการเข้ารักษาตามระบบหลักประกันสุขภาพ ซึ่งเป็นระบบเดียวที่กฎหมายกำหนดเรื่องการเยียวยากรณีได้รับความเสียหายจากการรับบริการไว้ก็ได้รับการชดเชยเยียวยาด้วย

6. จัดให้มีการสอบสวนหาสาเหตุอย่างเป็นระบบและรายงานผลการสอบสวนให้สังคมรับรู้ รวมทั้งกำหนดมาตรการลดความเสี่ยงของการอาจเกิดเหตุซ้ำในอนาคต

ทั้งหมดที่โรงพยาบาลขอนแก่นได้จัดทำขึ้นเพื่อตอบสนองเหตุการณ์อันไม่พึงประสงค์ในครั้งนี้ ทำให้ผู้เสียหายและครอบครัวสัมผัสได้ถึงความจริงใจในการแก้ปัญหาที่ไม่มีใครอยากให้เกิดขึ้น และสามารถยอมรับข้อเสนอเยียวยาด้วยเงิน 3 แสนบาท แม้เงินนั้นจะไม่สามารถทดแทนดวงตาที่เสียไปได้

เหตุการณ์ที่โรงพยาบาลขอนแก่นทำให้หลายคนคิดย้อนไปถึงเหตุการณ์ที่โรงพยาบาลร่อนพิบูลย์เมื่อหลายปีก่อน ที่มีกรณีผู้ป่วยเข้ารับการรักษาผ่าตัดไส้ติ่งแล้วเสียชีวิต เนื่องจากได้รับยาชาในปริมาณที่มากเกินไป ในครั้งนั้นกระบวนการแก้ปัญหาไม่มีที่ว่างให้หัวใจได้ทำงาน ไม่มีคำขอโทษ ไม่มีคำแสดงความเสียใจ ไม่มีกระบวนการสื่อสารกับญาติผู้เสียหาย มีเพียงพื้นที่ให้กฎระเบียบและกฎหมาย และคำอธิบายให้สังคมรับรู้ถึงหน้าที่และภาระอันหนักอึ้งของแพทย์ ผลของการแก้ปัญหาจึงจบลงที่กระบวนการยุติธรรมเมื่อโรงพยาบาลและบุคลากรทางการแพทย์ที่เกี่ยวข้องต้องตกเป็นจำเลยในคดีแพ่ง ตามด้วยคดีอาญาเมื่อคดีแพ่งใกล้หมดอายุความ 26 ธันวาคม 2550 ศาลจังหวัดทุ่งสง นครศรีธรรมราช อ่านคำพิพากษาจำคุกแพทย์ผู้

ผ่าตัดโดยไม่รอลงอาญา 3 ปี กลายเป็นคดีประวัติศาสตร์ที่ไม่เพียงสร้างความตกใจให้กับคนในวงการสุขภาพแต่ยังเป็นสังคมโดยรวม รวมถึงบุตรสาวของผู้เสียหายที่ถึงกับเอ่ยปากขอร้องศาลไม่ให้มีการใส่กุญแจมือแพทย์ผู้ถูกคำพิพากษานั้น ด้วยเหตุผลหลักของการฟ้องศาลมิได้ต้องการเห็นผู้หนึ่งผู้ใดโดยเฉพาะแพทย์ ซึ่งเป็นผู้มีคุณูปการอย่างใหญ่หลวงต่อสังคมต้องถูกจองจำ แต่เพียงเพราะต้องการได้ยินคำกล่าวแสดงความเสียใจ และคำอธิบายถึงเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นจากผู้เกี่ยวข้องเท่านั้น

คำพิพากษาในวันนั้น สร้างความตระหนักให้กับคนในวงการสุขภาพไปพร้อมๆ กับการสร้างความตระหนักว่าการแก้ไขสถานการณ์เมื่อเกิดเหตุไม่พึงประสงค์ทางการแพทย์จำเป็นต้องมีพื้นที่ให้หัวใจได้ทำงานบ้าง การเข้าพบลูกสาวของผู้เสียหายเพื่อแสดงความเสียใจ รวมถึงการทำบุญกระดูกผู้เสียชีวิตจึงเกิดขึ้นพร้อมกับการมอบเงินเยียวยาให้กับบุตรสาวเป็นจำนวน 8 แสน แม้จะเป็นการใช้หัวใจแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นมาแล้วมากกว่า 5 ปี (เหตุการณ์เกิดขึ้นปี 2545 ญาติผู้เสียหายฟ้องศาลปี 2548 ศาลชั้นต้นมีคำพิพากษาปี 2550 การเยียวยาเกิดขึ้นปี 2551) แต่ก็ยังไม่สายเกินไป เมื่อบุตรสาวคนโตของผู้เสียหายยอมรับน้ำใจนั้นและทำบันทึกถึงศาลอุทธรณ์ชี้แจงว่าฝ่ายจำเลยได้มาทำบุญให้มารดา รวมถึงจ่ายเงินเยียวยาให้ครอบครัว และดูแลจนเป็นที่พอใจ บุตรสาวในฐานะโจทก์ร่วมจึงไม่ติดใจเอาความ ทำให้วันที่ 12 กันยายน 2551 ศาลอุทธรณ์มีคำพิพากษายกฟ้องคดีนี้

จากทั้ง 2 เหตุการณ์เห็นได้อย่าง

ชัดเจนว่า การแก้ไขสถานการณ์เมื่อเกิดเหตุอันไม่พึงประสงค์ทางการแพทย์ จะลงเอยเช่นใดขึ้นอยู่กับวิธีคิดและเครื่องมือที่ใช้ในการแก้ปัญหา หากเหตุการณ์ที่ขอนแก่นถูกแก้ไขสถานการณ์ไปในทิศทางเดียวกับเหตุการณ์ที่ร่อนพิบูลย์ ชะตากรรมของบุคลากรโรงพยาบาลขอนแก่นอาจไม่แตกต่างจากแพทย์ผู้ตัดกรณีร่อนพิบูลย์ เช่นเดียวกัน หากเหตุการณ์ที่ร่อนพิบูลย์มีการใช้หัวใจเข้ามาช่วยแก้ไขสถานการณ์ตั้งแต่ช่วงแรกๆ ประวัติศาสตร์แพทย์ต้องคำพิพากษาโทษทางอาญาอันเนื่องจากการปฏิบัติหน้าที่คงไม่เกิดขึ้น

ในบริบทระบบบริการสุขภาพปัจจุบันที่ความต้องการรับบริการมีมากกว่ากำลังคนที่จะให้บริการ อีกทั้งโรคร้ายไข้เจ็บมีความซับซ้อนต้องการวิธีการรักษาและเทคโนโลยีทางการแพทย์ที่ซับซ้อน ความผิดพลาดทางการแพทย์เป็นสิ่งที่ยากจะหลีกเลี่ยงแม้จะพยายามอย่างดีที่สุด สิ่งสำคัญก็คือเมื่อเกิดความผิดพลาดขึ้นต้องแก้ปัญหาด้วยหัวใจที่เข้าใจกัน อย่าปล่อยให้บทบาทของหัวใจเล็กเท่ากำปั้นตามขนาดของมัน ไม่มีความผิดพลาดทางการแพทย์ใดใหญ่เกินใช้หัวใจเยียวยา



ผลิตพยาบาล 3,000 คน เพื่อพื้นที่ชายแดนใต้

24 เมษายน 2550 คณะรัฐมนตรีชุด พล.อ.สุรยุทธ์ จุลานนท์ ได้อนุมัติให้กระทรวงมหาดไทย และกระทรวงสาธารณสุขจัดทำโครงการผลิตพยาบาลวิชาชีพเพิ่ม 3,000 คน เพื่อแก้ไขปัญหาในพื้นที่จังหวัดชายแดนภาคใต้ โดยให้งบประมาณสนับสนุนการดำเนินงานตลอดโครงการ 4 ปี และเมื่อนักเรียนพยาบาลทั้ง 3,000 คน สำเร็จการศึกษาจะได้รับการบรรจุเป็นข้าราชการเพื่อกลับไปทำงานในภูมิลำเนา

โครงการนี้เกิดขึ้นจากแนวคิดของ นพ.มงคล ณ สงขลา รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขในขณะนั้น เพื่อแก้ปัญหาพยาบาลที่ปฏิบัติหน้าที่ใน 3 จังหวัดชายแดนใต้ คือ ยะลา ปัตตานี นราธิวาส และบางอำเภอของจังหวัดสงขลาและสตูล ซึ่งเป็นพื้นที่ที่เกิดเหตุการณ์ความรุนแรงอยู่บ่อยครั้ง ต้องการย้ายออกจากพื้นที่แต่ไม่สามารถทำได้ เนื่องจากไม่มีคนย้ายลงไปบรรจุแทน การนำคนในพื้นที่มาพัฒนาเป็นบุคลากรเพื่อให้ไปทดแทนตำแหน่งที่มีคนอยากย้ายออก

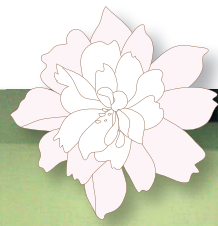
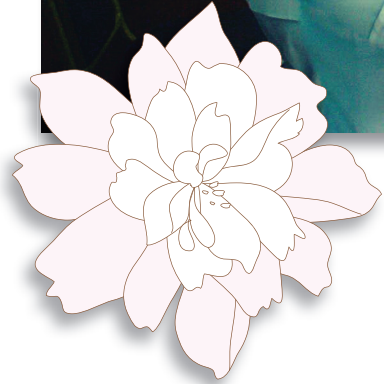
แม้จะเป็นโครงการที่เกิดขึ้นด้วยความปรารถนาดี แต่การผลิตพยาบาล 3,000 คน ก็ทำให้เกิดเสียงวิพากษ์วิจารณ์ ด้วยเป็นโครงการที่เต็มไปด้วยข้อกังวลและทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้องต้องใช้ความพยายามอย่างมาก เพื่อผลักดันให้โครงการเดินหน้าได้อย่างราบรื่น เริ่มตั้งแต่การพยายามหานักเรียนมาเข้าร่วมโครงการซึ่งถือเป็นครั้งแรกที่มีการหานักเรียนในพื้นที่จำกัดให้เข้าเรียนพยาบาลได้มากถึง 3,000 คน การจะหาผู้เรียนได้ครบทำให้ต้องมีการเปิดรับสมัครและปรับเกณฑ์คะแนน



สอบหลายรอบ การพยายามหาอาจารย์ผู้สอนเนื่องจากหลักสูตรพยาบาลถูกควบคุมคุณภาพโดยสภาการพยาบาล ซึ่งมีการกำหนดอัตราส่วนระหว่างอาจารย์และผู้เรียนไว้ที่ 1:8 การที่มีนักเรียนมาเพิ่มเป็นจำนวนมากโดยไม่มีเวลาให้เตรียมตัวทำให้วิทยาลัยพยาบาล ในสังกัดสถาบันพระบรมราชชนก ซึ่งเป็นที่รองรับนักศึกษากลุ่มนี้ ต้องเร่งหาอาจารย์เพิ่มเพื่อให้ได้สัดส่วนกับผู้เรียน นอกจากการพยายามหาอาจารย์แล้ววิทยาลัยพยาบาลที่เข้าร่วมโครงการนี้ทุกแห่งต้องเร่งจัดหาที่พักและสิ่งอำนวยความสะดวกให้เพียงพอกับผู้เรียน

ด้วยความพยายามและความร่วมมือของทุกฝ่าย วันนี้โครงการนี้เดินทางมาถึงช่วง

สุดท้ายที่นักศึกษาส่วนใหญ่กำลังจะจบการศึกษาในเดือนมีนาคม 2554 และเดินทางไปปฏิบัติงานในพื้นที่ชายแดนภาคใต้ โดยผู้ที่จบการศึกษาในปีการศึกษานี้ทุกคนได้ถูกส่งตัวไปหาประสบการณ์ในพื้นที่จริงในเดือนพฤษภาคม 2553 มาก่อนแล้ว อาจเป็นด้วยเหตุผลของการพยายามหานักศึกษาให้ได้ครบตามจำนวนทำให้มีนักศึกษาส่วนหนึ่งไม่สามารถเรียนจบได้ตามหลักสูตร 4 ปี ข้อมูลจากกลุ่มพัฒนาการศึกษา สถาบันพระบรมราชชนก ที่ได้สำรวจสถานภาพการศึกษาของนักศึกษาตามโครงการนี้ในระหว่างเดือนมกราคม – กุมภาพันธ์ 2553 พบว่ามีนักศึกษา 96 คน ต้องใช้เวลาเรียนมากกว่า 4 ปี มีนักศึกษาที่ควรย้ายไปเรียนในหลักสูตรต่ำกว่า



ปริญญาตรีในปีการศึกษา 2553 จำนวน 26 คน และมีนักศึกษาที่วิทยาลัยเห็นสมควรยุติการเรียน 5 คน

ปัจจุบันนักศึกษาพยาบาลที่สำเร็จการศึกษาตามโครงการนี้ได้ถูกส่งตัวไปปฏิบัติหน้าที่ในพื้นที่ชายแดนภาคใต้แล้ว โดยกระจายตัวกันตามสถานพยาบาลทุกแห่งในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข และทุกคนได้รับการบรรจุเป็นข้าราชการตามเงื่อนไขการรับเข้าโครงการ ซึ่งไม่เพียงแต่พยาบาลตามโครงการพยาบาล 3,000 คนนี้เท่านั้น ที่ได้

รับการบรรจุเป็นข้าราชการ แต่ยังรวมถึงพยาบาลลูกจ้างชั่วคราวในพื้นที่อีกจำนวนประมาณ 600 คน ได้รับการบรรจุในคราวเดียวกันนี้ด้วย



แผนยุทธศาสตร์ ทศวรรษกำลังคน ด้านสุขภาพแห่งชาติ และคณะกรรมการ กำลังคนด้านสุขภาพแห่งชาติ



แม้ปัญหาที่เกี่ยวกับการบริหารจัดการกำลังคนด้านสุขภาพของประเทศจะเป็นปัญหาใหญ่ และส่งให้ประชาชนเข้าถึงบริการสุขภาพอย่างไม่เท่าเทียมกันมาตลอด แต่เราก็เพิ่มมีแผนยุทธศาสตร์ระดับชาติ และกลุ่มบุคคลซึ่งประกอบด้วยทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้องเข้ามาดูแลแก้ไขปัญหานี้อย่างเป็นระบบในปี 2550 นี้เอง เมื่อมีการจัดทำแผนยุทธศาสตร์ทศวรรษกำลังคนด้านสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550-2559 ซึ่งคณะรัฐมนตรีให้ความเห็นชอบในวันที่ 24 เมษายน 2550 โดยอาศัยอำนาจตามพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 ทำให้การแก้ปัญหาเรื่องกำลังคนด้านสุขภาพแห่งชาติมีกรอบนโยบายและยุทธศาสตร์ที่ชัดเจน บนฐานความรู้และระบบข้อมูลที่มีประสิทธิภาพ โดยมียุทธศาสตร์ในการแก้ไขปัญหากำลังคนด้านสุขภาพตามแผนฉบับนี้ 5 ยุทธศาสตร์ ได้แก่

1. สร้างและพัฒนากลไกในการกำหนดนโยบายและยุทธศาสตร์กำลังคนด้านสุขภาพที่สอดคล้องกับระบบสุขภาพของประเทศ ยุทธศาสตร์นี้ทำให้มีการตั้งคณะกรรมการกำลังคนด้านสุขภาพแห่งชาติขึ้นมา เพื่อทำหน้าที่ให้คำปรึกษาและข้อเสนอแนะต่อคณะรัฐมนตรีในการขับเคลื่อนและผลักดันการดำเนินงานตามแผนยุทธศาสตร์ทศวรรษกำลังคนด้านสุขภาพแห่งชาติ โดย

การสนับสนุนข้อมูลทางวิชาการจากหลายหน่วยงาน ได้แก่ สถาบันวิจัยระบบสุขภาพ (สวรส.) สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.) สำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์กระทรวงสาธารณสุข (สสนย.) รวมทั้งสำนักงานวิจัยและพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพ (สวค.) ซึ่งก่อตั้งขึ้นในปี 2548 เพื่อเป็นหน่วยงานวิชาการด้านกำลังคนด้านสุขภาพโดยตรง

2. ปรับเปลี่ยนระบบการผลิตและ

พัฒนากำลังคนด้านสุขภาพ เพื่อให้ได้กำลังคน
ที่เพียงพอ สามารถตอบสนองความต้องการ
ด้านสุขภาพของประชาชน มีความสอดคล้อง
กับระบบบริการสุขภาพและระบบอื่นๆ ที่
เกี่ยวข้อง นำสู่การสร้างภาพรวมความเสมอภาคใน
ระบบสุขภาพ

3. ปรับเปลี่ยนระบบการบริหาร
จัดการกำลังคนด้านสุขภาพเพื่อให้มีการ
กระจายบุคลากรอย่างเป็นธรรม สามารถ
คงอยู่ในระบบและปฏิบัติงานได้อย่างมี
ประสิทธิภาพและมีความสุข ยุทธศาสตร์นี้มี
ขึ้นเพื่อแก้ปัญหาการกระจายตัวของบุคลากร
ด้านสุขภาพอย่างไม่เป็นธรรมอันอาจเกิดจาก
จุดอ่อนของการจัดสรรบุคลากรตามระบบ
ภูมิศาสตร์ที่ใช้อยู่ในปัจจุบัน และเพื่อหา
มาตรการใหม่ในการสร้างแรงจูงใจให้บุคลากร
คงอยู่ในภาครัฐโดยเฉพาะในพื้นที่ชนบท

4. สร้างและจัดการความรู้เพื่อ
นำสู่การพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพที่มี
ประสิทธิภาพและสอดคล้องกับบริบทของ
ระบบสุขภาพประเทศ โดยสนับสนุนให้เกิด
การสร้างเครือข่ายระหว่างนักวิชาการ ผู้
บริหารนักปฏิบัติ และทุกคนที่เกี่ยวข้องกับ
ระบบสุขภาพ เพื่อให้เกิดการวางแผนการ
บริหารจัดการกำลังคนได้อย่างมีประสิทธิภาพ
มากยิ่งขึ้น

5. ส่งเสริมและพัฒนาภูมิปัญญาไทย
และผู้ที่ดูแลสุขภาพในชุมชนให้มีบทบาทใน
การดูแลสุขภาพของประชาชนในระดับ
พื้นที่และส่งเสริมสุขภาพของชุมชน

โดยมีคณะกรรมการกำลังคนด้าน
สุขภาพแห่งชาติมีหน้าที่ขับเคลื่อนแผน

คณะกรรมการ กำลังคนด้านสุขภาพแห่งชาติ รุกและรับ แก้ปัญหากำลังคน

นับจากได้รับการแต่งตั้งจากคณะกรรมการ
สุขภาพแห่งชาติในเดือนธันวาคม 2550
คณะกรรมการกำลังคนด้านสุขภาพแห่งชาติ
มีประธานมาแล้ว 2 คน ประธานคนแรกคือ
ศ.นพ. เกษม วัฒนชัย ส่วนผู้ที่ดำรงตำแหน่ง
ในปัจจุบันคือ นพ. มงคล ณ สงขลา โดยมี
ตัวแทนบุคลากรในระบบสุขภาพทั้งภาครัฐ
และเอกชน และตัวแทนจากภาคประชาสังคม
เข้าร่วมเป็นคณะกรรมการ

นอกเหนือจากบทบาทหน้าที่ใน
การให้คำปรึกษาและข้อเสนอแนะต่อคณะ
รัฐมนตรีในการขับเคลื่อนยุทธศาสตร์การ
แก้ไขปัญหากำลังคนด้านสุขภาพแล้ว คณะ
กรรมการกำลังคนด้านสุขภาพยังวางบทบาท
ตัวเองในการเข้ามาคลี่คลายปัญหาความ
ขัดแย้งหรือข้อวิพากษ์ที่เกี่ยวข้องกับกำลังคน
ด้านสุขภาพ เช่น การจัดเวทีสาธารณะเพื่อให้
สังคมได้ร่วมถกเถียงและแสดงความคิดเห็นต่อ
ความพยายามของโรงเรียนแพทย์ในการเปิด
หลักสูตรแพทยศาสตรศึกษานานาชาติ หรือ
การระดมความเห็นต่อร่างพระราชบัญญัติ

ยุทธศาสตร์ทั้ง 5 นี้ ให้มีผลในทางปฏิบัติ



คุ้มครองผู้เสียหายจากบริการสาธารณสุข ที่
กำลังกลายเป็นประเด็นร้อนระหว่างผู้ป่วย
และแพทย์ เพื่อให้ทุกฝ่ายได้มีโอกาสรับฟัง
และทำความเข้าใจกับความเห็นและเหตุผล
ของกันและกัน ก้าวอย่างของคณะกรรมการ
กำลังคนด้านสุขภาพในลักษณะเช่นนี้ ทำให้
เกิดการรับรู้ร่วมกันในสังคมว่าปัญหากำลัง
คนด้านสุขภาพเป็นเรื่องที่เกี่ยวข้องกับทุกคน
มิใช่เพียงเฉพาะ โรงเรียนแพทย์ หรือกระทรวง
สาธารณสุขเท่านั้น ทำให้สังคมเกิดความตื่น
ตัวที่จะเข้ามามีส่วนร่วมในการบริหารจัดการ
กำลังคนด้านสุขภาพไปพร้อมๆ กัน

กิจกรรมที่สำคัญที่คณะกรรมการ
กำลังคนด้านสุขภาพกำลังทุ่มเทคือ การขับเคลื่อน
แผนยุทธศาสตร์กำลังคนด้านสุขภาพ
ในระดับภูมิภาคและจังหวัดโดยกระบวนการ
มีส่วนร่วมจากภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง ด้วยความ
ตระหนักถึงบริบทสังคมที่แตกต่างกัน ทำให้
การบริหารจัดการกำลังคนด้านสุขภาพใน
รูปแบบปัจจุบันที่มีหลักเกณฑ์และมาตรการ
เหมือนกันทั่วประเทศ กลายเป็นการบริหาร
จัดการกำลังคนที่ดีมีประสิทธิภาพ โดย
เริ่มต้นการทำงานที่ภาคอีสาน ซึ่งได้มีการ
เปิดเวทีจุดประกาย “ขับเคลื่อนแผนแม่บท
กำลังคนด้านสุขภาพการสร้างสุขภาพะภาค
อีสาน” ในเดือนพฤศจิกายน 2552 เพื่อให้
ทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้องกับการบริหารและการจัดการ
กำลังคนในภาคอีสานได้เข้ามาร่วมแสดง

ความเห็นและแลกเปลี่ยนประสบการณ์
ในการบริหารจัดการกำลังคนด้านสุขภาพ
กัน ทั้งนี้ภาคอีสานเป็นภาคที่มีปัญหาการ
ขาดแคลนบุคลากรทางการแพทย์สูงสุดเมื่อ
เทียบกับภูมิภาคอื่น หลายโรงพยาบาลและ
หลายจังหวัดต้องชวนชวนหาทางออกเพื่อ
ให้สามารถให้บริการประชาชนซึ่งมีสัดส่วน
จำนวนสูงกว่าพื้นที่อื่นให้ได้อย่างพอเพียง
ทำให้เกิดนวัตกรรมในการบริหารจัดการ
กำลังคนด้านสุขภาพที่หลากหลาย สามารถ
เป็นต้นแบบให้กับพื้นที่อื่นๆ ได้ ปัจจุบันการ
จัดทำแผนบริหารจัดการกำลังคนภาคอีสาน
ยังคงอยู่ระหว่างการดำเนินงาน นอกจากนั้น
ยังมีประเด็นต่างๆ ในแผนยุทธศาสตร์ที่ต้อง
ขับเคลื่อนได้แก่ การพัฒนามาตรการจูงใจใน
การกระจายกำลังคนอย่างเป็นธรรม แผนการ
ลงทุนการผลิตกำลังคนที่สอดคล้องกับระบบ
สุขภาพ เป็นต้น





ความพยายาม ขับเคลื่อนหลักสูตร แพทยศาสตร์ศึกษานานาชาติ

ปลายปี 2552 คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ (มศว) ประกาศตัวต่อสังคมอย่างชัดเจนถึงความพร้อมในการเปิดหลักสูตรแพทยศาสตร์ศึกษานานาชาติ ในปีการศึกษา 2553 ผู้บริหารคณะให้ข้อมูลกับสื่อมวลชนว่าเป็นการเตรียมความพร้อมของโรงเรียนแพทย์ไทยในการก้าวสู่ประชาคมเศรษฐกิจอาเซียน ที่ในปี 2015 กลุ่มประเทศอาเซียนจะรวมตัวกันเป็นประชาคมเหมือนสหภาพยุโรป การเคลื่อนย้ายคนและงาน รวมถึงวิชาชีพแพทย์ในภูมิภาคจะทำได้ทำได้เสรีมากขึ้นเช่นเดียวกับในสหภาพยุโรปในปัจจุบัน โรงเรียนแพทย์จึงควรต้องมีศักยภาพในการผลิตบัณฑิตแพทย์สำหรับประชาคมอาเซียนด้วย

“อีก 6 ปีข้างหน้า เราต้องไม่ได้มองแค่ประชากร 60 ล้านคนของเรา แต่ต้อง 600 ล้านคนของอาเซียน เราต้องวางแผนหรือจัดการยุทธศาสตร์ว่าเราจะวาง position ของเราตรงไหน หากอนาคตเป็นแบบอียูขึ้นมา ก็อาจจะมีสิงคโปร์มาทำงานที่ไทยหรืออาจจะมี National university of Singapore มาเปิดสาขาโรงเรียนแพทย์ เป็นไปได้ทั้งนั้น เพราะฉะนั้นจะทำอะไรเราต้องมองด้วยว่าไม่ได้มีแต่วิชาชีพแพทย์แคใน boundary ของตัวเอง”

ศ.นพ.สมเกียรติ วัฒนศิริชัยกุล คณบดีคณะแพทยศาสตร์ มศว กล่าวไว้ใน ‘ผีเสื้อขยับปีก’ ปีที่ 2 ฉบับที่ 12

นี่ไม่ใช่ครั้งแรกที่โรงเรียนแพทย์มีแนวคิดเปิดหลักสูตรนานาชาติ เพื่อรับนักศึกษาต่างชาติเข้าเรียน โรงเรียนแพทย์หลายแห่งที่มีอายุเก่าแก่กว่าคณะแพทยศาสตร์ มศว ต่างก็มีแนวคิดเดียวกันมาก่อน ทั้งศิริราชพยาบาล ทั้งคณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย และรามธิบดี แต่

ยังไม่มีโรงเรียนแพทย์ใดประกาศชัดเจนถึงกำหนดในการเปิดหลักสูตร เป็นเพียงการเปิดเผยแนวคิดว่าสักวันหนึ่งโรงเรียนแพทย์ไทยต้องก้าวไปสู่จุดนั้น และแต่ละโรงเรียนแพทย์ต่างก็ใช้เวลาเตรียมความพร้อมด้านบุคลากรและหลักสูตรของตนเอง อีกทั้งรวันที่สังคมไทยจะพร้อมสำหรับการใช้ทรัพยากรในประเทศซึ่งมีอยู่อย่างจำกัดมาผลิตแพทย์ป้อนตลาดต่างชาติ หรือสร้างศักยภาพให้แพทย์ไทยสามารถแข่งขันได้ในระดับสากลด้วย

การเปิดตัวหลักสูตรแพทยศาสตร์ศึกษานานาชาติ ของคณะแพทยศาสตร์ มศว เกิดขึ้นในวันที่สังคมไทยมีความต้องการกำลังแพทย์เพื่อตรวจรักษาคนไข้สูงมาก สืบเนื่องจากระบบหลักประกันสุขภาพที่เปิดโอกาสให้คนไทยเข้าถึงบริการสุขภาพถ้วนหน้าโดยไม่มีเงื่อนไขทางเศรษฐกิจเป็นอุปสรรค ความคาดหวังของสังคมต่อโรงเรียนแพทย์จึงมุ่งไปที่การผลิตแพทย์เพื่อให้ทันกับความต้องการในประเทศ การออกตัวของคณะแพทยศาสตร์ มศว ซึ่งขยับตัวเชิงรุกไปถึงขั้นการยื่นเสนอหลักสูตรเข้าสู่ที่ประชุมของแพทยสภาเพื่อขอการอนุมัติในครั้งนี้จึงก่อให้เกิดเสียงวิพากษ์วิจารณ์อย่างมากจากสังคม แม้จะมีข้อมูล



สนับสนุนว่าปัจจุบันกำลังการผลิตแพทย์ของประเทศไทยเพิ่มขึ้นอย่างมาก จนอยู่ที่ระดับ 2,282 คนต่อปี และจะเริ่มมีจำนวนแพทย์มากเกินความต้องการที่กระทรวงสาธารณสุขคาดไว้ในปี 2555 โดยเมื่อคำนวณจากฐานความต้องการที่จำนวนแพทย์ต่อประชากรที่ 1:1,800 คน พบว่าในปี 2555 ประเทศไทยต้องการแพทย์ 40,878 คน แต่ด้วยกำลังการผลิตในปัจจุบันจะทำให้ในปีนั้นมีแพทย์ในประเทศ 42,141 คน มากกว่าความต้องการถึง 1,263 คน และจะเพิ่มเป็น 3,403 คน ในปี 2556 แต่ก็ยังมีคำถามตามมาว่าแพทย์ที่ผลิตได้ในแต่ละปีจะเดินทางเข้าสู่ระบบบริการสาธารณสุขของภาครัฐเป็นจำนวนเท่าใด เมื่อการเติบโตของคลินิกผิวหนัง สถาบันเสริมความงาม และโรงพยาบาลเอกชน เป็นเครื่องดึงดูดความสนใจของแพทย์ออกจากระบบบริการสาธารณสุขอย่างมีนัยสำคัญ อีกทั้งทิศทางการมุ่งศึกษาต่อของบัณฑิตแพทย์เพื่อเป็นแพทย์ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทาง ทำให้แพทย์ที่มีจำนวนมากในระบบบริการสุขภาพอาจยังไม่ใช่ว่าคุณลักษณะของแพทย์ที่สอดคล้องกับความต้องการกำลังคนของระบบบริการสาธารณสุขของประเทศเสียทีเดียว



เมื่อพิจารณาจากเสียงของผู้ที่ไม่เห็นด้วยกับการขับเคลื่อนของโรงเรียนแพทย์ มศว เพื่อเดินหน้าการผลิตบัณฑิตแพทย์ในหลักสูตรนานาชาติ จะเห็นว่าไม่ได้เป็นการคัดค้านในเรื่องบทบาทหน้าที่ของโรงเรียนแพทย์ในการเปิดหลักสูตรแพทยศาสตรศึกษานานาชาติ หากแต่เป็นการแสดงความเห็นที่ยังไม่ถึงเวลาที่เหมาะสมของโรงเรียนแพทย์ไทยในการก้าวเดินสู่เส้นทางนั้นมากกว่า เหตุผลของโรงเรียนแพทย์ไม่ว่าจะเป็นการเตรียมรับมือกับกระแสโลกาภิวัตน์ที่กำลังก้าวเข้าสู่โลกของการศึกษา การเปิดตลาดการค้าเสรีที่กระทบกับทุกวิชาชีพรวมทั้งแพทย์ การสร้างศักยภาพแพทย์ไทยให้มีความสามารถแข่งขันได้ในเวทีสากล การยกระดับโรงเรียนแพทย์สู่ความเป็นเลิศ ล้วนเป็นเหตุผลที่สังคมยอมรับ เพียงแต่เห็นว่าในขณะที่ความต้องการแพทย์เพื่อการรักษาคนไข้ในระบบบริการสาธารณสุขยังมีอยู่สูงมาก โรงเรียนแพทย์ควรเร่งทำหน้าที่ตอบสนองสังคมในด้านนี้ให้สมบูรณ์ก่อน ดังที่ นพ.มงคล ณ สงขลา ประธานคณะกรรมการกำลังคนด้านสุขภาพแห่งชาติ ได้กล่าวไว้ว่า

“การเปิดหลักสูตรแพทยศาสตรนานาชาติไม่ใช่เรื่องเร่งด่วน ดังนั้นการจะเริ่มลงมือปฏิบัติควรจะรอให้การแก้ปัญหาวิกฤติ

การขาดแคลนบุคลากรทางการแพทย์ทุเลาลงจนสามารถคลี่คลายได้ในระดับหนึ่งก่อน”

เสียงคัดค้านจากสังคมที่ยังไม่ต้องการเห็นโรงเรียนแพทย์มุ่งหน้าสู่หลักสูตรแพทยศาสตรนานาชาติ ที่ตั้งคณะกรรมการกำลังคนด้านสุขภาพแห่งชาติต้องเปิดเวทีสาธารณะเพื่อรับฟังความเห็นของทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้อง ค่อยๆ เจียบเสียงลงไป เมื่อที่ประชุมใหญ่แพทยสภาเลื่อนการประชุมเพื่อพิจารณาหลักสูตรของคณะแพทยศาสตร์ มศว ออกไป ทำให้ไม่สามารถเปิดทำการเรียนการสอนได้ทันในปีการศึกษา 2553 ตามที่ตั้งเป้าไว้

วิวาทะเรื่องหลักสูตรแพทยศาสตรศึกษานานาชาติในครั้งนี้ แสดงให้เห็นอย่างชัดเจนว่าทุกองค์การที่เกี่ยวข้องกับการบริหารจัดการกำลังคนในระบบบริการสาธารณสุขของประเทศล้วนมีความเกี่ยวเนื่องสัมพันธ์กัน ไม่ว่าจะเป็นแหล่งผลิตกำลังคน ผู้ใช้กำลังคนหรือสถานพยาบาล ผู้ใช้ระบบบริการสาธารณสุข มาตรการต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับกำลังคนในระบบบริการสาธารณสุข ตั้งแต่การผลิต การกระจาย การรักษาคนไข้ในระบบ ล้วนต้องดำเนินไปอย่างมีความสัมพันธ์และมองปลายทางที่ภาพใหญ่ของระบบบริการสาธารณสุข



รพ.สต. ขยายการเข้าถึงบริการ เพิ่มความต้องการกำลังคนด้านสุขภาพ

ปี 2552 กระทรวงสาธารณสุขประกาศนโยบายยกระดับสถานีอนามัยให้เป็นโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) เพื่อให้ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการสุขภาพและบุคลากรทางการแพทย์ได้อย่างทั่วถึงมากขึ้นโดยไม่ต้องเดินทางมารอรับการรักษาพยาบาลที่โรงพยาบาลอำเภอหรือโรงพยาบาลประจำจังหวัด นโยบายนี้ส่งผลกระทบต่อการบริหารจัดการกำลังคนด้านสุขภาพโดยรวมอย่างชัดเจนเพราะมีความต้องการกำลังคนด้านสุขภาพเพิ่มขึ้นอย่างมาก เพื่อให้บริการได้เท่าทันกับศักยภาพของ รพ.สต. ที่จะมีการติดตั้งเทคโนโลยีและอุปกรณ์ทางการแพทย์เพิ่มขึ้นให้กับ รพ.สต. ทุกแห่ง

กระทรวงสาธารณสุขได้แบ่งขนาดของ รพ.สต. ออกเป็น 3 ขนาด ตามจำนวนประชากรที่รับผิดชอบ ได้แก่ ขนาดเล็ก ดูแลประชากรไม่เกิน 3,000 คน กำหนดให้มีเจ้าหน้าที่ 5 คน, ขนาดกลางดูแลประชากรไม่เกิน 6,000 คน กำหนดให้มีเจ้าหน้าที่ 7 คน และขนาดใหญ่ดูแลประชากรมากกว่า

6,000 คน มีเจ้าหน้าที่ 9-10 คน โดยทุกแห่งต้องมีพยาบาลวิชาชีพประจำอย่างน้อย 1 คน รายละเอียดกำลังคนที่ต้องการดังแสดงในตาราง



ตารางที่ 3.2 เกณฑ์กำลังคนตามนโยบาย รพ.สต.

ประเภท	เกณฑ์กำลังคน รพ.สต.			GIS (pop ratio)
	เล็ก	กลาง	ใหญ่	
แพทย์/ กายภาพ/ จพง. เภสัช			1	แพทย์: 10,000 กายภาพ: 20,000
พยาบาล	1	1	2	1: 2,500
สาธารณสุข + หัวหน้า	2	3	4	3: 5,000
จพง.ทันตสาธารณสุข	1	1	1	1: 10,000
เจ้าหน้าที่ธุรการ	1	1	1	
รวม	5	6	9	

[ที่มา : สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักปลัดกระทรวงสาธารณสุข]



ในขณะที่สถานการณ์กำลังคนด้านสุขภาพที่มีอยู่จริงในสถานอนามัยหรือ รพ.สต. ยังถือว่าอยู่ในระดับขาดแคลน และห่างไกลจากกฎเกณฑ์ของ รพ.สต. มากนัก บุคลากรหลักที่ให้บริการที่สถานอนามัยประกอบด้วย นักวิชาการสาธารณสุข พยาบาล เจ้าหน้าที่งานสาธารณสุขชุมชน เจ้าหน้าที่งาน ทันตสาธารณสุข นอกจากนี้ยังมีกำลังคนอื่นๆ ได้แก่ แพทย์ เภสัชกร นักกายภาพบำบัด และ

แพทย์แผนไทย เป็นต้น เมื่อนับรวมบุคลากรทั้งหมดแล้ว มีบุคลากรในระบบบริการปฐมภูมิรวมทั้งสิ้น 37,152 คน โดยเฉลี่ยสถานอนามัยหนึ่งแห่งมีกำลังคน 3.8 คน เมื่อวิเคราะห์รายภาคเพื่อดูการกระจายและการเคลื่อนไหวของกำลังคนเทียบกับสัดส่วนประชากร พบว่ามีสัดส่วนบุคลากรต่อประชากรใกล้เคียงกันทุกภาค

ตารางที่ 3.3 จำนวนกำลังคนด้านสุขภาพของสถานอนามัย (หรือ รพ.สต.) รายภาค ปี 2554

ภาค (ไม่นับรวม กทม)	จำนวน รพ.สต.	สาธารณสุข *	พยาบาล	จพง.ทันตฯ	อื่น ๆ	รวม (เฉลี่ยต่อแห่ง)	ประชากรต่อกำลังคน
รวม	9,750	22,513	10,280	1,882	1,299	37,152 (3.8)	1,266
กลาง	2,554	5,692	2,485	519	686	9,392 (3.7)	1,299
ตะวันออกเฉียงเหนือ	3,468	8,220	4,033	803	1014	14,070 (4.1)	1,295
เหนือ	2,222	4,874	2,333	359	457	8,023 (3.6)	1,217
ใต้	1,506	3,727	1,429	191	320	5,667 (3.8)	1,208

[ที่มา : สำนักประสานการพัฒนาโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล, 2554]
* นักวิชาการสาธารณสุข และเจ้าหน้าที่งานสาธารณสุขชุมชน

จะเห็นได้ว่าเกณฑ์จำนวนบุคลากรที่กระทรวงสาธารณสุขคาดหวังจะให้ มีใน รพ.สต. นั้น เมื่อเทียบกับสถานการณ์กำลังคนจริงในปัจจุบันแล้ว เป็นการยากที่จะทำให้มีบุคลากรได้ตามเกณฑ์จริง กระทรวงสาธารณสุขจึงเปิดช่องให้สถานอนามัยเล็กๆ สามารถรวมกลุ่มกันเป็นเครือข่าย 2-3 แห่ง โดยเครือข่ายหนึ่งต้องมีบุคลากรไม่น้อยกว่า 7 คน เพื่อให้สถานอนามัยทุกแห่งสามารถ

ยกระดับเป็น รพ.สต. ได้ภายในปี 2553 อย่างไรก็ตามการที่ รพ.สต. มักจะตั้งอยู่ในพื้นที่ห่างไกล ทำให้การหากำลังคนลงไปอยู่ได้ครบเต็มจำนวนตามที่กระทรวงสาธารณสุขตั้งเป้าไว้จำเป็นต้องมีการสร้างแรงจูงใจให้เพิ่มมากขึ้น ซึ่งหลายพื้นที่ในภาคอีสานได้มีการปรับยุทธศาสตร์และสร้างแรงจูงใจเพื่อดึงคนลงสู่ รพ.สต. เช่น การให้ทุนอบรมเวชปฏิบัติสำหรับพยาบาลที่ประสงค์

ตารางที่ 3.4 การกระจายตามรายภูมิภาค
ของบุคลากรประจำสถานอนามัยระหว่างปี 2543-2553

ภาค	2543	2544	2545	2546	2549	2552	2553
กลาง ไม่รวม กทม.	8,769	8,150	8,027	7,604	8,502	8,230	9,392
เหนือ	7,068	6,558	6,456	6,043	6,823	6,947	8,023
ใต้	5,146	4,843	4,761	4,463	4,837	4,888	5,667
ตะวันออกเฉียงเหนือ	10,248	9,693	9,591	9,015	10,279	11,278	14,070
รวม	31,231	29,244	28,835	27,125	30,441	30,600	37,152

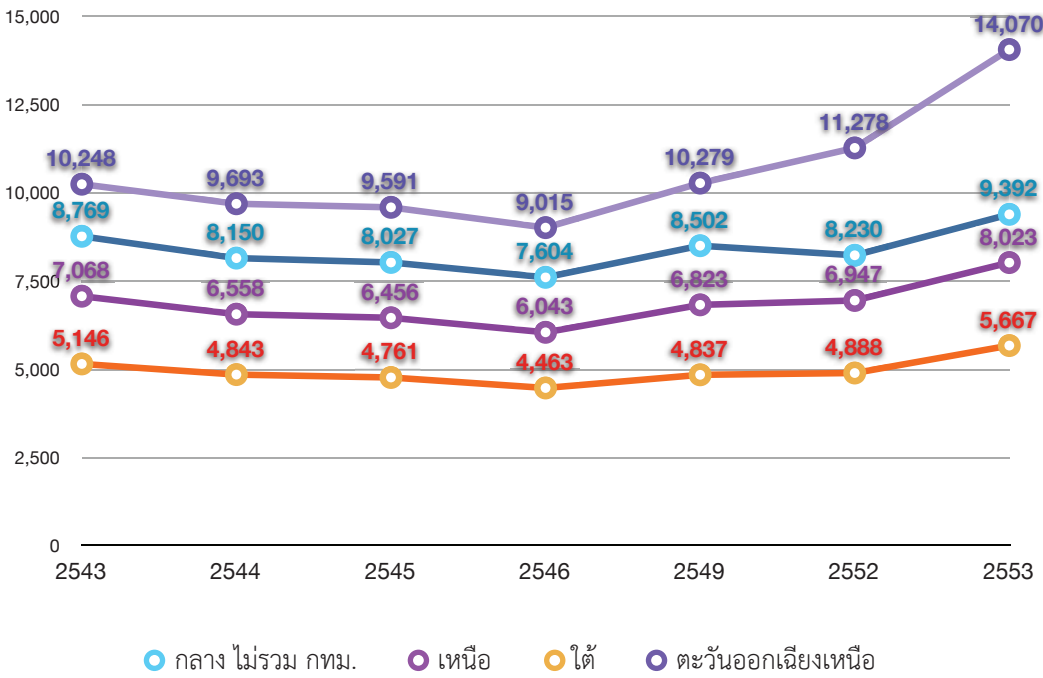
[ที่มา: สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข 2553]

จะไปประจำที่ รพ.สต. หรือการที่โรงพยาบาลชุมชนที่เป็นสถานบริการคู่สัญญา พยายามสร้างและพัฒนากำลังคนระดับผู้ช่วยเพื่อให้ไปประจำที่ รพ.สต. ใน เครือข่าย CUP ตนเอง เป็นต้น โดยส่วนใหญ่พบว่าเป็นความพยายามระดับเขต หรือระดับจังหวัด

ในขณะที่กระทรวงสาธารณสุขก็พยายามหามาตรการและแนวทางเพื่อเติมกำลังคนให้กับ รพ.สต. ได้ตามที่คาดการณ์ความต้องการเช่นกัน ดังที่ นพ.ศุภกิจ ศิริลักษณ์ ผู้อำนวยการสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข ได้นำเสนอให้กับคณะกรรมการกำลังคนด้านสุขภาพแห่งชาติ ในการประชุมเมื่อวันที่ 22 พฤศจิกายน 2553 ดังนี้

- 1.การปรับย้ายกำลังคน
- 2.การสรรหาบุคลากรใหม่ อาจเป็นตำแหน่งข้าราชการ หรือระบบการจ้างงานใหม่ ที่ต้องมีการออกระเบียบใหม่ กำหนดสิทธิประโยชน์ใหม่ และมีการเซ็นสัญญาจ้าง
- 3.การเพิ่มศักยภาพของบุคลากร เช่น การอบรม การศึกษาต่อ หรือการผลิตเพิ่ม
- 4.การผลิตเพิ่ม โดยจัดทำเป็นแผนระยะกลาง
- 5.การยกระดับ อสม. และการพัฒนาลูกจ้างชั่วคราวในปัจจุบันให้มีศักยภาพเพิ่มขึ้น
- นโยบาย รพ.สต. และการบริการจัดการกำลังคนของ รพ.สต. ได้ทำให้เกิด

แผนภูมิที่ 3.1 การกระจายตามรายภูมิภาค
ของบุคลากรประจำสถานอนามัยระหว่างปี 2543-2553



การเคลื่อนไหวของกำลังคนประจำสถานอนามัยโดยพบว่าในระหว่างปี 2551-2553 มีบุคลากรในสถานบริการปฐมภูมิเพิ่มขึ้นในทุกภาค

สำนักงานวิจัยและพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพได้ทำการคาดการณ์ความต้องการกำลังคนด้านสุขภาพในระดับปฐมภูมิในอีก 10 ปี หลังการประกาศใช้นโยบาย รพ.สต. โดยใช้ 2 วิธี คือการใช้สัดส่วนกำลังคนด้านสุขภาพต่อประชากร ที่กำหนดโดยกระทรวงสาธารณสุข ในสัดส่วนดังนี้ แพทย์ 1 คนดูแลประชากร 10,000 คน, พยาบาล 1 คนดูแลประชากร 2,500 คน, บุคลากรสาธารณสุข 3 คนดูแลประชากร 5,000 คน, นักฟื้นฟูสมรรถภาพ 1 คน ดูแลประชากร 20,000 คน

และเจ้าพนักงานทันตสาธารณสุข 1 คน ดูแลประชากร 10,000 คน และนอกจากนั้น ยังได้มีการวิเคราะห์ความต้องการกำลังคนจากความต้องการสุขภาพ โดยพบว่า ความต้องการกำลังคนในปี 2562 เมื่อเทียบกับกำลังคนที่มีอยู่พบว่าในอนาคตต้องการแพทย์จำนวน 6,584 คน, พยาบาลเพิ่มมากถึง 20,100 คน, นักฟื้นฟูสมรรถภาพจำนวน 3,292 คน และ บุคลากรด้านสาธารณสุขต้องการเพิ่ม 16, 873 คน และทันตบุคลากรมีความต้องการจำนวนประมาณ 5,413 คน ในขณะที่เมื่อเทียบกับความต้องการกำลังคนจากวิธีวิเคราะห์ความต้องการสุขภาพต้องการกำลังคนน้อยกว่า ดังตารางที่ 3.5



ตารางที่ 3.5 ความต้องการกำลังคนด้านสุขภาพในสถานบริการปฐมภูมิ (รพ.สต.) ใน ปี 2562 เมื่อเทียบกับกำลังคนที่มีในปี 2553

ประเภทบุคลากร	กำลังคนในปี (2553)	ความต้องการกำลังคน ปี 2562		กำลังคนที่ขาด/ เกิน เมื่อเทียบกับ	
		(1) สัดส่วนประชากร	(2) ความต้องการสุขภาพ	(1) สัดส่วนประชากร	(2) ความต้องการสุขภาพ
แพทย์	63	6,584	1,658	-6,521	-1,595
พยาบาล	10,280	26,338	21,249	-16,058	-10,969
สาธารณสุข	22,513	39,498	30,566	-16,985	-8,053
จพ.ทันตสาธารณสุข	1,882	6,583	1,591	-4,701	291
นักฟื้นฟูสมรรถภาพ	13	3,292	2,484	-3,279	-2,471
แพทย์แผนไทย	1,178		2,532		-1,354

[ที่มา : สำนักงานวิจัยและพัฒนาากำลังคนด้านสุขภาพ ปี 2553]



การจะได้กำลังคนตามที่คาดการณ์ จำเป็นจะต้องมีการเพิ่มการผลิต ทั้งนี้พบว่าการผลิตบุคลากรเข้าสู่สถานบริการระดับปฐมภูมิในปัจจุบันเป็นไปอย่างจำกัด โดยในกลุ่มเจ้าพนักงานสาธารณสุขชุมชน และเจ้าพนักงานทันตสาธารณสุข ผลิตโดยวิทยาลัยการสาธารณสุข สังกัดกระทรวงสาธารณสุข ปีละประมาณ 600 คน และ 285 คน ตามลำดับ ส่วนนักวิชาการสาธารณสุขนั้นผลิตโดยมหาวิทยาลัยรัฐและเอกชน จำนวน 44 แห่งโดยมีจำนวนการผลิตเพิ่มมากขึ้น

ทุกปี โดยในปี 2552 รับนักศึกษาหลักสูตรสาธารณสุขบัณฑิตเข้าศึกษาจำนวน 6,301 คน สำหรับพยาบาลวิชาชีพนั้นสถาบันการผลิตทั้งกระทรวงศึกษาธิการและกระทรวงสาธารณสุขสามารถผลิตได้ปีละประมาณ 6,000 คน



ร่าง W.S.U. คุ้มครองผู้ป่วย เมื่อกฎหมาย เพื่อความสมานฉันท์ กลายเป็นประเด็นความขัดแย้ง



ปี 2553 เป็นปีที่ความสัมพันธ์ระหว่างกำลังคนด้านสุขภาพและผู้ป่วยเดินทางมาถึงจุดที่อาจจะเรียกได้ว่าต่ำที่สุด โดยมีร่างพระราชบัญญัติคุ้มครองผู้เสียหายจากบริการสาธารณสุขเป็นตัวกลาง เราได้เห็นทั้งการรวมตัวแต่งตั้งชุดคำขอของบุคลากรด้านสุขภาพโดยเฉพาะแพทย์เพื่อประท้วงร่างกฎหมายฉบับที่ร่างโดยภาคประชาชนและเราเห็นการโกนหัวประท้วงของตัวแทนผู้เสียหาย อีกทั้งการปะทะคารมกันหลายครั้งหลายคราผ่านทางสื่อมวลชน ร่างกฎหมายที่จุดประสงค์แรกเริ่มในการร่างต้องการฟื้นฟูและสร้างสมานฉันท์ระหว่างกำลังคนด้านสุขภาพกับผู้รับบริการ กลายเป็นสิ่งที่เข้ามาตอกลิ้มความร้ายแรงให้แตกแยกจนยากที่จะประสาน

ร่าง พ.ร.บ.คุ้มครองผู้เสียหายจากบริการสาธารณสุข หรือที่บุคลากรด้านสุขภาพอยากจะเรียกว่าร่าง พ.ร.บ.คุ้มครองผู้รับบริการสาธารณสุข เพื่อหลีกเลี่ยงการใช้คำว่าผู้เสียหายซึ่งอาจนำไปสู่การตามหาบุคคลที่ทำให้เกิดความเสียหาย เกิดขึ้นบนแนวคิดที่ยอมรับร่วมกันว่าการให้บริการสาธารณสุขเป็นงานบริการที่เต็มไปด้วยความเสี่ยงเพราะมีปัจจัยมากมายที่จะทำให้ผลของการรักษาอาจไม่เป็น

ดังที่คาดหวัง อันจะทำให้เกิดความเสียหายทางร่างกายและจิตใจกับผู้ที่เข้ารับบริการ จึงควรมีระบบที่จะให้การคุ้มครองความเสี่ยงและเยียวยาผู้ป่วยและครอบครัวในกรณีที่มีความเสียหายเกิดขึ้น โดยที่ไม่ต้องมีการถามหาตัวผู้กระทำผิด อันจะเป็นการปกป้องบุคลากรทางสาธารณสุขที่เกี่ยวข้องกับการให้การรักษานำไปสู่ความเสียหายในครั้งนั้นๆ ด้วย แนวคิดนี้ปัจจุบันมีใช้อยู่แล้วตามมาตราที่ 41 แห่ง

พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 แต่จะคุ้มครองครอบคลุมเฉพาะผู้ป่วยตามสิทธิหลักประกันสุขภาพเท่านั้น ทำให้ผู้ป่วยที่ใช้สิทธิตามกองทุนสวัสดิการข้าราชการ กองทุนประกันสังคม และผู้ป่วยจ่ายตรงไม่ได้รับการคุ้มครอง กลุ่มผู้สนับสนุนร่างกฎหมายฉบับนี้จึงมองว่าร่างกฎหมายเป็นการสร้างความเป็นธรรมให้กับสังคมเพื่อให้ทุกคนได้รับการคุ้มครองความเสี่ยงอย่างทั่วถึงกัน เพราะจะมีการตั้งกองทุนขึ้นมาเป็นการเฉพาะอีกทั้งจะเป็นกฎหมายที่เป็นการสร้างหลักประกันให้กับผู้เสียหายว่าความเสียหายจะได้รับการคุ้มครองและเยียวยา อันจะลดการฟ้องร้อง ซึ่งเป็นทางออกที่ผู้เสียหายหลายคนเลือกใช้เมื่อมองเห็นว่าไม่มีหลักประกันอื่นใดที่จะเยียวยา หรือให้ความเป็นธรรมกับตนเอง

อย่างไรก็ดีรายละเอียดเรื่องกระบวนการพิจารณาประเภทของความเสียหายที่จะได้รับการคุ้มครอง รายละเอียดเรื่องการตั้งและการบริหารกองทุนคุ้มครองผู้เสียหาย รวมถึงการไม่ตัดสิทธิที่ผู้เสียหายจะนำความขึ้นฟ้องศาลทั้งในคดีแพ่งและคดีอาญา ทำให้ร่างกฎหมายฉบับนี้ได้รับการคัดค้านจากแพทย์ตลอดเวลานับจากร่างกฎหมายฉบับนี้กลายเป็นประเด็นทางสังคม ในช่วงต้นปี 2553 มีการพยายามหาทางประนีประนอมด้วยการร่างกฎหมายขึ้นมาอีกหลายฉบับ จนปัจจุบันพบว่าร่างกฎหมายที่มีถึง 7 ฉบับ ทั้งของแพทยสภา ของภาคประชาชน ของนักการเมือง ของหน่วยงานในกระทรวงสาธารณสุข แต่ละร่างมีรายละเอียดที่แตกต่างกัน

ความเห็นต่างระหว่างบุคลากรด้านสุขภาพโดยเฉพาะแพทย์ กับภาคประชาชน โดยเฉพาะองค์กรผู้บริโภคและเครือข่ายผู้เสียหายจากบริการสาธารณสุข ที่มีต่อร่างกฎหมายฉบับนี้ทวีความรุนแรงกลายเป็นประเด็นความขัดแย้งที่บานปลาย นอกเหนือจากการแต่งตั้งของแพทย์แล้ว ทั้งสองฝ่ายต่างมีการเวทีโจมตีกันอย่างเผ็ดร้อน ทั้งในโลกแห่งความเป็นจริงและโลกเสมือนจริงของสังคมไซเบอร์ เอกสารเผยแพร่ของทั้ง 2 ฝ่ายถูกผลิตขึ้นอย่างมากมาย และเป็นช่วงเวลาที่สังคมได้เห็นแพทย์และสถานบริการตกเป็นจำเลยบ่อยครั้งมากที่สุด จนวันที่ 14 ตุลาคม 2553 คณะกรรมการประสานงานพรรคร่วมรัฐบาล (วิปรัฐบาล) มีมติให้ชะลอการพิจารณาร่างกฎหมายฉบับนี้ออกไปด้วยเกรงว่าจะทำให้เกิดความขัดแย้งที่รุนแรงมากยิ่งขึ้น การวิวาทะและการเคลื่อนไหวของทั้งฝ่ายจึงเงียบเสียงลงพร้อมด้วยการโกนศีรษะประท้วงของปรีณันท์ ล้อเสริมพัฒนา ประธานเครือข่ายผู้เสียหายจากบริการสาธารณสุข

แน่นอนว่าการยุติการเคลื่อนไหวของทุกฝ่ายในขณะนี้มิได้เป็นการยุติความขัดแย้ง หากแต่เป็นเพียงการพักรบเพื่อรอจังหวะเวลาที่เรื่องนี้จะปะทุขึ้นมาในสังคมอีกครั้ง



ศูนย์กลาง สุขภาพนานาชาติ ทะยานอยากบนความขาดแคลน



หนึ่งในท้านโยบายด้านสุขภาพของรัฐบาลอภิสิทธิ์ เวชชาชีวะ คือการผลักดันให้ประเทศเป็นศูนย์กลางสุขภาพนานาชาติ มีรายละเอียดประกอบไปด้วย 4 รูปแบบหลักคือ 1. บริการรักษาพยาบาล 2. บริการส่งเสริมสุขภาพ 3. บริการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก และ 4. ผลิตภัณฑ์สมุนไพรไทยและผลิตภัณฑ์สุขภาพ เฉพาะในส่วนของการรักษาพยาบาลตั้งเป้าว่าจะสามารถสร้างรายได้เข้าประเทศไม่ต่ำกว่าปีละ 50,000 ล้านบาท ทั้งนี้ในปัจจุบันประเทศไทยมีชื่อเสียงในฐานะศูนย์กลางสุขภาพนานาชาติอันดับต้นๆ ของเอเชีย มีผู้ป่วยชาวต่างชาติมารับบริการรักษาพยาบาลไม่ต่ำกว่าปีละ 1 ล้านคนและเพิ่มมากขึ้นทุกปี ซึ่งมีส่วนสร้างรายได้และสร้างชื่อเสียงให้ประเทศอยู่แล้ว

การเปิดตัวและผลักดันนโยบายการเป็นศูนย์กลางสุขภาพนานาชาติ ได้ก่อให้เกิดวิวาทะในสังคมไทยอย่างกว้างขวาง เพราะเป็นนโยบายที่เกิดขึ้นในขณะที่ประเทศยังมีปัญหาเรื่องการขาดแคลนบุคลากรด้านสุขภาพทั้งจำนวนคนในภาพรวม และการกระจายตัวอย่างไม่เป็นธรรม ทำให้บางพื้นที่มีกำลังคนด้านสุขภาพมากเกินขณะที่บาง

พื้นที่ขาดแคลนจนถึงขั้นวิกฤติ การผลักดันประเทศเข้าสู่ศูนย์กลางสุขภาพนานาชาติ จึงทำให้เกิดความหวุ่นวิตกตามมาว่าจะก่อให้เกิดภาวะสมองไหลของแพทย์ใน 2 ระดับ คือการดึงแพทย์จากชนบทเข้าสู่เมืองโดยเฉพาะกรุงเทพฯ ซึ่งเป็นศูนย์รวมของโรงพยาบาลเอกชน และการดึงอาจารย์แพทย์ผู้เชี่ยวชาญออกจากโรงเรียนแพทย์ เพราะค่าตอบแทน



ที่โรงพยาบาลเอกชนเสนอให้กับแพทย์นั้น มากกว่าค่าตอบแทนในโรงพยาบาลรัฐบาล ประมาณ 5-10 เท่า ขณะที่ภาระงานเบากว่า ซึ่งจะทำให้ระบบหลักประกันสุขภาพที่รองรับ ประชากรมากกว่า 43 ล้านคนจะได้รับความ กระทบกระเทือน

อย่างไรก็ดี แม้ข้อมูลจากกองการ เจ้าหน้าที่ สำนักปลัดกระทรวงสาธารณสุข จะแสดงให้เห็นว่าในแต่ละปีมีจำนวนแพทย์ ที่ลาออกจากโรงพยาบาลชุมชนสูงขึ้นเรื่อยๆ โดยเฉพาะในปี 2550 มีแพทย์ลาออกถึง 529 คน แต่เมื่อพิจารณาถึงลงไปถึงรายละเอียด ของแพทย์ที่ลาออกแล้วพบว่ากว่าร้อยละ 80 เป็นแพทย์ที่อยู่ในช่วงระหว่างการใช้ทุน 3 ปี ซึ่งฝ่ายสนับสนุนการเป็นศูนย์กลางสุขภาพ นานาชาติอ้างว่าไม่ได้เป็นแพทย์ที่มีคุณสมบัติ ตามที่ศูนย์กลางสุขภาพนานาชาติต้องการ

ไม่เพียงแต่ระบบบริการในสังกัด กระทรวงสาธารณสุขเท่านั้น นโยบายศูนย์- กลางสุขภาพนานาชาติ ยังถูกมองว่าอาจจะ ก่อให้เกิดกระทบกับโรงเรียนแพทย์ซึ่งเป็นต้น ทางของสายพานการผลิตบุคลากรก็จะได้ รับความกระทบกระเทือนด้วย เพราะเป็น ที่รวมของอาจารย์แพทย์ผู้เชี่ยวชาญ ซึ่ง

เป็นบุคลากรทางการแพทย์ในกลุ่มที่ตรง กับความต้องการของการเป็นศูนย์กลาง สุขภาพนานาชาติ นพ.ธนาธิป ศุภประดิษฐ์ ผู้ช่วยเลขาธิการแพทยสภา และมีอดีตเป็น ผู้บริหารโรงพยาบาลเอกชนชั้นนำแห่งหนึ่ง ที่มีชื่อเสียงในระดับนานาชาติ ยอมรับว่ามี โรงพยาบาลเอกชนชั้นนำที่มีศักยภาพรองรับ ผู้ป่วยต่างชาติแห่งหนึ่ง ดึงอาจารย์แพทย์มา จากโรงเรียนแพทย์ 40 คน ในเวลา 5 ปีที่ ผ่านมา แต่ นพ.ธนาธิป ก็มองว่า สัดส่วนโดย รวมของอาจารย์แพทย์ที่ออกมาสู่ภาคเอกชน โดยรวมไม่น่าจะถึงร้อยละ 10 ของอาจารย์ แพทย์ทั้งหมด

ข้อมูลและความรู้สึกของ นพ.ธนาธิป สวนทางกับข้อมูลและความรู้สึกของโรงเรียน แพทย์ รศ.นพ.อดิสร ภัทราดุลย์ ผู้อำนวยการ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เคยเขียนบทความ ลงหนังสือพิมพ์เมื่อหลายปีก่อน ในครั้งที่ยัง ดำรงตำแหน่งรองคณบดีคณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ว่าแต่ละปีโรงเรียน แพทย์สูญเสียอาจารย์แพทย์ให้กับโรงพยาบาล เอกชนที่ทุ่ม “ซื้อตัว” ไปประมาณปีละ 40-50 คน



ในขณะที่หลายส่วนทุ่มความวิตก กังวลไปที่ภาวะสมองไหลภายในประเทศ โรงพยาบาลเอกชนกลับมองว่าการยกระดับ ตนเองสู่การเป็น medical hub จะก่อให้เกิด กระแส reversing brain drain คือการดึง แพทย์ที่เคยไหลออกไปทำงานต่างประเทศ โดยเฉพาะในสหรัฐอเมริกา ให้กลับเข้ามา ทำงานในประเทศไทย เพราะมีงานและความ ก้าวหน้าเทคโนโลยีทางการแพทย์ที่เหมาะสม กับความรู้ ความสามารถและประสบการณ์ ของแพทย์กลุ่มนี้แล้ว นพ.ธนาธิป อ้างว่า ปัจจุบันผู้เชี่ยวชาญส่วนใหญ่ในโรงพยาบาล เอกชนเป็นแพทย์ไทยที่เคยทำงานอยู่ในต่าง ประเทศ โดยยกตัวเลขว่าในรอบ 10 ปีที่ผ่าน มาโรงพยาบาลเอกชนชั้นนำของประเทศดึง แพทย์ผู้เชี่ยวชาญกลับมาจากต่างประเทศ รวมกันแล้วมากถึงกว่า 400 คน

คำถามที่ตามมาคือ reversing brain drain เกิดขึ้นและจะมีความยั่งยืนได้จริงหรือ และจำนวนแพทย์ไทยที่ทำงานในต่างประเทศ (และประสงค์จะกลับมา) จะเพียงพอกับความ ต้องการของโรงพยาบาลเอกชนที่กำลังก้าวขึ้น สู่การเป็นศูนย์กลางสุขภาพนานาชาติหรือไม่ ทั้งนี้ในปี 2553 มีโรงพยาบาลเอกชนที่ผ่าน

การรับรองคุณภาพและมาตรฐานระดับสากล จาก Joint Commission International (JCI) ซึ่งเป็นองค์กรระหว่างประเทศทำหน้าที่ ให้การรับรองคุณภาพโรงพยาบาลระดับสากล แล้วมากถึง 13 แห่ง และอีก 15 แห่ง (รวม ศูนย์ความเป็นเลิศของโรงเรียนแพทย์ 2 แห่ง คือ รามาธิบดีและศิริราชพยาบาล) อยู่ระหว่าง การขอรับการรับรอง

การถกเถียงเรื่องความเหมาะสมของ การก้าวสู่การเป็นศูนย์กลางสุขภาพนานาชาติ ของประเทศไทยตามนโยบายรัฐบาล ทวีความ รุนแรงจนได้รับการบรรจุเป็นหนึ่งในหัวข้อ ระดมความเห็นของงานสมัชชาสุขภาพแห่ง ชาติครั้งที่ 3 ซึ่งจัดขึ้นในเดือนธันวาคม 2553 และผลของการระดมความเห็นทำให้ได้มติ ที่สำคัญ ดังนี้

1. ให้กระทรวงสาธารณสุข กระทรวง ศึกษาธิการและหน่วยงานเกี่ยวข้อง รวมทั้ง ภาคเอกชน และภาคประชาชน สนับสนุน ข้อมูลแก่คณะกรรมการสนับสนุนการศึกษา และติดตามการเจรจาการค้าระหว่างประเทศ ที่มีผลกระทบต่อสุขภาพและนโยบายสุขภาพ เพื่อสนับสนุนการศึกษาในประเด็นผลกระทบ ทั้งด้านบวกและด้านลบจากการเป็นศูนย์กลาง



สุขภาพนานาชาติ และความเป็นไปได้ในการใช้มาตรการทางการคลังเพื่อป้องกันและลดผลกระทบด้านลบจากนโยบายการเป็นศูนย์กลางสุขภาพนานาชาติและแนวทางให้ภาคเอกชนที่ดำเนินการนโยบายนี้คืบหน้าให้กับสังคมโดยยึดหลักความเป็นธรรมต่อทุกภาคส่วน

2. คณะกรรมการส่งเสริมการลงทุนพิจารณาดำเนินการตามธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2552 ข้อ 51 โดยไม่พึงให้การสนับสนุนหรือสิทธิพิเศษทางภาษีและการลงทุนกับบริการสาธารณสุขที่มุ่งเน้นผลประโยชน์เชิงธุรกิจ

3. โรงพยาบาลรัฐ รวมถึงโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยต่างๆ ตระหนักถึงพันธกิจหลักในการศึกษา การวิจัย การบริการสุขภาพเพื่อประชาชนไทย โดยให้ส่งเสริมการเข้าร่วมเป็นศูนย์กลางสุขภาพนานาชาติด้านขีดความสามารถทางวิชาการทางการแพทย์ ทั้งนี้ ให้พึงระวังผลกระทบที่จะเกิดขึ้นกับระบบสาธารณสุขไทย และให้ทบทวนการเข้าร่วมเป็นศูนย์กลางสุขภาพนานาชาติในด้านบริการทางการแพทย์ โดยให้มีระบบการติดตามและประเมินผลกระทบที่จะเกิดกับ

ระบบสาธารณสุขไทยและให้สร้างหลักประกันการเข้าถึงการรักษาพยาบาลที่มีคุณภาพของประชาชนไทย

4. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุขเป็นหน่วยงานหลักร่วมกับกระทรวงสาธารณสุข โรงเรียนแพทย์ สำนักงานมายกรุงเทพมหานคร และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง สนับสนุนการจัดตั้งศูนย์ข้อมูลที่มีศักยภาพในการจัดการข้อมูลและให้ความรู้แก่ประชาชนไทย เกี่ยวกับคุณภาพการบริการรักษาพยาบาลและสาธารณสุข เพื่อป้องกันผลกระทบจากธุรกิจการแพทย์ และลดผลกระทบด้านลบจากการเป็นศูนย์กลางสุขภาพนานาชาติ

5. กระทรวงสาธารณสุข โดยกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ ซึ่งรับผิดชอบการพัฒนาแผนยุทธศาสตร์การพัฒนาประเทศไทยให้เป็นศูนย์กลางสุขภาพนานาชาติ ระยะที่ 2 ร่วมกับหน่วยงานต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง และคณะกรรมการเฉพาะกิจของนายกรัฐมนตรี เพื่อพัฒนาประเทศไทยเป็นศูนย์กลางสุขภาพนานาชาติด้านการรักษาพยาบาล ดำเนินนโยบายหรือยุทธศาสตร์การเป็นศูนย์กลางสุขภาพนานาชาติที่ไม่กระทบต่อการบริการสุขภาพสำหรับประชาชนไทย และต้องพัฒนา



กลไกการมีส่วนร่วมของภาคประชาชน ภาคเอกชนและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ในการกำหนดและพัฒนานโยบายดังกล่าว ทั้งนี้ นโยบายระดับชาติและแผนปฏิบัติการเพื่อลดผลกระทบในทางลบต่อการพัฒนาระบบบริการสุขภาพสำหรับคนไทย

6. ให้คณะกรรมการกำลังคนด้านสุขภาพแห่งชาติเป็นกลไกหลักร่วมกับกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงศึกษาธิการ และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง รวมถึงภาคเอกชนดำเนินการดังต่อไปนี้

6.1 ร่วมกับคณะกรรมการสนับสนุนการศึกษาและติดตามการเจรจาการค้าระหว่างประเทศที่มีผลกระทบต่อสุขภาพและนโยบายสุขภาพ จัดทำแผนการผลิตการจัดการและมาตรการธำรงรักษาบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขให้เหมาะสมเพื่อทดแทนการสูญเสียบุคลากรจากผลกระทบที่เกิดขึ้นจากนโยบายการเป็นศูนย์กลางสุขภาพนานาชาติ

6.2 สนับสนุนการพัฒนาระบบข้อมูลและอำนวยความสะดวกในการเข้าถึงข้อมูลที่เป็นจำเป็น เพื่อการกำกับติดตามการเคลื่อนย้ายบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข จาก

นโยบายการเป็นศูนย์กลางสุขภาพนานาชาติ

6.3 พัฒนาข้อเสนอแนะนโยบายที่ชัดเจนในการใช้ทรัพยากรร่วมกันอย่างมีประสิทธิภาพ เพื่อแก้ไขปัญหาการขาดแคลนบุคลากรในระบบบริการสุขภาพของประเทศอันเป็นผลมาจากนโยบายการเป็นศูนย์กลางสุขภาพนานาชาติ โดย กำหนดแนวทางให้มีความร่วมมือระหว่างภาครัฐและภาคเอกชนในการใช้ทรัพยากรร่วมกันในการผลิตบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขโดยเฉพาะสาขาที่ขาดแคลน และสนับสนุนให้เกิดกลไกการแลกเปลี่ยนความรู้ ประสบการณ์ ระหว่างภาครัฐและภาคเอกชนด้านการบริหารงานบุคคลและการดำเนินงานในโรงพยาบาล เพื่อให้มีการนำไปปรับระบบบริการให้เกิดประโยชน์สูงสุดต่อประชาชนไทย

โดยมติดังกล่าวถูกนำเสนอเข้าสู่ที่ประชุมคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ เพื่อนำเสนอคณะรัฐมนตรีให้ความเห็นชอบและมอบหมายหน่วยงานที่เกี่ยวข้องต่อไป



เหยื่อหลักสูตร พยาบาลเถื่อน ยอกน้ำแข็งของปัญหา

ความสัมพันธ์แหล่งผลิตกับสภาวิชาชีพ

ความต้องการพยาบาลที่เพิ่มมากขึ้น ทำให้การศึกษาวិชาการพยาบาลเป็นทางเลือกที่สำคัญ ในตลาดการศึกษาปัจจุบัน สถาบันการศึกษาหลายแห่งโดยเฉพาะภาคเอกชน ได้เปิดหลักสูตรพยาบาลศาสตร์เพื่อผลิตกำลังคนรองรับความต้องการของตลาด หลายแห่งเปิดทำการเรียนการสอนทั้งที่หลักสูตรยังไม่ได้รับการรับรองจากสภาการพยาบาล ทำให้บัณฑิตที่จบมาไม่สามารถเข้าสอบใบอนุญาตประกอบวิชาชีพจากสภาการพยาบาลได้

3 ก.พ. 2553 นักศึกษาชั้นปีที่ 1 คณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยนครราชสีมา กลุ่มหนึ่งเข้าแจ้งความเพื่อให้ดำเนินคดีกับอธิการบดีของวิทยาลัยในข้อหาฉ้อโกงประชาชน โดยระบุว่าวิทยาลัยเปิดรับนักศึกษาในปี 2552 โดยที่หลักสูตรไม่ผ่านการตรวจสอบมาตรฐานจากสภาการพยาบาล และวิทยาลัยได้ปิดบังข้อมูลที่สภาการพยาบาลแจ้งให้วิทยาลัยดรับนักศึกษาตั้งแต่ปี 2550-2552 เพื่อปรับปรุงและพัฒนาหลักสูตรให้ได้มาตรฐานก่อน นักศึกษากลุ่มนี้วิตกว่าเมื่อจบการศึกษาจะไม่สามารถเข้าสอบรับใบประกอบ

วิชาชีพได้เหมือนรุ่นพี่ๆ หลายคน ที่สำเร็จการศึกษาระดับวิชาการพยาบาลแต่ต้องทำงานในฐานะผู้ช่วยพยาบาล

หลายฝ่ายต้องเข้ามาแก้ปัญหาเฉพาะหน้าด้วยการหาที่เรียนให้นักศึกษาศึกษาใหม่ โดยทำการย้ายโอนหน่วยกิตไปยังคณะพยาบาลศาสตร์ของสถาบันการศึกษาที่ได้รับการรับรองหลักสูตรแล้ว ซึ่งก็เป็นเรื่องที่ไม่สามารถจัดการได้ง่าย เพราะหลักสูตรพยาบาลจะมีเงื่อนไขของอัตราส่วนอาจารย์ต่อนักเรียนเป็นตัวควบคุมคุณภาพ อีกทั้งยังมีปัญหาที่หาข้อสรุปไม่ได้กรณีค่าเล่าเรียนที่นักศึกษา



จ่ายไปก่อนหน้านี้แล้ว นอกจากนี้ยังมีคำถามถึงอนาคตของบัณฑิตพยาบาล 2 รุ่นที่จบการศึกษาจากสถาบันแห่งนี้ไปแล้วแต่ไม่สามารถเข้าสอบใบประกอบวิชาชีพได้ ล่าสุดเดือนกรกฎาคม 2553 มีการเคลื่อนไหวจากฝ่ายผู้บริหารวิทยาลัยที่ได้ทำเรื่องฟ้องศาลปกครองกลาง ขอให้มีการสั่งคุ้มครองชั่วคราวช่วยเหลือบัณฑิตเพื่อสามารถเข้าสอบใบประกอบวิชาชีพได้ ซึ่งศาลปกครองมีคำสั่งไม่รับคำร้องไปแล้ว ทำให้ปัจจุบันยังคงมีนักศึกษาที่ได้รับผลกระทบจากการเรียนหลักสูตรพยาบาลของวิทยาลัยนครราชสีมาอยู่

ข่าวคราวการเคลื่อนไหวของนักศึกษาวิชาการพยาบาลในครั้งนี้ ทำให้สังคมเกิดความตระหนักถึงการใช้ความต้องการของตลาดกำลังคนด้านสุขภาพเป็นเครื่องมือในการสร้างความเติบโตให้กับธุรกิจการศึกษาไม่เพียงแต่วิชาชีพพยาบาล ตลาดงานที่กว้างขวางทำให้เกือบทุกวิชาชีพที่เกี่ยวข้องกับงานบริการสุขภาพและการแพทย์เป็นสาขาที่สถาบันการศึกษาจำนวนมากให้ความสนใจ

เห็นได้จากการเปิดหลักสูตรมากมาย โดยหลายสาขาวิชาชีพ เช่น พยาบาลศาสตร์ กลายเป็นหลักสูตรที่สถาบันการศึกษาสามารถเรียกเก็บค่าเล่าเรียนได้สูงถึงปีละประมาณ 1 ล้านบาท ซึ่งผู้เรียนเองก็เต็มใจจ่าย นอกจากนี้การเรียนในสาขาที่มีความขาดแคลนกำลังคน เช่นนี้ยังได้รับการสนับสนุนจากกองทุนเงินให้กู้ยืมเพื่อการศึกษา (กยศ.) ในการให้กู้ยืมเงินเพื่อการศึกษาได้ในจำนวนสูงด้วย

ประเด็นสำคัญที่ทุกฝ่ายต้องคำนึงถึงซึ่งสะท้อนให้เห็นชัดจากเหตุการณ์ของคณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยนครราชสีมา ในครั้งนี้คือ การประสานข้อมูลและความร่วมมือระหว่างสถาบันการศึกษาซึ่งเป็นเจ้าของหลักสูตร, สภาวิชาชีพซึ่งมีหน้าที่ควบคุมคุณภาพกำลังคนในสาขาวิชาชีพของตน ซึ่งจะเริ่มต้นตั้งแต่การควบคุมคุณภาพหลักสูตรการเรียนการสอน, สำนักงานคณะกรรมการการอุดมศึกษา (สกอ.) ซึ่งมีหน้าที่จัดทำแผนพัฒนาอุดมศึกษาให้สอดคล้องกับความต้องการตามแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคม

แห่งชาติ รวมไปถึงตัวนักศึกษาเอง ทั้งนี้แม้
สภาวิชาชีพจะควบคุมคุณภาพหลักสูตร แต่
ไม่มีอำนาจหน้าที่ในการห้ามไม่ให้สถาบันการ
ศึกษาที่มีหลักสูตรไม่ผ่านการพิจารณาเปิดการ
เรียนการสอนได้ ทำได้เพียงการควบคุมปลาย
ทางโดยการกำหนดคุณสมบัติผู้มีสิทธิเข้าสอบ
ใบประกอบวิชาชีพว่าต้องสำเร็จการศึกษาจาก
สถาบันที่ได้รับการรับรองหลักสูตรจากสภา
วิชาชีพเท่านั้น และด้วยเหตุผลนี้เองทำให้นัก
ศึกษาพยาบาลของวิทยาลัยนครราชสีมา
ที่สำเร็จการศึกษามาแล้วไม่สามารถเข้าสอบ
ใบประกอบวิชาชีพจากสภาการพยาบาลได้

ไม่เพียงแต่นักศึกษาพยาบาลศาสตร์
ของวิทยาลัยนครราชสีมาเท่านั้น ในช่วง
เวลาเดียวกันก็เกิดการร้องเรียนในลักษณะ
เดียวกันจากนักศึกษาคณะศิลปศาสตร์ เอก
การพยาบาล ของมหาวิทยาลัยราชธานี
จ.อุบลราชธานี ด้วย ข้อมูลจากสภาการ
พยาบาลพบว่าตั้งแต่ปี 2549 ถึงกลาง
ปี 2553 มีสถาบันการศึกษาที่เปิดหลักสูตร
พยาบาลใหม่และยื่นคำร้องขอรับรองหลักสูตร
จากสภาการพยาบาลมากถึง 20 แห่ง ใน
จำนวนนี้มี 6 แห่ง ที่ไม่ได้รับการรับรอง
หลักสูตรอย่างต่อเนื่อง ต้นปี 2554 เหตุการณ์
ในลักษณะใกล้เคียงกันเกิดขึ้นอีกครั้งกับ
นักศึกษาเทคนิคการแพทย์ มหาวิทยาลัย
ราชภัฏบ้านสมเด็จเจ้าพระยา เนื่องจาก

หลักสูตรที่สถาบันเปิดทำการเรียนการสอน
ยังไม่ผ่านการรับรองจากสภาเทคนิคการ
แพทย์ และมีการนำเรื่องขึ้นสู่การพิจารณา
ของศาลปกครองเช่นเดียวกัน

เหตุการณ์ในลักษณะเดียวกันนี้ยัง
เกิดขึ้นกับอีกหลายสาขาวิชาชีพ เช่น การ
แพทย์แผนไทย ในปี 2550 พบว่ามีสถาบัน
การศึกษาที่เปิดสอนหลักสูตรแพทย์แผนไทย
และแพทย์แผนไทยประยุกต์ ทั้งในระดับ
อนุปริญญาถึงปริญญาตรีรวม 16 สถาบัน แต่
มีเพียง 5 สถาบันเท่านั้นที่หลักสูตรได้รับการ
รับรองจากคณะกรรมการวิชาชีพสาขาการ
แพทย์แผนไทย

การที่สถาบันการศึกษายังเปิด
หลักสูตรต่างๆ โดยที่ยังไม่ได้รับการรับรอง
หลักสูตร เกิดจากสัญญาภาคของอำนาจและ
ความสัมพันธ์ของหน่วยงานต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง
แม้สภาวิชาชีพจะไม่ให้การรับรองหลักสูตรแต่
จะเปิดโอกาสให้สถาบันการศึกษาไปปรับปรุง
หลักสูตรแล้วมาขอรับการอนุมัติได้ใหม่ ทำให้
สถาบันการศึกษาหลายแห่งเปิดรับนักศึกษา
และทำการเรียนการสอนไปก่อนควบคู่กับการ
พัฒนาหลักสูตร ซึ่งที่ผ่านมาก็พบว่ามีหลาย
สถาบันที่สามารถปรับปรุงหลักสูตรได้ทัน จน
ทำให้ผู้สำเร็จการศึกษาสามารถเข้าสอบใบ
ประกอบวิชาชีพได้ แต่ก็ยังมีอีกหลายสถาบัน
ที่ไม่สามารถปรับปรุงหลักสูตรได้ทัน ขณะที่

การเรียนการสอนก็ดำเนินต่อไป เมื่อสำเร็จ
การศึกษาก็กลายเป็นปัญหาใหญ่ของผู้เรียนที่
ต้องเสียทั้งเวลาและค่าเล่าเรียนไปแล้ว

สถานการณ์ในปัจจุบันจึงกลายเป็นว่า
ท่ามกลางการขาดแคลนกำลังคนด้านสุขภาพ
เรากลับมีบุคลากรส่วนหนึ่งที่สำเร็จการศึกษา
แต่ไม่สามารถประกอบวิชาชีพได้ถูกต้องตาม
กฎหมาย เพราะติดเงื่อนไขคุณสมบัติการ
เข้าสอบใบประกอบวิชาชีพ สายตาหลายคู่
พุ่งไปที่สภาวิชาชีพต่างๆ ว่าจะทำอย่างไร
กับสถานการณ์เช่นนี้ ซึ่งในฐานะหน่วยงาน
ควบคุมคุณภาพบุคลากรที่จะเข้ามาประกอบ
วิชาชีพที่เกี่ยวข้องกับชีวิตและความเจ็บป่วย
ของเพื่อนมนุษย์ การควบคุมคุณภาพตั้งแต่
ต้นทางการผลิตเป็นเรื่องสำคัญ หากสภา
วิชาชีพเปิดโอกาสให้บุคคลที่สำเร็จการศึกษา
จากหลักสูตรที่ไม่ผ่านการรับรองเข้าสอบใบ
ประกอบวิชาชีพได้ ก็อาจกลายเป็นช่องว่าง
ให้การขาดแคลนกำลังคนด้านสุขภาพถูกใช้
เป็นเครื่องมือในตลาดการศึกษาจนผลิตกำลัง
คนด้อยคุณภาพออกมาในปริมาณที่มาก แต่
ในขณะเดียวกันการพยายามควบคุมคุณภาพ
ของสภาวิชาชีพก็ถูกมองเป็นการสร้างการ
ผูกขาดการบริหารจัดการในตลาดกำลังคน
โดยเฉพาะการป้อนคนสู่ระบบ ไม่เพียงจะมี
เสียงบ่นจากสถาบันการศึกษาถึงการพิจารณา
หลักสูตรที่ล่าช้า และมีรายละเอียดเงื่อนไข



มากมาย ยังมีเสียงบ่นจากสถานพยาบาลซึ่ง
เป็นผู้ใช้กำลังคนว่าหลายสภาวิชาชีพควบคุม
คุณภาพและการผลิตอย่างไม่สอดคล้อง
กับความต้องการกำลังคนด้านสุขภาพของ
ประเทศ

เหตุการณ์ที่เกิดขึ้นจากการจุด
ประเด็นของนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัย
นครราชสีมา ที่ดึงความสนใจของสังคมใน
วงกว้างน่าจะสะท้อนให้เห็นว่าถึงเวลาที่แหล่ง
ผลิต หน่วยควบคุมคุณภาพ และผู้กำลัง
คน ต้องร่วมกันหาจุดสมดุลที่จะทำให้ระบบ
การผลิตกำลังคนด้านสุขภาพมีศักยภาพพอ
ที่จะทำให้ผลิตกำลังคนที่มีคุณภาพได้ทัน
และสอดคล้องกับความต้องการของระบบ
สุขภาพ





จะเห็นได้ว่าการบริหารและจัดการกำลังคนด้านสุขภาพให้มีจำนวนเพียงพอกับความต้องการด้านสุขภาพของประชาชน และให้มีการกระจายตัวอย่างเท่าเทียมและเป็นธรรมทั่วประเทศ เป็นเรื่องที่มีปัจจัยมากมาย หลากหลายเข้ามากระทบทำให้ยากต่อการบริหารจัดการ แม้จะมีการวางแผนอย่างเป็นระบบ แต่เมื่อต้องประสบกับปัจจัยเฉพาะหน้า อาจทำให้แผนการที่วางไว้ไม่สามารถดำเนินการได้อย่างมีประสิทธิภาพ เช่น เกิดการเปลี่ยนแปลงทางโครงสร้างประชากร จำนวนผู้สูงอายุขยับตัวสูงขึ้น การเปลี่ยนแปลงทางระบาดวิทยา มีโรคเรื้อรังเพิ่มมากขึ้น ส่งผลให้เกิดความเปลี่ยนแปลงด้านความต้องการกำลังคนด้านสุขภาพ หรือสภาพเศรษฐกิจและสังคมขยายตัว หรือการมีนโยบายใหม่ๆ เพิ่มขึ้น เช่น นโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ทิศทางการเปลี่ยนแปลงในโลกทำให้ประเทศต้องปรับตัวเป็นศูนย์กลางการแพทย์นานาชาติ เพื่อให้ทันต่อความเปลี่ยนแปลงของโลก รวมไปถึงการที่ผู้ป่วยมีความรู้เพิ่มขึ้น

ความคาดหวังต่อการบริการเพิ่มขึ้น ความสัมพันธ์แพทย์และผู้ป่วยเปลี่ยนไป ทั้งหลายทั้งปวงเหล่านี้ล้วนแสดงให้เห็นว่านโยบายและยุทธศาสตร์ในการบริหารจัดการกำลังคนด้านสุขภาพต้องมีพลวัต และยืดหยุ่นตามการเปลี่ยนแปลงของสังคมอย่างรวดเร็วทันเวลา

นอกจากนี้ความหลากหลายในประเภทและวิชาชีพของกำลังคนด้านสุขภาพยังเป็นเรื่องที่ต้องคำนึงถึงในการวางแผนจัดการกำลังคน เพราะแต่ละวิชาชีพล้วนมีเงื่อนไขเฉพาะตัวบางวิชาชีพสามารถผลิตกำลังคนสายสนับสนุนขึ้นมาแบ่งเบาภาระงานได้มาก บางวิชาชีพอาจจะไม่สามารถทำเช่นนั้นได้ เพราะมีภาระงานที่จำเพาะเจาะจงเป็นพิเศษ ในสาขาวิชาชีพที่แบ่งเบาภาระงานสู่กำลังคนสายสนับสนุนได้ เช่น งานด้านรังสีการแพทย์ งานด้านเทคนิคการแพทย์ งานกายภาพบำบัด หรืองานด้านการชันสูตร เป็นต้น ในการให้บริการสุขภาพเพื่อบรรลุเป้าหมายการมีบริการที่เข้าถึง มีคุณภาพและประสิทธิภาพนั้น จำเป็นต้องมีสัดส่วนกำลังคนระหว่างวิชาชีพและกำลังคนสนับสนุนที่พอเหมาะ แต่ปัจจุบันนี้เห็นได้ชัดว่า ในขณะที่ทิศทางการผลิตกำลังคนด้านวิชาชีพเพิ่มขึ้น แต่กำลังคนสนับสนุนกลับมีการผลิตที่ลดลงและหยุดผลิตในขณะที่ความต้องการของระบบยังคงมีอยู่ จึงอาจเป็นส่วนหนึ่งก่อให้เกิดปัญหาความไม่เพียงพอของกำลังคนของระบบสุขภาพ

หากมองในภาพรวมแล้วการจะบรรลุซึ่งการมีระบบสุขภาพที่มีกำลังคนเพียงพอ และมีการกระจายตัวอย่างเป็นธรรมนั้น ควรจะต้องมีการติดตามและแก้ปัญหา กำลังคนด้านสุขภาพอย่างต่อเนื่อง มีประเด็นในการจัดการด้านกำลังคนที่พึงต้องได้รับความสนใจ ดังต่อไปนี้

ในการออกมาตรการและนโยบายใหม่ๆ ด้านสุขภาพ ควรมีการประเมินผลกระทบของนโยบายต่างๆ ที่อาจกระทบต่อกำลังคน และมีการเตรียมการเพื่อลดผลกระทบในด้านลบตลอดทั้งวางแผนการจัดการกำลังคนเพื่อรองรับ เพื่อไม่ให้มาตรการในการแก้ปัญหาหนึ่งกลายเป็นมาตรการที่ก่อให้เกิดปัญหาใหม่ตามมา

องค์ประกอบหลักในด้านกำลังคน อันได้แก่การวางแผนกำลังคน การผลิตกำลังคน และการบริหารจัดการกำลังคน จำเป็นต้องมีความเชื่อมโยงกัน และมีความสอดคล้องกับความต้องการของระบบสุขภาพ นอกจากนี้

กระบวนการวางแผนกำลังคนเหล่านี้ ควรจะมองระบบภาพรวมของประเทศอันประกอบด้วยทั้งภาครัฐ ภาคเอกชน โดยมีกระบวนการที่ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียทุกภาคส่วนได้เข้ามามีส่วนร่วม



กระบวนการวางแผนกำลังคนนั้นควรมีทั้งการวางแผนในระดับประเทศ กำหนดนโยบายและกฎระเบียบที่เอื้อต่อการแก้ปัญหากำลังคน และในขณะเดียวกัน สนับสนุนให้มีการจัดการกำลังคนในระดับพื้นที่ เช่น ในระดับเขตหรือระดับจังหวัด เพื่อแก้ปัญหากำลังคนในระดับพื้นที่ให้สอดคล้องกับบริบท



เสริมสร้างความเข้มแข็งของกลไกที่ประกอบด้วยผู้มีส่วนได้ส่วนเสียทุกภาคส่วนได้ทำหน้าที่ในการติดตามสถานการณ์กำลังคนด้านสุขภาพ เชื่อมประสานผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย เพื่อพัฒนาข้อเสนอในการแก้ปัญหากำลังคนด้านสุขภาพอย่างต่อเนื่อง



มีระบบ/กลไกในการสร้างและจัดการองค์ความรู้เพื่อสนับสนุนนโยบายและมาตรการการแก้ปัญหากำลังคนด้านสุขภาพ

นี่เป็นเพียงส่วนหนึ่งของความพยายามทำหน้าที่ทางวิชาการของสำนักงานวิจัยและพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพ ด้วยความหวังที่จะเห็นการพัฒนา กำลังคนด้านสุขภาพถูกดำเนินการควบคู่ไปกับการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ เพื่อให้เกิดบริการสุขภาพที่มีประสิทธิภาพและคุณภาพสูงสุดต่อประชาชน



บรรณานุกรม

- > กระทรวงสาธารณสุข. (2534). โครงการทศวรรษแห่งการพัฒนาสถานีนามัย (2535-2544). นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข.
- > กระทรวงสาธารณสุข. (2546). แผนแม่บทกำลังคนด้านสาธารณสุข. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข.
- > กระทรวงสาธารณสุข: กองการเจ้าหน้าที่. (2554). สรุปข้อมูลกำลังคนด้านสุขภาพ. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข.
- > กระทรวงสาธารณสุข: กองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน. (2550). หลักสูตรฝึกอบรมมาตรฐานอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) ปีพุทธศักราช 2550. นนทบุรี: กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข.
- > กระทรวงสาธารณสุข: กลุ่มประเมินผล สำนักตรวจและประเมินผล. (2552). โครงการส่งเสริมอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เจริญรุ่ง ปี 2552 ครั้งที่ 2/31 สิงหาคม 2552 (รายงานผลการดำเนินงาน). นนทบุรี: ผู้แต่ง.
- > กระทรวงสาธารณสุข: แผนงานวิจัยและพัฒนาการกระจายอำนาจด้านสุขภาพ สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข. (2553). สวรรส.ปลดแอกตาย คลายปมคิด กระจายอำนาจด้านสุขภาพจากบทเรียนสู่ทางออก. นนทบุรี: ผู้แต่ง.
- > กระทรวงสาธารณสุข: สถาบันพระบรมราชชนก. (2548). การสำรวจความต้องการเข้าปฏิบัติงานของผู้จะจบการศึกษาในปี 2548.สถาบันพระบรมราชชนก.นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข.
- > กระทรวงสาธารณสุข: สถาบันพระบรมราชชนก. (ม.ป.ป.). การจัดสรรทันตแพทย์ผู้ทำสัญญาฯ ของประเทศไทย.ค้นเมื่อ 5 มีนาคม 2554,จาก<http://www.pi.ac.th/includes/download.php?id=1083>.
- > กระทรวงสาธารณสุข: สถาบันพระบรมราชชนก. (ม.ป.ป.). การจัดสรรแพทย์ผู้ทำสัญญาฯ ของประเทศไทย. ค้นเมื่อ 5 มีนาคม 2554, จาก <http://www.pi.ac.th/includes/download4Dep.php?id=1102>.
- > กระทรวงสาธารณสุข: สำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย. (2553). รายงานบุคลากรด้านทันตสาธารณสุข ประจำปี 2552. กระทรวงสาธารณสุข.
- > กระทรวงสาธารณสุข: สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์. (2546). แผนแม่บทกำลังคนด้านสาธารณสุข. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข.
- > กระทรวงสาธารณสุข: สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์. (2551). รายงานทรัพยากรปี 2551. นนทบุรี: ผู้แต่ง.
- > กระทรวงสาธารณสุข: สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์. (2552). รายงานทรัพยากรปี 2552. นนทบุรี: ผู้แต่ง.

> คณะทำงานศึกษาทบทวนกำลังคนด้านการแพทย์และสาธารณสุข สาขาเภสัชกรรม. (2552). การคาดประมาณกำลังคนด้านเภสัชกรรม ในระยะ 10 ปี (2551-2560). คณะกรรมการกำลังคนด้านสุขภาพแห่งชาติ.

> วิโรจน์ ณ ระนอง และอัญชญา ณ ระนอง. (2548). การหมุนเวียนของคนที่ให้บริการ
ในสถานพยาบาลภาครัฐ: รายงานวิจัยเล่มที่ 5 โครงการติดตามประเมินผลการจัดหลัก
ประกันสุขภาพถ้วนหน้า ระยะที่สอง (2546-2547). กรุงเทพฯ: สถาบันวิจัยเพื่อการ
พัฒนาประเทศ.

> สธ. ชงขึ้นค่าปรับหมอ ออกก่อนใช้ทุน 4-10 ล้าน. (2551, 21 กรกฎาคม). ผู้จัดการ.

> สุภัทร ฮาสุวรรณกิจ. (2554). พยาบาล 3,000 คน: ความหวังและผลข้างเคียง. ค้นเมื่อ 24 เมษายน 2554, จาก HYPERLINK “<http://www.deepsouthwatch.org/node/1556>” www.deepsouthwatch.org/node/1556

> สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ (บก.) (2544). การสาธารณสุขไทย 2539-2543. กรุงเทพฯ: องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.

> สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ (บก.) (2548). การสาธารณสุขไทย 2544-2547. กรุงเทพฯ: องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.

> สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ (บก.) (2551). การสาธารณสุขไทย 2548-2550. กรุงเทพฯ: องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.

> สำนักงานวิจัยและพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพ. (2549). แผนงานวิจัยและพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพ (2549-2551). สำนักงานวิจัยและพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพ.

> สำนักงานวิจัยและพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพ. (2554). ฐานข้อมูลกำลังคนด้านสุขภาพ ปี 2553.นนทบุรี: ผู้แต่ง. (อยู่ระหว่างดำเนินการตีพิมพ์)

> สำนักงานวิจัยและพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพ. (2552). แผนงานวิจัยและพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพระยะที่ 2 (2552-2554). นนทบุรี: ผู้แต่ง.

> สำนักงานวิจัยและพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพ. (2553). เหตุเกิดที่ขอนแก่น เมื่อโรงพยาบาลพลาตต์คนไข้ให้พร. นนทบุรี. ผู้แต่ง.

> อรชร อินทองปาน, สาลิกา เมธนาวัน และรุจิรา เจียมอมรรัตน์. (2551). การดำเนินงานและผลลัพธ์ของโครงการผลิตพยาบาลวิชาชีพเพิ่มเพื่อแก้ปัญหาพื้นที่ชายแดนภาคใต้. นนทบุรี: สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข.

> อำพล จินดาวัฒนะ, ชินกร โนรี, นงลักษณ์ พะโกยะ และณิชกร ศิริกนกวิไล. (2550). แผนยุทธศาสตร์ทศวรรษกำลังคนด้านสุขภาพแห่งชาติ พศ 2550-2559. กรุงเทพฯ: กราฟิโก ซิสเต็มจำกัด.

> Blaauw, D., Erasmus, E., Pagaiya, N., Tangcharoensathein, V., Mullei, K., &Mudhune, S., et al. (2010). Policy interventions that attract nurses to rural areas: a multicountry discrete choice experiment. Bulletin of the World Health Organization, 88(5), 350-356.

> Medtech Today. (2552). วิฤติเกือบ 400 รพข. ไม่มีเทคนิคการแพทย์. ค้นเมื่อ 14 พฤศจิกายน 2553 ,จาก HYPERLINK “http://www.medtechtoday.org/index.php?option=com_content&task=view&id=140&Itemid=43” http://www.medtechtoday.org/index.php?option=com_content&task=view&id=140&Itemid=43

> Noree, T., Chokchaichan, H., &Monkolporn, V. (2005). Abundant for the few, Shortage for the Majority: the In Equitable Distribution of Doctors in Thailand, Thailand’s country paper. Retrieved March, 5, 2011, from HYPERLINK “http://www.aaahrh.org/reviewal/1166639104_Thailand-Revised.pdf”http://www.aaahrh.org/reviewal/1166639104_Thailand-Revised.pdf”20-%20Revised.pdf

> Pachanee, C., &Wibulpolprasert, S. (2006). Incoherent policies on universal coverage of health insurance and promotion of international trade in health services in Thailand. Health Policy Plan, 21(4), 310-8.

> Pagaiya, N., &Noree, T. (2009). Thailand’s Health Workforce: a Review of Challenges and Experiences. Retrieved September, 10, 2010, from <http://siteresources.worldbank.org/HEALTHNUTRITIONANDPOPULATION/Resources/2816271095698140167/THLHealthWorkforce.pdf>

> Wibulpolprasert, S. (1999). Inequitable Distribution of Doctors: Can it be solved?. HRDJ, 3(1), 2-39.

> Wibulpolprasert, S., &Pengpaibon, P. (2003). Integrated strategies to tackle the inequitable distribution of doctors in Thailand: four decades of experience. Human Resources for Health,1,12.





"ความไม่สมดุลของการกระจายกำลังคนด้านสุขภาพ
ระหว่างเมืองและชนบทเป็นปัญหาเรื้อรังและยังคงอยู่
การวางแผนระยะยาว การติดตามเฝ้าระวังสถานการณ์
และแก้ปัญหาอย่างต่อเนื่องของพหุภาคีที่เกี่ยวข้องจึงมีความจำเป็น"

ดร.นงลักษณ์ พะไยยะ
ผู้จัดการสำนักงานวิจัยและพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพ



กำลังคนด้านสุขภาพ
ที่เป็นมา เป็นอยู่ และจะเป็นไป

