

ปัจจัยที่มีผลกระทบต่อความต้องการ กำลังคนด้านสุขภาพ

โดย

นงลักษณ์	พะไยยะ
พิมพ์สิริอุย	วัฒนกุล
พูนทรัพย์	โพนสิงห์
สุทิน	ชนะบุญ
กรองทอง	แก่นคำ

สนับสนุนโดย

สำนักงานวิจัยและพัฒนาากำลังคนด้านสุขภาพ

สารบัญ

เรื่อง	หน้า
1 ผลกระทบของการปฏิรูประบบสุขภาพต่อกำลังคนด้านสุขภาพ	1
1.1 ทำไมจึงต้องปฏิรูประบบสุขภาพ	1
1.2 ผลกระทบต่อระบบบริการสุขภาพ	4
1.3 ผลกระทบต่อกำลังคนด้านสุขภาพ	8
1.4 ข้อเสนอแนะแนวทางแก้ไข	17
เอกสารอ้างอิง	20
2 ผลกระทบนโยบาย FTA และ Medical Hub of Asia ต่อระบบบริการสุขภาพและกำลังคนด้านสุขภาพ	24
2.1 การเติบโตทางเศรษฐกิจ	24
2.2 การให้บริการระบบบริการสาธารณสุขภาครัฐและเอกชน ก่อนยุค medical hub และ FTA	25
2.3 นโยบายการค้าเสรี และ นโยบายการเป็นศูนย์กลางสุขภาพแห่งเอเชียและระบบบริการสุขภาพ	30
2.4 ผลกระทบต่อกำลังคนด้านสุขภาพ	39
2.5 ข้อเสนอแนะ	42
เอกสารอ้างอิง	45
3 ความต้องการกำลังคนด้านสุขภาพในการดูแลผู้สูงอายุ	47
3.1 ปัญหาด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ	48
3.2 ปัญหาในระบบบริการสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุจากภาครัฐ	49
3.3 ระบบบริการสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุที่พึงประสงค์	52
3.4 ระบบบริการสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ	54
3.5 ความต้องการกำลังคนดูแลผู้สูงอายุ	57
3.6 ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย	64
เอกสารอ้างอิง	66

สารบัญตาราง

ตารางที่		หน้า
1	จำนวนและสัดส่วนการสูญเสียแพทย์สุทธิเมื่อเทียบกับแพทย์จบใหม่ บรรจุเข้ารับราชการ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ปีงบประมาณ 2537 –2546	10
2	แนวโน้มของจำนวนโรงพยาบาลเอกชน จำนวนเตียง และจำนวน แพทย์ ระหว่าง ปี พ.ศ. 2515 ถึง พ.ศ. 2550	26
3	แนวโน้มสัดส่วนการย้ายออกจากภาครัฐเมื่อเทียบกับแพทย์เริ่มเข้า ปฏิบัติงานในภาครัฐใหม่ในแต่ละปี ระหว่างปี พ.ศ.2537 - พ.ศ.2550	28
4	แนวโน้ม จำนวน และสัดส่วนผู้ป่วยในของโรงพยาบาลเอกชน เมื่อ เทียบสัดส่วนกับโรงพยาบาลรัฐในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข	34
5	จำนวนผู้ป่วยต่างชาติ 10 อันดับแรกที่ใช้บริการโรงพยาบาลเอกชน ไทย	35
6	การประมาณแนวโน้มการเปลี่ยนแปลงประชากรไทย 2533 – 2563	47
7	การคาดการณ์จำนวนผู้สูงอายุที่ดูแลตนเองได้ และผู้สูงอายุในภาวะ พึ่งพิงในปี 2553 และ 2563	57
8	รูปแบบการจัดบริการ กำลังคนในแต่ละระดับบริการ และมาตรฐาน กำลังคน (staffing norm)	58
9	ความต้องการกำลังคนด้านสุขภาพประเภทต่างๆ ในปี พ.ศ. 2553 และ ปี พ.ศ. 2563	59

สารบัญรูปภาพ

ภาพที่		หน้า
1	ผลิตภัณฑ์มวลรวมในประเทศเฉลี่ยต่อหัวประชากร พ.ศ. 2503-2549	24
2	สัดส่วนแพทย์และพยาบาลปฏิบัติงานที่สถานพยาบาลเอกชนในระหว่างปี พ.ศ. 2514 ถึง พ.ศ. 2548	28
3	ภาพรวมค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพต่อคนต่อปีในระหว่างปี พ.ศ. 2523 - พ.ศ. 2548 (บาทต่อคนต่อปี)	39
4	รูปแบบการจัดระบบบริการและกำลังคนด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ โดยเรียงจากการดูแลในระดับครอบครัวถึงการดูแลในระดับสถาบัน	54

1. ผลกระทบของการปฏิรูประบบสุขภาพต่อกำลังคนด้านสุขภาพ

1.1 ทำไมจึงต้องปฏิรูประบบสุขภาพ

ในอดีตก่อนการปฏิรูประบบสุขภาพในปี 2544 นั้นระบบสุขภาพของไทย เน้นความสำคัญที่การจัดระบบบริการด้านสุขภาพแบบตั้งรับเพื่อช่อมสุขภาพเสียเป็นหลัก มีการขยายและพัฒนาบริการอย่างต่อเนื่อง เอาชนะโรคภัยและปัญหาสุขภาพเดิม ๆ ซึ่งก็สามารถประสบผลสำเร็จได้ในระดับหนึ่ง มีส่วนทำให้คนไทยมีอายุคาดเฉลี่ยยืนยาวขึ้น สามารถจัดการกับโรคและปัญหาหลายชนิดได้ผลน่าพอใจ แต่อย่างไรก็ตาม พบว่าลักษณะกรอบแนวคิดการดำเนินงานยังอยู่ภายใต้อิทธิพลของระบบการคิดในวิถีตะวันตกและพบว่าเกิดปัญหาเชิงระบบที่สำคัญดังนี้

1.1.1 การเปลี่ยนแปลงของความต้องการบริการสุขภาพของประชาชน

จากผลการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วของประเทศไทยอันเนื่องจากผลพวงของการพัฒนาประเทศจากประเทศเกษตรกรรมไปสู่การเป็นประเทศอุตสาหกรรม ส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงดังต่อไปนี้

ประการแรกการเปลี่ยนแปลงทางประชากรและระบาดวิทยาของโรคส่งผลให้เกิดความต้องการบริการสุขภาพที่เปลี่ยนไปของประชาชน โดยระบบสุขภาพแบบเดิมเน้นการรักษาพยาบาลโดยการใส่ยาในสถานบริการสุขภาพซึ่งมีความใกล้ชิดกับวัฒนธรรมของประชาชนน้อย เรื่องสุขภาพถูกทำให้มีความหมายแคบลงเหลือเพียงเรื่องของการเจ็บป่วยที่ต้องพึ่งพิงหมอ โรงพยาบาล ยาและเทคโนโลยี เป็นการมุ่งการช่อมสุขภาพเสียมากกว่าการมุ่งสร้างสุขภาพดี ในขณะที่ปัจจุบันนี้ สัดส่วนของผู้สูงอายุที่ต้องได้รับการดูแลเพิ่มขึ้น ขณะเดียวกันการเจ็บป่วยเรื้อรัง และปัญหาสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมต่างๆ ทั้งพฤติกรรมการกินอยู่ การออกกำลังกาย ไปจนถึงพฤติกรรมทางเพศเพิ่มขึ้นเป็นจำนวนมาก ได้แก่ อุบัติเหตุ โรคเอดส์ ติดสารเสพติด โรคมะเร็ง โรคทางจิตประสาท โรคจากการประกอบอาชีพ โรคจากความรุนแรง โรคเรื้อรังต่างๆ ฯลฯ ซึ่งโรคและปัญหาเหล่านี้ ไม่ได้ด้วยระบบสุขภาพและระบบบริการสุขภาพตั้งรับแบบเดิม

ประการที่สอง ความต้องการด้านสุขภาพของประชาชนซึ่งพบการเรียกร้องบริการที่มีคุณภาพมากขึ้น อันเป็นผลมาจากสถานภาพการศึกษาของประชาชนเพิ่มมากขึ้น กรอบกับการรับรู้ข้อมูลข่าวสารของประชาชนที่เพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว โดยมีการเปลี่ยนแปลงด้านเศรษฐกิจและเทคโนโลยีมาเป็นตัวเสริมให้เกิดความต้องการด้านคุณภาพบริการที่เพิ่มขึ้น ในขณะที่สถานบริการด้านสุขภาพที่มีอยู่ส่วนใหญ่ไม่สามารถปรับตัวกับการเปลี่ยนแปลงได้ทันกับความต้องการของประชาชน

1.1.2 การเข้าถึงระบบบริการสุขภาพ

แม้ว่าจะมีการขยายบริการสุขภาพและการตรวจรักษาทางการแพทย์ให้กว้างขวางและทั่วถึงมากขึ้นอย่างต่อเนื่อง แต่การเข้ารับบริการทางการแพทย์ก็ยังเป็นเรื่องที่สร้างความไม่เป็น

ธรรมในการเข้าถึงบริการด้านสุขภาพของประชาชน จากรายงานจากสำนักงานประกันสุขภาพ ในปี 2538 (สงวน นิตยารัมภ์พงศ์ 2541) พบว่าคนไทยประมาณร้อยละ 20 ไม่สามารถเข้าถึงบริการที่จำเป็น แม้ว่ารัฐบาลจะส่งเสริมการเข้าถึงบริการด้านสุขภาพที่จำเป็น โดยผ่านสวัสดิการต่างๆ เช่น สวัสดิการสำหรับผู้มีรายได้น้อย ผู้สูงอายุ เด็กอายุ 0-12 ปี ผู้พิการ ข้าราชการ บัตรสุขภาพ บัตรประกันสังคม อย่างไรก็ตาม กลุ่มผู้มีรายได้น้อย ผู้สูงอายุ ผู้พิการ ซึ่งมีสัดส่วนถึง 43.9% และควรที่รัฐบาลให้การสนับสนุนงบประมาณมากกว่ากลุ่มอื่น กลับได้รับการจัดสรรงบประมาณในด้านสวัสดิการการรักษาน้อยกว่ากลุ่มอื่น

1.1.3 คุณภาพการให้บริการ

การขาดคุณภาพการบริการถือเป็นปัญหาที่สำคัญในระบบบริการสุขภาพ ระบบบริการสุขภาพนอกจากเผชิญกับปัญหาความไม่เป็นธรรมในการเข้าถึงบริการแล้ว ในขณะเดียวกันยังเผชิญกับความคาดหวังในคุณภาพบริการของผู้รับบริการ ดังจะเห็นได้ว่ามีข้อร้องเรียนจากประชาชนด้านคุณภาพบริการในเชิงสังคมและคุณภาพด้านการแพทย์ โดยเฉพาะในสถานบริการของรัฐ ซึ่งประเทศไทยในขณะนั้นเองยังขาดกลไกที่จะคอยกำกับคุณภาพให้เป็นไปตามหลักวิชาการที่ดี นอกจากนั้น การขาดการดูแลคนไข้อย่างเป็นระบบและมีความต่อเนื่อง ทำให้เกิดจุดอ่อนในการดูแลทั้งในเรื่องการดูแลผู้ป่วยอย่างเป็นองค์รวมและต่อเนื่อง และปัญหาการแสวงหาบริการโดยข้ามสถานบริการระดับปฐมภูมิไปยังโรงพยาบาลระดับทุติยภูมิและตติยภูมิ ทำให้เกิดปัญหาการแออัดของจำนวนคนไข้ และแพทย์ไม่มีเวลาเพียงพอที่จะดูแลคนไข้ได้อย่างมีคุณภาพ

1.1.4 ประสิทธิภาพของการให้บริการสุขภาพ

ในด้านค่าใช้จ่ายในการดูแลสุขภาพของประเทศไทยมีอัตราการเพิ่มสูงขึ้นทั้งระดับครัวเรือนและระดับชาติ โดยมีค่าใช้จ่ายโดยรวมสูงถึง 6% (สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ 2545) แต่ประสิทธิภาพของการให้บริการยังมีข้อจำกัด ซึ่งมีสาเหตุ 2 ประการ ได้แก่ ประการแรกความหลากหลายของระบบการประกันสุขภาพของประเทศ นับตั้งแต่ สวัสดิการสำหรับผู้มีรายได้น้อย ผู้สูงอายุ เด็กอายุ 0-12 ปี ผู้พิการ ข้าราชการ บัตรสุขภาพ บัตรประกันสังคม บัตรประกันสุขภาพเอกชน เป็นต้น ซึ่งขาดการจัดการระบบที่ดี ในขณะเดียวกัน โดยระบบค่าใช้จ่ายสุขภาพเช่นนี้รัฐมีส่วนในการรับผิดชอบค่าใช้จ่ายเพียง 26% เท่านั้น ส่วนอีก 74% นั้นประชาชนเป็นรับผิดชอบค่าใช้จ่าย นอกจากนี้ปัญหาในด้านความไม่เท่าเทียมในหลักประกันสุขภาพของกลุ่มต่างๆ แม้รัฐบาลมีความพยายามที่จะเพิ่มงบประมาณในการดูแลผู้มีรายได้น้อย ผู้สูงอายุ ผู้พิการและผู้ด้อยโอกาส โดยเพิ่มจาก 4,100 ล้านบาทในปี พ.ศ. 2537 เป็น 4,816 ล้านบาทในปี พ.ศ. 2539 แต่เมื่อเปรียบเทียบกับงบประมาณการสนับสนุนข้าราชการ ภายใต้สวัสดิการการรักษาพยาบาลของข้าราชการ หรือผู้ใช้แรงงานภายใต้โครงการประกันสังคมแล้ว จะพบว่าผู้มีรายได้น้อย ผู้สูงอายุ และผู้พิการ จะได้รับงบประมาณเฉลี่ย 231 บาท/คน ในขณะที่ข้าราชการจะได้รับถึงกว่า 2,000 บาท และผู้ใช้แรงงานได้รับงบประมาณ 800 บาท/คน สิ่งนี้ชี้ให้เห็นถึงความไม่เท่าเทียมในด้านเศรษฐ

ฐานะ กล่าวคือผู้มีรายได้มากกว่าจะได้รับงบประมาณสนับสนุนมากกว่า (สงวน นิตยารัมภ์พงษ์ มปป)

ประการที่สอง การขาดการใช้และการกระจายเทคโนโลยีที่เหมาะสม โดยเฉพาะเทคโนโลยีด้านการแพทย์ ทำให้ประเทศไทยเป็นประเทศหนึ่งที่มีเครื่องมือทางการแพทย์ราคาแพงเป็นจำนวนมาก แต่กลับกระจุกตัวอยู่ในเมืองหลวงและเมืองใหญ่บางแห่งเท่านั้น อีกทั้งเทคโนโลยีในการใช้ยา ซึ่งมีแนวโน้มใช้ยาที่สูงเกินความจำเป็น

ด้วยสภาพการณ์ที่กล่าวมาข้างต้นนั้น จึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องปรับระบบสุขภาพให้สอดคล้องการกระแสการเปลี่ยนแปลงซึ่งเกิดขึ้นทั่วโลก และความจำเป็นในตัวระบบบริการสุขภาพเอง ซึ่งต้องการการปฏิรูปเพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงไปสู่ทิศทางที่ดี ฉะนั้น เมื่อวันที่ 9 พฤษภาคม 2543 คณะรัฐมนตรีจึงมีมติให้มีการปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติขึ้นตามข้อเสนอของกระทรวง สาธารณสุข มีการกำหนดเป้าหมายขึ้นต้นว่า ให้มีการยกร่างพระราชบัญญัติแห่งชาติขึ้นเป็นกฎหมาย แม่บทของการปฏิรูประบบสุขภาพ องค์ประกอบที่สำคัญคือ องค์ความรู้หรือความเข้าใจเชิงระบบ และกระบวนการสร้างความเข้าใจร่วมกันในสังคม เพื่อให้การยกร่างกฎหมายแม่บทเป็นไปอย่างเหมาะสมกับสภาพสังคมไทย ยกกระดับคุณภาพชีวิตของประชาชน ขยายสิทธิขั้นพื้นฐานตามความหมายของความเป็นธรรมทาง สุขภาพที่ถูกต้อง และเพื่อให้ประชาชนอยู่ดีมีสุข เกิดความเป็นธรรมทางการคลัง การใช้บริการสุขภาพ และการมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพอย่างเหมาะสม (สำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพ 2545)

ในขณะเดียวกันการปฏิรูประบบบริการสุขภาพโดยการประกันสุขภาพถ้วนหน้าก็ได้ดำเนินการมาอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้สามารถตอบสนองกับการเปลี่ยนแปลงบริบทของประเทศและความต้องการของประชาชนได้ หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าที่ดำเนินการได้วางหลักการในการปฏิรูป 3 ประการ ได้แก่ การปฏิรูปการเงินการคลังเพื่อให้เกิดการกระจายงบประมาณอย่างเท่าเทียม การปฏิรูประบบบริการ เพื่อเพิ่มการเข้าถึงบริการของประชาชน และการปฏิรูปสิทธิของผู้รับบริการ โดยเป้าหมายของการปฏิรูปสะท้อนมาจากปัญหาเชิงโครงสร้างของระบบสุขภาพที่ดำรงอยู่ในปัจจุบัน โดยจำแนกเป้าหมายการปฏิรูปเป็นประเด็นใหญ่ ๆ ได้ดังนี้ (สงวน นิตยารัมภ์พงศ์ 2541)

- (1) ความเป็นธรรมทางด้านบริการทางการแพทย์และสาธารณสุข โดยเฉพาะอย่างยิ่งความเสมอภาคในการเข้าถึงบริการ และสามารถได้รับบริการสุขภาพตามความจำเป็นด้านสุขภาพของแต่ละบุคคลได้ โดยไม่มีปัจจัยความห่างไกลด้านภูมิศาสตร์ ฐานะทางเศรษฐกิจและสังคม เชื้อชาติ เพศ และอื่นๆ หรือกล่าวอีกนัยหนึ่งคือ ขยายการเข้าถึงบริการในกลุ่มผู้ด้อยโอกาส เช่น ชาวชนบท คนยากจน ชนกลุ่มน้อย ชาวเขา เป็นต้น
- (2) บริการที่สอดคล้องกับความต้องการของประชาชน จากการเปลี่ยนแปลงของปัญหาสุขภาพและความต้องการบริการสุขภาพที่เปลี่ยนไป กรอบกับการเรียกร้องต่อการบริการสุขภาพ

ของประชาชนเพิ่มขึ้น ส่งผลให้ระบบบริการสุขภาพต้องได้รับการพัฒนาเพื่อให้สอดคล้องกับความต้องการของประชาชนมากขึ้น

- (3) ประสิทธิภาพการให้บริการ จากการที่สัดส่วนของค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพเพิ่มสูงขึ้น ในขณะที่ระบบการเงินการคลังด้านสุขภาพยังมีระบบที่หลากหลาย ทับซ้อนขนาดการจัดการที่ดี ทำให้ระบบสุขภาพยังไม่สามารถให้บริการที่เกิดประโยชน์สูงสุดได้ การปฏิรูประบบสุขภาพจึงมุ่งเน้นที่การจัดระบบที่มีการใช้จ่ายทรัพยากรต่างๆ เพื่อให้เกิดผลตอบแทนด้านสุขภาพสูงสุดโดยมีการจ่ายทรัพยากรน้อยที่สุด
- (4) คุณภาพการให้บริการ การปฏิรูประบบสุขภาพมุ่งเน้นการใช้จ่ายทรัพยากรต่ำสุดนั้นต้องควบคู่กับการพัฒนาคุณภาพของการบริการด้านสุขภาพ ซึ่งคุณภาพบริการนี้จะครอบคลุมถึงคุณภาพด้านเทคนิค และคุณภาพในเชิงสังคม จิตวิทยา

1.2 ผลกระทบต่อระบบบริการสุขภาพ

การปฏิรูประบบบริการสุขภาพเพื่อประกันให้ประชาชนทุกคนมีสิทธิในการเข้าถึงบริการสาธารณสุขที่สอดคล้องกับความเป็นจริง ภายใต้โครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ซึ่งได้เริ่มนำร่องมาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2539 และได้ขยายครอบคลุมทั้งประเทศในปี พ.ศ. 2544 เพื่อแก้ปัญหาการเข้าถึงบริการของประชาชน การให้บริการที่สอดคล้องกับความต้องการของประชาชน การพัฒนาคุณภาพการบริการ และประสิทธิภาพการบริการ ซึ่งหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้านี้มีผลกระทบต่อระบบบริการสุขภาพดังต่อไปนี้

1.2.1 ระบบการคลังด้านสุขภาพ เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการให้บริการใน
ค่าใช้จ่ายที่คุ้มทุน และลดความหลากหลายของระบบประกันสุขภาพ ได้มีการปรับระบบประกันสุขภาพที่หลากหลาย เป็นระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (บัตรทอง) สวัสดิการข้าราชการ และประกันสังคม ในด้านงบประมาณได้มีการจัดสรรโดยใช้ฐานจำนวนประชากรประชากรในแต่ละพื้นที่เป็นที่ตั้ง โดยจัดสรรค่าใช้จ่ายต่อหัวเพื่อเป็นการกระจายงบประมาณอย่างเป็นธรรม และสอดคล้องกับเจตนารมณ์แห่งรัฐธรรมนูญปี พ.ศ. 2540 รูปธรรมที่เกิดขึ้นอย่างชัดเจนพบว่าผลกระทบจากการจัดสรรงบประมาณเช่นนี้ทำให้หน่วยบริการทุกระดับต้องปฏิรูประบบการจัดการลดค่าใช้จ่าย เพิ่มรายได้โดยปรับปรุงทั้งระบบบริหารและระบบบริการ รวมทั้งการจำกัดจำนวนกำลังคนของสถานบริการ ผลการจัดสรรงบประมาณเช่นนี้ทำให้สถานบริการหลายแห่งเผชิญข้อจำกัดด้านงบประมาณ เนื่องจากงบประมาณ ประมาณ 50-60% ต้องจัดสรรไปเป็นค่าตอบแทนบุคลากร จึงมีงบประมาณจำนวนจำกัดเพื่อใช้ในการดำเนินงานและให้บริการ

อย่างไรก็ตามวิธีการจัดสรรงบประมาณในปี พ.ศ. 2546 และ 2547 มีการเปลี่ยนแปลงในสาระสำคัญ 2 ประการคือ การรวมเงินเดือนบุคลากรไว้ที่ส่วนกลางและการปรับค่าใช้จ่ายรายหัวของจังหวัดต่างๆ เพื่อแก้ปัญหาวิกฤตสภาพคล่องด้านการเงินอันย่อมส่งผลกระทบต่อประชาชน โดยเฉพาะในชนบทซึ่งยังเป็นประชากรส่วนใหญ่ของประเทศ (หนังสือพิมพ์ไทยโพสต์ 2546) และเพื่อเป็นการเอื้อต่อการดำเนินงานด้านการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค จึงได้มีการจัดแยกงบประมาณในด้านการส่งเสริมและป้องกันโรค รวมทั้งเรื่องยาออกจากงบประมาณอื่นๆ (สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข 2547)

1.2.2 การเข้าถึงบริการสุขภาพของประชาชน เพื่อลดช่องว่างของความเป็นธรรม
ในการเข้าถึงบริการรักษาพยาบาล และการบริการทางการแพทย์ โดยเฉพาะในกลุ่มประชาชนผู้ด้อยโอกาสจึงได้กำหนดรูปแบบการให้สิทธิรักษาพยาบาลกับสถานพยาบาลใกล้บ้าน โดยกำหนดพื้นที่รับผิดชอบของสถานพยาบาลให้ใกล้กับที่อยู่อาศัยของประชาชน โดยยึดถือเอาตามทะเบียนบ้าน บนหลักการนี้ ใกล้บ้าน ใกล้ใจเป็นสิ่งสำคัญ จึงทำให้ประชาชนสามารถเดินทางมารับบริการได้โดยสะดวก (กระทรวงสาธารณสุข 2545) ในปี พ.ศ. 2544 ในการจัดระบบบริการสุขภาพ ได้กำหนดหน่วยบริการที่จะเป็นคู่สัญญาในการให้บริการภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าแบ่งได้เป็น 3 ระดับ ได้แก่ ระบบบริการปฐมภูมิ บริการขั้นทุติยภูมิ และระดับตติยภูมิ

(1) **คู่สัญญาของการบริการระดับปฐมภูมิ** เป็นหน่วยบริการที่จัดบริการสุขภาพทั่วไปครอบคลุมทั้งในด้านการรักษาพยาบาล การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรคและฟื้นฟูสภาพ โดยเน้นการให้บริการผู้ป่วยนอก การให้บริการที่บ้านและชุมชน รวมบริการที่ต้องใช้ความเชี่ยวชาญเฉพาะ หน่วยบริการที่ประชาชนผู้มีสิทธิในระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้าต้องเลือกขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการประจำตัว ซึ่งหน่วยบริการระดับนี้อาจจัดบริการโดยสถานพยาบาลหน่วยเดียวกันหรือจัดเป็นเครือข่ายของหน่วยบริการย่อยที่ร่วมกันให้บริการ

(2) **หน่วยคู่สัญญาของบริการระดับทุติยภูมิ** เป็นหน่วยบริการที่จัดบริการสุขภาพทั่วไป กรณีผู้ป่วยในเป็นหลัก ซึ่งได้แก่ โรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลมหาวิทยาลัย รวมถึงโรงพยาบาลเอกชนต่างๆ ที่สนใจเข้าร่วมเครือข่าย หน่วยบริการระดับนี้จะรับผู้ป่วยที่ส่งต่อมาจากหน่วยบริการปฐมภูมิ เพื่อเข้ารับการรักษาเป็นผู้ป่วยใน

(3) **หน่วยคู่สัญญาของบริการระดับตติยภูมิ** เป็นหน่วยบริการที่ให้บริการเฉพาะทาง ต้องใช้เทคโนโลยีและค่าใช้จ่ายในการดูแลและรักษาผู้ป่วยสูง หน่วยบริการระดับนี้อาจเป็นโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลมหาวิทยาลัย หรือสถาบันที่ดูแลรักษาโรคเฉพาะทางต่างๆ ทั้งนี้ หน่วยบริการแต่ละแห่งอาจเป็นหน่วยคู่สัญญาของบริการมากกว่าหนึ่งระดับก็ได้ หากสามารถจัดบริการได้ตามเกณฑ์มาตรฐานของบริการในระดับนั้น

1.2.3 คุณภาพของการบริการ

เพื่อให้สถานบริการสามารถให้บริการที่ประชาชนทุกคนสามารถเข้าถึงได้ และมีการให้บริการอย่างมีคุณภาพนั้น มาตรการต่างๆ ที่รัฐต้องดำเนินการเพื่อพัฒนาคุณภาพการให้บริการ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในการให้บริการระดับปฐมภูมิ มาตรการต่างๆเหล่านี้ประกอบด้วย ประการแรกการกำหนดกำลังคนด้านสุขภาพที่เหมาะสมในระดับเพื่อพัฒนาคุณภาพบริการ โดยการใช้ระบบสัดส่วนประชากรต่อบุคลากรเป็นตัวกำหนดการจัดสรรและการกระจายบุคลากรในการให้บริการระดับปฐมภูมิ (กระทรวงสาธารณสุข 2545) เช่น แพทย์ 1 คนต่อประชากร 10,000 คน ทันตแพทย์ 1 คนต่อประชากร 20,000 คน เภสัชกร 1 คนต่อประชากร 15,000 คน พยาบาลวิชาชีพ 1 คนต่อประชากร 5,000 คน เจ้าหน้าที่งานสาธารณสุขชุมชน 1 คนต่อประชากร 1,250 คน

ประการที่สอง นอกเหนือจากการกำหนดกำลังคนที่เหมาะสมแล้ว การจัดระบบสนับสนุนที่เหมาะสมยังจะได้ช่วยพัฒนาคุณภาพการให้บริการอีกด้วย โดยมาตรการเหล่านี้ได้แก่ การพัฒนาศักยภาพการให้บริการของบุคลากรประจำสถานอนามัย การนิเทศและสนับสนุนวิชาการของแพทย์และทีมสุขภาพ ตลอดจนการพัฒนาระบบการส่งต่อระหว่างสถานอนามัยและโรงพยาบาล ประการที่สาม ได้แก่ การควบคุมมาตรฐานการให้บริการ โดยการนำกระบวนการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลและสถานบริการ หรือ HA (Hospital Accreditation) มาใช้ในการพัฒนาคุณภาพมาตรฐานสถานพยาบาลทั้งภาครัฐและเอกชน โดยมีการจัดตั้งสถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลภายใต้สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข และขณะเดียวกันกระแสการปฏิรูประบบสุขภาพได้มีการเสนอประเด็นการพัฒนาคุณภาพบริการสุขภาพเพื่อกำหนดในพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ และการออกพระราชบัญญัติสถานพยาบาล และกฎกระทรวงฉบับใหม่ ทำให้สถานบริการมีการพัฒนาการให้บริการอย่างมีคุณภาพมาตรฐาน และมีการจัดระบบประเมินและรับรองคุณภาพอย่างต่อเนื่อง ยังผลทำให้ผู้ใช้บริการมีความพึงพอใจในการใช้บริการในสถานพยาบาลมากขึ้นในระดับหนึ่ง ซึ่งจากการสำรวจความพึงพอใจของผู้ใช้บริการในสถานพยาบาล พ.ศ. 2544 และ พ.ศ. 2546 พบว่า ผู้ใช้บริการส่วนใหญ่พอใจกับบริการที่ได้รับร้อยละ 87.1 และ 95.7 ตามลำดับ โดยถ้าเป็นสถานพยาบาลระดับที่สูงขึ้น ผู้ใช้บริการยังมีความพึงพอใจน้อยลง (สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ 2548)

1.2.4 การบริการสาธารณสุขที่สอดคล้องกับความต้องการของประชาชน

จากผลการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข ได้ให้ภาพที่กว้างขึ้นของสุขภาพ แนวคิดใหม่ไม่ได้มองเพียงว่าสุขภาพคือความเจ็บไข้ได้ป่วย และการมีแพทย์มีบริการสาธารณสุขเท่านั้น แต่แนวความคิดใหม่ของสุขภาพนั้นมีความเชื่อมโยงทั้งสังคม จิตวิญญาณและจิตใจ ส่วนร่างกายเป็นเพียงส่วนหนึ่งของระบบสุขภาพ เพราะฉะนั้นการมีสุขภาพจะ จึงไปเชื่อมโยงกับปัจจัยแวดล้อมทั้งหมด ไม่ว่าจะเป็นปัจจัยแวดล้อมทั้งทางสังคม วัฒนธรรม และสิ่งแวดล้อมทาง

ธรรมชาติ ซึ่งถือว่าเป็นปัจจัยเอื้อหรือคุณภาพ และต้องมีระบบการจัดการปัจจัยเหล่านี้ให้เอื้อต่อสุขภาพ (สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข 2547) สิ่งนี้ส่งผลต่อการปรับเปลี่ยนแนวคิด ระบบบริการสุขภาพที่ดีไม่ใช่เพียงแค่รัฐจัดระบบบริการสุขภาพที่ดีเท่านั้น แต่การให้ชุมชนเข้ามามีบทบาทในการจัดการสุขภาพ สร้างสุขภาพ จัดปัจจัยแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ เพื่อเกิดการสร้างสุขภาพที่ยั่งยืน ซึ่งโดยวิธีการนี้จะเป็นการจัดบริการที่ตอบสนองความต้องการของชุมชนอย่างแท้จริง (สมศักดิ์ ชุณหรัศมิ์ 2547)

แม้ว่าจะเป็นที่รับทราบในกลุ่มบุคลากรสาธารณสุขและได้รับการสนับสนุนจากองค์การอนามัยโลกจากประกาศ Alma Ata ว่า การส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคเป็นกลวิธีด้านสาธารณสุขที่มีประสิทธิภาพมากที่สุดเมื่อเทียบกับการรักษาพยาบาล ในอดีตที่ผ่านมา การรักษาในสถานบริการก็ยังเป็นกลวิธีที่ระบบบริการสุขภาพให้ความสำคัญมากเมื่อเทียบกับงานส่งเสริมและป้องกันโรค อย่างไรก็ตามการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุขนั้นมีความพยายามที่จะมุ่งให้ความสำคัญกับการสร้างเสริมสุขภาพมากขึ้น ดังจะเห็นได้จากการจัดสรรงบประมาณด้านการสร้างเสริมสุขภาพลงไปในระดับชุมชนและระดับสถานบริการด้วย และมีความพยายามจะทำแผนสร้างเสริมสุขภาพระดับเขต ระดับจังหวัด และระดับตำบล โดยประกอบด้วยภาคที่เข้าร่วมคือกระทรวงสาธารณสุข สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ 2551) สิ่งนี้ส่งผลให้เกิดทิศทางที่เอื้อต่อการพัฒนางานด้านการสร้างเสริมสุขภาพ และการนำชุมชนเข้ามามีส่วนร่วม

นอกจากนั้นความจำกัดของงบประมาณ ทำให้สถานบริการหลายแห่ง โดยเฉพาะสถานบริการระดับปฐมภูมิ ยังรวมถึงสถานบริการระดับทุติยภูมิและตติยภูมิบางแห่ง ได้คำนึงถึงการลดต้นทุน และได้ส่งเสริมกิจกรรมการสร้างเสริมสุขภาพซึ่งถือว่าเป็นกิจกรรมที่ลงทุนไม่มาก และสามารถระดมทุนจากแหล่งอื่นได้ โดยสถานพยาบาลหลายแห่งจากเดิมที่ให้ความสนใจเฉพาะงานด้านการรักษาก็หันมาให้ความสำคัญกับการสร้างเสริมสุขภาพมากขึ้น (สุเพ็ญ อึ้งวิจารณ์ ปัญญา 2547) ซึ่งกลวิธีเช่นนี้เอื้อต่อการส่งเสริมการบริการด้านสุขภาพที่สอดคล้องกับความต้องการของชุมชนมากขึ้น นอกจากนี้การเกิดขึ้นของสำนักงานกองทุนสร้างเสริมสุขภาพ (สสส) ในปี พ.ศ. 2544 ซึ่งมีเป้าหมายลดการเจ็บป่วยและการตายและเพื่อสร้างสุขภาพเพื่อควมมีคุณภาพชีวิตที่ดีของประชาชน โดยได้รับงบประมาณสนับสนุนจากภาษีเห่ล่าและบุหรี่ สสส ได้ช่วยสนับสนุนการเคลื่อนไหวของประชาคมเพื่อร่วมกันพัฒนาคุณภาพชีวิตที่ดี การพัฒนานโยบายสาธารณสุขที่เอื้อต่อสุขภาพ และการดูแลสุขภาพแบบองค์รวม (สำนักงานสร้างเสริมสุขภาพ 2550) ซึ่งการเกิดขึ้นของ สสส นี้ช่วยเปิดศักราชใหม่ของงานสร้างเสริมสุขภาพให้แพร่หลายเข้าไปในทุกวงการวิชาชีพด้านสุขภาพ ทุกระดับของสถานบริการ และในระดับท้องถิ่นหรือชุมชน ทำให้สุขภาพไม่ได้อยู่ในความรับผิดชอบของกระทรวงสาธารณสุขเท่านั้น แต่ยังมีหน่วยงานอื่นๆทั้งรัฐและเอกชน รวมทั้งเครือข่ายภาคประชาชนด้วย สร้างกระแสให้ชุมชนครอบครัวและปัจเจกบุคคลต้องเข้ามาร่วม

รับผิดชอบต่อสุขภาพ สิ่งนี้ส่งผลให้เกิดเครือข่าย และกำลังคนด้านสุขภาพที่หลากหลายทั้งจำนวนและบทบาทขึ้น

1.3 ผลกระทบต่อกำลังคนด้านสุขภาพ

1.3.1 การขาดแคลนกำลังคนด้านสาธารณสุขและความต้องการกำลังคนที่เพิ่มขึ้น

ปัญหาการขาดแคลนกำลังคนด้านสุขภาพ ยังคงเป็นปัญหาหลักที่ประเทศกำลังเผชิญ ซึ่งปัญหานี้เกิดจาก 2 ปัจจัยหลัก ได้แก่การเพิ่มขึ้นของความต้องการบริการสุขภาพ และกำลังคนรองรับไม่เพียงพอ การนำโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้ามาปฏิบัตินั้นส่งผลอย่างชัดเจนต่อการเข้าถึงบริการสุขภาพที่เพิ่มขึ้นเมื่อเทียบกับก่อนโครงการประกันสุขภาพ (เปรียบเทียบระหว่าง พ.ศ. 2544 และ 2546) พบว่าในปี พ.ศ. 2544 พบผู้ป่วยในที่ไม่มีบัตรประกันสังคมหรือสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ มีอัตราการเจ็บป่วยที่ต้องนอนโรงพยาบาล 0.076 ครั้งต่อคนต่อปี และหลังการดำเนินการ โครงการประกันสุขภาพ อัตราการเจ็บป่วยที่ต้องนอนโรงพยาบาลเพิ่มขึ้นเป็น 0.083 ครั้งต่อคน (เพิ่มขึ้น 9%) ส่วนกรณีผู้ป่วยนอกพบว่าอัตราการใช้บริการเพิ่มขึ้นจาก 4.07 ครั้งต่อคน ในปี พ.ศ. 2544 เป็น 5.15 ครั้งต่อคน ในปีพ.ศ. 2546 โดยเพิ่มขึ้น 26.5% นอกจากนี้ยังพบว่าแบบแผนพฤติกรรมการใช้บริการสุขภาพเดิมที่เคยดูแลตนเองลดลงจาก 32% เป็น 30% (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2544, 2546) นั่นคือมีการเปลี่ยนแปลงการดูแลสถานบริการมาใช้บริการในสถานบริการเพิ่มขึ้น ในขณะที่เมื่อวิเคราะห์สถานบริการระดับอำเภอ พบว่าสถานีอนามัยมีส่วนการให้บริการเพิ่มขึ้นจาก 51.8 ล้านครั้งต่อปี ในปี พ.ศ. 2543 เป็น 62.4 ล้านครั้งต่อปี ในปี พ.ศ. 2546 โดยเพิ่มเป็น 20.5% ส่วนโรงพยาบาลชุมชนให้บริการเพิ่มขึ้น จาก 40.2 ล้านครั้งต่อปี ในปี พ.ศ. 2543 เป็น 43.7 ล้านครั้งต่อปี ในปี พ.ศ. 2546 โดยเพิ่มเป็น 8.7% ในขณะที่สัดส่วนการเพิ่มของโรงพยาบาลทั่วไปและโรงพยาบาลศูนย์ให้บริการเพิ่มขึ้น จาก 20.4 ล้านครั้งต่อปี ในปี พ.ศ. 2543 เป็น 23.0 ล้านครั้งต่อปี ในปี พ.ศ. 2546 โดยเพิ่มเป็น 12.7%

ซึ่งการเพิ่มขึ้นของภาระงานนี้ได้รับการต่อยอดจากการศึกษาของสำนักงานเลขาธิการวุฒิสภา (2549) เพื่อศึกษาผลกระทบ พ.ร.บ. หลักประกันสุขภาพแห่งชาติต่อสถานบริการต่อผู้ให้บริการและต่อผู้รับบริการ โดยศึกษาในโรงพยาบาลทั้งภาครัฐและเอกชนจำนวน 91 แห่งพบว่าโดยเฉลี่ยโรงพยาบาลมีผู้ป่วยนอกเพิ่มขึ้น 10% และมีโรงพยาบาล 30.4% ที่มีผู้ป่วยในเพิ่มขึ้นในปี พ.ศ.2546 เมื่อเทียบกับปี พ.ศ. 2545

สำหรับประเทศไทยสถานการณ์กำลังคนด้านสุขภาพ ณ ปี พ.ศ. 2546 มีแพทย์ 28,920 คน ซึ่งมีจำนวนใกล้เคียงกับความต้องการแพทย์ที่คาดการณ์โดยฉัตรศิริกนกวิไล และคณะ (2544 อ้างใน สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ 2548) อย่างไรก็ตามปัญหาที่ยังเป็นปัญหาหลักคือการกระจายแพทย์ที่ไม่เท่าเทียมกันทำให้พื้นที่ชนบทมีปัญหการขาดแคลนที่รุนแรง ในปี 2548 ความ

ขาดแคลนแพทย์และบุคลากรสาธารณสุข ไปปรากฏชัดเจนตามภูมิภาคและในชนบท เช่น ภาคอีสานมีสัดส่วนแพทย์ต่อประชากรต่ำสุด 1:7,466 ในขณะที่ในกรุงเทพมหานครมีสัดส่วนสูงสุด คือ แพทย์ 1 คนต่อประชากร 879 คน ในขณะที่ทันตแพทย์มีอยู่เป็นจำนวน 7,573 คน จากที่ควรมี 11,614 คน สัดส่วนทันตแพทย์ต่อประชากรมีแนวโน้มลดลงในทุกภาค ในปี 2546 ภาคอีสานมี สัดส่วนทันตแพทย์ต่อประชากรต่ำสุด 1:21,739 ในขณะที่ในกรุงเทพมหานครมีสัดส่วนสูงสุด คือ ทันตแพทย์ 1 ต่อประชากร 1,458 คน ในขณะที่วิชาชีพพยาบาลยังมีความขาดแคลนอีก 23,586 คน (กระทรวงสาธารณสุข 2550)

ในขณะที่การเคลื่อนย้ายกำลังคนด้านสุขภาพจากภาครัฐมีการเพิ่มขึ้นค่อนข้างชัดเจน โดยเฉพาะกลุ่มวิชาชีพแพทย์และพยาบาล จากปัญหาสภาพการขาดแคลนหรือการกระจายที่ไม่เป็นธรรมที่ดำรงอยู่นั้น ปัญหาถูกทำให้รุนแรงขึ้นจากการเพิ่มขึ้นของภาระงานซึ่งเป็นผลจากการใช้บริการสาธารณสุขเพิ่มขึ้นของประชาชน และการย้ายออกจากบริการภาครัฐของกำลังคน ดังนั้น จึงทำให้สภาพปัญหาที่มีความวิกฤติมากขึ้น ดังจะเห็นได้จากกรณีการย้ายออกนอกภาครัฐของแพทย์ จะเห็นว่าจำนวนและร้อยละของการสูญเสียแพทย์ (เมื่อเทียบจำนวนแพทย์จบใหม่) ของกระทรวงสาธารณสุข พบว่า มีแนวโน้มสูงขึ้น ในช่วงเศรษฐกิจฟองสบู่โดยถึงระดับสูงสุดใน พ.ศ. 2539 (ก่อนวิกฤตเศรษฐกิจ) ซึ่งพบว่ามีโรงพยาบาลชุมชนถึง 21 แห่ง ที่ไม่มีแพทย์ประจำเลย ภายหลังวิกฤตเศรษฐกิจ พ.ศ. 2540 สถานการณ์ดีขึ้นมาก จนเมื่อเศรษฐกิจเริ่มฟื้นตัวใหม่โดยเฉพาะหลังการเริ่มโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในระหว่าง พ.ศ. 2544-2546 สถานการณ์การลาออกของแพทย์ในกระทรวงสาธารณสุขกลับรุนแรงใหม่อีกครั้ง พบว่าอัตราการลาออกของแพทย์เพิ่มเป็น 22%, 60% และ 75% ในปี พ.ศ. 2544 พ.ศ. 2545 และพ.ศ. 2546 ตามลำดับ ดังตารางที่ 1(สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ 2548)

ตารางที่ 1 จำนวนและสัดส่วนการสูญเสียแพทย์สุทธิเมื่อเทียบกับแพทย์จบใหม่บรรจุเข้ารับราชการ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ปีงบประมาณ 2537-2546

ปีงบประมาณ	จำนวนแพทย์						สูญเสียสุทธิ (จำนวน/ร้อยละ)
	เพิ่มขึ้น			ลดลง (ลาออก)			
	จบใหม่	กลับเข้ารับราชการใหม่	รวม	ข้าราชการ	พนักงานของรัฐ	รวม	
2537	526	-	526	42	-	42	42/8.0
2538	576	-	576	260	-	260	260 / 45.1
2539	568	-	568	344	-	344	344 / 60.6
2540	579	30	609	336	-	336	306 / 52.8
2541	618	93	711	299	-	299	206 / 33.3
2542	830	57	887	204	-	204	147 / 17.7
2543	893	98	991	201	-	201	103 / 11.5
2544	883	82	965	193	83	276	194 / 22.0
2545	878	38	916	401	163	564	526 / 59.9
2546	1,013	39	1,052	287	508	795	756 / 74.6

ที่มา : สำนักบริหารกลาง สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

* ตั้งแต่ พ.ศ. 2542 เป็นต้นมา มาติ กรม. ให้กระทรวงสาธารณสุข รับนักเรียนทุนที่จบการศึกษาระดับปี 2542 เป็นพนักงานของรัฐในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข แทนบรรจุเป็นข้าราชการ

สำหรับพยาบาลนั้น จากการศึกษาของกฤษฎดา แสงวงศ์ (2550) พบว่าขนาดกำลังคนของพยาบาลวิชาชีพ ณ.วันที่31 ธันวาคม 2548 มีพยาบาลวิชาชีพที่มีอายุต่ำกว่า 60 ปี จำนวน 97,942 คน ซึ่งในจำนวนนี้เป็นผู้ที่ประกอบวิชาชีพในระบบบริการสุขภาพประมาณ 88,440 คน หรือร้อยละ 90.3 พบว่าแนวโน้มการสูญเสียพยาบาลยังมีทิศทางสูงขึ้นเรื่อยๆตั้งแต่ปีพ.ศ. 2543 เป็นต้นมา จากอัตราการสูญเสียร้อยละ 2.4 เป็นร้อยละ 4.2 ในปี 2548 และอัตราเพิ่มกำลังคนพยาบาลวิชาชีพในปี พ.ศ. 2548 ลดลงอย่างมากถึงร้อยละ 35.3 เมื่อเทียบกับปี พ.ศ.2543 ทั้งนี้ปัจจัยกำหนดการขาดแคลนพยาบาลที่สำคัญคือ การออกจากวิชาชีพก่อนวัยอันควรและการสูงอายุดังกล่าว จึงส่งผลให้การเพิ่มขนาดของกำลังคนเป็นไปอย่างช้าๆ เพราะการเข้างานสุทธิมีเพียงเฉลี่ยปีละ 4,997 คนเท่านั้นจากกำลังการผลิตพยาบาลวิชาชีพในประเทศที่มีถึง 7,800 คนต่อปี สำหรับ

การออกจากราชการนั้นจากการวิเคราะห์ข้อมูลพยาบาลวิชาชีพที่ออกจากราชการจำนวน 2,011 ราย พบว่าผู้ที่อายุระหว่าง 30-35 ปี เป็นกลุ่มที่ออกจากราชการมากที่สุดในสัดส่วนร้อยละ 20 รองลงมาเป็นผู้ที่อายุระหว่าง 36-39 ปี ร้อยละ 17 โดยมีเหตุผลสำคัญ คือ ต้องการออกไปประกอบอาชีพอื่น (ร้อยละ 30.4) และโอนไปหน่วยงานอื่นที่ไม่ต้องขึ้นเวร (ร้อยละ 17.3) การออกจากวิชาชีพของคนที่อายุน้อยในสัดส่วนที่สูงนี้ ส่งผลให้อายุเฉลี่ยในการทำงานของพยาบาลวิชาชีพสั้นลง ทั้งนี้พบว่าพยาบาลไทยจะมีอายุการทำงานเฉลี่ยเพียงประมาณ 22 ปีเท่านั้นจากปีที่เริ่มทำงาน การเพิ่มขึ้นของภาระงานเป็นผลจากการนำโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้ามาปฏิบัติ ส่งผลให้เกิดปัญหาความไม่พอเพียงของพยาบาลในทุกระดับของสถานบริการมากขึ้น ในระยะเวลาอีกประมาณ 5-10 ปีข้างหน้า การขาดแคลนพยาบาลวิชาชีพในประเทศจะทวีความรุนแรงมากขึ้น ทั้งในด้านปริมาณและผลิตภาพ หากไม่มีการเพิ่มการผลิตพยาบาลใหม่ และการเร่งพัฒนาศักยภาพของพยาบาลที่มีอยู่อย่างต่อเนื่อง

1.3.2 การกระจายกำลังคน

การจัดสรรกำลังคนด้านสุขภาพในอดีตนั้นจัดสรรกำลังคนและทรัพยากรต่างๆ ตามขนาดของสถานบริการ โดยไม่คำนึงถึงความต้องการของประชากร อีกทั้งระบบการจ้างงานภาครัฐเดิมนั้น การจ่ายเงินเดือนของข้าราชการเป็นการจ่ายเงินเดือนจากส่วนกลางและแยกต่างหากจากงบดำเนินงาน ทำให้หน่วยบริการขนาดใหญ่และหน่วยบริการที่อยู่ในพื้นที่เจริญมีแรงดึงดูดบุคลากรมาอยู่มาก จึงทำให้เกิดการกระจุกตัวกำลังคนอยู่ในเมืองใหญ่ๆ โดยเฉพาะเขตภาคกลางและปริมณฑล จึงทำให้เกิดการกระจายกำลังคนที่ไม่เท่าเทียมกันระหว่างภาคและจังหวัด ระหว่างเขตเมือง/ชนบท

ในช่วงแรกของการดำเนินการนโยบายประกันสุขภาพถ้วนหน้า กระทรวงสาธารณสุขได้จัดสรรงบประมาณเป็นรายหัวของประชากรลงสู่จังหวัดต่างๆ และยังสามารถจัดทำแผนแม่บทกำลังคนขึ้น โดยกำหนดเกณฑ์กำลังคน แพทย์ ทันตแพทย์ เภสัชกร พยาบาล เจ้าหน้าที่สาธารณสุข และบุคลากรอื่นๆ โดยใช้ระบบข้อมูลการกระจายกำลังคนทางภูมิศาสตร์ (Geographical Information System - GIS) มาประกอบในการจัดสรรกำลังคน (กระทรวงสาธารณสุข 2546) โดยมุ่งเน้นไปที่การพัฒนาศูนย์สุขภาพชุมชนเป็นกลไกในการนำบริการไปสู่ประชาชนอย่างใกล้บ้านใกล้ใจ ซึ่งการดำเนินการเช่นนี้ส่งผลต่อการกระจายกำลังคน ดังจะเห็นได้จากบางจังหวัดที่มีกำลังคนมาก เริ่มที่จะปรับตัว และไม่รับบุคลากรที่จะย้ายเข้ามาใหม่รวมทั้งโควตานักเรียนทุนจบใหม่ หลายจังหวัดที่ขาดแคลนบุคลากรก็จะแสวงหาและรับบุคลากรจากหน่วยงานอื่นๆ รวมทั้งผู้สำเร็จการศึกษาใหม่ (เกรียงศักดิ์ วัชรนุกุลเกียรติ 2547) อย่างไรก็ตาม การเปลี่ยนแปลงวิธีการจัดสรรงบประมาณในปี 2546 โดยการรวมเงินเดือนบุคลากรไว้ที่ส่วนกลางและการปรับค่าใช้จ่ายรายหัวของจังหวัดต่างๆ เพิ่มขึ้น สิ่งนี้ส่งผลให้พื้นที่ที่มีบุคลากรมากได้รับงบประมาณมาก ซึ่งไม่ได้สัมพันธ์กับภาระงานที่ลดลง ในขณะที่สถานพยาบาลเล็กที่มีบุคลากรน้อย

ภาระงานมากกลับได้รับงบประมาณลดลง (เกรียงศักดิ์ วัชรนุกุลเกียรติ 2547) ทำให้มีงบประมาณจำกัดในการจัดซื้อยา วัสดุการแพทย์และค่าตอบแทนบุคลากร และส่งผลให้หน่วยบริการต่างๆ ปรับเปลี่ยนการปฏิรูประบบ เรียกร้องขอรับบุคลากรเพิ่มเพราะไม่ต้องสนใจค่าใช้จ่ายในส่วนนี้ ดังปรากฏว่า ปี 2546 พยาบาลและเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่จบมา 1,269 คน กระจายสู่ชนบทเพียง 260 คน คิดเป็น 20% แนวโน้มเช่นนี้นอกจากทำให้ปัญหาความไม่เท่าเทียมดำรงอยู่ต่อไปแล้ว จะมีผลกระทบรุนแรงต่อโครงการในระยะยาวเพราะจะทำให้ควบคุมค่าใช้จ่ายไม่ได้ (หนังสือพิมพ์ไทยโพสต์ 2546)

1.3.3 การผสมผสานทักษะที่เหมาะสม (skill mix)

ปัญหาการขาดแคลนบุคลากรที่ทวีความรุนแรงขึ้นนี้ ส่วนหนึ่งสัมพันธ์กับระบบการแพทย์ที่เน้นการรักษามากกว่าการป้องกันและส่งเสริมสุขภาพซึ่งทำให้ประชาชนจำนวนมากต้องเจ็บป่วยจากโรคภัยไข้เจ็บ ที่สามารถป้องกันได้ นอกจากนี้ การพัฒนาระบบบริการทางการแพทย์ที่เน้นการใช้เทคโนโลยีที่ซับซ้อน ทำให้การดูแลรักษาสุขภาพกลายเป็นเรื่องของผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทางด้านการแพทย์ จนทำให้แพทย์ที่มีอยู่ในระบบบริการทางการแพทย์มีสัดส่วนเป็นแพทย์เฉพาะทางเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 77.7 ในขณะที่ระบบบริการเชิงรุกและหน่วยบริการปฐมภูมิที่ดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวมในระดับชุมชนและครอบครัว กลับได้รับการส่งเสริมและเป็นที่ยอมรับอย่างจำกัด การสร้างระบบบริการปฐมภูมิที่ให้บริการผสมผสานทั้งงานด้านการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค รักษาพยาบาลและการฟื้นฟูสภาพให้สามารถให้บริการอย่างทั่วถึงใกล้บ้าน จึงเป็นยุทธศาสตร์สำคัญในการแก้ปัญหาการขาดแคลนบุคลากรทางการแพทย์ในระยะยาว (กระทรวงสาธารณสุข 2550)

การปฏิรูประบบสุขภาพนี้ได้มุ่งให้ความสำคัญกับการบริการเชิงรุกที่หน่วยบริการปฐมภูมิ ซึ่งถือเป็นระดับการบริการที่มีความสำคัญมาก เพราะเป็นจุดเชื่อมระหว่างชุมชนและเป็นปากทางเข้าสู่การดูแลผู้ป่วยที่โรงพยาบาล ด้วยมิติของสุขภาพจะขยายกว้างครอบคลุมถึง สุขภาพกายใจ สังคม สิ่งแวดล้อม วัฒนธรรม และจิตวิญญาณ ดังนั้นหน่วยบริการปฐมภูมิต้องทำงานเชิงรุกในด้านการส่งเสริมและสนับสนุนการดูแลและสุขภาพของครอบครัว และชุมชนอย่างผสมผสานและมีความต่อเนื่อง ในขณะที่เดียวกันภารกิจในด้านการให้บริการด้านคลินิกในระดับปฐมภูมิก็น่าจะมีอยู่ แม้จะมีการกำหนดให้แพทย์เป็นผู้ให้บริการด้านคลินิกและเป็นผู้ช่วยพัฒนาคุณภาพงานบริการด้านรักษาพยาบาลในระดับสถานบริการระดับปฐมภูมินั้นยังมีประเด็น ที่เป็นข้อจำกัด การที่จะพัฒนาการเข้าถึงบริการของประชาชนด้วยโอกาส และให้บริการที่มีคุณภาพในสถานะที่มีข้อจำกัดทรัพยากรเช่นนี้ ในสถานะที่ภาคเอกชนก็ขยายตัวขึ้นจึงเกิดการดึงทรัพยากรไปจากภาครัฐมาก โดยเฉพาะแพทย์ การที่จะสามารถทำให้การบริการของรัฐยังคงอยู่ได้แต่ยังมุ่งที่การกำหนดอัตราแพทย์ต่อประชากรนั้นไม่น่าจะมีความเป็นไปได้ในระยะเวลายาวไกลนี้ จึงควรจะมี

หาบุคลากรทางเลือกลำหรับหน่วยบริการระดับปฐมภูมิในชนบท ควรพิจารณาความรู้ ทักษะที่จำเป็นในการให้บริการระดับปฐมภูมิ ซึ่งอาจจะไม่ใช่แพทย์ (อนูวัฒน์ ศุภชุติกุล 2547)

ซึ่งข้อสังเกตข้างต้นนี้มีความสอดคล้องกับประสบการณ์จากต่างประเทศ ในด้านการผสมผสานทักษะ (skill mix) ที่เหมาะสมในการให้บริการระดับปฐมภูมิ สภาวะการขาดแคลนแพทย์ที่เกิดขึ้นในสหรัฐอเมริกา ในช่วงระหว่างปี พ.ศ. 2503 – 2508 ทำให้เกิดการแสวงหาบุคลากรทางเลือกที่เป็น “บุคลากรที่ไม่ใช่แพทย์” ได้แก่ พยาบาลเวชปฏิบัติ หรือ ผู้ช่วยแพทย์ มาปฏิบัติงานในด้านการรักษาซึ่งเดิมอยู่ภายใต้ความรับผิดชอบของแพทย์ (Shi, et al, 1994; World Bank, 1993) และเมื่อในทศวรรษนี้ประเทศอุตสาหกรรม เช่น ประเทศอังกฤษ กำลังเผชิญกับปัญหาการลดลงของจำนวนแพทย์ (Salvage, 1991; Sergison et al, 1999) และการจำกัดงบประมาณขององค์กร ซึ่งก่อให้เกิดการแสวงหาทางเลือกไปยังบุคลากรสาธารณสุขที่น่าจะทดแทนแพทย์ได้ Ross (1995) ระบุว่าแม้ว่าการเข้าถึงบริการสาธารณสุขของประชาชนจะดีขึ้นเมื่อเทียบกับอดีต อย่างไรก็ตามการเข้าถึงบริการสาธารณสุขยังมีปัญหาในกลุ่มที่ด้อยโอกาส เช่น ชาวชนบท ผู้ด้อยโอกาส ดังนั้นจำเป็นจะต้องมีบุคลากรสาธารณสุขที่เป็น “หมอใหม่” เข้ามาช่วยเสริมในการให้บริการกลุ่มนี้ อีกทั้งปัญหาการกระจายแพทย์ไปสู่ชนบทยังคงเป็นปัญหาที่รุนแรงของประเทศกำลังพัฒนาหลายประเทศ (WHO, 1992; World Bank, 1993) และปัญหานี้ก็ยังดำรงอยู่ในประเทศพัฒนาแล้ว ดังนั้นการที่พยาบาลเวชปฏิบัติ หรือผู้ช่วยแพทย์ เป็นผู้ให้บริการการรักษาในระดับปฐมภูมิ น่าจะเป็นกลวิธีที่เหมาะสมในการแก้ปัญหาดังกล่าว (WHO, 1992)

สถานะภาพทางเศรษฐกิจของประเทศต่างๆ ในปัจจุบันนี้ ไม่ว่าจะเป็นประเทศอุตสาหกรรมและประเทศกำลังพัฒนา ต่างก็เผชิญกับสถานการณ์การถดถอยด้านเศรษฐกิจ พร้อมกับปัญหาการเพิ่มขึ้นของค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ ซึ่งสภาพปัญหานี้ส่งผลให้รัฐบาลต้องวางแผนในการลดค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพลง ค่าใช้จ่ายด้านกำลังคนเป็นค่าใช้จ่ายที่สูงคิดเป็น 2 ใน 3 ส่วนของเงินงบประมาณดำเนินการทั้งหมด ดังนั้นในการลดค่าใช้จ่าย ผู้บริหารจึงมุ่งไปที่การลดค่าใช้จ่ายด้านกำลังคน (WHO, 1997) กลวิธีการลดค่าใช้จ่ายด้านกำลังคน ได้แก่ การทดแทนบุคลากรที่มีค่าใช้จ่ายสูงด้วยบุคลากรที่มีค่าใช้จ่ายต่ำกว่า แต่สามารถปฏิบัติงานได้โดยมีคุณภาพใกล้เคียงกัน (RCN, 1993) การศึกษาที่เมือง Burlington ประเทศแคนาดา (Spitzer et al, 1973) ซึ่งพยาบาลเวชปฏิบัติได้ปฏิบัติงานในฐานะผู้ให้บริการระดับปฐมภูมิโดยปฏิบัติงานร่วมกับแพทย์ พบว่าจำนวนผู้ใช้บริการในหน่วยบริการระดับปฐมภูมิลดลงอย่างชัดเจน การลดลงของการใช้บริการเช่นนี้ ส่งผลให้ค่าใช้จ่ายในการนอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาลในภาพรวมของชุมชนลดลง 31% จากการทบทวนงานวิจัยอย่างเป็นระบบ (Sox 1979, Crosby et al 1987, Brown and Grimes 1995, and Horrocks et al 2000) ให้ผลใกล้เคียงกันว่าการให้บริการของพยาบาลเวชปฏิบัติไม่มีความแตกต่างจากการให้บริการของแพทย์ ในด้านกระบวนการรักษาและผลลัพธ์การรักษาในกลุ่มโรคที่ไม่

ซับซ้อนและโรคเรื้อรังที่มีอาการคงที่และผู้ป่วยมีความพึงพอใจต่อบริการของพยาบาลเวชปฏิบัติมากกว่า

จากการทบทวนงานวิจัยจากประเทศอุตสาหกรรมพบว่า ปัจจัยหนึ่งที่สำคัญซึ่งทำให้การให้บริการของพยาบาลเวชปฏิบัติมีคุณภาพใกล้เคียงกับการให้บริการของแพทย์ นั่นคือพยาบาลเวชปฏิบัติทำงานร่วมกันเป็นทีมกับแพทย์ มีแพทย์คอยให้คำปรึกษา ดังนั้นบทเรียนนี้ชี้ว่า มีความจำเป็นที่จะต้องมีการทำงานร่วมกันเป็นทีมระหว่างแพทย์ พยาบาล และทีมสุขภาพอื่นๆ ซึ่งวิธีการนี้ได้รับการกล่าวถึงในคำแถลงการณ์ Alma-Ata ซึ่งระบุว่า การพัฒนาบริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิเป็นวิธีพัฒนาที่มีประสิทธิภาพสูงสุด และจะต้องมีกลไกที่จะสนับสนุนการให้บริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิ ซึ่งในบริบทของประเทศไทยกลไกเหล่านี้ต้องสอดคล้องกับบทบาทที่คาดหวังของหน่วยบริการปฐมภูมิซึ่งต้องทำหน้าที่ให้บริการเชิงรุก โดยสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพองค์รวมของชุมชนและการให้บริการสุขภาพในระดับปัจเจกและครอบครัว นอกจากนี้การบริการด้านรักษาหรือการตั้งรับที่สถานบริการก็เป็นสิ่งที่ขาดไม่ได้ ดังนั้นการจัดตั้งทีมสุขภาพซึ่งประกอบด้วยบุคลากรที่ทำหน้าที่ด้านคลินิก เช่น พยาบาล โดยมีระบบการสนับสนุน ให้คำปรึกษา นิเทศงานจากแพทย์ และมีบุคลากรสาธารณสุขที่ทำหน้าที่หลักในด้านบริการเชิงรุกในชุมชน ซึ่งน่าจะเป็นทางเลือกในการผสมผสานทักษะ (skill mix) ที่เหมาะสมที่สามารถให้บริการที่มีคุณภาพในต้นทุนที่ต่ำได้

1.3.4 การจัดการและการพัฒนากำลังคนด้านสาธารณสุข

หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าและการปฏิรูประบบสุขภาพนี้ส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงด้านการบริหารจัดการกำลังคน ได้แก่ ประการแรกมีการยกเลิกกรอบอัตรากำลังรอบที่ 3 ของสำนักงานคณะกรรมการข้าราชการพลเรือน (ก.พ.) ซึ่งกำหนดกรอบกำลังคนตามขนาดของสถานบริการ ซึ่งถือเป็นเครื่องมือที่สร้างความไม่เสมอภาคต่อการกระจายกำลังคนด้านสุขภาพในอดีต การเปลี่ยนแปลงนี้เอื้อให้สถานบริการสามารถจัดกำลังคนด้านสุขภาพที่สอดคล้องกับความต้องการของพื้นที่มากขึ้น ประการที่สอง มีการปรับเปลี่ยนระบบการจ้างลูกจ้างชั่วคราวกับกรมบัญชีกลางเพื่อให้เกิดความคล่องตัวและลดขั้นตอนในการจ้างงาน โดยไม่ต้องผ่านกรมบัญชีกลาง ดังจะเห็นว่าผู้บริหารของโรงพยาบาลอำเภอหลายแห่งได้มีการจัดจ้างกำลังคนด้านสุขภาพต่างๆ เช่น ทันตแพทย์ พยาบาล นักกายภาพบำบัด นักเทคนิคการแพทย์ ฯลฯ มาเพื่อดูแลประชาชนในพื้นที่ได้สะดวกมากยิ่งขึ้น (เกรียงศักดิ์ วัชรนุกุลเกียรติ 2547) ประการที่สามได้มีการออกระเบียบเงินบำนาญใหม่ รวมทั้งการเปลี่ยนแปลงระบบการจ่ายเงินค่าตอบแทนให้ยืดหยุ่นคล่องตัว สอดคล้องกับสภาพความเป็นจริง และสามารถสร้างแรงจูงใจเพื่อดึงดูดให้กำลังคนด้านสุขภาพปฏิบัติงานในชนบทและพื้นที่ขาดแคลนได้นาน อย่างพึงพอใจ เป็นที่เชื่อว่าการจัดสรรงบประมาณรายหัวตามจำนวนประชากรในพื้นที่รับบริการและเป็นงบประมาณที่เป็นปลายปิดร่วมกับระเบียบปฏิบัติดังกล่าวจะสามารถช่วยให้พื้นที่ที่อยู่ห่างไกลที่ขาดแคลนบุคลากรจะมี

งบประมาณเพิ่มขึ้นและสามารถเอื้ออำนวยต่อการจ้างงาน สามารถสร้างแรงจูงใจให้บุคลากรดำรงอยู่ในพื้นที่มากขึ้น และทำให้บุคลากรย้ายออกจากพื้นที่ห่างไกลลดลง

อย่างไรก็ตามในช่วงแรกสามารถเห็นภาพการกระจายกำลังคนด้านสุขภาพที่สอดคล้องกับจำนวนประชากร โดยที่จังหวัดเล็กๆที่ห่างไกล ได้รับการจัดสรร แพทย์ พยาบาลมากขึ้น สถานบริการขนาดใหญ่มีการจำกัดกำลังคนมากขึ้นและมีการกระจายกำลังคนไปที่สถานบริการในชนบท ได้แก่โรงพยาบาลอำเภอและสถานีอนามัยมากขึ้น รวมทั้งเกิดนวัตกรรมต่างๆ ในการจัดการกำลังคนในระดับพื้นที่ เช่นการจัดจ้างทันตแพทย์ พยาบาล เทคนิคการแพทย์ กายภาพบำบัด และบุคลากรอื่นๆ มาให้บริการสอดคล้องกับความต้องการของประชาชนในพื้นที่ อย่างไรก็ตาม ความไม่แน่นอนของนโยบายมีผลกระทบอีกครั้งต่อการจัดการกำลังคน ดังจะเห็นจากการเปลี่ยนแปลงการจัดสรรงบประมาณโดยไม่รวมเงินเดือนที่นำมาใช้ในเวลาต่อมา ได้ส่งผลให้สถานบริการไม่จำเป็นต้องจำกัดจำนวนบุคลากร สถานบริการใหญ่ๆ จึงมีความต้องการบุคลากรเพิ่มขึ้น และมีศักยภาพในการดูดกำลังคนจากชนบทและสถานบริการขนาดเล็กได้ ในภาวะที่มีกำลังคนจำกัด ความขาดแคลนกำลังคนในพื้นที่ห่างไกล และสถานบริการเล็กกลับมาเผชิญกับปัญหาการขาดแคลนกำลังคนอีกครั้ง อย่างไรก็ตาม กลไกการปรับเปลี่ยนการบริหารจัดการ ถึงแม้จะเป็นประโยชน์ต่อการบริหารจัดการกำลังคนให้เกิดประโยชน์สูงสุดในระดับพื้นที่ แต่ความไม่เพียงพอของบุคลากรจึงทำให้การบริหารจัดการกำลังคนมีข้อจำกัด ไม่สามารถใช้กลไกการบริหารจัดการเพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดต่อองค์กรได้

1.3.5 ความสัมพันธ์ระหว่างบุคลากรด้านการแพทย์และคนไข้

ปัญหาด้านการฟ้องร้องแพทย์และบุคลากรทางด้านการแพทย์และสาธารณสุขมีแนวโน้มสูงขึ้น ปัญหานี้แม้จะไม่ใช่ผลกระทบโดยตรงจากการปฏิรูประบบสุขภาพและโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า แต่การเกิดของเหตุการณ์มีความสัมพันธ์และมีส่วนทำให้ปัญหาเพิ่มขนาดขึ้น ภายใต้พื้นฐานที่มีข้อจำกัดด้านทรัพยากรบุคคลและสถานพยาบาล ในขณะที่ความต้องการด้านสุขภาพของประชาชนเพิ่มขึ้นและภาระงานของบุคลากรด้านสุขภาพเพิ่มขึ้น การประกันสุขภาพเน้นให้ทุกคนเข้าถึงบริการ สิ่งนี้นำไปสู่การปรับเปลี่ยนวิธีคิดจากเดิมการให้บริการสุขภาพเป็นการสงเคราะห์ เปลี่ยนเป็นการให้บริการสุขภาพเป็นสิทธิที่พึงได้รับ ซึ่งผลการเปลี่ยนแปลงนี้ได้เปลี่ยนแปลงโครงสร้างความสัมพันธ์ระหว่างผู้ให้และผู้รับบริการไป โดยผู้ให้ถูกมองเป็นผู้ขายบริการ การบริการกลายเป็นสินค้าที่ผู้ป่วยเป็นผู้ซื้อ (สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข 2547) ในยุคที่ประชาชนสามารถรับรู้ และแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสารได้อย่างทั่วถึง ทำให้เกิดการเปรียบเทียบการรับบริการสุขภาพหลายๆ แห่ง และทำให้เกิดคำถามกับคุณภาพของการบริการที่ตนเองได้รับ จึงเริ่มมีการฟ้องร้องแพทย์และบุคลากรสาธารณสุขเพิ่มสูงขึ้น จากข้อมูลสถิติการฟ้องร้องแพทย์ พบว่าในระหว่างปี พ.ศ. 2516 - พ.ศ. 2542 อัตราการฟ้องร้องแพทย์ค่อนข้างต่ำกว่า 50 ต่อ 10,000 ประชากรแพทย์ แต่หลังจากนั้นการฟ้องร้องเพิ่มสูงขึ้นอย่างชัดเจนในอัตรา 72, 98,

87 และ 73 ต่อ 10,000 ประชากรแพทย์ ในปี พ.ศ. 2542, 2544, 2545, และ 2547 ตามลำดับ และหากไม่มีการเปลี่ยนแปลงและพัฒนาระบบรองรับ โดยให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมมากขึ้นในการกำกับคุณภาพการบริการ สถานการณ์ความสัมพันธ์ระหว่างคนไข้และบุคลากรสาธารณสุขในการรับบริการจะตึงเครียดมากขึ้น

1.3.6 การผลิตและพัฒนากำลังคน

จากทิศทางการปฏิรูปที่มุ่งเน้นการพัฒนาการบริการในระดับปฐมภูมิทั้งด้านบริการเชิงรับและบริการเชิงรุก ดังนั้นกำลังคนด้านสุขภาพที่ปฏิบัติงานที่หน่วยบริการปฐมภูมินั้นไม่เพียงแต่ต้องมีความพอเพียงทั้งด้านปริมาณ แต่ยังรวมถึงทักษะที่จำเป็นในการปฏิบัติงาน และสามารถดำรงอยู่ในหน่วยบริการระดับปฐมภูมิซึ่งส่วนใหญ่อยู่ในชนบทและห่างไกลความเจริญได้ ดังกล่าวทั้งหลายเหล่านี้ส่งผลกระทบต่อการผลิตกำลังคนด้านสุขภาพอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้

จากปัญหาการขาดแคลนบุคลากรทางการแพทย์ โดยเฉพาะการขาดแคลนแพทย์ในชนบทอย่างรุนแรง ถึงแม้ในปัจจุบันจะมีโครงการผลิตแพทย์เพิ่มซึ่งจะทำให้การขาดแคลนแพทย์ในภาพรวมของประเทศดีขึ้น แต่กลับไม่สามารถแก้ไขปัญหาการขาดแคลนแพทย์ในชนบทได้ ทั้งนี้ส่วนหนึ่งอาจเกิดจากการผลิตแพทย์และบุคลากรด้านสุขภาพอื่นๆ นั้นงานสาธารณสุขเป็นเรื่องที่เกี่ยวกับความรู้ทางชีวภาพ และเทคโนโลยีทางการแพทย์และสาธารณสุขเท่านั้น ซึ่งนับว่าเป็นการมองเห็นปัญหาเพียงส่วนเดียวเท่านั้น ขาดการเน้นด้านการมีทัศนคติที่ดีต่อการทำงาน โดยเฉพาะที่ทำงานในชนบท ขาดความรู้ความเข้าใจชุมชนทางสังคม วัฒนธรรม และพฤติกรรมของชาวบ้าน ไม่เข้าใจว่าชาวบ้านคิดกันอย่างไร อยู่กันอย่างไร อะไรเป็นบ่อเกิดของปัญหาสุขภาพอนามัยในมิติของพฤติกรรมที่แท้จริง บุคลากรสาธารณสุขยังเข้าใจว่า (สำนักงานโครงการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข 2545) ดังนั้นการปฏิรูประบบสุขภาพส่งผลต่อการผลิตในด้านการผลิตนอกจากการเพิ่มจำนวนการผลิตให้สอดคล้องกับความต้องการของระบบสุขภาพแล้ว ควรเน้นการผลิตกำลังคนด้านสุขภาพที่มีหัวใจความเป็นมนุษย์ มีความรู้ ความเข้าใจในการดูแลสุขภาพแบบองค์รวมที่สัมพันธ์กับสังคมและวัฒนธรรมของชุมชนสอดคล้องกับความหมายที่กว้างขึ้นของสุขภาพ และเน้นการทำงานเป็นทีมสุขภาพ

ในด้านการพัฒนากำลังคนที่มีอยู่ในระบบก็มีความจำเป็นอย่างยิ่งเพื่อให้มีทักษะความรู้ ความสามารถที่สอดคล้องกับความต้องการของระบบสุขภาพ โดยเฉพาะอย่างยิ่งบุคลากรที่ปฏิบัติงานในสถานบริการระดับปฐมภูมิ ซึ่งพบว่าปัญหาศักยภาพของบุคลากรสาธารณสุขในระบบปัจจุบัน ที่ยังไม่สอดคล้องกับการเปลี่ยนแปลงจากกระแสปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข (สำนักงานโครงการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข 2543) ความรู้ ความสามารถของบุคลากรในการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข ยังควรได้รับการพัฒนา ไม่ว่าจะเป็นบุคลากรในด้านการบริการ ซึ่งจำเป็นต้องมีความรู้และทักษะดังกล่าวข้างต้น และบุคลากรที่ปฏิบัติงานด้านบริหารซึ่งจะต้องมีความรู้และทักษะในด้านการบริหารอย่างมืออาชีพ ในสถานการณ์ที่ต้องบริหารทรัพยากรที่ได้รับการ

กระจายลงสู่ระดับพื้นที่มากในปัจจุบันนี้ ตัวอย่างที่เห็นได้ชัดก็คือ เจ้าหน้าที่ซึ่งปฏิบัติงานอยู่ตาม สถานีอนามัย หรือพยาบาลใน โรงพยาบาลชุมชน หลายคนตั้งแต่จบการศึกษาแล้วไม่เคยได้ ฝึกอบรมความรู้ด้านวิชาชีพอีกเลยเป็นเวลาหลายปี ความรู้และทักษะที่ปฏิบัติอยู่ทุกวันนี้ล้วนเป็น ความรู้เมื่อครั้งจบการศึกษา

นอกจากการผลิตและพัฒนาบุคลากรที่มีอยู่ในระบบแล้ว สุขภาวะแนวใหม่ยัง ให้อำนาจต่อการขยายวงของกำลังคนด้านสุขภาพกว้างขึ้น เพื่อให้สามารถดูแลสุขภาพได้อย่าง เข้าถึงและสอดคล้องกับความต้องการด้านสุขภาพของประชาชน ซึ่งบุคลากรสุขภาพทางเลือก เหล่านี้มีความหลากหลายตั้งแต่บุคลากรภาคประชาชนซึ่งอยู่นอกระบบบริการปกติ ได้แก่ แพทย์ พื้นบ้านและภูมิปัญญาพื้นบ้าน อาสาสมัครสาธารณสุข พระ กลุ่มแม่บ้าน กลุ่มผู้สูงอายุ ผู้ดูแล ผู้สูงอายุและผู้ป่วยเรื้อรัง กลุ่มผู้ติดเชื้อเอช ไอ วี เอดส์ เครือข่ายคุ้มครองผู้บริโภค เป็นต้น และ นอกจากนั้นยังรวมถึงการมีบุคลากรด้านสุขภาพทางเลือกอื่นเข้ามาในระบบบริการปกติ ได้แก่ แพทย์แผนไทย แพทย์ทางเลือก และภูมิปัญญาพื้นบ้าน เป็นต้น ซึ่งการเกิดขึ้นและการคงอยู่ของ บุคลากรด้านสุขภาพที่หลากหลายเหล่านี้จำเป็นต้องได้รับการจัดระบบการสนับสนุนอย่างเป็น ระบบ

1.4 ข้อเสนอแนะแนวทางแก้ไข

การปฏิรูประบบสุขภาพและหลักประกันสุขภาพแห่งชาติได้มุ่งเน้นขยายความครอบคลุม บริการไปสู่กลุ่มประชากรในชนบทและกลุ่มประชากรด้อยโอกาส ซึ่งสิ่งนี้ส่งผลกระทบต่อ ระบบบริการสุขภาพระดับอำเภอ ได้แก่ สถานีอนามัยและ โรงพยาบาลอำเภอ และบุคลากรที่ได้รับ ผลกระทบค่อนข้างมากได้แก่ แพทย์ พยาบาล และบุคลากรสถานีอนามัย

1.4.1 การวางแผนกำลังคนโดยการผสมผสานทักษะที่เหมาะสม

การแก้ปัญหาด้านการขาดแคลนและการกระจายกำลังคนด้านสุขภาพในสถาน บริการในชนบทเป็นปัญหาที่ควรได้รับการแก้ไข การแก้ปัญหาเพื่อให้เกิดความพอใจของ บุคลากร และมีความรู้และทักษะที่จำเป็นในการให้บริการระดับปฐมภูมิ ควรจะดำเนินการใน 2 ระยะ ได้แก่การแก้ปัญหาในระยะสั้น และการแก้ปัญหาในระยะยาว

การแก้ปัญหาในระยะสั้นนั้น กำลังคนที่เหมาะสมที่จะให้บริการในระดับปฐมภูมิ หรือสถานีอนามัยนั้น อาจจะไม่ใช่แพทย์ต่อประชากรที่กำหนด อาจจะเป็นบุคลากรอื่นที่สามารถ ทดแทนกันได้ในระดับหนึ่ง และจัดระบบการสนับสนุนที่เหมาะสม ดังนั้นควรมีแผนการ ยกระดับของวิชาชีพที่ทำงานสัมพันธ์กันขึ้นมาทำงานทดแทนกันได้ในระดับหนึ่ง เช่นยกระดับ พยาบาลเพื่อให้อบรมเพิ่มเติมเป็นพยาบาลเวชปฏิบัติเพื่อให้มาทำงานด้านการรักษา โดยมีแพทย์ที่ โรงพยาบาลอำเภอคอยให้คำปรึกษาและจัดระบบนิเทศงานเพื่อเป็นการช่วยพัฒนาศักยภาพของ บุคลากรด้วย นอกจากนั้นเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในสถานีอนามัยจะเป็นบุคลากรที่

ทำงานเชิงรุกในด้านการสร้างเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคในชุมชน ซึ่งการทำงานเป็นทีม เช่นนี้จะช่วยแก้ปัญหาการขาดแคลนและการกระจายแพทย์ได้ในระดับหนึ่ง

การแก้ปัญหาระยะยาวก็หลีกเลี่ยงไม่ได้ที่จะต้องมีการวางแผนกำลังคนในระยะยาวในระดับพื้นที่ มีการเพิ่มการผลิตแพทย์และพยาบาล รวมทั้งพัฒนาศักยภาพบุคลากรให้เป็นที่ไปในทิศทางปฏิรูปสุขภาพที่มุ่งหวัง ขณะเดียวกันต้องมีการสร้างระบบแรงจูงใจที่สามารถธำรงกำลังคนด้านสุขภาพให้สามารถปฏิบัติงานในชนบทได้อย่างมีประสิทธิภาพและมีความสุข

1.4.2 การบริหารจัดการ

การจัดสรรงบประมาณ กำลังคน และทรัพยากรอื่น ตามโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้านั้น มองอีกด้านหนึ่งเป็นการกระจายอำนาจในการบริหารทรัพยากรลงสู่ระดับพื้นที่ ได้เปิดโอกาสให้มีการใช้ทักษะ ความสามารถในการบริหารจัดการของผู้บริหารในระดับอำเภอ ซึ่งได้แก่ผู้อำนวยการ โรงพยาบาลชุมชนและสาธารณสุขอำเภอ เป็นอย่างมาก ซึ่งความรู้ความสามารถในการบริหารทรัพยากรด้านกำลังคน งบประมาณ ทรัพยากรอื่น และการบริหารจัดการเป็นประเด็นที่สำคัญมากในการที่จะทำให้องค์กรสามารถธำรงกำลังคนอยู่ได้และสามารถดำเนินภารกิจขององค์กรได้ มีงานศึกษาวิจัยให้ผลตรงกันว่าการมีผู้บริหารที่ดี มีความสามารถเป็นปัจจัยสำคัญในการทำให้บุคลากรด้านสุขภาพ ในกลุ่ม แพทย์ (ฉิมกร โนรี 2550 ทักษพล ธรรมรังสี 2548) ทันตแพทย์ (Lexsomboon 2003) บุคลากรสาธารณสุขระดับปฐมภูมิ (นงลักษณ์ พะไยยะ 2550) ดังนั้น ควรจะต้องมีการพัฒนาผู้บริหารระดับอำเภออย่างจริงจัง เพื่อสามารถได้นักบริหารมืออาชีพมาบริหารจัดการระบบสุขภาพระดับอำเภอซึ่งเป็นระบบที่สำคัญที่สุด และเพื่อเป็นการเตรียมการรองรับการกระจายอำนาจที่จะมีขึ้นในอนาคต

1.4.3 การจัดการสุขภาพในระดับชุมชน

การขาดแคลนกำลังคนด้านสุขภาพที่กำลังเผชิญอยู่ในขณะนี้ ส่วนหนึ่งเกิดจากมุมมองว่าการบริการสุขภาพคือการรักษาและให้บริการที่สถานบริการ หรือการบริการแบบตั้งรับ ซึ่งการตั้งรับในสถานบริการนั้นในสถานการณ์ที่ความต้องการบริการด้านสุขภาพที่เพิ่มขึ้นมีความต้องการกำลังคนด้านสุขภาพที่เพิ่มขึ้น ซึ่งการให้บริการด้านสุขภาพดังกล่าวส่งผลต่อค่าใช้จ่ายสุขภาพที่เพิ่มขึ้น และเผชิญกับปัญหาการขาดแคลนกำลังคนด้านสุขภาพ เนื่องมาจากการผลิตและกระจายกำลังคนไม่สามารถตอบสนองความต้องการกำลังคนด้านสุขภาพได้ ดังนั้นทางเลือกด้านสุขภาพที่ยั่งยืนและมีต้นทุนต่ำคือมุมมองการย้ายน้ำหนักระบบบริการสุขภาพมาที่การสร้างเสริมสุขภาพ เพื่อสอดคล้องกับความหมายของสุขภาพที่กว้างขึ้น ครอบคลุมสุขภาพกาย ใจ สังคม และจิตวิญญาณ ซึ่งในมุมมองนี้กำลังคนด้านสุขภาพในระดับชุมชนหรือภาคประชาชนจะได้รับการให้ความสำคัญและมีบทบาทต่อระบบสุขภาพมากขึ้น ระบบบริการสุขภาพจะจัดแบ่งออกเป็นการบริการในระดับชุมชนและการบริการในสถานบริการ สำหรับการบริการในชุมชนนั้น ในการเจ็บป่วยเบื้องต้นหรือในการสร้างเสริมสุขภาพ กำลังคนภาคประชาชน ได้แก่ กลุ่มแม่บ้าน กลุ่ม

ผู้สูงอายุ กลุ่มออกกำลังกาย จะเป็นกำลังคนภาคประชาชนในการให้บริการด้านนี้ในระดับชุมชน และในการเจ็บป่วยเบื้องต้น อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน แพทย์พื้นบ้าน สามารถดูแลการเจ็บป่วยเบื้องต้นได้ และในกรณีผู้สูงอายุและผู้ต้องการการดูแล สมาชิกในครอบครัว กลุ่มช่วยเหลือตัวเอง อาสาสมัครต่างๆ สามารถดูแลตนเองได้ โดยภาพนี้ถ้าสามารถสร้างและสนับสนุนให้เกิดการจัดการสุขภาพในชุมชน โดยใช้กำลังคนด้านสุขภาพในชุมชน โดยมีกำลังคนด้านสุขภาพในระบบหรือในสถานบริการให้การสนับสนุน ควรจะเป็นทางเลือกของการจัดการสุขภาพที่มีประสิทธิภาพ และมีความยั่งยืน และเป็นการแก้ปัญหาคนในระบบบริการสาธารณสุขไม่พอเพียงด้วย ซึ่งการดำเนินการแนวคิดนี้ได้เกิดขึ้นอย่างหลากหลายในระดับชุมชน และนอกจากนั้น สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติและกระทรวงสาธารณสุขได้ให้การสนับสนุนด้านงบประมาณ เพื่อเอื้ออำนวยการดำเนินงานให้บรรลุผลมากขึ้น ดังนั้นระบบสุขภาพระดับอำเภอควรจะมีการดำเนินการเรื่องนี้อย่างจริงจัง เพื่อการสร้างสังคมที่มีสุขภาพ

เอกสารอ้างอิง

- กระทรวงสาธารณสุข. (2550). แผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ในช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 10 พ.ศ. 2550-2554 จาก http://www.moph.go.th/other/inform/10/plan_10.pdf (3 มกราคม 2551).
- เกรียงศักดิ์ วัชรนุกุลเกียรติ. (2547). ผลกระทบของนโยบาย 30 บาทรักษาทุกโรคกับระบบกำลังคนด้านสุขภาพ. จาก <http://www.thaimedtech.org> (10 พฤศจิกายน 2550).
- เกรียงศักดิ์ วัชรนุกุลเกียรติ (2547) หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า: เงินทองเป็นของนอกกาย...จริงหรือ. ใน สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข- สวรส (2547) หลากคิด หลากทำ พลังปัญญา: สู่การพัฒนาหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า. กรุงเทพฯ สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.
- กระทรวงสาธารณสุข. (2546). แผนแม่บทกำลังคนด้านสาธารณสุข. กระทรวงสาธารณสุข.
- กระทรวงสาธารณสุข สำนักงานโครงการปฏิรูประบบสุขภาพ. (2545). มาตรฐานการจัดระบบบริการปฐมภูมิ. จาก www.phdb.moph.go.th
- กฤษดา แสงดี. (2550). สถานการณ์ด้านกำลังคนพยาบาลวิชาชีพในประเทศไทย. ใน ทิณกร โนรี และคณะ(บรรณาธิการ)(2550) วิกฤตกำลังคนด้านสุขภาพ: ทางออกหรือทางตัน. บริษัท กราฟิโก ซิสเต็ม จำกัด.
- ทักษพล ธรรมรังสี. (2548). การกระจายแพทย์ทางภูมิศาสตร์ที่เหมาะสม ภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า. สำนักงานนโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ.
- นงลักษณ์ พะไถยะ (2550) การดำรงอยู่อย่างพึงพอใจของบุคลากรสาธารณสุขระดับปฐมภูมิ. ใน ทิณกร โนรี และคณะ(บรรณาธิการ)(2550) วิกฤตกำลังคนด้านสุขภาพ: ทางออกหรือทางตัน. บริษัท กราฟิโก ซิสเต็ม จำกัด.
- สงวน นิตยารัมภ์พงศ์. (2541). ปฏิรูประบบบริการสุขภาพไทย. สำนักงานโครงการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข.
- สงวน นิตยารัมภ์พงศ์ (มปป) หลักประกันทางด้านสุขภาพกับระบบบริการสาธารณสุขในอนาคต. จาก <http://www.thaifammed.org/article/insure.html> (11 พฤศจิกายน 2550).
- สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ บรรณาธิการ. (2545). Thailand Health Profile 1997- 2000. Express Transportation Organization.
- สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ บรรณาธิการ. (2548.) Thailand Health Profile 2001-2004. Express Transportation Organization.
- สำนักงานโครงการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข. (2545). มาตรฐานการจัดระบบบริการปฐมภูมิ. สำนักพัฒนาเครือข่ายบริการสุขภาพ.

- สำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพ. (2545). ผลการดำเนินงานปฏิรูปด้านสาธารณสุข จาก <http://www.moph.go.th/other/inform/hcrp> (4 ธันวาคม 2550)
- หนังสือพิมพ์ไทยโพสต์. (2546). ชื่อเรียกร่องชมรมแพทย์ชนบท จาก http://www.thaipost.net/print.asp?news_id=79385&cat_id=500&post_date=21/Nov/2546 (4 ธันวาคม 2550).
- สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข- สวรส. (2547). หลากคิด หลากทำ พลังปัญญา: สู่การพัฒนาหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า. กรุงเทพฯ สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.
- สมศักดิ์ ชุณหรัศมิ์. (2547). แนวคิดประกันสุขภาพถ้วนหน้า (ฉบับคนไทย): ถูกทิศหรือหลงทาง. ใน สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข- สวรส. (2547). หลากคิด หลากทำ พลังปัญญา: สู่การพัฒนาหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า. กรุงเทพฯ สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.
- สุเพ็ญ อึ้งวิจารณ์ปัญญา. (2547). การจัดบริการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคภายใต้หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า: บทเรียนที่พึงจะเริ่มต้น ใน สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข- สวรส (2547) หลากคิด หลากทำ พลังปัญญา: สู่การพัฒนาหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า. กรุงเทพฯ สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.
- สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ งานส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค. (2551). ระบบขั้นตอน และกระบวนการจัดทำแผนแก้ปัญหาพื้นที่ภายใต้งบสร้างเสริมสุขภาพ โครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า. จาก www. (3 มกราคม 2551)
- สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2534, 2539, 2544, 2546, 2547). รายงานการสำรวจอนามัยและสวัสดิการ. สำนักงานสถิติแห่งชาติ.
- สำนักงานเลขาธิการวุฒิสภา. (2549). การศึกษาผลกระทบของ พ.ร.บ. หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ 2545 ต่อสังคมไทย (สถานพยาบาล ผู้ให้บริการ และผู้รับบริการ) สำนักงานเลขาธิการวุฒิสภา.
- สำนักงานกองทุนสร้างเสริมสุขภาพ. (2550). จาก <http://www.thaihealth.or.th> (30 กรกฎาคม 2550).
- อนุวัฒน์ ศุภชุตikul. (2547). ระบบย่อยในระบบใหญ่ ฝันให้ไกล ไปให้ถึง. ใน สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข- สวรส (2547) หลากคิด หลากทำ พลังปัญญา: สู่การพัฒนาหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า. กรุงเทพฯ สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.
- Brown, SA and Grimes, D. (1995). *Nurse Practitioners and Certified Nurse-Midwives: A Meta-Analysis of Studies on Nurses in Primary care Roles*. American Nurses association. American Nursing Publishing.

- Crosby,F; Ventura, MR; and Feldman, MJ. (1987). Future research recommendation for establishing NP effectiveness. *Nurse Practitioner*. 12: 75-79.
- Horrocks, S; Anderson, E and Salisbury, C. (2000). Systematic review of whether nurse practitioners working in primary care can provide equivalent care to doctors. *BMJ*. 324: 819 – 823.
- Jordan, S. (1993). Nurse practitioners, learning from the USA experience: a review of the literature. *Health and Social Care* 2: 173-185
- Ross, FM. (1995). *Current policy perspectives, skill mix and the nurse practitioner role in practice: Key issue in District Nursing*. Paper two. Community and District Nursing Association.
- RCN- Royal College of Nursing. (1993). Protocols: guidance for good practice. *Nursing Standard*. 8(8):29
- Salvage, J. (1991). *Nurse Practitioners: Working for change in primary health care nursing*. King's Fund Centre/ WHO
- Sergison,M; Sibbald, B and Rose, S. (1999). *Skill Mix In Primary Care: A Bibliography*. National Primary Care Research and Development Centre. University of Manchester
- Shi, L; Samuels, ME; Ricketts, T and Konrad, TR. (1994). A rural-urban Comparative Study of Nonphysician providers in community and migrant health centres. *Public Health Report*. Vol 109(6): 809-815.
- Sox HC. (1979). Quality of patient care by nurse practitioners and physician assistants: a ten years perspective *Annals of Internal Medicine*. 91(3)
- Spitzer, WO; Kergin, DJ; Yoshida, MA; Russell, WAM; Hackett, BC' Goldsmith, CH (1973). Nurse practitioner in primary care III. The Southern Ontario randomised trial. *Canadian Medical Association*. 108:1005-1016
- WHO. (1992). *Balance and Relevance in Human Resources for Health for HFA/2000*. Report and Documentation of the Technical Discussions, Forty-fifth Session of the WHO Regional Committee for South- East Asia, Kathmandu, 7-13 September 1992
- WHO. Regional Office for Europe. (1997). *European Health Care Reform*. WHO Regional Publications, European Series, No. 72. Copenhagen. WHO. Regional Office for Europe
- World Bank .(1993). *World Development Report 1993: Investing in Health*. Oxford University Press.

Lexomboon, D. (2004). *Retention of dentists at rural in Thailand. PHD Thesis*. University of Liverpool

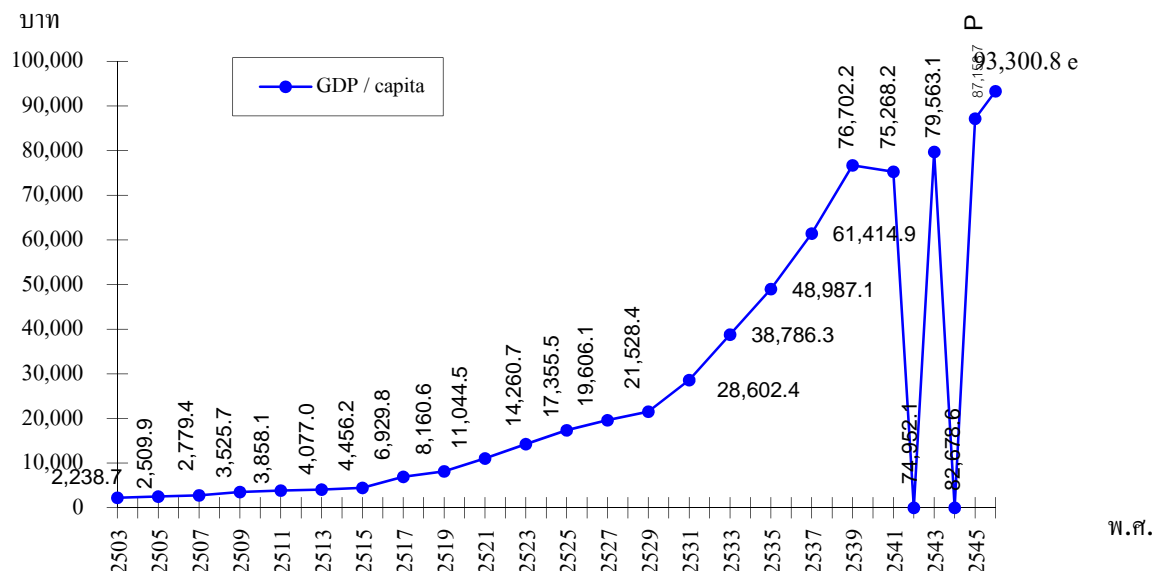
2. ผลกระทบนโยบาย FTA และ Medical Hub of Asia ต่อระบบบริการสุขภาพและกำลังคนด้านสุขภาพ

2.1 การเติบโตทางเศรษฐกิจ

ก่อนปีเหตุการณ์วิกฤติด้านเศรษฐกิจใน พ.ศ. 2540 ประเทศไทยมีอัตราการเจริญเติบโตทางเศรษฐกิจเฉลี่ยกว่าร้อยละ 7 ในรอบ 3 ทศวรรษก่อน ปี 2540 โดยเฉพาะอย่างยิ่งอัตราการเจริญเติบโตเพิ่มอย่างรวดเร็ว ระหว่างปี พ.ศ. 2529 – 2539 ซึ่งส่งผลให้ผลิตภัณฑ์มวลรวมเฉลี่ยต่อหัวประชากรเพิ่มจาก 21,524 บาทในปี พ.ศ. 2529 เป็น 76,702 บาทในปี พ.ศ. 2539

วิกฤติเศรษฐกิจ ใน พ.ศ. 2540 ทำให้อัตราการขยายตัวทางเศรษฐกิจที่เคยเติบโตเฉลี่ยกว่าร้อยละ 7 กลับติดลบร้อยละ -1.7 ในปี พ.ศ. 2540 และ ติดลบร้อยละ -10.8 ในปี พ.ศ. 2541 ซึ่งส่งผลต่อผลิตภัณฑ์มวลรวมต่อหัวประชากรลดลง เป็น 76,702 บาทในปี พ.ศ. 2539 เป็น 75,268 บาทในปี พ.ศ. 2543 ซึ่งวิกฤติเศรษฐกิจในช่วงนี้นั้น เกิดจากปัญหาโครงสร้างและปัจจัยพื้นฐานในประเทศที่มีมานานแต่ขาดการแก้ไขอย่างจริงจัง โดยมีปัจจัยที่สำคัญคือการกีดกันต่างประเทศระยะสั้นจำนวนมากและลงทุนที่ไม่ก่อให้เกิดผลตอบแทนที่คุ้มค่าของภาคเอกชน โดยเฉพาะ การลงทุนธุรกิจอสังหาริมทรัพย์อุตสาหกรรมรถยนต์ ปิโตรเคมี และ โรงพยาบาลเอกชน (สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ บรรณาธิการ 2548) ต่อเมื่อเศรษฐกิจได้ฟื้นตัวใน พ.ศ. 2543 ผลิตภัณฑ์มวลรวมต่อหัวประชากรเพิ่มจาก 79,703 บาทในปี พ.ศ. 2543 เป็น 124,997 บาทในปี พ.ศ. 2549 (ภาพที่ 1)

ภาพที่ 1 ผลิตภัณฑ์มวลรวมในประเทศเฉลี่ยต่อหัวประชากร พ.ศ. 2503-2549 (ราคาตลาด)



ที่มา : สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ

หมายเหตุ : 1. ^P เป็นข้อมูลเบื้องต้น, ^e เป็นข้อมูลประมาณการ
2. ตั้งแต่ พ.ศ. 2537 เป็นต้นมามีการปรับข้อมูลผลิตภัณฑ์มวลรวมในประเทศใหม่

2.2 การให้บริการระบบบริการสาธารณสุขภาครัฐและเอกชน ก่อนยุค medical hub และ FTA

ณ ปี พ.ศ. 2550 ประเทศไทยมีประชากร 62.8 ล้านคน (สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ บรรณาธิการ 2551) และมีประชากรที่อาศัยอยู่ในเขตชนบทมีสัดส่วนประมาณ 65.7% ได้แบ่งเขตการปกครองออกเป็น 76 จังหวัด (รวมกรุงเทพฯ) 877 อำเภอ และ 7,255 ตำบล

การจัดระบบบริการสุขภาพของประเทศนั้น โดยส่วนใหญ่จะเป็นสถานบริการภาครัฐเป็นหลัก ภาคเอกชนได้เพิ่มบทบาทเป็นผู้ให้บริการสุขภาพมากขึ้น โดยเฉพาะอย่างยิ่งเศรษฐกิจได้มีการขยายตัว ณ ปัจจุบันนี้สถานบริการภาครัฐในระดับปฐมภูมิประกอบด้วยสถานีอนามัยหรือหน่วยบริการระดับปฐมภูมิ จำนวน 9,765 แห่งซึ่งครอบคลุมตำบลทั้งหมด ในขณะที่สถานบริการระดับทุติยภูมิ ระดับโรงพยาบาลอำเภอมีจำนวน 725 แห่ง ครอบคลุม 82.6% ของอำเภอทั้งหมด นอกจากนั้นมีโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไปเพื่อให้บริการในระดับทุติยภูมิ จำนวน 95 แห่ง ครอบคลุมทุกจังหวัด (สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ บรรณาธิการ 2548) ในส่วนของสถานบริการภาคเอกชนนั้นแม้จะมีจำนวนมากขึ้น แต่กระจุกอยู่ในเขตเมืองเกือบทั้งหมด โดยเฉพาะกรุงเทพฯ คลินิกเอกชน (ไม่มีเตียง) มีบทบาทที่สำคัญในการให้บริการระดับปฐมภูมิ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในเขตเมือง ในขณะที่โรงพยาบาลเอกชนจะให้บริการทั้งในระดับปฐมภูมิ ทุติยภูมิ ตลอดทั้งตติยภูมิ ในเขตเมืองด้วยเช่นกัน ในปี พ.ศ. 2550 นั้นพบว่ามีคลินิกเอกชนจำนวน 16,800 แห่ง และโรงพยาบาลเอกชน จำนวน 429 แห่ง (สำนักงานสถิติแห่งชาติ 2550)

สถานการณ์การเปลี่ยนแปลงด้านเศรษฐศาสตร์ของประเทศมีผลโดยตรงต่อระบบสุขภาพของประเทศ และการจัดบริการระหว่างรัฐและเอกชน ในภาวะที่เศรษฐกิจของประเทศมีอัตราการเจริญเติบโตสูง สถานบริการสุขภาพเอกชนก็จะเพิ่มสูงตามไปด้วย ดังจะเห็นได้จากในระหว่างช่วงที่ประเทศมีอัตราการเจริญเติบโตทางเศรษฐกิจสูงอย่างต่อเนื่อง โรงพยาบาลเอกชนได้เพิ่มจาก 132 แห่งใน ปี พ.ศ. 2528 เป็น 473 แห่งใน ปี พ.ศ. 2538 แต่ต่อเมื่อเกิดสภาวะวิกฤติด้านเศรษฐกิจของประเทศในปี พ.ศ. 2540 พบว่าจำนวนโรงพยาบาลเอกชนลดลงจาก 456 แห่งใน ปี พ.ศ. 2543 เป็น 429 แห่งใน ปี พ.ศ. 2549 ในขณะที่จำนวนคลินิกเอกชน ลดลงจาก 16,722 แห่งใน ปี พ.ศ. 2533 เป็น 14,953 แห่งใน ปี พ.ศ. 2549 (ดังตาราง 1) อย่างไรก็ตามสถานพยาบาลเอกชนเหล่านี้เกือบทั้งหมดจะตั้งอยู่ในพื้นที่เขตเมือง และส่วนใหญ่ตั้งอยู่ในเขตกรุงเทพฯ (กระทรวงสาธารณสุข, 2548 และ สำนักงานสถิติ 2550)

ตารางที่ 2: แนวโน้มของจำนวนโรงพยาบาลเอกชน จำนวนเตียง และจำนวนแพทย์ ระหว่าง ปี พ.ศ. 2515 ถึง พ.ศ. 2550

พ.ศ.	จำนวน รพ	จำนวนเตียง	จำนวนแพทย์
2515	28	2,281	329
2521	67	6,139	687
2525	112	8,066	819
2531	203	13,024	1065
2535	335	21,297	2,552
2540	445	37,880	3,244
2542	471	40,852	3,403
2544	436	39,551	4,384
2545	405	38,370	3,572
2550	333	35,792	NA

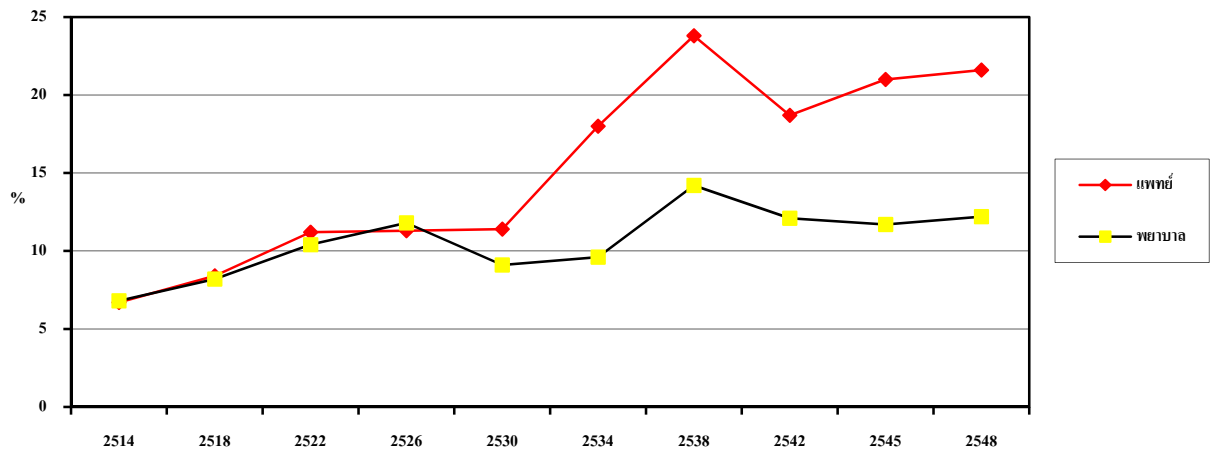
แหล่ง: กระทรวงสาธารณสุข (2550) และ สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ บรรณาธิการ (2551)

ในขณะที่ สถานบริการภาครัฐค่อนข้างมีการเพิ่มจำนวนอย่างต่อเนื่อง จำนวนโรงพยาบาลอำเภอเพิ่มจาก 480 แห่งในปี พ.ศ. 2528 เป็น 688 แห่งในปี พ.ศ. 2538 และยังคงเพิ่มอย่างต่อเนื่อง ภายหลังเผชิญกับสภาวะวิกฤติเศรษฐกิจ โดยเพิ่มเป็น 725 แห่งในปี พ.ศ. 2549 ในทำนองเดียวกัน สถานีนามัยซึ่งเป็นสถานบริการภาครัฐที่เป็นด่านแรก หรือให้บริการระดับปฐมภูมิของระบบบริการสาธารณสุข ได้เพิ่มจำนวนอย่างต่อเนื่อง โดยเพิ่มจาก 6,992 แห่งในปี พ.ศ. 2533 เป็น 9,765 แห่งในปี 2546 โดยครอบคลุมทุกตำบล ซึ่งจะเห็นได้ว่าในด้านกายภาพแล้ว สถานบริการภาครัฐสามารถครอบคลุมประชากรส่วนใหญ่ของประเทศ โดยเฉพาะภาคชนบท

2.2.1 ระยะเวลาเจริญเติบโตทางเศรษฐกิจ

ในระหว่างช่วงที่เศรษฐกิจมีการเจริญเติบโตในระหว่างปี พ.ศ. 2521 – 2530 ในช่วงดังกล่าวการพัฒนาโครงสร้างพื้นฐานของสถานบริการภาครัฐในชนบทได้รับการให้ความสำคัญ ในช่วงเวลาดังกล่าว จำนวนโรงพยาบาลอำเภอและสถานีอนามัยได้มีการเพิ่มจำนวนขึ้นมาก ดังนั้นการใช้บริการสุขภาพจากสถานบริการภาครัฐจึงเพิ่มขึ้นมาก ในขณะที่สัดส่วนการใช้บริการภาคเอกชนนั้นลดลง ในช่วงหลังจากปี 2530 เป็นต้นมา สภาวะเศรษฐกิจของไทยมีการเจริญเติบโตขึ้น ส่งผลให้ธุรกิจภาคเอกชนเติบโตขึ้น และการลงทุนในด้านธุรกิจของชาวต่างชาติได้เพิ่มขึ้น ในช่วงดังกล่าวรัฐบาลได้สนับสนุนนโยบายการค้าในด้านบริการสุขภาพขึ้นโดยการใช้มาตรการแรงจูงใจด้านภาษีในการลงทุนในธุรกิจโรงพยาบาลเอกชน ดังนั้นในระหว่างปี พ.ศ. 2530- 2540 พบว่ามีโรงพยาบาลเอกชนตั้งใหม่จำนวน 190 แห่ง (Board of Investment in Thailand 2004- cited by Pachanee and Wibulpolprasert 2006) ตารางที่ 1 แสดงให้เห็นว่าจำนวนเตียงของโรงพยาบาลเอกชน ได้เพิ่มขึ้นจาก 6,139 เตียงในปี พ.ศ. 2521 เป็น 37,880 เตียงในปี พ.ศ. 2540 ในขณะเดียวกันจำนวนแพทย์ที่ทำงานในสถานพยาบาลเอกชนได้เพิ่มขึ้นประมาณ 5 เท่า (ศุวิทย์ วิบูลผลประเสริฐ บรรณาธิการ 2551) ในด้านการเคลื่อนย้ายกำลังคนด้านสุขภาพระหว่างรัฐและเอกชน พบว่าการเคลื่อนย้ายกำลังคนจากภาครัฐไปสู่เอกชนยังคงก่อให้เกิดผลกระทบต่อปัญหาการขาดแคลนกำลังคนของภาครัฐ ในขณะที่จำนวนแพทย์ได้เพิ่มขึ้นในทุกๆปี แต่สัดส่วนการกระจายแพทย์ระหว่างเอกชนและรัฐมีสัดส่วนที่เปลี่ยนแปลงตลอดเวลา ดังจะเห็นได้จากภาพที่ 2 ซึ่งแสดงให้เห็นว่าสัดส่วนของแพทย์ปฏิบัติงานในภาคเอกชนในปี พ.ศ. 2520 ถึง พ.ศ. 2538 โดยเพิ่มจากร้อยละ 8 ในปี พ.ศ. 2520 เป็นร้อยละ 24 ในปี พ.ศ. 2538 ในขณะที่สัดส่วนพยาบาลที่ปฏิบัติงานในภาคเอกชนนั้นเพิ่มไม่มากนัก โดยเพิ่มจากร้อยละ 8 ในปี พ.ศ. 2520 เป็นร้อยละ 14 ในปี พ.ศ. 2538 (ภาพที่ 2)

ภาพที่ 2 สัดส่วนแพทย์และพยาบาลปฏิบัติงานที่สถานพยาบาลเอกชนในระหว่างปี พ.ศ. 2514 ถึง พ.ศ. 2548



แหล่ง: สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ บรรณาธิการ (2551)

ซึ่งสัดส่วนการเคลื่อนย้ายของแพทย์ระหว่างภาคเอกชนและภาครัฐนี้ สอดคล้องกับข้อมูลการย้ายออกจากภาครัฐของแพทย์ โดยสัดส่วนของแพทย์ที่ย้ายออกจากภาครัฐเทียบกับแพทย์จบใหม่ที่เข้าปฏิบัติงานในปีนั้นๆ เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 8 ในปี พ.ศ. 2537 เป็นร้อยละ 61 ในปี พ.ศ. 2539 (ตาราง 2).

ตารางที่ 3: แนวโน้มสัดส่วนการย้ายออกจากภาครัฐเมื่อเทียบกับแพทย์เริ่มเข้าปฏิบัติงานในภาครัฐใหม่ในแต่ละปี ระหว่างปี พ.ศ.2537 - พ.ศ.2550

พ.ศ.	แพทย์จบใหม่	การสูญเสีย			
		ข้าราชการ	พนักงานของรัฐ	รวม	%
2537	526	42	-	42	7.98
2538	576	260	-	260	45.14
2539	568	344	-	344	60.56
2540	609	336	-	336	55.17
2541	711	299	-	299	42.05
2542	887	204	-	204	23.00
2543	991	201	-	201	20.28
2544	952	193	83	276	28.99

พ.ศ.	แพทย์จบใหม่	การสูญเสีย			
		ข้าราชการ	พนักงานของรัฐ	รวม	%
2545	916	401	163	564	61.57
2546	1047	287	508	795	75.93
2547	1020	464	-	464	45.49
2548	1070	670	-	670	62.62
2549	1089	631	-	631	57.94
2550	N/A	717	-	717	N/A

แหล่ง: สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ (2548 และ 2551)

2.2.2 ระยะเวลาวิกฤติเศรษฐกิจ

ในระหว่างช่วงที่ประเทศไทยประสบกับสภาวะวิกฤติเศรษฐกิจในปี พ.ศ. 2540 นั้นสถานพยาบาลเอกชนได้รับผลกระทบมากที่สุด จากภาพที่ 2 จะเห็นว่าในช่วงระหว่างปี พ.ศ. 2539 ถึง พ.ศ. 2544 นั้น พบว่าการใช้บริการในภาคเอกชนลดลงจากร้อยละ 24.2 เป็นร้อยละ 15 ซึ่งส่งผลต่อการลดลงของรายได้ของสถานบริการภาคเอกชน ในขณะที่ประชาชนที่ไม่มีกำลังซื้อที่จะไปใช้บริการภาคเอกชนได้หันมาใช้บริการของโรงพยาบาลภาครัฐเพิ่มขึ้น โดยเพิ่มจากร้อยละ 19.4 เป็นร้อยละ 34.8 ซึ่งส่วนหนึ่งเป็นผลจากการเพิ่มขึ้นของโรงพยาบาลของรัฐ โดยเฉพาะโรงพยาบาลอำเภออย่างต่อเนื่อง และในช่วงเวลาของการเกิดวิกฤติเศรษฐกิจดังกล่าวจะพบเห็นการดูแลตนเองในกลุ่มประชาชนมีสัดส่วนที่เพิ่มขึ้น โดยเพิ่มจากร้อยละ 17.6 เป็นร้อยละ 29.6 การศึกษาของ วีระศักดิ์ พุทธาศรี และคณะ (2546) พบว่าหลังช่วงวิกฤติเศรษฐกิจ จำนวนผู้ใช้บริการที่เป็นผู้ป่วยนอก และผู้ป่วยในของโรงพยาบาลเอกชนลดลง โดยเฉพาะอย่างยิ่งโรงพยาบาลที่มีจำนวนเตียงมากกว่า 50 เตียง ในขณะที่อัตราการครองเตียงลดลงประมาณ 20-30% ในโรงพยาบาลเอกชนขนาดใหญ่ และลดลงประมาณ 50% ในโรงพยาบาลขนาดเล็ก มีโรงพยาบาลเอกชนหลายแห่งที่ได้ลดจำนวนบุคลากรลง (อำพล จินดาวัฒนะ และคณะ 2542) ตารางที่ 1 แสดงให้เห็นว่าการเพิ่มจำนวนของโรงพยาบาลเอกชนที่เคยเพิ่มจำนวนค่อนข้างสูงก่อน ปี พ.ศ. 2540 ได้ลดลงจาก 445 แห่งในปี 2540 เหลือเพียง 436 และ 333 ในปีพ.ศ. 2544 และพ.ศ. 2550 ตามลำดับและจำนวนเตียงให้บริการผู้ป่วยก็ลดลงเช่นกัน นอกจากนั้นยังมีจำนวนโรงพยาบาลเอกชนที่ปิดตัวลงเพิ่มจาก 3 แห่งในปี พ.ศ. 2538 เป็น 43 แห่งในปี พ.ศ. 2541 และจำนวนโรงพยาบาลเอกชนที่เปิดใหม่ลดจากจาก 51 แห่งในปี พ.ศ. 2537 เป็น 9 แห่งในปี พ.ศ. 2542 (กระทรวงสาธารณสุข , 2546 และ สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ บรรณาธิการ 2551) ในช่วงเวลาดังกล่าว โรงพยาบาลเอกชนมีภาระหนี้สินเพิ่มขึ้นจากการ

ลดค่าเงินบาท และภาระหนี้สินที่สูงกว่าร้อยละ 20 ทำให้หลายแห่งอยู่ในภาวะ NPL (Non Performing Loan) และต่างชาติเริ่มเข้ามาซื้อหุ้นส่วน (สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ และ คณะ 2545)

อย่างไรก็ตาม สภาวะวิกฤติเศรษฐกิจส่งผลกระทบต่อระบบกำลังคน ด้านสุขภาพในบางประเด็น สิ่งที่ปรากฏชัดเจนจะเห็นได้จากการไหลออกจากภาครัฐของแพทย์ใน ตาราง 2 สัดส่วนของแพทย์ที่ออกจากกระทรวงสาธารณสุขเทียบกับแพทย์จบใหม่ลดลงจากร้อยละ 55 ในปี พ.ศ. 2540 เป็น ร้อยละ 20 ในปี พ.ศ. 2543 ซึ่งการเคลื่อนย้ายของแพทย์จากภาคเอกชนนี้มีความสอดคล้องกับสัดส่วนของแพทย์ระหว่างภาครัฐและเอกชน โดยพบว่าสัดส่วนของแพทย์ปฏิบัติงานที่โรงพยาบาลเอกชนลดลงจากร้อยละ 24 ของแพทย์ทั้งหมด ในปี พ.ศ. 2538 ลดลงเป็น ร้อยละ 19 ของแพทย์ทั้งหมด ในปี พ.ศ. 2542 และในทำนองเดียวกัน พยาบาลที่ปฏิบัติงานในสถาน บริการเอกชนลดลงจากร้อยละ 14 ของพยาบาลทั้งหมด ในปี พ.ศ. 2538 ลดลงเป็นร้อยละ 12 ของ พยาบาลทั้งหมด ในปี พ.ศ. 2542 (ภาพที่ 2)

2.3 นโยบายการค้าเสรี และ นโยบายการเป็นศูนย์กลางสุขภาพแห่งเอเชียและระบบบริการสุขภาพ

2.3.1 การเปิดเสรีทางการค้า

เขตการค้าเสรี หมายถึง การรวมกลุ่มทางเศรษฐกิจของประเทศต่างๆ โดยมีเป้าหมายเพื่อลดภาษีศุลกากรระหว่างกันภายในกลุ่มที่ทำข้อตกลงให้เหลือน้อยที่สุด หรือ 0% และให้ใช้อัตราภาษีที่สูงกว่ากับประเทศนอกกลุ่ม ปัจจุบันหลายประเทศได้ให้ความสำคัญต่อการเปิดเสรีการค้าบริการมากขึ้น เนื่องจากประเทศต่างๆ ต้องปฏิบัติตามพันธกรณี และกฎระเบียบทั่วไปกับ องค์การการค้าโลก (WTO) โดยมีความเชื่อว่าการค้าเสรีจะมีผลทำให้เศรษฐกิจของประเทศดีขึ้น หลายประเทศได้มีการเตรียมความพร้อมเพื่อเข้าสู่การเจรจาระหว่างประเทศสมาชิกในเรื่องการเปิดการค้าเสรี โดยการเจรจาช่วงนี้เป็น การเจรจา 2 ฝ่าย โดยสมาชิกแต่ละประเทศต้องจัดทำข้อเรียกร้องยื่นต่อ สมาชิกคู่เจรจาเปิดตลาดสาขาที่ตนต้องการ ซึ่งปฏิญญารัฐมนตรีองค์การการค้าโลกครั้งที่ 4 ได้ กำหนดให้สมาชิกยื่นข้อเรียกร้องเบื้องต้นภายใน 30 มิถุนายน 2545 (เหตุย ยิมสวัสดิ์ 2547)

ในระหว่างที่ประเทศไทยมีภาวะการณ์ขยายตัวด้านเศรษฐกิจอย่างมากในระหว่างปี พ.ศ. 2531-2539 ได้มีการเชื่อมโยงการค้ากับต่างประเทศอย่างมาก แม้กระทั่งช่วงวิกฤติเศรษฐกิจ และหลังจากวิกฤติเศรษฐกิจได้คลี่คลายลงหลังปี พ.ศ. 2543 ไทยได้เริ่มให้ความสำคัญต่อการเปิดเสรีการค้าบริการมากขึ้น ปัจจุบันประเทศไทย ได้มีข้อผูกพันในการเปิดเสรีทางการค้าบริการ 11 สาขา จากทั้งหมด 12 สาขา การบริการด้านสุขภาพเป็นส่วนหนึ่งของกิจกรรมย่อย (สาขาบริการ

วิชาชีพ (Professional Services) ของสาขาบริการด้านธุรกิจ และปรากฏอยู่ในสาขาที่ 8 สาขา
เกี่ยวกับสุขภาพและบริการสังคม (วัฒนา ส จันเจริญ 2542) ได้แก่

สาขาที่ 1 สาขาบริการด้านธุรกิจ

- บริการสายวิชาชีพ (Professional services)
- บริการทางการแพทย์และทันตกรรม (Medical and Dental Services)
- บริการสัตวแพทย์ (Veterinary Services)
- บริการที่ดำเนินการโดยผดุงครรภ์ พยาบาล นักกายภาพบำบัด และผู้ช่วย
ทางการแพทย์ (Services provided by Midwives, Nurses, Physiotherapists and Para-Medical
Personnel)

สาขาที่ 8 สาขาบริการที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพและสังคม (นอกเหนือจากที่ระบุไว้
ในสาขาที่ 1

- การบริการโรงพยาบาล (Hospital Services)
- การบริการสุขภาพอื่นๆ (other Human Health services)
- การบริการทางสังคม (Social services)
- อื่นๆ

การศึกษาของहतथั ยัมสวัดด์ (2547) ได้ระบุจุดแข็งและโอกาสของการเปิดเสรีบริการ
สุขภาพที่เอื้อต่อการเปิดเสรีบริการสุขภาพของประเทศไทย ได้แก่ การมีมาตรฐานการ
รักษาพยาบาลเป็นที่ยอมรับของนานาชาติ การให้บริการที่มีความเชี่ยวชาญเฉพาะทาง มีราคาในการ
บริการที่ถูกกว่าเมื่อเทียบกับประเทศอื่นๆ มีการเอาใจใส่ดูแลตามวัฒนธรรมไทย มีสถานที่ท่องเที่ยว
และธรรมชาติที่สวยงาม ส่วนผลดีที่อาจจะเกิดขึ้นในการเปิดเสรีบริการสาขาบริการ ได้แก่ เป็นการ
สร้างงานและสร้างรายได้ โอกาสในการพัฒนาเทคโนโลยีทางการแพทย์ ช่วยพัฒนาศักยภาพของ
บุคลากรทางการแพทย์ ช่วยขยายธุรกิจที่เกี่ยวข้อง เช่น โรงแรม การคมนาคม สถานที่ท่องเที่ยว
ตลอดทั้งการฟื้นฟูและพัฒนาการแพทย์แผนโบราณ การเปิดเสรีการค้าบริการสุขภาพระหว่าง
ประเทศมีรูปแบบหลัก ๆ อยู่ 4 รูปแบบ ได้แก่

รูปแบบที่ 1 การค้าบริการสุขภาพข้ามพรมแดน (Cross Border trade) ซึ่งรูปแบบนี้เป็นการซื้อ-ขายข้ามพรมแดน โดยใช้เทคโนโลยี ระบบสื่อสารและคอมพิวเตอร์เข้ามาช่วย รูปแบบนี้ทั้งผู้ให้บริการและผู้รับบริการไม่ต้องเคลื่อนย้ายข้ามประเทศ เช่นการค้าบริการผ่าน telemedicine ซึ่งรูปแบบนี้เกิดขึ้นแล้วทั้งในประเทศพัฒนาแล้วและประเทศกำลังพัฒนา สำหรับประเทศไทย การใช้ Telemedicine เป็นครั้งแรกเมื่อ 10 ปีก่อน เพื่อให้คำปรึกษาในการวินิจฉัยโรคเพื่อการรักษาแก่แก่โรงพยาบาลในท้องถิ่นที่ห่างไกล โดยปัจจุบันมีหน่วย Telemedicine จำนวน 7 หน่วย (วัฒนา ส จันเจริญ และคณะ 2542) ปัจจุบันการใช้ Telemedicine เพื่อให้บริการข้ามประเทศยังไม่เกิดขึ้นในประเทศไทย เพราะต้องการการลงทุนที่สูงมาก

รูปแบบที่ 2 การรับบริการสุขภาพระหว่างประเทศ (Consumption Aboard) รูปแบบนี้ผู้รับบริการจะเดินทางไปรับบริการที่ต่างประเทศ ผู้ซื้อบริการที่มีอำนาจในการซื้อสูงสามารถหาบริการที่ดีกว่าและถูกกว่าจากประเทศอื่นได้ ในกรณีของประเทศไทย คนไทยสามารถเดินทางไปรับบริการที่ประเทศใดๆ ก็ได้ และชาวต่างประเทศก็สามารถมารับบริการในประเทศไทยได้ โดยรัฐบาลกำลังพยายามส่งเสริมและกระตุ้นให้มีการผลิตบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขเพื่อการส่งออกให้มากขึ้น ซึ่งในตอนต่อไปนี้จะพูดเน้นหนักเกี่ยวกับผลกระทบที่เกิดขึ้นจากการเปิดการค้าเสรีรูปแบบนี้

รูปแบบที่ 3 การตั้งหน่วยธุรกิจบริการ (Commercial Presence) รูปแบบนี้ผู้ให้บริการจากประเทศหนึ่งไปลงทุนในรูปแบบของนิติบุคคลในอีกประเทศหนึ่ง การค้าบริการโดยผ่านรูปแบบนี้อาจอยู่ในรูปการลงทุนในโรงพยาบาล การลงทุนในการบริหารจัดการโรงพยาบาลในภาคเอกชน ในประเทศกำลังพัฒนาโดยทั่วไปแล้ว ผู้ลงทุนชาวต่างประเทศมักจะอยู่ในรูปของการร่วมลงทุนกับผู้ลงทุนในประเทศนั้นๆ สำหรับประเทศไทย การลงทุนของชาวต่างชาติสามารถทำได้ภายใต้เงื่อนไขที่ว่าผู้ถือหุ้นต้องไม่เกินร้อยละ 49 ของทุนจดทะเบียน การขอจดทะเบียนใหม่ในโรงพยาบาลเอกชนและคลินิกที่มีชาวต่างชาติร่วมลงทุนด้วยมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น และรัฐบาลมีทิศทางสนับสนุน (สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ และคณะ 2545) และรูปแบบนี้เริ่มมีผลกระทบต่อระบบสุขภาพของไทยมากขึ้น

รูปแบบที่ 4 การเคลื่อนย้ายบุคลากร (Presence of Natural Persons) รูปแบบนี้ผู้ให้บริการเป็นผู้เคลื่อนย้าย โดยผู้ให้บริการจากประเทศหนึ่งเข้าไปประกอบอาชีพในวิชาชีพเกี่ยวข้องกับการบริการสุขภาพเพื่อการค้าหรือเพื่อรายได้ในอีกประเทศหนึ่งเป็นการชั่วคราว รูปแบบการค้านี้มีผลกระทบต่อระบบบริการสุขภาพของประเทศกำลังพัฒนา เนื่องจาก การเคลื่อนย้ายกำลังคนด้านสุขภาพไปยังประเทศพัฒนาแล้ว ในประเทศไทยมีข้อจำกัดหลายประการที่ทำให้ผู้ประกอบการต่างชาติเข้ามาประกอบอาชีพด้านสุขภาพได้ยาก ไม่ว่าจะเป็นอุปสรรค

ด้านการเข้าเมือง ภาษา ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ ในขณะที่เดียวกันการเคลื่อนย้ายกำลังคนด้านสุขภาพของไทยไปต่างประเทศเคยเกิดขึ้นในระหว่างปี พ.ศ. 2505-2510 แต่ในปัจจุบันนี้โอกาสการทำงานและรายได้ในประเทศไทยค่อนข้างดี ประกอบกับอุปสรรคด้านภาษาต่างประเทศ ทำให้การเคลื่อนย้ายของกำลังคนไปต่างประเทศเกิดขึ้นน้อยมาก (สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ และคณะ 2545) อย่างไรก็ตาม หากมีแรงดึงดูดจากต่างประเทศมาก โอกาสจะเกิดภาวะการล่มสลายของบุคลากรสุขภาพก็มีโอกาสเกิดขึ้นอีกครั้ง

2.3.2 นโยบายการส่งเสริมไทยเป็นศูนย์กลางสุขภาพของเอเชีย

ภายหลังจากวิกฤติเศรษฐกิจในช่วงปี พ.ศ. 2540-2542 สภาวะเศรษฐกิจของประเทศเริ่มกระเตื้องขึ้นส่งผลต่อการฟื้นตัวของสถานบริการภาคเอกชนอีกครั้งหนึ่งนับต่อจากนั้นเพื่อเป็นการใช้สถานบริการเอกชนที่ได้ลงทุนไปแล้วในช่วงก่อนวิกฤติเศรษฐกิจให้เกิดประโยชน์สูงสุด สถานบริการเอกชนโดยการสนับสนุนของรัฐบาล ได้เริ่มซื้อเชิญและขยายการให้บริการไปสู่กลุ่มผู้ป่วยต่างชาติ เพื่อเป็นการหารายได้เข้าประเทศวิธีการหนึ่ง ในระหว่างช่วงปี พ.ศ. 2543 ขึ้นไป มีปัจจัยหลัก ๆ 2 ประการที่ส่งผลอย่างมากต่อการเติบโตของสถานบริการเอกชนตลอดถึงกำลังคนสาขาหลัก เช่น แพทย์ พยาบาล และอื่น ๆ ประการแรกคือการเกิดขึ้นของโครงการหลักประกันสุขภาพ ตามยุทธศาสตร์การปฏิรูประบบสุขภาพ ซึ่งได้เริ่มดำเนินการครอบคลุมทุกพื้นที่ในปี พ.ศ. 2544 ซึ่งเป็นผลให้ขยายบริการครอบคลุมประชากรถึง 96% โดยสถานบริการของรัฐเป็นสถานบริการหลัก โดยเฉพาะในเขตชนบท อย่างไรก็ตามสถานบริการเอกชนได้เข้าร่วมให้บริการภายใต้โครงการหลักประกันสุขภาพจำนวน 80 แห่ง ซึ่งครอบคลุมประชากรประมาณ 4% ประการที่สอง ในช่วงเวลาดังกล่าว รัฐบาลได้สนับสนุนนโยบายการเป็นศูนย์กลางสุขภาพแห่งเอเชีย (Medical Hub of Asia) ซึ่งได้ส่งเสริมในการให้บริการสุขภาพในประเทศไทยของผู้ป่วยต่างชาติโดยได้เริ่มให้การสนับสนุนในช่วงต้นปี พ.ศ. 2546 โดยตั้งเป้าชาวต่างชาติมารับบริการไว้ที่ 850,000 คนในปี พ.ศ. 2548 ในการกระตุ้นการลงทุนของภาคเอกชน คณะกรรมการการลงทุนโดยใช้มาตรการทางภาษี (Pachanee and Wibulpolpraseart 2006) ผลจากนโยบายส่งเสริมการเป็นศูนย์กลางสุขภาพแห่งเอเชีย จำนวนการใช้บริการสุขภาพของผู้ป่วยต่างชาติได้เพิ่มขึ้นจาก 550,161 คนในปี พ.ศ. 2544 เป็น 1,249,984 คนในปี พ.ศ. 2548 (กรมส่งเสริมการค้าระหว่างประเทศ กระทรวงพาณิชย์ 2551) ในขณะนั้นเอง นโยบายหลักประกันสุขภาพได้เริ่มดำเนินการส่งผลให้มีจำนวนผู้ใช้บริการเพิ่มขึ้นในภาครัฐ เช่นกัน ในภาคเอกชนนั้นพบว่า แม้จำนวนเตียงจะลดลง แต่อัตราการใช้บริการในภาคเอกชนกลับเพิ่มขึ้น จาก 15% ในปี พ.ศ. 2544 เป็น 23% ในปี 2547 เมื่อเทียบสัดส่วนของผู้ป่วยในของโรงพยาบาลเอกชน เทียบสัดส่วนกับผู้ป่วยโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขมีสัดส่วนค่อนข้างสูง ในช่วงที่เศรษฐกิจกำลังเจริญเติบโต (2539-2540) และสัดส่วนลดลงเหลือ 21% ในปี

พ.ศ. 2543 และจากนั้นเพิ่มขึ้นเป็น 23% ในปี พ.ศ. 2547 (ตาราง 3) (สุวิทย์ วิมูลผลประเสริฐ บรรณาธิการ 2548).

ตารางที่ 4: แนวโน้ม จำนวน และสัดส่วนผู้ป่วยในของโรงพยาบาลเอกชน เมื่อเทียบสัดส่วนกับ โรงพยาบาลรัฐในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข

พ.ศ.	ผู้ป่วยใน รพ กท.สธ (ล้านคน)	ร.พ. เอกชน	
		จำนวน (ล้านคน)	%
2535	3.78	0.64	14.5
2537	4.21	0.85	16.8
2539	4.85	1.63	25.2
2541	5.44	1.62	22.9
2543	5.48	1.48	21.3
2545	5.17	1.54	23.0

แหล่ง: กระทรวงสาธารณสุข (2550)

2.3.3 ผลกระทบต่อระบบบริการสุขภาพ

1) ประเภทบริการสุขภาพที่ได้รับผลกระทบ

ผลจากนโยบายการสนับสนุนการเป็นศูนย์กลางสุขภาพของเอเชีย นับว่ามีผลต่อการใช้บริการสาธารณสุขในประเทศไทย การที่รัฐบาลหลายหน่วยงานเข้าไปมีส่วนร่วมทั้งทางตรงทางอ้อมในการหนุนเสริม รวมทั้งกระทรวงสาธารณสุขทำหน้าที่เป็นตัวกลางในการกำหนดแผนยุทธศาสตร์ในการสนับสนุนในด้านต่างๆ เช่น การตลาด ประชาสัมพันธ์ การพัฒนาบริการสุขภาพ และผลิตภัณฑ์ (กระทรวงสาธารณสุข 2547) ในการส่งเสริมให้ชาวต่างชาติมาใช้บริการสุขภาพภายในประเทศ และนอกจากนั้นโรงพยาบาลเอกชนจำนวนหนึ่งได้ดำเนินการทางตลาดเพื่อดึงดูดผู้ป่วยต่างชาติอยู่ก่อนมีนโยบายแล้ว ธุรกิจสุขภาพมีแนวโน้มเติบโตขึ้นอย่างต่อเนื่องตั้งแต่ปี พ.ศ. 2544 การที่ประเทศไทยสนับสนุนให้ชาวต่างชาติเข้ามารักษาดูแลด้วยนั้น ทำให้โรงพยาบาลเอกชนได้รับประโยชน์เพิ่มมากขึ้น บริการสุขภาพที่ได้รับผลกระทบค่อนข้างชัดเจน ได้แก่ การบริการรักษาพยาบาล การรักษาทางทันตกรรม การบริการนวดเพื่อสุขภาพ เป็นต้น

การบริการรักษาพยาบาล จากข้อมูลของกระทรวงพาณิชย์ (2549) พบว่า ในปี 2544 มีผู้ป่วยชาวต่างชาติมาใช้บริการรักษาพยาบาลในประเทศไทยมากถึง 470,000 ราย ในโรงพยาบาลเอกชน 7 แห่ง ส่วนในปี 2545 มีผู้ป่วยชาวต่างชาติถึง 630,000 ราย โดยเข้ามารักษาในโรงพยาบาลเอกชน 33 แห่ง รวมมีมูลค่าถึง 339,658 ล้านบาท และในปี 2546 มีผู้ป่วยต่างชาติเข้ารับบริการถึง 973,532 คน ซึ่งจากสถิติดังกล่าว ทำให้สามารถคาดการณ์ได้ว่าหลังไทยตกลง FTA กับประเทศต่างๆ แล้ว ธุรกิจการบริการด้านการแพทย์มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นในอนาคต ได้มีการคาดการณ์ว่าจำนวนผู้ป่วยต่างชาติที่จะเข้ารับบริการในประเทศไทยมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเป็น 1,418,938 คนในปี พ.ศ. 2556 (วีระศักดิ์ มงคลพร และคณะ 2548) และ จากข้อมูลของกรมส่งเสริมการส่งออก (2549) พบว่า ผู้รับบริการจากกลุ่มประเทศหลักมาจากญี่ปุ่น สหรัฐอเมริกา อังกฤษ ตะวันออกกลาง และทุกประเทศมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุก ๆ ปี (ตาราง 4)

ตารางที่ 5 : จำนวนผู้ป่วยต่างชาติ 10 อันดับแรกที่ใช้บริการ โรงพยาบาลเอกชนไทย

สัญชาติ	จำนวนผู้ป่วยต่างชาติในแต่ละปี				
	2544	2545	2546	2547	2548
ญี่ปุ่น	118,170	131,584	162,909	247,238	185,616
สหรัฐอเมริกา	49,253	59,402	85,292	118,771	132,239
อังกฤษ	36,778	41,599	74,856	95,941	108,156
ตะวันออกกลาง	ไม่มีข้อมูล	20,004	34,704	71,051	98,541
เอเชียใต้	34,857	47,555	69,574	107,627	98,308
อาเซียน	ไม่มีข้อมูล	ไม่มีข้อมูล	36,708	93,516	74,178
ไต้หวัน/จีน	26,893	27,438	46,624	57,051	57,279
เยอรมนี	19,057	18,923	37,055	40,180	42,798
ออสเตรเลีย	14,265	16,479	24,228	35,092	40,161
ฝรั่งเศส	16,102	17,679	25,582	32,409	36,175
อื่นๆ	ไม่มีข้อมูล				

ณัฐวัฒน์ หอมจิตต์ (2550) ได้ให้ความเห็นว่าผู้ป่วยต่างชาติที่มารักษายาพยาบาลในไทยขณะนี้แบ่งได้เป็น 3 กลุ่มด้วยกัน กลุ่มแรกเป็นชาวต่างประเทศที่ทำงานอยู่ในประเทศไทยและใกล้เคียง ซึ่งเป็นกลุ่มใหญ่ที่สุด ในสัดส่วนราว 60% ตามมาด้วยชาวต่างประเทศที่เข้ามารักษาโดยตรงอีก 30% ส่วนที่เหลือเป็นนักท่องเที่ยวที่มาแล้วเกิดเจ็บป่วยหรืออุบัติเหตุจนต้องเข้ารับการรักษา อย่างไรก็ตาม ตลาดคนไข้ต่างชาติที่โรงพยาบาลเอกชนไทยให้ความสนใจมากในขณะนี้ มี 3

กลุ่มด้วยกัน กลุ่มแรกเป็นคนชั้นกลางที่ฐานะดีเกินกว่าจะได้สิทธิ์รับการรักษาฟรี แต่ยังไม่ดีพอหรือไม่สนใจที่จะซื้อประกันสุขภาพ เมื่อเจ็บป่วยก็ไม่สามารถจ่ายค่ารักษาพยาบาลของโรงพยาบาลในประเทศไทยได้ จึงต้องเดินทางมาใช้บริการโรงพยาบาลในต่างแดน คนต่างชาติในกลุ่มนี้เฉพาะที่อเมริกาแห่งเดียวก็คาดว่าจะมีจำนวนถึง 52 ล้านคน

ตัวอย่างหนึ่งที่เห็นชัดเจน ได้แก่ ผลของข้อตกลงการเจรจาจัดทำความตกลงหุ้นส่วนเศรษฐกิจไทยญี่ปุ่น (Japan-Thailand Economic Partnership Agreement, JTEPA) ได้ยอมรับการเปิดเสรีบริการการแพทย์ โดยญี่ปุ่นตกลงให้คนญี่ปุ่นที่ป่วยมารับการรักษาพยาบาลในประเทศไทยได้ โดยสามารถเบิกจ่ายเงินจากกองทุนสวัสดิการรักษายาพยาบาลของรัฐได้เท่ากับการรักษาตามกฎหมายญี่ปุ่นในอัตรา 70 % ซึ่งข้อตกลงนี้ได้เอื้อต่อการใช้บริการด้านการแพทย์ของชาวญี่ปุ่นในประเทศไทย (ณัฐวัฒน์ หอมจิตต์ 2550) ซึ่งนับว่าเป็นกลุ่มชาวต่างชาติกลุ่มใหญ่ที่มาใช้บริการด้านสุขภาพในประเทศไทย ตลาดคนไข้ต่างชาติอีกกลุ่มหนึ่งที่โรงพยาบาลเอกชน ไทยมองว่าจะเป็นตลาดสำคัญอย่างมากในอนาคตก็คือ ผู้ที่ได้รับสิทธิ์การรักษาพยาบาลฟรี ไม่ว่าจะเป็นผู้มีรายได้น้อยหรือผู้สูงอายุ รวมไปถึงประชาชนในบางประเทศที่ภาครัฐมีสวัสดิการด้านการรักษาพยาบาล เช่น ญี่ปุ่น อังกฤษและกลุ่มประเทศสแกนดิเนเวีย เป็นต้น

บริการทางทันตกรรม การบริการทางทันตกรรมเป็นบริการที่ต้องอาศัยความเชี่ยวชาญ จากการศึกษาของวัฒนา ส จันเจริญ และคณะ (2542) เห็นว่าทันตกรรมประดิษฐ์เป็นภาคบริการที่มีศักยภาพสูงในการส่งออก ในปัจจุบันได้มีสถานพยาบาลเอกชนประกอบกิจกรรมบริการนี้บ้าง ในบางกรณีที่บริษัทส่งออกทำงานร่วมกับสายการบินได้ผลสานการท่องเที่ยวเข้ากับบริการทันตกรรมโดยการจัดทัวร์ทำฟัน ครอบฟัน หรือรักษาฟัน โดยทำการติดต่อล่วงหน้ากับคลินิกหรือโรงพยาบาลก่อนล่วงหน้า เมื่อท่องเที่ยวตามโปรแกรมเสร็จแล้วให้แวะทำฟันก่อนที่จะกลับประเทศตน

ตัวอย่างที่น่าสนใจคือ จังหวัดภูเก็ต ซึ่งเป็นจังหวัดนำร่องการให้บริการกับชาวต่างชาติ มีการคาดการณ์ว่าหากมีนักท่องเที่ยวต่างชาติร้อยละ 5 มาใช้บริการทันตกรรม จะมีจำนวนผู้ใช้บริการทันตกรรมมากถึง 72,671 คน ขณะที่จังหวัดภูเก็ตสามารถรองรับคนไข้ทำฟันได้เพียง 60,840 คน ทั้งยังพบอีกว่าหากมีคนไข้จากต่างประเทศเพิ่มขึ้น ย่อมเป็นปัจจัยสำคัญให้เกิดการไหลของแพทย์ออกจากภาครัฐ และจะทำให้การลงทุนผลิตแพทย์ของรัฐนั้นสูญเปล่าถึง 420-1,260 ล้านบาท ต่อการรับผู้ป่วยต่างชาติเพียง 1 แสนคนต่อปี (กลุ่มศึกษาการค้าเสรีภาคประชาชน (2549)

บริการนวดเพื่อสุขภาพ การบริการนวดเพื่อสุขภาพเป็นบริการที่ได้รับความนิยมจากนักท่องเที่ยว จากการสำรวจของวัฒนา ส จันเจริญ และคณะ (2542) พบว่า

นักท่องเที่ยวจะเข้ามาใช้บริการเอง บางรายจะติดต่อผ่านบริษัทนำเที่ยวมาก่อน ในโรงแรมที่พักหลายแห่งจะจัดบริการนวดแผนโบราณในส่วนของ Fitness Centre เนื่องจากการบริการนวดเพื่อสุขภาพอาจจะยังไม่กระทบต่อระบบบริการสุขภาพและกำลังคนด้านสุขภาพกระแสหลักมากนัก ดังนั้นการนำเสนอในบทความนี้จึงขอละเว้นที่จะไม่กล่าวถึงบริการด้านนี้มากนัก

2) ผลกระทบต่อการบรรลุเป้าหมายของระบบบริการสุขภาพ

เป้าหมายหลักในความพยายามดำเนินการปฏิรูประบบสุขภาพของไทยที่ผ่านมา ได้มุ่งเป้าหมายไปที่การให้ประชาชนไทยทุกคนสามารถเข้าถึงบริการ โดยไม่มีปัญหาอุปสรรคอะไร (accessibility) ได้รับบริการที่มีคุณภาพ (quality of services) และ การจัดการบริการนั้นอยู่ในต้นทุนที่สมเหตุสมผล (cost –effectiveness) การนำโครงการหลักประกันถ้วนหน้าเข้ามาดำเนินการครอบคลุมทุกพื้นที่ของประเทศไทยแม้จะทำให้ขยายความครอบคลุมของผู้มีประกันสุขภาพถึง 96% (สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ บรรณาธิการ 2551) แต่ในภาวะการณ์ที่บริบทเปลี่ยนไป รัฐบาลมีนโยบายการเปิดเสรีการค้าบริการ (FTA) และการสนับสนุนให้ประเทศไทยเป็นศูนย์กลางด้านสุขภาพของเอเชีย เช่นนี้ ย่อมหลีกเลี่ยงผลกระทบต่อระบบบริการสุขภาพของประเทศไม่ได้ ผลกระทบที่เกิดขึ้น อาจพอสรุปเป็นประเด็นต่างๆ ได้ดังนี้

(1) การเข้าถึงบริการ (Accessibility) แม้ว่าในปัจจุบันนี้โครงสร้างพื้นฐาน สถานบริการต่างๆ ของภาครัฐได้ถูกสร้างครอบคลุมพื้นที่เกือบทั้งหมดของประเทศ โดยสถานบริการในระดับปฐมภูมิ ได้แก่สถานอนามัย 9,762 แห่งครอบคลุมทุกตำบล ในขณะที่สถานบริการระดับทุติยภูมิ หรือโรงพยาบาลชุมชนมีจำนวน 730 แห่ง ครอบคลุม 91.2% ของอำเภอทั้งหมด และสถานบริการระดับตติยภูมิของกระทรวงสาธารณสุขมีจำนวน 70 แห่ง ครอบคลุมทุกจังหวัด สำหรับการเข้าถึงบริการของประชาชนนั้น จากการดำเนินโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าพบว่าประชาชนมีหลักประกันสุขภาพเพิ่มขึ้นเป็น 96% (สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ บรรณาธิการ 2551)

อย่างไรก็ตามการเข้าถึงบริการอาจจะไม่เป็นปัญหามากนัก แต่ปัญหาหลักอยู่ที่การเข้าถึงบุคลากรให้การรักษาทางคลินิกนั้นยังพบว่าเป็นปัญหา การเปิดเสรีการค้าบริการ (FTA) และนโยบายการส่งเสริมการเป็นศูนย์กลางด้านสุขภาพ (Medical Hub of Asia) อาจทำให้เกิดปัญหาขาดแคลนแพทย์ในชนบทห่างไกลมากขึ้นเนื่องจากแพทย์จะไหลเข้าไปในเมืองใหญ่ เพื่อเข้าสู่โรงพยาบาลเอกชนและอาจไหลไปถึงต่างประเทศ ทำให้ประชาชนในแต่ละพื้นที่เข้าถึงบริการที่มีมาตรฐานด้านบุคลากรแตกต่างกัน โดยชนบทจะเข้าถึงมาตรฐานที่แตกต่างจากคนเมืองและมีทางเลือกจำกัด ในขณะที่คนในเมืองมีทางเลือกและการเข้าถึงมากขึ้น และชาวต่างชาติที่มีอำนาจซื้อมากกว่าก็จะมีระดับการเข้าถึงที่ดี นโยบายเช่นนี้อาจทำให้เกิดความแตกต่างระหว่างการเข้าถึงอย่างมาก

(2) **คุณภาพบริการ (Quality of services)** การเปิดเสรีการค้าบริการ (FTA) และนโยบาย Medical Hub of Asia จะทำให้โรงพยาบาลเอกชนมีการแข่งขันในเรื่องคุณภาพและเทคโนโลยีมากขึ้น เพื่อดึงดูดลูกค้าเข้ามาใช้บริการทั้งลูกค้าต่างประเทศและลูกค้าในประเทศรวมทั้งการส่งต่อจากโรงพยาบาลรัฐไปยังโรงพยาบาลเอกชนในกรณีที่ผู้รับบริการมีความสามารถในการจ่ายค่ารักษาพยาบาลเอง ทำให้คุณภาพของระบบบริการสุขภาพจะสูงขึ้น (อดิศร ภัทราคูลย์ 2548) แต่ในอีกด้าน การเปิดเสรีการค้าบริการ (FTA) และนโยบาย Medical Hub of จะทำให้โรงพยาบาลชุมชนขาดแพทย์มากขึ้นหรือมีแพทย์ไม่เพียงพอ ทำให้ไม่สามารถให้บริการได้ตามมาตรฐานที่โรงพยาบาลชุมชนควรทำ ทำให้คุณภาพของระบบบริการสุขภาพลดลง ในขณะที่ โรงพยาบาลทั่วไป ที่อยู่ในจังหวัดห่างไกล อาจจะต้องลดคุณภาพลงเนื่องจากขาดแพทย์มากขึ้น โดยเฉพาะแพทย์เฉพาะทาง ทำให้ไม่สามารถให้บริการบางอย่าง ที่ต้องใช้ความรู้ ทักษะ และความสามารถของแพทย์เฉพาะทางบางสาขา ส่วนสถานีนามัยหรือ ศูนย์สุขภาพชุมชน (Primary care unit- PCU) อาจจะไม่กระทบด้านคุณภาพหากเน้นในเรื่องของการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค มากกว่าการรักษาพยาบาล โดยอาศัยบุคลากรด้านสาธารณสุขอื่นๆ

นอกจากนั้น การขยายตลาดทางการสาธารณสุขโดยการเจรจาการค้าข้อมส่งผลกระทบต่อความต้องการบุคลากรในด้านนี้ และกระทบไปถึงการไหลออกของบุคลากรจากบริการภาครัฐไปสู่ภาคเอกชน เพื่อรองรับการให้บริการชาวต่างชาติมากขึ้น อาจเกิดบริการสาธารณสุข 2 มาตรฐานตามกำลังซื้อของผู้บริโภค ทั้งๆที่สินค้าในระบบสาธารณสุขนั้นต้องเป็นสินค้าคุณธรรมที่มีมาตรฐานเดียวกันที่ดีที่สุด เพื่อให้เป็นไปตามหลักการของสิทธิมนุษยชน

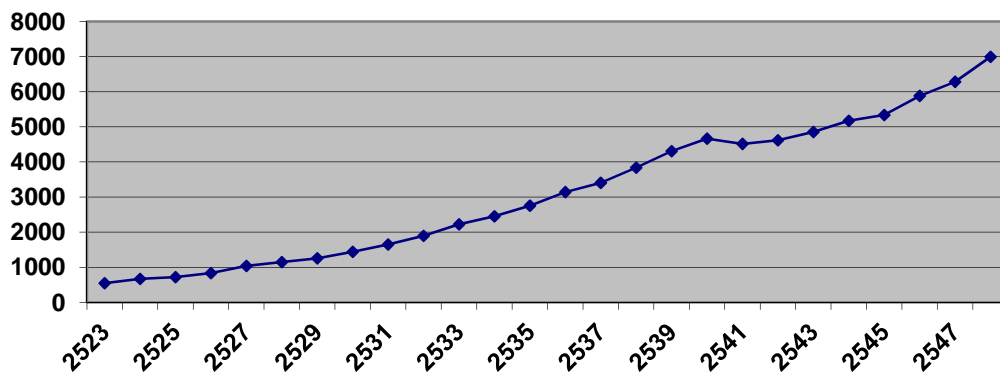
(3) **ต้นทุน/ประสิทธิภาพบริการ (Cost/Efficiency)**

ในด้านการใช้ทรัพยากรที่มีอย่างคุ้มค่านั้น ผลของนโยบายการเปิดเสรีการค้าบริการ (FTA) และนโยบาย Medical Hub of Asia อาจกล่าวได้ว่าส่งผลต่อการเพิ่มประสิทธิภาพและผลิตภาพในระบบบริการสาธารณสุข โดยการนำสินทรัพย์ต่างๆ จากการลงทุนในช่วงที่เศรษฐกิจเติบโตมาใช้ประโยชน์อย่างคุ้มค่าทั้งในภาครัฐและเอกชน ทั้งนี้ อาจจะเป็นเทคโนโลยีหรืออื่นๆที่ได้ลงทุนไปแล้ว หรือจะลงทุนเพิ่ม จากความเห็นของผู้เชี่ยวชาญเห็นว่านโยบายดังกล่าวน่าจะสร้างรายได้เพิ่มเติมเข้าประเทศทั้งทางตรงและทางอ้อมผ่านการขยายตัวของการท่องเที่ยว มีการนำทรัพยากรส่วนเกินที่มีการลงทุนในภาคเอกชนมาใช้มากขึ้น และหน่วยบริการมีการแข่งขันกันพัฒนาคุณภาพเพื่อตอบสนองผู้ใช้บริการ (สำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ 2549)

อย่างไรก็ตาม ผลกระทบต่อประสิทธิภาพการบริการในอีกด้านหนึ่งนั้น อาจส่งผลให้ต้นทุนการจัดบริการสุขภาพในส่วนของโรงพยาบาลเอกชนสูงขึ้น เนื่องจากการจัดบริการที่เน้นเทคโนโลยีขั้นสูง และการให้บริการเกินความจำเป็นด้านสุขภาพ ส่วนต้นทุนการจัดบริการของโรงพยาบาลรัฐอาจลดลงหากมองในส่วนของค่าจ้างแพทย์ที่ลดลงเนื่องจากสูญเสีย

แพทย์ ให้กับภาคเอกชน แต่หากมองภาพต้นทุนการจัดบริการทั้งระบบ อาจทำให้ค่าใช้จ่ายของบริการสุขภาพสูงขึ้นเนื่องจากค่าใช้จ่ายอื่นๆ เช่น ค่าใช้จ่ายจากการส่งต่อผู้ป่วยไปยังสถานบริการที่อยู่ไกลออกไปซึ่งมีแพทย์เฉพาะทางที่ตรงกับโรคของผู้ป่วย ซึ่งจะทำให้ค่าใช้จ่ายในภาคครัวเรือนสูงขึ้น หมายถึงค่าใช้จ่ายของผู้ป่วยและญาติที่ต้องสูญเสียไปในระหว่างการรักษา และรวมถึงค่าเสียโอกาสในการทำงานเพื่อมีรายได้ของผู้ป่วยและญาติด้วย ซึ่งภาพที่ 3 ซึ่งแสดงถึงค่าใช้จ่ายสุขภาพต่อคนต่อปีของประชากรไทย ช่วยสนับสนุนข้ออ้างนี้ จากภาพที่แสดงให้เห็นว่าค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพต่อคนต่อปี ได้เพิ่มจาก 5,173 บาทในปี พ.ศ. 2544 เป็น 6,994 บาท ในปี พ.ศ. 2548 โดยที่ก่อนหน้านี้มีอัตราการเพิ่มตลอดตั้งแต่ ในปี พ.ศ.2523 และอัตราการเพิ่มมากขึ้นในช่วงระหว่างเศรษฐกิจมีการเจริญเติบโตอย่างมาก คือระหว่าง ในปี พ.ศ. 2533-2540 และหลังวิกฤติเศรษฐกิจนั้น ค่าใช้จ่ายสุขภาพลดลงชั่วคราวในระหว่างปี ในปี พ.ศ. 2540-43

ภาพที่ 3 ภาพรวมค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพต่อคนต่อปีในระหว่างปี พ.ศ. 2523 - พ.ศ. 2548 (บาทต่อคนต่อปี)



2.4 ผลกระทบต่อกำลังคนด้านสุขภาพ

นโยบายการเปิดเสรีการค้าและ **Medical Hub of Asia** ของรัฐบาล เป็นนโยบายเพื่อสร้างระบบการบริการสุขภาพไทยให้เป็นที่ต้องการของชาวต่างชาติ โดยให้ชาวต่างชาติเข้ามาใช้บริการทางการแพทย์ เกิดเป็นรายได้เข้าประเทศ โดยเฉพาะการบริการทางการแพทย์ ซึ่งน่าจะเป็นนโยบายที่ดีในด้านที่สามารถทำเงินให้ประเทศได้ค่อนข้างสูง และทางโรงพยาบาลเอกชนหลายแห่งต่างก็เปิดรับนโยบายนี้ และจากผลการดำเนินงานทั้งภาครัฐและโรงพยาบาลเอกชนต่างพอใจกับผลที่เกิดจากนโยบาย แต่ในอีกด้านนโยบายนี้กำลังก่อให้เกิดปัญหาให้กับโรงพยาบาลหลายๆ โรงพยาบาลในภาครัฐและเกิดปัญหาให้กับโรงเรียนแพทย์เกือบทุกแห่ง ซึ่งปัญหาที่กำลังจะเกิดขึ้นนี้จะมีผลกระทบกับปัญหาด้านสาธารณสุขไทย ดังนี้

2.4.1 ผลกระทบต่อความต้องการกำลังคนด้านสุขภาพของประเทศ

ปัจจุบันนี้จำนวนกำลังคนของบุคลากรทางด้านสาธารณสุขของประเทศยังไม่เพียงพอ เมื่อเทียบกับจำนวนประชากรของประเทศ ไม่ว่าจะเป็นอัตรากำลังทางแพทย์ พยาบาล ทันตแพทย์ เภสัชกร และอื่นๆ สาเหตุหลักเกิดจากความต้องการบริการที่เพิ่มขึ้น ซึ่งเป็นผลจากนโยบายหลักประกันสุขภาพ และการเปลี่ยนแปลงประชากร โดยการเพิ่มขึ้นอย่างชัดเจนของผู้สูงอายุ รวมทั้งการเปลี่ยนแปลงด้านระดับการศึกษา ซึ่งพบการเพิ่มขึ้นของโรคเรื้อรังและโรคที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพ ซึ่งความต้องการการบริการที่เพิ่มขึ้นเหล่านี้ ส่งผลต่อความต้องการกำลังคนที่มากขึ้น และขณะเดียวกันทำให้ปัญหาการขาดแคลนกำลังคนด้านสุขภาพเด่นชัดขึ้น โดยเฉพาะแพทย์มีจำนวนที่ยังขาดแคลนค่อนข้างสูง แม้ว่าขณะนี้มียุทธศาสตร์เพิ่มจากประมาณปีละ 1,000 คน เป็นปีละ 2,000 คนก็ตาม อีก 10 ปีข้างหน้า (ประมาณปี พ.ศ.2561) ประเทศไทยยังคงมีจำนวนแพทย์ต่อจำนวนประชากรต่ำกว่ามาตรฐานที่ควรจะเป็นและต่ำกว่าประเทศอื่นที่ข้างเคียง จะเห็นได้ว่าอัตรากำลังทางด้านสาธารณสุขขณะนี้และอีก 10 ปีข้างหน้า ยังไม่เพียงพอต่อการดูแลรักษาสุขภาพของประชาชนชาวไทย (อดิศร ภัทราคูลย์ 2548)

นอกจากปัญหาจำนวนกำลังคนที่มีไม่เพียงพอกับความต้องการแล้ว ปัญหาที่ยังเป็นปัญหาหลักคือการกระจายบุคลากรด้านสุขภาพที่ไม่เท่าเทียมกันทำให้พื้นที่ชนบทมีปัญหการขาดแคลนที่รุนแรง ในปี 2548 ความขาดแคลนแพทย์และบุคลากรสาธารณสุข ไปปรากฏชัดเจนตามภูมิภาคและในชนบท เช่น ภาคอีสานมีสัดส่วนแพทย์ต่อประชากรต่ำสุด 1:7,466 ในขณะที่ในกรุงเทพมหานครมีสัดส่วนสูงสุด คือ แพทย์ 1 คนต่อประชากร 879 คน ในขณะที่ทันตแพทย์มีอยู่เป็นจำนวน 7,573 คน จากที่ควรมี 11,614 คน สัดส่วนทันตแพทย์ต่อประชากรมีแนวโน้มลดลงในทุกภาค ในปี 2546 ภาคอีสานมีสัดส่วนทันตแพทย์ต่อประชากรต่ำสุด 1:21,739 ในขณะที่ในกรุงเทพมหานครมีสัดส่วนสูงสุด คือ ทันตแพทย์ 1 ต่อประชากร 1,458 คน ในขณะที่วิชาชีพพยาบาลยังมีความขาดแคลนอีก 23,586 คน (สุวิทย์ วิบูลผลประเสริฐ บรรณาธิการ 2550)

นโยบาย Medical Hub of Asia ที่เกิดขึ้นมา ส่งผลให้ความต้องการการใช้บริการสุขภาพของชาวต่างชาติเพิ่มเข้ามา และมีต้องการบุคลากรทางด้านสาธารณสุขจำนวนหนึ่งให้บริการกับผู้ป่วยต่างชาติ จึงทำให้สถานการณ์การขาดแคลนกำลังคนเป็นปัญหาที่หนักหน่วงมากยิ่งขึ้น ได้มีการศึกษาเพื่อคาดการณ์ความต้องการกำลังคนที่เพิ่มขึ้นจากผลของนโยบายการค้าเสรีและ Medical Hub และนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (Patchanee and Wibulpolprasert 2006) พบว่ามีความต้องการแพทย์เพิ่มขึ้นปีละ 1000 – 2000 คน และในจำนวนนี้ 40% เป็นความต้องการของสถานพยาบาลเอกชน และเมื่อวิเคราะห์เฉพาะความต้องการบริการของชาวต่างชาติ พบว่าในปี พ.ศ. 2558 จะมีความต้องการแพทย์เพื่อดูแลผู้ป่วยต่างชาติจำนวนประมาณ 176-303 คน

เพื่อตอบสนองต่อการเพิ่มขึ้นของผู้ป่วยต่างชาติ ซึ่งคิดเป็น 9-12% ของแพทย์ที่จบใหม่ในแต่ละปี หรือคิดเป็น 23-34% ของความต้องการแพทย์ของสถานพยาบาลเอกชน

การเปลี่ยนแปลงข้างต้นส่งผลกระทบต่อกำลังคนด้านสุขภาพ โดยเฉพาะอย่างยิ่งแพทย์และพยาบาล สัดส่วนของแพทย์ทำงานในภาคเอกชนสอดคล้องกับการขยายตัวของสถานพยาบาลภาคเอกชน โดยสัดส่วนของแพทย์ปฏิบัติงานในภาคเอกชน เพิ่มขึ้นจาก 18.7% ในปี พ.ศ. 2542 เป็น 22% ในปี พ.ศ. 2548 ในขณะที่พยาบาลมีสัดส่วนที่เพิ่มแต่เพียงเล็กน้อย (ภาพ 2) โดยสัดส่วนของแพทย์ที่ลาออกจากกระทรวงสาธารณสุขเทียบกับแพทย์จบใหม่สูงมากกว่าจำนวนแพทย์จบใหม่ ในปี พ.ศ. 2546 (ตาราง 2)

1. การเคลื่อนย้ายของบุคลากรด้านสุขภาพระหว่างภาครัฐสู่ภาคเอกชน

นโยบาย Medical Hub of Asia ส่งเสริมให้โรงพยาบาลในภาคเอกชน เกิดการแข่งขันกันเพื่อสร้างศูนย์เชี่ยวชาญในด้านต่างๆ ให้เกิดขึ้นในโรงพยาบาลของตนเอง เพื่อเป็นจุดขายให้กับคนไข้ต่างชาติ ซึ่งบุคลากรทางแพทย์และพยาบาลที่มีความเชี่ยวชาญเฉพาะทาง หรือมีชื่อเสียงในภาคเอกชนยังไม่มีหรือมีเพียงพอ จึงมีการดึงตัวบุคลากรเหล่านี้จากภาครัฐ โดยเสนอฐานเงินเดือนค่าตอบแทนที่สูงกว่าที่ได้รับจากภาครัฐเป็นจำนวนมาก สูงกว่า 5 เท่าถึง 10 เท่าหรือมากกว่า จึงทำให้เกิดการลาออกของแพทย์และพยาบาลจากภาครัฐจำนวนมาก (อดิศร ภัทราคูลย์ 2548) จากตาราง 2 แสดงให้เห็นว่ามีการลาออกของแพทย์จากโรงพยาบาล สังกัดสาธารณสุขทั่วประเทศ ปีละกว่า 700 คน มา 3-4 ปีติดต่อกัน ทำให้เกิดการขาดแคลนแพทย์ พยาบาล ทันตแพทย์ และเภสัชกรในโรงพยาบาลภาครัฐ โรงพยาบาลรัฐในชนบทซึ่งดูแลประชากรส่วนใหญ่ของประเทศ เป็นสถานพยาบาลที่ได้รับผลกระทบมากที่สุด การขาดแคลนแพทย์ และพยาบาลได้ปรากฏขึ้นอย่างชัดเจน

2. การผลิตนิสิตนักศึกษาแพทย์และแพทย์เชี่ยวชาญเฉพาะทางในโรงเรียนแพทย์

อดิศร ภัทราคูลย์ (2548) ให้ข้อมูลว่าผลกระทบที่อาจจะคาดไม่ถึงว่าจะเกิดผลเสียต่อระบบสาธารณสุขไทยในอนาคตอย่างรุนแรงนั้นกระทบไปที่สถาบันการผลิต ซึ่งนโยบาย Medical Hub of Asia ทำให้เกิดความต้องการแพทย์ที่มีความเชี่ยวชาญเฉพาะทางลึกลงไป โดยเฉพาะที่เก่งที่มีชื่อเสียงอย่างมากในภาคเอกชน ซึ่งแพทย์ที่เก่งและมีชื่อเสียงเหล่านี้ ส่วนใหญ่จะเป็นอาจารย์อยู่ในโรงเรียนแพทย์ โดยความเป็นจริงแล้วแต่ละโรงเรียนแพทย์ต้องใช้เวลากว่า 10 ปีที่จะสร้างอาจารย์แพทย์แต่ละคน เริ่มจากส่งไปเรียนเฉพาะทางที่ต่างประเทศ แล้วกลับมาพัฒนาเทคนิคการรักษาและการผ่าตัดจนมีชื่อเสียง และเป็นตัวจักรสำคัญในการสอนนักเรียนแพทย์ สอนแพทย์ประจำบ้าน และการบริการผู้ป่วยที่มารักษา ขณะนี้เกิดการเสนอค่าตอบแทนสูงถึง 10-20 เท่าที่ได้รับเงินเดือนจากโรงเรียนแพทย์ ให้แก่อาจารย์แพทย์เพื่อจูงใจให้อาจารย์แพทย์ย้ายไปอยู่ที่สถานพยาบาลเอกชน ในช่วงเวลา 2-3 ปีหลังนี้ มีภาวะสมองไหลของอาจารย์แพทย์(เฉพาะอาจารย์

แพทย์ที่เก่งที่มีชื่อเสียง) จากโรงเรียนแพทย์ทั้งหมด ปีละกว่า 40-50 คน ไปสู่ภาคเอกชน ผลกระทบในเรื่องนี้ทำให้อาจารย์แพทย์ที่เหลืออยู่ทำงานหนักขึ้น เพราะจะสร้างอาจารย์แพทย์คนใหม่ได้ต้องใช้เวลาหลายปี ผลที่ตามมาในอนาคตอันไม่ไกล ทำให้คุณภาพในการผลิตแพทย์หรือแพทย์ประจำบ้านเฉพาะทางด้อยลง และจะส่งผลกระทบต่อระบบการบริการทางด้านสาธารณสุขไทยในอนาคต

3. ค่าตอบแทนแพทย์และค่าบริการทางการแพทย์

เมื่อมีคนไข้ชาวต่างชาติเข้ามาใช้บริการรักษามากขึ้น ผู้ป่วยเหล่านี้ส่วนใหญ่มาจากประเทศที่ประชากรมีรายได้ค่อนข้างดี และมีระบบประกันที่ดูแลอย่างดี ทำให้ผู้ป่วยเหล่านี้มีทุนทรัพย์ที่มากพอในการมาจ่ายค่าบริการให้กับระบบการบริการของบ้านเรา ทำให้เกิดกระบวนการเพิ่มค่าตอบแทนแพทย์และค่าบริการทางการแพทย์ ต่อผู้ป่วยต่างชาติสูงขึ้น สูงขึ้นเรื่อยๆ ซึ่งจะส่งผลเป็นการทำลายกำแพงค่าตอบแทนและค่าบริการทางการแพทย์ที่ดำเนินอยู่กับผู้ป่วยชาวไทย จะสูงขึ้น เมื่อผู้ป่วยต้องเสียค่าบริการที่แพง ก็ย่อมมีความคาดหวังต่อผลการรักษาและการบริการที่สูง เมื่อการบริการเกิดปัญหาผิดพลาด ก็จะเกิดการฟ้องร้องกันขึ้นระหว่างผู้ป่วยกับแพทย์ เหตุการณ์เช่นนี้จะเกิดมากขึ้นเรื่อยๆ ซึ่งเราจะไม่เคยเห็นเหตุการณ์เหล่านี้ในอดีต (อดิศร ภัทราราคูลย์, 2548)

นอกจากนั้นนโยบายเหล่านี้ อาจส่งผลให้ประชาชนหันมาใช้บริการโรงพยาบาลรัฐในโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าเพิ่มขึ้น เนื่องจากค่าใช้จ่ายในโรงพยาบาลเอกชนแพงขึ้น ดังนั้นจะส่งผลให้แพทย์และพยาบาล โรงพยาบาลรัฐทำงานหนักขึ้นและหนักขึ้นไปอีก และยังกระทบถึงการลาออกของแพทย์ภาครัฐด้วย มีข้อมูลบ่งชี้ว่าโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ทำให้เกิดปัญหากำลังคนด้านสาธารณสุขอย่างรุนแรง

ดังนั้นนโยบายการเปิด FTA และ Medical Hub of Asia ที่สนับสนุนให้ชาวต่างชาติเข้ามารักษาตัวในประเทศไทย จึงเท่ากับไปซ้ำเติมปัญหาที่มีอยู่แล้วให้กับโครงการหลักประกันสุขภาพของไทย ที่ประสบภาวะขาดแคลนแพทย์เป็นทุนเดิมอยู่แล้ว โดยจะยิ่งกระตุ้นให้แพทย์หนีเข้าสู่ภาคเอกชนเพิ่มขึ้นอีก และสิ่งที่น่าเป็นห่วงก็คือ แล้วใครจะดูแลผู้ป่วยส่วนใหญ่ของประเทศ

2.5 ข้อเสนอแนะ

ปัจจุบันทิศทางการส่งเสริมการค้าบริการที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพต้องการมุ่งเข้าสู่การเติบโตทางเศรษฐกิจ โดยวิเคราะห์เห็นโอกาสในการที่ประเทศไทยมีบริการสาธารณสุขที่มีคุณภาพเป็นที่ยอมรับของนานาชาติและต้องการขยายตัวทางเศรษฐกิจในสินค้าบริการนี้ โดยในความเป็นจริงนั้นสินค้าบริการสาธารณสุขเป็นสินค้าคุณธรรม (Merit Goods) และเป้าหมายที่แท้จริงของการค้า

บริการด้านสุขภาพเป็นการลงทุนเพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดแก่ผู้บริโภค ซึ่งไม่ควรเป็นการลงทุนเพื่อหาผลตอบแทนจากการลงทุนในรูปแบบของกำไรสูงสุด

การส่งเสริมหรือการเปิดตลาดการค้าบริการที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพนี้อาจทำให้มีการขยายตัวของเศรษฐกิจมากขึ้น จำนวนผู้ป่วยต่างชาติที่เข้ามารับการรักษาในประเทศไทยเพิ่มขึ้น ขณะเดียวกันก็อาจส่งผลกระทบต่อระบบสุขภาพ ของไทยโดยรวม ทำให้ความต้องการบุคลากรทางการแพทย์ โดยเฉพาะในภาคเอกชนเพิ่มมากขึ้น ส่งผลให้มีการเคลื่อนย้ายของบุคลากรจากภาครัฐเข้าสู่ภาคเอกชนมากขึ้น และเกิดการขาดแคลนบุคลากรในภาครัฐ โดยเฉพาะในชนบทเกิดระบบบริการสองมาตรฐานที่แตกต่างกันมากในประเทศ อันอาจเป็นสาเหตุที่สำคัญของปัญหาทางสังคมและความสงบภายในประเทศในอนาคต ในขณะเดียวกัน ตามพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ รัฐต้องจัดบริการสาธารณสุขสำหรับคนไทยในประเทศให้สามารถเข้าถึงบริการสุขภาพได้อย่างทั่วถึงและเท่าเทียม ในขณะที่อุปสงค์ในประเทศก็เพิ่มขึ้น แต่ที่อุปทานในประเทศยังไม่เพียงพอ ไม่ว่าจะเป็นจำนวนและการกระจายของบุคลากรสาธารณสุข รัฐยังต้องใช้มาตรการใช้ทุนเพื่อบรรเทาปัญหาการขาดแคลนบุคลากรสาธารณสุข

ดังนั้น การริบทำข้อตกลงการค้าบริการ และการส่งเสริม Medical Hub of Asia เพื่อสร้างอุปสงค์ด้านสาธารณสุขเพิ่มขึ้นอาจจะส่งผลด้านลบต่อนโยบายหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และการสาธารณสุขไทยในภาพรวม ในภาวะการณ์ที่ความต้องการบุคลากรสาธารณสุขภายในประเทศเพิ่มมากขึ้น ดังนั้นการเปิดเสรีการค้าและการส่งเสริมนโยบาย Medical Hub of Asia ควรจะต้องมีการพิจารณาประเด็นต่างๆ อย่างรอบคอบเพื่อมีข้อมูลอย่างสมบูรณ์ก่อนที่จะดำเนินการ เปิดเสรีทางการให้บริการการแพทย์ และรัฐควรจะดำเนินการต่อไปนี้

1. ควรจัดตั้งคณะกรรมการเฉพาะที่ประกอบด้วยพหุภาคีที่เกี่ยวข้อง เพื่อทำหน้าที่ให้คำแนะนำ เสนอแนะ และพิจารณาในประเด็นต่างๆ ในการเปิดเสรีทางการค้าด้านบริการสาธารณสุข และการกำหนดแนวทางของนโยบาย Medical Hub of Asia เพื่อผลักดันให้เกิดนโยบายส่งเสริมและคุ้มครองกิจกรรมบริการสาธารณสุข ป้องกันผลกระทบด้านลบต่อประชากร และส่งเสริมการบริการส่งออกที่เหมาะสม ตลอดทั้ง ควบคุม ติดตาม กำกับการดำเนินงาน เพื่อป้องกันผลกระทบด้านลบที่จะเกิดต่อระบบสุขภาพของประเทศ

2. ควรใช้มาตรการด้านการคลังในการป้องกันผลกระทบด้านลบต่อระบบสุขภาพของประชาชนไทย ได้แก่ การเก็บภาษีจากการขายบริการให้แก่ชาวต่างชาติ และ earmark มาใช้เพื่อสวัสดิการผู้ด้อยโอกาส นำผลกำไรจากการบริการทางการแพทย์และสุขภาพจำนวนหนึ่งมาลงทุนด้านการวิจัยและพัฒนาเพื่อนำไปสู่การพัฒนาพัฒนาระบบสุขภาพของไทย เป็นต้น

3. สนับสนุนการศึกษาและวิจัยเพื่อมีข้อมูลสนับสนุนการตัดสินใจเชิงนโยบาย และข้อมูลสนับสนุนการนำนโยบายสู่การปฏิบัติ ในประเด็นต่างๆ ดังนี้

- ศึกษาผลกระทบเชิงลึกต่อระบบสุขภาพ และกำหนดกฎหมาย มาตรการต่างๆ เพื่อนำมาใช้ในการแก้ปัญหาที่อาจจะเกิดขึ้น
- ความเป็นไปได้ของความสามารถรองรับการเพิ่มการผลิตของบุคลากรทางด้าน การแพทย์ ไม่ว่าจะเป็นแพทย์ ทันตแพทย์ เภสัชกร พยาบาล การร่วมลงทุนในการผลิตของเอกชน ตลอดจนการร่วมลงทุนในการผลิตของชาวต่างชาติ
- การสร้างแรงจูงใจในการธำรงบุคลากรปฏิบัติงานในชนบทได้อย่างมีความสุข
- การทำงานร่วมกันระหว่างสถานบริการภาครัฐและเอกชนเพื่อการบรรลุซึ่งสุขภาพ ดีถ้วนหน้าของประชาชน
- การนำกำลังคนที่ไม่ปฏิบัติงานในระบบบริการในประเทศกลับมาทำงานในระบบ เช่น กำลังคนที่ออกจากบริการสุขภาพ เกษียณอายุ อยู่ต่างประเทศ รวมทั้ง กำลังคนจบจากต่างประเทศ

4. การปฏิรูประบบบริการ งบประมาณและทรัพยากร โดยต้องจัดสรรงบประมาณไปยังหน่วยบริการโดยตรงหรือน้อยจัดสรรให้โดยตรงกับระดับจังหวัด เพื่อทำให้เกิดการกระจายบุคลากรด้านสุขภาพที่เป็นธรรมและเพิ่มการสร้างแรงจูงใจให้บุคลากรทางการแพทย์ทำงานในโรงพยาบาลชุมชน

5. ผลักดันให้เกิดมาตรฐานเดียวในการให้บริการ และมีระบบควบคุมการบริการอย่างจริงจัง ไม่ว่าจะเป็นบริการด้านการรักษา คุณภาพยา ในหน่วยบริการระดับต่าง ๆ ในภาครัฐ และเอกชน และในกลุ่มกองทุนต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องหมด เช่น สวัสดิการการรักษาพยาบาลข้าราชการ และรัฐวิสาหกิจ ประกันสังคม การประกันสุขภาพถ้วนหน้า เป็นต้น

6. จัดระบบการสื่อสารและพัฒนาความเข้มแข็งของผู้บริโภคเพื่อให้เข้ามามีส่วนร่วมในระบบสุขภาพมากขึ้น เช่น การดูแลตนเอง การตรวจสอบคุณภาพบริการ รวมทั้งเข้ามามีส่วนร่วมในการกำหนดนโยบายมากขึ้น

เอกสารอ้างอิง

- กระทรวงสาธารณสุข-กรมสนับสนุนบริการ. (2546). รายชื่อสถานพยาบาลเอกชน พ.ศ. 2545. กองประกอบโรคศิลป์. กรมสนับสนุนบริการ กระทรวงสาธารณสุข (ไม่ตีพิมพ์).
- กระทรวงสาธารณสุข- กองประกอบโรคศิลป์. กรมสนับสนุนบริการ. (2550). สถิติโรงพยาบาลเอกชน. แหล่ง : <http://203.157.6.200/king/ac/stat.asp> (15 มกราคม 2551).
- กระทรวงสาธารณสุข. (2547). แผนยุทธศาสตร์การพัฒนาศูนย์กลางสุขภาพแห่งเอเชีย (พ.ศ. 2547-2550) งานพัฒนารัฐกิจบริการสุขภาพและส่งเสริมการส่งออก สำนักงานงานเศรษฐกิจสุขภาพ สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข.
- กระทรวงพาณิชย์ : กรมส่งเสริมการส่งออก. (2545). ข้อมูลการส่งออกด้านบริการ จาก <http://www.depthai.go.th/> (13 พฤศจิกายน 2549).
- กลุ่มศึกษาการค้าเสรีภาคประชาชน. (2549). ข้อตกลงเขตการค้าเสรี:ผลกระทบต่อระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จาก <http://www.ftawatch.org/download/file.php?id=62> (4 มกราคม 2552).
- ณัฐวัฒน์ หอมจิตต์. (2550). Medical Hub of Asia เกมนี้ยังไม่จบ นิตยสารผู้จัดการ กุมภาพันธ์ 2550.
- วัฒนา ส จันเจริญ และ คณะ. (2542). การศึกษาเบื้องต้นเกี่ยวกับผลกระทบต่อสังคมและระบบสาธารณสุขไทยและการเตรียมความพร้อมจากการเปิดเสรีทางการค้าบริการสุขภาพ. วิทยาลัยการสาธารณสุข จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. กรุงเทพฯ.
- วีระศักดิ์ มงคลพร และคณะ. (2548). อุปสงค์และอุปทานต่อการให้บริการทางการแพทย์สำหรับผู้ป่วยชาวต่างชาติ: การศึกษาเพื่อสำรวจผลกระทบที่มีต่อระบบสุขภาพและบุคลากรสาธารณสุขในประเทศไทย. สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ กระทรวงสาธารณสุข.
- สำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ. (2549). นโยบายศูนย์กลางสุขภาพเอเชียกับหลักประกันสุขภาพบนเส้นทางเศรษฐกิจพอเพียง. เอกสารประกอบการประชุมสมัชชาสุขภาพแห่งชาติปี 2549. สำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ (สปรส).
- สำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ. (2550). การปฏิรูประบบสุขภาพ. แหล่ง: <http://www.hsro.or.th> (5 กรกฎาคม 2550).
- สภาพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ Office of National and Social Development Board (2003) Population Forecast during 2000 – 2025. Office of National and Social Development Board.

- สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ พินทุสร เหมพิสุทธิ์ และ ศิริวรรณ ทิพย์รังษณัญญ์. (2545). รายงานการศึกษาเรื่องผลกระทบของการเปิดเสรีการค้าบริการต่อการพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพ.
- สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ บรรณาธิการ. (2551). การสาธารณสุขไทย 2548-2550. กรุงเทพฯ . สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์. โรงพิมพ์องค์การทหารผ่านศึก.
- หฤทัย ยิ้มสวัสดิ์. (2547). การศึกษาผลกระทบการเปิดเสรีด้านบริการสุขภาพของประเทศไทย. รายงานการศึกษาอิสระปริญญาเศรษฐศาสตร์มหาบัณฑิต สาขาวิชาเศรษฐศาสตร์ธุรกิจ. บัณฑิตวิทยาลัย. มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- อำพล จินดาวัฒนะ Milintarangkul, U; Rajataramya, B; et al. (1999). Impacts of economic crisis on health manpower development. Praboromrajachanok Institute of Health workforce. Ministry of Public Health.
- อดิศร ภัทราคูลย์. (2548). ผลกระทบนโยบาย Medical Hub of Asia ต่อระบบสาธารณสุขไทย มติชนรายวัน วันที่ 16/07/2005.
- Pachanee, C and Wibulpolprasert, S. (2006). Incoherent policies on iniversal coverage of health insurance and promotion of international trade in health services in Thailand. Health Policy Plan. 2006 Jul;21(4):310-8.
- Wibulpolprasert, S Editor. (2008). Thailand Health Profile 2005-2007. Express Transportation Organization.

3. ความต้องการกำลังคนด้านสุขภาพในการดูแลผู้สูงอายุ

การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรวัยสูงอายุนั้นพบแนวโน้มจำนวนและสัดส่วนผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปเพิ่มขึ้น ซึ่งทางสำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ได้คาดประมาณแนวโน้มการเปลี่ยนแปลงประชากรไทย ไว้ว่าสัดส่วนของผู้สูงอายุจะเพิ่มจากร้อยละ 7.2 ในปี 2533 เป็น ร้อยละ 15.3 ในปี 2563 (ตาราง 1)

ตารางที่ 6 : การประมาณแนวโน้มการเปลี่ยนแปลงประชากรไทย 2533 – 2563

จำนวน/ พ.ศ.	2533	2538	2543	2548	2553	2558	2563
จำนวน (ล้านคน)	4.034	4.816	5.733	6.617	7.639	9.104	10.776
% ประชากร	7.2	8.1	9.2	10.2	11.5	13.2	15.3

ที่มา : สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ การคาดประมาณแนวโน้มการเปลี่ยนแปลงประชากรไทย 2533-2563.

จากการสำรวจประชากรโลกขององค์การสหประชาชาติ คาดว่าประเทศไทยจะมีประชากรอายุ 65 ปี ขึ้นไป จำนวนเพิ่มขึ้นจาก 3.9 ล้านคน ในปี พ.ศ.2533 เป็น 9.9 ล้านคน ในปี ค.ศ.2563 (พีรสิทธิ์ คำนวนศิลป์และคณะ, 2544) ซึ่ง อัตราการเพิ่มของประชากรสูงอายุนั้นมีอัตราสูงกว่าประชากรในวัยเด็กและวัยทำงาน ส่วนหนึ่งเนื่องจากเกิดการลดลงของอัตรา การเกิด และอัตราการตายของประชากร โดยใช้การคาดการณ์ถึงแนวโน้มของภาวะเจริญพันธุ์เป็นเกณฑ์ พบว่าสัดส่วนการเกิดของประชากรในวัยเด็ก และอัตราการตายของประชากรสูงอายุลดลงอย่างต่อเนื่อง (นภาพร ชโยวรรณ, 2542 – อังนาศศิพัฒน์ ยอดเพชร 2547) อันเป็นผลจากความก้าวหน้าทางการแพทย์และสาธารณสุข รวมทั้งการกระจายบริการด้านสาธารณสุขและจากนโยบายการวางแผนครอบครัว ที่ส่งผลให้อัตราการเจริญพันธุ์ของประชากรลดลง จึงทำให้ประชากรผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นและมีอายุยืนยาวขึ้น ซึ่งการเปลี่ยนแปลงดังกล่าวส่งผลให้ประเทศไทยประสบปัญหาด้านผู้สูงอายุในอนาคตอันใกล้เนื่องจากการเพิ่มขึ้นของประชากรสูงอายุนี้ จะกลายเป็นความรับผิดชอบ และการแบกรับภาระทางสังคมต้องเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องด้วยเช่นกัน และเป็นสิ่งบอกเหตุสำคัญที่จะต้องมีการเตรียมระบบสวัสดิการสังคมสำหรับผู้สูงอายุ ให้สามารถรองรับกับปัญหาที่เกิดขึ้นในอนาคตได้อย่างเหมาะสม

จากสถานการณ์การเพิ่มขึ้นของผู้สูงอายุเป็นสิ่งบ่งบอกให้เกิดการเตรียมการของระบบสุขภาพเพื่อรองรับปัญหาดังกล่าว ประเทศไทยได้เริ่มมีการพัฒนาแผนเพื่อผู้สูงอายุเริ่มตั้งแต่แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมฉบับที่ 5 (2525-29) และเริ่มเป็นรูปธรรมในแผนฯ ฉบับที่ 7 และ 8

(2535-44) ซึ่งมีเป้าหมายมุ่งไปที่การส่งเสริมให้ครอบครัวเป็นสถาบันหลักในการดูแลผู้สูงอายุ รวมทั้งสนับสนุนให้องค์กรพัฒนาเอกชนเข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนินการ นอกจากนี้ผลพวงจากการเข้าร่วมประชุมสมัชชาว่าด้วยผู้สูงอายุโลก พ.ศ. 2525 ประเทศไทยได้พัฒนาแผนผู้สูงอายุแห่งชาติฉบับที่ 1(2525-44) และ ฉบับที่ 2 (2545-64) ซึ่งในฉบับที่ 2 ได้บูรณาการในด้านสุขภาพอนามัย ด้านการศึกษา ด้านความมั่นคงของรายได้และการทำงาน ด้านสังคมและวัฒนธรรม และด้านสวัสดิการสังคม กำหนดยุทธศาสตร์หลัก 5 ด้าน ได้แก่ 1.เตรียมความพร้อมเพื่อผู้สูงอายุ 2.ส่งเสริมผู้สูงอายุ 3.ระบบคุ้มครองทางสังคม 4.การบริหารจัดการเพื่อการพัฒนาและบุคลากร และ 5.การพัฒนาองค์ความรู้และการติดตามประเมินผล (สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ 2551) ซึ่งชี้ให้เห็นว่าผู้สูงอายุได้รับการให้ความสำคัญ อย่างไรก็ตามการดำเนินงานยังขาดความชัดเจน และชี้ให้เห็นความต้องการองค์ความรู้เพื่อสนับสนุนการตัดสินใจอย่างเหมาะสม

3.1 ปัญหาด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ

ปัญหาสุขภาพในผู้สูงอายุจะพบได้บ่อย ทั้งนี้เนื่องจากวัยสูงอายุมีการเปลี่ยนแปลงในทางที่ถดถอยทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ เศรษฐกิจ และสังคม โดยเฉพาะการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ที่กลายเป็นปัญหาสะท้อนให้เห็นถึงความจำเป็นที่จะต้องเตรียมความพร้อมในระบบบริการทางสังคมและสุขภาพแก่ผู้สูงอายุ และจากจำนวนผู้สูงอายุและอายุขัยเฉลี่ยที่สูงขึ้นนี้ย่อมส่งผลกระทบต่อการดูแลผู้สูงอายุ โดยเฉพาะระบบบริการสุขภาพและงบประมาณด้านสุขภาพ เนื่องจากความชุกของภาวะทุพพลภาพและการเจ็บป่วยเรื้อรังจะเพิ่มสูงขึ้น โรคเรื้อรังที่เป็นปัญหาสำคัญในปัจจุบัน ได้แก่ ภาวะความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคหัวใจ โรคหลอดเลือดสมอง โรคกระดูกและข้อเสื่อม เป็นต้น

ด้านภาวะทุพพลภาพและภาวะพึ่งพิงนับเป็นอีกด้านหนึ่งที่พบว่าผู้สูงอายุ 1 ใน 4 คนจะมีปัญหาสุขภาพทำให้ไม่สามารถทำกิจกรรมที่เคยทำได้ จากการสำรวจพบว่ามีประชากรผู้สูงอายุที่มีปัญหาภาวะโรคมากกว่า 1 โรค มากกว่า 70% และจากการศึกษาของสถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ ก็พบว่า ผู้สูงอายุมีปัญหาต้องรับการรักษาถึง 62% กรณีปัญหาด้านสายตา 27% โรคข้อ 26% โรคไต 24% ความดันโลหิตสูงประมาณ 14% การได้ยิน 14% เบาหวาน 8% อัมพาต 3% ซึ่งโรคต่างๆ ก็ก่อให้เกิดภาวะ 5 อันดับแรก ได้แก่ โรคหลอดเลือดหัวใจ เส้นเลือดสมองแตกตีบตัน เบาหวาน ความดันโลหิตสูง และไขมันในเลือดสูง ซึ่งโรคเหล่านี้ก็เป็นสาเหตุของการเสียชีวิตต่อมาในผู้สูงอายุด้วย(พวงเพ็ญ ชื่นประเสริฐ, 2550) และจากการวัดปัญหาสุขภาพของคนไทยโดยใช้การสูญเสียปีสุขภาวะ (Disability Adjusted Life Year :DALY) เป็นตัวบ่งชี้พบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่ร้อยละ 85.2 มีสาเหตุการสูญเสีย ปีสุขภาวะเนื่องจากโรคไม่ติดต่อ (สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ 2551) ดังนั้นจึงควรมีการควบคุม ป้องกัน คัดกรอง และฟื้นฟูโรคไม่ติดต่อในกลุ่มผู้สูงอายุซึ่งมีความจำเป็นต้องดำเนินการ เพื่อลดความสูญเสีย เพื่อให้ผู้สูงอายุ มีคุณภาพชีวิตที่ดี

ทุกข์ทางกาย ผู้สูงอายุไทยมีภาวะโรคเรื้อรังสูง และเหตุแห่งการเสียชีวิตคล้ายคลึงกับทุกประเทศ ได้แก่ โรคระบบไหลเวียนเลือด โรคหลอดเลือดสมอง และโรคมะเร็ง และมีความเจ็บป่วยที่สำคัญ 4 อย่าง คือ ความดันโลหิตสูง เบาหวาน อุบัติเหตุ และไขมันในเลือดสูง และทุกข์ที่แท้จริงนั้นคือ การมีภาวะทุพพลภาพ อันมีทั้งระยะสั้นและระยะยาวและคาดว่าจะมีการระบาดในอนาคต ซึ่งเป็นสัญญาณว่าความต้องการบริการการดูแลระยะยาวและบุคลากรผู้ดูแล

ด้านทุกข์ทางใจและทุกข์ทางสังคม ผู้สูงอายุไทยมีทุกข์ คือเหงาและซึมเศร้าจากการถูกทอดทิ้ง รู้สึกไร้ค่า มีความยากไร้ ภาวะครอบครัว (ปัญหาการทารุณกรรมที่แฝงอยู่) และการขาดหลักประกันความมั่นคงทางสังคมด้านต่างๆ ในยามสูงอายุ ผู้สูงอายุบางคนยังโชคดีที่มีครอบครัวเกื้อหนุน โดยเฉพาะคู่สมรสและบุตรสาว ในขณะที่ยังมีผู้สูงอายุอีกจำนวนไม่น้อยที่ถูกทอดทิ้ง

จะเห็นว่าปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุ นับวันจะทวีขนาดและความรุนแรงมากขึ้นเพราะเป็นปัจจัยเสี่ยงนำมาซึ่งภาวะทุพพลภาพและภาวะพึ่งพา หากปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุยังไม่ได้รับการแก้ไขหรือป้องกันในอนาคตมีแนวโน้มที่ผู้สูงอายุจำนวนมากต้องทนทุกข์ทรมานจากการเจ็บป่วยเรื้อรัง และการไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันด้วยตนเองได้

3.2 ปัญหาระบบบริการสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุจากภาครัฐ

การบริการผู้สูงอายุนั้นควรจะสอดคล้องกับความต้องการและปัญหาที่จำเพาะของผู้สูงอายุ อย่างไรก็ตามระบบบริการสุขภาพในปัจจุบันนี้อาจมีข้อจำกัดในการตอบสนองความต้องการบริการของผู้สูงอายุดังต่อไปนี้ (วรรณภา ศรีธัญรัตน์ และผ่องพรรณ อรุณแสง 2545)

3.2.1 การบริการสุขภาพยังขาดระบบบริการเฉพาะทางสำหรับผู้สูงอายุ

ผู้สูงอายุนั้นมีปัญหาและความต้องการพิเศษ จึงต้องการบุคลากรเฉพาะทางที่ไวต่อปัญหาและความต้องการเฉพาะของผู้สูงอายุ แต่ปัจจุบันระบบบริการสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุจะรวมอยู่กับระบบบริการสุขภาพทั่วไป ซึ่งกำลังอยู่ระหว่างการปฏิรูป ยังไม่มีระบบบริการหรือกรอบบริการเฉพาะทางสำหรับผู้สูงอายุ เนื่องด้วยระบบบริการสุขภาพผู้สูงอายุและความจำเพาะของระบบบริการนั้นประเทศไทยยังไม่เผชิญกับภาวะวิกฤตผู้สูงอายุเช่นประเทศอื่นๆ จึงยังไม่มีตัวเร่งเพื่อการจัดระบบสุขภาพเฉพาะทาง ที่รองรับปัญหาและความต้องการเฉพาะผู้สูงอายุ แม้บริการเฉพาะทางผู้สูงอายุนี้จะมีความจำเป็นทั้งในปัจจุบันและในอนาคต แต่รัฐจำเป็นต้องเร่งสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าให้กับบุคคลทุกวัยก่อน มีความจำเป็นต้องการระบบบริการเฉพาะทางหรือบริการที่มีความจำเพาะสูงสำหรับผู้สูงอายุอย่างแน่นอน สำหรับบริการสุขภาพเฉพาะทางสำหรับผู้สูงอายุไทยที่มีอยู่ประเมินว่ายังไม่เข้มแข็ง กระจุก ไม่กระจาย แม้จะเป็นบริการแบบให้เปล่า ประชาชนก็ยังเข้าไม่ถึงด้วยมีข้อจำกัดด้านต่างๆ

3.2.2 บริการสุขภาพย้งขาดบริการการดูแลระยะยาวและเรื้อรังที่จำเป็นสำหรับ

ผู้สูงอายุ

บริการสุขภาพของรัฐในประเทศไทย ยังเน้นการดูแลในสถาบันมากกว่าชุมชน โดยจะเน้นการรักษาพยาบาล การส่งเสริมสุขภาพ และบริการแบบเฉียบพลัน ย้งขาดบริการการดูแลระยะยาวและการดูแลสำหรับโรคเรื้อรัง บริการฟื้นฟูสภาพตลอดจนการดูแลระยะสุดท้ายที่มีความจำเป็นสำหรับผู้สูงอายุ สำหรับบริการสุขภาพของเอกชน มีการขยายตัวด้านการดูแลระยะยาวในสถาบัน การผลิตและให้บริการผู้ดูแลที่บ้านเพื่อตอบสนองความต้องการของผู้ใช้บริการเฉพาะกลุ่มที่มีเพิ่มขึ้น แต่ก็มักจะมีค่าใช้จ่ายค่อนข้างสูง ซึ่งผู้สูงอายุส่วนมากที่ยากจนก็ไม่สามารถเข้าถึงบริการได้

การบริการสุขภาพในสถาบันในลักษณะของโรงพยาบาล แม้เป็นบริการดูแลเฉียบพลันที่ตอบสนองผู้สูงอายุได้เป็นส่วนใหญ่ แต่จุดอ่อนคือ การดูแลแบบกึ่งเฉียบพลัน และเรื้อรังยังมีน้อย ไม่สอดคล้องกับสถานการณ์ของผู้สูงอายุที่มีปัญหาความเจ็บป่วยเรื้อรังและต้องการการฟื้นฟูสูง การไม่มีคลินิกผู้สูงอายุและหอผู้ป่วยสูงอายุเฉพาะในโรงพยาบาล เป็นจุดด้อยของการบริการที่มีคุณภาพสำหรับผู้สูงอายุ

3.2.3 บริการสุขภาพที่มีอยู่ไม่ครอบคลุมและผู้สูงอายุบางส่วนยังเข้าไม่ถึงบริการสุขภาพ

บริการสุขภาพที่มีอยู่ไม่ครอบคลุมผู้สูงอายุที่แอบแฝงอยู่ในสถาบันต่างๆ เช่น วัด เรือนจำ ชุมชนชนบทที่ห่างไกล ชนกลุ่มน้อย และอื่นๆ จึงควรศึกษาสภาพความเป็นอยู่ของประชากรผู้สูงอายุทุกแห่ง เพื่อความครอบคลุมและทั่วถึง ของการจัดระบบบริการสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ อีกทั้งผู้สูงอายุที่มีข้อจำกัดของพยาธิสภาพและความเจ็บป่วย และการที่คลินิกและสถานบริการสุขภาพผู้สูงอายุมีเฉพาะในโรงพยาบาลบางแห่ง จึงเป็นจุดอ่อนทำให้ผู้สูงอายุในชนบทไม่สามารถเข้าถึงบริการเฉพาะทางได้ ยิ่งผู้สูงอายุที่อยู่ห่างไกลสถานพยาบาลมักมีข้อจำกัดในการไปรับบริการที่สถานบริการ โดยไม่สามารถไปเองได้ต้องอาศัยบุคคลอื่น เช่นบุตรหลานมีภาระการทำงาน ทำให้มีข้อจำกัดในการเข้าถึงบริการ เกิดความไม่เท่าเทียมกันในการเข้ารับบริการ และไม่ได้รับความเป็นธรรมทางสุขภาพ

จากผลการศึกษาถึงประสิทธิผลของโครงการบริการสวัสดิการสังคม พบว่าบริการส่วนใหญ่ ที่รัฐจัดให้ผู้สูงอายุไม่เหมาะสมและไม่เป็นธรรมเพราะ ผู้สูงอายุกลุ่มยากจนไร้ญาติ ไม่มีผู้ดูแลยังไม่สามารถเข้าถึงบริการของรัฐได้ ซึ่งเป็นผลจากกระบวนการคัดเลือกผู้สูงอายุที่ไม่เป็นธรรมภายใต้ระบบอุปถัมภ์ ผู้สูงอายุกลุ่มเปราะบางยังไม่ได้รับบริการ ไม่สามารถพิทักษ์สิทธิของตนเองได้ ผู้สูงอายุไม่ได้มีส่วนร่วมในกระบวนการบริหารจัดการ การดำเนินงาน จึงส่งผลให้บริการส่วนใหญ่ขาดความยั่งยืนของบริการและกิจกรรม ไม่สามารถสร้างความเข้มแข็งให้ผู้สูงอายุและชุมชนได้ในระยะยาว (ระพีพรรณ คำหอมและคณะ, 2542)

การวิจัยพบว่าบริการด้านสุขภาพมีลักษณะของความไม่เป็นธรรมในประชากรสูงอายุไทย โดยผู้สูงอายุที่ด้อยการศึกษาและยากจนจะมีปัญหาด้านสุขภาพในอัตราสูงและมีโอกาสเข้าถึงระบบบริการทางสุขภาพของรัฐต่ำ ลักษณะเช่นนี้ทำให้ปัญหาด้านสุขภาพและสังคมขยายตัวมากขึ้นไปอีกเนื่องจากปัญหาวิกฤติเศรษฐกิจในระยะที่ผ่านมาส่งผลต่อการจัดสรรทรัพยากรอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ อีกทั้งสภาพแวดล้อมต่างๆและระบบขนส่งสาธารณะไม่เอื้ออำนวยต่อการดำรงชีวิตของผู้สูงอายุ ทำให้การเข้าถึงระบบบริการต่างๆเป็นไปได้ยากลำบาก ไม่สามารถดำรงสายสัมพันธ์และกิจกรรมในชุมชนและสังคมได้อย่างที่ควรจะเป็น ขาดแคลนโอกาสในการสันตนาการ(สุทธิชัย จิตรพันธ์กุล, 2543)

3.24 ปัญหาการประสานงานระหว่างภาคเอกชน-รัฐ-ชุมชนเท่าที่เป็นอยู่ในปัจจุบัน

เนื่องด้วยคำพังทลายภาครัฐนั้นยังไม่สามารถให้การดูแลผู้สูงอายุอย่างทั่วถึง การให้บริการดูแลผู้สูงอายุรูปแบบต่างๆยังเป็นเพียงการแก้ปัญหาเฉพาะหน้าเท่านั้น ในขณะที่ภาคเอกชนที่ให้บริการสุขภาพและการดูแลผู้สูงอายุก็ยังไม่ได้รับการสนับสนุนหรือได้รับความร่วมมือจากภาครัฐเท่าที่ควร นอกจากนี้ในด้านการประสานงานระหว่างภาครัฐ ภาคเอกชนและชุมชน พบว่าชุมชนยังขาดความเข้มแข็งในการรวมตัวหรือร่วมมือกับภาคเอกชนและรัฐในการแสวงหาแนวทางหรือรูปแบบที่เหมาะสมที่จะช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในชุมชน (ศศิพัฒน์ ยอดเพชร 2547)

3.2.5 การดูแลผู้สูงอายุในครอบครัว มีแนวโน้มขาดคุณภาพและขาดผู้ดูแลในภาค

ซึ่งจะนำไปสู่ปัญหาอื่นๆ อีกมากมาย หน่วยงานของรัฐให้ความสำคัญกับผู้ดูแลในระดับชุมชนและครอบครัวน้อย เนื่องจากเห็นว่าเป็นหน้าที่ของครอบครัว ที่ต้องดูแลผู้สูงอายุ และการเข้ารับบทบาทเป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุ มาจากการทำหน้าที่ทางสังคม ทำให้ผู้ดูแลขาดการเตรียมตัวที่เหมาะสม

3.2.6 ด้านการบริการผู้สูงอายุในเขตชนบท ระบุพิพรรณ คำหอมและคณะ (2547)

ชี้ให้เห็นข้อจำกัดด้านระบบบริการจากภาครัฐดังนี้

1. บริการสวัสดิการสังคมสำหรับผู้สูงอายุในชนบทมีหลายด้าน ด้านที่สามารถตอบสนองความต้องการพื้นฐานได้มากที่สุด คือบริการด้านสุขภาพ เนื่องจากมีการกระจายบริการ ได้กว้างขวางที่สุดมากกว่าบริการด้านอื่นๆ และเป็นบริการที่สอดคล้องกับธรรมชาติของวัยผู้สูงอายุ แต่หากพิจารณาถึงความครอบคลุมของบริการด้านอื่นๆ ในด้านการส่งเสริมเศรษฐกิจ การมีงานทำ บริการด้านการศึกษาและด้านสังคม อันเป็นบริการที่ตอบสนองด้านสุขภาพจิตและคุณภาพชีวิตนั้น กล่าวได้ว่ารัฐยังไม่สามารถจัดบริการได้อย่างทั่วถึง ยังมีความจำเป็นต้องเพิ่มคุณภาพและประสิทธิภาพของการบริการจัดการ

2. บริการส่วนใหญ่เป็นบริการที่รัฐรับผิดชอบดำเนินการเอง แต่ยังคงกลไกหลักที่จะดูแลระบบบริการให้เชื่อมโยงกันอย่างมีประสิทธิภาพ

3. บุคลากรที่เกี่ยวข้องยังขาดความรู้ ทักษะ และทักษะในการให้บริการอย่างรอบด้าน เชิงลึกและจำเป็นต้องได้รับการพัฒนา

4. รัฐยังขาดการกระตุ้นและส่งเสริมให้ชุมชนหรือท้องถิ่นเป็นผู้ดำเนินการด้านสวัสดิการ โดยชุมชนเอง จึงทำให้ขาดพลังทางสังคมในการขับเคลื่อนงานผู้สูงอายุ ขาดการส่งเสริมโอกาสให้ผู้สูงอายุมีส่วนร่วมในการคิด ตัดสินใจเรื่องสวัสดิการ ผู้สูงอายุจึงกลายเป็นงานที่มีลักษณะประจำ นิ่ง มากกว่างานบริการเชิงยุทธศาสตร์ที่จำเป็นต้องมีขบวนการเคลื่อนไหวโดยภาคประชาชน อันจะนำไปสู่การพัฒนาเชิงกระบวนการที่ก่อให้เกิดความยั่งยืนมากกว่าที่เป็นอยู่

5. การจัดบริการสวัสดิการผู้สูงอายุของรัฐ ยังขาดฐานคิดที่จะไปสนับสนุนหรือส่งเสริมฐานวัฒนธรรมหรือภูมิปัญญาของผู้สูงอายุในชุมชน ทั้งๆที่การส่งเสริมภูมิปัญญาหรือวัฒนธรรมจะนำไปสู่การสร้างความมั่นคงทางจิตใจและเป็นการเพิ่มศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์และความรู้สึกภาคภูมิใจในตนเองของผู้สูงอายุให้สูงขึ้น

3.3 ระบบบริการสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุที่พึงประสงค์

การปฏิรูประบบบริการสุขภาพและการสร้างหลักประกันสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุไทยจะต้องเร่งพัฒนาบริการสุขภาพผู้สูงอายุ เพื่อให้ทันกับภาวะวิกฤตประชากรสูงอายุไทยที่จะเพิ่มเป็นทวีคูณใน 20-30 ปีข้างหน้า โดยมีข้อเสนอด้านการจัดระบบบริการสุขภาพและหลักประกันสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุโดย วรณภา ศรีธีรัตน์ และผ่องพรรณ อรุณแสง (2545) ได้ให้ข้อเสนอแนะระบบบริการสุขภาพและหลักประกันสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุที่พึงประสงค์ มีองค์ประกอบหลังดังนี้

3.3.1 แนวคิดหลักของระบบบริการสุขภาพและหลักประกันสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ

- บริการสุขภาพและหลักประกันสุขภาพเป็นสิทธิพื้นฐานที่ผู้สูงอายุทุกคนควรจะได้รับ
- เน้นแนวคิดการพัฒนา มากกว่าสงเคราะห์ มุ่งงาน สร้างรายได้
- เน้นการพึ่งตนเอง การมีส่วนร่วมและเกื้อหนุนของครอบครัวและชุมชน และการสนับสนุนโดยรัฐ
- เน้นการมีส่วนร่วมกิจกรรมของคนหลายวัย
- มุ่งสร้างสุขภาพองค์รวมควบคู่กับการสร้างความมั่นคงทางสังคมเพื่อผู้สูงอายุ
- สร้างวัฒนธรรม และสร้างสุขภาพมากกว่าการซ่อมสุขภาพ
- เน้นบริการเชิงรุกมากกว่าเชิงรับ

- ผสมผสานและบูรณาการบริการด้านสุขภาพและด้านสังคม
- ต้องครบวงจรชีวิตของความสุขอายุและสอดคล้องกับวิถีชีวิตและบริบทของผู้สูงอายุและครอบครัว
- มีความหลากหลาย ครอบคลุม-เข้าถึงง่าย มีคุณภาพ-ประสิทธิภาพ เป็นธรรม
- การดูแลระยะยาวเน้นการดูแลที่บ้าน และชุมชนเป็นหลัก และขยายบริการในสถาบันตามจำเป็น
- ให้บริการ โดยยึดผู้สูงอายุเป็นศูนย์กลางการดูแล
- ต้องคงไว้ซึ่งสิทธิ ศักดิ์ศรี คุณค่า และการให้ความเคารพผู้สูงอายุ
- มีการปกป้อง พิทักษ์สิทธิ์ แม้ในระยะต้องพึ่งพาคือคนอื่น และจวบจนวาระสุดท้ายของชีวิต
- มีบริการเสริมเพื่อเป็นทางเลือกกับผู้ที่สามารถจ่าย

3.3.2 ระบบบริการสุขภาพ (เฉพาะทาง) สำหรับผู้สูงอายุ และระบบบริการการดูแล

ระยะยาว

1) ระบบบริการสุขภาพ (เฉพาะทาง) สำหรับผู้สูงอายุ

- เป็นระบบบริการที่มีความจำเพาะสำหรับผู้สูงอายุ ที่รวมบริการการดูแลระยะยาว สำหรับผู้สูงอายุที่ครอบคลุมทั้งวัยก่อนสูงอายุ และวัยสูงอายุ ที่สามารถพึ่งพาตนเองได้จนถึงในภาวะที่ไม่สามารถพึ่งพาตนเองได้
- กรอบมาตรฐานการบริการที่สะท้อนปัญหาทางคลินิก สุขภาวะทางสังคม และการพัฒนาผู้สูงอายุ
- การจัดบริการสำหรับผู้สูงอายุในระบบ อาจเป็นบริการที่รวมหรือแยกจากระบบบริการสุขภาพหลัก(ทั่วไป) เป็นบริการที่เชื่อมต่อระหว่างสถาบัน ที่บ้าน และในชุมชน เป็นบริการดูแลทั้งแบบเฉียบพลันและเรื้อรังในสถาบัน บริการระยะปรับผ่านบริการฟื้นฟูสภาพบริการดูแลระยะสุดท้าย บริการดูแลที่บ้าน และบริการสนับสนุนในชุมชนต่างๆ
- การบริการต้องกระทำโดยบุคลากรที่มีความรู้ ความชำนาญ มีเจตคติที่ดีและมีความไวต่อผู้สูงอายุ เพื่อคุณภาพของการดูแลผู้สูงอายุ


2) ระบบบริการการดูแลระยะยาว

- ระบบบริการการดูแลระยะยาว เป็นระบบบริการที่มีความจำเพาะสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพาซึ่งต้องการการดูแลระยะยาว ทั้งสถาบัน ที่บ้าน และในชุมชน
- บุคลากรผู้ให้การดูแลผู้สูงอายุระดับต่างๆ ทั้งในสถาบัน ที่บ้าน และในชุมชน จำเป็นต้องได้รับการฝึกอบรมในหลักสูตรการดูแลผู้สูงอายุที่ได้มาตรฐาน และมีการรับรองโดยองค์กรวิชาชีพ หรือองค์กรด้านผู้สูงอายุที่มีการรับรองคุณภาพและมาตรฐาน

3.4 ระบบบริการสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ

ในการจัดระบบการดูแลผู้สูงอายุที่พึ่งประสงค์นั้น จะประกอบด้วยดูแลที่ครบวงจร เริ่มจากครอบครัว ชุมชน และสถานบริการ ซึ่งการบริการในแต่ละระดับจะต้องสอดคล้องกับความจำเป็นและความต้องการของผู้รับบริการ ซึ่งระบบบริการสำหรับผู้สูงอายุนั้นควรจะเป็นการดูแลอย่างต่อเนื่องเริ่มจากการดูแลตนเอง การดูแลโดยผู้ดูแลที่ไม่เป็นทางการ การดูแลระดับชุมชน ไปถึงการในสถานบริการ ซึ่งในแต่ละระดับก็มีความต้องการกำลังคนด้านสุขภาพที่แตกต่างกัน ดังสรุปในภาพที่ 1

ภาพที่ 4 รูปแบบการจัดระบบบริการและกำลังคนด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ โดยเรียงจากการดูแลในระดับครอบครัวถึงการดูแลในระดับสถาบัน

Informal/ less intensive  Formal care/most intensive

ประเภทบริการ	Self-care	In-home	Informal care/ support	Community care facility	Health centre	hospital	Nursing home
Setting	ตนเอง	ครอบครัว	ชุมชน	ชุมชน	สถานีอนามัย	โรงพยาบาล	สถานบริบาล
กลุ่มเป้าหมาย	ผู้สูงอายุช่วยตนเองได้	ผู้สูงอายุต้องการความช่วยเหลือ	ผู้สูงอายุ	ผู้สูงอายุต้องการความช่วยเหลือ	ผู้สูงอายุ	ผู้สูงอายุ	ผู้สูงอายุต้องการความช่วยเหลือ

3.4.1 การบริการสุขภาพในชุมชน

1. การดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน

เป็นระบบบริการสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุภายหลังภาวะการเจ็บป่วยเฉียบพลัน และได้ออกจากโรงพยาบาลกลับไปอยู่บ้านแล้ว ซึ่งดำเนินการโดยตั้งอยู่บนความเชื่อที่ว่า จะลดระยะเวลาในการเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาลให้สั้นลง โดยผู้ให้บริการหลักเป็นกำลังคนไม่เป็นทางการ ได้แก่ ญาติหรืออาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ ซึ่งการบริการ มักจะสัมพันธ์กับการอบรม/พัฒนาผู้ดูแล ส่วนใหญ่เป็นการดูแลผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยมีภาวะทุพพลภาพ และภายหลังการจำหน่ายจากโรงพยาบาล ซึ่งบริการชนิดนี้กำลังเป็นที่นิยม เพราะไม่ต้องเคลื่อนย้ายผู้สูงอายุ ผู้สูงอายุได้อยู่ที่บ้านและอยู่ในสภาพแวดล้อมที่คุ้นเคย ครอบครัวดูแลอย่างใกล้ชิด และรู้สึกว่าจะไม่ได้ทอดทิ้งผู้สูงอายุเพียงแต่มีผู้ช่วยเหลือในการดูแลเท่านั้น โดยบริการนี้ต้องได้รับการสนับสนุนด้านเทคนิควิชาการจากสหวิทยาการจากบุคคลที่เกี่ยวข้องของหลายวิชาชีพ เช่น แพทย์ พยาบาล สาธารณสุข นักจิตวิทยา นักกายภาพบำบัด

2. ศูนย์อเนกประสงค์ในชุมชน

ศูนย์อเนกประสงค์ที่ตั้งในชุมชนนั้นอาจจะเหมาะสมในชนบท และในเขตเมืองบางแห่ง สถานที่ตั้งอาจจะเป็นที่วัด หรือศูนย์สาธารณสุขชุมชน ตามความเหมาะสม เป็นการให้ชุมชนและผู้สูงอายุได้มีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุ โดยจะให้บริการทั้งผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตนเองได้ และที่ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ ครอบคลุมทั้งการส่งเสริมสุขภาพ รักษาพยาบาล และฟื้นฟูสภาพ ศูนย์อเนกประสงค์จะเปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุและชุมชนได้เข้ามาบริหารจัดการ สร้างเครือข่ายผู้สูงอายุ ช่วยเหลือซึ่งกันและกันโดยการสนับสนุนภาครัฐ ซึ่งผู้ดูแลในส่วนนี้ อาจจะเป็นอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ (อสพ) โดยการสนับสนุนทางวิชาการของทีมสหวิชาชีพ โดยรัฐ เช่น องค์การบริหารส่วนตำบลต้องมาดูแลในด้านงบประมาณ และสนับสนุนอุปกรณ์ที่จำเป็น ในด้านการออกกำลังกาย การรักษา และการฟื้นฟูสภาพ

3.4.2 การบริการสุขภาพในสถาบัน

1. สถานีนอนามัย

ผู้สูงอายุจะมีข้อจำกัดในด้านการเดินทาง และในขณะที่สถานีนอนามัยได้รับการคาดหวังให้เป็นบริการ ซึ่งกำลังคนหลักในการให้บริการ ได้แก่ แพทย์ (บางแห่ง) พยาบาล เจ้าหน้าที่สาธารณสุข นักกายภาพบำบัด (บางแห่ง) และทันตภิบาล บุคลากรเหล่านี้นอกจากจะให้บริการองค์รวมครอบคลุมการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษา และการฟื้นฟูสภาพที่สถานีนอนามัยแล้ว ต้องทำหน้าที่ติดตามและสนับสนุนด้านวิชาการแก่ อสพ รวมทั้งติดตามเยี่ยมผู้สูงอายุที่บ้านด้วย

2. โรงพยาบาล

สถาบันที่ให้บริการได้แก่โรงพยาบาลอำเภอ โรงพยาบาลจังหวัด ในสถานบริการระดับนี้มีบริการสำหรับผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน เน้นการรักษาพยาบาล การส่งเสริมสุขภาพ และการฟื้นฟูสภาพ ความที่ผู้สูงอายุมากมีปัจจัยทางด้านสุขภาพที่อ่อนแอ จึงมีส่วนการครองเตียงและอยู่ในโรงพยาบาลนานกว่าผู้ที่มีอายุน้อยกว่า ซึ่งแสดงให้เห็นว่ายิ่งอายุมากความต้องการการดูแลและพึ่งพิงยิ่งมากขึ้นตามลำดับ และในอนาคตที่ผู้สูงอายุไทยจะมีจำนวนมากมายและอายุยืนมากขึ้น ความต้องการย่อมมากขึ้นกว่านี้ ดังนั้นการให้บริการสุขภาพอาจต้องพิจารณาระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุ บุคลากรหลักที่ให้บริการได้แก่ทีมสหวิชาชีพประกอบด้วย แพทย์ พยาบาล นักโภชนาการ นักจิตวิทยา นักกายภาพบำบัด ทันตบุคลากร เภสัชกร เป็นต้น

3. คลินิกผู้สูงอายุ

เป็นบริการสำหรับผู้สูงอายุในโรงพยาบาลรัฐ ปัจจุบันมีคลินิกผู้สูงอายุในโรงพยาบาล 44 แห่ง แต่อยู่ในโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไปมากกว่าโรงพยาบาลชุมชน ปัจจุบันมีการขยายบริการเกี่ยวกับผู้สูงอายุ เช่นคลินิกวัยทอง ที่ให้การดูแลปัญหาเฉพาะของผู้สูงอายุชายหรือหญิงตั้งแต่วัยก่อนสูงอายุ และมีแนวโน้มขยายบริการมากขึ้นทั้งด้านการส่งเสริมป้องกันและรักษา และบริการข้อมูลข่าวสาร แต่ส่วนใหญ่ยังจำกัดอยู่ในเขตเมือง นอกจากนี้ยังมีการพัฒนา หอผู้ป่วยเฉพาะผู้สูงอายุในโรงพยาบาล ให้บริการทั้งเฉียบพลันและเรื้อรัง แต่บริการที่จัดไว้ในโรงพยาบาลก็ถือว่าเป็นบริการแบบเฉียบพลันมากกว่าเรื้อรัง และโรงพยาบาลภาครัฐมีการขยายบริการไปชุมชน ในลักษณะต่างๆ แต่ก็ยังไม่มีความจำเพาะสำหรับผู้สูงอายุ ซึ่งอนุมานได้ว่างานบริการสุขภาพผู้สูงอายุโดยโรงพยาบาลอยู่ในสถาบันมากกว่าชุมชน อาจกล่าวได้ว่าบริการในสถาบันเป็นบริการแบบเฉียบพลัน

4. โรงพยาบาลเอกชน

บริการที่ให้มีบริการคลินิกผู้สูงอายุและคลินิกวัยทอง ในบางแห่งมีบริการพยาบาลสำหรับผู้สูงอายุด้วย ซึ่งบางแห่งไม่ได้ให้บริการรักษาพยาบาล หากผู้สูงอายุเจ็บป่วยจะส่งไปรักษายังแผนกอื่นของโรงพยาบาล หรือรับเป็นผู้ป่วยในของโรงพยาบาลต่อไป โรงพยาบาลเอกชนให้บริการดูแลผู้สูงอายุทั้งแบบ long term care คืออยู่ประจำที่โรงพยาบาล และแบบ day care คือ รับ-ส่งไป-กลับ หรือบางแห่งให้บริการแบบ home care คือ จัดส่งแพทย์ พยาบาลและผู้ดูแลไปดูแลที่บ้าน ซึ่งถือว่าการให้บริการแบบเรื้อรังปรากฏในโรงพยาบาลเอกชนมากกว่ารัฐ แต่ก็ยังเป็นบริการในสถาบันมากกว่าชุมชน และมีความจำกัดการบริการอยู่ในเมืองใหญ่เพียงไม่กี่แห่ง

5. สถานพยาบาลผู้สูงอายุ

เป็นสถานพยาบาลที่รับดูแลเฉพาะผู้สูงอายุในลักษณะเป็นการพยาบาล หากผู้สูงอายุเจ็บป่วยต้องส่งไปรักษาที่โรงพยาบาล ดำเนินงานโดยแพทย์และทีมสหวิชาชีพ อาจเป็นการดำเนินงานของภาคเอกชนหรือภาครัฐ ตั้งอยู่ในเขตเมืองเป็นส่วนใหญ่ ความต้องการ

บริการประเภทนี้มีมากขึ้น เนื่องจากไม่มีผู้ดูแลขณะอยู่ที่บ้านและไม่สามารถดูแลตนเองได้ ในภาครัฐการให้บริการแบบนี้อาจแทรกอยู่ในสถานสงเคราะห์คนชรา

3.5 ความต้องการกำลังคนดูแลผู้สูงอายุ

3.5.1 การคาดการณ์ความต้องการกำลังคนด้านสุขภาพ

ในการเตรียมการดูแลผู้สูงอายุให้สามารถจัดบริการที่ให้เกิดการเข้าถึงบริการ ให้บริการที่มีคุณภาพและประสิทธิภาพ ตลอดถึงสอดคล้องกับความต้องการของผู้สูงอายุนั้น จำเป็นต้องมีกำลังคนด้านสุขภาพในการดูแลผู้สูงอายุอย่างเพียงพอทั้งด้านปริมาณ การกระจาย และ ทักษะ ในการกำหนดความต้องการกำลังคนด้านสุขภาพในที่นี้จะครอบคลุมทั้งกำลังคนภาคไม่เป็นทางการ เช่น ผู้ดูแลในครอบครัว ผู้ดูแลผู้สูงอายุ ตลอดถึงผู้ให้บริการในกระแสหลัก ได้แก่ พยาบาล เจ้าหน้าที่สาธารณสุข นักกายภาพบำบัด และนักจิตวิทยา โดยข้อมูลที่น่ามาใช้คาดการณ์ความต้องการกำลังคนนี้ ข้อมูลมาตรฐานกำลังคนใช้ข้อมูลจากการศึกษาของสำนักวิจัยและพัฒนา กำลังคน (2551) ข้อมูลการเจ็บป่วยจากการสำรวจของสำนักงานสถิติแห่งชาติ (2551) โดยการคาดการณ์นี้ต้องสัมพันธ์กับข้อมูลผู้สูงอายุจากรายงานของ มูลนิธิสถาบันและพัฒนาผู้สูงอายุ (2549)

ในการคาดการณ์ผู้สูงอายุพบว่าในปี 2553 ประเทศไทยจะมีผู้สูงอายุมากถึง 7,639,000 คน และในจำนวนนี้มีผู้สูงอายุที่ต้องการความช่วยเหลือจากคนอื่น 499,873 คน (6.5%) และในปี 2563 ผู้สูงอายุจะเพิ่มขึ้นมากถึง 10,776,000 คน และในจำนวนนี้มีผู้สูงอายุที่ต้องการความช่วยเหลือจากคนอื่น 741,766 คน (6.9%) ดังรายละเอียดในตาราง 2

ตารางที่ 7 การคาดการณ์จำนวนผู้สูงอายุที่ดูแลตนเองได้ และผู้สูงอายุในภาวะพึ่งพิงในปี 2553 และ 2563

ปี	ดูแลตนเองได้	ต้องการคนดูแล	รวม
2553	7,139,127	499,873	7,639,000
2563	10,034,234	741,766	10,776,000

ในการจัดระบบบริการครบวงจรสำหรับผู้สูงอายุนั้น กำลังคนจำเป็นจะต้องมีความหลากหลาย และยึดหลักการผสมผสานทักษะ (skill mix หรือ task-shifting) ทั้งในระหว่างกำลังคน กระแสหลัก ได้แก่ แพทย์ พยาบาล เจ้าหน้าที่สาธารณสุข เป็นต้น และระหว่างกำลังคนกระแสหลัก และกำลังคนที่ไม่ใช่ทางการ เช่น ครอบครัว ผู้ดูแลผู้สูงอายุ อาสาสมัคร เป็นต้น ซึ่งการผสมผสาน ทักษะนี้มีส่วนทำให้เกิดการเข้าถึงบริการได้มากขึ้นและเป็นการลดต้นทุนการให้บริการ

ตาราง 3 แสดงให้เห็นว่าสำหรับผู้สูงอายุที่พึ่งตนเองได้นั้นควรจะได้รับ การสนับสนุนให้ดูแลตนเอง ส่วนผู้สูงอายุอยู่ในภาวะพึ่งพิงหรือต้องการความช่วยเหลือควรได้รับการดูแลจากญาติ และผู้ดูแลผู้สูงอายุในชุมชนนั้น ๆ โดยสัดส่วนการดูแลที่เหมาะสมพบว่าเป็น 1: 7 (นาถ พันธมนาวิน 2549- อ้างในมูลนิธิสถาบันและพัฒนาผู้สูงอายุ 2549) ในขณะที่ชุมชนและผู้สูงอายุควรมีบทบาทในด้านการรวมกลุ่มช่วยเหลือซึ่งกันและกันและเสริมสร้างสุขภาพ ตลอดทั้งควรมีศูนย์อเนกประสงค์เพื่อให้การรักษาและฟื้นฟูสภาพผู้สูงอายุที่ต้องการความช่วยเหลือด้วย โดยศูนย์นี้มีกำลังคนคือผู้ดูแลผู้สูงอายุและอาสาสมัครต่างๆ

ในระดับสถานบริการ โดยเฉพาะสถานีอนามัยและโรงพยาบาลระดับทุติยภูมิจะให้บริการด้านการรักษา ส่งเสริมและฟื้นฟูสภาพ ซึ่งจากการสำรวจพบว่าผู้สูงอายุมีความต้องการใช้ บริการรักษาเฉียบพลันและดูแล โรคเรื้อรัง 4.4 ครั้งต่อคนต่อปี ในขณะที่พยาบาล 1 คนสามารถดูแล การเจ็บป่วยของผู้สูงอายุได้ 1,250 คนต่อปี (ในเวลา 1,166 ชั่วโมงต่อปี) และนักจิตวิทยาดูแล ผู้สูงอายุได้ในระดับ 5,000 คนต่อปี (ในเวลา 1,166 ชั่วโมงต่อปี) สำหรับกลุ่มพึ่งพิงนั้นการดูแลมี การ task shifting ระหว่างพยาบาล และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข โดยทั้ง 2 กลุ่มต้องให้บริการในการ เยี่ยมบ้านและติดตามสนับสนุนผู้ดูแลผู้สูงอายุ และชมรมผู้สูงอายุในชุมชน โดยสามารถให้บริการ ได้ 200 คนต่อปี นักกายภาพบำบัดมีบทบาทในการให้บริการ เยี่ยมบ้าน และสนับสนุนผู้ดูแล ผู้สูงอายุ โดยสามารถให้บริการได้ 200 คนต่อปี

ในส่วนผู้ป่วยใน การสำรวจพบว่าผู้สูงอายุใช้บริการผู้ป่วยใน 0.1 ครั้งต่อคน โดยมี วันนอนเฉลี่ย 7 วัน และพยาบาล 1 คนสามารถดูแลผู้ป่วยได้ 50 คนต่อปี

ตารางที่ 8 : รูปแบบการจัดบริการ กำลังคนในแต่ละระดับบริการ และมาตรฐานกำลังคน (staffing norm)

Settings	กลุ่มเป้าหมาย	กำลังคน	มาตรฐาน กำลังคน	บริการ
ครอบครัว	ดูแลตนเองได้	ดูแลตนเอง		กิจวัตรประจำวัน
	พึ่งพิง	ญาติ/คนในครอบครัว	1:1	กิจวัตรประจำวัน
ชุมชน	ดูแลตนเองได้	เครือข่าย/ชมรม/ อสม	1:1 ชุมชน	สังคม/ส่งเสริม สุขภาพ
	พึ่งพิง	ผู้ดูแล และ อาสาสมัครอื่นๆ	1:7 คน	รักษา ส่งเสริม ฟื้นฟู

Settings	กลุ่มเป้าหมาย	กำลังคน	มาตรฐาน กำลังคน	บริการ
สถานบริการ ผู้ป่วยนอก	acute/ chronic (4.4 ครั้ง/คน)	แพทย์ พยาบาล	1: 1,250	- ให้บริการรักษา
	ผู้สูงอายุทุกคน	นักจิตวิทยา	1: 5,000	
กลุ่มพึ่งพิง	พึ่งพิง	แพทย์		- home visit - สนับสนุน อสม/อสม
		พยาบาล	1:200	
		สาธารณสุข กายภาพบำบัด	1:200 1: 200	
ผู้ป่วยใน	(0.1 ครั้ง/คน x7 วันนอน)	พยาบาล	1: 50	

จากข้อมูลในตารางที่ 2 และ 3 จึงได้คาดการณ์ความต้องการกำลังคนประเภทต่างๆ ตามรายละเอียดในตาราง 4

ตารางที่ 9 : ความต้องการกำลังคนด้านสุขภาพประเภทต่างๆ ในปี พ.ศ. 2553 และปี พ.ศ. 2563

กำลังคน	พ.ศ. 2553	พ.ศ. 2563
ญาติ/ครอบครัว	499,873	741,766
ผู้ดูแลผู้สูงอายุ	71,410	105,967
พยาบาล --acute/chronic care	6,111	8,620
- กลุ่มพึ่งพิง	2,499	3,708
- IPD	15,278	21,552
รวม	23,888	33,880
สาธารณสุข	2,499	3,708
กายภาพบำบัด	2,499	3,708
นักจิตวิทยา	1,528	2,155

3.5.2 ปัญหากำลังคนด้านสุขภาพดูแลผู้สูงอายุ

ในด้านผู้ดูแลที่มีในปัจจุบันนั้นพิจารณาได้เป็น 2 กลุ่ม คือผู้ดูแลที่เป็นทางการและไม่เป็นทางการ สำหรับผู้ดูแลที่ไม่เป็นทางการคือการได้รับการดูแลภายใต้เครือข่ายครอบครัวอันได้แก่ สมาชิกในครอบครัว เครือญาติ และเพื่อนบ้าน กิจกรรมการดูแลจะมีลักษณะการดูแลจัดการและการดูแลช่วยเหลือในบ้านและในชุมชน ส่วนด้านผู้ดูแลที่เป็นทางการนั้นจะให้การดูแลทั้งในสถาบัน ในชุมชน รวมถึงบ้าน เนื่องจากปัญหาสำคัญของผู้สูงอายุคือ ปัญหาด้านเศรษฐกิจ และปัญหาสุขภาพ ดังนั้นความช่วยเหลือที่ผู้ดูแลอย่างไม่เป็นทางการให้จึงอยู่ในรูปแบบ การพักอาศัยอยู่ร่วมกัน ซึ่งหมายถึงการดูแลทุกด้าน การดูแลทางเศรษฐกิจสังคมและการดูแลทางสุขภาพมาก

1) กำลังคนที่ไม่เป็นทางการ

ผู้ดูแลที่เป็นบุคคลในครอบครัว ในวัยผู้สูงอายุนั้นจะมีการเปลี่ยนแปลงในด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และการดำเนินชีวิตในสังคม ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีความต้องการการเอาใจใส่จากสมาชิกในครอบครัว ผู้สูงอายุไทยส่วนใหญ่ จะเป็นกลุ่มที่ยังแข็งแรงในครอบครัว ผู้ดูแล 81.2% เป็นบุตร หลาน และญาติ เหตุผลก็คือ อยู่ด้วยกันมา และดูแลกันไป ผู้ที่ดูแลรับจ้างขณะนี้มีเพียงเล็กน้อย 0.3% เท่านั้น (ศศิพัฒน์ ยอดเพชร, 2550) จะเห็นได้ว่าครอบครัวและเครือญาติจะเป็นผู้มีภาระสำคัญในการดูแล แต่เนื่องจากประชากรผู้สูงอายุมีจำนวนเพิ่มขึ้น โครงสร้างทางประชากรของประเทศเปลี่ยนแปลงไปโดยเฉพาะการลดลงของประชากรวัยเด็กแรกเกิด- 14 ปี ที่ลดลงอย่างรวดเร็วจากร้อยละ 24.3 ในปีพ.ศ. 2543 เป็นร้อยละ 20.0 ในปีพ.ศ. 2558 ซึ่งชี้ให้เห็นถึงการลดลงอย่างต่อเนื่องของเครือข่ายการดูแลในครอบครัว บุตรที่เป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุที่สำคัญจะเริ่มขาดแคลนในอนาคต อีกทั้งการเปลี่ยนแปลงทางเศรษฐกิจและสังคมจึงมีผลทำให้ครอบครัวมีขนาดเล็กลง ทำให้ผู้สูงอายุจำนวนหนึ่งถูกทอดทิ้งเพราะครอบครัวไม่สามารถรับภาระได้ เนื่องมาจาก

(1) การลดลงของผู้ดูแลในครอบครัว ได้แก่การลดลงของบุตรจำนวนมาก และลดลงอยู่เรื่อยๆ เนื่องจากปัจจุบันการอพยพแรงงานจากชนบทเข้าเมือง หรือจากภาคหนึ่งไปอีกภาคหนึ่งทำให้ความเข้มแข็งของครอบครัวลดลง คนในครอบครัวกระจายกันอยู่ ทำให้ขาดแคลนกำลังคนที่จะดูแลผู้สูงอายุที่บ้านได้ ยิ่งปัจจุบันเมื่ออายุยืนยาวขึ้น ภาวะการเจ็บป่วยก็เพิ่มขึ้น โดยเฉพาะการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังที่เพิ่มขึ้นและจะเป็นปัญหาในอนาคตอันได้แก่ภาวะทุพพลภาพ ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ ซึ่งกลายเป็นภาวะที่จำเป็นต้องมีผู้ดูแลอย่างใกล้ชิด

(2) ความต้องการผู้ดูแลผู้สูงอายุที่บ้านที่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น เนื่องจากยังอายุยืนยาวขึ้น ความต้องการผู้ดูแลก็มากขึ้น ในขณะที่ลูกก็ไม่สามารถอยู่ดูแลได้เพราะต้องออกไปทำงานหรืออยู่ต่างจังหวัด และการที่ปัจจุบันผู้หญิงมีโอกาสและเข้าสู่ตลาดแรงงานมากขึ้นเนื่องด้วยความจำเป็นด้านเศรษฐกิจ จึงไม่สามารถอยู่ดูแลผู้สูงอายุที่บ้านได้อย่างเมื่อก่อนจึงยัง

ส่งผลต่อการที่จะดูแลผู้สูงอายุ อีกส่วนหนึ่งคือการที่ครอบครัวให้ความสำคัญต่อการศึกษามากขึ้น จึงส่งเด็กเข้าเรียนในโรงเรียนจนถึงชั้นมัธยม ทำให้ขาดแคลนกำลังคนที่ดูแลผู้สูงอายุที่บ้านได้

(3) ปัญหาการได้รับการดูแลที่ไม่เหมาะสม เกิดจากเหตุผลหลายๆ ประการ ซึ่ง มีกลุ่มผู้สูงอายุที่เป็นกลุ่มเสี่ยงต่อปัญหา มาก กลุ่มแรกคือ กลุ่มที่อยู่ในฐานะยากจน โดยเฉพาะผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในเขตชนบทซึ่งไม่สามารถประกอบอาชีพและดูแลตนเองได้ ส่วนใหญ่อยู่ในช่วงอายุ 70- 80 ปีขึ้นไป ซึ่งกลุ่มนี้จะเป็นกลุ่มที่มีรายได้ระดับพอมือผู้มีกิน และก็จะเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ เพราะว่าขาดเครือข่ายการดูแล กลุ่มที่สอง คือ กลุ่มผู้ดูแลที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป คนสูงอายุดูแลคนสูงอายุด้วยตนเอง จะมีเยอะมาก โดยเฉพาะอย่างยิ่งจะเริ่มที่อายุ 60-64 ปี และ กลุ่มสุดท้าย คือ กลุ่มที่ช่วยตนเองไม่ได้ นอนติดเตียง มีอายุ 70 ปีขึ้นไปส่วนใหญ่จะอาศัยอยู่ในชนบทไทยมาก

(4) ความไม่สอดคล้องระหว่างนโยบายและการปฏิบัติ ประเทศไทยมีนโยบายให้ผู้สูงอายุได้อยู่กับครอบครัวมากที่สุดเท่าที่จะนานได้ ประกอบกับวัฒนธรรมและประเพณีที่ยึดในเรื่องความกตัญญูต่อบิดามารดา รัฐจึงได้จัดสวัสดิการและบริการสังคมบางประเภท แต่ก็ยังไม่เพียงพอกับสภาพปัญหาและความต้องการของผู้สูงอายุ รวมทั้งยังไม่เอื้อต่อการให้ผู้สูงอายุอาศัยในบ้านได้ตามมาตรฐานขั้นต่ำที่พึงมี รวมถึงการที่รัฐยังขาดนโยบายในการจัดบริการที่ผสมผสานด้านการแพทย์และสังคม ที่จะให้ความช่วยเหลือครอบครัวที่มีปัญหา ผู้สูงอายุที่ต้องการบริการเฉพาะด้าน หรือบริการฉุกเฉินในบางครั้ง

ผู้ดูแลผู้สูงอายุ/อาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ อาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ (อสผ) ได้รับการพัฒนาขึ้น โดยคาดหวังจะมีบทบาทในด้านการช่วยเหลือสนับสนุน ดูแล ผู้สูงอายุในชุมชน และเป็นรูปแบบหนึ่งของการเปิดโอกาสให้ชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุ การอบรม อสผ ได้เริ่มดำเนินการในปี พ.ศ. 2546 และในปี 2549 กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ได้นำไปขยายผลใน 63 จังหวัด มีผู้ผ่านการอบรมปฏิบัติหน้าที่เป็น อสผ จำนวน 2,863 คน โดยให้การดูแลผู้สูงอายุที่ขาดการดูแล ถูกทอดทิ้ง ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ จำนวน 17, 406 คน อย่างไรก็ตามจากการคาดการณ์พบว่าทั้งประเทศต้องการ อสผ จำนวน 71,410 คนในปี 2553 และจำนวน 105,967 คนในปี 2563 จึงกล่าวได้ว่ายังขาดแคลน อสผ จำนวนมาก ซึ่งต้องเร่งการผลิตและจัดระบบ (มูลนิธิสถาบันและพัฒนาผู้สูงอายุ 2549)

นอกจากการขาดแคลนด้านจำนวนแล้ว ยังมีความขาดแคลนด้านทักษะหลักสูตรการดูแลผู้สูงอายุของกระทรวงศึกษา เน้นการดูแลผู้สูงอายุ ที่ไม่เจ็บป่วย แต่โดยทั่วไปก็จะมีการฝึกเพิ่มเติม เพื่อให้สามารถให้การดูแล ผู้ที่เจ็บป่วยด้วยได้ โดยถือว่าเป็นการปฏิบัติงานภายใต้การควบคุมดูแล ของแพทย์และพยาบาล แต่จากข้อมูลเชิงประจักษ์ ในหลายกรณี พบว่า มีผู้ดูแล

ผู้สูงอายุจำนวนมาก ไม่ได้ผ่านการอบรม จากโรงเรียนที่ขออนุญาตตามกฎหมาย และไม่ได้อบรมตามหลักสูตรที่กำหนด โดยเฉพาะอย่างยิ่ง จำนวนไม่น้อยไม่เคยผ่านการอบรมใดๆ เลย และในความเป็นจริง ยังมีโรงเรียนที่เปิดสอน และฝึกอบรมอย่างไม่ถูกต้องตามกฎหมาย และไม่มีหลักสูตรมาตรฐานอีกจำนวนหนึ่ง ซึ่งไม่มีข้อมูลว่า มากน้อยเพียงใด ด้านโรงเรียนสอนผู้ดูแลผู้สูงอายุ ซึ่งเป็นสถานศึกษาโดยการอนุญาตจากกรมการศึกษานอกโรงเรียน ที่ดำเนินการโดยเอกชนเป็นส่วนใหญ่ เปิดทำการสอนให้แก่ผู้ที่สนใจจะทำหน้าที่เป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุ เป็นหลักสูตรระยะสั้น พบว่าก็ยังขาดมาตรการควบคุมมาตรฐานหลักสูตรและมาตรฐานการสอน เพียงแต่ส่วนใหญ่สอนโดยแพทย์และพยาบาลเท่านั้น นอกจากนี้หลักสูตรยังมีหลายระดับ หลายหลักสูตร ไม่มีการควบคุมมาตรฐาน ขาดการตรวจสอบจากองค์กรวิชาชีพ และหลักสูตรที่ทำโดยเอกชน อาจเป็นช่องทางการค้ากำไร หาผลประโยชน์จากผู้เรียนและไม่รับผิดชอบผลผลิต

นอกจากนั้น ยังพบปัญหาที่มีผู้สนใจเข้ารับการอบรมน้อย และพบว่าผู้ที่อบรมไปแล้ว ไม่ใคร่จะยังยืนในงานที่ทำ เพราะส่วนใหญ่ ถ้าสมรสแล้วก็มักจะเลิกทำงานนี้ไปเลย และส่วนหนึ่งการที่มีผู้สนใจน้อย น่าจะมีส่วนเกี่ยวข้องกับภาระงาน ที่ค่อนข้างหนัก นำเบื้อ และค่าตอบแทนไม่สูงนัก สำหรับผู้ดูแล (สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ และคณะ, 2540)

2) กำลังคนที่เป็นทางการ

ปัญหาในด้านกำลังคนหลักที่จะรองรับการดูแลผู้สูงอายุนี้อยู่ใน 2 ประเด็นหลัก ได้แก่ การขาดแคลนบุคลากร และทักษะการให้บริการของบุคลากร

(1) ปัญหาการขาดแคลนบุคลากร พบปัญหาการขาดแคลนประชากรทุกระดับ การขาดแคลนแพทย์เป็นปัญหาเรื้อรังที่ยังคงอยู่ ณ ปัจจุบันนี้ แต่ในที่นี้จะกล่าวถึงบุคลากรหลักกลุ่มอื่นๆ ได้แก่ พยาบาล เจ้าหน้าที่สาธารณสุข นักกายภาพบำบัด และนักจิตวิทยา

กฤษฎา แสงวงดี (2551) ชี้ให้เห็นว่าพยาบาลเป็นบุคลากรที่มีสัดส่วนมากที่สุดของกำลังคนด้านสุขภาพ โดยปัจจุบันมีพยาบาลวิชาชีพจำนวน 97,942 คน ในในกลุ่มพยาบาลนี้ มีเพียง 66.2% เท่านั้นที่ให้บริการสาธารณสุขโดยตรง ในด้านการสูญเสียกำลังคน พบว่าการสูญเสียพยาบาลเพิ่มจากร้อยละ 2.2 ในปี พ.ศ. 2543 เป็นร้อยละ 4.4 ในปี พ.ศ. 2550 นอกจากนี้พยาบาลยังมีข้อจำกัดในด้านจำนวนปีที่สามารถปฏิบัติงานทางการพยาบาลมีความจำกัดเพียง 22.5 ปีเท่านั้นดังนั้นการสูญเสียเพียงเล็กน้อยก็ส่งผลต่อความขาดแคลนพยาบาล ในด้านอัตราการได้เพิ่มมาในแต่ละปี โดยเฉลี่ยแล้วทั้งกระทรวงศึกษาธิการ กระทรวงสาธารณสุข กระทรวงอื่น และเอกชนสามารถผลิตพยาบาลได้ปีละ 6,000 คน โดยในปี 2554 คาดว่าจะมีผู้สำเร็จการศึกษา 9000 คน) อย่างไรก็ตาม ผลจากการลดการผลิตในระหว่างปี 2542-2548 ส่งผลให้อัตราการเพิ่มของพยาบาลลดลงจาก 8.3% ในปี 2544 เป็น 4.2% ในปี 2547 ทำให้การเพิ่มของพยาบาลไม่กระเตื้องขึ้นเลยเนื่องจากการสูญเสียและการได้เพิ่มเท่ากัน หากสถานการณ์ยังเป็นเช่นนี้ จากการ

คาดการณ์ความต้องการพยาบาลสำหรับผู้สูงอายุจะต้องการพยาบาล ประมาณ 24% ของพยาบาลทั้งหมดในปี 2553 และการดูแลผู้สูงอายุในปี 2563 จะต้องการพยาบาล 34% ของพยาบาลทั้งหมด

ในด้านกำลังคนด้านสาธารณสุขโดยเฉพาะเจ้าหน้าที่สถานีนามัย ณ ปัจจุบันมีจำนวน 30,441 คน (สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ 2550) เจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ประจำที่สถานีนามัยนี้มีจำนวนการผลิตเฉลี่ย 1000 คนต่อปี และมีอัตราการคงอยู่ในชนบทสูง มีการสูญเสียค่อนข้างน้อย ในการคาดการณ์ความต้องการกำลังคนด้านสาธารณสุขเพื่อจะทำงานร่วมกับพยาบาลต้องการ 2499 คนในปี 2553 ซึ่งคิดเป็น 7.5% ของทั้งหมด และในปี 2563 การบริการผู้สูงอายุต้องการกำลังคน 3708 คน คิดเป็น 8.5% ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขทั้งหมด

สำหรับกายภาพบำบัดเป็นวิชาชีพที่เริ่มมีความต้องการเพิ่มมากขึ้น ปัจจุบันจำนวนนักกายภาพที่ขึ้นทะเบียนมีจำนวน 4,300 คน โดยมีเพียง 2,000 คนที่ปฏิบัติงานกายภาพ โดยมีเพียง 809 คนที่ปฏิบัติงานอยู่ในกระทรวงสาธารณสุข โรงพยาบาลอำเภอเป็นสถานบริการที่นักกายภาพอยู่มากที่สุด ถึง 381 คน ซึ่งคิดเป็น 34% ของโรงพยาบาลอำเภอทั้งหมด นักกายภาพที่กระจายอยู่โรงพยาบาลทั่วไป 240 คน และโรงพยาบาลศูนย์ จำนวน 188 คน ในขณะที่สถาบันการผลิตสามารถผลิตนักกายภาพบำบัดได้ปีละ 500-600 คน (สำนักงานวิจัยและพัฒนา กำลังคนด้านสุขภาพ 2551) การเพิ่มขึ้นของผู้สูงอายุส่งผลต่อความต้องการนักกายภาพบำบัดเพิ่มมากขึ้น ในการคาดการณ์ความต้องการกำลังคนด้านกายภาพบำบัดเพื่อจะทำงานร่วมกับทีมสุขภาพ ต้องการ 2,499 คนในปี 2553 ซึ่งคิดเป็น 43% ของทั้งหมด และในปี 2563 การบริการผู้สูงอายุต้องการกำลังคน 3,708 คน คิดเป็น 34% ของนักกายภาพทั้งหมด ทั้งนี้ชี้ให้เห็นว่าต้องมีการจัดระบบในการให้นักกายภาพที่ไม่ได้อยู่ในระบบบริการทั้งภาครัฐและเอกชนเข้ามามีบทบาทมากขึ้น

นักจิตวิทยาหรือนักสังคมสงเคราะห์ เริ่มเป็นที่ต้องการของระบบสุขภาพ ในจำนวนบุคลากรด้านจิตเวช ณ ปี 2548 จำนวนพยาบาลจิตเวชมีจำนวน 1,864 คนมีอัตราการเพิ่ม 1% ส่วนใหญ่กระจุกอยู่ในเมืองใหญ่ บุคลากรอีกประเภทคือนักจิตวิทยาคลินิก ซึ่งมีจำนวนเพียง 230 คนทั่วประเทศ โดยมีอัตราการเพิ่ม 3.2% ต่อปี สำหรับนักสังคมสงเคราะห์ มีจำนวนเพียง 214 คนในปี 2548 ลดลงจาก 391 คนในปี 2547 (กรมสุขภาพจิต 2548) จะเห็นว่ากลุ่มนักจิตวิทยานี้ยังคงมีน้อยมากไม่เพียงพอกับความต้องการ ในขณะที่ในการบริการผู้สูงอายุนั้นระบบต้องการนักจิตวิทยาถึง 1,528 คนในปี 2553 และต้องการเพิ่มเป็น 2,155 คนในปี 2563 ดังนั้นระบบต้องมีการเตรียมพร้อมสำหรับความต้องการของกำลังคนกลุ่มนี้

(2) **ปัญหาคุณภาพของบุคลากร** นอกจากปัญหาด้านการขาดแคลนเชิงจำนวนและการกระจายกำลังคนแล้ว พบว่าบุคลากรที่เกี่ยวข้องยังขาดความรู้ ทักษะ และการให้บริการอย่างรอบด้าน ซึ่งจำเป็นต้องได้รับการพัฒนา เนื่องจากอุปสรรคของการบริการสุขภาพที่สำคัญก็คือ การที่ผู้ให้บริการไม่ได้รับการเตรียมความพร้อมอย่างเพียงพอ ทั้งด้านความรู้

และทักษะในการปฏิบัติ ซึ่งทั้งสองสิ่งนี้มีความสำคัญต่อทัศนคติและความชำนาญของผู้ให้บริการ และผลต่อคุณภาพของการดูแล ในศักยภาพของผู้ให้บริการสุขภาพมีผลต่อความเชื่อมั่นของผู้สูงอายุ ผู้สูงอายุย่อมต้องการให้ผู้ให้บริการสุขภาพมีศักยภาพในการวินิจฉัยและการรักษาโรค

ในด้านคุณภาพของบุคลากรนั้นพบว่าที่ยังเป็นปัญหาอยู่ โดยเฉพาะบุคลากรระดับล่างยังมีจิตสำนึกในฐานะผู้บริโภคน้อย และยังมีความเข้าใจเรื่องสวัสดิการของผู้สูงอายุไม่เพียงพอ การขาดจิตสำนึกในการบริการของบุคลากร อาทิ การใช้วาจาล่วงละเมิดผู้สูงอายุ ด้านทัศนคติผู้สูงอายุสะท้อนให้เห็นถึงพฤติกรรมบริการสุขภาพที่เป็นการแสดงถึงการไม่ให้เกียรติ ไม่คำนึงถึงความเป็นบุคคลของศูนย์บริการสุขภาพที่มีต่อผู้สูงอายุ และการไม่เคารพผู้สูงอายุในฐานะผู้ใช้บริการ ซึ่งพฤติกรรมต่างๆ ได้แก่ การที่ผู้สูงอายุต้องเสียเวลารอนานๆ เพียงเพื่อจะขอนัดเวลาเพียงสั้นๆ หรือผู้ให้บริการสุขภาพไม่คอยใส่ใจหรือไม่อดทนที่จะฟังผู้สูงอายุเล่าถึงปัญหาของตน (ดวงพร หุ่นตระกูล, 2547)

ดังนั้นปัญหาการขาดแคลนผู้ดูแลผู้สูงอายุทั้งในระดับนโยบายบริหารและบริการจึงควรได้รับการแก้ไข รวมทั้งในด้านการวางแผนการผลิตและพัฒนากำลังคนอย่างจริงจังและชัดเจนเพื่อรองรับปัญหาด้านการดูแลผู้สูงอายุที่กำลังจะเป็นปัญหาในอนาคตอันใกล้

3.6 ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

3.6.1 ให้การสนับสนุนกำลังคนไม่เป็นทางการและจัดระบบการเชื่อมโยงกับการให้การรักษาที่สถานบริการ

ผู้สูงอายุจำเป็นต้องมีผู้ช่วยดูแลในยามที่ต้องการพึ่งพาหรือต้องการดูแลระยะยาว ซึ่งอาจเป็นอาสาสมัครผู้ดูแลหรือโดยบุตรหลานครอบครัวของผู้สูงอายุเอง การพัฒนาระบบบริการสุขภาพที่มีทิศทางมุ่งสู่ผู้สูงอายุ ครอบครัว ชุมชน ทำให้บทบาทของชุมชนและการดูแลอย่างไม่เป็นทางการเพิ่มขึ้น ขณะเดียวกันคนเหล่านี้ต้องการการสนับสนุน รัฐต้องสร้างความเข้มแข็งของระบบบริการที่ไม่เป็นทางการ เพื่อสนับสนุนครอบครัวและชุมชนในการดูแลได้อย่างมีประสิทธิภาพ ได้แก่ การจัดเตรียมผู้ดูแล การสนับสนุนด้านวิชาการ การจัดทำแผนภูมิการรักษา (Clinical Practice Guidelines) การจัดระบบการเชื่อมต่อหรือส่งต่อระหว่างการดูแลแบบไม่ทางการและการดูแลอย่างทางการ เป็นต้น

3.6.2 สนับสนุนการเพิ่มการผลิตกำลังคน โดยเฉพาะอย่างยิ่งกำลังคนระดับพนักงานผู้ช่วย

จะเห็นได้ว่าความต้องการกำลังคนต่างๆ พยาบาล กายภาพบำบัด นักจิตวิทยา เพิ่มมากขึ้น ระบบการผลิตปัจจุบันอาจจะไม่สามารถตอบสนองความต้องการได้ นอกจากเพิ่มการผลิตแล้ว ทางเลือกอีกทางหนึ่งคือการเพิ่มการผลิตกำลังคนสนับสนุนในระดับผู้ช่วย ซึ่งใช้เวลาสั้นกว่า

(ประมาณ 2 ปี)และงบประมาณน้อยกว่า และสามารถผลิตได้มากกว่าน่าจะเป็นทางเลือกที่น่าสนใจ ดังนั้นสถาบันการผลิต หรือกระทรวงสาธารณสุขซึ่งเป็นผู้มีบทบาทหลักในการผลิตบุคลากรระดับผู้ช่วย เช่น พยาบาลเทคนิค ผู้ช่วยพยาบาล ผู้ช่วยนักกายภาพบำบัด เป็นต้น ควรจะทำการเพิ่มการผลิตบุคลากรเหล่านี้ เป็นการเร่งด่วน แต่ขณะเดียวกันควรวางแผนความก้าวหน้าในตำแหน่งให้บุคลากรกลุ่มนี้ด้วย และจัดระบบการทำงานเป็นทีมระหว่างบุคลากรวิชาชีพและบุคลากรผู้ช่วย

3.6.3 ในการวางแผนการจัดการด้านกำลังคนควรเน้นการผสมผสานทักษะ (skill mix หรือ task shifting) เพื่อจัดระบบการบริการที่เข้าถึง มีคุณภาพ และต้นทุนต่ำ โดยการวางแผนกำลังคนเชื่อมกันระหว่างบุคลากรสายวิชาชีพ เช่น แพทย์ พยาบาล เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ผู้ดูแลผู้สูงอายุ และครอบครัว โดยเน้นการกระจายงาน การเพิ่มพูนทักษะ และการจัดระบบส่งต่อ

3.6.4 ควรมีการปรับปรุงหลักสูตรการผลิตบุคลากรด้านสุขภาพให้สามารถผลิตบัณฑิตที่มีความรู้ ทักษะที่สอดคล้องกับการดูแลผู้สูงอายุ หรือมีการจัดฝึกอบรมเพื่อพัฒนาทักษะในการให้บริการที่สอดคล้องกับปัญหา รวมถึงการจัดอบรมอาสาสมัครผู้สูงอายุ ครอบครัว/ญาติผู้สูงอายุอย่างมีคุณภาพ

3.6.5 ส่งเสริมบทบาทขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ให้มีบทบาทในการจัดระบบสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ โดยจัดทำแผน พัฒนาศูนย์อเนกประสงค์ จัดเตรียมกำลังคนในระดับชุมชน สนับสนุนอุปกรณ์ที่จำเป็น ตลอดจนเงินงบประมาณ เพื่อให้เกิดการจัดระบบสุขภาพของผู้สูงอายุดำเนินไปอย่างต่อเนื่อง

3.6.6 ส่งเสริมการมีส่วนร่วมของภาคเอกชน เพื่อเข้ามาร่วมจัดบริการให้ผู้สูงอายุ เช่น ตลอดจนการจัดอบรมผู้ดูแลผู้สูงอายุ

3.6.7 สร้างแรงจูงใจในการดูแลผู้สูงอายุ เช่น การสนับสนุนการเงินให้แก่ผู้มีภาระในการดูแลผู้สูงอายุ ด้วยมาตรการในการจ้างงาน มาตรการทางภาษี และสำหรับผู้ให้บริการทางการนั้นควรจะมีการสร้างระบบจูงใจในการปฏิบัติงานด้วย นอกจากนี้ควรทำเป็นวาระแห่งชาติ รณรงค์ให้ทุกคนตระหนักและถือปฏิบัติเป็นหน้าที่ในการดูแลผู้สูงอายุ

3.6.8 การเตรียมการในเรื่องกฎหมายเพื่อเอื้อต่อการปฏิบัติงานของกำลังคนไม่ใช่วินิจฉัย ภาคเอกชน รวมทั้งสิทธิของผู้สูงอายุ และการพัฒนาเทคโนโลยีในการควบคุมคุณภาพเพื่อประโยชน์ของผู้สูงอายุ

เอกสารอ้างอิง

- กรมสุขภาพจิต. (2548). ทรัพยากรด้านสุขภาพจิตตั้งแต่ปี 2543-2548 จาก www.dmh.moph.go.th (23 ตุลาคม 2551).
- กฤษฎา แสงวดี. (2551). การศึกษาอุปทานกำลังคนพยาบาลวิชาชีพในประเทศไทย. สำนักงานวิจัยและพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพ สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.
- ดวงพร หุ่นตระกูล และ วรรณภา ศรีชัยรัตน์. (2547). การพัฒนาบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ : กรณีศึกษาที่ศูนย์สุขภาพชุมชนแห่งหนึ่ง จาก <http://nu.kku.ac.th/> (22 ตุลาคม 2551).
- พิรสิทธิ์ คำนวนศิลป์ สุภาวัฒนากร วงศ์ชนวสุ จอห์น ไบรอัน และอารีย์ พรหมไม้. (2542). การประเมินนโยบายและแผนงานด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ กระทรวงสาธารณสุข รายงานการวิจัยโดยสถาบันการวิจัยระบบสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข ขอนแก่น. ขอนแก่นการพิมพ์.
- พวงเพ็ญ ชัยประเสริฐ. (2550). เตรียมสู่สังคมผู้สูงอายุ การดูแลและพัฒนาสุขภาพผู้สูงอายุไทย จาก <http://gotoknow.org/blog/km-dental-nonta/recently-commented-posts?page=14> (20 ตุลาคม 2550).
- มูลนิธิสถาบันและพัฒนาผู้สูงอายุ. (2549). สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย 2549. จาก www.thaitgri.org (23 ตุลาคม 2551).
- ระพีพรรณ คำหอม และคณะ. (2542.) การประเมินโครงการสวัสดิการสังคมเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในประเทศไทย. กรุงเทพฯ : คณะสังคมสงเคราะห์ศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- ระพีพรรณ คำหอม และคณะ. (2547). ปัจจัยที่มีผลต่อความต้องการบริการสวัสดิการสังคมของผู้สูงอายุในเขตชนบท. สถาบันวิจัยและให้คำปรึกษาแห่งมหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์. สภาที่ปรึกษาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ.
- วรรณภา ศรีชัยรัตน์ และ ผ่องพรรณ อรุณแสง. (2545). ระบบบริการสุขภาพและหลักประกันสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ : ประเทศไทย. ขอนแก่น โรงพิมพ์คลังนานาวิทยา.
- วรรณภา ศรีชัยรัตน์ และ ผ่องพรรณ อรุณแสง. (2545). การสังเคราะห์องค์ความรู้เพื่อจัดทำข้อเสนอ การปฏิรูประบบบริการสุขภาพ และการสร้างหลักประกันสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุไทย. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.
- ศศิพัฒน์ ยอดเพชร. (2547.) รายงานการวิจัยเรื่องผู้ดูแลผู้สูงอายุในครอบครัว ในชุดโครงการวิจัยเรื่อง “ระบบการดูแลระยะยาวในครอบครัวสำหรับผู้สูงอายุ” คณะสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.

- สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ. (2551). แผนผู้สูงอายุแห่งชาติฉบับที่ 2 (พ.ศ. 2545-2564). จาก <http://www.agingthai.org> (23 ตุลาคม 2551).
- สำนักงานวิจัยและพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพ. (2551). นกกายภาพบำบัด: วิชาชีพชายขอบของระบบสุขภาพไทย. วารสารผีเสื้อขยับปีก 1(5) : 11-19.
- สำนักงานวิจัยและพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพ. (2551). การวางแผนกำลังคนด้านสุขภาพระดับพื้นที่. สำนักงานวิจัยและพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพ สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข. (ยังไม่ตีพิมพ์).
- สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2551). รายงานผลการสำรวจอนามัยและสวัสดิการ พ.ศ. 2549. กรุงเทพฯ สำนักสถิติพยากรณ์. สำนักงานสถิติแห่งชาติ.
- สุภาภรณ์ เตโชวานิชย์ และ วิไลศักดิ์ บัวเยี่ยม. (2546). การพัฒนารูปแบบการบริการสุขภาพแบบองค์รวมแก่ผู้สูงอายุ ณ ศูนย์สุขภาพชุมชน ในเขตจังหวัดพิษณุโลก คณะแพทยศาสตร์ สาขาเวชศาสตร์ชุมชน มหาวิทยาลัยนเรศวร.
- สุวิทย์ วัฒนผลประเสริฐ พินทุสรณ์ เหมพิสุทธิ์ และทิพวรรณ อิศรพัฒนาสกุล. (2540). การศึกษาวิเคราะห์ความต้องการผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ช่วยตัวเองไม่ได้ ในอีก 2 ทศวรรษหน้า วารสารส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม 20(2) เมษายน – มิถุนายน
- สุวิทย์ วัฒนผลประเสริฐ บรรณาธิการ. (2550). การสาธารณสุขไทย 2548-2550. กรุงเทพฯ โรงพิมพ์องค์การทหารผ่านศึก.
- สุทธิชัย จิตรพันธ์กุล. (2543). สถานะประชากรสูงอายุในไทยนปัจจุบันและการดำเนินงานต่างๆ ของประเทศ กรุงเทพมหานคร สาขาวิชาเวชศาสตร์ผู้สูงอายุและพฤตวิทยา ภาควิชาอายุรศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

