

## บทสรุปผู้บริหาร (Executive summary)

### ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายการวางแผนกำลังคนด้านสุขภาพในอีก 10 ปีข้างหน้า (พ.ศ.2560-2569)

โดย คณะอนุกรรมการวางแผนกำลังคนด้านสุขภาพในทศวรรษหน้า

ภายใต้คณะกรรมการกำลังคนด้านสุขภาพแห่งชาติ

วันที่ 20 มกราคม 2560

การศึกษานี้ได้รับการสนับสนุนงบประมาณ โดยสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) และ สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.)

#### ส่วนที่ 1: ความเป็นมา

กำลังคนด้านสุขภาพ (Human Resources for Health) เป็นทรัพยากรที่มีความสำคัญในระบบสุขภาพ เป็นปัจจัยแห่งความสำเร็จหรือความล้มเหลวของการดำเนินงานด้านสุขภาพ เพราะเป็นทั้งผู้สร้างและผู้นำเทคโนโลยีด้านสุขภาพไปใช้ อีกทั้งเป็นผู้บริหารจัดการระบบบริการสุขภาพเพื่อให้เกิดสุขภาพที่ดีขึ้นในหมู่ประชาชน ในการที่ทุกประเทศทั่วโลกจะพัฒนาระบบสุขภาพให้บรรลุเป้าหมายของสหัสวรรษแห่งการพัฒนา (Millennium Development Goals) นั้น จำเป็นที่จะต้องมีกำลังคนด้านสุขภาพที่เพียงพอ มีการกระจายอย่างเป็นธรรม มีสัดส่วนกำลังคนที่เหมาะสม และกำลังคนมีแรงจูงใจในการปฏิบัติงานอย่างมีประสิทธิภาพ

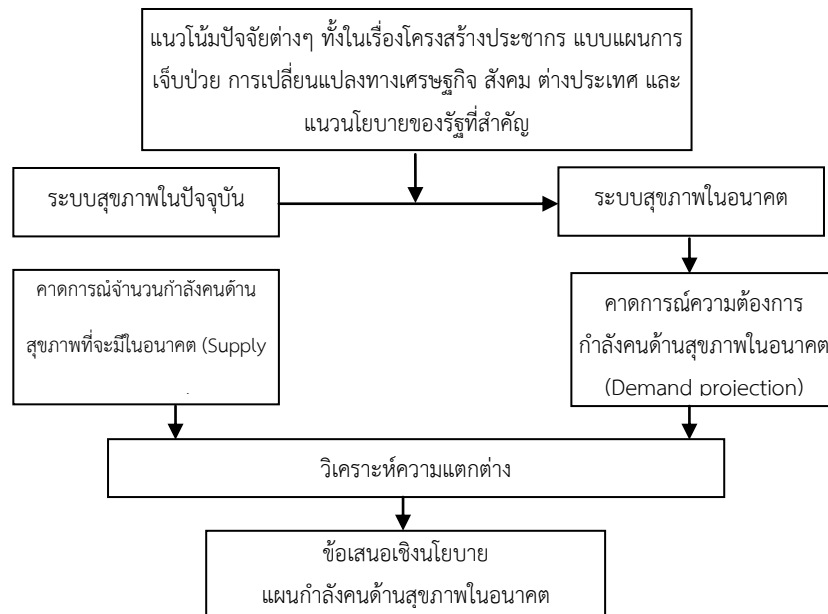
ในการวางแผนพัฒนาระบบบริการสาธารณสุข จึงต้องคิดเรื่องการวางแผนกำลังคนทั้งในเชิงปริมาณเชิงคุณภาพ ตลอดจนวางแผนการกระจายบุคลากรดังกล่าวให้เหมาะสมกับความต้องการของระบบสาธารณสุขและการเปลี่ยนแปลงทางเศรษฐกิจและสังคม การวางแผนกำลังคนด้านสุขภาพมีความจำเป็นต้องใช้สมมติฐานระบบสุขภาพในอนาคตร่วมกันในแต่ละวิชาชีพ เพื่อให้เกิดการบูรณาการการใช้บุคลากรระหว่างวิชาชีพ (Skill mix/cadre mix) นอกจากการคาดการณ์ความต้องการกำลังคนด้านสุขภาพยังมุ่งเน้นเรื่องจำนวนบุคลากรที่ต้องการ ยังมีความจำเป็นที่จะต้องระบุคุณลักษณะและความสามารถ (Characteristic and competency) ที่พึงประสงค์ในแต่ละวิชาชีพเพื่อนำไปสู่การกำหนดแนวทางการผลิตบุคลากรดังกล่าวให้สอดคล้องกับบริบทความต้องการของประเทศอย่างแท้จริง

เพื่อให้การวางแผนกำลังคนด้านสุขภาพของประเทศไทยเกิดความบูรณาการ คณะกรรมการกำลังคนด้านสุขภาพแห่งชาติ ได้มีมติ เมื่อวันที่ 6 กรกฎาคม 2558 เห็นชอบให้แต่งตั้งคณะอนุกรรมการวางแผนกำลังคนด้านสุขภาพของประเทศในทศวรรษหน้า (พ.ศ.2560-2569) โดยมีวัตถุประสงค์หลัก คือ เพื่อสังเคราะห์ข้อเสนอเชิงนโยบายในการวางแผนความต้องการกำลังคนด้านสุขภาพในทศวรรษหน้า

## วัตถุประสงค์เฉพาะ

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์และแนวโน้มของระบบสุขภาพและผลกระทบต่อความต้องการกำลังคนด้านสุขภาพ ทั้งในเชิงปริมาณและคุณภาพ
2. เพื่อศึกษาสถานการณ์และแนวโน้มของปัจจัยต่างๆที่เกี่ยวข้องกับการผลิตกำลังคนด้านสุขภาพ
3. เพื่อสังเคราะห์ข้อเสนอทางเลือกเชิงนโยบายการวางแผนกำลังคนให้สอดคล้องกับสถานการณ์ในอนาคต

## กรอบแนวคิด



## วิธีการดำเนินการ

จัดตั้ง 15 คณะทำงานย่อยเพื่อดำเนินการศึกษา ประกอบด้วย

1. กลุ่มวิชาชีพ ประกอบด้วย 9 วิชาชีพ ดังนี้ แพทย์ พยาบาล ทันตสาธารณสุข เภสัชกร เทคนิคการแพทย์ กายภาพบำบัด สาธารณสุข แพทย์แผนไทย และสัตวแพทย์
2. กลุ่ม Setting ประกอบด้วย
  - 1) Service settings ประกอบด้วย ปฐมภูมิ ทติยภูมิ และ ตติยภูมิ
  - 2) Non-service settings ประกอบด้วย กลุ่มอุตสาหกรรมยา กลุ่มควบคุมและป้องกันโรค และกลุ่มอาชีวอนามัยและสิ่งแวดล้อม

เพื่อให้การวางแผนครั้งนี้มีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วน แต่ละกลุ่มจึงได้จัดตั้งคณะทำงานขึ้นมาโดยมีองค์ประกอบทั้งผู้ใช้จากภาครัฐและเอกชน ผู้ผลิต สภาวิชาชีพ และภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง จำนวน 10-15 คน

## ส่วนที่ 2 ผลการศึกษา

### 2.1 ระบบสุขภาพที่พึงประสงค์

#### ความหมาย

**ระบบสุขภาพ (Health system)** หมายถึงระบบความสัมพันธ์ทั้งหมดที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ อันประกอบด้วยระบบสุขภาพย่อยๆ เช่น ระบบบริการสุขภาพ ระบบสร้างเสริมสุขภาพ ระบบควบคุมและป้องกันโรค ระบบการเงินการคลัง ระบบกำลังคน ระบบข้อมูลข่าวสาร และระบบอภิบาลสุขภาพ โดยระบบสุขภาพเองนั้นเป็นส่วนหนึ่งของระบบสังคม

#### ปรัชญาและแนวคิดหลักของระบบสุขภาพ

1. สุขภาพเป็นสิทธิขั้นพื้นฐานของประชาชน ทั้งในระดับบุคคล ระดับครอบครัว ระดับชุมชน และสังคมวงกว้างทุกระดับ โดยครอบคลุมถึงการเข้าถึงบริการสาธารณสุขในมิติต่างๆ ทั้งการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาพยาบาลและการฟื้นฟูสุขภาพ รวมทั้งการได้รับการสนับสนุนปัจจัยต่างๆที่ส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค
2. ประชาชนมีหน้าที่ปกป้องคุ้มครองและดูแลสุขภาพของตนมิให้เกิดความเสียหายทางสุขภาพ โดยไม่ตั้งอยู่ในความประมาท หรือหลีกเลี่ยงพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม รวมทั้งมีความรับผิดชอบต่อการกระทำของตนโดยเจตนาที่อาจก่อให้เกิดความเสียหายต่อสุขภาพของบุคคลอื่น หรือชุมชน หรือสังคมวงกว้าง
3. ระบบสุขภาพ เป็นระบบความสัมพันธ์ทั้งหมดที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ โดยมีระบบการบริการสาธารณสุขเป็นส่วนหนึ่งของระบบสุขภาพ ระบบสุขภาพเป็นส่วนหนึ่งของระบบสังคมและระบบความมั่นคงของประเทศ การกำหนดนโยบายสาธารณะใดๆ จึงต้องให้ความสำคัญกับมิติทางสุขภาพที่เกี่ยวข้องหรือได้รับผลกระทบด้วย
4. ระบบสุขภาพจะต้องตั้งอยู่บนพื้นฐานของหลักคุณธรรม จริยธรรม มนุษยธรรม ธรรมภิบาล ความรู้ และปัญญา โดยให้ความสำคัญกับศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ ความเป็นธรรม ความเท่าเทียมกันในสังคม ความสอดคล้องกับชีวิต วัฒนธรรม ภูมิสังคมและภูมินิเวศ รวมทั้งต้องคำนึงถึงหลักการพัฒนาอย่างเป็นองค์รวม อย่างยั่งยืน และอย่างมีส่วนร่วมของประชาชนและองค์กรทุกระดับ และทุกภาคส่วน

## เป้าประสงค์ (Goals) ของระบบสุขภาพ

- 1) ระบบบริการที่มีคุณภาพ (Quality) เป็นระบบบริการที่มีมาตรฐาน มีความปลอดภัย (Standard and safety) และมีความต่อเนื่อง (Continuity) ทั้งในกรณีของการส่งต่อเพื่อการมารับการรักษาในสถานพยาบาลระดับที่เหมาะสม และดูแลต่อเนื่องในระยะยาว
- 2) ระบบบริการที่มีประสิทธิภาพ (Efficiency) ที่กระจายและใช้ทรัพยากรอย่างคุ้มค่า ให้เกิดการใช้จ่ายเพื่อดูแลสุขภาพ (Cost effectiveness) และมีการบริหารจัดการ (Administrative)
- 3) ระบบบริการที่ส่งเสริมความเป็นธรรมสำหรับประชาชน (Equity) โดยประชาชนจะได้รับการดูแลสุขภาพแตกต่างกันไปตามความจำเป็นทางด้านสุขภาพ และทำให้ประชาชนที่มีความต้องการด้านสุขภาพเหมือนกัน จะได้รับการดูแลสุขภาพที่ใช้มาตรฐานเดียวกัน
- 4) ระบบที่เป็นที่ยอมรับ และสามารถตอบสนองต่อความคาดหวังในการมารับบริการของประชาชนได้ (Social accountability)
- 5) ระบบที่มีความยั่งยืน (Sustainability) ไม่เป็นภาระกับระบบการเงินการคลังของประเทศ

## คุณลักษณะสำคัญของระบบบริการสุขภาพที่พึงประสงค์

- 1) มุ่งเน้นให้ประชาชนมีศักยภาพในการดูแลสุขภาพของตนเอง (Self-care)
  - 1.1 ประชาชนมีความแตกฉานด้านสุขภาพ (Health literacy) โดยมีทักษะต่างๆในการรับรู้และทางสังคม ซึ่งจะเป็นตัวกำหนดแรงจูงใจและความสามารถของประชาชน ในการที่จะเข้าถึง เข้าใจ และใช้ข้อมูลในวิธีการต่างๆ เพื่อส่งเสริมและดูแลรักษาสุขภาพของตนเองให้ได้อยู่เสมอ
  - 1.2 ประชาชนสามารถเข้าถึงข้อมูลทางสุขภาพที่จำเป็นได้โดยไม่มีข้อจำกัดใดๆ
- 2) ส่งเสริมการบริการระดับปฐมภูมิ (Primary care)
  - 2.1 ให้ความสำคัญกับการดูแลสุขภาพอย่างต่อเนื่อง เน้นความสัมพันธ์ การเอาใจใส่ดูแลสุขภาพระหว่างผู้ให้บริการและประชาชน
  - 2.2 เป็นทางเลือกที่เป็นที่ยอมรับ มีความยืดหยุ่น ไม่จำกัดด้วยขอบเขตหรือสภาพภูมิศาสตร์ หรือเขตการปกครอง
  - 2.3 บูรณาการระบบจัดการสุขภาพในบริการระดับปฐมภูมิในครอบครัว ซึ่งอาจให้มีผู้จัดการสุขภาพ (Care manager)

- 2.4 ให้การดูแลสุขภาพรองรับความต้องการสุขภาพในระดับทุติยภูมิและตติยภูมิ ผ่านระบบส่งต่อผู้ป่วยให้เสมือนไร้รอยต่อ ทั้งขาขึ้นและขาลง สามารถดูแลได้เบ็ดเสร็จในเขตสุขภาพที่กำหนด
  - 2.5 จัดระบบที่ครอบคลุมถึงการสร้างเสริมสุขภาพ (Health promotion) การควบคุมและป้องกัน (Health prevention) รวมทั้งการดูแลภาวะแวดล้อมที่เอื้อต่อการส่งเสริมสุขภาพ และการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ ภายใต้ความร่วมมืออย่างบูรณาการระหว่างภาครัฐ ภาคเอกชน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และภาคประชาชน
  - 2.6 ใช้ความก้าวหน้าของเทคโนโลยีสารสนเทศเป็นเครื่องมือในการให้บริการสุขภาพ
  - 2.7 อาจจัดโครงสร้าง หรือมีการจัดการของระบบที่แตกต่างกันเป็นกลุ่มๆ ให้เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่
  - 2.8 ผู้ให้บริการประจำครบครัน อาจกำหนดเป็นตัวบุคคลหรือหน่วยงานก็ได้
  - 2.9 รัฐควรมีนโยบายระยะยาวที่ชัดเจน ในการลงทุนและสนับสนุนกลุ่มผู้ให้บริการ ทั้งส่วนที่เป็นผู้ประกอบการวิชาชีพ และบุคลากรปฏิบัติงานสนับสนุน และส่งเสริมการมีส่วนร่วมของภาคเอกชน ในการให้บริการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในสัดส่วนที่เหมาะสม
- 3) พัฒนาเครือข่ายบริการสุขภาพในรูปแบบ “เขตบริการสุขภาพ”
- 3.1 จัดบริการเครือข่ายไร้รอยต่อ (Seamless Health Service Network) ที่สามารถเชื่อมโยงบริการทั้ง 3 ระดับตั้งแต่ ปฐมภูมิ ทุติยภูมิ และตติยภูมิ เข้าไว้ด้วยกัน
  - 3.2 จัดให้มีเครือข่ายระดับจังหวัด (Provincial Health Service Network) โดยที่เครือข่ายจะต้องพัฒนาประสิทธิภาพในการบริการให้สูงขึ้นตามมาตรฐานที่จะกำหนดขึ้น ประกอบด้วยโรงพยาบาลทั่วไปที่อยู่ในระดับมาตรฐานเป็นแม่ข่าย และรับผิดชอบการจัดบริการของโรงพยาบาลระดับทุติยภูมิและเครือข่ายบริการปฐมภูมิ ทั้งนี้การบริหารเครือข่ายใช้รูปแบบคณะกรรมการ
  - 3.3 มีการจัดระดับโรงพยาบาลรับผู้ป่วยส่งต่อ (Referral Hospital Cascade) ตามขีดความสามารถของโรงพยาบาลแต่ละระดับ เพื่อใช้ทรัพยากรภายในเครือข่ายที่มีอย่างจำกัดให้มีประสิทธิภาพ หลีกเลี่ยงการลงทุนที่ซ้ำซ้อน ขจัดภาพการแข่งขันกันและให้ประชาชนได้รับผลประโยชน์สูงสุด
  - 3.4 เครือข่ายบริการสุขภาพ จะต้องเชื่อมโยงสถานบริการทุกระดับทั้งในส่วนกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงอื่นๆ โดยมีการใช้วางแผนการพัฒนาและการใช้ทรัพยากรร่วมกัน ผ่านการเชื่อมโยงข้อมูลทรัพยากรด้านสุขภาพที่สำคัญ

3.5 เครือข่ายบริการสุขภาพมีความครอบคลุมพื้นที่ 4-8 จังหวัด ดูแลประชากรประมาณ 5 ล้านคน โดยมีคณะกรรมการบริหารเครือข่าย ทำหน้าที่ดูแลระบบบริการ เพื่อให้ประชาชนในพื้นที่บริการได้รับบริการที่มีคุณภาพ มีมาตรฐาน ทัวถึง และเป็นธรรม ภายใต้ระบบจัดการที่มีเอกภาพ

4) สร้างความเข้มแข็งให้กับระบบ Gatekeeper

ใช้แนวคิด Centralized IP and sattellized OP โดยจัดระบบให้สถานบริการในระดับปฐมภูมิ (Primary care level) ในการคัดกรองและดูแลผู้ป่วยที่ไม่มีความรุนแรงในแบบผู้ป่วยนอกในสถานบริการระดับทุติยภูมิและตติยภูมิ มีบทบาทในการดูแลเฉพาะผู้ป่วยที่มีความรุนแรงของความเจ็บป่วยเป็นการดูแลแบบผู้ป่วยใน โดยผ่านระบบส่งต่อที่มีประสิทธิภาพ

5) พัฒนาบริการสุขภาพทุกระดับให้มีมาตรฐานด้านคุณภาพและความปลอดภัยสูงสุด(Quality and Safety)

5.1 มีกลไกกลางในการกำหนดมาตรฐานในการดูแลรักษาผู้ป่วย (Clinical practice guideline – CPG)

5.2 มีระบบพัฒนาคุณภาพ (Quality assurance) อย่างต่อเนื่อง

5.3 ส่งเสริมการใช้ เวชปฏิบัติหลักฐานเชิงประจักษ์ (Evidence-based practice) เพื่อเป็นการตัดสินใจวิธีการรักษาหรือดูแลผู้ป่วย/ผู้รับบริการโดยพิจารณาจากหลักฐานที่ดีที่สุดซึ่งมีความชัดเจน และมีเหตุผลที่มีอยู่ในขณะนั้นอย่างรอบคอบ

6) ส่งเสริมความมั่นคงทางยาและเทคโนโลยีทางการแพทย์

6.1 คนไทยทุกคนสามารถเข้าถึงยา เทคโนโลยีทางการแพทย์และบุคลากรสาธารณสุขที่มีคุณภาพตามชุดสิทธิประโยชน์หลัก ในขณะที่ระบบยังสามารถเอื้อให้สามารถนำเทคโนโลยีทางการแพทย์สมัยใหม่ที่มีความก้าวหน้า แต่อาจมีราคาแพงมากมาลองใช้หรือเริ่มใช้ในวงจำกัดก่อนขยายไปสู่การใช้ในวงกว้างได้ เมื่อมีความคุ้มค่าและความพร้อมในการจัดการอย่างไรก็ตามการเลือกใช้เทคโนโลยีทางการแพทย์ต้องผ่านการประเมินเทคโนโลยีตามกฎหมายก่อน ซึ่งจะมีความสำคัญมากขึ้น เพื่อการจัดสรรงบประมาณด้านสุขภาพให้เกิดประโยชน์สูงสุด และเป็นไปเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชน

- 6.2 ส่งเสริมความเข้มแข็งของอุตสาหกรรมยา ชีววัตถุ และสมุนไพรในประเทศ ให้สามารถพึ่งพาตนเองได้อย่างมั่นคงและยั่งยืน
- 7) ส่งเสริมการมีส่วนร่วมของภาคเอกชน (Public-private partnership-PPP)  
รัฐควรเปิดโอกาสให้ภาคเอกชนเข้ามามีส่วนร่วมในการจัดบริการสุขภาพ โดยคำนึงถึงความคุ้มค่า ประสิทธิภาพและประโยชน์ต่อประชาชนเป็นสูงสุด
- 8) พัฒนาระบบในการตอบสนองต่อภาวะฉุกเฉิน (Crisis response)  
8.1 ทำให้เกิดระบบการแพทย์ฉุกเฉินที่มีความคล่องตัวสูง และสามารถเชื่อมโยงเป็นเครือข่ายที่ให้การดูแลได้อย่างเหมาะสมและปลอดภัย  
8.2 จัดระบบในการจัดการภาวะฉุกเฉินจากภัยพิบัติ เช่น น้ำท่วม แผ่นดินไหว รวมทั้งระบบในการรับมือกับโรคระบาดอุบัติใหม่ (Emerging infectious disease) ที่รุนแรงอย่างมีประสิทธิภาพ
- 9) พัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยในระยะยาว (Long term care)  
ทำให้เกิดระบบและรูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะยาว ที่ใช้ศักยภาพความร่วมมือของตัวผู้ป่วย ครอบครัว และชุมชนอย่างเต็มศักยภาพ มากกว่าการพึ่งพาบริการจากสถานพยาบาล
- 10) ส่งเสริมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกเป็นการแพทย์คู่ขนานกับการแพทย์แผนปัจจุบัน
- 11) พัฒนาระบบเพื่อการรองรับผู้มารับบริการชาวต่างชาติ  
จัดระบบรองรับความต้องการด้านสุขภาพที่เพิ่มขึ้นจากผู้มารับบริการชาวต่างชาติ ทั้งในกลุ่มนักท่องเที่ยวเชิงการแพทย์ (Medical tourist) กลุ่มชาวต่างชาติในภูมิภาคอาเซียนที่จะเพิ่มมากขึ้น ภายหลังการเปิดเสรีทางการค้าในกลุ่มประเทศอาเซียน และกลุ่มแรงงานต่างด้าว โดยคำนึงหลักมนุษยธรรมและไม่กระทบต่อผู้รับบริการชาวไทย

## 2.2 สถานการณ์กำลังคนด้านสุขภาพในปัจจุบัน

ปัจจุบันกำลังคนด้านสุขภาพในวิชาชีพต่างๆเพิ่มขึ้นมากกว่าในอดีตพอสมควรจากการที่รัฐมีนโยบายเพิ่มการผลิตอย่างต่อเนื่อง จำนวนบุคลากรในวิชาชีพต่างๆ แสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนกำลังคนด้านสุขภาพสาขาอาชีพต่างๆที่มีอยู่ในปัจจุบัน

	จำนวนที่มีอยู่ (คน)	สัดส่วนต่อ ประชากร	แหล่งข้อมูล
<b>กลุ่มวิชาชีพ</b>			
1. แพทย์	50,573	1,292	จำนวนแพทย์ที่ขึ้นทะเบียน แพทยสภา (31 ธค. 2558)
2. พยาบาล	158,317	419	สภาการพยาบาล (2559)
3. ทันตบุคลากร			
● ทันตแพทย์	11,575	5,643	สำนักทันตสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข (2558)
● ทันตภิบาล	6,818	9,581	สำนักทันตสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข (2558)
4. เภสัชกร	26,187	2,494	สภาเภสัชกรรม (2557)
5. เทคนิคการแพทย์	15,200	4,298	สภาเทคนิคการแพทย์
6. กายภาพบำบัด	10,065 (Active 4,355)	6,490 (Active 14,999)	สภากายภาพบำบัด
7. สัตวแพทย์	8,000	8,165	สัตวแพทยสภา
8. สาธารณสุข			
● นักวิชาการสาธารณสุข	27,035	2,416	<a href="http://gishealth.moph.go.th/healthmap/resource.php">http://gishealth.moph.go.th/healthmap/resource.php</a> สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข
● เจ้าหน้าที่งานสาธารณสุขชุมชน	27,006	2,419	<a href="http://gishealth.moph.go.th/healthmap/resource.php">http://gishealth.moph.go.th/healthmap/resource.php</a> สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข
9. แพทย์แผนไทย/แผนไทย ประยุกต์	30,371	2,151	สภาการแพทย์แผนไทย (2559)



## สถานการณ์การผลิตกำลังคนด้านสุขภาพในปัจจุบัน

ศักยภาพในการผลิตกำลังคนด้านสุขภาพทั้งจากภาครัฐและเอกชน แสดงในตารางที่ 2 อย่างไรก็ตาม ไม่ได้รวมถึงบุคลากรที่จบการศึกษาจากต่างประเทศ ซึ่งในแต่ละวิชาชีพมีจำนวนไม่มากนัก

ตารางที่ 2 ความสามารถในการผลิตกำลังคนด้านสุขภาพสาขาวิชาชีพต่างๆ

	จำนวนแหล่งผลิต			อัตราการผลิต(คน) /ปี
	รัฐ	เอกชน	รวม	
<b>กลุ่มวิชาชีพ</b>				
1. แพทย์	19	2	21	3,121
2. พยาบาล	63	23	86	11,000
3. ทันตบุคลากร				
● ทันตแพทย์	11	2	13	616 (เพิ่มเป็น 826)
● ทันตภิบาล	7	0	7	400 (มีผู้สมัคร 75%)
4. เภสัชกร	14	5	19	2,000
5. เทคนิคการแพทย์	N/A	N/A	12	911
6. กายภาพบำบัด	12	4	16	850-900
7. สัตวแพทย์	N/A	N/A	9	650
8. สาธารณสุข	51	18	69	10,988-14,197*
9. แพทย์แผนไทย/แผนไทย ประยุกต์	N/A	N/A	27	1,080

\* จำนวนนักศึกษาที่กำลังศึกษาอยู่จริง สํารวจโดยสถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข

## ความต้องการกำลังคน (Demand) และจำนวนกำลังคนที่จะมีในอนาคต (Supply)

การคาดการณ์ความต้องการกำลังคนด้านสุขภาพในวิชาชีพต่างๆ ในการศึกษาใช้วิธีการที่หลากหลาย ผลการคาดการณ์จำนวนกำลังคนที่ต้องการในอนาคต มีหน่วยเป็น Full time equivalent (FTE) และการคาดการณ์จำนวนกำลังคนที่จะมีในอนาคต (ปี 2569) มีหน่วยนับเป็นคน นอกจากนี้ตารางที่ 3 ยังแสดงสัดส่วนบุคลากรที่ต้องการในอนาคตต่อประชากร (health workforce per population) เพื่อเปรียบเทียบกับจำนวนที่มีอยู่จริงในปัจจุบัน (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 3 การคาดการณ์ความต้องการ (Demand projection) และจำนวนกำลังคนด้านสุขภาพสาขาวิชาชีพต่างๆ (Supply projection) ในปี 2569

	กำลังคนด้านสุขภาพ ที่ต้องการ (HWF demand) ในปี 2569			กำลังคนด้านสุขภาพ ที่จะมี (HWF supply) ในปี 2569	กำลังคนด้านสุขภาพที่ ต้องการในปี 2568 ต่อ ประชากร ประชากรปี 2569 = 66,379,051 คน	กำลังคนด้านสุขภาพที่จะ มีในปี 2568 ต่อประชากร ประชากรปี 2569 = 66,379,051 คน
	วิธีที่ 1 Demand method	วิธีที่ 2	วิธีที่ 3			
หน่วยนับ	FTE	FTE	FTE	คน	FTE/ประชากร(คน)	FTE/ประชากร(คน)
กลุ่มวิชาชีพ						
1. แพทย์	38,236 – 46,946	44,736 – 53,446	-	63,065	1,241 – 1,736	1,044
2. พยาบาล						
• พยาบาล	194,205-237,870	215,565	-	180,992 <sup>1</sup> -193,048 <sup>2</sup>	275-341	344 - 367
• ผู้ช่วยพยาบาล		53,891		-	-	
3. ทันตบุคลากร						
• ทันตแพทย์	16,457-20,546	19, 677- 20,955	16,557	17,415 (18,675)	3,168-4,033	3,812 (3,518)
• ทันตภิบาล	-	8,669 – 12,140	-	-	5,468 -7,657	
4. เภสัชกร	14,020-17,135 <sup>3</sup>	47,786-64,700 <sup>4</sup>	-	39,913	2,208-2,758 <sup>5</sup>	1,663
5. เทคนิคการแพทย์	12,571-15,363	27,198-28,592	-	23,942	2,321-2,440	2,772
6. กายภาพบำบัด	5,734-7,008	8,566-9,099	7,066-9,476	11,665	7,432-7,750	5,690
7. สัตวแพทย์	-	11,839	-	10,252	5,606	6,475
8. สาธารณสุข	60,607	53,013	-	128,729 – 142,997	1,095-1,250	464 – 516
9. แพทย์แผนไทย/แผนไทย ประยุกต์	12,279-15,178	13,459 – 16,553	-	19,080	4,011 - 4,932	3,749

## หมายเหตุ

แพทย์	วิธีที่ 1 Health demand โดยใช้ Service utilization และคาดการณ์ในอนาคตโดยใช้การเปลี่ยนแปลงจำนวนประชากร ที่คิดสัดส่วนอายุ (Age adjusted) ส่วนวิธีที่ 2 ในระดับ primary care ใช้จำนวนแพทย์ 6,500 คนตามนโยบาย Primary Care Cluster ที่กำหนดให้แพทย์ในระดับปฐมภูมิเท่ากับ 1:10,000
พยาบาล	วิธีที่ 1 Health demand ส่วนวิธีที่ 2 ใช้ Health demand ร่วมกับใช้ Service target สำหรับผู้ป่วยสูงอายุที่ติดเตียงอยู่ที่บ้านและในชุมชน <sup>1</sup> ใช้ฉลากพรรณที่พยาบาลมีอายุงานเฉลี่ยที่ 22 ปี <sup>2</sup> ใช้ฉลากพรรณที่มีการดำรงรักษา สามารถให้พยาบาลมีอายุงานเฉลี่ยที่ 25 ปี
ทันตบุคลากร	วิธีที่ 1 ใช้ Health demand วิธีที่ 2 เป็น Mixed method โดยใช้ Health demand ร่วมกับการกำหนดเป้าหมายบริการ(Service target) และวิธีที่ 3 ใช้ Modified population ratio
เภสัชกร	<sup>3</sup> วิธีที่ 1 ใช้ Health demand approach คาดการณ์เฉพาะความต้องการเภสัชกรในสถานพยาบาลเท่านั้น <sup>4</sup> วิธีที่ 2 คาดการณ์โดยใช้ System dynamic modeling ภายใต้อัตราส่วนการเกิด 2 สถานการณ์ คือ กำลังคนที่มีน้อยที่สุดใน การส่งมอบบริการภายใต้ระบบบริการสุขภาพปัจจุบัน และกำลังคนที่เพียงพอสำหรับการส่งมอบบริการที่พึงประสงค์ และคิดครอบคลุมเภสัชกรทั้งในสาขา โรงพยาบาล ร้านยา อุตสาหกรรมยา คุ่มครองผู้บริโภครวม และการศึกษา <sup>5</sup> การคำนวณอัตราส่วนเภสัชกรต่อประชากรใช้จำนวนเภสัชกรที่ปฏิบัติงานในส่วนของการบริการผู้ป่วยเท่านั้น ได้แก่ งานบริการจ่ายยาผู้ป่วยนอกในโรงพยาบาล งานเภสัชกรรมในร้านยา และงานเภสัชกรรมปฐมภูมิ ทั้งนี้เพื่อให้สามารถนำอัตราส่วนไปเปรียบเทียบในระดับนานาชาติได้ เนื่องจากประเทศไทยเภสัชกรมีบทบาทวิชาชีพในสาขาอื่นๆ ที่แตกต่างกันไป เช่น เภสัชกรในโรงงานอุตสาหกรรม เภสัชกร การตลาด เภสัชกรคุ่มครองผู้บริโภครวม ซึ่งไม่ได้ปฏิบัติวิชาชีพที่เป็นการบริการผู้ป่วยโดยตรง
เทคนิคการแพทย์	วิธีที่ 1 ใช้ Health demand และคิดเฉพาะในส่วนที่ให้บริการในสถานพยาบาล สำหรับวิธีที่สอง คิดรวมนักเทคนิคการแพทย์ที่อยู่ในคลินิกเทคนิคการแพทย์เอกชน กลุ่ม academic และผู้บริหาร กลุ่มภาคธุรกิจและกระจายน้ำยา ในส่วนของ Supply ในอนาคตได้คิดรวมเจ้าพนักงานวิทยาศาสตร์การแพทย์ไว้ด้วยแล้ว
กายภาพบำบัด	วิธีที่ 1 ใช้ Health demand และ วิธีที่ 2 ใช้ Health need ร่วมกับ population ratio Supply กายภาพ คำนวณจาก Active และ อัตราสูญเสียต่อปีร้อยละ 2
สาธารณสุข	วิธีที่ 1 ใช้ Health demand คิดเฉพาะภาคให้บริการ (Service setting), วิธีที่ 2 ใช้ population ratio คิดจากจำนวนสาธารณสุขต่อ 1,250 ประชากร
แพทย์แผนไทย	วิธีที่ 1 และ 2 ใช้ Health demand แต่ในวิธีที่ 2 เพิ่มภาระงานที่ใช้ในงานบริการ (non-service activities) เช่น งานวิชาการ การประชุม ฯลฯ

สัตว์แพทย์	ใช้วิธีการคาดการณ์แบบ System dynamics approach โดยแบ่งสัตว์แพทย์ออกเป็น 3 กลุ่ม ได้แก่ 1) สัตว์แพทย์สัตว์เล็ก 2) สัตว์แพทย์ปศุสัตว์ในสวนบริษัทเอกชน 3) สัตว์แพทย์ปศุสัตว์ในสวนราชการ
กลุ่มควบคุมโรค	ใช้การคาดการณ์โดยวิธีการกำหนดเป้าหมาย (Service target)
อาชีพอนามัย	ใช้การคาดการณ์โดยวิธีการกำหนดเป้าหมาย (Service target)

### ส่วนที่ 3 ข้อเสนอเชิงนโยบาย

จากการศึกษา คณะทำงานมีข้อเสนอแนะเชิงนโยบายในภาพรวมดังต่อไปนี้

#### 1. ด้านอุปทาน(Supply)

1.1 ขอให้คณะกรรมการการอุดมศึกษาแห่งชาติ พิจารณาแผนการผลิตกำลังคนด้านสุขภาพในอนาคต ให้สอดคล้องกับคาดการณ์อุปสงค์และอุปทานของกำลังคนด้านสุขภาพสาขาต่างๆ ดังนี้

1.1.1 ในวิชาชีพสาธารณสุข มีการผลิตที่มากเกินไปเกินความต้องการของประเทศในปัจจุบัน และหากคงอัตราการผลิตไว้เช่นนี้ ในอนาคตจะมีจำนวนเกินความต้องการของประเทศมาก ดังนั้นมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่จะทบทวนจำนวนการผลิต และเร่งปรับสมรรถนะบัณฑิตให้สอดคล้องกับความต้องการของระบบสุขภาพมากขึ้น

1.1.2 ในวิชาชีพสัตวแพทย์ ทันตแพทย์ กายภาพบำบัด และแพทย์แผนไทย/แผนไทยประยุกต์ ในอีก 10 ปี จะมีความเพียงพอจนถึงเกินความต้องการของประเทศ ดังนั้น การเพิ่มการผลิตในวิชาชีพเหล่านี้ จำเป็นต้องใช้ความระมัดระวังเป็นอย่างยิ่ง

1.1.3 ในวิชาชีพพยาบาล เกษษกร เทคนิคการแพทย์ และสัตวแพทย์ แม้ว่าจำนวนบุคลากรในอีก 10 ปี ข้างหน้า จะยังต่ำกว่าจำนวนบุคลากรที่ประเทศต้องการ แต่พบว่าต่ำกว่าในสัดส่วนที่ไม่มากนัก นโยบายการผลิตบุคลากรเหล่านี้เพิ่มจากอัตราการผลิตรวมในปัจจุบัน อาจจะไม่มีความจำเป็น แต่สามารถจัดการบริหารจัดการ เช่น การเพิ่มผลิตภาพ หรือใช้มาตรการลดอัตราการสูญเสียของบุคลากร ก็จะสามารถจัดการความขาดแคลนได้

1.2 การผลิตกำลังคนด้านสุขภาพของประเทศ จำเป็นต้องมุ่งเน้นการผลิตเพื่อแก้ปัญหาการกระจายกำลังคน เพื่อให้เกิดการเข้าถึงการบริการโดยกำลังคนด้านสุขภาพที่มีคุณภาพอย่างเท่าเทียมของประชาชน โดยขอให้คณะกรรมการการอุดมศึกษาแห่งชาติ สถาบันการผลิตทั้งภาครัฐและเอกชน และกระทรวงสาธารณสุข ดำเนินการดังต่อไปนี้

- 1.2.1 ปรับระบบการรับผู้เข้าเรียน ให้เน้นการรับนักเรียนจากพื้นที่ขาดแคลนให้มากขึ้น โดยเฉพาะในสาขาอาชีพที่มีการกระจายตัวอย่างไม่เหมาะสมทางภูมิศาสตร์ (Geographical maldistribution) ให้นักเรียนเหล่านั้นเข้าศึกษาในสถาบันการผลิตที่อยู่ใกล้ภูมิลำเนาตนเอง และเมื่อจบการศึกษา มีการจัดระบบให้นักเรียนได้กลับไปทำงานในภูมิลำเนาของตนเอง
  - 1.2.2 ส่งเสริมระบบการรับบุคลากรสายสุขภาพที่ปฏิบัติงานอยู่แล้วเข้ามาศึกษาต่อยอดในสาขาอาชีพที่ขาดแคลน และ/หรือมีการกระจายตัวไม่เหมาะสม และมีระบบจัดการให้บุคลากรเหล่านั้นกลับไปปฏิบัติงานในพื้นที่ที่ขาดแคลน
  - 1.2.3 ภาครัฐยังจำเป็นต้องสนับสนุนงบประมาณในการผลิตกำลังคนด้านสุขภาพ โดยเฉพาะในกลุ่มที่รับตรงจากพื้นที่ขาดแคลน และมีการปรับระบบสนับสนุนงบประมาณให้ผ่านทางกระทรวงสาธารณสุขในฐานะผู้ใช้ (Demand side financing) โดยให้กำลังคนด้านสุขภาพเหล่านั้นทำสัญญาการทำงานโดยตรงกับกระทรวงสาธารณสุข และเมื่อมีการฝ่าฝืนสัญญาการทำงานให้นำเงินค่าปรับเข้ากระทรวงสาธารณสุข
- 1.3 ขอให้คณะกรรมการขับเคลื่อนยุทธศาสตร์ พัฒนาการศึกษาระดับอุดมศึกษาสำหรับบุคลากรด้านสุขภาพในศตวรรษที่ 21 ร่วมกับสถาบันการผลิตทั้งภาครัฐและเอกชน มีการปฏิรูประบบการผลิตทั้งในเรื่องการบริหารจัดการการศึกษาโดยกระบวนการ transformative learning และให้มีการปฏิรูปหลักสูตร/กระบวนการเรียนรู้ให้สอดคล้องกับความต้องการสุขภาพของประชาชนและบริบทของสังคมไทย

## 2. ด้านอุปสงค์ (Demand)

- 2.1 เพื่อให้การบริหารจัดการกำลังคนด้านสุขภาพให้เกิดประสิทธิภาพสูงสุด ขอให้กระทรวงสาธารณสุขในฐานะเป็น National Health Authority ดำเนินการดังนี้
  - 2.1.1 เพื่อให้เกิดประสิทธิภาพสูงสุดและมี การจัดบริการต้องอยู่บนฐานของการมีส่วนวิชาชีพ (Skill mix) ที่เหมาะสม และมีระบบสนับสนุนการถ่ายโอนภารกิจบางอย่างที่ไม่จำเป็นต้องทำโดยบุคลากรวิชาชีพสุขภาพ (Task shifting) ไปยังบุคลากรกลุ่ม informal เช่น อาสาสมัคร ผู้ดูแลสุขภาพ รวมทั้งบุคลากรภายนอกสายสุขภาพ
  - 2.1.2 ส่งเสริมความเข้มแข็งในการจัดระบบบริการปฐมภูมิ ภายใต้การมีส่วนร่วมของประชาชน, ผู้ให้บริการสาธารณสุขทุกภาคส่วนและองค์กรที่เกี่ยวข้องในทุกระดับ โดยมุ่งเน้นการสร้างเสริม

สุขภาพ และถ่ายโอนผู้รับบริการที่พ้นระยะวิกฤติจากหน่วยบริการระดับทุติยภูมิหรือจากระดับตติยภูมิมารับบริการที่ใกล้บ้านมากขึ้น เพื่อเป็นการใช้ทรัพยากรสุขภาพทั้งกำลังคน เครื่องมือ อุปกรณ์ รวมทั้ง facility ของโรงพยาบาลอย่างมีประสิทธิภาพ อีกทั้งลดรายจ่ายของประชาชน เพื่อเป็นการสร้างความยั่งยืนด้านการคลังสุขภาพในระยะยาว

2.1.3 เพิ่มผลิตภาพ (Productivity) ของกำลังคนด้านสุขภาพ โดยสนับสนุนการใช้เทคโนโลยีทดแทนหรือกำลังคนทดแทน เพื่อให้มีการใช้ประโยชน์จากกำลังคนวิชาชีพด้านสุขภาพอย่างเหมาะสม และสนับสนุนการพัฒนาปรับปรุงกระบวนการทำงานเพื่อลดการสูญเสีย รวมทั้งให้มีระบบประเมินผลิตภาพและจัดให้มีระบบการพัฒนากำลังคนอย่างต่อเนื่อง ตลอดจนการสนับสนุนการพัฒนานวัตกรรมเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการทำงาน

2.1.4 จัดให้มีมาตรการในการธำรงรักษากำลังคนด้านสุขภาพในพื้นที่ที่เหมาะสมและมีประสิทธิภาพ โดยประกอบด้วยมาตรการที่หลากหลาย ได้แก่ ระบบการจ้างงาน ระบบค่าตอบแทน ระบบความก้าวหน้า

2.2 ขอให้สถานบริการภาคเอกชนและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น มีส่วนร่วมในการทำแผนจัดบริการแก่ประชาชนของแต่ละเขตบริการ เพื่อเป็นการใช้ทรัพยากรด้านสุขภาพร่วมกัน และเป็นการแก้ไขปัญหาการกระจายกำลังคนด้านสุขภาพที่ไม่เหมาะสม

### 3. ด้านการควบคุมกำกับ (Regulator)

เพื่อให้กลไกควบคุมกำกับมาตรฐานการทำงานของกำลังคนด้านสุขภาพ สอดคล้องกับบริบทความต้องการด้านสุขภาพของประชาชนและเอื้อให้เกิดการทำงานอย่างเต็มประสิทธิภาพของกำลังคนด้านสุขภาพ ขอให้สภาวิชาชีพดำเนินการทบทวนการกำหนดสมรรถนะ (Competency) ของบัณฑิต ทบทวนข้อจำกัดและเงื่อนไขในการประกอบวิชาชีพให้เอื้อต่อการทำงานร่วมกันของวิชาชีพ (Inter-professional collaboration)

**ภาคผนวก 1** รายชื่อคณะอนุกรรมการวางแผนกำลังคนด้านสุขภาพของประเทศในทศวรรษหน้า (พ.ศ.2560-2569)

1. นพ.สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ	ประธานอนุกรรมการ
2. นพ.ศุภกิจ ศิริลักษณ์	รองประธาน
3. ศาสตราจารย์วีระพงศ์ ปรัชชญาสิทธิกุล	อนุกรรมการ
4. ศ.นพ.ภิเศก ลุมพิกานนท์	อนุกรรมการ
5. รองศาสตราจารย์ประสพศรี อึ้งถาวร	อนุกรรมการ
6. รองศาสตราจารย์ประยูร ฟองสถิตย์กุล	อนุกรรมการ
7. รองศาสตราจารย์ปานเทพ รัตนากร	อนุกรรมการ
8. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ภูดิท เตชาติวัฒน์	อนุกรรมการ
9. ผู้ช่วยศาสตราจารย์รุ่งเพชร สกกุลบำรุงศิลป์	อนุกรรมการ
10. นางกฤษฎา แสงวงดี	อนุกรรมการ
11. นายคำนวนณ อึ้งชูศักดิ์	อนุกรรมการ
12. นางชุตินาฏ วงศ์สุบรรณ	อนุกรรมการ
13. นางบุษกร เลิศวัฒนสิวลี	อนุกรรมการ
14. นายปรามโทย์ เสถียรรัตน์	อนุกรรมการ
15. นายปิยะ หาญวรวงศ์ชัย	อนุกรรมการ
16. นายราฮิน อโรร่า	อนุกรรมการ
17. นางวัชรา รั้วไพบูลย์	อนุกรรมการ
18. นายวีระพันธ์ สุพรรณไชยมาตย์	อนุกรรมการ
19. นางศันสนี รัชชกุล	อนุกรรมการ
20. นายศราวุธ สันตินันตรัักษ์	อนุกรรมการ
21. นายสมเกียรติ ศิริรัตนพฤษ์	อนุกรรมการ
22. นายสุวัฒน์ วิริยพงษ์สุกิจ	อนุกรรมการ
23. ผู้อำนวยการสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์	อนุกรรมการและเลขานุการ
24. ผู้อำนวยการสถาบันพระบรมราชชนก	อนุกรรมการและผู้ช่วยเลขานุการ
25. ผู้อำนวยการสำนักงานบริหารโครงการร่วมผลิต แพทย์เพิ่มเพื่อชาวชนบท	อนุกรรมการและผู้ช่วยเลขานุการ
26. ผู้อำนวยการสำนักงานวิจัยและพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพ	อนุกรรมการและผู้ช่วยเลขานุการ

## ภาคผนวก 2 รายชื่อประธานคณะกรรมการทำงานชุดต่างๆ

### กลุ่มวิชาชีพ

- |                                      |                       |
|--------------------------------------|-----------------------|
| 1) รศ.พญ.ประสพศรี อึ้งถาวร           | วิชาชีพแพทย์          |
| 2) ทพญ.ศันสนีย์ รัชชกุล              | วิชาชีพทันตแพทย์      |
| 3) ผศ.ดร.ภญ.รุ่งเพ็ชร สกุลบำรุงศิลป์ | วิชาชีพเภสัชกร        |
| 4) ศ.ดร.วีรพงษ์ ปรัชชญาสิทธิกุล      | วิชาชีพเทคนิคการแพทย์ |
| 5) ผศ.ดร.กานดา ชัยภิญโญ              | วิชาชีพกายภาพบำบัด    |
| 6) นพ.ปราโมทย์ เสถียรรัตน์           | วิชาชีพแพทย์แผนไทย    |
| 7) รศ.ดร.ประยูร ฟองสถิตย์กุล         | วิชาชีพสาธารณสุข      |
| 8) รศ.น.สพ.ปานเทพ รัตนากร            | วิชาชีพสัตวแพทย์      |
| 9) ดร.กฤษดา แสงวงศ์                  | วิชาชีพพยาบาล         |

### กลุ่ม Setting

- |                                  |                                |
|----------------------------------|--------------------------------|
| 10. นพ.วีระพันธ์ สุพรรณไชยมาตย์  | กลุ่ม Service setting          |
| 11. นพ.คำนวน อึ้งชูศักดิ์        | กลุ่มควบคุมโรค                 |
| 12. ดร.นพ.สมเกียรติ ศิริรัตนพฤษ์ | กลุ่มอาชีวอนามัยและสิ่งแวดล้อม |
| 13. ภญ.บุษกร เลิศวัฒนสิวลี       | กลุ่ม Drug Industry            |