

บทสรุปผู้บริหาร

การดำเนินงาน โครงการสนับสนุนการขับเคลื่อนการพัฒนาบุคลากรด้านสุขภาพด้วยหลักฐานเชิงประจักษ์ ในปีที่ ๒ (พ.ศ. ๒๕๕๙) เป็นการดำเนินงานต่อเนื่องมาจากปีที่ ๑ โดยมุ่งเน้นการพัฒนานโยบายการวางแผนกำลังคนด้านสุขภาพของประเทศในอีก ๑๐ ปีข้างหน้า โดยใช้กระบวนการทางวิชาการอาศัยหลักฐานเชิงประจักษ์ และกระบวนการมีส่วนร่วมของทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้องภายใต้คณะกรรมการวางแผนกำลังคนด้านสุขภาพของประเทศในทศวรรษหน้า (พ.ศ.๒๕๖๐-๒๕๖๙) และคณะทำงานย่อยของวิชาชีพและ setting ต่างๆ อีกจำนวน ๑๕ ชุด ผ่านกระบวนการสัมมนาเชิงปฏิบัติการ ๕ ครั้ง และการสัมมนาเชิงปฏิบัติการทางเทคนิค ๒ ครั้ง และการทำประชาพิจารณ์ในวงกว้าง ๑ ครั้ง ได้ข้อสรุปที่เป็นสาระสำคัญในการวางแผนกำลังคนของประเทศในทศวรรษหน้าดังนี้

๑. อุปทาน(Supply)

๑.๑ ขอให้คณะกรรมการการอุดมศึกษาแห่งชาติ พิจารณาแผนการผลิตกำลังคนด้านสุขภาพในอนาคต ให้สอดคล้องกับคาดการณ์อุปสงค์และอุปทานของกำลังคนด้านสุขภาพสาขาต่างๆ ดังนี้

๑.๑.๑ ในวิชาชีพสาธารณสุข มีการผลิตที่มากเกินไปเกินความต้องการของประเทศในปัจจุบัน และหากคงอัตราการผลิตไว้เช่นนี้ ในอนาคตจะมีจำนวนเกินความต้องการของประเทศมาก ดังนั้นมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่จะทบทวนจำนวนการผลิต และเร่งปรับสมรรถนะบัณฑิตให้สอดคล้องกับความต้องการของระบบสุขภาพมากขึ้น

๑.๑.๒ ในวิชาชีพชีพแพทย์ ทันตแพทย์ กายภาพบำบัด และแพทย์แผนไทย/แผนไทยประยุกต์ ในอีก ๑๐ ปี จะมีความเพียงพอจนถึงเกินความต้องการของประเทศ ดังนั้น การเพิ่มการผลิตในวิชาชีพเหล่านี้ จำเป็นต้องใช้ความระมัดระวังเป็นอย่างยิ่ง

๑.๑.๓ ในวิชาชีพพยาบาล เภสัชกร เทคนิคการแพทย์ และสัตวแพทย์ แม้ว่าจำนวนบุคลากรในอีก ๑๐ ปี ข้างหน้า จะยังต่ำกว่าจำนวนบุคลากรที่ประเทศต้องการ แต่พบว่าต่ำกว่าในสัดส่วนที่ไม่มากนัก นโยบายการผลิตบุคลากรเหล่านี้เพิ่มจากอัตราการผลิตรวมในปัจจุบัน อาจจะไม่มีผลจำเป็น แต่สามารถใช้การบริหารจัดการ เช่น การเพิ่มผลิตภาพ หรือใช้มาตรการลดอัตราการสูญเสียของบุคลากร ก็จะสามารถจัดการความขาดแคลนได้

๑.๒ การผลิตกำลังคนด้านสุขภาพของประเทศ จำเป็นต้องมุ่งเน้นการผลิตเพื่อแก้ปัญหาการกระจายกำลังคน เพื่อให้เกิดการเข้าถึงบริการโดยกำลังคนด้านสุขภาพที่มีคุณภาพอย่างเท่าเทียมของประชาชน ขอให้คณะกรรมการการอุดมศึกษาแห่งชาติ สถาบันการผลิตทั้งภาครัฐและเอกชน และกระทรวงสาธารณสุข ดำเนินการดังต่อไปนี้

๑.๒.๑ ปรับระบบการรับผู้เข้าเรียน ให้เน้นการรับนักเรียนจากพื้นที่ขาดแคลนให้มากขึ้น โดยเฉพาะในสาขาอาชีพที่มีการกระจายตัวอย่างไม่เหมาะสมทางภูมิศาสตร์ (Geographical maldistribution) ให้นักเรียนเหล่านั้นเข้าศึกษาในสถาบันการผลิตที่อยู่ใกล้ภูมิลำเนาตนเอง และเมื่อจบการศึกษาให้มีการจัดระบบให้นักเรียนได้กลับไปทำงานในภูมิลำเนาของตนเอง

๑.๒.๒ ส่งเสริมระบบการรับบุคลากรสายสุขภาพที่ปฏิบัติงานอยู่แล้วเข้ามาศึกษาต่อยอดในสาขาอาชีพที่ขาดแคลน และ/หรือมีการกระจายตัวไม่เหมาะสม และมีระบบจัดการให้บุคลากรเหล่านั้นกลับไปปฏิบัติงานในพื้นที่ที่ขาดแคลน

๑.๒.๓ ภาครัฐยังจำเป็นต้องสนับสนุนงบประมาณในการผลิตกำลังคนด้านสุขภาพ โดยเฉพาะในกลุ่มที่รับตรงจากพื้นที่ขาดแคลน และมีการปรับระบบสนับสนุนงบประมาณให้ผ่านทางกระทรวงสาธารณสุขในฐานะผู้ใช้ (Demand side financing) โดยให้กำลังคนด้านสุขภาพเหล่านั้นทำสัญญาการทำงานโดยตรงกับกระทรวงสาธารณสุข และเมื่อมีการฝ่าฝืนสัญญาการทำงานให้นำเงินค่าปรับเข้ากระทรวงสาธารณสุข

๑.๓ ขอให้คณะกรรมการขับเคลื่อนยุทธศาสตร์ พัฒนาการศึกษาระดับอุดมศึกษาสำหรับบุคลากรด้านสุขภาพในศตวรรษที่ ๒๑ ร่วมกับสถาบันการผลิตทั้งภาครัฐและเอกชน มีการปฏิรูประบบการผลิตทั้งในเรื่องการบริหารจัดการการศึกษาโดยกระบวนการ transformative learning และให้มีการปฏิรูปหลักสูตร/กระบวนการเรียนรู้ให้สอดคล้องกับความต้องการสุขภาพของประชาชนและบริบทของสังคมไทย

๒. ด้านอุปสงค์ (Demand)

๒.๑ เพื่อให้การบริหารจัดการกำลังคนด้านสุขภาพให้เกิดประสิทธิภาพสูงสุด ขอให้กระทรวงสาธารณสุขในฐานะเป็น National Health Authority ดำเนินการดังนี้

๒.๑.๑ เพื่อให้เกิดประสิทธิภาพสูงสุดและมี การจัดบริการต้องอยู่บนฐานของการมีสัดส่วนวิชาชีพ (Skill mix) ที่เหมาะสม และมีระบบสนับสนุนการถ่ายโอนภารกิจบางอย่างที่ไม่จำเป็นต้องทำโดยบุคลากรวิชาชีพสุขภาพ (Task shifting) ไปยังบุคลากรกลุ่ม informal เช่น อาสาสมัคร ผู้ดูแลสุขภาพ รวมทั้งบุคลากรภายนอกสายสุขภาพ

๒.๑.๒ ส่งเสริมความเข้มแข็งในการจัดระบบบริการปฐมภูมิ ภายใต้การมีส่วนร่วมของประชาชน, ผู้ให้บริการสาธารณสุขทุกภาคส่วนและองค์กรที่เกี่ยวข้องในทุกระดับ โดยมุ่งเน้นการสร้างเสริมสุขภาพ และถ่ายโอนผู้รับบริการที่พ้นระยะวิกฤติจากหน่วยบริการระดับทุติยภูมิหรือจากระดับตติยภูมิมารับบริการที่ใกล้บ้านมากขึ้น เพื่อเป็นการใช้ทรัพยากรสุขภาพทั้งกำลังคน เครื่องมือ อุปกรณ์ รวมทั้ง facility ของโรงพยาบาลอย่างมีประสิทธิภาพ อีกทั้งลดรายจ่ายของประชาชน เพื่อเป็นการสร้างความยั่งยืนด้านการคลังสุขภาพในระยะยาว

๒.๑.๓ เพิ่มผลิตภาพ (Productivity) ของกำลังคนด้านสุขภาพ โดยสนับสนุนการใช้เทคโนโลยีทดแทนหรือกำลังคนทดแทน เพื่อให้มีการใช้ประโยชน์จากกำลังคนวิชาชีพด้านสุขภาพอย่างเหมาะสม และสนับสนุนการพัฒนาปรับปรุงกระบวนการทำงานเพื่อลดการสูญเสีย รวมทั้งให้มีระบบประเมินผลิตภาพและจัดให้มีระบบการพัฒนากำลังคนอย่างต่อเนื่อง ตลอดจนการสนับสนุนการพัฒนานวัตกรรมเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการทำงาน

๒.๑.๔ จัดให้มีมาตรการในการธำรงรักษากำลังคนด้านสุขภาพในพื้นที่ที่เหมาะสมและมีประสิทธิภาพ โดยประกอบด้วยมาตรการที่หลากหลาย ได้แก่ ระบบการจ้างงาน ระบบค่าตอบแทน ระบบความก้าวหน้า

๒.๒ ขอให้**สถานบริการภาคเอกชนและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น** มีส่วนร่วมในการทำแผนจัดบริการแก่ประชาชนของแต่ละเขตบริการ เพื่อเป็นการใช้ทรัพยากรด้านสุขภาพร่วมกัน และเป็นการแก้ไขปัญหาการกระจายกำลังคนด้านสุขภาพที่ไม่เหมาะสม

๓. ด้านการควบคุมกำกับ (Regulator)

เพื่อให้กลไกควบคุมกำกับมาตรฐานการทำงานของกำลังคนด้านสุขภาพ สอดคล้องกับบริบทความต้องการด้านสุขภาพของประชาชนและเอื้อให้เกิดการทำงานอย่างเต็มประสิทธิภาพของกำลังคนด้านสุขภาพ ขอให้**สภาวิชาชีพ**ดำเนินการทบทวนการกำหนดสมรรถนะ (Competency) ของบัณฑิต ทบทวนข้อจำกัดและเงื่อนไขในการประกอบวิชาชีพให้เอื้อต่อการทำงานร่วมกันของวิชาชีพ (Inter-professional collaboration)

โดยข้อเสนอดังกล่าวได้มีการนำไปใช้ทางนโยบายดังนี้

๑. นำเข้าพิจารณาในคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ เมื่อวันที่ ๒๐ มกราคม ๒๕๖๐

๒. นำเสนอในที่ประชุมวิชาการประจำปีระดับชาติ “การพัฒนาการศึกษาสำหรับบุคลากรด้านสุขภาพ” เมื่อวันที่ ๒๑-๒๓ พฤศจิกายน ๒๕๕๙ โดยผู้เข้าร่วมประชุมเป็นผู้บริหารของกระทรวงสาธารณสุข ผู้บริหารสถาบันการศึกษา และคณะจารย์สถาบันการศึกษาในสายวิชาชีพต่างๆ

๓. นำเสนอในคณะกรรมการกำลังคนด้านสุขภาพแห่งชาติ และมีการร่วมมือต่อเนื่องกับสำนักงานคณะกรรมการอุดมศึกษา ในการนำแผนไปกำหนดนโยบายการผลิตในสาขาอาชีพต่างๆ

รายงานผลการดำเนินงาน โครงการสนับสนุนการขับเคลื่อนการพัฒนา บุคลากรด้านสุขภาพด้วยหลักฐานเชิงประจักษ์ ในปี ๒ (พ.ศ. ๒๕๕๙)

๑. หลักการและเหตุผล

กำลังคนด้านสุขภาพ เป็นทรัพยากรที่มีความสำคัญในระบบสุขภาพ โดยองค์การอนามัยโลก (World Health Organization) กำหนดให้เป็นหนึ่งใน ๖ องค์ประกอบของระบบสุขภาพ โดยเป็นปัจจัยแห่งความสำเร็จหรือความล้มเหลวของการดำเนินงานด้านสุขภาพ อีกทั้งเป็นผู้บริหารจัดการระบบบริการสุขภาพ เพื่อให้เกิดสุขภาพที่ดีขึ้นในหมู่ประชาชน กำลังคนด้านสุขภาพ มิได้หมายถึงแค่บุคลากรด้านสาธารณสุขที่ปฏิบัติหน้าที่ให้บริการด้านสุขภาพ โดยมีกฎหมาย ระเบียบ หรือข้อกำหนดรองรับเท่านั้น แต่ยังคงครอบคลุมบุคคลและกลุ่มบุคคลอื่นที่แม้ยังไม่มีกฎหมาย ระเบียบต่างๆรองรับ แต่สามารถให้บริการด้านสุขภาพอย่างผสมผสานและมีประสิทธิภาพ

อย่างไรก็ตามประเทศไทยได้ประสบกับปัญหาด้านกำลังคนด้านสุขภาพมาอย่างยาวนาน ทั้งในเรื่องความขาดแคลน การกระจายไปยังพื้นที่ขาดแคลนในชนบท และการบำรุงรักษาบุคลากรในพื้นที่ทุรกันดาร นอกจากนี้ในปัจจุบันระบบบริการสุขภาพของประเทศไทยมีความซับซ้อน อีกทั้งความต้องการด้านสุขภาพของประชาชนไทยเพิ่มมากขึ้น จากปัจจัยต่างๆ เช่น การเพิ่มขึ้นของผู้สูงอายุ การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพ ทำให้แบบแผนของความเจ็บป่วยประชาชนเปลี่ยนจากโรคติดเชื้อ เป็นกลุ่มโรคไม่ติดต่อ การเติบโตทางเศรษฐกิจและสังคม ทำให้ประชาชนมีความรู้ และความต้องการบริการที่มีคุณภาพ มาตรฐานมากขึ้น นอกจากนี้ความเป็นโลกาภิวัตน์ทำให้สังคมโลกแคบลง ความมีอิสระในการเคลื่อนย้ายทั้งผู้ป่วยและบุคลากรทางการแพทย์ระหว่างประเทศมีมากขึ้น ปัจจัยเหล่านี้ล้วนส่งผลให้ทั้งปริมาณและคุณภาพบริการทางด้านสุขภาพสูงขึ้น ซึ่งในที่สุดย่อมส่งผลกระทบต่อกำลังคนด้านสุขภาพอย่างหลีกเลี่ยงมิได้

ในช่วงเวลาหลายทศวรรษที่ผ่านมาภาครัฐ และกระทรวงสาธารณสุขได้มีมาตรการต่างๆ อย่างต่อเนื่องในการแก้ไขปัญหากำลังคนด้านสุขภาพของประเทศไทย อย่างไรก็ตามการตอบสนองนโยบายภาครัฐอาจจะไม่ทันต่อสภาพปัญหาที่ซับซ้อนในปัจจุบัน โดยสรุปสภาพปัญหากำลังคนด้านสุขภาพของประเทศไทยได้ดังนี้

๑. มีนโยบายและยุทธศาสตร์ รวมทั้งโครงสร้างการดำเนินการขับเคลื่อน ทุกระดับ แต่ยังมีปัญหาเรื่องประสิทธิภาพ ประสิทธิผล ความต่อเนื่อง และความยั่งยืนของกลไกเลขานุการกิจทั้งสองคณะกรรมการ รวมทั้งขีดความสามารถ(บุคคล สถาบัน และเครือข่าย) ของหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง
๒. มีการพัฒนางานวิจัยระบบข้อมูลด้านบุคลากรสุขภาพ แต่ยังไม่บริหารจัดการ ไม่สมบูรณ์ ไม่ต่อเนื่อง ไม่ตรงตามความต้องการและความจำเป็นด้านนโยบาย
๓. พลวัตของการเปลี่ยนแปลงความพยายามและสิ่งที่เกิดขึ้น ไม่ทันกับการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว และแนวโน้มความรุนแรงของสถานการณ์

แนวทางแก้ไขปัญหานี้คือการใช้อำนาจความรู้ และหลักฐานเชิงประจักษ์ เป็นเครื่องมือหลักในการพัฒนานโยบายแก้ไขปัญหากลุ่มคนของประเทศ ในขณะที่เดียวกันการพัฒนานักวิชาการที่มีความรู้ความเชี่ยวชาญในเรื่องกำลังคนด้านสุขภาพ ตลอดจนสร้างเครือข่าย และพัฒนาโลกในการผลักดันนโยบาย ควบคุมติดตามกำกับ จะเป็นแนวทางที่ยั่งยืนในการแก้ไขปัญหากลุ่มคนด้านสุขภาพของประเทศ

แผนงานสนับสนุนการขับเคลื่อนการพัฒนาบุคลากรด้านสุขภาพด้วยหลักฐานเชิงประจักษ์ ได้รับการพัฒนาขึ้นมาเพื่อเป็นจุดเริ่มต้นของแนวทางแก้ไขปัญหาดังกล่าว โดย สำนักงานวิจัยและพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพ (สวค.) เป็นหน่วยงานปฏิบัติ ในรอบปีที่ ๑ (พ.ศ. ๒๕๕๘) ทางสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ ได้ให้ทุนสนับสนุนการดำเนินการโดยเฉพาะอย่างยิ่ง ภารกิจในการจัดทำข้อเสนอแนะทางนโยบาย โดยผ่านกลไก “คณะกรรมการกำลังคนด้านสุขภาพแห่งชาติ” โดยใช้แนวคิดการสนับสนุนด้านวิชาการในการขับเคลื่อนการพัฒนา (Support academic work for HRH movement mechanism) โดยได้เกิดผลงานตามภารกิจที่ได้ตั้งไว้ในการทำงานในปีแรกดังนี้

ตารางที่ ๑ ผลการดำเนินงานในปีที่ ๑ โดยสรุป

พันธกิจ	ผลการดำเนินการ
๑. การสนับสนุนงานเลขานุการกิจแก่คณะกรรมการกำลังคนด้านสุขภาพแห่งชาติ	<ul style="list-style-type: none"> ● จัดประชุมคณะกรรมการกำลังคนด้านสุขภาพแห่งชาติ จำนวน ๒ ครั้ง ในวันที่ ๖ กรกฎาคม และ ๑๔ ตุลาคม ๒๕๕๘ ● ดำเนินการคณะกรรมการวางแผนกำลังคนด้านสุขภาพในทศวรรษหน้า
๒. การสนับสนุนวิชาการในการขับเคลื่อนนโยบายกำลังคนด้านสุขภาพ	<ul style="list-style-type: none"> ● พัฒนาข้อเสนอระบบสุขภาพที่พึงประสงค์ในอีก ๑๐ ปีข้างหน้า ● พัฒนาข้อเสนอการปรับระบบการผลิตเพื่อสนับสนุนการจ้างอยู่ของบุคลากรในพื้นที่ชนบท

และเพื่อให้การดำเนินงานเป็นไปอย่างต่อเนื่อง ทางสำนักงานวิจัยและพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพ (สวค.) ได้เสนอแผนการดำเนินงานในรอบปีที่ ๒ (พ.ศ. ๒๕๕๙) ดังต่อไปนี้

๒. วัตถุประสงค์

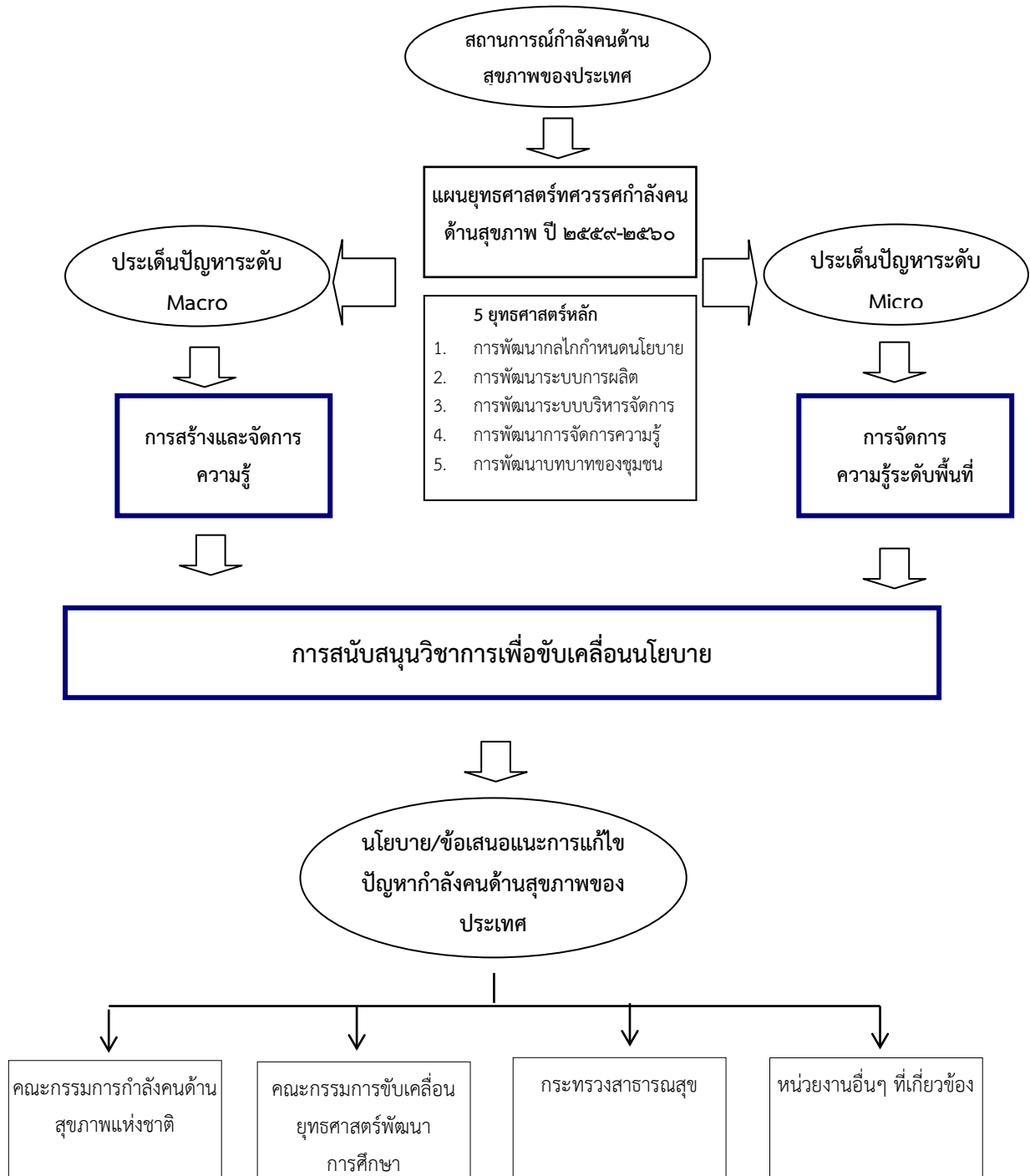
๒.๑ วัตถุประสงค์หลัก

เพื่อพัฒนาข้อเสนอเชิงนโยบายที่สามารถนำไปสู่การแก้ไขปัญหามูลฐานของการมีข้อมูลสนับสนุนทางวิชาการที่ดี โดยผ่านช่องทางคณะกรรมการกำลังคนด้านสุขภาพแห่งชาติ

๒.๒ วัตถุประสงค์ย่อย

๑. พัฒนาข้อเสนอแนะเชิงนโยบายที่เกี่ยวข้องกับกำลังคนด้านสุขภาพของประเทศ
๒. พัฒนากลไกในการทำงานร่วมกันระหว่างภาคส่วนต่างๆที่เกี่ยวข้องในเรื่องกำลังคนด้านสุขภาพ

๓. กรอบการทำงาน



การดำเนินงานจะใช้ยุทธศาสตร์การสร้างและจัดการความรู้ ร่วมกับยุทธศาสตร์การขับเคลื่อนนโยบาย เพื่อที่จะนำไปสู่การผลักดันนโยบายเพื่อแก้ไขปัญหากำลังคนด้านสุขภาพของประเทศ โดยการสร้างและจัดการความรู้ ดำเนินการโดยผ่านกระบวนการทางวิชาการ โดยใช้การวิจัยทั้งในภาพรวมระดับ Macro และการถอดบทเรียนความสำเร็จต่างๆ ที่เกิดขึ้นในระดับพื้นที่ (Area-based) นำมาสู่การสังเคราะห์ข้อเสนอเชิงนโยบาย หลังจากนั้นจะนำไปสู่กระบวนการผลักดันนโยบายผ่านช่องทางกลไกนโยบาย (Policy platform) ที่หลากหลาย โดยเฉพาะอย่างยิ่ง “คณะกรรมการกำลังคนด้านสุขภาพแห่งชาติ” ที่เป็นกลไกที่อยู่ภายใต้ คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (คสช.) อย่างไรก็ตามการผลักดันนโยบายสามารถดำเนินการได้ โดยผ่านช่องทางอื่นๆ เช่น คณะกรรมการขับเคลื่อนยุทธศาสตร์เพื่อปฏิรูปการศึกษาสำหรับบุคลากรสุขภาพในศตวรรษที่ ๒๑ กระทรวงสาธารณสุข และหน่วยงานอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง

๔. กิจกรรมการดำเนินงานในปี ๒๕๕๙

๔.๑ การขับเคลื่อนงานวิชาการ

๑. สนับสนุนงานเลขานุการกิจด้านวิชาการ ให้แก่คณะกรรมการกำลังคนด้านสุขภาพแห่งชาติ ทั้งนี้การสนับสนุนทางวิชาการให้ครอบคลุมประเด็นยุทธศาสตร์ทั้ง การวางแผน การพัฒนา และการบริหารจัดการ กำลังคนด้านสุขภาพ ตามที่ระบุไว้ใน “แผนยุทธศาสตร์ทศวรรษกำลังคนด้านสุขภาพ พ.ศ. ๒๕๕๙-๒๕๕๙” เพื่อนำไปสู่การพัฒนานโยบายเกี่ยวกับกำลังคนด้านสุขภาพของประเทศ สนับสนุนทางวิชาการกับคณะอนุกรรมการชุดต่างๆ ที่แต่งตั้งขึ้นจากคณะกรรมการกำลังคนด้านสุขภาพ ได้แก่

๑.๑ คณะอนุกรรมการวางแผนกำลังคนด้านสุขภาพ

ใช้การทำงานร่วมกับคณะทำงานย่อยในส่วนวิชาชีพ และ Setting จำนวน ๑๖ ชุด โดยมีผลลัพธ์การทำงานที่สำคัญ คือ ข้อเสนอแนะในการวางแผนกำลังคนด้านสุขภาพ ในอีก ๑๐ ปีข้างหน้า โดยครอบคลุม ๕ เรื่อง ดังนี้

๑. ประเภทของวิชาชีพ
๒. จำนวนที่ต้องการ
๓. Competency
๔. มาตรการในการกระจาย และ
๕. มาตรการในการธำรงรักษา

๔.๒ การบริหารจัดการ

๑. สนับสนุนงานเลขานุการกิจในด้านการบริหารจัดการให้แก่คณะกรรมการกำลังคนด้านสุขภาพแห่งชาติ โดยมีขอบเขตดังนี้

๑.๑ การจัดทำวาระการประชุม และเอกสารประกอบการประชุม

๑.๒ การสรุปรายงานการประชุม

๑.๓ การนัดหมายการประชุม จุฬารัตนทางการเงินที่เกี่ยวข้องในการดำเนินการจัดการประชุม

โดยคณะกรรมการกำลังคนด้านสุขภาพแห่งชาติ มีวาระการประชุม ทุก ๔ เดือน

๒. สนับสนุนงานเลขานุการกิจในด้านการบริหารจัดการให้แก่คณะกรรมการที่ตั้งโดยคณะกรรมการกำลังคนด้านสุขภาพแห่งชาติ โดยบทบาทหน้าที่ตามที่ได้กล่าวแล้วข้างต้น

๓. แผนงานฯ มีหน้าที่จัดทำรายงานสรุปผลการดำเนินงาน และงบประมาณ เพื่อให้ทางสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพทราบ เมื่อสิ้นสุดการดำเนินงานประจำปี

๕. ผลที่คาดว่าจะได้รับ

๑. ข้อเสนอแนะในการวางแผนการผลิตกำลังคนด้านสุขภาพ ในอีก ๑๐ ปีข้างหน้า

๒. ข้อเสนอในการบริหารบริหารจัดการกำลังคนด้านสุขภาพของประเทศ

ตารางที่ ๒ สรุปกิจกรรมและเป้าหมายในปี ๒๕๕๙

กิจกรรม	จำนวน	เป้าหมายผลงาน
๑. สนับสนุนงานเลขานุการกิจด้านบริหารจัดการ		
๑.๑ จัดการประชุมคณะกรรมการกำลังคนด้านสุขภาพแห่งชาติ	ปีละ ๓ ครั้ง	<ul style="list-style-type: none"> รายงานการประชุมคณะกรรมการ
๑.๒ จัดการประชุมคณะอนุกรรมการวางแผนกำลังคนด้านสุขภาพ	ปีละ ๖ ครั้ง	<ul style="list-style-type: none"> รายงานการประชุมคณะอนุกรรมการ
๒. การสนับสนุนงานวิชาการ		
๒.๑ การพัฒนาข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย	๑ เรื่อง	๑. ข้อเสนอเชิงนโยบายในวางแผนการผลิตกำลังคนด้านสุขภาพในอีก ๑๐ ปีข้างหน้า
๒.๒ การจัดทำ policy brief	๑ เรื่อง	๑. ข้อเสนอในการกระจายและธำรงรักษาบุคลากรด้านสุขภาพ

เอกสารผนวก ๑

การประชุมคณะกรรมการกำลังคน ด้านสุขภาพแห่งชาติ

รายงานการประชุมคณะกรรมการกำลังคนด้านสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ ๑/๒๕๕๙

วันพุธที่ ๓ กุมภาพันธ์ ๒๕๕๙ เวลา ๐๙.๓๐ - ๑๒.๓๐ น.

ณ ห้องประชุมสานใจ ๒ ชั้น ๖ อาคารสุขภาพแห่งชาติ บริเวณกระทรวงสาธารณสุข จังหวัดนนทบุรี

กรรมการที่เข้าประชุม

๑. นพ.มงคล ณ สงขลา	ผู้ทรงคุณวุฒิ	ประธาน
๒. นพ.สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ	ผู้ทรงคุณวุฒิ	รองประธาน
๓. นพ.สมศักดิ์ อรรฆศิลป์	รองปลัดกระทรวงสาธารณสุข	
๔. นายบัญชา อาภาศิลป์	แทน เลขาธิการคณะกรรมการข้าราชการพลเรือน	
๕. นางสาวประสพศรี รักความสุข	แทน เลขาธิการคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ	
๖. นางสาววัฒนาพร สุขพรต	แทน เลขาธิการคณะกรรมการการอุดมศึกษา กระทรวงศึกษาธิการ	
๗. นพ.จเด็จ ธรรมธัชอารี	แทน เลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ	
๘. นพ.ชวินทร์ ศิรินาค	แทนรองปลัดกรุงเทพมหานคร	
๙. นายภูวนธ มะลินิล	แทน อธิบดีกรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น	
๑๐. นางสาวนันทพร อังอติชาติ	แทน ผู้อำนวยการสถาบันเพิ่มผลผลิตแห่งชาติ	
๑๑. นางสมใจ ลีวิเศษไพบูลย์	แทน นายกสภากายภาพบำบัด	
๑๒. รศ.สุปาณี เสนาดีศิย	แทน นายกสภาการพยาบาล	
๑๓. นายธาดา วรรณปิยกุล	ประธานมูลนิธิเครือข่ายหมออนามัย	
๑๔. รศ.ดร.จิราพร ลีมีปานานนท์	ประธานมูลนิธิเพื่อผู้บริโภค	
๑๕. ศ.วีระพงษ์ ปรีชชญาสิทธิกุล	คณะเทคนิคการแพทย์ มหาวิทยาลัยมหิดล	
๑๖. นายเจษฎา มิ่งสมร	สถาบันพัฒนาองค์กรชุมชน	
๑๗. นายสุรพันธ์ ปุสเสด็จ	กรรมการผู้ทรงคุณวุฒิ	
๑๘. นางอรพรรณ ศรีสุขวัฒนา	แทนเลขาธิการคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ เลขานุการ	
๑๙. นพ.พงศธร พอกเพิ่มดี	ผู้อำนวยการสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข ผู้ช่วยเลขานุการ	
๒๐. นพ.ทิมกร โนรี	ผู้จัดการสำนักงานวิจัยและพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพ ผู้ช่วยเลขานุการ	

รายชื่อผู้เข้าร่วมประชุม

๑. ดร.ภญ.ธิดาพร จิระวัฒนไพศาล	สำนักกัณโรค กรมควบคุมโรค
๒. ดร.นาตยา พรหมทอง	สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ
๓. นพ.ขวัญประชา เชียงไชยสกุลไทย	สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ
๔. นายโยธิน ถนอมวัฒน์	สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ
๕. นางสาวปริญดา เสนีย์รัตนประยูร	สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ
๖. นางสาวกานต์วรินทร์ ก่องกุลวัฒน์	สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ

เริ่มประชุม เวลา ๐๙.๕๐ น.

ระเบียบวาระที่ ๑ เรื่องแจ้งที่ประชุมทราบ

๑.๑ เรื่องประธานแจ้งที่ประชุมทราบ

ประธานคณะกรรมการกำลังคนด้านสุขภาพแห่งชาติ กล่าวเปิดการประชุม และหารือปัญหาเรื่องกำลังคนที่มีปัญหาอยู่ในทุกๆ ประเทศ รวมถึงความสำคัญของการบริหารจัดการกำลังคนด้านสุขภาพที่ต้องมีความร่วมมือกันจากทุกภาคส่วน เพื่อให้ได้ประโยชน์กับประเทศชาติสูงสุด โดยมองภาพรวมของการบริหารกำลังคนด้านสุขภาพร่วมกัน

ระเบียบวาระที่ ๒ รับรองรายงานการประชุมฯ ครั้งที่ ๒/๒๕๕๘

ที่ประชุมรับรองรายงานการประชุมคณะกรรมการฯ ครั้งที่ ๒/๒๕๕๘ เมื่อวันที่ ๑๔ ตุลาคม ๒๕๕๘ โดยมีข้อเสนอแนะเพิ่มเติมจากรายงานการประชุม ดังนี้

หน้า ๓ ข้อ ๗ ควรมีการรายงานความเคลื่อนไหวการทำงานของคณะกรรมการและคณะอนุกรรมการฯ, ข้อมูลการเคลื่อนไหวด้านกำลังคนด้านสุขภาพจากทั่วโลก และควรมีช่องทางในการสื่อสาร เช่น จดหมายข่าว (Newsletter) ในการรับข้อมูลจากหน่วยงานต่างๆ โดยต้องมีหน่วยงานกลางในการวิเคราะห์ข้อมูลแบบ real time ในการวิเคราะห์และชี้แนะข้อมูลต่อผู้กำหนดนโยบายและสาธารณะ

ระเบียบวาระที่ ๓ เรื่องเพื่อทราบ

๓.๑ แนวทางการทำงานในการพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพระดับพื้นที่

นพ.ขวัญประชา เชียงไชยสกุลไทย นำเสนอแนวทางการทำงานในการพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพระดับพื้นที่ โดยเป็นการสร้างกระบวนการใช้งานวิชาการและการบริหารจัดการในการดำเนินการเพื่อให้ได้แผนกำลังคนระดับเขตที่สามารถแก้ปัญหาได้จริง ซึ่งจะมีการจัดทำการประชุมเชิงปฏิบัติการให้กับ Chief Human Resources Officer (CHRO) ในแต่ละเขตสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุข โดยทดลองทำกับ ๔ เขต มีเป้าหมายในการวางแผนและบริหารจัดการกำลังคนในระดับเขต และขยายผลต่อไป จึงเสนอมาเพื่อคณะกรรมการฯ ทราบ และให้คำแนะนำในส่วนที่เกี่ยวข้องต่อไป

ที่ประชุมได้มีประเด็นอภิปราย ดังนี้

๑. ให้มีแนวทางในการดำเนินงานจากระดับกระทรวงถึงระดับท้องถิ่นด้วย โดยสนับสนุนให้ มีกลไกการทำงานร่วมกันภายในระดับเขต
๒. การมีผู้แทนท้องถิ่นในระดับเขต ต้องมีกระบวนการในการแลกเปลี่ยนกันเองภายในเขต ในระดับท้องถิ่น เพื่อเชื่อมต่อการทำงานของภาคเขตกับกระทรวงสาธารณสุข
๓. การทำความเข้าใจให้ชัดเจนของคำว่า “เขตบริการสุขภาพ” ที่มีพื้นที่ในการทำงานที่ทับซ้อนกัน เป็นพื้นที่ในการทำงานที่เดียวกัน โดยใช้พื้นที่ของเขตสุขภาพเพื่อประชาชนเป็นตัวกลางในการประสานงาน ที่นพ.ศุภกิจเป็นผู้ดูแลรับผิดชอบ เป็นพื้นที่ในการพูดคุยหรือทำกิจกรรม
๔. ให้เน้นการพัฒนาใน ๔ ส่วน ดังนี้ ๑) hard skill ๒) soft skill ๓) ability และ ๔) Career path

มติที่ประชุม ทราบ และมอบฝ่ายเลขานุการรับข้อเสนอแนะจากที่ประชุมไปประสานกับ คณะอนุกรรมการฯ จัดการกำลังคนในพื้นที่ เพื่อวางแผนในการทำงานต่อไป

ระเบียบวาระที่ ๓ เรื่องเพื่อทราบ

๓.๒ แผนการดำเนินงานเกี่ยวกับบุคลากรด้านสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุข

นพ.พงศธร พอกเพิ่มดี ผู้อำนวยการสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ นำเสนอแผนการดำเนินงานเกี่ยวกับบุคลากรด้านสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุขใน ๓ ประเด็น ดังนี้

๑. People strategy คือ กลยุทธ์ในการบริหารจัดการกำลังคนอย่างเป็นระบบ ประกอบด้วย แผนปฏิบัติการ ระยะเวลา และการวัดผลสำเร็จ เพื่อตอบสนองต่อยุทธศาสตร์ของหน่วยงาน โดยยกตัวอย่างของประเทศออสเตรเลีย ที่ต้องเข้าใจใน ๓ แกนหลัก คือ “Who We Are” “What We Do” “How We Do It” เพื่อนำมาปรับให้เข้ากับบริบทของประเทศไทย
๒. กรอบยุทธศาสตร์ความร่วมมือระหว่างกระทรวงสาธารณสุขกับมหาวิทยาลัย โดยเบื้องต้นกระทรวงสาธารณสุขได้มีการหารือกับหน่วยงานสำนักงานคณะกรรมการอุดมศึกษา (สกอ.) และคณะแพทย์จากมหาวิทยาลัยต่างๆ ใน ๕ ประเด็น ดังนี้
 - (๑) (ร่าง) ยุทธศาสตร์การจัดตั้งศูนย์ความเป็นเลิศทางการแพทย์ของหน่วยงานภาครัฐ ใน ๓ ส่วน คือ ด้านบริการ ด้านบุคลากร และด้านวิจัย
 - (๒) ความร่วมมือระหว่างเขตสุขภาพกับมหาวิทยาลัย
 - (๓) การจัดระดับและเกณฑ์มาตรฐานศูนย์ความเป็นเลิศแต่ละสาขา
 - (๔) ค่าเป้าหมายในการพัฒนาศูนย์ความเป็นเลิศและความครอบคลุม
 - (๕) กลไกการดำเนินการร่วมกันในการพัฒนาศูนย์ความเป็นเลิศระหว่างเขตสุขภาพและมหาวิทยาลัย
๓. ทิศทาง people strategy กสธ. ในอนาคต นำร่องใน ๔ เขต ได้แก่ เขต ๒, ๔, ๘ และ ๑๒ และขยายผลให้ครบ ๑๒ เขตในอนาคต โดยบูรณาการการทำงานร่วมกับสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.)

ที่ประชุมได้มีประเด็นอภิปราย ดังนี้

๑. การจ้างทีม consultant ในการทำงาน แต่ต้องมีทีมที่มีความเข้มแข็ง ในด้าน หลักการ (concept) และเนื้อหา (content) ในการตรวจสอบข้อมูล หรือการสร้าง knowhow ในการทำงาน ขึ้นมาในแบบของเราเอง โดยไม่ต้องจ้าง consultant โดยขณะนี้กำลังในการทำงานร่วมกันระหว่างรัฐและเอกชน เพื่อเป้าหมายในการทำงานระดับประเทศ
๒. ในเบื้องต้นควรเชิญอาจารย์สุรพันธ์ ปุสเสด็จ มาเป็นที่ปรึกษาในการดำเนินงาน เพื่อช่วยชี้แนะและเสนอข้อคิดเห็น ร่วมกับสถาบันเพิ่มผลผลิตแห่งชาติด้วยและส่งให้คณะกรรมการกำลังคนด้านสุขภาพรับทราบความคืบหน้าต่อไป หรือ แต่งตั้งคณะกรรมการ consultant ขึ้นมาอีกคณะในการทำงาน
๓. การมีหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการวางแผนกำลังคนด้านสุขภาพร่วมกัน เช่น รพ.เอกชน, รพ.มหาวิทยาลัย, รพ.สังกัดกระทรวงกลาโหม

มติที่ประชุม ทราบ และมอบฝ่ายเลขานุการรับข้อเสนอแนะจากที่ประชุม โดยรายงานความคืบหน้าการดำเนินงานให้คณะกรรมการทราบอย่างต่อเนื่อง

ระเบียบวาระที่ ๔ เรื่องสืบเนื่อง

๔.๑ ผลการดำเนินงานคณะกรรมการวางแผนกำลังคนด้านสุขภาพของประเทศในทศวรรษหน้า (พ.ศ.๒๕๖๐-๒๕๖๙) นพ.ทิตนกร โนรี กรรมการและผู้ช่วยเลขานุการ นำเสนอผลการดำเนินงานที่สำคัญ โดยได้มีการจัดประชุมการทำงานร่วมกันระหว่างคณะทำงานด้านระบบบริการ (service setting) และคณะทำงานวิชาชีพทั้ง ๑๖ คณะทำงาน เพื่อกำหนดกรอบระบบบริการในอนาคต ตลอดจนกำหนดขอบเขตงานของแต่ละวิชาชีพที่สอดคล้องกับบทบาทหน้าที่ของระดับบริการ มีการใช้รูปแบบการคาดการณ์กำลังคนที่หลากหลาย เช่น การใช้สัดส่วนประชากร, การใช้บริการสุขภาพ, ความจำเป็นด้านสุขภาพ และกำหนดเป้าหมายบริการ ขึ้นอยู่กับความเหมาะสมของแต่ละวิชาชีพและ setting โดยมีแผนจะจัดประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อนำเสนอผลการดำเนินงานของแต่ละคณะทำงาน ในวันที่ ๑-๒ มีนาคม ๒๕๕๙

ที่ประชุมได้มีประเด็นอภิปราย ดังนี้

๑. เพิ่มคำสั่งแต่งตั้งคณะทำงานวิชาชีพพยาบาล และคณะทำงานวิชาชีพกายภาพบำบัด เพื่อให้เกิดการทำงานร่วมกันได้อย่างมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

มติที่ประชุม ทราบ และมอบฝ่ายเลขานุการรับข้อเสนอแนะจากที่ประชุม โดยรายงานความคืบหน้าการดำเนินงานให้คณะกรรมการทราบอย่างต่อเนื่อง

ระเบียบวาระที่ ๕ การทบทวนแผนยุทธศาสตร์ทศวรรษกำลังคนด้านสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.๒๕๕๐ - ๒๕๕๙
ไม่มีการพิจารณาตามระเบียบวาระ

ระเบียบวาระที่ ๖ เรื่องอื่นๆ

๖.๑ นัดหมายการประชุมครั้งต่อไป (ครั้งที่ ๒/๒๕๕๙)

วันศุกร์ที่ ๑๗ มิถุนายน ๒๕๕๙ เวลา ๐๙.๓๐ - ๑๒.๓๐ น.

มติที่ประชุม รับทราบ

ปิดการประชุมเวลา ๑๒.๓๐ น.

นางสาวกานต์วรินทร์ ก่องกุลวัฒน์ ผู้บันทึกรายงานการประชุม
นายแพทย์ทิตนกร โนรีผู้ตรวจรายงานการประชุม

รายงานการประชุมคณะกรรมการกำลังคนด้านสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ ๒/๒๕๕๙

วันศุกร์ที่ ๑๗ มิถุนายน ๒๕๕๙ เวลา ๐๙.๓๐ - ๑๒.๓๐ น.

ณ ห้องประชุมสถานใจ ๒ ชั้น ๖ อาคารสุขภาพแห่งชาติ บริเวณกระทรวงสาธารณสุข จังหวัดนนทบุรี

กรรมการที่เข้าประชุม

๑. นพ.มงคล ณ สงขลา	ผู้ทรงคุณวุฒิ	ประธาน
๒. นพ.สมศักดิ์ อรรฆศิลป์	รองปลัดกระทรวงสาธารณสุข	
๓. นางสาวประสพศรี รักความสุข	แทน เลขาธิการคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจ และสังคมแห่งชาติ	
๔. นางสาววัฒนาพร สุขพรต	แทน เลขาธิการคณะกรรมการการอุดมศึกษา กระทรวงศึกษาธิการ	
๕. นพ.วงวัฒน์ ลีวลักษณ์	แทน รองปลัดกรุงเทพมหานคร	
๖. นางสาวบุรณี แพร์โรจน์	แทน อธิบดีกรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น	
๗. นางสาวนันทพร อังอติชาติ	แทน ผู้อำนวยการสถาบันเพิ่มผลผลิตแห่งชาติ	
๘. รศ.พญ.ประสพศรี อึ้งถาวร	แทน นายกแพทยสภา	
๙. นางสมใจ ลือวิเศษไพบูลย์	แทน นายกสภากายภาพบำบัด	
๑๐. รศ.สุปาณี เสนาดีสัย	แทน นายกสภาการพยาบาล	
๑๑. นายธาดา วรรณปิยกุล	ประธานมูลนิธิเครือข่ายหมออนามัย	
๑๒. รศ.ดร.จิราพร ลิ้มปานานนท์	ประธานมูลนิธิเพื่อผู้บริโภค	
๑๓. ศ.ดร.วิภาดา คุณาวิกติกุล	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่	
๑๔. ศ.วีระพงษ์ รัชชญาสิทธิกุล	คณะเทคนิคการแพทย์ มหาวิทยาลัยมหิดล	
๑๕. ศ.นพ.ภิเศก ลุมพิกานนท์	คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น	
๑๖. ศ.พญ.วณิษา ชื่นกองแก้ว	คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล	
๑๗. นางอรพรรณ ศรีสุขวัฒนา	แทน เลขาธิการคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ เลขาธิการ	
๑๘. นพ.สุวิชา ศฤงคารพูนเพิ่ม	แทน ผู้อำนวยการสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข ผู้ช่วยเลขาธิการ	
๑๙. นพ.ทิมกร โนรี	ผู้จัดการสำนักงานวิจัยและพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพ ผู้ช่วยเลขาธิการ	

รายชื่อผู้เข้าร่วมประชุม

๑. นางธิดิภัทร คูหา	สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข
๒. นางสาวมานิดา น้อยเล็ก	สำนักงานคณะกรรมการการอุดมศึกษา
๓. นางสาวอดิชนารถ พึ่งความชอบ	แพทยสภา
๔. นายศุภวัฒน์ โพธิ์ทอง	แพทยสภา
๕. ดร.นาตยา พรหมทอง	สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ
๖. นพ.ขวัญประชา เชียงไชยสกุลไทย	สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ

๗. ดร.นารีรัตน์ ผุดผ่อง	สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ
๘. ดร.ธัญธิตา วิสัยจร	สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ
๙. นางดวงทิพย์ อีระวิทย์	สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ
๑๐. นายโยธิน ถนอมวัฒน์	สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ
๑๑. นางสาวกานต์วรินทร์ ก่องกุลวัฒน์	สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ
๑๒. นางสาวนำพร สามีภักดิ์	สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ
๑๓. นางสาววิภาณี มีศิลป์	สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ

เริ่มประชุม เวลา ๐๙.๔๐ น.

ระเบียบวาระที่ ๑ เรื่องแจ้งที่ประชุมทราบ

๑.๑ เรื่องประธานแจ้งที่ประชุมทราบ

ประธานกรรมการกำลังคนด้านสุขภาพแห่งชาติ เปิดการประชุม และหารือปัญหาเรื่องกำลังคนที่มีปัญหาอยู่ในทุกๆ ประเทศ รวมถึงความสำคัญของการบริหารจัดการกำลังคนด้านสุขภาพที่ต้องการความร่วมมือจากทุกภาคส่วน เพื่อให้ได้ประโยชน์กับประเทศชาติสูงสุด โดยมองภาพรวมของการบริหารกำลังคนด้านสุขภาพร่วมกัน

การศึกษาดูงานที่โรงพยาบาลบางพลี จังหวัดสมุทรปราการ เกี่ยวข้องกับงานด้านกำลังคนในเรื่องของ Efficiency and availability โดยฝากกระทรวงสาธารณสุขช่วยเหลือโรงพยาบาลในด้านเทคนิค รวมถึงการใช้ทรัพยากรกำลังคนในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) โดยต้องมองถึงประโยชน์ของคนไข้ที่จะได้รับบริการอย่างแท้จริงจากกำลังคนที่มีให้เกิดประสิทธิภาพสูงสุด

ระเบียบวาระที่ ๒ รับรองรายงานการประชุมฯ ครั้งที่ ๑/๒๕๕๙

ที่ประชุมรับรองรายงานการประชุมคณะกรรมการฯ ครั้งที่ ๑/๒๕๕๙ เมื่อวันที่ ๓ กุมภาพันธ์ ๒๕๕๙

ระเบียบวาระที่ ๓ เรื่องสืบเนื่อง

๓.๑ การวางแผนกำลังคนด้านสุขภาพของประเทศในทศวรรษหน้า

(พ.ศ. ๒๕๖๐-๒๕๖๙)

นพ.ฉัตร โนรี นำเสนอผลความคืบหน้าผลการดำเนินงานการวางแผนกำลังคนฯ ระหว่างเดือนกุมภาพันธ์ - พฤษภาคม ๒๕๕๘ ที่ผ่านมา โดยได้จัดการประชุมเชิงปฏิบัติการฯ ครั้งที่ ๔ เมื่อวันที่ ๑-๒ กุมภาพันธ์ ๒๕๕๙ ซึ่งส่วนใหญ่ใช้วิธีการคาดการณ์โดยใช้ Service utilization approach ส่วนการคาดการณ์จำนวนกำลังคนสาขาต่างๆ (supply projection) จะใช้ฐานข้อมูลจากสภาและองค์กรวิชาชีพต่างๆ โดยกำหนดแผนการประชุมเชิงปฏิบัติการครั้งต่อไป ระหว่างวันที่ ๑๒-๑๓ กรกฎาคม ๒๕๕๙ และการทำประชาพิจารณ์เพื่อรับฟังความคิดเห็นจากผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้อง ประมาณเดือนสิงหาคม เพื่อนำข้อเสนอเชิงนโยบายการวางแผนกำลังคนด้านสุขภาพเข้าพิจารณาในการประชุมคณะกรรมการกำลังคนด้านสุขภาพ และคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติต่อไป

ที่ประชุมได้มีประเด็นอภิปราย ดังนี้

๑. กระบวนการทำประชาพิจารณ์ให้เชิญคณะกรรมการกำลังคนด้านสุขภาพ และ คณะกรรมการแต่ละสาขาวิชาชีพเข้าร่วมด้วย ให้เกิดการมีส่วนร่วมของทุกฝ่าย เพื่อจะได้ปรับแก้ในส่วนที่เป็นสาระสำคัญ (trigger point) ที่จำเป็นต้องแก้ไข
๒. Scenario ยังไม่ได้สรุปว่าจะใช้รูปแบบใด เนื่องจากต้องมีกระบวนการในการสรุปภาพสุดท้าย ซึ่งต้องรอข้อมูลนำเข้าที่สำคัญจากกระทรวงสาธารณสุข ในเรื่องของแผนบริการสุขภาพ (service plan) ที่จะกระทบภาพรวมของระบบบริการทั้งประเทศ ซึ่งมีนโยบายบางอย่างของกระทรวงที่มีผลกระทบต่อภาพรวม เช่น primary care cluster
๓. ขณะนี้อำนาจในการจัดการยังรวมอยู่ที่ศูนย์กลาง ในอนาคตหากเกิดการเปลี่ยนแปลง มีการกระจายอำนาจไปสู่ภูมิภาค จะมีวิธีการรับมืออย่างไร เช่น โรงพยาบาลขององค์การบริหารส่วนจังหวัดที่จะค่อยๆ เพิ่มขึ้น ภาคเอกชนที่จะเข้มแข็งขึ้น จะคำนวณหรือสร้าง scenario ที่เหมาะสมอย่างไร รวมถึงการกระจายอำนาจ ที่อิงกับกระทรวงศึกษาธิการด้วย
๔. ฝ่ายเลขานุการเรียนเชิญคณะกรรมการกำลังคนด้านสุขภาพทุกท่านเข้าร่วมประชุมเชิงปฏิบัติการการวางแผนกำลังคนด้านสุขภาพ ครั้งที่ ๕/๒๕๕๙ ระหว่างวันที่ ๑๒-๑๓ กรกฎาคม ๒๕๕๙ เพื่อร่วมรับฟังและให้ข้อเสนอแนะและข้อคิดเห็น

มติที่ประชุม รับทราบ และมอบฝ่ายเลขานุการรับข้อเสนอแนะจากที่ประชุมไปดำเนินการต่อไป

๓.๒ การดำเนินงานยุทธศาสตร์พัฒนาบุคลากรด้านสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุข

นพ.สุวิชา ศฤงคารพูนเพิ่ม รองผู้อำนวยการสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข นำเสนอแผนในการดำเนินงานของกระทรวงสาธารณสุขในอีก ๒๐ ปีข้างหน้า โดยมี ๔ ยุทธศาสตร์หลัก ดังนี้ ๑) P&P Excellence ๒) Service Excellence ๓) People Excellence ๔) Governance Excellence โดยมีเป้าหมายการปฏิรูปด้านสาธารณสุข ระยะ ๑๘ เดือน มีแผนในการดำเนินงาน ดังนี้

- การมี HR team ในระดับกระทรวง/ระดับเขต/ระดับจังหวัด
- HRIS (Human Resource Information System)
- Service Package : primary, secondary, tertiary, excellent, ความร่วมมือนอกสธ., health reform โดยต้องเน้นระบบปฐมภูมิให้เข้มแข็ง
- การปรับระบบงานให้ใช้บุคลากรลดลง และทำความเข้าใจความต้องการของประชาชนให้ลดลง ทำให้ความเชื่อมั่นให้สูงขึ้น
- โดยเริ่มนำร่องในเขต ๒ และเขต ๘ ในเบื้องต้นก่อน

ที่ประชุมมีประเด็นอภิปราย ดังนี้

๑. ศ.นพ.ภิศก ลุมพิกานนท์ เสนอว่าการเชื่อมโยงกันในยุทธศาสตร์ที่ ๓ ระหว่างกระทรวงสาธารณสุขกับคณะกรรมการฝ่ายการศึกษา จะต้องมีการบูรณาการและกลไกทำงานร่วมกันได้ ทั้ง ๓ ยุทธศาสตร์ เพื่อประสานงานตรงนี้ให้ดียิ่งขึ้น โดยต้องสอดคล้องกับ service plan ของกระทรวง

๒. รศ.ดร.จิราพร ลิ้มปานานนท์ เสนอให้เพิ่มประเด็นความเชื่อมโยงการบูรณาการของแต่ละยุทธศาสตร์ของกระทรวงสาธารณสุข, คณะกรรมการปฏิรูปการศึกษา และสำนักงานคณะกรรมการการอุดมศึกษา ให้มีความสอดคล้อง เพื่อให้ขับเคลื่อนได้อย่างครอบคลุมมากยิ่งขึ้น และการเพิ่มประเด็นความปลอดภัยในด้านอาหาร โดยเฉพาะอาหารที่เป็นผลิตภัณฑ์ทางการเกษตร
๓. นางสาววัฒนาพร สุขพรด ผู้แทนจากสำนักงานคณะกรรมการการอุดมศึกษา(สกอ.) มีข้อมูลตัวเลขของการผลิตบุคลากรในแต่ละวิชาชีพ โดยทางสกอ.ได้ดำเนินการเรื่อง “แผนยุทธศาสตร์กำลังคนด้านสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุข” โดยเน้นให้ต้องมองกำลังคนในภาพรวมของทั้งประเทศ ไม่เฉพาะกำลังคนด้านสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุขเท่านั้น แต่ต้องครอบคลุมกำลังคนในทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง ทั้งภาครัฐและเอกชน, มหาวิทยาลัย, กระทรวงมหาดไทย, กระทรวงกลาโหม เป็นต้น รวมถึงหน่วยงานที่ทำข้อมูลเรื่องความต้องการของกำลังคนด้านสุขภาพของทั้งประเทศ ที่จะมาเชื่อมโยงกับการวางแผนความต้องการกำลังคนด้านสุขภาพ
๔. ประธานเสนอแนะว่านอกเหนือจากเรื่องกำลังคนด้านสุขภาพที่ต้องคำนึงถึงหลักการแล้ว ต้องคำนึงถึงเครื่องมืออุปกรณ์ที่เพียงพอกับจำนวนบุคลากรเหล่านั้นด้วย เพื่อไม่ให้เกิดการสูญเสียบุคลากรรวมถึงการสร้างความรู้ความผูกพันระหว่างบุคลากรด้านสุขภาพกับประชาชนที่มารับบริการ การบูรณาการการทำงานร่วมกันระหว่างวิชาชีพในการดูแลประชาชน ทั้งในระดับส่วนกลางและในระดับพื้นที่ โดยเสนอให้เชิญ นพ.ศุภกิจ ศิริลักษณ์ ผู้ตรวจราชการเขต ๒ มาให้ความเห็นเรื่องการจัดการกำลังคนด้านสุขภาพในระดับพื้นที่
๕. รศ.ดร.สุภาณี เสนาดีสัย เสนอว่าควรต้องมีการขยายบทบาทของกำลังคนด้านสุขภาพ เช่นพยาบาลเวชปฏิบัติ แต่ต้องมีกฎหมายรองรับด้วย
๖. ศ.วีระพงศ์ ปรัชชญาสิทธิกุล เสนอให้มีกระบวนการลดความต้องการ(want) ด้านสุขภาพของคนไทย โดยผ่านกลไกทางเทคโนโลยีที่เหมาะสมกับการสร้างความรู้ให้กับประชาชนผ่านทางสื่อต่างๆ ร่วมกันระหว่างสถาบันการผลิตและกระทรวงสาธารณสุข
๗. รศ.ดร.จิราพร ลิ้มปานานนท์ เสนอว่าการที่จะลดความต้องการ(want) ของประชาชนให้ได้นั้น ควรจะมุ่งเน้นไปที่เรื่องยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพ ซึ่งเป็นหัวใจหลักที่จะช่วยลด want ของประชาชนได้
๘. นางสมใจ ลือวิเศษไพบูลย์ เสนอว่าอยากให้มองในส่วนของการใช้ชุมชนเป็นฐาน (community base) มากขึ้น การวางแผนกำลังคนด้านสุขภาพไม่เฉพาะแค่วิชาชีพเท่านั้น แต่อยากให้พิจารณากำลังคนด้านสุขภาพอื่นๆ ที่ไม่ใช่วิชาชีพด้วย

มติที่ประชุม รับทราบ โดยให้ฝ่ายเลขานุการรายงานความคืบหน้าการดำเนินงานให้คณะกรรมการทราบอย่างต่อเนื่อง

ระเบียบวาระที่ ๔ เรื่องเพื่อทราบ

๔.๑ การต่ออายุใบประกอบวิชาชีพเวชกรรม รศ.พญ.ประสพศรี อึ้งถาวร อุปนายกแพทยสภา นำเสนอการดำเนินการเกี่ยวกับการต่ออายุใบประกอบวิชาชีพเวชกรรม ที่เริ่มดำเนินการตั้งแต่ปี ๒๕๔๔ โดยมีแนวคิดในการต่ออายุใบประกอบวิชาชีพเวชกรรม เพื่อให้เกิดประสิทธิภาพในการคุ้มครองความปลอดภัยให้กับคนไข้ในการได้รับการดูแลที่มีมาตรฐานเพียงพอ โดยใบอนุญาตมีอายุ ๕ ปี และให้ต่ออายุได้ตามหลักเกณฑ์วิธีการ และเงื่อนไขที่กำหนดไว้ในข้อบังคับแพทยสภา ซึ่งขณะนี้ทางแพทยสภาได้ดำเนินการขอแก้พระราชบัญญัติวิชาชีพเวชกรรมเพิ่มเติม อยู่ในกระบวนการที่คณะรัฐมนตรีพิจารณา

มติที่ประชุม รับทราบ

๔.๒ ยุทธศาสตร์การพัฒนาศึกษาสำหรับบุคลากรด้านสุขภาพในศตวรรษที่ ๒๑

ศ.พญ.วณิษา ชื่นกองแก้ว มุลินิธีเพื่อการพัฒนาการศึกษาบุคลากรสุขภาพ(ศสช.) นำเสนอความเป็นมาของคณะทำงานในการเชื่อมโยงยุทธศาสตร์ระหว่างผู้ใช้และผู้ผลิต โดยกระบวนการทำงานสอดคล้องกับกระทรวงสาธารณสุข มุ่งเน้นไปที่ ๑) primary care ให้เกิดการพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพ ๒) การเรียนการสอนที่เน้น community base โดยเน้นโรงพยาบาลชุมชนเป็นฐานในการเรียนการสอน มีการเชื่อมต่อกับ secondary and tertiary care สิ่งที่คาดหวังในอีก ๒ ปีข้างหน้าคือ การเกิด family care team ให้สามารถ support ได้ ในอัตราส่วน ๑: ๑๐,๐๐๐ ประชากร การใช้ Knowledge Management(KM) มาทำให้เกิดการพัฒนาวัตกรรมการเรียนการสอนในแต่ละพื้นที่ การมีเครือข่ายของระบบบูรณาการด้านการศึกษาเชื่อมโยงในระดับภูมิภาค ระดับประเทศ และระดับโลก

ที่ประชุมมีประเด็นอภิปราย ดังนี้

๑. รัฐบาลมีนโยบายขยายกรอบอัตราการบรรจุข้าราชการใหม่ ซึ่งจะมีประโยชน์ต่อการวางแผนกำลังคน แต่มีปัญหาเรื่องการบริหารงานบุคคลและการบรรจุของแต่ละกระทรวง
๒. การเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ ทำให้เด็กที่จะเข้าสู่ระบบการศึกษาลดลง จึงต้องมีการปรับหลักสูตรให้เข้ากับสังคมที่มีการเปลี่ยนแปลงของยุคดิจิทัลที่เข้ามา

มติที่ประชุม ทราบ โดยให้ฝ่ายเลขานุการรายงานความคืบหน้าการดำเนินงานให้คณะกรรมการทราบอย่างต่อเนื่อง

ระเบียบวาระที่ ๕ เรื่องเพื่อพิจารณา

๕.๑ การทบทวนแผนยุทธศาสตร์ทศวรรษกำลังคนด้านสุขภาพ ระยะที่ ๑ (พ.ศ.๒๕๕๐-๒๕๕๙) นพ.ทิตนกร โนรี ซึ่งใช้เป็นกรอบกำหนดทิศทางการพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพของประเทศ โดยกำหนดเป้าหมายสำคัญ คือ กำลังคนด้านสุขภาพที่เพียงพอทั้งปริมาณและคุณภาพ มีการกระจายตัวที่เป็นธรรม สามารถทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพและมีความสุข เนื่องจากการดำเนินของแผนยุทธศาสตร์ดำเนินการมาถึงปีที่ ๑๐ ซึ่งเป็นปีสุดท้าย จึงได้มีการประเมินผลการดำเนินงานของแผน เพื่อนำไปสู่การสังเคราะห์แผนยุทธศาสตร์ทศวรรษกำลังคนด้านสุขภาพ ในระยะที่ ๒ (พ.ศ.๒๕๖๐-๒๕๖๙) ต่อไป

ที่ประชุมได้มีประเด็นอภิปราย ดังนี้

๑. ประธานเสนอให้กระทรวงสาธารณสุข ซึ่งเป็น stakeholder สำคัญเกี่ยวข้องกับเรื่องนี้ โดย นพ.สมศักดิ์ อรรฆศิลป์ รองปลัดกระทรวงสาธารณสุข เป็นประธานอนุกรรมการยกร่างแผนดังกล่าว และมอบหมายให้ทีมเลขานุการเสนอแต่งตั้งคณะอนุกรรมการฯ และแจ้งให้คณะกรรมการทราบผ่านความคืบหน้าผ่านทาง group mail

มติที่ประชุม เห็นชอบให้ดำเนินการทบทวนแผนยุทธศาสตร์ทศวรรษกำลังคนด้านสุขภาพ แห่งชาติ พ.ศ.๒๕๕๐-๒๕๕๙ และแต่งตั้งคณะอนุกรรมการฯ เพื่อดำเนินการ

ระเบียบวาระที่ ๖ เรื่องอื่นๆ

๖.๑ นัดหมายการประชุมครั้งต่อไป (ครั้งที่ ๓/๒๕๕๙)

วันอังคารที่ ๑๑ ตุลาคม ๒๕๕๙ เวลา ๐๙.๓๐ – ๑๒.๓๐ น.

๖.๒ ฝ่ายเลขานุการเชิญตัวแทนจากสำนักงานคณะกรรมการการอุดมศึกษา (สกอ.) มา นำเสนอ "สถานการณ์การผลิตของสถาบันอุดมศึกษา" ในการประชุมครั้งต่อไปในระเบียบวาระแจ้งเพื่อทราบ
มติที่ประชุม รับทราบ

ปิดการประชุมเวลา ๑๒.๓๐ น.

นางสาวกานต์วรินทร์ ก่องกุลวัฒน์ ผู้บันทึกรายงานการประชุม
นายแพทย์ศิรินทร์ โนรี ผู้ตรวจรายงานการประชุม

รายงานการประชุมคณะกรรมการกำลังคนด้านสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ ๓/๒๕๕๙

วันจันทร์ที่ ๑๒ กันยายน ๒๕๕๙ เวลา ๐๙.๓๐ - ๑๒.๓๐ น.

ณ ห้องประชุมสถานใจ ๒ ชั้น ๖ อาคารสุขภาพแห่งชาติ บริเวณกระทรวงสาธารณสุข จังหวัดนนทบุรี

กรรมการที่เข้าประชุม

๑. นพ.มงคล ณ สงขลา	ผู้ทรงคุณวุฒิ	ประธาน
๒. นางสาวประสพศรี รักความสุข	แทน เลขาธิการคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ	
๓. นางสาววัฒนาพร สุขพรต	แทน เลขาธิการคณะกรรมการการอุดมศึกษา	
๔. นางสาวลักขณา แก้วธรรม	แทน อธิบดีกรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น	
๕. นพ.พีรพล สุทธิวิเศษศักดิ์	ผู้อำนวยการสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข	
๖. นายอนุวัฒน์ วงศาวิวัฒน์	แทน ผู้อำนวยการสถาบันเพิ่มผลผลิตแห่งชาติ	
๗. นางสมใจ ลีวิเศษไพบูลย์	แทน นายกสภากายภาพบำบัด	
๘. รศ.สุปาณี เสนาดิสัย	แทน นายกสภาการพยาบาล	
๙. นายชัยวัฒน์ ภูทอง	แทน ประธานมูลนิธิเครือข่ายหมออนามัย	
๑๐. ศ.วีระพงษ์ ประชญาสิทธิกุล	คณะเทคนิคการแพทย์ มหาวิทยาลัยมหิดล	
๑๑. นายเจษฎา มิ่งสมร	สถาบันพัฒนาองค์กรชุมชน	
๑๒. พญ.ประภา วงศ์แพทย์	ที่ปรึกษาสมาคมโรงพยาบาลเอกชน	
๑๓. นายสุรพันธ์ ปุสเสด็จ	ผู้ทรงคุณวุฒิ	
๑๔. นพ.พลเดช ปิ่นประทีป	เลขาธิการคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ เลขานุการ	
๑๕. นางธิดิภัทร คูหา	แทน ผู้อำนวยการสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข ผู้ช่วยเลขานุการ	
๑๖. นพ.ทินกร โนรี	ผู้จัดการสำนักงานวิจัยและพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพ ผู้ช่วยเลขานุการ	

รายชื่อผู้เข้าร่วมประชุม

๑. นางอรพรรณ ศรีสุขวัฒนา	สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ
๒. นพ.อดุลย์ บำรุง	ผู้อำนวยการโรงพยาบาลข้าสูง จังหวัดขอนแก่น
๓. รศ.ภญ.นุศราพร เกษสมบุรณ์	คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
๔. ผศ.จรรยาพร ศรีศัลลักษณ์	สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข
๕. ภญ.ธิดาพร จิรวัดนะไพศาล	กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข
๖. ทพญ.วรารัตน์ ใจชื่น	สำนักทันตสาธารณสุข
๗. นายวรวิษ ลิ้มมณีวิจิตร	สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ
๘. ดร.นาตยา พรหมทอง	สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ

๙. นางสาวทิพิชา โปษยานนท์	สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ
๑๐. นางสาวอุษา รุ่งวัฒนไพบูลย์	ผู้สื่อข่าว
๑๑. นางสาวเกวลี รัตนา	มูลนิธิเพื่อการพัฒนาการศึกษาบุคลากรสุขภาพ
๑๒. นางสาวปณิตพร แซ่แตง	มูลนิธิเพื่อการพัฒนาการศึกษาบุคลากรสุขภาพ
๑๓. นพ.ขวัญประชา เชียงไชยสกุลไทย	สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ
๑๔. นางสาวนารีรัตน์ ผุดผ่อง	สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ
๑๕. นางสาวธัญธิตา วิสัยจร	สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ
๑๖. นายโยธิน ถนอมวัฒน์	สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ
๑๗. นางสาวกานต์วรินทร์ ก่องกุลวัฒน์	สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ
๑๘. นางสาววาริสรา ททรัพย์ประดิษฐ์	สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ
๑๙. นางสาวนำพร สามิภักดิ์	สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ
๒๐. นางสาววิภาณี มีศิลป์	สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ

เริ่มประชุม เวลา ๐๙.๓๐ น.

ระเบียบวาระที่ ๑ เรื่องแจ้งที่ประชุมทราบ

๑.๑ เรื่องประธานแจ้งที่ประชุมทราบ

ประธานกรรมการกำลังคนด้านสุขภาพแห่งชาติ เปิดการประชุม และแจ้งระเบียบวาระสำคัญเพื่อให้คณะกรรมการพิจารณา ๒ ระเบียบวาระ เพื่อนำมติจากที่ประชุมเสนอเข้าพิจารณาในคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (คสช.) ต่อไป

ระเบียบวาระที่ ๒ รับรองรายงานการประชุมฯ ครั้งที่ ๒/๒๕๕๙

ที่ประชุมรับรองรายงานการประชุมคณะกรรมการฯ ครั้งที่ ๒/๒๕๕๙ เมื่อวันที่ ๑๗ มิถุนายน ๒๕๕๙ โดยมีความเห็นปรับแก้ไขรายงานการประชุม ดังนี้ แก้ไขชื่อจาก รศ.ดร.สุปาณี เสนาดิสัย เป็น รศ.สุปาณี เสนาดิสัย และแก้ไขวันนัดหมายการประชุมครั้งต่อไปจากวันที่ ๑๒ กันยายน ๒๕๕๙ เป็นวันที่ ๑๑ ตุลาคม ๒๕๕๙

ระเบียบวาระที่ ๓ เรื่องแจ้งเพื่อทราบ

๓.๑ แนวโน้มการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากร โดย นางสาววัฒนาพร สุขพรต ผู้อำนวยการสำนักนโยบายและแผนการอุดมศึกษา สำนักงานคณะกรรมการการอุดมศึกษา

ด้วยสำนักงานคณะกรรมการการอุดมศึกษาอยู่ระหว่างจัดทำแผนพัฒนาการศึกษา อุดมศึกษาระยะยาวฉบับที่ ๓ (พ.ศ.๒๕๖๐-๒๕๗๔) และได้เชิญรองศาสตราจารย์ ดร.วรเวศม์ สุวรรณระดา คณบดีวิทยาลัยประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยมาบรรยายพิเศษ เมื่อวันที่ ๑ พฤษภาคม ๒๕๕๘ โดยมีสาระสำคัญ สรุปได้ดังนี้

๑. การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากร

- จำนวนและสัดส่วนประชากรสูงอายุเพิ่มขึ้น ปัจจุบันประเทศไทยเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุคือมีสัดส่วนของผู้สูงอายุอยู่ที่ ร้อยละ ๑๕ ของประชากรทั้งหมด และมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นเรื่อยๆ และเมื่อจำแนกตามช่วงวัยของผู้สูงอายุ พบว่า จำนวนและสัดส่วนประชากรสูงอายุวัยกลาง (๗๐-๗๙ ปี) และวัยปลาย (๘๐ ปี ขึ้นไป) เพิ่มขึ้น ซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อปัญหาด้านสุขภาพและการช่วยเหลือตนเองในชีวิตประจำวัน
- จำนวนและสัดส่วนประชากรวัยทำงานและวัยเด็กลดลง พบว่าประชากรวัยทำงานช่วงกลุ่มอายุ ๒๕-๔๙ ปี มีแนวโน้มลดลง ขณะเดียวกันกลุ่มอายุ ๕๐-๕๙ ปี ซึ่งเป็นกลุ่มที่ใกล้ออกจากตลาดแรงงาน มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นมากกว่ากลุ่มอายุ ๑๕-๒๔ ปีที่กำลังเข้าสู่ตลาดแรงงาน เมื่อพิจารณากลุ่มอายุ ๑๕-๑๙ ปีและ ๒๐-๒๔ ปีที่เป็นวัยศึกษาในระดับอุดมศึกษา พบว่า มีแนวโน้มลดลงส่งผลให้ฐานนิสิตนักศึกษาของมหาวิทยาลัยลดลง เมื่อเปรียบเทียบจำนวนประชากรวัยทำงานต่อประชากรผู้สูงอายุ ๑ คน พบว่าจากเดิมในปี ๒๕๕๓ ประชากรวัยทำงาน ๕.๐๘ คน ต่อประชากรผู้สูงอายุ ๑ คน แต่ในปี ๒๕๘๓ จะลดลงเหลือ ๑.๗๑ คน ต่อประชากรผู้สูงอายุ ๑ คน ทำให้วัยทำงานต้องแบกรับภาระในการดูแลผู้สูงอายุเพิ่มมากขึ้น
- อายุคาดเฉลี่ยเพิ่มขึ้น (อายุยืน) ทั้งในเพศหญิงและเพศชาย และมีการกระจายตัวของผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นในทุกจังหวัด
- อัตราภาวะเจริญพันธุ์ลดลงต่ำกว่าระดับทดแทน&มีแนวโน้มลดลง จากเดิมที่สตรีวัยเจริญพันธุ์จะมีบุตรตลอดชีวิตเฉลี่ยอยู่ที่ ๔.๙ คน ลดลงเหลือ ๑.๖ คน ทำให้ประชากรวัยเด็กและวัยทำงานลดลง และเติบโตทดแทนไม่ทันวัยสูงอายุที่ออกจากตลาดแรงงาน
- ขนาดของครัวเรือนมีแนวโน้มเล็กลง และครัวเรือนผู้สูงอายุมีเพิ่มมากขึ้นและมีรูปแบบหลากหลาย

๒. ผลกระทบทางเศรษฐกิจและสังคมจากการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากร ส่งผลกระทบในด้านต่างๆ คือ วงจรชีวิตของปัจเจกบุคคล กำลังแรงงาน การออม ผลกระทบต่อศักยภาพการเติบโตทางเศรษฐกิจ มาตรการตอบสนองต่อการเข้าสู่สังคมสูงวัย งบประมาณและค่าใช้จ่ายภาครัฐ บทบาทขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ผลกระทบระดับพื้นที่ และโอกาสของธุรกิจและอุตสาหกรรม

- สภาพตลาดแรงงานในปัจจุบัน การที่มีจำนวนประชากรในวัยทำงานที่ลดลงส่งผลกระทบต่อศักยภาพการเติบโตทางเศรษฐกิจ รัฐบาลอาจต้องหาแนวทางในการส่งเสริมการทำงานในผู้สูงอายุมากขึ้น หรือการปรับปรุง/ขยายช่วงอายุวัยทำงานและขยายอายุเกษียณ (๖๕ ปี) เพื่อดึงผู้สูงอายุกลับสู่ตลาดแรงงานมากขึ้น
- ผลกระทบต่อระดับบุคคลและครอบครัว เรื่องค่าใช้จ่ายในการดูแลบุพการี หลักประกันทางการเงิน ยามชราภาพ และค่าใช้จ่ายยามชราภาพมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น อีกทั้งสังคมปัจจุบันนิยมจ้างผู้ดูแลผู้สูงอายุมากขึ้น ทำให้วัยแรงงานต้องแบกรับค่าใช้จ่ายในส่วนนี้
- ผลกระทบต่องบประมาณและค่าใช้จ่ายภาครัฐ เรื่องภาระทางการเงินการคลังของรัฐบาลที่เพิ่มมากขึ้น ทั้งงบประมาณเพื่อบำเหน็จบำนาญ งบประมาณด้านการรักษาพยาบาล

- ผลกระทบต่อองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น แม้ยังมีได้รวมหน้าที่ในด้านการดูแลคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุไว้อย่างชัดเจน แต่ปัจจุบันร้อยละ ๖๐ ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเริ่มมีการจัดบริการดูแลผู้สูงอายุในรูปแบบใดรูปแบบหนึ่ง
- โอกาสและความท้าทายสำหรับการปรับตัวของธุรกิจและอุตสาหกรรม เห็นได้จากเริ่มมีการวางรูปแบบการออมเงินระยะยาว การจัดบริการดูแลผู้สูงอายุที่บ้านและการจัดบริการดูแลผู้สูงอายุในสถาบัน การพัฒนาผลิตภัณฑ์และเทคโนโลยีที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้สูงอายุ

๓. ข้อเสนอแนะเบื้องต้นเกี่ยวกับผลกระทบต่ออุดมศึกษาของไทย

- ผลกระทบทางตรงคือ ฐานนิสิตนักศึกษาของมหาวิทยาลัยลดลงเรื่อยๆ อาจนำไปสู่ปัญหาการขาดแคลนแรงงานหรือจำนวนผู้เข้าเรียนต่ำกว่าจำนวนที่นั่งที่สามารถรับได้จริง
- ผลกระทบทางอ้อมคือ การจัดสรรงบประมาณเพื่อการศึกษาของภาครัฐบาลจะน้อยลง เนื่องจากต้องจัดสรรงบประมาณไปรองรับในเรื่องการดูแลผู้สูงอายุมากขึ้น
- สถาบันอุดมศึกษาต้องเพิ่มบทบาทเรื่องหลักสูตรเพื่อรองรับสังคมผู้สูงอายุ มหาวิทยาลัยมีบทบาทกับการดูแลผู้สูงอายุ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในระดับชุมชน บทบาทเพื่อรองรับการปรับตัวของตลาดแรงงานในอนาคต ที่ประชากรวัยทำงานจะทำงานต่อเนื่องยาวนานขึ้น
- ขณะนี้ สำนักงานคณะกรรมการการอุดมศึกษา ให้ทุกมหาวิทยาลัย re-profile ตัวเอง ให้ผลิตในสาขาที่เชี่ยวชาญ ทบทวนศักยภาพในการผลิตของตัวเอง ตอบสนองต่อยุทธศาสตร์และปัญหาของพื้นที่เป็นกลไกภาครัฐในการจัดสรรงบประมาณให้มหาวิทยาลัย
- การเข้าสู่สังคมดิจิทัล การพัฒนาศักยภาพของเด็กเพื่อปรับตัวกับสิ่งแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงไป
- รัฐบาลเร่งผลิตกำลังคนระดับวิชาชีพเพื่อป้อนภาคอุตสาหกรรม มากกว่าการผลิตระดับปริญญาตรี
- เขตพื้นที่บริการสุขภาพร่วมกับมหาวิทยาลัยพัฒนาระบบบริการสุขภาพ โดยมียุทธศาสตร์คือ ลดความเหลื่อมล้ำ เสริมสร้างความเข้มแข็ง เพิ่มการแข่งขัน อาจทำให้กำลังคนในระบบสาธารณสุขเปลี่ยนแปลงไป

ที่ประชุมมีประเด็นอภิปราย ดังนี้

๑. การขยายของการคมนาคมจากเมืองสู่ชนบท นำไปสู่การขยายของภาคอุตสาหกรรมและการบริการในชนบท ระบบบริการของสาธารณสุขอาจต้องมีการเปลี่ยนแปลงและปรับตัวกับการเป็นสังคมเมืองที่มากขึ้น

๒. ปัญหาเรื่อง ครูที่จบมามีความรู้ตรงกับที่สอนมีไม่ถึงร้อยละ ๕๐, จำนวนครูขาดแคลน ขณะนี้ภาคเอกชนเข้ามามีส่วนช่วยในการปรับเปลี่ยน เพิ่มศักยภาพและแก้ปัญหาให้กับครู ๓,๐๐๐ โรงเรียน

๓. การปฏิวัติระบบการศึกษาของไทยเป็นสิ่งที่จำเป็น การสร้างตัวแทนการเปลี่ยนแปลง (change agents) โดยมี facilitators เพื่อสร้าง capability/competency ของกำลังคนให้สอดคล้องกับบริบท ทิศทางของประเทศ

๔. การสูญเสียกำลังคนด้านสุขภาพเกิดขึ้นตลอดทาง (track) หาวิธีการสำรวจเพื่อหา ตัวเลขกำลังคนที่ปฏิบัติงานที่แท้จริง จากจำนวนทั้งหมดในรายงานที่เสนอมานี้

๕. การส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุให้แข็งแรงทั้งกายและใจ เพื่อให้สามารถทำงานได้มากที่สุด จะลดภาระเรื่องการดูแลของลูกหลานซึ่งจะมีจำนวนลดลงด้วยในอนาคต

๖. การลงทุนเพื่อที่อยู่อาศัยสำหรับผู้สูงอายุ และดึงภาคเอกชนเข้ามามีส่วนร่วมในการจัดบริการสุขภาพร่วมกับสถานบริการภาครัฐ

๗. จำนวนคนและการลงทุนเรื่องผู้ดูแลผู้สูงอายุ ทั้งผู้ดูแลคนไทยและจากประเทศเพื่อนบ้าน เป็นอีกประเด็นหนึ่งที่ยังไม่มีการกล่าวถึง

๘. การแยกสถานบริการระดับ เรื้อรัง(chronic care), เฉียบพลัน(acute care) และระยะยาว(long term care)ให้ชัดเจน เพื่อการลงทุนในระดับต่างๆ ทั้งในเรื่องคน โครงสร้างพื้นฐาน

มติที่ประชุม รับทราบ

ระเบียบวาระที่ ๔ เรื่องเพื่อพิจารณา

๔.๑ การวางแผนกำลังคนด้านสุขภาพของประเทศในทศวรรษหน้า (พ.ศ. ๒๕๖๐-๒๕๖๙) โดย นพ.ทิตนกร โนรี เลขาธิการคณะกรรมการวางแผนกำลังคนด้านสุขภาพของประเทศในทศวรรษหน้า สืบเนื่องจากคณะกรรมการกำลังคนด้านสุขภาพแห่งชาติ ได้มีมติ เมื่อวันที่ ๖ กรกฎาคม ๒๕๕๘ เห็นชอบให้ แต่งตั้งคณะกรรมการวางแผนกำลังคนด้านสุขภาพของประเทศในทศวรรษหน้า (พ.ศ.๒๕๖๐-๒๕๖๙) โดยมีนายแพทย์สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ เป็นประธานอนุกรรมการดังกล่าว วัตถุประสงค์หลัก คือ เพื่อสังเคราะห์ข้อเสนอเชิงนโยบายในการวางแผนความต้องการกำลังคนด้านสุขภาพในทศวรรษหน้า

ขั้นตอนการดำเนินงาน ประกอบไปด้วย

๑. จัดตั้งคณะทำงานจำนวน ๑๕ ชุด ทั้งในส่วนวิชาชีพ ๙ ชุด และ Setting ๖ ชุด
๒. คาดการณ์ระบบสุขภาพที่พึงประสงค์ในอนาคต
๓. วางแผนกำลังคนโดยคณะทำงานต่างๆ
 - ๓.๑ คาดการณ์ความต้องการในอนาคต (Demand projection)
 - ๓.๒ คาดการณ์กำลังคนที่จะมีในอนาคต (Supply projection)
 - ๓.๓ การวางแผนจัดการส่วนต่างระหว่าง Demand และ Supply
๔. จัดประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อติดตามผลการดำเนินงานและพัฒนาศักยภาพในการวางแผนกำลังคนให้แต่ละคณะทำงาน จำนวน ๗ ครั้งและจัดประชาพิจารณ์ ๑ ครั้ง ในวันที่ ๖ กันยายน ๒๕๕๙

แหล่งข้อมูล

๑. ข้อมูลการบริการได้จากข้อมูลพื้นฐานกระทรวงสาธารณสุขฐานปี ๒๕๕๖
๒. ข้อมูล Unmet need และสัดส่วนสถานบริการในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขและนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุข รวมทั้งเอกชน ได้จากข้อมูลของ Health Welfare Survey ของสำนักงานสถิติแห่งชาติ ปี ๒๕๕๖ ร่วมกับรายงานข้อมูลทรัพยากรสาธารณสุข ของกระทรวงสาธารณสุข ปี ๒๕๕๖ และการสำรวจสถานบริการเอกชนปี ๒๕๕๕ ของสำนักงานสถิติแห่งชาติ ทั้งนี้โดยใช้จุดตัดของสัดส่วนสถานบริการระหว่างทุติยภูมิกับตติยภูมิคือที่รพ.ขนาดเตียง ๑๐๐ เตียง
๓. ข้อมูลผลิตภาพกำลังคน (Productivity) ใช้ข้อมูลมาตรฐานของกระทรวงสาธารณสุข และนำมากำหนดให้เป็นช่วง (range) อยู่ที่ +/- ๑๐%
๔. ค่า Full Time Equivalent (FTE) โดยกำหนดให้บุคลากรทุกประเภททำงาน ๑,๖๘๐ ชั่วโมง (๑,๖๘๐ ชั่วโมง เท่ากับ ๑ FTE)
๕. ข้อมูลการพยากรณ์ประชากรได้จากสภาพพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ
๖. ข้อมูลอื่นๆ ใช้การระดมความเห็นจากผู้เชี่ยวชาญที่เกี่ยวข้อง

ผลการศึกษา

๑. ปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อระบบสุขภาพ ประกอบไปด้วย
 - การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากร
 - โรคติดต่อ และโรคอุบัติใหม่
 - Globalization/International trade
 - New technology ส่งผลกระทบต่อพฤติกรรมการใช้บริการ
 - การเปลี่ยนแปลงด้านเศรษฐกิจ
 - การเติบโตของสังคมเมือง
 - นโยบายการปฏิรูปต่างๆ
 - การปฏิรูประบบสุขภาพ
 - การกระจายอำนาจ
๒. ระบบสุขภาพที่พึงประสงค์
 - มุ่งเน้นให้ประชาชนมีศักยภาพในการดูแลตนเอง
 - ส่งเสริมบริการระดับปฐมภูมิ
 - พัฒนาเครือข่ายบริการสุขภาพในรูปแบบ “เขตบริการสุขภาพ” ทั้งรัฐบาลและเอกชน
 - สร้างความเข้มแข็งให้ระบบ Gate keeper
 - พัฒนาระบบสุขภาพให้มีคุณภาพและความปลอดภัย
 - ส่งเสริมความมั่นคงทางยาและเทคโนโลยีทางการแพทย์
 - ส่งเสริมการมีส่วนร่วมของภาคเอกชน
 - พัฒนาระบบในการตอบสนองต่อภาวะฉุกเฉิน (Crisis response)
 - พัฒนาระบบในการดูแลผู้ป่วยระยะยาว
 - ส่งเสริมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก
 - พัฒนาระบบเพื่อรองรับการมาของผู้ป่วยต่างชาติ

๓. สถานการณ์กำลังคนด้านสุขภาพในปัจจุบัน

	จำนวนที่มี	สัดส่วนต่อประชากร
๑. แพทย์	๕๐,๕๗๓	๑,๒๙๒
๒. พยาบาล	๑๔๙,๐๗๒	๔๓๘
๓. ทันตบุคลากร		
๓.๑ ทันตแพทย์	๑๑,๕๗๕	๕,๖๔๓
๓.๒ ทันตภิบาล	๖,๘๑๘	๙,๕๘๑
๔. เภสัชกร	๒๖,๑๘๗	๒,๔๙๔
๕. เทคนิคการแพทย์	๑๕,๒๐๐	๔,๒๙๘
๖. กายภาพบำบัด	๑๐,๐๖๕ (Active ๔,๓๗๑)	๖,๔๙๐ (Active ๑๔,๙๔๔)
๗. สัตวแพทย์	๘,๐๐๐	๘,๑๖๕
๘. สาธารณสุข		
๘.๑ นักวิชาการสาธารณสุข	๒๗,๐๓๕	๒,๔๑๖
๘.๒ จพ.สาธารณสุขชุมชน	๒๗,๐๐๖	๒,๔๑๙
๙. แพทย์แผนไทย/ประยุกต์	๓๐,๓๗๑	๒,๑๕๑

๔. สถานการณ์การผลิตกำลังคนด้านสุขภาพในปัจจุบัน

	จำนวนสถาบันที่มี	อัตราการผลิต/ปี
๑. แพทย์	๒๑	๓,๑๒๑
๒. พยาบาล	๘๕	๑๒,๐๐๐
๓. ทันตบุคลากร		
๓.๑ ทันตแพทย์	๑๓	๖๑๖ (เพิ่มเป็น ๘๒๖)
๓.๒ ทันตภิบาล	๗	๔๐๐ (มีผู้สมัคร ๗๕%)
๔. เภสัชกร	๑๘	๒,๐๐๐
๕. เทคนิคการแพทย์	๑๒	๙๑๑
๖. กายภาพบำบัด	๑๖	๘๐๐-๙๐๐
๗. สัตวแพทย์	๙	๖๕๐
๘. สาธารณสุข	N/A	๒๖,๒๐๐
๙. แพทย์แผนไทย/ประยุกต์	๒๗	๑,๐๘๐

๕. การคาดการณ์ความต้องการและกำลังคนที่จะมีในปี ๒๕๖๙

	วิธีที่ ๑ Demand method	วิธีที่ ๒	วิธีที่ ๓	Supply in ๒๕๖๙	HWF per Pop Ratio in ๒๕๖๙
๑.แพทย์	๓๐,๖๑๐-๓๗,๖๒๐	๓๔,๙๑๓-๔๑,๔๓๗	-	๖๒,๗๗๙	๑,๖๐๑-๒,๑๖๘
๒.พยาบาล	๑๙๔,๒๐๕- ๒๓๗,๘๗๐	๒๔๐,๖๐๙	-	๑๘,๖๗๐๖	๒๗๕-๓๔๑
๓.ทันตบุคลากร					
๓.๑ทันตแพทย์	๑๖,๔๕๗-๒๐,๕๕๖	๑๙,๖๖๗-๒๐,๙๕๕	๑๖,๕๕๗	๑๗,๔๑๕ (๑๘,๖๗๕)	๓,๒๓๐-๔,๐๓๓
๓.๒ทันตภิบาล	-	๘,๖๖๙-๑๐,๑๑๕	-	-	๖,๕๖๒-๗,๖๕๗
๔.เภสัชกร	๑๑,๓๔๕-๑๔,๖๐๓	๕๑,๒๙๗-๖๔,๗๐๐	-	๓๙,๙๑๓	๑,๐๒๕-๑,๒๙๔
๕.เทคนิคการแพทย์	๑๒,๕๗๑-๑๕,๓๖๓	๒๗,๑๙๘-๒๘,๕๙๒	-	๒๓,๙๔๒	๒,๓๒๑-๒,๔๔๐
๖.กายภาพบำบัด	๕,๗๓๔-๗,๐๐๘	๘,๕๖๕-๘,๙๓๑	-	๑๑,๑๕๔	๗,๔๓๒-๗,๗๕๐
๗.สัตวแพทย์	-	๑๑,๘๓๙	-	๑๐,๒๕๒	๕,๖๐๖
๘. สาธารณสุข	๒๔,๗๓๘-๓๐,๒๙๓	๖๐,๖๐๗	๕๓,๐๑๓	๒๖๗,๒๕๕	๑,๐๙๕-๑,๒๕๐
๙.แพทย์แผนไทย/ประยุกต์	๑๒,๒๗๙-๑๕,๑๗๘	๑๓,๔๕๙-๑๖,๕๕๓	-	๑๙,๐๘๐	๔,๐๑๑-๔,๙๓๒

	วิธีที่ ๑ Demand method	วิธีที่ ๒	วิธีที่ ๓	Supply in ๒๕๖๙	HWF per Pop ratio in ๒๕๖๙
๑. กลุ่มควบคุมโรค (Disease control)					
-สสจ.	๒,๒๖๓	-	-	๑,๑๓๐	-
-สสอ.	๒,๘๘๓	-	-	๒,๑๙๒	-
-โรงพยาบาล	๒,๙๔๓	-	-	๑,๒๘๕	-
-อปท.	๒๘,๖๖๒	-	-	๒,๖๘๓	-
-กรมควบคุมโรค (คร.)	๗,๐๘๑	-	-	๖,๗๐๗	-
-ด่านของกรม คร.	๒๖๕	-	-	๑๓๕	-
-กทม.	๖๘๓	-	-	๖๘๓	-
๒. กลุ่มอาชีวอนามัย (Environmental health)					
-แพทยอาชีวเวชศาสตร์	๓,๐๕๘	-	-	๑,๔๔๓	-
-พยาบาลอาชีวอนามัย	๑๕,๘๗๕	-	-	๕,๐๗๓	-
-นักวิชาการสาธารณสุข (อาชีวอนามัย)	๑๘,๙๗๔	-	-	๒๒,๐๑๕	-

๖. ข้อเสนอเชิงนโยบาย

- มาตรการในการบริหารจัดการส่วนต่างของอุปสงค์และอุปทานกำลังคนด้านสุขภาพในวิชาชีพต่างๆ
 - ในวิชาชีพสาธารณสุข มีการผลิตที่มากเกินไปเกินความต้องการของประเทศ ดังนั้นมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่จะทบทวนจำนวนการผลิต และเร่งปรับสมรรถนะบัณฑิตให้สอดคล้องกับความต้องการของระบบสุขภาพมากขึ้น
 - ในวิชาชีพแพทย์ ทันตแพทย์ กายภาพบำบัด และแพทย์แผนไทย/แผนไทยประยุกต์ ในอีก ๑๐ ปีจะมีความเพียงพอจนถึงเกินความต้องการของประเทศ ดังนั้น การเพิ่มการผลิตจำเป็นต้องใช้ความระมัดระวังเป็นอย่างยิ่ง
 - ในวิชาชีพวิชาชีพพยาบาล เกสซิกเกอร์ เทคนิคการแพทย์ และสัตวแพทย์ แม้ว่าจำนวนบุคลากรในอีก ๑๐ ปีข้างหน้า จะยังต่ำกว่าจำนวนบุคลากรที่ประเทศต้องการ นโยบายการผลิตบุคลากรเหล่านี้เพิ่มอาจจะไม่มีความจำเป็น แต่การบริหารจัดการ การเพิ่มประสิทธิภาพคน การปรับระบบ การลดคนออกจากวิชาชีพ น่าจะเป็นมาตรการที่เหมาะสมมากกว่า
- การผลิตกำลังคนด้านสุขภาพในอนาคต เพื่อให้มีความสอดคล้องกับบริบทต่างๆ ที่เปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว รวมทั้งสอดคล้องกับความต้องการทางด้านสุขภาพของประเทศ ดังนั้นสถาบันการผลิตจำเป็นต้อง
 - มีการประสานงานอย่างใกล้ชิดระหว่างผู้ผลิตและผู้ใช้
 - สถาบันการผลิตจำเป็นต้องปฏิรูปกระบวนการจัดการการเรียนการสอนให้เน้นเรื่อง Transformative education
 - กระบวนการผลิตกำลังคนด้านสุขภาพมีความจำเป็นต้องเน้นการใช้ชุมชนเป็นฐานการเรียนรู้ (Community-based learning)
- ควรสนับสนุนให้การวางแผนกำลังคนด้านสุขภาพมีการดำเนินการอย่างต่อเนื่องในทุกๆ ระดับ ทั้งระดับประเทศและระดับพื้นที่ เพื่อให้ศักยภาพในการวางแผนกำลังคนถูกถ่ายทอดไว้ในองค์กร (Institutionalization) และเชื่อมโยงเป็นเครือข่าย (Networking) ส่งผลให้กระบวนการวางแผนกำลังคนด้านสุขภาพมีความยั่งยืน

๗. ข้อจำกัดของการศึกษา

- ข้อมูลบางส่วนเป็นการคาดการณ์จากผู้เชี่ยวชาญ
- ค่า FTE ไม่ได้ลงรายละเอียดในส่วนงบประมาณที่ต้องใช้ในการจัดทำกำลังคนด้านสุขภาพ
- การศึกษาฯ ยังไม่ได้ลงรายละเอียดในประเด็นเรื่องการบริหารจัดการ ทั้งการกระจาย การคงอยู่ และการจัดการประสิทธิภาพ

ที่ประชุมได้มีประเด็นอภิปราย ดังนี้

๑. ปรับข้อมูลจำนวนแหล่งผลิตพยาบาล เพิ่มเป็น ๘๖ แห่ง จาก ๘๕ แห่งในรายงาน
๒. การคงอยู่ของพยาบาลเป็นมาตรการที่จำเป็น มากกว่าการผลิตเพิ่ม
๓. เสนอให้ทบทวนการคิดค่า FTE ของกระทรวงสาธารณสุขให้สะท้อนกับภาระงานที่แท้จริง
๔. การคิดกำลังคนควรให้ครอบคลุมกำลังคนที่ปฏิบัติงานในช่วงเวลากลางวันด้วย
๕. เสนอให้ข้อเสนอที่จะนำเสนอต่อคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติมีการเพิ่มข้อเสนอหรือแนวทางการแก้ไขปัญหาที่ชัดเจน เช่น กรณีวิชาชีพสาธารณสุข
๖. รูปแบบการประสานงานระหว่างผู้ผลิตและผู้ใช้จะใช้รูปแบบไหนที่มีประสิทธิภาพ (ผู้ใช้และผู้ผลิตต้องมีแผนเดียวกันทั้งความต้องการและแผนการผลิต มีจำนวนและ competency ที่ต้องการ)
๗. วิชาชีพกายภาพบำบัด คำนวณจากฐานผู้สูงอายุที่เข้ามาใช้บริการ ยังไม่รวมกลุ่มอายุอื่น งานส่งเสริมสุขภาพ และความต้องการกายภาพบำบัดที่อยู่ในบ้านและชุมชน
๘. ขนาดและสมรรถนะของกำลังคนที่มีความเหมาะสมกับประเทศไทยเป็นอย่างไร
๙. เสนอให้ลงรายละเอียดเรื่องแนวทางการจัดการในข้อเสนอนโยบายให้ชัดเจน

มติที่ประชุม เห็นชอบผลการศึกษาเบื้องต้น และมอบให้ฝ่ายเลขานุการจัดกระบวนการศึกษาเพิ่มเติมเพื่อพัฒนาความชัดเจนของข้อเสนอเชิงนโยบายที่จะเสนอต่อคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ ในประเด็นของการบริหารจัดการ การกระจายตัว

ระเบียบวาระที่ ๕ เรื่องอื่นๆ

๕.๑ นัดหมายการประชุมครั้งต่อไป (ครั้งที่ ๔/๒๕๕๙)

วันจันทร์ที่ ๑๔ พฤศจิกายน ๒๕๕๙ เวลา ๐๙.๓๐ – ๑๒.๓๐ น.

ปิดการประชุมเวลา ๑๒.๕๐ น.

นางสาววาริษา ทรัพย์ประดิษฐ์ ผู้บันทึกรายงานการประชุม
นายแพทย์ทินกร โนรี ผู้ตรวจรายงานการประชุม

สรุปรายงานการประชุมคณะกรรมการกำลังคนด้านสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ ๑/๒๕๖๐

วันพฤหัสบดีที่ ๑๒ มกราคม พ.ศ. ๒๕๖๐ เวลา ๑๓.๓๐-๑๖.๓๐ น.

ณ ห้องประชุมสานใจ ๒ ชั้น ๖ อาคารสุขภาพแห่งชาติ กระทรวงสาธารณสุข

กรรมการที่เข้าประชุม

๑. นพ.มงคล ณ สงขลา	ผู้ทรงคุณวุฒิ	ประธาน
๒. นพ.สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ	ผู้ทรงคุณวุฒิ	รองประธาน
๓. นางสาวแก้วตา ศรีสังข์	แทน เลขาธิการคณะกรรมการข้าราชการพลเรือน	
๔. นางสาวประสพศรี รักความสุข	แทน เลขาธิการคณะกรรมการพัฒนาการ เศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ	
๕. นางสาววัฒนาพร สุขพรต	แทน เลขาธิการคณะกรรมการการอุดมศึกษา กระทรวงศึกษาธิการ	
๖. นพ.สินชัย ต่อวัฒนกิจกุล	แทน เลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ	
๗. นพ.วงวัฒน์ ลีวัลักษณ์	แทน รองปลัดกรุงเทพมหานคร	
๘. นพ.พีรพล สุทธิวิเศษศักดิ์	ผู้อำนวยการสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข	
๙. นายสุวรรณ เจริญเสาวภาคย์	แทน ผู้อำนวยการสถาบันเพิ่มผลผลิตแห่งชาติ	
๑๐. รศ.สุภาณี เสนาดีสัย	แทน นายกสภาการพยาบาล	
๑๑. นายธาดา วรรณปิยกุล	ประธานมูลนิธิเครือข่ายหมออนามัย	
๑๒. ศ.วิภาดา คุณาวิกติกุล	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่	
๑๓. ศ.วีระพงษ์ ปรังชญาสีทธิกุล	คณะเทคนิคการแพทย์ มหาวิทยาลัยมหิดล	
๑๔. ศ.นพ.ภิเศก ลุมพิกานนท์	คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น	
๑๕. นายเจษฎา มิ่งสมร	สถาบันพัฒนาองค์กรชุมชน	
๑๖. นพ.ปิยะ หาญวรวงศ์ชัย	คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย	
๑๗. นายสุรพันธ์ ปุสเสด็จ	ผู้ทรงคุณวุฒิ	
๑๘. ดร.ทพ.วีระศักดิ์ พุทธาศรี	แทน เลขาธิการคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ เลขานุการ	
๑๙. นพ.ทศินกร โนรี	ผู้จัดการสำนักงานวิจัยและพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพ ผู้ช่วยเลขานุการ	

ผู้ลาประชุม(ติดภารกิจ)

- | | |
|--|------------------------------|
| ๑. นพ.สมศักดิ์ อรรฆศิลป์ | สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข |
| ๒. อธิบดีกรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น | กรมการ |
| ๓. นายกแพทยสภา | กรมการ |
| ๔. นายกสภากายภาพบำบัด | กรมการ |
| ๕. ประธานมูลนิธิเพื่อผู้บริโภค | กรมการ |
| ๖. ดร.พญ.ประภา วงศ์แพทย์ | กรมการ |
| ๗. นพ.ศราวุธ สันตินันตรักษ์ | กรมการ |
| ๘. ผู้อำนวยการสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ | กรมการ |
| กระทรวงสาธารณสุข | |

รายชื่อผู้เข้าร่วมประชุม

- | | |
|-------------------------------------|---|
| ๑. นางอรพรรณ ศรีสุขวัฒนา | สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ |
| ๒. ดร.ทิพิชา โปษยานนท์ | สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ |
| ๓. น.ส.นภินทร ศิริไทย | สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ |
| ๔. นพ.รายิน โอโรรา | สำนักงานบริหารโครงการร่วมผลิตแพทย์เพิ่ม
เพื่อชาวชนบท |
| ๕. ทพ.จรรุวัฒน์ บุษราคัมรุหะ | สำนักการบริหารสาธารณสุข |
| ๖. ทพญ.วรารัตน์ ใจชื่น | สำนักทันตสาธารณสุข |
| ๗. นายบุญเรือง ขาวนวล | คณะวิทยาการสุขภาพและการกีฬา มหาวิทยาลัยทักษิณ |
| ๘. นายวรวิช ลิ้มมณีวิจิตร | สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจ |
| ๙. นายจิรภัทร กุลบุตร | สำนักงานคณะกรรมการการอุดมศึกษา
และสังคมแห่งชาติ |
| ๑๐. ดร.ภญ.ธิดาพร จิรวัฒน์ไพศาล | กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข |
| ๑๑. นางสาวกานต์วรินทร์ ก่องกุลวัฒน์ | สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ |
| ๑๒. นางสาววาริสรา ทรัพย์ประดิษฐ์ | สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ |
| ๑๓. นางสาวนำพร สามิภักดิ์ | สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ |
| ๑๔. นางสาววรรณ วิทยาพิภพสกุล | สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ |

เปิดประชุมเวลา ๑๓.๓๐ น.

ระเบียบวาระที่ ๑ เรื่องประธานแจ้งที่ประชุมทราบ

นพ.มงคล ฤ สงขลา เปิดการประชุม และแจ้งที่ประชุมเรื่องระเบียบวาระสำคัญในการพิจารณาข้อเสนอเชิงนโยบายการวางแผนกำลังคนด้านสุขภาพในวันนี้ เพื่อนำมติจากที่ประชุมเสนอเข้าพิจารณาในคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (คสช.) ต่อไป

ระเบียบวาระที่ ๒ รับรองรายงานการประชุมฯ ครั้งที่ ๓/๒๕๕๙

ที่ประชุมรับรองรายงานการประชุมคณะกรรมการฯ ครั้งที่ ๓/๒๕๕๙ เมื่อวันที่วันจันทร์ที่ ๑๒ กันยายน ๒๕๕๙

ระเบียบวาระที่ ๓ เรื่องเพื่อพิจารณา

๓.๑ นำเสนอข้อเสนอเชิงนโยบายการวางแผนกำลังคนด้านสุขภาพของประเทศในทศวรรษหน้า (พ.ศ.๒๕๖๐-๒๕๖๙) โดย นพ.ทิมกร โนรี เลขานุการคณะกรรมการวางแผนกำลังคนด้านสุขภาพของประเทศในทศวรรษหน้า

จากการประชุมคณะกรรมการกำลังคนด้านสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ ๓/๒๕๕๙ มีมติเห็นชอบ ผลการศึกษาเบื้องต้น และมอบให้ฝ่ายเลขานุการจัดกระบวนการศึกษาเพิ่มเติมเพื่อพัฒนาความชัดเจนของข้อเสนอเชิงนโยบายที่จะเสนอต่อคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ ในประเด็นของการบริหารจัดการการกระจายตัว โดยคณะเลขานุการร่วมกับคณะเลขานุการคณะทำงานทั้ง ๑๕ ชุด ได้มีการประชุมเพื่อสังเคราะห์ข้อเสนอเพิ่มเติม ดังนี้

ข้อเสนอเชิงนโยบาย

๑. ด้านอุปทาน (Supply)

๑.๑ ขอให้คณะกรรมการการอุดมศึกษาพิจารณาแผนการผลิตกำลังคนด้านสุขภาพในอนาคตให้สอดคล้องกับการคาดการณ์อุปสงค์และอุปทานของกำลังคนด้านสุขภาพสาขาต่างๆ ดังนี้

๑.๑.๑ ในวิชาชีพสาธารณสุข มีการผลิตที่มากเกินไปเกินความต้องการของประเทศในปัจจุบัน และหากคงอัตราการผลิตไว้เช่นนี้ ในอนาคตจะมีจำนวนเกินความต้องการของประเทศมาก ดังนั้น มีความจำเป็นอย่างเร่งด่วนที่จะทบทวนจำนวนการผลิต และเร่งปรับสมรรถนะบัณฑิตให้สอดคล้องกับความต้องการของระบบสุขภาพมากขึ้น

๑.๑.๒ ในวิชาชีพชีพแพทย์ ทันตแพทย์ กายภาพบำบัด และแพทย์แผนไทย/แผนไทย ประยุกต์ ในอีก ๑๐ ปีข้างหน้า จะมีความเพียงพอจนถึงเกินความต้องการของประเทศ ดังนั้น การเพิ่มการผลิตในวิชาชีพ เหล่านี้จำเป็นต้องใช้ความระมัดระวังเป็นอย่างยิ่ง

๑.๑.๓ ในวิชาชีพพยาบาล เภสัชกร เทคนิคการแพทย์ และสัตวแพทย์ แม้ว่าจำนวนบุคลากร ในอีก ๑๐ ปีข้างหน้า จะยังต่ำกว่าจำนวนบุคลากรที่ประเทศต้องการ แต่พบว่าต่ำกว่าในสัดส่วนที่ไม่มากนัก นโยบายการผลิตบุคลากรเหล่านี้เพิ่มจากอัตราการผลิตรวมในปัจจุบัน อาจจะไม่มีความจำเป็น แต่สามารถใช้

การบริหารจัดการ เช่น การเพิ่มผลิตภาพ หรือใช้มาตรการลดอัตราการสูญเสียของบุคลากร ก็จะสามารถจัดการความขาดแคลนได้

๑.๒ การผลิตกำลังคนด้านสุขภาพของประเทศ จำเป็นต้องมุ่งเน้นการผลิตเพื่อแก้ปัญหาการกระจายกำลังคน เพื่อให้เกิดการเข้าถึงบริการโดยกำลังคนด้านสุขภาพที่มีคุณภาพอย่างเท่าเทียมของประชาชน โดยขอให้คณะกรรมการการอุดมศึกษา สถาบันการผลิตทั้งภาครัฐและเอกชน และกระทรวงสาธารณสุข ดำเนินการดังต่อไปนี้

๑.๒.๑ ปรับระบบการรับผู้เข้าเรียนให้เน้นการรับนักเรียนจากพื้นที่ขาดแคลนให้มากขึ้น โดยเฉพาะในสาขาอาชีพที่มีการกระจายตัวอย่างไม่เหมาะสมทางภูมิศาสตร์ (Geographical maldistribution) ให้นักเรียนเหล่านั้นเข้าศึกษาในสถาบันการผลิตที่อยู่ใกล้ภูมิลำเนาตนเอง และเมื่อจบการศึกษามีการจัดระบบให้นักเรียนได้กลับไปทำงานในภูมิลำเนาของตนเอง

๑.๒.๒ ส่งเสริมระบบการรับบุคลากรสายสุขภาพที่ปฏิบัติงานอยู่แล้วเข้ามาศึกษาต่อยอดในสาขาอาชีพที่ขาดแคลน และ/หรือมีการกระจายตัวไม่เหมาะสม และมีระบบจัดการให้บุคลากรเหล่านั้นกลับไปปฏิบัติงานในพื้นที่ที่ขาดแคลน

๑.๒.๓ ภาครัฐยังจำเป็นต้องสนับสนุนงบประมาณในการผลิตกำลังคนด้านสุขภาพ โดยเฉพาะในกลุ่มที่รับตรงจากพื้นที่ขาดแคลน และมีการปรับระบบสนับสนุนงบประมาณให้ผ่านทางกระทรวงสาธารณสุข ในฐานะผู้ใช้ (Demand side financing) โดยให้กำลังคนด้านสุขภาพเหล่านั้นทำสัญญาการทำงานโดยตรงกับกระทรวงสาธารณสุข และเมื่อมีการฝ่าฝืนสัญญาการทำงานให้นำเงินค่าปรับเข้ากระทรวงสาธารณสุข

๑.๓ ขอให้คณะกรรมการขับเคลื่อนยุทธศาสตร์พัฒนาการศึกษาสำหรับบุคลากรด้านสุขภาพ ในศตวรรษที่ ๒๑ ร่วมกับสถาบันการผลิตทั้งภาครัฐและเอกชน มีการปฏิรูประบบการผลิตทั้งในเรื่องการบริหาร จัดการการศึกษาโดยกระบวนการ transformative learning และให้มีการปฏิรูปหลักสูตร/กระบวนการเรียนรู้ให้สอดคล้องกับความต้องการสุขภาพของประชาชนและบริบทของสังคมไทย

๒. ด้านอุปสงค์ (Demand)

๒.๑ เพื่อให้การบริหารจัดการกำลังคนด้านสุขภาพเกิดประสิทธิภาพสูงสุด ขอให้กระทรวงสาธารณสุข ในฐานะเป็น National Health Authority ดำเนินการดังนี้

๒.๑.๑ เพื่อให้เกิดประสิทธิภาพสูงสุด การจัดบริการต้องอยู่บนฐานของการมีส่วนร่วมวิชาชีพ (Skill mix) ที่เหมาะสม และมีระบบสนับสนุนการถ่ายโอนภารกิจบางอย่างที่ไม่จำเป็นต้องทำโดยบุคลากรวิชาชีพสุขภาพ (Task shifting) ไปยังบุคลากรกลุ่ม informal เช่น อาสาสมัครผู้ดูแลสุขภาพ รวมทั้งบุคลากรภายนอกสายสุขภาพ

๒.๑.๒ ส่งเสริมความเข้มแข็งในการจัดระบบบริการปฐมภูมิ ภายใต้การมีส่วนร่วมของประชาชน ผู้ให้บริการสาธารณสุขทุกภาคส่วนและองค์กรที่เกี่ยวข้องในทุกระดับ โดยมุ่งเน้นการสร้างเสริมสุขภาพ และถ่ายโอนผู้รับบริการที่พ้นระยะวิกฤตจากหน่วยบริการระดับทุติยภูมิหรือระดับตติยภูมิมารับบริการที่ใกล้บ้านมากขึ้น เพื่อเป็นการใช้ทรัพยากรสุขภาพทั้งกำลังคน เครื่องมือ อุปกรณ์ รวมทั้ง facility ของ

โรงพยาบาลอย่างมีประสิทธิภาพ อีกทั้งลดรายจ่ายของประชาชน เพื่อเป็นการสร้างความยั่งยืนด้านการคลัง สุขภาพในระยะยาว

๒.๑.๓ เพิ่มผลิตภาพ (Productivity) ของกำลังคนด้านสุขภาพ โดยสนับสนุนการใช้ เทคโนโลยีทดแทน หรือกำลังคนทดแทน เพื่อให้มีการใช้ประโยชน์จากกำลังคนวิชาชีพด้านสุขภาพอย่าง เหมาะสม และสนับสนุนการพัฒนาปรับปรุงกระบวนการทำงานเพื่อลดการสูญเสีย รวมทั้งให้มีระบบประเมิน ผลิตภาพและจัดให้มีระบบการพัฒนากำลังคนอย่างต่อเนื่อง ตลอดจนการสนับสนุนการพัฒนานวัตกรรมเพื่อ เพิ่มประสิทธิภาพการทำงาน

๒.๑.๔ จัดให้มีมาตรการในการธำรงรักษากำลังคนด้านสุขภาพในพื้นที่ที่เหมาะสมและมี ประสิทธิภาพ โดยประกอบด้วยมาตรการที่หลากหลาย ได้แก่ ระบบการจ้างงาน ระบบค่าตอบแทน ระบบ ความก้าวหน้า

๒.๒ ขอให้สถานบริการภาคเอกชนและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมีส่วนร่วมในการทำแผนจัดบริการ แก่ ประชาชนของแต่ละเขตบริการ เพื่อเป็นการใช้ทรัพยากรด้านสุขภาพร่วมกัน และเป็นการแก้ไขปัญหาการ กระจายกำลังคนด้านสุขภาพที่ไม่เหมาะสม

๓. ด้านการควบคุมกำกับ (Regulator) เพื่อให้กลไกควบคุมกำกับมาตรฐานการทำงานของกำลังคน ด้านสุขภาพสอดคล้องกับบริบทความต้องการด้านสุขภาพของประชาชนและเอื้อให้เกิดการทำงานอย่างเต็ม ประสิทธิภาพของกำลังคนด้านสุขภาพ ขอให้สภาวิชาชีพดำเนินการทบทวนการกำหนดสมรรถนะ (Competency) ของบัณฑิต ทบทวนข้อจำกัด และเงื่อนไขในการประกอบวิชาชีพให้เอื้อต่อการทำงานร่วมกัน ของวิชาชีพ (Interprofessional collaboration)

ที่ประชุมมีประเด็นอภิปราย ดังนี้

สำนักงานคณะกรรมการการอุดมศึกษา (สกอ.) ไม่มีอำนาจในเรื่องการวางแผนการผลิต แต่มีบทบาท ในการวางนโยบายและข้อเสนอแนะ การวางแผนการผลิตเป็นหน้าที่ของสภามหาวิทยาลัย เสนอแผนการผลิต และงบประมาณโดยตรงที่รัฐมนตรี สำหรับเรื่องงบประมาณจะได้รับการจัดสรรจากสำนักงบประมาณเป็น ค่าใช้จ่ายรายหัวสำหรับการผลิต และสำนักงานคณะกรรมการข้าราชการพลเรือนจะเกี่ยวข้องในเรื่องเงื่อนไขใน การชดใช้ทุน การเพิ่มหรือลดอัตราการผลิตกำลังคนนั้น จำเป็นต้องใช้ระยะเวลาในการดำเนินการ เริ่มจาก มหาวิทยาลัยจัดเตรียมมาตรฐานหลักสูตร จัดเตรียมผู้สอน เครื่องมือ อาคาร ใช้ระยะเวลาอย่างน้อย ๔ ปี ดังนั้น หากลดการผลิตแล้วต้องการจะเพิ่มการผลิตในภายหลัง จะเป็นเรื่องที่ทำได้ยากและต้องใช้เวลา ผู้อำนวยการสำนักนโยบายและแผนการอุดมศึกษา สำนักงานคณะกรรมการการอุดมศึกษา ให้ข้อมูลเพิ่มเติมว่า ขณะนี้วิชาชีพแพทย์ ทันตแพทย์ พยาบาล มีการนำเสนอโครงการขอเพิ่มการผลิตเข้ามา

อาจารย์สุรพันธ์ ปุสเสด็จ เสนอให้พิจารณาและเตรียมข้อมูลเพิ่มเติมในการนำเสนอที่ประชุม คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (คสช.) ในประเด็นต่อไปนี้

- size หมายถึง จำนวนคนที่ต้องการ โดยขึ้นกับสถานการณ์การเจ็บป่วย เมื่อคนเจ็บป่วยมาก ก็ต้องการบุคลากรทางการแพทย์มากขึ้น
- skill หมายถึง ความสามารถที่ต้องการ โดยความสามารถของกำลังคนในอนาคตจะขึ้นกับความซับซ้อนของโรค และต้องการการบูรณาการจากหลากหลายสาขาวิชาชีพมากขึ้น
- site หมายถึง ตำแหน่งของกำลังคนที่ปฏิบัติงาน โดยจัดให้มีการกระจายตัวของบุคลากรในพื้นที่ต่างๆ เพื่อการเข้าถึงการบริการสุขภาพอย่างเท่าเทียมกัน
- financial system หมายถึง ระบบการจ่ายเงิน กำลังคนด้านสุขภาพที่ต้องการในอนาคตจะมีกลไกการเงินการคลังในการจ้างบุคลากรเหล่านั้นอย่างไร
- retention หมายถึง การธำรงรักษาให้คนอยู่ในระบบ โดยปัจจุบันต้องคำนึงถึงความแตกต่างระหว่างช่วงอายุ (generation gap) ที่มีลักษณะการจูงใจในการทำงานที่ไม่เหมือนกัน
- governance system หมายถึง ระบบอภិบาล โดยใครจะเป็นผู้ดูแลระบบ และมีอำนาจในการจัดการทั้งหมด

ทางสำนักงานผลิตแพทย์เพิ่มเพื่อชาวชนบท อภิปรายเพิ่มเติมว่าการผลิตในส่วน of โครงการผลิตแพทย์เพิ่มเพื่อชาวชนบท (CPIRD) คำนวณความต้องการตามวิธี Demand method พบว่ากระทรวงสาธารณสุขต้องการแพทย์เพิ่มอีก ๑๐,๐๐๐ คน ซึ่งโดยปกติจะมีการบรรจุแพทย์จบใหม่เข้าทำงานที่กระทรวงสาธารณสุขปีละ ๒,๐๐๐ คน ในระยะเวลา ๕ ปี ก็จะครบตามจำนวนที่ต้องการ อย่างไรก็ตาม วิธีการคาดการณ์โดยใช้ Demand method จะไม่ได้ระบุเรื่องคุณภาพการให้บริการตามมาตรฐานของแพทยสภา ซึ่งแพทย์อาจต้องใช้เวลาในการตรวจเพิ่มขึ้น โดยสรุปผลการศึกษาในหลายๆ ส่วนมาในทิศทางเดียวกันคือ ถ้าผลิตเพิ่มต่อไปมีแนวโน้มเกินความต้องการ การคงอัตราการผลิตไว้จึงเป็นสิ่งที่เหมาะสมมากกว่า

ที่ประชุมให้ข้อมูลเพิ่มเติมเรื่องการผลิตบุคลากรจากวิทยาลัยชุมชน เช่น ที่จังหวัดตาก แต่บุคลากรกลุ่มนี้ไม่ได้รับการบรรจุเป็นข้าราชการ ทำให้อาจขาดตัวเลขในส่วนนี้ไป ซึ่งวิทยาลัยชุมชนใช้ต้นทุนในการผลิตต่ำและบุคลากรที่จบจากวิทยาลัยชุมชนส่วนใหญ่จะปฏิบัติงานอยู่ในชนบท

ที่ประชุมอภิปรายในเรื่องข้อเสนอการกระจายและการจัดการกำลังคน ปัญหาการกระจายในปัจจุบันพบว่า ในผู้ป่วยที่ซับซ้อนภายหลังได้รับการรักษาจากโรงพยาบาลระดับตติยภูมิแล้ว ไม่มีการส่งต่อกลับมาดูแลในระดับปฐมภูมิ ทำให้เกิดความแออัดในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ ดังนั้น การมีแพทย์เฉพาะทางสาขาที่จำเป็นปฏิบัติงานในระดับปฐมภูมิจึงมีความสำคัญเพื่อให้สามารถส่งต่อผู้ป่วยที่พ้นระยะวิกฤตกลับมาดูแลในสถานพยาบาลใกล้บ้านได้ ซึ่งจะเป็นการช่วยลดความแออัดในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิได้ ส่วนเรื่องการธำรงรักษากำลังคนยังมีทางเลือกอีกหลายวิธี นอกเหนือจากการชดใช้ทุน เช่น โรงพยาบาลเอกชนจ้างแพทย์โดยจ่ายค่าตอบแทนโดยวัดจากผลงานการรักษา สามารถลดค่าใช้จ่ายได้ ต้องมองผลิตภาพ (productivity) คู่กับการธำรงรักษาด้วย

นพ.สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ ประธานคณะกรรมการวางแผนกำลังคนฯ สรุปเป้าหมายหลักของการศึกษา ออกเป็น ๔ ประเด็น คือ

๑. ประเภท - ในอนาคต เราต้องการบุคลากรสุขภาพอะไรบ้าง ทั้งในสาขาหลัก และสาขาย่อยอื่นๆ เช่น Audiologist, Occupation Therapist แต่การศึกษานี้ยังไม่ได้ศึกษาในสาขาย่อยดังกล่าวนี้

๒. สมรรถนะกำลังคนที่ต้องการ - การศึกษารังนี้ไม่ครอบคลุมในส่วนนี้ แต่สามารถอ้างอิงสมรรถนะของคณะทำงานขับเคลื่อนยุทธศาสตร์ปฏิรูปการศึกษาของบุคลากรด้านสุขภาพในศตวรรษที่ ๒๑

๓. การคาดการณ์ Demand และ Supply ในอนาคต ซึ่งเป็นจุดเด่นของการศึกษานี้

๔. ข้อเสนอที่ควรจะนำเสนอต่อที่ประชุมคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (คสช.) เป็นเรื่องแผนการผลิตบุคลากรด้านสุขภาพในสาขาต่างๆ ของประเทศไทย โดยแบ่งออกเป็น ๓ กลุ่มหลัก ดังนี้

๑) สาขาวิชาชีพที่เกินความต้องการในอนาคต ซึ่งจำเป็นต้องพิจารณาลดอัตราการผลิต

๒) สาขาที่น่าจะเพียงพอแล้ว หรืออาจมีแนวโน้มมากเกินความต้องการในอนาคต ดังนั้น จึงไม่ควรผลิตเพิ่ม หรือถ้าจะผลิตเพิ่ม ต้องเป็นการผลิตเพื่อสนับสนุนการกระจายไปในพื้นที่ที่ขาดแคลน

๓) สาขาที่ขาดแคลนเล็กน้อย และใกล้จะเพียงพอในอนาคต ถ้าจะมีการผลิตเพิ่มต้องผลิตด้วยความระมัดระวัง

ที่ประชุมเห็นว่าควรจะทำการศึกษาการวางแผนกำลังคนในอนาคตรอบใหม่ในอีก ๒-๓ ปี ในระหว่างนั้นควรจะทำการศึกษาข้อมูลที่เป็นต้องใช้ในการคาดการณ์ เช่น อัตราการสูญเสียรายปี เพื่อให้การคาดการณ์ในรอบต่อไปมีความแม่นยำมากขึ้น และควรมีการศึกษาในสาขาวิชาชีพใหม่ๆ ที่มีความจำเป็นในอนาคต

มติที่ประชุม รับทราบและเห็นสมควรเสนอเฉพาะแผนการผลิตบุคลากรในสาขาต่างๆ ที่สอดคล้องกับความต้องการกำลังคนในอีก ๑๐ ปีข้างหน้า

ระเบียบวาระที่ ๔ เรื่องอื่นๆ

๔.๑ ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายการวางแผนกำลังคนด้านสุขภาพในอีก ๑๐ ปีข้างหน้า (พ.ศ. ๒๕๖๐-๒๕๖๙) จะเข้าที่ประชุม คสช. ในวันที่ ๒๐ มกราคม ๒๕๖๐

๔.๒ นัดหมายการประชุมครั้งต่อไป (๒/๒๕๖๐) ขอหารือและแจ้งให้ทราบทาง E-mail อีกครั้ง

มติที่ประชุม รับทราบ

ปิดประชุมเวลา ๑๖.๐๐ น.

นางสาววาริสรา ทรัพย์ประดิษฐ์

ผู้บันทึกรายงานการประชุม

นายแพทย์จิณกร โนนรี

ผู้ตรวจรายงานการประชุม

สรุปรายงานการประชุมคณะกรรมการกำลังคนด้านสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ ๒/๒๕๖๐

วันอังคารที่ ๑๑ เมษายน พ.ศ. ๒๕๖๐ เวลา ๐๙.๓๐-๑๒.๐๐ น.

ณ ห้องประชุมสานใจ ๒ ชั้น ๖ อาคารสุขภาพแห่งชาติ กระทรวงสาธารณสุข

กรรมการที่เข้าประชุม

๑. นพ.มงคล ณ สงขลา	ผู้ทรงคุณวุฒิ	ประธาน
๒. นพ.สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ	ผู้ทรงคุณวุฒิ	รองประธาน
๓. นางสาวแก้วตา ศรีสังข์	แทน เลขาธิการคณะกรรมการข้าราชการพลเรือน	
๔. นางสาวจินางค์กูร โรจนนันต์	แทน เลขาธิการคณะกรรมการพัฒนาการ เศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ	
๕. นางสาววัฒนาพร สุขพรต	แทน เลขาธิการคณะกรรมการการอุดมศึกษา กระทรวงศึกษาธิการ	
๖. นพ.วิทยา ตันสุวรรณนนท์	แทน เลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ	
๗. นพ.วงวัฒน์ ลีวัลักษณ์	แทน รองปลัดกรุงเทพมหานคร	
๘. นพ.พีรพล สุทธิวิเศษศักดิ์	ผู้อำนวยการสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข	
๙. นางพรทิพย์ จิรศรีสกุล	แทน อธิบดีกรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น	
๑๐. นพ.พีรพล สุทธิวิเศษศักดิ์	ผู้อำนวยการสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข	
๑๑. นายสุวรรณ เจริญเสาวภาคย์	แทน ผู้อำนวยการสถาบันเพิ่มผลผลิตแห่งชาติ	
๑๒. ผศ.ดร.กานดา ชัยภิญโญ	แทน นายกสภากายภาพบำบัด	
๑๓. ดร.ธีรพร สิริอังกูร	แทน นายกสภาการพยาบาล	
๑๔. นายธาดา วรรณปิยกุล	ประธานมูลนิธิเครือข่ายหมออนามัย	
๑๕. รศ.ดร.จันทร์เพ็ญ วิวัฒน์	ประธานมูลนิธิเพื่อผู้บริโภค	
๑๖. ศ.วิภาดา คุณาวิฑิตกุล	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่	
๑๗. อ.ดร.เลิศยศ ตีระรัตน์ไพบูลย์	แทน ศ.วีระพงษ์ ปรัชญาสิทธิกุล	
๑๘. ศ.นพ.ภิเศก ลุมพิกานนท์	คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น	
๑๙. นายเจษฎา มิ่งสมร	สถาบันพัฒนาองค์กรชุมชน	
๒๐. ดร.พญ.ประภา วงศ์แพทย์	ผู้ทรงคุณวุฒิ	
๒๑. นพ.ปิยะ หาญวรวงศ์ชัย	คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย	
๒๒. นายมานพ เชื้อบัณฑิต	แทน นายองค์การบริหารส่วนจังหวัดหนองบัวลำภู	
๒๓. ดร.ทพ.วีระศักดิ์ พุทธาศรี	แทน เลขาธิการคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ เลขาธิการ	

๒๔. นางธิดิภัทร คุหา

แทน ผู้อำนวยการสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์
สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

๒๕. นพ.พิณกร โนรี

ผู้จัดการสำนักงานวิจัยและพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพ
ผู้ช่วยเลขาธิการ

ผู้ลาประชุม (ติดภารกิจ)

๑. นพ.สมศักดิ์ อรรฆศิลป์

รองปลัดกระทรวงสาธารณสุข สำนักงานปลัด
กระทรวงสาธารณสุข

๒. นายกแพทยสภา

๓. นายสุรพันธ์ ปุสเสด็จ

ผู้ทรงคุณวุฒิ

รายชื่อผู้เข้าร่วมประชุม

๑. ศ.พญ.วณิษา ชื่นกองแก้ว

คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล

๒. นางอรพรรณ ศรีสุขวัฒนา

สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ

๓. ดร.ทิพิชา โปษยานนท์

สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ

๔. น.ส.นภินทร ศิริไทย

สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ

๕. นางเดือนเพ็ญ โยเฮื้อ

สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์

สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

๖. นายวรวิษ ลิ้มมณีวิจิตร

สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจ

และสังคมแห่งชาติ

๗. ดร.ชญ.ธิดาพร จิรวัฒน์ไพศาล

กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข

๘. นายจิรภัทร น้อยเพ็ง

กรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น

๙. นางสาวดุสิตา กระจวนชิต

มูลนิธิเพื่อการพัฒนาการศึกษาบุคลากรสุขภาพ(ศสข.)

๑๐. นางสาววาริสา ทรัพย์ประดิษฐ์

สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ

๑๑. นางสาววรรณ วิทยาพิภพสกุล

สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ

๑๒. นางสาวนำพร สามิภักดิ์

สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ

๑๓. นางสาวกานต์วรินทร์ ก่องกุลวัฒน์

สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ

๑๔. นางสาวพัชรี เพชรทองหยก

สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ

เปิดประชุมเวลา ๐๙.๓๐ น.

ระเบียบวาระที่ ๑ เรื่องประธานแจ้งที่ประชุมทราบ

นพ.มงคล ณ สงขลา เปิดการประชุมด้วยการอวยพรเนื่องในโอกาสวันปีใหม่ไทยหรือวันสงกรานต์ แก่คณะกรรมการฯ และผู้เข้าร่วมประชุม ผศ.ดร.ทพ.วีระศักดิ์ พุทธาศรี เป็นตัวแทนที่ประชุมมอบพวงมาลัยให้ประธาน จากนั้นประธานแจ้งความคืบหน้าเกี่ยวกับข้อเสนอเชิงนโยบายการวางแผนกำลังคนด้านสุขภาพของประเทศในทศวรรษหน้าซึ่งได้นำเข้าเสนอต่อคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (คสช.) โดยข้อเสนอฯ ไม่ได้ได้รับความเห็นชอบจาก คสช. อย่างไรก็ตาม เนื่องจากการผลิตบุคลากรเกินความต้องการจะทำให้เกิดการสูญเสียทรัพยากรของประเทศอย่างมาก จึงจำเป็นต้องมีการอภิปรายร่วมกันอีกครั้งเพื่อกำหนดทิศทางที่จะขับเคลื่อนต่อไป

ระเบียบวาระที่ ๒ รับรองรายงานการประชุมฯ ครั้งที่ ๑/๒๕๖๐

ที่ประชุมรับรองรายงานการประชุมคณะกรรมการฯ ครั้งที่ ๑/๒๕๖๐ เมื่อวันที่ ๑๒ พฤษภาคม ๒๕๖๐

ระเบียบวาระที่ ๓ เรื่องแจ้งเพื่อทราบ

๓.๑ บันทึกความร่วมมือ (MOU) เรื่องการพัฒนาบุคลากรสุขภาพเพื่อตอบสนองต่อนโยบายการพัฒนาาระบบสุขภาพและความต้องการของประชาชน โดย ศ.พญ.วณิษา ชื่นกองแก้ว มูลนิธิเพื่อการพัฒนาการศึกษาบุคลากรสุขภาพ (คสช.)

ระหว่างการประชุมวิชาการประจำปีระดับชาติ “การพัฒนาการศึกษาสำหรับบุคลากรด้านสุขภาพ” ครั้งที่ ๓ เมื่อวันที่ ๒๑ พฤศจิกายน ๒๕๕๙ ที่ผ่านมามีการลงนามความร่วมมือเรื่อง “การพัฒนาบุคลากรสุขภาพเพื่อตอบสนองต่อนโยบายการพัฒนาาระบบบริการสุขภาพและความต้องการของประชาชน” จาก ๘ องค์กร โดยมีสาระสำคัญคือเพื่อให้เกิดการพัฒนาบุคลากรสุขภาพที่สามารถตอบสนองต่อระบบบริการสุขภาพที่มีคุณภาพ เสมอภาค และมีประสิทธิภาพ โดยมุ่งเน้นส่งเสริมระบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ

ยุทธศาสตร์การขับเคลื่อนของ MOU นี้คือการผลักดันนโยบายจากหลักฐานเชิงประจักษ์เพื่อให้เกิด Instructional & Institutional reform ใน ๙ สาขาวิชาชีพ ผ่านการทำงานร่วมกันของเครือข่ายทั้งในและต่างประเทศ

เป้าหมายของการพัฒนาคือการเชื่อมระบบการศึกษาและระบบสุขภาพเข้าด้วยกัน โดยมีผู้เกี่ยวข้องจากฝั่งผู้ผลิตคือ สภาวิชาชีพทั้ง ๙ วิชาชีพ สถาบันการศึกษาทั้งหมด ทำงานร่วมกับฝั่งระบบสุขภาพซึ่งเป็นผู้ใช้ โดยขณะนี้ทางเครือข่ายทำงานร่วมกับระบบเครือข่ายสุขภาพอำเภอ (District health system) เพื่อสร้าง

District health system academy คือการเชื่อมสถาบันการศึกษา ศูนย์แพทย์ และโรงพยาบาลชุมชนเพื่อการผลิตบุคลากรสุขภาพโดยใช้โรงพยาบาลชุมชนเป็นฐานการเรียนรู้ โดยมีการเตรียมความพร้อมของโรงพยาบาลชุมชนให้สอดคล้องกับมาตรฐานของหลักสูตรแต่ละวิชาชีพ ทั้งนี้ เพื่อตอบสนองนโยบายของกระทรวงสาธารณสุขในการสร้างทีมหมอครอบครัว ซึ่งประกอบด้วยแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว พยาบาล กายภาพบำบัด และวิชาชีพอื่นๆ โครงการนี้มีเป้าหมายทั้ง ๑๓ เขต โดยดำเนินการแล้วในปีแรกจำนวน ๖ เขต โครงการนี้มีเป้าหมายในระยะยาวคือเพื่อให้เกิดความเสมอภาคทางสุขภาพ และสอดคล้องกับยุทธศาสตร์โลก คือ Universal Health Coverage และ Sustainable Development Goals

แนวทางการขับเคลื่อน MOU ได้แก่

- ๑) มีกลไกการประสานงานผ่านมูลนิธิเพื่อการพัฒนาการศึกษาบุคลากรสุขภาพ (ศสช.) และ สำนักงานวิจัยและพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพ (สวค.) มีการขยายผลไปยังเครือข่ายของแต่ละองค์กร
- ๒) มีกลไกการเชื่อมโยงหน่วยงานของผู้กำหนดนโยบาย เพื่อทบทวนสถานการณ์และระดมความคิดเห็นเพื่อเสนอประเด็นการดำเนินงาน และส่งเสริมให้เกิดการสนับสนุนจากรัฐบาล
- ๓) องค์กรในเครือข่ายทั้ง ๘ มีการประชุมหารือกันเป็นระยะอย่างต่อเนื่อง มีการเผยแพร่ข้อมูลผ่านทางเว็บไซต์ <http://www.healthprofessionals21thailand.org> มีการทำงานแบบ goal-oriented ที่สามารถประเมินผลได้ (evaluation) กำหนดเป้าหมายการดำเนินงานให้สัมพันธ์ และเชื่อมโยงกับบทบาทยุทธศาสตร์ และพันธกิจของแต่ละหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ขยายเครือข่ายการดำเนินงานไปยังหน่วยงานผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย (stakeholders) มีการกำหนดตัวชี้วัดความสำเร็จของเป้าหมายและยุทธศาสตร์ต่างๆ มีการรายงานผลอย่างต่อเนื่อง

ประเด็นความท้าทายที่เครือข่าย MOU เลือกมาดำเนินการ ได้แก่ primary care cluster ระบบสุขภาพใน ๒๐ ปี ข้างหน้า district health system กำลังคนทางสุขภาพ การเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ การเตรียมความพร้อมสำหรับการลดลงของการเติบโตของประชากร นวัตกรรมชุมชน สุขภาพ การศึกษา และความหลากหลายของชุมชน เป็นต้น

ข้อสังเกตด้านช่องว่างของระบบสุขภาพในปัจจุบัน คือ ประเทศไทยยังไม่มีภาพอนาคตที่ชัดเจนในอีก ๒๐ ปี ข้างหน้า กระทรวงสาธารณสุขไม่มีพันธกิจหลักในการสนับสนุนด้าน DHS academy ส่งผลต่อการสร้างและพัฒนาบุคลากรสุขภาพ การขาดแคลนผู้เรียนในสาย Allied Health Sciences (เช่น รังสีเทคนิค กายภาพบำบัด) การมีหน่วยงานกำลังคนหลากหลาย เกิดความซ้ำซ้อน ไม่ชัดเจนในการพัฒนา และขาดการประเมินผลโดยหน่วยงานภายนอก

ที่ประชุมมีประเด็นอภิปราย ดังนี้

- ๑) ทัวโลกมีการเคลื่อนไหวด้านกำลังคนน้อย สารของ MOU เน้นระบบสุขภาพอำเภอที่โรงพยาบาลชุมชนและสาธารณสุขทำงานร่วมกันเป็นหนึ่งเดียว ใช้ DHS เป็นที่ผลิตและพัฒนาบุคลากร เป็น

ลักษณะเฉพาะของประเทศไทย ซึ่งแสดงให้เห็นว่าคนไทยจะมีแพทย์หนึ่งคนที่สามารถดูแลและส่งต่อคนไข้ไปหาผู้เชี่ยวชาญแต่ละสาขาได้ อย่างไรก็ตาม เราควรหันมาสนใจสุขภาพของคนเมืองควบคู่กันไปด้วย เนื่องจากคนมาอยู่ในเขตเมืองมากขึ้น แต่ในเขตเมืองกลับไม่มีระบบบริการปฐมภูมิที่ชัดเจนเหมือนในชนบท MOU นี้อาจเป็นจุดเริ่มต้นสำคัญที่จะขับเคลื่อนในเรื่องนี้ซึ่งควรได้รับการสนับสนุน

๒) การบูรณาการระบบการศึกษาและระบบสุขภาพเข้าด้วยกันเป็นนิมิตหมายอันดีที่จะช่วยลดช่องว่าง ลดความไม่เชื่อมโยงของแต่ละวิชาชีพลง การให้นักศึกษาเข้าไปเรียนรู้ในชุมชนอาจเป็นโอกาสให้ประเทศไทยสร้างความเข้มแข็งของระบบสุขภาพได้ดีกว่าที่อื่นๆ นอกจากนี้ ควรให้ความสำคัญกับ promotion & prevention เพื่อลดจำนวนคนป่วยลงซึ่งเป็นการควบคุมค่าใช้จ่ายในการรักษาอีกทางหนึ่ง

๓) โครงการ district health system academy ไม่ใช่โครงการผลิตบุคลากรแต่เป็นการเพิ่มคุณภาพผ่านการเรียนรู้ในบริบทจริง (context-based learning) เพื่อให้นักศึกษาเข้าใจบริบทของชุมชนสามารถตอบสนองต่อความต้องการของชุมชนได้ดีขึ้น รวมถึงช่วยเพิ่มการคงอยู่และการกระจายตัวของบุคลากรสุขภาพในชนบทให้ดีขึ้น

๔) การเรียนรู้ในชุมชนเป็นทิศทางการพัฒนาที่ถูกต้อง ควรมีการกำหนดเป้าหมายให้ชัดเจนว่าจะทำในที่ DHS

๕) ปัญหาที่สำคัญในระบบการศึกษา คือ ที่ผ่านมามาสถาบันการศึกษาสอนเฉพาะ basic science และ clinical science ทำให้นักศึกษาขาดความรู้เรื่องระบบสุขภาพ มีการตีพิมพ์ใน JAMA ว่าจำเป็นต้องมี health system science เข้ามาเติมเต็มด้วย สำหรับการเรียนรู้ในชุมชนควรเน้น clinical & health system science

๖) คณะกายภาพบำบัดมีประสบการณ์เรื่องการเรียนรู้ในชุมชนมาเป็นเวลา ๗-๘ ปี แล้ว โดยมีวิชาบังคับคือวิชากายภาพบำบัดชุมชนที่ให้นักศึกษาเข้าไปอยู่ในชุมชนอย่างน้อย ๑ เดือน และมีนักกายภาพบำบัดในโรงพยาบาลชุมชนมาช่วยดูแลนักศึกษา พบว่าประสบความสำเร็จมาก นักศึกษาเข้าใจ รับผิดชอบ และสามารถทำงานในชุมชนได้ดี นอกจากนี้ยังเกิดแรงบันดาลใจที่จะเข้าไปปฏิบัติงานในชุมชน ปัจจุบันมีนักกายภาพบำบัดเข้าไปทำงานในโรงพยาบาลชุมชนมากขึ้นและยังสามารถดูแลผู้ป่วยได้นอกเหนือจากการฟื้นฟู

๗) นโยบายสร้างความเข้มแข็งให้กับระบบบริการปฐมภูมิ นอกจากแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวแล้ว ควรให้ความสำคัญกับบุคลากรสาขาอื่นด้วย เช่น เภสัชกร กายภาพ พยาบาล และต้องมีความต่อเนื่องของนโยบาย จึงจะประสบความสำเร็จ

๘) บางมหาวิทยาลัย เช่น มหิดล มีเป้าหมายมุ่งไปสู่ความเป็นเลิศระดับนานาชาติ ไม่เน้นเรื่องชุมชนเท่าที่ควร ทำอย่างไรจึงจะสื่อสารกับบุคลากรของมหาวิทยาลัยให้ตระหนักเรื่องชุมชนมากขึ้น และให้เป็นหนึ่งในตัวชี้วัดของสถาบันการศึกษา

๙) การที่แพทย์ได้ลงชุมชน จะได้รับประสบการณ์ตรงในการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างแพทย์ ทีมสหสาขา และชุมชน เกิดความสัมพันธ์กับชุมชนมากขึ้น อาจทำให้อยากอยู่ในชุมชนด้วยตัวเอง อย่างไรก็ตาม การทำงานร่วมกันของหลายองค์กร ทั้งระหว่างส่วนกลางและ district health system ต้องก้าวผ่านความเป็นเจ้าของของแต่ละองค์กรไปได้ ควรมีการประเมินเป็นระยะว่ามีความยั่งยืนหรือไม่ ประสบการณ์ที่ผ่านมาของ

คปสอ. งบประมาณลงไปที่ CUP แต่ไม่ถูกกระจายต่อให้ รพสต. ทำให้งาน P&P ไม่คืบหน้า การพัฒนาคุณภาพบุคลากรในครั้งนี้ ต้องให้มีระบบไปจัดการการกระจายทรัพยากรให้มีประสิทธิภาพ เสมอภาคมากขึ้น

๑๐) ภาคเอกชนอาจมีส่วนร่วมในด้านที่มีความเชี่ยวชาญ ปัจจุบันโรงพยาบาลเอกชนมีส่วนร่วมในโครงการ CSR ในรูปแบบมูลนิธิ เช่น โครงการสูงวัยไม่ล้ม ด้วยความร่วมมือจาก สสส. และมีการลงชุมชนที่ช่วยขวาง ดังนั้น ส่วนกลางอาจประกาศให้เอกชนมีส่วนร่วมในบางสาขา

ระเบียบวาระที่ ๔ เรื่องเพื่อพิจารณา

๔.๑ แผนการผลิตบุคลากรสายสุขภาพในอนาคต โดย อ.วัฒนาพร สุขพรต ผู้อำนวยการสำนักนโยบายและแผนการอุดมศึกษา สำนักงานคณะกรรมการการอุดมศึกษา

อ. วัฒนาพร นำเสนอแผนการผลิตกำลังคนด้านสุขภาพสาขาแพทยศาสตร์ พยาบาลศาสตร์ ทันตแพทยศาสตร์ เภสัชศาสตร์ เทคนิคการแพทย์ กายภาพบำบัด/กิจกรรมบำบัด รังสีเทคนิค การแพทย์แผนไทย/ประยุกต์ สาธารณสุข/สาธารณสุขชุมชน การแพทย์แผนจีน การแพทย์แผนตะวันออก โภชนาการและโภชนาการบำบัด มีเดียทางการแพทย์และวิทยาศาสตร์ และทันตสาธารณสุข แสดงเป้าหมายการผลิต โดยไม่ระบุถึงวิธีการและรูปแบบการผลิต และชี้แจงว่า สกอ. ไม่มีอำนาจในการกำหนดจำนวนการผลิต ขึ้นอยู่กับมหาวิทยาลัย สกอ. ทำหน้าที่รวบรวมตัวเลขเท่านั้น ในปัจจุบัน ทิศทางยังคงเป็นการเพิ่มกำลังการผลิตโดยไม่มีการคำนึงถึงขนาดประชากรที่กำลังจะลดลง

ในการผลักดันข้อเสนอเชิงนโยบายอาจจะต้องคำนึงถึงประเด็นที่ทางมหาวิทยาลัยค้านว่าเป็นการผลิตเพื่อตอบสนองตลาดทุกภาคส่วน (รัฐ เอกชน ต่างประเทศ) ในขณะที่ปริมาณในข้อเสนอฯ มุ่งตอบสนองต่อภาครัฐเท่านั้น สำหรับวิชาชีพที่มีการผูกพันกับการชดใช้ทุน มักเป็นปัญหาเมื่อมีการขอผลิตเพิ่มเนื่องจากกระทรวงสาธารณสุขอาจไม่มีตำแหน่งรองรับเพียงพอ หากเป็นกรณีสัญญาปลายเปิดก็จะแก้ไขปัญหานี้ได้ระดับหนึ่ง

ปัจจัยที่มีผลต่อการผลิตบุคลากรในแต่ละสาขาอาจแตกต่างกันไป เช่น แพทย์ใช้การลงทุนสูงจึงไม่ควรสูญเสียไปประกอบอาชีพอื่น เภสัชศาสตร์ผลิตตอบสนองทั้งโรงพยาบาล ร้านยา และอุตสาหกรรมยา แพทย์แผนไทยมีการผลิตมากเนื่องจากลงทุนไม่สูงแต่อาจมีปัญหาเรื่องคุณภาพ ทันตแพทย์มีการผลิตเพื่อเอกชนหรือ medical tourism มากขึ้น รังสีเทคนิคผลิตน้อยเพราะลงทุนสูง สาธารณสุขผลิตได้มากทั้งรัฐและเอกชน

แต่ละวิชาชีพมีลักษณะการเลือกสถานที่ปฏิบัติงานต่างกัน เช่น ทันตแพทย์ทำงานในภาคเอกชนมาก ทันตแพทย์เฉพาะทางจะอยู่ในเขตเมืองเพราะระดับชุมชนไม่มีเครื่องมือ เภสัชกรสามารถทำงานในได้นอกเหนือจากโรงพยาบาล พยาบาลอายุการทำงานสั้น กายภาพบำบัดสามารถเปิดคลินิกเพื่อตอบสนองสังคมผู้สูงอายุ แพทย์แผนไทยอยู่กับชุมชนมากเนื่องจากการใช้สมุนไพรไทย

สกอ. จะไม่คัดค้านเรื่องการเพิ่มกำลังการผลิตในบางกรณี เช่น หากเป็นการผลิตที่เอกชนลงทุนเอง หลักสุนทรนาชาติ (มหิตล) มีความต้องการสูงในภาคเอกชน (ทันตแพทย์) สำหรับแพทย์ สกอ. พยายามไม่ให้มีการเพิ่มกำลังการผลิตเนื่องจากลงทุนสูงและมีสัญญาขาดใช้ทุน

สกอ. มีนโยบายให้มหาวิทยาลัยทบทวนว่าจะตอบสนองต่อความต้องการในท้องถิ่นอย่างไร แต่ยังไม่ประสบความสำเร็จนัก เนื่องจากธรรมชาติของมหาวิทยาลัยมักจะมุ่งทำสิ่งที่ตนมีความเชี่ยวชาญอยู่แล้ว

ที่ประชุมมีประเด็นอภิปราย ดังนี้

๑) จากปริมาณกำลังการผลิต ควรมีการเผื่อการสูญเสียไว้ระดับหนึ่ง เช่น แพทย์ระดับอาวุโส เปลี่ยนไปเป็นผู้บริหารทั้งภาครัฐและเอกชน พยาบาลเลิกทำงานดูแลคนไข้ที่อายุประมาณ ๔๐ เกษีชรไปทำธุรกิจส่วนตัว

๒) การผลิตกายภาพบำบัดกับกิจกรรมบำบัดต้องแยกออกจากกัน เนื่องจากกิจกรรมบำบัดผลิตได้น้อย ถ้ารวมกันจะทำให้ดูเหมือนว่ามีจำนวนมากแล้วส่งผลให้ขยายการผลิตได้ยาก

๓) กฎกระทรวงกำหนดให้มีกายภาพบำบัด ๒๔ ชั่วโมง และรังสีเทคนิค ๑:๖๐ เตียง ซึ่งในความเป็นจริงมีไม่เพียงพอ

๔.๒ ข้อเสนอการวางแผนกำลังคนด้านสุขภาพของประเทศในทศวรรษหน้า (พ.ศ. ๒๕๖๐-๒๕๖๙)
โดย ผศ.ดร.ทพ.วีระศักดิ์ พุทธาศรี รองเลขาธิการสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ

ผศ.ดร.ทพ.วีระศักดิ์ รายงานผลการนำข้อเสนอเชิงนโยบายการวางแผนกำลังคนด้านสุขภาพในทศวรรษหน้าเข้าสู่การพิจารณาของที่ประชุมคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (คสช.) โดยที่ประชุมมีมติให้นำข้อเสนอไปทบทวนให้เกิดความชัดเจนและนำมาเสนอต่อ คสช. อีกครั้ง โดยมีประเด็นการทบทวนดังนี้

- ๑) ระบบสุขภาพในอนาคตที่นำมาพยากรณ์ความต้องการกำลังคนยังมีความไม่ชัดเจน
- ๒) ความต้องการกำลังคนด้านสุขภาพในอนาคต น่าจะเพิ่มขึ้นจากสังคมผู้สูงอายุ การให้บริการผู้ป่วยชาวต่างชาติ และการที่บุคลากรไหลออกไปทำงานต่างประเทศ
- ๓) ปัญหาการกระจายบุคลากรไม่เหมาะสม การกระจุกตัวอยู่ในกรุงเทพและเมืองใหญ่ยังคงดำรงอยู่
- ๔) ความต้องการแพทย์เพิ่มขึ้นเพื่อตอบสนองต่อนโยบายโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.)
- ๕) ควรสนับสนุนให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเข้ามาร่วมบริหารจัดการ

เนื่องจากข้อเสนอดังกล่าวมีความสำคัญ ทาง สช. จึงได้จัดให้มีการสื่อสารผ่านทางสื่อโทรทัศน์ หนังสือพิมพ์ และสังคมออนไลน์เพื่อให้สังคมรับรู้และพิจารณา โดยเมื่อวันที่ ๓ เมษายน ที่ผ่านมาได้จัดรายการ สช.เจาะประเด็น หัวข้อ “ล้นตลาดหรือขาดแคลน! ถึงเวลา ‘สแกน’ กำลังคนด้านสุขภาพ” และมี ผศ.ทพ.

วีระศักดิ์ พุทธาศรี นพ.ศิณกร โนรี นพ.ประสิทธิ์ชัย มั่งจิตร ดร.กฤษดา แสงดี และคุณศุภกร โคมทอง เข้าร่วมเวทีสนทนา

สืบเนื่องจากวาระ ๔.๒ ทางทีมเลขานุฯ ของคณะกรรมการกำลังคนด้านสุขภาพแห่งชาติควรทำงานร่วมกับ สกอ. ในการเสนอเป้าหมายการผลิตบุคลากรสุขภาพต่อคณะรัฐมนตรี

จากนั้นที่ประชุมได้ร่วมอภิปรายเกี่ยวกับการแก้ไขข้อเสนอนี้ ว่าสมควรเพิ่มเติมประเด็นอื่นนอกเหนือจากตัวเลขเชิงปริมาณเพื่อความครบถ้วนสมบูรณ์ยิ่งขึ้นหรือไม่ โดยมีประเด็น ดังนี้

๑) จากข้อเสนอบทว่าตัวเลขของกายภาพบำบัดคิดมาจาก health demand ของคนที่เข้ารับบริการในปัจจุบัน ซึ่งความเป็นจริงยังมีคนเข้าไม่ถึงบริการอีกมาก ทำให้การศึกษาอาจไม่สะท้อนความจริงที่ประชาชนเห็นว่าขาดแคลน หากเป็นการผลิตเพื่อกระทรวงนั้นอาจดูว่าเพียงพอ แต่หากผลิตเพื่อดูแลประชาชนไม่เพียงพอและอาจมีปัญหาในการดูแลผู้สูงอายุในอนาคต ควรมีการทบทวนตัวเลขอีกครั้ง

๒) การมีส่วนร่วมของเอกชนในระบบบริการสุขภาพ ถึงแม้ว่าจะสามารถช่วยแบ่งเบาภาระของภาครัฐได้ แต่อาจทำได้ยาก เนื่องจากงบประมาณรายหัวอาจจะต่ำเกินไปสำหรับความคาดหวังของเอกชน นอกจากนี้ หากประชาชนไปใช้บริการเอกชนมากและใช้บริการภาครัฐน้อย โรงพยาบาลรัฐจะยิ่งขาดทุนเนื่องจากมีเงินหมุนเวียนน้อยลง

๓) ประเด็นเรื่องความแม่นยำของตัวเลขเป้าหมายนั้น ต้องเข้าใจว่าการคาดการณ์อนาคตในอีก ๒๐ ปีข้างหน้าเป็นเรื่องที่ทำได้ยาก การศึกษานี้คำนึงถึงสถานการณ์ปัจจุบัน การเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ และขนาดประชากรในการประมาณการ และมีทีมนักวิจัยจากทั้งฝั่งผู้ผลิตและผู้ใช้งานร่วมกัน โดยนำเสนอตัวเลขเป็นช่วงเพื่อให้มีการผิดพลาดน้อยลง อย่างไรก็ตาม ยังไม่ทราบว่าในอนาคตจะมีการเปลี่ยนแปลงจากปัจจัยที่ยังคาดไม่ถึงหรือคาดไม่ถึงถูกหรือไม่ เช่น เทคโนโลยีใหม่ๆ ซึ่งจะมีผลให้ตัวเลขเป้าหมายเปลี่ยนแปลงไป ดังนั้น จึงต้องมีการปรับแก้เป็นระยะๆ นอกจากนี้ ยังต้องคำนึงถึงความเป็นจริงเรื่องงบประมาณด้วย หากอีก ๑๐-๒๐ ปี ประเทศไทยยังไม่เข้าสู่ระดับประเทศรายได้สูง แล้วมีสัดส่วนแพทย์ต่อประชาชน ๑:๖๐๐ เงินงบประมาณรายหัวจะถูกหักไปเป็นเงินเดือนบุคลากรในสัดส่วนที่มาก ส่งผลให้คุณภาพของบริการแย่ลง ดังนั้น การผลิตน้อยกว่าความต้องการจริงเล็กน้อยจะปลอดภัยกว่าในแง่การบริหารจัดการทรัพยากร

๔) ควรเพิ่มเติมกลุ่ม allied health science และอาสาสมัครด้วย เนื่องจากเป็นกำลังสำคัญในการดูแลประชาชนเหมือนกัน

๕) อาจเพิ่มความน่าเชื่อถือของการศึกษานี้ด้วยการตีพิมพ์ในวารสารวิชาการ

๖) ให้ทีมเลขานุฯ ของคณะกรรมการกำลังคนด้านสุขภาพแห่งชาติทำงานร่วมกับ สกอ. ในการจัดเตรียมและนำเสนอข้อเสนองานนโยบายการวางแผนกำลังคนด้านสุขภาพในทศวรรษหน้าต่อคณะรัฐมนตรีได้เลยโดยไม่ต้องนำเข้าไปประชุมก่อน เมื่อแล้วเสร็จจึงมารายงานผลต่อที่ประชุมภายหลัง

มติที่ประชุม รับทราบ

ระเบียบวาระที่ ๕ เรื่องอื่นๆ

๕.๑ นัดหมายการประชุมครั้งถัดไป (๓/๒๕๖๐) ในวันที่ ๑๕ สิงหาคม ๒๕๖๐ เวลา ๐๙.๓๐ น.

ปิดประชุมเวลา ๑๒.๓๐ น.

นางสาววรรณ วิทยาพิภพสกุล
ผู้บันทึกรายงานการประชุม
นายแพทย์จิณกร โนรี
ผู้ตรวจรายงานการประชุม

เอกสารผนวก ๒

การประชุมคณะกรรมการวางแผนกำลังคน ด้านสุขภาพ

สรุปรายงานการประชุมสัมมนาเชิงปฏิบัติการ
การวางแผนกำลังคนด้านสุขภาพของประเทศในทศวรรษหน้า (พ.ศ. ๒๕๖๐-๒๕๖๙) ครั้งที่ ๔/๒๕๕๙
วันที่ ๑ - ๒ มีนาคม ๒๕๕๙ เวลา ๐๙.๐๐-๑๖.๓๐ น.
ณ ห้องประชุมเบญจกิติ ไอบิส ริเวอร์ไซด์ เจริญนคร

ผู้เข้าร่วมประชุม

- | | | |
|---|---|--------|
| ๑. นพ.สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ | ผู้ทรงคุณวุฒิ | ประธาน |
| ๒. นพ.วีระพันธ์ สุพรรณไชยมาตย์ | ผู้ทรงคุณวุฒิ | |
| ๓. ภญ.บุษกร เลิศวัฒนสิวลี | ประธานกลุ่ม Drug Industry | |
| ๔. ดร.กฤษดา แสงวงศ์ | สถาบันพระบรมราชชนก | |
| ๕. พญ.วณิษา ชื่นกองแก้ว | คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล | |
| ๖. ดร.นพ.ปิยะ หาญวรวงศ์ชัย | ภาควิชาเวชศาสตร์ป้องกันและสังคม คณะแพทยศาสตร์
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย | |
| ๗. นพ.สมเกียรติ ศิริรัตนพุกษ์ | ประธานกลุ่ม General Industry | |
| ๘. นพ.คำณวน อึ้งชูศักดิ์ | ประธานกลุ่ม Disease Control | |
| ๙. ผศ.ดร.ภญ.รุ่งเพ็ชร สกุลบำรุงศิลป์ | คณะเภสัชศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย | |
| ๑๐. ทพญ.ศันสนี รัชชกุล | คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยพะเยา | |
| ๑๑. ศ.วีระพงษ์ ปรัชชญาสิทธิกุล | คณะเทคนิคการแพทย์ มหาวิทยาลัยมหิดล | |
| ๑๒. รศ.น.สพ.ปานเทพ รัตนากร | คณะสัตวแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล | |
| ๑๓. ผศ.ดร.สพ.ญ.วลาสินี มูลอามาตย์ | คณะสัตวแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล | |
| ๑๔. รศ.ดร.สถิรกร พงศ์พานิช | วิทยาลัยการสาธารณสุขศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย | |
| ๑๕. ผศ.(พิเศษ) นพ.ไพโรจน์ บุญลักษณ์ศิริ | สำนักงานบริหารโครงการร่วมผลิตแพทย์เพิ่มเพื่อ
ชาวชนบท | |
| ๑๖. นพ.อดุลย์ บำรุง | ผู้อำนวยการโรงพยาบาลข้าสูง จังหวัดขอนแก่น | |
| ๑๗. ดร.เบญจพร รัชตารมย์ | สถาบันพระบรมราชชนก | |
| ๑๘. ดร.กมลนัฏ ม่วงยิ้ม | วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดชลบุรี | |
| ๑๙. อ.ดร.เลิศยศ ตรีรัตนไพบูลย์ | รองคณบดีฝ่ายการศึกษาและพัฒนาคุณภาพ คณะเทคนิค
การแพทย์ มหาวิทยาลัยมหิดล | |
| ๒๐. ผศ.ดร.สพ.ญ.ศุภกรรัตน์ บุญยยาตรา | คณะสัตวแพทย์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ | |
| ๒๑. ดร.รัชณี จันทร์เกษ | กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก | |
| ๒๒. นายไพโรจน์ พรหมพันใจ | ผู้อำนวยการสำนักงานคณะกรรมการผู้ทรงคุณวุฒิ
กรมควบคุมโรคกระทรวงสาธารณสุข | |
| ๒๓. ดร.อรพันธ์ อันติมานนท์ | นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ สำนักโรคจาก
การประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม กรมควบคุมโรค
กระทรวงสาธารณสุข | |
| ๒๔. นายโกวิท บัญมิพงค์ | กรมควบคุมโรคกระทรวงสาธารณสุข | |

๒๕. พญ.วรรณหาญเชาว์วรกุล
 ๒๖. ดร.ภญ.ธิดาพร จิรวัดนะไพศาล
 ๒๗. นางสมใจ ลีวิเศษไพบูลย์
 ๒๘. ดร.สาริณี แก้วสว่าง
 ๒๙. นางณิชากร ศิริกนกวิไล
๓๐. ผศ.ดร.จรรยาพร ศรีศศลักษณ์
 ๓๑. ดร.นาตยา พรหมทอง
 ๓๒. ดร.นงลักษณ์ พะไถยะ
 ๓๓. อาจารย์บุญเรือง ขาวนวล
 ๓๔. รศ.ดร.ภญ.นุศราพรเกษมบุรณ์
 ๓๕. ดร.ภญ.กุลจิรา อุดมอักษร
 ๓๖. ทพญ.สุณี ผลดีเยี่ยม
 ๓๗. ทพญ.วรารัตน์ ใจชื่น
 ๓๘. ผศ.ดร.พุดตาน พันธูณเธร
 ๓๙. นพ.พิณกร โนรี
๔๐. นพ.ขวัญประชา เชียงไชยสกุลไทย
 ๔๑. ดร.ธัญธิดา วิสัยจร
 ๔๒. นางดวงทิพย์ ธีระวิทย์
 ๔๓. น.ส.ปริญดา เสนีย์รัตนประยูร
 ๔๔. นายโยธิน ถนอมวัฒน์
 ๔๕. น.ส.กานต์วรินทร์ ก่องกุลวัฒน์
 ๔๖. นายณัฐสุนัน อินทรารุช
๔๗. นายวรวิช ลิ้มมณีวิจิตร
 ๔๘. น.ส.ศรัณยา จันษร

- ผู้อำนวยการสำนักจัดการความรู้ กรมควบคุมโรค
 สำนักวิจัยโรค กรมควบคุมโรคกระทรวงสาธารณสุข
 สภากายบำบัด
 สภากายบำบัด
 รองผู้อำนวยการสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์
 กระทรวงสาธารณสุข
 สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข
 สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ
 วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น
 คณะวิทยาการสุขภาพและการกีฬา มหาวิทยาลัยทักษิณ
 คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
 คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
 สำนักงานทันตสาธารณสุข
 สำนักงานทันตสาธารณสุข
 คณะบริหารธุรกิจ มหาวิทยาลัยนครสวรรค์
 สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ
 สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ
 สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ
 สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ
 สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ
 สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ
 สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ
 สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและ
 สังคมแห่งชาติ
 สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและ
 สังคมแห่งชาติ
 กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก

เริ่มประชุมเวลา ๐๙.๓๐ น.

วันอังคารที่ ๑ มีนาคม ๒๕๕๙

ประธานที่ประชุม นพ.สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ กล่าวเปิดการประชุม โดยเน้นย้ำเรื่องผลลัพธ์สุดท้ายของการดำเนินงานครั้งนี้ไม่ควรมีแค่ตัวเลขคาดประมาณกำลังคนในแต่ละวิชาชีพ ๒๐ ปีข้างหน้า แต่ควรมีการขับเคลื่อนที่นอกเหนือจากสิ่งที่ทำอยู่ เช่นการทำงานกับนักประชากรศาสตร์ เพื่อดูโครงสร้างอายุกำลังคนด้านสุขภาพว่ามีผลกระทบต่อการประกอบอาชีพ ๒๐ ปีข้างหน้าอย่างไร และที่สำคัญคือการสร้างเครือข่าย

ศักยภาพ รวมถึงการทำงานร่วมกันระหว่างวิชาชีพ เพื่อให้สอดคล้องกับแนวคิดของ Health Professional Education for the 21st century

นพ.ทศพร โนรี ในฐานะทีมเลขานุการ กล่าวถึงขอบเขต/ภาพรวมของการประชุมทั้ง ๒ วัน โดยในวันแรก (๑ มีนาคม ๒๕๕๙) เนื้อหาจะเกี่ยวข้องกับ setting เป็นหลัก ส่วนวันที่สอง (๒ มีนาคม ๒๕๕๙) เนื้อหาจะเป็นเรื่องวิชาชีพ ตามตาราง matrix นอกจากนี้ทีมเลขานุการ ยังได้สรุปผลการดำเนินงานที่ผ่านมาของอนุกรรมการวางแผนกำลังคนด้านสุขภาพ ที่มี นพ.สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ เป็นประธาน ซึ่งอยู่ภายใต้คณะกรรมการวางแผนกำลังคนด้านสุขภาพแห่งชาติ โดยมี นพ.มงคล ณ สงขลา เป็นประธาน คณะอนุกรรมการชุดดังกล่าว ยังทำงานร่วมกับคณะกรรมการปฏิรูปการศึกษาสำหรับบุคลากรด้านสุขภาพในศตวรรษที่ ๒๑ ที่มี ศ.นพ.วิจารณ์ พานิช เป็นประธาน และ ศ.พญ.วณิษา ชื่นก่องแก้ว เป็นเลขานุการ

คณะอนุกรรมการวางแผนกำลังคนด้านสุขภาพประกอบด้วยคณะทำงานย่อย ๑๖ ชุด ตาม setting และวิชาชีพ โดยทำงานร่วมกันเป็น Joint secretariat มีหน้าที่เสนอแนะข้อเสนอเชิงนโยบายเพื่อการวางแผนกำลังคนด้านสุขภาพครอบคลุมเรื่อง ๑) ประเภท (skill mix) ๒) จำนวน (Quantity) ๓) คุณภาพ (Competency) ๔) การกระจาย (Distribution) และ ๕) การธำรงรักษา (Retention) นอกจากนี้ยังเน้นเรื่อง การสร้างศักยภาพ (Capacity building) การสร้างเครือข่าย (Networking) รวมถึงการตีพิมพ์ผลงาน (Publication) ที่เกี่ยวข้อง โดยภาพรวมของการนำเสนอทั้งสองวันจะเน้นเฉพาะเรื่องของ skill mix และ จำนวน

กรอบในการวางแผนกำลังคนด้านสุขภาพครั้งนี้ พิจารณาจากปัจจัย/องค์ประกอบดังต่อไปนี้ ๑) ระบบสุขภาพในอนาคต (Future Health System) ๒) Demand forecast ๓) supply forecast ๔) Mismatch ๕) การกำหนด competency และ ๖) action plan เช่น กรณี demand มากกว่า supply จะมีวิธีการจัดการอย่างไร ส่วนวิธีการคาดการณ์กำลังคนด้านสุขภาพ (Demand projection) ที่นิยมใช้ในปัจจุบัน หลักๆ มีอยู่ ๔ วิธี คือ ๑) Population ratio ๒) Health need อาจเหมาะสำหรับการคาดการณ์กำลังคนด้านทันตสาธารณสุข ๓) Health demand อาจเหมาะสำหรับการคาดการณ์กำลังคนในส่วนของ service setting และ ๔) Service target อาจเหมาะสำหรับการคาดการณ์กำลังคนในส่วนของ general industry และอาชีวอนามัย ซึ่งแต่ละวิธีต่างมีข้อดีข้อเสียที่แตกต่างกัน โดยประธานเสนอให้แต่ละวิชาชีพมีการใช้วิธีการคาดการณ์กำลังคนด้านสุขภาพที่หลากหลาย แล้วนำมาเรียนรู้ร่วมกันระหว่างคณะทำงาน สำหรับ Supply projection คำนวณได้จากสูตร จำนวนกำลังคนด้านสุขภาพที่มีอยู่ในอนาคต = [จำนวนกำลังคนด้านสุขภาพที่มีอยู่ในปัจจุบัน + กำลังคนด้านสุขภาพที่เข้ามาใหม่] - จำนวนกำลังคนด้านสุขภาพที่สูญเสีย

ที่ผ่านมาคณะอนุกรรมการวางแผนกำลังคนด้านสุขภาพได้จัดประชุมไปแล้ว ๓ ครั้ง ครั้งที่ ๑ เมื่อวันที่ ๑๓ กันยายน ๒๕๕๘ ที่อาคารสุขภาพแห่งชาติ พูดเรื่องระบบสุขภาพที่พึงประสงค์เป็นหลัก ครั้งที่ ๒ จัดเป็น Technical workshop เมื่อวันที่ ๑๔ ตุลาคม ๒๕๕๘ โดยนำเสนอเทคนิค/วิธีที่ใช้ในการคาดการณ์ความต้องการกำลังคนด้านสุขภาพทั้งหมดกับทีมเลขานุการแต่ละวิชาชีพ และครั้งที่ ๓ เมื่อวันที่ ๑๒ พฤศจิกายน ๒๕๕๘

ที่โรงแรมไมดา โดยให้ทีมเลขาแต่ละวิชาชีพมานำเสนอผลการคาดการณ์กำลังคนด้านสุขภาพเบื้องต้น สำหรับวันนี้เป็นการจัดประชุมครั้งที่ ๔ มีวัตถุประสงค์เพื่อ

๑. ติดตามความก้าวหน้าในการดำเนินงานคาดการณ์กำลังคนด้านสุขภาพ (demand and supply projection)
๒. แลกเปลี่ยนเรียนรู้/ประสบการณ์การดำเนินงานระหว่างทีมเลขาแต่ละวิชาชีพ
๓. กำหนดแผนการดำเนินในครั้งต่อไป

ผศ.ดร.พุดตาน พันธุณร พุฒถึงการจัดการข้อมูลและ model ที่ใช้วิเคราะห์ ซึ่งเป็น model ที่ได้รับการพัฒนาร่วมกันระหว่างทีมเลขาแต่ละวิชาชีพและ setting ภายใต้แนวคิด utilization based คือจำนวนผู้มารับบริการทั้งหมดเป็นเท่าไร แล้วนำมา match กับภาระงาน (workload) วิเคราะห์เป็น Full Time Equivalent (FTE) ตามลำดับ

โดยเบื้องต้นจะเริ่มจากจำนวนผู้มารับบริการสุขภาพจำแนกตามชนิดของบริการ เช่น OPD, IPD, หรือ ผ่าตัด ในแต่ละปี แล้วนำมา match กับจำนวนภาระงาน เช่น OPD มีเจ้าหน้าที่ประเภทใดเกี่ยวข้องบ้าง เช่น แพทย์ เภสัช พยาบาล และแต่ละวิชาชีพให้บริการผู้ป่วยนอกแต่ละรายใช้เวลาานเท่าไร (นาที) หลังได้ชั่วโมงการทำงานจะนำมาคูณกับจำนวนผู้ป่วยนอกหน่วยที่ได้ออกมาจะเป็นจำนวนชั่วโมงการทำงานของแต่ละวิชาชีพที่ใช้ดูแลผู้ป่วยนอกในปีนั้นๆ จำแนกตามบุคลากร (วิชาชีพ) และประเภทของบริการสุขภาพ ยกเว้นการผ่าตัด จะใช้แพทย์ ๑.๕ คน เช่น วิสัญญีแพทย์ไม่ได้ดูแลผู้ป่วยตลอดการผ่าตัด วิสัญญีแพทย์ ๑ คนอาจดูแลผู้ป่วยผ่าตัด ๓ คน เป็นต้น ดังนั้น จากความเห็นผู้เชี่ยวชาญจึงคิดจำนวนบุคลากรแพทย์ที่เกี่ยวข้องเป็น ๑.๕ คน คูณกับจำนวนบริการผ่าตัดทั้งหมดที่เกิดขึ้นในปีที่ศึกษา

พอได้จำนวนชั่วโมงภาระงานต่อปีจำแนกตามประเภทบุคลากรและบริการสุขภาพ หลังจากนั้นจะนำมาคำนวณหาจำนวนบุคลากรที่ต้องการหรือ FTE โดยคำนวณจากจำนวนชั่วโมงทั้งหมดที่บุคลากรแต่ละวิชาชีพทำงานต่อปี (เศษ)หารด้วย ๑,๖๘๐ ชั่วโมง (๒๔๐ วัน x ๗ ชั่วโมง; ส่วน) จะได้ผลลัพธ์ออกมาในรูปของ FTE (ชั่วโมง) ไม่ใช่จำนวนคน สาเหตุเพราะหนึ่งคนอาจจะทำงานมากกว่าหรือน้อยกว่าหนึ่ง FTE ก็ได้ หลังจากนั้นนำ FTE ของแต่ละบริการสุขภาพมารวมกัน ก็จะได้จำนวนบุคลากรด้านสุขภาพที่ต้องการทั้งหมดภายในปีนั้นๆ ข้อจำกัดของการคำนวณด้วยวิธีนี้ คือ ข้อมูล เราไม่ทราบจำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดทั้งปีมีจำนวนกี่ราย เนื่องจากข้อมูลที่มีอยู่ได้มาจากกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งมีแต่ข้อมูลการให้บริการภาครัฐ ไม่มีข้อมูลภาคเอกชน ดังนั้นการคิดข้อมูลจำนวนผู้ป่วยผ่าตัดจึงต้องตั้งอยู่บนสมมุติฐาน (assumption) บางอย่างเพื่อ top up ข้อมูลภาคเอกชน จะเห็นได้ว่าวิธีคิดดังกล่าวยังไม่รวมวันหยุดหรือวันลาป่วย ดังนั้น ถ้าจะคิดวันหยุดหรือวันลาป่วยร่วมด้วยจำนวนหารที่เป็นชั่วโมงจะลดลง

ผลที่ได้จากการคำนวณจะเป็นภาระงานหรือ FTE ในปีที่ทำการศึกษา ดังนั้นจะพยากรณ์ไปในอนาคตอีก ๑๐ ปีข้างหน้าได้อย่างไร ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรม พบว่ามี ๒ วิธีหลักๆ คือ ๑) Population ratio เป็นการพยากรณ์ปลายทาง คือ นำข้อมูลจำนวนแพทย์ต่อประชากรในปีที่ทำการศึกษา (ปีปัจจุบัน) คูณด้วย

จำนวนประชากรในปีที่ต้องการพยากรณ์ (เทียบบัญญัติไตรยางค์) หรืออาจเทียบเป็นรายกลุ่มอายุตามโครงสร้างอายุประชากรเพื่อสะท้อนจำนวนความต้องการกำลังคนด้านสุขภาพได้ดีขึ้น เช่น จำนวนบุคลากรด้านสุขภาพต่อผู้สูงอายุ โดยใช้วิธี Population ratio จำแนกตามกลุ่มอายุ แต่ก็มีข้อจำกัดที่สำคัญ คือต้องการข้อมูลที่ละเอียดมากขึ้น เช่น ข้อมูล OPD จำแนกตามกลุ่มอายุ ข้อมูลประชากรจำแนกตามกลุ่มอายุ ซึ่งข้อมูลประชากรจำแนกตามกลุ่มอายุ สภาพัฒนาฯ ได้ทำการพยากรณ์ล่วงหน้าไว้แล้ว ๓๐ ปี และ ๒) เป็นการพยากรณ์ตั้งแต่ต้นทาง คือ จำนวนไปรับบริการสุขภาพจำแนกรายประเภทจะเปลี่ยนแปลง/เพิ่มขึ้นเป็นเท่าไรในอนาคต หลังจากนั้นใช้แนวคิดวิเคราะห์แบบเดิม ซึ่งในทางสถิติคิดได้หลายแบบ จำแนกตามประเภทของข้อมูล ได้แก่ ๑) cross-sectional data analysis เป็นข้อมูลภาคตัดขวางที่ได้จากการสำรวจ เช่น Health Welfare Survey; HWS เป็นข้อมูลที่สำรวจครั้งเดียวรายปี ไม่มีความคาบเกี่ยวด้านเวลา แต่พบว่ามีความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรกับจำนวนครั้งของการไปรับบริการสุขภาพ เช่นรายได้ และอายุ ซึ่งจะนำไปใช้พยากรณ์การรับบริการสุขภาพในอนาคต ๒) Time series เป็นการใช้น้ำหนักของข้อมูล OPD, IPD ที่กระทรวงสาธารณสุขเก็บรวบรวม ๑๐-๒๐ ปีย้อนหลัง โดยพิจารณาข้อมูลเป็นรายปี ถ้าข้อมูลการรับบริการสุขภาพแต่ละปีเพิ่มขึ้นสามารถพยากรณ์ได้ว่าแนวโน้มการไปรับบริการในอนาคตก็จะเพิ่มขึ้นตามไปด้วย ๓) Panel data เป็นการรวมข้อมูล Cross-sectional data analysis และ Time series เข้าด้วยกัน เช่นใช้ข้อมูลรายจังหวัด ๗๗ จังหวัด ในช่วงหนึ่งปีย้อนหลัง ๑๐ ปี อย่างไรก็ตามการวิเคราะห์ทางสถิติโดยใช้ข้อมูลย้อนหลังก็มีข้อจำกัดที่ต้องพึงระวัง คือ ถ้าใช้จำนวนข้อมูลย้อนหลังน้อย โอกาสที่ผลการวิเคราะห์จะผิดพลาดก็มีสูง

ข้อมูลความต้องการใช้บริการสุขภาพ ๑) ปัจจุบันใช้ข้อมูล FTE ของกระทรวงสาธารณสุขเป็นสำคัญ ซึ่งมีข้อจำกัดที่ข้อมูลทั้งหมดเป็นการให้บริการในสถานบริการสุขภาพภาครัฐ สังกัดกระทรวงสาธารณสุข ขาดข้อมูลการให้บริการภาคเอกชน หรือภาครัฐอื่นๆ และไม่รวม Un-met need ๒) ชั่วโมงการทำงานของบุคลากรแต่ละประเภท ใช้ข้อมูลการวิเคราะห์ FTE ของกระทรวงสาธารณสุขเช่นกัน โดยมีข้อจำกัดที่แพทย์ในสถานบริการสุขภาพทั้งภาครัฐและเอกชนใช้ตัวเลขระยะเวลาการให้บริการผู้ป่วยนอกเท่ากัน คือ ๕ นาที รวมถึงการนำเข้าข้อมูลจำนวนผู้ป่วยต่างชาติที่เข้ามาใช้บริการในโรงพยาบาลเอกชน ซึ่งถือเป็นภาระงานของบุคลากรทางการแพทย์ ข้อมูลการให้บริการทางวิชาการ การสอนของบุคลากรที่ปฏิบัติงานในสถานบริการสุขภาพระดับตติยภูมิ นอกจากนี้ข้อมูลบางส่วนยังได้มาจากความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญแต่ละวิชาชีพ

ข้อเสนอแนะจากผู้เข้าร่วมประชุมในช่วงเช้า:

๑. จากการดำเนินมาตรการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค (Prevention and promotion) ของกระทรวงสาธารณสุขตั้งแต่วันที่ประชุมจึงเสนอให้มีการคิดสัดส่วนเพื่อลดจำนวนการเข้ารับบริการผู้ป่วยนอกในอนาคต (พิจารณาข้อมูลในอดีตปรากฏว่าแนวโน้มการเข้ารับบริการผู้ป่วยนอกไม่ลดลง) และนำเข้าสมการการคาดประมาณกำลังคนด้านสุขภาพ โดยตั้งอยู่บนสมมุติฐานที่ว่ามาตรการดังกล่าวประสบผลสำเร็จ ประชาชนมีสุขภาพดี
๒. จัดทำข้อเสนอเชิงนโยบายเพื่อปรับเปลี่ยนแนวโน้มการเข้ารับบริการสุขภาพในอนาคต เช่น นโยบายการเลิกสูบบุหรี่ ซึ่งคาดว่าจะลดจำนวนครั้งของการเข้ารับบริการแบบผู้ป่วยในลง

๓. ประธานเสนอให้มีการทำ sensitivity analysis ควบคู่กับการคาดประมาณกำลังคนด้านสุขภาพในแต่ละวิชาชีพ เพื่อดูจำนวนความต้องการกำลังคนที่ระยะเวลาให้บริการผู้ป่วยนอกแตกต่างกัน

ดร.นงลักษณ์ พะไยยะ (กลุ่ม Primary care)

นำเสนอรายละเอียดใน ๖ ประเด็นเกี่ยวกับการคาดประมาณกำลังคนด้านสุขภาพในหน่วยบริการระดับระดับปฐมภูมิ คือ

๑. ระบบสุขภาพที่พึงประสงค์
๒. ข้อตกลงเบื้องต้นในการคาดประมาณกำลังคนด้านสุขภาพ
๓. การคาดประมาณโดยใช้วิธี Health need
๔. การคาดประมาณโดยใช้วิธี Health demand
๕. นำเสนอผลการคาดประมาณกำลังคนด้านสุขภาพในปัจจุบันและอนาคต ๑๐ ปี
๖. ปัญหาและข้อจำกัด

๑. ระบบสุขภาพที่พึงประสงค์

ประกอบด้วย ๑๒ เขตสุขภาพ และ ๑ กรุงเทพมหานคร สอดคล้องกับเขตสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุข โดยในแต่ละเขตสุขภาพยังประกอบด้วยหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ ทติยภูมิ และตติยภูมิ และในแต่ละหน่วยบริการยังมีภาพที่หลากหลาย เช่น เป็นเขตชนบท กึ่งเมือง กึ่งชนบท และชุมชนเมือง โดยในระดับจังหวัด ถ้าเป็นเขตเมืองจะเป็นที่ตั้งของโรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลเอกชน ศูนย์บริการสาธารณสุขเขตเมือง ร้านยา ถ้าเป็นกึ่งเขตเมือง เขตชนบท จะมีโรงพยาบาลชุมชน รพ.สต. คลินิก ร้านยา ส่วนในชนบทจะมี รพ.สต., รพช. และร้านยา (หากมีข้อมูล)

๒. ข้อตกลงเบื้องต้นในการคาดประมาณกำลังคนด้านสุขภาพ

- หน่วยบริการปฐมภูมิจะใช้ ๒ วิธี ในการคาดประมาณกำลังคนด้านสุขภาพ คือ ๑) Health need สำหรับบริการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และฟื้นฟูสุขภาพ และ ๒) Health demand สำหรับบริการรักษาพยาบาล
- หน่วยบริการสุขภาพระดับทุติยภูมิและตติยภูมิ การคาดประมาณกำลังคนด้านสุขภาพจะใช้ Health demand วิธีเดียว
- ใช้ skill mix และการกระจายงานในการคาดประมาณกำลังคนด้านสุขภาพ
 - งานรักษาพยาบาล: บุคลากรที่เกี่ยวข้องประกอบด้วยแพทย์ พยาบาล เจ้าหน้าที่สาธารณสุข เภสัช และเทคนิคการแพทย์ โดยข้อมูลการแบ่งสัดส่วนภาระงานจำแนกตามประเภทสถานบริการได้มาจากการประชุมระดมสมองของคณะทำงาน ดังนี้
 - หน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ
 - แพทย์ คิดเป็นร้อยละ ๒๐

- พยาบาล คิดเป็นร้อยละ ๘๐
 - เจ้าหน้าที่สาธารณสุข คิดเป็นร้อยละ ๒๐
 - เกสซ์ คิดเป็นร้อยละ ๒๐
 - เทคนิคการแพทย์ คิดเป็นร้อยละ ๘ ของงานบริการผู้ป่วยนอก
- งานทันตกรรม: ประกอบด้วยทันตบุคลากร (ทันตแพทย์และทันตภิบาล)
 - งานส่งเสริมสุขภาพ: เป็นการทำงานร่วมกันระหว่างพยาบาล (๕๐%) และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข (๕๐%)
 - งานเยี่ยมบ้าน ผู้สูงอายุ ผู้พิการ ผู้ป่วยติดบ้านติดเตียง ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง: เป็นการทำงานร่วมกันระหว่างพยาบาล (๕๐%) เจ้าหน้าที่สาธารณสุข (๕๐%) และกายภาพบำบัด (๑๐๐%)
 - งานอนามัยโรงเรียน: เป็นการทำงานร่วมกันระหว่างพยาบาล (๕๐%) เจ้าหน้าที่สาธารณสุข (๕๐%) และทันตสาธารณสุข (๑๐๐%)
 - การพัฒนาสุขภาพชุมชน: เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ๑๐๐%
 - อนามัยสิ่งแวดล้อม งานควบคุมโรค: เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ๑๐๐%
 - งานสุขศึกษาและการสื่อสาร: ทันตสาธารณสุข ๑๐๐% (ถ้าไม่ใช่ตัดส่วนนี้ให้กับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข)
 - งานคุ้มครองผู้บริโภค: เกสซ์กร ๑๐๐%
 - งานแพทย์แผนไทย: แพทย์แผนไทย สำหรับการวินิจฉัยโรค และผู้ช่วยแพทย์แพทย์ไทย สำหรับทำหัตถการ
- ผลผลิตกำลังคน (Productivity) ได้มาจากการตารางของ ดร. พุดตาน พันธุ์เนร ยกตัวอย่างเช่น พยาบาล ๑ คนใช้เวลาดูแลผู้ป่วยนอก ๑๕ นาที ภาระงานผู้ป่วยนอก เท่ากับ ๓๐,๐๐๐ ดังนั้น workload เท่ากับ $30,000 \times 15 / 60 = 7,500$ ชั่วโมง หลังจากนั้นแปลงเป็นความต้องการกำลังคน เท่ากับ $7,500 / 1,680 = 4.5$ FTE
 - ผลผลิตกำลังคนมี ๒ ประเภท คือ ๑) ประเภทที่นำมาคิดเป็น FTE จะสามารถนับเป็นผลผลิตได้ เช่น จำนวนผู้ป่วยนอกคิดเป็นกี่ visit จำนวนวันนอนโรงพยาบาล จำนวนการตรวจทางห้องปฏิบัติการ หรือจำนวนใบสั่งยา ๒) ประเภทที่นับผลผลิตไม่ได้ เช่น งานวิชาการ งานสอน งานบริหาร จะคิดเป็นสัดส่วนเวลา โดยการสำรวจใน ๑๒ เขตสุขภาพ ปี ๒๕๕๖ จะให้บุคลากรทุกสาขาวิชาชีพทำ Time diary เป็นเวลา ๒ สัปดาห์ เริ่มตั้งแต่ ๘.๐๐ น. ถึง ๑๖.๐๐ น. (๗ ชั่วโมงต่อวัน) แล้วนำเวลาของการทำกิจกรรมแต่ละประเภทมาคิดสัดส่วนเวลาของการทำงาน พบว่า แพทย์ที่ปฏิบัติงานในหน่วยบริการระดับทุติยภูมิและตติยภูมิใช้เวลาทำงานวิชาการประมาณ ๒๐% และ ๒๕% ตามลำดับ ทันตแพทย์ใช้เวลา ๓๕% และ ๓๐% ตามลำดับ เกสซ์กรใช้เวลา ๓๕% และ ๕๐% ตามลำดับ โดยคิดเฉพาะใบสั่งยา พยาบาลใช้เวลา ๒๐% และ ๑๕% ตามลำดับ และกายภาพบำบัดใช้เวลา ๒๐% และ ๑๕% ตามลำดับ ซึ่งแตกต่างจากระทรวง

สาธารณสุขที่คิดค่า allowance ของทุกวิชาชีพที่ ๑๕% ทางคณะกรรมการจึงขอใช้ตัวเลขของกระทรวงสาธารณสุข ยกเว้นพยาบาล เจ้าหน้าที่สาธารณสุข และแพทย์แผนไทยที่ปฏิบัติงานในหน่วยบริการปฐมภูมิ คณะทำงานขอใช้ค่า allowance ที่ ๒๐%, ๓๕% และ ๓๐% ตามลำดับ เพื่อคิด Top up หลังวิเคราะห์กำลังคนด้านสุขภาพได้แล้ว

๓. การคาดประมาณโดยใช้วิธี Health need

มาจากบริการปัญหาสุขภาพและความเห็นจากผู้เชี่ยวชาญแต่ละวิชาชีพ หลังจากนั้นนำมาวิเคราะห์ว่าปัญหาสุขภาพที่เกิดขึ้นจะจัดประเภทบริการแบบไหน จำนวนเท่าไร เพื่อกำหนดเป้าหมายและผู้ให้บริการ โดยใช้ผลิตภาพกำลังคนแปลงให้เป็นความต้องการกำลังคน และเพื่อความง่ายในการคาดประมาณกำลังคน ในอีก ๑๐ ปีข้างหน้า หลังจากวิเคราะห์ Health need แล้วก็ผันกลับไปเป็นอัตราส่วนต่อประชากร เชื่อมโยงกับประชากรในอีก ๑๐ ปีข้างหน้า

สำหรับการวิเคราะห์ภาระงานหลักของ รพ.สต. จะแบ่งเป็นงานรักษาพยาบาลจะใช้วิธี Health demand ส่วนงานส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และฟื้นฟูสุขภาพจะใช้วิธี Health need หลังจากนั้นดำเนินการสำรวจข้อมูลภาระงาน รพ.สต. ๔๒ แห่งจากทุกเขตบริการ พัฒนารูปแบบการวิเคราะห์ความต้องการกำลังคน ดำเนินการวิเคราะห์ความต้องการกำลังคน ผันกลับไปเป็นสัดส่วนกำลังคนต่อประชากร แล้ววิเคราะห์ความต้องการกำลังคนภาพรวมทั้งประเทศ

หลังจากวิเคราะห์ภาระงาน รพ.สต. ทั้ง ๔๒ แห่ง พบว่า งานส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันควบคุมโรค และฟื้นฟูสุขภาพต้องการเจ้าหน้าที่สาธารณสุขประมาณ ๖๓-๖๔ คน พยาบาล ๔๓ คน ทันตภิบาล ๒๑ คน เภสัช ๓ คน แล้วผันกลับไปเป็นสัดส่วนกำลังคนต่อประชากร และวิเคราะห์ความต้องการกำลังคนภาพรวมทั้งประเทศต่อไป

๔. การคาดประมาณโดยใช้วิธี Health demand

สำหรับงานรักษาพยาบาลใช้วิธี Health demand method โดยใช้อัตราการเข้ารับบริการเป็นตัวตั้ง ซึ่งนำข้อมูลมาจากกระทรวงสาธารณสุข หลังจากนั้นจะดูว่าการเข้าใช้บริการสุขภาพในแต่ละประเภท มีบุคลากรวิชาชีพใดบ้างเข้าไปเกี่ยวข้อง แล้วจะนำผลิตภาพกำลังคนเข้ามา convert ให้เป็นจำนวนความต้องการกำลังคนด้านสุขภาพในแต่ละวิชาชีพ ข้อมูลภาระงาน/ผลิตภาพกำลังคนส่วนใหญ่ได้มาจากกระทรวงสาธารณสุข ยกเว้นข้อมูลอัตราการใช้บริการแพทย์แผนไทย นำมาจากกรมแพทย์แผนไทย อัตราการให้บริการห้องปฏิบัติการใช้ความคิดเห็นจากทีมเทคนิคการแพทย์ เพื่อให้ได้ข้อมูลในภาพรวมของประเทศการวิเคราะห์ครั้งนี้ ได้เพิ่มข้อมูลอัตราการเข้ารับบริการจากหน่วยงานภาครัฐอื่นๆ นอกกระทรวงสาธารณสุข การเข้ารับบริการภาคเอกชน รวมถึง Un-met need ซึ่งการคำนวณโดยวิธีนี้จะเน้นการวิเคราะห์ภารกิจหลัก ศึกษาวิเคราะห์ผลิตภาพกำลังคน เปลี่ยนภาระงานให้เป็นชั่วโมงการทำงาน หลังจากนั้นใช้เวลามาตรฐาน ๑,๖๘๐ ชั่วโมงมาหาร ได้จำนวนความต้องการกำลังคน แล้วคูณด้วยค่า Top up ของแต่ละสาขาวิชาชีพตามข้อตกลงข้างต้น

๕. นำเสนอผลการคาดการณ์กำลังคนด้านสุขภาพในปัจจุบันและอนาคต ๑๐ ปี

ซึ่งจากตัวอย่างการวิเคราะห์ พบว่า ถ้าภาระงานของแพทย์ในหน่วยบริการปฐมภูมิเท่ากับ ๒๐% ความต้องการแพทย์จะประมาณ ๒,๐๐๐ คน ภาระงานของพยาบาล ๘๐% ความต้องการพยาบาลจะประมาณ ๑๘,๐๐๐ คน ภาระงานของเภสัชกร ๒๐% ความต้องการเภสัชกรจะประมาณ ๘๓๘ คน ขณะเดียวกันภาระงานของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเท่ากับ ๒๐% ความต้องการเจ้าหน้าที่สาธารณสุขจะประมาณ ๔,๐๐๐ คน ส่วนภาระงานของแพทย์แผนไทยเท่ากับ ๒๐% ความต้องการแพทย์แผนไทยจะประมาณ ๔,๙๖๙ คน ภาระงานของผู้ช่วยแพทย์แผนไทยเท่ากับ ๑๘% ความต้องการผู้ช่วยแพทย์แผนไทยจะประมาณ ๑๒,๔๒๓ คน ภาระงานของเทคนิคการแพทย์เท่ากับ ๘% ความต้องการเทคนิคการแพทย์จะประมาณ ๒๙๑ คน ภาระงานของกายภาพบำบัดเท่ากับ ๑.๘% ของประชากรทั้งหมด ดังนั้นความต้องการกายภาพบำบัดจะประมาณ ๔,๓๗๑ คน

นอกจากนี้ยังมีความพยายามที่จะคาดการณ์กำลังคนด้านสุขภาพภายใต้ ๓ ฉากทัศน์ (Scenario) คือ ๑) ลักษณะการเข้ารับบริการดำเนินไปตามปกติ ๒) เน้นการให้บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ และ ๓) ไม่มีแผนกผู้ป่วยนอกในหน่วยบริการสุขภาพระดับตติยภูมิ โดยบริการดังกล่าวจะถูกย้ายมาที่หน่วยบริการระดับทุติยภูมิและปฐมภูมิ ซึ่งขณะนี้ยังไม่ถึงฉากทัศน์ที่ ๒ และ ๓ สำหรับฉากทัศน์ที่ ๑ จำนวนแพทย์ได้ถูกบวกเพิ่ม (Top up) ๑๕% แล้ว มีจำนวนความต้องการแพทย์เท่ากับ ๒,๓๐๐ คน พยาบาลบวกเพิ่ม ๒๐% เท่ากับ ๒๒,๐๐๐ คน เจ้าหน้าที่สาธารณสุขบวกเพิ่ม ๓๕% เท่ากับ ๖,๐๐๐+ คน ทันตแพทย์บวกเพิ่ม ๑๕% เท่ากับ ๕,๙๐๐ คน แพทย์แผนไทยบวกเพิ่ม ๓๐% เท่ากับ ๔,๙๐๐ คน ผู้ช่วยแพทย์แผนไทยเท่ากับ ๑๒,๐๐๐ คน กายภาพบำบัดบวกเพิ่ม ๑๕% เท่ากับ ๔,๓๐๐ คน เภสัชกร บวกเพิ่ม ๑๕% เท่ากับ ๙๖๓ คน และ เทคนิคการแพทย์บวกเพิ่ม ๑๕% เท่ากับ ๓๙๑ คน รวมถึงกลุ่มที่จะทำงานส่งเสริมป้องกัน แล้วแปลงเป็นอัตราส่วนกำลังคนด้านสุขภาพต่อประชากร (Population ratio) และจาก Population ratio ก็นำมาพยากรณ์เป็นภาพรวมของประเทศในปี ๒๕๕๘ ส่วนการวิเคราะห์ความต้องการกำลังคนด้านสุขภาพใน ๑๐ ปี ข้างหน้า (ปี ๒๕๖๙ และ ๒๕๗๙) ภาพจะออกมาแปลกๆ เนื่องจากจำนวนประชากรลดลง

๖. ปัญหาและข้อจำกัด

- ๖.๑ ปัญหาเรื่องฐานข้อมูลของแต่ละ setting จึงตัดสินใจใช้ข้อมูล FTE ของกระทรวงสาธารณสุข
- ๖.๒ ข้อจำกัดเรื่องเวลาและงบประมาณจึงไม่สามารถวิเคราะห์ความต้องการกำลังคนในระดับพื้นที่ได้
- ๖.๓ การกระจายภาระงานของ skill mix มีการเปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลา ดังนั้นการคาดการณ์ตั้งอยู่บนสถานการณ์ปัจจุบันเท่านั้น

ข้อเสนอแนะจากที่ประชุม:

๑. เสนอให้มีการนำโครงสร้างประชากรเข้าไปร่วมวิเคราะห์ในรูปแบบการคาดการณ์กำลังคนด้านสุขภาพด้วย เนื่องจากในอนาคตโครงสร้างประชากรจะเปลี่ยนเป็นผู้สูงอายุมากขึ้น ขณะที่วัยเด็กลดลง (อยู่ระหว่างการดำเนินงาน)

๒. ประเด็นการคิดเปอร์เซ็นต์ Top up คิดจากจำนวนชั่วโมงที่มากที่สุดและมีความสม่ำเสมอในการเรียนการสอนใช่หรือไม่ เนื่องจากสถานการณ์จริง ค่าดังกล่าวอาจมีความแปรปรวนและเบี่ยงเบนได้ ดังนั้นจึงควรใช้ FTE student (FTES) เข้ามาคิดภาระงานในการสอน มากกว่าการใช้ค่าคงที่ตลอดทั้งปี โดยแยกภารกิจออกมา ซึ่งจะตัดปัญหาเรื่องความไม่สม่ำเสมอของการสอนได้
๓. รูปแบบการคำนวณความต้องการกำลังคนด้านสุขภาพควรจะมีการนำมาทดลองใช้กับสถานบริการสุขภาพที่ตั้งอยู่ในเขตเมืองอย่างกรุงเทพมหานครด้วย เนื่องจากรูปแบบดังกล่าวถูกพัฒนามาจากพื้นฐานการคำนวณข้อมูลจากพื้นที่ชนบท
๔. รูปแบบการคำนวณดังกล่าวยังขาดการนำเข้าข้อมูลเทคโนโลยีทางด้านสุขภาพ เช่นเทคโนโลยีด้านการส่งเสริมป้องกันโรค ซึ่งอาจจะช่วยลดปริมาณความต้องการกำลังคนลงได้
๕. รูปแบบการคำนวณดังกล่าวยังขาดการนำเข้าตัวแปรด้าน sub-professional รวมถึงกำลังคนด้านสุขภาพในชุมชน ที่สามารถผลิตเพิ่มเพื่อทดแทนกำลังคนที่เป็นวิชาชีพหลัก
๖. หลังจากได้จำนวนกำลังคนด้านสุขภาพในภาพรวมของประเทศเทศแล้ว ให้ลองทำ Reality check โดยคิดเงินเดือนของแต่ละสาขาวิชาชีพว่าคิดเป็นเท่าไรของ GDP หากเกิน ๖% ของ GDP แสดงว่าข้อมูลเชื่อถือไม่ได้

นพ.อดุลย์ บำรุง (กลุ่ม Tertiary care)

สถานบริการสุขภาพระดับตติยภูมิแบ่งออกเป็น ๓ ระดับ คือ ๑) M ได้แก่ โรงพยาบาลที่ได้รับการส่งต่อ ๒) S ได้แก่โรงพยาบาลใน Service plan และ ๓) A ได้แก่ advance hospital ซึ่งทั้ง ๓ ระดับจะไม่รวมโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย สถานการณ์ปัจจุบัน โรงพยาบาลศูนย์ระดับ A, S และ M รวมกันเท่ากับ ๑๑๖ แห่ง แบ่งเป็นโรงพยาบาลระดับ A ๓๓ แห่ง ระดับ S ๔๘ แห่ง และระดับ M ๑๕ แห่ง โดยแบ่งประเภทบริการสุขภาพในสถานบริการระดับตติยภูมิได้ดังนี้ การรักษาพยาบาลทั้ง OPD และ IPD การผ่าตัดทั้ง Minor and Major operation การคลอด Special investigation การทำหัตถการต่างๆ บริการส่งเสริมสุขภาพ เช่น การป้องกันและฟื้นฟูสุขภาพ ซึ่งข้อมูลที่สามารถหาได้ประกอบด้วยข้อมูลจำนวนผู้ป่วยที่เข้ารับบริการแผนกผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน ข้อมูลการคลอด ส่วนข้อมูลการเข้ารับบริการอื่นๆ ไม่สามารถหาได้ นอกจากนี้ยังพบว่าประเภทของการให้บริการสุขภาพในหน่วยบริการระดับตติยภูมิจะมีลักษณะใกล้เคียงกับระดับทุติยภูมิ

สำหรับการคำนวณความต้องการกำลังคนด้านสุขภาพในหน่วยบริการระดับตติยภูมิจะใช้ข้อมูลจำนวนแพทย์ พยาบาล เภสัชกร จำนวนผู้ป่วย และหัตถการที่จำเป็นร่วมกัน ส่วนทันตแพทย์จะใช้ข้อมูลทันตแพทย์ทั่วไป ทันตแพทย์เฉพาะทาง ทันตแพทย์ผู้ป่วยใน, เทคนิคการแพทย์จะใช้ข้อมูลนักเทคนิคการแพทย์สาขาเคมี โลหิต และอื่นๆ, นักกายภาพบำบัดจะใช้ข้อมูลนักกายภาพบำบัด musculo, neuro, cardio และอื่นๆ, แพทย์แผนไทยจะรวมการวินิจฉัยและทำหัตถการ โดยจะไม่รวมสาขาวิชาชีพ ดังต่อไปนี้ เจ้าหน้าที่งานเวชกิจฉุกเฉิน เจ้าหน้าที่งานโสต ช่างภาพ นักวิชาการสาธารณสุข นักรังสีวิทยา นักกายอุปกรณ์ นักจิตบำบัด ซึ่งมีจำนวนน้อย

การคาดประมาณกำลังด้านสุขภาพสำหรับหน่วยบริการระดับตติยภูมิจะใช้วิธี Health demand method โดยมีหลักการ คือ จำนวนบุคลากรที่ต้องการต่อปี ซึ่งเป็นผลคูณระหว่าง ๒ ส่วน คือภาระงานในการ

ให้บริการทั้งผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยใน บริการคลอด การทำหัตถการต่างๆ ปริมาณคนคุณด้วยเวลา ปริมาณคนหรือแพทย์ที่ต้องการในหน่วยนั้น แล้วหารด้วย ๑,๖๘๐ ผลลัพธ์ที่ได้ คือ จำนวนบุคลากรสุขภาพแต่ละประเภทที่ต้องการภายในหนึ่งปี

ข้อพื้นฐานที่ใช้ในการคำนวณ คือ ข้อมูลจำนวนผู้รับบริการของกระทรวงสาธารณสุขในปี ๒๕๕๖ หรือ ข้อมูล FTE สาเหตุที่ใช้ข้อมูลในปี ๒๕๕๖ เนื่องจากมีข้อมูลการสำรวจของ Health Welfare Survey ทำให้ทราบจำนวนผู้ป่วยนอกรวม และจำนวนวันนอนรวมของผู้ป่วยใน ของสถานพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ที่เป็นตติยภูมิ นอกจากนี้ข้อมูลของ HWS ยังทำให้ทราบข้อมูลการกระจายของจำนวนผู้ป่วยตามประเภทสถานพยาบาลต่างๆ

จากข้อมูล HWS พบว่า มีการกระจายของผู้ป่วยนอกในสถานบริการสุขภาพสังกัดกระทรวงสาธารณสุข จำนวน ๖๙.๒๖% ภาคเอกชน จำนวน ๒๒.๙๔% สถานบริการสังกัดมหาวิทยาลัย จำนวน ๑.๗๘% และอื่นๆ จำนวน ๖.๐๒% ซึ่งแตกต่างจากผู้ป่วยในสังกัดโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยจะมีสัดส่วนที่สูงกว่า ข้อมูลพื้นฐานอื่นๆ ได้แก่ สัดส่วนการรับบริการผู้ป่วยนอกในสถานบริการระดับตติยภูมิที่สังกัดกระทรวงสาธารณสุข มี ๓๖% ของผู้มารับบริการผู้ป่วยนอก ในสถานบริการสังกัดกระทรวงสาธารณสุขทั้งหมด โดยข้อมูลดังกล่าวจะถูกนำไปวิเคราะห์เพื่อคาดการณ์กำลังคนด้านสุขภาพ หลังจากนั้นจึง Top up ด้วย Un-met need ของผู้ป่วยนอกที่ ๑.๕% ของการรับบริการทั้งหมด

สัดส่วนการรับบริการสุขภาพของผู้ป่วยในในสถานบริการระดับตติยภูมิ (โรงพยาบาลชุมชน), ตติยภูมิ, เอกชน และอื่นๆ เท่ากับ ๒๙%, ๔๕%, ๑๕% และ ๙.๗% ตามลำดับ อย่างไรก็ตาม ปัจจุบันพบว่าโรงพยาบาลเอกชนมีแนวโน้มที่จะเป็นสถานบริการระดับตติยภูมิมากกว่าตติยภูมิ จากข้อมูลข้างต้นนำไปสู่สมมติฐานที่ว่า สัดส่วนผู้รับบริการในสถานบริการระดับตติยภูมิ เท่ากับตติยภูมิและปฐมภูมิในสถานบริการภาคเอกชน และ Un-met need ของผู้ป่วยใน เท่ากับ ๐.๑๔%

สรุป จากการวิเคราะห์คาดการณ์กำลังคนด้านสุขภาพในสถานบริการระดับตติยภูมิ พบว่า มีความต้องการแพทย์ พยาบาล เภสัช ทันตแพทย์ นักเทคนิคการแพทย์ นักกายภาพบำบัด และแพทย์แผนไทย เท่ากับ ๑๕,๒๗๘, ๘๘,๓๒๒, ๔,๒๑๒, ๒,๑๒๓, ๖,๗๓๒, ๑,๗๑๓ และ ๑,๑๓๕ คน ตามลำดับ รวมเป็นความต้องการกำลังคนด้านสุขภาพในแต่ละวิชาชีพทั้งสิ้น ๑๒๔,๕๙๑ คน

ข้อจำกัดของการศึกษาครั้งนี้ คือขาดข้อมูลโรงพยาบาลที่สังกัดมหาวิทยาลัย ไม่มีข้อมูลของแพทย์ที่ทำงานวิจัย การเรียนการสอน หรืองานบริหาร ซึ่งต้องใช้วิธีการ Top up นอกจากนี้ยังขาดข้อมูลวิชาชีพอื่นๆ เช่น เวชชีกุญแจ และบริการบางอย่างมีความซ้ำซ้อนระหว่างผู้ป่วยและผู้ป่วยใน เช่น Ultrasound ฐานข้อมูลที่ใช้คำนวณมาจาก ๒ แหล่ง อาจขาดความน่าเชื่อถือของข้อมูลหรือข้อมูลไม่ตรงกัน การคำนวณไม่มีการรวมจำนวนผู้ป่วยต่างชาติ ซึ่งคาดว่าจะถูกนับรวมไปกับจำนวนผู้ป่วยทั้งหมดที่มารับบริการแล้ว

ผศ.ดร.พุดตาน พันธุ์เนตร (กลุ่ม Secondary care)

การคาดประมาณกำลังด้านสุขภาพในหน่วยบริการระดับทุติยภูมิจะคล้ายคลึงกับระดับตติยภูมิ โดยเบื้องต้นจะใช้วิธี Population ratio ในการพยากรณ์ และในอนาคตถ้าวิเคราะห์แยกเป็นรายกลุ่มอายุ จะทำให้ได้ข้อมูลกำลังคนด้านสุขภาพที่ต้องการดีกว่า โดยข้อมูลส่วนใหญ่ที่ใช้คำนวณ เช่น FTE ได้มาจาก กระทรวงสาธารณสุข บวกกับข้อมูลอื่นๆ ภาคเอกชน ภาครัฐอื่นๆ และข้อมูล UN-met need ซึ่งข้อมูลดังกล่าวประกอบด้วย จำนวนผู้เข้ารับบริการผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยใน การผ่าตัดใหญ่ คลอดปกติ คลอดผิดปกติ ทันตกรรม กายภาพบำบัด เป็นต้น ส่วนเภสัชกรใช้การงาน ๗๐% ของผู้ป่วยนอกตามใบสั่งยา แพทย์แผนไทย แยกเป็นงานตรวจวินิจฉัย ๑๗.๕% ของผู้ป่วยนอก ทำหัตถการ ๕๐% ของ ๑๗.๕% คิดเป็น ๘.๘% และหัตถการ จากคำแนะนำของแพทย์ ๒๕% ผู้ช่วยแพทย์ ๗๕% แต่การตรวจวินิจฉัยเป็นของแพทย์ ๑๐๐% ข้อมูลการเข้ารับบริการทันตกรรมในภาคเอกชน คิดเป็น ๔๑.๔๔% ภาครัฐ อื่นๆ ประมาณ ๔.๔๑% แต่ถ้าเป็นทันตกรรม เฉพาะทางจะเป็นภาคเอกชน ประมาณ ๗๑% อื่นๆ ประมาณ ๔% Un-met need ใช้ที่ประมาณ ๑.๕% ของผู้ป่วยนอก และ ๐.๑๔% ของผู้ป่วยใน

ข้อมูลการไปใช้บริการผู้ป่วยนอกในหน่วยบริการระดับทุติยภูมิ ประมาณ ๗๕ ล้าน จาก FTE ผู้ป่วยใน ประมาณ ๙ ล้าน ผ่าตัดประมาณ ๘ หมื่น คลอดปกติประมาณ ๒ แสน การสั่งยาประมาณ ๗๐% ของผู้ป่วยนอก คิดเป็น ๕๒ ล้าน ทันตกรรมทั่วไปประมาณ ๙ ล้าน ทันตกรรมเฉพาะทางประมาณ ๔ แสน ทันตกรรมผู้ป่วยในประมาณ ๙ พัน เทคนิคการแพทย์แยกเป็นเก็บตัวอย่าง โลหิตวิทยา งานจุลชีวะ เตรียมเลือดให้ผู้ป่วย กายภาพบำบัดแยกเป็น musculo neuro cardio และอื่น สำหรับแพทย์แผนไทยแยกเป็นตรวจวินิจฉัย คิดเป็น ๑๘% ของผู้ป่วยนอก และหัตถการ ประมาณ ๙% นอกจากนี้ยังมีการผลิตยา ซึ่งยังไม่ได้นำเข้าในการคำนวณ ส่วนข้อมูลอื่นๆ คือจำนวนบุคลากรแต่ละประเภทที่ให้บริการ ซึ่งเป็นข้อมูลที่มาจากความเห็นผู้เชี่ยวชาญ เช่น ตรวจผู้ป่วยนอกใช้แพทย์หนึ่งคน ผ่าตัดใหญ่ใช้แพทย์ ๑.๕ คน พยาบาล ๒.๕ คน เป็นต้น ข้อมูลเวลาที่ใช้ในการให้บริการเป็นข้อมูล FTE ของกระทรวงสาธารณสุข ร่วมกับความเห็นผู้เชี่ยวชาญ และตัวหารคือเวลาทำงานเป็นชั่วโมงต่อปี คือ ๑,๖๘๐ ชั่วโมง

ผลการศึกษา จากข้อมูลจำนวนการไปใช้บริการต่อปี ร่วมกับข้อมูลภาระงานหรือชั่วโมงการทำงาน พบว่าจำนวนแพทย์ที่ต้องการ ประมาณ ๑๒,๐๐๐ คน ทันตแพทย์ประมาณ ๕,๐๐๐ คน พยาบาลประมาณ ๗๘,๐๐๐ คน เภสัชประมาณ ๕,๐๐๐คน เทคนิคการแพทย์ประมาณ ๕,๐๐๐ คน แพทย์แผนไทยประมาณ ๔,๐๐๐ คน ผู้ช่วยแพทย์แผนไทยประมาณ ๓,๐๐๐คน กายภาพบำบัดประมาณ ๒,๐๐๐คน การคำนวณดังกล่าวใช้ Population ratio ปกติ ซึ่งถ้าหากต้องการพยากรณ์จำนวนความต้องการกำลังคนด้านสุขภาพ ใน ๑๐ ปี ข้างหน้า ก็นำกำลังคนด้านสุขภาพในปี ๒๕๕๘ หารด้วยประชากรทั้งหมดในปีนั้น แล้วคูณด้วยประชากรในปี ๒๕๖๙ และในทางที่ดีควรมีการคำนวณความต้องการกำลังคนตามกลุ่มอายุโครงสร้างประชากร เพื่อให้ได้ข้อมูลที่แม่นยำและตรงกลุ่มเป้าหมายมากขึ้น

ข้อจำกัดของการศึกษาคือ ไม่มีการแยกข้อมูลแพทย์เฉพาะทางในระดับทุติยภูมิและตติยภูมิ ไม่มีการนำเข้าภาระงานด้านอื่นที่ไม่ใช่การให้บริการทางการแพทย์ และในอนาคตบทบาทของโรงพยาบาลชุมชนจะ

เปลี่ยนแปลงไปค่อนข้างมาก แต่ Model ยังไม่มีการปรับเพื่อรองรับการพยากรณ์ เช่น จำนวนผู้รับบริการ OPD IPD ที่เพิ่มมากขึ้น/ลดลง การมีเทคโนโลยีทางการแพทย์ใหม่ การมีแพทย์เวชปฏิบัติครอบครัว บทบาทของโรงพยาบาลชุมชนในการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค เป็นต้น

ข้อเสนอแนะจากผู้เข้าร่วมประชุม

๑. จากการคาดประมาณกำลังคนด้านสุขภาพทั้ง ๓ service setting ปี ๒๕๕๘ ในภาพรวม พบว่า มีความต้องการแพทย์ พยาบาล ทันตแพทย์ + ทันตภิบาล แพทย์แผนไทย+ผู้ช่วย กายภาพบำบัด เภสัชกร นักเทคนิคการแพทย์ และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ประมาณ ๒๙,๐๐๐, ๑๗๐,๐๐๐, ๗,๐๐๐+ ๖,๐๐๐, ๙,๖๐๐+๑๖,๐๐๐, ๗,๘๐๐, ๑๐,๐๐๐, ๑๑,๐๐๐ และ ๒๔,๐๐๐ คน (FTE) ตามลำดับ ซึ่งสามารถนำข้อมูลส่วนนี้มา convert เป็น population ratio แล้วทำการพยากรณ์จำนวนความต้องการกำลังคนด้านสุขภาพในปี ๒๕๖๙ ได้
๒. รูปแบบการพยากรณ์ความต้องการกำลังคนด้านสุขภาพมีสมมุติฐานค่อนข้างมาก จึงมีประเด็นว่าทำอย่างไรจะให้คนอื่น ๆ เชื่อในข้อมูลหรือตัวเลขที่ได้จากการพยากรณ์ และนำข้อมูลที่ได้ไปใช้ประโยชน์
๓. สัดส่วนจำนวนผู้รับบริการผู้ป่วยนอก ในอดีตจะเป็นสามเหลี่ยมหัวกลับ คือผู้ป่วยส่วนใหญ่จะไปรับบริการที่โรงพยาบาลจังหวัด มีเพียงส่วนน้อยที่จะไปรับบริการที่สถานีนามัย แต่หลังจากที่มีการสร้างสถานีนามัยเพิ่มขึ้น สัดส่วนผู้รับบริการในสถานีนามัยก็เพิ่มตามไปด้วย ขณะที่สัดส่วนผู้รับบริการในโรงพยาบาลจังหวัดลดลง ส่งผลให้รูปแบบการรับบริการกลายเป็นสามเหลี่ยมหัวตั้ง ประธานขอให้กลับไปตรวจสอบข้อมูลประกอบการนำเสนอว่าถูกต้องหรือไม่
๔. ประธานเสนอให้มีการทบทวนเรื่องจำนวนผู้รับบริการผู้ป่วยนอกภาคเอกชน ว่าไปรับบริการที่ไหนบ้างและเป็นสถานบริการระดับใด (ทุติยภูมิ ตติยภูมิ)
๕. ให้ทำข้อตกลงร่วมกันเรื่อง assumption ที่ใช้ รวมถึง บทบาทของแต่ละวิชาชีพ (skill mix) ในแต่ละระดับของหน่วยบริการสุขภาพว่าใครทำหน้าที่อะไร เพื่อสร้างมาตรฐานกลางและเป็นที่ยอมรับของทุกฝ่าย
๖. ให้ศึกษาองค์ประกอบของการให้บริการแผนกผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในเพิ่มเติมว่าเป็นบริการประเภทใด ผู้รับบริการส่วนใหญ่คือใคร เช่น ผู้รับบริการผู้ป่วยนอกส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง จะช่วยในเรื่องการกำหนดฉลากทัศนและทำให้การพยากรณ์กำลังคนในอนาคตมีความน่าเชื่อถือมากขึ้น นอกเหนือจากการใช้ Population ratio เพียงอย่างเดียว
๗. จุดอ่อนของการใช้ FTE คือการอ้างอิงสถิติการใช้บริการในปัจจุบัน ทำอย่างไรจึงจะสามารถเพิ่มจุดอ่อนเข้าไปใน Model การวิเคราะห์ ได้
๘. ระดับโลกมีการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุทั้งที่อยู่ในสายวิชาชีพสุขภาพและนอกวิชาชีพ เข้ามามีส่วนร่วมในการปฏิบัติงานในหน่วยบริการสุขภาพ ซึ่งจะช่วยลดอัตรากำลังที่ต้องผลิตเพิ่มได้ส่วนหนึ่ง ซึ่งประเด็นนี้น่าจะต้องนำมาพิจารณาในขั้นตอนการทำ supply forecast

รศ.ดร.นุศราพร เกษสมบุรณ์ (กลุ่มอุตสาหกรรมยา)

ในส่วนของอุตสาหกรรมยา มีคณะกรรมการ ซึ่งประกอบด้วยคณะเภสัชศาสตร์และศูนย์ประสานงานการศึกษาเภสัชศาสตร์ทำหน้าที่ในการหาข้อมูลร่วมกัน โดยแบ่งข้อมูลออกเป็น ๔ ส่วน คือ

๑. การวิเคราะห์สถานการณ์ปัจจุบัน ที่ผ่านมามีการทำข้อมูลเป็นระยะ โดยใช้ความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญเป็นหลัก
๒. ทำการรวบรวมข้อมูล เพื่อดูข้อมูลปัจจุบัน ปี ๒๕๕๘ ในระดับประเทศ
๓. คาดประมาณกำลังคนโดยใช้ FTE
๔. กำหนดสมรรถนะของเภสัชอุตสาหกรรมและนำไปสู่การปรับปรุงหลักสูตรเภสัชศาสตร์บัณฑิตในอนาคต

โดยกระบวนการศึกษาและเก็บข้อมูล ทางผู้สัมภาษณ์ได้มีการนำเสนอฉากทัศน์ของระบบสุขภาพที่พึงประสงค์ในอีก ๑๐ปี ข้างหน้าต่อผู้ให้สัมภาษณ์ ประกอบกับข้อมูล cluster ที่เกี่ยวข้องกับ life science ที่ได้จากการระดมความคิดเห็นและนำเสนอต่อรัฐบาลว่าจะมีความเชื่อมโยงกับการพัฒนาเศรษฐกิจของประเทศได้อย่างไร ซึ่งอุตสาหกรรมฉากทัศน์ของระบบสุขภาพจะประกอบไปด้วยยา เครื่องมือแพทย์ สมุนไพร และ Biological products รวมเป็น Value chain ของ Life science cluster โดยแต่ละผลิตภัณฑ์อาจจะมี supply chain หรือช่องว่างที่ต่างกัน ดังนั้นในการศึกษาเรื่องกำลังคนจะต้องพิจารณาความต้องการและสมรรถนะของกำลังคนที่สอดคล้องกับแต่ละห่วงโซ่ของ Supply chain

ฉากทัศน์ของอุตสาหกรรมยาไม่เพียงจะตอบสนองต่อความต้องการของคนภายในประเทศเท่านั้น แต่ยังมีแนวโน้มที่จะตอบสนองต่อความต้องการของต่างประเทศ ดังจะเห็นได้ว่ารัฐบาลมียุทธศาสตร์ที่จะพัฒนาอุตสาหกรรมของประเทศ และหนึ่งในอุตสาหกรรมที่มองว่าเป็น New S curve คือ Medical tourism และต่อเนื่องไปจนถึง Medical hub ซึ่งทั้งสองรูปแบบไม่ได้มีแค่บริการสุขภาพเท่านั้น แต่ยังมองไปถึงภาคการผลิต การจัดหาเครื่องมือแพทย์และยา ดังนั้น Life science จึงเป็นส่วนหนึ่งที่น่ามาซึ่งการพัฒนาระบบเศรษฐกิจของประเทศด้วย อีกประการหนึ่ง คือ หากประเทศไทยต้องการเป็นผู้นำในด้าน Life science จำเป็นต้องมองไปถึงการเปิดประตูสู่ประชาคมเศรษฐกิจอาเซียนด้วย เนื่องจากจะมีการเคลื่อนย้ายบุคลากรและผู้ป่วยระหว่างประเทศ

ใน Life science ยังประกอบไปด้วย sector ย่อยๆ ที่ต้องการกำลังคนและสมรรถนะที่ต่างกัน เริ่มตั้งแต่การเริ่มคิดนวัตกรรม การค้นพบยา (Drug discovery) การวิจัยทางคลินิก (Clinical research) การกำกับดูแล (Regulatory) การผลิต (Manufacturing) และการขนส่ง (Logistic)

การคาดประมาณจำนวนเภสัชกรในอุตสาหกรรมยาใช้วิธี FTE ที่ได้จากการสัมภาษณ์โรงงานอุตสาหกรรม แล้วนำข้อมูลมาแจกแจงภารกิจของเภสัชอุตสาหกรรม คำนวณภาระงาน โดยการสัมภาษณ์โรงงานอุตสาหกรรมจะดูตั้งแต่การวิจัยพัฒนา การผลิต และการขึ้นทะเบียน ส่วนบริษัทยาจะดำเนินการสัมภาษณ์ต่อไป ในการคำนวณผลิตภาพจะนำภาระงานคูณด้วยเวลามาตรฐาน

ผลจากการสัมภาษณ์โรงงานอุตสาหกรรมขนาดกลางหนึ่งแห่งที่สามารถตรวจสอบข้อมูลได้เมื่อปี ๒๕๕๘ เมื่อนำมาคำนวณจำนวนความต้องการเภสัชกรรมอุตสาหกรรม พบว่า ได้ค่า FTE ต่ำสุด-สูงสุด เท่ากับ ๑๓ และ ๔๓ ตามลำดับ ตามประเภทของตำแหน่งงาน หลังจากนั้นได้ทำการตรวจสอบข้อมูลตัวเลขที่ได้จากการคำนวณกับความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญที่ได้จากการศึกษาล่าสุดที่ผ่านมาของกลุ่มอุตสาหกรรมยา ปรากฏว่าถ้าเป็นโรงงานขนาดกลางจะใช้ตัวเลข ๑๓ FTE และโรงงานขนาดใหญ่จะใช้ตัวเลข ๔๓ FTE ภาพรวมได้ ๒,๘๑๕ FTE ซึ่งใกล้เคียงกับผลการศึกษาล่าสุดที่ทำในปี ๒๕๕๒-๒๕๕๓ ที่คาดประมาณจำนวนเภสัชอุตสาหกรรมถึงปี ๒๕๖๒ ที่ ๓,๐๐๐ FTE

สิ่งที่จะต้องทำต่อไปคือการเก็บข้อมูลโรงงานอุตสาหกรรมขนาดเล็ก ขนาดใหญ่ บริษัทยา และกำหนดฉากทัศน์ เพื่อไปให้ถึงเป้าหมายที่ตั้งไว้ รวมถึงการเก็บข้อมูลสมุนไพรรในโรงงานอุตสาหกรรม ซึ่งจะเก็บข้อมูล ๒ ส่วน คือ FTE ในปัจจุบันและคาดการณ์แนวโน้ม FTE ในอนาคตตามฉากทัศน์ที่ตั้งไว้ และขณะเดียวจะทำการตรวจสอบข้อมูลกับเภสัชกรที่ทำงานในโรงงาน

ข้อเสนอแนะจากที่ประชุม

๑. การศึกษาครั้งนี้ยังไม่ครอบคลุมเครื่องสำอางและอาหาร เน้นเฉพาะกำลังคนในโรงงานอุตสาหกรรมยา และบริษัทยา

วันพุธที่ ๒ มีนาคม ๒๕๕๙

ดร.ภญ.กุลจิรา ได้สรุปการสัมมนาในวันแรกว่า ประธานได้แจ้งให้ที่ประชุมรับทราบว่าการดำเนินงานจะไม่ได้หยุดอยู่แค่ตัวเลขแต่เป็นการสร้าง Network และกลุ่มคนที่จะมาช่วยเรื่องเหล่านี้หลังจากนั้นได้สรุปในส่วนของการจัดการข้อมูล และ Model การคาดการณ์กำลังคน โดยใช้ Utilization base approach ปริมาณการบริการใช้ของกระทรวงสาธารณสุขมาตั้งต้น ตาม FTE และมีเรื่องของวิธีการ forecasting มีทั้งต้นทางวิธี regression base ในการทำนายอนาคต รวมถึงเรื่องของ Time series, Population ratio และ panel Analysis ข้อมูลภาคตัดขวางที่มีข้อมูลต่อเนื่องหลายๆ ปี นอกจากนี้ทาง นพ.ปิยะได้แนะนำในเรื่อง System dynamic Model หลักควรมีการทำ sensitivity analysis ที่มีการเปลี่ยนตัวแปรสำคัญที่ใช้แต่ Model หลักนี้ไม่ได้ทำดูปัจจัยหลักที่ทำการเปลี่ยนแปลง scenario analysis

ดร.นงลักษณ์ ได้นำเสนอเรื่องของ Primary setting มี ๒ วิธีหลัก คือ ๑) Need base approach สำหรับกิจกรรมฟื้นฟูส่งเสริม ๒) Health Utilization base (Health Demand) สำหรับการรักษายาบาล สำหรับทางตติภูมิจะใช้ Utilization base approach เป็นหลัก

นพ.ปิยะแนะนำให้ทำ Identify big impact factor ที่เป็น big trends ออกมา และ component สำคัญที่ถูกกระทบ รวมถึงเรื่องการใช้เปอร์เซ็นต์เดียวกันในการ judge across the board

เรื่องของ Drug industry ใช้วิธีการ FTEs ด้วยการสำรวจ (survey) จากกลุ่มตัวอย่างจริง โดยการส่งแบบสอบถามไปยังบริษัทยา ขอตัวเลขเพื่อจะนำมา validate และจะทำการสำรวจใน small size และ big size อย่างละหนึ่งที เปรียบเทียบกับแบบสำรวจที่ได้รับการ validate

อาจารย์ทางคณะสัตวแพทย์ได้ฝากประเด็น Animal drug testing ในอุตสาหกรรมยา เนื่องจากว่ามีกิจกรรมบางอย่างที่จะต้องทำเป็น skill mixที่ไม่จำเป็นจะต้องเป็นเฉพาะเภสัชกรได้ ดังนั้นทางทีมจะรับไปวิเคราะห์เพิ่มเติม

กรมควบคุมโรคแยกแยะตัว function ต่างๆ ของกรมอย่างชัดเจนและใช้ service target ในการคาดการณ์กำลังคน นอกจากนี้พบว่างานของกรมส่วนใหญ่จะเป็น skill mix ไม่ได้เจาะจงวิชาชีพใด แต่ควรจะแยกงานไหนที่ต้องการ specialist ที่มีความรู้เฉพาะและ งานไหนที่ไม่ต้องการ เพื่อที่จะวางแผนกำลังคนที่ไม่ต้องยึดติดอยู่กับวิชาชีพ

การคาดการณ์กำลังคนวิชาชีพพยาบาล ได้นำเสนอว่า demand side ได้ใช้วิธี Utilization approach และทำนายไปในอนาคต ใช้วิธีแบบต้นทุน ใช้ตัวแปร time สิ่งที่น่าสนใจคือ supply side มีข้อมูลที่สมบูรณ์และทำตาราง survival table และ working life span จาก ๒๒ ปี เหลือ ๑๙.๙๗ ปี รวมถึงพยาบาลเด็กจะมีการลาออกเพิ่มขึ้น การใช้ค่า lost rate กับทุกรุ่นนั้น ไม่ได้ ควรจะ attach อยู่กับรุ่นของแรงงานนั้นๆ

นพ.สมเกียรติ ศิริรัตนพุกษ์ (กลุ่มอาชีวอนามัย)

นำเสนอเรื่องการบริหารจัดการกำลังคนด้านอาชีวอนามัย สำหรับเป้าหมายนั้น แบ่งเป็น ๑) กลุ่มผู้ประกอบการอาชีพ เช่น ภาคอุตสาหกรรม, เกษตรกรรม และบริการ ๒) ผู้รับผลกระทบจากสิ่งแวดล้อม การจัดการในส่วนผู้ประกอบการอาชีพ จะเรียกเป็น บริการอาชีวอนามัย และการดูแลจากสิ่งแวดล้อมเป็น บริการเวชกรรมสิ่งแวดล้อม วัตถุประสงค์ คือ เพื่อทบทวนผลการศึกษาและวางแผนกำลังคนทางด้านสาธารณสุข อาชีวอนามัยและสิ่งแวดล้อม วิธีการศึกษา โดยการทบทวนวรรณกรรมทั้งไทยและต่างประเทศ รวบรวมข้อมูลและสถิติต่างๆ โดยใช้วิธีการคำนวณหลักของ service targeted approach วิธีการเก็บข้อมูล นั้น แยกเป็น ๓ กลุ่ม คือ ๑) บุคลากรหน่วยงานภาครัฐ เช่น หน่วยงานวิชาการ ๒) บุคลากรจาก service provider และ ๓) ภาคเอกชนและมหาวิทยาลัย วิธีการคำนวณ โดย จำนวนที่ต้องการและจำนวนคนที่มีอยู่ในปัจจุบัน โดยไปหาจำนวนที่ต้องการเพิ่ม ใช้ข้อมูลรอบหลักที่ได้จากการคำนวณ นอกจากนี้ นพ.สมเกียรติ ได้นำเสนอการศึกษาการบริหารจัดการกำลังคนในงานวิจัยต่างประเทศ โดยพบว่า ในประเทศอเมริกามีการสำรวจนายจ้างสัมภาษณ์ทางโทรศัพท์ และ provider survey ได้สอบถามทาง website สำหรับประเทศอังกฤษเป็นการคาดการณ์และวางแผนในเรื่องอาชีวอนามัยในระยะเวลา 20 ปี โดยเป็นการทบทวนวรรณกรรม ประชุมสัมมนาวิสัยทัศน์

นพ.สมเกียรติ ได้นำเสนอคำจำกัดความ ของแพทย์อาชีวเวชศาสตร์ พยาบาลอาชีวอนามัย นักวิชาการสาธารณสุขและเจ้าหน้าที่ความปลอดภัยวิชาชีพ หลังจากนั้นได้นำเสนอผลการศึกษาในเรื่องของความต้องการภาครัฐ ซึ่งตามกรอบโครงสร้างของกระทรวงสาธารณสุข ไม่ได้มีการระบุจำนวน ส่วนโรงพยาบาลชุมชนนั้นควร จะมีอย่างน้อยพยาบาลและนักวิชาการสาธารณสุข และ รพ.สต. ควรจะมีพยาบาลผ่านการอบรมพยาบาล อาชีวอนามัย ๖๐ ชม. /๑ คน นอกจากนี้พบว่าใช้อีกวิธีการหนึ่ง คือการกำหนดตามเกณฑ์ GIS ในภาคเอกชน แบ่งได้ ๒ ประเภท คือ ๑) สถานประกอบการขนาดใหญ่ ใช้กรอบตามกฎหมายกระทรวงแรงงาน ๒) โรงพยาบาลเอกชน ตามกรอบโครงสร้างโรงพยาบาลภาครัฐที่ตามจำนวนเตียง ด้าน Supply นั้น มีหลักสูตรในการผลิตแพทย์อาชีวเวชศาสตร์ แพทย์อาชีวเวชศาสตร์หลักสูตร ๒ เดือน พยาบาลอาชีวเวชศาสตร์ ปริญญาโท, หลักสูตร ๔ เดือน ๖๐ ชั่วโมง และ นักวิชาการอาชีวอนามัยและความปลอดภัย สุดท้ายในเรื่องข้อจำกัด พบว่า ๑) ไม่สามารถทำได้ในทุกวิชา ๒) จำนวนที่คาดการณ์เป็นปัจจุบัน ๓) กรอบการคิดเป็น

เรื่องของการดูแลป้องกันโรค ดังนั้นควรเพิ่มในเรื่องของความเชี่ยวชาญวิชาชีพอื่นๆ ๔) การคิดกรอบอัตรากำลัง อยู่ภายใต้กระทรวงสาธารณสุขเป็นหลัก

พญ.วรรณภา ได้ชี้แจงประเด็นจำนวนบุคลากรใน สสจ จะคิด base on งานอาชีพอนามัยไม่ได้ ควร base on กรมควบคุมโรคและความต้องการของสถานปฏิบัติการต้องการหรือไม่ และมีกำลังคนรองรับหรือไม่ นอกจากนี้ ดร.นงลักษณ์ พูดถึงประเด็นความซ้ำซ้อนของการคำนวณของงานควบคุมโรค ประธานได้พูดเรื่องของการสำรวจจากหน้างานเป็นสิ่งที่ดี แต่ควรระวังในเรื่องของ over demand และให้นำเรื่องของ labor market เข้ามาเกี่ยวข้อง

นพ.ฉัตรกร โนรี (วิชาชีพแพทย์)

นำเสนอในส่วนวิชาชีพแพทย์ด้าน supply สำหรับด้านความต้องการนั้นได้ทำการตกลงว่าจะทำการศึกษาตาม setting โดยการศึกษาครั้งนี้มีมาตั้งแต่ พ.ศ.๒๕๑๕ – ๒๕๔๗ ใช้วิธีการหลักๆ คือ population ratio และ service targeted ต่อมาได้เพิ่มวิธี health demand สำหรับการคิด supply forecasting นั้น ควรจะประกอบด้วย ๑) baseline physician supply ดูว่าปัจจุบันมีแพทย์จำนวนเท่าไร ๒) annual supply มีแพทย์ที่เติมเข้ามาในระบบจำนวนเท่าไร ๓) annual loss อัตรการสูญเสีย

จากข้อมูลสภาวิชาชีพ พบว่า มีจำนวน ๘๓% ของแพทย์ที่ active ที่ได้ลงทะเบียนไว้กับสภา ส่วนการศึกษาของ นพ.ทักษพล ในปี พ.ศ.๒๕๔๘ พบว่ามีจำนวนของแพทย์ที่ปฏิบัติงานเพียง ๙๒% จาก ๘๓% นอกจากนี้พบว่าข้อมูลในปี พ.ศ. ๒๕๕๕ พบว่ามีคณะแพทยศาสตร์ ทั้งหมด ๑๙ แห่ง ซึ่งมีเอกชน ๑ แห่ง อัตราการผลิตได้ ๒๕๐๐ คนต่อปี แพทย์ที่จบการศึกษาจะต้องผ่านการสอบ national licensing เป็นผู้ประกอบโรคศิลปะ อัตราการสูญเสียอยู่ที่ประมาณ ๑ เปอร์เซ็นต์ ข้อจำกัดพบว่ามี ๑)ฐานข้อมูลที่ใช้ข้อมูลมาจากแพทยสภา ซึ่งมีปัญหาในเรื่องของการครอบคลุมแพทย์ทั้งหมดได้ ๒) ข้อมูลของแพทย์ที่ผ่าน license เป็นข้อมูลเก่าอาจจะต้องมีการปรับ ๓) อัตราการสูญเสียมีการเปลี่ยนแปลง มาจาก labour market และเรื่องของแพทย์ที่เป็นสตรีเพิ่มขึ้น

พญ.วณิษา ได้ยกประเด็น ๑)แพทย์ที่ activeและ inactive อาจจะได้จาก role แพทยสภา สำหรับในเรื่องของแพทย์ที่ทำเรื่องความสวยงาม ถือว่ายังคงปฏิบัติงานอยู่ในหน้าที่แพทย์หรือไม่ นพ.สมเกียรติ ได้สอบถามเรื่องของAECมีผลกระทบอย่างไรบ้างและมีข้อสันนิษฐานหรือไม่ ประธานการประชุมแนะนำให้ทีม เช็กตัวเลขของแพทย์ใหม่อีกครั้ง และให้ทำPopulation structure ส่วนเรื่องของdemand จะมีอยู่ ๓ คำที่เกี่ยวข้อง ๑) need ๒) demand ภาษาเศรษฐศาสตร์ ๓) requirement ความต้องการที่เหมาะสม นอกจากนี้แนะนำเรื่องวิธี GPP per capita กับ population ratio โดยทำนายไปยังอนาคตว่าจะมีความต้องการเท่าไร

สพ.ญ.ดร.ศุภรัตน์ (วิชาชีพสัตวแพทย์)

นำเสนอของทีมนสัตวแพทย์ โดยสามารถแบ่งงานได้เป็น ๖ ประเภท ๑) งานด้านสุกรและสัตว์ปีก ๒)งานสัตว์เล็ก ๓)งานรัฐ หรือ กองพันรัฐสัตว์ป่า และกระทรวงสาธารณสุข บางส่วน ๔)งานวิจัย ๕)หน่วยงานอื่นๆที่ทำงานเกี่ยวข้องกับสัตว์ เช่น รัฐวิสาหกิจ ฟาร์มโคนม ๖) กลุ่มที่ไม่ได้ทำงานในวิชาชีพ

การคำนวณ ใช้วิธีการ trend analysis ที่พยากรณ์จำนวนสัตวแพทย์ในไก่และสุกจากสมาคม สัตวแพทย์ผู้ควบคุมฟาร์มสุกรและสัตว์ปีก โดยดูว่าแต่ละปีจะมีจำนวนเพิ่มขึ้นเท่าไร ของสัตว์เล็กได้ขอ

ตัวเลข ย้อนหลัง ๕ ปี จากสมาคมผู้ประกอบการบำบัดโรคสัตว์ ที่มีตัวเลขของสัตวแพทย์ที่ทำงานในคลินิก หรือ โรงพยาบาลสัตว์ วิธีการคือ นำค่าที่ได้มาเปรียบเทียบกับตัวเลขจริง ของงานราชการ ส่วนมากอยู่ในกรม ปศุสัตว์ การคาดการณ์จึงได้มาจากตัวเลขที่แน่นอนเนื่องมาจากบุคคลเหล่านี้จะทดแทนอัตราที่เกษียณอายุ ได้ ตัวเลขจากกรมประมง จากสถาบันพัฒนาการดำเนินการต่อสัตว์เพื่องานทางวิทยาศาสตร์(สพสว)ด้าน supply ขอข้อมูลจากสถาบันภาคี ๖ สถาบัน พบว่า ครึ่งหนึ่งทำงานในคลินิกสัตว์เล็ก ๒๕%ทำงานสัตว์ปีกและสุกร มีจำนวน ๘% ในกลุ่มที่เรียนต่อ เป็นอาจารย์ และ ในกลุ่มราชการ และหน่วยงานอื่นๆ สุกท้าย๒%ที่ สูญเสีย

ข้อมูลที่ได้ตัวเลขจากสภาพัฒน์ ทำนายได้ว่าจะมี สัตวแพทย์ ๑๒ - ๑๘ คน ต่อประชากร ๑,๐๐๐ คน

สพ.ปานเทพ มีประเด็นเรื่องของการนับจำนวนสัตวแพทย์ที่ส่งออกไปทำงานต่างประเทศ และ เรื่อง ของ lost ไม่ได้มีการติดตาม รวมถึงการทดแทนอัตราที่เกษียณไป ศ.วีระพงษ์ ได้ชี้ประเด็นในเรื่องของการ เลี้ยงสัตว์เพื่อการรักษา การผลิตยา ที่ไม่ได้นำมารวมในการคำนวณครั้งนี้ นพ.สมเกียรติเสนอเรื่องการให้สัตว บาลหรือวิชาชีพอื่นๆ ประธานได้ให้พูดในประเด็นนี้ ว่า ๑) การศึกษานี้เป็นการทำงานระหว่าง human health และ animal health ที่มีการเฝ้าระวังร่วมกัน ๒) มีการทำงานร่วมกันระหว่าง ออย. และ กรมปศุสัตว์ มีลักษณะเป็น one health

ทพญ.วรารัตน์ (วิชาชีพทันตแพทย์)

ได้ชี้แจงว่าคณะทำงานประกอบด้วยเกือบทุกภาคส่วน ยกเว้นจากเอกชน และ ขอเปลี่ยนคำจาก dentist เป็น dental personnel ที่รวมถึงทันตภิบาลผู้ช่วยรวมถึงสร้างทันตกรรมส่วนที่เกี่ยวข้องกันทันตกรรม จะมี primary secondary, tertiary disease control และ academia และจะนำเสนอในส่วนของ health demand นอกจากนี้ทางทีมได้ใช้วิธีการที่แตกต่างจากวิชาชีพอื่น เนื่องมาจากสถานการณ์ของทันตบุคลากร นั้น ๕๐%ทำงานในภาคเอกชน และได้จากการใช้บริการทันตสาธารณสุข มีข้อมูลมาจากสำนักงานสถิติและ สำนักงานปลัด ข้อมูลด้าน supply มีสถาบันที่ผลิตมีทั้งหมด ๑๓ แห่ง เป็นรัฐ ๑๑ แห่ง และเอกชน ๒ แห่ง ข้อมูลกำลังการผลิตระหว่างปี พ.ศ.๒๕๕๓ - ๒๕๖๓ มีแผนการผลิตจากภาครัฐ ประมาณปีละ ๕๐๐ คน มีโครงการผลิตทันตแพทย์เพิ่มของสำนักงานคณะกรรมการการอุดมศึกษา ระยะที่ ๒ เพิ่มปีละ ๒๑๐ คน ภาคเอกชน มีแผนการผลิตปีละ ๒๐๐ คน คณะทันตแพทย์ภาครัฐเปิดใหม่ รวมปีละ ๘๐ คน ด้าน demand ใช้วิธี health demand method (FTE) และ service target (เพิ่มการเข้าถึงบริการ) สำหรับกระทรวง สาธารณสุขมีความต้องการที่จะมี excellent center ในปี พ.ศ.๒๕๖๘ โดยมีความต้องการทันตแพทย์ ๓๖๔ คน สำหรับทันตภิบาลมีการคิด supply projection จากสถานการณ์ ๒ แบบ คือ ๑) จากผู้สมัครเรียนไม่เต็ม แผนผลิต ๒) ผู้สมัครเต็มแผนผลิต ตั้งแต่ปี พ.ศ. ๒๕๕๘ - ๒๕๖๓ และ การสูญเสีย โดยคิดจาก ๑) เกษียณอายุ ๒) ทันตแพทย์ส่วนกลาง สสจ. ๓) สูญเสียอื่นๆ เช่น ๓.๔% หรือ ๑% demand projection ของทันตภิบาล ใช้ ๔ วิธี คือ ๑) service target ๒) วิธีที่ ๑ + allowance ๑๕% ๓) วิธีที่ ๑ + งานรักษา ๒๐% ๔) วิธีที่ ๓ + allowance ๑๕ %

ปัญหาและอุปสรรคของการศึกษาคั้งนี้ Demand: ขาดข้อมูล productivity ภาคเอกชนและรัฐอื่น, ข้อมูลมีหลายแหล่งและไม่ตรงกัน, ภาระงานของทันตแพทย์และทันตภิบาลยังไม่ชัดเจน, projection โดยการ ตั้งเป้าเพิ่มการเข้าถึงบริการ ควรต้องมีการประเมิน Supply: ขาดฐานข้อมูลเอกชน, การสูญเสียทันตภิบาล อาจมีเปอร์เซ็นต์ที่เพิ่มขึ้นจากที่คาดการณ์

ศ.วีระพงษ์ ได้เสนอประเด็นเรื่องของการส่งเสริมทันตอนามัยในเขตเมือง มากกว่าเรื่องการผลิตทันตแพทย์เพิ่ม ดร.นงลักษณ์ สอบถามในประเด็นการพยากรณ์ใน scenario แรก ที่คำนวณทันตแพทย์ทำงานในส่วนทันตภิบาล ไม่มีทันตภิบาลไม่ทราบว่าในปฐมภูมิใครจะเป็นคนทำ ประเด็นที่ ๒ การเข้าถึงทันตแพทย์มีปัจจัยหลายอย่าง อยากให้เน้นเรื่องการบริหารจัดการระบบเพื่อแก้ปัญหาความต้องการทันตแพทย์ ประธานให้ข้อมูลเพิ่มเติมว่ามีงานวิจัยของ อ.คมสันต์ที่ได้เสนอวิธีการคาดการณ์ไว้ ๓ วิธี คือ ใช้ population ratio, ของ WHO ที่เป็น need base มองจากปัญหาเปลี่ยนเป็นงานและคนและ system dynamic เอาเศรษฐกิจและสังคมมา project ผลทั้งสามวิธีพบว่า supply over demand ทั้งหมด

อ.ดร.เลิศยศ (วิชาชีพเทคนิคการแพทย์)

ได้ให้ข้อมูลสถานการณ์กำลังคนในสาขานี้ว่า มีทั้งหมด ๑๕,๒๑๕ คน สำหรับ scenario ในทศวรรษหน้าสามารถแบ่งได้ ๔ ประเภท คือ ๑) เทคนิคการแพทย์ครอบครัว ๒) เทคนิคการแพทย์ที่มีอยู่ในปัจจุบัน ๓) MT ในเชิงอุตสาหกรรม และเกี่ยวกับการนำเข้าอุปกรณ์และน้ำยา ๔) academic ๕) ทุกกลุ่มที่มีความสามารถในการวิจัย สำหรับการทำการ demand projection นั้นใช้วิธีทำงานร่วมกับ ๓ setting โดยเริ่มที่ status quo การคาดการณ์กำลังคนใช้วิธี health demand method แต่ถ้าเป็นระดับปฐมภูมิ จะใช้ระหว่าง health demand and health needs methods ในส่วนของ supply projection นั้นดูได้จากการเพิ่มขึ้นและลดลงของกำลังคนด้านสุขภาพ

ปัญหาและอุปสรรค ข้อจำกัดในการศึกษา คือ ยังขาดข้อมูลที่สมบูรณ์เกี่ยวกับกำลังคนด้าน Entrepreneur MT/technology distributor สำหรับแนวทางการดำเนินงานในอนาคต จะทำการคาดการณ์กำลังคนโดย scenario ของแต่ละงานให้เด่นชัด มีการจัดทำ competency ของวิชาชีพให้รองรับกับความต้องการในอนาคต และจัดทำแผนกำลังคนของเทคนิคการแพทย์ วิธีการกระจายและการธำรงรักษา

นพ.สมเกียรติ สอบถามเรื่องมุมมองระหว่างความแตกต่างระหว่างวิทยาศาสตร์การแพทย์และเทคนิคการแพทย์ อนาคตมีการมองภาพรวมในวิชาชีพเหล่านี้ได้อย่างไร ในประเด็นถัดมา เป็นเรื่องของการตรวจสอบทางเคมีและ ฟิสิกส์ ประเด็นเรื่องของการตรวจสอบคุณภาพและการควบคุมคุณภาพ

ทพ.ญ.สุณี สอบถามในเรื่องของสัดส่วนของบุคลากรในภาครัฐและภาคเอกชน มีแนวโน้มเท่าๆ กันหรือไม่ และปริมาณงานมีความแตกต่างไหม ประธานได้พูดถึง ประเด็นของการตอบสนองต่อ supply induce demand ว่าจะทำได้อย่างไร ศ.วีระพงษ์ ได้ให้ข้อมูลเสริมว่าควรจะมีการสร้างเครื่องมือ เพื่อตอบสนองความต้องการและเป็นการตรวจสอบได้เบื้องต้น

อาจารย์บุญเรือง ขาวนวล (วิชาชีพสาธารณสุข)

นำเสนอในนามตัวแทนว่าประกอบด้วย ๖ กลุ่มย่อย คือ ๑) สาธารณสุขชุมชน ๒) อาชีวอนามัย ๓) โภชนาวิทยา ๔) อนามัยสิ่งแวดล้อม ๕) สุขศึกษาและพฤติกรรมศาสตร์ ๖) ระบาดวิทยา สำหรับการผลิตกำลังคนนั้น มีสถาบันการศึกษาที่ผลิตอย่างน้อย ๕๕ แห่ง คือ กระทรวงสาธารณสุขกระทรวงศึกษาธิการ และมหาวิทยาลัยเอกชน ด้านความต้องการกำลังคนในอีก ๑๐ ปี ข้างหน้า พบว่า จะมีจำนวนกำลังคนสาธารณสุขประมาณ ๒๐๐,๐๐๐ คน

สำหรับกำลังคนด้านสุขภาพกลุ่มอาชีพอนามัย สถาบันที่ผลิตมีทั้งสิ้น ๒๙ แห่ง และมีแผนผลิตกำลังคน ๑,๕๐๐ คน /ปี กำลังคนด้านสุขภาพกลุ่มโภชนาวิทยา มีอย่างน้อย ๔ สถาบัน กลุ่มอนามัยสิ่งแวดล้อม มีทั้งสิ้น ๑๓ สถาบัน กลุ่มสุขศึกษาและพฤติกรรมสุขภาพ มี ๗ สถาบัน กลุ่มระบาดวิทยา มี ๑ สถาบัน คือ มหาวิทยาลัยมหิดล ข้อจำกัด คือ ขาดข้อมูลที่เป็นปัจจุบันในเรื่องของจำนวนกำลังคน การย้าย เปลี่ยนสายงาน รวมทั้งการสูญเสียกำลังคนไม่ได้มีการคำนวณเพิ่ม

นพ.สมเกียรติ เสนอเรื่องระบบสุขภาพที่พึงประสงค์ และ เรื่องการศึกษาตำแหน่งด้าน public health ที่มาทำงานในระดับประเทศ นอกจากนี้เป็นประเด็นเรื่องของการตำแหน่งที่เปิดรับไม่ตรงกับความต้องการจะส่งผลต่อเรื่องของการ retention เรื่องของการแรงจูงใจให้เอกชนมาทำงานเชิงป้องกัน

ศ.พญ.วนิษา ชื่นกองแก้ว

นำเสนอในเรื่องสมรรถนะของบุคลากรด้านสุขภาพที่พึงประสงค์ในศตวรรษที่ ๒๑ โดยสมรรถนะประกอบด้วย ๓ องค์ประกอบ คือ ๑) ความรู้ ๒) ทักษะ ๓) พฤตินิสัยที่พึงปรารถนา สำหรับการเกิดเป็น change agent จะต้องมีการ transformative learning governance ที่ประกอบด้วย ๑) informative ๒) formative ๓) performative ๔) transformative นอกจากนี้ต้องการคนที่มีทักษะในศตวรรษที่ ๒๑ ดังต่อไปนี้ ๓r เรื่องของ reading, writing, arithmetic*7c เรื่องของ cross disciplinary, creativity, critical thinking, communication, cultural competence, literacy, content *2l เรื่องของ life skill and leadership สำหรับ future competence นั้น ควรจะมีทั้ง individual competence and collective competence

ดร.ภญ.กุลจิรา อุมอักษร (วิชาชีพเภสัชกร)

นำเสนอในส่วนของ hospital pharmacists คิดจาก FTE based มาจากงานบริการจ่ายยาผู้ป่วยนอก/ใน และใน ส่วน Service based จากระดับสถานพยาบาล งานของเภสัชกรสามารถแบ่งได้ ๔ ประเภท ๑) งานจ่ายยา ๒) งานบริหารเภสัชกรรม ๓) งานบริหารผู้ป่วยใน ๔) งานอื่นๆที่ไม่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วย เรื่องของ community pharmacists มีการคาดการณ์จำนวนร้านยาทั่วประเทศ ที่เป็น ขย.๑ จะมีเภสัชกร ๒ คนเพิ่มขึ้น ๑% ของร้านทั้งหมดทุกๆ ๕ ปี ข้อจำกัดที่เกิดขึ้น คือ การพยากรณ์ควรมีข้อมูลที่มากขึ้น และการบ่งชี้และบอกจำนวนของแนวโน้มเพื่อที่ความต้องการวิเคราะห์ scenario นั้น ทำอย่างไรที่จะเพิ่มผลกระทบเหล่านี้มาใน model ให้ได้ และสิ่งที่จะทำในขั้นตอนต่อไป คือ การวิเคราะห์ความสำคัญของแนวโน้มที่จะเกิดขึ้นต่อไป และการวิเคราะห์ scenario

ศ.วีระพงษ์ ได้เสนอเรื่องของการปรับเปลี่ยนระบบบริการสุขภาพในอนาคตทางด้านเภสัชกรรม โดยการใช้เครื่องมือมาช่วยในการจ่ายยา ผศ.ดร.ภญ.รุ่งเพชร ให้ข้อมูลเพิ่มเติมว่า ช่วงนี้เภสัชกร เป็นช่วงการเปลี่ยนผ่านจากหลักสูตร ๕ ปี เป็น ๖ ปี ทำให้การทำงานไปยังอนาคตไม่แข็งแรงเนื่องมาจากการขาดข้อมูลที่ให้นำมาใช้ ทำให้ตัวเลขที่ได้มาไม่แม่นยำ สุดท้ายประธานเน้นย้ำให้ทีมและทาง สวรส. ควรจะทำ continuity of wisdom เพื่อไม่ให้ข้อมูลขาดหายและมีการเชื่อมโยงการทำงานของคนก่อนหน้าและคนรุ่นใหม่

ดร.สาริณี (วิชาชีพกายภาพบำบัด)

ได้นำเสนอข้อมูลว่า สถาบันการศึกษาที่มีทั้งสิ้น ๑๖ แห่ง โดยส่วนมากตั้งอยู่ที่ภาคกลางและกรุงเทพมหานคร สำหรับกำลังการผลิตประมาณ ๑,๒๐๐ คน ต่อปี กำลังคนส่วนใหญ่จะอยู่ที่อายุ ๒๐ - ๓๙ ปี สำหรับด้าน supply projection ในปี พ.ศ. ๒๕๖๘ พบอัตรา ๑: ๑๑,๖๗๘ ต่อประชากร วิธีการที่ใช้คาดการณ์ความต้องการกำลังคน มี ๔ วิธี คือ ๑) การกำหนดสัดส่วนกำลังคนต่อจำนวนประชากรที่ต้องรับผิดชอบ ๒) การวิเคราะห์ความจำเป็นด้านสุขภาพ ๓) การวิเคราะห์ความต้องการใช้บริการ ๔) การวิเคราะห์เป้าหมายบริการ สำหรับ demand projection ในปีพ.ศ. ๒๕๖๘ พบว่าจะมีจำนวนนักกายภาพบำบัดประมาณ ๘,๕๔๒ คน แนวทางการดำเนินงานในอนาคต ที่จะทำคือ การพัฒนาระบบการจัดเก็บข้อมูลเชื่อมโยง มีการสร้างทีมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ สนับสนุนการศึกษางานวิจัยที่เกี่ยวข้อง และมีการวางแผนกำลังคนของวิชาชีพ

นพ.สมเกียรติ ได้ระบุประเด็นของการพัฒนาการต่อยอดของวิชาชีพนั้น หรือ การสร้างคนใหม่ๆ ในวิชาชีพ ว่าอย่างไรจะดีกว่าและมีประโยชน์มากกว่า

ประธานได้สรุปประเด็นว่าวิชาชีพกายภาพมีอัตราการสูญเสียสูงมาก เป็นประเด็นที่น่าจะศึกษาอย่างเป็นระบบ สภาวิชาชีพควรนำไปพิจารณา

ดร.รัชณี จันทรเกษ (วิชาชีพแพทย์แผนไทย)

ได้นำเสนอว่าการวิเคราะห์กำลังคน แบ่งได้ ๓ ส่วน คือ ๑) กำลังการผลิต ๒) สถานการณ์ข้อมูลแพทย์แผนไทย/แผนไทยประยุกต์ ๓) ข้อเสนอแนะในเชิงนโยบาย การคาดการณ์กำลังคนด้านความต้องการวิชาชีพแพทย์แผนไทย ระยะ ๑๐ ปี โดยใช้วิธี health demand method มีจำนวน ๑๑,๖๖๔ คน สำหรับการเปรียบเทียบความต้องการและการผลิตในระยะ ๑๐ ปี พบว่า มีความต้องการทั้งหมด ๒๒,๕๒๘ คน และ ด้านอุปทาน คือ ๑๐,๗๙๗ คน

นพ.ขวัญประชา สอบถามเรื่องของ competency ของแพทย์แผนไทยและแพทย์แผนไทยประยุกต์ มีความเหมือนหรือแตกต่างกันอย่างไร รวมถึงมีผลต่อการจ้างงานหรือไม่

ประธานได้สรุปประเด็นเรื่องของวิชาชีพแพทย์แผนไทยว่า มีทั้งหมด ๓ สาย คือ สาย (ก) เป็นพวกที่ฝากตัวเป็นศิษย์ สามารถสอบไปวิชาชีพได้ สาย (ข) เป็นพวกปริญญาตรีและแพทย์แผนไทยประยุกต์ สาย (ค) เป็นพวกแพทย์พื้นบ้าน ที่มีความรู้ด้านสมุนไพร

การประชุมครั้งต่อไป คือ ๑๓ - ๑๔ มิถุนายน ๒๕๕๙ โดยเป็นเรื่องของการปรับในเรื่องของ setting และ across ๓ setting และวิชาชีพ รวมถึง scenario สำหรับสถานที่การจัดประชุมจะแจ้งให้ทราบในภายหลัง

ปิดการประชุมเวลา ๑๖.๓๐ น.

นายโยธิน ถนอมวัฒน์
นางสาวปริญญา เสนีย์รัตนประยูร
ผู้บันทึกรายงานการประชุม
นายแพทย์ฉัตรกร โนนี
ผู้ตรวจรายงานการประชุม
๖๘

สรุปการประชุมเชิงปฏิบัติการด้านเทคนิค
“การวางแผนกำลังคนด้านสุขภาพของประเทศในทศวรรษหน้า” ครั้งที่ ๑
วันศุกร์ที่ ๑ เมษายน ๒๕๕๙ เวลา ๐๙.๐๐-๑๖.๓๐ น.
ณ ห้องประชุมसानใจ ๒ ชั้น ๖ อาคารสุขภาพแห่งชาติ

ผู้เข้าร่วมประชุม

๑. รศ.ทพ.ดร.สุวิทย์ อุดมพาณิชย์	ผู้ทรงคุณวุฒิ
๒. รศ.ดร.ภญ.นุศราพรเกษสมบูรณ์	คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
๓. ดร.ภญ.กุลจิรา อุดมอักษร	คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
๔. อ.ภญ.กนกกาญจน์ ไชยกาล	คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
๕. อ.ภญ.พิชญา นวลไต้ศรี	คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
๖. ทพญ.สุณี วงศ์คงคาเทพ	สำนักงานทันตสาธารณสุข
๗. ทพญ.สุณี ผลดีเยี่ยม	สำนักงานทันตสาธารณสุข
๘. ทพ.จรรุวัฒน์ บุษราคัมระหุ	สำนักงานทันตสาธารณสุข
๙. ทพญ.วรารัตน์ ใจชื่น	สำนักงานทันตสาธารณสุข
๑๐. อ.ดร.ลิขิต ปรียานนท์	คณะเทคนิคการแพทย์ มหาวิทยาลัยมหิดล
๑๑. ผศ.(พิเศษ)นพ.ไพโรจน์ บุญลักษณ์ศิริ	โรงพยาบาลหาดใหญ่ จังหวัดสงขลา
๑๒. อ.ดร.เลิศยศ ตรีรัตน์ไพบูลย์	คณะเทคนิคการแพทย์ มหาวิทยาลัยมหิดล
๑๓. ผศ.ดร.สพ.ญ.วลาสินี มูลอามาตรย์	คณะสัตวแพทย์ มหาวิทยาลัยมหิดล
๑๔. ผศ.ดร.ไชยงค์ จรกฤ	คณะสหเวชศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร
๑๕. นางสมใจ ลือวิเศษไพบูลย์	สภากายบำบัด
๑๖. ดร.สาริณี แก้วสว่าง	สภากายบำบัด
๑๗. ดร.รัชณี จันทร์เกษ	กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก
๑๘. นางสาวศรีณยา จันทร	กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก
๑๙. นางสาวเกศินี กำพูฒ	กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก
๒๐. ดร.นงลักษณ์ พะไถยะ	วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น
๒๑. อาจารย์บุญเรือง ขาวนวล	คณะวิทยาการสุขภาพและการกีฬา มหาวิทยาลัยทักษิณ
๒๒. นพ.อดุลย์ บำรุง	โรงพยาบาลข้าสูง จังหวัดขอนแก่น
๒๓. นายโกวิทย์ บุญมีพงศ์	กรมควบคุมโรคกระทรวงสาธารณสุข
๒๔. ดร.ภญ.ธิดาพร จิรวัดนะไพศาล	สำนักวัณโรค กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข
๒๕. ผศ.ดร.พุดตาน พันธุ์เนร	คณะบริหารธุรกิจ มหาวิทยาลัยนเรศวร
๒๖. นายพีรวิชัย จุลเรือง	สำนักโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม
	กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข
๒๗. นางสาวกมลชนก สุขอนันต์	สำนักโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม
	กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข
๒๘. ทพญ.นิภาพร เอื้อวิณะโชติมา	คณะทันตแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
๒๙. ทพ.วีระศักดิ์ พุทธาศรี	สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ

๓๐. นพ. ชินกร โนรี	สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ
๓๑. ดร. นาเรรัตน์ ผุดผ่อง	สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ
๓๒. นางดวงทิพย์ ธีระวิทย์	สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ
๓๓. น.ส. ปริญญา เสนีย์รัตน์ประยูร	สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ
๓๔. น.ส. กานต์วรินทร์ ก่องกุลวัฒน์	สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ

เริ่มประชุมเวลา ๐๙.๓๐ น.

รศ.ทพ.ดร.สุวิทย์ นำเสนอเรื่องของการคิดเชิงระบบ (System thinking) โดยเริ่มจากความหมายของความคิด ความคิดสร้างสรรค์และอุปสรรคของความคิดสร้างสรรค์ ต่อจากนั้นได้พูดถึงประเด็นของประเภทระบบที่มีทั้งระบบเปิดและระบบปิด ที่มีทั้ง Positive feedback system และ Negative feedback system โครงสร้างของระบบ ประกอบด้วย ๑) System boundary ที่มีเรื่องของ Feedback dynamics System conditions และ Equilibrium ๒) โครงสร้างระบบย่อย วิธีคิดเชิงระบบ แบ่งเป็น ๑) วิธีคิดเชิงเหตุผล ๒) วิธีคิดถึงผลสืบเนื่องที่จะเกิดขึ้นตามมา เครื่องมือที่ใช้ทำแผนที่ยุทธศาสตร์ คือ Balance Score Card การประเมินผลโดยใช้ CIPP Model

หลักการการเขียนวงจรที่มี Conceptualization โดยให้เริ่มจากเรื่องของปัญหาที่ศึกษา และเชื่อมโยงองค์ประกอบ องค์ประกอบที่จะนำมาใส่ใน model จะต้องเขียนออกมาให้ได้

ทพญ.วารัตน์ นำเสนอ Health Need Method การคาดการณ์กำลังคนจากความจำเป็นที่ประชาชนต้องได้รับบริการด้านสาธารณสุข ข้อมูลพื้นฐานที่ต้องใช้ คือ ๑) ความจำเป็นที่ต้องรับบริการ ๒) มาตรฐานบริการ ซึ่งถูกกำหนดโดยวิชาชีพ

ขั้นตอนการคำนวณ โดย ๑) กำหนดอายุเฉลี่ยของประชากร เพื่อหาระยะเวลาที่ต้องให้บริการตลอดชีวิต ๒) แบ่งประชากรเป็น age cohort โดยหลักการแบ่งคือ มีสถานะทันตสุขภาพและบริการที่จำเป็นต้องได้รับใกล้เคียงกัน ๓) กำหนดกิจกรรมบริการในแต่ละ age cohort ๔) กำหนดเวลาที่ใช้ในแต่ละกิจกรรม ๕) การคาดการณ์การกระจายของโรค ๖) หาเวลาเฉลี่ยที่ต้องให้บริการแต่ละกิจกรรม สำหรับประชากร ๑ คน/ปี ๗) กำหนดขอบเขตบริการของบุคลากรแต่ละระดับ ๘) ตั้งเป้าหมายบริการ ความครอบคลุมบริการในแต่ละกลุ่มอายุ ๙) หาจำนวนประชากรตามกลุ่มอายุในอนาคต ๑๐) คำนวณหาภาระงานของบุคลากรแต่ละระดับ

จุดอ่อนของการใช้วิธีนี้ คือ ๑) ต้องใช้ข้อมูลจำนวนมาก และเหมาะกับโรคที่เปลี่ยนแปลงไม่มาก/ใช้เวลาในการเปลี่ยนแปลง หรือต้องใช้ข้อมูลหลายๆชุด เพื่อดูแนวโน้มการเปลี่ยนแปลงของโรค ๒) คิดว่าประชากรทุกคนมีชีวิตจนถึงอายุขัย ๓) คิดว่าเทคโนโลยี/วิธีรักษาเหมือนเดิม ๔) ความจำเป็นในการรับบริการแต่ละชนิดกิจกรรม มีปัจจัยเพิ่มลดแบบวิถีคิดของ System dynamic แต่วิธีนี้ไม่ได้ดูจากปัจจัยเหล่านั้น

สำหรับงาน Service Targets Method ใช้สำหรับการคาดการณ์กำลังคนจากเป้าหมายด้านการบริการสาธารณสุข มีการพิจารณาจากความจำเป็น การเรียกร้องบริการและรูปแบบระบบบริการ รวมถึงมาตรฐานจะกำหนดโดยความต้องการของชุมชนและผู้ให้บริการ การคำนวณไม่ได้ดูไปจนถึงสิ้นอายุขัย

ทั้งสองวิธีคิดจากความต้องการและปริมาณงานมีเท่าไร ซึ่งไม่ได้คิดจาก supply ปัจจุบันทำได้เท่าไรและปรับลดหรือไม่ ทางรศ.ทพ.ดร.สุวิทย์ ได้ให้ข้อคิดเห็นในส่วนของวิชาชีพทันตแพทย์ว่าวิธีคิดนี้มีงานวิจัยอยู่หลายฉบับ เรามีกำลังคนเท่าไรและสามารถทำได้เท่าไร รวมถึงมองภาพประชาชนและองค์ประกอบอื่นที่มีผลกระทบ

นพ.ฉัตรกร ได้กล่าวถึงความเป็นมาในเรื่องของการวางแผนกำลังคน ๑๐ ปี และบทบาทหน้าที่ โดยพัฒนากรอบระบบสุขภาพที่พึงประสงค์ มีการกำหนดปัจจัยที่มีผลต่อความต้องการกำลังคน และกำหนดเครื่องมือร่วม หลังจากนั้นได้กำหนดคณกะทำงานย่อยรายวิชาชีพ และราย Setting จำนวน 16 ชุด กรอบผลลัพธ์ ประกอบด้วย ๑) ประเภทบุคลากรที่ต้องการ (Skill mix) ๒) จำนวน (Number) ๓) สมรรถนะ (Competency) ๔) แนวทางการกระจาย (Distribution) ๕) แนวทางการธำรงรักษา (Retention)

ดร.นงลักษณ์ ได้ชี้แจงเพิ่มเติมในที่ประชุมว่านอกจากปัจจัยที่มีผลกระทบต่อระบบสุขภาพในอนาคตแล้วนั้น ให้คิดถึงเรื่องของสมรรถนะ (Competency) ด้วย

ข้อสรุปจากที่ประชุม ให้ทุกวิชาชีพใช้วิธีต่าง ๆ ดังต่อไปนี้ คือ System Dynamic, Health Need, Modify Population Ratio ในการ project กำลังคน โดยลองให้ทุกวิชาชีพทำมาเพื่อนำเสนอในการประชุมครั้งถัดไป

นางสาวปริญดา เสนีย์รัตนประยูร
ผู้บันทึกรายงานการประชุม

สรุปการประชุมเชิงปฏิบัติการด้านเทคนิค
"การวางแผนกำลังคนด้านสุขภาพของประเทศไทยในทศวรรษหน้า" ครั้งที่ ๒
วันจันทร์ที่ ๒๕ เมษายน ๒๕๕๙ เวลา ๑๓.๐๐ - ๑๖.๓๐ น.
ณ ห้องประชุมसानใจ ๒ ชั้น ๖ อาคารสุขภาพแห่งชาติ บริเวณกระทรวงสาธารณสุข

ผู้เข้าร่วมประชุม

- | | |
|---------------------------------------|--|
| ๑. รศ.ทพ.ดร.สุวิทย์ อุดมพานิชย์ | คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น |
| ๒. นพ.ทศินกร โนรี | สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ |
| ๓. ดร.นงลักษณ์ พะโกยะ | วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น |
| ๔. พญ.วรรณมา หาญเชาว์วรกุล | สำนักจัดการความรู้ กรมควบคุมโรค |
| ๕. ผศ.(พิเศษ)นพ.ไพโรจน์ บุญลักษณะศิริ | สำนักงานบริหารโครงการร่วมผลิตแพทย์เพิ่มเพื่อ
ชาวชนบท |
| ๖. รศ.ดร.นุศราพร เกษสมบุรณ์ | คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น |
| ๗. ดร.ภญ.กุลจิรา อุดมอักษร | คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ |
| ๘. ผศ.ดร.พุดตาน พันธุ์เนตร | คณะบริหารธุรกิจ มหาวิทยาลัยนครสวรรค์ |
| ๙. อ.ดร.เลิศยศ ตรีรัตน์ไพบูลย์ | คณะเทคนิคการแพทย์ มหาวิทยาลัยมหิดล |
| ๑๐. ผศ.ดร.สพ.ญ.วลาสินี มูลอามาตย์ | คณะสัตวแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล |
| ๑๑. ผศ.น.สพ.ดร.เจษฎา จิวากานนท์ | คณะสัตวแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น |
| ๑๒. ผศ.สพ.ญ.ดร.ศิริพร เพียรสุขมณี | คณะสัตวแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ |
| ๑๓. ทพญ.วรารัตน์ ใจชื่น | สำนักงานทันตสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข |
| ๑๔. นางสมใจ ลือวิเศษไพบูลย์ | สภากายภาพบำบัด |
| ๑๕. ดร.รัชณี จันทร์เกษ | กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก |
| ๑๖. น.ส.เกศินี กำพุด | กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก |
| ๑๗. อาจารย์บุญเรือง ขาวนวล | คณะวิทยาการสุขภาพและการกีฬา มหาวิทยาลัยทักษิณ |
| ๑๘. ดร.ภญ.ธิดาพร จิรวัดนะไพศาล | สำนักโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์
กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข |
| ๑๙. ดร.อรพันธ์ อันติมานนท์ | สำนักโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม
กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข |
| ๒๐. ดร.นารีรัตน์ ผุดผ่อง | สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ |
| ๒๑. ดร.ธัญธิตา วิสัยจร | สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ |
| ๒๒. นายโยธิน ถนนมวัฒน์ | สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ |
| ๒๓. น.ส.ปริญดา เสนีย์รัตน์ประยูร | สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ |
| ๒๔. น.ส.กานต์วรินทร์ ก่องกุลวัฒน์ | สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ |

เริ่มประชุมเวลา ๑๓.๓๐ น.

ระเบียบวาระที่ ๑ ฉากทัศน์ต่างๆ ของระบบสุขภาพที่พึงประสงค์ โดย นพ.ทิมกร โนรี และ นำเสนอ

โมเดลภาพระบบสุขภาพที่พึงประสงค์ โดยดร.ภญ.ธิดาพร จิระวัฒน์ไพศาล

นพ.ทิมกร ชี้แจงวัตถุประสงค์และระยะเวลาในการดำเนินงานของทีมเลขา เพื่อนำเสนอ output ต่อ คณะอนุกรรมการวางแผนกำลังคนด้านสุขภาพฯ ประมาณเดือนมิถุนายน โดยมี output ที่ต้องการ ๒ เรื่อง คือ ๑.กรอบของ Scenario เพื่อทำงานต่อในการลงตัวเลข ๒.กำหนดปัจจัยที่มีผลต่อความต้องการกำลังคนด้านสุขภาพ โดยให้สอดคล้องกับแผนการทำงานของกระทรวงสาธารณสุข

● ปัจจัยที่กระทบต่อกำลังคนด้านสุขภาพและระบบสุขภาพที่พึงประสงค์

๑. การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากร
๒. โรคติดต่อที่ยังเป็นปัญหาและโรคติดต่ออุบัติใหม่
๓. กระแสแห่งโลกาภิวัตน์ การค้าระหว่างประเทศ และเริ่มต้นของประชาคมอาเซียน
๔. การพัฒนาและการใช้เทคโนโลยีใหม่ที่มีราคาแพงมาก ทำให้ค่าใช้จ่ายสุขภาพสูงขึ้นเร็วกว่าการเติบโตทางเศรษฐกิจ
๕. การเปลี่ยนแปลงด้านเศรษฐกิจ
๖. การเติบโตของสังคมเมือง
๗. การเปลี่ยนแปลงนโยบายและการปฏิรูปต่างๆ
๘. ทิศทางการส่งเสริมสุขภาพ
๙. การกระจายอำนาจ

ความเห็นและข้อเสนอแนะ

- การทำภารกิจในการดูแลคนใช้ร่วมกันจากหลายๆ วิชาชีพ ในแต่ละระดับ (skill mix) ในระดับปฐมภูมิ ซึ่งจะนำไปสู่การคาดการณ์กำลังคนในระดับทุติยภูมิ และตติยภูมิในอนาคตได้
- ขาดข้อมูลสถิติจริงเพื่อนำมาใส่เป็นข้อมูล
- แผนภาพ System Dynamic Model มีวัตถุประสงค์ คือ Dynamic ของการรักษาพยาบาลของระบบการรักษาพยาบาลว่าไปในทิศทางไหนได้บ้าง แต่หากจะนำมาใช้ในการคาดการณ์กำลังคนจะต้องมีตัวแปรที่แตกต่างออกไป เพื่อนำมาบ่งชี้หรือวิเคราะห์การคาดการณ์กำลังคนได้
- โดยจะต้องมององค์ประกอบของปัญหาที่มีอยู่ให้ครบก่อน ถ้าเราเข้าใจระบบ เข้าใจความสัมพันธ์ของแต่ละตัวแปรแล้ว เราจะสามารถควบคุมระบบได้
- การกำหนด service target และ service setting ขึ้นอยู่กับแต่ละวิชาชีพและแต่ละ setting ซึ่งมี dynamic ที่แตกต่างกัน การคาดการณ์กำลังคนฯ จะได้ผลจาก ๒ ตัวเลข คือ ๑.ตัวเลขจาก setting ที่ได้ทำกระบวนการกันมาบ้างแล้ว ๒.ตัวเลขที่ได้จาก system dynamic โดยนพ.สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ ต้องการให้ทำเรื่อง modify population โดยเอาข้อมูล GDP มาดูสัดส่วนกับข้อมูลแพทย์ ซึ่งอาจจะเป็นอีกทางเลือกหนึ่ง ที่จะช่วยในการช่วย guide ระบบต่อไป

ระเบียบวาระที่ ๒ System dynamic ของวิชาชีพทันตแพทย์ โดย ทพญ.วรารัตน์ ใจชื่น และ System dynamic ของวิชาชีพเภสัชกร โดย ดร.ภญ.กุลจิรา อุดมอักษร

ความเห็นและข้อเสนอแนะ

- วิชาชีพทันตแพทย์ใช้ ๒ ปัจจัยที่กระทบต่อกำลังคนด้านสุขภาพ เข้ามามีส่วนในการคิด คือ การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากร และอุบัติการณ์ของการเกิดโรค โดยอยากให้มองถึงปัจจัยอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องกับงานทันตกรรมเพื่อให้สามารถนำมาเข้ากับสมการ
- หลังจากพิจารณาปัจจัยทั้ง ๔ ปัจจัยแล้ว ควรจะต้องคำนึงถึงว่ามีผลกระทบอย่างไรกับระบบ และลอง run program ใหม่อีกครั้ง และจะมีผลกับความต้องการกำลังคนสุดท้ายอย่างไร
- โดยส่วนกลางสนับสนุนทางด้าน technical
- ปัญหาไม่ได้หมดไป อยู่ที่ว่าเราต้องการให้ประชาชนมีคุณภาพชีวิตแบบไหน การวางแผนกำลังคนต้องคิดแบบนั้น
- การเรียนรู้ program Dynamo program กับอาจารย์จิรพล ซึ่งเป็นผู้เชี่ยวชาญด้าน system dynamic เพื่อศึกษา model และวิธีใช้

ระเบียบวาระที่ ๓ Scenario setting โดยดร.นงลักษณ์ พะไยยะ

ความเห็นและข้อเสนอแนะ

- การวิเคราะห์แบบ primary care ควรจะเริ่มจากการวิเคราะห์เป็น function โดยไม่ได้เอาวิชาชีพเป็นตัวตั้ง
- อยากให้ดูหน้างาน primary care ของแต่ละวิชาชีพ ว่าควรจะเป็นสัดส่วนเท่าไร เพราะการจะทำ full primary care จริงๆ ทุกวิชาชีพจะต้องเข้าไปมีส่วนร่วมทั้งหมด
- การใช้ตัวอย่างจาก primary care cluster ในการส่งเสริม ป้องกัน รักษา ฟันฟู และคุ้มครอง โดยให้แต่ละวิชาชีพไปศึกษารายละเอียดกิจกรรมย่อย ทำอย่างไร สัดส่วนแค่ไหน และมาพิจารณาร่วมกันอีกครั้ง
- การทำ need base และ service target ให้ตรงกัน เพื่อตอบคำถามเรื่องระบบบริการ service plan
- การประชุมครั้งต่อไปมอบหมายให้แต่ละวิชาชีพ นำเสนอ System dynamic ในแต่ละวิชาชีพ และเคลียร์เรื่อง skill mix ของงานที่ซ้อนกันของแต่ละวิชาชีพ

ระเบียบวาระที่ ๔ นัดหมายการประชุมครั้งต่อไป

- นัดประชุมครั้งต่อไป ในวันจันทร์ที่ ๒๓ พฤษภาคม ๒๕๕๙ เวลา ๐๙.๐๐ - ๑๒.๐๐ น.

ปิดการประชุมเวลา ๑๖.๓๐ น.

น.ส.กานต์วรินทร์ ก่องกุลวัฒน์ ผู้บันทึกรายงานการประชุม
นพ.ศิณกร โนรี ผู้ตรวจรายงานการประชุม

สรุปการประชุมสัมมนาเชิงปฏิบัติการ
“การวางแผนกำลังคนด้านสุขภาพของประเทศในทศวรรษหน้า ครั้งที่ ๕/๒๕๕๙”
ระหว่างวันที่ ๑๒-๑๓ กรกฎาคม ๒๕๕๙ เวลา ๐๙.๐๐ – ๑๖.๓๐ น.
ณ โรงแรมบัดดี้ โอเรียนทอล ริเวอร์ไซด์ อ.ปากเกร็ด จ.นนทบุรี

รายชื่อผู้เข้าร่วมประชุม

๑. นพ.สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ	ผู้ทรงคุณวุฒิ	ประธาน
๒. นพ.ศุภสิทธิ์ พรรณารุโณทัย	มูลนิธิศูนย์วิจัยและติดตามความเป็นธรรมทางสุขภาพ	
๓. นพ.สมเกียรติ ศิริรัตนพฤษ์	ประธานกลุ่ม General Industry	
๔. นพ.ค่านวณ อึ้งชูศักดิ์	ประธานกลุ่ม Disease Control	
๕. ทพญ.ศันสนี รัชชกุล	คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยพะเยา	
๖. ศ.วีระพงศ์ ประชาญานสิทธิกุล	คณะเทคนิคการแพทย์ มหาวิทยาลัยมหิดล	
๗. รศ.ดร.สถิรกร พงศ์พานิช	วิทยาลัยการสาธารณสุขศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย	
๘. ผศ.ดร.ขวัญใจ อำนางสัตย์เชื้อ	คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล	
๙. ผศ.(พิเศษ) นพ.ไพโรจน์ บุญลักษณะศิริ	สำนักงานบริหารโครงการร่วมผลิตแพทย์เพิ่มเพื่อ ชาวชนบท	
๑๐. นพ.อดุลย์ บำรุง	ผู้อำนวยการโรงพยาบาลข้าสูง จังหวัดขอนแก่น	
๑๑. ดร.เบญจพร รัชตารมย์	สถาบันพระบรมราชชนก	
๑๒. ดร.กมลนันทน์ ม่วงยิ้ม	วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดชลบุรี	
๑๓. อ.ดร.เลิศยศ ตีรัตน์ไพบูลย์	คณะเทคนิคการแพทย์ มหาวิทยาลัยมหิดล	
๑๔. อ.ดร.ลิขิต ปริยานนท์	คณะเทคนิคการแพทย์ มหาวิทยาลัยมหิดล	
๑๕. ผศ.ดร.สพ.ญ.ศุภรัตน์ บุญยยาตรา	คณะสัตวแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่	
๑๖. ผศ.สพ.ญ.ดร.กนกอร เอื้อเกษมสิน	คณะสัตวแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล	
แอนดร้าตรี รีคิชะ พีไรรระ		
๑๗. ดร.รัชณี จันท์เกษ	กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก	
๑๘. นายสมชาย ช่างแก้วมณี	กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก	
๑๙. น.ส.ศรัณยา จันจร	กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก	
๒๐. นางเอี่ยมพร จันทรทอง	สำนักบริหารยุทธศาสตร์สุขภาพดีวิถีชีวิตไทย	
๒๑. นายโกวิท บัญมีพงศ์	กรมควบคุมโรคกระทรวงสาธารณสุข	
๒๒. พญ.วรรณภา หาญเขาวีร์กุล	ผู้อำนวยการสำนักจัดการความรู้ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข	
๒๓. นายไพโรจน์ พรหมพันใจ	ผู้อำนวยการสำนักงานคณะกรรมการผู้ทรงคุณวุฒิ กรม ควบคุมโรคกระทรวงสาธารณสุข	
๒๔. ดร.ภญ.ธิดาพร จิรวัดนะไพศาล	สำนักวิจัยโรค กรมควบคุมโรคกระทรวงสาธารณสุข	
๒๕. นางสมใจ ลือวิเศษไพบูลย์	สภากายบำบัด	

๒๖. ดร.สาริณี แก้วสว่าง	สภากายบำบัด
๒๗. นางอรพรรณ ศรีสุขวัฒนา	สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ
๒๘. ดร.นาตยา พรหมทอง	สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ
๒๙. อาจารย์บุญเรือง ขาวนวล	คณะวิทยาการสุขภาพและการกีฬา มหาวิทยาลัยทักษิณ
๓๐. รศ.ดร.ภญ.นุศราพรเกษสมบูรณ์	คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
๓๑. ดร.ภญ.กุลจิรา อุดมอักษร	คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
๓๒. ทพญ.สุณี ผลดีเยี่ยม	สำนักงานทันตสาธารณสุข
๓๓. ทพญ.วรรัตน์ ใจชื่น	สำนักงานทันตสาธารณสุข
๓๔. ผศ.ดร.พุดตาน พันธุ์เณร	คณะบริหารธุรกิจ มหาวิทยาลัยนครสวรรค์
๓๕. พญ.วณิษา ชื่นกองแก้ว	คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
๓๖. ดร.พญ.ประภา วงศ์แพทย์	ที่ปรึกษาสมาคมโรงพยาบาลเอกชน
๓๗. รศ.สุปาณี เสนาดีสัย	ที่ปรึกษาสภาการพยาบาล
๓๘. นางศรีมาลา ตุงคะเตชะ	สำนักบริหารการสาธารณสุข
๓๙. น.ส.ปิยจิตต์ แสงครุฑ	สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ
๔๐. น.ส.อติฉัตร พึ่งความสุข	แพทยสภา
๔๑. น.ส.ประภาพร โพธิ์อ่อน	สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข
๔๒. ทพ.วีระศักดิ์ พุทธาศรี	สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ
๔๓. นพ.ทินกร โนรี	สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ
๔๔. นพ.ขวัญประชา เชียงไชยสกุลไทย	สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ
๔๕. ดร.นาธีรัตน์ ผุดผ่อง	สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ
๔๖. ดร.ธัญธิตา วิสัยจร	สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ
๔๗. นางดวงทิพย์ ธีระวิทย์	สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ
๔๘. นายโยธิน ถนอมวัฒน์	สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ
๔๙. น.ส.กานต์วรินทร์ ก่องกุลวัฒน์	สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ
๕๐. น.ส.วาริสา ทรัพย์ประดิษฐ์	สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ
๕๑. น.ส.นำพร สามิภักดิ์	สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ
๕๒. น.ส.วิภาณี มีศิลป์	สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ

เริ่มประชุมเวลา ๐๙.๐๐ น.

นำเสนอความคืบหน้าของการดำเนินงานแยกราย service setting

- Secondary care (ผศ.ดร.พุดตาล พันธุ์เณร)
 - ดำเนินการปรับปรุง Model ตามข้อเสนอแนะจากการประชุมครั้งที่แล้ว
 - เพิ่มการทำ sensitivity analysis

○ เพิ่มการพยากรณ์โดยใช้โครงสร้างอายุประชากร (age structure) ซึ่งแต่เดิมใช้เพียง population ratio รวมถึงการใช้เทคนิควิเคราะห์อื่น ๆ เช่น time series analysis เพื่อดูแนวโน้มการเพิ่มขึ้นหรือลดลงของจำนวนผู้รับบริการทั้งแบบผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน โดยไม่มีปัจจัยอื่น ๆ เข้ามาเกี่ยวข้อง และ regression เพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรปัจจัยและตัวแปรผลผลิต พบว่าเศรษฐกิจและผู้สูงอายุไม่มีผลต่อจำนวนผู้ป่วยที่เข้าไปรับบริการทั้งแบบผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน (simple regression)

○ เพิ่มการทำ reality check บางส่วน

○ เพิ่มปัจจัยที่ส่งผลต่อการประมาณการจำนวนบุคลากรที่ต้องการ เช่น ระยะเวลาของการให้บริการผู้ป่วยนอก และนโยบายต่าง ๆ เช่น เพิ่มระยะเวลาการให้บริการผู้ป่วยนอกเป็น ๒๐ นาทีต่อราย หรือนโยบายส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรค เป็นต้น

○ การพยากรณ์ใช้ฐานข้อมูลจาก Health Welfare Survey เนื่องจากฐานข้อมูล FTE มีเฉพาะสถานบริการที่สังกัดกระทรวงสาธารณสุข แต่ขาดข้อมูลสถานบริการภาคเอกชน

○ ข้อมูล Unmet need ใช้จากฐานข้อมูล Health Welfare Survey

○ ข้อมูลบุคลากรแต่ละประเภทในการให้บริการสุขภาพมาจากความเห็นผู้เชี่ยวชาญ เช่นการผ่าตัด การให้บริการผู้ป่วยนอก ต้องการบุคลากรแต่ละประเภทจำนวนเท่าไร

○ ๑,๖๘๐ ชั่วโมง เท่ากับหนึ่ง FTE

○ ผลการศึกษา พบว่าจำนวนบุคลากรที่ต้องการ เปลี่ยนแปลงไปตามเทคนิคที่ใช้วิเคราะห์

○ ค่าใช้จ่ายด้านเงินเดือนของแพทย์ในโรงพยาบาลชุมชน คิดเป็น ๐.๑% ของค่าใช้จ่ายทางด้านสุขภาพของประเทศไทย

○ ข้อจำกัดของการศึกษา คือ ข้อมูลไม่สมบูรณ์ เช่น สัดส่วนผู้รับบริการผู้ป่วยนอก-ผู้ป่วยในตามโครงสร้างอายุไม่สามารถแยกเป็นราย service setting ได้ และข้อมูลส่วนใหญ่เป็นค่าเฉลี่ย

ข้อเสนอแนะ:

- การวิเคราะห์โดยใช้ age structure และ simple regression เป็นวิธีที่เหมาะสมที่สุด

- FTE ๑,๖๘๐ ชั่วโมงต่อปี ไม่สะท้อนจำนวนชั่วโมงการปฏิบัติงานจริงของแพทย์หรือวิชาชีพอื่น ๆ เนื่องจากมีการปฏิบัติงานนอกเวลาราชการ ทั้งในภาครัฐและเอกชน เช่น อยู่เวร ทำงานนอกเวลา เป็นต้น ซึ่งจะทำให้ชั่วโมงในการปฏิบัติงานจริงมากกว่า ๑,๖๘๐ ชั่วโมงต่อปี โดยให้ใส่เป็นหมายเหตุในรายงานผลการศึกษาและนำเสนอผลการศึกษาเป็นจำนวน FTE ไม่ใช่จำนวนบุคลากรที่ต้องการ

- ให้วิเคราะห์และนำเสนอข้อมูลเป็นช่วง (range) เพื่อให้ผลการศึกษา มีความน่าเชื่อถือมากยิ่งขึ้น ไม่ควรเป็นตัวเลขตัวเดียว

- ให้มีการสำรวจข้อมูลสถานบริการภาคเอกชน แล้วนำมาวิเคราะห์ในโมเดลร่วมด้วย เพื่อสะท้อนความต้องการกำลังคนภาพรวมของประเทศ

- Tertiary care (นพ.อศุขย์ บำรุง)

- การวิเคราะห์ข้อมูล ใช้ assumption และข้อมูลพื้นฐานเหมือนกับ Secondary care ยกเว้นเวลาที่ใช้ในการปฏิบัติงานของพยาบาล

- ไม่สามารถพยากรณ์จำนวนความต้องการ specialist ได้ และข้อมูลไม่รวมโรงพยาบาลที่สังกัดมหาวิทยาลัย

- ในการพยากรณ์ ไม่ได้นำปัจจัยด้านการส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรคมาร่วมวิเคราะห์

- คาดการณ์กำลังคนด้านสุขภาพ เฉพาะวิชาชีพแพทย์ พยาบาล เภสัช ทันตแพทย์ เทคนิคการแพทย์ นักกายภาพบำบัด และแพทย์แผนไทย

- ใช้ Health demand เป็นวิธีคาดการณ์กำลังคน และใช้เทคนิควิเคราะห์อื่น ๆ เพิ่มเติม เช่น time series analysis, simple regression

- ใช้ FTE มาตรฐาน เท่ากับ ๑,๖๘๐ ชั่วโมง ข้อมูลการให้บริการของกระทรวงสาธารณสุข ปี ๒๕๕๖ รายงานทรัพยากรสาธารณสุข ปี ๒๕๕๖ และ Health Welfare Survey ในการวิเคราะห์

- ข้อจำกัดของการศึกษา คือ ขาดข้อมูลโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย โรงพยาบาลเอกชน ข้อมูลของแพทย์ที่ทำงานฝ่ายบริหาร ศึกษาวิจัยหรือปฏิบัติงานในชุมชนไม่ได้ถูกนำมาวิเคราะห์ ขาดข้อมูลของวิชาชีพอื่น ๆ ขอบเขตของการให้บริการมีความซ้ำซ้อน การวิเคราะห์ไม่ได้แยกผู้ป่วยต่างชาติ ข้อมูลมาจากสองแหล่ง การพยากรณ์ยังขาดปัจจัยกระทบอื่น ๆ เช่น IT changes และไม่สามารถพยากรณ์จำนวนความต้องการ specialist ได้

ข้อเสนอแนะ:

- ให้ทำ reality check จำนวน FTE ของแพทย์ น้อยกว่าความเป็นจริงหรือไม่
- การนำ FTE ของแพทย์มาเปรียบเทียบกับ FTE ของพยาบาล ที่ประมาณ ๑:๗ จำนวนพยาบาลมากไปหรือไม่

- ให้คำนวณภาระเงินเดือนของบุคลากรต่อค่าใช้จ่ายทางด้านสุขภาพ

- ให้วิเคราะห์และนำเสนอข้อมูลเป็นช่วง (range) เพื่อให้ผลการศึกษามีความน่าเชื่อถือมากยิ่งขึ้น ไม่ควรเป็นตัวเลขตัวเดียว

- การคำนวณให้ตัด Specialist ที่ทำหน้าที่ฝ่ายบริหารหรือเกษียณอายุออก เพื่อให้ได้ตัวเลขที่แท้จริงและทำการแยกเป็นรายสาขาความเชี่ยวชาญ แต่ก็มีข้อสังเกตว่าอาจเกิดปัญหาเรื่อง over counting เนื่องจากมี overlap กันอยู่

- ระยะเวลาในการให้บริการและการกระจายสัดส่วน OP case ต่อ IP case ระหว่างโรงพยาบาลรัฐและเอกชนเหมือนกันหรือไม่

- การพยากรณ์ให้คำนึงถึง specialist ที่ส่วนหนึ่งปฏิบัติงานอยู่ในโรงพยาบาลชุมชน ซึ่งในอนาคตอาจมีการศึกษา Productivity ของ specialist เหล่านั้นว่าคุ้มหรือไม่

- **Primary care (อ.บุญเรือน ขาวนวล)**

- อ้างอิงนิยามของ primary care ตาม service plan คือ การให้บริการสาธารณสุขแบบผสมผสานระหว่างการรักษาพยาบาลเบื้องต้น ส่งเสริม ป้องกัน ฟื้นฟู และการให้บริการเชิงรุก

- มากกว่า ๙๐% สังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

- ๙๘% เป็นโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพในเขตชนบท ที่เหลือเป็น primary care ในเขตเมือง

- กรอบอัตรากำลังของ primary care ประกอบด้วย พยาบาล สาธารณสุข ทันตภิบาล แพทย์แผนไทย เจ้าหน้าที่ธุรการ ส่วน primary care ในเขตเมืองจะมีแพทย์ ทันตแพทย์ หรือ กายภาพบำบัด

- ขอบเขตภาระงานหลักของ primary care ประกอบด้วย การรักษาพยาบาลเบื้องต้น ทันตกรรมพื้นฐาน บริการรับฝากครรภ์ งานสุขภาพจิต โรคเรื้อรัง ผู้สูงอายุ ผู้พิการ อนามัยโรงเรียน คุ้มครองผู้บริโภค อาชีวอนามัย อนามัยสิ่งแวดล้อม และควบคุมโรค

- การกระจายภาระงานตาม skill mix อ้างอิงข้อมูลจากกระทรวงสาธารณสุขและการสำรวจ รพ.สต. จำนวน ๔๒ แห่ง เมื่อปี ๒๕๕๖ ซึ่งรวมถึงงานบริหาร วิชาการและอื่น ๆ

- กำหนด ๓ scenario เพื่อใช้คาดการณ์กำลังคน ได้แก่ ๑) ระบบบริการดำเนินไปตามปกติ (status quo) ๒) เน้นการให้บริการใน primary care และ ๓) ไม่มี OPD walk in ในสถานบริการระดับตติยภูมิ

- การคาดการณ์กำลังคนใช้ population ratio

- ข้อจำกัดของการศึกษา คือ ฐานข้อมูลกำลังคนด้านสุขภาพ โดยเฉพาะที่สังกัด สป.ได้มาจากกระทรวงสาธารณสุข ไม่ครอบคลุมข้อมูลในส่วนอื่น ๆ ความไม่สอดคล้องกันของฐานข้อมูลที่มาจากหลากหลายแหล่ง ขาดข้อมูลกำลังคนระดับพื้นที่ การกระจายระหว่างวิชาชีพ (skill mix) ยังไม่มีความชัดเจน

- ขาดการบูรณาการระหว่างทั้งสาม settings ในการดำเนินการคาดการณ์กำลังคนด้านสุขภาพ เช่น การเพิ่มหรือลดสัดส่วนภาระงานอย่างบางระหว่าง setting

- **ข้อเสนอแนะ:**

- ให้ตรวจสอบข้อมูล primary care ที่ตั้งอยู่ในเขต รพ. อำเภอ (secondary setting) เพื่อป้องกันการนับซ้ำกับ primary setting

- เพิ่ม scenario primary care ในเขตเมือง เพื่อคาดการณ์กำลังคนสำหรับ family care team รวมถึง scenario การจัดบริการปฐมภูมิในเขตเมืองโดยภาคเอกชน เช่น คลินิกครอบครัวอบอุ่น เป็นต้น

- ตรวจสอบสัดส่วนภาระงานของแต่ละวิชาชีพที่ปฏิบัติงานใน รพ.สต. ให้ถูกต้อง

- **แผนกำลังคนด้านการป้องกันควบคุมโรค (พญ.วรรณภา หาญเชาว์วรกุล)**
 - ใช้ service target ในการคาดการณ์กำลังคน
 - จัดทำคำจำกัดความของ “สมรรถนะ” และกำหนดสมรรถนะที่พึงประสงค์สำหรับกำลังคนด้านการป้องกันควบคุมโรค
 - ตรวจสอบความคิดเห็นของผู้เกี่ยวข้องต่อสมรรถนะที่จัดทำทำขึ้นและจัดเวทีรับฟังความคิดเห็นหนึ่งครั้ง
 - การดำเนินต่อไป คือ การจัดทำร่างผลการศึกษา
 - การคาดการณ์กำลังคนในอนาคต ๑๐-๒๐ ปีข้างหน้าไม่น่าจะมีลักษณะเป็นเส้นตรง (Linea) แต่ควรใช้เทคนิค foresight
 - เทคโนโลยีจะเป็นปัจจัยชี้ขาดกำหนดทั้งในเรื่องสมรรถนะและจำนวนของกำลังคนด้านการป้องกันควบคุมโรค
 - ภาพรวมของจำนวนประชากรค่อนข้างคงที่ แต่สัดส่วนของผู้สูงอายุจะเพิ่มมากขึ้น
 - ในสังคมเมือง ประชาชนจะเข้าถึงข้อมูลได้มากขึ้น ทำให้สามารถดูแลตนเองได้ในระดับหนึ่ง
 - ความคาดหวังต่อบริการจะเพิ่มขึ้นทั้งในภาครัฐและเอกชน
 - กฎหมายจะเป็นเครื่องมือหลักในการป้องกันและควบคุมโรค ทั้งโรคติดต่อและโรคไม่ติดต่อ รวมถึงโรคจากการประกอบอาชีพ
 - กำลังคนภาครัฐไม่เพิ่ม (S curve)
 - กรอบแนวคิดในการจัดทำกำลังคนด้านการป้องกันควบคุมโรค คือมีหน่วยงานที่ทำหน้าที่ดูแลเรื่องการป้องกันควบคุมโรคระดับประเทศ ได้แก่ กรมควบคุมโรค ประกอบด้วย ๖ กลุ่มงาน ๕ กลุ่มโรค และกลุ่มงานระบาดวิทยา ส่วนระดับ สสจ. จะมีการจัดหน่วยงานและกำลังคนให้สอดคล้องกับระดับกรมฯ ระดับอำเภอ โรงพยาบาลและท้องถิ่นจะมีลักษณะงานบางส่วนที่ทับซ้อนกันอยู่ แต่หลักๆ แบ่งได้เป็น ๑) งานเฝ้าระวัง ๒) งานควบคุมกลุ่มโรคติดต่อ และ ๓) งานควบคุมกลุ่มโรคไม่ติดต่อ
 - ข้อจำกัดของการศึกษา คือ ไม่ได้ลงไปเก็บข้อมูล FTE ของบุคลากรที่ปฏิบัติงานในระดับจังหวัดหรืออำเภอ ซึ่งข้อมูลในส่วนนี้ได้มาจากการสำรวจ
 - การคำนวณกำลังคนด้านการป้องกันควบคุมโรคจะทำเฉพาะในส่วนของ กรมควบคุมโรค สสจ. อปท. และ กทม. แต่ในระดับ รพ.ชุมชน หรือ รพ.สต. จะทำการคาดการณ์โดยคณะทำงาน primary care และ secondary care (รอการยืนยันว่าใช่หรือไม่)
 - สมรรถนะของกำลังคนด้านการป้องกันและควบคุมโรค ประกอบด้วย ๗ สมรรถนะหลัก คือ ด้านระบาดวิทยา การควบคุมปัจจัยเสี่ยง การให้บริการทางการแพทย์ การสร้างเครือข่าย การจัดทำแผนงาน การพัฒนาบุคลากร และการวิจัย

○ ระดับของสมรรถนะแบ่งออกเป็น ๕ ระดับ ตามข้อกำหนดของ กพร. ประกอบด้วย มีความรู้ สามารถนำความรู้ไปสู่การปฏิบัติได้ สามารถวิเคราะห์ได้ สามารถพัฒนาแนวทางการดำเนินงานใหม่ ๆ และสามารถให้คำปรึกษาและขยายผลการดำเนินงานได้

○ จากการนำเสนอผลการศึกษา ผู้เชี่ยวชาญมีความเห็นให้ใช้ population ratio ในการคำนวณความต้องการกำลังคนด้านการป้องกันและควบคุมโรค (สัดส่วน community workforce สำหรับ low and middle income countries เท่ากับ ๑:๒,๕๐๐; WHO, ๒๐๑๑)

○ ในทีมป้องกันและควบคุมโรคควรมีวิชาชีพอื่น ๆ ที่จำเป็นเพิ่มเติม ได้แก่ นักระบาดวิทยา นักกึ่งวิทยา นักปรับเปลี่ยนพฤติกรรม นักวิเคราะห์นโยบายและแผน นักวิทยาศาสตร์การกีฬานิติกร นักวิทยาศาสตร์การแพทย์ เวชสถิติ และนักกำหนดอาหาร เป็นต้น

○ ข้อจำกัดของการศึกษา คือ ขอบเขตของการทำงานควบคุมโรคขาดความชัดเจน ขาดข้อมูลกำลังคนที่เป็นปัจจุบัน จำนวนกำลังคนที่คาดการณ์น้อยกว่ากำลังคนที่มีอยู่ บทบาทและกำลังคนที่ของ อปท. ในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรค (อปท. เป็นหน่วยงานที่ต้องการการศึกษาเพิ่มเติม)

ข้อเสนอแนะ:

- การตั้งต้นด้วยการป้องกันควบคุมโรค อาจทำให้ขาดประเด็นเรื่องการป้องกันควบคุมปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพ (Social determinants of health) ที่อาจเกี่ยวข้องกับกรมอื่นๆ เช่น กรมอนามัยซึ่งทำหน้าที่ควบคุมกฎหมาย

- ในอนาคต หากมีการขยายบทบาทขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น บทบาทของส่วนกลางรวมถึงจำนวนบุคลากรต้องลดลงหรือไม่

● **แผนกำลังคนด้านอาชีวอนามัยและสิ่งแวดล้อม (นพ.สมเกียรติ ศิริรัตนพฤษ์)**

○ ใช้เทคนิค service targeted approach ในการคาดประมาณกำลังคนด้านอาชีวอนามัยและสิ่งแวดล้อม นอกจากนี้ยังคำนวณโดยใช้ FTE ซึ่งอยู่ระหว่างการดำเนินงาน

○ องค์การอนามัยโลกกำหนดให้มีแพทย์ต่อจำนวนคนงาน ๑: ๒-๓ พันคน พยาบาลอาชีวอนามัย ๑: ๑-๒ พันคน ตามหลัก population ration นอกจากนี้ยังกำหนดให้มีวิชาชีพอื่นๆ เช่น สาธารณสุขศาสตร์อุตสาหกรรมและความปลอดภัย ซึ่งวิธีการดังกล่าวไม่เหมาะสมที่จะนำมาใช้ในครั้งนี้อย่างเนื่องจากบุคลากรที่มีอยู่ขณะนี้จำนวนน้อย

○ การศึกษาครั้งนี้ครอบคลุมแค่ ๓ วิชาชีพหลัก คือ แพทย์อาชีวเวชศาสตร์ พยาบาลอาชีวอนามัย นักวิชาการสาธารณสุขด้านอาชีวอนามัยและความปลอดภัย

○ ภาคเอกชนหรือโรงงาน การคาดประมาณกำลังคนยึดตามกรอบของกฎหมาย

○ โรงพยาบาลเอกชน การคาดประมาณกำลังคนใช้กรอบของโรงพยาบาลภาครัฐเป็นตัวตั้ง (จำนวนเตียง)

○ สมรรถนะของกำลังคนด้านอาชีวอนามัยและสิ่งแวดล้อมที่กระทรวงสาธารณสุขได้รับรองแล้วทั้ง ๓ วิชาชีพ ประกอบด้วย ๔ สมรรถนะ คือ การปฏิบัติงานทางการแพทย์ (ตรวจวินิจฉัย

รักษาโรค ควบคุมโรคที่เกิดจากการทำงานและสิ่งแวดล้อม การศึกษา วิเคราะห์ วิจัย รวบรวมข้อมูล ประมวลผล) การวางแผน การประสานงาน และการบริการวิชาการ

○ ข้อจำกัดของการศึกษา คือ ไม่สามารถคาดการณ์กำลังคนได้ในทุกวิชาชีพ เช่น เจ้าหน้าที่ห้องปฏิบัติการ organization psychologist ยังไม่สามารถคาดการณ์กำลังคนในระยะ ๑๐ ปี ได้ การคาดการณ์กำลังคนครั้งนี้ไม่รวมภาระงานด้านส่งเสริมสุขภาพ (Health promotion) นอกจากนี้ มิติของงานอาชีพอนามัยค่อนข้างกว้าง ซึ่งกรมอนามัยต้องการให้ลงลึกในรายละเอียด

○ ประเทศไทยมีแรงงานนอกระบบจำนวนมาก ที่ไม่มีนายจ้าง

ข้อเสนอแนะ:

- ลักษณะงานที่ปฏิบัติจริงในงานอาชีพอนามัยกับภาระงานตามมาตรฐานเหมือนหรือแตกต่างกันหรือไม่ เนื่องจากในการคาดการณ์พบว่ามีช่องว่างของภาระงานและจำนวนบุคลากรที่ต้องการจำนวนมาก

- เชื่อมโยงประกันสังคมให้เข้าไปดูแลในโรงงาน และให้โรงพยาบาลในท้องถิ่นที่โรงงาน ตั้งอยู่เข้ามามีบทบาทเรื่องอาชีพอนามัยมากขึ้น

● **แผนกำลังคนในอุตสาหกรรมยา (รศ.ดร.ภญ.นุศราพร เกศสมบุรณ์)**

○ กำหนดภาพอุตสาหกรรมยาที่พึงประสงค์บนพื้นฐานของระบบสุขภาพที่พึงประสงค์ และ Life science cluster (ด้านยา)

○ เป้าหมาย: ความมั่นคงด้าน supply ยา (วัคซีน bio-similar สมุนไพร ยาโมเลกุล เล็ก)ภายในประเทศอีก ๑๐ ข้างหน้า หมายความว่า ประเทศสามารถผลิตได้เอง รวมถึงเป็นศูนย์กลาง ด้านการวิจัยและพัฒนา (HUB) โดยเฉพาะอย่างยิ่งการทำ clinical research หรือ clinical trial และสามารถผลิตยาที่เป็นนวัตกรรมในอนาคตข้างหน้า

○ เก็บข้อมูลนำร่อง สัมภาษณ์โรงงาน เพื่อคำนวณหา FTE และนำมาใช้ในการคาดการณ์กำลังคน

○ จากตัวเลข FTE ข้างต้น ได้ทำการสำรวจอีกครั้ง เนื่องจากการสำรวจครั้งแรกกลุ่มตัวอย่างน้อย เพื่อให้ได้ตัวเลขที่มีความแม่นยำมากขึ้น ซึ่งกำลังอยู่ระหว่างการรวบรวมข้อมูล

○ ทำ Qualitative study โดยการสัมภาษณ์ เพื่อดูสมรรถนะของเภสัชกรและบุคลากรที่เกี่ยวข้องในอุตสาหกรรมยา (ไม่มีโรงงานที่ผลิตยาแล้ว) ว่าในอีก ๑๐ ปี ข้างหน้าควรจะต้องมีสมรรถนะ ที่เหมาะสมอย่างไร

○ ในอนาคตอาจมี skill mix เกิดขึ้นได้บ้างเล็กน้อยระหว่างวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง แต่เภสัชกรก็ยังคงมีบทบาทหลักในอุตสาหกรรมยา

○ สมรรถนะแบ่งออกเป็น ๒ ส่วน คือ Core competency ได้แก่ technical skill and soft skill (๒๑st century skill) และ functional competency แยกตาม job description ของเภสัชกร

○ casual loop diagram คล้ายกับ conceptual framework มีการเชื่อมโยงและส่ง feedback ซึ่งกันและกัน [discrepancy มาก (market opportunity: low/high capacities), if low needs more investment] แสดงความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร ปัญหา/อุปสรรค และชี้แนะแนวทางการแก้ปัญหา

○ จะใช้ System dynamic ร่วมกับ FTE เป็น approach ในการวิเคราะห์คาดการณ์กำลังคน

ข้อเสนอแนะ:

- ประเทศมีความมั่นคงด้านยาอย่างยั่งยืน หมายถึงอะไร (เช่น ยาในบัญชียาหลักต้องเป็นยาที่ผลิตในประเทศ หรือยาที่นำเข้าต้องลดลงกี่เปอร์เซ็นต์)

- วัตถุประสงค์ของ Loop หรือของประเทศ คืออะไร (medicine supply security) เพื่อกำหนดทิศทางในการรัน model ให้สอดคล้องกับวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้

➤ นำเสนอความคืบหน้าของการดำเนินงานแยกรายวิชาชีพ

● วิชาชีพเภสัชกร (ดร.ภญ.กุลจิรา อุดมอักษร)

○ ใช้จำนวนร้านยาในการคาดการณ์ (๑ คน ต่อ ๑ ร้าน, อนาคต ๒ คน ต่อ ๑ ร้าน, และเพิ่มขึ้น ๑% ทุก ๆ ๕ ปี ในอนาคต)

○ ใช้ข้อมูล FTE จาก กสธ. (๒๐๑๕) และ utilization rate จาก BPS (สนย.) ประกอบกับความเห็นจากผู้เชี่ยวชาญ ซึ่งก่อนหน้านี้ใช้วิธี population ratio และในอนาคตจะใช้ system dynamic modeling

○ แยกภาระงาน (Functional area) ของเภสัชกรออกเป็น ๔ ระดับ คือ การจ่ายยาตามใบสั่ง การให้บริบาลเภสัชกรรมระดับต้น ระดับก้าวหน้า (advance) และการจัดการคลังยา (Inventory management) เพื่อประโยชน์ในการทำ task shifting

○ เภสัชไม่มีข้อมูล Supply จึงใช้ตัวเลขอัตราสูญเสียที่ ๒%

○ ใช้ scenario ในการรัน casual loop diagram ๔ scenarios ดังต่อไปนี้

Scenario ๑: promote continuing of care ไปที่ร้านยา เพื่อลดการกลับไปรับบริการที่โรงพยาบาล โดยมีเป้าหมายที่ ๓๐% จากผู้ป่วยโรคเรื้อรังทั้งหมด ทำให้เภสัชกรใน setting ลดลงและในร้านยาเพิ่มขึ้น

Scenario ๒: under budget constraint ตามความสามารถในการจ้างเภสัชกรของกระทรวงสาธารณสุข (Affordable ratio)

- Scenario ๒.๑ private partnership นำใบสั่งยาออกไปที่ร้านยา หรือ primary care กรณีที่เป็นใบสั่งยาแบบ simple dispensing

- Scenario ๒.๒ Vertical skill mixed โดยให้ pharmacy assistants/technicians เป็นผู้จ่ายยาแบบผู้ป่วยนอก (OP dispensing) ภายใต้การควบคุมกำกับของเภสัชกร

- Scenario ๒.๓ Extreme close OP dispensing ปิด OPD ในโรงพยาบาล แล้วนำไปส่งยาไปที่ร้านยา (meet affordable ratio ๐.๘๘, but impossible)

การดำเนินงานต่อไป

- ทำ data validation เนื่องจาก models ที่นำมาทั้งหมดยังไม่ได้ผ่านคณะกรรมการพิจารณา
- ทำการทดสอบ scenarios อื่น ๆ เพื่อตอบคำถามเชิงนโยบาย
- จัดทำข้อเสนอเชิงนโยบาย เพื่อการวางแผนกำลังคนด้านเภสัชกรรม

ข้อเสนอแนะ:

- Scenario บางอย่างที่ทำไม่ได้ เช่น ปิดการจ่ายยาที่ OPD ควรตัดออกจาก model
- ระบบคุณภาพในปัจจุบันการให้ pharmacy technician จ่ายยาอาจทำไม่ได้ ส่วนการจ่ายยาที่ร้านยาจะมีระบบการควบคุมคุณภาพอย่างไร
- เพิ่ม Scenario ระบบ ๓ กองทุนเข้าไปใน casual loop เพราะอาจมีปัญหาเรื่องระบบการตามจ่ายเงินให้หน่วยบริการ เช่น ร้านยา (อาจเป็นไปได้)
- การทำ policy options/recommendations ต้องพิจารณาว่ากฎหมายเอื้อหรือไม่ ดูความเป็นไปได้ของนโยบายที่จะนำเสนอ เช่น ให้สถานบริการสังกัดกระทรวงสาธารณสุขปฏิบัติตาม พรบ. สถานพยาบาล เช่นเดียวกับสถานบริการภาคเอกชน
- เพิ่มข้อดีของแต่ละ scenario เช่น ลดระยะเวลาในการรอรับยา และให้มีการเชื่อมโยงระหว่างวิชาชีพ (skill mix) กรณีที่มี Task shifting

● **วิชาชีพแพทย์ (นพ.ทศินกร โนรี)**

- เป็นการนำเสนอเพื่อให้เห็นภาพของ demand และ supply ซึ่งยังไม่สามารถลงลึกในรายละเอียดด้านสมรรถนะและการดำรงรักษาได้
- ใช้ Health demand approach ตามจำนวนผู้มารับบริการทั้งในแผนกผู้ป่วยนอก และผู้ป่วยในเป็นตัวตั้งในการคาดประมาณกำลังคนใน service setting ๓ ระดับ คือ primary, secondary และ tertiary care ครอบคลุมแพทย์ทั้งในและนอกกระทรวงสาธารณสุข รวมถึงภาคเอกชน
- ใช้ฐานข้อมูลจาก ๒ แหล่ง คือ ฐานข้อมูลจำนวนแพทย์ที่มีในรายงานของกระทรวงสาธารณสุขและการสำรวจของสำนักงานสถิติแห่งชาติ (Health Welfare Survey) สำหรับแพทย์ที่อยู่นอก กสธ.

○ สำหรับ primary care จะครอบคลุมแพทย์ที่ปฏิบัติงานด้านการส่งเสริมป้องกันโรค งานรักษาพยาบาล ส่วน secondary และ tertiary care จะครอบคลุมแพทย์ที่ปฏิบัติงานใน OP และ IP งานห้องผ่าตัด ห้องคลอด ห้องฉุกเฉิน และ ICU

○ Status quo คือ ระบบบริการสุขภาพไม่มีการเปลี่ยนแปลงใด ๆ พิจารณาตาม service utilization ที่มีอยู่ แล้ว blow up ตามจำนวนประชากร

○ ข้อมูล Demand: จำนวนแพทย์ดังกล่าวแสดงเฉพาะ active physicians เท่านั้น ไม่รวมแพทย์ที่ทำหน้าที่ administrative position

○ ข้อมูล Supply: จากแหล่งข้อมูลจากแพทยสภา ๒๐๑๑ ทอนด้วย ๘๓% (active physician), จาก ๘๓% ที่ active พบว่ามีเพียง ๘๒% ที่ยังทำ clinical practice อยู่, annual loss rate ๑% จากจำนวนการผลิต ๒,๕๐๐ คน (๓,๐๐๐ คน) ต่อปี

○ จากการทำ Demand and supply matching พบว่า มี over supply ของแพทย์ และพบปัญหาการกระจายอย่างไม่เป็นธรรมระหว่างพื้นที่ชนบทและเขตเมือง

การดำเนินงานต่อไป:

○ เพิ่ม scenario บางอย่างเข้าไปใน model เช่น service plan (specialist and excellent center) และ primary care cluster ของกระทรวงสาธารณสุข

○ วาง status quo ให้ชัด เพื่อกำหนดสมรรถนะ (Competency) ที่พึงประสงค์ของ วิชาชีพแพทย์

○ ใช้ system dynamic ในการทำ modeling เช่น เพิ่มหรือลดระยะเวลาในการตรวจ ของแพทย์ สัดส่วนแพทย์ที่ลงไปปฏิบัติงานใน primary care เพิ่มขึ้นมากกว่า ๒๐% เป็นต้น

○ พิจารณาเรื่องการกระจายอย่างไม่เป็นธรรมของวิชาชีพแพทย์ระหว่างพื้นที่ชนบท และพื้นที่เขตเมือง หลังการรัน modeling ด้วย scenario ต่างๆ

ข้อเสนอแนะ:

- การสูญเสียแพทย์จากวิชาชีพน่าจะมากกว่า ๑% และควรตัดแพทย์ที่ไม่ได้ดูแล สุขภาพประชาชนออกจากการคำนวณ เช่น แพทย์ที่ดูแลเฉพาะส่วน เสริมความงาม เป็นต้น

- ควรเข้าไปมีส่วนเกี่ยวข้องกับการวางแผนเรื่อง Primary care cluster ของกระทรวง สาธารณสุข ซึ่งจะพูดถึงกำลังคนด้านสุขภาพที่เข้าไปอยู่ใน family care team ที่ทำควบคู่กันระหว่าง secondary care และ tertiary care และจะเป็นประโยชน์ต่อการวางแผนกำลังคนในอนาคต (current goal: family physician ๑:๑๐,๐๐๐, scenario ๑:๖,๕๐๐)

- เสนอให้แยกภาระงานของ specialist ออกจาก generalist และการคิดสัดส่วน แพทย์ต่อประชากรที่ ๑:๑,๕๐๐ สำหรับ generalist อาจไม่เหมาะสมกับ specialist

- ปัจจุบันสัดส่วนของ specialist ต่อ generalist อยู่ที่ ๘๐ ต่อ ๒๐ (แพทย์จบใหม่) กรณี over supply จะมีวิธีการอย่างไรให้แพทย์เหล่านี้เปลี่ยนไปเรียน family medicine มากขึ้น เพื่อลดสัดส่วนการปฏิบัติงานใน secondary/tertiary care ต่อ primary care (๘๐:๒๐)

- เพิ่ม scenario การเคลื่อนย้ายของแพทย์ต่างประเทศเข้าสู่ประเทศไทย หรือแพทย์ไทยเคลื่อนย้ายออกต่างประเทศ

● **ทันตบุคลากร (dental personal): (ทพญ.วรารัตน์ ใจชื่น)**

○ แหล่งข้อมูลได้มาจาก ๒ ที่ คือ ทันตแพทยสภา และ สำนักงานทันตสาธารณสุข กรมอนามัย

○ ขอบเขตการให้บริการ Dental care service แบ่งเป็น level of care (primary secondary tertiary) เนื่องจากสถานบริการแต่ละประเภท (setting) ให้บริการทุกระดับของ Dental care service อยู่แล้ว ดังนั้น จึงไม่ได้แยกตาม setting

○ ไม่สามารถคาดการณ์กำลังคนด้านทันตสาธารณสุขที่ทำงานป้องกันควบคุมโรค (Disease control) ได้

○ การเข้าสู่ระบบของทันตแพทย์ แบ่งเป็น การผลิตตามแผนปกติและการผลิตเพิ่ม ซึ่งการผลิตเพิ่ม แผนแรกสิ้นสุดเมื่อปี ๒๕๕๗ และแผนระยะที่ ๒ กำลังอยู่ระหว่างการพิจารณา

○ การไหลออกจากระบบ แบ่งออกเป็น ๒ กรณี คือ เกษียณอายุและทันตแพทย์ที่ไม่ได้อยู่ในหน่วยบริการ

○ ทันตภิบาล ปัจจุบันมีแผนการผลิตเดียว แต่ปัญหาคือไม่สามารถผลิตได้เต็มตามแผนการผลิต (กำลังการผลิต)

○ การสูญเสียทันตภิบาล แบ่งออกได้เป็น การเกษียณอายุ ไม่อยู่ในหน่วยบริการ เช่น ย้ายไปอยู่ สสจ. รวมถึงลาออก

○ การคาดการณ์กำลังคนใช้ Health demand method ร่วมกับ service target

○ สมมุติฐาน: สัดส่วนการใช้บริการทันตกรรมในหน่วยบริการสังกัดต่างๆ คงที่ (status quo) โดยยึดฐานข้อมูลจาก HWS ปี ๒๕๕๖

○ ใช้สัดส่วนการใช้บริการทันตกรรมของ สป สธ เพื่อพยากรณ์อัตราการเข้ารับบริการใน รพ. สังกัด สป. รพ. รัฐอื่นๆ และภาคเอกชน

○ Scenario ของทันตภิบาล แบ่งเป็น ๒ สถานการณ์ คือ ทำทั้งงานรักษาและส่งเสริมป้องกัน กับ ทำงานส่งเสริมป้องกันอย่างเดียว

○ Scenario ของทันตแพทย์ แบ่งเป็น ทำงานรักษาอย่างเดียว ๑๐๐% ปรากฏเอกชนขาด/รัฐเกิน และทันตแพทย์ทำงานอื่น ๆ ด้วย

○ ทันตภิบาลมีแนวโน้มที่ supply and demand จะเท่ากัน ในกรณีที่สามารผลิตทันตภิบาลได้เต็มศักยภาพ ๔๐๐ คนต่อปี ไม่ว่าในสถานการณ์ (scenario) ใดๆ

○ ผลการศึกษาครั้งนี้ได้นำเสนอในที่ประชุมสภาวิชาชีพแล้ว และที่ประชุมเห็นชอบ

การดำเนินงานต่อไป:

○ ให้ใช้ข้อมูลของเขตในการคาดประมาณกำลังคน จะให้ข้อมูลที่แม่นยำมากกว่าการใช้ข้อมูลภาพรวมของประเทศ ยังไม่มีการคาดประมาณกำลังคนทั้งในส่วนของมหาวิทยาลัยและกำลังคนในแผนงานป้องกันควบคุมโรค

○ ข้อจำกัดของการศึกษา: ข้อมูลมีจำนวนมาก และอาจเป็นกับดักของความคิด ทำให้คิดวนเวียนอยู่ที่เดิม

ข้อเสนอแนะ:

- อาจต้องพิจารณาค่า productivity เปรียบเทียบระหว่างทันตแพทย์ที่ปฏิบัติงานในสถานบริการภาครัฐและเอกชน

● **วิชาชีพสาธารณสุข (อ.บุญเรือง ขาวนวล)**

○ วิชาชีพสาธารณสุขอยู่ในระหว่างจัดตั้งสภาวิชาชีพ ทำให้การติดตามเรื่องจำนวนกำลังคนที่มีอยู่ทั้งหมดเป็นไปได้ยาก และเป็นงานที่ทำหาย โดยคณะทำงานมี รศ.ดร.ประยูร พงศ์สิทธิ์กุล เป็นประธานร่วมกับทีมตัวแทน สสอ. รพสต. และทีมสถานศึกษา เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ครอบคลุมมากที่สุด

○ สิ่งที่ได้ดำเนินงานไปแล้ว คือมีการประชุมคณะทำงานย่อยเพื่อวางแผนดำเนินงานเป็นระยะ และเสนอผลการศึกษาเบื้องต้นต่อสภาคณบดีคณะสาธารณสุขแห่งประเทศไทย เพื่อแลกเปลี่ยนและให้ข้อเสนอแนะ โดยได้รับข้อเสนอแนะคือ ตัวเลข oversupply เป็นตัวเลขที่เชื่อถือได้หรือไม่และอัตราการสูญเสียควรใช้ตัวเลขที่เท่าไร และนำเสนอผลการศึกษาต่อเครือข่ายหมออนามัย ได้ข้อคิดเห็นเรื่องสมรรถนะของ รพสต. เกี่ยวกับการจัดการกรณีฉุกเฉิน

○ จากนิยามของวิชาชีพสาธารณสุขชุมชน ตาม พรบ. ปี๒๕๕๖ และการที่ยังไม่มีสภาวิชาชีพรองรับ ทำให้ไม่สามารถระบุขอบเขตบทบาทของนักวิชาการสาธารณสุขได้อย่างชัดเจน ถ้าทราบและกำหนดบทบาทได้ชัดเจนขึ้นจะทำให้กำหนด skill mix ได้ง่ายขึ้น คณะทำงานจึงมีมติกำหนดสมรรถนะร่วมของวิชาชีพขึ้น และจะมีการกำหนดตรวจรับและรับรองหลักสูตรของแต่ละมหาวิทยาลัยให้เป็นไปตามมตินี้ต่อไป สำหรับการประชุมครั้งนี้จะนำเสนอในส่วนของกำลังคนในส่วนสาธารณสุขชุมชน เป็นหลัก

○ นักวิชาการสาธารณสุขประมาณ ๘๕ % ปฏิบัติงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข และประมาณครึ่งหนึ่งปฏิบัติงานในระบบบริการปฐมภูมิซึ่งอาจมีการทำงานซ้อนทับกับวิชาชีพอื่นบ้าง แต่ในส่วนที่ทำงานในทุติยภูมิและตติยภูมิ จะมีขอบข่ายงานที่ค่อนข้างชัดเจน เช่น กลุ่มงานเวชปฏิบัติครอบครัวและชุมชน กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพระบบบริการ ส่วนองค์กรวิชาการและงานวิจัย เช่น กรมควบคุมโรค ก็จะทำงานในบทบาทวิชาการเป็นหลัก ส่วนอีก ๕ % จะอยู่ในส่วนมหาดไทย โรงพยาบาลเอกชน และอื่นๆ เช่น กระทรวงศึกษา เป็นต้น แผนการผลิตกำลังคนในอีก ๑๐ ปีข้างหน้า จะมีกำลังคนอยู่ที่ ประมาณ ๒๕๐,๐๐๐ คน แผนความต้องการทั้งประเทศอยู่ที่ ๕๓,๐๐๐ คน ทำให้มี

คนเกินในระบบประมาณ ๒๐๐,๐๐๐ คน สมรรถนะของสาธารณสุขชุมชน คือ เน้นในการป้องกันโรคในชุมชนเป็นหลัก

○ ข้อจำกัดของการศึกษา คือข้อมูลปัจจุบันของนักศึกษาไม่ครบถ้วน ข้อมูลด้านการทำงาน การย้ายงาน การเปลี่ยนสายงาน ไม่ครบถ้วน มีแต่ตัวเลขของข้าราชการเท่านั้น ข้อมูลขาดการคำนวณเรื่องการสูญเสียกำลังคนในกรณีที่มีสภาวินิจฉัยแล้วต้องสอบขึ้นทะเบียนกับสภา

การดำเนินงานต่อไป

○ สํารวจและขอข้อมูลจากสถาบันการผลิต ทั้งจำนวน อัตราการมีงานทำย้อนหลัง ๑๐ ปี จัดประชุม workshop กับสถาบันการผลิต สถานที่ทำงานรัฐบาล เอกชน จัดประชุม Cross cutting เรื่อง skill mix กับวิชาชีพอื่นๆ

ข้อเสนอแนะ:

- ในภาคเอกชน มีจำนวนวิชาชีพสาธารณสุขน้อยมาก เนื่องจากไม่มีงานที่ตรงกับความต้องการของเอกชน
- เสนอให้ติดตามผลว่า เด็กที่จบไปศึกษาต่อในด้านอื่นๆ ที่ไม่ใช่สายสาธารณสุขหรือไม่ ถ้าได้มีการติดตามว่า ไปศึกษาต่อที่ใด ก็จะได้เห็นภาพการสูญเสียการลงทุนที่ไม่ได้ประโยชน์ของภาครัฐ
- ในส่วนการศึกษาต่อ มีการศึกษาพบว่า มีการต่อยอดในส่วนอื่นๆมาตลอด แต่ตัวเลขจำนวนยังไม่แน่นอน มีแต่ตัวเลขของมหาวิทยาลัยมหิดลที่ค่อนข้างครอบคลุม จึงจะใช้เป็นตัวเลขในการจัดทำโมเดล
- สาธารณสุขเป็นบุคลากรที่สำคัญในงานส่งเสริมป้องกัน มีบทบาทใน primary care team อย่างมาก ถ้าสามารถแสดงบทบาท ตัวเลขให้ชัดเจน จะสามารถทำงานควบคู่กับทีม primary care ได้
- บทบาทวิชาชีพที่อยู่ในภาครัฐเป็นหลัก ซึ่งเรื่องงบประมาณทำให้มีขีดจำกัดในจำนวนที่จะรับได้ อยากให้แยกแต่ละสาขาว่าเพียงพอกับจำนวนที่ต้องการหรือไม่ เพื่อสะท้อนกลับไปให้สถาบันการศึกษาว่าต้องการสาขาไหนมากน้อยเพียงใด
- ถ้าสามารถสร้างให้ประชาชนเห็นถึงความสำคัญในด้านสุขภาพแต่ละบุคคล เป็นงานที่ทำหายสาธารณสุข อาจช่วยเพิ่ม demand ได้

● **วิชาชีพเทคนิคการแพทย์ (อ.ดร.เลิศยศ ตรีรัตน์ไพบูลย์)**

○ สิ่งที่ได้ดำเนินงานไปแล้ว คือ จัดประชุมร่วมกับสภาคณบดีสถาบันผลิตบัณฑิตเทคนิคการแพทย์แห่งประเทศไทยในเรื่อง การวางแผนการทำงาน กำหนด scenario หน้าที่ของวิชาชีพเทคนิคการแพทย์ในอนาคต เพื่อกำหนดความต้องการทั้งด้าน competency และจำนวนในการคาดการณ์ Demand projection รวมถึง Supply projection

○ สถานการณ์กำลังคนในปัจจุบัน อ้างอิงข้อมูลจากสภาเทคนิคการแพทย์ ปัจจุบันมี ๑๕,๒๑๕ คน ส่วนใหญ่อายุระหว่าง ๒๐-๔๐ ปี ลักษณะงานในปัจจุบันและที่ต้องการในอนาคต แบ่งเป็น ๔ กลุ่มใหญ่ๆคือ Family MT & MT clinic ที่มีจำนวนเพิ่มมากขึ้นเรื่อยๆในปัจจุบัน เพิ่มการทำงานใน

ส่วนส่งเสริมป้องกันมากขึ้น Clinical MT ทำงานในห้อง Lab งาน Entrepreneur MT/ Technology distributor ขายอุปกรณ์เครื่องมือทางเทคนิคการแพทย์ และใน ส่วน Academic ที่เป็นอาจารย์ในสถานศึกษา

○ Demand projection ใช้การคำนวณ status quo - depends on utilization trend ใช้ข้อมูล FTE ของกระทรวงสาธารณสุขเป็นหลัก คัดออกมาเป็นจำนวน test ที่ทำได้ ใช้เวลาเท่าไร แต่ไม่ได้สะท้อนการทำงานที่แท้จริงได้ เนื่องจากปกติไม่ได้ทำทีละ test แต่มีการทำพร้อมกันบ้าง อาจต้องมีการศึกษาเพื่อหาตัวเลขใหม่ สรุปตัวเลขจาก status quo ปี ๒๕๖๙ อยู่ที่ ๑๔,๘๓๗ คน pop ratio = ๑:๔,๔๗๔ ตัวเลขจาก Scenario MT ปี ๒๕๖๙ อยู่ที่ ๑๗,๐๕๐ คน รวมกับที่ทำงานใน Technology distributor และ Academic จะได้ demand projection ในปี ๒๕๖๙ เท่ากับ ๒๒,๕๑๖ คน Supply อยู่ที่ ๙๐๐ คน/ปี อัตราสูญเสียอยู่ที่มากกว่า ๓% ต่อปี ตัวเลขในอีก ๑๐ ปีข้างหน้าจะอยู่ที่ ๒๑,๙๘๖ คน ซึ่งใกล้เคียงกับจำนวน demand

○ Competency ของวิชาชีพเทคนิคการแพทย์ ได้มีการจัดทำ มคอ ๑ ร่วมกับสภาคนบตีสถาบันผลิตเทคนิคการแพทย์แห่งประเทศไทย สภาเทคนิคการแพทย์ สมาคมเทคนิคการแพทย์แห่งประเทศไทย และที่มวิจัย มคอ ๑ เทคนิคการแพทย์ สรุปได้ร่างที่ผ่านประชาพิจารณ์รอบแรกแล้ว โดยเนื้อหาของ มคอ ๑ จะเน้นหลักในส่วน population health การส่งเสริมสุขภาพและบูรณาการความรู้เข้าสู่ชุมชน

○ ปัญหา และข้อจำกัด คือ ยังขาดข้อมูลที่สมบูรณ์ในหลายด้านในการคาดการณ์กำลังคน เช่น จำนวนคนด้าน Entrepreneur MT/ Technology distributor/ MT clinic ระยะเวลาที่ใช้ในการทำ lab ที่ไม่สะท้อนเวลาการทำงานจริง

การดำเนินงานต่อไป

○ การจัดทำ scenario ของแต่ละงานให้ชัดเจน และใช้ System dynamics มาประกอบในการวิเคราะห์กำลังคน และจัดทำแผนกำลังคนของเทคนิคการแพทย์ รวมถึงวิธีการกระจายและการธำรงรักษา

ข้อเสนอแนะ:

- ในภาคเอกชน สามารถขอข้อมูลจากสำนักงานสถานพยาบาลและการประกอบโรคศิลป์ ที่โรงพยาบาลต้องไปขึ้นทะเบียน โดยสอบถามเป็นจำนวนที่ต้องการมีกี่ตำแหน่ง และมีการจัดการคนอย่างไร

- เรื่องการพัฒนาคุณภาพของโรงพยาบาล จำเป็นต้องมี information นักเทคนิคการแพทย์สามารถเข้ามาช่วยได้เรื่องเครื่องมือและการจัดการข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพการรักษา เช่น ในผู้ป่วย DM Kidney disease อยากให้นักเทคนิคการแพทย์รุ่นใหม่ ตระหนักเรื่องนี้

- การจัดการข้อมูล และความน่าเชื่อถือของข้อมูล เป็นสิ่งจำเป็น จะทำอย่างไรให้ข้อมูลในแต่ละที่มีความน่าเชื่อถือเหมือนกัน validation เป็นสิ่งสำคัญ ต้องมีมาตรฐานเดียวกัน

- เรื่องอัตราการสูญเสีย ต้องคิดตัวเลขเผื่อไว้มากๆ เพราะไปอยู่ในภาคเอกชนจำนวนมาก
- เรื่องเทคโนโลยี การนำข้อมูลมาใช้ประโยชน์ต่อการวินิจฉัยโรค การแปลผล และการวิจัย
- การวิจัย เสนอเรื่อง การ screening lab ที่จำเป็นสำหรับคนไข้
- การนำเสนอข้อมูลเป็น range จะช่วยให้น่าเชื่อถือและยอมรับได้มากกว่า
- การนำเสนอ Scenario เรื่องการสูญเสียในกรณีต่างๆว่าแตกต่างกันเล็กน้อยเพียงใด

● **วิชาชีพสัตวแพทย์ (ผศ.สพ.ญ.ดร.ศุภรัตน์ บุนยยาตรา)**

- วิชาชีพสัตวแพทย์ แบ่งลักษณะงานเป็น ๖ กลุ่ม คือ กลุ่มผู้ดูแลสัตว์เล็ก กลุ่มผู้ดูแลฟาร์ม กลุ่มศึกษาต่อเพื่อเป็นอาจารย์ กลุ่มที่ทำงานในภาครัฐ กลุ่มที่ทำงานในภาคเอกชน เช่น สวนสัตว์กรมป่าไม้ และกลุ่มอื่นๆ เช่น ย้ายสายงาน โดยวิธีการคำนวณใช้ข้อมูลย้อนหลังเพื่อหา trend analysis
- การคำนวณ Demand projection ใช้ค่า FTE มาคำนวณ ได้อยู่ที่ ๘๐๐-๙๐๐คนต่อปี และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ Supply อยู่ที่ ๖๕๐ คน/ปี เมื่อใช้วิธี system dynamic กำหนดค่า visit ที่แต่ละฟาร์มต้องพบสัตวแพทย์ *จำนวนฟาร์มที่มีอยู่ในประเทศไทย ส่วนสัตว์เลี้ยงใช้จำนวนครัวเรือนกับจำนวนครั้งที่ต้องพาสัตว์มาพบสัตวแพทย์ต่อปี จาก model คำนวณแล้วพบว่า demand เพิ่มขึ้นเรื่อยๆ ขณะที่ supply คงที่ ยังคง over demand สรุปว่า ตอนนี้อย่างผลิตได้ไม่ทั่วถึงและยังไม่ทราบว่าจะเพียงพอเมื่อใด อีกทั้งแนวโน้มในการดูแลสัตว์ในอนาคตที่อาจเปลี่ยนแปลงไปและส่งผลกระทบต่อ demand-supply projection อีก

ข้อเสนอแนะ:

- สัตวแพทย์มีตัวเลขย้ายสายงานมากน้อยเพียงใด
- อัตราการสูญเสียจากตัวเลขการสำรวจในวันรับปริญญาอยู่ที่ ๒%
- จากกราฟ เสนอให้เช็ค demand ว่าตรงตามตลาดงานจริงหรือไม่ สอดคล้องกับข้อมูลหรือไม่
- สายอุตสาหกรรมอาหาร ต้องใช้สัตวแพทย์เยอะเพียงใด บทบาทหน้าที่เป็นอย่างไร อยากให้แยก FTE ในแต่ละสาขาของงานออกมาให้ชัดเจน
- เช็คสายงานใกล้เคียงที่อาจจะเข้ามาทำหน้าที่แทนได้
- บทบาทของปศุสัตว์ ในเรื่องของโรคระบาดจากสัตว์สู่คน การคัดกรอง การควบคุมโรค สัตวแพทย์จะมีบทบาทชัดเจน

● **วิชาชีพแพทย์แผนไทย (ดร.รัชณี จันทร์เกษ)**

- การแพทย์แผนไทย หมายความว่า กระบวนการทางการแพทย์เกี่ยวกับการตรวจวินิจฉัย บำบัด รักษา หรือป้องกันโรค หรือการส่งเสริม และฟื้นฟูสุขภาพของมนุษย์ การผดุงครรภ์ การนวดไทย และให้หมายความ รวมถึง การเตรียมการผลิตยาแผนไทย และการประดิษฐ์อุปกรณ์และ เครื่องมือทาง

การแพทย์ทั้งนี้ โดยอาศัยความรู้หรือตำราที่ได้ถ่ายทอดและ พัฒนาสืบต่อกันมา ความรู้ตามหลักสูตรจะครอบคลุม ๔ ด้านคือ เวชกรรม เภสัชกรรม ผดุงครรภ์ และนวดไทย competency จะแตกต่างกันตาม level ของ setting ส่วนใหญ่อยู่ในระบบปฐมภูมิ เน้นงานส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค

○ สถานการณ์กำลังคนในปัจจุบัน ข้อมูลจากสภาการแพทย์แผนไทย ทั้งกลุ่มมอบตัว ศิษย์ เรียนตามหลักสูตร ผู้ทรงคุณวุฒิ มีจำนวนทั้งหมดอยู่ที่ ๓๐,๓๗๑ คน ให้บริการใน รพช.และ รพสต. เป็นหลัก ค่า pop ratio อยู่ที่ ๑: ๕,๘๐๐ การกระจายตัว จากนโยบายที่ทุกจังหวัดต้องตั้งกลุ่มงานแพทย์แผนไทย เสร็จสิ้นภายในปีนี้ ทำให้มีการกระจายตัวที่ดีขึ้น

○ ปัญหาและอุปสรรค คือ ระบบข้อมูลไม่เป็นข้อมูลปัจจุบัน ระบบติดตามบัณฑิตไม่ได้ มีครอบคลุมทุกมหาวิทยาลัย มาตรฐานของแต่ละสถาบันไม่เท่ากันทำให้นักศึกษาที่จบมาบางคนขาดความรู้ และทักษะในการทำงานจริง ทีมสหวิชาชีพยังไม่ทราบบทบาทในการทำงานของแพทย์แผนไทย

การดำเนินงานต่อไป

○ การเพิ่ม Competency เช่น การพัฒนาความเชี่ยวชาญทั้งระยะสั้นและระยะปานกลาง การมี internship การปรับหลักสูตร ป.ตรี และการจัดการเรียนการสอน การนำ system dynamic มาใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อเสนอแนะ:

- งานในภาคเอกชน ยังไม่เห็นบทบาทที่ชัดเจน น่าจะทำงานร่วมกับวิชาชีพอื่นเช่น กายภาพบำบัด

- เริ่มมีงาน palliative care เข้ามาเกี่ยวข้อง ในโมเดลได้คิดในส่วนนี้รึเปล่า

- palliative care เป็น service plan ที่มีเพิ่มมาใหม่ ยังไม่ได้คิดในส่วนนี้

- มาตรฐานของสมุนไพรรวมไทย มีการทำงานร่วมกับเภสัชกรหรือไม่ ความเชื่อในเรื่องการดูแลสุขภาพของคนในชนบท แพทย์แผนไทยมีบทบาทอย่างไร

- การลงชุมชนให้ความรู้ ในกลุ่มหมอพื้นบ้าน เรื่องสมุนไพรในครัวเรือน อาจมีการทำงานร่วมกับวิชาชีพสาธารณสุข

- เสนอให้เพิ่ม scenario เกี่ยวกับการให้แพทย์แผนไทยตรวจคู่ขนานกับแพทย์แผนปัจจุบัน

● **วิชาชีพกายภาพบำบัด (ดร.สาริณี แก้วสว่าง)**

○ สิ่งที่ได้ดำเนินการไปแล้ว คือ สำรองกำลังคนใหม่ และตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูล การสังเคราะห์สมรรถนะที่พึงมี โดยการทบทวนเอกสารและสัมภาษณ์ผู้ที่เกี่ยวข้อง การคาดการณ์ความต้องการกำลังคน ที่สอดคล้องกับแต่ละ setting

○ สถานการณ์กำลังคน ของวิชาชีพกายภาพบำบัด คือ มีนักกายภาพบำบัดขึ้นทะเบียนอยู่ที่ ๑๐,๐๐๐ คน อัตราการสูญเสียจากการไม่ต่ออายุใบประกอบวิชาชีพและเสียชีวิตอยู่ที่ ๑๕ % ข้อมูลที่ได้ส่วนใหญ่มาจากภาครัฐบาล เป็นข้อมูลที่ต้องการ ส่วนของเอกชนข้อมูลยังไม่แน่นอน การกระจาย ส่วนใหญ่อยู่ระหว่าง ๓๐-๔๐ ปี ปัจจุบันมีสถาบันที่ผลิตทั้งสิ้น ๑๖ สถาบัน เป็นภาครัฐ ๑๒ แห่ง เอกชน ๔ แห่ง

ผลิตได้ปีละ ๑๐๐๐-๑๒๐๐ คน สำเร็จการศึกษาอยู่ที่ ๘๐๐-๘๕๐ คนต่อปี จำนวนบัณฑิตที่สอบผ่านใบประกอบวิชาชีพ อยู่ที่ ๘๐% สมรรถนะของวิชาชีพประกอบไปด้วย ๕ ด้านคือ การให้บริการทางการแพทย์ (ส่งเสริม ป้องกัน รักษาฟื้นฟู) การวิจัยและพัฒนาทางคลินิกและนวัตกรรมต่างๆ การพัฒนาบุคลากร การพัฒนาเครือข่าย และการบริหารจัดการ เมื่อพิจารณางานแต่ละ setting พบว่าในส่วนตติยภูมิ จะมีบทบาทในการฟื้นฟูและเตรียมความพร้อมผู้ป่วยก่อนกลับบ้าน ในทุติยภูมิ จะมีบทบาทในการติดตามดูแลฟื้นฟูที่บ้าน ลด level of disability ในปฐมภูมิ จะมีบทบาทในการดูแลต่อเนื่องที่บ้านในคนพิการ ผู้สูงอายุ และผู้ป่วยเรื้อรัง การทำกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพและคัดกรองสรรณภาพในผู้สูงอายุ รวมถึงการปรับสภาพสิ่งแวดล้อมให้เหมาะกับคนพิการ การคาดการณ์กำลังคน ใช้วิธี Health Demand Method พบว่า ยังขาดแคลนกำลังคนในระบบอยู่อีก ๕,๐๐๐-๕,๓๐๐ คน

การดำเนินงานต่อไป

○ มุ่งเน้นการฟื้นฟูในกลุ่ม sub-acute มากขึ้น การปรับหลักสูตรให้สอดคล้องกับสถานการณ์ความต้องการในปัจจุบันมากขึ้น เช่น ผู้สูงอายุ ควบคุมมาตรฐานวิชาชีพ การพัฒนาเครือข่ายวิชาชีพ และการกระจายตัวและรักษากำลังคน

ข้อเสนอแนะ:

- จากการคำนวณที่พบว่าขาดแคลน มีแผนเพิ่มกำลังการผลิตหรือไม่
- เนื่องจากข้อมูลยังไม่ครอบคลุม ขาดในส่วนเอกชน ซึ่งอาจทดแทนกลุ่มรัฐบาลได้
- จำนวน sub-acuteในผู้ป่วย stroke ต้องใช้กายภาพบำบัดจำนวนเท่าไรระยะเวลาเท่าไร เพราะในอนาคตผู้ป่วยกลุ่มนี้มีเพิ่มขึ้น
- อาจใช้กุนิารายณ์ เป็นโมเดล ในการคิดเรื่องบทบาท การจัดการเวลา
- Physical fitness เป็นอีกบทบาทของกายภาพบำบัดในการส่งเสริมป้องกัน อาจต้องเพิ่มตัวเลขในส่วนนี้

นายโยธิน ถนอมวัฒน์

นางสาววาริสรา ทรัพย์ประดิษฐ์

ผู้จดยางานการประชุม

นพ.ศิณกร โนรี

ผู้ตรวจสอบรายงานการประชุม

สรุปการประชุมประชาพิจารณ์
“การวางแผนความต้องการกำลังคนด้านสุขภาพของประเทศในทศวรรษหน้า
พ.ศ. ๒๕๖๐-๒๕๖๙”

วันอังคารที่ ๖ กันยายน ๒๕๕๙ เวลา ๐๙.๐๐-๑๓.๐๐ น.
ณ ห้องประชุมสานใจ ๑/๑ ชั้น ๖ อาคารสุขภาพแห่งชาติ กระทรวงสาธารณสุข

ความเห็นและข้อเสนอแนะในการปรับปรุงการดำเนินงานคาดประมาณกำลังคนด้านสุขภาพที่ได้จากการทำประชาพิจารณ์ ทั้งในรายวิชาชีพและภาพรวม มีรายละเอียดดังนี้

๑. ระบบบริการระดับปฐมภูมิ ทติยภูมิ และตติยภูมิ

- การคาดประมาณจำนวนวิชาชีพกายภาพบำบัดใน primary care setting น้อยกว่าสิ่งที่ควรจะเป็นในอนาคตเมื่อประชากรผู้สูงอายุเพิ่มสูงขึ้น เปรียบเทียบกับวิชาชีพแพทย์แผนไทย

๒. วิชาชีพแพทย์

- การผลิตแพทย์เพิ่มเพื่อรองรับ Medical tourism ควรสอดคล้องกับรูปแบบบริการหรือกลุ่มโรคที่ผู้ป่วยชาวต่างชาติส่วนใหญ่เข้ามารับบริการ

- ควรมีการกำหนดนิยามของ Medical tourism ให้ชัด ครอบคลุมผู้รับบริการชาวต่างชาติกลุ่มใดบ้าง เช่น ผู้รับบริการที่อยู่ในประเทศไทยไม่เกิน ๖ เดือน ผู้รับบริการที่เข้า-ออกตามแนวชายแดน หรือชาวต่างชาติในเขตเศรษฐกิจพิเศษ เป็นต้น

- สัดส่วนแพทย์ต่อประชากรที่ได้จากการคาดประมาณยังต่ำกว่าประเทศอื่น ๆ ที่มีสถานะทางเศรษฐกิจใกล้เคียงกับประเทศไทย นอกจากนี้สัดส่วนของ Family physician หรือแพทย์ที่ปฏิบัติงานใน Primary care setting ควรมีไม่น้อยกว่าร้อยละ ๕๐ ของแพทย์ทั้งหมด (ผลการศึกษาของแพทยศาสตร์ศึกษา)

- จำนวนแพทย์ที่มีอยู่และทำเวชปฏิบัติด้านศัลยกรรมเสริมความงามมีผลกระทบอย่างมากต่อการวิเคราะห์คาดประมาณความต้องการแพทย์ที่แท้จริงในอนาคต รวมถึงแพทย์ที่มีการเคลื่อนย้ายไปทำงานในต่างประเทศ

๓. วิชาชีพพยาบาล

- อัตราการสูญเสียพยาบาลออกจากวิชาชีพในความเป็นจริงน่าจะมากกว่า ๔.๔๕% ต่อปี
- ค่า FTE ที่ได้มาจากกระทรวงสาธารณสุข แล้วนำมาวิเคราะห์ความต้องการพยาบาลน่าจะไม่ต้อง เนื่องจากภาระงานของพยาบาลมีมาก

- การจัดทำข้อเสนอเชิงนโยบายควรเน้นเรื่องการธำรงรักษาพยาบาลไว้ในระบบมากกว่าเร่งผลิตเพิ่ม

๔. วิชาชีพเภสัชกรและอุตสาหกรรมยา

- การคาดประมาณกำลังคนในส่วนร้านยาและอุตสาหกรรมยา ซึ่งเป็นภาคเอกชน ควรวิเคราะห์แยกออกมาหรือไม่ เพราะถือเป็นการไหลของกำลังคนภาครัฐบาลไปสู่ภาคเอกชน

๕. วิชาชีพสัตวแพทย์

- ในการคาดประมาณกำลังคน ควรพิจารณาสัตว์เลี้ยงที่ไม่มีเจ้าของ รวมถึงสัตว์ป่าเข้าไปในสมการด้วย เพื่อให้ได้ความต้องการกำลังคนที่แท้จริง ซึ่งทางคณะทำงานได้ดำเนินการในส่วนนี้แล้ว โดยใช้ฐานข้อมูลจากกรมปศุสัตว์

- ควรมีการแบ่งขอบเขตงานให้ครอบคลุมในแต่ละระดับเหมือนกับ Health care setting คือระดับ Primary, Secondary และ Tertiary care นอกจากนี้ควรมีการเพิ่ม scenario ที่เกี่ยวข้องกับภาระงานให้ครอบคลุมกลุ่มของสัตว์

๖. ความเห็นและข้อเสนอแนะในภาพรวม

- สมรรถนะที่จำเป็นของกำลังคนด้านสุขภาพ (Competency) ควรต้องสอดคล้องกับ setting ที่ปฏิบัติงานอยู่ ดังนั้นจึงมีความจำเป็นต้องสื่อสารระหว่างผู้ผลิตและผู้ใช้

- การทำ Short course training เพื่อพัฒนาศักยภาพบุคลากรให้สอดคล้องกับสมรรถนะที่พึงประสงค์กับ setting มีความจำเป็น

- การคาดประมาณกำลังคนควรพิจารณาจากรูปแบบบริการที่คาดว่าจะมีในอนาคต (Expected health care services) ซึ่งจะเป็นตัวกำหนดว่าต้องการกำลังคนประเภทใด จำนวนเท่าไร

- ควรมีการทำ reality check หลังการวิเคราะห์คาดประมาณกำลังคน เพื่อพิจารณาถึงความเป็นไปได้

- ควรมีการวิเคราะห์คาดประมาณกำลังคนอย่างต่อเนื่อง เพื่อติดตามการเปลี่ยนแปลงด้าน Demand และ Supply ของกำลังคนในแต่ละวิชาชีพ

นายโยธิน ถนอมวัฒน์

นางสาววาริสรา ทรัพย์ประดิษฐ์

ผู้สรุปรายงานการประชุม

นพ.ทศินกร โนนรี

ผู้ตรวจรายงานการประชุม

เอกสารผนวก ๓

**การพัฒนาข้อเสนอแนะเชิงนโยบายการวาง
แผนการผลิตกำลังคนด้านสุขภาพในอีก ๑๐ ปี
ข้างหน้า (พ.ศ.๒๕๖๐-๒๕๖๙)**

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายการวางแผนการผลิตกำลังคนด้านสุขภาพในอีก ๑๐ ปีข้างหน้า (พ.ศ.๒๕๖๐-๒๕๖๙)

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

ในการวางแผนพัฒนาระบบบริการสาธารณสุข จึงต้องคิดเรื่องการวางแผนกำลังคนทั้งในเชิงปริมาณ เชิงคุณภาพ ตลอดจนวางแผนการกระจายบุคลากรดังกล่าวให้เหมาะสมกับความต้องการของระบบสาธารณสุข และการเปลี่ยนแปลงทางเศรษฐกิจและสังคม การวางแผนกำลังคนด้านสุขภาพมีความจำเป็นต้องใช้สมมติฐานระบบสุขภาพในอนาคตร่วมกันในแต่ละวิชาชีพ เพื่อให้เกิดการบูรณาการการใช้บุคลากรระหว่างวิชาชีพ (Skill mix/cadre mix) นอกจากการคาดประมาณความต้องการกำลังคนด้านสุขภาพยังมุ่งเน้นเรื่องจำนวนบุคลากรที่ต้องการ ยังมีความจำเป็นที่จะต้องระบุคุณลักษณะและความสามารถ (Characteristic and competency) ที่พึงประสงค์ในแต่ละวิชาชีพเพื่อนำไปสู่การกำหนดแนวทางการผลิตบุคลากรดังกล่าวให้สอดคล้องกับบริบทความต้องการของประเทศอย่างแท้จริง

เพื่อให้การวางแผนการผลิตกำลังคนด้านสุขภาพของประเทศไทยเกิดความบูรณาการ คณะกรรมการกำลังคนด้านสุขภาพแห่งชาติ ได้มีมติ เมื่อวันที่ ๖ กรกฎาคม ๒๕๕๘ เห็นชอบให้แต่งตั้งคณะกรรมการวางแผนกำลังคนด้านสุขภาพของประเทศไทยในทศวรรษหน้า (พ.ศ.๒๕๖๐-๒๕๖๙) โดยมีวัตถุประสงค์หลัก คือ เพื่อสังเคราะห์ข้อเสนอเชิงนโยบายในการวางแผนความต้องการกำลังคนด้านสุขภาพในทศวรรษหน้า

การศึกษานี้ดำเนินงานโดย ๑๕ คณะทำงานย่อยเพื่อดำเนินการศึกษา ประกอบด้วย

๑. กลุ่มวิชาชีพ ประกอบด้วย ๙ วิชาชีพ ดังนี้ แพทย์ พยาบาล ทันตสาธารณสุข เภสัชกร เทคนิคการแพทย์ กายภาพบำบัด สาธารณสุข แพทย์แผนไทย และสัตวแพทย์
๒. กลุ่ม Setting ประกอบด้วย
 - ๒.๑ Service settings ประกอบด้วย ปฐมภูมิ ทุติยภูมิ และ ตติยภูมิ
 - ๒.๒ Non-service settings ประกอบด้วย กลุ่มอุตสาหกรรมยา กลุ่มควบคุมและป้องกันโรค และกลุ่มอาชีวอนามัยและสิ่งแวดล้อม

เพื่อให้การวางแผนครั้งนี้มีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วน แต่ละกลุ่มจึงได้จัดตั้งคณะทำงานขึ้นมาโดยมีองค์ประกอบทั้งผู้ใช้จากภาครัฐและเอกชน ผู้ผลิต สภาวิชาชีพ และภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง จำนวน ๑๐-๑๕ คน

ผลการศึกษา

ความต้องการกำลังคน (Demand) และจำนวนกำลังคนที่จะมีในอนาคต (Supply)

การคาดการณ์ความต้องการกำลังคนด้านสุขภาพในวิชาชีพต่างๆ ในการศึกษาใช้วิธีการที่หลากหลาย ผลการคาดการณ์จำนวนกำลังคนที่ต้องการในอนาคต มีหน่วยเป็น Full time equivalent (FTE) และการคาดการณ์จำนวนกำลังคนที่จะมีในอนาคต (ปี ๒๕๖๙) มีหน่วยนับเป็นคน นอกจากนี้ตารางที่ ๓ ยังแสดงสัดส่วนบุคลากรที่ต้องการในอนาคตต่อประชากร (health workforce per population) เพื่อเปรียบเทียบกับจำนวนที่มีอยู่จริงในปัจจุบัน (ตารางที่ ๑)

ตารางที่ ๑ การคาดการณ์ความต้องการ (Demand projection) และจำนวนกำลังคนด้านสุขภาพสาขาอาชีพต่างๆ (Supply projection) ในปี ๒๕๖๙

	กำลังคนด้านสุขภาพ ที่ต้องการ (HWF demand) ในปี 2569			กำลังคนด้านสุขภาพที่จะมี (HWF supply) ในปี 2569	กำลังคนด้านสุขภาพที่ ต้องการในปี ๒๕๖๘ ต่อ ประชากร ประชากรปี 2569 = 66,379,051 คน	กำลังคนด้านสุขภาพที่จะมีใน ปี ๒๕๖๘ 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 ¹ -193,048 ²	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 ³	47,786-64,700 ⁴	-	39,913	2,208-2,758 ⁵	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 ๑ Health demand โดยใช้ Service utilization และคาดการณ์ในอนาคตโดยใช้การเปลี่ยนแปลงจำนวนประชากร ที่คิดสัดส่วนอายุ (Age adjusted) ส่วนวิธีที่ ๒ ในระดับ primary care ใช้จำนวนแพทย์ ๖,๕๐๐ คนตามนโยบาย Primary Care Cluster ที่กำหนดให้แพทย์ในระดับปฐมภูมิเท่ากับ ๑: ๑๐,๐๐๐
พยาบาล	วิธีที่ ๑ Health demand ส่วนวิธีที่ ๒ ใช้ Health demand ร่วมกับใช้ Service target สำหรับผู้ป่วยสูงอายุที่ติดเตียงอยู่ที่บ้านและในชุมชน ¹ ใช้ฉกทรรศน์ที่พยาบาลมีอายุงานเฉลี่ยที่ ๒๒ ปี ² ใช้ฉกทรรศน์ที่มีการดำรงรักษา สามารถให้พยาบาลมีอายุงานเฉลี่ยที่ ๒๕ ปี
ทันตบุคลากร	วิธีที่ ๑ ใช้ Health demand วิธีที่ ๒ เป็น Mixed method โดยใช้ Health demand ร่วมกับ การกำหนดเป้าหมายบริการ(Service target) และวิธีที่ ๓ ใช้ Modified population ratio
เภสัชกร	³ วิธีที่ ๑ ใช้ Health demand approach คาดการณ์เฉพาะความต้องการเภสัชกรในสถานพยาบาลเท่านั้น ⁴ วิธีที่ ๒ คาดการณ์โดยใช้ System dynamic modeling ภายใต้ 2 สถานการณ์ คือ กำลังคนที่มีน้อยที่สุดใน การส่งมอบบริการภายใต้ระบบบริการสุขภาพปัจจุบัน และกำลังคนที่เพียงพอสำหรับการส่งมอบบริการที่พึงประสงค์ และคิดครอบคลุมเภสัชกรทั้งในสาขา โรงพยาบาล ร้านยา อุตสาหกรรมยา คุ่มครองผู้บริโภค และการศึกษา ⁵ การคำนวณอัตราส่วนเภสัชกรต่อประชากรใช้จำนวนเภสัชกรที่ปฏิบัติงานในส่วนของบริการผู้ป่วยเท่านั้น ได้แก่ งานบริการจ่ายยาผู้ป่วยนอกในโรงพยาบาล งานเภสัชกรรมในร้านยา และงานเภสัชกรรมปฐมภูมิ ทั้งนี้เพื่อให้สามารถนำอัตราส่วนไปเปรียบเทียบในระดับนานาชาติได้ เนื่องจากประเทศไทย เภสัชกรมีบทบาทวิชาชีพในสาขาอื่นๆ ที่แตกต่างกันไป เช่น เภสัชกรในโรงงานอุตสาหกรรม เภสัชกร การตลาด เภสัชกรคุ่มครองผู้บริโภค ซึ่งไม่ได้ปฏิบัติวิชาชีพที่เป็นการบริการผู้ป่วยโดยตรง
เทคนิคการแพทย์	วิธีที่ ๑ ใช้ Health demand และคิดเฉพาะในส่วนที่ให้บริการในสถานพยาบาล สำหรับวิธีที่สอง คิดรวมนักเทคนิคการแพทย์ที่อยู่ในคลินิกเทคนิคการแพทย์เอกชน กลุ่ม academic และผู้บริหาร กลุ่มภาคธุรกิจและกระจายน้ำยา ในส่วนของ Supply ในอนาคตได้คิดรวมเจ้าพนักงานวิทยาศาสตร์การแพทย์ไว้ด้วยแล้ว
กายภาพบำบัด	วิธีที่ ๑ ใช้ Health demand และ วิธีที่ ๒ ใช้ Health need ร่วมกับ population ratio Supply กายภาพ คำนวณจาก Active และ อัตราสูญเสียต่อปีร้อยละ ๒
สาธารณสุข	วิธีที่ ๑ ใช้ Health demand คิดเฉพาะภาคให้บริการ (Service setting), วิธีที่ ๒ ใช้ population ratio คิดจากจำนวนสาธารณสุขต่อ ๑,๒๕๐ ประชากร
แพทย์แผนไทย	วิธีที่ ๑ และ ๒ ใช้ Health demand แต่ในวิธีที่ ๒ เพิ่มภาระงานที่ใช้ในงานบริการ (non-service activities) เช่น งานวิชาการ การประชุม ฯลฯ
สัตวแพทย์	ใช้วิธีคาดการณ์แบบ System dynamics approach โดยแบ่งสัตวแพทย์ออกเป็น 3 กลุ่ม ได้แก่ 1) สัตวแพทย์สัตว์เล็ก 2) สัตวแพทย์ปศุสัตว์ในสวนบริษัทเอกชน 3) สัตวแพทย์ปศุสัตว์ในส่วนราชการ
กลุ่มควบคุมโรค	ใช้การคาดการณ์โดยวิธีการกำหนดเป้าหมาย (Service target)
อาชีวอนามัย	ใช้การคาดการณ์โดยวิธีการกำหนดเป้าหมาย (Service target)

ข้อเสนอเชิงนโยบาย

จากการศึกษา คณะทำงานมีข้อเสนอแนะเชิงนโยบายในด้านการผลิตกำลังคนด้านสุขภาพในอีก ๑๐ ปีข้างหน้า ดังต่อไปนี้

๑. ขอให้คณะกรรมการการอุดมศึกษาแห่งชาติ พิจารณาแผนการผลิตกำลังคนด้านสุขภาพในอนาคต ให้สอดคล้องกับคาดการณ์อุปสงค์และอุปทานของกำลังคนด้านสุขภาพสาขาต่างๆ ดังนี้

๑.๑ ในวิชาชีพสาธารณสุข มีการผลิตที่มากเกินไปเกินความต้องการของประเทศในปัจจุบัน และหากคงอัตราการผลิตไว้เช่นนี้ ในอนาคตจะมีจำนวนเกินความต้องการของประเทศมาก ดังนั้นมีความจำเป็นต้องอย่างยิ่งที่จะทบทวนจำนวนการผลิต และเร่งปรับสมรรถนะบัณฑิตให้สอดคล้องกับความต้องการของระบบสุขภาพมากขึ้น

๑.๒ ในวิชาชีพชีพแพทย์ ทันตแพทย์ กายภาพบำบัด และแพทย์แผนไทย/แผนไทยประยุกต์ ในอีก ๑๐ ปี จะมีความเพียงพอจนถึงเกินความต้องการของประเทศ ดังนั้น การเพิ่มการผลิตในวิชาชีพเหล่านี้ จำเป็นต้องใช้ความระมัดระวังเป็นอย่างยิ่ง

๑.๓ ในวิชาชีพพยาบาล เกษัตริกร เทคนิคการแพทย์ และสัตวแพทย์ แม้ว่าจำนวนบุคลากรในอีก ๑๐ ปี ข้างหน้า จะยังต่ำกว่าจำนวนบุคลากรที่ประเทศต้องการ แต่พบว่าต่ำกว่าในสัดส่วนที่ไม่มากนัก นโยบายการผลิตบุคลากรเหล่านี้เพิ่มจากอัตราการผลิตรวมในปัจจุบัน อาจจะไม่มีความจำเป็น แต่สามารถใช้การบริหารจัดการ เช่น การเพิ่มผลิตภาพ หรือใช้มาตรการลดอัตราการสูญเสียของบุคลากร ก็จะสามารถจัดการความขาดแคลนได้

๒. การผลิตกำลังคนด้านสุขภาพของประเทศ จำเป็นต้องมุ่งเน้นการผลิตเพื่อแก้ปัญหาการกระจายกำลังคน เพื่อให้เกิดการเข้าถึงการบริการโดยกำลังคนด้านสุขภาพที่มีคุณภาพอย่างเท่าเทียมของประชาชน โดยขอให้คณะกรรมการการอุดมศึกษาแห่งชาติ สถาบันการผลิตทั้งภาครัฐและเอกชน และกระทรวงสาธารณสุข ดำเนินการดังต่อไปนี้

๒.๑ ปรับระบบการรับผู้เข้าเรียน ให้เน้นการรับนักเรียนจากพื้นที่ขาดแคลนให้มากขึ้น โดยเฉพาะในสาขาอาชีพที่มีการกระจายตัวอย่างไม่เหมาะสมทางภูมิศาสตร์ (Geographical maldistribution) ให้นักเรียนเหล่านั้นเข้าศึกษาในสถาบันการผลิตที่อยู่ใกล้ภูมิลำเนาตนเอง และเมื่อจบการศึกษามีการจัดระบบให้นักเรียนได้กลับไปทำงานในภูมิลำเนาของตนเอง

๒.๒ ส่งเสริมระบบการรับบุคลากรสายสุขภาพที่ปฏิบัติงานอยู่แล้วเข้ามาศึกษาต่อยอดในสาขาอาชีพที่ขาดแคลน และ/หรือมีการกระจายตัวไม่เหมาะสม และมีระบบจัดการให้บุคลากรเหล่านั้นกลับไปปฏิบัติงานในพื้นที่ที่ขาดแคลน

๒.๓ ภาครัฐยังจำเป็นต้องสนับสนุนงบประมาณในการผลิตกำลังคนด้านสุขภาพ โดยเฉพาะในกลุ่มที่รับตรงจากพื้นที่ขาดแคลน และมีการปรับระบบสนับสนุนงบประมาณให้ผ่านทางกระทรวงสาธารณสุขในฐานะผู้ใช้ (Demand side financing) โดยให้กำลังคนด้านสุขภาพเหล่านั้นทำสัญญาการทำงานโดยตรงกับกระทรวงสาธารณสุข และเมื่อมีการฝ่าฝืนสัญญาการทำงานให้นำเงินค่าปรับเข้ากระทรวงสาธารณสุข

๓. ขอให้คณะกรรมการขับเคลื่อนยุทธศาสตร์ พัฒนาการศึกษาระดับอุดมศึกษาสำหรับบุคลากรด้านสุขภาพในศตวรรษที่ ๒๑ ร่วมกับสถาบันการผลิตทั้งภาครัฐและเอกชน มีการปฏิรูประบบการผลิตทั้งในเรื่องการบริหารจัดการการศึกษาโดยกระบวนการ transformative learning และให้มีการปฏิรูปหลักสูตร/กระบวนการเรียนรู้ให้สอดคล้องกับความต้องการสุขภาพของประชาชนและบริบทของสังคมไทย

เอกสารผนวก ๔

การจัดทำ policy brief

ส่วนที่ ๑: ความเป็นมา

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

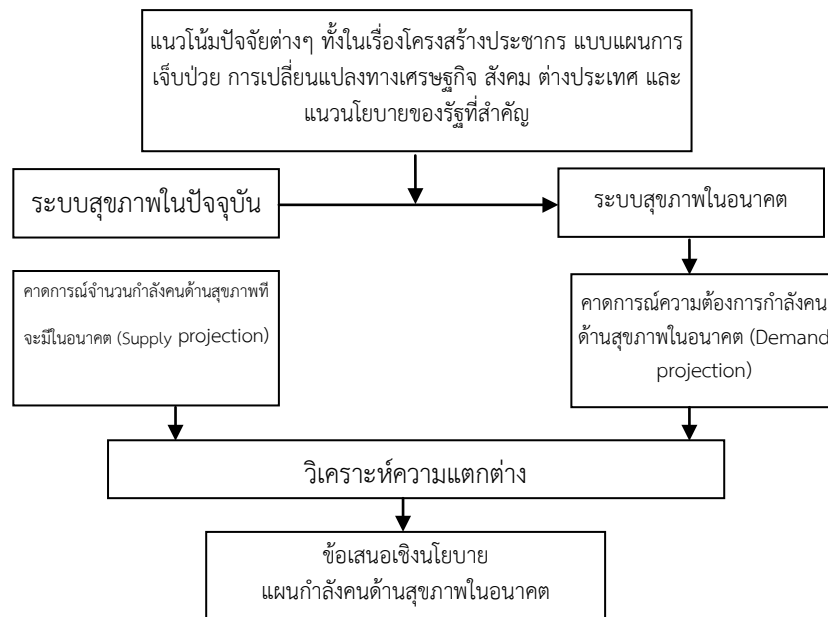
ในการวางแผนพัฒนาระบบบริการสาธารณสุข จึงต้องคิดเรื่องการวางแผนกำลังคนทั้งในเชิงปริมาณเชิงคุณภาพ ตลอดจนวางแผนการกระจายบุคลากรดังกล่าวให้เหมาะสมกับความต้องการของระบบสาธารณสุขและการเปลี่ยนแปลงทางเศรษฐกิจและสังคม การวางแผนกำลังคนด้านสุขภาพมีความจำเป็นต้องใช้สมมติฐานระบบสุขภาพในอนาคตร่วมกันในแต่ละวิชาชีพ เพื่อให้เกิดการบูรณาการการใช้บุคลากรระหว่างวิชาชีพ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

เพื่อให้การวางแผนกำลังคนด้านสุขภาพของประเทศไทยเกิดความบูรณาการ คณะกรรมการกำลังคนด้านสุขภาพแห่งชาติ ได้มีมติ เมื่อวันที่ ๖ กรกฎาคม ๒๕๕๘ เห็นชอบให้แต่งตั้งคณะกรรมการวางแผนกำลังคนด้านสุขภาพของประเทศในทศวรรษหน้า (พ.ศ.๒๕๖๐-๒๕๖๙) โดยมีวัตถุประสงค์หลัก คือ เพื่อสังเคราะห์ข้อเสนอเชิงนโยบายในการวางแผนความต้องการกำลังคนด้านสุขภาพในทศวรรษหน้า

วัตถุประสงค์เฉพาะ

๑. เพื่อศึกษาสถานการณ์และแนวโน้มของระบบสุขภาพและผลกระทบต่อความต้องการกำลังคนด้านสุขภาพทั้งในเชิงปริมาณและคุณภาพ
๒. เพื่อศึกษาสถานการณ์และแนวโน้มของปัจจัยต่างๆที่เกี่ยวข้องกับการผลิตกำลังคนด้านสุขภาพ
๓. เพื่อสังเคราะห์ข้อเสนอทางเลือกเชิงนโยบายการวางแผนกำลังคนให้สอดคล้องกับสถานการณ์ในอนาคต

กรอบแนวคิด



วิธีการดำเนินการ

จัดตั้ง ๑๕ คณะทำงานย่อยเพื่อดำเนินการศึกษา ประกอบด้วย

๑. กลุ่มวิชาชีพ ประกอบด้วย ๙ วิชาชีพ ดังนี้ แพทย์ พยาบาล ทันตสาธารณสุข เภสัชกร เทคนิคการแพทย์ กายภาพบำบัด สาธารณสุข แพทย์แผนไทย และสัตวแพทย์
๒. กลุ่ม Setting ประกอบด้วย
 - ๑) Service settings ประกอบด้วย ปฐมภูมิ ทติยภูมิ และ ตติยภูมิ
 - ๒) Non-service settings ประกอบด้วย กลุ่มอุตสาหกรรมยา กลุ่มควบคุมและป้องกันโรค และกลุ่มอาชีวอนามัยและสิ่งแวดล้อม

เพื่อให้การวางแผนครั้งนี้มีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วน แต่ละกลุ่มจึงได้จัดตั้งคณะทำงานขึ้นมาโดยมีองค์ประกอบทั้งผู้ใช้จากภาครัฐและเอกชน ผู้ผลิต สภาวิชาชีพ และภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง จำนวน ๑๐-๑๕ คน

ส่วนที่ ๒ ผลการศึกษา

๒.๑ ระบบสุขภาพที่พึงประสงค์

ความหมาย

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

ปรัชญาและแนวคิดหลักของระบบสุขภาพ

๑. สุขภาพเป็นสิทธิขั้นพื้นฐานของประชาชน ทั้งในระดับบุคคล ระดับครอบครัว ระดับชุมชน และสังคมวงกว้างทุกระดับ โดยครอบคลุมทั้งการเข้าถึงบริการสาธารณสุขในมิติต่างๆ ทั้งการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาพยาบาลและการฟื้นฟูสุขภาพ รวมทั้งการได้รับการสนับสนุนปัจจัยต่างๆที่ส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค
๒. ประชาชนมีหน้าที่ปกป้องคุ้มครองและดูแลสุขภาพของตนมิให้เกิดความเสียหายทางสุขภาพ โดยไม่ตั้งอยู่ในความประมาท หรือหลีกเลี่ยงพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม รวมทั้งมีความรับผิดชอบต่อการกระทำของตนโดยเจตนาที่อาจก่อให้เกิดความเสียหายต่อสุขภาพของบุคคลอื่น หรือชุมชน หรือสังคมวงกว้าง
๓. ระบบสุขภาพ เป็นระบบความสัมพันธ์ทั้งหมดที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ โดยมีระบบการบริการสาธารณสุขเป็นส่วนหนึ่งของระบบสุขภาพ ระบบสุขภาพเป็นส่วนหนึ่งของระบบสังคมและระบบความมั่นคงของประเทศ การกำหนดนโยบายสาธารณะใดๆ จึงต้องให้ความสำคัญกับมิติทางสุขภาพที่เกี่ยวข้องหรือได้รับผลกระทบด้วย
๔. ระบบสุขภาพจะต้องตั้งอยู่บนพื้นฐานของหลักคุณธรรม จริยธรรม มนุษยธรรม ธรรมาภิบาล ความรู้ และปัญญา โดยให้ความสำคัญกับศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ ความเป็นธรรม ความเท่าเทียมกันในสังคม ความสอดคล้องกับชีวิต วัฒนธรรม ภูมิสังคมและภูมินิเวศ รวมทั้งต้องคำนึงถึงหลักการพัฒนาอย่างเป็นองค์รวม อย่างยั่งยืน และอย่างมีส่วนร่วมของประชาชนและองค์กรทุกระดับ และทุกภาคส่วน

เป้าประสงค์ (Goals) ของระบบสุขภาพ

- ๑) ระบบบริการที่มีคุณภาพ (Quality) เป็นระบบบริการที่มีมาตรฐาน มีความปลอดภัย (Standard and safety) และมีความต่อเนื่อง (Continuity) ทั้งในกรณีของการส่งต่อเพื่อการมารับการรักษาในสถานพยาบาลระดับที่เหมาะสม และดูแลต่อเนื่องในระยะยาว

- ๒) ระบบบริการที่มีประสิทธิภาพ (Efficiency) ที่กระจายและใช้ทรัพยากรอย่างคุ้มค่า ให้เกิดการใช้จ่ายเพื่อดูแลสุขภาพ (Cost effectiveness) และมีการบริหารจัดการ (Administrative)
- ๓) ระบบบริการที่ส่งเสริมความเป็นธรรมสำหรับประชาชน (Equity) โดยประชาชนจะได้รับการดูแลสุขภาพแตกต่างกันไปตามความจำเป็นทางด้านสุขภาพ และทำให้ประชาชนที่มีความต้องการด้านสุขภาพเหมือนกัน จะได้รับการดูแลสุขภาพที่ใช้มาตรฐานเดียวกัน
- ๔) ระบบที่เป็นที่ยอมรับ และสามารถตอบสนองต่อความคาดหวังในการมารับบริการของประชาชนได้ (Social accountability)
- ๕) ระบบที่มีความยั่งยืน (Sustainability) ไม่เป็นภาระกับระบบการเงินการคลังของประเทศ

คุณลักษณะสำคัญของระบบบริการสุขภาพที่พึงประสงค์

- ๑) มุ่งเน้นให้ประชาชนมีศักยภาพในการดูแลสุขภาพของตนเอง (Self-care)
 - ๑.๑ ประชาชนมีความแตกฉานด้านสุขภาพ (Health literacy) โดยมีทักษะต่างๆในการรับรู้และทางสังคม ซึ่งจะเป็นตัวกำหนดแรงจูงใจและความสามารถของประชาชน ในการที่จะเข้าถึงเข้าใจ และใช้ข้อมูลในวิธีการต่างๆ เพื่อส่งเสริมและดูแลรักษาสุขภาพของตนเองให้ดียิ่งขึ้น
 - ๑.๒ ประชาชนสามารถเข้าถึงข้อมูลทางสุขภาพที่จำเป็นได้โดยไม่มีข้อจำกัดใดๆ
- ๒) ส่งเสริมการบริการระดับปฐมภูมิ (Primary care)
 - ๒.๑ ให้ความสำคัญกับการดูแลสุขภาพอย่างต่อเนื่อง เน้นความสัมพันธ์ การเอาใจใส่ดูแลสุขภาพระหว่างผู้ให้บริการและประชาชน
 - ๒.๒ เป็นทางเลือกที่เป็นที่ยอมรับ มีความยืดหยุ่น ไม่จำกัดด้วยขอบเขตหรือสภาพภูมิศาสตร์ หรือเขตการปกครอง
 - ๒.๓ บูรณาการระบบจัดการสุขภาพในบริการระดับปฐมภูมิในครอบครัว ซึ่งอาจให้มีผู้จัดการสุขภาพ (Care manager)
 - ๒.๔ ให้การดูแลสุขภาพรองรับความต้องการสุขภาพในระดับทุติยภูมิและตติยภูมิ ผ่านระบบส่งต่อผู้ป่วยให้เสมือนไร้รอยต่อ ทั้งขาขึ้นและขาล่อง สามารถดูแลได้เบ็ดเสร็จในเขตสุขภาพที่กำหนด
 - ๒.๕ จัดระบบที่ครอบคลุมถึงการสร้างเสริมสุขภาพ (Health promotion) การควบคุมและป้องกัน (Health prevention) รวมทั้งการดูแลสุขภาพภาวะแวดล้อมที่เอื้อต่อการส่งเสริมสุขภาพ และการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ ภายใต้ความร่วมมืออย่างบูรณาการระหว่างภาครัฐ ภาคเอกชน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และภาคประชาชน
 - ๒.๖ ใช้ความก้าวหน้าของเทคโนโลยีสารสนเทศเป็นเครื่องมือในการให้บริการสุขภาพ
 - ๒.๗ อาจจัดโครงสร้าง หรือมีการจัดการของระบบที่แตกต่างกันเป็นกลุ่มๆ ให้เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่
 - ๒.๘ ผู้ให้บริการประจำครอบครัว อาจกำหนดเป็นบุคคลหรือหน่วยงานก็ได้

๒.๙ รัฐควรมีนโยบายระยะยาวที่ชัดเจน ในการลงทุนและสนับสนุนกลุ่มผู้ให้บริการ ทั้งส่วนที่เป็นผู้ประกอบวิชาชีพ และบุคลากรปฏิบัติงานสนับสนุน และส่งเสริมการมีส่วนร่วมของภาคเอกชน ในการให้บริการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในสัดส่วนที่เหมาะสม

๓) พัฒนาเครือข่ายบริการสุขภาพในรูปแบบ “เขตบริการสุขภาพ”

๓.๑ จัดบริการเครือข่ายไร้รอยต่อ (Seamless Health Service Network) ที่สามารถเชื่อมโยงบริการทั้ง ๓ ระดับตั้งแต่ ปฐมภูมิ ทติยภูมิ และตติยภูมิ เข้าไว้ด้วยกัน

๓.๒ จัดให้มีเครือข่ายระดับจังหวัด (Provincial Health Service Network) โดยที่เครือข่ายจะต้องพัฒนาประสิทธิภาพในการบริการให้สูงขึ้นตามมาตรฐานที่จะกำหนดขึ้น ประกอบด้วยโรงพยาบาลทั่วไปที่อยู่ในระดับมาตรฐานเป็นแม่ข่าย และรับผิดชอบการจัดบริการของโรงพยาบาลระดับตติยภูมิและเครือข่ายบริการปฐมภูมิ ทั้งนี้การบริหารเครือข่ายใช้รูปแบบคณะกรรมการ

๓.๓ มีการจัดระดับโรงพยาบาลรับผู้ป่วยส่งต่อ (Referral Hospital Cascade) ตามขีดความสามารถของโรงพยาบาลแต่ละระดับ เพื่อใช้ทรัพยากรภายในเครือข่ายที่มีอย่างจำกัดให้มีประสิทธิภาพ หลีกเลี่ยงการลงทุนที่ซ้ำซ้อน ขจัดภาพการแข่งขันกันและให้ประชาชนได้รับผลประโยชน์สูงสุด

๓.๔ เครือข่ายบริการสุขภาพ จะต้องเชื่อมโยงสถานบริการทุกระดับทั้งในส่วนกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงอื่นๆ โดยมีการใช้วางแผนการพัฒนาและการใช้ทรัพยากรร่วมกัน ผ่านการเชื่อมโยงข้อมูลทรัพยากรด้านสุขภาพที่สำคัญ

๓.๕ เครือข่ายบริการสุขภาพมีความครอบคลุมพื้นที่ ๔-๘ จังหวัด ดูแลประชากรประมาณ ๕ ล้านคน โดยมีคณะกรรมการบริหารเครือข่าย ทำหน้าที่ดูแลระบบบริการ เพื่อให้ประชาชนในพื้นที่บริการได้รับบริการที่มีคุณภาพ มีมาตรฐาน ทัวถึง และเป็นธรรม ภายใต้ระบบจัดการที่มีเอกภาพ

๔) สร้างความเข้มแข็งให้กับระบบ Gatekeeper

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

๕) พัฒนาบริการสุขภาพทุกระดับให้มีมาตรฐานด้านคุณภาพและความปลอดภัยสูงสุด(Quality and Safety)

- ๕.๑ มีกลไกกลางในการกำหนดมาตรฐานในการดูแลรักษาผู้ป่วย (Clinical practice guideline – CPG)
- ๕.๒ มีระบบพัฒนาคุณภาพ (Quality assurance) อย่างต่อเนื่อง
- ๕.๓ ส่งเสริมการใช้ เวชปฏิบัติหลักฐานเชิงประจักษ์ (Evidence-based practice) เพื่อเป็นการตัดสินใจวิธีการรักษาหรือดูแลผู้ป่วย/ผู้รับบริการโดยพิจารณาจากหลักฐานที่ดีที่สุดซึ่งมีความชัดเจน และมีเหตุมีผลที่มีอยู่ในขณะนั้นอย่างรอบคอบ
- ๖) ส่งเสริมความมั่นคงทางยาและเทคโนโลยีทางการแพทย์
- ๖.๑ คนไทยทุกคนสามารถเข้าถึงยา เทคโนโลยีทางการแพทย์และบุคลากรสาธารณสุขที่มีคุณภาพตามชุดสิทธิประโยชน์หลัก ในขณะที่ระบบยังสามารถเอื้อให้สามารถนำเทคโนโลยีทางการแพทย์สมัยใหม่ที่มีความก้าวหน้า แต่อาจมีราคาแพงมากมาลองใช้หรือเริ่มใช้ในวงจำกัดก่อนขยายไปสู่การใช้ในวงกว้างได้ เมื่อมีความคุ้มค่าและความพร้อมในการจัดการอย่างไรก็ตามการเลือกใช้เทคโนโลยีทางการแพทย์ต้องผ่านการประเมินเทคโนโลยีตามกฎหมายก่อน ซึ่งจะมีความสำคัญมากขึ้น เพื่อการจัดสรรงบประมาณด้านสุขภาพให้เกิดประโยชน์สูงสุด และเป็นไปเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชน
- ๖.๒ ส่งเสริมความเข้มแข็งของอุตสาหกรรมยา ชีววัตถุ และสมุนไพรในประเทศ ให้สามารถพึ่งพาตนเองได้อย่างมั่นคงและยั่งยืน
- ๗) ส่งเสริมการมีส่วนร่วมของภาคเอกชน (Public-private partnership-PPP)
- รัฐควรเปิดโอกาสให้ภาคเอกชนเข้ามามีส่วนร่วมในการจัดบริการสุขภาพ โดยคำนึงถึงความคุ้มค่า ประสิทธิภาพและประโยชน์ต่อประชาชนเป็นสูงสุด
- ๘) พัฒนาระบบในการตอบสนองต่อภาวะฉุกเฉิน (Crisis response)
- ๘.๑ ทำให้เกิดระบบการแพทย์ฉุกเฉินที่มีความคล่องตัวสูง และสามารถเชื่อมโยงเป็นเครือข่ายที่ให้การดูแลได้อย่างเหมาะสมและปลอดภัย
- ๘.๒ จัดระบบในการจัดการภาวะฉุกเฉินจากภัยพิบัติ เช่น น้ำท่วม แผ่นดินไหว รวมทั้งระบบในการรับมือกับโรคระบาดอุบัติใหม่ (Emerging infectious disease) ที่รุนแรงอย่างมีประสิทธิภาพ
- ๙) พัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยในระยะยาว (Long term care)
- ทำให้เกิดระบบและรูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะยาว ที่ใช้ศักยภาพความร่วมมือของตัวผู้ป่วย ครอบครัว และชุมชนอย่างเต็มศักยภาพ มากกว่าการพึ่งพาบริการจากสถานพยาบาล
- ๑๐) ส่งเสริมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกเป็นการแพทย์คู่ขนานกับการแพทย์แผนปัจจุบัน

๑๑) พัฒนาระบบเพื่อการรองรับผู้มารับบริการชาวต่างชาติ

จัดระบบรองรับความต้องการด้านสุขภาพที่เพิ่มขึ้นจากผู้มารับบริการชาวต่างชาติ ทั้งในกลุ่มนักท่องเที่ยวเชิงการแพทย์ (Medical tourist) กลุ่มชาวต่างชาติในภูมิภาคอาเซียนที่จะเพิ่มมากขึ้น ภายหลังการเปิดเสรีทางการค้าในกลุ่มประเทศอาเซียน และกลุ่มแรงงานต่างด้าว โดยคำนึงหลักมนุษยธรรมและไม่กระทบต่อผู้รับบริการชาวไทย

๒.๒ สถานการณ์กำลังคนด้านสุขภาพในปัจจุบัน

ปัจจุบันกำลังคนด้านสุขภาพในวิชาชีพต่างๆขึ้นมากกว่าในอดีตพอสมควรจากการที่รัฐมีนโยบายเพิ่มการผลิตอย่างต่อเนื่อง จำนวนบุคลากรในวิชาชีพต่างๆ แสดงในตารางที่ ๑

ตารางที่ ๑ จำนวนกำลังคนด้านสุขภาพสาขาอาชีพต่างๆ ที่มีอยู่ในปัจจุบัน

	จำนวนที่มีอยู่(คน)	สัดส่วนต่อประชากร	แหล่งข้อมูล
กลุ่มวิชาชีพ			
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	http://gishealth.moph.go.th/healthmap/resource.php สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข
• เจ้าหน้าที่งานสาธารณสุขชุมชน	27,006	2,419	http://gishealth.moph.go.th/healthmap/resource.php สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข
9. แพทย์แผนไทย/แผนไทยประยุกต์	30,371	2,151	สภาการแพทย์แผนไทย (2559)

สถานการณ์การผลิตกำลังคนด้านสุขภาพในปัจจุบัน

ศักยภาพในการผลิตกำลังคนด้านสุขภาพทั้งจากภาครัฐและเอกชน แสดงในตารางที่ ๒ อย่างไรก็ตาม ไม่ได้รวมถึงบุคลากรที่จบการศึกษาจากต่างประเทศ ซึ่งในแต่ละวิชาชีพมีจำนวนไม่มากนัก

ตารางที่ ๒ ความสามารถในการผลิตกำลังคนด้านสุขภาพสาขาอาชีพต่างๆ

	จำนวนแหล่งผลิต			อัตราการผลิต(คน) /ปี
	รัฐ	เอกชน	รวม	
กลุ่มวิชาชีพ				
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/แผนไทยประยุกต์	N/A	N/A	27	1,080

* จำนวนนักศึกษาที่กำลังศึกษาอยู่จริง สํารวจโดยสถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข

ความต้องการกำลังคน (Demand) และจำนวนกำลังคนที่จะมีในอนาคต (Supply)

การคาดการณ์ความต้องการกำลังคนด้านสุขภาพในวิชาชีพต่างๆ ในการศึกษาใช้วิธีการที่หลากหลาย ผลการคาดการณ์จำนวนกำลังคนที่ต้องการในอนาคต มีหน่วยเป็น Full time equivalent (FTE) และการคาดการณ์จำนวนกำลังคนที่จะมีในอนาคต (ปี ๒๕๖๙) มีหน่วยนับเป็นคน นอกจากนี้ตารางที่ ๓ ยังแสดงสัดส่วนบุคลากรที่ต้องการในอนาคตต่อประชากร (health workforce per population) เพื่อเปรียบเทียบกับจำนวนที่มีอยู่จริงในปัจจุบัน (ตารางที่ ๑)

ตารางที่ ๓ การคาดการณ์ความต้องการ (Demand projection) และจำนวนกำลังคนด้านสุขภาพสาขาอาชีพต่างๆ (Supply projection) ในปี ๒๕๖๙

	กำลังคนด้านสุขภาพ ที่ต้องการ (HWF demand) ในปี ๒๕๖๙			กำลังคนด้านสุขภาพ ที่จะมี (HWF supply) ในปี ๒๕๖๙	กำลังคนด้านสุขภาพที่ ต้องการในปี ๒๕๖๘ ต่อ ประชากร ประชากรปี 2569 = 66,379,051 คน	กำลังคนด้านสุขภาพที่จะ มีในปี ๒๕๖๘ ต่อ ประชากร 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						
10. แพทย์	38,236 – 46,946	44,736 – 53,446	-	63,065	1,241 – 1,736	1,044
11. พยาบาล						
• พยาบาล	194,205-237,870	215,565	-	180,992 ¹ -193,048 ²	275-341	344 - 367
• ผู้ช่วยพยาบาล		53,891		-	-	
12. 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	
13. เภสัชกร	14,020-17,135 ³	47,786-64,700 ⁴	-	39,913	2,208-2,758 ⁵	1,663
14. เทคนิคการแพทย์	12,571-15,363	27,198-28,592	-	23,942	2,321-2,440	2,772
15. กายภาพบำบัด	5,734-7,008	8,566-9,099	7,066-9,476	11,665	7,432-7,750	5,690
16. สัตวแพทย์	-	11,839	-	10,252	5,606	6,475
17. สาธารณสุข	60,607	53,013	-	128,729 – 142,997	1,095-1,250	464 – 516
18. แพทย์แผนไทย/แผนไทย ประยุกต์	12,279-15,178	13,459 – 16,553	-	19,080	4,011 - 4,932	3,749

หมายเหตุ

แพทย์	วิธีที่ ๑ Health demand โดยใช้ Service utilization และคาดการณ์ในอนาคตโดยใช้การเปลี่ยนแปลงจำนวนประชากร ที่คิดสัดส่วนอายุ (Age adjusted) ส่วนวิธีที่ ๒ ในระดับ primary care ใช้จำนวนแพทย์ ๖,๕๐๐ คนตามนโยบาย Primary Care Cluster ที่กำหนดให้แพทย์ในระดับปฐมภูมิเท่ากับ ๑:๑๐,๐๐๐
พยาบาล	วิธีที่ ๑ Health demand ส่วนวิธีที่ ๒ ใช้ Health demand ร่วมกับใช้ Service target สำหรับผู้ป่วยสูงอายุที่ติดเตียงอยู่ที่บ้านและในชุมชน ¹ ใช้ฉลากพรรณคนที่พยาบาลมีอายุงานเฉลี่ยที่ ๒๒ ปี ² ใช้ฉลากพรรณคนที่มีการดำรงรักษา สามารถให้พยาบาลมีอายุงานเฉลี่ยที่ ๒๕ ปี
ทันตบุคลากร	วิธีที่ ๑ ใช้ Health demand วิธีที่ ๒ เป็น Mixed method โดยใช้ Health demand ร่วมกับการกำหนดเป้าหมายบริการ(Service target) และวิธีที่ ๓ ใช้ Modified population ratio
เภสัชกร	³ วิธีที่ ๑ ใช้ Health demand approach คาดการณ์เฉพาะความต้องการเภสัชกรในสถานพยาบาลเท่านั้น ⁴ วิธีที่ ๒คาดการณ์โดยใช้System dynamic modelingภายใต้ 2 สถานการณ์ คือ กำลังคนที่มีน้อยที่สุดใน การส่งมอบบริการภายใต้ระบบบริการสุขภาพปัจจุบัน และกำลังคนที่เพียงพอสำหรับการส่งมอบบริการที่พึงประสงค์ และคิดครอบคลุมเภสัชกรทั้งในสาขา โรงพยาบาล ร้านยา อุตสาหกรรมยา คุ่มครองผู้บริโภค และการศึกษา ⁵ การคำนวณอัตราส่วนเภสัชกรต่อประชากรใช้จำนวนเภสัชกรที่ปฏิบัติงานในส่วนของการบริการผู้ป่วยเท่านั้น ได้แก่ งานบริการจ่ายยาผู้ป่วยนอกในโรงพยาบาล งานเภสัชกรรมในร้านยา และงานเภสัชกรรมปฐมภูมิ ทั้งนี้เพื่อให้สามารถนำอัตราส่วนไปเปรียบเทียบในระดับนานาชาติได้ เนื่องจากประเทศไทยเภสัชกรมีบทบาทวิชาชีพในสาขาอื่นๆ ที่แตกต่างกันไป เช่น เภสัชกรในโรงงานอุตสาหกรรม เภสัชกรการตลาด เภสัชกรคุ่มครองผู้บริโภค ซึ่งไม่ได้ปฏิบัติวิชาชีพที่เป็นการบริการผู้ป่วยโดยตรง
เทคนิคการแพทย์	วิธีที่ ๑ ใช้ Health demand และคิดเฉพาะในส่วนที่ให้บริการในสถานพยาบาล สำหรับวิธีที่สอง คิดรวมนักเทคนิคการแพทย์ที่อยู่ในคลินิกเทคนิคการแพทย์เอกชน กลุ่ม academic และผู้บริหาร กลุ่มภาคธุรกิจ และกระจายน้ำยา ในส่วนของ Supply ในอนาคตได้คิดรวมเจ้าพนักงานวิทยาศาสตร์การแพทย์ไว้ด้วยแล้ว
กายภาพบำบัด	วิธีที่ ๑ ใช้Health demand และ วิธีที่ ๒ ใช้Health need ร่วมกับpopulation ratio Supply กายภาพ คำนวณจาก Activeและ อัตราสูญเสียต่อปีร้อยละ ๒
สาธารณสุข	วิธีที่ ๑ ใช้ Health demand คิดเฉพาะภาคให้บริการ (Service setting), วิธีที่ ๒ ใช้ population ratio คิดจากจำนวนสาธารณสุขต่อ ๑,๒๕๐ ประชากร
แพทย์แผนไทย	วิธีที่ ๑ และ ๒ ใช้ Health demand แต่ในวิธีที่ ๒ เพิ่มภาระงานที่ใช้ใช้งานบริการ (non-service activities) เช่น งานวิชาการ การประชุม ฯลฯ
สัตวแพทย์	ใช้วิธีคาดการณ์แบบ System dynamics approach โดยแบ่งสัตวแพทย์ออกเป็น 3 กลุ่ม ได้แก่ 1) สัตวแพทย์สัตว์เล็ก 2) สัตวแพทย์ปศุสัตว์ในส่วนบริษัทเอกชน 3) สัตวแพทย์ปศุสัตว์ในส่วนราชการ
กลุ่มควบคุมโรค	ใช้การคาดการณ์โดยวิธีการกำหนดเป้าหมาย (Service target)
อาชีวอนามัย	ใช้การคาดการณ์โดยวิธีการกำหนดเป้าหมาย (Service target)

ส่วนที่ ๓ ข้อเสนอเชิงนโยบาย

จากการศึกษา คณะทำงานมีข้อเสนอแนะเชิงนโยบายในภาพรวมดังต่อไปนี้

๔. ด้านอุปทาน(Supply)

๑.๑ ขอให้คณะกรรมการการอุดมศึกษาแห่งชาติ พิจารณาแผนการผลิตกำลังคนด้านสุขภาพในอนาคต ให้สอดคล้องกับคาดการณ์อุปสงค์และอุปทานของกำลังคนด้านสุขภาพสาขาต่างๆ ดังนี้

๑.๑.๑ ในวิชาชีพสาธารณสุข มีการผลิตที่มากเกินไปเกินความต้องการของประเทศในปัจจุบัน และหากคงอัตราการผลิตไว้เช่นนี้ ในอนาคตจะมีจำนวนเกินความต้องการของประเทศมาก ดังนั้นมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่จะทบทวนจำนวนการผลิต และเร่งปรับสมรรถนะบัณฑิตให้สอดคล้องกับความต้องการของระบบสุขภาพมากขึ้น

๑.๑.๒ ในวิชาชีพชีพแพทย์ ทันตแพทย์ กายภาพบำบัด และแพทย์แผนไทย/แผนไทยประยุกต์ ในอีก ๑๐ ปี จะมีความเพียงพอจนถึงเกินความต้องการของประเทศ ดังนั้น การเพิ่มการผลิตในวิชาชีพเหล่านี้ จำเป็นต้องใช้ความระมัดระวังเป็นอย่างยิ่ง

๑.๑.๓ ในวิชาชีพพยาบาล เภสัชกร เทคนิคการแพทย์ และสัตวแพทย์ แม้ว่าจำนวนบุคลากรในอีก ๑๐ ปี ข้างหน้า จะยังต่ำกว่าจำนวนบุคลากรที่ประเทศต้องการ แต่พบว่าต่ำกว่าในสัดส่วนที่ไม่มากนัก นโยบายการผลิตบุคลากรเหล่านี้เพิ่มจากอัตราการผลิตรวมในปัจจุบัน อาจจะไม่มีความจำเป็น แต่สามารถใช้การบริหารจัดการ เช่น การเพิ่มผลิตภาพ หรือใช้มาตรการลดอัตราการสูญเสียของบุคลากร ก็จะสามารถจัดการความขาดแคลนได้

๑.๒ การผลิตกำลังคนด้านสุขภาพของประเทศ จำเป็นต้องมุ่งเน้นการผลิตเพื่อแก้ปัญหาการกระจายกำลังคน เพื่อให้เกิดการเข้าถึงบริการโดยกำลังคนด้านสุขภาพที่มีคุณภาพอย่างเท่าเทียมของประชาชน ขอให้คณะกรรมการการอุดมศึกษาแห่งชาติ สถาบันการผลิตทั้งภาครัฐและเอกชน และกระทรวงสาธารณสุข ดำเนินการดังต่อไปนี้

๑.๒.๑ ปรับระบบการรับผู้เข้าเรียน ให้ความสำคัญรับนักเรียนจากพื้นที่ขาดแคลนให้มากขึ้น โดยเฉพาะในสาขาอาชีพที่มีการกระจายตัวอย่างไม่เหมาะสมทางภูมิศาสตร์ (Geographical maldistribution) ให้นักเรียนเหล่านั้นเข้าศึกษาในสถาบันการผลิตที่อยู่ใกล้ภูมิลำเนาตนเอง และเมื่อจบการศึกษาให้มีการจัดระบบให้นักเรียนได้กลับไปทำงานในภูมิลำเนาของตนเอง

๑.๒.๒ ส่งเสริมระบบการรับบุคลากรสายสุขภาพที่ปฏิบัติงานอยู่แล้วเข้ามาศึกษาต่อยอดในสาขาอาชีพที่ขาดแคลน และ/หรือมีการกระจายตัวไม่เหมาะสม และมีระบบจัดการให้บุคลากรเหล่านั้นกลับไปปฏิบัติงานในพื้นที่ที่ขาดแคลน

๑.๒.๓ ภาครัฐยังจำเป็นต้องสนับสนุนงบประมาณในการผลิตกำลังคนด้านสุขภาพ โดยเฉพาะในกลุ่มที่รับตรงจากพื้นที่ขาดแคลน และมีการปรับระบบสนับสนุนงบประมาณให้ผ่านทางกระทรวงสาธารณสุขในฐานะผู้ใช้ (Demand side financing) โดยให้กำลังคนด้านสุขภาพเหล่านั้นทำสัญญาการทำงานโดยตรงกับกระทรวงสาธารณสุข และเมื่อมีการฝ่าฝืนสัญญาการทำงานให้นำเงินค่าปรับเข้ากระทรวงสาธารณสุข

๑.๓ ขอให้คณะกรรมการขับเคลื่อนยุทธศาสตร์ พัฒนาการศึกษาระดับอุดมศึกษาด้านสุขภาพในศตวรรษที่ ๒๑ ร่วมกับสถาบันการผลิตทั้งภาครัฐและเอกชน มีการปฏิรูประบบการผลิตทั้งในเรื่องการบริหารจัดการการศึกษาโดยกระบวนการ transformative learning และให้มีการปฏิรูปหลักสูตร/กระบวนการเรียนรู้ให้สอดคล้องกับความต้องการสุขภาพของประชาชนและบริบทของสังคมไทย

๕. ด้านอุปสงค์ (Demand)

๒.๑ เพื่อให้การบริหารจัดการกำลังคนด้านสุขภาพให้เกิดประสิทธิภาพสูงสุด ขอให้กระทรวงสาธารณสุขในฐานะเป็น National Health Authority ดำเนินการดังนี้

๒.๑.๑ เพื่อให้เกิดประสิทธิภาพสูงสุดและมี การจัดการต้องอยู่บนฐานของการมีส่วนร่วมวิชาชีพ (Skill mix) ที่เหมาะสม และมีระบบสนับสนุนการถ่ายโอนภารกิจบางอย่างที่ไม่จำเป็นต้องทำโดยบุคลากรวิชาชีพสุขภาพ (Task shifting) ไปยังบุคลากรกลุ่ม informal เช่น อาสาสมัคร ผู้ดูแลสุขภาพ รวมทั้งบุคลากรภายนอกสายสุขภาพ

๒.๑.๒ ส่งเสริมความเข้มแข็งในการจัดระบบบริการปฐมภูมิ ภายใต้การมีส่วนร่วมของประชาชน, ผู้ให้บริการสาธารณสุขทุกภาคส่วนและองค์กรที่เกี่ยวข้องในทุกระดับ โดยมุ่งเน้นการสร้างเสริมสุขภาพ และถ่ายโอนผู้รับบริการที่พ้นระยะวิกฤติจากหน่วยบริการระดับทุติยภูมิหรือจากระดับตติยภูมิมารับบริการที่ใกล้บ้านมากขึ้น เพื่อเป็นการใช้ทรัพยากรสุขภาพทั้งกำลังคน เครื่องมือ อุปกรณ์ รวมทั้ง facility ของโรงพยาบาลอย่างมีประสิทธิภาพ อีกทั้งลดรายจ่ายของประชาชน เพื่อเป็นการสร้างความยั่งยืนด้านการคลังสุขภาพในระยะยาว

๒.๑.๓ เพิ่มผลิตภาพ (Productivity) ของกำลังคนด้านสุขภาพ โดยสนับสนุนการใช้เทคโนโลยีทดแทนหรือกำลังคนทดแทน เพื่อให้มีการใช้ประโยชน์จากกำลังคนวิชาชีพด้านสุขภาพอย่างเหมาะสม และสนับสนุนการพัฒนาปรับปรุงกระบวนการทำงานเพื่อลดการสูญเสีย รวมทั้งให้มีระบบประเมินผลิตภาพและจัดให้มีระบบการพัฒนากำลังคนอย่างต่อเนื่อง ตลอดจนการสนับสนุนการพัฒนานวัตกรรมเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการทำงาน

๒.๑.๔ จัดให้มีมาตรการในการธำรงรักษากำลังคนด้านสุขภาพในพื้นที่ที่เหมาะสมและมีประสิทธิภาพ โดยประกอบด้วยมาตรการที่หลากหลาย ได้แก่ ระบบการจ้างงาน ระบบค่าตอบแทน ระบบความก้าวหน้า

๒.๒ ขอให้สถานบริการภาคเอกชนและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น มีส่วนร่วมในการทำแผนจัดบริการแก่ประชาชนของแต่ละเขตบริการ เพื่อเป็นการใช้ทรัพยากรด้านสุขภาพร่วมกัน และเป็นการแก้ไขปัญหาการกระจายกำลังคนด้านสุขภาพที่ไม่เหมาะสม

๖. ด้านการควบคุมกำกับ (Regulator)

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