การจัดการกำลังคนแพทย์ของไทยในอนาคต

โดย

พลอากาศตรี อิทธพร คณะเจริญ
เลขาธิการแพทยสภา
แพทยสภา

นักศึกษาวิทยาลัยป้องกันราชอาณาจักร
หลักสูตรการป้องกันราชอาณาจักร รุ่นที่ 62
ประจำปีการศึกษา พุทธศักราช 2562 - 2563

หนังสือรับรอง

วิทยาลัยป้องกันราชอาณาจักร สถาบันวิชาการป้องกันประเทศ ได้อนุมัติให้เอกสารวิจัยส่วนบุคคล เรื่อง “การจัดการกำลังพลแพทย์ของไทยในอนาคต” ลักษณะวิชา ยุทธศาสตร์ ของ พลอากาศตรี อิทธพร คณะเจริญ เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร การป้องกันราชอาณาจักร รุ่นที่ 62 ประจำปีการศึกษาพุทธศักราช 2562 - 2563

พลโท

(พิสัณห์ ปฐมเอม)
ผู้อำนวยการวิทยาลัยป้องกันราชอาณาจักร
สถาบันวิชาการป้องกันประเทศ

บทคัดย่อ

เรื่อง การจัดการกำลังคนแพทย์ของไทยในอนาคต

ลักษณะวิชา สังคมจิตวิทยา

ผู้วิจัย พลอากาศตรี นายแพทย์อิทธพร คณะเจริญ **หลักสูตร** วปอ. **รุ่นที่** 62

การวิจัยเรื่อง การจัดการกำลังคนแพทย์ของไทยในอนาคต มีวัตถุประสงค์ของการวิจัยเพื่อศึกษาวิเคราะห์ เพื่อศึกษาปัญหาและอุปสรรคด้านอัตรากำลังคนแพทย์ในประเทศไทย และเสนอแนะแนวทางการพัฒนาบทบาทด้านอัตรากำลังคนแพทย์ของทั้งภาครัฐและเอกชนต่อการเปลี่ยนแปลงในปัจจัยต่าง ๆ การวิจัยเป็นการการวิจัยเชิงคุณภาพ

ผลการวิจัยพบว่า จากการศึกษาความต้องการวิชาชีพแพทย์ ภายใต้เงื่อนไขระบบสุขภาพยังเป็นอยู่ในปัจจุบัน และพฤติกรรมการใช้บริการสุขภาพของคนไทยยังไม่เปลี่ยนแปล โดยมีปัจจัยการเปลี่ยนแปลงที่สำคัญ คือ จำนวนประชากรที่เพิ่มขึ้น และสัดส่วนโครงสร้างอายุของประชากรเปลี่ยนแปลงเท่านั้น ได้ข้อสรุปความต้องการแพทย์ในการให้บริการด้านสุขภาพทั้งประเทศในอีก 10 ปีข้างหน้า ควรต้องมีแพทย์ทั่วไปอยู่ที่ 43,000 คน (WHO 1:1500) โดยในส่วนนี้ควรเป็นแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว 6,500 คน (1:10,000) ตามนโยบาย Primary care cluster (PCC) โดยจำนวนแพทย์ทั่วไปและเวชศาสตร์ครอบครัวที่ควรมีคือ 38,236 – 46,946 คน โดยคิดเป็นความต้องการแพทย์อยู่ระหว่าง 1,241 - 1,763 คน เมื่อเปรียบเทียบกับจำนวนแพทย์ที่จะมีนอนาคตภายใต้สมมติฐานไม่มีกรเปลี่ยนแปลงกำลังการผลิตแพทย์ ในอนาคต 10 ปีข้างหน้าประเทศไทยจะมีแพทย์ที่ทำงาน เท่ากับ 75,000 คน โดยเป็นผู้เชี่ยวชาญ 45,000 คน และแพทย์ทั่วไป และแพทย์เวชตสตร์ครอบครัว 30,000 คน เมื่อนำมาเปรียบเทียบกับความต้องการแพทย์ในอีก 10 ปีข้างหน้า จำนวนแพทย์ที่ประเทศไทยจะมีน้อยกว่าความต้องการแพทย์ ถึง 13,000 คน และอัตราการผลิตแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว ปัจจุบันปีละ 180 คน รวมยอดสะสม อยู่เพียง 2,700 คน (ไม่นับอนุมัติบัตรที่ไม่ได้ผ่านการอบรม) ยังต่ำกว่าเป้าหมาย ถึง 3,800 คน โดยมีจำนวนแพทย์รวมขึ้นทะเบียนประมาณการ 100,000 คน แต่อยู่วัยทำงาน 75,000 คน โดยมีผู้เกษียณซึ่งส่วนหนึ่งดูแลผู้ป่วยได้ไม่ต่ำกว่า 10,000 คน การปรับจำนวนการผลิตแพทย์จะเป็นสิ่งที่ตามมากล่าวคือ แพทย์ที่เกี่ยวข้องกับเด็กอาจต้องพิจารณาจำนวนการผลิตใหม่ เนื่องจะมีจำนวนเด็กลดลง ขณะที่ผู้สูงวัยมากขึ้น ต้องเพิ่มจำนวนเพื่อให้สัดส่วนพอเพียงดูแลในระยะยาว ตลอดจนต้องเกิดความเชี่ยวชาญสาขาใหม่ เช่น ด้านเทคโนโลยีข้อมูล และสารสนเทศ ด้านจีโนมิกส์ ด้านปัญญาประดิษฐ์ ด้านหุ่นยนต์ ด้านแพทย์ทางไกลหรือโทรเวช และด้านเทคโนโลยีอวัยวะเทียม และการเปลี่ยนอวัยวะ เป็นต้น อย่างไรก็ตามถึงแม้ว่าจำนวนแพทย์ในอีก 10 ปีข้างหน้าจะมีมากกว่าปัจจุบัน แต่ปัญหาการกระจายทางภูมิศาสตร์

โดยเฉพาะในพื้นที่ชนบทขาดแคลน หรือแม้กระทั่งในเมืองใหญ่อย่างกรุงเทพ บางพื้นที่ประชาชนก็ยังเข้าถึงบริการทาการแพทย์ที่มีคุณภาพโดยแพทย์อย่างไม่เท่เทียมกันต้องเร่งแก้ไข เพื่อสร้างสุขภาพที่ดีและคุ้มครองความเจ็บป่วยให้กับทุกคนโดยเท่าเทียมกัน

ข้อเสนอแนะ ควรตั้งคณะทำงานวางแผนแก้ไขการกระจายการให้บริการสาธารณสุขด้วยเทคโนโลยี และกลไกต่าง ๆ เพิ่มจากการกระจายกำลังคนให้เกิดความยั่งยืน เพราะการเคลื่อนไหวของคนในทิศทางต่าง ๆ นั้นจะเป็นไปตามวัยและครอบครัวไม่สามารถควบคุมได้โดยง่าย จึงควรใช้การแก้ปัญหาด้วยระบบและเทคโนโลยีเช่นในต่างประเทศ ร่วมกับการรับบุคลากรที่อยู่ในกลุ่มป้าหมายในพื้นที่ในโครงการพิเศษที่ออกแบบเฉพาะเพื่อความยั่งยืน พร้อมทั้งรัฐสนับสนุนการผลิตแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวร่วมกับการให้สิทธิหน้าที่และผลตอบแทนให้เหมาะสมเพื่อให้มีผู้สนใจเข้าสู่ระบบมากขึ้นโดยต้องคัดคุณสมบัติของคนที่จะเข้ามารับผิดชอบประชากรและเฉพาะและมีผลตอบแทนไม่ต่างจากแพทย์ผู้เชี่ยวชาญสาขาอื่น พร้อมทิศทางการเติบโตในสายงานต่อไป

Abstract

Title Research on: Thai Medical Manpower Management in the Future.

Field Social - Psychology

Name AVM. Ittaporn Kanacharoen **Course** NDC **Class** 62

The objective of this research is to analyze the problems and obstacles on the medical workforce in Thailand and to suggest guidelines on the development of the role of medical manpower of both public and private sectors on the change of various factors.

This research is a qualitative research. The results of the research revealed that the demand for the increase in number of medical profession under health system conditions is still exist and the behavior of using the health services of Thai people has not changed. The main changing factors are the increasing population and the age structure of the population of the country only. Clinical doctors and doctors in health services throughout the country over the next 10 years should be increased more than 43,000 (WHO ratio of doctors to population is 1:1500) including 6,500 (1:10000) family doctors to meet the Primary care cluster (PCC) policy. The increased number of general practitioners and family doctors by that time should be 38,236 -- 46,946, which make the ratio at 1:1241-1763 population. Assuming that there is no change in the medical capacity in the next 10 years, Thailand will have 75,000 doctors divided into 45,000 specialists and 30,000 general practitioners and family doctors. When compare to the demand for doctors in the next 10 years and the current number of doctors in Thailand shows that the number is under than the demand at 13,000. Since the current production rate of family doctors is 180 graduates a year, totaling only 2,700 (not counting the approve card group, that has not been well trained) which is still lower than the target of 3,800. The up to date total number of registered doctors is approximately 100,000 but, actually, in service age only about 75,000. In addition, there are in-service retirees who can still take care of patients, counting at least 10,000 in various institutions. The production of doctors scheme should be adjusted according to the current situation changes that is

the reduction of number of pediatric doctors as the number of children is decreasing but in contrary the number of elderly is increasing, making higher requirement of elderly care doctors especially for long term cares as well as new areas of expertise such as information technology, genomics, artificial intelligence, robotics, telemedicine, prosthetic technology, and organ transplantation. Even though the number of doctors in the next ten years will be greater than today, the geographic distribution problem, especially in rural areas or even in some areas of Bangkok, people are still struggled for the access to quality medical services by doctors. Therefore, the system must be modified to provide good health and equal protection against illness.

Suggestion : Thailand should set up a working group and plan the distribution of health services through mobilization of modern technologies and mechanisms over manpower for sustainability because human utilization in different directions are affected by and based on age and family which cannot be easily controlled. We should use the similar system and technology solutions as foreign countries together with recruiting local personnel in special projects designed for sustainability and the government should support the production of family doctors. We should provide appropriate rights, duties, and compensation to attract more people to the health workforce system. We have to select qualified people who will be responsible for the health cares of the population and who will be paid the same as other medical professionals according to the direction of growth of the country in the future and beyond.

คำนำ

เอกสารวิจัย เรื่อง การจัดการกำลังคนแพทย์ของไทยในอนาคต เล่มนี้ จัดทำขึ้นจากการเป็นเลขาธิการแพทยสภา ได้พิจารณาเห็นว่า ระบบบริการสุขภาพของประเทศไทย มีการพัฒนาและขยายการให้บริการในทุกมิติอย่างต่อเนื่อง มีการขยายหน่วยบริการสุขภาพทั้งในระดับปฐมภูมิ ทุติยภูมิ และตติยภูมิ ครอบคลุมทุกพื้นที่ทั่วประเทศ มีการเพิ่มจำนวนเตียงเพื่อรองรับการบริการผู้ป่วยให้เพิ่มขึ้นและสามารถให้บริการแบบผู้ป่วยนอกได้มากขึ้น ในอีก 10 ปีข้างหน้าโดยพิจารณาจากปัจจัยด้านต่าง ๆ การเปลี่ยนแปลงประชากรด้านโครงสร้าง โครงสร้างประชากรจะกลายเป็นสังคมผู้สูงอายุ ประชากรวัยแรงงานและวัยเด็กลดลง ส่งผลต่อโครงสร้างรายได้และรายจ่ายของภาครัฐ มีปัจจัยหลายอย่างที่สนับสนุนให้เกิดโรคติดต่อจากสัตว์สู่คนง่าย ความไม่เท่าเทียมในการเข้าถึงเทคโนโลยีทางการแพทย์ คนไทยกลุ่มต่าง ๆ ยังคงมีความไม่เท่าเทียมในการเข้าถึงเทคโนโลยีทางการแพทย์เนื่องจากสิทธิในระบบประกันสุขภาพและฐานะทางเศรษฐกิจของผู้ป่วยที่แตกต่างกันรวมถึงการกระจายของเครื่องมือในสถานพยาบาลที่ไม่ทั่วถึง แนวโน้มการรักษาผู้ป่วยที่พึ่งพาเทคโนโลยีชีวภาพทางการแพทย์จะมากขึ้น ความก้าวหน้าของเทคโนโลยีต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการแพทย์ เช่น การตรวจคัดกรองและวินิจฉัยโรคล่วงหน้า เซลล์ต้นกำเนิด การรักษาด้วยยีน จะทำให้มีการรักษาตามความต้องการเฉพาะรายมากขึ้น สิ่งที่จำเป็นต้องให้ความสำคัญคือจริยธรรมและการรักษาความลับของผู้ป่วย พร้อมกับการบริการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) และการดูแลผู้ป่วยทางไกลเพิ่มขึ้น การแพทย์ทางไกลและการดูแลผู้ป่วยทางไกลเป็นปัจจัยหนึ่งที่จะช่วยลดความคับคั่งของการใช้บริการในสถานพยาบาล ช่วยให้ผู้ป่วยดูแลสุขภาพตนเองในเบื้องต้นได้ ช่วยลดความแออัดของผู้สูงอายุในสถานดูแลผู้สูงอายุ เนื่องจากบุคลากรทางการแพทย์สามารถให้คำแนะนำและบริการบางประเภทโดยใช้เทคโนโลยีสารสนเทศ ผู้วิจัยจึงมีความสนใจในการศึกษาวิจัยเพื่อจัดทำข้อเสนอแนะในการจัดการกำลังคนแพทย์ของไทยในอนาคต เพื่อให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องนำไปใช้ประโยชน์ต่อไป

ผู้วิจัยหวังเป็นอย่างยิ่งว่า งานวิจัยเล่มนี้จะสามารถนำไปใช้ประโยชน์ต่อประเทศชาติในโอกาสต่อไป

พลอากาศตรี นายแพทย์

(อิทธพร คณะเจริญ)
นักศึกษาวิทยาลัยป้องกันราชอาณาจักร
หลักสูตร วปอ. รุ่น 62
ผู้วิจัย

กิตติกรรมประกาศ

เอกสารวิจัยฉบับนี้สำเร็จลงได้ด้วยความกรุณาจาก ศาสตราจารย์นายแพทย์ อภิชาต อัศวมงคลกุล อาจารย์ที่ปรึกษา ที่กรุณาให้คำปรึกษาแนะนำแนวทางที่ถูกต้อง ตลอดจนแก้ไขข้อบกพร่องต่าง ๆด้วยความละเอียดถี่อ้วนและเอาใจใส่ด้วยดีสมอมา ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งเป็นอย่างยิ่ง จึงขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูง ณ โอกาสนี้ ขอขอบพระคุณ ผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่ให้ความอนุเคราะห์ในการตรวจสอบ รวมทั้งให้คำแนะนำแก้ไขเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยให้มีคุณภาพ จนได้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์อย่างมากต่อการทำวิจัย และทำให้เอกสารวิจัยฉบับนี้สำเร็จลงได้ด้วยดี

ขอกราบขอบพระคุณ ทุกท่านที่ให้กำลังใจ และสนับสนุนผู้วิจัยเสมอมา คุณค่าและประโยชน์ของเอกสารวิจัยฉบับนี้ ผู้วิจัยขอมอบเป็นความกตัญญูกตเวทิตาแด่ บุพการี บูรพาจารย์และผู้มีพระคุณทุกท่านทั้งในอดีตและปัจจุบัน ที่ทำให้ผู้วิจัยเป็นผู้มีการศึกษา และประสบความสำเร็จมาจนตราบเท่าทุกวันนี้

พลอากาศตรี นายแพทย์

(อิทธพร คณะเจริญ

นักศึกษาวิทยาลัยป้องกันราชอาณาจักร

หลักสูตร วปอ. รุ่น 62

ผู้วิจัย

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อ	**ก**
Abstract	**ค**
คำนำ	**จ**
กิตติกรรมประกาศ	**ฉ**
สารบัญ	**ช**
สารบัญตาราง	**ฌ**
สารบัญแผนภาพ	**ญ**
บทที่ 1 บทนำ	**1**
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
วัตถุประสงค์ของการวิจัย	3
ขอบเขตของการวิจัย	3
วิธีดำเนินการวิจัย	3
ประโยชน์ที่ได้รับจากการวิจัย	4
คำจำกัดความ	4
บทที่ 2 ทบทวนวรรณกรรม	**5**
การวางแผนกำลังคนด้านสุขภาพ	5
การคาดการณ์กำลังคนของประเทศไทย	8
บทบาทแพทยสภา	8
ระเบียบวิธีการคาดการณ์กำลังคน	13
ปัจจัยที่จะมีผลกระทบต่อระบบสุขภาพและกำลังคนด้านสุขภาพ	15
เป้าประสงค์ระบบสุขภาพ	19
ส่งเสริมการบริการระดับปฐมภูมิ	19
กรอบแนวคิดของการวิจัย	22
สรุป	22
บทที่ 3 ปัญหาและอุปสรรคด้านกำลังคนแพทย์ในประเทศไทย	**24**
การวางแผนอัตราจำนวนแพทย์ของประเทศไทย	24
สถานการณ์และบริบทระบบสุขภาพ	26

สารบัญ(ต่อ)

หน้า

สถานการณ์และปัจจัยที่มีผลต่อการพัฒนาสุขภาพ 33
สถานะสุขภาพไทย 38
ด้านสุขภาพในอนาคต 42
สรุป 44
บทที่ 4 ผลการศึกษา 46
สถานการณ์การแพทย์ในปัจจุบัน 46
การคาดการณ์ความต้องการแพทย์ในอนาคต 66
สรุป 70
บทที่ 5 สรุปและข้อเสนอแนะ 72
สรุป 72
ข้อเสนอแนะ 73
บรรณานุกรม 74
ประวัติย่อผู้วิจัย 76

สารบัญแผนภาพ

หน้า

แผนภาพที่

4-1 กรอบแนวคิดการคาดการณ์จำนวนแพทย์ในอนาคต 66

สารบัญตาราง

หน้า

ตารางที่

4-1 จำนวนแพทย์ในปี 2563 (ข้อมูลแพทยสภา) 46
4-2 การกระจายแพทย์เขตบริการสุขภาพ 47
4-3 การกระจายแพทย์รายเขตบริการสุขภาพ แยกรายจังหวัด 48
4-4 จำนวนแพทย์เฉพาะทางปี 2562 51
4-5 ข้อมูลแพทย์ที่ได้รับหนังสืออนุมัติ-วุฒิบัตรจากแพทยสภา 2507 -2562 52
4-6 นักศึกษาแพทย์ ปีการศึกษา 2563 64
4-7 จำนวนแพทย์ที่สอบขึ้นทะเบียนใบประกอบวิชาชีพเวชกรรม ระหว่างปี 2542-2562 แยกรายสถานบันการศึกษา 68
4-8 อัตราการสอบใบประกอบวิชาชีพเวชกรรมผ่านของคณะแพทย์ต่างๆ 69
4-9 จำนวนแพทย์ที่คาดว่าจะมี 70

บทที่ 1
บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ระบบบริการสุขภาพของประเทศไทย มีการพัฒนาและขยายการให้บริการในทุกมิติอย่างต่อเนื่อง มีการขยายหน่วยบริการสุขภาพทั้งในระดับปฐมภูมิ ทุติยภูมิ และตติยภูมิ ครอบคลุมทุกพื้นที่ทั่วประเทศ มีการเพิ่มจำนวนเตียงเพื่อรองรับการบริการผู้ป่วยให้เพิ่มขึ้นและสามารถให้บริการแบบผู้ป่วยนอกได้มากขึ้น ในปี 2559 กระทรวงสาธารณสุข(ไม่นับรวมของหน่วยงานอื่น ๆ เช่น โรงพยาบาลของมหาวิทยาลัยไม่ต่ำกว่า ร้อยล้านครั้ง)ได้ให้บริการผู้ป่วยนอกทั้งหมด (OPD) 193,180,329 ครั้ง และให้บริการแบบผู้ป่วยใน (IPD) จำนวน 9,449,326 ราย โดยอัตราการใช้เตียงเฉลี่ยที่ร้อยละ 76 ของจำนวนเตียงทั้งประเทศ ถึงแม้สัดส่วนค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพต่อผลิตภัณฑ์มวลรวมในประเทศ (GDP) มีแนวโน้มลดลงเนื่องจากมูลค่าผลผลิตจากส่วนอื่นเพิ่มขึ้น ทำให้ GDP ของประเทศเพิ่มมากขึ้น แต่จำนวนรวมค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพของประเทศมีแนวโน้มสูงขึ้น จาก 371,832 ล้านบาท ในปี 2552 เพิ่มขึ้นเป็น 476,430 ล้านบาท ในปี 2556 นอกจากนี้จากข้อมูลในปีเดียวกันพบว่าประชาชนมีรายจ่ายด้านสุขภาพ เฉลี่ยถึง 7,347 บาทต่อคนต่อปี โดยเป็นค่าใช้จ่ายให้กับบริการภาครัฐ 77% และภาคเอกชน 23%

ปัจจุบันประเทศไทยมีกำลังคนแพทย์รวมทั้งภาครัฐและภาคเอกชน ขึ้นทะเบียนทั้งสิ้น 63,447 คน ปฏิบัติงานจริง ราว 50,000 คน บนบริบทของสังคม เศรษฐกิจ สิ่งแวดล้อม เทคโนโลยีนั้นได้มีการเปลี่ยนไปอย่างรวดเร็ว ร่วมถึงโครงสร้างประชากรไทยกำลังเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ และโรคติดต่ออุบัติใหม่ที่เกิดขึ้นจากการคมนาคมที่เชื่อมต่อทั้งโลก การบาดเจ็บจากการจราจร การโฆษณาสินค้ายาและเวชภัณฑ์ต่าง ๆ ทางสื่อออนไลน์ที่ไม่ตรงกับข้อเท็จจริง ปัจจัยต่าง ๆ เหล่านี้ล้วนส่งผลต่อสุขภาพประชาชนไทย แนวโน้มด้านสาธารณสุขที่จะเกิดขึ้นในอนาคตและนำกรอบแนวคิดประเทศไทย 4.0 สร้างเศรษฐกิจใหม่ก้าวหน้า เพื่อเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน ในอีก 10 ปีข้างหน้า โดยพิจารณาจากปัจจัยด้านต่าง ๆ ดังนี้

1. การเปลี่ยนแปลงประชากรด้านโครงสร้าง โครงสร้างประชากรจะกลายเป็นสังคมผู้สูงอายุ ประชากรวัยแรงงานและวัยเด็กลดลง ส่งผลต่อโครงสร้างรายได้และรายจ่ายของภาครัฐ หมายถึง รายได้ในการจัดเก็บภาษีของวัยแรงงานน้อยลง ขณะที่ภาระค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพอันเนื่องจากโรคที่เกิดกับผู้สูงอายุมากขึ้น ซึ่งรวมถึงโรคไม่ติดต่อเรื้อรังและปัญหาสุขภาพจิต

2. โรคติดต่อจากสัตว์สู่คน มีแนวโน้มซับซ้อนมีความรุนแรงและควบคุมได้ยากขึ้น มีปัจจัยหลายอย่างที่สนับสนุนให้เกิดโรคติดต่อจากสัตว์สู่คนง่ายขึ้น เช่น วิวัฒนาการของเชื้อก่อโรคที่มีความซับซ้อนมากขึ้น การเปลี่ยนแปลงของสภาพภูมิอากาศ ความไม่พร้อมของกลไกควบคุมโรค การปนเปื้อนของแหล่งน้ำ การอพยพย้ายถิ่น ปัญหาด้านสุขภาพอนามัยส่วนบุคคล ทั้งนี้โรคติดต่อเชื้อจากสัตว์สู่คนบางโลกอาจมีความเกี่ยวข้องกับปัจจัยมากกว่า 1 ชนิด

3. ความไม่เท่าเทียมในการเข้าถึงเทคโนโลยีทางการแพทย์ คนไทยกลุ่มต่างๆ ยังคงมีความไม่เท่าเทียมในการเข้าถึงเทคโนโลยีทางการแพทย์เนื่องจากสิทธิในระบบประกันสุขภาพและฐานะทางเศรษฐกิจของผู้ป่วยที่แตกต่างกันรวมถึงการกระจายของเครื่องมือในสถานพยาบาลที่ไม่ทั่วถึง

4. แนวโน้มการรักษาผู้ป่วยที่พึ่งพาเทคโนโลยีชีวภาพทางการแพทย์จะมากขึ้น ความก้าวหน้าของเทคโนโลยีต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการแพทย์ เช่น การตรวจคัดกรองและวินิจฉัยโรคล่วงหน้า เซลล์ต้นกำเนิด การรักษาด้วยยีน จะทำให้มีการรักษาตามความต้องการเฉพาะรายมากขึ้น สิ่งที่จำเป็นต้องให้ความสำคัญคือจริยธรรมและการรักษาความลับของผู้ป่วย

5. การบริการแพทย์ทางไกล (telemedicine) และการดูแลผู้ป่วยทางไกลเพิ่มขึ้น การแพทย์ทางไกลและการดูแลผู้ป่วยทางไกลเป็นปัจจัยหนึ่งที่จะช่วยลดความคับคั่งของการใช้บริการในสถานพยาบาล ช่วยให้ผู้ป่วยดูแลสุขภาพตนเองในเบื้องต้นได้ ช่วยลดความแออัดของผู้สูงอายุในสถานดูแลผู้สูงอายุ เนื่องจากบุคลากรทางการแพทย์สามารถให้คำแนะนำและบริการบางประเภทโดยใช้เทคโนโลยีสารสนเทศ

6. โรคอุบัติใหม่ในพืชและสัตว์ สภาพภูมิอากาศที่เปลี่ยนแปลงไปของโลกทำให้มีลูกใหม่ๆเกิดขึ้นกับทั้ง พืชและสัตว์ นำไปสู่การพัฒนาและใช้ยาพร้อมเทคโนโลยีใหม่ๆกับพืชและสัตว์ที่นำมาเป็นอาหาร ซึ่งยาและเทคโนโลยีดังกล่าวอาจส่งผลกระทบด้านสุขภาพต่อผู้บริโภค เป็นต้น

โดยแพทยสภาเป็นผู้ดูแลการผลิตแพทย์และวางมาตรฐานวิชาการและวิชาชีพ ที่ต้องจัดวางยุทธศาสตร์ด้านกำลังพลแพทย์จาก 23 คณะแพทย์ และต่อเฉพาะทางอีก 85 สาขาความเชี่ยวชาญ เพื่อรองรับการดูแลสุขภาพประชาชน ทั้ง 66 ล้านคน ในความเจ็บป่วยกว่า 2,000 โรค และอุบัติเหตุ ปีละกว่า 300 ล้านครั้งในประเทศ ในโรงพยาบาลกว่า 1,300 แห่ง ทั่วประเทศ ซึ่งเป็นภาครัฐราว 1,000 แห่ง ทั้งนี้ไม่รวมคลินิกเฉพาะทางต่าง ๆทั้งของแพทย์ ทันตแพทย์ พยาบาล แพทย์ทางเลือก แผนไทย แผนจีน กายภาพบำบัด อีกกว่าหมื่นแห่งทั่วประเทศ ที่ต้องเปลี่ยนไปตามสถานการณ์โลก และต้องวางระบบเพื่อรองรับผู้มาใช้บริการทั้งใน และต่างประเทศ ในรูปของแรงงานต่างด้าว เพื่อสนับสนุนเศรษฐกิจ จำนวนเป็นล้านคน และเตรียมสำรองสู่ศูนย์กลางสุขภาพนานาชาติ (Medical Hub) และ โครงการพัฒนาระเบียงเศรษฐกิจพิเศษภาคตะวันออก หรือ EEC ที่จะดึงทรัพยากรไปให้บริการต่างชาติเพื่อนำรายได้เข้าประเทศ

เงื่อนไขหลักของประเทศคืองบประมาณ ในการปฏิบัติงานของกำลังพลแพทย์ในระบบสุขภาพของคนไทยในกองทุนสุขภาพของประเทศประกอบด้วย 3 กองทุน ได้แก่ สวัสดิการรักษาพยาบาลข้าราชการ 5 ล้านคน กองทุนประกันสังคม 12 ล้านคน กองทุนหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า 48 ล้านคน ซึ่งจากหลักการและการดูแลที่แตกต่างกัน อันทำให้เกิดความเหลื่อมล้ำในการเข้าถึงการรักษาพยาบาล ตลอดจน แนวคิดการสร้างระบบประกันสุขภาพระบบเดียวซึ่งผ่านการเตรียมงานอย่างเป็นขั้นเป็นตอน ตั้งแต่การปรับโครงสร้างด้านการเงินการคลัง การพัฒนาระบบข้อมูลสารสนเทศและเทคโนโลยีทางการแพทย์ และการเพิ่มคุณภาพและประสิทธิภาพของการให้บริการสุขภาพเท่าเทียมกับทั่วประเทศ ซึ่งมีปัญหาในปัจจุบันยังทำไม่สำเร็จ เพราะทรัพยากรไม่เพียงพอ และการบูรณาการข้างกระทรวงที่เกี่ยวข้องทั้ง 7 กระทรวงยังเป็นไปได้ช้า ทั้งนี้ไม่นับรวมกองทุนของครัวเรือนที่ประชาชนร่วมจ่ายผ่านระบบสถานพยาบาลเอกชน และประกันสุขภาพที่มีจำนวนมหาศาลต่อปี ทั้งระบบมากกว่าสองแสนล้านบาท

เงื่อนไขที่ต่อมาคือ การที่เทคโนโลยีทางการแพทย์มีความก้าวหน้าอย่างรวดเร็วราคาแพง แม้ยืดอายุได้ แต่มีความคุ้มค่าไม่เท่ากัน และรัฐไม่สามารถจัดหาได้ อย่างไรก็ตาม การเลือกใช้เทคโนโลยีทางการแพทย์ต้องผ่านการประเมินเทคโนโลยีตามกฎหมายก่อน ซึ่งจะมีความสำคัญมากขึ้น เพื่อการจัดสรรงบประมาณด้านสุขภาพให้เมาะสม ทั้ง 6 ปัจจัยและสามเงื่อนไขควรนำมาวิเคราะห์วางแผนอัตราแพทย์ เพื่อนำไปสู่ประโยชน์สูงสุด เพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชนที่เป็นต้นทุนของแระเทศในอนาคต

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาปัญหาและอุปสรรคด้านอัตรากำลังคนแพทย์ในประเทศไทย
2. เสนอแนะแนวทางการพัฒนาบทบาทด้านอัตรากำลังคนแพทย์ของทั้งภาครัฐและเอกชนต่อการเปลี่ยนแปลงในปัจจัยต่าง ๆ

ขอบเขตของการวิจัย

1. ขอบเขตด้านเนื้อหาของการวิจัย เน้น 3 เนื้อหาหลัก ประกอบด้วย 1) “บทบาทด้านกำลังคนแพทย์ในประเทศไทย 2) การแปลงเปลี่ยนในอีก 10 ปี 3) แนวคิด/ทฤษฎีเกี่ยวกับบทบาทหน้าที่ของแพทยสภา
2. ขอบเขตด้านผู้ให้ข้อมูลหรือแหล่งข้อมูลหลัก รวมถึงตัวแปรหลักที่เกี่ยวข้อง
   2.1 แหล่งข้อมูลหลักสำหรับการวิจัยคือ แพทยสภา

2.2 ตัวแปรหลักในการวิจัย คือ “บทบาทด้านกำลังพลแพทย์ของประเทศไทย” ภายใต้วิสัยทัศน์ “ความเป็นเลิศ 4 ด้าน คือ 1) ส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค 2) บริการเป็น 3) บุคลากรเป็นเลิศ และ 4) บริหารเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล”

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative Research) เน้นข้อมูลเชิงคุณภาพที่ได้จากฐานข้อมูลทุติยภูมิ ได้แก่ ยุทธศาสตร์ วิสัยทัศน์ พันธกิจ บทบาท หน้าที่ ด้านกาลังพลแพทย์ของประเทศไทย การนำนวัตกรรมมาใช้เพื่อการบริหารจัดการกาลังพล โดยมีการดำเนินการ ดังนี้

เนื่องจากการวิจัยนี้มีความมุ่งหมายเพื่อตอบวัตถุประสงค์สำคัญ 2 ประการ ได้แก่ 1) ศึกษาบทบาทด้านกำลังพลแพทย์ของประเทศไทย 2) เสนอแนะแนวทางการพัฒนาบทบาทด้านกำลังพลแพทย์ของประเทศไทย ต่อการเปลี่ยนแปลงในอีก 10 ปีข้างหน้า ผ่านมุมมองของบุคลากรแพทย์ การออกแบบหรือกำหนดรูปแบบการวิจัยจึงต้องออกแบบด้วยรูปแบบการวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative Research) โดยผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ความเชื่อมโยงระหว่างบทบาทด้านกำลังพลแพทย์ในปัจจุบันของประเทศไทยในอีก 10 ปีข้างหน้า อันจะนำมาสู่ข้อเสนอเกี่ยวกับอัตราแพทย์ของประเทศไทย ต่อการเปลี่ยนแปลงในอีก 10 ปีข้างหน้าที่ส่งผลกระทบหรือมีความเกี่ยวข้องกับความมั่นคงของประเทศ อันจะเป็นประโยชน์ต่อหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

ประโยชน์ที่ได้รับจากการวิจัย

1. ทำให้ทราบข้อมูลและเข้าใจบทบาทด้านกำลังพลแพทย์ที่ดูแลสุขภาพประชาชนไทย

2. ได้แนวทางการพัฒนา บทบาทด้านกำลังแพทย์ของประเทศไทยต่อการเปลี่ยนแปลงในอีก 10 ปีข้างหน้า ต้นแบบบทบาทด้านกำลังแพทย์ของประเทศไทยที่สามารถนาไปประยุกต์ใช้กับหน่วยงานอื่น ๆ ในกระทรวงที่เกี่ยวข้องทั้ง 7 ได้แก่ กระทรวงสาธารณสุข กระทรวงอุดมศึกษาฯ กระทรวงการคลังกระทรวงมหาดไทย กระทรวงกลาโหม กระทรวงแรงงาน กระทรวงพัฒนาสังคมฯ และนำไปสู่การประยุกต์ใช้เชิงนโยบายกำลังพลชาติในอนาคต

คำจำกัดความ

การเปลี่ยนนิยามสังคมสูงวัย หมายถึง การเปลี่ยนแปลงทางด้านเศรษฐกิจ สังคม และความก้าวหน้าทางด้านการแพทย์ส่งผลทำให้ประชากรทั่วโลกมีอายุมากขึ้น โดยสังคมที่มีผู้สูงอายุเป็นจำนวนมากซึ่งจะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างแรงงานครั้งใหญ่ของระบบเศรษฐกิจ

และสังคม และองค์การสหประชาชาติได้แบ่งการเข้าสู่สังคมสูงอายุเป็น 3 ระดับ คือ ระดับที่ 1 การเข้าสู่สังคมสูงอายุ (มีประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไป มากกว่าร้อยละ 10 และ 65 ปีขึ้นไป มากกว่าร้อยละ 7) ระดับที่ 2 สังคมสูงอายุโดยสมบูรณ์(มีประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไปมากกว่าร้อยละ 20 และ 65 ปีขึ้นไปมากกว่าร้อยละ 14) ระดับที่ 3 สังคมสูงอายุอย่างรุนแรง (มีประชากรอายุ 65 ปีขึ้นไปมากกว่าร้อยละ 20) สำหรับประเทศไทย สำนักงานสถิติแห่งชาติ รายงานว่าประเทศไทยก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ ตั้งแต่ ปี พ.ศ 2548 และคาดว่าจะเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุระดับที่ 2 ในช่วงปี พ.ศ 2568 และอาจมีการเปลี่ยนแปลงรายละเอียดตามเวลาที่เปลี่ยนไป

บทที่ 2
ทบทวนวรรณกรรม

การทบทวนวรรณกรรม ในการศึกษานี้เป็นการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการวางแผนกำลังคนด้านสุขภาพและการสังเคราะห์ข้อมูลเพื่อนำไปสู่การพัฒนาแบบจำลองพลวัตระบบสำหรับใช้ประกอบการวงแผนบริหารจัดการกำลังคนด้านสุขภาพในระดับเขตสุขภาพ รายละเอียดดังนี้

การวางแผนกำลังคนด้านสุขภาพ

วิธีการวางแผนกำลังคนด้านสุขภาพ การวางแผนกำลังคนด้านสุขภาพนั้นเป็นสิ่งที่มีความสำคัญควบคู่ไปพร้อมกับการวางแผนระบบสุขภาพ ซึ่ง กระบวนการวางแผนประกอบด้วยขั้นตอนต่างๆ ได้แก่

1. การวิเคราะห์แนวโน้มของปัญหาสุขภาพและพัฒนาการของระบบสาธารณสุข
2. การคาดการณ์กำลังคนที่ต้องการ (Human Resources for Health Requirement)
3. การวิเคราะห์แนวโน้มกำลังคนที่คาดว่าจะมี (Human Resources for Health Supply)

จากนั้นจึง

4. วิเคราะห์ดุลยภาพระหว่างการผลิตกำลังคนในปัจจุบันและอนาคต กับจำนวนคนที่ต้องการในอนาคต และ
5. คำเนินการวางแผนผลิตและพัฒนากำลังคน ต่อไป ในขบวนการต่างๆ ดังนี้

5.1 การวิเคราะห์แนวโน้มกำลังคนที่คาดว่าจะมี (HRH Supply) นั้นค่อนข้างไม่ซับซ้อน โดยวิเคราะห์จากกำลังคนที่มีในปัจจุบัน กำลังคนที่จะเพิ่มขึ้นในอนาคต (จากการจบการศึกษา ย้ายเข้า) และกำลังคนที่คาดว่าจะสูญเสียในอนาคต (จากการย้ายออก เปลี่ยนงาน เกษียณอายุ ตาย) แต่ขั้นตอนที่มีความซับซ้อน และต้องการข้อมูลที่เชื่อถือและมีประสิทธิภาพจำนวนมาก ได้แก่ การคาดการณ์จำนวนคนที่ต้องการ (HRH Requirement) ซึ่งวิธีการนี้ มีกลวิธีหลัก 4 วิธี (WHO, 1992) ได้แก่

5.1.1 การกำหนดสัดส่วนกำลังคนต่อจำนวนประชากรที่รับผิดชอบ (Population Ratio)

โดยวิธีการนี้ คาดการณ์ความต้องการกำลังคนจากค่ามาตรฐานสัดส่วนของบุคลากรต่อจำนวนประชากร การวิเคราะห์ความ ต้องการกำลังคนวิธีนี้ต้องการข้อมูลประกอบ 2 ชุด ได้แก่ การคาดการณ์ประชากรในอนาคต และค่ามาตรฐาน สัดส่วนกำลังคนต่อประชากรที่ควรจะ

เป็น เช่น แพทย์ 1 คน ต่อประชากร 10,000 คน เป็นต้น แต่ละวิธีการคาดการณ์กำลังคนก็มีข้อจำกัดและมีจุดแข็งแตกต่างกัน โดยเฉพาะอย่างยิ่ง วิธี Population Ratio เป็นวิธีการที่ง่ายที่สุดเหมาะสำหรับประเทศที่มีระบบสุขภาพที่เป็นที่ยอมรับและไม่มีการเปลี่ยนแปลงมาก ระบบสุขภาพที่สถานบริการส่วนใหญ่อยู่ภายใต้รัฐหรือเอกชนอย่างใดอย่างหนึ่ง แต่วิธีการ Population Ratio นี้มีข้อจำกัดมาก ได้แก่ วิธีการนี้เป็นการวางแผนแต่ละวิชาชีพอย่างแยกส่วน สามารถหาสัดส่วนที่เหมาะสมได้ ไม่เหมาะสำหรับการปรับเปลี่ยนระบบบริการให้เหมาะสมในอนาคตและไม่สามารถแก้ปัญหาการกระจายกำลังคนอย่างเป็นธรรมได้ (Hall, 2004)

5.1.2 วิธีการคาดการณ์จากความจำเป็นด้านสุขภาพ (Health Needs)

โดยพิจารณาจากความจำเป็นที่ต้องให้บริการเพื่อแก้ปัญหาสุขภาพอนามัยของประชาชนในแต่ละด้าน โดยความจำเป็นด้านสุขภาพจะวิเคราะห์ จากข้อมูลปัญหาสุขภาพและข้อมูลด้านระบาดวิทยา จากนั้นทีมผู้เชี่ยวชาญจะร่วมกันวิเคราะห์ว่า ในประเด็นปัญหาสุขภาพดังกล่าวมีความจำเป็นต้องให้บริการประเภทใด ในระดับใด และใครควรจะเป็นผู้ให้บริการ แล้วนำความจำเป็นดังกล่าวมาคำนวณเป็นจำนวนบุคลากรที่ต้องการโดยใช้มาตรฐานกำลังคนและผลิตภาพกำลังคน (Staffing norm and productivity) นำมาคำนวณความต้องการกำลังคนเพื่อเปลี่ยนภาระงานเป็นจำนวนกำลังคนที่ต้องการ วิธีความจำเป็นด้านสุขภาพ (Health Needs) เป็นการคาดการณ์ความต้องการกำลังคนที่ค่อนข้างครอบคลุมการบริการสุขภาพที่ตั้งอยู่บนความจำเป็นด้นสุขภาพของประชากร (Hal, 2004) โดยครอบคลุมการบริการด้านการรักษาพยาบาล การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค และการฟื้นฟูสภาพ วิธีการนี้เหมาะสำหรับระบบบริการสุขภาพโดยเฉพาะสำหรับประเทศที่มีระบบฐานข้อมูลที่มีประสิทธิภาพ หรือมีความสามารถที่จะสำรวจข้อมูลข่าวสาร และมีผู้มีความเชี่ยวชาญในต้นการคาดการณ์กำลังคนโดยวิธีนี้ ตลอดทั้งเหมาะสำหรับการวางแผนกำลังคนตามกลุ่มโรคหรือกลุ่มคน ได้แก่ การวางแผนกำลังคนให้บริการผู้ป่วย HV/ADS การวางแผนกำลังคนให้บริการผู้สูงอายุ เป็นต้น ข้อจำกัดของวิธีการนี้คือต้องการข้อมูลค่อนข้างมากและต้องการความเชี่ยวชาญในการวางแผน ต้องการมาตรฐานการให้บริการของแต่ละบริการและแต่ละวิชาชีพ รวมทั้งหากกระบวนการดำเนินการที่ขาดความรอบคอบ อาจทำให้การวางแผนกำลังคน เป็นการเน้นหนักไปในด้านการรักษามากกว่าการป้องกัน และการคาดการณ์ความต้องการกำลังคนจะใช้ความเห็นของนักวิชาการของแต่ละวิชาชีพเป็นหลักซึ่งอาจจะมีแนวโน้มต้องการกำลังคนมากหรือน้อยเกินความเป็นจริง

5.1.3 วิธีการคาดการณ์จากความต้องการใช้บริการทางการแพทย์และสาธารณสุข (Health Demand)

โดยคาดการณ์จากแนวโน้มพฤติกรรมการใช้บริการสุขภาพของประชาชน โดยใช้อัตราการใช้บริการในระดับต่าง ๆ ของระบบบริการสุขภาพเป็นข้อมูลพื้นฐาน

จากนั้นนำมาตรฐานกำลังคนและผลิตภาพกำลังคน นำมาคำนวณความต้องการกำลังคน วิธีความต้องการใช้บริการทางการแพทย์และสาธารณสุข (Health Demand) นี้มีความเหมาะสมกับระบบบริการสุขภาพที่ประกอบด้วยสถานบริการเอกชนมาก และรัฐบาลมีนโยบายที่จะผลิตกำลังคนให้เพียงพอต่อการขยายตัวด้านเศรษฐกิจ อย่างไรก็ตามวิธีนี้ถึงแม้จะนิยมใช้ในการคาดการณ์กำลังคนในภาคเอกชนและในประเทศที่พัฒนาแล้ว แต่มีข้อจำกัดในการที่คาดการณ์การใช้บริการ สุขภาพขึ้นอยู่กับอัตราการใช้บริการและความสามารถในการจ่ายค่าบริการ ซึ่งในสถานการณ์ที่มีประชาชนที่ไม่สามารถเข้าถึงบริการสุขภาพยังคงดำรงอยู่ การคาดการณ์กำลังคนวิธีนี้จะไม่เหมาะสม

นอกจากนั้น การคาดการวิธีนี้เน้นเฉพาะด้านการรักษาและการใช้บริการในสถานบริการเป็นหลัก อาจจะขาดในด้นการวิเคราะห์ความต้องการกำลังคนในด้านการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค การปิดจุดอ่อนวิธีนี้ควรดำเนินการควบคู่กับวิธีการคาดการณ์แบบ Health needs และวิธีการนี้มีข้อจำกัดในการปรับเปลี่ยนระบบบริการในอนาคต และมีแนวโน้มที่จะดำรงระบบการบริการแบบเดิมต่อไปในอนาคต (Hall, 2004).

5.1.4 วิธีการคาดการณ์จากเป้าหมายการบริการสุขภาพ (Health Service Target)

ใช้กลวิธีในการยึดบริการเป็นตัวตัดโดยใช้ข้อมูลประชากรและระบาดวิทยาในปัจจุบันและคาดการณ์บริการที่จะจัดในอนาคต จากนั้นจึงใช้มาตรฐานกำลังคนและผลิตภาพกำลังคนคำนวณจำนวนกำลังคนด้านสุขภาพที่ต้องการ การคาดการณ์กำลังคนแบบเป้าหมายการบริการสุขภาพ (Health Service Target) เป็นวิธีที่น่าจะเหมาะกับสภาพระบบบริการสาธารณสุขในประเทศกำลังพัฒนา (Green, 1992 ; Hall, 2004) เพราะสามารถคาดการณ์กำลังคนได้ตรงกับระบบบริการ ตลอดทั้งเป็นข้อมูลที่สามารถสนับสนุนให้เกิดการคาดการณ์ระบบบริการในอนาคตที่สัมพันธ์กับปัจจุบันได้ และสามารถคาดการณ์สัดส่วนกำลังคนที่เหมาะสมในแต่ละกลุ่มบริการ และระดับบริการ อย่างไรก็ตามการคาดการณ์กำลังคนวิธีนี้มีความใกล้เคียงกับการคาดการณ์กำลังคนโดยวิธี Health need approach และไม่สามารถแยกออกจากกันได้อย่างชัดเจนนัก ข้อจำกัดของวิธีการนี้คือค่อนข้างจะดำรงระบบบริการเดิมในอนาคต การคาดการณ์ระบบบริการในอนาคตจะไม่แตกต่างจากปัจจุบันมาก การคาดการณ์กำลังคนวิธีต่างๆที่กล่าวมาข้างต้นนั้นมีความเหมาะสมในแต่ละสถานการณ์ตามข้อจำกัดของแต่ละพื้นที่ อย่างไรก็ตาม มีระบบสุขภาพหลายแห่งที่ใช้วิธีการคาดการณ์แบบผสมผสาน โดยได้ผสมผสานระหว่าง วิธี Health need วิธี Health demand และวิธี Service target ซึ่งนับว่ามีความเหมาะสมในระดับหนึ่ง

สำหรับประเทศที่มีระบบสุขภาพที่ผสมผสานระหว่างการจัดบริการโดยภาครัฐและการจัดบริการโดยเอกชน และต้องการเชื่อมโยงการจัดบริการให้สอดคล้องกับความต้องการด้านสุขภาพและการจัดกำลังคนที่สอดคล้องกับความต้องการด้านสุขภาพ โดยกระบวนการ

คาดการณ์กำลังคนจะใช้วิธีการ Health need และ Health demand ในขั้นแรกเพื่อทราบความต้องการด้านสุขภาพของประชากร จากนั้นจึงนำเป็นข้อมูลเพื่อกำหนดบริการต่าง ๆ เพื่อจะตอบสนองต่อความต้องการสุขภาพนั้นๆ และต่อจากนั้นจึงคาดการณ์ความต้องการในด้านจำนวน และการผสมผสานทักษะต่าง ๆ ของกำลังคนด้านสุขภาพที่ต้องการการคาดการณ์กำลังคนที่กล่าวมาข้างต้นนั้น มีข้อจำกัดว่าเป็นการคาดการณ์กำลังคนที่ คำนึงถึงเฉพาะการเพิ่มจำนวนตัวเลขจำนวนคนให้สอดคล้องกับความต้องการของระบบสุขภาพเท่านั้น โดยเป็นการเน้นด้านปริมาณไม่ได้ให้ความสำคัญในด้านคุณภาพ ซึ่งการวางแผนกำลังคนด้านคุณภาพนั้น ต้องให้ความสำคัญที่รายละเอียดของกิจกรรมต่าง ๆ ที่บุคลากรด้านสุขภาพปฏิบัติ การกระจายงานระหว่างบุคลากรประเภทต่าง ๆในแต่ละระดับการบริการ คุณภาพการปฏิบัติงานของบุคลากร การปฏิบัติงานเป็นทีม และการนิเทศติดตามงานของบุคลากร เป็นต้นซึ่งประเด็นต่าง ๆ เหล่านี้ไม่ได้รับความสำคัญในการ วางแผนกำลังคนด้านสุขภาพ (WHO, 1992) ดังนั้นจึงมีความจำเป็นว่าในการวางแผนกำลังคนนั้นนอกจากจะมุ่งความสำคัญไปที่การคาดการณ์ความต้องการกำลังคนด้านปริมาณแล้วจากวิธีการ 4 วิธีที่กล่าวมาข้างต้นแล้ว ควรจะต้องให้ความสำคัญการทำงานเป็นทีมระหว่างบุคลากรประเภทต่างๆ หรือกำหนดสัดส่วนที่ผสมผสานอย่างเหมาะสมระหว่างบุคลากรที่ทำงานแทนกันได้ (Skill-mix) ซึ่งการวิเคราะห์ความต้องการกำลังคนวิธีการนี้ จะวิเคราะห์ตามระดับบริการ และวิเคราะห์เป็นทีมที่ทำงานร่วมกัน หรือ การวิเคราะห์ศักยภาพการกระจายบทบาทหน้าที่จากบุคลากรที่มีต้นทุนค่าแรงสูงไปยังบุคลากรที่มีต้นทุนค่าแรงต่ำกว่าที่สามารถปฏิบัติหน้าที่ได้โดยมีคุณภาพเท่าเดิม และครอบคลุมถึงการเพิ่มบทบาทหน้าที่แก่ บุคลากรสุขภาพให้สามารถทำบทบาทได้มากขึ้น โดยมีการฝึกอบรม/ เพิ่มพูนทักษะเพิ่มเติม (Sergison et al, 2000)

การคาดการณ์กำลังคนของประเทศไทย

ในช่วงที่ผ่านมาการวางแผนกำลังคนของประเทศไทยนั้น ได้มีการศึกษาการคาดการณ์กำลังคนโดยวิธีการต่าง ๆ แม้การคาดการณ์ข้างต้นจะดำเนินการโดยความร่วมมือระหว่างผู้ผลิต ผู้ใช้ และองค์กรวิชาชีพ และได้มีการวางแผนครอบคลุมหลายวิชาชีพ แต่ยังไม่พบหลักฐานการนำแผนกำลังคนไปปฏิบัติในหลายกลุ่มวิชาชีพ ข้อจำกัดของการวางแผนข้างต้นอาจเนื่องมาจาก

ประการแรก การเปลี่ยนแปลงของบริบทสิ่งแวดล้อมของประเทศ ไม่ว่าจะเป็นสภาพเศรษฐกิจ/สังคมและการเมือง นโยบายต่างๆของรัฐและกระทรวงสาธารณสุข การเปลี่ยนแปลงของโครงสร้างประชากรและระบาดวิทยา เหล่านี้ล้วนส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงความต้องการกำลังคนด้านสุขภาพ ดังนั้นการวางแผนกำลังคนจำเป็นต้องมีการปรับเปลี่ยนตลอดเวลาเพื่อสอดคล้องกับสภาพบริบทของประเทศที่เปลี่ยนแปลงไป ซึ่งการวางแผนกำลังคนดังกล่าวได้ดำเนินการในปี 2540 ซึ่งมีความจำเป็นต้องได้รับการทบทวน

ประการที่สอง การคาดการณ์กำลังคนจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องมีระบบข้อมูลกำลังคนที่มีประสิทธิภาพ รวมทั้งข้อมูลเชิงประจักษ์ เช่น ข้อมูลกำลังคนในด้านประเภทจำนวน และผลิตภาพของบุคลากร เป็นต้น การขาดซึ่งข้อมูลเหล่านี้มีผลต่อคุณภาพของการวางแผนกำลังคนที่สอดคล้องกับความต้องการด้านสุขภาพ

ประการที่สาม การคาดการณ์กำลังคนข้างต้นเป็นเป็นการณ์คาดการณ์ในระดับประเทศและเน้นด้านความต้องการกำลังคนในด้านจำนวนโดยขาดการให้น้ำหนักในด้านคุณภาพการวางแผนกำลังคน ได้แก่ การกระจาย การเพิ่มผลผลิต การจัดสัดส่วนกำลังคนที่เหมาะสม ซึ่งอาจจะเกิดปัญหาการไม่สอดคล้องกับความต้องการในระดับพื้นที่ และไม่สามารถแก้ปัญหาในด้านการกระจายกำลังคนได้

ดังนั้นการคัดเลือกวิธีคาดการณ์กำลังคนที่เหมาะสมนั้นจึงควรเป็นประเด็นที่ได้รับความสำคัญ จากการศึกษาการคาดการณ์กำลังคนของประเทศต่างๆ พบว่าการใช้วิธีการคาดการณ์ผสมผสานระหว่าง Health needs, Health demand และ Serice target น่าจะเป็นทางเลือกที่น่าสนใจ สำหรับประเทศที่มีการให้บริการโดยภาครัฐและเอกชนนั้น การผสมผสานระหว่าง Health needs และ Health demand นั้นเป็นทางเลือกที่เหมาะสม และจากนั้นจึงแปลง Health needs เป็น Services และใช้วิธี Service target มาใช้ในการคาดการณ์ความต้องการกำลังคน

บทบาทของแพทยสภา

แพทยสภาถือเป็นองค์กรวิชาชีพหนึ่งที่เกิดขึ้นจกการรวมตัวกันของผู้ประกอบวิชาชีพทางด้านเวชกรรม มีสถานะเป็นนิติบุคคล ทำหน้าที่ในการขึ้นทะเบียน ออกใบอนุญาต และควบคุมดูแลผู้ประกอบวิชาชีพทางด้านเวชกรรมให้ปฏิบัติหน้าที่อย่างถูกต้องและไม่ฝ่าฝืนจริยธรรมแห่งวิชาชีพตามพระราชบัญญัติวิชาชีพเวชกรรม พ.ศ.2525

การประกอบวิชาชีพเวชกรรมในประเทศไทยเป็นวิชาชีพที่กระทำต่อมนุษย์เกี่ยวกับการตรวจโรค การวินิจฉัยโรค การบำบัดโรค การป้องกันโรค การผดุงครรภ์ การปรับสายตาด้วยเลนซ์สัมผัส การแทงเข็มหรือการฝังเข็มเพื่อบำบัดโรคหรือเพื่อระงับความรู้สึก และหมายรวมถึงการกระทำทางศัลยกรรม การใช้รังสี การฉีดยาหรือสสาร การสอดใส่วัตถุใดๆ เข้าไปในร่างกาย ทั้งนี้เพื่อคุมกำเนิด การเสริมสวย หรือการบำรุงร่างกายด้วย การประกอบวิชาชีพเวชกรรมถูกควบคุมโดยแพทยสภา (The Medical Council of Thailand) ซึ่งมีลักษณะเป็นองค์กรวิชาชีพรูปแบบหนึ่งในประเทศไทย แพทยสภาเกิดขึ้นจากการรวมกลุ่มกันของผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมในประเทศที่เล็งเห็นถึงความสำคัญของการส่งเสริม การรักษามาตรฐาน และในขณะเดียวกันก็ควบคุมตรวจสอบผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรมทุกคนในประเทศไทยให้ประกอบวิชาชีพหรือให้บริการรักษาพยาบาลแก่ผู้ป่วยอย่างเป็นไปตามมาตรฐานวิชาชีพที่คณะกรรมการและสมาชิกของแพทยสภาได้ร่วมกันกำหนดไว้

แพทยสภาจึงมีบทบาทและอำนาจหน้าที่ที่สำคัญในการวางมาตรฐานและควบคุมการประกอบวิชาชีพในทุกขั้นตอน นับตั้งแต่ขั้นเริ่มต้นของการประกอบวิชาชีพ ระหว่างการประกอบวิชาชีพ และการสิ้นสุดการประกอบวิชาชีพ กล่าวคือ แพทยสภามีอำนาจในกาพิจารณาออกใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม วางหลักเกณฑ์มาตรฐาน และจริยธรรมที่ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมทุกคนพึงปฏิบัติหรือกระทำต่อผู้รับบริการและต่อผู้ร่วมวิชาชีพ และมีอำนาจในการลงโทษกรณีที่พบว่าผู้ประกอบวิชาชีพผู้ใดได้กระทำการฝ่าฝืนหลักเกณฑ์หรือระเบียบที่กำหนดไว้ นอกจากนี้แพทยสภายังมีอำนาจหน้าที่ในกาควบคุมหลักสูตรและควบคุมการจัดการเรียนการสอนในสถาบันต่างๆ สำหรับนักศึกษาแพทย์ รวมถึงควบคุมมาตรฐานหลักสูตรและการฝึกอบรมสำหรับผู้ประกอบวิชาชีพที่ต้องการสร้างความรู้ความเชี่ยวชาญเฉพาะด้านให้แก่ตนเองอีกด้วย

1. วัตถุประสงค์ในการดำเนินงานของแพทยสภา

การดำเนินงานของแพทยสภามีหลายลักษณะและได้รับการเพิ่งเติมวัตถุประสงค์ขององค์กรให้กว้างขวางยิ่งขึ้นโดยพระราชบัญญัติวิชาชีพเวชกรรม พ.ศ.2525 ซึ่งเป็นกฎหมายที่มีผลใช้บังคับในปัจจุบัน โดยเฉพาะการกำหนดให้แพทยสภาเป็นตัวแทนของผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมในประเทศไทย ปัจจุบันแพทยสภามีวัตถุประสงค์ที่สำคัญรวมกันทั้งสิ้น 6 ประการ ได้แก่

1.1 ควบคุมการประพฤติของผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมให้ถูกต้องตามจริยธรรมแห่งวิชาชีพเวชกรรม

1.2 ส่งเสริมการศึกษา การวิจัย และการประกอบวิชาชีพในทางการแพทย์

1.3 ส่งเสริมความสามัคคีและผดุงเกียรติของสมาชิก

1.4 ช่วยเหลือ แนะนำ เผยแพร่ และให้การศึกษาแก่ประชาชนและองค์กรอื่นในเรื่องที่เกี่ยวกับการแพทย์และการสาธารณสุข

1.5 ให้คำปรึกษาหรือข้อเสนอแนะต่อรัฐบาลเกี่ยวกับปัญหาการแพทย์และการสาธารณสุขของประเทศ

1.6 เป็นตัวแทนของผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมในประเทศไทย

ดังนั้น การดำเนินงานหรือการวินิจฉัยกรณีใดๆ แพทยสภาจึงต้องดำเนินการและตัดสินให้สอดคล้องและไม่ขัดแย้งกับวัตถุประสงค์ขององค์กรทั้งหกประการข้างต้น

2. คณะกรรมการแพทยสภา

แพทยสภามีสถานะในทางกฎหมายเหมือนกับองค์กรวิชาชีพทั่วไป คือ มีสถานะเป็นนิติบุคคล ที่มิใช่หน่วยงานของรัฐโดยแท้แต่เป็นหน่วยงานที่ได้รับมอบหมายให้ใช้อำนาจปกครองหรือให้ดำเนินกิจการทางปกครองแทนรัฐ ความเป็นนิติบุคคลจึงทำให้แพทยสภามีความเป็นอิสระทั้งในแง่อำนาจหน้าที่ การดำเนินงาน บุคลากรและมีงบประมาณเป็นของตนเอง ซึ่งช่วยให้การปฏิบัติงานต่างๆ ของแพทยสภามีความสะดวกและคล่องตัวมากกว่าในอดีต

2.1 องค์ประกอบของคณะกรรมการแพทยสภา

การบริหารกิจการต่าง ๆ ของแพทยสภาให้เป็นไปตามวัตถุประสงค์ขององค์กร อยู่ภายใต้การดำเนินการและตัดสินใจในรูปของคณะกรรมการ โดยกฎหมายกำหนดให้มีการจัดตั้งคณะกรรมการขึ้นมาชุดหนึ่ง เรียกว่า"คณะกรรมการแพทยสภา" เมื่อพิจารณาที่มาของกรรมการแต่ละคนสามารถแบ่งกรรมการแพทยสภาออกได้เป็นสองประเภท ได้แก่ กรรมการโดยตำแหน่ง และกรรมการโดยการเลือกตั้ง

2.1.1 กรรมการโดยตำแหน่ง

กรรมการแพทยสภาโดยตำแหน่งเป็นกรรมการที่ไม่ได้มาจากการสรรหาหรือการเลือกตั้งแต่จะเป็นผู้ดำรงตำแหน่งในหน่วยงานอื่นอยู่แล้ว และกฎหมายได้กำหนดให้เป็นกรรมการแพทยสภาอีกด้วย กรรมการประเภทนี้จะเป็นผู้บริหารของหน่วยงานต่างๆ ซึ่งเกี่ยวข้องโดยตรงกับการผลิตและการปฏิบัติหน้าที่ของบุคลากรทางการแพทย์ประกอบด้วยปลัดกระทรวงสาธารณสุข อธิบดีกรมการแพทย์ อธิบดีกรมอนามัย เจ้ากรมแพทย์ทหารบก เจ้ากรมแพทย์ทหารเรือ เจ้ากรมแพทย์ทหารอากาศ นายแพทย์ใหญ่กรมตำรวจ คณบดีคณะแพทยศาสตร์ในมหาวิทยาลัย ผู้อำนวยการวิทยาลัยแพทยศาสตร์ และเลขาธิการแพทยสภา เป็นกรรมการและเลขานุการ

ในปัจจุบันคณะแพทยศาสตร์ซึ่งเป็นโรงเรียนแพทย์ได้ถูกก่อตั้งขึ้นเพื่อจัดการเรียนการสอนให้แก่นักศึกษาแพทย์ในมหาวิทยาลัยต่าง ๆ ของประเทศไทยจำนวนหลายแห่ง ได้แก่ ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรจฒ์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ วชิระพยาบาล มหาวิทยาลัยนเรศวร มหาวิทยาลัยมหาสาคาม มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี มหาวิทยาลัยบูรพา มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์ มหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์ มหาวิทยาลัยพะเยา มหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง และมหาวิทยาลัยสยาม ซึ่งคณบดีคณะแพทยศาสตร์ทั้งหมดจะมีสถานะเป็นกรรมการแพทยสภาโดยตำแหน่งด้วย

ในขณะที่วิทยาลัยแพทยศาสตร์ในประเทศไทยปัจจุบันมีจำนวน 5 แห่ง ได้แก่ วิทยาลัยวิทยาศาสตร์การแพทย์เจ้าฟ้าจุฬาลงกรณ์ วิทยาลัยแพทยศาสตร์นานาชาติ จุฬาภรณ์ (มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์) วิทยาลัยแพทยศาสตร์พระมงกุฎเกล้า วิทยาลัยแพทย์ศาสตร์ (มหาวิทยาลัยรังสิต) และวิทยาลัยแพทยศาสตร์และการสาธารณสุข (มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี) ซึ่งผู้อำนวยการวิทยาลัยแพทยศาสตร์ทั้ง 5 แห่งจะมีสถานะเป็นกรรมการแพทยสภาโดยตำแหน่งอีกด้วย

2.1.2 กรรมการโดยการเลือกตั้ง

กรรมการแพทยสภาประเภทนี้ไม่ใช่กรรมการเนื่องจากตำแหน่งอื่นที่ตนดำรงอยู่ แต่เป็นกรรมการซึ่งได้รับการเลือกตั้งมาจากสมาชิกแพทยสภาทั่วประเทศ โดยในปัจจุบัน

มีแพทย์ทั้งหมดทั่วประเทศโดยจำนวนของกรรมการประเภทนี้จะมีจำนวนเท่ากับจำนวนกรรมการโดยตำแหน่งในขณะเลือกตั้งในแต่ละวาระกรรมการโดยตำแหน่งจะมีวาระตามตำแหน่งที่ตนเป็นผู้บริหารอยู่ ในขณะที่กรรมการโดยการเลือกตั้งจากสมาชิกมีวาระอยู่ในตำแหน่งคราวละสองปีและอาจได้รับเลือกตั้งใหม่ได้

3. โครงสร้างการบริหารของคณะกรรมการแพทยสภา

โครงสร้างบริหารภายในของคณะกรรมการแพทยสภาประกอบด้วย นายกแพทยสภา ซึ่งทำหน้าที่เป็นประธานในที่ประชุมคณะกรรมการและเป็นผู้แทนของแพทยสภา โดยนายกแพทยสภามาจากการเลือกกันเองระหว่างกรรมการแพทยสภา อีกทั้งประกอบด้วยอุปนายกแพทยสภาคนที่หนึ่งและอุปนายกแพทยสภาคนที่สองตำแหน่งละหนึ่งคน ทำหน้าที่เป็นผู้ช่วยนายกแพทยสภา โดยทั้งสองตำแหน่งได้รับการเลือกมาจากกรรมการโดยตำแหน่งและกรรมการโดยกรเลือกตั้ง และมีวาระการดำรงตำแหน่งตามวาระของกรรมการแพทยสภาซึ่งได้รับการเลือกตั้ง

นอกจากนี้ยังมีตำแหน่งเลขาธิการแพทยสภาทำหน้าที่เป็นผู้ควบคุมบังคับบัญชาเจ้าหน้าที่แพทยสภาทุกระดับและควบคุมรับผิดชอบในงานธุรการทั่วไปของแพทยสภา ตำแหน่งรองเลขาธิการแพทยสภาทำหน้าที่เป็นผู้ช่วยเลขาธิการแพทยสภาปฏิบัติภารกิตามที่ได้รับมอบหมาย และตำแหน่งเหรัญญิกทำหน้าที่ในการควบคุมดูแลรับผิดชอบการบัญชี การเงิน และการงบประมาณของแพทยสภา ตำแหน่งละหนึ่งคนทั้งสามตำแหน่งเป็นสมาชิกแพทยสภาที่มีคุณสมบัติเหมาะสมและได้รับการเลือกจากนายกแพทยสภา มีวาระการดำรงตำแหน่งตามวาระของนายกแพทยสภา

4. บทบาทแพทยสภาในการผลิตบุคลากรทางการแพทย์

ในการศึกษาทางด้านแพทยศาสตร์หรือด้านเวชกรรมในประเทศไทยนั้นจะถูกควบคุม ตรวจสอบ และรับรองมาตรฐานหลักสูตร สถาบัน และปริญญาโดยแพทยสภา ซึ่งแพทยสภาจะทำการควบคุมคุณภาพการศึกษาทั้งในระดับปริญญาสำหรับนักศึกษาแพทย์ในสถาบันผลิตแพทย์ตลอดจนควบคุมมาตรฐานในหลักสูตรการอบรมเพื่อเพิ่มพูนความชำนาญในวิชาชีพเวชกรรมต่างๆ สำหรับแพทย์ที่สำเร็จการศึกษาและประกอบวิชาชีพแล้ว อันจะทำให้เกิดประโยชน์ต่อประเทศชาติ

4.1 หลักเกณฑ์การรับรองวิทยฐานะของสถาบันทางการแพทย์

สถาบันฝึกอบรมตามประกาศของแพทยสภา หมายถึง คณะแพทยศาสตร์ วิทยาลัยแพทยศาสตร์ สถาบันทางการแพทย์ หรือโรงพยาบาทที่จัดการฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้าน ซึ่งสถาบันฝึกอบรมใดต้องการได้รับการรับรองจากแพทยสภาเพื่อจัดให้มีการกอบรมอย่างถูกต้องตามกฎหมายจะต้องมีคุณสมบัติครบถ้วนตามหลักเกณฑ์ทั่วไปและตามหลักเกณฑ์เฉพาะตามประกาศของแพทยสภา ได้แก่

4.1.1 หลักเกณฑ์ทั่วไป ประกอบด้วย 4 ส่วน ได้แก่ คุณสมบัติทั่วไปของสถาบันฝึกอบรม หน่วยงานกลางพื้นฐาน หน่วยงานทาด้านคลินิกที่เกี่ยวกับการดูแลรักษาผู้ป่วยสาขาที่ฝึกอบรม และกิจกรรมวิชาการ

4.1.1.1 คุณสมบัติทั่วไปของสถาบันที่ยื่นคำขอการรับรองนั้นจะต้องมีคุณสมบัติตามที่แพทยสภาได้ประกาศไว้ เช่น เป็นสถาบันที่ได้รับการรับรองคุณภาพ หรือกำลังดำเนินการพัฒนาเพื่อการรับรองคุณภาพ มีระบบการบริหารจัดการที่ดี มีสถานที่ เครื่องมืออุปกณ์ และจำนวนผู้ป่วยที่พอเหมาะแก่การฝึกอบรม มีหน่วยงานเทียบเท่าภาควิชาในคณะแพทยศาสตร์ วิทยาลัยแพทศาสตร์ หรือแผนกในโรงพยาบาลเป็นผู้รับผิดชอบดำเนินการ มีแพทย์ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวนเพียงพอที่จะรับผิดชอบในการฝึกอบรม ต้องจัดทำแผนดำเนินงานระยะ 5 ปี และแผนปฏิบัติการก่อนเริ่มการฝึกอบรมในแต่ละชั้นปีอย่างน้อย 1 ปีการศึกษา และในคณะที่เป็นสถาบันฝึกอบรมเอกชนจะต้องทำการฝึกอบรมโดยไม่แสวงหากำไร เป็นต้น

4.1.1.2 หน่วยงานกลางพื้นฐาน หมายถึง สถาบันฝึกอบรมที่จะยื่นคำขอเพื่อรับการรับรองนั้นจะต้องจัดให้มีหน่วยงานกลางให้บริการแก่เจ้าหน้าที่ ผู้ฝึกอบรม และผู้รับบริการ ได้แก่ ห้องปฏิบัติการสำหรับการชันสูตร หน่วยรังสีวิทยา ห้องสมุดทางการแพทย์ และหน่วยเวชระเบียนและสถิติ

4.1.1.3 หน่วยงานทางด้านคลีนิคที่เกี่ยวกับการดูแลรักษาผู้ป่วยสาขาที่ฝึกอบรม โดยสถาบันฝึกอบรมที่จะขอการรับรองนั้นจะต้องจัดให้มีหน่วยงานทางคลินิกที่สำคัญ ได้แก่ อายุรศาสตร์ ศัลยศาสตร์ กุมารเวชศาสตร์ สูติศาสตร์ นรีเวชวิทยา และนอกจากนี้จะต้องจัดให้มี (4) กิจกรรมวิชาการ อย่างสม่ำเสมออีกด้วย ทั้งที่เป็นการจัดภายในหน่วยงานหรือระหว่างหน่วยงาน

4.1.2 หลักเกณฑ์เฉพาะ กล่าวคือ สถาบันฝึกอบรมจะต้องจัดให้มีหน่วยงานให้การดูแลรักษาผู้ป่วยในสาขาที่ฝึกอบรมตลอดเวลา มีงานบริการที่มีคุณภาพและปริมาณที่เป็นไปตามที่แพทยสภาหรือหน่วยงานที่แพทยสภามอบหมายให้เป็นผู้กำหนด

อย่างไรก็ตาม หากสถาบันฝึกอบรมผู้ยื่นขอรับการรับรองขาดคุณสมบัติในหลักเกณฑ์ใดอาจจัดการฝึกอบรมได้โดยให้สถาบันอื่นเป็นสถาบันสมทบ หรือสถาบันร่วมฝึกอบรม โดยความเห็นชอบของคณะอนุกรรมการในสาขาที่จะขอเปิดการฝึกอบรมแพทยศาสตร์มหาวิทยาลัยภายใต้กำกับของรัฐหรือมหาวิทยาลัยสังกัดเอกชน และรวมถึงโรงพยาลที่เป็นศูนย์แพทยศาสตร์ศึกษาสถาบันผลิตแพทย์ร่วม ที่ใช้เป็นสถานปฏิบัติงานของนักศึกษาแพทย์ด้วย โดยสถาบันอุดมศึกษาใดที่มีความประสงค์จะขอเปิดดำเนินการหลักสูตรแพทยศาสตรบัณฑิตต้องเป็นสถาบันอุดมศึกษาที่สำนักงานคณะกรรมการอุดมศึกษารับรองก่อนเปิดดำเนินการหลักสูตร นอกจากนี้สถาบันอุดมศึกษาจะต้องดำเนินการให้แพทยสภารับรองหลักสูตรและรับรองสถาบันผลิตแพทย์นั้นอีกด้วย

4.2 การรับรองหลักสูตร

หลักสูตรแพทยศาสตรบัณฑิตนั้นต้องเป็นไปตามหลักเกณฑ์ที่กลุ่มสถาบันแพทยศาสตร์แห่งประเทศไทยได้พิจารณาหลักเกณฑ์ร่วมกัน และเป็นไปตามเกณฑ์มาตรฐานการประกอบวิชาชีพเวชกรรมที่ออกโดยคณะกรรมการแพทยสภาด้วย เมื่อกลุ่มสถาบันแพทยศาสตร์ได้กำหนดหลักเกณฑ์ร่วมกันและมีมติเห็นชอบหรือเห็นชอบโดยมีเงื่อนไขจะเสนอเรื่องต่อไปให้คณะกรรมการแพทยสภาเป็นผู้พิจารณา และออกเป็นประกาศแพทยสภาที่เกี่ยวกับการรับรองหลักสูตร สถาบันผลิตแพทย์ และการรับรองปริญญาแพทยศาสตร์ต่อไป

สถาบันผลิตแพทย์ที่จะขอเปิดดำเนินการหลักสูตรแพทยศาสตรบัณฑิตนั้นจะต้องจัดทำหลักสูตรให้สอดคล้องกับเกณฑ์มาตรฐานการประกอบวิชาชีพเวชกรรมของแพทยสภา พระราชบัญญัติการศึกษาแห่งชาติ และสอดคล้องกับข้อเสนอแนะจากการประชุมแพทยศาสตร์ศึกษาแห่งชาติ นอกจากนี้หลักสูตรต้องกำหนดรูปแบบและโครงสร้าง วิธีการจัดการเรียนการสอนเพื่อเตรียมผู้เรียนให้มีความรับผิดชอบในกระบวนการเรียนรู้ของตนเอง มีเนื้อหาเกี่ยวกับวิทยาศาสตร์วิทยาศาสตร์กรแพทย์พื้นฐาน พฤติกรรมศาสตร์ สังคมศาสตร์ เวชจริยศาสตร์ วิทยาศาสตร์การแพทย์คลินิคและทักษะคลินิก นอกจกนี้ยังต้องแสดงถึงความเชื่อมโยงสัมพันธ์กับเวชปฏิบัติและภาคสุขภาพอีกด้วย โดยเมื่อจัดทำร่างหลักสูตรเรียบร้อยแล้วจะต้องส่งให้แพทยสภาเพื่อพิจารณาออกคำสั่งรับรองหลักสูตรต่อไป

การรับรองสถาบันและการรับรองมาตรฐานการศึกษา สถาบันผลิตแพทย์ที่จะขอการรับรองจากแพแพทยสภานั้นจะต้อเสนอร่างมาตรฐานของสถาบันทั้งในและนอกสังกัดก่อนดำเนินการรับนักศึกษาต่อเลขาธิการแพทยสภาเพื่อให้กลุ่มสถาบันแพทยศาสตรพิจารณาและมีความเห็นต่อไป โดยสถาบันผลิตแพทย์นั้นต้องมีความพร้อมและครบองค์ประกอบตามเกณฑ์มาตรฐานการศึกษาแพทยศาสตร์ (ระดับแพทยศาสตรบัณฑิต) พ.ศ.2560

ในปัจจุบันมีสถาบันที่ผลิตแพทย์ในประเทศไทยถึง 23 แห่ง โดยเป็นภาครัฐ 21 แห่ง และภาคเอกชน 3 แห่ง

ระเบียบวิธีการคาดการณ์กำลังคน

1. ความต้องการกำลังบุคลากรด้านสุขภาพ

ความต้องการหรือ Demand คือ อุปสงค์หรือความต้องการเชิงปริมาณในด้านเศรษฐศาสตร์ ส่วนในระบบสุขภาพจะเป็นบริการสุขภาพ ซึ่งพูดถึง ณ ระยะเวลาหนึ่งๆ (Hall and Mejia 1978) คำว่า Demand บางครั้งจะถูกกล่าวสลับไปมากับคำว่า Requirement ซึ่ง Demand จะใช้ในการคาดการณ์ด้านกำลังคน ส่วน Requirement จะพูดในเชิงปริมาณของบริการสุขภาพและ

การตอบสนองความพึงพอใจ Need เป็นตัวแทนของการคาดการณ์ความต้องการบุคลากรในการให้บริการซึ่งอยู่บนพื้นฐานของด้วยความเชี่ยวชาญและความก้าวหน้าทางด้านเทคโนโลยี (Hall and Mejia 1978) การคาดการณ์ความต้องการ Demand กระทำได้ค่อนข้างยากเพราะถูกเหนี่ยวนำด้วยหลายปัจจัย รวมถึงวิธีการที่ใช้ในการคาดการณ์ด้วย การคาดการณ์ความต้องการด้านกำลังคนไม่มีเครื่องมือใดที่ผู้วางแผนคาดการณ์ด้านกำลังคนจะใช้ได้ดีที่สุด และส่วนใหญ่ในการคาดการณ์ต้องอาศัยหลายๆ วิธีร่วมกัน ในบริบทและสมมุติฐานหนึ่งๆ ได้จัดวิธีการคาดการณ์ความต้องการด้านกำลังคนออกเป็น4 วิธี ได้แก่ 1) Health need 2) Service targets 3) Health (Oreconomic) Demand, and 4) Manpower/Population ratio

1.1 Health need เป็นวิธีการคาดการณ์สำหรับระบบบริการที่มุ่งเน้นคงภาวะการมีสุขภาพปกติ เป็นการคาดการณ์บนพื้นฐานของดุลยพินิจของผู้ให้บริการสุขภาพ

1.2 Service target เป็นวิธีการคาดการณ์ บนพื้นฐานของการตั้งเป้าหมายของการบริการ ซึ่งต้องเกิดสมดุลระหว่างความต้องการของประชาชนกับบริการที่ทางระบบสุขภาพที่คาดว่าสามารถจัดให้ได้

1.3 Health demand method เป็นวิธีการคาดการณ์ตามชนิดหรือจำนวนบริการ ซึ่งในบางครั้งรวมถึงมูลค่าของบริการ สามารถคาดการณ์ออกมาในรูปแบบ Heatth Untilisation rate

1.4 Manpower/Population ratio วิธีนี้ใช้การจัดความต้องการกำลังคนต่อสัดส่วนประชากร เพื่อคาดการณ์ความต้องการกำลังคน หากคาดการณ์ความต้องการกำลังคน การคาดการณ์ด้วยวิธีนี้จะขึ้นอยู่กับการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรเป็นหลัก

นอกจากนี้ยังมีการประยุกต์ใช้การคาดการณ์กำลังคน ขึ้นอีก 1 วิธี คือ Adjusted service target Method ซึ่งมีการใช้แพร่หลายที่ในการคาดการณ์ความต้องการแพทย์ในประเทศแคนนาดา คาดการณ์บนพื้นฐานความของความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญ ประกอบกับข้อมูล Need, Service target เวลา และ Productivity method โดยแต่ละวิธีล้วนมีข้อดี ข้อเสียที่แตกต่าง และขึ้นกับบริบทของกลุ่มบุคลากรและประเภทของหน่วยบริการที่จะคาดการณ์ ที่ผ่านมาประเทศไทยได้มีการใช้วิธีการคาดการณ์ที่หลากหลาย เช่น การใช้สัดส่วนประชากรสำหรับ การคาดการณ์ความต้องการแพทย์ที่ให้บริการในระดับปฐมภูมิ โดยใช้สัดส่วนแพทย์:ประชากร 1:10,000 หรือในวิชาชีพทันตแพทย์จะใช้วิธีการคาดประมาณความต้องการกำลังคนจากความจำเป็นที่ประชาชนต้องได้รับบริการด้านสุขภาพ (Health need method) สำหรับในกระทรวงสาธารณสุขที่ผ่าน มีการใช้วิธีการคาดประมาณความต้องการกำลังคนจากความต้องการใช้บริการสุขภาพ ของประชาชน (Health demand) เพื่อกำหนดกรอบความต้องการบุคลากรในสถานบริการ เพื่อใช้เป็นเกณฑ์ในการจัดสรตำแหน่งข้าราชการเป็นตัน

2. จำนวนบุคลากร (Supply)

จำนวนบุคลากรในระบบกำลังคนด้านสุขภาพ หมายถึง จำนวนบุคลากรเพื่อให้บริการสุขภาพ ในปัจจุบันและอนาคต กล่าวโดยรวมถึงการผลิต การสูญเสีย และผลิตผลเชิงสุขภาพ ในการวิเคราะห์ Supply ประกอบด้วย 3 องค์ประกอบหลัก คือ จำนวนบุคลากรที่อยู่ในระบบจำนวนบุคลากรที่จะเพิ่มขึ้นในอนาคต และจำนวนบุคลากรที่คาดประมาณการสูญเสีย (Hall 1978 และ Hal and Mejia, 1978) Supply ได้แก่ ผู้จบใหม่ ผู้ที่เปลี่ยนมาจากวิชาชีพอื่น หรือแรงงานเคลื่อนย้ายระหว่างประเทศ ส่วนการสูญเสียมาจาก การเกษียณอายุ เสียชีวิต เคลื่อนย้าย และการเปลี่ยนงาน ในการวิเคราะห์ข้อมูลด้าน Supply ในระบบการวางแผนกำลังคน ต้องการรายละเอียดด้านคุณลักษณะของคน คุณลักษณะงาน บทบาทภารกิจ ซึ่งข้อมูลเหล่านี้ส่วนใหญ่ได้มาจากฐานข้อมูลหรือการศึกษาวิจัย

การรวบรวมข้อมูลด้านการสูญเสีย นั้นอาจจะเหมาะสมสำหรับรูปแบบการสูญเสียกำลังคนในลักษณะปกติ แต่หากมีการสูญเสียกำลังคนออกจากระบบที่ไม่เป็นปกติ อาจจะต้องการการคาดการณ์ที่ประยุกต์ใช้ข้อมูลของอัตราการคงอยู่เข้ามาใช้ในการวิเคราะห์ด้วย นอกจากนี้ในการคาดการณ์ Supply จะต้องคำนึงศักยภาพการผลิต ปัจจัยภายในต่างๆ เช่น คุณภาพของการอบรมของสถาบันการอบรมนั้นๆ ปัจจัยภายนอกเช่น ความเชื่อมโยมระหว่างสถาบันการศึกษากับผู้ที่ออกใบอนุญาตให้กับวิชาชีพ เป็นต้น (Hall and Mejia 1978).

2.1 ปัจจัยที่ต้องคำนึงถึงในการวิเคราะห์และการวางแผนกำลังคนด้าน Supply สามารถแบ่งได้เป็น 4 ประเภท (Ritta-LiisaKolehmainen-Atken 1993; Hall 1991; Hall and Mejia 1978; Horby; 1980; Pan American Health Organization 1983) ได้แก่

2.1.1 Active supply อธิบายถึงกำลังคนที่ Active อยู่ในระบบสุขภาพปัจจุบัน

2.1.2 Inactive supply อธิบายถึงกำลังคนที่ Inactive อยู่ในระบบสุขภาพปัจจุบัน

2.1.3 Potential supply อธิบายถึงกำลังคนที่คาดว่าสามารถนำเข้าสู่ระบบสุขภาพ

2.1.4 Projected supply อธิบายถึงจำนวนบุคลากรที่คาดว่าจะมีในระบบสุขภาพ

2.2 การคาดการณ์ Supply โดยใช้สูตรสำเร็จทางคณิตศาสตร์นั้นไม่ยาก แต่ความยุ่งยากซับซ้อนอยู่ที่ปัจจัยที่มาส่งผลกระทบซึ่งรวมถึง การเข้าออกชั่วคราวของบุคลากร การเคลื่อนย้ายบุคลากร และการปรับเปลี่ยนสภาพการฝึกงานและรูปแบบการทำงาน เป็นต้น การคาดการณ์ Supply แบ่งเป็น 3 วิธีได้แก่ Cohort method, Observed changes method และ Two-life time method (Simple-life-table Method และ Working-life-table Method)

2.2.1 Cohort method เปรียบเทียบจำนวนบุคลากรที่เรียนจบหรือผู้ที่ได้ใบอนุญาตในปีนั้นๆ กับผู้ที่ปฏิบัติงานจริงในวิชาชีพนั้น ซึ่งอัตราการสูญเสียจะเป็นผลลัพธ์ที่ได้จากวิธีนี้เช่นกัน

2.2.2 Observed changes method ประกอบด้วยจำนวนบุคลากรที่ปฏิบัติงานในระบบสุขภาพที่ได้จากการสังเกตในช่วงเวลาหนึ่งๆ ซึ่งวิธีการนี้มีข้อจำกัดเมื่อเทียบกับวิธี Cohort method แต่อย่างไรก็ตามวิธีการนี้มีประโยชน์มากเมื่อโครงสร้างอายุประชากร Productivity อัตราการสูญเสียออกจากระบบ คงที่จากปีหนึ่งสู่อีกปีหนึ่ง

2.2.3 Two-life time method ประกอบด้วย Simple-life-table method และ Working-life-tablemethod)

2.2.4 Simple-life-table method วิธีการนี้ ใช้ข้อมูลกำลังคนด้านการสูญเสียจากการตาย การเกษียณอายุงาน แต่ไม่คำนึงถึงการสูญเสียด้วยวิธีอื่นๆ ดังนั้นวิธีการนี้อาจจะทำให้เกิด Overestimate ได้

2.2.5 Working-life-table method วิธีการนี้ คิดรวมทุกสาเหตุของการสูญเสียออกจากระบบ ทำให้ได้ความน่าเชื่อถือมากกว่าวิธี Simple -life-table method

ปัจจัยที่จะมีผลกระทบต่อระบบสุขภาพและกำลังคนด้านสุขภาพ

1. โครงการวิเคราะห์และจัดทำภาพอนาคตของระบบสุขภาพ โดยสำนักงานคณะกรรมการนโยบายวิทยาศาสตร์ เทคโนโลยีและนวัตกรรมแห่งชาติ (2556)

สำนักงานคณะกรรมการนโยบายวิทยาศาสตร์ เทคโนโลยีและนวัตกรรมแห่งชาติ ได้ทำการศึกษาแนวโน้มปัจจัยต่างๆที่เกี่ยวข้องต่อระบบสุขภาพ ในอีก 10 ปีข้างหน้า รวมทั้งศึกษาโอกาส ภัยคุกคาม ตลอดจนความไม่แน่นอนต่างๆในการจัดทำภาพอนาคตของระบบสุขภาพ โดยได้ทำการทบทวนการสำรวจแนวโน้มปัจจัยต่างๆที่ส่งผลกระทบต่อระบบสุขภาพจากการศึกษาวิจัยเพื่อจัดลำดับความสำคัญของงานวิจัยสุขภาพสำหรับประเทศไทยของโครงการเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ (HITAP) และ รายงาน Gobal Risk 2013 ของ World Economic Forum ได้ปัจจัยมาทั้งสิ้น 29 ปัจจัย และได้นำปัจจัยทั้งหมดมาผ่านกระบวนการ Real time Delphi Suey โดยผู้เชี่ยวชาญ โดยมีข้อค้นพบที่สำคัญดังนี้

1.1 ปัจจัยที่มีแนวโน้มที่จะเกิดมากที่สุดในอีก 10 ปีข้างหน้า ได้แก่

1.1.1 การเปลี่ยนแปลงด้านประชากรและโครงสร้าง

1.1.2 การคมนาคมระหว่างประเทศที่สะดวกขึ้น

1.1.3 การทุจริตคอรัปชั่นจะรุนแรงขึ้น

1.2. ปัจจัยที่จะส่งผลกระทบต่อระบบสุขภาพมากที่สุด ได้แก่

1.2.1 การจัดการน้ำเพื่อการใช้และการบริโภค

1.2.2 การปฏิรูปโครงสร้างทางการเมืองและกฎหมาย

1.2.3 ภัยธรรมชาติจะรุนแรงและมีความถี่สูงขึ้น

1.2.4 การทุจริตคอรัปชั่นจะรุนแรงขึ้น

1.3 ปัจจัยที่มีแนวโน้มที่จะกระทบต่อระบบสุขภาพทั้งในด้านบวกและด้านลบด้วยจำนวนใกล้เคียงกัน ได้แก่

1.3.1 สังคมให้ความสำคัญในเรื่องความมั่นคงและปลอดภัยในเรื่องอาหาร

1.3.2 การปฏิรูปโครงสร้างทางการเมืองและกฎหมาย

1.3.3 แนวโน้มการรักษาผู้ป่วยที่พึ่งพาเทคโนโลยีชีวภาพทางการแพทย์จะมากขึ้น

1.3.4 การเจรจาการค้าระหว่างประเทศมีมากขึ้น

1.4 ปัจจัยที่ควรจะให้ความสนใจในการพัฒนาระบบสุขภาพมากที่สุด ได้แก่

1.4.1 การเปลี่ยนแปลงประชากรและโครงสร้าง

1.4.2 ความไม่เท่าเทียมกันในการเข้าถึงเทคโนโลยีทางการแพทย์

1.4.3 สังคมให้ความสำคัญในเรื่องความมั่นคงและปลอดภัยในเรื่องอาหาร

1.4.4 ชุมชนตระหนักถึงสิทธิและการจัดการตนเองมากขึ้น

2. การทบทวนการเปลี่ยนแปลงในบริบทและสถานการณ์มหภาคที่เปลี่ยนไปและความท้าทายต่อระบบสุขภาพ

การศึกษาโดยการทบทวนวรรณกรรมและเอกสารอย่างเร็ว โดยใช้ การวิเคราะห์ปัจจัยภายนอก (PESTEL Analysis) ที่ประกอบด้วย 6 ส่วนสำคัญ ได้แก่ 1) การเมือง (Political), 2) เศรษฐกิจ (Economic), 3) สังคม (Social), 4) เทคโนโลยี (Technology), 5) สิ่งแวดล้อม (Environmental) และ 6) กฎหมาย (Legal โดยมีข้อค้นพบที่สำคัญดังนี้

เมื่อพิจารณาแนวโน้มการเปลี่ยนแปลงในบริบทระดับมหภาคแล้วจะพบว่า มีประเด็นหลักๆ ที่น่าจะส่งผลกระทบอย่างชัดเจนต่อระบบสุขภาพอยู่หกประการ คือ

2.1 การเปลี่ยนแปลงประชากรทั้งในส่วนของการเข้าสู่สังคมสูงอายุ การขยายตัวของเมือง การย้ายถิ่น และการเพิ่มสัดส่วนของชนชั้นกลาง

2.2 ระบบต่าง ๆ จะมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะวิกฤติ (Shock) มากขึ้น ทั้งจากสาธารณภัยต่าง ๆ การระบาดของโรคติดเชื้อและภาวะถดถอยทางเศรษฐกิจ

2.3 ทรัพยากรและงบสาธารณะโดยเฉพาะจากส่วนกลางจำกัดเนื่องมาจากความไม่แน่นอนทางการเมืองสูง ส่งผลต่อบทบาทกลไกภาครัฐในขณะที่บทบาทท้องถิ่นและกลุ่มสังคมมีมากขึ้น

2.4 ในขณะเดียวกัน บทบาทของปัจจัยและบริบทนอกประเทศ ทั้งในส่วนของประเทศที่มีพรมแดนติดต่อกัน (Cross border) ในระดับภูมิภาค และในระดับโลก มีความสำคัญมากขึ้น

2.5 เทคโนโลยีและสารสนเทศนำไปสู่เครื่องมือใหม่ๆให้ประชาชนทั่วไปมีส่วนร่วมในการจัดการตนเอง รวมถึงการจัดการสุขภาพมากขึ้น

2.6 ความเหลื่อมล้ำในด้านต่าง ๆ ยังคงมีอยู่อย่างต่อเนื่องและปัญหาที่ตามมาขณะเดียวกัน นอกเหนือจากการเปลี่ยนแปลงในบริบทมหภาคแล้ว แนวโน้มประเด็นปัญหาในระบบสุขภาพที่เปลี่ยนไป เช่น ภาระจากโรคติดต่อลดลง ภาระจากโรคเอดส์ลดลงและมีแนวโน้มรักษาได้ ภาระจากโรคเรื้อรัง โรคมะเร็งเพิ่มขึ้นแต่ โรคระบาด เชื้ออุบัติใหม่ เชื้อดื้อยา ยังคงเป็นประเด็นท้าทายที่สำคัญ ปัจจัยเสี่ยงที่สัมพันธ์กับรายได้ เช่น ภาวะน้ำหนักเกิน น้ำตาลสูง ไขมันสูง ยังคงเพิ่มขึ้นต่อเนื่อง ในส่วนของการรักษาพยาบาลนวัตกรรมใหม่ๆ ในบางโรคมีแนวโน้มการรักษาพยาบาลที่เน้นการปรับรูปแบบวิธีการเฉพาะแต่ละราย (Customized targeted care) โดยอาศัยเทคโนโลยีใหม่ ๆ เข้ามาช่วยในขณะที่การจัดระบบบริการมีแนวโน้มจะเน้นการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยและชุมชนในการดูแลสุขภาพ มีการจัดระบบมาตรฐานในการดูแลที่ลดความแตกต่างและเพิ่มประสิทธิภาพในการรักษาพยาบาล

การเปิดประเทศเข้าสู่ AEC มีแนวโน้มที่จะส่งผลให้เกิดการเคลื่อนย้ายบุคลากรทางการแพทย์ออกจากภาครัฐสูงขึ้น การเปลี่ยนแปลงระบบบริการระบบริการสาธารณสุขภาคประชาสังคม พบว่าประชาชนมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพมากขึ้น โดยการรับรู้ข่าวสารผ่านเทคโนโลยีสารสนเทศ นอกจากนี้ยังมีการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศ มาประยุกต์ในการให้บริการสุขภาพ เช่น การสื่อสารทางไกลทางการแพทย์ (Telemedicine) ระหว่างประชาชน และผู้ให้บริการสุขภาพ

3. การศึกษาเกี่ยวกับระบบสุขภาพที่พึงประสงค์

3.1 คณะทำงานพัฒนาภาพที่พึงประสงค์ของระบบการเงินการคลังสุขภาพและยุทธศาสตร์การพัฒนาระยะยาว (2554)

ได้กำหนดให้ระบบสุขภาพที่พึงประสงค์จะต้องมีเป้าหมายครอบคลุม 3 ประเด็นสำคัญ ได้แก่ เป็นระบบที่มี คุณภาพ (Ouality) เป็นระบบที่มีประสิทธิภาพ (Effciency) และจะต้องเป็นระบบบริการที่ส่งเสริมความเป็นธรรมสำหรับประชาชน (Equity) โดยมีการระบุประเด็นเชิงยุทธศาสตร์ของระบบบริการสุขภาพที่พึงประสงค์ที่สำคัญดังนี้

3.1.1 ให้ประชาชนทุกคนมีผู้ให้บริการปฐมภูมิประจำครอบครัว

3.1.2 พัฒนาบริการสุขภาพทุกระดับให้มีมาตรฐานด้านคุณภาพและความปลอดภัยสูงสุด ภายใต้ข้อจำกัดของงบประมาณที่สามารถดำเนินการได้

3.1.3 คนไทยทุกคนสามารถเข้าถึงยา เทคโนโลยีทางการแพทย์และบุคลากรสาธารณสุขที่มีคุณภาพตามชุดสิทธิประโยชน์หลัก

3.1.4 รัฐควรเปิดโอกาสให้ภาคเอกชนเข้ามามีส่วนร่วมในระบบสาธารณสุขใน 2 เรื่องเท่านั้น คือ การสร้างเครือข่ายระบบบริการปฐมภูมิระดับครอบครัว และการใช้ทรัพยากรที่มีมากเกินพอในภาคเอกชนเพื่อรองรับความต้องการของประชาชน

3.1.5 ทำให้เกิดระบบการแพทย์ฉุกเฉินที่มีความคล่องตัวสูง และสามารถเชื่อมโยงเป็นเครือข่ายที่ให้การดูแลได้อย่างเหมาะสมและปลอดภัยทำให้เกิดระบบและรูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะยาว ที่ใช้ศักยภาพความร่วมมือของตัวผู้ป่วย

3.1.6 ครอบครัว และชุมชนอย่างเต็มศักยภาพ มากกว่าการพึ่งพาบริการจากสถานพยาบาลระบบบริการสุขภาพให้ทางเลือกกับประชาชนให้เข้าถึงบริการแพทย์แผนไทยและการแพทย์

3.1.7 ทางเลือกที่มีประสิทธิผลและคุ้มค่ามาใช้ในการดูแลสุขภาพได้

3.2 การจัดระบบบริการสุขภาพส่วนภูมิภาค (Service plan) ของกระทรวงสาธารณสุข (2555)

เนื่องด้วยกระทรวงสาธารณสุขมีหน้าที่ในการดูแลรับผิดชอบสุขภาพประชาชน โดยการจัดบริการสุขภาพ ที่ครอบคลุมทั้งการส่งเสริมสุขภาพ การควบคุมและป้องกันโรค การรักษาพยาบาลและการฟื้นฟูสภาพ ผ่านการจัดบริการสุขภาพในหลายระดับ ได้แก่ บริการระดับปฐมภูมิ (Primary care) บริการระดับทุติยภูมิ (Secondary care) และบริการระดับตติยภูมิ (Tertiary care) โดยมุ่งหวังให้แต่ละระดับบริการมีบทบาทหน้าที่ต่างกัน และเชื่อมโยงกันด้วยระบบส่งต่อ (Referral system) เพื่อสามารถที่จะบริการที่มีคุณภาพ และใช้ทรัพยากรที่มีจำกัดได้อย่างมีประสิทธิภาพ

กระทรวงสาธารณสุขจึงดำเนินการให้มีแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service plan) เพื่อให้มีการพัฒนาสถานบริการที่มีทิศทาง ชัดเจน สามารถเชื่อมโยงกันภายในจังหวัด เขตบริการ และระดับประเทศ อีกทั้งเป็นการวางแผนจัดสรรทรัพยากรให้มีความสอดคล้องกับทิศทางระบบบริการดังกล่าว ภายใต้กรอบแนวคิดสำคัญดังนี้

3.2.1 การจัดเครือข่ายบริการที่ไร้รอยต่อ (Seamless health serice network) สามารถเชื่อมโยงระบบบริการทั้งสามเข้าไว้ด้วยกัน

3.2.2 การจัดให้มี เครือข่ายบริการระดับจังหวัด (Provincial health service network) โดยแต่ละเครือข่ายจะต้องพัฒนาขีดความสามารถให้ได้ตามมาตรฐานที่กำหนด

3.2.3. จัดระดับโรงพยาบาลรับผู้ป่วยส่งต่อ (Referral hospital cascade) ตามขีดความสามารถของโรงพยาบาลในแต่ละระดับโดยมีการวางยุทธศาสตร์หลัก (Key strategy) ไว้ 3 ประเด็น คือ 1. การพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิในชุมชนเมืองที่มีความหนาแน่น 2. การพัฒนา

โรงพยาบาลระดับต่าง ๆ ที่เป็นส่วนหนึ่งของระบบเครือข่ายบริการ 3. การพัฒนาศูนย์เชี่ยวชาญระดับสูงใน 4 สาขา ได้แก่ ทารกแรกเกิด มะเร็ง อุบัติเหตุ และ หัวใจ

เป้าประสงค์ของระบบสุขภาพ (Goals)

1. ระบบบริการที่มีคุณภาพ (Qualit)

เป็นระบบบริการที่มีมาตรฐาน มีความปลอดภัย (Standard and safet) และมีความต่อเนื่อง (Continuit) ทั้งในกรณีของการส่งต่อเพื่อการมารับการรักษาในสถานพยาบาลระดับที่เหมาะสม และดูแลต่อเนื่องในระยะยาว

2. ระบบบริการที่มีประสิทธิภาพ (Efficiency)

ที่กระจายและใช้ทรัพยากรอย่างคุ้มค่า ให้เกิดการใช้เพื่อดูแลสุขภาพ (Cost effectiveness) และมีการบริหารจัดการ (Administrative)

3. ระบบบริการที่ส่งเสริมความเป็นธรรมสำหรับประชาชน (Equity)

โดยประชาชนจะได้รับการดูแลสุขภาพแตกต่างกันไปตามความจำเป็นทางด้านสุขภาพ และทำให้ประชาชนที่มีความต้องการด้านสุขภาพเหมือนกัน จะได้รับการดูแลสุขภาพที่ใช้มาตรฐานเดียวกัน

4. ระบบที่เป็นที่ยอมรับ และสามารถตอบสนองต่อความคาดหวังในการมารับบริการของประชาชนได้ (Social accountability)

5. ระบบที่มีความยั่งยืน (Sustainability) ไม่เป็นภาระกับระบบการเงินการคลังของประเทศ

ส่งเสริมการบริการระดับปฐมภูมิ (Primary care)

1. ให้ความสำคัญกับการดูแลสุขภาพอย่างต่อเนื่อง เน้นความสัมพันธ์ การเอาใจใส่ดูแลสุขภาพ ระหว่างผู้ให้บริการและประชาชน

2. เป็นทางเลือกที่เป็นที่ยอมรับ มีความยืดหยุ่น ไม่จำกัดด้วยขอบเขตหรือสภาพภูมิศาสตร์ หรือเขตการปกครอง

3. บูรณาการระบบจัดการสุขภาพในบริการระดับปฐมภูมิในครอบครัว ซึ่งอาจให้มีผู้จัดการสุขภาพ (Care manager) ที่ไม่จำเป็นต้องเป็นผู้ประกอบวิชาชีพสุขภาพก็ได้ แต่ต้องผ่านการอบรมตามมาตรฐานที่จะกำหนดขึ้น

4. ให้การดูแลสุขภาพรองรับความต้องการสุขภาพในระดับทุติยภูมิและตติยภูมิ ผ่านระบบส่งต่อผู้ป่วยให้เสมือนไร้รอยต่อ ทั้งขาขึ้นและขาล่อง สามารถดูแลได้เบ็ดเสร็จในเขตสุขภาพที่กำหนด

5. จัดระบบที่คลอบคลุมถึงการสร้างเสริมสุขภาพ (Health promotion) การควบคุมและป้องกัน (Health prevention) รวมทั้งการดูแลสภาวะแวดล้อมที่เอื้อต่อการส่งเสริมสุขภาพ และการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ ภายใต้ความร่วมมืออย่างบูรณาการระหว่างภาครัฐ ภาคเอกชน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และภาคประชาชน

6. ใช้ความก้าวหน้าของเทศโนโลยีสารสนเทศเป็นเครื่องมือในการให้บริการสุขภาพ

7. อาจจัดโครงสร้าง หรือมีการจัดการของระบบที่แตกต่างกันเป็นกลุ่มๆ ให้เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่

8. ผู้ให้บริการประจำครบครัว อาจกำหนดเป็นตัวบุคคลหรือหน่วยงานก็ได้

9. รัฐควรมีนโยบายระยะยาวที่ชัดเจน ในการลงทุนและสนับสนุนกลุ่มผู้ให้บริการ ทั้งส่วนที่เป็นผู้ประกอบวิชาชีพ และบุคลากรปฏิบัติงานสนับสนุน และส่งเสริมการที่ส่วนร่วมของภาคเอกชนในการให้บริการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในสัดส่วนที่เหมาะสม

10. พัฒนาเครือข่ายบริการสุขภาพในรูปแบบ "เขตบริการสุขภาพ"

10.1 จัดบริการเครือข่ายไร้รอยต่อ (Seamless Health Service Network) ที่สามารถเชื่อมโยงบริการทั้ง 3 ระดับตั้งแต่ ปฐมภูมิ ทุติยภูมิ และตติยภูมิ เข้าไว้ด้วยกัน

10.2 จัดให้มีเครือข่ายระดับจังหวัด (Provincial Health Service Network) โดยที่เครือข่ายจะต้องพัฒนาประสิทธิภาพในการบริการให้สูงขึ้นตามมาตรฐานที่จะกำหนดขึ้น ประกอบด้วยโรงพยาบาลทั่วไปที่ อยู่ในระดับมาตรฐานเป็นแม่ข่าย และรับผิดชอบการจัดบริการของโรพยาบาลระดับทุติยภูมิและเครือข่ายบริการปฐมภูมิ ทั้งนี้การบริหารเครือข่ายใช้รูปแบบคณะกรรมการ

10.3 มีการจัดระดับโรงพยาบาลรับผู้ป่วยส่งต่อ (Referral Hospital Cascade) ตามขีดความสามารถของโรงพยาบาลแต่ละระดับ เพื่อใช้ทรัพยากรภายในเครือข่ายที่มีอย่างจำกัดให้มีประสิทธิภาพ หลีกเลี่ยงการลงทุนที่ซ้ำซ้อน ขจัดภาพการแข่งขันกันและให้ประชาชนได้รับผลประโยชน์สูงสุด

10.4 เครือข่ายบริการสุขภาพ จะต้องเชื่อมโยงสถานบริการทุกระดับทั้งในส่วนกระทรวงสาธารณสุขกระทรวงอื่นๆ โรงพยาบาลสังกัดโรงเรียนแพทย์ สถานบริการเอกชน และสถาน

บริการในสังกัดขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น โดยมีการใช้วางแผนการพัฒนาและการใช้ทรัพยากรร่วมกัน ผ่านการเชื่อมโยงข้อมูลทรัพยากรด้านสุขภาพที่สำคัญ

10.5 เครือข่ายบริการสุขภาพมีความครอบคลุมพื้นที่ 4-8 จังหวัด ดูแลประชากรประมาณ 5 ล้านคน โดยมีคณะกรรมการบริหารเครือข่าย ทำหน้าที่ดูแลระบบบริการ เพื่อให้ประชาชนในพื้นที่บริการได้รับบริการที่มีคุณภาพ มีมาตรฐาน ทั่วถึง และเป็นธรรม ภายใต้ระบบจัดการที่มีเอกภาพ

10.6 สร้างความเข้มแข็งให้กับระบบ Gatekeeper ใช้แนวคิด Centralized IP and sattellized OP โดยจัดระบบให้สถานบริการในระดับปฐมภูมิ (Primary care level) ในการคัดกรองและดูแลผู้ป่วยที่ไม่มีความรุนแรงในแบบผู้ป่วยนอกในสถานบริการ ระดับทุติยภูมิและตติยภูมิ มีบทบาทในการดูแลเฉพาะผู้ป่วยที่มีความรุนแรงของความเจ็บป่วยเป็นการดูแลแบบผู้ป่วยใน โดยผ่านระบบส่งต่อที่มีประสิทธิภาพ

11. การพัฒนาบริการสุขภาพทุกระดับให้มีมาตรฐานด้านคุณภาพและความปลอดภัยสูงสุด (Quality and Safety)

11.1 มีกลไกกลางในการกำหนดมาตรฐานในการดูแลรักษาผู้ป่วย (Clinical practice guideline - CPG)

11.2 มีระบบพัฒนาคุณภาพ (Quality assurance) อย่างต่อเนื่อง ผ่านกระบวนการสื่อสารในทางบวก อาทิ เช่น แนวคิดการชื่นชม และเห็นคุณค่าในความสำเร็จ (Appreciative approach)

11.3 ส่งเสริมการใช้ เวชปฏิบัติหลักฐานเชิงประจักษ์ (Evidence-based practice) เพื่อเป็นการตัดสินใจ วิธีการรักษาหรือดูแลผู้ป่วย/ผู้รับบริการโดยพิจารณาจากหลักฐานที่ดีที่สุดซึ่งมีความชัดเจน และมีเหตุมีผลที่มีอยู่ในขณะนั้นอย่างรอบคอบ

12. ส่งเสริมความมั่นคงทางยาและเทคโนโลยีทางการแพทย์

12.1 คนไทยทุกคนสามารถเข้าถึงยา เทคโนโลยีทางการแพทย์และบุคลากรสาธารณสุขที่มีคุณภาพตามชุด สิทธิประโยชน์หลัก ในขณะที่ระบบยังสามารถเอื้อให้สามารถนำเทคโนโลยีทางการแพทย์สมัยใหม่ที่มีความก้าวหน้า แต่อาจมีราคาแพงมากมาลองใช้หรือเริ่มใช้ในวงจำกัดก่อนขยายไปสู่การใช้ในวงกว้างได้ เมื่อมีความคุ้มค่าและความพร้อมในการจัดการอย่างไรก็ตามการเลือกใช้เทคโนโลยีทางการแพทย์ต้องผ่านการประเมินเทคโนโลยีตามกฎหมายก่อน ซึ่งจะมีความสำคัญมากขึ้น เพื่อการจัดสรรงบประมาณด้านสุขภาพให้เกิดประโยชน์สูงสุด และเป็นไปเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชน

12.2 ส่งเสริมความเข้มแข็งของอุตสาหกรรมยา ชีววัตถุ และสมุนไพรในประเทศให้สามารถพึ่งพาตอเองได้อย่างมั่นคงและยั่งยืน

13. ส่งเสริมการมีส่วนร่วมของภาคเอกชน (Public-private partnership-PPP) รัฐควรเปิดโอกาสให้ภาคเอกชนเข้ามามีส่วนร่วมในการจัดบริการสุขภาพ โดยคำนึงถึงความคุ้มค่าประสิทธิภาพและประโยชน์ต่อประชาชนเป็นสูงสุด

14. พัฒนาระบบในการตอบสนองต่อภาวะฉุกเฉิน (Crisis response)

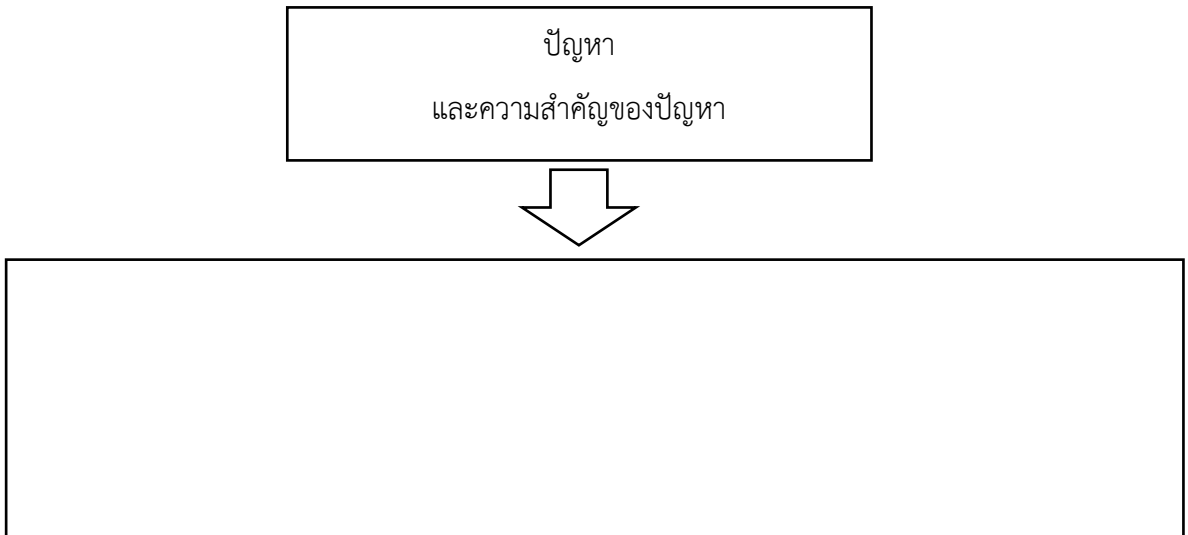
14.1 ทำให้เกิดระบบการแพทย์ฉุกเฉินที่มีความคล่องตัวสูง และสามารถเชื่อมโยงเป็นเครือข่ายที่ให้การดูแลได้อย่างเหมาะสมและปลอดภัย

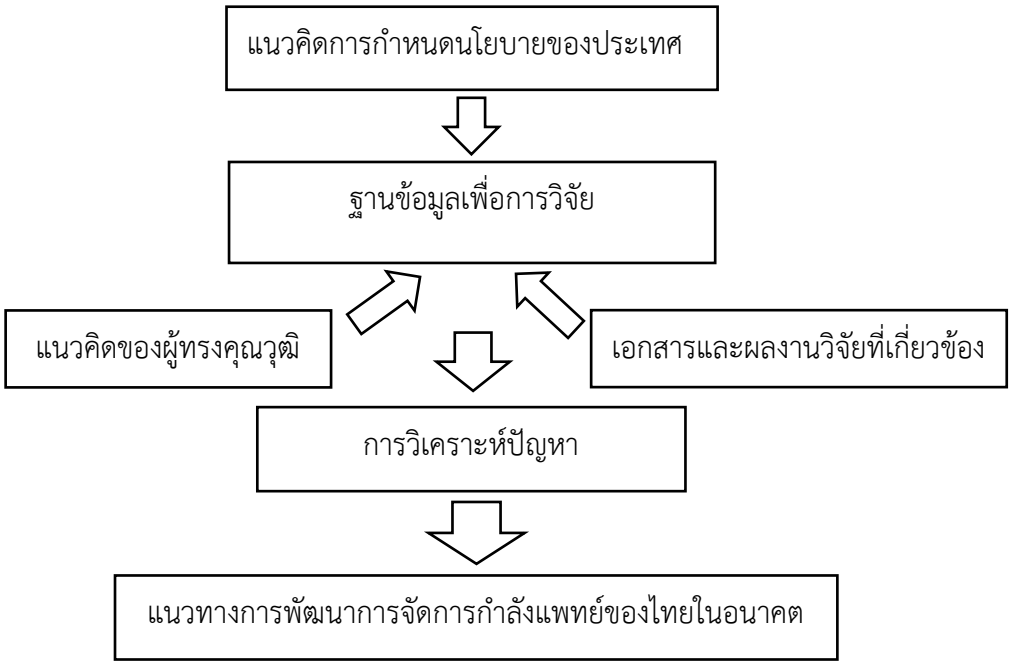
14.2 จัดระบบในการจัดการภาวะฉุกเฉินจากภัยพิบัติ เช่น น้ำท่วม แผ่นดินไหว รวมทั้งระบบในการรับมือกับโรคระบาดอุบัติใหม่ (Emerging infectious disease) ที่รุนแรงอย่างมีประสิทธิภาพ

14.3 พัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยในระยะยาว (Long term care) ทำให้เกิดระบบและรูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะยาว ที่ใช้ศักยภาพความร่วมมือของตัวผู้ป่วยครอบครัว และชุมชนอย่างเต็มศักยภาพ มากกว่าการพึ่งพาบริการจากสถานพยาบาล

14.4 พัฒนาระบบเพื่อการรองรับผู้มารับบริการชาวต่างชาติ จัดระบบรองรับความต้องการด้านสุขภาพที่เพิ่มขึ้นจากผู้มารับบริการชาวต่างชาติ ทั้งในกลุ่มนักท่องเที่ยว เชิงการแพทย์ (Medical tourist) กลุ่มชาวต่างชาติในภูมิภาคอาเซียนที่จะเพิ่มมากขึ้นภายหลังการเปิดเสรีทางการค้าในกลุ่มประเทศอาเซียน และกลุ่มแรงงานต่างด้าว โดยคำนึงหลักมนุษยธรรมและไม่กระทบต่อผู้รับบริการชาวไทย

กรอบแนวคิดของการวิจัย





สรุป

ในศตวรรษที่ 21 มีการเปลี่ยนแปลงทางในหลายๆด้าน ทั้งในด้านเศรษฐกิจ สังคม การเมือง สิ่งแวดล้อมและเทคโนโลยี นอกจากนี้ประชาคมโลกในปัจจุบันมีการรวมตัวกันเป็นหนึ่งเดียวกันในทางเศรษฐกิจมากขึ้น ทำให้ระบบเศรษฐกิจของแต่ละประเทศมีความเชื่อมโยงกัน โดยอาศัยกลไกของ "เครือข่าย" ในการเชื่อมโยงดังกล่าว นอกจากนั้นกระแสโลกาภิวัฒน์ นำโลกไปสู่การมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างองค์กรและปัจเจกมากขึ้น การเพิ่มขึ้นของผู้เล่นที่ไม่ใช่หน่วยงานรัฐมากขึ้น ซึ่งพลวัตการเปลี่ยนแปลงดังกล่าวย่อมส่งผลต่อโครงสร้างเศรษฐกิจและสังคมของประเทศไทย

ในประเทศไทยเอง ก็กำลังเผชิญกับปัญหาการเปลี่ยนแปลงของบริบทแวดล้อมได้แก่ การเปลี่ยนแปลงด้านเศรษฐกิจ ด้านนโยบายการค้าโลก ด้านสังคม นโยบายสาธารณสุขและการปฏิรูปต่างๆ ตลอดทั้งการเปลี่ยนแปลงด้านประชากรและระบาดวิทยาซึ่งส่งผลกระทบต่อระบบบริการสาธารณสุข เช่น การเจริญเติบโตทางเศรษฐกิจภายหลังยุควิกฤติเศรษฐกิจปี 2540 และในขณะเดียวกัน การที่รัฐบาลมีนโยบายส่งเสริมให้คนต่างชาติมารับบริการสาธารณสุขในประเทศไทยเพื่อหวังผลทางด้านเศรษฐกิจเป็นผลให้เกิดการขยายตัวของธุรกิจโรงพยาบาลเอกชนมากขึ้น ซึ่งส่งผลกระทบต่อการไหลของบุคลากรสาธารณสุขจากภาครัฐสู่ภาคเอกชน ผลจากการพัฒนาทางเศรษฐกิจ สังคม การศึกษา และเทคโนโลยีของประเทศ ส่งผลให้ความต้องการและความคาดหวังของประชาชนต่อระบบบริการสุขภาพสูงขึ้นอย่างมาก ทำให้เกิดการเรียกร้องบริการและคุณภาพการบริการมากขึ้น และเกิดกรณีการร้องทุกข์ภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพมากขึ้น นโยบายการกระจายอำนาจสู่

องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นส่งผลให้เกิดการแสวงหาความร่วมมือระหว่างหน่วยงานสาธารณสุขและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในการผลิตและการจ้างงานกำลังคนด้านสุขภาพการใช้บริการสุขภาพที่เพิ่มขึ้นและเปลี่ยนแปลงไป ซึ่งเป็นผลจากหลายปัจจัยได้แก่ นโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าส่งผลให้อัตราการใช้บริการสาธารณสุขเพิ่มขึ้น แนวโน้มการเพิ่มขึ้นของผู้สูงอายุ โรคเรื้อรัง อุบัติการณ์ของโรคคิดใหม่ เช่นไข้หวัดนก SARS, MRS เป็นต้น ตลอดทั้งนโยบายการเข้าถึงยาต้านเชื้อไวรัสของผู้ติดเชื้อ เอชไอวี/ เอดส์ ต่างก็ส่งผลต่อภาระงานที่เพิ่มมากขึ้นและความต้องการกำลังคนด้านสุขภาพเพิ่มขึ้นและมีทักษะที่ค่อนข้างเฉพาะพลวัตการเปลี่ยนแปลงต่างๆ ทั้งปัจจัยภายนอกประเทศและปัจจัยในประเทศดังที่กล่าวมาข้างต้น ย่อมส่งผลกระทบต่อระบบสุขภาพของประเทศ ซึ่งจะมีผลกระทบต่อเป้าหมายของระบบสุขภาพที่มีต่อประชาชนในประเทศในที่สุด การศึกษาเพื่อเข้าใจปัจจัยต่าง ๆ ที่จะมากระทบต่อระบบสุขภาพมีความจำเป็นเพื่อที่จะนำไปสู่การออกแบบระบบสุขภาพที่พึงประสงค์ในอนาคตในการตอบสนองต่อการเปลี่ยนแปลงต่างๆในอันที่บรรลุเป้าหมายการมีสุขภาวะที่ดีของประชาชนไทยต่อไป

บทที่ 3
ปัญหาและอุปสรรคด้านกำลังคนแพทย์ในประเทศไทย

กำลังคนด้านการแพทย์และสาธารณสุข เป็นทรัพยากรสุขภาพที่มีความสำคัญอย่างยิ่งต่อระบบสุขภาพ รัฐบาลได้ลงทุนเพื่อเพิ่มศักยภาพการผลิตกำลังคนด้านการแพทย์ ในภาครัฐ และมีการขยายกำลังการผลิตกำลังคนกลุ่มนี้ ในภาคเอกชนมาอย่างต่อเนื่อง ทำให้จำนวนของบุคลากรด้านการแพทย์เพิ่มขึ้น และมีการกระจายไปยังสถานบริการสุขภาพระดับต่าง ๆ ทั้งในและนอกกระทวงสาธารณสุขมากขึ้น แต่อย่างไรก็ตาม แม้ในภาพรวมของประเทศจะมีปริมาณกำลังคนมากขึ้นและมีการกระจายดีขึ้น แต่ประเด็นเรื่องการขาดแคลนกำลังคนและการกระจายที่ไม่เหมาะสม ก็ยังคงมีอยู่อย่างต่อเนื่อง จนปัจจุบันปัญหานี้เริ่มมีความรุนแรง และมีปัจจัยกำหนดที่หลากหลายซับซ้อนมากขึ้น โดยเป็นการขาดแคลน ทั้งด้านปริมาณกำลังคน และทักษะที่จำเป็นต่อการตอบสนองความต้องการด้านสุขภาพของประชาชน รวมทั้งการกระจายกำลังคนยังขาดความสมดุลเมื่อเปรียบเทียบกับภาระงานในแต่ละพื้นที่ อีกด้วย

การวางแผนอัตราจำนวนแพทย์ของประเทศไทย

ในการวางแผนพัฒนาระบบบริการสาธารณสุข จึงต้องคิดเรื่องการวางแผนกำลังคนทั้งในเชิงปริมาณเชิงคุณภาพ ตลอดจนวางแผนการกระจายบุคลากรดังกล่าวให้เหมาะสมกับความต้องการของระบบสาธารณสุขและการเปลี่ยนแปลงทางเศรษฐกิจและสังคม หากวางแผนไม่ดีหรือไม่เหมาะสมก็อาจนำไปสู่ความขาดแคลนและการกระจายที่ไม่เหมาะสม ในขณะเดียวกันอาจนำไปสู่ปัญหาบุคลากรเกินความต้องการของประเทศจนเกิดความว่างงานขอบบุคลากรในบางสาขา เช่น ปัญหาจำนวนแพทย์เกินความต้องการในประเทศเม็กซิโก เป็นต้น

ในช่วงก่อนปี พ.ศ.2520 ไม่มีการวางแผนกำลังคนด้านสุขภาพที่ชัดเจนในประเทศ ไทย แต่มีการกำหนดความต้องการกำลังคนตามข้อกำหนดขององค์การอนามัยโลก โดยทำในบุคลากรสุขภาพ 14 สาขา หลังจากนั้นประเทศไทยมีความพยายามวางแผนกำลังคนมาอย่างต่อเนื่องจากหน่วยงานต่างๆ เช่น การวางแผนโดยสภาพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ในปี 2515 ที่วางสัดส่วนแพทย์ที่เหมาะสมต่อประชากรไว้ที่ 1:500 เพิ่มจำนวนการผลิตแพทย์ของประเทศ หรือการวางแผนแม่บทและในการวางแผนได้สรุปโดยกระทรวงสาธารสุข โดยใช้สัดส่วนบุคลากรต่อประชากรและได้เสนอให้บุคลากรด้านสาธารณสุขในปี 2546 มีการผลิตแพทย์และพยาบาลเพิ่ม

ในปัจจุบันรัฐบาลได้มีการจัดทำแผนยุทธศาสตร์ชาติระยะ 20 ปี (ด้านสาธารณสุข) พ.ศ. 2559-2579 และประเด็นนโยบายที่สำคัญของกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งมีเป้าหมาย คือ "ประชาชนสุขภาพดี เจ้าหน้าที่มีความสุข ระบบสุขภาพยั่งยืน" โดยกำหนดแผนเป็น 4 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 คือการปฏิรูประบบสุขภาพ

ระยะที่ 2 เป็นการสร้างความเข้มแข็ง

ระยะที่ 3 ดำเนินการให้เกิดความยั่งยืน และ

ระยะที่ 4 เมื่อสิ้นแผนในปี 2579 ประเทศไทยจะเป็นผู้นำด้านการแพทย์และสาธารณสุข 1 ใน 3 ของเอเชีย โดยการพัฒนาความเป็นเลิศใน 4 ด้านคือ 1) การส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค (P&P Excellence) คือ บูรณาการกระทวงต่าง ๆ ดูแลผู้สูงอายุและเด็ก ลดการบาดเจ็บจากการจราจร ลดกลุ่มเสี่ยงโรคเรื้อรัง มะเร็ง เลิกบุหรี่ทั่วไทย เทิดไท้องค์ราชัน 2) ระบบบริการ (Service Excellence) คือ จัดแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว 6,500 คน ภายใน 10 ปี ดูแลคนไทย 65 ล้านคน และภายในปี 2560 คนไทย 1 ล้านครอบครัวจะมีแพทย์เวชศาสตร์ดูแล จัดระบบผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่ตำบล (Long Term Care) ทั่วประเทศ จัดระบบการแพทย์ฉุกเฉิน มีแพทย์เวชศาสตร์ฉุกเฉิน 1,000 คนในโรงพยาบาลใหญ่ทั่วประเทศ และจัดระบบการแพทย์ฉุกเฉิน (EMCO) และศูนย์กลางสุขภาพนานาชาติ 3) การพัฒนาคน (People Excellence) คือ การแก้ปัญหาการขาดแคลนพยาบาล วางแผนอัตรากำลังคน ร่วมมือกับมหาวิทยาลัยในแต่ละภูมิภาคเพื่อพัฒนานคลากร ปรับระบบค่าตอบแทนบุคลากรสาธารณสุข 4) ระบบบริหารจัดการ (Governance Excellence) คือ อภิบาลระบบสาธารณสุข สร้างต้นแบบองค์กรคุณธรรม สร้างความมั่นคงด้านยาและเวชภัณฑ์ โดยเน้นการใช้ยาอย่างสมเหตุผลและพัฒนาสมุนไพรเสริมสร้างกลไกและกระบวนการในการบริหารจัดการข้อมูลสุขภาพ จัดระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้นในด้านสิทธิประโยชน์ ลดความเหลื่อมล้ำของ 3 กองทุน รวมถึงการสร้างและพัฒนากลไก สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ (2558) ทิศทางของแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 16 การดูแลด้านการเงินการคลังสุขภาพของประเทศให้มีความยั่งยืน ความเพียงพอ ความเป็นธรรม และมีประสิทธิภาพ

สรุป การปฏิรูปประเทศด้านสาธารณสุข แผนการปฏิรูปประเทศด้านสาธารณสุข มีแผนการปฏิรูปใน 3 เรื่อง ได้แก่

1. ปฏิรูประบบบริการสุขภาพ เพื่อให้มีระบบบริการสุขภาพที่เป็นมาตรฐาน ครอบคลุมและเชื่อมโยงทุกระดับ มีความเป็นธรรม ยึดผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง มีประสิทธิภาพ ภายใต้งบประมาณที่เหมาะสม ประเด็นในการปฏิรูป คือ ระบบบริการปกติ (ระดับปฐมภูมิ ทุติยภูมิ ตติยภูมิ และตติยภูมิชั้นสูง) การสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค การแพทย์ฉุกเฉิน การพัฒนากำลังคนด้าน

สุขภาพแบบองค์รวม การพัฒนายุทธศาสตร์เรื่องยา การแพทย์แผนไทยและสมุนไพร และการสื่อสารด้านสุขภาพ

2. ปฏิรูปการอภิบาลระบบสุขภาพ เพื่อให้มีหน่วยงานกลางระดับชาติ ที่จะกำหนดนโยบาย ยุทธศาสตร์ บทบาทหน้าที่ของหน่วยงานในระบบสุขภาพให้มีเอกภาพและเกิดประสิทธิภาพตลอดจนตรวจสอบ ประเมินผลให้เป็นไปตามกฎหมายและธรรมาภิบาล โดยมีประเด็นการปฏิรูป คือ จัดตั้งคณะกรรมการกำหนดนโยบายสุขภาพแห่งชาติ การปรับบทบาท Regulator/Provider จัดตั้งสำนักงานมาตรฐาน และจัดการข้อมูลสารสนเทศระบบสุขภาพแห่งขาติ

3. ปฏิรูปการเงินการคลังและการประกันสุขภาพ เพื่อให้เกิดความมั่นคงและยั่งยืนของระบบการเงินการคลังด้านสุขภาพ ประชาชนต้องมีหลักประกันด้านสุขภาพ โดยมีประเด็นการปฏิรูป คือ สร้างหลักประกันความมั่นคงและแก้ไขความเหลื่อมล้ำในระบบสุขภาพ โดย

3.1 ปรับสิทธิประโยชน์พื้นฐานด้านสุขภาพให้เป็นมาตรฐานเดียวกันสำหรับประชาชนทั้งประเทศ

3.2 ประชาชน/ห้องถิ่นที่มีศักยภาพมีส่วนร่วมรับผิดชอบค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพเช่น การประกันสุขภาพส่วนบุคคลเพิ่มเติมจากสิทธิประโยชน์พื้นฐาน

3.3 จัดตั้งกองทุนสุขภาพแห่ชาติ เพื่อเป็นที่มาของงบประมาณ ค่าใช้จ่ายต่อหัวประชากร และจากการประกันสุขภาพส่วนบุคคลจัดตั้งสำนักงานประกันสุขภาพแห่งชาติ (รวมสำนักงานประกันสังคมและ สปสช.) อยู่ภายใต้คณะกรรมการนโยบายสุขภาพแห่งชาติ เพื่อทำหน้าที่บริหารจัดการกองทุนสุขภาพ เพื่อให้ประชาชนได้รับและเข้าถึงบริการสุขภาพที่มีคุณภาพอย่างมีประสิทธิภาพ

3.4 ประชาชน/ห้องถิ่น มีส่วนร่วมรับผิดชอบค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ

3.5 จัดให้มีระบบฐานข้อมูลด้านการเจ็บป่วย และค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพระดับประเทศ

สถานการณ์และบริบทระบบสุขภาพ

1. บริบทการเปลี่ยนแปลงที่มีแนวโน้มส่งผลต่อระบบสุขภาพ

1.1 พฤติกรรมการใช้ชีวิตและการบริโภค

สังคมไทยกำลังจะเกิดความเปลี่ยนแปลงครั้งใหญ่ เนื่องจากการก้าวเข้าสู่ยุคสารสนเทศ การรับข้อมูลข่าวสารต่างๆ เป็นเรื่องที่ง่ายและสะดวกสบายมากขึ้นด้วยเทคโนโลยีการสื่อสารไร้สาย มีการประยุกต์ใช้เครือข่ายอินเตอร์เน็ตกับการสื่อสารอยู่หลายรูปแบบ เช่น ไปรษณีย์อิเล็กทรอนิกส์ (E-mail) การสนทนา (Chat) การอ่านหรือแสดงความคิดเห็นในเว็บบอร์ด การติดตามข่าวสาร การเรียนรู้ออนไลน์ (E-Learing) เครือข่ายสังคมออนไลน์ (Social Network) เป็นต้น

อย่างไรก็ตามในการที่อินเตอร์เน็ตเข้ามามีบทบาทหนึ่งในสังคมไทยนั้นย่อมส่งผลกระทบต่อสังคม ผลกระทบทางบวก เช่น สามารถได้รับความรู้และข้อมูลข่าวสารมากยิ่งขึ้น สามารถติดต่อสื่อสารได้อย่างสะดวกและรวดเร็ว เป็นต้น ผลกระทบทางลบเช่น เกิดภัยทางสังคมจากการที่ได้มีการสื่อสารผ่านเครือข่ายอินเตอร์เน็ตด้านพฤติกรรมสุขภาพและการบริโภคอาหาร จากการเปลี่ยนแปลงของสภาพสังคม เศรษฐกิจ การเมือง วัฒนธรรมและความเจริญก้าวหน้าทางเทคโนโลยี ข้อมูลข่าวสารที่ทันสมัย ทำให้ประชาชนในปัจจุบันมีการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตของตนเองและบุคคลภายในครอบครัว ต้องทำงานแข่งกับเวลา จึงเน้นความสะดวกในการบริโภคอาหารจานด่วน หรืออาหารฟาสฟูต อาหารสำเร็จรูป ซึ่งส่วนส่วนใหญ่เป็นอาหารที่มีแคลอรี่สูง ส่งผลให้คนไทยประสบปัญหาน้ำหนักเกิน และโรคอ้วนเพิ่มต่อเนื่อง นอกจากนี้ยังพบว่ามีความนิยมรับประทานอาหารเสริมโดยมีอิทธิพลจากการโฆษณาผ่านช่องทางต่างๆ มากขึ้น ได้แก่ อาหารเสริมลดน้ำหนัก บำรุงผิว การล้างพิษในร่างกายเพื่อให้รู้สึกว่าถ้าขจัดสิ่งที่เป็นอนุมูลอิสระในร่างกายได้มากจะทำให้ร่างกายแข็งแรงและมีอายุยืน และในปัจจุบันการเปิดการค้าเสรี และประชาคมอาเซียน ทำให้การบริโภคอาหารเปิดกว้าง มีความนิยมบริโภคอาหารนานาชาติที่เข้ามามีบทบาทต่อสังคมไทยโดยเฉพาะอาหารญี่ปุ่น รวมทั้งอาหารเพื่อสุขภาพและการส่งเสริมเรื่องการออกกำลังกายควบคู่กันไป ซึ่งมีมากขึ้นในปัจจุบัน

1.2 การก้าวสู่การเป็นสังคมเมือง

การเปลี่ยนแปลงพื้นที่ขนบทไปสู่ความเป็นเมืองมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเพื่อลดความแออัดของเมืองหลวงและเมืองหลัก อันเป็นการกระจายความเจริญสู่พื้นที่นั้นๆ จึงจำเป็นที่จะต้องมีการลงทุนโครงสร้างพื้นฐาน การจัดบริการสาธารณะเพื่อรองรับการเติบโตของเมือง การใช้ประโยชน์ของทรัพยากรท้องถิ่นทั้งปัจจัยการผลิตและแรงงานไปสู่ภาคการค้า บริการ และอุตสาหกรรม ตลอดจนการแสวงหาเทคโนโลยีใหม่ๆ ที่จะช่วยลดผลกระทบต่อสิ่งแวดล้อม ซึ่งจะส่งผลต่อการลดลงและความเสื่อมโทรมของทรัพยากรท้องถิ่น การลดลงของแรงงานในภาคเกษตร รวมทั้งปัญหาการบริหารจัดการขยะทั้งขยะชุมชนและอุตสาหกรรม ทั้งนี้การเพิ่มขึ้นของประชากรและแรงงานในพื้นที่อาจส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงของวิถีชีวิตและวัฒนธรรมท้องถิ่น อย่างไรก็ตาม การผลิตและกิจกรรมทางเศรษฐกิจที่มีขนาดใหญ่ขึ้นเพื่อตอบสนองความต้องการคนในเมืองที่มากขึ้น จะส่งผลให้เกิดการประหยัดจากขนาด การขนส่งมีต้นทุนต่ำลง มีการลงทุนในระบบสาธารณูปโภคจะมีความคุ้มค่ามากขึ้น และความต้องการแรงงานที่มากขึ้นจะมีส่วนเอื้อหรือทำให้จำเป็นต้องมีการจัดตั้งสถาบันการศึกษาในพื้นที่เพื่อตอบสนองความต้องการของสถานประกอบการที่มีจำนวนมากด้านการจัดบริการทางสังคมให้ทุกคนตามสิทธิขั้นพื้นฐาน และเน้นการสร้างภูมิคุ้มกัน ระดับปัจเจก โดย

1.2.1 พัฒนาระบบบริการสาธารณะให้มีคุณภาพและมีช่องทางการเข้าถึงอย่างหลากหลาย โดยเฉพาะระบบบริการสาธารณสุขและการศึกษาขั้นพื้นฐาน สวัสดิการสังคม และกระบวนการยุติธรรม

1.2.2 สนับสนุนการจัดหาที่อยู่อาศัยของผู้มีรายได้น้อยและการเข้าถึงระบบสาธารณูปโภค กำหนดเป็นนโยบายที่อยู่ อาศัยแห่งชาติและเมืองน่าอยู่พัฒนาโครงการที่อยู่อาศัยแก้ปัญหาชุมชนแออัดในเมืองโดยดำเนินการร่วมกับ ภาคธุรกิจเอกชน และ

1.2.3 การจัดรูปแบบสวัสดิการพื้นฐานที่จำเป็นและเหมาะสมตามกลุ่มเป้าหมาย (Customized Welfare) ที่คำนึงถึงฐานะทางเศรษฐกิจและสังคมที่แตกต่างกัน โดยมีแนวทางการรับภาระ ค่าใช้จ่ายร่วมกัน (Cost Sharing) ด้านการลงทุนด้านโครงสร้างพื้นฐานและสิ่งอำนวยความสะดวกของเมือง มีการเตรียมความพร้อมรองรับความเป็นเมือง ทั้งด้านการบริหารจัดการด้านผังเมือง ด้านสาธารณูปโภค สาธารณูปการ ระบบคมนาคมชนส่งระบบบริหารจัดการสิ่งแวดล้อม ระบบการศึกษาและ ระบบสาธารณสุขที่ได้มาตรฐาน มีคุณภาพ และเพียงพอต่อความต้องการของคนในเมือง รวมทั้งเสริมสร้าง ความสามารถในการบริหารจัดการเมืองตามระดับการพัฒนา

1.3 การเพิ่มขึ้นในประชากรผู้สูงอายุ

การเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุของประเทศไทยส่งผลให้อัตราการพึ่งพิงของประชากรวัยแรงงานต้องแบกรับการดูแลผู้สูงอายุเพิ่มสูงขึ้น โดยในปี 2553 มีประชากรวัยแรงงาน 5 คนที่มีศักยภาพแบก รับผู้สูงอายุ 1 คน และคาดการณ์ว่าในปี 2583 จะเหลือประชากรวัยแรงงานเพียง 1.7 คนแบกรับผู้สูงอายุ 1 คน การขาดแคลนกำลังแรงงานทำให้ต้องนำเข้าแรงงานไร้ทักษะจากประเทศเพื่อนบ้าน ซึ่งส่งผลกระทบต่อ ตลาดแรงงานไทยในด้านการยกระดับรายได้และทักษะฝีมือแรงงานจะช้าลง ผลิตภาพแรงงานไทยอาจเพิ่มขึ้นช้า ปัญหาการค้ามนุษย์ และการขาดการคุ้มครองทางสังคมขั้นพื้นฐานที่จำเป็น ซึ่งจะเป็นปัญหาต่อเนื่องที่ส่งผลต่อ คุณภาพชีวิตของคนไทย อาทิ อาชญากรรม โรคระบาด และภาระทางการคลังของระบบบริการทางสังคม อย่างไรก็ตาม นับเป็นโอกาสในการพัฒนาสินค้าและบริการ ธุรกิจบริการที่เหมาะสมกับกลุ่มผู้สูงอายุที่เพิ่มขึ้น ในขณะที่ประชากรวัยเด็กของไทยมีจำนวนลดลงอย่างรวดเร็ว มีพัฒนาการไม่สมวัยและการตั้งครรภ์ ในกลุ่มวัยรุ่นที่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น อัตราการเจริญพันธุ์รวมลดลงจาก 63 คน ในช่วงปี 2507-2508 เป็น 1.62 คน ในช่วงปี 2548-2558 และคาดว่าในปี 2583 จะลดลงเหลือเพียง 1.3 คน กำลังแรงงานมีแนวโน้มลดลง และแรงงานกว่าร้อยละ 30 เป็นประชากร กลุ่มเจเนอเรชั่น Y (Gen Y) ขณะที่ผลิตภาพแรงงานยังเพิ่มขึ้นช้า ซึ่งจะเป็นข้อจำกัดต่อการพัฒนาในระยะ ต่อไป กลุ่มผู้สูงอายุวัยกลางและวัยปลายมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น สะท้อนถึงภาระค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพที่เพิ่มมากขึ้น ขณะที่ผู้สูงอายุจำนวนมากยังมีรายได้ไม่เพียงพอในการยังชีพ ผู้สูงอายุมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นจาก 10.3 ล้านคน(ร้อยละ 16.2) ในปี 2558 เป็น

20.5 ล้านคน (ร้อยละ 32.1)ในปี 2583 การเพิ่มขึ้นของผู้สูงอายุวัยกลางและวัยปลายจะส่งผลต่อภาระค่าใช้จ่ายในการดูแลที่เพิ่มสูงขึ้น แม้ผู้สูงอายุมีส่วนร่วมในกำลังแรงงานเพิ่มขึ้น แต่มีรายได้ไม่เพียงพอกับค่าใช้จ่าย เนื่องจากมีการออมน้อย และแหล่งรายได้หลักร้อยละ 78.5 ของรายได้ทั้งหมดมาจากการเกื้อหนุนของบุตร ผู้สูงอายุวัยส่วนใหญ่ต้องพึ่งพาผู้อื่นทั้งด้านเศรษฐกิจ สังคม และการทำกิจวัตรประจำวันตลอดจนปัญหาสุขภาพจะมีมากขึ้น

ภายใต้การปฏิรูประบบเพื่อสร้างสังคมสูงวัยอย่างมีคุณภาพ มีการพัฒนาด้านสุขภาพ โดยส่งเสริมการพัฒนาเทคโนโลยีและนวัตกรรมทาง การแพทย์เพื่อรองรับการเป็นสังคมผู้สูงอายุทั้งในด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพและที่อยู่อาศัยสำหรับผู้สูอายุ ยกระดับการบริหารจัดการระบบสุขภาพเพื่อลดความเหลื่อมล้ำและสร้างความยั่งยืนในระยะยาว โดยพัฒนาระบบข้อมูลสารสนเทศเพื่อการบริหารทรัพยากรด้านสาธารณสุข บูรณาการระบบหลักประกันสุขภาพภาครัฐ ให้เกิดความเป็นเอกภาพในการบริหารจัดการและการใช้ทรัพยากร และส่งเสริมการอภิบาลระบบสุขภาพในรูปแบบเครือข่ายที่มีการใช้ทรัพยากรร่วมกัน พัฒนาศักยภาพของประเทศไทยสู่การเป็นศูนย์กลางสุขภาพ นานาชาติทั้งในด้านศูนย์กลางการสุขภาพ (Medical Service Hub) ศูนย์กลางบริการเพื่อส่งเสริมสุขภาพ (Wellness Hub) ศูนย์กลางยาและผลิตภัณฑ์เพื่อสุขภาพ (Product Hub) และศูนย์กลางบริการวิชาการ และงานวิจัย เพื่อนำรายได้กลับมาใช้ยกระดับคุณภาพบริการสาธารณสุข (สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจเละสังคมแห่งชาติ 2558). ทิศทางของแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 12.)

ภายในประเทศ รวมทั้งส่งเสริมการให้ความสำคัญกับมิติสุขภาพในทุกนโยบายสาธารณะ (Health in All Policies) เพื่อให้การ ขับเคลื่อนนโยบายของทุกภาคส่วนตระหนักถึงผลกระทบของนโยบายสาธารณะที่มีต่อสุภาพของประชาชน

1.4 การใช้ยาอย่างสมเหตุผล

ในภาพรวมของประเทศ ค่าใช้จ่ายด้านยามีอัตราการเติบโตใกล้เคียงกับค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ (ประมาณร้อยละ 7-8 ต่อปี) แต่สูงกว่าอัตราการเติบโต (ร้อยละ 5-6 ต่อปี) ของผลิตภัณฑ์มวลรวมภายในประเทศ (GDP) การคาดการณ์แนวโน้มของค่าใช้จ่ายด้านยาของประเทศไทยในอนาคต ปัจจัยที่มีผลทำให้ปริมาณการใช้ยาเพิ่มสูงขึ้นประกอบด้วย การที่คนไทยเข้าถึงยามากขึ้นจากการมีระบบหลักประกันสุขภาพ กลุ่มโรคที่ต้องการการรักษาต่อเนื่อง รวมทั้งโรคเอดส์ และกลุ่มประชากรสูงอายุที่ไทยกำลังก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์ ในปี 2568 สำหรับปัจจัยที่มีผลทำให้ยามีราคาเพิ่มขึ้น ได้แก่ ยาใหม่และยาที่มีสิทธิบัตร และการขึ้นราคายาตามสถานะ(เศรษฐกิจสุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ วิชัย โชควิวัฒน, ศรีเพ็ญ ตันติเวส (บรรณาธิการ), ระบบยาของประเทศไทย. นนทบุรี: สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ. 2545 : 5 - 32.)

อย่างไรก็ตามที่สำคัญที่สุดคือค่าใช้จ่ายคนที่เพิ่มสูงขึ้นเกิดจากการใช้ยาอย่างไม่เหมาะสม เกินความจำเป็น และกระบวนการตลาดที่ขาดจริยธรรม โดยพบการบริโภคยาอย่างไม่เหมาะสมและเกินความจำเป็นในทุกระดับ ทั้งการใช้ยาในสถานพยาบาลภาครัฐและเอกชน การใช้ยาในชุมชนโดยเฉพาะยาที่มีความเสี่ยงสูง เช่น ยาต้านจุลชีพ ยาสเตียรอยด์ ยาชุด เป็นต้น สำหรับประเทศไทย การบริโภคยาของคนไทยสูงถึง 144,500 ล้านบาท ในปี พ.ศ. 2555 โดยส่วนหนึ่งรัฐต้องสูญเสียงบประมาณจากการครอบครองยากินจำเป็นถึงประมาณ 2370 ล้านบาทและใช้จ่ายงบประมาณมากถึง 4,000 ล้านบาท ในการผลิตและนำเข้ายาที่ยังมีข้อสงสัยต่อประสิทธิผลและความปลอดภัย

การใช้ยาเป็นเรื่องที่สัมพันธ์กับระบบสาธารณสุขอื่นๆ จึงต้องพิจารณาปัจจัยหลายส่วนที่เข้ามาเกี่ยวข้องและแก้ปัญหาอย่างเป็นระบบ ทันการขึ้นทะเบียน การควบคุมการกระจายยา และการใช้ยาในสถานพยาบาลและชุมชน ตลอดจนถึงปัจจัยต่างๆ ที่มีผลต่อทัศนคติและพฤติกรรมของผู้สั่งใช้ยาและประชาชน

1.5 การเปลี่ยนแปลงของสภาพแวดล้อม

การเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศ (Climate Change) จะส่งผลกระทบซ้ำเติมต่อสถานการณ์ความเสื่อมโทรมของทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อมให้มีความรุนแรงมากขึ้น อุณหภูมิของโลกเพิ่มขึ้น ทำให้เกิดความแห้งแล้งเป็นระยะเวลายาวนาน เกิดฝนขาดช่วง และมีฤดูกาลเปลี่ยนไป ส่งผลกระทบต่อความอุดมสมบูรณ์ของดิน ป่าไม้เกิดความเสื่อมโทรม แหล่งน้ำขาดแคลน ผลผลิตทางการเกษตรลดลง เกิดโรคระบาดในพืชและสัตว์และอาจเกิดผลกระทบต่อสุขภาพของมนุษย์กรณีที่เกิดโรคระบาดใหม่ เกิดความเสี่ยงต่อการสูญเสียความหลากหลายทางชีวภาพ เช่น ระบบนิเวศป่าไม้ ระบบนิเวศชายฝั่ง พื้นที่ชุ่มน้ำ เกิดการกัดเซาะชายฝั่ง และการสูญเสียแนวปะการัง การสูญเสียความหลากหลายทางชีวภาพดังกล่าวข้างตัน จะส่งผลต่อความมั่นคงด้านอาหาร สุขภาพ พลังงาน และลดทอนขีดความสามารถในการพึ่งพาตนเองของชุมชน นอกจากนี้ยังส่งผลให้ภัยพิบัติทางธรรมชาติมีแนวโน้มเกิดบ่อยครั้งขึ้นและมีความรุนแรงมากขึ้น ทั้งอุทกภัย ภัยแล้ง แผ่นดินไหว และดินโคลนถล่ม ส่งผลกระทบต่อภาคการผลิต การพัฒนาอุตสาหกรรม และการพัฒนาเศรษฐกิจโดยรวมของประทศ รวมทั้งวิถีการดำรงชีวิตของประชาชน ซึ่งข้อตกลงระหว่างประเทศเกี่ยวกับการครอบครองยาเกินจำเป็น หมายถึง ภาวะที่ผู้ป่วยได้รับยาในปริมาณที่มากเกินกว่าที่ผู้ป่วยจำเป็นต้องใช้ เป็นปัญหาที่เกิดขึ้นในมุมมองของสถานพยาบาลที่มีการสั่งจ่ายยาและจ่ายยาให้แก่ผู้ป่วยแต่ละรายในปริมาณที่มากเกินกว่าที่ผู้ป่วยจำเป็นต้องใช้ โดยไม่รวมถึงการครอบครองยาเกินจำเป็น ในมุมมองที่ผู้ป่วยมียาครอบครองเกินจำเป็นอันเกิดจากการปรับเปลี่ยนการรักษาและความไม่ร่วมมือในการใช้ยา (ข้อมูลจากรายงานมูลค่าการผลิตและนำเข้ายา ประจำปี 2558, สำนักยา สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา)

การเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศจะทวีความเข้มข้นและเป็นแรงกดดันให้ประเทศไทยต้องเตรียมพร้อมรับภาระในการลดการปล่อยก๊าซเรือนกระจกภายใต้การขยายตัวของเศรษฐกิจและชุมชนเมือง สำหรับปัญหาสิ่งแวดล้อมอื่นๆ ที่เพิ่มสูงขึ้นตัวอย่างเช่นกัน ได้แก่ ปัญหาขยะมูลฝอยที่ไม่ได้รับการแก้ไขอย่างมีประสิทธิภาพ มลพิษทางอากาศยังเกินมาตรฐานหลายแห่ง คุณภาพน้ำที่อยู่ในเกณฑ์ดีมีแนวโน้มลดลง

1.6 การแข่งขันทางการค้าและการลงทุนท่ามกลางบริบททางเศรษฐกิจ

การค้าและการลงทุนระหว่างประเทศที่มีการแข่งขันสูง อันส่งผลให้ประเทศต่างๆ ต้องปรับตัวเองเพื่อให้ได้รับประโยชน์จากระบบเศรษฐกิจโลก รวมถึงการรวมกลุ่มการค้ากันของประเทศต่างๆ อาทิ สหภาพยุโรป และเขตการค้าเสรีอเมริกาเหนือ รวมถึงการจัดตั้ง "ประชาคมเศรษฐกิจของอาเซียน" ภายในปี 2558 เพื่อส่งเสริมให้อาเซียนเป็นตลาดและฐานการผลิตเดียว มีการเคลื่อนย้ายเงินทุน สินค้าบริการ การลงทุน แรงงานฝีมือระหว่างประเทศสมาชิกโดยเสรี ส่งเสริมขีดความสามารถในการแข่งขันของอาเซียน ลดช่องว่างของระดับการพัฒนาของประเทศสมาชิกอาเซียน และส่งเสริมให้อาเซียนสามารถรวมตัวเข้ากับประชาคมโลกได้อย่างไม่อยู่ในภาวะที่เสียเปรียบ ทั้งนี้ การเข้าสู่การเข้าสู่ประชาคมอาเซียน และประชาคมเศรษฐกิจอาเซียน จะทำให้เกิดผลกระทบต่อประเทศไทยในด้านโอกาสของการพัฒนาต่าง ๆ แต่ก็จะต้องเตรียมรองรับผลกระทบทางลบที่จะเกิดขึ้นด้วยเช่นกัน

1.7 ความก้าวหน้าทางด้านเทคโนโลยี

การพัฒนาเทคโนโลยีและระบบสารสนเทศ (Technology and I) เทคโนโลยีการสื่อสารเคลื่อนที่พัฒนาและมีการขยายความครอบคลุมต่อเนื่อง มีเครื่องมือเครื่องใช้รุ่นใหม่ๆ ที่ราคาถูกลง และประกอบไปด้วยอุปกรณ์ต่างๆ ที่ทำให้เครื่องมือเหล่านี้สามารถเชื่อมโยงกับอินเตอร์เน็ตทุกที่ตลอดเวลา รวมถึงเทคโนโลยีสื่อสังคม (Social tech/Medi) เพื่อตอบสนองต่อความสนใจเฉพาะกลุ่มมากขึ้น เทคโนโลยีเหล่านี้ทำให้วิถีการดำเนินชีวิตเปลี่ยนไป สำหรับเทคโนโลยีทางการแพทย์และสาธารณสุข ได้แก่ ยาและเวชภัณฑ์ เครื่องมือในการตรวจ วินิจฉัยโรค และเครื่องมือในการรักษาโรค ซึ่งมีความเจริญก้าวหน้าและเติบโตอย่างรวดเร็ว เนื่องจากพัฒนาการของตัวเทคโนโลยีเองและความต้องการของผู้บริโภค ทั้งในผู้ให้บริการและผู้รับบริการ ที่ต้องการความมีคุณภาพรวดเร็ว ถูกต้อง แม่นยำ และได้ผล จึงทำให้ระบบบริการมีการพัฒนาและนำเข้าเทคโนโลยีมาใช้ในระบบบริการเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง แต่เนื่องจากเทคโนโลยีดังกล่าวมีราคาแพงจึงส่งผลให้ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพเพิ่มมากขึ้น

1.8 คนไทยเจ็บป่วยจากโรคที่ป้องกันได้

สถานการณ์การเจ็บป่วยและเสียชีวิตของประชาชนเปลี่ยนแปลงไปจากเดิมที่พบว่าส่วนใหญ่เกิดจากโรคติดเชื้อที่สามารถป้องกันได้กลายเป็นกลุ่มโรคเรื้อรังจากความเสื่อมของ

อวัยวะ หรือกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDS) เช่น โรคหัวใจ โรคมะเร็ง เบาหวาน ความดันโลหิตสูง หรือโรคที่เกี่ยวกับพฤติกรรมและวิถีการดำรงชีวิตมากขึ้น และโรคจากสภาพแวดล้อมที่ไม่ปลอดภัย เช่น อุบัติเหตุจราจร มลภาวะในสิ่งแวดล้อม โรคจากสภาพแวดล้อมในการทำงาน นอกจากนี้ยังพบว่าความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะวิกฤติมากขึ้น ทั้งจากสาธารณภัยต่างๆ การระบาดของโรคติดเชื้ออุบัติใหม่ อุบัติซ้ำ และการดื้อยาต้านจุลชีพ (AMR: Antimicrobial resistance) ที่กำลังเป็นภัยคุกคามสุขภาพของนานาประเทศ รวมถึงไทยที่มีข้อมูลพบว่า แต่ละปีคนไทยติดเชื้อแบคทีเรียที่ดื้อยาประมาณ 88,000 คน เสียชีวิตจากเชื้อดื้อยา 3,000 คน เกิดความสูญเสียทางเศรษฐกิจทั้งทางตรง 6,000 ล้านบาท และทางอ้อม 40,000 ล้านบาท

1.9 ค่าใช้จ่ายทางด้านสุขภาพสูงขึ้น

ในช่วงสามทศวรรษที่ผ่านมานั้นค่าใช้จ่ายด้านสุภาพของไทยได้เพิ่มขึ้นอย่างมาก โดยเพิ่มจากมูลค่า 147,837 ล้านบาท ในปี พ..2538 เป็นมูลค่า 248,079 ล้านบาท ในปี พ.ศ. 2543 ซึ่งมีอัตราการเพิ่มร้อยละ 66 ต่อปี ใกล้เคียงกับอัตราการเติบโตของผลิตภัณฑ์มวลรวมในประเทศ (GDP) ที่ร้อยละ 6.4 ต่อปี เมื่อเปรียบเทียบเป็นร้อยละของ GDP แล้ว ค่าใช้จ่ายทางสุขภาพภาครวม (Total health expenditure) เพิ่มจากร้อยละ 3.53 ในปี พ.ศ.2538 เป็นร้อยละ 4.00 ในปี พ.ศ.2540 ซึ่งเป็นปีที่ประเทศไทยประสบกับภาวะวิกฤตเศรษฐกิจ หลังจากนั้นอัตราดังกล่าวมีแนวโน้มลดลงอย่างต่อเนื่องและลดลงถึงร้อยละ 3.32 ในปี พ.ศ.2544 เป็นที่สังเกตว่าภายหลังจากที่ได้ดำเนินนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ในปี พ.ศ.2545 แล้วร้อยละของค่าใช้จ่ายทางสุขภาพรวมต่อ GDP เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 3.8 แล้วคงที่ที่ร้อยละ 35 จนถึงปี พ.ศ.2548 สำหรับค่าใช้จ่ายทางสุขภาพต่อหัวนั้นเพิ่มจาก 2,486 บาท ในปี พ.ศ.2538 เป็น 3,974 บาท ในปี พ.ศ.2548 หรือเพิ่มขึ้นถึง 1.6 เท่าค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพสามในสี่ส่วนเป็นการใช้ไปกับบริการด้านการรักษาพยาบาล ส่วนการใช้จ่ายสำหรับการป้องกันโรคและส่งเสริมสุขภาพมีเพียงร้อยละ 5 ของค่าใช้จ่ายทางสุขภาพรวมเท่านั้น ประเทศไทยจึงควรเพิ่มการลงทุนทางสุขภาพให้มากขึ้น โดยเฉพาะอย่างยิ่งควรลงทุนเกี่ยวกับโครงการด้านการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค

1.10 การบริหารกำลังคนด้านสุขภาพ

จากการศึกษาสถานการณ์ในรอบ 5 ปีที่ผ่านมา แม้ว่าจำนวนการผลิตกำลังคนด้านสุขภาพภาพรวมของประเทศใน 4 สาขาหลัก ได้แก่ วิชาชีพแพทย์ ทันตแพทย์ เภสัชกร และพยาบาลวิชาชีพ ในสถาบันการศึกษาทั้งภาครัฐและเอกชน จะมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปี โดยมีภาครัฐเป็นกำลังผลิตหลัก แต่จำนวนการผลิตยังคงไม่เพียงต่อการให้บริการด้านการแพทย์และสาธารณสุขของประเทศ โดยจากการคาดประมาณความต้องการกำลังคนด้านสุขภาพ พบว่า ประเทศไทยยังมีความขาดแคลนกำลังคนในหลายสาขาวิชาชีพ อย่างไรก็ตาม ประเทศไทยมีจุดเด่นสำคัญคือการมี "กำลังคนด้านสุขภาพที่ไม่ใช่วิชาชีพหรือเป็นอาสาสมัครสาธารณสุข" มาช่วยเหลือกิจกรรมด้าน

สุขภาพของรัฐในระดับท้องถิ่นอย่างต่อเนื่อง ซึ่งช่วยเป็นกำลังสำคัญทั้งในเรื่องของการสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันและเฝ้าระวังโรค และเป็นตัวเชื่อมที่สำคัญระหว่างระบบบริการสุขภาพกับชุมชนท้องถิ่น

ด้านการกระจายกำลังคนด้านสุขภาพ พบว่าบุคลากรวิชาชีพด้านสุขภาพยังคงมีการกระจุกตัวอยู่ในกรุงเทพมหานครและภาคกลาง ในขณะที่สถานบริการในภูมิภาค พื้นที่ห่างไกลหรือกันดารยังมีปัญหาการกระจายและขาดแคลนกำลังคนด้านสุขภาพ ส่งผลต่อความเป็นธรรมในการให้บริการด้านสุขภาพแก่ประชาชน ซึ่งจะต้องมีการบริหารจัดการให้ดีขึ้นหรือเกิดความสมดุลระหว่างพื้นที่ต่อไป นอกจากนี้ ยังพบปัญหาการสูญเสียกำลังคนด้านสุขภาพออกจากระบบบริการของกระทรวงสาธารณสุขอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะวิชาชีพพยาบาล ที่มีการลาออกจากราชการสูงมาก มีสาเหตุจากการจ้างงานในรูปแบบลูกจ้างชั่วคราวที่ไม่ได้รับสิทธิและสวัสดิการเหมือนข้าราชการกระทรวงสาธารณสุข ทำให้มีการย้ายไปทำงานในภาคเอกชนและภาครัฐอื่น ที่มีความชาดแคลนพยาบาลหรือต้องการพยาบาลเพิ่มขึ้น ในขณะที่ประเทศไทยได้มีแผนยุทธศาสตร์ทศวรรษกำลังคนด้านสุขภาพแห่งชาติ โดยมีกลไกในการขับเคลื่อนระดับประเทศ คือ คณะกรรมการกำสังคนด้านสุขภาพแห่งชาติ และได้มีการนำหลายมาตรการมาใช้เพื่อเพิ่มการผลิต การกระจาย และการธำรงรักษากำลังคนด้านสุขภาพไว้ในภาครัฐ เช่น การบังคับใช้ทุน การขยายการผลิตแพทย์ที่มีการดำเนินการโดยผ่านโครงการต่างๆ หลายโครงการ ได้แก่ โครงการผลิตแพทย์เพื่อชาวชนบทโครงการผลิตแพทย์ตามแผนการลงทุนเสริมสร้างโครงสร้างสาธารณสุขแห่งชาติ โครงการกระจายแพทย์หนึ่งอำเภอหนึ่งทุน รวมถึงการเพิ่มค่าตอบแทน แต่พบว่าประเทศไทยยังไม่มีการบริหารและพัฒนาทรัพยากรบุคคลอย่างเป็นระบบ ไม่มีการประเมินคุณภาพของกำลังคนในภาพรวมอย่างเป็นระบบ ไม่มีระบบการวางแผนและกำหนดนโยบายเรื่องกำลังคนที่เน้นลงไปในรายละเอียดของทักษะที่เหมาะสม ซึ่งไม่ใช่การพิจารณาแค่จำนวนกำลังคนโดยรวม และยังขาดระบบจัดการข้อมูลสารสนเทศด้านกำลังคนในภาครัฐ รวมถึงระบบอภิบาลระบบกำลังคนด้านสุขภาพ (Health workforce governance) ที่มีประสิทธิภาพในทุกระดับ ทั้งนี้ เพื่อส่งเสริมการกระจายและการจัดการกำลังคนอย่างเหมาะสม เพื่อให้กำลังคนด้านสุขภาพเหล่านี้อยู่ปฏิบัติงานที่ตอบสนองต่อความต้องการของประเทศและทำงานอย่างมีความสุข ซึ่งสิ่งเหล่านี้คือความท้าทายของประเทศในการเตรียมความพร้อมทั้งระบบต่อการเปลี่ยนแปลงต่างๆ ที่เกิดขึ้นในปัจจุบันและกำลังจะเกิดขึ้นในอนาคตอันใกล้

1.11 ความเหลื่อมล้ำไม่เป็นธรรมในระบบสุขภาพ

กล่าวคือความเหลื่อมล้ำระหว่างกลุ่มคนยังคงเป็นปัญหาสำคัญของสังคมไทย อันเนื่องมาจาก (1) ความเหลื่อมล้ำด้านสินทรัพย์ทั้งค้นการเงินและการถือครองที่ดินยังคงกระจุกตัวอยู่ในกลุ่มคนเพียงส่วนน้อย (2) เด็กยากจนยังเข้าไม่ถึงการศึกษาขั้นพื้นฐาน ขณะที่โอกาสในการเข้าถึงการศึกษาในระดับปริญญาตรียังมีความแตกต่างกันตามฐานะของกลุ่มประชากร ระหว่างเขต

เมือง-ชนบท และระหว่างภูมิภาค (3) คุณภาพการให้บริการสาธารณสุขยังคงมีความเหลื่อมล้ำกันระหว่างภูมิภาค โดยเฉพาะการกระจายทรัพยากรทางการแพทย์และสาธารณสุข อาทิ จากการสำรวจทรัพยากร สาธารณสุขในปี 2556 พบว่า อัตราส่วนแพทย์ต่อประชากรระหว่าง กรุงเทพฯ และภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ต่างกันถึง 3.6 เท่า (4) ความเหลื่อมล้ำการเข้าถึงการคุ้มครองทางสังคมของแรงงาน (5) ความเหลื่อมล้ำด้านกระบวนการยุติธรรม

ในทุกรัฐบาลมีแนวนโยบายลดความเหลื่อมล้ำและสร้างความเป็นธรรมในระบบบริการสุขภาพที่ ประชาชนจะได้รับผ่านการบูรณาการจัดการระบบบริหารทั้ง 3 กองทุน ประกอบด้วย กองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ กองทุนสวัสดิการรักษาพยาบาล ข้าราชการ และกองทุนประกันสังคม ทั้งนี้ เพื่อให้เกิดประสิทธิภาพและความเป็นธรรม โดยให้ประชาชนทุกคนได้รับบริการตามสิทธิประโยชน์หลัก ครอบคลุมการดูแลสุขภาพที่จำเป็นเหมือนกัน ส่วนบริการเพิ่มเติมแต่ละกองทุนสุขภาพอาจจัดให้โดยขึ้นอยู่กับขีดความสามารถทางการเงินของกองทุนนั้นๆ ซึ่งขณะนี้ได้ร่วมกันทำสิทธิประโยชน์หลักเรียบร้อยแล้ว พร้อมกันนั้นรัฐบาลยังพัฒนา 'ระบบหรือกลไกกลาง' เพื่อสนับสนุนการบริหารจัดการร่วมกัน ทำให้ลดความซ้ำซ้อน และสามารถอำนวยความสะดวกให้กับประชาชนได้มากขึ้น

สถานการณ์และปัจจัยที่มีผลต่อการพัฒนาสุขภาพ

1. สถานการณ์ภายนอกประเทศ

1.1 ปัจจัยระดับโลกที่สำคัญ

1.1.1 ภาวะเศรษฐกิจโลก: เศรษฐกิจโลกขยายตัวผันผวนทางการเงิน กีดกันการค้า ค้าเสรีเฉพาะกลุ่มเศรษฐกิจโลกมีแนวโน้มขยายตัว มีความผันผวนในระบบเศรษฐกิจและการเงินสูง เกิดตลาดใหม่ที่มีกำลังซื้อสูง เช่น อินเดีย แอฟริกาใต้ รัสเซีย เกิดการรวมกลุ่มทางเศรษฐกิจรูปแบบใหม่ทั่วโลกเพื่อสร้างอำนาจต่อรอง เช่น Tran-Pacific Partnership (TPP) และ Regional Comprehensive Economic Partnership (RCEP) ทำให้รูปแบบการค้ามีความเป็นเสรีและแข่งขันกันมากขึ้น เกิดการเคลื่อนย้ายทุนและแรงงาน ก่อให้เกิดมาตรการกีดกันทางการค้าที่ไม่ใช่ภาษีเพิ่มมากขึ้น เช่น การออกกฎระเบียบ มาตรฐานสินค้าและบริการ มาตรฐานด้านสิ่งแวดล้อมและสิทธิมนุษยชน ซึ่งประเทศไทยต้องพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมบนฐานความรู้ทางวิทยาศาสตร์ เทคโนโลยีและนวัตกรรม ปรับปรุงระเบียบกฎหมายให้สอดรับกับข้อตกลงระหว่างประเทศรวมทั้งสร้างสภาพแวดล้อมให้เกิดการแข่งขันที่เป็นธรรม

1.1.2 ภาวะโลกร้อน/ภาวะภูมิอากาศเปลี่ยนแปลง (Climate Change) หรือภาวะ "โลกร้อน" ส่งผลให้สภาพภูมิอากาศแปรปรวน ภูเข้าน้ำแข็งละลายทำให้เกิดน้ำท่วมหลายประเทศอย่างรุนแรง เกิดภัยพิบัติทางธรรมชาติที่บ่อยครั้งและรุนแรงขึ้นไปทั่วโลก ทั้งวาตภัย อุทกภัย ภัยแล้ง ความหลากหลายทางชีวภาพถูกทำลาย การสูญเสียพื้นที่บริเวณชายฝั่งทะเลเนื่องจากระดับน้ำทะเลที่สูงขึ้น ผลกระทบที่เกิดขึ้นมีผลต่อสุขาวะทั้งทางตรงและทางอ้อม รวมทั้งต่อนิเวศวิทยา เศรษฐกิจ สังคมและการเมือง ทั้งในระดับพื้นที่ ระดับชาติและระดับโลก รวมทั้งก่อให้เกิดภาวะโรคระบาด ปัจจัยจากภาวะโลกร้อน มีผลให้แมลงพาหะนำโรคต่างๆ สามารถแพร่ขยายพันธุ์ ได้มากขึ้น และขยายพื้นที่อาศัยข้ามประเทศหรือทวีปได้ ขณะเดียวกันจุลชีพก่อโรคต่างๆ ก็พัฒนาเติบโตได้รวดเร็วขึ้นอีกด้วยส่งผลกระทบโดยตรงต่อการเกิดโรคติดต่อทั้งในคนและสัตว์เช่น โรคติดต่อระหว่าง สัตว์และคน และโรคติดต่อนำโดยแมลง และส่งผลกระทบทางอ้อมโดยทำให้เกิดภัยพิบัติทางธรรมชาติ ที่มีผลกระทบให้เกิดโรคระบาดต่างๆตามมา เช่น โรคระบาดที่สัมพันธ์กับการบริโภคอาหารและน้ำดื่มที่ไม่สะอาด ภาวะโลกร้อนทำให้สิ่งแวดล้อมเปลี่ยนแปลง การดำรงชีวิตของสัตว์ที่เป็นพาหะของโรค เปลี่ยนแปลงตามไปด้วย ทำให้มีโอกาสที่จะแพร่เชื้อได้ง่ายหรือแพร่เชื้อข้ามสายพันธุ์ได้ อาจส่งผลให้เชื้อโรคทวีความรุนแรงมากขึ้น กลายเป็นโรคติดต่ออุบัติใหม่ซึ่งคนไม่มีภูมิคุ้มกัน อีกทั้งเชื้อโรค ที่เจริญได้ดีในอุณหภูมิสูง เช่น เชื้อโรคไข้เลือดออก เชื้อโรคมาลาเรียที่มียุงเป็นพาหะจะแพร่พันธุ์และเจริญเติบโตได้ดีขึ้น หรืออาจทำให้ฤดูกาลระบาดยาวนานมากขึ้น

1.1.3 สังคมผู้สูงอายุโลก

องค์การสหประชาชาติได้ประเมินสถานการณ์ว่าปี พ.ศ. 2544-2643 (2001-2100) จะเป็นศตวรรษแห่งผู้สูงอายุ หมายถึงการมีประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไปมากกว่าร้อยละ 10 ของประชากรรวมทั่วโลกและมีแนวโน้มว่า ประชากรผู้สูงอายุเหล่านี้จะมีฐานะยากจน ความต้องการสินค้าและบริการสำหรับผู้สูงอายุจะมากขึ้น โดยประเทศที่พัฒนาแล้วเช่น ฝรั่งเศส อเมริกา สวีเดน จะมีระยะเวลาเตรียมตัวสำหรับการเป็นสังคมสูงวัยค่อนข้างนานเมื่อ เทียบกับประเทศที่กำลังพัฒนา สำหรับประเทศไทยมีระยะเวลาที่เข้าสู่สังคมสูงวัยที่ค่อนข้างเร็วประมาณ 16 ปี ซึ่งจะส่งผลต่อการออม การลงทุน และการคลังของประเทศ แนวโน้มการเปลี่ยนแปลงและกระจายตัวของประชากรโลกพบว่าส่วนใหญ่มากกว่าร้อยละ 50 จะอาศัยอยู่ในเขตเมือง ซึ่งมีสัดสวนการบริโภคมากกว่าร้อยละ 80 ของประชากรทั้งหมด การบริโภคสินค้าและบริการด้านสุขภาพจะเพิ่มมากขึ้น การพัฒนาบริการทางการแพทย์และการดูแลผู้สูงอายุเพื่อรองรับความต้องการของกลุ่มผู้สูงอายุที่เพิ่มขึ้น เป็นประเด็นท้าทายทั้งทางสังคมและเศรษฐกิจที่ประเทศต้องเตรียมพร้อมรับมือ

1.1.4 ความก้าวหน้าและการเปลี่ยนแปลงทางเทคโนโลยี

ความก้าวหน้าและการเปลี่ยนแปลงทางเทคโนโลยีด้านการโทรคมนาคมและการติดต่อสื่อสารที่รวดเร็วทำให้นำไปสู่ความเป็นหนึ่งเดียวของสังคมโลกหรือโลกาภิวัตน์

ก่อให้เกิดเทคโนโลยีทางด้านการค้าขาย การเงิน การบริการที่ไร้พรมแดน สังคมโลกเริ่มเข้าสู่ระบบเศรษฐกิจและสังคมดิจิทัลมากขึ้น เทคโนโลยีดิจิทัลจะไม่ได้ เป็นเพียงเครื่องมือสนับสนุนการทำงานหรือการสื่อสารเท่นั้น ในอนาคตเทคโนโลยี ดิจิทัลจะหลอมรวมเข้ากับชีวิตประจำวัน (Internet all of things) โครงสร้าง รูปแบบกิจกรรมทางเศรษฐกิจ กระบวนการผลิต การค้า การบริการ กระบวนการทางสังคม และมีนวัตกรรมใหม่ๆ เพิ่มขึ้น รวมถึงการให้บริการทางด้านสุขภาพซึ่งจะมีผลต่อภาระค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพที่เพิ่มมากขึ้น

1.1.5 ความมั่นคงทางอาหาร

พลังงานความมั่นคงทางอาหารและพลังงานโลก ความต้องการพืชพลังงาน สินค้าเกษตรและอาหารมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น แต่การผลิตพืชอาหารลดลงจากข้อจำกัดด้านพื้นที่เทคโนโลยีที่มีอยู่ และการเปลี่ยนแปลงของภูมิอากาศทำให้เกิดความขัดแย้งระหว่างการผลิตพืชอาหารและพืชพลังงานในอนาคต นอกจากนี้ความวิตกกังวลในเรื่องความปลอดภัยของโรงไฟฟ้านิวเคลียร์ จากกรณีสารกัมมันตรังสีรั่วไหลจากโรงไฟฟ้านิวเคลียร์ฟูกูชิมะ ประเทศญี่ปุ่น ทำให้ในหลายประเทศต้องทบทวนโครงการสร้างโรงไฟฟ้านิวเคลียร์ และกลับมาใช้พลังงานอย่างอื่นแทน โดยเฉพาะอย่างยิ่งพลังงานชีวมวล ซึ่งส่งผลต่อความมั่นคงทางอาหารเช่นกัน

1.1.7 การคุกคามของโรคระบาด

การแพร่ระบาดของโรคติดต่ออุบัติใหม่ในภูมิภาคทั่วโลก เป็นภัยคุกคามต่อภาวะสุขภาพในทุกประเทศทั่วโลก ในช่วงหลายทศวรรษที่ผ่านมา ได้เกิดการระบาดของโรคติดต่ออุบัติใหม่ขึ้นทั่วโลกอย่าง ต่อเนื่อง ทั้งโรคติดเชื้อชนิดใหม่ที่เพิ่งค้นพบการระบาดในมนุษย์หรือโรคติดเชื้อที่พบในพื้นที่ใหม่ เช่น โรคเอดส์ โรคซาร์ส โรคติดเชื้อไวรัสนิปาห์ (Nipah viral disease) และไวรัสเฮนดรา โรคติดเชื้อไวรัสอีโบลา-มาร์ โรคไข้เวสต์ ไนล์ โรคสมองฝอ หรือเกิดจากเชื้อโรคที่กลายพันธุ์เช่น เชื้อไข้หวัดนก (H5N) เชื้อไข้หวัดใหญ่ A (H1N1) ที่ระบาดใหญ่ในปี พ.ศ. 2552 เชื้ออีโคโอ 104 โรคไข้กาฬหลังแอ่นจากเชื้อสายพันธุ์ ใหม่ รวมทั้งโรคติดต่ออุบัติซึ่งเป็นโรคติดเชื้อที่เคยแพร่ระบาดในอดีตและสงบไป แล้ว แต่กลับระบาดขึ้นใหม่ เช่น โรคไข้ปวดข้อยุงลาย กาฬโรค รวมถึงความเสี่ยงจากโรคติดเชื้อที่ใช้ เป็นอาวุธชีวภาพ เช่น แอนแทรกซ์ไข้ทรพิษ ดังนั้น ทุกประเทศทั่วโลก จำเป็นต้องเตรียมการฝาระวัง ป้องกันการระบาดของโรคติดต่ออุบัติใหม่ รวมถึงประสานข้อมูลระหว่างประเทศต่าง ๆ อย่างใกล้ชิด เพื่อป้องกันและสกัดกั้นการแพร่ระบาดของโรคอย่างเต็มที่

1.2 ปัจจัยในระดับภูมิภาค

การรวมตัวเป็นประชาคมอาเซียนของ 10 ประเทศในภูมิภาค ซึ่งเป็นภูมิภาคที่มีความอุดมสมบูรณ์ของทรัพยากรธรรมชาติ เป็นการเสริมแรงและอำนาจต่อรองที่สำคัญในการแข่งขันเชิงสร้างสรรค์กับภูมิภาคและกลุ่มมหาอำนาจอื่น ๆ ของโลกและเพื่อความมั่นคงของภูมิภาค

ด้านเศรษฐกิจ การเมือง สังคมและวัฒนธรรม แต่ในระบบสุขภาพของแต่ละประเทศ ยังคงมีความแตกต่างกันอย่างมาก ทั้งระดับการพัฒนาของระบบบริการสุขภาพ ทรัพยากรสุขภาพ สภาพพื้นฐานด้านสุขภาพ สภาวะสุขภาพของประชาชน จึงอาจส่งผลกระทบต่อประเทศไทยซึ่งมีภูมิศาสตร์ที่ตั้งอยู่บนภาคพื้นทวีปตรงกลางภูมิภาคและเป็นเส้นหางสำคัญของการเดินทางเคลื่อนย้ายในภูมิภาคอาเซียน ทั้งการมาอยู่อาศัยและการผ่านแดนของประชาชนจากประเทศเพื่อนบ้านทั้งที่ถูกกฎหมายและผิดกฎหมาย การเพิ่มขึ้นของการขนส่งสินค้าต่าง ๆ หรือผลิตภัณฑ์ซึ่งอาจก่อให้เกิดอันตรายต่อสุขภาพ การลักลอบขนส่งยาเสพติดและสารตั้งต้นในการผลิตรวมถึงโรคระบาดและโรคติดต่อข้ามแดน โรคอุบัติใหม่และอุบัติตลอดจนผลกระทบจากการพัฒนาเส้นทางคมนาคมที่อาจก่อให้เกิดปัญหาอุบัติเหตุจากการจราจรที่เพิ่มขึ้น ปัญหาต่าง ๆเหล่านี้เป็นความเสี่ยงทางสุขภาพที่ประเทศไทยไม่อาจหลีกเลี่ยงได้ แต่ต้องปรับตัวโดยการหางานเชิงบูรณาการร่วมกันระหว่างส่วนราชการและภาคส่วนที่เกี่ยวข้องอย่างเป็นระบบและมีกลไกขับเคลื่อนที่เหมาะสมเพื่อให้ประเทศมีภูมิคุ้มกันในตนเองและมีความมั่นคงทางสุขภาพในระยะยาว ขณะเดียวกันก็สามารถใช้โอกาสจากการรวมตัวเป็นประชาคมในการแสดงบทบาทเชิงสร้างสรรค์และเป็นผู้นำด้านสุขภาพในอาเซียน รวมทั้งพัฒนาขีดความสามารถและยกระดับคุณภาพบริการทางการแพทย์และการสาธารณสุขเพื่อประชาชนไทย

1.3 ปัจจัยภายในประเทศที่สำคัญ

1.3.1 โครงสร้างประชากร ปี พ.ศ.2559 ประเทศไทยมีประชากรทั้งหมด 65.72 ล้านคน ชาย 32.28 ล้านคน หญิง 33.44 ล้านคน (ข้อมูลตามประกาศกระทรวงมหาดไทย ณ วันที่ 25 กุมภาพันธ์ พ.ศ.2559) มีสัดส่วนวัยเด็กร้อยละ 17.82 วัย แรงงานร้อยละ 65.67 และวัยสูงอายุร้อยละ 16.90 อัตราการเจริญพันธุ์รวมของประชากรไทยในปี 2560 อยู่ที่1.59 ซึ่งต่ำกว่าระดับทดแทน โดยคาดว่าจะมีแนวโน้มลดลงตลอดช่วงแผนพัฒนาฯ ฉบับ 12- 15 (พ.ศ.2560-2579) เหลือเพียง 1.35 ในปี 2579 หากไม่มีการดำเนินการใด ๆ ในการเพิ่มอัตราการเกิดของประชากร จะส่งผลให้โครงสร้างประชากรไทยเปลี่ยนแปลงเข้าสู่การเป็นสังคมสูงวัยอย่างสมบูรณ์เมื่อสิ้นสุดแผนพัฒนาฯ ฉบับที่ 12 ประเทศไทยเป็นประเทศลำดับที่สามในทวีปเอเชียที่โครงสร้างประชากรสูงอายุเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว (รองจากประเทศญี่ปุ่นและเกาหลีใต้) สาเหตุสำคัญของการเพิ่มสัดส่วนประชากรผู้สูงอายุอย่างรวดเร็วเนื่องมาจากปัจจัยสำคัญ 2 ประการ คือ

1.3.1.1 การลดลงของภาวะเจริญพันธุ์หรือการเกิดน้อยลง จากข้อมูลอัตราเจริญพันธุ์รวมที่สตรีคนหนึ่งมีตลอดวัยเจริญพันธุ์ได้ลดลงเป็นลำดับ จาก 4.9 คน ต่อสตรี 1 คน ในปี 2517 เหลือเพียงประมาณ 1.6 คน ต่อสตรี 1 คน ในปี 2556 และเหลือประมาณ 1.3 คน ในปี 2576 (2) การลดสภาวะการตาย ทำให้อายุคนไทยยืนยาวขึ้น ดูได้จากอายุคาดเฉลี่ยเมื่อแรกเกิดของคนไทย เมื่อ 50 ปีก่อน อายุคาดเฉลี่ยๆ ของเพศชายประมาณ 55 ปี เพศหญิงประมาณ 62 ปี แต่ปัจจุบัน (2557) อายุคาดเฉลี่ยฯ ได้เพิ่มสูงขึ้น โดยเพศชายประมาณ 72 ปี เพศหญิง ประมาณ 79 ปี

ในอนาคต สัดส่วนประชากรวัยเด็ก วัยแรงงานจะลดลง คนสูงอายุเพิ่มมากขึ้น ส่งผลให้อัตราส่วนการพึ่งพิงมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น อัตราการพึ่งพิงของประชากรสูงอายุต่อคนวัยทำงาน พบว่า พ.ศ. 2553 วัยทำงาน 100 คน ต้องดูแลผู้สูงอายุ 19.7 คน พ.ศ. 2563 วัยทำงาน 100 คน ต้องดูแลผู้สูงอายุ 30.3 คน และแนวโน้มที่เพิ่มขึ้นเรื่อยๆ จากสถานการณ์นี้จะส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงรูปแบบการจัดบริการสุขภาพการเตรียมกำลังคนด้านสุขภาพที่ต้องการความเฉพาะทางมากขึ้น ภาวะพึ่งพิงต่อวัยทำงานเพิ่มขึ้น ค่าใช้จ่ายในการดูแลสุขภาพสูงขึ้นตามการสูงวัยของประชากร (การเป็นสังคมสูงวัย) ซึ่งมีการคาดการณ์ว่าค่าใช้จ่ายสุขภาพของผู้สูงอายุในอีก 12 ปีข้างหน้า เพิ่มขึ้น 3.6 เท่าและสูงกว่าค่าใช้จ่ายสุขภาพโดยรวมทุกอายุจาก 63,565.1 ล้านบาท ใน พ.ศ. 2553 เป็น228,482.2 ล้านบาท ในพ.ศ. 2565 หรือจากร้อยละ 2.1 ต่อ GDP เป็นร้อยละ 2.8 ต่อ GDP ในช่วงเดียวกัน

1.4 การเปลี่ยนแปลงด้านเศรษฐกิจ การเมือง สังคม

1.4.1 ประเทศไทยจัดอยู่ในประเทศที่มีรายได้ระดับปานกลางขั้นสูง (Upper middle-income county) ด้วยเหตุที่ว่าประเทศไทยประสบความสำเร็จในการพัฒนาประเทศในระดับหนึ่งแล้ว ตัวอย่างเช่น อัตราการขยายตัวของผลผลิตมวลรวมในระยะเวลากว่า 5 ทศวรรษที่ผ่านมา (ปี 2504-2552) เฉลี่ยอยู่ที่ระดับ 6.2 เปอร์เซ็นต์ต่อปี และคนไทยอยู่เหนือระดับจากความยากจนเป็นจำนวนกว่า 0 เปอร์เซ็นต์ของคนไทยทั้งประเทศ อันดับความสามารถในการแข่งของประเทศโดยรวมดีขึ้น จากการจัดลำดับของ World Economic Forum ในปี2558 อยู่ในอันดับที่ 32 จาก 140 ประเทศ แต่การพัฒนาด้านโครงสร้างพื้นฐานการขนส่งและ โลจิสติกส์ ยังขาดประสิทธิภาพและขาดการเชื่อมโยงอย่างเป็นระบบ ทำให้ต้นทุนสูงเมื่อเทียบกับต่างประเทศ

1.4.2 ประเทศไทย 4.0 ปัจจุบันการพัฒนาอุตสาหกรรมของประเทศไทยอยู่ระหว่างยุคอุตสาหกรรม 2.0 ที่ใช้พลังงานไฟฟ้าและสายพานร่วมกับแรงงานมนุษย์ในกระบวนการผลิตกับอุตสาหกรรม 3.0 ที่เป็นยุคของการใช้เครื่องจักรอัตโนมัติหรือหุ่นยนต์ในกระบวนการผลิต ในขณะที่ประเทศที่พัฒนาแล้วมุ่งสู่อุตสาหกรรม 4.0 ที่เป็นยุคของการนำเทคโนโลยีดิจิทัลและอินเทอร์เน็ตมาใช้ในกระบวนการผลิต ซึ่งต้องใช้แรงงานที่มีผลิตภาพสูง แต่ผลิตภาพแรงงานไทยในช่วงปี 2544-2557 เพิ่มขึ้นเพียงร้อยละ 29 ต่อปี และเป็นแรงงานทักษะต่ำ จึงมีโอกาสสูงที่แรงงานทักษะและศักยภาพสูงจะไหลเข้ามาทำงานในประเทศ แต่ก็มีโอกาสไหลออกไปสู่ประเทศที่มีค่าตอบแทนสูงกว่าได้เช่นกันรัฐบาล (พลเอกประยุทธ์ จันทร์โอชา) ได้ตั้งเป้าหมายเปลี่ยนแปลงประเทศไปสู่ "ประเทศไทย 4.0" เพื่อก้าวข้ามกับดักรายได้ปานกลางที่กำลังเผชิญอยู่ เป็นการปรับเปลี่ยนโครงสร้างเศรษฐกิจไปสู่ "Value-base Economy"หรือ "เศรษฐกิจที่ขับเคลื่อนด้วยนวัตกรรม"โดยการแปลงความได้เปรียบของประเทศใน 2 ด้าน คือ ความหลากหลายเชิงชีวภาพ และความหลากหลายเชิงวัฒนธรรม ให้เป็นความได้เปรียบในเชิงแข่งขันเติมเต็มด้วยนวัตกรรม ความคิดสร้างสรรค์ วิทยาศาสตร์ เทคโนโลยีและการวิจัยและพัฒนา ต่อยอดด้วย 5 กลุ่มเทคโนโลยีและ

อุตสาหกรรม ได้แก่ 1) กลุ่มอาหาร เกษตร และเทคโนโลยีชีวภาพ 2) กลุ่มสาธารณสุข สุขภาพ และเทคโนโลยีทางการแพทย์ 3) กลุ่มเครื่องมืออุปกรณ์อัจฉริยะ หุ่นยนต์ และระบบเครื่องกลที่ใช้ระบบอิเล็คทรอนิกส์ควบคุม 4) กลุ่มดิจิตอล เทคโนโลยีอินเตอร์เนตที่เชื่อมต่อและบังคับอุปกรณ์ ต่าง ๆ ปัญญาประดิษฐ์และเทคโนโลยีสมองกลฝังตัว 5) กลุ่มอุตสาหกรรมสร้างสรรค์ วัฒนธรรม และบริการที่มีมูลค่าสูง ทั้ง 5 กลุ่ม ต้องเร่งพัฒนาต่อยอดให้เกิดมูลค่าเพิ่มและฐานเศรษฐกิจใหม่

1.4.3 ยังมีความเหลื่อมล้ำทางสังคมและความยากจน ความเหลื่อมล้ำทางด้านรายได้ระหว่างคนจนกับคนรวยมีแนวโน้มดีขึ้นเล็กน้อย ค่าสัมประสิทธิ์ความไม่เสมอภาคด้านรายได้ลดลงจาก0.484 ในปี 2554 เหลือ 0.465 ในปี 2556 ยังมีความเหลื่อมล้ำในมิติต่างๆ เช่น ความเหลื่อมล้ำในการเข้าถึงเทคโนโลยี โครงสร้างพื้นฐาน อันเนื่องมาจากความแตกต่างทางความรู้ การกระจายรายได้สูง ทักษะด้านแรงงาน เป็นต้น ความเหลื่อมล้ำจะมีแนวโน้มรุนแรงมากขึ้นจากกระแสโลกาภิวัฒน์ ความก้าวหน้าทางเทคโนโลยีสมัยใหม่ในหลากหลายสาขา การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรเข้าสู่การเป็นสังคมผู้สูงอายุอย่างรวดเร็ว การเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศที่ผันผวนรุนแรง ทรัพยากรธรรมชาติที่เสื่อมโทรม ปัญหามลพิษ ความเหลื่อมล้ำจากการเข้าถึงและการจัดสรรการใช้ประโยชน์จากทรัพยากรธรรมชาติ

1.4.4 สังคมเมืองเพิ่มขึ้น การขยายตัวของเมืองเกิดขึ้นอย่างรวดเร็วจากข้อมูลสำมะโนประชากรและเคหะในรอบ 40 ปี (พ.ศ.2523-2553) พบว่าจำนวนประชากรเมืองเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 26.4 ในปี 2523 เป็นร้อยละ 44.1 ในปี 2553 และดากว่าในอีก 10 ปี ประชากรเมืองของประเทศไทยจะเพิ่มเป็นร้อยละ 60 ซึ่งการวางแผนพัฒนาโครงสร้างพื้นฐานต่างๆและการบริหารจัดการที่มีประสิทธิภาพเป็นสิ่งจำเป็น เพื่อรองรับและอำนวยความสะดวกสำหรับคนทุกกลุ่มในการขยายตัวของเมืองในอนาคต

1.4.5 ปัจจัยที่กำหนดสุขภาพ (Determinants of health) ปัจจัยที่เป็นตัวกำหนดสุขภาพ มีทั้งที่ใกล้ตัวที่มีผลต่อสุขภาพของบุคคล คอบครัวและชุมชน ได้แก่ ปัจจัยทางปัจเจกบุคคล ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมที่อยู่รอบตัว ปัจจัยด้านระบบบริการสุขภาพ และยังมีปัจจัยที่อยู่ไกลตัวออกไป เช่น ปัจจัยทางด้านเศรษฐกิจและสังคมการเมือง และการกระจายทรัพยากร ในระดับท้องถิ่น ระดับชาติ และระดับโลก ซึ่งจะมีผลหรือเป็นตัวกำหนดปัจจัยใกล้ตัวอีกทีหนึ่ง ซึ่งในแต่ละด้านมีความเชื่อมโยงและมีอิทธิพลต่อกันอย่างเป็นองค์รวม แยกกันไม่ออก และมีความเป็นพลวัตเคลื่อนไหวเปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลา ปัจจัยเหล่านี้ มีผลทำให้บุคคลมีความแตกต่างกันในเชิงสังคมและทำให้เกิดความไม่เป็นธรรมในด้านสุขภาพ ปัจจัยที่เป็นตัวกำหนดสุขภาพนั้น ต้องมีหลายหน่วยงานหรือหลายกระทรวงเข้ามาเกี่ยวข้อง เนื่องจากมิติของเศรษฐกิจ สังคม เช่น เรื่องความยากจน การจ้างงาน การกีดกันทางสังคม โลกาภิวัตน์ หรือภัยทางธรรมชาติ หรือภาวะโรคร้อน ซึ่งเป็นเรื่องระดับโลก และสามารถส่งผลกระทบต่อสุขภาพต่อคนทั่วโลก แม้จะได้เป็นประเทศที่เป็นตัน

เหตุหลักของปัญหา ระบบบริการสุขภาพ ถือเป็นปัจจัยกำหนดสุขภาพที่สำคัญด้วย การพัฒนาระบบบริการสุขภาพเพื่อให้เกิดความเท่าเทียม ประชาชนทุกคนสามารถเข้าถึงระบบบริการสุขภาพที่ได้มาตรฐาน และมีความยั่งยืน ไม่เป็นภาระงบประมาณจนไม่สามารถที่จะดำเนินการ ได้อย่างมีประสิทธิภาพในระยะยาวได้

1.4.5 สถานการณ์ทางการเมืองและความมั่นคงภายในประเทศ ปัญหาความมั่นคงภายในประเทศมีความซับซ้อน สะสมมาอย่างยาวนาน ความขัดแย้งทางการเมืองรุกลามถึงสถาบันหลักของชาติ ถึงแม้ว่าจะมีคณะรักษาความสงบแห่งชาติ (ตั้งแต่ 22 พฤษภาคม 2557) และมีรัฐบาลปกครองประเทศ แม้ว่าสถานการณ์ความขัดแย้งจะเบาบางลง แต่ก็ยังคงมีการแบ่งฝักฝ่ายทางการเมือง แบ่งสี ซึ่งได้ขยายไปทั่วทุกภูมิภาคของประเทศและขยายเล็กถึงระดับครอบครัว ขุมขน สถานการณ์ความไม่สงบในจังหวัดชายแดนได้ยิ่งเกิดขึ้นอย่างต่อเนื่องและรุนแรง ปัญหายาเสพติด แรงงานข้ามชาติ ปัญหาการทุจริตคอรัปชั่น เหล่านี้ส่งผลกระทบต่อการพัฒนาสุขภาพในด้านต่างๆ เป็นปัญหาอุปสดต่อการบรรลุเป้าหมาย ส่งผลต่อภาพลักษณ์และความมั่นคงของประเทศ

สถานะสุขภาพคนไทย

1. อายุคาดเฉลี่ยเมื่อแรกเกิด (Life Expectancy at birth)

คนไทยมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ ทั้งเพศหญิงและชาย โดยเพศชายเพิ่มจาก 70.4 ในปี 2553 เป็น 71.3 ในปี 2557 และคาดว่าจะเพิ่มเป็น 75.3 ในปี 2583 สำหรับเพศหญิงเพิ่มจาก 77.5 ในปี 2553 เป็น 78.2 ในปี 2557 และคาดประมาณว่าจะเพิ่มเป็น 81.9 ในปี 2583 (ข้อมูลจากการคาดประมาณประชากรของประเทศไทย 2553-2583 โดยสำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ)

2. อายุคาดเฉลี่ยของภาวะสุขภาพดี (Health Adjusted Life Expectancy: HALE) เพิ่มขึ้นในช่วง 5 ปีที่ผ่านมา (พ.ศ. 2552 - 2556) จาก 62 ปีในปี 2552 เป็น 66 ปีในปี2556 (ที่มา: World Health Statistic 2013-2015) สาเหตุการสูญเสียปีสุขภาวะจากการตายก่อนวัยอันควรของประชากรไทย ในปี 2556 ทั้งในชายไทยและหญิงไทยมาจากโรคไม่ติดต่อและโรคเรื้อรัง ผู้ชายไทยสูญเสียปีสุขภาวะสูงสุดจากอุบัติเหตุทางถนน โรคหลอดเลือดสมอง โรคมะเร็งตับ และโรคหัวใจขาดเลือด ส่วนหญิงไทยสูญเสียปีสุขภาวะสูงสุดจาก โรคหลอดเลือดสมอง โรคเบาหวาน โรคหัวใจขาดเลือดและการติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ตามลำดับ

3. คนไทยป่วยและตาย ด้วยโรคที่ป้องกันได้จากข้อมูลผู้ป่วยในรายบุคคลที่มารักษาและนอนในโรงพยาบาลและมีหลักประกันสุขภาพจาก 3 กองทุนหลัก (หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า สวัสดิการรักษาพยาบาลข้าราชการและครอบครัวและประกันสังคม) ในช่วง 10 ปี ที่ผ่านมาพบว่าแนวโน้มการเกิดโรคไม่ติดต่อของคนไทยเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง และส่วนใหญ่ป่วยจากโรคความดัน

โลหิตสูง โรคหัวใจ โรคเบาหวาน โรคมะเร็ง และโรคไตวาย สาเหตุการตายของคนไทยจากข้อมูลการตายในฐานข้อมูลทะเบียนราษฎร์กระทรวงมหาดไทย วิเคราะห์โดยสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข พบว่า โรคที่เป็นสาเหตุการตายที่สำคัญและมีแนวโน้มสูงขึ้น ได้แก่ กลุ่มโรคไม่ติดต่อและอุบัติเหตุโดยเฉพาะกลุ่มโรคมะเร็งที่มีอัตราการตายเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง รองลงมาได้แก โรคหลอดเลือดสมอง โรคหัวใจขาดเลือด อุบัติเหตุทางถนน และโรคเบาหวาน สำหรับโรคเอดส์มีแนวโน้มการตายลดลงตั้งแต่ พ.ศ. 2553 เป็นต้นมา เนื่องจากรัฐบาลมีนโยบายในการให้ยาฟรีในหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าจึงทำให้การตายในผู้ป่วยกลุ่มนี้ดีขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาภาระโรคในปี 2556 (Burden of diseases Study) ที่พบว่าการ สูญเสียปีที่มีสุขภาพดี จากโรคไม่ติดต่อสูงกว่าโรคติดต่อกว่า 5 เท่าในเพศชาย และมากกว่า 8 เท่าในเพศหญิง

สำหรับสถานการณ์โรคติดต่ออุบัติใหม่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ประกอบกับโลกยุคโลกาภิวัตน์ที่เป็นปัจจัยสำคัญทำให้การแพร่ระบาดของโรคเป็นไปอย่างรวดเร็วและกว้างขวาง ก่อให้เกิดผลกระทบรุนแรงต่อระบบสาธารณสุข ปัจจุบันสถานการณ์โรคติดต่ออุบัติใหม่มีแนวโน้มของอุบัติการณ์และความรุนแรงเพิ่มมากขึ้น มีการระบาดในหลายพื้นที่ ทั้งในและต่างประเทศทั่วโลก เช่น การแพร่ระบาดของโรคไข้หวัดนก (H1N1) การแพร่ระบาดของโรคไข้หวัดใหญ่ Pandemic (H1N1) 2009 การแพร่ระบาดของโรคซาร์ส การแพร่ระบาดของโรคทางเดินหายใจตะวันออกกลางในทวีปตะวันออกกลาง และในปี 2557 มีโรคติดเชื้อไวรัสอีโบลา สำหรับประเทศไทย มีการเกิดโรคติดต่ออุบัติใหม่ในบางช่วง เช่น ในปี พ.ศ. 2546 พบผู้ป่วยโรคซาร์สเป็นครั้งแรกและพบการระบาดของโรคไข้หวัดนกในสัตว์ปีก ระหว่างปี พ.ศ. 2547 - 2551 ซึ่งทำให้พบผู้ป่วยและเสียชีวิตในช่วงปี 2547 - 2549 นอกจากนั้นการระบาดของโรคไข้หวัดใหญ่ Pandemic (H1N1) 2009 หรือไข้หวัดใหญ่ 2009 ในปี พ.ศ.2552 ทำให้มีผู้ป่วยและผู้เสียชีวิตจำนวนมาก สำหรับโรคมือ เท้า ปาก (Hand, Foot and Mount disease :HMD) ที่เกิดจากเชื้อที่มีความรุนแรงก็พบบ่อยขึ้นในประเทศไทยและมีการแพร่ระบาดในปี 2555 สำหรับโรคอื่นๆ เดือนกรกฎาคม พ.ศ. 2558 ได้พบผู้ป่วยโรคทางเดินหายใจตะวันออกกลางหรือโรคเมอร์สเป็นรายแรกในประเทศไทย โดยเป็นชาวต่างชาติที่เดินทางมาจากพื้นที่ที่มีการระบาดของโรค ส่วนโรคติดเชื้อไวรัสอีโบลายังไม่เคยมีรายงานการพบโรคนี้ในประเทศไทย คนไทยตายจากอุบัติเหตุทางถนนมากเป็นอันดับ 2 ของโลกข้อมูลจากการเก็บสถิติของสถาบันวิจัยด้านการคมนาคม มหาวิทยาลัยมิชิแกน สหรัฐอเมริกา ร่วมกับข้อมูลจากองค์การอนามัยโลก ระบุว่า สถิติการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุบนท้องถนนทั่วโลก มีค่าเฉลี่ยอยู่ที่ 18 คน ต่อประชากร 100,00 คนต่อปี แต่สำหรับนามิเบี้ย ไทย และอิหร่าน ซึ่งเป็น 3 อันดับต้น ๆ มีสถิติมากกว่าค่าเฉลี่ยเกิน 2 เท่า คือ 45 คน, 44 คน, และ 38 คนต่อประชากร 100,000 คนต่อปี ตามลำดับ

4. ภาระโรคเปลี่ยนจากโรคติดเชื้อเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

การเปลี่ยนแปลงทางระบาดวิทยาทำให้รูปแบบของภาระโลกเปลี่ยนจากโรคติดเชื้อไปเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ซึ่งมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเกือบ 2 เท่าจาก 1,682,281 ราย ในปี 2548 เป็น 3,099,685 รายในปี 2555 สาเหตุการตายส่วนใหญ่ของประชากรไทยอายุตั้งแต่ 30 ปีขึ้นไปมีสาเหตุมาจากกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ข้อมูลการสำรวจสุขภาพประชากรไทยครั้งที่ 5 พ.ศ.2557 พบว่า

4.1 ความชุกของโรคเบาหวานในประชากรไทยอายุ 15 ปีขึ้นไปมีร้อยละ 8.9 ความชุกในผู้หญิงสูงกว่าผู้ชายร้อยละ 9.8 และร้อยละ 79 ตามลำดับ เมื่อเปรียบเทียบกับผลการสำรวจครั้งที่ 4 ในปี 2552 (มีร้อยละ 6.9) พบว่าความชุกในปี 2557 เพิ่มขึ้น และสัดส่วนของผู้เป็นเบาหวานที่ไม่ได้รับการวินิจฉัยเพิ่มจากร้อยละ 31.2 เป็นร้อยละ 43.1 ในส่วนของการรักษาและสามารถควบคุมน้ำตาลในเลือดได้ตามเกณฑ์ (FPG<130มก./คล.) ลดลงจากร้อยละ 30.6 เป็นร้อยละ 23.5 ตามลำดับ

4.2 ความชุกของโรคความดันโลหิตสูงในประชากรไทยอายุ 15 ปีขึ้นไปมีร้อยละ 24.7 ผู้ชายร้อยละ 25.6 และผู้หญิงร้อยละ 23.9 เมื่อเปรียบเทียบกับผลการสำรวจครั้งที่ 4 ในปี 2552 (ภาพรวมร้อยละ 22.0 : ผู้ชายร้อยละ 23.3 ผู้หญิงร้อยละ 209) พบว่าความชุกในปี 2557 เพิ่มขึ้น แต่การเข้าถึงบริการดีขึ้น โดยในจำนวนคนที่เป็นความดันโลหิตสูงนั้น สัดส่วนของผู้ที่ไม่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นความดันโลหิตสูงลดลงจากร้อยละ 50.3 เป็นร้อยละ 44.7 สัดส่วนที่ได้รับการรักษาแต่ควบคุมไม่ได้ตามเกณฑ์ลดลงจากร้อยละ 23.6 เป็น 20.1 และสัดส่วนของผู้ที่สามารถคุมความดันโลหิตได้ตามเกณฑ์สูงขึ้นกว่าเดิมจากร้อยละ 86 เป็นร้อยละ 20.9 ตามลำดับ

4.3 ความชุกของภาวะอ้วน(BM22.5 กก/ตร.เมตร) ในประชากรไทยอายุ 15 ปีขึ้นไปมีร้อยละ 37.5 (ชายร้อยละ 32.9 และหญิงร้อยละ 41.8) เมื่อเปรียบเทียบกับผลการสำรวจครั้งที่ 4 เมื่อปี 2552 ความชุกของภาวะอ้วน มีแนวโน้มสูงขึ้นอย่างชัดเจน โดยเฉพาะผู้หญิงความชุกเพิ่มจากร้อยละ 40.7 ในปี 2552 เป็นร้อยละ 41.8 ส่วนผู้ชายเพิ่มจากร้อยละ 28.4 เป็นร้อยละ 32.9

4.4 ความชุกของโรคเรื้อรังในประชากรไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป ที่เคยได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์และบุคลากรสาธารณสุข พบว่าเป็นข้ออักเสบร้อยละ 11.4 โรคหอบหืดร้อยละ 3.5 นิ่วทางเดินปัสสาวะ ร้อยละ 3.0 โรคเกาท์ ร้อยละ 24 ไตวาย ร้อยละ 1.0 ธาลัสซีเมีย ร้อยละ 0.7 และหลอดลมปอดอุดกั้นเรื้อรังร้อยละ 0.6 แนวโน้มขนาดของปัญหาเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ อาจเป็นอุปสรรคต่อการพัฒนาประเทศและภูมิภาค หากไม่สามารถสกัดกั้นหรือหยุดยั้งปัญหาโรคไม่ติดต่อเรื้อรังได้ จะทำให้เกิดการเจ็บป่วย มีภาวะแทรกซ้อน พิการ และเสียชีวิตก่อนวัยอันควร ส่งผลให้ภาระค่าใช้จ่ายทางด้านสุขภาพและการสูญเสียทางเศรษฐกิจอย่างมหาศาล สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค ได้คาดการณ์ว่าในปี 2558 ประเทศไทยจะสูญเสียรายได้เนื่องจากโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง 52,150 ล้านบาท แต่หากคนไทยช่วยกันป้องกันตนองจะช่วยลดการสูญเสียได้ถึง ร้อยละ 10 – 20

5. ปัญหาสุขภาพตามกลุ่มวัย

5.1 กลุ่มเด็กปฐมวัย (0 - 5 ปี)

สาเหตุการตายของมารดา 1 ใน 3 เกิดจากการบริหารจัดการการคลอด และ 2 ใน 3 มารดาตายมีโรคหรือภาวะโรคบางอย่างอยู่ก่อน เช่น ความดันโลหิตสูง เบาหวาน โรคหัวใจ อัตราส่วนการตายของมารดา ในปี 2555 เท่ากับ 17.6 ต่อการเกิดมีชีพแสนคน และเพิ่มขึ้น ในปี 2556 และ 2557 เท่ากับ 22.3 และ 23.3 ต่อการเกิดมีชีพแสนคน ซึ่งยังสูงกว่าเป้าหมายการพัฒนาพาสหัสวรรษ ที่กำหนดให้อัตรามารดาตาย เหลือ 13 ต่อการเกิดมีชีพแสนคน ใน พ.ศ.2558 ซึ่งแสดงว่าแม่ตายยังเป็นปัญหาของประเทศไทย แต่เมื่อเปรียบเทียบกับประเทศในกลุ่มอาเซียน พบว่าประเทศไทยมีอัตราตายของมารดาน้อยกว่าประเทศอื่นๆ เป็นอันดับ 2 รองจากประเทศ สิงค์โปร์ สำหรับกลุ่มเด็ก 0 - 5 ปี อัตราตาย มีแนวโน้มลดลงและต่ำกว่าเฉลี่ยโลก แต่ยังสูงกว่าประเทศในอาเซียน เช่น สิงคโปร์ มาเลเซียและบูรไน ส่วนปัญหาพบว่า ทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม มีร้อยละ 9.0 ใน พ.ศ. 2556 ซึ่งสูงกว่าเป้าหมายที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด ไม่เกินร้อยละ 7 การขาดออกซิเจนในทารกแรกเกิดพบ 25.6 ต่อเด็กเกิดมีชีพพันคนใน พ.ศ. 2555 การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว พบร้อยละ 47.5 ในพ.ศ. 2555 รวมทั้งปัญหาพัฒนาการของเด็กพบว่า เด็กปฐมวัย (0 - 5 ปี) มีพัฒนาการล่าช้ากว่าร้อยละ 27.5

5.2 กลุ่มวัยเรียน (5 - 14 ปี)

พบภาวะเริ่มอ้วนในเด็กวัยเรียน ร้อยละ 12.2 จากการคัดกรองภาวะสายตาผิดปกติในเด็กก่อนประถมศึกษาและมัธยมศึกษาโดยครูในโรงเรียน 17 แห่ง พบว่า เด็กมีภาวะสายตาผิดปกติ ร้อยละ 6.6 และจำเป็นต้องใส่แว่นสายตา ร้อยละ 4.1 การสำรวจทางสติปัญญาและความฉลาดทางทางอารมณ์ พบว่า เด็ก ป.1 มีระดับสติปัญญาเฉลี่ย 93.1 และความฉลาดทางอารมณ์เท่ากับ 45.1 ซึ่งต่ำกว่ามาตรฐาน (กรมสุขภาพจิต,2557) ส่วนสาเหตุการตายของเด็กไทยอายุต่ำกว่า 15 ปี พบว่า การจมน้ำตายเป็นสาเหตุอันดับหนึ่ง ในปี 2557 พบอัตราเด็กเสียชีวิตจากการจมน้ำ 6.8 ต่อ ประชากรเด็กอายุต่ำกว่า 15 ปีแสนคน

5.3 กลุ่มวัยรุ่น (15 - 21 ปี)

การดื่มแอลกอฮอล์ในวัยรุ่น 15 - 24 ปี เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 21.6 ใน พ.ศ. 2544 เป็นร้อยละ 23.7 ใน พ.ศ.2554 หรือเพิ่มขึ้น ร้อยละ 95 อายุเฉลี่ยที่ดื่มสุรา 20.3 ปีและมีสัดส่วนการดื่มหนักมากกว่ากลุ่มอายุ อื่น ๆ และความชุกของการสูบบุหรี่ของวัยรุ่นเป็นร้อยละ 224 โดยวัยรุ่นชาย สูบบุหรี่ สูงกว่าเพศหญิง 17.2 เท่า (ร้อยละ39.5 และ 2.3 ตามลำดับ) อายุเฉลี่ยที่เริ่มสูบบุหรี่เท่ากับ 15.3 ปี และเกือบครึ่งหนึ่งสูบบุหรี่ทุกวันหรือเกือบทุกวันและประมาณ 3 ใน 4 มีอาการติดบุหรี่ และมีพฤติกรรมเสี่ยงทางเทศของวัยรุ่น โดยพบว่า อายุเฉลี่ยของการมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกมีอายุน้อยลงจาก 15-16 ปี ใน พ.ศ. 2545 - 2552 เป็นอายุ 12 - 15 ปีใน พ.ศ. 2554 โดยพบการตั้งครรภ์ของวัยรุ่นไทยในช่วง 14 ปี ที่ผ่านมาเพิ่มสูง ขึ้น 1.4 เท่าจาก 36 ต่อประชากร 1,000 คน

ใน พ.ศ.2540 เป็น 51.2 ต่อประชากร 1,000 คน ใน พ.ศ. 2556 มีแม่อายุ ต่ำกว่า 20 ปี 133,176 คน หรือร้อยละ 16.6 ของแม่ทุกกลุ่มอายุ พบวัยรุ่นทำแท้งปีละ 30,0 คน และมีเด็กกำพร้าถูกทอดทิ้ง 88,730 คน และอัตราโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในวัยรุ่นและเยาวชนอายุ 15-24 ปี เพิ่มสูงขึ้นเกือบ 2 เท่าจาก 46.2 ต่อประชากร 100,000 คน ใน พ.ศ. 2547 เป็น 95 ต่อประชากร 100,000 คน ใน พ.ศ. 2556

5.4 กลุ่มวัยทำงาน (15 - 59 ปี)

ประชากรวัยทำงานป่วยและตายด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังมากขึ้น โดยในช่วง 5 ปีที่ผ่านมา (2552 - 2556) อัตราตายด้วยโรค NCD ที่สำคัญ พบว่าอัตราการตายจากโรคหลอดเลือดหัวใจ ร้อยละ 20.43 และอุบัติเหตุทางถนนมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น ซึ่งปัจจัยเสี่ยงที่เป็นสาเหตุสำคัญของการสูญเสียปีสุขภาวะของคนไทย 5 อันดับแรกเครื่องดื่มแอลกอฮอล บุหรี่/ยาสูบ, HT, ไม่สวมหมวกนิรภัย และคอเลสเตอรอลในเลือดสูง อัตราตายจากอุบัติเหตุทางถนน พบว่าอัตราตาย 3 ปี (54 - 56) ย้อนหลัง ในภาพรวมของประเทศยังคงเพิ่มขึ้น มีเพียงบางเขตที่มีอัตราตายใกล้เคียงหรือต่ำกว่าเป้าหมายประเทศ นอกนั้นสูงกว่า และพบอัตราตายอย่างหยาบรวมทุกกลุ่มอายุด้วยโรค CHD ใน 9 เตือน เมื่อเทียบกับเป้าหมายทั้งปี จะมีอัตราตายสูงกว่า เป้าหมายของทั้งปีค่อนข้างมาก และเมื่อดูข้อมูลย้อนหลัง 3 ปี ก็พบว่ามีอัตราตายสูงกว่าประเทศค่อนข้างมากและมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น สาเหตุยังอธิบายไม่ได้ชัดเจน แต่พบว่าทั้ง 3 เขตมีความชุกของ H สูง และออกกำลังกายน้อย

5.5 กลุ่มสูงอาย (60 ปีขึ้นไป)

สาเหตุหลักของการสูญเสียปีสุขภาวะของผู้สูงอายุ พ.ศ. 2556 ในเพศชาย 3 ลำดับแรก คือ โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคมะเร็งและความผิดปกติทางการรับรู้ ส่วนเพศหญิง 3 ลำดับแรก คือ โรคหัวใจและหลอดเลือดความผิดปกติทางการรับรู้และโรคมะเร็ง และพบโรคที่ผู้สูงอายุตายเรียงลำดับ คือ มะเร็งหลอดเลือดสมอง ปอด อักเสบ ไต และเบาหวาน โดยพบว่าผู้สูงอายุตายด้วยโรคมะเร็งเพิ่มขึ้น การเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์ เมื่อสิ้นแผนฯ 12 โดยจำนวนประชากรจะเพิ่มจาก 65.5 ล้านคนในปี 2560 เป็น 66.1 ล้านคน ในปี 2564 สัดส่วนผู้สูงอายุจะเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 17.1 เป็น 19.8 ขณะที่สัดส่วนวัยเด็กและวัยแรงงานจะลดลงจากร้อยละ 17.5 และ 65.3 เหลือร้อยละ 16.6 และ 64.1 ตามลำดับในช่วงเวลาเดียวกัน แสดงถึงความจำเป็นที่ต้องปรับระบบบริการรองรับผู้สูงอายุ และการเตรียมความพร้อมประชากรในการเข้าสู่สังคมสูงอายุอย่างมีคุณภาพ ลดภาระค่าใช้จ่าย

ด้านสุขภาพในอนาคต

1. สถานการณ์ระบบบริการสุขภาพ

ระบบบริการสุขภาพของประเทศไทย ได้มีการพัฒนาและขยายการให้บริการในทุกมิติอย่างต่อเนื่องในช่วงหลายทศวรรษที่ผ่านมา มีหน่วยบริการครอบคลุมทุกพื้นที่ โครงสร้างระบบสุขภาพ มีองค์ประกอบที่สำคัญประกอบด้วย การจัดบริการในระดับปฐมภูมิ ระดับทุติยภูมิ ระดับตติยภูมิ การจัดบริการเฉพาะทางและระบบการส่งต่อ นอกจากนี้ ยังมีระบบสนับสนุนที่สำคัญ คือ ระบบสนับสนุนทรัพยากรวิชาการ การวิจัย และระบบข้อมูลข่าวสารสุขภาพ

1.1 หน่วยบริการสุขภาพ

จากข้อมูลการสำรวจทรัพยากรด้านสาธารณสุข ปี 2557 ของสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข มีหน่วยบริการสุขภาพของรัฐตามระดับของเขตการปกครอง ดังนี้ ในเขตกรุงเทพมหานคร มีโรงพยาบาลโรงเรียนแพทย์ 5 แห่ง โรงพยาบาลทั่วไป 26 แห่ง โรงพยาบาลเฉพาะโรคและสถาบันเฉพาะโรค 18 แห่ง และศูนย์บริการสาธารณสุขครบทุกเขต รวม 132 ศูนย์ /5 สาขาระดับภาค มีโรงพยาบาลโรงเรียนแพทย์ 6 แห่ง โรงพยาบาลศูนย์ 28 แห่ง โรงพยาบาลเฉพาะทาง 49 แห่งระดับจังหวัด มีโรงพยาบาลทั่วไปครอบคลุมครบทุกจังหวัดรวม 88 แห่ง ระดับอำเภอ มีโรงพยาบาลชุมชนครอบคลุมอำเภอร้อยละ 88.8 รวม 780 แห่งและศูนย์บริการสาธารณสุขเทศบาล 295 แห่งระดับตำบล มีโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (สถานีอนามัย) 9,777 แห่ง ครอบคลุมครบทุกตำบลแล้ว และหลายตำบลมีโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล มากกว่า 1 แห่ง ระดับหมู่บ้าน มีสถานบริการสาธารณสุขชุมชน 125 แห่ง ศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชนในเขตชนบท 48,049 แห่ง ศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชนในเขตเมือง 3,108 แห่ง

สรุปจำนวนโรงพยาบาล(ที่มีเตียงรับผู้ป่วยไว้ค้างคืน) ทั้งประเทศ 1,303 แห่ง จำนวนเตียง 150,350 เตียง เป็นภาครัฐ 1,019 แห่ง (78%) 120,322 เตียง (80%) เอกชน 284 แห่ง (22%) 30,028 เตียง (20%)

1.2 แนวโน้มจำนวนเตียงโรงพยาบาล

ในการขยายสถานบริการสุขภาพในส่วนของโรงพยาบาล จะมีการขยายทั้งจำนวนโรงพยาบาล และการเพิ่มขึ้นของจำนวนเตียงในโรงพยาบาลเพื่อรองรับการให้บริการผู้ป่วยในที่มีจำนวนเพิ่มมากขึ้น จากจำนวนประชากรและภาวการณ์เจ็บป่วยที่จำเป็นต้องนอนโรงพยาบาลที่เพิ่มขึ้น ทำให้จำนวนโรงพยาบาลเพิ่มจาก 671 โรงพยาบาลในปีพ.ศ.2522 เป็น 1,303 โรงพยาบาลในปี พ.ศ.2557 และจำนวนเตียงเพิ่มจาก 61,274 เตียงในปี พ.ศ.2522 เป็น 150,035 เตียงในปีพ.ศ. 2557 โดยอัตราส่วนประชากรต่อเตียงลดจาก 752:1 ในปีพ.ศ.2522 เหลือ 432:1 ในปีพ.ศ.2557 และอัตราส่วนเตียงต่อแพทย์ลดลงจาก 9.3:1 ในปีพ.ศ.2522 เหลือ 5:1 ในปีพ.ศ.2557 ทั้งนี้เนื่องจาก

การเพิ่มขึ้นของแพทย์มากกว่าการเพิ่มขึ้นของเตียงโรงพยาบาลในภาพรวม ปี 2557 มีอัตราการครองเตียงภาพรวมทั้งประเทศร้อยละ 74

1.3 แนวโน้มสถานบริการด้านสุขภาพตามสังกัด

การจำแนกตามสังกัดสัดส่วนของโรงพยาบาลและสัดส่วนของเตียงโรงพยาบาลจำแนกตามสังกัด สัดส่วนของโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 34.6 ในปีพ.ศ.2516 เป็นร้อยละ 69.38 ในปีพ.ศ.2557 ในขณะทีเตียงโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขอยู่ที่ร้อยละ 65.97 ในปีพ.ศ.2557 ในขณะที่สัดส่วนโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงอื่นๆ ลดลงจากร้อยละ 20.1 ในปีพ.ศ.2516 เหลือร้อยละ 7.37 ในปีพ.ศ.2557 โดยมีเตียงอยู่ที่ร้อยละ 10.7 ในปีพ.ศ. 2557 และโรงพยาบาลเอกชน มีสัดส่วนที่ลดลงจากร้อยละ 39.2 ในปีพ.ศ.2516 เหลือร้อยละ 21.8 ในปีพ.ศ.2557 โดยมีเตียงอยู่ที่ร้อยละ 19.97 ในปีพ.ศ.2557

1.4 แนวโน้มสถานบริการด้านสุขภาพรายภาค

สำหรับการกระจายเตียงโรงพยาบาลระหว่างภาค พบว่าอัตราส่วนประชากรต่อเตียง ลดลงในทุกภาคโดยในปีพ.ศ.2557 อัตราส่วนประชากรต่อเตียง ของกรุงเทพฯ เท่ากับ 203:1 ภาคกลางเท่ากับ 374:1 ภาคเหนือเท่ากับ 443:1 ภาคใต้เท่ากับ 476:1 และภาคตะวันออกเฉียงเหนือเท่ากับ 606:1 ความแตกต่างระหว่างกรุงเทพฯ กับภาคตะวันออกเฉียงเหนือลดลงจาก 4.5 เท่า ในปีพ.ศ.2522 เหลือ 2.8 เท่า ในปีพ.ศ. 2557 สำหรับอัตราส่วน ประชากรต่อรพ.สต..เพิ่มขึ้นเล็กน้อยในทุกภาค แสดงว่าประชากรเพิ่มขึ้นเร็วกว่าการเพิ่มขึ้นของรพ.สต. โดยในแต่ละภาคมีอัตราส่วนประชากรต่อรพ.สต.ที่ใกล้เคียงกันมาก ระหว่าง 4,623:1 ถึง 5,725:1 ในปีพ.ศ.2557

1.5 การเข้าถึงบริการสุขภาพ

1.5.1 ความครอบคลุมหลักประกันสุขภาพ

ความครอบคลุมของการมีหลักประกันสุขภาพของคนไทยเพิ่มมากขึ้นอย่างต่อเนื่อง หลังจากการสร้าง หลักประกันสุขภาพถ้วนหนตั้งแต่ปีพ.ศ.2545โดยมีความครอบคลุมเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 92.47 ในปีพ.ศ.2545 เป็นร้อยละ 99.84 ในปีพ.ศ.2557 โดยมีสิทธิประกันสุขภาพแห่งชาติ 4.31 ล้านคน สิทธิประกันสังคม 11.07 ล้านคน และสิทธิสวัสดิการข้าราชการและรัฐวิสาหกิจ 4.84 ล้านคน

1.5.2 แนวโน้มสัดส่วนผู้ป่วยนอก

จำแนกตามสังกัดสัดส่วนผู้ป่วยนอกจำแนกตามสังกัดระหว่างปี พ.ศ. 2546-2556 มีความเปลี่ยนแปลงไม่มากนัก โดย กระทรวงสาธารณสุขมีสัดสนผู้ป่วยนอกประมาณร้อยละ 60-65 ของผู้ป่วยนอกทั้งหมด รองลงมาคือ โรงพยาบาลเอกชน ร้อยละ 20-25 กระทรวงศึกษาธิการ ร้อยละ 5 และกระทรวงกลาโหม ร้อยละ 3

1.5.3 แนวโน้มอัตราการใช้บริการผู้ป่วยนอกรายภาค

อัตราการใช้บริการผู้ป่วยนอกต่อประชากร จะช่วยสะท้อนการเข้าถึงบริการสุขภาพ หากสภาวะการเจ็บป่วยไม่เปลี่ยนแปลง ทั้งนี้อัตราการใช้บริการผู้ป่วยนอกในภาพรวมระดับประเทศ มีแนวโน้มที่เพิ่มขึ้นจาก 1.9 ครั้งต่อคนต่อปี ในปีพ.ศ.2546 เป็น 28 ครั้งต่อคนต่อปีในปีพ.ศ.2556 ในขณะที่แต่ละภาคก็มีอัตราการใช้บริการเพิ่มขึ้นเช่นกัน โดยกรุงเทพฯเพิ่มขึ้นจาก 4.4 ครั้งต่อคนต่อปีในปีพ.ศ.2546 เป็น 6.1 ครั้งต่อคนต่อปีในปี พ.ศ.2556 ภาคกลางเพิ่มขึ้นจาก 2.3 ครั้งต่อคนต่อปีในปี พ.ศ. 2546 เป็น 33 ครั้งต่อคนต่อปีในปีพ.ศ.2556 ภาคเหนือเพิ่มขึ้นจาก 1.7 ครั้งต่อคนต่อบีในปี พ.ศ. 2546 เป็น 2.6 ครั้งต่อคนต่อปีในปีพ.ศ.2556 ภาคใต้เพิ่มขึ้นจาก 1.7 ครั้งต่อคนต่อปีในปี พ.ศ.2546 เป็น 2.4 ครั้งต่อคนต่อปีในปีพ.ศ.2556 และภาคตะวันออกเฉียงเหนือเพิ่มขึ้นจาก 1.3 ครั้งต่อคนต่อปีในปีพ.ศ.2546 เป็น 19 ครั้งต่อคนต่อปีในปี พ.ศ.2556 โดยความแตกต่างระหว่างกรุงเทพฯกับภาคตะวันออกเฉียงเหนืออยู่ที่ประมาณ 3 เท่าในปีพ.ศ.2556 (4) การใช้บริการผู้ป่วยในการใช้บริการผู้ป่วยใน เป็นส่วนหนึ่งที่สะท้อนถึงการเข้าถึงบริการสุขภาพ โดยมีข้อมูลได้แก่ สัดส่วนของผู้ป่วยในจำแนกตามสังกัด และอัตราการใช้บริการผู้ป่วยในต่อประชากรจำแนกตามภาค

1.5.4 แนวโน้มสัดส่วนผู้ป่วยใน

จำแนกตามสังกัดสัดส่วนผู้ป่วยในจำแนกตามสังกัดระหว่างปีพ.ศ. 2546-2556 มีความเปลี่ยนแปลงไม่มากนัก โดยกระทรวงสาธารณสุขมีสัดส่วนผู้ป่วยในประมาณร้อยละ 70-75 ของผู้ป่วยในทั้งหมด รองลงมาคือ โรงพยาบาลเอกชน ร้อยละ 20-25 กระทรวงศึกษาธิการ ร้อยละ 4 และกระทรวงกลาโหม ร้อยละ 1.5 แนวโน้มสัดส่วนผู้ป่วยใน (ร้อยละ) จำแนกตามสังกัด พ.ศ. 2546-2556

1.5.5 แนวโน้มอัตราการใช้บริการผู้ป่วยในรายภาค

อัตราการใช้บริการผู้ป่วยในต่อประชากรในภาพรวมระดับประเทศ มีแนวโน้มที่เพิ่มขึ้นจาก 133 ครั้งต่อ 100 คนต่อปี ในปี พ.ศ.2546 เป็น 15.1 ครั้งต่อ 100 คนต่อบีในปีพ.ศ.2556 ในขณะที่แต่ละภาคก็มีอัตราการใช้บริการเพิ่มขึ้นเล็กน้อย โดยกรุงเทพฯเพิ่มขึ้นจาก 20.3 ครั้งต่อ 100 คนต่อปีในปีพ.ศ.2546 เป็น 22 ครั้งต่อ 100 คนต่อบีในปี พ.ศ. 2556 ภาคกลางเพิ่มขึ้นจาก 144 ครั้งต่อ 100 คนต่อปีในปี พ.ศ. 2546 เป็น 16.7 ครั้งต่อ 100 คนต่อปีในปี พ.ศ. 2556 ภาคเหนือเพิ่มขึ้นจาก 13.1 ครั้งต่อ 100 คนต่อปี ในปี พ.ศ.2546 เป็น 149 ครั้งต่อ 100 คนต่อบีในปีพ.ศ.2556 ภาคใต้เพิ่มขึ้นจาก 13.5 ครั้งต่อ 100 คนต่อปีในปีพ.ศ.2546 เป็น 16.1 ครั้งต่อ 100 คนต่อปี ในปีพ.ศ.2556 และภาคตะวันออกเฉียงเหนือเพิ่มขึ้นจาก 10.7 ครั้งต่อ 100 คนต่อบีในปีพ.ศ. 2546 เป็น 11.8 ครั้งต่อ 100 คนต่อปีในปี พ.ศ.2556 ความแตกต่างระหว่างกรุงเทพฯกับภาคตะวันออกเฉียงเหนืออยู่ที่ประมาณ 2 เท่า ในปี พ.ศ.2556

1.5.6 การส่งต่อมีทั้งไม่ยอมทำเองและปฏิเสธการรับมีความพยายามพัฒนาระบบส่งต่อผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง แต่ยังพบการปฏิเสธการส่งต่อผู้ป่วยภายในเขตข้ามเขตและส่วนกลาง

มีมากในเกือบทุกจังหวัด ต้องใช้เวลาการประสานงานนาน โดยเฉพาะในกรุงเทพมหานครพบอัตราการปฏิเสธค่อนข้างสูง ในทางตรงข้ามสถานบริการที่ควรมีศักยภาพในการดูแลผู้ป่วยได้กลับทำได้น้อยลง

สรุป

ปัจจุบันสถานการณ์กำลังคนแพทย์ ยังเป็นปัญหาที่สำคัญของระบบสุขภาพของประเทศ โดยเฉพาะ อย่างยิ่งปัญหาด้านจำนวนที่ไม่เพียงพอและการกระจายบุคลากรที่ไม่เหมาะสมก็ยังคงเป็นปัญหา มีความแตกต่าง ระหว่างเมืองและชนบท แม้ว่ากระทรวงสาธารณสุขได้มีนโยบายการเพิ่มการผลิตกำลังคนอย่างต่อเนื่อง การใช้มาตรการเพิ่มแรงจูงใจ และความก้าวหน้าในอาชีพราชการ แต่ปัญหาก็ยังคงมีอยู่ การส่งต่อมีทั้งไม่ยอมทาเองและปฏิเสธการรับ มีความพยายามพัฒนาระบบส่งต่อผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง แต่ยังพบการปฏิเสธการส่งต่อผู้ป่วยภายในเขตข้ามเขตและส่วนกลาง มีมากในเกือบทุกจังหวัด ต้องใช้เวลาการประสานงานนาน โดยเฉพาะในกรุงเทพมหานครพบอัตราการปฏิเสธค่อนข้างสูง ในทางตรงข้ามสถานบริการที่ควรมีศักยภาพในการดูแลผู้ป่วยได้กลับทำได้น้อยลง

สถานการณ์กำลังคนแพทย์ ปัจจุบันสถานการณ์กำลังคนแพทย์ ยังเป็นปัญหาที่สำคัญของระบบสุขภาพของประเทศ โดยเฉพาะอย่างยิ่งปัญหาด้านจำนวนที่ไม่เพียงพอและการกระจายบุคลากรที่ไม่เหมาะสมก็ยังคงเป็นปัญหา มีความแตกต่างระหว่างเมืองและชนบท แม้ว่ากระทรวงสาธารณสุขได้มีนโยบายการเพิ่มการผลิตกำลังคนอย่างต่อเนื่อง การใช้มาตรการเพิ่มแรงจูงใจ ทั้งในรูปแบบค่าตอบแทนประเภทต่างๆ และความก้าวหน้าในอาชีพราชการ แต่ปัญหาก็ยังคงมีอยู่

การเปลี่ยนแปลงด้านสังคม เศรษฐกิจและการเมืองของประเทศ เป็นปัจจัยที่สำคัญและส่งผลให้เกิดการปฏิรูปในระบบสุขภาพของประเทศ รัฐบาลได้วางยุทธศาสตร์ชาติระยะ 20 ปี (พ.ศ. 2560 - 2579) เพื่อเป็นกรอบแนวทางในการพัฒนาประเทศให้มีความต่อเนื่องเพื่อให้บรรลุวิสัยทัศน์ "ประเทศมีความมั่นคง มั่งคั่ง ยั่งยืน เป็นประเทศพัฒนาแล้ว ด้วยการพัฒนาตามปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง" ในช่วงระยะ 5 ปีแรก เป็นช่วงเปลี่ยนผ่านที่สำคัญ การวางแผนพัฒนาต้องมุ่งตอบสนองต่อเป้าหมายชาติที่ต้องบรรลุและวางรากฐานการพัฒนาที่มุ่งผลสัมฤทธิ์สามารถสานต่อการพัฒนาได้ในแผนพัฒนาฉบับต่อๆ ไป จากสถานการณ์และปัจจัยที่มีผลต่อการพัฒนาสุขภาพดังกล่าวมาแล้วนั้น

บทที่ 4
ผลการศึกษา

การศึกษาผลงานวิจัยได้ดำเนินการศึกษาในส่วนของสถานการณ์แพทย์ในปัจจุบัน การคาดการความต้องการแพทย์ในอนาคต และจำนวนแพทย์ในอนาคต

สถานการณ์การแพทย์ในปัจจุบัน

จากข้อมูลของแพทยสภา ณ วันที่ 31 ธันวาคม พบว่าประเทศไทยมีแพทย์ที่ขึ้นทะเบียนจำนวนทั้งสิ้น 63,974 คน โดยแบ่งเป็นเพศชาย 34,633 คน และเป็นเพศหญิง 29,341 คน ในแพทย์กลุ่มที่ติดต่อได้มีภูมิลำเนาพักอาศัยในเตกรุงเทพหานครและนอกเขตกรุงเทพมีสัดส่วนที่ใกล้เคียงกันที่ ร้อยละ 50 และมีแพทย์ที่อยู่ต่างประเทศเพียงร้อยละ 1 เมื่อพิจารณารายอายุพบว่าแพทย์ที่ขึ้นทะเบียนกับแพทยสภาส่วนใหญ่มีอายุไม่มากนัก โดยมีสูงสุดอยู่ที่ อายุ 31-40 ปี รองลงมาอยู่ที่อายุ 20-30 ปี ดังรายละเอียดในตารางที่ 4-1 สาเหตุสำคัญมาจากที่ภาครัฐมีนโยบายเพิ่มการผลิตแพทย์มากขึ้นในรอบทศวรรษที่ผ่านมา จึงเป็นเหตุให้แพทย์ในกลุ่มอายุน้อยมีสัดส่วนที่สูงมาก

ตารางที่ 4-1 จำนวนแพทย์ในปี 2563 (ข้อมูลแพทยสภา)

ข้อมูลที่จัดเก็บในฐานข้อมูลแพทยสภา

	ทั้งหมด	ชาย	หญิง
จำนวนแพทย์ทั้งหมด	66,139	36,398	29,741
จำนวนแพทย์ที่มีชีวิต	63,974	34,633	29,341
1.1 แพทย์ที่ติดต่อได้	61,279	32,741	28,538
1.1.1ตามที่อยู่ใน กทม.	29,762	16,126	13,636
1.1.2ตามที่อยู่ในต่างจังหวัด	31,516	16,614	14,902
1.1.3 จำแนกตามช่วงอายุ	61,179	32,670	28,509
20 - 30 ปี	16,161	7,439	8,722
31 - 40 ปี	18,729	8,446	10,283
41 - 50 ปี	10,446	5,305	5,141
51 - 60 ปี	7,218	5,133	2085
61 - 70 ปี	4,711	3,683	1028
70 ปีขึ้นไป	3,914	2,664	1250
1.2 แพทย์ที่อยู่ต่างประเทศ	462	384	78
1.3 แพทย์ที่ไม่ทราบที่อยู่	2,191	1,421	770
แพทย์ที่ถูกเพิกถอนใบอนุญาต	20	18	2
จำนวนแพทย์ ที่เสียชีวิตแล้ว	2,165	1,719	446

ที่มา : สำนักงานเลขาธิการแพทยสภา กรกฎาคม 2563

ที่มา : สำนักงานเลขาธิการแพทยสภา กรกฎาคม 2563.

เมื่อพิจารณาในลักษณะของเพศแล้วพบว่า วิชาชีพแพทย์ในประเทศไทยมีแนวโน้มที่จะเป็นเพศหญิงมากขึ้น โดยพบว่าแพทย์ในกลุ่มอายุระหว่าง 20-30 ปี มีสัดส่วนเพศหญิงสูงถึง ร้อยละ 57 และสัดส่วนร้อยละ 53 ในช่วงกลุ่มอายุระหว่าง 31-40 ปี โดยในแพทย์กลุ่มที่มีอายุมากกว่า 40 ปีขึ้นไป จะมีสัดส่วนเพศชายสูงกว่า เมื่อพิจารณาถึงการกระจายของแพทย์ตามภูมิศาสตร์ จากข้อมูลการสำรวจทรัพยากรสุขภาพของสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข พบว่าการกระจายของแพทย์ยังไม่มีความสมดุล โดยแพทย์หนึ่งในสี่ของทั้งประเทศ (ร้อยละ 24) จะกระจุกตัวในพื้นที่กรุงเทพมหานคร และจะหนาแน่นในพื้นที่ปริมณฑลและเมืองใหญ่ (ตารางที่ 4-2) เมื่อคิดเป็นสัดส่วนแพทย์ต่อประชากรแล้วพบว่า แพทย์ในพื้นที่กรุงเทพดูแลประชากรเพียง 716 คน ในขณะที่แพทย์ในจังหวัดศรีษะเกษหนึ่งคนดูแลประชากรถึง 5,576 คนซึ่งแตกต่างกันถึง 8 เท่า ดังนั้นจึงพบว่าปัญหาการกระจายของแพทย์ในเมืองไทย โดยเฉพาะอย่างยิ่งในพื้นที่ชนบทเองยังเป็นปัญหาอยู่

ตารางที่ 4-2 การกระจายแพทย์เขตบริการสุขภาพ

	กสธ.	กระทรวงอื่นๆ	รัฐวิสาหกิจ	หน่วยงานอิสระ	ท้องถิ่น	เอกชน	**รวม**	สัดส่วนแพทย์ต่อประชากร
รวมทั้งประเทศ	18,258	5,565	1	740	1,215	6,180	**31,959**	2,035
กรุงเทพมหานคร	766	2,267	-	487	1,114	3,252	**7,886**	716
เครือข่ายที่ 1	1,945	394	1	-	9	396	**2,745**	2,052
เครือข่ายที่ 2	1,090	186	-	-	2	106	**1,384**	2,492
เครือข่ายที่ 3	888	22	-	-	1	74	**985**	3,055
เครือข่ายที่ 4	1,671	1,020	-	-	12	339	**3,042**	1,712
เครือข่ายที่ 5	1,673	208	-	105	2	334	**2,322**	2,213
เครือข่ายที่ 6	1,776	184	-	147	22	941	**3,070**	1,907
เครือข่ายที่ 7	1,368	803	-	-	10	75	**2,256**	2,237
เครือข่ายที่ 8	1,274	37	-	-	10	76	**1,397**	3,940
เครือข่ายที่ 9	1,776	55	-	1	10	136	**1,978**	3,405
เครือข่ายที่10	1,107	44	-	-	2	33	**1,186**	3,858
เครือข่ายที่11	1,403	57	-	-	16	264	**1,740**	2,509
เครือข่ายที่12	1,521	288	-	-	5	154	**1,968**	2,469

ที่มา : สำนักงานเลขาธิการสภาแพทยสภา, 2563.

ตารางที่ 4-3 การกระจายแพทย์รายเขตบริการสุขภาพ แยกรายจังหวัด

	กสธ.	กระทรวงอื่นๆ	รัฐวิสาหกิจ	หน่วยงานอิสระ	ท้องถิ่น	เอกชน	**รวม**	สัดส่วนแพทย์ต่อประชากร
นนทบุรี(ส่วนกลาง) Nonthaburi(Center)	140	0	0	0	0	0	140	0
นนทบุรี Nonthaburi	390	214	0	0	2	121	727	1,623
ปทุมธานี Pathum Thani	150	480	0	0	1	121	752	1,438
พระนครศรีอยุธยา Ayutthaya	244	0	0	0	0	23	267	3,015
ลพบุรี Lop Buri	204	66	0	0	0	15	285	2,660
สระบุรี Saraburi	299	3	0	0	0	45	347	1,823
สิงห์บุรี Sing Buri	88	0	0	0	0	8	96	2,205
อ่างทอง Ang Thong	96	0	0	0	9	6	111	2,551
เครือข่ายที่ 5 Network Health5	**1,673**	**208**	**0**	**105**	**2**	**334**	**2,322**	**2,213**
กาญจนบุรี Kanchanaburi	239	13	0	0	0	14	266	3,113
นครปฐม Nakhon Pathom	312	171	0	0	2	62	547	1,631
ประจวบคีรีขันธ์ Prachuap Khiri Khan	154	18	0	1	0	9	182	2,883
เพชรบุรี Phetchaburi	132	2	0	0	0	20	154	3,082
ราชบุรี Ratchaburi	359	4	0	0	0	41	404	2,101
สมุทรสงคราม Samut Songhkhram	67	0	0	0	0	4	71	2,727
สมุทรสาคร Samut Sakhon	139	0	0	104	0	148	391	1,350
สุพรรณบุรี Suphan Buri	271	0	0	0	0	36	307	2,764
เครือข่ายที่ 6 Network Health6	**1,776**	**184**	**0**	**147**	**22**	**941**	**3,070**	**1,907**
จันทบุรี Chanthaburi	262	0	0	0	0	57	319	1,655
ฉะเชิงเทรา Chachoengsao	258	0	0	0	0	31	289	2,411
ชลบุรี Chon Buri	479	153	0	142	20	467	1,261	1,135
ตราด Trat	62	0	0	0	0	23	85	2,610
ปราจีนบุรี Prachin Buri	179	19	0	0	0	2	200	2,402
ระยอง Rayong	197	1	0	0	0	85	283	2,401
สมุทรปราการ Samut Prokan	221	6	0	5	2	276	510	2,478
สระแก้ว Sa Kaeo	118	5	0	0	0	0	123	4,497
เครือข่ายที่ 7 Network Health7	**1,368**	**803**	**0**	**0**	**10**	**75**	**2,256**	**2,237**
กาฬสินธุ์ Kalasin	225	1	0	0	2	4	232	4,245
ขอนแก่น Khon Kaen	591	769	0	0	8	49	1,417	1,265

ตารางที่ 4-3 การกระจายแพทย์รายเขตบริการสุขภาพ แยกรายจังหวัด (ต่อ)

	กสธ.	กระทรวงอื่นๆ	รัฐวิสาหกิจ	หน่วยงานอิสระ	ท้องถิ่น	เอกชน	**รวม**	สัดส่วนแพทย์ต่อประชากร
รวมทั้งประเทศ	**18,258**	**5,565**	**1**	**740**	**1,215**	**6,180**	**31,959**	**2,035**
กรุงเทพมหานคร	**766**	**2,267**	**0**	**487**	**1,114**	**3,252**	**7,886**	**716**
เครือข่ายที่ 1 Network Health1	**1,945**	**394**	**1**	**0**	**9**	**396**	**2,745**	**2,052**
เชียงราย Chiang Rai	413	15	0	0	0	50	478	2,477
เชียงใหม่ Chaing Mai	539	337	0	0	5	291	1,172	1,398
น่าน Nan	172	3	0	0	0	0	175	2,731
พะเยา Phayao	138	17	0	0	2	2	159	3,035
แพร่ Phrae	149	0	0	0	0	10	159	2,849
แม่ฮ่องสอน Mae Hong Son	73	0	0	0	0	0	73	3,278
ลำปาง Lampang	336	22	1	0	0	23	382	1,967
ลำพูน Lamphun	125	0	0	0	2	20	147	2,755
เครือข่ายที่ 2 Network Health2	**1,090**	**186**	**0**	**0**	**2**	**106**	**1,384**	**2,492**
ตาก Tak	177	3	0	0	2	11	193	2,754
พิษณุโลก Phitsanulok	358	176	0	0	0	78	612	1,406
เพชรบูรณ์ Phetchabun	203	5	0	0	0	9	217	4,587
สุโขทัย Sukhothai	158	0	0	0	0	8	166	3,625
อุตรดิตถ์ Uttaradit	194	2	0	0	0	0	196	2,345
เครือข่ายที่ 3 Network Health3	**888**	**22**	**0**	**0**	**1**	**74**	**985**	**3,055**
กำแพงเพชร Kamphaeng Phet	160	0	0	0	0	4	164	4,447
ชัยนาท Chai Nat	85	0	0	0	0	8	93	3,568
นครสวรรค์ Nakhon Sawan	369	22	0	0	1	39	431	2,486
พิจิตร Phichit	175	0	0	0	0	23	198	2,760
อุทัยธานี Uthai Thani	99	0	0	0	0	0	99	3,336
เครือข่ายที่ 4 Network Health4	**1,671**	**1,020**	**0**	**0**	**12**	**339**	**3,042**	**1,712**
นครนายก Nakhon Nayok	60	257	0	0	0	0	317	813

ตารางที่ 4-3 การกระจายแพทย์รายเขตบริการสุขภาพ แยกรายจังหวัด (ต่อ)

	กสธ.	กระทรวงอื่นๆ	รัฐวิสาหกิจ	หน่วยงานอิสระ	ท้องถิ่น	เอกชน	**รวม**	สัดส่วนแพทย์ต่อประชากร
สุราษฎร์ธานี Surat Thani	397	8	0	0	2	77	484	2,152
เครือข่ายที่ 12Network Health12	**1,521**	**288**	**0**	**0**	**5**	**154**	**1,968**	**2,469**
ตรัง Trang	216	0	0	0	0	34	250	2,557
นราธิวาส Narathiwat	194	0	0	0	0	0	194	4,012
ปัตตานี Pattani	177	3	0	0	0	0	180	3,830
พัทลุง Phatthalung	135	1	0	0	1	3	140	3,724
ยะลา Yala	177	0	0	0	0	10	187	2,751
สงขลา SongKhla	538	284	0	0	4	107	933	1,503
สตูล Satun	84	0	0	0	0	0	84	3,739

ที่มา : สำนักงานเลขาธิการแพทยสภา, 2563.

สำหรับการกระจายของแพทย์ระหว่างแพทย์ทั่วไป และแพทย์เฉพาะทางนั้นพบว่าแพทย์ส่วนใหญ่เมื่อจบการศึกษาหลักสูตรแพทยศาสตร์จำนวน 6 ปี แล้ว นิยมไปเรียนต่อเป็นแพทย์เฉพาะทางสาขาต่าง ๆ โดยข้อมูลแพทยสภาปี 2562 มีจำนวนแพทย์ที่ได้รับวุฒิบัตรและอนุมัติบัตรของแพทย์เฉพาะทางในสาขาใดสาขาหนึ่งถึง 45,234 ใบ ในจำนวนแพทย์ 32,038 คน (แพทย์ 1 คน มีมากกว่า หนึ่งสาขาเชี่ยวชาญเฉพาะได้) คิดเป็นร้อยละ 63 ของแพทย์ทั้งหมดในระยะเวลาดังกล่าว

ตารางที่ 4-4 จำนวนแพทย์เฉพาะทางปี 2562

จำนวนแพทย์เฉพาะทาง 2507 -2562

ปี	วุฒิบัตร	หนังสืออนุมัติ	รวม
2507	1		1
2509		1	1
2510	2		2
2514	27	126	153
2515	46	63	109
2516	42	48	90
2517	52	29	81
2518	74	171	245
2519	120	62	182
2520	172	184	356
2521	186	39	225
2522	215	112	327
2523	220	135	355
2524	215	105	320
2525	248	61	309
2526	322	49	371
2527	322	54	376
2528	360	65	425
2529	404	59	463
2530	422	30	452
2531	406	94	500

ปี	วุฒิบัตร	หนังสืออนุมัติ	รวม
2537	676	95	771
2538	740	81	821
2539	702	86	788
2540	781	55	836
2541	556	124	680
2542	683	71	754
2543	744	91	835
2544	762	279	1,041
2545	802	1,793	2,595
2546	728	2,636	3,364
2547	861	2,313	3,174
2548	870	626	1,496
2549	960	548	1,508
2550	1,147	294	1,441
2551	1,274	287	1,561
2552	1,457	305	1,762
2553	1,446	406	1,852
2554	1,562	252	1,814
2555	1,592	272	1,864
2556	1,595	201	1,796
2557	1,636	187	1,823

ตารางที่ 4-4 จำนวนแพทย์เฉพาะทางปี 2562 (ต่อ)

จำนวนแพทย์เฉพาะทาง 2507 -2562

ปี	วุฒิบัตร	หนังสืออนุมัติ	รวม
2532	441	141	582
2533	529	120	649
2534	543	78	621
2535	568	171	739
2536	623	114	737

ปี	วุฒิบัตร	หนังสืออนุมัติ	รวม
2558	1,726	212	1,938
2559	1,836	212	2,048
2560	2,034	357	2,391
2561	2,257	295	2,552
2562	2,376	455	2,831
รวม	38,373	14,642	53,015

หมายเหตุ **จำนวนแพทย์ที่ได้รับหนังสืออนุมัติและวุฒิบัตร จำนวน 53,015 ใบ (เท่ากับ 37,684 คน)**
(แพทย์ 1 คน สามารถได้รับหนังสืออนุมัติและวุฒิบัตร มากกว่า 1 สาขา)
จำนวนแพทย์ที่ได้บอร์ด (ได้บอร์ดเดียว) 24,799 คน
จำนวนแพทย์ที่ได้บอร์ด(ได้มากกว่า 1 บอร์ด) 12,885 คน

ที่มา : สำนักงานเลขาธิการแพทยสภา, 2563.

ตารางที่ 4-5 ข้อมูลแพทย์ที่ได้รับหนังสืออนุมัติ-วุฒิบัตรจากแพทยสภา 2507-2562

แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านเวชปฏิบัตรทั่วไป(ยกเลิกตั้งแต่ปี 2545)

สาขา	ทั้งหมด		
	รวม	อ.ว.	ว.ว.
เวชปฏิบัติทั่วไป	251	56	195
รวม	251	56	195

แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านเวชศาสตร์ครอบครัว

สาขา	ทั้งหมด		
	รวม	อ.ว.	ว.ว.
เวชศาสตร์ครอบครัว	7,291	6,370	921
รวม	7,291	6,370	921

ตารางที่ 4-5 ข้อมูลแพทย์ที่ได้รับหนังสืออนุมัติ-วุฒิบัตรจากแพทยสภา 2507-2562 (ต่อ)

แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านศัลยศาสตร์

สาขา	ทั้งหมด		
	รวม	อ.ว.	ว.ว.
ศัลยศาสตร์	3,112	209	2,903
ศัลยศาสตร์ยูโรวิทยา	536	73	463
กุมารศัลยศาสตร์	270	29	241
ศัลยศาสตร์ทรวงอก	286	44	242
ศัลยศาสตร์ตกแต่ง	453	39	414
อนุสาขาศัลยศาสตร์มะเร็งวิทยา	169	71	98
อนุสาขาศัลยศาสตร์อุบัติเหตุ	65	55	10
อนุสาขาศัลยศาสตร์หลอดเลือด	120	47	73
อนุสาขาศัลยศาสตร์ลำไส้ใหญ่และทวารหนัก	102	69	33
รวม	5,113	636	4,477

แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านประสาทศัลยศาสตร์

สาขา	ทั้งหมด		
	รวม	อ.ว.	ว.ว.
ประสาทศัลยศาสตร์	543	39	504
รวม	543	39	504

แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านออร์โธปิดิกส์

สาขา	ทั้งหมด		
	รวม	อ.ว.	ว.ว.
ออร์โธปิดิกส์	2,541	127	2,414
รวม	2,541	127	2,414

ตารางที่ 4-5 ข้อมูลแพทย์ที่ได้รับหนังสืออนุมัติ-วุฒิบัตรจากแพทยสภา 2507-2562 (ต่อ)

แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านอายุรศาสตร์

สาขา	ทั้งหมด		
	รวม	อ.ว.	ว.ว.
อายุรศาสตร์	6,685	355	6,330
อายุรศาสตร์โรคทรวงอก	4	4	-
โลหิตวิทยา	66	36	30
อายุรศาสตร์โรคเลือด	315	25	290
ตจวิทยา	662	147	515
ประสาทวิทยา	650	36	614
อนุสาขาอายุรศาสตร์โรคไต	631	144	487
อนุสาขาโรคระบบทางเดินอาหาร	500	164	336
อนุสาขาอายุรศาสตร์โรคภูมิแพ้และภูมิคุ้มกันทางคลินิก	40	18	22
อนุสาขาอายุรศาสตร์โรคต่อมไร้ท่อและเมตะบอลิสม	315	113	202
อนุสาขาโรคข้อและรูมาติสซั่ม	175	82	93
อนุสาขาอายุรศาสตร์โรคติดเชื้อ	261	88	173
อนุสาขาอายุรศาสตร์โรคหัวใจ	947	171	776
อายุรศาสตร์มะเร็งวิทยา	249	65	184
อนุสาขาโรคระบบการหายใจและภาวะวิกฤตโรคระบบการหายใจ	395	80	315

อนุสาขาเวชบำบัดวิกฤต	252	113	139
อนุสาขาเภสัชวิทยาและพิษวิทยา	27	19	8
อนุสาขาโภชนศาสตร์คลินิก	36	25	11
อนุสาขาอายุรศาสตร์ผู้สูงอายุ	50	28	22
รวม	12,260	1,713	10,547

ตารางที่ 4-5 ข้อมูลแพทย์ที่ได้รับหนังสืออนุมัติ-วุฒิบัตรจากแพทยสภา 2507-2562 (ต่อ)

แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านสูติศาสตร์และนรีเวชวิทยา

สาขา	**ทั้งหมด**		
	รวม	**อ.ว.**	**ว.ว.**
สูติศาสตร์และนรีเวชวิทยา	3,271	151	3,120
อนุสาขาเวชศาสตร์การเจริญพันธุ์	296	144	152
อนุสาขาเวชศาสตร์มารดาและทารกในครรภ์	241	85	156
อนุสาขามะเร็งวิทยานรีเวชหรือวิทยานรีเวช	323	116	207
อนุสาสาขาเวชศาสตร์เชิงกรานและศัลยศาสตร์ซ่อมเสริม	21	15	6
รวม	4,152	511	3,641

ตารางที่ 4-5 ข้อมูลแพทย์ที่ได้รับหนังสืออนุมัติ-วุฒิบัตรจากแพทยสภา 2507-2562 (ต่อ)

แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านกุมารเวชศาสตร์

สาขา	ทั้งหมด		
	รวม	อ.ว.	ว.ว.
กุมารเวชศาสตร์	7,249	257	6,992
กุมารเวชศาสตร์โรคเลือด	60	14	46
อนุสาขากุมารเวชศาสตร์โรคไต	94	29	65
อนุสาขากุมารเวชศาสตร์โรคหัวใจ	145	25	120
อนุสาขากุมารเวชศาสตร์พัฒนาการและพฤติกรรม	133	35	98
อนุสาขากุมารเวชศาสตร์โรคต่อมไร้ท่อและเมตาบอลิสมหรือเมแทบอลิซึม	97	40	57
อนุสาขากุมารเวชศาสตร์ประสาทวิทยา	111	51	60
อนุสาขากุมารเวชศาสตร์โรคระบบทางเดินอาหารและโรคตับ	68	28	40
อนุสาขากุมารเวชศาสตร์โรคติดเชื้อ	136	51	85
อนุสาขากุมารฯโรคระบบการหายใจ	191	26	165
อนุสาขากุมารฯตจวิทยา	47	18	29
อนุสาขากุมารเวชศาสตร์ทารกแรกเกิดและปริกำเนิด	240	83	157
อนุสาขากุมารเวชศาสตร์โรคภูมิแพ้และภูมิคุ้มกัน	189	69	120

อนุสาขากุมารเวชศาสตร์โภชนาการ	38	26	12
อนุสาขากุมารเวชศาสตร์การนอนหลับ	11	11	
โลหิตวิทยาและมะเร็งในเด็ก	49	19	30
รวม	8,858	782	8,076

ตารางที่ 4-5 ข้อมูลแพทย์ที่ได้รับหนังสืออนุมัติ-วุฒิบัตรจากแพทยสภา 2507-2562 (ต่อ)

แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านวิสัญญีวิทยา

สาขา	**ทั้งหมด**		
	รวม	**อ.ว.**	**ว.ว.**
วิสัญญีวิทยา	1,877	82	1,795
อนุสาขาวิสัญญีวิทยาสำหรับการผ่าตัดหัวใจ หลอดเลือดใหญ่และทรวงอก	149	76	73
อนุสาขาวิสัญญีวิทยาสำหรับผู้ป่วยโรคทางระบบประสาท	42	25	17
อนุสาขาการระงับปวด	93	61	32
อนุสาขาวิสัญญีวิทยาสำหรับเด็ก	44	9	35
รวม	2,205	253	1,952

แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านโสต ศอ นาสิกวิทยา

สาขา	**ทั้งหมด**		
	รวม	**อ.ว.**	**ว.ว.**
โสต ศอ นาสิกวิทยา	1,456	164	1,292
อนุสาขาศัลยศาสตร์ตกแต่งและเสริมสร้างใบหน้า	154	116	38

อนุสาขาโสต ศอ นาสิกวิทยาการนอนหลับ	28	36	
รวม	1,638	316	1,330

แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านจักษุวิทยา

	ทั้งหมด		
สาขา	**รวม**	**อ.ว.**	**ว.ว.**
จักษุวิทยา	1,639	129	1,510
รวม	1,639	129	1,510

ตารางที่ 4-5 ข้อมูลแพทย์ที่ได้รับหนังสืออนุมัติ-วุฒิบัตรจากแพทยสภา 2507-2562 (ต่อ)

แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านจิตเวชศาสตร์

	ทั้งหมด		
สาขา	**รวม**	**อ.ว.**	**ว.ว.**
จิตเวชศาสตร์	892	98	794
จิตเวช เด็กและวัยรุ่น	242	57	185
อนุสาขาจิตเวชศาสตร์นอนหลับ	8	8	
อนุสาขาจิตเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ		11	
อนุสาขาจิตเวชศาสตร์การเสพติด		21	
รวม	1,142	195	979

แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านรังสีวิทยา

	ทั้งหมด		
สาขา	**รวม**	**อ.ว.**	**ว.ว.**
รังสีวิทยาทั่วไป	706	52	654
รังสีวิทยาวินิจฉัย	1,250	26	1,224

รังสีรักษาและมะเร็งวิทยา	189	13	176
เวชศาสตร์นิวเคลียร์	69	7	62
อนุสาขาภาพวินิจฉัยระบบประสาท	103	25	78
อนุสาขารังสีร่วมรักษาระบบประสาท	61	12	49
อนุสาขารังสีร่วมรักษาของลำตัว	102	25	77
อนุสาขาภาพวินิจฉัยชั้นสูง	179	82	97
รังสีรักษาและเวชศาสตร์นิวเคลียร์	36	13	23
รวม	2,695	255	2,440

ตารางที่ 4-5 ข้อมูลแพทย์ที่ได้รับหนังสืออนุมัติ-วุฒิบัตรจากแพทยสภา 2507-2562 (ต่อ)

แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านพยาธิวิทยา

	ทั้งหมด		
สาขา	**รวม**	**อ.ว.**	**ว.ว.**
พยาธิวิทยากายวิภาค	439	24	415
พยาธิวิทยาคลีนิค	126	60	66
พยาธิวิทยาทั่วไป	63	33	30
นิติเวชศาสตร์	208	37	171
อนุสาขาพยาธิสูตินรีเวชวิทยา	29	25	4
อนุสาขาตจพยาธิวิทยา	18	17	-
อนุสาขาโลหิตพยาธิวิทยา		3	1
รวม	883	199	687

แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านเวชศาสตร์ฟื้นฟู

	ทั้งหมด		
สาขา	**รวม**	**อ.ว.**	**ว.ว.**
เวชศาสตร์ฟื้นฟู	628	39	589

รวม	628	39	589

ตารางที่ 4-5 ข้อมูลแพทย์ที่ได้รับหนังสืออนุมัติ-วุฒิบัตรจากแพทยสภา 2507-2562 (ต่อ)

แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านเวชศาสตร์ป้องกัน

สาขา	**ทั้งหมด**		
	รวม	**อ.ว.**	**ว.ว.**
แขนงอาชีวเวชศาสตร์	200	100	100
แขนงสาธารณสุขศาสตร์	758	714	44
แขนงระบาดวิทยา	325	246	79
แขนงเวชศาสตร์ป้องกันคลินิก	414	402	12
แขนงสุขภาพจิตชุมชน	1,198	1,196	2
แขนงเวชศาสตร์การบิน	67	51	16
แขนงเวชศาสตร์ทางทะเล	37	29	8
แขนงเวชศาสตร์การเดินทางและท่องเที่ยว	54	46	8
แขนงเวชศาสตร์การจราจร		28	
รวม	3,053	2,812	269

แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านเวชศาสตร์ฉุกเฉิน

สาขา	ทั้งหมด		
	รวม	อ.ว.	ว.ว.
เวชศาสตร์ฉุกเฉิน	952	103	849
รวม	952	103	849

ที่มา : สำนักงานเลขาธิการแพทยสภา, 2563.

การคาดการณ์ความต้องการแพทย์ในอนาคต

การศึกษาวิชาชีพแพทย์ใช้ผลการคาดการณ์ความต้องการแพทย์ในอนาคตจากการศึกษาของคณะทำงาน Service setting ทั้งปฐมภูมิ ทุติยภูมิ และตติยภูมิ โดยมีหลักการดำเนินการดังนี้

การคาดการความต้องการแพทย์ในการให้บริการทั้ง 3 ระดับ ทั้งปฐมภูมิ ทุติยภูมิ และระดับตติยภูมิ โดยใช้หลักคิดของปัจจัยที่เปลี่ยนแปลงและมีผลต่อระบบสุขภาพและ Health demand method เป็นพื้นฐานของ การคำนวณในแง่ระเบียบวิธีวิจัยจำนวนกำลังคนด้านสุขภาพคำนวณมาจากสองส่วน คือ1) ปริมาณภาระงาน เช่นปริมาณการบริการผู้ป่วยนอก บริการผู้ป่วยในและภาระโรค 2) ผลรวมของปริมาณคนและเวลา (Man-hour) ที่จำเป็นต่อการให้การบริการต่อภาระงานหนึ่งๆ

การคาดการณ์ความต้องการแพทย์ในอีก 10 ปีข้างหน้า (Demand projection) เริ่มจากการกำหนดความต้องการแพทย์ในปัจจุบัน ที่ครอบคลุมถึงสถานบริการภาครัฐและภาคเอกชน ในและนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุข โดยเน้นที่กรคาดการณ์จากข้อมูลหลักของการรับบริการทั้งผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน และผู้ป่วยที่ได้รับหัตถการที่สำคัญ และใช้ Secondary data จากแหล่งข้อมูลได้แก่ รายงานการสำรวจทรัพยากรของกระทรวงสาธารณสุข, Health Welfare Survey และการสำรวจสถานบริการภาคเอกชนของสำนักงานสถิติ นอกจากนี้ยังเกิดจากการทำ Focus group discussion ในกลุ่มผู้เชี่ยวชาญที่เกี่ยวข้อง โดยในการศึกษานี้คาดการณ์ความต้องการพื้นฐานเพื่อคาดการณ์ความต้องการกำลังบุคลากรปี 2560 และปี 2569

การพยากรณ์จำนวนการไปใช้บริการทางกรแพทย์ในอนาคต การระบุประเภทของบุคลากรทางการแพทย์ที่เกี่ยวข้องกับการให้บริการทางการแพทย์แต่ละประเภท การรวบรวมข้อมูลเวลาที่ให้บริการจำแนกตามบุคลากรแต่ละประเภท และการให้บริการทางการแพทย์ การวิเคราะห์จำนวนชั่วโมงที่บุคลากรแต่ละประเภทต้องใช้ในการให้บริการแต่ละประเภท การคำนวณ Full-Time

Equivalence (FTE) โดยกำหนดให้บุคลากรทุกประเภททำงาน 1,680 ชั่วโมง (1,680 ชั่วโมง เท่ากับ 1 FTE)

ขั้นตอนการวิเคราะห์ความต้องการในอนาคต (Demand projection)

ขั้นตอนที่ 1 รวบรวมข้อมูลที่เกี่ยวข้องของความต้องการการไปใช้บริการของสถานบริการ

ในขั้นตอนนี้เริ่มต้นจากการรวบรวมข้อมูลการไปรับบริการทางสุขภาพจากหน่วยบริการของกระทรวงสาธารณสุขในทุกระดับตั้งแต่ระดับปฐมภูมิ (การให้บริการในสถานีอนามัย หรือโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ระดับตติยภูมิ (การให้บริการในโรงพยาบาลชุมชน) และระดับตติยภูมิ (การให้บริการในโรงพยาบาลศูนย์โรงพยาบาลทั่วไป) ที่จำแนกการบริการหลัก 8 กิจกรรม ดังต่อไปนี้ การให้บริการผู้ป่วยนอก การ (ครั้ง) การผ่าตัดใหญ่ การคลอดปกติ การคลอดผิดปกติ การบริการแพทย์ฉุกเฉิน (วันนอนให้บริการผู้ป่วยในให้บริการผู้ป่วยวิกฤต การทำอัลตราซาวด์

ในส่วนของการให้บริการในสถานบริการนอกกระทรวงสาธารณสุข และการบริการในภาคเอกชน งานศึกษาครั้งนี้ ใช้การประมาณการโดยใช้ข้อมูลสัดส่วนของจำนวนการไปใช้บริการภาคเอกชน และข้อมูลการไปใช้บริการที่หน่วยงานภาครัฐนอกกระทรวงสาธารณสุข ที่วิเคราะห์ได้จากข้อมูลที่เก็บรวบรวมโดยสำนักงานสถิติแห่งชาติ นอกจากนี้ยังได้มีการประมาณการจำนวนความจำเป็นในการใช้บริการสุขภาพ ในกลุ่มคนที่จำเป็นแต่ไม่ได้ไปใช้บริการด้วย

กล่าวโดยสรุป งานศึกษาครั้งนี้จำแนกการใช้บริการสุขภาพเป็น การให้บริการในสถานพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข นอกกระทรวงสาธารณสุข และภาคเอกชน โดยคำนึงถึงจำนวนการไปรับบริการสุขภาพที่เกิดขึ้นจริง (Met needs) และจำนวนการไปรับบริการสุขภาพที่เกิดจากการประมาณการในกลุ่มคนที่มีความจำเป็นแต่ไม่ได้รับบริการ

ขั้นตอนที่ 2 การพยากรณ์จำนวนการไปรับบริการสุขภาพในอนาคต

การศึกษาครั้งนี้พยากรณ์การไปรับบริการสุขภาพในอนาคตประเภท การไปรับบริการผู้ป่วยนอก และผู้ป่วยในเป็นสำคัญ การพยากรณ์เริ่มจากรวบรวมข้อมูลจำนวนผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในตามโครงสร้างอายุ นำไปเทียบเป็นสัดส่วนกับประชากรในปี 2562 ตามโครงสร้างอายุเดียวกัน แล้วจึงนำสัดส่วนนั้นมาคูณกับประชากรตามโครงสร้างอายุเดียวกันในปี 2569 ทำให้ทราบถึงจำนวนผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน ในปี 2569 ตามโครงสร้างอายุ และทำให้คำนวณจำนวนผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในในปี 2569 ได้ โดยการรวมจำนวนผู้ป่วยนอกผู้ป่วยในตามแต่ละกลุ่มอายุเป็นจำนวนรวมทั้งหมด สำหรับจำนวนการไปรับบริการสุขภาพในอนาคตประเภทอื่นๆ ได้แก่ การผ่าตัดใหญ่ การคลอดปกติ การคลอดผิดปกติ การบริการแพทย์ฉุกเฉิน การให้บริการผู้ป่วยวิกฤต การทำอัลตราซาวด์ เป็นการคำนวณจากอัตราการเปลี่ยนแปลงของจำนวนผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยใน หรือค่าเฉลี่ยจกอัตราการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยนอกและใน การคำนวณอัตราการ)เปลี่ยนแปลงโดยใช้ ส่วนต่างของจำนวน

ผู้ป่วยนอก/จำนวนผู้ป่วยในในปี 2559 กับจำนวนผู้ป่วยนอกหรือผู้ป่วยใน ในปี 2556 หารด้วยจำนวนผู้ป่วยนอกหรือผู้ป่วยในปี 2556)

โดยมีสมมติฐานหลักคือ ระบบบริการสุขภาพพื้นฐาน ณ สถานการณ์ที่เป็นปัจจุบัน การพยากรณ์ความต้องการไปรับบริการสุขภาพขึ้นกับจำนวนการไปใช้บริการสุขภาพในฐานะผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยใน และบริการสุขภาพในส่วนที่เกี่ยวข้องกับการให้บริการกับผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในโดยคำนึงถึงการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างและอายุของประชากรที่เปลี่ยนแปลงไปด้วย

ขั้นตอนที่ 3 คำนวณจำนวนชั่วโมการทำงานทั้งหมดที่ใช้ในการให้บริการทางการแพทย์แต่ละประเภทต่อปี ในขั้นตอนนี้ต้องมีการกำหนดประเภทและจำนวนของบุคลากรที่ดูแลผู้ป่วยแต่ละคนตามประเภทของการบริการสุขภาพ ดังต่อไปนี้

1. การให้บริการผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน จะต้องมีแพทย์ พยาบาล และเภสัชกร ประเภทละ 1 คน

2. การให้บริการผ่ตัดใหญ่ ต้องมีแพทย์ 1.5 คน และพยาบาล 2.5 คน

3. การคลอดปกติ ต้องมีแพทย์ 1 คน และพยาบาล 2 คน

4. การคลอดผิดปกติ ต้องมีแพทย์ 1 คน และพยาบาล 2.5 คน

5. การทำอัลตราซาวด์ การดูแลผู้ป่วยวิกฤต การดูแลผู้ป่วยฉุกเฉิน มีแพทย์ 1 คน และพยาบาล 1 คน

ขั้นตอนต่อไปเป็นการคำนวณจำนวนชั่วโมงการทำงานทั้งหมดที่ใช้ในการให้บริการทางการแพทย์แต่ละประเภทต่อปี ซึ่งจะคำนวณโดยการนำจำนวนการไปใช้บริการทางสุขภาพแต่ละประเภท คูณกับจำนวนบุคลากรทางการแพทย์ที่ใช่ต่อผู้ป่วยหนึ่งราย คูณกับจำนวนชั่วโมงที่บุคลากรทางการแพทย์แต่ละประเภทใช้กับผู้ป่วยหนึ่งคน

ขั้นตอนที่ 4 การคำนวณจำนวนบุคลากรทางการแพทย์แต่ละประเภทที่ต้องการในอนาคต

จากขั้นตอนที่ 3 จะได้จำนวนชั่วโมงการทำงานของบุคลากรแต่ละประเภทต่อปีจำแนกตามประเภทของการให้บริการ ดังนั้นเมื่อนำมาหารกับจำนวนชั่วโมงที่บุคลากรทางสุขภาพหนึ่งคนทำงานต่อปี ซึ่งในการศึกษาครั้งนี้ใช้จำนวนเท่ากับ 1,680 ชั่วโมง 7 ชั่วโมง 240 วัน (ซึ่งเป็นเวลามาตรฐานที่ใช้ในการคำนวณกำลังคนของกระทรวงสาธารณสุข จะทำให้ได้จำนวน Full-Time Equivalent) (FTE) ของบุคลากรแต่ละประเภทจำแนกตามประเภทของการบริการทางสุขภาพ เมื่อนำจำนวนบุคลากรที่ต้องการในทุกการบริการทางสุขภาพตามที่ชี้แจงไปข้างตัน ทำให้ได้จำนวนความต้องการบุคลากรทางการแพทย์จำแนกตามประเภทของบุคลากร ทั้งที่ถ้ามีสมมุติฐานว่า 1 FTE เท่ากับ 1 คน ก็จะทำให้ได้ผลการศึกษา คือ จำนวนบุคลากรทางการแพทย์แต่ละประเภทที่ต้องการในอนาคต

จากการวิเคราะห์กำลังคนทางสุขภาพด้วยเทคนิคการวิเคราะห์ที่พัฒนาขึ้นจากการศึกษานี้ ดังได้กล่าวถึงวิธีการดำเนินการโดยละเอียดถึงขั้นตอนและสมมุติฐานตามปัจจัยและข้อมูลที่เกี่ยวข้องในบทที่ 3 วิธีการศึกษาโดยภาระงานหลักจากการศึกษานี้ได้ออกแบบระบบการให้บริการเป็น 8 กิจกรรมบริการ ได้แก่ ผู้ป่วยนอก จำนวนวันนอนรวมผู้ป่วยใน การผ่าตัดใหญ่ (Major operation) การคลอดปกติ และผิดปกติ การให้บริการผู้ป่วยฉุกเฉินหรือที่ Emergency room (ER) บริการใน ICU และบริการอัลตราซาวน์ (U/S)

ส่วนที่ 3 การคาดการณ์จำนวนแพทย์ในอนาคต

สถานการณ์การผลิตแพทย์ของประเทศไทย

เพื่อเป็นการตอบสนองต่อปัญหาการขาดแคลนแพทย์ที่เรื้อรัง ประเทศไทยได้มีมาตรการเพิ่มจำนวนการผลิตแพทย์เป็นระยะ โดยใน 2522 มีการเพิ่มจำนวนการผลิตแพทย์อีกปีละ 200 คน และในปี 2536 เพิ่มการผลิตอีกปีละ 340 คน ต่อมาในปี 2538 กระทรวงสาธารณสุขร่วมกับทบวงมหาวิทยาลัยได้มี "โครงการร่วมผลิตแพทย์เพื่อชาวชนบท โดยมีเป้าหมายผลิตแพทย์เพิ่มอีกปีละ 300 คน โดยมุ่งเน้นการรับนักเรียนจากพื้นที่ และในปี 2545-2546 ได้มีวิกฤตการลาออกของแพทย์อย่างรุนแรง ดังนั้นในปี 2547 กำหนดให้มีการผลิตแพทย์เพิ่มอีกถึงปีละ 700 คนจากนโยบายการเพิ่มปริมาณการผลิตแพทย์อย่างต่อเนื่องตลอดมา ทำให้ความสามารถในการผลิตแพทย์ของประเทศเพิ่มจาก ปีละ 1,528 คนในปี 2540 เป็น 3,050 คนในปี 2562 โดยสถาบันการผลิตแพทย์เพิ่มขึ้นจาก 12 แห่ง ในปี 2540 เป็น 23 แห่งในปัจจุบัน

ในปัจจุบันมีสถาบันที่ผลิตแพทย์ในประเทศไทยถึง 23 แห่ง โดยเป็นภาครัฐ 21 แห่ง และภาคเอกชน 3 แห่ง มีรายละเอียดดังนี้

1. คณะแพทยศาสตร์ ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล
2. คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
3. คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
4. คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล
5. คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
6. คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
7. วิทยาลัยแพทยศาสตร์พระมงกุฎเกล้า
8. คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ
9. คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์
10. คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช
11. คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร
12. คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

13. สำนักวิชาแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี

14. วิทยาลัยแพทยศาสตร์และการสาธารณสุข มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี

15. คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

16. สำนักวิชาแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์

17. คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์

18. คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยพะเยา

19. สำนักวิชาแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง

20. คณะแพทยศาสตร์ สถาบันเทคโนโลยีพระจอมเกล้าเจ้าคุณทหารลาดกระบัง

21. คณะแพทยศาสตร์และการสาธารณสุข วิทยาลัยวิทยาศาสตร์การแพทย์เจ้าฟ้าจุฬาภรณ์ ราชวิทยาลัยจุฬาภรณ์

22. วิทยาลัยแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยรังสิต

23. คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสยาม

โดยมีอัตราการผลิตในปัจจุบันอยู่ที่ 3,146 คนในปี 2563

ตารางที่ 4-6 นักศึกษาแพทย์ ปีการศึกษา 2563

ข้อมูลจำนวนรับนิสิต นักศึกษาแพทย์ ปีการศึกษา 2563

ลำดับ	สถาบัน	ศักยภาพที่แพทยสภาอนุมัติ	จำนวนที่รับ
1.	คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล	324	324
2.	คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย	315	313
3.	คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่	275	250
4.	คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี	324	324
5.	คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น	288	280
6.	คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์	190	194
7.	วิทยาลัยแพทยศาสตร์พระมงกุฎเกล้า	120	98
8.	คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ	200	177
9.	คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์	200	203
10.	วิทยาลัยแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยรังสิต	130	140
11.	คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช	100	100

12.	คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร	175	176
13.	สำนักวิชาแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี	92	92

ตารางที่ 4-6 นักศึกษาแพทย์ ปีการศึกษา 2563 (ต่อ)

14.	คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม	60	65
15.	วิทยาลัยแพทยศาสตร์และการสาธารณสุข มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี	68	89 *
16.	คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา	48	48
17.	สำนักวิชาแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์	48	48
18.	คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง	32	32
19.	คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยพะเยา	40	36
20.	สำนักวิชาแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง	32	32
21.	คณะแพทยศษสตร์ มหาวิทยาลัยสยาม	48	48
22.	คณะแพทยศาสตร์ สถาบันเทคโนโลยีพระจอมเกล้าเจ้าคุณทหารลาดกระบัง	50	23
23.	คณะแพทยศาสตร์และการสาธารณสุข วิทยาลัยวิทยาศาสตร์การแพทย์เจ้าฟ้าจุฬาภรณ์ ราชวิทยาลัยจุฬาภรณ์	32	32
	รวม	**3,191**	**3,128**

ข้อมูลวันที่ 17 ก.ค.63

ที่มา : สำนักงานเลขาธิการแพทยสภา, 2563.

แม้ว่าจะมีมาตรการการเพิ่มการผลิตแพทย์อย่างต่อเนื่องแต่ดูเหมือนว่ายังไม่สามารถแก้ปัญหาการกระจายตัวของแพทย์ได้ โดยในช่วง ประเทศไทยมีจำนวนแพทย์ 2540 - 2531 ปีที่เศรษฐกิจเติบโตสูง ระหว่างปี 10 แต่จำนวนแพทย์ที่เพิ่มขึ้นกลับกระจายอยู่ในกร 58ในระบบสูงขึ้นถึงร้อยละ กรุงเทพมหานครและภาคกลางคิดเป็นร้อยละ สาเหตุ 43 ภาคตะวันออกเฉียงเหนือต่ำที่สุดเพียงร้อยละ ตามลำดับ ในขณะที่การเพิ่มในภาคใต้ 79 และ 84 ประการหนึ่งเนื่องจากแพทย์ส่วนมากมิได้มีภูมิลำเนาอยู่ในสถานที่ปฏิบัติงาน ดังนั้นเมื่อแพทย์ปฏิบัติงานได้ระยะหนึ่ง ก็จะขอย้ายเข้าปฏิบัติงานในกรุงเทพหรือเมืองใหญ่ ดังนั้นทางกระทรวงสาธารณสุขจึงได้มีมาตรการเพื่อคัดเลือกนักเรียนจากพื้นที่เข้ามาศึกษา ได้แก่ โครงการแพทย์ชนบท การรับโคต้านักเรียนในภูมิภาคเพื่อเข้าเรียนในโรงเรียนแพทย์ที่อยู่ในภูมิภาค แต่เนื่องด้วยกระบวนการกลางในจัดสรรแพทย์ภายหลังสำเร็จการศึกษา ทำให้แพทย์ที่ได้รับการคัดเลือกจากพื้นที่ชนบทด้วยกระบวนการดังกล่าวอาจไม่ได้กลับไปปฏิบัติงานที่ภูมิลำเนา ต่อมาในปี 2538 ทางกระทรวงสาธารณสุขร่วมกับทบวงมหาวิทยาลัย ได้จัดทำ"โครงการผลิตแพทย์เพิ่มเพื่อชาวชนบท : Colloborotive Project for Increase Production

of Rural Doctor" โดยการคัดเลือกนักเรียนที่มีภูมิลำเนาในพื้นที่ชนบท เข้าศึกษาในชั้นปริญญาคลีนิคในโรงเรียนแพทย์ทั้งส่วนกลางและส่วนภูมิภาค ในขณะที่ชั้นคลินิกจะเข้าฝึกในโรงพยาบาลศูนย์ที่เข้าร่วมโครงการและภายหลังจากการศึกษาจะต้องกลับไปปฏิบัติงานในจังหวัดภูมิลำเนาของตนเอง โดยมีสัญญาชดใช้ทุนเป็นเวลา ปี 3

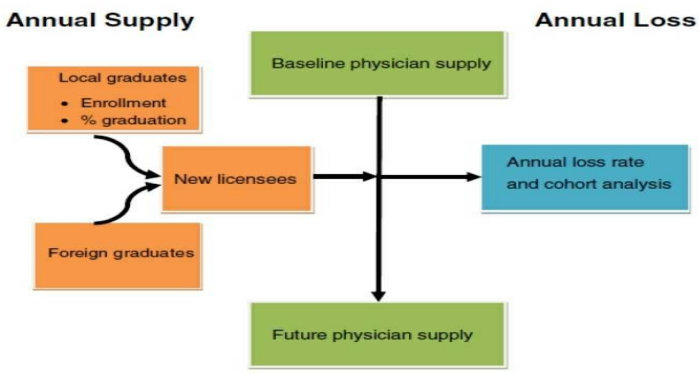
ในปี 2548 กระทรวงสาธารณสุขได้มี โครงการหนึ่งแพทย์หนึ่งอำเภอ (One district one doctor :ODOD) โดยคัดเลือกนักเรียนจากระดับอำเภอเข้าศึกษา เพื่อหวังว่าเมื่อแพทย์กลุ่มนี้จบออกมาจะกลับเข้าไปปฏิบัติงานในพื้นที่ภูมิลำเนาของตนเองเพื่อทำให้การกระจายแพทย์ของประเทศมีสัดส่วนที่ดีขึ้น แต่อย่างไรก็ตามยังไม่มีการประเมินผลสำเร็จของโครงการต่าง ๆ ดังกล่าวอย่างเป็นรูปธรรม

การคาดประมาณจำนวนแพทย์ที่มีในอนาคต (supply projection)

การคาดการจำนวนกำลังคนด้านสุขภาพที่จะมีในอนาคต มีความสำคัญในการเปรียบเทียบกับความต้องการบุคลากรสายงายดังกล่าว เพื่อนำไปสู่กระบวนการเพิ่มหรือลดการผลิตเพื่อให้สอดคล้องกันส่วนต่างระหว่างความต้องการและจำนวนบุคลากรที่จะมีในอนาคตดังกล่าว

จากวิธีการคาดการณ์จำนวนกำลังคนที่จะมีในอนาคต ใน 3 วิธีหลัก คือ Cohort analysis, Observe change และ Two life-tablemethod การศึกษานี้เลือกใช้วิธี Cohort analysis โดยประยุกต์ตามแบบที่ รพีพงษ์ สุพรรณไชยมาตร์ และคณะศึกษาไว้เมื่อปี 2556 โดยคาดการณ์อัตราการสูญเสียแพทย์รายปี (Annual loss rate) ที่สอดคล้องกับข้อมูลการเปลี่ยนแปลงจำนวนแพทย์จากอดีตที่ผ่านมา หลังจากนั้นใช้ตัวเลขอัตราการสูญเสียรายปีนี้กับข้อมูลจำนวนแพทย์ในปัจจุบันและในอนาคตที่จะคาดการณ์ ดังแผนภาพดังนี้

แผนภาพที่ 4-1 กรอบแนวคิดการคาดการณ์จำนวนแพทย์ในอนาคต



จากแผนภาพ การคาดการณ์จำนวนกำลังคนที่จะมีในอนาคตจำเป็นต้องทราบข้อมูลจำเป็น 3 ประการ คือ 1) จำนวนกำลังคนที่มีอยู่ในปัจจุบัน 2)จำนวนแพทย์ที่ขึ้นทะเบียนในแต่ละปี และ 3)อัตราการสูญเสียรายปี

1. จำนวนแพทย์ที่มีอยู่ในปัจจุบัน

ในส่วนของจำนวนแพทย์ในปัจจุบันนั้น การศึกษานี้ใช้ข้อมูลจำนวนแพทย์ที่ขึ้นทะเบียนไว้กับแพทยสภาโดยใช้ข้อมูลฐาน ปี 2563 ซึ่งเป็นข้อมูล ณ วันที่ 31 กรกฎาคม 2563 ที่แพทยสภาประกาศไว้ใน Website ซึ่งมีการตัดข้อมูลแพทย์ที่เสียชีวิตออกไปแล้ว

เนื่องจากจำนวนแพทย์ที่ขึ้นทะเบียนกับแพทยสภา จะเป็นการสะสมรวมแพทย์ทั้งหมดเนื่องจากการสอบขึ้นทะเบียนดำเนินการเพียงครั้งเดียว แพทย์ก็จะมีคุณสมบัติที่จะสามารถประกอบเวชปฏิบัติในประเทศได้ตลอดชีพ ซึ่งในข้อเท็จจริงจะมีแพทย์บางส่วนที่ไม่ active ในการทำเวชปฏิบัติแล้ว ดังนั้นการศึกษานี้พยายามที่จะแยกจำนวนแพทย์ที่ยัง active ออกมาจากจำนวนแพทย์ที่ขึ้นทะเบียนทั้งหมด เมื่อ ปี 2563 ที่พบว่ามีแพทย์เพียงร้อยละ 83 เท่านั้นเมื่อเทียบกับจำนวนแพทย์ที่ขึ้นทะเบียนที่ยัง Active อยู่

การคาดประมาณแพทย์ที่ยัง active โดยการศึกษาพบว่า อัตราการสูญเสียรายปีของแพทย์ในวัยทำงานที่มีอยู่ระหว่าง 24-59 ปี มีค่าเฉลี่ยที่ ร้อยละ 0.45 พบว่าแพทย์ที่มีอายุในช่วงดังกล่าว ยังทำเวชปฏิบัติอยู่ร้อยละ 81-95 ของจำนวนแพทย์ที่ขึ้นทะเบียน ในขณะที่แพทย์อายุหลัง 60 ปี จะมีอัตราการสูญเสียเฉลี่ยที่ร้อยละ 40 ซึ่งหมายถึงแพทย์ในช่วงอายุดังกล่าวยังทำเวชปฏิบัติอยู่เพียงร้อยละ 44 นอกจากนี้การศึกษาดังกล่าวยังพบว่าแพทย์มีการทำเวชปฏิบัติน้อยมากหลังอายุ 70 ปี

ดังนั้นจากการคำนวณข้อมูลของแพทยสภา พบว่า โดยเฉลี่ยจะมีแพทย์ที่ยัง active อยู่ร้อยละ 83 ของจำนวนแพทย์ที่ขึ้นทะเบียนไว้กับแพทยสภา

2. จำนวนแพทย์ที่ขึ้นทะเบียนในแต่ละปี

ในส่วนของจำนวนแพทย์ที่เพิ่มข้ามาในระบบ ในการศึกษาจำนวนกำลังคนด้านสุขภาพโดยทั่วไปจะใช้อัตราการจบการศึกษา แต่ในประเทศไทยแพทย์ที่จะทำเวชปฏิบัติในประเทศได้จะต้องผ่านการสอบใบประกอบวิชาชีพเวชกรรมขึ้นทะเบียนเป็นแพทย์ ซึ่งดำเนินการโดยแพทยสภา

ตารางที่ 4-7 จำนวนแพทย์ที่สอบขึ้นทะเบียนใบประกอบวิชาชีพเวชกรรม ระหว่างปี 2542-2562 แยกรายสถานบันการศึกษา

แพทย์ได้รับใบอนุญาต แยกสถาบัน ปี 2542-2562

ปีที่ได้รับใบอนุญาต	รวม	ศิริราช	จุฬา	เชียงใหม่	ขอนแก่น	มหิดล	แพทย์	รามา	ศรี	ธรรมศาสตร์	สุราษฎร์	เชียงราย	วชิระ	ทหารบก	ทหารเรือ	ตำรวจ	ทหารอากาศ	ทหารบก	ทหารเรือ	ทหารอากาศ	ตำรวจ	กรมการแพทย์	กรมสุขภาพจิต	กรมควบคุมโรค	กรมอนามัย	กรมสุขภาพ	กรมแพทย์แผนไทย	กรมอื่นๆ	สถาบันอื่นๆ
2542	1,201	220	128	148	134	178	128	47	78	60	28	30																	22
2543	1,250	227	138	139	142	198	120	57	68	57	31	58																	15
2544	1,272	222	144	159	146	191	112	61	60	58	29	40	33																17
2545	1,326	226	151	149	165	176	115	61	62	68	40	66	28																19
2546	1,476	224	145	172	150	213	132	68	78	78	52	80	60	13															11
2547	1,430	211	157	167	165	207	123	62	86	53	25	80	63	23															8
2548	1,550	222	146	176	155	210	136	64	90	83	30	71	78	30	14	16	15												14
2549	1,544	218	141	178	159	201	136	60	86	92	29	75	85	33	16	13	17												5
2550	1,572	218	148	194	155	197	135	58	82	85	34	100	82	31	14	13	15												11
2551	1,449	182	114	153	133	220	133	35	87	69	31	95	116	26	14	16	15												10
2552	1,377	174	115	148	126	178	125	28	89	71	31	87	111	32	16	22	15												9
2553	1,814	239	117	161	176	251	160	54	119	115	64	94	169	30	15	22	13												15
2554	1,888	230	130	178	230	226	164	94	113	128	77	84	132	32	19	29	14												8
2555	2,228	236	133	189	281	249	179	105	119	130	80	116	159	33	17	32	18	42	56	44									10
2556	2,298	227	156	223	281	272	184	90	129	138	76	113	144	37	15	27	22	46	16	45	31	12							14
2557	2,481	247	153	240	268	279	183	100	127	160	76	120	149	48	15	33	24	48	12	48	32	25	47						47
2558	2,546	282	161	244	266	281	174	95	126	179	84	120	162	48	15	29	17	44	18	49	32	23	41						56
2559	2,708	293	168	246	279	313	196	90	128	165	79	133	168	48	31	33	31	45	27	43	47	23	46	16					60
2560	2,762	295	173	244	271	307	196	108	159	171	77	106	167	46	31	29	29	50	34	51	43	26	52	14					83
2561	2,662	282	174	230	232	310	181	98	167	171	73	87	168	46	32	31	29	50	31	50	47	22	45	29					77
2562	2,858	283	176	238	252	297	195	96	178	165	78	113	152	48	33	26	31	82	28	48	46	23	47	26	40	30			127

ที่มา : สำนักงานเลขาแพทยสภา, 2563.

การศึกษานี้ดาดการณ์จำนวนแพทย์ที่จะขึ้นทะเบียนแต่ละปีจากจำนวนแพทย์ที่จบการศึกษาในแต่ละปี ซึ่งได้มาจากการดูตัวเลขการรับศึกษาในรุ่นนั้นเมื่อ 6 ปีที่ผ่านมา ซึ่งข้อมูลในส่วน

นี้ได้จากแผนการผลิตแพทย์ของสำนักงานคณะกรรมการอุดมศึกษา (สกอ.) ที่คาดประมาณจำนวนการรับแพทย์ไว้จนถึงปี 2566 ซึ่งเท่ากับจำนวนนักศึกษาแพทย์ 3,352 คน เนื่องจากจนถึงปัจจุบันยังไม่มีการเปลี่ยนแปลงแผนการรับนักศึกษาแพทย์ การศึกษานี้จึงใช้ตัวเลขการรับศึกษาเท่ากับ 3,352 คนตลอดไปจนถึงปี 2569

สำหรับข้อมูลอัตราการสอบใบประกอบวิชาชีพเวชกรรม การศึกษานี้ใช้ข้อมูลจากการศึกษาของสำนักงานวิจัยและพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพ ที่มีการสำรวจอัตราการสอบผ่านใบประกอบวิชาชีพเวชกรรมไว้เมื่อปี 2554 โดยมีค่าเฉลี่ยการสอบผ่านอยู่ที่ร้อยละ 97.2

ตารางที่ 4-8 อัตราการสอบใบประกอบวิชาชีพเวชกรรมผ่านของคณะแพทย์ต่างๆ

		ปีที่รับนักศึกษา	จำนวน นักศึกษาที่รับ	จำนวน นักศึกษาที่ สอบผ่าน
1	คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล	2543-2546	798	791
2	คณะแพทยศาสตร์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย	2544-2547	869	846
3	คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่	2544-2547	664	655
4	คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี	2544-2547	505	494
5	คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์	2544-2546	583	553
6	คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น	2544-2547	599	589
7	วิทยาลัยแพทยศาสตร์พระมงกุฎเกล้า	2544-2547	192	174
8	คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ	2543-2546	390	376
9	คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์	2544-2547	348	330
10	คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัย กรุงเทพมหานคร	2544-2547	161	160
11	คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา	2546-2547	292	279
12	คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม	2550-2553	249	NA
13	สำนักวิชาแพทยสาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยี สุรนารี	2549-2553	240	NA
14	วิทยาลัยแพทยศาสตร์และการสาธารณสุข มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี	2549-2553	134	NA
15	คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา	2550-2553	144	NA
16	สำนักวิชาแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์	2551-2553	143	NA
17	คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยนราธิวาสราช นครินทร์	2550-2554	88	NA
18	คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยพะเยา	2554	15	NA
19	สำนักวิชาแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง	NA	NA	NA
20	วิทยาลัยแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยรังสิต	2543-2551	456	445
21	คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสยาม	NA	NA	NA
	ค่าเฉลี่ย		5857	5692

แหล่งข้อมูล: การสำรวจของสำนักงานวิจัยและพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพ ปี 2554

3. อัตราสูญเสียรายปี (Annual loss rare)

ดังนั้นการศึกษานี้ใช้จำนวนแพทย์ที่ขึ้นทะเบียนใหม่กับทางแพทยสภา และหักลบออกจากแพทย์ที่สูญเสียออกจากระบบ ทั้งจากการเสียชีวิต เกษียนจากการทำงาน และออกจากวิชาชีพแพทย์ไปทำงานด้านอื่น โดยการศึกษาของธิดา สุวรรณกิจ โดยการศึกษาพบว่า อัตราการสูญเสียรายปีของแพทย์ในวัยทำงานที่มีอายุระหว่าง 24-59 ปี มีค่าเฉลี่ยที่ ร้อยละ 0.45 และรพีพงศ์และคณะมาทำการศึกษาอีกครั้งพบว่าอัตราการสูญเสียรายปีของแพทย์ควรจะอยู่ที่ร้อยละ 1

การศึกษานี้นำข้อมูลจากทั้ง 3 ส่วนมาคาดประมาณจำนวนแพทย์ที่ควรจะมีในอนาคต 10 ปีข้างหน้าได้ผลดังนี้

ตารางที่ 4-9 จำนวนแพทย์ที่คาดว่าจะมี

	จำนวนแพทย์ที่ขึ้นทะเบียน	**จำนวนแพทย์ที่คาดว่าจะมี ((1% loss)**	ประชากร	จำนวนแพทย์ขึ้นทะเบียนต่อประชากร	จำนวนแพทย์ Active ด้านเวชปฏิบัติต่อประชากร (1% loss)
2560	57,401	**43,393**	65,521,660	1,141	1,510
2561	59,964	**45,331**	65,700,035	1,096	1,449
2562	62,672	**47,378**	65,858,261	1,051	1,390
2563	65,549	**49,553**	65,996,239	1,007	1,332
2564	68,446	**51,742**	66,113,776	966	1,278
2565	71,404	**53,979**	66,210,430	927	1,227
2566	74,432	**56,268**	66,285,807	891	1,178
2567	77,402	**58,513**	66,339,414	857	1,134
2568	80,372	**60,758**	66,370,680	826	1,092
2569	83,423	**63,065**	66,379,051	796	1,053
2570	86,545	**65,425**	66,364,023	767	1,014
2571	89,666	**67,785**	66,325,134	740	978
2572	92,918	**70,243**	66,261,998	713	943
2573	96,169	**72,700**	66,174,292	688	910
2574	99,421	**75,158**	66,061,607	664	879
2575	102,672	**77,616**	65,923,135	642	849
2576	105,924	**80,074**	65,758,550	621	821
2577	109,175	**82,532**	65,567,590	601	794
2578	112,426	**84,990**	65,350,062	581	769
2579	115,678	**87,448**	65,105,858	563	745

ที่มา : สำนักงานวิจัยและพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพ, 2554.

สรุป

ดังในอีก 10 ปีข้างหน้า (ปี 2573) ภายใต้แผนการผลิตในปัจจุบันและอัตราการสูญเสียรายปีอยู่ที่ร้อยละ 1 ประเทศไทยจะมีแพทย์ขึ้นทะเบียนกับแพทยสภาทั้งสิ้น 96,169 คน คิดเป็นจำนวนแพทย์ต่อประชากรเท่ากับ 1: 688 แต่ถ้าคิดเฉพาะแพทย์ที่ยังให้บริการการตรวจรักษา จะมีจำนวนเท่ากับ 63,065 คน คิดเป็นอัตราส่วนแพทย์ต่อประชากรเท่ากับ 1: 910 โดยจำนวนแพทย์ในอีก 10 ปีข้างหน้าจะเพิ่มจากจำนวนในปัจจุบันถึงร้อยละ 50 ซึ่งในจำนวนดังกล่าวจะถึงความต้องการแพทย์ต่อประชากรเท่ากับ 1: 1,500 ที่คาดประมาณไว้ในการประชุมแพทยศาสตร์ศึกษาแห่งชาติครั้งที่ 7 เมื่อปี 2544

การศึกษานี้ยังพยากรณ์จำนวนแพทย์ไปในอนาคตอีก 16 ปี ภายใต้สมมติฐานเดิมเรื่องอัตราการผลิตและอัตราการสูญเสียรายปี พบว่าในปี 2579 ซึ่งจำนวนประชากรไทยจะเริ่มลดลงด้วยอัตราการเพิ่มประชากรติดลบ เนื่องเด็กเกิดใหม่น้อยกว่าจำนวนผู้เสียชีวิต ในขณะที่อัตราการผลิตแพทย์ยังคงที่ และจำนวนแพทย์ที่เพิ่มขึ้นยังสะสมอยู่ในระบบ ในปีนั้นจะมีแพทย์ขึ้นทะเบียนกับแพทยสภาถึง 115,678 คน คิดเป็น 2 เท่าของจำนวน ในปัจจุบัน และอัตราส่วนแพทย์ที่ขึ้นทะเบียนต่อประชากรจะอยู่ที่ 1: 563

บทที่ 5
สรุปและข้อเสนอแนะ

สรุป

จากการศึกษาความต้องการวิชาชีพแพทย์ ภายใต้เงื่อนไขระบบสุขภาพยังเป็นอยู่ในปัจจุบัน และพฤติกรรมการใช้บริการสุขภาพของคนไทยยังไม่เปลี่ยนแปล โดยมีปัจจัยการเปลี่ยนแปลงที่สำคัญ คือ จำนวนประชากรที่เพิ่มขึ้น และสัดส่วนโครงสร้างอายุของประชากรเปลี่ยนแปลงเท่านั้น ได้ข้อสรุปความต้องการแพทย์ในการให้บริการด้านสุขภาพทั้งประเทศในอีก 10 ปีข้างหน้า ควรต้องมีแพทย์ทั่วไปอยู่ที่ 43,000 คน (WHO 1:1500) โดยในส่วนนี้ควรเป็นแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว 6,500 คน (1:10,000) ตามนโยบาย Primary care cluster (PCC) โดยจำนวนแพทย์ทั่วไปและเวชศาสตร์ครอบครัวที่ควรมีคือ 38,236 – 46,946 คน โดยคิดเป็นความต้องการแพทย์อยู่ระหว่าง 1,241 - 1,763 คน

เมื่อเปรียบเทียบกับจำนวนแพทย์ที่จะมีนอนาคต ภายใต้สมมติฐานไม่มีการเปลี่ยนแปลงกำลังการผลิตแพทย์ ในอนาคต 10 ปีข้างหน้าประเทศไทยจะมีแพทย์ที่ทำงาน เท่ากับ 75,000 คน โดยเป็นผู้เชี่ยวชาญ 45,000คน และ แพทย์ทั่วไป และแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว 30,000 คน เมื่อนำมาเปรียบเทียบกับความต้องการแพทย์ในอีก 10 ปีข้างหน้า จำนวนแพทย์ที่ประเทศไทยจะมีน้อยกว่าความต้องการแพทย์ ถึง 13,000 คน และอัตราการผลิตแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว ปัจจุบันปีละ 180 คน รวมยอดสะสม อยู่เพียง 2,700 คน(ไม่นับอนุมัติบัตรที่ไม่ได้ผ่านการอบรม) ยังต่ำกว่าเป้าหมาย ถึง 3,800 คน โดยมีจำนวนแพทย์รวมขึ้นทะเบียน ประมาณการ 100,000 คน แต่อยู่วัยทำงาน 75,000 คน โดยมีผู้เกษียณซึ่งส่วนหนึ่งดูแลผู้ป่วยได้ไม่ต่ำกว่า 10,000 คน

การปรับจำนวนการผลิตแพทย์จะเป็นสิ่งที่ตามมากล่าวคือ แพทย์ที่เกี่ยวข้องกับเด็กอาจต้องพิจารณาจำนวนการผลิตใหม่ เนื่องจะมีจำนวนเด็กลดลง ขณะที่ผู้สูงวัยมากขึ้น ต้องเพิ่มจำนวนเพื่อให้สัดส่วนพอเพียงดูแลในระยะยาว ตลอดจนต้องเกิดความเชี่ยวชาญสาขาใหม่ เช่น ด้านเทคโนโลยีข้อมูล และสารสนเทศ ด้านจีโนมิกส์ ด้านปัญญาประดิษฐ์ ด้านหุ่นยนต์ ด้านแพทย์ทางไกลหรือโทรเวช (Telemedicine) และด้านเทคโนโลยีอวัยวะเทียม และการเปลี่ยนอวัยวะ เป็นต้น

การบูรณาการของวงการแพทย์เป็นเรื่องสำคัญที่จะทำให้ระบบขับเคลื่อนโดยไม่ทับซ้อน ทั้งการวางแผนจากส่วนกลาง การผลิต การใช้งานวิชาชีพ การกระจายในภูมิภาค ความร่วมมือของรัฐ

และเอกชน การลดช่องว่างค่าตอบแทน สร้างความเป็นธรรม ในวิชาชีพสุขภาพ การสร้างความมั่นคงและปลอดภัยทั้งในทางการทำงาน และทางกฎหมาย การควบคุมจริยธรรม เป็นต้น

อย่างไรก็ตามถึงแม้ว่าจำนวนแพทย์ในอีก 10 ปีข้างหน้าจะมีมากกว่าปัจจุบัน แต่ปัญหาการกระจายทางภูมิศาสตร์ โดยเฉพาะในพื้นที่ชนบทขาดแคลน หรือแม้กระทั่งในเมืองใหญ่อย่างกรุงเทพ บางพื้นที่ประชาชนก็ยังเข้าถึงบริการทางการแพทย์ที่มีคุณภาพโดยแพทย์อย่างไม่เท่าเทียบกันต้องเร่งแก้ไข เพื่อสร้างสุขภาพที่ดีและคุ้มครองความเจ็บป่วยให้กับทุกคนโดยเท่าเทียมกัน

ข้อเสนอแนะ

เนื่องจากจำนวนแพทย์ในอนาคต 10 ปี ยังไม่พอต่อความต้องการจึงควรมีมาตรการต่างๆ ดังต่อไปนี้

1. ตั้งศูนย์กลางควบคุมการผลิตกำลังคนด้านสุขภาพของประเทศ ในการพิจารณาร่วมทุกวิชาชีพสุขภาพ เพื่อให้เกิดการบูรณาการเป็นทีม เพื่อให้สถานพยาบาลทุกสังกัดสามารถใช้ทรัพยากรร่วมกัน ทั้งรัฐ และเอกชน พิจารณาทิศทางความเติบโตให้สอดคล้องกับแผนพัฒนาประเทศและความต้องการของประชากรในภาพรวม โดยใช้สุขภาพของประชาชนเป็นที่ตั้ง ในการสนับสนุนการให้ทุนตลอดจน ชะลอ การผลิตสาขาที่ต้องการ

2. ตั้งคณะทำงานวางแผนแก้ไขการกระจายการให้บริการสาธารณสุขด้วยเทคโนโลยีและกลไกต่าง ๆ โดยเฉพาะโทรเวช (Telemedicine) เพิ่มจากการกระจายกำลังคนให้เกิดความยั่งยืน เพราะการเคลื่อนไหวของคนในทิศทางต่าง ๆ นั้นจะเป็นไปตามวัยและครอบครัวไม่สามารถควบคุมได้โดยง่าย จึงควรใช้การแก้ปัญหาด้วยระบบและเทคโนโลยีเช่นในต่างประเทศ ร่วมกับการรับบุคลากรที่อยู่ในกลุ่มป้าหมายในพื้นที่ในโครงการพิเศษที่ออกแบบเฉพาะเพื่อความยั่งยืน

3. รัฐสนับสนุนการผลิตแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวร่วมกับการให้สิทธิหน้าที่และผลตอบแทนให้เหมาะสมเพื่อให้มีผู้สนใจเข้าสู่ระบบมากขึ้นโดยต้องคัดคุณสมบัติของคนที่จะเข้ามารับผิดชอบประชากรและเฉพาะและมีผลตอบแทนไม่ต่างจากแพทย์ผู้เชี่ยวชาญสาขาอื่น พร้อมทิศทางการเติบโตในสายงาน

4. ตั้งคณะทำงานพิจารณาการเปิดเมดิคอลฮับของภาคเอกชน ให้การนำผู้ป่วยจากต่างประเทศเข้ามารักษาให้มีจำนวนเหมาะสมตามทรัพยากร โดยไม่กระทบต่อการรักษาผู้ป่วยภายในประเทศ และควรลดช่องว่างระหว่างค่าตอบแทนของภาครัฐและเอกชนโดยมุ่งเน้นให้สอดคล้องกับภาระงานเพื่อป้องกันภาวะสมองไหลจากภาครัฐสู่เอกชน พิจารณาการนำแพทย์ไทยคืนถิ่นและอาจดึงแพทย์จากต่างประเทศเข้ามาดูแลกลุ่มนี้เป็นการเฉพาะ

5. ออกกฎหมายคุ้มครองบุคลากรทางการแพทย์ในภาครัฐและเอกชนที่มีความเสี่ยงในการช่วยชีวิตคนและสร้างภูมิคุ้มกันให้การรักษาพยาบาลต้องมีความรับผิดชอบสูงกว่าการขายสินค้า

และบริการทั่วไปจึงไม่ควรเป็นคดีผู้บริโภคแต่ควรมีกฎหมายเฉพาะในการดำเนินการเพื่อคุ้มครองระบบบริการสุขภาพให้ยั่งยืน

บรรณานุกรม

ภาษาไทย

หนังสือ

สถิติแห่งชาติ, สำนักงาน. การสำรวจอนามัยและสวัสดิการ พ.ศ. 2556. กรุงเทพฯ: กระทรวงเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร, 2556.

วารสาร

พุดตาน พันธุเณร อัจฉราพร เคราะห์ดี และชุมอรรจน์ พันธุเณร. “แรงจูงใจด้านการเงินและแรงจูงใจด้านอื่นๆในการทำงานของแพทย์: กรณีจังหวัดพิษณุโลก”. วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ. ปีที่ 8(3), 2559 หน้า 99-106.

วิทยานิพนธ์ รายงานการวิจัย เอกสารวิจัย

นงลักษณ์ พะไกยะ สัญญา ศรีรัตนะ. “การศึกษาการวางแผนความต้องการกำลังคนด้านสุขภาพระดับจังหวัด”. สำนักงานวิจัยและพัฒนากำลังคนทางสุขภาพ, 2552.

ศุภสิทธิ์ พรรณารุโณทัย และ ดร. พุดตาน พันธุเณร. “ความต้องการกำลังคนทางด้านสุขภาพของระบบการให้บริการสุขภาพระดับทุติยภูมิ และตติยภูมิ ในประเทศไทย (ระยะที่ 1)”. ศูนย์วิจัยและติดตามความเป็นธรรมทางสุขภาพ คณะแพทยศาสตร์, มหาวิทยาลัยนเรศวร, สำนักงานวิจัยและพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพ (สวค.), และสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.), 2554.

ศุภสิทธิ์ พรรณารุโณทัย และดร. พุดตาน พันธุเณร. “ความต้องการกำลังคนทางด้านสุขภาพของระบบการให้บริการสุขภาพระดับทุติยภูมิ และตติยภูมิ ในประเทศไทย: ผลการวิเคราะห์ความต้องการแพทย์ทั่วไปและแพทย์เฉพาะทางในประเทศไทย และการพยากรณ์ความต้องการแพทย์ในอนาคต (ระยะที่ 2)”. นนทบุรี : ศูนย์วิจัยและติดตามความเป็นธรรมทางสุขภาพ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร, สำนักงานวิจัยและพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพ (สวค.) และสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.), 2555.

ศุภสิทธิ์ พรรณารุโณทัย พุดตาน พันธุเณร และอติพันธ์ สุวัฒน์เมฆินทร์. “โครงการคาดการณ์ความต้องการและการวางแผนกำลังคนกรณีพยาบาล”. สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ, 2557.

ฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์

“ระบบบริการสุขภาพ”. (ออนไลน์). เข้าถึงได้จาก : http://www.hiso.or.th/hiso/picture/report Health/n_pro-9_chapter6_3(2).pdf., 2561.

มาตรฐานรหัสและข้อมูลสุขภาพแห่งชาติกลุ่มพัฒนามาตรฐานรหัสด้านสุขภาพ, ศูนย์. “เกณฑ์การแบ่งระดับสถานบริการในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขตามระบบภูมิศาสตร์สารสนเทศ (Geographic Information System : GIS) ศูนย์มาตรฐานรหัสและข้อมูลสุขภาพแห่งชาติกลุ่มพัฒนามาตรฐานรหัสด้านสุขภาพ”. (ออนไลน์). เข้าถึงได้จาก : http: //www.thcc.or.th/download/GIS54.pdf, 2558.

ภาษาต่างประเทศ

World Health Organization. The World Health Report 2006 - Working Together for Health. Geneva: World Health Organization, 2006.

Chen L, Evans T, Anand S, Boufford JI, Brown H, Chowdhury M, et al. Human resources for health: overcoming the crisis. The Lancet. 2004;364(9449):1984-90. 128

Dreesch N, Dolea C, Dal Poz MR, Goubarev A, Adams O, Aregawi M, et al. An approach to estimating human resource requirements to achieve the Millennium Development Goals. Health Policy and Planning. 2005;20(5):267-76.

Anand S, Fan VY, Zhang J, Zhang L, Ke Y, Dong Z, et al. China's human resources for health: quantity, quality, and distribution. The Lancet. 372(9651):1774-81, 2008.

Segal L, Dalziel K, Bolton T. A work force model to support the adoption of best practice care in chronic diseases - a missing piece in clinical guideline implementation. Implementation Science. 2008;3(1):35.

Etectronic Data Base

Hall TL. “ Why Plan Human Resources for Health? : World Health Organization” . (Online). Available : http://www.who.int/hrh/en/HRDJ_2_2_01.pdf, 2559.

ประวัติย่อผู้วิจัย

ชื่อ พลอากาศตรี นายแพทย์อิทธพร คณะเจริญ

วัน เดือน ปีเกิด 27 พฤศจิกายน 2508

การศึกษา แพทยศาสตร์บัณฑิต พ.ศ.2531 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

หลักสูตรแพทย์เวชศาสตร์การบิน รุ่น 10 กรมแพทย์ทหารอากาศ กองทัพอากาศ

ประกาศนียบัตรหลักสูตรการบริหารงาน ด้านสาธารณสุขคณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

อนุมัติบัตรแพทย์ผู้เชี่ยวชาญเวชศาสตร์ป้องกัน สาขาเวชศาสตร์การบิน แพทยสภา

อนุมัติบัตรแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ สาขาเวชศาสตร์ครอบครัว แพทยสภา

วุฒิบัตรอายุรศาสตร์ทั่วไป คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ประวัติการทำงานโดยย่อ

นายทหารฝ่ายเสนาธิการ ประจำรัฐมนตรีว่าการกระทรวงกลาโหม พ.ศ.2559

นายทหารปฏิบัติการ ประจำกองบัญชาการ กองทัพอากาศ กองบัญชาการกองทัพอากาศ พ.ศ. 2556

ตุลาการศาลทหารชั้นต้น กระทรวงกลาโหม พ.ศ.2551

ผู้ทรงคุณวุฒิ กองทัพอากาศ

ตุลาการศาลทหารกลาง กระทรวงกลาโหม

รองเลขาธิการและกรรมการแพทยสภา

ตำแหน่งปัจจุบัน เลขาธิการแพทยสภา แพทยสภา

สรุปย่อ

ลักษณะวิชา ยุทธศาสตร์

เรื่อง การจัดการกำลังคนแพทย์ของไทยในอนาคต

ผู้วิจัย พลอากาศตรี นายแพทย์อิทธพร คณะเจริญ **หลักสูตร** วปอ. **รุ่นที่** 62

ตำแหน่ง เลขาธิการแพทยสภา แพทยสภา

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ระบบบริการสุขภาพของประเทศไทย มีการพัฒนาและขยายการให้บริการในทุกมิติอย่างต่อเนื่อง มีการขยายหน่วยบริการสุขภาพทั้งในระดับปฐมภูมิ ทุติยภูมิ และตติยภูมิ ครอบคลุมทุกพื้นที่ทั่วประเทศ มีการเพิ่มจำนวนเตียงเพื่อรองรับการบริการผู้ป่วยให้เพิ่มขึ้นและสามารถให้บริการแบบผู้ป่วยนอกได้มากขึ้น ในปี 2559 กระทรวงสาธารณสุข(ไม่นับรวมของหน่วยงานอื่น ๆ เช่น โรงพยาบาลของมหาวิทยาลัยไม่ต่ำกว่า ร้อยล้านครั้ง)ได้ให้บริการผู้ป่วยนอกทั้งหมด (OPD) 193,180,329 ครั้ง และให้บริการแบบผู้ป่วยใน (IPD) จำนวน 9,449,326 ราย โดยอัตราการใช้เตียงเฉลี่ยที่ร้อยละ 76 ของจำนวนเตียงทั้งประเทศ ถึงแม้สัดส่วนค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพต่อผลิตภัณฑ์มวลรวมในประเทศ (GDP) มีแนวโน้มลดลงเนื่องจากมูลค่าผลผลิตจากส่วนอื่นเพิ่มขึ้น ทำให้ GDP ของประเทศเพิ่มมากขึ้น แต่จำนวนรวมค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพของประเทศมีแนวโน้มสูงขึ้น จาก 371,832 ล้านบาท ในปี 2552 เพิ่มขึ้นเป็น 476,430 ล้านบาท ในปี 2556 นอกจากนี้จากข้อมูลในปีเดียวกันพบว่าประชาชนมีรายจ่ายด้านสุขภาพ เฉลี่ยถึง 7,347 บาทต่อคนต่อปี โดยเป็นค่าใช้จ่ายให้กับบริการภาครัฐ 77% และภาคเอกชน 23%

ปัจจุบันประเทศไทยมีกำลังคนแพทย์รวมทั้งภาครัฐและภาคเอกชน ขึ้นทะเบียนทั้งสิ้น 63,447 คน ปฏิบัติงานจริง ราว 50,000 คน บนบริบทของสังคม เศรษฐกิจ สิ่งแวดล้อม เทคโนโลยีนั้นได้มีการเปลี่ยนไปอย่างรวดเร็ว ร่วมถึงโครงสร้างประชากรไทยกำลังเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ และโรคติดต่ออุบัติใหม่ที่เกิดขึ้นจากการคมนาคมที่เชื่อมต่อทั้งโลก การบาดเจ็บจากการจราจร การโฆษณาสินค้ายาและเวชภัณฑ์ต่าง ๆ ทางสื่อออนไลน์ที่ไม่ตรงกับข้อเท็จจริง ปัจจัยต่าง ๆ เหล่านี้ล้วนส่งผลต่อสุขภาพประชาชนไทย แนวโน้มด้านสาธารณสุขที่จะเกิดขึ้นในอนาคตและนำกรอบแนวคิดประเทศไทย 4.0 สร้างเศรษฐกิจใหม่ก้าวหน้า เพื่อเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน ในอีก 10 ปีข้างหน้า โดยพิจารณาจากปัจจัยด้านต่าง ๆ ดังนี้

1. การเปลี่ยนแปลงประชากรด้านโครงสร้าง โครงสร้างประชากรจะกลายเป็นสังคมผู้สูงอายุ ประชากรวัยแรงงานและวัยเด็กลดลง ส่งผลต่อโครงสร้างรายได้และรายจ่ายของภาครัฐ

หมายถึง รายได้ในการจัดเก็บภาษีของวัยแรงงานน้อยลง ขณะที่ภาระค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพอันเนื่องจากโรคที่เกิดกับผู้สูงอายุมากขึ้น ซึ่งรวมถึงโรคไม่ติดต่อเรื้อรังและปัญหาสุขภาพจิต

2. โรคติดต่อจากสัตว์สู่คน มีแนวโน้มซับซ้อนมีความรุนแรงและควบคุมได้ยากขึ้น มีปัจจัยหลายอย่างที่สนับสนุนให้เกิดโรคติดต่อจากสัตว์สู่คนง่ายขึ้น เช่น วิวัฒนาการของเชื้อก่อโรคที่มีความซับซ้อนมากขึ้น การเปลี่ยนแปลงของสภาพภูมิอากาศ ความไม่พร้อมของกลไกควบคุมโรค การปนเปื้อนของแหล่งน้ำ การอพยพย้ายถิ่น ปัญหาด้านสุขภาพอนามัยส่วนบุคคล ทั้งนี้โรคติดต่อเชื้อจากสัตว์สู่คนบางโลกอาจมีความเกี่ยวข้องกับปัจจัยมากกว่า 1 ชนิด

3. ความไม่เท่าเทียมในการเข้าถึงเทคโนโลยีทางการแพทย์ คนไทยกลุ่มต่างๆ ยังคงมีความไม่เท่าเทียมในการเข้าถึงเทคโนโลยีทางการแพทย์เนื่องจากสิทธิในระบบประกันสุขภาพและฐานะทางเศรษฐกิจของผู้ป่วยที่แตกต่างกันรวมถึงการกระจายของเครื่องมือในสถานพยาบาลที่ไม่ทั่วถึง

4. แนวโน้มการรักษาผู้ป่วยที่พึ่งพาเทคโนโลยีชีวภาพทางการแพทย์จะมากขึ้น ความก้าวหน้าของเทคโนโลยีต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการแพทย์ เช่น การตรวจคัดกรองและวินิจฉัยโรคล่วงหน้า เซลล์ต้นกำเนิด การรักษาด้วยยีน จะทำให้มีการรักษาตามความต้องการเฉพาะรายมากขึ้น สิ่งที่จำเป็นต้องให้ความสำคัญคือจริยธรรมและการรักษาความลับของผู้ป่วย

5. การบริการแพทย์ทางไกล (telemedicine) และการดูแลผู้ป่วยทางไกลเพิ่มขึ้น การแพทย์ทางไกลและการดูแลผู้ป่วยทางไกลเป็นปัจจัยหนึ่งที่จะช่วยลดความคับคั่งของการใช้บริการในสถานพยาบาล ช่วยให้ผู้ป่วยดูแลสุขภาพตนเองในเบื้องต้นได้ ช่วยลดความแออัดของผู้สูงอายุในสถานดูแลผู้สูงอายุ เนื่องจากบุคลากรทางการแพทย์สามารถให้คำแนะนำและบริการบางประเภทโดยใช้เทคโนโลยีสารสนเทศ

6. โรคอุบัติใหม่ในพืชและสัตว์ สภาพภูมิอากาศที่เปลี่ยนแปลงไปของโลกทำให้มีลูกใหม่ๆเกิดขึ้นกับทั้ง พืชและสัตว์ นำไปสู่การพัฒนาและใช้ยาพร้อมเทคโนโลยีใหม่ๆกับพืชและสัตว์ที่นำมาเป็นอาหาร ซึ่งยาและเทคโนโลยีดังกล่าวอาจส่งผลกระทบด้านสุขภาพต่อผู้บริโภค เป็นต้น

โดยแพทยสภาเป็นผู้ดูแลการผลิตแพทย์และวางมาตรฐานวิชาการและวิชาชีพ ที่ต้องจัดวางยุทธศาสตร์ด้านกำลังพลแพทย์จาก 23 คณะแพทย์ และต่อเฉพาะทางอีก 85 สาขาความเชี่ยวชาญ เพื่อรองรับการดูแลสุขภาพประชาชน ทั้ง 66 ล้านคน ในความเจ็บป่วยกว่า 2,000 โรค และอุบัติเหตุ ปีละกว่า 300 ล้านครั้งในประเทศ ในโรงพยาบาลกว่า 1,300 แห่ง ทั่วประเทศ ซึ่งเป็นภาครัฐราว 1,000 แห่ง ทั้งนี้ไม่รวมคลินิกเฉพาะทางต่าง ๆทั้งของแพทย์ ทันตแพทย์ พยาบาล แพทย์ทางเลือก แผนไทย แผนจีน กายภาพบำบัด อีกกว่าหมื่นแห่งทั่วประเทศ ที่ต้องเปลี่ยนไปตามสถานการณ์โลก และต้องวางระบบเพื่อรองรับผู้มาใช้บริการทั้งใน และต่างประเทศ ในรูปของแรงงานต่างด้าว เพื่อสนับสนุนเศรษฐกิจ จำนวนเป็นล้านคน และเตรียมสำรองสู่ศูนย์กลางสุขภาพ

นานาชาติ (Medical Hub) และ โครงการพัฒนาระเบียงเศรษฐกิจพิเศษภาคตะวันออก หรือ EEC ที่จะดึงทรัพยากรไปให้บริการต่างชาติเพื่อนำรายได้เข้าประเทศ

เงื่อนไขหลักของประเทศคืองบประมาณ ในการปฏิบัติงานของกำลังพลแพทย์ในระบบสุขภาพของคนไทยในกองทุนสุขภาพของประเทศประกอบด้วย 3 กองทุน ได้แก่ สวัสดิการรักษาพยาบาลข้าราชการ 5 ล้านคน กองทุนประกันสังคม 12 ล้านคน กองทุนหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า 48 ล้านคน ซึ่งจากหลักการและการดูแลที่แตกต่างกัน อันทำให้เกิดความเหลื่อมล้ำในการเข้าถึงการรักษาพยาบาล ตลอดจน แนวคิดการสร้างระบบประกันสุขภาพระบบเดียวซึ่งผ่านการเตรียมงานอย่างเป็นขั้นเป็นตอน ตั้งแต่การปรับโครงสร้างด้านการเงินการคลัง การพัฒนาระบบข้อมูลสารสนเทศและเทคโนโลยีทางการแพทย์ และการเพิ่มคุณภาพและประสิทธิภาพของการให้บริการสุขภาพเท่าเทียมกับทั่วประเทศ ซึ่งมีปัญหาในปัจจุบันยังทำไม่สำเร็จ เพราะทรัพยากรไม่เพียงพอ และการบูรณาการข้างกระทรวงที่เกี่ยวข้องทั้ง 7 กระทรวงยังเป็นไปได้ช้า ทั้งนี้ไม่นับรวมกองทุนของครัวเรือนที่ประชาชนร่วมจ่ายผ่านระบบสถานพยาบาลเอกชน และประกันสุขภาพที่มีจำนวนมหาศาลต่อปี ทั้งระบบมากกว่าสองแสนล้านบาท

เงื่อนไขที่ต่อมาคือ การที่เทคโนโลยีทางการแพทย์มีความก้าวหน้าอย่างรวดเร็วราคาแพง แม้ยืดอายุได้ แต่มีความคุ้มค่าไม่เท่ากัน และรัฐไม่สามารถจัดหาได้ อย่างไรก็ตาม การเลือกใช้เทคโนโลยีทางการแพทย์ต้องผ่านการประเมินเทคโนโลยีตามกฎหมายก่อน ซึ่งจะมีความสำคัญมากขึ้น เพื่อการจัดสรรงบประมาณด้านสุขภาพให้เมาะสม ทั้ง 6 ปัจจัยและสามเงื่อนไขควรนำมาวิเคราะห์วางแผนอัตราแพทย์ เพื่อนำไปสู่ประโยชน์สูงสุด เพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชนที่เป็นต้นทุนของแระเทศในอนาคต

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาปัญหาและอุปสรรคด้านอัตรากำลังคนแพทย์ในประเทศไทย
2. เสนอแนะแนวทางการพัฒนาบทบาทด้านอัตรากำลังคนแพทย์ของทั้งภาครัฐและเอกชนต่อการเปลี่ยนแปลงในปัจจัยต่าง ๆ

ขอบเขตของการวิจัย

1. ขอบเขตด้านเนื้อหาของการวิจัย เน้น 3 เนื้อหาหลัก ประกอบด้วย 1) “บทบาทด้านกำลังคนแพทย์ในประเทศไทย 2) การแปลงเปลี่ยนในอีก 10 ปี 3) แนวคิด/ทฤษฎีเกี่ยวกับบทบาทหน้าที่ของแพทยสภา
2. ขอบเขตด้านผู้ให้ข้อมูลหรือแหล่งข้อมูลหลัก รวมถึงตัวแปรหลักที่เกี่ยวข้อง

2.1 แหล่งข้อมูลหลักสำหรับการวิจัยคือ แพทยสภา

2.2 ตัวแปรหลักในการวิจัย คือ “บทบาทด้านกำลังพลแพทย์ของประเทศไทย” ภายใต้วิสัยทัศน์ “ความเป็นเลิศ 4 ด้าน คือ 1) ส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค 2) บริการเป็น 3) บุคลากรเป็นเลิศ และ 4) บริหารเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล”

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative Research) เน้นข้อมูลเชิงคุณภาพที่ได้จากฐานข้อมูลทุติยภูมิ ได้แก่ ยุทธศาสตร์ วิสัยทัศน์ พันธกิจ บทบาท หน้าที่ ด้านกาลังพลแพทย์ของประเทศไทย การนำนวัตกรรมมาใช้เพื่อการบริหารจัดการกาลังพล โดยมีการดำเนินการ ดังนี้

เนื่องจากการวิจัยนี้มีความมุ่งหมายเพื่อตอบวัตถุประสงค์สำคัญ 2 ประการ ได้แก่ 1) ศึกษาบทบาทด้านกำลังพลแพทย์ของประเทศไทย 2) เสนอแนะแนวทางการพัฒนาบทบาทด้านกำลังพลแพทย์ของประเทศไทย ต่อการเปลี่ยนแปลงในอีก 10 ปีข้างหน้า ผ่านมุมมองของบุคลากรแพทย์ การออกแบบหรือกำหนดรูปแบบการวิจัยจึงต้องออกแบบด้วยรูปแบบการวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative Research) โดยผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ความเชื่อมโยงระหว่างบทบาทด้านกำลังพลแพทย์ในปัจจุบันของประเทศไทยในอีก 10 ปีข้างหน้า อันจะนำมาสู่ข้อเสนอเกี่ยวกับอัตราแพทย์ของประเทศไทย ต่อการเปลี่ยนแปลงในอีก 10 ปีข้างหน้าที่ส่งผลกระทบหรือมีความเกี่ยวข้องกับความมั่นคงของประเทศ อันจะเป็นประโยชน์ต่อหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

ผลการวิจัย

ดังในอีก 10 ปีข้างหน้า (ปี 2573) ภายใต้แผนการผลิตในปัจจุบันและอัตราการสูญเสียรายปีอยู่ที่ร้อยละ 1 ประเทศไทยจะมีแพทย์ขึ้นทะเบียนกับแพทยสภาทั้งสิ้น 96,169 คน คิดเป็นจำนวนแพทย์ต่อประชากรเท่ากับ 1: 688 แต่ถ้าคิดเฉพาะแพทย์ที่ยังให้บริการการตรวจรักษา จะมีจำนวนเท่ากับ 63,065 คน คิดเป็นอัตราส่วนแพทย์ต่อประชากรเท่ากับ 1: 910 โดยจำนวนแพทย์ในอีก 10 ปีข้างหน้าจะเพิ่มจากจำนวนในปัจจุบันถึงร้อยละ 50 ซึ่งในจำนวนดังกล่าวจะถึงความต้องการแพทย์ต่อประชากรเท่ากับ 1: 1,500 ที่คาดประมาณไว้ในการประชุมแพทยศาสตร์ศึกษาแห่งชาติครั้งที่ 7 เมื่อปี 2544

การศึกษานี้ยังพยากรณ์จำนวนแพทย์ไปในอนาคตอีก 16 ปี ภายใต้สมมติฐานเดิมเรื่องอัตราการผลิตและอัตราการสูญเสียรายปี พบว่าในปี 2579 ซึ่งจำนวนประชากรไทยจะเริ่มลดลงด้วยอัตราการเพิ่มประชากรติดลบ เนื่องเด็กเกิดใหม่น้อยกว่าจำนวนผู้เสียชีวิต ในขณะที่อัตราการผลิตแพทย์ยังคงที่ และจำนวนแพทย์ที่เพิ่มขึ้นยังสะสมอยู่ในระบบ ในปีนั้นจะมีแพทย์ขึ้นทะเบียนกับ

แพทยสภาถึง 115,678 คน คิดเป็น 2 เท่าของจำนวน ในปัจจุบัน และอัตราส่วนแพทย์ที่ขึ้นทะเบียนต่อประชากรจะอยู่ที่ 1: 563

ข้อเสนอแนะ

เนื่องจากจำนวนแพทย์ในอนาคต 10 ปี ยังไม่พอต่อความต้องการจึงควรมีมาตรการต่างๆ ดังต่อไปนี้

1. ตั้งศูนย์กลางควบคุมการผลิตกำลังคนด้านสุขภาพของประเทศ ในการพิจารณาร่วมทุกวิชาชีพสุขภาพ เพื่อให้เกิดการบูรณาการเป็นทีม เพื่อให้สถานพยาบาลทุกสังกัดสามารถใช้ทรัพยากรร่วมกัน ทั้งรัฐ และเอกชน พิจารณาทิศทางความเติบโตให้สอดคล้องกับแผนพัฒนาประเทศและความต้องการของประชากรในภาพรวม โดยใช้สุขภาพของประชาชนเป็นที่ตั้ง ในการสนับสนุนการให้ทุนตลอดจน ชะลอ การผลิตสาขาที่ต้องการ

2. ตั้งคณะทำงานวางแผนแก้ไขการกระจายการให้บริการสาธารณสุขด้วยเทคโนโลยีและกลไกต่าง ๆ โดยเฉพาะโทรเวช (Telemedicine) เพิ่มจากการกระจายกำลังคนให้เกิดความยั่งยืน เพราะการเคลื่อนไหวของคนในทิศทางต่าง ๆ นั้นจะเป็นไปตามวัยและครอบครัวไม่สามารถควบคุมได้โดยง่าย จึงควรใช้การแก้ปัญหาด้วยระบบและเทคโนโลยีเช่นในต่างประเทศ ร่วมกับการรับบุคลากรที่อยู่ในกลุ่มป้าหมายในพื้นที่ในโครงการพิเศษที่ออกแบบเฉพาะเพื่อความยั่งยืน

3. รัฐสนับสนุนการผลิตแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวร่วมกับการให้สิทธิหน้าที่และผลตอบแทนให้เหมาะสมเพื่อให้มีผู้สนใจเข้าสู่ระบบมากขึ้นโดยต้องคัดคุณสมบัติของคนที่จะเข้ามารับผิดชอบประชากรและเฉพาะและมีผลตอบแทนไม่ต่างจากแพทย์ผู้เชี่ยวชาญสาขาอื่น พร้อมทิศทางการเติบโตในสายงาน

4. ตั้งคณะทำงานพิจารณาการเปิดเมดิคอลฮับของภาคเอกชน ให้การนำผู้ป่วยจากต่างประเทศเข้ามารักษาให้มีจำนวนเหมาะสมตามทรัพยากร โดยไม่กระทบต่อการรักษาผู้ป่วยภายในประเทศ และควรลดช่องว่างระหว่างค่าตอบแทนของภาครัฐและเอกชนโดยมุ่งเน้นให้สอดคล้องกับภาระงานเพื่อป้องกันภาวะสมองไหลจากภาครัฐสู่เอกชน พิจารณาการนำแพทย์ไทยคืนถิ่นและอาจดึงแพทย์จากต่างประเทศเข้ามาดูแลกลุ่มนี้เป็นการเฉพาะ

5. ออกกฎหมายคุ้มครองบุคลากรทางการแพทย์ในภาครัฐและเอกชนที่มีความเสี่ยงในการช่วยชีวิตคนและสร้างภูมิคุ้มกันให้การรักษาพยาบาลต้องมีความรับผิดชอบสูงกว่าการขายสินค้าและบริการทั่วไปจึงไม่ควรเป็นคดีผู้บริโภคแต่ควรมีกฎหมายเฉพาะในการดำเนินการเพื่อคุ้มครองระบบบริการสุขภาพให้ยั่งยืน