



สำนักงานคณะกรรมการ
สุขภาพแห่งชาติ



สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข



สำนักงาน
พัฒนาระบบราชการ
ด้านสุขภาพ

รายงานฉบับสมบูรณ์

การวิจัยเชิงสังเคราะห์ : การพัฒนาชุดตัวชี้วัดระบบสุขภาพ ติดตาม
ประเมินผล เพื่อจัดทำรายงานสถานการณ์ระบบสุขภาพไทย
ตามพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 เรื่อง กำลังคนด้านสุขภาพ
(Human resources for Health: Core Indicators for the National
Health Act B.E.2550)

ทีมคณะวิจัย

นพ.ทศกร โนรี (Thinakorn Noree) หัวหน้าโครงการ
นางสาวอินทิรา นิ่มนวล (Intira Nimnual) ผู้ช่วยนักวิจัย
นางสาวแพรวพงค์ ตันตาปกุล (Praeping Tantapakul) ผู้ช่วยนักวิจัย
นางสาวณัชฎพร เนตรภักดี (Natchathaporn Netpakdee) ผู้ประสานงานโครงการ

มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ

“โครงการนี้ได้รับทุนอุดหนุนจากสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.)”
ความเห็นและข้อเสนอแนะที่ปรากฏในเอกสารนี้เป็นของผู้วิจัย
มิใช่ความเห็นของสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข

ธันวาคม 2567



รายงานฉบับสมบูรณ์

การวิจัยเชิงสังเคราะห์ : การพัฒนาชุดตัวชี้วัดระบบสุขภาพ ติดตาม ประเมินผล
เพื่อจัดทำรายงาน สถานการณ์ระบบสุขภาพไทย ตามพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550
เรื่อง กำลังคนด้านสุขภาพ
(Human resources for Health: Core Indicators for the National Health Act B.E.2550)

ทีมคณะวิจัย

นพ.ทศินกร โนรี (Thinakorn Noree)	หัวหน้าโครงการ
นางสาวอินทรา นิมนวล (Intira Nimnual)	ผู้ช่วยนักวิจัย
นางสาวแพรพิงค์ ตันตาปกูล (Praeping Tantapakul)	ผู้ช่วยนักวิจัย
นางสาวณัฐพร เนตรภักดี (Natchathaporn Netpakdee)	ผู้ประสานงานโครงการ

มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ

“โครงการนี้ได้รับทุนอุดหนุนจากสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.)”

ความเห็นและข้อเสนอแนะที่ปรากฏในเอกสารนี้เป็นของผู้วิจัย

มิใช่ความเห็นของสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข

ธันวาคม 2567

บทคัดย่อ

จากธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 3 พ.ศ. 2565 มีเป้าหมายในระยะ 5 ปี เพื่อให้มีการกระจายบุคลากรระหว่างพื้นที่ที่มีความเป็นธรรม มีการปรับการทำงานจากเชิงกายภาพสู่ดิจิทัล และมีระบบการศึกษา การผลิต และการพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพที่สามารถตอบสนองความต้องการของประเทศ ตลอดจนมีระบบติดตามประเมินผลนโยบายกำลังคนด้านสุขภาพ และการกำหนดมาตรการในการเปลี่ยนแปลง โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาและจัดทำ “ชุดตัวชี้วัดกำลังคนด้านสุขภาพ” ตามธรรมนูญสุขภาพ การจัดทำรายงานสถานการณ์ระบบสุขภาพไทย และพัฒนาข้อเสนอแนะเชิงนโยบายและมาตรการต่างๆ การศึกษาครั้งนี้ใช้หลักการ AAAQ ได้แก่ 1) มิติความเพียงพอ (Availability) 2) มิติทางด้านการกระจาย (Accessibility) 3) คุณลักษณะความสามารถให้บริการ (Acceptability) และ 4) คุณภาพ (Quality) และใช้กระบวนการทบทวนวรรณกรรม การรวบรวมข้อมูล วิเคราะห์วัตถุประสงค์ของตัวชี้วัดระดับองค์การ ยุทธศาสตร์ แผนงาน โครงการและกิจกรรมที่เกี่ยวข้องทั้งใน และต่างประเทศ รวมถึงใช้กระบวนการรับฟังความเห็นจากผู้เชี่ยวชาญ (Consultative meeting) โดยการศึกษาครั้งนี้กำหนดตัวชี้วัดออกเป็น 4 หมวด รวมจำนวน 13 ตัวชี้วัด จากข้อมูลตัวชี้วัดทำให้สามารถประเมินสถานการณ์แนวโน้มที่เกี่ยวกับกำลังคนด้านสุขภาพ ดังนี้ **ตัวชี้วัดกลุ่มที่ 1** สถานการณ์การผลิตกำลังคนด้านสุขภาพในปัจจุบัน ศักยภาพของสถาบันการผลิตกำลังคนด้านสุขภาพของประเทศเพิ่มขึ้นเป็นลำดับ และภาคเอกชนจะเข้ามามีบทบาทมากขึ้นในการผลิตบุคลากร โดยเฉพาะอย่างยิ่งในสายงาน พยาบาล และ สาธารณสุข **ตัวชี้วัดกลุ่มที่ 2** การขึ้นทะเบียนผู้ประกอบการวิชาชีพ พบถึงความไม่สมบูรณ์ของข้อมูลตัวเลขผู้ประกอบการขึ้นทะเบียนเป็นผู้ประกอบการวิชาชีพ อย่างไรก็ตามข้อเท็จจริงประการหนึ่งคือ อัตราการสอบขึ้นทะเบียนเป็นผู้ประกอบการวิชาชีพไม่เต็ม 100% ของจำนวนบัณฑิตที่จบมาในแต่ละปี ซึ่งสามารถสะท้อนคุณภาพของกระบวนการผลิตได้ในระดับหนึ่ง **ตัวชี้วัดกลุ่มที่ 3** ปัจจุบันฐานข้อมูลทะเบียนผู้ประกอบการวิชาชีพด้านสุขภาพของสภาวิชาชีพ ไม่สามารถบอกได้ชัดเจนว่าบุคลากรเหล่านั้นยังผู้ประกอบการอยู่หรือไม่ (active status) หรือ ทำงานอยู่ที่ไหน การใช้ฐานข้อมูลจากหน่วยบริการ (Facility-based data) และความไม่เท่าเทียมกันของการกระจายบุคลากรทางภูมิศาสตร์ (Geographical mal-distribution) ยังคงปรากฏอยู่ **ตัวชี้วัดกลุ่มที่ 4** ตัวชี้วัดเชิงมาตรการ หลายมาตรการมีการดำเนินงานอยู่ภายใต้กระทรวงสาธารณสุข แต่อาจจะขาดการบูรณาการจากภาคส่วนต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง โดยเฉพาะอย่างยิ่งในภาคเอกชน ทั้งในการจัดตั้งกลไกนโยบายกำลังคนด้านสุขภาพทั้งในระดับประเทศและระดับพื้นที่ และคณะกรรมการปฏิรูปกำลังคนด้านสุขภาพในภาพรวม รวมถึง Digital platform ในการเชื่อมโยงข้อมูล ที่ผ่านมามีแต่ละสภาวิชาชีพมีการพัฒนาฐานข้อมูลสมาชิกของตนเอง ในขณะที่ในระยะ 2-3 ปีที่ผ่านมากระทรวงสาธารณสุขพยายามพัฒนาระบบฐานข้อมูลทั้งการบริการ การเงินการคลัง รวมถึงกำลังคนด้านสุขภาพ บนแนวคิด Facility-based ที่ใช้หน่วยบริการเป็นผู้นำเข้าข้อมูล (Input data) ข้อเสนอในเชิงการจัดกลไกการจัดการ ดังนี้ กลไกที่ 1 การพัฒนาระบบฐานข้อมูลวิชาชีพ (Health workforce registry) โดยการพัฒนาฐานข้อมูลพื้นฐานวิชาชีพ (Minimal dataset) กลไกที่ 2 การจัดทำระบบเชื่อมโยงข้อมูลหลักระหว่างหน่วยงาน (Data sharing platform) และกลไกที่ 3 การพัฒนาระบบอภิบาลนโยบายกำลังคนด้านสุขภาพทั้งในระดับประเทศ และระดับพื้นที่ ที่สามารถดำเนินการได้ในระยะยาว คือ กระทรวงสาธารณสุขในการพัฒนา

จัดเก็บ และควบคุมกำกับตัวชี้วัด ให้ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข เป็นหน่วยงานหลักในการสนับสนุนเชิงเทคนิคในการพัฒนาแพลตฟอร์มการเชื่อมโยงข้อมูล (Data sharing platform) และจัดทำระบบจัดเก็บข้อมูลกลางกำลังคนด้านสุขภาพของประเทศ ภายใต้หลักการในการรักษาความลับ (Confidentiality) ของข้อมูล และให้กระทรวงสาธารณสุข ร่วมกับสภาวิชาชีพ เป็นเจ้าภาพหลักในการกำหนดข้อมูลจำเป็นพื้นฐาน (Minimal data-set) และพัฒนามาตรฐานข้อมูลให้สอดคล้องกับระดับนานาชาติ รวมถึงให้กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ พัฒนาระบบการรายงานข้อมูลผู้ปฏิบัติงานจริงในสถานบริการเอกชน ทั้งในระดับโรงพยาบาลและคลินิก ให้สภาวิชาชีพกำหนดเงื่อนไขคำว่า Active workforce ของตนเอง และพัฒนาระบบฐานข้อมูลสมาชิก (Registry) และจัดทำมาตรฐานข้อมูลเฉพาะทาง (Specialty classification) ให้สอดคล้องกับมาตรฐานนานาชาติ รวมถึงข้อเสนอต่อกระทรวงการอุดมศึกษา วิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรม (อว.) ให้พัฒนาระบบการเชื่อมโยงข้อมูลของทุกหลักสูตรในด้านวิทยาศาสตร์สุขภาพ ในทุกมหาวิทยาลัยและในทุกกระบวนการรับ (Admission) และพัฒนาระบบฐานข้อมูลรายบุคคล (Individual data) รวมถึงให้นำข้อมูลความต้องการของผู้ใช้ นำไปวางแผนการผลิตบัณฑิต ให้เกิดความเพียงพอทั้งด้านจำนวนและสมรรถนะที่เหมาะสม

Abstract

According to National Health System Act No. 3 B.E. 2565, the objective is to equally distribute personnel among areas, transition from physical to digital work, and have a system for training, developing, and producing health personnel that can meet the needs of the nation. In addition, there currently should be a system for monitoring and assessing health personnel policies and deciding on corrective measures. The objectives are to provide a report on the state of the Thai health system, develop policy recommendations and initiatives, and create a "set of health personnel indicators" in accordance with the health charter. The AAAQ principle: 1) accessibility, 2) availability, 3) service capability traits (acceptability), and 4) quality was implemented in this project. To analyze the objectives of organizational indicators, strategies, plans, projects, and related activities both domestically and internationally, we utilized the following procedures: examining the literature, gathering data, and listening to expert perspectives. This study divided indicators into 4 categories, totaling 13 indicators. The following assessment of the health workforce's state and trends was made possible through the indicator data: Group 1 Indicator: Current state of health workforce output the country's capacity to produce health workers is growing steadily, and the private sector will contribute more to the recruitment of staff, particularly in the fields of public health and nursing. Group 2 Indicator: Professional registration; there was insufficient information available regarding the number of applicants for the professional registration examination. However, one fact is that the professional registration examination rate is not 100% of the number of graduates each year, which can reflect the quality of the production process to some extent. Group 3 Indicator: The professional council's health professional registration database is currently unable to provide information on these employees' current employment situation or if they are still actively practicing their professions. There is still inequity in the geographic distribution of workers (geographical mal-distribution) and the usage of databases from service units (facility-based data). Group 4 Indicator: The Ministry of Public Health is implementing a number of measures, although it's possible that several associated sectors particularly the private sector are not fully integrated into them. In addition to the general health workforce reform committee, this also entails the creation of digital platforms for data linking and governance mechanisms for health workforce policies at the local and national levels. Since the last two to three years, the Ministry of Public Health has been working to create a database system for services, finance, and the health workforce based on the facility-based concept, where service units are the data input providers. Previously, each professional council created its own member database.

The following are the suggested management mechanisms: Mechanism 1: Development of a data system to have a minimum dataset and then building a health workforce registration database system. Mechanism 2: Establishment of a system for a data-sharing platform that can be implemented in the long term. The Ministry of Public Health's Office of the Permanent

Secretary's Information Technology Center shall be the primary source of technical assistance in creating a data sharing platform and a central data collection system for the nation's health workforce while adhering to the principle of data confidentiality. The Ministry of Public Health and professional councils will be the primary hosts in defining the minimal data set, or basic essential data, and creating data standards that meet international standards. Including developing a system for reporting actual worker data in private service establishments, both at the hospital and clinic levels, having professional councils set their own terms for the term "active workforce," developing a registry of member database systems and creating specialist information standards (specialty categorization). Having all professional councils jointly design a method for studying the annual loss rate as a standard, including a proposal to the Ministry of Higher Education, Science, Research, Science and Innovation (MHESI) to develop a data linking system for all curricula in health sciences. In every university and every admission system, develop an individual data database system. Bringing information about user needs is part of it. utilized for graduate production planning in order to generate adequate numbers and suitable performance

บทสรุปสำหรับผู้บริหาร

ความเป็นมา

จากธรรมเนียมปฏิบัติว่าด้วยการพัฒนาระบบสุขภาพ ที่มีความสอดคล้องกับเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน (Sustainable development goals: SDGs) ที่นำมาใช้ในเป็นแนวทางในการกำหนดทิศทางของแผนยุทธศาสตร์แผนด้านสาธารณสุข และแผนการดำเนินงานของภาครัฐ หรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ที่มีครอบคลุมทั้งมิติเศรษฐกิจ มิติสังคม มิติสิ่งแวดล้อม มิติความมั่นคงและยุติธรรม และมีมิติความร่วมมือระหว่างภาคส่วนต่างๆ โดยหลักการพื้นฐานของ SDGs การกำหนดเป้าหมายเน้นการพัฒนาที่ครอบคลุม (Inclusive) มุ่งการเปลี่ยนแปลง (Transformative) และบูรณาการ (Integrated) โดยเป้าหมายที่ 3 สุขภาพและความเป็นอยู่ที่ดี (Health and well-being) การส่งเสริมการมีสุขภาพที่ดีสำหรับทุกช่วงวัย มีความสำคัญในการพัฒนา และยกระดับความเป็นอยู่ของประชาชน ในทุกระดับ โดยการกระจายบุคลากรด้านสาธารณสุขที่เพียงพอ และครอบคลุมเป็นปัจจัยหนึ่งที่สำคัญเพื่อให้เกิดการบริการที่เป็นธรรม และเท่าเทียม ซึ่งสอดคล้องกับเป้าหมายย่อยที่ 3.C มุ่งเน้นการเพิ่มการใช้เงินสนับสนุนด้านสุขภาพ และการสรรหา การพัฒนา การฝึกฝน และการเก็บรักษา กำลังคนด้านสุขภาพ และตัวชี้วัดที่เกี่ยวข้องเพื่อส่งเสริมการบรรลุเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน คือ ความหนาแน่นและการกระจายตัวของบุคลากรด้านสาธารณสุข

จากการศึกษาที่ผ่านมาในการกำหนดตัวชี้วัดของประเทศไทยในปี พ.ศ. 2564 มีทั้งหมด 17 ตัวชี้วัด โดยใช้หลักการ AAAQ ได้แก่ 1) มิติความพร้อม (Availability) 2) มิติทางด้านการกระจาย (Accessibility) 3) คุณลักษณะความสามารถให้บริการ (Acceptability) และ 4) คุณภาพ (Quality) ที่สอดคล้องตามพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 3 ในให้บรรลุเป้าหมายตามธรรมนูญ และเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน ในการพัฒนาชุดตัวชี้วัดกำลังคนด้านสุขภาพ ที่เป็นปัจจัยหนึ่งที่ส่งผลต่อการเข้าการบริการสุขภาพของประชาชนในทุกกลุ่ม ให้ได้รับการบริการที่มีคุณภาพ และมีมาตรฐานในทุกระดับบริการ การพัฒนาตัวชี้วัดครั้งนี้ ใช้แนวคิดเรื่องการจัดการทรัพยากรด้านสุขภาพอย่างเหมาะสม เพื่อสามารถตอบโจทย์ความท้าทายของหลักประกันสุขภาพจำเป็นต้องครอบคลุมทั้ง 4 มิติ

โดยคณะผู้วิจัยได้กระบวนกรทบทวนวรรณกรรม โดยการรวบรวมข้อมูล วิเคราะห์วัตถุประสงค์ของตัวชี้วัดระดับองค์กร ยุทธศาสตร์ แผนงาน โครงการและกิจกรรมที่เกี่ยวข้องทั้งใน และต่างประเทศ โดยเอกสารต่างประเทศที่ต้องทำการทบทวนวรรณกรรม ได้แก่ตัวชี้วัดเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน (SDGs) National health workforce accounts (NHWA) ตัวชี้วัดกำลังคนด้านสุขภาพขององค์การอนามัยโลก (WHO) องค์การเพื่อความร่วมมือและการพัฒนาทางเศรษฐกิจ(OECD) และ องค์การแรงงานระหว่างประเทศ (ILO) เป็นต้น และเอกสารวารสารในประเทศที่เกี่ยวข้อง ได้แก่นโยบาย แผน พรบ. และมาตรการต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพและการเข้าถึงบริการระบบสุขภาพของประชาชน เป็นต้น และใช้กระบวนการรับฟังความเห็นจากผู้เชี่ยวชาญ (Consultative meeting) เพื่อให้ได้ตัวชี้วัดที่สอดคล้องกับบริบททางด้านกำลังคนของประเทศไทยมากที่สุด และกำหนดตัวชี้วัดกำลังคนด้านสุขภาพ ที่สอดคล้องธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 3 พ.ศ. 2565 ออกเป็น 3 หมวด รวมจำนวน 9 ตัวชี้วัด ดังนี้ ตัวชี้วัดหมวดที่ 1 ประเทศไทยมีจำนวนกำลังคนด้านสุขภาพในสาขาที่สำคัญเพียงพอ (Availability of HRH) ประกอบด้วย

ตัวชี้วัดที่ 1 จำนวนสถาบันการศึกษาและจำนวนการผลิตของกำลังคนด้านสุขภาพสาขาหลักต่อปี ตัวชี้วัดที่ 2 อัตราการสำเร็จการศึกษาของกำลังคนด้านสุขภาพสาขาหลัก และตัวชี้วัดที่ 3 จำนวนกำลังคนด้านสุขภาพสาขาหลักที่จบการศึกษาวิชาชีพจากต่างประเทศ (Foreign-trained HRH) ตัวชี้วัดหมวดที่ 2 กำลังคนด้านสุขภาพในแต่ละสาขาวิชาชีพที่ได้รับใบอนุญาตวิชาชีพ (Quality of HRH) ประกอบด้วย ตัวชี้วัดที่ 4 สัดส่วนผู้สำเร็จการศึกษาที่ได้รับใบอนุญาตของแต่ละวิชาชีพ ในภาพรวม และตัวชี้วัดหมวดที่ 3 กำลังคนด้านสุขภาพในสาขาที่สำคัญมีการกระจายตัวตามภูมิศาสตร์ที่เหมาะสม (Accessibility of HRH) ประกอบด้วย ตัวชี้วัดที่ 5 สัดส่วนกำลังคนด้านสุขภาพในสาขาหลักต่อประชากรในภาพรวมของประเทศ ตัวชี้วัดที่ 6 สัดส่วนกำลังคนด้านสุขภาพในสาขาหลักต่อประชากรระดับจังหวัด และตัวชี้วัดที่ 7 สัดส่วนกำลังคนด้านสุขภาพในสาขาหลักในงานปฐมภูมิต่อประชากรในระดับจังหวัด โดยใช้แหล่งข้อมูลที่ใช้จากกระทรวงการอุดมศึกษา วิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรม (อว.) สภาวิชาชีพ กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข (กยผ.) กองสนับสนุนระบบสุขภาพปฐมภูมิ (กสป.) กระทรวงสาธารณสุข และกรมการปกครอง กระทรวงมหาดไทย

บทวิเคราะห์สถานการณ์และความท้าทายเรื่องกำลังคนด้านสุขภาพ

กำลังคนด้านสุขภาพ (Human Resources for Health) เป็นทรัพยากรที่มีความสำคัญในระบบสุขภาพ เป็นปัจจัยแห่งความสำเร็จหรือความล้มเหลวของการดำเนินงานด้านสุขภาพ เพราะเป็นทั้งผู้สร้างและผู้นำเทคโนโลยีด้านสุขภาพไปใช้ อีกทั้งเป็นผู้บริหารจัดการระบบบริการสุขภาพ เพื่อให้เกิดสุขภาพที่ดีขึ้นในหมู่ประชาชน ดังนั้น ในการพัฒนาสุขภาพของประชาชน และยกระดับขีดความสามารถในการแข่งขันของประเทศ ระบบสุขภาพจำเป็นต้องมีกำลังคนที่เพียงพอ มีการกระจายอย่างเท่าเทียม มีสัดส่วนประเภทกำลังคนที่เหมาะสม มีกำลังคนที่มีความรู้ความสามารถ และมีแรงจูงใจในการปฏิบัติงาน มีกระบวนการมีส่วนร่วมจากภาคประชาชน ทั้งนี้ ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพต้องมีความเหมาะสมด้วย การวางแผนพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพของประเทศ ควรครอบคลุมกำลังคนด้านสุขภาพทั้งภาครัฐและเอกชน รวมถึงมีการวางแผนความต้องการ การผลิต และการบริหารจัดการโดยเฉพาะการกระจายเพื่อให้เกิดประสิทธิภาพสูงสุด สอดคล้องกับวิสัยทัศน์ประเทศไทยและยุทธศาสตร์ 20 ปี รวมทั้งสามารถตอบสนองทิศทางการพัฒนาระบบสุขภาพของประเทศและความท้าทายในอนาคต จากข้อมูลตัวชี้วัดข้างต้นดังกล่าว ทำให้สามารถประเมินสถานการณ์แนวโน้มที่เกี่ยวกับกำลังคนด้านสุขภาพ ดังนี้

ตัวชี้วัดกลุ่มที่ 1 สถานการณ์การผลิตกำลังคนด้านสุขภาพในปัจจุบัน ศักยภาพของสถาบันการผลิตกำลังคนด้านสุขภาพของประเทศเพิ่มขึ้นเป็นลำดับ นับตั้งแต่ปี 2535 เป็นต้นมาที่เริ่มมีโครงการผลิตแพทย์พยาบาลเพิ่ม จนกระทั่งปัจจุบัน ที่มีการผลิตกำลังคนด้านสุขภาพจากทั้งภาครัฐและเอกชน อย่างไรก็ตามเมื่อเทียบกับภูมิภาคอาเซียน พบว่าในปี 2559 ประเทศไทยมีการผลิตแพทย์ในอัตรา 4.58 คนต่อแสนประชากรต่อปี และมีการผลิตพยาบาล เท่ากับ 14.78 คนต่อแสนประชากรต่อปี ซึ่งอยู่ในอันดับ 7 ของภูมิภาค ในขณะที่ประเทศมาเลเซีย มีความสามารถในการผลิตแพทย์และพยาบาล ในอัตรา 12 และ 32.8 คนต่อแสนประชากรต่อปี ตามลำดับ ในขณะที่ประเทศเวียดนามมีแผนที่จะผลิตแพทย์และพยาบาลเพิ่มเป็น 11.6 คนต่อแสนประชากรต่อปี

ตัวชี้วัดด้านการผลิต จะครอบคลุมทางด้านปริมาณและคุณภาพของภาคการผลิต ทั้งในเรื่องจำนวนสถาบันการผลิตของแต่ละวิชาชีพ อัตราส่วนการจบการศึกษา สะท้อนถึงโอกาสในการผลิตบุคลากรวิชาชีพ และการหมุนเวียนในระบบตลาดแรงงาน ส่วนนี้มีผลต่อการวางแผนการผลิตนักศึกษาเพื่อทดแทนภาพรวมการเข้า-ออกของตลาดแรงงานอย่างต่อเนื่อง หน่วยงานที่เกี่ยวข้องสำหรับจัดเก็บข้อมูลกลุ่มนี้ ประกอบด้วย กระทรวงการอุดมศึกษาฯ สถาบันการศึกษา/สถาบันฝึกอบรม มหาวิทยาลัย เป็นต้น

จากข้อมูลจะเห็นได้ว่าภาคเอกชนจะเข้ามามีบทบาทมากขึ้นในการผลิตบุคลากร โดยเฉพาะอย่างยิ่งในสายงาน พยาบาล และ สาธารณสุข อย่างไรก็ตามการควบคุมคุณภาพของกระบวนการผลิต ที่อยู่ภายใต้การรับรองสถาบันของกระทรวงการอุดมศึกษา วิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี และการรับรองหลักสูตรภายใต้กระบวนการดูแลของสภาวิชาชีพ จะเป็นสิ่งสำคัญในการควบคุมคุณภาพบัณฑิตให้มีทักษะและคุณภาพที่เหมาะสมก่อนออกมาสู่ตลาดแรงงาน เมื่อพิจารณาตัวชี้วัดกำลังคนที่จบการศึกษาจากต่างประเทศ จะเห็นได้ว่าในส่วนของวิชาชีพแพทย์จะมีคนที่จบการศึกษาจากต่างประเทศและสามารถสอบขึ้นทะเบียนเป็นผู้ประกอบวิชาชีพในประเทศไทยได้มีจำนวนสูงเมื่อเปรียบเทียบกับวิชาชีพอื่นๆ ซึ่งอาจจะสะท้อนได้ถึงอุปทานของสถาบันการศึกษาในประเทศ ไม่เพียงพอต่ออุปสงค์ของคนที่ต้องการเรียนในสายอาชีพแพทย์ ซึ่งส่วนนี้จะเป็นช่องว่างแห่งโอกาสในการขยายกำลังการผลิตในประเทศได้

ตัวชี้วัดกลุ่มที่ 2 การขึ้นทะเบียนผู้ประกอบวิชาชีพ มีตัวชี้วัดสำคัญตรงตามหมวดหลัก คือ ร้อยละของผู้สำเร็จการศึกษาวิชาชีพด้านสุขภาพที่สอบขึ้นทะเบียนผ่านในปีแรกหลังจบการศึกษา ตัวชี้วัดนี้สะท้อนถึงหลังจากจบการศึกษา จำนวนผู้ที่จบการศึกษาที่มีความประสงค์เข้าสู่ภาคตลาดแรงงานมีจำนวนสอดคล้องต่อการทดแทน หรือสอดคล้องต่อสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลงไปของสังคมหรือไม่ (เช่น สังคมผู้สูงอายุ การระบาดของโรคอุบัติใหม่ เป็นต้น) ทำให้ทราบแนวโน้มของจำนวนบุคลากรวิชาชีพทั้งหมด ที่มีคุณสมบัติเหมาะสมต่อการปฏิบัติงานตรงตามวิชาชีพ หน่วยงานที่เกี่ยวข้องสำหรับการเก็บข้อมูลกลุ่มนี้ ได้แก่ สภาวิชาชีพ

จากข้อมูลจะพบถึงความไม่สมบูรณ์ของข้อมูลตัวเลขผู้สอบขึ้นทะเบียนเป็นผู้ประกอบวิชาชีพ อย่างไรก็ตามข้อเท็จจริงประการหนึ่งคือ อัตราการสอบขึ้นทะเบียนเป็นผู้ประกอบวิชาชีพไม่เต็ม 100% ของจำนวนบัณฑิตที่จบมาในแต่ละปี ซึ่งสามารถสะท้อนคุณภาพของกระบวนการผลิตได้ในระดับหนึ่ง

ตัวชี้วัดกลุ่มที่ 3 ปัจจุบัน ฐานข้อมูลทะเบียนผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพของสภาวิชาชีพ ซึ่งเป็น Registration Data จัดเป็นแหล่งข้อมูลเดียวที่สามารถแจ้งนับจำนวนผู้รับใบอนุญาตประกอบวิชาชีพได้ถูกต้องมากที่สุด ซึ่งในตลาดแรงงาน จัดว่าบุคลากรที่มีใบอนุญาตประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพตามที่กฎหมายกำหนด เป็น Pool of Qualified Health workforce คือมีความพร้อมที่จะเข้ามาทำงานในตลาดแรงงานเมื่อมีปัจจัยดึงดูดที่เหมาะสม จำนวนบุคลากรในวิชาชีพต่างๆ อย่างไรก็ตามข้อจำกัดประการสำคัญของ registration data ของสภาวิชาชีพ คือ ไม่สามารถบอกได้ชัดเจนว่าบุคลากรเหล่านั้นยังประกอบวิชาชีพอยู่หรือไม่ (active status) หรือ ทำงานอยู่ที่ไหน การใช้ฐานข้อมูลจากหน่วยบริการ (Facility-based data) จึงเข้ามาแก้ไขข้อจำกัดดังกล่าว

การกระจายกำลังคนตามภูมิศาสตร์ เป็นตัวบ่งชี้ความเสมอภาคในการเข้าถึงบริการสุขภาพ โดยเฉพาะความเสมอภาคในพื้นที่ที่มีสภาวะเศรษฐกิจที่แตกต่างกัน เช่น ระหว่างกรุงเทพฯกับภาคตะวันออกเฉียงเหนือ พบว่าแนวโน้มการกระจายกำลังคนด้านสุขภาพทั้ง 4 สาขาหลัก คือ แพทย์ ทันตแพทย์ เภสัชกร และ พยาบาล ดีขึ้นจากแนวโน้มการผลิตบุคลากรสาขาดังกล่าวมากขึ้นโดยเฉพาะอย่างยิ่งในระยะ 10 ปีที่ผ่านมา โดยอัตราส่วนแพทย์ต่อประชากรในปี 2556 ของกรุงเทพฯเท่ากับ 1:886 ภาคกลางเท่ากับ 1:2,220 ภาคเหนือเท่ากับ 1:2,821 ภาคใต้เท่ากับ 1:2,792 และภาคตะวันออกเฉียงเหนือเท่ากับ 1:3,763 โดยความแตกต่างระหว่างกรุงเทพฯและภาคตะวันออกเฉียงเหนือลดจาก 21.3 เท่าในปี 2522 เหลือ 4.2 เท่า ในปี 2556 จากข้อมูลในการศึกษานี้จะเห็นได้ว่าสัดส่วนกำลังคนด้านสุขภาพต่อประชากรเพิ่มขึ้นในทุกวิชาชีพ จากการผลิตเพิ่ม และ จำนวนประชากรของประเทศมีแนวโน้มการเพิ่มจำนวนที่ลดลง (จากอัตราการเพิ่มประชากรที่ติดลบ) เป็นที่น่าสังเกตว่าแนวโน้มการเพิ่มของแพทย์มีอัตราที่สูงกว่าพยาบาล ซึ่งจะส่งผลในระยะยาวถึงอัตราส่วนระหว่างแพทย์ต่อพยาบาลในภาพรวมที่จะเปลี่ยนแปลงไปจากสัดส่วนแพทย์ต่อพยาบาล 1:4-5 ไปเป็น 1:3 ซึ่งเป็นสัดส่วนที่ไม่ได้ผลิตภาพสูงสุดตามข้อเสนอแนะขององค์การอนามัยโลก

ถึงแม้ว่าสัดส่วนกำลังคนด้านสุขภาพต่อประชากรจะมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ แต่เมื่อพิจารณาไปในรายจังหวัดจะพบความแตกต่างในทุกสาขา ถึงแม้ว่าภาครัฐ โดยเฉพาะกระทรวงสาธารณสุขจะมีมาตรการต่างๆเพื่อสนับสนุนการกระจายบุคลากรไปในพื้นที่ชนบทห่างไกล เช่น การใช้มาตรการชดเชยทุน และมาตรการเพิ่มค่าตอบแทน อย่างไรก็ตามปัญหาความไม่เท่าเทียมกันของการกระจายบุคลากรทางภูมิศาสตร์ (Geographical mal-distribution) ยังคงปรากฏอยู่ โดยสัดส่วนของกำลังคนต่อประชากรจะสูงในพื้นที่กรุงเทพฯและจังหวัดขนาดใหญ่ที่เป็นศูนย์กลางทางเศรษฐกิจและการศึกษา และจะต่ำในจังหวัดที่ห่างไกล โดยเฉพาะอย่างยิ่งในจังหวัดที่ตั้งมาไม่นาน เช่น เชียงใหม่ ลำปาง และ บึงกาฬ

ตัวชี้วัดกลุ่มที่ 4 ตัวชี้วัดเชิงมาตรการ จำนวน 6 ตัวชี้วัด ดังนี้ มีกลไกอภิมหาวิทยาลัยกำลังคนด้านสุขภาพในระดับเขตสุขภาพ แบบมีส่วนร่วม สัดส่วนการจ้างงานที่ไม่ใช่ข้าราชการในกระทรวงสาธารณสุข กลุ่มสถาบันการศึกษาแต่ละวิชาชีพ (Consortium of health professionals) มีการนำข้อมูลความต้องการกำลังคนของผู้ใช้ (demand side) มาใช้ในการวางแผนการผลิต มีคณะกรรมการร่วมระหว่างผู้ผลิต (Producers) และผู้ใช้ (Users) เพื่อกำหนดความต้องการกำลังคนด้านสุขภาพ สภาวิชาชีพมีการจัดทำฐานข้อมูลสมาชิก (Registration) โดยใช้มาตรฐาน minimal dataset และมี digital platform ในการเชื่อมโยงข้อมูล

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

เพื่อให้การจัดทำตัวชี้วัดหลักกำลังคนด้านสุขภาพของประเทศไทยสามารถบรรลุตามวัตถุประสงค์ของคณะกรรมการพัฒนาตัวชี้วัดหลักกำลังคนด้านสุขภาพของประเทศ ทางคณะผู้วิจัยจึงมีข้อเสนอในเชิงการจัดกลไกการจัดการดังนี้

กลไกที่ 1 การพัฒนาระบบฐานข้อมูลวิชาชีพ (Health workforce registry) โดยการพัฒนาฐานข้อมูลพื้นฐานวิชาชีพ (Minimal dataset) ซึ่งในทุกสภาวิชาชีพมีความพร้อมในตัวแปรส่วนมากอยู่แล้ว เช่น

เลขประจำตัว 13 หลัก เพศ วันเดือนปีเกิด เป็นต้น อย่างไรก็ตามการพัฒนากระบวนการพื้นฐานข้อมูลวิชาชีพของทุกสาขาวิชาชีพจำเป็นต้องเน้นการพัฒนา คือ สถานที่ปฏิบัติงานจริง และข้อมูลสาขาเฉพาะทาง (Specialty classification) ซึ่งควรพัฒนาไปบนมาตรฐานข้อมูลนานาชาติ (International standard classification) ในการอ้างอิงและเปรียบเทียบต่อไปในอนาคต

กลไกที่ 2 การจัดทำระบบเชื่อมโยงข้อมูลหลักระหว่างหน่วยงาน (Data sharing platform) การจัดทำระบบการเชื่อมโยงข้อมูลหลักที่สำคัญระหว่างหน่วยงานต่างๆ โดยเฉพาะอย่างยิ่ง สาขาวิชาชีพ และหน่วยงานให้บริการ จะทำให้ระบบข้อมูลของหน่วยงานต่างๆมีความสมบูรณ์มากขึ้น และลดภาระการสอบถามและลงข้อมูลซ้ำซ้อน อย่างไรก็ตามการเชื่อมโยงฐานข้อมูลบุคคลระหว่างหน่วยงานจำเป็นต้องยึดถึงระบบการรักษาความลับของข้อมูลส่วนบุคคลอย่างเคร่งครัด การพัฒนาระบบฐานข้อมูลวิชาชีพ (Health workforce registry) ร่วมกับ การจัดทำระบบเชื่อมโยงข้อมูลหลักระหว่างหน่วยงาน (Data sharing platform) จะทำให้ตัวชี้วัดมีความสมบูรณ์ เพื่อให้ระบบการจัดการข้อมูลกำลังคนด้านสุขภาพของประเทศ ดำเนินการอย่างเป็นระบบ มีความครบถ้วน ถูกต้อง และสามารถดำเนินการได้ในระยะยาว ทางทีมผู้วิจัยมีข้อเสนอ ดังนี้

พื้นที่ 3 การพัฒนาระบบอภิบาลนโยบายกำลังคนด้านสุขภาพทั้งในระดับประเทศ และระดับพื้นที่

การพัฒนาให้เกิดกลไกในการกำหนดนโยบายและยุทธศาสตร์หลักกำลังคนด้านสุขภาพเป็นสิ่งจำเป็นในการกำหนดทิศทางการวางแผนพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพ อีกทั้งให้เกิดมีระบบติดตามประเมินสถานการณ์กำลังคนด้านสุขภาพอย่างรอบด้านทุกมิติอย่างต่อเนื่อง รวมทั้งให้มีการประสานให้องค์กร หน่วยงานต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง บูรณาการในการทำงานร่วมกันอย่างมีประสิทธิภาพ เพื่อร่วมกันพัฒนาให้เกิดข้อเสนอเชิงนโยบาย มาตรการและแนวทาง เพื่อให้สามารถแก้ปัญหากำลังคนในปัจจุบันและรองรับสถานการณ์ในอนาคต ตลอดจนการวางทิศทางการพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพอย่างต่อเนื่อง และสอดคล้องกับความต้องการของระบบสุขภาพที่มีการเปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลา เพื่อให้ระบบการจัดทำตัวชี้วัดกำลังคนด้านสุขภาพของประเทศ ดำเนินการอย่างเป็นระบบ มีความครบถ้วน ถูกต้อง และสามารถดำเนินการได้ในระยะยาว ทางทีมผู้วิจัยมีข้อเสนอ ดังนี้

1) ข้อเสนอต่อกระทรวงสาธารณสุข

- ให้กระทรวงสาธารณสุขเป็นกลไกหลัก (Main agency) ในการพัฒนา จัดเก็บ และควบคุมกำกับตัวชี้วัดหลักกำลังคนด้านสุขภาพของประเทศ โดยดำเนินการภายใต้คณะกรรมการพัฒนาตัวชี้วัดหลักของประเทศไทย และให้กองบริหารทรัพยากรบุคคล สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขเป็นทีมเลขานุการกิจ
- ให้ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข เป็นหน่วยงานหลักในการสนับสนุนเชิงเทคนิคในการพัฒนากลไกการเชื่อมโยงข้อมูล (Data sharing platform) และ จัดทำระบบจัดเก็บข้อมูลกลางกำลังคนด้านสุขภาพของประเทศ ภายใต้หลักการในการรักษาความลับ (Confidentiality) ของข้อมูล
- ให้กระทรวงสาธารณสุข ร่วมกับสาขาวิชาชีพ เป็นเจ้าภาพหลักในการกำหนดข้อมูลจำเป็นพื้นฐาน (Minimal data-set) และพัฒนามาตรฐานข้อมูลให้สอดคล้องกับระดับนานาชาติ

- ให้กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ พัฒนาระบบการรายงานข้อมูลผู้ปฏิบัติงานจริงในสถานบริการเอกชน ทั้งในระดับโรงพยาบาลและคลินิก ทั้งที่ปฏิบัติงานเต็มเวลา (Full time) และบางเวลา (Part time) และมีระบบทำข้อมูลให้เป็นปัจจุบัน (Update) อย่างเหมาะสม

- ให้กระทรวงสาธารณสุขร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทั้งฝ่ายผลิต สภาวิชาชีพ และหน่วยงานอื่นๆจัดตั้งคณะกรรมการนโยบายกำลังคนด้านสุขภาพแห่งชาติ เพื่อให้มีการเชื่อมโยงความต้องการของผู้ผลิตและผู้ใช้

- ให้กระทรวงสาธารณสุขออกแบบระบบการจ้างงานใหม่ ที่เน้นประสิทธิภาพ ตอบสนองกับรูปแบบการทำงานในอนาคต และจงใจให้กับกำลังคนด้านสุขภาพที่ปฏิบัติงาน

2) ข้อเสนอต่อสภาวิชาชีพ

- ให้สภาวิชาชีพร่วมกับกระทรวงสาธารณสุข ในการจัดทำในการกำหนดข้อมูลจำเป็นพื้นฐาน (Minimal data-set) พัฒนามาตรฐานข้อมูล รวมทั้งจัดทำมาตรฐานข้อมูลเฉพาะทาง (Specialty classification) ให้สอดคล้องกับมาตรฐานนานาชาติ

- ให้สภาวิชาชีพกำหนดเงื่อนไขคำว่า Active workforce ของตนเอง เพื่อนำมากำหนดในการบันทึกข้อมูลสถานะของสมาชิกแต่ละคน เพื่อที่จะนำมาสู่การวิเคราะห์ Active workforce ของประเทศ

- ให้สภาวิชาชีพพัฒนาระบบฐานข้อมูลสมาชิก (Registry) โดยประกอบด้วยข้อมูลที่จำเป็น (Minimal dataset) บนระบบข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ และมีระบบที่จะทำให้ข้อมูลเป็นปัจจุบันอย่างสม่ำเสมอ

3) ข้อเสนอต่อกระทรวงการอุดมศึกษา วิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรม (อว.)

- ให้กระทรวง อว. พัฒนาระบบการเชื่อมโยงข้อมูลของทุกหลักสูตรในด้านวิทยาศาสตร์สุขภาพ ในทุกมหาวิทยาลัยและในทุกกระบวนการรับ (Admission) ในเรื่องดังต่อไปนี้

- จำนวนนักเรียนที่สมัคร (Applicants) เพื่อดูความนิยมของแต่ละหลักสูตร
- ความสามารถในการผลิตของแต่ละหลักสูตร
- จำนวนนักศึกษาที่รับจริงในแต่ละหลักสูตร
- จำนวนนักศึกษาที่จบในแต่ละหลักสูตร

- ให้กระทรวง อว. พัฒนาระบบฐานข้อมูลรายบุคคล (Individual data) ของนักศึกษาในหลักสูตรวิทยาศาสตร์สุขภาพ ที่จำเป็นต้องประกอบด้วยเลขประจำตัวบัตรประชาชน เพื่อที่จะสามารถนำมาเชื่อมโยงกับระบบฐานข้อมูลวิชาชีพ เมื่อเข้าสู่ตลาดแรงงานในอนาคตต่อไป

- ให้คณะกรรมการร่วมการผลิต (Consortium) ของแต่ละวิชาชีพ นำข้อมูลความต้องการของผู้ใช้ นำไปวางแผนการผลิตบัณฑิต ให้เกิดความเพียงพอทั้งด้านจำนวนและสมรรถนะที่เหมาะสม

สารบัญ

บทคัดย่อ.....	ก
Abstract	ค
บทสรุปสำหรับผู้บริหาร.....	จ
สารบัญ	ฎ
สารบัญตาราง	ฐ
สารบัญรูปภาพ.....	ช
บทที่ 1	1
บทนำ.....	1
1.1 หลักการและเหตุผล.....	1
1.2 วัตถุประสงค์.....	3
บทที่ 2	4
การทบทวนวรรณกรรม.....	4
2.1 แนวคิดและองค์ประกอบของระบบสุขภาพ	4
2.2 แนวคิดระบบสุขภาพตามพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2550 ⁽¹⁾ และธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ	5
2.3 มาตรการสำคัญสู่เป้าหมายระบบสุขภาพที่พึงประสงค์ ที่เกี่ยวข้องกับกำลังคนด้านสุขภาพ	6
2.4 เป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน (Sustainable development goals: SDGs) ⁽⁶⁾ และปัจจัยสังคมกำหนดสุขภาพ (Social Determinants of Health) ⁽⁷⁾	9
2.5 ความเชื่อมโยงของแผนระดับชาติ และนโยบายที่สำคัญของประเทศ	10
2.6 กำลังคนด้านสุขภาพ.....	13
2.7 รายงานสถานการณ์ระบบสุขภาพไทย	14
2.8 รายงานสถานการณ์ความหนาแน่นและการกระจายตัวของบุคลากรสาธารณสุข	15
2.9 แนวคิดตัวชี้วัดหลักกำลังคนด้านสุขภาพ.....	17
2.10 แนวคิดตัวชี้วัดหลักขององค์การอนามัยโลก.....	22
2.11 กรอบการพัฒนาระบบสุขภาพ (Health Systems Framework) 6 Building Blocks ⁽²⁰⁾	27
2.12 องค์การเพื่อความร่วมมือทางเศรษฐกิจและการพัฒนา Organization for Economic Co – operation and Development: OECD) ⁽²¹⁾	28
2.13 Global strategy on human resources for health: workforce 2030 ⁽¹⁷⁾	29
2.14 Strategic Plan HRSA health Resources and Services Administration (HRSA) ⁽²²⁾	30
2.15 กรอบแนวคิดการวิจัย (conceptual framework).....	34
บทที่ 3	36

ระเบียบวิธีวิจัยและการดำเนินงาน	36
3.1 รูปแบบการวิจัย (Research design)	36
3.2 ขั้นตอนและขอบเขตการดำเนินงาน	36
3.3 วิธีการเก็บข้อมูล.....	38
3.4 การวิเคราะห์ข้อมูล.....	39
3.5 ขอบเขตของการวิจัย	39
3.6 ระยะเวลาการดำเนินงาน	39
3.7 แผนการดำเนินงาน (action plan).....	40
3.8 สถานที่ทำการวิจัย ทดลอง หรือการเก็บข้อมูล	42
3.9 อุปกรณ์ที่ใช้.....	42
3.10 แหล่งข้อมูล	42
3.11 การเตรียมข้อมูลก่อนการวิเคราะห์.....	43
3.12 ข้อจำกัดของข้อมูล	43
บทที่ 4	45
ผลการศึกษา	45
4.1 ตัวชี้วัดกำลังคนด้านสุขภาพ.....	45
4.2 ผลการศึกษาตัวชี้วัดหมวดที่ 1	49
4.2 ผลการศึกษาตัวชี้วัดหมวดที่ 2.....	54
4.3 ผลการศึกษาตัวชี้วัดหมวดที่ 3.....	56
4.4 ผลการศึกษาตัวชี้วัดหมวดที่ 4 (ตัวชี้วัดเชิงมาตรการ).....	68
บทที่ 5	76
สรุปผลและอภิปรายผลการศึกษา	76
ภาคผนวก	90
ระเบียบวาระการประชุมการดำเนินงานภายใต้โครงการ	90
เอกสารอ้างอิง.....	104

สารบัญตาราง

ตารางที่ 1.1 การกำหนดตัวชี้วัดในการดำเนินการจำเป็นต้องมีตัวชี้วัดความสำเร็จในช่วงต่างๆ	8
ตารางที่ 3.1 แผนการดำเนินงาน.....	40
ตารางที่ 4.1 ตัวชี้วัดกำลังคนด้านสุขภาพเบื้องต้น.....	45
ตารางที่ 4.2 จำนวนบุคลากรที่จบการศึกษาจากต่างประเทศ ปี 2562-2566 (ข้อมูลจากสภาวิชาชีพ).....	54
ตารางที่ 5.1 ตัวชี้วัดเชิงมาตรการ	82

สารบัญรูปร่างภาพ

ภาพที่ 2.1 แผนที่อัตราส่วนแพทย์ต่อประชากร 10,000 คน รายจังหวัด.....	16
ภาพที่ 2.2 แผนที่อัตราส่วนพยาบาลวิชาชีพต่อประชากร 1,000 คน รายจังหวัด.....	16
ภาพที่ 2.3 มาตรฐานการให้บริการทางด้านสุขภาพ	17
ภาพที่ 2.4 กรอบการทำงานของตลาดแรงงานสุขภาพ	19
ภาพที่ 2.5 ภาพรวมองค์ประกอบของตลาดแรงงานด้านสุขภาพในการสนับสนุนการ จัดทำระบบฐานข้อมูล กำลังคนด้านสุขภาพ	20
ภาพที่ 2.6 The HRH Action framework diagram.....	24
ภาพที่ 2.7 กรอบแนวคิดงานวิจัย.....	34
ภาพที่ 4.1 จำนวนสถาบันการศึกษาของแต่ละวิชาชีพ	50
ภาพที่ 4.2 จำนวนการผลิตแต่ละวิชาชีพ ตั้งแต่ปี 2562-2566.....	51
ภาพที่ 4.3 อัตราการสำเร็จการศึกษาของแต่ละวิชาชีพ ปี 2562-2566.....	53
ภาพที่ 4.4 ร้อยละการได้รับใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ ปี 2562-2566	55
ภาพที่ 4.5 สัดส่วนกำลังคนด้านสุขภาพ ต่อประชากร 10,000 คน แต่ละวิชาชีพ ในปี 2562-2566	57
ภาพที่ 4.6 สัดส่วนแพทย์ต่อประชากร 10,000 คน เปรียบเทียบปี 2562 กับ 2566 รายจังหวัด	58
ภาพที่ 4.7 สัดส่วนทันตแพทย์ ต่อประชากร 10,000 คน เปรียบเทียบปี 2562 กับ 2566 รายจังหวัด.....	59
ภาพที่ 4.8 สัดส่วนพยาบาลวิชาชีพ ต่อประชากร 10,000 คน เปรียบเทียบปี 2562 กับ 2566 รายจังหวัด..	60
ภาพที่ 4.9 สัดส่วนเภสัชกรต่อประชากร 10,000 คน เปรียบเทียบปี 2562 กับ 2566 รายจังหวัด.....	61
ภาพที่ 4.10 สัดส่วนเทคนิคการแพทย์ต่อประชากร 10,000 คน เปรียบเทียบปี 2562 กับ 2566 รายจังหวัด	61
ภาพที่ 4.11 สัดส่วนนักกายภาพบำบัด ต่อประชากร 10,000 คน เปรียบเทียบปี 2562 กับ 2566 รายจังหวัด ..	62
ภาพที่ 4.12 สัดส่วนนักวิชาการสาธารณสุข ต่อประชากร 10,000 คน เปรียบเทียบปี 2562 กับ 2566	63
ภาพที่ 4.13 สัดส่วนแพทย์แผนไทย ต่อประชากร 10,000 คน เปรียบเทียบปี 2562 กับ 2566 รายจังหวัด .	64
ภาพที่ 4.14 สัดส่วนกำลังคนด้านสุขภาพปฐมภูมิ ต่อประชากร 10,000 คน เปรียบเทียบปี 2562 กับ 2566	64
ภาพที่ 4.15 สัดส่วนแพทย์งานปฐมภูมิ ต่อประชากร 10,000 คน เปรียบเทียบปี 2562 กับ 2566 รายจังหวัด	65
ภาพที่ 4.16 สัดส่วนพยาบาลงานปฐมภูมิ ต่อประชากร 10,000 คน เปรียบเทียบปี 2562 กับ 2566 รายจังหวัด .	66
ภาพที่ 4. 17 สัดส่วนนักวิชาการสาธารณสุขงานปฐมภูมิ ต่อประชากร 10,000 คน เปรียบเทียบปี 2562 กับ 2566 รายจังหวัด	66
ภาพที่ 4.18 สัดส่วนบุคลากรสายงานอื่นๆ งานปฐมภูมิ ต่อประชากร 10,000 คน เปรียบเทียบปี 2562 กับ 2566 รายจังหวัด	67
ภาพที่ 4.19 Conceptual Framework บริการสุขภาพดิจิทัล	73
ภาพที่ 4.20 การพัฒนาระบบ Health Data Hub.....	73

บทที่ 1

บทนำ

1.1 หลักการและเหตุผล

ตามมาตรา 25(5) และ มาตรา 27(3) แห่งพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550⁽¹⁾ กำหนดให้ คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ มีหน้าที่และอำนาจกำหนดหลักเกณฑ์และวิธีการในการติดตามและประเมินผล เกี่ยวกับระบบสุขภาพแห่งชาติ และให้สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.) มีหน้าที่และอำนาจสำรวจ ศึกษา และวิเคราะห์ข้อมูลต่าง ๆ รวมทั้งสถานการณ์ของระบบสุขภาพ เพื่อจัดทำเป็นรายงานหรือเพื่อประโยชน์ในการ ดำเนินการตามพระราชบัญญัตินี้

ธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 3 พ.ศ. 2565⁽²⁾ นั้น นอกจากมีสถานะตามพระราชบัญญัติ สุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 มาตรา 46 และมาตรา 48⁽¹⁾ ว่าเป็น กรอบและแนวทางในการกำหนดนโยบาย ยุทธศาสตร์ และการดำเนินงานด้านสุขภาพของประเทศ ซึ่งผูกพันหน่วยงานของรัฐและหน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้องที่ จะดำเนินการต่อไปตามอำนาจหน้าที่ของตนแล้ว ยังมีสถานะในทางปฏิบัติระบุไว้ว่า ให้ใช้ธรรมนูญฯ ฉบับที่ 3 พ.ศ. 2565 เป็นข้อมูลอ้างอิงระบบสุขภาพที่พึงประสงค์ของไทย เพื่อให้กลไกที่มีหน้าที่เฉพาะในการติดตาม และวิเคราะห์สถานะของระบบสุขภาพไทย สามารถศึกษาและติดตามได้ว่าสถานการณ์ระบบสุขภาพไทยได้ไป ถึงเป้าหมายตามที่ระบุไว้ในธรรมนูญฯ ฉบับที่ 3 พ.ศ. 2565 หรือไม่ มีข้อจำกัดอะไรที่ทำให้ไปไม่ถึงเป้าหมายมี แนวโน้มที่ต้องพึงระวังหรือไม่ อย่างไร ซึ่งจัดเป็นกระบวนการติดตามเชิงรุกที่นำไปสู่การเปลี่ยนแปลงสามารถ นำมาพัฒนาเป็นข้อเสนอแนะเชิงนโยบายสำหรับภาคีหรือผู้ที่เกี่ยวข้องได้

ดังนั้นเพื่อให้การดำเนินงานตามมาตรา 25(5) และ มาตรา 27(3) แห่งพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2550 บรรลุเป้าหมาย มีการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง และมีการนำธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 3 พ.ศ. 2565 มาใช้ประโยชน์โดยการใช้เป็นข้อมูลอ้างอิงระบบสุขภาพที่พึงประสงค์ของไทย เพื่อมุ่งสู่ เป้าหมาย “ระบบสุขภาพที่เป็นธรรม” ในระยะ 5 ปี จึงจำเป็นต้องมีการพัฒนาชุดตัวชี้วัดระบบสุขภาพที่ได้รับการยอมรับร่วมกันขึ้น เพื่อใช้ในการติดตาม ประเมินผล และจัดทำรายงานสถานการณ์ระบบสุขภาพไทยอย่าง เป็นระบบและต่อเนื่อง เพื่อนำไปใช้ประโยชน์ในการรายงานต่อสาธารณะ หน่วยงานองค์กรที่เกี่ยวข้อง รวมถึง ให้คำแนะนำเชิงนโยบายต่อคณะรัฐมนตรีและหน่วยงานองค์กรที่เกี่ยวข้องต่อไป

จากธรรมนูญฯ ว่าด้วยการพัฒนาระบบสุขภาพ ที่มีความสอดคล้องกับเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน (Sustainable development goals: SDGs)⁽³⁾ ที่นำมาใช้เป็นแนวทางในการกำหนดทิศทางของแผน ยุทธศาสตร์แผนด้านสาธารณสุข และแผนการดำเนินงานของภาครัฐ หรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ที่มีครอบคลุม ทั้งมิติเศรษฐกิจ มิติสังคม มิติสิ่งแวดล้อม มิติความมั่นคงและยุติธรรม และมิติความร่วมมือระหว่างภาคส่วนต่างๆ โดยหลักการพื้นฐานของ SDGs การกำหนดเป้าหมายเน้นการพัฒนาที่ครอบคลุม (Inclusive) มุ่งการเปลี่ยนแปลง (Transformative) และบูรณาการ (Integrated) โดยเป้าหมายที่ 3 สุขภาพและความเป็นอยู่ที่ดี (Health and well-being) การส่งเสริมการมีสุขภาวะที่ดีสำหรับทุกช่วงวัย มีความสำคัญในการพัฒนา และยกระดับความเป็น อยู่ของประชาชน ในทุกระดับ โดยการกระจายบุคลากรด้านสาธารณสุขที่เพียงพอ และครอบคลุมเป็น

ปัจจัยหนึ่งที่สำคัญเพื่อให้เกิดการบริการที่เป็นธรรม และเท่าเทียม ซึ่งสอดคล้องกับเป้าหมายย่อยที่ 3.C มุ่งเน้น การเพิ่มการใช้เงินสนับสนุนด้านสุขภาพ และการสรรหา การพัฒนา การฝึกฝน และการเก็บรักษา กำลังคน ด้านสุขภาพ และตัวชี้วัดที่เกี่ยวข้องเพื่อส่งเสริมการบรรลุเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน คือ ความหนาแน่นและการกระจายตัวของบุคลากรด้านสาธารณสุข

สำหรับในเรื่องของกำลังคนด้านสุขภาพ นั้น เป็นเรื่องที่มีการระบุไว้ในธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพ แห่งชาติ ฉบับที่ 3 พ.ศ. 2565 มีเป้าหมายในระยะ 5 ปี เพื่อให้มีการกระจายบุคลากรระหว่างพื้นที่ที่มีความเป็น ธรรม มีการปรับการทำงานจากเชิงกายภาพสู่ดิจิทัล และมีระบบการศึกษา การผลิต และการพัฒนากำลังคน ด้านสุขภาพที่สามารถตอบสนองความต้องการของประเทศ ตลอดจนมีระบบติดตามประเมินผลนโยบาย กำลังคนด้านสุขภาพ และการกำหนดมาตรการในการเปลี่ยนแปลง โดยการสร้างความเข้มแข็ง ในการบริหารจัดการ กำลังคนในระดับพื้นที่ เน้นการมีส่วนร่วม การบริหารกำลังคนตามปัญหาของพื้นที่เป็นหลัก และการ บุคลากรนอกสายงานด้านสุขภาพ เข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพ รวมถึงการปฏิบัติการจ้างงานในระบบ สุขภาพที่มีความหลากหลาย มีความยืดหยุ่นโดยเฉพาะในหน่วยงานภาครัฐ และต้องสอดคล้องกับลักษณะของ บริการในอนาคต ปรับกลไกการผลิตและการพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพที่สอดคล้องกับความต้องการของ ประเทศในอนาคต เช่น ผลิตบุคลากรสาขาที่มีความต้องการ สร้างความเข้มแข็งในการเพิ่มศักยภาพของ กำลังคนด้านสุขภาพ Up-skill และ Re-skill เป็นต้น นอกจากนี้มาตรการ ในการจัดทำระบบฐานข้อมูล กำลังคนด้านสุขภาพที่เป็นเอกภาพ ได้แก่ พัฒนาตัวชี้วัดหลักกำลังคนด้านสุขภาพของประเทศ ที่ครอบคลุม ตลอดช่วงชีวิต (Life cycle) ของกำลังคนด้านสุขภาพ ตั้งแต่การผลิต จนถึงการเข้าสู่ตลาดแรงงานและพัฒนา Digital platform การเชื่อมโยงฐานข้อมูลอย่างบูรณาการ โดยเป็นฐานข้อมูลที่รวมข้อมูลอย่างเป็นระบบทั้ง จำนวน การกระจาย การผลิต การจ้างงาน และการเคลื่อนย้าย ที่ครอบคลุมทั้งภาครัฐภาคเอกชน และมีการ เชื่อมโยงระหว่างฐานข้อมูลผู้ผลิต ผู้ให้บริการทั้งภาครัฐและเอกชน และจะต้องเชื่อมโยงกับระบบฐานข้อมูล ของสภาวิชาชีพ

จากการศึกษาที่ผ่านมาในการกำหนดตัวชี้วัดของประเทศไทยในปี พ.ศ. 2564⁽⁴⁾ มีทั้งหมด 17 ตัวชี้วัด โดยใช้หลักการ AAAQ ได้แก่ 1) มิติความพร้อมพอ (Availability) ทางด้านการผลิต ความหนาแน่น อัตราส่วน ต่อประชากร การเปลี่ยนแปลงตามความต้องการ อัตราการสูญเสีย สัดส่วนของเวลาทำงาน อัตราการหมุนเวียน และจำนวนการคงอยู่ 2) มิติทางด้านการกระจาย (Accessibility) การกระจายของบุคลากรต่อประชากร แต่ละพื้นที่ หรือความหนาแน่นในแต่ละสถานบริการ 3) คุณลักษณะความสามารถการให้บริการ (Acceptability) ความสามารถในการให้บริการ และความพึงพอใจของประชาชน และ 4) คุณภาพ (Quality) กำลังคนด้านสุขภาพ ที่มีคุณภาพ ความรู้ ทักษะ สมรรถนะ มุ่งเน้นทั้ง Hard skill and soft skill ความสามารถในการคิด วิเคราะห์ และสร้างนวัตกรรม รวมถึงอัตราการเข้าสู่วิชาชีพเมื่อจบการศึกษา และสัดส่วนครูผู้สอนต่อนักเรียน นอกจากนี้ สามารถแบ่งตัวชี้วัดออกเป็น 4 กลุ่ม ดังนี้ กลุ่มที่ 1 กระบวนการผลิตบุคลากร จำนวน 6 ตัวชี้วัด กลุ่มที่ 2 การขึ้นทะเบียนผู้ประกอบการวิชาชีพ จำนวน 1 ตัวชี้วัด กลุ่มที่ 3 การเข้าสู่ตลาดแรงงาน จำนวน 9 ตัวชี้วัด ทั้งในเรื่องจำนวนการกระจาย การคงอยู่ และการสูญเสีย และกลุ่มที่ 4 ต้นทุนการผลิตบุคลากรด้านสุขภาพ (Unit cost) แต่เมื่อจัดกลุ่มความเป็นไปได้ของตัวชี้วัด จากการประเมินสถานะของข้อมูล โดยมีองค์ประกอบ 2 ส่วน คือ

ความสมบูรณ์ของข้อมูล ความพร้อมในการรายงานข้อมูลพบเพียง 6 ตัวชี้วัดเท่านั้น ที่มีความพร้อมของข้อมูล โดยเห็นถึงความสำคัญของการในการกำหนดตัวชี้วัดกำลังคนด้านสุขภาพของประเทศ ที่ให้มีความสอดคล้องกับบริบทตามความเป็นจริงในประเทศไทย และสามารถรายงานสถานการณ์กำลังคน การวางแผน การบริหารจัดการกำลังคนอย่างเหมาะสม และมีประสิทธิภาพ รวมถึงพัฒนา Digital platform การเชื่อมโยงฐานข้อมูลให้ทันต่อสถานการณ์ที่อาจมีการเปลี่ยนแปลง ซึ่งยังมีความท้าทายในการเชื่อมโยงข้อมูลในแต่ละหน่วยงาน

สถานการณ์การระบบข้อมูลสารสนเทศด้านกำลังคนสุขภาพ ยังขาดความสมบูรณ์ของข้อมูล และฐานข้อมูลสุขภาพยังกระจาย อยู่ในความรับผิดชอบหลายหน่วยงาน เช่น กระทรวงสาธารณสุข กระทรวงมหาดไทย สภาวิชาชีพ สถาบันการศึกษา เป็นต้น รวมถึงข้อมูลของหน่วยงานเอกชนที่ยังเข้าถึงได้ยาก สาเหตุหลักเกิดจากกลไกนโยบายที่จะเชื่อมโยงและบูรณาการข้อมูลต่างๆ ให้มีความเป็นเอกภาพอย่างเป็นระบบ และความเข้าใจด้านกฎหมาย พ.ร.บ.คุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล ถึงแม้ระบบข้อมูลแต่ละหน่วยงาน มีความแตกต่างกัน แต่ความก้าวหน้าของเทคโนโลยี สามารถเชื่อมโยงฐานข้อมูลในฐานต่างๆ และสามารถต่อยอดจากโครงการบูรณาการข้อมูลสุขภาพของ 4 กระทรวงหลักเดิมที่มีอยู่แล้ว โดยอาศัยชุดข้อมูลตัวชี้วัดที่เป็นมาตรฐาน และจัดทำในหน่วยงานที่มีความเป็นเอกภาพ เพื่อรวบรวมข้อมูลอย่างเป็นระบบทั้งจำนวน การกระจาย การผลิต การจ้างงาน และการเคลื่อนย้าย ที่มีความครอบคลุมทั้งภาครัฐและเอกชน และสามารถเชื่อมข้อมูลทั้งผู้ผลิต ผู้ให้บริการ และสภาวิชาชีพได้ เพื่อความเข้าใจในตลาดแรงงาน (Healthcare market) ของกำลังคนด้านสุขภาพ รวมถึงนโยบาย แผนงาน และมาตรการต่างๆ ในระดับประเทศที่ยังให้ความสำคัญกับการพัฒนาระบบข้อมูลกำลังคนด้านสุขภาพอย่างต่อเนื่อง

ดังนั้นการศึกษาในครั้งนี้ ที่สอดคล้องตามพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 3 ในให้บรรลุเป้าหมายตามธรรมนูญ และเป้าหมายการพัฒนาอย่างยั่งยืน ในการพัฒนาชุดตัวชี้วัดกำลังคนด้านสุขภาพ ที่เป็นปัจจัยหนึ่งที่ส่งผลต่อการเข้าการบริการสุขภาพของประชาชนในทุกกลุ่ม ให้ได้รับการบริการที่มีคุณภาพ และมีมาตรฐานในทุกระดับบริการ

1.2 วัตถุประสงค์

1. เพื่อพัฒนาและจัดทำ “ชุดตัวชี้วัดกำลังคนด้านสุขภาพ” ตามธรรมนูญสุขภาพแห่งชาติที่ได้รับ การยอมรับร่วมกัน เพื่อประโยชน์ในการติดตาม ประเมินผลการดำเนินงาน
2. จัดทำรายงานสถานการณ์ระบบสุขภาพไทย หมวดการผลิตและพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพ
3. เพื่อพัฒนาข้อเสนอแนะเชิงนโยบายและมาตรการต่างๆ จากการวิเคราะห์รายงานสถานการณ์ระบบสุขภาพไทย หมวดการผลิตและพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพ

บทที่ 2

การทบทวนวรรณกรรม

2.1 แนวคิดและองค์ประกอบของระบบสุขภาพ

“สุขภาพ” ตามนิยามขององค์การอนามัยโลก (WHO) คือ “สภาวะแห่งความสมบูรณ์ทางร่างกายจิตใจ และการดำรงชีวิตอยู่ในสังคม ซึ่งมีได้หมายความเฉพาะเพียงแต่การปราศจากโรคและทุพพลภาพเท่านั้น” โดย “ระบบสุขภาพ” ตามนิยามของ WHO หมายถึง ระบบที่ประกอบไปด้วยองค์กร คน และการกระทำ ทั้งหมดที่มุ่งสู่การส่งเสริม ฟื้นฟู หรือรักษาสุขภาพ โดยรวมถึงความพยายามที่จะไปจัดการกับปัจจัยกำหนดสุขภาพ และกิจกรรมต่างๆ ที่นำไปสู่การทำให้สุขภาพดีขึ้น ดังนั้นระบบสุขภาพจึงเป็นมากกว่าสิ่งที่ภาครัฐดำเนินการในเรื่องของการให้บริการด้านสุขภาพต่อประชาชน โดยเป็นเรื่องของการดำเนินงานข้ามภาคส่วนต่างๆ ด้วย

แนวคิดนี้พัฒนามาจาก “กฎบัตรออตตาวาเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ” พ.ศ. 2529 ซึ่งให้ความสำคัญกับการสร้างเสริมสุขภาพแบบองค์รวมที่ต้องอาศัยการมีส่วนร่วมของชุมชนและบทบาทของภาคส่วนต่างๆ ในสังคม WHO ได้ระบุองค์ประกอบสำคัญของระบบสุขภาพไว้ 6 องค์ประกอบ ได้แก่ การให้บริการ กำลังคน ด้านสุขภาพ ระบบสารสนเทศด้านสุขภาพ การเข้าถึงยาจำเป็น การเงินการคลัง และภาวะผู้นำ/การอภิบาล ซึ่งทำให้มีความชัดเจนในทางปฏิบัติของระบบสุขภาพมากขึ้น

ปัจจุบันแนวคิดระดับสากลให้ความสำคัญกับเรื่องของระบบสุขภาพกับการพัฒนาที่ยั่งยืน สอดคล้องต่อเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน ข้อที่ 3 สุขภาพและความเป็นอยู่ที่ดี ระบุว่า เป้าหมายที่ 3 สร้างหลักประกันว่าคนมีชีวิตที่มีสุขภาพดี และส่งเสริมสวัสดิภาพสำหรับทุกคนในทุกวัย (Ensure healthy lives and promote well-being for all at all ages)⁽²⁾ มีความสำคัญต่อการพัฒนาประเทศและการยกระดับความเป็นอยู่ของประชาชน ทั้งในระดับบุคคล ชุมชน ท้องถิ่น ภูมิภาคและประเทศ ผ่านการประชาสัมพันธ์องค์ความรู้ด้านการดูแลสุขภาพ หลีกเลี่ยงพฤติกรรมเสี่ยงต่อความเจ็บป่วย การกระจายบุคลากรด้านสาธารณสุขที่เพียงพอและครอบคลุม การสร้างระบบการบริการสุขภาพที่ทันสมัย เข้าถึงได้และมีคุณภาพ ตลอดจนการเตรียมความพร้อมในการรับมือภาวะฉุกเฉินด้านสาธารณสุข ซึ่งเกิดจากโรคติดต่อและไม่ติดต่อ โรคอุบัติใหม่ อุบัติเหตุ และสาธารณสุขภัยอย่างมีประสิทธิภาพ ความเข้มแข็งของระบบสาธารณสุขไทย สะท้อนให้เห็นจากความก้าวหน้าของการดำเนินงานในหลายมิติ ไม่ว่าจะเป็นการลดลงอย่างต่อเนื่องของอัตราการตายของมารดาซึ่งข้อมูล ณ เดือนเมษายน พ.ศ. 2563 ระบุว่ามียัตราการตายของมารดาที่ 20.24 คน ต่อประชากรแสนคน รวมทั้งอัตราการตายของทารกแรกเกิดที่ลดลง โดยในช่วงปี พ.ศ. 2559 – 2560 อยู่ระหว่าง 3.3 – 3.5 คน ต่อการเกิดมีชีพ 1,000 คน นอกจากนี้จำนวนผู้ติดเชื้อเอชไอวีมีแนวโน้มลดลงอย่างต่อเนื่อง และการเข้าถึงบริการสุขภาพะทางเพศและอนามัยเจริญพันธุ์ของผู้หญิงมีแนวโน้มสูงขึ้น เช่นเดียวกับความครอบคลุมของบริการด้านสุขภาพที่จำเป็น ที่เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 59 ในปี พ.ศ. 2553 เป็นร้อยละ 85 ในปี พ.ศ. 2562 ซึ่งช่วยลดค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพและความเสี่ยงทางการเงินที่เป็นผลจากการเจ็บป่วย อัตราการเสียชีวิตจากโรคไม่ติดต่อยังคงเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตอันดับหนึ่งของคนไทย โดยในปี พ.ศ. 2561 มีจำนวนผู้เสียชีวิตจากมะเร็งมากถึง 114,199 คน และในปี พ.ศ. 2562 มีอัตราการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนน 30.36 คน ต่อประชากร

100,000 คน รวมทั้งอัตราการตายจากสารเคมีและการปนเปื้อนจากแหล่งต่างๆ มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น รวมถึงปัญหามลพิษทางอากาศ และฝุ่นละออง PM2.5 ซึ่งจะส่งผลกระทบต่อสุขภาพของประชาชนทั้งในระยะสั้นและระยะยาว ทั้งนี้สุขภาพเป็นเงื่อนไขอย่างหนึ่งของการพัฒนาอย่างยั่งยืนของเศรษฐกิจ สังคม และสิ่งแวดล้อม ขณะเดียวกันสุขภาพก็จัดเป็นผลลัพธ์และตัวชี้วัดของการพัฒนาอย่างยั่งยืนของเศรษฐกิจ สังคมและสิ่งแวดล้อม ด้วยเช่นกัน โดยเชื่อว่าหากจัดการในเรื่องของปัจจัยที่กำหนดสุขภาพได้ดีในกลุ่มประชากรต่างๆ โดยเฉพาะในกลุ่มประชากรที่ยากจน และเปราะบางแล้ว ก็จะทำให้เกิดสังคมที่ไม่ทิ้งใครไว้ข้างหลัง เป็นธรรม มีสภาพเศรษฐกิจที่พัฒนา และเป็นสังคมสุขภาวะ

2.2 แนวคิดระบบสุขภาพตามพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2550⁽¹⁾ และธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ

“ธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ” คือ กรอบและแนวทางในการกำหนดนโยบาย ยุทธศาสตร์ และการดำเนินงานด้านสุขภาพของประเทศ โดยมีรายละเอียดบัญญัติไว้ใน พ.ร.บ. สุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 ซึ่งเป็น พ.ร.บ. ที่เกิดขึ้นจาก “รายงานระบบสุขภาพประชาชาติ พ.ศ. 2543” มีความมุ่งหมายเพื่อวางกรอบและแนวทางในการกำหนดนโยบาย ยุทธศาสตร์ และการดำเนินงานด้านสุขภาพของประเทศ รวมทั้งมีองค์กรและกลไกเพื่อให้เกิดการดำเนินงานอย่างต่อเนื่องและมีส่วนร่วม อันจะนำไปสู่เป้าหมายการสร้างเสริมสุขภาพ สามารถดูแลแก้ไขปัญหาด้านสุขภาพของประชาชนได้อย่างมีประสิทธิภาพและทั่วถึง

พ.ร.บ. สุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 และธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 3 พ.ศ. 2565 ได้ให้นิยามคำว่า “สุขภาพ” ว่าเป็นภาวะของมนุษย์ที่สมบูรณ์ทั้งทางกาย ทางจิต ทางปัญญา และทางสังคม เชื่อมโยงกันเป็นองค์รวมอย่างสมดุล ส่วน “ระบบสุขภาพ” คือ ระบบความสัมพันธ์ทั้งหมดที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ โดย ธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 3 พ.ศ. 2550 ได้ระบุหลักการสำคัญของระบบสุขภาพไว้โดยสรุปดังนี้:

ระบบสุขภาพนั้น ต้องมองในทุกมิติ คือ กาย จิต ปัญญา และสังคม ซึ่งประกอบไปด้วยทั้งการบริการสุขภาพ และการสร้างเสริมสุขภาพที่รวมถึงการจัดการปัจจัยสังคมที่กำหนดสุขภาพ โดยในแต่ละส่วนต้องมีการดำเนินการเชิงยุทธศาสตร์อย่างมีประสิทธิภาพ (Effectiveness) มีประสิทธิภาพ (Efficiency) และเป็นธรรม (Equity) ด้วยการมีกรอบนโยบายระบบสุขภาพที่ดีหรือมีธรรมาภิบาล โดย 1) การมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน 2) การทำให้เกิดสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการมีสุขภาพดี และ 3) การทำให้เกิดการพัฒนาศักยภาพของมนุษย์ในทุกกลุ่มวัยและทุกระดับ รวมถึงเรื่องอื่นๆ เพื่อที่จะนำไปสู่เป้าหมายระบบสุขภาพที่พึงประสงค์ในระยะ 5 ปี คือ “ระบบสุขภาพที่เป็นธรรม” หรือ Equitable health system เป็นระบบสุขภาพที่มุ่งให้เกิดความเป็นธรรมด้านสุขภาพทางกาย จิต ปัญญา และสังคม กับทุกกลุ่มประชากรตลอดทุกช่วงวัย โดยสามารถลดความเหลื่อมล้ำ ไม่เลือกปฏิบัติ ทั้งในเรื่องระบบการสร้างเสริมสุขภาพ ที่รวมถึงการจัดการปัจจัยสังคมที่กำหนดสุขภาพ และระบบบริการสุขภาพ และที่สำคัญ คือ เป็นระบบสุขภาพที่สามารถแบกรับ ตอบสนอง ปรับตัวปรับเปลี่ยน พื้นตัวได้อย่างทันการณ์ คงอยู่ได้ และสามารถรับการเปลี่ยนแปลงแบบพลิกโฉม โดยสามารถฟื้นตัวเพื่อให้ดำรงอยู่ และพัฒนาให้ดียิ่งขึ้น (Resilience) ไม่ทิ้งใครไว้ข้างหลัง (Inclusiveness/leaving no-one

behind) ยอมรับในความแตกต่าง และมีความยั่งยืน (Sustainability) ซึ่งธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 3 พ.ศ. 2565 นี้ มีความสอดคล้องกับยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี (พ.ศ. 2561 – 2580) และเป้าหมายการพัฒนาอย่างยั่งยืน (Sustainable development goals: SDGs)⁽⁵⁾

ธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 3 พ.ศ. 2565 มีสถานะตามพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 มาตรา 46 และมาตรา 48 ว่าเป็น กรอบและแนวทางในการกำหนดนโยบาย ยุทธศาสตร์ และการดำเนินงานด้านสุขภาพของประเทศ ซึ่งผูกพันหน่วยงานของรัฐและหน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้องที่จะดำเนินการต่อไปตามอำนาจหน้าที่ของตนแล้ว นอกจากนี้ยังมีสถานะในทางปฏิบัติระบุว่า ให้ใช้ธรรมนูญฯ ฉบับที่ 3 พ.ศ. 2565 เป็นข้อมูลอ้างอิงระบบสุขภาพที่พึงประสงค์ของไทย เพื่อให้กลไกที่มีหน้าที่เฉพาะในการติดตามและวิเคราะห์สถานะของระบบสุขภาพไทย สามารถศึกษาและติดตามได้ว่าสถานการณ์ระบบสุขภาพไทยได้ไปถึงเป้าหมายตามที่ระบุไว้ในธรรมนูญฯ ฉบับที่ 3 พ.ศ. 2565 หรือไม่ มีข้อจำกัดอะไรที่ทำให้ไปไม่ถึงเป้าหมาย มีแนวโน้มที่ต้องพึงระวังหรือไม่ อย่างไร ซึ่งจัดเป็นกระบวนการติดตามเชิงรุกที่นำไปสู่การเปลี่ยนแปลง สามารถนำมาพัฒนาเป็นข้อเสนอแนะเชิงนโยบายสำหรับภาคีหรือผู้ที่เกี่ยวข้องได้

2.3 มาตรการสำคัญสู่เป้าหมายระบบสุขภาพที่พึงประสงค์ ที่เกี่ยวข้องกับกำลังคนด้านสุขภาพ

ตามธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 3 พ.ศ. 2565⁽²⁾ โดยมาตรการที่สำคัญนำไปสู่เป้าหมาย โดยมีหลักการที่สำคัญ ได้แก่ 1) กระบวนการนโยบายสาธารณะที่ดี และมีส่วนร่วมของภาคีทุกภาคส่วน ภายใต้บริบทด้านเศรษฐกิจและสังคม 2) การสร้างเสริมสุขภาพและการจัดการปัจจัยที่สังคมที่กำหนดสุขภาพ ด้วยการทำให้สภาพแวดล้อมสนับสนุนที่เอื้อต่อการมีสุขภาพที่ดีอย่างสมดุล มีการพัฒนาศักยภาพบุคคล และชุมชน และ 3) การจัดการระบบบริการสุขภาพที่ให้ความสำคัญกับ กาย จิต ปัญญา และสังคม อย่างสมดุล อย่างมีคุณภาพ มีมาตรฐาน ปลอดภัย มีประสิทธิภาพ และความเป็นธรรมในการเข้าถึงบริการ

โดยกระบวนการนโยบายสาธารณะที่ดี และมีส่วนร่วมของภาคีทุกภาคส่วน ภายใต้บริบทด้านเศรษฐกิจและสังคมนั้น มีการกำหนดเป้าหมาย ในการสร้างเสริมระบบสุขภาพให้เกิดความเป็นธรรม ด้วยกระบวนการนโยบายสาธารณะทางเศรษฐกิจและสังคม คำนึงถึงผลต่อสุขภาพตามหลักทฤษฎีนโยบายห่วงใยสุขภาพ จัดการด้วยธรรมาภิบาลที่ดี และการมีส่วนร่วมที่เท่าเทียมอย่างแท้จริงของทุกภาคส่วน โดยมีมาตรการสำคัญเกี่ยวกับกำลังคนด้านสุขภาพ คือ การสร้างระบบสุขภาพที่เป็นธรรม ผ่านการกำหนดมาตรการ และนโยบายเศรษฐกิจและสังคม ให้เกิดโครงสร้าง กลไก และกระบวนการบริหารจัดการ การจัดหา และการกระจายทรัพยากรที่เป็นธรรมกับทุกคนในสังคม โดยมีส่วนร่วมและการร่วมมือกันในทุกภาคส่วน

แนวทางการวัดผลสำเร็จของระบบสุขภาพที่พึงประสงค์ คือ รายงานการวัดผลสำเร็จและการมีส่วนร่วม มีข้อมูลและสถานการณ์แนวโน้มความเป็นธรรมในระดับสุขภาพ และปัจจัยทางสังคม ข้อมูลและสถานการณ์แนวโน้มความเป็นธรรมในการเข้าถึงบริการสุขภาพ การสร้างเสริม การป้องกัน การควบคุมโรค และการรักษา ข้อมูลการมีส่วนร่วมในกลไกอภิบาล และกำกับคุณภาพ การคุ้มครองผู้บริโภค และมาตรการทางสังคม และมีตัวอย่างในรูปธรรมในการจัดบริการสุขภาพชุมชนเมือง หรือชุมชน และพื้นที่ต้นแบบในการคลี่คลายความขัดแย้งอย่างสร้างสรรค์ และได้ผลในเชิงบวก

เป้าหมายและแนวทางการขับเคลื่อนสาระสำคัญรายหมวดของธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 3 พ.ศ.2565 ประกอบด้วย 12 ประเด็น ได้แก่ 1) การสร้างเสริมสุขภาพ 2) การป้องกันและควบคุมโรค และปัจจัยที่คุกคามสุขภาพ 3) การบริการสาธารณสุข และการควบคุมคุณภาพ 4) การส่งเสริมสนับสนุนในการใช้และการพัฒนาภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพ การแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้าน และแพทย์ทางเลือกอื่นๆ 5) การคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ 6) การสร้างและเผยแพร่องค์ความรู้ด้านสุขภาพ 7) การสื่อสารข้อมูลด้านสุขภาพ 8) การผลิตและการพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพ 9) การเงินการคลังด้านสุขภาพ 10) สุขภาพจิต 11) สุขภาพทางปัญญา และ 12) ระบบสุขภาพชุมชนเมือง

โดยประเด็น การผลิตและการพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพ มีการกำหนดเป้าหมายในระยะ 5 ปี ดังนี้

1. การกระจายบุคลากรระหว่างพื้นที่ที่มีความเป็นธรรม มีกำลังคนด้านสุขภาพที่เพียงพอ ที่มีคุณลักษณะที่เหมาะสมต่อการจัดบริการสุขภาพตามมาตรฐาน และการบริหารจัดการกำลังคนแบบมีส่วนร่วม ตอบสนองต่อการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ ภายใต้ค่าใช้จ่ายที่เหมาะสม และการรักษากำลังคนให้ทำงานอย่างมีประสิทธิภาพและมีความสุข

2. การปรับการทำงานจากการทำงานเชิงกายภาพไปสู่การทำงานแบบดิจิทัล และการกระจายคนจากส่วนกลางไปสู่ระดับพื้นที่ ที่เกิดความยืดหยุ่น ความคล่องตัว และมีประสิทธิภาพและการทำงานที่มุ่งสู่ระบบสุขภาพปฐมภูมิ

3. ระบบการศึกษา การผลิต และการพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพ การพัฒนาศักยภาพ และขีดความสามารถในการผลิต และพัฒนากำลังคนที่ตอบสนองต่อความต้องการของระบบสุขภาพ

4. มีระบบติดตามประเมินผลนโยบายกำลังคนด้านสุขภาพ รวมถึงมีระบบและกลไกในการติดตามและประเมินผลในการดำเนินนโยบายกำลังคนด้านสุขภาพของประเทศที่มีเอกภาพและบูรณาการ และมีมาตรการเพื่อการเปลี่ยนแปลงในการป้องกันและควบคุมโรค ในระยะ 5 ปี ได้แก่

1. สร้างความเข้มแข็งในการบริหารจัดการกำลังคนด้านสุขภาพระดับพื้นที่ ได้แก่ 1) จัดทำระบบอภิบาลเรื่องกำลังคนด้านสุขภาพแบบมีส่วนร่วม 2) วางแผนและบริหารจัดการกำลังคนด้านสุขภาพโดยใช้ปัญหาของพื้นที่เป็นหลัก และ 3) สร้างการมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพจากบุคคล/กลุ่มบุคคล นอกสถานด้านสุขภาพ

2. การปฏิรูประบบการจ้างงานกำลังคนในระบบสุขภาพที่มีความหลากหลาย โดยเฉพาะในภาครัฐ และต้องสอดคล้องกับลักษณะของงานบริการในอนาคต

3. พัฒนารูปแบบการใช้ Digital health ให้มีความสอดคล้องกับหมวดบริการต่างๆ

4. ปรับกลไกการผลิตและการพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพที่สอดคล้องกับความต้องการของประเทศในอนาคต ได้แก่ 1) มุ่งเป้าการผลิตเพื่อตอบสนองความต้องการด้านสุขภาพของประเทศและให้เกิดความเท่าเทียมในการเข้าถึงบริการสุขภาพที่มีคุณภาพ 2) ผลิตกำลังคนด้านสุขภาพในสาขาที่จำเป็น และ 3) สร้างความเข้มแข็งในการเพิ่มศักยภาพของกำลังคนด้านสุขภาพ การพัฒนาสมรรถนะของกำลังคนด้านสุขภาพทั้งในเรื่องการ Up-skill และ Re-skill

5. จัดทำระบบฐานข้อมูลกำลังคนด้านสุขภาพที่เป็นเอกภาพ ได้แก่ 1) พัฒนาตัวชี้วัดหลักกำลังคนด้านสุขภาพของประเทศ โดยตัวชี้วัดหลักจำเป็นต้องครอบคลุมตลอดช่วงชีวิต (Life cycle) ของกำลังคนด้าน

สุขภาพ ตั้งแต่การผลิต จนถึงการเข้าสู่ตลาดแรงงาน และ2) พัฒนา Digital platform การเชื่อมโยงฐานข้อมูล อย่างบูรณาการ โดยเป็นฐานข้อมูลที่รวบรวมข้อมูลอย่างเป็นระบบทั้งจำนวน การกระจาย การผลิต การจ้างงาน และการเคลื่อนย้าย ที่ครอบคลุมทั้งภาครัฐ ภาคเอกชน และมีการเชื่อมโยงระหว่างฐานข้อมูลผู้ผลิต ผู้ให้บริการทั้งภาครัฐ และเอกชน และจะต้องเชื่อมโยงกับระบบฐานข้อมูลของสภาวิชาชีพ โดยการกำหนด ตัวชี้วัดในการดำเนินการจำเป็นต้องมีตัวชี้วัดความสำเร็จในช่วงต่างๆ ดังนี้

ตารางที่ 1.1 การกำหนดตัวชี้วัดในการดำเนินการจำเป็นต้องมีตัวชี้วัดความสำเร็จในช่วงต่างๆ

ตัวชี้วัด	ระยะ 1 ปี	ระยะ 3 ปี	ระยะ 5 ปี
1. มีการกระจายบุคลากร ระหว่างพื้นที่ที่มีความเป็นธรรม	- มีการจัดทำกลไกวางแผนและบริหารจัดการกำลังคนในระดับเขตสุขภาพ	- สัดส่วนความหนาแน่นกำลังคนด้านสุขภาพในสาขาสำคัญระหว่างพื้นที่ กทม. และพื้นที่ที่หนาแน่นน้อยที่สุด ดีขึ้นร้อยละ 20	- สัดส่วนความหนาแน่นกำลังคนด้านสุขภาพในสาขาสำคัญระหว่างพื้นที่ กทม. และพื้นที่ที่หนาแน่นน้อยที่สุด ขึ้นร้อยละ 50
2. ระบบการศึกษา การผลิต และการพัฒนา กำลังคนด้านสุขภาพ สามารถตอบสนองต่อความต้องการของประเทศ	- มีการจัดทำแผนการผลิตกำลังคนด้านสุขภาพร่วมกันระหว่างผู้ผลิต และผู้ใช้งาน ทั้งในภาพรวมประเทศ และระดับพื้นที่		- ดำเนินตามแผนที่วางไว้อย่างสมบูรณ์
3. มีระบบติดตาม ประเมินผลนโยบาย กำลังคนด้านสุขภาพ	- มีการจัดทำตัวชี้วัดหลักกำลังคนด้านสุขภาพ	- มี Digital platform การเชื่อมโยงข้อมูล - มีการเชื่อมโยงข้อมูลระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง	- มีการนำข้อมูลมาวิเคราะห์เพื่อใช้ในการกำหนดนโยบายกำลังคนด้านสุขภาพทั้งในระดับประเทศ และระดับพื้นที่

2.4 เป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน (Sustainable development goals: SDGs)⁽⁶⁾ และปัจจัยสังคมกำหนดสุขภาพ (Social Determinants of Health)⁽⁷⁾

องค์การสหประชาชาติได้จัดทำเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน (Sustainable development goals: SDGs) เพื่อให้ประเทศสมาชิกใช้เป็นกรอบการพัฒนาของโลกเพื่อร่วมกันบรรลุการพัฒนาทางสังคม เศรษฐกิจ และสิ่งแวดล้อมอย่างสมดุลและยั่งยืนโดยไม่ทิ้งใครไว้ข้างหลัง ภายในปี ค.ศ. 2030 (พ.ศ. 2573) ประกอบด้วย 17 เป้าหมายย่อย (SDG Targets) 169 เป้าประสงค์ (Targets) และมี 247 ตัวชี้วัด

หลักการเบื้องหลังของ SDGs การกำหนดเป้าหมายเน้นการพัฒนาที่ครอบคลุม (Inclusive) มุ่งการเปลี่ยนแปลง (Transformative) และบูรณาการ (Integrated) ที่ในแต่ละประเทศต่างมีโจทย์ที่จะต้องนำไปปฏิบัติ แต่ในขณะเดียวกันก็เน้นการนำไปปฏิบัติและแก้ปัญหาในระดับท้องถิ่น (Locally-focused) โดยต้องมีการปรับให้เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่ มีการให้ความหมายแก่เป้าประสงค์ (Targets) และตัวชี้วัด (Indicators) ที่เหมาะสมกับบริบทท้องถิ่น โดยหลักการการขับเคลื่อน SDGs ควรเป็นกระบวนการที่เริ่มจากฐานรากขึ้นสู่ระดับนโยบาย (Bottom-Up) และมีองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเป็นผู้มีบทบาทหลักในการนำ SDGs ไปปฏิบัติ ในการดำเนินการจะต้องเป็นไปในรูปการการบูรณาการ ที่เห็นความเชื่อมโยง (Interlinkage) มุ่งผลลัพธ์ (Outcome-based) และให้ความสำคัญกับคนกลุ่มที่เปราะบาง (Vulnerable people) คนยากจน และคนกลุ่มต่าง ๆ ที่มักถูกทิ้งไว้ข้างหลัง

เป้าหมายที่เกี่ยวข้องกับด้านสุขภาพโดยตรง คือ เป้าหมายที่ 3 สุขภาพและความเป็นอยู่ที่ดี (Health and Well Being) ที่มีการกำหนดเป้าหมายย่อยอีก 13 เป้าหมาย โดยเป้าหมายที่เกี่ยวข้องกับด้านกำลังคนด้านสุขภาพ คือ เป้าหมายย่อย 3C เพิ่มการใช้เงินที่เกี่ยวกับสุขภาพ และการสรรหา การพัฒนา การฝึกฝน และการเก็บรักษากำลังคนด้านสุขภาพในประเทศกำลังพัฒนา โดยเฉพาะอย่างยิ่งในประเทศพัฒนาน้อยที่สุด และรัฐกำลังพัฒนาที่เป็นเกาะขนาดเล็ก และมีตัวชี้วัด คือ ความหนาแน่นและการกระจายตัวของบุคลากรด้านสาธารณสุข

และเพื่อให้เป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน (SDGs) เพื่อที่จะบรรลุความเป็นธรรมด้านสุขภาพ ต้องมีการจัดการปัจจัยสังคมกำหนดสุขภาพ (Social Determinants of Health) ที่เป็นปัญหา โดยองค์การอนามัยโลก (WHO) ให้ความหมายของ ปัจจัยสังคมกำหนดสุขภาพ คือ สภาพแวดล้อมที่บุคคลเกิด เติบโต ทำงานดำรงชีวิตอยู่ ไปจนถึงระบบซึ่งกำหนดเงื่อนไขในชีวิตประจำวัน อาทิ นโยบายและระบบเศรษฐกิจ ภาวะการพัฒนา บรรทัดฐานทางสังคม นโยบายสังคมและระบบการเมือง ซึ่งปัจจัยกำหนดสุขภาพเหล่านี้ มีความเชื่อมโยงกับเป้าหมาย SDGs หลากหลายเป้าหมาย รวมถึงเป้าหมาย SDG3 ด้วย

การกำหนดปัจจัยสังคมกำหนดสุขภาพ ใน 6 ประเด็น ได้แก่ 1) สภาพแวดล้อมการทำงาน รายได้ ความมั่นคงทาง เศรษฐกิจและความเหลื่อมล้ำ 2) การศึกษา 3) สภาพแวดล้อมทางกายภาพ 4) บริบททางสังคมและชุมชน 5) พฤติกรรมสุขภาพ และ 6) การบริการสุขภาพ โดยในประเด็นที่เกี่ยวข้องกับด้านกำลังคนโดยตรง คือ ปัจจัยการบริการสุขภาพ ที่เกี่ยวข้องกับการเข้าถึงบริการสุขภาพ ความสามารถในการจ่ายบริการสุขภาพ และระบบสุขภาพ โดยมีการหนดตัวชี้วัดที่เกี่ยวข้องกับกำลังคน ดังนี้

- 1) สัดส่วนแพทย์ ต่อประชากร 1,000 คน จำแนกตาม เพศ อายุ สถานที่เมือง/ชนบท สาขาเฉพาะทาง สถานที่ปฏิบัติงานหลัก ประเภทให้บริการ สาธารณะ/ส่วนตัว
- 2) สัดส่วนพยาบาลวิชาชีพและพยาบาลผดุงครรภ์ ต่อประชากร 1,000 คน จำแนกตาม เพศ อายุ สถานที่เมือง/ชนบท สาขาเฉพาะทาง, สถานที่ปฏิบัติงานหลัก, ประเภทให้บริการ สาธารณะ/ส่วนตัว
- 3) สัดส่วนกำลังคนด้านสุขภาพ แพทย์ เจ้าหน้าที่พยาบาลวิชาชีพ/พยาบาลผดุงครรภ์ เจ้าหน้าที่ที่คัดสรรมา เจ้าหน้าที่เภสัชกรรม ต่อประชากร 10,000 คน จำแนกตามพื้นที่ และอาชีพ
- 4) สัดส่วนกำลังคนสาธารณสุขในชุมชน ต่อประชากร 10,000 คน จำแนกตาม เพศ อายุ สถานที่เมือง/ชนบท สาขาเฉพาะทาง สถานที่ปฏิบัติงานหลัก ประเภทให้บริการ สาธารณะ/ส่วนตัว
- 5) สัดส่วนสถานพยาบาล ต่อประชากร 10,000 คน (ความหนาแน่นและการกระจายของสถานพยาบาล ตามเขต จังหวัด)
- 6) สัดส่วนเตียงในโรงพยาบาล ต่อประชากร 10,000 คน แยกประเภทให้บริการ สาธารณะ/ส่วนตัว แต่ในการกำหนดแผนการดำเนินการ ยังไม่มีการดำเนินงานที่เกี่ยวข้องกับตัวชี้วัดด้านกำลังคน

2.5 ความเชื่อมโยงของแผนระดับชาติ และนโยบายที่สำคัญของประเทศ

นโยบายของรัฐบาลมีการมุ่งเน้นการยกระดับคุณภาพบริการด้านสาธารณสุขและสุขภาพของประชาชน โดยเน้นความทั่วถึง มีคุณภาพ และประสิทธิภาพในแผนงานด้านสาธารณสุข และแผนงานพัฒนาระบบประกันสุขภาพ แผนป้องกันและลดอุบัติเหตุจราจร แผนงานส่งเสริมวิจัยและพัฒนา จากนโยบายของรัฐบาลมีความสอดคล้องกับแผน และยุทธศาสตร์ที่เกี่ยวข้องกับงานวิจัย มีดังนี้

1) ยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปีทางด้านดิจิทัล⁽⁵⁾

ศักยภาพและคุณภาพของกำลังคนด้านสุขภาพประเทศไทยเป็นปัจจัยที่ทำนายสำคัญต่อการพัฒนาประเทศ เนื่องจากในอนาคตจะมีการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างของประชากรที่มีสัดส่วนประชากรวัยแรงงาน และวัยเด็กลดลง ประชากรผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง และเข้าสู่สังคมสูงวัยอย่างสมบูรณ์ในปี พ.ศ. 2564 และเพิ่มขึ้นระดับสูงในปี พ.ศ. 2574 (การคาดการณ์ประมาณประชากรของประเทศไทย พ.ศ. 2553 - 2583, ศสช.) เป้าหมายหลักของการพัฒนาของประเทศไทยในอีก 20 ปี ข้างหน้า คือ “ประเทศชาติมั่นคง ประชาชนมีความสุข เศรษฐกิจพัฒนาอย่างต่อเนื่อง สังคมเป็นธรรม ฐานทรัพยากรธรรมชาติยั่งยืน” หนึ่งในเป้าหมายของการพัฒนามุ่งเน้นความเท่าเทียม การสร้างโอกาสความเสมอภาคของสังคม และการปรับสมดุลและพัฒนาระบบการบริหารจัดการภาครัฐในการพัฒนาระบบบริหารจัดการกำลังคนและพัฒนาบุคลากรภาครัฐในการปฏิบัติราชการและมีความเป็นมืออาชีพ จากยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี สู่อุทธศาสตร์ของแผนพัฒนาเศรษฐกิจ และสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 12 (พ.ศ.2560-2564)⁽⁸⁾ ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ 2 ให้ความสำคัญเรื่องของการสร้างความเป็นธรรม ลดความเหลื่อมล้ำในสังคม โดยมีเป้าหมายลดความแตกต่างของสัดส่วนกำลังคนด้านสุขภาพระหว่างพื้นที่ เพื่อเพิ่มโอกาสให้กลุ่มประชาชนร้อยละ 40 ที่มีรายได้ต่ำเข้าถึงบริการที่มีคุณภาพของภาครัฐ และให้เกิดการกระจายการให้บริการภาครัฐด้านสาธารณสุขและสวัสดิการที่มีคุณภาพให้ครอบคลุมและทั่วถึง เมื่อครบรอบการดำเนินงาน มีการกำหนดทิศทางตามแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคม

แห่งชาติฉบับที่ 13 (พ.ศ. 2566 - 2570)⁽⁹⁾ ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ 4 ให้ความสำคัญกับประชาชนชาวไทย ได้รับความเป็นธรรม ในการเข้าถึงบริการสุขภาพ โดยมีเป้าหมายสัดส่วนค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพของครัวเรือน ต่อค่าใช้จ่ายสุขภาพทั้งหมดไม่เกินร้อยละ 12 โดยหนึ่งในกลยุทธ์ที่ใช้ในการพัฒนา คือ บริหารจัดการบุคลากรทางการแพทย์ให้สอดคล้องกับระบบบริการสุขภาพ ได้แก่ การสนับสนุนภาคเอกชนมีส่วนร่วมในการผลิตและพัฒนาบุคลากรทางการแพทย์ สนับสนุนการเปิดรับบุคลากรจากต่างประเทศ และส่งเสริมการกระจายกำลังคนด้านสุขภาพ ในการพัฒนากลไกระบบทุนเวียนกำลังคนให้รองรับในเชิงพื้นที่ ภาระงาน และสาขาที่ขาดแคลน

2) นโยบายและแผนระดับชาติว่าด้วยการพัฒนาดิจิทัลเพื่อเศรษฐกิจและสังคม (พ.ศ. 2561 – 2580)⁽¹⁰⁾

สถานการณ์การพัฒนาด้านดิจิทัลและโครงสร้างพื้นฐานดิจิทัลของประเทศไทย มีจุดอ่อนทางด้านการเข้าถึง และการใช้งานในภาครัฐและภาคประชาชน ความพร้อมของภาครัฐ ประเทศไทยได้รับการจัดอันดับในปี พ.ศ. 2557 จากการรายงานของ UN E - Government readiness ranking 2014 อยู่ในอันดับที่ 102 (คะแนน 0.4631) จากทั้งหมด 193 ประเทศ พบการใช้ประโยชน์จากเทคโนโลยีสารสนเทศในภาครัฐต่ำ ระบบสารสนเทศภาครัฐยังไม่ได้รับการบูรณาการเชื่อมโยงระหว่างหน่วยงานมากเท่าที่ควร ซึ่งการใช้ข้อมูลร่วมกันระหว่างหน่วยงานภาครัฐยังเป็นไปได้ยาก เนื่องจากรูปแบบการจัดเก็บข้อมูลภาครัฐค่อนข้างมีความซ้ำซ้อน ข้อมูลขาดความเป็นเอกภาพจึงส่งผลให้ใช้เวลาในการบริการและเกิดค่าใช้จ่ายสูง และไม่ก่อให้เกิดการเพิ่มคุณค่าแก่ทั้งภาครัฐและภาคประชาชน

3) แผนปฏิรูปประเทศด้านสาธารณสุข

สภาขับเคลื่อนการปฏิรูปประเทศ (สปท.) มีข้อเสนอทางการปฏิรูประบบสาธารณสุข ในการขับเคลื่อนต่อจากสภาปฏิรูปแห่งชาติ (สปช.) ส่วนหนึ่งของประเด็นทางด้านกำลังคนด้านสุขภาพ มีข้อเสนอให้เกิดการหมุนเวียนของบุคลากรทุกสาขาวิชาชีพในกลุ่มบริการปฐมภูมิ (Primary care cluster) อีกทั้งมีการพัฒนาและใช้ศักยภาพของบุคลากรสาธารณสุขที่มีอยู่ร่วมในการจัดระบบบริการ มีการวางแผนการพัฒนาและผลิตบุคลากร และมีมาตรการในการธำรงรักษาบุคลากรให้คงอยู่ในระบบได้ ประเด็นปฏิรูปที่เกี่ยวข้องมีทั้งหมด 2 ประเด็น ดังนี้ ประเด็นปฏิรูปที่ 2 ด้านระบบเทคโนโลยีและสารสนเทศสุขภาพมีเป้าหมายมุ่งให้ผู้บริหารในภาคส่วนต่างๆ มีการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศในการวิเคราะห์วางแผน และพัฒนาการจัดบริการให้มีคุณภาพที่ดียิ่งขึ้น มีการพัฒนากำลังคนด้านสารสนเทศสุขภาพ การพัฒนาข้อมูลบุคลากรสุขภาพ และวิชาชีพสุขภาพ โดยแต่ละภาคส่วนควรมีการเชื่อมโยงข้อมูลสารสนเทศที่สนับสนุนให้เกิดระบบบริการแบบไร้รอยต่อมีกลไกอภิบาลระบบเทคโนโลยีสารสนเทศระดับชาติกลางด้านการบริหารทรัพยากรบุคคล และมีมาตรฐานข้อมูลสุขภาพในทุกมิติ เพื่อให้ระบบสารสนเทศต่างๆ สามารถทำงานร่วมกัน ให้เกิดการแลกเปลี่ยนข้อมูลกันได้ และเป็นประโยชน์ต่อการบริการ การบริหารจัดการ และการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง และประเด็นปฏิรูปที่ 3 กำลังคนด้านสุขภาพ โดยมีเป้าหมายระยะกลาง มุ่งเน้นการสร้างระบบข้อมูลสารสนเทศระดับชาติ ในการรวบรวมข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับบุคลากรอย่างเป็นระบบ ทั้งด้านจำนวน การกระจาย การผลิต การจ้างงานและการเคลื่อนย้ายเพื่อสร้างความเข้าใจในสภาพตลาดแรงงานของบุคลากรสุขภาพ (Health

labourmarket) โดยครอบคลุมสถานบริการทั้งภาครัฐและภาคเอกชน เพื่อสามารถนำข้อมูลไปใช้ในการบริหารจัดการ และกำหนดนโยบายในทุกระดับ ตั้งแต่ระดับหน่วยงาน จังหวัด เขต และประเทศ

4) แผนพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพแห่งชาติ ระยะ 10 ปี (พ.ศ.2561 - 2570)⁽¹¹⁾

แผนพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพแห่งชาติ ระยะ 10 ปี (พ.ศ.2561 - 2570) กล่าวว่า ระบบสุขภาพของประเทศไทยในปัจจุบันกำลังเผชิญกับความเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วทั้งทางด้านการเปลี่ยนแปลงของรูปแบบประชากรเข้าสู่สังคมสูงวัย ภาวะความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะวิกฤตจากสาธารณสุข ทรัพยากรและงบประมาณจากส่วนกลางมีการจำกัดจากความไม่ความไม่มั่นคงทางการเมือง บทบาทของปัจจัยในบริบทของประเทศที่มีพรมแดนติดต่อกันมีความสำคัญมากขึ้น มีความเหลื่อมล้ำที่ถือเป็นปัญหาสำคัญ และท้าทายต่อการแก้ไขปัญหา รวมไปถึงเทคโนโลยีสารสนเทศทางด้านสุขภาพสามารถนำไปสู่การบริหารจัดการระบบสุขภาพได้ดียิ่งขึ้น จากผลกระทบที่อธิบายในขั้นต้น หน่วยงานภาครัฐที่เกี่ยวข้องจำเป็นต้องดำเนินการจัดการปัญหาดังกล่าวเพื่อที่จะตอบสนองการเปลี่ยนแปลงปัจจัยต่างๆ ในการส่งเสริม ป้องกัน รักษา และฟื้นฟูสุขภาพของประชาชนไทย

คณะกรรมการกำลังคนด้านสุขภาพแห่งชาติแต่งตั้ง “คณะอนุกรรมการพัฒนาแผนยุทธศาสตร์ทศวรรษกำลังคนด้านสุขภาพ พ.ศ. 2560 - 2569” จากการยอมรับร่วมกันในหลากหลายภาคส่วน หลักการสำคัญของแผนพัฒนากำลังคนฯ แผนที่ 4 มีความสอดคล้องกับงานวิจัยนี้ เนื่องจากมีวัตถุประสงค์ในการพัฒนาระบบข้อมูลสารสนเทศดิจิทัลกำลังคนด้านสุขภาพที่เป็นเอกภาพ และมีประสิทธิภาพ เพื่อแก้ไขปัญหาการขาดการบูรณาการข้อมูลของแต่ละภาคส่วนอย่างเป็นระบบ ขาดมาตรฐานข้อมูล ส่งผลให้ไม่สามารถเข้าถึงข้อมูลและใช้ประโยชน์ในเชิงการวางแผนระดับนโยบายได้ โดยมุ่งเน้นการสร้างตัวชี้วัดกำลังคนด้านสุขภาพ (HRH Core Indicator) สำหรับการกำกับและติดตามกำลังคนด้านสุขภาพ รวมไปถึงกำหนดมาตรฐานสำหรับผู้ให้บริการด้านสุขภาพ (National provider identifier : NPI)

5) ยุทธศาสตร์เทคโนโลยีสารสนเทศสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข (พ.ศ. 2560 - 2569)⁽¹²⁾

กระทรวงสาธารณสุขมีเป้าหมายในการนำความสามารถของเทคโนโลยีดิจิทัลมาใช้ประโยชน์สำหรับการพัฒนาประเทศให้สอดคล้องกับโมเดลประเทศไทย 4.0 โดยการขับเคลื่อนระบบสุขภาพด้วย E - health มีวิสัยทัศน์ในการสร้างและพัฒนาโครงสร้างพื้นฐานทางการแพทย์เพื่อผลักดันให้ประเทศไทยเป็น Medical hub ของอาเซียนภายในปี พ.ศ. 2568 โดยมี 2 กรอบยุทธศาสตร์ที่เกี่ยวข้องคือ ด้านบุคลากรเป็นเลิศ (People excellence) เน้นการสร้างศักยภาพบุคลากรสาธารณสุขให้มีความเป็นเลิศทุกด้าน มีการวางแผนกำลังคนด้านสุขภาพ การผลิตและพัฒนากำลังคน การพัฒนาประสิทธิภาพระบบบริหารจัดการกำลังคนด้านสุขภาพ และการพัฒนาเครือข่ายภาคประชาชนและภาคประชาสังคมด้านสุขภาพ และในด้านของการบริหารเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล (Governance excellence) มุ่งเน้นการพัฒนาการบริหารจัดการต่างๆ ให้มีประสิทธิภาพ โดยเฉพาะทางด้านข้อมูลและระบบสารสนเทศ (Information technology) หนึ่งในปัญหาของประเทศไทย พบว่า ขาดหน่วยงานระดับประเทศในการกำหนดยุทธศาสตร์ วางกรอบการพัฒนา และขึ้นนำระบบสารสนเทศสุขภาพ

6) พระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. 2562⁽¹³⁾

มาตรา 47 วรรคหนึ่ง ของรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย บัญญัติให้บุคคลย่อมมีสิทธิได้รับบริการสาธารณสุขของรัฐ และมาตรา 55 บัญญัติให้รัฐต้องดำเนินการให้ประชาชนได้รับบริการสาธารณสุขที่มีประสิทธิภาพอย่างทั่วถึง โดยหนึ่งในข้อบัญญัติให้ดำเนินการปฏิรูปประเทศโดยให้มีระบบการแพทย์ปฐมภูมิที่มีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวดูแลประชาชนในสัดส่วนที่เหมาะสม ทั้งนี้เพื่อให้เกิดการบริหารจัดการระบบสุขภาพปฐมภูมิที่เป็นธรรม และให้ประชาชนชาวไทยได้รับการบริการที่มีประสิทธิภาพทั่วประเทศ

2.6 กำลังคนด้านสุขภาพ

นิยามของกำลังคนด้านสุขภาพ อ้างอิงจาก สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข คือ บุคคลที่มีบทบาทในด้านการส่งเสริม รักษา ป้องกัน พิษฟู และคุ้มครองผู้บริโภค (รวมกลุ่มวิชาชีพต่างๆ สายสนับสนุนด้านการแพทย์แผนไทย ภูมิปัญญา หมอพื้นบ้าน แพทย์ทางเลือก อาสาสมัครสาธารณสุข แกนนำและเครือข่ายสุขภาพ) ซึ่งอยู่ในภาครัฐ ภาคเอกชน และชุมชน งานวิจัยชิ้นนี้มุ่งเน้นที่ บุคลากรสาธารณสุขสายงานหลัก หมายถึง บุคลากรสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานตามบทบาทภารกิจหลักของกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งเป็นกลุ่มที่มีสภาวิชาชีพรองรับ

บุคลากรด้านสาธารณสุข เป็นทรัพยากรที่มีความสำคัญในระบบสุขภาพ โดยทางองค์การอนามัยโลก (World health organization) ได้กำหนดให้เป็นหนึ่งใน 6 องค์ประกอบของระบบสุขภาพ โดยถือว่าเป็นปัจจัยในการกำหนดความสำเร็จและความล้มเหลวในการดำเนินงานด้านสุขภาพ ทั้งนี้ระบบสุขภาพมิได้ดำเนินการภายใต้บุคลากรด้านสาธารณสุขที่มีกฎหมาย ระเบียบ หรือข้อกำหนดรองรับเท่านั้น แต่ยังคงครอบคลุมถึงกำลังคนด้านสุขภาพอื่นๆ ที่แม้ยังไม่มีกฎหมาย หรือระเบียบต่างๆ รองรับ แต่สามารถร่วมให้บริการด้านสาธารณสุขโดยเฉพาะในเรื่องบริการปฐมภูมิ งานส่งเสริมสุขภาพ ควบคุมป้องกันโรค ในระดับครอบครัวและชุมชน ได้อย่างผสมผสาน และมีประสิทธิภาพ โดยธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 3 พ.ศ. 2565 ได้เรียกบุคลากรทั้งสองกลุ่มนี้ว่า “กำลังคนด้านสุขภาพ” ซึ่งปัจจุบันพบว่ามีปัจจัยต่างๆ ที่ส่งผลกระทบต่อเรื่องกำลังคนด้านสุขภาพของไทย ซึ่งล้วนนับเป็นความท้าทายต่อการผลิตและพัฒนา กำลังคนด้านสุขภาพไทยทั้งสิ้น ได้แก่ 1) โครงสร้างและลักษณะประชากร 2) ลักษณะทางเศรษฐกิจ 3) ระบาดวิทยาของโรค 4) ลักษณะทางสังคม 5) โครงสร้างเชิงกายภาพ 6) โลกาภิวัตน์ 7) กลไกการกำกับดูแล 8) เทคโนโลยี และ 9) ระบบข้อมูลข่าวสารกำลังคนด้านสุขภาพ

ดังนั้นจากความท้าทายข้างต้น จะทำอย่างไรเพื่อให้ประเทศไทยมีการกระจายบุคลากรระหว่างพื้นที่ที่มีความเป็นธรรม มีการปรับการทำงานจากเชิงกายภาพสู่การทำงานแบบดิจิทัล มีระบบการศึกษา การผลิต และการพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพที่ตอบสนองต่อความต้องการของประเทศ และมีระบบติดตามประเมินผลนโยบายกำลังคนด้านสุขภาพ ซึ่งเหล่านี้ล้วนเป็นเป้าหมายที่ระบุไว้ในธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 3 พ.ศ. 2565

นอกจากนี้ ธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 3 พ.ศ. 2565 ยังได้มีการระบุนโยบายการเพื่อการเปลี่ยนแปลงในเรื่องกำลังคนด้านสุขภาพ ในระยะ 5 ปี ไว้อีกด้วย ดังนี้ 1) การสร้างความเข้มแข็ง

ในการบริหารจัดการกำลังคนด้านสุขภาพระดับพื้นที่ 2) การปฏิรูประบบการจ้างงานกำลังคนในระบบสุขภาพที่มีความหลากหลาย 3) การพัฒนารูปแบบการใช้ Digital health 4) การปรับกลไกการผลิตและการพัฒนา กำลังคนด้านสุขภาพที่สอดคล้องกับความต้องการของประเทศในอนาคต และ 5) การจัดทำระบบฐานข้อมูล กำลังคนด้านสุขภาพที่เป็นเอกภาพตลอดจนยังมีการกำหนดแนวทางการวัดผลสำเร็จของเรื่องกำลังคนด้านสุขภาพไว้ทั้งในระยะ 1 ปี 3 ปี และ 5 ปี อีกด้วย

2.7 รายงานสถานการณ์ระบบสุขภาพไทย

ตามมาตรา 25(5) และ มาตรา 27(3) แห่งพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 กำหนดให้ คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ มีหน้าที่และอำนาจกำหนดหลักเกณฑ์และวิธีการในการติดตามและประเมินผล เกี่ยวกับระบบสุขภาพแห่งชาติ และให้ สช. มีหน้าที่และอำนาจสำรวจ ศึกษา และวิเคราะห์ข้อมูลต่างๆ รวมทั้ง สถานการณ์ของระบบสุขภาพ เพื่อจัดทำเป็นรายงานหรือเพื่อประโยชน์ในการดำเนินการตามพระราชบัญญัตินี้ ปัจจุบันประเทศไทยมีการจัดทำรายงานสถานการณ์ระบบสุขภาพไทยที่สำคัญๆ อยู่ 3 รายการ ได้แก่

(1) **การสาธารณสุขไทย (Thailand Health Profile)** จัดทำทุก 2-3 ปี หรือห่างกว่านี้ โดย กองยุทธศาสตร์และแผนงาน (กยผ.) กระทรวงสาธารณสุข โดยมีการรายงานสถานการณ์ตามดัชนีชี้วัด สภาวะสุขภาพของคนไทยโดยละเอียด แต่พบว่าตัวชี้วัดที่ใช้ติดตามและรายงานยังมีไม่ครบถ้วนตามหมวดหมู่ ระบบสุขภาพตามธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติที่ระบุไว้ในพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550

(2) **การประเมินสมรรถนะระบบสุขภาพของประเทศไทย (Health at a glance thailand)** ⁽¹⁴⁾ จัดทำทุก 2 ปี โดย กยผ. กระทรวงสาธารณสุข ซึ่งเพิ่งเริ่มทำปี พ.ศ. 2563 - 2564 (ปี พ.ศ. 2565 - 2566 ระหว่างการจัดทำ) เป็นการประเมินสมรรถนะระบบสุขภาพของประเทศไทยในภาพรวม โดยนำแนวคิด ในการประเมินผลลัพธ์ด้านสุขภาพขององค์กรระหว่างประเทศมาประยุกต์ใช้เพื่อประเมินสมรรถนะระบบ สุขภาพของประเทศไทย พร้อมทั้งเปรียบเทียบผลลัพธ์ด้านสุขภาพของประเทศไทยกับกลุ่มประเทศอาเซียน และค่าเฉลี่ยของประเทศกลุ่มองค์การความร่วมมือทางเศรษฐกิจและการพัฒนา (Organisation for economic co-operation and development: OECD) ใน 5 มิติสุขภาพ ได้แก่ สถานะสุขภาพ ปัจจัยเสี่ยง สุขภาพ การเข้าถึงบริการ คุณภาพการดูแล และทรัพยากรด้านสุขภาพ โดยนำดัชนีชี้วัดสุขภาพของกลุ่ม ประเทศ OECD มาใช้ทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ จำนวนรวมทั้งหมด 193 ตัวชี้วัด ทำให้สามารถวิเคราะห์ ผลลัพธ์ด้านสุขภาพของประเทศไทยเทียบกับค่าเฉลี่ยกลุ่มประเทศ OECD และประเทศสมาชิกในภูมิภาค อาเซียนได้ ซึ่งพบว่าเนื้อหาและตัวชี้วัดเน้นเป็นสถานการณ์ด้านการแพทย์และสาธารณสุขเท่านั้น

(3) **รายงานสุขภาพคนไทย (Thai health)** ⁽¹⁵⁾ จัดทำทุกปี โดยสถาบันวิจัยประชากรและ สังคม มหาวิทยาลัยมหิดล ร่วมกับ สสส. เป็นรายงานที่มีการกำหนดกรอบเนื้อหาหลัก หรือ “อรรถบท” (Theme) เรื่องของแต่ละปี และแบ่งเนื้อหาออกเป็นหมวดตัวชี้วัด ซึ่งในแต่ละปีจะมีหมวดตัวชี้วัดที่แตกต่างกัน ออกไปขึ้นอยู่กับอรรถบทของเล่ม เช่น ปี พ.ศ. 2566 เป็นหมวดตัวชี้วัด “ปัจจัยสังคมกำหนดสุขภาพ” (Social determinants of health: SDH) และ ปี พ.ศ. 2565 เป็นหมวดตัวชี้วัด “ผลกระทบโควิด-19 ต่อสุขภาพคนไทย”

สำหรับเนื้อหาในส่วนอื่นๆ นั้น แบ่งออกเป็นสถานการณ์เด่นทางสุขภาพ (เสนอประเด็นที่อยู่ในความสนใจของสังคม) ผลงานดีๆ เพื่อสุขภาพคนไทย และเรื่องพิเศษประจำฉบับ

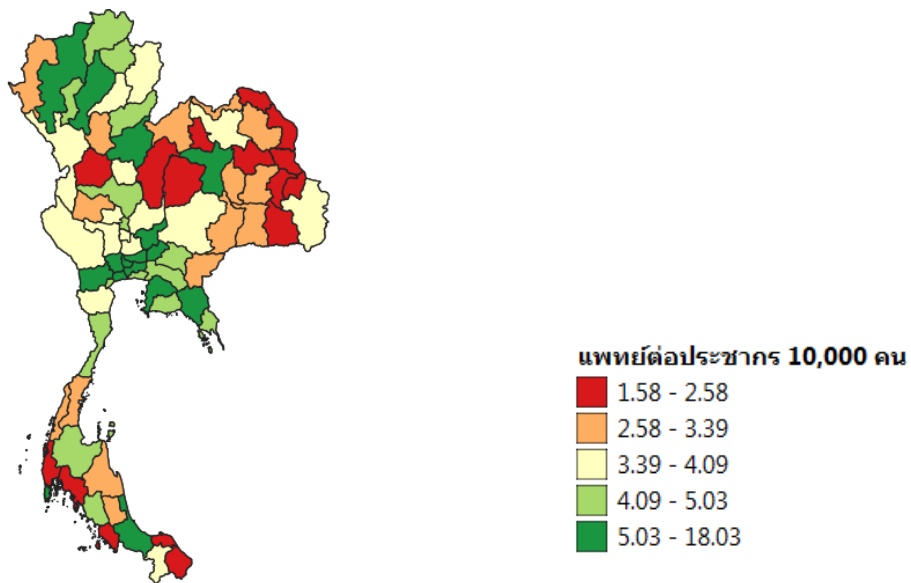
จะเห็นได้ว่า ปัจจุบันประเทศไทยมีการพัฒนาตัวชี้วัดด้านสุขภาพขึ้นมาหลายตัว แต่อาจไม่ครอบคลุมในทุกมิติตามนิยาม “สุขภาพ” ในปัจจุบัน และไม่ได้ครอบคลุมในทุกสาระหมวดตามธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 3 พ.ศ. 2565 ซึ่งตีกรอบครอบคลุมสุขภาพในทุกมิติ และอิงกับเรื่องเป้าหมายระบบสุขภาพที่เป็นธรรม ดังนั้น หากมีการพัฒนาชุดตัวชี้วัดระบบสุขภาพไทยของประเทศ ที่ได้รับการยอมรับร่วมกัน โดยมีการอ้างอิงหมวดหมู่ระบบสุขภาพอย่างน้อยตามที่ระบุไว้ในพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 และธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 3 พ.ศ. 2565 ซึ่งเป็นขอบเขตระบบสุขภาพที่มองในทุกมิติ ทั้งกาย จิต ปัญญา และสังคม ซึ่งมีหมวดเรื่องกำลังคนด้านสุขภาพรวมอยู่ด้วย และสามารถนำชุดตัวชี้วัดที่พัฒนาขึ้นไปใช้ประโยชน์ในการติดตาม ประเมิน และจัดทำรายงานสถานการณ์ระบบสุขภาพไทยได้อย่างต่อเนื่อง ตลอดจนคาดหวังให้หน่วยงาน องค์กร และผู้ที่เกี่ยวข้องสามารถนำมาใช้ประโยชน์ในการพัฒนาข้อเสนอแนะเชิงนโยบายและมาตรการต่างๆ สำหรับการดำเนินงานของระบบสุขภาพไทยไปสู่เป้าหมายระบบสุขภาพที่พึงประสงค์ทั้งรายหมวดหมู่ รายพื้นที่ และในภาพรวมได้ก็จะเป็นสิ่งที่ดีมาก

2.8 รายงานสถานการณ์ความหนาแน่นและการกระจายตัวของบุคลากรสาธารณสุข

ด้านความหนาแน่นของบุคลากรสาธารณสุข ในรูปแบบของอัตราส่วนบุคลากรสาธารณสุขต่อประชากร⁽¹⁶⁾ โดยรวมมีแนวโน้มที่ดีขึ้น ในช่วงระยะเวลา 9 ปี ระหว่างปี พ.ศ. 2554 - 2562 โดยในปี พ.ศ. 2562 อัตราส่วนแพทย์ต่อประชากร 10,000 คน เพิ่มขึ้นร้อยละ 51 เมื่อเทียบกับปี พ.ศ. 2554 อัตราส่วนทันตแพทย์ต่อประชากร 10,000 คน เพิ่มขึ้นร้อยละ 38 อัตราส่วนเภสัชกรต่อประชากร 10,000 คน เพิ่มขึ้นร้อยละ 47 อัตราส่วนพยาบาลวิชาชีพต่อประชากร 1,000 คน เพิ่มขึ้นร้อยละ 32 ทั้งนี้ หากเปรียบเทียบกับเกณฑ์ขั้นต่ำที่กำหนดโดยองค์การอนามัยโลก ที่กำหนดให้แพทย์ รวมกับพยาบาล และพยาบาลผดุงครรภ์ มีอัตราส่วนขั้นต่ำ 4.45 ต่อประชากร 1,000 คน จะพบว่าหากรวมแพทย์และพยาบาลวิชาชีพเข้าด้วยกัน จะมีอัตราส่วนรวมกันประมาณ 3.3 ต่อประชากร 1,000 คน หากรวมพยาบาลเทคนิค (ในปี พ.ศ. 2562 มีจำนวน 4,449 คน หรือ 0.07 ต่อประชากร 1,000 คน) จะเพิ่มเป็น 3.37 ต่อประชากร 1,000 คน (นับเฉพาะที่ทำงานในสถานพยาบาลรัฐและโรงพยาบาลเอกชน

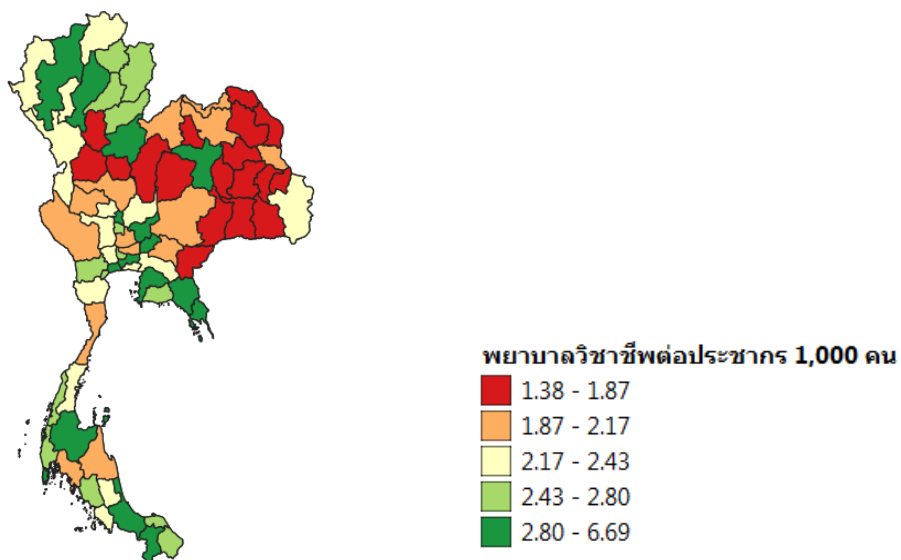
ด้านการกระจายยังมีความแตกต่างกันระหว่างภูมิภาค โดยเฉพาะในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ที่ยังมีอัตราส่วนบุคลากรต่อประชากรที่ต่ำกว่าภูมิภาคอื่นอยู่ แต่แนวโน้มของความแตกต่างดังกล่าวดีขึ้นกว่าในอดีตที่ผ่านมา โดยหากไม่นับรวมกรุงเทพมหานคร ความแตกต่างของอัตราส่วนบุคลากรต่อประชากร ระหว่างภาคที่มีอัตราส่วนต่อประชากรดีที่สุด กับภาคตะวันออกเฉียงเหนือ มีความแตกต่างกัน 1.4 - 1.6 เท่า ในปี พ.ศ. 2562 โดยภาคกลาง ภาคเหนือ และภาคใต้ มีอัตราส่วนบุคลากรต่อประชากร ที่ค่อนข้างใกล้เคียงกัน การแก้ไขปัญหาด้านการกระจาย จึงควรเน้นไปที่จังหวัดและเขตที่มีอัตราส่วนบุคลากรต่อประชากรที่ต่ำกว่าพื้นที่อื่น ภายใต้สมมติฐานที่ว่าความต้องการบริการสุขภาพ มีความใกล้เคียงกันระหว่างภูมิภาค ทั้งนี้

จากข้อมูลทั้งด้านความหนาแน่น และการกระจายของบุคลากรด้านสุขภาพ จึงควรเร่งในการออกแบบตัวชี้วัดหลัก เพื่อตั้งเป็นค่าเป้าหมายในการขับเคลื่อนเพื่อแก้ไขประเด็นปัญหาดังกล่าวระดับประเทศ



*หมายเหตุ แบ่งเขตสีเป็น 5 ชั้น แบบ Quantile (จำนวนจังหวัดเท่ากันในแต่ละชั้น)

ภาพที่ 2.1 แผนที่อัตราส่วนแพทย์ต่อประชากร 10,000 คน รายจังหวัด

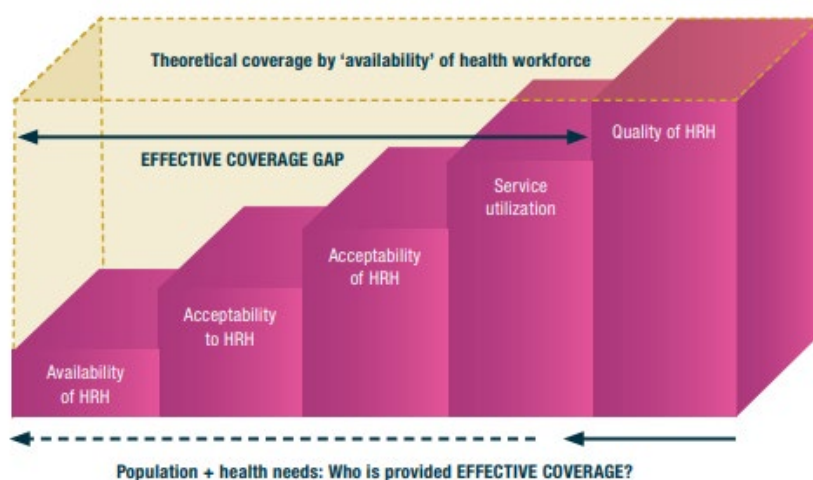


*หมายเหตุ แบ่งเขตสีเป็น 5 ชั้น แบบ Quantile (จำนวนจังหวัดเท่ากันในแต่ละชั้น)

ภาพที่ 2.2 แผนที่อัตราส่วนพยาบาลวิชาชีพต่อประชากร 1,000 คน รายจังหวัด

2.9 แนวคิดตัวชี้วัดหลักกำลังคนด้านสุขภาพ

ยุทธศาสตร์กำลังคนด้านสุขภาพโลก (Global strategy on human resources for health workforce 2030)⁽¹⁷⁾ จากการประชุมสมัชชาสุขภาพโลก ครั้งที่ 66 องค์การอนามัยโลกมีการยกประเด็นสำคัญว่าด้วยเรื่องกลยุทธ์ระดับโลกสำหรับกำลังคนด้านสุขภาพ หลากหลายภูมิภาคได้มีการรวบรวมข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับกรอบตลาดแรงงานที่ครอบคลุมหลักประกันสุขภาพ (Universal health coverage) เนื่องจากกำลังคนถือเป็นศูนย์กลางของการให้บริการด้านสุขภาพ มีเป้าหมายหลักเพื่อพัฒนาทางด้านสุขภาพ เศรษฐกิจ และสังคมให้ตรงตามมาตรฐานสากล ได้รับการยอมรับการเสริมสร้างระบบสุขภาพ และดำเนินการตามนโยบายอย่างมีประสิทธิภาพ



Source: Campbell et al., 2013.

ภาพที่ 2.3 มาตรฐานการให้บริการทางด้านสุขภาพ

มุ่งเน้นการปรับปรุงการให้บริการทางด้านสุขภาพ บุคลากรด้านสุขภาพควรตระหนักถึงมาตรฐานสำหรับการให้บริการ เช่น ความพร้อม การเข้าถึง การยอมรับ และด้านคุณภาพที่ประชาชนต้องการอย่างครอบคลุม ดังรูปภาพที่ 2.3 โดยวัตถุประสงค์ของกลยุทธ์ระดับโลก มีนโยบายสำหรับประเทศสมาชิกและสำหรับภาคีเครือข่ายต่างๆ ที่เกี่ยวข้องเพิ่มประสิทธิภาพของกำลังคนด้านสุขภาพให้เกิดความก้าวหน้าเพื่อไปสู่ UHC และ SDGs โดยมีแผน ดังนี้ 1) ภายในปี ค.ศ. 2020 แต่ละประเทศจะได้รับการรับรองสถาบันที่มีการฝึกอบรมทางด้านสุขภาพ 2) ภายในปี ค.ศ. 2030 ลดความเหลื่อมล้ำในการเข้าถึงการบริการ และ 3) ภายในปี ค.ศ. 2030 มีการปรับปรุงหลักสูตรการอบรมทางการแพทย์ พยาบาล และสถาบันฝึกอบรมผู้เชี่ยวชาญทางด้านสุขภาพอย่างสมบูรณ์ในทุกประเทศ

องค์การแรงงานระหว่างประเทศ (International labour organization: ILO) มีมาตรฐานหลักด้านแรงงานระหว่างประเทศ ซึ่งอยู่ในปฏิญญาองค์การแรงงานระหว่างประเทศว่าด้วยหลักการและสิทธิพื้นฐานในการทำงาน ซึ่งมาตรฐานแรงงานระหว่างประเทศส่งผลกับกฎหมายและแนวทางปฏิบัติในประเทศ

ต่างๆ รวมถึงได้เขียนข้อเสนอถึงการแก้ไขการจําตราฐานสากลตามประเภทของอาชีพ เพื่อสร้างความชัดเจนทางด้านแรงงาน และวิชาชีพที่เกี่ยวข้องกับทางด้านสุขภาพ ซึ่งจะสามารถนำมาสู่ค่าจํากััดความที่สะท้อนถึงความสามารถของผู้ปฏิบัติงานและงานที่ปฏิบัติ เป็นเครื่องมือสำหรับการติดตามข้อมูลบุคลากรด้านสุขภาพ และกรอบการดำเนินงานขององค์การอนามัยโลก (WHO, 2010) ดังนี้

1. การกำหนดรหัสสากลทางด้านวิชาชีพ

เพื่อสร้างเสริมกรอบการทำงานอย่างครอบคลุมในการส่งเสริมหลักการปฏิบัติทางด้านจริยธรรม และการย้ายถิ่นฐานของบุคลากรด้านสุขภาพ เสริมสร้างความเข้มแข็งภายในระบบสุขภาพแห่งชาติ รวมถึงข้อกำหนดทางด้านข้อมูลสำหรับการติดตามการย้ายถิ่นระหว่างประเทศ รหัสที่ได้รับการออกแบบร่วมกันจากกลุ่มสมาชิก ถือเป็นกรอบการทำงานอย่างต่อเนื่องในการทำงานร่วมกันระดับโลก

2. ชุดมาตรฐานข้อมูลขั้นต่ำสำหรับการระบุตัวบุคคล

เครื่องมือสำหรับการพัฒนาระบบฐานข้อมูล ซึ่งจำเป็นต้องสร้างเพื่อให้เกิดความสอดคล้องระหว่างระบบฐานข้อมูลใหญ่ของหน่วยงาน ได้มาซึ่งความพร้อมของข้อมูลสำหรับการกำกับ ติดตาม และประเมินผลกำลังคนด้านสุขภาพ

3. การเพิ่มกำลังคนด้านสุขภาพในพื้นที่ห่างไกล และการรักษาให้คงอยู่

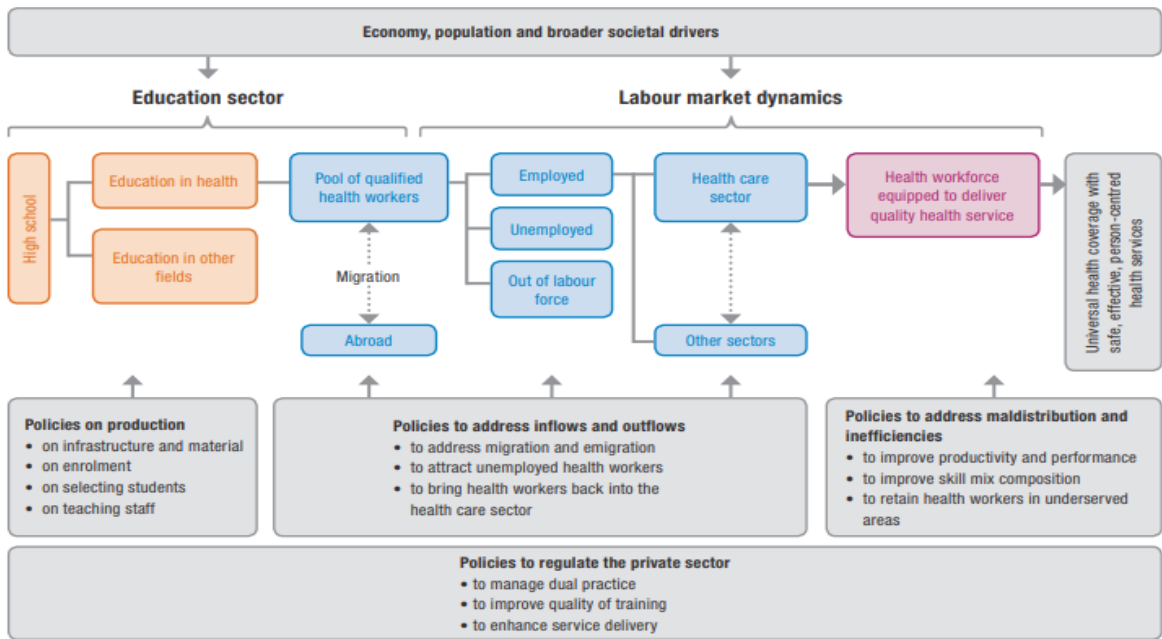
ยึดหลักปฏิบัติสากลเกี่ยวกับการสรรหากำลังคนด้านสุขภาพ โดยการสร้างแรงจูงใจด้านการเงิน และสวัสดิการในการสนับสนุนแต่ละวิชาชีพ

4. พิจารณาตัวชี้วัดความต้องการบุคลากร

หลักของการวางแผนสำหรับแต่ละหน่วยบริการ โดยเป็นเครื่องมือในการวิเคราะห์ และคำนวณภาระงานของเจ้าหน้าที่ในแต่ละสถานพยาบาล โดยการพิจารณาตัวชี้วัดความต้องการบุคลากร (Workload indicators of staffing need: WISN)

5. การจัดทำฐานข้อมูลกำลังคนด้านสุขภาพแห่งชาติ

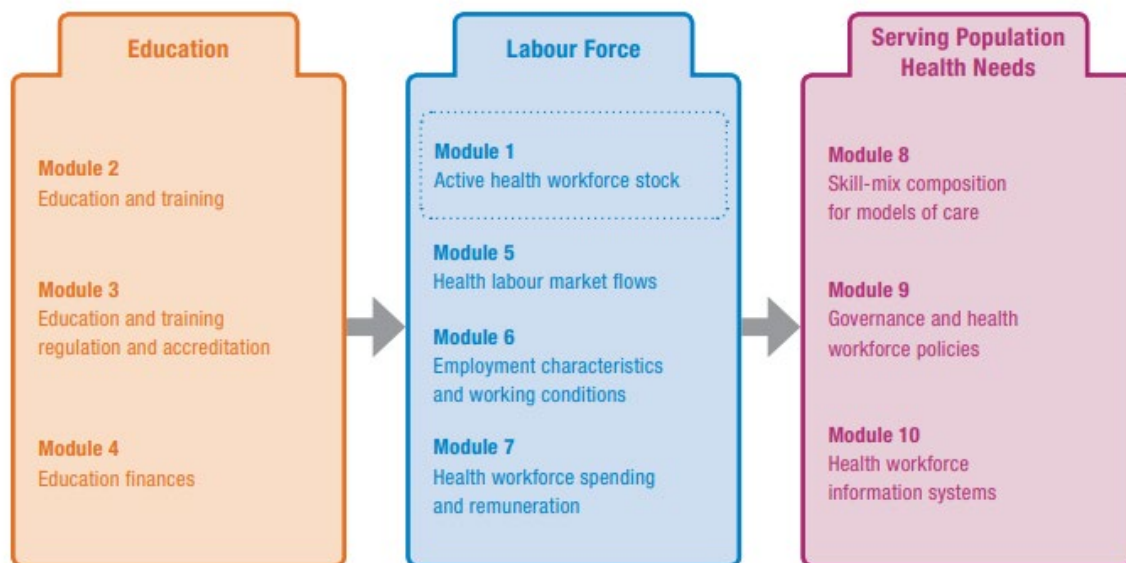
National health workforce accounts มีความสอดคล้องกับกรอบตลาดแรงงานด้านสุขภาพสำหรับสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (UHC)



ภาพที่ 2.4 กรอบการทำงานของตลาดแรงงานสุขภาพ

ภาพที่ 2.4 แสดงถึงความครอบคลุมของการจ้างงาน ตั้งแต่ภาคการศึกษา และตลาดแรงงานสุขภาพ โดยการเสนอทิศทางการดำเนินการตามนโยบาย HWF ที่นำไปสู่การบรรลุเป้าหมายที่สำคัญ เช่น GSHRH milestones, UHC และSDGs. แบ่งนโยบายออกเป็น 4 ด้าน ได้แก่ 1) นโยบายภาคการผลิต 2) นโยบายการจัดการ Inflows และ Outflows 3) นโยบายการจัดการเกี่ยวกับการกระจายที่ไม่เหมาะสมและความไร้ประสิทธิภาพ และ 4) นโยบายการควบคุมภาคเอกชน ซึ่งแต่ละนโยบายเกี่ยวข้องกับการเปลี่ยนแปลงของตลาดแรงงานสุขภาพทั้งสิ้น

ปี ค.ศ. 2017 ทางองค์การอนามัยโลกได้มีการออกแบบตัวชี้วัดหลักทั้งหมด 78 ตัวชี้วัด⁽¹⁸⁾ สำหรับการติดตามกำลังคนทางด้านสุขภาพทั้งหมด 10 โมดูล สอดคล้องกับองค์ประกอบทางการศึกษาองค์ประกอบของแรงงานสุขภาพ และองค์ประกอบเพื่อตอบสนองความต้องการทางด้านสุขภาพของประชากร|



ภาพที่ 2.5 ภาพรวมองค์ประกอบของตลาดแรงงานด้านสุขภาพในการสนับสนุนการจัดทำระบบฐานข้อมูลกำลังคนด้านสุขภาพ

โดยมีเป้าหมายและรายละเอียดของเนื้อหาทั้ง 10 module ดังนี้

โมดูล 1 : สต็อกของกำลังคนด้านสุขภาพ (Active health workforce stock)

ตัวชี้วัดกลุ่มนี้ครอบคลุมองค์ประกอบทางด้านการกระจายของกำลังคนด้านสุขภาพ โดยตัวชี้วัดที่เกี่ยวข้องกับนโยบาย แบ่งการกระจายตามภูมิศาสตร์ การกระจายตามช่วงอายุ และเพศ สถาบันและประเภทของสถานบริการ เพื่อสำรวจว่ากำลังคนด้านสุขภาพในปัจจุบันเพียงพอต่อการให้บริการที่มุ่งเน้นบริการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าหรือไม่ สามารถทำให้ทราบข้อมูลในส่วนของช่องโหว่บางอาชีพที่เกี่ยวข้องกับสมรรถนะ หรือการกระจายตามภูมิศาสตร์ที่ไม่สมดุล

โมดูล 2 : การศึกษาและการฝึกอบรม (Education and training)

ตัวชี้วัดกลุ่มนี้มุ่งเน้นถึงขีดความสามารถและคุณภาพของข้อมูล รายชื่อและตำแหน่งที่ตั้งของสถาบันการศึกษาและการฝึกอบรม ข้อมูลการเข้า - ออก และจบการศึกษา ซึ่งตัวชี้วัดนี้สอดคล้องกับเป้าหมาย SDG4 (ด้านการศึกษา) ตัวชี้วัดสนับสนุนการประสานงานระหว่างภาคส่วน ตัวอย่างเช่น ความเสมอภาคทางเพศ เป้าหมายของโมดูลนี้ช่วยในการวางแผน และติดตามตามนโยบายการคัดเลือก การเข้าศึกษา การลงทะเบียน และผู้สอน

โมดูล 3 : การควบคุม และระเบียบการรับรองของสถาบันการศึกษาและการฝึกอบรม (Education and training regulation and accreditation)

ตัวชี้วัดกลุ่มนี้สนับสนุนกลไกการประสานงานวาระกำลังคนด้านสุขภาพ ให้ข้อมูลเกี่ยวกับการประกันคุณภาพและความต้องการของสถาบันการศึกษาและการฝึกอบรม ซึ่งกลไกการรับรองมาตรฐานถือเป็นกุญแจสำคัญสำหรับการวางแผนด้านการศึกษาระดับชาติให้สอดคล้องกับแผนสุขภาพแห่งชาติ เพื่อสร้างความมั่นใจว่าผู้ปฏิบัติงานด้านสุขภาพมีทักษะตรงความต้องการของประชากร

โมดูล 4 : ค่าใช้จ่ายด้านการศึกษา (Education finances)

ตัวชี้วัดกลุ่มนี้สนับสนุนประสิทธิภาพทางการเงิน เพื่อเสริมสร้างความร่วมมือระหว่างภาคสุขภาพและภาคการศึกษา รวมไปถึงการลงทุนในระบบการเรียนรู้ตลอดชีวิต ข้อมูลสามารถใช้ในการสนับสนุนนโยบายทางการรักษา (Retention) เสริมสร้างการลงทุนที่ส่งเสริมการเข้าถึงการศึกษาอย่างเท่าเทียม โอกาสในการเรียนรู้ การใช้ทรัพยากรและงบประมาณที่เพียงพอ สำหรับการลงทุนในด้านการเปลี่ยนแปลงทักษะ การศึกษา และการสร้างอาชีพ

โมดูล 5 : พลวัตของตลาดแรงงานด้านสุขภาพ (Health labour market flows)

ตัวชี้วัดกลุ่มนี้มุ่งเน้นการเข้าและออกของตลาดแรงงาน เช่น ความแตกต่างของบางประเทศที่มีการพึ่งพาศักยภาพจากต่างประเทศ การตรวจสอบเหตุผลการลาออกของบุคลากร ข้อมูลเกี่ยวกับความสมดุลของตลาดแรงงาน โดยการติดตามตำแหน่งและการว่างงานตั้งแต่ระดับภายในประเทศ (Subnational level) และในการขับเคลื่อนนี้สามารถเป็นพื้นฐานสำหรับการสรรหาบุคลากรที่มีประสิทธิภาพ และนโยบายการรักษาบุคลากรไว้

โมดูล 6 : ลักษณะการจ้างงาน และสภาพการทำงาน (Employment characteristics and working conditions)

ตัวชี้วัดกลุ่มนี้กล่าวถึงการจ้างงานและสภาพการทำงาน ถือเป็นกระบวนการดำเนินงานเพื่อให้เกิดความก้าวหน้า ทบทวน และวิเคราะห์ตลาดแรงงาน ยกตัวอย่างเช่น การกระจายของกำลังคนด้านสุขภาพตามช่วงเวลา ลักษณะของตลาดแรงงานถือเป็นปัจจัยสำคัญสำหรับทำความเข้าใจพลวัตของตลาดแรงงาน เช่น มาตรฐานด้านแรงงานระดับนานาชาติสำหรับช่วงเวลาในการทำงาน และความสมดุลของการทำงาน ซึ่งตัวชี้วัดถือเป็นเงื่อนไขของการทำงานเพื่อสนับสนุนการนำเข้าสู่ข้อมูลเพื่อการติดตามที่ดีสำหรับทุกคนซึ่งสอดคล้องกับ SDG6

โมดูล 7 : ค่าใช้จ่าย และค่าตอบแทนของกำลังคนด้านสุขภาพ

ตัวชี้วัดในกลุ่มนี้กล่าวถึงค่าใช้จ่าย และค่าตอบแทนในภาคสุขภาพ รวมไปถึงการกำกับดูแลผลประโยชน์ของภาคเอกชนที่เกี่ยวข้อง ข้อมูลส่วนนี้ทำงานสอดคล้องกับ SDG6 ด้านการส่งเสริมการทำงานที่มีคุณค่า (Decent work) และ SDG5 ด้านความเท่าเทียมทางเพศ นอกจากนี้การวิเคราะห์ทางด้านเศรษฐกิจมีความสำคัญสำหรับการเจรจาต่อรองทางด้านงบประมาณกับภาครัฐ เช่น กระทรวงการคลัง กระทรวงแรงงาน และกระทรวงศึกษาธิการ รวมทั้งกับภาคเอกชน

โมดูล 8 : สัดส่วนการผสมผสานทักษะของกำลังคนทางด้านสุขภาพสำหรับรูปแบบของการดูแล (Skill mix composition for models of care)

ตัวชี้วัดกลุ่มนี้มุ่งเน้นการผสมผสานทักษะของบุคลากรที่มีความสามารถที่แตกต่างกันเพื่อตอบสนองต่อการให้บริการสู่หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ โดยเป็นการปรับรูปแบบโครงสร้างของพนักงาน จำแนกตามภาคส่วนและกลุ่มอาชีพ เพื่อตอบสนองต่อความต้องการด้านการดูแลสุขภาพของประชากรของประเทศ

โมดูล 9 : นโยบายธรรมาภิบาล และนโยบายกำลังคนด้านสุขภาพ (Governance and health workforce policies)

ตัวชี้วัดธรรมาภิบาลมุ่งเน้นถึงความสามารถของแต่ละประเทศในการประสานงานระหว่างหน่วยงานในแต่ละภาคส่วนเกี่ยวกับกำลังคนด้านสุขภาพ และมีหน่วยงานกลางในการดูแลกำลังคนด้านสุขภาพ ในโมดูลนี้ถือเป็นกุญแจสำคัญในการแสดงให้เห็นว่า ประเทศมีกลไกในการรวบรวมและใช้ข้อมูลอย่างมีประสิทธิภาพหรือไม่ภายใต้ตัวชี้วัดของแต่ละโมดูล แสดงให้เห็นถึงกระบวนการในการวางแผนกำลังคนด้านสุขภาพ การวางแผนทางการศึกษาสอดคล้องกับแผนสุขภาพแห่งชาติ เป็นต้น

โมดูล 10 : ระบบข้อมูลกำลังคนด้านสุขภาพ (Health workforce information systems)

ตัวชี้วัดกลุ่มนี้บอกถึงสถานะของระบบข้อมูลกำลังคนด้านสุขภาพ Human resource for health information system (HRHIS) ว่าพร้อมที่จะปฏิบัติตามข้อกำหนดการรายงานระดับนานาชาติเกี่ยวกับบุคลากรด้านสุขภาพทุกชาติหรือไม่ ใช้สำหรับติดตามผลลัพธ์ตั้งแต่ระดับสถาบันการศึกษา การเข้าสู่ตลาดแรงงาน จำนวนของสต็อกในตลาดแรงงาน จำนวนบุคลากรที่ออกจากตลาดแรงงาน สถานที่ตั้งตามภูมิศาสตร์ของแต่ละสถานบริการสุขภาพ

2.10 แนวคิดตัวชี้วัดหลักขององค์การอนามัยโลก

จากการประชุมกันในระดับโลก องค์การอนามัยโลกปี ค.ศ. 2015 เปิดเผยว่า การรายงานการติดตามและประเมินผลของแต่ละหน่วยงานมีความแตกต่างกัน ส่งผลให้เกิดตัวชี้วัดจำนวนมาก คำจำกัดความของตัวชี้วัดมีความหลากหลาย ความถี่ของการรายงาน การรวบรวมข้อมูลแต่ละส่วนที่แยกกัน ส่งผลให้เกิดการรายงานเกินความจำเป็น และส่งผลต่อการจัดทำระบบข้อมูลสุขภาพของประเทศอย่างไร้ประสิทธิภาพ หนึ่งในความสำคัญมีวัตถุประสงค์ เพื่อลดภาระการรายงานในประเทศต่างๆ องค์การอนามัยโลกได้ร่วมมือกับประเทศพันธมิตรในการพัฒนาตัวชี้วัดสุขภาพหลักที่สำคัญ 100 ข้อ สำหรับการติดตามความก้าวหน้าทางด้านทรัพยากร และเงินทุนในระดับชาติ และระดับโลก เพื่อใช้สำหรับอ้างอิงทั่วไป และเป็นแนวทางของตัวชี้วัดและคำจำกัดความมาตรฐานที่ประเทศต่างๆ สามารถใช้ในการติดตามและตรวจสอบความสำคัญทางด้านสุขภาพ และความสามารถของแต่ละประเทศ โดยวัตถุประสงค์หลักของ Global reference list คือ

1. เพื่อเป็นแนวทางในการตรวจสอบผลลัพธ์ด้านสุขภาพในระดับประเทศ และระดับโลก
2. เพื่อลดการรายงานที่เกินความจำเป็น และซับซ้อนเกินความต้องการ
3. เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพของการรวบรวมข้อมูลการลงทุนในประเทศ
4. เพื่อปรับปรุงความพร้อมใช้งาน และคุณภาพของข้อมูล
5. เพื่อปรับปรุงความโปร่งใส และความรับผิดชอบ

โดยแบ่งกลุ่มตัวชี้วัดออกเป็น 4 กลุ่ม ดังนี้

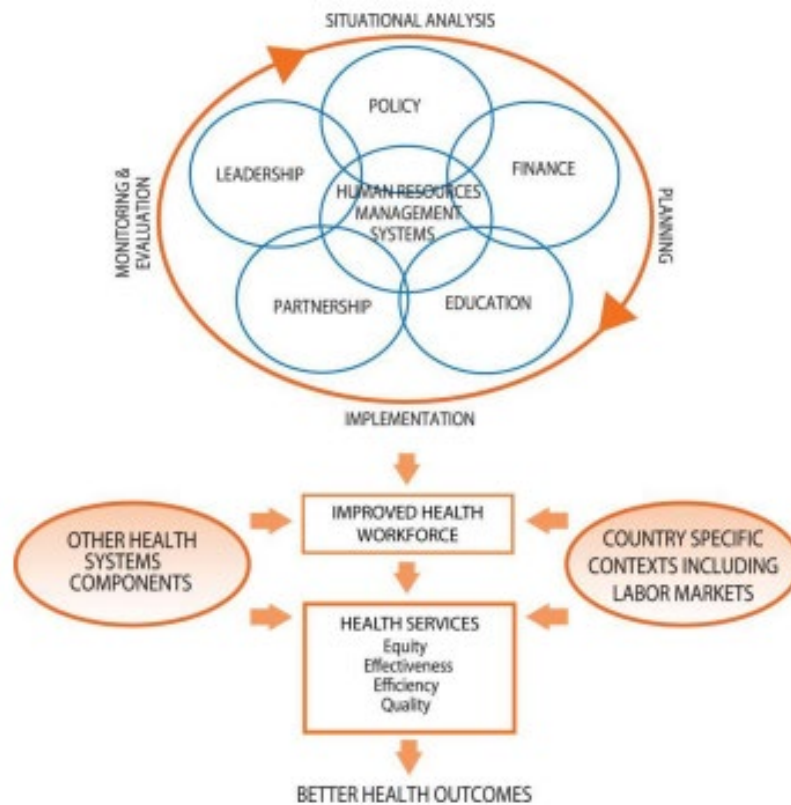
- สถานะทางด้านสุขภาพ (Health status)
 - Mortality by age and sex
 - Mortality by cause
 - Fertility
 - Morbidity

- ปัจจัยความเสี่ยง (Risk factors)
 - Nutrition
 - Infections
 - Environmental risk factors
 - Non-communicable disease
 - Injuries
- ความครอบคลุมในการให้บริการ (Service coverage)
 - Reproductive maternal newborn child and adolescent
 - Immunization
 - HIV
 - HIV/TB
 - Tuberculosis
 - Malaria
 - Neglected tropical diseases
 - Screening and preventive care
 - Mental Health
- ระบบสุขภาพ (Health systems)
 - Quality and safety of care
 - Access
 - Health workforce
 - Health information
 - Health financing
 - Health security

หนึ่งในตัวชี้วัดหลักกำลังคนด้านสุขภาพ (Health workforce) สอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของงานวิจัย
 ชั้นนี้ ตัวชี้วัดหลักติดตามเกี่ยวกับความหนาแน่นและการกระจายของกำลังคนด้านสุขภาพ (Health worker
 density and distribution) และการส่งออกกำลังคนของสถาบันการฝึกอบรมกำลังคนด้านสุขภาพ (Output
 training institutions) ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดเรื่อง National Health Workforce Accounts ในปี ค.ศ. 2017

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับตัวชี้วัดหลัก ข้อมูลจาก Human Resources for Health
 (HRH) Indicator Compendium 2015)⁽¹⁹⁾ ข้อมูลจาก Alfredo Fort, et al., 2015 กล่าวว่า เป้าหมายสูงสุด
 ของการสร้างความเข้มแข็งให้กับระบบสุขภาพคือ การเข้าถึงบริการด้านสุขภาพของประชาชนอย่างมีคุณภาพ
 สามารถนำไปสู่ผลลัพธ์ด้านสุขภาพที่ดีขึ้น กำลังคนด้านสุขภาพถือเป็นส่วนหนึ่งขององค์ประกอบ

ในระบบสุขภาพ หากต้องการบรรลุเป้าหมายนี้ จำเป็นต้องมีการปรับปรุงการตรวจสอบ และการประเมินสถานะความต้องการของบุคลากรด้านสุขภาพ เพื่อการติดตาม วัดความก้าวหน้า และผลลัพธ์ในพื้นที่



ภาพที่ 2.6 The HRH Action framework diagram

จากภาพที่ 2.6 กรอบการทำงานของกำลังคนด้านสุขภาพ (Human resources for health) ประกอบการทำงานที่เกี่ยวข้องทั้งหมด 6 ส่วน ได้แก่ ระบบการจัดการทรัพยากรมนุษย์ (Human resources management systems) ความเป็นผู้นำ (Leadership) การมีส่วนร่วม (Partnership) การเงิน (Finance) การศึกษา (Education) และนโยบาย (Policy) โดยแบ่งออกเป็น 4 ระยะ ได้แก่ 1) การวิเคราะห์สถานการณ์ (Situational Analysis) 2) การวางแผน (Planning) 3) การดำเนินงาน (Implementation) และ 4) การตรวจสอบและประเมิน (Monitoring and evaluation) เพื่อความครอบคลุมจำเป็นต้องวิเคราะห์ตามแต่ละส่วนทั้งหมด อีกทั้งกรอบการทำงานสามารถดำเนินการตามระยะการดำเนินงาน หรือตามหัวข้อที่เกี่ยวข้องได้ เพื่อเข้าถึงเครื่องมือ แนวทาง ตัวชี้วัด และทรัพยากรที่เกี่ยวข้อง

ทั้งนี้ยังมีอีกหลายปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อกรอบการดำเนินงาน HRH Action framework เนื่องจากบริบทของแต่ละประเทศมีความแตกต่างกัน เช่น สถานการณ์ทางด้านเศรษฐกิจและการเมือง ความสามารถของกำลังคนด้านสุขภาพ อิทธิพลของแรงงานจากต่างประเทศ ความพร้อมของอุปกรณ์ ยา เทคโนโลยี จำนวน และความพร้อมของสถานบริการ เป็นต้น

ปี พ.ศ.2564 ประเทศไทยได้มีพัฒนาตัวชี้วัดหลักกำลังคนด้านสุขภาพ โดยกระบวนการพัฒนาตัวชี้วัด เกิดจากการทบทวนวรรณกรรม การสัมภาษณ์เชิงลึกสำหรับการร่างตัวชี้วัดหลักกำลังคนด้านสุขภาพ รวมถึงพัฒนาผ่านการขับเคลื่อนผ่านคณะกรรมการพัฒนาตัวชี้วัดหลักกำลังคนด้านสุขภาพของประเทศ โดยใช้ โดยใช้หลักการ AAAQ มาประยุกต์ใช้ คือ 1) Availability คือ กำลังคนด้านสุขภาพมีความเพียงพอ ด้านการผลิต ศักยภาพของสถานศึกษา ด้านความ 2) Accessibility คือ การกระจายกำลังคนด้านสุขภาพ การกระจายของบุคลากรต่อประชากรแต่ละพื้นที่ Geographical หรือความหนาแน่นของบุคลากรแต่ละสถานบริการ 3) Acceptability คือ กำลังคนด้านสุขภาพ มีความสามารถมีการให้บริการประชาชน ความพึงพอใจของประชาชนที่มาใช้บริการ และ4) Quality คือ กำลังคนด้านสุขภาพ มีคุณภาพ ความรู้ ทักษะ สมรรถนะ ในด้านการผลิต พบว่า ผลการคัดเลือกตัวชี้วัดกำลังคนด้านสุขภาพของประเทศไทยมีทั้งหมด 17 ตัวชี้วัด แบ่งออกเป็น 4 กลุ่ม ดังนี้

กลุ่มที่ 1 การผลิต 6 ตัวชี้วัด

1) สถาบันและจำนวนการผลิต

- ตัวชี้วัดที่ 1 จำนวนสถาบันการศึกษาและจำนวนการผลิตต่อปี
- ตัวชี้วัดที่ 2 อัตราส่วนของผู้สมัครเข้าศึกษาแต่ละวิชาชีพต่อจำนวนที่นั่งเรียน
- ตัวชี้วัดที่ 3 อัตราส่วนของผู้สมัครเข้าศึกษาแต่ละวิชาชีพต่อโควตาที่จัดสรรให้นักศึกษาที่อยู่ในชนบท
- ตัวชี้วัดที่ 4 อัตราการสำเร็จการศึกษา

2) หลักสูตรและคุณภาพการศึกษา

- ตัวชี้วัดที่ 5 มีกลไกระดับประเทศในการรับรองคุณภาพสถาบันการศึกษาและสถาบันฝึกอบรบบุคลากรด้านสุขภาพ มีระบบสำหรับการพัฒนาความรู้ต่อเนื่องของวิชาชีพ (Continuous professional development)
- ตัวชี้วัดที่ 6 มีระบบสำหรับการพัฒนาความรู้ต่อเนื่องของวิชาชีพ Continuous professional development)

กลุ่มที่ 2 การขึ้นทะเบียนผู้ประกอบการวิชาชีพ 1 ตัวชี้วัด

- ตัวชี้วัดที่ 7 ร้อยละของผู้สำเร็จการศึกษาวิชาชีพด้านสุขภาพที่สอบขึ้นทะเบียนผ่านในปี แรกหลังจบการศึกษา

กลุ่มที่ 3 การเข้าสู่ตลาดแรงงาน 8 ตัวชี้วัด

1) จำนวนบุคลากรด้านสุขภาพ

- ตัวชี้วัดที่ 8 สัดส่วนบุคลากรด้านสุขภาพแต่ละวิชาชีพที่มีใบอนุญาตประกอบวิชาชีพที่ปฏิบัติงานจริง ต่อประชากร 10,000 คน
- ตัวชี้วัดที่ 9 สัดส่วนบุคลากรด้านสุขภาพแต่ละวิชาชีพเป็นชาวต่างชาติ Foreign-born และมีใบอนุญาตประกอบวิชาชีพในประเทศไทย

- ตัวชี้วัดที่ 10 สัดส่วนบุคลากรแต่ละวิชาชีพที่จบการศึกษาระดับวิชาชีพจากต่างประเทศ Foreign-trained

2) การกระจาย

- ตัวชี้วัดที่ 11 สัดส่วนบุคลากรด้านสุขภาพแต่ละวิชาชีพที่ปฏิบัติงานจริงต่อประชากร 10,000 คน จำแนกตามพื้นที่
- ตัวชี้วัดที่ 12 สัดส่วนบุคลากรด้านสุขภาพที่ปฏิบัติงานจริงแต่ละวิชาชีพจำแนกตามเพศ
- ตัวชี้วัดที่ 13 สัดส่วนบุคลากรด้านสุขภาพแต่ละวิชาชีพจำแนกตามกลุ่มอายุ
- ตัวชี้วัดที่ 14 สัดส่วนบุคลากรด้านสุขภาพแต่ละวิชาชีพจำแนกตามประเภทสถานที่ปฏิบัติงาน (รัฐ ส่วนในและนอกกระทรวงสาธารณสุข และเอกชน)

3) Skill mixed

- ตัวชี้วัดที่ 15 จำนวนบุคลากรวิชาชีพประเภท Generalist และ Specialist ของแต่ละวิชาชีพ

4) การคงอยู่และการสูญเสีย

- ตัวชี้วัดที่ 16 อัตราการสูญเสียรายปี (Annual loss rate)

กลุ่มที่ 4 อื่นๆ 1 ตัวชี้วัด

- ตัวชี้วัดที่ 17 ต้นทุนการผลิตบุคลากรด้านสุขภาพแต่ละวิชาชีพต่อคน (Unit cost of production)

โดยพบหน่วยงานที่มีความเกี่ยวข้องกับตัวชี้วัดดังกล่าว ออกเป็น 4 กลุ่ม ได้แก่ สภาวิชาชีพ หน่วยงานผู้ผลิต หน่วยงานผู้ใช้งานด้านสุขภาพ ในกระทรวง และภาคเอกชน และหน่วยงานอื่นๆ (กรมบัญชีกลาง) และเมื่อแบ่งตามความครอบคลุมตั้งแต่กระบวนการผลิตกำลังคน โดยแบ่งเป็น 4 กลุ่ม คือ

1. การผลิต คือ ตัวชี้วัดในกลุ่ม ครอบคลุมทางด้านปริมาณและคุณภาพของภาคการผลิต หน่วยงานที่การจัดเก็บข้อมูลกลุ่มนี้ ประกอบด้วย กระทรวงการอุดมศึกษา สถาบันการศึกษา/สถาบันฝึกอบรม มหาวิทยาลัย เป็นต้น

2. การขึ้นทะเบียนผู้ประกอบการวิชาชีพคือ ตัวชี้วัดในกลุ่ม ร้อยละของผู้สำเร็จการศึกษาระดับวิชาชีพ สะท้อนถึงจำนวนผู้ที่เข้าสู่ภาคตลาดแรงงานมีจำนวนสอดคล้องต่อสถานการณ์ ทำให้ทราบแนวโน้มของจำนวนบุคลากรวิชาชีพทั้งหมด หน่วยงานที่มีการเก็บข้อมูล ได้แก่ สภาวิชาชีพ

3. การเข้าสู่ตลาดแรงงาน คือ ตัวชี้วัดในกลุ่ม จำนวนบุคลากร การกระจายของบุคลากร skill mixed และการคงอยู่และการสูญเสีย หน่วยงานที่มีการเก็บข้อมูล ได้แก่ สถานบริการ สภาวิชาชีพ/คณะกรรมการการประกอบโรคศิลปะ กระทรวงสาธารณสุข กระทรวงกลาโหม สำนักงานตำรวจแห่งชาติ กรุงเทพมหานคร กระทรวงการอุดมศึกษา กระทรวงยุติธรรม กองประกอบโรคศิลปะ องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น รัฐวิสาหกิจ และกระทรวงยุติธรรม

4. ภาคอื่นๆ ตัวชี้วัดกลุ่มนี้ คือ ต้นทุนการผลิตบุคลากรด้านสุขภาพแต่ละวิชาชีพต่อคน (Unit cost of production) หน่วยงานที่มีการเก็บข้อมูล ได้แก่ สถาบันการศึกษา

และความเป็นไปได้ในการจัดกลุ่มความเป็นไปได้ของตัวชี้วัด 17 ตัวชี้วัด จากการประเมินสถานะของข้อมูล โดยมีองค์ประกอบ 2 ส่วน คือ ความสมบูรณ์ของข้อมูล หมายถึง ฐานข้อมูลมีความครอบคลุมร้อยละ 100 และเป็นปัจจุบันอยู่เสมอ และความพร้อมในการรายงานข้อมูล หมายถึง ฐานข้อมูลสามารถนำมารายงานผลได้ทันที ข้อมูลถูกเก็บอยู่ในหลายหน่วยงาน และมีการเชื่อมโยงของ แบ่งเป็น 4 กลุ่ม ดังนี้ กลุ่มที่ 1 เป็นตัวชี้วัดที่มีข้อมูลสมบูรณ์ (ตัวชี้วัดที่ 1, 4, 5, 6, 9 และ 10) กลุ่มที่ 2 เป็นตัวชี้วัดที่มีข้อมูลที่สมบูรณ์ แต่เก็บอยู่ในหลายหน่วยงาน ยังไม่มีระบบการเชื่อมโยงข้อมูล (ตัวชี้วัดที่ 2, 3 และ 7) กลุ่มที่ 3 เป็นตัวชี้วัดที่ยังไม่มีความสมบูรณ์ จัดเก็บอยู่ในหลายหน่วยงาน และยังไม่มีการเชื่อมโยงข้อมูล (ตัวชี้วัดที่ 8, 11, 12, 13, 14 และ 15) และกลุ่มที่ 4 เป็นตัวชี้วัดที่ยังไม่มีข้อมูลสนับสนุน (ตัวชี้วัดที่ 16 และ 17)

2.11 กรอบการพัฒนาระบบสุขภาพ (Health Systems Framework) 6 Building Blocks⁽²⁰⁾

1. ระบบบริการ (Service delivery) เป็นองค์ประกอบที่สำคัญของระบบสุขภาพ เป็นข้อมูลพื้นฐานของสถานะสุขภาพของประชากร ในระบบสุขภาพที่มีการดำเนินงาน และเครือข่ายบริการให้มีความครอบคลุม การบริการในการป้องกันรักษา บรรเทา ฟื้นฟูสุขภาพ และส่งเสริมสุขภาพ และสามารถเข้าถึงบริการโดยไม่มีอุปสรรคด้านการเงิน และครอบคลุมทุกกลุ่มประชากรอย่างต่อเนื่อง อย่างมีคุณภาพ และประชาชนเป็นศูนย์กลาง รวมถึงการประสานงานเครือข่ายที่เข้มแข็ง

2. กำลังคนด้านสุขภาพ (Health workforce) ที่รวมทั้งบุคคลที่ทำงานในภาครัฐ เอกชน ผู้ที่ทำงานเต็มเวลา หรือนอกเวลา ผู้ที่ทำงานแห่งเดียว หรือทำงานในสองแห่งขึ้นไป และผู้ที่ได้รับค่าจ้างหรือให้บริการสมัครใจ รวมถึงผู้ที่ปฏิบัติงานในระบบสุขภาพ รวมบุคคลที่ได้รับการศึกษาและการฝึกอบรมการให้บริการ

สุขภาพ แต่ไม่ได้มีส่วนร่วมในตลาดแรงงาน การจำแนกประเภทของบุคลากรทางการแพทย์ที่ใช้ใน WHO Global atlas ของบุคลากรด้านสุขภาพ ที่อิงตามเกณฑ์การศึกษาและฝึกอบรมสายอาชีพ โดยการจำแนกประเภทอาชีพตามมาตรฐานสากล (ISCO) แบ่งเป็น 9 หมวดหมู่ ได้แก่ แพทย์ บุคลากรทางการแพทย์และการผดุงครรภ์ บุคลากรทันตแพทยศาสตร์ บุคลากรด้านเภสัชกรรม เจ้าหน้าที่สาธารณสุขในห้องปฏิบัติการ เจ้าหน้าที่สิ่งแวดล้อมและสาธารณสุข เจ้าหน้าที่สาธารณสุขชุมชนและแผนโบราณ ผู้ให้บริการด้านสุขภาพอื่น และเจ้าหน้าที่จัดการสุขภาพและสนับสนุน

3. ระบบข้อมูลข่าวสาร (Information) เป็นรากฐานสำคัญในการตัดสินใจในทุกโครงสร้างระบบสุขภาพ เป็นตัวกำหนดการพัฒนา การดำเนินนโยบาย การกำกับดูแล ความคุ้มครองวิจัยการพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ การให้ความรู้ การฝึกอบรม การให้บริการและการเงิน เป็นข้อมูลสำคัญสำหรับผู้วางแผนด้านสุขภาพ และผู้มีอำนาจในการตัดสินใจ

4. ผลิตภัณฑ์ทางการแพทย์ วัคซีน และเทคโนโลยี (Medical products, vaccines & Technologies) การเข้าถึงผลิตภัณฑ์ทางการแพทย์ วัคซีน และเทคโนโลยีที่จำเป็นอย่างเท่าเทียม ที่มีคุณภาพ ความปลอดภัย มีประสิทธิภาพ และคุ้มค่า ตลอดจนการใช้ที่ถูกต้องตามหลักวิทยาศาสตร์

5. ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ (Health systems Financing) การจัดการด้านการเงินทุนด้านสุขภาพ เป็นพื้นฐานของระบบสุขภาพเกี่ยวข้องกับการระดม การสะสม และการจัดสรรการเงินเพื่อครอบคลุม ความต้องการด้านสุขภาพของประชาชนในระบบสุขภาพทั้งในระดับรายบุคคลและโดยรวม และสนับสนุน ให้ประชาชนไม่มีความยากลำบากทางการเงิน

6. ภาวะผู้นำและธรรมาภิบาล (Leadership/Governance) ความเป็นผู้นำในการกำกับดูแลการสร้าง ระบบสุขภาพเป็นไปตามกรอบนโยบาย และการกำกับดูแลอย่างมีประสิทธิภาพ รวมถึงการสร้างแนวร่วม กฎระเบียบ มีความใส่ใจในการออกแบบระบบ มีความรับผิดชอบ และการบริหารจัดการความสัมพันธ์ของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียด้านสุขภาพ

ผลการจัดการดำเนินตาม Six building block เพื่อให้เกิดการเข้าถึงการบริการ การเพิ่ม ความครอบคลุมการบริการที่มีคุณภาพและความปลอดภัย รวมถึงให้เกิดผลลัพธ์ของระบบสุขภาพในทั้ง 4 ด้าน คือ ประชาชนมีสุขภาพที่ดีขึ้น การตอบสนองต่อความต้องการ การป้องกันความเสี่ยงทางด้านสังคม และการเงิน รวมถึงการปรับปรุงประสิทธิภาพของระบบ

โดยประเด็นเรื่อง กำลังคนด้านสุขภาพ มีการกำหนดตัวชี้วัดในการดำเนินงาน ได้แก่ 1) จำนวน บุคลากรทางการแพทย์ ต่อประชากร 10,000 คน 2) การกระจายตัวของบุคลากรทางการแพทย์ ตามอาชีพ/ ความเชี่ยวชาญ/ภูมิภาค/สถานที่ทำงาน/เพศ และ 3) จำนวนผู้สำเร็จการศึกษาด้านวิชาชีพด้านสุขภาพ สถาบันการศึกษา ต่อประชากร 100,000 คนต่อปี จำแนกตามระดับ และสาขาวิชา

2.12 องค์การเพื่อความร่วมมือทางเศรษฐกิจและการพัฒนา Organization for Economic Co – operation and Development: OECD⁽²¹⁾

องค์การเพื่อความร่วมมือทางเศรษฐกิจและการพัฒนา (Organization for Economic Co – operation and Development: OECD) ก่อตั้งขึ้นเมื่อปี 2503 ปัจจุบันมีสมาชิก 38 ประเทศ ประกอบด้วย อาร์เจนตินา บราซิล บัลแกเรีย สาธารณรัฐประชาชนจีน (จีน) โครเอเชีย อินเดีย อินโดนีเซีย เปรู โรมานี และแอฟริกาใต้ จะเป็นการประเมินประสิทธิภาพของระบบสุขภาพในบริบทตามมุมมองของปัจจัยกำหนด สุขภาพ ในด้านคุณภาพการดูแลสุขภาพและผลลัพธ์ด้านสุขภาพ

มีการกำหนดตัวชี้วัด เพื่อเปรียบเทียบของประเทศ โดยเป็นตัวชี้วัดหลัก 20 ตัวชี้วัด ที่ครอบคลุมใน 5 มิติ ในเรื่องผลลัพธ์หรือสถานะสุขภาพ ปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพ การเข้าถึงบริการ คุณภาพการบริการ ระบบสุขภาพ และกำลังคนด้านสุขภาพ โดยกำลังคนด้านสุขภาพ ประกอบด้วยตัวชี้วัด 2 ตัวชี้วัด คือ จำนวนแพทย์ฝึกหัด (ต่อ 1,000 คน) และจำนวนพยาบาลฝึกหัด (ต่อ 1,000 คน) และมีรายละเอียด ดังนี้

จำนวนแพทย์ ต่อ ประชากร 1,000 คน ในการรวมจำนวนแพทย์ โดยข้อมูลของประเทศส่วนใหญ่ อ้างถึงแพทย์ที่ให้บริการดูแลผู้ป่วย แต่ในประเทศเบลเยียมและฝรั่งเศส ตัวเลขจะรวมถึงนักศึกษาฝึกงาน แพทย์ที่กำลังฝึก เป็นต้น

จำนวนแพทย์ แยกตามอายุ เพศ และประเภทของแพทย์ โดยการรายงานอายุ เป็นการรายงาน ในจำนวนแพทย์ที่มีอายุมากกว่า 50 ปีขึ้นไป การรายงานเพศชาย/หญิง และประเภทแพทย์ แบ่งเป็น แพทย์ทั่วไป (แพทย์ประจำครอบครัว) แพทย์เชี่ยวชาญ/เฉพาะทาง และแพทย์อื่นๆ

การกระจายตัวตามภูมิศาสตร์ของแพทย์ ความหนาแน่น จำนวนแพทย์ต่อประชากร 1,000 คน ในพื้นที่เขตเมือง และเขตชนบท

ค่าตอบแทนแพทย์ทั่วไป และแพทย์เฉพาะทาง อัตราส่วนค่าจ้างเฉลี่ย (เงินเดือน และเงินส่วนตัว) ของแพทย์ทั่วไป และแพทย์เฉพาะทาง และเปรียบเทียบอัตราการเติบโตเฉลี่ยต่อปี (% ตามความเป็นจริง)

จำนวนพยาบาลต่อประชากร 1,000 จำนวนพยาบาล โดยเป็นพยาบาลที่เป็นผู้ให้บริการโดยตรงกับ ผู้ป่วย และบางประเทศเป็นพยาบาลที่ทำงานเป็นผู้จัดการ นักศึกษา หรือนักวิจัยด้วย

สัดส่วนพยาบาลต่อแพทย์

สัดส่วนพนักงานโรงพยาบาล ที่จำแนกเป็น แพทย์ พยาบาลและพยาบาลผดุงครรภ์ ผู้ช่วยด้านการดูแลสุขภาพ และผู้ให้บริการด้านอื่นๆ ต่อ ประชากร 1,000 คน

จำนวนผู้ที่สำเร็จการศึกษาจากโรงเรียนแพทย์ในปีที่กำหนด ต่อประชากร 100,000 คน

จำนวนผู้ที่สำเร็จทางการพยาบาล ต่อประชากร 100,000 คน

ร้อยละของแพทย์ที่ผ่านการอบรมจากต่างประเทศ

ร้อยละของพยาบาลที่ผ่านการอบรมจากต่างประเทศ

2.13 Global strategy on human resources for health: workforce 2030⁽¹⁷⁾

บริบทศตวรรษที่ 21 ความก้าวหน้ากำลังคนด้านสุขภาพ โดยกำลังคนสุขภาพ มีความสำคัญต่อระบบ สุขภาพ เพื่อพัฒนาความครอบคลุมการบริการสุขภาพ และเข้าถึงการบริการที่เป็นมาตรฐาน ที่เป็นไปตาม ความพร้อมของกำลังคนด้านสุขภาพ การเข้าถึงอย่างเท่าเทียม การดำเนินงานด้านกำลังคนที่ตอบสนอง ต่อรูปแบบการบริการ และรองรับการเกิดสถานการณ์วิกฤติ และมีการกระจายอย่างเหมาะสม พร้อมสนับสนุน เป้าหมายด้านสุขภาพ 3.c (availability, accessibility, acceptability and quality) มีวัตถุประสงค์ ดังนี้

วัตถุประสงค์ 1 เพิ่มประสิทธิภาพ คุณภาพ ผลกระทบกำลังคนด้านสุขภาพ ผ่านนโยบาย ที่เป็นหลักฐานเชิงประจักษ์กับทรัพยากรมนุษย์ การมีส่วนร่วมและความเป็นอยู่ที่ดี ความคุ้มครองสุขภาพถ้วน หน้าที่มีประสิทธิภาพความยืดหยุ่น และระบบสุขภาพที่เข้มแข็งในทุกระดับ

ภายในปี 2563 ทุกประเทศมีการรับรองกลไกสถาบันการฝึกอบรมด้านสุขภาพ

ภายในปี 2573 ทุกประเทศมีความก้าวหน้า ลดความไม่เท่าเทียมครั้งหนึ่ง ในการเข้าถึงเจ้าหน้าที่สาธารณสุข

ภายในปี 2573 ทุกประเทศมีความก้าวหน้าสู่การปรับปรุงอัตราการสำเร็จในสถานบันการฝึกอบรม แพทย์ผู้เชี่ยวชาญ และการพยาบาล

วัตถุประสงค์ 2 การลงทุนทรัพยากรที่สอดคล้องกับความต้องการของประชาชนและระบบสุขภาพ ที่คำนึงถึงพลวัต ตลาดแรงงาน และนโยบายการศึกษา เพื่อจัดการแก้ปัญหาการขาดแคลน การกระจายตัว บุคลากรทางการแพทย์

ภายในปี 2573 ทุกประเทศมีการลดลงครั้งหนึ่งในการพึ่งพาจากผู้เชี่ยวชาญในต่างประเทศ

ภายในปี 2573 หน่วยงานภาคีเครือข่ายและพหุภาคีเครือข่ายเพิ่มขึ้น มีการทำงานร่วมกัน เพื่อพัฒนาอย่างเป็นทางการในด้านการศึกษา การจ้างงาน เพศ และสุขภาพ ในการสนับสนุนการจ้างงานด้านสุขภาพ และระดับความสำคัญของการเติบโตทางด้านเศรษฐกิจ

ภายในปี 2573 พันธมิตรในการพัฒนาที่ยั่งยืน เพื่อการลดอุปสรรคในการเข้าถึงบริการด้านสุขภาพ ในการสร้าง เติบโต การรักษาตำแหน่ง การทำงานเต็มเวลาอย่างน้อย 10 ล้านตำแหน่ง ในภาคการดูแลและภาคสังคม

ภายในปี 2573 พันธมิตรมีเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน ตามเป้าหมาย 3C เพื่อเพิ่มการเงินด้านสุขภาพ และการสรรหา การพัฒนา การฝึกอบรม และการรักษาบุคลากรด้านสุขภาพ

วัตถุประสงค์ 3 สร้างขีดความสามารถในหน่วยงานระดับชาติ ระดับประเทศ ระดับภูมิภาค และระดับโลก ในการดูแลนโยบายสาธารณะ เป็นผู้นำ และกำกับติดตามในการดำเนินการด้านทรัพยากรมนุษย์ด้านสุขภาพ

ภายในปี 2563 ทุกประเทศจะมีกลไกหน่วยงานที่ครอบคลุม เพื่อการประสานงานด้านบุคลากรด้านสุขภาพระหว่างภาคส่วน

ภายในปี 2563 ทุกประเทศมีหน่วยงาน HRH unit ในการรับผิดชอบในการพัฒนา ติดตามนโยบาย และแผนงาน

ภายในปี 2563 ทุกประเทศมีกลไกกำกับดูแล ส่งเสริมความปลอดภัยของผู้ป่วย และการกำกับดูแลเพียงพอในภาคเอกชน

วัตถุประสงค์ 4 เสริมสร้างข้อมูลเกี่ยวข้องกับทรัพยากรมนุษย์ เพื่อการติดตามและรับผิดชอบต่อยุทธศาสตร์ระดับชาติ และระดับภูมิภาค และระดับโลก

ภายในปี 2563 ทุกประเทศมีความคืบหน้าในการจัดตั้งการลงทะเบียน ติดตามบุคลากรด้านสุขภาพ การศึกษา การกระจาย การไหลเวียน ความต้องการ การผลิต และค่าตอบแทน

ภายในปี 2563 ทุกประเทศจะมีความคืบหน้าในการแลกเปลี่ยนข้อมูล HRH ผ่านทางบัญชีบุคลากรด้านสุขภาพแห่งชาติ และส่งตัวชี้วัดหลักไปยัง WHO ทุกปี

ภายในปี 2563 หน่วยงานระดับทวิภาคีและพหุภาคีทั้งหมดจะมีความเข้มแข็งด้านสุขภาพ การประเมินกำลังคนและการแลกเปลี่ยนข้อมูล

2.14 Strategic Plan HRSA health Resources and Services Administration (HRSA)⁽²²⁾

Strategic Plan HRSA health Resources and Services Administration (HRSA) 2019-2022 เป็นหน่วยงานภายใต้กระทรวงสาธารณสุขและบริการ the U.S. Department of Health and Human Services รับผิดชอบในการพัฒนาการเข้าถึงบริการสุขภาพ เสริมสร้างระบบดูแลสุขภาพ สำหรับผู้คนที่โดดเดี่ยวทางภูมิศาสตร์ และ/หรือมีความเสี่ยงทางเศรษฐกิจหรือทางการแพทย์ รวมถึงช่วยเหลือผู้ที่ต้องการ

การดูแลสุขภาพ ผู้ติดเชื้อ HIV สตรีมีครรภ์ และมารดา นอกจากนี้ยังสนับสนุนการฝึกอบรมผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพและการกระจายผู้ให้บริการไปยังพื้นที่

วิสัยทัศน์ การพัฒนาผลลัพธ์ทางสุขภาพและการให้บริการด้านสุขภาพอย่างเท่าเทียม จากทักษะกำลังคนด้านสุขภาพ และนวัตกรรม และมีการกำหนดแผนปี 2562-2565 โดยมีการกำหนดเป้าหมาย 4 เป้าหมาย ดังนี้

เป้าหมายที่ 1 การพัฒนาการเข้าถึงการบริการด้านสุขภาพอย่างมีคุณภาพ มีวัตถุประสงค์ ดังนี้

- 1) การเพิ่มการพัฒนาความสามารถของบริการ ระบบ และโครงสร้างด้านสุขภาพ
- 2) การพัฒนาคุณภาพและผลกระทบบริการ และระบบด้านสุขภาพ
- 3) การเชื่อมต่อการบริหารทรัพยากรและบริการด้านสุขภาพ(HRSA) กับประชากรผู้ป่วย ในการบริการปฐมภูมิการบริการป้องกันโรค

เป้าหมายที่ 2 ส่งเสริมกำลังคนด้านสุขภาพ ให้สามารถตอบสนองตามความต้องการในปัจจุบัน และตามความต้องการด้านสุขภาพ มีวัตถุประสงค์ ดังนี้

- 1) การเพิ่มขีดความสามารถกำลังคนด้านสุขภาพ
- 2) การพัฒนาการกระจายและความหลากหลายกำลังคนด้านสุขภาพ

เป้าหมายที่ 3 การบรรลุความเท่าเทียมด้านสุขภาพ และสร้างเสริมสุขภาพของประชากร มีวัตถุประสงค์ ดังนี้

- 1) การใช้ประโยชน์จากการมีส่วนร่วมของชุมชนและผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในการร่วมมือกัน เพื่อให้บรรลุความเสมอภาคด้านสุขภาพและเสริมสร้างสุขภาพของประชากร
- 2) การส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคให้ทั่วถึงประชาชน ผู้ให้บริการ และประชาชน

เป้าหมายที่ 4 เพิ่มประสิทธิภาพการดำเนินงาน

- 1) การปรับปรุงประสิทธิภาพและประสิทธิผลของการดำเนินงาน
- 2) เพิ่มประสิทธิภาพบุคลากรใน HRSA เพื่อสนับสนุนความรับผิดชอบ และการขับเคลื่อนประสิทธิภาพขององค์กร
- 3) การเพิ่มการกำกับดูแลและให้เป็นไปตามแผนงาน

โดยมีตัวชี้วัด ในการรายงานกำลังคนด้านสุขภาพใน ปี 2566 ดังนี้

จำนวนแพทย์เฉพาะทางในการระบบบริการปฐมภูมิ จำแนกเป็นแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว แพทย์อายุรศาสตร์ทั่วไป แพทย์เวชศาสตร์ผู้สูงอายุ แพทย์กุมารเวชศาสตร์

- จำนวนแพทย์เฉพาะทางในการระบบบริการปฐมภูมิ ต่อผู้ป่วย จำแนกเป็นแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว แพทย์อายุรศาสตร์ทั่วไป แพทย์เวชศาสตร์ผู้สูงอายุ แพทย์กุมารเวชศาสตร์

- จำนวนแพทย์เฉพาะทาง จำแนกเป็น สาขาโรคมุมแพทย์และภูมิคุ้มกัน สาขาโรคหัวใจ สาขาเวชบำบัดวิกฤต สาขาโรคผิวหนัง สาขาโรกระบบต่อมไร้ท่อ สาขาโรกระบบทางเดินอาหาร สาขาโลหิตวิทยาและมะเร็งวิทยา สาขาโรคติดเชื้อ สาขาทารกแรกเกิด สาขาโรคไต สาขาโรคปอด สาขาข้ออักเสบรูมาตอยด์

- จำนวนแพทย์เฉพาะทาง ต่อผู้ป่วย จำแนกเป็น สาขาโรคภูมิแพ้และภูมิคุ้มกัน สาขาโรคหัวใจ สาขาเวชบำบัดวิกฤต สาขาโรคผิวหนัง สาขาโรคระบบต่อมไร้ท่อ สาขาโรคระบบทางเดินอาหาร สาขาโลหิตวิทยาและมะเร็งวิทยา สาขาโรคติดเชื้อ สาขาทารกแรกเกิด สาขาโรคไต สาขาโรคปอด สาขาข้ออักเสบรูมาตอยด์

- จำนวนแพทย์เฉพาะทางด้านศัลยกรรม จำแนกเป็น สาขาศัลยกรรมลำไส้ สาขาศัลยกรรมทั่วไป สาขาศัลยกรรมประสาทและสมอง สาขาสูตินรีเวชวิทยา สาขาจักษุวิทยา สาขาศัลยกรรมกระดูก สาขาโสตศอนาสิกวิทยา สาขาศัลยกรรมตกแต่ง สาขาศัลยกรรมปอด สาขาศัลยกรรมยูโรวิทยา สาขาศัลยกรรมหลอดเลือด

- จำนวนแพทย์เฉพาะทางด้านศัลยกรรม ต่อผู้ป่วย จำแนกเป็น สาขาศัลยกรรมลำไส้ สาขาศัลยกรรมทั่วไป สาขาศัลยกรรมประสาทและสมอง สาขาสูตินรีเวชวิทยา สาขาจักษุวิทยา สาขาศัลยกรรมกระดูก สาขาโสตศอนาสิกวิทยา สาขาศัลยกรรมตกแต่ง สาขาศัลยกรรมปอด สาขาศัลยกรรมยูโรวิทยา สาขาศัลยกรรมหลอดเลือด

- จำนวนแพทย์เฉพาะทางด้านอื่นๆ

- จำนวนแพทย์เฉพาะทางด้านอื่นๆ ต่อผู้ป่วย

- สัดส่วนแพทย์แยกตามเพศ

- ร้อยละแพทย์แยกตามเพศ และตามช่วงอายุ

- ร้อยละแพทย์แยกตามเชื้อชาติ

- จำนวนการลงทะเบียนเข้าสถาบันการแพทย์ ตามเพศ

- จำนวนพยาบาล จำแนกเป็น พยาบาลวิชาชีพ พยาบาล Licensed Practical Nurse (LPN) and Licensed Vocational Nurse (LVN) พยาบาลผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง พยาบาลเวชปฏิบัติ พยาบาลวิสัญญีแพทย์ และพยาบาลผดุงครรภ์

- ร้อยละพยาบาลแยกตามเชื้อชาติ

- ร้อยละพยาบาลแยกตามเพศ

- ค่าเฉลี่ยอายุพยาบาล และร้อยละพยาบาลในแต่ละช่วงอายุ

- จำนวนพยาบาลในคลินิกเฉพาะทาง จำแนกเฉพาะทางต่างๆ

- จำนวนบุคลากรด้านสุขภาพช่องปาก จำแนกเป็นทันตแพทย์ (ทันตแพทย์ทั่วไป ทันตแพทย์จัดฟัน ทันตแพทย์เด็ก ศัลยกรรมช่องปาก) นักทันตสาธารณสุข และผู้ช่วยทันตแพทย์

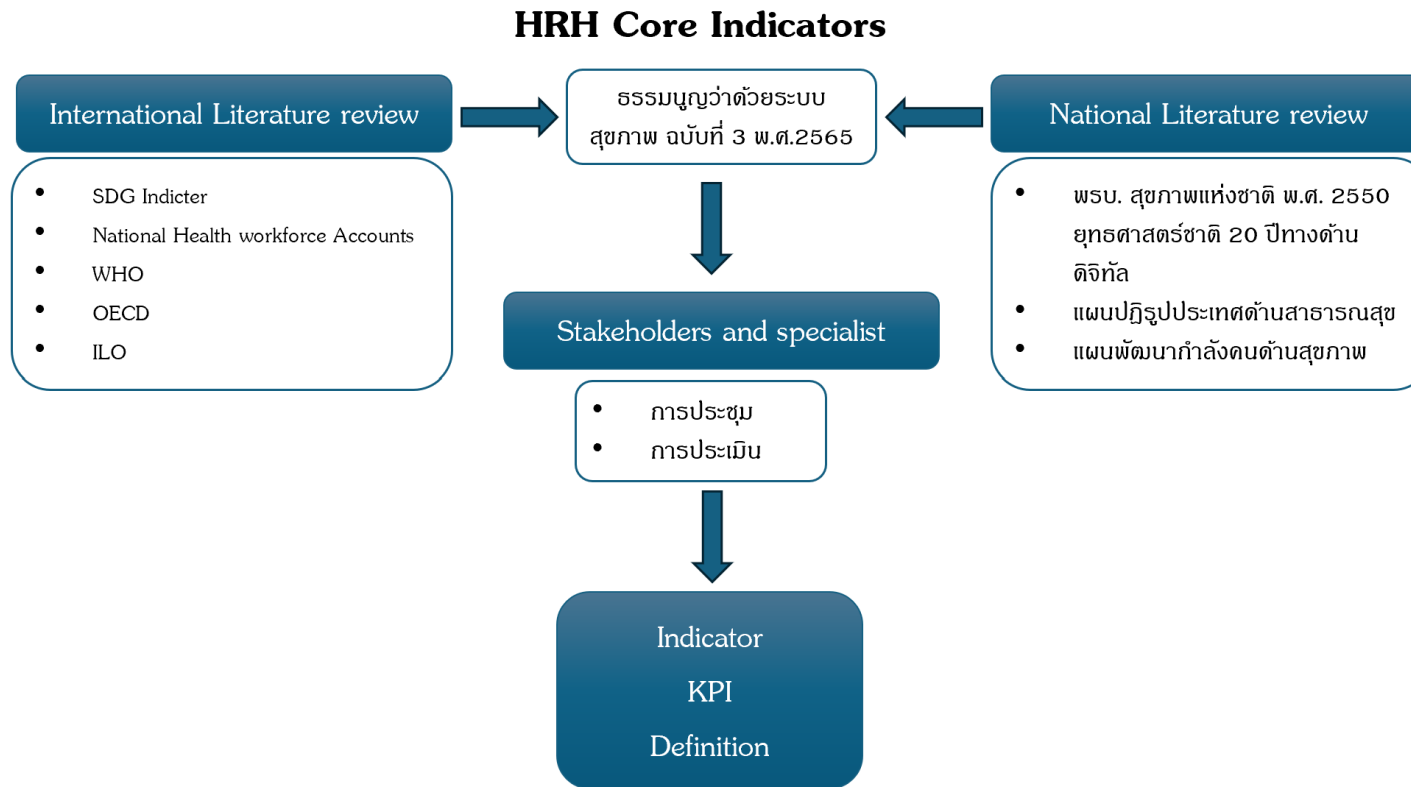
- ร้อยละบุคลากรด้านสุขภาพช่องปาก จำแนกตามทันตแพทย์ ผู้ช่วยทันตแพทย์ และนักทันตสาธารณสุข แบ่งตามเชื้อชาติ

- ร้อยละบุคลากรด้านสุขภาพช่องปาก จำแนกตามทันตแพทย์ ผู้ช่วยทันตแพทย์ และนักทันตสาธารณสุข แบ่งตามเพศ

- ค่าเฉลี่ย และร้อยละอายุบุคลากรด้านสุขภาพช่องปาก จำแนกตามทันตแพทย์ ผู้ช่วยทันตแพทย์ และนักทันตสาธารณสุข ในแต่ละช่วงอายุ

- จำนวนบัณฑิตที่จบหลักสูตรทันตกรรม พ.ศ. 2561-2565 แบ่งเป็นทันตแพทย์ (ทันตแพทย์ทั่วไป
ทันตแพทย์จัดฟัน ทันตแพทย์เด็ก ศัลยกรรมช่องปาก) นักทันตสาธารณสุข และผู้ช่วยทันตแพทย์

2.15 กรอบแนวคิดการวิจัย (conceptual framework)



ภาพที่ 2.7 กรอบแนวคิดงานวิจัย

กรอบแนวคิดการวิจัยเป็นขั้นตอนที่สำคัญในการกำหนดแนวทางและขอบเขตของการดำเนินการพัฒนาตัวชี้วัดกำลังคนด้านสุขภาพ ประเภทของตัวชี้วัดมีอยู่ด้วยกันทั้งหมด 2 ประเภท ได้แก่ ตัวชี้วัดเชิงปริมาณ ซึ่งมีค่าเป็นตัวเลข เช่น จำนวนคน และงบประมาณ เป็นต้น และตัวชี้วัดเชิงคุณภาพ เช่น ความพึงพอใจของผู้รับบริการ คุณภาพชีวิต และการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม เป็นต้น โดยทีมวิจัยทำการพิจารณาจากนามธรรมที่ต้องการวัด โดยสิ่งที่ต้องการวัดนั้นจะต้องสะท้อนถึงสิ่งที่เป็นามธรรม หรือมิตินั้นๆ ได้อย่างชัดเจน และทำการกำหนดกลุ่มเป้าหมายที่ต้องการข้อมูล วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล ทั้งนี้กระบวนการจัดทำตัวชี้วัดตามกรอบแนวคิดการวิจัยมีรายละเอียด ดังนี้

1. ทบทวนวรรณกรรม

ในขั้นตอนการทบทวนวรรณกรรมของโครงการนี้ จะใช้เป้าหมาย มาตรการสำคัญ รวมถึงตัวชี้วัดความสำเร็จในระยะ 1, 3 และ 5 ปี ที่กำหนดในธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 3 เป็นสำคัญ โดยเป็นแกนในการอ้างอิงการพัฒนาตัวชี้วัดหลัก จากนั้นจะทำการทบทวนวรรณกรรมอื่นๆทั้งจากในและต่างประเทศมาเป็นตัวเสริม ในการเพิ่มเติมให้ครบถ้วนตามที่ระบุในธรรมนูญดังกล่าว (รูปภาพที่ 6)

โดยการรวบรวมข้อมูล วิเคราะห์วัตถุประสงค์ของตัวชี้วัดระดับองค์กร ยุทธศาสตร์ แผนงาน โครงการ และกิจกรรมที่เกี่ยวข้องทั้งใน และต่างประเทศ โดยเอกสารต่างประเทศที่ต้องการทำการทบทวนวรรณกรรม ได้แก่ ตัวชี้วัดเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน (SDGs) National health workforce accounts (NHWA) ตัวชี้วัดกำลังคนด้านสุขภาพขององค์การอนามัยโลก (WHO) องค์การเพื่อความร่วมมือและการพัฒนาทางเศรษฐกิจ (OECD) และ องค์การแรงงานระหว่างประเทศ (ILO) เป็นต้น และเอกสารวารสารในประเทศที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ นโยบาย แผน พรบ. และมาตรการต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพและการเข้าถึงบริการระบบสุขภาพของประชาชน เป็นต้น

2. หลังจากทบทวนวรรณกรรมเสร็จสิ้น ได้มีการวิเคราะห์ และจัดทำข้อกำหนดประเด็นที่จำเป็นต้องติดตามประเมินผลให้ครบทุกขั้นตอน หรือสามารถเลือกประเด็นที่สำคัญ และมีผลต่อการติดตามให้สอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของการดำเนินงานมากที่สุด มากำหนดเป็นประเด็นที่ต้องติดตาม พร้อมทั้งจัดทำร่างตัวชี้วัดพร้อมค่าเป้าหมาย

3. ปรับแก้ร่างตัวชี้วัดพร้อมค่าเป้าหมายผ่านการประชุม “คณะกรรมการผู้เชี่ยวชาญ” เพื่อให้ได้ตัวชี้วัดที่สอดคล้องกับบริบททางด้านกำลังคนของประเทศไทยมากที่สุด รวมถึงมีความเป็นไปได้ต่อการนำมาจัดเก็บในระยะถัดไป

4. วางระบบจัดเก็บข้อมูล และประมวลผลข้อมูล โดยกำหนดรายละเอียดของข้อมูลที่จะจัดเก็บในแต่ละช่วงเวลาอย่างเหมาะสม เพื่อให้สามารถดำเนินการได้อย่างต่อเนื่อง

บทที่ 3

ระเบียบวิธีวิจัยและการดำเนินงาน

3.1 รูปแบบการวิจัย (Research design)

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงสังเคราะห์ โดยใช้การทบทวนวรรณกรรมทั้งภายในประเทศและต่างประเทศ โดยใช้ธรรมเนียมว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติเป็นแกนกลางในการวิเคราะห์ โดยผ่านความเห็นของ “คณะกรรมการผู้เชี่ยวชาญ” และเพื่อให้ได้ตัวชี้วัดที่เหมาะสมมีความเป็นไปได้ในการจัดเก็บในระยะแรก จะมีการลงไปตรวจสอบความเป็นไปได้ของข้อมูลต่างๆที่เกี่ยวข้องกับตัวชี้วัดดังกล่าว

3.2 ขั้นตอนและขอบเขตการดำเนินงาน

ในการจัดทำรายงานสถานการณ์ระบบสุขภาพไทย ระดับรายละเอียด ให้มีกระบวนการพัฒนาตัวชี้วัด จัดทำและติดตามรายงานสถานการณ์ระบบสุขภาพไทยรายหมวด เพื่อดำเนินการในการรวบรวม (collecting) ตรวจสอบ (verifying) วิเคราะห์ (analyzing) สังเคราะห์ (synthesizing) และนำเสนอ (presenting) ดังนี้

1) ทบทวนเอกสารวิชาการทั้งในและต่างประเทศที่เกี่ยวข้องกับการจัดทำตัวชี้วัดและรายงานสถานการณ์ระบบสุขภาพของหมวดกำลังคนด้านสุขภาพ รวมถึงแผนระดับชาติ พระราชบัญญัติ และมาตรการต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับกำลังคนด้านสุขภาพ

2) พัฒนาและจัดทำ “ชุดตัวชี้วัดกำลังคนด้านสุขภาพ” โดยอ้างอิงธรรมเนียมว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 3 พ.ศ. 2565 และกรอบอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องมาอ้างอิงเพื่อพัฒนาตัวชี้วัดได้ เช่น SDGs โดยให้มีการจัดทำคำนิยามและรายละเอียดตัวชี้วัด รวมถึงแหล่งข้อมูล รายละเอียดในการติดตามและการวัด โดยในกระบวนการพัฒนาชุดตัวชี้วัดให้ดำเนินการผ่านการมีส่วนร่วมจากหน่วยงานและองค์กรที่เกี่ยวข้อง

3) จัดเวทีรับฟังความเห็นเพื่อรับฟังข้อเสนอแนะในการพัฒนาชุดตัวชี้วัดจาก “คณะกรรมการผู้เชี่ยวชาญ” โดยมีองค์ประกอบของผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเชี่ยวชาญ และภาคีจากหน่วยงานและองค์กรที่เกี่ยวข้องกับเรื่องกำลังคนด้านสุขภาพ เพื่อให้ชุดตัวชี้วัดที่พัฒนาขึ้นได้รับการยอมรับร่วมกัน โดยจะมีการจัดเวที 1 ครั้ง โดยคณะกรรมการผู้เชี่ยวชาญมีจำนวน 15-20 คน โดยมีองค์ประกอบดังนี้

- ผู้กำหนดนโยบายจากทั้งด้านผู้ผลิต (กระทรวง อว.) และ ผู้ใช้งานภาครัฐ (กระทรวงสาธารณสุข)
- ผู้ควบคุมกำกับมาตรฐานวิชาชีพ ได้แก่ ตัวแทนสภาวิชาชีพ
- หน่วยงานอื่นๆที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ สสส. สช. สปสช.และ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น
- ตัวแทนผู้ให้บริการ เช่น โรงพยาบาลเอกชน โรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป

4) นำชุดตัวชี้วัดที่พัฒนาขึ้นไปใช้ประโยชน์ในการติดตาม ประเมิน และจัดทำรายงานสถานการณ์ระบบสุขภาพรายหมวด ซึ่งรายงานสถานการณ์ฯ จากการสัมภาษณ์บุคลากรในหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับกำลังคนด้านสุขภาพ เช่น สภาวิชาชีพ หน่วยงานผู้ผลิต หน่วยงานผู้ใช้งานกำลังคนด้านสุขภาพ และหน่วยงานอื่นๆ โดยประกอบด้วยหัวข้อต่อไปนี้

(1) ความเป็นมาและความสำคัญ: โดยกล่าวถึงความเชื่อมโยงกับธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ ๓ พ.ศ. ๒๕๖๕ แผนแม่บทภายใต้ยุทธศาสตร์ชาติ แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ แผนการปฏิรูปประเทศ นโยบายรัฐบาล/คณะรัฐมนตรี เป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน (Sustainable Development Goals: SDGs) และแนวทางของระดับสากล (ถ้ามี)

(2) ตัวชี้วัดที่พัฒนาขึ้น โดยมีรายละเอียดตามที่ระบุไว้ในข้อ 2

(3) สถานการณ์ปัจจุบัน: โดยมีการระบุข้อมูลต่อไปนี้

- วิเคราะห์ปัญหาและความท้าทายของหมวดนั้นๆ
- วิเคราะห์หน่วยงาน/องค์กรในภาคส่วนต่างๆ ทั้งภาครัฐ ภาควิชาการ ภาคประชาสังคม และภาคเอกชน ทั้งในระดับส่วนกลางและท้องถิ่น ว่าปัจจุบันมีนโยบาย/แผน/กลไก/มาตรการอะไร ดำเนินการเรื่องอะไร ดำเนินการอย่างไร ผลดีและข้อจำกัดที่พบคืออะไร

- วิเคราะห์สถานการณ์ว่าสามารถบรรลุเป้าหมายตามตัวชี้วัดที่พัฒนาขึ้นหรือไม่อย่างไร มีการเชื่อมโยงกับเรื่องความเป็นธรรมในระบบสุขภาพอย่างไร อะไรคือช่องว่างหรือข้อจำกัดที่ทำให้ยังไม่บรรลุเป้าหมาย และอะไรคือจุดเด่นที่ควรสนับสนุน/ผลักดันให้ดำเนินการต่อ

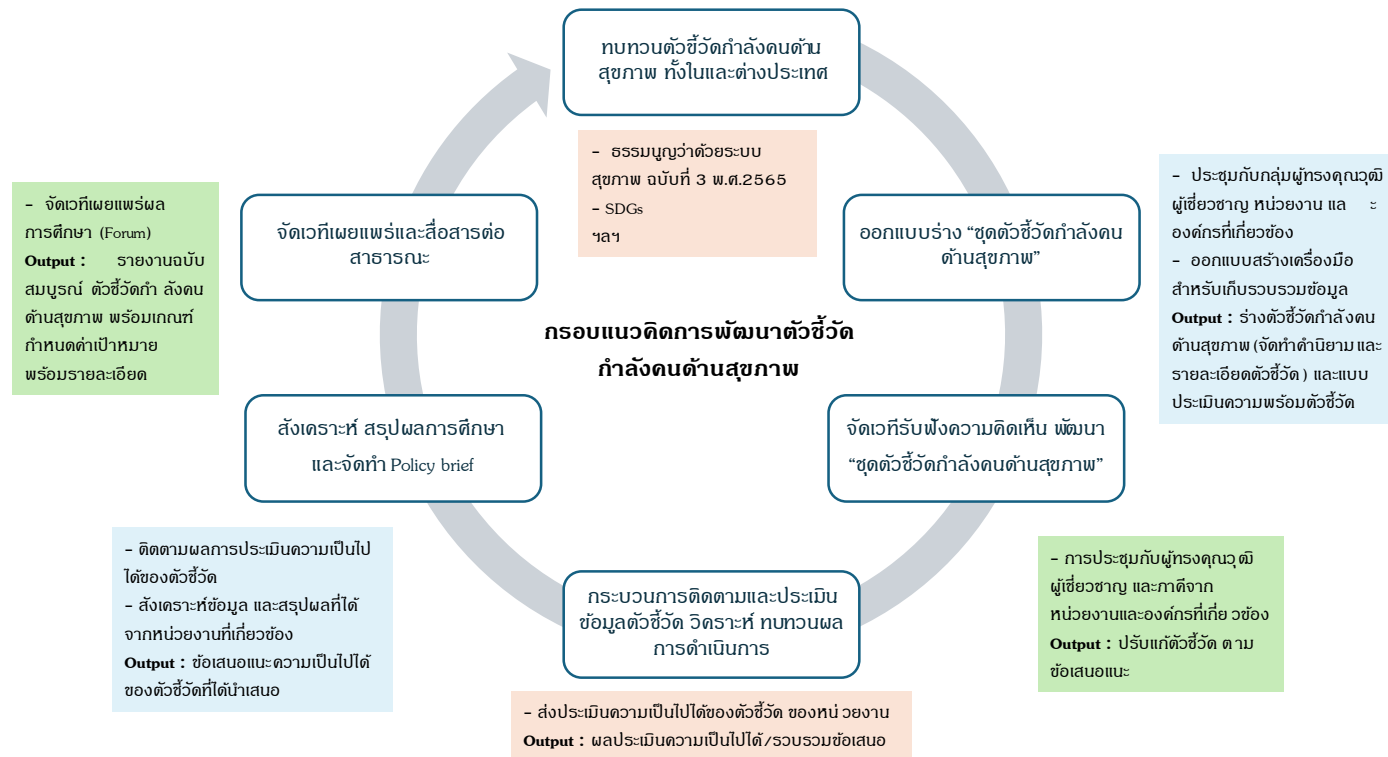
(4) ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายและมาตรการต่างๆ ที่ควรมีการดำเนินงานเพื่อให้สามารถบรรลุสถานการณ์ระบบสุขภาพที่ตั้งเป้าหมายไว้ได้

(5) ข้อเสนอแนะสำหรับตัวชี้วัดที่มีความสำคัญ และตัวชี้วัดที่ยังไม่มีระบบข้อมูล สำหรับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

5) จัดทำเอกสาร Policy brief เพื่อเสนอหน่วยงาน/องค์กร/กลไกที่เกี่ยวข้อง คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ และคณะรัฐมนตรี

6) จัดเวทีเผยแพร่และสื่อสารต่อสาธารณะ จำนวน 1 ครั้ง

3.3 วิธีการเก็บข้อมูล



ภาพที่ 3.1 ขั้นตอนการดำเนินงาน

3.4 การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์การใช้งานของตัวชี้วัดที่พัฒนาขึ้น: ข้อดี ข้อเสีย แหล่งข้อมูล และความสามารถในการเป็นตัวแทนที่จะสะท้อนถึงการบรรลุเป้าหมายกำลังคนด้านสุขภาพโดยอ้างอิงตามธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 3 พ.ศ. 2565 ตลอดจนควรมีการปรับปรุงแก้ไขหรือพัฒนาตัวชี้วัดใดเพิ่มเติมหรือไม่อย่างไร

2. วิเคราะห์สถานการณ์กำลังคนด้านสุขภาพที่ได้จากการติดตามข้อมูลจากตัวชี้วัด: ปัจจุบันบรรลุเป้าหมายตามตัวชี้วัดหรือไม่ หน่วยงาน องค์กร และผู้ที่เกี่ยวข้อง มีบทบาทอย่างไรบ้าง อะไรคือช่องว่างหรือข้อจำกัดที่ทำให้ยังไม่บรรลุเป้าหมาย อะไรคือจุดเด่น เพื่อพัฒนาไปสู่ข้อเสนอเชิงนโยบายหรือมาตรการที่ควรมีการดำเนินงานเพื่อให้สามารถบรรลุสถานการณ์ระบบสุขภาพที่ตั้งเป้าหมายไว้ได้ 2. วิเคราะห์ขั้นตอนการประเมินตัวชี้วัดกำลังคนด้านสุขภาพ

3. แนวทางในการคัดเลือกตัวชี้วัดในระดับประเทศ การคัดเลือกตัวชี้วัดที่มีความสอดคล้องกับธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพฉบับที่ 3 สอดคล้องกับสถานการณ์และทิศทางนโยบายกำลังคนด้านสุขภาพ และเป็นตัวชี้วัดที่สามารถเก็บข้อมูลได้

3.5 ขอบเขตของการวิจัย

ตัวชี้วัดระบบสุขภาพที่จะพัฒนาขึ้นเน้นการนำเป้าหมายหมวดกำลังคนด้านสุขภาพ ตามธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 3 พ.ศ. 2565 มาอ้างอิงเป็นหลัก โดยในการพัฒนาอาจนำข้อมูลอื่นๆ เช่น SDGs มาพิจารณาอ้างอิงประกอบได้ ซึ่งใช้ในการกำกับ และติดตามกำลังคนด้านสุขภาพ โดยศึกษาสถานการณ์ฐานข้อมูลของหน่วยบริการทางการแพทย์ สภาวิชาชีพ โดยดูภายใต้หน่วยงานควบคุมวิชาชีพ และในตลาดแรงงานสุขภาพที่เป็นไปได้ เพื่อนำเสนอเป็นข้อเสนอเชิงนโยบาย โดยครอบคลุมขอบเขตของวิชาชีพที่มีความสำคัญต่อระบบสุขภาพ ที่จะวิเคราะห์เพื่อพัฒนาตัวชี้วัดหลักของประเทศ

3.6 ระยะเวลาการดำเนินงาน

ระยะเวลา 6 เดือน (15 พฤษภาคม – 15 พฤศจิกายน 2567)

3.7 แผนการดำเนินงาน (action plan)

ตารางที่ 3.1 แผนการดำเนินงาน

กิจกรรม/ขั้นตอนการดำเนินงาน	เป้าหมาย/ตัวชี้วัด	ปี 2567																								
		ระยะเวลาดำเนินการ 6 เดือน																								
		พ.ค.			มิ.ย.			ก.ค.			ส.ค.			ก.ย.			ต.ค.			พ.ย.						
		2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2
1. ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง	รายงานการทบทวนวรรณกรรมในเรื่องตัวชี้วัดกำลังคนด้านสุขภาพทั้งในและต่างประเทศ																									
2. ประชุมเตรียมงาน/ติดตามกำกับงานนักวิจัย	เพื่อเตรียมความพร้อมสำหรับการออกแบบตัวชี้วัดหลัก นำเสนอร่างผลการศึกษาต่อทีมวิจัยและผู้เชี่ยวชาญในโครงการ เพื่อเตรียมความพร้อมในด้านการออกแบบเครื่องมือ และนำเสนอต่อผู้บริหารระดับกระทรวง																									
3. ออกแบบเครื่องมือ สำหรับการเก็บข้อมูล	เพื่อสร้างเครื่องมือสำหรับเก็บรวบรวมข้อมูลร่างตัวชี้วัดกำลังคนด้านสุขภาพตามธรรมนูญสุขภาพแห่งชาติ แบบประเมินความพร้อมตัวชี้วัดกำลังคนด้านสุขภาพ																									
4. การประชุมกลุ่มผู้บริหารแต่ละสังกัด/หน่วยงาน เพื่อทำการปรับปรุงก่อนทำการประเมินความเป็นไปได้ ครั้งที่ 1	เพื่อร่วมกันกำหนดตัวชี้วัด ความหมายและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับตัวชี้วัด รวมถึงค่าเป้าหมาย (รอบปรับแก้)																									

3.8 สถานที่ทำการวิจัย ทดลอง หรือการเก็บข้อมูล

สภาวิชาชีพหรือองค์กรที่ดูแลบุคลากรสุขภาพแต่ละวิชาชีพ เนื่องจากเป็นหน่วยงานที่มีภารกิจในการออกใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ รวมถึงต่ออายุ การศึกษาต่อเนื่อง ซึ่งส่งผลให้ทราบข้อมูลเชิงปริมาณของจำนวนการเพิ่มขึ้นของวิชาชีพ ประกอบด้วย แพทยสภา สภาการพยาบาล เป็นต้น

หน่วยงานราชการที่มีศูนย์ข้อมูลสุขภาพหรือศูนย์การวิจัยสุขภาพ เช่น กรมอนามัย กรมควบคุมโรค เป็นต้น

3.9 อุปกรณ์ที่ใช้

อุปกรณ์สำหรับการเก็บรวบรวมข้อมูลข้อมูล เช่น เครื่องมือสำหรับบันทึกข้อมูลการสำรวจ สำหรับการประเมินความเป็นไปได้ของตัวชี้วัด รูปแบบของแบบสอบถาม หรือระบบสารสนเทศที่ใช้ในการจัดเก็บข้อมูลหรือแสดงข้อมูลเพื่อสนับสนุนการดำเนินงานให้เป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ

3.10 แหล่งข้อมูล

- 1) ข้อมูลจากกระทรวงการอุดมศึกษา วิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรม (อว.) โดยรวบรวมข้อมูล
 - ข้อมูลจำนวนนักศึกษาใหม่ที่เข้าศึกษาในหลักสูตรที่เกี่ยวข้องกับแพทย์ ทันตแพทย์ เภสัชกรรม ในปี 2556-2560 และหลักสูตรที่เกี่ยวข้องกับพยาบาล กายภาพบำบัด เทคนิคการแพทย์ แพทย์แผนไทย และนักวิชาการสาธารณสุข ในปี 2558-2562
 - ข้อมูลจำนวนผู้สำเร็จการศึกษาในหลักสูตรปริญญาตรีที่เกี่ยวข้องกับ 8 วิชาชีพ ได้แก่ แพทย์ ทันตแพทย์ เภสัชกร พยาบาล กายภาพบำบัด เทคนิคการแพทย์ แพทย์แผนไทย และนักวิชาการสาธารณสุข ในปี 2562-2566
 - 2) ข้อมูลจากสภาวิชาชีพ ได้แก่ แพทยสภา ทันตแพทยสภา สภาเภสัชกรรม สภาพยาบาล สภากายภาพบำบัด สภาเทคนิคการแพทย์ สภาแพทย์แผนไทย และสภาการสาธารณสุขชุมชน โดยรวบรวม
 - ข้อมูลจำนวนนักศึกษาใหม่ที่เข้าศึกษาในหลักสูตร หรือข้อมูลจำนวนแผนรับนักศึกษาของ แพทยสภา ทันตแพทยสภา สภาเภสัชกรรม ในปี 2556-2560 และของสภาพยาบาล สภากายภาพบำบัด สภาเทคนิคการแพทย์ สภาแพทย์แผนไทย และสภาการสาธารณสุขชุมชน ในปี 2558-2562
 - ข้อมูลจำนวนผู้สำเร็จการศึกษาของแต่ละวิชาชีพ หรือข้อมูลจำนวนผู้ลงทะเบียนในการเข้าสอบใบอนุญาตวิชาชีพ ของสภาวิชาชีพ ในปี 2562-2566
 - ข้อมูลจำนวนผู้ได้รับใบประกอบวิชาชีพใหม่ ของแต่ละวิชาชีพ ในปี พ.ศ. 2562-2566
 - ข้อมูลจำนวนบุคลากรที่จบการศึกษาต่างประเทศในระดับปริญญาตรี และที่ผ่านการขึ้นทะเบียนของสภาวิชาชีพในประเทศไทยใหม่ ในปี 2562-2566
 - 3) เว็บไซต์สภา
- จำนวนสถาบันในการผลิตของ 8 วิชาชีพ ได้แก่ แพทย์ ทันตแพทย์ เภสัชกร พยาบาล กายภาพบำบัด เทคนิคการแพทย์ แพทย์แผนไทย และนักวิชาการสาธารณสุข ในปี 2566

4) กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข (กยผ.) โดยการรวบรวมข้อมูลจำนวนบุคลากร 8 วิชาชีพ ได้แก่ แพทย์ ทันตแพทย์ เภสัชกร พยาบาล กายภาพบำบัด เทคนิคการแพทย์ แพทย์แผนไทย ในระดับจังหวัด และระดับรายโรงพยาบาล

5) กองสนับสนุนระบบสุขภาพปฐมภูมิ (กสป.) กระทรวงสาธารณสุข โดยการรวบรวมข้อมูลจำนวนบุคลากรที่เกี่ยวข้องกับงานปฐมภูมิ และจำนวนประชากรในหน่วยบริการที่รับผิดชอบ ที่มีการขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการ ในปี 2562-2566 รายหน่วยบริการ รายจังหวัด ยกเว้นจังหวัดกรุงเทพมหานคร

6) กรมการปกครอง กระทรวงมหาดไทย โดยรวบรวมข้อมูลประชากรในระดับอำเภอ ของปี 2562-2566

3.11 การเตรียมข้อมูลก่อนการวิเคราะห์

1) รวบรวมข้อมูลจากแหล่งข้อมูลที่ใช้ในการศึกษา เป็นข้อมูลรายจังหวัด ตั้งแต่ปี 2562-2566

2) ตรวจสอบข้อมูล และบริหารจัดการข้อมูลแต่ละแหล่งข้อมูลให้ครบถ้วน สำหรับข้อมูลที่ขาดหายไปทดแทนด้วยการหาค่าเฉลี่ยของ 3 ปีที่ต่อเนื่อง พร้อมสำหรับการวิเคราะห์ข้อมูล

3) การตรวจสอบข้อมูลจากกระทรวงการอุดมศึกษา วิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรม (อว.) โดยตรวจสอบข้อมูลที่สอดคล้องกับหลักสูตรตามการรับรองของสภาวิชาชีพ

4) ตรวจสอบข้อมูลกองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข (กยผ.) รายโรงพยาบาล โดยจัดการข้อมูลรายโรงพยาบาล และจัดกลุ่มให้เป็นระดับอำเภอ จากการเชื่อมข้อมูลจากรหัสอำเภอ ของแต่ละวิชาชีพ

5) การตรวจสอบข้อมูลกองสนับสนุนระบบสุขภาพปฐมภูมิ (กสป.) กระทรวงสาธารณสุข โดยการข้อมูลรายหน่วยบริการที่ ที่มีจำนวนบุคลากร คือ แพทย์ พยาบาล (พยบ.) นักวิชาการสาธารณสุข (นวก.) เจ้าหน้าที่สาธารณสุข (จสธ.) ทันตแพทย์ (ทพ.) เภสัชกร (ภก.) ผู้ช่วยทันตแพทย์ (ผช.ทพ.) ผู้ช่วยเภสัชกร (ผช.ภก.) นักกายภาพบำบัด (ภก.) แพทย์แผนไทย/แพทย์ทางเลือก (พทท.) และพนักงาน (พนง.) โดยจัดกลุ่ม ออกเป็น 4 กลุ่ม ได้แก่ (1) แพทย์ (2) พยาบาล (3) นวก. และ จสธ. และ (4) ทพ. ภก. ผช.ทพ. ผช.ภก. ภก. พทท. และ พนง. และคัดเลือกหน่วยบริการที่ยังมีสถานะในการเปิดบริการเท่านั้น

3.12 ข้อจำกัดของข้อมูล

1) ข้อมูลจากกระทรวงการอุดมศึกษา วิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรม (อว.)

- ข้อมูลไม่ได้มีการจัดกลุ่มเป็นตามวิชาชีพ แต่มีการจัดกลุ่ม ตามระบบของ อว. ISCED GROUP Health ดึงจากหมวด Health and welfare เป็น Dental studies, Medicine, Pharmacy, Therapy and rehabilitation, medical diagnostic and treatment technology, Nursing and midwifery, Health not further defined, Traditional and complementary medicine and therapy, Health not elsewhere classified ปัญหา 1) มีการแบ่งวิชาชีพใหม่ จากหลักสูตร เช่นในกลุ่ม Dental studies ที่มีหลักสูตรทันตสาธารณสุข 2) บางวิชาชีพมีหลักสูตรที่รับรองจากสภา แต่ถูกจัดไปอีกกลุ่มของระบบอว. เช่นในวิชาชีพสาธารณสุข ไม่มีหลักสูตรวิทยาศาสตร์สิ่งแวดล้อม

- การย้อนข้อมูลการรับเข้าศึกษาค่อนข้างยาก ในบางวิชาชีพที่มีความหลากหลายของหลักสูตร
- ข้อมูลจากส่งจากทางมหาวิทยาลัย น้อยกว่าที่สภาวิชาชีพมีการรายงาน
- ข้อมูลผู้สำเร็จการศึกษา อาจมากกว่าแแรกรับเข้านักศึกษาในรุ่นเดียวกัน เพราะมีนักศึกษาที่จบช้า

หรือเร็วกว่ากำหนด

2) กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข (กยผ.)

- ข้อมูลส่วนใหญ่อยู่ในส่วนของรัฐบาล
- ไม่ได้มีการนำเสนอข้อมูลเป็นรายอำเภอ แต่สามารถดึงข้อมูลเป็นรายสถานพยาบาลได้

หากการกระจายของแต่ละวิชาชีพ ใช้จำนวนประชากรของ กรมการปกครองในระดับอำเภอ

- มีข้อมูลของวิชาชีพแพทย์แผนไทย ไม่มีตำแหน่งแพทย์แผนไทยประยุกต์

3).กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข (กยผ.)

- ข้อมูลเป็นจากการขึ้นทะเบียน ของ PUC ข้อมูลยังไม่รวมกับของกรุงเทพ ซึ่งมีการขึ้นทะเบียน แต่ไม่ได้นำมารวมในการนำเสนอครั้งนี้

- มีสถานบริการที่มีการรายงาน ขอยกเลิกจากสาธารณสุขจังหวัด (สสจ.)

บทที่ 4 ผลการศึกษา

4.1 ตัวชี้วัดกำลังคนด้านสุขภาพ

จากการดำเนินงานเบื้องต้นในการทบทวนวรรณกรรม การกำหนดร่างตัวชี้วัดเพื่อเสนอต่อผู้เชี่ยวชาญเพื่อการพิจารณา และร่วมประชุมเพื่อให้ข้อเสนอแนะ โดยมีการประชุมกับผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 2 ครั้ง ซึ่งมีตัวแทนจากสภาวิชาชีพ กระทรวงสาธารณสุข สำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ และกระทรวงการอุดมศึกษา วิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรม (อว.) โดยครั้งแรกเป็นการนำเสนอตัวชี้วัดจำนวน 9 ตัวชี้วัด ในที่มีประชุมเห็นด้วย มีการปรับลดตัวชี้วัดที่มีความเป็นไปได้ และมีข้อเสนอการปรับในรายละเอียดแต่ละตัวชี้วัด จึงนำมาสู่การรวบรวมข้อมูล และการนำเสนอข้อมูลตามตัวชี้วัดในการประชุมครั้งที่ 2 (รายละเอียดตามภาคผนวก 1) จึงได้ข้อสรุปตัวชี้วัดแบ่งออกเป็น 4 หมวดจำนวน 13 ตัวชี้วัด โดยมีรายละเอียด ดังนี้

ตัวชี้วัดหมวดที่ 1 ประเทศไทยมีจำนวนกำลังคนด้านสุขภาพในสาขาที่สำคัญเพียงพอ (Availability of HRH) มีจำนวน 3 ตัวชี้วัด

ตัวชี้วัดหมวดที่ 2 กำลังคนด้านสุขภาพในแต่ละสาขาวิชาชีพที่ได้รับใบอนุญาตวิชาชีพ (Quality of HRH) มีจำนวน 1 ตัวชี้วัด

ตัวชี้วัดหมวดที่ 3 กำลังคนด้านสุขภาพในสาขาที่สำคัญมีการกระจายตัวตามภูมิศาสตร์ที่เหมาะสม (Accessibility of HRH) มีจำนวน 3 ตัวชี้วัด

ตัวชี้วัดหมวดที่ 4 ตัวชี้วัดเชิงมาตรการ (strategies) มีจำนวน 6 ตัวชี้วัด โดยมีรายละเอียดตามตาราง ดังนี้

ตารางที่ 4.1 ตัวชี้วัดกำลังคนด้านสุขภาพเบื้องต้น

ตัวชี้วัดย่อย	ความหมายตัวชี้วัด	รายละเอียด	แหล่งข้อมูล
1.1 จำนวนสถาบันการศึกษาและจำนวนการผลิตต่อปี	<ul style="list-style-type: none"> - จำนวนสถาบันการผลิตทั้งภาครัฐและเอกชน - จำนวนบัณฑิตที่จบการศึกษาในแต่ละปี 	<ul style="list-style-type: none"> - จำนวนสถาบันการศึกษา ในระดับปริญญาตรี ในปี พ.ศ. 2562-2566 - จำนวนบัณฑิตที่จบหลักสูตรในระดับปริญญาตรี ของสถาบันการศึกษาทั้งหมด (ภาครัฐ และในกำกับของรัฐ เอกชน และสถานศึกษาเอกชน สังกัด อว. เช่น วิทยาลัย 	กระทรวง อว.

ตัวชี้วัดย่อย	ความหมายตัวชี้วัด	รายละเอียด	แหล่งข้อมูล
1.2 อัตราการสำเร็จการศึกษา	สัดส่วนบัณฑิตที่จบการศึกษาเปรียบเทียบกับจำนวนรับในรอบเดียวกัน	<p>พยาบาลกองทัพบก ฯลฯ) ในปี 2566</p> <p>คำนวณสัดส่วน จาก $X/Y \times 100$</p> <ul style="list-style-type: none"> - X เท่ากับ จำนวนบัณฑิตที่จบหลักสูตรในระดับปริญญาตรีของสถาบันการศึกษาทั้งหมด (ภาครัฐ และในกำกับของรัฐ เอกชน และสถานศึกษาอื่นสังกัด อว. เช่น วิทยาลัยพยาบาลกองทัพบก ฯลฯ) ในปี 2562-2566 - Y เท่ากับ จำนวนนักศึกษาใหม่ในระดับปริญญาตรี แต่ละวิชาชีพ ในแพทย์ ทันตแพทย์ เภสัชกร ในปี พ.ศ. 2556-2560 และในวิชาชีพ พยาบาล วิชาชีพ กายภาพบำบัด เทคนิคการแพทย์ นักวิชาการสาธารณสุข และแพทย์แผนไทย/แพทย์แผนไทยประยุกต์ ในปี พ.ศ. 2558-2562 	กระทรวง อว.
1.3 จำนวนบุคลากรที่จบการศึกษาวิชาชีพจากต่างประเทศ (Foreign-trained HRH)	จำนวนบุคลากรที่จบการศึกษาจากต่างประเทศและสามารถขึ้นทะเบียนเป็นผู้ประกอบวิชาชีพในประเทศไทย	<ul style="list-style-type: none"> - จำนวนบุคลากรที่จบการศึกษาต่างประเทศในระดับปริญญาตรี และที่ผ่านการขึ้นทะเบียนของสภาวิชาชีพในประเทศไทยใหม่ ในปี 2562-2566 โดยจำแนกเป็นแต่ละสภาวิชาชีพ คือ แพทย์ ทันตแพทย์ พยาบาล วิชาชีพ เภสัชกร เทคนิคการแพทย์ กายภาพบำบัด สาธารณสุขชุมชน และ และ 	สภาวิชาชีพ 8 วิชาชีพ

ตัวชี้วัดย่อย	ความหมายตัวชี้วัด	รายละเอียด	แหล่งข้อมูล
2.1 สัดส่วนผู้สำเร็จการศึกษาที่ได้รับใบอนุญาตของแต่ละวิชาชีพ ในภาพรวม	จำนวนของผู้สำเร็จการศึกษาวิชาชีพที่ได้รับใบอนุญาต ต่อจำนวนบัณฑิตที่จบการศึกษาในแต่ละปี	<p>คำนวณสัดส่วน จาก $X/Y \times 100$</p> <ul style="list-style-type: none"> - X เท่ากับ จำนวนผู้ได้รับใบประกอบวิชาชีพใหม่ ของแต่ละวิชาชีพ ในปี 2562-2566 โดยจำแนกเป็นแต่ละสภาวิชาชีพ คือ แพทย์ ทันตแพทย์ พยาบาล วิชาชีพ เภสัชกร เทคนิคการแพทย์ กายภาพบำบัด สาธารณสุขชุมชน และแพทย์แผนไทย/แพทย์แผนไทยประยุกต์ - Y เท่ากับ จำนวนบัณฑิตที่จบหลักสูตรในระดับปริญญาตรี ของสถาบันการศึกษาทั้งหมด (ภาครัฐ และในกำกับของรัฐ เอกชน และสถานศึกษานอกสังกัด อว. เช่น วิทยาลัยพยาบาลกองทัพบก ฯลฯ) ในปี 2562-2566 หรือ จำนวนจำนวนผู้ลงทะเบียนเข้าสอบใบประกอบวิชาชีพ ในปี 2562-2566 โดยจำแนกเป็นแต่ละสภาวิชาชีพ คือ แพทย์ ทันตแพทย์ พยาบาลวิชาชีพ เภสัชกร เทคนิคการแพทย์ กายภาพบำบัด สาธารณสุขชุมชน และ แพทย์แผนไทย/แพทย์แผนไทยประยุกต์ 	สภาวิชาชีพ 8 วิชาชีพ
3.1 สัดส่วนบุคลากรด้านสุขภาพต่อประชากรในภาพรวมของประเทศ	จำนวนบุคลากรด้านสุขภาพต่อจำนวนประชากรในภาพรวมประเทศ	<p>คำนวณสัดส่วน จาก $X/Y \times 10,000$</p> <ul style="list-style-type: none"> - X เท่ากับ จำนวนบุคลากรด้านสุขภาพ ของแต่ละวิชาชีพ คือ 1) แพทย์ 2) ทันตแพทย์ 3) 	สภาวิชาชีพ, กองยุทธศาสตร์ และแผนงาน สส.

ตัวชี้วัดย่อย	ความหมายตัวชี้วัด	รายละเอียด	แหล่งข้อมูล
		<p>พยาบาลวิชาชีพ 4) เกสซ์กร 5) เทคนิคการแพทย์ 6) กายภาพบำบัด 7) สาธารณสุขชุมชน และ 8) แพทย์แผนไทย</p> <p>ประยุกต์ ของปี พ.ศ.2562-2566 ภาพรวมประเทศ ทั้งในภาครัฐและเอกชน</p> <p>- Y เท่ากับประชากรตามทะเบียนราษฎร ของปี พ.ศ.2562-2566 ภาพรวมประเทศ</p>	
3.2 สัดส่วนบุคลากรด้านสุขภาพต่อประชากรระดับจังหวัด	จำนวนบุคลากรด้านสุขภาพต่อจำนวนประชากรในแต่ละจังหวัด	<p>คำนวณสัดส่วน จาก $X/Y \times 10,000$</p> <p>- X เท่ากับ จำนวนบุคลากรด้านสุขภาพ ของแต่ละวิชาชีพ คือ 1) แพทย์ 2) ทันตแพทย์ 3) พยาบาลวิชาชีพ 4) เกสซ์กร 5) เทคนิคการแพทย์ 6) กายภาพบำบัด 7) สาธารณสุขชุมชน และ 8) แพทย์แผนไทย</p> <p>ประยุกต์ ของปี พ.ศ.2562-2566 ภาพรวมในแต่ละจังหวัด ทั้งในภาครัฐและเอกชน</p> <p>- Y เท่ากับ จำนวนประชากรตามทะเบียนราษฎร ของปี พ.ศ. 2562-2566 ภาพรวมในแต่ละจังหวัด</p>	สภาวิชาชีพ, กองยุทธศาสตร์ และแผนงาน สธ.
3.3 สัดส่วนบุคลากรสุขภาพในงานปฐมภูมิต่อประชากรในระดับจังหวัด	จำนวนบุคลากรด้านสุขภาพที่ปฏิบัติงานปฐมภูมิต่อจำนวนประชากรในแต่ละจังหวัด	<p>คำนวณสัดส่วน จาก $X/Y \times 10,000$</p> <p>- X เท่ากับ จำนวนบุคลากรด้านสุขภาพ ของแต่ละวิชาชีพ ดังนี้ 1) แพทย์/แพทย์ เวชศาสตร์ครอบครัว/แพทย์ที่มีสมรรถนะด้านเวชศาสตร์ครอบครัว</p>	สภาวิชาชีพ, กองยุทธศาสตร์และกองสนับสนุนระบบสุขภาพปฐมภูมิ (กสป.) กระทรวงสาธารณสุข

ตัวชี้วัดย่อย	ความหมายตัวชี้วัด	รายละเอียด	แหล่งข้อมูล
		2) พยาบาลวิชาชีพ/พยาบาลเวชปฏิบัติทั่วไป/พยาบาลเวชศาสตร์ครอบครัว 3) บุคลากรสาธารณสุข ได้แก่ ผู้ประกอบวิชาชีพการสาธารณสุขชุมชน ผู้ประกอบโรคศิลปะ และหรือบุคลากรสาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพ 4) ทันตแพทย์ 5) เภสัชกร 6) นักกายภาพบำบัด 7) แพทย์แผนไทยและหรือบุคลากรวิชาชีพอื่นที่สอดคล้องกับบริการที่ปฏิบัติงานปฐมภูมิ ของปี พ.ศ. 2562-2566 ภาพรวมในแต่ละอำเภอ - Y เท่ากับ จำนวนประชากร ตามหน่วยบริการที่รับผิดชอบ ปี 2562-2566	

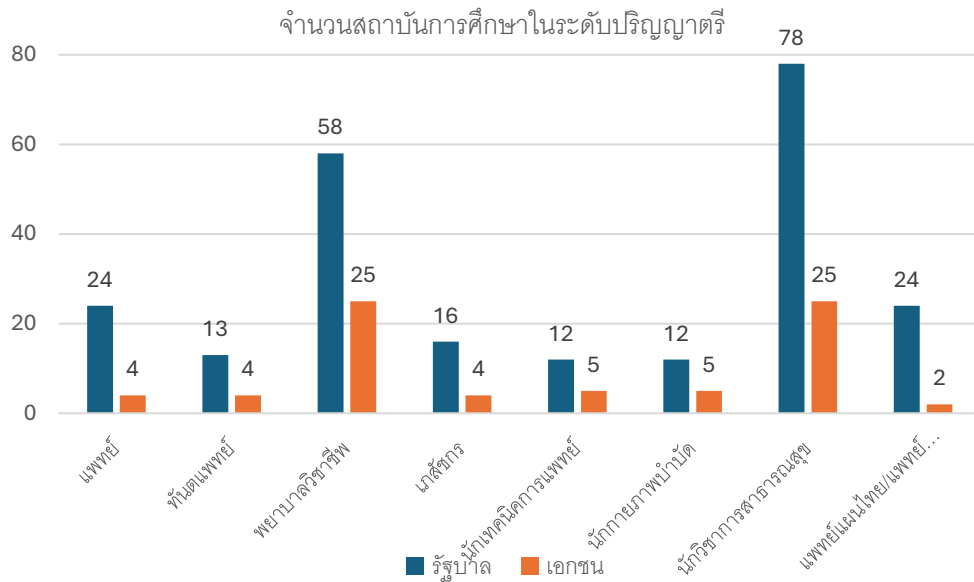
4.2 ผลการศึกษาตัวชี้วัดหมวดที่ 1

ตัวชี้วัดหมวดที่ 1 ประเทศไทยมีจำนวนกำลังคนด้านสุขภาพในสาขาที่สำคัญเพียงพอ (Availability of HRH) ประกอบด้วย ตัวชี้วัดย่อย 3 ตัวชี้วัด ดังนี้

4.2.1 จำนวนสถานประกอบการศึกษาและจำนวนการผลิตต่อปี

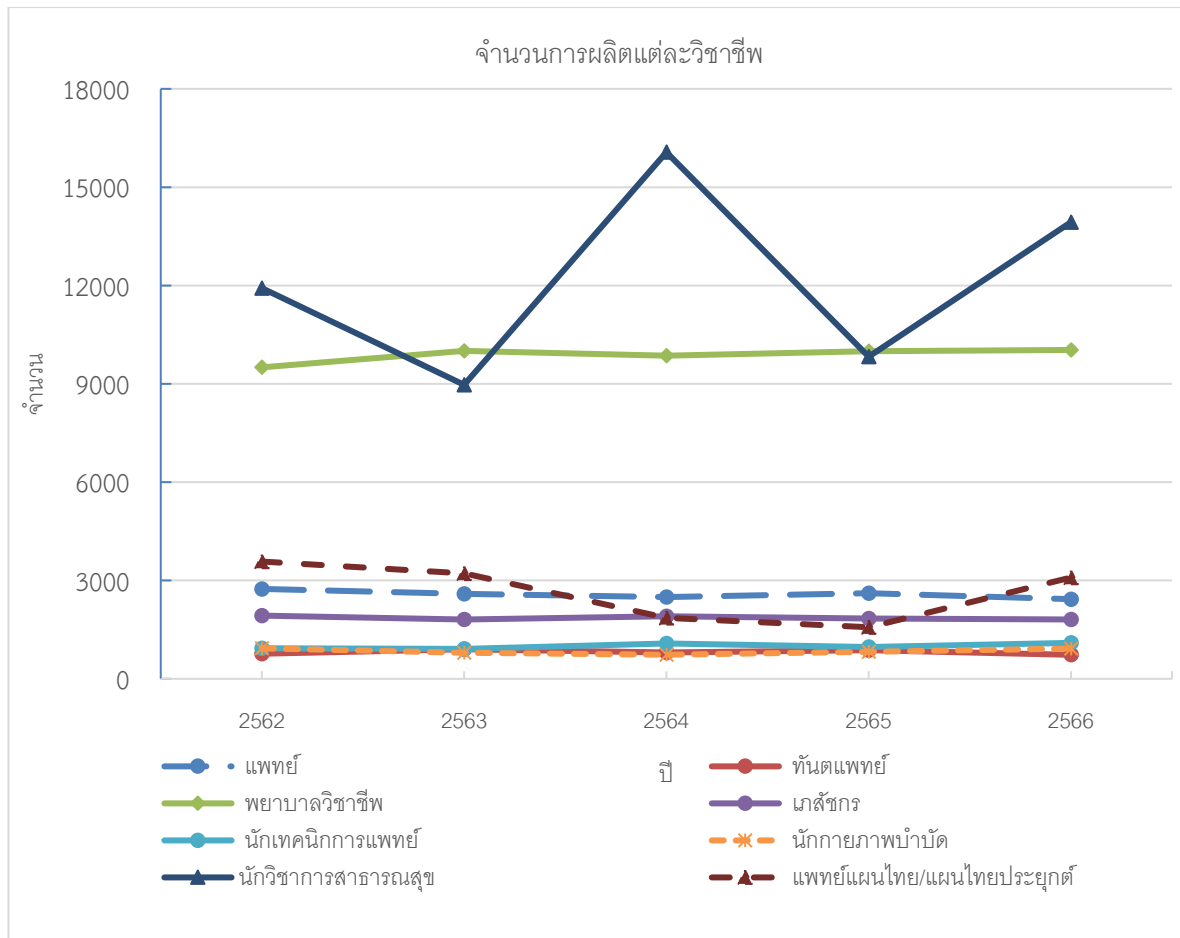
ในระยะ 5 ปีที่ผ่านมา จำนวนสถานการผลิตในแต่ละวิชาชีพ เพิ่มจำนวนขึ้นไม่มากนัก จำนวนสถานการผลิตของวิชาชีพส่วนใหญ่อยู่ในภาครัฐ โดยวิชาชีพสาธารณสุขเป็น วิชาชีพที่มีจำนวนสถานการผลิตมากที่สุด มีสถาบันภาครัฐ จำนวน 78 สถาบัน และสถาบันภาคเอกชน จำนวน 25 สถาบัน รองลงมาคือ วิชาชีพพยาบาล ที่มีสถาบันภาครัฐจำนวน 58 สถาบัน และภาคเอกชน จำนวน 25 สถาบัน และทั้งสองวิชาชีพเป็นวิชาชีพที่มีสถาบันในภาคเอกชนมากที่สุด ส่วนในวิชาชีพที่มีสถานการผลิตน้อยที่สุด คือ วิชาชีพทันตแพทย์ ที่มีสถาบันภาครัฐ จำนวน 13 สถาบัน และภาคเอกชน จำนวน 3 สถาบัน และวิชาชีพเภสัชกร นักเทคนิคการแพทย์ นักกายภาพบำบัด มีจำนวนสถาบันที่ใกล้เคียงกัน (ภาพที่ 4.1)

จำนวนการผลิตต่อปี ตั้งแต่ปี 2562-2566 เกือบทุกวิชาชีพมีจำนวนการผลิตเพิ่มขึ้นไม่มาก เช่น แพทย์ ทันตแพทย์ นักกายภาพบำบัด เทคนิคการแพทย์ และเภสัชกร แต่ในวิชาชีพแพทย์แผนไทยและ แพทย์แผนไทยประยุกต์มีจำนวนการผลิตเพิ่มขึ้น ในปี 2566 ค่อนข้างมากเมื่อเปรียบเทียบกับปี 2565 รวมถึงวิชาชีพ นักวิชาการสาธารณสุขจำนวนการผลิตเพิ่มขึ้นและลดลงสลับกันในแต่ละปี และผลิตมากที่สุดในปี 2564



ภาพที่ 4.1 จำนวนสถาบันการศึกษาของแต่ละวิชาชีพ

ที่มา : ข้อมูลจากสภาวิชาชีพ



ภาพที่ 4.2 จำนวนการผลิตแต่ละวิชาชีพ ตั้งแต่ปี 2562-2566

ที่มา : ข้อมูลจากสภาวิชาชีพ

4.1.2 อัตราการสำเร็จการศึกษา

อัตราการสำเร็จการศึกษาของแพทย์ ตั้งแต่ปี 2562-2566 ปีมีอัตราการสำเร็จมากที่สุดในปี 2562 ร้อยละ 108.4 รองลงมาในปี 2564 ร้อยละ 104.8 และน้อยสุดในปี 2566 ร้อยละ 84.5 ซึ่งในทุกปีอัตราการสำเร็จการศึกษาของแพทย์เกินร้อยละ 80 ทุกปี

อัตราการสำเร็จของทันตแพทย์ ในทุกปีมีอัตราการสำเร็จ ร้อยละ และไม่มีความแตกต่างกันมาก โดยอัตราการสำเร็จมากที่สุดในปี 2563 ร้อยละ 136.0 และน้อยที่สุดในปี 2566 ร้อยละ 111.4 (ข้อมูลการรับเข้าการศึกษาของทันตสภา ขาดข้อมูลบางสถาบันการศึกษา)

อัตราการสำเร็จการศึกษาพยาบาล ในแต่ละปีไม่มีความแตกต่างกันมากนักอยู่ในช่วงร้อยละ 90-100 และมากที่สุดในปี 2566 ร้อยละ 98.8 และต่ำสุดร้อยละ 96.4 ในปี 2562

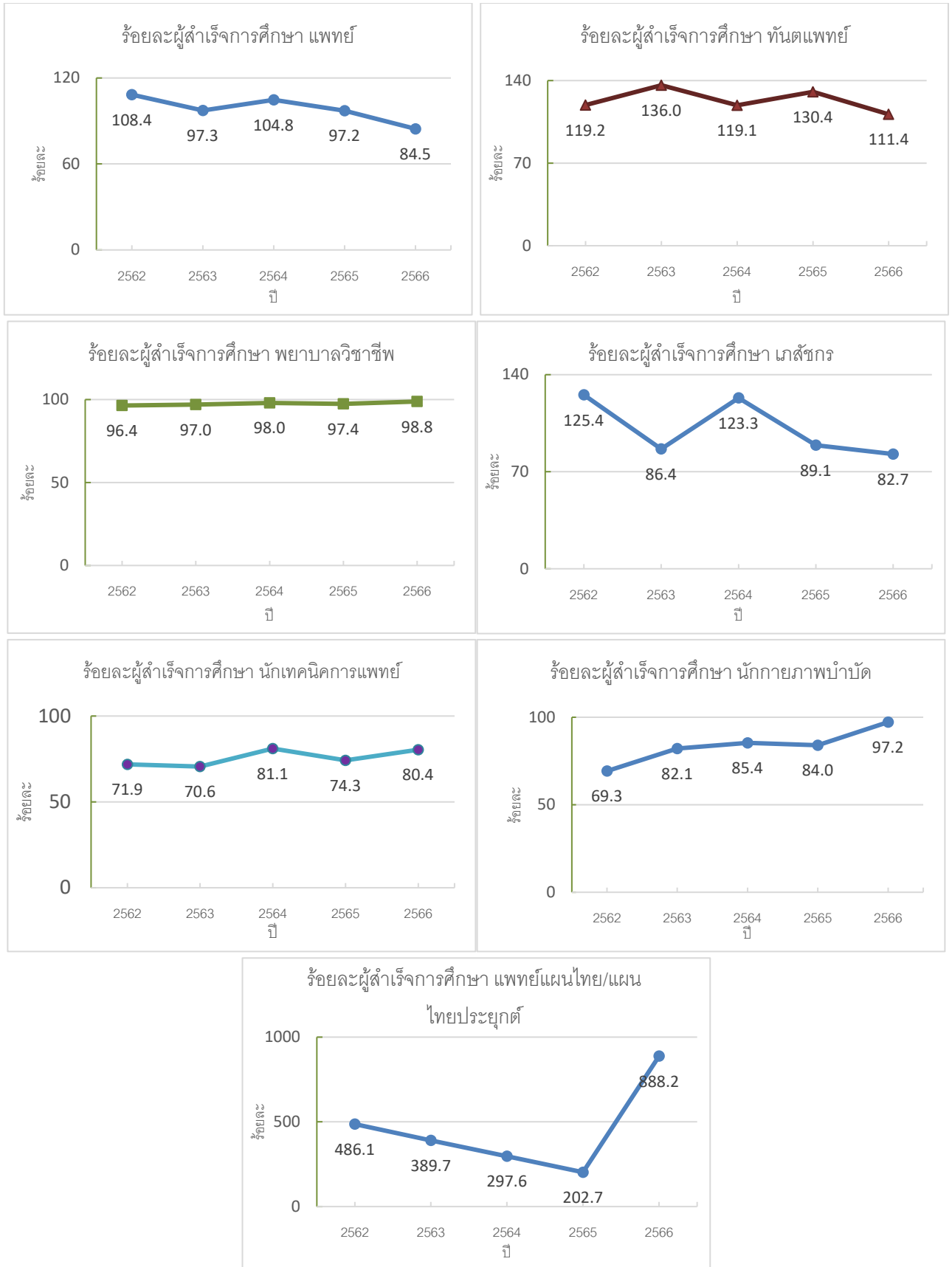
อัตราการสำเร็จการศึกษาเภสัชกร ในทุกปีมีอัตราการสำเร็จเกินร้อยละ 80 และมากที่สุดในปี 2562 ร้อยละ 125.4 และต่ำสุดในปี 2566 ร้อยละ 82.7

อัตราการสำเร็จการศึกษาเทคนิคการแพทย์ อัตราการสำเร็จในทุกปีมากกว่าร้อยละ 70 และในปี 2564 อัตราการสำเร็จมากที่สุด ร้อยละ 81.1 และต่ำที่สุดในปี 2563 ร้อยละ 70.6

อัตราการสำเร็จการศึกษากายภาพบำบัด อัตราการสำเร็จส่วนใหญ่เกินร้อยละ 70 มากที่สุดในปี 2566 ร้อยละ 97.2 และน้อยสุดในปี 2562 ร้อยละ 69.3

อัตราการสำเร็จการศึกษาแพทย์แผนไทยแพทย์แผนไทยประยุกต์ ส่วนใหญ่เกินร้อยละ 200 มากที่สุดในปี 2562 ร้อยละ 486 และน้อยสุดในปี 2565 ร้อยละ 202

ไม่สามารถแสดงข้อมูลอัตราการสำเร็จการศึกษานักวิชาการสาธารณสุข



ภาพที่ 4.3 อัตราการสำเร็จการศึกษาของแต่ละวิชาชีพ ปี 2562-2566

ที่มา : ข้อมูลจากสภาวิชาชีพ และกระทรวง อว.

4.1.3 จำนวนบุคลากรที่จบการศึกษาจากต่างประเทศ (Foreign-trained HRH)

จำนวนบุคลากรที่จบจากต่างประเทศในแพทย์ ตั้งแต่ปี 2562-2566 มีจำนวนเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ จากในปี 2562 ที่มีจำนวน 127 เพิ่มมากขึ้น และในปี 2566 ที่มีจำนวนมากที่สุด มีจำนวน 228 คน

จำนวนบุคลากรที่จบจากต่างประเทศของทันตแพทย์ มีจำนวนทันตแพทย์ที่จบจากต่างประเทศ มากที่สุดในปี 2565 จำนวน 15 คน ส่วนในพยาบาล มากที่สุดในปี 2563 จำนวน 21 คน และ ในกายภาพบำบัดมีจำนวนบุคลากรที่มาจากต่างประเทศเพียง 1 คน ในปี 2565 เท่านั้น

ตารางที่ 4.2 จำนวนบุคลากรที่จบการศึกษาจากต่างประเทศ ปี 2562-2566 (ข้อมูลจากสภาวิชาชีพ)

ปี	แพทย์	ทันตแพทย์	พยาบาล	กายภาพบำบัด
2562	127	3	0	0
2563	134	3	21	0
2564	183	10	6	0
2565	196	15	10	1
2566	228	7	13	0

4.2 ผลการศึกษาตัวชี้วัดหมวดที่ 2

ตัวชี้วัดหมวดที่ 2 กำลังคนด้านสุขภาพในแต่ละสาขาที่ได้รับใบอนุญาตวิชาชีพ มีตัวชี้วัด 1 ตัวชี้วัด ดังนี้

4.2.1 จำนวนผู้สำเร็จการศึกษาที่ได้รับใบอนุญาตของแต่ละวิชาชีพ

ร้อยละการได้รับใบอนุญาตของแพทย์ ส่วนใหญ่ในทุกปีเกินร้อยละ มากที่สุดในปี 2566 ร้อยละ 124.7 และน้อยที่สุดในปี 2562 ร้อยละ 104.2

ร้อยละการได้รับใบอนุญาตของทันตแพทย์ ทุกปีการได้รับใบอนุญาตร้อยละ 100 ในทุกปี

ร้อยละการได้รับใบอนุญาตของพยาบาล ทั้ง 5 ปี เกินร้อยละ 90 ในปี 2565 มีผู้ได้รับใบอนุญาต มากที่สุด ร้อยละ 106.7 และต่ำที่สุดในปี 2563 ร้อยละ 95.1

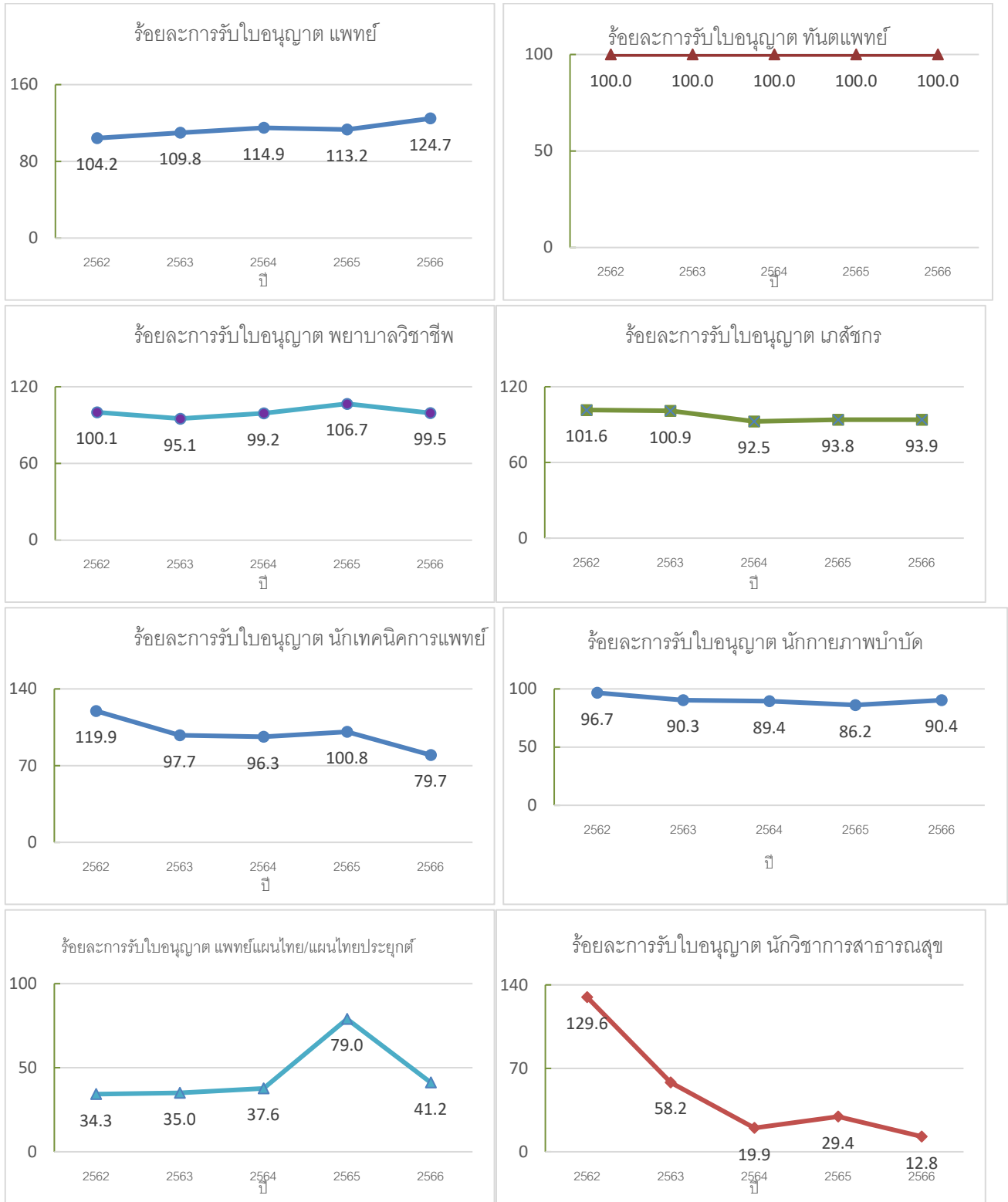
ร้อยละการได้รับใบอนุญาตเภสัชกร ในทุกปีการได้รับใบอนุญาตเกินร้อยละ 90 ทุกปี ในปีที่มีมากที่สุด คือ ปี 2562 ร้อยละ 101.6 และในปีที่น้อยที่สุด คือ ปี 2564 ร้อยละ 92.5

ร้อยละการได้รับใบอนุญาตเทคนิคการแพทย์ ส่วนใหญ่ของปีจะเกินร้อยละ 90 มากที่สุดในปี 2562 ร้อยละ 119.9 แต่ในปี 2566 ร้อยละการได้รับใบอนุญาตค่อนข้างลดลงมากกว่าปีที่ผ่านมา อยู่ที่ร้อยละ 79.7

ร้อยละการได้รับใบอนุญาตกายภาพบำบัด ส่วนใหญ่เกินร้อยละ 80 โดยมากที่สุดในปี 2562 โดยมากที่สุดในปี 2562 ร้อยละ 96.7 และปี 2565 ที่ร้อยละการได้รับใบอนุญาตต่ำที่สุด ร้อยละ 86.2

ร้อยละการได้รับใบอนุญาตแพทย์แผนไทยแพทย์และแผนไทยประยุกต์ การได้รับใบอนุญาตค่อนข้าง ต่ำกว่าร้อยละ 50 เกือบทุกปี แต่ในปี 2565 ร้อยละการได้รับใบอนุญาตสูงที่สุด อยู่ที่ร้อยละ 79

ร้อยละการได้รับใบอนุญาตนักวิชาการสาธารณสุข เกือบทุกปีการได้รับใบอนุญาตต่ำกว่าร้อยละ 50 และค่อนข้างลดลงมากเมื่อเปรียบเทียบกับปี 2562 ที่การได้รับใบอนุญาต ร้อยละ 129.6 และในปี 2566 ต่ำมากที่สุด อยู่ที่ร้อยละ 12.8



ภาพที่ 4.4 ร้อยละการได้รับใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ ปี 2562-2566

ที่มา : ข้อมูลจากสภาวิชาชีพ

4.3 ผลการศึกษาตัวชี้วัดหมวดที่ 3

ตัวชี้วัดหมวดที่ 3 กำลังคนด้านสุขภาพในสาขาที่สำคัญมีการกระจายตัว ตามภูมิศาสตร์ (Geographical distribution) ที่เหมาะสม ประกอบด้วย ตัวชี้วัดย่อย 3 ตัวชี้วัด ดังนี้

4.3.1 สัดส่วนบุคลากรสุขภาพต่อประชากรภาพรวมประเทศ ปี 2562-2566

สัดส่วนแพทย์ ต่อประชากร 10,000 คน ในปี 2562 มีสัดส่วนแพทย์ 5.4 ต่อประชากร 10,000 คน โดยมีสัดส่วนแพทย์ต่อประชากรเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ จนในปี 2566 มีสัดส่วนแพทย์ 6.5 ต่อประชากร 10,000 คน มีความแตกต่างกันเพียง 1 เท่า และสัดส่วนแพทย์ในปี 2566 เพิ่มขึ้นร้อยละ 20 เมื่อเปรียบเทียบกับปี 2562

สัดส่วนทันตแพทย์ ต่อประชากร 10,000 คน ในปี 2562-2566 ในระยะเวลา 5 ปี สัดส่วนทันตแพทย์ไม่ได้มีความแตกต่างกัน

สัดส่วนพยาบาลวิชาชีพ ต่อประชากร 10,000 คน ในปี 2562 มีพยาบาลวิชาชีพ 27.1 ต่อประชากร 10,000 คน และในปี 2566 มีพยาบาลวิชาชีพ 29.9 ต่อประชากร 10,000 คน มีความแตกต่างกัน 1 เท่า และสัดส่วนพยาบาลวิชาชีพในปี 2566 เพิ่มขึ้นร้อยละ 10 เมื่อเปรียบเทียบกับปี 2562

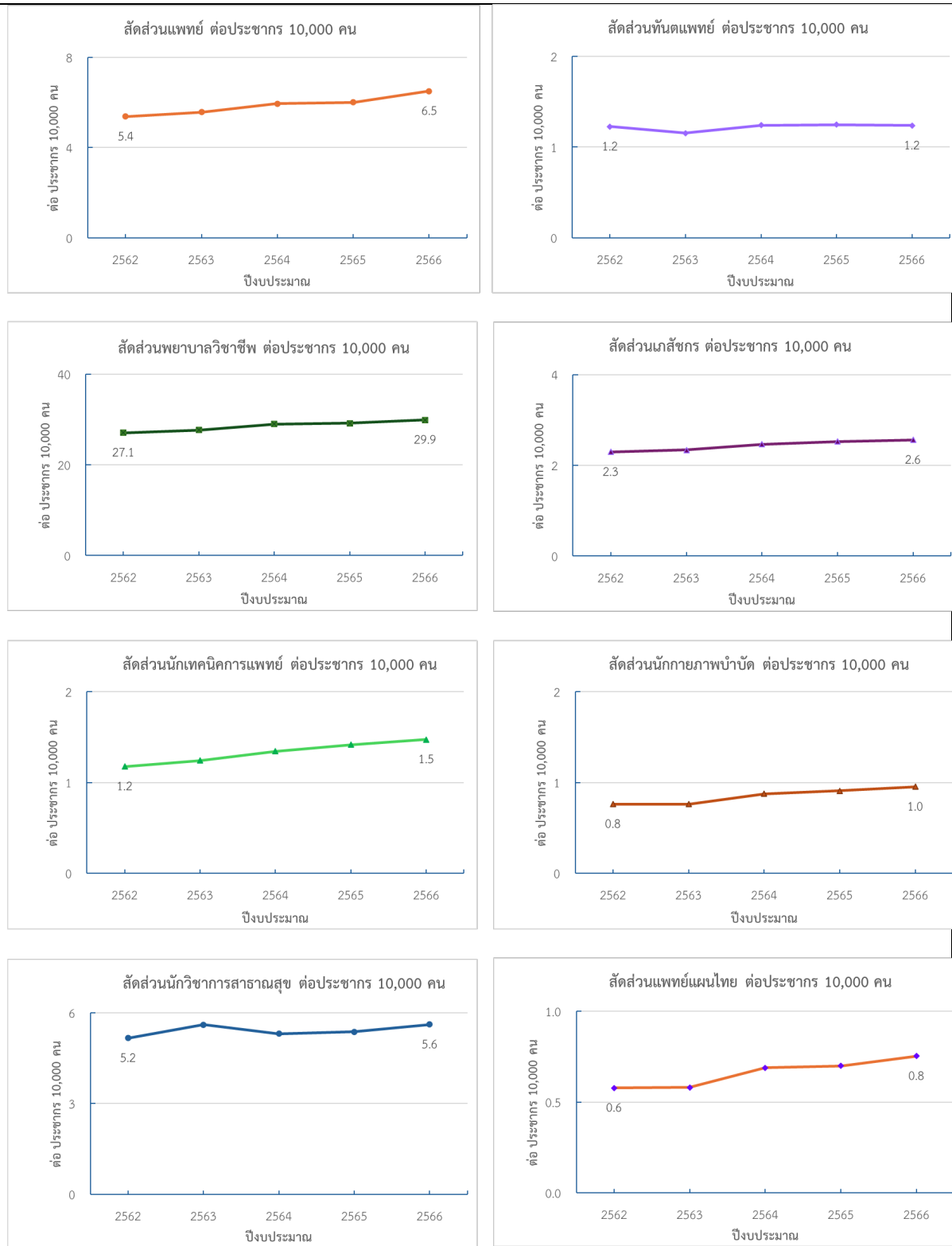
สัดส่วนเภสัชกร ต่อประชากร 10,000 คน ในปี 2562 มีเภสัชกร 2.3 ต่อประชากร 10,000 คน และในปี 2566 มีเภสัชกร 2.6 ต่อประชากร 10,000 คน มีความแตกต่างกัน 1 เท่า และสัดส่วนเภสัชกรในปี 2566 เพิ่มขึ้นร้อยละ 13 เมื่อเปรียบเทียบกับปี 2562

สัดส่วนนักเทคนิคการแพทย์ ต่อประชากร 10,000 คน ในปี 2562 มีนักเทคนิคการแพทย์ 1.2 ต่อประชากร 10,000 คน และในปี 2566 มีนักเทคนิคการแพทย์ 1.5 ต่อประชากร 10,000 คน มีความแตกต่างกัน 1 เท่า และสัดส่วนนักเทคนิคการแพทย์ในปี 2566 เพิ่มขึ้นร้อยละ 25 เมื่อเปรียบเทียบกับปี 2562

สัดส่วนนักกายภาพบำบัด ต่อประชากร 10,000 คน ในปี 2562 มีนักกายภาพบำบัด 0.8 ต่อประชากร 10,000 คน และในปี 2566 มีนักกายภาพบำบัด 1.0 ต่อประชากร 10,000 คน มีความแตกต่างกัน 1 เท่า และสัดส่วนนักกายภาพบำบัดในปี 2566 เพิ่มขึ้นร้อยละ 25 เมื่อเปรียบเทียบกับปี 2562

สัดส่วนนักวิชาการสาธารณสุข ต่อประชากร 10,000 คน ในปี 2562 มีนักวิชาการสาธารณสุข 5.2 ต่อประชากร 10,000 คน และในปี 2566 มีนักวิชาการสาธารณสุข 5.6 ต่อประชากร 10,000 คน มีความแตกต่างกัน 1 เท่า และสัดส่วนนักวิชาการสาธารณสุขในปี 2566 เพิ่มขึ้นร้อยละ 13 เมื่อเปรียบเทียบกับปี 2562

สัดส่วนแพทย์แผนไทย ต่อประชากร 10,000 คน ในปี 2562 มีแพทย์แผนไทย 0.6 ต่อประชากร 10,000 คน และในปี 2566 มีแพทย์แผนไทย 0.8 ต่อประชากร 10,000 คน มีความแตกต่างกัน 1 เท่า และสัดส่วนแพทย์แผนไทย ในปี 2566 เพิ่มขึ้นร้อยละ 20 เมื่อเปรียบเทียบกับปี 2562

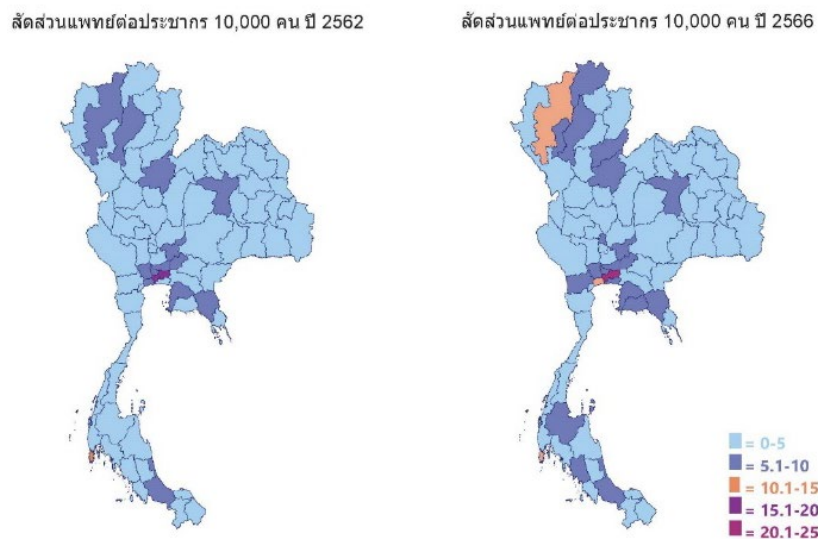


ภาพที่ 4.5 สัดส่วนกำลังคนด้านสุขภาพ ต่อประชากร 10,000 คน แต่ละวิชาชีพ ในปี 2562-2566

ที่มา : ข้อมูลจากกองยุทธศาสตร์และแผนงาน กระทรวงสาธารณสุข

4.3.2 สัดส่วนบุคลากรสุขภาพต่อประชากร ระดับจังหวัด

1) แพทย์ต่อประชากร 10,000 คน เปรียบเทียบปี 2562 กับ 2566 รายจังหวัด โดยสัดส่วนแพทย์ ในปี 2562 และปี 2566 จังหวัดที่มีสัดส่วนมากที่สุด คือ จังหวัดกรุงเทพมหานคร เป็น 17.7 และ 21.6 ตามลำดับ และในปี 2566 มีสัดส่วนแพทย์เพิ่มขึ้นร้อยละ 22 เมื่อเปรียบเทียบกับปี 2562 โดยจังหวัดที่มี สัดส่วนแพทย์น้อยที่สุด ในปี 2562 และ 2566 คือ จังหวัดบึงกาฬ มีสัดส่วนแพทย์ 1.6 และ 2.0 ต่อประชากร 10,000 คน ตามลำดับ และในภาพรวมปี 2566 มีสัดส่วนแพทย์เพิ่มขึ้นร้อยละ 25 เมื่อเปรียบเทียบกับปี 2562 โดยมีจังหวัดที่มีสัดส่วนแพทย์เพิ่มขึ้น ได้แก่ เชียงใหม่ เชียงราย ลำปาง สมุทรสาคร สุราษฎร์ธานี พิษณุโลก ตรัง สิงห์บุรี เป็นต้น และมีจังหวัดที่สัดส่วนแพทย์ลดลง คือ จังหวัดลำพูน รวมถึงในภาพรวมของสัดส่วนแพทย์ ปี 2562 พบความแตกต่างของสัดส่วนแพทย์ระหว่างจังหวัดในปีนั้น ซึ่งมีความแตกต่างกัน 10 เท่า และในปี 2566 มีความแตกต่างกันระหว่างจังหวัดอยู่ 11 เท่า (ภาพที่ 4.6)



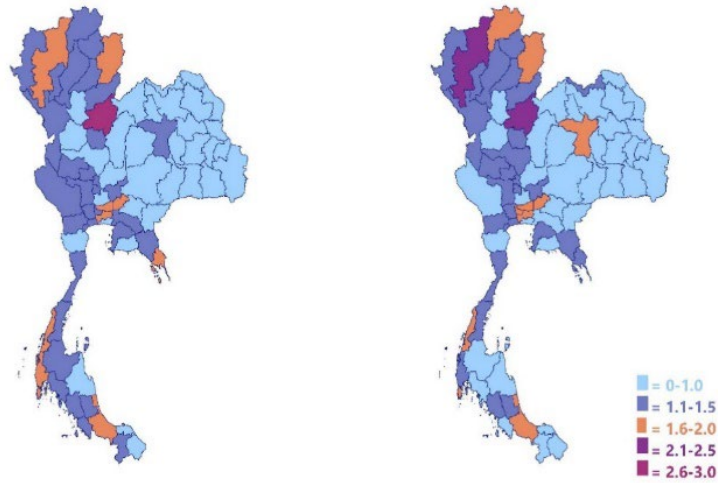
ภาพที่ 4.6 สัดส่วนแพทย์ต่อประชากร 10,000 คน เปรียบเทียบปี 2562 กับ 2566 รายจังหวัด

ที่มา : ข้อมูลจากกองยุทธศาสตร์และแผนงาน กระทรวงสาธารณสุข

2) ทันตแพทย์ ต่อประชากร 10,000 คน เปรียบเทียบปี 2562 กับ 2566 รายจังหวัด โดยสัดส่วน ทันตแพทย์ในปี 2562 และปี 2566 มากที่สุด คือ จังหวัดพิษณุโลก มีสัดส่วนทันตแพทย์ 2.7 และ 2.5 ต่อประชากร 10,000 คน ตามลำดับ และในปี 2566 มีสัดส่วนทันตแพทย์ลดลง ร้อยละ 8 เมื่อเปรียบเทียบกับ ปี 2562 ส่วนในจังหวัดที่มีสัดส่วนทันตแพทย์น้อยที่สุด ในปี 2562 และปี 2566 คือ จังหวัดบึงกาฬ มีทันตแพทย์ 0.8 และ 0.6 ต่อประชากร 10,000 คน ตามลำดับ และในปี 2566 มีสัดส่วนทันตแพทย์ลดลง ร้อยละ 33 เมื่อเปรียบเทียบกับปี 2562 โดยมีจังหวัดที่มีสัดส่วนเพิ่มขึ้นอย่างชัดเจน ในจังหวัดเชียงใหม่ เชียงราย ขอนแก่น และมีจังหวัดที่มีสัดส่วนทันตแพทย์ลดลง เช่น กาญจนบุรี สุราษฎร์ธานี เป็นต้น รวมถึง สัดส่วนทันตแพทย์ในปี 2562 มีความแตกต่างกันระหว่างจังหวัด 3.4 เท่า และในปี 2566 สัดส่วนทันตแพทย์ ระหว่างจังหวัดมีความแตกต่างกัน 4 เท่า (ภาพที่ 4.7)

สัดส่วนทันตแพทย์ต่อประชากร 10,000 คน ปี 2562

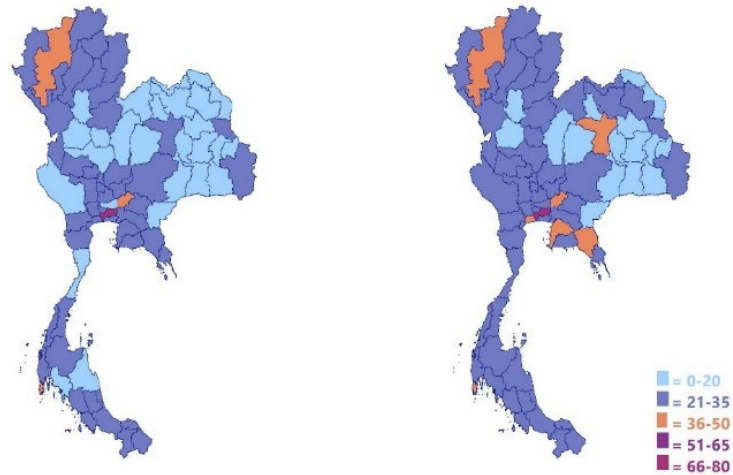
สัดส่วนทันตแพทย์ต่อประชากร 10,000 คน ปี 2566



ภาพที่ 4.7 สัดส่วนทันตแพทย์ ต่อประชากร 10,000 คน เปรียบเทียบปี 2562 กับ 2566 รายจังหวัด
ที่มา : ข้อมูลจากกองยุทธศาสตร์และแผนงาน กระทรวงสาธารณสุข

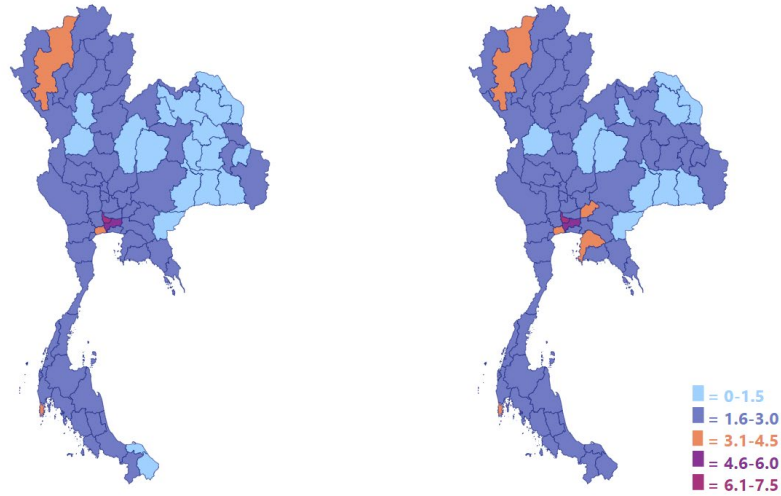
3) สัดส่วนพยาบาลวิชาชีพ ต่อประชากร 10,000 คน เปรียบเทียบปี 2562 กับ 2566 รายจังหวัด โดยสัดส่วนพยาบาลวิชาชีพ ในปี 2562 และปี 2566 มากที่สุดในจังหวัด กรุงเทพมหานคร มี สัดส่วนพยาบาลวิชาชีพ 66.6 และ 74.6 ต่อประชากร 10,000 คน ตามลำดับ และในปี 2566 มีสัดส่วนพยาบาลวิชาชีพเพิ่มขึ้นร้อยละ 12 เมื่อเปรียบเทียบกับปี 2562 ส่วนในจังหวัดที่มีสัดส่วนพยาบาลวิชาชีพน้อยที่สุด คือ จังหวัดหนองบัวลำภู ในปี 2562 และ 2566 มีพยาบาลวิชาชีพ 13.7 และ 14.6 ต่อประชากร 10,000 คน ตามลำดับ และในปี 2566 มีสัดส่วนพยาบาลวิชาชีพเพิ่มขึ้นร้อยละ 7 เมื่อเปรียบเทียบกับปี 2562 และมีจังหวัดที่มีสัดส่วนเพิ่มขึ้น เช่น จังหวัดกาญจนบุรี ปทุมธานี ชลบุรี จันทบุรี นครศรีธรรมราช เป็นต้น รวมถึงมีความแตกต่างกันระหว่างจังหวัดอยู่ประมาณ 4-5 เท่า ในปี 2562 และ 2566 (ภาพที่ 4.8)

สัดส่วนพยาบาลวิชาชีพต่อประชากร 10,000 คน ปี 2562 สัดส่วนพยาบาลวิชาชีพต่อประชากร 10,000 คน ปี 2566



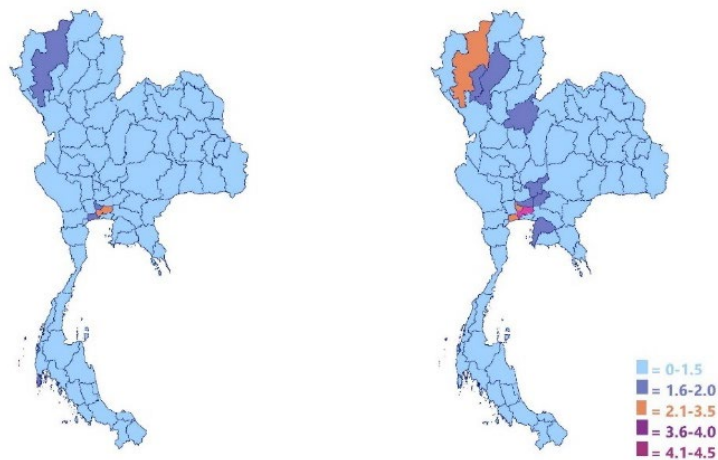
ภาพที่ 4.8 สัดส่วนพยาบาลวิชาชีพ ต่อประชากร 10,000 คน เปรียบเทียบปี 2562 กับ 2566 รายจังหวัด
ที่มา : ข้อมูลจากกองยุทธศาสตร์และแผนงาน กระทรวงสาธารณสุข

4) สัดส่วนเภสัชกร ต่อประชากร 10,000 คน เปรียบเทียบปี 2562 กับ 2566 รายจังหวัด โดยสัดส่วนเภสัชกร ในปี 2562 และปี 2566 มากที่สุดในจังหวัด นนทบุรี มีสัดส่วนเภสัชกร 6.9 และ 6.8 ต่อประชากร 10,000 คน ตามลำดับ และในปี 2566 มีสัดส่วนเภสัชกรลดลง ร้อยละ 1 เมื่อเปรียบเทียบกับปี 2562 ส่วนในจังหวัดที่มีสัดส่วนเภสัชกร น้อยที่สุด คือ จังหวัดหนองบัวลำภู ในปี 2562 และ 2566 มีเภสัชกร 1.2 และ 1.4 ต่อประชากร 10,000 คน ตามลำดับ และในปี 2566 มีสัดส่วนเภสัชกรเพิ่มขึ้น ร้อยละ 16 เมื่อเปรียบเทียบกับปี 2562 และมีจังหวัดที่มีสัดส่วนเพิ่มขึ้น เช่น จังหวัดนครนายก ชลบุรี มหาสารคาม เป็นต้น รวมถึงความแตกต่างกันของสัดส่วนเภสัชกรในปี 2562 ระหว่างจังหวัดมีความแตกต่างกัน 5.7 เท่า แต่ในปี 2566 ความแตกต่างกันระหว่างจังหวัดลดลงเหลือ 4.8 เท่า (ภาพที่ 4.9)



ภาพที่ 4.9 สัดส่วนเภสัชกรต่อประชากร 10,000 คน เปรียบเทียบปี 2562 กับ 2566 รายจังหวัด
ที่มา : ข้อมูลจากกองยุทธศาสตร์และแผนงาน กระทรวงสาธารณสุข

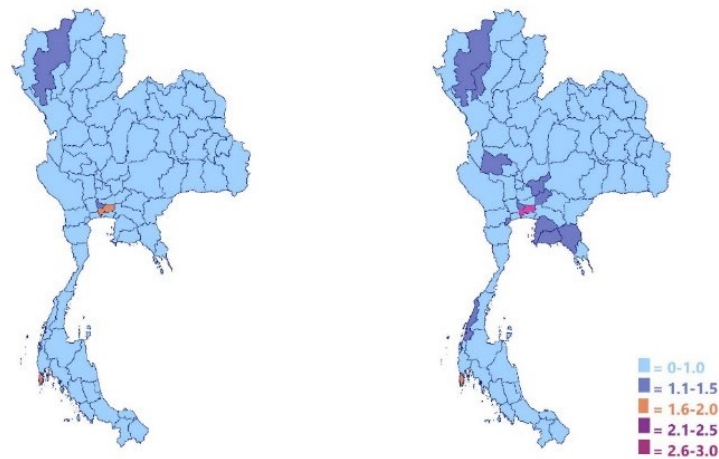
5) สัดส่วนนักเทคนิคการแพทย์ ต่อประชากร 10,000 คน เปรียบเทียบปี 2562 กับ 2566 รายจังหวัด โดยสัดส่วนนักเทคนิคการแพทย์ ในปี 2562 และปี 2566 มากที่สุด คือ จังหวัดกรุงเทพมหานคร มีนักเทคนิคการแพทย์ 3.2 และ 4.4 ต่อประชากร 10,000 คน ตามลำดับ ส่วนในจังหวัดที่มีนักเทคนิคการแพทย์น้อยที่สุดในปี 2562 คือ จังหวัดศรีสะเกษ มีนักเทคนิคการแพทย์ 0.5 ต่อประชากร 10,000 คน และปี 2566คือ จังหวัดนครพนม มีนักเทคนิคการแพทย์ 0.6 ต่อประชากร 10,000 คน และมีจังหวัดที่มีสัดส่วนเพิ่มขึ้น เช่น จังหวัดเชียงใหม่ ลำปาง ลำพูน สระบุรี นครนายก เป็นต้น รวมถึงในปี 2562 มีความแตกต่างกันของนักเทคนิคการแพทย์ระหว่างจังหวัด 6.4 เท่า และในปี 2566 มีความแตกต่างระหว่างจังหวัด 7.3 เท่า (ภาพที่ 4.10)



ภาพที่ 4.10 สัดส่วนเทคนิคการแพทย์ต่อประชากร 10,000 คน เปรียบเทียบปี 2562 กับ 2566 รายจังหวัด
ที่มา : ข้อมูลจากกองยุทธศาสตร์และแผนงาน กระทรวงสาธารณสุข

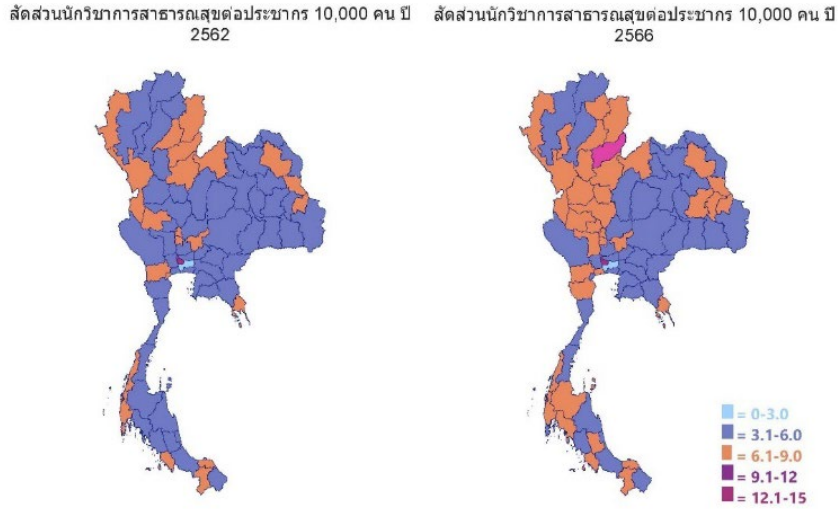
6) สัดส่วนนักรายภาพบำบัด ต่อประชากร 10,000 คน เปรียบเทียบปี 2562 กับ 2566 รายจังหวัด โดยสัดส่วนนักรายภาพบำบัด ในปี 2562 และปี 2566 มากที่สุด คือ จังหวัด กรุงเทพมหานคร มีสัดส่วนนักรายภาพบำบัด 2.1 และ 2.7 ต่อประชากร 10,000 คน ตามลำดับ และในปี 2566 มีสัดส่วนนักรายภาพบำบัดเพิ่มขึ้น ร้อยละ 28 เมื่อเปรียบเทียบกับปี 2562 ส่วนในจังหวัดที่มีสัดส่วนนักรายภาพบำบัดน้อยที่สุด คือ จังหวัดศรีสะเกษ ในปี 2562 และ 2566 มีนักรายภาพบำบัด 0.3 และ 0.4 ต่อประชากร 10,000 คน ตามลำดับ เมื่อเปรียบเทียบกับปี 2566 มีสัดส่วนนักรายภาพบำบัดเพิ่มขึ้น ร้อยละ 33 จากปี 2562 และมีจังหวัดที่มีสัดส่วนเพิ่มขึ้น เช่น จังหวัดอุทัยธานี นครนายก สระบุรี นครนายก เป็นต้น รวมถึงมีความแตกต่างกันของสัดส่วนนักรายภาพบำบัด ในปี 2562 และปี 2566 มีความแตกต่างกันระหว่างจังหวัดประมาณ 7 เท่า (ภาพที่ 4.11)

สัดส่วนนักรายภาพบำบัดต่อประชากร 10,000 คน ปี 2562 สัดส่วนนักรายภาพบำบัดต่อประชากร 10,000 คน ปี 2566



ภาพที่ 4.11 สัดส่วนนักรายภาพบำบัด ต่อประชากร 10,000 คน เปรียบเทียบปี 2562 กับ 2566 รายจังหวัด
ที่มา : ข้อมูลจากกองยุทธศาสตร์และแผนงาน กระทรวงสาธารณสุข

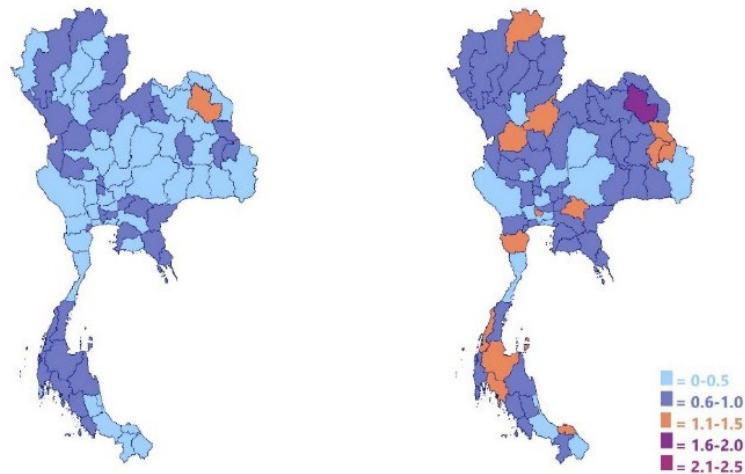
7) สัดส่วนนักวิชาการสาธารณสุข ต่อประชากร 10,000 คน เปรียบเทียบปี 2562 กับ 2566 รายจังหวัด โดยสัดส่วนนักวิชาการสาธารณสุข ในปี 2562 และปี 2566 มากที่สุดในจังหวัดนนทบุรี มีสัดส่วนนักวิชาการสาธารณสุข 13.2 และ 13.8 ต่อประชากร 10,000 คน ตามลำดับ และในปี 2566 มีสัดส่วนนักวิชาการสาธารณสุขเพิ่มขึ้น ร้อยละ 4 เมื่อเปรียบเทียบกับปี 2562 ส่วนในจังหวัดที่มีสัดส่วนนักวิชาการสาธารณสุขน้อยที่สุด คือ จังหวัดกรุงเทพมหานคร ในปี 2562 และ 2566 มีนักวิชาการสาธารณสุข 0.9 และ 1.2 ต่อประชากร 10,000 คน ตามลำดับ และในปี 2566 มีสัดส่วนนักวิชาการสาธารณสุขเพิ่มขึ้น ร้อยละ 33 เมื่อเปรียบเทียบกับปี 2562 และมีจังหวัดที่มีสัดส่วนเพิ่มขึ้นในแทบจังหวัดทางภาคกลาง เช่น จังหวัดนครสวรรค์ กำแพงเพชร ชัยนาท เป็นต้น รวมถึงมีความแตกต่างกันระหว่างจังหวัดในปี 2562 มีความแตกต่างกัน 15 เท่า แต่ในปี 2566 มีความแตกต่างกันระหว่างจังหวัดลดลง เหลือเพียง 11 เท่า (ภาพที่ 4.12)



ภาพที่ 4.12 สัดส่วนนักวิชาการสาธารณสุข ต่อประชากร 10,000 คน เปรียบเทียบปี 2562 กับ 2566
ที่มา : ข้อมูลจากกองยุทธศาสตร์และแผนงาน กระทรวงสาธารณสุข

8) สัดส่วนแพทย์แผนไทย ต่อประชากร 10,000 คน เปรียบเทียบปี 2562 กับ 2566 รายจังหวัด โดยสัดส่วนแพทย์แผนไทย ในปี 2562 และปี 2566 มากที่สุด คือ จังหวัดสกลนคร มีสัดส่วนแพทย์แผนไทย 1.8 และ 2.1 ต่อ 10,000 คน ตามลำดับ และในปี 2566 มีสัดส่วนแพทย์แผนไทยเพิ่มขึ้น ร้อยละ 16 เมื่อเปรียบเทียบกับปี 2562 ส่วนในจังหวัดที่มีสัดส่วนแพทย์แผนไทย น้อยที่สุดในปี 2562 คือ จังหวัด ชัยภูมิ มีแพทย์แผนไทย 0.2 ต่อประชากร 10,000 คน และในปี 2566 คือ จังหวัดกรุงเทพฯ มีแพทย์แผนไทย 0.4 ต่อประชากร 10,000 คน และมีจังหวัดที่มีสัดส่วนเพิ่มขึ้นในแถบจังหวัดทางภาคเหนือ เช่น จังหวัดเชียงราย ลำปาง เป็นต้น รวมถึงสัดส่วนแพทย์แผนไทยมีความแตกต่างกันระหว่างจังหวัด ในปี 2562 ประมาณ 9 เท่า และในปี 2566 ลดลงเหลือเพียง 5 เท่า (ภาพที่ 4.13)

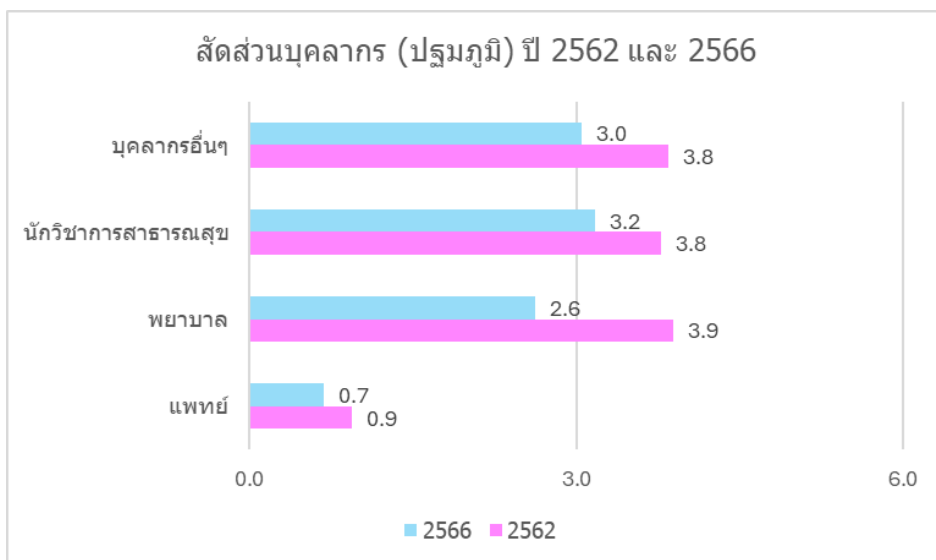
สัดส่วนแพทย์แผนไทยต่อประชากร 10,000 คน ปี 2562 สัดส่วนแพทย์แผนไทยต่อประชากร 10,000 คน ปี 2566



ภาพที่ 4.13 สัดส่วนแพทย์แผนไทย ต่อประชากร 10,000 คน เปรียบเทียบปี 2562 กับ 2566 รายจังหวัด
ที่มา : ข้อมูลจากกองยุทธศาสตร์และแผนงาน กระทรวงสาธารณสุข

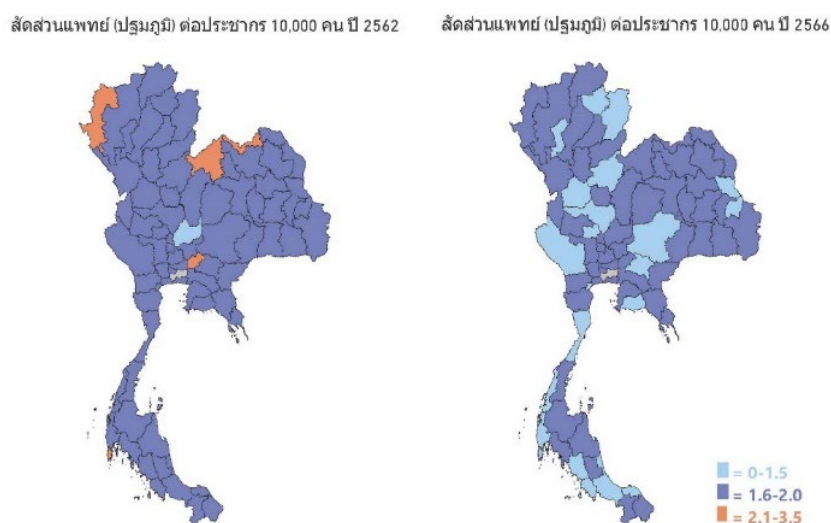
4.3.3 สัดส่วนบุคลากรสุขภาพในงานปฐมภูมิต่อประชากร ในระดับจังหวัด

1) ภาพรวมการเปรียบเทียบสัดส่วนบุคลากรด้านสุขภาพปฐมภูมิ จัดเป็น 4 กลุ่ม คือ แพทย์ พยาบาล นักวิชาการสาธารณสุข และเจ้าหน้าที่อื่นๆ (ทพ. ภก. ผช.ทพ. ผช.ภก. พทท. ภภ. พนง.) โดยการเปรียบเทียบของปี 2562 กับปี 2566 ในทุกกลุ่มมีสัดส่วนที่ลดลง โดยในแพทย์มีสัดส่วนที่ลดลง ร้อยละ 28 สัดส่วนพยาบาล ลดลงร้อยละ 50 นักวิชาการสาธารณสุข ลดลงร้อยละ 18 และเจ้าหน้าที่อื่นๆ ลดลงร้อยละ 26 (ภาพที่ 4.14)



ภาพที่ 4.14 สัดส่วนกำลังคนด้านสุขภาพปฐมภูมิ ต่อประชากร 10,000 คน เปรียบเทียบปี 2562 กับ 2566
ที่มา : ข้อมูลจากกองสนับสนุนระบบสุขภาพปฐมภูมิ (กสป.) กระทรวงสาธารณสุข

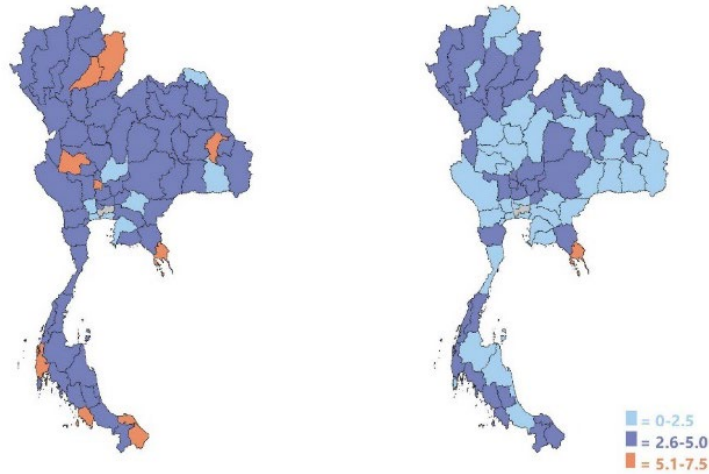
2) สัดส่วนแพทย์ในงานปฐมภูมิ ต่อประชากร 10,000 คน เปรียบเทียบปี 2562 กับ 2566 รายจังหวัด ในปี 2562 และ ปี 2566 จังหวัดที่มีสัดส่วนแพทย์ในงานปฐมภูมิ มากที่สุด คือ จังหวัดแม่ฮ่องสอน มีแพทย์ 1.3 และ 1.0 ต่อประชากร 10,000 คน ตามลำดับ และมีสัดส่วนในปี 2566 ลดลงร้อยละ 30 และในปี 2566 จังหวัดที่มีสัดส่วนแพทย์น้อยที่สุด คือ จังหวัด พะเยา กำแพงเพชร และพิษณุโลก มีแพทย์ 0.3 ต่อประชากร 10,000 คน รวมถึงความแตกต่างสัดส่วนของแพทย์ระหว่างจังหวัดของปี 2562 มีความแตกต่างเพียง 1 เท่า แต่ปี 2566 มีความแตกต่างกันระหว่างจังหวัดเพิ่มขึ้นเป็น 3 เท่า (ภาพที่ 4.15)



ภาพที่ 4.15 สัดส่วนแพทย์งานปฐมภูมิ ต่อประชากร 10,000 คน เปรียบเทียบปี 2562 กับ 2566 รายจังหวัด ที่มา : ข้อมูลจากกองสนับสนุนระบบสุขภาพปฐมภูมิ (กสป.) กระทรวงสาธารณสุข

3) สัดส่วนพยาบาลในงานปฐมภูมิ ต่อประชากร 10,000 คน เปรียบเทียบปี 2562 กับ 2566 รายจังหวัด ในปี 2562 จังหวัดที่มีสัดส่วนพยาบาล มากที่สุด คือ จังหวัดพังงา มีพยาบาล 6.6 ต่อประชากร 10,000 คน และปี 2566 จังหวัดที่มีสัดส่วนพยาบาลมากที่สุด คือ จังหวัดตราด มีพยาบาล 5.2 ต่อประชากร 10,000 คน และในปี 2566 จังหวัดที่มีสัดส่วนพยาบาลต่ำที่สุด คือ จังหวัดกำแพงเพชร และจังหวัดกาญจนบุรี มีสัดส่วนพยาบาล 10 ต่อ ประชากร 10,000 คน ตามลำดับ รวมถึงความแตกต่างของสัดส่วนพยาบาลระหว่างจังหวัดของปี 2562 มีความแตกต่าง 6 เท่า และปี 2566 มีความแตกต่างกันระหว่างจังหวัดลดลง เป็น 5 เท่า (ภาพที่ 4.16)

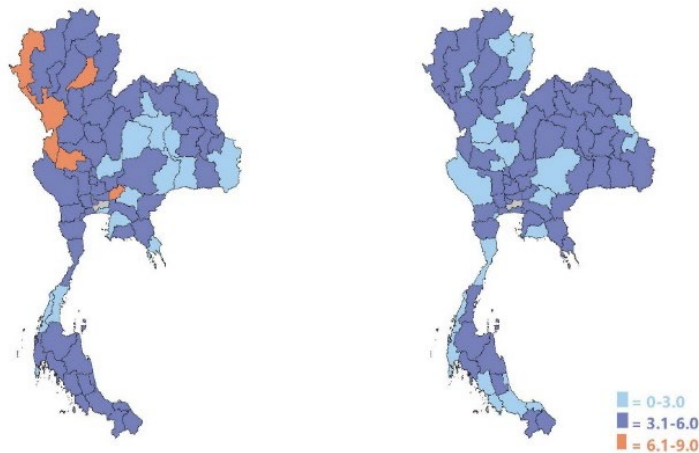
สัดส่วนพยาบาล (ปฐมภูมิ) ต่อประชากร 10,000 คน ปี 2562 สัดส่วนพยาบาล (ปฐมภูมิ) ต่อประชากร 10,000 คน ปี 2566



ภาพที่ 4.16 สัดส่วนพยาบาลงานปฐมภูมิ ต่อประชากร 10,000 คน เปรียบเทียบปี 2562 กับ 2566 รายจังหวัด
ที่มา : ข้อมูลจากกองสนับสนุนระบบสุขภาพปฐมภูมิ (กสป.) กระทรวงสาธารณสุข

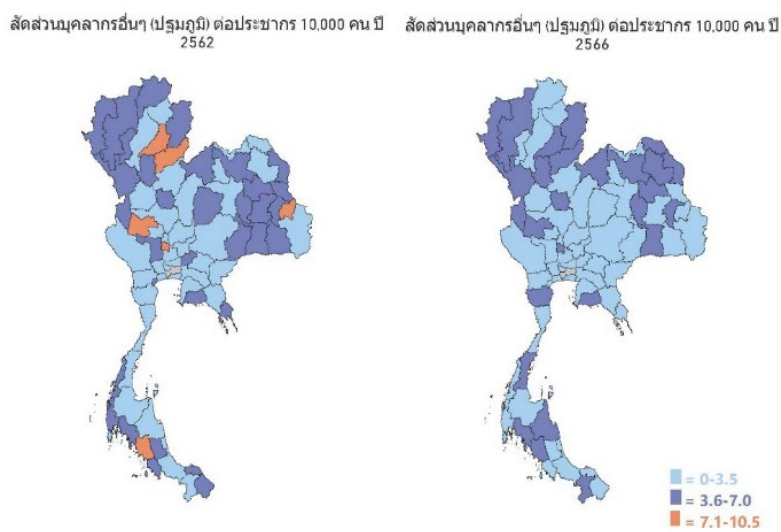
4) สัดส่วนนักวิชาการสาธารณสุขในงานปฐมภูมิ ต่อประชากร 10,000 คน เปรียบเทียบปี 2562 กับ 2566 รายจังหวัด ในปี 2562 จังหวัดที่มีสัดส่วนนักวิชาการสาธารณสุข มากที่สุด คือ จังหวัดแม่ฮ่องสอน มีนักวิชาการสาธารณสุข 8.0 ต่อประชากร 10,000 คน และปี 2566 จังหวัดที่มีสัดส่วนนักวิชาการสาธารณสุข มากที่สุด คือ จังหวัดอ่างทอง มีนักวิชาการสาธารณสุข 6.4 ต่อประชากร 10,000 คน และในปี 2566 จังหวัดที่มีสัดส่วนนักวิชาการสาธารณสุขต่ำที่สุด คือ จังหวัดภูเก็ต มีนักวิชาการสาธารณสุข 0.9 ต่อ ประชากร 10,000 คน รวมถึงความแตกต่างของสัดส่วนนักวิชาการสาธารณสุขในจังหวัดของปี 2562 มีความแตกต่างกันระหว่าง จังหวัด 8 เท่า และในปี 2566 มีความแตกต่างกันระหว่างจังหวัด 7 เท่า (ภาพที่ 4.17)

สัดส่วนนักวิชาการสาธารณสุข และเจ้าหน้าที่งานสาธารณสุข (ปฐมภูมิ) ต่อประชากร 10,000 คน ปี 2562 สัดส่วนนักวิชาการสาธารณสุข และเจ้าหน้าที่งานสาธารณสุข (ปฐมภูมิ) ต่อประชากร 10,000 คน ปี 2566



ภาพที่ 4. 17 สัดส่วนนักวิชาการสาธารณสุขงานปฐมภูมิ ต่อประชากร 10,000 คน เปรียบเทียบปี 2562 กับ 2566 รายจังหวัด
ที่มา : ข้อมูลจากกองสนับสนุนระบบสุขภาพปฐมภูมิ (กสป.) กระทรวงสาธารณสุข

5) สายงานอื่นๆในงานปฐมภูมิ ต่อประชากร 10,000 คน เปรียบเทียบปี 2562 กับ 2566 รายจังหวัด ในปี 2562 และปี 2566 จังหวัดที่มีสัดส่วนสายงานอื่นๆ มากที่สุด คือ จังหวัดแพร่ มีสายงานอื่นๆ 10.3 และ 7.0 ต่อประชากร 10,000 คน ตามลำดับ และเมื่อเปรียบเทียบกับสัดส่วนบุคลากรสายงานอื่นๆในปี 2566 ลดลง ร้อยละ 47 เมื่อเปรียบเทียบกับปี 2562 และในปี 2566 จังหวัดที่มีสัดส่วนสายงานอื่นๆต่ำที่สุด คือ จังหวัดภูเก็ต มีสายงานอื่นๆ 0.9 ต่อ ประชากร 10,000 คน รวมถึงความแตกต่างของสัดส่วนสายงานอื่นๆ ระหว่างจังหวัดของปี 2562 มีความแตกต่างระหว่างจังหวัด 10 เท่า และปี 2566 มีความแตกต่างกันระหว่าง จังหวัด 8 เท่า (ภาพที่ 4.18)



ภาพที่ 4.18 สัดส่วนบุคลากรสายงานอื่นๆ งานปฐมภูมิ ต่อประชากร 10,000 คน เปรียบเทียบปี 2562 กับ 2566 รายจังหวัด

ที่มา : ข้อมูลจากกองสนับสนุนระบบสุขภาพปฐมภูมิ (กสป.) กระทรวงสาธารณสุข

4.4 ผลการศึกษาตัวชี้วัดหมวดที่ 4 (ตัวชี้วัดเชิงมาตรการ)

ธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพ หมวดการผลิตและพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพได้มีการกำหนด มาตรการที่จะบรรลุเป้าหมายในระยะ 5 ปี โดยมีมาตรการสำคัญ ได้แก่ 1) สร้างความเข้มแข็งในการบริหารจัดการกำลังคนด้านสุขภาพระดับพื้นที่ 2) การปฏิรูประบบการจ้างงานกำลังคนในระบบสุขภาพที่มีความหลากหลาย 3) พัฒนารูปแบบการใช้ digital health 4) ปรับกลไกการผลิตและพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพที่สอดคล้องกับความต้องการของประเทศในอนาคต และ 5) จัดทำระบบฐานข้อมูลกำลังคนด้านสุขภาพที่เป็นเอกภาพ จากการทบทวนวรรณกรรม และ สัมภาษณ์หน่วยงานที่เกี่ยวข้องดังกล่าวคณะผู้วิจัย โดยมีรายละเอียดสถานการณ์และแนวโน้มในมาตรการต่างๆ ในแต่ละประเด็นดังต่อไปนี้

4.4.1 กลไกอภิบาลนโยบายกำลังคนด้านสุขภาพ

การพัฒนานโยบายและยุทธศาสตร์ของประเทศ เป็นกระบวนการสร้างนโยบายสาธารณะในสังคม ประชาธิปไตยที่สังคมทุกฝ่ายจะต้องมีส่วนร่วม ในอดีตที่ผ่านมาประเทศไทยยังไม่มีกำหนดนโยบายและยุทธศาสตร์หลักในการพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพที่ชัดเจน ทำให้การวางแผนและพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพ ซึ่งมีความเกี่ยวข้องกับองค์กรและหน่วยงานต่างๆ ทั้งภาครัฐ ภาคเอกชนและภาคประชาสังคม ยังขาดทิศทางการพัฒนาที่สอดคล้องกัน ถึงแม้ว่ากระทรวงสาธารณสุขในฐานะเป็นองค์กรหลักในการพัฒนากลไกการจัดการในรูปของคณะกรรมการต่างๆ แต่สามารถดำเนินการได้เฉพาะเรื่อง และเป็นการดำเนินการเพื่อแก้ปัญหาเฉพาะหน้าเท่านั้น การกำหนดทิศทางหลักในการพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพเพื่อรองรับสถานการณ์การเปลี่ยนแปลง ในระยะยาวยังไม่สามารถดำเนินการได้ ทั้งนี้ เนื่องจากยังไม่มีกลไกการทำงานเรื่องกำลังคนด้านสุขภาพในภาพรวมของประเทศที่มองทุกมิติที่เกี่ยวข้อง

การพัฒนาให้เกิดกลไกในการกำหนดนโยบายและยุทธศาสตร์หลักกำลังคนด้านสุขภาพเป็นสิ่งจำเป็น ในการกำหนดทิศทางการวางแผนพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพ อีกทั้งให้เกิดมีระบบติดตามประเมินสถานการณ์กำลังคนด้านสุขภาพอย่างรอบด้านทุกมิติอย่างต่อเนื่อง รวมทั้งให้มีการประสานให้องค์กร หน่วยงานต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง บูรณาการในการทำงานร่วมกันอย่างมีประสิทธิภาพ เพื่อร่วมกันพัฒนาให้เกิดข้อเสนอเชิงนโยบาย มาตรการและแนวทาง เพื่อให้สามารถแก้ปัญหากำลังคนในปัจจุบันและรองรับสถานการณ์ในอนาคต ตลอดจนการวางทิศทางการพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพอย่างต่อเนื่อง และสอดคล้องกับความต้องการของระบบสุขภาพที่มีการเปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลา กลไกกำหนดนโยบายและยุทธศาสตร์ดังกล่าว มีหน้าที่ในการวางแผนความต้องการกำลังคนด้านสุขภาพของประเทศ ที่มุ่งผสมผสานทั้งการผลิตกำลังคนด้านสุขภาพของประเทศที่มุ่งเน้นความเท่าเทียม (Equity) ในการเข้าถึงบริการสุขภาพที่มีคุณภาพของประชาชนทุกคน และการมีกำลังคนด้านสุขภาพที่มีขีดความสามารถในการแข่งขันของประเทศ

ที่ผ่านมากลไกดังกล่าวในระดับประเทศ ทางสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ ได้ดำเนินการจัดตั้งคณะกรรมการกำลังคนด้านสุขภาพแห่งชาติ โดยคำสั่งคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ มาตั้งแต่ปี 2549 โดยคณะกรรมการดังกล่าวมีองค์ประกอบของผู้ที่เกี่ยวข้องทั้งฝ่ายผลิต ผู้ใช้ทั้งในส่วนของกระทรวงสาธารณสุข ตัวแทนโรงพยาบาลเอกชนและท้องถิ่น สภาวิชาชีพ หน่วยงานสำคัญที่เกี่ยวข้องเช่น สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สภาพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ รวมถึงมีตัวแทนภาคประชาชน เข้าร่วมเป็น

คณะกรรมการ โดยกรรมการมีบทบาทหน้าที่ 1) สนับสนุนการดำเนินงานตามแผนพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพ 2) พัฒนาข้อเสนอเชิงนโยบาย หรือ ให้คำปรึกษาต่อคณะรัฐมนตรีในประเด็นที่เกี่ยวข้องในการขับเคลื่อนนโยบายกำลังคนด้านสุขภาพ 3) ประสาน สนับสนุนองค์กร หน่วยงานต่างๆ ในการพัฒนานโยบาย ยุทธศาสตร์ และแผนงานต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับกำลังคนด้านสุขภาพ

ในขณะที่กระทรวงสาธารณสุขมีการตั้งคณะกรรมการยุทธศาสตร์ปฏิรูปกำลังคนและภารกิจบริการด้านสาธารณสุขในภาพรวมทั้งระบบ มีการดำเนินงานร่วมระหว่างผู้บริหารกระทรวงสาธารณสุขและกระทรวงอื่น โดยมียุทธศาสตร์ประกอบของคณะกรรมการที่ใกล้เคียงกับคณะกรรมการกำลังคนด้านสุขภาพแห่งชาติ ภายใต้คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ โดยคณะกรรมการชุดดังกล่าวของกระทรวงสาธารณสุขได้มีการจัดทำแผนปฏิรูปกำลังคนในภาพรวมทั้งระบบเช่นเดียวกัน

เมื่อมาพิจารณาการวางแผนนโยบายและการบริหารจัดการกำลังคนในระดับพื้นที่ กระทรวงสาธารณสุขได้มีนโยบายการจัดตั้งเขตสุขภาพขึ้นมาจำนวน 12 เขต รวมกับเขต 13 พื้นที่กรุงเทพมหานครอีก 1 เขต โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อกระจายอำนาจการบริหารจากส่วนกลางลงไปยังระดับพื้นที่เพื่อให้เกิดความคล่องตัวและมีประสิทธิภาพ รวมทั้งการกระจายอำนาจการบริหารเรื่องกำลังคนด้านสุขภาพ โดยในแต่ละเขตจะมีผู้รับผิดชอบที่เรียกว่า Chief Human Resources Officer (CHRO) ซึ่งมักจะเป็นผู้อำนวยการ รพ.จังหวัด หรือ นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด ที่หน้าที่วางแผน บริหารจัดการกรอบอัตรากำลังภายใน โดยมีนักทรัพยากรบุคคลในแต่ละพื้นที่เป็นผู้สนับสนุน อย่างไรก็ตามการมีส่วนร่วมจากหน่วยงานอื่นๆ นอกกระทรวงสาธารณสุข เช่น หน่วยบริการของกองทัพ โรงพยาบาลมหาวิทยาลัย หรือ หน่วยบริการสังกัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นยังมีข้อจำกัดในการเข้ามามีส่วนร่วม

4.4.2 ระบบการจ้างงานกำลังคนด้านสุขภาพ

กระทรวงสาธารณสุข เป็นหน่วยบริการหลักของภาครัฐ (Key public providers) โดยเฉพาะอย่างยิ่งการบริการในส่วนภูมิภาคที่หน่วยบริการขึ้นอยู่กับสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขถึงร้อยละ 80 โดยในปัจจุบันกระทรวงสาธารณสุขมีจำนวนบุคลากรทั้งสิ้น 251,788 คน⁽²³⁾ ในจำนวนนี้ส่วนใหญ่อยู่ภายใต้สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ถึง 216,942 คิดเป็นร้อยละ 86 ของบุคลากรทั้งหมด ที่ผ่านมากกระทรวงสาธารณสุขมีระบบการจ้างงานที่หลากหลาย โดยมีพนักงานกระทรวงสาธารณสุข มีสัดส่วนสูงสุด คิดเป็น ร้อยละ 50.33 รองลงมาเป็นข้าราชการ คิดเป็นร้อยละ 36.48 นอกจากนั้นจะเป็น พนักงานราชการ ลูกจ้างชั่วคราว (รายเดือน) และ ลูกจ้างประจำ คิดเป็นร้อยละ 5.07, 5.48 และ 2.64 ตามลำดับ

อย่างไรก็ตามเมื่อพิจารณาในสายงานหลัก เช่น แพทย์ ทันตแพทย์ เภสัชกร และ พยาบาลวิชาชีพ ถือว่าเป็นสายงานที่ปฏิบัติงานโดยตรงต่อผู้ป่วย (Front office) พบว่า ในสายงานแพทย์ และ ทันตแพทย์เกือบทั้งหมดเป็นข้าราชการ เนื่องจากในสองสายงานนี้ยังมีสัญญาการชดใช้ทุนโดยเป็นข้าราชการอยู่ ในขณะที่สายงานเภสัชกร มีการจ้างงานเป็นพนักงานกระทรวงสาธารณสุข จำนวน 1,059 คน คิดเป็นร้อยละ 10.5 และสายงานพยาบาล มีการจ้างเป็นพนักงานราชการ จำนวน 3,142 คิดเป็นร้อยละ 2.8

ดังนั้นจึงเห็นได้ว่า แม้อิทธิพลของสำนักงานปลัดกระทรวง จะมีระบบการจ้างงานอื่นๆ คือ พนักงานกระทรวงสาธารณสุข สูงถึงร้อยละ 50 แต่เป็นการจ้างงานในสายงานอื่นๆ โดยเฉพาะสายงานสนับสนุน (Back office) ในขณะที่สายงานหลัก ยังมีการจ้างงานด้วยความเป็นข้าราชการเป็นส่วนใหญ่

4.4.3 ระบบการผลิตและพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพ

ปัจจุบันการเปลี่ยนแปลงหลายประการที่มีผลกระทบต่อระบบสุขภาพทั่วโลก ทั้งความไม่เสมอภาคในการเข้าถึงและคุณภาพการบริการที่เกิดขึ้นในระดับชาติและโลก การเปลี่ยนแปลงของโลกภายใต้ยุคโลกาภิวัตน์ ได้แก่ ภาวะโลกร้อน ภัยพิบัติทางธรรมชาติ ความล้าสมัยทางเทคโนโลยีการติดต่อสื่อสาร โรคติดต่ออุบัติใหม่/อุบัติซ้ำ ผลกระทบจากภัยพิบัติทางธรรมชาติ โรคเรื้อรังทางร่างกายและจิตใจที่เกิดจากพฤติกรรมสุขภาพเนื่องจากสภาพแวดล้อม สังคม และเศรษฐกิจ ประชากรโลกที่กำลังสูงส่งคนผู้สูงอายุอย่างรวดเร็ว จึงต้องมีการปฏิรูประบบการศึกษาของบุคลากรด้านสุขภาพทั่วโลก รวมทั้งประเทศไทย สืบเนื่องจากมติคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติครั้งที่ ๑ พ.ศ. ๒๕๕๖ เห็นชอบข้อเสนอ มติการปฏิรูปการศึกษาระดับอุดมศึกษาด้านสุขภาพให้สอดคล้องกับความจำเป็นด้านสุขภาพในบริบทสังคมไทย จากการประชุมสมัชชาสุขภาพแห่งชาติครั้งที่ พ.ศ. ๒๕๕๕ และเห็นชอบแผนยุทธศาสตร์พัฒนาการศึกษาสำหรับบุคลากรด้านสุขภาพในศตวรรษที่ ๒๑ (พ.ศ. ๒๕๕๗-๒๕๖๑) นำไปสู่การดำเนินการปฏิรูปการศึกษาระดับอุดมศึกษาสำหรับบุคลากรสุขภาพเพื่อให้ได้สมรรถนะตรงตามความต้องการของระบบสุขภาพของประเทศ และเป็นตัวช่วยการกระจายบุคลากรไปทั่วประเทศ

คณะกรรมการขับเคลื่อนแผนยุทธศาสตร์ฯ ดังกล่าว ได้รับการแต่งตั้งโดยคณะกรรมการกำลังคนด้านสุขภาพ และผ่านความเห็นชอบของคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติเพื่อปฏิรูปการศึกษาระดับอุดมศึกษาสำหรับกำลังคนด้านสุขภาพ ตลอดระยะเวลาที่ผ่านมา คณะกรรมการขับเคลื่อนแผนยุทธศาสตร์ฯ ได้ดำเนินการตามแผนยุทธศาสตร์ฯ ในเชิงเทคนิคและในเชิงความร่วมมือกับเครือข่ายพัฒนาการศึกษาสำหรับบุคลากรด้านสุขภาพ เพื่อวิเคราะห์ข้อมูลที่จำเป็นในการพัฒนาการศึกษาบุคลากรสุขภาพ จัดทำข้อเสนอแนะการบริหารสถานศึกษาและหลักสูตร พัฒนาอาจารย์ วิจัยและพัฒนาความร่วมมือของสถาบันการศึกษา บุคลากรสุขภาพ และเครือข่ายระบบสุขภาพระดับอำเภอโดยใช้ชุมชนเป็นฐานการเรียนรู้ รวมทั้งสร้างและขยายความร่วมมือทั้งในระดับภูมิภาค ระดับประเทศ และระดับสากล

นอกจากนี้ยังมีการจัดตั้งมูลนิธิพัฒนาการศึกษาบุคลากรสุขภาพแห่งชาติ ก่อตั้งเมื่อปี พ.ศ. 2557 เพื่อเป็นหน่วยงานกลางในการเชื่อมประสานการดำเนินงานขับเคลื่อนการพัฒนาการศึกษาสำหรับบุคลากรสุขภาพ มุ่งเน้นการสร้างความร่วมมือระหว่างผู้ผลิตและผู้รับบริการสุขภาพ โดยสร้างและขับเคลื่อนกระบวนการการเรียนรู้ร่วมกันระหว่างภาคีเครือข่ายบุคลากรสุขภาพทุกวิชาชีพ ในการพัฒนาการศึกษาด้านสุขภาพให้สอดคล้องกับระบบบริการสุขภาพ และความต้องการด้านสุขภาพของประชาชนที่เปลี่ยนแปลงไป ภายใต้แนวคิดการพัฒนาการศึกษาบุคลากรสุขภาพในศตวรรษที่ 21 เพื่อลดความเหลื่อมล้ำในการเข้าถึงบริการ และการกระจายของบุคลากรสาธารณสุข

การดำเนินงานขับเคลื่อนการพัฒนาการศึกษาบุคลากรด้านสุขภาพในศตวรรษที่ 21 ที่ผ่านมา โดยโครงการได้เน้นการดำเนินงานพัฒนาความร่วมมือระหว่างผู้ผลิตและผู้รับบริการสุขภาพในทุกวิชาชีพ ได้แก่ แพทย์ พยาบาล ทันตแพทย์ สัตวแพทย์ กายภาพบำบัด เทคนิคการแพทย์ เภสัชกรรม แพทย์แผนไทย

และสาธารณสุข โดยพัฒนากลไกความร่วมมืออย่างเป็นทางการเป็นรูปธรรม ตลอดจนพัฒนาความร่วมมือในพื้นที่กรณีศึกษาในเขตบริการสุขภาพต่าง ๆ เพื่อนำผลการดำเนินงานเป็นแนวทางในการพัฒนานโยบายแบบ bottom up ในการปฏิรูปการศึกษาบุคลากรสุขภาพในศตวรรษที่ 21 เพื่อสนับสนุนการพัฒนาระบบการแพทย์ปฐมภูมิที่มีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวดูแลประชาชนในสัดส่วนที่เหมาะสม ตามรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ.2560 มาตรา 258 ข(5) ซึ่งนำไปสู่สังคมสุขภาวะและลดความเหลื่อมล้ำในระบบสุขภาพ

โดยเป็นการทำงานขับเคลื่อนอย่างเป็นระบบและเป็นกลไกทำงานภาพใหญ่ที่เชื่อมโยงหลายหน่วยงานหลายฝ่ายเข้าด้วยกัน ซึ่งมีองค์ประกอบคณะกรรมการจากทุกวิชาชีพ รวมทั้งจากกระทรวงสาธารณสุขที่ดูแลระบบสุขภาพ มีหน้าที่กำกับดูแลการขับเคลื่อนการปฏิรูปการศึกษาของบุคลากรด้านสุขภาพ โดยไม่ใช่เฉพาะการศึกษาเพื่อปริญญาหรือใบประกาศเท่านั้น ยังดูแลการศึกษาตลอดวิชาชีพหรือตลอดชีวิต และมีการตั้งมูลนิธิพัฒนาการศึกษาบุคลากรสุขภาพแห่งชาติ (ศสช) ขึ้นมาสนับสนุนการทำงานนี้ในระยะยาว

ปัจจุบันมูลนิธิพัฒนาการศึกษาบุคลากรสุขภาพแห่งชาติดำเนินงานภายใต้แผนยุทธศาสตร์ การขับเคลื่อนการพัฒนาการศึกษาสำหรับบุคลากรสุขภาพ ซึ่งได้ผนวกเป็นส่วนหนึ่งในแผนพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพแห่งชาติ ระยะ 10 ปี แผนที่ 2 การปฏิรูประบบการผลิตและพัฒนาากำลังคนด้านสุขภาพ เพื่อตอบสนองความต้องการของระบบสุขภาพที่เป็นพลวัต โดยเน้นการขับเคลื่อนแบบมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง ในรูปแบบคณะกรรมการขับเคลื่อนแผนยุทธศาสตร์ที่มาจากภาคส่วนต่าง ๆ ทั้งภาครัฐและเอกชน อาทิ เช่น กระทรวงสาธารณสุข กระทรวงศึกษาธิการ คณะกรรมการการอุดมศึกษา คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ สภาวิชาชีพ ทั้ง 8 วิชาชีพ (แพทยสภา สภาการพยาบาล ทันตแพทยสภา สภาเภสัชกรรม สภาเทคนิคการแพทย์ สภากายภาพบำบัด สัตวแพทยสภา และสภาการแพทย์แผนไทย) องค์กรผู้บริหารสถาบันการศึกษาวิชาชีพสุขภาพ (กลุ่มสถาบันแพทยศาสตร์แห่งประเทศไทย องค์กรผู้บริหารคณะทันตแพทยศาสตร์แห่งประเทศไทย ศูนย์ประสานงานการศึกษาเภสัชศาสตร์แห่งประเทศไทย กลุ่มสถาบันการศึกษาพยาบาลศาสตร์แห่งประเทศไทย กลุ่มเครือข่ายสถาบันการศึกษาสาธารณสุขศาสตร์) สมาคมโรงพยาบาลเอกชน เป็นต้น ร่วมดำเนินงานขับเคลื่อนการพัฒนาการศึกษาวิชาชีพสุขภาพ

ในส่วนของการวางแผนการผลิตของแต่ละวิชาชีพ โดยมากยังขึ้นอยู่กับศักยภาพในการผลิต ตั้งในเรื่องสถานที่และจำนวนอาจารย์ ที่เรียกว่า Supply side driven โดยเฉพาะข้อจำกัดเรื่องของจำนวนอาจารย์ในหลายวิชาชีพ เช่น พยาบาล ส่งผลให้มีการผลิตบัณฑิตออกมาสู่ตลาดแรงงานได้ไม่เพียงพอ ดังจะเห็นได้ว่าแต่กลายๆ วิชาชีพ ไม่ได้นำข้อมูลในเรื่องความต้องการด้านสุขภาพของประเทศนำมาใช้ในการวางแผนการผลิตอย่างเพียงพอ นอกจากนั้นในหลายวิชาชีพ ได้มีการนำมาตรฐานสากลมาใช้ในการกำกับการผลิต ทำให้อาจจะละเลยความต้องการด้านสุขภาพของประชาชนในประเทศได้

อย่างไรก็ตามการดำเนินการเพื่อปฏิรูประบบการผลิตและพัฒนาากำลังคนด้านสุขภาพ ยังคงมีความท้าทายในด้านความเชื่อมโยงระหว่างผู้ผลิตและผู้ใช้ การบูรณาการข้ามศาสตร์ กระบวนการผลิต การวางแผนการจัดการศึกษา การดำเนินการ การประเมินผลโดยใช้เทคโนโลยีอย่างเหมาะสม และอาศัยกลไกความร่วมมือ

ระหว่างภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง และการบริหารจัดการขององค์กรเพื่อสนับสนุนการศึกษาด้านสุขภาพอย่างยั่งยืน เพื่อให้ประเทศไทยมีกำลังคนอย่างพอเพียง มีการกระจายอย่างเท่าเทียม และมีสัดส่วนที่เหมาะสมเพื่อระบบการดูแลสุขภาพที่ได้มาตรฐาน มีคุณภาพ และครอบคลุม ลดความเหลื่อมล้ำเป็นธรรม ตลอดจนตอบสนองต่อระบบสุขภาพที่เป็นพลวัต

4.4.4 ระบบ Digital health และฐานข้อมูลกำลังคนด้านสุขภาพ

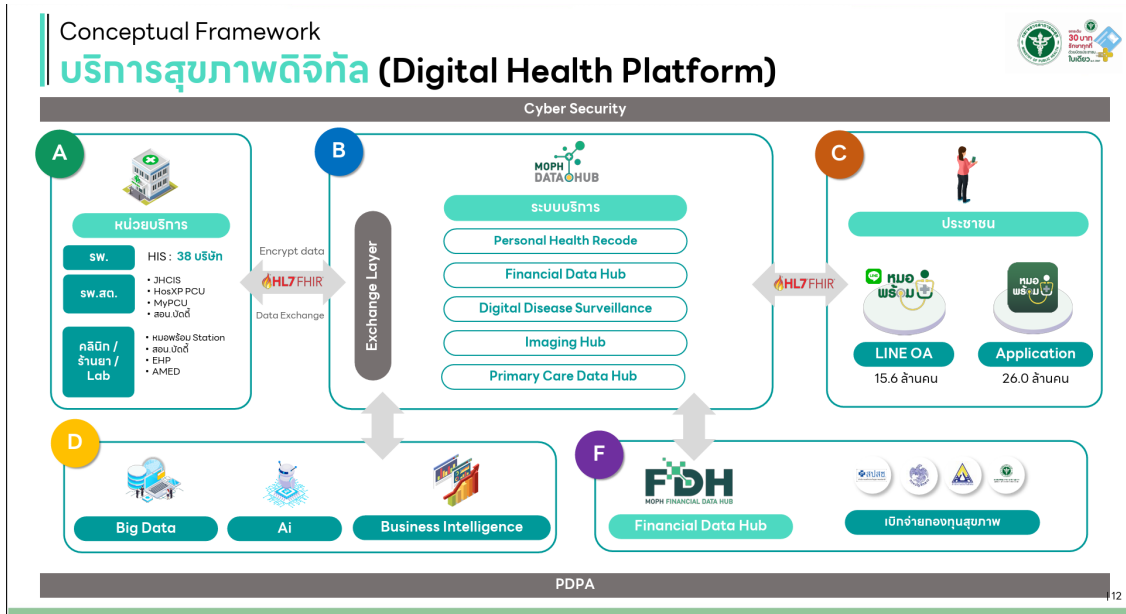
1) การดำเนินงาน Digital health

กระทรวงสาธารณสุข ได้จัดทำแผนปฏิบัติการ ปิงปประมาณ พ.ศ.2566 ของกองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข โดยประกอบด้วย 4 ด้าน คือ 1) ด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครอง ผู้บริโภคเป็นเลิศ (Promotion Prevention and Protection: PP&P Excellence) 2) ด้านบริการเป็นเลิศ (Service Excellence) 3) ด้านบุคลากรเป็นเลิศ (People Excellence) และ 4) ด้านบริหารเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล (Governance Excellence) ภายใต้กรอบ 14 แผนงาน 37 โครงการ และ 59 ตัวชี้วัด และภายใต้แผนที่ 12 การพัฒนาระบบข้อมูลสารสนเทศด้านสุขภาพ โครงการที่ 1. โครงการพัฒนาระบบข้อมูลข่าวสารเทคโนโลยีสุขภาพแห่งชาติ ตัวชี้วัดที่ 57 ร้อยละของจังหวัดที่ประชาชนไทย มีดิจิทัลไอดี เพื่อการเข้าถึงระบบบริการ สุขภาพแบบไร้รอยต่อ และกำหนดเป้าหมายในปีงบประมาณ 69 โดยให้ร้อยละของบุคลากรสาธารณสุขมีดิจิทัลไอดี \geq ร้อยละ 90 และร้อยละของประชาชน มีดิจิทัลไอดี \geq ร้อยละ 40

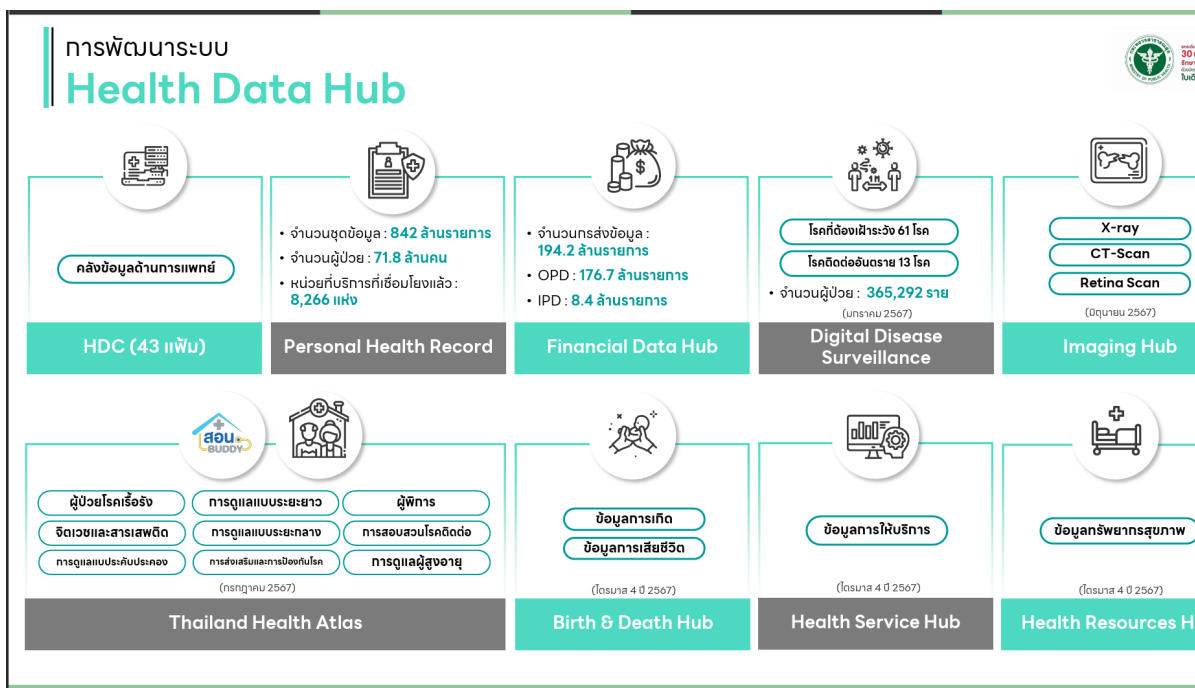
ระบบเว็บไซต์พอร์ทัล Provider ID หมายถึง ระบบข้อมูลเจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการ สอดคล้องกับนโยบาย “ยกระดับ 30 บาท รักษาทุกที่ ด้วยบัตรประชาชนใบเดียว” ผ่านระบบบูรณาการข้อมูลระหว่างหน่วยงานของรัฐ ภายใต้พระราชบัญญัติการบริหารงานและการให้บริการภาครัฐผ่านระบบดิจิทัล พ.ศ. 2562 และเป้าหมายในการพัฒนาระบบ ยกระดับ 30 บาทรักษาทุกที่ด้วยบัตรประชาชนใบเดียว⁽²⁴⁾ เพื่อการเชื่อมโยงข้อมูลสุขภาพหน่วยบริการทุกระดับ เพื่ออำนวยความสะดวกแก่ผู้รับบริการ และเพิ่มประสิทธิภาพ และคุณภาพการให้บริการ รวมถึงลดภาระงานของบุคลากรด้านการแพทย์

แนวทางการขับเคลื่อนนโยบาย ดิจิทัลสุขภาพ (Digital Health)

- 1.การจัดทำนโยบาย ยกระดับ 30 บาทรักษาทุกที่ ด้วยบัตรประชาชนใบเดียว และโรงพยาบาลอัจฉริยะ
2. การพัฒนาระบบสนับสนุน การให้บริการ ยกระดับ 30 บาทรักษาทุกที่ ด้วยบัตรประชาชนใบเดียว
- 3.การมอบอำนาจ คณะกรรมการฯ การจัดหา คอมพิวเตอร์ สธ.
- 4.การจัดตั้งกลุ่มภารกิจ/กลุ่มงานดิจิทัลสุขภาพ
- 5.การพัฒนาระบบความปลอดภัยทางไซเบอร์ การแต่งตั้งคณะกรรมการรักษาความมั่นคงปลอดภัยไซเบอร์ด้านสาธารณสุข ระดับจังหวัด (CISO) จัดทำระบบ Health Cert และจัดทำระบบ CO-CRIS
- 6.การจัดธรรมาภิบาลข้อมูลสุขภาพและการคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล การจัดทำประกาศกระทรวงสาธารณสุขเรื่องคลังข้อมูลสุขภาพลงนามโดยท่านรมว.
- 7.การติดตามและประเมินนโยบาย



ภาพที่ 4.19 Conceptual Framework บริการสุขภาพดิจิทัล



ภาพที่ 4.20 การพัฒนาระบบ Health Data Hub

แผนสำนักดิจิทัล ระยะ 5 ปีพ.ศ.2566-2570 กลยุทธ์ในการดำเนินงาน กำหนดเป็น 5 กลยุทธ์ คือ 1) AI & Innovation 2) Big Data 3) Community & Network 4) Digital Platform & Dashboard และ 5) E-Governance โดยในกลยุทธ์ที่ 4 เป้าหมาย ได้แก่

- การพัฒนาระบบ Appointment ให้ขยายในระบบโรงพยาบาล โดยในปี 2566 มีการนำร่องในคลินิกพิเศษของโรงพยาบาล และขยายโรงพยาบาลที่ใช้งานระบบ
- การพัฒนาใบรับรองแพทย์อิเล็กทรอนิกส์ที่ได้มาตรฐาน

- การพัฒนาข้อมูลสุขภาพอิเล็กทรอนิกส์ บนหมอพพร้อมแอปพลิเคชัน
- Digital Platform & Dashboard ที่ครอบคลุมในด้านงบประมาณ ด้านทรัพยากรสุขภาพ ด้านการให้บริการสุขภาพ

2) ระบบฐานข้อมูลกำลังคนด้านสุขภาพ

มาตรฐาน minimal dataset กำลังคนด้านสุขภาพ⁽²⁵⁾ ที่พัฒนามาจากชุดข้อมูลขั้นต่ำ (MDS) องค์การอนามัยโลกได้ออกแบบทั้งหมด 10 ชุดข้อมูลผ่านการประชุมคณะทำงานมาตรฐานวิชาชีพ ที่ให้ข้อเสนอมาตรฐาน minimal dataset ประกอบด้วย 8 ชุดข้อมูลหลัก ที่มีความสอดคล้องกับบริบทของประเทศ ได้แก่ หมายเลขรหัสประจำตัวระดับบุคคล ชื่อ-นามสกุล ข้อมูลประวัติการเกิด ที่อยู่ปัจจุบัน ข้อมูลการติดต่อใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ และการรับรองการศึกษาและการฝึกอบรม สถานะการจ้างงาน และที่อยู่สถานที่ปฏิบัติงาน

ปัจจุบันในแต่ละสภาวิชาชีพมีระบบลงทะเบียน ของตนเองทั้งในรูปแบบเว็บไซต์ และ Application โดยข้อมูลที่เก็บสอดคล้องกับ Minimal dataset แต่มีรายละเอียดการเก็บอาจแตกต่างกัน หรือรูปแบบในการเก็บข้อมูลแตกต่างกัน และการอัปเดตข้อมูลแตกต่างกันในแต่ละวิชาชีพ

- แพทยสภา มีการเก็บข้อมูล ครอบคลุม 8 ชุดข้อมูล ผ่านทาง website ในส่วน ที่อยู่ที่ปฏิบัติงาน ปัจจุบัน ไม่ได้เป็นการบันทึกข้อมูลแบบบังคับ และมีการอัปเดตสำเนาบัตรประชาชน และภาพถ่ายบุคคล มีการอัปเดตข้อมูลเป็นระยะในแต่ละปี
- ทันตแพทยสภา มีการเก็บข้อมูล ครอบคลุม 8 ชุดข้อมูล ผ่านทาง website ในส่วน ที่อยู่ที่ปฏิบัติงานปัจจุบัน ไม่ได้เป็นการบันทึกข้อมูลแบบบังคับ และมีการอัปเดตภาพถ่ายบุคคล
- สภาเภสัชกรรม มีการเก็บข้อมูล ครอบคลุม 8 ชุดข้อมูล ผ่านทาง website และแนบไฟล์เอกสาร สำเนาบัตรประชาชน สำเนาทะเบียนบ้าน ใบรับรองแพทย์ หนังสือรับรองการสำเร็จการศึกษา หรือ สำเนาปริญญาบัตร มีการอัปเดตข้อมูลเป็นรอบปีละ 2 หรือ 4 ครั้งต่อปี
- สภาการพยาบาล การลงทะเบียนผ่านทางเว็บไซต์ มีการเก็บข้อมูลหมายเลขรหัสประจำตัวระดับบุคคล ชื่อ-นามสกุล ข้อมูลประวัติการเกิด ที่อยู่ปัจจุบัน ข้อมูลการติดต่อ ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ และการรับรองการศึกษาและการฝึกอบรม ในเบื้องต้น และมีการอัปเดตไฟล์เอกสารที่เกี่ยวข้อง และภาพถ่าย
- สภาเทคนิคการแพทย์ มีการเก็บข้อมูล ครอบคลุม 8 ชุดข้อมูล แต่ยังไม่มีการเก็บข้อมูลที่อยู่สถานที่ปฏิบัติงาน โดยลงทะเบียนผ่านทาง Application และมีการอัปเดตภาพถ่ายบุคคล และเอกสาร สำเนาปริญญาบัตร ใบรับรองแพทย์ และเอกสารอื่น ๆ
- สภากายภาพบำบัด ครอบคลุม 8 ชุดข้อมูล ลงทะเบียนผ่านทางเว็บไซต์ การอัปเดตเอกสารสำเนาทะเบียนบ้าน สำเนาปริญญาบัตร สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน ภาพถ่ายหน้าตรง และเอกสารอื่นๆ โดยในระบบข้อมูลจะมีการอัปเดตข้อมูลทุก 5 ปี

- สภาการสาธารณสุขชุมชน มีการเก็บข้อมูล ครอบคลุม 8 ชุดข้อมูล การแนบเอกสาร สำเนา ทะเบียนบ้าน สำเนาบัตรประจำตัวสมาชิก สำเนาใบเสร็จค่าขึ้นทะเบียน ใบรับรองแพทย์ ภาพถ่ายหน้าตรง ในการขึ้นทะเบียน มีการอัปเดตข้อมูลปีละ 1 ครั้ง
- สภาการแพทย์แผนไทย มีการเก็บข้อมูล ครอบคลุม 8 ชุดข้อมูล แต่ยังไม่มีการเก็บสถานะการจ้างงาน และที่อยู่สถานที่ปฏิบัติงาน มีระบบการลงทะเบียนผ่านเว็บไซต์

บทที่ 5

สรุปผลและอภิปรายผลการศึกษา

ความเป็นมา

จากธรรมนูญว่าด้วยการพัฒนาระบบสุขภาพ ที่มีความสอดคล้องกับเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน (Sustainable development goals: SDGs) ที่นำมาใช้ในเป็นแนวทางในการกำหนดทิศทางของแผนยุทธศาสตร์แผนด้านสาธารณสุข และแผนการดำเนินงานของภาครัฐ หรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ที่มีครอบคลุมทั้งมิติเศรษฐกิจ มิติสังคม มิติสิ่งแวดล้อม มิติความมั่นคงและยุติธรรม และมิติความร่วมมือระหว่างภาคส่วนต่างๆ โดยหลักการพื้นฐานของ SDGs การกำหนดเป้าหมายเน้นการพัฒนาที่ครอบคลุม (Inclusive) มุ่งการเปลี่ยนแปลง (Transformative) และบูรณาการ (Integrated) โดยเป้าหมายที่ 3 สุขภาพและความเป็นอยู่ที่ดี (Health and well-being) การส่งเสริมการมีสุขภาวะที่ดีสำหรับทุกช่วงวัย มีความสำคัญในการพัฒนา และยกระดับความเป็นอยู่ของประชาชน ในทุกระดับ โดยการกระจายบุคลากรด้านสาธารณสุขที่เพียงพอ และครอบคลุมเป็นปัจจัยหนึ่งที่สำคัญเพื่อให้เกิดการบริการที่เป็นธรรม และเท่าเทียม ซึ่งสอดคล้องกับเป้าหมายย่อยที่ 3.C มุ่งเน้นการเพิ่มการใช้เงินสนับสนุนด้านสุขภาพ และการสรรหา การพัฒนา การฝึกฝน และการเก็บรักษา กำลังคนด้านสุขภาพ และตัวชี้วัดที่เกี่ยวข้องเพื่อส่งเสริมการบรรลุเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน คือ ความหนาแน่นและการกระจายตัวของบุคลากรด้านสาธารณสุข

สำหรับในเรื่องของกำลังคนด้านสุขภาพ นั้น เป็นเรื่องที่มีการระบุไว้ในธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 3 พ.ศ. 2565 มีเป้าหมายในระยะ 5 ปี เพื่อให้มีการกระจายบุคลากรระหว่างพื้นที่ที่มีความเป็นธรรม มีการปรับการทำงานจากเชิงกายภาพสู่ดิจิทัล และมีระบบการศึกษา การผลิต และการพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพที่สามารถตอบสนองความต้องการของประเทศ ตลอดจนมีระบบติดตามประเมินผลนโยบายกำลังคนด้านสุขภาพ และการกำหนดมาตรการในการเปลี่ยนแปลง โดยการสร้างความเข้มแข็ง ในการบริหารจัดการกำลังคนในระดับพื้นที่ เน้นการมีส่วนร่วม การบริหารกำลังคนตามปัญหาของพื้นที่เป็นหลัก และการบุคคลากรนอกสายงานด้านสุขภาพ เข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพ รวมถึงการปฏิบัติการจ้างงานในระบบสุขภาพที่มีความหลากหลาย มีความยืดหยุ่นโดยเฉพาะในหน่วยงานภาครัฐ และต้องสอดคล้องกับลักษณะของบริการในอนาคต ปรับกลไกการผลิตและการพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพที่สอดคล้องกับความต้องการของประเทศในอนาคต เช่น ผลิตบุคลากรสาขาที่มีความต้องการ สร้างความเข้มแข็งในการเพิ่มศักยภาพของกำลังคนด้านสุขภาพ Up-skill และ Re-skill เป็นต้น นอกจากนี้มาตรการ ในการจัดทำระบบฐานข้อมูลกำลังคนด้านสุขภาพที่เป็นเอกภาพ ได้แก่ พัฒนาตัวชี้วัดหลักกำลังคนด้านสุขภาพของประเทศ ที่ครอบคลุมตลอดช่วงชีวิต (Life cycle) ของกำลังคนด้านสุขภาพ ตั้งแต่การผลิต จนถึงการเข้าสู่ตลาดแรงงานและพัฒนา Digital platform การเชื่อมโยงฐานข้อมูลอย่างบูรณาการ โดยเป็นฐานข้อมูลที่รวมข้อมูลอย่างเป็นระบบทั้งจำนวน การกระจาย การผลิต การจ้างงาน และการเคลื่อนย้าย ที่ครอบคลุมทั้งภาครัฐภาคเอกชน และมีการเชื่อมโยงระหว่างฐานข้อมูลผู้ผลิต ผู้ให้บริการทั้งภาครัฐและเอกชน และจะต้องเชื่อมโยงกับระบบฐานข้อมูลของสภาวิชาชีพ

ดังนั้นการศึกษาในครั้งนี้ ที่สอดคล้องตามพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 3 ในให้บรรลุเป้าหมายตามธรรมนูญ และเป้าหมายการพัฒนาอย่างยั่งยืน ในการพัฒนาชุดตัวชี้วัดกำลังคนด้านสุขภาพ ที่เป็นปัจจัยหนึ่งส่งผลต่อการเข้ารับการบริการสุขภาพของประชาชนในทุกกลุ่ม ให้ได้รับการบริการที่มีคุณภาพ และมีมาตรฐานในทุกระดับบริการ การพัฒนาตัวชี้วัดครั้งนี้ ใช้แนวคิดเรื่องการจัดการทรัพยากรด้านสุขภาพอย่างเหมาะสม เพื่อสามารถตอบโจทย์ความท้าทายของหลักประกันสุขภาพจำเป็นต้องครอบคลุมทั้ง 4 มิติ ได้แก่

1. **ความพร้อมพอ (Availability)** คือ ความเพียงพอของกำลังคนด้านสุขภาพ รวมไปถึงทักษะ และความสามารถที่สอดคล้องกับความต้องการทางด้านสุขภาพของประชาชน
2. **การกระจาย (Accessibility)** คือ การเข้าถึง และการกระจายกำลังคนด้านสุขภาพอย่างเท่าเทียมกัน เชิงพื้นที่ มุ่งเน้นถึงการเท่าเทียมด้านโครงสร้างพื้นฐานทางกายภาพ (อาคารอำนวยความสะดวกต่อผู้พิการ) กลไกการรับ-ส่ง ต้นทุนทางตรง และต้นทุนทางอ้อม สำหรับการให้บริการ การเดินทาง การปิด-เปิดเวลาทำการ เป็นต้น
3. **การยอมรับ (Acceptability)** คือ คุณลักษณะ และความสามารถของกำลังคนด้านสุขภาพในการปฏิบัติหน้าที่ต่อผู้รับบริการ แสดงพฤติกรรม และให้เกียรติ โดยไม่แบ่งแยกเพศ ศาสนา อายุ สถานะทางสังคม เป็นต้น
4. **คุณภาพ (Quality)** คือ สมรรถนะ ทักษะ ความรู้ และพฤติกรรมของกำลังคนด้านสุขภาพที่สอดคล้องและเป็นไปตามบรรทัดฐานของวิชาชีพ

กระบวนการพัฒนาตัวชี้วัด

โดยคณะผู้วิจัยได้กระบวนการทบทวนวรรณกรรม โดยการรวบรวมข้อมูล วิเคราะห์วัตถุประสงค์ของตัวชี้วัดระดับองค์กร ยุทธศาสตร์ แผนงาน โครงการและกิจกรรมที่เกี่ยวข้องทั้งใน และต่างประเทศ โดยเอกสารต่างประเทศที่ต้องการทบทวนวรรณกรรม ได้แก่ตัวชี้วัดเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน (SDGs) National health workforce accounts (NHWA) ตัวชี้วัดกำลังคนด้านสุขภาพขององค์การอนามัยโลก (WHO) องค์การเพื่อความร่วมมือและการพัฒนาทางเศรษฐกิจ(OECD) และ องค์การแรงงานระหว่างประเทศ (ILO) เป็นต้น และเอกสารวารสารในประเทศที่เกี่ยวข้อง ได้แก่นโยบาย แผน พรบ. และมาตรการต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพและการเข้าถึงบริการระบบสุขภาพของประชาชน เป็นต้น และใช้กระบวนการรับฟังความเห็นจากผู้เชี่ยวชาญ (Consultative meeting) เพื่อให้ได้ตัวชี้วัดที่สอดคล้องกับบริบททางด้านกำลังคนของประเทศไทยมากที่สุด

ตัวชี้วัดกำลังคนด้านสุขภาพ ที่สอดคล้องธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 3 พ.ศ. 2565

ทางคณะผู้วิจัยได้พัฒนาตัวชี้วัดแบ่งออกเป็น 4 หมวดจำนวน 13 ตัวชี้วัด โดยมีรายละเอียด ดังนี้

ตัวชี้วัดหมวดที่ 1 ประเทศไทยมีจำนวนกำลังคนด้านสุขภาพในสาขาที่สำคัญเพียงพอ (Availability of HRH) มีจำนวน 3 ตัวชี้วัด ประกอบด้วย

ตัวชี้วัดที่ 1 จำนวนสถาบันการศึกษาและจำนวนการผลิตของกำลังคนด้านสุขภาพสาขาหลักต่อปี

ตัวชี้วัดที่ 2 อัตราการสำเร็จการศึกษาของกำลังคนด้านสุขภาพสาขาหลัก

ตัวชี้วัดที่ 3 จำนวนกำลังคนด้านสุขภาพสาขาหลักที่จบการศึกษาวิชาชีพจากต่างประเทศ (Foreign-trained HRH)

ตัวชี้วัดหมวดที่ 2 กำลังคนด้านสุขภาพในแต่ละสาขาวิชาชีพที่ได้รับใบอนุญาตวิชาชีพ (Quality of HRH) มีจำนวน 1 ตัวชี้วัด ประกอบด้วย

ตัวชี้วัดที่ 4 สัดส่วนผู้สำเร็จการศึกษาที่ได้รับใบอนุญาตของแต่ละวิชาชีพ ในภาพรวม

ตัวชี้วัดหมวดที่ 3 กำลังคนด้านสุขภาพในสาขาที่สำคัญมีการกระจายตัวตามภูมิศาสตร์ที่เหมาะสม (Accessibility of HRH) มีจำนวน 3 ตัวชี้วัด ประกอบด้วย

ตัวชี้วัดที่ 5 สัดส่วนกำลังคนด้านสุขภาพในสาขาหลักต่อประชากรในภาพรวมของประเทศ

ตัวชี้วัดที่ 6 สัดส่วนกำลังคนด้านสุขภาพในสาขาหลักต่อประชากรระดับจังหวัด

ตัวชี้วัดที่ 7 สัดส่วนกำลังคนด้านสุขภาพในสาขาหลักในงานปฐมภูมิต่อประชากรในระดับจังหวัด

ตัวชี้วัดกลุ่มที่ 4 ตัวชี้วัดเชิงมาตรการ จำนวน 6 ตัวชี้วัด ดังนี้

ตัวชี้วัดที่ 8 มีกลไกอภิบาลกำลังคนด้านสุขภาพในระดับเขตสุขภาพ แบบมีส่วนร่วม

ตัวชี้วัดที่ 9 สัดส่วนการจ้างงานที่ไม่ใช่ข้าราชการในกระทรวงสาธารณสุข

ตัวชี้วัดที่ 10 กลุ่มสถาบันการศึกษาแต่ละวิชาชีพ (Consortium of health professionals) มีการนำข้อมูลความต้องการกำลังคนของผู้ใช้ (demand side) มาใช้ในการวางแผนการผลิต

ตัวชี้วัดที่ 11 มีคณะกรรมการร่วมระหว่างผู้ผลิต (Producers) และผู้ใช้ (Users) เพื่อกำหนดความต้องการกำลังคนด้านสุขภาพ

ตัวชี้วัดที่ 12 สภาวิชาชีพมีการจัดทำฐานข้อมูลสมาชิก (Registration) โดยใช้มาตรฐาน minimal dataset

ตัวชี้วัดที่ 13 มี digital platform ในการเชื่อมโยงข้อมูล

แหล่งข้อมูลที่ใช้

1) ข้อมูลจากกระทรวงการอุดมศึกษา วิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรม (อว.) โดยรวบรวมข้อมูล

- ข้อมูลจำนวนนักศึกษาใหม่ที่เข้าศึกษาในหลักสูตรที่เกี่ยวข้องกับแพทย์ ทันตแพทย์ เภสัชกรรม

ในปี 2556-2560 และหลักสูตรที่เกี่ยวข้องกับพยาบาล กายภาพบำบัด เทคนิคการแพทย์ แพทย์แผนไทย และนักวิชาการสาธารณสุข ในปี 2558-2562

- ข้อมูลจำนวนผู้สำเร็จการศึกษาในหลักสูตรปริญญาตรีที่เกี่ยวข้องกับ 8 วิชาชีพ ได้แก่ แพทย์ ทันตแพทย์ เภสัชกร พยาบาล กายภาพบำบัด เทคนิคการแพทย์ แพทย์แผนไทย และนักวิชาการสาธารณสุข ในปี 2562-2566

2) ข้อมูลจากสภาวิชาชีพ ได้แก่ แพทยสภา ทันตแพทยสภา สภาเภสัชกรรม สภากายภาพบำบัด สภาเทคนิคการแพทย์ สภาแพทย์แผนไทย และสภาการสาธารณสุขชุมชน โดยรวบรวม

- ข้อมูลจำนวนนักศึกษาใหม่ที่เข้าศึกษาในหลักสูตร หรือข้อมูลจำนวนแผนรับนักศึกษาของ แพทยสภา ทันตแพทยสภา สภาเภสัชกรรม ในปี 2556-2560 และของสภากายภาพบำบัด สภาเทคนิคการแพทย์ สภาแพทย์แผนไทย และสภาการสาธารณสุขชุมชน ในปี 2558-2562

- ข้อมูลจำนวนผู้สำเร็จการศึกษาของแต่ละวิชาชีพ หรือข้อมูลจำนวนผู้ลงทะเบียนในการเข้าสอบใบอนุญาตวิชาชีพ ของสภาวิชาชีพ ในปี 2562-2566

- ข้อมูลจำนวนผู้ได้รับใบประกอบวิชาชีพใหม่ ของแต่ละวิชาชีพ ในปี พ.ศ. 2562-2566

- ข้อมูลจำนวนบุคลากรที่จบการศึกษาต่างประเทศในระดับปริญญาตรี และที่ผ่านการขึ้นทะเบียนของสภาวิชาชีพในประเทศไทยใหม่ ในปี 2562-2566

3) เว็บไซต์สภา

จำนวนสถาบันในการผลิตของ 8 วิชาชีพ ได้แก่ แพทย์ ทันตแพทย์ เภสัชกร พยาบาล กายภาพบำบัด เทคนิคการแพทย์ แพทย์แผนไทย และนักวิชาการสาธารณสุข ในปี 2566

4) กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข (กยผ.) โดยการรวบรวมข้อมูลจำนวนบุคลากร 8 วิชาชีพ ได้แก่ แพทย์ ทันตแพทย์ เภสัชกร พยาบาล กายภาพบำบัด เทคนิคการแพทย์ แพทย์แผนไทย ในระดับจังหวัด และระดับรายโรงพยาบาล

5) กองสนับสนุนระบบสุขภาพปฐมภูมิ (กสป.) กระทรวงสาธารณสุข โดยการรวบรวมข้อมูลจำนวนบุคลากรที่เกี่ยวข้องกับงานปฐมภูมิ และจำนวนประชากรในหน่วยบริการที่รับผิดชอบ ที่มีการขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการ ในปี 2562-2566 รายหน่วยบริการ รายจังหวัด ยกเว้นจังหวัดกรุงเทพมหานคร

6) กรมการปกครอง กระทรวงมหาดไทย โดยรวบรวมข้อมูลประชากรในระดับอำเภอ ของปี 2562-2566

ตัวชี้วัดหมวดที่ 1 ประเทศไทยมีจำนวนกำลังคนด้านสุขภาพในสาขาที่สำคัญเพียงพอ (Availability of HRH) ประกอบด้วย ตัวชี้วัดย่อย 3 ตัวชี้วัด ดังนี้

ตัวชี้วัดที่ 1 จำนวนสถาบันการศึกษาและจำนวนการผลิตต่อปี

ตัวชี้วัดที่ 2 อัตราการสำเร็จการศึกษา

ตัวชี้วัดที่ 3 จำนวนบุคลากรที่จบการศึกษาจากต่างประเทศ (Foreign-trained HRH)

ตัวชี้วัดหมวดที่ 2 กำลังคนด้านสุขภาพในแต่ละสาขาที่ได้รับใบประกอบวิชาชีพ

มีตัวชี้วัด 1 ตัวชี้วัด ดังนี้

ตัวชี้วัดที่ 4 จำนวนผู้สำเร็จการศึกษาที่ได้รับใบอนุญาตของแต่ละวิชาชีพ

ตัวชี้วัดหมวดที่ 3 กำลังคนด้านสุขภาพในสาขาที่สำคัญมีการกระจายตัว ตามภูมิศาสตร์ (Geo-geographical distribution) ที่เหมาะสม

ประกอบด้วย ตัวชี้วัดย่อย 3 ตัวชี้วัด ดังนี้

ตัวชี้วัดที่ 5 สัดส่วนบุคลากรสุขภาพต่อประชากรภาพรวมประเทศ ปี 2562-2566

ตัวชี้วัดที่ 6 สัดส่วนบุคลากรสุขภาพต่อประชากร ระดับจังหวัดสายงานแพทย์

ตัวชี้วัดที่ 7 สัดส่วนบุคลากรสุขภาพในงานปฐมภูมิต่อประชากร ในระดับจังหวัด

ตัวชี้วัดหมวดที่ 4 ตัวชี้วัดเชิงมาตรการ (strategies)

จากการทบทวนวรรณกรรม และการสัมภาษณ์หน่วยงานที่เกี่ยวข้องดังกล่าวคณะผู้วิจัย จึงได้เสนอตัวชี้วัดเชิงมาตรการในอันที่จะบรรลุเป้าหมายหมวดการผลิตและพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพ จำนวน 6 ตัวชี้วัด ดังนี้

ตัวชี้วัดที่ 8 มีกลไกอภิบาลกำลังคนด้านสุขภาพในระดับเขตสุขภาพ แบบมีส่วนร่วม

ตัวชี้วัดที่ 9 สัดส่วนการจ้างงานที่ไม่ใช่ข้าราชการในกระทรวงสาธารณสุข

ตัวชี้วัดที่ 10 กลุ่มสถาบันการศึกษาแต่ละวิชาชีพ (Consortium of health professionals) มีการนำข้อมูลความต้องการกำลังคนของผู้ใช้ (demand side) มาใช้ในการวางแผนการผลิต

ตัวชี้วัดที่ 11 มีคณะกรรมการร่วมระหว่างผู้ผลิต (Producers) และผู้ใช้ (Users) เพื่อกำหนดความต้องการกำลังคนด้านสุขภาพ

ตัวชี้วัดที่ 12 สภาวิชาชีพมีการจัดทำฐานข้อมูลสมาชิก (Registration) โดยใช้มาตรฐาน minimal dataset

ตัวชี้วัดที่ 13 มี digital platform ในการเชื่อมโยงข้อมูล

โดยมีรายละเอียดแต่ละตัวชี้วัดเชิงมาตรการดังนี้

ตัวชี้วัดที่ 8 มีกลไกอภิบาลกำลังคนด้านสุขภาพในระดับเขตสุขภาพ แบบมีส่วนร่วม

เพื่อรองรับสภาพปัญหา โดยมีแผนการบริหารจัดการที่ชัดเจนภายใต้การใช้ทรัพยากรที่คุ้มค่า และให้หน่วยงานในระดับต่างๆ มีสมรรถนะในการบริหารจัดการกำลังคนด้านสุขภาพ โดยกลไกระดับพื้นที่ในระดับเขตสุขภาพทำหน้าที่เป็นหน่วยประสานงานและดำเนินการในการวางแผนและพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพในระดับพื้นที่ โดยให้มีกรทำงานอย่างบูรณาการกับกรรมการจากหน่วยงานต่างๆ ทั้งจากภาคสุขภาพและภาคสังคม โดยเฉพาะอย่างยิ่งคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิต ตั้งแต่ระดับอำเภอ จังหวัด และระดับเขต นอกจากนี้กรรมการระดับพื้นที่ดังกล่าว จะทำงานเชื่อมโยงกับคณะกรรมการกำหนดนโยบายกำลังคนด้านสุขภาพระดับประเทศ โดยให้มีองค์ประกอบโครงสร้างของคณะกรรมการกำลังคนด้านสุขภาพระดับพื้นที่ ประกอบด้วยผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องกำลังคนด้านสุขภาพ ตัวแทนผู้ประกอบการวิชาชีพ และตัวแทนภาคประชาชน ภาคการศึกษา ภาคเอกชน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และภาคประชาสังคม โดยมีบทบาทหน้าที่ของคณะกรรมการกำลังคนด้านสุขภาพระดับพื้นที่ มีหน้าที่กำหนดทิศทางการดำเนินนโยบายกำลังคนของพื้นที่ ที่สอดคล้องกับทิศทางการหลักของประเทศ ประสานงานระหว่างหน่วยวางแผน หน่วยผลิต ผู้ใช้กำลังคนด้าน

สุขภาพ และผู้ให้บริการ เพื่อให้เกิดการดำเนินงานเป็นไปตามแผนที่พื้นที่กำหนดไว้ และติดตาม กำกับและ ประเมินนโยบายกำลังคนของพื้นที่

นอกจากนี้คณะกรรมการยังต้องวางแผนความต้องการกำลังคนของพื้นที่ ภายใต้วิสัยทัศน์ และพันธกิจ ที่สอดคล้องกับแผนพัฒนาสุขภาพของพื้นที่ โดยใช้กระบวนการมีส่วนร่วมอย่างกว้างขวางจากทุกฝ่าย ที่เกี่ยวข้อง

ตัวชี้วัดที่ 9 สัดส่วนการจ้างงานที่ไม่ใช่ข้าราชการในกระทรวงสาธารณสุข

ให้มีการพัฒนาระบบจ้างงานที่มีประสิทธิภาพ นอกเหนือจากระบบราชการ โดยการจ้างงานดังกล่าว จะต้องสะท้อนผลของการทำงานทั้งเชิงปริมาณและคุณภาพ เน้นให้เกิดความยืดหยุ่น สอดคล้องกับการทำงาน ของแต่ละพื้นที่ อีกทั้งเพิ่มสัดส่วนการจ้างงานดังกล่าวในสายงานสาขาหลักของกระทรวงสาธารณสุข ได้แก่ แพทย์ พยาบาล ทันตแพทย์ และ เภสัชกร

ตัวชี้วัดที่ 10 กลุ่มสถาบันการศึกษาแต่ละวิชาชีพ (Consortium of health professionals) มีการนำ ข้อมูลความต้องการกำลังคนของผู้ใช้ (demand side) มาใช้ในการวางแผนการผลิต

ให้แต่ละวิชาชีพหลักที่มีสภาวิชาชีพกำกับดูแล นำความต้องการกำลังคนของผู้ใช้ ที่สอดคล้องกับ บริบทด้านสุขภาพของประเทศในปัจจุบันและการเปลี่ยนแปลงในอนาคต มาประกอบการวางแผนการผลิต และ กำหนดสมรรถนะสำคัญของแต่ละวิชาชีพ โดยมีองค์ประกอบของการปรับกลไกการผลิตและพัฒนากำลังคน ด้านสุขภาพ ควรมีดังนี้

- 1) มุ่งเป้าการผลิตในการตอบสนองความต้องการด้านสุขภาพของประเทศให้เกิดความเท่าเทียมในการ เข้าถึงบริการสุขภาพที่มีคุณภาพ กลไกการผลิตและพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพในอนาคตจำเป็นต้องมีเป้าหมายตอบสนองต่อความต้องการและปัญหาสุขภาพของประเทศ นอกเหนือจากการ ผลิตบุคลากรในกลุ่มของวิชาชีพแล้ว การให้ความสำคัญกับกำลังคนด้านสุขภาพอื่นๆที่ไม่ใช่กลุ่ม วิชาชีพเป็นส่วนสำคัญ ที่จะทำให้เกิดการบริการสุขภาพที่มีประสิทธิภาพและมีความคุ้มค่า อีกทั้ง ระบบการผลิตจำเป็นต้องเชื่อมโยงกับการนำคนที่มีความสามารถในหน้าที่เข้ามาเรียน เพื่อที่จะส่งเสริม การธำรงรักษาบุคลากรในพื้นที่ในระยะยาว
- 2) ผลิตกำลังคนด้านสุขภาพในสาขาที่จำเป็นที่จะตอบสนองการพัฒนาระบบสุขภาพของประเทศใน อนาคต ในการที่จะสร้างความสามารถในการแข่งขันของประเทศ ระบบการผลิตกำลังคนด้าน สุขภาพ มีความจำเป็นที่จะต้องเพิ่มการผลิตกำลังคนด้านสุขภาพในบางสาขาที่จะตอบสนองการ พัฒนาประเทศในอนาคต เช่น ด้านเทคโนโลยีทางการแพทย์ ด้าน medical informatics เป็นต้น

ตัวชี้วัดที่ 11 มีคณะกรรมการร่วมระหว่างผู้ผลิต (Producers) และผู้ใช้ (Users) เพื่อกำหนดความ ต้องการกำลังคนด้านสุขภาพ

มีการจัดตั้งคณะกรรมการร่วมระหว่างผู้ผลิต ผู้ใช้ และภาคส่วนอื่นๆที่เกี่ยวข้อง โดยคณะกรรมการ ดังกล่าวมีการประชุมอย่างสม่ำเสมอ

ตัวชี้วัดที่ 12 สภาวิชาชีพมีการจัดทำฐานข้อมูลสมาชิก (Registration) โดยใช้มาตรฐาน minimal dataset

ทุกสาขาวิชาชีพพัฒนาฐานข้อมูลที่จำเป็น (Minimal dataset) ร่วมกัน โดยเป็นฐานข้อมูลที่รวบรวมข้อมูลอย่างเป็นระบบทั้งจำนวน การกระจาย การผลิต การจ้างงาน และการเคลื่อนย้าย ที่ครอบคลุมทั้งภาครัฐและเอกชน เพื่อสร้างความเข้าใจในตลาดแรงงาน (Healthcare market) ของกำลังคนด้านสุขภาพ

ตัวชี้วัดที่ 13 มี digital platform ในการเชื่อมโยงข้อมูล

มีการจัดทำ digital platform กลางของทุกหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทั้งผู้ผลิต ผู้ใช้ (ทั้งรัฐและเอกชน) รวมถึงสาขาชีพ ในการเชื่อมโยงข้อมูลที่จำเป็น สำหรับการใช้จ่ายแผน ติดตาม ประเมิน นโยบาย โดย platform ดังกล่าวมีความปลอดภัย ตามมาตรฐาน PDPA

ตารางที่ 5.1 ตัวชี้วัดเชิงมาตรการ

ตัวชี้วัด	เป้าหมายระยะ 1 ปี	เป้าหมายระยะ 3 ปี	เป้าหมายระยะ 5 ปี
ตัวชี้วัดที่ 8 มีกลไกอภิบาลกำลังคนด้านสุขภาพในระดับเขตสุขภาพแบบมีส่วนร่วม	มีการจัดตั้งกลไกอภิบาลกำลังคนด้านสุขภาพในทุกเขตสุขภาพ	มีการจัดทำแผนการผลิตและบริหารจัดการกำลังคนด้านสุขภาพในระดับพื้นที่อย่างบูรณาการระหว่างทุกหน่วยงาน	มีการประเมินผล และนำมาจัดทำแผนในรอบถัดไป
ตัวชี้วัดที่ 9 สัดส่วนการจ้างงานที่ไม่ใช่ข้าราชการในกระทรวงสาธารณสุข	มีการพัฒนาระบบการจ้างงานแบบใหม่	เพิ่มสัดส่วนการจ้างงานแบบใหม่ในสาขาหลักร้อยละ 10	เพิ่มสัดส่วนการจ้างงานแบบใหม่ในสาขาหลักร้อยละ 30
ตัวชี้วัดที่ 10 กลุ่มสถาบันการศึกษาแต่ละวิชาชีพ (Consortium of health professionals) มีการนำข้อมูลความต้องการกำลังคนของผู้ใช้ (demand side) มาใช้ในการวางแผนการผลิต	มีการนำแผนความต้องการของผู้ใช้มาวางแผนการผลิต		
ตัวชี้วัดที่ 11 มีคณะกรรมการร่วมระหว่างผู้ผลิต (Producers) และผู้ใช้ (Users) เพื่อกำหนดความต้องการกำลังคนด้านสุขภาพ	จัดตั้งคณะกรรมการร่วมผู้ผลิตผู้ใช้	มีการจัดทำแผนความต้องการกำลังคนของประเทศ	มีการประเมินผล และนำมาจัดทำแผนในรอบถัดไป
ตัวชี้วัดที่ 12 สาขาวิชาชีพมีการจัดทำฐานข้อมูลสมาชิก (Registration) โดยใช้มาตรฐาน minimal dataset	สาขาวิชาชีพมีการพัฒนาฐานข้อมูลขั้นต่ำร่วมกัน	ทุกสาขาวิชาชีพนำมาตรฐานข้อมูลขั้นต่ำไปใช้ในระบบทะเบียนสมาชิก 100%	

ตัวชี้วัด	เป้าหมายระยะ 1 ปี	เป้าหมายระยะ 3 ปี	เป้าหมายระยะ 5 ปี
ตัวชี้วัดที่ 13 มี digital platform ในการเชื่อมโยงข้อมูล	กระทรวงสาธารณสุข พ. ฒ. น. ๑ digital platform	มีการเชื่อมโยงข้อมูลระหว่างผู้ให้บริการทั้งภาครัฐและเอกชน	มีการเชื่อมโยงข้อมูลกับสภาวิชาชีพ 100%

บทวิเคราะห์สถานการณ์และความท้าทายเรื่องกำลังคนด้านสุขภาพ

กำลังคนด้านสุขภาพ (Human Resources for Health) เป็นทรัพยากรที่มีความสำคัญในระบบสุขภาพ เป็นปัจจัยแห่งความสำเร็จหรือความล้มเหลวของการดำเนินงานด้านสุขภาพ เพราะเป็นทั้งผู้สร้างและผู้นำเทคโนโลยีด้านสุขภาพไปใช้ อีกทั้งเป็นผู้บริหารจัดการระบบบริการสุขภาพ เพื่อให้เกิดสุขภาพที่ดีขึ้นในหมู่ประชาชน ดังนั้น ในการพัฒนาสุขภาพของประชาชน และยกระดับขีดความสามารถในการแข่งขันของประเทศ ระบบสุขภาพจำเป็นต้องมีกำลังคนที่เพียงพอ มีการกระจายอย่างเท่าเทียม มีสัดส่วนประเภทกำลังคนที่เหมาะสม มีกำลังคนที่มีความรู้ความสามารถ และมีแรงจูงใจในการปฏิบัติงาน มีกระบวนการมีส่วนร่วมจากภาคประชาชน ทั้งนี้ ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพต้องมีความเหมาะสมด้วย การวางแผนพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพของประเทศ ควรครอบคลุมกำลังคนด้านสุขภาพทั้งภาครัฐและเอกชน รวมถึงมีการวางแผนความต้องการ การผลิต และการบริหารจัดการโดยเฉพาะการกระจายเพื่อให้เกิดประสิทธิภาพสูงสุด สอดคล้องกับวิสัยทัศน์ประเทศไทยและยุทธศาสตร์ 20 ปี รวมทั้งสามารถตอบสนองทิศทางการพัฒนาระบบสุขภาพของประเทศและความท้าทายในอนาคต จากข้อมูลตัวชี้วัดข้างต้นดังกล่าว ทำให้สามารถประเมินสถานการณ์แนวโน้มที่เกี่ยวกับกำลังคนด้านสุขภาพ ดังนี้

ตัวชี้วัดกลุ่มที่ 1

สถานการณ์การผลิตกำลังคนด้านสุขภาพในปัจจุบัน ศักยภาพของสถาบันการผลิตกำลังคนด้านสุขภาพของประเทศเพิ่มขึ้นเป็นลำดับ นับตั้งแต่ปี 2535 เป็นต้นมาที่เริ่มมีโครงการผลิตแพทย์ พยาบาลเพิ่ม จนกระทั่งปัจจุบัน ที่มีการผลิตกำลังคนด้านสุขภาพจากทั้งภาครัฐและเอกชน อย่างไรก็ตามเมื่อเทียบกับภูมิภาคอาเซียนพบว่าในปี 2559 ประเทศไทยมีการผลิตแพทย์ในอัตรา 4.58 คนต่อแสนประชากรต่อปี และมีการผลิตพยาบาลเท่ากับ 14.78 คนต่อแสนประชากรต่อปี ซึ่งอยู่ในอันดับ 7 ของภูมิภาค ในขณะที่ประเทศมาเลเซีย มีความสามารถในการผลิตแพทย์และพยาบาล ในอัตรา 12 และ 32.8 คนต่อแสนประชากรต่อปี ตามลำดับ ในขณะที่ประเทศเวียดนามมีแผนที่จะผลิตแพทย์และพยาบาลเพิ่มเป็น 11.6 คนต่อแสนประชากรต่อปี⁽²⁶⁾

ตัวชี้วัดด้านการผลิต จะครอบคลุมทางด้านปริมาณและคุณภาพของภาคการผลิต ทั้งในเรื่องจำนวนสถาบันการผลิตของแต่ละวิชาชีพ อัตราส่วนการจบการศึกษา สะท้อนถึงโอกาสในการผลิตบุคลากรวิชาชีพ และการหมุนเวียนในระบบตลาดแรงงาน ส่วนนี้มีผลต่อการวางแผนการผลิตนักศึกษาเพื่อทดแทนภาพรวมการเข้า-ออกของตลาดแรงงานอย่างต่อเนื่อง หน่วยงานที่เกี่ยวข้องสำหรับจัดเก็บข้อมูลกลุ่มนี้ ประกอบด้วย กระทรวงการอุดมศึกษาฯ สถาบันการศึกษา/สถาบันฝึกอบรม มหาวิทยาลัย เป็นต้น

จากข้อมูลจะเห็นได้ว่าภาคเอกชนจะเข้ามามีบทบาทมากขึ้นในการผลิตบุคลากร โดยเฉพาะอย่างยิ่งในสายงาน พยาบาล และ สาธารณสุข อย่างไรก็ตามการควบคุมคุณภาพของกระบวนการผลิต ที่อยู่ภายใต้การ

รับรองสถาบันของกระทรวงการอุดมศึกษา วิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี และการรับรองหลักสูตรภายใต้กระบวนการดูแลของสภาวิชาชีพ จะเป็นสิ่งสำคัญในการควบคุมคุณภาพบัณฑิตให้มีทักษะและคุณภาพที่เหมาะสมก่อนออกมาสู่ตลาดแรงงาน

เมื่อพิจารณาตัวชี้วัดกำลังคนที่จบการศึกษาจากต่างประเทศ จะเห็นได้ว่าในส่วนของวิชาชีพแพทย์จะมีคนที่จบการศึกษาจากต่างประเทศและสามารถสอบขึ้นทะเบียนเป็นผู้ประกอบวิชาชีพในประเทศไทยได้มีจำนวนสูงเมื่อเปรียบเทียบกับวิชาชีพอื่นๆ ซึ่งอาจจะสะท้อนได้ถึงอุปทานของสถาบันการศึกษาในประเทศ ไม่เพียงพอต่ออุปสงค์ของคนที่ต้องการเรียนในสายอาชีพแพทย์ ซึ่งส่วนนี้จะเป็นช่องว่างแห่งโอกาสในการขยายกำลังการผลิตในประเทศได้

ตัวชี้วัดกลุ่มที่ 2

การขึ้นทะเบียนผู้ประกอบวิชาชีพ มีตัวชี้วัดสำคัญตรงตามหมวดหลัก คือ ร้อยละของผู้สำเร็จการศึกษาวิชาชีพด้านสุขภาพที่สอบขึ้นทะเบียนผ่านในปีแรกหลังจบการศึกษา ตัวชี้วัดนี้สะท้อนถึงหลังจากจบการศึกษา จำนวนผู้ที่จบการศึกษาที่มีความประสงค์เข้าสู่ภาคตลาดแรงงานมีจำนวนสอดคล้องต่อการทดแทนหรือสอดคล้องต่อสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลงไปของสังคมหรือไม่ (เช่น สังคมผู้สูงอายุ การระบาดของโรคอุบัติใหม่ เป็นต้น) ทำให้ทราบแนวโน้มของจำนวนบุคลากรวิชาชีพทั้งหมด ที่มีคุณสมบัติเหมาะสมต่อการปฏิบัติงานตรงตามวิชาชีพ หน่วยงานที่เกี่ยวข้องสำหรับการเก็บข้อมูลกลุ่มนี้ ได้แก่ สภาวิชาชีพ

จากข้อมูลจะพบถึงความไม่สมบูรณ์ของข้อมูลตัวเลขผู้สอบขึ้นทะเบียนเป็นผู้ประกอบวิชาชีพ อย่างไรก็ตามข้อเท็จจริงประการหนึ่งคือ อัตราการสอบขึ้นทะเบียนเป็นผู้ประกอบวิชาชีพไม่เต็ม 100% ของจำนวนบัณฑิตที่จบมาในแต่ละปี ซึ่งสามารถสะท้อนคุณภาพของกระบวนการผลิตได้ในระดับหนึ่ง

ตัวชี้วัดกลุ่มที่ 3

ปัจจุบัน ฐานข้อมูลทะเบียนผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพของสภาวิชาชีพ ซึ่งเป็น Registration Data จัดเป็นแหล่งข้อมูลเดียวที่สามารถแจ้งนับจำนวนผู้รับใบอนุญาตประกอบวิชาชีพได้ถูกต้องมากที่สุด ซึ่งในตลาดแรงงาน จัดว่าบุคลากรที่มีใบอนุญาตประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพตามที่กฎหมายกำหนด เป็น Pool of Qualified Health workforce คือมีความพร้อมที่จะเข้ามาทำงานในตลาดแรงงานเมื่อมีปัจจัยดึงดูดที่เหมาะสม จำนวนบุคลากรในวิชาชีพต่างๆ อย่างไรก็ตามข้อจำกัดประการสำคัญของ registration data ของสภาวิชาชีพ คือ ไม่สามารถบอกได้ชัดเจนว่าบุคลากรเหล่านั้นยังประกอบวิชาชีพอยู่หรือไม่ (active status) หรือ ทำงานอยู่ที่ไหน การใช้ฐานข้อมูลจากหน่วยบริการ (Facility-based data) จึงเข้ามาแก้ไขข้อจำกัดดังกล่าว

การกระจายกำลังคนตามภูมิศาสตร์ เป็นตัวบ่งชี้ความเสมอภาคในการเข้าถึงบริการสุขภาพ โดยเฉพาะความเสมอภาคในพื้นที่ที่มีสภาวะเศรษฐกิจที่แตกต่างกัน เช่น ระหว่างกรุงเทพฯกับภาคตะวันออกเฉียงเหนือ พบว่าแนวโน้มการกระจายกำลังคนด้านสุขภาพทั้ง 4 สาขาหลัก คือ แพทย์ ทันตแพทย์ เภสัชกร และ พยาบาล ดีขึ้นจากแนวโน้มการผลิตบุคลากรสาขาดังกล่าวมากขึ้นโดยเฉพาะอย่างยิ่งในระยะ 10 ปีที่ผ่านมา โดยอัตราส่วนแพทย์ต่อประชากรในปี 2556 ของกรุงเทพฯเท่ากับ 1:886 ภาคกลางเท่ากับ 1:2,220

ภาคเหนือเท่ากับ 1:2,821 ภาคใต้เท่ากับ 1:2,792 และภาคตะวันออกเฉียงเหนือเท่ากับ 1:3,763 โดยความแตกต่างระหว่างกรุงเทพและภาคตะวันออกเฉียงเหนือลดจาก 21.3 เท่าในปี 2522 เหลือ 4.2 เท่า ในปี 2556

จากข้อมูลในการศึกษานี้จะเห็นได้ว่าสัดส่วนกำลังคนด้านสุขภาพต่อประชากรเพิ่มขึ้นในทุกวิชาชีพจากการผลิตเพิ่ม และ จำนวนประชากรของประเทศมีแนวโน้มการเพิ่มจำนวนที่ลดลง (จากอัตราการเพิ่มประชากรที่ติดลบ) เป็นที่น่าสังเกตว่าแนวโน้มการเพิ่มของแพทย์มีอัตราที่สูงกว่าพยาบาล ซึ่งจะส่งผลในระยะยาวถึงอัตราส่วนระหว่างแพทย์ต่อพยาบาลในภาพรวมที่จะเปลี่ยนแปลงไปจากสัดส่วนแพทย์ต่อพยาบาล 1:4-5 ไปเป็น 1:3 ซึ่งเป็นสัดส่วนที่ไม่ได้ผลิตภาพสูงสุดตามข้อเสนอแนะขององค์การอนามัยโลก

ถึงแม้ว่าสัดส่วนกำลังคนด้านสุขภาพต่อประชากรจะมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ แต่เมื่อพิจารณาลงไปในรายจังหวัดจะพบความแตกต่างในทุกสาขา ถึงแม้ว่าภาครัฐ โดยเฉพาะกระทรวงสาธารณสุขจะมีมาตรการต่างๆ เพื่อสนับสนุนการกระจายบุคลากรไปในพื้นที่ชนบทห่างไกล เช่น การใช้มาตรการชดเชย และมาตรการเพิ่มค่าตอบแทน อย่างไรก็ตามปัญหาความไม่เท่าเทียมกันของการกระจายบุคลากรทางภูมิศาสตร์ (Geographical mal-distribution) ยังคงปรากฏอยู่ โดยสัดส่วนของกำลังคนต่อประชากรจะสูงในพื้นที่กรุงเทพและจังหวัดขนาดใหญ่ที่เป็นศูนย์กลางทางเศรษฐกิจและการศึกษา และจะต่ำในจังหวัดที่ห่างไกล โดยเฉพาะอย่างยิ่งในจังหวัดที่ตั้งมาไม่นาน เช่น นนทบุรี ลำปาง และ บึงกาฬ

ตัวชี้วัดกลุ่มที่ 4 มาตรการที่สำคัญ

ในส่วนมาตรการต่างๆ ที่กำหนดไว้ในธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพ หลายมาตรการมีการดำเนินการอยู่ภายใต้กระทรวงสาธารณสุข แต่อาจจะขาดการบูรณาการจากภาคส่วนต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง โดยเฉพาะอย่างยิ่งในจากภาคเอกชน

การจัดตั้งกลไกอภิบาลนโยบายกำลังคนด้านสุขภาพทั้งในระดับประเทศและระดับพื้นที่ เป็นกลไกที่สำคัญที่ต้องการความร่วมมือและบูรณาการจากทุกภาคส่วน ทั้งระหว่างกระทรวงสาธารณสุข และกระทรวงอื่น. ทั้งระหว่างผู้ใช้ ทั้งภาครัฐ เอกชน และท้องถิ่น รวมถึงความร่วมมือกับสภาวิชาชีพ ที่มีบทบาทในการกำหนดมาตรฐานของสมาชิก ที่ผ่านมาสํานักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.) ได้เล็งเห็นถึงความสำคัญ และการจัดตั้งกลไกคณะกรรมการกำลังคนด้านสุขภาพแห่งชาติ มาเกือบ 20 ปี อย่างไรก็ตามข้อจำกัดของคณะกรรมการชุดนี้ คือ อำนาจในการบังคับใช้ (Authority) ที่ผ่านมาบทบาทของคณะกรรมการชุดนี้จึงเป็นการขับเคลื่อนมุมมองในทางวิชาการ เป็นลักษณะของคณะกรรมการที่ปรึกษา (Advisory board) ในขณะที่กระทรวงสาธารณสุข ที่มีบทบาทเป็น National Health Authority เอง ที่ผ่านมามีการวางแผนความต้องการ แต่ยังไม่มุ่งเน้นไปเพียงความต้องการของสำนักงานปลัด ยังไม่ได้วางแผนถึงความต้องการของประเทศในภาพรวม ช่วงหลังกระทรวงสาธารณสุขได้มีการตั้งคณะกรรมการปฏิรูปกำลังคนด้านสุขภาพในภาพรวมระบบ ซึ่งจะเป็นทิศทางที่ดีในอนาคต

คณะกรรมการปฏิรูปกำลังคนด้านสุขภาพในภาพรวมระบบ ถ้ามีองค์ประกอบของ stakeholder หลักใน 3 ส่วน คือ ผู้ผลิต (กระทรวง อว.) ผู้ใช้ (กระทรวงสาธารณสุข เอกชน กองทัพ และท้องถิ่น) และสภาวิชาชีพ จะเป็นกลไกความร่วมมือที่สำคัญ ที่จะเชื่อมโยงความต้องการด้านสุขภาพของประชาชนในประเทศ

(Domestic need) นำไปสู่การวางแผนการผลิตให้ได้กำลังคนที่เพียงพอทั้งในด้านจำนวน และสมรรถนะที่เหมาะสม รวมถึงการพัฒนา รูปแบบการจ้างงานอื่นๆที่มีประสิทธิภาพสูงมากกว่าระบบข้าราชการในปัจจุบัน ที่มุ่งเน้นการใช้ทรัพยากรร่วมกันระหว่างผู้ให้บริการต่างๆ ในพื้นที่

สำหรับประเด็นเรื่องการพัฒนากระบวนข้อมูลกำลังคน รวมถึง Digital platform ในการเชื่อมโยงข้อมูล ที่ผ่านมาแต่ละสาขาวิชาชีพมีการพัฒนาฐานข้อมูลสมาชิกของตนเอง โดยมีได้กำหนดมาตรฐานข้อมูลร่วมกัน ซึ่งในอนาคตอาจส่งผลให้เกิดอุปสรรคหากจะต้องมีการเชื่อมโยงข้อมูล อีกทั้งความถูกต้องครบถ้วนของฐานข้อมูลสมาชิก ถ้าหากไม่มีระบบการทำข้อมูลให้เป็นปัจจุบัน เช่น การ Re-licensing

ในขณะที่ในระยะ 2-3 ปีที่ผ่านมากระทรวงสาธารณสุขพยายามพัฒนาระบบฐานข้อมูลทั้งการบริการ การเงินการคลัง รวมถึงกำลังคนด้านสุขภาพ บนแนวคิด Facility-based ที่ใช้หน่วยบริการเป็นผู้นำเข้าข้อมูล (Input data) ที่จะส่งผลข้อมูลให้เป็นปัจจุบัน อย่างไรก็ตามการดำเนินนโยบายนี้ ยังอยู่ในระหว่างการขยายผลให้ครอบคลุมในหน่วยบริการสังกัดกระทรวงสาธารณสุข

ดังนั้นตัวชี้วัดเชิงมาตรการทั้ง 6 ตัว จะเป็นเครื่องมือสำคัญในการติดตามความก้าวหน้า การดำเนิน มาตรการต่างๆ ที่ระบุไว้ในธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพ ฉบับปัจจุบัน

ข้อจำกัดของแหล่งข้อมูล

1) ข้อมูลจากกระทรวงการอุดมศึกษา วิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรม (อว.)

- ข้อมูลไม่ได้มีการจัดกลุ่มเป็นตามวิชาชีพ แต่มีการจัดกลุ่ม ตามระบบของ อว. ISCED GROUP Health ดึงจากหมวด Health and welfare เป็น Dental studies, Medicine, Pharmacy, Therapy and rehabilitation, medical diagnostic and treatment technology, Nursing and midwifery, Health not further defined, Traditional and complementary medicine and therapy, Health not elsewhere classified ปัญหา 1) มีการแบ่งวิชาชีพใหม่ จากหลักสูตร เช่นในกลุ่ม Dental studies ที่มีหลักสูตรทันตสาธารณสุข 2) บางวิชาชีพมีหลักสูตรที่รับรองจากสภา แต่ถูกจัดไปอีกกลุ่มของระบบอว. เช่น ในวิชาชีพสาธารณสุข ไม่มีหลักสูตรวิทยาศาสตร์สิ่งแวดล้อม

- การย้อนข้อมูลการรับเข้าศึกษาค่อนข้างยาก ในบางวิชาชีพที่มีความหลากหลายของหลักสูตร

- ข้อมูลจากส่งจากทางมหาวิทยาลัย น้อยกว่าที่สภาวิชาชีพมีการรายงาน

- ข้อมูลผู้สำเร็จการศึกษา อาจมากกว่าแรกรับเข้านักศึกษาในรุ่นเดียวกัน เพราะมีนักศึกษาที่จบเข้า หรือเร็วกว่ากำหนด

2) กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข (กยผ.)

- ข้อมูลส่วนใหญ่อยู่ในส่วนของรัฐบาล

- ไม่ได้มีการนำเสนอข้อมูลเป็นรายอำเภอ แต่สามารถดึงข้อมูลเป็นรายสถานพยาบาลได้ หากการกระจายของแต่ละวิชาชีพ ใช้จำนวนประชากรของ กรมการปกครองในระดับอำเภอ

- มีข้อมูลของวิชาชีพแพทย์แผนไทย ไม่มีตำแหน่งแพทย์แผนไทยประยุกต์

3) กองปฐมภูมิ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข (กยผ.)

- ข้อมูลเป็นจากการขึ้นทะเบียน ของ PUC ข้อมูลยังไม่รวมกับของกรุงเทพ ซึ่งมีการขึ้นทะเบียน แต่ไม่ได้นำมารวมในการนำเสนอครั้งนี้
- มีสถานบริการที่มีการรายงาน ขอยกเลิกจากสาธารณสุขจังหวัด (สสจ.)

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

จากการศึกษาการพัฒนาตัวชี้วัดหลักกำลังคนด้านสุขภาพของประเทศไทยโดยใช้กระบวนการทางวิชาการตั้งแต่การทบทวนวรรณกรรม การสัมภาษณ์เชิงลึก กระบวนการประชุมของผู้กำหนดนโยบายที่เกี่ยวข้อง และการประชุมรับฟังความเห็นสาธารณะ พบว่าประเทศไทยควมามีตัวชี้วัดหลักจำนวน 7 ตัวชี้วัดในการที่จะเป็นตัวบ่งชี้สถานการณ์กำลังคนของประเทศอย่างเหมาะสม ภายใต้กรอบแนวคิดมาตรฐานสากลที่ครอบคลุมเรื่อง Availability Accessibility Acceptability และ Quality (AAAQ) โดยในตัวชี้วัดหลักทั้ง 7 ตัวมีระดับของความพร้อมในการรายงานที่แตกต่างกัน ไปตามความสมบูรณ์ของฐานข้อมูลที่ถูกจัดเก็บในหน่วยงานต่างๆ ที่เกี่ยวกับตัวชี้วัดนั้นๆ เพื่อให้การจัดทำตัวชี้วัดหลักกำลังคนด้านสุขภาพของประเทศไทยสามารถบรรลุตามวัตถุประสงค์ของคณะกรรมการพัฒนาตัวชี้วัดหลักกำลังคนด้านสุขภาพของประเทศไทย คณะผู้วิจัยจึงมีข้อเสนอในเชิงการจัดกลไกการจัดการดังนี้

กลไกที่ 1 การพัฒนาระบบฐานข้อมูลวิชาชีพ (Health workforce registry)

โดยการพัฒนาฐานข้อมูลพื้นฐานวิชาชีพ (Minimal dataset) ซึ่งในทุกสภาวะวิชาชีพมีความพร้อมในตัวแปรส่วนมากอยู่แล้ว เช่น เลขประจำตัว 13 หลัก เพศ วันเดือนปีเกิด เป็นต้น อย่างไรก็ตามการพัฒนาฐานข้อมูลวิชาชีพของทุกสภาวะวิชาชีพจำเป็นต้องเน้นการพัฒนา

1.1 สถานที่ปฏิบัติงานจริง

1.2 ข้อมูลสาขาเฉพาะทาง (Specialty classification) ซึ่งควรพัฒนาไปบนมาตรฐานข้อมูลนานาชาติ (International standard classification) ในการอ้างอิงและเปรียบเทียบต่อไปในอนาคต

กลไกที่ 2 การจัดทำระบบเชื่อมโยงข้อมูลหลักระหว่างหน่วยงาน (Data sharing platform)

การจัดทำระบบการเชื่อมโยงข้อมูลหลักที่สำคัญระหว่างหน่วยงานต่างๆ โดยเฉพาะอย่างยิ่ง สภาวิชาชีพ และ หน่วยงานให้บริการ จะทำให้ระบบข้อมูลของหน่วยงานต่างๆ มีความสมบูรณ์มากขึ้น และลดภาระการสอบถามและลงข้อมูลซ้ำซ้อน อย่างไรก็ตามการเชื่อมโยงฐานข้อมูลบุคคลระหว่างหน่วยงานจำเป็นต้องยึดถึงระบบการรักษาความลับของข้อมูลส่วนบุคคลอย่างเคร่งครัด การพัฒนาระบบฐานข้อมูลวิชาชีพ (Health workforce registry) ร่วมกับ การจัดทำระบบเชื่อมโยงข้อมูลหลักระหว่างหน่วยงาน (Data sharing platform) จะทำให้ตัวชี้วัดมีความสมบูรณ์

กลไกที่ 3 การพัฒนาระบบอภิบาลนโยบายกำลังคนด้านสุขภาพทั้งในระดับประเทศ และ ระดับพื้นที่

การพัฒนาให้เกิดกลไกในการกำหนดนโยบายและยุทธศาสตร์หลักกำลังคนด้านสุขภาพเป็นสิ่งจำเป็นในการกำหนดทิศทางการวางแผนพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพ อีกทั้งทำให้เกิดระบบติดตามการประเมินสถานการณ์กำลังคนด้านสุขภาพอย่างรอบด้านทุกมิติอย่างต่อเนื่อง รวมทั้งให้มีการประสานให้องค์กรหน่วยงานต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง บูรณาการในการทำงานร่วมกันอย่างมีประสิทธิภาพ เพื่อร่วมกันพัฒนาให้เกิด

ข้อเสนอเชิงนโยบาย มาตรการและแนวทางเพื่อให้สามารถแก้ปัญหากำลังคนในปัจจุบัน และรองรับสถานการณ์ในอนาคต ตลอดจนการวางทิศทางการพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพอย่างต่อเนื่อง และสอดคล้องกับความต้องการของระบบสุขภาพที่มีการเปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลา เพื่อให้ระบบการจัดทำตัวชี้วัดกำลังคนด้านสุขภาพของประเทศ ดำเนินการอย่างเป็นระบบ มีความครบถ้วน ถูกต้อง และสามารถดำเนินการได้ในระยะยาว ทางที่ผู้วิจัยมีข้อเสนอ ดังนี้

4) ข้อเสนอต่อกระทรวงสาธารณสุข

- ให้กระทรวงสาธารณสุขเป็นกลไกหลัก (Main agency) ในการพัฒนา จัดเก็บ และควบคุม กำกับตัวชี้วัดหลักกำลังคนด้านสุขภาพของประเทศ โดยดำเนินการภายใต้คณะกรรมการพัฒนาตัวชี้วัดหลักของประเทศไทย และให้กองบริหารทรัพยากรบุคคล สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขเป็นทีมเลขานุการกิจ
- ให้ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข เป็นหน่วยงานหลักในการสนับสนุนเชิงเทคนิคในการพัฒนาแพลตฟอร์มเชื่อมโยงข้อมูล (Data sharing platform) และ จัดทำระบบจัดเก็บ ข้อมูลกลางกำลังคนด้านสุขภาพของประเทศ ภายใต้หลักการในการรักษาความลับ (Confidentiality) ของข้อมูล
- ให้กระทรวงสาธารณสุข ร่วมกับสภาวิชาชีพ เป็นเจ้าภาพหลักในการกำหนดข้อมูลจำเป็นพื้นฐาน (Minimal data-set) และพัฒนามาตรฐานข้อมูลให้สอดคล้องกับระดับนานาชาติ
- ให้กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ พัฒนาระบบการรายงานข้อมูลผู้ปฏิบัติงานจริงในสถานบริการเอกชน ทั้งในระดับโรงพยาบาลและคลินิก ทั้งที่ปฏิบัติงานเต็มเวลา (Full time) และบางเวลา (Part time) และมีระบบทำข้อมูลให้เป็นปัจจุบัน (Update) อย่างเหมาะสม
- ให้กระทรวงสาธารณสุขร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทั้งฝ่ายผลิต สภาวิชาชีพ และหน่วยงานอื่นๆจัดตั้งคณะกรรมการนโยบายกำลังคนด้านสุขภาพแห่งชาติ เพื่อให้มีการเชื่อมโยงความต้องการของผู้ผลิต และผู้ใช้
- ให้กระทรวงสาธารณสุขออกแบบระบบการจ้างงานใหม่ ที่เน้นประสิทธิภาพ ตอบสนองกับรูปแบบการทำงานในอนาคต และจูงใจให้กับกำลังคนด้านสุขภาพที่ปฏิบัติงาน

5) ข้อเสนอต่อสภาวิชาชีพ

- ให้สภาวิชาชีพร่วมกับกระทรวงสาธารณสุข ในการจัดทำในการกำหนดข้อมูลจำเป็นพื้นฐาน (Minimal data-set) พัฒนามาตรฐานข้อมูล รวมทั้งจัดทำมาตรฐานข้อมูลเฉพาะทาง (Specialty classification) ให้สอดคล้องกับมาตรฐานนานาชาติ
- ให้สภาวิชาชีพกำหนดเงื่อนไขคำว่า Active workforce ของตนเอง เพื่อนำมากำหนดในการบันทึกข้อมูลสถานะของสมาชิกแต่ละคน เพื่อที่จะนำมาสู่การวิเคราะห์ Active workforce ของประเทศ
- ให้สภาวิชาชีพพัฒนาระบบฐานข้อมูลสมาชิก (Registry) โดยประกอบด้วยข้อมูลที่จำเป็น (Minimal dataset) บนระบบข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ และมีระบบที่จะทำให้ข้อมูลเป็นปัจจุบันอย่างสม่ำเสมอ

6) ข้อเสนอต่อกระทรวงการอุดมศึกษา วิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรม (อว.)

- ให้กระทรวง อว. พัฒนาระบบการเชื่อมโยงข้อมูลของทุกหลักสูตรในด้านวิทยาศาสตร์สุขภาพ ในทุกมหาวิทยาลัยและในทุกกระบวนการรับ (Admission) ในเรื่องดังต่อไปนี้
 - จำนวนนักเรียนที่สมัคร (Applicants) เพื่อดูความนิยมของแต่ละหลักสูตร
 - ความสามารถในการผลิตของแต่ละหลักสูตร
 - จำนวนนักศึกษาที่รับจริงในแต่ละหลักสูตร
 - จำนวนนักศึกษาที่จบในแต่ละหลักสูตร
- ให้กระทรวง อว. พัฒนาระบบฐานข้อมูลรายบุคคล (Individual data) ของนักศึกษาในหลักสูตรวิทยาศาสตร์สุขภาพ ที่จำเป็นต้องประกอบด้วยเลขประจำตัวบัตรประชาชน เพื่อที่จะสามารถนำมาเชื่อมโยงกับระบบฐานข้อมูลวิชาชีพ เมื่อเข้าสู่ตลาดแรงงานในอนาคตต่อไป
- ให้คณะกรรมการร่วมการผลิต (Consortium) ของแต่ละวิชาชีพ นำข้อมูลความต้องการของผู้ใช้ นำไปวางแผนการผลิตบัณฑิต ให้เกิดความเพียงพอทั้งด้านจำนวนและสมรรถนะที่เหมาะสม

ภาคผนวก
ระเบียบวาระการประชุมการดำเนินงานภายใต้โครงการ

รายงานการประชุมการวิจัยเชิงสังเคราะห์ การพัฒนาชุดตัวชี้วัดระบบสุขภาพ ติดตามประเมินผลเพื่อ
จัดทำรายงานสถานการณ์ระบบสุขภาพไทยตามพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2550

หมวดการผลิตและพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพ

ประชุมครั้งที่ 1/2567 วันจันทร์ที่ 19 สิงหาคม พ.ศ.2567

ณ มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ และออนไลน์ Zoom

รายชื่อผู้เข้าร่วมประชุม

1. ดร.ผศ..วีระศักดิ์ ทูทาศรี (ประธาน)
2. ดร.นพ.พิณกร โนรี (มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ)
3. นพ.พินิจ ฟ้าอำนาจผล (กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข)
4. นางศิริมา ลีละวงศ์ (อุปนายกสภาการพยาบาล)
5. นพ.พฤทธิ ธนะแพสย์ (สำนักสุขภาพดิจิทัล)
6. นายวรวิช ลิ้มมณีวิจิตร (สภาพัฒนา)
7. นายพิชามุข เพ็ญทอง (สำนัก ก.พ.)
8. นพ.ภาสกร วันชัยจิระบุญ (แพทยสภา)
9. ภก.สุวารี เจริญมุขยพันธ์ (สภากายบำบัด)
10. นางภาวิณี ธนกิจไพบูลย์ (สำนักสุขภาพดิจิทัล สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข)
11. พล.อ.ท.อิทธิพร คณะเจริญ (เลขาธิการแพทยสภา)
12. ทพญ.วรางคณา เวชวิธี (ทันตแพทยสภา)
13. นางสาวอินทราณิมนวาล (มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ)
14. นางสาวณัฐชพร เนตรภักดิ์ (มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ)
15. นางสาวปยุณยวีร์ เฮงศิริ (มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ)
16. นางสาวแพรพิงค์ ตันตาปกุล (มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ)
17. นางสาวผกาลักษณ์ ผดุงสันต์ (มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ)

ความเห็นคณะกรรมการ

นายวรวิช ลิ้มมณีวิจิตร (สภาพัฒนา)

- กลุ่มเป้าหมาย ของกลุ่มวิชาชีพที่มีมากกว่าที่มิวิชาการนำเสนอ เช่น สภาเทคนิคการแพทย์ สภาแพทย์แผนไทย เป็นต้น อาจจะต้องในกลุ่มวิชาชีพอื่น ๆ ที่มีสภาเข้ามาด้วย เพื่อไม่ให้ในรายงานมีปัญหา
- เห็นด้วยกับกำลังคนในระดับปฐมภูมิ ที่มีการกำหนดสัดส่วนใน พรบ. ปฐมภูมิ อาจใช้ข้อมูลที่มีการลงทะเบียนที่หมอครอบครัวไว้ที่ สสป. เพื่อสะท้อนกำลังคนด้านสุขภาพได้
- ปัญหาการเชื่อมโยงระบบสารสนเทศที่ยังไม่เชื่อมกัน เช่น ข้อมูลจาก กยผ. จากรายงานทรัพยากรสาธารณสุข Gis health

- ในส่วนของแพทย์ specialist ที่ต้องมองตามภาพความต้องการของประเทศ
- สัดส่วนบุคลากรต่อประชากร อาจไม่สะท้อนการเปลี่ยนแปลง ที่เกิดการเลื่อนไหลของประชากรในประเทศ โดยอาจนำเสนอสัดส่วนบุคลากรต่อภาระงาน เพื่อสะท้อนในพื้นที่ที่มีการขาดแคลนของผู้ปฏิบัติงานพื้นที่
- เรื่องต้นทุนของการผลิตแพทย์ ถ้าสามารถทำงานร่วมมือกับรับผิดชอบโดยตรง จะสามารถพัฒนา ร่วมกันได้ กับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

ข้อสรุป นพ.วีระศักดิ์ ทูทศาสตร์

- ตามหลักการ การกำหนดตัวชี้วัดในภาพของประเทศ อาจพิจารณาจากความพร้อมของข้อมูลที่มีของ สภาวิชาชีพ หรือจะเป็น proxy ในภาพใหญ่ ที่อาจจะหาเครื่องมือใดที่จะสะท้อนในภาพใหญ่ได้
- ความท้าทายในเรื่องของความสมบูรณ์ของข้อมูล การเชื่อมโยงของข้อมูลของบุคลากรทางการแพทย์ในสังกัดอื่นๆ ที่ไม่ใช่แค่การจ้างงานของกระทรวงสาธารณสุขเท่านั้น
- ความท้าทายสัดส่วนแพทย์ต่อประชากร ในประเทศไทยที่มีการเคลื่อนย้ายอยู่ตลอดเวลา โดย ยกตัวอย่าง one ID policy
- Provider อื่นๆ ที่ไม่ใช่แค่กระทรวงสาธารณสุขเท่านั้น

นางศิริมา ลีละวงค์ (สภาการพยาบาล)

- อาจทำตัวชี้วัด ให้ครอบคลุมทั้ง AAAQ
- ความ Specialist ของพยาบาล ที่มีการทำงานไม่ตรงความเฉพาะทาง และการทำงานบริการซ้ำซ้อนกัน และพยาบาลจากต่างประเทศ ที่เข้ามาสอบใบประกอบวิชาชีพ และการให้คำนิยามของผู้สำเร็จการศึกษา

ข้อสรุป นพ.วีระศักดิ์ ทูทศาสตร์

- ตัวชี้วัดไม่จำเป็นต้องเยอะ แต่ละตัวชี้วัดควรมีการสื่อความหมายได้
- ตัวชี้ในภาพย่อย ต้องมีการคุยกันในแต่ละวิชาชีพ แต่ทุกวิชาชีพต้องตอบตัวชี้วัดในภาพรวมได้

นพ.พินิจ ฟ้าอำนวยผล (กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข)

- การกระจายในพื้นที่ที่มีความแม่นยำ อาจจะต้องมีการกำหนดเป้าหมายอัตราส่วนแพทย์ต่อประชากร ในระดับจังหวัด อาจจะทำในระยะเวลาสั้น หรือระยะยาว เช่น เป้าหมายในระยะ 3 ปี 5 ปี 10 ปี เป็นต้น เพื่อ แสดงให้เห็นความสำเร็จที่เป็นไปตามเป้าหมายของจังหวัด และความแตกต่างกันได้ แต่การกำหนดเป้าหมาย อัตราส่วนต่อประชากรของแต่ละวิชาชีพ ควรเป็นเท่าไร
- เน้นไปดูการกระจายในแต่ละระดับการบริการ ในระดับปฐมภูมิ ทูติยภูมิ ตติยภูมิ ควรมีสัดส่วน บุคลากรเป็นอย่างไรในแต่ละวิชาชีพ สามารถแสดงถึงทิศทางของกำลังคน
- digital ถ้าหมายถึงบุคลากรมีการทำงานให้บริการแบบ digital อาจจะต้องไปประเมินที่บุคลากร ซึ่ง แต่ละวิชาชีพอาจมีความแตกต่างกัน เช่น แพทย์มีการทำงาน tele medicine ก็เปอร์เซ็นต์ เป็นต้น และ อาจรวมถึงการกระจายในแต่ละระดับด้วย
- การผลิตในวิชาชีพ เช่น แพทย์ พยาบาล ในรูปแบบ general ก่อน และควรมีการกำหนดเป้าหมาย ในส่วนของตัวชี้วัดที่เป็นการผลิตในอดีต มีการผลิตเป็นเท่าใดของเป้าหมาย และมีการเพิ่มขึ้นเท่าไรในแต่ละ ปี ทั้งการผลิตในประเทศ และการนำเข้าจากต่างประเทศ โดยสามารถเปรียบเทียบการผลิตต่อเป้าหมาย การ

สำเร็จการศึกษาต่อเป้าหมาย และการประมาณการการผลิตในอนาคต มีแผนการผลิตอย่างไร และเป็นไปตามความต้องการของประเทศ และแผนกับเป้าหมายในอนาคตที่สอดคล้องกัน

- แพทย์เฉพาะทาง มีการประเมินแต่ละสาขาเฉพาะที่ประเทศต้องการ ถ้าสามารถประมาณการความต้องการได้ ในสาขาที่มีความสำคัญ รวมถึงการผลิตสอดคล้องกับความต้องการนั้น

- มีการประเมินทักษะที่สำคัญของบุคลากร ที่มีการพัฒนาทักษะที่สำคัญ และอาจจะเชื่อมโยงกับทักษะ digital และสามารถ training การพัฒนาบุคลากรนี้ได้ก็เปอร์เซ็นต์ ที่สามารถเข้าถึงการบริการได้ก็เปอร์เซ็นต์

- การออกแบบระบบข้อมูลที่เรากำลังต้องการ ในการเชื่อมโยงข้อมูลบุคลากร แต่มีความเป็นไปได้ในการเชื่อมข้อมูลในระดับ ID ในการเชื่อมโยงหน่วยงานในภาครัฐ และการเชื่อมโยงข้อมูลของคลินิกเอกชน ที่มีการขึ้นทะเบียนจากกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ และเภสัชกร จากข้อมูล อย. ที่ข้อมูลยังมีความซ้ำซ้อน และอาจจะต้องมีการจัดการข้อมูลเพิ่มเติม และยังสามารถนำข้อมูลในส่วนของคลินิกเอกชน เพิ่มในระบบ GIS health เพื่อให้ข้อมูลมีความสมบูรณ์ และต้องคำนึงถึงการนำข้อมูลไปใช้ในการติดตามนโยบายให้เป็นไปตามเป้าหมาย

- GIS health ไม่รวมแพทย์ที่ไปศึกษาต่อ จะครอบคลุมกับแพทย์ยังทำงานงานหน่วยงาน แต่ปัญหาการวิเคราะห์ในการกระจาย จะมีการนับบุคลากรอยู่ในจังหวัดใด หรืออยู่ในโรงเรียนแพทย์นั้น และมีการอัปเดตข้อมูลจากกระทรวงอื่นๆ เป็นระยะ

ข้อสรุป นพ.วีระศักดิ์ ทูทาศรี

- ความท้าทายในเรื่องของตัวชี้วัดที่เป็นจำนวน ต้องมีการตั้งเป้าหมาย

- การกระจายที่มีความเป็นธรรมระหว่างพื้นที่ ระหว่างจังหวัด ที่อาจจะเชื่อมโยงไปถึง digital health และต้องให้ชัดเจนว่า digital health คือ data information หรือไหม ที่ให้ความสำคัญกับบริการปฐมภูมิ หรือ เครื่องมือ เช่น tele-medicine, tele consult ที่จะมาช่วยลดความเหลื่อมล้ำ หรือ เป็น skill ในระดับบุคคล และเป็น skill-mix

- ตัวชี้วัดที่อาจต้องใช้ข้อมูลบุคลากรในภาคเอกชน หรือตัวชี้วัดอื่นๆ ที่ต้องร่วมในการพัฒนาเพื่อเป็นประโยชน์ในอนาคต

- accessing information data ต้องเข้าใจข้อจำกัดของข้อมูล การเก็บข้อมูล ความซ้ำซ้อนของข้อมูล และความยั่งยืน

นายพิชาวุธ เพ็งทอง (สำนัก ก.พ.)

- เดิมตัวชี้วัด 17 ตัว อาจถูกกำหนดในรัฐบาลที่แล้ว แต่ในความต้องการของรัฐบาลในปัจจุบัน เหมือนมีแนวคิดการบริหารในรูปแบบเอกชน และให้ความสำคัญเกี่ยวกับการควบคุมต้นทุนเป็นหลัก เช่น ค่าใช้จ่ายบุคลากรด้านสุขภาพของรัฐเป็นก็เปอร์เซ็นต์ของค่าใช้จ่ายทั้งหมด มีต้นทุนเท่าไร มีการจัดการอย่างไร และบุคลากรด้านสุขภาพมีส่วนในการขับเคลื่อนเศรษฐกิจได้อย่างไร

- 17 ตัวชี้วัดที่นำเสนอ สอดคล้องอะไรกับการขับเคลื่อนเศรษฐกิจ หรืออาจจะเป็นตัวชี้วัดที่ 14 ที่แสดงถึงบุคลากรภาครัฐในกระทรวงสาธารณสุขมีส่วนน้อยลง แสดงถึงเศรษฐกิจสุขภาพเป็นไปได้ด้วยดี ในภาคเอกชนสามารถดูแลตัวเองได้ และแข่งขันกันได้

ข้อสรุป นพ.วีระศักดิ์ ทูทาศรี

- ความท้าทายสำคัญ การนำเสนอข้อมูลที่ตอบสนองกับ policy demand ทิศทางของรัฐบาล และความต้องการของประชาชน

- ภาระค่าใช้จ่ายเรื่องกำลังคนด้านสุขภาพ word bang แสดงให้เห็นการจ้างงาน human resource มีผลต่อเศรษฐกิจ
- การกำหนดเข้าถึงตัวชีวิต ที่จะเข้าถึงในส่วนของบุคลากรสาธารณสุขภาครัฐ หรือบุคลากรด้านสุขภาพ

นพ.ภาสกร วันชัยจิระบุญ (แพทยสภา)

- ตัวชีวิตที่ลงทะเบียนสามารถแยกสาขาเฉพาะทางได้ เนื่องจากแพทย์ทั่วไปและแพทย์เฉพาะทางมีความแตกต่างกัน
- อัตราส่วนในการเข้าสมัครการศึกษาในแต่ละวิชาชีพต่อการนั่งเรียน ปัจจัยที่สำคัญ คือ แพทย์ที่จบการศึกษามีทางเลือกอาจแยกจากตามสถาบันในการรับเรียน

ข้อสรุป นพ.วีระศักดิ์ ทูธาศรี

- การใช้ public resource ในการหนุนให้เกิดการผลิตบุคลากร หรือการพึ่งตนเอง ทำให้ส่งผลในการทำงานของบุคลากรด้วย

กภ.สุวารี เจริญมุขพันธ์ (สภากายบำบัด)

- ตัวชีวิตการผลิต ในเรื่องของจำนวนสถาบัน จำนวนการผลิต อัตราส่วน อัตราการสำเร็จการศึกษาในภาครัฐ และเอกชนด้วย ต้องการภาพรวม หรือภาพแยก ภาครัฐและเอกชนมีความแตกต่างกัน หากมองในภาพรวมจะมีความกว้างของช่วงข้อมูลอยู่มาก
- อาจจะใช้ข้อมูลที่มีความละเอียดมาก สามารถนำข้อมูลไปวิเคราะห์ได้มากที่สุด
- ตัวชีวิตที่ 15 ในเรื่องของบุคลากรวิชาชีพ การให้ความหมายของคำว่า Specialist มากน้อยขนาดใหม่ เพราะในบางวิชาชีพที่อาจไม่มีความเฉพาะทางที่ชัดเจน เช่น ในแพทย์และทันตแพทย์มีความเฉพาะทางชัดเจน

ข้อสรุป นพ.วีระศักดิ์ ทูธาศรี

- ตัวชีวิตค่อนข้างมีรายละเอียดมาก และการจะนำไปใช้ประโยชน์นั้นได้อย่างไร ในช่วงของการ priority data ของตัวชีวิตให้ชัดเจน
- การเก็บข้อมูลยิ่งละเอียดดี แต่มีการต้นทุนในการเก็บข้อมูลอยู่ และความสามารถในการเก็บข้อมูลต้องมาให้ความสำคัญของตัวชีวิตว่าตัวใด สามารถเป็นไปได้
- การจัดระบบบริการอาจจะมีต่อ Specialist ที่อยู่ในบริการตติยภูมิ อาจจะมีมองว่าคนกลุ่มนี้มีความเฉพาะทาง ขึ้นอยู่กับรายละเอียดของตัวชีวิต และไม่ได้หมายความว่าทุกวิชาชีพจะต้องทำ Specialist ของตัวเอง

พล.อ.ท.อิทธิพร คณะเจริญ (เลขาธิการแพทยสภา)

- ให้แยก track สถาบันของภาครัฐและภาคเอกชนให้ชัดเจน เพราะมีการใช้ทุนที่แตกต่างกัน รวมถึงในปัจจุบันสถาบันการศึกษาหลายที่กำลังเปิดหลักสูตรแพทย์มากขึ้น และคุณภาพอาจแตกต่างจากในระบบ กสพท. และอาจจะต้องแยกตัวชีวิตแพทย์ที่จบจากต่างประเทศ

- แพทย์ที่เข้าไปเรียน Specialist จะหลุดจาก GP และในกลุ่มแพทย์ resident ที่อยู่ในโรงเรียนแพทย์ กลุ่มแพทย์ที่ทำงานบริหาร อาจจะต้องมีการจำแนก จะได้มีความแม่นยำมากขึ้น และมีความยากของการแยก แพทย์ Specialist เนื่องจากแพทย์หนึ่งคนมีหลาย broad

ข้อสรุป นพ.วีระศักดิ์ ทูธาศรี

- การให้ความหมายของคำว่า สถานบันการผลิตที่เป็นภาครัฐ และภาคเอกชน นอกจากให้ความสำคัญกับคุณภาพที่พยายามควบคุม อาจพิจารณาไปถึงความเป็นธรรมและการเข้าถึงบริการสุขภาพด้วยในการพิจารณาในการติดตามตัวชีวิต

- สัดส่วนแพทย์ Specialist และ GP มีความหลากหลาย และแพทย์ที่ยัง active กับระบบ เช่น แพทย์ในกระทรวง อาจไม่ได้ในระบบบริการ

ทพญ.วรางคณา เวชวิธี (ทันตแพทยสภา)

- ทันตแพทย์ในปัจจุบันมีการทำงานของทันตแพทย์ภาคเอกชน ที่ทำงานร่วมกับสปสช. และประกันสังคม ถ้าสามารถเชื่อมโยงข้อมูลได้ จะเห็นทันตแพทย์ที่มีการ active ได้

- การผลิตทันตแพทย์ที่ยังไม่ได้รองรับในประชากรต่างชาติที่เข้ามาอาศัยในประเทศไทยตามจังหวัด เศรษฐกิจ

ข้อสรุป นพ.วีระศักดิ์ ทูธาศรี

- การให้ออกชนเข้ามาร่วมบริการ และมีโอกาสในการดึงข้อมูลกำลังคนเข้ามาในระบบมากขึ้น

- ประชากรแฝงที่เพิ่มขึ้นเรื่อยๆ ที่มีความท้าทายกับกำลังคนด้านสุขภาพ

สรุปจบการประชุม

ดร.นพ.ศิณกร โนรี

- criteria ที่สำคัญเป็นในเรื่องความสามารถในการเก็บข้อมูล และตัวชีวิตนี้เป็นภาพรวมของประเทศ รวมถึงภาคเอกชนด้วย และมีการนำเสนอข้อจำกัด และข้อเสนอแนะเพิ่มเติมต่อไป

- อาจขยายในวิชาชีพที่มีสภา

- ภาพรวมประเทศ อาจมองภาพอนาคต ความสามารถในการแข่งขัน อาจเพิ่มตัวชีวิตนี้เข้าไป

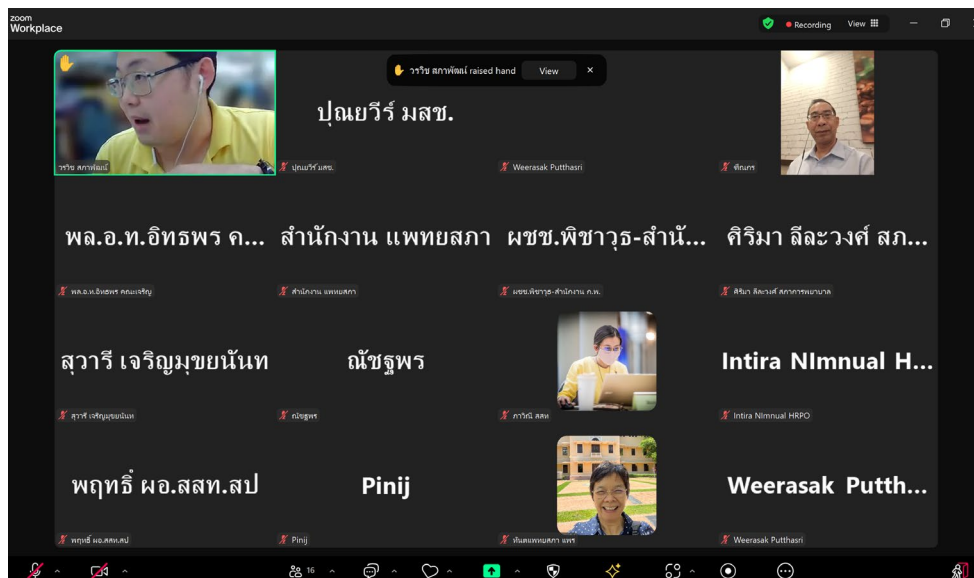
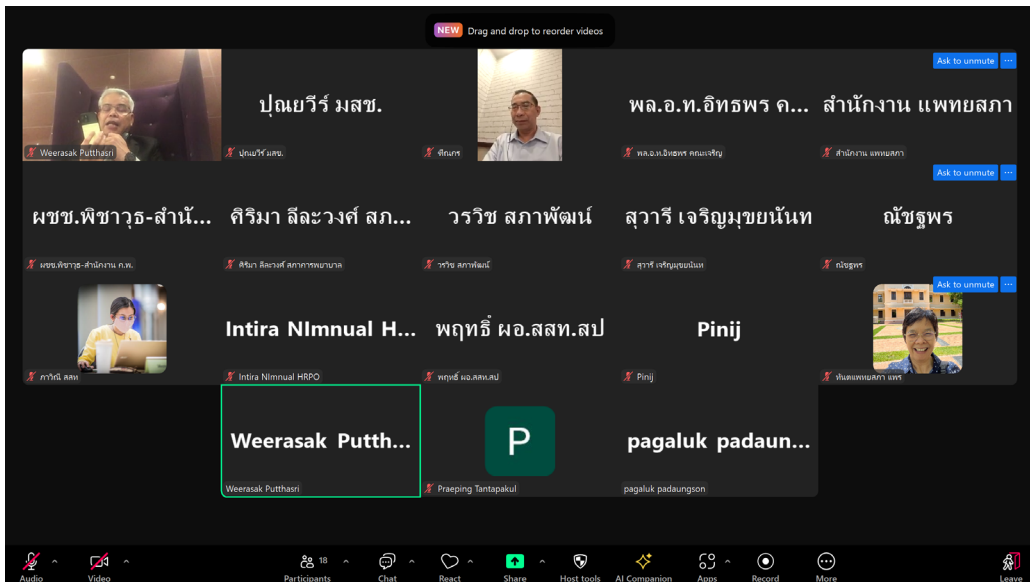
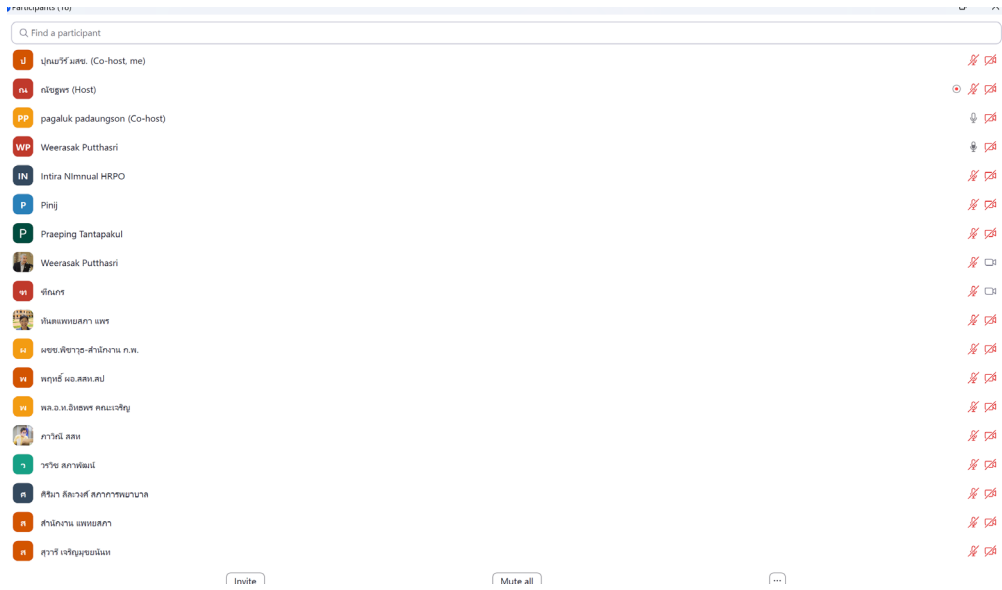
- การรายงานสถานในการในเดือน พฤศจิกายน

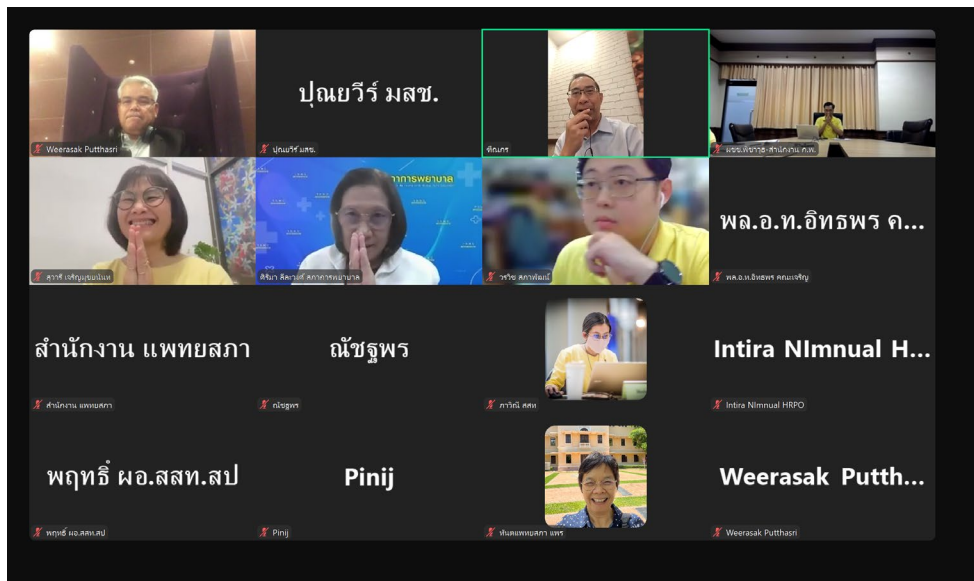
นพ.วีระศักดิ์ ทูธาศรี

- การดำเนินงานต่อ ในการจัดลำดับความสำคัญตัวชีวิต ความพร้อมของข้อมูลในตัวชีวิต ที่อาจจะใช้ได้ หรือต้องมีการ survey มีการลงทุนในการเก็บข้อมูล

- การให้นิยามของตัวชีวิตให้ชัด และการแปลความหมายให้ชัดเจน จะได้เห็นภาพมากขึ้น และจะมีรายละเอียดมากขึ้น

- การคงคณะกรรมการชุดนี้ในการขับเคลื่อน และถ้ามีความคืบหน้า ความก้าวหน้าจะขอข้อเสนอแนะเพิ่มเติมต่อไป





รายงานการประชุมปรึกษาหารือการพัฒนาชุดตัวชี้วัดระบบสุขภาพ ติดตามประเมินผล
เพื่อจัดทำรายงานสถานการณ์ระบบสุขภาพไทย ตามพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550
วันที่ 6 ธันวาคม พ.ศ.2567 เวลา 9.30 – 12.00 น.
ณ มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ และออนไลน์ Zoom

รายชื่อผู้เข้าร่วมประชุม

1. นพ.วีระศักดิ์ พุทธาศรี (ประธาน)
2. นพ.ทินกร โนรี
3. นพ.พินิจ ฟ้าอำนาจผล
4. นางอรวรรณ ไชยวรรณ
5. 5นางภาวิณี ธนกิจไพบูลย์
6. นายวรวิช ลีมนิวิจิตร
7. นายแพทย์ภาสกร วันชัยจิระบุญ
8. พล.อ.อ อิศพร คณะเจริญ
9. นางศิริมา ลีละวงศ์
10. ดร.กฤษวี วิวัฒน์ชีวิน
11. ภก.สุวารี เจริญมุขยันท
12. พ.ท.ชนาณัติ แสงอรุณ
13. ทพญ.วรรัตน์ ใจชื่น
14. ทพ.เทอดศักดิ์ อุตศรี
15. ผศ.(พิเศษ) สมตระกูล ราศิริ
16. ผศ.ฉัตรชัย เผ่าทองจีน
17. ผศ.ดร.ทนพ.ลิขิต ปรียานนท์
18. ทนพญ.มยุรี จันทร์โท อุปนายกสมาคมฯ
19. นพ.โกเมนทร์ ทิวทอง
20. นพ.ดิเรก สุดแดน ผู้อำนวยการกองยุทธศาสตร์และแผนงาน
21. นพ. โสภณ โฆษิตวานิชย์
22. อ.เกียรติศักดิ์
23. นางสาวธิดารัตน์ บุญโชติ
24. นพ.รุ่งเรือง กิจผาติ
25. พญ. ทิววรรณ ปิยกุลมาลา
26. นางสาวปณยวีร์ เฮงศิริ
27. นางสาวอินทิรา นิ่มนวล
28. นางสาวผกาลักษณ์ ผดุงสันต์
29. นางสาวแพรพิงค์ ตันตาปกุล
30. นางสาวณัฐพร เนตรภักดี
31. นางสาวรूपนีย์ ทองปั้น
32. นางสาวไศภิชฐรัชช ทั่วมหาญ
33. นางสาวเกวลิน บุรณิกานนท์

34. นางสาวภัทราวดี กระจัตน์

ประเด็นที่ข้อเสนอแนะ

1) ข้อมูล

- การแยกการรายงานในส่วนของกทม.
- การคิดความหนาแน่นการกระจายในระดับอำเภอ ที่ในบางอำเภอมีการรับผิดชอบในระบบบริการตติยภูมิ และรับผิดชอบประชากรมากกว่าในเขตอำเภอ
- ข้อมูลปฐมภูมิ อาจมีความซับซ้อน
- การรายงานข้อมูลบางมหาลัยมีการคัดเลือกนักศึกษา เพื่อสอบใบประกอบ เพราะมีผลต่อการประเมินคุณภาพขอสถาบัน
- ในการเชื่อมโยง ทางแพทยสภามี ข้อมูล ที่ update ของผู้เสียชีวิตในวิชาชีพ และอัปเดตข้อมูลการเปลี่ยนชื่อนามสกุล การพักใบอนุญาตต่างๆ
- เทคนิคการแพทย์ ข้อมูลยังไม่ครอบคลุมคลินิก
- การพัฒนาข้อมูลความถูกต้องเที่ยงตรงน่าเชื่อถือ
- เรื่องข้อมูลระบบสุขภาพอยากให้รีวิวลิสต์ส่วนวิชาชีพ

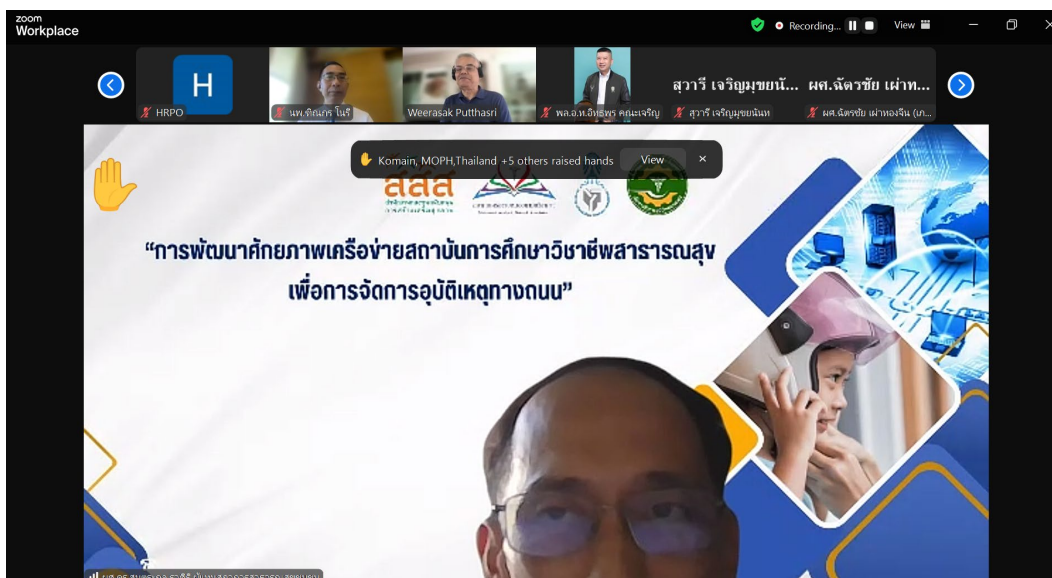
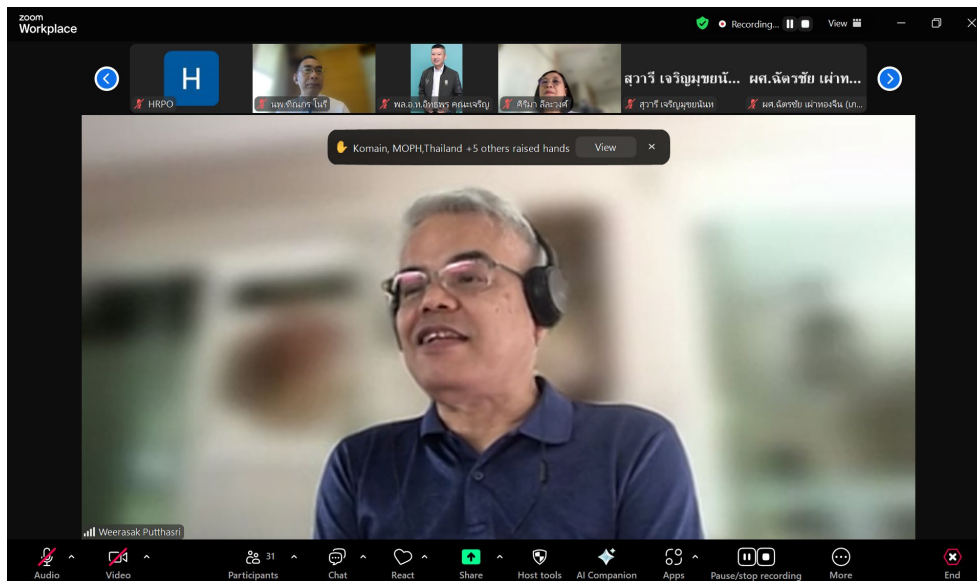
2) ตัวชี้วัด

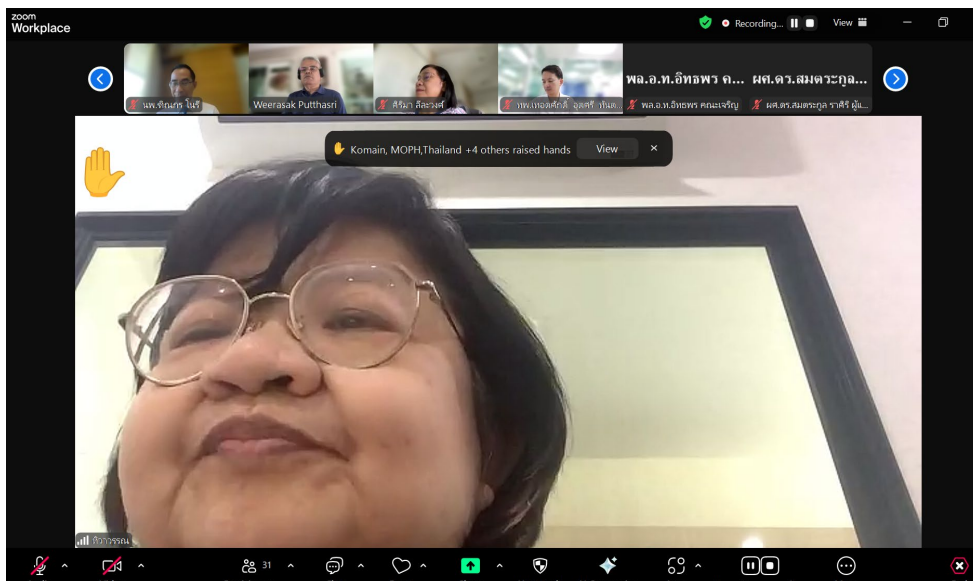
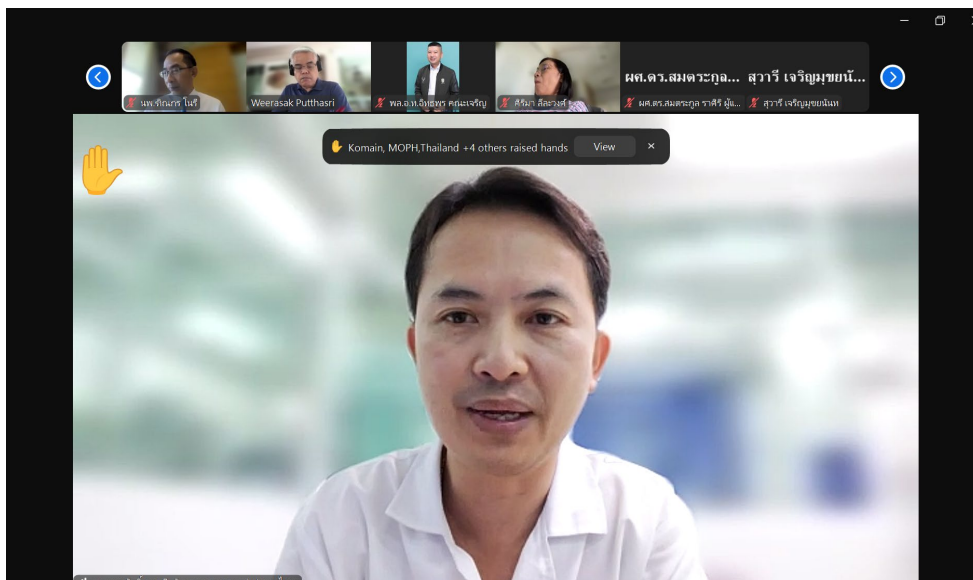
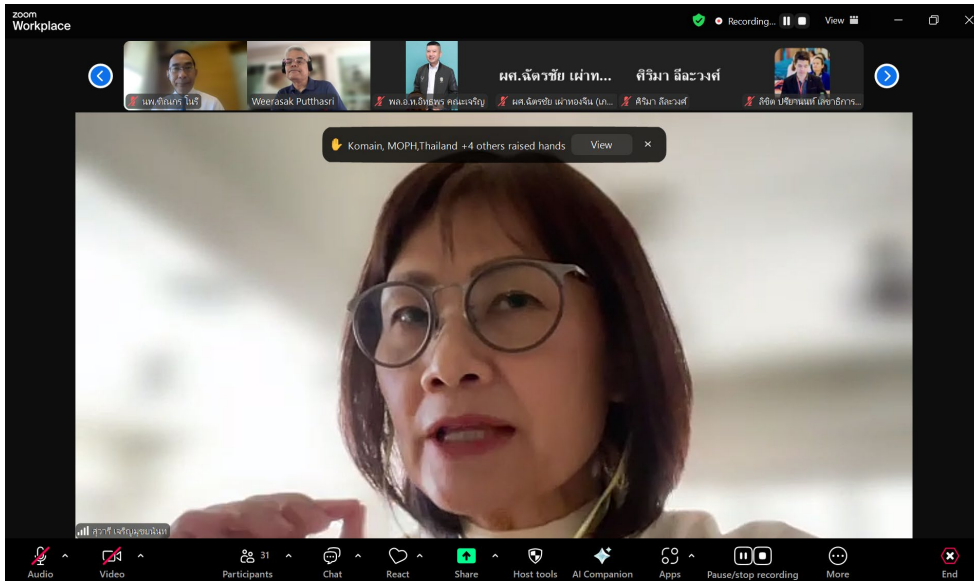
- นอกเหนือจากการกระจายตัว ควรมีตัวชี้วัดในเรื่องการสูญเสีย การเปรียบเทียบความเฉาะทางของวิชาชีพ และการดูข้อมูลตรรกษณ์ความสุข ค่าตอบแทน ภาระงาน ตำแหน่งบรรจุ ประกอบ
- มีการกำหนดเป้าหมาย จำนวนต่อประชากรให้ชัดเจน
- วิชาชีพที่มีความแตกต่างของงาน อาจต้องแยกความต้องการออกตามสายงานแทน เช่น เภสัชกร รพ. กับ สสจ. เป็นต้น
- งานระดับปฐมภูมิต้องชัดเจนว่าเป้าหมาย จะได้กำหนดอัตรากำลังให้สอดคล้องกับภารกิจ
- การเชื่อมโยงข้อมูล provider ID ของกระทรวงในการเชื่อมโยง มีการรายงานเป็น real time
- ตัวชี้วัดที่เปรียบเทียบกับระดับผู้เชี่ยวชาญของวิชาชีพ
- ตัวชี้วัดที่เกี่ยวกับกำลังคนในระดับปฐมภูมิของวิชาชีพ ของเทคนิคการแพทย์ที่เพิ่มมากขึ้นในระดับปฐมภูมิ
- ตัวชี้วัดที่เกี่ยวกับบุคลากรด้านสุขภาพที่ยัง active อยู่ในระบบบริการ
- การคำนวณกำลังคนในกระทรวง ในแต่ละสาขาวิชาชีพ ในแต่ละระดับมีความแตกต่างกัน
- ในตัวชี้วัดระดับจังหวัด หรือระดับอำเภอ ถ้าเทียบสัดส่วนกับจำนวนประชากร อาจจะต้องดูจำนวนประชากรจริงๆ หลายแห่งอาจจะต่ำกว่า 10000 คน และการแยก tertiary care
- การพัฒนาข้อมูลกำลังคนด้านสุขภาพ ต้องอาศัยความร่วมมือ ในระดับกระทรวงสาธารณสุข อว. และมีการกำหนดในระดับนโยบาย

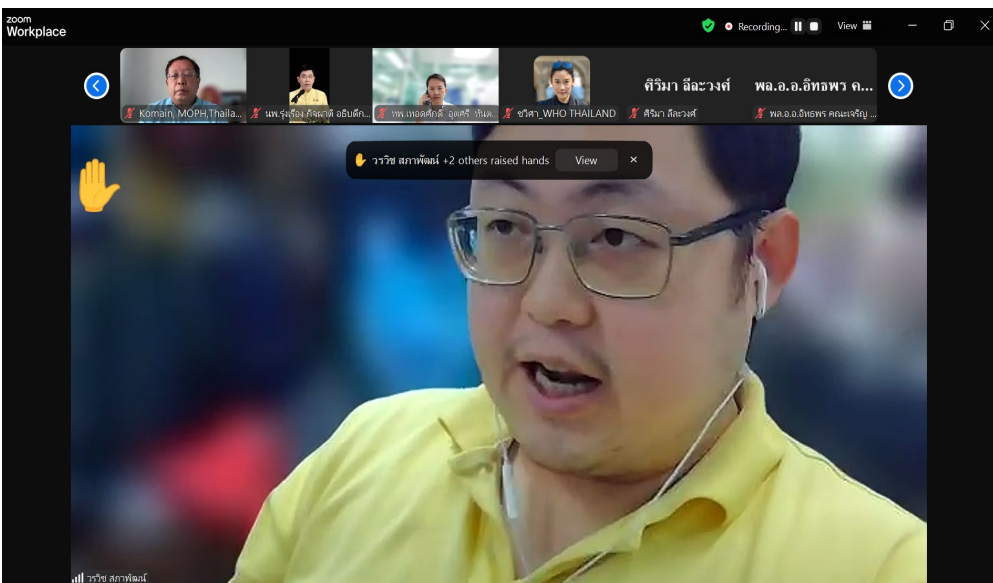
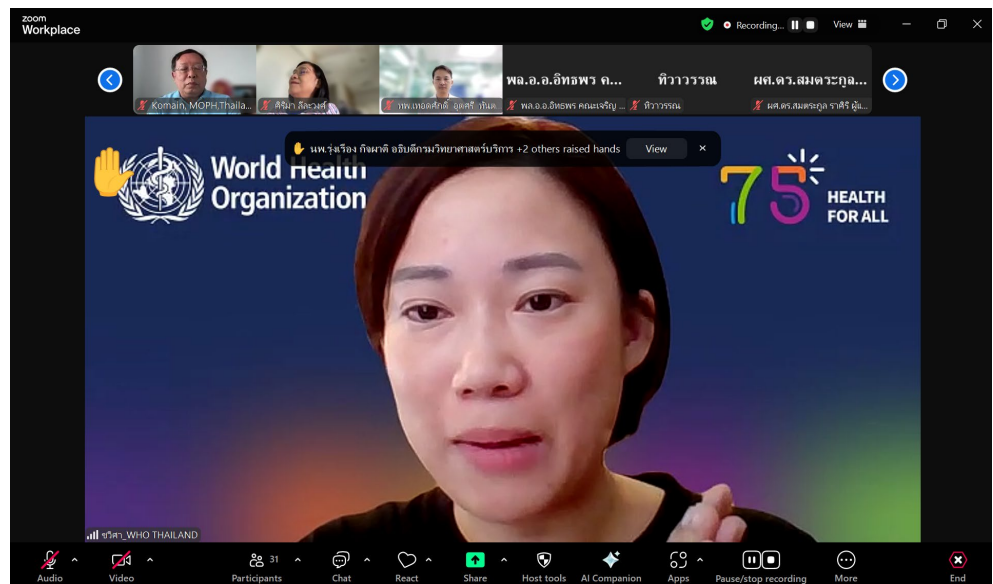
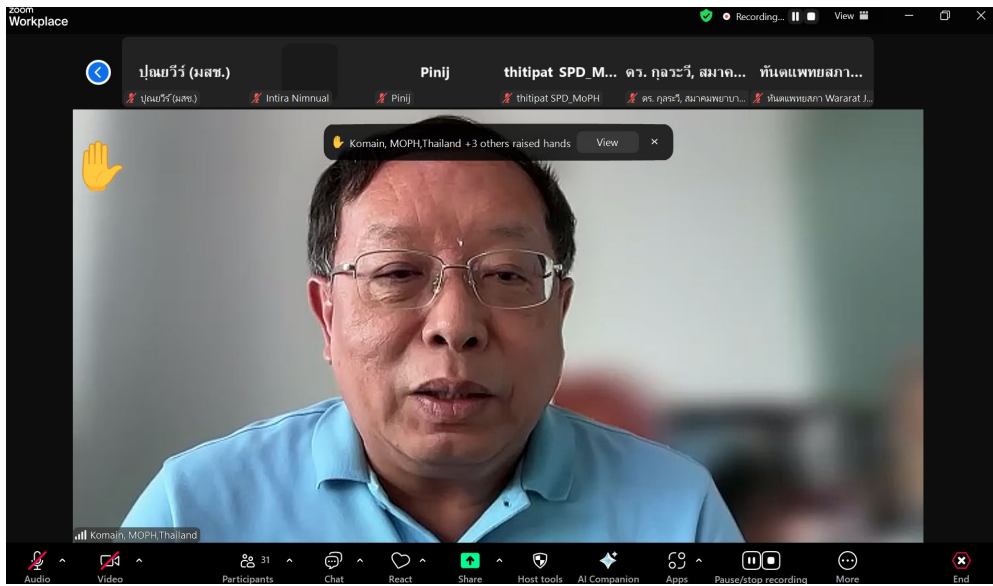
3) การพัฒนากำลังคน

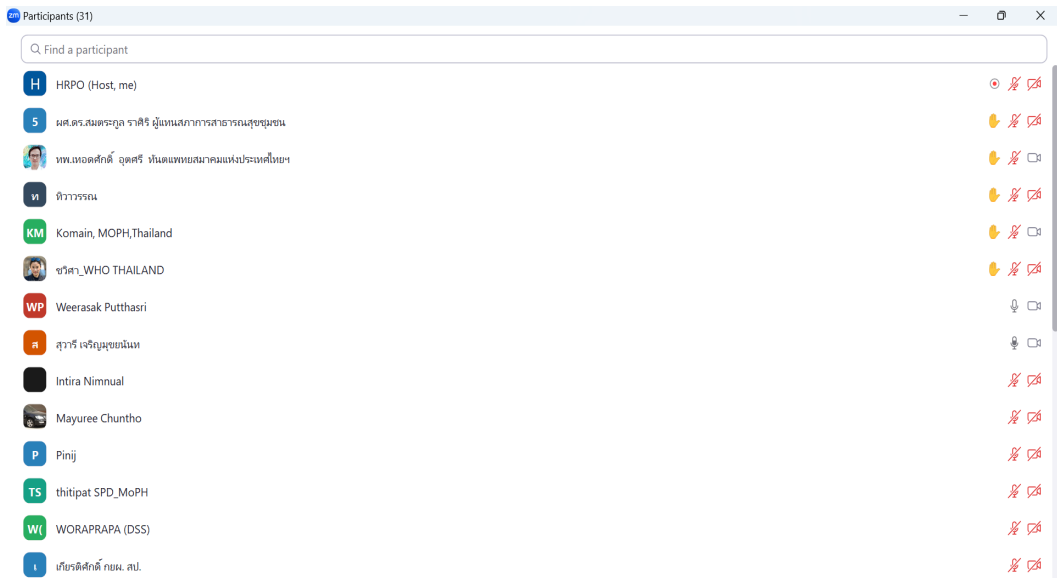
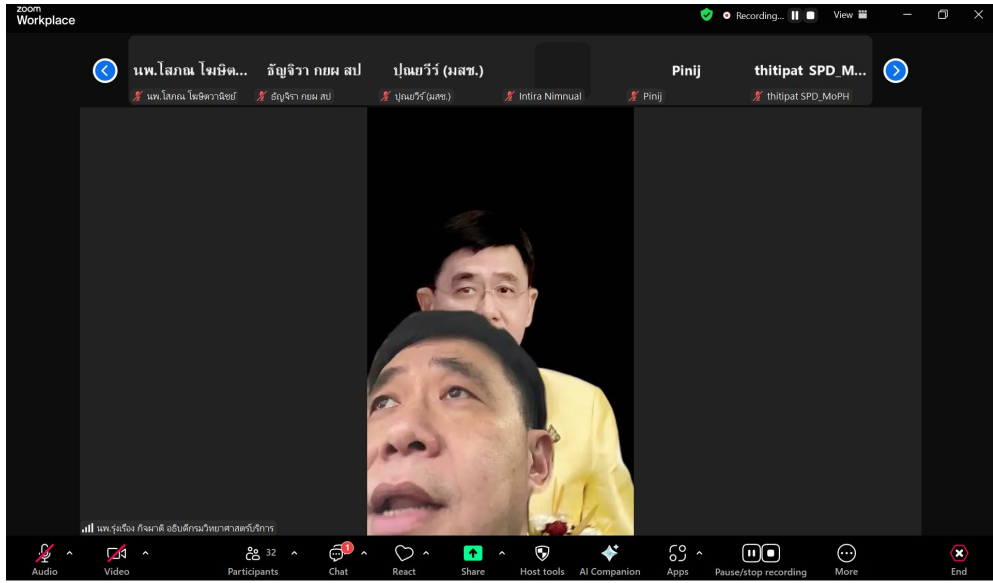
- เทคนิคการแพทย์ จะมีการเปิดสถาบันการศึกษาเอกชนเพิ่มขึ้นอีก 4 แห่ง
- ข้อมูลการจบของเทคนิคการแพทย์ เน้นร่วมมือกับทางสถาบันในการส่งข้อมูล
- วิชาชีพสาธารณสุข มีการพัฒนากำลังคนสอดคล้องกับการถ่ายโอน และมีสัดส่วนที่ไปอยู่ อปท.มากขึ้น

- สำหรับ การฝึกอบรม specialty จะมีเรื่อง มาตรฐาน ของ WFME สากล ในการผลิตเพิ่ม ต่อ จำนวนอาจารย์ ซึ่งที่ผ่านมา ทุกสาขา สาธารณ training เพิ่มได้เรื่อยๆ
- รพศ. สามารถทำหลักสูตร ประสานแพทยสภา และอบรมในพื้นที่ เพื่อแก้ไขปัญหา เฉพาะอย่างใน พื้นที่ให้รวดเร็วขึ้น
- หัตถการเฉพาะบางอย่าง ที่โรงพยาบาลชุมชน ต้องการอบรมอย่างรวดเร็ว เพื่อตอบปัญหาพื้นที่ เช่น ultrasound appendectomy ผ่าคลอด เป็นต้น
- บุคลากรวางแผนจัดการเพื่อเกิดประโยชน์ในด้านสาธารณสุข









เอกสารอ้างอิง

1. พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2550. พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2550. 2550.
2. สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.). เป้าหมายที่ 3 สร้างหลักประกันการมีสุขภาพที่ดี และส่งเสริมความเป็นอยู่ที่ดีสำหรับทุกคนในทุกช่วงวัย. ธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 3 พศ 2565. นนทบุรี: สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.); 2565.
3. SDG MOVE. SDG Updates ปัจจัยสังคมกำหนดสุขภาพ – เมื่อโครงสร้างทางสังคม เศรษฐกิจ และการเมือง กำหนดสถานะสุขภาพและอายุขัยของคุณไว้แล้วตั้งแต่ยังไม่เกิด 2021 [
4. จิณกร โนรี และคณะ. โครงการพัฒนาตัวชี้วัดหลักกำลังคนด้านสุขภาพของประเทศไทย *Thai National HRH core Indicators*. นนทบุรี; 2564.
5. สำนักงานคณะกรรมการดิจิทัลเพื่อเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ กระทรวงดิจิทัลเพื่อเศรษฐกิจและสังคม. ยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี (พ.ศ.2561-2580)2561.
6. Sustainable Development Goals: SDGs Available from: <https://www.sdgmove.com/sdg-101/>.
7. World Health Organization. Operational framework for monitoring social determinants of health equity. 2024.
8. สำนักนายกรัฐมนตรี. ส. แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 12 (พ.ศ. 2560-2565)2560.
9. สำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ สำนักนายกรัฐมนตรี. แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 13 (พ.ศ. 2566 - 2570). 2556.
10. สำนักงานคณะกรรมการดิจิทัลเพื่อเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ สดช. กระทรวงดิจิทัลเพื่อเศรษฐกิจและสังคม. นโยบายและแผนระดับชาติว่าด้วยการพัฒนาดิจิทัลเพื่อเศรษฐกิจและสังคม (พ.ศ. 2561 - 2580)2562.
11. คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ. แผนพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพแห่งชาติ (พ.ศ.2561-2570). 2561.
12. ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. ยุทธศาสตร์เทคโนโลยีสารสนเทศสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข (พ.ศ. 2560 - 2569). นนทบุรี2560.
13. พระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. 2562. พระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. 2562. 2562.
14. พงศธร พอกเพิ่มดี และคณะ. การประเมินสมรรถนะระบบสุขภาพของประเทศไทย ปี 2563 - 2564 นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.); 2565.
15. สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล (วปส.). สุขภาพคนไทย 2566. กรุงเทพฯ: บริษัทอมรินทร์พริ้นติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง จำกัด (มหาชน); 2566.
16. สำนักวิชาการและนวัตกรรม สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ. รายงานสถานการณ์ระบบสุขภาพที่พึงประสงค์ ตามธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 2 พ.ศ. 2559 ฉบับสังเคราะห์. 2565.
17. World Health Organization. Global strategy on human resources for health: workforce 2030. 2016.
18. World Health Organization. National Health Workforce Accounts-A Handbook. 2017. p. 168.

19. Alfredo Fort, Sara Pacqué-Margolis, Crystal Ng, Sylvia Kauffman, Nicholson aE. Human Resources for Health (HRH) Indicator Compendium. IntraHealth International; 2015.
20. World Health Organization. Monitoring the building blocks of health systems: a handbook of indicators and their measurement strategies.2010.
21. OECD. Health at a Glance 2023 OECD INDICATORS. Paris2023.
22. The Health Resources and Services Administration (HRSA). HRSA Strategic Plan FY 2019 – FY 2022. 2019.
23. กองบริหารทรัพยากรบุคคล สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. 2567 [Available from: <https://hr-datahub.moph.go.th/public/main>].
24. สำนักสุขภาพดิจิทัล สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. การขับเคลื่อนนโยบาย ยกระดับ 30 บาท รักษาทุกที่ ด้วยบัตรประชาชนใบเดียว 2567 [Available from: chrome-extension://efaidnbmnmnibpcajpcglclefindmkaj/<https://bdh.moph.go.th/site/wp-content/uploads/2024/06/V6-DHT-30-bath.pdf>].
25. ทิณกร โนรี และคณะ. การวิจัยและพัฒนาระบบสารสนเทศและแพลตฟอร์มการแลกเปลี่ยนข้อมูลระหว่างสาขาวิชาชีพกับกระทรวงสาธารณสุขเพื่อการวางแผนและบริหารจัดการ กำลังคนสุขภาพของประเทศ ไทยแบบบูรณาการ 2565.
26. กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. รายงานผลการพัฒนาครั้งแผน ยุทธศาสตร์กระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2560-2564. 2560.



สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข



สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ