

ทรัพยากรบุคคล

จะผลิต กระจาย พัฒนา และรักษากำลังคน
ด้านสุขภาพได้อย่างไร

ประกันสุขภาพถ้วนหน้า:

เรียนรู้อะไร...

จะไปทางไหน...



มหาวิทยาลัยศรีปทุม



V160
493ท
2551

สารบัญ

ทรัพยากรบุคคล จะผลิต กระจาย พัฒนา และรักษากำลังคน ด้านสุขภาพอย่างไร	3
การเรียนรู้ การปรับตัว และการดำเนินการที่เกี่ยวข้องกับทรัพยากร บุคคลในระยะของการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า	6
นโยบาย Medical Hub : บัณฑิตแพทย์ที่มองข้ามไม่ได้	17
ข้อเสนอ สำหรับอนาคต	20
เอกสารอ้างอิง	23

W 160 จ493ท 2551



BK0000002144

ทรัพยากรบุคคล จะผลิต กระจาย พัฒ...

สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ

บ. 3269

ทรัพยากรบุคคล

ในการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า : จะผลิต กระจาย พัฒนา และรักษากำลังคนด้านสุขภาพได้อย่างไร

จิรุตม์ ศรีรัตนบัลล์¹

ทรัพยากรบุคคล

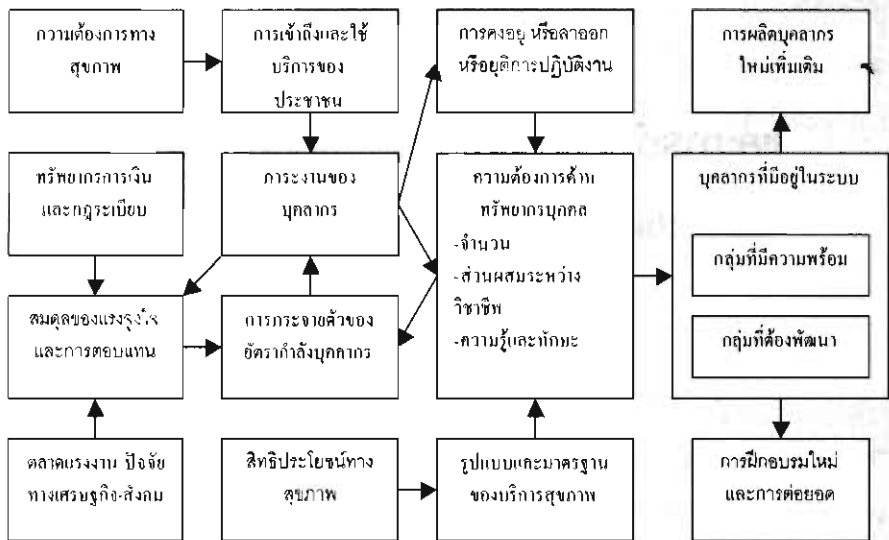
ด้านสุขภาพกับนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

การสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงขึ้นหลายประการในระบบบริการสุขภาพของประเทศไทย ทั้งในด้านปรัชญาพื้นฐานของระบบที่มองการเข้าถึงบริการของประชาชนเป็นสิทธิ การจัดการด้านการเงินการคลัง ตลอดจนการจัดการระบบบริการสุขภาพ การเปลี่ยนแปลงเหล่านี้โดยเฉพาะการจัดการระบบบริการสุขภาพที่ให้บริการแก่ประชาชนนับเป็นหัวใจสำคัญที่เป็นจุดตัดสินใจว่าประชาชนสามารถเข้าถึงบริการ และจะได้รับหรือไม่ได้รับการดูแลสุขภาพที่มีคุณภาพ ด้วยเหตุที่การดูแลสุขภาพเป็นบริการ ทรัพยากรบุคคลผู้ให้บริการสุขภาพ ตลอดจนบุคลากรอื่นๆ ที่เป็นส่วนหนึ่งที่ทำให้การบริการดำเนินต่อไปได้จึงเป็นกลไกสำคัญของการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าที่ไม่อาจมองข้ามไปได้

¹ ภาควิชาเวชศาสตร์ป้องกันและสังคม คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

กระแสความสนใจของสาธารณะตลอดจนงานวิจัยในระยะเวลาที่ผ่านมา ส่วนใหญ่มุ่งความสนใจไปที่ความขาดแคลนและการกระจายของบุคลากรทางการแพทย์ โดยเฉพาะแพทย์ แต่แท้จริงแล้วประเด็นที่เกี่ยวข้องกับทรัพยากรบุคคลภายใต้ความพยายามในการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าเป็นเรื่องที่มีความซับซ้อนและเกี่ยวโยงกับองค์ประกอบอื่นๆ ในระบบหลักประกันสุขภาพฯ ในขณะที่เดียวกับองค์ประกอบอื่นๆ ของระบบบริการสุขภาพ และระบบสุขภาพทั้งหมด ตั้งแต่ความต้องการทางสุขภาพ การกำหนดสิทธิประโยชน์ทางสุขภาพของระบบ รูปแบบการจัดระบบบริการสุขภาพที่ต้องการ การเข้าถึงและใช้บริการของประชาชนที่ส่งผลกระทบต่อภาระงานของบุคลากร นำมาสู่ความต้องการอัตรากำลังของบุคลากรในสาขาต่างๆ ทั้งเชิงปริมาณ ความรู้ความสามารถและส่วนผสมในสาขาวิชาชีพต่างๆ ซึ่งบางส่วนอาจเป็นบุคลากรที่มีอยู่แล้ว บางส่วนมีอยู่แต่อาจต้องการการพัฒนาเพิ่มเติม และการผลิตบุคลากรใหม่เพิ่มเติมสำหรับส่วนที่ยังขาดอยู่ นอกจากนี้ประเด็นเกี่ยวกับทรัพยากรบุคคลทางสุขภาพยังเชื่อมโยงกับกลไกตลาดแรงงานในภาพกว้างปัจจัยทางเศรษฐกิจและสังคม ทรัพยากรทางการเงินในระบบตลอดจนกฎระเบียบในการใช้เงิน ซึ่งส่งผลกระทบต่อแรงจูงใจและระบบการตอบแทนที่สัมพันธ์กับการกระจายตัวของบุคลากรในพื้นที่ต่างๆ อีกด้วย ความสัมพันธ์ดังกล่าวอาจแสดงได้อย่างง่ายดังภาพที่ 1

ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดแสดงความเชื่อมโยงระหว่างประเด็นที่เกี่ยวข้องกับทรัพยากรบุคคลในระบบบริการสุขภาพ และการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า



การเรียนรู้ การปรับตัว และการดำเนินการที่เกี่ยวข้องกับทรัพยากรบุคคล ในระยะของการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

ประสบการณ์ในช่วง 4 ปี ที่ผ่านมา ชี้ให้เห็นถึงปัจจัยจำนวนหนึ่งที่ส่งผลกระทบต่อถึงการบริหารและพัฒนาทรัพยากรบุคคลในระบบซึ่งส่งผลต่อการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าที่มีคุณภาพ ประสิทธิภาพ มุ่งสร้างสุขภาพตลอดจนประชาชน สามารถเข้าถึงและสามารถมีส่วนร่วมได้อย่างเป็นธรรม ปัจจัยที่มีความสำคัญที่เราได้เรียนรู้ มีการปรับตัวและการดำเนินการไปในระดับหนึ่งแล้ว มีดังนี้

1. ปัญหาเรื้อรังในระบบบริการสุขภาพ :

อัตรากำลังและการกระจายตัวของบุคลากรทางสาธารณสุข

ปัญหาความไม่เพียงพอของบุคลากรทางสาธารณสุขเป็นประเด็นภายในระบบบริการสุขภาพของประเทศไทยที่รบกวนกันมานาน แม้ว่าอัตราส่วนของประชากรต่อบุคลากรทางสุขภาพจะมีแนวโน้มเปลี่ยนแปลงไปในทิศทางที่ดีขึ้น (ตารางที่ 1) ทว่าข้อมูลจากการศึกษาที่ผ่านมาสะท้อนให้เห็นว่าเรายังมีบุคลากรในระบบสาธารณสุขไม่เพียงพอ โดยในปี พ.ศ. 2543 ประเทศไทยมีแพทย์ที่ปฏิบัติงานจริง

ประมาณ 18,000 คน คิดเป็นอัตราส่วน แพทย์ 1 คนต่อประชากร 3,427 คน ซึ่งเมื่อเทียบกับประเทศอื่นในภาคพื้นเอเชียแปซิฟิก เช่น ประเทศบรูไน อินโดนีเซีย ญี่ปุ่น มาเลเซีย ฟิลิปปีนส์ สิงคโปร์ ไทยและเวียดนาม แล้วจะพบว่า ประเทศไทยมีสัดส่วนแพทย์ต่อประชากรน้อยกว่าทุกประเทศยกเว้นเพียงประเทศเดียวเท่านั้น คือ ประเทศอินโดนีเซีย โดยมีการคาดประมาณว่ามีความต้องการแพทย์ทั้งหมดของประเทศ ณ ขณะนั้นน่าจะประมาณ 27,250 คน (เกรียงศักดิ์ วัชรนุกูลเกียรติ, 2547)

ตารางที่ 1 อัตราส่วนของประชากรต่อบุคลากรทางการแพทย์ในสาขาต่างๆ

	แพทย์	ทันตแพทย์	เภสัชกร	พยาบาล
2536	4,279	20,939	12,357	792
2538	4,193	20,636	10,135	695
2540	3,670	17,814	10,237	705
2542	3,399	15,316	10,172	619
2544	3,289	14,433	9,086	577

ที่มา: อัลฟา รีเสิร์ช (2547)

นอกเหนือจากประเด็นในเชิงจำนวน ปัญหาด้านทรัพยากรบุคคลยัง เกี่ยวข้องกับการกระจายของบุคลากรในพื้นที่ต่างๆ ของประเทศ การกระจาย ไปตามสาขาความเชี่ยวชาญ และการกระจายระหว่างภาครัฐและภาคเอกชนอีกด้วย ข้อมูลที่มีการศึกษากันกว้างขวางจะเป็นเรื่องของแพทย์เป็นหลัก ซึ่งหากพิจารณา การกระจายตัวของแพทย์และบุคลากรทางการแพทย์สาขาต่างๆ ในพื้นที่ ต่างๆ ของประเทศจะพบความแตกต่างกันมาก ดังแสดงในตารางที่ 2 ความแตกต่าง ดังกล่าว มีแนวโน้มจะเพิ่มทวีคูณขึ้นไปอีก หากพิจารณาลงในรายละเอียดระดับจังหวัด อำเภอ หรือเขตเมืองและชนบท

ตารางที่ 2 การกระจายตัวของบุคลากรทางการแพทย์คิดเป็นจำนวนประชากรต่อบุคลากร 1 คน ในปีพ.ศ. 2544

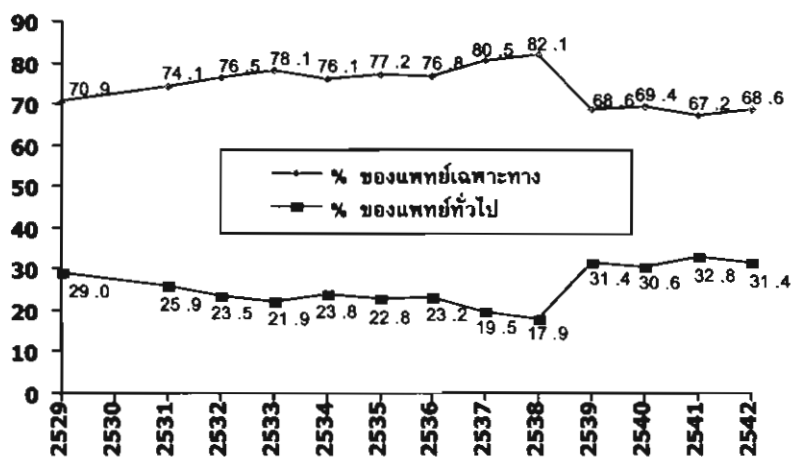
พื้นที่	แพทย์	ทันตแพทย์	เภสัชกร	พยาบาลวิชาชีพ
กรุงเทพมหานคร	763	3,203	2,495	286
ปริมณฑล	2,772	14,084	10,927	809
ภาคกลาง	3,953	18,311	9,659	734
ภาคตะวันออก	3,189	16,068	9,663	683
ภาคตะวันตก	4,223	20,020	10,981	813
ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ	7,630	32,566	18,016	1,501
ภาคเหนือ	4,492	21,013	11,093	857
ภาคใต้	5,156	20,076	9,767	811

ที่มา: อัลฟา รีเสิร์ช (2547)

ปัญหาอัตรากำลังไม่ได้จำกัดแต่เพียงเรื่องของจำนวนแพทย์ ทั้งนี้เนื่องจากการทำงานเพื่อให้บริการสุขภาพและสาธารณสุขแก่ประชาชนจำเป็นต้องอาศัยการทำงานร่วมกันระหว่างแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป แพทย์ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะสาขาต่างๆ ตลอดจนบุคลากรทางการแพทย์สาขาอื่นๆ เพื่อรองรับแนวคิดในการจัดระบบบริการสุขภาพในรูปแบบใหม่ๆ ให้กับประชาชน เช่น ศูนย์สุขภาพชุมชน ระบบส่งต่อศูนย์ความเป็นเลิศ ตลอดจนบริการเชิงรุกต่างๆ ความไม่สมดุลของจำนวนบุคลากรที่ปฏิบัติหน้าที่ในด้านต่างๆ จะทำให้เกิดคอขวด (Bottleneck) ขึ้นในระบบบริการ ทำให้เกิดความล่าช้า มีผลต่อคุณภาพของการดูแลสุขภาพ ทั้งยังส่งผลกระทบต่อประสิทธิภาพของการใช้ทรัพยากรอีกด้วยเนื่องจากการใช้บุคลากรที่มี

ความเชี่ยวชาญไม่ถูกประเภท เช่น การให้แพทย์ผู้เชี่ยวชาญไปตรวจรักษาผู้ป่วยทั่วไป เป็นต้น ซึ่งจากข้อมูลที่ผ่านมามีแนวโน้มว่าระบบบริการภายในกระทรวงสาธารณสุขเอง อาจมีแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปในสัดส่วนที่น้อยเกินไปเมื่อเทียบกับแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ เฉพาะทางที่จะรองรับการพัฒนาบริการภายใต้การสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าที่เน้นการให้บริการระดับปฐมภูมิอยู่ในปัจจุบัน ดังแสดงในภาพที่ 2 กระนั้น ก็ไม่ได้หมายความว่าประเทศไทยของเรามีแพทย์ผู้เชี่ยวชาญเพียงพอแล้วเพื่อรองรับความต้องการทางสุขภาพของประชาชน

ภาพที่ 2 สัดส่วนของแพทย์เฉพาะทางและแพทย์ทั่วไป



ที่มา: สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข

นอกจากนี้ สถานการณ์การกระจายตัวยังเชื่อมโยงถึงการกระจายแพทย์ตามสังกัดต่างๆ สัดส่วนแพทย์ที่ทำงานในหน่วยงานภาครัฐในช่วงปี พ.ศ. 2532-2538 ลดลงมาก จากตัวเลขเดิมร้อยละ 93.3 ในปี พ.ศ. 2514 เป็นร้อยละ 76.3 ในปีพ.ศ. 2538 ในขณะที่ภาคเอกชนมีสัดส่วนเพิ่มขึ้น แม้ว่าภายหลังวิกฤต

เศรษฐกิจแพทย์ที่ทำงานเต็มเวลาในภาคเอกชนลดลงจะมีสัดส่วนลดลงบ้างเป็น ร้อยละ 18.7-21.7 ในขณะที่ภาครัฐเพิ่มเป็นร้อยละ 78.3-81.3 แต่ส่วนใหญ่ยังอยู่ในเขตกรุงเทพมหานคร และร.พ.ขนาดกลาง-ใหญ่ในภาคกลาง และเมื่อเศรษฐกิจฟื้นตัวในระยะ 2 ปีที่ผ่านมา แพทย์ที่ลาออกออกจากระบบราชการเพื่อหันไปทำงานในภาคเอกชนมีสัดส่วนที่เพิ่มมากขึ้น ดังแสดงในตารางที่ 3 สะท้อนข้อจำกัดในการขยายอัตรากำลังบุคลากรทางการแพทย์ที่สามารถรองรับการให้บริการแก่ประชาชนคนไทยในทุกกระดับ โดยเฉพาะผู้ที่ไม่สามารถจ่ายค่ารักษาพยาบาลเองได้

ตารางที่ 3 จำนวนการสูญเสียแพทย์ในระบบราชการของกระทรวงสาธารณสุข

ปี พ.ศ.	จำนวนแพทย์ จบใหม่	จำนวนแพทย์		จำนวนสูญเสีย	ร้อยละของการ สูญเสียเปรียบเทียบกับ แพทย์จบใหม่
		กลับเข้ารับ ราชการใหม่	ลาออก		
2537	526	-	42	42	8.0
2538	576	-	71	71	12.3
2539	568	-	989	81	7.3
2540	579	30	205	175	30.2
2541	618	93	117	24	3.8
2542	830	168	63	-105	-12.6
2543	893	92	133	41	4.6
2544	883	67	135	68	7.7
2545	913*	22	407	385	42.2

*ที่มา: สังคีต พิริยะรังสรรค์ และคณะ (2547).

2. ภาระงานและการให้การตอบแทน

ปัญหาอัตรากำลังและการกระจายตัวของทรัพยากรบุคคลทางการแพทย์ส่งผลต่อภาระงานของบุคลากรเหล่านั้นในระบบด้วย โดยเฉพาะเมื่อมีบุคลากรลาออกจากระบบบริการภาครัฐซึ่งยังคงเป็นตัวจักรหลักในการให้บริการสุขภาพและสาธารณสุขของประเทศกว่าร้อยละ 70 บุคลากรที่ยังปฏิบัติหน้าที่อยู่ย่อมต้องรับภาระงานที่หนักขึ้นด้วย ทั้งในกรณีทั่วไป และกรณีของแพทย์เฉพาะทางการลดค่าแพ่ง อัตราค่าบริการสุขภาพหรือการร่วมจ่ายของผู้รับบริการทั้งกรณีผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยใน และการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ภายใต้การสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ตลอดจนการปรับเปลี่ยนระบบบริการให้ประชาชนผู้เจ็บป่วยสามารถเข้าถึงบริการได้สะดวกมากยิ่งขึ้น "ใกล้บ้าน-ใกล้ใจ" ส่งผลให้ภาระงานของบุคลากรในระบบบริการของรัฐ โดยเฉพาะในกระทรวงสาธารณสุขเพิ่มขึ้นอย่างมาก ประมาณว่าภาระงาน โดยเฉพาะในการบริการผู้ป่วยนอกของแพทย์ในระดับโรงพยาบาลชุมชนเพิ่มขึ้นจาก 41.80 ล้านครั้งในปี 2544 เป็น 75.77 ล้านครั้งและ 66.16 ล้านครั้งต่อปีในปี พ.ศ.2546 และ 2547 หรือกว่าร้อยละ 81 และร้อยละ 58 ตามลำดับ (ทักษพล ธรรมรังสี, 2547) ทั้งนี้ในภาพรวมของระบบ พบว่าภาระงานของแพทย์ทั้งในส่วนในระบบสวัสดิการรักษายาบาลของข้าราชการ ระบบประกันสังคม และหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า 30 บาทรักษาทุกโรค มีแนวโน้มที่เพิ่มสูงขึ้นภายหลังการเริ่มต้นนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในปีพ.ศ. 2544 ดังรายละเอียดในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ภาระงานบริการผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในของแพทย์แยกตามระบบหลักประกันสุขภาพเปรียบเทียบระหว่างระยะปีแรกของการเริ่มต้นนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (2544) และปีที่ 3 - 4 (2546 -47)

	2544	2546		2547	
	ครั้งต่อ แพทย์ ต่อปี	ครั้งต่อ แพทย์ ต่อปี	% ภาระ ที่เพิ่มขึ้น	ครั้งต่อ แพทย์ ต่อปี	% ภาระ ที่เพิ่มขึ้น
ผู้ป่วยนอก					
ข้าราชการ	842.11	1,057.75	25.61	1,012.23	20.32
ประกันสังคม	481.32	746.55	55.10	725.36	50.70
30 บาทรักษาทุกโรค	6,529.33	6,925.73	6.07	6,651.22	1.87
รวม	7,852.76	8,730.03	11.17	8,389.82	6.84
ผู้ป่วยใน					
ข้าราชการ	24.76	24.87	0.44	35.84	44.71
ประกันสังคม	13.11	16.83	28.38	20.07	53.09
30 บาทรักษาทุกโรค	184.20	185.32	0.61	181.54	-1.45
รวม	222.08	227.02	2.22	237.44	6.92

ที่มา: ทักษพล ธรรมรังสี (2547)

ภาระงานที่เพิ่มมากขึ้นกลายเป็นปัจจัยสำคัญที่อาจเป็นสาเหตุหลักที่ทำให้บุคลากรทางการแพทย์ โดยเฉพาะแพทย์ ซึ่งนอกเหนือจากภาระงานดังกล่าว ยังมีปัจจัยอื่นๆ ในระบบที่เชื่อได้ว่าเป็นสาเหตุที่ทำให้แพทย์และบุคลากรทางการแพทย์สาขาอื่นๆ ลาออกจากระบบราชการ เช่น

- การยกเลิกการบรรจุแพทย์และบุคลากรทางสาธารณสุขที่จบใหม่เข้าเป็นข้าราชการตามนโยบายลดขนาดกำลังคนของภาครัฐ มาตั้งแต่ปีพ.ศ. 2543 ทำให้บุคลากรจำนวนหนึ่งหันไปเลือกทำงานในภาคเอกชน
- แนวทางที่ใช้ในการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าที่ใช้การจัดสรรงบประมาณแบบต่อหัวประชากร ทำให้เกิดความจำกัดของงบประมาณในพื้นที่ที่มีประชากรน้อย แต่เป็นที่ตั้งของโรงพยาบาลขนาดใหญ่ ภาระติดตัวมาแต่เดิมมาก ตลอดจนความกลัวปัญหาการถูกฟ้องร้องในกรณีเกิดความเสียหายต่อผู้ป่วยจากการรักษาพยาบาลตามมาตรา 41 และ 42 ของพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2545
- แรงดึงดูดของธุรกิจการแพทย์ภาคเอกชน ซึ่งกำลังเติบโตและขยายตัวอย่างรวดเร็วตามทิศทางนโยบายของรัฐบาล ทำให้มีการให้ค่าตอบแทนที่จูงใจมากกว่า ในขณะที่ภาระงานน้อยกว่า ทำงานในสิ่งแวดล้อมที่สะดวกสบายมากกว่า และได้รับการมองว่ามีความเสี่ยงต่อการฟ้องร้องน้อยกว่า (สังคีต พิริยะรังสรรค์ และคณะ, 2547)

3. ปัญหาสุขภาพและพฤติกรรมการใช้บริการสุขภาพของประชาชนที่เปลี่ยนแปลงไป

ปัจจัยที่สำคัญอีกกลุ่มหนึ่งที่พบว่ามีความสัมพันธ์กับประเด็นปัญหาด้านทรัพยากรบุคคลในการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ได้แก่ การเปลี่ยนแปลงของปัญหาสุขภาพ และพฤติกรรมการใช้บริการของประชาชน ปัญหาสุขภาพที่เปลี่ยนแปลงไปย่อมต้องการผู้ให้บริการทางสุขภาพที่มีความรู้ความสามารถ ตลอดจน ทักษะบางอย่างที่อาจไม่เคยได้เรียนรู้หรือได้รับการมุ่งเน้นมาก่อน

ตลอดจนส่วนผสม ของผู้ให้บริการวิชาชีพต่างๆ ที่ต้องทำงานร่วมกันที่เปลี่ยนไป ตัวอย่างแนวโน้มของ ปัญหาสุขภาพของประชาชนและผลกระทบที่มีต่อทรัพยากร บุคคลทางสุขภาพ เช่น

- โครงสร้างทางอายุของประชากรที่มีอายุยืนขึ้น มีสัดส่วนของผู้สูงอายุเพิ่มขึ้น ทำให้ आवश्यकการบุคลากรทางการแพทย์ที่มีความรู้ความเข้าใจ เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุอย่างเป็นองค์รวมมากขึ้น ต้องมีแพทย์ผู้เชี่ยวชาญโรคที่มักพบในผู้สูงอายุมากขึ้น ต้องมีบุคลากรเพื่อให้ บริการเยี่ยมบ้าน บริการเชิงรุกอื่นๆ เพิ่มขึ้น
- โรคที่ไม่ติดต่อที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นและทวี ความสำคัญเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ เช่น อุบัติเหตุ เบาหวาน ความดันโลหิตสูง มะเร็ง และโรคหัวใจและป็น ทำให้มีความจำเป็นต้องได้บุคลากรที่ ทำงานด้านการสร้างเสริมสุขภาพและทำงานกับชุมชนเพิ่มขึ้น บุคลากรทางการแพทย์ต้องการความรู้และทักษะใหม่ๆ ตลอดจนการทำงาน ร่วมกันเพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถดูแลสุขภาพตนเองได้มากขึ้น ตลอดจนแพทย์และทีมงานสาขาวิชาชีพอื่นๆ เช่น ทันตแพทย์ พยาบาล และเภสัชกร ที่เกี่ยวข้องเพื่อดูแลผู้ป่วยเหล่านี้
- โรคติดต่อที่มีปัจจัยเสี่ยงมาจากพฤติกรรม รวมถึงโรคติดต่อข้ามชาติ ที่มาจากการพัฒนาทางเศรษฐกิจยังมีแนวโน้มที่เพิ่มขึ้น เช่น โรคเอดส์ โรคมาเลเรีย โรค SARS ทำให้เกิดความต้องการในการให้ข้อมูล ความรู้ต่างๆ ที่ถูกต้องแก่บุคลากรต่างๆ อยู่ตลอดเวลา เพื่อให้สามารถ

จัดการกับสถานการณ์ในพื้นที่และให้ความรู้ความเข้าใจกับประชาชน ได้อย่างถูกต้อง

- โรคหรือภาวะความเจ็บป่วยที่เกี่ยวข้องเนื่องจากการขาดสมดุลในการดำรงชีวิตมีมากขึ้น โดยเฉพาะภาวะความเจ็บป่วยทางจิต รวมถึงปัญหา ยาเสพติดและปัญหาความรุนแรงในครอบครัว ซึ่งต้องการจิตแพทย์ และบุคลากรสายวิชาชีพอื่น ๆ ที่เชี่ยวชาญในการจัดการกับปัญหา ทำงาน ร่วมกันเป็นระบบและเป็นทีม

นอกเหนือจากความท้าทายข้างต้น พฤติกรรมของประชาชนในการใช้ บริการสาธารณสุขเองก็มีแนวโน้มที่เปลี่ยนแปลงไป ทั้งนี้ประชาชนจำนวนไม่น้อยไป ใช้บริการที่ศูนย์สุขภาพชุมชนเพิ่มขึ้นในหลายพื้นที่ ทำให้ภาระงานที่ศูนย์สุขภาพ ชุมชนเพิ่มขึ้น ในขณะที่ภาระงานที่ระดับโรงพยาบาลชุมชนหลายแห่งมากขึ้นเช่นกัน นอกจากนี้ประชาชนผู้เข้ารับบริการยังมีความคาดหวังต่อบริการที่สูงขึ้น และมี แนวโน้มที่จะปกป้องและรักษาสิทธิของตนเองมากขึ้นด้วย (วิโรจน์ ณ ระนอง, 2545) ความต้องการดังกล่าวส่งผลให้ต้องการมีปรับเปลี่ยนการจัดสรรอัตรากำลังในโรงพยาบาล และระหว่างโรงพยาบาลกับศูนย์สุขภาพชุมชนหรือศูนย์บริการสาธารณสุข ซึ่งส่วนใหญ่มักเป็นการบริหารจัดการกันภายในพื้นที่เอง บุคลากรจำนวนไม่น้อยที่มี ปัญหาทับรับบทบาทใหม่ของการให้บริการเนื่องจากความไม่เคยชิน และอาจไม่ได้รับการเตรียมพร้อมหรือฝึกอบรมอย่างเพียงพอ โดยเฉพาะในระยะแรก (วิโรจน์ ณ ระนอง, 2545; จิรุตม์ ศรีรัตนบัลล์, 2547)

4. การจัดระบบบริการที่เปลี่ยนแปลงไปทำให้เกิดความต้องการ ผู้ให้บริการสุขภาพพันธุ์ใหม่

แนวคิดของการจัดระบบบริการมีความเปลี่ยนแปลงไปจากสภาวะที่เป็นอยู่เดิมก่อนการเริ่มต้นของนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าค่อนข้างมาก มีการปรับเปลี่ยนรูปแบบการบริการต่างๆ ไปจากเดิม มีนวัตกรรมทางการจัดบริการที่ขยายผลไปในวงกว้างอันเนื่องมาจากการกำหนดชุดสิทธิประโยชน์ทางสุขภาพ และนโยบายในการให้ประชาชนเข้าถึงบริการระดับปฐมภูมิ การส่งต่อผู้ป่วยตลอดจนบริการด้านอุบัติเหตุและฉุกเฉินที่มีคุณภาพได้ เช่น การกำเนิดและขยายตัวของศูนย์สุขภาพชุมชน การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก เป็นต้น นอกจากนี้เกิดความต้องการใหม่ในด้านการจัดการเพื่อตอบสนองต่อความต้องการเชิงระบบ เช่น การจัดเครือข่ายบริการ การพัฒนาระบบบัญชีการเงินของโรงพยาบาล การทบทวนและการบริหารทรัพยากร การประกันมาตรฐานและการพัฒนาคุณภาพของบริการและสถานพยาบาลระดับต่างๆ (เกรียงศักดิ์ เอกพงษ์, 2546)

ความต้องการข้างต้นก่อให้เกิดความต้องการบุคลากรในระบบสุขภาพที่มีความรู้และทักษะและทักษะใหม่ๆ มีการวางแผนและการพัฒนาบุคลากรกลุ่มใหม่ เช่น แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว โรงพยาบาลเวชปฏิบัติ การฝึกอบรมและพัฒนาศูนย์บริการด้านการพัฒนาคุณภาพ เป็นต้น มีการส่งเสริมการฝึกอบรมเพิ่มเติมของแพทย์หรือบุคลากรทางการแพทย์อื่นๆ ที่มีการปฏิบัติงานอยู่แล้ว รวมถึงนโยบายในการผลิตแพทย์เพิ่มเพื่อรองรับภาวะการบริการและดูแลผู้ป่วยที่เพิ่มขึ้น อย่างไรก็ตามนโยบายการจัดสรรและการส่งเสริมการเรียนรู้ต่อของแพทย์เพื่อเป็นแพทย์เฉพาะทางของกระทรวงสาธารณสุขในระยะที่ผ่านมายังมีความไม่แน่นอนและเปลี่ยนแปลงอยู่เป็นระยะ

นโยบาย Medical Hub :

ปัจจัยแทรกแซงที่มองข้ามไม่ได้

นโยบายที่สำคัญของรัฐบาลเกี่ยวกับการพัฒนาทางสุขภาพนอกเหนือจากการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าแล้ว คงหนีไม่พ้นนโยบายที่จะให้ประเทศไทยเป็นศูนย์กลางของการให้บริการทางการแพทย์ในภูมิภาค หรือนโยบาย Medical Hub ที่อาจกล่าวได้ว่าเป็นครั้งแรกที่มีการมองบริการทางการแพทย์เป็นนโยบายเชิงเศรษฐกิจของรัฐบาลอย่างจริงจัง อย่างไรก็ตามนโยบาย Medical Hub จะมีผลกระทบกับการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ อย่างน้อยในระยะสั้น นโยบายดังกล่าวได้หันเหในการให้ลำดับความสำคัญเชิงนโยบายของกระทรวงสาธารณสุขและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องไปจากการสร้างและพัฒนาหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าให้กับประชาชนในประเทศไป

ความพยายามการทำข้อตกลงเปิดตลาดการค้าเสรีทางด้านสุขภาพกับประเทศคู่ค้า ตลอดจนนโยบาย Medical Hub เป็นการเปิดโอกาสให้เกิดการขายยาดัวของภาคธุรกิจสุขภาพอย่างกว้างขวาง การขยายตลาดทำให้เกิดอุปสงค์ต่อบริการ

และบุคลากรทางการแพทย์เพื่อให้บริการเพิ่มขึ้น ซึ่งเป็นที่ทราบกันดีว่าภาคเอกชนในระบบบริการสุขภาพไม่สามารถขยายความสามารถในการให้บริการโดยการผลิตบุคลากรทางการแพทย์ได้ด้วยตนเอง โดยเฉพาะแพทย์ผู้เชี่ยวชาญที่จะสามารถให้บริการแก่ชาวต่างชาติ ย่อมทำให้ต้องดึงบุคลากรทางการแพทย์เหล่านี้ไปจากภาครัฐ

ความพยายามในการดึงตัวแพทย์และบุคลากรอื่นๆ มักอาศัยแรงจูงใจจากค่าตอบแทนเป็นสำคัญ นโยบาย Medical Hub จะส่งผลให้ช่องว่างของการตอบแทนและรายได้ของแพทย์ของตลาดในประเทศระหว่างภาครัฐและเอกชน และระหว่างตลาดภายในประเทศและตลาดโลก ปรากฏชัดเจนยิ่งขึ้น การขยายอุปสงค์ของบริการในระยะที่อุปทานด้านแรงงานยังไม่เพียงพออาจทำให้เกิดการแข่งขันการให้ค่าตอบแทนที่จูงใจเพิ่มขึ้น ช่องว่างทางรายได้ระหว่างการทำงานในภาครัฐและเอกชนจะยิ่งกว้างเพิ่มไปอีก การเพิ่มค่าตอบแทนในภาครัฐอาจดูเหมือนเป็นการแก้ไขปัญหาดังกล่าวได้ระดับหนึ่ง แต่อาจมีผลเพียงระยะสั้น หากช่องว่างยังคงกว้างอยู่ และแน่นอนที่สุดที่นโยบายดังกล่าวจะส่งผลให้ต้นทุนของการให้บริการในภาครัฐสูงขึ้น

การผลิตบุคลากรทางการแพทย์ทดแทนเป็นทางแก้ปัญหาดังกล่าวที่ต้องใช้เวลามาก อาจทำให้เกิดช่องว่างในการผลิตและพัฒนาทรัพยากรบุคคลภายในประเทศอย่างน้อยในระยะเวลาประมาณ 10 ปี ยกตัวอย่างเช่น การผลิตแพทย์เพิ่มต้องใช้เวลา 6 ปีเพื่อให้ได้แพทย์ใหม่ที่จบการศึกษาแพทยศาสตรบัณฑิต และยังคงใช้เวลาอีกไม่ต่ำกว่า 3 - 6 ปีในการศึกษาต่อแพทย์ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทาง แพทย์ผู้เชี่ยวชาญเหล่านี้อาจต้องใช้เวลาอีกหลายปีในการสะสมประสบการณ์และความ

ชำนาญ โดยเฉพาะศัลยแพทย์ในบางสาขา การรับแพทย์จากต่างประเทศอาจแก้
ปัญหาความขาดแคลนในระยะสั้นได้ในระดับหนึ่ง แต่อาจทำให้เกิดปัญหาอื่นๆ
แทรกซ้อนตามมาได้อีก เช่น มาตรฐานการให้บริการ หรือการเร่งให้เกิดการต่อรอง
เพื่อดึงตัวบุคลากรออกจากภาครัฐ

ดังนั้นผลกระทบที่ค่อนข้างชัดเจนต่อการให้การดูแลสุขภาพเพื่อการ
สร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าแก่ประชาชนคือ "การให้บริการแบบสอง
มาตรฐาน" ทั้งนี้ด้วยกำลังซื้อของคนต่างชาติที่มากกว่า ซึ่งความแตกต่างนี้ไม่เพียง
จะจำกัดอยู่กับประเด็นด้านความสะดวกสบายของบริการภาคเอกชน แต่ยังคงครอบคลุม
ถึงศักยภาพความเชี่ยวชาญของบุคลากร เทคโนโลยีและอื่นๆ ในขณะที่ภาระงานของ
บุคลากรในภาครัฐที่จะมากขึ้นในระยะสั้น โดยเฉพาะกับกลุ่มแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ
และนโยบายดังกล่าวยังอาจส่งผลกระทบต่อการผลิตและพัฒนาบุคลากรในระยะ
ปานกลางถึงระยะยาวของประเทศ เนื่องจากความเป็นไปได้ในการสูญเสียแพทย์
และบุคลากรผู้เชี่ยวชาญในสาขาอื่นๆ จากสถาบันที่ทำหน้าที่ผลิตแพทย์และบุคลากร
ทางการแพทย์ไป

ข้อเสนอ สำหรับอนาคต

การจัดการกับปัญหาด้านทรัพยากรบุคคลเพื่อการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า เป็นสิ่งที่รัฐบาลต้องลงทุน และมีการดำเนินการอย่างจริงจังทั้งในระยะสั้นและระยะยาวโดยสังเขป

1. การดำเนินการระยะสั้น

- 1.1 วิจัยและสำรวจความต้องการด้านอัตรากำลัง ทั้งในด้านจำนวน ส่วนผสมระหว่างวิชาชีพ และความรู้ความสามารถในระบบบริการสุขภาพทั้งระบบ โดยอ้างอิงจากระดับมาตรฐานทางการบริการสุขภาพที่ต้องการ ทั้งนี้ควรศึกษาวิจัยระบบการประเมินภาระงานเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพของบุคลากรในระบบควบคู่ไปด้วย
- 1.2 ศึกษาวิจัยและจัดทำฐานข้อมูลทรัพยากรบุคคลทั้งในด้านจำนวน และวิชาชีพ โดยคำนึงถึงการกระจายของบุคลากรตามพื้นที่ และตามความต้องการหรือปัญหาสุขภาพของประชาชน นอกจากนี้ควรทบทวนการ

จัดสรรบุคลากรและกรอบอัตรากำลังของหน่วยบริการระดับต่างๆ เพื่อให้
เกิดความยืดหยุ่นรองรับยุทธศาสตร์การทำงาน ทำให้เกิดการดำเนินงานเป็นทีม
และทำงานทดแทนหรือสับเปลี่ยนกันได้ เช่น การจัดระบบทีมแพทย์ด้าน
ศัลยกรรมประสาท เป็นต้น

- 1.3 กำหนดศึกษาผลกระทบและความต้องการบุคลากร เมื่อมีการปรับเปลี่ยน
และริเริ่มนวัตกรรมด้านการบริการหรือการดูแลสุขภาพ ครอบคลุมอัตรากำลัง
ความรู้ความสามารถและทักษะ และสมดุของอัตรากำลังระหว่าง
วิชาชีพต่างๆ ในกระบวนการทำงาน
- 1.4 เพิ่มการลงทุนในการฝึกอบรมและพัฒนาบุคลากรอย่างจริงจัง โดยเฉพาะ
การพัฒนายกระดับความรู้และทักษะของบุคลากรผู้ให้บริการระดับต่างๆ
พัฒนาผู้ประกอบการวิชาชีพทดแทนกรณีผู้ให้บริการหลักตามคุณวุฒิมิ
จำนวนไม่เพียงพอที่จะปฏิบัติหน้าที่ได้ และการพัฒนาศักยภาพเชิงบริหาร
ของผู้บริหารระดับต่างๆ ในสถานพยาบาล
- 1.5 ปรับระบบการตอบแทนบุคลากรที่สอดคล้องกับสภาพตลาด ตลอดจน
ความเป็นอยู่ในภาพรวมทั้งในรูปแบบที่เป็นเงินและสวัสดิการอื่นๆ เพื่อส่งเสริม
การกระจายบุคลากรออกไปสู่พื้นที่ที่ต้องการ ซึ่งต้องมีการปรับเปลี่ยน
กฎระเบียบราชการต่างๆ ที่เกี่ยวข้องของหน่วยงานอื่นนอกเหนือจาก
กระทรวงสาธารณสุข ตลอดจนการจัดสรรงบประมาณที่เพียงพอต่อการ
ดำเนินการดังกล่าว
- 1.6 ชะลอนโยบายที่ไม่จำเป็นต่อปัญหาสุขภาพของประชาชนในประเทศที่
ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลง ภาวะแวดล้อมในระบบบริการสุขภาพที่จะส่งผล
กระทบกระเทือนต่อปัญหาทรัพยากรบุคคลออกไปก่อน

2. การดำเนินการระยะยาว

- 2.1 การพัฒนาหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าควรเป็นไปอย่างมีทิศทาง มีการทบทวนความต้องการทางสุขภาพ มีการวางแผนด้านทรัพยากรทางการเงินที่ยืดหยุ่น และกำหนดรูปแบบการจัดระบบบริการที่นำสู่แผนการพัฒนาด้านทรัพยากรบุคคลที่ชัดเจน
- 2.2 ทบทวนสถานการณ์และวางแผนการผลิตบุคลากรทางสุขภาพในระยะยาวที่มีความชัดเจน และต่อเนื่อง สัมพันธ์กับการวิเคราะห์และวางเส้นทางความก้าวหน้าของการทำงานในสายอาชีพ (Career path) ของบุคลากรในกลุ่มต่างๆ ไปพร้อมกัน โดยเฉพาะในส่วนของพัฒนาแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวและแพทย์ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทาง
- 2.3 วางระบบจัดการทรัพยากรบุคคลที่สมบูรณ์ เชื่อมโยงการผลิต การสรรหา การพัฒนา การตอบแทนการส่งเสริมความก้าวหน้าและการปรับเปลี่ยนโยกย้ายทดแทน ควรส่งเสริมการกระจายบุคลากรทางการแพทย์ไปสู่พื้นที่ที่ขาดแคลนอย่างเหมาะสม เชื่อมโยงกับการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมในพื้นที่ดังกล่าว พัฒนาระบบการส่งต่อที่มีประสิทธิภาพและใช้เทคโนโลยีด้านสารสนเทศเข้าเสริมในพื้นที่ขาดแคลน เพื่อให้เกิดความยั่งยืนของระบบบริการ

เอกสารอ้างอิง

- เกรียงศักดิ์ วัชรนุกุลเกียรติ. (2547). การบริหารระบบ. เอกสารวิชาการประกอบการประชุมวิชาการพลังปัญญาสู่การพัฒนาหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.
- เกรียงศักดิ์ เอกพงษ์ และคณะ. (2547). การบริหารระบบ. เอกสารวิชาการประกอบการประชุมวิชาการพลังปัญญาสู่การพัฒนาหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.
- จิรุตม์ ศรีรัตนบัลล์และคณะ. (2547). โครงการระบบบริการสุขภาพและการเงินที่เหมาะสมในเขตกรุงเทพมหานคร และบทบาทของกรุงเทพมหานครภายใต้การปฏิรูปรุ่นที่ 3 ของระบบสุขภาพของประเทศไทย. รายงานวิจัย.
- จิรุตม์ ศรีรัตนบัลล์ และคณะ (2548). คำถามการวิจัยและปัญหาที่ควรได้รับการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับคุณภาพของบริการสุขภาพในประเทศไทย. รายงานวิจัย. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข. (อยู่ระหว่างการจัดทำรายงานฉบับสมบูรณ์)
- ทักษพล ธรรมรังสี. (2547). ข้อเสนอเชิงนโยบายเพื่อนำไปสู่การกระจายแพทย์ที่เหมาะสมภายใต้หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า. รายงานวิจัยอยู่ระหว่างการดำเนินการ. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.
- วิโรจน์ ณ ระนองและคณะ. (2545) โครงการติดตามประเมินผลการจัดหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าปีหนึ่ง (2544-45). รายงานวิจัย. สถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.
- สังคีต พิริยะรังสรรค์ และคณะ. (2547). โครงการวิจัยความคิดเห็นของประชาชนต่อหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าภายใต้ความรับผิดชอบร่วมกัน. กรุงเทพฯ: สภาที่ปรึกษาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ.

ห้องสมุด ๓๐๐ ปี สมเด็จพระนางเจ้า



00003701



จัดพิมพ์โดย

สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข

อาคาร 3 ชั้น 5 ตึกกรมสุขภาพจิต ในบริเวณกระทรวงสาธารณสุข

ถนนติวานนท์ อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี 11000

โทรศัพท์ : 0-2951-1286-93 โทรสาร : 0-2951-1295

e-mail address : hsri@hsri.or.th

homepage : www.hsri.or.th