

## (ร่าง) แผนแม่บทพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพแห่งชาติ ระยะ 10 ปี (พ.ศ.2560-2569)

### 1. ความเป็นมา

กำลังคนด้านสุขภาพ (Human Resources for Health) เป็นทรัพยากรที่มีความสำคัญในระบบสุขภาพ เป็นปัจจัยแห่งความสำเร็จหรือความล้มเหลวของการดำเนินงานด้านสุขภาพ เพราะเป็นทั้งผู้สร้างและผู้นำเทคโนโลยีด้านสุขภาพไปใช้ อีกทั้งเป็นผู้บริหารจัดการระบบบริการสุขภาพ เพื่อให้เกิดสุขภาพที่ดีขึ้นในหมู่ประชาชน ดังนั้น ในการพัฒนาสุขภาพของประชาชน และยกระดับขีดความสามารถในการแข่งขันของประเทศ ระบบสุขภาพจำเป็นต้องมีกำลังคนที่เพียงพอ มีการกระจายอย่างเท่าเทียม มีสัดส่วนประเภทกำลังคนที่เหมาะสม มีกำลังคนที่มีความรู้ความสามารถ และมีแรงจูงใจในการปฏิบัติงานมีกระบวนการมีส่วนร่วมจากภาคประชาชน ทั้งนี้ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพต้องมีความเหมาะสมด้วย ดังนั้น การจัดทำยุทธศาสตร์การปฏิรูปกำลังคนด้านสุขภาพของประเทศ ควรครอบคลุมกำลังคนด้านสุขภาพทั้งภาครัฐและเอกชน รวมถึงมีการวางแผนความต้องการ การผลิต และการบริหารจัดการเพื่อให้เกิดประสิทธิภาพสูงสุด สอดคล้องกับวิสัยทัศน์ประเทศไทย และยุทธศาสตร์ 20 ปี รวมทั้งสามารถตอบสนองทิศทางการพัฒนาระบบสุขภาพของประเทศและความท้าทายในอนาคต

แผนยุทธศาสตร์ทศวรรษกำลังคนด้านสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2550-2559 ได้รับการเห็นชอบโดยคณะรัฐมนตรีเมื่อวันที่ 24 เมษายน พ.ศ.2550 ให้ใช้เป็นแผนยุทธศาสตร์หลักในการพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพของประเทศ โดยมีวัตถุประสงค์ให้เป็นร่มใหญ่เพื่อกำหนดทิศทางการดำเนินการพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพในช่วง 10 ปีข้างหน้า โดยกำหนดให้ “คณะกรรมการกำลังคนด้านสุขภาพแห่งชาติ” เป็นกลไกหลักในการขับเคลื่อนแผนยุทธศาสตร์ไปสู่การปฏิบัติที่เป็นรูปธรรม

สาระสำคัญของแผนยุทธศาสตร์ทศวรรษกำลังคนด้านสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2550-2559 ประกอบด้วย 5 ยุทธศาสตร์ ได้แก่

- 1) สร้างและพัฒนากลไกในการกำหนดนโยบายและยุทธศาสตร์กำลังคนด้านสุขภาพที่สอดคล้องกับระบบสุขภาพของประเทศ
- 2) ปรับเปลี่ยนระบบการผลิตและพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพเพื่อให้ได้กำลังคนที่เพียงพอ สามารถตอบสนองต่อความต้องการด้านสุขภาพของประชาชน มีความสอดคล้องกับระบบบริการสุขภาพและระบบอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง นำไปสู่การสร้างความเสมอภาคในระบบสุขภาพ

- 3) ปรับเปลี่ยนระบบการบริหารจัดการกำลังคนด้านสุขภาพเพื่อให้มีการกระจายบุคลากรอย่างเป็นธรรม สามารถคงอยู่ในระบบและสามารถปฏิบัติงานได้อย่างมีประสิทธิภาพและมีความสุข
- 4) สร้างและการจัดการความรู้เพื่อนำไปสู่การพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพที่มีประสิทธิภาพ และสอดคล้องกับบริบทของระบบสุขภาพ ของประเทศ และ
- 5) ส่งเสริมและพัฒนาภูมิปัญญาไทยและผู้ที่อยู่ดูแลสุขภาพในชุมชนให้มีบทบาทในการดูแลปัญหาสุขภาพของประชาชนในระดับพื้นที่และส่งเสริมสุขภาพของชุมชน

ปัจจุบันการดำเนินงานตามแผนยุทธศาสตร์ทศวรรษกำลังคนด้านสุขภาพแห่งชาติ ได้ดำเนินการมาครบแผน 10 ปี ในช่วงที่ผ่านคณะกรรมการกำลังคนด้านสุขภาพแห่งชาติ กระทรวงสาธารณสุข และหน่วยงานต่างๆที่เกี่ยวข้อง ได้มีการขับเคลื่อนแผนยุทธศาสตร์ในประเด็นต่างๆ มาระดับหนึ่ง จึงเห็นสมควรให้มีการทบทวนแผนยุทธศาสตร์ดังกล่าว รวมถึงการวิเคราะห์ปัจจัยเงื่อนไขสำคัญที่ส่งผลต่อความสำเร็จในการขับเคลื่อนแผนฯ พร้อมจัดทำข้อเสนอเพื่อให้การขับเคลื่อนแผนยุทธศาสตร์ทศวรรษกำลังคนด้านสุขภาพฯ เป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพตามเจตนารมณ์

คณะกรรมการกำลังคนด้านสุขภาพแห่งชาติ แต่งตั้ง “คณะอนุกรรมการยกร่างแผนยุทธศาสตร์ทศวรรษกำลังคนด้านสุขภาพ พ.ศ.2560-2569” ที่ประกอบด้วยผู้ที่เกี่ยวข้องจากภาคส่วนต่างๆ โดยมีบทบาทหน้าที่ในการทบทวนการดำเนินนโยบายที่เกี่ยวกับงานกำลังคนด้านสุขภาพ ตลอดจนสังเคราะห์ระบบบริการสุขภาพในอนาคต เพื่อนำมากำหนดแผนยุทธศาสตร์กำลังคนด้านสุขภาพให้ครอบคลุมบริบทของการเปลี่ยนแปลงต่างๆ ในอนาคต 10 ปี

## 2. สถานการณ์กำลังคนด้านสุขภาพ

ปัจจุบันกำลังคนด้านสุขภาพในวิชาชีพต่างๆ ขึ้นมากกว่าในอดีตพอสมควรจากการที่รัฐมีนโยบายเพิ่มการผลิตอย่างต่อเนื่อง จำนวนบุคลากรในวิชาชีพต่างๆ แสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนกำลังคนด้านสุขภาพสาขาอาชีพต่างๆ ที่มีอยู่ในปัจจุบัน

	จำนวนที่มีอยู่(คน)	สัดส่วนต่อประชากร	แหล่งข้อมูล
กลุ่มวิชาชีพ			
1. แพทย์	50,573	1,292	จำนวนแพทย์ที่ขึ้นทะเบียน แพทยสภา (31 ธค.2558)

2. พยาบาล	158,317	419	สภาการพยาบาล (2559)
3. ทันตบุคลากร			
● ทันตแพทย์	11,575	5,643	สำนักทันตสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข (2558)
● ทันตภิบาล	6,818	9,581	สำนักทันตสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข (2558)
4. เภสัชกร	26,187	2,494	สภาเภสัชกรรม (2557)
5. เทคนิคการแพทย์	15,200	4,298	สภาเทคนิคการแพทย์
6. กายภาพบำบัด	10,065 (Active 4,355)	6,490 (Active 14,999)	สภากายภาพบำบัด
7. สัตวแพทย์	8,000	8,165	สัตวแพทย์สภา
8. สาธารณสุข			
● นักวิชาการสาธารณสุข	27,035	2,416	<a href="http://gishealth.moph.go.th/healthmap/resource.php">http://gishealth.moph.go.th/healthmap/resource.php</a> สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข
● เจ้าหน้าที่งานสาธารณสุขชุมชน	27,006	2,419	<a href="http://gishealth.moph.go.th/healthmap/resource.php">http://gishealth.moph.go.th/healthmap/resource.php</a> สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข
9. แพทย์แผนไทย/แผนไทยประยุกต์	30,371	2,151	สภาการแพทย์แผนไทย (2559)

อย่างไรก็ตามถึงแม้ว่า ผลของการเพิ่มการผลิต ตลอดระยะเวลากว่า 20 ปีที่ผ่านมา โดยเน้นการรับนักศึกษาจากชนบทและการบังคับการทำงานชดใช้ทุนหลังจบการศึกษา (Compulsory Service) เช่น โครงการผลิตแพทย์เพิ่มเพื่อชาวชนบท การผลิตพยาบาลของกระทรวงสาธารณสุข และสถาบันการศึกษาพยาบาลภาครัฐ รวมทั้ง นโยบายการเพิ่มค่าตอบแทนประเภท Hardship allowance เพื่อดึงดูดบุคลากรไว้ในชนบท นโยบายการให้ทุนการศึกษาต่อ รวมทั้งการบรรจุเข้ารับราชการ ซึ่งเป็นปัจจัยดึงดูดที่มีความสำคัญต่อกำลังคนโดยเฉพาะพยาบาลวิชาชีพอย่างมาก ทำให้มีกำลังคนด้านสุขภาพ 4 สาขาหลัก ได้แก่ แพทย์ ทันตแพทย์ เภสัชกร และ พยาบาลวิชาชีพ เพิ่มขึ้นอย่างเห็นได้ชัดเจนเมื่อเปรียบเทียบกับในอดีต แต่อย่างไรก็ตามยังมีปัญหาการกระจายของกำลังคนในสาขาต่างๆระหว่างในเขตเมือง โดยเฉพาะอย่างยิ่ง กรุงเทพมหานครและพื้นที่ชนบทอยู่

## สถานการณ์การผลิตกำลังคนด้านสุขภาพในปัจจุบัน

ศักยภาพของสถาบันการศึกษาในการผลิตบุคลากรด้านสุขภาพของประเทศไทยเพิ่มขึ้นมาเป็นลำดับ นับตั้งแต่ปี พ.ศ.2535 เป็นต้นมาที่เริ่มมีโครงการผลิตแพทย์ พยาบาลเพิ่ม จนกระทั่งปัจจุบัน มีการผลิตกำลังคนด้านสุขภาพทั้งจากสถาบันการศึกษาภาครัฐและเอกชน แต่อย่างไรก็ตามเมื่อเปรียบเทียบกับประเทศใน ASEAN พบว่า ประเทศไทย มีการผลิตแพทย์ ในสัดส่วน 4.58 คนต่อประชากรแสนคนต่อปี และมีการผลิตพยาบาล 14.78 คน ต่อประชากรแสนคนต่อปี ซึ่งอยู่อันดับ 7 ของภูมิภาค ในขณะที่มาเลเซีย มีความสามารถในการผลิตแพทย์ และพยาบาล ในอัตรา 12 และ 32.8 คนต่อประชากรแสนคนต่อปี ตามลำดับ เช่นเดียวกับเวียดนาม ที่มีแผนเพิ่มการผลิตแพทย์ และพยาบาล ในสัดส่วน 11.6 คนต่อประชากรแสนคน

ศักยภาพในการผลิตกำลังคนด้านสุขภาพทั้งจากภาครัฐและเอกชน แสดงในตารางที่ 2 อย่างไรก็ตาม ไม่ได้รวมถึงบุคลากรที่จบการศึกษาจากต่างประเทศ ซึ่งในแต่ละวิชาชีพมีจำนวนไม่มากนัก

### ตารางที่ 2 ความสามารถในการผลิตกำลังคนด้านสุขภาพสาขาอาชีพต่างๆ

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

\* จำนวนนักศึกษาที่กำลังศึกษาอยู่จริง สํารวจโดยสถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข

### 3. ปัจจัยสำคัญที่จะส่งผลกระทบต่อระบบสุขภาพกำลังคนด้านสุขภาพ

ระบบสุขภาพไทยในปัจจุบัน กำลังเผชิญกับสถานการณ์ที่ท้าทายจากการเปลี่ยนแปลงที่รวดเร็วรอบด้าน ซึ่งเมื่อพิจารณาแนวโน้มการเปลี่ยนแปลงในบริบทระดับมหภาคแล้วจะพบว่า มีประเด็นหลัก ๆ ที่น่าจะส่งผลกระทบต่อระบบสุขภาพอยู่หกประการ คือ

- 1) การเปลี่ยนแปลงประชากรทั้งในส่วนของการเข้าสู่สังคมสูงอายุ การขยายตัวของเมือง การย้ายถิ่น และการเพิ่มสัดส่วนของชนชั้นกลาง
- 2) ระบบต่างๆ จะมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะวิกฤติ(shock) มากขึ้น ทั้งจากสาธารณภัยต่าง ๆ การระบาดของโรคติดเชื้อและภาวะถดถอยทางเศรษฐกิจ
- 3) ทรัพยากรและงบประมาณโดยเฉพาะจากส่วนกลางจำกัดเนื่องมาจากความไม่แน่นอนทางการเมืองส่งผลกระทบต่อบาทบาทกลไกภาครัฐในขณะที่บทบาทท้องถิ่นและกลุ่มสังคมมีมากขึ้น
- 4) ในขณะเดียวกัน บทบาทของปัจจัยและบริบทนอกประเทศ ทั้งในส่วนของประเทศที่มีพรมแดนติดต่อกัน (cross border) ในระดับภูมิภาค และในระดับโลก มีความสำคัญมากขึ้น
- 5) เทคโนโลยีและสารสนเทศนำไปสู่เครื่องมือใหม่ๆ ให้ประชาชนทั่วไปมีส่วนร่วมในการจัดการตนเอง รวมถึงการจัดการสุขภาพมากขึ้น
- 6) ความเหลื่อมล้ำในด้านต่าง ๆ ยังคงมีอยู่อย่างต่อเนื่องและปัญหาที่ตามมา

การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างของประชากรทำให้เข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างรวดเร็ว โดยคาดประมาณว่าในอีก 3 ปีข้างหน้าประเทศไทยจะเป็นสังคมสูงอายุอย่างเต็มตัว รวมทั้งการเปลี่ยนแปลงทางระบาดวิทยาที่ประชาชน มีแนวโน้มเจ็บป่วยด้วยโรคไม่ติดเชื้อ และความเจ็บป่วยเรื้อรัง รวมทั้งปัญหาความเสื่อมของร่างกายที่ทำให้ผู้สูงอายุอยู่ในภาวะที่ต้องพึ่งพา ในขณะที่ประชากรวัยเด็กและวัยแรงงานลดลง จนอาจเกิดปัญหาการขาดแคลนแรงงานที่จะให้บริการด้านสุขภาพ รวมทั้งการเปลี่ยนแปลงทางสังคมเศรษฐกิจ มีการขยายตัวของความเป็นสังคมเมือง มีการเชื่อมต่อการค้าการลงทุนทั่วโลก ตลอดจนความก้าวหน้าทางวิทยาศาสตร์ และการใช้เทคโนโลยีในทางการแพทย์ การขยายตัวของสื่อสังคมออนไลน์ และความแพร่หลายของข้อมูลข่าวสาร ที่ทำให้ประชาชนมีความคาดหวังต่อคุณภาพของระบบบริการมากขึ้น รวมทั้งความครอบคลุมของหลักประกันสุขภาพที่มีการขยายชุดสิทธิประโยชน์ และทำให้ประชาชนเข้าถึงบริการเพิ่มมากขึ้น ในขณะที่งบประมาณภาครัฐเริ่มมีจำกัด ไม่เพียงพอต่อการเพิ่มขึ้นของค่าใช้จ่ายด้านสาธารณสุข

ขณะเดียวกัน นอกเหนือจากการเปลี่ยนแปลงในบริบทมหภาคแล้ว แนวโน้มประเด็นปัญหาในระบบสุขภาพที่เปลี่ยนไป เช่น ภาระจากโรคติดต่อลดลง ภาระจากโรคเอดส์ลดลงและมีแนวโน้มรักษาได้ ภาระจากโรคเรื้อรัง โรคมะเร็งเพิ่มขึ้นแต่ โรคระบาด เชื้ออุบัติใหม่ เชื้อดื้อยา ยังคงเป็นประเด็นท้าทายที่สำคัญ ปัจจัยเสี่ยงที่สัมพันธ์กับรายได้ เช่น ภาวะน้ำหนักเกิน น้ำตาลสูง ไขมันสูง ยังคงเพิ่มขึ้นต่อเนื่อง ในส่วนของการรักษาพยาบาล นวัตกรรมใหม่ๆ ในบางโรคมียุทธศาสตร์การรักษายาบาลที่เน้นการปรับรูปแบบวิธีการเฉพาะแต่ละราย(customized targeted care) โดยอาศัยเทคโนโลยีใหม่ ๆ เข้ามาช่วยในขณะที่การจัดระบบบริการมีแนวโน้มจะเน้นการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยและชุมชนในการดูแลสุขภาพ มีการจัดระบบมาตรฐานในการดูแลที่ลดความแตกต่างและเพิ่มประสิทธิภาพในการรักษาพยาบาล

การเปลี่ยนแปลงดังกล่าวล้วนเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้ความต้องการกำลังคนด้านสุขภาพของประเทศเพิ่มมากขึ้น แต่ปัญหาความขาดแคลนกำลังคนด้านสุขภาพในหน่วยบริการภาครัฐ โดยเฉพาะหน่วยบริการของกระทรวงสาธารณสุขในปัจจุบัน ดูเหมือนจะทวีความรุนแรงมากขึ้น ดังจะเห็นได้จากสภาพผู้ป่วยล้นโรงพยาบาล ผู้ป่วยรอนาน หรือจำเป็นต้องรอรับการรักษาพยาบาลบางอย่างจนบางครั้งอาการเจ็บป่วยทรุดลง รวมถึงการมีประเด็นท้าทายในการบริหารจัดการด้านกำลังคน จากการขาดอัตราตำแหน่งข้าราชการ รวมทั้งงบประมาณที่มีไม่เพียงพอในการเพื่อการจ้างงาน มีการลาออกจากงานของบุคลากรที่มาจากหลายสาเหตุ อาทิ จากสภาพการทำงานหนักเกินกำลัง ขาดขวัญกำลังใจจากความไม่ก้าวหน้า ค่าตอบแทนไม่เหมาะสม และความไม่มั่นคงในระบบการจ้างงานแบบชั่วคราว ปัญหาเหล่านี้ แม้จะมีการแก้ไขมาเป็นระยะๆ เช่น การผลิตกำลังคนเพิ่ม การผูกพันให้บุคลากรทำงานชดใช้ทุนในภาครัฐ แต่ปัญหายังคงอยู่และมีความซับซ้อนมากขึ้นเรื่อยๆ ดังนั้นจึงจำเป็นต้องมีการแก้ปัญหาในเชิงยุทธศาสตร์อย่างเป็นระบบ

#### 4. นโยบายและยุทธศาสตร์ที่เกี่ยวข้อง

รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ.2560 มีบทบัญญัติให้ รัฐต้องดำเนินการให้ประชาชนได้รับบริการสาธารณสุขที่มีประสิทธิภาพอย่างทั่วถึงเสริมสร้างให้ประชาชนมีความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค และส่งเสริม และสนับสนุนให้มีการพัฒนาภูมิปัญญาด้านแพทย์แผนไทยให้เกิดประโยชน์สูงสุด นอกจากนี้ยังระบุให้มีระบบการแพทย์ปฐมภูมิที่มีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวดูแลประชาชนในสัดส่วนที่เหมาะสม

แผนยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปีระบุเป้าหมายภาพอนาคตประเทศไทยที่ต้องบรรลุภายในปี 2579 คือ การขับเคลื่อนประเทศให้ก้าวไปสู่ประเทศที่พัฒนาแล้ว โดยเมื่อพิจารณาสาระสำคัญในแต่ละยุทธศาสตร์ อาจแบ่งกลุ่มเพื่อเชื่อมโยงสู่การจัดการกำลังคนด้านสุขภาพ เป็น 2 กลุ่มหลักๆ ได้แก่ กลุ่มที่เกี่ยวข้องกับการปฏิรูประบบสุขภาพ ที่ระบุถึงการสร้างโอกาสและความเสมอภาคทางสังคม มีประเด็นเรื่องการพัฒนากระบวนการจัดการหลักประกันสุขภาพ การเข้าถึงบริการทางสังคมอย่างทั่วถึง โดยใช้เทคโนโลยีสารสนเทศ การใช้ทรัพยากรร่วมกัน และการลงทุนร่วมกันระหว่างรัฐและเอกชน และการปรับสมดุลและพัฒนาระบบการบริหารจัดการภาครัฐ โดยการปรับปรุงบทบาท ภารกิจ และโครงสร้างของหน่วยงานภาครัฐ มีการการถ่ายโอนภารกิจที่สำคัญ เช่น นโยบายสาธารณสุข เพื่อการกระจายอำนาจสู่ท้องถิ่น ตลอดจนการพัฒนากระบวนการจัดการกำลังคนภาครัฐ กลุ่มที่สอง กลุ่มที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนากำลังคน ระบุถึง ยุทธศาสตร์การเพิ่มความสามารถในการแข่งขัน ซึ่งกล่าวถึงการพัฒนาธุรกิจบริการสุขภาพ การมุ่งสู่การเป็นศูนย์กลางบริการทางการแพทย์ (Medical Service Hub) ของภูมิภาค และยุทธศาสตร์ การพัฒนาและเสริมสร้างศักยภาพทรัพยากรมนุษย์ การพัฒนาศักยภาพคนตลอดช่วงชีวิต ทั้งนี้ได้เน้นการปฏิรูปกระบวนการเรียนรู้แบบพลิกโฉม (Transformation of Learning) โดยเน้นพัฒนาระบบการประเมินและการรับรองคุณภาพที่เน้นผลลัพธ์ที่ตัวผู้เรียน การเพิ่มประสิทธิภาพระบบบริหารจัดการศึกษาทุกระดับ รวมทั้งการเพิ่มประสิทธิภาพการคลังการศึกษา เช่น จัดสรรงบประมาณตรงสู่ผู้เรียน ส่งเสริมการมีส่วนร่วมจากภาคเอกชนในการจัดการศึกษา

แผนปฏิรูปประเทศ ด้านสาธารณสุข ระบุเป้าหมาย คือ ประชาชนทุกภาคส่วน มีความรอบรู้ด้านสุขภาพ มีส่วนร่วมในการวางระบบในการดูแลสุขภาพ ได้รับโอกาสที่เท่าเทียมกันในการเข้าถึงบริการสาธารณสุขที่จำเป็น อยู่ในสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการมีสุขภาวะ ตามหลักปรัชญาของเศรษฐกิจพอเพียง ภายใต้ระบบสาธารณสุขที่เป็นเอกภาพและการอภิบาลระบบที่ดี อันประกอบไปด้วย 4 ประเด็นการปฏิรูป คือ ด้านระบบบริหารจัดการด้านสุขภาพ ด้านระบบบริการสุขภาพ ด้านการคุ้มครองผู้บริโภค และด้านความยั่งยืนและเพียงพอด้านการเงิน การคลังสุขภาพ สำหรับส่วนที่เกี่ยวข้องกับระบบกำลังคนด้านสุขภาพ ให้จัดระบบบริการในเขตพื้นที่ออกแบบให้รองรับสภาพปัญหา ภายใต้การใช้ทรัพยากรคุ้มค่า หน่วยงานระดับต่างๆมีสมรรถนะในการบริหารจัดการกำลังคนด้านสุขภาพ สัดส่วนกำลังคนต่อประชากรระดับประเทศเพียงพอสอดคล้องระดับการพัฒนา และไม่มีพื้นที่ขาดแคลนซ้ำซาก โดยเน้นที่การพัฒนากำลังคนสุขภาพด้านปฐมภูมิ กำลังคนด้านการแพทย์แผนไทยและการแพทย์พื้นบ้าน กำลังคนด้านการแพทย์ฉุกเฉิน กำลังคนด้านส่งเสริมและป้องกันโรค และกำลังคนด้านการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพ

## 5. ระบบบริการสุขภาพที่พึงประสงค์ของประเทศไทยในอนาคต

เพื่อที่จะตอบสนองการเปลี่ยนแปลง และปัจจัยทางนโยบายต่างๆ ดังที่ได้กล่าวมาแล้ว ระบบบริการสุขภาพของประเทศจำเป็นต้องรักษาสมดุลทั้งในงานส่งเสริม รักษา ป้องกัน และฟื้นฟู และเพื่อที่จะสร้างสุขภาพของประชาชนไทย และลดอัตราการเจ็บป่วยที่ไม่จำเป็น จึงจำเป็นต้องมุ่งพัฒนาการดูแลนอกโรงพยาบาล (non-hospital care) โดยเฉพาะอย่างยิ่งการสร้างความเข้มแข็งให้กับบริการปฐมภูมิ (Primary care) ทั้งในเรื่องโครงสร้างพื้นฐาน ศักยภาพของเครื่องมือและอุปกรณ์ทางการแพทย์ ตลอดจนกำลังคนด้านสุขภาพ ทั้งในประเภท จำนวน และสมรรถนะที่เหมาะสม

นอกจากนี้ระบบบริการสุขภาพมีความจำเป็นที่จะต้องนำเทคโนโลยีมาใช้ เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพและคุณภาพของการรักษา ซึ่งจะส่งผลให้ลดค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพของประเทศในระยะยาว

ระบบบริการสุขภาพของประเทศในอนาคต จำเป็นต้องมีการใช้ทรัพยากรร่วมกันระหว่างหน่วยงานต่างๆ ทั้งในภาครัฐและเอกชน ในอันที่จะสามารถตอบสนองความต้องการด้านสุขภาพจากประชาชนไทยในประเทศ และความต้องการด้านสุขภาพจากผู้ใช้บริการชาวต่างชาติเพื่อที่จะเสริมสร้างความมั่นคงทางเศรษฐกิจ

## 6. กระบวนการจัดทำแผนแม่บทกำลังคนด้านสุขภาพแห่งชาติ ระยะที่ 2

คณะกรรมการกำลังคนด้านสุขภาพแห่งชาติ แต่งตั้ง “คณะอนุกรรมการยกร่างแผนยุทธศาสตร์ทศวรรษกำลังคนด้านสุขภาพ พ.ศ.2560-2569” ที่ประกอบด้วยผู้ที่เกี่ยวข้องจากภาคส่วนต่างๆ โดยมีบทบาทหน้าที่ในการทบทวนการดำเนินนโยบายที่เกี่ยวกับงานกำลังคนด้านสุขภาพ ตลอดจนสังเคราะห์ระบบบริการสุขภาพในอนาคต เพื่อนำมากำหนดแผนยุทธศาสตร์กำลังคนด้านสุขภาพให้ครอบคลุมบริบทของการเปลี่ยนแปลงต่างๆ ในอนาคต 10 ปี ได้มีการประชุมคณะอนุกรรมการไป จำนวน 3 ครั้ง

เพื่อให้กระบวนการยกร่างแผน ดำเนินการภายใต้การมีส่วนร่วมจากทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้อง จึงได้มีการจัดประชุมสัมมนาเชิงปฏิบัติการ จำนวน 3 ครั้ง ในเดือน เมษายน, มิถุนายน และตุลาคม 2561 เพื่อดำเนินการยกร่างแผนยุทธศาสตร์ดังกล่าว โดยผู้เข้าร่วมสัมมนาประกอบด้วยตัวแทนผู้ผลิตในสาขาวิชาชีพต่างๆ ตัวแทนผู้ให้บริการจากภาครัฐและเอกชน ตลอดจนผู้ให้บริการจากกองทัพ และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น การสัมมนาเชิงปฏิบัติการดังกล่าวยังได้มีตัวแทนจากภาคประชาสังคมเข้าร่วมเพื่อให้ความเห็นด้วย โดยมีผู้เข้าร่วมสัมมนาเชิงปฏิบัติการในแต่ละครั้ง จำนวน 70 คน

ทางอนุกรรมการได้นำแผนเข้ารับฟังความคิดเห็นสาธารณะในรอบแรก ในการประชุมวิชาการประจำปี ระดับชาติ “การพัฒนาการศึกษาสำหรับบุคลากรสุขภาพ” ครั้งที่ 5 วันที่ 12-13 พฤศจิกายน 2561 โดยมี ผู้เข้าร่วมประชุมเป็นผู้กำหนดนโยบาย ผู้บริหารการศึกษา และคณาจารย์ในสถาบันการศึกษา จำนวน 500 คน

## 7. หลักการสำคัญของแผนแม่บทพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพ

- 1) เชื่อมโยงกับแผนปฏิรูปประเทศด้านสาธารณสุข และยุทธศาสตร์อื่นๆที่เกี่ยวข้อง เพื่อสร้างสมดุล ระหว่างการพัฒนากำลังคนเพื่อลดความเหลื่อมล้ำในการเข้าถึงบริการของคนในประเทศและการ พัฒนาเพื่อสร้างความมั่งคั่งของประเทศ
- 2) เน้นการทำงานร่วมระหว่างทีมวิชาชีพ (health professions) และกลุ่มอื่นๆ เช่น Non-professions บนการทำงานร่วมกันเป็นทีมที่สามารถปรับตัวเข้ากับสถานการณ์ต่างๆได้ (Transformative team)
- 3) เชื่อมโยงกับการออกแบบระบบบริการที่เน้นคุณค่า (Value health service)
- 4) ผลักพลังการทำงาน (Synergy) ระหว่างผู้ผลิต ผู้ใช้ องค์กรวิชาชีพ และภาคประชาสังคม
- 5) วางระบบติดตามการดำเนินงานของแผน ภายใต้ระบบฐานข้อมูลที่ดี และการใช้องค์ความรู้เชิง ประจักษ์
- 6) เน้นกระบวนการมีส่วนร่วมในทุกขั้นตอน

## 8. วิสัยทัศน์ และ พันธกิจ

**วิสัยทัศน์ :** ประชาชนสุขภาพดี เจ้าหน้าที่มีความสุข ระบบสุขภาพยั่งยืน

**พันธกิจ :** แผนแม่บทกำลังคนด้านสุขภาพแห่งชาติ จะเป็นเครื่องมือในการกำหนดกรอบทิศทาง และ พัฒนากลไกที่จะนำไปสู่การดำเนินงานเพื่อให้ได้กำลังคนด้านสุขภาพที่ตอบสนองระบบสุขภาพของ ประเทศ

## 9. เป้าประสงค์

- 1) ประชาชน – เข้าถึงบริการสุขภาพและบริการสาธารณสุขที่ได้มาตรฐานมีคุณภาพอย่างครอบคลุมทั่วถึง รวมถึงได้รับการส่งเสริมสนับสนุนความรู้ เพื่อนำไปสู่การสร้างสุขภาวะและคุณภาพชีวิตที่ดี
- 2) หน่วยบริการด้านสุขภาพ – มีกำลังคนด้านสุขภาพที่เพียงพอ มีคุณลักษณะที่เหมาะสมต่อการจัดบริการสุขภาพตามมาตรฐาน และมีการบริหารจัดการกำลังคนที่สามารถตอบสนองกับการพัฒนาระบบบริการสุขภาพในแต่ละช่วงเวลา ภายใต้ค่าใช้จ่ายที่เหมาะสม
- 3) ระบบการศึกษาและการผลิตกำลังคนด้านสุขภาพ – มีศักยภาพและขีดความสามารถในการผลิตและพัฒนากำลังคนที่ตอบสนองต่อความต้องการของระบบสุขภาพในปัจจุบันและอนาคต
- 4) กำลังคนด้านสุขภาพ – มีความสุขในการทำงาน ภายใต้สิ่งแวดล้อมที่ปลอดภัย มีสมรรถนะที่สอดคล้องกับความต้องการของสังคม มีการเรียนรู้ตลอดชีวิตและพัฒนาสมรรถนะอย่างต่อเนื่อง

## 10. แผนแม่บทพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพแห่งชาติ ระยะ 10 ปี (พ.ศ.2560-2569)

- 1) สร้างและพัฒนากลไกนโยบายกำลังคนด้านสุขภาพของประเทศ ภายใต้การบูรณาการของทุกภาคส่วนให้มีประสิทธิภาพและเป็นเอกภาพ
- 2) ปฏิรูประบบการผลิตและพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพ ให้สอดคล้องกับการพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพในศตวรรษที่ 21
- 3) ปฏิรูประบบบริหารจัดการกำลังคนด้านสุขภาพ เพื่อลดความเหลื่อมล้ำในการเข้าถึง ภายใต้ค่าใช้จ่ายที่เหมาะสม
- 4) พัฒนาระบบข้อมูลสารสนเทศดิจิทัลกำลังคนด้านสุขภาพที่เป็นเอกภาพและมีประสิทธิภาพ

โดยมีรายละเอียดของแผนแม่บทดังกล่าวดังนี้

## แผนที่ 1 สร้างและพัฒนากลไกนโยบายกำลังคนด้านสุขภาพของประเทศ ภายใต้การบูรณาการของทุกภาคส่วนให้มีประสิทธิภาพและเป็นเอกภาพ

### หลักการและเหตุผล

การพัฒนานโยบายและยุทธศาสตร์ของประเทศ เป็นกระบวนการสร้างนโยบายสาธารณะในสังคมประชาธิปไตย ที่สังคมทุกฝ่ายจะต้องมีส่วนร่วม ในอดีตที่ผ่านมาประเทศไทยยังไม่มี การกำหนดนโยบายและยุทธศาสตร์หลักในการพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพที่ชัดเจน ทำให้การวางแผนและพัฒนา กำลังคนด้านสุขภาพ ซึ่งมีความเกี่ยวข้องกับองค์กรและหน่วยงานต่าง ๆ ทั้งภาครัฐ ภาคเอกชนและภาคประชาสังคม ยังขาดทิศทาง การพัฒนาที่สอดคล้องประสานกัน

ถึงแม้ว่ากระทรวงสาธารณสุขในฐานะเป็นองค์กรหลักในการพัฒนาการจัดการในรูปของ คณะกรรมการต่างๆ แต่สามารถดำเนินการได้เฉพาะเรื่อง และเป็นการดำเนินการเพื่อแก้ปัญหาเฉพาะหน้า เท่านั้น การกำหนดทิศทางหลักในการพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพเพื่อรองรับสถานการณ์การเปลี่ยนแปลงใน ระยะยาวยังไม่สามารถดำเนินการได้ ทั้งนี้เนื่องจากยังไม่มีกลไกการทำงานเรื่องกำลังคนด้านสุขภาพใน ภาพรวมของประเทศที่มองทุกมิติที่เกี่ยวข้อง

การพัฒนาให้เกิดกลไกในการกำหนดนโยบายและยุทธศาสตร์หลักกำลังคนด้านสุขภาพเป็นสิ่งจำเป็น ในการกำหนดทิศทางการวางแผน พัฒนากำลังคนด้านสุขภาพ อีกทั้งให้เกิดมีระบบติดตามประเมินสถานการณ์ กำลังคนด้านสุขภาพอย่างรอบด้านทุกมิติอย่างต่อเนื่อง รวมทั้งให้มีการประสานให้องค์กร หน่วยงานต่าง ๆ ที่ เกี่ยวข้อง บูรณาการในการทำงานร่วมกันอย่างมีประสิทธิภาพ เพื่อร่วมกันพัฒนาให้เกิดข้อเสนอเชิงนโยบาย มาตรการและแนวทาง เพื่อให้สามารถแก้ปัญหากำลังคนในปัจจุบันและรองรับสถานการณ์ในอนาคต ตลอดจน การวางทิศทางการพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพอย่างต่อเนื่องและสอดคล้องกับความต้องการของระบบสุขภาพที่มี การเปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลา

## ตัวชี้วัด

- 1) มีกลไกนโยบายทั้งในระดับชาติ และระดับพื้นที่
- 2) มีแผนความต้องการกำลังคนภาพรวมของประเทศในระยะยาว ที่สอดคล้องกับความเปลี่ยนแปลงในอนาคต

## กลยุทธ์หลัก

### 1. พัฒนากลไกกำหนดนโยบายกำลังคนด้านสุขภาพระดับประเทศ

เป็นกลไกที่มีสมรรถนะสูง เพื่อกำหนด ขับเคลื่อน ติดตาม กำกับ นโยบายกำลังคนด้านสุขภาพของประเทศ อย่างมีเอกภาพ และกลไกดังกล่าวประกอบด้วยผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องกำลังคนด้านสุขภาพ ทั้งในภาครัฐ ภาคเอกชน ตัวแทนผู้ประกอบการวิชาชีพ และตัวแทนภาคประชาชน ในสัดส่วนที่สมดุล โดยกลไกนโยบายดังกล่าว มีบทบาทหน้าที่ ดังนี้

- 1) วิเคราะห์ กลั่นกรอง และให้ความเห็น ต่อนโยบายจากหน่วยงานต่างๆที่เกี่ยวข้องกับกำลังคนด้านสุขภาพ เพื่อให้สอดคล้องกับทิศทางของแผนแม่บทและการพัฒนาของประเทศ
- 2) ให้คำปรึกษาและข้อเสนอแนะต่อคณะรัฐมนตรีในการขับเคลื่อนและผลักดันการดำเนินงานตามแผนแม่บทพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพ เพื่อให้เกิดผลเป็นรูปธรรม
- 3) ให้คำปรึกษาและข้อเสนอแนะต่อคณะรัฐมนตรีในเรื่องที่เกี่ยวข้องกับกำลังคนด้านสุขภาพ ตามที่หน่วยงานต่างๆ เสนอคณะรัฐมนตรี ตามที่คณะรัฐมนตรี หรือคณะกรรมการปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติมอบหมาย เพื่อให้เกิดความสอดคล้องกับแผนยุทธศาสตร์ทศวรรษกำลังคนด้านสุขภาพแห่งชาติ
- 4) การเชื่อมโยงและบูรณาการในทุกภาคส่วน
- 5) กำกับ ติดตาม ประเมินผลความสำเร็จตามแผนยุทธศาสตร์ทศวรรษกำลังคนด้านสุขภาพแห่งชาติ
- 6) แต่งตั้งคณะกรรมการและคณะทำงาน เพื่อดำเนินงานที่เกี่ยวข้อง ตามความจำเป็น

## 2. สนับสนุนและส่งเสริมความเข้มแข็งกลไกกำหนดนโยบายกำลังคนด้านสุขภาพในระดับพื้นที่

เพื่อรองรับสภาพปัญหา โดยมีแผนการบริหารจัดการที่ชัดเจนภายใต้การใช้ทรัพยากรที่คุ้มค่า และให้หน่วยงานในระดับต่างๆ มีสมรรถนะในการบริหารจัดการกำลังคนด้านสุขภาพ โดยกลไกระดับพื้นที่ทำหน้าที่เป็นหน่วยประสานงานและดำเนินการในการวางแผนและพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพในระดับพื้นที่ และทำงานเชื่อมโยงกับหน่วยประสานงานกลางระดับประเทศ โดยให้มีองค์ประกอบและบทบาทหน้าที่ ดังนี้

2.1 โครงสร้างของคณะกรรมการกำลังคนด้านสุขภาพระดับพื้นที่ ประกอบด้วยผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องกำลังคนด้านสุขภาพ ตัวแทนผู้ประกอบการวิชาชีพ และตัวแทนภาคประชาชน ภาคการศึกษา ภาคเอกชน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และภาคประชาสังคม

2.2 บทบาทหน้าที่ของคณะกรรมการกำลังคนด้านสุขภาพระดับพื้นที่ มีดังนี้

2.2.1 กำหนดทิศทางการดำเนินนโยบายกำลังคนของพื้นที่ ที่สอดคล้องกับทิศทางหลักของประเทศ

2.2.2 วางแผนความต้องการกำลังคนของพื้นที่ ภายใต้วิสัยทัศน์ และพันธกิจที่สอดคล้องกับแผนพัฒนาสุขภาพของพื้นที่ โดยใช้กระบวนการมีส่วนร่วมอย่างกว้างขวางจากทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้อง

2.2.3 ประสานงานระหว่างหน่วยวางแผน หน่วยผลิตและผู้ใช้กำลังคนด้านสุขภาพ ในระดับพื้นที่

2.2.4 พัฒนาข้อเสนอต่างๆ เพื่อเป็นข้อมูลนำเข้า (Input) ให้กับกลไกระดับประเทศในการพัฒนาและปรับปรุงนโยบาย

2.2.5 ติดตาม กำกับและประเมินนโยบายกำลังคนของพื้นที่

2.2.6 หน้าที่อื่นๆ ตามที่ได้รับมอบหมาย

### 3. วางแผนกำลังคนด้านสุขภาพของประเทศให้สอดคล้องกับความต้องการด้านสุขภาพ ระบบบริการสุขภาพและทิศทางการเปลี่ยนแปลงต่างๆของประเทศในอนาคต

เพื่อส่งเสริมให้เกิดความเท่าเทียมและตอบสนองความเติบโตทางเศรษฐกิจของประเทศ โดยต้องมีการวางแผนอย่างครบวงจรตั้งแต่การผลิต จนถึง การธำรงรักษา เพื่อให้กำลังคนเหล่านั้นสามารถปฏิบัติงานในพื้นที่ได้อย่างยาวนาน (ปรับเปลี่ยนวิธีการวางแผนให้เป็นเชิงระบบ (system approach ประกอบด้วย planning, production and utilization)

- การวางแผนต้องอยู่บนการมองปัญหาแบบเชิงระบบ (System Thinking) โดยเน้นการมีส่วนร่วมและอาศัยหลักฐานเชิงประจักษ์
- แผนกำลังคนจำเป็นต้องสอดคล้องกับการออกแบบระบบบริการสุขภาพในอนาคต ทั้งการบริการในโรงพยาบาล (Hospital care) และ นอกโรงพยาบาล (Non-hospital care) โดยการมีส่วนร่วมของหน่วยบริการทุกภาคส่วนทั้งรัฐ และ เอกชน
- แผนกำลังคนครอบคลุมทั้ง General practioners และ Specialists

## แผนที่ 2 ปฏิรูประบบการผลิตและพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพเพื่อสนับสนุนการพัฒนาการศึกษาสำหรับบุคลากรด้านสุขภาพในศตวรรษที่ 21

### หลักการและเหตุผล

การพัฒนาการศึกษาบุคลากรด้านสุขภาพให้มีสมรรถนะที่เหมาะสม ได้มาตรฐานโดยอาศัยหลักฐานเชิงประจักษ์เพื่อตอบสนองต่อความต้องการของประชาชนและระบบสุขภาพตามพลวัตและบริบทความต้องการของกำลังคนทางด้านสุขภาพของประเทศและครอบคลุมประชาชนตลอดจนผู้ด้อยโอกาสได้อย่างเสมอภาคอันจะลดความเหลื่อมล้ำและนำไปสู่ระบบการดูแลสุขภาพที่ดีตั้งแต่ระดับปฐมภูมิ มุ่งเน้นการพึ่งตนเอง การมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วนทั้งภาคประชาชน ภาครัฐและภาคเอกชน ทำให้เกิดความเชื่อมโยงและบูรณาการวิชาการข้ามศาสตร์ในระหว่างสาขาวิชาชีพจากผู้ผลิตและผู้ใช้

### ตัวชี้วัด

1. เครือข่าย กลไกความร่วมมือระหว่างผู้ผลิตและผู้ใช้ องค์กรวิชาชีพ ในการพัฒนาการศึกษาบุคลากรด้านสุขภาพที่มีคุณภาพ ชั้นความร่วมมือมี 3 ระดับได้แก่ ระดับนโยบาย ปฏิบัติการ และประเมิน
2. การเปลี่ยนแปลงนโยบายระดับชาติในการพัฒนาการศึกษาบุคลากรด้านสุขภาพที่สอดคล้องกับระบบสุขภาพ โดยอาศัยหลักฐานเชิงประจักษ์

### กลยุทธ์หลัก

#### 1. พัฒนาการศึกษามหาวิทยาลัยด้านสุขภาพที่มีประชาชนเป็นศูนย์กลาง

โดยให้มีการบูรณาการวิชาการข้ามศาสตร์ โดยกลไกการมีส่วนร่วม ได้มาตรฐานและเชื่อมโยงระบบสุขภาพ

- 1.1 พัฒนามาตรฐานการศึกษามีคุณภาพ ที่สามารถตอบสนองและสอดคล้องต่อความต้องการของประเทศอันเป็นพลวัต
  - กำหนดเกณฑ์มาตรฐานในการประกันคุณภาพการศึกษาที่สอดคล้องกับบริบทความต้องการของประเทศโดยมีการมีส่วนร่วมจากผู้ใช้และผู้ผลิต และผู้เรียน (ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียหลัก 5 ระดับ ได้แก่ คณบดี สภา คณะกรรมการประจำหลักสูตร อาจารย์ นักศึกษา

อธิการบดี และผู้บริหารระดับมหาวิทยาลัย และองค์กรกำกับดูแลการประกันคุณภาพ การศึกษา)

- มีกระบวนการตรวจประเมิน ที่มีมาตรฐาน มีความยุติธรรม โปร่งใส มีความเป็น กัลยาณมิตร และตรวจสอบได้
- กำหนดกลไกการติดตามผลการประกันคุณภาพการศึกษาอย่างสม่ำเสมอ

1.2 ความเชื่อมโยงและบูรณาการวิชาการข้ามศาสตร์ในระหว่างสาขาวิชาชีพจากผู้ผลิตและผู้ใช้การ พัฒนาการศึกษาสอดคล้องกับระบบการบริการและดูแลสุขภาพที่ดี

- พัฒนาเครื่องมือ สื่อ การเรียนการสอนแบบสหสาขาวิชาชีพ และการเรียนรู้โดยชุมชนมีส่วนร่วม โดยอาศัยกลไกการมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วน เชื่อมโยงระบบสุขภาพ
- พัฒนาอาจารย์

1.3 การมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วน ทั้งภาคประชาชน ภาครัฐและภาคเอกชนและการเรียนรู้โดย ชุมชนมีส่วนร่วม

- สร้างกระบวนการรับเข้า การให้ทุน ที่มีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วน
- สร้างกระบวนการการพัฒนา การบริหาร และการประเมินหลักสูตรที่มีส่วนร่วมจากทุกภาค ส่วน
- พัฒนาการเรียนรู้โดยการประยุกต์ใช้เทคโนโลยีสารสนเทศ

## 2. ผลิตบุคลากรสุขภาพที่มีสมรรถนะที่เหมาะสม

เพื่อสามารถที่จะรองรับและลดความเหลื่อมล้ำในระบบสุขภาพทั้งปัจจุบันและอนาคต

2.1 บุคลากรสุขภาพมีสมรรถนะที่เหมาะสม โดยการกำหนดผลสัมฤทธิ์การเรียนรู้ (learning outcome) ที่เหมาะสม

2.2 หลักฐานเชิงประจักษ์ในประเด็น ความต้องการของประชาชนซึ่งครอบคลุมผู้ด้อยโอกาส และ ระบบสุขภาพในอนาคต ที่คำนึงถึงบริบทความต้องการกำลังคนทางด้านสุขภาพของประเทศ

## 3. สร้างแนวทางในการบริหารจัดการขององค์กรเพื่อสนับสนุนการศึกษาด้านสุขภาพอย่างยั่งยืน

ให้มีการบริหารจัดการและการเงินการคลัง โดยการพัฒนารูปแบบทางการบริหารจัดการ การเงินและการ คลัง เช่น กิจการเพื่อสังคม (social enterprise), ร่วมลงทุนกับหน่วยงานอื่น เช่น อุปกรณ์ เพื่อสนับสนุน การศึกษาด้านสุขภาพที่ตอบสนองความต้องการของประชาชน

### แผนที่ 3 ปฏิรูประบบการบริหารจัดการกำลังคนด้านสุขภาพ เพื่อลดความเหลื่อมล้ำในการเข้าถึงบริการ ภายใต้ค่าใช้จ่ายที่เหมาะสม

#### หลักการและเหตุผล

จากอดีตที่ผ่านมารัฐแก้ปัญหาความขาดแคลนกำลังคนด้านสุขภาพ โดยการเพิ่มกำลังการผลิตอย่างต่อเนื่อง แต่อย่างไรก็ตามยังไม่สามารถแก้ไขปัญหาการกระจายของกำลังคนได้ โดยเฉพาะอย่างยิ่งการกระจายกำลังคนทางภูมิศาสตร์ โดยพบว่าอัตราส่วนของแพทย์ ทันตแพทย์ เภสัชกร และพยาบาลวิชาชีพ ต่อประชากรเปรียบเทียบระหว่างกรุงเทพและภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ยังมีความแตกต่างกันอย่างมาก

ส่วนปัญหาการเคลื่อนย้ายกำลังคนจากชนบทเข้าสู่ตัวเมือง และจากภาครัฐเข้าสู่ภาคเอกชน ยังเป็นปัญหาที่สำคัญ โดยสาเหตุของปัญหามีความหลากหลายและแตกต่างกันในแต่ละวิชาชีพ ตั้งแต่ลักษณะของงานที่ไม่เหมาะสม ภาระงานที่มากเกินไป ความแตกต่างในเรื่องรายได้ อีกทั้งนโยบายการจำกัดกำลังคนภาครัฐ โดยการยกเลิกระบบการชดใช้ทุนในบางวิชาชีพ เช่น พยาบาล เภสัชกร และปัญหาการไม่มีตำแหน่งข้าราชการบรรจุภายหลังจบการศึกษา ล้วนแต่ทำให้สถานการณ์ความขาดแคลนและการกระจายในพื้นที่ชนบทรุนแรงมากขึ้น

ดังนั้นแนวทางการแก้ไขปัญหาก็จะต้องสอดคล้องกับระบบบริการสุขภาพของประเทศที่มีลักษณะเป็นพหุลักษณะ จำเป็นต้องสร้างกลไกการมีส่วนร่วมในการบริหารจัดการกำลังคนด้านสุขภาพที่มีใช้เป็นการจัดการเฉพาะภาครัฐ แต่ต้องเป็นการจัดการจากทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง ทั้งภาคเอกชน ท้องถิ่นและประชาสังคม

เพื่อให้มีการพัฒนาระบบบริหารจัดการกำลังคนด้านสุขภาพอย่างมีประสิทธิภาพและเหมาะสม ภายใต้ความร่วมมือของทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้เกิดการกระจายบุคลากรเหล่านั้นอย่างเป็นธรรม และบุคลากรเหล่านั้นสามารถปฏิบัติงานในระบบได้อย่างมีประสิทธิภาพ และมีความสุข

#### ตัวชี้วัด

- 1) จำนวนคนที่มีในสาขาต่างๆ เทียบกับกรอบความต้องการราย service plan
- 2) สัดส่วนค่าใช้จ่ายด้านบุคลากรของระบบ

## กลยุทธ์หลัก

### 1. พัฒนาระบบการกระจายกำลังคนด้านสุขภาพให้เหมาะสม (Distribution)

โดยการพัฒนาระบบบริหารจัดการกำลังคนด้านสุขภาพเพื่อสนับสนุนการกระจายบริการทางสุขภาพที่มีคุณภาพให้ประชาชนเข้าถึงบริการได้อย่างเท่าเทียมกันในทุกพื้นที่

- กำหนดเป้าหมายของการบริการของแต่ละ service plan ที่ครอบคลุมกิจกรรม ส่งเสริม ป้องกัน รักษา และฟื้นฟู รวมถึงวางแผนการบริหารจัดการกำลังคน รวมทั้งเครื่องมือและอุปกรณ์ทางการแพทย์ ให้บรรลุเป้าหมายดังกล่าวในระดับพื้นที่
- พัฒนาระบบ Gate-keeper ที่เข้มแข็ง โดยใช้แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว (Family physician) ในการบริการปฐมภูมิ (Primary care) เป็นผู้ดูแลหลัก และ ประสานการส่งต่อไป ในการดูแลเฉพาะทางในระดับต่างๆ
- ระบบ Health workforce pooling ในการหมุนเวียนกำลังคนด้านสุขภาพในสาขาที่ขาดแคลน ไปให้บริการในพื้นที่ที่ขาดแคลน

### 2. พัฒนาประสิทธิภาพการใช้กำลังคน (Efficiency)

โดยเพิ่มประสิทธิภาพการใช้งานทั้งในส่วนวิชาชีพ (professions) และไม่ใช่วิชาชีพ (non-professions) การใช้เทคโนโลยีสารสนเทศที่เหมาะสม ภายใต้ระบบการจ้างงานที่ยืดหยุ่น และการใช้ทรัพยากรที่มีอยู่ในทุกภาคส่วนให้เกิดประโยชน์สูงสุด

- พัฒนาระบบการใช้ทรัพยากรร่วมกัน (Resource sharing) ระหว่างภาครัฐและภาคเอกชน
- พัฒนาระบบทีมทักษะผสม (Skill mix) ที่เหมาะสม ทั้งในส่วนวิชาชีพ และ ผู้ปฏิบัติงานที่ไม่ใช่วิชาชีพ เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการใช้กำลังคน
- พัฒนาระบบบริหารจัดการที่มุ่งผลสัมฤทธิ์ ภายใต้ผู้บริหารจัดการมืออาชีพจากภาคเอกชน
- พัฒนาระบบบริหารจัดการแบบรวมศูนย์ (Central management) ในงานบางประเภท เช่น งานสนับสนุนบริการ เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการใช้กำลังคน

- นำเทคโนโลยีสารสนเทศที่เหมาะสมมาใช้ในการให้บริการ และงานบริหารจัดการ เพื่อลดภาระการใช้กำลังคน
- พัฒนาศักยภาพของเครือข่ายภาคประชาชนให้มีความรู้ความสามารถในการดูแลสุขภาพของตนเองและชุมชน ตลอดจนมีความสามารถเป็นส่วนหนึ่งของทีมสุขภาพ

### 3. พัฒนาระบบสนับสนุน (Supporting system)

ทั้งในเรื่องค่าตอบแทนด้านการเงิน (Financial) และ ไม่ใช่เงิน (Non-financial) ความก้าวหน้า (Career development) และ สิ่งแวดล้อมในการทำงาน (Working environment) เพื่อที่จะให้กำลังคนด้านสุขภาพสามารถปฏิบัติงานได้อย่างยาวนานและมีความสุข

- พัฒนาระบบค่าตอบแทนที่มุ่งเน้นผลสัมฤทธิ์ของงาน (Result-based payment system)
- ระบบที่ปรึกษา (Consultation system)
- ระบบ Referral system ที่มีประสิทธิภาพเพื่อให้เกิด Continuity of care ภายใต้ระบบการส่งต่อข้อมูลที่เหมาะสม

## แผนที่ 4 พัฒนาระบบข้อมูลสารสนเทศดิจิทัลกำลังคนด้านสุขภาพที่เป็นเอกภาพและมีประสิทธิภาพ

### หลักการและเหตุผล

ระบบข้อมูลข่าวสารกำลังคนด้านสุขภาพของประเทศไทย ยังขาดกลไกนโยบายและทรัพยากรในการสนับสนุนการดำเนินงานที่เพียงพอและต่อเนื่อง ระบบข้อมูลข่าวสารยังขาดคุณภาพ ไม่ครอบคลุม และขาดกระบวนการการตรวจสอบคุณภาพ ความถูกต้อง ขาดการบูรณาการข้อมูลในแต่ละส่วนอย่างเป็นระบบ ตลอดจนไม่สามารถแลกเปลี่ยนข้อมูลกันได้ เนื่องจากการขาดมาตรฐานข้อมูล อีกทั้งยังเกิดปัญหาในการเข้าถึงและการใช้ข้อมูล โดยเฉพาะอย่างยิ่งการนำข้อมูลมาวางแผนเชิงนโยบาย

ดังนั้นการพัฒนาระบบข้อมูลสารสนเทศดิจิทัลกำลังคนด้านสุขภาพจึงเป็นเรื่องสำคัญ เพื่อให้ได้มีข้อมูลที่ต้องการ มีประสิทธิภาพ และทันต่อการติดตามและตัดสินใจเชิงนโยบาย ภายใต้ชุดข้อมูล ตัวชี้วัดที่เป็นมาตรฐาน และจัดการโดยหน่วยงานที่มีเอกภาพ

### ตัวชี้วัด

- 1) ผู้ให้บริการด้านสุขภาพมีชุดข้อมูลมาตรฐานสำหรับผู้ให้บริการด้านสุขภาพ (National provider identifier - NPI)
- 2) มีตัวชี้วัดหลักกำลังคนด้านสุขภาพ (HRH Core Indicator) ในการกำกับ ติดตามสถานการณ์กำลังคนด้านสุขภาพของประเทศ

### กลยุทธ์หลัก

#### 1. จัดตั้งหน่วยงานกลางในการดูแลระบบข้อมูลสารสนเทศกำลังคนด้านสุขภาพ

โดยทำหน้าที่ในการพัฒนามาตรฐาน จัดระบบข้อมูล และกำหนดตัวชี้วัดสำคัญกำลังคนด้านสุขภาพของประเทศ ในระยะเริ่มต้นให้หน่วยงานดังกล่าวอยู่ภายใต้กระทรวงสาธารณสุข ในการดูแลของหน่วยพัฒนานโยบายกำลังคนด้านสุขภาพ (HRH coordinating unit) ที่ขึ้นตรงกับสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ระยะต่อมาให้เป็นหน่วยงานอิสระที่มีกฎหมายรองรับ

## 2. พัฒนาชุดข้อมูลมาตรฐานสำหรับผู้ให้บริการด้านสุขภาพ (National provider identifier - NPI)

ในการเชื่อมโยงระบบฐานข้อมูลกำลังคนด้านสุขภาพสำหรับทุกหน่วยงาน โดยชุดข้อมูลมาตรฐานดังกล่าวใช้ในการระบุตัวตนของผู้ประกอบวิชาชีพ สถานที่ปฏิบัติงาน วุฒิการศึกษา และความเชี่ยวชาญในด้านต่างๆ เป็นต้น

## 3. พัฒนาระบบฐานข้อมูลสารสนเทศกำลังคนด้านสุขภาพระดับชาติ

โดยเป็นฐานข้อมูลที่รวบรวมข้อมูลอย่างเป็นระบบทั้งจำนวน การกระจาย การผลิต การจ้างงาน และการเคลื่อนย้าย ที่ครอบคลุมทั้งภาครัฐและเอกชน เพื่อสร้างความเข้าใจในตลาดแรงงาน (Healthcare market) ของกำลังคนด้านสุขภาพ

คำสั่งคณะกรรมการกำลังคนด้านสุขภาพแห่งชาติ

ที่ ๑/๒๕๖๑

เรื่อง แต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนาแผนยุทธศาสตร์ทศวรรษกำลังคนด้านสุขภาพ

(พ.ศ.๒๕๖๐-๒๕๖๙)

ตามที่คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ ได้มีคำสั่งที่ ๒/๒๕๕๘ เมื่อวันที่ ๙ เมษายน พ.ศ.๒๕๕๘ เรื่อง แต่งตั้งคณะกรรมการกำลังคนด้านสุขภาพแห่งชาติ เพื่อดำเนินการสนับสนุนการพัฒนานโยบาย ยุทธศาสตร์ และแผนงานด้านกำลังคนสุขภาพให้เป็นไปด้วยความเรียบร้อยนั้น

เพื่อให้การดำเนินยุทธศาสตร์กำลังคนด้านสุขภาพของประเทศในทศวรรษหน้าเป็นไป ด้วยความเรียบร้อย สอดคล้องกับทิศทางการปฏิรูปประเทศ สภาพปัญหา และบริบทของการบริการสุขภาพที่เปลี่ยนแปลงไป จึงขอแต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนาแผนยุทธศาสตร์ทศวรรษกำลังคนด้านสุขภาพ (พ.ศ. ๒๕๖๐-๒๕๖๙) โดยมีองค์ประกอบ หน้าที่และอำนาจ ดังนี้

๑. องค์ประกอบ

- |   |                  |
|---|------------------|
| ๑.๑ นายศุภกิจ ศิริลักษณ์                                      | ประธานอนุกรรมการ |
| ๑.๒ นายภิเศก ลุมพิกานนท์                                      | รองประธาน        |
| ๑.๓ ผู้แทนสำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจ และสังคมแห่งชาติ | อนุกรรมการ       |
| ๑.๔ ผู้แทนสำนักงานคณะกรรมการข้าราชการพลเรือน                  | อนุกรรมการ       |
| ๑.๕ ผู้แทนแพทยสภา   | อนุกรรมการ       |
| ๑.๖ ผู้แทนสภาการพยาบาล  | อนุกรรมการ       |
| ๑.๗ ผู้แทนทันตแพทยสภา   | อนุกรรมการ       |
| ๑.๘ ผู้แทนสภาเภสัชกรรม  | อนุกรรมการ       |
| ๑.๙ ผู้แทนสภากายภาพบำบัด                                      | อนุกรรมการ       |
| ๑.๑๐ ผู้แทนสภาวิชาชีพสาธารณสุข                                | อนุกรรมการ       |

๑.๑๑	นางวณิชชา ชื่นกองแก้ว	อนุกรรมการ
๑.๑๒	นายธนาธิป ศุภประดิษฐ์	อนุกรรมการ
๑.๑๓	นายศราวุธ สันตินันตรักษ์	อนุกรรมการ
๑.๑๔	นายสุทธิธรรม เลขวิวัฒน์	อนุกรรมการ
๑.๑๕	นางสาวจิราพร ลีмпานานนท์	อนุกรรมการ
๑.๑๖	นายปิยะ หาญรวงศ์ชัย	อนุกรรมการ
๑.๑๗	นายไพบุลย์ สุริยะวงศ์ไพศาล	อนุกรรมการ
๑.๑๘	นางกฤษดา แสงวงดี	อนุกรรมการ
๑.๑๙	นายอนุกุล ไทยถนันทน์	อนุกรรมการ
๑.๒๐	นายวิชัย อัครภาคย์	อนุกรรมการ
๑.๒๑	ผู้อำนวยการสำนักงานบริหารโครงการร่วมผลิตแพทย์เพิ่ม เพื่อชาวชนบท	อนุกรรมการ
๑.๒๒	ผู้อำนวยการกองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข	อนุกรรมการ
๑.๒๓	นายทินกร โนรี	เลขานุการ
๑.๒๔	ผู้แทนผู้อำนวยการสำนักส่งเสริมและพัฒนานโยบายสาธารณะ เพื่อสุขภาพแบบมีส่วนร่วม สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ	เลขานุการร่วม
๑.๒๕	นางสาววรรัตน์ ใจชื่น	ผู้ช่วยเลขานุการ

## ๒. หน้าที่และอำนาจ

- ๒.๑ ทบทวนการดำเนินนโยบายและการขับเคลื่อนต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับการกำลังคนด้านสุขภาพ ของประเทศไทย ที่สอดคล้องกับแผนยุทธศาสตร์ทศวรรษกำลังคนด้านสุขภาพ ในระยะ ๑๐ ปีที่ผ่านมา (พ.ศ.๒๕๕๐-๒๕๕๙) รวมทั้งผลลัพธ์ของการดำเนินนโยบายนั้น

- ๒.๒ เพื่อศึกษาสถานการณ์และแนวโน้มของระบบสุขภาพ และผลกระทบต่อกำลังคนด้านสุขภาพ ทั้งในเชิงปริมาณและคุณภาพ รวมทั้งปัจจัยที่กระทบต่อการผลิตกำลังคนด้านสุขภาพ ในอนาคต
- ๒.๓ สันเคราะห์ยุทธศาสตร์การพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพของประเทศไทยใน ๑๐ ปีข้างหน้า (พ.ศ. ๒๕๖๐-๒๕๖๙)
- ทั้งนี้ ให้คณะอนุกรรมการพัฒนาแผนยุทธศาสตร์ทศวรรษกำลังคนด้านสุขภาพ (พ.ศ.๒๕๖๐-๒๕๖๙) ดำเนินการตามภารกิจให้แล้วเสร็จในเวลา ๕ เดือน นับแต่บัดนี้เป็นต้นไป
- สั่ง ณ วันที่ ๑๓ กุมภาพันธ์ พ.ศ. ๒๕๖๑

(นายมงคล ฌ สงขลา)

ประธานกรรมการกำลังคนด้านสุขภาพแห่งชาติ

## ภาคผนวก 2

คำสั่งคณะกรรมการพัฒนาแผนยุทธศาสตร์ทศวรรษกำลังคนด้านสุขภาพ (พ.ศ.๒๕๖๐-๒๕๖๙)

ที่ ๑/๒๕๖๑

เรื่อง แต่งตั้งคณะกรรมการวิชาการยกร่างแผนยุทธศาสตร์ทศวรรษกำลังคนด้านสุขภาพ

(พ.ศ.๒๕๖๐-๒๕๖๙)

ตามที่คณะกรรมการกำลังคนด้านสุขภาพแห่งชาติ ได้มีคำสั่งที่ ๑/๒๕๖๑ เมื่อวันที่ ๑๓ กุมภาพันธ์ พ.ศ.๒๕๖๑ เรื่อง แต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนาแผนยุทธศาสตร์ทศวรรษกำลังคนด้านสุขภาพ (พ.ศ.๒๕๖๐-๒๕๖๙) เพื่อดำเนินการสนับสนุนการพัฒนานโยบาย ยุทธศาสตร์และแผนงานด้านกำลังคนสุขภาพ ให้สอดคล้องกับทิศทางการปฏิรูปประเทศ สภาพปัญหา และบริบทของการบริการสุขภาพที่เปลี่ยนแปลงไป นั้น

เพื่อให้การดำเนินการยกร่างแผนยุทธศาสตร์กำลังคนด้านสุขภาพของประเทศในทศวรรษหน้า เป็นไปด้วยความเรียบร้อย จึงขอแต่งตั้งคณะกรรมการวิชาการยกร่างแผนยุทธศาสตร์ทศวรรษกำลังคนด้านสุขภาพ (พ.ศ.๒๕๖๐-๒๕๖๙) โดยมีองค์ประกอบ หน้าที่และอำนาจ ดังนี้

### ๑. องค์ประกอบ

๑.๑ นางกฤษดา แสงวงศ์	ที่ปรึกษา
๑.๒ นายฉิมกร โนรี	ประธานคณะกรรมการ
๑.๓ นายสรรัตน์ เลอมานูวรัตน์	คณะกรรมการ
๑.๔ นายอนุกุล ไทยถนอม	คณะกรรมการ
๑.๕ นายชวศักดิ์ กนกกันตพงษ์	คณะกรรมการ
๑.๖ นายจารุวัฒน์ บุษราคัมระหะ	คณะกรรมการ
๑.๗ นางสาววรรณิตา ศรีสุพรรณ	คณะกรรมการ
๑.๘ นางภาวิณี เอี่ยมจันทร์	คณะกรรมการ
๑.๙ นางสาวศุภรีใจ เจริญสุข	คณะกรรมการ
๑.๑๐ นางสาวพนารัตน์ วิศวะเทพนิมิตร	คณะกรรมการ
๑.๑๑ นางสาวอรรรัตน์ หวังประดิษฐ์	คณะกรรมการ

๑.๑๒	นางอัญญา มานิตย์	คณะทำงาน
๑.๑๓	นางธิติภัทร คูหา	คณะทำงาน
๑.๑๔	นางวิไลลักษณ์ เรืองรัตนตรัย	คณะทำงาน
๑.๑๕	นางสาวรารัตน์ ใจชื่น	เลขานุการ
๑.๑๖	นางสาวนีย์ ผุดผ่อง	ผู้ช่วยเลขา
๑.๑๗	นางสาวกานต์วรินทร์ ก่องกุลวัฒน์	ผู้ช่วยเลขา

## ๒. หน้าที่และอำนาจ

- ๒.๑ ทบทวนการดำเนินนโยบายและการขับเคลื่อนต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับกำลังคนด้านสุขภาพ ของประเทศไทย ที่สอดคล้องกับแผนยุทธศาสตร์ทศวรรษกำลังคนด้านสุขภาพ ในระยะ ๑๐ ปีที่ผ่านมา (พ.ศ.๒๕๕๐-๒๕๕๙) รวมทั้งผลลัพธ์ของการดำเนินนโยบายนั้น
- ๒.๒ เพื่อศึกษาสถานการณ์และแนวโน้มของระบบสุขภาพ และผลกระทบต่อกำลังคนด้านสุขภาพ ทั้งในเชิงปริมาณและคุณภาพ รวมทั้งปัจจัยที่กระทบต่อการผลิตกำลังคนด้านสุขภาพ ในอนาคต
- ๒.๓ สังเคราะห์ยุทธศาสตร์การพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพของประเทศไทยใน ๑๐ ปีข้างหน้า (พ.ศ.๒๕๖๐-๒๕๖๙)
- ทั้งนี้ ให้คณะทำงานวิชาการยกร่างแผนยุทธศาสตร์ทศวรรษกำลังคนด้านสุขภาพ (พ.ศ.๒๕๖๐-๒๕๖๙) ดำเนินการตามภารกิจให้แล้วเสร็จในเวลา ๔ เดือน และรายงานผลการดำเนินงานให้คณะอนุกรรมการพัฒนาแผนยุทธศาสตร์ทศวรรษกำลังคนด้านสุขภาพ (พ.ศ.๒๕๖๐-๒๕๖๙) ทราบ เป็นระยะ นับแต่บัดนี้เป็นต้นไป

สั่ง ณ วันที่ ๒๖ กุมภาพันธ์ พ.ศ. ๒๕๖๑

(นายศุภกิจ ศิริลักษณ์)

ประธานคณะอนุกรรมการพัฒนาแผนยุทธศาสตร์ทศวรรษกำลังคนด้านสุขภาพ

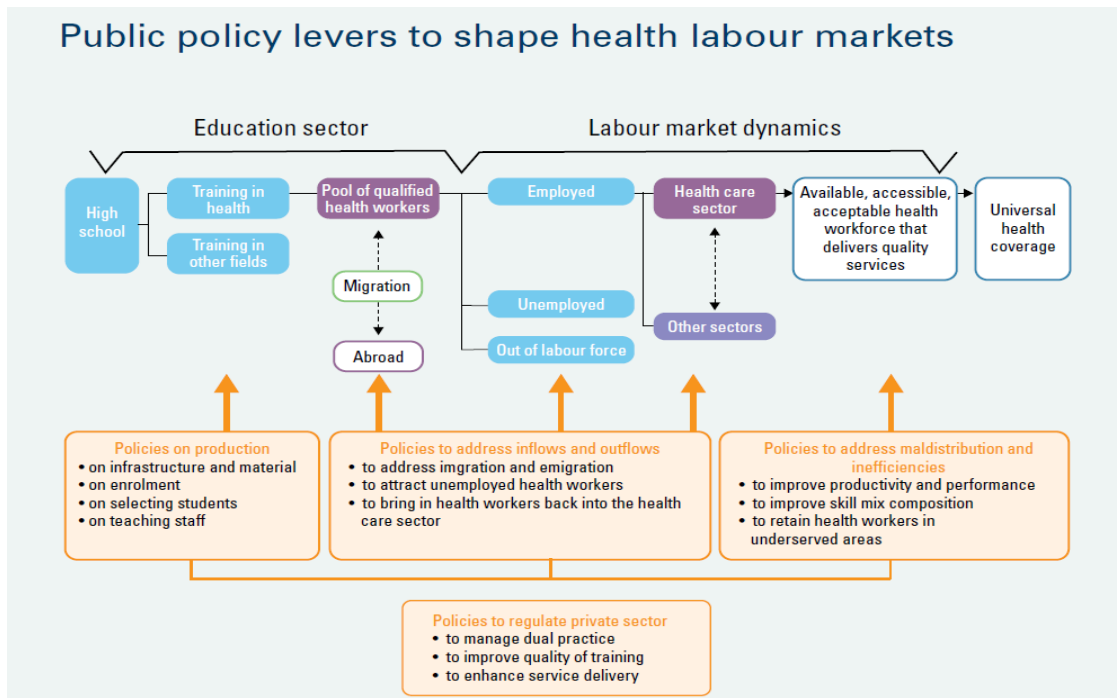
(พ.ศ.๒๕๖๐-๒๕๖๙)

สถานการณ์กำลังคนรองรับในระบบบริการสุขภาพของประเทศไทย

(Supply of Health workforce in Thailand Health Service System)

การทำงานของบุคลากรด้านสุขภาพ ในปัจจุบัน โดยเฉพาะแพทย์ พยาบาลวิชาชีพ ทันตแพทย์ และเภสัชกร ส่วนใหญ่เมื่อสำเร็จการศึกษา จะเข้าทำงานตามสายวิชาชีพ โดยเข้าสู่งานทั้งในภาคบริการสุขภาพ (Health service sector) ในหน่วยบริการสุขภาพทั้งภาครัฐและเอกชน และนอกภาคบริการสุขภาพ (Non-Health Service sector) เช่น การทำงานในหน่วยงานหรือองค์กรด้านบริหาร หรือการทำงานในภาคอุตสาหกรรมอื่นๆ นอกขอบเขตสุขภาพ หรือบางส่วนย้ายถิ่นฐานไปทำงานต่างประเทศ รวมทั้งมีบางส่วนเปลี่ยนอาชีพ หรือไม่ทำงานในวิชาชีพ ซึ่งการพิจารณาว่ามีกำลังคนเพียงพอต่อการให้บริการด้านสุขภาพหรือไม่นั้น ควรจะนับเฉพาะผู้ที่ทำงานในภาคบริการสุขภาพเท่านั้น และการทำงานที่จะทำให้มีกำลังคนเพียงพอจำเป็นต้องมีนโยบายสนับสนุนอย่างเป็นระบบทั้งการผลิต การดึงดูดให้บุคลากรทำงานในระบบบริการ รวมทั้งการเพิ่มผลิตภาพกำลังคนดังภาพที่ 2.1

ภาพที่ 1 พลวัตของตลาดแรงงานของบุคลากรด้านสุขภาพ



ที่มา: High – Level Commission on Health Employment and Economic Growth: Working for Health and Growth Investing in the Health Workforce. WHO : Geneva. 2016 P.30

ปัจจุบัน ฐานข้อมูลทะเบียนผู้ประกอบการวิชาชีพด้านสุขภาพของสภาวิชาชีพ ซึ่งเป็น Registration Data จัดเป็นแหล่งข้อมูลเดียวที่สามารถแจ้งนับจำนวนผู้รับใบอนุญาตประกอบวิชาชีพได้ถูกต้องมากที่สุด ซึ่งในตลาดแรงงาน จัดว่าบุคลากรที่มีใบอนุญาตประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพตามที่กฎหมายกำหนด เป็น Pool of Qualified Health workforce คือมีความพร้อมที่จะเข้ามาทำงานในตลาดแรงงานเมื่อมีปัจจัยดึงดูดที่เหมาะสม

จากรายงานการขึ้นทะเบียนผู้ประกอบการวิชาชีพด้านสุขภาพ 4 สาขาหลักดังกล่าว พบว่า ณ ปี 2560 ประเทศไทยมีแพทย์ 52,751 คน เป็นผู้ที่อายุ 70 ปีขึ้นไป 3,374 คน มีพยาบาลวิชาชีพ 191,575 คน เป็นผู้ที่อายุ 60 ปีขึ้นไป 5,813 คน มีทันตแพทย์ 16,102 คน เป็นผู้ที่มีอายุ 70 ปีขึ้นไป 752 คน และมีเภสัชกร 38,398 คน(ไม่มีรายงานโครงสร้างอายุของผู้ประกอบวิชาชีพ) ซึ่งผลการสำรวจของคณะกรรมการ เพื่อวางแผนกำลังคนในระยะ 20 ปีข้างหน้า พบว่า ในปีเดียวกันนี้ มี แพทย์ พยาบาลวิชาชีพ ทันตแพทย์ และเภสัชกร ที่ให้บริการสุขภาพเมื่อเปรียบเทียบกับจำนวนผู้ที่มีใบอนุญาตประกอบวิชาชีพทั้งหมด ในสัดส่วนร้อยละ 79.6, 80.0, 78.8 และ 33.3 ตามลำดับ ทั้งนี้จะเห็นว่าเภสัชกร เป็นบุคลากรที่มีการทำงานนอกหน่วยบริการสุขภาพมากที่สุด เช่น การทำงานในอุตสาหกรรมยา หรือการประกอบธุรกิจร้านยา เป็นต้น

อย่างไรก็ตามถึงแม้ว่า ผลของการเพิ่มการผลิต ตลอดระยะเวลากว่า 20 ปีที่ผ่านมา โดยเน้นการรับนักศึกษาจากชนบทและการบังคับการทำงานชดใช้ทุนหลังจบการศึกษา(Compulsory Service) เช่น โครงการผลิตแพทย์เพิ่มเพื่อชาวชนบท การผลิตพยาบาลของกระทรวงสาธารณสุข และสถาบันการศึกษาพยาบาลภาครัฐ รวมทั้ง นโยบายการเพิ่มค่าตอบแทนประเภท Hardship allowance เพื่อดึงดูดบุคลากรไว้ในชนบท นโยบายการให้ทุนการศึกษาต่อ รวมทั้งการบรรจุเข้ารับราชการ ซึ่งเป็นปัจจัยดึงดูดที่มีความสำคัญต่อกำลังคนโดยเฉพาะพยาบาลวิชาชีพอย่างมาก ทำให้มีกำลังคนด้านสุขภาพ 4 สาขาหลัก เพิ่มขึ้นอย่างเห็นได้ชัด โดยพบว่า ระหว่างปีพ.ศ. 2522 กับ 2560 ความหนาแน่นของบุคลากรที่ให้บริการสุขภาพต่อประชากรดีขึ้นมาโดยตลอด (ตารางที่ 2.1) แต่ความขาดแคลนและการกระจายกำลังคนด้านสุขภาพ ยังเป็นปัญหาสำคัญของระบบสุขภาพ ทั้งนี้เนื่องจากความต้องการด้านสุขภาพของประชาชนเพิ่มขึ้น สังคมสูงอายุ และการเปลี่ยนแปลงด้านระบาดวิทยา ที่ความเจ็บป่วยของประชาชนมีแนวโน้มเจ็บป่วยเรื้อรัง รวมทั้งยังคงมีปัญหาการกระจายบุคลากร ทั้งในเชิงภูมิศาสตร์ และความเชี่ยวชาญของบุคลากร ที่ส่งผลกระทบต่อคุณภาพบริการและการเข้าถึงบริการที่จำเป็นของประชาชน

**ตารางที่ 1 ความหนาแน่นของบุคลากรสุขภาพ 4 สาขา ระหว่างปี พ.ศ. 2522 - 2560**

บุคลากรสาขา	อัตราส่วนบุคลากรต่อประชากร		
	พ.ศ. 2522	พ.ศ. 2556	พ.ศ. 2560*
แพทย์	1 ต่อ 7,000	1 ต่อ 2,400	1 ต่อ 1,448
พยาบาล	1 ต่อ 2,600	1 ต่อ 500	1 ต่อ 407
ทันตแพทย์	1 ต่อ 45,000	1 ต่อ 8,400	1 ต่อ 5,592
เภสัชกร	1 ต่อ 18,000	1 ต่อ 5,500	1 ต่อ 5,298

\* การคาดประมาณประชากรพ.ศ. 2553-2583 ของสำนักงานคณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ 67,653,000 คน

**แนวโน้มการกระจายกำลังคนด้านสุขภาพจำแนกตามสังกัด**

การกระจายกำลังคนในแต่ละสังกัด ตั้งแต่ปี 2514 - 2560 พบ ทิศทางซึ่งสะท้อนการขยายตัวของโรงพยาบาลเอกชน ที่มีบทบาทในการให้บริการสุขภาพเพิ่มมากขึ้น โดยมีการจ้างแพทย์ พยาบาลวิชาชีพ และทันตแพทย์ เพิ่มมากขึ้นกว่า 2 เท่า ยกเว้นเภสัชกร ที่มีแนวโน้มการเข้าสู่การจ้างงานของโรงพยาบาลเอกชนลดลง และเป็นที่น่าสังเกตว่า การขยายตัวของภาครัฐอื่นนอกกระทรวงสาธารณสุขในการจ้างงานบุคลากรทั้ง 4 สาขา มีการลดสัดส่วนลงกว่าเท่าตัวเช่นกัน เมื่อเปรียบเทียบกับ ปี พ.ศ. 2514 โดยเฉพาะทันตแพทย์มีสัดส่วนลดลงกว่า 10 เท่าและมีอัตราการขยายตัวค่อนข้างคงที่ระหว่างปี พ.ศ. 2556 - 2560

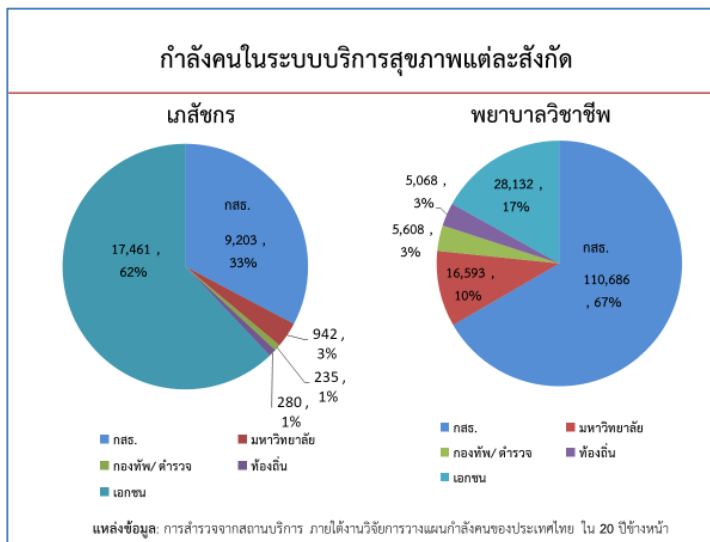
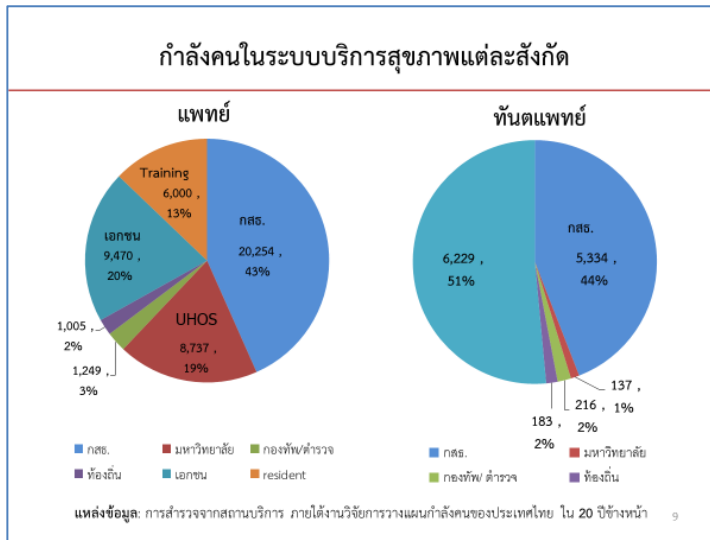
อย่างไรก็ตามในภาพรวม กระทรวงสาธารณสุข ยังคงมีกำลังคนด้านสุขภาพทั้ง 4 สาขาในสัดส่วนสูงที่สุดเมื่อเทียบกับสังกัดอื่น แต่มีแนวโน้มลดลงระหว่าง ปี 2556 กับ 2560 ยกเว้นเภสัชกร ที่มีผู้เข้าสู่การจ้างงานในกระทรวงสาธารณสุขเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องโดยพบว่ามีผู้เข้าสู่การจ้างงานในกระทรวงสาธารณสุขเพิ่มขึ้นเกือบ 4 เท่าเมื่อเทียบกับปี 2514 รายละเอียดดังตารางที่ 2.2

ตารางที่ 2 การกระจายบุคลากร 4 สาขาตามสังกัด ระหว่างปีพ.ศ. 2514-2560

บุคลากรสาขา	2514	2556	2560
<b>แพทย์</b>			
กสธ	48.5	58.8	43.4
ภาครัฐอื่น	44.8	23.2	23.5
เอกชน	6.7	18.0	33.1
<b>พยาบาลวิชาชีพ</b>			
กสธ	47.8	72.4	66.6
ภาครัฐอื่น	43.7	16.7	16.5
เอกชน	8.5	10.9	16.9
<b>ทันตแพทย์</b>			
กสธ	27.5	60.7	44.1
ภาครัฐอื่น	55.7	13.3	4.4
เอกชน	16.8	26.0	51.5
<b>เภสัชกร</b>			
กสธ	18.9	65.7	72.1
ภาครัฐอื่น	17.8	9.6	11.4
เอกชน	57.0	22.3	16.5

การกระจายกำลังคนด้านสุขภาพรายสังกัด โดยเฉพาะบุคลากรสายงานวิชาชีพหลักได้แก่ แพทย์ พยาบาล ทันตแพทย์ และเภสัชกร พบว่า ปัจจุบันมีผู้ทำงานให้บริการสุขภาพ ในภาครัฐประกอบด้วยสังกัด กระทรวงสาธารณสุข มหาวิทยาลัย กระทรวงกลาโหม/ตำรวจ/ภาครัฐอื่นๆ องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น และ ภาคเอกชน โดยประมาณร้อยละ 78.8 ทำงานในภาครัฐ ยกเว้นทันตแพทย์ ที่ทำงานในภาครัฐและเอกชนใน สัดส่วนครึ่งต่อครึ่ง และพบว่ากระทรวงสาธารณสุขมีส่วนแบ่งในตลาดการจ้างงานบุคลากรทั้ง 4 วิชาชีพ ประมาณร้อยละ 62.33 ของการจ้างงานทั้งหมด และมีสัดส่วนถึงร้อยละ 80 เมื่อเทียบกับการจ้างงานในภาครัฐ ทั้งหมด ดังภาพที่ 2.2

ภาพที่ 2 สถานการณ์การกระจาย แพทย์ พยาบาล ทันตแพทย์ และเภสัชกรในประเทศไทยในปัจจุบัน



### การกระจายกำลังคนด้านสุขภาพตามภูมิศาสตร์

การกระจายกำลังคนด้านสุขภาพตามภูมิศาสตร์ เป็นตัวบ่งชี้ความเสมอภาคในการเข้าถึงบริการสุขภาพ โดยเฉพาะ ความเสมอภาคระหว่างพื้นที่ที่มีภาวะเศรษฐกิจที่ แตกต่างกัน เช่น ระหว่างกรุงเทพฯกับภาคตะวันออกเฉียงเหนือ พบว่า แนวโน้มการกระจายกำลังคนด้านสุขภาพทั้ง 4 สาขาหลัก ดีขึ้นจากการเพิ่มขึ้นของกำลังคนจากการผลิตที่เพิ่มมากขึ้นในระยะ 10 ปีที่ผ่านมา โดยอัตราส่วนแพทย์ต่อประชากร ในปี

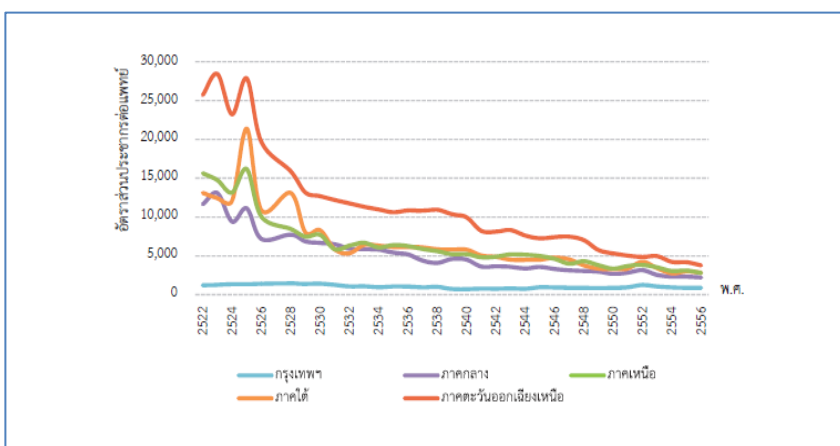
พ.ศ. 2556 ของกรุงเทพฯ เท่ากับ 1:886 ภาคกลาง เท่ากับ 1: 2,220 ภาคเหนือ เท่ากับ 1:2,821 ภาคใต้ เท่ากับ 1:2,792 และภาคตะวันออกเฉียงเหนือ เท่ากับ 1:3,763 โดยความแตกต่างระหว่างกรุงเทพฯกับภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ลดจาก 21.3 เท่า ในปีพ.ศ. 2522 เหลือ 4.2 เท่า ในปีพ.ศ. 2556

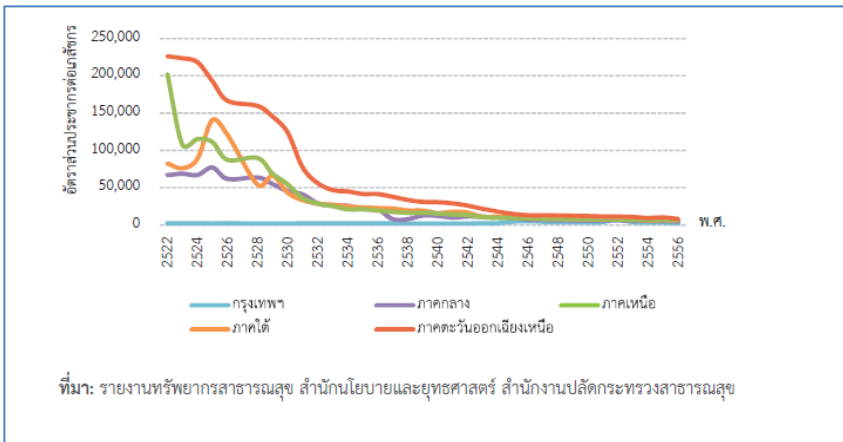
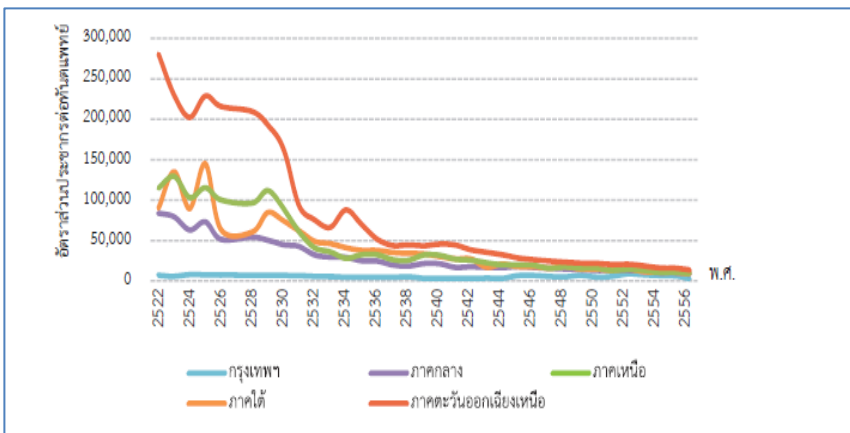
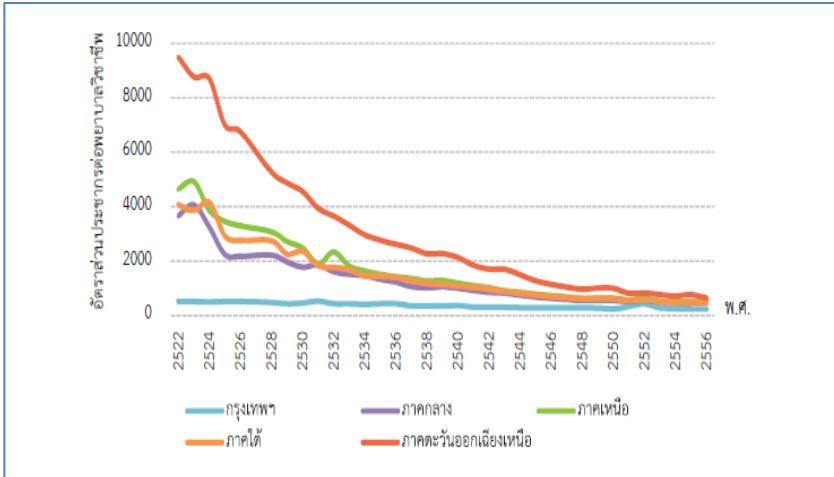
อัตราส่วนพยาบาลวิชาชีพต่อประชากร ในปีพ.ศ. 2556 ของกรุงเทพฯ เท่ากับ 1:240 ภาคกลาง เท่ากับ 1:497 ภาคเหนือ เท่ากับ 1:543 ภาคใต้ เท่ากับ 1:466 และภาคตะวันออกเฉียงเหนือ เท่ากับ 1:646 โดยความแตกต่างระหว่างกรุงเทพฯ กับภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ลดจาก 18.2 เท่า ในปีพ.ศ. 2522 เหลือ 2.7 เท่า ในปี พ.ศ. 2556

อัตราส่วนทันตแพทย์ต่อประชากร ในปีพ.ศ. 2556 ของกรุงเทพฯ เท่ากับ 1:2,932 ภาค กลาง เท่ากับ 1:8,499 ภาคเหนือ เท่ากับ 1:9,147 ภาคใต้ เท่ากับ 1:9,300 และภาคตะวันออกเฉียงเหนือ เท่ากับ 1:13,783 โดยความแตกต่างระหว่างกรุงเทพฯ กับภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ลดจาก 40.2 เท่า ในปีพ.ศ. 2522 เหลือ 4.7 เท่า ในปีพ.ศ. 2556

อัตราส่วนเภสัชกรต่อประชากร ในปีพ.ศ. 2556 ของกรุงเทพฯ เท่ากับ 1:2,465 ภาคกลาง เท่ากับ 1:4,717 ภาคเหนือ เท่ากับ 1:6,548 ภาคใต้ เท่ากับ 1:6,330 และภาคตะวันออกเฉียงเหนือ เท่ากับ 1:8,237 โดยความแตกต่างระหว่างกรุงเทพฯ กับภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ลดจาก 98.1 เท่า ในปีพ.ศ. 2522 เหลือ 3.3 เท่า ในปีพ.ศ. 2556

ภาพที่ 3 อัตราส่วนประชากรต่อ แพทย์ พยาบาลวิชาชีพ ทันตแพทย์ และเภสัชกร รายภาค





## การผลิตบุคลากรด้านสุขภาพ

ศักยภาพของสถาบันการศึกษาในการผลิตบุคลากรด้านสุขภาพของประเทศไทยเพิ่มขึ้นมาเป็นลำดับ นับตั้งแต่ปี พ.ศ.2535 เป็นต้นมาที่เริ่มมีโครงการผลิตแพทย์ พยาบาลเพิ่ม จนกระทั่งปัจจุบัน มีการผลิตกำลังคนด้านสุขภาพทั้งจากสถาบันการศึกษาภาครัฐและเอกชน แต่อย่างไรก็ตามเมื่อเปรียบเทียบกับประเทศใน ASEAN พบว่า ประเทศไทย มีการผลิตแพทย์ ในสัดส่วน 4.58 คนต่อประชากรแสนคนต่อปี และมีการผลิตพยาบาล 14.78 คน ต่อประชากรแสนคนต่อปี ซึ่งอยู่อันดับ 7 ของภูมิภาค ในขณะที่มาเลเซีย มีความสามารถในการผลิตแพทย์ และพยาบาล ในอัตรา 12 และ 32.8 คนต่อประชากรแสนคนต่อปี ตามลำดับ เช่นเดียวกับเวียดนาม ที่มีแผนเพิ่มการผลิตแพทย์ และพยาบาล ในสัดส่วน 11.6 คนต่อประชากรแสนคน

**ตารางที่ 3** การผลิตบุคลากรด้านสุขภาพ 4 สาขาหลักในประเทศไทย (ข้อมูลแผนการผลิตระหว่างปี 2556-2570 จากการสำรวจในปี พ.ศ. 2560)

สาขา	จำนวนสถาบันการศึกษา			จำนวนการผลิตเฉลี่ย(คนต่อปี)		
	รัฐ	เอกชน	รวม	รัฐ	เอกชน	เฉลี่ย
แพทย์	19	2	21	3,288	118	3,336
พยาบาลวิชาชีพ	63	23	86	8,200	2,500	10,843
ทันตแพทย์	11	2	13	826	200	970
เภสัชกร	14	5	19	1,700	300	2,000

### แผนการผลิตกำลังคนด้านสุขภาพ 4 สาขา

#### 1. แผนการผลิตแพทย์

ผลการทบทวนเอกสารโครงการผลิตแพทย์เพิ่มแห่งประเทศไทยระยะที่ 1 พ.ศ. 2556-2560 และระยะที่ 2 พ.ศ. 2556-2570 ของกลุ่มแพทยศาสตรศึกษาแห่งประเทศไทย และข้อมูลของแพทยสภา พบว่าระหว่างปีการศึกษา 2553-2573 ซึ่งจะมีผู้สำเร็จการศึกษาระหว่างปีพ.ศ. 2560-2580 โดยในระยะเวลา 20 ปี ประเทศไทยมีแผนผลิตแพทย์จากสถาบันภาครัฐ 67,051 คน และภาคเอกชน 3,024 รวม 70,075 คน ซึ่งคิดเป็นอัตราการผลิตเฉลี่ย 3,336 คนต่อปี ดังตารางที่ 2.4

ตารางที่ 4 แผนการผลิตแพทย์ในประเทศไทยระหว่างปี 2553-2573

ปีการศึกษา	ปีที่สำเร็จการศึกษา	กระทรวงศึกษาธิการ			กสธ	รวมภาครัฐ	เอกชน	รวมทั้งหมด
		แผนรับปกติ	แผนผลิตเพิ่ม	รวม	แผนผลิต CPIRD			
2553	2560	956	685	1,641	965	2,606	130	2,736
2554	2561	956	810	1,766	1,084	2,850	130	2,980
2555	2562	956	230	1,186	1,026	2,212	130	2,342
2556	2563	956	230	1,186	510	1,696	130	1,826
2557	2564	956	894	1,850	1,116	2,966	130	3,096
2558	2565	956	914	1,870	1,116	2,986	148	3,134
2559	2566	956	966	1,922	1,128	3,050	148	3,198
2560	2567	956	1,034	1,990	1,131	3,121	148	3,269
2561	2568	956	1,086	2,042	1,346	3,388	148	3,536
2562	2569	956	1,086	2,042	1,346	3,388	148	3,536
2563	2570	956	1,086	2,042	1,346	3,388	148	3,536
2564	2571	956	1,086	2,042	1,346	3,388	148	3,536
2565	2572	956	1,086	2,042	1,346	3,388	148	3,536
2566	2573	956	1,176	2,132	1,446	3,578	148	3,726
2567	2574	956	1,176	2,132	1,446	3,578	148	3,726
2568	2575	956	1,176	2,132	1,446	3,578	148	3,726
2569	2576	956	1,176	2,132	1,446	3,578	148	3,726
2570	2577	956	1,176	2,132	1,446	3,578	148	3,726
2571	2578	956	1,176	2,132	1,446	3,578	149	3,727
2572	2579	956	1,176	2,132	1,446	3,578	150	3,728
2573	2580	956	1,176	2,132	1,446	3,578	151	3,729
รวมการผลิต		20,076	20,601	40,677	26,374	67,051	3,024	70,075

## 2. การผลิตพยาบาลวิชาชีพ

ผลการทบทวนเอกสารแผนการผลิตพยาบาลวิชาชีพ ซึ่งดำเนินการโดยคณะกรรมการพยาบาลศาสตร์ศึกษาแห่งชาติ และ สภาการพยาบาลพบว่า มีการเพิ่มการผลิตพยาบาลวิชาชีพตั้งแต่ปี 2535 เป็นต้นมา โดยเฉพาะการเพิ่มการลงทุนในการผลิตพยาบาลเพิ่มในสถาบันการศึกษาภาครัฐได้แก่ คณะพยาบาลศาสตร์ สังกัดสำนักงานคณะกรรมการการอุดมศึกษากระทรวงศึกษาธิการ และวิทยาลัยพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข นอกจากนี้ยังมีสถาบันการศึกษาพยาบาลภาคเอกชนที่มีแผนเพิ่มการผลิต แต่ปัจจุบันการศึกษาพยาบาลเริ่มมีปัญหาการขาดแคลนอาจารย์ จนอาจไม่สามารถเพิ่มการผลิตได้มากกว่าแผนการผลิตนี้ในอนาคต

ผลการศึกษาแผนการผลิตระหว่างปีการศึกษา 2556-2576 พบว่า ในระยะเวลา 20 ปี ซึ่งจะมีผู้สำเร็จการศึกษาระหว่างปีพ.ศ. 2560-2580 โดยจะมีการผลิตพยาบาลวิชาชีพในประเทศไทยรวม 227,699 คน หรือคิดเป็นอัตราการผลิตเฉลี่ย 10,843 คนต่อปี รายละเอียดดังตารางที่ 2.5

ตารางที่ 5 แผนการผลิตพยาบาลวิชาชีพในประเทศไทยระหว่างปีการศึกษา 2556-2576

ปีการศึกษา	ปีที่สำเร็จการศึกษา	การผลิตปกติ				การผลิตเพิ่ม				รวมผลิต
		สกอปกติ	สขปกติ	เอกชนปกติ	สังกัดอื่นๆปกติ	สกอเพิ่ม	สขเพิ่ม	เอกชนเพิ่ม	สังกัดอื่นๆเพิ่ม	
2556	2560	1,958	2,500	2,500	280	1,420	1,100	100		9,858
2557	2561	2,098	2,500	2,653	280	1,414	1,100	148		10,193
2558	2562	2,098	2,500	2,605	280	1,414	1,100	93		10,090
2559	2563	2,098	2,500	2,652	280	1,424	1,100	79		10,133
2560	2564	2,098	2,500	2,672	280	1,434	1,100	50		10,134
2561	2565	2,098	2,530	3,007	386	1,434	1,100	210	120	10,885
2562	2566	2,098	2,530	3,138	386	1,544	1,120	206	100	11,122
2563	2567	2,098	2,530	3,188	386	1,554	1,120	140	100	11,116
2564	2568	2,098	2,530	3,198	386	1,564	1,120	170	100	11,166
2565	2569	2,098	2,530	3,198	386	1,564	1,120	170	100	11,166
2566	2570	2,098	2,530	3,198	266	1,564	1,120	200	100	11,076
2567	2571	2,098	2,530	3,198	266	1,564	1,120	200	100	11,076
2568	2572	2,098	2,530	3,198	266	1,564	1,120	200	100	11,076
2569	2573	2,098	2,530	3,198	266	1,564	1,120	200	100	11,076
2570	2574	2,098	2,530	3,198	266	1,564	1,120	200	100	11,076
2571	2575	2,098	2,530	3,198	266	1,564	1,120	200	100	11,076
2572	2576	2,098	2,530	3,198	266	1,564	1,120	200	100	11,076
2573	2577	2,098	2,530	3,198	266	1,564	1,120	200	100	11,076
2574	2578	2,098	2,530	3,198	266	1,564	1,120	200	100	11,076
2575	2579	2,098	2,530	3,198	266	1,564	1,120	200	100	11,076
2576	2580	2,098	2,530	3,198	266	1,564	1,120	200	100	11,076
รวมผลิต		43,918	52,980	63,989	6,256	31,970	23,400	3,566	1,620	227,699

3. การผลิตทันตแพทย์ในประเทศไทย

ผลการศึกษาแผนการผลิตทันตแพทย์ของสำนักงานคณะกรรมการการอุดมศึกษา จากเอกสารโครงการผลิตทันตแพทย์เพิ่มตามความต้องการของกระทรวงสาธารณสุข ปีการศึกษา 2548-2557 (โครงการระยะที่1) และโครงการผลิตทันตแพทย์เพิ่มระยะที่2 เพื่อพัฒนาทันตสุขภาพของประชาชน ปี การศึกษา 2558-2567 และข้อมูลของทันตแพทย์สภาพพบว่า ระหว่างปีการศึกษา 2553-2573 ซึ่งจะมีผู้สำเร็จการศึกษาระหว่างปี พ.ศ. 2560-2580 โดยในระยะเวลา 20 ปีดังกล่าว ประเทศไทยมีแผนผลิตทันตแพทย์จากสถาบันภาครัฐ 16,681 คน และภาคเอกชน 3,700 รวม 20,381 คน ซึ่งคิดเป็นอัตราการผลิตเฉลี่ย 970 คนต่อปี ดังตารางที่2.6

ตารางที่ 6 การผลิตทันตแพทย์ในประเทศไทยระหว่างปีการศึกษา 2553-2573

ปีการศึกษา	ปีที่สำเร็จการศึกษา	แผนรับปกติ	แผนผลิตเพิ่ม	รวมผลิตในภาครัฐ	เอกชน	รวม
2553	2560	533	200	733	100	833
2554	2561	533	200	733	100	833
2555	2562	533	200	733	100	833
2556	2563	533	200	733	100	833
2557	2564	533	200	733	100	833
2558	2565	526	200	726	200	926
2559	2566	526	200	726	200	926
2560	2567	526	300	826	200	1,026
2561	2568	526	300	826	200	1,026
2562	2569	526	300	826	200	1,026
2563	2570	526	300	826	200	1,026
2564	2571	526	300	826	200	1,026
2565	2572	526	300	826	200	1,026
2566	2573	526	300	826	200	1,026
2567	2574	526	300	826	200	1,026
2568	2575	526	300	826	200	1,026
2569	2576	526	300	826	200	1,026
2570	2577	526	300	826	200	1,026
2571	2578	526	300	826	200	1,026
2572	2579	526	300	826	200	1,026
2573	2580	526	300	826	200	1,026
รวมผลิต		11,081	5,600	16,681	3,700	20,381

4. การผลิตเภสัชกรในประเทศไทย

ผลการศึกษาแผนการผลิตเภสัชกรในประเทศไทย จากการสำรวจจากสถาบันการผลิต และข้อมูลจากสภาเภสัชกรรม ปีการศึกษา พบว่า ระหว่างปีการศึกษา 2553-2573 ซึ่งจะมีผู้สำเร็จการศึกษาระหว่างปี พ.ศ. 2560-2580 โดยประเทศไทยมีแผนผลิตเภสัชกร ประมาณปีละ 2,000 คน โดยแบ่งเป็นการผลิตในสถาบันภาครัฐประมาณ 1,700 คน และภาคเอกชน 300 คน รวม รวม 43,200 คนในระยะเวลา 20 ปีข้างหน้า ทั้งนี้มีผู้สำเร็จการศึกษา ประมาณ ร้อยละ 33 เท่านั้นที่เข้าสู่การจ้างงานในระบบบริการสุขภาพภาครัฐ และเอกชน

## ภาคผนวก 4

---

### ปัจจัยสำคัญที่ส่งผลกระทบต่อกำลังคนด้านสุขภาพ

#### 1. โครงสร้างและลักษณะประชากร

ประเทศไทยกำลังย่างเข้าสู่สังคมสูงวัย โดยในปี 2579 จะมีผู้สูงอายุถึงร้อยละ 30 ของประชากรทั้งหมด ส่งผลต่อภาระงบประมาณที่เพิ่มขึ้นจากสภาวะสุขภาพที่เสื่อมถอย นอกจากนี้จำนวนเด็กปฐมวัยที่ลดลงอย่างต่อเนื่องยังมีปัญหาพัฒนาการไม่สมวัยกว่าร้อยละ 27.5 ทำให้วัยแรงงานในอนาคตเสี่ยงที่จะด้อยคุณภาพ และจากสภาวะที่วัยทำงานลดลง อายุเฉลี่ยของวัยแรงงานจึงเพิ่มสูงขึ้นด้วย ยิ่งไปกว่านั้น กลุ่มวัยแรงงานยังมีปัญหาผลิตภาพแรงงานต่ำ อันมีสาเหตุสำคัญจากทักษะและสมรรถนะไม่สอดคล้องกับความต้องการของตลาดแรงงาน

ในด้านของโครงสร้างประชากรในมิติของเจเนอเรชัน พบว่าประชากรในกลุ่ม Gen Y ที่จะเป็นกลุ่มหลักในอนาคต ให้ความสำคัญกับการหาประสบการณ์และการใช้ชีวิตให้คุ้มค่า จึงมีแนวโน้มในการเคลื่อนย้ายไปเรียนหรือทำงานในทั่วทุกมุมโลก คนรุ่นใหม่ที่มีความรู้ความสามารถไม่นิยมเข้ารับราชการทำให้ขาดกำลังทดแทนข้าราชการที่เกษียณอายุ

#### 2. ระบาดวิทยาของโรค

คนไทยมีแนวโน้มเป็นโรคไม่ติดต่อมากขึ้นซึ่งเป็นสาเหตุหลักของการเสียชีวิต สาเหตุสำคัญมาจากการมีพฤติกรรมเสี่ยงทางสุขภาพที่ไม่เหมาะสม นอกจากนี้ยังพบปัญหาสุขภาพจิต และอุบัติเหตุทางถนน ซึ่งปัญหาเหล่านี้ต้องการการจัดการในระดับนโยบาย ไม่เพียงเฉพาะการจัดระบบบริการสาธารณสุขรองรับที่ปลายทาง ซึ่งสมรรถนะที่จำเป็นสำหรับการดำเนินงานในระดับดังกล่าวจำเป็นต้องมีการพัฒนาให้เป็นรูปธรรม

#### 3. ลักษณะทางสังคม

ขนาดครอบครัวที่เล็กลง ทำให้ระบบเกื้อกูลในครอบครัวในอนาคตจะเปลี่ยนไป เมื่อผนวกกรวมกับสังคมสูงวัยจึงต้องพิจารณาถึงระบบบริการทางสังคมที่จะรองรับสภาวะเช่นนี้ การหวังพึ่งจิตอาสาควรทบทวนรูปแบบและกระบวนการดำเนินงาน เนื่องจากการปัญหาการขาดแคลนผู้ที่มีจิตอาสาที่แท้จริงทั้งจำนวนและคุณภาพ

#### 4. โครงสร้างเชิงกายภาพ

ยังมีความเหลื่อมล้ำระหว่างพื้นที่เมืองและชนบท ในส่วนโครงสร้างพื้นฐานพบว่าระบบโลจิสติกส์ยังไม่ครอบคลุม ส่งผลให้ยังมีปัญหาการกระจายบุคลากรและทรัพยากรทางการแพทย์ที่มีการกระจุกในพื้นที่เมือง แต่ทั้งนี้ในแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 12 มุ่งเน้นการพัฒนาาระบบโลจิสติกส์อย่างชัดเจน ซึ่งจะนำไปสู่การเพิ่มขึ้นของสังคมเมืองในอนาคตอันใกล้นี้ ดังนั้นการมาตรการการสรรหาและดำรงรักษากำลังคนในระบบบริการภาครัฐในรูปแบบเดิมอาจไม่เหมาะสมอีกต่อไป จำเป็นต้องทบทวนและค้นหามาตรการใหม่ๆเพื่อรองรับลักษณะเชิงกายภาพที่กำลังเปลี่ยนไป

#### 5. ลักษณะทางเศรษฐกิจ

รายงานด้านสุขภาพภาครัฐมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่องโดยเฉพาะรายงานของระบบหลักประกันสุขภาพภาครัฐ รายงานระบบหลักประกันสุขภาพภาครัฐมีอัตราเพิ่มที่เร็วกว่าอัตราการเจริญเติบโตทางเศรษฐกิจ ระบบหลักประกันสุขภาพยังมีปัญหาด้านการบริหารจัดการที่ยังขาดประสิทธิภาพ กลไกการบริหารจัดการและระบบฐานข้อมูลยังคงแยกส่วนกันในแต่ละระบบส่งผลต่อการจัดบริการที่เป็นเอกภาพ ทั้งด้านสิทธิประโยชน์ อัตราการเบิกจ่ายและคุณภาพบริการ เหล่านี้ส่งผลต่อการปฏิรูประบบประกันสุขภาพ ซึ่งหากมีการปรับปรุงชุดสิทธิประโยชน์ เงื่อนไขการใช้บริการและการเบิกจ่าย ล้วนส่งผลต่อรูปทิศทางดำเนินงานของหน่วยบริการ การวางแผนกำลังคนในส่วนผู้ให้บริการจึงต้องติดตามสถานการณ์เหล่านี้อย่างใกล้ชิด ทั้งนี้หากการปฏิรูประบบดังกล่าวสามารถดำเนินการร่วมกันก็จะทำให้ปิดช่องว่างของการวางแผนระบบบริการได้ดียิ่งขึ้น จึงจำเป็นต้องมีกลไกของทั้งสองระบบที่มีอำนาจในการตัดสินใจ ดำเนินการร่วมกันในการกำหนดทิศทางการพัฒนาระบบสุขภาพในระดับประเทศ

#### 6. โลกาภิวัตน์

การเชื่อมต่อของโลกอาจนำมาซึ่งการติดต่อของโรคอุบัติใหม่ โรคอุบัติซ้ำ โรคติดต่อจากสัตว์สู่คน รวมถึงภาวะโลกร้อนทำให้เกิดอุบัติภัยทางธรรมชาติที่รุนแรงมากขึ้น แต่การย้ายถิ่นของประชากรและการเคลื่อนย้ายของแรงงานเข้าประเทศอาจเป็นประโยชน์เพื่อชดเชยการขาดแรงงานจากโครงสร้างประชากรสูงวัย ทั้งนี้การเข้าสู่สังคมสูงวัยของโลกส่งผลให้เกิดความเสี่ยงในการแย่งชิงแรงงานและเงินทุน แต่ละเมืองจะมีระดับความน่าสนใจในการดึงดูดกลุ่มคนที่มีความสามารถสูงได้แตกต่างกัน ซึ่งจะส่งผลต่อการความได้เปรียบในการ

แย่งชิงแรงงานและการเติบโตทางเศรษฐกิจต่อไป แต่การเข้าสู่สังคมสูงวัยของโลกก็เป็นโอกาสสำหรับประเทศไทยในการพัฒนาสินค้าและนวัตกรรมใหม่ๆ รวมทั้งการบริการทางการแพทย์และการดูแลผู้สูงอายุเพื่อรองรับความต้องการของผู้สูงอายุในกลุ่มประเทศพัฒนาแล้ว เช่น ธุรกิจ Nursing Home ธุรกิจด้านโรงแรมและการท่องเที่ยวสำหรับผู้สูงอายุ เป็นต้น ซึ่งการแข่งขันในตลาดโลกจะมีความรุนแรงขึ้น ขณะเดียวกันการลดลงของประชากรไทยในระยะ 10-15 ปี ข้างหน้า จะทำให้ขนาดของตลาดในประเทศขยายตัวช้าลง หากไทยไม่สามารถแข่งขันในตลาดโลกได้จะส่งผลกระทบต่อรายได้ของประเทศที่จะนำมาใช้จ่ายในการพัฒนาประเทศต่อไป

ทั้งนี้การที่ไทยมีตำแหน่งที่ตั้งที่สามารถเป็นจุดเชื่อมโยงและกระจายความเชื่อมโยงที่สำคัญในภูมิภาค (Gateway to Asia) เป็นข้อได้เปรียบที่ทำให้ไทยสามารถเป็นฐานการผลิตและบริการสำคัญที่หลากหลาย ทำให้ได้เปรียบในการพัฒนาบริการเพื่อสร้างการแข่งขัน แต่การส่งเสริมการเคลื่อนย้ายแรงงานเสรีอาจทำให้เกิดการแย่งอาชีพในบางสาขาได้ อาทิ พยาบาล ทั้งนี้การจัดทำข้อตกลงยอมรับร่วมกัน (Mutual Recognition Arrangement: MRA) ด้านคุณสมบัติในสาขาวิชาชีพหลักเพื่ออำนวยความสะดวกในการเคลื่อนย้ายนักวิชาชีพ ก็ยังมีความคืบหน้าไม่มากในทางปฏิบัติ เนื่องจากยังไม่มีกรอบหลักสูตรระหว่างอาเซียนด้วยกัน และมีประเด็นในเรื่องจริยธรรมในการประกอบอาชีพเข้ามาเกี่ยวข้อง ประกอบกับปัญหาการกำหนดการสอบเพื่อรับใบอนุญาตที่กำหนดให้เป็นภาษาท้องถิ่นเพื่อประโยชน์ของการสื่อสารกับผู้ป่วย และความหลากหลายของคำจำกัดความที่ต้องได้รับการยอมรับทั้งประเทศต้นทางและประเทศปลายทาง

## 7. กลไกการกำกับดูแล

ประสิทธิภาพภาครัฐต่ำ กฎระเบียบยุ่งเหยิงและล่าช้า สาเหตุส่วนหนึ่งมาจากกระบวนการราชการเป็นแบบแนวตั้งรวมศูนย์การบริหารงานไว้ที่ส่วนกลาง ภาครัฐมีขนาดใหญ่และรายจ่ายประจำเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง งบประมาณมีสัดส่วนสูง รวมทั้งโครงสร้างภาครัฐในปัจจุบันยังขาดระบบการทำงานลักษณะประชารัฐที่เชื่อมโยงเป็นเครือข่ายแบบบูรณาการกับหน่วยงานหรือภาคส่วนอื่นๆ

ส่วนการบริหารงานส่วนท้องถิ่น ยังมีปัญหาความไม่ชัดเจนในการแบ่งภารกิจให้เหมาะสมระหว่างองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นกับราชการส่วนกลางและส่วนภูมิภาค การถ่ายโอนบุคลากรระหว่างส่วนกลางกับส่วนท้องถิ่นยังไม่คล่องตัว มีการถ่ายโอนภารกิจให้กับท้องถิ่นที่ยังไม่มีความพร้อมเพียงพอ

เพื่อให้เกิดการกระจายอำนาจในส่วนการจัดบริการสุขภาพสู่ท้องถิ่นสามารถเกิดขึ้นเต็มรูปแบบ จำเป็นต้องพัฒนาความสามารถในการวางแผนจัดการทรัพยากรในพื้นที่ที่เชื่อมโยงกับกรอบแนวคิดของการวางแผนระบบบริการในระดับประเทศ แต่สามารถปรับรายละเอียดที่มีความจำเพาะต่อบริบทพื้นที่ เช่น รูปแบบการจัดบริการระยะยาวที่เหมาะสมตามลักษณะของประชากรและหน่วยงานผู้ให้บริการในพื้นที่

## 8. เทคโนโลยี

เทคโนโลยีที่ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงอย่างฉับพลันจะเป็นโอกาสทางธุรกิจและการดำรงชีวิตของคนได้อย่างมีคุณภาพมากขึ้น เช่น

- เพิ่มประสิทธิภาพระบบบริการ จากกลุ่มเทคโนโลยีดิจิทัลและคอมพิวเตอร์ ทำให้ลดการใช้งานมนุษย์ในบางประเภทงาน เช่น งานเอกสารและธุรการ เป็นต้น การมีเทคโนโลยีการแพทย์ใหม่ๆ เช่น บริการ Telemedicine การพัฒนา smart medical device สำหรับผู้สูงอายุ การพัฒนาระบบติดตาม/กักกัน/กำกับข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพโดยเฉพาะทาง social media เพื่อให้มีข้อมูลสุขภาพที่ถูกต้องแก่ผู้บริโภค

- เพิ่มประสิทธิภาพการรักษา จากกลุ่มเทคโนโลยีการแพทย์และเทคโนโลยีชีวภาพ ซึ่งจะช่วยให้สามารถรักษาโรคบางประเภทที่ปัจจุบันรักษาหรือป้องกันไม่ได้ เช่น โรคมะเร็ง เป็นต้น

- เพิ่มช่องทางการเรียนรู้ จากกลุ่มเทคโนโลยีดิจิทัลและคอมพิวเตอร์ ทำให้ในอนาคตระบบการศึกษาในสถาบันการศึกษาที่เป็นระบบมาตรฐานอาจไม่สามารถตอบสนองความต้องการในการพัฒนาตนเองของคนรุ่นใหม่ได้ ลดงบประมาณในการจัดอบรมต่างๆ

แต่ก็มีความเสี่ยงของผลเชิงลบ จากการที่ประชาชนบางส่วนปรับตัวไม่ทันหรือขาดความรู้และทักษะที่ทันกับยุคสมัยที่เปลี่ยน โดยเฉพาะอย่างยิ่งการทำงานร่วมกับเทคโนโลยีก้าวหน้า ทำให้มีความเสี่ยงต่อความมั่นคงและคุณภาพชีวิต อีกทั้งความเหลื่อมล้ำในการเข้าถึงเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสารทั้งในเชิงพื้นที่และระดับรายได้ อุปสรรคสำคัญคือการศึกษาที่ประเทศไทยยังคงต้องพึ่งพาการนำเข้าเทคโนโลยีจากต่างประเทศสูง ยังไม่สามารถเป็นผู้สร้างเทคโนโลยีโดยเฉพาะเทคโนโลยีขั้นสูงได้เอง จำเป็นต้องปรับตัวจากผู้ใช้เป็นผู้พัฒนาเทคโนโลยี โดยเฉพาะกลุ่มสาธารณสุข สุขภาพ และเทคโนโลยีทางการแพทย์ ซึ่งเป็นกลุ่มเทคโนโลยีที่ไทยอาจยังไม่เข้มแข็งมากนัก แต่มีความจำเป็นอย่างมากต่อการพัฒนาประเทศในอนาคต

## ภาคผนวก 5

---

### (ร่าง) แผนที่ 2 ปฏิรูประบบการผลิตและพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพเพื่อสนับสนุนการพัฒนาการศึกษา สำหรับบุคลากรด้านสุขภาพในศตวรรษที่ 21

#### วิสัยทัศน์

การศึกษา คุณภาพ เสมอภาค เพื่อสมรรถนะและหัวใจบุคลากรด้านสุขภาพ

#### เป้าประสงค์

การพัฒนาการศึกษาบุคลากรสุขภาพโดยประชาชนเป็นศูนย์กลางเพื่อลดความเหลื่อมล้ำในระบบสุขภาพ

#### เป้าหมาย

การพัฒนาการศึกษาบุคลากรด้านสุขภาพให้มีสมรรถนะที่เหมาะสม ได้มาตรฐานโดยอาศัยหลักฐานเชิงประจักษ์เพื่อตอบสนองต่อความต้องการของประชาชนและระบบสุขภาพตามพลวัตและบริบทความต้องการของกำลังคนทางด้านสุขภาพของประเทศและครอบคลุมประชาชนตลอดจนผู้ด้อยโอกาสได้อย่างเสมอภาคอันจะลดความเหลื่อมล้ำและนำไปสู่ระบบการดูแลสุขภาพที่ดีตั้งแต่ระดับปฐมภูมิ มุ่งเน้นการพึ่งตนเอง การมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วนทั้งภาคประชาชน ภาครัฐและภาคเอกชน ทำให้เกิดความเชื่อมโยงและบูรณาการวิชาการข้ามศาสตร์ในระหว่างสาขาวิชาชีพจากผู้ผลิตและผู้ใช้

#### ตัวชี้วัด

- 1) เครือข่าย กลไกความร่วมมือระหว่างผู้ผลิตและผู้ใช้ องค์กรวิชาชีพ ในการพัฒนาการศึกษาบุคลากรด้านสุขภาพที่มีคุณภาพ ชั้นความร่วมมือมี 3 ระดับได้แก่ ระดับนโยบาย ปฏิบัติการ และประเมิน
- 2) การเปลี่ยนแปลงนโยบายระดับชาติในการพัฒนาการศึกษาบุคลากรด้านสุขภาพที่สอดคล้องกับระบบสุขภาพ โดยอาศัยหลักฐานเชิงประจักษ์

## กลยุทธ์

- 1) พัฒนาการศึกษาศิลปะด้านสุขภาพที่มีประชาชนเป็นศูนย์กลาง การบูรณาการข้ามศาสตร์ โดยกลไกการมีส่วนร่วม ได้มาตรฐานและเชื่อมโยงระบบสุขภาพ
- 2) ผลิตบุคลากรสุขภาพที่มีสมรรถนะรองรับและลดความเหลื่อมล้ำในระบบสุขภาพทั้งปัจจุบันและอนาคต
- 3) สร้างแนวทางในการบริหารจัดการขององค์กรเพื่อสนับสนุนการศึกษาด้านสุขภาพอย่างยั่งยืน

กลยุทธ์	เป้าหมายย่อย	วัตถุประสงค์	กิจกรรม	ตัวชี้วัดย่อย
1.	พัฒนาศิลปะด้านสุขภาพที่มีประชาชนเป็นศูนย์กลาง การบูรณาการข้ามศาสตร์ โดยกลไกการมีส่วนร่วม ได้มาตรฐานและเชื่อมโยงระบบสุขภาพ			
	1.1 มาตรฐานการศึกษามีคุณภาพ	เพื่อเป็นมาตรฐานในการประกันคุณภาพ การศึกษาที่สอดคล้องต่อความต้องการของประเทศ	1) กำหนดเกณฑ์มาตรฐานในการประกันคุณภาพการศึกษา ที่สอดคล้องกับบริบทความต้องการของประเทศโดยการมีส่วนร่วมจากผู้และผู้ผลิต และผู้เรียน (ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียหลัก 5 ระดับ ได้แก่ คณบดี สภาคณะกรรมการประจำหลักสูตร อาจารย์ นักศึกษา อธิการบดี และผู้บริหารระดับมหาวิทยาลัย และองค์กรกำกับดูแลการประกันคุณภาพการศึกษา)  2) มีกระบวนการตรวจประเมิน ที่มีมาตรฐาน มีความยุติธรรม โปร่งใส มีความเป็นกลางยุติธรรม และตรวจสอบได้  3) กำหนดกลไกการติดตามผลการประกันคุณภาพการศึกษาอย่างสม่ำเสมอ	จำนวนสาขาวิชาชีพสุขภาพที่มีระบบการประกันคุณภาพการศึกษาที่มีมาตรฐาน แข็งแรง และมีคุณภาพ
	1.2 ความเชื่อมโยงและบูรณาการวิชาการข้ามศาสตร์	เพื่อการพัฒนา การศึกษาด้านสุขภาพ และการผลิตบุคลากรสุขภาพให้มีความสอดคล้องกับระบบ	1) พัฒนาเครื่องมือ สื่อ การเรียนการสอน แบบสหสาขาวิชาชีพ และการเรียนรู้โดยชุมชนมีส่วนร่วม โดยอาศัยกลไกการมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วน เชื่อมโยงระบบสุขภาพ	1) มีการเรียนการสอนแบบสหสาขาวิชาชีพ หรือการเรียนรู้โดยชุมชนมีส่วนร่วม หรือการทำงานเป็นทีม ใน

กลยุทธ์	เป้าหมายย่อย	วัตถุประสงค์	กิจกรรม	ตัวชี้วัดย่อย
	และผู้ใช้การพัฒนาการศึกษาสอดคล้องกับระบบการบริการและดูแลสุขภาพที่ดี	สุขภาพของประเทศ	2) พัฒนาอาจารย์	หลักสูตรการศึกษาเชื่อมโยงระบบสุขภาพ 2) มีการพัฒนาอาจารย์เพื่อสนับสนุนหลักสูตรการศึกษาดังกล่าว
	<b>1.3 การมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วน</b> ทั้งภาคประชาชน ภาครัฐและภาคเอกชนและการเรียนรู้โดยชุมชนมีส่วนร่วม	เพื่อพัฒนาเครือข่ายและกลไกการขับเคลื่อนโดยความร่วมมือของทุกภาคส่วนในการปฏิรูปการศึกษา	1) สร้างกระบวนการรับเข้า การให้ทุน ที่มีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วน 2) สร้างกระบวนการการพัฒนา การบริหาร และการประเมินหลักสูตรที่มีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วน 3) พัฒนาการเรียนรู้โดยการประยุกต์ใช้เทคโนโลยีสารสนเทศ	การมีส่วนร่วมในการจัดการศึกษาระหว่างผู้ผลิต ผู้ใช้บุคลากรด้านสุขภาพ องค์กรวิชาชีพ และภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง
<b>2.</b>	<b>ผลิตบุคลากรสุขภาพที่มีสมรรถนะรองรับและลดความเหลื่อมล้ำในระบบสุขภาพทั้งปัจจุบันและอนาคต</b>			
	<b>2.1 บุคลากรสุขภาพที่มีสมรรถนะที่เหมาะสม</b>	เพื่อให้การผลิตบุคลากรสุขภาพที่มีสมรรถนะที่เหมาะสมต่อความต้องการด้านสุขภาพของประชาชนและรองรับระบบสุขภาพในอนาคต	กำหนดผลสัมฤทธิ์การเรียนรู้ (learning outcome) ที่เหมาะสม	สภาวิชาชีพมีการกำหนดสมรรถนะวิชาชีพที่สอดคล้องกับบริบทความต้องการของประเทศ
	<b>2.2 หลักฐานเชิงประจักษ์ในประเด็น</b> ก. ความต้องการของประชาชนซึ่งครอบคลุมผู้ด้อยโอกาส ข. ระบบสุขภาพในอนาคต ที่คำนึงถึงบริบทความต้องการกำลังคนทางด้านสุขภาพของประเทศ	เพื่อเป็นข้อมูลสนับสนุนการวางแผนการผลิตกำลังคนด้านสุขภาพ	1) สร้างความตระหนักถึงสถานการณ์การผลิตบุคลากรสุขภาพในปัจจุบัน เพื่อสร้างทรศนะ และทิศทางร่วมกัน 2) สร้างโจทย์ เกณฑ์ กลไกและกระบวนการเก็บข้อมูลให้เป็นมาตรฐานร่วมกันทุกวิชาชีพ 3) ศึกษาวิจัยความแตกต่างของความต้องการด้านสุขภาพตามบริบทแต่ละพื้นที่ 4) สร้างกลไกการสนับสนุนการผลิตงานวิจัยระบบการศึกษาสำหรับวิชาชีพสุขภาพ 5) สร้างกระบวนการติดตามการนำผลการวิจัยไปใช้ หรือพัฒนานโยบายการศึกษา 6) จัดการอบรมเชิงปฏิบัติการอย่างต่อเนื่อง	1) มีการวิเคราะห์ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการอ้างอยู่ ความเสมอภาคและการกระจาย เช่น สัดส่วนการรับนักศึกษาเข้าเรียนจากชนบทและเมือง 2) มีหน่วยงานวิจัยระบบการศึกษาสำหรับวิชาชีพสุขภาพเพื่อผลิตงานวิจัยระบบการศึกษาสำหรับวิชาชีพสุขภาพในสถาบันการศึกษา 3) มีงานวิจัยระบบ

กลยุทธ์	เป้าหมายย่อย	วัตถุประสงค์	กิจกรรม	ตัวชี้วัดย่อย
			เรื่องการวิจัยระบบการศึกษาสำหรับ วิชาชีพสุขภาพ และสร้างเครือข่ายวิจัย ระบบการศึกษาสำหรับวิชาชีพสุขภาพ	การศึกษาสำหรับ วิชาชีพสุขภาพสุขภาพ ที่พัฒนานโยบาย การศึกษา
3.	สร้างแนวทางในการบริหารจัดการขององค์กรเพื่อสนับสนุนการศึกษาด้านสุขภาพอย่างยั่งยืน			
	3.1 การบริหาร จัดการและการเงิน การคลัง	เพื่อเป็นแนวทางในการ บริหารจัดการของ องค์กรเพื่อสนับสนุน การศึกษาด้านสุขภาพ อย่างยั่งยืน	พัฒนารูปแบบทางการบริหารจัดการ การเงินและการคลัง เช่น กิจกรรมเพื่อสังคม (social enterprise), ร่วมลงทุนกับ หน่วยงานอื่น เช่น อุปกรณ์ เพื่อสนับสนุน การศึกษาด้านสุขภาพที่ตอบสนองความ ต้องการของประชาชน	มีรูปแบบทางการบริหาร จัดการ การเงินและการ คลัง เพื่อสนับสนุน การศึกษาด้านสุขภาพที่ ตอบสนองความต้องการ ของประชาชน