

การวางแผนความต้องการกำลังคนด้านสุขภาพ

นพ.อำพล จินดาวัฒนะ*

วงเดือน จินดาวัฒนะ**

ณิชากร ศิริกนกวิไล**

การวางแผนความต้องการกำลังคนด้านสุขภาพสัมพันธ์โดยตรงกับการกำหนดนโยบายและการวางแผนสาธารณสุข ปัจจุบันมีวิธีการคาดประมาณความต้องการหลายวิธี ไม่มีวิธีใดดีที่สุด จึงควรใช้ร่วมกัน บทความนี้นำเสนอแนวคิด ทฤษฎี และประสบการณ์บางส่วนเกี่ยวกับการกำหนดนโยบายและวางแผนความต้องการกำลังคนด้านสุขภาพในประเทศไทยโดยสังเขป พร้อมข้อเสนอแนะที่สำคัญบางประการ

บทนำ

เป็นที่ยอมรับกันโดยทั่วไปว่าการพัฒนาคนเป็นเงื่อนไขในการประกันสิทธิมนุษยชนและการสร้างสังคมสันติสุข ศูนย์กลางของการพัฒนาทั้งหลายจึงควรอยู่ที่คน คนเป็นทรัพยากรที่สำคัญที่สุดในบรรดาทรัพยากรทั้งปวง การดำเนินกิจกรรมด้านสาธารณสุขมีเป้าหมายเพื่อพัฒนาคนโดยรวม การวางแผนกำลังคนด้านสุขภาพเป็นเรื่องสำคัญที่ต้องพิจารณาถึงระบบสาธารณสุข สภาพการเมือง เศรษฐกิจ สังคม และอื่นๆ ทั้งในอดีต ปัจจุบัน และอนาคต ที่ยากกว่าการวางแผนทรัพยากรอื่นๆ ก็เนื่องจากมีปัจจัยที่เชื่อมโยงสัมพันธ์กันอย่างใกล้ชิดเข้ามาเกี่ยวข้องมาก อีกทั้งมีการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลา

มีความพยายามที่จะนำเสนอแนวคิด ทฤษฎี และวิธีการวางแผนความต้องการกำลังคนด้านสุขภาพทั้งในระดับระหว่างประเทศโดยองค์การอนามัยโลก และภายในประเทศไทยเอง บทความนี้ต้องการนำเสนอบทเรียนบางส่วนที่เกี่ยวกับการวางแผนความต้องการกำลังคนด้านสุขภาพ เพื่อการเรียนรู้ร่วมกัน อันจะนำไปสู่การพัฒนาองค์ความรู้ด้านนี้ให้เจริญงอกงามยิ่งขึ้น

ทบทวนองค์ความรู้และแนวคิดโดยสังเขป

ขั้นตอนหลักในการวางแผนที่ใช้กันทั่วไปคือ (1) การวิเคราะห์สภาพการณ์ทั่วไป (2) การรวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูลตามที่กำหนด (3) การวิเคราะห์ทางเลือก (4) การวางแผน และ (5) การประเมินผล

การกำหนดนโยบายสามารถเกิดได้ในหลายขั้นตอน เช่น ก่อนเริ่มวงจรวางแผน หลังการวิเคราะห์ข้อมูล และทางเลือก เป็นต้น

การวางแผนความต้องการกำลังคนโดยทั่วไปไม่ต่างจากการวางแผนด้านอื่นๆ มีความพยายามที่จะสร้างภาพจำลองของระบบการพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพว่าเป็นส่วนหนึ่งของระบบสาธารณสุขและระบบการศึกษา แต่มองระบบสาธารณสุขและระบบการศึกษาแยกจากกัน คือ การวางแผนและการบริหารกำลังคนด้านสุขภาพเป็นส่วนหนึ่งของระบบสาธารณสุข ส่วนการผลิตกำลังคนเป็นส่วนหนึ่งของระบบการศึกษา ในความเป็นจริงระบบทั้งสองไม่สามารถแยกจากกันโดยเด็ดขาดได้ การผลิตกำลังคนด้านสุขภาพจะต้องมีอยู่ทั้งในระบบการศึกษาและระบบสาธารณสุขไปพร้อมๆ กัน

* ผู้อำนวยการสถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข

** สำนักนโยบายและแผนสาธารณสุข

วิธีการวางแผนความต้องการกำลังคนด้านสุขภาพ ประกอบด้วย

1. การรวบรวมข้อมูลด้านประชากร ระบาดวิทยา สังคม/เศรษฐกิจ/การเมือง การบริการและทรัพยากร สาธารณสุข

2. การคาดประมาณความต้องการกำลังคน ซึ่งอาจประมาณได้ 4 วิธีคือ (1) จากความจำเป็นด้านสุขภาพ (health needs) (2) จากเป้าหมายบริการสุขภาพ (service targets) (3) จากความต้องการบริการสุขภาพของประชาชน (health services demands) (4) จากสัดส่วนกำลังคนด้านสุขภาพต่อประชากร

3. แปลงมาเป็นชนิด จำนวน และคุณภาพการจัดบริการสุขภาพ

4. แปลงมาเป็นชนิด จำนวน คุณภาพ การกระจายกำลังคนด้านสุขภาพและอื่นๆ

รายละเอียดของการคาดประมาณความต้องการกำลังคนแต่ละวิธีมีดังนี้

1. จากความจำเป็นด้านสุขภาพ

วิเคราะห์ว่าจะต้องจัดบริการสุขภาพอะไร อย่างไร เพื่อให้ประชาชนมีสุขภาพดี เป็นการวิเคราะห์และกำหนดโดยผู้ประกอบวิชาชีพหรือผู้เชี่ยวชาญ โดยประชาชนอาจมีหรือไม่มีส่วนร่วม การวิเคราะห์นี้คำนึงถึงวิทยาการและเทคโนโลยีด้านการแพทย์เป็นหลัก ส่วนเรื่องราคา ชีตความสามารถในการจัดบริการ การเข้าถึงบริการของประชาชน อาจพิจารณาเป็นอันดับรอง วิธีนี้จึงเป็นการวิเคราะห์ความจำเป็น (need) ไม่ใช่ความต้องการ (want/demand) ของประชาชน

2. จากเป้าหมายการจัดบริการสุขภาพ

องค์กรผู้รับผิดชอบด้านสุขภาพเป็นผู้กำหนดเป้าหมายบริการสุขภาพ โดยคำนึงถึงความจำเป็นด้านสุขภาพ ความต้องการของประชาชน เศรษฐกิจ สังคม และแยกวิเคราะห์เป็นระบบย่อยๆ มีการปรับเป้าหมายให้สมดุลระหว่างความจำเป็นด้านสุขภาพ ความต้องการของประชาชน วิทยาการและเทคโนโลยี และชิตความสามารถในการจัดบริการของสังคม ณ ห้วงเวลาหนึ่ง

3. จากความต้องการบริการสุขภาพของประชาชน
คำนวณจากชนิดและปริมาณบริการสุขภาพที่ประชาชนใช้จริง ณ ห้วงเวลาหนึ่งๆ แล้วคาดประมาณบริการไปข้างหน้า บวกด้วยบริการที่ประชาชนต้องการแต่ยังไม่ถึง วิธีนี้จะให้ความสำคัญกับความจำเป็นด้านสุขภาพและคุณภาพบริการด้วย

4. จากสัดส่วนกำลังคนด้านสุขภาพต่อประชากร
คำนวณโดยตั้งสมมติฐานว่าสังคมหนึ่งควรมีกำลังคนสาขาใดบ้างในจำนวนที่เป็นสัดส่วนเท่ากับประชากร สัดส่วนนี้ไม่มีมาตรฐานสากล แต่ละสังคม แต่ละประเทศจะนำสัดส่วนมาเปรียบเทียบกับกันโดยตรงไม่ได้ เพราะมีเหตุปัจจัยอื่นที่เกี่ยวข้องอีกมาก ประเทศที่มีสัดส่วนดีกว่าไม่ได้หมายความว่าจะมีสถานะสุขภาพของประชาชนดีกว่าเสมอไป

วิธีการคาดประมาณความต้องการกำลังคนทั้ง 4 วิธีนี้ มีทั้งส่วนที่ต่างกันและเหมือนกันอยู่บ้าง ไม่ได้ต่างกันโดยเด็ดขาด และแต่ละวิธีมีทั้งจุดดีจุดด้อยของตนเอง

ประสบการณ์บางส่วนในประเทศไทย

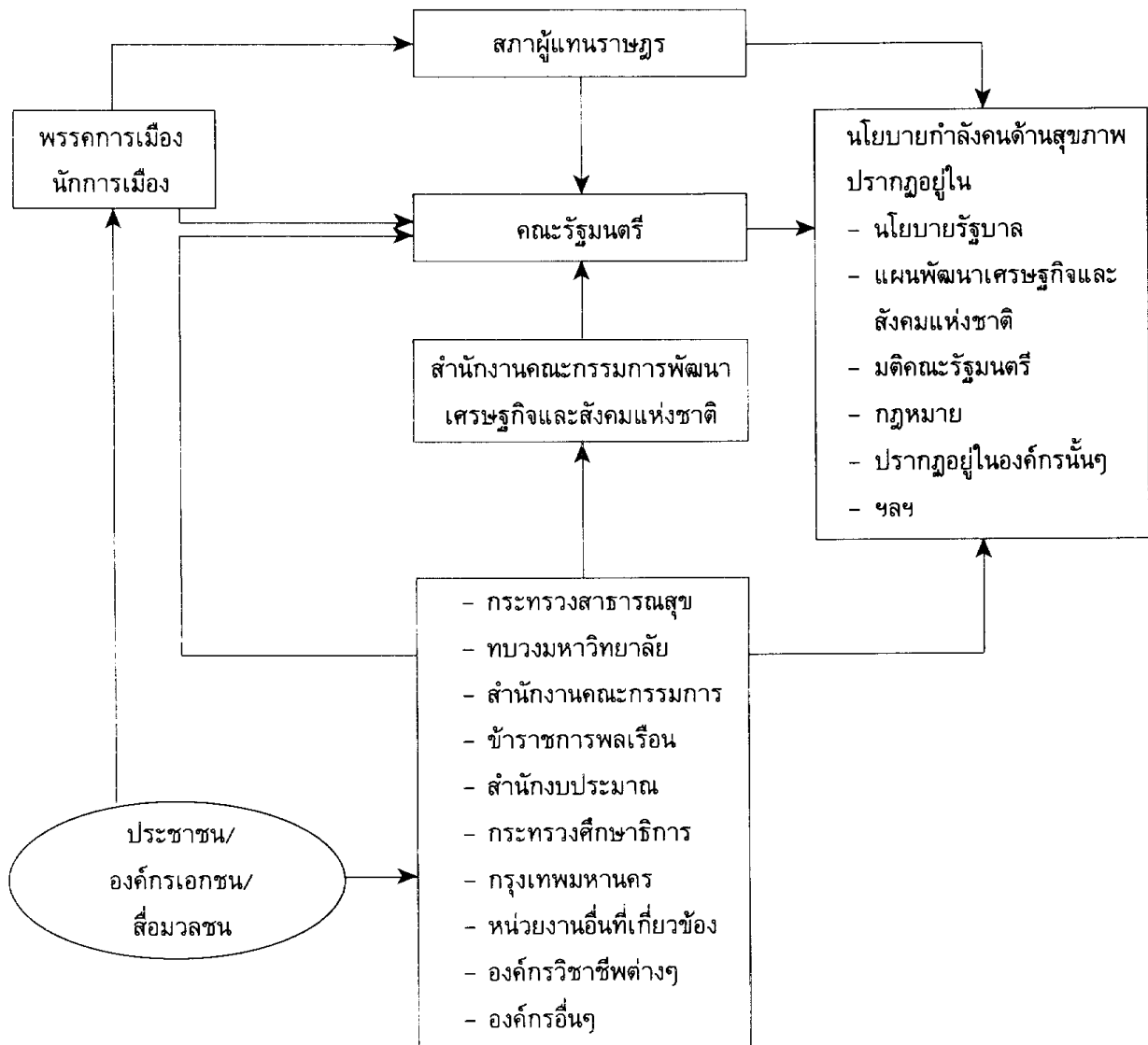
1. การกำหนดนโยบายกำลังคนด้านสุขภาพ

ที่ผ่านมามีกลไกการกำหนดนโยบายกำลังคนด้านสุขภาพหลายทาง สรุปได้ดังผังภูมิที่ 1

การกำหนดนโยบายโดยฝ่ายการเมือง เกิดได้ในรูปนโยบายพรรคการเมืองผลักดันออกมาเป็นกฎหมายหรือนโยบายของรัฐบาลที่แถลงต่อสภาผู้แทนราษฎร เช่น รัฐบาลที่มีนายบรรหาร ศิลปอาชาเป็นนายกรัฐมนตรี แถลงนโยบายต่อรัฐสภาเมื่อวันที่ 26 กรกฎาคม 2538 ว่า "5.3.8 ส่งเสริมการผลิตและพัฒนาบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขให้มีคุณภาพและเพียงพอ..." ซึ่งนโยบายในลักษณะนี้มักจะถูกอยู่ในรูปของ political statement ที่เขียนไว้อย่างกว้างๆ และสั้นๆ

การกำหนดนโยบายโดยฝ่ายข้าราชการประจำ เป็นช่องทางใหญ่ทางหนึ่ง มีการกำหนดนโยบายในรูปของแผนพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ (แผน 5 ปี)

ผังภูมิที่ 1 แสดงกลไกการกำหนดนโยบายกำลังคนด้านสุขภาพของประเทศไทย



ที่มา : จากเอกสารอ้างอิงหมายเลข 3

เช่น ในแผนฉบับที่ 7 พ.ศ. 2535-2539 เขียนไว้ว่า “เพิ่มและพัฒนากำลังคนด้านสาธารณสุขให้มีความพอเพียงและมีขีดความสามารถเพิ่มมากขึ้นในการตอบสนองต่อนโยบายการพัฒนา โดยเฉพาะการพัฒนาบริการในระดับสถานอนามัยตำบล และแก้ปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญ” แม้ว่าการกำหนดนโยบายในแผน 5 ปีจะต้องผ่านความเห็นชอบจากฝ่ายการเมือง แต่ในความเป็นจริงก็เป็นการกำหนดนโยบายและแผนโดยข้าราชการ

ประจำเป็นสำคัญ

ช่องทางใหญ่ในการกำหนดนโยบายอีกทางหนึ่ง ที่นิยมใช้กันก็คือ การกำหนดนโยบายโดยหน่วยงาน/องค์กรต่างๆ แล้วเสนอออกมาในรูปของมติคณะรัฐมนตรี ซึ่งมีทำกันมาก เช่น เมื่อ พ.ศ. 2513 มีนโยบายกำหนดให้แพทย์ที่จบใหม่ต้องปฏิบัติงานให้กับทางราชการอย่างน้อย 3 ปี ตามข้อเสนอของกระทรวงสาธารณสุข สำนักงาน ก.พ. และสำนักงานคณะกรรมการพัฒนา

เศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ เมื่อ พ.ศ.2535 มีนโยบายให้ทบวงมหาวิทยาลัยเพิ่มการผลิตแพทย์อีกปีละ 340 คนตามข้อเสนอของคณะกรรมการประสานงานทางการแพทย์และสาธารณสุข เป็นต้น

นอกจากนี้ยังมีการกำหนดนโยบายในรูปของนโยบายหรือมติขององค์กร ภายใต้ขอบเขตอำนาจหน้าที่ขององค์กรนั้นๆ โดยไม่ผ่านรัฐสภาและคณะรัฐมนตรี เช่น คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ร่วมกับกระทรวงสาธารณสุขจัดทำโครงการผลิตแพทย์เพื่อชาวชนบท โดยการคัดเลือกนักศึกษาตรงจากพื้นที่ที่กำหนด แพทย์สภามีมติยกเลิกการฝึกอบรมแพทย์ฝึกหัดหลังจากการศึกษา 6 ปีบริบูรณ์เมื่อปี พ.ศ. 2528 เป็นต้น ซึ่งนโยบายเหล่านี้มีผลกระทบต่อนโยบายโดยรวมของประเทศมากบ้าง น้อยบ้าง

การมีกลไกกำหนดนโยบายเกี่ยวกับกำลังคนด้านสุขภาพหลายช่องทางนี้ เป็นไปตามการปกครองระบบประชาธิปไตยที่ไม่มีจุดใดมีอำนาจเบ็ดเสร็จ ทำให้เกิดการถ่วงดุล และมีความหลากหลาย แต่ก็มีข้อเสียคือนโยบายอาจขาดเอกภาพและเกิดปัญหาความขัดแย้งขึ้น ถ้าขาดการประสานงานกันระหว่างองค์กรต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง หรือมีการกำหนดนโยบายเพื่อตอบสนองความต้องการขององค์กรหรือกลุ่มใดกลุ่มหนึ่งเป็นการเฉพาะ

2. การวางแผนความต้องการกำลังคนด้านสุขภาพ

ในประเทศไทยมีการวางแผนด้วยวิธีการคาดประมาณความต้องการกำลังคนด้านสุขภาพหลายวิธี โดยหน่วยงาน องค์กรต่างๆกัน ตัวอย่างได้แก่

2.1 ตัวอย่างการคาดประมาณจากความจำเป็นด้านสุขภาพ

สุวิทย์ อุดมพานิชย์ (2533) ศึกษาการคาดประมาณกำลังคนด้านทันตสุขภาพในการพัฒนารูปแบบการจัดบริการทันตสาธารณสุขระดับชุมชนในอำเภอแห่งหนึ่ง ด้วยวิธีการสร้างแบบจำลองพลวัตของระบบ (System Simulation Modeling หรือ System Dy-

namics) โดยใช้ข้อมูลจากการสำรวจด้านทันตระบาดวิทยา และมาตรฐานงานทันตสุขภาพ เป็นข้อมูลพื้นฐานในการวิเคราะห์ และกำหนดรูปแบบทางเลือกในการแก้ปัญหาทันตสาธารณสุข 7 ทางเลือก คือ

1. กำหนดอัตรากำลังคนตามแนวทางพัฒนากำลังคนด้านทันตสาธารณสุข ที่ศึกษาไว้โดยกระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2529
2. คาดประมาณกำลังคนโดยเน้นการทำงานครอบคลุมพื้นที่ของบริการตามแนวทางการสาธารณสุขมูลฐาน
3. คาดประมาณกำลังคนโดยคำนึงว่าทันตแพทย์เปิดคลินิกส่วนตัวให้บริการประชาชนนอกเวลาราชการด้วย
4. คาดประมาณกำลังคนโดยเพิ่มน้ำหนักงานส่งเสริมทันตสุขภาพและป้องกันโรคทางทันตสุขภาพ
5. คาดประมาณกำลังคนโดยเพิ่มความเข้มข้นงานสาธารณสุขมูลฐาน และกระจายบริการให้ครอบคลุมประชากรมากขึ้น
6. คาดประมาณกำลังคนโดยเพิ่มทันตแพทย์จาก 1 คน ในปีพ.ศ. 2526 เป็น 2 คน ในปีพ.ศ. 2534 และเป็น 3 คนในปีพ.ศ. 2543 โดยกำหนดให้มีความเข้มข้นของงานสาธารณสุขมูลฐานเหมือนทางเลือก 4
7. กำหนดให้มีอัตรากำลังคนเท่าทางเลือกที่ 6 แต่เพิ่มความเข้มข้นของงานด้านส่งเสริมทันตสุขภาพและป้องกันโรคทางทันตสุขภาพ กระจายบริการให้ครอบคลุมมากขึ้น และพัฒนาเทคโนโลยีในการบำบัดรักษา

การประมาณความต้องการกำลังคนด้านสุขภาพตามตัวอย่างนี้ เข้าลักษณะการคาดประมาณจากความจำเป็นด้านสุขภาพเป็นหลัก แต่มีการปรับปรุงวิธีการคาดประมาณให้ละเอียดขึ้นโดยมีการกำหนดทางเลือกตามสมมติฐานต่างๆ และมีการใช้การสร้างแบบจำลองเข้าช่วย นับว่าเป็นวิธีที่น่าสนใจวิธีหนึ่ง

2.2 ตัวอย่างการคาดประมาณจากเป้าหมายการจัดบริการสุขภาพ

คณะที่ปรึกษารัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข ร่วมกับสำนักนโยบายและแผนสาธารณสุข (พ.ศ. 2537) ได้ประมาณความต้องการแพทย์ในปีพ.ศ. 2544 ของประเทศไทยไว้โดยวิธีนี้ โดยคำนวณความต้องการแพทย์จาก 3 ส่วน คือ

(1) ความต้องการแพทย์ของกระทรวงสาธารณสุข โดยวิเคราะห์ข้อมูลโรงพยาบาลและหน่วยงานต่างๆ ของกระทรวงสาธารณสุข ณ ปีพ.ศ. 2536 และคาดคะเนการปรับปรุง เปลี่ยนแปลง และยกฐานะหน่วยงานต่างๆ พร้อมกับพิจารณากรอบอัตรากำลังแพทย์ของหน่วยงานต่างๆ เหล่านั้น คำนวณได้ความต้องการแพทย์ของกระทรวงสาธารณสุข ณ ปีพ.ศ. 2544 เป็น 14,434 คน

(2) ความต้องการแพทย์ของสถานพยาบาลในสังกัดทบวงมหาวิทยาลัยและกระทรวงต่างๆ คำนวณจากจำนวนหน่วยงาน แนวโน้มการพัฒนาเปลี่ยนแปลงภาระงานทุกด้าน กรอบอัตรากำลัง และผลการศึกษาของคณะอนุกรรมการประสานงานพัฒนากำลังคนด้านการแพทย์และสาธารณสุขของแพทยสภา พ.ศ. 2530 โดยเลือกใช้จำนวนความต้องการสูงสุด ระบุความต้องการ ณ ปีพ.ศ. 2544 เป็น 6,873 คน

(3) ความต้องการแพทย์ในสถานพยาบาลภาคเอกชน คำนวณจากจำนวนเตียงของสถานพยาบาลเอกชน และอัตราการขยายของจำนวนเตียงในช่วงปี พ.ศ. 2537 ถึง พ.ศ. 2544 โดยกำหนดอัตราการขยายเป็น 3 ระดับ คือ ขยายมากเท่าเดิม (ร้อยละ 15 ต่อปี) ขยายปานกลาง (ร้อยละ 13 ต่อปี) และขยายน้อย (ร้อยละ 10 ต่อปี) จากนั้นจึงคำนวณปริมาณแพทย์ที่ต้องการสำหรับจัดบริการ โดยใช้สมมติฐานแพทย์ 1 คน ต่อ 10 เตียง ได้จำนวนความต้องการแพทย์ 6,227 คน, 5,507 คน, และ 4,562 คน สำหรับอัตราการขยายของเตียง มาก ปานกลาง และน้อย ตามลำดับ

นำความต้องการแพทย์ทั้งหมดมารวมกันเป็นความต้องการของประเทศ

การคาดประมาณวิธีนี้มีการคำนึงถึงการปรับ

เปลี่ยนระบบบริการสาธารณสุข และพฤติกรรมการใช้บริการทางการแพทย์น้อยมาก ทั้งหมดเป็นการคำนวณบนพื้นฐานของระบบเดิม การคำนวณแพทย์ในหน่วยราชการเป็นความต้องการขั้นสูงสุด และการคำนวณแพทย์ในภาคเอกชนไม่ได้คำนึงถึงแพทย์ภาคราชการที่ทำงานภาคเอกชนแบบบางเวลาด้วย ตัวเลขจากการคาดประมาณที่คำนึงถึงมีโอกาสสูงเกินความต้องการจริงได้มาก

2.3 ตัวอย่างการคาดประมาณจากความต้องการบริการสุขภาพของประชาชน

ดำรง บุญยืน และคณะ (2537) ทำการศึกษาเพื่อคาดประมาณจำนวนแพทย์ระดับต่ำสุดที่พึงต้องการสำหรับประเทศไทยในช่วงปีพ.ศ. 2538-2553 โดยถือเอาผลการสำรวจสภาวะการเจ็บป่วย การแสวงหา และการใช้บริการทางการแพทย์และอนามัยของประชาชนที่สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล ทำการสำรวจเมื่อพ.ศ. 2528 เป็นข้อมูลพื้นฐาน แล้วคำนวณโดยอาศัยแบบจำลองทางคณิตศาสตร์และกำหนดเงื่อนไขตามสมมติฐานต่างๆหลายประการ เพื่อให้สอดคล้องกับสิ่งที่เปลี่ยนแปลงไปในอนาคต และสอดคล้องกับระบบบริการที่ควรจะเป็น

สมมติฐานที่ใช้สำหรับการคาดประมาณครั้งนี้คือ

2.3.1 การแสวงหาและใช้บริการอันเนื่องมาจากการเจ็บป่วย

(1) การคาดประมาณจำนวนผู้เจ็บป่วยที่แสวงหาบริการจากแพทย์ในรอบ 1 เดือน ใช้ผลการสำรวจของสถาบันวิจัยประชากรและสังคม พ.ศ. 2528 มาคำนวณ

(2) แพทย์ใช้เวลาให้บริการผู้ป่วยนอกเฉลี่ยรายละ 5 นาที

(3) ร้อยละ 10 ของผู้ป่วยนอกถูกรับไว้รักษาในลักษณะผู้ป่วยใน

(4) จำนวนวันอยู่โรงพยาบาลของผู้ป่วย ในเฉลี่ย 5 วันในปี พ.ศ. 2538, 6 วันในปีพ.ศ. 2543 และ 7 วันในปีพ.ศ. 2548 และปีต่อไป

(5) แพทย์ใช้เวลาในการให้บริการผู้ป่วยในเฉลี่ย

ตารางที่ 1 สมมติฐานเกี่ยวกับอุบัติการณ์การตายและการแสวงหาบริการจากแพทย์

	พ.ศ. 2538	พ.ศ. 2543	พ.ศ. 2548	พ.ศ. 2553
(1) อัตราตาย (ต่อพัน)	6.7	6.7	7.0	7.4
(2) จำนวนประชากร (ล้านคน)	59,520	62,852	65,819	68,648
(3) อุบัติการณ์ตายเฉลี่ย (รายต่อเดือน)	33,232	35,092	38,394	42,333
(4) การแสวงหาบริการจากแพทย์ก่อนตาย (ร้อยละ)	55	60	65	70
(5) แพทย์ใช้เวลาในการให้บริการผู้ป่วยนอกรายละ 10 นาที				
(6) ร้อยละ 80 ของผู้ป่วยนอกถูกรับไว้รักษาในลักษณะผู้ป่วยใน				
(7) กำหนดจำนวนวันป่วยที่ผู้ป่วยแต่ละรายต้องนอนอยู่โรงพยาบาล				
(8) แพทย์ใช้เวลาในการให้บริการผู้ป่วยในเฉลี่ยรายละ 1 ชั่วโมงต่อวันป่วย				
(9) แพทย์ทำงานเฉลี่ยวันละ 7 ชั่วโมง และปฏิบัติงานให้บริการแก่ผู้ป่วยเฉลี่ยเดือนละ 20 วัน หรือ 140 ชั่วโมงต่อคนต่อเดือน				

รายละเอียดครั้งชั่วโมงต่อวันป่วย : ตัวอย่างการประมาณความต้องการกำลังคนด้านสุขภาพข้างต้นนี้ มีใช้วิธีคาดประมาณจากความต้องการด้านสุขภาพของประชาชนโดยตรง หากแต่เป็นการประยุกต์วิธีดังกล่าว เพราะมีการกำหนดสมมติฐานและเงื่อนไขประกอบจำนวนมาก ซึ่งดีกว่าวิธีตามข้อ 2.2 เนื่องจากมีโอกาสเสนอปรับปรุงระบบบริการให้เหมาะสมและสอดคล้องกับหลักการหรือแนวคิดที่ควรจะเป็นไว้ในคราวเดียวกันด้วย แต่ก็อาจจะทำให้เกิดข้อโต้แย้งได้มากเช่นกัน เพราะบางคนอาจไม่เห็นด้วยกับสมมติฐานที่กำหนดขึ้นก็ได้

2.3.2 การแสวงหาและใช้บริการก่อนอุบัติการณ์การตาย (ตารางที่ 1)

จากการประมาณความต้องการแพทย์สำหรับงานบริการข้างต้น ประกอบกับแพทย์ที่ทำหน้าที่บริหารการศึกษา ค้นคว้า วิจัย สอน และฝึกอบรม รวมทั้งแพทย์ที่ต้องลาศึกษาต่อตามความจำเป็น ณ ช่วงเวลาหนึ่งๆ ทำให้ได้ความต้องการแพทย์ขั้นต่ำตามตารางที่ 2

ตารางที่ 2 จำนวนแพทย์ที่ประมาณจากความต้องการบริการสุขภาพของประชาชน

ลักษณะงานที่ต้องการใช้แพทย์	พ.ศ. 2538	พ.ศ. 2543	พ.ศ. 2548	พ.ศ. 2553
งานบริหารการแพทย์และสาธารณสุข - ส่วนกลาง	700	600	500	400
- ส่วนภูมิภาค	300	400	500	600
งานค้นคว้าวิจัย สอน หรือฝึกอบรมนักศึกษา	1,800	2,100	2,400	2,700
ลาศึกษาต่อตามความจำเป็น	400	500	600	700
จำนวนแพทย์ระดับต่ำสุดเพื่อให้บริการผู้ป่วย	12,074	15,500	19,308	21,051
จำนวนแพทย์ระดับต่ำสุดเพื่อให้บริการผู้ป่วยก่อนตาย	381	523	720	854
รวมจำนวนความต้องการแพทย์ทั้งหมด	15,655	19,703	24,028	26,305

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบการกระจายทันตแพทย์ในภาคต่างๆ ของประเทศไทย พ.ศ. 2535

ภาค	สัดส่วนประชากรต่อทันตแพทย์ 1 คน
ตะวันออกเฉียงเหนือ	116,431
ใต้	55,398
เหนือ	41,405
กลาง	31,631
กรุงเทพมหานคร	4,098

2.4 ตัวอย่างการคาดประมาณจากสัดส่วนกำลังคนด้านสุขภาพต่อประชากร

มีการใช้วิธีนี้กันบ่อยเนื่องจากง่ายที่สุดและคนทั่วไปเข้าใจได้ง่าย แต่ก็เป็วิธีที่มีความเที่ยงตรงน้อย เพราะไม่มีสัดส่วนที่เป็นสากล ไม่สามารถประกันการกระจายและคุณภาพกำลังคน อีกทั้งขึ้นกับปัจจัยอื่นๆ อีกมากมาย เช่น รูปแบบของระบบบริการสุขภาพ สถานะเศรษฐกิจ สังคม สภาพการเมือง วัฒนธรรมประเพณี

โครงการผลิตบัณฑิตสาขาวิชาทันตแพทยศาสตรเพิ่ม ของทบวงมหาวิทยาลัย พ.ศ. 2532 คำนวณสัดส่วนทันตแพทย์ต่อประชากรในภาคต่างๆ ไว้ดังตารางที่ 3

ในระดับประเทศ สัดส่วนทันตแพทย์ต่อประชากร ณ ปีพ.ศ. 2531 เป็น 1:17,600 โครงการนี้ได้อ้างถึงเอกสารแนวความคิดทันตสุขภาพดีถ้วนหน้า พ.ศ. 2543 ขององค์การอนามัยโลกซึ่งเขียนโดย Dr.I.O.Holler & NE.M.C. Machans เมื่อปี 2528 ว่าเกณฑ์กลางเกี่ยวกับสัดส่วนทันตแพทย์ต่อจำนวนประชากร สำหรับประเทศที่กำลังพัฒนาควรจะเป็น 1:5,000 โครงการจึงได้เสนอขอเพิ่มการผลิตทันตแพทย์ในคณะทันตแพทยศาสตรต่างๆ อีกปีละ 80 คน จากปีละ 270 คนในวางแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมฉบับที่ 6 ซึ่งจะทำให้ประเทศไทยมีสัดส่วนทันตแพทย์ต่อประชากรเฉลี่ยเป็น 1:9,800 ในปีพ.ศ. 2543

อภิปรายและเสนอแนะ

1. การกำหนดนโยบายกำลังคนด้านสุขภาพในประเทศไทยเกิดขึ้นได้จากหลายจุดและหลายระดับทำให้เกิดนโยบายที่หลากหลาย มีจุดอ่อนคือขาดเอกภาพ ไม่มีหน่วยงานกลางที่ดูแลเรื่องนโยบายกำลังคนด้านสุขภาพอย่างแท้จริง สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติก็ยังไม่สามารถทำหน้าที่นี้ได้อย่างชัดเจนพอ นโยบายกำลังคนด้านสุขภาพจึงเกิดขึ้นอย่างกระจัดกระจาย มีไม่น้อยที่เกิดจากความต้องการในระดับหน่วยงานหรือองค์กรเท่านั้น และส่วนใหญ่เป็นการกำหนดโดยนักวิชาการในภาคราชการ นักการเมือง และประชาชนยังมีส่วนร่วมในการกำหนดนโยบายด้านนี้ค่อนข้างน้อย จึงควรมีการจัดตั้งองค์กรหรือกลไกกำหนดนโยบายกำลังคนด้านสุขภาพระดับชาติขึ้น

2. วิธีการคาดประมาณความต้องการกำลังคนด้านสุขภาพที่นำเสนอทั้ง 4 วิธีล้วนมีจุดเด่นและจุดอ่อนแตกต่างกันไป ไม่มีวิธีใดดีที่สุด วิธีแรกมีจุดเด่นคือดูความจำเป็นที่แท้จริง แต่ก็อาศัยสมมติฐานและข้อกำหนดหลายประการซึ่งอาจจะเหมาะสมหรือไม่ก็ได้ ที่สำคัญที่สุดคือขาดการให้ความสำคัญต่อความต้องการของประชาชน ผู้ใช้บริการ วิธีที่สองมีจุดเด่นคือทำได้ง่ายอธิบายได้ชัดเจน แต่มีข้อเสียที่สำคัญคือเป็นการคาดประมาณบนกรอบแนวคิดและฐานของระบบบริการสุขภาพเดิม ซึ่งอาจจะเหมาะสมหรือไม่เหมาะสมสำหรับอนาคตก็ได้ วิธีที่สามดีที่สุดให้ความสำคัญต่อความต้องการของประชาชน แต่ก็

อาจจะไม่เหมาะสมเพราะอาจจะไม่สอดคล้องกับความจำเป็นด้านสุขภาพก็ได้ ถ้าประยุกต์โดยกำหนดสมมติฐานและเงื่อนไขสำคัญประกอบการคาดการณ์ก็อาจจะปิดจุดอ่อนได้บ้าง แต่อาจมีข้อโต้แย้งเกี่ยวกับสมมติฐานที่กำหนดได้อีก สำหรับวิธีที่ง่ายที่สุด แต่มีจุดอ่อนเพราะไม่มีใครยืนยันสัดส่วนที่เหมาะสมได้ และไม่ได้นึกถึงการกระจายกำลังคน สัดส่วนที่ดีมีได้ประกันว่าคุณภาพบริการหรือการเข้าถึงบริการของประชาชนจะดีกว่า หรือประชาชนจะมีสภาวะสุขภาพที่ดีกว่าแต่อย่างใดนอกจากนี้ การคาดการณ์ทั้ง 4 วิธี ล้วนมองข้ามความจริงบางประการไป เช่น มองเพียงว่ากำลังคนด้านสุขภาพทำงานเต็มเวลาเท่านั้น ซึ่งที่จริงมีการทำงานบางเวลาและมีการทำงานนอกเวลาปกติด้วย ไม่ได้คำนึงถึงเวลาในการปฏิบัติงานบริหารหรืองานวิชาการอื่น และมองข้ามระบบสาธารณสุขที่ส่งเสริมให้ประชาชนพึ่งตนเองเป็นต้น

การคาดการณ์ความต้องการกำลังคนด้านสุขภาพที่ดี จึงควรใช้หลายวิธีประกอบกัน เพื่อปิดจุดอ่อนและเสริมจุดเด่นของแต่ละวิธี นอกจากนี้ ควรมีการประยุกต์วิธีการคาดการณ์ให้ละเอียด ลึกซึ้ง สัมพันธ์กับความเป็นจริง และยอมรับได้มากที่สุดด้วย

3. ไม่ว่าการวางแผนความต้องการกำลังคนด้านสุขภาพจะดีเพียงใดก็ตาม ก็ยังไม่สามารถประกันคุณภาพบริการและประกันสภาวะสุขภาพของประชาชนได้อยู่ดี เพราะยังมีปัจจัยที่เกี่ยวข้องอีกมาก เช่น ราคาค่าบริการ จำนวนและประเภทที่จัดบริการ การเข้าถึงบริการ ขนบธรรมเนียมประเพณี วัฒนธรรม ความเชื่อ ที่สำคัญมากคือการกระจายกำลังคนด้านสุขภาพ การกระจายในที่นี้ไม่ได้หมายถึงการกระจายทางภูมิศาสตร์เท่านั้น แต่หมายถึงการกระจายระหว่างสาขา (เช่น แพทย์มาก พยาบาลน้อย) และภายในสาขาเดียวกัน (เช่น แพทย์ผู้เชี่ยวชาญกับแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป) ด้วย การวางแผนความต้องการกำลังคนด้านสุขภาพที่ดีต้องลงลึกไปถึงประเด็นเหล่านี้ด้วย

4. การวางแผนความต้องการกำลังคนด้านสุขภาพในประเทศไทยอยู่ในลักษณะกระจายกระจาย มี

การวางแผนที่แตกต่างหลากหลาย ขึ้นอยู่กับความต้องการของหน่วยงานเป็นหลัก ขาดจุดประสานที่ชัดเจน และมีประสิทธิภาพดีพอ ปัญหานี้ควรมีการวิเคราะห์และพัฒนากลไกที่เหมาะสมขึ้นในโอกาสต่อไป หากสำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมไม่สามารถจะทำหน้าที่นี้ได้เนื่องจากต้องดูแลนโยบายและแผนในระดับมหภาคกว่านี้ จุดแกนประสานกลางก็อาจจะเป็นกระทรวงสาธารณสุขซึ่งมีบทบาทหน้าที่หลักในเรื่องการแพทย์และสาธารณสุขโดยตรงอยู่แล้ว

5. ในด้านวิชาการอาจกล่าวได้ว่า การวางแผนความต้องการกำลังคนด้านสุขภาพ ตลอดจนการวางแผนการผลิต การใช้ และพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพเป็นวิทยาการที่สำคัญอย่างหนึ่ง ซึ่งต้องอาศัยความเชี่ยวชาญและผู้เชี่ยวชาญด้านนี้โดยเฉพาะมาทำงานร่วมกับผู้เชี่ยวชาญด้านการกำหนดนโยบายและแผน ผู้เชี่ยวชาญด้านเศรษฐศาสตร์ สังคมศาสตร์ และด้านอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง จึงสมควรที่หน่วยงานที่เกี่ยวข้องจะต้องริบสร้างและพัฒนาองค์ความรู้ความเชี่ยวชาญอย่างจริงจังและเร่งด่วน การสร้างเครือข่ายการทำงานร่วมกันของบุคคลและองค์กรต่างๆ ทั้งในและต่างประเทศ อาจเป็นหนทางหนึ่งที่ทำให้การกำหนดนโยบายและการวางแผนความต้องการกำลังคนด้านสุขภาพเหมาะสมและได้ผลดียิ่งขึ้น

สรุป

การวางแผนความต้องการกำลังคนด้านสุขภาพ มีความสัมพันธ์โดยตรงกับการกำหนดนโยบายและการวางแผนสาธารณสุข ปัจจุบันมีวิธีการคาดการณ์ความต้องการหลายวิธี ซึ่งควรใช้ร่วมกันเพราะยังไม่มีวิธีใดที่ดีที่สุด การวางแผนความต้องการกำลังคนด้านสุขภาพที่ดีไม่ควรคำนึงถึงแต่ด้านปริมาณ แต่ควรคิดถึงคุณภาพและการกระจายควบคู่ไปด้วย ไม่เช่นนั้นจะไม่สามารถประกันผลการจัดบริการ และผลกระทบต่อสภาวะสุขภาพของประชาชนได้ ดังตัวอย่างในหลายประเทศ ซึ่งมีกำลังคนด้านสุขภาพจำนวนมากแต่สภาวะสุขภาพของ

ประชาชนไม่ได้ดีอย่างที่ควรจะเป็น การพัฒนางานด้านการวางแผนความต้องการกำลังคนด้านสุขภาพในประเทศไทย นอกจากจะต้องจุดให้มีจุดแกนประสานกลางที่เหมาะสมกว่าเดิม และมีการสร้างเครือข่ายการทำงานร่วมกันระหว่างบุคคลและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องแล้ว การสร้างและพัฒนาความเชี่ยวชาญและผู้เชี่ยวชาญด้านนี้ก็มีความจำเป็นอย่างมาก

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณนายแพทย์สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ ที่ช่วยตรวจสอบ ให้ข้อคิดเห็น และให้คำแนะนำอันเป็นประโยชน์สำหรับการเขียนบทความฉบับนี้

เอกสารอ้างอิง

1. คณะที่ปรึกษารัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข และสำนักนโยบายและแผนสาธารณสุข. *การประมาณการความต้องการแพทย์ในปีพ.ศ. 2544 ของประเทศไทย*. สำนักนโยบายและแผนสาธารณสุข, พ.ศ. 2537 (เอกสารอัดสำเนา).
2. ดำรงค์ บุญยืน และคณะ. *การคาดประมาณจำนวนแพทย์ระดับต่ำสุดที่พึงต้องการสำหรับประเทศไทย ในช่วงปีพ.ศ. 2538-2553*. สำนักนโยบายและแผนสาธารณสุข, พ.ศ. 2537 (เอกสารอัดสำเนา).
3. รวิพันธ์ ศิริกนกวิไล, อำพล จินดาวัฒนะ และคณะ. *ผลการวิเคราะห์นโยบายการพัฒนากำลังคนด้านสาธารณสุข: กรณีความจำเป็นในการแก้ปัญหาขาดแคลนแพทย์ในระบบบริการสาธารณสุขระดับ*

ชนบท. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, มกราคม 2538.

4. ทบวงมหาวิทยาลัย. *โครงการผลิตบัณฑิตสาขาวิชาทันตแพทยศาสตร์เพิ่ม*. สำนักนโยบายและแผนอุดมศึกษา, พ.ศ. 2535.
5. สมศักดิ์ ชุณหรัศมิ์. *การพัฒนาบุคลากรด้านสาธารณสุข*. สำนักงานประสานงานวิชาการและพัฒนากำลังคนด้านสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2530 (เอกสารอัดสำเนา).
6. สุวิทย์ อุดมพานิชย์. *การพัฒนารูปแบบการจัดบริการทันตสาธารณสุขระดับชุมชน*. วิทยานิพนธ์สาขาบริหารสาธารณสุข, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัย, 2533.
7. Amphon Jindawatthana and Mayuree Siripoon-Sozanski. *Country Experiences on Health and Human Resources for Health Planning : Thailand*. Institute of Health Manpower Development, MOPH., 1995.
8. Highlights of the Acapulco Conference. *Health Manpower Out of Balance : Conflicts and Prospects*. 1986.
9. Tamas Fulop and Milton I. Roemer. *Reviewing Health Manpower Development*. Public Health Papers, No.83, WHO, Geneva, 1987.
10. T.L. Hall and A. Mejia. *Health Manpower Planning*. WHO, Geneva, 1979.

