

ความต้องการกำลังคนด้านสุขภาพเพื่อรองรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในอนาคต

นงลักษณ์ พะไถยะ*

ศิริพันธ์ สาสัตย์†

วาสนี วิเศษฤทธิ์‡

ผู้รับผิดชอบบทความ: นงลักษณ์ พะไถยะ

บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความต้องการกำลังคนด้านสุขภาพเพื่อรองรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของประเทศไทย วิธีการศึกษาประกอบด้วย 2 ขั้นตอน ได้แก่ การเก็บข้อมูลปฐมภูมิและทุติยภูมิและการคาดการณ์ความต้องการกำลังคน การเก็บข้อมูลปฐมภูมิใช้การสำรวจในกลุ่มสถานบริการสุขภาพทั้งภาครัฐและเอกชน 66 แห่ง และผู้จัดการบริการ (care manager: CM) ในการดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน 130 คน แบบสอบถามประกอบด้วย ข้อมูลการบริการ กำลังคนด้านสุขภาพ ลักษณะงานที่ปฏิบัติ เวลาที่ใช้ในการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ สำหรับการคาดการณ์ความต้องการกำลังคนในการดูแลที่บ้านใช้วิธีความจำเป็นด้านสุขภาพ (health need method) ส่วนการคาดการณ์กำลังคนดูแลระยะยาวที่สถาบันนั้น ใช้วิธีการกำหนดอัตราส่วนประชากร (population ratio) โดยกำลังคนด้านสุขภาพที่คาดการณ์ประกอบด้วยกำลังคนที่เป็วิชาชีพ ได้แก่ CM พยาบาลวิชาชีพ แพทย์ นักกายภาพบำบัด นักสังคมสงเคราะห์ และกำลังคนที่ไม่ใช่วิชาชีพ ได้แก่ นักบริบาลและผู้ช่วยพยาบาล ผลการศึกษา พบว่า หากผู้ใช้บริการในสถานบริการฯ เพิ่มขึ้นร้อยละ 10-20 ต่อปี ใน พ.ศ. 2573 จะมีความต้องการ CM ประมาณ 37,235-37,636 คน รองลงมาได้แก่ พยาบาลวิชาชีพ 29,520-30,499 คน นักกายภาพบำบัด 4,858-5,260 คน แพทย์ 3,555-4,000 คน นักสังคมสงเคราะห์ 338-740 คน สำหรับผู้ช่วยพยาบาลและนักบริบาล พบว่าใน พ.ศ. 2573 มีความต้องการกำลังคนเหล่านี้ประมาณ 1,613-3,529 คน และ 126,542-134,312 คน ตามลำดับ เมื่อเทียบกับกำลังคนรองรับในภาพรวมทั้งประเทศ กำลังคนที่จะขาดแคลนมากได้แก่ พยาบาลวิชาชีพและ CM

คำสำคัญ: กำลังคนด้านสุขภาพ, การดูแลระยะยาว, การดูแลที่บ้าน, นักบริบาล

* คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

† คณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยวิทยาศาสตร์การแพทย์เจ้าฟ้าจุฬาภรณ

‡ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

Received 1 December 2020; Revised 22 February 2021; Accepted 14 June 2021

Suggested citation: Pagaiya N, Sasat S, Wiserith W. Health workforce requirements for the dependent older people in the future. Journal of Health Systems Research 2021;15(2):200-17.

นงลักษณ์ พะไถยะ, ศิริพันธ์ สาสัตย์, วาสนี วิเศษฤทธิ์. ความต้องการกำลังคนด้านสุขภาพเพื่อรองรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในอนาคต. วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข 2564;15(2):200-17.

Health Workforce Requirements for the Dependent Older People in the Future

Nonglak Pagaiya*, Siriphan Sasat†, Wasinee Wisersith‡

* Faculty of Public Health, Khon Kaen University

† Faculty of Nursing, HRH Princess Chulabhorn College of Medical Science

‡ Faculty of Nursing, Chulalongkorn University

Corresponding author: Nonglak Pagaiya, nongpa@kku.ac.th

Abstract

The study aimed to project the health workforce requirements to provide long term care for the dependent older people in Thailand. The descriptive study comprised 2 steps, primary and secondary data collection and forecasting for health workforce requirements for the long term care services. Survey conducted at 66 public and private long term care institutions and 130 care managers (CMs) looking after home health care services. Self-administered questionnaires comprised questions in relation to service provision, health workforce, quantity of services and time used were applied. The health need method was used to project the health workforce requirements for home health care services and the population ratio method was then employed to project the health workforce requirements for institutional care. Health workforces included in the projection were: CM, nurses, doctors, physiotherapists, social workers, nurse assistants and care givers (CGs). The results showed that when service utilization at institutional care increased at 10-20% each year, the requirements for CM, nurses, physiotherapists, doctors, social workers, nurse assistants and CG in 2030 would be 37,235-37,636; 29,520-30,499; 4,858-5,260; 3,555-4,000; 338-740; 1,613-3,529; and 126,542 -134,312 respectively. Comparing to health workforce supply of the whole country, it is likely that there would be a critical shortage of nurse and CM.

Keywords: health workforce, long term care services, home health care, care givers

ภูมิหลังและเหตุผล

กำลัคนด้านสุขภาพเป็นองค์ประกอบที่สำคัญอย่างยิ่งของระบบสุขภาพ ด้วยเป็นทรัพยากรที่ต้องบริหารจัดการทรัพยากรอื่นๆ เพื่อขับเคลื่อนระบบสุขภาพให้ส่งถึงผู้รับบริการอย่างทั่วถึง เท่าเทียม มีคุณภาพและประสิทธิภาพ อย่างไรก็ตาม ประเทศต่างๆ ทั่วโลกต่างก็เผชิญกับปัญหากำลัคน ทำให้เป็นอุปสรรคต่อการจัดบริการสุขภาพ ปัญหากำลัคนต่างๆ เหล่านี้ ได้แก่ ปัญหาการขาดแคลนกำลัคนในบางวิชาชีพ ปัญหาการกระจายกำลัคนที่ไม่เป็นธรรม ปัญหาการขาดแคลนทักษะและการผสมผสานทักษะ รวมทั้งปัญหาการขาดแรงจูงใจในการทำงานส่งผลให้มีกำลัคนส่วนหนึ่งออกไปจากระบบ⁽¹⁾ ซึ่งแต่ละประเทศก็เผชิญกับปัญหาเหล่านี้มากขึ้นน้อยแตกต่างกัน

การเปลี่ยนแปลงของบริบทต่างๆ ของประเทศไทย เป็นปัจจัยเร่งให้ปัญหาด้านกำลัคนรุนแรงขึ้น การเข้าสู่ประชากรสูงอายุในสังคมไทย ประกอบกับปัญหาโรคเรื้อรังเพิ่มขึ้นส่งผลทำให้ผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงและต้องการการดูแลมีจำนวนมากขึ้น จากการศึกษาพบว่า อุบัติการณ์ภาวะทุพพลภาพของผู้สูงอายุไทย คือ 1 ใน 4 ของผู้สูงอายุ อัตราความชุกเพิ่มขึ้นเมื่ออายุมากขึ้นและพบในผู้หญิงมากกว่าชาย⁽²⁾ จากการประเมินโดยใช้การประเมินความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (Barthel activities of daily living: ADL) พบว่า ร้อยละ 20.7 ของผู้สูงอายุไทยต้องพึ่งพาผู้อื่นในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน⁽³⁾ สิ่งเหล่านี้บ่งบอกว่า ประเทศไทยจะต้องเตรียมความพร้อมในด้านกำลัคนด้านสุขภาพให้เพียงพอทั้งปริมาณ

และคุณภาพ ในด้านของระบบการบริการที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในปัจจุบันประกอบด้วย การบริการในระดับสถาบันและการบริการที่บ้าน โดยในการบริการระดับสถาบันนั้น ศิริพันธุ์ สาสัตย์ และคณะ⁽⁴⁾ พบว่า สถานบริการประกอบไปด้วย บ้านพักคนชรา สถานที่ให้การช่วยเหลือในการดำรงชีวิต โรงพยาบาลที่ให้บริการดูแลระยะยาว สถานบริบาลและสถานดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของทั้งภาครัฐและภาคเอกชน สถานบริการภาครัฐมีจำนวนไม่มากนัก กระจายอยู่ทุกภูมิภาค แต่สถานบริการภาคเอกชนนั้นมีจำนวนมากกว่าและเกือบครึ่งตั้งอยู่ในกรุงเทพฯ ในด้านการดูแลที่บ้านนั้น ใน พ.ศ. 2559 รัฐบาลได้ริเริ่มดำเนินการจัดระบบการดูแลระยะยาวด้านสุขภาพ (long term care: LTC) สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่ ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติในพื้นที่นำร่อง และขยายไปสู่พื้นที่อื่นๆ ในเวลาต่อมา และคาดว่าจะครอบคลุมทุกพื้นที่ใน พ.ศ. 2561⁽⁵⁾ โดยการดำเนินงานนี้ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและระบบบริการสุขภาพรวมทั้งภาคอื่นๆ ได้เข้ามาร่วมขับเคลื่อน LTC ในระดับพื้นที่ และกำลังคนด้านสุขภาพที่ได้รับการพัฒนาขึ้นมาเพื่อขับเคลื่อน LTC ในพื้นที่ ได้แก่ นักบริบาลหรือผู้ช่วยดูแล (care giver: CG) ซึ่งเป็นประชาชนในพื้นที่ที่ได้รับการฝึกอบรมโดยหลักสูตรที่กำหนดโดยกรมอนามัย จำนวน 70 ชั่วโมง หรือหลักสูตร 420 ชั่วโมง โดยที่ CG มีบทบาทในการเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุและให้บริการภายใต้การดูแลของผู้จัดการระบบดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข หรือ care manager (CM)¹ และสหวิชาชีพด้านสุขภาพประกอบด้วย แพทย์ พยาบาลวิชาชีพ นักกายภาพบำบัด แพทย์แผนไทย ทันตแพทย์ เภสัชกร นักโภชนาการ นักสังคมสงเคราะห์และอื่นๆ มีส่วนช่วยให้บริการตามความจำเป็นของผู้มีภาวะ

¹ ผู้จัดการระบบดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข เป็นบุคลากรสาธารณสุข หรือผู้ที่มีประสบการณ์ในงาน LTC ได้รับการอบรมเพิ่มเติมหลักสูตรของกรมอนามัย 70 ชั่วโมง และมีบทบาทหน้าที่ในการประเมินสภาพผู้สูงอายุ วางแผนการให้บริการ ประสานงานกับสหวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง เพื่อจัดการให้บริการ ดูแลการทำงานของ CG และติดตามความก้าวหน้าของการให้บริการ

พึ่งพิง ในการดำเนินงานที่ผ่านมายังไม่สามารถขับเคลื่อนระบบ LTC ให้ครอบคลุมทุกพื้นที่ได้ นอกเหนือจากปัจจัยด้านความพร้อมขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นแล้ว ข้อจำกัดเรื่องการขาดแคลนกำลังคนด้านสุขภาพ ทั้งสหวิชาชีพ CM และ CG ทำให้ระบบ LTC ยังไม่สามารถบรรลุผลดังที่คาดหวังได้⁽⁶⁾

สำนักงานวิจัยและพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพ⁽⁷⁾ ได้คาดการณ์ความต้องการกำลังคนและเปรียบเทียบกับกำลังคนรองรับในวิชาชีพแพทย์ ทันตแพทย์ เภสัชกร พยาบาล วิชาชีพ นักสาธารณสุข นักกายภาพบำบัด นักเทคนิคการแพทย์ และแพทย์แผนไทย พบว่า หากระบบบริการสุขภาพยังคงเดิมและระบบการผลิตกำลังคนก็ยังคงเดิม กำลังคนจะเพียงพอใน พ.ศ. 2569 ทุกวิชาชีพยกเว้นพยาบาลวิชาชีพที่จะเกิดการขาดแคลน และนักสาธารณสุขที่จะมีกำลังคนที่ผลิตเกินความต้องการ อย่างไรก็ตาม การคาดการณ์เหล่านี้ อาจจะต่ำกว่าความเป็นจริงเพราะไม่ได้นำปัจจัยอื่นๆ เข้าไปร่วมคำนวณด้วย เช่น การเพิ่มขึ้นของผู้สูงอายุ กำลังคนรองรับผู้สูงอายุ นอกเหนือจากวิชาชีพหลักๆ แล้ว ยังอาจจะมีวิชาชีพอื่นๆ ทั้งกำลังคนที่ไม่เป็นทางการ เช่น นักบริบาลร่วมด้วย สำหรับนักบริบาลหรือผู้ช่วยดูแล แม้ว่า จะได้มีสถาบันต่างๆ เริ่มต้นตัวในการผลิตนักบริบาล และมีการพัฒนาหลักสูตรขึ้นมา แต่การขาดการสนับสนุนจากภาครัฐและปัจจัยอื่นๆ ทำให้ความนิยมในการเรียนลดลงและส่งผลทำให้โรงเรียนต่างๆ ททยอยปิดตัวลง⁽⁴⁾ นอกจากนี้ ปัญหาจำนวนและคุณภาพของนักบริบาลจะไม่เพียงพอแล้ว ปัญหาการดำรงอยู่ในระบบเป็นความท้าทายที่สำคัญของนักบริบาลด้วย

ที่ผ่านมา การศึกษาในด้านความต้องการกำลังคนสำหรับผู้ดูแลผู้สูงอายุยังมีค่อนข้างน้อย และผลการศึกษาก็ยังมีข้อจำกัดต่างๆ ได้แก่ การศึกษาแยกส่วนเฉพาะวิชาชีพ และแยกกำลังคนที่ไม่ใช่วิชาชีพ ได้แก่ นักบริบาล และกำลังคนที่เป็นวิชาชีพ และการคาดการณ์เน้นเฉพาะการให้บริการระดับชุมชน หรือระดับสถานบริการ ขาดภาพการให้บริการทั้งระบบ ดังนั้น เพื่อให้ได้รายละเอียดข้อมูลทั้งกำลัง

คนที่เป็นวิชาชีพและไม่เป็นวิชาชีพ ตลอดจนครอบคลุมทั้ง การบริการในระดับสถาบันและชุมชน ครอบคลุมทุกพื้นที่ ทั้งในเขตเมืองและในเขตชนบท จึงมีความจำเป็นอย่างยั้ง ที่จะต้องศึกษาความต้องการกำลังคนด้านสุขภาพทั้งที่เป็น วิชาชีพและไม่เป็นวิชาชีพเพื่อรองรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่ง พึ่งของประเทศไทย

ระเบียบวิธีศึกษา

ระบบการดูแลผู้สูงอายุในนี้ครอบคลุมการดูแลที่ บ้านและการดูแลที่สถาบัน ซึ่งสถาบันการดูแลผู้สูงอายุ ประกอบด้วย บ้านพักคนชรา (residential home) สถาน บริบาล (nursing home) สถานดูแลผู้สูงอายุระยะยาวใน โรงพยาบาล (long term care hospital) และสถานที่ ให้การช่วยเหลือในการดำรงชีวิต (assisted living setting)

กำลังคนด้านสุขภาพในการศึกษานี้ประกอบด้วยกำลัง คนวิชาชีพที่ให้การดูแลที่สถาบันและที่บ้าน โดยจำแนกเป็น 2 กลุ่ม คือ บุคลากรที่เป็นวิชาชีพ ซึ่งได้แก่ แพทย์ พยาบาล วิชาชีพ นักกายภาพบำบัด และนักสังคมสงเคราะห์ และ บุคลากรดูแลผู้สูงอายุในกลุ่มผู้ช่วย ได้แก่ ผู้ช่วยพยาบาล นักบริบาล

การศึกษานี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนา ประกอบด้วย 2 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การเก็บข้อมูลปฐมภูมิและทุติยภูมิ และ

2) การคาดการณ์ความต้องการกำลังคน

การเก็บข้อมูล

ข้อมูลทุติยภูมิ ประกอบด้วยข้อมูลการคาดการณ์ ประชากรผู้สูงอายุใน พ.ศ. 2569 และ 2573 สัดส่วนผู้ สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ข้อมูลสถานบริการดูแลระยะยาว กำลังคนวิชาชีพรองรับ (workforce supply) จากแหล่ง ข้อมูลต่างๆ ประเภทข้อมูล ได้แก่ จำนวนประชากรสูง อายุใน พ.ศ. 2569 และ พ.ศ. 2573 สัดส่วนผู้ป่วยติดบ้าน (semi-dependent) ผู้ป่วยติดเตียง (dependent) ผู้ป่วย จำเป็นต้องรับบริการฟื้นฟูสภาพ ซึ่งข้อมูลต่างๆ เหล่านี้ ได้มาจากข้อมูลทุติยภูมิจากแหล่งต่างๆ^(3,8,9) ได้แก่ การคาด ประมาณว่าจำนวนประชากรผู้สูงอายุใน พ.ศ. 2569 และ พ.ศ. 2573 เป็น 15,638,572 คน และ 17,578,929 คน⁽⁸⁾ ตามลำดับ และเป็นผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงร้อยละ 20.7⁽³⁾ โดยเป็นผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะติดเตียงร้อยละ 1.1⁽⁹⁾ ดังนั้น จึงเป็นผู้ป่วยที่มีภาวะติดบ้านร้อยละ 19.6 ส่วนผู้สูงอายุที่ ต้องการบริการฟื้นฟูสภาพนั้น เนื่องจากขาดข้อมูลในด้าน นี้ จึงใช้ข้อมูลผู้สูงอายุที่มีภาวะโรคหลอดเลือดสมองเป็น ตัวแทน ซึ่งมีสัดส่วนอยู่ที่ร้อยละ 1.6⁽⁹⁾ ของผู้สูงอายุ ดัง ตารางที่ 1

สำหรับการคาดการณ์การใช้บริการที่สถาบันนั้น ใช้

ตารางที่ 1 ข้อมูลพื้นฐานประกอบการคาดการณ์ความต้องการกำลังคนในการดูแลระยะยาวที่บ้าน

ประเภทข้อมูล	พ.ศ. 2563	พ.ศ. 2569	พ.ศ. 2573
1. ประชากรผู้สูงอายุ	12,621,655	15,638,572	17,578,929
2. ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงใช้บริการที่บ้าน			
- ติดบ้าน ร้อยละ 19.6	2,473,844	3,065,160	3,445,470
- ติดเตียง ร้อยละ 1.1			
กรณีผู้ใช้บริการสถาบันเพิ่ม ร้อยละ 10 ต่อปี	129,947	156,273	172,403
กรณีผู้ใช้บริการสถาบันเพิ่ม ร้อยละ 20 ต่อปี	N/A	172,024	147,492
- ต้องการการฟื้นฟูสภาพ ร้อยละ 1.6	201,946	250,217	281,263
3. การเพิ่มขึ้นของการใช้บริการสถานบริการระยะยาวของ ผู้สูงอายุ ประมาณ ร้อยละ 10-20 ต่อปี	8,891	15,751-26,548	20,965-45,876



ข้อมูลพื้นฐานจากการสำรวจและคาดการณ์อัตราการเพิ่มในแต่ละปีประมาณร้อยละ 10-20 โดยใช้สมมุติฐานของทีมวิจัยและปรึกษากับผู้เชี่ยวชาญด้านระบบการดูแลผู้สูงอายุที่สถาบัน

ข้อมูลปฐมภูมิ จากการสำรวจดังนี้

1. กลุ่มตัวอย่าง

1.1 การดูแลที่สถานบริการ สถานบริการดูแลผู้สูงอายุทั้งหมด 212 แห่ง ใช้สูตรการคำนวณกลุ่มตัวอย่างของ Yamane⁽¹⁰⁾ ได้กลุ่มตัวอย่าง 66 คน

1.2 การดูแลผู้ที่อยู่บ้าน คัดเลือกจังหวัดที่เป็นตัวแทนของแต่ละเขตบริการสุขภาพเขต เขตละ 1 จังหวัด จำนวน 12 จังหวัด และในแต่ละจังหวัดคัดเลือกอำเภอ 1 แห่งที่ได้ดำเนินโครงการ LTC ในปี 2559 และยินดีเข้าร่วมศึกษา โดยผู้จัดการระบบการดูแล หรือ care manager (CM) ทุกคนในทั้ง 12 อำเภอ จำนวน 130 คน ได้รับการคัดเลือกให้เป็นผู้ตอบแบบสอบถาม

2. เครื่องมือการเก็บข้อมูล

2.1 แบบสอบถามสถานบริการสุขภาพ ประกอบด้วย ข้อมูลทั่วไปด้านกำลังคนด้านสุขภาพ ลักษณะงานที่ปฏิบัติ ปัญหาด้านกำลังคนและข้อเสนอแนะ

2.2 แบบสอบถามสำหรับ CM ประกอบด้วย ข้อมูลส่วนบุคคล กิจกรรม/บริการในการดูแลผู้สูงอายุและเวลาที่ใช้ กำลังคนที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้สูงอายุ

ผู้วิจัยติดต่อกลุ่มตัวอย่าง โดยการส่งหนังสือเชิญกลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมการวิจัยโดยแนบหนังสือตอบรับการเข้าร่วมวิจัยพร้อมซองติดแสตมป์และจำหน่ายถึงผู้วิจัย เพื่อส่งกลับแบบสำรวจกลับมายังผู้วิจัย

โครงการนี้ได้ผ่านการพิจารณาของคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เมื่อ 13 พฤษภาคม 2562 ใบรับรองโครงการวิจัยเลขที่ COA No.125/2562

การคาดการณ์ความต้องการกำลังคน

ในการศึกษานี้ใช้วิธีการคาดการณ์ความต้องการกำลัง

คน 2 วิธี ได้แก่ วิธีความจำเป็นด้านสุขภาพ (health need method) ใช้ในการคาดการณ์ความต้องการกำลังคนในการดูแลที่บ้าน และวิธีอัตราส่วนประชากร (population ratio method) ในการคาดการณ์ความต้องการกำลังคนในการดูแลที่สถาบัน

การคาดการณ์ความต้องการกำลังคนในการดูแลที่บ้าน ดำเนินการตามขั้นตอนต่อไปนี้

1. คาดการณ์จำนวนผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในอนาคต คือ พ.ศ. 2569 และ พ.ศ. 2573 โดยใช้ข้อมูลสถิติจากตารางที่ 1

2. วิเคราะห์ประเภทและปริมาณการบริการต่างๆ ที่ตอบสนองความจำเป็นด้านสุขภาพ เช่น การประเมินสภาพ การวางแผนการดูแล การปรึกษารายกรณี การเยี่ยมบ้าน โดยอ้างอิงจากชุดสิทธิประโยชน์ในการดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน⁽⁵⁾

3. ศึกษาผลิตภาพกำลังคน (productivity) เพื่อใช้ผันปริมาณงานบริการไปสู่เวลาทำงาน (person-hour) เช่น พยาบาลวิชาชีพใช้เวลาในการเยี่ยมบ้าน 1 ชั่วโมงต่อราย ดังนั้น เวลาทำงานในการดูแลผู้สูงอายุที่บ้านจำนวน 100 ครั้ง ใช้เวลา 100 ชั่วโมงทำงาน

4. กำหนดมาตรฐานกำลังคนที่ปฏิบัติงานในรอบปี หรือ 1 คนเสมือน (full time equivalence) ซึ่งปฏิบัติงาน 240 วันต่อปี วันละ 7 ชั่วโมง คำนวณได้เป็น 1680 ชั่วโมงต่อปี⁽¹¹⁾ นำมาหารเวลาในการทำงานจาก 3. จะได้จำนวนกำลังคนที่ต้องการในการดูแลปัญหาสุขภาพจากข้างต้น

การคาดการณ์ความต้องการกำลังคนในการดูแลที่สถาบัน ดำเนินการตามขั้นตอนต่อไปนี้

1. คาดการณ์จำนวนผู้สูงอายุที่รับบริการที่สถาบัน โดยตั้งอยู่บนข้อมูลจากการสำรวจปัจจุบัน (พ.ศ. 2563) และคาดการณ์จำนวนที่จะใช้บริการใน พ.ศ. 2569 และ พ.ศ. 2573

2. วิเคราะห์อัตราส่วนกำลังคนระดับวิชาชีพและกำลังคนผู้ช่วยต่อผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จากการคาดการณ์ความต้องการกำลังคนในการดูแลที่บ้านและจากผลการสำรวจข้อมูลข้างต้น

3. นำอัตราส่วนกำลังคนต่อประชากรที่ได้มาหารจำนวนผู้รับบริการฯ ในสถาบันที่คาดว่าจะมีใน พ.ศ. 2569 และ พ.ศ. 2573 จะได้จำนวนกำลังคนที่ต้องการในการดูแลผู้สูงอายุในสถานบริการฯ

ผลการศึกษา

การดูแลที่สถาบัน

ในภาพรวมของสถานบริการการดูแลระยะยาว พบว่ามีการจัดบริการทั้งภาครัฐและภาคเอกชน สำหรับภาครัฐนั้นมีการดำเนินงานในรูปแบบสถานบริการศูนย์พัฒนาจิตสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุ 12 แห่ง สังกัดกรมพัฒนาสังคมและสวัสดิการ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ สถานสงเคราะห์คนชรา 13 แห่ง สังกัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และสถานดูแลระยะยาวในโรงพยาบาลอีก 5 แห่ง สถานบริการเหล่านี้กระจายตามเขตสุขภาพต่างๆ ประมาณเขตละ 1 แห่ง สำหรับสถานดูแลระยะยาวในโรงพยาบาลนั้นจะให้การรักษาพยาบาลทั่วไปที่ให้บริการการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพาอย่างต่อเนื่องเป็นระยะเวลาอย่างน้อย 3 เดือนขึ้นไป ในภาครัฐมีจำนวนไม่มาก และส่วนใหญ่จะอยู่ที่เมืองใหญ่ เช่น กรุงเทพฯ เชียงใหม่ และ ชลบุรี

สำหรับสถาบันการดูแลผู้สูงอายุของภาคเอกชน มีจำนวนมากกว่าภาครัฐ ได้แก่ สถานบริบาล (nursing home) มี 277 แห่ง สถานดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในโรงพยาบาลจำนวน 19 แห่ง และสถานที่ช่วยเหลือการดำรงชีวิตจำนวน 3 แห่ง ในด้านการกระจายพบว่าอยู่ในเขตกรุงเทพฯ และปริมณฑลเกือบทั้งหมด (ร้อยละ 84) ที่เหลือกระจายอยู่ที่เมืองใหญ่ๆ เช่น เชียงใหม่ ชลบุรี อุตรธานี ขอนแก่น ส่วนเขตสุขภาพอื่นๆ มีจำนวนไม่มากนัก

แบบสอบถามจากสถานบริการตอบกลับมา 51 ชุด (ร้อยละ 77.3) ผลการวิเคราะห์แบบสอบถาม พบว่า สถานบริการที่ตอบกลับส่วนใหญ่เป็นสถานบริบาล (ร้อยละ 58.8) รองลงไปได้แก่บ้านพักคนชรา (ร้อยละ 29.4) ในด้านสังกัด

ส่วนใหญ่เป็นภาคเอกชน (ร้อยละ 76.5) ลักษณะบริการที่จัดให้ประกอบด้วย การช่วยเหลือกิจวัตรประจำวัน การฟื้นฟูสภาพ การรักษาเบื้องต้น (ทำแผล ให้ยา ให้คำแนะนำ) กิจกรรมนันทนาการ และการช่วยเหลือในสิ่งจำเป็นพื้นฐาน สถานบริการที่ให้บริการผู้สูงอายุนั้นมีขนาดจำนวนเพียง

ตารางที่ 2 ข้อมูลของสถานบริการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว

ประเด็น	จำนวน (แห่ง)	ร้อยละ
1. สังกัดของสถานบริการ		
- ภาครัฐ	12/51	23.5
- กระทรวงพัฒนาสังคมฯ	5	
- องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น	6	
- กระทรวงสาธารณสุข	1	
- เอกชน	39/51	76.5
- องค์กรทางธุรกิจ	37	
- องค์กรทางศาสนา	2	
2. กิจกรรมการให้บริการ		
- กิจวัตรประจำวัน	45	88.2
- ฟื้นฟูสภาพ กายภาพบำบัด	45	88.2
- การรักษาเบื้องต้น (ทำแผล ยา ให้คำแนะนำ)	16	31.4
- กิจกรรมนันทนาการ	16	31.4
- อื่น ๆ	13	25.5
3. จำนวนผู้ป่วยต่อสถานบริการ		
- <10 คน	12	24.5
- 10-30 คน	17	34.7
- 31-60 คน	9	18.4
- 61-90 คน	6	12.2
- >90 คน	5	10.2
4. ราคาค่าบริการรายเดือน (N = 48)		
- ไม่มีค่าใช้จ่าย	6	12.5
- ต่ำกว่า 10,000 บาท	1	2.1
- 10,000-19,999 บาท	15	31.3
- 20,000-29,999 บาท	20	41.7
- 30,000-39,999 บาท	3	6.3
- 60,000-69,999 บาท	2	4.2
- 80,000 -89,999 บาท	1	2.1



หลากหลายตั้งแต่ต่ำกว่า 10 เดือน ถึงมากกว่า 150 เดือน โดยส่วนใหญ่มีเดือนอยู่ระหว่าง 10-30 เดือน (ร้อยละ 32.0) รองลงมา คือ 31-60 เดือน (ร้อยละ 24.0) ต่ำกว่า 10 เดือน (ร้อยละ 18.0) และ 61-90 เดือน (ร้อยละ 12.2)

สำหรับค่าบริการ หากเป็นสถานบริการภาครัฐไม่ต้องเสียค่าบริการ หรือจ่ายค่าบริการไม่มากนัก ส่วนภาคเอกชนมีค่าบริการที่หลากหลาย โดยเฉลี่ยประมาณ 20,000-29,999 บาทต่อเดือน เป็นส่วนใหญ่ (ร้อยละ 41.7) รองลงมาคือประมาณ 10,000-19,999 บาทต่อเดือน (ร้อยละ 31.3) และนอกจากนั้น ในบางแห่งอาจจะต้องมีค่าใช้จ่ายอื่นๆ เพิ่มเติม เช่น ค่าบริการด้านการแพทย์/การฟื้นฟูสภาพ ประมาณ ต่ำกว่า 5,000 บาทต่อเดือน (ร้อยละ 31.4) แต่มีประมาณเกือบครึ่งไม่ต้องจ่ายเพิ่มเติม (ตารางที่ 2)

กำลังคนด้านสุขภาพระดับวิชาชีพที่ได้ให้บริการที่สถานบริการฯ ได้แก่ แพทย์ พยาบาลวิชาชีพ นักกายภาพบำบัด นักสังคมสงเคราะห์ แพทย์แผนไทย นักกิจกรรมบำบัด นักจิตวิทยา ส่วนกำลังคนระดับผู้ช่วย ได้แก่ ผู้ช่วยพยาบาล นักบริบาล และพี่เลี้ยง โดยกำลังคนที่มีบทบาทมากที่บ้านพักคนชรา ได้แก่ พยาบาลวิชาชีพ นักสังคมสงเคราะห์ นักกายภาพบำบัด แพทย์แผนไทย ส่วน

สถานบริบาลนั้น มีความต้องการกำลังคนทุกวิชาชีพ โดยเฉพาะพยาบาลวิชาชีพ นักกายภาพบำบัด และแพทย์ กำลังคน 3 วิชาชีพนี้เป็นที่ต้องการมากในสถานบริการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ส่วนสถานที่ให้การช่วยเหลือในการดำรงชีวิตนั้น มีแพทย์ พยาบาล นักกายภาพบำบัด และแพทย์แผนไทยเป็นผู้ให้บริการ สำหรับกำลังคนในระดับผู้ช่วย ได้แก่ ผู้ช่วยพยาบาลวิชาชีพ นักบริบาล และพี่เลี้ยง มีในทุกสถานบริการ สำหรับพี่เลี้ยงจะพบมากในบ้านพักคนชรา ส่วนผู้ช่วยพยาบาล และ นักบริบาลพบในทุกประเภทของสถานบริการ (ตารางที่ 3)

เมื่อเทียบอัตราส่วนกำลังคนที่มีอยู่ในปัจจุบันต่อผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง พบว่า แพทย์และนักกิจกรรมบำบัดมีอัตราส่วนต่อผู้ป่วยประมาณ 1:16 ส่วน พยาบาลวิชาชีพ นักกายภาพบำบัด แพทย์แผนไทย มีอัตราส่วนต่อผู้ป่วยประมาณ 1:26-28 คน นักสังคมสงเคราะห์และนักกิจกรรมบำบัดมีอัตราส่วนต่อผู้ป่วยประมาณ 1:38-54 คน ส่วนพนักงานผู้ช่วยมีอัตราส่วนต่อผู้ป่วยประมาณ 1:10 คน เมื่อวิเคราะห์เฉพาะภาคเอกชน พบว่า มีอัตราส่วนต่อผู้ป่วยของแพทย์ พยาบาลวิชาชีพ นักกายภาพบำบัด นักสังคมสงเคราะห์ นักกิจกรรมบำบัด นักจิตวิทยา ผู้ช่วย

ตารางที่ 3 การกระจายของกำลังคนด้านสุขภาพแยกตามประเภทของสถานบริการ (แห่ง) และภาพรวมอัตราส่วนกำลังคนต่อผู้ป่วยและอัตราการสูญเสีย

ประเภทสถานบริการ	จำนวน	แพทย์	พยาบาล	กายภาพบำบัด	กิจกรรมบำบัด	สังคมสงเคราะห์	นักจิตวิทยา	แพทย์แผนไทย	ผู้ช่วยพยาบาล	นักบริบาล
บ้านพักคนชรา	15	0	18	7	0	8			29	59
สถานที่ให้การช่วยเหลือในการดำรงชีวิต	3	2	4	7	0	0		2	4	18
สถานบริบาล	30	15	52	42	18	1	1	10	82	202
สถานบริบาลและดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย	3	2	27	3	1				14	21
รวม	51	19	101	59	19	9	1	12	129	300
อัตราส่วนต่อผู้ป่วย		1:22	1:28	1:26	1:16	1:38	1:54	1:27	1:20	1:10
การสูญเสียต่อปี (ร้อยละ)		2.5	3.6	3.4	0	4.2	0	0	10.3	16.0

พยาบาล นักบริบาล และพี่เลี้ยงอยู่ที่ 1:22, 1:15, 1:15, 1:30, 1:15, 1:55, 1:13, 1:4 และ 1:10 ตามลำดับ

การสูญเสียออกจากระบบของกำลังคน พบว่า กลุ่มวิชาชีพมีการสูญเสียเฉลี่ยต่อปีไม่มากนัก ประมาณร้อยละ 0-4.2 แต่กลุ่มผู้ช่วยมีการสูญเสียค่อนข้างสูง คือ ประมาณร้อยละ 10.3-16

การดูแลที่บ้าน

การสอบถาม CM มีผู้ตอบกลับ 96 คนจากกลุ่มตัวอย่าง 130 คน (ร้อยละ 73.8) จากพื้นที่ศึกษาจำนวน 12 อำเภอ มีผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงประกอบด้วยกลุ่มติดบ้านจำนวน 2,563 คน และกลุ่มติดเตียงจำนวน 632 คน เมื่อเฉลี่ยต่อตำบล พบว่าผู้สูงอายุติดบ้านประมาณ 24.7 คนต่อตำบล และผู้สูงอายุติดเตียงประมาณ 6.1 คนต่อตำบล สำหรับกำลังคนด้านสุขภาพที่ทำงานเกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียง พบว่ามีพยาบาลวิชาชีพ 112 คน แพทย์ 11 คน นักกายภาพบำบัด 11 คน และ CG 841 คน และเมื่อคิดอัตราส่วนกำลังคนต่อผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง พบว่า อัตราส่วนพยาบาลวิชาชีพ แพทย์ นักกายภาพบำบัด และ CG ต่อผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง เป็น 1:28.3, 1:288, 1:288 และ 1:3.8 ตามลำดับ

การคาดการณ์ความต้องการกำลังคน

การดูแลที่บ้าน

สำหรับการดูแลที่บ้านตามชุดสิทธิประโยชน์นั้น ประกอบด้วยบริการต่างๆ เริ่มจากผู้สูงอายุจะได้รับการประเมินโดยผู้จัดการบริการ (CM) ตามด้วยการทำแผนการดูแล (care plan) เตรียมกระบวนการปรึกษาสหวิชาชีพ ดำเนินการเยี่ยมบ้านและให้บริการตามความจำเป็น จากนั้นจึงประเมินผล ซึ่งกระบวนการเหล่านี้ประกอบด้วยกำลังคนหลักๆ ได้แก่ CM แพทย์ พยาบาลวิชาชีพ นักกายภาพบำบัด นักสังคมสงเคราะห์ ส่วนสหวิชาชีพอื่นๆ จะไม่นำมาวิเคราะห์ในที่นี้เนื่องจากมีข้อมูลจำกัด ส่วนบุคลากรระดับผู้ช่วยในการเยี่ยมบ้าน ได้แก่ นักบริบาล จะ

นำมาวิเคราะห์ความต้องการด้วย

ข้อมูลเบื้องต้นประกอบการคาดการณ์ ได้แก่ ข้อมูลจำนวนประชากรสูงอายุใน พ.ศ. 2569 และ พ.ศ. 2573 ข้อมูลสัดส่วนผู้ป่วยติดบ้าน (semi-dependent) ผู้ป่วยติดเตียง (dependent) ผู้ป่วยจำเป็นต้องรับบริการฟื้นฟูสภาพ ซึ่งข้อมูลต่างๆ เหล่านี้ได้มาจากข้อมูลสถิติภูมิภาคแหล่งต่างๆ ได้แก่ การคาดประมาณจำนวนประชากรผู้สูงอายุใน พ.ศ. 2569 และ พ.ศ. 2573 สัดส่วนผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง และสัดส่วนผู้สูงอายุที่ต้องการบริการฟื้นฟูสภาพ ดังตารางที่ 1 จากนั้นจึงใช้ข้อมูลนี้วิเคราะห์ความต้องการกำลังคนด้านสุขภาพ

ในการที่จะผันความจำเป็นในการใช้บริการต่างๆ เหล่านี้เป็นจำนวนคน ต้องการข้อมูลประกอบ ได้แก่ บริการหลักที่แต่ละบุคลากรให้บริการ ซึ่งอ้างอิงจากชุดสิทธิประโยชน์ในการดูแลที่บ้านระยะยาวที่กำหนดโดยสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ⁽⁵⁾ และเวลาที่ใช้บริการ ซึ่งได้จากแบบสำรวจจากการศึกษานี้ โดยหาค่าเฉลี่ยและปัดขึ้นให้เป็นตัวเลขง่ายๆ ที่ใกล้เคียง ดังแสดงในตารางที่ 4 ประเมินผู้ป่วยกลุ่มติดบ้านทุก 3 เดือน ส่วนกลุ่มติดเตียงประเมินทุกเดือน และใช้เวลาประมาณครึ่งชั่วโมงต่อครั้งต่อราย และการวางแผนการดูแลดำเนินการทุก 3 เดือน ใช้เวลาประมาณครึ่งชั่วโมงต่อครั้ง ในการทำการปรึกษารายกรณี (case conference) ประกอบด้วย CM แพทย์ พยาบาลวิชาชีพ ซึ่งดำเนินการทุก 3 เดือน ใช้เวลารายละ 15 นาที ในการเยี่ยมบ้านในกลุ่มติดบ้านนั้น พยาบาลวิชาชีพและ CM จะเยี่ยมเดือนละครั้ง ส่วนกลุ่มติดเตียงพยาบาลวิชาชีพเยี่ยมเดือนละ 2 ครั้ง ใช้เวลาประมาณ 1 ชั่วโมงต่อครั้ง ส่วนแพทย์จะเยี่ยมในกลุ่มติดเตียง 1 ครั้งต่อเดือน ในขณะที่ CG เยี่ยมบ้านในกลุ่มติดบ้านสัปดาห์ละ 1 ครั้ง และกลุ่มติดเตียงสัปดาห์ละ 2 ครั้ง

ส่วนกลุ่มที่ต้องการบริการฟื้นฟู นักกายภาพบำบัด จะทำงานร่วมกับ CG ในระยะเวลา 3 เดือนอย่างเข้มข้น โดยมีการประเมินผู้ป่วยทุกเดือน ครั้งละครึ่งชั่วโมง และวางแผนการดูแลรายละครึ่งชั่วโมง มีการเยี่ยมบ้านสัปดาห์

ตารางที่ 4 การบริการและเวลาที่ใช้ในการบริการของแต่ละวิชาชีพ แยกตามประเภทของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

บริการ/กิจกรรม	ผู้ป่วยติดบ้าน จำนวน (ชั่วโมง)			ผู้ป่วยติดเตียง จำนวน (ชั่วโมง)			ผู้ต้องการการฟื้นฟู จำนวน (ชั่วโมง)	
	พยาบาล	แพทย์	CG	พยาบาล	แพทย์	CG	PT	CG**
การประเมินผู้ป่วย	4 (0.5)			12 (0.5)			3 (0.5)	
การวางแผนการจัดบริการ (care plan)	4 (0.5)			12 (0.5)			3 (0.5)	
การปรึกษารายกรณี (case conference)	4 (0.25)	4 (0.25)		12 (0.25)	12 (0.25)			
การเยี่ยมบ้าน*	12 (1.0)	-	52 (1.0)	24 (1.0)	12 (1.0)	104 (1.0)	12 (1.0)	24 (1.0)
การนิเทศงาน CG**	12		52	24	12	24	12	12

* การเยี่ยมบ้านและการนิเทศงาน CG ดำเนินการในเวลาเดียวกัน

** จำนวนครั้งในการเยี่ยมบ้านของ CG ในกลุ่มผู้ป่วยที่ต้องการฟื้นฟูนั้น ได้คิดรวมกับกลุ่มผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียง รวมประมาณ 4-5 ครั้งต่อสัปดาห์
CG = caregiver; PT = physiotherapist

ละ 2 ครั้งๆ ละ 1 ชั่วโมง ส่วน CG ออกให้บริการฟื้นฟูสภาพตามแผนสัปดาห์ละ 3 ครั้ง (รวมทั้งการรับบริการนิเทศงานจากนักกายภาพบำบัดครั้งละประมาณ 0.75-1 ชั่วโมง) (ตารางที่ 4)

ขั้นตอนต่อไปในการคาดการณ์ความต้องการกำลังคนคือการคาดการณ์ภาระงานในอนาคตใน พ.ศ. 2569 และ พ.ศ. 2573 โดยใช้จำนวนผู้ใช้บริการจากการคาดการณ์ใน ตารางที่ 1 คูณด้วยปริมาณบริการหลักในรอบปีและเวลาที่ใช้ในการทำงานนั้นๆ จากตารางที่ 4 เพื่อจะได้จำนวนชั่วโมงคนทำงานของวิชาชีพต่างๆ ในแต่ละบริการดังตารางที่ 5

ตารางที่ 5 เป็นการคาดการณ์จำนวนชั่วโมงทำงานของแพทย์ พยาบาลวิชาชีพ นักกายภาพบำบัด CG ในการให้บริการแก่ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงใน พ.ศ. 2573 โดยมีสมมุติฐานว่า มีผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงใช้บริการสถานบริการเพิ่มขึ้นร้อยละ 10-20 ต่อปี โดยผู้สูงอายุที่ใช้บริการที่สถาบันเป็นผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียง ส่วนผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านยังมีสัดส่วนคงเดิม ใช้วิธีการเดียวกันนี้ในการคาดการณ์จำนวนชั่วโมงทำงานของบุคลากรต่างๆ ใน พ.ศ. 2569

ความต้องการกำลังคนใน พ.ศ. 2569 และ พ.ศ. 2573 คาดการณ์จากการใช้ภาระงานจากตารางที่ 5 หารด้วยการทำงานของ 1 คนเสมือน (full time equivalent) ซึ่งได้จากการทำงานในรอบปีของคนเสมือน ทำวันละ 7 ชั่วโมง ปีละ 240 วัน คิดเป็น 1,680 ชั่วโมง⁽¹¹⁾ และเมื่อใช้ตัวเลขนี้หารจำนวนชั่วโมงทำงานของแต่ละวิชาชีพ จะได้ความต้องการกำลังคนแต่ละประเภท ดังแสดงในตารางที่ 6

CM ในปัจจุบันนี้ โดยส่วนใหญ่จะเป็นงานเพิ่มให้พยาบาลวิชาชีพเป็นผู้ดำเนินการ ซึ่งเป็นการเพิ่มหน้างานเข้าไปจากงานเดิมที่มีอยู่แล้ว ในบางแห่งอาจจะเป็นวิชาชีพอื่นๆ เช่น แพทย์แผนไทย นักกายภาพบำบัด

ความต้องการกำลังคนในระดับสถานบริการ

ในการคาดการณ์ความต้องการกำลังคนด้านสุขภาพรองรับสถานบริการการดูแลระยะยาว ได้ใช้ข้อมูลเบื้องต้นจากการสำรวจในการศึกษานี้ ประกอบด้วย จำนวนสถานบริการทั้งประเทศ จำนวนผู้สูงอายุที่ไปใช้บริการ และอัตราส่วนกำลังคนต่อผู้ใช้บริการ (population ratio) ในการกำหนดอัตราส่วนผู้ใช้บริการต่อกำลังคนระดับวิชาชีพ

ตารางที่ 5 การคาดการณ์ภาระงานของแพทย์ พยาบาลวิชาชีพ นักกายภาพบำบัด CG ในการให้บริการในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงใน พ.ศ. 2573 ในสมมุติฐานว่าผู้สูงอายุรับบริการที่สถาบันเพิ่มขึ้นร้อยละ 10-20 ต่อปี

บริการ	ภาระงาน (ชั่วโมงคนทำงาน)				นิเทศ CG
	การประเมินผู้ป่วย	วางแผน (care plan)	Case conference	เยี่ยมบ้าน/ ให้บริการ	
1. กลุ่มติดบ้าน					
CM	6,890,940	6,890,940	3,445,470	41,345,641	
พยาบาล			3,445,470	41,345,641	
แพทย์			3,445,470		
CG				179,164,444	
2. กลุ่มติดเตียง					
CM	884,953-	884,953-	442,477-	1,769,907-	
	1,034,419	1,034,419	517,210	2,068,839	
พยาบาล			442,477-	3,539,813-	
			517,210	4,137,677	
แพทย์			442,477-	1,769,907-	
			517,210	2,068,839	
CG				15,339,181-	
				17,929,935	
3. กลุ่มต้องการฟื้นฟู					
กายภาพบำบัด	421,894	421,894		6,750,309	
CG				6,750,309	9,281,675

CG = caregiver; CM = care manager

ตารางที่ 6 ความต้องการกำลังคนด้านสุขภาพเพื่อรองรับระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวที่บ้านใน พ.ศ. 2567 และ พ.ศ. 2573 ในสมมุติฐานที่การใช้บริการที่สถานบริการเพิ่มขึ้นร้อยละ 10-20 ต่อปี

ประเภทกำลังคน	พ.ศ. 2569	พ.ศ. 2573
CM	33,528-33,781	37,235-37,636
แพทย์	3,220-3,360	3,368-3,590
พยาบาลวิชาชีพ	26,230-26,483	29,032-29,432
นักกายภาพบำบัด	4,021	4,520
นักบริหาร	109,463-110,438	121,301-122,843

CM = care manager

ได้แก่ พยาบาลวิชาชีพ แพทย์ นักกายภาพบำบัด ใช้ผลการวิเคราะห์ความต้องการกำลังคนในการดูแลที่บ้าน พ.ศ. 2573 (ตารางที่ 6) เทียบกับจำนวนประชากรผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในปีเดียวกัน ซึ่งได้อัตราส่วนกำลังคนต่อผู้ใช้บริการของพยาบาลวิชาชีพ นักกายภาพบำบัด และแพทย์ เป็น 1:43, 1:62 และ 1:112 ตามลำดับ ส่วนกำลังคนอื่นๆ ใช้ผลจากการสำรวจ สำหรับนักสังคมสงเคราะห์ใช้อัตราส่วนจากผลการสำรวจของสถาบันภาครัฐ คือ 1:62 ส่วนกำลังคนผู้ช่วย ได้แก่ ผู้ช่วยพยาบาล และนักบริบาล เนื่องจากจำนวนกำลังคนด้านสุขภาพในภาครัฐมีค่อนข้างน้อยมากเมื่อเทียบกับผู้ใช้บริการ ในการศึกษาจึงได้ใช้อัตราส่วนกำลังคนต่อผู้ใช้บริการของภาคเอกชนเป็นมาตรฐานในการคาดการณ์ความต้องการกำลังคนในอนาคต โดยตั้งอยู่บนพื้นฐานที่ว่าการใช้กำลังคนของภาค

เอกชนจะเป็นไปตามความต้องการบริการของผู้ใช้บริการสำหรับบุคลากรวิชาชีพอื่นๆ เช่น นักกิจกรรมบำบัด นักจิตวิทยานั้น การสำรวจขาดข้อมูลเพียงพอในการนำมาใช้วิเคราะห์

ในการคาดการณ์ผู้ใช้บริการจะคาดการณ์ใน พ.ศ. 2569 และ พ.ศ. 2573 และคาดการณ์ในสมมติฐานว่าสัดส่วนของผู้ใช้บริการในสถานบริการเพิ่มขึ้นประมาณร้อยละ 10 ถึง 20 ต่อปี ข้อมูลพื้นฐานประกอบการคาดการณ์แสดงในตารางที่ 7

ในการวิเคราะห์ความต้องการกำลังคนดำเนินการโดยใช้อัตราส่วนประชากรหารจำนวนผู้คาดว่าจะใช้บริการใน พ.ศ. 2569 และ พ.ศ. 2573 และได้จำนวนกำลังคนที่ต้องการ และเมื่อนำความต้องการกำลังคนในการให้บริการที่สถาบัน มารวมกับความต้องการกำลังคนประเภทต่างๆ

ตารางที่ 7 ข้อมูลพื้นฐานประกอบการคาดการณ์ความต้องการกำลังคน

ประเภทข้อมูล	รายละเอียด	แหล่ง
จำนวนสถานบริการระยะยาว	335 แห่ง - รัฐ 37 แห่ง - เอกชน 298 แห่ง	การสำรวจ
จำนวนผู้สูงอายุที่ใช้บริการสถานบริการ	8,891 คน - รัฐ แห่งละ 47 คน - เอกชน แห่งละ 24 คน	การสำรวจ
การเพิ่มขึ้นของการใช้บริการสถานบริการระยะยาวของผู้สูงอายุ	1. เพิ่มขึ้นร้อยละ 10 ในแต่ละปี คิดเป็น 20,965 คนใน พ.ศ. 2573 2. เพิ่มขึ้นร้อยละ 20 ในแต่ละปี คิดเป็น 45,876 คนใน พ.ศ. 2573	สมมติฐานจากนักวิจัย
อัตราส่วนของบุคลากรต่อผู้สูงอายุในสถานบริการ (วิชาชีพ)	แพทย์ 1:112 พยาบาลวิชาชีพ 1:43 นักกายภาพบำบัด 1:62 นักสังคมสงเคราะห์ 1:62*	ความต้องการกำลังคนในตารางที่ 6 และผันกลับเป็นอัตราส่วนกำลังคนต่อผู้ป่วย
อัตราส่วนของบุคลากรต่อผู้สูงอายุในสถานบริการ	ผู้ช่วยพยาบาล 1:13 นักบริบาล 1:4 พี่เลี้ยง 1:10	การสำรวจสถานบริการเอกชน จำนวน 39 แห่ง และปรับตัวเลขให้เป็นจำนวนเต็ม

* นักสังคมสงเคราะห์ใช้อัตราส่วนต่อผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงจากการสำรวจสถานบริการภาครัฐ 12 แห่ง

ในการดูแลที่บ้าน จะได้ภาพรวมความต้องการกำลังคนในการดูแลผู้สูงอายุทั้งประเทศใน พ.ศ. 2569 และ พ.ศ. 2573 ในสมมุติฐานที่มีผู้ใช้บริการที่สถาบันเพิ่มขึ้นร้อยละ 10-20 ต่อปี ดังในตารางที่ 8

CM ในปัจจุบันนี้ โดยส่วนใหญ่จะมอบหมายให้พยาบาลวิชาชีพเป็นผู้ดูแล ซึ่งเป็นการเพิ่มหน้างานเข้าไปจากงานเดิมที่มีอยู่แล้ว ในบางแห่งอาจจะเป็นวิชาชีพอื่นๆ เมื่อรวมความต้องการกำลังคนในการดูแลผู้สูงอายุที่บ้านและผู้สูงอายุที่สถาบัน พบว่าใน พ.ศ. 2573 หากผู้ใช้บริการในสถานบริการเพิ่มขึ้นร้อยละ 10-20 ต่อปี มีความต้องการ CM ประมาณ 37,235-37,636 คน รองลงมา ได้แก่ พยาบาลวิชาชีพ 29,520-30,499 คน นักกายภาพบำบัด 4,858-5,260 คน แพทย์ 3,555-4,000 คน นักสังคมสงเคราะห์ 338-740 คน

สำหรับผู้ช่วยพยาบาลและนักรับบาล พบว่าใน พ.ศ. 2573 ต้องการกำลังคนเหล่านี้ประมาณ 1,613-3,529 คน และ 126,542-134,312 คน ตามลำดับ

กำลังคนรองรับ

กำลังคนด้านสุขภาพระดับวิชาชีพ

สถานการณ์จำนวนแพทย์ที่ประกอบวิชาชีพแพทย์ใน

พ.ศ. 2558 มีประมาณ 50,573 คน สำหรับการผลิตแพทย์ในปัจจุบันมีสถาบันที่ผลิตแพทย์ในประเทศไทยถึง 21 แห่ง โดยเป็นภาครัฐ 19 แห่ง และภาคเอกชน 2 แห่ง สามารถผลิตแพทย์ประมาณ 3,121 คนต่อปี อย่างไรก็ตาม ในด้านการสูญเสียกำลังคนออกจากระบบนั้นพบว่าการสูญเสียขณะกำลังศึกษา สูญเสียจากการเกษียณอายุการทำงาน หรือเสียชีวิตประมาณร้อยละ 3 และร้อยละ 1 ตามลำดับ และนอกจากนี้ยังมีแพทย์ที่ไม่ได้ปฏิบัติหน้าที่ในฐานะของแพทย์ประมาณร้อยละ 25 ของแพทย์ทั้งหมด จากข้อมูลนี้มีการพยากรณ์ว่า จะมีแพทย์อยู่ในระบบจำนวนประมาณ 62,779 คนใน พ.ศ. 2569⁽¹²⁾

สำหรับวิชาชีพพยาบาลใน พ.ศ. 2558 มีผู้ที่ปฏิบัติงานในฐานะพยาบาลวิชาชีพจำนวน 158,317 คน ในด้านการผลิต พบว่า มีสถาบันการศึกษาที่เปิดสอนหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิตและได้รับการรับรองจากสภาการพยาบาลรวม 86 แห่ง ในจำนวนนี้เป็นของรัฐ 63 แห่ง และเอกชน 23 แห่ง ซึ่งในภาพรวมสามารถผลิตพยาบาลวิชาชีพได้ประมาณปีละ 10,000 คน ในด้านการสูญเสียกำลังคนออกจากระบบ พบว่า มีการสูญเสียระหว่างการศึกษาร้อยละ 5 และมีการสูญเสียในระหว่างทำงาน จากการเปลี่ยนงาน เกษียณ ลาออก หรือเสียชีวิต ประมาณร้อยละ

ตารางที่ 8 ความต้องการกำลังคนด้านสุขภาพรองรับการดูแลผู้สูงอายุในสถานบริการใน พ.ศ. 2569 และ พ.ศ. 2573 ในสมมุติฐานผู้ใช้บริการที่สถานบริการเพิ่มขึ้นร้อยละ 10-20 ต่อปี

ประเภทกำลังคน	พ.ศ. 2569			พ.ศ. 2573		
	สถาบัน	บ้าน	รวม	สถาบัน	บ้าน	รวม
แพทย์	141-237	3,220-3,360	3,361-3,597	187-410	3,368-3,590	3,555-4,000
CM	N/A	33,528-33,781	33,528-33,781	N/A	37,235- 37,636	37,235- 37,636
พยาบาลวิชาชีพ	366-617	26,230-26,483	26,596-27,100	488-1,067	29,032-29,432	29,520-30,499
นักกายภาพบำบัด	254-428	4,021	4,275-4,449	338-740	4,520	4,858-5,260
นักสังคมสงเคราะห์	254-428	N/A	254-428	338-740	N/A	338-740
ผู้ช่วยพยาบาล	1,212-2,042	N/A	1,212-2,042	1,613-3,529	N/A	1,613-3,529
นักรับบาล	3,938-6,637	109,463-110,438	113,401-117,075	5,241-11,469	121,301-122,843	126,542-134,312

CM = care manager; N/A = not applicable



4.4 ซึ่งจากข้อมูลนี้ เมื่อนำมาคาดการณ์ พบว่าใน พ.ศ. 2569 จะมีพยาบาลวิชาชีพอยู่ในระบบประมาณ 180,992 คน⁽¹³⁾

นักกายภาพบำบัดใน พ.ศ. 2559 ที่ปฏิบัติงานในฐานะ นักกายภาพบำบัดมีจำนวน 4,301 คน โดยที่สถาบันการผลิตสาขากายภาพบำบัด ปัจจุบันมี 16 สถาบันการศึกษา ซึ่งเป็นภาครัฐ 12 แห่ง และเอกชน 4 แห่ง สามารถผลิตนักกายภาพบำบัดได้ประมาณ 1,155 คนต่อปี สำหรับการสูญเสียนักกายภาพบำบัดออกจากระบบประกอบด้วย การสูญเสียระหว่างการศึกษาร้อยละ 20 การสูญเสียจากการเกษียณอายุ หรือเสียชีวิตร้อยละ 2 และการสูญเสียจากการเปลี่ยนงานหรือไม่ปฏิบัติงานด้านกายภาพบำบัดร้อยละ 5 การคาดการณ์กำลังคนด้านกายภาพบำบัดรองรับใน พ.ศ. 2569 คาดว่าจะมีนักกายภาพบำบัดประมาณ 9,736 คน⁽¹⁴⁾

สำหรับนักสังคมสงเคราะห์ ข้อมูลจากสภาวิชาชีพสังคมสงเคราะห์⁽¹⁵⁾ พบว่า มีสมาชิกสามัญจำนวน 3,260 คน ในจำนวนนี้มีผู้ได้รับใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ 2,406 คน คิดเป็นร้อยละ 74.2

กำลังคนระดับผู้ช่วย

การสำรวจสถาบันการผลิตกำลังคนระดับผู้ช่วย ซึ่งได้แก่ ผู้ช่วยพยาบาล นักบริบาล 70 ชั่วโมง และ นักบริบาล 420 ชั่วโมง พบว่ามีสถาบันการผลิตทั้งภาครัฐและเอกชน ภาคเอกชนมีสถาบันการผลิตกำลังคนระดับผู้ช่วยประมาณ 88 แห่ง แต่ส่วนใหญ่กระจุกตัวในเขตกรุงเทพมหานครและปริมณฑล มีกระจายออกไปในแต่ละเขตสุขภาพบ้างเล็กน้อย ซึ่งจะผลิตผู้ช่วยพยาบาลและนักบริบาล 420 ชั่วโมง

ส่วนสถาบันการผลิตภาครัฐมีจำนวนมาก สถาบันการผลิตผู้ช่วยพยาบาล จะเป็นวิทยาลัยพยาบาล หรือ คณะพยาบาลศาสตร์ของมหาวิทยาลัยต่างๆ ส่วนกระทรวงสาธารณสุขมีการผลิตนักบริบาล 70 ชั่วโมงตามนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งนักบริบาลเหล่านี้จะได้รับการพัฒนาต่อยอดไปเรียนหลักสูตรนักบริบาล 420 ชั่วโมงในอนาคต มีหลายพื้นที่ที่ได้มีความร่วมมือกับศูนย์การศึกษานอกโรงเรียน ในการผลิตนักบริบาลทั้งหลักสูตร 70 ชั่วโมง

และหลักสูตร 420 ชั่วโมง

ด้านจำนวนการผลิตหลักสูตรผู้ช่วยพยาบาลนั้น จากการสำรวจสถานทีผลิต 13 แห่ง พบว่ามีแผนการผลิตเฉลี่ย 63 คนต่อปี ส่วนหลักสูตรนักบริบาล 420 ชั่วโมงนั้น จากการสำรวจสถาบันการผลิต 8 แห่ง พบว่ามีการผลิตปีละประมาณ 100 คน ส่วนหลักสูตรนักบริบาล 70 ชั่วโมง กระทรวงสาธารณสุขได้มีการผลิตระหว่าง 2559-2562 (3 ปี) จำนวน 76,033 คน และเมื่อใช้ข้อมูลเหล่านี้เป็นฐานประมาณการผลิต พบว่าในแต่ละปีสามารถผลิตผู้ช่วยพยาบาลได้ประมาณ 4,482 คน นักบริบาล 420 ชั่วโมงได้ประมาณ 6,800 คน และนักบริบาล 70 ชั่วโมงผลิตออกมาแล้วประมาณ 76,033 คน และสามารถผลิตเพิ่มได้อีกตามนโยบายเพราะมีแหล่งผลิตกระจายอยู่ทั่วประเทศ

การคาดการณ์กำลังคนรองรับในระดับผู้ช่วย ได้คาดการณ์ใน 2 กลุ่มหลัก ได้แก่ ผู้ช่วยพยาบาลและนักบริบาล โดยที่นักบริบาลแยกเป็น 2 กลุ่ม คือ นักบริบาลที่อบรมหลักสูตร 420 ชั่วโมงและหลักสูตร 70 ชั่วโมง สำหรับผู้ช่วยพยาบาล กำลังคนในปัจจุบันที่ปฏิบัติงานในการบริบาลผู้สูงอายุในสถานบริบาลมีประมาณ 836 คน ซึ่งประมาณการณ์ค่าเฉลี่ยของผู้ช่วยพยาบาลต่อสถานบริบาลมีประมาณ 2.5 คนต่อแห่ง สถานบริบาลมีทั้งหมดประมาณ 335 แห่ง และจากการผลิตของสถาบันต่างๆ สามารถผลิตได้ปีละ 4,482 คน ส่วนการสูญเสียนั้น ตั้งสมมติฐานว่าประมาณร้อยละ 10 ของผู้ผ่านการอบรมได้ปฏิบัติงานในการดูแลผู้สูงอายุ และการสำรวจพบว่าการลาออกของผู้ช่วยพยาบาลประมาณร้อยละ 10.3 ต่อปี และคาดการณ์ว่าใน พ.ศ. 2573 หากยังคงมีการผลิตในปริมาณขนาดนี้ และมีการสูญเสียคงที่ จะมีพนักงานผู้ช่วยในระบบประมาณ 3,030 คน ส่วนนักบริบาลหลักสูตร 420 ชั่วโมงมีการผลิตประมาณปีละ 6,800 คน และการสูญเสียประมาณร้อยละ 5 ไม่เข้าทำงานในระบบ และลาออกจากงานประมาณร้อยละ 16 คาดว่าใน พ.ศ. 2573 จะมีนักบริบาล 420 ชั่วโมงประมาณ 57,120 คน ส่วนนักบริบาล 70 ชั่วโมงนั้น เกือบทั้งหมดผลิตโดยกระทรวงสาธารณสุขและศูนย์การศึกษา

นอกโรงเรียน เพื่อใช้ในการดำเนินนโยบายการดูแลผู้สูงอายุที่บ้านของกระทรวงสาธารณสุขและสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ โดยมีการฝึกอบรมทั่วประเทศแล้วประมาณ 76,033 คน และมีการผลิตเพื่อทดแทนอยู่ทุกปี การสูญเสียนักบริบาลค่อนข้างน้อย ประมาณร้อยละ 11.9 และมีการจัดอบรมเพื่อทดแทนการสูญเสียอย่างสม่ำเสมอทุกปี ดังนั้นจึงคาดว่า พ.ศ. 2573 จะมีนักบริบาล 70 ชั่วโมง ประมาณ 98,017 คน ดังตารางที่ 9

ความสมดุระหว่างความต้องการกำลังคนและกำลังคนรองรับ

กำลังคนระดับวิชาชีพ

เมื่อเปรียบเทียบความต้องการกำลังคนด้านสุขภาพกับกำลังคนที่จะมีรองรับในอนาคตนั้น เนื่องจากกำลังคนที่มีในระบบมีการให้บริการที่หลากหลาย ไม่ได้จำกัดเฉพาะการดูแลผู้สูงอายุเพียงอย่างเดียว ดังนั้นในการเปรียบเทียบดังกล่าว จึงได้นำผลการคาดการณ์ความต้องการกำลังคนสำหรับการดูแลผู้สูงอายุใน พ.ศ. 2569 เพิ่มเข้าไปจากความต้องการกำลังคนที่ นงลักษณ์ พะไยยะ และคณะ⁽¹⁶⁾ ได้คาดการณ์ไว้ใน พ.ศ. 2569 โดยแยกความต้องการออกเป็นระดับการบริการปฐมภูมิ ทุติยภูมิ และตติยภูมิ ซึ่งคาดการณ์จากการใช้บริการสาธารณสุขเดิมที่มี โดยยังไม่รวมระบบบริการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว

ดังนั้นเมื่อรวมความต้องการกำลังคนสำหรับการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงแล้ว ในภาพรวมของความต้องการของระบบบริการสุขภาพทั้งหมดใน พ.ศ. 2569 พบว่า มีความต้องการพยาบาลวิชาชีพระหว่าง 234,264-234,768 คน ต้องการแพทย์ระหว่าง 44,236-44,472 คน นักกายภาพบำบัดระหว่าง 8,653-8,827 คน และ CM ระหว่าง 33,528-33,781 คน และเมื่อเทียบกับกำลังคนที่คาดว่าจะมีในระบบบริการสุขภาพใน พ.ศ. 2569 ได้แก่ พยาบาลวิชาชีพ 180,992 คน แพทย์ 62,779 คน นักกายภาพบำบัด 9,736 คน และ นักสังคมสงเคราะห์ที่มีในปัจจุบัน 2,406 คน จะเห็นว่า แพทย์และนักกายภาพบำบัดในกระบวนการผลิตตามแผนเดิมจะเพียงพอ แต่พยาบาลวิชาชีพจะขาดแคลนประมาณ 53,272-53,776 คน นอกจากนั้น ยังขาดแคลนบุคลากรที่ทำหน้าที่ CM ซึ่งหากคาดว่าจะจะเป็นพยาบาลวิชาชีพ ก็จะยิ่งเพิ่มการขาดแคลนอย่างหนัก หรือหากเป็นนักสังคมสงเคราะห์ ถ้าเทียบกับที่มีปัจจุบัน ก็มี ความขาดแคลนอย่างมากเช่นกัน ดังตารางที่ 10

กำลังคนระดับผู้ช่วย

กำลังคนในระดับผู้ช่วย ซึ่งได้แก่ ผู้ช่วยพยาบาล นักบริบาล หรือ CG นั้น พบว่า ใน พ.ศ. 2573 มีความต้องการผู้ช่วยพยาบาลสำหรับการดูแลผู้สูงอายุในสถาบันประมาณ 1,613-3,529 คน และต้องการนักบริบาลหรือ CG สำหรับการดูแลที่บ้านและสถาบันประมาณ 126,542-134,312

ตารางที่ 9 กำลังคนที่มีการผลิต การสูญเสียและการคาดการณ์กำลังคนระดับผู้ช่วยเพื่อรองรับการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงใน พ.ศ. 2573

วิชาชีพ	กำลังคนในปัจจุบัน (พ.ศ. 2563)	การผลิตต่อปี	การสูญเสียต่อปี	คาดการณ์กำลังคน รองรับ พ.ศ. 2573
ผู้ช่วยพยาบาล	836*	4,482	10% ทำงานด้าน LTC 10.3% ลาออกจากงาน	3,030
นักบริบาล 420 ชั่วโมง	ไม่มีข้อมูล	6,800 และสามารถ เพิ่มการผลิตได้	10% ไม่ประกอบอาชีพ 16.0% ลาออกจากงาน	57,120
นักบริบาล 70 ชั่วโมง	ดูแลที่บ้าน 76,033 สถานบริบาล 2,010*	ผลิตทดแทนที่ ลาออกปีละ 9,287	11.9% ลาออกจากงาน	98,017

* คำนวณจากค่าเฉลี่ย ในสถานบริบาลมีผู้ช่วยพยาบาลเฉลี่ยต่อแห่ง และคำนวณจาก 335 แห่ง

ตารางที่ 10 ความสมดุลระหว่างความต้องการกำลังคนระดับวิชาชีพใน พ.ศ. 2569 และกำลังคนรองรับ

กำลังคน	ความต้องการกำลังคน				รวม	กำลังคนรองรับ
	ระดับปฐมภูมิ		ทุติยภูมิ	ตติยภูมิ		
	LTC	ปฐมภูมิ				
แพทย์	3,361-3,597	8,535	14,998	17,342	44,236-44,472	62,779
พยาบาล	26,596-27,100	29,691	59,489	118,488	234,264-234,768	180,992
กายภาพบำบัด	4,275-4,449	-	2,254	2,124	8,653-8,827	9,736
CM	33,528-33,781	-	N/A	N/A	33,528-33,781	N/A
นักสังคมสงเคราะห์	254-428	-	-	-	254-428	มีใบประกอบวิชาชีพ 2,406*

* ข้อมูลจากสภาวิชาชีพสังคมสงเคราะห์ พ.ศ. 2563

CM = case manager; LTC = long term care; N/A = not applicable

ตารางที่ 11 ความสมดุลระหว่างความต้องการกำลังคนในระดับผู้ช่วยใน พ.ศ. 2573 และกำลังคนรองรับ

ประเภท	ความต้องการกำลังคนใน พ.ศ. 2573			คาดการณ์กำลังคนรองรับ พ.ศ. 2573
	การดูแลที่บ้าน	การดูแลที่สถาบัน	รวม	
ผู้ช่วยพยาบาล	NA	1,613-3,529	1,613-3,529	3,030
นักบริบาล 420 ชั่วโมง	121,301-122,843	5,241-11,469	126,542-134,312	57,120
นักบริบาล 70 ชั่วโมง				98,017

คน เมื่อเทียบกับกำลังคนที่คาดว่าจะมีใน พ.ศ. 2573 ได้แก่ ผู้ช่วยพยาบาลมีประมาณ 3,030 คน และนักบริบาลประมาณ 155,137 คน ซึ่งนับว่าเพียงพอ ดังตารางที่ 11

วิจารณ์

การศึกษานี้ได้คาดการณ์ความต้องการกำลังคนด้านสุขภาพเพื่อรองรับการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง โดยใช้การคาดการณ์ 2 วิธีการ ได้แก่ วิธีความจำเป็นด้านสุขภาพ (health need method) และการกำหนดอัตราส่วนประชากร (population ratio methods) โดยคาดการณ์เป็นทีมสหวิชาชีพที่เกี่ยวข้องหลัก ได้แก่ CM พยาบาลวิชาชีพ แพทย์ นักกายภาพบำบัด นักสังคมสงเคราะห์ และทำงานร่วมกับกำลังคนระดับผู้ช่วย

ได้แก่ นักบริบาลและผู้ช่วยพยาบาล ผลการคาดการณ์ความต้องการกำลังคนได้นำไปรวมกับความต้องการกำลังคนของระบบสุขภาพทั้งประเทศใน พ.ศ. 2569 และนำไปเทียบเคียงกับกำลังคนรองรับที่จะมีในปีดังกล่าว พบว่าในด้านจำนวนนั้นมีแต่เพียงพยาบาลวิชาชีพ CM และนักสังคมสงเคราะห์จะมีความขาดแคลน ซึ่งปัจจุบันนี้ได้มอบหมายบทบาท CM ให้บุคลากรในระบบบริการสุขภาพ โดยเฉพาะพยาบาลวิชาชีพซึ่งมีภาระงานด้านบริการเต็มอยู่แล้วโดยไม่ได้เพิ่มกำลังคนเข้าไปทำหน้าที่ CM เป็นการเฉพาะ การมอบหมายบทบาท CM ให้พยาบาลวิชาชีพหรือนักสังคมสงเคราะห์หรือวิชาชีพอื่นใด จะหมายถึงว่าจะเพิ่มการขาดแคลนเข้าไปในวิชาชีพนั้นๆ อีก ส่วนกำลังคนระดับผู้ช่วยนั้น เนื่องจากการผลิตใช้เวลาไม่นานมาก

และใช้ทรัพยากรไม่มากนัก มีแหล่งผลิตค่อนข้างมาก ทั้งรัฐและเอกชน จึงไม่พบความขาดแคลน ในแง่จำนวน หมายถึงว่าสามารถผลิตออกมาทดแทนหรือเพิ่มเติมได้ง่ายกว่ากลุ่มวิชาชีพ

การศึกษานี้มีความสอดคล้องกับแนวโน้มที่เกิดขึ้นทั่วโลก ดังที่องค์การอนามัยโลก⁽¹⁷⁾ ให้ข้อเสนอว่า ในสถานการณ์ของประเทศกำลังพัฒนาที่มีผู้สูงอายุมากขึ้น ในขณะที่ข้อจำกัดการดูแลในครอบครัวเพิ่มขึ้นด้วย จำเป็นที่จะต้องเพิ่มกำลังคนเข้าไปในระบบ อย่างไรก็ตาม ควรจะผสมผสานระหว่างกำลังคนวิชาชีพและกำลังคนที่ไม่ใช่วิชาชีพ โดยวิเคราะห์จากบริการที่คนไข้ต้องการเป็นหลัก บริการที่ต้องใช้ทักษะขั้นสูงก็ต้องเป็นวิชาชีพ ขณะที่บริการที่ใช้ทักษะไม่สูงก็ใช้กำลังคนที่ไม่ใช่วิชาชีพ และนอกจากนั้น ในกลุ่มวิชาชีพเองก็ต้องการสัดส่วนที่เหมาะสมระหว่างทักษะที่เชี่ยวชาญเฉพาะกับทักษะทั่วไป ในสถานการณ์ที่ขาดแคลนกำลังคน ข้อเสนอในการนำอาสาสมัครในชุมชน แพทย์แผนไทยในชุมชนมาช่วยดูแลผู้สูงอายุหรือผู้พิการในชุมชน ก็เป็นทางเลือกที่น่าสนใจ ในการที่ประเทศอุตสาหกรรมต่างๆ กำลังเผชิญกับปัญหาผู้สูงอายุที่ต้องการการดูแลเพิ่มขึ้น ทำให้มีความต้องการการบริการมากขึ้นในขณะที่กำลังคนด้านสุขภาพมีอย่างจำกัด Fujisawa and Colombo⁽¹⁸⁾ ให้ข้อเสนอแนะเพื่อแก้ปัญหาความขาดแคลนกำลังคนดังนี้

- 1) เพิ่มกำลังคนเข้าไปในระบบสุขภาพให้มากขึ้น
- 2) ฝึกอบรมนักรับบาลให้มากขึ้นเพื่อมาให้บริการต่างๆ ที่ไม่ต้องใช้วิชาชีพ
- 3) สรรหากำลังคนเพิ่มจากกำลังคนที่ไม่อยู่ในระบบขณะนี้ ได้แก่ กำลังคนที่เกษียณอายุแล้ว หรือออกจากระบบแล้ว คนว่างงาน ผู้สูงอายุ
- 4) สร้างแรงดึงดูดหรือแรงจูงใจให้กำลังคนด้านสุขภาพคงอยู่ในระบบ
- 5) การเชื่อมประสานระหว่างระบบ LTC และระบบบริการสุขภาพ ตลอดถึงการร่วมงานกับภาคส่วนต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง เป็นหนทางหนึ่งที่จะลดความต้องการด้านกำลัง

คนได้

กำลังคนในการดูแลในระบบ LTC นี้ต้องการทีมงานสหวิชาชีพ ต้องมีการทำงานเป็นทีมและสามารถทำงานทดแทนกันได้บางส่วน (skill mix) Dennis et al.⁽¹⁹⁾ ได้ทบทวนการวิจัยอย่างเป็นระบบ (systematic review) เกี่ยวกับทีมสหวิชาชีพในการดูแลผู้สูงอายุในระบบ LTC ในชุมชน พบว่า ในการให้บริการผู้สูงอายุที่ต้องการการดูแลด้านสุขภาพนั้น อาจจะสามารถทำงานทดแทนกันระหว่างวิชาชีพได้ โดยพบว่าการถ่ายโอนงานบริการบางส่วนจากแพทย์มาให้เภสัชกร และการถ่ายโอนงานบริการบางอย่างจากแพทย์มาให้พยาบาลดำเนินการแทน ยังคงสามารถให้บริการอย่างมีคุณภาพในต้นทุนที่ต่ำกว่าได้ โดยเฉพาะอย่างยิ่งการสร้างเสริมสุขภาพ การจัดการผู้ป่วย การให้ยา ในสถานการณ์การขาดแคลนแพทย์นั้น บุคลากรอื่น อันได้แก่เภสัชกร และ พยาบาลวิชาชีพ สามารถทำงานทดแทนแพทย์ได้ในบางส่วน และการทำงานเป็นทีมเช่นนี้ จำเป็นต้องมีผู้ประสานงานหลักทำหน้าที่เชื่อมประสานระหว่างทีมสหวิชาชีพ รวมทั้งทีมอื่นๆ เพื่อให้บริการที่ไม่แยกจากกันเป็นส่วนเดียว และสามารถจัดบริการได้สอดคล้องกับความต้องการของผู้ป่วย ซึ่งในการศึกษานี้มี CM เป็นผู้ดำเนินการจัดการและประสานดังกล่าว ซึ่งหลายๆ ประเทศที่พัฒนาแล้วได้ดำเนินการเช่นกัน^(18,20)

นอกจากการทำงานเป็นทีมระหว่างวิชาชีพแล้ว การผสมผสานทักษะระหว่างทีมวิชาชีพและผู้ช่วยก็เป็นกลวิธีหนึ่ง que เพิ่มการเข้าถึงบริการในต้นทุนที่สมเหตุสมผล⁽¹⁷⁾ ซึ่งการศึกษานี้ได้ให้ความสนใจกับการผสมผสานทักษะของทีมสหวิชาชีพกับนักรับบาลด้วย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Lee et al.⁽²¹⁾ ที่ได้อบรมผู้ช่วยดูแลเพิ่มเติมขึ้นในด้าน การสนับสนุนด้านยา และพยาบาลวิชาชีพได้ถ่ายโอนการสนับสนุนด้านยาให้แก่ผู้ช่วยดูแลในผู้ป่วยที่ไม่ซับซ้อน และทำหน้าที่ติดตามกำกับ พบว่าผู้ช่วยดูแลสามารถเพิ่มการสนับสนุนด้านยาให้ผู้ป่วย ได้รับการยอมรับจากผู้ป่วยและพยาบาลวิชาชีพ และไม่พบปัญหาแทรกซ้อน และเช่นเดียวกับการศึกษาของ Fujisawa and Colombo⁽¹⁸⁾ ซึ่งพบว่า

ผู้ช่วยดูแลสามารถทำงานเป็นทีมภายใต้การดูแลของสหวิชาชีพ สามารถให้บริการที่ผสมผสานระหว่างบริการด้านสุขภาพและบริการด้านสังคมได้ แม้ผู้ช่วยดูแลจะมีข้อดีมาก แต่ก็ยังมีข้อจำกัดเช่นกัน ดังที่ Hewko et al.⁽²²⁾ ได้ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับผู้ช่วยดูแลหรือนักบริบาลพบว่าในแต่ละประเทศ กำลังคนด้านสุขภาพกลุ่มนี้ไม่ค่อยจะได้รับการให้ความสำคัญ บทบาทหน้าที่ที่มีความหลากหลายมาก เบื้องต้นจะเป็นงานด้านการช่วยเหลือผู้มีภาวะพึ่งพิงด้านกิจวัตรประจำวัน ต่อมาได้รับการขยายขอบเขตงานที่ได้รับการถ่ายโอนจากวิชาชีพเพิ่มขึ้น พร้อมกับมีการอบรมเพิ่มมากขึ้นอีกด้วย พบว่าโดยส่วนใหญ่มีรายได้ต่ำ มีสิทธิประโยชน์ในการจ้างงานค่อนข้างน้อย และมีโอกาสในการเปลี่ยนงานสูง ดังนั้นกำลังคนกลุ่มนี้มีโอกาสจะขาดแคลนมากในอนาคต หากไม่ได้รับการจัดการที่เหมาะสม

ข้อยุติ

ในสถานการณ์การเพิ่มขึ้นของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ระบบบริการของประเทศไทยต้องการกำลังคนรองรับมากขึ้น ซึ่งเป็นกำลังคนที่เป็นทีมสหวิชาชีพซึ่งทำงานร่วมกันโดยมี CM เป็นผู้จัดการหลักและร่วมทำงานกับนักบริบาล หรือกำลังคนระดับผู้ช่วย ซึ่งในอนาคตหากการผลิตกำลังคนเข้าสู่ระบบเช่นนี้ กำลังคนที่จะขาดแคลน ได้แก่พยาบาลวิชาชีพ CM และนักสังคมสงเคราะห์ ดังนั้นจึงควรมีมาตรการเพิ่มกำลังคนเหล่านี้เข้าไปสู่ระบบ ขณะเดียวกันกำลังคนระดับผู้ช่วยเป็นจักรกลที่สำคัญในการเพิ่มการเข้าถึงบริการของผู้สูงอายุโดยเฉพาะในชุมชน ควรมีมาตรการพัฒนาคุณภาพและแรงจูงใจของกำลังคนเหล่านี้ให้อยู่ในระบบได้ต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยนี้ได้รับการสนับสนุนจากสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข นักวิจัยขอถือโอกาสขอบคุณมา ณ โอกาสนี้ และขอขอบคุณสถานบริการต่างๆ บุคลากรด้านสุขภาพ CM และบุคลากรต่างๆ ที่ได้ให้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์ต่องานวิจัย

References

1. World Health Organization. The world health report 2006: working together for health. Geneva: World Health Organization; 2006.
2. Jitapankul S, Suriyawongpaisal P. Elderly health in Thailand. Bangkok: National Health Foundation and Ministry of Public Health; 1999. (in Thai)
3. Akapolakorn W, editor. The 5th National Health Examination Survey in 2014. Nonthaburi: Health Systems Research Institute; 2014. (in Thai)
4. Sasat S, Chuwatanapakorn T, Lertrat P. Model of long term institutional care for elderly. Nonthaburi: Health Systems Research Institute; 2009. (in Thai)
5. National Health Security Office (NHSO). Manual for long term health care for the dependent elderly under the universal coverage scheme. Bangkok: National Health Security Office; 2016. (in Thai)
6. Human Resources for Health Research and Development Office. Human resources for health management for the long term care services. Nonthaburi: Human Resources for Health Research and Development Office; 2019. (in Thai)
7. Noree T, editor. Policy options for the human resources for health planning in the next decade. Nonthaburi: Human Resources for Health Research and Development Office; 2017. (in Thai)
8. National Statistical Office, Ministry of Information and Communication Technology. The 2017 survey on health and welfare. Ministry of Information and Communication Technology; 2018. (in Thai)
9. Department of Health, Ministry of Public Health. The health survey report: Thai elderly health in 2013, under the health promotion programme of elderly and disability persons. Bangkok: Watcharin P.P. Press; 2013. (in Thai)
10. Yamane T. Statistics: an Introductory analysis. 3rd ed. New York: Harper and Row; 1973.
11. Ministry of Public Health - Working Group for Human Resources for Health Planning. Service utilization at primary care, secondary care and tertiary care facilities under Ministry of Public Health. Nonthaburi: Ministry of Public Health; 2015. (in Thai)
12. Noree T. Health workforce planning: doctors. In: Noree T, editor. Policy options for the human resources for health planning in the next decade. Nonthaburi: Human Resources for Health Research and Development Office; 2017. p 306-32. (in Thai)

13. Sawaengdee K. Health workforce planning: nurses. In: Noree T, editor. Policy options for the human resources for health planning in the next decade. Nonthaburi: Human Resources for Health Research and Development Office; 2017. p. 333-72. (in Thai)
14. Kaewsawang S, Luewisetpaiboon S, Theerawutwarawet K, Chaipinyo K. Projection of physical therapy workforce for Thailand health system in the next decade. In: Noree T, editor. Policy options for the human resources for health planning in the next decade. Nonthaburi: Human Resources for Health Research and Development Office; 2017. p. 636-56. (in Thai)
15. Social Work Profession Council. The 2019 annual report of the Social Work Profession Council. Bangkok: Social Work Profession Council; 2019. (in Thai)
16. Pagaiya N, Phanthunane P, Bamrung A, Noree T, Kongweera-kul K. Forecasting imbalances of human resources for health in the Thailand health service system: application of a health demand method. *Human Resources for Health*. 2019. doi: [10.1186/s12960-018-0336-2](https://doi.org/10.1186/s12960-018-0336-2).
17. World Health Organization. Lessons for long-term care policy. The cross-cluster initiative on long term care. 2002 [cited 2020 Mar 23]. Available from: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/67275>.
18. Fujisawa R, Colombo F. The long-term care workforce: overview and strategies to adapt supply to a growing demand. OECD Health Working Papers No. 44. Paris: OECD Publishing; 2009. Available from: <https://doi.org/10.1787/225350638472>.
19. Dennis S, May J, Perkins D, Zwar N, Sibbald B, Hasan I. What evidence is there to support skill mix changes between GPs, pharmacists and practice nurses in the care of elderly people living in the community? *Australia and New Zealand Health Policy*; 2009. doi: [10.1186/1743-8462-6-2](https://doi.org/10.1186/1743-8462-6-2).
20. University of California, San Francisco. An aging U.S. population and the health care workforce: factors affecting the need for geriatric care workers. 2006. Available from: <https://healthforce.ucsf.edu/publications/aging-us-population-and-health-care-workforce-factors-affecting-need-geriatric-care>. Accessed 15 Jan 2020.
21. Lee CY, Beanland C, Goeman D, Johnson A, Thorn J, Koch S, et al. Evaluation of a support worker role, within a nurse delegation and supervision model, for provision of medicines support for older people living at home: the Workforce Innovation for Safe and Effective (WISE) Medicines Care study. *BMC Health Services Research* 2015;15:405. doi: [10.1186/s12913-015-1120-9](https://doi.org/10.1186/s12913-015-1120-9).
22. Hewko SJ, Cooper SL, Huynh H, Spiwek TL, Carleton HL, Reid S, et al. Invisible no more: a scoping review of the health care aide workforce literature. *BMC Nursing* 2015;14:38. doi: [10.1186/s12912-015-0090-x](https://doi.org/10.1186/s12912-015-0090-x).