

## คำถามวิจัยกำลังคนด้านสุขภาพ Research Questions on Human Resources for Health

การบริบาล (care) เป็นวิถีแสดงความห่วงใยที่ใช้แรงงานจากความรัก (labor of love) มีมิติที่ซับซ้อนในด้านสังคมวิทยา เป็นงานประจำที่ต้องทำซ้ำๆ ทุกวันด้วยมุมมองทางจริยธรรม ขณะเดียวกันก็ยังคงมีความไม่เป็นธรรมดำรงอยู่ทั้งในระดับความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลไปจนถึงระดับสังคมโลก ยิ่งเมื่อเป็นการบริบาลทางสุขภาพ (health care) ที่มีการเคลื่อนย้ายของแรงงานทักษะสูง ก็ยิ่งเกิดความไม่เป็นธรรมรุนแรงขึ้น โดยเฉพาะจากประเทศที่ยากจนไปสู่ประเทศที่ร่ำรวย จากเขตชนบทไปสู่เขตเมือง หรือจากภาครัฐไปสู่ภาคเอกชน<sup>(1)</sup>

ระบบสุขภาพหลักเลี้ยงไม่ได้ที่ต้องใช้แรงงานคน (แม้จะคาดการณ์ได้ว่า แรงงานหุ่นยนต์จะมาแทนที่ได้บางส่วนก็ตาม) และเป็นกำลังคนที่มีชื่อเรียกตามอาชีพที่หลากหลาย เช่น แพทย์ ทันตแพทย์ เภสัชกร พยาบาล ฯลฯ ซึ่งเมื่อเรียกรวมๆ ว่า กำลังคนด้านสุขภาพ (human resources for health, HRH) ก็จะหมายถึงทุกๆ วิชาชีพรวมกัน (โดยไม่นับรวมอาสาสมัคร เช่น อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน) โดยองค์การอนามัยโลกประมาณการไว้ว่า การจะบรรลุตัวชี้วัดด้านสุขภาพในเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน พ.ศ. 2573 (Sustainable Development Goal, SDG 2030) จะต้องมีกำลังคนด้านสุขภาพ (คำนวณจากการคลอดที่ควรดูแลด้วยแพทย์ พยาบาลและผดุงครรภ์) 4.45 คน ต่อประชากร 1,000 คน<sup>(2)</sup> เพิ่มจากตอนกำหนดเป้าหมายการพัฒนาสำหรับ พ.ศ. 2558 (Millennium Development Goal, MDG 2015) ที่ต้องมีกำลังคนด้านสุขภาพ 2.3 คน ต่อประชากร 1,000 คน<sup>(3)</sup> การที่ระบบสุขภาพต้องใช้กำลังคนเพิ่มมากขึ้น เป็นเพราะตอนคำนวณ

เป้าหมาย MDG นั้น มีตัวชี้วัดเพียงการคลอดปลอดภัยและการอยู่รอดของเด็กเท่านั้น แต่เป้าหมายของ SDG ได้เพิ่มตัวชี้วัดโรคติดต่อกับสุขภาพสิ่งแวดล้อม 5 ตัว และตัวชี้วัดโรคไม่ติดต่ออีก 4 ตัว

จะเห็นได้ว่า การประมาณการกำลังคนด้านสุขภาพขึ้นกับความจำเป็นทางสุขภาพที่แตกต่างกันออกไป นอกจากนั้นการที่มีบุคลากรที่มีทักษะหลากหลายกับการแบ่งความรับผิดชอบหรือทำงานร่วมกัน ทำทดแทนกันได้หรือไม่ ยังเป็นความยุ่งยากซับซ้อนของการประมาณการกำลังคนด้านสุขภาพแต่ละอาชีพอีกด้วย ยุทธศาสตร์กำลังคนด้านสุขภาพระดับโลกขององค์การอนามัยโลกกำหนดเป้าหมายปี พ.ศ. 2573 ไว้ว่า ให้ทุกประเทศสมาชิกลดความเหลื่อมล้ำในการเข้าถึงบริการจากกำลังคนด้านสุขภาพลงครึ่งหนึ่ง ให้ทุกประเทศสมาชิกเพิ่มอัตราผลสำเร็จจากการศึกษาของแพทย์ พยาบาลและบุคลากรสุขภาพอื่นๆ ให้ทุกประเทศสมาชิกลดการนำเข้ากำลังคนด้านสุขภาพจากต่างประเทศตามแนวปฏิบัติขององค์การอนามัยโลก<sup>(2,4)</sup>

ยุทธศาสตร์กำลังคนด้านสุขภาพระดับโลกนี้มีเสียงตอบรับอย่างหลากหลายจากประเทศต่างๆ เช่น ประเทศโปแลนด์ซึ่งมีอัตราส่วนแพทย์ต่อประชากรต่ำที่สุดในกลุ่มประเทศสมาชิกองค์การเพื่อความร่วมมือและการพัฒนาทางเศรษฐกิจ (Organization for Economic Cooperation and Development, OECD) มุ่งมั่นที่จะวางแผนกำลังคนด้านสุขภาพของประเทศอย่างจริงจัง<sup>(5)</sup> ประเทศญี่ปุ่นมีคำถามวิจัยที่ลึกลงไปถึงการเคลื่อนย้ายของแพทย์ตลอดช่วงชีวิตการทำงาน<sup>(6)</sup> ประเทศในยุโรป 9 ประเทศตั้งคำถามวิจัยถึงการปรับเปลี่ยนบทบาทของแพทย์

กับพยาบาล (task shifting) ในการดูแลผู้ป่วยในโรงพยาบาลซึ่งจะมีผลต่อความต้องการกำลังคนด้านพยาบาล<sup>(7)</sup> ในขณะที่ประเทศเนปาลมีคำถามวิจัยว่า แพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปที่ปฏิบัติงานในเขตชนบทจะทำให้ประชาชนเข้าถึงบริการอะไรเพิ่มมากขึ้นบ้าง<sup>(8)</sup> และยังมีกรวิจัยที่ตั้งคำถามว่า ประเทศต่างๆ ได้ทำตามแนวปฏิบัติกำลังคนด้านสุขภาพขององค์การอนามัยโลกไปแล้วมากน้อยแค่ไหน<sup>(9)</sup>

ขณะที่อีกด้านหนึ่งของความคิดเห็นต่อการเคลื่อนย้ายกำลังคนด้านสุขภาพ เช่น ธนาคารโลก กลับตอบคำถามการวิจัยว่า การไหลออกนอกประเทศของแรงงานมีฝีมือเหล่านี้มีความสัมพันธ์กับการนำรายได้คืนสู่ประเทศต้นทาง โดยเฉพาะประเทศที่มีรายได้ต่ำจะมีเงินกลับคืนสู่ประเทศสูง จึงอาจเปลี่ยนทัศนคติด้านลบจาก “สมองไหล” กลายเป็นด้านบวก คือ “คลังสมอง” เพื่อการส่งออก<sup>(10)</sup> ส่วนคำถามวิจัยของประเทศพัฒนาแล้ว เช่น แคนาดา ถามว่าอะไรเป็นสาเหตุของการตกรงานของแพทย์เฉพาะทางที่ทำงานทำในโรงพยาบาลไม่ได้ ซึ่งพบคำตอบที่เชื่อมโยงกับระดับการคลังสุขภาพของประเทศ นั่นคือ ประเทศมีงบประมาณจำกัด ไม่เพียงพอต่อการเพิ่มห้องผ่าตัดหัวใจหรือเพิ่มเตียงในโรงพยาบาล รัฐบาลต้องการควบคุมรายจ่ายด้านสุขภาพ ซึ่งจะมีผลให้แพทย์เฉพาะทางที่ไม่มีตำแหน่งจ้างในแคนาดาไหลออกไปยังสหรัฐอเมริกา<sup>(11)</sup> ที่ยังพบว่ามีแพทย์ตกรงานน้อยกว่าร้อยละ 0.8<sup>(12)</sup>

ตัวอย่างข้างต้นแสดงถึงการบริบาลด้านสุขภาพที่มีความอ่อนไหวและซับซ้อน คำถามวิจัยมีได้หลายแง่มุม รวมทั้งมีการปฏิบัติอย่างมีจริยธรรมต่อกำลังคนด้านสุขภาพในแต่ละวิชาชีพซึ่งเป็นผู้ใช้แรงงานจากความรักเพียงใจ ซึ่งการวิจัยระบบสุขภาพที่มีบริบทเฉพาะของแต่ละประเทศในแต่ละวิชาชีพ รวมทั้งการวิจัยความสัมพันธ์ระหว่างวิชาชีพระหว่างพื้นที่หรือระหว่างประเทศที่สามารถให้หลักฐานเชิงประจักษ์ได้ จะเป็นประโยชน์ต่อการพัฒนานโยบายกำลังคนด้านสุขภาพเฉพาะของประเทศนั้นๆ อย่างยิ่ง และทำให้ประเทศนั้นๆ สามารถพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพได้อย่างเหมาะสมในแต่ละช่วงเวลาต่อไป

ศุภสิทธิ์ พรณารุณทัตย์

## References

1. Williams F. Care: Intersections of scales, inequalities and crises. *Current Sociology Monograph* 2018;66(4):547-61.
2. World Health Organization. Global strategy on human resources for health: workforce 2030. Geneva: WHO; 2016.
3. World Health Organization. Achieving the health-related MDGs. It takes a workforce! (accessed 15 June 2018). Available from: [http://www.who.int/hrh/workforce\\_mdgs/en/](http://www.who.int/hrh/workforce_mdgs/en/).
4. Resolution WHA63.16. WHO Global Code of Practice on the International Recruitment of Health Personnel. In: Sixty-third World Health Assembly, Geneva, 17-21 May 2010. Resolutions and decisions, annexes. Geneva: World Health Organization; 2010 (WHA63/2010/REC/1; [http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf\\_files/WHA63/A63\\_R16-en.pdf](http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA63/A63_R16-en.pdf), accessed 15 June 2018).
5. Domagala A, Klich J. Planning of Polish physician workforce – systemic inconsistencies, challenges and possible ways forward. *Health Policy* 2018;122(2):102-8.
6. Ide H, Doi S, Atarashi H, Fujita S, Koike S. The distance and chance of lifetime geographical movement of physicians in Japan: an analysis using the age-period-cohort model. *Human Resources for Health* 2018;16:26. Available from: <https://doi.org/10.1186/s12960-018-0289-5>.
7. Maier CB, Köppen J, Busse R, MUNROS team. Task shifting between physicians and nurses in acute care hospitals: cross-sectional study in nine countries. *Human Resources for Health* 2018;16:24. Available from: <https://doi.org/10.1186/s12960-018-0285-9>.
8. Gauchan B, Mehanni S, Agrawal P, Pathak M, Dhungana S. Role of the general practitioner in improving rural health-care access: a case from Nepal. *Human Resources for Health* 2018;16:23. Available from: <https://doi.org/10.1186/s12960-018-0287-7>.
9. Campbell J, Dhillon IS, Siyam A. The WHO Global Code: increasing relevance and effectiveness. *Human Resources for Health* 2016;14(Suppl 1):39 DOI 10.1186/s12960-016-0131-x.
10. McKenzie D. Worrying too much about brain drain? Available from: <http://blogs.worldbank.org/allaboutfinance/worrying-too-much-about-brain-drain>.
11. Fréchette D, Hollenberg D, Shrichand A, Jacob C, Datta I. What's really behind Canada's unemployed specialists? Too many, too few doctors? Findings from the Royal College's employment study. Ottawa, Ontario: The Royal College of Physicians and Surgeons of Canada; 2013.
12. Hargreaves S. Jobs with the lowest (and highest) unemployment. (accessed 15 June 2018). Available from: <http://money.cnn.com/2013/01/04/news/economy/jobs-lowest-unemployment/index.html>.