



**ยุทธศาสตร์การปฏิรูปกำลังคน
และภารกิจบริการด้านสาธารณสุข
ในภาพรวมทั้งระบบ ระยะ 10 ปี**

**ยุทธศาสตร์การปฏิรูปกำลังคนและภารกิจบริการด้านสาธารณสุข
ในภาพรวมทั้งระบบ ระยะ 10 ปี**





สารบัญ



คำนำ ก

บทสรุปผู้บริหาร ข

บทที่ 1 ความท้าทายระบบสาธารณสุขไทย 1

1. แนวโน้มที่สำคัญต่อระบบสาธารณสุขไทย 1
2. สถานการณ์สุขภาพและปัจจัยที่มีผลกระทบต่อระบบสุขภาพ 9
3. สมรรถนะการบริการทางการแพทย์ 18
4. สถานการณ์กำลังคนสาธารณสุข 21

บทที่ 2 ทิศทางระบบสาธารณสุขไทย 27

1. ยุทธศาสตร์ นโยบาย และแผนที่เกี่ยวข้อง 27
2. ภาพอนาคตระบบสาธารณสุขไทย 33

บทที่ 3 ยุทธศาสตร์การปฏิรูปกำลังคนและการให้บริการด้านสาธารณสุขในภาพรวมทั้งระบบ ระยะ 10 ปี 37

1. ที่มา 37
2. กระบวนการจัดทำ 38
3. ยุทธศาสตร์การปฏิรูปกำลังคนและการให้บริการด้านสาธารณสุขในภาพรวมทั้งระบบ ระยะ 10 ปี 41

บทที่ 4 การขับเคลื่อนยุทธศาสตร์การปฏิรูปกำลังคนและการให้บริการด้านสาธารณสุขในภาพรวมทั้งระบบ ระยะ 10 ปี 49

ภาคผนวก 51

- ภาคผนวก ก นิยามศัพท์เฉพาะ 52
- ภาคผนวก ข คำอธิบายเป้าหมายและตัวชี้วัด 55
- ภาคผนวก ค หนังสือที่เกี่ยวข้องกับการจัดทำยุทธศาสตร์การปฏิรูปกำลังคนและการให้บริการด้านสาธารณสุขในภาพรวมทั้งระบบ ระยะ 10 ปี 61
- ภาคผนวก ง รายละเอียดประกอบการกำหนดค่าเป้าหมายในยุทธศาสตร์การปฏิรูปกำลังคนและการให้บริการด้านสาธารณสุขในภาพรวมทั้งระบบ โดยสภาวิชาชีพ 69
- ภาคผนวก จ ลิงก์ดาวนิโสดเอกสารที่เกี่ยวข้อง 96

สารบัญตาราง

ตารางที่ 1	จำนวนและร้อยละของประชากร จำแนกตามกลุ่มอายุ พ.ศ. 2565 และ พ.ศ. 2585	2
ตารางที่ 2	อายุคาดเฉลี่ย (LE) และอายุคาดเฉลี่ยของการมีสุขภาพดี (HALE) ของประชากรไทย พ.ศ. 2564	10
ตารางที่ 3	อันดับการสูญเสียปีสุขภาวะของประชากรไทย จำแนกตามเพศและสาเหตุ พ.ศ. 2562	10
ตารางที่ 4	อัตราการตาย จำแนกตามสาเหตุที่สำคัญต่อประชากร 100,000 คน ในประเทศไทย พ.ศ. 2555 - 2565	11
ตารางที่ 5	จำนวนและอัตราการตายจากโรคหัวใจขาดเลือดต่อประชากร 100,000 คน จำแนกตามเพศ พ.ศ. 2561 - 2565	12
ตารางที่ 6	จำนวนและอัตราการตายจากโรคหลอดเลือดในสมองต่อประชากร 100,000 คน จำแนกตามเพศ พ.ศ. 2561 - 2565	12
ตารางที่ 7	อัตราการป่วยตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดในสมอง พ.ศ. 2564 - 2566	12
ตารางที่ 8	โรคมะเร็งที่พบบ่อย 10 อันดับแรกของผู้ป่วยมะเร็งรายใหม่ จำแนกตามเพศ พ.ศ. 2565	13
ตารางที่ 9	จำนวนผู้ป่วยโรคมะเร็งรายใหม่ที่พบป่วยในสถาบันมะเร็งแห่งชาติ จำแนกตามเพศ พ.ศ. 2565	13
ตารางที่ 10	จำนวนและอัตราการตายจากเนื้องอกร้ายที่ปากมดลูกต่อประชากรหญิง 100,000 คน พ.ศ. 2561 - 2565	14
ตารางที่ 11	จำนวนและอัตราการตายจากเนื้องอกร้ายที่ตับและท่อน้ำดีในตับต่อประชากร 100,000 คน จำแนกตามเพศ พ.ศ. 2561 - 2565	14
ตารางที่ 12	จำนวนและอัตราการตายของการรกลูกเกิด (ต่ำกว่า 28 วัน) จำแนกตามเพศ และอัตราการตายมารดา พ.ศ. 2561 - 2565	14
ตารางที่ 13	จำนวนและอัตราการตายจากอุบัติเหตุจากการคมนาคมขนส่งทางบกต่อประชากร 100,000 คน พ.ศ. 2561 - 2565	15
ตารางที่ 14	อัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยวิกฤตฉุกเฉิน ภายใน 24 ชั่วโมง พ.ศ. 2565 - 2566	16
ตารางที่ 15	จำนวนและอัตราการตายจากการมีเจตนาทำร้ายตนเองต่อประชากร 100,000 คน จำแนกตามเพศ พ.ศ. 2561 - 2565	16
ตารางที่ 16	จำนวนประชากรไทย จำแนกตามสิทธิในระบบหลักประกันสุขภาพของประเทศ ปีงบประมาณ พ.ศ. 2561 - 2565	18
ตารางที่ 17	จำนวนเตียง ในประเทศกลุ่ม OECD ปี 2022	21
ตารางที่ 18	เปรียบเทียบอัตราส่วนกำลังคนด้านสุขภาพต่อประชากร (Population ratio) กับต่างประเทศ	23
ตารางที่ 19	แผนการแก้ไขปัญหาระบบชั่วโมงการทำงานของแพทย์เพิ่มพูนทักษะอย่างเป็นรูปธรรม	24
ตารางที่ 20	กรอบยุทธศาสตร์การจัดตั้งเครือข่ายศูนย์ความเป็นเลิศทางการแพทย์และสถาบันการศึกษาต่าง ๆ ในภาพรวมของประเทศ ในระยะยาว (5 - 10 ปี)	29



สารบัญภาพ

ภาพที่ 1	รายงานการศึกษาพยากรณ์อายุคาดเฉลี่ยที่มีสุขภาพะของประชากรไทย พ.ศ. 2558 – 2573	10
ภาพที่ 2	สัดส่วนเด็กและวัยรุ่นอายุ 0 – 19 ปี ของแต่ละประเทศในกลุ่มอาเซียน	15
ภาพที่ 3	การขับเคลื่อนสู่การเป็นศูนย์กลางสุขภาพนานาชาติ (Medical Hub) ของประเทศไทย	18
ภาพที่ 4	แผนที่การกระจายบุคลากรทางการแพทย์ 4 วิชาชีพ	22
ภาพที่ 5	ผลการดำเนินงานแก้ไขปัญหาชั่วโมงการทำงานในโรงพยาบาลที่ปฏิบัติงานนอกเวลาราชการมากกว่า 40 ชั่วโมงต่อสัปดาห์ จำนวน 65 แห่ง	25
ภาพที่ 6	การยกระดับศักยภาพระบบบริการสุขภาพ (SAP) กระทรวงสาธารณสุข	31
ภาพที่ 7	รายงานการพัฒนาที่ยั่งยืน (Sustainable Development Report) ประเทศไทย ประจำปี พ.ศ. 2567	32
ภาพที่ 8	กรอบแนวคิดการจัดทำยุทธศาสตร์การปฏิรูปกำลังคนและภารกิจบริการด้านสาธารณสุขในภาพรวมทั้งระบบ	39

สารบัญแผนภูมิ

แผนภูมิที่ 1	พีระมิดประชากรไทย พ.ศ. 2565 และ พ.ศ. 2585	2
แผนภูมิที่ 2	จำนวนของผู้ป่วยมะเร็งรายใหม่ จำแนกตามช่วงอายุ พ.ศ. 2565	13
แผนภูมิที่ 3	การจัดอันดับขีดความสามารถในการแข่งขัน ปี พ.ศ. 2567 (IMD World Competitiveness Yearbook 2024)	17
แผนภูมิที่ 4	ความครอบคลุมสิทธิในระบบหลักประกันสุขภาพ บังบประมาณ พ.ศ. 2545 – 2566	20
แผนภูมิที่ 5	จำนวนหน่วยบริการสุขภาพ จำแนกตามประเภทและสังกัด	20
แผนภูมิที่ 6	จำนวนแพทย์ภาพรวมประเทศ	21
แผนภูมิที่ 7	จำนวนทันตแพทย์ภาพรวมประเทศ	21
แผนภูมิที่ 8	จำนวนเภสัชกรภาพรวมประเทศ	22
แผนภูมิที่ 9	จำนวนพยาบาลภาพรวมประเทศ	22
แผนภูมิที่ 10	อัตราส่วนแพทย์ต่อเตียง Active Bed สังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2561 – 2566	23
แผนภูมิที่ 11	อัตราส่วนแพทย์ต่อ Sum AdjRW สังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2561 – 2566	23
แผนภูมิที่ 12	สถานการณ์กำลังคน สายงานพยาบาลวิชาชีพเทียบกรอบอัตรากำลัง	26







คำนำ

ยุทธศาสตร์การปฏิรูปกำลังคนและการให้บริการด้านสาธารณสุข
ในภาพรวมทั้งระบบ ระยะ 10 ปี จัดทำขึ้นเพื่อเป็นกรอบแนวทางการดำเนินการ
แก้ไขปัญหาสถานการณ์กำลังคนและการเข้าถึงบริการสาธารณสุขของประเทศ
ในปัจจุบันและอนาคต รองรับการขับเคลื่อนนโยบายสำคัญและทิศทางการพัฒนา
ประเทศ โดยความร่วมมือจากภาครัฐ เอกชน และภาคีเครือข่ายทุกภาคส่วน

ขอบเขตคุณ กระทรวงการอุดมศึกษา วิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรม
กระทรวงกลาโหม สำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ
สำนักงานงบประมาณ สำนักงานคณะกรรมการข้าราชการพลเรือน สำนักงาน
คณะกรรมการพัฒนาระบบราชการ สำนักงานตำรวจแห่งชาติ กลุ่มสถาบัน
แพทยศาสตร์แห่งประเทศไทย กรุงเทพมหานคร มหาวิทยาลัย สภาวิชาชีพ
สถาบันพระบรมราชชนก สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ ผู้ทรงคุณวุฒิ
หน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ที่ร่วมกัน
ดำเนินการและมีส่วนร่วมในการจัดทำยุทธศาสตร์นี้

หวังเป็นอย่างยิ่งว่า ยุทธศาสตร์การปฏิรูปกำลังคนและการให้บริการ
ด้านสาธารณสุขในภาพรวมทั้งระบบ ระยะ 10 ปี จะมีบทบาทสำคัญในการสร้างเสริม
ระบบสาธารณสุขไทยให้มีความมั่นคง เข้มแข็ง พร้อมรับความเปลี่ยนแปลงและ
ความท้าทายของโลกอนาคต และสามารถขับเคลื่อนการพัฒนาเศรษฐกิจของ
ประเทศได้อย่างยั่งยืนต่อไป

กระทรวงสาธารณสุข
ตุลาคม 2567

บทสรุปผู้บริหาร

ประเทศไทยกำลังเผชิญกับแนวโน้มความท้าทายที่เกิดขึ้นจากการเปลี่ยนแปลงทางเทคโนโลยีและโครงสร้างทางสังคม ไม่ว่าจะเป็นการเปลี่ยนผ่านสู่ยุคดิจิทัล การเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์ ความเป็นเมืองที่ขยายตัวอย่างรวดเร็ว การปฏิวัติอุตสาหกรรมครั้งที่ 4 การเพิ่มขึ้นของโรคไม่ติดต่อเรื้อรังและโรคอุบัติใหม่ ปัญหาความเหลื่อมล้ำ ความเสื่อมโทรมของทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม รวมถึงโลกแห่งความเสี่ยงที่ทวีความรุนแรงขึ้น ความท้าทายเหล่านี้ล้วนส่งผลกระทบต่อระบบสาธารณสุขทั้งในด้านการบริหารจัดการและการให้บริการแก่ประชาชนอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ จึงต้องวางแผนและดำเนินงานอย่างมีประสิทธิภาพ พร้อมทั้งปรับตัวให้เท่าทันกับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นอย่างรวดเร็วในอนาคต ซึ่งไม่เพียงแต่เป็นความท้าทายที่ยิ่งใหญ่สำหรับการปฏิรูประบบสาธารณสุข ยังเป็นโอกาสที่ดีสำหรับประเทศไทยในการเพิ่มศักยภาพและขีดความสามารถสู่การเป็นศูนย์กลางความเป็นเลิศด้านสุขภาพของภูมิภาค รองรับความท้าทายใหม่ ๆ และสามารถตอบโจทย์ด้านเศรษฐกิจและสังคมได้อย่างมั่นคงและยั่งยืน

กระทรวงสาธารณสุขร่วมกับกระทรวงการอุดมศึกษา วิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรม สำนักงานคณะกรรมการข้าราชการพลเรือน สำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ สำนักงานปรมาณ มหาวิทยาลัย สภาวิชาชีพ องค์การภาครัฐ ภาคเอกชน และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ดำเนินการจัดทำยุทธศาสตร์การปฏิรูปกำลังคนและภารกิจบริการด้านสาธารณสุขในภาพรวมทั้งระบบ ระยะ 10 ปี เพื่อเป็นกรอบแนวทางการดำเนินการแก้ไข ปัญหาสถานการณ์กำลังคนด้านสุขภาพและการเข้าถึงบริการสาธารณสุข รองรับการขับเคลื่อนนโยบายและทิศทางการพัฒนาประเทศที่สำคัญ ได้แก่ การพัฒนาประเทศไทยให้เป็นศูนย์กลางเมืองแห่งอุตสาหกรรมระดับโลก ขับเคลื่อนเศรษฐกิจไทยสู่อนาคตที่ยั่งยืน เป็นศูนย์กลางด้านการแพทย์และสุขภาพ (Wellness & Medical Hub) และนโยบายการยกระดับ 30 บาท รักษาทุกที่ ผ่านความเห็นชอบจากคณะกรรมการยุทธศาสตร์การปฏิรูปกำลังคนและภารกิจบริการด้านสาธารณสุขในภาพรวมทั้งระบบ และยุทธศาสตร์การจัดตั้งเครือข่ายศูนย์ความเป็นเลิศทางการแพทย์ สถาบันทางการแพทย์ และสถาบัน การศึกษาต่าง ๆ ในภาพรวมของประเทศ ในระยะยาว (5 - 10 ปี) มีสาระสำคัญ สรุปได้ดังนี้

วิสัยทัศน์ : ประเทศไทยมีกำลังคนและบริการสาธารณสุขที่มีคุณภาพ ประชาชนสามารถเข้าถึงได้อย่างเป็นธรรม มีความมั่นคงทางสุขภาพและความเข้มแข็งทางเศรษฐกิจ อย่างยั่งยืน

พันธกิจ : มุ่งปฏิรูปกำลังคนและภารกิจบริการด้านสาธารณสุขในภาพรวมทั้งระบบ โดยเน้นคุณค่าประชาชนเป็นศูนย์กลาง สามารถเข้าถึงบริการที่มีคุณภาพและบริการรูปแบบใหม่รองรับอนาคต ด้วยการอภิบาลระบบที่เข้มแข็ง สร้างความมั่นคงทางสุขภาพ เสริมศักยภาพเศรษฐกิจของประเทศอย่างยั่งยืน

เป้าหมายที่ 1 คนไทยมีสุขภาวะที่ดีเพิ่มขึ้น ประกอบด้วย 1) อายุคาดเฉลี่ยเมื่อแรกเกิด (Life Expectancy at Birth, LE) ไม่น้อยกว่า 85 ปี 2) อายุคาดเฉลี่ยของการมีสุขภาพดี (Health Adjusted Life Expectancy, HALE) ไม่น้อยกว่า 75 ปี และ 3) อัตราตายในโรคที่สำคัญลดลง ได้แก่ โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคหลอดเลือดสมอง ทารกแรกเกิด โรคมะเร็ง อุบัติเหตุและฉุกเฉิน และจิตเวชและยาเสพติด

เป้าหมายที่ 2 เพิ่มการเข้าถึงบริการทางการแพทย์และสาธารณสุข ตัวชี้วัดที่ 1 อัตราส่วนบุคลากรต่อประชากร ได้แก่ แพทย์ 1 : 650 ทันตแพทย์ 1 : 3,000 เภสัชกร 1 : 1,966 พยาบาล 1 : 200 นักกายภาพบำบัด 1 : 2,000 แพทย์แผนไทย 1 : 2,782 นักรังสีเทคนิค 1 : 5,000 นักสาธารณสุข 1 : 1,000 นักเทคนิคการแพทย์ 1 : 2,804 ตัวชี้วัดที่ 2 การกระจายบุคลากรที่เหมาะสมตามเกณฑ์ศักยภาพของหน่วยบริการ

เป้าหมายที่ 3 เพิ่มขีดความสามารถในการแข่งขันทางเศรษฐกิจของประเทศ ตัวชี้วัดสัดส่วนมูลค่าเพิ่มของสินค้าและบริการสุขภาพต่อผลิตภัณฑ์มวลรวมในประเทศ เพิ่มขึ้นร้อยละ 1.7 ในปี 2570

ประกอบด้วย 4 ยุทธศาสตร์ ได้แก่

- ยุทธศาสตร์ที่ 1 เร่งผลิตและพัฒนากำลังคนให้เพียงพอต่อการให้บริการด้านสาธารณสุข โดยเฉพาะโรคสำคัญจำเป็นเร่งด่วนต่อภาระทางสุขภาพและทิศทางของประเทศ
- ยุทธศาสตร์ที่ 2 พัฒนาระบบบริการสาธารณสุขเชิงพื้นที่เป็นหนึ่งเดียว
- ยุทธศาสตร์ที่ 3 สนับสนุนส่งเสริมบริการสุขภาพที่มีศักยภาพการแข่งขันทางเศรษฐกิจ
- ยุทธศาสตร์ที่ 4 สร้างเสริมระบบและกลไกการอภิบาลกำลังคนด้านสุขภาพให้เข้มแข็ง

โดยคณะรัฐมนตรีมีมติเมื่อวันที่ 6 สิงหาคม พ.ศ. 2567 รับทราบรายงานผลการดำเนินการตามที่กระทรวงสาธารณสุขเสนอ ทั้งนี้ ให้กระทรวงสาธารณสุขและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องรับความเห็นและข้อเสนอแนะของสำนักงานคณะกรรมการข้าราชการพลเรือน สำนักงานประมาณ สำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ และกระทรวงการอุดมศึกษา วิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรม ไปพิจารณาดำเนินการในส่วนที่เกี่ยวข้องต่อไป

คณะกรรมการที่เกี่ยวข้องจะขับเคลื่อน ติดตามผล และปรับปรุงยุทธศาสตร์นี้อย่างต่อเนื่อง เพื่อให้การดำเนินงานสอดคล้องกับสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลง ยุทธศาสตร์การปฏิรูปกำลังคนและภารกิจบริการด้านสาธารณสุขในภาพรวมทั้งระบบ ระยะ 10 ปีนี้ จะเป็นปัจจัยสำคัญในการสร้างความมั่นคงทางสุขภาพ สู่ระบบสาธารณสุขไทยที่เข้มแข็ง สามารถขับเคลื่อนเศรษฐกิจของประเทศได้อย่างยั่งยืน





บทที่ 1

ความท้าทายระบบสาธารณสุขไทย

การเปลี่ยนแปลงจากเทคโนโลยีปูนโลก (Disruption Technology) การเปลี่ยนผ่านสู่ระบบดิจิทัล (Digital Transformation) การก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์ (Ageing Society) รวมถึงการเปลี่ยนแปลงในด้านต่าง ๆ ล้วนเป็นความท้าทายและเป็นโอกาสสำคัญในการเพิ่มประสิทธิภาพระบบสาธารณสุข ขณะที่ประเทศไทยมีขีดความสามารถสูงในด้านสุขภาพ มีโอกาสเป็นศูนย์กลางความเป็นเลิศด้านสุขภาพของภูมิภาค ดังนั้น การวิเคราะห์อุปสงค์และอุปทานในอนาคตของระบบสาธารณสุขไทย จึงนำไปสู่เป้าประสงค์ที่พึงปรารถนา คือประชาชนมีคุณภาพชีวิตความเป็นอยู่ที่ดี (Well-being) มีศักยภาพในการแข่งขัน (Competitiveness) และมีความเท่าเทียมกัน (Equality) เพื่อตอบโจทย์ทั้งด้านเศรษฐกิจและสังคมของประเทศอย่างมั่นคงและยั่งยืน



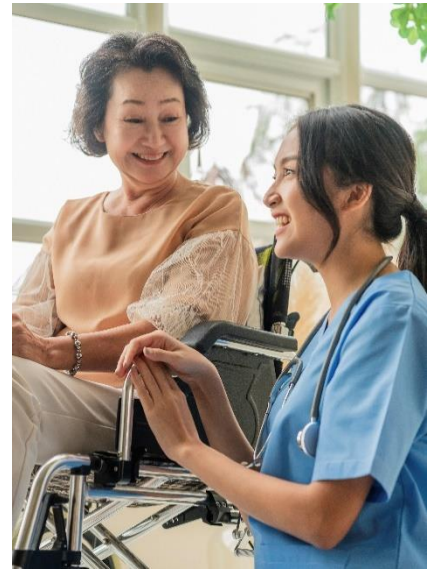
1. แนวโน้มที่สำคัญต่อระบบสาธารณสุขไทย

1.1 สังคมผู้สูงวัย (Ageing Society)

1.1.1 ประชากรโลกมีสัดส่วนผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องโดยเฉพาะในกลุ่มประเทศพัฒนาแล้ว องค์การสหประชาชาติคาดการณ์ประชากรที่มีอายุตั้งแต่ 65 ปีขึ้นไปจะเพิ่มสูงขึ้นมาก และจะมีจำนวนกว่า 1.5 พันล้านคนภายในปี พ.ศ. 2593 ขณะที่สัดส่วนประชากรวัยแรงงานมีแนวโน้มลดลง โดยเฉพาะในภูมิภาคเอเชียตะวันออกและเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ที่มีจำนวนผู้สูงอายุมากที่สุดในโลก ปัจจุบันประเทศที่มีสัดส่วนผู้สูงอายุสูงในเอเชีย ได้แก่ ญี่ปุ่น เกาหลีใต้ สิงคโปร์ เป็นต้น ซึ่งมีนัยสำคัญต่อระบบสาธารณสุข ระบบสวัสดิการ กำลังแรงงาน และเศรษฐกิจของประเทศ

1.1.2 ประเทศไทยจะเข้าสู่สังคมสูงวัยระดับสุดยอด (Super Aged Society) ในปี พ.ศ. 2577 ประเทศไทยก้าวเข้าสู่การเป็นสังคมสูงวัย (Aged Society) มาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2548 และก้าวเข้าสู่สังคมสูงวัยอย่างสมบูรณ์ (Complete Aged Society) แล้วในปี พ.ศ. 2567 เนื่องจากมีจำนวนประชากรผู้สูงอายุคิดเป็น 1 ใน 5 หรือประมาณ 13 ล้านคนของจำนวนประชากรทั้งประเทศ และกำลังมุ่งหน้าเข้าสู่สังคมสูงวัยระดับสุดยอด (Super Aged Society) ภายในปี พ.ศ. 2577 จากรายงานสถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2565 พบว่า

ในปี พ.ศ. 2585 ประชากรไทยจะลดลงเหลือ 60 ล้านคน ประชากรเด็ก (อายุ 0 - 14 ปี) จะมีสัดส่วนลดลงจากร้อยละ 16.27 เหลือร้อยละ 10.36 ประชากรวัยแรงงาน (อายุ 15 - 59 ปี) ลดลงจากร้อยละ 64.87 เหลือร้อยละ 58.20 ขณะที่สัดส่วนผู้สูงอายุ (อายุ 60 ปีขึ้นไป) จะเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 18.86 ในปี พ.ศ. 2565 เป็นร้อยละ 31.44 ในปี พ.ศ. 2585 โดยจำนวนผู้สูงอายุจะเพิ่มขึ้นจาก 12.5 ล้านคน เป็น 18.9 ล้านคน เมื่อสัดส่วนประชากรสูงวัยเพิ่มมากขึ้นและจำนวนวัยทำงานลดลง อัตราส่วนพึ่งพิงและภาระค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพของผู้สูงอายุเพิ่มขึ้น สถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย (2561) ประเมินการร่ายจ่ายด้านสุขภาพของประเทศอาจสูงถึง 1.8 ล้านล้านบาทในปี พ.ศ. 2575 เนื่องจากผู้สูงอายุมีโอกาสเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังและมีภาวะทุพพลภาพเพิ่มขึ้น นอกจากนี้ กำลังแรงงานจะลดลงหลายอาชีพจะถูกทดแทนด้วยเทคโนโลยีและแรงงานข้ามชาติ รูปแบบสังคมไทยในอนาคตจะปรับสู่การเป็นสังคมพหุวัฒนธรรมและใช้เทคโนโลยีสูงมากขึ้น

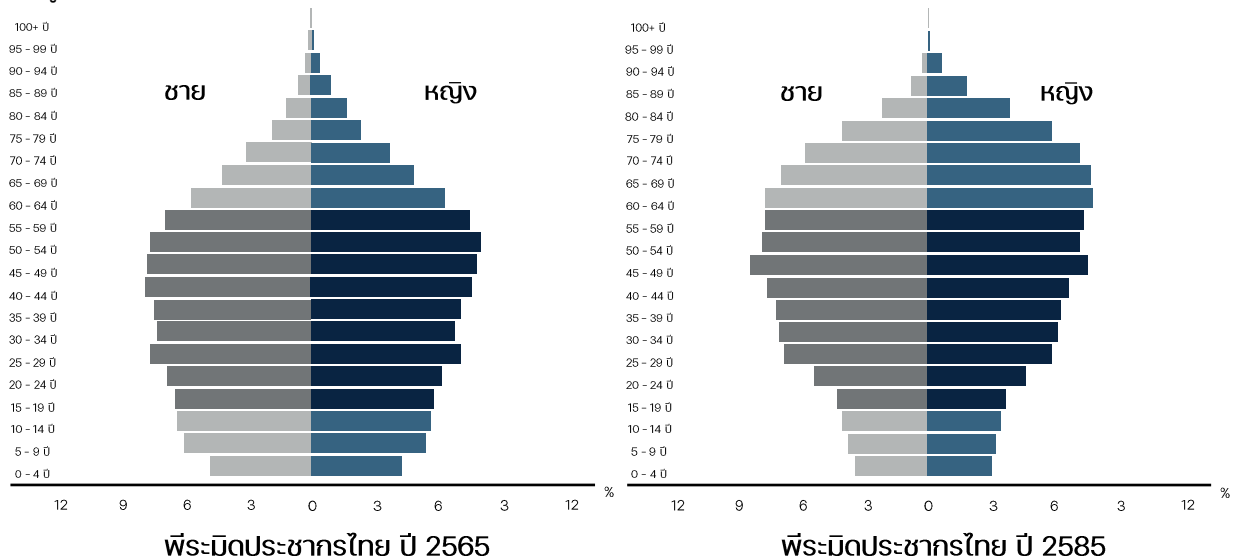


ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของประชากร จำแนกตามกลุ่มอายุ พ.ศ. 2565 และ พ.ศ. 2585

กลุ่มอายุ	ปี 2565		ปี 2585	
	จำนวน (ล้านคน)	ร้อยละ	จำนวน (ล้านคน)	ร้อยละ
0 - 14 ปี	10.7	16.27	6.2	10.36
15 - 59 ปี	42.9	64.87	34.9	58.20
60 ปีขึ้นไป	12.5	18.86	18.9	31.44
รวม	66.1	100.00	60.0	100.00

ที่มา: รายงานสถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2565

แผนภูมิที่ 1 พีระมิดประชากรไทย พ.ศ. 2565 และ พ.ศ. 2585



ที่มา: รายงานสถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2565

1.1.3 โอกาสของอุตสาหกรรมและบริการสุขภาพมีมากในอนาคต เมื่อจำนวนผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นส่งผลให้ความต้องการสินค้าและบริการที่เกี่ยวข้องเพิ่มมากขึ้น รวมถึงความจำเป็นในการจัดระบบบริการสุขภาพอย่างเฉพาะเจาะจงสำหรับผู้สูงอายุ โดยสามารถแบ่งระบบบริการสุขภาพเป็น 4 ระบบ ดังนี้



1.1.4 สังคมสูงวัยส่งผลให้แนวโน้มความต้องการบุคลากรทางการแพทย์และผู้ดูแลผู้สูงอายุมากขึ้น ในขณะที่สัดส่วนบุคลากรสำหรับดูแลวัยเด็กและวัยทำงานลดลง ทั้งนี้ การที่เด็กเกิดน้อยลงจะส่งผลต่ออุปทานกำลังคนของประเทศในอนาคต ซึ่งอาจทดแทนได้โดยใช้เทคโนโลยีสมัยใหม่หรือทดแทนด้วยการนำเข้าบุคลากรจากต่างประเทศ รวมถึงการดูแลสุขภาพของประชาชนที่ดีตั้งแต่ต้น ซึ่งจะช่วยลดความต้องการหรืออุปสงค์ต่อบุคลากรทางการแพทย์ลง

1.2 ความเป็นเมือง (Urbanization)

1.2.1 แนวโน้มที่ผ่านมามีประชากรโลกและประชากรไทยย้ายเข้ามาอาศัยอยู่ในเมืองมากกว่าชนบทและจะมีสัดส่วนเพิ่มขึ้นในอนาคต ปัจจุบันประชากรมากกว่าร้อยละ 50 ของโลกอาศัยอยู่ในเขตเมือง และจะมีสัดส่วนเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 70 ในปี พ.ศ. 2593 การเคลื่อนย้ายเข้าสู่เมืองมากขึ้นนี้ทำให้เกิดผลกระทบหลายประการ ความไม่พร้อมของโครงสร้างพื้นฐานด้านต่าง ๆ ทั้งด้านเศรษฐกิจและสังคม การเกิดชุมชนแออัดและความไม่มั่นคงทางชีวิตของคนจนเมือง ตลอดจนมลพิษและขยะมูลฝอยที่หากจัดการไม่เหมาะสมอาจกระทบต่อสิ่งแวดล้อมได้ นอกจากนี้ การกระจุกตัวของประชากรในเมืองอาจทำให้เมืองเป็นพื้นที่เสี่ยงต่อการขยายตัวของการติดเชื้อเมื่อเกิดโรคระบาดด้วย

1.2.2 แนวโน้มเมืองกำลังพัฒนาสู่เมืองอัจฉริยะในอนาคต (Smart City) การบริหารจัดการการขนส่ง พลังงาน สาธารณูปโภค บ้าน และการจัดการมลภาวะ เชื่อมต่อกันและสามารถจัดการได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น อย่างไรก็ตาม ยังคงมีความเสี่ยงด้านความมั่นคงทางไซเบอร์ หรือการถูกโจมตีโครงสร้างพื้นฐานที่สำคัญ ซึ่งส่งผลให้กิจกรรมของเมืองหยุดชะงักหรือถูกทำลายได้

1.2.3 ประเทศไทยมีการกระจุกของเมืองสูงและมีความพยายามจะกระจายการพัฒนาไปยังเมืองรองมากขึ้นในอนาคต เมืองในประเทศไทยเป็นแหล่งการศึกษา สาธารณสุข และการทำงาน แต่ยังคงมีความท้าทายในด้านการจัดการจราจรที่ติดขัด ชุมชนแออัด การจัดการขยะ ขณะที่เริ่มมีการรวมตัวกันของภาคเอกชนเป็นบริษัทพัฒนาเมืองในหลายจังหวัดเพื่อพัฒนาเมืองในหลายด้าน



1.2.4 การขยายความเป็นเมืองส่งผลให้ความต้องการบริการสาธารณสุขและความต้องการกำลังคนมีแนวโน้มเกิดขึ้นในเขตเมืองมากกว่าในเขตชนบท อย่างไรก็ตาม บุคลากรวิชาชีพต่าง ๆ และบุคลากรสาธารณสุขมีแนวโน้มกระจุกตัวทำงานในเมืองใหญ่จากความเจริญ โอกาส และโครงสร้างพื้นฐานด้านต่าง ๆ ที่ดีกว่า ทำให้แม้จำนวนบุคลากรสาธารณสุขภาพรวมจะมีมากในระดับประเทศ แต่อาจมีการกระจายไม่ทั่วถึงเนื่องจากบุคลากรกระจุกตัวอยู่ในเมืองหลัก โดยเฉพาะในกรุงเทพมหานครเป็นสำคัญ ซึ่งสะท้อนจากอัตราส่วนแพทย์ต่อประชากรในแต่ละพื้นที่จะพบว่ากระจุกตัวอยู่ในกรุงเทพมหานครสูง ขณะที่ภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีบุคลากรทางการแพทย์ต่อประชากรในพื้นที่ต่ำกว่ามาก



1.3 การปฏิวัติอุตสาหกรรมครั้งที่ 4

1.3.1 การปฏิวัติอุตสาหกรรมครั้งที่ 4 มุ่งสู่เศรษฐกิจที่ใช้เทคโนโลยีสูงมากขึ้น กระทับกับงานในอนาคต มีการพัฒนาเศรษฐกิจแบบใหม่ เช่น เศรษฐกิจชีวภาพ เศรษฐกิจหมุนเวียน เศรษฐกิจสีเขียว เศรษฐกิจแบ่งปัน เศรษฐกิจสุขภาพ เศรษฐกิจอวกาศ เศรษฐกิจเมตาเวิร์ส (Metaverse) และการพัฒนาเทคโนโลยีปัญญาประดิษฐ์ (Artificial Intelligence: AI) งานจำนวนมากจะถูกทดแทนด้วยปัญญาประดิษฐ์ โดยเฉพาะงานที่ทำซ้ำ มีแบบแผน หรือคาดการณ์ได้ และจะมีงานในระดับสูงขึ้นมาทดแทน งานที่มีแนวโน้มความต้องการมากขึ้น ได้แก่ งานที่เกี่ยวข้องกับเทคโนโลยี งานที่เป็นมิตรกับสิ่งแวดล้อมและการเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศ งานที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพและความเป็นอยู่ที่ดี งานด้านสาธารณสุขบางอย่างอาจถูกทดแทนด้วยระบบอัตโนมัติ เช่น งานตรวจทางห้องปฏิบัติการ งานอ่านฟิล์มเอกซเรย์ ขณะที่งานใหม่ ๆ ที่ต้องการผู้เชี่ยวชาญมากขึ้น

1.3.2 งานและอาชีพในรูปแบบใหม่จะมีมากขึ้น เศรษฐกิจแบ่งปัน (Sharing Economy) มีการพัฒนาสูงและประชาชนนิยมใช้บริการ โดยเฉพาะในสถานการณ์โควิด 19 เป็นตัวเร่งให้เกิดการเปลี่ยนแปลงสู่สังคมดิจิทัลในทุกช่วงวัย ประชาชนสามารถใช้บริการออนไลน์ทั้งด้านอาชีพ การสั่งซื้ออาหารและสินค้า บริการเรียกรถโดยสาร การเรียนออนไลน์ การทำงานได้ทุกที่ทุกเวลาบนแพลตฟอร์มออนไลน์ต่าง ๆ เกิดงานและอาชีพรูปแบบใหม่ ตั้งแต่งานชั่วคราว งานตามความต้องการ (on-demand job) งานอิสระ หรือมีหลายงานหลายอาชีพที่ทำไปพร้อมกัน

1.4 แนวโน้มด้านสุขภาพ

1.4.1 แนวโน้มการป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (Non - Communicable Diseases: NCDs) เพิ่มขึ้นจากพฤติกรรมการใช้ชีวิตสมัยใหม่ ความเครียดจากการทำงาน การรับประทานอาหารที่ไม่เหมาะสม และการไม่ออกกำลังกาย ทำให้ที่ผ่านมามีประชากรทั่วโลกมีอัตราการป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง อาทิ โรคหัวใจ โรคเบาหวาน และโรคมะเร็งเพิ่มขึ้น โดยมีสถิติผู้เสียชีวิตจากโรคไม่ติดต่อเรื้อรังเป็นจำนวนถึง 41 ล้านคนต่อปี หรือคิดเป็นร้อยละ 71 ของการเสียชีวิตทั่วโลก ประเทศไทยมีผู้ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังเป็นจำนวนมากและเป็นสาเหตุหลักของการเสียชีวิตถึงร้อยละ 75 ของการเสียชีวิตทั้งหมดของประชากรในประเทศ หรือประมาณ 320,000 คนต่อปี ขณะที่โรค NCDs เป็นโรคที่รักษายาก มีค่าใช้จ่ายในการรักษาสูง ซึ่งจะส่งผลกระทบต่อสถานะทางการเงินของผู้ป่วยและฐานะทางการเงินของประเทศในระยะยาว รวมถึงกระทบต่อการจัดบริการสาธารณสุขที่ต้องปรับรูปแบบการให้บริการระยะยาวที่เหมาะสมกับโรคเรื้อรังมากยิ่งขึ้น

1.4.2 การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) เป็นโรคระบบทางเดินหายใจ เกิดจากเชื้อไวรัส SARS-CoV-2 นับเป็นการแพร่ระบาดที่มีความรุนแรงมากที่สุดครั้งหนึ่งของโลก พบครั้งแรกในเดือนธันวาคม พ.ศ. 2562 ณ เมืองอู่ฮั่น มณฑลหูเป่ย์ สาธารณรัฐประชาชนจีน โดยไวรัสดังกล่าวคาดว่าเกิดจากการสัมผัสสัตว์ติดเชื้ องค์การอนามัยโลกได้ประกาศให้การแพร่ระบาดนี้เป็นภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขระหว่างประเทศเมื่อวันที่ 30 มกราคม พ.ศ. 2563 ซึ่งต่อมาพบผู้ป่วยยืนยันในหลายประเทศทั่วโลก

สำหรับการแพร่ระบาดในประเทศไทย พบผู้ติดเชื้อรายแรกเป็นนักท่องเที่ยวชาวจีน ต่อมาจำนวนผู้ป่วยได้เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง กระทรวงสาธารณสุขจึงได้ออกประกาศในราชกิจจานุเบกษาโดยมีผลบังคับใช้ตั้งแต่วันที่ 1 มีนาคม พ.ศ. 2563 กำหนดให้โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เป็นโรคติดต่ออันตรายลำดับที่ 14 ตามพระราชบัญญัติโรคติดต่อ พ.ศ. 2558 เพื่อประโยชน์ในการเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคติดต่ออันตราย ในระยะต่อมาได้พบการแพร่ระบาดใหญ่ โดยเป็นการติดเชื้อเป็นกลุ่มก้อน (Cluster) คือการแพร่ระบาดในสนามมวยและสถานบันเทิงซึ่งมีการรวมกลุ่มคนจำนวนมากและมีความแออัด ประกอบกับช่วงเวลาดังกล่าวมีการประกาศปิดเมืองในเขตกรุงเทพมหานคร เกิดการเคลื่อนย้ายของประชากรไปยังจังหวัดต่าง ๆ ทำให้ผู้สัมผัสเชื้อกระจายออกไปยังต่างจังหวัด ส่งผลให้ยอดผู้ติดเชื้อของประเทศไทยเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว

อาการของผู้ติดเชื้อสามารถทำให้เกิดการเจ็บป่วยตั้งแต่ระดับเล็กน้อยจนถึงระดับรุนแรง และอาจนำไปสู่การเสียชีวิต โดยทั่วไปจะมีไข้ ไอ เจ็บคอ มีน้ำมูก จมูกไม่รับกลิ่น หรือลิ้นไม่รับรส ซึ่งสามารถแพร่กระจายผ่านการสัมผัสสารคัดหลั่งไม่ว่าจะเป็นละอองเสมหะจากการไอ การจาม น้ำมูก หรือน้ำลายของผู้ติดเชื้อ โดยกลุ่มผู้ป่วยที่มีอาการรุนแรงส่วนมากเป็นผู้สูงอายุ ผู้ที่สูบบุหรี่ และผู้ที่มีโรคประจำตัว ปัจจุบันกระทรวงสาธารณสุขประกาศให้โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เป็นโรคประจำถิ่นแล้ว เมื่อวันที่ 4 มกราคม พ.ศ. 2565



1.4.3 แนวโน้มการให้ความสำคัญกับสุขภาพเชิงป้องกัน แนวโน้มสุขภาพที่คู่ขนานกันไปคือการให้ความสำคัญในการดูแลสุขภาพเชิงป้องกันที่มีมากขึ้นทั่วโลก ซึ่งทำให้ความต้องการสินค้าและบริการที่เกี่ยวข้องเพิ่มสูงขึ้น ตั้งแต่เรื่องของอาหารเพื่อสุขภาพ เครื่องดื่มเพื่อสุขภาพ วิตามินและอาหารเสริม อุปกรณ์และบริการการดูแลสุขภาพ การท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ เป็นต้น โดยเฉพาะในสถานการณ์โควิด 19 ที่ทำให้คนทั่วโลกรวมถึงคนไทยให้ความสำคัญและมีความตระหนักรู้ในเรื่องของสุขภาพมากขึ้น มีการดูแลสุขภาพพฤติกรรมสุขภาพของตนเองและครอบครัวในช่วงโควิด 19 ในประชาชนส่วนใหญ่ของประเทศ



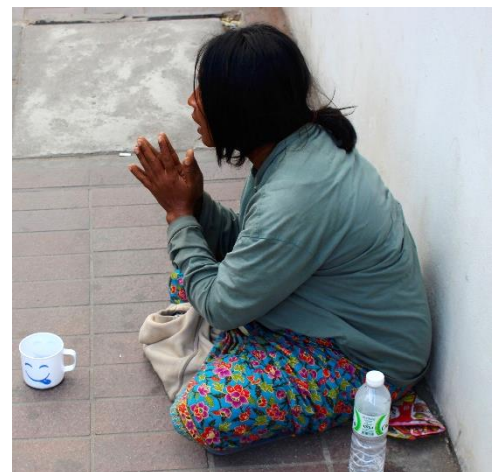
1.4.4 ความก้าวหน้าของเทคโนโลยีทางการแพทย์สูงขึ้นมาก ไม่ว่าจะเป็นเทคโนโลยีดิจิทัลและเทคโนโลยีสวมใส่ทางการแพทย์ เช่น อุปกรณ์ใช้วัดความดัน วัดคลื่นไฟฟ้าหัวใจ และวัดระดับน้ำตาลในเลือด เทคโนโลยีปัญญาประดิษฐ์ช่วยเพิ่มศักยภาพในการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงสาธารณสุขและวินิจฉัยทางการแพทย์ การให้บริการการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) และเทคโนโลยีบล็อกเชน (Blockchain) ช่วยให้การติดตามข้อมูลบริหารจัดการคลังยา วัสดุ อุปกรณ์ทางการแพทย์ และบุคลากร มีประสิทธิภาพและโปร่งใสมากขึ้น เทคโนโลยีด้านพันธุกรรมและจีโนมิกส์ส่งผลให้เกิดการรักษาทางการแพทย์ที่เฉพาะเจาะจง

1.4.5 แนวโน้มเศรษฐกิจสุขภาพ ส่งผลให้ความต้องการบริการทางการแพทย์และบุคลากรทางการแพทย์สูงขึ้น เศรษฐกิจสุขภาพมีแนวโน้มเติบโตสูงขึ้นมาก เนื่องจากประชาชนให้คุณค่าและความสำคัญกับสุขภาพและความอยู่ดีมีสุขเพิ่มมากขึ้น จึงมีความต้องการบริการทางการแพทย์ การให้คำปรึกษาสุขภาพส่วนบุคคล อุปกรณ์เทคโนโลยีที่ช่วยตรวจและดูแลสุขภาพ สตาร์ทอัพด้านสุขภาพ (HealthTech) การให้คำปรึกษาด้านอาหารและการออกกำลังกาย ตลอดจนการใช้เทคโนโลยีการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) มากขึ้นในอนาคต

1.5 ความยากจนและความเหลื่อมล้ำ

1.5.1 ภาพรวมความยากจนของคนไทยมีแนวโน้มดีขึ้นในหลายทศวรรษที่ผ่านมา แต่จากวิกฤตการณ์โควิด 19 คาดว่าจำนวนคนจนจะเพิ่มมากขึ้น ที่ผ่านมามีสัดส่วนคนจนลดลงอย่างต่อเนื่องจากร้อยละ 65.2 ในปี พ.ศ. 2531 มาอยู่ที่ร้อยละ 6.2 ในปี พ.ศ. 2562 หรือประมาณ 4.3 ล้านคน ซึ่งเป็นผลจากการขยายตัวของเศรษฐกิจและมาตรการช่วยเหลือผู้มีรายได้น้อยของภาครัฐ อย่างไรก็ตาม ยังคงมีครัวเรือนยากจนเรื้อรังที่ไม่สามารถหลุดพ้นจากความยากจนในช่วงเวลาที่ผ่านมาได้ และยังมีประชากรส่วนหนึ่งที่มีความเสี่ยงจะกลับไปยากจนอีก หากไม่สามารถจัดการกับปัจจัยเสี่ยงที่กระทบต่อรายได้ เช่น ความเจ็บป่วย อุบัติเหตุ หรือการถูกเลิกจ้าง ทั้งนี้ มีการคาดการณ์ว่าการแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 จะส่งผลให้ความยากจนเพิ่มสูงขึ้นเนื่องจากกระทบต่อรายได้และการว่างงาน

1.5.2 ยังมีความเหลื่อมล้ำสูงในมิติต่าง ๆ ทั้งเชิงรายได้และเชิงพื้นที่ ความแตกต่างด้านรายได้ระหว่างกลุ่มประชากรยังอยู่ในระดับสูง โดยรายได้เฉลี่ยของประชากรที่มีฐานะทางเศรษฐกิจต่ำสุด (Decile 1) กับกลุ่มที่มีฐานะดีที่สุด (Decile 10) ยังคงห่างกันกว่า 16 เท่า ความเหลื่อมล้ำในการถือครองทรัพย์สินกลุ่มรายได้สูงที่สุด (Decile 10) มีส่วนแบ่งมูลค่าสินทรัพย์สูงถึงเกือบ 1 ใน 3 ของทรัพย์สินรวมทั้งประเทศในปี พ.ศ. 2562 นอกจากนี้ ยังมีความเหลื่อมล้ำเชิงพื้นที่ด้วยโครงสร้างเมืองที่มีลักษณะโตเดี่ยว โดยรายได้ต่อหัวของประชากรภาคตะวันออกเฉยเหนือและภาคเหนือต่ำกว่ากรุงเทพมหานครและปริมณฑลถึง 4 - 5 เท่า



1.5.3 การเข้าถึงบริการสาธารณะของประชาชนดีขึ้นในทศวรรษที่ผ่านมา แต่ยังคงมีความเหลื่อมล้ำในเชิงคุณภาพของบริการ ดัชนีความก้าวหน้าของคน (Human Achievement Index) ประเมินความก้าวหน้าของการพัฒนาคนชี้ให้เห็นว่า กรุงเทพมหานครและภาคกลางมีดัชนีที่สูงกว่าจังหวัดและภูมิภาคอื่น ๆ ในเกือบทุกด้าน อาทิ ด้านสุขภาพ การศึกษา การทำงาน รายได้ ตลอดจนการคมนาคมและการสื่อสาร โดยทรัพยากรด้านสาธารณสุขที่สำคัญทั้งบุคลากรและเครื่องมือทางการแพทย์ต่างกระจุกตัวอยู่ในกรุงเทพมหานคร สะท้อนให้เห็นว่ากรุงเทพมหานครมีความพร้อมด้านสาธารณสุขมากกว่าพื้นที่อื่น ๆ โดยในสถานการณ์โควิด 19 คนจนยังมีความเสี่ยงทางสุขภาพและการติดเชื้อมากกว่าคนรวย สภาพที่อยู่อาศัยที่แออัดไม่เหมาะสมแก่การควบคุมโรค การใช้บริการรถโดยสารสาธารณะ รวมถึงการขาดงบประมาณในการซื้ออุปกรณ์สำหรับป้องกันและควบคุมโรค เช่น หน้ากากอนามัย และแอลกอฮอล์ล้างมือ เป็นต้น

1.6 ทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม และการเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศ

1.6.1 การเพิ่มขึ้นของประชากรและกิจกรรมทางเศรษฐกิจส่งผลให้เกิดการใช้ทรัพยากรธรรมชาติเพิ่มขึ้น อย่างไรก็ตาม มาตรการของภาครัฐ การให้ความสำคัญกับธรรมชาติ และการพัฒนาทางเทคโนโลยีมีส่วนทำให้การใช้ทรัพยากรธรรมชาติมีประสิทธิภาพมากขึ้น ทรัพยากรป่าไม้ตลอดจนความหลากหลาย

ทางชีวภาพค่อนข้างไม่เปลี่ยนแปลง แต่จะมีผลกระทบจากไฟป่า และการเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศที่อาจส่งผลให้ทรัพยากรลดลง ประเทศไทยยังคงประสบปัญหาการขาดแคลนน้ำและภัยแล้งที่มีแนวโน้มทวีความรุนแรงเพิ่มขึ้น รวมถึงน้ำท่วมซึ่งเป็นปัญหาเรื้อรังสำคัญของประเทศ นอกจากนี้ การเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศ และการปล่อยของเสียลงสู่ทะเลเป็นภัยคุกคามสำคัญต่อทรัพยากรทางทะเลและชายฝั่ง ปัญหาการบุกรุกพื้นที่ป่าชายเลนในอดีตเพื่อเป็นพื้นที่เพาะเลี้ยงสัตว์น้ำชายฝั่งและเพื่อการท่องเที่ยวเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้พื้นที่ป่าชายเลนของไทยเกือบครึ่งหนึ่งไม่สามารถคงสภาพได้ แนวปะการังกว่าร้อยละ 80 อยู่ในสภาพเสียหายมาก สาเหตุสำคัญมาจากการเพิ่มขึ้นของอุณหภูมิน้ำทะเลซึ่งเป็นผลสืบเนื่องจากการเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศ รวมถึงความเสียหายจากกิจกรรมของมนุษย์ โดยเฉพาะการทำประมงและการท่องเที่ยว



1.6.2 ผลกระทบจากมาตรการจำกัดการเดินทางท่องเที่ยวเนื่องจากการแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโควิด 19 ส่งผลให้ทรัพยากรธรรมชาติรวมถึงทรัพยากรทางทะเลฟื้นตัวขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ โดยพบว่าเต่ามะเฟืองขึ้นมาวางไข่มากที่สุดในรอบ 20 ปี พื้นที่ชายฝั่งทะเลอันดามันมีการปรากฏตัวของสัตว์ทะเลหายากทั้งพะยูนและเต่าทะเลนอกถิ่นอาศัย อุทยานแห่งชาติ ชายหาด ได้รับเวลาในการฟื้นฟูสภาพ



1.6.3 มลพิษทางอากาศเป็นปัญหาสำคัญของประเทศ ส่งผลกระทบต่อสุขภาพของประชาชนโดยเฉพาะในเขตอุตสาหกรรมและเมืองใหญ่ ฝุ่นละอองขนาดเล็กไม่เกิน 2.5 ไมครอน (PM 2.5) สามารถแพร่กระจายเข้าสู่ระบบทางเดินหายใจ ฝังลมปอด และกระแสเลือดได้โดยตรง ส่งผลกระทบร้ายแรงต่อสุขภาพในระยะยาว เช่น ปอดอักเสบ มะเร็งปอด หัวใจขาดเลือด เป็นต้น ซึ่งเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตก่อนวัยอันควร

1.6.4 การเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศมีแนวโน้มจะเกิดรวดเร็วและรุนแรงขึ้น ทั้งคลื่นความร้อน ภัยแล้ง ภาวะฝนทิ้งช่วง การกัดเซาะชายฝั่ง และความถี่ของการเกิดพายุที่บ่อยและรุนแรง กระทบต่อภาคเศรษฐกิจและประชาชนในวงกว้าง สภาพภูมิอากาศที่เปลี่ยนแปลงไปส่งผลให้การแพร่ระบาดของโรคตามฤดูกาลมีความรุนแรงขึ้น รวมทั้งเป็นปัจจัยส่งเสริมให้เกิดโรคอุบัติใหม่ เนื่องจากอากาศร้อนทำให้พาหะนำโรคติดต่อบางชนิดเพิ่มจำนวนเร็วขึ้น โดยเฉพาะยุง แมลงวัน และหนู รายงาน Global Climate Risk Index จัดอันดับให้ประเทศไทยมีมูลค่าความสูญเสียจากภัยพิบัติที่เกี่ยวข้องกับสภาพอากาศในช่วงปี พ.ศ. 2542 - 2560 สูงเป็นอันดับที่ 8 จาก 181 ประเทศทั่วโลก

สหประชาชาติประกาศให้ขณะนี้ทั่วโลกก้าวเข้าสู่ยุคโลกเดือด (Global Boiling) จากการเปลี่ยนแปลงของสภาพภูมิอากาศอย่างรุนแรง ส่งผลให้อุณหภูมิโลกเพิ่มสูงขึ้นเป็นประวัติการณ์ โดยพบว่าในเดือนกรกฎาคม ปี พ.ศ. 2566 ที่ผ่านมา อุณหภูมิเฉลี่ยที่ซีกโลกเหนือร้อนที่สุดในรอบ 170 ปี และน้ำแข็งละลายไวกว่า 6 - 7 เท่า ซึ่งสาเหตุหลักยังคงมาจากการปล่อยก๊าซเรือนกระจกของมนุษย์อย่างต่อเนื่อง จากการศึกษาวิจัยขององค์การอนามัยโลกพบว่า การเปลี่ยนแปลงของสภาพภูมิอากาศ การตัดไม้ทำลายป่า และการขยายตัวของเมืองเป็นหนึ่งในสาเหตุหลักที่อยู่เบื้องหลังการระบาดของไวรัส เช่น ไข้เลือดออก ไวรัสซิกา และโรคชิคุนกุนยาหรือโรคไข้วัดข้ออยู่ลายที่ระบาดอยู่ทั่วโลก นอกจากนี้ ยังมีการคาดการณ์ว่าประเทศไทยจะพบผู้สูงอายุที่เสียชีวิตจากความร้อนในอัตรา 58 ต่อแสนประชากรหรือประมาณ 14,000 คน ภายในปี พ.ศ. 2623



1.6.5 การเสื่อมโทรมของทรัพยากรธรรมชาติและมลภาวะทางสิ่งแวดล้อมมีแนวโน้มกระทบกับระบบสาธารณสุข จากการทำให้ภาคเศรษฐกิจที่พึ่งพาทรัพยากรและประชาชนที่พึ่งพาภาคเกษตรอาจได้รับผลกระทบด้านรายได้หรือความยากจนของครัวเรือนที่ทำให้มีอุปสรรคในการใช้ชีวิตอย่างมีสุขภาพที่ดีและเข้าถึงระบบสาธารณสุขที่มีคุณภาพ ส่วนมลพิษทางสิ่งแวดล้อม โดยเฉพาะฝุ่นละอองขนาดเล็กมีผลกระทบโดยตรงทำให้ประชาชนเจ็บป่วยและเสี่ยงที่จะเสียชีวิตก่อนวัยอันควร

สรุปความท้าทายและนัยสำคัญต่อระบบสาธารณสุขไทยในอนาคต

แนวโน้มด้านต่าง ๆ ได้ส่งผลกระทบต่ออนาคตของประเทศไทยหลายมิติ ในส่วนของระบบสาธารณสุขพบว่ามีผลกระทบและนัยสำคัญที่เกิดจากแนวโน้ม มีดังนี้



1) ความต้องการบริการสาธารณสุขมีแนวโน้มสูงขึ้น (High Demand) แนวโน้มความต้องการบริการด้านสาธารณสุขที่สูงขึ้นเกิดจากปัจจัยหลายประการ โดยเฉพาะการเพิ่มขึ้นของประชากรสูงอายุที่จะมีสัดส่วนเกือบร้อยละ 30 ในอีก 14 ปีข้างหน้า การใช้ชีวิตสมัยใหม่ที่เร่งรีบและมีความเครียดสูง พฤติกรรมเสี่ยงต่อสุขภาพ ขาดการออกกำลังกาย ส่งผลต่อการเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โรคจิตเวช และการเกิดโรคอุบัติใหม่เพิ่มขึ้นในอนาคต ขณะที่ประชาชนยังขาดความรู้ด้านสุขภาพ ปัญหาข้อมูลล้นและข่าวลวง รวมถึงขาดสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการมีสุขภาพที่ดี

2) ความท้าทายในการกระจายบริการ บุคลากร และเครื่องมือทางการแพทย์ (Accessibility) บุคลากรและเครื่องมือทางการแพทย์ยังมีปัญหาการกระจุกตัวอยู่ในกรุงเทพมหานครและเมืองใหญ่ นำมาสู่ปัญหาความแออัดของโรงพยาบาล ปัญหาการให้บริการสาธารณสุขได้อย่างทั่วถึงและมีคุณภาพสูง และบุคลากรทางการแพทย์มีภาระงานมากเกินไป รวมถึงประเทศไทยเองยังคงมีความเหลื่อมล้ำของการเข้าถึงบริการสุขภาพในมิติด้านคุณภาพบริการ

3) ค่าใช้จ่ายสุขภาพที่สูงขึ้นและข้อจำกัดงบประมาณภาครัฐ (High Expenditure & Budget Constraint) ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพของประเทศไทยมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นตามแนวโน้มสังคมผู้สูงอายุ ขณะที่ภาครัฐมีข้อจำกัดด้านงบประมาณและการคลัง โดยเฉพาะหลังจากวิกฤตโควิด 19 ที่มีการนำงบประมาณไปใช้เพื่อชดเชยเยียวยาประชาชนและต้องใช้งบประมาณจำนวนมากสำหรับการฟื้นฟูประเทศในอนาคต รวมถึงการจ่ายคืนหนี้สาธารณะ ทำให้มีข้อจำกัดในการนำงบประมาณมาใช้ในการพัฒนาในด้านต่าง ๆ รวมถึงด้านสุขภาพ

4) โอกาสจากเทคโนโลยีและนวัตกรรม แม้ประเทศไทยจะมีข้อจำกัดด้านงบประมาณขณะที่แนวโน้มความต้องการบริการเพิ่มมากขึ้น แต่ปัจจัยหนึ่งที่อาจช่วยพลิกโฉมระบบสาธารณสุขในอนาคตได้ คือโอกาสจากเทคโนโลยีและนวัตกรรมจากการปฏิบัติอุตสาหกรรมครั้งที่ 4 ที่เทคโนโลยีมีการพัฒนาอย่างก้าวกระโดด เกิดการบริหารจัดการรูปแบบใหม่ในทุกวงการ รวมถึงระบบสาธารณสุข โดยช่วยเพิ่มประสิทธิภาพการให้บริการ และลดต้นทุนการให้บริการลงได้ ประชาชนให้ความสำคัญกับการดูแลสุขภาพมากขึ้น อย่างไรก็ตาม อาจมีปัญหการเข้าถึงเทคโนโลยีเหล่านี้ของกลุ่มคนบางส่วนของประเทศ

5) สถานการณ์โควิด 19 มีส่วนเร่งการพัฒนาระบบสาธารณสุขทั้งทางตรงและทางอ้อม ทำให้เห็นโอกาสในการพัฒนาระบบสาธารณสุขรูปแบบใหม่ โดยเฉพาะอย่างยิ่งการใช้เทคโนโลยีดิจิทัลในชีวิตประจำวันของคนไทยในทุกพื้นที่ แม้มีกลุ่มคนบางส่วนที่ยังเข้าไม่ถึงเทคโนโลยีดิจิทัลซึ่งต้องมีการปิดช่องว่างนี้ต่อไป ภายใต้สถานการณ์โรคระบาด ประชาชนมีทักษะความรู้ในการดูแลสุขภาพและให้ความสำคัญกับสุขภาพของตนเอง ครอบครัว และชุมชนมากยิ่งขึ้น เกิดโมเดลการให้บริการด้านสาธารณสุขรูปแบบใหม่ การใช้บริการการแพทย์ทางไกลและแพลตฟอร์มดิจิทัลด้านสุขภาพต่าง ๆ เพื่อการดูแลผู้ป่วยทุกที่ทุกเวลา การมีส่วนร่วมแบบข้ามวิชาชีพ ข้ามหน่วยงาน และข้ามพื้นที่ ทั้งจากภาครัฐ เอกชน และประชาชน นอกจากนี้ ภาครัฐยังได้รับข้อมูลสุขภาพขนาดใหญ่จากประชาชนที่มารับบริการ ซึ่งเป็นโอกาสในการจัดทำฐานข้อมูลสุขภาพรายบุคคลของคนไทย อย่างไรก็ตาม สถานการณ์โควิด 19 ทำให้เห็นจุดอ่อนของการจัดบริการสุขภาพปฐมภูมิในเขตเมือง โดยเฉพาะกรุงเทพมหานครที่ยังไม่สามารถบริหารจัดการได้อย่างมีประสิทธิภาพ รวมถึงระบบกลไกและกฎระเบียบการบริหารจัดการของเขตเมืองที่มีความเกี่ยวข้องหลายหน่วยงานอาจทำให้ยังไม่สามารถบูรณาการกันได้อย่างมีประสิทธิภาพนัก



6) โลกแห่งความเสี่ยงจากการเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศ การเกิดโรคอุบัติใหม่ รวมถึงประเด็นความขัดแย้งระดับโลกและความขัดแย้งทางการเมืองภายในประเทศ ในอนาคตโลกจะมีความเสี่ยงทั้งจากภัยธรรมชาติ ภัยอุบัติใหม่ โรคอุบัติใหม่ ตลอดจนความขัดแย้งของประเทศมหาอำนาจที่อาจนำไปสู่สงครามและการก่อการร้ายรูปแบบต่าง ๆ นอกจากนี้ ยังมีการปะทะกันระหว่างคนแต่ละรุ่นที่มีความเชื่อ คุณค่า และพฤติกรรมที่แตกต่างกัน นำไปสู่ความขัดแย้งทางความคิดและความรุนแรงทางสังคมในอนาคต ดังนั้น ระบบสาธารณสุขจึงต้องเตรียมพร้อมรับมือกับภาวะฉุกเฉินที่มีแนวโน้มเกิดขึ้นในทศวรรษหน้า

2. สถานการณ์สุขภาพและปัจจัยที่มีผลกระทบต่อระบบสุขภาพ

2.1 อายุคาดเฉลี่ยเมื่อแรกเกิด (Life Expectancy at birth, LE) และอายุคาดเฉลี่ยของการมีสุขภาพดี (Health Adjusted Life Expectancy, HALE)

จากข้อมูลองค์การอนามัยโลก พบว่า อายุคาดเฉลี่ยเมื่อแรกเกิดของประชากรไทยเพิ่มขึ้นกว่า 4.04 ปี จาก 71.3 ปี ในปี พ.ศ. 2543 เป็น 75.3 ปี ในปี พ.ศ. 2564 โดยค่า LE เพศชายเท่ากับ 71.8 ปี และเพศหญิงเท่ากับ 79.0 ปี เช่นเดียวกับอายุคาดเฉลี่ยของการมีสุขภาพดีเมื่อแรกเกิดที่เพิ่มขึ้น 3.12 ปี จาก 62.6 ปี ในปี พ.ศ. 2543 เป็น 65.8 ปี ในปี พ.ศ. 2564 โดยค่า HALE เพศชายเท่ากับ 63.5 ปี และเพศหญิงเท่ากับ 68.1 ปี ทั้งนี้ เพศหญิงมีอายุคาดเฉลี่ยเมื่อแรกเกิดและอายุคาดเฉลี่ยที่มีสุขภาพดีมากกว่าเพศชาย

ตารางที่ 2 อายุคาดเฉลี่ย (LE) และอายุคาดเฉลี่ยของการมีสุขภาพดี (HALE) ของประชากรไทย พ.ศ. 2564

อายุคาดเฉลี่ย (ปี)	รวม	ชาย	หญิง
อายุคาดเฉลี่ยเมื่อแรกเกิด (LE)	75.3	71.8	79.0
อายุคาดเฉลี่ยของการมีสุขภาพดี (HALE)	65.8	63.5	68.1

ที่มา: ข้อมูลองค์การอนามัยโลก (World Health Organization, WHO)

จากรายงานการศึกษาพยากรณ์อายุคาดเฉลี่ยที่มีสุขภาพของประชากรไทย พ.ศ. 2558 - 2573 พบว่าค่าพยากรณ์ของ LE และ HALE ในปี พ.ศ. 2563, 2568 และ 2573 พบว่า ค่า LE และ HALE ของประชากรไทยมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นในทุก 5 ปี โดย LE เพิ่มขึ้นประมาณ 1 ปี และ HALE เพิ่มขึ้นประมาณ 1 - 2 ปี ในปี พ.ศ. 2573 ค่า LE แรกเกิดของประชากรไทยเท่ากับ 77.5 ปี (เพศชาย 75.0 ปี และเพศหญิง 80.3 ปี) และ HALE เท่ากับ 73.1 ปี (เพศชาย 71.6 ปี และเพศหญิง 74.7 ปี) จะเห็นได้ว่าค่า LE และ HALE ของประชากรไทยในปี พ.ศ. 2573 แตกต่างกัน 4.4 ปี (เพศชาย 3.4 ปี และเพศหญิง 5.6 ปี) โดยความแตกต่างระหว่าง LE และ HALE ที่น้อยลงนี้แสดงให้เห็นถึงแนวโน้มคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น อย่างไรก็ตามค่าพยากรณ์ HALE ในอนาคตอาจคลาดเคลื่อนเล็กน้อยจากปัจจัยด้านสุขภาพที่เปลี่ยนแปลงไป จึงได้ประมาณค่าความไม่แน่นอนในช่วงความเชื่อมั่นร้อยละ 95 เพื่อประมาณช่วงความคลาดเคลื่อนของ HALE ที่อาจเกิดขึ้น

ภาพที่ 1 รายงานการศึกษาพยากรณ์อายุคาดเฉลี่ยที่มีสุขภาพของประชากรไทย พ.ศ. 2558 - 2573



ที่มา: สำนักงานพัฒนาโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ กระทรวงสาธารณสุข

2.2 สถานะสุขภาพประชาชนไทย

สาเหตุของการสูญเสียปีสุขภาวะใน 20 อันดับแรกสำหรับประชากรไทย พ.ศ. 2562 พบว่า เพศชายสูญเสียปีสุขภาวะมากที่สุดจากการบาดเจ็บทางถนน คิดเป็นร้อยละ 12.0 รองลงมาคือโรคหลอดเลือดสมอง ร้อยละ 7.9 ในขณะที่เพศหญิงสูญเสียปีสุขภาวะมากที่สุดจากโรคเบาหวาน คิดเป็นร้อยละ 11.3 รองลงมาคือโรคหลอดเลือดสมอง ร้อยละ 8.2

ตารางที่ 3 อันดับการสูญเสียปีสุขภาวะของประชากรไทย จำแนกตามเพศและสาเหตุ พ.ศ. 2562

ลำดับ	เพศชาย			เพศหญิง		
	โรค	DALYs	ร้อยละ	โรค	DALYs	ร้อยละ
1	การบาดเจ็บทางถนน	1,336	12.0	โรคเบาหวาน	836	11.3
2	โรคหลอดเลือดสมอง	883	7.9	โรคหลอดเลือดสมอง	609	8.2
3	โรคเบาหวาน	814	7.3	การบาดเจ็บทางถนน	489	6.6
4	โรคหัวใจขาดเลือด	727	6.5	โรคหัวใจขาดเลือด	299	4.0
5	โรคเมเร็งตับ	468	4.2	โรคเมเร็งเต้านม	234	3.2
6	โรคตับแข็งและโรคตับเรื้อรังอื่น ๆ	465	4.2	โรคไตเรื้อรัง	223	3.0
7	การติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์	342	3.1	ความผิดปกติในช่องปาก	210	2.8
8	ทำร้ายตัวเอง	315	2.8	การติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์	183	2.5

ตารางที่ 3 อันดับการสูญเสียปีสุขภาวะของประชากรไทย จำแนกตามเพศและสาเหตุ พ.ศ. 2562 (ต่อ)

ลำดับ	เพศชาย			เพศหญิง		
	โรค	DALYs	ร้อยละ	โรค	DALYs	ร้อยละ
9	โรคมะเร็งหลอดลมและปอด	287	2.6	โรคมะเร็งหลอดลมและปอด	164	2.2
10	วัณโรค	275	2.5	โรคอัลไซเมอร์และภาวะสมองเสื่อมอื่น ๆ	159	2.1
11	การพลัดตกหรือล้ม	266	2.4	โรคมะเร็งตับ	156	2.1
12	โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง	250	2.2	โรคตับแข็งและโรคตับเรื้อรังอื่น ๆ	130	1.7
13	การเสพติดเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์	226	2.0	การพลัดตกหรือล้ม	129	1.7
14	โรคไตเรื้อรัง	219	2.0	โรคมะเร็งลำไส้และทวารหนัก	123	1.7
15	ความผิดปกติในช่องปาก	209	1.9	โรคข้อเสื่อม	119	1.6
16	โรคมะเร็งลำไส้และทวารหนัก	203	1.8	การติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนล่าง	118	1.6
17	การติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนล่าง	143	1.3	โรคซึมเศร้า	110	1.5
18	ความผิดปกติของทารกแรกเกิด	141	1.3	วัณโรค	105	1.4
19	โรคเกาต์	120	1.1	โรคมะเร็งปากมดลูก	100	1.4
20	ความพิการแต่กำเนิด	118	1.1	ความผิดปกติของทารกแรกเกิด	95	1.3
	รวม 20 อันดับ	7,808	70.1	รวม 20 อันดับ	4,589	62.0
	รวมทุกสาเหตุ	11,143	100	รวมทุกสาเหตุ	7,406	100

ที่มา: รายงานภาระโรคและการบาดเจ็บของประชากรไทย พ.ศ. 2562

อัตราการตาย จำแนกตามสาเหตุที่สำคัญต่อประชากร 100,000 คน ในประเทศไทย ปี พ.ศ. 2555 - 2565 พบว่า โรคมะเร็งทุกชนิดเป็นสาเหตุการตายอันดับหนึ่งและมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นจาก 98.1 ต่อประชากร 100,000 คน ในปี พ.ศ. 2555 เป็น 124.8 ต่อประชากร 100,000 คน ในปี พ.ศ. 2565 รองลงมาคือ โรคหลอดเลือดในสมองจาก 31.7 ต่อประชากร 100,000 คน ในปี พ.ศ. 2555 เป็น 58.0 ต่อประชากร 100,000 คน ในปี พ.ศ. 2565 และโรคปอดอักเสบเพิ่มขึ้นจาก 23.7 ต่อประชากร 100,000 คน ในปี พ.ศ. 2555 เป็น 54.2 ต่อประชากร 100,000 คน ในปี พ.ศ. 2565

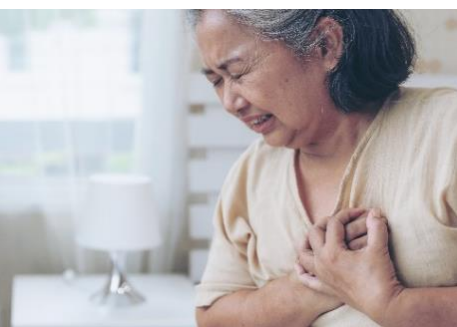
ตารางที่ 4 อัตราตาย จำแนกตามสาเหตุที่สำคัญต่อประชากร 100,000 คน ในประเทศไทย พ.ศ. 2555 - 2565

สาเหตุการตาย	2555	2556	2557	2558	2559	2560	2561	2562	2563	2564	2565
1. มะเร็งทุกชนิด	98.1	104.0	107.3	112.8	117.7	117.6	120.3	125.0	126.3	125.5	124.8
2. โรคหลอดเลือดในสมอง	31.7	35.9	38.7	43.3	48.7	47.8	47.1	53.0	52.8	55.5	58.0
3. ปอดอักเสบ	23.7	31.1	37.4	42.1	43.8	45.3	45.2	53.3	49.6	49.7	54.2
4. โรคหัวใจขาดเลือด	23.4	26.9	27.8	29.9	32.3	31.8	31.8	43.7	32.6	33.5	35.1
5. อุบัติเหตุจากการคมนาคมขนส่งทางบก	21.9	22.9	23.2	22.3	23.8	24.1	25.2	30.2	26.3	25.4	26.4
6. เบาหวาน	12.1	15.0	17.5	19.4	22.3	22.0	21.9	25.3	25.1	24.5	25.9
7. โรคเกี่ยวกับตับ	12.9	14.8	15.1	16.0	18.1	16.2	15.3	17.5	15.6	17.3	17.6
8. โรคทางเดินหายใจส่วนล่างเรื้อรัง	10.3	11.3	12.1	13.5	15.3	13.9	13.9	14.0	12.1	11.2	12.9
9. วัณโรคทุกชนิด	8.3	8.5	9.1	9.4	9.4	8.5	9.0	9.3	9.2	9.2	9.1
10. โรคภูมิคุ้มกันบกพร่องเนื่องจากไวรัส	6.3	8.8	8.8	8.4	7.6	71.5	7.0	6.4	5.7	5.5	5.6

ที่มา: สถิติสาธารณสุข พ.ศ. 2565 กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

2.3 โรคที่สำคัญเร่งด่วน

จากสาเหตุการสูญเสียปีสุขภาวะที่สำคัญของประชากรไทย อัตราตายต่อแสนประชากรจำแนกตามสาเหตุการตายที่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นในทุกปี รวมถึงนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข นำไปสู่การเร่งรัดดำเนินการเพื่อลดอัตราตายจากโรคที่สำคัญจำเป็นเร่งด่วน ได้แก่ โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคมะเร็ง การบาดเจ็บจากอุบัติเหตุและการแพทย์ฉุกเฉิน ทารกแรกเกิด และจิตเวชและยาเสพติด ซึ่งก่อให้เกิดการสูญเสียทรัพยากรมนุษย์ส่งผลกระทบต่อเศรษฐกิจและเกิดภาระทางค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพของประเทศ



2.3.1 โรคหัวใจและหลอดเลือด

จากข้อมูลสถิติสาธารณสุข พ.ศ. 2565 พบว่า โรคหัวใจขาดเลือดและโรคหลอดเลือดในสมองเป็นสาเหตุการตายที่สำคัญ 10 อันดับแรก โดยอัตราตายจากโรคหัวใจขาดเลือดและโรคหลอดเลือดในสมองต่อประชากร 100,000 คน ในปี พ.ศ. 2565 มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นจากปี พ.ศ. 2561 โดยอัตราตายจากโรคหัวใจขาดเลือดเพิ่มขึ้นจาก 31.8 เป็น 35.1 ต่อประชากร 100,000 คน และอัตราตายจากโรคหลอดเลือดในสมองเพิ่มขึ้นจาก 47.1 เป็น 58.0 ต่อประชากร 100,000 คน

ตารางที่ 5 จำนวนและอัตราตายจากโรคหัวใจขาดเลือดต่อประชากร 100,000 คน จำแนกตามเพศ พ.ศ. 2561 - 2565

ปี	จำนวน			อัตรา		
	ชาย	หญิง	รวม	ชาย	หญิง	รวม
2561	12,731	8,055	20,786	39.7	24.1	31.8
2562	12,824	7,732	20,556	40.0	23.1	31.4
2563	13,248	8,061	21,309	41.4	24.1	32.6
2564	13,789	8,081	21,870	43.3	24.2	33.5
2565	14,434	8,418	22,852	45.4	25.2	35.1

ที่มา: สถิติสาธารณสุข พ.ศ. 2565 กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

ตารางที่ 6 จำนวนและอัตราตายจากโรคหลอดเลือดในสมองต่อประชากร 100,000 คน จำแนกตามเพศ พ.ศ. 2561 - 2565

ปี	จำนวน			อัตรา		
	ชาย	หญิง	รวม	ชาย	หญิง	รวม
2561	17,729	13,108	30,837	55.3	39.3	47.1
2562	20,034	14,694	34,728	62.4	43.9	53.0
2563	19,949	14,596	34,545	62.4	43.7	52.8
2564	21,163	15,051	36,214	66.4	45.1	55.5
2565	22,079	15,723	37,802	69.4	47.1	58.0

ที่มา: สถิติสาธารณสุข พ.ศ. 2565 กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

ตารางที่ 7 อัตราป่วยตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดในสมอง พ.ศ. 2564 - 2566

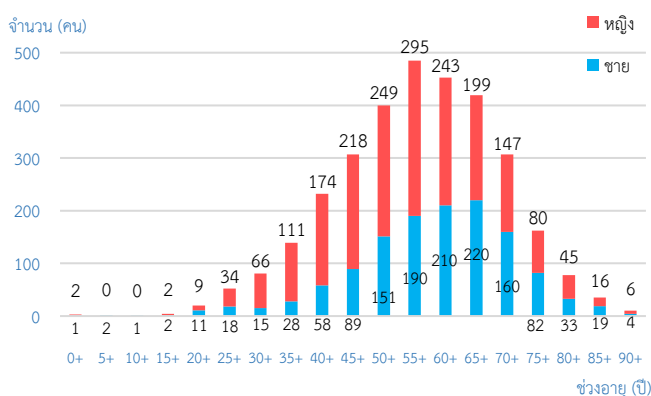
ผลการดำเนินงาน ปี พ.ศ.	2564	2565	2566
ร้อยละ	8.49	8.81	7.69

ที่มา: ระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ Health Data Center (HDC) กระทรวงสาธารณสุข

2.3.2 โรคมะเร็ง

จากทะเบียนมะเร็งระดับโรงพยาบาล พ.ศ. 2565 โดยสถาบันมะเร็งแห่งชาติ พบว่ามีจำนวนผู้ป่วยมารับบริการ 9,242 ราย ซึ่งเป็นผู้ป่วยมะเร็งรายใหม่จำนวน 3,190 ราย แบ่งเป็นเพศชาย 1,294 ราย คิดเป็นร้อยละ 40.6 และเพศหญิง 1,896 ราย คิดเป็นร้อยละ 59.4 โดยมะเร็ง 3 อันดับแรกที่พบในเพศชาย ได้แก่ มะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก มะเร็งตับและท่อน้ำดี และมะเร็งปอด และมะเร็ง 3 อันดับแรกที่พบในเพศหญิง ได้แก่ มะเร็งเต้านม มะเร็งปากมดลูก และมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก

แผนภูมิที่ 2 จำนวนของผู้ป่วยมะเร็งรายใหม่ จำแนกตามช่วงอายุ พ.ศ. 2565



ที่มา: ทะเบียนมะเร็งระดับโรงพยาบาล พ.ศ. 2565 สถาบันมะเร็งแห่งชาติ

ตารางที่ 8 โรคมะเร็งที่พบมาก 10 อันดับแรกของผู้ป่วยมะเร็งรายใหม่ จำแนกตามเพศ พ.ศ. 2565

อันดับ	เพศชาย	ร้อยละ	เพศหญิง	ร้อยละ
1	มะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก	21.0	มะเร็งเต้านม	41.7
2	มะเร็งตับและท่อน้ำดี	18.2	มะเร็งปากมดลูก	13.1
3	มะเร็งปอด	12.8	มะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก	10.7
4	มะเร็งต่อมลูกหมาก	7.7	มะเร็งปอด	5.6
5	มะเร็งช่องปาก	7.2	มะเร็งมดลูก	5.2
6	มะเร็งหลอดอาหาร	4.1	มะเร็งตับและท่อน้ำดี	4.5
7	มะเร็งหลังโพรงจมูก	3.3	มะเร็งรังไข่	3.4
8	มะเร็งกระเพาะอาหาร	3.2	มะเร็งช่องปาก	2.4
9	มะเร็งกระเพาะปัสสาวะ	3.2	มะเร็งกระเพาะอาหาร	1.9
10	มะเร็งคอหอยหลังช่องปาก	2.6	มะเร็งต่อมไทรอยด์	1.7

ที่มา: ทะเบียนมะเร็งระดับโรงพยาบาล พ.ศ. 2565 สถาบันมะเร็งแห่งชาติ

ข้อมูลผู้ป่วยมะเร็งรายใหม่ สถาบันมะเร็งแห่งชาติ พ.ศ. 2565 พบว่า โรคมะเร็งที่พบบ่อย 5 อันดับแรก ได้แก่ มะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก มะเร็งตับและท่อน้ำดี มะเร็งปอด มะเร็งเต้านม และมะเร็งปากมดลูก

ตารางที่ 9 จำนวนผู้ป่วยโรคมะเร็งรายใหม่ที่พบบ่อยในสถาบันมะเร็งแห่งชาติ จำแนกตามเพศ พ.ศ. 2565

อันดับ	โรคมะเร็ง	จำนวน (คน)			ร้อยละ	
		ชาย	หญิง	รวม	ชาย	หญิง
1	มะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก	272	202	474	57.4	42.6
2	มะเร็งตับและท่อน้ำดี	235	85	320	73.4	26.6
3	มะเร็งปอด	166	107	273	60.8	39.2
4	มะเร็งเต้านม	1	791	792	0.1	99.9
5	มะเร็งปากมดลูก	-	249	249	-	100

ที่มา: ทะเบียนมะเร็งระดับโรงพยาบาล พ.ศ. 2565 สถาบันมะเร็งแห่งชาติ

ตารางที่ 10 จำนวนและอัตราตายจากเนื้องอกร้ายที่ปากมดลูก
ต่อประชากรหญิง 100,000 คน พ.ศ. 2561 - 2565

ปี	จำนวน	อัตรา
2561	2,221	6.7
2562	2,238	6.7
2563	2,313	6.9
2564	2,258	6.8
2565	2,142	6.4

ที่มา: สถิติสาธารณสุข พ.ศ. 2565 กองยุทธศาสตร์และแผนงาน
สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

มะเร็งปากมดลูก ถือเป็นมะเร็งที่พบบ่อย
5 อันดับแรกของไทย โดยมีผู้หญิงเสียชีวิตจากมะเร็ง
ปากมดลูกเฉลี่ยวันละ 6 คน หรือราว 2,000 คนต่อปี
และมีผู้ป่วยรายใหม่เฉลี่ยวันละ 5 คน หรือ 5,422 คน
ต่อปี องค์การอนามัยโลกได้จัดทำแผนยุทธศาสตร์
ในการเร่งกำจัดมะเร็งปากมดลูก (Global Strategy
to Accelerate the Elimination of Cervical
Cancer) โดยกำหนดให้ทุกประเทศมีอุบัติการณ์หรือ
อันตรายจากมะเร็งปากมดลูกน้อยกว่า 4 คนต่อ
ประชากรหญิง 100,000 คน ภายในปี พ.ศ. 2573

มะเร็งตับและท่อน้ำดี เป็นมะเร็งที่พบบ่อยและเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับต้น ๆ ในเพศชาย
จากรายงาน Cancer in Thailand Vol.X (2016 - 2018) สถาบันมะเร็งแห่งชาติ พบผู้ป่วยมะเร็งตับและ
ท่อน้ำดีรายใหม่ประมาณ 22,213 คนต่อปี และมีผู้เสียชีวิตประมาณ 15,000 คนต่อปี

ตารางที่ 11 จำนวนและอัตราตายจากเนื้องอกร้ายที่ตับและท่อน้ำดีในตับต่อประชากร 100,000 คน จำแนก
ตามเพศ พ.ศ. 2561 - 2565

ปี	จำนวน			อัตรา		
	ชาย	หญิง	รวม	ชาย	หญิง	รวม
2561	11,376	4,536	15,912	35.5	13.6	24.3
2562	11,594	4,694	16,288	36.1	14.0	24.8
2563	11,511	4,620	16,131	36.0	13.8	24.7
2564	11,193	4,457	15,650	35.1	13.4	24.0
2565	10,797	4,303	15,100	34.0	12.9	23.2

ที่มา: สถิติสาธารณสุข พ.ศ. 2565 กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข



2.3.3 ทารกแรกเกิด

การดูแลระหว่างการตั้งครรภ์มีความสำคัญในการช่วยลดความเสี่ยง
ต่อการเสียชีวิตของทารกและมารดา จากรายงานสถิติสาธารณสุข พ.ศ. 2565
พบว่า อัตราตายของมารดาเพิ่มขึ้นจาก 19.9 ต่อการเกิดมีชีพแสนคน ในปี
พ.ศ. 2561 เป็น 26.6 ต่อการเกิดมีชีพแสนคน ในปี พ.ศ. 2564 และลดลง
เป็น 20.0 ต่อการเกิดมีชีพแสนคน ในปี พ.ศ. 2565 นอกจากนี้ อัตราตาย
ของทารกแรกเกิด (ต่ำกว่า 28 วัน) ลดลงเล็กน้อยจาก 3.0 ต่อการเกิดมีชีพ
พันคนในปี พ.ศ. 2565 เป็น 2.9 ต่อการเกิดมีชีพพันคน ในปี พ.ศ. 2566

ตารางที่ 12 จำนวนและอัตราตายของทารกแรกเกิด (ต่ำกว่า 28 วัน) จำแนกตามเพศ และอัตราตายมารดา
พ.ศ. 2561 - 2565

ปี	จำนวน			อัตรา			มารดาตาย	
	ชาย	หญิง	รวม	ชาย	หญิง	รวม	จำนวน	อัตรา
2561	1,187	857	2,044	3.7	2.8	3.3	125	19.9
2562	1,062	780	1,842	3.5	2.7	3.1	134	22.5
2563	981	664	1,645	3.3	2.4	2.9	143	25.1

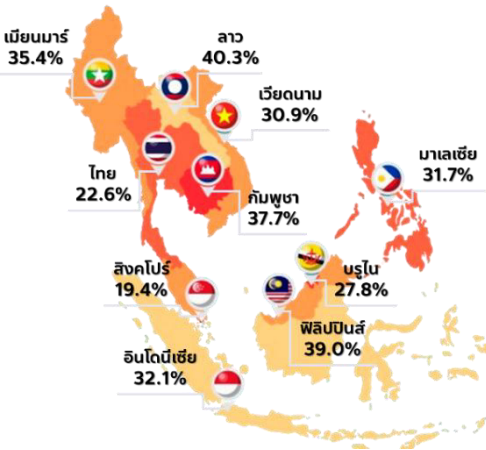
ตารางที่ 12 จำนวนและอัตราตายของทารกแรกเกิด (ต่ำกว่า 28 วัน) จำแนกตามเพศ และอัตราตายมารดา พ.ศ. 2561 – 2565 (ต่อ)

ปี	จำนวน			อัตรา			มารดาตาย	
	ชาย	หญิง	รวม	ชาย	หญิง	รวม	จำนวน	อัตรา
2564	935	666	1,601	3.4	2.6	3.0	140	26.6
2565	831	565	1,396	3.3	2.4	2.9	97	20.0

ที่มา: สถิติสาธารณสุข พ.ศ. 2565 กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

จากรายงานการพัฒนาเด็กและเยาวชน ประจำปี 2565 พบว่า จำนวนประชากรไทย 66,090,475 คน เป็นเด็กและเยาวชน อายุ 0 - 25 ปี จำนวน 19,828,367 คน คิดเป็นร้อยละ 30.01 ของประชากรทั้งหมด โดยจำแนกเป็นเด็กอายุ 0 - 17 ปี จำนวน 13,023,268 คน (ร้อยละ 19.71) และเยาวชนอายุ 18 - 25 ปี จำนวน 6,805,099 คน (ร้อยละ 10.30) และจากรายงาน ASEAN Statistical Yearbook 2023 เมื่อเปรียบเทียบกับในกลุ่มประเทศอาเซียน พบว่า ประเทศไทยมีสัดส่วนเด็กและวัยรุ่นอายุ 0 - 19 ปี น้อยเป็นอันดับที่ 2 คิดเป็นร้อยละ 22.6 รองจากประเทศสิงคโปร์ ซึ่งมีสัดส่วนน้อยที่สุดที่ร้อยละ 19.4 ในขณะที่ผลิตภัณฑ์มวลรวมในประเทศต่อหัว (GDP per capita) ของสิงคโปร์มากกว่าไทยถึง 11 เท่า และอยู่อันดับที่ 4 ในกลุ่มอาเซียน

ภาพที่ 2 สัดส่วนเด็กและวัยรุ่นอายุ 0 - 19 ปี ของแต่ละประเทศในกลุ่มอาเซียน



ที่มา: รายงาน ASEAN Statistical Yearbook 2023

2.3.4 อุบัติเหตุทางถนนและการแพทย์ฉุกเฉิน

ตารางที่ 13 จำนวนและอัตราตายจากอุบัติเหตุจากการคมนาคมขนส่งทางบกต่อประชากร 100,000 คน พ.ศ. 2561 - 2565

ปี	จำนวน	อัตรา
2561	16,437	25.1
2562	19,814	30.2
2563	17,181	26.3
2564	16,594	25.4
2565	17,198	26.4

ที่มา: สถิติสาธารณสุข พ.ศ. 2565 กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

จากรายงาน Global status report on road safety 2023 พบว่า จำนวนผู้เสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนนทั่วโลกมีแนวโน้มลดลงกว่าร้อยละ 5 จาก 1.25 ล้านคน ในปี พ.ศ. 2554 เป็น 1.19 ล้านคน ในปี พ.ศ. 2564 แสดงให้เห็นถึงประสิทธิภาพของมาตรการและความพยายามในการเพิ่มความปลอดภัยบนท้องถนน สำหรับประเทศไทย ข้อมูลสถิติสาธารณสุข พ.ศ. 2565 พบว่า จำนวนผู้เสียชีวิตจากอุบัติเหตุจากการคมนาคมขนส่งทางบกเพิ่มขึ้นจากปี พ.ศ. 2564 ที่ 16,594 คน คิดเป็น 25.4 ต่อประชากร 100,000 คน เป็น 17,198 คน คิดเป็น 26.4 ต่อประชากร 100,000 คน ในปี พ.ศ. 2565

ขณะที่ระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินและระบบการส่งต่อเป็นส่วนสำคัญและจำเป็นอย่างยิ่งที่จะช่วยให้ผู้เจ็บป่วยฉุกเฉินได้รับการดูแลรักษาที่มีคุณภาพ ป้องกันภาวะทุพพลภาพ และลดการเสียชีวิตที่อาจเกิดขึ้นจากระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ Health Data Center (HDC) กระทรวงสาธารณสุข พบว่า แม้อัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยวิกฤตฉุกเฉินภายใน 24 ชั่วโมงจะลดลงจากร้อยละ 11.42 ในปี พ.ศ. 2565 เป็นร้อยละ 10.06 ในปี พ.ศ. 2566 แต่เมื่อพิจารณาจำนวนผู้เจ็บป่วยวิกฤตฉุกเฉินทั้งหมดและจำนวนผู้เจ็บป่วยวิกฤตฉุกเฉินที่เสียชีวิตภายใน 24 ชั่วโมง ในปี พ.ศ. 2566 กลับเพิ่มขึ้น

ตารางที่ 14 อัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยวิกฤตฉุกเฉิน ภายใน 24 ชั่วโมง พ.ศ. 2565 - 2566

ผลการดำเนินงาน ปี พ.ศ.	2565	2566
จำนวนผู้เจ็บป่วยวิกฤตฉุกเฉินทั้งหมด	58,540	69,378
จำนวนผู้เจ็บป่วยวิกฤตฉุกเฉินที่เสียชีวิตภายใน 24 ชั่วโมง	6,687	6,980
ร้อยละ	11.42	10.06

ที่มา: ระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ Health Data Center (HDC) กระทรวงสาธารณสุข

2.3.5 สุขภาพจิตและยาเสพติด

ปัญหาสุขภาพจิตและยาเสพติด เป็นหนึ่งในปัจจัยเสี่ยงสำคัญสู่การพยายามฆ่าตัวตายซึ่งอาจก่อให้เกิดการสูญเสียทรัพยากรแรงงานและกระทบต่อการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมในระดับประเทศได้ จากข้อมูลสถิติสาธารณสุข พ.ศ. 2565 พบว่า อัตราตายจากการมีเจตนาทำร้ายตนเองต่อประชากร 100,000 คน ในปี พ.ศ. 2565 มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นจากปี พ.ศ. 2561 ที่จำนวน 4,757 คน คิดเป็น 7.3 ต่อประชากร 100,000 คน เป็น 6,710 คน คิดเป็น 10.3 ต่อประชากร 100,000 คน ในปี พ.ศ. 2565

ตารางที่ 15 จำนวนและอัตราตายจากการมีเจตนาทำร้ายตนเองต่อประชากร 100,000 คน จำแนกตามเพศ พ.ศ. 2561 - 2565

ปี	จำนวน			อัตรา		
	ชาย	หญิง	รวม	ชาย	หญิง	รวม
2561	3,823	934	4,757	11.9	2.8	7.3
2562	4,737	1,133	5,870	14.8	3.4	9.0
2563	5,359	1,271	6,630	16.8	3.8	10.1
2564	5,129	1,230	6,359	16.1	3.7	9.8
2565	5,404	1,306	6,710	17.0	3.9	10.3

ที่มา: สถิติสาธารณสุข พ.ศ. 2565 กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข



จากรายงานสถิติการฆ่าตัวตายของประเทศไทย ปีงบประมาณ พ.ศ. 2566 (ตุลาคม พ.ศ. 2565 - กันยายน พ.ศ. 2566) กรมสุขภาพจิต ผลการวิเคราะห์ข้อมูลผู้ที่เสียชีวิตจากการฆ่าตัวตายจำนวน 4,521 คน (รง 506S) และข้อมูลของผู้พยายามฆ่าตัวตายจำนวน 14,925 คน พบว่า ปัจจัยเสี่ยงที่เกี่ยวข้องกับการพยายามฆ่าตัวตาย ประกอบด้วย การป่วยด้วยโรคทางกายเรื้อรัง ร้อยละ 31, ป่วยโรคจิตเวช ร้อยละ 27, ใช้แอลกอฮอล์ ร้อยละ 21.1, มีประวัติเคยทำร้ายตนเอง ร้อยละ 13.7, และติดสารเสพติด ร้อยละ 10.5 ซึ่งผู้ที่ฆ่าตัวตายมักจะมีภาวะบางอย่างหรือมีปัจจัยเสี่ยง เช่น ป่วยโรคจิตเวชที่รุนแรง (โรคซึมเศร้า โรคจิต โรคอารมณ์สองขั้ว โรคติดการพนัน ทั้งที่ได้รับและไม่ได้รับการรักษา) ป่วยโรคทางกายรุนแรงเรื้อรัง (โรคมะเร็ง โรคอัมพฤกษ์ โรคไตวายเรื้อรัง โรคเอดส์ เป็นต้น) มีโรคติดสุรา หรือสารเสพติด บุคลิกหุ่นหันพันล้าน หรือมีประสบการณ์การถูกทารุณในวัยเด็ก เป็นต้น

2.4 ศักยภาพการแข่งขันของประเทศไทย

IMD World Competitiveness Yearbook 2024 จัดอันดับขีดความสามารถในการแข่งขันของ 67 เขตเศรษฐกิจทั่วโลก โดยในปี พ.ศ. 2567 ประเทศไทยอยู่อันดับที่ 25 (72.51 คะแนน) เพิ่มขึ้นจากปีที่แล้ว 5 อันดับ ทั้งนี้ ประเทศที่มีขีดความสามารถในการแข่งขันสูงสุด ได้แก่ ประเทศสิงคโปร์ รองลงมาคือประเทศสวิตเซอร์แลนด์และประเทศเดนมาร์ก ตามลำดับ

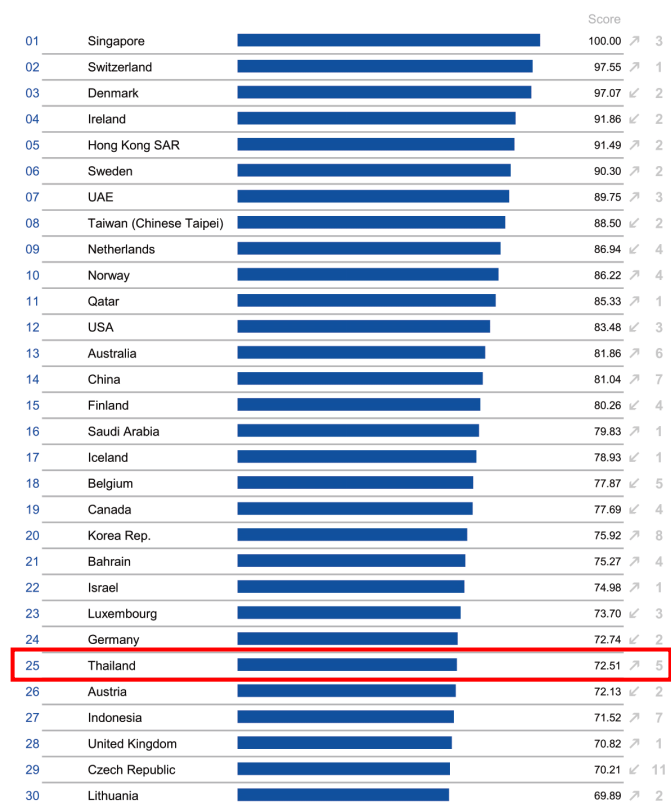
ธุรกิจการให้บริการทางการแพทย์ได้รับการสนับสนุนจากภาครัฐ โดยมุ่งเน้นพัฒนาประเทศไทยให้เป็นศูนย์กลางสุขภาพนานาชาติและดำเนินการมาอย่างต่อเนื่องตั้งแต่ปี พ.ศ. 2547 กระทรวงสาธารณสุขได้จัดทำยุทธศาสตร์การพัฒนาประเทศไทยให้เป็นศูนย์กลางสุขภาพนานาชาติ (Medical Hub) (พ.ศ. 2560 - 2569) โดยมีเป้าหมายพัฒนา 4 ผลผลิต ได้แก่ ศูนย์กลางบริการเพื่อส่งเสริมสุขภาพ (Wellness Hub) ศูนย์กลางบริการสุขภาพ (Medical Service Hub)

ศูนย์กลางบริการวิชาการและงานวิจัย (Academic Hub) และศูนย์กลางยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพ (Product Hub) ปัจจุบันประเทศไทยมีจำนวนสถานพยาบาลที่ได้รับการรับรองมาตรฐาน JCI มากที่สุดในอาเซียนกว่า 59 แห่งทั่วประเทศ (กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ, 2566) และจาก Krungthai COMPASS พบว่า การผลักดันของไทยเข้าใกล้เป้าหมายการเป็น Medical Hub อย่างเต็มรูปแบบ คือมีการยกระดับอุตสาหกรรมทางการแพทย์ที่สำคัญใน 3 มิติ ได้แก่ การลงทุนในอุตสาหกรรมชีวเภสัชภัณฑ์ (Biopharmaceuticals) การยกระดับอุตสาหกรรมผลิตเครื่องมือและอุปกรณ์ทางการแพทย์ด้วย BCG Model และการชูจุดเด่นด้านบริการทางการแพทย์เพื่อมุ่งสู่การเป็น World Class Medical Service Hub (Krungthai COMPASS, 2022)



ตลาดท่องเที่ยวเชิงพาณิชย์ (Medical Tourism) มีแนวโน้มขยายตัวอย่างต่อเนื่องตามความต้องการแสวงหาการรักษาพยาบาลที่ดีที่สุดในราคาที่สมเหตุสมผล โดยมีปัจจัยสนับสนุนที่แข็งแกร่งทั้งสังคมผู้สูงอายุ พฤติกรรมที่เน้นให้ความสำคัญกับการดูแลสุขภาพมากขึ้น รวมถึงอัตราการเกิดโรคที่สูงขึ้น โดยเฉพาะกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) ที่มีกระบวนการรักษาซับซ้อนต่อเนื่องและมีค่าใช้จ่ายสูง นอกจากนี้ Allied Market Research ได้คาดการณ์มูลค่าตลาดท่องเที่ยวเชิงการแพทย์ของโลกในปี 2023 จะมีมูลค่า 1.2 แสนล้านเหรียญดอลลาร์สหรัฐ หรือประมาณ 3.7 ล้านล้านบาท เพิ่มขึ้นจากปี 2019 ซึ่งเป็นช่วงที่มีการแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโควิด-19 และอาจถึง 8.5 ล้านล้านบาท ในปี 2027 ด้วยอัตราการเติบโตเฉลี่ยสูงถึงร้อยละ 12.8 ต่อปี (CAGR ปี 2019 - 2027)

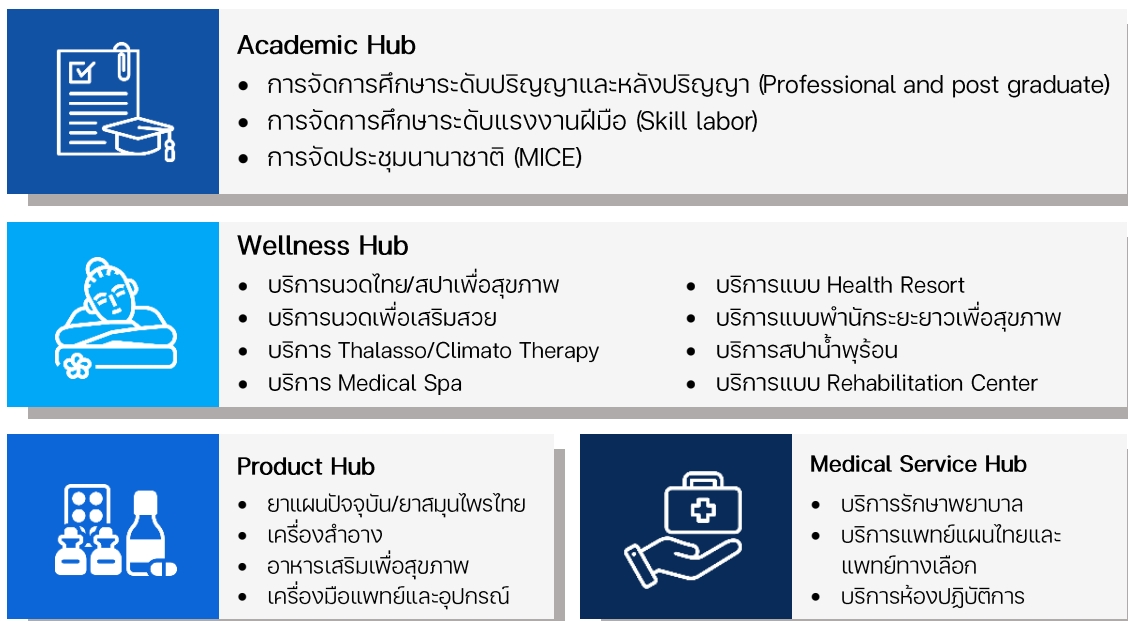
แผนภูมิที่ 3 การจัดอันดับขีดความสามารถในการแข่งขัน ปี พ.ศ. 2567 (IMD World Competitiveness Yearbook 2024)



ที่มา: รายงาน IMD World Competitiveness Yearbook 2024

ภาพที่ 3 การขับเคลื่อนสู่การเป็นศูนย์กลางสุขภาพนานาชาติ (Medical Hub) ของประเทศไทย

Thailand Medical Hub



ที่มา: 1) ยุทธศาสตร์การพัฒนาประเทศไทยให้เป็นศูนย์กลางสุขภาพนานาชาติ (Medical Hub) (พ.ศ. 2560 - 2569) กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข 2) Krungthai COMPASS, 2022

3. สมรรถนะการบริการทางการแพทย์

3.1 สิทธิการรักษาและหลักประกันสุขภาพของประชาชนไทย



ตามมติคณะรัฐมนตรี เมื่อวันที่ 26 มีนาคม พ.ศ. 2558 สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ได้รับมอบหมายให้เป็นหน่วยงานกลางในการบริหารจัดการทะเบียนสิทธิการรักษาพยาบาล (National Beneficiary Registration Center: NBRC) สำหรับคนไทยที่มีสิทธิประกันสุขภาพหลัก ได้แก่ สิทธิสวัสดิการการรักษาพยาบาลของข้าราชการ สิทธิประกันสังคม สิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และสิทธิสวัสดิการการรักษาพยาบาลอื่นที่รัฐจัดให้ (รัฐวิสาหกิจ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น องค์กรมหาชน หน่วยงานที่มี พ.ร.บ. เฉพาะ เป็นต้น) จากรายงานการสร้างระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2565 พบว่า สิทธิหลักประกันสุขภาพส่วนใหญ่ของคนไทยคือสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (Universal Coverage Scheme: UCS) จำนวน 47,179,787 คน รองลงมาเป็นสิทธิประกันสังคม จำนวน 12,754,427 คน และสิทธิข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ จำนวน 5,297,740 คน

ตารางที่ 16 จำนวนประชากรไทย จำแนกตามสิทธิในระบบหลักประกันสุขภาพของประเทศ ปีงบประมาณ พ.ศ. 2561 - 2565

สิทธิหลักประกันสุขภาพ	ปี 2561	ปี 2562	ปี 2563	ปี 2564	ปี 2565
1. สิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ	47,802,669	47,522,681	47,604,743	47,555,113	47,179,787
2. สิทธิประกันสังคม	12,237,637	12,584,458	12,551,583	12,464,007	12,754,427
3. สิทธิข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ	5,053,330	5,149,480	5,194,664	5,273,511	5,297,740

ตารางที่ 16 จำนวนประชากรไทย จำแนกตามสิทธิในระบบหลักประกันสุขภาพของประเทศ ปีงบประมาณ พ.ศ. 2561 – 2565 (ต่อ)

สิทธิหลักประกันสุขภาพ	ปี 2561	ปี 2562	ปี 2563	ปี 2564	ปี 2565
4. สิทธิพนักงานส่วนท้องถิ่น	625,316	625,823	638,563	630,414	639,557
5. บุคคลที่มีปัญหาสถานะและสิทธิ	377,713	521,835	540,471	538,508	729,019
6. สิทธิครูเอกชน	90,598	86,965	79,167	86,861	76,528
7. คนพิการสิทธิประกันสังคม (ผู้ประกันตนคนพิการ)	18,533	16,667	15,681	13,923	12,919
8. บุคคลที่ยังไม่ลงทะเบียนสิทธิตามมาตรา 6	39,351	55,922	72,459	187,816	197,902
9. บุคคลที่ไม่อยู่ในทะเบียนบ้าน (รอยืนยันสิทธิ)	107,442	100,803	95,254	90,584	85,034
10. คนไทยในต่างประเทศ	14,045	13,211	12,614	11,841	11,070
11. คนต่างด้าว	411,528	370,387	384,165	401,352	321,041
12. บุคคลต่างด้าว (ซื้อประกันสุขภาพ)	80	80	80	80	80
13. รวมประชากรทั้งประเทศ	66,778,242	67,048,312	67,189,444	67,254,010	67,305,104
14. รวมผู้มีสิทธิระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า (1+2+3+4+5+6+7+8+9+10)	66,245,228	66,563,831	66,805,199	66,852,578	66,983,983
15. รวมผู้ลงทะเบียนสิทธิระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า (1+2+3+4+5+6+7)	66,205,796	66,507,909	66,624,872	66,562,337	66,689,977
16. รวมผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (1+8+9)	47,842,020	47,578,603	47,677,202	47,742,929	47,462,723
17. ร้อยละความครอบคลุมสิทธิในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (15/14*100)	99.94	99.92	99.73	99.57	99.56
18. ร้อยละความครอบคลุมของประชากรที่มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (1/16*100)	99.92	99.88	99.85	99.61	99.40

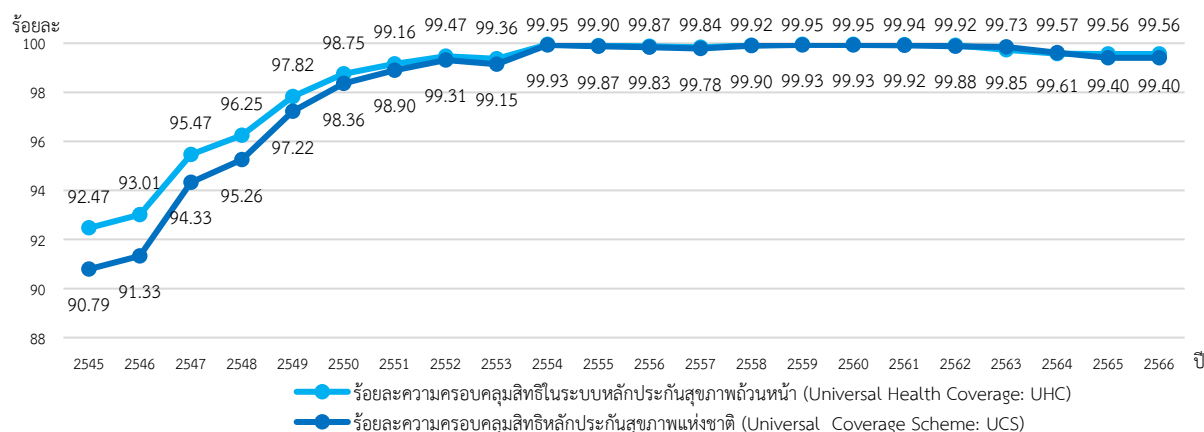
ที่มา: รายงานการสร้างระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ประจำปีงบประมาณ 2565 สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

3.2 ความครอบคลุมสิทธิในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2566 ประชากรไทยผู้มีสิทธิในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า จำนวน 66.897 ล้านคน ลงทะเบียนสิทธิในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า จำนวน 66.602 ล้านคน คิดเป็นความครอบคลุมสิทธิในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (Universal Health Coverage: UHC) ร้อยละ 99.56 ประกอบด้วย สิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ 46.934 ล้านคน สิทธิประกันสังคม จำนวน 12.854 ล้านคน สิทธิสวัสดิการข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ จำนวน 5.321 ล้านคน สิทธิสวัสดิการรักษายาบาลอื่นที่รัฐจัดให้ (สิทธิพนักงานส่วนท้องถิ่น ครูเอกชน และผู้ประกันตนคนพิการ) จำนวน 0.775 ล้านคน และสิทธิสำหรับบุคคลที่มีปัญหาสถานะและสิทธิ จำนวน 0.719 ล้านคน โดยยังมีบุคคลที่ยังไม่ลงทะเบียนเลือกหน่วยบริการประจำ จำนวน 0.204 ล้านคน บุคคลที่ไม่อยู่ตามทะเบียนบ้าน (รอยืนยันสิทธิ) จำนวน 0.081 ล้านคน และคนไทยในต่างประเทศ จำนวน 0.010 ล้านคน หรือร้อยละ 0.44 เทียบกับประชากรสิทธิในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าทั้งหมด

สำหรับประชากรสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สิทธิบัตรทอง/สิทธิ UC) จำนวน 47.218 ล้านคน ได้ลงทะเบียนสิทธิแล้วจำนวน 46.934 ล้านคน คิดเป็นความครอบคลุมสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (Universal Coverage Scheme: UCS) ร้อยละ 99.40 โดยยังมีบุคคลที่ยังไม่ลงทะเบียนสิทธิเลือกหน่วยบริการประจำ 0.204 ล้านคน และบุคคลที่ไม่อยู่ตามทะเบียนบ้าน (รอยืนยันสิทธิ) จำนวน 0.081 ล้านคนหรือร้อยละ 0.60 เมื่อเทียบกับประชากรสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

แผนภูมิที่ 4 ความครอบคลุมสิทธิในระบบหลักประกันสุขภาพ ปีงบประมาณ พ.ศ. 2545 - 2566



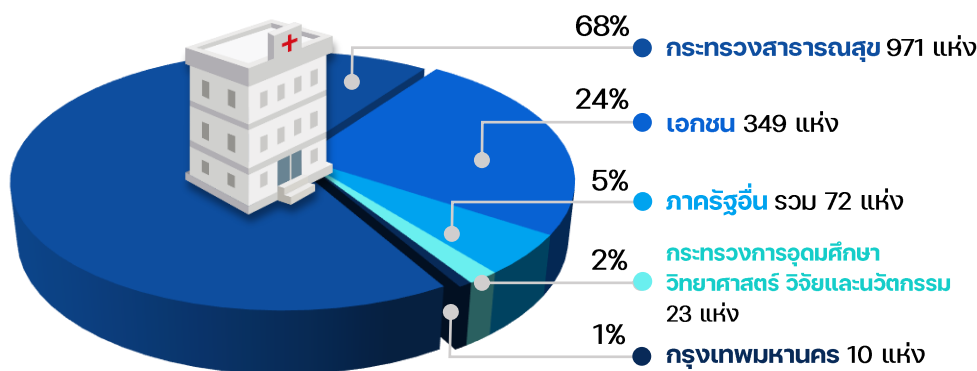
ที่มา: สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2566

3.3 ทรัพยากรสาธารณสุข

3.3.1 หน่วยบริการสุขภาพ

จำนวนหน่วยบริการสุขภาพทั่วประเทศ จำแนกตามประเภทและสังกัด จำนวน 1,425 แห่ง ดังนี้

แผนภูมิที่ 5 จำนวนหน่วยบริการสุขภาพ จำแนกตามประเภทและสังกัด



3.3.2 จำนวนเตียง

หน่วยบริการสุขภาพที่มีเตียงไว้รับค้ำคืนทั้งประเทศ จำแนกตามประเภทและสังกัด มีจำนวนทั้งสิ้น 173,512 เตียง โดยแบ่งเป็นสังกัดกระทรวงสาธารณสุข จำนวน 115,853 เตียง คิดเป็นร้อยละ 67 สังกัดเอกชน จำนวน 35,494 เตียง คิดเป็นร้อยละ 20 สังกัดกระทรวงการอุดมศึกษา วิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรม จำนวน 9,925 เตียง คิดเป็นร้อยละ 6 สังกัดภาครัฐอื่น (ได้แก่ กระทรวงกลาโหม กระทรวงการคลัง กระทรวงคมนาคม กระทรวงมหาดไทย กระทรวงยุติธรรม รัฐวิสาหกิจ สภาวิชาชีพ สำนักราชบัณฑิตยสถาน องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น และองค์กรมหาชน) จำนวน 8,924 เตียง คิดเป็นร้อยละ 5 และสังกัดกรุงเทพมหานคร จำนวน 3,316 เตียง คิดเป็นร้อยละ 2 ทั้งนี้ ข้อมูลจำนวนเตียงในประเทศกลุ่ม OECD (Organization for Economic Co-operation and Development) ปี 2022 ประเทศไทยมีจำนวนเตียงอยู่ที่ 2.1 ต่อประชากร 1,000 คน



ตารางที่ 17 จำนวนเตียง ในประเทศกลุ่ม OECD ปี 2022

Country	▲ Higher than		● Close to		▼ Lower than central tendency	
	Health spending	Out-of-pocket spending	Doctors per 1 000 population	Nurses per 1 000 population	Hospital beds per 1 000 population	
	International dollars (USD PPPs) per capita	Share of total health expenditure	Number	Number	Number	
High income	4 271	14.5	2.5	7.1	3.4	
Australia	5 294	▲ 16.0	● 3.8	▲ 12.2	● 3.8	●
Brunei Darussalam	1 401	▼ 5.7	▼ 1.6	▼ 5.8	● 2.9	●
Hong Kong (China)			2.0	● 6.2	● 4.1	●
Japan	4 587	● 12.9	● 2.5	▲ 11.8	▲ 12.6	▲
Korea	3 521	● 30.2	▲ 2.5	● 7.9	● 12.7	▲
Macau (China)			2.6	● 3.8	▼ 2.5	●
New Zealand	4 439	● 12.2	● 3.4	▲ 10.6	▲ 2.7	●
Singapore	4 102	● 30.2	▲ 2.5	● 6.2	● 2.0	●
Upper-middle income	805	23.9	1.6	3.2	2.0	
China	880	● 35.2	● 2.2	▲ 3.1	● 5.0	▲
Fiji	545	▼ 13.2	● 0.9	● 3.5	▲ 2.0	●
Malaysia	1 133	▲ 34.6	● 2.3	▲ 3.4	● 1.3	●
Thailand	730	● 8.7	▼ 1.0	● 3.1	● 2.1	●
Lower-middle and low income	227	48.6	0.7	1.7	1.1	
Bangladesh	119	● 72.7	▲ 0.7	● 0.4	▼ 0.9	●
Cambodia	316	● 64.4	▲ 0.2	● 0.6	▼ 0.9	●
DPRK			3.7	▲ 4.1	▲ 14.3	▲
India	210	● 54.8	● 0.7	● 1.7	● 0.5	●
Indonesia	358	▲ 34.2	▼ 0.6	● 2.3	● 1.0	●
Lao PDR	212	● 41.8	● 0.4	● 1.0	● 1.5	●
Mongolia	484	▲ 34.8	▼ 3.9	▲ 3.9	▲ 8.0	▲
Myanmar	227	● 76.0	▲ 0.7	● 0.8	● 1.0	●
Nepal	177	● 57.9	● 0.9	● 2.1	● 1.2	●
Pakistan	166	● 53.8	● 1.1	● 0.4	▼ 0.6	●
Papua New Guinea	105	● 9.9	▼ 0.1	▼ 0.4	▼	
Philippines	379	▲ 48.6	● 0.8	● 4.6	▲ 1.0	●
Solomon Islands			0.2	● 2.1	● 1.4	●
Sri Lanka	569	▲ 45.6	● 1.2	● 2.1	▲ 4.0	▲
Viet Nam	557	▲ 43.0	● 0.8	● 1.1	● 2.6	●

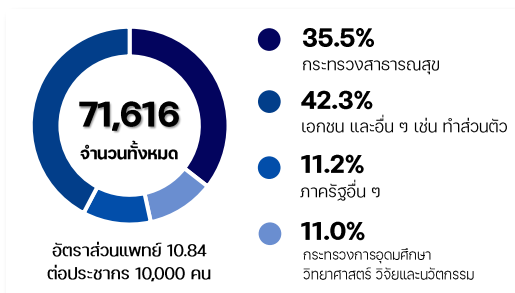
ที่มา: Health at a Glance: Asia/Pacific 2022

4. สถานการณ์กำลังคนสาธารณสุข

ปัจจุบันกำลังคนสาธารณสุขยังคงมีความขาดแคลนและมีการกระจายตัวในพื้นที่อย่างไม่เหมาะสม

4.1 จำนวนบุคลากร 4 วิชาชีพ

แผนภูมิที่ 6 จำนวนแพทย์ภาพรวมประเทศ



ที่มา: 1) สภาวิชาชีพและกระทรวงสาธารณสุข 2) สำนักบริหารการทะเบียนกรมการปกครอง (จำนวนประชากรปัจจุบัน ปี พ.ศ. 2566 เท่ากับ 66,052,000 คน)

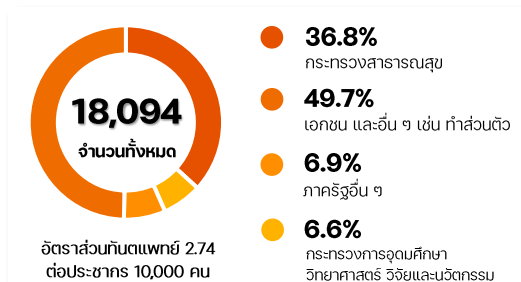
4.1.1 แพทย์

แพทย์ภาพรวมประเทศจำนวนทั้งสิ้น 71,616 คน คิดเป็นอัตราส่วนแพทย์ 10.84 ต่อประชากร 10,000 คน โดยสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ร้อยละ 35.5, ภาคเอกชน และอื่น ๆ ร้อยละ 42.3, ภาครัฐอื่น ร้อยละ 11.2 และ กระทรวงการอุดมศึกษา วิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรม ร้อยละ 11.0

4.1.2 ทันตแพทย์

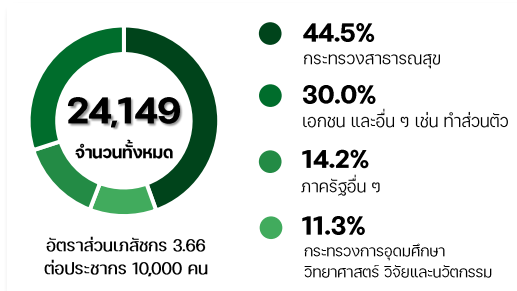
ทันตแพทย์ภาพรวมประเทศจำนวนทั้งสิ้น 18,094 คน คิดเป็นอัตราส่วนทันตแพทย์ 2.74 ต่อประชากร 10,000 คน โดยสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ร้อยละ 36.8, ภาคเอกชน และอื่น ๆ ร้อยละ 49.7, ภาครัฐอื่น ร้อยละ 6.9 และ กระทรวงการอุดมศึกษา วิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรม ร้อยละ 6.6

แผนภูมิที่ 7 จำนวนทันตแพทย์ภาพรวมประเทศ



ที่มา: 1) สภาวิชาชีพและกระทรวงสาธารณสุข 2) สำนักบริหารการทะเบียนกรมการปกครอง (จำนวนประชากรปัจจุบัน ปี พ.ศ. 2566 เท่ากับ 66,052,000 คน)

แผนภูมิที่ 8 จำนวนเฝ้าระวังภาพรวมประเทศ



ที่มา: 1) สภาวิชาชีพและกระทรวงสาธารณสุข 2) สำนักบริหารการทะเบียนกรมการปกครอง (จำนวนประชากรปัจจุบัน ปี พ.ศ. 2566 เท่ากับ 66,052,000 คน)

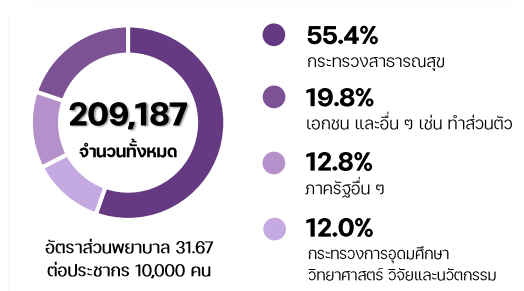
4.1.3 เฝ้าระวัง

เฝ้าระวังภาพรวมประเทศจำนวนทั้งสิ้น 24,149 คน คิดเป็นอัตราส่วนเฝ้าระวัง 3.66 ต่อประชากร 10,000 คน โดยสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ร้อยละ 44.5, ภาคเอกชน และอื่น ๆ ร้อยละ 30.0, ภาครัฐอื่น ร้อยละ 14.2 และ กระทรวงการอุดมศึกษา วิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรม ร้อยละ 11.3

4.1.4 พยาบาล

พยาบาลภาพรวมประเทศจำนวนทั้งสิ้น 209,187 คน คิดเป็นอัตราส่วนพยาบาล 31.67 ต่อประชากร 10,000 คน โดยสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ร้อยละ 55.4, ภาคเอกชน และอื่น ๆ ร้อยละ 19.8, ภาครัฐอื่น ร้อยละ 12.8 และกระทรวงการอุดมศึกษา วิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรม ร้อยละ 12.0

แผนภูมิที่ 9 จำนวนพยาบาลภาพรวมประเทศ

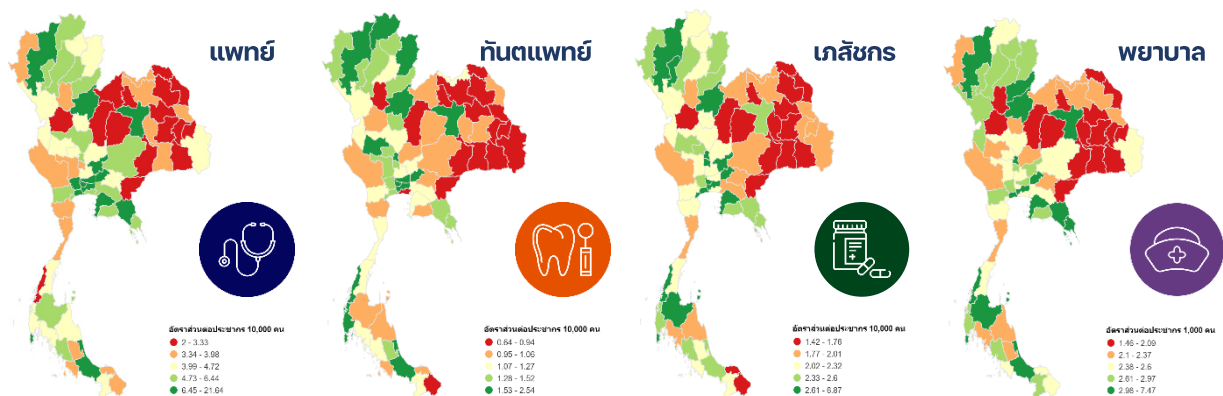


ที่มา: 1) สภาวิชาชีพและกระทรวงสาธารณสุข 2) สำนักบริหารการทะเบียนกรมการปกครอง (จำนวนประชากรปัจจุบัน ปี พ.ศ. 2566 เท่ากับ 66,052,000 คน)

4.2 การกระจายบุคลากรทางการแพทย์ 4 วิชาชีพ

จากแผนที่การกระจายบุคลากรทางการแพทย์ 4 วิชาชีพ ได้แก่ แพทย์ ทันตแพทย์ เฝ้าระวัง และพยาบาล พบว่า บุคลากรทั้ง 4 วิชาชีพมีการกระจุกในกรุงเทพมหานคร ขณะที่มีการกระจายในเขตสุขภาพที่ 8 น้อยที่สุดทั้ง 4 ประเภท

ภาพที่ 4 แผนที่การกระจายบุคลากรทางการแพทย์ 4 วิชาชีพ



ที่มา: ระบบสารสนเทศภูมิศาสตร์ทรัพยากรสุขภาพ (GIS Health) ข้อมูล ณ กันยายน พ.ศ. 2564

4.3 การเปรียบเทียบอัตราส่วนกำลังคนด้านสุขภาพกับต่างประเทศ

การเปรียบเทียบอัตราส่วนกำลังคนด้านสุขภาพต่อประชากร (Population ratio) ของไทยกับต่างประเทศ ทั้งในกลุ่มองค์การเพื่อความร่วมมือทางเศรษฐกิจและการพัฒนา (Organization for Economic Co-operation and Development หรือ OECD) ได้แก่ ออสเตรเลีย อังกฤษ สวิตเซอร์แลนด์ นิวซีแลนด์ เยอรมนี และประเทศในกลุ่มเอเชีย ได้แก่ ญี่ปุ่น สิงคโปร์ มาเลเซีย เวียดนาม และบรูไน ดังนี้

ตารางที่ 18 เปรียบเทียบอัตราส่วนกำลังคนด้านสุขภาพต่อประชากร (Population ratio) กับต่างประเทศ

1 International Benchmarking

จำนวนบุคลากรด้านสาธารณสุข ต่อ ประชากร 10,000 คน

ประเทศ	แพทย์	ทันตแพทย์	เภสัชกร	พยาบาล
Thailand	10.8	2.7	3.7	31.7
ประเทศในกลุ่ม OECD				
Austria	54.6	5.8	7.3	107.7
United Kingdom	31.7	5.2	8.5	91.7
Switzerland	44.4	4.1	6.7	187.1
New Zealand	35.2	5.2	7.2	114.3
Germany	45.2	8.5	6.7	123.5
ประเทศในกลุ่ม ASIA				
Japan	26.1	8.3	20.0	124.5
Singapore	24.3	4.1	5.0	61.8
Malaysia	22.3	3.0	3.4	33.9
Viet Nam	8.3	N/A	3.4	14.5
Brunei	19.1	2.4	2.1	67.1

2 International Benchmarking

บุคลากรด้านสาธารณสุข 1 คน ต่อ จำนวนประชากร

ประเทศ	แพทย์	ทันตแพทย์	เภสัชกร	พยาบาล
Thailand	1 : 922.3	1 : 3,650.5	1 : 2,735.2	1 : 315.8
ประเทศในกลุ่ม OECD				
Austria	1 : 183.2	1 : 1,724.1	1 : 1,369.9	1 : 92.9
United Kingdom	1 : 315.5	1 : 1,923.1	1 : 1,176.5	1 : 109.1
Switzerland	1 : 225.2	1 : 2,439.0	1 : 1,492.5	1 : 53.4
New Zealand	1 : 284.1	1 : 1,923.1	1 : 1,388.9	1 : 87.5
Germany	1 : 221.2	1 : 1,176.5	1 : 1,492.5	1 : 81.0
ประเทศในกลุ่ม ASIA				
Japan	1 : 383.1	N/A	1 : 500.0	1 : 80.3
Singapore	1 : 411.5	1 : 2,439.0	1 : 2,000.0	1 : 161.8
Malaysia	1 : 448.4	1 : 3,333.3	1 : 2,941.2	1 : 295.0
Viet Nam	1 : 1,204.8	N/A	1 : 2,941.2	1 : 689.7
Brunei	1 : 523.6	1 : 4,166.7	1 : 4,761.9	1 : 149.0

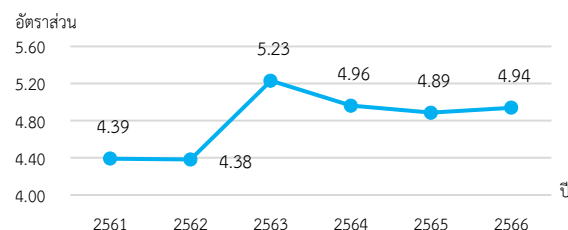
ที่มา: 1) World health statistics 2023 2) ประเทศไทย: สภาวิชาชีพ

4.6 ภาระงาน

4.6.1 แพทย์ต่อเตียง

การกระจายและรองรับระบบบริการสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข พบว่า ในปี พ.ศ. 2561 มีอัตราส่วนของแพทย์ต่อเตียงเท่ากับ 4.39 และในปี พ.ศ. 2566 มีอัตราส่วนแพทย์ต่อเตียงเพิ่มขึ้นเท่ากับ 4.94

แผนภูมิที่ 10 อัตราส่วนแพทย์ต่อเตียง Active Bed สังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2561 - 2566



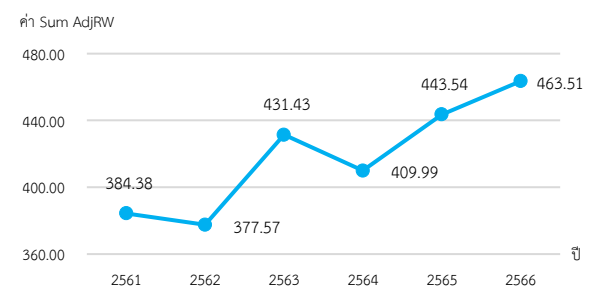
ที่มา: 1) ข้อมูลจำนวนเตียง กองบริหารการสาธารณสุข ข้อมูล ณ มกราคม 2567
2) ข้อมูลจำนวนแพทย์ กองบริหารทรัพยากรบุคคล ข้อมูล ณ กันยายน 2566

4.6.2 แพทย์ต่อผลรวมค่าน้ำหนักสัมพัทธ์

ที่ปรับตามค่าวันนอน (Sum AdjRW)

แพทย์ต่อผลรวมค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ที่ปรับตามค่าวันนอน (Adjusted Relative Weight, AdjRW) สังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข พบว่า ในปี พ.ศ. 2561 มีอัตราส่วนของแพทย์ต่อ Sum AdjRW เท่ากับ 384.38 และในปี พ.ศ. 2566 มีอัตราส่วนแพทย์ต่อ Sum AdjRW เพิ่มขึ้นเท่ากับ 463.51

แผนภูมิที่ 11 อัตราส่วนแพทย์ต่อ Sum AdjRW สังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2561 - 2566



ที่มา: 1) ข้อมูล Sum AdjRW กองบริหารการสาธารณสุข ข้อมูล ณ มกราคม 2567
2) ข้อมูลจำนวนแพทย์ กองบริหารทรัพยากรบุคคล ข้อมูล ณ กันยายน 2566

4.6.3 ปัญหาการขาดแคลนแพทย์และพยาบาล

4.6.3.1 ประเด็นปัญหาการขาดแคลนแพทย์ ประกอบด้วย 4 สาเหตุสำคัญ ได้แก่

1) ทำงานหนัก อยู่เวร 100 ชั่วโมงต่อสัปดาห์ : บุคลากรที่ไม่เพียงพอ ทำให้แพทย์ต้องอยู่เวรติดต่อกันนอกเวลาราชการต่อเนื่องถึงในเวลาราชการของอีกวัน เปรียบเทียบคือคนทั่วไปทำงานวันละ 8 ชั่วโมง 5 วัน หรือทำงาน 40 ชั่วโมงต่อสัปดาห์ แต่แพทย์อาจทำงานมากถึง 100 - 120 ชั่วโมงต่อสัปดาห์

2) ค่าตอบแทนต่ำกว่าเอกชน 10 เท่า : กรอบอัตราค่าจ้างการบรรจุแพทย์ในระบบข้าราชการมีเพดานไม่เกินร้อยละ 40 ของงบประมาณด้านบุคลากร ทำให้ไม่สามารถบรรจุแพทย์ทั้งหมดเป็นข้าราชการได้ ต้องจ้างในลักษณะสัญญาจ้างซึ่งค่าตอบแทนของภาครัฐต่ำกว่าภาคเอกชน แพทย์หลายคนจึงเลือกเปิดคลินิกส่วนตัวหรือทำงานที่โรงพยาบาลเอกชนเพื่อคุณภาพชีวิตที่ดีกว่า

3) สวัสดิการ คุณภาพชีวิตแย่ : แพทย์ไม่ได้มีหน้าที่รักษาคนอย่างเดียว แต่อาจต้องทำงานด้านเอกสาร กรอกข้อมูลส่งสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ หรือทำข้อมูลรายงานเพื่อรองรับการตรวจสถานพยาบาลหรือ HA ด้วย รวมถึงการประชุมนอกสถานที่ นอกจากนี้ สำหรับแพทย์จบใหม่ บ้านพักแพทย์ที่เกาหลัดโทรมก็เป็นปัญหาสำคัญที่กระทบต่อคุณภาพชีวิตเมื่อเทียบกับอาชีพอื่น

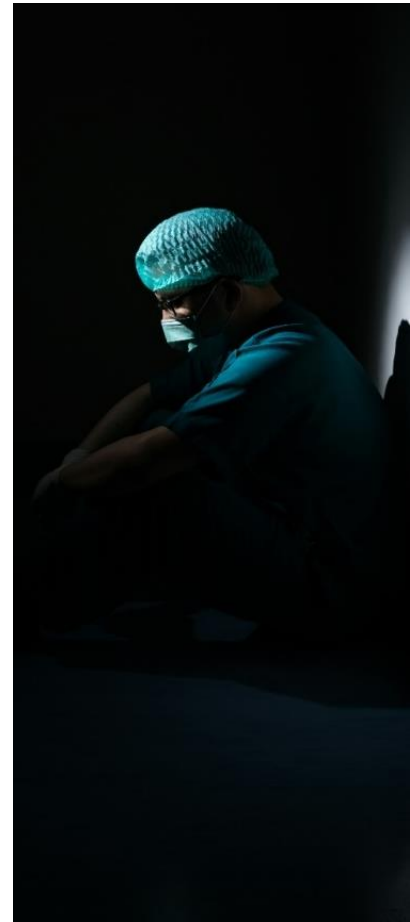
4) วัฒนธรรมองค์กร สิ่งแวดล้อมเชิงลบ : เป็นที่ยอมรับกันว่าวัฒนธรรมองค์กรของแพทย์ค่อนข้างมีชั้นชั้น แพทย์จบใหม่หรือ Intern จะมีพี่เลี้ยงเป็นแพทย์รุ่นพี่หรือ Staff แต่แพทย์รุ่นพี่บางคนมักผลักภาระงานให้แพทย์รุ่นน้อง มีการพูดจาไม่ถนอมน้ำใจ เป็นวัฏจักรที่แพทย์รุ่นพี่เองก็เคยเจอเมื่อเคยเป็น Intern มาก่อน จึงกลายเป็นวัฒนธรรมรุ่นพี่กดดันรุ่นน้องสืบต่อกันมา

กระทรวงสาธารณสุข ได้จัดทำแผนการแก้ไขปัญหาเรื่องชั่วโมงการทำงานของแพทย์เพิ่มพูนทักษะอย่างเป็นรูปธรรม จากผลการสำรวจระหว่างวันที่ 15 - 30 พฤศจิกายน พ.ศ. 2565 พบว่า โรงพยาบาลที่แพทย์ปฏิบัติงานนอกเวลาราชการมากกว่า 40 ชั่วโมงต่อสัปดาห์ มีจำนวน 65 แห่ง จาก 117 แห่งที่เป็นสถาบันฝึกเพิ่มพูนทักษะ คิดเป็นร้อยละ 55.56 โดยเป็นโรงพยาบาลขนาด A (โรงพยาบาลศูนย์) จำนวน 21 แห่ง โรงพยาบาลขนาด S (โรงพยาบาลทั่วไปขนาดใหญ่) จำนวน 15 แห่ง และโรงพยาบาลขนาด M1 (โรงพยาบาลทั่วไปขนาดเล็ก) จำนวน 29 แห่ง รวมทั้งสิ้น 65 แห่ง

ตารางที่ 19 แผนการแก้ไขปัญหาเรื่องชั่วโมงการทำงานของแพทย์เพิ่มพูนทักษะอย่างเป็นรูปธรรม

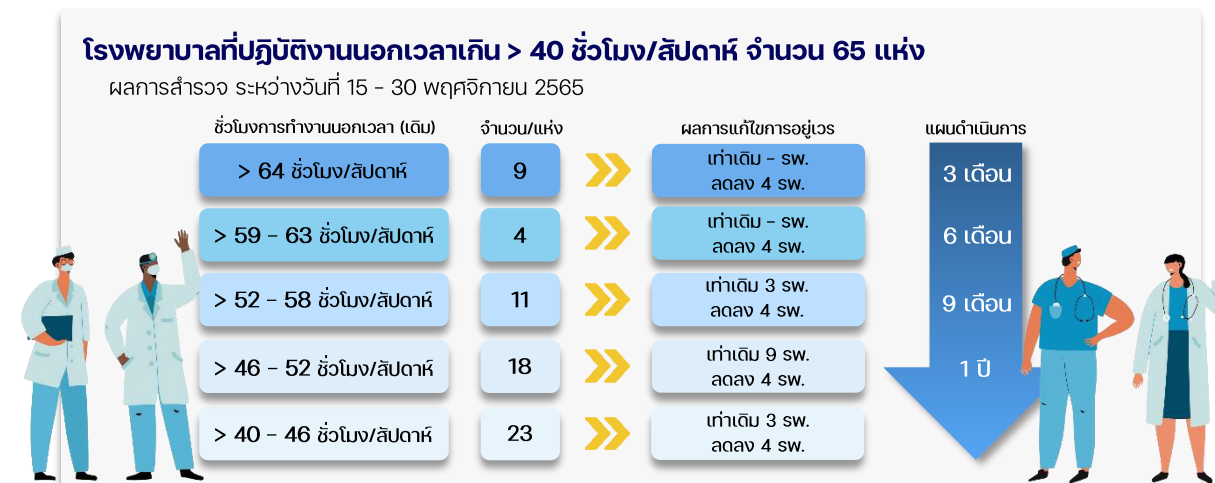
ชั่วโมงการทำงาน นอกเวลาราชการ	เขตสุขภาพ												รวม	เป้าหมาย > 40 - 46 hr/wk
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12		
> 40 - 46 hr/wk	6	2		2	3	2	1	1	1		2	3	23	
> 46 - 52 hr/wk	1			1	2	4	2	1	4		1	2	18	ภายใน 1 ปี
> 52 - 58 hr/wk		2	1	1	1	2			1		1	2	11	ภายใน 9 เดือน
> 59 - 63 hr/wk		1				1			1		1		4	ภายใน 6 เดือน
> 64 hr/wk			1		1	2		1		1	2	1	9	ภายใน 3 เดือน
รวม	7	5	2	4	7	11	3	3	7	1	7	8	65	

ที่มา: สำนักงานบริหารโครงการร่วมผลิตแพทย์เพิ่มเพื่อชาวชนบท (สบพช.)



โดยได้กำหนดเป้าหมายให้เหลือชั่วโมงการทำงานนอกเวลาราชการมากกว่า 40 - 46 ชั่วโมงต่อสัปดาห์ ผลการดำเนินงานแก้ไขชั่วโมงการอยู่เวร ดังนี้

ภาพที่ 5 ผลการดำเนินงานแก้ไขปัญหาชั่วโมงการทำงานในโรงพยาบาลที่ปฏิบัติงานนอกเวลาราชการมากกว่า 40 ชั่วโมงต่อสัปดาห์ จำนวน 65 แห่ง



ที่มา: ข้อมูลสถานการณ์กำลังคนด้านสาธารณสุข ข้อมูล ณ วันที่ 6 มิถุนายน พ.ศ. 2566

4.6.3.2 ประเด็นปัญหาการขาดแคลนพยาบาล ประกอบด้วย 4 สาเหตุสำคัญ ได้แก่

1) การขาดกำลังคนทางการพยาบาล : ข้อมูลจากกองบริหารทรัพยากรบุคคล สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ณ วันที่ 1 เมษายน พ.ศ. 2567 พบว่า มีบุคลากรพยาบาลวิชาชีพและพยาบาลเทคนิค (RN/TN) จำนวน 109,942 อัตรา คิดเป็นร้อยละ 64 ของกรอบอัตรากำลังที่ควรมี (100% FTE) เท่ากับ 172,457 อัตรา ยังขาดอัตรากำลัง 62,515 อัตรา สัดส่วนพยาบาลวิชาชีพต่อประชากรในประเทศไทย 1 : 343 ซึ่งสูงกว่าสัดส่วนพยาบาลวิชาชีพต่อประชากรที่องค์การอนามัยโลกกำหนด (1 : 270) ยิ่งไปกว่านั้น สภาวะการพยาบาลระหว่างประเทศเสนออัตราส่วนพยาบาลต่อประชากรควรเป็น 70 : 10,000

2) ภาระงานหนัก : พยาบาลวิชาชีพต้องปฏิบัติงานมากกว่าจำนวนชั่วโมงการทำงานปกติ รวมถึงต้องทำงานทดแทนพยาบาลที่ลาป่วย ลาคลอด และลาศึกษาต่อ ส่งผลให้จำนวนเวรหรือจำนวนชั่วโมงการทำงานในหนึ่งสัปดาห์สูงเกินกว่ามาตรฐานความปลอดภัยในการทำงานที่สภาการพยาบาลกำหนดไว้ 48 ชั่วโมงต่อสัปดาห์ และยิ่งสูงกว่าชั่วโมงการทำงานที่เหมาะสมในกระทรวงสาธารณสุข กองการพยาบาลได้ทำการศึกษาในปี พ.ศ. 2562 โดยกำหนดเป็นตัวชี้วัดชั่วโมงการทำงาน 60 ชั่วโมงต่อสัปดาห์ และจากข้อมูลปี พ.ศ. 2565 พบว่า มากกว่าครึ่งหนึ่งของโรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข พยาบาลวิชาชีพต้องปฏิบัติงานมากกว่า 60 ชั่วโมงต่อสัปดาห์

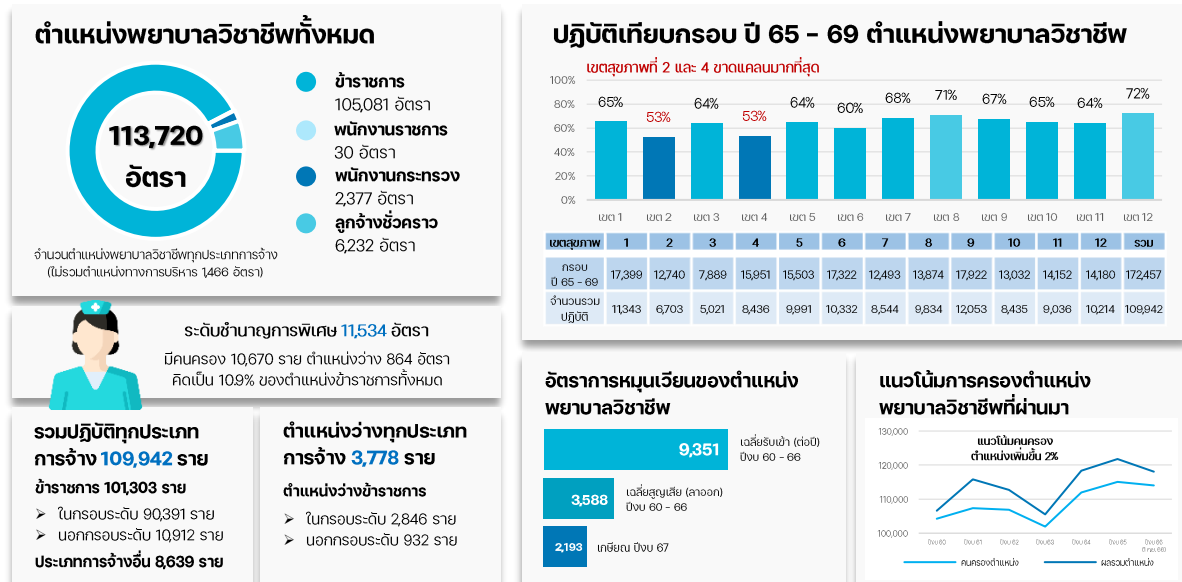
3) วิกฤตการสูญเสียกำลังคน : มีการสูญเสียพยาบาลวิชาชีพปีละประมาณ 3,000 คน โดยเป็นการเกษียณอายุราชการ ประมาณ 2,000 - 2,500 คนต่อปี และการลาออกประมาณ 800 - 1,000 คนต่อปี อัตราการบรรจทดแทนขาดช่วงหรือบรรจทดแทนได้ล่าช้า

4) ปัญหาการผลิตบุคลากรไม่สามารถชดเชยกับอัตรากำลังที่ขาดแคลนได้

4.1) เนื่องจากสามารถผลิตพยาบาลได้สูงสุดปีละ 12,000 คน (จากสถาบันการผลิต 104 แห่งทั่วประเทศ) ซึ่งไม่เพียงพอ

4.2) อาจารย์พยาบาลขาดแคลน เนื่องจากการเกษียณอายุราชการและการลาออก ทำให้เกณฑ์อาจารย์ไม่เป็นไปตามมาตรฐาน 1 : 6.9 และวุฒิการศึกษาขั้นต่ำต้องอยู่ระดับปริญญาโทหรือจบปริญญาตรี และต้องมีผลงานทางวิชาการ ทำให้คนเข้าสู่การเป็นอาจารย์ได้น้อย

แผนภูมิที่ 12 สถานการณ์กำลังคน สายงานพยาบาลวิชาชีพเทียบรอบอัตรากำลัง



ที่มา: กองการพยาบาล สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ข้อมูล ณ วันที่ 1 เมษายน พ.ศ. 2567

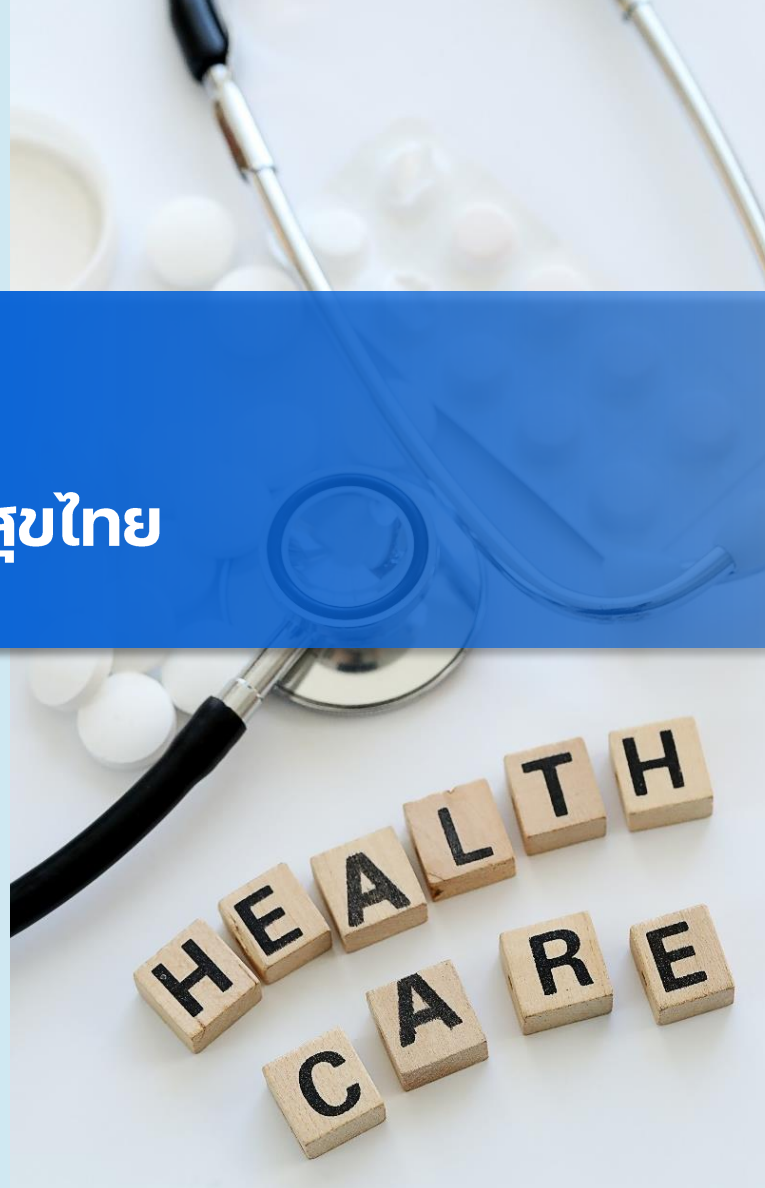
โดยมีข้อเสนอแนะที่เกี่ยวข้อง เพื่อเพิ่มการผลิตพยาบาลวิชาชีพจาก 12,000 คนต่อปี เป็น 15,000 คนต่อปี (ผลิตเพิ่ม 3,000 คนต่อปี) ดังนี้

- 1) เพิ่มการผลิตพยาบาลศาสตรบัณฑิตสำหรับผู้จบปริญญาตรีสาขาอื่นเข้าศึกษาต่อ 2.5 ปี ขึ้นไป
- 2) เพิ่มจำนวนอาจารย์พยาบาลโดยจ้างพยาบาลผู้เกษียณที่มีคุณสมบัติเป็นอาจารย์ ให้ทำงานต่อในภาคการศึกษาหรือภาควิชาการของโรงพยาบาล
- 3) สนับสนุนการเปิดสถาบันร่วมผลิตพยาบาลศาสตรบัณฑิตในโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขที่มีศักยภาพ โดยอาจเริ่มในโรงพยาบาลที่มีศูนย์แพทยศาสตรศึกษา
- 4) เพิ่มการผลิตผู้ช่วยพยาบาล (PN) ปีละ 1,000 คนในช่วง 3 ปีแรก

บทที่ 2

ทิศทางระบบสาธารณสุขไทย

การวางยุทธศาสตร์ครั้งนี้ เป็นการวางยุทธศาสตร์กำลังคนบนภารกิจบริการด้านสาธารณสุข ตอบสนองต่อสภาวะสุขภาพคนไทยในปัจจุบันและตอบโจทย์ทิศทางการพัฒนาประเทศในอนาคต จึงต้องคำนึงถึงยุทธศาสตร์นโยบาย และแผนที่เกี่ยวข้อง ตลอดจนการคาดการณ์อนาคตเชิงยุทธศาสตร์ (Strategic Foresight) ภายใต้แนวโน้มและสถานการณ์การเปลี่ยนแปลงที่จะเกิดขึ้น เพื่อเป็นทิศทางในการปฏิรูปและพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพรองรับภารกิจบริการด้านสาธารณสุขในอนาคต



1. ยุทธศาสตร์ นโยบาย และแผนที่เกี่ยวข้อง

1.1 ยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี (พ.ศ. 2561 - 2580)

ในราชกิจจานุเบกษา เล่ม 135 ตอนที่ 82 ก วันที่ 13 ตุลาคม 2561 ได้กำหนดวิสัยทัศน์ประเทศไทย “ประเทศไทยมีความมั่นคง มั่งคั่ง ยั่งยืน เป็นประเทศพัฒนาแล้ว ด้วยการพัฒนาตามหลักปรัชญาของเศรษฐกิจพอเพียง” หรือเป็นคติพจน์ประจำชาติว่า “มั่นคง มั่งคั่ง ยั่งยืน” เพื่อสนองตอบต่อผลประโยชน์แห่งชาติ อันได้แก่ การมีเอกราช อธิปไตย การดำรงอยู่อย่างมั่นคง และยั่งยืนของสถาบันหลักของชาติและประชาชนจากภัยคุกคามทุกรูปแบบ การอยู่ร่วมกันในชาติอย่างสันติสุข เป็นปึกแผ่น มีความมั่นคงทางสังคมท่ามกลางพหุสังคมและการมีเกียรติและศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ ความเจริญเติบโตของชาติ ความเป็นธรรมและความอยู่ดีมีสุขของประชาชน ความยั่งยืนของฐานทรัพยากรธรรมชาติสิ่งแวดล้อม ความมั่นคงทางพลังงานและอาหาร ความสามารถในการรักษาผลประโยชน์ของชาติภายใต้การเปลี่ยนแปลงของสภาวะแวดล้อมระหว่างประเทศ และการอยู่ร่วมกันอย่างสันติประสานสอดคล้องกันด้านความมั่นคงในประชาคมอาเซียนและประชาคมโลกอย่างมีเกียรติและศักดิ์ศรี โดยเป้าหมายการพัฒนาประเทศคือ “ประเทศชาติมั่นคง ประชาชนมีความสุข เศรษฐกิจพัฒนาอย่างต่อเนื่อง สังคมเป็นธรรม ฐานทรัพยากรธรรมชาติยั่งยืน” ประกอบด้วย 6 ยุทธศาสตร์ ได้แก่

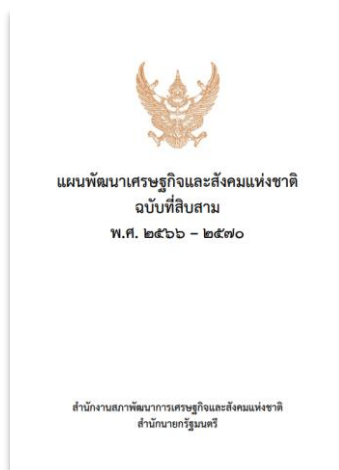


- 1) ยุทธศาสตร์ชาติด้านความมั่นคง
- 2) ยุทธศาสตร์ชาติด้านการสร้างความสามารถในการแข่งขัน
- 3) ยุทธศาสตร์ชาติด้านการพัฒนาและเสริมสร้างศักยภาพทรัพยากรมนุษย์
- 4) ยุทธศาสตร์ชาติด้านการสร้างโอกาสและความเสมอภาคทางสังคม
- 5) ยุทธศาสตร์ชาติด้านการสร้างการเติบโตบนคุณภาพชีวิตที่เป็นมิตรกับสิ่งแวดล้อม
- 6) ยุทธศาสตร์ชาติด้านการปรับสมดุลและพัฒนาระบบการบริหารจัดการภาครัฐ

(สำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, 2561)

1.2 แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 13 (พ.ศ. 2566 - 2570)

เป้าหมายหลักที่ 2 การพัฒนาคนสำหรับโลกยุคใหม่ และเป้าหมายหลักที่ 3 การมุ่งสู่สังคมแห่งโอกาสและความเป็นธรรม สอดคล้องกับหมุดหมายที่ 12 ไทยมีกำลังคนสมรรถนะสูง มุ่งเรียนรู้อย่างต่อเนื่องตอบโจทย์การพัฒนาแห่งอนาคต โดยมีเป้าหมายระดับหมุดหมาย 3 เป้าหมาย ได้แก่



เป้าหมายที่ 1 คนไทยได้รับการพัฒนาอย่างเต็มศักยภาพในทุกช่วงวัย มีสมรรถนะที่จำเป็นสำหรับโลกยุคใหม่ มีคุณลักษณะตามบรรทัดฐานที่ดีของสังคม จริยธรรม และมีภูมิคุ้มกันต่อการเปลี่ยนแปลงอย่างพลิกโฉมฉบับล้นของโลก สามารถดำรงชีวิตร่วมกันในสังคมได้อย่างมีความสุข

เป้าหมายที่ 2 กำลังคนมีสมรรถนะสูง สอดคล้องกับความต้องการของภาคการผลิตเป้าหมายและสามารถสร้างงานอนาคต

เป้าหมายที่ 3 ประชาชนทุกกลุ่มเข้าถึงการเรียนรู้ตลอดชีวิต

โดยมีการพัฒนา 3 กลยุทธ์ ได้แก่ 1) คนไทยทุกช่วงวัยในทุกมิติทั้งการเรียนรู้ของเด็ก สมรรถนะของแรงงาน และคุณค่าของผู้สูงอายุ 2) พัฒนากำลังคนสมรรถนะสูง เพิ่มกำลังคนที่มีคุณภาพ และสร้างผู้ประกอบการอัจฉริยะ และ 3) ส่งเสริมการเรียนรู้ตลอดชีวิต โดยพัฒนาระบบนิเวศและสร้างทางเลือกในการเข้าถึงการเรียนรู้ (สำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, 2565)

1.3 ยุทธศาสตร์การจัดตั้งเครือข่ายศูนย์ความเป็นเลิศทางการแพทย์ สถาบันทางการแพทย์ และสถาบันการศึกษาต่าง ๆ ในภาพรวมของประเทศ ในระยะยาว (5 - 10 ปี)

ตามมติคณะรักษาความสงบแห่งชาติ เมื่อวันที่ 8 กรกฎาคม พ.ศ. 2557 และมติคณะรัฐมนตรี เมื่อวันที่ 14 ตุลาคม พ.ศ. 2557 ให้กระทรวงสาธารณสุขเป็นเจ้าภาพร่วมกับกระทรวงศึกษาธิการ กระทรวงกลาโหม สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ดำเนินการจัดทำยุทธศาสตร์เกี่ยวกับการจัดตั้งศูนย์ความเป็นเลิศทางการแพทย์ของโรงพยาบาล สถาบันทางการแพทย์ และสถาบันการศึกษาต่าง ๆ ในภาพรวมของประเทศ ในระยะยาว (5 - 10 ปี) ให้มีความชัดเจนเหมาะสม และสอดคล้องกับแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ

กระทรวงสาธารณสุข จึงได้ร่วมประชุมปรึกษาหารือกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เห็นพ้องร่วมกันในการลงนามบันทึกความร่วมมือ (MOU) ระหว่างคณะแพทยศาสตร์กับ 12 เขตสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข โดยระดับ



กระทรวงระหว่างกระทรวงการอุดมศึกษา วิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรม กระทรวงกลาโหม และสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และระดับหน่วยงานระหว่างคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยต่าง ๆ ทั่วประเทศ จำนวน 19 มหาวิทยาลัย กับ 12 เขตสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข ในการร่วมมือด้านระบบบริการ การส่งต่อ การศึกษา และการวิจัย โดยดำเนินการจัดทำยุทธศาสตร์การจัดตั้งเครือข่ายศูนย์ความเป็นเลิศทางการแพทย์ ใน 3 ยุทธศาสตร์หลัก ประกอบด้วย

1) ยุทธศาสตร์ที่ 1 การสร้างความสามารถในการแข่งขันระหว่างประเทศ (Competitive Advantage) เน้นการให้บริการด้วยเทคโนโลยีใหม่ การพัฒนาการศึกษาเฉพาะทาง รวมทั้งการพัฒนางานวิจัยในระดับสากล หรือการสร้างองค์ความรู้ใหม่

2) ยุทธศาสตร์ที่ 2 การสร้างความเข้มแข็งให้กับระบบสุขภาพ (Health Service System Strengthening) เน้นการส่งต่อนอกเขต การพัฒนาเฉพาะประเด็นหรือบางเทคโนโลยีที่สำคัญ การผลิตแพทย์เชี่ยวชาญหรือแพทย์เฉพาะทาง รวมทั้งการพัฒนางานวิจัยในระดับประเทศหรือระดับสากล

3) ยุทธศาสตร์ที่ 3 การลดความเหลื่อมล้ำของการได้รับบริการและสถานพยาบาล (Disparity of Services Rendering) เน้นการพัฒนาด้านพื้นฐานในเขตสุขภาพ 5 สาขาหลัก ประกอบด้วย สาขาหัวใจและหลอดเลือด สาขามะเร็ง สาขากายวิภาคศาสตร์และการแพทย์ฉุกเฉิน สาขาทารกแรกเกิด และสาขาการปลูกถ่ายอวัยวะ การฝึกอบรมหลักสูตรพื้นฐานในเขตสุขภาพ รวมทั้งการสนับสนุนให้เขตสุขภาพมีศักยภาพรองรับการให้บริการประชาชนได้อย่างมีประสิทธิภาพ (กระทรวงสาธารณสุข, 2563)

ตารางที่ 20 กรอบยุทธศาสตร์การจัดตั้งเครือข่ายศูนย์ความเป็นเลิศทางการแพทย์และสถาบันการศึกษาต่าง ๆ ในภาพรวมของประเทศ ในระยะยาว (5 - 10 ปี)

ยุทธศาสตร์	หน่วยบริการ	Service	Academic	Research
การสร้างความสามารถในการแข่งขันระหว่างประเทศ (Competitive advantage)	มหาวิทยาลัย/กระทรวงสาธารณสุข (กรม/สอ.)	แนวโน้มของการให้บริการด้วยเทคโนโลยีใหม่ (New technology)	เฉพาะทาง (Sub specialist)	ระดับสากล/องค์ความรู้ใหม่ (Worldwide/New knowledge)
การสร้างความเข้มแข็งให้กับระบบสุขภาพ (Service system strengthening)	กระทรวงสาธารณสุข/นอกกระทรวงสาธารณสุข/มหาวิทยาลัย	การส่งต่อนอกเขต Refer Out (capacity/ability) แนวโน้มของการพัฒนาเฉพาะประเด็นหรือเทคโนโลยี (Trend: issue/technology)	ผลิตแพทย์เชี่ยวชาญ/เฉพาะทาง (Specialist/Sub specialist)	ระดับประเทศ/ระดับสากล (National/Worldwide)
การลดความเหลื่อมล้ำของการได้รับบริการและสถานพยาบาล (Inclusive growth)	กระทรวงสาธารณสุข/มหาวิทยาลัย	พัฒนาด้านพื้นฐานในเขตสุขภาพ 5 สาขาหลัก (Standard)	การฝึกอบรมหลักสูตรพื้นฐานในเขตสุขภาพ (Standard training)	การสนับสนุนเขตสุขภาพเพื่อรองรับการบริการ (Service plan)

ที่มา: มติคณะรัฐมนตรี เมื่อวันที่ 6 ตุลาคม พ.ศ. 2563 เรื่อง ยุทธศาสตร์การจัดตั้งเครือข่ายศูนย์ความเป็นเลิศทางการแพทย์และสถาบันการศึกษาต่าง ๆ ในภาพรวมของประเทศ ในระยะยาว (5 - 10 ปี) พ.ศ. 2563 - 2570 (Excellence Center)



1.4 ยุทธศาสตร์ของกระทรวงสาธารณสุข

กระทรวงสาธารณสุข ได้กำหนดกรอบและทิศทางการทำงานของกระทรวงสาธารณสุขในอนาคต โดยมีวิสัยทัศน์ คือ “เป็นองค์กรหลักด้านสุขภาพที่รวมพลังสังคมเพื่อประชาชนสุขภาพดี” มุ่งเน้นการบูรณาการทุกภาคส่วนและประชากรรัฐในการดูแลประชาชนให้มีสุขภาพดี มีเป้าหมาย คือ “ประชาชนสุขภาพดี เจ้าหน้าที่มีความสุข ระบบสุขภาพยั่งยืน” โดยกำหนดยุทธศาสตร์ กระบวนการดำเนินงาน ค่าเป้าหมาย ตัวชี้วัด รายละเอียดตามเป้าหมายหลัก รวมทั้งแผนงาน/โครงการ เป็น 4 ระยะ ระยะละ 5 ปี ซึ่งมีจุดเน้นแต่ละระยะ คือ ระยะที่ 1 (พ.ศ. 2560 - 2564) ปฏิรูประบบ ระยะที่ 2 (พ.ศ. 2565 - 2569) สร้างความเข้มแข็ง ระยะที่ 3 (พ.ศ. 2570 - 2574)

สู่ความยั่งยืน และระยะที่ 4 (พ.ศ. 2575 - 2579) เป็น 1 ใน 3 ของเอเชีย โดยมียุทธศาสตร์ความเป็นเลิศ 4 ด้าน ได้แก่ ยุทธศาสตร์ที่ 1 ส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ (Promotion, Prevention & Protection Excellence) ยุทธศาสตร์ที่ 2 บริการเป็นเลิศ (Service Excellence) ยุทธศาสตร์ที่ 3 บุคลากรเป็นเลิศ (People Excellence) และยุทธศาสตร์ที่ 4 บริหารเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล (Governance Excellence)

1.5 นโยบายรัฐบาล

1.5.1 พัฒนาประเทศไทยให้เป็นศูนย์กลางเมืองแห่งอุตสาหกรรมระดับโลก ขับเคลื่อนเศรษฐกิจไทยสู่อนาคตที่ยั่งยืน

มุ่งเป้าพัฒนาประเทศไทยให้เป็นศูนย์กลางเมืองแห่งอุตสาหกรรมระดับโลก ขับเคลื่อนเศรษฐกิจไทยสู่อนาคตที่ยั่งยืน ในวิสัยทัศน์ที่ 2 ศูนย์กลางด้านการแพทย์และสุขภาพ (Wellness & Medical Hub) รัฐบาลจะผลักดันอุตสาหกรรมสาธารณสุขให้เป็นศูนย์กลางสุขภาพครบวงจรของโลก ด้วยระบบการรักษาพยาบาลของไทยที่มีชื่อเสียงระดับโลก ทั้งศาสตร์การดูแลสุขภาพแผนไทยที่มีชื่อเสียง บุคลากรมีคุณภาพและ Service Mind ดูแลครอบคลุมตั้งแต่เกิดจนถึงวัยชรา สามารถรักษาได้ทุกโรค มีค่าใช้จ่ายที่สมเหตุสมผล จนกลายเป็นจุดหมายดึงดูดให้นักท่องเที่ยวเดินทางมาเมืองไทยเป็นจำนวนมาก และเพื่อส่งเสริมให้ประเทศไทยเป็นศูนย์กลางสุขภาพครบวงจรระดับโลก ด้วยระบบการรักษาพยาบาลที่มีคุณภาพ สามารถเข้าถึงได้อย่างทั่วถึงและเป็นธรรม มีการใช้เทคโนโลยีสนับสนุนการให้บริการรูปแบบใหม่ที่ครอบคลุมทั่วประเทศ กำลังคนด้านสุขภาพและบริการสาธารณสุขเพียงพอต่อความต้องการของประชาชน บุคลากรมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น รวมถึงผลักดันศาสตร์การดูแลสุขภาพแผนไทยเพื่อเพิ่มขีดความสามารถในการแข่งขันทางเศรษฐกิจของประเทศ สร้างความมั่นคงทางสุขภาพอย่างยั่งยืน

1.5.2 ยุทธศาสตร์ 30 บาทรักษาทุกที่

นับตั้งแต่ปี พ.ศ. 2544 รัฐบาลในขณะนั้นได้ก่อตั้ง "โครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า 30 บาท รักษาทุกโรค" หรือ "โครงการบัตรทอง" และสานต่อนโยบายนี้มาอย่างต่อเนื่อง รัฐบาลภายใต้การนำของนายกรัฐมนตรีแพทองธาร ชินวัตร ได้แถลงนโยบายต่อรัฐสภา เมื่อวันที่ 12 กันยายน พ.ศ. 2567 ในการยกระดับระบบสาธารณสุขให้ดียิ่งกว่าเดิม โดยต่อยอดการยกระดับระบบสาธารณสุขไทย จาก "30 บาท รักษาทุกโรค" เป็น "30 บาทรักษาทุกที่" ผ่านการเชื่อมโยงข้อมูลสุขภาพในระบบบริการสาธารณสุข ขยายเครือข่ายการบริการระดับปฐมภูมิ พัฒนาระบบการแพทย์ทางไกล เพื่อให้คนไทยเข้าถึงระบบบริการสุขภาพที่มีคุณภาพตามมาตรฐานสากล ลดเวลาและค่าใช้จ่าย สามารถรองรับความต้องการใหม่ ๆ จากสถานการณ์สังคมสูงวัย และใช้ศักยภาพของเครือข่ายสาธารณสุขในการส่งเสริม ป้องกัน และควบคุมโรคไม่ติดต่อ



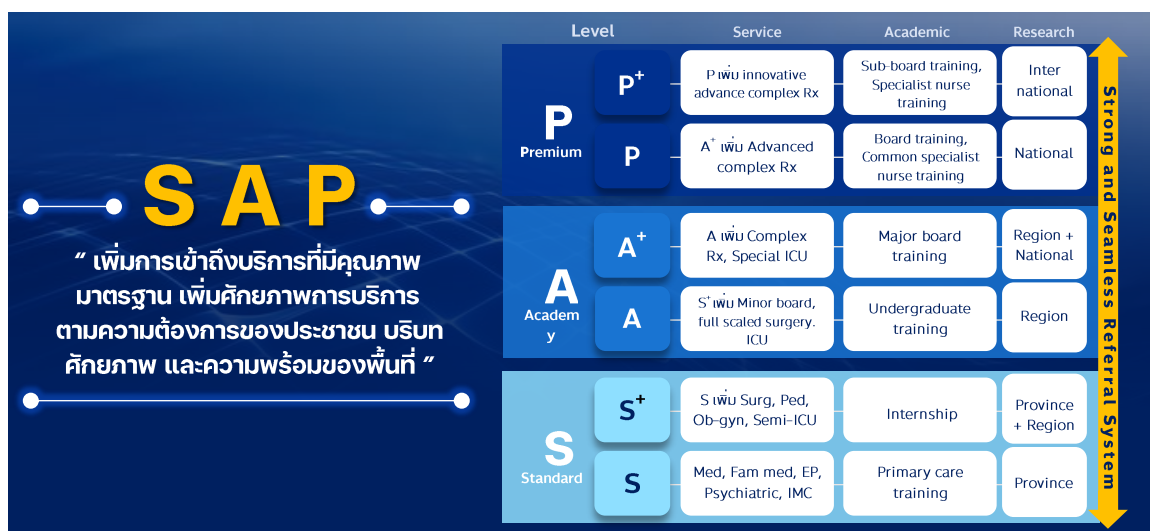
1.6 นโยบายการยกระดับศักยภาพระบบบริการสุขภาพ (SAP) กระทรวงสาธารณสุข

เมื่อมองไปในฉากทัศน์อนาคตที่พึงปรารถนาจะเป็นการปรับกระบวนการนำประชาชนมาเป็นศูนย์กลางในการให้บริการสุขภาพ กระจายอำนาจสู่พื้นที่ เปิดโอกาสให้ภาคส่วนอื่นทั้งเอกชนและประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมในระบบสาธารณสุข ปรับเปลี่ยนจากการให้ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการสาธารณสุขมาเป็นการทำให้บริการสาธารณสุขเข้าถึงประชาชน นำจุดแข็งด้านสุขภาพของประเทศพัฒนาไปสู่เศรษฐกิจสุขภาพ สร้างความเชื่อมโยงในห่วงโซ่คุณค่าสินค้าและบริการสุขภาพ กลายเป็นเครื่องยนต์เศรษฐกิจใหม่ของประเทศ

สร้างความเป็นเลิศจนยกระดับเป็นศูนย์กลางทางการแพทย์และด้านการวิจัยและพัฒนาชั้นเลิศของภูมิภาค ตลอดจนสามารถพัฒนาเทคโนโลยีและนวัตกรรมทางการแพทย์ขึ้นมาใช้ได้ในประเทศ ลดการพึ่งพาเทคโนโลยีจากต่างประเทศและมีความมั่นคงด้านสุขภาพอย่างแท้จริง ดังนั้นการวางยุทธศาสตร์กำลังคน สาธารณสุขของประเทศไทยจึงต้องตอบโจทย์ทั้งด้านเศรษฐกิจและสังคมของประเทศไทย

กระทรวงสาธารณสุข โดยนายแพทย์โอภาส การย์กวินพงศ์ ปลัดกระทรวงสาธารณสุข ได้มีนโยบาย ทศวรรษแห่งการยกระดับระบบบริการสาธารณสุขไทยเป็น “โรงพยาบาลของประชาชน” โดยการยกระดับ ศักยภาพระบบบริการสุขภาพ (SAP) เพื่อเพิ่มการเข้าถึงบริการที่มีคุณภาพมาตรฐาน เพิ่มศักยภาพการบริการ ให้เป็นไปตามมาตรฐาน รวมถึงการจัดบริการให้เป็นไปตามความต้องการของประชาชน บริบท ศักยภาพ และความพร้อมของพื้นที่ สามารถตอบสนองแนวโน้มความเปลี่ยนแปลงของสังคมและประชากร และเทคโนโลยี ต่าง ๆ รวมทั้งเทคโนโลยีทางการแพทย์ ตลอดจนความต้องการด้านสุขภาพของประเทศได้ ซึ่งการยกระดับ ศักยภาพระบบบริการ มุ่งให้เกิดการกระจายกำลังคนและบริการสาธารณสุขให้ประชาชนเข้าถึงมากขึ้น

การยกระดับโรงพยาบาลชุมชนให้มีแพทย์ 4 สาขาหลัก ได้แก่ อายุรแพทย์ กุมารแพทย์ สูตินรีแพทย์ และศัลยแพทย์ รวมถึงสาขาที่จำเป็น เช่น วิสัญญี เวชศาสตร์ฉุกเฉิน เป็นต้น เพิ่มศักยภาพโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป ด้วยการเพิ่มบริการที่ยากและซับซ้อน 6 กลุ่มโรค ได้แก่ โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคหลอดเลือดสมอง ทารกแรกเกิด โรคมะเร็ง อุบัติเหตุและฉุกเฉิน และการปลูกถ่ายอวัยวะ และเพิ่มขีดความสามารถ เฉพาะทาง : ผ่าตัดหัวใจแบบเปิด ฉายแสง ปลูกถ่ายไต เพิ่มขีดความสามารถโรงพยาบาลเรือธงระดับเขตสุขภาพ เทียบชั้นระดับนานาชาติ และโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย เพิ่มประสิทธิภาพการบริการประชาชนแก้ปัญหาสุขภาพ ตามบริบทพื้นที่ (Mortality & Pain point) โดยแบ่งเป็น 3 ระดับ ได้แก่ โรงพยาบาลชุมชน (Standard Hospital : S) โรงพยาบาลทั่วไป (Academy Hospital : A) และโรงพยาบาลศูนย์ (Premium Hospital : P) ภาพที่ 6 การยกระดับศักยภาพระบบบริการสุขภาพ (SAP) กระทรวงสาธารณสุข



1.7 เป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน (Sustainable Development Goals หรือ SDGs)

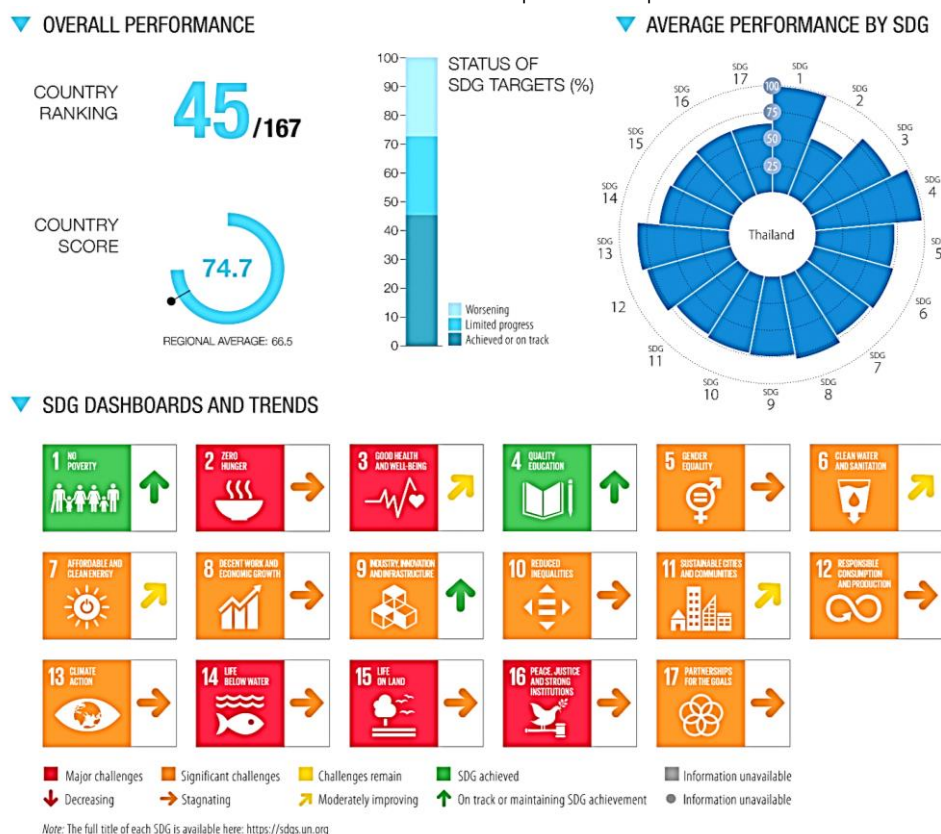
ภายใต้เป้าหมายที่ 3 สร้างหลักประกันการมีสุขภาพะที่ดี และส่งเสริม ความเป็นอยู่ที่ดีสำหรับทุกคนในทุกช่วงวัย (Good Health and Well-being) ตามมติที่ประชุมคณะกรรมการเพื่อการพัฒนาที่ยั่งยืน (กยพ.) ครั้งที่ 1/2562 เมื่อวันที่ 19 ธันวาคม พ.ศ. 2562 เห็นชอบหลักการร่างแผนการขับเคลื่อน เป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืนสำหรับประเทศไทย (Thailand’s SDG Roadmap) ที่ครอบคลุมการดำเนินการหลักใน 6 ด้าน ประกอบด้วย



- 1) การสร้างความตระหนักรู้ โดยให้ทุกภาคส่วนมีความรู้ความเข้าใจในเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน ซึ่งดำเนินการทั้งในระดับประเทศและระดับท้องถิ่น เพื่อให้ทุกภาคส่วนมีส่วนร่วมขับเคลื่อนประเทศสู่ความยั่งยืน
- 2) การเชื่อมโยงเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืนกับแผน 3 ระดับของประเทศ โดยขับเคลื่อนการพัฒนาประเทศตามกรอบยุทธศาสตร์และแผนระดับอื่น ๆ สอดคล้องกับเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน สร้างประเทศให้มั่นคง โดยไม่ทิ้งใครไว้ข้างหลัง
- 3) กลไกการขับเคลื่อนการพัฒนาที่ยั่งยืน โดยมีคณะกรรมการเพื่อการพัฒนาที่ยั่งยืนเป็นกลไกสนับสนุนการขับเคลื่อนในระดับนโยบาย รวมถึงมีหน่วยงานภาครัฐบูรณาการร่วมกับทุกภาคส่วนเพื่อนำไปสู่การปฏิบัติที่เป็นรูปธรรม
- 4) การดำเนินงานเพื่อบรรลุเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน ดำเนินงานโดยยึดหลักความสัมพันธ์เชิงเหตุและผลเพื่อจัดทำแผนงาน/โครงการที่สำคัญต่อการบรรลุเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน และยุทธศาสตร์ชาติ รวมทั้งขยายผลสู่การขับเคลื่อนเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืนในระดับพื้นที่ (SDG Localization)
- 5) ภาศิการพัฒนา โดยการสนับสนุนความร่วมมือกับทุกภาคส่วนทั้งในประเทศและภาศิการพัฒนาระหว่างประเทศ เพื่อร่วมขับเคลื่อนประเทศไทยให้บรรลุเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน
- 6) การติดตามประเมินผลการขับเคลื่อนเป้าหมายที่ยั่งยืน โดยการติดตามและประเมินผลการขับเคลื่อนเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืนด้วยระบบฐานข้อมูลกลาง ที่มีการรายงานความก้าวหน้าจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้องอย่างสม่ำเสมอ (สำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, 2565)

จากรายงาน Sustainable Development Report 2024 (SDG Index) พบว่า ประเทศไทยอยู่อันดับที่ 45 (74.7 คะแนน) จาก 167 ประเทศ ลดลงจากปีที่แล้ว 2 อันดับ เมื่อเปรียบเทียบกับระดับทวีปพบว่า ประเทศไทยอยู่อันดับที่ 3 ของเอเชีย รองจากประเทศญี่ปุ่น (อันดับที่ 18, 79.9 คะแนน) และเกาหลีใต้ (อันดับที่ 33, 77.3 คะแนน) และเป็นอันดับที่ 1 ของภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ (ค่าเฉลี่ยอยู่ที่ 66.5 คะแนน) รองลงมาคือประเทศเวียดนาม สิงคโปร์ และอินโดนีเซีย ตามลำดับ

ภาพที่ 7 รายงานการพัฒนาที่ยั่งยืน (Sustainable Development Report) ประเทศไทย ประจำปี พ.ศ. 2567



ที่มา: Sustainable Development Solutions Network (SDSN)

2. ภาพอนาคตระบบสาธารณสุขไทย

จากการทบทวนวรรณกรรมและข้อมูลที่เกี่ยวข้อง กระทรวงสาธารณสุขร่วมกับสถาบันอนาคตไทยศึกษา ได้ศึกษาคาดการณ์รูปแบบระบบสาธารณสุขของประเทศไทยด้วยเครื่องมืออนาคตเชิงนโยบาย Foresight ที่ฉายภาพอนาคต โดยการมีส่วนร่วมกับหน่วยงานทั้งภาครัฐและภาคเอกชน รวมถึงผู้ทรงคุณวุฒิที่เกี่ยวข้อง สะท้อนภาพอนาคตระบบสาธารณสุขในอีก 10 ปีข้างหน้า โดยสรุปออกมาเป็น 2 ฉากทัศน์หลัก ได้แก่ ฉากทัศน์ที่ 1 ภาพอนาคตกรณีดำเนินไปตามแนวโน้มปกติ (Business as Usual Scenario) มีแนวโน้มที่ระบบสาธารณสุขจะรองรับความต้องการบริการที่เพิ่มขึ้นในอนาคตได้ลำบาก ภายใต้ข้อจำกัดด้านงบประมาณ บุคลากร และกฎระเบียบ เกิดความเหลื่อมล้ำด้านสุขภาพที่มากขึ้นในประเทศ และฉากทัศน์ที่ 2 ภาพอนาคตที่พึงปรารถนาของระบบสาธารณสุขไทย (Preferred Future Scenario) ซึ่งมีเป้าหมาย คือ “ปรับระบบบริการสุขภาพให้ประชาชนเป็นศูนย์กลาง” (New Service Delivery Model) ประกอบด้วย 7 ประเด็นสำคัญ ดังนี้



New Service Delivery Model : ปรับระบบบริการสุขภาพให้ประชาชนเป็นศูนย์กลาง



1) คนไทยสุขภาพดีมีความรอบรู้ด้านสุขภาพ ใช้เทคโนโลยีและนวัตกรรมร่วมดูแลสุขภาพของตนเอง

กระบวนทัศน์ทางความคิดด้านสาธารณสุขได้ปรับเปลี่ยนสู่การให้ความสำคัญกับประชาชนหรือผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง (People Centric หรือ Patient-Centric Healthcare) ระบบสาธารณสุขใกล้ชิดกับประชาชนผ่านเทคโนโลยีและการจัดการรูปแบบใหม่ ผู้จัดบริการสุขภาพทำงานแบบบูรณาการกันสร้างสุขภาพที่ดีให้กับประชาชนตอบโจทย์สุขภาพรายบุคคล (Personalization) ในบริบทที่เหมาะสมกับแต่ละพื้นที่ ประชาชนตื่นตัวและมีบทบาทในการดูแลสุขภาพของตนเองและครอบครัวมากขึ้น โดยได้รับความรู้ด้านสุขภาพจากแหล่งที่น่าเชื่อถือ มีความรอบรู้ด้านสุขภาพและด้านดิจิทัลที่ดี รวมถึงความจริงจังของภาครัฐในการสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ สามารถใช้เทคโนโลยีและนวัตกรรมเพื่อดูแลป้องกันรักษาสุขภาพของตนเอง นอกจากนี้ระบบสุขภาพที่ดีควรครอบคลุมถึงสิ่งแวดล้อมและระบบต่าง ๆ ทั้งเศรษฐกิจและสังคม ในอนาคตประชาชนสามารถเข้าถึงอาหารที่ปลอดภัยปราศจากสารเคมี อาศัยอยู่ในสิ่งแวดล้อมที่ดี ปราศจากมลภาวะ ความเสี่ยงจากอุบัติเหตุ ยาเสพติด และอาชญากรรมลดน้อยลง ซึ่งเกิดจากนโยบายสาธารณะและการส่งเสริมกันของนโยบาย

ที่ให้ความสำคัญกับมิติสุขภาพของประชาชนเป็นแกนกลาง ประชาชนก้าวเข้ามาเป็นเจ้าของสุขภาพของตนเอง โดยเริ่มต้นตั้งแต่ครอบครัวให้ความสำคัญกับสุขภาพที่ดี พัฒนาสู่ชุมชนสุขภาพดี สถานที่ทำงานให้ความสำคัญกับสุขภาพของพนักงาน ไปจนถึงการสร้างเมืองที่เน้นสุขภาพที่ดี

2) ปรับตัวสู่ Value-Based Health Care แบบบูรณาการ

การให้บริการสุขภาพเน้นคุณค่าเป็นหลัก (Value-Based Health Care) โดยเน้นการเลือกใช้ทรัพยากรในการดูแลรักษาที่เหมาะสมและสร้างคุณค่าสูงสุด ปรับจากการจัดบริการตามความเชี่ยวชาญของผู้ให้บริการ (Healthcare Provider Centric) ไปสู่การจัดบริการตามปัญหาของผู้ป่วย (Patient Centric) โดยทุกวิชาชีพที่เกี่ยวข้องจะร่วมกันให้บริการสุขภาพ และรับผิดชอบต่อกันผู้ป่วยร่วมกัน (Joint Accountability) ผู้ป่วยสามารถรักษาที่โรงพยาบาลที่มีความเชี่ยวชาญแล้วพักฟื้นอีกโรงพยาบาล หรือติดตามการรักษาที่สถานพยาบาลใกล้บ้าน มีระบบเทคโนโลยีสารสนเทศทางการแพทย์ที่รวบรวมและเชื่อมโยงข้อมูลประวัติผู้ป่วย และข้อมูลที่เกี่ยวข้อง สามารถจัดบริการระหว่างผู้ให้บริการสุขภาพเกิดระบบบริการที่ไร้รอยต่อ ไม่ล่าช้า ในการส่งต่อระหว่างจุดบริการและไม่เกิดความซ้ำซ้อน การให้บริการสุขภาพแบบเน้นคุณค่าให้ความสำคัญกับการวัดผลลัพธ์ด้านสุขภาพและต้นทุนรวมของการจัดบริการสำหรับผู้ป่วยแต่ละคน มีการออกแบบระบบการจ่ายเงินแบบใหม่ (Value-Based Health Care Financing) สำหรับวงจรการดูแลรักษาผู้ป่วยที่เหมาะสมกับบริบทประเทศไทยในอนาคตจะมีการปรับโมเดลสู่การดูแลรักษาตลอดช่วงชีวิต ครอบคลุมการใช้บริการสุขภาพทางไกล (Telemedicine) และเภสัชกรรมทางไกล (Telepharmacy) มีระบบการดูแลให้คำปรึกษาผู้ป่วยที่บ้าน มีบริการสุขภาพที่ชุมชน (Community Care) ผู้ป่วยไม่จำเป็นต้องเดินทางไปโรงพยาบาลหรืออยู่โรงพยาบาลนาน สามารถกลับมาดูแลตนเองได้ที่บ้าน โดยรัฐมีระบบสนับสนุนทางการเงินสำหรับเบิกจ่ายค่าบริการให้ประชาชนและมีกฎระเบียบที่เอื้ออำนวย

3) บูรณาการการทำงานและกระจายอำนาจ เพื่อจัดบริการสอดคล้องกับบริบทเชิงพื้นที่อย่างคุ้มค่า

ระบบสาธารณสุขไทยมีการกระจายอำนาจสู่ท้องถิ่นมากขึ้น (Decentralization) โดยกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) ตามกฎหมาย โดยเฉพาะการถ่ายโอนภารกิจไปยังองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในแต่ละพื้นที่ ระยะแรกผู้บริหารองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมีความรู้ความเข้าใจด้านการบริหารงานสาธารณสุขหรือมีที่ปรึกษาที่มีความเชี่ยวชาญ แต่ละองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมีฝ่ายสาธารณสุข บุคลากรมีความเชี่ยวชาญด้านสาธารณสุขและมีปริมาณเพียงพอ เนื่องจากมีการจูงใจบุคลากรเข้ามาสู่ท้องถิ่น มีเส้นทางความก้าวหน้าทางอาชีพที่ชัดเจน มีกลไกเชื่อมโยงนโยบายระดับชาติด้านสาธารณสุขพร้อมกับระบบการประเมินที่มีประสิทธิภาพ ชุมชนมีส่วนร่วมในการบริหารหน่วยบริการและปรับปรุงการให้บริการประชาชนมีส่วนร่วมในการกำหนดทิศทางการให้บริการสุขภาพของหน่วยงานภายใต้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ขณะที่กระทรวงสาธารณสุขทำหน้าที่เป็นพี่เลี้ยงช่วยให้หน่วยงานท้องถิ่นได้พัฒนาขีดความสามารถและคุณภาพการให้บริการสุขภาพปฐมภูมิ สอดคล้องกับบริบทพื้นที่ มีการแบ่งงานกันอย่างชัดเจน กระทรวงสาธารณสุขปรับบทบาทสู่การกำกับดูแลนโยบายสุขภาพของประเทศเป็นหลัก โดยแต่ละพื้นที่กำหนดเป้าหมายของตนเองให้ตอบโจทย์ด้านสุขภาพของประชาชน รวมถึงส่งเสริมบทบาทภาคเอกชนเข้าร่วมให้บริการด้านสาธารณสุข กระจายงานสาธารณสุข (Outsource) ให้เอกชนดำเนินการเพื่อให้เกิดความทั่วถึงในทุกพื้นที่โดยกระทรวงสาธารณสุขมีบทบาทในการกำกับดูแลมาตรฐานคุณภาพการให้บริการ

4) บุคลากรเพียงพอและมีคุณภาพ พร้อมต่อการเปลี่ยนแปลง บริหารทรัพยากรรูปแบบใหม่

ปริมาณผู้ป่วยที่ลดลงทำให้ภาระงานและชั่วโมงการทำงานของบุคลากรทางการแพทย์ลดลง สามารถให้บริการสุขภาพที่มีคุณภาพสูง มีเวลาเพียงพอสำหรับการดูแลรักษาและให้คำปรึกษาผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดมากยิ่งขึ้น บุคลากรทางการแพทย์มีค่าตอบแทนที่เหมาะสม มีความก้าวหน้าในสายอาชีพ มีคุณภาพ

ชีวิตการทำงานที่ดี สภาวิชาชีพทำงานใกล้ชิดกับหน่วยงานผลิตบุคลากร กระทรวงสาธารณสุข ภาคเอกชน และชุมชน ตลอดจนมีการทำงานร่วมกันระหว่างสภาวิชาชีพมากขึ้น

ในอนาคตนักศึกษามีทางเลือกที่หลากหลาย ไม่จำเป็นต้องเข้าสู่ระบบเป็นข้าราชการ เกิดการจ้างงานรูปแบบใหม่ เช่น การจ้างงานแบบเอกชนผสมรัฐหรือในลักษณะงานอิสระ (Gig Workforce) รวมถึงฟรีแลนซ์ที่มีความยืดหยุ่นในการทำงาน บุคลากรในระบบราชการไม่จำเป็นต้องเป็นข้าราชการทั้งหมดและไม่จำเป็นต้องทำงานที่เดียว สามารถเคลื่อนย้าย ยืมตัว หรือแลกเปลี่ยนบุคลากรชั่วคราว ทำให้การจัดการบุคลากรมีความคล่องตัวสูง โดยเฉพาะในบริการสุขภาพปฐมภูมิที่จะช่วยเพิ่มทีมแพทย์และพยาบาลครอบครัว รวมถึงทีมแพทย์และพยาบาลชุมชนในพื้นที่โดยภาครัฐจัดระบบการจ่ายค่าตอบแทนที่เหมาะสม บุคลากรในอนาคตมีการเรียนรู้ข้ามศาสตร์และผสมผสาน (Hybrid) มากยิ่งขึ้น ทำให้เกิดอาชีพใหม่ ในขณะที่การผลิตบุคลากรทางการแพทย์ให้ความสำคัญกับทักษะด้านเทคโนโลยีสมัยใหม่ สามารถทำงานควบคุมเทคโนโลยีได้อย่างคล่องแคล่ว นอกจากนี้ ในอนาคตภาครัฐสามารถดึงดูดบุคลากรด้านวิชาการ การวิจัยและพัฒนาทางการแพทย์ และบุคลากรชั้นนำจากภาคส่วนต่าง ๆ เข้ามาทำงานกับภาครัฐชั่วคราวผ่านโมเดลการแลกเปลี่ยนบุคลากรที่มีความสามารถสูงกับสถาบันการศึกษา ภาคเอกชน และองค์กรต่างประเทศ (Talent Mobility) เพื่อให้เกิดความหลากหลายของบุคลากรที่มีความสามารถสูง (Talent Diversity) ในองค์กรภาครัฐ

5) พลิกโฉมระบบสาธารณสุขยืดหยุ่นต่อวิกฤตและภัยอุบัติใหม่

ประชาชนมีความตระหนักรู้ด้านสุขภาพมากขึ้น สนใจเรียนรู้ข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพและใช้เครื่องมือทางดิจิทัลในการเข้าถึงข้อมูลความรู้และบริการด้านสุขภาพด้วยตนเอง จนสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ช่วยส่งเสริมสุขภาพและลดพฤติกรรมเสี่ยงต่อโรค รวมถึงยอมรับและปรับตัวใช้บริการสุขภาพรูปแบบใหม่ได้ดีมากยิ่งขึ้น ไม่ว่าจะเป็นการแพทย์ทางไกล แพลตฟอร์มดิจิทัลด้านสุขภาพ ตลอดจนการรักษาตัวที่บ้านหรือในชุมชน ขณะที่ภาครัฐได้ประสบความสำเร็จการทำงานเพื่อจัดการวิกฤตร่วมกันแบบบูรณาการข้ามวิชาชีพ การทำงานระหว่างหน่วยงานในพื้นที่ต่าง ๆ การทำงานแบบเครือข่ายกับภาคส่วนที่หลากหลายทั้งภาคเอกชน ภาคประชาสังคม รวมถึงอาสาสมัครนอกระบบสาธารณสุข เกิดการพัฒนาโมเดลการดูแลผู้ป่วยแบบใหม่ โดยเฉพาะการดูแลผู้ป่วยที่บ้านและชุมชน เกิดประสิทธิผลในการนำนวัตกรรมและเทคโนโลยีการแพทย์มาช่วยบริหารสถานการณ์

ระบบสาธารณสุขยืดหยุ่นต่อวิกฤตและภัยอุบัติใหม่ มีการเตรียมพร้อมรับมือกับวิกฤตหรือเหตุฉุกเฉินไว้เสมอ โดยเฉพาะทรัพยากรและกำลังคนสาธารณสุขที่มีความยืดหยุ่นสูง (Resilience) สามารถระดมทรัพยากรและกำลังคนภายในและเครือข่ายสุขภาพภายนอก จัดการวิกฤตได้อย่างรวดเร็วและมีประสิทธิภาพ มีการฝึกอบรมความรู้ข้ามวิชาชีพได้อย่างรวดเร็ว ไม่ติดกฎระเบียบและข้อจำกัดด้านงบประมาณและการจัดซื้อจัดจ้าง สามารถปรับตัวตามสถานการณ์ วิกฤตการณ์ และการเปลี่ยนแปลงเทคโนโลยีได้เท่าทัน เอื้อให้เกิดการใช้ทรัพยากรเพื่อบริหารจัดการได้อย่างยืดหยุ่น โปร่งใส และเหมาะสม แม้ว่าอาสาสมัครในระบบสาธารณสุขมีจำนวนลดน้อยลงแต่มีคุณภาพเพิ่มสูงขึ้น สามารถดูแลจำนวนครัวเรือนที่มากขึ้นได้

6) บริการสาธารณสุขเน้นส่งเสริมและป้องกัน บริการสุขภาพปฐมภูมิและการแพทย์ทางไกล

บริการสาธารณสุขให้ความสำคัญและมุ่งเน้นการส่งเสริมและป้องกันสุขภาพ การบริการสุขภาพปฐมภูมิที่มีประชาชนเป็นแกนกลาง บุคลากรทางการแพทย์มีการกระจายตัวในพื้นที่ห่างไกลจากการออกแบบแรงจูงใจ ตั้งแต่การผลิตบุคลากรที่เหมาะสมกับค่านิยมที่เปลี่ยนแปลงไปของคนรุ่นใหม่ซึ่งต้องการอิสระในการทำงาน ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการสุขภาพพื้นฐานที่ใกล้บ้าน สะดวกรวดเร็ว ไม่มีภาระค่าใช้จ่ายในการเดินทางไปโรงพยาบาล นอกจากนี้ ประเทศไทยได้ส่งเสริมนวัตกรรมและผู้ประกอบการด้านสุขภาพสมัยใหม่ เกิดสตาร์ทอัพสุขภาพ ประชาชนมีทางเลือกในการเข้าถึงบริการให้คำปรึกษาด้านสุขภาพที่สะดวกและน่าเชื่อถือ มีบริการการแพทย์ทางไกลช่วยให้คำปรึกษาแนะนำไปจนถึงการรักษาก่อนเดินทางไปโรงพยาบาล

เปลี่ยนผ่านสู่โรงพยาบาลดิจิทัล (Digital Hospital) มีระบบการจองคิวล่วงหน้าผ่านแพลตฟอร์มดิจิทัล มีแนวทางการทำงานสมัยใหม่ที่ใช้การคิดเชิงออกแบบ การทำงานแบบคล่องตัว (Agile) และการเปิดพื้นที่สร้างสรรค์นวัตกรรมการทำงานใหม่ที่มีมนุษย์เป็นศูนย์กลาง จุดเปลี่ยนสำคัญคือการสร้างระบบการแบ่งปันและเชื่อมโยงข้อมูลสุขภาพผู้ป่วยรายบุคคล ทำให้มีฐานข้อมูลกลางด้านสุขภาพของประเทศ มีการรักษาความปลอดภัยและความเป็นส่วนตัวของข้อมูลสุขภาพประชาชน สามารถให้บริการที่เหมาะสมกับความต้องการสุขภาพรายบุคคล (Personalized Health Services) ภาครัฐนำระบบ AI มาใช้วิเคราะห์สถานการณ์แนวโน้มสุขภาพของประชาชนระดับพื้นที่ได้แม่นยำ สามารถบริหารจัดการบริการทางการแพทย์ กำลังคน อุปกรณ์ และงบประมาณอย่างมีประสิทธิภาพ ตรงจุด และสอดคล้องกับบริบทพื้นที่

7) เศรษฐกิจสุขภาพและนวัตกรรมทางการแพทย์

ในอนาคตประเทศไทยสามารถใช้จุดแข็งด้านสุขภาพเป็นเครื่องยนต์ทางเศรษฐกิจใหม่ มีการพัฒนาห่วงโซ่อุปทานของสินค้าและบริการสุขภาพของไทยนำโดยภาคเอกชน ประเทศไทยมีบทบาทเป็นศูนย์กลางทางการแพทย์ชั้นเลิศของภูมิภาค อีกทั้งภาครัฐได้ส่งเสริมให้ระบบสาธารณสุขมีความเข้มแข็งทั้งด้านวิชาการ การวิจัยและพัฒนา จนกลายเป็นศูนย์กลางด้านวิชาการ วิจัยและพัฒนาทางการแพทย์ในภูมิภาค โดยมีนักวิจัย นักวิทยาศาสตร์ทางการแพทย์ นวัตกรรมทางการแพทย์ ที่ปรึกษาด้านพันธุศาสตร์ และอื่น ๆ เป็นที่ยอมรับจากนานาชาติ นอกจากนี้ ยังสามารถผลิตอุปกรณ์และเครื่องมือทางการแพทย์ได้เอง มีการพัฒนาวัคซีน ยารักษาโรค และนวัตกรรมต่าง ๆ จากความร่วมมือและการทำงานอย่างใกล้ชิดระหว่างนักวิจัยและนักวิชาการกับภาคเอกชน ซึ่งการพัฒนาเทคโนโลยีที่เหมาะสมได้เองจะช่วยลดการพึ่งพาเทคโนโลยีจากต่างประเทศลงได้ มีการใช้ประโยชน์จากการแพทย์แผนไทยและแพทย์ทางเลือกเพื่อตอบโจทย์สุขภาพอย่างเป็นองค์รวม ทำให้เศรษฐกิจสุขภาพ (Health Economy) ได้รับการยอมรับในระดับโลกและสร้างรายได้ให้กับประเทศ

บทที่ 3

ยุทธศาสตร์การปฏิรูปกำลังคนและ การกิจบริการด้านสาธารณสุข ในภาพรวมทั้งระบบ ระยะ 10 ปี

ประเทศไทยอยู่ในช่วงเวลาสำคัญ

ในการเผชิญกับโอกาสและความท้าทายต่อระบบสาธารณสุขในหลายมิติ ยุทธศาสตร์การปฏิรูปกำลังคนและการกิจบริการด้านสาธารณสุขในภาพรวมทั้งระบบ จัดทำขึ้นโดยการมีส่วนร่วมจากทั้งภาครัฐ ภาคเอกชน และภาคประชาสังคม ตอบโจทย์สุขภาพประชาชนตามบริบทของแต่ละพื้นที่อย่างเหมาะสมและเป็นรูปธรรม

ทิศทางหลักที่สำคัญคือการปรับเปลี่ยนกระบวนทัศน์สู่การนำประชาชนขึ้นมาเป็นศูนย์กลางของระบบสาธารณสุข (People Centric) เสริมอำนาจให้กับประชาชนเพื่อเป็นเจ้าของสุขภาพของตนเอง มีความรอบรู้ด้านสุขภาพ และใช้ประโยชน์จากเทคโนโลยีและนวัตกรรม นำบริการสาธารณสุขไปใกล้มือประชาชน เน้นขยายบริการสุขภาพปฐมภูมิ บริการดูแลสุขภาพระยะยาวและผู้ป่วยระยะสุดท้าย พร้อมกับการกระจายอำนาจสู่ท้องถิ่น และเปิดการมีส่วนร่วมกับหุ้นส่วนสุขภาพทั้งภาคเอกชนและภาคประชาชน เตรียมรับภัยอุบัติใหม่อย่างยืดหยุ่น เพื่อให้ประชาชนบนแผ่นดินไทยมีสุขภาพและความเป็นอยู่ที่ดี

1. ที่มา

มติคณะรัฐมนตรี เมื่อวันที่ 4 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2563 เรื่อง ขอความเห็นชอบแผนอัตรากำลังโรงพยาบาล ศูนย์การแพทย์มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์ ปีงบประมาณ พ.ศ. 2563 - 2565 ให้กระทรวงสาธารณสุขร่วมกับกระทรวงการอุดมศึกษา วิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรม สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาระบบราชการ สำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ สำนักงานงบประมาณ และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เร่งรัดดำเนินการจัดทำแผนยุทธศาสตร์การปฏิรูปกำลังคนและการกิจบริการด้านสาธารณสุขในภาพรวมทั้งระบบให้แล้วเสร็จโดยเร็ว

มติคณะรัฐมนตรี เมื่อวันที่ 6 ตุลาคม พ.ศ. 2563 เรื่อง ยุทธศาสตร์การจัดตั้งเครือข่ายศูนย์ความเป็นเลิศทางการแพทย์สถาบันทางการแพทย์ และสถาบันการศึกษาต่าง ๆ ในภาพรวมของประเทศ ในระยะยาว (5 - 10 ปี) พ.ศ. 2563 - 2570 (Excellence Center) ให้กระทรวงสาธารณสุขร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง พิจารณาแนวทางการเชื่อมโยงฐานข้อมูลระบบสุขภาพของสถานพยาบาลทั้งในและนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุข เพื่อบูรณาการการใช้ประโยชน์ของข้อมูลต่าง ๆ ให้เกิดประสิทธิภาพและเป็นประโยชน์สูงสุดแก่ผู้ใช้บริการที่เกี่ยวข้องต่อไป

ข้อสั่งการของคณะรัฐมนตรี เมื่อวันที่ 9 กรกฎาคม พ.ศ. 2567 ให้กระทรวงสาธารณสุขร่วมกับกระทรวง การอุดมศึกษา วิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรม สำนักงานคณะกรรมการข้าราชการพลเรือน และหน่วยงาน ที่เกี่ยวข้อง เร่งรัดดำเนินการผลิตบุคลากรทางการแพทย์ การพยาบาล และการสาธารณสุขเพิ่มเติมให้มีจำนวน เพียงพอ เหมาะสม สอดรับกับการพัฒนาโครงสร้างพื้นฐานด้านสาธารณสุขและสถานการณ์ปัจจุบันมากยิ่งขึ้น ทั้งนี้ ให้กระทรวงสาธารณสุขนำเสนอแนวทางการดำเนินการ ตลอดจนปัญหาอุปสรรคในการดำเนินการต่อ คณะรัฐมนตรีภายใน 2 สัปดาห์ ซึ่งคณะรัฐมนตรีพิจารณาแล้วลงมติเห็นชอบตามที่นายกรัฐมนตรีเสนอ

2. กระบวนการจัดทำ

กระทรวงสาธารณสุขได้บูรณาการการจัดทำยุทธศาสตร์การปฏิรูปกำลังคนและภารกิจบริการ ด้านสาธารณสุขในภาพรวมทั้งระบบ ระยะ 10 ปี ระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้การกำหนดยุทธศาสตร์ กำลังคนและภารกิจบริการเหมาะสมกับบริบทของประเทศ นำไปสู่การพัฒนาระบบข้อมูลด้านกำลังคน ที่เชื่อมโยงการบริการสาธารณสุขอย่างไร้รอยต่อ ตอบสนองความต้องการของประชาชนอย่างทั่วถึงและ มีประสิทธิภาพ โดยที่ผ่านมาได้ดำเนินการจัดประชุมทั้งสิ้น 6 ครั้ง ดังนี้

1) คณะกรรมการยุทธศาสตร์การปฏิรูปกำลังคนและภารกิจบริการด้านสาธารณสุขในภาพรวม ทั้งระบบ และยุทธศาสตร์การจัดตั้งเครือข่ายศูนย์ความเป็นเลิศทางการแพทย์ สถาบันทางการแพทย์และ สถาบันการศึกษาต่าง ๆ ในภาพรวมของประเทศ ในระยะยาว (5 - 10 ปี) ซึ่งประกอบด้วยคณะอนุกรรมการ 3 คณะ ได้แก่ (1) คณะอนุกรรมการจัดทำแผนยุทธศาสตร์การปฏิรูปกำลังคนด้านสาธารณสุขในภาพรวม ทั้งระบบ (2) คณะอนุกรรมการยุทธศาสตร์การปฏิรูปภารกิจบริการด้านสาธารณสุขในภาพรวมทั้งระบบ และ (3) คณะอนุกรรมการจัดทำข้อมูลกำลังคนด้านสาธารณสุขในภาพรวมทั้งระบบ มีมติการประชุมครั้งที่ 1/2564 เมื่อวันที่ 18 มีนาคม พ.ศ. 2564 เห็นชอบกรอบแนวคิดและแนวทางการจัดทำยุทธศาสตร์ปฏิรูปกำลังคน และภารกิจบริการด้านสาธารณสุขในภาพรวมทั้งระบบ และมอบหมายหน่วยงานที่เกี่ยวข้องจัดทำฐานข้อมูล ให้เป็นปัจจุบันและเชื่อมโยงกับกระทรวงสาธารณสุขให้เป็นภาพรวมของประเทศ

2) คณะอนุกรรมการจัดทำข้อมูลกำลังคนด้านสาธารณสุขในภาพรวมทั้งระบบ มีมติการประชุมครั้งที่ 1/2564 เมื่อวันที่ 6 กรกฎาคม พ.ศ. 2564 (1) เห็นชอบในการจัดทำฐานข้อมูลกำลังคนด้านสาธารณสุข และออกแบบระบบที่จะใช้เชื่อมโยงข้อมูลระหว่างกัน (2) มอบทุกหน่วยงานที่เกี่ยวข้องร่วมกันพัฒนาฐานข้อมูล โดยการเชื่อมโยงข้อมูลให้แล้วเสร็จโดยเร็ว

3) ศึกษาการคาดการณ์รูปแบบในอนาคตระบบสาธารณสุขของประเทศไทย ด้วยเครื่องมือ Foresight จากการสัมภาษณ์ เสวนา และการระดมความคิดร่วมกันของผู้ทรงคุณวุฒิ ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะด้าน และผู้มีส่วนได้ ส่วนเสียที่เกี่ยวข้องกับระบบสาธารณสุข

4) กระทรวงสาธารณสุข ร่วมกับหน่วยงานสาธารณสุขภาครัฐ ภาคเอกชนที่เกี่ยวข้อง ภาคการศึกษา และองค์กรวิชาชีพ ประชุมเชิงปฏิบัติการจัดทำยุทธศาสตร์การปฏิรูปกำลังคนและภารกิจบริการด้านสาธารณสุข ในภาพรวมทั้งระบบ เมื่อวันที่ 11 - 12 มีนาคม พ.ศ. 2567 ทบทวนและปรับปรุง (ร่าง) ยุทธศาสตร์การปฏิรูป กำลังคนและภารกิจบริการด้านสาธารณสุขในภาพรวมทั้งระบบ

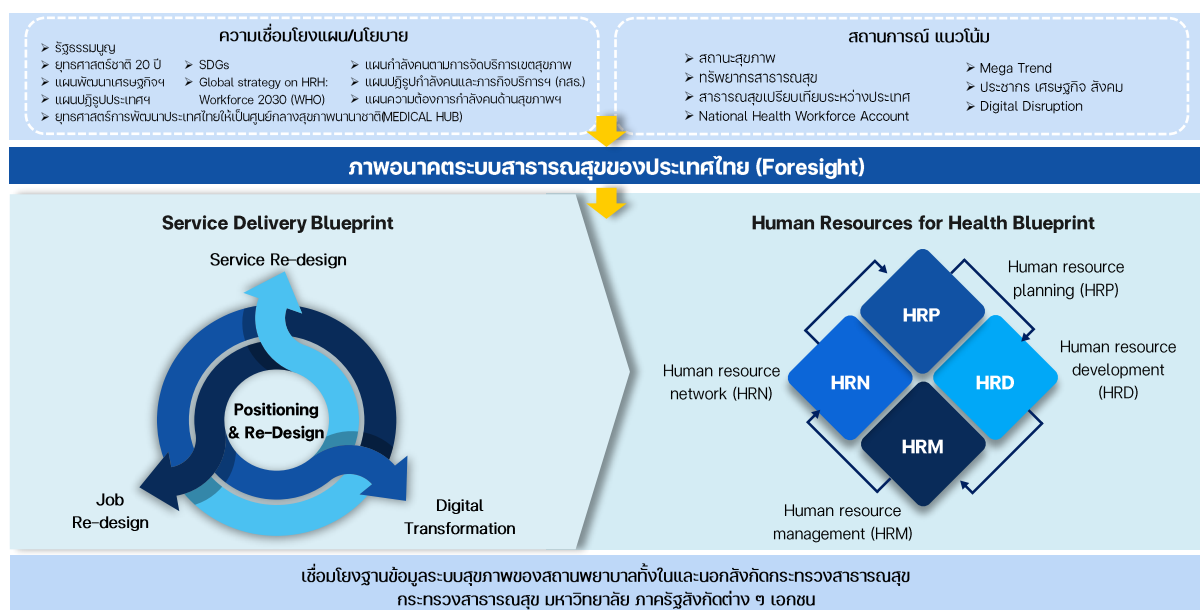
5) กระทรวงสาธารณสุข แจกเวียนหนังสือที่ สธ 0209.05/ว 361 ลงวันที่ 10 เมษายน พ.ศ. 2567 เพื่อให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องพิจารณาให้ความเห็นต่อ (ร่าง) ยุทธศาสตร์การปฏิรูปกำลังคนและภารกิจบริการ ด้านสาธารณสุขในภาพรวมทั้งระบบ ระยะ 10 ปี โดยมีหน่วยงานแจ้งผลการพิจารณา 37 แห่ง

6) คณะกรรมการยุทธศาสตร์การปฏิรูปกำลังคนและภารกิจบริการด้านสาธารณสุขในภาพรวม ทั้งระบบ และยุทธศาสตร์การจัดตั้งเครือข่ายศูนย์ความเป็นเลิศทางการแพทย์ สถาบันทางการแพทย์และ สถาบันการศึกษาต่าง ๆ ในภาพรวมของประเทศ ในระยะยาว (5 - 10 ปี) ประชุมครั้งที่ 1/2567 เมื่อวันที่

16 กรกฎาคม พ.ศ. 2567 มีมติเห็นชอบแผนยุทธศาสตร์การปฏิรูปกำลังคนและภารกิจบริการด้านสาธารณสุข ในภาพรวมทั้งระบบ ระยะ 10 ปี และให้เสนอคณะรัฐมนตรีพิจารณา

ภายใต้กรอบแนวคิดการจัดทำยุทธศาสตร์การปฏิรูปกำลังคนและภารกิจบริการด้านสาธารณสุข ในภาพรวมทั้งระบบ ที่เชื่อมโยงแผนและนโยบายในทุกระดับ สอดคล้องกับสถานการณ์ แนวโน้มด้านสุขภาพ ทรัพยากรและเศรษฐกิจ เพื่อออกแบบ Service Delivery Blueprint สู่การ Positioning & Re-Design ระบบบริการสาธารณสุขไทย ทั้ง Service Re-design, Job Re-design และ Digital Transformation รวมถึง ออกแบบ Human Resources for Health Blueprint โดยเชื่อมโยงฐานข้อมูลระบบสุขภาพของสถานพยาบาล ทั้งในและนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุข มหาวิทยาลัย ภาครัฐสังกัดต่าง ๆ และภาคเอกชน

ภาพที่ 8 กรอบแนวคิดการจัดทำยุทธศาสตร์การปฏิรูปกำลังคนและภารกิจบริการด้านสาธารณสุขในภาพรวมทั้งระบบ



ทั้งนี้ ยุทธศาสตร์การปฏิรูปกำลังคนและภารกิจบริการด้านสาธารณสุขในภาพรวมทั้งระบบ ระยะ 10 ปี ได้จัดทำขึ้นโดยสอดคล้องกับทิศทางอนาคต โดยมีวิสัยทัศน์ พันธกิจ เป้าหมาย และยุทธศาสตร์ที่สำคัญ ดังนี้

ยุทธศาสตร์การปฏิรูปกำลังคนและภารกิจบริการด้านสาธารณสุขในภาพรวมทั้งระบบ ระยะ 10 ปี

วิสัยทัศน์

ประเทศไทยมีกำลังคนและบริการสาธารณสุขที่มีคุณภาพ ประชาชนสามารถเข้าถึงได้อย่างเป็นธรรม
มีความมั่นคงทางสุขภาพและความเข้มแข็งทางเศรษฐกิจ อย่างยั่งยืน

พันธกิจ

มุ่งปฏิรูปกำลังคนและภารกิจบริการด้านสาธารณสุขในภาพรวมทั้งระบบ โดยเน้นคุณค่าประชาชนเป็นศูนย์กลาง
สามารถเข้าถึงบริการที่มีคุณภาพ และบริการรูปแบบใหม่รองรับอนาคต ด้วยการอภิบาลระบบที่เข้มแข็ง
สร้างความมั่นคงทางสุขภาพ เสริมศักยภาพเศรษฐกิจของประเทศอย่างยั่งยืน

เป้าหมาย

คนไทยมีสุขภาพที่ดีเพิ่มขึ้น

ตัวชี้วัด

- อายุคาดเฉลี่ยเมื่อแรกเกิด (LE) เพิ่มขึ้น
- อายุคาดเฉลี่ยของการมีสุขภาพดี (HALE) เพิ่มขึ้น
- อัตราตายในโรคที่สำคัญลดลง

เพิ่มการเข้าถึงบริการทางการแพทย์และสาธารณสุข

ตัวชี้วัด

2.1 อัตราส่วนบุคลากรต่อประชากร (ระดับประเทศ)

วิชาชีพ	แพทย์	ทันตแพทย์	เภสัชกร	พยาบาล	แพทย์แผนไทย
เป้าหมาย	1:650	1:3,000	1:1,966	1:200	1 : 2,782
อัตราส่วนปัจจุบัน	1:922	1:3,650	1:2,735	1:316	1 : 11,339
ปัจจุบัน (คน)	71,616	18,094	24,149	209,187	5,825

2.2 การกระจายที่เหมาะสมตามเกณฑ์ศักยภาพของหน่วยบริการ

เพิ่มขีดความสามารถในการแข่งขันทางเศรษฐกิจของประเทศ

ตัวชี้วัด

สัดส่วนมูลค่าเพิ่มของสินค้าและบริการสุขภาพต่อ GDP เพิ่มขึ้นร้อยละ 1.7 ในปี 2570 (ปี 2565 สัดส่วน 1.33 จำนวน 236,677,870,000 บาท)

World Class Medical Service

- Medical service hub
- Wellness hub
- Product hub
- Academic hub

ยุทธศาสตร์ที่ 1

เร่งผลิตและพัฒนากำลังคนให้เพียงพอต่อการให้บริการด้านสาธารณสุข โดยเฉพาะโรคสำคัญ จำเป็นเร่งด่วนต่อกระทรวงสาธารณสุข และทิศทางของประเทศ

เป้าหมาย/ตัวชี้วัด

1. ความเพียงพอของกำลังคนด้านสุขภาพในโรคสำคัญจำเป็น เร่งด่วน ภาวะโรคซับซ้อนเฉพาะทาง
2. ความพร้อมของกำลังคนด้านสุขภาพในการรองรับทิศทางการพัฒนาประเทศ

มาตรการ

1. ผลิตและพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพให้เพียงพอและมีคุณภาพสอดคล้องกับความต้องการเร่งด่วนตามบริบท และทิศทางของประเทศ
2. ส่งเสริม สนับสนุน กำกับ ดูแลแผนและมาตรฐานการผลิตและพัฒนาบุคลากรให้เกิดผลสัมฤทธิ์ที่พึงประสงค์ (outcome based)

ยุทธศาสตร์ที่ 2

พัฒนาระบบบริการสาธารณสุขเชิงพื้นที่เป็นหนึ่งเดียว

เป้าหมาย/ตัวชี้วัด

1. ผลสัมฤทธิ์ของโครงการหรือกิจกรรมการบูรณาการความร่วมมือระหว่างหน่วยงานหรือองค์กรในการพัฒนาระบบบริการสาธารณสุขเชิงพื้นที่เป็นหนึ่งเดียว เพื่อส่งมอบบริการที่มีคุณค่าโดยประชาชนเป็นศูนย์กลาง
2. อัตราส่วนบุคลากรต่อการบริการ และความยากง่ายของการบริการ
3. อัตราการสูญเสียกำลังคนด้านสุขภาพในวิชาชีพหลัก (ได้แก่ แพทย์ พยาบาล)

มาตรการ

1. สร้างความร่วมมือของภาครัฐ ก่อตั้ง และเอกชน มุ่งเป้าจัดระบบบริการสาธารณสุขโดยเน้นคุณค่าประชาชนเป็นศูนย์กลางอย่างเชื่อมโยงไร้รอยต่อทั้งแนวราบและแนวดิ่ง
2. บริหารจัดการกำลังคนและบริการสาธารณสุขรูปแบบใหม่ที่ยืดหยุ่น คล่องตัว ภายใต้กฎหมายและระเบียบเฉพาะ
3. ยกระดับคุณภาพชีวิตกำลังคนด้านสุขภาพ สร้างรักษาให้อยู่ในระบบ และมีการกระจายที่เหมาะสม

ยุทธศาสตร์ที่ 3

สนับสนุนส่งเสริมบริการสุขภาพที่มีศักยภาพการแข่งขันทางเศรษฐกิจ

เป้าหมาย/ตัวชี้วัด

1. สัดส่วนมูลค่าเพิ่มของสินค้าและบริการสุขภาพต่อผลิตภัณฑ์มวลรวมในประเทศ
2. ประเทศไทยเป็นอันดับ 1 ด้าน Wellness and Medical Hub ในปี 2025

มาตรการ

1. ส่งเสริมพัฒนาศักยภาพหน่วยบริการทั้งภาครัฐและเอกชน ให้ได้มาตรฐานสากล สร้างมูลค่าเพิ่มให้กับเศรษฐกิจของประเทศ
2. ส่งเสริมการศึกษา วิจัยและพัฒนานวัตกรรมด้านสุขภาพ

ยุทธศาสตร์ที่ 4

สร้างเสริมระบบและกลไกการอภิบาลกำลังคนด้านสุขภาพให้เข้มแข็ง

เป้าหมาย/ตัวชี้วัด

1. มีระบบและกลไกการอภิบาลกำลังคนด้านสุขภาพที่มีเอกภาพ
2. มีฐานข้อมูลกลางกำลังคนด้านสุขภาพของประเทศที่ครบถ้วนและเป็นปัจจุบัน ใช้ประโยชน์ในการบริหารจัดการกำลังคนด้านสุขภาพของประเทศได้

มาตรการ

1. สร้างกลไกกำหนดนโยบาย กำกับดูแลกำลังคนด้านสุขภาพในภาพรวมทั้งระบบอย่างเป็นเอกภาพ ทั้งระดับประเทศ และระดับพื้นที่
2. จัดทำฐานข้อมูลกลางกำลังคนด้านสุขภาพของประเทศที่ถูกต้อง ครบถ้วน ใช้ขับเคลื่อนระบบสุขภาพได้

ผลผลิต/ผลลัพธ์

1. กรอบและทิศทางในการผลิตและพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพ เพื่อความมั่นคงทางสุขภาพและเพิ่มขีดความสามารถในการแข่งขันทางเศรษฐกิจของประเทศ
2. การกระจายของกำลังคนด้านสุขภาพที่เหมาะสมตามบริบทของพื้นที่
3. มีกฎหมาย ระเบียบเฉพาะในการดูแลกำลังคนด้านสุขภาพ ที่คล่องตัวและเหมาะสมกับบริบทและสถานการณ์การเปลี่ยนแปลง
4. กลไกการอภิบาลกำลังคนด้านสุขภาพที่เกิดการบูรณาการระหว่างภาคส่วนต่าง ๆ โดยมุ่งเป้าให้บริการเน้นคุณค่า ประชาชนเป็นศูนย์กลาง
5. ฐานข้อมูลกลางกำลังคนด้านสุขภาพของประเทศที่ครบถ้วนและเป็นปัจจุบัน ใช้ประโยชน์ในการบริหารจัดการกำลังคนด้านสุขภาพของประเทศได้

3. ยุทธศาสตร์การปฏิรูปกำลังคนและภารกิจบริการด้านสาธารณสุขในภาพรวมทั้งระบบ ระยะ 10 ปี

วิสัยทัศน์



ประเทศไทยมีกำลังคนและบริการสาธารณสุขที่มีคุณภาพ ประชาชนสามารถเข้าถึงได้อย่างเป็นธรรม มีความมั่นคงทางสุขภาพและความเข้มแข็งทางเศรษฐกิจ อย่างยั่งยืน

พันธกิจ



มุ่งปฏิรูปกำลังคนและภารกิจบริการด้านสาธารณสุขในภาพรวมทั้งระบบ โดยเน้นคุณค่าประชาชน เป็นศูนย์กลาง สามารถเข้าถึงบริการที่มีคุณภาพและบริการรูปแบบใหม่รองรับอนาคต ด้วยการอภิบาล ระบบที่เข้มแข็ง สร้างความมั่นคงทางสุขภาพ เสริมศักยภาพเศรษฐกิจของประเทศอย่างยั่งยืน

เป้าหมายที่ 1 คนไทยมีสุขภาวะที่ดีเพิ่มขึ้น

- อายุคาดเฉลี่ยเมื่อแรกเกิด (Life Expectancy at Birth, LE) ไม่น้อยกว่า 85 ปี
- อายุคาดเฉลี่ยของการมีสุขภาพดี (Health Adjusted Life Expectancy, HALE) ไม่น้อยกว่า 75 ปี
- อัตราตายในโรคที่สำคัญลดลง ได้แก่ โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคหลอดเลือดสมอง ทารกแรกเกิด โรคมะเร็ง อุบัติเหตุและฉุกละหุก และจิตเวชและยาเสพติด

ตัวชี้วัด

- 1.1 อายุคาดเฉลี่ยเมื่อแรกเกิด (Life Expectancy at Birth, LE) ไม่น้อยกว่า 85 ปี (ปี 2564 LE 75.3)
- 1.2 อายุคาดเฉลี่ยของการมีสุขภาพดี (Health Adjusted Life Expectancy, HALE) ไม่น้อยกว่า 75 ปี (ปี 2564 HALE 65.8)
- 1.3 อัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ไม่เกิน 24 ต่อแสนประชากร (ปี 2565 อัตราตาย 35.1 ต่อแสนประชากร)
- 1.4 อัตราป่วยตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง น้อยกว่าร้อยละ 7 (ปี 2566 อัตราป่วยตาย ร้อยละ 7.69)
- 1.5 อุบัติการณ์จากโรคมะเร็งปากมดลูกต่อประชากรหญิงไทย น้อยกว่า 4 ราย ต่อประชากรเพศหญิงแสนคน (สถิติอุบัติการณ์เฉลี่ยปี 2559 - 2561 อุบัติการณ์ 11.1 ต่อประชากรเพศหญิงแสนคน)
- 1.6 อัตราตายจากโรคมะเร็งตับลดลงไม่น้อยกว่าร้อยละ 5 ทุก 5 ปี (ปี 2565 อัตราตาย 23.2 ต่อแสนประชากร)
- 1.7 อัตราตายทารกแรกเกิดในประเทศไทยน้อยกว่า 1.5 ต่อการเกิดมีชีพพันคน (ปี 2565 อัตราตาย 2.9 ต่อการเกิดมีชีพพันคน)
- 1.8 อัตราการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนน ลดลงร้อยละ 10 ทุก 5 ปี (ปี 2565 อัตราตาย 26.4 ต่อแสนประชากร)
- 1.9 อัตราการเสียชีวิตผู้เจ็บป่วยฉุกเฉินวิกฤต ภายใน 24 ชั่วโมง น้อยกว่าร้อยละ 6 (ปี 2566 อัตราตายร้อยละ 10.06)
- 1.10 อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ ไม่เกิน 5.1 ต่อแสนประชากร (ปี 2565 อัตราตาย 10.3 ต่อแสนประชากร)

หมายเหตุ:

- 1) อ้างอิงค่าเป้าหมายจากแผนยุทธศาสตร์ชาติ ระยะ 20 ปี ด้านสาธารณสุข (พ.ศ. 2560 - 2579) ฉบับปรับปรุง ครั้งที่ 2 และ World Health Organization
- 2) Baseline อ้างอิง ดังนี้ ตัวชี้วัดที่ 1.1, 1.2 World Health Organization, ตัวชี้วัดที่ 1.3, 1.6, 1.7, 1.8, 1.10 ข้อมูลจากสถิติสาธารณสุข 2565, ตัวชี้วัดที่ 1.4, 1.9 ฐานข้อมูลจาก Health Data Center (HDC) กระทรวงสาธารณสุข และตัวชี้วัดที่ 1.5 Cancer in Thailand Vol.X, 2016 - 2018

เป้าหมายที่ 2 เพิ่มการเข้าถึงบริการทางการแพทย์และสาธารณสุข

มีบุคลากรเพียงพอ การกระจายที่เหมาะสมตามบริบท และรองรับระบบบริการในอนาคต

ตัวชี้วัด

2.1 อัตราส่วนบุคลากรต่อประชากร

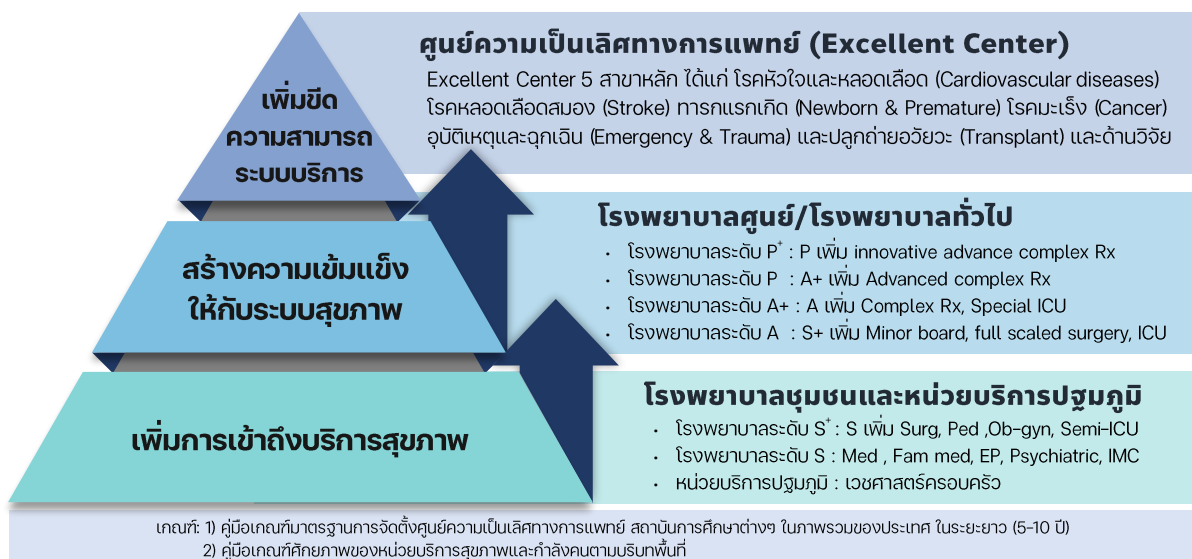
วิชาชีพ	แพทย์	ทันตแพทย์	เภสัชกร	พยาบาล	นักกายภาพบำบัด	แพทย์แผนไทย	นักรังสีเทคนิค	นักสาธารณสุข	นักเทคนิคการแพทย์
เป้าหมาย (บุคลากรต่อประชากร)	1 : 650	1 : 3,000	1 : 1,966	1 : 200	1 : 2,000	1 : 2,782	1 : 5,000	1 : 1,000	1 : 2,804
อัตราส่วนปัจจุบัน (บุคลากรต่อประชากร)	1 : 922	1 : 3,650	1 : 2,735	1 : 316	1 : 4,792	1 : 11,339	1 : 9,954	1 : 2,220	1 : 4,793
จำนวนที่มีอยู่ ปัจจุบัน (คน)	71,616	18,094	24,149	209,187	13,785	5,825	6,636	29,756	13,781
จำนวนที่ควรต้องมี ภายใน 10 ปี (คน)	102,690	22,200	33,949	333,745	33,375	23,994	14,000	66,749	23,781

ที่มา: สภาวิชาชีพ

หมายเหตุ:

- เป้าหมาย (บุคลากรต่อประชากร) ใช้จำนวนประชากรคาดการณ์ ปี พ.ศ. 2577 เท่ากับ 66,749,000 คน (ที่มา: รายงานการคาดประมาณประชากรของประเทศไทย พ.ศ. 2553 – 2583 โดยสำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ <http://moph.cc/jyoNWnFQp>)
- อัตราส่วนปัจจุบัน (บุคลากรต่อประชากร) ใช้จำนวนประชากรปัจจุบัน ปี พ.ศ. 2566 เท่ากับ 66,052,000 คน (ที่มา: สำนักบริหารการทะเบียนกรมการปกครอง <https://stat.bora.dopa.go.th/stat/statnew/statMenu/newStat/home.php>)
- ข้อมูลนักรังสีเทคนิค ใช้จำนวนบุคลากรทั้งหมดที่มี จำนวน 6,636 คน อ้างอิงจากกองสถานพยาบาลและการประกอบโรคศิลปะ

2.2 การกระจายที่เหมาะสมตามเกณฑ์ศักยภาพของหน่วยบริการ



หมายเหตุ: เทียบเท่า หมายถึง หน่วยบริการสังกัดอื่นที่มีสถานะเทียบเท่าหน่วยบริการ/โรงพยาบาลแต่ละระดับ

เป้าหมายที่ 3 เพิ่มขีดความสามารถในการแข่งขันทางเศรษฐกิจของประเทศ

ตัวชี้วัด

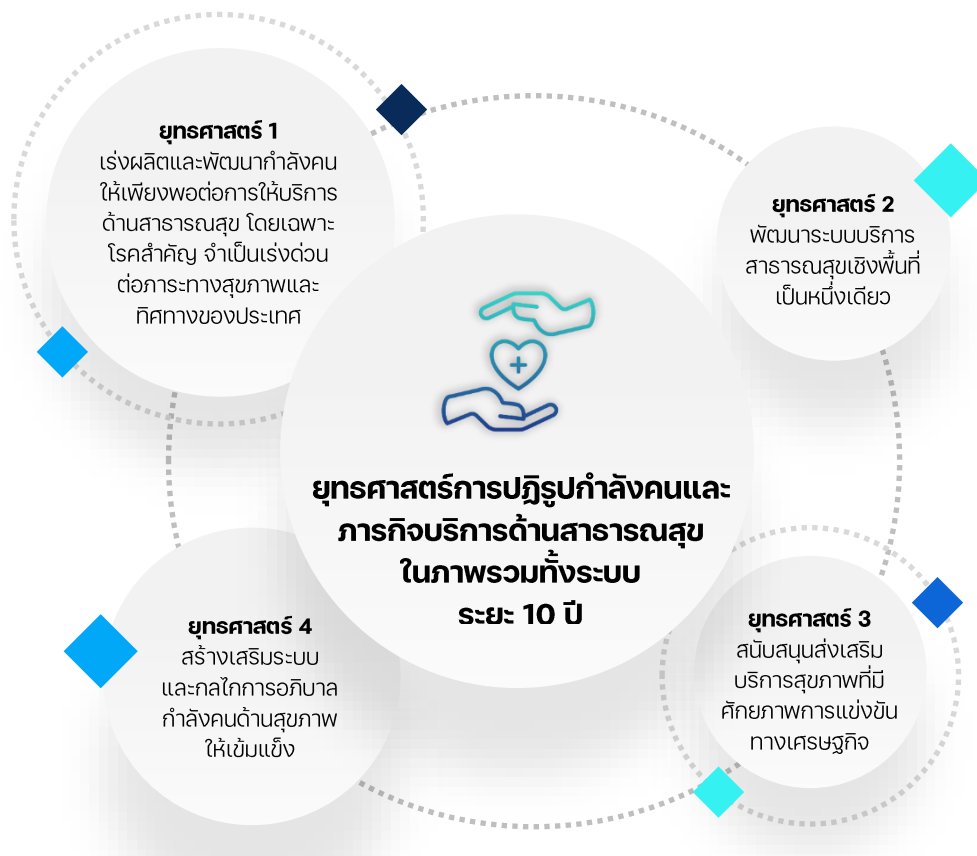
สัดส่วนมูลค่าเพิ่มของสินค้าและบริการสุขภาพต่อผลิตภัณฑ์มวลรวมในประเทศ

ค่าเป้าหมาย

สัดส่วนมูลค่าเพิ่มของสินค้าและบริการสุขภาพต่อ GDP เพิ่มขึ้นร้อยละ 1.7 จำนวน 381,172,080,000 บาท ในปี 2570 (ปี 2565 สัดส่วน 1.33 จำนวน 236,677,870,000 บาท)

หมายเหตุ: อ้างอิงค่าเป้าหมายและ Baseline จากแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 13 โดยคาดการณ์จาก GDP ปี 2564 เศรษฐกิจไทยเติบโต 3% ของทุกปี

บริการทางการแพทย์ที่เน้นสร้างมูลค่าเพิ่ม ได้แก่ (1) เวชศาสตร์ชะลอวัยและฟื้นฟูสุขภาพ (2) การป้องกันดูแลเส้นเลือดหัวใจ (3) การรักษากระดูกข้อเอ็นและกล้ามเนื้อ (4) ทันตกรรม (5) การรักษาผู้มีบุตรยาก (6) การรักษาโรคมะเร็ง (7) การปลูกถ่ายอวัยวะ (8) การผ่าตัดหัวใจและการผ่าตัดทำบอลลูน และ (9) ศัลยกรรมตกแต่ง และการแปลงเพศ



1

ยุทธศาสตร์ที่ 1

เร่งผลิตและพัฒนากำลังคนให้เพียงพอต่อการให้บริการด้านสาธารณสุข

โดยเฉพาะโรคสำคัญ จำเป็นเร่งด่วนต่อภาระทางสุขภาพและทิศทางของประเทศ

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้กำลังคนด้านสุขภาพเพียงพอต่อการเข้าถึงบริการสาธารณสุขของประชาชน โดยเฉพาะโรคสำคัญ จำเป็นเร่งด่วนตอบสนองต่อสภาพปัญหาและความต้องการของประชาชน สร้างความเข้มแข็งให้กับระบบสุขภาพ (Inclusive growth)
2. เพิ่มขีดความสามารถของกำลังคนด้านสุขภาพ รองรับทิศทางการพัฒนาประเทศ

เป้าหมาย/ตัวชี้วัด

1. ความเพียงพอของกำลังคนด้านสุขภาพในโรคสำคัญจำเป็น เร่งด่วน ภาวะโรคซับซ้อนเฉพาะทาง
2. ความพร้อมของกำลังคนด้านสุขภาพในการรองรับทิศทางการพัฒนาประเทศ

หมายเหตุ: สาขาเร่งผลิตและพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพ

1) โรคสำคัญจำเป็นเร่งด่วน ได้แก่ โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคหลอดเลือดสมอง ทารกแรกเกิด โรคมะเร็ง อุบัติเหตุ และฉุกเฉิน และจิตเวช (ซึ่งรวมถึงสาขาย่อย รายละเอียดตามภาคผนวก)

2) เพิ่มขีดความสามารถในการแข่งขันตามนโยบายศูนย์กลางทางการแพทย์ด้านสุขภาพ Wellness Hub, Medical Service Hub, Academic Hub และ Product Hub ได้แก่ (1) เวชศาสตร์ชะลอวัยและฟื้นฟูสุขภาพ (2) การป้องกันดูแลเส้นเลือดหัวใจ (3) การรักษากระดูกข้อเอ็นและกล้ามเนื้อ (4) ทันตกรรม (5) การรักษาผู้มีบุตรยาก (6) การรักษาโรคมะเร็ง (7) การปลูกถ่ายอวัยวะ (8) การผ่าตัดหัวใจและการผ่าตัดทำบอลลูน และ (9) ศัลยกรรมตกแต่ง และการแปลงเพศ

มาตรการ/แนวทาง/หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

มาตรการ	แนวทาง	หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง
1. ผลิตและพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพให้เพียงพอและมีคุณภาพสอดคล้องกับความต้องการตามบริบทและทิศทางของประเทศ	1.1 จัดทำแผนความต้องการกำลังคนด้านสุขภาพที่เหมาะสมกับบริบทและทิศทางการพัฒนาของประเทศ 1.2 จัดทำแผนผลิตและพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพ โดยความร่วมมือระหว่างผู้ผลิตและผู้ใช้ ทั้งหน่วยงานภาครัฐ องค์กรวิชาชีพ และเอกชน 1.3 พัฒนาศรณกำลังคนรองรับนวัตกรรมทางการแพทย์ เทคโนโลยีสารสนเทศด้านสุขภาพ บริการรูปแบบใหม่ บริการทางการแพทย์มูลค่าสูง และการเป็นศูนย์กลางสุขภาพนานาชาติ	- สำนักส่งเสริม สนับสนุนการผลิต พัฒนาแพทย์ และบุคลากรทางการแพทย์ - มหาวิทยาลัย - กระทรวงการอุดมศึกษา วิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรม (อว.) - องค์กรวิชาชีพ - องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น - เอกชน
2. ส่งเสริม สนับสนุน กำกับดูแลแผนและมาตรฐานการผลิตและพัฒนาบุคลากรให้เกิดผลสัมฤทธิ์ที่พึงประสงค์ (outcome based)	2.1 จัดระบบและกลไกการผลิตและพัฒนาบุคลากรจนถึงหลังจบการศึกษา ให้บรรลุผลสัมฤทธิ์ที่พึงประสงค์ 2.2 บูรณาการความร่วมมือของภาคีเครือข่ายทั้งหน่วยงานภาครัฐ องค์กรวิชาชีพ และเอกชน ในการผลิตและพัฒนาบุคลากรให้เกิดประโยชน์สูงสุด และเหมาะสมกับบริบทพื้นที่	

1

ยุทธศาสตร์ที่ 1

เร่งผลิตและพัฒนากำลังคนให้เพียงพอต่อการให้บริการด้านสาธารณสุข

โดยเฉพาะโรคสำคัญ จำเป็นเร่งด่วนต่อภาระทางสุขภาพและทิศทางของประเทศ

แผนการผลิตกำลังคนด้านสุขภาพระยะ 10 ปี

วิชาชีพ	แพทย์	ทันตแพทย์	เภสัชกร	พยาบาล	นักกายภาพบำบัด	แพทย์แผนไทย	นักรังสีเทคนิค	นักสาธารณสุข	นักเทคนิคการแพทย์
เป้าหมาย (บุคลากรต่อประชากร)	1 : 650	1 : 3,000	1 : 1,966	1 : 200	1 : 2,000	1 : 2,782	1 : 5,000	1 : 1,000	1 : 2,804
อัตราส่วนปัจจุบัน (บุคลากรต่อประชากร)	1 : 922	1 : 3,650	1 : 2,735	1 : 316	1 : 4,792	1 : 11,339	1 : 9,954	1 : 2,220	1 : 4,793
จำนวนที่มีอยู่ปัจจุบัน (คน)	71,616	18,094	24,149	209,187	13,785	5,825	6,636	29,756	13,781
จำนวนที่ควรต้องมีภายใน 10 ปี (คน)	102,690	22,200	33,949	333,745	33,375	23,994	14,000	66,749	23,781
จำนวนที่ต้องผลิตเพิ่ม (คน)	31,074	4,106	9,800	124,558	19,590	18,169	7,364	36,993	10,000
จำนวนการผลิตปัจจุบัน ต่อปี (นับรวมเอกชน)	3,200*	850	1,900	12,000*	1,100*	1,042*	500*	5,243	1,000
ค่าใช้จ่ายในการผลิตต่อคนต่อปี (บาท)	300,000 (เรียน 6 ปี)	300,000 (เรียน 6 ปี)	267,167 (เรียน 6 ปี)	110,000 (เรียน 4 ปี)	75,983** (เรียน 4 ปี)	60,850 (เรียน 4 ปี)	37,500 (เรียน 4 ปี)	30,000 (เรียน 4 ปี)	62,500 (เรียน 4 ปี)

* เร่งรัดการผลิต เช่น ผลิตแพทย์ 4,000 ต่อปี และผลิตพยาบาล 15,000 ต่อปี

** ค่าใช้จ่ายในการผลิตนักกายภาพบำบัดต่อคนต่อปี ไม่รวมงบครุภัณฑ์ทางการศึกษาและงบลงทุนและสิ่งก่อสร้าง

ที่มา: สภาวิชาชีพ

หมายเหตุ:

- 1) เป้าหมาย (บุคลากรต่อประชากร) ใช้จำนวนประชากรคาดการณ์ ปี พ.ศ. 2577 เท่ากับ 66,749,000 คน (ที่มา: รายงานการคาดประมาณประชากรของประเทศไทย พ.ศ. 2553 - 2583 โดยสำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ <http://moph.cc/jyoNWnFQp>)
- 2) อัตราส่วนปัจจุบัน (บุคลากรต่อประชากร) ใช้จำนวนประชากรปัจจุบัน ปี พ.ศ. 2566 เท่ากับ 66,052,000 คน (ที่มา: สำนักบริหารการทะเบียนกรมการปกครอง <https://stat.bora.dopa.go.th/stat/statnew/statMenu/newStat/home.php>)
- 3) ข้อมูลนักรังสีเทคนิค ใช้จำนวนบุคลากรทั้งหมดที่มี จำนวน 6,636 คน อ้างอิงจากกองสถานพยาบาลและการประกอบโรคศิลปะ

วัตถุประสงค์

1. เพิ่มคุณค่าบริการโดยเน้นประชาชนเป็นศูนย์กลาง บูรณาการทั้งภาครัฐ ท้องถิ่น และเอกชนให้เป็นหนึ่งเดียว สนับสนุนทรัพยากรสาธารณสุขร่วมกันเพื่อเพิ่มผลิตภาพให้ประเทศ
2. ดำรงรักษาบุคลากรสาธารณสุขให้คงอยู่ในระบบบริการสาธารณสุขและมีการกระจายที่เหมาะสม

เป้าหมาย/ตัวชี้วัด

1. ผลสัมฤทธิ์ของโครงการหรือกิจกรรมการบูรณาการความร่วมมือระหว่างหน่วยงานหรือองค์กรในการพัฒนาระบบบริการสาธารณสุขเชิงพื้นที่เป็นหนึ่งเดียว เพื่อส่งมอบบริการที่มีคุณค่าโดยประชาชนเป็นศูนย์กลาง
2. อัตราส่วนบุคลากร ต่อ ภาระงาน และ ความยากง่ายของบริการ
3. อัตราการสูญเสียกำลังคนด้านสุขภาพในวิชาชีพหลัก (ได้แก่ แพทย์ พยาบาล)

มาตรการ/แนวทาง/หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

มาตรการ	แนวทาง	หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง
1. สร้างความร่วมมือของ ภาครัฐ ท้องถิ่น และเอกชน มุ่งเป้าจัดระบบบริการ สาธารณสุขโดยเน้นคุณค่า ประชาชนเป็นศูนย์กลาง อย่างเชื่อมโยงไร้รอยต่อทั้ง แนวราบและแนวดิ่ง	1.1 พัฒนาการบริหารจัดการกำลังคนด้านสุขภาพ และการบริการสาธารณสุขเชิงพื้นที่เป็นหนึ่งเดียว 1.2 บูรณาการทั้งภาครัฐและเอกชน เพื่อเชื่อมโยงการจัด บริการสุขภาพในแต่ละพื้นที่อย่างไร้รอยต่อ แบ่งปัน สนับสนุนทรัพยากรร่วมกันทั้งแนวราบและแนวดิ่ง 1.3 พัฒนาระบบดิจิทัลสุขภาพเพิ่มคุณค่าบริการโดยยึด ประชาชนเป็นศูนย์กลาง	- กระทรวงสาธารณสุข - กรุงเทพมหานคร - หน่วยบริการภาครัฐ - มหาวิทยาลัย - องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น - เอกชน
2. บริหารจัดการกำลังคน และบริการสาธารณสุข รูปแบบใหม่ที่ยืดหยุ่น คล่องตัว ภายใต้กฎหมาย และระเบียบเฉพาะ	2.1 เพิ่มประสิทธิภาพระบบและกลไกทางการเงินที่ ตอบสนองการทำงานมุ่งเน้นผลงาน (Productivity) 2.2 พัฒนาการจ้างงานรูปแบบใหม่ที่ยืดหยุ่นคล่องตัว เหมาะสมตามบริบทพื้นที่ ควบคู่กับการพัฒนาการให้ บริการรูปแบบใหม่ 2.3 ทบทวน ปรับปรุงกฎหมายและระเบียบเฉพาะกำลังคน ด้านสุขภาพ ให้คล่องตัว สอดคล้องกับบริบทที่เปลี่ยนแปลง	- กระทรวงสาธารณสุข - สำนักงบประมาณ - สำนักงานคณะกรรมการ ข้าราชการพลเรือน (ก.พ.) - สำนักงานคณะกรรมการ พัฒนาระบบราชการ (ก.พ.ร.) - กระทรวงการอุดมศึกษา วิทยาศาสตร์ วิจัยและ นวัตกรรม (อว.) - ภาครัฐอื่น - องค์กรวิชาชีพ - องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น - เอกชน
3. ยกระดับคุณภาพชีวิต กำลังคนด้านสุขภาพ ดำรง รักษาให้อยู่ในระบบและ มีการกระจายที่เหมาะสม	3.1 พัฒนาคุณภาพชีวิตกำลังคนด้านสุขภาพ เสริมสร้าง บรรยากาศองค์กรและสร้างวัฒนธรรมการทำงานเป็นทีมที่ดี 3.2 สร้างแรงจูงใจให้บุคลากรปฏิบัติงานในพื้นที่ที่ขาดแคลน และการกระจายที่เหมาะสม	- กระทรวงสาธารณสุข - สำนักงานคณะกรรมการ ข้าราชการพลเรือน (ก.พ.) - องค์กรวิชาชีพ - องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น - เอกชน

วัตถุประสงค์

ยกระดับการให้บริการสุขภาพอย่างมีคุณภาพและมาตรฐานสากล ให้ประเทศไทยมีขีดความสามารถในการแข่งขันสูงขึ้น

เป้าหมาย/ตัวชี้วัด

1. สัดส่วนมูลค่าเพิ่มของสินค้าและบริการสุขภาพต่อผลิตภัณฑ์มวลรวมในประเทศ เพิ่มขึ้นร้อยละ 1.7 จำนวน 381,172,080,000 บาท ในปี 2570 (ปี 2565 สัดส่วน 1.33 จำนวน 236,677,870,000 บาท)
2. ประเทศไทยเป็นอันดับ 1 ด้าน Wellness and Medical Hub ในปี 2025

มาตรการ/แนวทาง/หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

มาตรการ	แนวทาง	หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง
1. ส่งเสริมพัฒนาศักยภาพหน่วยบริการ ทั้งภาครัฐและเอกชน ให้ได้มาตรฐานสากล สร้างมูลค่าเพิ่มให้กับเศรษฐกิจของประเทศ	1.1 พัฒนาระบบและกลไกการควบคุมกำกับคุณภาพมาตรฐาน สถานพยาบาล สถานประกอบการเพื่อสุขภาพ สมุนไพร ยาและเวชภัณฑ์ ทั้งภาครัฐและเอกชนที่มีศักยภาพสร้างมูลค่าทางเศรษฐกิจ 1.2 พัฒนาศักยภาพศูนย์ความเป็นเลิศทางการแพทย์ นวัตกรรม เทคโนโลยีขั้นสูง การผลิตยาและวัคซีน รองรับบริการทางการแพทย์มูลค่าสูง และการเป็นศูนย์กลางสุขภาพนานาชาติ (World Class Medical Service) ได้แก่ Medical service hub, Wellness hub, Product hub และ Academic hub 1.3 ร่วมลงทุน ระหว่างภาครัฐ ภาคเอกชน ผู้ประกอบการ ในการนำบริการผลิตภัณฑ์ และสินค้าออกสู่ตลาดทั้งในและต่างประเทศ ดึงศักยภาพในการเป็นศูนย์กลางจัดนิทรรศการด้านสุขภาพในระดับนานาชาติ	- กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ - สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา (อย.) - กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก - สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (สรพ.) - กระทรวงการอุดมศึกษา วิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรม (อว.) - กระทรวงกลาโหม - กระทรวงพาณิชย์ - กระทรวงการท่องเที่ยวและกีฬา - องค์กรวิชาชีพ - องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น - เอกชน
2. ส่งเสริมการศึกษา วิจัยและพัฒนา นวัตกรรมด้านสุขภาพ	2.1 พัฒนากลไก โครงสร้างพื้นฐาน และระบบนิเวศที่เอื้อต่อการศึกษา วิจัยและพัฒนา นวัตกรรมด้านสุขภาพ สร้างมูลค่าเพิ่มให้กับเศรษฐกิจประเทศ 2.2 ส่งเสริม สนับสนุน กำกับดูแลการศึกษาและการผลิต วิจัยและพัฒนา นวัตกรรมด้านสุขภาพให้ได้มาตรฐานสากลสู่การเป็นศูนย์กลางทางการแพทย์	- สำนักวิชาการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข - กรมวิชาการ กระทรวงสาธารณสุข - กระทรวงการอุดมศึกษา วิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรม (อว.) - องค์กรวิชาชีพ - องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น - เอกชน

วัตถุประสงค์

1. เพื่อบริหารจัดการและพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพในภาพรวมทั้งระบบเป็นไปอย่างมีทิศทาง ร่วมกันดูแลสุขภาพประชาชนอย่างเป็นเอกภาพและมีประสิทธิภาพ
2. เพื่อให้การกำหนดนโยบายและยุทธศาสตร์กำลังคนด้านสุขภาพเป็นไปอย่างแม่นยำโดยอาศัยหลักฐานเชิงประจักษ์และฐานข้อมูลกลางของประเทศ (Evidence-based policy)

เป้าหมาย/ตัวชี้วัด

1. มีระบบและกลไกการอภิบาลกำลังคนด้านสุขภาพที่มีเอกภาพ
2. มีฐานข้อมูลกลางกำลังคนด้านสุขภาพของประเทศที่ครบถ้วนและเป็นปัจจุบัน ใช้ประโยชน์ในการบริหารจัดการกำลังคนด้านสุขภาพของประเทศได้

มาตรการ/แนวทาง/หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

มาตรการ	แนวทาง	หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง
1. สร้างกลไกกำหนดนโยบายกำกับดูแลกำลังคนด้านสุขภาพในภาพรวมทั้งระบบอย่างเป็นเอกภาพทั้งระดับประเทศและระดับพื้นที่	1.1 มีคณะกรรมการอภีระระบบระดับประเทศ กำหนดทิศทางนโยบาย กำกับ ดูแล กำลังคนด้านสุขภาพในภาพรวมทั้งระบบ 1.2 มีคณะกรรมการอภีระระบบระดับพื้นที่ วางแผน กำกับ ดูแล เชื่อมโยงบริการ และบริหารจัดการ รวมทั้งส่งเสริมการใช้ทรัพยากรร่วมกันทุกภาคส่วน	- กระทรวงสาธารณสุข - กระทรวงการอุดมศึกษา วิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรม (อว.) - ภาครัฐอื่น - องค์กรวิชาชีพ - องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น - เอกชน
2. จัดทำฐานข้อมูลกลางกำลังคนด้านสุขภาพของประเทศที่ถูกต้อง ครบถ้วน ใช้ขับเคลื่อนระบบสุขภาพได้	2.1 กำหนดหน่วยงานกลางที่มีอำนาจตามกฎหมายในการจัดทำฐานข้อมูลกลางกำลังคนด้านสุขภาพของประเทศ 2.2 ให้บุคลากรด้านสุขภาพทุกคนมีเลขประจำตัวผู้ให้บริการ (Provider ID) เชื่อมโยงกับเลข 13 หลัก 2.3 บูรณาการข้อมูลกำลังคนด้านสุขภาพของทุกภาคส่วนด้วยชุดข้อมูลมาตรฐานเดียวกัน (Minimum Data Set) 2.4 พัฒนาแพลตฟอร์มดิจิทัลสุขภาพเพื่อใช้ในการขับเคลื่อนนโยบาย ยุทธศาสตร์และการบริหารจัดการกำลังคนด้านสุขภาพ ของประเทศเพื่อให้ผู้บริหารตัดสินใจเชิงนโยบายอย่างแม่นยำและทันสถานการณ์	

บทที่ 4

การขับเคลื่อนยุทธศาสตร์การปฏิรูปกำลังคน และภารกิจบริการด้านสาธารณสุข ในภาพรวมทั้งระบบ ระยะ 10 ปี

ในการขับเคลื่อนยุทธศาสตร์การปฏิรูปกำลังคนและภารกิจบริการด้านสาธารณสุขในภาพรวมทั้งระบบสู่การปฏิบัติ มุ่งเน้นกระบวนการบูรณาการความร่วมมือระหว่างภาคส่วนที่เกี่ยวข้องทั้งภาครัฐและภาคเอกชน การจัดสรรงบประมาณแผนงาน/โครงการภายใต้ยุทธศาสตร์ที่ไม่เกิดความซ้ำซ้อน โดยอาศัยหน่วยงานและองค์กรภาคีเครือข่ายต่าง ๆ เพื่อให้เกิดการดำเนินการขับเคลื่อนที่มีประสิทธิภาพ ดังต่อไปนี้



แต่งตั้งคณะกรรมการ
การปฏิรูปกำลังคนและภารกิจ
บริการด้านสาธารณสุข
ในภาพรวมทั้งระบบ

มีหน่วยงานรับผิดชอบหลัก

ขับเคลื่อนยุทธศาสตร์
การปฏิรูปกำลังคนฯ อย่าง
บูรณาการและเป็นเอกภาพ

วางระบบการทำงานและ
การวางแผนร่วมกันระหว่าง
หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง



1

แต่งตั้งคณะกรรมการการปฏิรูปกำลังคนและภารกิจบริการด้านสาธารณสุขในภาพรวมทั้งระบบ ให้มีอำนาจหน้าที่ ในการกำกับทิศทาง พิจารณากลับกรองแผนงานและงบประมาณด้านกำลังคน และภารกิจบริการด้านสาธารณสุขในภาพรวมทั้งระบบอย่างบูรณาการ ตลอดจนขับเคลื่อน กำกับ ดูแล ติดตามการดำเนินงานตามยุทธศาสตร์การปฏิรูปกำลังคนและภารกิจบริการด้านสาธารณสุข ในภาพรวมทั้งระบบให้เป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ

2

มีหน่วยงานรับผิดชอบหลักในการทำหน้าที่เป็นเลขานุการของคณะกรรมการการปฏิรูปกำลังคน และภารกิจบริการด้านสาธารณสุขในภาพรวมทั้งระบบ

3

ขับเคลื่อนยุทธศาสตร์การปฏิรูปกำลังคนและภารกิจบริการด้านสาธารณสุขในภาพรวมทั้งระบบ อย่างบูรณาการและเป็นเอกภาพ เพื่อลดช่องว่างการเข้าถึงบริการสุขภาพของประชาชน เกิดการกระจายกำลังคนสาธารณสุขในพื้นที่ขาดแคลน ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการสาธารณสุข ที่มีคุณภาพและทั่วถึงอย่างแท้จริง ทั้งนี้ การพิจารณาวางแผนการผลิต การพัฒนา และแผน อัตรากำลังของหน่วยบริการสุขภาพต้องสอดคล้องกับยุทธศาสตร์การปฏิรูปกำลังคนและภารกิจ บริการด้านสาธารณสุขในภาพรวมทั้งระบบ จัดลำดับความสำคัญของแผนงาน/โครงการภายใต้ ยุทธศาสตร์ฯ และระยะเวลาดำเนินงาน เพื่อให้สำนักงานงบประมาณสามารถเตรียมกรอบวงเงิน สนับสนุนได้อย่างเหมาะสม และหน่วยงานที่รับงบประมาณสามารถวางแผนและมีความพร้อม ในการดำเนินโครงการได้ทันตามระยะเวลาที่กำหนด โดยทุกหน่วยงานได้จัดลำดับความสำคัญ ของแผนการดำเนินงาน และจัดทำคำขอจัดตั้งงบประมาณประจำปี เป็นการเบื้องต้น

4

วางระบบการทำงานและการวางแผนร่วมกันของหน่วยงานผลิตบุคลากร หน่วยงานผู้ให้บริการ และสภาวิชาชีพ มุ่งให้การผลิตกำลังคนสอดคล้องทิศทางนโยบายบริการสุขภาพและความท้าทาย สุขภาพยุคใหม่ (Demand-Driven) มีปริมาณบุคลากรคุณภาพในระดับภาพรวมและพื้นที่ (Balancing Demand and Supply) ให้เกิดการกระจายกำลังคนในสาขาเร่งด่วน และ/หรือพื้นที่ ขาดแคลน (Human Resource Allocation)

5

จัดทำฐานข้อมูลกลางด้านกำลังคนสาธารณสุขทั้งระบบตลอดห่วงโซ่อุปทาน เพื่อใช้ในการวางแผน และบริหารกำลังคนสาธารณสุขของประเทศ (National Health Manpower Database)

6

ทบทวนยุทธศาสตร์เป็นระยะทุก 1 - 3 ปี เพื่อให้สามารถตอบสนองต่อสถานการณ์ที่ส่งผลกระทบ ต่อสุขภาพของประชาชนที่เปลี่ยนแปลงไปอย่างรวดเร็ว เพื่อให้สามารถบรรลุเป้าประสงค์ของ ยุทธศาสตร์

7

กำกับ ติดตาม ประเมินผล อย่างต่อเนื่อง

ภาคผนวก

ภาคผนวก ก

นियามศัพท์เฉพาะ

เขตสุขภาพ

เขตสุขภาพ (Regional Health) หมายถึง ระบบการบริหารงานส่วนกลางในภูมิภาค เพื่อให้การบริหารจัดการเกิดบริการสุขภาพแบบบูรณาการภายในเขต โดยมีเป้าหมายลดอัตราป่วย อัตราตายของประชาชน และให้ประชาชนสามารถเข้าถึงการบริการในทุกระดับอย่างเท่าเทียมและเป็นธรรม มีการกระจายอำนาจในการบริหารจัดการลงไปในระดับพื้นที่ โดยแบ่งเขตสุขภาพออกเป็น 13 เขต (รวมกรุงเทพมหานคร) แต่ละเขตสุขภาพครอบคลุม 4 - 8 จังหวัด ประชากรประมาณ 3 - 6 ล้านคน เพื่อให้มีขนาดที่เหมาะสม (Economy of scale) ด้านภูมิประเทศ การคมนาคมที่สะดวกของประชาชน เอื้อต่อการพัฒนาระบบส่งต่อ และเพิ่มอัตราความครอบคลุมบริการที่สะดวก รวดเร็ว มีคุณภาพ ประสิทธิภาพ และสามารถสร้างการมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วนโดยสนับสนุนโครงสร้างองค์กรและโครงสร้างการบริหารองค์กร

เขตสุขภาพที่ 1

น่าน พะเยา ลำปาง ลำพูน
เชียงใหม่ เชียงราย แพร่
แม่ฮ่องสอน

เขตสุขภาพที่ 2

ตาก เพชรบูรณ์ สุโขทัย
พิษณุโลก อุตรดิตถ์

เขตสุขภาพที่ 3

นครสวรรค์ กำแพงเพชร
พิจิตร ชัยนาท อุทัยธานี

เขตสุขภาพที่ 4

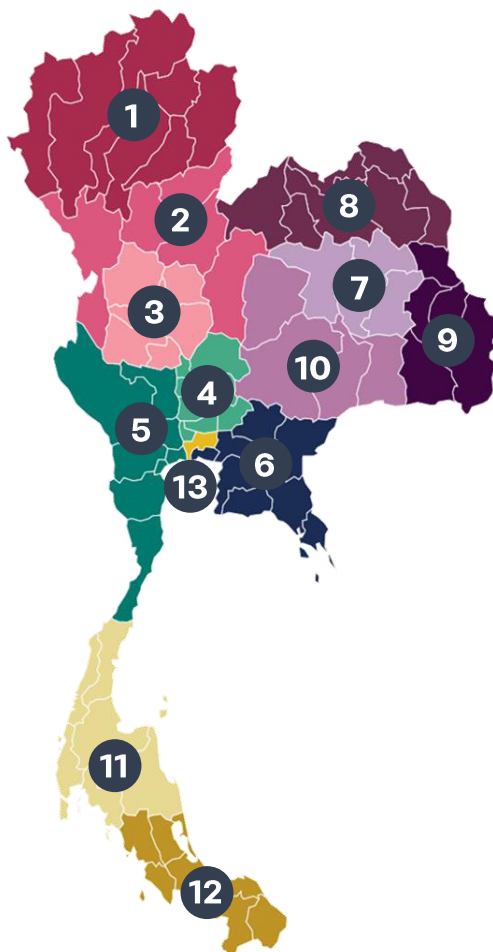
สระบุรี นนทบุรี ลพบุรี
อ่างทอง นครนายก
พระนครศรีอยุธยา
สิงห์บุรี ปทุมธานี

เขตสุขภาพที่ 5

สมุทรสงคราม กาญจนบุรี
ประจวบคีรีขันธ์ ราชบุรี
สุพรรณบุรี นครปฐม
เพชรบุรี สมุทรสาคร

เขตสุขภาพที่ 6

ฉะเชิงเทรา สมุทรปราการ
สระแก้ว ปราจีนบุรี ตราด
ชลบุรี จันทบุรี ระยอง



เขตสุขภาพที่ 7

มหาสารคาม ร้อยเอ็ด
กาฬสินธุ์ ขอนแก่น

เขตสุขภาพที่ 8

หนองคาย หนองบัวลำภู
นครพนม เลย บึงกาฬ
อุดรธานี สกลนคร

เขตสุขภาพที่ 9

ชัยภูมิ นครราชสีมา
บุรีรัมย์ สุรินทร์

เขตสุขภาพที่ 10

มุกดาหาร อำนาจเจริญ
อุบลราชธานี ศรีสะเกษ

เขตสุขภาพที่ 11

นครศรีธรรมราช ชุมพร
สุราษฎร์ธานี ระนอง
ภูเก็ต กระบี่ พังงา

เขตสุขภาพที่ 12

สงขลา สตูล ตรัง พัทลุง
ปัตตานี ยะลา นราธิวาส

เขตสุขภาพที่ 13

กรุงเทพมหานคร

การยกระดับศักยภาพระบบบริการสุขภาพ (SAP) กระทรวงสาธารณสุข

- 1. โรงพยาบาลชุมชน (Standard Hospital) : S** หมายถึง (1) เป็นโรงพยาบาลระดับทุติยภูมิ รับส่งต่อผู้ป่วยในระดับอำเภอ มีการจัดบริการเวชศาสตร์ครอบครัว การแพทย์ฉุกเฉิน และการบริการสาขาพื้นฐานหลักที่จำเป็นรองรับปัญหาของชุมชนตามบริบทของพื้นที่ ได้แก่ อายุรกรรม กุมารเวชกรรม บริการเวชกรรมฉุกเฉินตามความจำเป็น รวมทั้งการดูแลระยะเปลี่ยนผ่านผู้ป่วยกึ่งเฉียบพลัน (Intermediate Care) และสนับสนุนเครือข่ายบริการปฐมภูมิของแต่ละอำเภอ (2) มีภารกิจด้านการเรียนการสอนด้านการดูแลปฐมภูมิ และงานวิจัยทางการแพทย์และสาธารณสุขในระดับจังหวัด
- 2. โรงพยาบาลชุมชนพลัส (Standard plus Hospital) : S⁺** หมายถึง (1) เป็นโรงพยาบาลระดับทุติยภูมิที่มีขีดความสามารถบางสาขาถึงระดับโรงพยาบาลทั่วไป แต่ปัจจัยพื้นฐานยังไม่ครบที่จะเป็นระดับโรงพยาบาลทั่วไปทั้งหมด มีขีดความสามารถรองรับผู้ป่วยที่ยุ่ยากซับซ้อนระดับเชี่ยวชาญเฉพาะบางสาขาเช่น การมี semi ICU รองรับผู้ป่วยใส่ท่อช่วยหายใจ (2) มีบริการสูติ-นรีเวชกรรม ศัลยกรรม หรือสาขาอื่นที่จำเป็นตามความต้องการทางด้านสุขภาพของประชาชน หรือบริบทของพื้นที่ (3) มีภารกิจด้านการเรียนการสอนด้านการดูแลปฐมภูมิ การดูแลแพทย์เพิ่มพูนทักษะและงานวิจัยทางการแพทย์และสาธารณสุขในระดับจังหวัดถึงระดับเขตสุขภาพ
- 3. โรงพยาบาลทั่วไป (Academy Hospital) : A** หมายถึง (1) เป็นโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ รับส่งต่อผู้ป่วยที่ซับซ้อนมากขึ้น มีขีดความสามารถรองรับผู้ป่วยที่ยุ่ยากซับซ้อนระดับเชี่ยวชาญเฉพาะ มีการจัดบริการโดยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญทั้งสาขาหลัก สาขารอง ครบทุกสาขา และสาขาย่อยบางสาขา สามารถรองรับผู้ป่วยส่งต่อจากหน่วยบริการทุติยภูมิภายในจังหวัด โดยมีอย่างน้อย 1 แห่งต่อจังหวัด มีห้องผ่าตัดมาตรฐาน มีบริการวิสัญญีบริการห้อง ICU และมีบริการสาขารอง เช่น บริการคลินิกจักษุ หู คอ จมูก (2) มีภารกิจด้านแพทยศาสตรศึกษาของแพทยศาสตรบัณฑิต และงานวิจัยทางการแพทย์และสาธารณสุขในระดับเขตสุขภาพ
- 4. โรงพยาบาลทั่วไปพลัส (Academy plus Hospital) : A⁺** หมายถึง (1) เป็นโรงพยาบาลระดับตติยภูมิรับส่งต่อผู้ป่วยที่ซับซ้อนระดับสูงบางสาขา แต่การบริการยังไม่ครบที่จะเป็นระดับโรงพยาบาลศูนย์ มีขีดความสามารถรองรับผู้ป่วยที่ต้องการการรักษาที่ยุ่ยากซับซ้อนระดับเชี่ยวชาญและเทคโนโลยีขั้นสูงและมีราคาแพงบางอย่าง มีการจัดบริการโดยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญทั้งสาขาหลัก สาขารอง และสาขาย่อยครบทุกสาขาตามความจำเป็น บริการห้อง ICU เฉพาะทาง (2) มีภารกิจด้านแพทยศาสตรศึกษาของแพทยศาสตรบัณฑิตระดับการศึกษาต่อเนื่องผู้เชี่ยวชาญสาขาหลักบางสาขา และงานวิจัยทางการแพทย์และสาธารณสุขในระดับเขตสุขภาพถึงระดับประเทศ
- 5. โรงพยาบาลศูนย์ (Premium Hospital) : P** หมายถึง (1) เป็นโรงพยาบาลระดับตติยภูมิระดับสูงโดยให้ครอบคลุมทุกเขตสุขภาพ ขีดความสามารถรองรับผู้ป่วยที่ต้องการการรักษาที่ยุ่ยากซับซ้อนระดับเชี่ยวชาญและเทคโนโลยีขั้นสูงและมีราคาแพง (Advance & Sophisticate Technology) มีการจัดบริการโดยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญทั้งสาขาหลัก สาขารอง และสาขาย่อยครบทุกสาขาตามความจำเป็น ทั้งนี้ โรงพยาบาลระดับ P บางแห่งถูกกำหนดเป็นศูนย์ความเชี่ยวชาญใน 5 สาขา (สาขาโรคหัวใจ สาขาโรคมะเร็ง สาขาอุบัติเหตุและฉุกเฉิน สาขาทารกแรกเกิด สาขาการรับบริจาคและปลูกถ่ายอวัยวะที่ไม่ซับซ้อน เช่น ปลูกถ่ายกระจกตา) สามารถรองรับผู้ป่วยส่งต่อจากระดับตติยภูมิภายในเขตสุขภาพเดียวกันและเขตใกล้เคียง (2) มีภารกิจด้านแพทยศาสตรศึกษาของแพทย์ประจำบ้านเฉพาะทาง การอบรมพยาบาลเฉพาะทาง และงานวิจัยทางการแพทย์และสาธารณสุขในระดับประเทศ
- 6. โรงพยาบาลศูนย์พลัส (Premium plus Hospital) : P⁺** หมายถึง (1) เป็นโรงพยาบาลระดับตติยภูมิระดับสูงมาก โดยให้ครอบคลุมบางเขตสุขภาพที่มีความพร้อมขีดความสามารถรองรับผู้ป่วยที่ต้องการการรักษาที่ยุ่ยากมาก ซับซ้อนระดับเชี่ยวชาญและเทคโนโลยีขั้นสูงและมีราคาแพง (Advance & Sophisticate Technology) มีการจัดบริการโดยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญทั้งสาขาหลัก สาขารอง และสาขาย่อยทุกสาขา เช่น การผ่าตัดที่ยุ่ยากซับซ้อน

ใช้เทคโนโลยีขั้นสูงมากการผ่าตัดปลูกถ่ายอวัยวะ การผ่าตัดโดยใช้หุ่นยนต์การผ่าตัดเส้นเลือดใหญ่หัวใจ การรักษาด้วยวิธีผ่านสายสวนหลอดเลือดสมอง (2) มีการศึกษาด้านแพทยศาสตรศึกษาของแพทย์ประจำบ้าน เฉพาะทางต่อยอด การอบรมพยาบาลเฉพาะทางที่ซับซ้อน และงานวิจัยทางการแพทย์และสาธารณสุข ในระดับนานาชาติ

สาขาเร่งผลิตและพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพ

จากการประชุมคณะกรรมการยุทธศาสตร์การปฏิรูปกำลังคนและภารกิจบริการด้านสาธารณสุข ในภาพรวมทั้งระบบ และยุทธศาสตร์การจัดตั้งเครือข่ายศูนย์ความเป็นเลิศทางการแพทย์ สถาบันทางการแพทย์ และสถาบันการศึกษาต่าง ๆ ในภาพรวมของประเทศ ในระยะยาว (5 - 10 ปี) ครั้งที่ 1/2567 เมื่อวันที่ 16 กรกฎาคม พ.ศ. 2567 มีมติเห็นชอบ ร่าง ยุทธศาสตร์การปฏิรูปกำลังคนและภารกิจบริการด้านสาธารณสุข ในภาพรวมทั้งระบบ ระยะ 10 ปี โดยมีรายละเอียดสาขาที่เร่งรัดการผลิตเพื่อตอบสนองเป้าหมายที่ 1 คนไทย มีสุขภาพที่ดีเพิ่มขึ้น ได้แก่ แพทยศาสตร์ กุมารศาสตร์ จิตเวชศาสตร์ จิตเวชศาสตร์การเสพติด จิตเวชศาสตร์เด็กและวัยรุ่น ประสาทวิทยา ประสาทศัลยศาสตร์ พยาธิวิทยาคลินิก รังสีรักษาและมะเร็งวิทยา รังสีวิทยาวิจิตร วิทยาศาสตร์สุขภาพ เวชศาสตร์ฉุกเฉิน เวชศาสตร์นิวเคลียร์ เวชศาสตร์ฟื้นฟู ศัลยศาสตร์ ศัลยศาสตร์ ทรวงอก สูติศาสตร์และนรีเวชวิทยา อายุรศาสตร์มะเร็งวิทยาและโลหิตวิทยา และเวชศาสตร์ป้องกัน (แขนง เวชศาสตร์วิถีชีวิต)

และอนุสาขาที่ขาดแคลน ได้แก่ กุมารศาสตร์หัวใจและทรวงอก อายุรศาสตร์ (ส่องกล้องระบบ ทางเดินอาหาร) ศัลยศาสตร์ (ส่องกล้องระบบทางเดินอาหาร) จิตเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กุมารเวชศาสตร์ทารก แรกเกิดและปริกำเนิด กุมารเวชศาสตร์ประสาทวิทยา กุมารเวชศาสตร์โรคหัวใจ มะเร็งวิทยานรีเวช รังสีร่วมรักษา ของลำตัว รังสีร่วมรักษาแบบประสาท โลหิตวิทยาและมะเร็งวิทยา วิทยาศาสตร์สุขภาพสำหรับการผ่าตัดหัวใจ หลอดเลือดใหญ่และทรวงอก วิทยาศาสตร์สุขภาพสำหรับเด็ก เวชบำบัดวิกฤต เวชศาสตร์มารดาและทารกในครรภ์ ศัลยศาสตร์หลอดเลือด ศัลยศาสตร์อุบัติเหตุ และอายุรศาสตร์โรคหัวใจ

ภาคผนวก ข

คำอธิบายเป้าหมายและตัวชี้วัด

เป้าหมาย 1 คนไทยมีสุขภาวะที่ดีเพิ่มขึ้น

ตัวชี้วัดที่	รายละเอียดตัวชี้วัดและค่าเป้าหมาย	คำอธิบายคำสำคัญ	วิธีคำนวณและวัดผล	ข้อมูลฐาน	แหล่งที่มาของข้อมูล
1.1	อายุคาดเฉลี่ยเมื่อแรกเกิด (Life Expectancy: LE) ไม่น้อยกว่า 85 ปี	อายุคาดเฉลี่ยเมื่อแรกเกิด (Life Expectancy: LE) หมายถึง การคาดประมาณจำนวนปีโดยเฉลี่ยของการมีชีวิตอยู่ของประชากร	ใช้สูตรการคำนวณ $LE_x = \frac{[\sum_{i=x}^w (L_x)]}{1_x}$ Lx = จำนวนปีที่มีชีวิตอยู่ของประชากรของ life table ในกลุ่มอายุ x ถึง x+5 W = อายุสูงสุดของกลุ่มประชากรใน life table	ในปี พ.ศ. 2564 อายุคาดเฉลี่ยเมื่อแรกเกิด (Life Expectancy: LE) อยู่ที่ 75.3	World Health Organization
1.2	อายุคาดเฉลี่ยของการมีสุขภาพดี (Health Adjusted Life Expectancy: HALE) ไม่น้อยกว่า 75 ปี	อายุคาดเฉลี่ยของการมีสุขภาพดี (Health Adjusted Life Expectancy : HALE) เป็นดัชนีวัดสถานะสุขภาพของประชากรที่นำเรื่องการตายและการป่วยเข้ามาร่วมพิจารณา โดยปรับอายุคาดเฉลี่ยที่คำนวณได้ตามตารางชีพปกติให้เป็นปีเฉลี่ยที่มีชีวิตอยู่ตามสถานะสุขภาพพระระดับต่าง ๆ ในแต่ละช่วงชีวิต	ใช้สูตรการคำนวณ HALE โดยวิธีซัลลิแวน (Sullivan’s method) $YLH_x = {}_nL_x \times \sum_{s=0}^s w_s \times D_{si}$ $HALE = \frac{\sum_{i=0}^w YLH_i}{I_x}$ nLx = จำนวนปีคนที่มีชีวิตอยู่ระหว่างอายุ x ถึง x+5 ปี Ix = จำนวนผู้ที่รอดชีพที่อายุเต็ม x ปี Ws = น้ำหนักสถานะสุขภาพพระระดับต่างๆ Dsi = ความชุกของสถานะสุขภาพพระระดับต่างๆ YLHx = จำนวนปีที่ปรับเป็นปีที่สุขภาพสมบูรณ์ (สำรวจวัดทุก 5 ปี)	ในปี พ.ศ. 2564 อายุคาดเฉลี่ยของการมีสุขภาพดี (Health Adjusted Life Expectancy: HALE) อยู่ที่ 65.8	World Health Organization

ตัวชี้วัดที่	รายละเอียดตัวชี้วัดและค่าเป้าหมาย	คำอธิบายคำสำคัญ	วิธีคำนวณและวัดผล	ข้อมูลฐาน	แหล่งที่มาของข้อมูล
1.3	อัตราการตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ไม่เกิน 24 ต่อแสนประชากร	การตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ หมายถึง การตายจากโรคหลอดเลือดหัวใจ (I20-I25) ทุกกลุ่มอายุต่อประชากรแสนคน ในช่วงปีนั้น	ใช้สูตรการคำนวณ $CDR = \frac{D}{P_{midyear}} \times 100,000$ CDR = อัตราตาย D = จำนวนคนตายในหนึ่งปี P _{midyear} = จำนวนประชากร ณ วันกลางปี (1 กรกฎาคม)	ในปี พ.ศ. 2565 อัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ อยู่ที่ 35.1 ต่อแสนประชากร	สถิติสาธารณสุข 2565
1.4	อัตราป่วยตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง น้อยกว่าร้อยละ 7	1. ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง หมายถึง ผู้ป่วยใน (ผู้ป่วยที่รับไว้นอนพักรักษาในโรงพยาบาลนานตั้งแต่ 4 ชั่วโมงขึ้นไป) ที่มี principal diagnosis (pdx) เป็นโรคหลอดเลือดสมอง (I60-I69) 2. การตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง หมายถึง การตายจากสาเหตุโรคหลอดเลือดสมอง (I60-I69) 3. การจำหน่ายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง หมายถึง การที่ผู้ป่วยในออกจากโรงพยาบาลด้วยโรคหลอดเลือดสมอง (I60-I69)	ใช้สูตรการคำนวณ $\left(\frac{A}{B}\right) \times 100$ A = จำนวนครั้งของการจำหน่ายสถานะตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke: I60-I69) จากทุกหอผู้ป่วย B = จำนวนครั้งของการจำหน่ายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจากทุกหอผู้ป่วยในช่วงเวลาเดียวกัน (Stroke: I60-I69)	ในปี พ.ศ. 2566 อัตราป่วยตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอยู่ที่ร้อยละ 7.69	ฐานข้อมูลจากการประเมินข้อมูลจาก Health Data Center (HDC) กระทรวงสาธารณสุข
1.5	อุบัติการณ์จากโรคมะเร็งปากมดลูกต่อประชากรหญิงไทย น้อยกว่า 4 รายต่อประชากรเพศหญิง 100,000 คน	อุบัติการณ์จากโรคมะเร็งปากมดลูก (C53) หมายถึง อัตราผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกรายใหม่ในประชากรกลุ่มเสี่ยง ณ ช่วงเวลาใดเวลาหนึ่ง	ใช้สูตรการคำนวณ (Age Standardized incidence Rate : ASR) อภิบัติการณ์จากโรคมะเร็งปากมดลูก (C53) ปรับตามโครงสร้างมาตรฐานอายุ โดยใช้มาตรฐานประชากรโลก หน่วยอัตราต่อจำนวนประชากร 1 แสนคน $ASR = \left(\frac{a_i \times w_i}{\sum w_i}\right)$ a = อัตราอุบัติการณ์เฉพาะกลุ่มอายุ (age-specific incidence rate) w = จำนวนประชากรมาตรฐาน (ประชากรเพศหญิง ณ ปีกกลาง) i = ชั้นต่าง ๆ ของช่วงอายุ จาก 0 - 4 ถึง 75+ (สำรวจวัดทุก 3 ปี)	อุบัติการณ์จากโรคมะเร็งปากมดลูกต่อประชากรหญิงไทย ระหว่างปี พ.ศ. 2559 - 2561 อยู่ที่ 11.1 ต่อประชากรเพศหญิงแสนคน	Cancer in Thailand Vol.X, 2016-2018 สถาบันมะเร็งแห่งชาติ

ตัวชี้วัดที่	รายละเอียดตัวชี้วัดและค่าเป้าหมาย	คำอธิบายคำสำคัญ	วิธีคำนวณและวัดผล	ข้อมูลฐาน	แหล่งที่มาของข้อมูล
1.6	อัตราการตายจากโรคมะเร็งตับลดลงไม่น้อยกว่าร้อยละ 5	การตายของผู้ป่วยโรคมะเร็งตับ (C22) หมายถึง การตายจากโรคมะเร็งตับ หรือ จากเนื้องอกร้ายที่ตับและท่อน้ำดีในตับ (C22) ทุกกลุ่มอายุต่อประชากรแสนคนในช่วงปีนั้น	ใช้สูตรการคำนวณ $CDR = \frac{D}{P_{\text{midyear}}} \times 100,000$ CDR = อัตราตาย D = จำนวนคนตายในหนึ่งปี P _{midyear} = จำนวนประชากร ณ วันกลางปี (1 กรกฎาคม) (สำรวจวัดทุก 5 ปี)	ในปี พ.ศ. 2565 อัตราตายจากโรคมะเร็งตับอยู่ที่ 23.2 ต่อแสนประชากร	สถิติสาธารณสุข 2565
1.7	อัตราการตายทารกแรกเกิดในประเทศไทย น้อยกว่า 1.5 ต่อการเกิดมีชีพพันคน	อัตราการตายทารกแรกเกิด หมายถึง จำนวนการตายของทารก (อายุต่ำกว่า 28 วัน) ต่อจำนวนการเกิดมีชีพ 1,000 คนในหนึ่งปี	ใช้สูตรการคำนวณ $IMR = \frac{D_0}{B} \times 1,000$ IMR = อัตราตายทารกแรกเกิด D ₀ = จำนวนทารกแรกเกิดต่ำกว่า 28 วัน ตายในหนึ่งปี B = จำนวนเด็กเกิดมีชีพ	ในปี พ.ศ. 2565 อัตราตายทารกแรกเกิดในประเทศไทย อยู่ที่ 2.9 ต่อการเกิดมีชีพพันคน	สถิติสาธารณสุข 2565
1.8	อัตราการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนน ลดลงร้อยละ 10	1. อัตราผู้เสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนน (V01-V89) ต่อประชากรแสนคน เป็นตัวชี้วัดที่บูรณาการการทำงานร่วมกันระหว่างกระทรวงคมนาคม กระทรวงมหาดไทย และกระทรวงสาธารณสุข 2. ผู้เสียชีวิต หมายถึง ผู้ที่เสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนน (V01-V89) นับตั้งแต่เกิดเหตุจนถึง 30 วัน หลังเกิดเหตุ รวมถึงการเสียชีวิตที่จุดเกิดเหตุระหว่างนำส่งโรงพยาบาล ที่ห้องฉุกเฉินระหว่างส่งต่อ กรณี Admitted เสียชีวิตในตึกผู้ป่วยภายใน 24 ชั่วโมง และเสียชีวิต ในตึกผู้ป่วยหลัง 24 ชั่วโมง จนถึง 30 วันหลังเกิดเหตุ รวมถึงขอกลับไปตายที่บ้าน ทั้งนี้ ให้นับข้อมูลรวมทุกกลุ่มอายุโดยใช้ข้อมูลจากการบูรณาการข้อมูล 3 ฐาน (กระทรวงสาธารณสุข สำนักงาน	ใช้สูตรการคำนวณ $\frac{A \times 100,000}{B}$ A = จำนวนผู้เสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนน (V01-V89) (ตั้งแต่ 1 มกราคม ของทุกปี ถึง 31 ธันวาคม ของทุกปี) B = จำนวนประชากร ณ วันกลางปี (1 กรกฎาคม) (สำรวจวัดทุก 5 ปี)	ในปี พ.ศ. 2565 อัตราการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนน อยู่ที่ 26.4 ต่อแสนประชากร	สถิติสาธารณสุข 2565

ตัวชี้วัดที่	รายละเอียดตัวชี้วัดและคำเป้าหมาย	คำอธิบายคำสำคัญ	วิธีคำนวณและวัดผล	ข้อมูลฐาน	แหล่งที่มาของข้อมูล
		ตำรวจแห่งชาติ และบริษัทกลางคุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถ จำกัด) 3. อุบัติเหตุทางถนน หมายถึง การชนหรืออุบัติเหตุการซึ่งมีพาหนะที่กำลังเคลื่อนที่เพื่อวัตถุประสงค์ในการเดินทางจากจุดหนึ่งไปยังจุดหนึ่ง ซึ่งเกิดบริเวณทางตามกฎหมายว่าด้วยจราจรทางบก รวมทั้งทางส่วนบุคคล เป็นเหตุให้ทรัพย์สินเสียหาย มีผู้บาดเจ็บ หรือผู้เสียชีวิต ไม่รวมทางน้ำและทางอากาศ			
1.9	อัตราการเสียชีวิตผู้เจ็บป่วยฉุกเฉินวิกฤต ภายใน 24 ชั่วโมง น้อยกว่าร้อยละ 6	1. ผู้เจ็บป่วยฉุกเฉินวิกฤต (V01-Y89) ได้แก่ บุคคลซึ่งได้รับบาดเจ็บหรือมีอาการป่วยกะทันหันซึ่งมีภาวะคุกคามต่อชีวิตซึ่งหากไม่ได้รับปฏิบัติการแพทย์ทันที ผู้ป่วยจะมีโอกาสเสียชีวิตได้สูง หรือทำให้การบาดเจ็บหรืออาการป่วยของผู้ป่วยฉุกเฉินนั้นรุนแรงขึ้นหรือเกิดภาวะแทรกซ้อนขึ้นได้อย่างฉับไว 2. การเสียชีวิตภายใน 24 ชั่วโมง หมายถึง นับจากเวลาที่ผู้ป่วยมาห้องฉุกเฉินถึงเวลาที่เสียชีวิต (Door to Death) ภายใน 24 ชั่วโมง ซึ่งรวมถึงการเสียชีวิตในห้องฉุกเฉิน	ใช้สูตรการคำนวณ $\left(\frac{A}{B}\right) \times 100$ A = จำนวนผู้เจ็บป่วยฉุกเฉินวิกฤต (ทั้ง trauma และ non-trauma) ที่เสียชีวิตภายใน 24 ชั่วโมง B = จำนวนผู้เจ็บป่วยฉุกเฉินวิกฤต (ทั้ง trauma และ non-trauma) ที่เสียชีวิตภายใน 24 ชั่วโมง	ในปี พ.ศ. 2566 อัตราการเสียชีวิตผู้เจ็บป่วยฉุกเฉินวิกฤต ภายใน 24 ชั่วโมง อยู่ที่ร้อยละ 10.06	ฐานข้อมูลจากการประเมินข้อมูลจาก Health Data Center (HDC) กระทรวงสาธารณสุข
1.10	อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จไม่เกิน 5.1 ต่อแสนประชากร	การฆ่าตัวตายสำเร็จ หมายถึง การกระทำของบุคคลในการปลิดชีวิตตนเองโดยสมัครใจและเจตนาที่จะตายจริง หรือการเสียชีวิตจากสาเหตุภายนอกของการป่วยและการตาย (X60-X84) เพื่อให้หลุดพ้นจากการบีบคั้น หรือความคับข้องใจที่เกิดขึ้นในชีวิต ซึ่งอาจจะกระทำอย่างตรงไปตรงมา หรือกระทำโดยอ้อมด้วยวิธีการต่าง ๆ จนกระทั่งกระทำสำเร็จ	ใช้สูตรการคำนวณ $CDR = \frac{D}{P_{\text{midyear}}} \times 100,000$ CDR = อัตราตาย D = จำนวนคนตายในหนึ่งปี P_{midyear} = จำนวนประชากร ณ วันกลางปี (1 กรกฎาคม)	ในปี พ.ศ. 2565 อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จอยู่ที่ 10.3 ต่อแสนประชากร	สถิติสาธารณสุข 2565

เป้าหมาย 2 เพิ่มการเข้าถึงบริการทางการแพทย์และสาธารณสุข (มีบุคลากรเพียงพอ การกระจายที่เหมาะสมตามบริบท และรองรับระบบบริการในอนาคต)

ตัวชี้วัดที่	รายละเอียดตัวชี้วัดและค่าเป้าหมาย	คำอธิบายคำสำคัญ	วิธีคำนวณและวัดผล	ข้อมูลฐาน	แหล่งที่มาของข้อมูล
2.1	อัตราส่วนบุคลากรต่อประชากร ได้แก่ แพทย์ 1 : 650 ทันตแพทย์ 1 : 3,000 เภสัชกร 1 : 2,000 พยาบาล 1 : 200 นักกายภาพบำบัด 1 : 2,000 นักเทคนิคการแพทย์ 1 : 2,804 นักรังสีเทคนิค 1 : 5,000 นักสาธารณสุข 1 : 1,000 แพทย์แผนไทย 1 : 2,782	อัตราส่วนบุคลากรต่อประชากร เป็นมาตรฐานจำนวนบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขต่อประชากรของประเทศไทย โดยพิจารณาถึงความเพียงพอของบุคลากรกับความต้องการบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขของประชาชน	ใช้สูตรการคำนวณอัตราส่วนบุคลากรต่อประชากร $\left(\frac{A}{B}\right)$ A = จำนวนบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข B = จำนวนประชากร (คาดการณ์ประชากร ปี 2577 จำนวน 66,749,000 คน อ้างอิงรายงานการคาดประมาณประชากรของประเทศไทย พ.ศ. 2553 – 2583 โดยสำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ)	ในปี พ.ศ. 2567 อัตราส่วนบุคลากรต่อประชากร ได้แก่ แพทย์ 1 : 1,305 ทันตแพทย์ 1 : 3,650 เภสัชกร 1 : 2,735 พยาบาล 1 : 316 นักกายภาพบำบัด 1 : 4,792 นักเทคนิคการแพทย์ 1 : 4,793 นักรังสีเทคนิค 1 : 9,954 นักสาธารณสุข 1 : 2,220 แพทย์แผนไทย 1 : 11,339	1. นายกแพทยสภา 2. นายกทันตแพทยสภา 3. นายกสภาเภสัชกรรม 4. นายกสภาการพยาบาล 5. นายกสภาเทคนิคการแพทย์ 6. นายกสภากายภาพบำบัด 7. นายกสภาการแพทย์แผนไทย 8. นายกสภาการสาธารณสุขชุมชน 9. นายกสมาคมรังสีเทคนิคแห่งประเทศไทย
2.2	การกระจายที่เหมาะสมตามเกณฑ์ศักยภาพของหน่วยบริการ	1. การกระจายที่เหมาะสม หมายถึง ระบบสุขภาพมีการจัดบริการสอดคล้องกับกำลังคนด้านสุขภาพที่กระจาย อย่างเท่าเทียมและเป็นธรรม ทั้งในพื้นที่เขตเมือง พื้นที่ชนบท และพื้นที่ชายแดน เพื่อให้ประชาชนเข้าถึงการบริการในทุกกระดับได้ครอบคลุม และทั่วถึงอย่างมีคุณภาพ 2. เกณฑ์ศักยภาพของหน่วยบริการ หมายถึง เกณฑ์ตามคู่มือเกณฑ์มาตรฐานการจัดตั้งศูนย์ความเป็นเลิศทางการแพทย์ สถาบันการศึกษาต่างๆ ในภาพรวมของประเทศ ในระยะยาว (5-10 ปี) และคู่มือเกณฑ์ศักยภาพของหน่วยบริการสุขภาพและกำลังคนตามบริบทพื้นที่	ใช้วิธีการวัดจาก 1. อัตราส่วนบุคลากรต่อการะงาน และความยากง่ายของบริการ 2. การผ่านเกณฑ์ศักยภาพของหน่วยบริการ	-ไม่มี-	กระทรวงสาธารณสุข

เป้าหมาย 3 เพิ่มขีดความสามารถในการแข่งขันทางเศรษฐกิจของประเทศ

ตัวชี้วัดที่	รายละเอียดตัวชี้วัดและค่าเป้าหมาย	คำอธิบายคำสำคัญ	วิธีคำนวณและวัดผล	ข้อมูลฐาน	แหล่งที่มาของข้อมูล
3.1	สัดส่วนมูลค่าเพิ่มของสินค้าและบริการสุขภาพต่อผลิตภัณฑ์มวลรวมในประเทศ เพิ่มขึ้นร้อยละ 1.7 จำนวน 381,172,080,000 บาท ในปี พ.ศ. 2570	มูลค่าเพิ่มของสินค้าและบริการสุขภาพ หมายถึง มูลค่าเพิ่มที่มาจากการประกอบกิจกรรมภายในประเทศของอุตสาหกรรม การแพทย์และสุขภาพ อาทิ การผลิตยาและเวชภัณฑ์ เครื่องมือและวัสดุอุปกรณ์ทางการแพทย์ ผลิตภัณฑ์เสริมสุขภาพ บริการทางการแพทย์ รวมถึงการให้บริการต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการส่งเสริมด้านสุขภาพ	ใช้สูตรการคำนวณ $HAVR_{2570} = \left(\frac{HAV_{2570}}{GDP_{2570}} \right) \times 100$ โดยที่ $HAVR_{2570}$ คือ สัดส่วนมูลค่าเพิ่มของสินค้าและบริการสุขภาพต่อผลิตภัณฑ์มวลรวมในประเทศในปี พ.ศ. 2570 (ร้อยละ) HAV_{2570} คือ มูลค่าเพิ่มของสินค้าและบริการสุขภาพในปี พ.ศ. 2570 (บาท) GDP_{2570} คือ ผลิตภัณฑ์มวลรวมในประเทศในปี พ.ศ. 2570 (บาท) โดยตัวชี้วัดจะบรรลุค่าเป้าหมายเมื่อ $HAVR_{2570} \geq$ ร้อยละ 1.7	ในปี พ.ศ. 2565 สัดส่วนมูลค่าเพิ่มของสินค้าและบริการสุขภาพต่อผลิตภัณฑ์มวลรวมในประเทศ 1.33 จำนวน 236,677,870,000 บาท (ค่าเป้าหมาย และข้อมูลฐานเป็นการคาดการณ์จาก GDP ปี พ.ศ. 2564 เศรษฐกิจไทยเติบโต 3% ของทุกปี)	แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 13 สำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ

ภาคผนวก ค

หนังสือที่เกี่ยวข้องกับการจัดทำยุทธศาสตร์การปฏิรูป กำลังคนและภารกิจบริการด้านสาธารณสุข ในภาพรวมทั้งระบบ ระยะ 10 ปี

ได้แก่

1. มติคณะรัฐมนตรี 4 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2563 เรื่อง ขอบความเห็นชอบแผนอัตรากำลังโรงพยาบาลศูนย์การแพทย์ มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์ ปังบประมาณ พ.ศ. 2563 – 2565
2. มติคณะรัฐมนตรี 6 ตุลาคม พ.ศ. 2563 เรื่อง ยุทธศาสตร์การจัดตั้งเครือข่ายศูนย์ความเป็นเลิศทางการแพทย์สถาบันทางการแพทย์และสถาบัน การศึกษาต่าง ๆ ในภาพรวมของประเทศ ในระยะยาว (5 – 10 ปี) พ.ศ. 2563 – 2570 (Excellence Center)
3. การประชุมคณะรัฐมนตรี วันที่ 9 กรกฎาคม พ.ศ. 2567 เรื่อง การผลิตบุคลากรทางการแพทย์ การพยาบาล และการสาธารณสุขให้เพียงพอ
4. คำสั่งกระทรวงสาธารณสุข ที่ 1432/2563 เรื่อง แต่งตั้งคณะกรรมการยุทธศาสตร์การปฏิรูปกำลังคนและภารกิจบริการด้านสาธารณสุขในภาพรวมทั้งระบบ และยุทธศาสตร์การจัดตั้งเครือข่ายศูนย์ความเป็นเลิศทางการแพทย์ สถาบันทางการแพทย์และสถาบัน การศึกษาต่าง ๆ ในภาพรวมของประเทศ ในระยะยาว (5 – 10 ปี)
5. หนังสือสำนักเลขาธิการคณะรัฐมนตรี ที่ นร 0505/16787 ลงวันที่ 8 สิงหาคม พ.ศ. 2567 เรื่อง ยุทธศาสตร์การปฏิรูปกำลังคนและภารกิจบริการด้านสาธารณสุขในภาพรวมทั้งระบบ ระยะ 10 ปี

มติคณะรัฐมนตรี 4 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2563 เรื่อง ขอบความเห็นชอบแผนอัตรากำลังโรงพยาบาล
ศูนย์การแพทย์ มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์ ปีงบประมาณ พ.ศ. 2563 - 2565

กลุ่มสารบรรณ เลขรับ ๒๐๓๓ วันที่ 13 ก.พ. ๖3 เวลา 16.12 น.	กระทรวงสาธารณสุข เลขรับ 8581 วันที่ 13 ก.พ. 2563 เวลา 15.3๒ น.		๑ สำนักงานรัฐมนตรี กระทรวงสาธารณสุข เลขรับ ๑๖๔๓๓/๒๖๖ วันที่ ๑๓ ก.พ. ๒๕๖๓ เวลา ๑๓.๔๘ น.
---	---	---	--

ด่วนที่สุด

อำนวยการกองกลาง เลขรับ 2323 วันที่ 13/2/63 เวลา 17.18	ที่ นร ๐๕๐๕/๖๖๖ เรื่อง ขอบความเห็นชอบแผนอัตรากำลังโรงพยาบาลศูนย์การแพทย์มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์ ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๓ - ๒๕๖๕	ห้องเลขที่ ร.ม.ว.ส. เลขที่ ๕๔๖ วันที่ ๑๓ ก.พ. ๒๕๖๓ เวลา ๑๓.๓๖ น.	๒ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๓ เลขรับ ๑๖ วันที่ 14/๒/๖๓ เวลา 13.12
--	--	---	--

เรียน รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข

อ้างถึง หนังสือกระทรวงสาธารณสุข ที่ สธ ๐๒๐๔.๐๕/๑๔๘ ลงวันที่ ๑๔ มกราคม ๒๕๖๓

สิ่งที่ส่งมาด้วย บัญชีสำเนาหนังสือที่ส่งมาด้วย

ตามที่ได้นำเสนอความเห็นเกี่ยวกับเรื่อง ขอบความเห็นชอบแผนอัตรากำลังโรงพยาบาลศูนย์การแพทย์มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์ ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๓ - ๒๕๖๕ ไปเพื่อประกอบการพิจารณาของคณะรัฐมนตรี ความละเอียดแจ้งแล้ว นั้น

หน่วยงานที่เกี่ยวข้องได้เสนอความเห็นไปเพื่อประกอบการพิจารณาของคณะรัฐมนตรีด้วยความละเอียดปรากฏตามบัญชีสำเนาหนังสือที่ส่งมาด้วยนี้

คณะรัฐมนตรีได้ประชุมปรึกษาเมื่อวันที่ ๔ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๓ ลงมติว่า

- เห็นชอบตามที่กระทรวงการอุดมศึกษา วิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรมเสนอ และให้กระทรวงการอุดมศึกษา วิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรมรับความเห็นของสำนักงานงบประมาณ สำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ สำนักงาน ก.พ. และสำนักงาน ก.พ. ในฐานะฝ่ายเลขานุการร่วม คณะกรรมการกำหนดเป้าหมายและนโยบายกำลังคนภาครัฐไปพิจารณาดำเนินการต่อไป
- ให้กระทรวงสาธารณสุขร่วมกับกระทรวงการอุดมศึกษา วิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรม สำนักงาน ก.พ. สำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ สำนักงานงบประมาณ และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเร่งดำเนินการจัดทำแผนยุทธศาสตร์การปฏิรูปกำลังคนและภารกิจบริการด้านสาธารณสุขในภาพรวมทั้งระบบ ให้แล้วเสร็จโดยเร็ว ตามนัยมติคณะรัฐมนตรีเมื่อวันที่ ๒๖ กันยายน ๒๕๖๐ (เรื่อง การพิจารณาทบทวนความจำเป็นเหมาะสมของการกำหนดอัตราข้าราชการต้งใหม่ตำแหน่งเภสัชกร จำนวน ๓๑๖ อัตราให้กับสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข) เพื่อให้สามารถวางระบบการบริหารอัตรากำลังให้สอดคล้องกับภารกิจบริการสุขภาพได้อย่างมีประสิทธิภาพ สอดคล้องกับทิศทางการพัฒนาระบบสุขภาพของประเทศและการลงทุนในยุทธศาสตร์การจัดตั้งศูนย์ความเป็นเลิศทางการแพทย์ สถาบันทางการแพทย์ และสถาบันการศึกษาต่าง ๆ ในภาพรวมของประเทศ ในระยะยาว (๕ - ๑๐ ปี) ทั้งนี้ ในการจัดทำแผนอัตรากำลังของโรงพยาบาลในครั้งต่อไป ให้หน่วยงานเจ้าของเรื่องนำแผนยุทธศาสตร์การปฏิรูปกำลังคนและภารกิจบริการด้านสาธารณสุขในภาพรวมทั้งระบบและยุทธศาสตร์การจัดตั้งศูนย์ความเป็นเลิศทางการแพทย์ สถาบันทางการแพทย์ และสถาบันการศึกษาต่าง ๆ ในภาพรวมของประเทศ ในระยะยาว (๕ - ๑๐ ปี) มาพิจารณาประกอบการจัดทำแผนอัตรากำลังดังกล่าวให้เหมาะสมสอดคล้องกันด้วย

๑) เรียน ปลัดกระทรวงสาธารณสุข

โปรดแจ้งหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทราบต่อไป(พณ.) ขอแสดงความนับถือ

(นายวิชาญ คุรุจิตรสุวรรณ)

เลขานุการรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข

๑๒ ก.พ. ๒๕๖๓

กองพัฒนายุทธศาสตร์และติดตามนโยบายพิเศษ

โทร. ๐ ๒๒๘๐ ๔๐๐๐ ต่อ ๑๖๕๒ (ณัฐณี), ๑๕๒๒ (กัลยา)

โทรสาร ๐ ๒๒๘๐ ๑๔๔๖ www.soc.go.th

ไปรษณีย์อิเล็กทรอนิกส์ spt55@soc.go.th

(นายปัญญาพล ศรีแสงแก้ว)

รองเลขาธิการคณะรัฐมนตรี ปฏิบัติราชการแทน

เลขาธิการคณะรัฐมนตรี

283
 14/10/63
 14.29

มติคณะรัฐมนตรี 6 ตุลาคม พ.ศ. 2563 เรื่อง ยุทธศาสตร์การจัดตั้งเครือข่ายศูนย์ความเป็นเลิศ
ทางการแพทย์สถาบันทางการแพทย์และสถาบันการศึกษาต่าง ๆ ในภาพรวมของประเทศ
ในระยะยาว (5 - 10 ปี) พ.ศ. 2563 - 2570 (Excellence Center)

ห้องท่อน้ำ สร. รับ: ๑๕.๑๐.๒๕๖๓ วันที่: ๑๕.๑๐.๒๕๖๓ เลขที่: ๑๕.๑๐.๒๕๖๓ ด่วนที่สุด ที่ นร ๐๕๐๕/๓๖๓๐	เลขที่: ๑๕.๑๐.๒๕๖๓ วันที่: ๑๕.๑๐.๒๕๖๓ เวลา: ๑๕.๑๐.๒๕๖๓ กลุ่มสารบรรณ เลขที่: ๑๕.๑๐.๒๕๖๓ วันที่: ๑๕.๑๐.๒๕๖๓ เวลา: ๑๕.๑๐.๒๕๖๓	สำนักงานรัฐมนตรี กระทรวงสาธารณสุข เลขที่: ๑๕.๑๐.๒๕๖๓ วันที่: ๑๕.๑๐.๒๕๖๓ เวลา: ๑๕.๑๐.๒๕๖๓ สำนักเลขาธิการคณะรัฐมนตรี ทำเนียบรัฐบาล กทม. ๑๐๓๐๐
๙ ตุลาคม ๒๕๖๓		
เรื่อง ยุทธศาสตร์การจัดตั้งเครือข่ายศูนย์ความเป็นเลิศทางการแพทย์ สถาบันทางการแพทย์ และสถาบันการศึกษาต่าง ๆ ในภาพรวมของประเทศ ระยะยาว (๕ - ๑๐ ปี) รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข ๑. หนังสือกระทรวงสาธารณสุข ที่ สธ ๐๒๐๕.๐๕/๒๗๑๔ ลงวันที่ ๒๐ กรกฎาคม ๒๕๖๓ ๒. หนังสือกระทรวงสาธารณสุข ที่ สธ ๐๒๐๕.๐๕/๓๒๐๐ ลงวันที่ ๒๗ สิงหาคม ๒๕๖๓ อ้างถึง เรื่อง ยุทธศาสตร์การจัดตั้งเครือข่ายศูนย์ความเป็นเลิศทางการแพทย์ สถาบันทางการแพทย์ และสถาบันการศึกษาต่าง ๆ ในภาพรวมของประเทศ ระยะยาว (๕ - ๑๐ ปี) ๑๕.๑๐.๒๕๖๓ ๑๕.๑๐.๒๕๖๓ ๑๕.๑๐.๒๕๖๓	ข้อสั่งการ ๑. เห็นชอบตามที่กระทรวงสาธารณสุขเสนอ และให้กระทรวงสาธารณสุขและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ๒. ให้กระทรวงสาธารณสุขร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องพิจารณาแนวทางการเชื่อมโยงฐานข้อมูลระบบสุขภาพของสถานพยาบาลทั้งในและนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุข เพื่อบูรณาการการใช้ประโยชน์ข้อมูลต่าง ๆ ให้เกิดประสิทธิภาพและเป็นประโยชน์สูงสุดแก่ผู้ใช้บริการที่เกี่ยวข้องต่อไป จึงเรียนยืนยันมา ทั้งนี้ สำนักเลขาธิการคณะรัฐมนตรีได้แจ้งให้ผู้ที่เกี่ยวข้องตามบัญชีแนบท้ายทราบด้วยแล้ว ๑) - ๑ รว.สธ. มีบัญชีแนบท้ายแล้ว ๒. เรียน ปลัดกระทรวงสาธารณสุข โปรดแจ้งหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทราบต่อไป ขอแสดงความนับถือ ปิยะมัย วัฒนาทิพย์ (นางสาวสาวิตรี ชำนาญกิจ) เลขาธิการรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข รองเลขาธิการคณะรัฐมนตรี ปฏิบัติราชการแทน ๑๕.๑๐.๒๕๖๓ เลขาธิการคณะรัฐมนตรี กองพัฒนายุทธศาสตร์และติดตามนโยบายพิเศษ โทร. ๐ ๒๒๘๐ ๙๐๐๐ ต่อ ๑๖๕๒ (สตีมา), ๑๕๒๒ (เฉลิมขวัญ) โทรสาร ๐ ๒๒๘๐ ๑๔๔๖ www.soc.go.th ไปรษณีย์อิเล็กทรอนิกส์ spt55@soc.go.th	

การประชุมคณะรัฐมนตรี วันที่ 9 กรกฎาคม พ.ศ. 2567 เรื่อง การผลิตบุคลากรทางการแพทย์
การพยาบาล และการสาธารณสุขให้เพียงพอ

ด่วนที่สุด

ที่ นร ๐๕๐๕/ว(ล) ๖๕๖๒



สำนักเลขาธิการคณะรัฐมนตรี
ทำเนียบรัฐบาล กทม. ๑๐๓๐๐

๑๒ กรกฎาคม ๒๕๖๗

เรื่อง การผลิตบุคลากรทางการแพทย์ การพยาบาล และการสาธารณสุขให้เพียงพอ

เรียน รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข

ด้วยในคราวประชุมคณะรัฐมนตรีเมื่อวันที่ ๙ กรกฎาคม ๒๕๖๗ นายกรัฐมนตรีเสนอว่า ในระยะที่ผ่านมาคณะรัฐมนตรีได้เห็นชอบให้มีการก่อสร้างและขยายสถานพยาบาลของรัฐเพิ่มขึ้นหลายแห่ง เพื่อยกระดับและพัฒนาโครงสร้างพื้นฐานด้านสาธารณสุขให้มีความทันสมัยตามหลักสากลและขยายเตียง การให้บริการและรองรับผู้ป่วยที่มีจำนวนเพิ่มมากขึ้นทุกปี เพื่อให้ประชาชนเข้าถึงบริการสาธารณสุขได้อย่างทั่วถึง เท่าเทียม และมีคุณภาพ อย่างไรก็ตาม ปัจจุบันสถานการณ์กำลังคนด้านสาธารณสุขยังเป็นปัญหาสำคัญของระบบสุขภาพของประเทศ โดยเฉพาะอย่างยิ่งด้านจำนวนไม่เพียงพอ นอกจากนี้ บุคลากรในด้านนี้บางส่วน ยังเลือกเดินทางไปทำงานต่างประเทศ ซึ่งหากสถานการณ์ดังกล่าวไม่ได้รับการแก้ไขอย่างเหมาะสมและรวดเร็ว เพียงพอจะทำให้ประเทศไทยต้องเผชิญกับปัญหาและขัดจำกัดในการให้บริการด้านสาธารณสุขแก่ประชาชน อย่างทั่วถึงและมีประสิทธิภาพ ดังนั้น จึงขอให้กระทรวงสาธารณสุขร่วมกับกระทรวงการอุดมศึกษา วิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรม สำนักงาน ก.พ. และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเร่งรัดดำเนินการผลิตบุคลากร ทางทางการแพทย์ การพยาบาล และการสาธารณสุขเพิ่มเติมให้มีจำนวนเพียงพอ เหมาะสม สอดรับกับการพัฒนา โครงสร้างพื้นฐานด้านสาธารณสุขและสถานการณ์ปัจจุบันมากยิ่งขึ้น ทั้งนี้ ให้กระทรวงสาธารณสุขนำเสนอ แนวทางการดำเนินการ ตลอดจนปัญหาอุปสรรคในการดำเนินการต่อคณะรัฐมนตรีภายใน ๒ สัปดาห์ ซึ่งคณะรัฐมนตรีพิจารณาแล้วลงมติเห็นชอบตามที่นายกรัฐมนตรีเสนอ

จึงเรียนยืนยันมา และขอได้โปรดดำเนินการตามมติคณะรัฐมนตรีในส่วนที่เกี่ยวข้องต่อไป

ขอแสดงความนับถือ

(นางอุดมพร เอกเอี่ยม)

รองเลขาธิการคณะรัฐมนตรี รักษาการแทน
เลขาธิการคณะรัฐมนตรี

กองพัฒนายุทธศาสตร์และติดตามนโยบายพิเศษ

โทร. ๐ ๒๒๘๐ ๙๐๐๐ ต่อ ๓๖๓๓ (ณัฐติยา), ๓๕๒๒ (ทวีพัสสิน)

โทรสาร ๐ ๒๒๘๐ ๓๔๔๖

www.soc.go.th

ไปรษณีย์อิเล็กทรอนิกส์ sarabana@soc.go.th

คำสั่งกระทรวงสาธารณสุข ที่ 1432/2563 เรื่อง แต่งตั้งคณะกรรมการยุทธศาสตร์การปฏิรูปกำลังคน
และภารกิจบริการด้านสาธารณสุขในภาพรวมทั้งระบบ และยุทธศาสตร์การจัดตั้งเครือข่าย
ศูนย์ความเป็นเลิศทางการแพทย์ สถาบันทางการแพทย์ และสถาบันการศึกษาต่าง ๆ
ในภาพรวมของประเทศ ในระยะยาว (5 - 10 ปี)

(สำเนา)

คำสั่งกระทรวงสาธารณสุข

ที่ ๑๔๓๒ / ๒๕๖๓

เรื่อง แต่งตั้งคณะกรรมการยุทธศาสตร์การปฏิรูปกำลังคนและภารกิจบริการด้านสาธารณสุข
ในภาพรวมทั้งระบบ และยุทธศาสตร์การจัดตั้งเครือข่ายศูนย์ความเป็นเลิศทางการแพทย์
สถาบันทางการแพทย์ และสถาบันการศึกษาต่าง ๆ ในภาพรวมของประเทศ ในระยะยาว (๕ - ๑๐ ปี)

ตามมติคณะรัฐมนตรี เมื่อวันที่ ๔ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๓ เห็นชอบให้กระทรวงสาธารณสุขร่วมกับ
กระทรวงการอุดมศึกษา วิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรม สำนักงานคณะกรรมการข้าราชการพลเรือน
สำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ สำนักงานงบประมาณ และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง
เร่งรัดดำเนินการจัดทำแผนยุทธศาสตร์การปฏิรูปกำลังคน และภารกิจบริการด้านสาธารณสุขในภาพรวม
ทั้งระบบให้แล้วเสร็จโดยเร็ว ประกอบกับ มติคณะรัฐมนตรี เมื่อวันที่ ๖ ตุลาคม ๒๕๖๓ เห็นชอบยุทธศาสตร์
การจัดตั้งเครือข่ายศูนย์ความเป็นเลิศทางการแพทย์ สถาบันทางการแพทย์ และสถาบันการศึกษาต่าง ๆ
ในภาพรวมของประเทศ ในระยะยาว (๕ - ๑๐ ปี) นั้น เพื่อให้เกิดการบูรณาการและการมีส่วนร่วม
กับภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง และสามารถดำเนินงานให้เป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพและเกิดประโยชน์สูงสุด

อาศัยอำนาจตามความในมาตรา ๒๐ แห่งพระราชบัญญัติระเบียบบริหารราชการแผ่นดิน
พ.ศ. ๒๕๓๔ ซึ่งแก้ไขเพิ่มเติมโดยพระราชบัญญัติระเบียบบริหารราชการแผ่นดิน (ฉบับที่ ๕) พ.ศ. ๒๕๔๕
รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข จึงแต่งตั้งคณะกรรมการยุทธศาสตร์การปฏิรูปกำลังคนและภารกิจบริการ
ด้านสาธารณสุขในภาพรวมทั้งระบบ และยุทธศาสตร์การจัดตั้งเครือข่ายศูนย์ความเป็นเลิศทางการแพทย์
สถาบันทางการแพทย์ และสถาบันการศึกษาต่าง ๆ ในภาพรวมของประเทศ ในระยะยาว (๕ - ๑๐ ปี) โดยมีองค์ประกอบ
หน้าที่และอำนาจ ดังนี้

๑. องค์ประกอบ

- | | |
|---|-------------------|
| ๑.๑ รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข | ที่ปรึกษา |
| ๑.๒ รัฐมนตรีว่าการกระทรวงการอุดมศึกษา
วิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรม | ที่ปรึกษา |
| ๑.๓ ปลัดกระทรวงสาธารณสุข | ประธานกรรมการ |
| ๑.๔ ปลัดกระทรวงการอุดมศึกษา วิทยาศาสตร์
วิจัยและนวัตกรรม | ประธานกรรมการร่วม |
| ๑.๕ รองปลัดกระทรวงสาธารณสุข ด้านบริหาร | รองประธานกรรมการ |
| ๑.๖ รองปลัดกระทรวงการอุดมศึกษา วิทยาศาสตร์
วิจัยและนวัตกรรม ที่ได้รับมอบหมาย | รองประธานกรรมการ |
| ๑.๗ ผู้อำนวยการสำนักงานงบประมาณ | กรรมการ |
| ๑.๘ เลขาธิการสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ | กรรมการ |
| ๑.๙ เลขาธิการคณะกรรมการข้าราชการพลเรือน | กรรมการ |

๑.๑๐ เลขาธิการ...

๑.๑๐ เลขานุการคณะกรรมการพัฒนาระบบราชการ	กรรมการ
๑.๑๑ เลขานุการคณะกรรมการการอุดมศึกษา	กรรมการ
๑.๑๒ เลขานุการกลุ่มสถาบันแพทยศาสตร์แห่งประเทศไทย	กรรมการ
๑.๑๓ ผู้บัญชาการตำรวจแห่งชาติ	กรรมการ
๑.๑๔ อธิบดีกรมการแพทย์	กรรมการ
๑.๑๕ อธิบดีกรมควบคุมโรค	กรรมการ
๑.๑๖ อธิบดีกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์	กรรมการ
๑.๑๗ อธิบดีกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ	กรรมการ
๑.๑๘ อธิบดีกรมสุขภาพจิต	กรรมการ
๑.๑๙ อธิบดีกรมอนามัย	กรรมการ
๑.๒๐ ผู้แทนปลัดกระทรวงการคลัง	กรรมการ
๑.๒๑ ผู้แทนปลัดกระทรวงกลาโหม	กรรมการ
๑.๒๒ ผู้แทนปลัดกระทรวงมหาดไทย	กรรมการ
๑.๒๓ ผู้อำนวยการสำนักงานคณะกรรมการส่งเสริม วิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรม	กรรมการ
๑.๒๔ รองศาสตราจารย์พาสีธี หล่ออิธิพงศ์ ที่ปรึกษาด้านวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี สำนักงานปลัดกระทรวงการอุดมศึกษา วิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรม	กรรมการ
๑.๒๕ ประธานที่ประชุมอธิการบดีแห่งประเทศไทย	กรรมการ
๑.๒๖ คณบดีคณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล	กรรมการ
๑.๒๗ คณบดีคณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล	กรรมการ
๑.๒๘ คณบดีคณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย	กรรมการ
๑.๒๙ คณบดีคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์	กรรมการ
๑.๓๐ คณบดีคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่	กรรมการ
๑.๓๑ คณบดีคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น	กรรมการ
๑.๓๒ นายกแพทยสภา	กรรมการ
๑.๓๓ นายกทันตแพทยสภา	กรรมการ
๑.๓๔ นายกสภาการพยาบาล	กรรมการ
๑.๓๕ นายกสภาเภสัชกรรม	กรรมการ
๑.๓๖ นายกสภาเทคนิคการแพทย์	กรรมการ
๑.๓๗ นายกสภากายภาพบำบัด	กรรมการ
๑.๓๘ นายกสภาการแพทย์แผนไทย	กรรมการ
๑.๓๙ นายกสภาการสาธารณสุขชุมชน	กรรมการ
๑.๔๐ นายกสมาคมโรงพยาบาลเอกชน	กรรมการ
๑.๔๑ ผู้อำนวยการสำนักการแพทย์ กรุงเทพมหานคร	กรรมการ
๑.๔๒ ผู้อำนวยการกองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข	กรรมการ และเลขานุการ
๑.๔๓ ผู้อำนวยการ...	

กรรมการ
และเลขานุการ

กรรมการ
และผู้ช่วยเลขานุการ

๒. หน้าที่และอำนาจ

๒.๓ กำหนดยุทธศาสตร์การปฏิรูปกำลังคนและภารกิจบริการด้านสาธารณสุข
ในภาพรวมทั้งระบบ

๒.๒ กำหนดกลไกและแนวทางการขับเคลื่อนยุทธศาสตร์การปฏิรูปกำลังคนและภารกิจ
บริการด้านสาธารณสุขในภาพรวมทั้งระบบ

๒.๓ กำหนดกลไกและแนวทางการพัฒนาและขับเคลื่อนยุทธศาสตร์การจัดตั้งเครือข่ายศูนย์ความเป็นเลิศทางการแพทย์ สถาบันทางการแพทย์ และสถาบันการศึกษาต่าง ๆ ในภาพรวมของประเทศในระยะยาว (๕ - ๑๐ ปี)

๒.๔ กำหนดกลไกและแนวทางการเชื่อมโยงฐานข้อมูลระบบสุขภาพของสถานพยาบาล
ทั้งในและนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุข เพื่อบูรณาการการใช้ประโยชน์ข้อมูลต่าง ๆ ให้เกิดประสิทธิภาพ
และประโยชน์สูงสุดแก่ผู้ให้บริการที่เกี่ยวข้อง

๒.๕ กำกับ ติดตาม สนับสนุน และให้ข้อเสนอแนะ ตลอดจนแนวทางการดำเนินงานตามยุทธศาสตร์ของหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

๒.๖ แต่งตั้งคณะกรรมการ หรือคณะทำงานได้ตามความเหมาะสม

ทั้งนี้ ตั้งแต่บัดนี้เป็นต้นไป

สั่ง ณ วันที่ ๒๒ ธันวาคม พ.ศ. ๒๕๖๓

(ลงชื่อ) อนุทิน ชาญวีรกูล
(นายอนุทิน ชาญวีรกูล)
รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข

สำเนาถูกต้อง

✓

(นางอิติภัทรา สุทา)

นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการพิเศษ
หัวหน้ากลุ่มพัฒนานโยบายด้านสุขภาพ

หนังสือสำนักเลขาธิการคณะรัฐมนตรี ที่ นร 0505/16787 ลงวันที่ 8 สิงหาคม พ.ศ. 2567
เรื่อง ยุทธศาสตร์การปฏิรูปกำลังคนและภารกิจบริการด้านสาธารณสุขในภาพรวมทั้งระบบ ระยะ 10 ปี

ด่วนที่สุด

ที่ นร ๐๕๐๕/๑๖๗๘๗



สำนักเลขาธิการคณะรัฐมนตรี
ทำเนียบรัฐบาล กทม. ๑๐๓๐๐

๘ สิงหาคม ๒๕๖๗

เรื่อง ยุทธศาสตร์การปฏิรูปกำลังคนและภารกิจบริการด้านสาธารณสุขในภาพรวมทั้งระบบ ระยะ ๑๐ ปี
เรียน รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข

อ้างถึง หนังสือกระทรวงสาธารณสุข ด่วนที่สุด ที่ สธ ๐๒๐๔.๐๕/๒๗๘๕ ลงวันที่ ๒๕ กรกฎาคม ๒๕๖๗

สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑. สำเนาหนังสือกระทรวงการอุดมศึกษา วิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรม

ด่วนที่สุด ที่ อว (ปคร) ๐๒๑๓/๑๔๙๕๒ ลงวันที่ ๓๐ กรกฎาคม ๒๕๖๗

๒. สำเนาหนังสือสำนักงาน ก.พ. ด่วนที่สุด ที่ นร ๑๐๐๘.๓.๓/๑๑๙

ลงวันที่ ๒ สิงหาคม ๒๕๖๗

๓. สำเนาหนังสือสำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ

ด่วนที่สุด ที่ นร ๑๑๐๘/๔๖๕๒ ลงวันที่ ๕ สิงหาคม ๒๕๖๗

๔. สำเนาหนังสือสำนักงานงบประมาณ ด่วนที่สุด ที่ นร ๐๗๑๒/๗๔๐ ลงวันที่ ๖ สิงหาคม ๒๕๖๗

ตามที่ได้นำเรื่อง ยุทธศาสตร์การปฏิรูปกำลังคนและภารกิจบริการด้านสาธารณสุขในภาพรวมทั้งระบบ ระยะ ๑๐ ปี ไปเพื่อดำเนินการ ความละเอียดแจ้งแล้ว นั้น

กระทรวงการอุดมศึกษา วิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรม สำนักงาน ก.พ. และสำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติได้นำความเห็นและข้อเสนอแนะไปเพื่อประกอบการพิจารณาของคณะรัฐมนตรีด้วย ส่วนความเห็นของสำนักงานงบประมาณ สำนักเลขาธิการคณะรัฐมนตรีได้รับภายหลังการประชุมคณะรัฐมนตรีเสร็จสิ้นแล้ว ความละเอียดปรากฏตามสำเนาหนังสือที่ส่งมาด้วยนี้

คณะรัฐมนตรีได้มีมติเมื่อวันที่ ๖ สิงหาคม ๒๕๖๗ รับทราบรายงานผลการดำเนินการตามที่กระทรวงสาธารณสุขเสนอ ทั้งนี้ ให้กระทรวงสาธารณสุขและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องรับความเห็นของสำนักงาน ก.พ. และสำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ รวมทั้งข้อเสนอแนะของกระทรวงการอุดมศึกษา วิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรมไปพิจารณาดำเนินการในส่วนที่เกี่ยวข้องต่อไปด้วย

จึงเรียนยืนยันมา ทั้งนี้ สำนักเลขาธิการคณะรัฐมนตรีได้แจ้งให้ผู้ที่เกี่ยวข้องตามบัญชีแนบท้ายทราบด้วยแล้ว

ขอแสดงความนับถือ

(นายธวัชชัย จันทร์โพธิ์)

ที่ปรึกษาประจำสำนักเลขาธิการคณะรัฐมนตรี ปฏิบัติราชการแทน
เลขาธิการคณะรัฐมนตรี

กองพัฒนายุทธศาสตร์และติดตามนโยบายพิเศษ

โทร. ๐ ๒๒๘๐ ๙๐๐๐ ต่อ ๑๖๓๒ (สุทธิสิทธิ์), ๑๕๒๒ (วัลภา)

โทรสาร ๐ ๒๒๘๐ ๑๔๔๖ www.soc.go.th

ไปรษณีย์อิเล็กทรอนิกส์ saraban@soc.go.th

ภาคผนวก ง

รายละเอียดประกอบการกำหนดค่าเป้าหมาย ในยุทธศาสตร์การปฏิรูปกำลังคนและภารกิจบริการ ด้านสาธารณสุขในภาพรวมทั้งระบบ โดยสภาวิชาชีพ

ประกอบด้วย 9 วิชาชีพ ได้แก่

1. แพทยสภา
2. กทันตแพทยสภา
3. สภาเภสัชกรรม
4. สภาการพยาบาล
5. สภาเทคนิคการแพทย์
6. สภากายภาพบำบัด
7. กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก
8. สภาการสาธารณสุขชุมชน
9. สมาคมรังสีเทคนิคแห่งประเทศไทย

แพทยสภา



แพทยสภา
The Medical Council of Thailand

(พจน.วิ) งานพัฒนาโรงพยาบาลส่งเสริม
ตามมาตรฐานวิชาชีพ
เลขที่รับ ๑๐๕
วันที่ ๑๔ พ.ค. ๒๕๖๗
เวลา ๑๒:๒๖ น.

ผู้บริหาร รรช.
เลขที่รับ ๕๑๐๕
วันที่ ๕ พ.ค. ๒๕๖๗
เวลา ๑๒:๒๖ น.

กระทรวงสาธารณสุข
เลขที่รับ 24372
วันที่ 5-8 พ.ค. 2567
เวลา 14:41

กลุ่มพัฒนาระบบบริหารโรงพยาบาล
(พจน.)
เลขที่รับ ๑๐๕
วันที่ ๑๔ พ.ค. ๒๕๖๗
เวลา ๑๒:๒๖ น.

กลุ่มพัฒนาระบบบริหารโรงพยาบาล
ปลัดกระทรวงสาธารณสุข
เลขที่รับ ๕๑๐๕
วันที่ ๕ พ.ค. ๒๕๖๗
เวลา ๑๒:๒๖ น.

ห้องรองปลัดกระทรวงฯ
น.พ.พศร. พอกเพิ่มดี
เลขที่รับ 3572
วันที่ ๕ พ.ค. ๒๕๖๗
เวลา 17:3๑

ที่ พส.๐๑๐/๕๔๗๘

๗ พฤษภาคม ๒๕๖๗

เรื่อง ขอส่งรายละเอียดประกอบการกำหนดค่าเป้าหมายในยุทธศาสตร์การปฏิรูปกำลังคนและภารกิจบริการด้าน
สาธารณสุขในภาพรวมทั้งระบบ

เรียน รองปลัดกระทรวงสาธารณสุข (หัวหน้ากลุ่มภารกิจด้านพัฒนาการสาธารณสุข)

สิ่งที่ส่งมาด้วย แบบฟอร์มรายละเอียดประกอบการกำหนดค่าเป้าหมายในยุทธศาสตร์การปฏิรูปกำลังคนและ
ภารกิจบริการด้านสาธารณสุขในภาพรวมทั้งระบบ ระยะ ๑๐ ปี (พ.ศ. ๒๕๖๗-๒๕๗๗)

ตามที่กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ได้มีหนังสือมายังแพทยสภา
ที่ สธ ๐๒๐๕.๐๕/๕๐๘๔ ลงวันที่ ๒๖ มีนาคม ๒๕๖๗ เรื่อง รายละเอียดประกอบการกำหนดค่าเป้าหมาย
ในยุทธศาสตร์การปฏิรูปกำลังคนและภารกิจบริการด้านสาธารณสุขในภาพรวมทั้งระบบ โดยขอความร่วมมือให้
แพทยสภาดำเนินการจัดทำรายละเอียดประกอบการกำหนดค่าเป้าหมายในยุทธศาสตร์การปฏิรูปกำลังคนและ
ภารกิจบริการด้านสาธารณสุขในภาพรวมทั้งระบบ ตามรายละเอียดที่แจ้งแล้วนั้น

ในการนี้ แพทยสภาขอส่งรายละเอียดประกอบการกำหนดค่าเป้าหมายฯ ตามสิ่งที่ส่งมาด้วย จึงเรียน
มาเพื่อโปรดพิจารณาดำเนินการต่อไปด้วย จักขอบคุณ

มอบ พน

(นายเรศฤทธิ์ ขัตติสีมา)

ผู้อำนวยการกองยุทธศาสตร์และแผนงาน

ขอแสดงความนับถือ

(ศาสตราจารย์เกียรติคุณ แพทย์หญิงสมศรี เฝ้าสวัสดิ์)

นายกแพทยสภา
มอบคุณเชษฐ

นางสาวสุวิภา เตชะศิริกุล
ผู้อำนวยการกองยุทธศาสตร์และแผนงาน
สำนักงานพัฒนาระบบราชการ
กระทรวงสาธารณสุข

15 พฤษภาคม 2567

ผู้ประสานงาน : นางพรรณนีย์ นาควิเชตร

โทรศัพท์ : ๐๒๕๕๙๐-๑๘๘๘-๙

ฝ่ายบริหารงานทั่วไป : ชั้น 12 อาคารมหิตลาธิเบศร ซอยสาธารณสุข 8 กระทรวงสาธารณสุข ถนนติวานนท์ ย่านเกตุเมือ่ง จังหวัดนนทบุรี

11000 โทรศัพท์ (Telephone): 02-590-1888, 065-049-0990 E-mail: amc@mc.or.th

Administration Department: 12th Floor, The Mahitaladhibesra Building, 88/19 Soi 8,
The Ministry of Public Health, Tiwanond Rd., Muang, Nonthaburi 11000, Thailand.

มอบพน3

(นายจักร ชูทา)

นักวิทยาศาสตร์นโยบายและแผนสุขภาพ

ผู้อำนวยการศูนย์พัฒนาระบบสุขภาพ

มอบ กว

๐๙๐๖

(นายพศร พอกเพิ่มดี)

รองปลัดกระทรวงสาธารณสุข

หัวหน้ากลุ่มภารกิจด้านพัฒนาการสาธารณสุข

- ๘ พ.ค. ๒๕๖๗

แบบฟอร์มรายละเอียดประกอบการกำหนดค่าเป้าหมาย

ยุทธศาสตร์การปฏิรูปกำลังคนและภารกิจบริการด้านสาธารณสุขในภาพรวมทั้งระบบ ระยะ 10 ปี (พ.ศ. 2567 – 2577)

จากการประชุมเชิงปฏิบัติการจัดทำยุทธศาสตร์การปฏิรูปกำลังคนและภารกิจบริการด้านสาธารณสุขในภาพรวมทั้งระบบ ระหว่างวันที่ 11 - 12 มีนาคม 2567 ณ โรงแรมแกรนด์ริชมอนด์ สไต์ลิส คอนเวนชัน จังหวัดนนทบุรี มีข้อเสนอของผู้แทนสภาวิชาชีพต่อ (ร่าง) ค่าเป้าหมายอัตราส่วนบุคลากรต่อจำนวนประชากร ปี 2577 ดังนี้

วิชาชีพ	แพทย์	ทันตแพทย์	เภสัชกร	พยาบาล	นักกายภาพ	นักเทคนิคการแพทย์	นักรังสีเทคนิคและ นักฟิสิกส์การแพทย์	นักสาธารณสุข
อัตราส่วน	1 : 650	1 : 3,000	1 : 2,000	1 : 200	1 : 2,000	1 : 2,500	1 : 5,000	1 : 1,000

ขอความเห็นเพิ่มเติม ดังนี้

ส่วนที่ 1 รายละเอียดประกอบการกำหนดค่าเป้าหมายยุทธศาสตร์การปฏิรูปกำลังคนและภารกิจบริการด้านสาธารณสุขในภาพรวมทั้งระบบ ระยะ 10 ปี (พ.ศ. 2567 – 2577)

ของวิชาชีพ...แพทย์.....

จำนวนบุคลากรในปัจจุบัน (คน)			ค่าเป้าหมาย ปี 2577*	
จำนวนทั้งหมดที่มี	จำนวนที่ active ในระบบบริการ (ถ้ามี)	จำนวนการผลิตปัจจุบันต่อปี	อัตราส่วนบุคลากร 1 คน ต่อจำนวนประชากร**	คาดประมาณจำนวนบุคลากร ณ ปี 2577 (คน)
75,199	71,616 แหล่งอ้างอิง	ประมาณ 3,000 คน	1 : 656	ประมาณ 101,616 คน
แหล่งอ้างอิง.....				

* จำนวนประชากรคาดการณ์ ปี 2577 เท่ากับ 66,749,000 คน (ที่มา: รายงานการคาดประมาณประชากรของประเทศไทย พ.ศ.2553 – 2583 โดยสำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ <https://moph.cc/jyoNWNfQp>)

**หลักการ/แนวคิดในการกำหนดค่าเป้าหมาย อัตราส่วนบุคลากร 1 คน ต่อจำนวนประชากร

.....คงอัตราการผลิต ประมาณ 3,000 รายต่อปี เป็นอย่างน้อย

ส่วนที่ 2 ข้อเสนอเพิ่มเติม

2.1 ข้อเสนอเชิงนโยบายเพื่อให้บรรลุตามค่าเป้าหมาย

1. ดำเนินการควบคุมการผลิตให้ได้ แพทย์ที่ เก่ง ดี มีสำนึกต่อส่วนรวม
2. เสนอคงงบประมาณ จากรัฐบาล ในการผลิตแพทย์

2.2 ข้อเสนอความร่วมมือในการในการปฏิรูปกำลังคนและภารกิจบริการด้านสาธารณสุขในภาพรวมทั้งระบบ

แบบฟอร์มรายละเอียดประกอบการกำหนดค่าเป้าหมาย

ยุทธศาสตร์การปฏิรูปกำลังคนและภารกิจบริการด้านสาธารณสุขในภาพรวมทั้งระบบ ระยะ 10 ปี (พ.ศ. 2567 – 2577)

.....1.การทำงานร่วมกันระหว่าง หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เช่น ก.พ. เรือง ตำแหน่ง , กระทรวง DE เพื่อการพัฒนาฐานข้อมูลและ technologyที่ จะช่วยนำมาลดภาระงาน, การสร้างฐานข้อมูลระดับชาติของบุคลากรทางการแพทย์ที่สามารถใช้การกำหนดนโยบายต่อเนื่องในอนาคต

2.3 ข้อเสนออื่นๆ

-1. ควรมีการตั้งค่าเป้าหมายของแพทย์เฉพาะทางแต่ละสาขา เพราะว่าโรคซับซ้อนมากขึ้น แพทย์เฉพาะทางแต่ละสาขาก็ต้องมีเป้าหมายตัวเลข
- 2.ควรมีการตั้งเป้าหมาย ของแพทย์รัฐบาล และ แพทย์เอกชน แยกออกจากกัน เพราะทำให้วางแผนกลยุทธ์ในการทำให้แพทย์คงอยู่ของแพทย์ในระบบ

.....

ทันตแพทยสภา

แบบฟอร์มข้อมูลวิชาชีพ.....ทันตแพทย์.....ในภาพรวมทั้งประเทศ

จำนวนปัจจุบัน (คน)	ค่าเป้าหมาย ปี 2577 อัตราส่วนต่อประชากร		คาดการณ์จำนวน บุคลากร ตามเป้าหมาย ปี 2577 (คน)	จำนวนการผลิตปัจจุบัน ต่อปี (คน)
	จำนวนบุคลากร : 10,000 ปชก.	บุคลากร 1 คน : จำนวนปชก.		
18,094 คน (ทพ อายุไม่เกิน 60 ปี ที่ยังมีชีวิต/มีใบประกอบ/ทำงานใน ประเทศ)	ทันตแพทย์ 3.3 คน และ ทันตภิบาล 2 คน			
แหล่งอ้างอิง.....ทันตแพทยสภา ข้อมูล ณ 27 มค 67...	หลักการการกำหนดค่าเป้าหมาย - ต้องการ ทพ 3.3 คน เนื่องจากวางแผนให้มี ทภ ร่วมด้วย 2 คน เพื่อทำงาน PP ให้มีประสิทธิภาพ ตามการวางแผนระบบทันตสาธารณสุขของประเทศไทย - ทพ 3.3 คน อ้างอิงจาก ข้อเสนอโครงการผลิตทันตแพทย์เพิ่มของคณะกรรมการอุดมศึกษา ระยะที่ 2 เพื่อพัฒนาสุขภาพของประชาชน (ปี 2558-2567) โดยมีเหตุผลว่าเป็นตัวเลขที่ใกล้เคียงประเทศที่พัฒนาแล้ว - ทภ 2 คน อ้างอิงจาก มาตรฐานการพัฒนางานสุขภาพช่องปากในระบบสุขภาพปฐมภูมิ โดย คกก พัฒนาระบบบริการสุขภาพช่องปาก (oral health service plan)	ทพ 1 คน : ปชก 3,000 คน ทภ 1 คน : ปชก 5,000 คน	ทพ 22,200 คน ทภ 13,200 คน	โดยประมาณ 850 คน (รัฐ 650, เอกชน 200 และเอกชนน่าจะเพิ่มเป็น 350 ในอนาคต)

- สิ่งที่ต้องดำเนินการเพื่อให้บรรลุตามค่าเป้าหมาย เช่น ผลิตบุคลากรเพิ่ม การกระจายตัวในพื้นที่ เป็นต้น
 - คงจำนวนการผลิตทันตแพทย์ต่อปี เนื่องจากจำนวนการผลิตที่เป็นอยู่ เท่ากับ จำนวนความต้องการในปี 77 โดยคิดทดแทนทันตแพทย์ที่จะ inactive ในอีก 10 ข้างหน้าแล้ว
 - คงระบบทันตแพทย์คู่สัญญาสำหรับการผลิตจากมหาวิทยาลัยภาครัฐไว้ โดยสนับสนุนงบประมาณเพิ่มเติมในการผลิตทันตแพทย์เพื่อกระตุ้นการปรับปรุงหลักสูตรเพื่อรองรับระบบทันตแพทย์ปฐมภูมิ
 - พิจารณาเพิ่มระบบทันตแพทย์เพื่อชาวชนบทแยกออกมาอีกหนึ่งระบบ เพื่อเน้นพื้นที่ขาดแคลน
 - ปรับเพิ่มค่าตอบแทน/แรงจูงใจสำหรับทันตแพทย์ภาครัฐ เป้าหมายเพื่อให้สามารถจ้างงานทันตแพทย์ประจำภาครัฐได้อย่างน้อย 2 คน ต่อ 10,000 ปชก และบริหารจัดการให้ทันตแพทย์ประจำสามารถทำงานได้คนละ 1.5 FTE (รวม 2 คน เป็น 3 FTE ต่อ 10,000 ปชก) สำหรับส่วนขาดจากความต้องการ ใช้การจ้างงานภาคเอกชนร่วมจัดบริการ อีก 0.3

แบบฟอร์มข้อมูลวิชาชีพ.....ทันตแพทย์.....ในภาพรวมทั้งประเทศ

FTE ต่อ 10,000 ปชก (รวมกันทั้งรัฐและเอกชนให้ได้ 3.3 FTE ต่อ 10,000 ปชก) ทั้งนี้วิธีจ้างงานภาคเอกชน อาทิ จ้างรถทันตกรรมเคลื่อนที่เอกชนเข้ามาบริการในพื้นที่ การทำเครือข่ายรับส่งต่อกับคลินิกเอกชน การจ้างทันตแพทย์เอกชนเข้ามาทำงานในหน่วยบริการภาครัฐในช่วงนอกเวลาทำการหรือจ้างไปทำที่หน่วยบริการปฐมภูมิในช่วงที่ทันตภิบาลออกไม่ได้ใช้ยูนิตทันตกรรม

แหล่งข้อมูล

- คาดการณ์ประชากรเพื่อใช้ในการคำนวณจำนวนบุคลากรตามเป้าหมาย ปี 2577

ตาราง 6 เปรียบเทียบประชากรคาดประมาณระหว่างผลการคาดประมาณฯ (ฉบับปรับปรุง) และผลการคาดประมาณฯ ชุดเดิม พ.ศ. 2553 – 2583

	ประชากรคาดประมาณ ฉบับปรับปรุง (ล้านคน)	ประชากรคาดประมาณ ชุดเดิม (ล้านคน)	ประชากรคาดประมาณ ฉบับปรับปรุงมากกว่า ชุดเดิม (ล้านคน)
พ.ศ. 2553	63.8	63.8	0.0
พ.ศ. 2558	65.6	65.1	0.5
พ.ศ. 2563	66.5	66.0	0.5
พ.ศ. 2568	67.1	66.4	0.7
พ.ศ. 2573	67.1	66.2	0.9
พ.ศ. 2578	66.6	65.4	1.2
พ.ศ. 2583	65.4	63.9	1.5

ที่มา: การคาดประมาณประชากรของประเทศไทย พ.ศ. 2553 – 2583 (สศช., 2556)

ที่มา : ข้อมูลคาดการณ์ประชากรของประเทศไทย ของ สำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจฯ <https://moph.cc/ubxAR4Ymv>

- ข้อมูลบุคลากรรายบุคคล ของกองยุทธศาสตร์และแผนงาน <http://gishealth.moph.go.th/workforcenew/>

****โดยส่งให้กองยุทธศาสตร์และแผนงาน ภายในวันที่ 30 มกราคม 2567 ทางEmail : spd.policy3@gmail.com

สภาเภสัชกรรม



สภาเภสัชกรรม (The Pharmacy Council of Thailand)

สำนักงานเลขาธิการสภาเภสัชกรรม อาคารมหิตลาธิเบศร ชั้น 8 กระทรวงสาธารณสุข
เลขที่ 88/19 หมู่ 4 ถนนติวานนท์ ตำบลตลาดขวัญ อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี 11000
โทรศัพท์ 0 2591 9992 (คู่สายอัตโนมัติ) โทรสาร 0 2591 9996
Website: <https://www.pharmacycouncil.org> Email: pharthaic@pharmacycouncil.org

ที่ สก.๐๑/๐๑/๓๓๒

๒๒ เมษายน ๒๕๖๗

เรื่อง ขอนำส่งรายละเอียดประกอบการกำหนดค่าเป้าหมายยุทธศาสตร์การปฏิรูปกำลังคนและภารกิจบริการ
ด้านสาธารณสุขในภาพรวมทั้งระบบ

เรียน ปลัดกระทรวงสาธารณสุข

อ้างถึง หนังสือกระทรวงสาธารณสุข ที่ สธ ๐๒๐๔.๐๕/๔๐๘๔ ลงวันที่ ๒๖ มีนาคม ๒๕๖๗

สิ่งที่ส่งมาด้วย รายละเอียดประกอบการกำหนดค่าเป้าหมายยุทธศาสตร์การปฏิรูปกำลังคนและภารกิจบริการ

ด้านสาธารณสุขในภาพรวมทั้งระบบ ระยะ ๑๐ ปี (พ.ศ. ๒๕๖๗ - ๒๕๗๗)

จำนวน ๑ ฉบับ

ตามที่สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข มีหนังสือที่อ้างถึง โดยกองยุทธศาสตร์และแผนงานได้จัดประชุม
เชิงปฏิบัติการ “จัดทำยุทธศาสตร์การปฏิรูปกำลังคนและภารกิจบริการด้านสาธารณสุขในภาพรวมทั้งระบบ” ระหว่างวันที่
๑๑-๑๒ มีนาคม ๒๕๖๗ ที่ผ่านมา โดยที่ประชุมมีการเสนอค่าเป้าหมายในยุทธศาสตร์การปฏิรูปกำลังคนฯ แล้ว
และสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ได้ขอความร่วมมือจากสภาเภสัชกรรมจัดทำรายละเอียดประกอบการกำหนด
ค่าเป้าหมายในการปฏิรูปกำลังคนฯ นั้น

บัดนี้ สภาเภสัชกรรมได้จัดทำรายละเอียดประกอบการกำหนดค่าเป้าหมายยุทธศาสตร์การปฏิรูปกำลังคนและ
ภารกิจบริการด้านสาธารณสุขในภาพรวมทั้งระบบ ระยะ ๑๐ ปี (พ.ศ. ๒๕๖๗-๒๕๗๗) เสร็จเรียบร้อยแล้วจึงขอนำส่ง
ข้อมูลดังกล่าวมาให้ รายละเอียดดังสิ่งที่ส่งมาด้วยนี้

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ และดำเนินการในส่วนที่เกี่ยวข้องต่อไปด้วย จะเป็นพระคุณ

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์พิเศษ ดร.เภสัชกรกิตติ พิทักษ์นิตินันท์)

นายกสภาเภสัชกรรม

ฝ่ายบริหารงานทั่วไป สำนักงานเลขาธิการสภาเภสัชกรรม

เจ้าหน้าที่ผู้ประสานงาน : นายเจษฎา จันทรประเสริฐ โทรศัพท์ ๐ ๒๕๕๔๑ ๔๔๔๒๒ (คู่สายอัตโนมัติ)



ส่วนที่ 1 รายละเอียดประกอบการกำหนดค่าเป้าหมายยุทธศาสตร์การปฏิรูปกำลังคนและการให้บริการด้านสาธารณสุขในภาพรวมทั้งระบบ ระยะ 10 ปี (พ.ศ.2567-2577)
ของวิชาชีพเภสัชกรรม

จำนวนบุคลากรในปัจจุบัน (คน)			ค่าเป้าหมายปี 2577 *	
จำนวนทั้งหมดที่มี (คน)	จำนวนที่ active ในระบบ บริการ (ถ้ามี)	จำนวนการผลิตปัจจุบันต่อปี (คน)	อัตราส่วนบุคลากร 1 คน ต่อ จำนวนประชากร **	คาดประมาณจำนวนบุคลากร ณ ปี 2577 (คน)
จำนวนผู้ขึ้นทะเบียนทั้งหมด 49,299 จำนวนที่ยังมีชีวิตอยู่ 48,143 เภสัชกรที่ทำงานในภาคบริการ 24,149* (50.16%) (เนื่องจากเภสัชกรมีการทำงาน ที่หลากหลายด้าน ทั้งภาค บริการ (รพ. ร้านยา ศูนย์บริการ สาธารณสุข) การตลาด ขึ้น ทะเบียนผลิตภัณฑ์ โรงงานผลิต ยา สถาบันการศึกษา สสจ. ฯลฯ) * ตัวเลขนี้รวม รพ. และร้านยา ด้วย แต่คิดร้านยาเพียงครึ่งหนึ่ง ที่มีเภสัชกร อยู่ตลอดเวลา ส่วนที่เหลือจะอยู่ 3 ชม.และ ส่วนใหญ่จะเป็นคนที่อยู่ รพ. ด้วย แหล่งอ้างอิง : ฝ่ายทะเบียนและใบอนุญาต สภาเภสัชกรรม 8 เมษายน 2567	16,048 ** ** ตัวเลขนี้จะไม่รวมร้านยาด้วย แหล่งอ้างอิง : การเชื่อมโยงข้อมูลกำลังคน สาธารณสุข ภาพรวมประเทศจากข้อมูล ID ณ กรกฎาคม 2566	1,900*** *** จำนวนที่จะมาทำงานในภาคบริการ ประมาณการ 1,000 คน ต่อปี (ทำงานใน รพ.และร้านยา แหล่งอ้างอิง : ฝ่ายทะเบียนและใบอนุญาต สภาเภสัชกรรม 8 เมษายน 2567	1:2,000 1:1,966	33,949**** **** คิดเภสัชกรเพิ่มในภาคบริการ 1,000 คน ต่อปี และประมาณอัตราการ สูญเสีย 200 คนต่อปี

จำนวนประชากรคาดการณ์ปี 2577 เท่ากับ 66,749,000 คน (ที่มา : รายงานการคาดประมาณประชากรของประเทศไทย พ.ศ.2553-2583 โดยสำนักงานสภาพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ)

หลักการ/แนวคิดในการกำหนดค่าเป้าหมาย อัตราส่วนบุคลากร ต่อจำนวนประชากร

1. การกำหนดค่าเป้าหมายอัตราส่วนบุคลากรต่อจำนวนประชากร 1:2,000 โดยอ้างอิงตัวเลขจากข้อมูลเปรียบเทียบของ WHO ของประเทศที่มีระดับการพัฒนาใกล้เคียงกับของประเทศไทย (สิงคโปร์ และยุโรปบางประเทศ) และเป็นอัตราส่วนที่มีความเป็นไปได้มากที่สุดในทางปฏิบัติ แม้งานเภสัชกรในภาครัฐของประเทศไทยจะมีหลายด้านกว่าก็ตาม และในหลายประเทศมีอัตราส่วนต่ำกว่า 1:1,500 ก็ตาม
2. ภาครัฐ ทางสภาเภสัชกรรมจะรวมพิจารณาหน่วยงานทั้ง รพ.รัฐและเอกชน ศูนย์บริการสาธารณสุขต่าง ๆ และรวมถึงร้านยาซึ่งเป็นภาคเอกชน แม้ที่ผ่านมาหลายสิบปี ร้านยาไม่เคยถูกพูดถึงในระบบบริการสาธารณสุข เนื่องจากถูกมองว่าเป็นภาคธุรกิจ แต่ปัจจุบันสภาเภสัชกรรม ได้พยายามพัฒนาร้านยาให้เข้ามามีส่วนร่วมในการให้บริการด้านยาในระดับปฐมภูมิในการให้บริการดูแลการเจ็บป่วยเล็กน้อยของประชาชน และรวมถึงโครงการลดความแออัดของโรงพยาบาลภาครัฐร่วมกับกระทรวงสาธารณสุข และสำนักงานหลักประกันสุขภาพ สภาเภสัชกรรมจึงคิดรวมเภสัชกรร้านยาส่วนหนึ่งเข้าร่วมด้วย เพื่อให้สามารถบรรลุค่าเป้าหมายที่กำหนดได้มากขึ้น ไมเช่นนั้นจะไม่สามารถบรรลุค่าเป้าหมายได้ตาม ที่กำหนดในปี 2577 แต่การพิจารณาจะพิจารณาจำนวนเพียงครึ่งหนึ่งของจำนวนร้านยาแผนปัจจุบันที่มีใบอนุญาตขายยา เนื่องจากร้านยาส่วนใหญ่ยังมีเภสัชกรปฏิบัติงานเพียง 3 ชั่วโมงตามที่แจ้งไว้ และหลายร้านจะเป็นร้านของเภสัชกรที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลช่วงเช้าแต่มาเปิดบริการที่ร้านยาในช่วงเย็น และอีกส่วนหนึ่งไม่สนใจเข้าร่วมให้บริการในโครงการต่าง ๆ
3. ค่าเป้าหมายนี้ สอดคล้องกับอัตราการผลิตเภสัชกร ซึ่งจะผลิตได้ประมาณ 1,900 คนต่อปี ซึ่งการจะเพิ่มกำลังการผลิตมากกว่านี้ในปัจจุบันยังเป็นไปได้อยาก เนื่องจากขาดอาจารย์ผู้สอน เนื่องจากปัจจุบันเภสัชกรมีความขาดแคลนมากในทุกภาคส่วน โดยเฉพาะในสถาบันการศึกษา

ส่วนที่ 2 ข้อเสนอเพิ่มเติม

2.1 ข้อเสนอเชิงนโยบายเพื่อให้บรรลุค่าเป้าหมาย

- (1) การคำนวณประมาณการตามตัวเลขอาจเห็นว่า ในปี 2577 น่าจะบรรลุค่าเป้าหมายตามที่กำหนดได้ แต่โดยข้อเท็จจริง อาจจะบรรลุค่าเป้าหมายได้ยาก เนื่องจากการคิดกำลังคนตามตารางข้างต้น ประมาณการสูญเสียเภสัชกรเพียง 200 คนต่อปี ซึ่งเป็นข้อมูลประมาณการเฉพาะคนที่ลาออกเท่านั้น ซึ่งใน 2 ปี หลังมีการลาออกมากขึ้นชัดเจนเนื่องจากภาระงานในภาค รพ. โดยเฉพาะในกระทรวงสาธารณสุขมีภาระงานหนัก และปัจจุบันค่าตอบแทนเภสัชกรในภาคเอกชนสูงขึ้นมากประมาณ 50,000 บาทขึ้นไป และเห็นว่าภาระงานเบากว่ามาก จึงมีการไหลออกมากขึ้นชัดเจน แต่ข้อมูลนี้ยังไม่นับรวมผู้เกษียณอายุราชการ ซึ่ง ในปี 2569 จะเป็นปีที่ เภสัชกรที่ถูกบังคับใช้ทุนรุ่นแรกที่ยังทำงานในกระทรวงสาธารณสุข จะเริ่มเกษียณอายุราชการซึ่งจะทำให้มีคนเกษียณแต่ละปีมากขึ้นกว่าปกติมาก และจะทยอยเกษียณมากต่อเนื่องต่อไปหลังจากนี้ ส่วนนี้อาจเป็นสาเหตุให้ไม่สามารถบรรลุค่าเป้าหมายตามที่กำหนดได้ ดังนั้นจะต้องมีการมาตรการที่จะจูงใจเภสัชกร

ให้อยู่ในระบบที่ชัดเจนเพื่อลดการสูญเสียเภสัชกรออกจากระบบก่อนเวลาอันสมควร โดยเฉพาะให้มีความก้าวหน้าและค่าตอบแทนที่เหมาะสมเมื่อเทียบกับค่าตอบแทนภาคเอกชน และไม่ให้เกิดความเหลื่อมล้ำในระบบระหว่างวิชาชีพมากเกินไปเช่นในปัจจุบัน

- (2) สนับสนุนให้โรงพยาบาลของกระทรวงสาธารณสุข เป็นสถาบันร่วมผลิตเภสัชกรกับคณะเภสัชศาสตร์ต่าง ๆ ซึ่งจะสามารถนับเภสัชกรในโรงพยาบาลที่มีส่วนร่วมในกระบวนการเรียนการสอนนักศึกษา นับรวมเป็นจำนวนอาจารย์เพิ่มได้ ซึ่งจะส่งผลโดยตรงกับการขยายจำนวนรับนักศึกษา ได้มากขึ้น ซึ่งจะทำให้การสำเร็จการศึกษาเพิ่มมากขึ้นเป็นปีละกว่า 2,000 คนได้

2.2 ข้อเสนอความร่วมมือในการปฏิรูปกำลังคนและการบริการด้านสุขภาพในภาพรวมทั้งระบบ

ควรมีการตั้งคณะกรรมการปฏิรูปกำลังคนและการบริการด้านสุขภาพ โดยมีองค์ประกอบทั้ง 3 ส่วน คือ กระทรวงสาธารณสุข สภาวิชาชีพ และสถาบันการศึกษา เพื่อให้เกิดความร่วมมือในการแก้ไขปัญหาในเชิงบูรณาการในภาพรวมทั้งระบบที่ชัดเจน

2.2 ข้อเสนออื่น ๆ

เรื่องค่าตอบแทนของวิชาชีพต่าง ๆ ปัจจุบันไม่สามารถตอบได้ชัดเจนว่าแต่ละวิชาชีพได้ค่าตอบแทนที่แตกต่างกันมาก ทั้งใน พตส. เงินไม่ประกอบวิชาชีพส่วนตัว (เงินไม่ประกอบเวชปฏิบัติ) และค่าตอบแทนเบี่ยงเหลียงเหมาะสมในพื้นที่ขาดแคลน เป็นต้น เนื่องจากเหตุใด ซึ่งเป็นส่วนที่ทำให้กำลังใจในการปฏิบัติงานลดน้อยถอยลงเนื่องจากความแตกต่างกันมากของค่าตอบแทนต่าง ๆ หากเป็นไปได้ควรปรับระบบค่าตอบแทนเพิ่มเติม โดยอิงภาระงานซึ่งจะเกิดความเข้าใจร่วมกันมากกว่า และจำช่วยกระตุ้นให้ทำงานมากขึ้น ซึ่งจะได้ค่าตอบแทนมากขึ้นตามลำดับ

สภาการพยาบาล



สภาการพยาบาล

THAILAND NURSING AND MIDWIFERY COUNCIL

ที่ สภ.พ.๐๑/๐๑/๕๖๓

(พณ. 2) การพิจารณาใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ สาธารณสุขศาสตร์
เลขที่รับ: ๕๖๓
วันที่: ๒๕ เม.ย. ๒๕๖๗
เวลา: ๑๖:๐๐ น.

องค์การวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง (พณ.)
เลขที่รับ: ๕๖๓
วันที่: ๒๕ เม.ย. ๒๕๖๗
เวลา: ๑๖:๐๐ น.

๑๙ เมษายน ๒๕๖๗

ผู้รับทราบ
เลขที่รับ: ๕๖๓
วันที่: ๒๕ เม.ย. ๒๕๖๗
เวลา: ๑๖:๐๐ น.

เลขที่รับทราบในนามของ สำนักรับ พิจารณาสาธารณสุข
เลขที่รับ: ๕๖๓
วันที่: ๒๕ เม.ย. ๒๕๖๗
เวลา: ๑๖:๐๐ น.

เรื่อง รายละเอียดประกอบการกำหนดค่าเป้าหมายในยุทธศาสตร์การปฏิรูปกำลังคนและภารกิจบริการ
ด้านสาธารณสุขในภาพรวมทั้งระบบ

เรียน ปลัดกระทรวงสาธารณสุข (ผ่านกองยุทธศาสตร์และแผนงาน)

อ้างถึง หนังสือสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ที่ สธ ๐๒๐๔.๐๕/๔๐๔๔ ลงวันที่ ๒๖ มีนาคม ๒๕๖๗

สิ่งที่ส่งมาด้วย แบบฟอร์มรายละเอียดประกอบการกำหนดค่าเป้าหมาย

ตามหนังสือที่อ้างถึง สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ขอให้จัดทำรายละเอียดการกำหนด
ค่าเป้าหมายในยุทธศาสตร์การปฏิรูปกำลังคนและภารกิจบริการด้านสาธารณสุขในภาพรวมทั้งระบบ ทั้งนี้ จากการ
ประชุมเชิงปฏิบัติการ จัดทำยุทธศาสตร์การปฏิรูปกำลังคนและภารกิจบริการด้านสาธารณสุขในภาพรวมทั้งระบบ
เมื่อวันที่ ๑๑-๑๒ มีนาคม ๒๕๖๗ ซึ่งที่ประชุมได้พิจารณาร่างค่าเป้าหมายการปฏิรูปกำลังคนและภารกิจบริการ
ด้านสาธารณสุขในภาพรวมทั้งระบบแล้ว จึงขอความร่วมมือให้จัดทำรายละเอียดประกอบการกำหนดค่าเป้าหมาย
ส่งกองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ภายในวันที่ ๑๐ เมษายน ๒๕๖๗ นั้น

สภาการพยาบาล ได้จัดทำรายละเอียดประกอบการกำหนดค่าเป้าหมายในยุทธศาสตร์การปฏิรูป
กำลังคนและภารกิจบริการด้านสาธารณสุขในภาพรวมทั้งระบบ ตามแบบฟอร์มที่กำหนด ตามสิ่งที่ส่งมาด้วย ทั้งนี้
ได้จัดส่งทางไปรษณีย์อิเล็กทรอนิกส์ ที่ spd.policy3@gmail.com เมื่อวันที่ ๑๐ มีนาคม ๒๕๖๗ แล้ว

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ

มอบ พณ.

ขอแสดงความนับถือ

(นายเศรษฐี ชิตระสีมา)

(รองศาสตราจารย์ ดร.สุจิตรา เหลืองอมรเลิศ)

ผู้อำนวยการกองยุทธศาสตร์และแผนงาน

นายกสภาการพยาบาล

มอบพณ3

มอบคุณนิชากร

ผู้ประสานงาน : นางนิชากร ศิริกันทรวิไล

โทรศัพท์ ๐ ๒๕๔๖ ๗๕๒๓

โทรสาร ๐ ๒๕๔๔ ๗๕๒๓

(นางจิตติพร คุณา)

นักวิเคราะห์นโยบายและแผนเชี่ยวชาญ

หัวหน้ากลุ่มพัฒนาและจัดการข้อมูลนโยบายด้านสุขภาพ

นางสาวสิริอุษา เทียมศิริกุล

นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการ
หัวหน้างานพัฒนานโยบายด้านกำลังคน
และระบบบริการสุขภาพ

22 เมษายน 2567

สภาการพยาบาล อาคารนครินทร์ ในบริเวณกระทรวงสาธารณสุข ถนนติวานนท์ ตำบลตลาดขวัญ อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี 11000

Thailand Nursing and Midwifery Council Nagarindrasri Building, C/O Ministry of Public Health, Tiwanon Rd., Amphur Muang, Nonthaburi 11000

แบบฟอร์มรายละเอียดประกอบการกำหนดค่าเป้าหมาย

ยุทธศาสตร์การปฏิรูปกำลังคนและภารกิจบริการด้านสาธารณสุขในภาพรวมทั้งระบบ ระยะ 10 ปี (พ.ศ. 2567 – 2577)

จากการประชุมเชิงปฏิบัติการจัดทำยุทธศาสตร์การปฏิรูปกำลังคนและภารกิจบริการด้านสาธารณสุขในภาพรวมทั้งระบบ ระหว่างวันที่ 11 - 12 มีนาคม 2567 ณ โรงแรมแกรนด์ริชมอนด์ สโตนีส์ คอนเวนชั่น จังหวัดนนทบุรี มีข้อเสนอของผู้แทนสาขาวิชาชีพต่อ (ร่าง) ค่าเป้าหมายอัตราส่วนบุคลากรต่อจำนวนประชากร ปี 2577 ดังนี้

วิชาชีพ	แพทย์	ทันตแพทย์	เภสัชกร	พยาบาล	นักกายภาพ	นักเทคนิคการแพทย์	นักรังสีเทคนิคและ นักฟิสิกส์การแพทย์	นักสาธารณสุข
อัตราส่วน	1 : 650	1 : 3,000	1 : 2,000	1 : 200	1 : 2,000	1 : 2,500	1 : 5,000	1 : 1,000

ขอความเห็นเพิ่มเติม ดังนี้

ส่วนที่ 1 รายละเอียดประกอบการกำหนดค่าเป้าหมายยุทธศาสตร์การปฏิรูปกำลังคนและภารกิจบริการด้านสาธารณสุขในภาพรวมทั้งระบบ ระยะ 10 ปี (พ.ศ. 2567 – 2577)

ของวิชาชีพ.....การพยาบาล.....

จำนวนบุคลากรในปัจจุบัน (คน)			ค่าเป้าหมาย ปี 2577*	
จำนวนทั้งหมดที่มี	จำนวนที่ active ในระบบบริการ (ถ้ามี)	จำนวนการผลิตปัจจุบันต่อปี	อัตราส่วนบุคลากร (Active) 1 คน ต่อจำนวนประชากร**	คาดประมาณจำนวนบุคลากร ณ ปี 2577 (คน)
250,697 คน	209,187 คน	12,000 คน/ปี	Overall 1: 200 RN 1: 250 PN 1: 1,000	รวม 333,745 พยาบาลวิชาชีพ (RN) 266,996 คน ผู้ช่วยพยาบาล(PN) 66,749 คน
แหล่งอ้างอิง.. สภาการพยาบาล รายงานสถานภาพการขึ้นทะเบียน และรับใบอนุญาตประกอบวิชาชีพฯ สิ้นสุด ณ วันที่ 31 มกราคม 2567	แหล่งอ้างอิง.. สภาการพยาบาล รายงานสถานภาพการขึ้นทะเบียน และรับใบอนุญาตประกอบวิชาชีพฯ สิ้นสุด ณ วันที่ 31 มกราคม 2567			

* จำนวนประชากรคาดการณ์ ปี 2577 เท่ากับ 66,749,000 คน (ที่มา: รายงานการคาดประมาณประชากรของประเทศไทย พ.ศ.2553 – 2583 โดยสำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ <https://moph.cc/jyoNWnFQp>)

แบบฟอร์มรายละเอียดประกอบการกำหนดค่าเป้าหมาย

ยุทธศาสตร์การปฏิรูปกำลังคนและภารกิจบริการด้านสาธารณสุขในภาพรวมทั้งระบบ ระยะ 10 ปี (พ.ศ. 2567 – 2577)

** หลักการ/แนวคิดในการกำหนดค่าเป้าหมาย อัตราส่วนบุคลากร 1 คนต่อจำนวนประชากร

1. คำนวณความต้องการบุคลากรทางการแพทย์จาก Population health need (ผู้สูงอายุ, โรคเรื้อรัง, ประชากรที่มีภาวะการพึ่งพิง, Advance care ,Critical care, LTC, End of Life care, Precision medicine, Health promotion & Wellness)
2. คำนวณความต้องการบุคลากรทางการแพทย์จากการคาดการณ์การเข้าถึงและการใช้บริการสุขภาพตาม Health Need 100% จากการพัฒนาศักยภาพของระบบบริการสุขภาพภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า และการขยายตัวของ Digital health แต่ยังเป็นบริการที่ต้องการ Skill & knowledge worker
3. คาดประมาณความต้องการบริการพยาบาลจากการขยายตัวของอุตสาหกรรมด้านสุขภาพที่ต้องการพยาบาลทำงานในตำแหน่งงานอื่นๆ นอกเหนือจาก Nursing care service บริการพยาบาล
4. คาดการณ์การเติบโตทางเศรษฐกิจ เพื่อกำหนด Ability to hire และโอกาสการประกอบวิชาชีพอิสระของพยาบาล
5. Professional standard & Cost effectiveness: Skill mix Team and Task sharing
 - 6.1 แพทย์ ต่อ พยาบาลวิชาชีพ 1 : 3
 - 6.2 พยาบาลวิชาชีพ ต่อ ผู้ช่วยพยาบาล 4 : 1

ส่วนที่ 2 ข้อเสนอเพิ่มเติม

2.1 ข้อเสนอเชิงนโยบายเพื่อให้บรรลุตามค่าเป้าหมาย

1. เพิ่มการลงทุนเพื่อผลิตพยาบาลเพิ่มจาก 12,000 คนต่อปี เป็น 15,000 คนต่อปี ตั้งแต่ปี 2568-2577
2. ลงทุนกับมาตรการเพิ่มการคงอยู่ของพยาบาลในระบบบริการสุขภาพ ทั้งการพัฒนาศักยภาพ การสร้างบันไดความก้าวหน้าในอาชีพ การจ้างงานที่เป็นธรรม การเพิ่มรายได้ ค่าตอบแทนที่ยึดถือผลตอบแทน การพัฒนาระดับคุณภาพชีวิต และอื่นๆ เพื่อลดการสูญเสียให้อยู่ในระดับการสูญเสียตามธรรมชาติ ในอัตราไม่เกิน ร้อยละ 2.5 ต่อปี
3. ลงทุนพัฒนาโครงสร้างพื้นฐานในการจัดบริการสุขภาพให้ได้มาตรฐานและความปลอดภัยต่อบุคลากรและประชาชน
4. พัฒนาและบริหารการกระจายทรัพยากรสุขภาพเพื่อให้ประชาชนเข้าถึงอย่างเป็นธรรม
5. สร้างความเข้มแข็งของหน่วยบริการทุกระดับในการนำ Technology มาใช้ในการทำงานและการให้บริการสุขภาพแก่ประชาชน

แบบฟอร์มรายละเอียดประกอบการกำหนดค่าเป้าหมาย

ยุทธศาสตร์การปฏิรูปกำลังคนและภารกิจบริการด้านสาธารณสุขในภาพรวมทั้งระบบ ระยะ 10 ปี (พ.ศ. 2567 – 2577)

2.2 ข้อเสนอความร่วมมือในการในการปฏิรูปกำลังคนและภารกิจบริการด้านสาธารณสุขในภาพรวมทั้งระบบ

ควรมี National Health Workforce Governance โดยการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน ทั้ง สภาวิชาชีพ(Professional practice regulator) ผู้ใช้ และผู้ผลิตกำลังคน รวมทั้งตัวแทนของประชาชน ทั้งนี้ หน่วยเลขของ NHWF ต้องเป็นหน่วยงานที่เป็น Data driven organization

2.3 ข้อเสนออื่นๆ

ควรมีหน่วยงานกลาง Verify methodology ของการกำหนดค่าเป้าหมายของแต่ละวิชาชีพ หรือควรให้มีการ study บนฉากทัศน์เดียวกัน ซึ่งอาจมีการกำหนด To be scenarios หลายๆ ภาพ เพื่อสร้าง Assumption ร่วมกัน เพราะต่างคนต่างทำ อาจไม่สามารถนำตัวเลขไปอ้างอิง เพื่อการวางแผนได้ เช่น การคาดการณ์ความต้องการใช้บริการจากการเพิ่มขึ้นของ Service utilization of Non Thai population from migration & Med Hub ต้องนำมาคำนวณความต้องการกำลังคนหรือไม่ หรือ ปีใด ตั้งแต่ 68-77 digital health/ health technology มีความสำเร็จ % coverage เท่าไหร่ คาดประมาณการเติบโตเศรษฐกิจ ใช้ตัวเลขเดียวกันหรือไม่ในแต่ละวิชาชีพ

สภาเทคนิคการแพทย์



สภาเทคนิคการแพทย์ THE MEDICAL TECHNOLOGY COUNCIL

88/19 อาคารมหิตลาธิเบศร ชั้น 6,10 กระทรวงสาธารณสุข ขอสถาบันสุข 8 ถนนติวานนท์ อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี 11000
88/19 Mahitalathibet Building, 6,10th Floor, The Ministry of Public Health, Tiwanon Rd., Nonthaburi 11000, Thailand
โทร 0 2026 6491, 0 2580 0229, 09 2849 8510 www.mtcouncil.org และ www.mtc.or.th email: medtechcouncil@gmail.com

ที่ สทพ.ดล. ๒๓๗ /๒๕๖๗

๒๕ เมษายน ๒๕๖๗

เรื่อง รายละเอียดประกอบการกำหนดค่าเป้าหมายในยุทธศาสตร์การปฏิรูปกำลังคนและภารกิจบริการด้านสาธารณสุขในภาพรวมทั้งระบบ

เรียน ปลัดกระทรวงสาธารณสุข

อ้างถึง หนังสือสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขที่ สธ ๐๒๐๔.๐๕/๔๐๘๔ ลง ๒๖ มีนาคม ๒๕๖๗

สิ่งที่ส่งมาด้วย แบบฟอร์มรายละเอียดประกอบการกำหนดค่าเป้าหมาย จำนวน ๑ แผ่น

ตามหนังสือที่อ้างถึง สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง รายละเอียดประกอบการกำหนดค่าเป้าหมายในยุทธศาสตร์การปฏิรูปกำลังคนและภารกิจบริการด้านสาธารณสุขในภาพรวมทั้งระบบ โดยขอความร่วมมือจัดทำรายละเอียดดังกล่าว ๑ ความละเอียดแจ้งแล้ว นั้น

สภาเทคนิคการแพทย์ได้จัดทำรายละเอียดประกอบการกำหนดค่าเป้าหมายในยุทธศาสตร์การปฏิรูปกำลังคนและภารกิจบริการด้านสาธารณสุขในภาพรวมทั้งระบบเรียบร้อยแล้ว จึงขอส่งแบบฟอร์มรายละเอียดประกอบการกำหนดค่าเป้าหมาย ๑ ดังเอกสารแนบมาพร้อมนี้

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบและดำเนินการต่อไปด้วย จะเป็นพระคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ

(นายสมชัย เจิตเสริมอนันต์)
นายกสภาเทคนิคการแพทย์

สภาเทคนิคการแพทย์

โทร. ๐๒-๐๒๖๖๔๔๑ ต่อ ๓๐๓

ผู้ประสานงานนางสาวณฤพร วาจาสิทธิ์

แบบฟอร์มรายละเอียดประกอบการกำหนดค่าเป้าหมาย

ยุทธศาสตร์การปฏิรูปกำลังคนและการให้บริการด้านสาธารณสุขในภาพรวมทั้งระบบ ระยะ 10 ปี (พ.ศ. 2567 – 2577)

จากการประชุมเชิงปฏิบัติการจัดทำยุทธศาสตร์การปฏิรูปกำลังคนและการให้บริการด้านสาธารณสุขในภาพรวมทั้งระบบ ระหว่างวันที่ 11 - 12 มีนาคม 2567 ณ โรงแรมแกรนด์ริชมอนด์ สโตนีลี คอนเวนชั่น จังหวัดนนทบุรี มีข้อเสนอของผู้แทนสาขาวิชาชีพต่อ (ร่าง) ค่าเป้าหมายอัตราส่วนบุคลากรต่อจำนวนประชากร ปี 2577 ดังนี้

วิชาชีพ	แพทย์	ทันตแพทย์	เภสัชกร	พยาบาล	นักกายภาพ	นักเทคนิคการแพทย์	นักรังสีเทคนิคและ นักฟิสิกส์การแพทย์	นักสาธารณสุข
อัตราส่วน	1 : 650	1 : 3,000	1 : 2,000	1 : 200	1 : 2,000	1 : 2,500	1 : 5,000	1 : 1,000

ขอความเห็นเพิ่มเติม ดังนี้

ส่วนที่ 1 รายละเอียดประกอบการกำหนดค่าเป้าหมายยุทธศาสตร์การปฏิรูปกำลังคนและการให้บริการด้านสาธารณสุขในภาพรวมทั้งระบบ ระยะ 10 ปี (พ.ศ. 2567 – 2577)

ของวิชาชีพ.....เทคนิคการแพทย์.....

จำนวนบุคลากรในปัจจุบัน (คน)			ค่าเป้าหมาย ปี 2577*	
จำนวนทั้งหมดที่มี	จำนวนที่ active ในระบบบริการ (ถ้ามี)	จำนวนการผลิตปัจจุบันต่อปี	อัตราส่วนบุคลากร 1 คน ต่อจำนวนประชากร**	คาดประมาณจำนวนบุคลากร ณ ปี 2577 (คน)
17,369 แหล่งอ้างอิง...สภาเทคนิคการแพทย์	13,781 แหล่งอ้างอิง...สภาเทคนิคการแพทย์	1,000	1 : 2,804	23,781

* จำนวนประชากรคาดการณ์ ปี 2577 เท่ากับ 66,749,000 คน (ที่มา: รายงานการคาดประมาณประชากรของประเทศไทย พ.ศ.2553 – 2583 โดยสำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ <https://moph.cc/yoNWNfQp>)

**หลักการ/แนวคิดในการกำหนดค่าเป้าหมาย อัตราส่วนบุคลากร 1 คน ต่อจำนวนประชากร

จำนวนประชากรคาดการณ์ ปี 2577 เท่ากับ 66,749,000 คน / จำนวนบุคลากรที่ active ในระบบบริการ

ส่วนที่ 2 ข้อเสนอเพิ่มเติม

2.1 ข้อเสนอเชิงนโยบายเพื่อให้บรรลุตามค่าเป้าหมาย

- เพิ่มอัตราการผลิตนักเทคนิคการแพทย์ออกมาสู่ตลาดแรงงาน
- ปรับบทบาทการให้บริการสุขภาพเชิงรุกและส่งเสริมคุณภาพการให้บริการในระดับปฐมภูมิ

2.2 ข้อเสนอความร่วมมือในการในการปฏิรูปกำลังคนและการให้บริการด้านสาธารณสุขในภาพรวมทั้งระบบ

- เพิ่มอัตราการบรรจุเข้าปฏิบัติงานในหน่วยงานที่มีการถ่ายโอนภารกิจ/กำหนดตำแหน่งนักเทคนิคการแพทย์ในการให้บริการที่เกี่ยวข้องเพิ่มขึ้น

2.3 ข้อเสนออื่นๆ

สภากายภาพบำบัด



สภากายภาพบำบัด

เลขที่ 88/19 หมู่ที่ 4 ชั้น 7 อาคารทิลาธิเบสรา
กระทรวงสาธารณสุข ตำบลตลาดขวัญ อำเภอเมืองนนทบุรี
จังหวัดนนทบุรี 11000
อีเมล: thaiptcouncil@gmail.com
<http://pt.or.th/PTCouncil/>

Physical Therapy Council

88/19, Moo 4, 7th Floor, Mahitaladhibesra Building
Ministry of Public Health, Talat Khwan Subdistrict, Mueang
Nonthaburi District Nonthaburi Province 11000
e-mail: thaiptcouncil@gmail.com
<http://pt.or.th/PTCouncil/>

ที่ สกภ.๒๔๙/๒๕๖๗

๑๑ เมษายน ๒๕๖๗

เรื่อง ขอส่งรายละเอียดประกอบการกำหนดค่าเป้าหมายในยุทธศาสตร์การปฏิรูปกำลังคนและ
ภารกิจบริการด้านสาธารณสุขในภาพรวมทั้งระบบ

เรียน ปลัดกระทรวงสาธารณสุข

อ้างถึง หนังสือที่ สส ๐๒๐๙.๐๕/๔๐๘๔ ลงวันที่ ๒๖ มีนาคม ๒๕๖๗

สิ่งที่ส่งมาด้วย ข้อมูลประกอบการกำหนดค่าเป้าหมายในยุทธศาสตร์การปฏิรูปกำลังคนและภารกิจ
บริการด้านสาธารณสุขในภาพรวมทั้งระบบ

ตามที่สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ขอความร่วมมือดำเนินการจัดทำ
รายละเอียดประกอบการกำหนดค่าเป้าหมายในยุทธศาสตร์การปฏิรูปกำลังคนและภารกิจบริการด้าน
สาธารณสุขในภาพรวมทั้งระบบ นั้น

ในการนี้สภากายภาพบำบัด ขอส่งรายละเอียดประกอบการกำหนดค่าเป้าหมาย
ในยุทธศาสตร์การปฏิรูปกำลังคนและภารกิจบริการด้านสาธารณสุขในภาพรวมทั้งระบบ รายละเอียด
ตามสิ่งที่ส่งมาด้วย

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาและดำเนินการต่อไปด้วย จะขอขอบคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ กภ. พัชรี คุณคำชู)
เลขาธิการสภากายภาพบำบัด

สภากายภาพบำบัด : อนุชิตรา มีแหวน
โทร. ๐๒-๕๘๐-๕๗๕๐

จากการประชุมเชิงปฏิบัติการจัดทำยุทธศาสตร์การปฏิรูปกำลังคนและภารกิจบริการด้านสาธารณสุขในภาพรวมทั้งระบบ ระหว่างวันที่ 11-12 มีนาคม พ.ศ. 2567 ณ โรงแรมแกรนด์ ริชมอนด์ สไตล์ช คอนเวนชัน มีข้อเสนอของผู้แทนสภาวิชาชีพต่อ (ร่าง) ค่าเป้าหมายอัตราส่วนบุคลากรต่อจำนวนประชากร ปี พ.ศ. 2577 ดังนี้

วิชาชีพ	อัตราส่วน
แพทย์	1 : 650
ทันตแพทย์	1 : 3,000
เภสัชกร	1 : 2,000
พยาบาล	1 : 200
นักกายภาพบำบัด	1 : 2,000
นักเทคนิคการแพทย์	1 : 2,500
นักรังสีเทคนิคและนักฟิสิกส์การแพทย์	1 : 5,000
นักสาธารณสุข	1 : 1,000

สภากายภาพบำบัด ขอนำเสนอข้อมูลประกอบการกำหนดค่าเป้าหมายยุทธศาสตร์การปฏิรูปกำลังคนและภารกิจบริการด้านสาธารณสุขในภาพรวมทั้งระบบ ระยะ 10 ปี (พ.ศ. 2567-2577) ของวิชาชีพกายภาพบำบัดดังต่อไปนี้

ส่วนที่ 1

จำนวนในปัจจุบัน (คน)			ค่าเป้าหมาย ปี พ.ศ. 2577*	
จำนวน นักกายภาพบำบัด ทั้งหมดที่มี	จำนวน นักกายภาพบำบัด ที่ active ในระบบ บริการ	จำนวนการผลิต นักกายภาพบำบัด ปัจจุบันต่อปี	อัตราส่วน นักกายภาพบำบัด 1 คน ต่อจำนวน ประชากร	คาดประมาณ จำนวน นักกายภาพบำบัด ณ ปี 2577 (คน)
16,292	13,785	1,100	1 : 2,000	33,375

หมายเหตุ:

จำนวนประชากรคาดการณ์ ปี 2577 เท่ากับ 66,749,000 คน (ที่มา - รายงานการคาดประมาณประชากรของประเทศไทย พ.ศ. 2553-2583 โดยสำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ [<http://moph.cc/jyoNWnFQp>])

ส่วนที่ 2

2.1 ข้อเสนอเชิงนโยบายเพื่อให้บรรลุค่าเป้าหมาย

สภากายภาพบำบัดมีข้อเสนอเชิงนโยบายเพื่อให้การดำเนินการบรรลุค่าเป้าหมาย อัตราส่วนนักกายภาพบำบัดต่อประชากร (1 : 2,000) ดังนี้

2.1.1 ด้านนักศึกษา

เพิ่มการผลิตนักศึกษากายภาพบำบัด ปีละ 600 คน โดยการสนับสนุนงบประมาณพิเศษจากรัฐ เพื่อให้มีนักกายภาพบำบัดใหม่เข้าสู่ระบบปีละ 1,700 คน โดยสามารถดำเนินการได้ดังนี้

- ก. รับนักศึกษาใหม่จากเด็กมัธยมปลาย เข้าสู่ระบบตามปกติ ศึกษา 4 ปี
- ข. รับผู้ที่จบปริญญาตรีสาขาอื่นมาเรียนเพิ่ม อีก 3 ปี เพื่อให้มีความรู้ความสามารถทางด้านกายภาพบำบัด และสามารถเข้าสู่ระบบบริการสาธารณสุขได้เร็วขึ้น

2.1.2 ด้านผู้สอน

- ก. เพิ่มจำนวนอาจารย์กายภาพบำบัด ปีละ 60 คน เพื่อให้สามารถรองรับจำนวนนักศึกษาที่เพิ่มขึ้น โดยการสนับสนุนงบประมาณพิเศษจากรัฐ เป็นทุนสำหรับศึกษาต่อในระดับปริญญาโท-เอก ทั้งในและต่างประเทศ
- ข. พัฒนาคุณภาพของอาจารย์กายภาพบำบัด เพื่อให้มีความรู้ความสามารถเท่าทันต่อการเปลี่ยนแปลงทางเทคโนโลยีในปัจจุบัน โดยการสนับสนุนงบประมาณพิเศษจากรัฐ เป็นทุนสนับสนุนการอบรมระยะสั้นหรือระยะยาวในต่างประเทศ ปีละ 60 คน
- ค. พัฒนาคุณภาพของอาจารย์กายภาพบำบัดฝึกปฏิบัติงานทางคลินิกในโรงพยาบาลต่างๆ ให้มีศักยภาพและความสามารถเฉพาะทางกายภาพบำบัด โดยการสนับสนุนงบประมาณพิเศษจากรัฐ เป็นทุนสนับสนุนการอบรมระยะสั้นหรือระยะยาวทั้งในและต่างประเทศ ปีละ 200 คน

2.1.3 ด้านนักกายภาพบำบัดที่อยู่ในระบบบริการสาธารณสุขในปัจจุบัน

สร้างเสริมแรงจูงใจให้มีจำนวนนักกายภาพบำบัดเข้าสู่ระบบบริการสาธารณสุขมากขึ้น โดยมุ่งเน้นในประเด็นเรื่องของความมั่นคงในหน้าที่การงาน ความก้าวหน้าในวิชาชีพ ค่าตอบแทนและสวัสดิการต่างๆ เพื่อที่นักกายภาพบำบัดจะสามารถพัฒนาคุณภาพงานและรองรับจำนวนผู้รับบริการที่เพิ่มมากขึ้นอย่างรวดเร็ว รวมถึงมีการให้บริการอย่างมีคุณภาพและมาตรฐาน ลดความเหลื่อมล้ำหรือการเข้าถึงบริการทางด้านสุขภาพของประชาชนไทย

2.2 ข้อเสนอความร่วมมือในการปฏิรูปกำลังคนและภารกิจบริการด้านสาธารณสุขในภาพรวมทั้งระบบ

สภาภาพพบบำบัด ยินดีอย่างยิ่งที่จะเป็นตัวกลางในการประสานงานเพื่อร่วมขับเคลื่อนยุทธศาสตร์การปฏิรูปกำลังคนและภารกิจบริการด้านสาธารณสุขในภาพรวมทั้งระบบ ระยะ 10 ปี (พ.ศ. 2567-2577) ร่วมกับ กระทรวงสาธารณสุข

แนวทางการประสานงานกับหน่วยงานต่างๆ เพื่อขับเคลื่อนและผลักดันให้มีการผลิตนักร่างภาพพบบำบัดและอาจารย์เพิ่ม มีรายละเอียดดังนี้

กระทรวงการอุดมศึกษา วิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรม

- ก. จัดสรรงบประมาณการผลิตนักร่างภาพพบบำบัด รายละเอียด 60,000 บาท/ปี เป็นระยะเวลา 4 ปี/ทุน ให้แก่มหาวิทยาลัยที่รับเป็นผู้ผลิตนักร่างภาพพบบำบัดเพิ่ม จำนวน 600 คน/ปี ระยะเวลา 10 ปี
- ข. จัดสรรงบประมาณการผลิตอาจารย์ร่างภาพพบบำบัด รายละเอียด 1,000,000 บาท/ปี เป็นระยะเวลา 3 ปี/ทุน จำนวน 60 คน/ปี ระยะเวลา 10 ปี
- ค. จัดสรรงบประมาณการพัฒนาอาจารย์ร่างภาพพบบำบัด รายละเอียด 200,000 บาท/ปี จำนวน 60 คน/ปี ระยะเวลา 10 ปี
- ง. จัดสรรงบประมาณการจัดซื้อวัสดุและครุภัณฑ์ ค่าใช้สอยในการดำเนินการดำเนินการเพื่อใช้ในการจัดเรียนการสอน สถาบันที่รับเป็นผู้ผลิตนักร่างภาพพบบำบัดเพิ่ม 5,000,000 บาท/ปี ระยะเวลา 10 ปี

กระทรวงสาธารณสุข

- ก. จัดสรรงบประมาณการพัฒนาระยะสั้นสำหรับอาจารย์คุมฝึกงานทางภาพพบบำบัดในโรงพยาบาล/หน่วยงานผลิตร่วม รายละเอียด 100,000 บาท/ปี จำนวน 60 คน/ปี ระยะเวลา 10 ปี
- ข. จัดสรรงบประมาณการพัฒนาระยะยาวสำหรับอาจารย์คุมฝึกงานทางภาพพบบำบัดในโรงพยาบาล/หน่วยงานผลิตร่วมเพื่อเป็นผู้เชี่ยวชาญในแต่ละสาขา รายละเอียด 300,000 บาท/ปี ระยะเวลา 3 ปี/ทุน จำนวน 60 คน/ปี ระยะเวลา 10 ปี

2.3 ข้อเสนออื่นๆ

เสนอให้โรงพยาบาลของรัฐ มีภารกิจในการรับนักศึกษาภาพพบบำบัดฝึกงาน โดยมีหน่วยงานของกระทรวงสาธารณสุขทำหน้าที่ประสานงาน เช่นเดียวกับที่ดำเนินการในวิชาชีพแพทย์และพยาบาล เพื่อให้สามารถส่งเสริมการผลิตนักร่างภาพพบบำบัดที่มีคุณภาพ พร้อมสำหรับการให้บริการแก่ประชาชนเมื่อจบการศึกษาแล้ว

กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก

กลุ่ม พณ. กอณ. เลขที่ 444 วันที่ 25 ธ.ย. 67 เวลา 10.44	ห้องรองปลัดกระทรวงฯ นพ.กิตติศักดิ์ อัครวงค์ เลขรับ 678 วันที่ 21 ธ.ย. 2567 เวลา 9.16	ผู้อำนวยการกองกลาง เลขที่ 1127 วันที่ 20 มิ.ย. 68 เวลา 17.03	กระทรวงสาธารณสุข เลขรับ 30134 วันที่ 20 มิ.ย. 68 เวลา 11.54
---	--	---	--

ที่ สอ ๐๕๐๘/ ๓๓ ๘๐

กองยุทธศาสตร์และแผนงาน
 เลขที่ 6994
 วันที่ 24 มิ.ย. 2567
 เวลา 15.52

ห้อง ผอ.กยผ.
 เลขที่ 678
 วันที่ 24 มิ.ย. 68
 เวลา 17.54

กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก
 กระทรวงสาธารณสุข
 ถนนติวานนท์ จังหวัดนนทบุรี ๑๑๐๐๐

๑๔ มิถุนายน ๒๕๖๗

เรื่อง ขี้แจงรายละเอียดประกอบการกำหนดค่าเป้าหมายในยุทธศาสตร์การปฏิรูปกำลังคนและภารกิจบริการด้านสาธารณสุข (ด้านการแพทย์แผนไทย)

เรียน ปลัดกระทรวงสาธารณสุข

สิ่งที่ส่งมาด้วย เอกสารขี้แจงรายละเอียดประกอบการกำหนดค่าเป้าหมาย

จำนวน ๑ ฉบับ

ตามที่ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข โดยกองยุทธศาสตร์และแผนงาน ได้มีหนังสือถึงสภาวิชาชีพต่าง ๆ เพื่อดำเนินการจัดทำรายละเอียดประกอบการกำหนดค่าเป้าหมายในยุทธศาสตร์การปฏิรูปกำลังคนและภารกิจบริการด้านสาธารณสุขในภาพรวมทั้งระบบ ระยะ ๑๐ ปี (พ.ศ. ๒๕๖๗ - ๒๕๗๗) ซึ่งสภาการแพทย์แผนไทยได้จัดทำข้อมูลบุคลากรด้านการแพทย์แผนไทยส่งไปยังกองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข เรียบร้อยแล้ว ทั้งนี้ กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกได้ประสานงานกับสภาการแพทย์แผนไทย พบว่าข้อมูลรายละเอียดประกอบการกำหนดค่าเป้าหมาย ที่สภาการแพทย์แผนไทยดำเนินการจัดทำยังไม่ครอบคลุมสมบูรณ์

ในการนี้ กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก ขอส่งเอกสารเพื่อขี้แจงรายละเอียดของข้อมูลตามแบบฟอร์มรายละเอียดประกอบการกำหนดค่าเป้าหมายในยุทธศาสตร์การปฏิรูปกำลังคนและภารกิจบริการด้านสาธารณสุขในภาพรวมทั้งระบบ ระยะ ๑๐ ปี (พ.ศ. ๒๕๖๗ - ๒๕๗๗) ด้านการแพทย์แผนไทยเพิ่มเติม เพื่อประโยชน์ในการวางแผนและบริหารจัดการกำลังคนแพทย์แผนไทยให้สอดคล้องกับยุทธศาสตร์การปฏิรูปกำลังคนและภารกิจบริการด้านสาธารณสุขในภาพรวมทั้งระบบ รวมถึงการวางแผนและบริหารจัดการกำลังคนแพทย์แผนไทยและภารกิจบริการในส่วนของภาครัฐ (กระทรวงสาธารณสุขและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น) ได้อย่างครอบคลุมสมบูรณ์ ทั้งนี้ ในการผลิตบุคลากรด้านการแพทย์แผนไทยเพื่อขับเคลื่อนยุทธศาสตร์การปฏิรูปกำลังคนและภารกิจบริการด้านสาธารณสุขในภาพรวมทั้งระบบ ระยะ ๑๐ ปี กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกมีความเห็นว่า ควรมุ่งเน้นผลิตกลุ่มผู้ประกอบการวิชาชีพการแพทย์แผนไทยที่สำเร็จการศึกษาระดับปริญญาตรี และผู้ประกอบการวิชาชีพการแพทย์แผนไทยประยุกต์ที่สำเร็จการศึกษาระดับปริญญาตรี ซึ่งมีกระบวนการจัดการศึกษาที่เป็นมาตรฐาน และเป็นกลุ่มส่วนใหญ่ที่ active ในระบบบริการทั้งในภาครัฐและเอกชน รายละเอียดตามสิ่งที่ส่งมาด้วย

๑) เรียน ปลัดกระทรวงสาธารณสุขซึ่งเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา จะเป็นพระคุณ
เพื่อโปรดพิจารณาให้ควรวาง กยผ.

จะเป็นพระคุณ

(นายนำพล บัวศรี)

ผู้อำนวยการกองกลาง

๒๐ มิ.ย. ๒๕๖๗

กองวิชาการและแผนงาน

โทร./โทรสาร ๐ ๒๕๕๐ ๒๖๑๒

สำเนาเรียน ผู้อำนวยการกองยุทธศาสตร์และแผนงาน

ขอแสดงความนับถือ

๑๕ มิ.ย. ๖๘

(นายแพทย์ อามิรัตน์)

รองอธิบดี รักษาการแทนอธิบดี

กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก

๑๕ มิ.ย. ๖๘

(นายดิเรก สุตานนท์)

(นายดิเรก สุตานนท์)

๒) ๒๐ มิ.ย. ๖๘.

๕๐

(นายกิตติศักดิ์ อัครวงค์)

รองปลัดกระทรวงสาธารณสุข

หัวหน้ากลุ่มภารกิจด้านพัฒนาการนย

ปฏิบัติราชการแทนปลัดกระทรวงสาธา

๒๔ มิ.ย. 2567

๑๗ มิ.ย. ๖๘

เอกสารชี้แจงรายละเอียดประกอบการกำหนดค่าเป้าหมายในยุทธศาสตร์การปฏิรูปกำลังคนฯ (แพทย์แผนไทย)

ตามหนังสือสภากาการแพทย์แผนไทย ที่ สกพท ๐๑.๑๘๒/๒๕๖๗ ลงวันที่ ๑๘ มิถุนายน ๒๕๖๗ ซึ่งได้จัดทำรายละเอียดประกอบการกำหนดค่าเป้าหมายยุทธศาสตร์การปฏิรูปกำลังคนและภารกิจบริการด้านสาธารณสุขในภาพรวมทั้งระบบ ระยะ ๑๐ ปี (พ.ศ. ๒๕๖๗ – ๒๕๗๗) ดังนี้

จำนวนบุคลากรในปัจจุบัน			ค่าเป้าหมายปี ๒๕๗๗	
จำนวนทั้งหมดที่มี (คน)	จำนวนที่ active ในระบบบริการ (ถ้ามี)	จำนวนการผลิตปัจจุบันต่อปี	อัตราส่วนบุคลากร ๑ คนต่อจำนวนประชากร	คาดประมาณจำนวนบุคลากร ณ ปี ๒๕๗๗ (คน)
๓๐,๙๐๒ คน	๕,๘๒๕ คน	๒,๙๑๑ คน/ปี	๑ : ๑,๑๔๓	๕๘,๔๓๒

ทั้งนี้ ขอชี้แจงรายละเอียดของข้อมูลข้างต้นเพิ่มเติม เพื่อประโยชน์ในการวางแผนและบริหารจัดการกำลังคนแพทย์แผนไทยให้สอดคล้องกับยุทธศาสตร์การปฏิรูปกำลังคนและภารกิจบริการด้านสาธารณสุขในภาพรวมทั้งระบบ รวมถึงการวางแผนและบริหารจัดการกำลังคนแพทย์แผนไทยและภารกิจบริการในส่วนของภาครัฐ (กระทรวงสาธารณสุขและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น) ดังนี้

๑. การกำหนดค่าเป้าหมายในยุทธศาสตร์การปฏิรูปกำลังคนและภารกิจบริการด้านสาธารณสุขในภาพรวมทั้งระบบ (แพทย์แผนไทย)

๑.๑ จำนวนบุคลากรแพทย์แผนไทยปัจจุบัน จำนวนทั้งหมดที่มี ๓๐,๙๐๒ คน ประกอบด้วย
(อ้างอิง : สภากาการแพทย์แผนไทย, ๒๕๖๗)

ประเภท	จำนวน (คน)	หมายเหตุ
๑. ผู้ประกอบวิชาชีพการแพทย์แผนไทย ประเภทเวชกรรมไทย ที่ได้รับปริญญาตรี	๖,๔๔๕	คุณสมบัติตรงตามมาตรฐานกำหนดตำแหน่ง ก.พ. และ ก.ท.
๒. ผู้ประกอบวิชาชีพการแพทย์แผนไทยประยุกต์ ที่ได้รับปริญญาตรี	๔,๗๒๔	คุณสมบัติตรงตามมาตรฐานกำหนดตำแหน่ง ก.พ. และ ก.ท.
๓. ผู้ประกอบวิชาชีพการแพทย์แผนไทย ประเภทเภสัชกรรมไทย การผดุงครรภ์ไทย และการนวดไทย ที่ได้รับปริญญาตรี	๑๙,๗๓๓	
๔. ผู้ประกอบวิชาชีพการแพทย์แผนไทย ประเภทเวชกรรมไทย เภสัชกรรมไทย การผดุงครรภ์ไทย และการนวดไทย ที่ได้รับการฝึกอบรมจากสถาบันหรือสถานพยาบาลที่สภาการแพทย์แผนไทยรับรอง		

ทั้งนี้ เฉพาะ ผู้ประกอบวิชาชีพการแพทย์แผนไทย ประเภทเวชกรรมไทย ที่ได้รับปริญญาตรีหรือคุณวุฒิอย่างอื่นที่เทียบได้ในระดับเดียวกันในสาขาวิชาการแพทย์แผนไทย และผู้ประกอบวิชาชีพการแพทย์แผนไทยประยุกต์ที่ได้รับปริญญาตรีหรือคุณวุฒิอย่างอื่นที่เทียบได้ในระดับเดียวกันในสาขาวิชาการแพทย์แผนไทยประยุกต์ ที่ถือเป็นผู้มีคุณสมบัติตามคุณสมบัติเฉพาะสำหรับตำแหน่ง สายงานแพทย์แผนไทย ตามที่ สำนักงาน ก.พ. และสำนักงาน ก.ท. กำหนด และสามารถเข้าสู่ตำแหน่งแพทย์แผนไทยในระบบราชการได้ ซึ่งปัจจุบันมีจำนวน ๑๑,๑๗๔ คน

๑.๒ จำนวนบุคลากรปัจจุบัน จำนวนที่ active ในระบบบริการ ๕,๘๒๕ คน ประกอบด้วย

ประเภท	จำนวน (คน)	หมายเหตุ
๑. กระทรวงสาธารณสุข (หน่วยงานส่วนกลางและหน่วยงานส่วนภูมิภาคของ สป.สธ.)	๓,๓๗๑	อ้างอิง : กองบริหารทรัพยากรบุคคล สป.สธ., ๒๕ มี.ค. ๖๗
๒. ภาคเอกชน (โรงพยาบาลเอกชนและคลินิก)	๒,๔๕๔	อ้างอิง : กองสถานพยาบาลและการประกอบโรคศิลปะ สปส., ๒๕ มี.ค. ๖๖

ทั้งนี้ จำนวนบุคลากรแพทย์แผนไทยที่ active ในระบบบริการ ส่วนใหญ่เป็นผู้ประกอบวิชาชีพการแพทย์แผนไทย ประเภทเวชกรรมไทย ที่ได้รับปริญญาตรีหรือคุณวุฒิอย่างอื่นที่เทียบได้ในระดับเดียวกันในสาขาวิชาการแพทย์แผนไทย และผู้ประกอบวิชาชีพการแพทย์แผนไทยประยุกต์ที่ได้รับปริญญาตรีหรือคุณวุฒิอย่างอื่นที่เทียบได้ในระดับเดียวกันในสาขาวิชาการแพทย์แผนไทยประยุกต์

๑.๓ จำนวนบุคลากรปัจจุบัน จำนวนการผลิตปัจจุบัน ๒,๔๑๑ คน/ปี

ประเภท	จำนวน (คน/ปี)	หมายเหตุ
๑. ผู้สำเร็จการศึกษาระดับปริญญาตรี สาขาการแพทย์แผนไทย และสาขาการแพทย์แผนไทยประยุกต์ จำนวน ๓๗ แห่ง	๑,๐๔๒	อ้างอิง : ระบบเผยแพร่สารสนเทศอุดมศึกษา อว., ๒๗ พ.ค. ๖๗
๒. ผู้สำเร็จการฝึกอบรมจากสถาบันหรือสถานพยาบาลที่สภาการแพทย์แผนไทยรับรอง จำนวน ๔๒ แห่ง	๑,๘๖๙	อ้างอิง : สภาการแพทย์แผนไทย, ๑๘ มี.ย. ๖๗

๑.๔ ค่าเป้าหมายปี ๒๕๗๗

คาดประมาณจำนวนบุคลากร ผู้ประกอบวิชาชีพการแพทย์แผนไทย ประเภทเวชกรรมไทย ที่ได้รับปริญญาตรี และ ผู้ประกอบวิชาชีพการแพทย์แผนไทยประยุกต์ ที่ได้รับปริญญาตรี ณ ปี ๒๕๗๗ ซึ่งเป็นผู้มีคุณสมบัติตรงตามมาตรฐานกำหนดตำแหน่ง ก.พ. และ ก.ท. จำนวน ๒๓,๙๔๔ คน คิดเป็นอัตราส่วนบุคลากรแพทย์แผนไทย ๑ คนต่อจำนวนประชากร เท่ากับ ๑ : ๒,๗๘๒ คน

จำนวนบุคลากรในปัจจุบัน			ค่าเป้าหมายปี ๒๕๗๗	
จำนวนทั้งหมดที่มี (คน)	จำนวนที่ active ในระบบบริการ (ถ้ามี)	จำนวนการผลิตปัจจุบันต่อปี	อัตราส่วนบุคลากร ๑ คนต่อจำนวนประชากร	คาดประมาณจำนวนบุคลากร ณ ปี ๒๕๗๗ (คน)
๑๑,๑๗๔ คน	๕,๘๒๕ คน	๑,๐๔๒ คน/ปี	๑ : ๒,๗๘๒	๒๓,๙๔๔

ทั้งนี้ ในการผลิตบุคลากรด้านการแพทย์แผนไทย เพื่อขับเคลื่อนยุทธศาสตร์การปฏิรูปกำลังคนและการกิจบริการด้านสาธารณสุขในภาพรวมทั้งระบบ ระยะ ๑๐ ปี กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกมีความเห็นว่า ควรมุ่งเน้นผลิตกลุ่มผู้ประกอบวิชาชีพการแพทย์แผนไทยที่สำเร็จการศึกษาระดับปริญญาตรี และผู้ประกอบวิชาชีพการแพทย์แผนไทยประยุกต์ที่สำเร็จการศึกษาระดับปริญญาตรี ซึ่งมีกระบวนการจัดการศึกษาที่เป็นมาตรฐาน และเป็นกลุ่มส่วนใหญ่ที่ active ในระบบบริการทั้งในภาครัฐและเอกชน

สภาการสาธารณสุขชุมชน

กลุ่ม พณ. กอณ.
เลขที่ ๕๙๔
วันที่ ๕ มิ.ย ๖๗
เวลา ๑๔.๕๔

ห้อง คอ.กณ.
เลขที่ ๕๙๔
วันที่ ๕ มิ.ย ๖๗
เวลา ๑๔.๕๔

กองการสาธารณสุขและแผนงาน
เลขที่ ๖๑๑
วันที่ ๕ มิ.ย ๖๗
เวลา ๑๓.๓๘



ด่วนที่สุด

ที่ สธช. ๐๓ / ๖๓๗

สภาการสาธารณสุขชุมชน
๘๘/๒๐ อาคาร ๕ ชั้น ๕ ตึก สป.สธ.
ต.ตลาดขวัญ อ.เมือง จ.นนทบุรี ๑๑๐๐๐

๓๗ พฤษภาคม ๒๕๖๗

เรื่อง (ร่าง) ยุทธศาสตร์การปฏิรูปกำลังคนและภารกิจบริการด้านสาธารณสุขในภาพรวม ระยะ ๕ - ๑๐ ปี

เรียน ผู้อำนวยการกองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

อ้างถึง ๑. หนังสือกระทรวงสาธารณสุข ที่ สธ ๐๒๐๔.๐๕/ว ๓๖๓ ลงวันที่ ๑๐ เมษายน ๒๕๖๗

๒. หนังสือสภาการสาธารณสุขชุมชน ด่วนที่สุด ที่ สธช ๐๓/๕๓๐ ลงวันที่ ๓๐ เมษายน ๒๕๖๗

สิ่งที่ส่งมาด้วย แบบแสดงความเห็น

จำนวน ๑ ฉบับ

ตามหนังสือที่อ้างถึง ๑ กระทรวงสาธารณสุขได้ดำเนินการร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องจัดทำ (ร่าง) ยุทธศาสตร์การปฏิรูปกำลังคนและภารกิจบริการด้านสาธารณสุขในภาพรวม ระยะ ๕ - ๑๐ ปี และ กระทรวงสาธารณสุขขอให้สภาการสาธารณสุขชุมชน พิจารณาให้ความเห็นต่อร่างยุทธศาสตร์ดังกล่าว เพื่อปรับปรุงให้ครบถ้วน ครบคลุม ห็นต่อสถานการณ์ และสามารถขับเคลื่อนต่อไปได้อย่างเป็นรูปธรรม โดยขอให้แจ้งผลการพิจารณาให้กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ต่อมา สภาการสาธารณสุขชุมชนสภาการสาธารณสุขชุมชนได้มีหนังสือ ด่วนที่สุด ที่ สธช ๐๓/๕๓๐ ลงวันที่ ๓๐ เมษายน ๒๕๖๗ หนังสือที่อ้างถึง ๒ เพื่อส่งแบบแสดงความเห็น รายละเอียดแจ้งแล้วนั้น

สภาการสาธารณสุขชุมชน ขอเรียนว่า สภาการสาธารณสุขชุมชนได้ปรับปรุงแบบแสดงความเห็นต่อ (ร่าง) ยุทธศาสตร์การปฏิรูปกำลังคนและภารกิจบริการด้านสาธารณสุขในภาพรวมทั้งระบบ ระยะ ๕ - ๑๐ ปี รายละเอียดตามสิ่งที่ส่งมาด้วย

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบและพิจารณาดำเนินการต่อไปด้วย จะเป็นพระคุณ

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์วราพรณ์ พรหมสัถยพต)
นายกสภาการสาธารณสุขชุมชน

สำนักงานเลขาธิการสภาการสาธารณสุขชุมชน

โทร. ๐๒ ๕๔๑ ๕๑๘๖

โทรสาร. ๐๒ ๕๔๑ ๕๑๘๗

สอบ ท.ก.ค.

นาย

(นายคิรภ สุคนธ์)

ผู้อำนวยการกองยุทธศาสตร์และแผนงาน
๐๔ มิ.ย. ๒๕๖๗

(นายคิรภ สุคนธ์)

นักวิเคราะห์นโยบายและแผนเชี่ยวชาญ
หัวหน้ากลุ่มพัฒนาและขับเคลื่อนนโยบายด้านสุข

๑๖
๕/๕/๖๗
๑๐.๓๓

รายละเอียดประกอบการกำหนดค่าเป้าหมาย

ยุทธศาสตร์การปฏิรูปกำลังคนและภารกิจบริการด้านสาธารณสุขในภาพรวมทั้งระบบ ระยะ 10 ปี (พ.ศ. 2567 – 2577)

จากการประชุมเชิงปฏิบัติการจัดทำยุทธศาสตร์การปฏิรูปกำลังคนและภารกิจบริการด้านสาธารณสุขในภาพรวมทั้งระบบ ระหว่างวันที่ 11 - 12 มีนาคม 2567 ณ โรงแรมแกรนด์ ริชมอนด์ สไตลิส คอนเวนชัน จังหวัดนนทบุรี มีข้อเสนอของผู้แทนสภาวิชาชีพต่อ (ร่าง) ค่าเป้าหมายอัตราส่วนบุคลากรต่อจำนวนประชากร ปี 2577 ดังนี้

วิชาชีพ	แพทย์	ทันตแพทย์	เภสัชกร	พยาบาล	นักกายภาพ	นักเทคนิคการแพทย์	นักรังสีเทคนิคและนักฟิสิกส์การแพทย์	นักสาธารณสุข
อัตราส่วน	1 : 650	1 : 3,000	1 : 2,000	1 : 200	1 : 2,000	1 : 2,500	1 : 5,000	1 : 1,000

ขอความเห็นเพิ่มเติม ดังนี้

ส่วนที่ 1 รายละเอียดประกอบการกำหนดค่าเป้าหมายยุทธศาสตร์การปฏิรูปกำลังคนและภารกิจบริการด้านสาธารณสุขในภาพรวมทั้งระบบ ระยะ 10 ปี (พ.ศ. 2567 – 2577) ของวิชาชีพ การสาธารณสุขชุมชน

จำนวนบุคลากรในปัจจุบัน (คน)			ค่าเป้าหมาย ปี 2577*	
จำนวนทั้งหมดที่มี	จำนวนที่ active ในระบบบริการ (ถ้ามี)	จำนวนการผลิตปัจจุบันต่อปี	อัตราส่วนบุคลากร 1 คน ต่อจำนวนประชากร**	คาดการณ์จำนวนบุคลากร ณ ปี 2577 (คน)
29,756 แหล่งอ้างอิง : สภาการสาธารณสุขชุมชน ณ วันที่ 24 เมษายน 2567	- แหล่งอ้างอิง :	5,243	1 : 1,000	66,749

* จำนวนประชากรคาดการณ์ ปี 2577 เท่ากับ 66,749,000 คน (ที่มา: รายงานการคาดการณ์ประชากรของประเทศไทย พ.ศ.2553 – 2583 โดยสำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ)

<https://moph.cc/jyoNWhFQp>

สมาคมรังสีเทคนิคแห่งประเทศไทย

แบบฟอร์มรายละเอียดประกอบการกำหนดค่าเป้าหมาย

ยุทธศาสตร์การปฏิรูปกำลังคนและการบริการด้านสาธารณสุขในภาพรวมทั้งระบบ ระยะ 10 ปี (พ.ศ. 2567 – 2577)

จากการประชุมเชิงปฏิบัติการจัดทำยุทธศาสตร์การปฏิรูปกำลังคนและการบริการด้านสาธารณสุขในภาพรวมทั้งระบบ ระหว่างวันที่ 11 - 12 มีนาคม 2567 ณ โรงแรมแกรนด์ ริชมอนด์ สไตลิส คอนเวนชัน จังหวัดนนทบุรี มีข้อเสนอของผู้แทนสภาวิชาชีพต่อ (ร่าง) ค่าเป้าหมายอัตราส่วนบุคลากรต่อจำนวนประชากร ปี 2577 ดังนี้

วิชาชีพ	แพทย์	ทันตแพทย์	เภสัชกร	พยาบาล	นักกายภาพ	นักเทคนิคการแพทย์	นักรังสีเทคนิค	นักสาธารณสุข
อัตราส่วน	1 : 650	1 : 3,000	1 : 2,000	1 : 200	1 : 2,000	1 : 2,500	1 : 5,000	1 : 1,000

ขอความเห็นเพิ่มเติม ดังนี้

ส่วนที่ 1 รายละเอียดประกอบการกำหนดค่าเป้าหมายยุทธศาสตร์การปฏิรูปกำลังคนและการบริการด้านสาธารณสุขในภาพรวมทั้งระบบ ระยะ 10 ปี (พ.ศ. 2567 – 2577)

ของวิชาชีพ.....รังสีเทคนิค.....

จำนวนบุคลากรในปัจจุบัน (คน)			ค่าเป้าหมาย ปี 2577*	
จำนวนทั้งหมดที่มี	จำนวนที่ active ในระบบบริการ (ถ้ามี)	จำนวนการผลิตปัจจุบันต่อปี	อัตราส่วนบุคลากร 1 คน ต่อจำนวนประชากร**	คาดประมาณจำนวนบุคลากร ณ ปี 2577 (คน)
6,636 แหล่งอ้างอิง กองการประกอบโรคศิลปะ	5,000 แหล่งอ้างอิง ตัวเลขคาดการณ์	500	1 : 5000	14,000

* จำนวนประชากรคาดการณ์ ปี 2577 เท่ากับ 66,749,000 คน (ที่มา: รายงานการคาดประมาณประชากรของประเทศไทย พ.ศ.2553 – 2583 โดยสำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ <https://moph.cc/jy0NWhFQp>)

**หลักการ/แนวคิดในการกำหนดค่าเป้าหมาย อัตราส่วนบุคลากร 1 คน ต่อจำนวนประชากร

กำหนดจากอัตราการผลิตที่พึงมีและการขยายตัวของระบบบริการสุขภาพ

ส่วนที่ 2 ข้อเสนอเพิ่มเติม

2.1 ข้อเสนอเชิงนโยบายเพื่อให้บรรลุตามค่าเป้าหมาย

กระทรวงสาธารณสุขร่วมมือกับองค์กรวิชาชีพและสถาบันผู้ผลิต ร่วมกันขยายจำนวนการผลิตต่อปี อีก 50-100% ผลักดันเกณฑ์มาตรฐานที่เหมาะสมในการประเมินสถาบันผู้ผลิต โดยคำนึงถึงบริบทความขาดแคลนของกำลังคนในระบบ โดยในช่วง 10 ปีถึงบุคลากรที่เกษียณมาช่วยงานระหว่างรอผลิตบุคลากรให้พอเพียงต่อระบบบริการทางรังสีวิทยา

แบบฟอร์มรายละเอียดประกอบการกำหนดค่าเป้าหมาย

ยุทธศาสตร์การปฏิรูปกำลังคนและภารกิจบริการด้านสาธารณสุขในภาพรวมทั้งระบบ ระยะ 10 ปี (พ.ศ. 2567 – 2577)

2.2 ข้อเสนอความร่วมมือในการในการปฏิรูปกำลังคนและภารกิจบริการด้านสาธารณสุขในภาพรวมทั้งระบบ

กระทรวงสาธารณสุขสร้างระบบที่สามารถดึงคนเข้าระบบราชการและจัดสวัสดิการและค่าตอบแทนที่เหมาะสม ขณะเดียวกันร่วมกับเอกชนในการจัดบริการกำลังคนและการบริการด้านภาพวินิจฉัยทางการแพทย์และรังสีรักษา

2.3 ข้อเสนออื่นๆ

.....

ภาคผนวก จ

ลิงก์ดาวน์โหลดเอกสารที่เกี่ยวข้อง

ยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี (พ.ศ. 2561 – 2580)



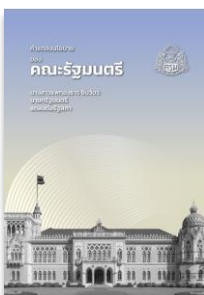
<https://moph.cc/QuXKO8GwF>

แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 13 (พ.ศ. 2566 – 2570)



<https://moph.cc/dVppxAQWe>

คำแถลงนโยบายของคณะรัฐมนตรี



<https://moph.cc/uVbdzKRdU>

ยุทธศาสตร์การจัดตั้งเครือข่ายศูนย์ความเป็นเลิศทางการแพทย์ สถาบันทางการแพทย์ และสถาบันการศึกษาต่าง ๆ ในภาพรวมของประเทศ ในระยะยาว (5 – 10 ปี)



<https://moph.cc/HDgxmGzEo>

แผนยุทธศาสตร์ชาติ ระยะ 20 ปี ด้านสาธารณสุข (พ.ศ. 2560 – 2579)



https://moph.cc/p_4fCxxY6

ภาพอนาคตของระบบสาธารณสุขไทย



<https://moph.cc/2lkaSmUCX>

ที่ปรึกษา

นายแพทย์โอภาส การย์กวินพงศ์
ปลัดกระทรวงสาธารณสุข

บรรณาธิการ

นายแพทย์สุภโชค เวชกัญท์เกสัช
ผู้ช่วยปลัดกระทรวงสาธารณสุข
นายแพทย์ดิเรก สุตแดน
ผู้อำนวยการกองยุทธศาสตร์และแผนงาน
นางรติภัทร คูหา
นักวิเคราะห์นโยบายและแผนเชี่ยวชาญ

กองบรรณาธิการ

นางสาวธัญจิรา เพ็ญศิริกุล
นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการ
นางสาวจิราพร อภิธิชัยวัฒนา
นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการ
นางสาวณิชาธร กาญจนโยธิน
นักวิเคราะห์นโยบายและแผนปฏิบัติการ
นางสาววาสนี พุ่มพวงอมร
นักวิเคราะห์นโยบายและแผน
นางสาวบำรุงรักษ์ อินตา
นักวิเคราะห์นโยบายและแผน

จัดพิมพ์โดย	กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข
พิมพ์ครั้งที่ 1	ปี พ.ศ. 2567
จำนวนพิมพ์	900 เล่ม
พิมพ์ที่	บริษัท รับพิมพ์ จำกัด
Website	https://spd.moph.go.th
ISBN	978-616-11-5332-8



QR Code ยุทธศาสตร์การปฏิรูปกำลังคน
และภารกิจบริการด้านสาธารณสุข
ในภาพรวมทั้งระบบ ระยะ 10 ปี

