

**รายงานการศึกษาการวางแผนความ
ต้องการผู้ให้บริการด้านการแพทย์แผน
ไทยของสถานบริการภาครัฐ
ในทศวรรษหน้า (ปี พ.ศ.2551-2560)**

**นายแพทย์ทิลกร โนรี
สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ**

**ได้รับทุนสนับสนุนจาก:
สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.)**

การศึกษาการวางแผนความต้องการผู้ให้บริการด้านการแพทย์แผนไทยของสถานบริการภาครัฐ
ในทศวรรษหน้า (ปี พ.ศ.2551-2560)

*Demand and Supply Projection of Thai Traditional Medicine Health workforce in
Public Health Facilities in the Next 10 Years*

นายแพทย์จิณกร โนรี
สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ

บทสรุปผู้บริหาร

กระแสการตื่นตัวเรื่องการแพทย์แผนไทยและสุขภาพทางเลือกมากขึ้นในช่วง 2 ทศวรรษที่ผ่านมา ทำให้ภาครัฐให้ความสนใจที่จะพัฒนาระบบการแพทย์แผนไทย ภูมิปัญญาสุขภาพไทย โดยเห็นได้ว่าเริ่มมีกระบวนการกำหนดยุทธศาสตร์การวางแผน ส่งเสริมและพัฒนากำลังคนด้านการแพทย์แผนไทย ในระดับชาติที่ชัดเจนขึ้น โดยมีการระบุไว้ในยุทธศาสตร์ของแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 10 (ปี พ.ศ.2550-2554) หรือการระบุการพัฒนาไว้ในแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติของกระทรวงสาธารณสุข ฉบับที่ 10 ในขณะเดียวกันแผนยุทธศาสตร์ชาติ การพัฒนาภูมิปัญญาไทย สุขภาพวิถีไทย พ.ศ.2550-2554 ที่จัดทำโดยกรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก ก็ได้ผ่านการอนุมัติโดยมติคณะรัฐมนตรีเมื่อเดือนมิถุนายน 2550

สำหรับกระบวนการขับเคลื่อนการพัฒนากำลังคนผู้ให้บริการด้านการแพทย์แผนไทย โดยเฉพาะในสถานบริการภาครัฐที่ถือว่ามีความสำคัญอย่างยิ่ง เนื่องจากสถานบริการในภาครัฐยังคงเป็นแกนหลักของการให้บริการสุขภาพแก่ประชาชนของประเทศ ดังนั้นการพัฒนาให้มีบุคลากรผู้ให้บริการด้านการแพทย์แผนไทยที่เพียงพอ ทั้งในด้านจำนวน ความสามารถ คุณภาพ และบุคลากรเหล่านั้นจะต้องมีการกระจายตัวในการให้บริการสุขภาพกับประชาชนกลุ่มต่างๆอย่างเหมาะสมจึงเป็นเรื่องที่ผู้เกี่ยวข้องกับการวางแผนนโยบายจำเป็นต้องให้ความสำคัญ ดังนั้นการวางแผนทั้งในส่วนการคาดการณ์ความต้องการบุคลากร และการคาดการณ์ความสามารถในการผลิตบุคลากรในอนาคตจึงมีความสำคัญเป็นอย่างยิ่ง ภายใต้ระบบสุขภาพที่มีการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วจากผลกระทบจากปัจจัยต่างๆดังที่ได้กล่าวมาแล้วและการเปลี่ยนแปลงดังกล่าวนำมาซึ่งพลวัตแห่งความไม่แน่นอนสูง ดังนั้นการวางแผนและการคาดการณ์ความต้องการบุคลากรด้านสุขภาพจึงจำเป็นต้องกระทำอย่างต่อเนื่อง และมีการพิจารณาปรับปรุงอย่างสม่ำเสมอ เพื่อให้สอดคล้องกับพลวัตการเปลี่ยนแปลงของเศรษฐกิจและสังคม

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อวางแผนความต้องการกำลังคนผู้ให้บริการด้านการแพทย์แผนไทยในโรงพยาบาลของรัฐในอีก 10 ปีข้างหน้า (ปี พ.ศ.2551-2560) เพื่อนำไปสู่การวางแผนการผลิตและการพัฒนากำลังคนผู้ให้บริการด้านการแพทย์แผนไทยในอนาคต

จากการศึกษาพบว่า มีผู้ให้บริการด้านการแพทย์แผนไทยอยู่ในสถานบริการของรัฐแล้วจำนวน 3,529 คน โดยเป็นผู้ที่ได้รับการขึ้นทะเบียนเป็นผู้ประกอบโรคศิลปะ จำนวน 261 คน เป็นผู้ที่จบจากสถาบันการศึกษา แต่ยังไม่ได้ใบประกอบวิชาชีพอีก 227 คน และผู้ที่ผ่านหลักสูตรการอบรมต่างๆ จำนวน 3,041 คน

จากการคาดการณ์ความต้องการกำลังคนทั้งตำแหน่งนายแพทย์แผนไทยและผู้ช่วยที่ได้รับมอบหมายให้ประกอบโรคศิลปะ เมื่อพิจารณากรอบอัตรากำลังร่วมกับจำนวนสถานบริการของรัฐในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขแล้ว มีความต้องการนายแพทย์แผนไทยและผู้ช่วยที่ได้รับมอบหมายให้ประกอบโรคศิลปะจำนวนทั้งสิ้น 10,789 คนและ 22,378 คนตามลำดับ การคาดการณ์การเพิ่มอัตรากำลังในสถานบริการระดับต่างๆด้วยฉากรทศน์ที่หลากหลายตั้งแต่การเพิ่มจำนวนด้วยอัตราร้อยละ 3-7 ต่อปี จนถึงการเพิ่มด้วยจำนวนคงที่ พบว่าจะใช้เวลาในการพัฒนากำลังคนให้เต็มกรอบระหว่าง 10-24 ปี และจำนวนกำลังคนที่ต้องการอยู่ระหว่าง 324 - 1,080 คนต่อปี

ในขณะที่การคาดการณ์กำลังการผลิตบุคลากรในสถาบันอุดมศึกษาต่างๆ การศึกษานี้ได้กำหนด ฉากรทศน์ของการขยายตัวการผลิตตั้งแต่อัตราคงที่จากปี 2550 จนกระทั่งเพิ่มในอัตราที่สูงถึงร้อยละ 10 ต่อปี ด้วยข้อจำกัดของจำนวนอาจารย์ผู้สอนและสถานที่ฝึกงานในภาคปฏิบัติ ดังนั้นในฉากรทศน์ที่มีการเพิ่มจำนวนการรับนักศึกษาด้วยอัตราคงที่และการเพิ่มขึ้นร้อยละ 5 ต่อปีจึงมีความเป็นไปได้สูงกว่า โดยมีแนวโน้มการผสมผสานของทั้งสองฉากรทศน์ โดยในช่วงแรกการเพิ่มจำนวนนักศึกษาคควรจะเป็นแบบคงที่ ในขณะที่เดียวกันควรมีการพัฒนาอาจารย์และศักยภาพของสถานที่ฝึกงานอย่างเป็นระบบ และในช่วงหลังจึงจะมีการเพิ่มอัตราการรับนักศึกษาต่อปีได้ เมื่อพิจารณาจากการคาดการณ์จำนวนนักศึกษาจบในอีก 10 ข้างหน้า ดังนั้นคาดว่าจำนวนนักศึกษาที่จะจบควรอยู่ระหว่าง 10,839 – 11,873 คน

จากการศึกษาได้มีข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย ดังต่อไปนี้

1 ข้อเสนอด้านอุปสงค์ (Demand)

1. กระทรวงสาธารณสุขควรเน้นการส่งเสริมการบริการด้านการแพทย์แผนไทยในระดับ District health system (ทั้ง Primary และ secondary care) เนื่องจากสถานบริการระดับนี้มีต้นทุนบุคลากรทางด้านนี้ที่ปฏิบัติงานอยู่ในพื้นที่อยู่แล้ว อีกทั้งการจัดระบบบริการที่ไม่ยุ่งยากและซับซ้อนเกินไป
2. กระทรวงสาธารณสุขควรกำหนดตำแหน่ง “นายแพทย์แผนไทย” และ “ผู้ช่วยนายแพทย์แผนไทย” ให้เป็นตำแหน่ง “ข้าราชการ” เนื่องจากการกำหนดตำแหน่งลงในสถานบริการของรัฐในระดับต่างๆ เป็นปัจจัยสำคัญที่มีผลต่อนโยบายการเพิ่มจำนวน
3. องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเป็นทางเลือกที่สำคัญ ในการพัฒนาศูนย์บริการผู้ให้บริการด้านการแพทย์แผนไทยลงในระดับพื้นที่ โดยสามารถดำเนินการตั้งแต่ การวางแผนความต้องการและการกำหนดอัตราตลอดจนความก้าวหน้าของบุคลากรเหล่านี้ ลงในหน่วยงานสังกัดกระทรวงสาธารณสุขหรือหน่วยบริการขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเองก็ตาม

4. ควรพัฒนาระบบการเก็บข้อมูลที่มีความจำเป็น (Core indicators) เพื่อนำมาใช้ประกอบการคาดการณ์ด้วยวิธีอื่นๆ จะทำให้การวางแผนในอนาคตมีความแม่นยำขึ้น

2 ข้อเสนอด้านอุปทาน (Supply)

1. พัฒนาหลักสูตรการเรียนการสอนให้มีคุณภาพและมาตรฐาน ทั้งตามมาตรฐานของกระทรวงศึกษา และการรับรองจากกรมการวิชาชีพ การดำเนินการควรทำภายใต้เครือข่ายความร่วมมือระหว่าง สถาบันการผลิต คณะกรรมการวิชาชีพและกระทรวงสาธารณสุข
2. เร่งพัฒนา “ครู” ทั้งในเรื่องจำนวนและคุณภาพ ซึ่งจะเป็ปัจจัยที่สำคัญในการกำหนดความสามารถในการผลิตบุคลากรในอนาคต
3. พัฒนาศูนย์บริการที่ให้บริการด้านการแพทย์แผนไทยที่ปฏิบัติงานอยู่เดิม โดยเฉพาะในกลุ่มที่จบจากสถาบันการศึกษาไม่สามารถสอบขึ้นทะเบียนผู้ประกอบโรคศิลปะได้ และกลุ่มที่ผ่านการฝึกอบรมในหลักสูตรต่างๆที่หลากหลายและไม่ได้มาตรฐานตามข้อกำหนดของกรมการวิชาชีพ ควรได้รับการพัฒนาปรับวุฒิการศึกษา เพื่อให้สามารถสร้างผลิตภาพที่มากขึ้นได้

กล่าวโดยสรุป การพัฒนาการแพทย์แผนไทยบนฐานของระบบบริการสาธารณสุขภาครัฐ เป็นยุทธศาสตร์ที่สำคัญในการผสมผสานระบบบริการการแพทย์แผนไทยเข้ากับระบบบริการการแพทย์แผนตะวันตก และการพัฒนากำลังคนผู้ที่ให้บริการด้านการแพทย์แผนไทยเป็สิ่งที่สำคัญเป็อันดับต้นๆที่ทุกฝ่ายต้องให้ความร่วมมือกัน กระบวนการพัฒนากำลังคนดังกล่าวเริ่มตั้งแต่การกำหนดกรอบอัตรากำลังในสถานบริการต่างๆตามความเหมาะสม นำไปสู่การวางแผนการผลิต จะทำให้สถาบันการศึกษาสามารถมีเป้าหมายแนวทางการผลิตที่สอดคล้องกับความต้องการของระบบสุขภาพมากขึ้น เมื่อได้ผลผลิตของกำลังคนในแต่ละปีแล้ว ขั้นตอนการวางแผนบรรจุกำลังคนเหล่านั้นเข้าสู่ระบบบริการสุขภาพ การกำหนดอัตราการบรรจุ การกำหนดความก้าวหน้าในสายวิชาชีพ การสร้างแรงจูงใจทั้งส่วนที่เป็นตัวเงิน (Financial incentive) และแรงจูงใจที่ไม่ใช่ตัวเงิน (Non-financial incentive) เพื่อที่จะธำรงบุคลากรเหล่านั้นให้สามารถปฏิบัติงานในหน่วยงานได้อย่างมีประสิทธิภาพและมีความสุข จึงเป็สิ่งจำเป็ที่ต้องอาศัยความร่วมมือของทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้องในการส่งเสริมและสนับสนุนการพัฒนาบุคลากรด้านการแพทย์แผนไทยในสถานบริการของรัฐต่อไป

Executive summary

This study aims to develop a 10-year plan for Demand and Supply of health workforce providing Thai traditional medicine (TTM) service in public health facilities under Ministry of Public Health. The study also provides recommendations for development of the national strategy in TTM workforce development. The synthetic research approach applied Demand and Supply framework.

The study reveals that there are 3,529 health workforces providing Thai traditional medicine services in public health facilities. 261 of them are legitimate in practicing as TTM practitioners whereas 227 graduated without having a legitimate licensing. The rest of 3,041 TTM health workers are only experienced in short course trainings.

By applying service target method to project the requirement of TTM workforce, there is a need for 10,789 and 22,378 for TTM practitioners and TTM assistances accordingly. Increasing percent of TTM workers from 3 to 7% each year until situated found that it requires 10-24 years to develop TTM workforce to achieve the coverage of all proposed posts in public health facilities, and the annual potential figures of TTM practitioners and TTM assistances should be 324-1,080 and 671-2,238 respectively.

With the limited of well-educated and high-skilled TTM teachers, the supply projection in TTM educational institutes is likely to be steady stage recruitment with 5% annual increase scenarios. Thus the expected number of supply projection of TTM practitioners will be 10,893-11,873 in the next 10 years.

The policy recommendations are proposed according to the approach used

For demand side:

1. For production, the Ministry of Public Health should emphasize on a TTM services promotion at district health system on both primary and secondary care.
2. For retention, the Ministry of Public health should stipulate a TTM practitioner and TTM assistance as a civil servant's post.
3. For management structure, local government is an alternative structure to develop TTM personnel in the field.
4. For information system, information on core indicators should be strengthened for future planning.

For supply side:

1. The standardized curriculum should be emphasized in both educational standard from Ministry of education and professional standard from TTM professional committee.
2. The increase production of well-educated and high-skilled TTM teachers must be invested. This is the sustainable way to produce good products in the future.
3. The non-legitimate TTM workforces practicing in public health facilities should be strengthened for higher productivity.

In summary, a development of TTM based on public health facilities is the main strategy to integrate Thai traditional medicine into Western medicine. A development of TTM workforce should be a preceding priority and have collaboration from all partners. The preparation process is comprised of an appropriate standard requirement for TTM workforce in each level of services, which is an input in the demand projection. The required number will guide educational institutes to produce a consistent number with the national health system needed. An employment system, a career path, financial and non-financial incentives are required to retain TTM workforce to work happily and efficiently. The collaboration from all partners is a key factor to promote and support the development of TTM workforce in Thai public health system.

การศึกษาการวางแผนความต้องการผู้ให้บริการด้านการแพทย์แผนไทยของสถานบริการภาครัฐ ในทศวรรษหน้า (ปี พ.ศ.2551-2560)

นายแพทย์ทิมกร โนรี

สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ

1. บทนำ

กำลังคนด้านสุขภาพ (Human Resources for Health) เป็นทรัพยากรที่มีความสำคัญในระบบสุขภาพ เป็นปัจจัยแห่งความสำเร็จหรือความล้มเหลวของการดำเนินงานด้านสุขภาพ เนื่องจาก “คน” เป็นผู้บริหารจัดการระบบบริการสุขภาพเพื่อให้เกิดสุขภาพที่ดีขึ้นในหมู่ประชาชน ดังนั้นกำลังคนด้านสุขภาพจึงเป็นทรัพยากรที่สำคัญในระบบสุขภาพที่ควรได้รับความสนใจอย่างต่อเนื่องและจริงจัง รัฐบาลไทยมีบทบาทหน้าที่ในการจัดบริการด้านสุขภาพที่ประชาชนสามารถเข้าถึงได้อย่างเป็นธรรม มีคุณภาพและประสิทธิภาพ ตลอดจนมีกระบวนการมีส่วนร่วมของประชาชน ดังนั้นระบบสุขภาพจำเป็นต้องมีกำลังคนที่เพียงพอ มีการกระจายอย่างเท่าเทียม มีสัดส่วนประเภทกำลังคนที่เหมาะสม มีกำลังคนที่มีความรู้ความสามารถและมีแรงจูงใจในการปฏิบัติงาน และมีกระบวนการมีส่วนร่วมจากภาคประชาชน

1.1 สถานการณ์และแนวโน้มของปัจจัยที่กระทบต่อกำลังคนด้านสุขภาพ

ประเทศไทยกำลังเผชิญกับปัญหาการเปลี่ยนแปลงของบริบทแวดล้อม ได้แก่ การเปลี่ยนแปลงด้านเศรษฐกิจ ด้านนโยบายการค้าโลก ด้านสังคม นโยบายสาธารณสุขและการปฏิรูปต่างๆ ตลอดจนการเปลี่ยนแปลงด้านประชากรและระบาดวิทยา ซึ่งส่งผลกระทบต่อระบบบริการสาธารณสุขและระบบกำลังคนด้านสุขภาพ ดังนี้

1. การเจริญเติบโตทางเศรษฐกิจภายหลังยุควิกฤติเศรษฐกิจปี 2540 และในขณะเดียวกัน การที่รัฐบาลมีนโยบายส่งเสริมให้คนต่างชาตินำบริการสาธารณสุขในประเทศไทยเพื่อหวังผลทางด้านเศรษฐกิจ เป็นผลให้เกิดการขยายตัวของธุรกิจโรงพยาบาลเอกชนมากขึ้น ซึ่งส่งผลกระทบต่อภาระของบุคลากรสุขภาพจากภาครัฐสู่ภาคเอกชน

2. ผลจากการพัฒนาทางเศรษฐกิจ สังคม การศึกษา และเทคโนโลยีของประเทศ ส่งผลให้ความต้องการและความคาดหวังของประชาชนต่อระบบบริการสุขภาพสูงขึ้นอย่างมาก ทำให้เกิดการเรียกร้องบริการและคุณภาพการบริการมากขึ้น และเกิดกรณีการร้องทุกข์ภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพมากขึ้น

3. นโยบายการกระจายอำนาจการปกครองสู่ส่วนท้องถิ่น ส่งผลให้เกิดการแสวงหาความร่วมมือระหว่างหน่วยงานสาธารณสุขและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในการผลิต และการจ้างงานกำลังคนด้านสุขภาพ

4. การใช้บริการสุขภาพที่เพิ่มขึ้นและเปลี่ยนแปลงไป ซึ่งเป็นผลจากหลายปัจจัย ได้แก่ นโยบายหลักประกันสุขภาพส่งผลให้อัตราการใช้บริการสาธารณสุขเพิ่มขึ้น แนวโน้มการเพิ่มขึ้นของผู้สูงอายุ โรคเรื้อรังอุบัติการณ์ของโรคเกิดใหม่ เช่น ไข้หวัดนก SARS เป็นต้น ตลอดจนนโยบายการเข้าถึงยาต้านเชื้อไวรัสของผู้ติดเชื้อ

เชื้อ เอชไอวี/ เอดส์ ต่างก็ส่งผลต่อภาระงานที่เพิ่มมากขึ้นและความต้องการกำลังคนด้านสุขภาพเพิ่มขึ้นและมีทักษะที่ค่อนข้างเฉพาะ

5. นโยบายสาธารณสุขที่เน้นการสร้างเสริมสุขภาพ และการส่งเสริมด้านแพทย์แผนไทยการแพทย์ทางเลือกและภูมิปัญญาพื้นบ้าน ซึ่งจะเห็นว่างานสุขภาพนั้นกว้างขึ้นและมีความเกี่ยวข้องกับหลายภาคส่วน องค์กรภาคประชาชน ภูมิปัญญาพื้นบ้าน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เครือข่ายสุขภาพภาคประชาชน เครือข่าย/องค์กรเอกชนไม่แสวงหากำไร ตลอดทั้งกำลังคนด้านสุขภาพภาครัฐ ดังนั้นบทบาทของบุคลากรด้านสุขภาพอาจจะเปลี่ยนไปโดยเน้นการทำงานร่วมกับเครือข่ายอื่นและภาคประชาชนมากขึ้น

1.2 การเคลื่อนตัวของยุทธศาสตร์และนโยบายของประเทศที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนากำลังคนด้านการแพทย์แผนไทย

ในขณะเดียวกันสังคมไทยมีกระแสความตื่นตัวในเรื่องการแพทย์ทางเลือกมากขึ้น ในช่วง 2 ทศวรรษที่ผ่านมา จากความสนใจเรื่องสุขภาพทางเลือกของประชาชน โดยกระแสความนิยมในการบริโภคผลิตภัณฑ์สุขภาพและอาหารเสริมต่างๆ และนโยบายของรัฐในการเพิ่มมูลค่าทางเศรษฐกิจให้กับบริการและผลิตภัณฑ์เกี่ยวกับสุขภาพ ขณะที่กระแสการสนใจภูมิปัญญาชาวบ้าน ภูมิปัญญาท้องถิ่นในกลุ่มองค์กรภาคเอกชนที่ปฏิบัติงานอยู่ในระดับพื้นที่ค่อยๆก่อตัวและได้รับการยอมรับจากภาครัฐมากขึ้น ทำให้เกิดกระบวนการที่จะฟื้นฟูองค์ความรู้ของการแพทย์แผนไทย และการแพทย์พื้นบ้านขึ้น ประกอบกับข้อจำกัดบางประการของการแพทย์แผนตะวันตกที่ไม่สามารถดูแลการเจ็บป่วยบางประเภท เช่น โรคไม่ติดต่อ โรคเรื้อรัง โรคเมเร็งและโรคเอดส์ เป็นต้น ส่งผลให้เกิดความตื่นตัวในการแสวงหาการรักษาชนิดอื่นๆ เช่น ยาสมุนไพร การรักษาแบบพื้นบ้าน อีกทั้งมูลค่าการใช้ยาด้านสุขภาพของประเทศสูงมากขึ้นถึงร้อยละ 6.12 ของ GDP ในปี 2545 ซึ่งส่วนใหญ่เป็นการนำเข้ายาและเทคโนโลยีจากประเทศตะวันตก ทำให้ภาครัฐเริ่มมองหาทางเลือกอื่นๆ ในการใช้วัตถุดิบและต้นทุนจากภายในประเทศมากขึ้น ปัจจัยเหล่านี้ล้วนส่งผลให้ความต้องการบริการสุขภาพทางเลือกของประชาชน โดยเฉพาะในด้านการแพทย์แผนไทยมีมากขึ้น

จากความสำคัญของการแพทย์แผนไทย ภูมิปัญญาสุขภาพไทยดังที่ได้กล่าวมาแล้ว ภาครัฐได้มีการกำหนดประเด็นและเนื้อหาของการพัฒนาในเรื่องการแพทย์แผนไทย ภูมิปัญญาสุขภาพไทย ไว้ในยุทธศาสตร์ต่างๆของประเทศ ที่สำคัญดังนี้

1.2.1 แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 10 (พ.ศ.2550-2554)¹

ในยุทธศาสตร์การพัฒนาคูณภาพคนและสังคมไทยสู่สังคมแห่งภูมิปัญญาและการเรียนรู้ ของแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 10 ยังคงยึด “คน” เป็นศูนย์กลางการพัฒนา อย่างบูรณาการและสัมพันธ์เชื่อมโยงจากระดับปัจเจก ครอบครัว ชุมชนและสังคม และการพัฒนากำลังคนในระดับกลางและสูงที่ยังขาดแคลนทั้งปริมาณและคุณภาพ ต้องเน้นความสอดคล้องกับความต้องการของตลาดและการเปลี่ยนแปลงของเทคโนโลยี อีกทั้งมุ่งจัดการองค์ความรู้ทางวัฒนธรรม ภูมิปัญญาที่หลากหลายให้เป็นคลังความรู้ในท้องถิ่น

และสนับสนุนให้คนรุ่นใหม่ได้สืบทอดองค์ความรู้เหล่านั้น และผลักดันไปสู่การเรียนการสอนในสถาบันการศึกษา

1.2.2 แผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 10 ของกระทรวงสาธารณสุข²

แผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 10 มีเป้าหมายสำคัญ คือการพัฒนาสุขภาพคนไทยไปสู่ระบบสุขภาพพอเพียง และใช้ “คน” เป็นศูนย์กลางการพัฒนา โดยใช้กระบวนการที่ยั่งยืน ในยุทธศาสตร์ที่ 5 การสร้างทางเลือกสุขภาพที่หลากหลายผสมผสานภูมิปัญญาไทยและสากล มีเป้าหมายให้บูรณาการการแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้านและการแพทย์ทางเลือกเข้าสู่ระบบบริการสุขภาพแห่งชาติ มีการพัฒนาตำรับยาสมุนไพรผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ปลอดภัยและมีคุณภาพ อีกทั้งพัฒนาสถาบันการศึกษา การจัดการความรู้ด้านการแพทย์แผนไทยให้มีมาตรฐาน

1.2.3 แผนยุทธศาสตร์ชาติ การพัฒนาภูมิปัญญาไทย สุขภาพวิถีไท พ.ศ.2550-2554³

ทางกรมพัฒนาการแพทย์แผนไทย และการแพทย์ทางเลือก กระทรวงสาธารณสุขได้จัดทำยุทธศาสตร์หลักของประเทศในการพัฒนาภูมิปัญญาไทย สุขภาพวิถีไท และได้รับการอนุมัติโดยมติของคณะรัฐมนตรีเมื่อ 12 กันยายน 2550 โดยในแผนยุทธศาสตร์ดังกล่าวมุ่งพัฒนาใน 5 ประเด็นหลัก ได้แก่ เรื่องการสร้างและจัดการความรู้ การพัฒนาระบบสุขภาพ การพัฒนากำลังคน การพัฒนาและสมุนไพร และการคุ้มครองภูมิปัญญาไทย

สำหรับยุทธศาสตร์การพัฒนากำลังคนนั้น ประกอบด้วยมาตรการการพัฒนาระบบข้อมูลกำลังคน การพัฒนากลไกการจัดการ การพัฒนามาตรฐานและคุณภาพการผลิตกำลังคน และการจัดการกำลังคน

1.2.4 แผนยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิ ระยะ 5 ปี⁴

ในยุทธศาสตร์ที่ 3 ของแผนยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิ เกี่ยวกับการปรับปรุงระบบการผลิต พัฒนา และการจัดการบุคลากรที่หลากหลายและสอดคล้องกับบริบทของพื้นที่ ได้ระบุการสนับสนุนและพัฒนาการผลิตบุคลากรด้านการแพทย์แผนไทย เพื่อร่วมให้บริการในหน่วยบริการปฐมภูมิ อีกทั้งในยุทธศาสตร์ที่ 5 การสนับสนุนการวิจัยและพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิ ได้ระบุการพัฒนาชุดความรู้ในระดับสถานบริการปฐมภูมิที่ผสมผสานภูมิปัญญาท้องถิ่น การแพทย์แผนไทย เข้ากับระบบการแพทย์แผนตะวันตก

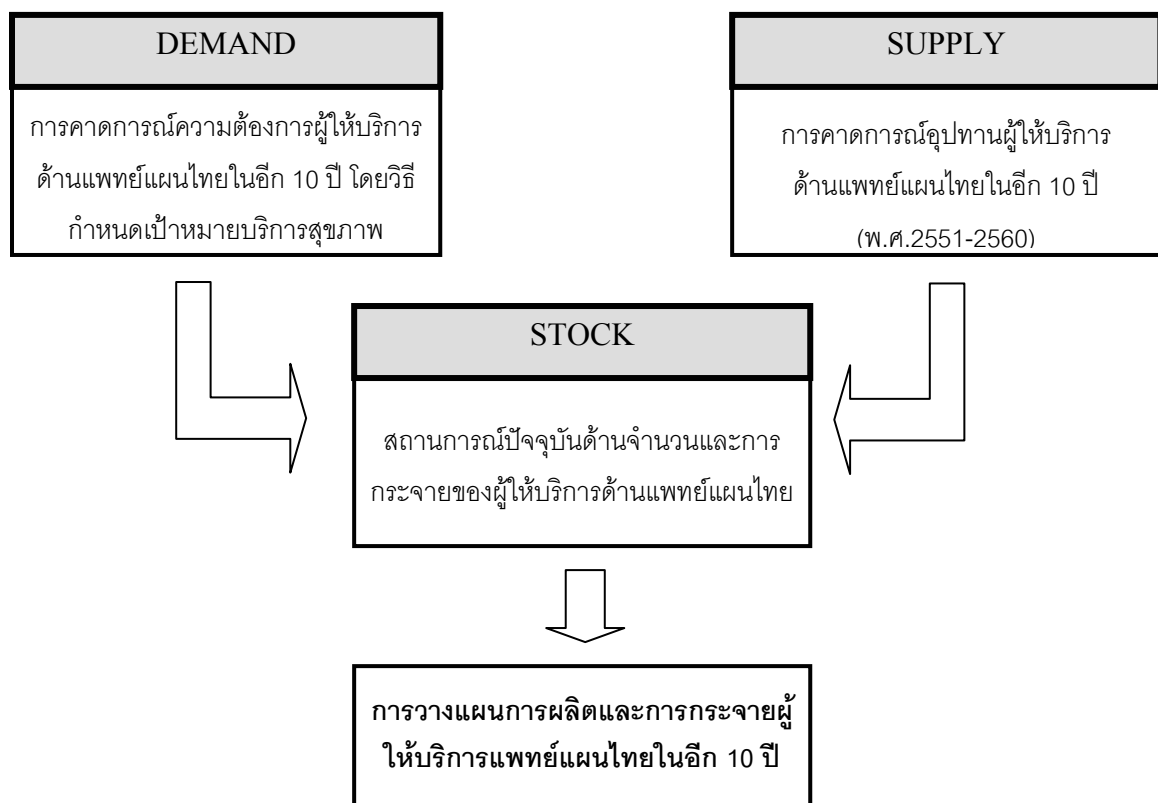
1.2.5 แผนยุทธศาสตร์ทศวรรษการพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพแห่งชาติ ปี พ.ศ.2550-2559⁵

แผนยุทธศาสตร์ดังกล่าวได้รับการอนุมัติโดยมติคณะรัฐมนตรีเมื่อวันที่ 24 เมษายน 2550 โดยมีมุ่งเป็นเครื่องมือกำหนดทิศทาง และพัฒนากลไกที่จะนำไปสู่การดำเนินงานเพื่อให้ได้กำลังคนด้านสุขภาพที่สอดคล้องกับระบบสุขภาพของประเทศ โดยในยุทธศาสตร์ที่ 5 มุ่งเน้นการส่งเสริมและพัฒนาภูมิปัญญาไทยและผู้ที่ดูแลสุขภาพในชุมชนให้มีบทบาทในการแก้ไขปัญหาของประชาชนในระดับพื้นที่ อีกทั้งเป็นการขยายเครือข่ายกำลังคนด้านสุขภาพลงไปในระดับชุมชน

เห็นได้ว่าเริ่มมีกระบวนการกำหนดยุทธศาสตร์การวางแผน ส่งเสริมและพัฒนากำลังคนด้านการแพทย์แผนไทย ในระดับชาติที่ชัดเจนขึ้น แต่การขับเคลื่อนการพัฒนากำลังคนผู้ให้บริการด้านการแพทย์แผนไทย โดยเฉพาะในภาครัฐที่ถือว่ามีความสำคัญอย่างยิ่ง เนื่องจากภาครัฐยังคงเป็นแกนหลักของการให้บริการสุขภาพแก่ประชาชนของประเทศ ดังนั้นปัจจัยที่สำคัญที่สุดประการหนึ่ง คือ การมีบุคลากรผู้ให้บริการด้านการแพทย์แผนไทยที่เพียงพอ ทั้งในด้านจำนวน ความสามารถ คุณภาพ และบุคลากรเหล่านั้นจะต้องมีการกระจายตัวในการให้บริการสุขภาพกับประชาชนกลุ่มต่างๆอย่างเหมาะสม และเนื่องจากการผลิต “กำลังคน” ไม่สามารถทำได้อย่างรวดเร็ว จำเป็นต้องใช้เวลา ดังนั้นการวางแผนทั้งในส่วนการคาดการณ์ความต้องการบุคลากร และการคาดการณ์ความสามารถในการผลิตบุคลากรในอนาคตจึงมีความสำคัญเป็นอย่างยิ่ง ภายใต้ระบบสุขภาพที่มีการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วจากผลกระทบจากปัจจัยต่างๆดังที่ได้กล่าวมาแล้วและการเปลี่ยนแปลงดังกล่าวนำมาซึ่งพลวัตแห่งความไม่แน่นอนสูง ดังนั้นการวางแผนและการคาดการณ์ความต้องการบุคลากรด้านสุขภาพจึงจำเป็นต้องกระทำอย่างต่อเนื่อง และมีการพิจารณาปรับปรุงอย่างสม่ำเสมอ เพื่อให้สอดคล้องกับพลวัตการเปลี่ยนแปลงของเศรษฐกิจและสังคม

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อวางแผนความต้องการกำลังคนผู้ให้บริการด้านการแพทย์แผนไทยในโรงพยาบาลของรัฐในอีก 10 ปีข้างหน้า (ปี พ.ศ.2551-2560) เพื่อนำไปสู่การวางแผนการผลิตและการพัฒนา กำลังคนผู้ให้บริการด้านการแพทย์แผนไทยในอนาคตต่อไป

แผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวางแผนกำลังคน



2. สถานการณ์กำลังคนด้านแพทย์แผนไทย

การวางแผนกำลังคนที่มีประสิทธิภาพนั้น มีความจำเป็นต้องทราบจำนวนที่แท้จริงของกำลังคนประเภทนั้นๆ ที่ยังมีชีวิตอยู่ซึ่งอาจจะยังปฏิบัติงาน (Active health workforce) หรือไม่ปฏิบัติงาน (Inactive health workforce) ในวิชาชีพนั้นก็ได้ นอกจากในเรื่องจำนวนแล้วโครงสร้างอายุ (Age structure) และการกระจายตัว (Distribution) ของบุคลากรเหล่านั้นยังเป็นข้อมูลที่สำคัญ เพื่อที่จะประเมินความสามารถในการสร้างผลผลิตภาพของบุคลากรนั้นในช่วงเวลาต่างๆ ปัญหาที่สำคัญของเรื่องฐานข้อมูลกำลังคนคือ ความไม่สมบูรณ์ของข้อมูล ตั้งแต่เรื่องความไม่ทันสมัย ขาดการปรับปรุงข้อมูลให้เป็นปัจจุบัน ความไม่ครอบคลุมของข้อมูล ความไม่สอดคล้องกันของข้อมูลชุดหนึ่งในแหล่งที่เก็บข้อมูลต่างกัน ขาดการวางแผนในการเก็บรวบรวม บันทึกและปรับปรุงฐานข้อมูล โดยปกติแหล่งข้อมูลที่สามารถบอกจำนวนกำลังคนในวิชาชีพต่างๆ คือทะเบียนผู้ประกอบการวิชาชีพ ซึ่งมักจะมีย่อจำกัดต่างๆ ที่ได้กล่าวมาแล้วข้างต้น

2.1 สถานการณ์กำลังคนด้านแพทย์แผนไทยและแพทย์แผนไทยประยุกต์

จากการศึกษาฐานข้อมูลกำลังคนด้านการแพทย์แผนไทย โดยยงศักดิ์ ตันติปัญญ โดยใช้ฐานข้อมูลผู้ประกอบการโรคศิลปะที่ขึ้นทะเบียนผู้ได้รับอนุญาตประกอบวิชาชีพตั้งแต่ปี 2500-2548 ของกองประกอบโรคศิลปะ พบว่ามีผู้ขึ้นทะเบียนผู้ประกอบการโรคศิลปะสาขาการแพทย์แผนไทยทั้ง 4 ประเภททั้งสิ้น 14,845 คน โดยแยกเป็นสาขาเวชกรรมไทย เกษษกรรมไทย การผดุงครรภ์ไทยและการนวดไทย เท่ากับ 3,660, 14,354, 1,916 และ 81 คนตามลำดับ สำหรับจำนวนผู้ประกอบการโรคศิลปะสาขาการแพทย์แผนไทยประยุกต์ ตั้งแต่ปี 2532 ซึ่งเป็นปีแรกที่มีการขึ้นทะเบียน จนถึงปี 2548 มีจำนวนทั้งสิ้น 473 คน (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 จำนวนผู้ประกอบการโรคศิลปะสาขาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์แผนไทยประยุกต์

ปี พ.ศ.	ประเภท	จำนวน
2500-2548	การแพทย์แผนไทย	14,845
	▪ สาขาเวชกรรมไทย	3,660
	▪ สาขาเกษษกรรมไทย	14,354
	▪ สาขาการผดุงครรภ์ไทย	1,916
	▪ สาขาการนวดไทย	81
2532-2548	การแพทย์แผนไทยประยุกต์	473

อ้างอิง: รายงานสถานการณ์การแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้านและการแพทย์ทางเลือก ประจำปี พ.ศ.2548-2550⁶

2.2 สถานการณ์ผู้ให้บริการด้านการแพทย์แผนไทยในสถานบริการของรัฐ

จากฐานข้อมูลกำลังคนด้านแพทย์แผนไทยที่ปฏิบัติงานในสถานบริการสังกัดกระทรวงสาธารณสุขในระดับต่างๆ (ตารางที่ 2) พบว่า มีผู้ให้บริการอยู่ทั้งสิ้น 3,529 คน โดยส่วนใหญ่ ร้อยละ 63 ปฏิบัติงานในระดับสถานีนอนมัย ส่วนที่เหลือปฏิบัติงานในระดับโรงพยาบาลชุมชน และโรงพยาบาลจังหวัด ร้อยละ 28 และ 9

ตามลำดับ เมื่อพิจารณาในแง่ความรู้ความสามารถพบว่า ผู้ให้บริการส่วนมาก ร้อยละ 86 ผ่านการฝึกอบรมในหลักสูตรต่างๆที่หลากหลาย ซึ่งส่วนมากเป็นหลักสูตรการอบรมการนวดแผนไทย ในขณะที่ผู้ที่มีใบอนุญาตประกอบโรคศิลปะอยู่เพียง ร้อยละ 7.4 คิดเป็นสัดส่วนระหว่างผู้ที่ได้รับใบอนุญาตและผู้ที่ไม่ได้รับใบอนุญาต สูงถึง 1: 12.5

จากข้อมูลที่ได้จากการสำรวจในครั้งนี้ ทำให้เห็นถึงภาพการให้บริการด้านการแพทย์แผนไทยในสถานบริการระดับต่างๆของรัฐ โดยกำลังคนส่วนมากให้บริการอยู่ในระดับสถานีนามัยซึ่งมีความใกล้ชิดชุมชน และมีความสอดคล้องกับลักษณะของการบริการในระดับสถานีนามัยที่เน้นการให้บริการที่เป็นองค์รวม (Holistic approach) ไม่เน้นการใช้เทคโนโลยีที่สูงมาก แต่ปัญหาคือกำลังคนส่วนใหญ่มิได้เป็นผู้ที่ได้รับอนุญาตให้ประกอบวิชาชีพ (สัดส่วนระหว่างผู้ได้รับใบอนุญาตและไม่ได้รับใบอนุญาตสูงถึง 1:35) ซึ่งควรจะมีการจัดระบบดูแลกำกับจากผู้ที่มีใบอนุญาตให้ดีและมีประสิทธิภาพ

ในขณะที่ในระดับโรงพยาบาลชุมชนแม้จะมีจำนวนผู้ให้บริการเพียง 992 คนแต่เมื่อเทียบกับจำนวนโรงพยาบาลชุมชนทั้งหมดที่มี 731 แห่งทั่วประเทศแล้วน่าจะมีความครอบคลุมของการให้บริการในด้านการแพทย์แผนไทยสูงมาก ประกอบกับมีจำนวนของผู้ที่ได้รับใบอนุญาตให้ประกอบโรคศิลปะสูงถึงร้อยละ 63 ของผู้ที่ได้รับใบอนุญาตทั้งหมดที่ปฏิบัติงานในสถานพยาบาลของรัฐ และมีสัดส่วนระหว่างผู้ที่ได้รับใบอนุญาตและผู้ที่ไม่ได้รับใบอนุญาตต่ำเพียง 1:5 จะเห็นได้ว่าในระดับโรงพยาบาลชุมชนมีการสนับสนุนการให้บริการด้านการแพทย์แผนไทยในระดับดีมาก ควรจะเป็นฐานในการพัฒนาที่สำคัญ นอกจากนี้ระบบบริการสาธารณสุขในระดับอำเภอ (District health system) ที่ประกอบด้วยโรงพยาบาลชุมชนและสถานีนามัยเครือข่าย ควรจะเป็นตัวเชื่อมโยงระบบการดูแลกำกับมาตรฐานการให้บริการจากผู้ที่มีใบอนุญาตอีกด้วย

เป็นที่น่าสังเกตว่ามีผู้ที่จบจากสถาบันการศึกษาที่เปิดการเรียนการสอนทั้งการแพทย์แผนไทยและแผนไทยประยุกต์แต่ยังไม่ได้รับใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบโรคศิลปะอยู่ถึง 227 คน ซึ่งส่วนหนึ่งจบการศึกษาจากสถาบันที่ยังไม่ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการวิชาชีพ ทั้งนี้เป็นปัญหาที่ทุกฝ่ายจะต้องริบหาทางออกเพื่อให้บุคลากรที่ผลิตได้สามารถสร้างผลผลิตได้อย่างมีประสิทธิภาพตามที่ได้เรียนมา

ตารางที่ 2 จำนวนผู้ปฏิบัติงานด้านการแพทย์แผนไทยในสถานบริการของรัฐ (สำรวจเมื่อ มิถุนายน 2550)

ระดับบริการ	จำนวนได้รับใบประกอบโรคศิลปะ		จบจากสถาบันการผลิต (2-4 ปี)แต่ยังไม่ได้ใบประกอบวิชาชีพ	ผู้ที่จบการฝึกอบรมอื่นๆ	รวม
	แพทย์แผนไทยประยุกต์	แพทย์แผนไทย			
1.สอ./PCU	0	61	7	2,158	2,226
2.รพช.	23	143	201	625	992
3.รพท./รพศ.	8	26	19	258	311
รวม	31	230	227	3,041	3,529

อ้างอิง: ฐานข้อมูลกำลังคนด้านแพทย์แผนไทย ที่ปฏิบัติงานในสถานพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ของกรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก

3. การคาดการณ์ความต้องการกำลังคนผู้ให้บริการด้านการแพทย์แผนไทยในโรงพยาบาลของรัฐ

ในขบวนการต่างๆ นี้ การวิเคราะห์แนวโน้มกำลังคนที่คาดว่าจะมี (HRH supply) นั้นค่อนข้างไม่ซับซ้อน โดยดูจากกำลังคนที่มีในปัจจุบัน กำลังคนที่เพิ่มขึ้นในอนาคต (จบการศึกษา ย้ายเข้า) และกำลังคนที่คาดว่าจะสูญเสียในอนาคต (ย้ายออก ตาย) แต่ขั้นตอนที่ควรจะได้รับ การสนับสนุนจากข้อมูลที่น่าเชื่อถือ และมีประสิทธิภาพ ได้แก่ การคาดการณ์จำนวนคนที่ต้องการ ซึ่งวิธีการนี้ มีกลวิธีหลักได้แก่ การกำหนดสัดส่วนกำลังคนต่อจำนวนประชากรที่รับผิดชอบ (Population Ratio) โดยคำนวณกำลังคนจากสัดส่วนของบุคลากรต่อจำนวนประชากร วิธีการคาดการณ์จากความจำเป็นด้านสุขภาพ (Health Needs) โดยพิจารณาจากความจำเป็นที่ต้องให้บริการเพื่อแก้ปัญหาสุขภาพอนามัยของประชาชนในแต่ละด้าน แล้วนำความจำเป็นดังกล่าวมาคำนวณเป็นจำนวนบุคลากรที่ต้องการ วิธีการคาดการณ์จากความต้องการใช้บริการทางการแพทย์และสาธารณสุข (Health Demand) โดยคาดการณ์จากแนวโน้มพฤติกรรมการใช้บริการสุขภาพของประชาชน โดยใช้อัตราการให้บริการในระดับต่างๆ ของระบบบริการสุขภาพ จากนั้นนำมาตรฐานกำลังคนและผลิตภาพ (staffing norm and productivity) นำมาคำนวณความต้องการกำลังคน และวิธีการคาดการณ์จากเป้าหมายการบริการสุขภาพ (Health Service Target) โดยใช้กลวิธีในการยิ่บริการเป็นตัวตั้งโดยใช้ข้อมูลประชากรและระบาดวิทยาในปัจจุบันและคาดการณ์บริการที่จะจัดในอนาคต จากนั้นจึงใช้มาตรฐานกำลังคนคำนวณจำนวนกำลังคนด้านสุขภาพที่ต้องการ

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบจุดแข็ง จุดอ่อนและเงื่อนไขที่เหมาะสมของการคาดการณ์ความต้องการกำลังคนด้วยวิธีต่างๆ

วิธีการ	จุดแข็ง	จุดอ่อน	เงื่อนไขที่เหมาะสม
สัดส่วนประชากร	สะดวกในการนำไปใช้รวดเร็ว เข้าใจง่าย ต้องการข้อมูลไม่มาก	มักให้ค่าผลลัพธ์ที่เป็นจริงได้ยาก ไม่สามารถอธิบายความสัมพันธ์ ระหว่างตัวแปรที่เกี่ยวข้อง เช่น จำนวนหรือสัดส่วนที่เหมาะสม ระหว่างภาครัฐ และเอกชน การ กระจายและการผลิตกำลังคน ค่าการกระจายกำลังคนที่ไม่ เหมาะสมในฐานะจะส่งผลไปถึง ปีคาดการณ์ด้วย	เหมาะสำหรับประเทศที่มี สถานะสุขภาพอยู่ในเกณฑ์ดี มีการเปลี่ยนแปลงในระบบ บริการสาธารณสุขไม่มาก และมีความสามารถในการ วางแผนจำกัด
เป้าหมายสถาน บริการ (Service Target Method)	ค่อนข้างง่าย ใช้ข้อมูลจำกัด สามารถเข้าใจได้ง่าย สามารถอธิบายความสัมพันธ์ ระหว่างตัวแปรต่างๆ ได้ สามารถแสดงความต้องการตาม องค์กร ตามระดับบริการ และ ตามภูมิศาสตร์	อาจทำให้ผลการคาดการณ์ที่ไม่ สามารถเป็นจริงได้ หากเป้าหมาย ที่ตั้งไว้เป็นอุดมคติเกินไป	เหมาะสำหรับประเทศกำลัง พัฒนาซึ่งรัฐเป็นผู้ให้บริการ สุขภาพเป็นส่วนใหญ่

แนวโน้มพฤติกรรม การใช้บริการ	ให้ผลการคาดการณ์ที่สอดคล้อง กับความเป็นจริง หากการ เปลี่ยนแปลงทางพฤติกรรม ใช้บริการน้อย หรือไม่มี เปลี่ยนแปลง มีข้ออ้างอิงทางวิชาการ	เป็นวิธีการที่ซับซ้อนต้องการ ข้อมูลพื้นฐานในการคำนวณ หลายตัวแปร เป็นการคำนวณที่อ้างอิงสภาพ ปัจจุบัน บนพื้นฐานที่ใช้ บริการในอนาคตไม่เปลี่ยนแปลง ไปจากปัจจุบัน	เหมาะสำหรับประเทศที่ ภาคเอกชนเป็นผู้ให้บริการ สาธารณสุขส่วนใหญ่ภาครัฐ ให้บริการในลักษณะตั้งรับ
ความจำเป็นด้าน สุขภาพ	เป็นการคาดการณ์ที่สมเหตุสมผล ถูกต้องตามหลักวิชาการ สามารถ เข้าใจได้ง่าย มีประโยชน์สำหรับความต้องการ กำลังคนในลักษณะเฉพาะ เช่น การดูแลก่อนคลอด การดูแล สุขภาพเด็กดี การบริการทันต สุข-ภาพ เป็นต้น	ต้องการใช้ข้อมูลพื้นฐานหลายตัว แปรในการคำนวณ และต้องปรับ ข้อมูลให้ทันสมัย เนื่องจากการ เปลี่ยนแปลงทางเทคโนโลยีจะมี ผลกระทบต่อความจำเป็นของ บริการสุขภาพ ต้องการข้อมูลเชิงลึกในด้าน กำลังคนเฉพาะ และลักษณะการ ใช้บริการสุขภาพ	เหมาะสำหรับประเทศที่มี ความสามารถในการวางแผน สูง มีนโยบายด้าน สาธารณสุขในเชิงรุก รัฐบาล ผู้ให้บริการสาธารณสุขเป็น ส่วนใหญ่ และประชาชนมี ความสนใจต่อสุขภาพสูง เหมาะสมกับบริการเฉพาะ เรื่อง เช่น ทันตสุขภาพ

อ้างอิง : รายงานการศึกษาวิจัยเพื่อแก้ปัญหาการขาดแคลนแพทย์ในประเทศไทย โดยคณะกรรมการการศึกษาปัญหาการขาด
แคลนแพทย์ ปี 2540⁷

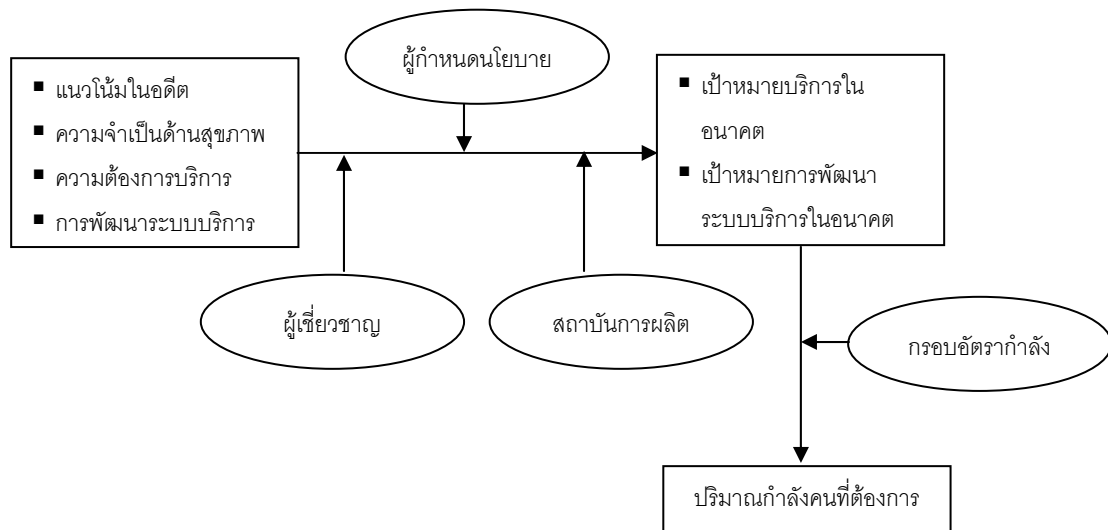
จากตารางที่ 3 จะพบว่าการคาดการณ์กำลังคนแต่ละวิธีมีจุดแข็งและจุดอ่อนที่ต่างกัน อีกทั้งมีความ
เหมาะสมในแต่ละสถานการณ์ระบบสุขภาพที่แตกต่างกัน ข้อจำกัดที่สำคัญอีกประการหนึ่งคือความสมบูรณ์
ของข้อมูลต่างๆ ที่จะนำมาพิจารณาประกอบการคาดการณ์ ประกอบกับความไม่แน่นอนของระบบสุขภาพใน
อนาคต ทำให้การคาดการณ์กำลังคนไม่ว่าวิธีใดจะมีโอกาสคลาดเคลื่อนได้มาก ดังนั้นการคาดการณ์กำลังคนใน
อนาคตจึงจำเป็นต้องอาศัยฉากทัศน์ (Scenario) หลากๆรูปแบบ ผลการคาดการณ์จึงมักเป็นช่วงของตัวเลข ที่
ตอบสนองต่อแต่ละสถานการณ์ของฉากทัศน์ที่สร้างขึ้น

การคาดการณ์กำลังคนผู้ให้บริการด้านการแพทย์แผนไทยในสถานบริการของรัฐโดยวิธีการกำหนดเป้าหมาย บริการสุขภาพ (Service target method)

การคาดการณ์กำลังคนผู้ให้บริการด้านการแพทย์แผนไทยในสถานบริการของรัฐ โดยวิธีการกำหนด
เป้าหมายบริการสุขภาพนั้นเป็นวิธีที่เหมาะสมกับการเริ่มจัดบริการด้านการแพทย์แผนไทยให้เข้าบูรณาการกับ
ระบบการแพทย์ตะวันตกในสถานบริการของรัฐในระยะเริ่มต้นอย่างเป็นระบบ เพราะสามารถอธิบาย
ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรต่างๆ และแสดงค่าความต้องการกำลังคนในแต่ละระดับของการบริการได้อย่าง
ชัดเจน (แผนภาพที่ 2) อีกทั้งใช้ข้อมูลที่ไม่ว่างมากในการคาดการณ์ จึงเป็นจุดเริ่มต้นในการคาดการณ์บุคลากรใน

กลุ่มดังกล่าว และสามารถปรับไปใช้การคาดการณ์วิธีอื่นๆต่อไปในอนาคตเมื่อ มีการพัฒนาระบบฐานข้อมูลของผู้ให้บริการด้านการแพทย์แผนไทยที่มีความสมบูรณ์มากขึ้นต่อไปในอนาคต

แผนภาพที่ 2 กรอบการวิเคราะห์การคาดการณ์ความต้องการแพทย์แผนไทยประยุกต์โดยวิธีกำหนดเป้าหมายบริการสุขภาพ



3.1 เป้าหมายการพัฒนาสถานบริการในอนาคต

ในการศึกษานี้ได้ทำการคาดการณ์เป้าหมายการพัฒนาของสถานบริการของรัฐ ในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข จากข้อมูลการสำรวจของกรมสนับสนุนระบบบริการสุขภาพ เมื่อเดือนสิงหาคม 2549 และตรวจสอบกับรายงานการสำรวจทรัพยากรสุขภาพของสำนักงานนโยบายยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข พบว่ามีจำนวนของสถานบริการของรัฐในระดับปฐมภูมิ ได้แก่ สถานีอนามัย ซึ่งให้บริการอยู่ในพื้นที่ระดับตำบล จำนวนทั้งสิ้น 9,746 แห่ง สำหรับบริการในระดับทุติยภูมิ ได้แก่ โรงพยาบาลชุมชน ที่ให้บริการครอบคลุมพื้นที่ระดับอำเภอ จำนวน 731 แห่ง และการบริการในระดับตติยภูมิ ของโรงพยาบาลศูนย์ และโรงพยาบาลทั่วไป ซึ่งเป็นการให้บริการทางการแพทย์ชั้นสูง ครอบคลุมพื้นที่ในระดับจังหวัดและระดับเขต มีจำนวนทั้งสิ้น 25 และ 75 แห่งตามลำดับ (ตารางที่ 4)

เมื่อพิจารณาในแง่พื้นที่เขตการปกครองของทางกระทรวงมหาดไทย พบว่าประเทศไทยปัจจุบันมี 76 จังหวัด 876 อำเภอ/กิ่งอำเภอ และ 7,255 ตำบล (ตารางที่ 4) จะพบว่าความครอบคลุมของสถานบริการของรัฐมีความครอบคลุมในระดับปฐมภูมิและตติยภูมิ ในขณะที่ระดับทุติยภูมิยังไม่มีโรงพยาบาลชุมชนในอีก 58 อำเภอ/กิ่งอำเภอ

ดังนั้นในระยะ 10 ปีข้างหน้าการขยายตัวของสถานบริการของรัฐในระดับตติยภูมิในโรงพยาบาลศูนย์ และโรงพยาบาลทั่วไปจะเป็นการขยายศักยภาพในการบริการโดยการเพิ่มจำนวนเตียงผู้ป่วยเป็นหลัก ในขณะที่การบริการทุติยภูมินอกเหนือจะเป็นการเพิ่มศักยภาพและเพิ่มจำนวนเตียงเหมือนในการบริการระดับตติยภูมิแล้วอาจมีการขยายจำนวนโรงพยาบาลเพื่อให้ครอบคลุมในอำเภอ/กิ่งอำเภอที่ยังไม่มีโรงพยาบาลชุมชน

และการบริการในระดับปฐมภูมิจะเน้นการพัฒนาศักยภาพให้สถานีอนามัยหรือหน่วยบริการปฐมภูมิ (PCU) ให้พัฒนาเป็นศูนย์แพทย์ชุมชน (Community medical unit: CMU) จำนวน 1,000 แห่ง ในอีก 4-5 ปีข้างหน้า ⁴

ตารางที่ 4 แสดงจำนวนสถานบริการสังกัดกระทรวงสาธารณสุขในแต่ละระดับบริการ

เขตการปกครอง	ระดับ	สถานบริการ	จำนวนรวม	ความครอบคลุม
จังหวัด (76)	ตติยภูมิ	โรงพยาบาลศูนย์	25	100.0%
		โรงพยาบาลทั่วไป	70	
อำเภอ/กิ่งอำเภอ (876)	ทุติยภูมิ	โรงพยาบาลชุมชน	731	93.4%
ตำบล (7,255)	ปฐมภูมิ	สถานีอนามัย	9,746	100.0%

อ้างอิง: รายงานการสาธารณสุขไทย ปี 2544-2547 ⁸

3.2 การกำหนดกรอบอัตรากำลังบุคลากรผู้ให้บริการด้านแพทย์แผนไทยในสถานบริการของรัฐ

จากการประชุมระดมความเห็นจากผู้เชี่ยวชาญที่เกี่ยวข้องในการกำหนดกรอบอัตรากำลังผู้ให้บริการด้านการแพทย์แผนไทย (ตารางที่ 5) โดยจำแนกผู้ให้บริการออกเป็น 2 กลุ่ม ดังนี้

นายแพทย์แผนไทย หมายถึงบุคคลผู้ประกอบโรคศิลปะสาขาการแพทย์แผนไทย หรือสาขาการแพทย์แผนไทย ประยุกต์ โดยได้รับใบอนุญาต 3 แบบตาม พรบ.ประกอบโรคศิลปะ พ.ศ.2542 มาตรา 33(1) และมาตรา 33(2)

ผู้ช่วยที่ได้รับมอบหมายให้ประกอบโรคศิลปะ หมายถึงบุคคลที่ได้รับการอบรมตามหลักสูตร “ผู้ช่วยแพทย์แผนไทย” จากสถาบันที่ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการวิชาชีพสาขาการแพทย์แผนไทย โดยกำหนดกรอบตามระดับและขนาดของสถานบริการดังนี้

มาตรา 33(1)(ก) “ได้รับอบรมหรือถ่ายทอดความรู้จากผู้ประกอบโรคศิลปะ ซึ่งได้รับอนุญาตให้ถ่ายทอดความรู้ในสถาบันหรือสถานพยาบาลที่คณะกรรมการวิชาชีพสาขาการแพทย์แผนไทยรับรองไว้ตามเกณฑ์ วิธีการและเงื่อนไขที่กำหนดในกฎกระทรวง และได้ผ่านการทดสอบจากคณะกรรมการวิชาชีพสาขาการแพทย์แผนไทยแล้ว”

มาตรา 33(1)(ข) “ได้รับการอบรมจากสถาบันการศึกษาการแพทย์แผนไทยที่คณะกรรมการวิชาชีพสาขาการแพทย์แผนไทยรับรอง โดยคณะกรรมการวิชาชีพสาขาการแพทย์แผนไทยอาจสอบความรู้ก่อนก็ได้ตามหลักเกณฑ์ วิธีการและเงื่อนไขตามที่คณะกรรมการวิชาชีพสาขาการแพทย์แผนไทยกำหนด”

มาตรา 33(1)(ค) “เป็นผู้ที่ส่วนราชการรับรองและผ่านการประเมินตามเงื่อนไขของคณะกรรมการวิชาชีพสาขาการแพทย์แผนไทย”

ตารางที่ 5 แสดงกรอบอัตรากำลังของนายแพทย์แผนไทยและผู้ช่วยที่ได้รับมอบหมายให้ประกอบโรคศิลปะในสถานบริการระดับต่างๆ

ระดับ บริการ	สถานบริการ	ประชากร	อัตราส่วนระหว่างนาย แพทย์แผนไทยและ ผู้ช่วย	จำนวน	
				นายแพทย์แผน ไทย	ผู้ช่วย
ปฐมภูมิ	สถานีอนามัย /PCU		1:2	1	2
	ศูนย์แพทย์ชุมชน / CMU		1:2	1	2
ทุติยภูมิ	โรงพยาบาลชุมชน	ประชากรต่ำกว่า 100,000 คน	1:2	1	2
		ประชากรสูงกว่า 100,000 คน	1:4	2	8
ตติยภูมิ	โรงพยาบาลทั่วไป	ประชากรต่ำกว่า 200,000 คน	1:4	2	8
		ประชากรสูงกว่า 200,000 คน	1:4	3	12
	โรงพยาบาลศูนย์		1:4	3	12

3.3 การคาดการณ์ความต้องการผู้ให้บริการด้านการแพทย์แผนไทย

เมื่อพิจารณากรอบอัตรากำลังร่วมกับจำนวนสถานบริการของรัฐในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขแล้ว มีความต้องการนายแพทย์แผนไทยและผู้ช่วยที่ได้รับมอบหมายให้ประกอบโรคศิลปะจำนวนทั้งสิ้น 10,789 คนและ 22,378 คนตามลำดับ (ตารางที่ 6) แม้ว่าในระยะ 10 ปีข้างหน้าอาจมีการเพิ่มจำนวนโรงพยาบาลชุมชนให้ครอบคลุมกับอำเภอ/กิ่งอำเภอทั่วประเทศ แต่เนื่องจากสัดส่วนระหว่างนายแพทย์แผนไทยและผู้ช่วย และกรอบอัตรากำลังไม่มีความแตกต่างกับสถานบริการในระดับปฐมภูมิ ซึ่งมีความครอบคลุมอยู่ในอำเภอ/กิ่งอำเภอเหล่านั้น

ตารางที่ 6 แสดงจำนวนความต้องการอัตรากำลังของนายแพทย์แผนไทยและผู้ช่วยที่ได้รับมอบหมายให้ประกอบโรคศิลปะในสถานบริการระดับต่างๆ

	Primary		Secondary		Tertiary		รวม	
	สอ./ PCU	CMU	โรงพยาบาลชุมชน		โรงพยาบาลทั่วไป			โรงพยา บาลศูนย์
			ประชากร <100,000	ประชากร > 100,000	ประชากร <200,000	ประชากร > 200,000		
สัดส่วนระหว่างนายแพทย์แผน ไทยและผู้ช่วย	1:2	1:2	1:2	1:4	1:4	1:4	1:4	
จำนวนสถานบริการ	8,746	1,000	643	88	61	9	25	
อัตรากำลังนายแพทย์แผนไทย	1	1	1	2	2	3	3	
แพทย์แผนไทยที่ต้องการ	8,746	1,000	643	176	122	27	75	10,789
อัตรากำลังผู้ช่วย	2	2	2	8	8	12	12	
ผู้ช่วยที่ได้รับมอบหมายให้ ประกอบโรคศิลปะที่ต้องการ	17,492	2,000	1,286	704	488	108	300	22,378

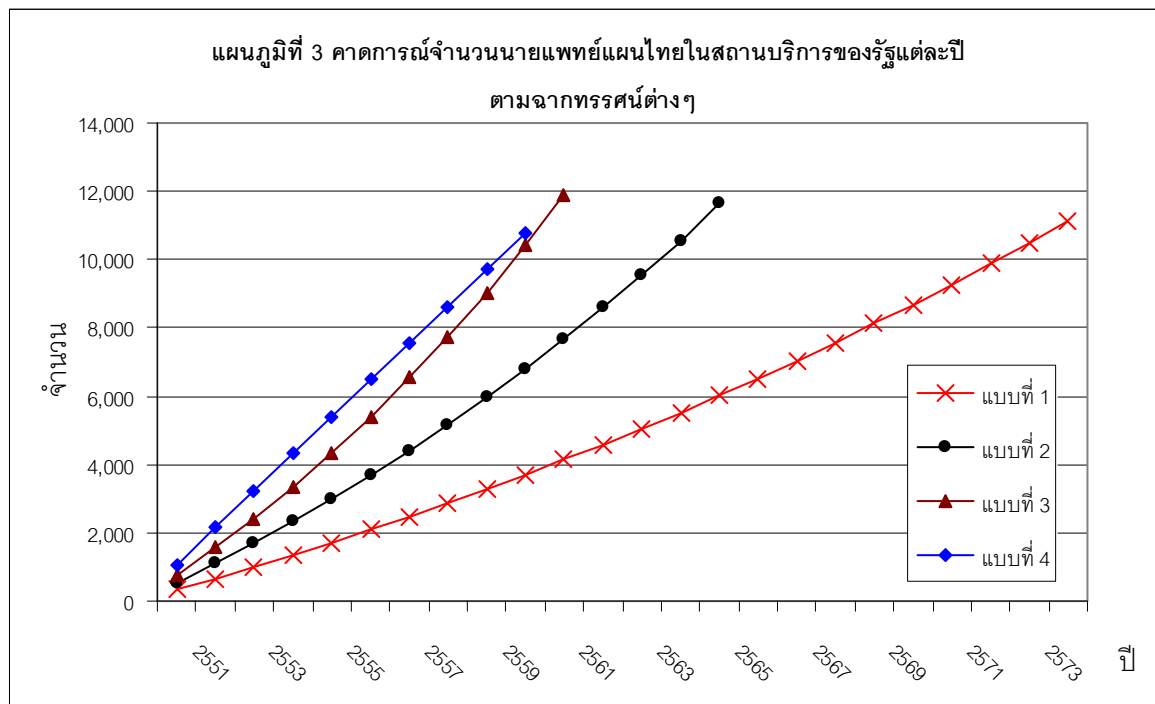
การศึกษาครั้งนี้ได้กำหนดฉากทัศน์การพัฒนาอัตรากำลังผู้ให้บริการด้านแพทย์แผนไทยในสถานบริการของรัฐไว้ 4 รูปแบบ ดังนี้

- รูปแบบที่ 1** การเพิ่มอัตราระดับต่ำ โดยกำหนดการเพิ่มอัตรากำลัง ร้อยละ 3 ต่อปี
- รูปแบบที่ 2** การเพิ่มอัตราระดับปานกลาง โดยกำหนดการเพิ่มอัตรากำลังที่ ร้อยละ 5 ต่อปี
- รูปแบบที่ 3** การเพิ่มอัตราระดับสูง โดยกำหนดการเพิ่มอัตรากำลังที่ ร้อยละ 7 ต่อปี
- รูปแบบที่ 4** การเพิ่มอัตราคงที่ โดยกำหนดการเพิ่มอัตรากำลัง ในสัดส่วนที่เท่ากันทุกปี

จากการกำหนดอัตราการขยายตัวของความต้องการอัตรากำลังในแต่ละประเภทแล้วสามารถแสดงข้อมูลได้ตามตารางที่ 7 และ 8 และแสดงการเพิ่มจำนวนบุคลากรในแต่ละปีได้ตามแผนภูมิที่ 3 และ 4

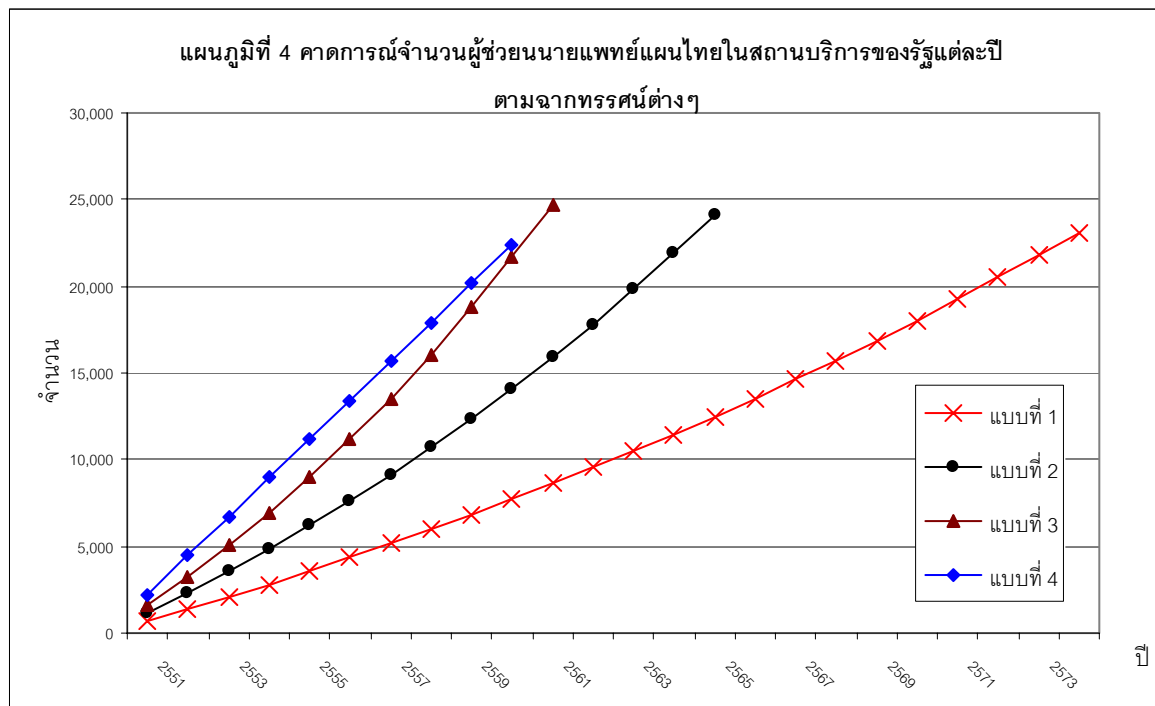
ตารางที่ 7 ความต้องการนายแพทย์แผนไทยรายปี ในฉากทัศน์ต่างๆ

จำนวนแพทย์แผน ไทยที่ต้องการ 10,789 คน	แบบที่ 1 เพิ่ม 3%		แบบที่ 2 เพิ่ม 5%		แบบที่ 3 เพิ่ม 7%		แบบที่ 4 เพิ่มคงที่	
	จำนวน/ปี	ยอดสะสม	จำนวน/ปี	ยอดสะสม	จำนวน/ปี	ยอดสะสม	จำนวน/ปี	ยอดสะสม
2551	324	324	539	539	755	755	1,080	1,080
2552	333	657	566	1,106	808	1,563	1,080	2,160
2553	343	1,000	595	1,701	865	2,428	1,080	3,240
2554	354	1,354	624	2,325	925	3,353	1,080	4,320
2555	364	1,718	656	2,981	990	4,343	1,080	5,400
2556	375	2,094	688	3,669	1,059	5,402	1,080	6,480
2557	386	2,480	723	4,392	1,133	6,536	1,080	7,560
2558	398	2,878	759	5,151	1,213	7,749	1,080	8,640
2559	410	3,288	797	5,948	1,298	9,046	1,080	9,720
2560	422	3,711	837	6,785	1,388	10,435	1,080	10,800
2561	435	4,145	879	7,664	1,486	11,920		
2562	448	4,594	923	8,586				
2563	461	5,055	969	9,555				
2564	475	5,530	1,017	10,572				
2565	490	6,020	1,068	11,641				
2566	504	6,524						
2567	519	7,044						
2568	535	7,579						
2569	551	8,130						
2570	568	8,697						
2571	585	9,282						
2572	602	9,884						
2573	620	10,504						
2574	639	11,143						
ร้อยละจากกรอบ ในปี 2550	34.39		62.89		96.72		100.00	



ตารางที่ 8 ความต้องการผู้ช่วยแพทย์แผนไทยรายปี ในฉากทัศน์ต่างๆ

จำนวนผู้ช่วยแพทย์ แผนไทยที่ต้องการ	แบบที่ 1 เพิ่ม 3 %		แบบที่ 2 เพิ่ม 5 %		แบบที่ 3 เพิ่ม 7 %		แบบที่ 4 เพิ่มคงที่	
22,378 คน	จำนวน/ปี	ยอดสะสม	จำนวน/ปี	ยอดสะสม	จำนวน/ปี	ยอดสะสม	จำนวน/ปี	ยอดสะสม
2551	671	671	1,119	1,119	1,566	1,566	2,238	2,238
2552	691	1,363	1,175	2,294	1,676	3,243	2,238	4,476
2553	712	2,075	1,234	3,527	1,793	5,036	2,238	6,713
2554	734	2,809	1,295	4,823	1,919	6,955	2,238	8,951
2555	756	3,564	1,360	6,183	2,053	9,008	2,238	11,189
2556	778	4,343	1,428	7,611	2,197	11,205	2,238	13,427
2557	802	5,144	1,499	9,110	2,351	13,556	2,238	15,665
2558	826	5,970	1,574	10,684	2,515	16,072	2,238	17,902
2559	850	6,820	1,653	12,338	2,691	18,763	2,238	20,140
2560	876	7,696	1,736	14,073	2,880	21,643	2,238	22,378
2561	902	8,598	1,823	15,896	3,081	24,724		
2562	929	9,528	1,914	17,810				
2563	957	10,485	2,009	19,819				
2564	986	11,471	2,110	21,929				
2565	1,015	12,486	2,215	24,144				
2566	1,046	13,532						
2567	1,077	14,609						
2568	1,110	15,719						
2569	1,143	16,862						
2570	1,177	18,039						
2571	1,213	19,252						
2572	1,249	20,501						
2573	1,286	21,787						
2574	1,325	23,112						
ร้อยละจากกรอบ ในปี 2550	34.39		62.89		96.72		100.00	



จากตารางที่ 7 และ 8 จะพบว่า

- รูปแบบที่ 1** การเพิ่มอัตรากำลังในระดับต่ำ ที่ร้อยละ 3 ต่อปี พบว่าในปี 2560 จะมีอัตรากำลังอยู่ที่ร้อยละ 34.39 เมื่อเทียบกับอัตรากำลังที่ต้องการทั้งหมด และจะใช้เวลา 24 ปี (ปี 2574) ในการเพิ่มจำนวนให้เต็มกรอบความต้องการ ในระหว่างปี 2551-2560 ความต้องการนายแพทย์แผนไทยและผู้ช่วยนายแพทย์แผนไทยจะเพิ่มจากปีละ 324-422 คนและ 671-876 คนตามลำดับ
- รูปแบบที่ 2** การเพิ่มอัตรากำลังในระดับปานกลาง ที่ร้อยละ 5 ต่อปี พบว่าในปี 2560 จะมีอัตรากำลังอยู่ที่ร้อยละ 62.89 เมื่อเทียบกับอัตรากำลังที่ต้องการทั้งหมด และจะใช้เวลา 15 ปี (ปี 2565) ในการเพิ่มจำนวนให้เต็มกรอบความต้องการ ในระหว่างปี 2551-2560 ความต้องการนายแพทย์แผนไทยและผู้ช่วยนายแพทย์แผนไทยจะเพิ่มจากปีละ 539-837 คนและ 1,119-1,736 คนตามลำดับ
- รูปแบบที่ 3** การเพิ่มอัตรากำลังในระดับสูง ที่ร้อยละ 7 ต่อปี พบว่าในปี 2560 จะมีอัตรากำลังอยู่ที่ร้อยละ 96.72 เมื่อเทียบกับอัตรากำลังที่ต้องการทั้งหมด และจะใช้เวลา 11 ปี (ปี 2561) ในการเพิ่มจำนวนให้เต็มกรอบความต้องการ ในระหว่างปี 2551-2560 ความต้องการนายแพทย์แผนไทยและผู้ช่วยนายแพทย์แผนไทยจะเพิ่มจากปีละ 755-1,388 คนและ 1,566-2,880 คนตามลำดับ
- รูปแบบที่ 4** การเพิ่มอัตรากำลังที่ พบว่าในปี 2560 จะมีอัตรากำลังอยู่ที่ร้อยละ 100 เมื่อเทียบกับอัตรากำลังที่ต้องการทั้งหมด ในระหว่างปี 2551-2560 ความต้องการนายแพทย์แผนไทยและผู้ช่วยนายแพทย์แผนไทยจะเพิ่มจากปีละ 1,080 คนและ 2,238 คนตามลำดับ

4. การคาดการณ์อัตราการผลิตกำลังคนด้านการแพทย์แผนไทยและการแพทย์แผนไทยประยุกต์ในสถาบันอุดมศึกษาของรัฐ

ปัจจุบันความต้องการบุคลากรด้านการแพทย์แผนไทย โดยเฉพาะในภาคเอกชนมีสูงมากขึ้น ส่งผลให้การเปิดการเรียนการสอนทั้งในสถาบันการศึกษาระดับอุดมศึกษาที่มุ่งเน้นการผลิตบัณฑิตระดับปริญญาตรี หรือการเปิดการฝึกอบรมระยะสั้นจากสถาบันต่างๆ ทั้งภาครัฐและเอกชน ที่ส่วนมากเน้นเฉพาะการนวดแผนไทย โดยผู้เข้ารับการอบรมมุ่งเน้นเพื่อการดูแลตนเอง และไปปฏิบัติงานในภาคเอกชน

การศึกษานี้มุ่งเน้นการคาดการณ์อัตราการผลิตบัณฑิตด้านการแพทย์แผนไทยและการแพทย์แผนไทยประยุกต์ ในอีก 10 ปีข้างหน้า โดยนำไปพิจารณาประกอบกับการคาดการณ์ความต้องการกำลังคนในสายงานดังกล่าวในภาครัฐ เพื่อนำไปสู่การวางแผนพัฒนาอย่างเหมาะสมต่อไป

4.1 สถานการณ์การผลิตกำลังคนด้านการแพทย์แผนไทยและการแพทย์แผนไทยประยุกต์ใน สถาบันอุดมศึกษาของรัฐ

สถาบันการศึกษาและหลักสูตร

ตั้งแต่อดีตเป็นต้นมามีสถาบันการศึกษาที่เปิดสอนทั้งหลักสูตรแพทย์แผนไทย และแพทย์แผนไทยประยุกต์ ทั้งในระดับอนุปริญญา จนถึงระดับปริญญาตรี รวมทั้งสิ้น 17 สถาบัน รวมหลักสูตรทั้งสิ้น 24 หลักสูตร โดยในปัจจุบัน ปี 2550 เหลือสถาบันการศึกษาที่เปิดสอน 16 สถาบัน โดยโรงเรียนอายุรเวทอินมาอยู่ภายใต้สังกัดของคณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาลตั้งแต่ปี 2546 และมีหลักสูตรที่รับนักศึกษาทั้งสิ้น 15 หลักสูตร โดยหลักสูตรประกาศนียบัตรวิชาชีพชั้นสูงการแพทย์แผนไทยประยุกต์ ของวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จ.อุบลราชธานี และวิทยาลัยเทคโนโลยีทางการแพทย์และสาธารณสุขกาญจนาภิเษก ที่สังกัดสถาบันพระบรมราชชนก อยู่ในระหว่างปรับปรุงหลักสูตร

ปัญหาที่สำคัญของการผลิตการแพทย์แผนไทยและการแพทย์แผนไทยประยุกต์คือความหลากหลายของหลักสูตร โดยเฉพาะในกลุ่มการแพทย์แผนไทยประยุกต์ ที่มีการผลิตตั้งแต่ระดับอนุปริญญา (หลักสูตร 2 ปี) ระดับประกาศนียบัตรวิชาชีพชั้นสูง (หลักสูตร 3 ปี) จนกระทั่งระดับปริญญาตรี (หลักสูตร 4 ปี) โดยการจัดการเรียนการสอนมักจะขึ้นอยู่กับคณะที่มีอยู่เดิมแล้ว เช่น คณะแพทยศาสตร์ หรือคณะวิทยาศาสตร์ และบัณฑิตที่จบการศึกษาส่วนมากจะได้ปริญญาวิทยาศาสตรบัณฑิต สาขาการแพทย์แผนไทย หรือ การแพทย์แผนไทยประยุกต์ (ตารางที่ 10)

นอกจากปัญหาความหลากหลายของชื่อหลักสูตรและเนื้อหาของหลักสูตรแล้ว หลักสูตรบางส่วนที่เปิดรับนักศึกษาในปัจจุบันยังไม่ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการวิชาชีพ เป็นผลให้บัณฑิตที่จบออกมาไม่สามารถสอบขึ้นทะเบียนเป็นผู้ประกอบโรคศิลปะสาขาการแพทย์แผนไทย หรือการแพทย์แผนไทยประยุกต์ได้ในขณะที่มีเพียง 5 สถาบันที่ได้รับการรับรองจากกรรมการวิชาชีพ (ตารางที่ 9)

ตารางที่ 9 สถาบันและหลักสูตรที่ผ่านการรับรองจากกรมการวิชาชีพแพทย์แผนไทยและแพทย์แผนไทยประยุกต์

สาขา	สถาบัน	หลักสูตร
การแพทย์แผนไทยประยุกต์	1. คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล	1.1 การแพทย์แผนไทยประยุกต์บัณฑิต
		1.2 การแพทย์แผนไทยประยุกต์บัณฑิต(ต่อเนื่อง)
	2. คณะแพทยศาสตร์ ม.มหาสารคาม	2.1 วิทยาศาสตร์บัณฑิตสาขาวิชาการแพทย์แผนไทยประยุกต์
		2.2 วิทยาศาสตร์บัณฑิต(ต่อเนื่อง)สาขาการแพทย์แผนไทยประยุกต์
	3.คณะแพทยศาสตร์ ม.ธรรมศาสตร์	3.1 วิทยาศาสตร์บัณฑิตสาขาวิชาการแพทย์แผนไทยประยุกต์
การแพทย์แผนไทย	4. มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงราย	4.1 การแพทย์แผนไทยบัณฑิต
	5.มหาวิทยาลัยรังสิต	5.1 วิทยาศาสตร์บัณฑิต สาขาการแพทย์แผนตะวันออก

กำลังการผลิต

โดยสถาบันการศึกษาเกือบทั้งหมด ยกเว้น โรงเรียนอายุรเวท เปิดรับนักศึกษาในช่วงปี 2545 – 2550 โดยได้ผลิตบุคลากรออกไปปฏิบัติงานแล้วทั้งสิ้น 1,987 คน และกำลังอยู่ระหว่างการศึกษาก่อตั้งขึ้น 2,818 คน (ตารางที่ 10)

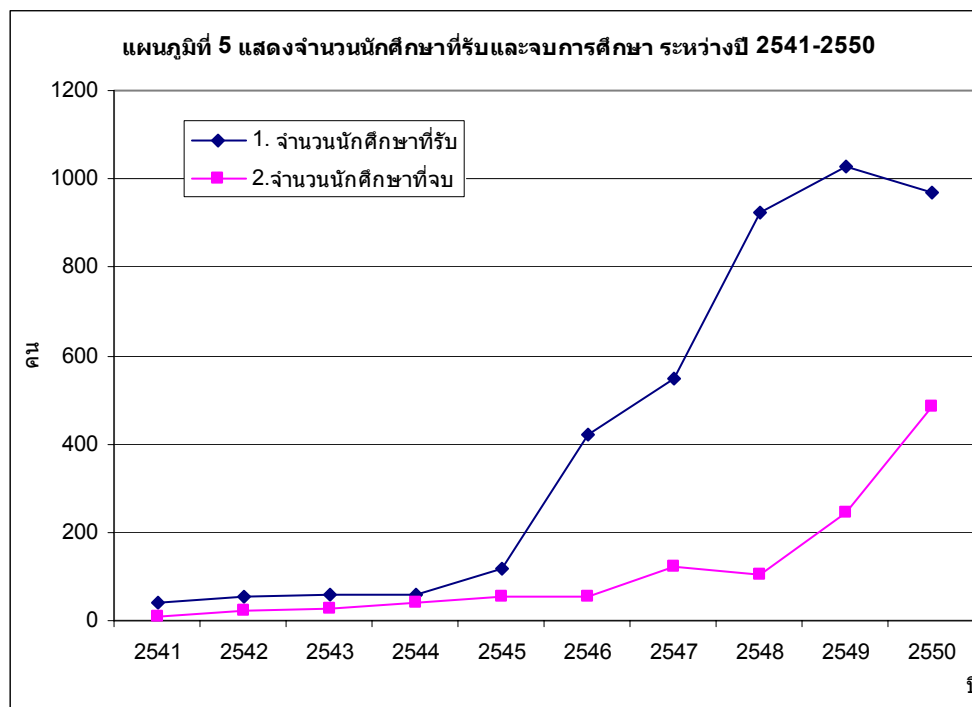
ตารางที่ 10 ข้อมูลสถาบันการผลิตและหลักสูตรต่างๆของแพทย์แผนไทยและแพทย์แผนไทยประยุกต์

สถาบัน	ระยะเว ลาของ หลักสูตร	ปีที่เริ่ม เปิด	นักศึกษา จบทั้งสิ้น	กำลัง ศึกษาอยู่ ทั้งสิ้น	สถานภาพของหลักสูตร
1 วิทยาลัยเทคโนโลยีทางการแพทย์และสาธารณสุขกาญจนาภิเษก (สถาบันพระบรมราชชนก)					
1.1 ประกาศนียบัตรการแพทย์แผนไทย(อายุรเวท)	2	2537	336	0	หยุดรับนักศึกษาตั้งแต่ปี 2548
1.2 ประกาศนียบัตรวิชาชีพชั้นสูงการแพทย์แผนไทยประยุกต์	3	2549	0	50	หยุดรับนักศึกษาตั้งแต่ปี 2550
2. วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จ.อุบลราชธานี (สถาบันพระบรมราชชนก)					
2.1 ประกาศนียบัตรการแพทย์แผนไทย(อายุรเวท)	2	2544	282	0	หยุดรับนักศึกษาตั้งแต่ปี 2550
2.2 ประกาศนียบัตรวิชาชีพชั้นสูงการแพทย์แผนไทยประยุกต์		-	0	0	อยู่ระหว่างการปรับหลักสูตร
3.วิทยาลัยการแพทย์แผนไทย ม.เทคโนโลยีราชมงคลธัญบุรี					
3.1 ประกาศนียบัตรวิทยาศาสตร์สุขภาพ(การแพทย์แผนไทยประยุกต์)	3	2542	193	0	หยุดรับนักศึกษาตั้งแต่ปี 2547
3.2 วิทยาศาสตร์บัณฑิตสาขาการแพทย์แผนไทยประยุกต์ (ต่อเนื่อง)	2	2547	67	312	หยุดรับนักศึกษาตั้งแต่ปี 2550
3.3 วิทยาศาสตร์บัณฑิตสาขาการแพทย์แผนไทยประยุกต์	4	2547	29	108	หยุดรับนักศึกษาตั้งแต่ปี 2550
3.4 การแพทย์แผนไทยประยุกต์บัณฑิต สาขาการแพทย์แผนไทยประยุกต์	4	2550	0	64	
4.คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล					
4.1 การแพทย์แผนไทยประยุกต์บัณฑิต	4	2546	52	175	

สถาบัน	ระยะเว ลาของ หลักสูตร	ปีที่เริ่ม เปิด	นักศึกษา จบทั้งสิ้น	กำลัง ศึกษาอยู่ ทั้งสิ้น	สถานภาพของหลักสูตร
4.2 การแพทย์แผนไทยประยุกต์บัณฑิต(ต่อเนื่อง)	2	2548	58	21	
5.คณะแพทยศาสตร์ ม.ธรรมศาสตร์					
วิทยาศาสตร์บัณฑิตสาขาวิชาการแพทย์แผนไทยประยุกต์	4	2548	0	62	
6.คณะแพทยศาสตร์ ม.มหาสารคาม					
6.1 วิทยาศาสตร์บัณฑิตสาขาวิชาการแพทย์แผนไทย ประยุกต์	4	2549	0	160	
6.2 วิทยาศาสตร์บัณฑิต(ต่อเนื่อง)สาขาการแพทย์แผนไทยประ ยุกต์	2	2545	203	23	หยุดรับนักศึกษาตั้งแต่ปี 2550
7.คณะวิทยาศาสตร์สุขภาพ ม.อุทัยธานี					
การแพทย์แผนไทยบัณฑิต สาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพ	2	2546	29	???	
8.สำนักวิชาการวิทยาศาสตร์สุขภาพ สาขาวิชาการแพทย์แผน ไทยประยุกต์ ม.แม่ฟ้าหลวง					
การแพทย์แผนไทยประยุกต์บัณฑิต สาขาการแพทย์แผนไทย ประยุกต์	4	2548	0	205	
9.มหาวิทยาลัยรังสิต					
วิทยาศาสตร์บัณฑิต สาขาการแพทย์แผนตะวันออก	4	2546	89	480	
10.วิทยาลัยชุมชนตากร่วมกับโรงพยาบาลบ้านตาก					
อนุปริญญาแพทย์แผนไทยประยุกต์ วิชา.ตาก	2.5	2549	0	30	
11.คณะสาธารณสุข ม.นเรศวร					
สาธารณสุขศาสตรบัณฑิต (แพทย์แผนไทยประยุกต์)	4	2548	0	104	
12.วิทยาลัยการแพทย์แผนไทยอภัยภูเบศร ม.บูรพา					
วิทยาศาสตร์บัณฑิต สาขาการแพทย์แผนไทยประยุกต์	4	2549	0	100	
13.มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา					
การแพทย์แผนไทยประยุกต์	4	2548	0	210	
14.มหาวิทยาลัยรามคำแหง					
วิทยาศาสตร์บัณฑิต สาขาการแพทย์แผนไทย	4	2547	0	282	
15.มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์					
วิทยาศาสตร์บัณฑิต สาขาวิชาการแพทย์แผนไทย	4	2548	0	152	
16.มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงราย					
การแพทย์แผนไทยบัณฑิต	4	2546	29	280	
17.โรงเรียนอายุรว					
ประกาศนียบัตรวิชาชีพเวชกรรม สาขาการแผนแพทย์ไทย ประยุกต์	3	2525	620	0	โอนมาที่ศิริราช ตั้งแต่ปี 2546
รวม			1,987	2,818	

ข้อมูล จากการสำรวจตรงจากสถาบันการผลิต ณ เดือนสิงหาคม 2550

จากแผนภูมิที่ 5 พบว่าจำนวนนักศึกษาที่รับเพิ่มขึ้นตั้งแต่ปี 2545 สอดคล้องกับการเริ่มเปิดการเรียนการสอนแพทย์แผนไทยและแพทย์แผนไทยประยุกต์ในสถาบันอุดมศึกษา โดยจำนวนรับนักศึกษาจาก ปีละประมาณ 40 คนในปี 2541 มาเป็นจำนวนประมาณ 1,000 คน ในปี 2550



4.2 การคาดการณ์อัตราการผลิตกำลังคนด้านการแพทย์แผนไทยและการแพทย์แผนไทยประยุกต์ในสถาบันอุดมศึกษาของรัฐ

การศึกษานี้มุ่งเน้นการคาดการณ์อัตราการผลิตบุคลากรทั้งด้านการแพทย์แผนไทยและการแพทย์แผนไทยประยุกต์ในสถาบันอุดมศึกษาของรัฐเท่านั้น เนื่องจากบุคลากรในกลุ่มนี้สามารถสอบใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบโรคศิลปะสาขาการแพทย์แผนไทย หรือสาขาการแพทย์แผนไทยประยุกต์ได้ อีกทั้งการศึกษาในสถาบันอุดมศึกษาสามารถวางแผนการผลิต การเรียนการสอนตลอดจนควบคุมคุณภาพของกระบวนการผลิตบุคลากรได้อย่างเป็นระบบ และเพื่อให้สอดคล้องกับการศึกษาการคาดการณ์ความต้องการบุคลากรผู้ให้บริการด้านการแพทย์แผนไทยดังที่ได้กล่าวมาแล้วข้างต้น

โดยการคาดการณ์อัตราการผลิตบุคลากรด้านการแพทย์แผนไทยและแผนไทยประยุกต์ในการศึกษามีข้อกำหนดดังนี้

1. เป็นสถาบันการผลิตในระดับอุดมศึกษา ที่มีจำนวนปีของหลักสูตรตั้งแต่ 3 ปีขึ้นไป (เพื่อให้ได้เกณฑ์การสอบขึ้นทะเบียนใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ)
2. เป็นสถาบันการศึกษาที่มีการรับนักศึกษาในปีการศึกษา 2550
3. การคาดการณ์ใช้สมมติฐานที่ว่า

3.1 สถาบันการศึกษาทุกแห่งที่นำมาใช้ในการคาดการณ์ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการวิชาชีพ

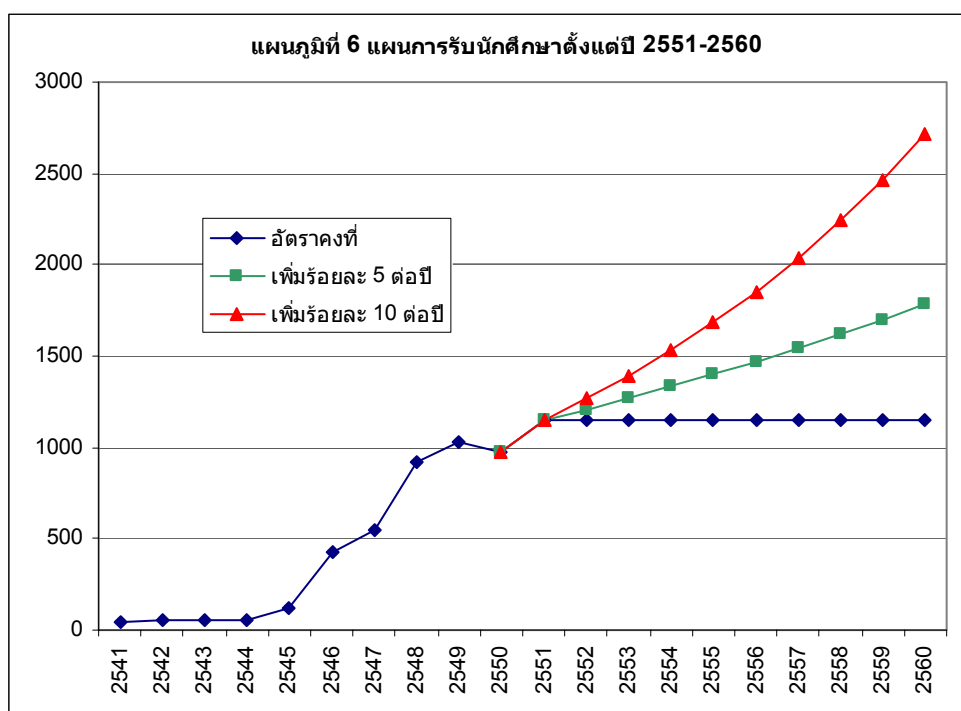
- 3.2 อัตราการรับนักศึกษาจริงต่อปีเท่ากับแผนการรับนักศึกษา
- 3.3 อัตราการจบการศึกษา เท่ากับร้อยละ 95
- 3.4 นักศึกษาทุกคนที่จบการศึกษาได้รับการขึ้นทะเบียนรับใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบโรคศิลปะ

แม้ว่าความต้องการของสังคมต่อบุคลากรด้านการแพทย์แผนไทยมีสูงมาก ทำให้ในระยะ 5-6 ปีที่ผ่านมาอัตราการขยายตัวของสถาบันการผลิตสูงมากก็ตาม แต่เนื่องจากข้อจำกัดที่สำคัญของกระบวนการผลิตคือ ความขาดแคลนอาจารย์ผู้สอนที่มีทักษะและความชำนาญ ดังนั้นการคาดการณ์อัตราการผลิตบุคลากรด้านการแพทย์แผนไทยและแผนไทยประยุกต์ในอนาคต จึงต้องกำหนดฉากทัศน์ในรูปแบบต่างๆ เพื่อให้สอดคล้องกับการเปลี่ยนแปลงของสถานการณ์ต่างๆ ในอนาคต

- รูปแบบที่ 1 Equilibrium stage** โดยกำหนดให้จำนวนนักศึกษาที่จะรับในอนาคตอีก 10 ปีข้างหน้า เท่ากับจำนวนนักศึกษาที่รับในปี 2551
- รูปแบบที่ 2 Low expanding stage** โดยกำหนดให้จำนวนนักศึกษาที่จะรับในอนาคตอีก 10 ปีข้างหน้า เพิ่มขึ้นร้อยละ 5 ต่อปี
- รูปแบบที่ 3 High expanding stage** โดยกำหนดให้จำนวนนักศึกษาที่จะรับในอนาคตอีก 10 ปีข้างหน้า เพิ่มขึ้นร้อยละ 10 ต่อปี

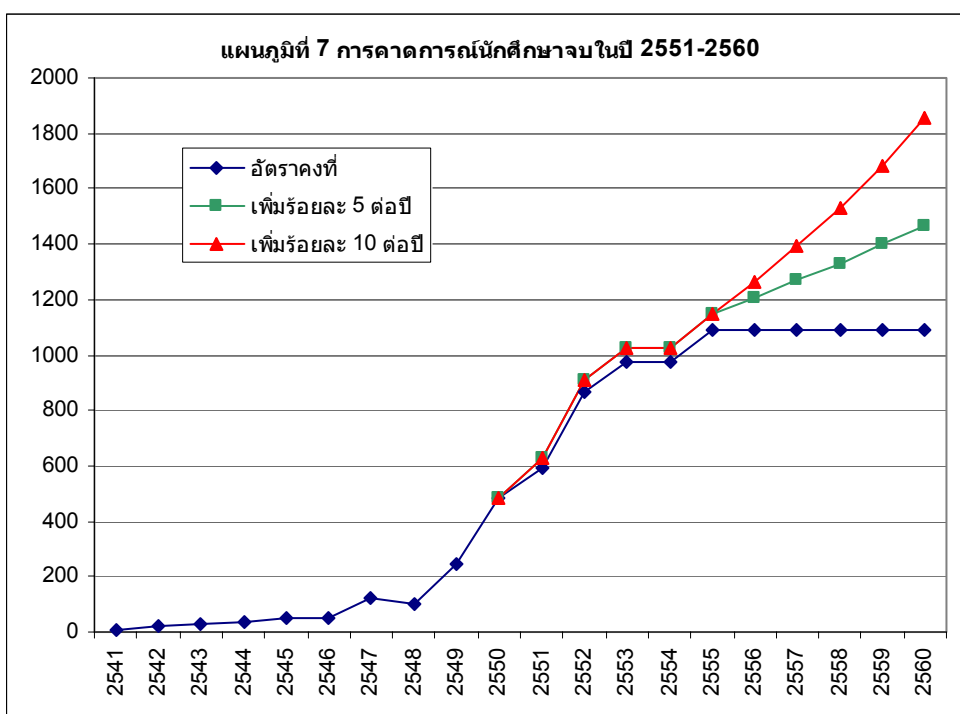
ตารางที่ 11 แผนการรับนักศึกษา ในปี 2551-2560 ในรูปแบบของฉากทัศน์ต่างๆ

ปี	แผนการรับนักศึกษา		
	แบบที่ 1	อัตราคงที่	แบบที่ 2 เพิ่ม 5 % ต่อปี แบบที่ 3 เพิ่ม 10 % ต่อปี
2550		971	971
2551		1,150	1,150
2552		1,150	1,208
2553		1,150	1,268
2554		1,150	1,331
2555		1,150	1,398
2556		1,150	1,468
2557		1,150	1,541
2558		1,150	1,618
2559		1,150	1,699
2560		1,150	1,784
		11,500	14,465 18,328



ตารางที่ 12 การคาดการณ์นักศึกษาที่จะจบการศึกษา ในปี 2551-2560 ในรูปแบบของฉากทัศน์ต่างๆ

ปี	คาดการณ์จำนวนนักศึกษาที่จบ		
	แบบที่ 1	อัตราคงที่	แบบที่ 3 เพิ่ม 10 % ต่อปี
2550		486	
2551		594	594
2552		866	866
2553		976	976
2554		972	972
2555		1,093	1,093
2556		1,093	1,202
2557		1,093	1,322
2558		1,093	1,454
2559		1,093	1,600
2560		1,093	1,759
		9,963	11,837



จากตารางที่ 11 และแผนภูมิที่ 6 เห็นได้ว่าการคาดการณ์จำนวนนักศึกษาที่รับในภาคทฤษฎีที่ 1 ที่มีอัตราการรับนักศึกษาคงที่ปีละ 1,150 คน ภายในระยะเวลา 10 ปี ในขณะที่ภาคทฤษฎีที่ 2 (เพิ่มร้อยละ 5 ต่อปี) จะมีจำนวนนักศึกษาที่รับในปี 2560 เท่ากับ 1,784 คนต่อปี คิดเป็นอัตราการเพิ่มขึ้นร้อยละ 55 เมื่อเทียบกับจำนวนนักศึกษาในปี 2551 และในภาคทฤษฎีที่ 3 (เพิ่มร้อยละ 10 ต่อปี) จะมีจำนวนนักศึกษาที่รับในปี 2560 เท่ากับ 2,712 คนต่อปี คิดเป็นอัตราการเพิ่มขึ้นร้อยละ 135 เมื่อเทียบกับจำนวนนักศึกษาในปี 2551

เมื่อพิจารณาจากการคาดการณ์จำนวนนักศึกษาจบในอีก 10 ข้างหน้า ในภาคทฤษฎีที่ 1, 2 และ 3 โดยใช้สมมติฐานว่าอัตราการจบการศึกษาอยู่ที่ร้อยละ 95 จะมีจำนวนนักศึกษาที่จบในปี 2551-2560 เท่ากับ 594-1,093 คน, 594-1,394 คนและ 594-1,759 คนต่อปีตามลำดับ แล้วพบว่าจำนวนรวมนักศึกษาที่จบในระยะ 10 ปี ข้างหน้าเท่ากับ 9,963 คน, 10,839 คน และ 11,837 คนตามลำดับ (ตารางที่ 12 และแผนภูมิที่ 7)

5. การวางแผนกำลังคนผู้ให้บริการด้านการแพทย์แผนไทยในสถานบริการรัฐ

การวางแผนกำลังคนด้านสุขภาพนั้นเป็นสิ่งที่มีความสำคัญควบคู่ไปพร้อมกับการวางแผนระบบสุขภาพ ซึ่งกระบวนการวางแผนประกอบด้วย ขั้นตอนต่างๆ ได้แก่ การวิเคราะห์แนวโน้มของปัญหาสุขภาพ และการพัฒนาของระบบสาธารณสุข การคาดการณ์กำลังคนที่ต้องการ (Workforce requirement) การวิเคราะห์แนวโน้มกำลังคนที่คาดว่าจะมี (Workforce supply) จากนั้นจึงวิเคราะห์ดุลยภาพระหว่างการผลิตกำลังคนในปัจจุบันและอนาคต กับจำนวนคนที่ต้องการในอนาคต และดำเนินการวางแผนผลิตและพัฒนา กำลังคนต่อไป ในขบวนการต่างๆ นี้ กระบวนการคาดการณ์จำนวนคนที่ต้องการ เป็นขั้นตอนที่มีความซับซ้อน และจำเป็นต้องได้รับการสนับสนุนจากข้อมูลที่น่าเชื่อถือ และมีประสิทธิภาพ

จากการศึกษานี้พบว่า มีผู้ให้บริการด้านการแพทย์แผนไทยอยู่ในสถานบริการของรัฐแล้วจำนวน 3,529 คน โดยเป็นผู้ที่ได้รับการขึ้นทะเบียนเป็นผู้ประกอบโรคศิลปะ จำนวน 261 คน เป็นผู้ที่จบจากสถาบันการศึกษา แต่ยังไม่ได้นำประกอบวิชาชีพอีก 227 คน และผู้ที่ผ่านหลักสูตรการอบรมต่างๆ จำนวน 3,041 คน ซึ่งในสองกลุ่มหลังจำเป็นต้องวิเคราะห์ในรายละเอียด เพื่อพัฒนาให้เข้ากระบวนการพัฒนาคุณภาพเพื่อเป็นการเพิ่มศักยภาพในการปฏิบัติงานจากจำนวนที่มีอยู่

จากการคาดการณ์ความต้องการกำลังคนทั้งตำแหน่งนายแพทย์แผนไทยและผู้ช่วยที่ได้รับมอบหมายให้ประกอบโรคศิลปะ เมื่อพิจารณากรอบอัตรากำลังร่วมกับจำนวนสถานบริการของรัฐในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขแล้ว ในระยะเวลา 10 ปีข้างหน้ามีความต้องการนายแพทย์แผนไทยและผู้ช่วยที่ได้รับมอบหมายให้ประกอบโรคศิลปะจำนวนทั้งสิ้น 10,789 คนและ 22,378 คนตามลำดับ การคาดการณ์การเพิ่มอัตรากำลังในสถานบริการระดับต่างๆด้วยจากทฤษฎีที่หลากหลายตั้งแต่การเพิ่มจำนวนด้วยอัตราร้อยละ 3-7 ต่อปี จนถึงการเพิ่มด้วยจำนวนคงที่ พบว่าจะใช้เวลาในการพัฒนากำลังคนให้เต็มกรอบระหว่าง 10-24 ปี ส่วนจำนวนนายแพทย์แผนไทยที่ต้องการอยู่ระหว่าง 324 - 1,080 คนต่อปี และจำนวนผู้ช่วยที่ได้รับมอบหมายให้ประกอบโรคศิลปะที่ต้องการอยู่ระหว่าง 671 - 2,238 คนต่อปี

ในขณะที่การคาดการณ์กำลังการผลิตบุคลากรในสถาบันอุดมศึกษาต่างๆ การศึกษานี้ได้กำหนดจากทฤษฎีของการขยายตัวการผลิตตั้งแต่อัตราคงที่จากปี 2550 จนกระทั่งเพิ่มในอัตราที่สูงถึงร้อยละ 10 ต่อปี เมื่อพิจารณาแล้วพบว่า แม้ว่าในจากทฤษฎีที่ 3 (เพิ่มร้อยละ 10 ต่อปี) จะมีอัตราการเพิ่มขึ้นของจำนวนนักศึกษาใกล้เคียงกับแนวโน้มการเพิ่มขึ้นในปี 2541-2550 ก็ตาม แต่เมื่อดูจำนวนนักศึกษาที่รับเพิ่มในแต่ละปีมีอัตราที่สูงมาก และด้วยข้อจำกัดของจำนวนอาจารย์ที่มีทักษะและความชำนาญและสถานที่ฝึกปฏิบัติงานของนักศึกษาเหล่านี้ ทำให้จากทฤษฎีที่ 3 มีความเป็นไปได้ยากในทางปฏิบัติ ดังนั้นในจากทฤษฎีที่ 1 (จำนวนนักศึกษาเท่ากับที่รับในปี 2551) และจากทฤษฎีที่ 2 (เพิ่มร้อยละ 5 ต่อปี) จึงมีความเป็นไปได้สูงกว่า โดยมีแนวโน้มการผสมผสานของจากทฤษฎีที่ 1 และ 2 โดยในช่วงแรกการเพิ่มจำนวนนักศึกษาควรจะเป็นแบบคงที่ ในขณะที่ควรจะมีการพัฒนาอาจารย์และศักยภาพของสถานที่ฝึกงานอย่างเป็นระบบ และในช่วงหลังจึงจะมีการเพิ่มอัตราการรับนักศึกษาต่อปีได้

เมื่อพิจารณาจากการคาดการณ์จำนวนนักศึกษาจบในอีก 10 ข้างหน้า ในจากทฤษฎีที่ 1, 2 และ 3 โดยใช้สมมติฐานว่าอัตราการจบการศึกษาอยู่ที่ร้อยละ 95 แล้วพบว่า มีจำนวนนักศึกษาที่จบในระยะ 10 ปีข้างหน้าเท่ากับ 9,963 คน, 10,839 คน และ 11,837 คนตามลำดับ เช่นเดียวกับการวิเคราะห์ข้างต้นที่ว่าความเป็นไปได้ของการรับนักศึกษา ควรอยู่ระหว่างจากทฤษฎีที่ 1 และ 2 ดังนั้นคาดว่าจำนวนนักศึกษาที่จะจบควรอยู่ระหว่าง 9,963 - 10,839 คน

เมื่อพิจารณาจากการคาดการณ์จำนวนนักศึกษาที่จบ เปรียบเทียบกับความต้องการในภาครัฐในระยะ 10 ปีข้างหน้า จะเห็นได้ว่ามีจำนวนที่ใกล้เคียงกัน ซึ่งหมายความว่า การจะเพิ่มจำนวนนายแพทย์แผนไทยให้ครบตามกรอบที่กำหนดได้จะต้องใช้จำนวนบัณฑิตเกือบทั้งหมดที่ผลิตได้ในแต่ละปี แต่เมื่อพิจารณาในแง่ความเป็นไปได้แล้วค่อนข้างยากในทางปฏิบัติ เนื่องจากตลาดแรงงานของการบริการด้านแพทย์แผนไทยมีทั้งใน

ภาครัฐและเอกชน โดยเฉพาะอย่างยิ่งในภาคเอกชนที่มีการเติบโตสูงมาก ดังนั้นเมื่อมีทรัพยากรบุคคลที่จำกัดก็
จะเกิดปรากฏการณ์แย่งชิงทรัพยากรเหล่านั้นตามหลักของกลไกการตลาด

6. ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

6.1 ด้านอุปสงค์ (Demand)

1. กระทรวงสาธารณสุขควรเน้นการส่งเสริมการบริการด้านการแพทย์แผนไทยในระดับ District health system (ทั้ง Primary และ secondary care) เนื่องจากสถานบริการระดับนี้มีต้นทุนบุคลากรทางด้านนี้ที่ปฏิบัติงานอยู่ในพื้นที่อยู่แล้ว อีกทั้งการจัดระบบบริการที่ไม่ยุ่งยากและซับซ้อนเกินไป จะทำให้ประสบความสำเร็จในการผสมผสานบริการทางการแพทย์แผนไทยเข้ากับการแพทย์ตะวันตกได้ง่าย
2. กระทรวงสาธารณสุขควรกำหนดตำแหน่ง “นายแพทย์แผนไทย” และ “ผู้ช่วยนายแพทย์แผนไทย” ให้เป็นตำแหน่ง “ข้าราชการ” เนื่องจากการกำหนดตำแหน่งลงในสถานบริการของรัฐในระดับต่างๆ เป็นปัจจัยสำคัญที่มีผลต่อนโยบายการเพิ่มจำนวนอัตรา การกำหนดกรอบอัตราที่เป็น “ข้าราชการ” จะเป็นแรงจูงใจที่สำคัญให้บุคลากรผู้ให้บริการด้านการแพทย์แผนไทยเข้ามาปฏิบัติงานในภาครัฐ ซึ่งจะมีผลสำคัญในการพัฒนางานด้านการแพทย์แผนไทยในอนาคตต่อไป
3. องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเป็นทางเลือกที่สำคัญ ในการพัฒนาบุคลากรผู้ให้บริการด้านการแพทย์แผนไทยลงในระดับพื้นที่ โดยสามารถดำเนินการได้ตั้งแต่ การวางแผนความต้องการ การสนับสนุนงบประมาณในการผลิต และการกำหนดอัตราตลอดจนความก้าวหน้าของบุคลากรเหล่านี้ ลงในหน่วยงานสังกัดกระทรวงสาธารณสุขหรือหน่วยบริการขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเองก็ตาม
4. ควรพัฒนาระบบการเก็บข้อมูลที่มีความจำเป็น (Core indicators) เพื่อนำมาใช้ประกอบการคาดการณ์ด้วยวิธีอื่นๆ จะทำให้การวางแผนในอนาคตมีความแม่นยำขึ้น ตัวอย่างข้อมูลดังกล่าว เช่น ข้อมูลด้านผลิตภาพ (Productivity) การวิเคราะห์ลักษณะความเจ็บป่วยของแต่ละกลุ่มประชากร ข้อมูลอัตราการใช้บริการ (Utilization rate) ข้อมูลการสูญเสียบุคลากรจากวิชาชีพ (Loss rate) เป็นต้น

6.2 ด้านอุปทาน (Supply)

1. พัฒนาหลักสูตรการเรียนการสอนให้มีคุณภาพและมาตรฐาน ทั้งตามมาตรฐานของกระทรวงศึกษาและการรับรองจากกรรมการวิชาชีพ การดำเนินการควรทำภายใต้เครือข่ายความร่วมมือระหว่างสถาบันการผลิต คณะกรรมการวิชาชีพและกระทรวงสาธารณสุข
2. เร่งพัฒนา “ครู” ทั้งในเรื่องจำนวนและคุณภาพ ซึ่งจะเป็ปัจจัยที่สำคัญในการกำหนดความสามารถในการผลิตบุคลากรในอนาคต
3. พัฒนาบุคลากรที่ให้บริการด้านการแพทย์แผนไทยที่ปฏิบัติงานอยู่เดิม โดยเฉพาะในกลุ่มที่จบจากสถาบันการศึกษาไม่สามารถสอบขึ้นทะเบียนผู้ประกอบการโรคศิลปะได้ และกลุ่มที่ผ่านการฝึกอบรมใน

หลักสูตรต่างๆที่หลากหลายและไม่ได้มาตรฐานตามข้อกำหนดของกรมการวิชาชีพ ควรได้รับการพัฒนาปรับปรุงการศึกษา เพื่อให้สามารถสร้างผลิตภาพที่มากขึ้นได้

7. บทสรุป

การพัฒนาการแพทย์แผนไทยบนฐานของระบบบริการสาธารณสุขภาครัฐ โดยเฉพาะในส่วนที่สังกัดกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งครอบคลุมอยู่ทุกพื้นที่ของประเทศไทย เป็นยุทธศาสตร์ที่สำคัญในการผสมผสานระบบบริการการแพทย์แผนไทยเข้ากับระบบบริการการแพทย์แผนตะวันตก เพื่อนำไปสู่การยอมรับของทั้งผู้ให้บริการและผู้มารับบริการในระบบบริการสุขภาพ และการพัฒนากำลังคนผู้ให้บริการด้านการแพทย์แผนไทยทั้งในระดับผู้ได้รับอนุญาตให้ประกอบวิชาชีพ หรือในระดับผู้ช่วยที่ได้รับมอบหมายให้ประกอบโรคศิลปะก็ตาม เป็นสิ่งสำคัญเป็นอันดับต้นๆที่ทุกฝ่ายต้องให้ความร่วมมือกัน กระบวนการพัฒนากำลังคนดังกล่าวเริ่มตั้งแต่การกำหนดกรอบอัตรากำลังในสถานบริการต่างๆตามความเหมาะสม ในการศึกษานี้ได้เริ่มต้นจากวิธีการกำหนดเป้าหมายบริการ ที่ไม่ต้องการข้อมูลที่ซับซ้อนมากนัก ซึ่งต่อไปเมื่อมีการพัฒนาระบบการจัดเก็บข้อมูลที่ถูกต้องแม่นยำขึ้น ก็สามารถปรับใช้วิธีการคาดการณ์ในแบบอื่นๆที่มีความแม่นยำสูงกว่า

สิ่งที่สำคัญที่สุดของการวางแผนกำลังคน คือการเปลี่ยนแปลงของบริบทแวดล้อมตลอดเวลา ซึ่งจะมีผลกระทบต่อความต้องการกำลังคน ดังนั้นการประเมินผลการดำเนินงานของแผนเพื่อนำไปสู่การปรับเปลี่ยนเป็นระยะจะช่วยทำให้การวางแผนมีความแม่นยำและสอดคล้องต่อสถานการณ์มากขึ้น

“Project long, act short and update often”

จากการกำหนดความต้องการนำไปสู่การวางแผนการผลิต จะทำให้สถาบันการศึกษาสามารถมีเป้าหมายแนวทางการผลิตที่สอดคล้องกับความต้องการของระบบสุขภาพมากขึ้น เมื่อได้ผลผลิตของกำลังคนในแต่ละปีแล้วขั้นตอนการวางแผนบรรจุกำลังคนเหล่านั้นเข้าสู่ระบบบริการสุขภาพ จะเป็นอีกขั้นตอนที่สำคัญที่ต้องอาศัยการวางแผนร่วมกันระหว่างกระทรวงสาธารณสุขและสำนักงานคณะกรรมการข้าราชการพลเรือน (กพ.) ในการกำหนดอัตราตำแหน่งข้าราชการ หรือในตำแหน่งพนักงานราชการ ในขณะที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเองก็ได้พัฒนาบทบาทเป็นผู้ร่วมใช้กำลังคนในระดับพื้นที่มากขึ้น การกำหนดอัตราการบรรจุ การกำหนดความก้าวหน้าในสายวิชาชีพ การสร้างแรงจูงใจทั้งส่วนที่เป็นตัวเงิน (Financial incentive) และแรงจูงใจที่ไม่ใช่ตัวเงิน (Non-financial incentive) เพื่อที่จะดึงดูดบุคลากรเหล่านั้นให้สามารถปฏิบัติงานในหน่วยงานได้อย่างมีประสิทธิภาพและมีความสุข จึงเป็นสิ่งจำเป็นที่ต้องอาศัยความร่วมมือของทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้องในการส่งเสริมและสนับสนุนการพัฒนาบุคลากรด้านการแพทย์แผนไทยในสถานบริการของรัฐต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ.(2550). แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 10 (พ.ศ.2550-2554)
2. กระทรวงสาธารณสุข.(2550). แผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 10 ของกระทรวงสาธารณสุข
3. กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก.(2550). แผนยุทธศาสตร์ชาติ การพัฒนาภูมิปัญญาไทย สุขภาพวิถีไทย พ.ศ.2550-2554
4. สำนักงานวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพชุมชน กระทรวงสาธารณสุข.(2550). แผนยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิ ระยะ 5 ปี
5. สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข.(2549). แผนยุทธศาสตร์ทศวรรษการพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพแห่งชาติ ปี พ.ศ.2550-2559
6. กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก กระทรวงสาธารณสุข.(2550). รายงานสถานการณ์การแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้านและการแพทย์ทางเลือก ประจำปี พ.ศ.2548-2550
7. คณะอนุกรรมการศึกษาปัญหาการขาดแคลนแพทย์.(2540). รายงานการศึกษาวิจัยเพื่อแก้ปัญหาการขาดแคลนแพทย์ในประเทศไทย โดยคณะอนุกรรมการศึกษาปัญหาการขาดแคลนแพทย์ ปี 2540
8. สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข.(2548). การสาธารณสุขไทย พ.ศ.2544-2547