

ปัญหาการขาดแคลนบุคลากรด้านกายภาพบำบัด การปฏิบัติหน้าที่ แนวทางการแก้ไขปัญหา และประเด็นการปฏิรูป

ผศ.ดร.กานดา ชัยภิญโญ นายกศภาคกายภาพบำบัด

กภ.สมใจ ลีอวิเศษไพบุลย์ กรรมการสภากายภาพบำบัด

Email: kchaipinyo@gmail.com, somjailue@gmail.com

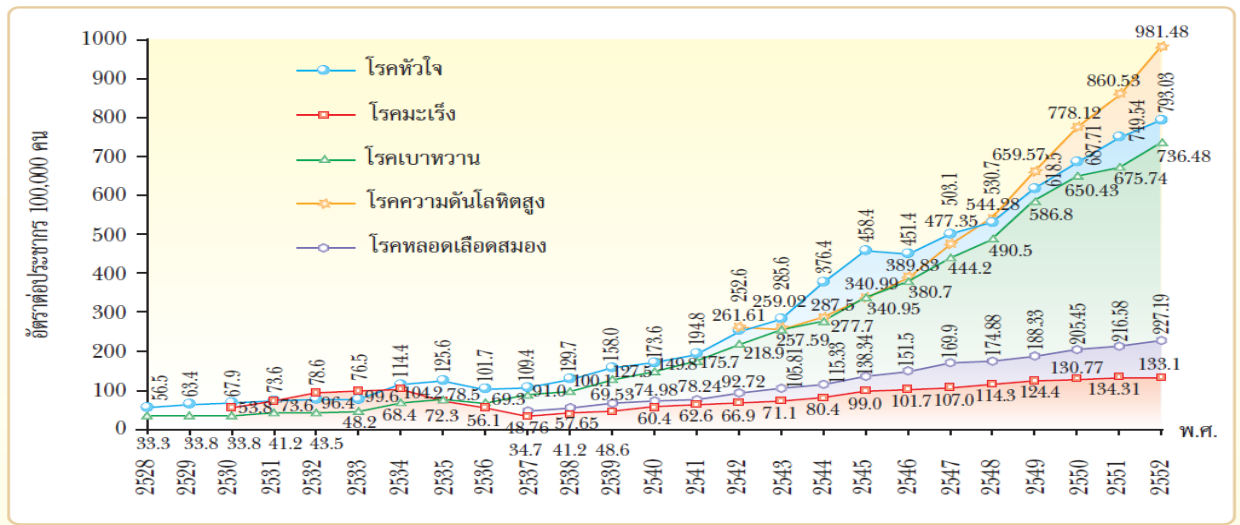
โครงสร้างประชากรไทยในปี พ.ศ.2568 คาดการณ์ว่าจะมีประชากรรวม 72 ล้านคน โดยมีจำนวนประชากรที่เป็นผู้สูงอายุร้อยละ 20 หรือประมาณ 14 ล้านคน (ตารางที่1) ประเทศไทยจะก้าวเข้าสู่การเป็นสังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ (Aged Society) กล่าวคือจะมีผู้สูงอายุ 1 คน ในประชากรทุกๆ 5 คน ซึ่งประชากรผู้สูงอายุที่มากขึ้นนี้ มีผลกระทบต่อโครงสร้างการให้บริการสาธารณสุขของประเทศ เนื่องจากเป็นกลุ่มประชากรที่มีภาวะเสี่ยงต่อการเป็นโรคเรื้อรังต่างๆ และมีปัญหาในการเคลื่อนไหวและการดูแลตนเอง จากผลการศึกษาปัญหาการเจ็บป่วยจากการตรวจร่างกายของผู้สูงอายุไทยในปี 2552 โดยสำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ ปรากฏว่า มีผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไปร้อยละ 85 หรือจำนวนประมาณ 6 ล้านคน ที่สามารถดูแลตนเองได้ และมีผู้สูงอายุที่นอนติดเตียง ติดบ้าน ต้องพึ่งพิงคนอื่นช่วยดูแลกว่า 1 ล้านคน คิดเป็นเกือบร้อยละ 15 โดยมีประมาณ 960,000 คน ที่ช่วยเหลือตนเองได้บางส่วน อีกประมาณ 63,000 คน ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้เลย และโรคเรื้อรัง 5 อันดับที่พบมากในผู้สูงอายุคือ ความดันโลหิตสูง เบาหวาน โรคอ้วนลงพุง และโรคข้อเสื่อมนอกจากนี้ยังพบว่าอัตราผู้ป่วยในต่อแสนประชากร ของโรคหัวใจ โรคมะเร็ง โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูงและโรคหลอดเลือดสมองมีแนวโน้มสูงขึ้นทุกปีรูปที่ 1) ซึ่งปัญหาดังกล่าวสามารถป้องกัน ดูแล รักษาและฟื้นฟูด้วยวิธีการทางกายภาพบำบัด

ตารางที่1 จำนวนประชากรไทยและประชากรผู้สูงอายุ

พ.ศ.	จำนวนประชากรรวม	จำนวนประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไป	ร้อยละของประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไป	อายุมัธยฐาน
2548	64,765,000	6,693,000	10.3	32.6
2550	65,711,000	7,038,000	10.7	33.0
2553	67,042,000	7,522,800	11.8	34.7
2563	70,821,000	11,888,000	16.8	38.2
2568	72,286,000	14,452,000	20.0	39.8

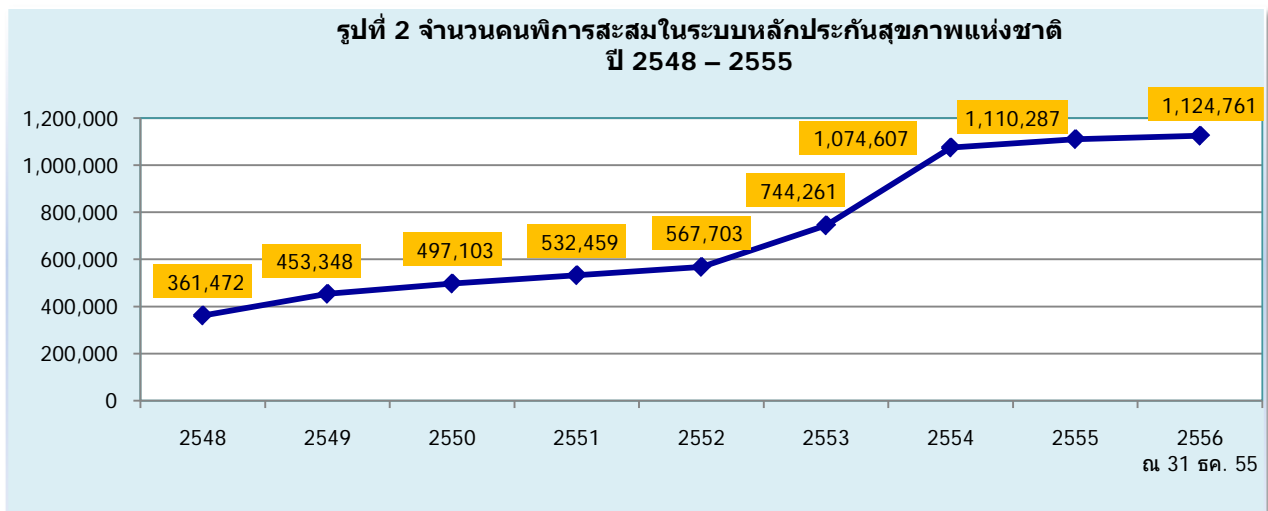
อ้างอิงจาก : รายงานสถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ.2550 มูลนิธิสถาบันวิจัยและการพัฒนาผู้สูงอายุไทย

รูปที่ 1 อัตราผู้ป่วย (ต่อประชากร 100,000คน) ของโรคหัวใจ โรคมะเร็ง โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง และโรคหลอดเลือดสมองมีแนวโน้มสูงขึ้นทุกปี



ที่มา: รายงานผู้ป่วยใน สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข
 หมายเหตุ: ความชุกของโรคมะเร็ง ตั้งแต่ พ.ศ. 2537 แสดงเฉพาะมะเร็งตับ ปอด มดลูก และเต้านม เท่านั้น

นอกจากกลุ่มประชากรผู้สูงอายุแล้วประชากรไทยที่มีความพิการมีประมาณ 1.2 ล้านคนซึ่งในจำนวนนี้มีถึงร้อยละ 47 ที่มีความพิการทางกายซึ่งเป็นกลุ่มที่จำเป็นต้องได้รับการดูแลโดยนักกายภาพบำบัด (รูปที่ 2 ข้อมูลจาก สปสช. ณ 31 ธ.ค. 2555) และจากสภาพการเปลี่ยนแปลงทางสังคมและเศรษฐกิจของประเทศสู่สังคมอุตสาหกรรม ยังมีผลต่อวิถีชีวิตของประชากรวัยทำงาน ที่ทำให้มีการเคลื่อนไหวลดลง มีการทำงานในรูปแบบซ้ำๆ มากขึ้น ส่งผลกระทบทางตรงต่อความเจ็บป่วยของประชาชน เนื่องจากระบบประสาทและกล้ามเนื้อทำงานหนักเป็นบางส่วน ส่งผล



ทำให้เกิดภาวะปวดเรื้อรังมากขึ้น ซึ่งหากได้รับคำแนะนำเพื่อส่งเสริมสุขภาพ ป้องกัน และดูแลรักษาทางกายภาพบำบัดที่เหมาะสม จะช่วยลดภาระทางเศรษฐกิจที่เกิดจากความเจ็บปวดเรื้อรังได้ โดยมีรายงานการวิจัยสนับสนุนว่าการป้องกันโรคในระดับทุติยภูมิ (secondary prevention) ซึ่งหมายรวมถึงการตรวจประเมินความยืดหยุ่นและการจัดเรียงโครงสร้างของข้อต่อ (joint flexibility and alignment) ก่อนที่จะปรากฏอาการทางคลินิก (McCloy, 2001, p. 314) จะช่วยลดการเกิดภาวะความพิการแบบชั่วคราวและถาวรในผู้ป่วยที่มีภาวะโรคข้อโรคหัวใจ โรคปอดเรื้อรัง โรคเบาหวาน โรคกระดูกพรุน การทกล้มของผู้สูงอายุ อาการปวดหลังเรื้อรัง และอาการกล้ามเนื้อปัสสาวะไม่ได้ในผู้หญิง (Restall, Leclair & Fricke, 2005).

นอกจากนี้ในส่วนของกระทรวงสาธารณสุขได้มีการพัฒนา ระบบบริการสุขภาพ (Service Plan) โดยมุ่งพัฒนาระบบบริการทุกระดับตั้งแต่ระดับปฐมภูมิ ทุติยภูมิ และ ตติยภูมิ ซึ่งรวมถึงการพัฒนาความเชี่ยวชาญระดับสูง สร้างระบบที่เชื่อมโยงกันเป็นเครือข่ายทั้งภายในจังหวัดภายในเขตและเป็นเครือข่ายระดับประเทศ อีกทั้งดำเนินการจัดทำแผนการสนับสนุนทรัพยากรให้สอดคล้องกับแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพซึ่งใน service plan ดังกล่าวได้มีการประมาณการความต้องการกำลังคนนักกายภาพบำบัดเพื่อสนับสนุน service plan โดยในปี พ.ศ. 2555 พบว่ามีนักกายภาพบำบัดที่ทำงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขรวมทุกกรมเพียง 1,967 คน (เฉพาะรพ.ในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขมีนักกายภาพบำบัด 1,866 คน) ประมาณการความต้องการกำลังคนทั้งหมดตาม service plan คือ 4,090 คน

ล่าสุดในปี พ.ศ. 2558 กระทรวงสาธารณสุขได้ปรับเปลี่ยนวิธีคำนวณอัตราากำลังคนโดยใช้ full time equivalent (FTE) ซึ่งคำนวณจากจำนวนพนักงานปฏิบัติงานเต็มเวลาเมื่อเทียบกับเวลามาตรฐานการทำงาน การคำนวณ FTE คำนวณจากภาระงานหลัก (workload) หารด้วยเวลามาตรฐานการทำงาน (ชั่วโมง) โดยเวลามาตรฐานกำหนดให้บุคลากรทำงาน 7 ชั่วโมงต่อวัน 20 วันต่อเดือน 12 เดือนต่อปี ดังนั้น เวลามาตรฐานมีค่าเท่ากับ 1,680 ชั่วโมงต่อปี ตัวอย่างเช่น นักกายภาพบำบัดใช้เวลาในการรักษาผู้ป่วยทาง orthopedic 45 นาทีต่อครั้ง (0.75 ชั่วโมง) โดยมีปริมาณงานผู้ป่วยทาง orthopedic จำนวน 15,000 ครั้งต่อปี ดังนั้นภาระงานมีค่าเท่ากับ $15,000 \times 0.75 = 11,250$ ชั่วโมงต่อปี ดังนั้นนักกายภาพบำบัดจะมี FTE เท่ากับ $11,250 / 1680 = 6.69$ FTE จากวิธีการคำนวณดังกล่าวที่ครอบคลุมภาระงานหลักของนักกายภาพบำบัดในการ ดูแลผู้ป่วยแต่ละประเภท ผลการวิเคราะห์ห้อัตรากำลังพบว่าจำนวนนักกายภาพบำบัดที่ควรจะมีเฉพาะในส่วนของสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข 5,105 คน แต่มีจำนวนที่มีอยู่ในปัจจุบันตาม จ.18 เพียง 2,091 คน ยังคงมีจำนวนที่ขาด 3,014 คน และพบว่ามีสัดส่วนคนที่มิต่อกำลังที่ควรมี เพียงร้อยละ 40.96 ซึ่งเป็นสัดส่วนที่น้อยที่สุดเมื่อเทียบกับวิชาชีพสุขภาพอื่นๆ (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 ผลการวิเคราะห์อัตรากำลังตามสายงานวิชาชีพ กระทรวงสาธารณสุข กุมภาพันธ์ 2558

	ตำแหน่ง	จำนวนควรมี (FTE2)	จำนวนที่มีอยู่	จำนวนที่ขาด	สัดส่วนคนที่มี: จำนวนที่ควรมี
1	นายแพทย์	22,087	15,403	6,684	69.74
2	ทันตแพทย์	6,752	4,599	2,153	68.11
3	เภสัชกร	9,486	7,424	2,062	78.26
4	พยาบาลวิชาชีพ*	126,989	95,775	31,214	75.42
5	นักเทคนิคการแพทย์		3,130		
6	นักวิทยาศาสตร์การแพทย์		465		
7	เจ้านักงานวิทยาศาสตร์การแพทย์		2,520		
	รวมนักเทคนิคฯ,นักวิทย์ฯและจพ.วิทย์ฯ	8,614	6,115	2,499	70.99
8	นักกายภาพบำบัด	5,105	2,091	3,014	40.96
9	นักรังสีการแพทย์		878		
10	เจ้านักงานรังสีการแพทย์		893		
	รวมนักรังสีฯและจพ.รังสีฯ	3,181	1,771	1,410	55.67
11	เจ้านักงานทันตสาธารณสุข*	7,663	6,719	944	87.68
12	เจ้านักงานเภสัชกรรม	8,040	4,997	3,043	62.15

ข้อมูลจากการประชุมชี้แจงการจัดทำกรอบอัตรากำลังบุคลากรด้านสุขภาพในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข 4 ภาค โดยนพ.สุเทพ วัชรปิยานันท์ ผู้ช่วยปลัดกระทรวงสาธารณสุข

*(FTE + บริการปฐมภูมิตามสัดส่วน ปชก.)

ข้อมูลจากสภากายภาพบำบัดในเดือนมีนาคม พ.ศ. 2558 พบว่ามีนักกายภาพบำบัดที่ขึ้นทะเบียนประกอบวิชาชีพกายภาพบำบัดรวม 9,009 คน (ข้อมูลเมื่อวันที่ 5 มีนาคม 2558) โดยข้อมูลในการสำรวจการกระจายกำลังคนของสภากายภาพบำบัดในปี พ.ศ. 2555 พบว่าจากจำนวนผู้ขึ้นทะเบียนประมาณ 7,000 คน มีนักกายภาพบำบัดที่ยังคงปฏิบัติงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข 1,967 คน ในภาคการศึกษา (อาจารย์และนักกายภาพบำบัดสังกัดโรงพยาบาลของมหาวิทยาลัยต่างๆ) ประมาณ 400 คน และในภาคเอกชน 2,839 คน โดย คาดว่ามีผู้ขึ้นทะเบียนประมาณครึ่งหนึ่งที่ไม่ได้ประกอบอาชีพกายภาพบำบัด

นอกจากนั้นในระดับปฐมภูมิ ข้อมูลในปี 2552 พบว่าโรงพยาบาลชุมชนที่มีนักกายภาพบำบัดปฏิบัติงานอยู่มีเพียงประมาณ 300 แห่ง จากจำนวนโรงพยาบาลชุมชนทั่วประเทศจำนวน 735 แห่ง โดยในแต่ละแห่ง จะมีจำนวนนักกายภาพบำบัดโดยเฉลี่ยเพียง 1.5 คน (ข้อมูลจาก สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พุทธศักราช 2552) ดังนั้น คณะทำงานพัฒนากำลังคนกายภาพบำบัด สมาคมกายภาพบำบัด และสภากายภาพบำบัด โดยการสนับสนุนจาก สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จึงได้ดำเนินการโครงการพัฒนากำลังคนกายภาพบำบัดในระบบสุขภาพปฐมภูมิในปี 2553-2556 เพื่อดำเนินการให้มีการรับนักกายภาพบำบัดเข้าทำงานในโรงพยาบาลชุมชนเพิ่มขึ้นและจัดโครงการสนับสนุนด้านวิชาการเพื่อพัฒนาความสามารถและรักษากำลังคนในระบบ โครงการดังกล่าวมีเป้าหมายในการบรรจุนักกายภาพบำบัดให้ครบทุกโรงพยาบาลชุมชน ผลสำเร็จของโครงการเห็นได้จากผลการสำรวจจำนวนและการกระจายตัวของนักกายภาพบำบัดของชมรมนักกายภาพบำบัดชุมชนเดือนมิถุนายน 2557 พบว่ามีนักกายภาพบำบัดทำงานในโรงพยาบาลชุมชนทั้งหมด 1,378 คน ในโรงพยาบาลชุมชน 726 แห่งจาก 787 แห่งทั่วประเทศ หรือคิดเป็นร้อยละ 92 โดยที่โรงพยาบาลชุมชนประมาณร้อยละ 44 มีนักกายภาพบำบัดเพียง 1 คนซึ่งไม่เพียงพอต่อลักษณะงานของนักกายภาพบำบัดชุมชนที่ต้องให้บริการกายภาพบำบัดทั้งในเชิงรุก เช่น การเยี่ยมและให้การรักษาผู้ป่วยและผู้พิการตามบ้าน หรือในลักษณะตั้งรับ โดยการให้บริการผู้ป่วยในโรงพยาบาล ทำให้จำเป็นต้องมีนักกายภาพบำบัดอย่างน้อย 2-4 คนต่อโรงพยาบาลชุมชนแต่ละแห่ง ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับจำนวนประชากรที่อยู่ภายใต้ความรับผิดชอบของโรงพยาบาลแต่ละแห่ง ดังนั้นการมีนักกายภาพบำบัดในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจะช่วยให้สามารถขยายการให้บริการที่เข้าถึงผู้ป่วย ผู้สูงอายุ และผู้พิการได้อย่างทั่วถึง อีกทั้งยังสามารถสร้างโอกาสในการให้บริการในการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในระดับทุติยภูมิซึ่งจะเป็นประโยชน์ในการลดภาระทางเศรษฐกิจและสังคมจากการเป็นโรคเรื้อรังที่ส่งผลกระทบต่อความสามารถในการเคลื่อนไหวและพึ่งพาตนเองอีกทางหนึ่ง

เมื่อเปรียบเทียบสัดส่วนจำนวนนักกายภาพบำบัดต่อ 10,000 ประชากรในประเทศต่างๆ ดังแสดงในตารางที่ 3 พบว่าจำนวนประชากรที่นักกายภาพบำบัดต้องรับผิดชอบมีปริมาณมากกว่าประเทศที่มีระบบการบริการสุขภาพในระดับมาตรฐานสากล เช่น สหรัฐอเมริกาและแคนาดา 13-16 เท่า โดยมีสัดส่วนของนักกายภาพบำบัดต่อประชากรเท่ากับ 1:23,614 ในขณะที่ประเทศสหรัฐอเมริกาและแคนาดามีอัตราส่วนนักกายภาพบำบัดต่อประชากรอยู่ที่ 1:1,613 และ 1:2,083 ตามลำดับ (Landry et al, 2009) และเมื่อเปรียบเทียบกับสัดส่วนประชากรต่อกำลังคนด้านสุขภาพอื่นๆ ในประเทศไทย เช่น แพทย์ ทันตแพทย์ เภสัชกร พยาบาล พบว่าจำนวนประชากรที่อยู่ในความรับผิดชอบของนักกายภาพบำบัดมีจำนวนสูงมากกว่าอาชีพอื่นๆ ประมาณ 3-9 เท่า (ตารางที่ 4) ดังนั้นเพื่อให้ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการกายภาพบำบัดในระดับปฐมภูมิอย่างมีคุณภาพจึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องมีการเพิ่มจำนวนนักกายภาพบำบัดในระบบปฐมภูมิให้มากขึ้น เพื่อให้เพียงพอต่อการให้บริการประชากรภายในประเทศ

ตารางที่ 3 อัตราส่วนประชากรต่อนักกายภาพบำบัดในประเทศต่างๆ

country	year	Health human ratio/10,000	Physical therapist: population
USA	2005	6.2*	1:1,613
Canada	2005	4.8*	1:2,083
Thailand	2010	0.4**	1:23,614
Japan	2010	6.7**	1:1,500
Taiwan	2010	1.5**	1:6,571
Malaysia	2010	0.6**	1:17,000
Indonesia	2010	0.2**	1:50,000

*ข้อมูล จาก Landry et al, 2009

** ข้อมูลจากการสัมภาษณ์นายกสมาคมกายภาพบำบัดของแต่ละประเทศตุลาคม2553

หากคำนวณจากสัดส่วนประชากรต่อนักกายภาพบำบัดในอัตราเดียวกับประเทศแคนาดา คือ 1:2,083 ซึ่งในปี 2568 ประชากรไทยจะมีจำนวนประมาณ 72 ล้านคน จึงควรมีนักกายภาพบำบัดถึง 32,180 คน หรือหากคิดในอัตรานักกายภาพบำบัดต่อประชากรที่ 1:7,500 โดยอ้างอิงข้อมูลจำนวนและอัตราส่วนประชากรต่อทันตแพทย์และเภสัชกรในปี พ.ศ. 2548 ในตารางที่ 4 ควรมีนักกายภาพบำบัดไม่น้อยกว่า 9,638 คน (ตารางที่ 5) ซึ่งหากมีจำนวนนักกายภาพบำบัดโดยรวมที่ผลิตได้ต่อปีในปัจจุบัน (ปี 2558) ทั้งจากภาครัฐและเอกชนจำนวน 1,120 คนต่อปี และแม้ว่ากระทรวงสาธารณสุขและสภากายภาพบำบัดได้เล็งเห็นความสำคัญของปัญหาการขาดแคลนกำลังคนกายภาพบำบัดดังกล่าว และได้จัดให้มีโครงการผลิตนักกายภาพบำบัดเพิ่มจำนวนปีละ 100 คนเป็นเวลา 4 ปี รวม 400 คน โดยเป็นส่วนหนึ่งของแผนการลงทุนด้านสุขภาพ พ.ศ. 2553-2556 ในแผนงาน การผลิตและพัฒนาบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขโดยใช้ทรัพยากรที่มีอยู่ในปัจจุบัน และมีกำลังการผลิตที่เพิ่มขึ้นจากสถาบันอุดมศึกษาเอกชน โดยคาดว่าจะมีนักกายภาพบำบัดใหม่เข้าสู่ระบบประมาณ 1,120 คน (ตารางที่ 6) โดยนักกายภาพบำบัดที่ผลิตเพิ่มเข้าสู่ระบบได้ในปี พ.ศ. 2556-2559 แต่เนื่องจากการสูญเสียนักกายภาพบำบัดมีอัตราค่อนข้างสูง จากเหตุผลที่เกี่ยวข้องกับความก้าวหน้าและมั่นคงในงาน และขาดระบบสร้างแรงจูงใจในการประกอบวิชาชีพกายภาพบำบัด การเปลี่ยนอาชีพ การไปทำงานในต่างประเทศที่มีค่าตอบแทนสูงกว่ามาก และการเกษียณอายุ โดยเฉพาะนักกายภาพบำบัดที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลชุมชนในระดับปฐมภูมิซึ่งมีความมั่นคงในวิชาชีพต่ำเนื่องจากการขาดอัตราบรรจุเป็นข้าราชการ ทำให้นักกายภาพบำบัดส่วนใหญ่ถึงร้อยละ 40 ที่ทำงานในโรงพยาบาลชุมชนมีสถานภาพเป็นลูกจ้างชั่วคราวที่มีอัตราค่าตอบแทนในอัตราที่ต่ำกว่าภาคเอกชนมาก นอกจากนี้การขาดระบบการเสริมสร้างศักยภาพ และเตรียมความพร้อมให้กับนักกายภาพบำบัดที่ไปปฏิบัติงานในชุมชน ตลอดจนความก้าวหน้าทางวิชาการและวิชาชีพยัง

เป็นปัญหาสำคัญในการสร้างแรงจูงใจเพื่อรักษานักกายภาพบำบัดให้อยู่ในโรงพยาบาลชุมชนอย่างยั่งยืน จึงทำให้จำนวนนักกายภาพบำบัดที่ผลิตในปัจจุบันจะยังคงไม่เพียงพอต่อความต้องการของประเทศในระยะเวลา 10 ปีข้างหน้า ดังนั้นการกำหนดนโยบายระดับชาติในการสนับสนุนการผลิตนักกายภาพบำบัดเพิ่มจึงเป็นความจำเป็นอย่างเร่งด่วนเพื่อตอบสนองต่อความต้องการของประเทศ

ตารางที่ 4 อัตราส่วนประชากรต่อกำลังคนด้านสุขภาพ

บุคคลากร	อัตราส่วนต่อประชากร	หมายเหตุ
แพทย์*	3,182	ข้อมูลปี 2548
ทันตแพทย์*	7,340	ข้อมูลปี 2548
เภสัชกร*	7,847	ข้อมูลปี 2548
พยาบาลวิชาชีพ*	613	ข้อมูลปี 2548
พยาบาลเทคนิค*	3,910	ข้อมูลปี 2548
นักกายภาพบำบัด**	26,097	ข้อมูลปี 2552

*ข้อมูลปี พ.ศ. 2548 จากรายงานการสำรวจทรัพยากร สำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์ และรายงานบุคคลด้านทันตสาธารณสุข กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข อ้างถึงในการสาธารณสุขไทย 2548-2550

** ข้อมูล มิถุนายน 2552 คณะทำงานกำลังคนกายภาพบำบัด สภากายภาพบำบัด

ตารางที่ 5 กำลังคนนักกายภาพบำบัดที่ควรมีในปี พ.ศ. 2552-2568 คำนวณจากอัตราส่วนนักกายภาพบำบัดต่อประชากร 1:7,500

	พ.ศ. 2553	พ.ศ. 2563	พ.ศ. 2568
จำนวนประชากรไทย	67,040,000	70,821,000	72,286,000
ประมาณการจำนวนนักกายภาพบำบัดใหม่ที่ผลิตและสอบใบประกอบวิชาชีพ	750	1,000	1,000
ประมาณการจำนวนนักกายภาพบำบัดที่คงอยู่ในระบบสุขภาพ	3,017	7,378	8,451
จำนวนนักกายภาพบำบัดที่มีอยู่ต่อประชากร	22,218	9,599	8,553
เป้าหมายจำนวนนักกายภาพบำบัดที่ควรมี	8,939	9,443	9,638
จำนวนนักกายภาพบำบัดที่ขาดแคลนในระบบสุขภาพ	5,922	2,065	1,187

* ประมาณการจำนวนนักกายภาพบำบัดที่คงอยู่จากจำนวนที่มีอยู่ในปีก่อนหน้า บัณฑิตจบใหม่ – 10% ที่ออกจากระบบเนื่องจากสาเหตุต่างๆ จากจำนวนในปีก่อนหน้า

ตารางที่ 6 กำลังการผลิตนักกายภาพบำบัด

ชื่อสถาบันที่ผลิต	สังกัด (รัฐ/ เอกชน)	แผนการรับนักศึกษาปีการศึกษา2557-2561					จำนวน ที่สามารถ ผลิตเพิ่ม*
		2557	2558	2559	2560	2561	
1. มหาวิทยาลัยมหิดล	รัฐ	80	80	70	70	70	10
2. มหาวิทยาลัยเชียงใหม่	รัฐ	75	75	75	75	75	10
3. มหาวิทยาลัยขอนแก่น	รัฐ	60	60	60	60	60	25
4. มหาวิทยาลัยรังสิต	เอกชน	150	150	150	150	150	15
5. มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ	รัฐ	65	65	65	65	85	15
6. จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย	รัฐ	80	80	80	80	80	10
7. มหาวิทยาลัยนเรศวร	รัฐ	60	60	60	60	60	0
8. มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์	รัฐ	70	80	80	80	80	20
9. มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระ เกียรติ	เอกชน	70	70	70	70	70	0
10. มหาวิทยาลัยคริสเตียน	เอกชน	80	80	80	80	80	0
11. มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์	รัฐ	60	60	60	60	60	5
12. วิทยาลัยเซนต์หลุยส์	เอกชน	60	60	60	60	60	10
13. มหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง	รัฐ	60	60	60	60	60	0
14. มหาวิทยาลัยพะเยา	รัฐ	60	60	60	60	60	0
15. มหาวิทยาลัยบูรพา	รัฐ	50	60	60	60	60	10
16. มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์	รัฐ	35	40	40	45	45	5
รวม		1,115	1,140	1,130	1,135	1,155	135

จำนวนที่สามารถผลิตเพิ่ม*

หมายถึงจำนวนบัณฑิตที่สามารถผลิตเพิ่มหากได้รับการสนับสนุนด้านงบประมาณ 100,000 บาท/คน/ปี โดยใช้ทรัพยากรด้านอาคารสถานที่และครูสอนเท่าที่มีอยู่ในปัจจุบัน

ปัญหาและประเด็นการปฏิรูประบบสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับวิชาชีพกายภาพบำบัด

ปัญหา	ข้อเสนอเพื่อการปฏิรูป
<p>1. การขาดแคลนกำลังคนวิชาชีพกายภาพบำบัด</p>	<p>1.1 การผลิตนักร่างกายภาพบำบัดเพิ่ม</p> <ul style="list-style-type: none"> - แผนระยะเร่งด่วน(1-5 ปี) ผลิตเพิ่มตามความสามารถของสถาบันการผลิตโดยมีการสนับสนุนงบประมาณดำเนินการ ซึ่งคาดว่าจะผลิตเพิ่มได้ประมาณร้อยละ 10 หรือ 100 คนต่อปี - แผนระยะกลาง (5 ปี) ภาครัฐลงทุนสร้างอาจารย์กายภาพบำบัดรุ่นใหม่ที่มีคุณวุฒิทางวิชาการและทางคลินิกในระดับปริญญาเอกในสาขาที่จำเป็นสำหรับการสร้างบัณฑิตกายภาพบำบัดที่สอดคล้องกับบริบทการพัฒนาประเทศ และสนับสนุนด้านงบประมาณลงทุนอื่นๆที่ส่งเสริมให้เกิดความเชี่ยวชาญเฉพาะด้าน <p>1.2 การรักษาและพัฒนากำลังคนในระบบ</p> <ul style="list-style-type: none"> - พัฒนาระบบการจ่ายค่าตอบแทนที่เหมาะสมกับความเชี่ยวชาญและประสบการณ์การทำงานของนักร่างกายภาพบำบัด -พัฒนาความเชี่ยวชาญทางคลินิกของนักร่างกายภาพบำบัดในสังกัดหน่วยงานของรัฐเพื่อเป็นครูทางคลินิกรองรับการผลิตนักร่างกายภาพบำบัดเพิ่ม และสร้างแรงจูงใจในการดำรงอยู่ของนักร่างกายภาพบำบัดในระบบสุขภาพ
<p>2. การเข้าถึงบริการกายภาพบำบัดที่มีคุณภาพ</p>	<p>2. ขยายการเข้าถึงบริการกายภาพบำบัดโดย</p> <p>2.1 ขยายโอกาสและปรับปรุงระบบการจ้างงานนักร่างกายภาพบำบัดในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น</p> <p>2.2 ปรับปรุงกรอบอัตรากำลังนักร่างกายภาพบำบัดของกระทรวงสาธารณสุขให้ครอบคลุมถึงโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ทั้งนี้โดยกระจายอำนาจให้หน่วยงานในพื้นที่เป็นผู้พิจารณาความเหมาะสม</p>

	<p>2.3 ปรับปรุงหลักเกณฑ์และระบบการขึ้นทะเบียนหน่วยบริการเฉพาะทางกายภาพบำบัดของ สปสช. ให้คลินิกกายภาพบำบัดเอกชนสามารถให้บริการผู้ป่วยในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติได้ เพื่อกระจายหน่วยบริการ ลดความแออัดในการเข้ารับบริการ ตลอดจนเพิ่มการเข้าถึงบริการโดยการลดภาระการเดินทางและค่าใช้จ่ายของประชาชน</p>
<p>3. การขาดนักกายภาพบำบัดเชี่ยวชาญเฉพาะด้าน เนื่องจากปัจจุบันกายภาพบำบัดจะต้องดูแลผู้ป่วยที่เป็นโรคที่ซับซ้อนขึ้นตามแนวโน้มปัญหาสุขภาพของประเทศ</p>	<p>3. การสนับสนุนงบพัฒนาบุคลากรทางกายภาพบำบัด ทั้งอาจารย์ผู้สอนในมหาวิทยาลัย อาจารย์ผู้ควบคุมการฝึกปฏิบัติงานที่กระจายอยู่ตามโรงพยาบาลต่างๆทั่วประเทศ และนักกายภาพบำบัดที่ให้บริการปฐมภูมิที่ต้องติดตามการดูแลต่อเนื่องในชุมชน</p>

เอกสารอ้างอิง

1. รายงานสถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ2550 มูลนิธิสถาบันวิจัยและการพัฒนาผู้สูงอายุไทย
2. รายงานการสำรวจทรัพยากร สำนักรนโยบายและยุทธศาสตร์ และรายงานบุคคลด้านทันตสาธารณสุข กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข อ้างถึงในการสาธารณสุขไทย 2548-2550
3. Boissonnault, W.G. (2005). Primary care for the physical therapist: Examination and triage. St. Louis, Missouri: Elsevier Ltd.
4. Landry MD, Ricketts TC, Fraher E, Verrier MC. (2009). Physical therapy health human resource ratios: A comparative analysis of the United States and Canada. *Physical Therapy*, 89(2), 149-161.
5. McCloy, C. M. (2001). Can the physical therapist make the paradigm shift from health to wellness? *Orthopaedic Physical Therapy Clinics of North America*, 10(2), 303-328.
6. Restall, G., Leclair, L., & Fricke, M. (2005). Integration of occupational therapy and physiotherapy services in primary health care in Winnipeg. Winnipeg, Manitoba: University of Manitoba.
7. Roberts, C., Adebajo, A. O., & Long, S. (2002). Improving the quality of care of musculoskeletal conditions in primary care. *Rheumatology*, 41(5), 503-508.
8. SchooAM, Stagnitti KE, Mercer C, Dunbar J. (2005). A conceptual model for recruitment and retention: Allied health workforce enhancement in Western Victoria, Australia. *Rural and Remote Health* 5:477(online),1-18. Available from: <http://rrh.deakin.edu.au>
9. Tran D, Hall ML, Davis A, Landry MD, Burnett D, Berg K, Jaglal S. (2008). Identification of recruitment and retention strategies for rehabilitation professionals in Ontario, Canada: result from expert panels. *BMC Health Services Research*, 8:249, 1-17. Available from: <http://www.biomedcentral.com/1472-6963/8/249>