



รายงานการศึกษากลุ่ม  
(Group Project)

เรื่อง การเพิ่มศักยภาพการปฏิบัติการภาครัฐด้วยการ  
ขยายอายุราชการ  
กรณีศึกษา : การขยายอายุราชการของ  
บุคลากรทางการแพทย์

จัดทำโดย กลุ่มที่ GP 11 รุ่นที่ 87

รายงานนี้เป็นส่วนหนึ่งของการฝึกอบรม  
หลักสูตรนักบริหารระดับสูง : ผู้นำที่มีวิสัยทัศน์และคุณธรรม รุ่นที่ 87  
วิทยาลัยนักบริหาร สถาบันพัฒนาข้าราชการพลเรือน สำนักงาน ก.พ.  
ประจำปี 2561



## รายงานการศึกษากลุ่ม (Group Project)

การเพิ่มศักยภาพการปฏิบัติการภาครัฐด้วยการ  
ขยายอายุราชการ  
กรณีศึกษา : การขยายอายุราชการของ  
บุคลากรทางการแพทย์

จัดทำโดย กลุ่มที่ GP 11 รุ่นที่ 87

- |                      |                 |
|----------------------|-----------------|
| 1. นายธวัชพงศ์       | อ่อนนุช         |
| 2. พล.ต.ต.รมย์สิทธิ์ | วีริยาสร        |
| 3. นางกมลภัทร        | ประทุมแก้ว      |
| 4. นางสาวอณิรา       | ชินนัท          |
| 5. นายไพฑูรย์        | โกเมนท์         |
| 6. นายสถาพร          | อังคนารกุล      |
| 7. นางภาวณา          | มานะเวช         |
| 8. นายเอกสิทธิ์      | ชนะสิทธิ์       |
| 9. นายนันทชัย        | ปัญญาสุรฤทธิ์   |
| 10. นายบุรินทร์      | สุรอรุณสัมฤทธิ์ |
| 11. นางสาวสาวิตรี    | อมรตานนท์       |

รายงานนี้เป็นส่วนหนึ่งของการฝึกอบรม  
หลักสูตรนักบริหารระดับสูง : ผู้นำที่มีวิสัยทัศน์และคุณธรรม รุ่นที่ 87  
วิทยาลัยนักบริหาร สถาบันพัฒนาข้าราชการพลเรือน สำนักงาน ก.พ.  
ประจำปี 2561  
สำนักงานคณะกรรมการข้าราชการพลเรือน

## บทสรุปสำหรับผู้บริหาร

ปรากฏการณ์ประชากรสูงวัยเพิ่มจำนวนมากขึ้นเกิดขึ้นทั่วโลก โดยเฉพาะภูมิภาคเอเชีย-แปซิฟิกกำลังประสบภาวะประชากรสูงวัยเพิ่มจำนวนมากขึ้นอย่างไม่เคยคาดการณ์มาก่อน คาดว่าในปี ค.ศ. 2050 ผู้สูงวัยในภูมิภาคนี้จะเพิ่มจำนวนมากกว่าปัจจุบันมากกว่าสองเท่าตัว จากประมาณ 535 ล้านคนในปี ค.ศ. 2015 เพิ่มเป็น 1.3 พันล้านคนในปี ค.ศ. 2050 และในช่วงเวลานั้น 1 ใน 4 ของประชากรในภูมิภาคเอเชีย – แปซิฟิกจะเป็นผู้มีอายุ 60 ปีขึ้นไป โดยจะมีผู้มีอายุ 80 ปีขึ้นไปคิดเป็นจำนวน 1 ใน 5 ของผู้สูงวัย<sup>1</sup>

การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์ ทำให้กำลังคนในวัยเด็กและวัยแรงงานลดลง ผู้สูงอายุจะเพิ่มจำนวนขึ้นอย่างรวดเร็ว ส่งผลต่อศักยภาพทางเศรษฐกิจของประเทศ รูปแบบการใช้จ่าย การลงทุน และการออม โดยเฉพาะค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ ความมั่นคงทางสังคม และคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ นับเป็นความเสี่ยงและความท้าทายสำคัญ โดยเฉพาะความเสี่ยงจากภาระด้านงบประมาณที่สูงขึ้นโดยเฉพาะด้านสุขภาพ ด้านแรงงานการผลิต ซึ่งนำไปสู่ความเปลี่ยนแปลงทางเศรษฐกิจ เกิดโอกาสทางการตลาดของผลิตภัณฑ์และบริการที่ตอบโจทย์สังคมสูงวัยหลากหลายขึ้น มีการแข่งขันวิจัยและพัฒนาเพื่อยกระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงวัยให้ดีขึ้น โดยเฉพาะอย่างยิ่งในด้านการพัฒนาและการใช้วิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีในการตอบโจทย์การดำรงชีวิตและการดำเนินธุรกิจรูปแบบใหม่<sup>2</sup>

ประเทศไทยที่เข้าสู่สังคมสูงวัยตั้งแต่ปี พ.ศ.2548 และกำลังจะเข้าสู่สังคมสูงวัยเต็มรูปแบบ ในปี พ.ศ. 2564 จำเป็นต้องเตรียมการรับมือกับผลสืบเนื่องจากการเปลี่ยนแปลงเข้าสู่สังคมสูงวัยเต็มรูปแบบ ซึ่งมีผลต่อแผนการพัฒนาประเทศโดยรวม โดยเฉพาะในมิติเศรษฐกิจและสังคม ซึ่งเห็นได้ชัดจากการเปลี่ยนแปลงของมูลค่าผลิตภัณฑ์มวลรวมประชาชาติ (GDP หรือ Gross Domestic Product) และการออมของครัวเรือน

การแก้ปัญหาการขาดแคลนแรงงานภายใต้โครงสร้างประชากรสูงวัย มุ่งเน้นส่งเสริมให้ผู้สูงอายุเป็นพลังในการขับเคลื่อนประเทศ ผ่านการเสริมทักษะการดำรงชีวิต ทักษะอาชีพ ในการหารายได้ มีงานทำที่เหมาะสมกับศักยภาพ มีการสร้างเสริมสุขภาพ พันฟูสุขภาพ การป้องกันโรคให้แก่ผู้สูงวัย โดยจัดสภาพแวดล้อมให้เป็นมิตรกับผู้สูงวัย และหลักประกันทางสังคมที่สอดคล้องกับความจำเป็นพื้นฐานในการดำรงชีวิต ผ่านการขยายอายุราชการของผู้สูงอายุ โดยหน่วยงานภาครัฐต้องเตรียมมาตรการเชิงรุกโดยตรงในการบริหารจัดการแรงงานในสังคมสูงวัย โดยเริ่มจากการประเมินและทำความเข้าใจแนวโน้มการปรับเปลี่ยนขยายอายุราชการที่เหมาะสมกับองค์กร และมีมิติของการบริหารจัดการทรัพยากรบุคคลในขั้นตอนการจ้างใหม่ การเก็บรักษากำลังคนในปัจจุบัน การฝึกอบรม

<sup>1</sup> Addressing the Challenge of Population Ageing in Asia and the Pacific: Implementation of the Madrid International

Plan of Action on Ageing, 2017. United Nations ESCAP

<sup>2</sup> ร่างยุทธศาสตร์ชาติ ระยะ 20 ปี (พ.ศ. 2560 – 2579)

เพิ่มศักยภาพ และการเกษียณอายุ การวางแผนงานเชิงรุกเตรียมการล่วงหน้าจะช่วยให้องค์กรมีข้อมูลรายละเอียดของกำลังคนและสามารถเตรียมพร้อมรับมือกับความท้าทายต่างๆ ได้ก่อนที่ประเด็นหรือตัวแปรต่างๆ จะกลายเป็นอุปสรรคปัญหาทำให้องค์กรไม่สามารถดำเนินงานต่อไปได้<sup>3</sup>

รายงานการศึกษากลุ่ม GP 11 เรื่อง **การเพิ่มศักยภาพการปฏิบัติการภาครัฐด้วยการขยายอายุราชการ กรณีศึกษา : การขยายอายุราชการของบุคลากรทางการแพทย์** เป็นการนำเสนอข้อมูลและแนวทางดำเนินงานในการจ้างข้าราชการเกษียณ (ในที่นี้คือ แพทย์ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป) ปฏิบัติงานต่อไปในสาขาแพทย์ที่ขาดแคลน ตามความจำเป็นและข้อเท็จจริงที่ว่า กรอบเวลาและแผนการเกษียณของบุคลากรทางการแพทย์มีผลต่อผู้ป่วย โรงพยาบาล และระบบการรักษาพยาบาลเพื่อสังคมสูงอายุในอนาคต การเกษียณก่อนหรือหลังครบอายุ 60 ปีมีผลอย่างมีนัยสำคัญต่อความปลอดภัยของผู้ป่วยและการบริหารจัดการทรัพยากรบุคคลขององค์กร โดยได้ประมวลแนวปฏิบัติของภาครัฐ โดยคำตอบเบื้องต้นคือ

1.การขยายอายุราชการสามารถชดเชยความขาดแคลนของระบบ รวมทั้งเพิ่มประโยชน์ที่เป็นรูปธรรมและลดค่าใช้จ่ายของภาครัฐได้

2.ปัจจัยใดที่มีผลบวกต่อการตัดสินใจของบุคลากรทางการแพทย์ที่จะทำงานในระบบราชการ และ/หรือวางแผนการเกษียณอย่างเป็นระบบ คือ เงินตอบแทน ความมีคุณค่าของตนเอง ลักษณะงานที่เหมาะสมต่อความมีอายุและไม่กดดัน และการปรับเปลี่ยนงานไปสู่การตรวจรักษาในหน่วยบริการปฐมภูมิ

3.แนวทางสำคัญที่จะเพิ่มศักยภาพในระยะ 5 ปีนั้น ประกอบด้วย **ระยะสั้น** การสร้างการรับรู้ต่อความสำคัญของการขยายอายุราชการในภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง โดยเฉพาะประชาชนและบุคลากรทางการแพทย์ การสร้างการรับรู้เชิงสาธารณะแก่ประชาชน การนำเสนอข้อมูลและแผนแก่คณะรัฐมนตรี เพื่อนำไปสู่**ระยะกลาง** การปรับแก้บทบัญญัติทางกฎหมายที่เกี่ยวข้อง การสร้างแนวทางการขยายอายุราชการ การสร้างแรงจูงใจในการขยายอายุราชการ การดำเนินการ นำไปสู่**ระยะยาว** การติดตามผลและจัดทำข้อเสนอเชิงนโยบายเพื่อพิจารณาการขยายสู่กลุ่มเป้าหมายอาชีพอื่นๆ ที่ขาดแคลน

กลุ่ม GP 11 หวังว่าคำตอบจากการศึกษาจะเป็นแนวทางหนึ่งที่เป็นประโยชน์ต่อภาครัฐในการรับไปพิจารณาทำความเข้าใจและติดตามความเปลี่ยนแปลงของอัตรากำลังเพื่อประโยชน์ในการบริหารจัดการทรัพยากรบุคคลให้มีประสิทธิภาพ คือ เกิดประโยชน์สูงสุด ใช้งบประมาณบริหารจัดการได้อย่างเหมาะสม เพื่อเตรียมการสำหรับการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างอัตรากำลังที่จะส่งผลต่อการดำเนินงานขององค์กรและขีดความสามารถในการบรรลุเป้าหมายขององค์กร รวมทั้งสร้างความตระหนักรู้ เพื่อประโยชน์ของประเทศไทยต่อไป

<sup>3</sup> Healthcare Industry Transformation Map for a Future-Ready Healthcare System: Better Skills, Better Work and Better Care, 8 November 2007. Ministry of Health, Singapore.

## กิตติกรรมประกาศ

การจัดทำรายงานศึกษากลุ่ม (Group Project) ฉบับนี้ สำเร็จลุล่วงขึ้นมาได้ด้วยความกรุณาของท่านอาจารย์ ดร.รัฐ ธนาติเรก อาจารย์ที่ปรึกษาการจัดทำรายงานการศึกษากลุ่ม ที่ได้ให้คำปรึกษา แนะนำ ชี้แนะกลยุทธ์ การวางแผนการขับเคลื่อน วิธีการประมวลผลเพื่อนำไปสู่เป้าหมายที่วางไว้ ทั้งในแง่ของสาระ แนวคิดตลอดจนมุมมองต่าง ๆ ที่เป็นประเด็นสำคัญหลายประเด็นจนทำให้รายงานการศึกษากลุ่มสำเร็จไปได้ด้วยดี ซึ่งทางคณะผู้ศึกษาขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้ ที่ได้ให้ความรู้ คำแนะนำและชี้แนะแนวทางดี ๆ พร้อมทั้งเป็นแรงผลักดันแก่คณะผู้ศึกษา ทำให้คณะผู้ศึกษามีขวัญกำลังใจที่เข้มแข็ง ตั้งใจมุ่งมั่นในการทำรายงานการศึกษากลุ่มจนประสบความสำเร็จลุล่วงในครั้งนี้ และการจัดทำรายงานการศึกษากลุ่มครั้งนี้ ข้อมูลจะสมบูรณ์มิได้หากไม่ได้รับความอนุเคราะห์ข้อมูลที่เป็นประโยชน์และสำคัญอย่างยิ่งจากผู้ทรงคุณวุฒิ ผู้เชี่ยวชาญผู้มีประสบการณ์ ผู้ที่เกี่ยวข้องในวงการแพทย์ ซึ่งทางคณะผู้ศึกษาขอขอบพระคุณทุกท่าน ดังรายนามต่อไปนี้

- |                               |   |
|-------------------------------|---|
| 1. นายแพทย์บุญชัย ธีระกาญจน์  | ผู้ตรวจราชการ กระทรวงสาธารณสุข          |
| 2. นายแพทย์สุรพล ศรีวงศ์พานิช | นายแพทย์เวชกรรม โรงพยาบาลพระนั่งเกล้า   |
| 3. นายมานัส โพธารมณ์          | ผู้อำนวยการโรงพยาบาลราชวิถี กรมการแพทย์ |
| 4. นายนำพล แดนพิพัฒน์         | ผู้อำนวยการโรงพยาบาลบางพลี              |
|                               | กระทรวงสาธารณสุข                        |
| 5. นายพนิต โล่เสถียรกิจ       | ผู้อำนวยการศูนย์อนามัยที่ 6 ชลบุรี      |
|                               | กรมอนามัย                               |
| 6. แพทย์หญิงสุชาดา ชีวะพฤษชัย | กุมารเวชกรรม โรงพยาบาลปทุมธานี          |
| 7. นายแพทย์วาทิน สนธิไชย      | จักษุวิทยา โรงพยาบาลปทุมธานี            |
| 8. นายสรเสรีญ นามพรหม         | ผู้อำนวยการกองบริหารทรัพยากรบุคคล       |
|                               | สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข            |

คุณประโยชน์อันใดที่ได้รับจากรายงานการศึกษากลุ่มฉบับนี้ คณะผู้ศึกษาขอมอบแต่บิดามารดา ครู อาจารย์และผู้มีพระคุณทุกท่านที่ได้สั่งสอนและประสิทธิ์ประสาทวิชาการศึกษาทุกแขนง ทำให้คณะผู้ศึกษาสามารถนำไปใช้ให้เกิดประโยชน์ในการปฏิบัติงานและเกิดประโยชน์แก่ประชาชนรวมถึงประเทศชาติต่อไป

ท้ายสุดหวังเป็นอย่างยิ่งว่ารายงานการศึกษากลุ่มฉบับนี้ จะเป็นประโยชน์กับหน่วยงานและผู้ที่เกี่ยวข้องทุกภาคส่วน นำไปสานต่ออย่างเป็นรูปธรรม เพื่อผลสัมฤทธิ์อันจะเป็นประโยชน์ต่อประเทศชาติและคุณภาพชีวิตที่ดีของประชาชน

คณะผู้ศึกษากลุ่ม 11

เมษายน 2561

## สารบัญ

บทสรุปสำหรับผู้บริหาร	ง
กิตติกรรมประกาศ	ฉ
สารบัญ	ช
สารบัญตาราง	ซ
สารบัญภาพ	ฌ
1. สภาพทั่วไปของปัญหา	1
2. แนวโน้มของปัญหาและโอกาสการพัฒนาของประเทศในอนาคต	11
3. แนวทางแก้ปัญหหรือการพัฒนา	15
4. การนำแนวทางบรรลุเป้าหมายสู่การปฏิบัติ	22
5. สรุปในภาพรวม	28
บรรณานุกรม	30
คณะผู้จัดทำ	31

## สารบัญตาราง

ตารางที่ 1 : แนวโน้มของโครงสร้างประชากรไทย จำแนกตามวัย พ.ศ. 2533-2558-2583	2
--	---

## สารบัญภาพ

รูปภาพที่ 1 : การประมาณการประชากรวัยเรียน พ.ศ. 2541 – 2559	2
รูปภาพที่ 2 : จำนวนปีที่สูญเสียจากความพิการ และโรคที่ติดอันดับทำให้เกิดภาวะพิการสูงสุดและผู้สูงอายุ, ค.ศ. 2012	6
รูปภาพที่ 3 : จำนวนปีที่สูญเสียชีวิต และโรคที่ติดอันดับทำให้เกิดการเสียชีวิตในผู้สูงอายุ ค.ศ. 2012	7

## 1. สภาพทั่วไปของปัญหา

### 1.1 การก้าวเข้าสู่สังคมสูงอายุของโลก-เอเชียแปซิฟิก-ประเทศไทย

โครงสร้างของประชากรทั่วโลกกำลังมีการเปลี่ยนแปลง โดยประชากรสูงอายุของโลกกำลังมีจำนวนเพิ่มมากขึ้น จากข้อมูลขององค์การสหประชาชาติ<sup>4</sup> ระบุว่าในช่วง 30 ปีที่ผ่านมา จำนวนประชากรผู้สูงอายุทั่วโลกมีจำนวนเพิ่มมากขึ้นอย่างรวดเร็ว โดยจำนวนประชากรที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป เพิ่มจากร้อยละ 8.5 ในปี ค.ศ. 1980 เป็นร้อยละ 12.3 ในปี ค.ศ. 2015 และมีแนวโน้มว่าจะเพิ่มขึ้นเท่าตัวเป็นร้อยละ 21.5 ในปี ค.ศ. 2050 ทวีปยุโรปเป็นภูมิภาคแรกที่เข้าสู่ช่วงการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากร โดยเริ่มจากอัตราการเกิดลดลง และอัตราการมีอายุยืนยาวเพิ่มขึ้น ในช่วงปลายคริสต์ศตวรรษที่ 19 – ต้นคริสต์ศตวรรษที่ 20 โดยคาดว่าในปี ค.ศ. 2050 ประมาณ 34% ของประชากรยุโรป จะเป็นผู้มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ในขณะที่ทวีปเอเชีย อเมริกาใต้ จะมีจำนวนผู้สูงอายุประมาณร้อยละ 25<sup>5</sup>

การเปลี่ยนแปลงเข้าสู่สังคมสูงอายุนี้นี้จะมีผลกระทบต่อการใช้ชีวิตของชุมชนทั่วโลก มีความเชื่อมโยงกับการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมของทุกประเทศ จำเป็นต้องมีการวางแผนรับมือในหลายด้าน เพราะสาเหตุที่ประชากรสูงอายุมีจำนวนเพิ่มขึ้นเป็นปรากฏการณ์จากอัตราการเกิดที่ลดลง รวมทั้งอัตราการมีอายุยืนยาวที่เพิ่มขึ้น ทำให้รัฐบาลต้องปรับเปลี่ยนนโยบายที่มีผลต่อคนส่วนมากในสังคม<sup>6</sup>

สำหรับการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรเข้าสู่สังคมสูงวัยในภูมิภาคเอเชีย – แปซิฟิก มีผลโดยตรงต่อการพัฒนาเศรษฐกิจ สังคม การเมือง และความมั่นคงของนานาประเทศในภูมิภาคนี้ เกือบทุกประเทศประสบภาวะอัตราการเกิดลดลง ประชากรในวัยแรงงานมีจำนวนลดลง และประชากรมีอายุยืนยาวมากขึ้น สหประชาชาติคาดว่าในปี ค.ศ. 2050 ผู้สูงวัยในภูมิภาคนี้จะเพิ่มจำนวนมากกว่าปัจจุบันมากกว่าสองเท่าตัว คือ จากประมาณ 535 ล้านคนในปี ค.ศ. 2015 เพิ่มเป็น 1.3 พันล้านคนในปี ค.ศ. 2050 และในช่วงเวลานั้น 1 ใน 4 ของประชากรในภูมิภาคเอเชีย-แปซิฟิกจะเป็นผู้มีอายุ 60 ปีขึ้นไป โดยจะมีผู้มีอายุ 80 ปีขึ้นไปคิดเป็นจำนวน 1 ใน 5 ของผู้สูงวัย<sup>7</sup>

ในช่วงปลายปี ค.ศ. 2017 มีข้อมูลสถานการณ์ประชากรในภูมิภาคเอเชีย-แปซิฟิกที่น่าติดตาม ดังนี้

(1) ภายในปี ค.ศ. 2050 จีน ไทย เกาหลีใต้ สิงคโปร์ และฮ่องกง จะมีอัตราเร่งเข้าสู่สังคมสูงวัยเร็วที่สุดในโลก จีนและไทยเป็นประเทศที่มีอัตราส่วนเป็นประชากรสูงวัย อายุ 60 ปีขึ้นไปเพิ่มมากขึ้นอย่างรวดเร็ว ในขณะที่อินเดียและอินโดนีเซียมีการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรเข้าสู่สังคมสูงวัยอย่างค่อยเป็นค่อยไป

(2) ภาวะประชากรสูงวัยส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงอัตราการเจริญเติบโตทางเศรษฐกิจ ซึ่งสะท้อนออกมาในมูลค่าผลิตภัณฑ์มวลรวมประชาชาติ (GDP หรือ Gross Domestic

1 [www.UNPopulation.org](http://www.UNPopulation.org) เอกสารหมายเลข 2014/14/Rev.1\* (ตุลาคม ค.ศ. 2015)

2 Addressing the Challenge of Population Ageing in Asia and the Pacific: Implementation of the Madrid International Plan of Action on Ageing, 2017. United Nations ESCAP

3 Multisectoral action for a life course approach to healthy ageing: draft global strategy and plan of action on ageing and health;

69<sup>th</sup> World Health Assembly report by the Secretariat. Provisional agenda item 13.4 (2016).

4 Special Report: Ageing – Passing the baton to Asia, 8 February 2017. Standard Chartered

Product) และการออมของครัวเรือน ในจีน ฮองกง เกาหลีใต้ และไทย ภายในปี ค.ศ. 2020 และ สิงคโปร์ ภายในปี ค.ศ. 2025

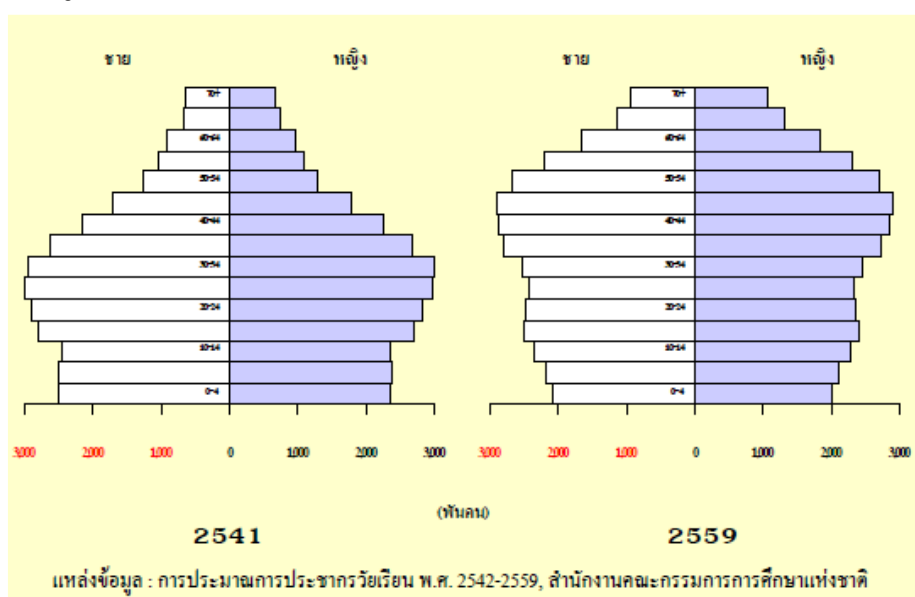
สำหรับประเทศไทย เมื่อพิจารณาข้อมูลจากการศึกษาของสำนักงานคณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ และ สำนักงานสถิติแห่งชาติที่แสดงการคาดการณ์โครงสร้างประชากรไทย ในรอบ 25 ปี ระหว่างปี พ.ศ. 2533 – 2558 – 2583 ปรากฏโครงสร้างประชากรไทย มีแนวโน้มเปลี่ยนแปลงในอนาคต ดังนี้

ตารางที่ 1 : แนวโน้มของโครงสร้างประชากรไทย จำแนกตามวัย พ.ศ. 2533, 2558 และ 2583

จำนวน	พ.ศ. 2533 (ล้านคน)	พ.ศ. 2558 (ล้านคน)	พ.ศ. 2583 (ล้านคน)
ประชากรรวม	54.50	65.73	63.87
ประชากรวัยเด็ก	15.52	11.92	8.17
ประชากรวัยแรงงาน	37.12	38.80	35.18
ประชากรวัยสูงอายุ	1.86	10.78	20.52

พบว่าประชากรไทย มีแนวโน้มคงตัว โดยประชากรวัยเด็ก มีแนวโน้มลดลงอย่างสม่ำเสมอ และ ประชากรวัยแรงงาน มีแนวโน้มลดลง ในขณะที่ประชากรสูงอายุ (อายุ 60 ปีขึ้นไป) มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นในอัตราเร่ง โดยตลอด จาก 1.86 ล้านคน เป็น 10.78 ล้านคน และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเป็น 20.52 ล้านคน ในปี พ.ศ.2583 ที่น่าสนใจคือ อัตราการเกิดของประชากรไทยมีแนวโน้มลดลง สอดคล้องกับรายงานการคาดประมาณประชากรของประเทศไทย จาก สำนักงานคณะกรรมการการศึกษาแห่งชาติ สำนักนายกรัฐมนตรี ที่สรุปว่า อัตราเร่งของการเกิดประชากรจาก ร้อยละ 1.1 ในช่วงปี พ.ศ. 2542 จะลดลงเหลือเพียงร้อยละ 0.2 หรือเกือบจะเป็นศูนย์ ในช่วงปี พ.ศ. 2568

รูปภาพที่ 1 : การประมาณการประชากรวัยเรียน พ.ศ. 2541 – 2559



คาดการณ์ว่า ในอนาคตอีก 40 ปีข้างหน้า ถ้าเด็กน้อยลง ภาวะเจริญพันธุ์ จะลดต่ำลง โครงสร้างประชากรไทยจะเปลี่ยนไป ประกอบด้วยวัยเด็กประมาณร้อยละ 12 วัยแรงงานประมาณร้อยละ 65 และประชากรอายุ 65 ปีขึ้นไป มากถึงร้อยละ 23 หรือ ถึงเกือบ 1 ใน 4 ของประชากรไทย

ข้อมูลจาก ADB, OECD และ UN ผลจากอัตราการเกิดลดลง และ life expectancies เพิ่มขึ้นในผู้สูงอายุ พบว่าเศรษฐกิจจะมีความเปลี่ยนแปลงมากและเร็วในกลุ่มประชากรเอเชียแปซิฟิก มีผลต่อทิศทางเศรษฐกิจ ของประเทศกำลังพัฒนาในเอเชียแปซิฟิก โดยเฉพาะประเทศไทยซึ่งเดิมมีประชากรวัยทำงานจำนวนมาก ผลักดันความก้าวหน้าทางเศรษฐกิจที่เติบโตเร็ว ประกอบกับ ภาวะการแข่งขันสูง ทำให้เกิดผลกระทบต่าง ๆ ได้มาก หากไทยไม่เร่งปรับตัวเตรียมพร้อมแก้ไขปัญหานี้ ไทยจะมีความเสี่ยงที่จะสูญเสียขีดความสามารถในการแข่งขันในตลาดโลกอย่างรวดเร็ว เนื่องจากข้อจำกัดด้านแรงงานและทรัพยากร ต้นทุนการผลิตในประเทศไทยสูงขึ้นตามต้นทุนค่าจ้างแรงงานที่สูงขึ้นเพราะขาดแคลนแรงงานในภาวะที่โครงสร้างประชากรได้เข้าสู่สภาพของสังคมสูงวัยมากขึ้น ตามลำดับ เช่นเดียวกับต้นทุนวัตถุดิบที่สูงขึ้นเนื่องจากการประกอบธุรกิจ การค้าและการพัฒนาความเป็นอยู่ที่ผ่านมา

## 1.2 การวิเคราะห์ผลกระทบของประเทศไทยจากการเปลี่ยนแปลงที่มาจากสังคมสูงอายุ

**1.2.1 นโยบายและยุทธศาสตร์ของภาครัฐ** ที่เน้นแผนยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี เพื่อให้บรรลุวิสัยทัศน์ "ประเทศไทยมีความมั่นคง มั่งคั่ง ยั่งยืน เป็นประเทศที่พัฒนาแล้ว และโมเดลประเทศไทย 4.0 เพื่อพัฒนาให้เป็นประเทศรายได้สูง แต่ผลกระทบของสังคมสูงอายุ ทำให้อัตราส่วนของประชากรวัยแรงงานลดลง จากการมีวัยเจริญพันธุ์น้อยลง ทำให้แรงงานเข้าสู่ระบบน้อยลง ร่วมกับวัยสูงอายุมีจำนวนมากขึ้น ส่งผลลบต่อผลผลิตทางเศรษฐกิจที่ TCDC คาดการณ์ไว้ว่าภายในเวลา 15 ปี ประเทศไทยจำเป็นต้องมีอัตราการเจริญเติบโตทางเศรษฐกิจอยู่ที่ร้อยละ 7<sup>๑</sup> แต่ผลกระทบอาจมีผลต่อ potential GDP ของประเทศไทยลดลง มีผลต่อการก้าวข้ามพ้นกับดักสู่ประเทศรายได้สูงจะไม่เป็นไปตามเป้าหมาย จำเป็นต้องมีการปรับเปลี่ยนนโยบายให้สอดคล้องกับภัยคุกคามนี้ด้วย

**1.2.2 ค่าใช้จ่ายภาครัฐจากการดูแลสุขภาพและสวัสดิการผู้สูงอายุ** เป็นปัญหาที่ใหญ่ที่สุดของสังคมสูงอายุ จากการมีการกล่าวอ้างถึงในหลายเวที ซึ่งผู้สูงอายุเป็นวัยที่มีปัญหาสุขภาพด้านโรคเรื้อรังและมีภาวะพึ่งพิงทางกายมากขึ้น **ปัญหาด้านสุขภาพจึงเป็นอันดับหนึ่ง** ตามมาด้วยค่าใช้จ่ายด้านสังคมและสวัสดิการต่อผู้สูงอายุ มีการคาดการณ์จากการศึกษาในประเทศอูรูกวัย ซึ่งมีจำนวนประชากรสูงอายุจำนวนมาก พบว่า ถ้าไม่มีการเปลี่ยนแปลงนโยบายของภาครัฐ อัตราส่วนค่าใช้จ่ายนี้จะมีอัตราส่วนเกือบครึ่งหนึ่ง จากเดิมแค่ 1 ใน 4 เป็นร้อยละ 43 ภายใน 50 ปี ค่าใช้จ่ายทางด้านสุขภาพและการรักษาพยาบาล การเพิ่มสวัสดิการ และเงินสงเคราะห์ให้แก่ผู้สูงอายุ ซึ่งรายจ่ายที่เพิ่มขึ้นนี้อาจนำไปสู่การขาดดุลงบประมาณและการสะสมหนี้สาธารณะของประเทศเหมือนประเทศที่เจริญแล้วหลายแห่ง

**1.2.3 รายได้ของผู้สูงอายุ** เนื่องจากส่วนใหญ่เกษียณจากการทำงานและไม่มียานที่มีรายได้ระดับค่าใช้จ่ายในครัวเรือนสูงขึ้น และการบริโภคชะลอตัวลง เนื่องจากผู้สูงอายุ ไม่มีรายได้เข้ามาเพียงพอ และคนดูแลต้องมีภาระค่าใช้จ่ายส่วนนี้มากขึ้น

**1.2.4 ปัญหาด้านสังคมสูงอายุและการปรับตัว** เนื่องจากวัยสูงอายุเป็นวัยที่มีความเสื่อมลงในด้านสุขภาพและสมรรถนะร่างกายเมื่อเทียบกับวัยอื่น ๆ แต่หลักฐานที่พบจากการศึกษาใน

<sup>๑</sup>TCDC. เศรษฐกิจสร้างสรรค์และกับดักรายได้ปานกลาง. TCDC outlook. กรกฎาคม-ธันวาคม (2560) : 4; 22.

Australian mental health พบว่าวัยสูงอายุเป็นวัยที่มีความหลากหลายในสมรรถนะทางกายเทียบ กับวัยอื่น ๆ ถึงแม้ว่าจะมีความเสื่อมลงก็ตาม<sup>9</sup> แต่วัยสูงอายุในแต่ละด้านของโลก ระดับการศึกษาไม่ เท่ากัน ความสามารถในการใช้ชีวิต ซึ่งส่งผลต่อความรู้ในการดูแลสุขภาพวัยชราของตนเอง อีกทั้ง รายได้จากการทำงานก่อนเกษียณไม่เท่ากัน โดยประเทศแถบเอเชียที่มีรายได้ต่อหัวต่ำ การศึกษาดั่ กว่าประเทศในเอเชียตะวันออก บางประเทศเช่น จีน เวียดนาม และอินโดนีเซีย ความจนมี ความสัมพันธ์กับระดับการศึกษา ความเป็นสังคมเดี่ยวที่มากขึ้นกว่าสังคมขยายในสมัยก่อน ทำให้ ผู้สูงอายุอยู่คนเดียวในสังคมเมืองโดยขาดการสนับสนุนด้านต่าง ๆ จากลูกหลาน ซึ่งอัตราการพึ่งพิง ของผู้สูงอายุกับวัยทำงานจะลดลงไปจากเดิม เช่น ประเทศจีน อัตราส่วนการพึ่งพิงจาก 6 จะเป็น 2 ประเทศสิงคโปร์ เป็น 8.2 จาก 2.7 ภายใน 20 ปีข้างหน้า ผู้สูงอายุจึงมาพึ่งพิงกับการจัดสวัสดิการรัฐ มากขึ้น

**1.2.5 จำนวนนโยบาย การลงทุนด้านโครงสร้างพื้นฐานเพื่อสนับสนุนการใช้ชีวิตและ ระบบของชุมชนจะต้องเปลี่ยนไป** ผู้สูงอายุจะมีความต้องการด้านสุขภาพ และการดูแลเชิงลึกมาก ขึ้น การลงทุนของภาครัฐจะเน้นในการดูแลคนมีภาวะพึ่งพิงและต้องนำเทคโนโลยีมาสนับสนุนความ ต้องการที่เพิ่มมากขึ้นในอนาคต

**1.2.6 กฎหมายปัจจุบัน** เริ่มมีการเรียกร้องให้มั่นนโยบายในอนาคตที่เน้นการรองรับความ ต้องการของผู้สูงอายุมากขึ้น จากองค์กรระหว่างประเทศ ทำให้เกิดแผนนโยบายจากสหประชาชาติ ได้แก่ Political declaration and Madrid international plan of action on ageing ในปี ค.ศ. 2002 โดยมีหัวข้อสำคัญ คือ การส่งเสริมสุขภาพและคุณภาพชีวิต สิทธิการเข้าถึงบริการสุขภาพที่ เท่าเทียม การให้บริการที่เหมาะสมแก่กลุ่มผู้สูงอายุที่เป็นผู้ป่วย HIV การพัฒนาผู้ดูแลผู้สูงอายุและ การสนับสนุนดูแลผู้ดูแลผู้สูงอายุ การเข้าถึงบริการสุขภาพจิตสำหรับผู้สูงอายุ และผู้ที่มีความพิการ ป้องกันการละเมิดสิทธิผู้สูงอายุ ในส่วนที่ไม่ใช่ด้านสุขภาพ ได้แก่ การขยายอายุราชการ การจ้างงาน ผู้สูงอายุ การดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน การเพิ่มความสามารถของสังคมดิจิทัล เป็นต้น<sup>10</sup>

### 1.3 ความพยายามในปัจจุบันของหน่วยงานภาครัฐในการรับมือกับสังคมสูงอายุ

#### 1.3.1 ในต่างประเทศ

- ในช่วงต้นปี ค.ศ. 2000 รัฐสภาญี่ปุ่นลงคะแนนเสียงให้ตัดลดงบประมาณเบี้ยบำนาญ บำนาญและเพิ่มอายุเกษียณ นับเป็นการประกาศลดเบี้ยบำนาญในภาคเอกชนโดยนายจ้างที่มีขนาด ใหญ่ที่สุดของญี่ปุ่น
- ในส่วนของยุโรปที่มีอัตราการเกิดน้อยลง ส่งผลให้มีการคาดการณ์ว่าจำนวนประชากรจะลดลง ต้อง ทบทวน/ปรับเปลี่ยนนโยบายการอนุญาตให้คนต่างชาติเข้ามาทดแทนแรงงานที่ขาดแคลน และ เตรียมมาตรการรองรับคนเกษียณจากงานและเป็นผู้รับบำนาญซึ่งมีจำนวนมากขึ้น
- ในภูมิภาค sub-Saharan แอฟริกา ปู่ย่าตายายกลายเป็นผู้ดูแลเลี้ยงดูเด็กจำนวนมากที่พ่อแม่ เสียชีวิตจากการติดเชื้อโรค HIV/AIDS ภูมิภาคนี้มักมีบทพร่อง
- เพื่อเตรียมการค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลของผู้สูงอายุ สำนักงานงบประมาณของสหรัฐอเมริกา กำหนดว่าภายในปี ค.ศ. 2040 สหรัฐฯ จะจัดงบประมาณคิดเป็นร้อยละ 17 ของผลิตภัณฑ์มวลรวม ของประเทศ (gross domestic product หรือ GDP) ให้เป็นเงินกองทุนประกันสังคม (social

<sup>9</sup>How Does an Aging Population Affect a Country?<http://www.worldbank.org/en/news/feature/2016/09/05/uruguay-como-afecta-pais-envejecimiento-poblacion>

<sup>10</sup>Political Declaration of Madrid International Plan of Action on Ageing, 2017. United Nations

security) เงิน Medicare ประกันสุขภาพ เงิน Medicaid ช่วยเหลือค่ารักษาพยาบาลของผู้มีรายได้น้อย

### 1.3.2 ประเทศไทย

ประเทศไทยมีการศึกษาเพื่อรับมือกับสังคมสูงอายุ ได้แก่ ภาพรวม ด้านสุขภาพ ด้านการจ้างงานหรือขยายอายุงาน และจัดทำข้อเสนอแนะภาพรวมการรับมือสังคมสูงอายุ ดังนี้

(1) มาตรการเพื่อส่งเสริมการมีส่วนร่วมในกำลังแรงงานของประชากรในกลุ่มประชากรสูงวัย โดยการทำให้ระบบการจ้างงานมีความยืดหยุ่นมากขึ้น ได้แก่ การปรับเปลี่ยนมุมมองต่อการจ้างงานของคนกลุ่มนี้ ให้ผู้สูงอายุเป็นทรัพยากรที่มีคุณค่าแทนที่จะเป็นต้นทุนขององค์กร การฝึกอบรมผู้สูงอายุ เพื่อการจ้างงานและทดแทนงานส่วนที่ต้องการกำลังผลิต หรือความเชี่ยวชาญ

(2) มาตรการปรับนโยบายอุตสาหกรรมและการลงทุนให้สอดคล้องกับการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรและทิศทางของการพัฒนาประเทศในระยะยาวเพื่อทดแทนการการชะลอตัวของการเติบโตของกำลังแรงงานในประเทศในอนาคต ได้แก่ การสนับสนุนนวัตกรรม เทคโนโลยี และการใช้เครื่องจักร ปัญญาประดิษฐ์ทดแทน

(3) มาตรการจัดระบบสวัสดิการที่มีประสิทธิภาพเพื่อดูแลผู้สูงอายุซึ่งมีจำนวนเพิ่มขึ้น โดยพิจารณาการจัดสรรงบประมาณที่เน้นในการดูแลฟื้นฟูสมรรถภาพ มาตรการการขึ้นภาษีในอนาคตเพื่อลดการขาดดุลงบประมาณเป็นระยะยาวซึ่งอาจมีผลต่อเสถียรภาพทางการคลัง มาตรการส่งเสริมการออมของประชากรทั้งในและนอกระบบประกันสังคม

(4) มาตรการสนับสนุนการเพิ่มอัตราวัยเจริญพันธุ์ในประเทศ ได้แก่ เงินอุดหนุนครอบครัวที่มีลูกและการศึกษา

## 1.4 ปัญหาและความต้องการด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ

**1.4.1 ในต่างประเทศ** แม้ว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่จะมีสมรรถนะทางกายยังอยู่ในเกณฑ์ดี แต่ก็พบว่าผู้สูงอายุเริ่มมีโรคมามากขึ้นเมื่ออายุมากขึ้น จากข้อมูลของ WHO พบว่าปัญหาของผู้สูงอายุแบ่งออกเป็น 2 ชนิด คือ ปัญหาที่ทำให้เกิดภาวะทุพพลภาพ และปัญหาที่ทำให้เกิดภาวะร้ายแรงหรือเสียชีวิต และปัญหาสุขภาพในกลุ่มผู้สูงอายุ มีความซับซ้อน เพราะต้องคำนึงถึงสิ่งต่อไปนี้ไปด้วย<sup>11</sup>

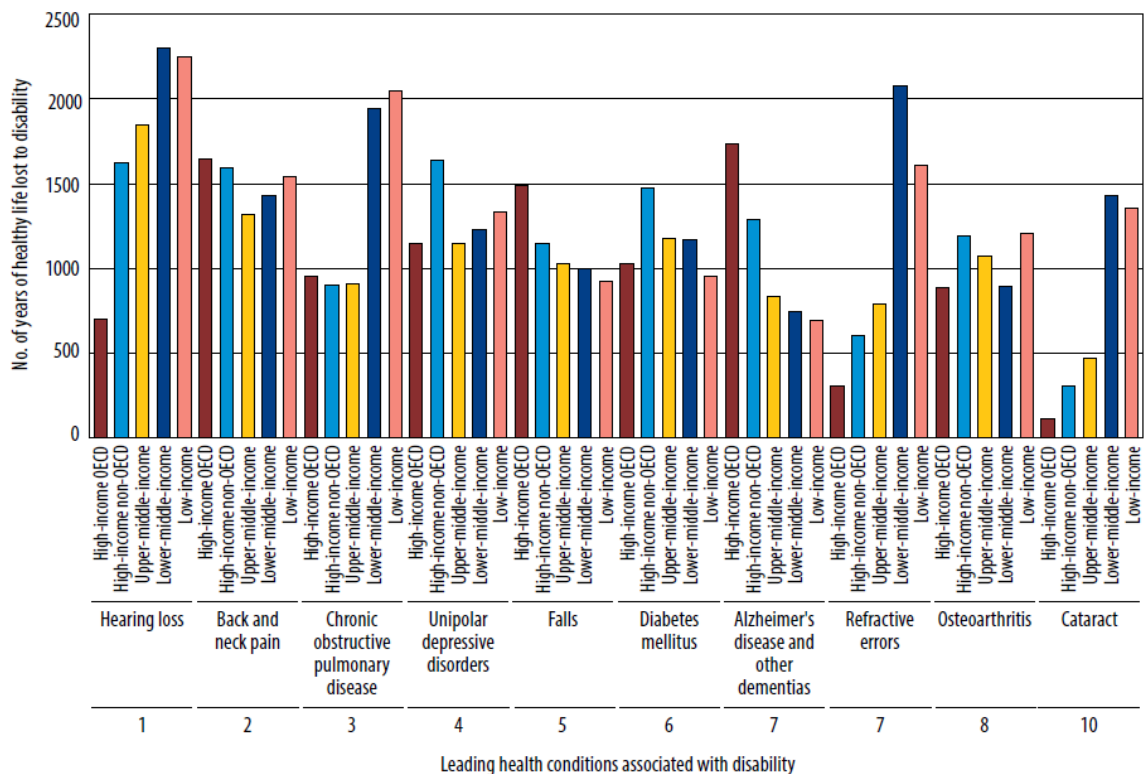
(1) ภาวะโรคแทรกซ้อนร่วมกันมากกว่า 1 โรค (multi morbidity) ผู้สูงอายุมากกว่าครึ่งหนึ่ง มีโรคประจำตัว/ภาวะแทรกซ้อนมากกว่าหนึ่งโรค ปัจจัยเสี่ยงคือ อายุที่มากขึ้น ระดับรายได้ และความเป็นอยู่ที่ต่ำกว่ามาตรฐาน

(2) ปัญหาสุขภาพเฉพาะของวัยสูงอายุ ได้แก่ ความเชื่องช้าทางการเคลื่อนไหว การกลืนปัสสาวะไม่อยู่ การหกล้ม ซึ่งปัญหาการหกล้มพบได้ถึง ร้อยละ 30-50 ของผู้สูงอายุ และยิ่งพบมากขึ้นในอายุที่มากขึ้น และเป็นปัญหาที่นำไปสู่ภาวะฉุกเฉินร้ายแรงของผู้สูงอายุ

<sup>11</sup>WHO. Ageing health. World Health Organization. (2015); 7.

รูปภาพที่ 2 : จำนวนปีที่สูญเสียจากความทุพพลภาพ  
และโรคที่ติดอันดับทำให้เกิดภาวะทุพพลภาพสูงสุดในผู้สูงอายุ ค.ศ. 2012

**Fig. 3.13.** Number of years of healthy life lost due to disability (YLD) per 100 000 population, and top 10 health conditions associated with disability, in populations aged 60 years and older, 2012

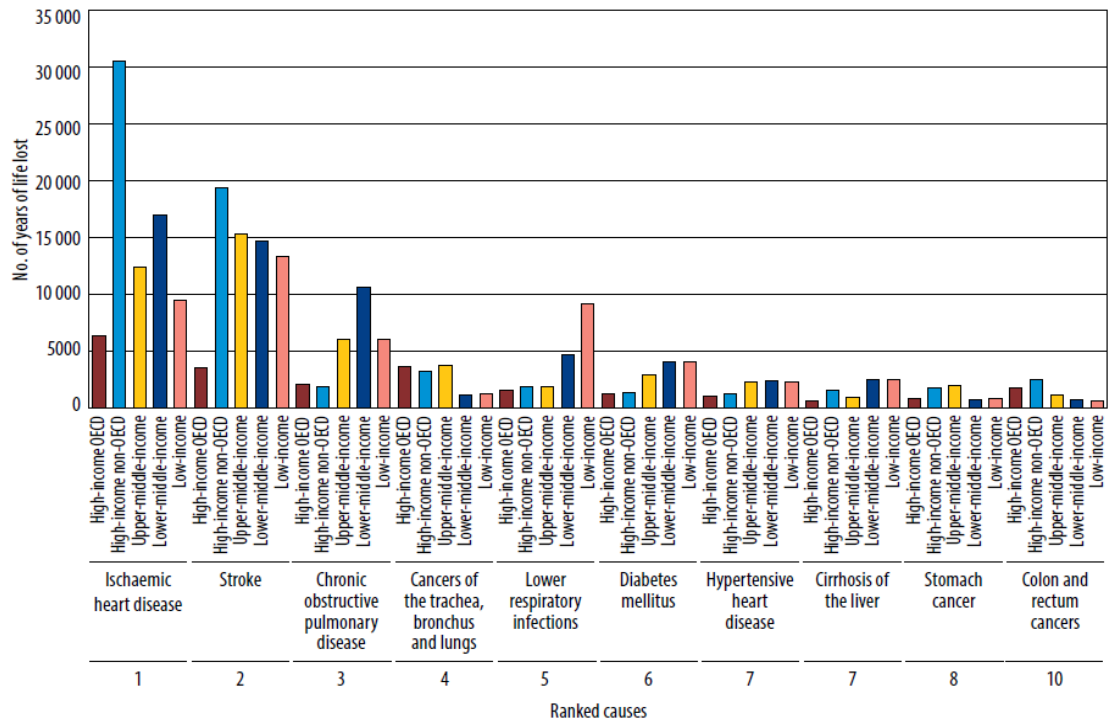


OECD: Organisation for Economic Co-operation and Development.

จากรูปภาพที่ 2 ความเจ็บป่วยหรือปัญหาสุขภาพที่ส่งผลให้เกิดความสูญเสียด้านสุขภาพมาก ได้แก่ การสูญเสียการได้ยิน อาการเจ็บปวดบริเวณคอและหลัง ภาวะปอดอุดตัน โรคเบาหวาน ปัญหาตาและกระดูกผุ จะเป็นสาเหตุสุขภาพและสุขภาพกายที่พบได้บ่อยที่สุด ส่วนโรคซึมเศร้าและสมองเสื่อมจะเป็นปัญหาสุขภาพจิตที่พบได้บ่อย ติดอันดับต้นๆของปัญหาสุขภาพทั้งหมด

**รูปภาพที่ 3 : จำนวนปีที่สูญเสียชีวิต  
และโรคที่ติดอันดับทำให้เกิดการเสียชีวิตในผู้สูงอายุ ค.ศ. 2012**

**Fig. 3.14. Number of years of life lost to mortality (YLL) per 100 000 population for the top 10 causes of lost years, in populations aged 60 years and older, 2012**



OECD: Organisation for Economic Co-operation and Development.

ส่วนปัญหาสุขภาพทางกายร้ายแรงที่คุกคามต่อชีวิต จากรูปภาพที่ 3 พบว่า มีโรคหัวใจ โรคหลอดเลือดสมอง โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง มะเร็งและโรคเรื้อรังกลุ่มเบาหวาน ความดันโลหิตสูง มีจำนวนมากไปหาน้อยตามลำดับ

**1.4.2 ประเทศไทย** จากการสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย พ.ศ.2550 ของสำนักงานสถิติแห่งชาติพบว่า สุขภาพของผู้มีอายุเกิน 60 ปี มีความหลากหลายมาก ส่วนใหญ่อยู่ในระดับดี<sup>12</sup> สามารถทำงานได้สอดคล้องกับข้อมูลของกระทรวงสาธารณสุขที่พบว่าต้องมีการจัดกลุ่มผู้สูงอายุเป็น

(1) **กลุ่มติดสังคม** มีสุขภาพดี และสามารถอยู่ตามลำพังได้ คิดเป็นร้อยละ 79.5 กลุ่มนี้มีมากที่สุดและยังทำงานเพื่อดูแลตัวเอง หลังเกษียณหรือออกจากงานไปแล้ว

(2) **กลุ่มติดบ้าน** ต้องการผู้ช่วยเหลือ ดูแลในชีวิตประจำวัน คิดเป็นร้อยละ 19

(3) **กลุ่มติดเตียง** ต้องการการดูแลระยะยาวด้านการแพทย์ รักษาพยาบาล และสวัสดิการสังคมคิดเป็นร้อยละ 1.5

**ปัญหาของระบบสาธารณสุข** คือ วัยสูงอายุจะมีการเพิ่มการใช้งานของระบบบริการผู้ป่วยนอกในโรงพยาบาลมากขึ้นจากข้อมูลของสำนักหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พบว่า ผู้ที่มีอายุมากกว่า 60 ปี จะมีการใช้บริการตรวจรักษามากกว่าวัยอื่น ๆ โดยเฉพาะเฉลี่ย 6 ครั้งขึ้นไปต่อปี และ

<sup>12</sup>สำนักงานสถิติแห่งชาติ.การสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย พ.ศ.2550

คิดเป็นร้อยละ 24 ของผู้ใช้บริการทั้งหมด รวมถึงจำนวนครั้งและวันนอนโรงพยาบาลจะมากถึงร้อยละ 24 นานกว่าผู้ป่วยวัยอื่น ๆ

สาเหตุของการสูญเสียปีสุขภาวะในผู้สูงอายุ พ.ศ. 2547 อันดับ 1 คือ โรคหลอดเลือดสมอง สูงถึงร้อยละ 12.5 และ 13.5 ในเพศชายและหญิงตามลำดับ รองลงมา คือ โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังและ มะเร็งตับ หัวใจขาดเลือด สำหรับผู้ชายและ โรคเบาหวาน หัวใจขาดเลือด สมอเสื่อมและมะเร็งตับ สำหรับผู้หญิง

ส่วนโรคเรื้อรังพบว่าโรคเรื้อรังที่ผู้สูงอายุรู้ตัวว่าเป็น 3 อันดับแรกคือความดันโลหิตสูง เบาหวานและโรคหัวใจร้อยละ 32, 13 และ 7 ตามลำดับ

ปี 2552 มีผู้สูงอายุชายและหญิงประมาณ 60,000 และ 80,000 คน ที่มีภาวะพึ่งพิงระดับรุนแรงซึ่งต้องการผู้อื่นในการช่วยเหลือดูแลและจะเพิ่มขึ้นในอนาคต

ผลกระทบต่อความต้องการด้านสุขภาพที่จะเพิ่มขึ้นไม่หยุดในอนาคต จะทำให้ภาวะการเงินการคลังมีปัญหา มีการคาดการณ์ว่า การเข้าสู่สังคมสูงอายุจะกดดันทำให้ค่าใช้จ่ายด้านสาธารณสุขเพิ่มขึ้นและรวดเร็ว ถ้าไม่มีการปรับตัวรองรับ สัดส่วนของค่าใช้จ่ายบริการสุขภาพจะเพิ่มขึ้นเป็นเท่าตัวจาก ร้อยละ 3.8 เป็น ร้อยละ 6 ของ GDP ประเทศไทย ในอีก 10 ปีข้างหน้า นอกจากนี้การดำเนินการของบุคลากรทางการแพทย์ที่มีอยู่น้อยแล้ว อาจไม่เพียงพอต่อการดูแลสุขภาพในอนาคต

### 1.5 ปัญหาขาดแคลนบุคลากรทางสุขภาพ

สถานการณ์อัตรากำลังของกระทรวงสาธารณสุข ในด้านบุคลากรทางการแพทย์นั้น ยังถือว่าอัตราติดลบ เนื่องจาก ในแต่ละปีนั้น มีข้าราชการของกระทรวงสาธารณสุขเกษียณร้อยละ 35.14 ของบุคลากรทั้งหมด โดยอัตราการสูญเสียของบุคลากรทางการแพทย์ต่อปี อยู่ที่จำนวน 7,700 คนเทียบกับการบรรจุเข้าทำงาน จำนวน 5,751 คน สาเหตุคือลาออกเป็นส่วนใหญ่ และเกษียณอายุราชการรองลงมา

สำหรับค่าเฉลี่ยของแพทย์ต่อประชากรไทยในภาพรวมของประเทศ ยังมีน้อยอยู่ เท่ากับ 1 คน ต่อ 4,200 ประชากร (1: 4,200) น้อยกว่าอัตราเหมาะสมที่องค์การอนามัยโลกกำหนดไว้คือ 1:1,500 เพราะจากความพยายามของกระทรวงสาธารณสุข ทำให้ค่าเฉลี่ยของแพทย์ที่ให้บริการในระบบราชการของกระทรวงต่อประชากรไทย เท่ากับ 1: 1,985 ซึ่งดีกว่าภาพรวมของประเทศ แต่ก็ถือว่าขาดแคลนอย่างมาก นอกจากนั้น จำนวนแพทย์ยังกระจุกในกรุงเทพมหานครและภาคเหนือ ภาคกลาง ภาคใต้ แต่กระจายตัวน้อยมากในเขตกันดารและภาคอีสาน โดยอัตราการสูญเสียเฉลี่ยของแพทย์ต่อปี อยู่ที่จำนวน 932 คนเทียบกับการบรรจุ 1,753 คน จากการมีอัตราการลาออกและเกษียณเพิ่มขึ้น เฉลี่ยลาออก 833 คน และเกษียณ 99 คนต่อปี เทียบกับอัตราการให้บริการสุขภาพเพิ่มขึ้นทุกปี คาดการณ์ว่าอาจต้องใช้เวลาผลิตแพทย์อย่างน้อย 5 ปี จึงจะมีอัตราส่วนเบื้องต้นเหมาะสมต่อการให้บริการขั้นพื้นฐาน(ข้อมูลจากกองบริหารทรัพยากรบุคคล กระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2561)

### 1.6 ความพยายามในอดีตที่ผ่านมาของรัฐบาลในการจัดการปัญหาสุขภาพของสังคมสูงอายุ

เนื่องจากปัญหาสุขภาพเป็นปัญหาสำคัญสำหรับสังคมสูงอายุ หน่วยงานภาครัฐ ภาคเอกชน และทุกภาคส่วนสังคม จึงร่วมกันกำหนดนโยบายและมาตรการเพื่อรองรับการเข้าสู่

สังคมผู้สูงอายุของประเทศไทยให้มีประสิทธิภาพและครอบคลุมทั่วถึงผู้สูงอายุทุกกลุ่มเป้าหมาย เพื่อให้ผู้สูงอายุได้รับการดูแล ช่วยเหลือและพัฒนาคุณภาพชีวิตที่ดีมีศักดิ์ศรี และความมั่นคงของชีวิต

ภาครัฐได้จัดทำแผนรองรับสังคมผู้สูงอายุ ผ่านการจัดทำแผนพัฒนาคุณภาพชีวิตของกระทรวงต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง อาทิ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ ได้จัดทำแผนดูแลผู้สูงอายุ ฉบับที่ 2 ปี 2560-2564 กระทรวงสาธารณสุขจัดทำแผนสุขภาพแห่งชาติ ปี 2560-2564 และกระทรวงแรงงานจัดทำแผนจัดหางานให้ผู้สูงอายุ ปี 2560-2564

ส่วนคณะกรรมการการสังคม กิจการเด็ก เยาวชน สตรี ผู้สูงอายุคนพิการและผู้ด้อยโอกาส สภานิติบัญญัติแห่งชาติ โดยคณะอนุกรรมการพิจารณาการศึกษาการเตรียมความพร้อมเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ ตระหนักถึงความสำคัญของการดูแลและพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ จึงดำเนินการพิจารณาการศึกษาประเด็นการเตรียมความพร้อมเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ โดยเชิญหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเข้าร่วมประชุมและศึกษาดูงานในพื้นที่ต่าง ๆ รวมถึงศึกษาเอกสารข้อมูลที่เกี่ยวข้อง นำเสนอต่อคณะอนุกรรมการ จนสามารถสรุปเป็นรายงานเรื่อง “การเตรียมความพร้อมเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ”<sup>13</sup> โดยสรุปประเด็นสำคัญที่ต้องเป็นภาระของภาครัฐในการดูแลสุขภาพ คือ

(1) **เพิ่มสิทธิของผู้สูงอายุในหลักประกันสุขภาพแห่งชาติให้ครอบคลุมด้านการส่งเสริมสุขภาพ การตรวจ การคัดกรองโรค ด้านสุขอนามัยช่องปาก เป็นต้น**

(2) **ให้สถานพยาบาลภาครัฐมีแผนกที่รับผิดชอบดูแลรักษาผู้สูงอายุแบบองค์รวม** ในปัจจุบัน กระทรวงสาธารณสุขและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ร่วมดำเนินการให้ผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านและกลุ่มติดเตียงได้รับการช่วยเหลือดูแลกิจวัตรประจำวันให้ครอบคลุมทุกตำบลผ่านระบบ long term care โดยมีทีมหมอครอบครัวที่ได้รับการอบรม ลงดูแลผู้ป่วย ร่วมกับส่งเสริมการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน ให้มีความสำคัญกับการส่งเสริมสุขภาพทุกด้านของผู้สูงอายุ และใช้โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เป็นหน่วยงานให้การสนับสนุนอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุที่บ้านในด้านอบรมความรู้ การให้คำแนะนำการแก้ไขปัญหาต่าง ๆ โดยกระทรวงสาธารณสุขเป็นหน่วยงานติดตามและควบคุมมาตรฐานวิชาชีพของผู้ดูแลผู้สูงอายุ ในโรงพยาบาลศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุสถานสงเคราะห์ มูลนิธิ ตลอดจน ที่บ้าน เพื่อให้การดูแลผู้สูงอายุเป็นไปอย่างถูกต้อง และได้มาตรฐาน

(3) กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ โดย กรมกิจการผู้สูงอายุ เป็นหน่วยงานหลักในการกำกับดูแลการจัดทำยุทธศาสตร์ การจัดสรรงบประมาณ การวางแผนจัดกิจกรรม การอบรมของหน่วยงานต่าง ๆ เพื่อการบูรณาการการทำงานร่วมกัน เป็นไปในทิศทางเดียวกัน มีความต่อเนื่อง ไม่เกิดความซ้ำซ้อน มีความเป็นมาตรฐาน มีระบบการติดตามประเมินผล เพื่อให้การดำเนินงานมีคุณภาพและบรรลุตามวัตถุประสงค์ โดยมีกระทรวงสาธารณสุขเป็นหน่วยงานหลักในการจัดทำหลักสูตรอบรมผู้ดูแลผู้สูงอายุเพื่อให้เป็นมาตรฐานเดียวกัน

(4) **รัฐส่งเสริมอาชีพผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ได้มาตรฐาน** ให้มีจำนวนมากขึ้นและพอเพียงกับความต้องการ เนื่องจากปัจจุบันเป็นอาชีพที่ขาดแคลนอย่างมาก

(5) กระทรวงสาธารณสุขอยู่ระหว่างดำเนินการจัดตั้งศูนย์พัฒนาสุขภาพผู้สูงวัยในชุมชนแบบเข้าไป-เย็นกลับ (Day care) โดยการพัฒนาเพิ่มขึ้นจากรูปแบบของศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตและส่งเสริมอาชีพผู้สูงอายุ (ศพอส.) เป็นการส่งเสริมสนับสนุนการบูรณาการการดูแลในชุมชน

ร่วมกันของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.)อาสาสมัครสาธารณสุขกรุงเทพมหานคร (อสส.) และอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน (อผส.) ตลอดจนชมรมผู้สูงอายุเพื่อให้การดูแลผู้สูงอายุในชุมชน ลดปัญหาผู้สูงอายุป่วยติดเตียงในความรับผิดชอบดูแลของโรงพยาบาล

ในส่วนของ**กระทรวงสาธารณสุข**ได้รับแรงค์ส่งเสริมสนับสนุนประชาชนให้มีความรู้ ให้ความสำคัญ ในการดูแลสุขภาพทุกช่วงวัยเพื่อป้องกันการเกิดปัญหาสุขภาพ โดยเฉพาะโรคเกิดจากพฤติกรรม เพื่อเตรียมความพร้อมเข้าสู่ผู้สูงอายุ และจัดบริการที่หน่วยบริการระดับปฐมภูมิเพื่อเป็น gatekeeper ในการส่งเสริมป้องกันและรักษาเบื้องต้น รวมทั้งทำหน้าที่เหมือนทีมหมอครอบครัว ในการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยที่มีปัญหาโรคเรื้อรัง เรียกว่า primary care cluster โดยจะต้องมีหมอครอบครัว อย่างน้อย 1 คนต่อประชากร 100,000 คน พยาบาล 3 คน เป็นต้น

**จากความพยายามในอดีตที่ผ่านมา พบว่า การแก้ไขปัญหาก็ทำได้ คือ**

1. การพัฒนาระบบบริการสาธารณสุขที่เน้นระบบปฐมภูมิ ให้เป็นด่านหน้าที่จะกันคนเข้ามาใช้บริการในโรงพยาบาล เพราะโรคที่ร้ายแรงส่วนใหญ่เป็นโรคที่มีปัจจัยเสี่ยงจากพฤติกรรม การใช้ชีวิต การค้นหาคัดกรองเบื้องต้นร่วมกับการทำส่งเสริมป้องกันสุขภาพจึงเป็นเรื่องที่สำคัญ การพัฒนาระบบบริการที่เรียกว่า ระบบบริการปฐมภูมิ (primary care cluster) จึงมีความสำคัญ โดยต้องอาศัยแพทย์ พยาบาล เภสัชกร นักวิชาการสาธารณสุข นักกายภาพบำบัด มารวมเป็นทีมหมอครอบครัว รับผิดชอบบริการ 1 ทีมต่อ 10,000 ประชากร ในตำบลนั้นๆ

2. การดำเนินการนี้ ยังมีปัญหาความขาดแคลนบุคลากร โดยเฉพาะต้องมีแพทย์เพิ่มอีก 6,500 คน ใน 10 ปี เพื่อให้เป็นไปตามมาตรฐานที่กำหนด โดยต้องผ่านหลักสูตรเวชศาสตร์ครอบครัว 3 ปี ที่ผ่านมามีแพทย์จบหลักสูตรนี้เพียงแค่ 400 คน และสามารถผลิตได้แค่ปีละ 50 คน ทำให้มีไม่เพียงพอ แพทย์ที่มีอยู่ก็ไม่เพียงพอต่อการให้บริการ

3. การเพิ่มประสิทธิภาพของระบบที่ผ่านมาจึงมุ่งไปที่ การจ้างแพทย์ที่เกษียณมาให้บริการตรวจผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยเข้าถึงบริการ

4. จากรัฐธรรมนูญ มาตรา 258 กำหนดไว้ว่า ให้มีระบบการแพทย์ปฐมภูมิที่มีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวดูแลประชาชนในสัดส่วนที่เหมาะสม จึงเป็นที่มาของการขยายอายุราชการแพทย์ผู้เกษียณ ตามมาตรา 108 ของพระราชบัญญัติระเบียบข้าราชการพลเรือน พ.ศ. 2551 และ กฎ ก.พ. โดยผ่านความเห็นชอบของคณะกรรมการของกระทรวงสาธารณสุข แต่จะกำหนดไว้ให้มีการประเมินสภาพการทำงาน แต่ทั้งหมดยังเป็นการสมัครใจ ไม่ใช่สภาพบังคับ

5. เมื่อศึกษาข้อมูลจากความพร้อม พบว่า ร้อยละ 55.7 ของแพทย์ที่กำลังจะเกษียณมีความต้องการมาทำงานต่อหลังเกษียณอายุ ร้อยละ 24 ต้องการขยายอายุราชการถึง 65 ปี โดยให้ทำการรักษาด้านเดียว สวัสดิการต้องการแรงจูงใจที่เป็นค่ารักษาพยาบาล ค่าเดินทางและที่พักอาศัย เงินไม่ใช่เรื่องใหญ่ โดยความรู้สึกว่าตนเองยังเป็นประโยชน์ต่อคนไข้และรุ่นน้องเป็นเรื่องสำคัญ

6. จากข้อมูลที่กำลังกล่าวมา จึงทำให้การขยายอายุราชการสำหรับแพทย์ น่าจะเป็นข้อเสนอที่จำเป็นและทำได้ แต่การนำเสนอจำเป็นต้องมีข้อมูลสนับสนุนเพียงพอ และทำเฉพาะวิชาชีพนี้เป็นการนำร่องก่อนขยายไปสู่สาขาอาชีพที่ขาดแคลนอื่น ๆ (วันเพ็ญ แก้วปาน, 2559)

## 2. แนวโน้มของปัญหาและโอกาสการพัฒนาของประเทศในอนาคต

### 2.1 แนวโน้มในอนาคตของปัญหาจากสังคมสูงอายุที่ภาครัฐจะเผชิญ

ข้าราชการเป็นกลุ่มบุคคลที่ทำหน้าที่ขับเคลื่อนการบริหารราชการและการปฏิบัติการภาครัฐเพื่อสนองนโยบายและยุทธศาสตร์ของภาครัฐไปสู่การปฏิบัติที่สัมฤทธิ์ผลในการให้บริการประชาชน อย่างไรก็ตาม ในแต่ละปี มีข้าราชการจำนวนมากที่เกษียณอายุราชการตามกำหนดเวลา แต่ส่วนราชการบางแห่งยังเตรียมความพร้อมสำหรับการทดแทนบุคลากรในตำแหน่งที่ต้องการได้ไม่เพียงพอและทันเวลา เกิดภาวะขาดความต่อเนื่องของกำลังคนภาครัฐ โดยเฉพาะสายงานที่ต้องอาศัยความเชี่ยวชาญเฉพาะด้าน ต้องมีความรู้ ความสามารถและประสบการณ์ที่สั่งสมมาอย่างยาวนาน และต่อเนื่องในการปฏิบัติงาน ซึ่งข้าราชการรุ่นต่อมาต้องใช้เวลาในการสั่งสมความรู้ ความสามารถ และประสบการณ์ให้เพียงพอก่อน จึงจะทดแทนได้อย่างมีประสิทธิภาพ

สถานะทางการเงินการคลังของภาครัฐเป็นเหตุผลสำคัญที่สุดของหัวข้อการศึกษา **การเพิ่มศักยภาพการปฏิบัติการภาครัฐด้วยการขยายอายุราชการกรณีศึกษา : การขยายอายุราชการของบุคลากรทางการแพทย์** เนื่องจากเมื่อมีคนเกิดน้อยลงและมีคนสูงอายุมากขึ้น กลายเป็นคนส่วนน้อยต้องรับภาระคนจำนวนมาก ทั้งที่คนสูงอายุยังสามารถทำประโยชน์ให้สังคมโดยรวมได้ นอกจากนี้ ในสังคมที่คนวัยทำงานมีน้อยลง แต่คนสูงวัยมีมากขึ้น ภาษีที่ภาครัฐจะได้รับจากคนกลุ่มแรกจะลดน้อยลง แต่ภาระค่าใช้จ่ายจะเพิ่มมากขึ้น

นอกจากปัญหาวิกฤตการณ์งบประมาณและการเงินการคลังของประเทศดังกล่าวข้างต้นแล้ว ปัญหาที่แทรกซ้อนใหม่มากับการเข้าสู่สังคมสูงวัย คือ การเกษียณของบุคลากรทางการแพทย์ ซึ่งมีผลกระทบอย่างมากต่อประเทศไทย ซึ่งขาดแคลนบุคลากรทางการแพทย์อย่างต่อเนื่องมาเป็นเวลากว่า 10 ปีแล้ว และปัญหาดังกล่าวมีขนาดขยายใหญ่ขึ้น เนื่องจากบุคลากรทางการแพทย์ที่เกษียณมามีสถานะเป็นผู้รับบริการการแพทย์เพิ่มจำนวนมากขึ้น อุปสงค์ความต้องการรักษาพยาบาลในสาขาแพทย์สำหรับผู้สูงวัยมีจำนวนมากขึ้นอย่างรวดเร็ว ในขณะที่อุปทานบุคลากรทางการแพทย์ในภาครัฐยังขาดแคลน ไม่สามารถสั่งสมจำนวนบุคลากรให้เท่าทันและสนองอุปสงค์จำนวนมากได้ในระยะเวลาจำกัด

การขาดแคลนบุคลากรทางการแพทย์ในระบบสาธารณสุขของประเทศไทยเป็นปัญหาที่ภาครัฐพยายามดำเนินการแก้ไขอย่างต่อเนื่องมาตลอดระยะเวลากว่า 10 ปีที่ผ่านมา โดยเฉพาะการผลิตเพิ่ม ทั้งแพทย์ พยาบาล และสาขาวิชาชีพที่ขาดแคลน แต่จนถึงปัจจุบัน ปัญหาการขาดแคลนบุคลากรดังกล่าวยังคงมีอยู่และทวีความรุนแรงมากยิ่งขึ้น ในช่วงที่สังคมไทยเข้าสู่สังคมสูงวัย ต้องการบริการรักษาพยาบาลเพิ่มมากขึ้น ประกอบกับบุคลากรการแพทย์จำนวนมากเกษียณอายุราชการ โดยเฉพาะในการบริการสาธารณสุขในพื้นที่ต่างจังหวัดและห่างไกล อาจนับได้ว่าเป็นปัญหาด้านการขาดแคลน การกระจายตัว และการแก้ไขปัญหที่ปลายเหตุ และยังไม่สามารถแก้ไขปัญหาดังกล่าวได้อย่างแท้จริง

ปัญหาการขาดแคลนบุคลากรทางการแพทย์ อาจแยกออกเป็น 2 ส่วน คือ การขาดแคลนบุคลากรทางการแพทย์ที่เกิดจากจำนวนบุคลากรไม่เพียงพอ และการขาดแคลนที่มาจากปัญหาการกระจายตัวของวิชาชีพ ซึ่งปัญหาการขาดแคลนเหล่านี้ไม่สามารถแก้ไขปัญหาดังกล่าวรวมได้ทั้งหมด เนื่องจากแต่ละวิชาชีพมีปัญหาด้านการขาดแคลนที่แตกต่างกันหลายหลาก อีกทั้งการ

กำหนดว่าบุคลากรทางการแพทย์จำนวนเท่าใดจึงจะเพียงพอ ต้องขึ้นอยู่กับกรอบแบบระบบบริการทางการแพทย์ที่มีคุณภาพและระดับมาตรฐานการบริการที่รัฐสามารถบริหารจัดการให้ครอบคลุมทั่วประเทศมากน้อยเพียงใด

เมื่อเปรียบเทียบกับประเทศเพื่อนบ้านในกลุ่มอาเซียนด้วยกัน พบว่าประเทศไทยมีแพทย์พอเพียงต่อประชากรในระดับที่น้อย เกือบอยู่สุดท้ายของการจัดอันดับ แม้แต่พม่าและเวียดนามยังมีแพทย์ต่อประชากรที่มากกว่าไทย ซึ่งให้เห็นว่าจำนวนแพทย์ของไทยยังเป็นปัญหา ซึ่งปัจจุบันไทยมีแพทย์ประจำในระดับอำเภอ โรงพยาบาลชุมชน (รพช.) เท่านั้น ขณะที่บางประเทศมีแพทย์ประจำลงถึงระดับตำบลหรือหมู่บ้าน แต่ปัญหาขาดแคลนแพทย์ที่เกิดขึ้นนี้ กลับไม่ได้ส่งผลกระทบต่อระบบบริการและคุณภาพการรักษามากนัก เพราะจากงานศึกษาวิจัยพบว่า ไทยมีการใช้วิชาชีพพยาบาลปฏิบัติงานแทนแพทย์ในบางโอกาส เนื่องจากมีอัตราแพทย์ต่อพยาบาลจำนวนมาก เมื่อเปรียบเทียบกับประเทศอื่น ๆ ที่อัตราแพทย์ต่อพยาบาลมักมีสัดส่วนที่ใกล้เคียงกัน ทำให้ระบบสาธารณสุขไทยมีการใช้พยาบาลทำหน้าที่แทนแพทย์ เพื่อดูแลสุขภาพประชาชนเบื้องต้น เป็นกลไกทดแทน โดยเฉพาะในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) และใน รพช. โดยเฉพาะโรงพยาบาลที่มีแพทย์ประจำเพียงคนเดียว จัดเป็นการจัดระบบทดแทนที่ดีและมีประสิทธิภาพ

ถึงแม้กระนั้น ปัญหาแพทย์ไม่เพียงพอยังคงมีอยู่ ที่ผ่านมา กระทรวงสาธารณสุขใช้ระบบการใช้ทุนเป็นหลัก เนื่องจากการเรียนเป็นแพทย์จะได้รับการสนับสนุนงบประมาณจากภาครัฐส่วนหนึ่ง จึงต้องมีการทำงานเพื่อใช้ทุนทดแทน ด้วยเหตุนี้จึงมีการส่งแพทย์จบใหม่ไปทำงานใช้ทุนเพื่อดูแลผู้ป่วยในพื้นที่ต่าง ๆ ของประเทศ แต่ปัญหาขาดแคลนแพทย์ยังคงมีอยู่ เนื่องจากภายหลังจากที่แพทย์จบใหม่เหล่านี้ใช้ทุนครบ 3 ปีแล้ว ส่วนใหญ่เลือกที่จะลาออกหรือขอย้าย โดยจะยังคงมีแพทย์ที่ยังคงอยู่ในระบบและพื้นที่เพียง 20% - 30% ของแพทย์ที่จบในรุ่นนั้นเท่านั้น ด้วยเหตุนี้ที่ผ่านมามีคำถามที่ว่าระยะเวลาการใช้ทุนเรียนแพทย์ 3 ปีนั้นเพียงพอหรือไม่ เนื่องจากมีคนจำนวนหนึ่งมองว่า แพทย์ถือเป็นวิชาชีพพิเศษที่ต้องทำงานเพื่อส่วนรวม เพราะเป็นวิชาชีพที่ได้ประโยชน์จากชีวิตคนในการเรียนและศึกษา จึงต้องคิดและทำงานเพื่อสังคมและส่วนรวม นอกจากนี้ยังมีแนวคิดการเพิ่มจำนวนเงินการชดใช้ทุน ซึ่งปัจจุบันอยู่ที่ 4 แสนบาท ซึ่งเป็นอัตราคงที่และกำหนดมานานนับสิบๆ ปี แต่ยังไม่ได้รับการตอบรับ

ที่ผ่านมา กระทรวงสาธารณสุขพยายามแก้ปัญหาการลาออกของแพทย์ โดยการบรรจุตำแหน่งข้าราชการ เพื่อกำหนดให้แพทย์คงอยู่ในระบบได้นาน แต่แพทย์รุ่นหลังๆ ซึ่งเป็นคน Generation Y ไม่ได้สนใจกับตำแหน่งข้าราชการ แต่ให้น้ำหนักกับงานที่ทำรายได้และจำนวนรายได้เป็นหลัก ดังนั้น การบรรจุแพทย์เป็นข้าราชการจึงไม่ได้เป็นปัจจัยทำให้อยู่ในระบบ ส่วนการจูงใจด้วยเพิ่มค่าตอบแทนนั้น พอมีผลอยู่บ้าง แต่ต้องเป็นการเพิ่มค่าตอบแทนในปีที่เป็นจุดหักเห คือ ปีที่ 4 หลังการใช้ทุนครบ 3 ปี เพราะเป็นช่วงที่แพทย์ตัดสินใจว่าจะคงทำงานอยู่ในระบบหรือเลือกที่ลาออกเพื่อไปทำงานกับเอกชน นอกจากนี้ ที่ผ่านมา ชมรมแพทย์ชนบทเสนอให้เพิ่มค่าตอบแทนกับแพทย์ที่ทำงานครบ 10 ปี เป็นการเพิ่มค่าตอบแทนในปีที่ 10 ซึ่งจะไม่มีความหมายอะไร เพราะแพทย์ที่ทำงาน 10 ปี ย่อมมีแนวโน้มที่จะคงอยู่ในระบบต่อไปอยู่แล้ว

อีกแนวทางหนึ่งที่กระทรวงสาธารณสุขใช้ในการรั้งแพทย์ให้อยู่ในระบบราชการ คือ เปิดโอกาสให้แพทย์ที่ทำงานในชนบทสามารถเรียนต่อเพิ่มเติมเพื่อสอบใบอนุญาตและวุฒิบัตรแพทย์เฉพาะทางได้ แบบทำงานไปด้วยและเรียนไปด้วยได้ หรือเปิดอบรมระยะเวลาสั้นๆ อาทิ แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว เพื่อเพิ่มโอกาสให้แพทย์ที่ทำงานในชนบทมีโอกาสที่จะพัฒนาตนเอง

ในส่วนการกระจายตัวของแพทย์ในแต่ละสาขาเชี่ยวชาญ อาทิ ศัลยแพทย์ อายุรแพทย์ กุมารแพทย์ และสูติรีแพทย์ ยังมีความขาดแคลนอย่างมาก อีกทั้งปัจจุบันมีกระแสแพทย์ที่มุ่งเรียนสาขาโรคผิวหนังกันมาก แม้แต่แพทย์ที่เรียนเฉพาะทางสาขาอื่นยังเลือกอบรมเป็นแพทย์ผิวหนังเพิ่มเติม เพื่อหันมารักษาตามคลินิกเสริมความงาม ส่งผลให้แพทย์เชี่ยวชาญสาขาอื่น ๆ ลดลง โดยเฉพาะแพทย์ศัลยกรรมที่เป็นสาขาขาดแคลน ด้วยสาเหตุนี้ จึงส่งผลให้ปัญหาขาดแคลนแพทย์ในระบบเพิ่มมากขึ้นไปอีก กลายเป็นปัญหาการเข้าถึงการรักษาเช่นกัน โดยที่ผ่านมาเคยมีการศึกษาวิจัยถึงจำนวนแพทย์แต่ละสาขา โดยพิจารณาจากความต้องการในการรักษาและจำนวนแพทย์แต่ละสาขาที่มีอยู่ในระบบ ปรากฏว่าแพทย์ศัลยกรรม แพทย์สาขาโรคเรื้อรังและโรคในกลุ่มผู้สูงอายุ เป็นสาขาที่ขาดแคลนมาก ในขณะที่กุมารแพทย์ และสูติรีแพทย์เริ่มเพียงพอแล้ว เพราะอัตราเด็กเกิดใหม่ลดลง

ในแต่ละปีมีจำนวนข้าราชการที่เกษียณอายุประมาณ 30,000 คนจากจำนวนข้าราชการประมาณ 1.7 ล้านคน ในจำนวนที่เกษียณอายุไปนี้ รัฐจะต้องรับบุคลากรเข้ามาทดแทน ส่งผลให้เกิดภาระงบประมาณเป็นค่าใช้จ่ายในด้านเงินเดือนและค่ารักษาพยาบาล ซึ่งรวมถึงบุคคลในครอบครัวตามกฎหมายของข้าราชการด้วย รัฐต้องจ่ายเงินค่าบำเหน็จหรือบำนาญ และค่ารักษาพยาบาล จนกว่าข้าราชการจะเสียชีวิต และเมื่อรับบุคลากรใหม่เข้ามาทดแทน รัฐก็จะมีรายจ่ายเข้ามาเพิ่มขึ้น ดังนั้น เพื่อชะลอการรับบุคลากรใหม่ และคงรายจ่ายสำหรับบุคลากร การขยายอายุการเกษียณราชการเป็น 65 ปี น่าจะช่วยบรรเทาภาระงบประมาณค่าใช้จ่ายในส่วนของการเกษียณที่เป็นปัญหาวิกฤตการณ์การเงินการคลังของประเทศไทยได้

## 2.2 โอกาสการพัฒนาในอนาคต

คณะรัฐมนตรีเมื่อวันที่ 3 ตุลาคม 2560 ได้มีมติเห็นชอบแนวทางทดแทนอัตราว่างจากการเกษียณอายุของราชการ ตามมาตรการพัฒนากำลังคนภาครัฐ ปี พ.ศ. 2557 – พ.ศ. 2561 ตามที่สำนักงาน ก.พ. เสนอ โดยให้พิจารณากำหนดสัดส่วนของการรับบุคลากรภาครัฐให้สอดคล้องกับอัตราว่างที่กำหนด ให้ลดการบรรจุข้าราชการทดแทนในอัตราว่าง และหากมีการบรรจุข้าราชการในอัตราว่างในระดับล่างก็ให้พิจารณาตามความจำเป็น และความเหมาะสม อนึ่ง สำหรับส่วนราชการและกรมที่มีอัตราว่างไม่เกิน 1,000 อัตรา ให้พิจารณาใช้รูปแบบการจ้างงานอื่นทดแทน การบรรจุข้าราชการตามความเหมาะสม และความจำเป็นของภารกิจ ทั้งนี้ ในช่วงเปลี่ยนผ่าน เพื่อให้หน่วยงานราชการต่าง ๆ มีเวลาเตรียมตัวก็เห็นควรให้ดำเนินการนี้โดยมีผลบังคับใช้ตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม 2561 เป็นต้นไป

สำหรับข้าราชการพลเรือนสามัญ คณะกรรมการข้าราชการพลเรือน (ก.พ.) ได้กำหนดบัญชีตำแหน่งที่ได้รับราชการต่อไปหลังเกษียณอายุราชการ ซึ่งเป็นตำแหน่งงานที่คณะกรรมการข้าราชการพลเรือนได้กำหนดว่ามีความขาดแคลนบุคลากรในเชิงปริมาณหรือเชิงคุณภาพ จำนวน 2 ประเภท ได้แก่

(1) ตำแหน่งประเภทวิชาการ ระดับเชี่ยวชาญหรือระดับทรงคุณวุฒิ จำนวน 4 สายงาน คือ นักกฎหมาย กฎศีกา แพทย์ทันตแพทย์ นายสัตวแพทย์

(2) ตำแหน่งประเภททั่วไป ระดับทักษะพิเศษ จำนวน 4 สายงาน คือ ปฏิบัติงานช่างศิลปกรรม คีตศิลป์ ดุริยางคศิลป์ และนาฏศิลป์

ทั้งนี้ เพื่อช่วยให้มีผู้ปฏิบัติงานอย่างต่อเนื่องในสายงานที่ขาดแคลนผู้ปฏิบัติงาน จึงได้มีการกำหนด แนวทางให้ข้าราชการที่ครบเกษียณอายุราชการสามารถรับราชการต่อไปได้เนื่องจาก การปฏิบัติงานต้องอาศัยการสั่งสมความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ในงานเป็นอย่างมาก ดังนั้น การกำหนดให้ข้าราชการกลุ่มนี้รับราชการต่อไปได้หลังเกษียณอายุราชการจึงเป็นประโยชน์ต่อ ราชการมากกว่าที่จะให้เกษียณอายุที่ 60 ปี

### 3. แนวทางแก้ปัญหาหรือการพัฒนา

#### 3.1 แนวคิด

สถานะทางการเงินการคลังของภาครัฐเป็นเหตุผลสำคัญที่สุดของหัวข้อการศึกษาการเพิ่มศักยภาพการปฏิบัติการภาครัฐด้วยการขยายอายุราชการกรณีศึกษา : การขยายอายุราชการของบุคลากรทางการแพทย์ เนื่องจากเมื่อมีคนเกิดน้อยลงและมีคนสูงอายุมากขึ้น กลายเป็นคนส่วนน้อยต้องรับภาระคนจำนวนมาก ทั้งที่คนสูงอายุยังสามารถทำประโยชน์ให้สังคมโดยรวมได้ นอกจากนี้ ในสังคมที่คนวัยทำงานมีน้อยลง แต่คนสูงวัยมีมากขึ้น ภาษีที่ภาครัฐจะได้รับจากคนกลุ่มแรกจะลดน้อยลง แต่ภาระค่าใช้จ่ายจะเพิ่มมากขึ้น

ในสังคมสูงอายุที่ต้องการบริการสุขภาพเพิ่มขึ้น ภาระงานของบุคลากรทางการแพทย์ต้องเพิ่มขึ้นด้วย การเกษียณของบุคลากรทางการแพทย์ จะมีผลกระทบอย่างมากต่อประเทศไทย ซึ่งขาดแคลนบุคลากรทางการแพทย์อย่างต่อเนื่องมาเป็นเวลากว่า 10 ปีแล้ว ปัญหาดังกล่าวมีขนาดขยายใหญ่ขึ้น เนื่องจากบุคลากรทางการแพทย์ที่เกษียณมีสถานะเป็นผู้รับบริการการแพทย์เพิ่มจำนวนมากขึ้น อุปสงค์ความต้องการรักษาพยาบาลในสาขาแพทย์สำหรับผู้สูงวัยมีจำนวนมากขึ้นอย่างรวดเร็ว ในขณะที่อุปทานบุคลากรทางการแพทย์ในภาครัฐยังขาดแคลน ไม่สามารถส่งสมจำนวนบุคลากรให้เท่าทันและสนองอุปสงค์จำนวนมากได้ในระยะเวลาจำกัด

แนวคิดในหัวข้อการศึกษาการเพิ่มศักยภาพการปฏิบัติการภาครัฐด้วยการขยายอายุราชการกรณีศึกษา : การขยายอายุราชการของบุคลากรทางการแพทย์ อาจสรุปได้ ดังนี้

3.1.1 ข้าราชการอายุ 60 – 65 ปี เป็นจำนวนมากที่ยังขยันขันแข็ง มีประสิทธิภาพ การปล่อยให้คนที่มีประสิทธิภาพต้องออกจากงานไปแล้วได้รับบำนาญตามปกติ อาจถือเป็นการเสียเปล่าของภาครัฐ

3.1.2 การทำงานที่ใช้ความคิดเป็นหลัก ใช้ประสบการณ์และความสามารถในการมองภาพรวม ไม่ต้องลงแรงทำงาน จึงน่าจะสนับสนุนให้ข้าราชการทำงานต่อไปได้จนถึงอายุ 65 ปี

3.1.3 ด้วยความเจริญก้าวหน้าทางการแพทย์ อายุคนไทยเฉลี่ยเพิ่มขึ้น คนสูงอายุแข็งแรงขึ้น ข้าราชการในระดับที่เป็นผู้เชี่ยวชาญ เช่น อาจารย์มหาวิทยาลัย ผู้พิพากษา อัยการ หรือผู้ที่ทำงานในระดับนโยบายซึ่งยังทำประโยชน์ให้แก่ประเทศชาติได้ควรได้รับการประเมินผลเป็นระยะให้สามารถทำงานได้ต่อไป

3.1.4 สถานะทางการเงินของภาครัฐ เป็นเหตุผลสำคัญที่สุด เมื่อมีคนเกิดน้อยลงและมีคนสูงอายุมากขึ้น กลายเป็นคนส่วนน้อยต้องรับภาระคนจำนวนมาก ทั้งที่คนสูงอายุยังสามารถทำประโยชน์ให้สังคมโดยรวมได้

3.1.5 ในสังคมที่คนวัยทำงานมีน้อยลง แต่คนสูงวัยมีมากขึ้น ภาษีที่ภาครัฐจะได้รับจากคนกลุ่มแรกจะลดน้อยลง แต่ภาระค่าใช้จ่ายจะเพิ่มมากขึ้น

#### 3.2 แนวทางการแก้ปัญหาและพัฒนาอย่างก้าวกระโดด

3.2.1 ภายใต้ปัญหาวิกฤตการณ์งบประมาณ ภาระผูกพันทางการเงินการคลังของประเทศสืบเนื่องจากการเข้าสู่สังคมสูงวัยข้างต้น ประกอบกับปัญหาขาดแคลนบุคลากรทางการแพทย์ ทำให้การปฏิบัติการภาครัฐด้อยประสิทธิภาพลง แม้ว่าที่ผ่านมาภาครัฐจะได้พยายามแก้ไขปัญหาดังกล่าว

แล้วแต่ยังไม่สามารถรับมือกับปัญหาได้ดีเท่าที่ควร กลุ่ม GP 11 เล็งเห็นว่าจะสามารถแก้ปัญหาและพัฒนาแนวทางแก้ปัญหาอย่างเป็นระบบอย่างก้าวกระโดดได้โดยมีความเป็นเป็นไปได้สูง เนื่องจากมีแนวปฏิบัติที่เป็นเลิศประสบความสำเร็จในต่างประเทศที่สามารถนำมาใช้ได้ดี อาทิ องค์การเพื่อความร่วมมือทางเศรษฐกิจและการพัฒนา (Organization for Economic Co-operation and Development หรือ OECD)<sup>14</sup> ธนาคารเพื่อการพัฒนาเอเชีย (Asian Development Bank)<sup>15</sup> สหราชอาณาจักร สิงคโปร์ และสาธารณรัฐเกาหลี (เกาหลีใต้)

3.2.2 แนวทางการขยายอายุเกษียณของเจ้าหน้าที่รัฐในประเทศพัฒนาแล้ว ข้อมูลที่ได้จากการศึกษาแนวทางการขยายอายุเกษียณของเจ้าหน้าที่รัฐของประเทศสมาชิก OECD มีสาระสำคัญสรุปได้ ดังนี้

(1) โครงสร้างประชากรของนานาประเทศทั่วโลกเข้าสู่สังคมสูงวัย มีผลต่อระบบเศรษฐกิจและความมั่นคงทั่วโลก รัฐบาลของประเทศต่าง ๆ ต้องปรับเปลี่ยนนโยบายที่เคยส่งเสริมให้มีการเกษียณอายุก่อนกำหนด (early retirement) มาเป็นการขยายอายุเกษียณ ซึ่งจะครอบคลุมการบริหารจัดการเงินบำเหน็จบำนาญและมาตรการต่าง ๆ ทางสังคม ทั้งนี้ เพื่อลดการขาดแคลนแรงงานในตลาดแรงงาน รักษาระดับการจัดเก็บภาษีเข้าเป็นรายได้ของรัฐ ปรับอัตราภาษีที่เหมาะสมเพื่อจูงใจเจ้าหน้าที่ของรัฐให้ทำงานต่อหลังจากอายุครบ 60 ปี ซึ่งเป็นการสร้างความมั่นคงทางการเงินและงบประมาณให้กับเจ้าหน้าที่รัฐและสถานะการเงินการคลังของประเทศในภาพรวม

(2) ภาครัฐของประเทศสมาชิก OECD มุ่งเน้นการรักษาความมั่นคงทางการเงินของระบบบำเหน็จบำนาญ โดยใช้มาตรการดังต่อไปนี้

- ประมาณการเงินงบประมาณที่ต้องใช้จ่ายเป็นเงินบำเหน็จบำนาญให้เหมาะสมกับช่วงอายุของผู้รับบำเหน็จบำนาญ เช่น 20-28 ปี หรือ 28-38 ปีหลังจากเกษียณเมื่ออายุครบ 60 ปี
- เพิ่มความเข้มงวดในการตรวจสอบและเบิกจ่ายค่าใช้จ่ายต่าง ๆ ให้กับผู้ที่ปลอดจากงานหลังเกษียณและผู้ใช้สิทธิผู้พิการ
- ยกเลิกการใช้มาตรการภาษีจูงใจให้มีการเกษียณอายุก่อนกำหนด
- ปรับปรุงกรอบเงื่อนไขการจ้างงานให้เอื้อต่อการปรับตัวของแรงงานสูงวัยให้สามารถทำงานอย่างมีประสิทธิภาพ แรงงานสูงวัยปรับตัวได้กับความเป็นอยู่ มีแรงจูงใจที่จะทำงาน

<sup>11</sup> OECD มี บทบาทสำคัญในการเสริมสร้างความแข็งแกร่งทางเศรษฐกิจให้แก่ประเทศสมาชิก โดยการปรับปรุงประสิทธิภาพการบริหารจัดการ ส่งเสริมการค้าเสรี และให้ความช่วยเหลือเพื่อการพัฒนาทั้งในประเทศอุตสาหกรรมและประเทศกำลังพัฒนา ปัจจุบัน OECD ถือเป็นองค์กรวิจัยที่มีคุณภาพที่สุดองค์กรหนึ่งของโลก เป็นแหล่งรวมข้อมูลวิจัยต่าง ๆ ให้ประเทศสมาชิกสามารถปรึกษา คัดคว้า รวมทั้งขอข้อเสนอแนะเกี่ยวกับแนวปฏิบัติอันเป็นเลิศในด้านต่าง ๆ ปัจจุบัน OECD ประกอบด้วยสมาชิก 34 ประเทศ ได้แก่ ออสเตรเลีย ออสเตรีย เบลเยียม แคนาดา ชิลี สาธารณรัฐเช็ก เดนมาร์ก เอสโตเนีย ฟินแลนด์ ฝรั่งเศส เยอรมนี กรีซ ฮังการี ไอร์แลนด์ ไอร์แลนด์ อิสราเอล อิตาลี ญี่ปุ่นสาธารณรัฐเกาหลี ลักเซมเบิร์ก เม็กซิโก เนเธอร์แลนด์ นิวซีแลนด์ นอร์เวย์ โปแลนด์ โปรตุเกส สโลวาเกีย สโลวีเนีย สเปน สวีเดน สวิตเซอร์แลนด์ ตุรกี สหราชอาณาจักร และสหรัฐอเมริกา และ 1 องค์กร คือสหภาพยุโรป นอกจากนี้ OECD ยังร่วมมือและมีข้อตกลงต่าง ๆ กับประเทศที่ไม่ได้เป็นสมาชิกกว่า 70 ประเทศ ผ่าน Centre for Co-operation with Non-Members (CCNM) ประเทศไทยมีสถานะเป็นสมาชิก OECD Development Centre และเป็นผู้สังเกตการณ์และร่วมทำงานกับคณะกรรมการต่าง ๆ ของ OECD

<sup>15</sup> [www.adb.org](http://www.adb.org)

ต่อไปอันเป็นประโยชน์ต่อผู้สูงวัยและทุกคนที่เกี่ยวข้องในสังคม รวมทั้งส่งผลทางบวกในการลดแรงกดดันต่อภาระการจัดการงบประมาณของรัฐ

- การขยายอายุเกษียณออกไปช่วยอำนวยความสะดวกให้ทั้งกับเจ้าหน้าที่รัฐหน่วยงาน และสังคมโดยรวม ผลประโยชน์ที่เกิดขึ้นหลายด้านเป็นผลทางรูปธรรมและเป็นนามธรรม อาทิ ช่วยฟื้นฟูความรู้ความทรงจำ การใช้ความคิด เป็นประโยชน์ต่อสุขภาพจิตของแรงงานสูงวัย

**3.2.3 เหตุผลที่การขยายอายุมีนัยสำคัญ และควรได้รับความสนใจ ทั้งรัฐบาลปัจจุบันและอนาคต : เพิ่ม benefit และลด cost ต่อสังคม** การดำเนินการขยายอายุเกษียณของบุคลากรทางการแพทย์ภาครัฐในประเทศสมาชิก OECD มีนัยสำคัญที่ภาครัฐของไทยอาจพิจารณานำมาปรับใช้ ดังนี้ หากเป็นผลสืบเนื่องจากการเข้าสู่ภาวะสูงวัย แรงงานไม่ควรถูกบีบให้ออกจากตลาดแรงงาน ก่อนกำหนดหรือเลือกที่จะเกษียณอายุก่อนกำหนด รัฐบาลควรลดการใช้แรงกดดันให้แรงงานต้องเลือกระหว่างการทุ่มเททำงานอย่างเดียว หรือเป็นการทำงานในลักษณะการสร้างสมดุลชีวิต มีการทำงานและจัดสรรเวลาอย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งหากแรงงานเลือกที่จะพักผ่อนมากกว่าการไปทำงาน รัฐบาลก็จะมีแรงงานจำนวนน้อยลง นโยบายที่ประเทศสมาชิก OECD พิจารณาใช้ดังกล่าวได้ถูกกำหนดให้เสนอเป็นร่างกฎหมายและมีการจัดช่วงเวลาดำเนินนโยบายเป็นช่วงเวลาระยะสั้น - ระยะกลาง และระยะยาว

#### (1) นโยบายระยะสั้น - ระยะกลาง ได้แก่

- การชะลอหรือยับยั้งการเกษียณอายุก่อนกำหนดของแพทย์วัยใกล้เกษียณ
- ใช้มาตรการพยายามเก็บรักษาแพทย์สูงวัยให้อยู่ในระบบทำงานอย่างต่อเนื่องในช่วงหลังเกษียณ
- ดำเนินการทั้งโดยตรงและโดยทางอ้อมในการปรับลดงบประมาณค่าบำเหน็จบำนาญ
- กำหนดอัตราค่าตอบแทนให้สูงเพียงพอและมีความเหมาะสมกับศักยภาพ และความสามารถในการทำงานของแรงงานสูงวัย
- หากความสามารถในการทำงานลดลงเมื่อแรงงานมีอายุมากขึ้น โดยไม่มีการปรับเปลี่ยนอัตราค่าตอบแทนตามไปด้วย แรงงานก็จะมีอุปสงค์ลดลง
- หากกำหนดค่าบำเหน็จบำนาญในอัตราที่ใกล้เคียงกับอัตราค่าตอบแทนก่อนครบเกษียณอายุ ก็มีแนวโน้มว่า แรงงานสูงวัยจะเลือกทำงานเฉพาะที่ได้ค่าตอบแทนใกล้เคียงหรือมากกว่าอัตราค่าจ้างก่อนเกษียณ
- การบังคับมาตรการควบคุมการจ้างงานที่เคร่งครัดเกินไป จะเป็นอุปสรรคให้การจ้างแรงงานสูงวัย หรือแรงงานวัยอื่น ๆ ได้
- เพิ่มหรือขยายอายุเกษียณจากงาน โดยกำหนดอัตราการจ่ายบำเหน็จบำนาญในอัตราที่ลดน้อยลง

**(2) นโยบายระยะยาว** การออกกฎหมาย ข้อบังคับ แนวทางสำหรับการขยายอายุราชการให้เป็นสภาพบังคับ ทั้งนี้ เนื่องมาจากข้อเท็จจริงที่ว่า แรงงานสูงวัยมักทำงานในระยะเวลายาวนานเพื่อรักษาระดับมาตรฐานของการดำรงชีวิตที่ดีเท่าเดิมหรือดีกว่าเดิม

#### 3.2.4 แนวทางตามนโยบายเพิ่มการจ้างแรงงานสูงวัย ออกเป็น 3 กลุ่ม ได้แก่

- เพิ่มขยายอายุเกษียณงานออกไปในโอกาสแรก โดยกำหนดอายุเกษียณที่แน่นอน
- เพิ่มการแสดงผลเชิงประจักษ์ให้แรงงานสูงวัยทำความเข้าใจได้ชัดเจนว่ามีความ

เชื่อมโยงระหว่างเงินรายได้ ค่าตอบแทน และมาตรการจูงใจต่าง ๆ สำหรับแรงงานที่ทำงานหลังอายุครบเกษียณ (55 หรือ 60 ปี)

- ควบคุมการโอนย้ายเปลี่ยนแปลงเงินรายได้ที่ไม่ใช่เงินบำเหน็จบำนาญอย่างเคร่งครัด ซึ่งมีส่วนช่วยยับยั้งการตัดสินใจของแรงงานสูงวัยที่จะออกจากตลาดแรงงาน

### 3.2.5 ข้อมูลเกี่ยวกับการทำงานของแพทย์สูงวัยและแรงจูงใจในประเทศสมาชิก OECD

- ทุกประเทศใน OECD ยังขาดแคลนแพทย์ในสถานพยาบาลหรือหน่วยงาน โดยเฉพาะในเมืองเล็กซึ่งขาดแคลนบุคลากรทางการแพทย์เกือบทุกสาขา

- แพทย์เกษียณยังมีความรู้ความสามารถและประสบการณ์ สามารถทดแทนการขาดแคลน แพทย์ส่วนมากยังประสงค์จะมาทำงานหลังเกษียณอายุ มีจำนวนน้อย ที่ยังไม่ตัดสินใจ ในจำนวนผู้ที่ประสงค์จะทำงานหลังเกษียณ ส่วนมากคิดว่าจะทำงานนอกเมืองใหญ่ มีเพียงส่วนน้อย ที่ประสงค์จะทำงานในเมืองหลวงหรือเมืองขนาดใหญ่

- ลักษณะการจ้าง แพทย์ส่วนใหญ่เลือกรับจ้างโดยรับเป็นค่าตอบแทนเพื่อประโยชน์ในการลดหย่อนภาษี โดยทำเฉพาะงานรักษาพยาบาล ไม่ทำงานบริหาร

- การทำงานหลังเกษียณ แพทย์จะคำนึงถึงสุขภาพของตนเป็นหลัก สวัสดิการต่าง ๆ ที่รัฐอาจจะช่วยเหลือน่าจะเป็นเรื่องพาดพิงรับส่งในช่วงเวลาฉุกเฉินนอกเวลางานที่ตกลงไว้ และช่องทางด่วนในการรักษาพยาบาลยามเจ็บป่วย

- ปัจจัยที่จูงใจให้มาทำงาน ได้แก่ การที่คิดว่าตนเองยังเป็นประโยชน์ต่อสังคม สุขภาพ อำนวย และความสบายใจในการทำงาน เวชปฏิบัติที่ต้องการทำ ขึ้นอยู่กับเวชปฏิบัติเดิม ที่ทำอยู่ก่อนเกษียณ

- ช่วงเวลาที่สนใจจะทำงาน คือ ครึ่งวันเช้า สัปดาห์ละ 3-4 วัน

- เห็นควรมีการอบรมฟื้นฟูวิชาการระยะสั้น หากต้องการทำงานหลังเกษียณอายุ และควรให้สามารถเข้าถึงข้อมูลการทำงานวิจัยและพัฒนาทางการแพทย์ได้อย่างเต็มที่

### 3.3 ประเด็นที่แตกต่างของระบบการกำหนดอัตราค่ารักษาพยาบาลของประเทศพัฒนาแล้วกับประเทศไทย

การจ่ายค่ารักษาพยาบาลในประเทศพัฒนาแล้ว ส่วนมากเป็นการเบิกจ่ายจากเงินประกันสุขภาพ อาทิ สหราชอาณาจักร สหรัฐอเมริกา แคนาดา มีกฎหมายบังคับให้คนชาติของตนจ่ายเงินประกันสุขภาพ (Medical Services Plan Premium ) เป็นรายบุคคล หรือรายครอบครัว หรือรายสำนักงานองค์การที่ทำงาน ในอัตราที่รัฐสามารถบริหารจัดการได้อย่างเป็นธรรมและทั่วถึง โดยไม่เป็นการต่อการจัดสรรงบประมาณของรัฐ โรงพยาบาลทุกแห่งเป็นโรงพยาบาลรัฐ การเปิดบริการของโรงพยาบาลเอกชนกระทำได้เฉพาะบริการทางการแพทย์ที่ไม่ซ้ำซ้อนกับบริการของโรงพยาบาลของรัฐ ดังนั้น อัตราค่าตอบแทนจึงมิได้เป็นประเด็นหลักในการตัดสินใจทำงานของแพทย์สูงวัย เนื่องจากอัตราค่าตอบแทนจะขึ้นอยู่กับประเภทของโรคหรือบริการทางการแพทย์เฉพาะทาง มิได้ขึ้นอยู่กับค่าบริการรักษาโดยโรงพยาบาลรัฐหรือโรงพยาบาลเอกชน

กรณีศึกษาของสิงคโปร์ ผลการศึกษาการนำนโยบายขยายอายุเกษียณไปสู่การปฏิบัติจริงของฝรั่งเศส เนเธอร์แลนด์ นอร์เวย์ และสวีเดนแลนด์ เพื่อปรับปรุงพัฒนาตลาดแรงงาน แก้ปัญหาขาดแคลนแรงงานในสังคมสูงอายุ เพิ่มจำนวนแรงงานสูงอายุ ปรับปรุงกฎหมายกฎระเบียบเกี่ยวกับการกำหนดอายุเกษียณจากงาน และการจ้างแรงงานสูงอายุ (Retirement and

Re-employment Act) โดยสิงคโปร์เป็นประเทศที่ 2 ในเอเชียแปซิฟิก ต่อจากญี่ปุ่นที่ผ่านร่างกฎหมายขยายอายุเกษียณ เมื่อปี ค.ศ. 2011 และมีผลบังคับใช้ในปี ค.ศ. 2012 เพื่อปรับปรุงกฎหมาย กฎระเบียบเกี่ยวกับการกำหนดอายุเกษียณจากงาน จากอายุ 62 ปี เป็นอายุ 68 ปี และการจ้างแรงงานสูงอายุ โดยแรงงานสูงอายุนั้นต้องเป็นผู้มีสุขภาพดี มีผลการปฏิบัติงานในอดีต นับถึงงานที่ทำจนถึงอายุ 62 ปี เป็นที่พึงพอใจของหน่วยงานผู้ว่าจ้าง กฎหมายดังกล่าวออกมาเพื่อรองรับปัญหาขาดแคลนแรงงานเนื่องจากภาวะสังคมสูงอายุของสิงคโปร์ ที่คาดว่าจะในปี ค.ศ. 2030 สิงคโปร์จะมีประชากรสูงอายุเพิ่มจำนวนขึ้นอีก 3 เท่าของจำนวนที่มีอยู่ในปี ค.ศ. 2009 มีการปรับปรุงกฎหมาย กฎระเบียบเกี่ยวกับมาตรการจูงใจทางการเงินเพื่อให้แรงงานสูงวัยทำงานต่อไปหลังอายุครบเกษียณ (55 หรือ 60 ปี) กำหนดให้อัตราค่าตอบแทนของการทำงานหลังเกษียณสูงกว่าอัตราบำนาญบำนาญ และปรับปรุงกฎหมายกำหนดอัตราค่าบำนาญบำนาญ รวมถึงควบคุมตรวจสอบการเบิกจ่ายค่าใช้จ่ายต่าง ๆ ของแรงงานที่ใช้สิทธิผู้ไม่มีงานทำ หรือสิทธิผู้พิการ หรือรัฐสวัสดิการ อื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องการขอเกษียณอายุก่อนกำหนด มีการเพิ่มทางเลือกการเกษียณจากงานในช่วงเวลาต่าง ๆ (phased retirement) ปรับชั่วโมงเวลาการทำงานให้เหมาะสมปรับปรุงสิ่งแวดล้อมในการทำงานให้เหมาะสมกับการทำงานและลักษณะงานของแรงงานสูงอายุ โดยควบคุมกำกับดูแลการจ้างงานของนายจ้าง ไม่เลือกปฏิบัติต่อการจ้างแรงงานสูงอายุ และทบทวนหลักเกณฑ์การกำหนดอัตราค่าจ้างค่าตอบแทน บนพื้นฐานของอายุการทำงานและอายุของแรงงาน รวมทั้งศึกษาเปรียบเทียบแนวปฏิบัติการจ้างงาน การทำงาน การบริหารจัดการแรงงานสูงอายุในสาขาวิชาชีพต่าง ๆ ของประเทศต่าง ๆ สำหรับผู้สูงอายุที่ขยายอายุ จะมีการจัดฝึกอบรมเพิ่มขีดความสามารถ พัฒนาศักยภาพให้กับแรงงานโดยเฉพาะขีดความสามารถในการใช้ประโยชน์จากเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร หน่วยงานร่วมกับกรมการจัดหางาน และบริษัทจัดหางาน ทำหน้าที่เป็นศูนย์ข้อมูลการจ้างงานแรงงานสูงอายุพัฒนาวัฒนธรรมองค์กร ให้มีการสร้างทีมร่วมปฏิบัติงานโดยแรงงานหลากหลายวัย เพื่อเพิ่มโอกาสในการเรียนรู้ แลกเปลี่ยนความเห็น และถ่ายทอดองค์ความรู้และประสบการณ์ระหว่างกัน เพื่อช่วยลดช่วงสุญญากาศในช่วงที่มีการเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ

### 3.4 เป้าหมายหลักที่ GP11 ต้องการบรรลุให้ได้ภายใน 4-5 ปี

**3.4.1 เป้าหมายหลัก :** การเพิ่มศักยภาพในการให้บริการสุขภาพของภาครัฐด้วยการขยายอายุราชการบุคลากรทางการแพทย์ (ในที่นี้หมายถึงแพทย์) ด้วยเหตุผลที่ว่า

(1) การขยายอายุราชการสามารถประหยัดค่าใช้จ่าย (cost ของภาครัฐลดลง) เมื่อเทียบกับการเกษียณอายุราชการตามปกติ โดย

- ลดค่าใช้จ่ายของภาครัฐจากค่าบำนาญบำนาญรวมกับค่าจ้างมาปฏิบัติงานหลังเกษียณเป็นรายชั่วโมง

- ลดค่าใช้จ่ายในการสร้างบุคลากรทางการแพทย์ใหม่

- ลดค่าสูญเสียที่จะเกิดขึ้นจากบุคลากรทางการแพทย์เกษียณออกไปอยู่ภาคเอกชน

จากการคำนวณเปรียบเทียบระหว่างแพทย์ที่เกษียณแล้วได้รับการจ้างมาให้บริการกับแพทย์ที่ได้รับการขยายอายุราชการ (เฉลี่ยต่อปี คิดเป็นจำนวน 120 คน) จะพบว่า แพทย์ที่เกษียณอายุราชการจะอยู่ในตำแหน่งชำนาญการพิเศษ รวมกับเงินประจำตำแหน่ง เงินเพิ่มสำหรับตำแหน่งที่มีเหตุพิเศษของผู้ปฏิบัติงานด้านการสาธารณสุข (พตส.) และค่าสูญเสียที่เกิดจากการไปปฏิบัติงานในภาคเอกชน ใช้เงินประมาณ 75,500 บาท ต่อคน แต่ภาครัฐจะใช้เงินจากการจ้างแพทย์รายคาบ และเงิน

บำเหน็จบำนาญที่ต้องจ่ายเมื่อเกษียณอายุราชการคิดเป็น 99,500 บาท ต่อคน ประหยัดได้ต่อคน ต่อเดือนอยู่ที่ 20,350 บาท คิดเป็นการประหยัดเงินต่อเดือน 2,442,000 บาท และประหยัดจาก ค่าใช้จ่ายในการฝึกแพทย์ใหม่ รวมกันที่ 245,304,000 บาท ต่อปี

**(2) ประโยชน์ของการขยายอายุราชการต่อระบบสุขภาพอย่างเป็นรูปธรรม เมื่อเทียบกับการเกษียณอายุราชการตามปกติ (benefit) ได้แก่**

- ระบบมีศักยภาพในการรองรับผู้ป่วยได้ดีขึ้น และเพิ่มรายได้ในการให้บริการ สุขภาพ คิดเป็นประโยชน์จากการบริการทางการแพทย์เพิ่มขึ้น เป็นเงิน 97,200,000 บาท (ฐาน แพทย์เกษียณอายุราชการ 120 คน และสามารถดูแลคนไข้ได้เพิ่มขึ้นถึง 54,000 คน ต่อเดือน)

- ศักยภาพในการตรวจผู้ป่วยในหน่วยบริการปฐมภูมิเพิ่มขึ้น (แพทย์ 1 คน สามารถ ตรวจผู้ป่วยเพิ่ม 30 คน ต่อวัน) โดยวัดผลลัพธ์ที่ต้นทุนการให้บริการในโรงพยาบาลและค่าใช้จ่าย จากการมารับการรักษาที่ไม่จำเป็นลดลง (คิดจากค่าการลดต้นทุนการมารับบริการที่ไม่จำเป็น 147.90 บาท เท่ากับ 55,906,200 บาท ต่อปี และลดต้นทุนการเดินทาง ค่าอาหาร ลงได้ 155.30 บาท เท่ากับ 58,703,400 บาท ต่อปี)

- ศักยภาพในการส่งเสริมป้องกันเพิ่มขึ้น โดยวัดผลลัพธ์ที่การลดค่าใช้จ่ายจาก ปัญหาภาวะแทรกซ้อนจากโรคและการเสียชีวิต ประชาชนจะลดค่าใช้จ่ายจากภาวะแทรกซ้อนลง 4,837,000,000 บาท ต่อปี และแพทย์ 1 คน จะช่วยลดการเสียชีวิตจากการตายโดยไม่จำเป็นจาก ผลการแทรกซ้อนของโรคเรื้อรัง คิดเป็นเงิน 268,800,000 บาท

**รวมค่าใช้จ่ายที่จะลดได้จากภาครัฐ (cost) รวมเป็นเงิน 245,304,000 บาท ต่อปี และประโยชน์ที่จะได้ (benefit) คิดจากตัวเงิน คิดเป็น 5,220,409,600 บาท ต่อปี**

**สุดท้าย คุณค่าของแพทย์สูงอายุมีประโยชน์ที่เป็นรูปธรรม คือ**

- ประสพการณ์ของแพทย์สูงอายุช่วยให้การวินิจฉัยและรักษาใช้เวลาอันน้อยและมีคุณภาพ มากกว่าแพทย์จบใหม่

- แพทย์สูงอายุที่มีประสบการณ์สามารถฝึกสอนแพทย์จบใหม่ได้ดี

- ความมีคุณค่าของแพทย์สูงอายุจากประสบการณ์ทำงาน

**3.4.2 เป้าหมายรอง** เพื่อให้การดำเนินงานบรรลุวัตถุประสงค์ จำเป็นต้องมีกระบวนการ ดังต่อไปนี้

- (1) การสร้างการรับรู้ในทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง
- (2) การจัดทำข้อเสนอเข้า ครม. และการผลักดันเป็นวาระแห่งชาติ
- (3) กฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการขยายอายุราชการได้รับการแก้ไข
- (4) การสร้างแรงจูงใจและแนวทางการเข้าสู่ระบบการขยายอายุราชการ
- (5) การประเมินผล และจัดทำข้อเสนอเพื่อขยายต้นแบบสู่อาชีพที่ขาดแคลน

เนื่องจากการสร้างความครอบคลุมในการเข้าถึงบริการสุขภาพที่จะเกิดขึ้นในอนาคต และ เป็นการรองรับบริการสุขภาพการเข้าสู่สังคมสูงอายุ ที่มีการปรับเปลี่ยนเป็นระบบบริการปฐมภูมิที่มี หมอครอบครัว 1 คนที่รับผิดชอบประชากรประมาณ 10,000 คน โดยดูแลรักษาใกล้บ้านของ ประชาชนและครอบครัว เพื่อทำการป้องกันไม่ให้ผู้ป่วยเข้ามาใช้โรงพยาบาล อันจะทำให้ค่าใช้จ่าย ภาครัฐสูงขึ้น ร่วมกับการพัฒนาระบบส่งเสริมป้องกันสุขภาพเพื่อลดปัญหาแทรกซ้อน อีกทั้งเป็น ความสัมพันธ์กับเป้าหมายหลักของแผนยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี โดยการพัฒนาผู้สูงอายุให้เป็นกำลัง

สำคัญในการเพิ่มผลผลิตให้กับชาติ เพื่อหลุดพ้นกับดักของประเทศรายได้ปานกลาง โดยเน้นความมั่นคง และยั่งยืน โดยให้เกิดความเหลื่อมล้าน้อยลงในด้านรายได้ เกิดคุณภาพชีวิตที่เท่าเทียม โดยเสริมกับยุทธศาสตร์การพัฒนาและเสริมสร้างศักยภาพมนุษย์ และยุทธศาสตร์การสร้างโอกาสความเสมอภาคและความเท่าเทียมกันทางสังคม รวมทั้งสอดคล้องกับแผนพัฒนาประเทศฉบับที่ 12 ในยุทธศาสตร์การพัฒนาคอนทุกช่วงชีวิต และ Thailand 4.0 โดยการยกขีดความสามารถในกลุ่มแรงงานทักษะต่ำให้มีความรู้ในการปฏิบัติงาน ซึ่งเป็นพื้นฐานของการต่อยอดและยกระดับการให้บริการด้านการแพทย์ ในระดับนวัตกรรมต่อไป

**สรุปการคาดการณ์ทิศทางแก้ปัญหาของประเทศในอนาคต** ภายใต้ปัญหาที่รุมเร้า GP 11 เห็นว่าจะแก้ปัญหาย่างเป็นระบบพัฒนาอย่างก้าวกระโดดมีแนวทางที่จะเป็นไปได้สูง โดยการขยายอายุราชการของบุคลากรทางการแพทย์ เนื่องจากมีแนวปฏิบัติที่เป็นเลิศและประสบความสำเร็จจากต่างประเทศที่สามารถนำมาใช้ได้ดี คือ ญี่ปุ่น เกาหลีใต้ ยุโรป และ องค์การเพื่อความร่วมมือทางเศรษฐกิจและการพัฒนา

#### 4. การนำแนวทางบรรลุเป้าหมายสู่การปฏิบัติ

จากการศึกษาวิเคราะห์สภาพปัญหาและปัจจัยที่มีผลต่อการเพิ่มศักยภาพการปฏิบัติการภาครัฐด้วยการขยายอายุราชการ กรณีศึกษา : การขยายอายุราชการของบุคลากรทางการแพทย์ GP 11 มีข้อเสนอเพิ่มเติม ดังนี้

1. จำเป็นต้องขยายอายุราชการแพทย์ เพื่อชดเชยความขาดแคลน
2. เปลี่ยนมุมมองจาก official retirement age ไปสู่ effective retirement age
3. อายุราชการ ควรขยายจนถึงฐานอายุ 65 ปี
4. การขยายอายุราชการเพื่อชดเชยงานบริการเป็นหลัก
5. ทำความเข้าใจให้ตระหนักถึง pain point และเพิ่มแรงจูงใจด้านค่าบริการ
6. พิจารณาปรับบำเหน็จ บำนาญ ให้น้อยกว่าค่าตอบแทนที่จะได้
7. เริ่มค่อยเป็น ค่อยไป ขยับอายุขึ้น 1 ปี ต่อระยะเวลา 2 ปี จนครบถ้วน
8. พัฒนาการเรียนรู้งานและจัดระบบงานที่เหมาะสมกับวัย
9. มีการประเมินปัจจัยด้านสุขภาพทุกปี โดยเน้นการตรวจวัดหรือประเมินขีด

ความสามารถในการปฏิบัติงานของบุคลากรในวัยต่าง ๆ (age-based competency) ด้วยวิธีการที่สอดคล้องกับเกณฑ์มาตรฐานผู้ประกอบการวิชาชีพเวชกรรมของแพทยสภา (พ.ศ. 2555)

##### 4.1 แนวทางการขับเคลื่อน

คณะผู้ศึกษามีแนวทางการขับเคลื่อนเพื่อให้บรรลุเป้าหมายที่วางไว้ แบ่งออกเป็น 3 ระยะดังนี้

	ระยะสั้น (ภายใน 1 ปี)	ระยะกลาง (ภายใน 2- 3 ปี)	ระยะยาว (ภายใน 4 - 5 ปี)
ผลลัพธ์	<ul style="list-style-type: none"><li>- ทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้องเกิดความตระหนักร่วมกันในการขยายอายุราชการบุคลากรทางการแพทย์เพื่อเพิ่มศักยภาพในการให้บริการ</li><li>- ประเด็นดังกล่าวเป็นวาระแห่งชาติ</li><li>- มีแผน/แนวทางการขยายอายุราชการเป็นรูปธรรม</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>- กฎหมายที่เกี่ยวข้องได้รับการแก้ไข</li><li>- บุคลากรทางการแพทย์ได้รับการขยายอายุราชการ</li><li>- ประชาชนเข้าถึงการตรวจรักษาจากแพทย์เพิ่มขึ้น</li><li>- ประชาชนลดการสูญเสียชีวิตและลดความเสี่ยงจากปัญหาสุขภาพ</li><li>- ค่าใช้จ่ายของภาครัฐและประชาชนผู้รับบริการลดลง</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>- ต้นแบบสำหรับการขยายอายุราชการสำหรับบุคลากรสายอาชีพอื่นที่จำเป็นหรือขาดแคลน</li></ul>

	ระยะสั้น (ภายใน 1 ปี)	ระยะกลาง (ภายใน 2- 3 ปี)	ระยะยาว (ภายใน 4 - 5 ปี)
<b>ปัจจัย สนับสนุน</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- การรับรู้ร่วมกันของภาคประชาชนและทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง</li> <li>- แรงจูงใจบุคลากรทางการแพทย์</li> <li>- ครอบคลุม</li> <li>- งบประมาณสนับสนุน</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ข้อกำหนดใน พ.ร.บ. ที่รองรับการขยายอายุราชการมากกว่า 60 ปี</li> <li>- กฎหมายขยายอายุราชการ</li> <li>- กฎหมายคุ้มครองแพทย์ที่ขยายอายุราชการด้านการฟ้องร้อง/ร้องเรียน</li> <li>- การจัดสวัสดิการและแรงจูงใจ</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- การประเมินผล การขยายอายุราชการบุคลากรทางการแพทย์เพื่อขยายผลไปสู่บุคลากรสาขาอื่นๆที่ขาดแคลน</li> </ul>
<b>กลยุทธ์</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ศึกษาวิเคราะห์สภาพปัญหาให้ชัดเจนเป็นปัจจุบัน และมีแหล่งข้อมูลที่เชื่อถือได้ เป็นที่ยอมรับร่วมกัน รวมทั้งข้อดี ข้อเสียของการขยายอายุราชการบุคลากรทางการแพทย์</li> <li>- การเร่งรัดตรึงสร้าง ความเข้าใจแก่ทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ สนช. ข้าราชการการเมือง ข้าราชการพลเรือน และภาคประชาชน</li> <li>- สร้างแรงจูงใจแก่บุคลากรทางการแพทย์ในกระทรวงสาธารณสุข(นาร่อง)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ทบทวนกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการขยายอายุราชการ</li> <li>- ทบทวนความซ้ำซ้อนของกฎหมายละเมิดทางการแพทย์</li> <li>- ข้อกำหนดของการสนับสนุนแผนเพื่อรองรับบุคลากร esp. PCC.</li> <li>- สนับสนุนกระบวนการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค</li> <li>- ออกกฎหมายให้ภาคเอกชนมีส่วนร่วมสนับสนุนกิจกรรมของการปฏิบัติงานของโรงพยาบาลรัฐ</li> <li>- ทบทวนการจัดสวัสดิการและสิทธิประโยชน์เพิ่มพูน</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ทบทวนแนวทางในการขยายอายุราชการ</li> <li>- จัดทำแผนติดตามและประเมินผล</li> <li>- พัฒนาศูนย์ชีวิตการเกษียณอายุราชการ</li> </ul>

	ระยะสั้น (ภายใน 1 ปี)	ระยะกลาง (ภายใน 2- 3 ปี)	ระยะยาว (ภายใน 4 - 5 ปี)
กลยุทธ์	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ผลักดันนโยบายเข้าสู่การพิจารณาของกรม. โดยระบุเหตุผลความจำเป็นที่ต้องเสนอ กรม./ ความเร่งด่วนของเรื่อง / สารสำคัญ</li> <li>- ข้อเท็จจริง ข้อกฎหมายที่เกี่ยวข้อง / รายงานการวิเคราะห์หรือศึกษาตามกฎหมาย มติ กรม. หรือคำสั่งใดๆ / ผลกระทบ / ค่าใช้จ่ายแหล่งที่มาของงบประมาณ / ความเห็นหรือความเห็นชอบหรืออนุมัติของหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง / ข้อกฎหมายและมติ กรม. ที่เกี่ยวข้อง</li> <li>- สร้างการมีส่วนร่วมในการกำหนดแนวทาง</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- กำหนดมาตรการการปฏิบัติงานตามศักยภาพ</li> <li>- มีข้อตกลงในการจูงใจเยาวชนมีส่วนร่วมในการทำกิจกรรมของภาครัฐ</li> <li>- แผนดำเนินการและโครงสร้างที่รองรับกฎหมาย</li> </ul>	

## 4.2 แผนการดำเนินงาน

### 4.2.1 ระยะสั้น

ผลลัพธ์	ปัจจัยสนับสนุน	กลยุทธ์	แนวทาง	เจ้าภาพ
- ทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้องเกิดความตระหนักรู้ร่วมกันในการขยายอายุราชการบุคลากรทางการแพทย์เพื่อเพิ่มศักยภาพในการให้บริการ	- การรับรู้ร่วมกันของภาคประชาชนและทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง	ศึกษาวิเคราะห์สภาพปัญหาให้ชัดเจน เป็นปัจจุบัน และมีแหล่งข้อมูลที่น่าเชื่อถือเป็นที่ยอมรับร่วมกัน	ศึกษาประเมินผลและความคุ้มค่าคุ้มทุนเพื่อยกระดับการจัดทำข้อเสนอ	<u>เจ้าภาพหลัก</u> - สธ. <u>เจ้าภาพรอง</u> -สศช. -สำนักงาน ก.พ. -รง. -พม.
			นำเสนอในเวที นบส.	<u>เจ้าภาพหลัก</u> - น บ ส . GP 11
			การจัดทำ Hearing เพื่อสร้างการรับรู้และรับฟังความคิดเห็นของผู้เกี่ยวข้อง	<u>เจ้าภาพหลัก</u> - สธ
			นำเสนอในเวที นบส.	<u>เจ้าภาพหลัก</u> - นบส. GP 11 - สำนักงาน ก.พ.
ประเด็นดังกล่าวเป็นวาระแห่งชาติ	- ครม.เห็นชอบ	ผลักดันนโยบายเข้าสู่ ครม.	ก.พ.นำเสนอเข้าสู่ ครม.	<u>เจ้าภาพหลัก</u> - ก.พ.
มีแผน/แนวทางการขยายอายุราชการฯ เป็นรูปธรรม	- งบประมาณสนับสนุน	จัดหา งบประมาณสนับสนุน	จัดทำรายละเอียด คำของบประมาณ	<u>เจ้าภาพหลัก</u> - ก.พ.

## 4.2.2 ระยะกลาง

ผลลัพธ์	ปัจจัยสนับสนุน	กลยุทธ์	แนวทาง	เจ้าภาพ
<ul style="list-style-type: none"> <li>- กฎหมายที่เกี่ยวข้องได้รับการแก้ไข</li> <li>- บุคลากรทางการแพทย์ได้รับการขยายอายุราชการ</li> <li>- ประชาชนเข้าถึงการตรวจรักษาจากแพทย์เพิ่มขึ้น</li> <li>- ประชาชนลดการสูญเสียชีวิตและลดความเสี่ยงจากปัญหาสุขภาพ</li> <li>- ค่าใช้จ่ายของภาครัฐและประชาชนผู้รับบริการลดลง</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ข้อกำหนดใน พ.ร.บ.ที่รองรับการขยายอายุราชการ</li> <li>- มากกว่า 60ปี</li> <li>- กฎหมายขยายอายุราชการ</li> <li>- กฎหมายคุ้มครองแพทย์ที่ขยายอายุราชการ</li> <li>- ด้านการฟ้องร้อง/ร้องเรียน</li> <li>- การจัดสวัสดิการและแรงจูงใจ</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ทบทวนกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการขยายอายุราชการ</li> <li>- ทบทวนความซ้ำซ้อนของกฎหมายละเมิดทางการแพทย์</li> <li>- ข้อกำหนดของการสนับสนุนแผนเพื่อรองรับบุคลากร esp. PCC.</li> <li>- สนับสนุนกระบวนการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค</li> <li>- ออกกฎหมายให้ภาคเอกชนมีส่วนร่วมสนับสนุนกิจกรรมของการปฏิบัติงานของโรงพยาบาลรัฐ</li> <li>- ทบทวนการจัดสวัสดิการและสิทธิประโยชน์เพิ่มพูน</li> <li>- กำหนดมาตรการการปฏิบัติงานตามศักยภาพ</li> </ul>	ทบทวนกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการขยายอายุราชการ	<u>เจ้าภาพหลัก</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>- สธ.</li> <li><u>เจ้าภาพรอง</u></li> <li>- ก.พ.</li> <li>- สคก.</li> </ul>

ผลลัพธ์	ปัจจัยสนับสนุน	กลยุทธ์	แนวทาง	เจ้าภาพ
		<ul style="list-style-type: none"> <li>- มีข้อตกลงในการมุ่งใจเยาวชนมีส่วนร่วมในการทำกิจกรรมของภาครัฐ</li> <li>- แผนดำเนินการและโครงสร้างที่รองรับกฎหมาย</li> </ul>		

#### 4.2.3 ระยะยาว

ผลลัพธ์	ปัจจัยสนับสนุน	กลยุทธ์	แนวทาง	เจ้าภาพ
<ul style="list-style-type: none"> <li>- ต้นแบบสำหรับการขยายอายุราชการสำหรับบุคลากรสายอาชีพอื่น ที่จำเป็นหรือขาดแคลน</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- การประเมินผลการขยายอายุราชการบุคลากรทางการแพทย์เพื่อขยายผลไปสู่บุคลากรสาขาอื่น ๆ ที่ขาดแคลน</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ทบทวนแนวทางในการขยายอายุราชการ</li> <li>- จัดทำแผนติดตามและประเมินผล</li> <li>- พัฒนาศูนย์ชีวิตการเกษียณอายุราชการ</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ประเมินความคุ้มค่าและทบทวนแนวทางในการขยายอายุราชการ</li> <li>- จัดทำแผนติดตามและประเมินผล</li> <li>- พัฒนาศูนย์ชีวิตการเกษียณอายุราชการ</li> </ul>	<u>เจ้าภาพหลัก</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>- สธ.</li> </ul> <u>เจ้าภาพรอง</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ก.พ.</li> </ul>

## 5.สรุปในภาพรวม

คนไทยมีอายุยืนยาวมากขึ้นกว่าแต่ก่อน เนื่องจากความก้าวหน้าทางวิทยาศาสตร์และการแพทย์ ผู้สูงอายุกลายเป็นกลุ่มที่มีสัดส่วนเพิ่มมากขึ้นอย่างต่อเนื่องของประชากรทั้งหมด และสร้างประโยชน์ต่าง ๆ ให้กับประเทศไทย ในฐานะทรัพยากรมนุษย์ที่มีค่า ที่เป็นทั้งแรงงาน เป็นอาสาสมัคร เป็นผู้จ่ายเงินภาษี และเป็นผู้ดูแลครอบครัวและสังคม

ผู้สูงอายุของไทยนับเป็น “ของดี” ที่ยังไม่ถูกใช้ประโยชน์อย่างเต็มที่ และมีสถานะเป็น “ของดี” ที่สามารถนำมาใช้ได้อีกนาน แต่ถูกปลดระวางก่อนอายุอันควรด้วยเหตุผลต่าง ๆ อาทิ สุขภาพผดถอย หรือไม่พึงพอใจกับสิ่งแวดล้อมที่ทำงาน มีคนส่วนน้อยที่มีโอกาสร่วมการฝึกอบรม พัฒนาศักยภาพให้สามารถปรับตัวทำงานได้แข่งขันได้ในตลาดแรงงานที่มีการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลา หลายครอบครัวต้องตัดสินใจว่าเมื่ออายุครบอายุเกษียณ จะเลือกทำงานต่อไป หรือจะดูแลบุคคลในครอบครัว

โครงสร้างประชากรของไทยที่เข้าสู่สังคมสูงอายุนับเป็นความท้าทายและเป็นโอกาสในการบริหารจัดการงานระดับประเทศ หากกลุ่มประชากรผู้สูงอายุมีจำนวนเพิ่มขึ้น ก็มีความหมายว่าแรงงานของไทยก็มีอายุเพิ่มมากขึ้น มีความต้องการบริการสาธารณสุขและบริการอื่น ๆ ของรัฐมากขึ้น เป็นปัจจัยหลักที่มีผลต่อการปรับเปลี่ยนรูปแบบการทำงานและบริการรักษาพยาบาลในสังคม

การฝึกอบรมและส่งเสริมการเรียนรู้ให้แรงงานผู้สูงอายุตลอดชีวิตช่วยพัฒนาขีดความสามารถในการผลิตและพัฒนาความเจริญทางการพัฒนาฝีมือแรงงาน การฝึกอบรมให้กับแรงงาน จะช่วยให้แรงงานเหล่านั้นสามารถอยู่ในตลาดแรงงานได้ยาวนานกว่าเดิม มีปฏิสัมพันธ์ที่ดีกับผู้ร่วมงาน ผู้สูงอายุตระหนักถึงคุณค่าของตน และช่วยสังคมสนับสนุนการอุปถัมภ์ดูแลผู้มีภาวะพึ่งพิงที่มีจำนวนเพิ่มมากขึ้นด้วยเช่นกัน รวมทั้งการบริการจัดการและให้คำแนะนำกับแรงงานสูงอายุเกี่ยวกับการจัดการทางการเงินและเรื่องอื่น ๆ จะช่วยให้ผู้สูงอายุดำรงชีพต่อไปได้อย่างมีความสุข หากผู้สูงอายุที่เพิ่มจำนวนขึ้นได้รับการพัฒนาจุดเด่น จุดแข็ง มีทักษะความสามารถมากขึ้น มีสุขภาพดี และสามารถทำงานเป็นประโยชน์ต่อสังคม หรืออาจจะเป็นในทิศทางตรงกันข้าม หากผู้สูงอายุมีสุขภาพเสื่อมถอย ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ มีภาวะการพึ่งพิงสูง การหาทางออกให้กับปัญหาที่ตามมาทั้งสังคมสูงอายุดังกล่าวต้องอาศัยความร่วมมือของภาครัฐ ภาคเอกชน และทุกภาคส่วนในสังคม นายจ้างจำเป็นต้องปรับเปลี่ยนรูปแบบการทำงานที่จ้างลูกจ้างสูงอายุ ครอบครัวและสังคมมีบทบาทสนับสนุนทั้งสุขภาพกายและสุขภาพจิตให้สมาชิกสูงอายุของครอบครัวเข้าสู่อายุชราได้อย่างมีความสุข มีคุณค่า และเติมเต็มชีวิตได้ตามสมควร

หน่วยงานภาครัฐต้องเตรียมมาตรการเชิงรุกโดยตรงในการบริหารจัดการแรงงานในสังคมสูงอายุ โดยเริ่มจากการประเมินและทำความเข้าใจแนวโน้มการปรับเปลี่ยนขยายอายุราชการที่เหมาะสมกับองค์กร และเรียนรู้ทำความเข้าใจอัตรากำลังคนในปัจจุบัน และมิติของการบริหารจัดการทรัพยากรบุคคลในขั้นตอนการจ้างใหม่ การเก็บรักษากำลังคนในปัจจุบัน การฝึกอบรมเพิ่มศักยภาพ และการเกษียณอายุ การศึกษาและการประเมินตนเองเป็นปัจจัยหนึ่งในการประเมินความรู้ความสามารถของแรงงานสูงอายุ การวางแผนงานเชิงรุกเตรียมการล่วงหน้าจะช่วยให้องค์กรมีข้อมูลรายละเอียดของกำลังคนและสามารถเตรียมพร้อมรับมือกับความท้าทายต่าง ๆ ได้ ก่อนที่ประเด็นหรือตัวแปรต่าง ๆ จะกลายเป็นอุปสรรคปัญหาทำให้องค์กรไม่สามารถดำเนินงาน

ต่อไปได้ อย่างไรก็ดี นับตั้งแต่ปี ค.ศ. 2008 ( พ.ศ. 2551) ที่ทั่วโลกประสบปัญหาวิกฤตเศรษฐกิจ และการเงิน เศรษฐกิจเติบโตในอัตราถดถอย นับเป็นตัวแปรสำคัญที่ทำให้แรงงานบางกลุ่มขยาย อายุเกษียณ หรือชะลอวัยเกษียณออกไป ซึ่งมีส่วนช่วยบรรเทาปัญหาขาดแคลนแรงงานในภาวะ สังคมสูงอายุได้ แต่ควรมีการศึกษาจำนวนชั่วโมงการทำงานที่เหมาะสมกับแรงงานสูงวัย ซึ่งมี แนวโน้มว่า ยิ่งแรงงานสูงวัยมีอายุมากขึ้น จำนวนชั่วโมงการทำงานในแต่ละสัปดาห์อาจจะลดลง เนื่องจากแรงงานสูงวัยนั้นอาจประสบปัญหาปัญหาสุขภาพเสื่อมถอย อาจต้องปรับเปลี่ยนวิธี ปฏิบัติงานให้สอดคล้องกันด้วย

นโยบายที่เอื้อต่อการจ้างแรงงานสูงอายุ และการขยายอายุเกษียณ อาจพิจารณาใช้ให้มีความ สอดคล้อง สนับสนุนกัน อาทิ

- กำหนดเป็นนโยบายที่ปฏิรูประบบเงินบำเหน็จบำนาญ และโครงการทางสังคม (อาทิ การใช้สิทธิผู้พิการ ) ให้อยู่ในอัตราที่ไม่สร้างแรงจูงใจให้คนเกษียณและออกไปจากตลาดแรงงาน
- กำหนดกฎหมายสนับสนุนให้นายจ้างจ้างงานผู้สูงอายุ โดยอาจทำสัญญาจ้างราย 6 เดือน – ไม่เกิน 2 ปี ) และให้สิทธิพิเศษกับนายจ้างที่จ้างแรงงานผู้สูงอายุ จะได้รับสิทธิลดหย่อน ภาษี ฯลฯ ทั้งนี้ เพื่อลดการกีดกันแรงงานสูงวัยเข้าสู่ตลาด

**การเพิ่มศักยภาพการปฏิบัติการภาครัฐด้วยการขยายอายุราชการกรณีศึกษา : การ ขยายอายุราชการของบุคลากรทางการแพทย์**เป็นหัวข้อการศึกษาที่ให้ความสำคัญกับการขยาย อายุราชการของประชากรสูงอายุโครงสร้างประชากรที่มีการเปลี่ยนแปลงสูง มีประเด็นท้าทายการ เปลี่ยนแปลงเพื่อรับมือกับอนาคตของประเทศไทย ซึ่งอาจเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีผลต่อการกำหนด ทิศทางและนโยบายของรัฐบาลในอนาคตเกี่ยวกับสังคมสูงอายุ เพื่ออนาคตของประเทศไทยใน อันไกลนี้ กลุ่มได้บทเรียนจากการดำเนินงานร่วมกัน อีกประการคือ การตัดสินใจในข้อเสนอแนะต่าง ๆซึ่งทุกข้อเสนอมีทั้งข้อดีและข้อเสีย รวมทั้งผลกระทบต่อบุคคล ทั้งระดับของประชาชน ระดับ บุคลากรทางการแพทย์ ข้าราชการ และผู้ดำเนินนโยบาย ฉะนั้นจึงจำเป็นต้องมีการรับฟังทุกภาค ส่วนเพื่อลดความขัดแย้ง มุ่งประโยชน์ส่วนรวมให้มากที่สุด อีกทั้งได้เรียนรู้การบริหารจัดการ โดย ทักษะการคิดเชิงกลยุทธ์ การวางแผนกลยุทธ์ การประสานความขัดแย้งและผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย รวมถึงการคิดพิจารณาประเด็นกฎหมายต่าง ๆ ไปจนถึงการศึกษาข้อมูลเพื่อให้มองรอบด้านและลด ผลเสียจากการดำเนินการขยายอายุราชการให้มากที่สุด สุดท้ายนี้ รายงานนี้จะมีประโยชน์ต่อเมื่อมี ผู้นำไปใช้สานต่อการดำเนินการ ทางกลุ่มศึกษาคงขอฝากข้อมูลและข้อเสนอให้กับ สำนักงาน ก.พ. เพื่อใช้เป็นประโยชน์สำหรับประเทศชาติในอนาคต

## บรรณานุกรม

1. [www.UNPopulation.org](http://www.UNPopulation.org) เอกสารหมายเลข 2014/14/Rev.1\* (ตุลาคม ค.ศ. 2015)
2. Addressing the Challenge of Population Ageing in Asia and the Pacific: Implementation of the Madrid International Plan of Action on Ageing, 2017. United Nations ESCAP
3. Multisectoral action for a life course approach to healthy ageing: draft global strategy and plan of action on ageing and health; 69<sup>th</sup> World Health Assembly report by the Secretariat. Provisional agenda item 13.4 (2016).
4. Special Report: Ageing – Passing the baton to Asia, 8 February 2017. Standard Chartered
5. TCDC. เศรษฐกิจสร้างสรรค์และกับดักรายได้ปานกลาง. TCDC outlook. กรกฎาคม-ธันวาคม (2560) : 4; 22.
6. How Does an Aging Population Affect a Country?  
<http://www.worldbank.org/en/news/feature/2016/09/05/uruguay-como-afecta-pais-envejecimiento-poblacion>
7. Political Declaration of Madrid International Plan of Action on Ageing, 2017. United Nations.
8. WHO. Ageing health. World Health Organization. (2015); 7.
9. สำนักงานสถิติแห่งชาติ.การสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย พ.ศ.2550.
10. นพ.สัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์. พญ.กนิษฐา บุญธรรมเจริญ. รายงานการสังเคราะห์ระบบการดูแลผู้สูงอายุในระยะยาวสำหรับประเทศไทย มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.(พ.ศ. 2553).
11. วันเพ็ญ แก้วปาน. การเสริมสร้างความสามารถในการทำงานและคุณภาพชีวิตในการทำงาน. หน้า 14-18.
12. บทสัมภาษณ์ น.พ. พงษ์พิสุทธิ์ จงอุดมสุข อดีตผู้อำนวยการสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) 4 มิ.ย. 2557 หัวข้อ “ขาดแคลนบุคลากรทางการแพทย์” อดีตถึงปัจจุบัน ปัญหาที่แก้ไม่ตก ที่ [www.hfocus.org](http://www.hfocus.org).
13. [www.mfa.go.th/business/th/customize/16520-ประวัติและพัฒนาการ-OECD.html](http://www.mfa.go.th/business/th/customize/16520-ประวัติและพัฒนาการ-OECD.html) และ [www.oecd.org](http://www.oecd.org)
14. อ้างอิง Towards More Inclusive Ageing and Employment Policies: The Lessons from France, The Netherlands, Norway and Switzerland, 3 September 2014. <http://www.oecd.org/els/emp/Towards-More-Inclusive-Ageing-and-Employment-Policies.pdf> และ
15. Working beyond 65: 5 things about extending re-employment age, 2 May 2014. ที่ <http://www.straitstimes.com/singapore/>

### คณะผู้จัดทำ

1. นายธวัชพงศ์ อ่อนนุช นักวิเคราะห์นโยบายและแผน เชี่ยวชาญ (ผู้เชี่ยวชาญด้าน เครื่องราชอิสริยาภรณ์) สำนักเลขาธิการคณะรัฐมนตรี รหัส 87003
2. พล.ต.ต.รมย์สิทธิ์ วีริยาสรรร รองเลขาธิการคณะกรรมการป้องกัน และปราบปรามการฟอกเงิน สำนักงานป้องกันและปราบปราม การฟอกเงิน รหัส 87019
3. นางกมลภัทร ประทุมแก้ว กองงานบริหารองค์การระหว่าง ประเทศ กรมองค์การระหว่างประเทศ รหัส 87030
4. นางสาวอณิรา ชินนัท พัฒนาสังคมและความมั่นคงของ มนุษย์จังหวัดเชียงราย สำนักงานปลัดกระทรวงการพัฒนา สังคมและความมั่นคงของมนุษย์ รหัส 87033
5. นายไพฑูรย์ โกเมนต์ เกษตรและสหกรณ์จังหวัดจันทบุรี สำนักงานปลัดกระทรวงเกษตร และสหกรณ์ รหัส 87042
6. นายสถาพร อังคนาวรกุล ผู้อำนวยการกองตรวจราชการ สำนักงานปลัดกระทรวงคมนาคม รหัส 87055
7. นางภาวนา มานะเวช ผู้อำนวยการกองแผนงานธุรกิจ พลังงาน กรมธุรกิจพลังงาน รหัส 87074
8. นายเอกสิทธิ์ ชนะสิทธิ์ ผู้อำนวยการกองเทคโนโลยีทำแผนที่ กรมที่ดิน รหัส 87084
9. นายนันทชัย ปัญญาสุรฤทธิ์ ผู้อำนวยการสำนักงานระกันสังคม กรุงเทพมหานคร พื้นที่สี่ลม สำนักงานประกันสังคม รหัส 87104
10. นายบุรินทร์ สุรอรุณสัมฤทธิ์ ผู้อำนวยการสำนักบริหารระบบ บริการสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต รหัส 87118
11. นางสาวสาวิตรี อมรตานนท์ ผู้อำนวยการสำนักเทคโนโลยี สารสนเทศและประชาสัมพันธ์ สำนักงานศาลรัฐธรรมนูญ รหัส 87128