

อัตรากำลังวิชาชีพเภสัชกรที่เหมาะสมสำหรับ
โรงพยาบาลกองทัพบก ขนาด 200 เตียง

เอกสารวิจัยส่วนบุคคล



โดย

พันเอก ชิตพงศ์ ขวัญประชา
ผู้อำนวยการ โรงพยาบาลค่ายประจักษ์ศิลปาคม

วิทยาลัยการทัพบก
กันยายน 2561

เอกสารวิจัยเรื่อง อัตรากำลังวิชาชีพอีสกรที่เหมาะสมสำหรับโรงพยาบาลกองทัพบก

ขนาด 200 เติยง

โดย พันเอก ชิตพงษ์ ขวัญประชา

อาจารย์ที่ปรึกษา พันเอก พิศณุ คงเมือง

วิทยาลัยการทัพบก อนุมัติให้เอกสารวิจัยส่วนบุคคลฉบับนี้ เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา
ตามหลักสูตรหลักประจำ วิทยาลัยการทัพบก ปีการศึกษา 2561 และเห็นชอบให้เป็น
เอกสารวิจัยส่วนบุคคลที่อยู่ในเกณฑ์ระดับ

พลตรี

ผู้บัญชาการวิทยาลัยการทัพบก

(ธีระพงษ์ เย็นอุทก)

คณะกรรมการควบคุมเอกสารการวิจัยส่วนบุคคล

พันเอก

ประธานกรรมการ

(พิศณุ คงเมือง)

พันเอกหญิง

ผู้ทรงคุณวุฒิที่ปรึกษา

(ทรงสุดา ขวัญประชา)

พันเอก

กรรมการ

(ภรัถ เทียนทองดี)

พันเอกหญิง

กรรมการ

(ปัทมา สมสนั่น)

บทคัดย่อ

ผู้วิจัย พันเอก ชิตพงศ์ ขวัญประชา
เรื่อง อัตรากำลังวิชาชีพเภสัชกร ที่เหมาะสมสำหรับโรงพยาบาลกองทัพบก
ขนาด 200 เตียง
วันที่ กันยายน 2561 **จำนวนคำ :** 5,288 **จำนวนหน้า :** 15
คำสำคัญ อัตรากำลังเภสัชกร , โรงพยาบาลกองทัพบกขนาด 200 เตียง
ชั้นความลับ ไม่มีชั้นความลับ

การวิจัยฉบับนี้จัดทำขึ้นเพื่อศึกษาอัตรากำลังวิชาชีพเภสัชกรที่เหมาะสมสำหรับโรงพยาบาลกองทัพบกขนาด 200 เตียง สืบเนื่องจากปัญหาความไม่เพียงพอของจำนวนเภสัชกรต่อปริมาณภาระงานของโรงพยาบาลสังกัดกองทัพบกขนาด 200 เตียง ในปัจจุบัน ซึ่งยังใช้อัตรากำลังตาม อจย. 8-564 มีเพียง 3 อัตรา เมื่อนำอัตรากำลังดังกล่าวไปเปรียบเทียบกับอัตรากำลังที่คำนวณจากภาระงานของเภสัชกร ตามบทบาทหน้าที่ที่ถูกกำหนดโดยพระราชบัญญัติวิชาชีพเภสัชกรรม ฉบับที่ 2 (พ.ศ.2558) มาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ (Hospital and Healthcare Standards) ปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อระบบสุขภาพและกำลังคนด้านสุขภาพ ไม่มีความเหมาะสมด้วยประการทั้งปวง ดังนั้น การศึกษาแนวทางการกำหนดอัตรากำลังวิชาชีพเภสัชกรสำหรับโรงพยาบาลกองทัพบกขนาด 200 เตียง จึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งเพื่อให้ทราบจำนวนเภสัชกรที่เหมาะสมกับภาระงานในปัจจุบัน ผลจากการศึกษาผู้วิจัยพบว่ากองทัพบกควรจัดให้มีการทบทวนอัตรากำลังเภสัชกรสำหรับโรงพยาบาล รวมถึงเป็นแนวทางในการหาอัตรากำลังที่เหมาะสมของวิชาชีพอื่นๆ และสำคัญที่สุดเพื่อสร้างความปลอดภัยและความพึงพอใจสูงสุดให้กับผู้รับบริการ

ABSTRACT

AUTHOR : Colonel Chitpong Kwanpracha
TITLE : Appropriate pharmacist man power for Army Hospital
Size 200 beds.
DATE : September 2018 **WORD COUNT** : 5,288 **PAGES** : 15
KEY TERMS : The man power of pharmacist , 200-beds Army Hospital
CLASSIFICATION: Unclassified

This documentary research was designed to study the pharmacist's professional direction. This is due to insufficient number of pharmacists on the workload of the 200-bed Army Hospital, which currently uses the rate of AJY.8-564 at only 3 positions. When compares this with the calculated rate of workload of the pharmacist according to Factors Affecting the Health System and the Health Workforce. It is not suitable for all. Therefore, a study of the pharmacy professionalization guidelines for 200-bed Army hospitals is essential to determine the number of pharmacists that are appropriate for the current workload. According to the study, the Army should provide a review of pharmacists for the hospital. It is also a way to find the right rates of other professions. And most importantly, to ensure the safety and satisfaction of the service.

กิตติกรรมประกาศ

การวิจัยเอกสาร เรื่อง อัตรากำลังวิชาชีพเภสัชกร ที่เหมาะสมสำหรับโรงพยาบาลกองทัพบก ขนาด 200 เตียง เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาหลักสูตรหลักประจำวิทยาลัยการทัพบกชุดที่ 63 เพื่อศึกษาแนวทางการกำหนดอัตรากำลังวิชาชีพเภสัชกรสำหรับโรงพยาบาลกองทัพบกขนาด 200 เตียง เพื่อให้ได้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์ในการนำเสนอต่อหน่วยเหนือในการขอขยายกรอบอัตรากำลังวิชาชีพเภสัชกร เพื่อลดปัญหาขาดแคลน เภสัชกรในโรงพยาบาลกองทัพบก

ผู้วิจัยเอกสารขอกราบขอบพระคุณ พันเอก พิศณุ คงเมือง อาจารย์ที่ปรึกษาที่กรุณาให้คำแนะนำในการทำวิจัย พันเอกหญิง ปัทมา สมสนั่น อาจารย์ประจำกลุ่มวิจัยที่เอาใจใส่ตรวจสอบข้อบกพร่องของเอกสารวิจัย และ พันเอกหญิง ทรงสุดา ขวัญประชา ผู้ทรงคุณวุฒิที่ปรึกษา ที่กรุณาให้คำปรึกษาในการทำวิจัยในครั้งนี้ ทำให้การวิจัยฉบับนี้สำเร็จสมบูรณ์ลงได้สมตามความมุ่งหวัง

อัตรากำลังวิชาชีพเภสัชกรที่เหมาะสมสำหรับ โรงพยาบาลกองทัพบก ขนาด 200 เตียง

การบริการสุขภาพที่ได้มาตรฐานและมีคุณภาพ มีปัจจัยหลายอย่างที่มีความสำคัญและปัจจัยที่เป็นปัญหาหลักของการบริการสาธารณสุขของประเทศไทย คือปัญหากำลังคนด้านสุขภาพ ซึ่งขาดแคลนไม่เพียงพอต่อการให้บริการสุขภาพและไม่พร้อมในการเผชิญกับสถานการณ์ความเปลี่ยนแปลง ดังนั้นการเพิ่มจำนวนและพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพจึงเป็นประเด็นสำคัญที่ควรอยู่ในความสนใจของผู้เกี่ยวข้องทุกภาคส่วนอย่างต่อเนื่องและจริงจัง เพื่อให้ผู้รับบริการได้รับบริการสุขภาพที่ได้มาตรฐานและมีคุณภาพ

กองทัพบกเป็นหน่วยงานซึ่งมีโรงพยาบาลในบังคับบัญชาทั้งสิ้น 37 โรงพยาบาล แบ่งเป็นขนาดต่างๆ ตั้งแต่ 30-1200 เตียง ให้บริการทางการแพทย์ได้แก่ การรักษาพยาบาล การส่งเสริมสุขภาพ การเวชกรรมป้องกัน การเวชศาสตร์ทหาร และการฟื้นฟูสุขภาพ ให้กับกำลังพลทหารและครอบครัว โดยปัจจุบันมีประชาชนทั่วไปให้ความเชื่อมั่นมารับบริการที่โรงพยาบาลของกองทัพบกเป็นจำนวนมาก มีกำลังพลวิชาชีพทางการแพทย์ปฏิบัติงานทั้งเป็นข้าราชการ ลูกจ้างประจำ พนักงานของรัฐ และลูกจ้างชั่วคราว ดังนั้นการจัดอัตรากำลังวิชาชีพต่างๆ ที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลกองทัพบก จึงมีความจำเป็นอย่างยิ่ง เพื่อให้การให้บริการทางการแพทย์ในโรงพยาบาลของกองทัพบกมีมาตรฐาน มีคุณภาพทัดเทียมกับโรงพยาบาลในสังกัดอื่นๆ โดยการศึกษาวิจัยได้คัดเลือกวิชาชีพเภสัชกรมาเป็นตัวอย่างในการศึกษา ถึงอัตรากำลังที่เหมาะสมสำหรับโรงพยาบาลกองทัพบกขนาด 200 เตียง โดยได้ทบทวนและศึกษาจากงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง บทบาทหน้าที่ของเภสัชกรที่เปลี่ยนแปลงเนื่องจากการออกพระราชบัญญัติวิชาชีพเภสัชกรรม ฉบับที่ 2 (พ.ศ.2558)¹ และการปรับปรุงมาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพฉบับเฉลิมพระเกียรติฉลองสิริราชสมบัติครบ 60 ปี² ในส่วนของระบบยา

ภูมิหลังและเหตุผล

ปัจจุบันประเทศไทยกำลังประสบปัญหาการขาดแคลนกำลังคนด้านสุขภาพ³⁻⁴ โดยพบว่า ปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อระบบสุขภาพและกำลังคนด้านสุขภาพ⁵ คือ (1) ระบบประกันสุขภาพและระบบกองทุนเงินค้ำรักษาพยาบาล เช่น ประกันสังคม บัตรทอง สวัสดิการข้าราชการ ทำให้ประชาชนเข้าถึงการบริการสุขภาพได้ง่ายขึ้น (2) การเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ และแนวโน้มโรคเรื้อรังที่เพิ่มขึ้น โรคติดต่อที่ยังเป็นปัญหาและโรคอุบัติใหม่ ภัยพิบัติ ทำให้มีอัตราการใช้บริการสุขภาพมากขึ้น (3) การเริ่มต้นของประชาคมอาเซียน (ASEAN Economic Community : AEC) การค้าเสรีระหว่างประเทศ ทำให้มีการเคลื่อนย้ายกำลังคนด้านสุขภาพไปยังแหล่งที่มีรายได้สูงกว่า หรือเปลี่ยนอาชีพ ขณะเดียวกันก็มีการเคลื่อนย้ายแรงงานเข้ามาในประเทศเพิ่มขึ้น จำนวนผู้รับบริการสุขภาพเพิ่มขึ้น (4) กระแสโลกาภิวัตน์ การเข้าถึงข้อมูลข่าวสารง่ายขึ้น การพัฒนาและการใช้เทคโนโลยีทางการแพทย์ การเปลี่ยนแปลงด้านเศรษฐกิจ การเติบโตของสังคมเมือง ทำให้ผู้รับบริการมีความคาดหวังสูงขึ้น การบริการสุขภาพมีความซับซ้อนมากขึ้น ต้องใช้ผู้ให้บริการเพิ่มขึ้น ใช้เวลาในการให้บริการเพิ่มขึ้น และผู้ให้บริการต้องมีความเชี่ยวชาญเพิ่มขึ้น (5) การเปลี่ยนแปลงนโยบายและการปฏิรูปต่างๆ ทิศทางการส่งเสริมสุขภาพ การกระจายอำนาจ ทำให้มีการออกกฎหมาย ระเบียบข้อบังคับทั้งจากภาครัฐที่เกี่ยวข้อง สภาและสมาคมวิชาชีพผู้ให้บริการสุขภาพทั้งหลาย เช่น แพทยสภา สภาการพยาบาล สภาเภสัชกรรม ฯ ได้กำหนดกระบวนการทำงานของวิชาชีพของตนเอง

เภสัชกรมีบทบาทในการร่วมให้บริการทางการแพทย์ดูแลสุขภาพประชาชน โดยแบ่งเป็นสาขาต่างๆ 6 สาขา¹¹ คือ เภสัชโรงพยาบาล เภสัชชุมชน เภสัชอุตสาหกรรม เภสัชกรรมการตลาด งานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชศาสตร์ศึกษา จากความขาดแคลนวิชาชีพ เภสัชกรและภาระงานที่มากขึ้น มีผลกระทบกับเภสัชกรที่ให้บริการต่อผู้ป่วยโดยตรง ได้แก่ เภสัชกรโรงพยาบาลและเภสัชกรชุมชน ถึงแม้ว่าเภสัชกรสาขาเภสัชกรรมโรงพยาบาลจะเป็นสาขาที่มีจำนวนเภสัชกรปฏิบัติงานมากที่สุดก็ตาม

ข้อมูลจากสำนักงานวิจัยและพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพในแผนแม่บทกำลังคนด้านสาธารณสุขที่ผ่านความเห็นชอบของคณะรัฐมนตรีในวันที่ 4 พฤษภาคม พ.ศ.2547 ระบุว่าจำนวนเภสัชกรต่อประชากรที่เหมาะสมควรเท่ากับ 1 : 5,000 คน ข้อมูลในปี พ.ศ.2553 มีค่าเฉลี่ยจำนวนเภสัชกรต่อประชากร 1 : 7,087 คน ซึ่งเป็นจำนวนเฉพาะเภสัชกรที่ปฏิบัติหน้าที่ในห้องจ่ายยาของสถานพยาบาล⁶⁻⁷

จากปัญหาการขาดแคลนกำลังคนด้านสุขภาพดังกล่าว องค์กรวิชาชีพต่างๆ รวมถึง สภาเภสัชกรรม ได้ทำการศึกษาแนวทางการกำหนดอัตรากำลังโดยใช้วิธีการกำหนดอัตรากำลังคนตามลักษณะของงาน จำนวนประชากร และปัจจัยอื่นๆ มีทั้งสิ้น 11 วิธี¹⁴⁻¹⁵ คือ

1. วิธีอัตราส่วนต่อประชากร (Population ratio method) เป็นการกำหนดตามความหนาแน่น (Workforce density) เช่น เภสัชกร 1 คนต่อประชากร 5,000 คน วิธีนี้อยู่บนสมมติฐานที่มีความคงที่และเหมือนกันทั้งหมด ทั้งบุคลากรทางการแพทย์ และความจำเป็นของประชาชน ข้อดีคือ เป็นวิธีที่ง่าย ใช้ข้อมูลน้อย และนำไปใช้ได้เร็ว ข้อเสีย คือผลการประมาณอาจไม่สะท้อนความเป็นจริง เนื่องจากไม่ได้คำนึงถึงปัจจัยอื่นๆ เช่น การเพิ่มจำนวนประชากร อุบัติการณ์ด้านสุขภาพทั้งภาครัฐและเอกชน เป็นต้น
2. วิธีความจำเป็นด้านสุขภาพ (Health needs method) เป็นวิธีคาดการณ์เชิงลึกมากกว่าวิธีแรก โดยกำหนดบริการสุขภาพที่จำเป็นสำหรับประชาชนที่ทำให้มีสุขภาพดี โดยความเห็นจากผู้เชี่ยวชาญที่พิจารณาบนพื้นฐานการแพทย์ ได้แก่ สถานการณ์สภาวะโรค หรือความเจ็บป่วยในปัจจุบัน และเทคโนโลยี ร่วมกับปัจจัยอื่น ๆ เช่น เงินลงทุน ความสามารถในการให้บริการ เป็นต้น ข้อมูลการวิเคราะห์มีทั้งปัจจัยประชากรศาสตร์ (Demographic factors) ปัจจัยทางสังคมและวัฒนธรรม (Socio-cultural factors) และปัจจัยด้านระบาดวิทยา (Epidemiological Factors) เพื่อเปลี่ยนภาวะโรคหรือความเจ็บป่วยเป็นความต้องการบริการตามมาตรฐานการรักษา (Productivity norm) วิธีนี้เหมือนวิธีการกำหนดดัชนีปริมาณงานเพื่อกำหนดเพื่อกำหนดจำนวนบุคลากร (Workload indicators of staffing need: WISN)
3. วิธีอุปสงค์ต่อบริการสุขภาพ (Health demands method) เป็นวิธีคาดประมาณจากการใช้บริการสุขภาพ (Health care utilization) เริ่มจากวิเคราะห์ความต้องการ

บริการในอดีตจนถึงปัจจุบัน กำหนดตัวแปรที่สำคัญและแทนค่าในแบบจำลองความต้องการ จะได้ความต้องการที่จะเกิดขึ้นในอนาคต สมการความต้องการอาจเป็นสมการเดียว (Single equation) หรือสมการเป็นระบบ (General system equation) ซึ่งการคาดการณ์จะอยู่ภายใต้สมมติฐานของอดีตและปัจจุบันที่คงที่ไปตลอดการประมาณ ความต้องการที่ได้จากการประมาณจะถูกนำมาเปลี่ยนเป็นความต้องการด้านกำลังคนโดยใช้เวลามาตรฐานการปฏิบัติงาน ข้อดีคือสอดคล้องกับความเป็นจริงและทำให้ทราบการใช้บริการด้านสุขภาพว่ามีการใช้บริการมากหรือน้อยเกินไปในแต่ละกลุ่มประชากร ข้อเสียคือต้องใช้ข้อมูลในการคาดการณ์ที่มากพอ วิธีนี้มักใช้ในประเทศที่มีข้อมูลที่เพียงพอ

4. วิธีเป้าหมายการบริการ (Service targets method) เป็นวิธีที่องค์การอนามัยโลกยอมรับ แนวคิดเริ่มจากการตั้งเป้าหมายบริการที่สนใจจากตัวแปรที่เกี่ยวข้องและแนวโน้มในอดีต เช่น ความจำเป็นด้านสุขภาพ ความต้องการบริการสุขภาพ และระบบบริการสุขภาพของประเทศ โดยอนุมานว่าเป็นข้อมูลที่จะเกิดการให้บริการนำเป้าหมายบริการที่ได้มาเปลี่ยนเป็นปริมาณบุคลากรตามมาตรฐานตำแหน่งและบริการตัวอย่าง เช่น หญิงตั้งครรภ์ต้องพบบุคลากรการแพทย์ทั้งหมด 4 ครั้ง และกำหนดเป้าหมายการบริการสำหรับพยาบาลต่อบริการหญิงตั้งครรภ์ คือ 20 ครั้ง/วัน/คน จากตัวเลข 2 ค่านี้ ถ้าคาดการณ์อัตราการเกิดได้ ก็สามารถคำนวณและกำหนดจำนวนพยาบาลที่จำเป็นได้วิธีนี้มีข้อดีกว่าวิธีอื่น คือ เข้าใจง่าย และแสดงความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรต่าง ๆ ได้โดยใช้ข้อมูลสถานบริการสุขภาพซึ่งเป็นข้อมูลของระบบบริการสาธารณสุขที่มีอยู่เป็นหลัก การกำหนดอัตรากำลังคนวิธีนี้สามารถนำประสิทธิภาพของแต่ละสถานบริการมาพิจารณาประกอบและยังสามารถประมาณต้นทุนการให้บริการ จากการกำหนดอัตรากำลังคนได้ ข้อเสียคือหากตั้งสมมติฐานประสิทธิภาพและการกระจายของการบริการไม่ถูกต้อง จะทำให้การคาดการณ์ผิดพลาดไม่สะท้อนความเป็นจริง
5. วิธีเป้าหมายบริการที่ปรับแล้ว (Adjusted service target-based method) คล้ายกับวิธีเป้าหมายบริการแบบเดิม แต่ปรับวิธีการกำหนดเป้าหมายตามลำดับความสำคัญของการใช้บริการ อาจจัดลำดับความสำคัญตามโครงสร้างประชากร ความคิดเห็นจากผู้เชี่ยวชาญ ค่าความชุก และค่าอุบัติการณ์การเกิดโรคใหม่ หรือข้อมูลเชิงระบาดวิทยาต่างๆ เป็นต้น

6. วิธีกลไกงบประมาณ (Budget driven mechanisms) เป็นวิธีที่คล้ายกับวิธีเป้าหมาย การบริการ ต่างกันที่วิธีนี้เป็นเชิงปฏิบัติโดยกำหนดอัตรากำลังคนที่ให้บริการด้าน สุขภาพจากงบประมาณที่ตั้งไว้
7. วิธีภาระงานต่อวันร่วมกับค่ามาตรฐาน เป็นการใช้ค่ามาตรฐานที่กำหนด เช่น กฎหมาย หรือข้อบังคับมาคิดร่วมกับเวลาปฏิบัติงานในแต่ละงาน ตัวอย่างเช่น อาจารย์คณะ เกษศาสตร์มีงานสอน (Teaching load) ในระดับปริญญาตรี 10 ชั่วโมง/สัปดาห์/ ภาคการศึกษา โดยมีหลักเกณฑ์กำหนด 1 ชั่วโมงบรรยายเท่ากับ 3 หน่วยภาระ และ 1 ชั่วโมงปฏิบัติการเท่ากับ 1.5 หน่วยภาระ และมีค่าเกณฑ์ภาระงานมาตรฐาน 35 ชั่วโมงทำการ/สัปดาห์
8. วิธีภาระงาน (Work points) เป็นการกำหนดภาระงานเป็นกิจกรรม นำจำนวน กิจกรรมคูณด้วยค่าคงที่ เช่นเวลาในการทำกิจกรรมซึ่งได้มาจากการเก็บค่าเฉลี่ยของ การทำกิจกรรมนั้นๆ ใช้เป็นค่าคงที่ในการคำนวณคิดหาลำดับคนที่ต้องการต่อวัน โดย นำค่าคงที่ที่ได้มาคูณกับจำนวนกิจกรรมในแต่ละห้วงเวลาที่กำหนด รวมเป็นค่าสุดท้าย แล้วคิดย้อนกลับเป็นจำนวนคนที่ควรมี
9. วิธีบัญชีผู้รอรับบริการ (Waiting lists) เป็นวิธีที่แสดงถึงความไม่สมดุลระหว่างอุปทาน และอุปสงค์กำลังคน โดยที่จำนวนผู้รอรับบริการจะบ่งชี้ถึงภาวะกำลังคนในปัจจุบันว่า เพียงพอหรือไม่ หากมีผู้รอรับบริการมากก็จะอนุมานได้ว่ากำลังคนส่วนนั้นไม่เพียงพอ ต่อความต้องการ
10. วิธีรูปแบบการวางแผนด้วยกลุ่มวิชาชีพ (Professional group planning models) ซึ่งกระทำโดยอาศัยผู้เชี่ยวชาญในสาขานั้น ในกรณีนี้คือวิชาชีพเภสัชกรรม พิจารณา บทบาทและความรับผิดชอบ จากนั้นวิเคราะห์ออกมาเป็นอุปทาน
11. วิธีรูปแบบการประเมินความจำเป็น (Needs assessment models) ในความหมาย ของคำว่าความจำเป็น (Need) ผู้พัฒนาโมเดลให้นิยามว่าเป็น การดูแลรักษาและการ ดูแลป้องกันที่ดีที่สุดในพื้นที่นั้นอาศัยสภาวะสุขภาพของประชากร แปลงเป็นกำลังคน ตามทักษะของแต่ละวิชาชีพ เดิมทีโมเดลนี้ใช้ในการประมาณพื้นฐานกำลังคนด้าน สุขภาพที่ให้ในการรักษาและป้องกันที่ดีที่สุดสำหรับโรคเรื้อรัง หรือกลุ่มโรคของ ประชากรในพื้นที่นั้น

การกำหนดอัตรากำลังคนด้วยวิธีการต่าง ๆ ที่กล่าวมาแล้วนั้นล้วนอาศัยข้อมูลพื้นฐานที่เป็นปัจจัยด้านอุปสงค์และอุปทาน โดยด้านอุปทานประกอบด้วย (1) การเพิ่มขึ้นของ

กำลังคน (Entries to the workforce) ได้แก่ การจบการศึกษา ความพึงพอใจในงาน การโยกย้ายแรงงานทั้งถาวรและชั่วคราว และการกลับเข้าทำงานใหม่ (2) กำลังคนที่กำลังทำงานอยู่ในปัจจุบัน (Active workforce in practice) ได้แก่ ข้อมูลสถิติประชากร การกระจายของบุคลากรตามภูมิศาสตร์ การกระจายในสาขา ความชำนาญ ชั่วโมงงาน (3) การสูญเสียกำลังคน (Exits from the workforce) ได้แก่ การเกษียณ การถดถอย (Attrition) เช่น การเปลี่ยนอาชีพ การย้ายถิ่นฐาน ส่วนการเพิ่มขึ้นของอุปสงค์ประกอบด้วย (1) ลักษณะประชากร (2) รูปแบบการใช้บริการ (3) การพัฒนาเทคโนโลยีในการวินิจฉัยและรักษาโรค (4) ความคาดหวังของผู้รับบริการ (5) ระบบโครงสร้างพื้นฐานและแหล่งทุนของระบบสุขภาพ¹²

นอกจากนี้ยังมีปัจจัยด้านอุปสงค์อื่น ๆ ที่มีผลต่ออัตรากำลังเกษียณ จำแนกเป็นปัจจัยที่มีผลต่อการเพิ่มขึ้นด้านอุปสงค์ ได้แก่ (1) การเพิ่มขึ้นของเกษียณหญิง (Feminization) การมีเกษียณหญิงเป็นกำลังหลัก อาจมีจำนวนชั่วโมงทำงานน้อยกว่าเกษียณเพศชาย เนื่องจากมี การตั้งครรภ์ คลอดบุตร ภาระงานบ้านและต้องดูแลครอบครัว (2) ธรรมชาติทางคลินิก (Clinical governance) เพื่อคุณภาพการดูแลผู้ป่วยที่ดีขึ้น (3) การเพิ่มขึ้นของใบสั่งยาและชนิดของยาและเวชภัณฑ์ (4) ความซับซ้อนในการบริหารเกษียณกรรมที่เพิ่มขึ้น และปัจจัยที่มีผลต่อการลดลงด้านอุปสงค์ได้แก่ การใช้เทคโนโลยีเข้ามาช่วยมากขึ้น การเพิ่มบทบาทผู้ช่วยเกษียณและจำนวนเกษียณกรจบใหม่เพิ่มขึ้น¹³

วิธีการคำนวณอัตรากำลังที่กระทรวงสาธารณสุขนำมาใช้ในการคำนวณอัตรากำลังวิชาชีพต่างๆ ในโรงพยาบาลของกระทรวงสาธารณสุข รวมถึงวิชาชีพเกษียณ คือวิธีคำนวณแบบที่ 8 วิธีภาระงาน (Work point) สำหรับการคำนวณภาระงานของเกษียณ ต้องเริ่มต้นจากการทบทวนภาระงานต่างๆ ที่เกษียณมีส่วนรับผิดชอบทั้งหมดในโรงพยาบาล นำมา กำหนดเป็นกิจกรรมทางเกษียณกรรมที่จะนำมาวัดภาระงาน¹⁵ โดยกิจกรรมดังกล่าวจะต้องเป็นกิจกรรมที่มีจุดเริ่มต้นและจุดสิ้นสุดชัดเจนที่ปฏิบัติ โดยเกษียณแต่ละคนสามารถบันทึกจำนวนผลงานที่ปฏิบัติได้ไม่ยาก หากเป็นผลงานที่สามารถรวบรวมได้จากการทำงานของคอมพิวเตอร์ในระบบปฏิบัติงานปกติว่าใครมีผลการดำเนินงานจำนวนเท่าใดได้ ก็ยังสะดวกในการดำเนินการ และในกิจกรรมที่นำมาวัดภาระงานต้องมีการจัดทำคานิยามและขั้นตอนการปฏิบัติที่เป็นมาตรฐานไว้ให้ชัดเจนเพื่อความเข้าใจร่วมกัน

กิจกรรมการปฏิบัติงานของเภสัชกรในโรงพยาบาลกำหนดไว้จำนวน 18 กิจกรรมหลัก เมื่อได้กิจกรรมการปฏิบัติของเภสัชกรเรียบร้อยแล้ว ขั้นตอนต่อไปต้องทำการกำหนดเวลาเฉลี่ยหรือเวลามาตรฐานของกิจกรรม¹⁵ ที่วัดภาระงาน ซึ่งเวลาดังกล่าวได้จากการกำหนดหรือจับเวลาเฉลี่ยหรือเวลามาตรฐานของกิจกรรมนั้นๆ เพื่อใช้อ้างอิงเปรียบเทียบกิจกรรมบนพื้นฐานของการใช้เวลาในการปฏิบัติในกิจกรรมนั้นๆ โดยหลักการควรมีการจับเวลาจากการปฏิบัติจริง และหาค่ามาตรฐานที่เหมาะสมจากข้อมูลการปฏิบัติหลายๆ ครั้ง ที่ทำให้เชื่อมั่นได้ว่าเวลาที่เลือกมากำหนดเป็นเวลามาตรฐานที่เหมาะสม หากเวลาที่กำหนดเป็นเวลามาตรฐานเป็นเวลาที่เหมาะสมจะเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้การเปรียบเทียบภาระงานต่าง ๆ ภายในสายวิชาชีพเดียวกันเป็นที่ยอมรับของทุกคน และเป็นฐานสำคัญในการเปรียบเทียบภาระงานต่าง ๆ ที่สามารถเป็นที่ยอมรับของทุกฝ่ายได้ ตัวอย่างในส่วนของงานของเภสัชกร ได้รวบรวมข้อมูลเวลาการปฏิบัติงานของโรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป สังกัดกระทรวงสาธารณสุข เพื่อใช้เป็นแนวทางในการกำหนดเวลามาตรฐานของกิจกรรมต่าง ประกอบด้วย (1) จ่ายยาผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยทั่วไป 3 นาที/ใบสั่งยา ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง 4.92 นาที/ใบสั่งยา (2) จ่ายยาผู้ป่วยใน 5.2 นาที/ใบสั่งยา (3) ข้อมูลรายการยาที่ผู้ป่วยใช้ที่บ้านก่อนเข้ามารับการ รักษาตัวในโรงพยาบาล (Medication Reconciliation MR) 10-16 นาที/ราย (4) การบริหารเภสัชกรรมผู้ป่วยใน (Acute care) 7-30 นาที/ราย (5) การบริหารเภสัชกรรมผู้ป่วยนอก (Ambulatory care) 7-30 นาที/ราย (6) ประเมินอาการไม่พึงประสงค์จากยา (Adverse Drug Reaction ADR) 10-90 นาที/ราย (7) บริการข้อมูลข่าวสารด้านยาและสมุนไพร (Drug Information System DIS) 3-1260 นาที/คำถาม (8) ประเมินการใช้ยา (Drug Utilization Evaluation DUE) 15-840 นาที/ราย (9) เตรียยาเคมีบำบัด 20 นาที/รายการ (10) เตรียอาหารทางหลอดเลือดดำ (Total Parenteral Nutrition TPN) 20 นาที/รายการ (11) เตรียยาฉีดทางหลอดเลือด 5 นาที/รายการ (12) เตรียยาเฉพาะราย 25 นาที/รายการ (13) การผลิตยา 60 นาที/ครั้งที่ผลิต (14) การจัดซื้อโดยวิธีตกลงราคา 5-90 นาที/ครั้ง (15) การจัดซื้อโดยสอบราคา/วิธีพิเศษ 1260 นาที/ครั้ง (16) การจัดซื้อโดยประกวดราคา (E-auction, ซื้อ รวมจังหวัด, และรวมเขต) 2100 นาที/ครั้ง (17) การบริหารคลังเวชภัณฑ์ 5-15 นาที/รายการ (18.) การวัดและติดตามระดับยาในเลือด (Therapeutic Drug Monitoring TDM) 107 นาที/ราย

การกำหนดอัตรากำลังต้องคำนึงถึงปัจจัยที่มีผลกระทบต่อบทบาทหน้าที่และภาระงาน เช่น มาตรฐานวิชาชีพตามพระราชบัญญัติที่เกี่ยวข้อง มาตรฐานโรงพยาบาลและบริการ

สุขภาพ กรอบอัตรากำลังปัจจุบัน แนวทางการกำหนดอัตรากำลังของหน่วยงานสังกัด
หน่วยงานอื่น กรณีศึกษาที่เกี่ยวข้อง

วิชาชีพเภสัชกรรม

พระราชบัญญัติวิชาชีพเภสัชกรรม ฉบับที่ 2 (พ.ศ.2558)¹ มาตรา 3 ได้มีการปรับเปลี่ยน
นิยามคำว่า วิชาชีพเภสัชกรรม ให้มีหมายความว่า วิชาชีพที่เกี่ยวกับการกระทำในการ
เตรียมยา การผลิตยา การประดิษฐ์ยา การเลือกสรรยา การวิเคราะห์ยา การควบคุมและ
การประกันคุณภาพยา การปรุง และการจ่ายยาตามใบสั่งยาของผู้ประกอบวิชาชีพเวช
กรรม ผู้ประกอบวิชาชีพทันตกรรม ผู้ประกอบวิชาชีพ การสัตวแพทย์ การปรุงยา การ
จ่ายยา การขายยา และการดำเนินการตามกฎหมายว่าด้วยยา และกฎหมายอื่น ๆ ที่
เกี่ยวเนื่องกับยา การให้คำแนะนำปรึกษาและการคุ้มครองผู้บริโภคด้านยา รวมทั้ง หน้า
70 เล่ม 132 ตอนที่ 21 ก ราชกิจจานุเบกษา 26 มีนาคม 2558 การดำเนินการหรือ
ร่วมกับผู้ประกอบวิชาชีพด้านการแพทย์และสาธารณสุขในการค้นหา ป้องกันและแก้ไข
ปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยา โดยมีการระบุหมายเหตุไว้ด้านท้าย เหตุผลในการ
ประกาศใช้พระราชบัญญัติฉบับนี้ เพราะปัจจุบันบทนิยามคำว่า วิชาชีพเภสัชกรรม ยังไม่
สอดคล้องกับภารกิจที่เภสัชกรปฏิบัติและเพื่อให้ประชาชนได้รับบริการที่ได้มาตรฐานและ
มีประสิทธิภาพ สมควรแก้ไขเพิ่มเติมบทนิยามคำว่า วิชาชีพเภสัชกรรม และกำหนดอายุ
ใบอนุญาตและการต่ออายุใบอนุญาตรวมทั้งแก้ไขเพิ่มเติมบทบัญญัติอื่นที่เกี่ยวข้องให้
สอดคล้องกับการแก้ไขเพิ่มเติมดังกล่าว จึงจำเป็นต้องตราพระราชบัญญัติฉบับนี้

มาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ (Hospital and Healthcare Standards)

สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (สรพ.) ได้ประกาศใช้มาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ ซึ่งโรงพยาบาลต่างๆ ในประเทศไทยได้ยึดถือเป็นมาตรฐานการให้บริการและการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล โดยในฉบับที่ 4 (Hospital and Healthcare Standards 4TH)² เพื่อการประเมินและรับรอง โรงพยาบาลตามมาตรฐาน HA (Hospital Accreditation) ได้กำหนดมาตรฐานระบบยา (Medical Management System) เป็น 2 ส่วนคือ (1) การกำกับดูแลและสิ่งแวดล้อมสนับสนุน เพื่อสร้างความมั่นใจในระบบการจัดการด้านยาที่ปลอดภัย เหมาะสม และได้ผลรวมทั้งการมียาที่มีคุณภาพสูงพร้อมใช้สำหรับผู้ป่วย ผ่านกลไกกำกับดูแลและสิ่งแวดล้อมสนับสนุน (2) การปฏิบัติในการใช้ยาเพื่อทำให้มั่นใจในความปลอดภัย ความถูกต้อง ความเหมาะสม และประสิทธิผลของกระบวนการทั้งหมดตั้งแต่การสั่งใช้ยาจนถึงการบริหารยา

เภสัชกรโรงพยาบาลกองทัพบก

กองทัพบกมีโรงพยาบาลที่สังกัดกองทัพบกจำนวน 37 โรง โดยมีโรงพยาบาลขนาด 200 เตียง ตามอัตรากิจการจัดยุทธโธปกรณ์ (อจย.) และอัตรากิจการจัดเฉพาะกิจ (อณก.) จำนวน 9 โรงพยาบาล โดยแต่ละแห่งมีภาระงานที่แตกต่างกันออกไป ดังตารางที่ 1

ชื่อหน่วย	ผู้ป่วยนอกเฉลี่ยต่อวัน	อัตรากิจการครองเตียง	วันรักษาเฉลี่ยต่อคน
รพ.ค่ายประจักษ์ศิลปาคม	1155(421,575/ปี)	53.55	3
รพ.ค่ายสรรพสิทธิประสงค์	1051	72.35	4
รพ.จирประวัตติ	781	35.05	7
รพ.ค่ายธนะรัชต์	640	35.96	6
รพ.ค่ายจักรพงษ์	313	24.67	4
รพ.ค่ายสุรสีห์	515	26.58	4
รพ.ค่ายสุรศักดิ์มนตรี	733	50.68	5
รพ.ค่ายสมเด็จพระนเรศวรมหาราช	659	34.62	4
รพ.ค่ายวชิราวุธ	694	63.80	5

ตารางที่ 1 รายชื่อและภาระงานโรงพยาบาลกองทัพบกขนาด 200 เตียง¹⁶

กองทัพบกกำหนดอัตราการจัดและยุทโธปกรณ์ โรงพยาบาลขนาด 200 เตียง กำหนดให้อัตรากำลังพลเภสัชกรในตอนที่ 3 ของ อจย.8-564 สำหรับกองเภสัชกรรม ดังตารางที่ 2

วรรค	ลำดับ	ตำแหน่ง	ชั้นยศ	เหล่า	ชกท	อัตราระดับความพร้อมรบ			
						เต็ม	ลด1	ลด2	โครง
08	01	หัวหน้ากอง	พ.อ.	พ.	3318	1	1	1	0
	02	เภสัชกร	พ.ท.	พ.	3318	1	1	0	0
	03	เภสัชกร	พ.ต.	พ.	3318	1	0	0	0

ตารางที่ 2 อัตรากิจการจัดและยุทโธปกรณ์(เภสัชกร)โรงพยาบาลกองทัพบกขนาด200เตียง¹⁶

เภสัชกร ได้รับการกำหนดเลขชำนาญการทางทหาร¹⁷ คือ ชกท. 3318 โดยกำหนดบทบาทหน้าที่เภสัชกร คือหน้าที่ทั่วไป วางแผนดำเนินงานเกี่ยวเนื่องกับกิจการเภสัชกร หน้าที่เฉพาะ ดำเนินการเภสัชกรรมในโรงพยาบาล หรือสถานที่ตั้งในทางการแพทย์อื่นๆ แนะนำสอนเทคนิคเฉพาะทางเภสัชกรรมในหน้าที่เภสัชกรรมรวมทั้งการปรุงยา การรวบรวมใบสั่งยาการเตรียมยาต่างๆ การกำกับดูแลความปลอดภัยในการรักษาพยาบาล แอลกอฮอล์ ยาเสพติดและยาอันตรายอื่นๆ ดำเนินการเบิก การจัดหาเภสัชภัณฑ์และสิ่งอุปกรณ์สายแพทย์รวมทั้งการทำมาตรฐาน การเก็บรักษาและการทดสอบ อำนาจการในการเลือกเฟ้นการรักษาชีวิตวัตถุ ตลอดจนการเตรียมเภสัชภัณฑ์ที่ปราศจากเชื้อ เช่น ยาฉีด กำหนดมาตรฐานยาและสิ่งอุปกรณ์สายแพทย์ที่จะเสื่อมคุณภาพ กำหนดคุณภาพความบริสุทธิ์และความเข้มข้นของเภสัชภัณฑ์ตามเภสัชตำหรับ ให้ข่าวสารแก่แพทย์ในวัฒนาการทางเภสัชกรรมและการใช้ยารักษาโรคใหม่ๆ

เมื่อเปรียบเทียบภาระหน้าที่เภสัชกรในโรงพยาบาลกองทัพบก ที่กำหนดตามความชำนาญการทางทหาร (ชกท.) 3318 กับพระราชบัญญัติวิชาชีพเภสัชกรรม ฉบับที่ 2 (พ.ศ.2558)¹ และมาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ (Hospital and Healthcare Standards)² พบว่าภาระหน้าที่เภสัชกรในโรงพยาบาลกองทัพบก ที่กำหนดตามชกท. 3318 ยังน้อยกว่าภาระงานตามความเป็นจริงอยู่มาก จำนวนเภสัชกรที่กำหนดตามอัตรากิจการจัดและยุทโธปกรณ์ (อจย.) จึงไม่เพียงพอ

เภสัชกรโรงพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข

กระทรวงสาธารณสุขได้ปรับปรุงกรอบอัตราเภสัชกรที่ควรมี เมื่อวันที่ 12 มกราคม 2561 ได้กรอบอัตราเภสัชกรที่ควรมีสำหรับโรงพยาบาลทั่วไป ดังตารางที่ 3

ลำดับ	รพ.	จังหวัด	จำนวน เตียงตาม กรอบ	active bed	OP visit รวมทั้งหมด (ไม่รวมนอก รพ.)	เภสัชกรที่ควรมี	
						ชั้นต่ำ	ชั้นสูง
1	รพท.จอมทอง	เชียงใหม่	90	172	329,355	18	22
2	รพท.ฝาง	เชียงใหม่	120	171	335,135	19	23
3	รพท.เชียงคำ	พะเยา	232	188	277,778	18	23
4	รพท.ศรีสังวาลย์	แม่ฮ่องสอน	150	105	163,773	13	16
5	รพท.ศรีสังวรสุโขทัย	สุโขทัย	307	216	222,680	17	21
6	รพท.สุโขทัย	สุโขทัย	320	225	283,199	20	25
7	รพท.เสนา	พระนครศรีอยุธยา	180	174	261,073	17	21
8	รพท.บ้านหมี่	ลพบุรี	258	188	163,355	16	19
9	รพท.สิงห์บุรี	สิงห์บุรี	310	220	275,012	18	22
10	รพท.อินทร์บุรี	สิงห์บุรี	254	103	146,272	14	18
11	รพท.ประจวบคีรีขันธ์	ประจวบคีรีขันธ์	278	197	234,841	19	23
12	รพท.หัวหิน	ประจวบคีรีขันธ์	200	325	388,804	26	32
13	รพท.กบินทร์บุรี	ปราจีนบุรี	120	179	346,068	19	24
14	รพท.แก่ง	ระยอง	158	141	222,615	17	21
15	รพท.ชุมแพ	ขอนแก่น	120	157	279,592	19	23
16	รพท.มุกดาหาร	มุกดาหาร	260	208	260,730	24	29
17	รพท.ทุ่งสง	นครศรีธรรมราช	150	222	316,695	18	22
18	รพท.สิชล	นครศรีธรรมราช	260	192	232,754	17	21
19	รพท.ตะกั่วป่า	พังงา	209	131	201,051	14	17
20	รพท.พังงา	พังงา	215	151	217,505	14	18
21	รพท.สุโขทัย-โลก	นราธิวาส	160	181	199,899	16	20
22	รพท.สตูล	สตูล	164	203	264,616	21	25

ตารางที่ 3 กรอบอัตรากำลังเภสัชกร โรงพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข

ขนาด 90-300 เตียง¹⁸

กรณีศึกษาการคำนวณอัตรากำลังเภสัชกรโรงพยาบาลค่ายประจักษ์ศิลปาคม

โรงพยาบาลค่ายประจักษ์ศิลปาคม เป็นโรงพยาบาลกองทัพบกขนาด 200 เตียง (เทียบเท่าโรงพยาบาลทั่วไป สังกัดกระทรวงสาธารณสุข) ปรับลดระดับ 1 สังกัด มลทลทหารบกที่ 24 จังหวัดอุดรธานี จัดตั้งตาม อย.8-564 และถือว่าเป็นโรงพยาบาลกองทัพบกขนาด 200 เตียง ที่มีขนาดใหญ่ที่สุด มีภาระงานมากที่สุด มีอัตรากำลังมากที่สุด และได้รับการรับรองมาตรฐานการปฏิบัติงานจากกองทัพบก และหน่วยงานภายนอก โรงพยาบาลค่ายประจักษ์ศิลปาคมได้ทำการศึกษาอัตรากำลังเภสัชกรที่เหมาะสม โดยใช้วิธีการภาระงาน (Work point) โดยการคำนวณเป็นค่า FTE (Full Time Equivalent) โดยกิจกรรมที่เป็นภาระงานของเภสัชกรประจำโรงพยาบาลค่ายประจักษ์ศิลปาคม ใช้ข้อมูลเทียบเคียงกับภาระงานของเภสัชกรโรงพยาบาลของกระทรวงสาธารณสุข พบว่ามีเพียงสามกิจกรรมเท่านั้นที่ไม่ได้ปฏิบัติ คือ การเตรียมยาเคมีบำบัด การเตรียมสารอาหารทางหลอดเลือด และการเตรียมยาฉีด จึงสามารถนำค่าเวลาของกระทรวงสาธารณสุข มาคำนวณภาระงานของเภสัชกร โรงพยาบาลค่ายประจักษ์ศิลปาคมได้ สำหรับภาระงานส่วนบริการจ่ายยาผู้ป่วยนอกและบริการจ่ายยาผู้ป่วยใน งานผลิต งานบริหารเภสัชภัณฑ์รวมงานจัดซื้อ งานเภสัชสนเทศ งานบริหารเภสัชกรรมผู้ป่วยนอก และงานบริหารเภสัชกรรมผู้ป่วยใน ส่วนงานด้านอื่นๆ เช่น งานหน่วยบริการปฐมภูมิ ไม่สามารถคำนวณแบบ FTE ได้ จึงใช้วิธีการคำนวณอัตรากำลังจากบทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบ (Service base) มากำหนดแทนในกิจกรรมนี้

การวิเคราะห์งานเพื่อจัดทำกรอบอัตรากำลังเภสัชกรโรงพยาบาลค่ายประจักษ์ศิลปาคม

โรงพยาบาลค่ายประจักษ์ศิลปาคมคำนวณกรอบอัตรากำลังโดยใช้วิธีการกำหนดอัตรากำลัง 2 วิธีคือ กรอบอัตรากำลังจากค่า FTE สำหรับงานภาระงานส่วนบริการจ่ายยาผู้ป่วยนอกและบริการจ่ายยาผู้ป่วยใน งานผลิต งานบริหารเภสัชภัณฑ์รวมงานจัดซื้อ งานเภสัชสนเทศ งานบริหารเภสัชกรรมผู้ป่วยนอก งานบริหารเภสัชกรรมผู้ป่วยใน และกรอบอัตรากำลังโดยใช้วิธีการคำนวณอัตรากำลังจากบทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบ (Service base) สำหรับงานด้านอื่นๆ เช่น งานหน่วยบริการปฐมภูมิ

FTE (Full Time Equivalent) คือ จำนวนพนักงานปฏิบัติเต็มเวลา เมื่อเทียบกับเวลามาตรฐานการทำงานเวลามาตรฐานการทำงานกำหนดให้มีการทำงาน 7 ชั่วโมงต่อวัน จำนวน 240 วันต่อปี (หักวันหยุด) ดังนั้น 1 FTE มีค่าเท่ากับ 1,680 ชั่วโมงต่อปี เท่ากับ 100,800 นาทีต่อปี การคำนวณ FTE คำนวณจากภาระงานหารด้วยเวลามาตรฐานการทำงาน

ภาระงานของเภสัชกร คำนวณโดยนำปริมาณงานหน่วยนับเป็นครั้ง คูณด้วยเวลาที่ใช้ในการทำงานแต่ละงาน กองเภสัชกรรมโรงพยาบาลค่ายประจักษ์ศิลปาคมใช้เวลามาตรฐานตามลักษณะงานของเภสัชกร และข้อมูลการทำงานที่เก็บรวบรวมเฉลี่ย 3 ปีย้อนหลัง (ปีงบประมาณ 2558-2560) ภาระงานของเภสัชกรโรงพยาบาลค่ายประจักษ์ศิลปาคมที่รวบรวมและคำนวณได้เท่ากับ 974,736 นาทีต่อปี

FTE เภสัชกร โรงพยาบาลค่ายประจักษ์ศิลปาคมคำนวณได้เท่ากับ 9.67 คน

การวิเคราะห์อัตรากำลังเภสัชกรจากบทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบ (Service base) ภาระงานหน่วยบริการปฐมภูมิ โดยการกำหนดบทบาทหน้าที่ คือจัดบริการบริบาลทางเภสัชกรรมในหน่วยปฐมภูมิ ติดตามประเมินผลการใช้ยาในผู้ป่วย การเผยแพร่และให้ความรู้เรื่องการใช้งานและการปฏิบัติตัว ในภาวะโรคต่างๆ งานในส่วนนี้จำเป็นต้องมีเภสัชกรปฏิบัติงานอีก 2 คน

ดังนั้นอัตรากำลังเภสัชกรเท่ากับ อัตรากำลังคำนวณตามค่า FTE รวมกับอัตรากำลังจากบทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบ (Service bas) คือ 11.67 คน

ซึ่งจำนวนเภสัชกรที่เหมาะสมดังกล่าว เมื่อเปรียบเทียบกับอัตรากำลังเภสัชกรที่เหมาะสมของโรงพยาบาลกระทรวงสาธารณสุขที่มีภาระงานใกล้เคียงกัน ตามตารางที่ 3. พบว่าอัตรากำลังที่คำนวณได้ ยังอยู่ในเกณฑ์ขั้นต่ำของโรงพยาบาลสาธารณสุขในขนาดและภาระงานที่ใกล้เคียงกับโรงพยาบาลค่ายประจักษ์ศิลปาคม เท่านั้น

บทวิเคราะห์

การกำหนดอัตราค่าจ้างวิชาชีพเภสัชกร เพื่อตอบสนองต่ออุปสงค์การบริการทางสุขภาพ ภายใต้อาณัติของมาตรฐานวิชาชีพเภสัชกรรม ตามพระราชบัญญัติวิชาชีพเภสัชกรรม ฉบับที่ 2 (พ.ศ.2558) มาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ (Hospital and Healthcare Standards) มีได้หลากหลายวิธี ซึ่งแต่ละวิธีมีวิธีการ ข้อดี ข้อด้อย แตกต่างกันไป การเลือกใช้จึงขึ้นอยู่กับข้อมูลที่มีอยู่หรือที่สามารถรวบรวมได้และวัตถุประสงค์การนำไปใช้ หรือการศึกษาแนวทางการคำนวณจากหน่วยงานหรือโรงพยาบาลในสังกัดอื่น ๆ หากแต่ปรับเปลี่ยนภาระงานที่มีความแตกต่างกัน อาทิ เภสัชกรสังกัดกระทรวงสาธารณสุขต้องรับผิดชอบงานคุ้มครองผู้บริโภค หรืองานส่งเสริมสุขภาพตามโครงการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เป็นภาระงานหลักที่ต้องใช้กำลังคนลงไปดำเนินการจำนวนมาก แต่โรงพยาบาลกองทัพบก มีงานคุ้มครองผู้บริโภคน้อยรับผิดชอบงานส่งเสริมสุขภาพตามโครงการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติในบางส่วนเท่านั้น ดังนั้นในการคำนวณอัตราค่าจ้างวิชาชีพเภสัชกร โดยใช้วิธีการภาระงาน (Work point) ค่าตอบแทนเป็นค่า FTE (Full Time Equivalent) สำหรับภาระงานส่วนบริการจ่ายยาผู้ป่วยนอกและบริการจ่ายยาผู้ป่วยใน งานผลิต งานบริหารเภสัชภัณฑ์รวมงานจัดซื้อ งานเภสัชสนเทศ งานบริหารเภสัชกรรมผู้ป่วยนอก และงานบริหารเภสัชกรรมผู้ป่วยใน ส่วนงานด้านอื่นๆ เช่น งานหน่วยบริการปฐมภูมิ สามารถใช้วิธีการคำนวณอัตราค่าจ้างจากบทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบ (Service base) เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ตีง่าย สามารถนำไปใช้ประโยชน์ได้จริง สามารถนำไปใช้ในการนำเสนอต่อหน่วยเหนือในการขอขยายกรอบอัตราค่าจ้างวิชาชีพเภสัชกร

จากข้อมูลที่ได้ศึกษาจะพบว่าอัตราค่าจ้างเภสัชกรที่พึงมีตามภาระงานของ โรงพยาบาลค่ายประจักษ์ศิลปาคม ซึ่งใช้เป็นตัวแทน โรงพยาบาลกองทัพขนาด 200 เตียง ในการศึกษาครั้งนี้ พบว่าจำนวนเภสัชกรที่เหมาะสมกับภาระงานควรมีมากกว่ากรอบอัตราที่กองทัพบก กำหนดอัตราการจัดและยุทโธปกรณ์ 4-5 เท่าตัว ต่อปัญหาความขาดแคลนดังกล่าว โรงพยาบาลค่ายประจักษ์ศิลปาคมได้แก้ปัญหาเฉพาะหน้าโดยจ้างเภสัชกรในตำแหน่งลูกจ้างชั่วคราวมาปฏิบัติงาน ซึ่งพบปัญหา คือ (1) วิชาชีพ เภสัชกร เป็นวิชาชีพที่มีความขาดแคลน มีความต้องการของตลาดแรงงานสูง ทำให้หาเภสัชกรมาปฏิบัติงานยากในตำแหน่งลูกจ้างชั่วคราว (2) ลูกจ้างชั่วคราวตำแหน่งเภสัชกร ไม่มีความมั่นคงและเจริญเติบโตในการทำงานทำให้มีอัตราการลาออกสูง เพื่อไปบรรจุเป็นข้าราชการหรือ

ทำงานที่ได้ค่าตอบแทนสูงกว่า (3) เกสซ์กรในตำแหน่งลูกจ้างชั่วคราวไม่สามารถปฏิบัติงานบางอย่างแทนนายทหารสัญญาบัตรได้ เช่น ดำเนินการด้านการจัดซื้อจัดจ้างยา และเวชภัณฑ์ (4) ภาระงานของเกสซ์กรโรงพยาบาลมีมาก มีความรับผิดชอบสูง เกสซ์กรจบใหม่ไม่นิยมทำงานในโรงพยาบาล โดยเฉพาะถ้าไม่ได้รับการบรรจุเป็นข้าราชการ ทำให้ปัจจุบันโรงพยาบาลค่ายประจักษ์ศิลปาคมขาดแคลนเกสซ์กรเป็นอย่างมาก

สรุป

งานเกสซ์กรรวมจัดเป็นบริการหลักของโรงพยาบาลที่จะสนับสนุนการให้บริการทางการแพทย์เป็นไปอย่างมีมาตรฐาน และคุณภาพ มีการจัดบริการได้ตลอด 24 ชั่วโมง เป้าหมายสูงสุดของงานเกสซ์กรรวม คือ การให้การบริการเกสซ์กรรวมที่มีคุณภาพเป็นไปตามมาตรฐานการประกอบวิชาชีพ ส่งผลให้เกิดการใช้ยาที่เหมาะสมและมีประสิทธิภาพสูงสุด โดยปัจจัยที่มีส่วนเกี่ยวข้อง ได้แก่ โครงสร้างการบริหารโรงพยาบาล ชีตความสามารถในการรักษา การให้สนับสนุนของทีมสหสาขาวิชาชีพ ความเพียงพอของทรัพยากรและอัตรากำลัง โดยเฉพาะอย่างยิ่งทักษะในการประกอบวิชาชีพเกสซ์กรรวมของเกสซ์กร ดังนั้นการกำหนดอัตรากำลังวิชาชีพเกสซ์กร เป็นภารกิจสำคัญที่โรงพยาบาล กองทัพบก ควรมีการทบทวนเพื่อการบริการสุขภาพที่ได้มาตรฐานและมีคุณภาพ จำเป็นต้องมีการวางแผนและบริหารจัดการ กำลังคนด้านสุขภาพ ให้เพียงพอ และสามารถตอบสนองต่อความต้องการด้านสุขภาพของผู้รับบริการ โดยเฉพาะกำลังพลทหารและครอบครัว การสนับสนุนภารกิจในสนามของกองทัพบก รวมถึงงานมวลชนสัมพันธ์ซึ่งหน่วยสายแพทย์มีส่วนสำคัญในการปฏิบัติภารกิจร่วมด้วย เพื่อตอบสนองต่ออุปสงค์การบริการทางสุขภาพ กฎหมายเกี่ยวกับมาตรฐานวิชาชีพเกสซ์กรรวม ตามพระราชบัญญัติวิชาชีพเกสซ์กรรวม ฉบับที่ 2 (พ.ศ.2558) มาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ (Hospital and Healthcare Standards) โดยมีเป้าหมายสูงสุดของงานเกสซ์กรรวม คือ การให้การบริการเกสซ์กรรวมที่มีคุณภาพ และเป็นไปตาม มาตรฐานการประกอบวิชาชีพ ส่งผลให้เกิดการใช้ยาที่เหมาะสมและมีประสิทธิภาพสูงสุด

เอกสารอ้างอิง

- ¹ ราชกิจจานุเบกษา เล่ม 132 ตอนที่ 21 ก หน้า 69 ลง 26 มีนาคม 2558 พระราชบัญญัติวิชาชีพเภสัชกรรม ฉบับที่ 2 (พ.ศ.2558)
- ² สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล มาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ นนทบุรี:สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (องค์กรมหาชน)
- ³ ชาญณรงค์ วงศ์วิชัย กำลังคนสุขภาพในฐานะแรงงาน : ปัญหาและทางออกของระบบสุขภาพไทย [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 5 เมษายน 2561]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.hfocus.org/content/2016/04/12004>
- ⁴ Jindawattana A, editor. Strategic plan for the decade of national health workforce (2007-2016). Nonthaburi: The Graphico Systems; 2007. 62.
- ⁵ Thitima “วิจัยวางแผนกำลังคนสุขภาพ” เข้มทิศสู่การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ ในทศวรรษหน้า [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 5 เมษายน 2561]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.hsri.or.th/researcher/media/news/detail/7839>
- ⁶ Health Information System Development Office (HISO). The ratio of population to health workforce, year 2009-2011. [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 5 เมษายน 2561]. เข้าถึงได้จาก: <http://www.hiso.or.th/hiso/visualize/Series.php?v=v327>.
- ⁷ Pagaiya N, Hongtong P, editors. Health workforce: past, present and future. Nonthaburi: Print-at-me (Thailand); 2011. 151. (in Thai)
- ⁸ Lhaonhub K. The scenario analysis of health personnel development in Thailand in ASEAN community. Journal of the Office of DPC 7 Khon Kaen 2012;11(1):33-40.
- ⁹ Office of the National Economic and Social Development Board. The National Economic and Social Development Plan, The Eleventh Plan (2012-2016). n.p.: Office of the National Economic and Social Development Board, Prime Minister’s Office; 2011.
- ¹⁰ Sirikarin S, Umthong M, editors. Development of criteria for man power management of multidisciplinary B.E. 2555. Bureau of Health Administration. Nonthaburi: Bureau of Health Administration, Office of Permanent Secretary; 2012. 66.

-
- ¹¹ International Health Policy Program (IHPP). The development and management of human resources in medicine. In: Wibulpolprasert S, Chokwiwat W, Tantivess S, editors. Thai drug system. Nonthaburi: International Health Policy Program; 2002. 497-532.
- ¹² Joyce CM, McNeil JJ, Stoelwinder JU. Time for a new approach to medical workforce planning. The Medical Journal of Australia 2004;180(7):343-46
- ¹³ Hawthorne N, Anderson C. The global pharmacy workforce: a systematic review of the literature. Human Resources for Health 2009;7(1):48.
- ¹⁴ สำนักงานบริหารการสาธารณสุข สำนักงานนโยบายและแผนสาธารณสุข สถาบันพระบรมราชชนก. การศึกษาวิจัยการคาดการณ์ความต้องการกำลังคนด้านสุขภาพในสองทศวรรษหน้า. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข; 2540
- ¹⁵ คณะทำงานจัดทำคู่มือการจ่ายค่าตอบแทนตามผลการปฏิบัติงาน.คู่มือการจ่ายค่าตอบแทนตามผลการปฏิบัติงาน (Pay for Performance : P4P): สำนักปลัดกระทรวงสาธารณสุข; 2551
- ¹⁶ กองกำลังพล กรมแพทย์ทหารบก. สรุปสำเนาคำสั่งกองทัพบกที่ 586/2532 ลง 13 มิ.ย. 32 เรื่อง กำหนดคุณสมบัติเฉพาะตำแหน่งนายทหารสัญญาบัตร อัตรา พ.ต.-พ.อ.(เฉพาะเหล่าสายแพทย์) : กรมแพทย์ทหารบก; มิถุนายน 2535
- ¹⁷ กรมกำลังพลทหาร. คำสั่งกองทัพบก (คำสั่งชี้แจง)ที่ 38/23480 เรื่อง ระบบหมายเลขความชำนาญการทางทหารสำหรับนายทหารสัญญาบัตร.(เลข ชกท.นายทหารสัญญาบัตร) ลง 16 ต.ค.02 (ฉบับแก้ไข)ตามคำสั่งกองทัพบกที่ 566/2514 ที่ 38/23480 ลง 16 ต.ค. 02 เรื่อง ให้ใช้ระบบหมายเลขความชำนาญการทางทหาร ลง 16 ต.ค.14 (ปกปิด): กองทัพบกไทย
- ¹⁸ กระทรวงสาธารณสุข กรอบการคำนวณอัตรากำลังเภสัชกร กระทรวงสาธารณสุข [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 10 เมษายน 2561]. เข้าถึงได้จาก:
https://onedrive.live.com/view.aspx?resid=E83C15C06DE39F2A!1097&ithint=file%2Cxlsx&app=Excel&authkey=!AA4hnlkd_QcZ

ประวัติย่อผู้วิจัย

ยศ ชื่อ	พันเอก ชิตพงศ์ ขวัญประชา
วัน เดือน ปีเกิด	15 พฤษภาคม 2511
ประวัติการศึกษา	
ปี 2535	แพทยศาสตร์บัณฑิต วิทยาลัยแพทยศาสตร์พระมงกุฎเกล้า
ปี 2538	วุฒิปัตรอัยุรศาสตร์ โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า
ปี 2541	วุฒิปัตรอัยุรศาสตร์โรคไต โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า
ปี 2544	ชั้นนายพันเหล่าทหารแพทย์ รุ่นที่ 46 โรงเรียนเสนาธิการ
ปี 2546	ผู้บริหารเหล่าทหารแพทย์ รุ่นที่ 5 โรงเรียนเสนาธิการ
ประวัติการทำงาน	
ปี 2535 - 2536	นายแพทย์/ผู้บังคับหมวดเสนาธิการ กองร้อยสนับสนุนการ ช่วยรบ กองพันทหารราบที่ 4 กรมทหารราบที่ 23
ปี 2536 - 2539	ประจำกรมแพทย์ทหารบก (ศึกษา)
ปี 2539 - 2540	อายุรแพทย์ โรงพยาบาลค่ายประจักษ์ศิลปาคม
ปี 2540 - 2542	ประจำกรมแพทย์ทหารบก (ศึกษา)
ปี 2542 - 2547	อายุรแพทย์ โรงพยาบาลค่ายประจักษ์ศิลปาคม
ปี 2547 - 2552	ผู้อำนวยการ โรงพยาบาลค่ายกษัตริย์สีหะรา
ปี 2552 - 2556	รองผู้อำนวยการ โรงพยาบาลค่ายประจักษ์ศิลปาคม
ตำแหน่งปัจจุบัน	
ปี 2556 - ปัจจุบัน	ผู้อำนวยการ โรงพยาบาลค่ายประจักษ์ศิลปาคม