

นักวิชาการสาธารณสุขล้นตลาด ตกงาน ปัญหาและทางออก

สุนารี ทะนะเป็ก* และ วศิน พิพัฒน์วัตร**

บทคัดย่อ

ปัจจุบันประเทศไทยมีการผลิตบัณฑิตทางสาธารณสุขใน 2 วุฒิการศึกษา กล่าวคือ หลักสูตรวิทยาศาสตรบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์) และ สาธารณสุขศาสตรบัณฑิต ซึ่งบัณฑิตที่จบมาทางวิทยาศาสตร์ จะมุ่งเน้นในทางวิจัยและการพัฒนาทางวิชาการ แต่ถ้าเป็นบัณฑิตทางสาธารณสุขศาสตร์จะมุ่งการทำงานภาคปฏิบัติ แต่จุดร่วมกันของบัณฑิต ทั้งสองคุณวุฒิ คือ การบรรลุวัตถุประสงค์แก่ประชาชนในเรื่องการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค แต่ จากผลการศึกษา การวางแผนกำลังคนด้านสุขภาพของประเทศในทศวรรษหน้า (พ.ศ. 2560 - 2569) ของคณะกรรมการวางแผนกำลังคนด้านสุขภาพ (คณะกรรมการวางแผนกำลังคนด้านสุขภาพ. 2559) รายงานว่า ในปี พ.ศ. 2569 นักวิชาการสาธารณสุขล้นตลาด ตกงาน ผลการศึกษาที่เผยแพร่นี้มีผลกระทบต่อขวัญและกำลังใจของผู้ที่กำลังศึกษา และผู้ที่จบการศึกษาด้านสาธารณสุขแต่ยังไม่มียานทำงานเป็นอย่างมาก ซึ่งแท้จริงแล้ว ความจริงกับผลการศึกษาอาจไม่เป็นเช่นนั้น

คำสำคัญ วิชาชีพสาธารณสุข, วิชาชีพการสาธารณสุขชุมชน, การผลิตกำลังคนในวิชาชีพสาธารณสุขชุมชน

* อาจารย์ประจำคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยรามคำแหง

** นักวิชาการและนายความสถาบันส่งเสริมสุขภาพไทย มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ

Over-surplus, Unemployed Public Health Officer and Guideline to solve

Sunaree Sunanpae* and Vasin Pipattanachai**

Abstract

Currently, Thailand has produced two categories of graduate degree in public health, namely Bachelor of Science degree (majoring in Public Health) and Bachelor of Public Health. Those who graduated from Bachelor of Science (majoring in Public Health) will focus on research and academic development. Those who graduated with bachelor of Public Health will focus on professional and public health practice. But the common ground for both categories of graduates is the intention to achieve the public health promotion and disease prevention. However, study results of health workforce planning for the next decade (2560-2569 B.E.) of the subcommittee on Health Workforce Planning. 2559 B.E.) reported that there will be oversupply and unemployment of public health workforce in the year 2569 B.E. The published result affects the morale of those who are studying undergraduate public health degree, and those who already graduated with public health degree, but still unemployed, which In fact, the study results may not be accurate.

Keywords: public health professionals, community public health professionals, workforce planning for community public health professionals

* Guest Lecturer at faculty of Public Health, Ramkhamheang University

** Guest Lecturer and Attorney in Thai Health Promotion Institute. National Health Foundation

บทนำ

ประเทศไทย วิชาชีพสาธารณสุขมีวิวัฒนาการมาร่วมศตวรรษ ก่อตั้งครั้งแรกในปี พ.ศ. 2485 ในระยะแรกมีเพียงงานด้านผดุงครรภ์และสุขาภิบาล และบริบทงานได้มีการเพิ่มขึ้น โดยเน้นวัตถุประสงค์ในการสร้างเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค โดยเฉพาะช่วงปี 2531 มีการริเริ่มงานด้านสาธารณสุขมูลฐาน ทำให้ภารกิจของนักวิชาการสาธารณสุขมีความครอบคลุม ปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพทั้งภายในและภายนอกบุคคลเพิ่มขึ้น อาทิเช่น โภชนาการ สุขศึกษา อนามัยสิ่งแวดล้อม อนามัยช่องปาก สุขภาพจิต อนามัยครอบครัวและ อุบัติเหตุ เป็นต้น (เจาะลึก ระบบสุขภาพ. 2556) และในระยะหลังมีการเพิ่มภารกิจด้านการรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสุขภาพของผู้ป่วยในหน่วยงานปฐมภูมิ ทำให้วิชาชีพสาธารณสุขมีภารกิจที่เพิ่มขึ้น โดยเฉพาะในพื้นที่ที่ขาดแคลนหมอและพยาบาลที่มาหมุนเวียนในพื้นที่

วิชาชีพสาธารณสุขในปัจจุบันจึงเป็นวิชาชีพที่เน้นการปฏิบัติงานด้านการสร้างเสริมสุขภาพ ป้องกันและควบคุมโรค และในกลุ่มผู้ที่ปฏิบัติหน้าที่ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ยังมีการเพิ่มเติมนิเทศการตรวจรักษาเบื้องต้น ปฐมพยาบาลและ ฟื้นฟู ซึ่งผู้ที่ปฏิบัติงานด้าน วิชาชีพสาธารณสุขในทุกสถาบันจะต้องเรียนรู้ถึงหลักการทฤษฎี แนวคิดและฝึกปฏิบัติทักษะ เหล่านี้ เพื่อเตรียมพร้อมต่องานที่ได้รับมอบหมาย โดยผู้จบวิชาชีพนี้สามารถทำงานได้ทั้งส่วน ภูมิภาคในหน่วยบริการระดับปฐมภูมิ ฝ่ายส่งเสริมสุขภาพในโรงพยาบาลในระดับทุติยภูมิและตติย ภูมิ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด หรือในหน่วยงานส่วนกลาง ในกรม กองต่างๆ ตามสาขาที่จบการศึกษา เช่น อนามัยสิ่งแวดล้อม อนามัยครอบครัว อนามัยชุมชน ระบาดวิทยา ชีวสถิติ โภชนาการ สุขศึกษา เป็นต้น แต่ทั้งนี้สาขาอาชีพอนามัยและความปลอดภัย ได้มีความพยายามมาก่อนหน้าในการสร้างความเป็นวิชาชีพเฉพาะของตนขึ้นมาให้แตกต่างจาก ความเป็นวิชาชีพสาธารณสุข¹ แต่การผลิตบุคลากรหลักทางด้านอาชีพอนามัยก็ยังคงขึ้นกับ คณะ สาธารณสุขศาสตร์เป็นหลักใหญ่ หรือดังจะเห็นได้จาก บริบทงานวิชาชีพสาธารณสุขชุมชนตาม พระราชบัญญัติวิชาชีพสาธารณสุขชุมชน พ.ศ. 2556 ในมาตรา 3 ที่บัญญัติว่า “วิชาชีพการ สาธารณสุขชุมชน” หมายความว่าวิชาชีพที่กระทำต่อมนุษย์และสิ่งแวดล้อมในชุมชนเกี่ยวกับการ ส่งเสริมสุขภาพการป้องกันโรคการควบคุมโรค การตรวจประเมินและการบำบัดโรคเบื้องต้นการ ดูแลให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยการฟื้นฟูสุขภาพ การอาชีวอนามัย และอนามัยสิ่งแวดล้อมทั้งนี้เพื่อลด ความเสี่ยงจากการเจ็บป่วยในชุมชนโดยนำหลักวิทยาศาสตร์มาประยุกต์ใช้แต่ไม่รวมถึงการ ประกอบโรคศิลปะตามกฎหมายว่าด้วยการประกอบโรคศิลปะหรือการประกอบวิชาชีพทางการ แพทย์และการสาธารณสุขอื่นตามกฎหมายว่าด้วยการนั้น

¹ โปรตุเกส พระราชบัญญัติ ความปลอดภัย อาชีวอนามัย และสภาพแวดล้อมในการทำงาน พ.ศ. 2554

ปัจจุบันประเทศไทยมีการผลิตบัณฑิตทางสาธารณสุขใน 2 วุฒิการศึกษา กล่าวคือ หลักสูตรวิทยาศาสตรบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์)² และ สาธารณสุขศาสตรบัณฑิต ซึ่งบัณฑิตที่จบมาทางวิทยาศาสตร์ จะมุ่งเน้นในทางวิจัยและการพัฒนาทางวิชาการ แต่ถ้าเป็นบัณฑิตทางสาธารณสุขศาสตร์จะมุ่งการทำงานภาคปฏิบัติ แต่จุดร่วมกันของบัณฑิต ทั้งสองคุณวุฒิ คือ การบรรลุวัตถุประสงค์แก่ประชาชนในเรื่องการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค

ในศตวรรษที่ 21 พบว่า บริบทสังคมมีการเปลี่ยนแปลงไปในทุกด้าน ทั้งโครงสร้างประชากร สภาพสังคม การคมนาคม การติดต่อสื่อสาร เทคโนโลยีสารสนเทศและเศรษฐกิจ อีกทั้งพบโรคที่เป็นปัญหาของประชากรโลกไม่ว่าจะเป็นโรคเรื้อรังที่เพิ่มจำนวนขึ้นจากพฤติกรรมของประชาชนเปลี่ยนไป หรือโรคติดต่ออุบัติใหม่ อุตุนิยมวิทยาที่แพร่ระบาดเข้ามาในประเทศไทยได้ง่ายขึ้น เนื่องจากการคมนาคมที่สะดวกกว่ายุคก่อน โดยนักวิชาการสาธารณสุขยังต้องเป็นกำลังสำคัญในการสร้างเสริมป้องกันควบคุมให้กับประชาชนในประเทศ ส่งผลให้ บทบาทหน้าที่ของนักวิชาการสาธารณสุขในอนาคตจะต้องมีการเปลี่ยนแปลงให้เข้ากับยุคสมัย เข้ากับสภาพปัญหาที่จะเกิดขึ้นในอนาคต โดยเป็นสิ่งจำเป็นที่ผู้ที่เกี่ยวข้องด้านสาธารณสุขต้องศึกษาในหลายหลายและรอบด้านเพื่อกำหนดทิศทางการทำงานของวิชาชีพสาธารณสุขในอนาคต แต่ จากผลการศึกษา การวางแผนกำลังคนด้านสุขภาพของประเทศในทศวรรษหน้า (พ.ศ. 2560 - 2569) ของคณะอนุกรรมการวางแผนกำลังคนด้านสุขภาพ (คณะอนุกรรมการวางแผนกำลังคนด้านสุขภาพ. 2559) รายงานว่า ในปี พ.ศ. 2569 นักวิชาการสาธารณสุขล้นตลาด ตกงาน และมีการให้สัมภาษณ์กับสื่อว่า “จากการเปลี่ยนแปลงในปัจจุบันและอนาคต บริบทของสังคมชนบทเริ่มจะหายไป บทบาทของ รพ.สต.น้อยลง ดังนั้น ความจำเป็นที่ต้องใช้บุคลากรด้านสาธารณสุขจึงน้อยลงด้วย คณะกรรมการกำลังคน จึงมีข้อเสนอว่า จำเป็นต้องทบทวนจำนวนการผลิต และเร่งปรับปรุงภาพบัณฑิตที่จะผลิตออก ให้มีสมรรถนะสอดคล้องกับความต้องการและบริบทของระบบสุขภาพในอนาคต” (เจาะลึกระบบสุขภาพ 2559) บทความนี้ คณะผู้เขียนขอแสดงความคิดเห็นในทางวิชาการในฐานะที่เป็นส่วนหนึ่งของการผลิตบุคลากรวิชาชีพสาธารณสุข และทำงานทางด้านสาธารณสุขคัดค้านผลการศึกษานี้ในหลายประเด็น ทั้งการควบคุมปริมาณ การผลิต นโยบายด้านกำลังคนและวิธีการศึกษาด้านภาระงานของการศึกษานี้

บทปัญหา

1. การผลิตกำลังคนในวิชาชีพสาธารณสุขชุมชน

จากสรุปผลการศึกษา การวางแผนกำลังคนด้านสุขภาพของประเทศในทศวรรษหน้า (พ.ศ. 2560 - 2569) ของคณะอนุกรรมการวางแผนกำลังคนด้านสุขภาพ มีรายงานว่าการ

² ได้มีความพยายาม ที่จะแยกสาขาของหลักสูตร วิทยาศาสตรบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์) ให้มีความเฉพาะมากขึ้น โดยเปลี่ยนจาก (สาธารณสุขศาสตร์) เป็น (สาขาที่เรียน) เช่น สุขศึกษา อนามัย สิ่งแวดล้อม ฯลฯ

ผลิตนักรักษาการสาธารณสุขมีอัตราการผลิตสูงมากที่สุด คือ 26,200 คนต่อปี และคาดการณ์กำลังคนที่จะมีในปี พ.ศ. 2569 ว่าจะมีผู้จบการศึกษาสาธารณสุขถึง 267,255 คน (คณะกรรมการวางแผนกำลังคนด้านสุขภาพ. 2559) ซึ่งในปัจจุบัน พบว่า มีสถาบันการศึกษาที่เปิดหลักสูตรจำนวนมากทั้งภาครัฐและเอกชน ทำให้มีอัตราการแข่งขันในตลาดแรงงานสูงกว่าในอดีตและมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นในอนาคตจริง แต่จะมีการเพิ่มขึ้นของผู้ทำงานตามผลการวิจัยหรือไม่ ขึ้นกับปัจจัยหลายอย่าง เช่น นโยบายด้านกำลังคนของกระทรวงสาธารณสุข ตลาดแรงงานในภาคเอกชน การควบคุมคุณภาพของวิชาชีพและการควบคุมการผลิตของ สำนักงานคณะกรรมการการอุดมศึกษา (สกอ.) เป็นต้น ที่สำคัญศักยภาพของตัวบัณฑิตเอง ที่อาจนำความรู้จากที่เรียนไปบูรณาการกับ อาชีพ หรือวิชาชีพอื่นได้ด้วย บัณฑิตที่จบทางด้านสาธารณสุข อาจไม่จำเป็นต้องทำงานทางด้านสาธารณสุขเสมอไป เพราะแก่นของวิชาสาธารณสุข มีศาสตร์ทางด้านมิติ สังคม วัฒนธรรม ร่วมด้วย

2. การกำหนดอัตรากำลังของวิชาชีพสาธารณสุขชุมชน

อัตรากำลังของวิชาชีพสาธารณสุขชุมชน ถูกกำหนดโดยกระทรวงสาธารณสุข โดยมีการจัดตั้งคณะกรรมการในการกำหนดอัตรากำลังทุก 10 ปี โดยในรอบปีถัดไป คือ พ.ศ. 2560 – 2569 ซึ่งจากผลการศึกษา การวางแผนกำลังคนด้านสุขภาพของประเทศในทศวรรษหน้า (พ.ศ. 2560 - 2569) ของคณะกรรมการวางแผนกำลังคนด้านสุขภาพ รายงานว่า ปัจจุบันมีนักวิชาการสาธารณสุขจำนวน 27,035 คน คิดเป็น 1 คน ต่อประชากรจำนวน 2,419 คน 2,416 คน เจ้าหน้าที่งานสาธารณสุขชุมชน จำนวน 27,006 คน คิดเป็น 1 คน ต่อประชากรจำนวน 2,419 คน (คณะกรรมการวางแผนกำลังคนด้านสุขภาพ. 2559) ส่วนการศึกษากำลังคนในอนาคตมีการศึกษากำลังคนในวิชาชีพสาธารณสุขและกลุ่มงานปฐมภูมิใช้ วิธีการที่ใช้ในการคาดการณ์ความต้องการกำลังคน คือ Health demand และ Population ratio โดยได้คาดการณ์ความต้องการกำลังคนในปี พ.ศ. 2569 ทั้งสิ้น 3 วิธี (คณะกรรมการวางแผนกำลังคนด้านสุขภาพ. 2559 และ เจาะลึกระบบสุขภาพ. 2559) ดังนี้

1. คำนวณเฉพาะความต้องการบุคลากรที่เกี่ยวข้องกับงานบริการสาธารณสุขอย่างเดียว ได้ผลการคำนวณ 24,738-30,293 คน

2. คำนวณความต้องการบุคลากรที่เกี่ยวข้องกับงานบริการสาธารณสุข บวกด้วยความต้องการเจ้าหน้าที่อาชีวอนามัย เจ้าหน้าที่ความปลอดภัย (จป.) ด้วย ได้ผลการคำนวณ 60,607 คน

3. คำนวณตามอัตราส่วนต่อจำนวนประชากร 1:1,250 ได้ผลการคำนวณ 53,013 คน

ผลการศึกษาที่เผยแพร่มีผลกระทบต่อขวัญและกำลังใจของผู้ที่กำลังศึกษา และผู้ที่จบการศึกษาด้านสาธารณสุขแต่ยังไม่มีการทำงานเป็นอย่างมาก เนื่องจากผู้ที่เรียนวิชาชีพนี้มีความตั้งใจที่จะทำงานช่วยเหลือสังคม โดยส่วนใหญ่มีเป้าหมายในการรับราชการ แต่อัตราที่กำลังที่รองรับในอนาคตที่คาดการณ์ไว้พบว่า มีอัตราการแข่งขันที่สูงมาก อีกทั้งส่งผลต่อการเลือกคณะเรียนของ

นักเรียนที่กำลังจะเข้าสู่สถาบันอุดมศึกษา โดยในอนาคตคณะสาธารณสุขศาสตร์จะเป็นคณะที่มีคนเลือกเรียนน้อย นักเรียนที่มีความสามารถหรืออยากช่วยเหลือสังคมอาจไม่คิดจะเรียนคณะนี้เนื่องจากกลัวตกงาน กลับกลายเป็นคนที่เลือกเป็นคนที่ไม่รู้จะเรียนสาขาอะไร หรือคนที่มีความสามารถต่ำกว่าปัจจุบัน ซึ่งเมื่อเรียนจบไปอาจเป็นนักวิชาการสาธารณสุขที่มีประสิทธิภาพลดลง และหากไม่มีจิตสาธารณะก็อาจปฏิบัติงานตามหน้าที่มากกว่าจิตวิญญาณในการทำงานช่วยเหลือผู้อื่น

3. บทบาทหน้าที่ของวิชาชีพสาธารณสุขชุมชน

ปัญหาสุขภาพปัจจุบันเกิดจากผลพวงของการพัฒนา เน้นการเจริญเติบโตและความทันสมัย ต่อสู้ทั้งเชื้อโรค และโรคไม่ติดต่อ โรคอุบัติใหม่ที่เพิ่มขึ้น โรคเรื้อรังเยอะขึ้น สื่อที่ไม่ได้คัดกรองเพิ่มขึ้น ประชากรสูงอายุเพิ่มขึ้น ทำให้เกิดปัญหาที่ไม่สามารถคาดการณ์ได้ล่วงหน้า เกิดความสับสนในสังคม มีประเทศที่พัฒนาพยายามยึดเหนี่ยวค่านิยมของตนเองให้กับประเทศที่ด้อยพัฒนา โดยนายแพทย์สุวิทย์ วิบุลย์ผลประเสริฐ ได้กล่าวถึงสมรรถนะที่นักวิชาการสาธารณสุขพึงมี 5 ประการ (ประสิทธิ์ ลีระพันธ์และคณะ. 2550) คือ

1. ทราบแนวคิดและตัวชี้วัดเกี่ยวกับสุขภาพ มีความรู้รอบด้านที่เกี่ยวกับสุขภาพ ทั้งปัจเจกบุคคล สิ่งแวดล้อมและระบบบริการ
2. มีความสามารถในการวัด สามารถวัดเป็น วัดได้และคิดตัวชี้วัดใหม่ๆ ได้ รู้จุดอ่อนจุดแข็งของตัวชี้วัดแต่ละตัว
3. สร้างและจัดการความรู้ได้ โดยควรสร้างและจัดการความรู้จาก 4 แหล่งสำคัญ คือ การศึกษาจากสถาบัน การศึกษาทางเลือก การเรียนรู้จากสื่อ การเรียนรู้จากวิถีชีวิตชุมชนและการปฏิบัติงาน
4. สามารถชี้นำสังคมได้ เป็นผู้กระตุ้นให้เกิดการเปลี่ยนแปลงสังคม โน้มน้าวเปลี่ยนใจคนได้ รู้จักกลวิธีที่เหมาะสมในการเปลี่ยนแปลงให้สังคมเป็นสังคมที่อยู่ดีมีสุข
5. มีทักษะชีวิตที่ดี เข้าในสังคมนั้นชีวิต สามารถจัดการกับวิกฤตการณ์ที่เกิดขึ้น อยู่อย่างพอเพียงและสร้างความสุขอย่างยั่งยืนได้ เคารพศักดิ์ศรีของตนเอง รู้จรรยาบรรณ รู้จักปฏิเสธให้เกียรติยกย่องผู้ที่ดี

ซึ่งอาจารย์ทางด้านสาธารณสุข ให้ความคิดเห็นถึงสมรรถนะดังกล่าวว่าไม่ใช่สิ่งใหม่ทั้งหมด แต่อาจมีการปรับปรุงให้บรรลุเป้าหมายที่ต้องการเพิ่มขึ้น โดยผู้เรียนจะมีสมรรถนะเหล่านี้นานน้อยเพียงใด ขึ้นอยู่กับว่ามีความแตกฉานในเรื่องนั้นๆ แค่ไหน ใช้เวลาการทำงานส่วนใหญ่ทำงานตามคำสั่ง นโยบายไม่สามารถทำงานตามสภาพปัญหาที่แท้จริงในชุมชน และพบว่าภาระงานของวิชาชีพสาธารณสุขบางอย่างไม่สามารถนำมาคิดคำนวณได้ เนื่องจากเป็นเพียงผู้เป็นผู้เก็บ รวบรวม วิเคราะห์ แต่มักไม่ได้เป็นผลงานตนเอง แต่ถือว่าเป็นผู้ที่นำข้อมูลไปใช้จริง และจากข้อคิดเห็นของผู้ที่ร่วมงานกับวิชาชีพสาธารณสุข พบว่าบัณฑิตวิชาชีพสาธารณสุขที่ใช้เวลาเรียน 4 ปี แบบสายตรงในภาพรวมดี มีความรู้ค่อนข้างดีและกว้างแต่มีปัญหาเรื่องการทำงานใน

คลินิก จนอาจส่งผลกระทบต่อความภาคภูมิใจในตนเอง เมื่ออยู่ในโรงพยาบาล ซึ่งประเด็นนี้อาจต้องมีการปรับปรุงทักษะให้แก่นักศึกษาเพื่อให้มีทักษะการทำงานในคลินิก หรือ ในโรงพยาบาล ปัญหาเรื่องทักษะทางคลินิกนี้จะพบได้ในนักศึกษาหลักสูตรวิทยาศาสตร์บัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์) เป็นส่วนใหญ่ แต่หากอยู่ในระดับสำนักงานสาธารณสุขผู้จบการศึกษาหลักสูตรวิทยาศาสตร์บัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์) จะพบว่าทำงานได้ดี และอาจารย์ทางด้านสาธารณสุข ได้ให้ข้อคิดเห็นเกี่ยวกับบทบาทหน้าที่ของวิชาชีพสาธารณสุขว่า นโยบายใกล้บ้านใกล้ใจทำได้ยาก เนื่องจากสวนทางกับการปฏิบัติ เนื่องจากผู้จบการศึกษาด้านพยาบาลไม่มีการทำสัญญาบังคับให้กลับมาทำงานในสถานีนอมา้ย จึงไม่มีพยาบาลที่จบมาทำงานในพื้นที่ ซึ่งหลักสูตรสาธารณสุขศาสตร์สามารถอุดช่องว่างที่เกิดขึ้นนี้ได้ แต่ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับว่า สถาบันอุดมศึกษาที่ทำการผลิตบัณฑิต จำต้องเลือกพิจารณาว่า จะเปิดหลักสูตร หลักสูตรวิทยาศาสตรบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์) หรือ สาธารณสุขศาสตรบัณฑิต เพราะแม้มีจุดร่วมกันในเป้าประสงค์ คือ สุขภาพ แต่ก็ยังคงความแตกต่างของ 2 หลักสูตรนี้อยู่ในเรื่องทักษะทางคลินิก และการเรียนการสอนในแขนงวิชาทางวิทยาศาสตร์

บทวิเคราะห์

1. การผลิตกำลังคนในวิชาชีพสาธารณสุขชุมชน

สถานการณ์การผลิตกำลังคนในวิชาชีพสาธารณสุขชุมชนที่สูงในปัจจุบัน เป็นเรื่องที่สะท้อนถึงการระบบบริหารทรัพยากรบุคคลของประเทศ ที่ไม่มีความเชื่อมโยงกันระหว่างหน่วยงานที่เป็นผู้ผลิตกำลังคนและผู้ที่นำกำลังคนไปใช้ ซึ่งไม่ได้มีเพียงวิชาชีพสาธารณสุขเท่านั้นที่พบปัญหานี้ ซึ่งหากจะมีการแก้ไขปัญหาดังกล่าวที่ต้นเหตุ คือ ฝั่งผู้ผลิตกำลังคน แต่ควบคุมสถาบันการศึกษาที่สร้างหลักสูตรด้านวิชาชีพสาธารณสุขว่าสถาบันไหนควรสร้าง สถาบันไหนควรยกเลิกหรือลดจำนวนการผลิตนั้นเป็นเรื่องที่ทำได้ยากในทางตรง แต่สิ่งที่จะสามารถควบคุมได้ทางอ้อมคือ การกำหนดมาตรฐานคุณภาพของผู้จบการศึกษา ซึ่งเป็นหน้าที่ของแต่ละสถาบันและของสมาคมวิชาชีพสาธารณสุขในการคัดผู้ที่มีความสามารถเพียงพอที่จะเป็นนักวิชาการสาธารณสุขมาปฏิบัติงานจริงในระบบ ซึ่งผู้จบการศึกษานานใดที่เรียนจากหลักสูตรที่ทำให้มีความรู้และทักษะไม่มากเพียงพอ หรือผู้จบการศึกษาเองไม่มีความตั้งใจในการเรียนรู้ที่มากเพียงพอจะถูกคัดกรองด้วยมาตรฐานนี้ ซึ่งอาจเทียบเคียงได้กับหลายวิชาชีพทางด้านสุขภาพที่การประกอบวิชาชีพต้องสอบผ่านมาตรฐานตามที่สภาวิชาชีพทางสุขภาพนั้นๆกำหนดมาตรฐานไว้ เช่น สภาการพยาบาล สภาการแพทย์แผนไทย ฯลฯ เป็นต้น ซึ่งผลการสอบของผู้จบการศึกษาในแต่ละสถาบันจะเป็นสิ่งที่สะท้อนคุณภาพหลักสูตรของสถาบันนั่นเอง จึงถือว่าเป็นกระบวนการคัดสรรทางอ้อมที่จะเกิดขึ้นในอนาคต ส่วนในด้านจำนวนการรับเข้าศึกษาของแต่ละสถาบันนั้น เป็นเรื่องของสถาบันการศึกษาแต่ละแห่ง และที่จะต้องทบทวนจำนวนการรับนักศึกษาที่เหมาะสมเน้นวิชาชีพเฉพาะที่ขาดแคลน เช่น อาชีวอนามัยและความปลอดภัย เป็นต้น

2. การกำหนดอัตรากำลังคนด้านวิชาชีพสาธารณสุขชุมชน

จากผลการการวางแผนกำลังคนด้านสุขภาพของประเทศในทศวรรษหน้า (พ.ศ. 2560 - 2569) คณะอนุกรรมการวางแผนกำลังคนด้านสุขภาพซึ่งเป็นผู้จัดทำพบข้อจำกัดในการศึกษา (คณะอนุกรรมการวางแผนกำลังคนด้านสุขภาพ. 2559) คือ ขาดข้อมูลจำเป็นที่นำมาใช้ในการคาดการณ์ ทั้งในส่วนของการคาดการณ์อุปสงค์ และอุปทานของตลาดแรงงานทั้งภาครัฐและเอกชน การศึกษานี้ยังไม่ได้ลงรายละเอียดในส่วนงบประมาณที่ต้องใช้ในการจัดหากำลังคนด้านสุขภาพตามความต้องการที่คาดการณ์ไว้ ซึ่งจะเป็นปัจจัยสำคัญอันหนึ่งในการตัดสินใจเชิงนโยบาย และจากข้อคิดเห็นของสมาคมวิชาชีพสาธารณสุขชุมชน (เจาะลิกระบบสุขภาพ. 2559) กล่าวว่า ผลการศึกษานี้ ไม่เพียงแต่จะส่งผลต่อการวางแผนกำลังคนวิชาชีพด้านสาธารณสุข แต่จะกระทบต่อการกำหนดนโยบายสาธารณสุขของประเทศ แม้ว่าบริบทของสังคมชนบทจะหายไป และมีความเป็นเมืองมากขึ้น แต่ในแง่การบริการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพยังคงต้องมีอยู่ แต่ต้องมีปรับรูปแบบและพัฒนาการบริการให้มากกว่าเดิม ซึ่งภารกิจสำคัญของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและวิชาชีพสาธารณสุข คือ การส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคที่มีความจำเป็นไม่ว่าจะเป็นชนบทหรือในเมือง รวมถึงมีความจำเป็นในประชาชนทุกกลุ่ม ไม่ว่าจะเป็นคนจนหรือคนรวย การลดความสำคัญของ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและวิชาชีพสาธารณสุขจึงไม่ถูกต้อง และจะนำไปสู่การแบกรับค่าใช้จ่ายรักษายาบาลประเทศที่เพิ่มขึ้น

นอกจากนี้ผลการศึกษานี้ ยังย้อนแย้งกับระบบสุขภาพที่เป็นสากล ตามแผนพัฒนาสุขภาพ 20 ปี กระทรวงสาธารณสุข และร่างรัฐธรรมนูญที่ผ่านการลงประชามติ ที่มุ่งเน้นการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ส่งผลให้ความต้องการกำลังคนด้านวิชาชีพสาธารณสุขควรต้องเพิ่มขึ้น ซึ่งหากกระทรวงสาธารณสุขนำผลการศึกษานี้ไปวางแผนกำลังคนด้านสาธารณสุขในอีก 10 ปี ข้างหน้า จะทำให้การบรรจุวิชาชีพสาธารณสุขลดลง ซึ่งจะกระทบต่อแผนพัฒนาสุขภาพ โดยเฉพาะการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคไม่บรรลุเป้าหมาย

กระทรวงสาธารณสุขควรเน้นการเปิดตลาดสร้างเสริมสุขภาพเป็นด้านหลัก และงานวิจัยชิ้นใหม่อาจต้องให้นิยามขอบเขตของคำว่า “วิชาชีพขาดแคลน” และคำว่า “ล้นตลาด” กันใหม่ トラบใดที่ยังวางกรอบแนวคิดที่แคบเหมือนเช่นเคย โดยยึดติดกับวิธีคำนวณสัดส่วนแบบเดิมๆ คือ อ้างอิงเฉพาะพื้นที่ Population Ratio แต่ไม่ได้นำภาระงาน Workload ค่างาน Full Time Equivalent (FTE) ไปคำนวณอย่างเป็นธรรม จึงไม่ต้องแปลกใจว่า คำตอบที่ได้รับจากงานวิจัยที่ออกมา วิชาชีพการสาธารณสุขชุมชนยังคงล้นตลาด และไม่ได้จัดอยู่ในกลุ่มวิชาชีพที่ขาดแคลน ซึ่งขัดต่อสภาพความเป็นจริงของประเทศไทยอย่างยิ่ง

ส่วนที่มีการวิเคราะห์ว่าในอนาคตวิชาชีพสาธารณสุขชุมชนจะมีจำนวนเกินความต้องการนั้น เรื่องนี้ข้อเท็จจริงในอีก 3 ปี ข้างหน้าวิชาชีพสาธารณสุขชุมชนจะขาดแคลน เนื่องจากเมื่อสภาการสาธารณสุขชุมชนเริ่มออกใบอนุญาตประกอบวิชาชีพการสาธารณสุขชุมชนตาม พ.ร.บ. วิชาชีพการสาธารณสุขชุมชน พ.ศ.2556 ซึ่งต้องมีการรับรองวุฒิ/หลักสูตร ของสถาบันการศึกษาให้ผู้ที่จะจบการศึกษาด้านวิชาชีพการสาธารณสุขชุมชนมีมาตรฐาน ทั้งการประเมินผู้ช่วยและบำบัดโรค

เบื้องต้น และประเมินเพื่อส่งต่อได้ ซึ่งปัจจุบันหลักสูตรการศึกษาศาสนาบัณฑิตศึกษาที่ผลิตวิชาชีพ การสาธารณสุขชุมชนยังไม่ครบถ้วนสมบูรณ์ ดังนั้นการระบุว่า วิชาชีพสาธารณสุขจะล้นตลาด อัตราการผลิตเกินความต้องการ (เป็นส่วนที่เอามาจากข่าวค่ะ สมาคมได้มาไว้) จึงน่าจะเป็นในกลุ่มของนักวิชาการสาธารณสุขและเจ้าพนักงานสาธารณสุข ไม่ใช่วิชาชีพการสาธารณสุขชุมชน การวิเคราะห์ของคณะกรรมการกำลังคนด้านสุขภาพแห่งชาติจึงยังอาจมีได้พิจารณาในแง่ของ บทบาทวิชาชีพอย่างชัดเจนของงานสาธารณสุข

“ดังนั้น จึงควรมีการศึกษาให้รอบด้าน หลายมุมมองและเปิดโอกาสรับฟังความคิดเห็นของแต่ละวิชาชีพ เปิดโอกาสให้แต่ละวิชาชีพมีส่วนร่วมในการกำหนดกำลังคนของวิชาชีพ ตนเองให้เพิ่มขึ้น ก่อนการตัดสินใจในการกำหนดกำลังคนในอนาคต”

3. บทบาทหน้าที่ของวิชาชีพสาธารณสุขชุมชน

วิชาชีพสาธารณสุขทำงานทั้งในระดับบุคคล ครอบครัว หมู่บ้าน ตำบล อำเภอ จังหวัด ประเทศและระหว่างประเทศ มีการเชื่อมโยงหลายด้าน เช่น การศึกษา เศรษฐกิจ สังคม วัฒนธรรม การเมือง การเกษตร ปศุสัตว์ และ สิ่งแวดล้อม การใช้แนวคิดทางระบาดไม่เพียงพอ ในการแก้ไขปัญหาสุขภาพ เนื่องจากในปัจจุบันปัญหามีรูปแบบที่เปลี่ยนไป ซับซ้อนมากขึ้น ขยายตัวมากขึ้น เชื่อมโยงกัน ไม่สามารถคาดการณ์ได้ล่วงหน้า ไม่เป็นปัญหาแบบเส้นตรง (Linear) ระบบคิดจึงต้องเปลี่ยนไป และทำงานที่ต้องขยายขอบเขตให้กว้างขึ้นตามไปด้วย และต้องเข้าใจตัวกำหนดสุขภาพในสังคม (Social determinants of health: SDOH) โดยต้องมีการ ดำเนินงาน 5 ด้าน (WHO. 2016) ดังนี้

1. การนำมาใช้ในการจัดการด้านสุขภาพและการพัฒนา
2. การส่งเสริมการมีส่วนร่วมในการกำหนดนโยบายและการดำเนินงาน
3. เพิ่มเติมและปรับทิศทางการทำงานด้านสุขภาพในเรื่องการส่งเสริมสุขภาพและลดความ ไม่เท่าเทียมสุขภาพ
4. การสร้างความเข้มแข็งในการจัดการและความร่วมมือด้านสุขภาพในระดับโลก
5. มีการติดตามผลและเพิ่มความรับผิดชอบ

ในด้านการปรับหลักสูตรสาธารณสุขศาสตร์ อาจารย์ต้องยอมรับสิ่งใหม่ มอง สุขภาพแบบเชื่อมโยงกันทั่วโลก (Globalization) มีการบูรณาการความเข้าใจปัญหาสุขภาพที่ เชื่อมโยงกับสังคมทั้งในระดับจุลภาคและมหภาค ทำให้ผู้เรียนมีความรู้ จัดประสบการณ์การเรียนรู้ ให้สามารถเชื่อมโยง หาเหตุผล วิเคราะห์และสังเคราะห์ได้ ผู้สอนต้องให้กรอบแนวคิดและ เครื่องมือในการมองปัญหาสุขภาพในชุมชน มีการเตรียมนักศึกษาก่อนจบ มีการติดตามผล ให้ ความรู้เพิ่มเติมอย่างต่อเนื่อง และพัฒนานักสาธารณสุขให้เป็นผู้นำ นักขาย จูงใจเป็น พุดเป็น กล้าแสดงออกและรายงานผลการดำเนินงานได้ (ประสิทธิ์ ลีระพันธ์และคณะ. 2550)

โดยในการปรับหลักสูตรนั้น พบว่า มีการปรับปรุงหลักสูตรกลางของวิชาชีพ สาธารณสุขชุมชนทั้งในระดับปริญญาตรีและระดับบัณฑิตศึกษาให้ทันสมัย เหมาะสมสถานการณ์

สุขภาพ และลักษณะสังคม วัฒนธรรมที่เปลี่ยนแปลงไป โดยจากการประชุมของคณะ คณะนักวิจัยสมาคมบดีคณะสาธารณสุขศาสตร์แห่งประเทศไทยและคณะสาธารณสุขศาสตร์มหาวิทยาลัยมหิดล ในปี พ.ศ. 2558 ได้จัดทำร่างโครงสร้างมาตรฐานคุณวุฒิ ระดับปริญญาตรี สาขาสาธารณสุขศาสตร์และสาขาที่เกี่ยวข้อง (มคอ. 1) ได้ระบุคุณสมบัติและความสามารถของผู้จบการศึกษาว่า ควรมีความเป็นผู้นำที่มีความรับผิดชอบ มีคุณธรรมจริยธรรม เคารพความมีศักดิ์ศรีของมนุษย์ มีความคิดอย่างเป็นระบบ มีเหตุผล วิเคราะห์และสังเคราะห์ สถานการณ์ด้านสุขภาพอย่างมีประสิทธิภาพร่วมกับชุมชน สามารถให้การวิชาการและสร้างเสริมสุขภาพแก่ประชาชน สามารถทำงานเป็นทีม มีทักษะการสื่อสารและใช้เทคโนโลยีสารสนเทศอย่างเหมาะสม และมีประสิทธิภาพ และทำงานโดยคำนึงถึงคุณธรรมจริยธรรมและจรรยาบรรณวิชาชีพ และในระดับบัณฑิตศึกษา ได้จัดทำร่าง โครงสร้างมาตรฐานคุณวุฒิระดับบัณฑิตศึกษา สาขาสาธารณสุขศาสตร์และสาขาที่เกี่ยวข้อง (มคอ. 1) โดยเน้นให้ผู้จบการศึกษามีคุณลักษณะที่พึงประสงค์ คือ มีคุณธรรมจริยธรรม รู้และเข้าใจแนวคิดทฤษฎีด้านสาธารณสุข สามารถค้นหา แก้ไขปัญหา วิเคราะห์ผลการวิจัย วางแผนประเมินผล มีทักษะในการสื่อสาร การใช้เทคโนโลยีสารสนเทศ มีภาวะผู้นำ มีมนุษยสัมพันธ์ที่ดีและสามารถทำงานเป็นทีมกับสหวิชาชีพอื่นได้ ในด้านผู้ที่ทำงานกับนักวิชาการสาธารณสุข พบว่า มีความคิดเห็นเกี่ยวกับบทบาทหน้าที่ของวิชาชีพสาธารณสุขไว้ดังนี้ (ประสิทธิ์ ลิระพันธ์และคณะ. 2550)

นักวิชาการสาธารณสุขในสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ (สสอ.) มีความคิดเห็นกล่าวโดยสรุปคือ การทำงานในสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ มีลักษณะการทำงานที่เชื่อมโยง ไม่มองด้านเดียว มีบทบาทในการประสานงาน ทำงานเชิงรุก และช่วยผลักดันให้มีการขับเคลื่อนในทุกภาคส่วนของสังคม อีกทั้งต้องสร้างนวัตกรรม หากกลยุทธ์ใหม่ๆ แก้ไขปัญหา วางกลยุทธ์โดยคำนึงถึงวัฒนธรรมและสังคม

นักวิชาการสาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล มีความคิดเห็นกล่าวโดยสรุปคือ บทบาทของนักวิชาการสาธารณสุขมีการทำงานด้านบริหาร บริการ วิชาการ ประสาน เป็นนักสร้างมากกว่าซ่อม ซึ่งในชุมชนการประสานงานยังมีปัญหา แต่ละหน่วยงานมีการดำเนินงานเป็นของตนเอง จึงควรมีเวทีพบกันหน่วยงานทุกภาคส่วนในชุมชนเพื่อหารือด้านสุขภาพ

นักวิชาการสาธารณสุขในสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด (สสจ.) มีความคิดเห็นกล่าวโดยสรุปคือ บทบาทหน้าที่ของนักวิชาการสาธารณสุขที่ทำงานในสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด (สสจ.) คือ การบริหาร โดยมีกลุ่มงานย่อยดูแล ซึ่งนักวิชาการสาธารณสุขควรมีสมรรถนะ 5 ประการ คือ มุ่งผลสัมฤทธิ์ การบริการที่ดี การส่งเสริมความชำนาญในการพัฒนาวิชาชีพ มีจริยธรรมและความร่วมแรงใจ

จะเห็นได้ว่าการกำหนดบทบาทวิชาชีพด้านสาธารณสุขในอนาคตนั้นมีการเคลื่อนไหวของกลุ่มคนที่เกี่ยวข้อง คือ สถาบันการศึกษา และมีการศึกษาที่เก็บรวบรวมความคิดเห็นของผู้ที่ร่วมงานกับนักวิชาการสาธารณสุขหรือจากนักวิชาการสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานจริง ซึ่ง

ควรมีการเก็บข้อมูลเพิ่มเติมในหลายๆ ด้าน หลายๆ พื้นที่ เพื่อเติมเต็มข้อมูลให้สมบูรณ์ และนำไปสู่การปรับบทบาทหน้าที่ของวิชาชีพสาธารณสุขในอนาคต

ข้อเสนอแนะในการพัฒนา

1. ในด้านการผลิตกำลังคน จะถูกควบคุมด้วยมาตรฐานวิชาชีพสาธารณสุขชุมชน และสถาบันการศึกษาต้องคำนึงถึงการจัดการเรียนการสอนในหลักสูตรให้มีคุณภาพมากกว่าปริมาณผู้เรียน และเน้นวิชาชีพเฉพาะที่ขาดแคลน เช่น อาชีวอนามัยและความปลอดภัย การระบุว่าล้นตลาด อาจจะถูกตลาดเคลื่อนจากความเป็นจริงของสังคมไทย

2. ในด้านการกำหนดกรอบอัตรากำลัง การกำหนดสัดส่วนนักวิชาการสาธารณสุขต่อประชากร เท่ากับ 1 : 1,250 นั้น ตามหลักการภูเขาน้ำแข็ง จะพบว่า ผู้ที่ป่วย จะเป็นเพียงภูเขาน้ำแข็งที่พื้นพื้นน้ำที่เป็นส่วนน้อยของประชากรทั้งหมด ซึ่งกลุ่มคนเหล่านี้เป็นเพียงส่วนหนึ่งในจำนวนประชากรทั้งหมดในสัดส่วนนั้นที่เข้ารับบริการกับวิชาชีพด้านการรักษา ซึ่งแตกต่างกลุ่มผู้ที่ไม่ป่วย แต่มีความเสี่ยงทั้งสภาพแวดล้อม พฤติกรรม ซึ่งเป็นประชากรส่วนใหญ่ในชุมชนเปรียบกับภูเขาน้ำแข็งที่มีจำนวนมาก ซึ่งกลุ่มคนเหล่านี้ จำเป็นต้องทำการป้องกันควบคุมโรค เพื่อลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรค ลดจำนวนผู้ป่วยที่จะเป็นภูเขาน้ำแข็งที่ไหลลงพื้นน้ำ ลดค่าใช้จ่ายในการรักษา และลดการสูญเสียทรัพยากรบุคคลของประเทศชาติ ซึ่งงานด้านสร้างเสริม ป้องกันควบคุมโรคต้องเข้าถึงกลุ่มคนที่อยู่ใต้ภูเขาน้ำแข็งให้มากที่สุด หากต้องการให้นโยบายสร้างนำซ่อมประสบผลสำเร็จมากกว่านี้ การปรับอัตราส่วน วิชาชีพสาธารณสุข ควรมีการศึกษา หรือวิจัยเพิ่มเติมในสัดส่วนที่เหมาะสมตามสภาพความเป็นจริง และสภาพปัญหาในชุมชน เพื่อความทั่วถึงของบริการ การรณรงค์ กิจกรรม โครงการที่สร้างเสริมสุขภาพและควบคุมโรคที่มีประสิทธิภาพมากขึ้น

3. ควรมีการศึกษาวิจัยเรื่องกำลังคนด้านสาธารณสุขเพิ่มเติม ในมิติต่างๆ ทั้งความต้องการในระบบ ภาระงานของผู้ปฏิบัติงานด้านสาธารณสุขและมุมมองของประชาชนในท้องถิ่นที่ใกล้ชิดกับการปฏิบัติงานของนักวิชาการสาธารณสุข

4. ในด้านบทบาทวิชาชีพสาธารณสุข ควรมีการปรับกระบวนการทำงานให้เหมาะสมกับสถานการณ์ปัญหาสุขภาพในแต่ละพื้นที่ โดยมองปัญหาให้กว้างขึ้นและเชื่อมโยงกัน ในหลายมิติ เนื่องจากปัจจุบันโรคและความเสี่ยงมีความเชื่อมโยงกับมิติอื่นๆ เช่น เทคโนโลยี เศรษฐกิจและสังคม ข้อมูลสุขภาพที่ถูกต้องและไม่ถูกต้องสามารถเข้าถึงประชาชนได้อย่างรวดเร็ว อาจทำให้ประชาชนมีความรู้ ความเชื่อ ค่านิยมและทัศนคติ ที่ไม่ถูกต้อง ทำให้มีพฤติกรรมที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคและเกิดโรคได้ง่ายขึ้น โดยเฉพาะโรคเรื้อรัง ที่ อีกทั้งการคมนาคมที่ทันสมัย ทำให้ประชากรโลกสามารถเดินทางได้ง่ายขึ้น ส่งผลต่อการแพร่ระบาดของโลกที่รวดเร็วยิ่งขึ้น สภาพปัญหาเหล่านี้ล้วนแล้วแต่เป็นปัญหาที่เป็นหน้าที่โดยตรงของวิชาชีพสาธารณสุข ที่ใช้เวลาเรียนรู้จนจบหลักสูตรทั้งแนวคิดทฤษฎี กลยุทธ์กลวิธีและการฝึกปฏิบัติในการแก้ไขปัญหาและความเสี่ยงทางสุขภาพทั้งระดับบุคคล ครอบครัว กลุ่ม ชุมชน เมือง ประเทศและระดับประเทศ ซึ่งผู้ทำงาน

ด้านวิชาชีพสาธารณสุขชุมชนแล้วแต่ถูกปลูกฝังให้มีอุดมการณ์ มีความตั้งใจและเต็มใจที่จะช่วยเหลือประชาชนให้อยู่ดีมีสุข ตามรอยพระราชบิดาแห่งการสาธารณสุขไทย

เอกสารอ้างอิง

- คณะนักวิจัยภาคณบดีคณะสาธารณสุขศาสตร์แห่งประเทศไทยและคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล. (2558, 29 กันยายน). ร่าง โครงสร้างมาตรฐานคุณวุฒิระดับปริญญาตรี สาขาสาธารณสุขศาสตร์และสาขาที่เกี่ยวข้อง (มคอ. 1). http://www.ph.mahidol.ac.th/ed/TQF/ms_24Dec_58.pdf
- คณะนักวิจัยภาคณบดีคณะสาธารณสุขศาสตร์แห่งประเทศไทยและคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล. (2558). ร่าง โครงสร้างมาตรฐานคุณวุฒิระดับบัณฑิตศึกษาด้าน สาธารณสุขศาสตร์และสาขาที่เกี่ยวข้อง (มคอ. 1). ฉบับปรับปรุงวันที่ 24 ธันวาคม พ.ศ. 2558. ถ่ายเอกสาร
- คณะกรรมการวางแผนกำลังคนด้านสุขภาพ. (2559). การวางแผนกำลังคนด้านสุขภาพของประเทศ ในทศวรรษหน้า (พ.ศ.2560 – 2569), 29 กันยายน 2559 https://www.hfocus.org/sites/default/files/files_upload/kaarwaangaephnkamlangkndaansukhphaaphkhngpraethsainthswrrshnaa.pdf
- เจาะลึกระบบสุขภาพ. (2556). กำเนิดสถานีนโยบายและพัฒนาการสู่ รพ.สต. , 29 กันยายน 2559. <https://www.hfocus.org/content/2013/08/4328>
- เจาะลึกระบบสุขภาพ. (2559, 29 กันยายน). ผลศึกษาชี้ 10 ปีข้างหน้า วิชาชีพสาธารณสุข ‘คนจะล้นงาน’ เหตุไม่วางแผนผลิต, <https://www.hfocus.org/content/2016/09/12759>
- เจาะลึกระบบสุขภาพ. (2559, 29 กันยายน). สมาคมวิชาชีพสาธารณสุข ยื่นหนังสือ สข.ทบทวนผลศึกษา กำลังคนสุขภาพทศวรรษหน้า, <https://www.hfocus.org/content/2016/09/12769>
- เจาะลึกระบบสุขภาพ. (2559, 31 กันยายน). ชี้ต้องเปลี่ยนสมรรถนะบัณฑิตสาธารณสุข ให้สอดคล้อง ภาระงานอนาคต ไม่ได้ลดความสำคัญ. <https://www.hfocus.org/content/2016/09/12819>
- ประสิทธิ์ ลีระพันธ์ ภารดี เต็มเจริญ เพ็ญประภา ศิวโรจน์และธราดล เก่งการพานิช. (2550). การพัฒนาสมรรถนะหลัก สำหรับนักสาธารณสุขแนวใหม่. กรุงเทพฯ : เจริญดีมั่นคง.
- World Health Organization. (2016). What are social determinants of health?. 4 October 2016. http://www.who.int/social_determinants/sdh_definition/en/