

POLICY BRIEF

STRENGTHENING LOCAL HEALTH SYSTEM IN ASIA-PACIFIC NATIONS TO ADDRESS THE IMPACT OF INTERNATIONAL MIGRATION OF HEALTH WORKFORCES THE CAES STUDY OF THAILAND

HEALTH WORKFORCE MIGRATION SITUATION IN THAILAND

INTERNATIONAL MIGRATION

Out-migration

- During the 1960's, professionally-qualified Thai medical personnel migrated overseas due to a high demand for doctors in the United States of America (Wibulpolprasert & Pengpaibon, 2003).
- The Thai government has adopted multiple policies to retain health professionals in the country, especially in rural areas, including compulsory public service and domestic specialty training. As a result, emigration is not considered a challenge.
- There is a limited push factor for working overseas and a pull factor of non-proficiency in English among Thai health professionals. However, globalization has shifted the equilibrium, and Thailand cannot avoid the emigration of its health workforce.

In-migration

- Health professionals' immigration is controlled by Thai Health Professional Councils. (Sawaengdee et al., 2016)
- All foreign health professions practicing in Thailand must pass the licensing examination (in Thai language). Licenses are maintained by the mandatory completion of continued professional education every few years (Sawaengdee et al., 2016).
- The national examination can be an obstacle for expatriates who are not proficient in the Thai language, as the clinical part is conducted in Thai (Tangcharoensathien et al., 2017).
- There are still barriers to medical and nursing careers for foreign providers, even within ASEAN member countries, such as limited scope of practice, inability to get citizenship of the destination country, and difficulty in passing professional certification exams.

DOMESTIC MIGRATION

Rural to Urban

Public to Private

- In the 2010s, there was an increase in the demand for health workers from private hospitals. Public hospitals experienced public management limitations and could not hire and retain health workers (International Health Policy Program, 2016).
- Health workforce migrated to urban provinces due to the higher gross provincial product per capita of the destination province. (Setboonsrung, 2023)
- According to Human Resource Office of the MOPH Permanent Secretariat, among the physicians resigning from MOPH hospitals, 80.6% resigned due to career factors such as workload, non-incentives, work environment, etc. (Siripanumas et al., 2022)

TIMELINE OF RETENTION POLICIES OF HUMAN RESOURCE FOR HEALTH, THAILAND

A COLLABORATIVE PROJECT TO INCREASE THE PRODUCTION OF RURAL DOCTORS (CPIRD); 20-YEAR PROGRAM WAS APPROVED BY CABINET RESOLUTION

1995

ONE DISTRICT, ONE DOCTOR (ODO) PROGRAMME, ADDITIONAL TO CPIRD

2005

POLICY ALLOWING DISTRICT HOSPITAL DIRECTOR TO BE PROMOTED TO CIVIL SERVANT POSITION CLASSIFICATION LEVEL 9

2007

1970

1997

PROVIDE ENHANCED MONETARY INCENTIVES FOR PERSONNEL WORKING IN RURAL AREAS

2006

SPECIAL TRACK FOR MUSLIM WOMEN IN THREE SOUTHERN PROVINCES FOR NURSING EDUCATION AND POSTINGS IN THEIR HOME TOWNS TO SERVE RURAL MUSLIM COMMUNITIES

Implementing these policies led to an increase in the number of doctors and a more equitable distribution of healthcare providers across provinces. This improvement is evident when comparing doctor density (International Health Policy Program, 2016) and provincial economic status (GDP) between 2017 and 2021 (Noree et al., 2023).

(CAMPBELL ET AL., 2013)



HEALTH WORKFORCE MIGRATION POLICY RECOMMENDATION

Mutual benefit Agreement

Encourage agreement and ensure mutual benefit between sourcing and destination countries, creating a win-win situations. Additionally, provide greater benefits and opportunities for health workers by more systematic out-migration management of health professionals, through government-to-government agreements.



Reintegration of Returnees

Facilitate government initiatives for reintegration of returnees. Develop social integration programs, recall displaced care workers, promote safe health system growth, and facilitate talent and experience sharing. Implement new regulations for adaptation programs for specialist doctors trained overseas, such as Law no. 17 of the year 2023, Omnibus Health Law of Indonesia.



Attracting Foreign Health Workers

Explore opportunities to attract immigrating health workers to support national health systems such as Japan's Economic Partnership Agreements (EPA), ensuring geographical distribution and addressing potential public health challenges such as aging society.



Standard Licensing

Maintain a mandatory license to practice issued by the national professional councils to ensure quality of service, patient safety, and personnel safety for both domestic and in-migrating professionals

Foster harmonisation and standardisation of curricula and licensing processes where necessary.



Cultural Competency Support

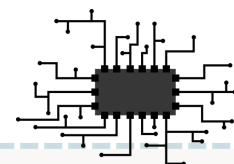
Provide a training program in healthcare competencies, and improve workplace culture, including setting up appropriate remuneration systems as per the international standard.



HRH Information System

Establish human resource for health information systems, detailing both the active number of HRH and capabilities.

Establish agreement of international data exchange between source and destination countries to manage international migration effectively.



About the Organization

Launched in 2005 by 10 founding member countries, the **Asia-Pacific Action Alliance for Human Resources for Health (AAAHH)** is a crucial regional partnership responding to the global call for enhanced human resources for health (HRH) management and planning. This initiative is rooted in the principles of the Kampala Declaration and the Agenda for Global Action, aiming to bolster HRH development across Asia-Pacific nations.

The AAAH has expanded to include 22 countries from the WHO's South-East Asia, Western Pacific, and Eastern Mediterranean Regions. The secretariat is based in the International Health Policy Program (IHPP), Thailand's Ministry of Public Health



Vision & Mission

Through capacity building, knowledge exchange, and policy advocacy, AAAH strives to strengthen health systems in the Asia-Pacific, ensuring a **sustainable-adequate-fair-efficient (SAFE)** human resources for health for the SAFE universal health coverage.

POLICY BRIEF

การเสริมสร้างระบบสุขภาพในกลุ่มประเทศเอเชียแปซิฟิก เพื่อรับมือกับผลกระทบของการย้ายถิ่นฐานไปยังต่างประเทศ ของกำลังคนด้านสุขภาพ กรณีศึกษาของประเทศไทย

สถานการณ์การย้ายถิ่นของกำลังคนด้านสุขภาพในประเทศไทย

การย้ายถิ่นฐานระหว่างประเทศ

การอพยพออก

- 50 ปีก่อน บุคลากรด้านสุขภาพของไทยที่มีใบประกอบวิชาชีพอพยพไปยังประเทศสหรัฐอเมริกาจำนวนมากเนื่องจากความต้องการกำลังคนด้านสุขภาพของโลกที่สูงขึ้น (Wibulpolprasert & Pengpaibon, 2003)
- รัฐบาลไทยได้ดำเนินนโยบายเพื่อให้บุคลากรด้านสุขภาพของไทยคงอยู่ในระบบสาธารณสุขและกระจายตัวอย่างทั่วถึงตลอดมาโดยเฉพาะในพื้นที่ชนบท ได้แก่ การใช้ทุนภาคบังคับในชนบทหลังจบการศึกษา การฝึกแพทย์ประจำบ้าน ในท้องถิ่น เป็นต้น ส่งผลให้การอพยพย้ายถิ่นฐานไปยังต่างประเทศของบุคลากรสาธารณสุขไทยไม่ถูกจัดให้เป็นความท้าทายอีกต่อไป
- เนื่องจากสถานการณ์ขาดแคลนบุคลากรด้านสุขภาพทั่วโลกอย่างต่อเนื่อง ยุคแห่งโลกาภิวัตน์และการพัฒนาทักษะภาษาอังกฤษในกำลังคน ทำให้ปัญหาการย้ายถิ่นฐานมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ในประเทศไทย

การอพยพเข้า

- การย้ายถิ่นฐานของบุคลากรด้านสุขภาพเข้ามาในประเทศไทยอยู่ภายใต้การควบคุมของสภาวิชาชีพ (Sawaengdee et al., 2016)
- บุคลากรด้านสุขภาพที่เป็นชาวต่างชาติที่ปฏิบัติงานในประเทศไทย ทุกคนจะต้องผ่านการสอบใบประกอบวิชาชีพเป็นภาษาไทย ซึ่งในบางวิชาชีพจำเป็นต้องมีการต่ออายุใบอนุญาตตามข้อกำหนดของสภาวิชาชีพ ส่งผลให้เกิดข้อจำกัดด้านภาษาสำหรับชาวต่างชาติในการปฏิบัติงานตรงตามสายงาน (Sawaengdee et al., 2016)
- นอกจากนี้ อุปสรรคอื่นๆ ที่พบในกำลังพลด้านสุขภาพในกลุ่มประเทศในเอเชียแปซิฟิกอื่น ๆ นั้น ได้แก่ การที่หลักสูตรไม่ได้รับการยอมรับ การปฏิบัติงานที่ถูกจำกัดขอบเขต ความไม่ก้าวหน้าในสายงาน และความยากลำบากในการสอบผ่านใบประกอบวิชาชีพ เป็นต้น (Tangcharoensathien et al., 2017).

การย้ายถิ่นฐานภายในประเทศไทย

จากชนบทสู่เมือง

- ในช่วงปี พ.ศ. 2550 โรงพยาบาลเอกชนมีความต้องการกำลังคนด้านสุขภาพเป็นจำนวนมาก อีกทั้ง โรงพยาบาลของรัฐยังมีข้อจำกัด โดยเฉพาะข้อจำกัดเรื่องการจ่ายค่าตอบแทนที่สูงส่งผลให้บุคลากรทางการแพทย์ลาออกจากภาครัฐเป็นจำนวนมากเพื่อเข้าทำงานที่โรงพยาบาลเอกชน (International Health Policy Program, 2016)

จากรัฐสู่เอกชน

- บุคลากรด้านสุขภาพย้ายถิ่นฐานไปยังจังหวัดที่มีภาวะเจริญเนื่องด้วยปัจจัยผลิตภัณฑัฒนต่อหัวประชากรที่สูงกว่าของจังหวัดปลายทาง (Setboonsrung, 2023)
- จากข้อมูลของสำนักงานทรัพยากรบุคคล สำนักปลัดกระทรวงสาธารณสุข พบว่า ในบรรดาแพทย์ที่ลาออกจากโรงพยาบาลรัฐสังกัดกระทรวงสาธารณสุขนั้น ร้อยละ 80.6 ลาออกเนื่องจากปัจจัยทางอาชีพการงาน เช่น ภาระงานที่ไม่เหมาะสม ขาดแรงจูงใจ สภาพแวดล้อมในการทำงานที่ไม่ดี เป็นต้น (Siripanumas et al., 2022)

นโยบายสำคัญในการกระจายบุคลากรสุขภาพเพื่อชนบทของประเทศไทย

โครงการความร่วมมือเพื่อเพิ่มการผลิตแพทย์ชนบท (CPIRD); โครงการ 20 ปี ได้รับอนุมัติตามมติคณะรัฐมนตรี
2538

คณะรัฐมนตรีอนุมัติโครงการ ODOD (ONE DISTRICT, ONE DOCTOR) หรือ หนึ่งแพทย์ต่อ หนึ่งอำเภอ เพื่อผลิตแพทย์เฉพาะเพื่อปฏิบัติงานในอำเภอต่างๆ
2548

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสามารถเลื่อนขั้นตำแหน่งราชการระดับสูงได้ (ระดับซี 9)
2550

2513

กำหนดให้นักศึกษาแพทย์ทุกคนที่สำเร็จการศึกษาตามหลักสูตรแพทยศาสตรบัณฑิต และได้รับใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม ต้องมีการจัดสรรให้ไปปฏิบัติงานชดใช้ทุน (ส่วนใหญ่ในพื้นที่ชนบท) และต้องทำงานให้รัฐเป็นเวลา 3 ปี

2540

ค่าตอบแทนของแพทย์ชนบทได้ถูกแก้ไขใหม่พร้อมกับได้รับค่าชดเชยที่สูงขึ้น

2549

หลักสูตรพิเศษสำหรับหญิงมุสลิมใน 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้ เพื่อการศึกษาทางการแพทย์ เพื่อให้ปฏิบัติงานแก่ชุมชนมุสลิมในชนบท

หลังจากการดำเนินนโยบายข้างต้น จึงเห็นถึงประสิทธิผลของนโยบาย ได้แก่ มีบุคลากรด้านสุขภาพเพิ่มขึ้นและการกระจายตัวที่ดีขึ้น (International Health Policy Program, 2016) และส่งผลต่อสถานะเศรษฐกิจของจังหวัดที่ดีขึ้นด้วย (Noree et al., 2023)



(CAMPBELL ET AL., 2013)

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

เรื่อง การย้ายถิ่นของบุคลากรด้านสุขภาพระหว่างประเทศ

ข้อตกลงทวิภาคี

สนับสนุนให้มีการทำข้อตกลงทวิภาคีระหว่างประเทศต้นทางและปลายทาง โดยสนับสนุนให้เกิดสถานการณ์ที่ทุกฝ่ายต่างได้รับผลประโยชน์และโอกาสที่มากขึ้นแก่บุคลากรด้านสุขภาพโดยมีการจัดการการย้ายถิ่นฐานของบุคลากรวิชาชีพด้านสุขภาพเชิงระบบที่มีประสิทธิภาพผ่านความร่วมมือจากรัฐบาลสู่รัฐบาล



นโยบายการย้ายถิ่นฐานกลับที่เป็นมิตร

ส่งเสริมให้มีนโยบายของรัฐบาลเพื่อกระตุ้นและรองรับการการย้ายถิ่นฐานกลับของกำลังคนด้านสุขภาพ ตั้งแต่การยอมรับทางสังคม และสวัสดิการ รวมไปถึงความก้าวหน้าทางอาชีพ ผ่านจัดทำโปรแกรมสำหรับบุคลากรที่ได้รับผลกระทบจากต่างประเทศ นอกจากนี้ยังควรสนับสนุนให้เกิดการแลกเปลี่ยนและเผยแพร่ประสบการณ์ ความรู้ ความสามารถ เพื่อให้เกิดประโยชน์ในประเทศไทย จากกรณีประเทศอินโดนีเซียที่ได้มีการออกกฎหมายสุขภาพ Omnibus Health Law no.17



การจ้างงานต่างชาติ

สำรวจโอกาสในการดึงดูดกำลังคนด้านสุขภาพที่ย้ายถิ่นฐานเข้ามาในประเทศไทยเพื่อสนับสนุนระบบสุขภาพภายในประเทศให้เข้มแข็งยิ่งขึ้นและสนับสนุนให้เกิดการกระจายของกำลังคนไปทั่วทุกภูมิภาค เพื่อรองรับความท้าทายในด้านสุขภาพที่เกิดขึ้น เช่น สังคมผู้สูงอายุ โดยมีตัวอย่างที่ดีจากกรณีศึกษาประเทศญี่ปุ่น คือ Economic Partnership Agreements (EPA)



สร้างมาตรฐานการได้ใบประกอบวิชาชีพ

ควรสนับสนุนให้มีการทำข้อตกลงร่วมกันเพื่อให้ใช้หลักสูตรที่มีมาตรฐานพื้นฐานเดียวกัน และดำรงไว้ซึ่งมาตรฐานใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ โดยต้องผ่านการอนุมัติจากสภาวิชาชีพนั้น ๆ เพื่อให้เป็นมาตรฐานร่วมเพื่อกระตุ้นให้เกิดความมั่นใจจากผู้รับบริการ คุณภาพของการบริการ และ ความปลอดภัยของผู้ป่วย



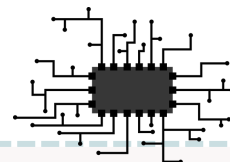
พัฒนาทักษะกำลังคนอย่างต่อเนื่อง

เพื่อส่งเสริมให้บุคลากรด้านสุขภาพที่ย้ายถิ่นฐานเข้ามามีความมั่นใจในการปฏิบัติงาน ควรมีหลักสูตรอบรมฝึกสมรรถนะอย่างต่อเนื่อง หรือ CPD (Continuous professional development) เพื่อพัฒนาทักษะในการทำงานและ ทักษะในการทำความเข้าใจวัฒนธรรม รวมถึงการสร้างระบบค่าตอบแทนที่เหมาะสมตามมาตรฐาน



พัฒนาฐานข้อมูลกำลังคนด้านสุขภาพ

จัดทำฐานข้อมูลด้านกำลังคนด้านสุขภาพ โดยให้รายละเอียดถึงจำนวนที่ทำงานจริงในปัจจุบันและศักยภาพของแต่ละบุคคล อีกทั้งสนับสนุนให้มีการสร้างข้อตกลงการแลกเปลี่ยนข้อมูลการย้ายถิ่นฐานของกำลังคนระหว่างประเทศต้นทางและปลายทาง เพื่อการวางแผนและบริหารจัดการกำลังคนได้อย่างมีประสิทธิภาพ



เกี่ยวกับองค์กร

เครือข่าย AAH หรือ Asia-Pacific Action Alliance for Human Resources for Health ก่อตั้งขึ้นในปี 2548 โดยความร่วมมือของ 10 ประเทศ จนปัจจุบันมีประเทศสมาชิกทั้งหมด 22 ประเทศ ถือเป็นเครือข่ายความร่วมมือระดับภูมิภาคที่มีส่วนสำคัญในการสนับสนุนให้เกิดการเคลื่อนไหวเรื่องการจัดการและการวางแผนกำลังคนด้านสุขภาพในกลุ่มประเทศในเอเชียแปซิฟิกที่มีมาอย่างยาวนาน เครือข่ายนี้มีที่เลขานุการอยู่ในประเทศไทยภายใต้ สำนักงานพัฒนา นโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ กระทรวงสาธารณสุข นอกจากนี้ตัวแทนจากประเทศสมาชิกรับ ยังได้รับการสนับสนุนหลักจากองค์การอนามัยโลก USAID และ JICA ที่เข้ามามีบทบาทในคณะกรรมการเพื่อกำหนดทิศทางของหน่วยงาน



วิสัยทัศน์และพันธกิจ

พัฒนากำลังคนด้านสุขภาพให้เพียงพอทั้งจำนวนและทักษะ ที่มีคุณภาพ กระจายตัวอย่างเหมาะสมและยั่งยืน เพื่อสนับสนุนให้เกิดระบบสุขภาพถ้วนหน้าที่สมบูรณ์และยั่งยืน (Sustainable-Adequate-Fair-Efficient Human Resources for Health for Sustainable-Adequate-Fair-Efficient Universal Health Coverage) ด้วยการเสริมสร้างพัฒนาขีดความสามารถของสมาชิก การแลกเปลี่ยนความรู้ ทรัพยากร ผู้เชี่ยวชาญ และการให้ข้อเสนอแนะทางนโยบายโดยมุ่งเน้นการเป็นกระบอกเสียงสำคัญให้กับประเทศสมาชิก ผ่านกิจกรรมหลัก คือการจัดงานประชุมนานาชาติในทุก 2 ปี