

ด่วนที่สุด

ที่ สร ๐๐๐๒.๔/ 4237



กระทรวงสาธารณสุข

ถนนติวานนท์ อ.เมือง จ.นนทบุรี 11000

12 พฤศจิกายน 2545

เรื่อง การแก้ไขปัญหาดิจิตแพทย์ขาดแคลน

เรียน เลขาธิการคณะกรรมการ

- สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. ข้อเสนอเงินโฆษณาในการแก้ไขปัญหาวะการขาดแคลนจิตแพทย์ กรมสุขภาพจิต
กระทรวงสาธารณสุข จำนวน 100 ชุด
2. สรุปผลการดำเนินงานการแก้ไขปัญหาดิจิตแพทย์ขาดแคลน ระหว่างปี 2541-2545
จำนวน 100 ชุด
3. สำเนาหนังสือกรมสุขภาพจิต ที่ สร 0602/3618 ลงวันที่ 25 กันยายน 2540
เรื่อง ขออนุมัติพิจารณาปรับแพทย์ผู้ให้สัญญาของกระทรวงสาธารณสุข ปี 2541
เป็นกรณีพิเศษเพื่อแก้ไขปัญหาดิจิตแพทย์ขาดแคลน จำนวน 100 ชุด
4. สำเนาระเบียบ ก.พ. ว่าด้วยการพัฒนาข้าราชการพลเรือน โดยการให้ไปศึกษาเพิ่มเติม
ในประเทศ พ.ศ. 2540 จำนวน 100 ชุด

ด้วยกระทรวงสาธารณสุข ได้ประสบปัญหาการขาดแคลนจิตแพทย์โดยเฉพาะอย่างยิ่งใน กรมสุขภาพจิตอันเป็นหน่วยงานหลักในการให้บริการด้านสุขภาพจิต จึงจะต้องดำเนินการแก้ไขปัญห อย่างเร่งด่วน โดยการจัดสรรแพทย์ใช้ทุนรัฐบาลให้กับกรมสุขภาพจิต ปีละ 10 คน เป็นเวลา 5 ปี นับตั้งแต่ปี 2546 - 2550 เพื่อส่งไปศึกษาค้นคว้าหลักสูตรแพทย์ประจำบ้านสาขาจิตเวชศาสตร์และสาขาจิตเวชเด็กและวัยรุ่น โดยยกเว้นไม่ต้องเข้าโครงการเพิ่มทุนทักษะแพทย์ใช้ทุน แต่เนื่องจากตามระเบียบ ก.พ. ว่าด้วยการพัฒนา ข้าราชการพลเรือน โดยการให้ไปศึกษาเพิ่มเติมในประเทศ พ.ศ. 2540 ข้อ 5 (1) ได้กำหนดให้ข้าราชการ ที่จะไปศึกษาเพิ่มเติมในประเทศต้องเป็นผู้ที่พ้นกำหนดเวลาทดลองปฏิบัติหน้าที่ราชการตามกฎหมาย ก.พ. ฉบับที่ 21 (พ.ศ. 2542) ว่าด้วยการทดลองปฏิบัติหน้าที่ราชการ อันส่งผลให้การส่งข้าราชการ/ พนักงานของรัฐ(แพทย์ใช้ทุน) ผู้มีระยะเวลาทดลองปฏิบัติหน้าที่ราชการ ไม่ครบ 6 เดือนไปศึกษาเพิ่มเติม ไม่อาจกระทำได้

ดังนั้น กระทรวงสาธารณสุขจึงขออนุมัติในหลักการจากคณะรัฐมนตรีในการผ่อนผันการปฏิบัติตามระเบียบ ก.พ. ว่าด้วยการพัฒนาข้าราชการพลเรือน โดยการให้ไปศึกษาเพิ่มเติมในประเทศ พ.ศ. 2540 ข้อ 5 (1) โดยการนับเวลาการทดลองปฏิบัติหน้าที่ราชการไม่ต่อเนื่องกัน กล่าวคือนับเวลาการทดลองปฏิบัติหน้าที่ราชการก่อนการไปศึกษาต่อ 2 เดือน และภายหลังสำเร็จการศึกษากลับมาปฏิบัติหน้าที่ราชการในตำแหน่งเดียวกัน อีก 4 เดือนรวมกันเพื่อให้ครบ 6 เดือน ตามระเบียบ ก.พ. เพื่อให้การแก้ไขปัญหาการขาดแคลนเป็นไปตามแผนที่กำหนดไว้ พร้อมนี้ได้ส่งข้อมูลเพื่อประกอบการพิจารณามาแล้ว รายละเอียดตามสิ่งที่ส่งมาด้วย 1-4

จึงเรียนมาเพื่อโปรดนำเรื่องเสนอคณะรัฐมนตรีเพื่อพิจารณาอนุมัติในหลักการต่อไปด้วย
จะเป็นพระคุณ

ขอแสดงความนับถือ



(นางสุดารัตน์ เกยุราพันธุ์)
รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข

กรมสุขภาพจิต

โทร. 0 2951 1300-28 ต่อ 8406

โทรสาร. 0 2951 1371

ข้อเสนอเชิงนโยบายในการแก้ไขปัญหาภาวะการขาดแคลนจิตแพทย์

กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข

ความเป็นมาของประเด็นปัญหา

กระทรวงสาธารณสุขได้ริเริ่มโครงการแก้ไขปัญหามหาภาวะการขาดแคลนจิตแพทย์ของกรมสุขภาพจิต ในปี พ.ศ. 2541 โดยใช้วิธีการจัดสรรแพทย์ใช้ทุนกระทรวงสาธารณสุขปีที่ 1 ให้ไปปฏิบัติงานในสังกัดกรมสุขภาพจิต ซึ่งกระทรวงฯ ได้อนุมัติในหลักการให้แพทย์ใช้ทุนปีที่ 1 กลุ่มนี้สามารถสมัครเข้ารับการฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้าน สาขาจิตเวชศาสตร์ และสาขาจิตเวชศาสตร์เด็กและวัยรุ่นได้โดยไม่ต้องเข้าโครงการเพิ่มพูนทักษะในการปฏิบัติงานที่แพทย์ใช้ทุนกลุ่มที่ได้รับการจัดสรรไปปฏิบัติราชการในหน่วยงานอื่นในสังกัดกระทรวงฯ มีข้อผูกพัน ทั้งนี้ได้ประสานขออนุมัติจากแพทยสภาให้ปรับข้อบังคับว่าด้วยหลักเกณฑ์การออกหนังสืออนุมัติและวุฒิบัตรเพื่อแสดงความรู้ความชำนาญในการประกอบวิชาชีพเวชกรรม สาขาต่างๆ พ.ศ. 2533 ซึ่งทำให้สาขาจิตเวชศาสตร์ และสาขาจิตเวชศาสตร์เด็กและวัยรุ่น ได้เป็นสาขาประเภทที่ 1 (สาขาขาดแคลน) และมีผลให้หลักเกณฑ์ในเรื่องคุณสมบัติของผู้สมัครเข้ารับการฝึกอบรมที่เคยกำหนดให้ต้องเป็นผู้ที่ปฏิบัติงานใช้ทุนการศึกษามาแล้วอย่างน้อย 1 ปีเลิกบังคับใช้ และด้วยเหตุดังกล่าวจึงส่งผลให้ การแก้ไขปัญหามหาภาวะการขาดแคลนจิตแพทย์ผู้ปฏิบัติงานกรมสุขภาพจิตโดยการส่งแพทย์ใช้ทุนปีที่ 1 ไปเข้ารับการฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้านในทั้งสองสาขาวิชาที่อ้างถึงเป็นไปได้ในทางปฏิบัติ

จากแนวปฏิบัติที่กล่าวไปนั้น กระทรวงสาธารณสุขได้ดำเนินการในการแก้ไขปัญหามหาภาวะการขาดแคลนจิตแพทย์ของกรมสุขภาพจิตอย่างต่อเนื่องจนถึงปี พ.ศ.2545 รวมเป็นระยะเวลา 5 ปี และผลผลิตที่ได้จากการได้รับจัดสรรแพทย์ให้ไปปฏิบัติงานในสังกัดกรมสุขภาพจิตและส่งไปเข้ารับการฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้านในสองสาขาวิชาด้านจิตเวช ปีละประมาณ 10 – 15 คนนั้นทำให้ได้แพทย์ที่สำเร็จการศึกษาและเริ่มปฏิบัติงาน ณ โรงพยาบาลในสังกัดกรมสุขภาพจิตในปัจจุบันแล้ว 18 คน และยังอยู่ในระหว่างการศึกษาอีก 18 คน ซึ่งต่ำกว่าเป้าหมายของโครงการที่กำหนดไว้ว่าเมื่อสิ้นสุดโครงการแล้วจะได้จิตแพทย์มาปฏิบัติงานทั้งหมด 45 คน และโดยเหตุนี้เองทำให้กระทรวงสาธารณสุขต้องไต่ตรองถึงการขยายระยะเวลาการดำเนินโครงการแก้ไขปัญหามหาภาวะการขาดแคลนจิตแพทย์ออกไปอีกระยะหนึ่ง

อย่างไรก็ตาม ได้เกิดปัญหาในทางปฏิบัติเรื่องการส่งแพทย์ใช้ทุนปีที่ 1 ไปเข้ารับการศึกษาฝึกอบรบแพทย์ประจำบ้านในสาขาวิชาจิตเวชศาสตร์ และจิตเวชศาสตร์เด็กและวัยรุ่นขึ้น อันเนื่องมาจากหนังสือตอบข้อหารือเกี่ยวกับการขอยกเว้นการปฏิบัติตามระเบียบ ก.พ. ของกระทรวงสาธารณสุข ตามหนังสือสำนักงานก.พ.ที่ นร 0706.9 / 22802 ลงวันที่ 9 สิงหาคม 2544 ที่สำนักงานก.พ.ได้พิจารณาไม่ยกเว้นให้สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขส่งแพทย์ทุนรัฐบาลและแพทย์ที่ไม่ใช่ทุนรัฐบาลในสังกัด ซึ่งได้รับการบรรจุเข้าปฏิบัติงานในวันที่ 1 เมษายน 2545 และมีเวลาปฏิบัติราชการเมื่อนับถึงวันเปิดภาคการศึกษาฝึกอบรบแพทย์ประจำบ้านเพียง 2 เดือน สามารถลาศึกษาในสาขาวิชาจิตเวชศาสตร์ และสาขาวิชาจิตเวชศาสตร์เด็กและวัยรุ่น (ซึ่งเป็นแนวปฏิบัติที่กรมสุขภาพจิตได้ยึดถือในการดำเนินการส่งแพทย์ใช้ทุนเข้ารับการศึกษาตั้งแต่ปี 2541) ได้ โดยอ้างเหตุผลว่าไม่เป็นไปตามระเบียบ ก.พ. ว่าด้วยการพัฒนาข้าราชการพลเรือน โดยการให้ไปศึกษาเพิ่มเติมในประเทศ พ.ศ. 2540 ข้อ 5 (1) ที่ได้กำหนดคุณสมบัติของข้าราชการที่จะไปศึกษาเพิ่มเติมในประเทศจะต้องเป็นผู้ที่พ้นกำหนดเวลาทดลองปฏิบัติหน้าที่ราชการแล้ว (6 เดือนนับจากวันเริ่มบรรจุเข้ารับราชการ)

อันเนื่องมาจากกรณีดังกล่าว ทำให้กรมสุขภาพจิตต้องหารือขอผ่อนผันการปฏิบัติตามระเบียบ ก.พ. ดังกล่าวอีกครั้ง เพื่อให้กรมฯสามารถส่งแพทย์ใช้ทุนปีที่ 1 เข้ารับการฝึกอบรบแพทย์ประจำบ้านในภาคการศึกษาที่ 1 ปีการศึกษา 2545 ได้ตามเป้าหมายของโครงการแก้ไขจิตแพทย์ขาดแคลนที่กระทรวงสาธารณสุขริเริ่มไว้ โดยได้ทำหนังสือหารือไปตั้งแต่วันที่ 27 ธันวาคม 2544 ซึ่งเป็นระยะเวลาก่อนการส่งแพทย์ใช้ทุนไปเข้ารับการศึกษาฝึกอบรบแพทย์ประจำบ้าน แต่ปรากฏว่าสำนักงาน ก.พ.ได้ตอบข้อหารือกลับมายังกรมสุขภาพจิตในวันที่ 21 สิงหาคม 2545 โดยแจ้งผลการพิจารณาในลักษณะเดียวกันกับหนังสือตอบข้อหารือเกี่ยวกับการขอยกเว้นการปฏิบัติตามระเบียบ ก.พ. ของสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งช่วงเวลาที่กรมสุขภาพจิตรับทราบผลการวินิจฉัยข้อหารือของสำนักงาน ก.พ. นั้น เป็นช่วงเปิดภาคการศึกษาของแพทย์ใช้ทุนกลุ่มดังกล่าวแล้ว ดังนั้น เพื่อไม่ให้เสียประโยชน์กับทางราชการและกลุ่มแพทย์ใช้ทุน กรมสุขภาพจิตจึงได้ส่งแพทย์กลุ่มดังกล่าวเข้ารับการอบรบแพทย์ประจำบ้านในสาขาวิชาจิตเวชศาสตร์ และจิตเวชศาสตร์เด็กและวัยรุ่น ประจำปีการศึกษา 2545

อนึ่ง การที่กระทรวงสาธารณสุขและกรมสุขภาพจิตไม่เคยหารือถึงปัญหาข้อขัดแย้งในเรื่องระเบียบฯของการส่งแพทย์ใช้ทุนปีที่ 1 ไปเข้ารับการศึกษาฝึกอบรบแพทย์ประจำบ้านสาขาวิชาจิตเวชศาสตร์ และจิตเวชศาสตร์เด็กและวัยรุ่น โดยที่ยังไม่พ้นการทดลองปฏิบัติราชการนั้น เนื่องจากได้ถือปฏิบัติตามแนวการตอบข้อหารือที่สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขได้สอบถามต่อ

สำนักงาน ก.พ. เรื่อง การทดลองปฏิบัติหน้าที่ราชการของนายชุตินา สัมปทานรักษ์ ตามหนังสือสำนักงาน ก.พ. ที่ นร 0703 / 748 ลงวันที่ 18 พฤษภาคม 2533 ที่กระทรวงฯขอทำความตกลงกับ ก.พ. กำหนดเวลาทดลองปฏิบัติหน้าที่ราชการให้แก่ข้าราชการรายนี้ ภายหลังจากการสำเร็จการศึกษาแพทย์ประจำบ้านสาขาจิตเวชศาสตร์ โดยที่ข้าราชการผู้นี้ได้ลาไปศึกษาแพทย์ประจำบ้านในสาขาดังกล่าวในขณะที่มีเวลาปฏิบัติราชการไม่ครบ 6 เดือน (บรรจุ 3 เมษายน 2533 และลาศึกษาตั้งแต่วันที่ 1 มิถุนายนปีเดียวกัน) ในทำนองเดียวกันกับแพทย์ใช้ทุนปีที่ 1 ในโครงการแก้ไขปัญหาการขาดแคลนจิตแพทย์ที่กระทรวงฯได้ดำเนินการระหว่างปี 2541 - 2545 ซึ่ง ก.พ.ได้พิจารณาให้แนวทางในการนับระยะเวลาการทดลองปฏิบัติหน้าที่ราชการ กล่าวคือ ให้ผู้บังคับบัญชาอาจนับระยะเวลาการทดลองปฏิบัติหน้าที่ราชการในตำแหน่งที่ได้รับแต่งตั้งต่อเนื่องกันหรือไม่ต่อเนื่องกัน หรือให้นำเวลาทดลองปฏิบัติหน้าที่ราชการในตำแหน่งเดียวกันในแต่ละช่วงมานับรวมต่อกันเพื่อให้ครบ 6 เดือนได้ และกระทรวงสาธารณสุขโดยกรมสุขภาพจิตซึ่งเป็นส่วนราชการต้นสังกัดของจิตแพทย์ในโครงการฯได้ใช้วิธีการปฏิบัติดังกล่าวในการประเมินผลการทดลองปฏิบัติราชการของจิตแพทย์กลุ่มนี้มาโดยลำดับ

ประเด็นปัญหาที่เกิดขึ้นจากการพิจารณาไม่ยกเว้นการปฏิบัติตามระเบียบ ก.พ.ข้อ 5 (1) นั้น คงเกิดขึ้นจากความพยายามในการแก้ไขปัญหาการขาดแคลนแพทย์เฉพาะทางใน 4 สาขาวิชาของสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข คือ สาขาพยาธิวิทยาทั่วไปและสาขาพยาธิวิทยากายวิภาค สาขานิติเวชศาสตร์ สาขาเวชศาสตร์ครอบครัว และสาขาวิชาจิตเวชศาสตร์หรือสาขาวิชาจิตเวชศาสตร์เด็กและวัยรุ่น ซึ่งแม้จะเป็นการหารือเพื่อแก้ปัญหาในส่วนของสำนักงานปลัดฯ แต่ผลการพิจารณาของสำนักงานก.พ.ดังกล่าวก็ส่งผลกระทบเป็นอุปสรรคต่อการขยายระยะเวลาดำเนินการโครงการแก้ไขปัญหาการขาดแคลนจิตแพทย์ที่ได้วางแผนไว้ เพราะการหารือในเรื่องดังกล่าวครอบคลุมถึงสาขาวิชาจิตเวชศาสตร์ทั้งสองสาขาวิชาด้วย

ดังนั้น กระทรวงสาธารณสุขจึงขอเสนอประเด็นข้อพิจารณาของสำนักงาน ก.พ. ที่ไม่ยกเว้นหรือผ่อนผันการปฏิบัติตามระเบียบ ก.พ. ว่าด้วยการพัฒนาข้าราชการพลเรือน โดยการให้ไปศึกษาเพิ่มเติมในประเทศ พ.ศ. 2540 ข้อ 5 (1) ที่กำหนดให้ข้าราชการที่จะไปศึกษาเพิ่มเติมในประเทศต้องมีคุณสมบัติเป็นผู้ที่พ้นกำหนดเวลาทดลองปฏิบัติหน้าที่ราชการแล้ว โดยขอให้คณะกรรมการพิจารณาอนุมัติในหลักการเป็นกรณีพิเศษให้นับระยะเวลาการทดลองปฏิบัติหน้าที่ราชการในตำแหน่งที่ได้รับแต่งตั้งต่อเนื่องกัน หรือไม่ต่อเนื่องกัน หรือให้นำเวลาทดลองปฏิบัติหน้าที่ราชการในตำแหน่งเดียวกันในแต่ละช่วงมานับรวมต่อกันเพื่อให้ครบ 6 เดือนได้ ตามที่ ก.พ. ได้เคยวินิจฉัยและให้แนวทางปฏิบัติไว้ในกรณีของการหารือ เรื่อง การทดลองปฏิบัติหน้าที่ราชการของนายชุตินา สัมปทานรักษ์ ดังที่

ได้นำเสนอไว้ข้างต้น เพื่อที่กระทรวงสาธารณสุขจะได้ขยายระยะเวลาการดำเนินโครงการแก้ไขภาวะขาดแคลนจิตแพทย์ และแพทย์ในสาขาวิชาอื่นๆ ได้ต่อไป

หลักการและเหตุผลความจำเป็น

ในการขยายระยะเวลาโครงการแก้ไขจิตแพทย์ขาดแคลน

ปัจจัยแวดล้อมที่มีผลต่อสุขภาพจิตและสถานการณ์ด้านสุขภาพจิต

จากการวิเคราะห์สถานการณ์และแนวโน้มของการดำเนินงานด้านสุขภาพจิต จะพบว่า ปัจจัยแวดล้อมต่างๆ ที่มีผลต่อสุขภาพจิตของประชาชนต่างก็ส่งแรงผลักดันให้เกิดความต้องการ การบริการด้านการส่งเสริม ป้องกัน บำบัดและฟื้นฟูสุขภาพจิตทั้งสิ้น ไม่ว่าจะเป็นโครงสร้างของ ประชากรที่มีสัดส่วนของผู้สูงอายุเพิ่มขึ้น ซึ่งจากการสำรวจของสำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัยพบว่าผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไปกว่าร้อยละ 50 มีอาการแสดงถึงภาวะสุขภาพจิตที่ไม่ดี หงุดหงิด น้อยใจ และวิตกกังวล หรือปัญหาภาวะวิกฤตเศรษฐกิจที่ถดถอยอย่างรุนแรงตั้งแต่ช่วงปี 2540 เป็นต้นมาก็ทำให้ ประชาชนเป็นจำนวนมากถูกปลดออกจากงาน เกิดภาวะการว่างงาน รายได้ไม่พอกับค่าใช้จ่าย และ ส่งผลโดยตรงให้เกิดความเครียดและมีคิอดอยากฆ่าตัวตายสูงขึ้นในกลุ่มผู้ว่างงาน ผลกระทบของวิกฤต เศรษฐกิจเหล่านี้ยังขยายผลต่อเนื่องในทางลบทำให้โอกาสทางการศึกษาของเด็กกลุ่มหนึ่งที่ผู้ปกครอง ตกลงงานต้องออกจากโรงเรียนและเข้าสู่ระบบแรงงานเร็วกว่าที่ควรจะเป็นหรือตามเกณฑ์ที่กฎหมาย กำหนด ซึ่งทำให้เด็กและเยาวชนกลุ่มนี้ตกอยู่ในภาวะด้อยโอกาสและเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาสุขภาพจิต ตามมาได้ นอกจากนี้ระบบการศึกษาในสังคมไทยที่ยังมุ่งเน้นการท่องจำมากกว่าการสอนให้ฝึกรู้จัก คิดเอง แก้ปัญหาด้วยตนเองก็ไม่ได้เตรียมความพร้อมให้เด็กรู้จักกลั่นกรองข้อมูลข่าวสารอย่างรู้เท่าทัน และอาจถูกชักจูงให้เกิดพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์ เช่น การติดยาเสพติด ก่ออาชญากรรม และปัญหา สังคมอื่นๆ

การเปลี่ยนแปลงทางเศรษฐกิจอย่างรวดเร็วนี้ไม่เพียงแต่จะส่งผลกระทบต่อระบบ การเรียนรู้ของเยาวชนเท่านั้น ยังมีอิทธิพลต่อค่านิยม ความเชื่อ และแบบแผนในการดำเนินชีวิตของ คนไทย เป็นที่รู้กันทั่วไปว่ากระแสโลกาภิวัตน์และบทบาทของสื่อมวลชนในสังคมได้หล่อหลอมให้ คนไทยมีค่านิยมแบบวัตถุนิยม ให้ความสำคัญกับการบริโภค “รูปแบบ” มากกว่า “เนื้อหา” เน้นรสนิยม มากกว่าอรรถประโยชน์ที่แท้จริง เกิดการเอารัดเอาเปรียบ แสวงหาอำนาจเงินกันมากขึ้น จะเห็นได้จาก ความห่างของคนไทยจากศีลธรรม คุณธรรม และจริยธรรมที่มีมากขึ้นเรื่อยๆ และก่อให้เกิดปัญหาสังคม และสุขภาพจิตอย่างเลื่องไม่ไ้ ยิ่งไปกว่านั้นสิ่งแวดล้อมทางกายภาพยังเป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่สำคัญต่อ

สภาวะสุขภาพจิตของคนไทย ปัญหาสุขภาพจิตด้านต่างๆที่ยังมิได้รับการแก้ไข เช่น อากาศ น้ำ ดิน หรือ แม้แต่เสียงก็สามารถส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของประชาชนที่ด้อยลง ทำให้เกิดโรคภัยไข้เจ็บ และ ภาวะเครียดได้

สภาพการณ์ของปัญหาสุขภาพจิตที่คนไทยต้องเผชิญดังที่กล่าวไปแล้วข้างต้น สะท้อนให้เห็นได้อย่างชัดเจนจากอัตราผู้ป่วยจิตเวชต่อแสนคนของประชากรที่เพิ่มขึ้นในเกือบทุกโรคและ สภาพปัญหา โดยเฉพาะอย่างยิ่งโรคจิตที่ต้องอาศัยความรู้ความชำนาญเฉพาะทางในสาขาวิชาจิตเวช ของจิตแพทย์ในการแก้ไขปัญหาดังกล่าวได้จากการเปรียบเทียบข้อมูลในช่วงปี พ.ศ. 2536 – 2537 (ที่เป็น ช่วงระยะเวลาก่อนเริ่มโครงการแก้ไขปัญหาดิจิตแพทย์ขาดแคลน ของกระทรวงสาธารณสุข) และข้อมูล ในช่วงปี พ.ศ. 2543 – 2544 ตามตารางที่นำมาแสดงไว้ด้านล่าง

ตารางที่ 1 แสดงอัตราผู้ป่วยนอกจิตเวชต่อแสนประชากรของกระทรวงสาธารณสุข จำแนกตาม ประเภทโรค / สภาพปัญหาทั่วประเทศ ปีงบประมาณ 2536 – 2537

ประเภทโรค / สภาพปัญหา	ปี 2536 (คน / แสนประชากร)	ปี 2537 (คน / แสนประชากร)
โรค		
1. โรคจิต	174.45	245.46
2. โรควิตกกังวล	706.65	835.74
3. โรคซึมเศร้า	31.40	33.76
4. ภาวะปัญญาอ่อน	10.49	13.25
5. โรคลมชัก	106.60	119.31
สภาพปัญหา		
6. การคิดสารเสพติด	79.79	115.50
7. การฆ่าตัวตาย / พยายามฆ่าตัวตาย	28.85	45.02
8. ปัญหาสุขภาพจิตอื่นๆ	418.91	428.92

ที่มา สำนักนโยบายและแผนสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข รายงานการปฏิบัติงานประจำปี
(รง 402) 2536 - 3537

**ตารางที่ 2 แสดงจำนวนผู้ป่วยนอกจิตเวชและอัตราผู้ป่วยต่อแสนประชากรของกระทรวงสาธารณสุข
จำแนกตามประเภทโรค / สภาพปัญหาทั่วประเทศ ปีงบประมาณ 2543 – 2544**

ประเภทโรค / สภาพปัญหา	ปี 2543		ปี 2544	
	จำนวนคน	อัตราต่อแสน ประชากร	จำนวนคน	อัตราต่อแสน ประชากร
โรค				
1. โรคจิต	279,085	451.02	323,730	519.56
2. โรควิตกกังวล	502,630	812.28	483,513	775.99
3. โรคซึมเศร้า	80,673	130.37	59,133	94.90
4. ภาวะปัญญาอ่อน	32,472	52.48	32,222	51.71
5. โรคลมชัก	92,728	149.85	113,713	182.50
สภาพปัญหา				
6. การคิดสารเสพติด	79,002	127.67	115,844	185.92
7. การฆ่าตัวตาย / พยายาม ฆ่าตัวตาย	19,011	30.72	22,684	36.41
8. ปัญหาสุขภาพจิตอื่นๆ	257,429	416.02	220,420	353.75
รวมทั้งหมด	1,343,030	2,170.41	1,371,259	2,200.74

ที่มา : สำนักนโยบายและแผนสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข

กรมการปกครอง กระทรวงมหาดไทย (จำนวนประชากร)

- จำนวนประชากร ปี 2543 61,878,746 คน

- จำนวนประชากร ปี 2544 62,308,887 คน

กองแผนงาน กรมสุขภาพจิต

ตารางที่ 3 แสดงจำนวนผู้ป่วยนอกและอัตราผู้ป่วยต่อแสนประชากร จำแนกตามประเภทโรคและสภาพปัญหาในแต่ละภาคของประเทศไทย ปีงบประมาณ 2544

ประเภทโรค / สภาพปัญหา	ภาคกลาง (เขต 1 – 4)		ภาคตะวันออก เฉิงเหนือ (เขต 5 – 7)		ภาคเหนือ (เขต 8 – 10)		ภาคใต้ (เขต 11 – 12)		รวม	
	จำนวนคน	อัตรา * ต่อแสน ประชากร	จำนวนคน	อัตรา * ต่อแสน ประชากร	จำนวนคน	อัตรา * ต่อแสน ประชากร	จำนวนคน	อัตรา* ต่อแสน ประชากร	จำนวนคน	อัตรา ** ต่อแสน ประชากร
โรค										
1. โรคจิต	67,876	333.06	146,612	682.11	78,799	649.91	30,443	366.27	323,730	519.56
2. โรควิกกักงวล	84,660	415.42	254,862	1,185.75	90,616	747.38	53,375	642.18	483,513	775.99
3. โรคซึมเศร้า	15,405	75.59	24,235	112.75	12,486	102.98	7,007	84.3	59,133	94.90
4. ภาวะปัญห่อ่อน	8,442	41.42	10,773	50.12	8,836	72.87	4,171	50.18	32,222	51.71
5. โรคลมชัก	17,041	83.62	53,592	249.33	30,416	250.86	12,664	152.37	113,713	182.50
สภาพปัญหา										
6. การคิดสารเสพติด	55,305	271.38	27,523	128.05	19,982	164.8	13,034	156.82	115,844	185.92
7. การฆ่าตัวตาย / พยายาม ฆ่าตัวตาย	7,459	36.6	4,215	19.61	8,601	70.93	2,409	28.98	22,684	36.41
8. ปัญหาสุขภาพจิตอื่นๆ	50,058	245.63	120,967	562.8	28,084	231.63	21,311	256.4	220,420	353.75
รวมทั้งหมด	306,246	1,502.72	642,779	2,990.52	277,820	2,291.36	144,414	1,737.5	1,371,259	2,200.74

ที่มา สำนักนโยบายและแผนสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข / กรมการปกครอง กระทรวงมหาดไทย / กองแผนงาน กรมสุขภาพจิต

หมายเหตุ * คิคคำนวณจากฐานข้อมูลของประชากรในแต่ละภาค (ภาคกลาง-รวมกวม. 20,379,214 คน ภาคตะวันออกเฉิงเหนือ 21,493,681 คน ภาคเหนือ 12,124,425 คน และภาคใต้ 8,311,567 คน และ

** คิคคำนวณจากฐานข้อมูลของประชากรทั้งหมดในปี 2544 จำนวน 62,308,887 คน

วิสัยทัศน์ พันธกิจ เป้าหมาย และยุทธศาสตร์การดำเนินงานสุขภาพจิต

ในขณะที่วิสัยทัศน์การพัฒนาสุขภาพจิตประชาชนตามนโยบายรัฐบาลในช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 9 ได้มุ่งให้ประชาชนมีความตระหนักและสามารถดูแลสุขภาพจิตของตนเอง ครอบครัว และชุมชนได้ รวมทั้งสามารถเข้าถึงบริการสุขภาพจิตที่มีมาตรฐานอย่างเสมอภาค และเป็นธรรม โดยให้กรมสุขภาพจิต มีหน้าที่ผลิต พัฒนา และถ่ายทอดองค์ความรู้ เทคโนโลยีด้านสุขภาพจิต เพื่อให้บริการที่ได้มาตรฐานและคุณภาพสู่ประชาชน ให้มีความตระหนัก และสามารถดูแลสุขภาพจิตของตนเอง ครอบครัว และชุมชนอย่างเสมอภาคและเป็นธรรม

จากกรอบความคิดดังกล่าว กรมสุขภาพจิตและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขได้ร่วมกันกำหนดเป้าหมายของการดำเนินงานเพื่อป้องกันและแก้ไขปัญหาสุขภาพจิตเมื่อสิ้นแผนพัฒนาสุขภาพจิตในช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 9 และแผนยุทธศาสตร์หลักในการดำเนินการด้านสุขภาพจิต ดังนี้

เป้าหมายการดำเนินงานสุขภาพจิต

1. เพื่อลดอัตราป่วยทางจิตของประชาชน โดย
 - 1.1 ลดอัตราป่วยด้วยโรคจิตจากเดิมร้อยละ 1.8 ให้เหลือไม่เกินร้อยละ 1.7
 - 1.2 ลดอัตราป่วยด้วยภาวะปัญญาอ่อนจากเดิมร้อยละ 1.3 ให้เหลือไม่เกินร้อยละ 1.2
2. เพื่อลดปัญหาสุขภาพจิตของประชาชน โดย
 - 2.1 ลดปัญหาความเครียดของประชาชนจากเดิมร้อยละ 57.8 ให้เหลือไม่เกินร้อยละ 50
 - 2.2 ลดปัญหาการพยายามฆ่าตัวตาย หรือการฆ่าตัวตายของประชาชนจากเดิมร้อยละ 35.22 ให้เหลือไม่เกิน 33.50 ต่อประชากรแสนคน
 - 2.3 ลดปัญหาการคิดสารเสพติดจากเดิมร้อยละ 5.6 ให้เหลือไม่เกินร้อยละ 5.3
3. เพื่อให้ประชาชนเข้าถึงบริการสุขภาพจิตอย่างทั่วถึงและเป็นธรรม โดย
 - 3.1 ให้บริการสุขภาพจิตที่มีคุณภาพตามเกณฑ์มาตรฐาน
 - 3.2 ประชาชนที่เจ็บป่วยได้รับการรักษา / ฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตอย่างครอบคลุม

หมายเหตุ ตัวเลขที่นำมาคำนวณเป้าหมายการดำเนินงานสุขภาพจิตนั้นเกิดจากการใช้ฐานข้อมูลการสำรวจภาวะสุขภาพจิตคนไทยระดับจังหวัด ระบาดวิทยาความคิดปกติทางจิต ภาวะสุขภาพจิตของประชาชนในภาวะวิกฤต และการให้บริการผู้ป่วยทางจิตในสถานบริการทางจิตเวชของหน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข มีฐานข้อมูลผู้ป่วยที่มารับบริการเท่านั้น

ยุทธศาสตร์หลักในการดำเนินงานสุขภาพจิต

1. สร้างระบบการส่งผ่านความรู้สุขภาพจิตแก่ประชาชน โดยการพัฒนารูปแบบและระบบการสื่อสารข้อมูลด้านสุขภาพจิตให้แก่ประชาชนและสังคมในวงกว้าง
2. พัฒนาองค์ความรู้ด้านสุขภาพจิต โดยการสนับสนุนและส่งเสริมการศึกษาวิจัยและพัฒนาองค์ความรู้ด้านสุขภาพจิต และเป็นศูนย์กลางการศึกษา วิเคราะห์ และวิจัยระบบสุขภาพจิตของภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้
3. พัฒนาเครือข่ายสุขภาพจิตในชุมชน ด้วยการสร้างกลไกการมีส่วนร่วมของประชาชนและองค์กรในชุมชนให้เกิดความตื่นตัวและตระหนักถึงความสำคัญของสุขภาพจิต และส่งเสริมบทบาทของเครือข่ายภาครัฐและเอกชนในการดำเนินงานสุขภาพจิต
4. พัฒนาระบบบริการสุขภาพจิต โดยใช้การบูรณาการงานสุขภาพจิตเข้ากับระบบบริการสุขภาพและระบบบริการทางสังคมอื่นๆ เช่น ระบบการศึกษา และระบบการประสาชงเคราะห์ รวมทั้งพัฒนามาตรฐาน คุณภาพและหลักประกันในการบริการสุขภาพจิตของสถานบริการสาธารณสุขให้มีประสิทธิภาพ
5. พัฒนานุคลากรด้านสุขภาพจิตให้มีความรอบรู้ในวิชาชีพสุขภาพจิตและมีความเชี่ยวชาญในการนำความรู้ไปปฏิบัติจริง
6. พัฒนาระบบบริหารจัดการองค์กร โดยการปรับบทบาท ภารกิจและโครงสร้างองค์กรให้สอดคล้องกับนโยบายการปฏิรูประบบราชการ และจัดระบบการจัดการด้านข้อมูลข่าวสารที่เอื้อประโยชน์ต่อการดำเนินงาน

เมื่อสังเคราะห์ข้อมูลจากการวิเคราะห์สถานการณ์และแนวโน้มการดำเนินงานสุขภาพจิต วิสัยทัศน์ พันธกิจ เป้าหมาย และยุทธศาสตร์ในการดำเนินงานสุขภาพจิตในช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 9 แล้ว จะเห็นได้ว่าภาระงานสุขภาพจิตนั้นมีได้จำกัดอยู่แค่การให้การบริการส่งเสริม ป้องกัน บำบัด และฟื้นฟูสุขภาพจิตของประชาชนที่มีความต้องการเพิ่มสูงขึ้นเรื่อยๆ เท่านั้น การดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญหาสุขภาพจิตยังครอบคลุมไปถึงการพัฒนาองค์ความรู้ทางด้านสุขภาพจิต การสร้างระบบการถ่ายทอดความรู้ดังกล่าวเพื่อนำไปประยุกต์ใช้ การพัฒนาเครือข่ายในการดำเนินงาน และที่สำคัญอย่างยิ่งหย่อนไปกว่ากัน คือ การสร้างมาตรฐานและคุณภาพในการให้บริการด้านสุขภาพจิตในสถานบริการ ซึ่งต้องอาศัยการพัฒนาบุคลากรและรูปแบบการบริหารจัดการที่มีประสิทธิภาพควบคู่กันไป

อย่างไรก็ตาม ผลการดำเนินงานในการให้บริการผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพจิตของ กรมสุขภาพจิต ซึ่งมีฐานะเป็นส่วนราชการที่มีหน้าที่โดยตรงในการรับผิดชอบดำเนินงานด้านสุขภาพจิต ให้บรรลุเป้าหมายและพันธกิจที่ได้กำหนดไว้ ได้แสดงให้เห็นว่า สมรรถนะในการดำเนินงานให้บริการ ป้องกัน บำบัด รักษา และฟื้นฟูผู้ป่วยจิตเวชของกรมสุขภาพจิตนั้นเป็นเพียงแค่ 1 ใน 4 (โดยเฉลี่ย) ของ การให้บริการในลักษณะเดียวกันของสถานบริการทั้งหมดในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ดังข้อมูลที่ได้ นำมาแสดงในตารางด้านล่าง

ตารางที่ 4 แสดงจำนวนผู้ป่วยนอกจิตเวชที่ได้เข้ารับการบำบัด รักษา และฟื้นฟูในสถานบริการสังกัด กรมสุขภาพจิต และสัดส่วนของผู้ป่วยดังกล่าวต่อผู้ป่วยด้านสุขภาพจิตทั่วประเทศ จำแนก ตามประเภทโรค / สภาพปัญหา ปีงบประมาณ 2543 - 2544

ประเภทโรค / สภาพปัญหา	ปี 2543		ปี 2544	
	จำนวนผู้ป่วย ที่ได้รับบริการจาก กรมฯ	ร้อยละต่อจำนวน ผู้ป่วยทั้ง ประเทศ*	จำนวนผู้ป่วย ที่ได้รับบริการจาก กรมฯ	ร้อยละต่อจำนวน ผู้ป่วยทั้ง ประเทศ*
โรค				
1. โรคจิต	134,601	48.23	141,696	43.77
2. โรควิตกกังวล	69,333	13.79	69,756	14.43
3. โรคซึมเศร้า	19,193	23.79	23,354	39.49
4. ภาวะปัญญาอ่อน	8,604	26.50	10,573	32.81
5. โรคลมชัก	11,611	12.52	10,649	9.36
สภาพปัญหา				
6. การคิดสารเสพติด	23,057	29.19	27,364	23.62
7. การฆ่าตัวตาย / พยายาม ฆ่าตัวตาย	160	0.84	629	2.77
8. ปัญหาสุขภาพจิตอื่นๆ	31,351	12.18	36,205	16.43
รวมทั้งหมด	297,910	22.18**	320,226	23.35**

ที่มา กองแผนงาน กรมสุขภาพจิต

*คิดคำนวณต่อฐานข้อมูลจำนวนผู้ป่วยนอกจิตเวชที่มารับบริการของกระทรวงสาธารณสุขในแต่ละโรค

**คิดคำนวณต่อฐานข้อมูลจำนวนผู้ป่วยนอกจิตเวชที่มารับบริการของกระทรวงสาธารณสุขทั้งหมด

ตารางที่ 5 แสดงจำนวนผู้ป่วยนอกจิตเวชที่ได้เข้ารับการบำบัด รักษา และฟื้นฟูในสถานบริการสังกัด กรมสุขภาพจิต และสัดส่วนของผู้ป่วยดังกล่าวต่อผู้ป่วยด้าน
สุขภาพจิตทั้งหมด จำแนกตามประเภทโรค / สภาพปัญหาในแต่ละภูมิภาคของประเทศ ปีงบประมาณ 2544

ประเภทโรค / สภาพปัญหา	ภาคกลาง (เขต 1 – 4)		ภาคตะวันออก เฉิงเหนือ (เขต 5 – 7)		ภาคเหนือ (เขต 8 – 10)		ภาคใต้ (เขต 11 – 12)		รวม	
	จำนวน ผู้ป่วยที่ได้ รับบริการ จากกรมฯ	ร้อยละ * จำนวนผู้ป่วย ในภูมิภาค	จำนวน ผู้ป่วยที่ได้ รับบริการ จากกรมฯ	ร้อยละ * จำนวนผู้ป่วย ในภูมิภาค	จำนวน ผู้ป่วยที่ได้ รับบริการ จากกรมฯ	ร้อยละ * จำนวนผู้ป่วย ในภูมิภาค	จำนวน ผู้ป่วยที่ได้ รับบริการ จากกรมฯ	ร้อยละ * จำนวนผู้ป่วย ในภูมิภาค	จำนวน ผู้ป่วยที่ได้ รับบริการ จากกรมฯ	ร้อยละ ** จำนวนผู้ป่วย ทั่วประเทศ
โรค										
1. โรคจิต	29,915	44.07	72,790	49.65	29,537	37.48	9,454	31.05	141,696	43.77
2. โรควิตกกังวล	8,969	10.59	36,902	14.48	19,411	21.42	4,474	8.38	69,756	14.43
3. โรคซึมเศร้า	6,124	39.75	10,951	45.19	4,251	34.04	2,028	28.94	23,354	39.49
4. ภาวะปัญญาอ่อน	2,699	31.97	1,734	16.09	5,800	65.64	340	8.15	10,573	32.81
5. โรคลมชัก	1,354	7.95	6,699	12.50	1308	4.30	1,288	10.17	10,649	9.36
สภาพปัญหา										
6. การคิดสารเสพติด	5,096	9.21	14,654	53.24	7,341	36.74	273	2.09	27,364	23.62
7. การฆ่าตัวตาย / พยายาม ฆ่าตัวตาย	79	1.06	542	12.86	5	0.06	3	0.12	629	2.77
8. ปัญหาสุขภาพจิตอื่นๆ	9,562	19.10	21,263	17.58	5,023	17.89	357	1.68	36,205	16.43
รวมทั้งรวม	63,798	20.83	165,535	25.75	72,676	26.16	18,217	12.61	320,226	23.35

ที่มา กองแผนงาน กรมสุขภาพจิต หมายเหตุ * คิดคำนวณจากฐานข้อมูลจำนวนผู้ป่วยสุขภาพจิตทั้งหมดในแต่ละภูมิภาค ** คิดคำนวณจากฐานข้อมูลจำนวนผู้ป่วยสุขภาพจิตทั่วประเทศ

ทรัพยากรบุคคลด้านสุขภาพจิต (จิตแพทย์)

หากจะวิเคราะห์ต่อไปถึงสาเหตุที่สมรรถนะขององค์กร(กรมสุขภาพจิต)ในการให้บริการด้านสุขภาพจิตจำกัดอยู่ที่ประมาณร้อยละ 25 ของจำนวนผู้ป่วยจิตเวชทั่วประเทศนั้น คงจะต้องพิจารณาจากปัจจัยในเรื่องทรัพยากรด้านสุขภาพจิต ซึ่งประกอบด้วย บุคลากร จำนวนเตียงจิตเวช งบประมาณ และเทคโนโลยีด้านสุขภาพจิต โดยในที่นี้จะขอกล่าวถึงบุคลากรด้านสุขภาพจิต เฉพาะกลุ่มวิชาชีพจิตแพทย์ที่กำลังอยู่ในภาวะขาดแคลน และมีสัดส่วนในการทดแทนไม่สมดุลกันกับภาระงานด้านการดำเนินงานด้านสุขภาพจิตในปัจจุบันที่นับวันจะทวีปริมาณและความซับซ้อนของงานมากขึ้น ทั้งงานในด้านการให้บริการด้านการแพทย์และงานพัฒนาองค์ความรู้ เทคโนโลยีสุขภาพจิตควบคู่ไปกับการสร้างคุณภาพและมาตรฐานการให้บริการ ซึ่งจากข้อมูลที่น่ามาแสดงในด้านล่างนี้ จะสามารถอนุมานได้ว่าจำนวนจิตแพทย์ที่มีอยู่ในประเทศไทย และในกรมสุขภาพจิต ทั้งในภาพรวมของประเทศ และในลักษณะของการกระจายตามภูมิภาคนั้นมีสัดส่วนที่ต่ำเมื่อเปรียบเทียบกับหน่วยวัดเป็นอัตราจิตแพทย์หนึ่งคนต่อจำนวนประชากรแสนคน (อัตราต่อแสนประชากร) และนอกจากนี้ยังพบรูปแบบของการกระจุกตัวของกลุ่มจิตแพทย์ในภาคกลางของประเทศอีกด้วย

ตารางที่ 6 แสดงจำนวนจิตแพทย์ผู้ได้รับหนังสืออนุมัติบัตรและวุฒิบัตรในประเทศไทย

ระหว่างปี 2540 – 2544

ปี พ.ศ.	อัตราจิตแพทย์ ต่อแสนประชากร	จำนวนจิตแพทย์ ทั้งหมด	จิตเวชศาสตร์		จิตเวชศาสตร์ เด็กและวัยรุ่น	
			อนุมัติบัตร	วุฒิบัตร	อนุมัติบัตร	วุฒิบัตร
2540	0.60	365	89	232	32	12
2541	0.60	369	91	233	32	13
2542	0.61	377	91	240	32	14
2543	0.62	387	92	246	32	17
2544	0.66	412	92	260	37	23

ที่มา ข้อมูลการขึ้นทะเบียนอนุมัติบัตรและวุฒิบัตรสาขาวิชาจิตเวชศาสตร์ และจิตเวชศาสตร์เด็กและวัยรุ่น แพทยสภา

ตารางที่ 7 แสดงการกระจายสัดส่วนของจำนวนจิตแพทย์ในภูมิภาคต่างๆ ในปีพ.ศ. 2545

การแบ่งภาค ตามลักษณะภูมิศาสตร์	จิตแพทย์ทั้งหมด		จิตเวชศาสตร์	จิตเวชศาสตร์ เด็กและวัยรุ่น
	จำนวน	ร้อยละ		
ภาคกลาง	303	72.66	247	56
ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ	42	10.07	38	4
ภาคเหนือ	35	8.39	33	2
ภาคใต้	27	6.48	24	3
ไม่ได้ระบุภาค	10	2.40	9	1
รวม	417	100	351	66

ที่มา ข้อมูลจากการสำรวจของแพทยสภา ปี พ.ศ. 2545

ตารางที่ 8 แสดงการกระจายสัดส่วนของจำนวนจิตแพทย์ผู้ปฏิบัติงานในสังกัดกรมสุขภาพจิตในภูมิภาคต่างๆ ในปี พ.ศ. 2545

การแบ่งภาค ตามลักษณะภูมิศาสตร์	จิตแพทย์ทั้งหมด		จิตเวชศาสตร์	จิตเวชศาสตร์ เด็กและวัยรุ่น
	จำนวน	ร้อยละ		
ภาคกลาง	50	16.5 *	42	8
ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ	20	47.62 *	17	3
ภาคเหนือ	10	28.57 *	10	-
ภาคใต้	3	11.11 *	2	1
รวม	83	19.90 **	71	12

ที่มา ข้อมูลจากกองการเจ้าหน้าที่ กรมสุขภาพจิต

หมายเหตุ * คิดคำนวณจากฐานข้อมูลจำนวนจิตแพทย์ทั้งหมด (ทั้งที่ปฏิบัติงานและไม่ได้ปฏิบัติงานในสังกัดกรมสุขภาพจิต) ในแต่ละภูมิภาค

** คิดคำนวณจากฐานข้อมูลจำนวนจิตแพทย์ทั้งหมด (ทั้งที่ปฏิบัติงานและไม่ได้ปฏิบัติงานในสังกัดกรมสุขภาพจิต)

อัตราค่าจ้างจิตแพทย์

การที่จะสามารถแก้ไขปัญหาการขาดแคลนจิตแพทย์ในเชิงปริมาณให้มีจำนวนที่สมดุลและสอดคล้องกับภาระงานสุขภาพจิตในปัจจุบันได้ จะต้องรู้จำนวนจิตแพทย์ที่ต้องการจริงเพื่อให้สามารถปฏิบัติงานได้อย่างมีประสิทธิภาพและบรรลุผลสัมฤทธิ์ ทั้งนี้ โดยอาศัยหลักในการวิเคราะห์กำลังคนจากภารกิจ หน้าที่ และความรับผิดชอบ ที่ผู้รับผิดชอบด้านอัตราค่าจ้างบุคลากรสุขภาพจิตกรมสุขภาพจิตได้เคยใช้คำนวณหาอัตราค่าจ้างจำนวนจิตแพทย์ทั้งหมดที่กรมสุขภาพจิตควรจะได้รับการจัดสรร ดังมีรายละเอียดดังนี้

1. จากการศึกษาคัดส่วนการใช้เวลาการปฏิบัติงานของจิตแพทย์ในสังกัดกรมสุขภาพจิต โดยเฉลี่ย ผลปรากฏดังนี้

งานบริหาร : งานบริการ : งานวิชาการ : งานอื่นๆ เท่ากับ 27.15 : 49.44 : 21.56 : 0.12

2. โดยเฉลี่ยแล้ว จิตแพทย์ใช้เวลาในการให้บริการผู้ป่วยนอก โดยเฉลี่ย 7.58 นาที / ราย

3. จากข้อมูลในข้อ 1 และ 2 จะสามารถคำนวณหาจำนวนผู้ป่วยนอกที่จิตแพทย์ 1 คนสามารถให้บริการได้ ดังนี้

(สัดส่วนการใช้เวลาให้บริการผู้ป่วย) 49.44 X (จำนวนชั่วโมงในการทำงานต่อวัน) 7 X (นาที)60

$100 \times (\text{เวลาที่จิตแพทย์ใช้ในการให้บริการผู้ป่วยนอกต่อราย}) 7.58$

$= 27.39 \text{ ราย / วัน}$

4. โดยเฉลี่ยแล้ว จิตแพทย์ใช้เวลาในการให้บริการผู้ป่วยใน โดยเฉลี่ย 10.42 นาที / ราย

5. จากข้อมูลในข้อ 1 และ 4 จะสามารถคำนวณหาจำนวนผู้ป่วยในที่จิตแพทย์ 1 คนสามารถให้บริการได้ ดังนี้

(สัดส่วนการใช้เวลาให้บริการผู้ป่วย) 49.44 X (จำนวนชั่วโมงในการทำงานต่อวัน) 7 X (นาที)60

$100 \times (\text{เวลาที่จิตแพทย์ใช้ในการให้บริการผู้ป่วยในต่อราย}) 10.42$

$= 19.92 \text{ ราย / วัน}$

6. จากการสำรวจพบว่าการปฏิบัติงานจริงนั้น มีผู้ป่วยนอกขอรับยาเดิม หรือทำกิจกรรมบำบัดเฉลี่ยประมาณร้อยละ 40 และพบแพทย์เฉลี่ยร้อยละ 60 ของจำนวนผู้ป่วยนอก (จำนวนรายต่อวัน) ในขณะที่ มีผู้ป่วยในได้พบแพทย์เพียงร้อยละ 30 ของจำนวนผู้ป่วยใน (จำนวนรายต่อวัน)

จากหลักการดังกล่าวข้างต้น เมื่อนำมาคำนวณโดยใช้พื้นฐานข้อมูลจำนวนผู้ป่วยนอก และผู้ป่วยในที่กรมสุขภาพจิตให้บริการด้านสุขภาพจิตต่อวัน จะได้จำนวนจิตแพทย์ที่กรมสุขภาพจิตควรจะต้องได้รับจัดสรร เพื่อให้การดำเนินงานด้านสุขภาพจิตเป็นไปตามเป้าประสงค์ที่วางไว้

คงจะเห็นได้จากข้อมูลในตารางที่นำมาแสดงด้านล่าง ว่ากรมสุขภาพจิตยังขาดจิตแพทย์ในการปฏิบัติงานอยู่เป็นจำนวนมาก

ตารางที่ 9 ผลการวิเคราะห์จำนวนจิตแพทย์ที่ต้องการเปรียบเทียบกับอัตรากำลังจิตแพทย์ที่ปฏิบัติงานจริง (กรณีกรมสุขภาพจิต) ปีงบประมาณ 2545

พื้นที่การดำเนินงานสุขภาพจิต	งานผู้ป่วยนอก			งานผู้ป่วยใน			รวม จำนวน จิตแพทย์ ที่ต้องการ	จำนวน จิตแพทย์ ที่ปฏิบัติ งานจริง	จำนวน จิตแพทย์ ที่ขาด หรือ เกิน
	จำนวน ผู้ป่วย ราย / วัน	จำนวน ผู้ป่วย 60 %	จำนวน จิตแพทย์ ที่ต้องการ	จำนวน ผู้ป่วย ราย / วัน	จำนวน ผู้ป่วย 30 %	จำนวนจิต แพทย์ที่ ต้องการ			
ภาคกลาง	261	157	6	2,740	822	41	47	50	+3
ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ	676	406	16	1,061	319	16	32	20	-12
ภาคเหนือ	297	179	7	747	225	11	18	10	-8
ภาคใต้	75	45	2	820	246	12	14	3	-11
รวมทั้งหมด	1,309	787	31	5,368	1,612	80	111	83	-28

ที่มา กองการเจ้าหน้าที่ และกองแผนงาน กรมสุขภาพจิต

ผลลัพธ์ที่ได้จากการคำนวณจำนวนจิตแพทย์ที่ต้องการจริงตามหลักเกณฑ์ในการวิเคราะห์งานเป็นเพียงตัวเลขที่คิดจากมุมมองในด้านการให้บริการป้องกัน บำบัด รักษา และฟื้นฟูผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน ในสถานการณ์ปัจจุบันที่กรมสุขภาพจิตมีขีดสมรรถนะในการให้บริการผู้ป่วยได้แค่ 1 ใน 4 ของผู้ป่วยจิตเวชทั้งหมดเท่านั้น ยังมีได้นำปัจจัยเรื่องของจำนวนเป้าหมายผู้ป่วยนอกหรือผู้ป่วยในที่กรมสุขภาพจิตต้องการให้บริการด้านสุขภาพจิตเพิ่มขึ้น จำนวนผู้ป่วยที่มีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นจากสถานการณ์ด้านสุขภาพจิตในปัจจุบัน บทบาทด้านการพัฒนาองค์ความรู้ และเผยแพร่เทคโนโลยีสุขภาพจิต รวมถึงการพัฒนามาตรฐานของสถานบริการด้านสุขภาพจิต ซึ่งเป็นภารกิจที่ล้วนแต่ต้องอาศัยกลุ่มจิตแพทย์เป็นแกนนำในการดำเนินการ เข้ามาพิจารณาร่วมในการกำหนดอัตรา

บุคลากรจิตแพทย์ที่จำเป็น เนื่องจากถ้านำปัจจัยดังกล่าวเหล่านี้เข้ามาเป็นตัวแปรร่วมในการวิเคราะห์ ก็จะทำให้เห็นสภาพความรุนแรงของปัญหาการขาดแคลนจิตแพทย์มากยิ่งขึ้น

ข้อเสนอ การขยายระยะเวลาโครงการแก้ไขปัญหาด้านจิตแพทย์ในระยะที่ 2 (พ.ศ. 2546 – 2550)

จากผลการดำเนินโครงการแก้ไขปัญหาด้านจิตแพทย์ขาดแคลนในระยะแรก (พ.ศ. 2541 – 2545) นั้น ได้ผลิตผลิตคือจิตแพทย์ที่เข้าปฏิบัติงานในกรมสุขภาพจิต จำนวนทั้งหมด 36 คน(รวมทั้งที่จบการศึกษาแล้ว และยังอยู่ในระหว่างการศึกษา) ซึ่งต่ำกว่าเป้าหมายที่กำหนดไว้จริง(จำนวนโควต้าที่กรมสุขภาพจิตได้รับการจัดสรรแพทย์ใช้ทุนปีที่ 1 จากกระทรวงสาธารณสุขเพื่อส่งไปอบรมแพทย์ประจำบ้านทั้งหมด 50 คน) ถึง 14 คน และเมื่อนับรวมผู้ที่สำเร็จการศึกษาในปี 2546 – 2548 อีก 18 คน ก็ยังไม่เพียงพอต่อจำนวนจิตแพทย์ที่ต้องการขั้นต่ำเพื่อให้การรักษาพยาบาลผู้ป่วย 1 ใน 4 ของผู้ป่วยด้านสุขภาพจิตทั้งประเทศเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ ทั้งนี้การวิเคราะห์ดังกล่าวตั้งอยู่บนสมมติฐานที่ว่าแพทย์ทุกคนจบการศึกษาและเข้ารับราชการ ณ กรมสุขภาพจิต ซึ่งไม่ใช่ความเป็นจริงในทุกกรณี ดังจะเห็นได้จากปี พ.ศ. 2544 และ 2545 ที่มีแพทย์ลาออกและไม่สำเร็จการศึกษา ดังรายละเอียดในตารางด้านล่าง

ตารางที่ 10 สรุปจำนวนแพทย์ตามโครงการแก้ไขปัญหาดิจิทัลแพทย์ขาดแคลน พ.ศ. 2541 – 2545

ปีงบประมาณ / ปี ที่แพทย์สำเร็จการ ศึกษา	จำนวนโควตาที่ได้รับ จัดสรรแพทย์ใช้ทุน ปีที่ 1 จากกระทรวง สาธารณสุข	จำนวนแพทย์ผู้สนใจสมัคร เข้าโครงการ และผ่านการ คัดเลือกเข้ารับการอบรม แพทย์ประจำบ้าน	จำนวนแพทย์ที่สำเร็จ การฝึกอบรมแพทย์ ประจำบ้านและปฏิบัติ งาน ณ กรมสุขภาพจิต	หมายเหตุ
2541 (จบการศึกษา 2544)	15	13	11	ลาออก 1 คน เสียชีวิต 1 คน
2542 (จบการศึกษา 2545)	10	10	7	ลาออก 2 คน ถูกตัดสิทธิการสอบ 1 คน
2543 (จบการศึกษา 2546)	10	8	7*	บรรจุเป็นพนักงาน ของรัฐ ลาออก 1 คน
2544 (จบการศึกษา 2547)	5	5	5*	บรรจุเป็นพนักงาน ของรัฐ
2545 (จบการศึกษา 2548)	10	6	6*	บรรจุเป็นพนักงาน ของรัฐ
รวม	50	42	36	

ที่มา กองการเจ้าหน้าที่ กรมสุขภาพจิต หมายเหตุ * จำนวนแพทย์ที่คาดว่าจะสำเร็จการศึกษาและเข้าปฏิบัติงาน ณ กรมสุขภาพจิต

พิจารณาจากเหตุผลและความจำเป็นในการเพิ่มจำนวนจิตแพทย์และประเด็นปัญหาที่เกิดขึ้นในเรื่องของความขัดแย้งของระเบียบ ก.พ. ว่าด้วยการพัฒนาข้าราชการพลเรือน โดยการให้ไปศึกษาเพิ่มเติมในประเทศ พ.ศ. 2540 กับแนวทางในการส่งแพทย์ใช้ทุนปีที่ 1 ไปเข้ารับการอบรมแพทย์ประจำบ้านสาขาจิตเวชศาสตร์ และจิตเวชศาสตร์เด็กและวัยรุ่น โดยที่ผู้เข้ารับการอบรมมีคุณสมบัติไม่เข้าหลักเกณฑ์ตามระเบียบ ก.พ.กล่าวไปแล้ว คือ ไม่เป็นผู้ที่พ้นกำหนดเวลาทดลองปฏิบัติหน้าที่ราชการ กระทรวงสาธารณสุขจึงเห็นถึงความจำเป็นที่จะขอให้คณะรัฐมนตรีพิจารณาอนุมัติในหลักการ ยกเว้นการปฏิบัติตามระเบียบ ก.พ.ดังกล่าวให้กับกลุ่มแพทย์ใช้ทุนปีที่ 1 ของกระทรวงสาธารณสุขที่ลาศึกษาอบรมในหลักสูตรแพทย์ประจำบ้านสาขาจิตเวชศาสตร์และจิตเวชศาสตร์เด็กและวัยรุ่น ในโครงการแก้ไขปัญหาดิจิทัลแพทย์ขาดแคลน จำนวนปีละ 10 คน ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2546 – 2550

สรุปผลการดำเนินงานการแก้ไขปัญหาดิจิทัลแพทย์ขาดแคลน

ระหว่าง ปี 2541 - 2545

ปีงบประมาณ/ ปีที่แพทย์สำเร็จ การศึกษา	จำนวนโควตาที่ได้รับ จัดสรรแพทย์ใช้ทุน ปีที่ 1	จำนวนแพทย์ที่ผ่านการ คัดเลือกและส่งเข้าฝึกอบรม แพทย์ประจำบ้าน	จำนวนแพทย์ที่สำเร็จ การฝึกอบรมและปฏิบัติงาน ณ กรมสุขภาพจิต	หมายเหตุ
2541	15	13	11	ลาออก 1 คน
(สำเร็จ ปี 2544)				เสียชีวิต 1 คน
2542	10	10	7	ลาออก 2 คน
(สำเร็จ ปี 2545)				ไม่สำเร็จการฝึกอบรม
				1 คน
2543				
(สำเร็จ ปี 2546)	10	8	7*	ลาออก 1 คน
				บรรจุเป็นพนักงาน
				ของรัฐ
2544	5	5	5*	บรรจุเป็นพนักงาน
(สำเร็จ ปี 2547)				ของรัฐ
2545	10	6	6*	บรรจุเป็นพนักงาน
(สำเร็จ ปี 2548)				ของรัฐ
รวม	50	42	36	

หมายเหตุ : * จำนวนแพทย์ใช้ทุนที่คาดว่าจะสำเร็จการฝึกอบรมและปฏิบัติงานใช้ทุน ที่กรมสุขภาพจิต



บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ กรมสุขภาพจิต กองการเจ้าหน้าที่ โทร 9511371-2 โทรสาร 9511371

ที่ สช 0602/364๑

วันที่ 15 กันยายน 2540

เรื่อง ขออนุมัติพิจารณาปรับแพทย์ผู้ให้สัญญาของกระทรวงสาธารณสุข ปี 2541 เป็นกรณีพิเศษเพื่อแก้ไข
ปัญหาจิตแพทย์ขาดแคลน

เรียน ปลัดกระทรวงสาธารณสุข

ความเป็นมา

1. จากการประชุมเรื่อง ปัญหาสาธารณสุขกับการขาดแคลนจิตแพทย์ ครั้งที่ 1/2540 เมื่อวันที่ 6 สิงหาคม 2540 ณ ห้องประชุม 1 ชั้น 2 กระทรวงสาธารณสุข ซึ่งมีรองปลัดกระทรวงสาธารณสุข (นายแพทย์ยุทธ โพธารามิก) เป็นประธานในที่ประชุม โดยในที่ประชุมได้หาแนวทางแก้ไขปัญหาการขาดแคลนจิตแพทย์ในระยะสั้น 2 ข้อ คือ

1.1 ดำเนินการประสานกับแพทยสภา เพื่อขอให้การฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้านจากสาขาประเภทที่ 3 เป็นประเภทที่ 1

1.2 การขอสับสนับแพทย์ใช้ทุนปีที่ 1 ให้กรมสุขภาพจิต 15 คนต่อปี ตั้งแต่ปี 2541 เป็นเวลา 5 ปีติดต่อกัน

2. บัดนี้ แพทยสภาได้อนุมัติให้ปรับเปลี่ยนสาขาจิตเวชศาสตร์ และสาขาจิตเวชศาสตร์เด็กและวัยรุ่น จากประเภทที่ 3 เป็นประเภทที่ 1 (อนุมัติเป็นพิเศษเฉพาะปีการศึกษา 2541) ตามประกาศสำนักงานเลขาธิการแพทยสภา ที่ 38/2540 เรื่อง การรับสมัครแพทย์ประจำบ้าน ประจำปีการศึกษา 2541 และกรมสุขภาพจิตได้รับการจัดสรรแพทย์ทุนปีที่ 1 ในปี 2541 จำนวน 13 คน ตามมติที่ประชุมคณะกรรมการพิจารณาจัดสรรแพทย์ผู้ให้สัญญาของกระทรวงสาธารณสุข ครั้งที่ 2/2540 เมื่อวันที่ 27 สิงหาคม 2540

ข้อพิจารณา

เนื่องจากแพทยสภาได้กำหนดเวลาการรับสมัครแพทย์ประจำบ้านสาขาต่างๆ ประจำปีการศึกษา 2541 รอบที่ 1 เปิดรับสมัครวันที่ 1 - 31 ตุลาคม 2540 และเข้ารับการฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้าน ประมาณเดือนมิถุนายน 2541 แต่แพทย์ผู้ให้สัญญาของกระทรวงสาธารณสุขที่กรมสุขภาพจิตได้รับการจัดสรรในปี 2541 จำนวน 13 คน จะได้รับการบรรจุเข้ารับราชการในวันที่ 1 เมษายน 2541 ดังนั้น จะทำให้แพทย์ผู้ให้สัญญาของกระทรวงสาธารณสุขที่จะบรรจุเข้ารับราชการที่กรมสุขภาพจิตจำนวน 13 คนดังกล่าวเสียโอกาสในการสมัครเข้ารับการฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้านสาขาจิตเวชศาสตร์ และสาขาจิตเวชศาสตร์เด็กและวัยรุ่น ประจำปีการศึกษา 2541

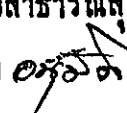
ข้อเสนอ

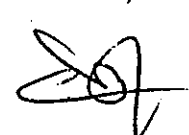
เพื่อเป็นการแก้ไขปัญหาการขาดแคลนจิตแพทย์ในระยะยาว จากการประชุมเรื่อง ปัญหา สาธารณสุขกับการขาดแคลนจิตแพทย์ ครั้งที่ 1/2540 เมื่อวันที่ 6 สิงหาคม 2540 ข้อที่ 5 ที่ระบุว่า "ดำเนินการหาสิ่งจูงใจ เพื่อให้จิตแพทย์เข้ามาในระบบมากขึ้น" จึงเห็นสมควรดำเนินการ ดังนี้

1. อนุมัติให้กรมสุขภาพจิตพิจารณารับแพทย์ผู้ให้สัญญาของกระทรวงสาธารณสุข ปี 2541 ตั้งแต่บัดนี้เป็นต้นไป เพื่อที่แพทย์ผู้ให้สัญญาของกระทรวงสาธารณสุข ปี 2541 ที่สมัครเข้ารับราชการสังกัดกรมสุขภาพจิต สามารถสมัครเข้ารับการฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้านสาขาจิตเวชศาสตร์ และสาขาจิตเวชศาสตร์เด็กและวัยรุ่น ได้ทันประจำปีการศึกษา 2541 นี้

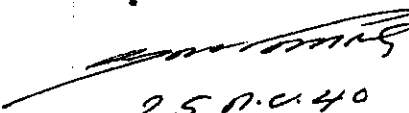
2. อนุมัติให้แพทย์ผู้ให้สัญญาของกระทรวงสาธารณสุข ปี 2541 ที่ได้รับการคัดเลือกให้ฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้านสาขาจิตเวชศาสตร์ และสาขาจิตเวชศาสตร์เด็กและวัยรุ่น ประจำปีการศึกษา 2541 ได้รับการยกเว้นไม่ต้องเข้าโครงการเพิ่มพูนทักษะฯ ทั้งนี้ระยะเวลาในการฝึกอบรมไม่นับเป็นระยะเวลาในการปฏิบัติงานชดใช้ทุน

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา หากเห็นชอบด้วยขอได้โปรดอนุมัติตามข้อเสนอดังกล่าวข้างต้นด้วย จะเป็นพระคุณ

เรียน ท่านปลัดกระทรวงสาธารณสุข
เพื่อโปรดพิจารณา 
จะเป็นพระคุณ


25 ก.ค. 40
(นายวิจารณ์ กัญญา)
ผู้อำนวยการกองกลาง


(นายปรีชา อินท)
อธิบดีกรมสุขภาพจิต

อนุมัติ 

25 ก.ค. 40

(นายยุทธ โพธารามิก)
รองปลัดกระทรวง
รักษาการแทน ปลัดกระทรวงสาธารณสุข

(สำเนา)

ระเบียบ ก.พ.

ว่าด้วยการพัฒนาข้าราชการพลเรือน โดยการศึกษาเพิ่มเติมในประเทศ

พ.ศ. ๒๕๔๐

เพื่อให้การพัฒนาข้าราชการพลเรือนโดยการศึกษาเพิ่มเติมในประเทศของ
ส่วนราชการต่าง ๆ เป็นไปในแนวทางเดียวกัน และมีเกณฑ์การพิจารณาสำหรับข้าราชการ
พลเรือนทุกคนอย่างเสมอภาคอันเป็นการพัฒนาทรัพยากรมนุษย์และเพิ่มพูนประสิทธิภาพการ
ปฏิบัติราชการให้สอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของกฎหมายว่าด้วยระเบียบข้าราชการพลเรือน
และนโยบายของทางราชการในการพัฒนาประเทศ

อาศัยอำนาจตามความในมาตรา ๘(๕) และมาตรา ๑๘ แห่งพระราชบัญญัติระเบียบ
ข้าราชการพลเรือน พ.ศ. ๒๕๓๕ ก.พ.วางระเบียบไว้ ดังต่อไปนี้

ข้อ ๑ ระเบียบนี้เรียกว่า "ระเบียบ ก.พ.ว่าด้วยการพัฒนาข้าราชการพลเรือนโดย
การศึกษาเพิ่มเติมในประเทศ พ.ศ. ๒๕๔๐"

ข้อ ๒ ระเบียบนี้ให้ใช้บังคับ ตั้งแต่วันที่ ๒๐ มีนาคม ๒๕๔๐ เป็นต้นไป

ข้อ ๓ ในระเบียบนี้

๓.๑ "ผู้บังคับบัญชาผู้มีอำนาจอนุมัติ" หมายความว่า ปลัดกระทรวงหรือ
ปลัดทบวงสำหรับสำนักงานปลัดกระทรวงหรือสำนักงานปลัดทบวง อธิบดี หัวหน้า
ส่วนราชการที่เรียกชื่ออย่างอื่นและมีฐานะเป็นกรม และให้หมายความรวมถึงรัฐมนตรี
เจ้าสังกัดในฐานะบังคับบัญชาข้าราชการบังคับบัญชาสถาน และสำนักงานเลขาธิการรัฐมนตรีด้วย

๓.๒ "ข้าราชการ" หมายความว่า ข้าราชการพลเรือน

๓.๓ "การศึกษาเพิ่มเติมในประเทศ" หมายความว่า การเพิ่มพูนความรู้
ด้วยการเรียนหรือการวิจัยตามหลักสูตรของสถาบันการศึกษาในประเทศโดยใช้เวลา
ในการปฏิบัติราชการ เพื่อให้ได้มาซึ่งปริญญาหรือประกาศนียบัตรวิชาชีพ

ข้อ ๔ การให้ข้าราชการไปศึกษาเพิ่มเติมในประเทศ ให้ผู้บังคับบัญชาผู้มีอำนาจ
อนุมัติพิจารณาถึงอัตราค่าจ้างที่มีอยู่ โดยให้มีผู้ปฏิบัติงานเพียงพอไม่ให้เกิดขาดราชการ
และไม่ต้องตั้งอัตราค่าจ้างเพิ่ม

ข้อ ๕ ข้าราชการที่จะไปศึกษาเพิ่มเติมในประเทศ ต้องมีคุณสมบัติดังนี้

(๑) เป็นผู้ที่พ้นกำหนดเวลาทดลองปฏิบัติหน้าที่ราชการแล้ว

(๒) ผู้ไปศึกษาชั้นต่ำกว่าปริญญาตรี ต้องมีอายุไม่เกิน ๓๕ ปี ผู้ไปศึกษาชั้นปริญญาตรี ต้องมีอายุไม่เกิน ๔๐ ปี ผู้ไปศึกษาชั้นที่สูงกว่าปริญญาตรี ต้องมีอายุไม่เกิน ๔๕ ปี นับถึงวันเริ่มต้นเปิดภาคการศึกษา เว้นแต่จะได้รับอนุมัติจาก ก.พ. หรือผู้ที่ ก.พ. มอบหมายเป็นกรณีพิเศษเฉพาะราย

(๓) เป็นผู้ที่ยังคงมีสุขภาพดี และผู้ว่าราชการจังหวัดหรือเทียบเท่าขึ้นไปรับรองว่าเป็นผู้ที่มีความประพฤติดี และตั้งใจปฏิบัติหน้าที่ราชการ

(๔) เป็นผู้ไม่อยู่ในระหว่างถูกตั้งกรรมการสอบสวนทางวินัยหรือถูกฟ้องคดีอาญา เว้นแต่กรณีถูกฟ้องคดีอาญาในความผิดที่ไม่อยู่ในข่ายต้องรอการเลื่อนขึ้นเงินเดือนตามกฎหมาย ก.พ. ว่าด้วยการเลื่อนขึ้นเงินเดือน

(๕) สำหรับผู้ที่เคยได้รับอนุมัติให้ไปศึกษาตามระเบียบนี้หรือระเบียบอื่นมาแล้ว จะต้องกลับมาปฏิบัติราชการภายหลังการศึกษามาแล้ว ไม่น้อยกว่า ๑ ปี

ข้อ ๖ การให้ข้าราชการไปศึกษาเพิ่มเติมในประเทศ ให้พิจารณาตามแนวทางดังต่อไปนี้

(๑) สาขาวิชาและระดับการศึกษา โดยปกติจะต้องสอดคล้องหรือเป็นประโยชน์กับงานหรือมาตรฐานกำหนดตำแหน่งที่ดำรงอยู่ตามที่ ก.พ. กำหนด เว้นแต่ข้าราชการต้องการไปศึกษาเพื่อพัฒนาตนเองและผู้บังคับบัญชาเห็นชอบด้วย

(๒) จะต้องไปศึกษาในสถาบันการศึกษาที่ทบวงมหาวิทยาลัยหรือกระทรวงศึกษาธิการให้การรับรองมาตรฐานหลักสูตรแล้ว

ข้อ ๗ ข้าราชการที่จะไปศึกษาเพิ่มเติมในประเทศ จะต้องยื่นเอกสารดังต่อไปนี้ ประกอบการพิจารณาด้วย คือ

(๑) บันทึกลงแสดงเหตุผลและความจำเป็นที่จะไปศึกษาเพิ่มเติม

(๒) หลักสูตรหรือแนวการศึกษาของสถาบันการศึกษาที่จะไปศึกษา พร้อมหนังสือตอบรับจากสถาบันการศึกษานั้น ๆ

(๓) หลักฐานการศึกษาของผู้ที่จะไปศึกษา

(๔) คำรับรองของผู้บังคับบัญชาตามข้อ ๕ (๓)

ข้อ ๘ ข้าราชการที่ได้รับอนุมัติให้ไปศึกษาเพิ่มเติมในประเทศจะต้องศึกษาให้สำเร็จภายในระยะเวลาที่สถาบันการศึกษานั้น ๆ กำหนดไว้ในแต่ละหลักสูตรการศึกษา

หากศึกษาไม่สำเร็จภายในระยะเวลาตามวรรคหนึ่ง ผู้บังคับบัญชาผู้มีอำนาจอนุมัติอาจพิจารณาขยายเวลาการศึกษาได้ตามเหตุผลความจำเป็นเฉพาะกรณีครั้งละ ๑ ภาคการศึกษา รวมแล้วไม่เกิน ๒ ครั้ง หรือไม่เกิน ๑ ปีการศึกษา

ข้อ ๙ ข้าราชการที่ได้รับอนุมัติให้ไปศึกษาเพิ่มเติมในประเทศจะต้องรายงานผลการศึกษาให้ผู้บังคับบัญชาระดับผู้อำนวยการกองหรือเทียบเท่าขึ้นไปทราบทุกภาคการศึกษาหากข้าราชการไม่รายงานผลการศึกษาโดยไม่มีเหตุอันควร ผู้บังคับบัญชาผู้มีอำนาจอนุมัติอาจพิจารณาให้ยุติการศึกษา หรือดำเนินการอย่างใดอย่างหนึ่งตามควรแก่กรณีก็ได้

ข้อ ๑๐ ให้กระทรวงทบวงกรมทำสัญญาให้ข้าราชการที่ไปศึกษาเพิ่มเติมในประเทศกลับมาปฏิบัติราชการ เป็นเวลาไม่น้อยกว่าระยะเวลาที่ใช้ในการศึกษา

ข้าราชการผู้ใดไม่กลับมาปฏิบัติราชการตามสัญญา ต้องชดใช้เงินเดือน ที่นที่ได้รับระหว่างศึกษา และเงินที่ทางราชการจ่ายช่วยเหลือ กับให้ใช้เงินอีกจำนวนหนึ่ง เท่ากับจำนวนเงินเดือน ที่น และเงินที่ทางราชการจ่ายช่วยเหลือดังกล่าวให้เป็นเบี้ยปรับแก่ทางราชการอีกด้วย

ในกรณีที่ผู้ไปศึกษาเพิ่มเติมในประเทศกลับมาปฏิบัติราชการไม่ครบกำหนดตามสัญญา ก็ให้ลดจำนวนเงินที่จะต้องชดใช้ลงตามส่วน

การทำสัญญาให้เป็นไปตามแบบและวิธีการที่กระทรวงการคลังกำหนด ตามระเบียบว่าด้วยการให้ข้าราชการไปศึกษา ฝึกอบรม ปฏิบัติการวิจัย และดูงาน ณ ต่างประเทศ โดยอนุโลม

ข้อ ๑๑ ข้าราชการที่ได้รับอนุมัติให้ไปศึกษาเพิ่มเติมในประเทศ เมื่อครบกำหนดเวลาที่ได้รับอนุมัติหรือเสร็จจากการศึกษาแล้ว จะต้องรับรายงานตัวกลับเข้าปฏิบัติราชการโดยเร็ว ทั้งนี้ ต้องไม่เกิน ๗ วัน นับตั้งแต่วันถัดจากวันที่เสร็จการศึกษา หรือวันที่ครบกำหนดเวลาที่ได้รับอนุมัติ แล้วแต่กรณี

สำหรับผู้สำเร็จการศึกษาในชั้นที่สูงกว่าปริญญาตรี จะต้องมอบวิทยานิพนธ์ หรือผลงานวิจัยให้ส่วนราชการด้วย

ข้อ ๑๒ เมื่อส่วนราชการเจ้าสังกัดมีความจำเป็นที่จะต้องให้ข้าราชการที่ไปศึกษาเพิ่มเติมในประเทศกลับเข้าปฏิบัติราชการก่อนครบกำหนดเวลาที่ได้รับอนุมัติไม่ว่าในกรณีใด ๆ ให้ข้าราชการผู้นั้นกลับเข้าปฏิบัติราชการตามคำสั่งทันที

ข้อ ๑๓ การรับเงินเดือนของข้าราชการที่ได้รับอนุมัติให้ไปศึกษาเพิ่มเติมในประเทศให้เป็นไปตามกฎหมายว่าด้วยการนั้น

ข้อ ๑๔ ส่วนราชการอาจกำหนดแนวปฏิบัติ และหลักเกณฑ์เพิ่มเติมจากระเบียบนี้ เพื่อให้เหมาะสมกับการปฏิบัติงานของส่วนราชการนั้น ๆ ก็ได้ ทั้งนี้ เท่าที่ไม่ขัดหรือแย้งกับระเบียบนี้

ข้อ ๑๕ ข้าราชการผู้ใดได้รับอนุมัติให้ไปศึกษาเพิ่มเติมในประเทศก่อนวันใช้ระเบียบนี้ให้เป็นอันใช้ได้ และให้ถือว่าข้าราชการผู้นั้นได้รับอนุมัติให้ไปศึกษาเพิ่มเติมตามระเบียบนี้

ประกาศ ณ วันที่ ๒๐ มีนาคม ๒๕๔๐

พลเอก ชวลิต ยงใจยุทธ

(ชวลิต ยงใจยุทธ)

นายกรัฐมนตรี

ประธาน ก.พ

สำเนาถูกต้อง

วิภาดา ศรีธรรมสาร

(นางวิภาดา ศรีธรรมสาร)

เจ้าหน้าที่การศึกษา ๖