

วิกฤตความขาดแคลนแพทย์ในประเทศไทย: ทิศทางและแนวโน้ม

นายแพทย์ตินกร โนรี

สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ

บทนำ

กำลังคนด้านสุขภาพ (Human Resources for Health) เป็นทรัพยากรที่มีความสำคัญในระบบสุขภาพ เป็นปัจจัยแห่งความสำเร็จหรือความล้มเหลวของการดำเนินงานด้านสุขภาพ เพราะ “คน” เป็นผู้บริหารจัดการระบบบริการสุขภาพเพื่อให้เกิดสุขภาพที่ดีขึ้นในหมู่ประชาชน ประเทศไทยประสบปัญหาการขาดแคลนบุคลากรสาธารณสุขในสาขาอาชีพต่างๆ เช่น แพทย์ พยาบาล มาอย่างยาวนาน กระทรวงสาธารณสุขในฐานะที่มีบทบาทหลักในการดูแลระบบสุขภาพของประเทศได้พยายามแก้ไขปัญหาดังกล่าวอย่างต่อเนื่อง มาตรการที่หลากหลายถูกนำมาปฏิบัติ บางมาตรการประสบผลสำเร็จ ในขณะที่อีกหลายมาตรการขาดการประเมินผลสัมฤทธิ์อย่างเป็นระบบ ทำให้วิกฤตปัญหาความขาดแคลนบุคลากรสาธารณสุขยังคงอยู่

บทความนี้มุ่งชี้ให้เห็นถึงสถานการณ์ปัญหาขาดแคลนแพทย์ของประเทศไทยในปัจจุบัน โดยการรวบรวมข้อมูลจากแหล่งต่างๆ เพื่อมุ่งหวังให้เกิดความเข้าใจในองค์ประกอบของปัญหาและมิติของสาเหตุที่หลากหลายและสามารถนำไปสู่การแก้ไขปัญหาอย่างเป็นระบบและยั่งยืนต่อไป

1. สถานการณ์ความขาดแคลนแพทย์

วิชาชีพแพทย์ได้มีบทบาทสำคัญในระบบสุขภาพของประเทศไทยมาอย่างยาวนาน แพทย์เป็นปัจจัยหนึ่งที่กำหนดความต้องการการใช้ทรัพยากรอื่นๆ ทั้งในด้านบุคคลากรประเภทต่างๆ ที่ต้องทำงานเกี่ยวพันกัน ตลอดจนเวชภัณฑ์และเครื่องมือ เทคโนโลยีทางการแพทย์

ปัญหาความขาดแคลนแพทย์ในประเทศไทยเป็นปัญหาที่ต่อเนื่องและเรื้อรังมานานเป็นผลให้เกิดสภาพ “คอขวด” ในระบบบริการสุขภาพ อันเป็นอุปสรรคสำคัญในการบรรลุเป้าหมายการมีสุขภาพที่ดีของประชาชน แม้ว่าภาครัฐโดยเฉพาะกระทรวงสาธารณสุขได้มีมาตรการต่างๆ อย่างต่อเนื่องในการแก้ไขปัญหาความขาดแคลนแพทย์ แต่ปัญหาดังกล่าวก็ยังคงดำรงอยู่และมีแนวโน้มที่รุนแรงมากขึ้นในอนาคต จากปัจจัยแวดล้อมต่างๆ ที่เปลี่ยนแปลงตลอดเวลา

เมื่อมองปัญหาความขาดแคลนแพทย์ในภาพรวม จะมีปรากฏการณ์ที่ต้องคำนึงถึงใน 2 นัยยะ นัยยะแรกคือปัญหาของจำนวนแพทย์ที่ไม่เพียงพอต่อความต้องการด้านสุขภาพของประชาชนที่เพิ่มขึ้น และนัยยะที่ 2 คือการกระจายตัวของแพทย์ที่ไม่เหมาะสมในแง่มุมต่างๆ ทั้งในทางภูมิศาสตร์ ระหว่างภาครัฐและเอกชน และระหว่างแพทย์เฉพาะทางและแพทย์ทั่วไป โดยนัยยะที่ 2 จะเป็นปัจจัยที่ทำให้ปัญหาด้านจำนวนที่ขาดแคลนในบางพื้นที่ที่มีความรุนแรงขึ้น

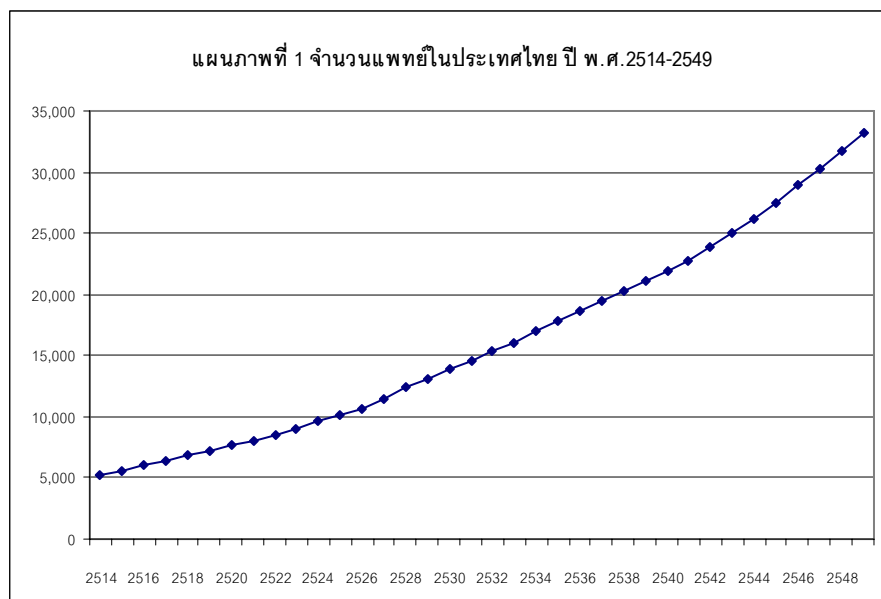
1.1 ปัญหาด้านจำนวน

ในแง่จำนวนแพทย์ของประเทศที่มีอยู่ในปัจจุบัน จากข้อมูลของแพทยสภา (แผนภาพที่ 1) พบว่าจำนวนแพทย์ของประเทศไทยเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องจาก จำนวน 5,222 คน ในปี 2514 เป็น 33,166 คนในปี 2549 โดยในปี 2514 มีจำนวนแพทย์ที่ขึ้นทะเบียนกับทางแพทยสภา ปีละ 300-400 คน และเพิ่มเป็นปีละ 1,500 คนในปัจจุบัน ซึ่งส่วนใหญ่เป็นแพทย์ที่จบจากสถาบันการศึกษาในประเทศ

จากข้อมูลของ World Development Indicator พบว่าในปี 2004 เมื่อเปรียบเทียบอัตราส่วนแพทย์ต่อประชากรในกลุ่มประเทศเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ ประเทศไทยยังมีจำนวนแพทย์ไม่มากนัก โดยมีอัตราส่วนสูงกว่าเพียงแค่ประเทศกัมพูชาและลาว โดยเฉพาะอย่างยิ่งเมื่อเปรียบเทียบระหว่างประเทศที่มีระดับเศรษฐกิจใกล้เคียงกันแล้วประเทศไทยมีจำนวนแพทย์ในระดับที่ต่ำมาก โดยสูงกว่าแค่ประเทศนามิเบีย ที่อยู่ในทวีปอาฟริกา (ตารางที่ 1)

ในขณะที่การประมาณการความต้องการแพทย์ของประเทศ จากแผนแม่บทกำลังคนด้านสาธารณสุข ปี 2546 ของกระทรวงสาธารณสุข (1) ที่กำหนดให้ประเทศไทยควรมีอัตราส่วนแพทย์ต่อประชากรในภาพรวมที่เหมาะสมไว้ที่ 1: 1800 ซึ่งในปี 2549 ประเทศไทยควรมีแพทย์ทั้งสิ้น 39,258 คน ดังนั้นเราจึงมีแพทย์น้อยกว่าความต้องการถึง 6,092 คน

โดยสรุปจากข้อมูลจะพบว่าจำนวนแพทย์ในภาพรวมของประเทศไทยยังมีไม่เพียงพอต่อความต้องการของระบบสุขภาพของประเทศ และยังมีจำนวนที่ต่ำเมื่อเปรียบเทียบกับประเทศอื่นๆ ทั้งในระดับภูมิภาคหรือทั่วโลก



ที่มา แพทยสภา

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบอัตราส่วนแพทย์ต่อประชากร 1,000 คน ในกลุ่มประเทศเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ และกลุ่มประเทศที่มีระดับเศรษฐกิจใกล้เคียงกัน

	<i>GDP per capita (PPP)</i>	<i>Physician/ 1,000 population</i>
<i>South-east Asia</i>		
Singapore	23,730	1.6
Malaysia	8,500	0.7
Thailand	6,890	0.4
Philippines	4,450	1.2
Vietnam	2,300	0.5
Cambodia	1,970	0.3
Lao PDR	1,660	0.2
<i>Same economic level</i>		
Bulgaria	7,030	3.4
Latin America & Carib.	6,950	1.4
Europe & Central Asia	6,900	3.1
Thailand	6,890	0.4
Namibia	6,880	0.3
Iran, Islamic Rep.	6,690	0.9

ที่มา: World Development Indicator 2004

1.2 ปัญหาด้านการกระจาย

นอกจากปัญหาจำนวนแพทย์ในภาพรวมที่ไม่เพียงพอกับความต้องการด้านสุขภาพของประชาชนแล้วแล้ว การกระจายตัวของแพทย์ที่ไม่เหมาะสมทั้งระหว่างเขตเมืองและเขตชนบท ระหว่างภาครัฐและภาคเอกชน ระหว่างแพทย์ทั่วไปและแพทย์เฉพาะทาง ล้วนส่งผลให้ปัญหาแพทย์ขาดแคลนในบางพื้นที่ที่มีความรุนแรงยิ่งขึ้น อีกทั้งเป็นอุปสรรคในการเข้าถึงบริการที่มีความพร้อมของบุคลากรทางการแพทย์ในที่สุด

1.2.1 การกระจายตัวทางด้านภูมิศาสตร์ (Geographical distribution)

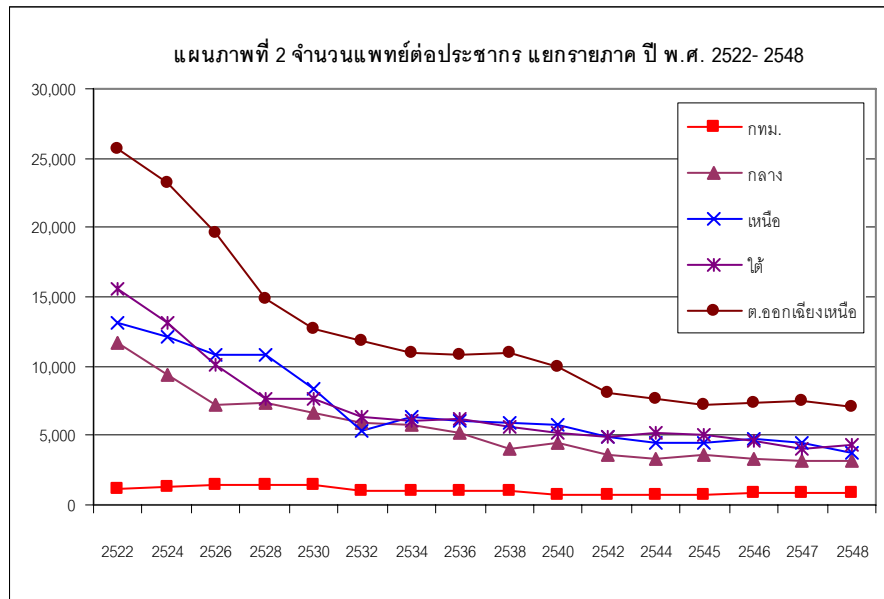
แม้ว่าประเทศไทยจะมีการผลิตแพทย์เพิ่มขึ้นทำให้มีจำนวนรวมแพทย์สะสมเพิ่มขึ้น อีกทั้งกระทรวงสาธารณสุขมีนโยบายการกระจายแพทย์ที่ชัดเจน โดยให้แพทย์ที่จบจากสถาบันการผลิต

ของรัฐ ต้องไปปฏิบัติงานชดใช้ทุนในโรงพยาบาลของรัฐ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในโรงพยาบาลชุมชนที่อยู่ในพื้นที่ห่างไกลเป็นเวลา 3 ปี ส่งผลให้มีจำนวนแพทย์เพิ่มขึ้นในภาคต่างๆของประเทศอย่างเห็นได้ชัด โดยเห็นได้จากสัดส่วนแพทย์ต่อประชากรในภาคต่างๆมีจำนวนที่ขึ้นเป็นลำดับ (แผนภาพที่ 2)

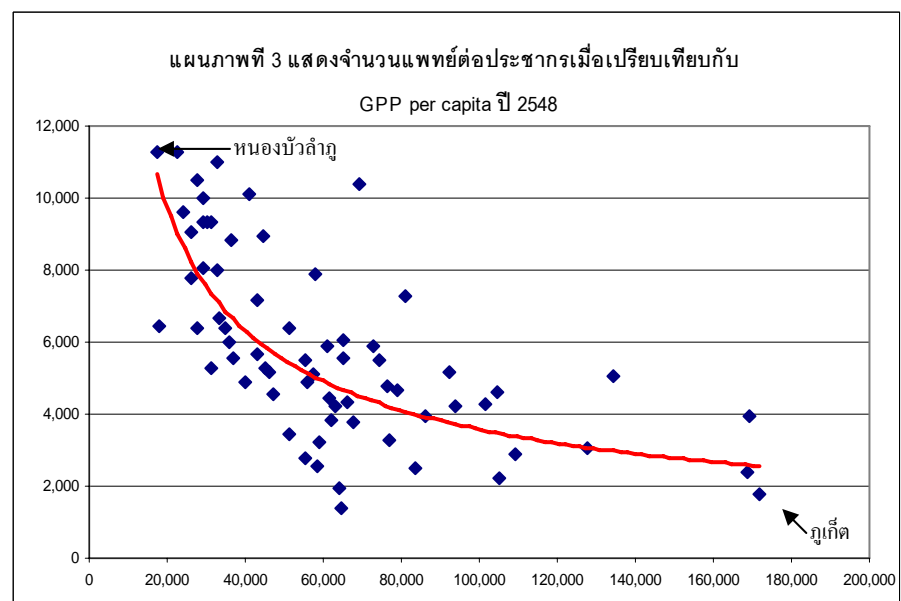
แต่อย่างไรก็ตามยังปรากฏความเหลื่อมล้ำของการกระจายตัว โดยเฉพาะอย่างยิ่ง เมื่อเปรียบเทียบระหว่างกรุงเทพที่เป็นศูนย์กลางความเจริญของประเทศ และภาคตะวันออกเฉียงเหนือที่เป็นพื้นที่ยากจน ในขณะที่ในภาคกลาง(ที่ไม่รวมกรุงเทพ) ภาคเหนือ และภาคใต้มีการกระจายตัวที่ใกล้เคียงกัน (แผนภาพที่ 2)

การกระจายตัวของแพทย์ในทางภูมิศาสตร์มีความสัมพันธ์กับสถานะเศรษฐกิจของพื้นที่ เมื่อพิจารณาจากแผนภาพที่ 3 จะเห็นได้ว่า จำนวนแพทย์ต่อประชากรของแต่ละจังหวัดมีความสัมพันธ์กับผลิตภัณฑ์มวลรวมของจังหวัดต่อประชากร (Gross provincial product per capita) ซึ่งสะท้อนถึงสภาพเศรษฐกิจและความเจริญของแต่ละจังหวัด โดยจังหวัดใหญ่ใกล้กรุงเทพ หรือจังหวัดที่เป็นศูนย์กลางทางการคมนาคมและเศรษฐกิจ ก็จะดึงดูดให้แพทย์อยู่ในพื้นที่ได้มาก ในขณะที่เดียวกันในจังหวัดที่มีสถานะเศรษฐกิจไม่ดี ซึ่งได้แก่ จังหวัดที่มีขนาดเล็ก ห่างไกลความเจริญ การคมนาคมไม่สะดวก ก็จะไม่เป็นที่ดึงดูดให้แพทย์เข้ามาปฏิบัติงาน

โดยการกระจายตัวของแพทย์ดังกล่าว มีความสอดคล้องกับรายงานการสำรวจทรัพยากรสาธารณสุข ปี 2547 (2) ที่พบว่าแพทย์ส่วนใหญ่มีการกระจุกตัวอยู่ในเขตกรุงเทพและปริมณฑล หรือในเมืองใหญ่ โดยเฉพาะจังหวัดที่มีโรงเรียนแพทย์ เช่น จังหวัดเชียงใหม่หรือสงขลา เป็นต้น ในขณะที่จังหวัดในภาคตะวันออกเฉียงเหนือและจังหวัดเขตชายแดนภาคใต้มีแพทย์อยู่อย่างเบาบาง นอกจากนี้ยังมีความแตกต่างของการกระจายแพทย์ของแต่ละจังหวัดภายในภาคด้วย โดยจำนวนแพทย์ต่อประชากรของแต่ละจังหวัดในภาคตะวันออกเฉียงเหนือยังมีการกระจายตัวที่แตกต่างกันอย่างมาก โดยในจังหวัดขอนแก่น ซึ่งเป็นพื้นที่เจริญและเป็นที่ตั้งของคณะแพทย์ มีจำนวนแพทย์ต่อประชากรเท่ากับ 3,231 คน ในขณะที่จังหวัดศรีสะเกษมีจำนวนแพทย์ต่อประชากรเพียง 11,267 คน (แผนภาพที่ 4)

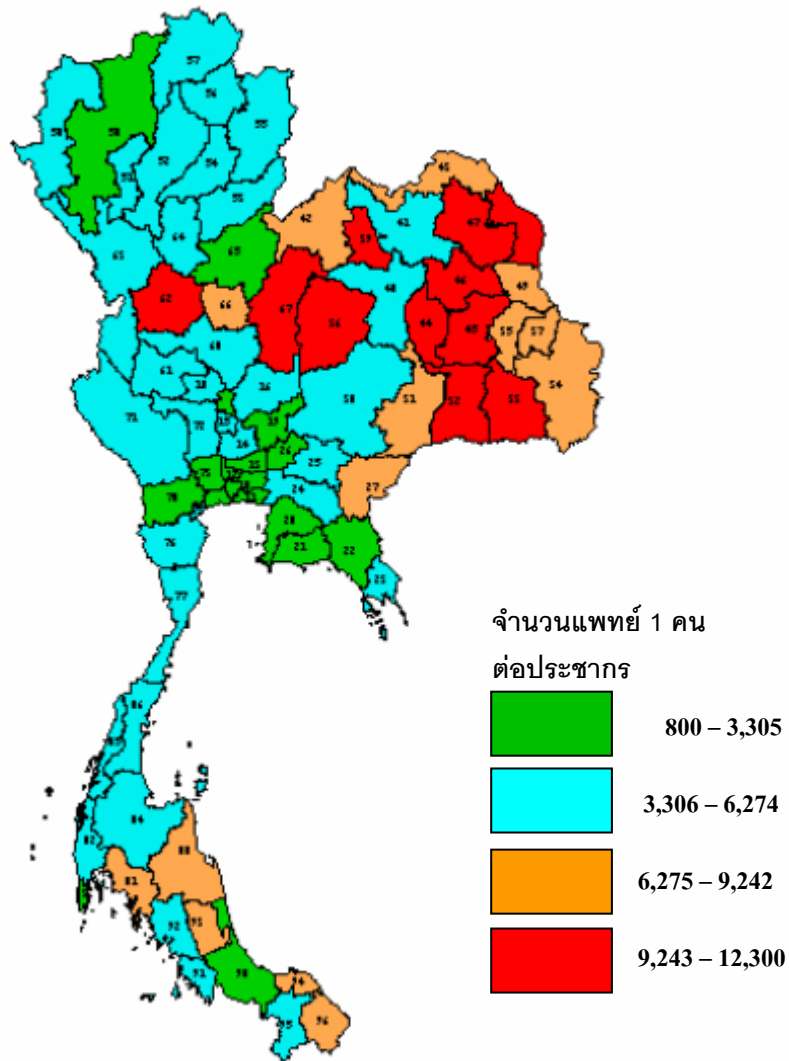


ที่มา: การสาธารณสุขไทย พ.ศ. 2544-2547



ที่มา: 1) จำนวนแพทย์จากรายงานทรัพยากรสาธารณสุข
2) ผลิตภัณฑ์มวลรวมของจังหวัดต่อประชากร จากสำนักงานคณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจ และสังคม แห่งชาติ

แผนภาพที่ 4 แสดงสัดส่วนแพทย์ต่อประชากรแยกรายจังหวัด ปี 2547



ที่มา: รายงานการสำรวจทรัพยากรสาธารณสุข ปี 2547

1.2.2 การกระจายตัวระหว่างภาครัฐและเอกชน

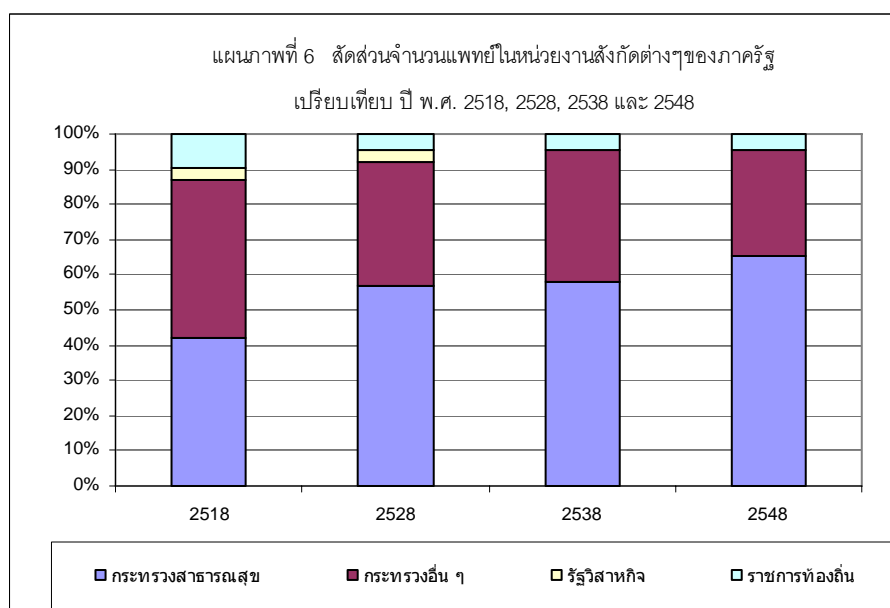
สถานการณ์ด้านเศรษฐกิจของประเทศมีผลการกระจายตัวของแพทย์โดยเฉพาะอย่างยิ่งระหว่างภาครัฐและเอกชน จากแผนภาพที่ 5 จะเห็นได้ว่าจากปี 2514 สัดส่วนของจำนวนแพทย์ในภาคเอกชนค่อยๆเพิ่มขึ้นจากประมาณ 300 คน หรือคิดเป็นร้อยละ 7 ของจำนวนแพทย์ทั้งประเทศ และเพิ่มสูงขึ้นมากในช่วงปี 2530-2540 ซึ่งเป็นช่วงที่สถานะทางเศรษฐกิจของประเทศเติบโตสูงมาก โดยในปี 2538 มีแพทย์ที่ปฏิบัติงานในภาคเอกชนสูงถึง 3,400 คน หรือคิดเป็นร้อยละ 24 และในปี 2540 เมื่อประเทศไทยตกอยู่ในสภาวะวิกฤติเศรษฐกิจ สัดส่วนของจำนวนแพทย์ในภาคเอกชนค่อยๆลดลง และในช่วงนี้มีแพทย์ขอลดรับราชการมากถึง 168 รายในปี 2542 (3) และหลังปี 2543

สภาวะเศรษฐกิจของประเทศเริ่มฟื้นตัวอีกครั้งทำให้สัดส่วนของแพทย์ในภาคเอกชนเริ่มสูงขึ้นอีกครั้งหนึ่ง

นอกจากนี้เมื่อพิจารณาการกระจายตัวของแพทย์ในสังกัดต่างๆของภาครัฐในช่วงเวลา 30 ปีที่ผ่านมา (ระหว่างปี 2518-2548) จะพบว่าสัดส่วนของจำนวนแพทย์ที่ปฏิบัติงานอยู่ในกระทรวงสาธารณสุขเพิ่มจากร้อยละ 42 เป็นร้อยละ 66 ในขณะที่สัดส่วนของแพทย์ที่ปฏิบัติงานอยู่ในกระทรวงอื่นๆลดจากร้อยละ 45 เหลือร้อยละ 30 (แผนภาพที่ 6)



ที่มา: การสาธารณสุขไทย พ.ศ. 2544-2547

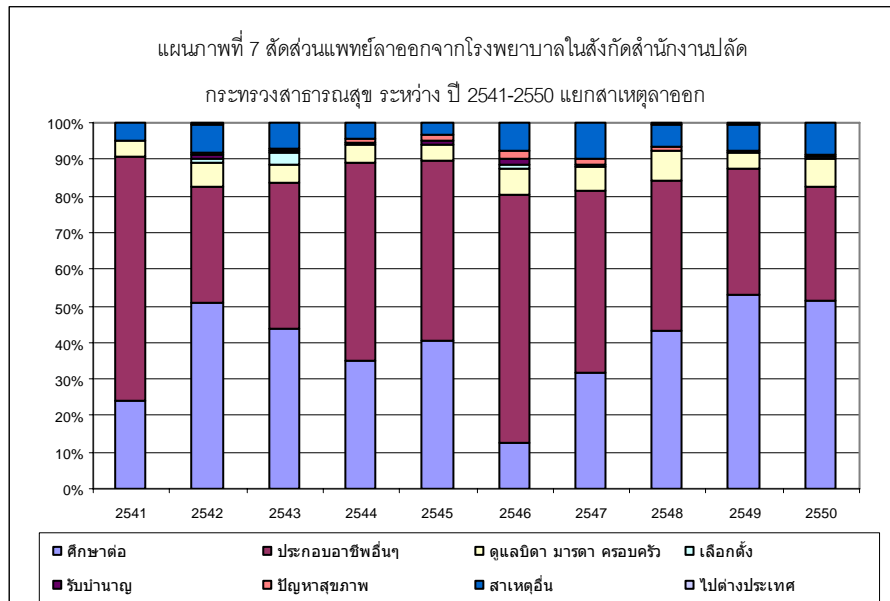


ที่มา: รายงานการสำรวจทรัพยากรสาธารณสุข สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์

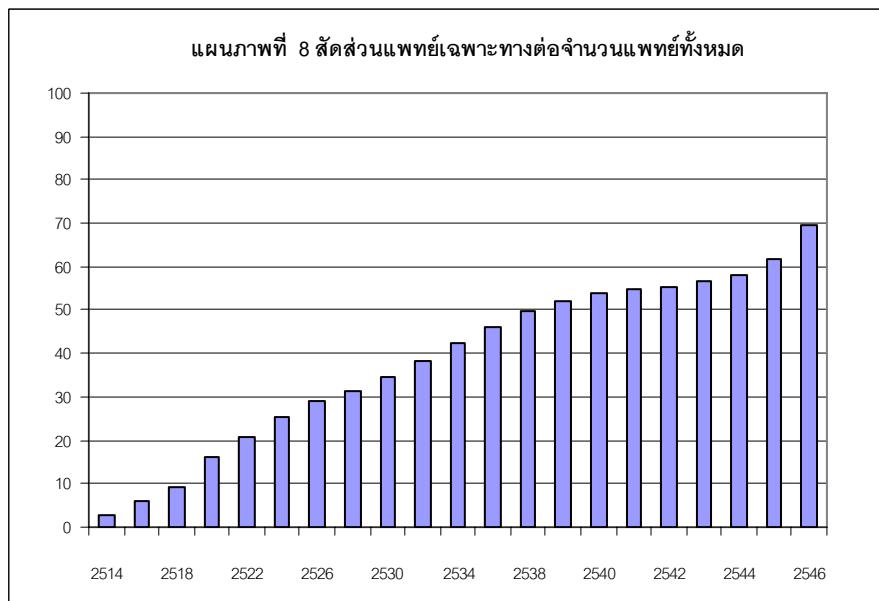
1.2.3 การกระจายตัวระหว่างแพทย์เฉพาะทางและแพทย์ทั่วไป

กระแสความนิยมการเป็นแพทย์เฉพาะทางในวิชาชีพแพทย์ของประเทศไทยมีมาอย่างต่อเนื่องยาวนาน เนื่องจากการเป็นแพทย์เฉพาะทางมีโอกาสได้รับการยอมรับทั้งในกลุ่มแพทย์ด้วยกันเองและจากประชาชนผู้มารับบริการ อีกทั้งยังสามารถสร้างโอกาสในการสร้างรายได้มากกว่าการเป็นแพทย์ทั่วไป ในขณะที่เดียวกันระบบการแพทย์ของประเทศ โดยเฉพาะอย่างยิ่งกลุ่มสถาบันการผลิต และองค์กรที่ทำหน้าที่ดูแลมาตรฐานทางวิชาชีพ ต่างมุ่งเน้นการรักษาพยาบาลที่ใช้ความเชี่ยวชาญในระดับสูงจากแพทย์เฉพาะทาง ดังจะเห็นได้จากจำนวนโควตาการฝึกอบรมแพทย์เฉพาะทาง เพิ่มจากปีละ 626 ตำแหน่งในปี 2529 (4) เป็น 1,800 ตำแหน่งในปี 2550 ซึ่งคิดเป็นจำนวนที่มากกว่าบัณฑิตแพทย์ที่จบในปีดังกล่าว และมีการขยายจำนวนสาขาการอบรมถึง 71 สาขาในปัจจุบัน

แม้ว่าหน่วยงานผู้ใช้หลัก ได้แก่ กระทรวงสาธารณสุขพยายามมุ่งเน้นความสำคัญของแพทย์ทั่วไป และแพทย์เวชปฏิบัติครอบครัว ซึ่งสามารถดูแลผู้ป่วยที่เป็นประชากรส่วนใหญ่ของประเทศได้มากกว่าก็ตาม แต่ทิศทางนโยบายดังกล่าวก็ไม่สามารถต้านทานกระแสความต้องการเป็นแพทย์เฉพาะทางในหมู่แพทย์ได้ โดยดูจากจำนวนแพทย์ที่มีความประสงค์เข้ารับการฝึกอบรมแพทย์เฉพาะทางเป็นจำนวนมากขึ้นทุกปี อีกทั้งระบบการจัดสรรจำนวนโควตาต้นสังกัดในโรงพยาบาลของรัฐระดับต่างๆ ในการเข้าศึกษาต่อก็ไม่เพียงพอต่อความต้องการของแพทย์ จึงเป็นสาเหตุที่ทำให้แพทย์จำนวนหนึ่งลาออกจากระบบราชการเพื่อเข้ารับการศึกษต่อแพทย์เฉพาะทาง จากข้อมูลสาเหตุการลาออกของแพทย์ในโรงพยาบาลสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข พบว่าการลาออกเพื่อการศึกษาต่อมีสัดส่วนที่สูงขึ้นจากร้อยละ 12 ในปี 2546 เป็นร้อยละ 53 ในปี 2549 (แผนภาพที่ 7) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของทักษพล ธรรมรังสี (5) ที่ว่าปัจจัยด้านโอกาสทางการศึกษา เป็นสาเหตุอันดับที่ 1 คิดเป็นร้อยละ 31.84 ของแพทย์ทั่วไปที่ลาออกในช่วงปี 2545-2546 ซึ่งแนวโน้มดังกล่าวเป็นผลให้สัดส่วนของแพทย์เฉพาะทางต่อแพทย์ทั่วไปเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 3 ในปี 2514 เป็นร้อยละ 70 ในปี 2546 (แผนภาพที่ 8) (6)



ที่มา ข้อมูลการลาออกของกองการเจ้าหน้าที่ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข



ที่มา: แพทยสภา

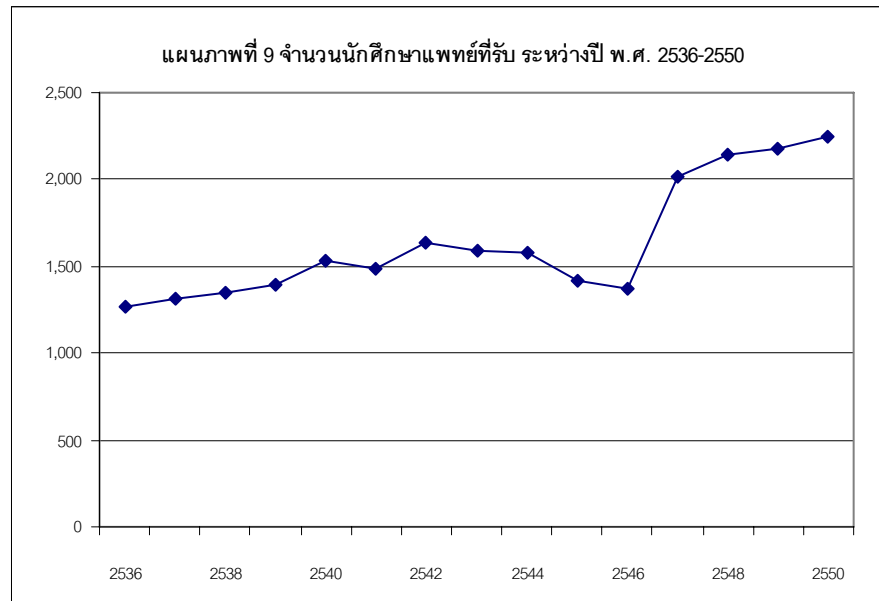
2. สถานการณ์ด้านการผลิตแพทย์

เพื่อเป็นการตอบสนองต่อปัญหาการขาดแคลนแพทย์ที่เรื้อรัง ประเทศไทยได้มีมาตรการเพิ่มจำนวนการผลิตแพทย์เป็นระยะ โดยในปี 2522 มีการเพิ่มจำนวนการผลิตแพทย์อีกปีละ 200 คน และในปี 2536 เพิ่มการผลิตอีกปีละ 340 คน ต่อมาในปี 2538 กระทรวงสาธารณสุขร่วมกับทบวงมหาวิทยาลัยได้มี “โครงการร่วมผลิตแพทย์เพื่อชาวชนบท (CPIRD)” โดยมีเป้าหมายผลิตแพทย์เพิ่มอีกปีละ 300 คน โดยมุ่งเน้นการรับนักเรียนจากพื้นที่ และในปี 2545-2546 ได้มีวิกฤตการ

ลาออกของแพทย์อย่างรุนแรง ดังนั้นในปี 2547 กำหนดให้มีการผลิตแพทย์เพิ่มอีกถึงปีละ 700 คน จากนโยบายการเพิ่มปริมาณการผลิตแพทย์อย่างต่อเนื่องตลอดมา ทำให้ความสามารถในการผลิตแพทย์ของประเทศเพิ่มจาก ปีละ 1,528 คนในปี 2540 เป็น 2,400 คนในปี 2550 (แผนภาพที่ 9) โดยสถาบันการผลิตแพทย์ เพิ่มขึ้นจาก 10 แห่ง ในปี 2540 เป็น 17 แห่งในปัจจุบัน

แม้ว่าจะมีมาตรการการเพิ่มการผลิตแพทย์อย่างต่อเนื่องแต่ดูเหมือนว่ายังไม่สามารถแก้ปัญหาการกระจายตัวของแพทย์ได้ โดยในช่วง 10 ปีที่เศรษฐกิจเติบโตสูง ระหว่างปี 2531-2540 ประเทศไทยมีจำนวนแพทย์ในระบบสูงขึ้นถึงร้อยละ 58 แต่จำนวนแพทย์ที่เพิ่มขึ้นกลับกระจายอยู่ในกรุงเทพมหานครและภาคกลางคิดเป็นร้อยละ 84 และ 79 ตามลำดับ ในขณะที่การเพิ่มในภาคตะวันออกเฉียงเหนือต่ำที่สุดเพียงร้อยละ 43 สาเหตุประการหนึ่งเนื่องจากแพทย์ส่วนมากมิได้มีภูมิลำเนาอยู่ในสถานที่ปฏิบัติงาน ดังนั้นเมื่อแพทย์ปฏิบัติงานได้ระยะหนึ่ง ก็จะขอย้ายเข้าปฏิบัติงานในกรุงเทพหรือเมืองใหญ่ ดังนั้นทางกระทรวงสาธารณสุขจึงได้มีมาตรการเพื่อคัดเลือกนักเรียนจากพื้นที่เข้ามาศึกษา ได้แก่ โครงการแพทย์ชนบท การรับโควตานักเรียนในภูมิภาคเพื่อเข้าเรียนในโรงเรียนแพทย์ที่อยู่ในภูมิภาค แต่เนื่องด้วยกระบวนการกลางในจัดสรรแพทย์ภายหลังสำเร็จการศึกษา ทำให้แพทย์ที่ได้รับการคัดเลือกจากพื้นที่ชนบทด้วยกระบวนการดังกล่าวอาจไม่ได้กลับไปปฏิบัติงานที่ภูมิลำเนา ต่อมาในปี 2538 ทางกระทรวงสาธารณสุขร่วมกับทบวงมหาวิทยาลัย ได้จัดทำ "โครงการผลิตแพทย์เพิ่มเพื่อชาวชนบท: Collaborative Project for Increase Production of Rural Doctor" โดยการคัดเลือกนักเรียนที่มีภูมิลำเนาในพื้นที่ชนบท เข้าศึกษาในชั้นปริคlinik ในโรงเรียนแพทย์ทั้งส่วนกลางและส่วนภูมิภาค ในขณะที่ชั้นคลินิกจะเข้าฝึกในโรงพยาบาลศูนย์ที่เข้าร่วมโครงการและภายหลังจบการศึกษาจะต้องกลับไปปฏิบัติงานในจังหวัดภูมิลำเนาของตนเอง โดยมีสัญญาชดใช้ทุนเป็นเวลา 3 ปี

ในปี 2548 กระทรวงสาธารณสุขได้มี โครงการหนึ่งแพทย์หนึ่งอำเภอ (One district one doctor: ODO) โดยคัดเลือกนักเรียนจากระดับอำเภอเข้าศึกษา เพื่อหวังว่าเมื่อแพทย์กลุ่มนี้จบออกมาจะกลับเข้าไปปฏิบัติงานในพื้นที่ภูมิลำเนาของตนเองเพื่อทำให้การกระจายแพทย์ของประเทศมีสัดส่วนที่ดีขึ้น แต่อย่างไรก็ตามยังไม่มีการประเมินผลสำเร็จของโครงการต่างๆดังกล่าวอย่างเป็นรูปธรรม



ที่มา: สำนักนโยบายและแผนอุดมศึกษา สำนักงานคณะกรรมการอุดมศึกษา กระทรวงศึกษาธิการ

3. สถานการณ์ด้านความต้องการแพทย์

ปัจจัยสำคัญที่มีผลต่อความต้องการแพทย์ในปัจจุบันมี 4 ประการ

3.1 นโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

จากการที่กระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดนโยบายประกันสุขภาพถ้วนหน้าโดยเริ่มในเดือนเมษายน ปี 2544 และขยายให้ครอบคลุมทั่วประเทศในเดือนตุลาคมในปีเดียวกัน ผลการดำเนินโครงการจากข้อมูลการสำรวจอนามัยและสวัสดิการของสำนักงานสถิติแห่งชาติ พบว่าโครงการนี้มีผลครอบคลุมประชากรร้อยละ 74.7 ในปี 2546 และเพิ่มเป็นร้อยละ 84.5 ในปี 2549 ทำให้ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการสุขภาพของรัฐโดยไม่มีอุปสรรคเรื่องค่าใช้จ่าย ซึ่งส่งผลให้อัตราการให้บริการผู้ป่วยนอกเพิ่มขึ้นจาก 3.9 ครั้งต่อคนต่อปี ในปี 2544 เป็น 4.7 ครั้งต่อคนต่อปี ในปี 2547 และอัตราการให้บริการผู้ป่วยในเพิ่มจาก 0.078 เป็น 0.09 ครั้งต่อคนต่อปี ในปี 2544 และ 2547 ตามลำดับ (ตารางที่ 2) ซึ่งการเพิ่มขึ้นของการให้บริการดังกล่าวส่งผลให้ภาระงานของแพทย์เพิ่มขึ้น (ตารางที่ 3) และความต้องการจำนวนแพทย์เพิ่มขึ้นในที่สุด

ตารางที่ 2 อัตราการให้บริการผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในของสถานบริการทุกประเภท

พ.ศ.	ประชากร(คน)	ผู้ป่วยนอก		ผู้ป่วยใน	
		อัตรา ครั้ง/คน/ปี	จำนวนครั้ง	อัตรา ครั้ง/คน/ปี	จำนวนครั้ง
2544	62,871,000	3.929	247,027,679	0.078	4,928,328
2546	63,884,553	4.719	301,463,859	0.083	5,300,437
2547	65,112,652	4.758	309,820,714	0.090	5,874,073

ที่มา: สำนักงานสถิติแห่งชาติ, รายงานการสำรวจเกี่ยวกับอนามัยและสวัสดิการ พ.ศ. 2544, 2546 และ 2547

ตารางที่ 3 จำนวนครั้งของการมารับบริการแผนกผู้ป่วยนอก ของสถานบริการระดับต่างๆในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

หน่วยงาน	จำนวน					
	2540	2541	2542	2543	2546	2548
รพศ. + รพท.	16.8	18.1	19.4	20.4	23.0	26.6
รพช.	29.6	33.9	36.7	40.2	43.7	54.0
สอ. + สสช.	41.5	44.5	46.9	51.8	62.4	63.0
รวม	87.9	96.5	103.0	112.4	129.1	143.5

ที่มา : สำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์, สำนักพัฒนาระบบบริการสุขภาพ

3.2 การเปลี่ยนแปลงด้านประชากรและปัญหาสาธารณสุข

การเปลี่ยนแปลงด้านประชากรและระบาดวิทยาส่งผลกระทบต่อกำลังคนด้านสุขภาพ กล่าวคือ จากความสำเร็จในการวางแผนครอบครัวทำให้อัตราเพิ่มของประชากรลดลงตามลำดับ และทำให้สัดส่วนการพึ่งพิงของประชากรในวัยเด็ก 0-14 ปีมีแนวโน้มลดลง ในขณะที่อัตราส่วนในการพึ่งพิงของผู้สูงอายุจะเพิ่มมากขึ้นดังนั้นปัญหาต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นในวัยผู้สูงอายุ ทั้งการพึ่งพิง การดูแลต่าง ๆ จะเพิ่มขึ้น และขณะเดียวกัน แนวโน้มโรคเรื้อรังบางอย่าง เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง เพิ่มขึ้น ตลอดจนโรคเรื้อรังบางกลุ่มซึ่งเป็นสาเหตุการตายอันดับต้นของคนไทย ได้แก่ หัวใจ มะเร็ง มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น อันเนื่องมาจากพฤติกรรมกรรมกรบริโภค และการออกกำลังกายที่ไม่เหมาะสม ซึ่งปัญหาสุขภาพเหล่านี้ล้วนส่งผลต่อความต้องการบุคลากรด้านสาธารณสุข โดยเฉพาะแพทย์เพิ่มขึ้น

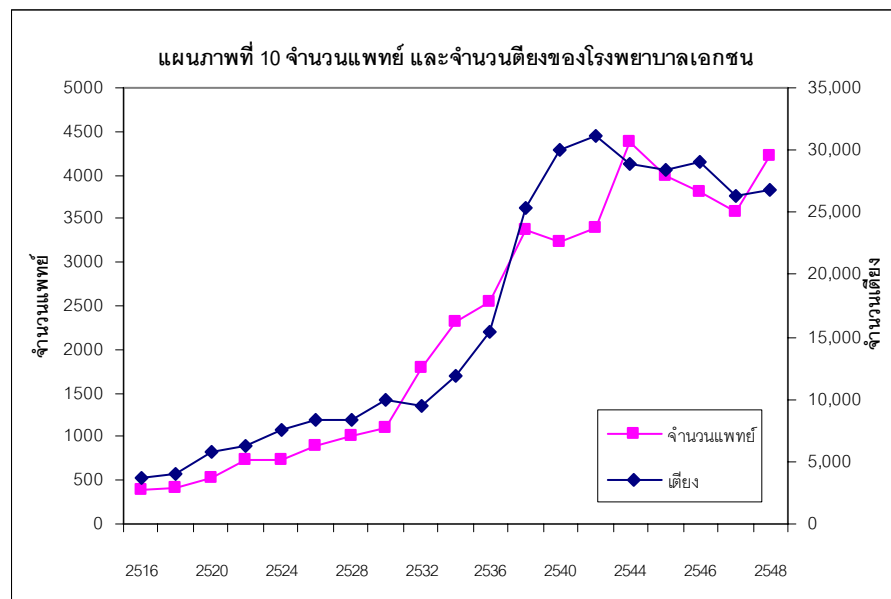
3.3 การเติบโตของบริการสุขภาพภาคเอกชนต่อความต้องการภายในประเทศ

การเติบโตของเศรษฐกิจส่งผลต่อความต้องการแพทย์ในระบบ จากแผนภาพที่ 10 ในช่วงที่เศรษฐกิจของประเทศมีการเติบโตสูง ตั้งแต่ปี พ.ศ.2530 มีการไหลเข้าของเงินลงทุนจากต่างชาติเป็นผลให้มีการขยายตัวของธุรกิจโรงพยาบาลเอกชนสูงมาก ทำให้จำนวนเตียงของโรงพยาบาลเอกชนเพิ่มจาก 9,974 เตียงในปี 2530 เป็น 25,298 เตียงในปี 2540 ซึ่งการขยายตัวดังกล่าวมีผลให้ธุรกิจสถานพยาบาลภาคเอกชนมีความต้องการบุคลากรด้านสุขภาพ โดยเฉพาะในกลุ่มแพทย์เป็นอย่างมาก ทำให้เกิดการเคลื่อนย้ายของแพทย์เข้าสู่ภาคเอกชนมากขึ้น จากข้อมูลการสำรวจทรัพยากรสาธารณสุขพบว่าในปี 2540 มีจำนวนแพทย์ที่ปฏิบัติงานในภาคเอกชน 3,244 คน ซึ่งสูงขึ้นเป็น 3.2 เท่าจากปี 2530

เมื่อถึงช่วงวิกฤติเศรษฐกิจในปี 2540 เกิดการชลดตัวของภาคเอกชนเป็นอย่างมาก ทำให้อัตราการขยายตัวของโรงพยาบาลเอกชนลดลงอย่างชัดเจน ทำให้ความต้องการแพทย์ของภาคเอกชนในระยะเวลาดังกล่าวลดจำนวนลงด้วย หลังจากระบบเศรษฐกิจของประเทศเริ่มฟื้นตัวขึ้นในปี 2543 จำนวนแพทย์ในโรงพยาบาลเอกชนก็ได้เพิ่มจำนวนขึ้นอยู่อย่างต่อเนื่อง โดยในปี 2548 มี

แพทย์ปฏิบัติงานอยู่ในโรงพยาบาลเอกชนทั้งสิ้น 4,229 คน คิดเป็น 1.3 เท่าของจำนวนแพทย์ในปี 2540

ซึ่งการเติบโตของธุรกิจโรงพยาบาลเอกชนอย่างมากดังกล่าวส่วนหนึ่งเพื่อรองรับความต้องการในด้านการบริการสุขภาพของประชาชนในประเทศที่มีกำลังซื้อสูงขึ้น โดยผลจากการสำรวจอนามัยละสวัสดิการของสำนักงานสถิติแห่งชาติพบว่าการรักษาในสถานบริการของเอกชนเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 15 ในปี 2544 เป็นร้อยละ 26.3 ในปี 2549 (ตารางที่ 4)



ที่มา: รายงานทรัพยากรสาธารณสุข สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข

ตารางที่ 4 วิธีการรักษาเมื่อเจ็บป่วยของคนไทย กรณีการรักษาพยาบาลแบบผู้ป่วยนอก (ร้อยละ)

รูปแบบการรับการรักษา	พ.ศ.			
	2544	2546	2547	2549
ไม่ได้รักษาอะไร	5.4	5.9	5.3	5.1
รักษาแผนโบราณ	2.5	2.9	4.4	1.5
ซื้อยารับประทานเอง	24.2	21.5	20.9	25.1
รักษาที่สถานีนอนามัย	17.4	23.9	24.6	16.3
รักษาที่โรงพยาบาลรัฐบาล	34.8	33.1	30.2	29.9
รักษาที่โรงพยาบาลเอกชน(รวมทั้งคลินิก)	15	19.4	22.7	26.3

ที่มา: สำนักงานสถิติแห่งชาติ, รายงานการสำรวจเกี่ยวกับอนามัยและสวัสดิการ

หมายเหตุ: ตอบได้มากกว่า 1 คำตอบ

3.4 การเติบโตของบริการสุขภาพภาคเอกชนต่อความต้องการของผู้ป่วยต่างชาติ

ภายหลังวิกฤติเศรษฐกิจของประเทศในปี 2540 สถานพยาบาลภาคเอกชนโดยเฉพาะอย่างยิ่งโรงพยาบาลเอกชนขนาดใหญ่ได้มีการปรับเปลี่ยนกลยุทธ์ในการดำเนินธุรกิจ โดยมุ่งเน้นการขยายตลาดเพื่อรองรับผู้ป่วยต่างชาติมากขึ้น โดยอาศัยช่องว่างความแตกต่างของค่าใช้จ่ายที่ต่ำกว่าประเทศคู่แข่งทั้ง สิงคโปร์ ฮองกง และมาเลเซีย ในขณะที่คุณภาพของการบริการที่ดีและมีเครื่องมือที่ทันสมัย ประกอบกับอุปนิสัยของคนไทยที่มีความโอบอ้อมอารี ยิ้มแย้มแจ่มใส รักการให้บริการ อีกทั้งประเทศไทยมีความพร้อมในกลุ่มธุรกิจสนับสนุน อาทิ สมุนไพรไทย สบู่และการนวดแผนไทย ทำให้มีการเพิ่มขึ้นของผู้ป่วยต่างชาติที่เข้ามาใช้บริการด้านสุขภาพในประเทศไทย

ประกอบกับในปี 2546 รัฐบาลมีนโยบายมุ่งส่งเสริมให้ประเทศไทยเป็นศูนย์กลางการรักษาพยาบาลของภูมิภาคเอเชีย (Medial hub of Asia) โดยมีจุดมุ่งหมายเพื่อเพิ่มปริมาณผู้ป่วยต่างชาติมารับบริการสุขภาพในประเทศไทย โดยใช้มาตรการต่างๆ เช่น การทำ road show ไปยังกลุ่มประเทศเป้าหมาย การปรับมาตรการทางภาษีเอื้อส่งเสริมการลงทุนในธุรกิจสถานพยาบาลเอกชน เป็นต้น เป็นผลให้จำนวนผู้ป่วยต่างชาติเพิ่มปริมาณสูงขึ้นจาก 500,000 คน ในปี 2544 เป็น 1.2 ล้านคนในปี 2548 (ตารางที่ 5) และสามารถสร้างรายได้เข้าประเทศสูงถึง 33,000 ล้านบาท

จากข้อมูลการสำรวจของกรมส่งเสริมการส่งออกในปี 2546 พบว่าร้อยละ 60 ของผู้ป่วยต่างชาติที่มารับการรักษาพยาบาลเป็นพนักงานต่างชาติที่ทำงานในประเทศไทย ขณะที่ร้อยละ 10 เป็นนักท่องเที่ยวที่บังเอิญเจ็บป่วยในขณะที่อยู่ในประเทศไทย และร้อยละ 30 เป็นชาวต่างชาติที่เดินทางเข้ามาใช้บริการในประเทศไทยโดยตรง โดยมุ่งเน้นเข้ามารักษาโรคหัวใจ สมอ่ง ไต และโรคตา

อย่างไรก็ตามแม้ว่าผู้ป่วยต่างชาติที่เพิ่มขึ้นจะเป็นผลให้การไหลเข้ามาของเงินตราต่างประเทศและการขยายตัวเพิ่มขึ้นของบริการที่เกี่ยวข้อง แต่ในทางกลับกันก็ทำให้เกิดผลกระทบต่อระบบสุขภาพภายในประเทศ โดยการขยายตัวดังกล่าวทำให้เกิดความต้องการบุคลากรทางการแพทย์และพยาบาลที่มีความเชี่ยวชาญสูง เป็นผลให้เกิดการแข่งขันบุคลากรระหว่างภาครัฐและเอกชน โดยบุคลากรที่ได้รับการฝึกฝนมาอย่างดี มีประสบการณ์และความเชี่ยวชาญสูงในการไหลจากภาครัฐเข้าสู่ภาคเอกชน จากการคาดการณ์ของชะเอม พัชนีพบว่าระหว่างปี 2550-2558 ประเทศไทยต้องการแพทย์เพิ่มเพื่อดูแลชาวต่างชาติระหว่าง 688-1,130 คน (8) นอกจากนี้การบริการผู้ป่วยต่างชาติยังจะทำให้เกิดการขยายช่องว่างของระบบบริการสุขภาพระหว่างผู้ที่มีกำลังซื้อโดยเฉพาะผู้ป่วยต่างชาติ กับคนไทยทั่วไปอีกด้วย

ตารางที่ 5 แสดงจำนวนผู้ป่วยชาวต่างชาติที่เข้ามารับบริการในโรงพยาบาลเอกชนไทย

ลำดับ	สัญชาติ	จำนวนผู้ป่วยชาวต่างชาติในแต่ละปี				
		ปี 2544	ปี 2545	ปี 2546	ปี 2547	ปี 2548
1	ญี่ปุ่น	118,170	131,584	162,909	247,238	185,616
2	สหรัฐอเมริกา	49,253	59,402	85,292	118,771	132,239
3	เอเชียใต้	34,857	47,555	69,574	107,627	98,308
4	อังกฤษ	36,778	41,599	74,856	95,941	108,156
5	ตะวันออกกลาง	N/A	20,004	34,704	71,051	98,451
6	อาเซียน	N/A	N/A	36,708	93,516	74,178
7	ไต้หวัน/จีน	26,893	27,438	46,624	57,051	57,279
8	เยอรมนี	19,057	18,923	37,055	40,180	42,798
9	ออสเตรเลีย	14,265	16,479	24,228	35,092	40,161
10	ฝรั่งเศส	16,102	17,679	25,582	32,409	36,175
11	เกาหลีใต้	14,419	14,877	19,588	31,303	26,571
12	สแกนดิเนเวีย	N/A	N/A	19,851	20,990	22,921
13	แคนาดา	N/A	N/A	12,909	18,144	18,177
14	ยุโรปตะวันออก	N/A	N/A	8,634	6,728	6,120
15	อื่นๆ	220,367	234,460	315,018	127,054	302,834
รวม		550,161	630,000	973,532	1,103,095	1,249,984

ที่มา: ข้อมูลจากโรงพยาบาลเอกชนไทยจำนวน 30 แห่ง รวบรวมโดย: กรมส่งเสริมการส่งออก

4. ผลกระทบต่อระบบสุขภาพของประเทศ

จากสถานการณ์ปัญหาที่ได้กล่าวมาแล้วข้างต้น จะเห็นได้ว่าวิกฤติของความขาดแคลนแพทย์ยังคงดำรงอยู่และมีแนวโน้มที่จะรุนแรงมากขึ้นในอนาคต และในขณะที่ความต้องการแพทย์ในอนาคตเพิ่มมากขึ้นจากปัจจัยต่างๆ เช่น การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรผู้สูงอายุที่มากขึ้น การเพิ่มขึ้นของโรคเรื้อรัง ความคาดหวังต่อการบริการที่มีคุณภาพสูงขึ้น อีกทั้งการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของประชาชนในการพึ่งพาตนเองน้อยลงเมื่อมีการเจ็บป่วย แต่จำนวนแพทย์ที่เพิ่มขึ้นดูเหมือนจะไม่เพียงพอต่อความต้องการดังกล่าว อีกทั้งการกระจายแพทย์ที่ไม่เหมาะสมยิ่งทำให้ปัญหาความขาดแคลนแพทย์ในโรงพยาบาลของรัฐในพื้นที่ชนบท ซึ่งทำหน้าที่ดูแลสุขภาพคนส่วนใหญ่ของประเทศ รุนแรงมากขึ้นไปด้วย ซึ่งสภาพปัญหาดังกล่าวก่อให้เกิดผลกระทบต่อนโยบายหลักประกันสุขภาพดังนี้

1. ความไม่เป็นธรรมในการเข้าถึงบริการ

ดังที่ได้กล่าวมาแล้วข้างต้นว่าแนวโน้มการกระจายของแพทย์ที่มีสัดส่วนเพิ่มมากขึ้นในภาคเอกชน และสำหรับในภาครัฐเอง แพทย์ก็กระจุกตัวอยู่ในกรุงเทพและจังหวัดใหญ่ ทำให้เกิดการกระจายภาระงานของแพทย์ในสถานบริการต่างๆอย่างไม่เท่าเทียมกัน ซึ่งอาจแสดงถึงความไม่เท่าเทียมกันในการได้รับการดูแลโดยแพทย์ในสถานบริการระดับต่างๆ โดยเฉพาะอย่างยิ่งระหว่างประชาชนในพื้นที่ชนบทห่างไกลและในเมืองหลวงหรือจังหวัดใหญ่

2. คุณภาพบริการที่ลดลง

ผลกระทบที่ต่อเนื่องจากการกระจายแพทย์อย่างไม่เท่าเทียมกัน ส่งผลให้ภาระงานของแพทย์ในสถานบริการระดับต่างๆ และสถานบริการในภูมิภาคต่างๆ มีความไม่เท่าเทียมกัน โดยเมื่อพิจารณาตามภูมิภาคแล้วพบว่าแพทย์ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีภาระงานการดูแลผู้ป่วยนอกสูงที่สุดโดยแพทย์ 1 คนต้องดูแลผู้ป่วยนอกจำนวน 10,926 ครั้งต่อปี ตามด้วยภาคเหนือ ภาคใต้ และภาคกลางตามลำดับ และเมื่อพิจารณาเป็นระดับบริการแล้วพบว่าแพทย์ 1 คนในโรงพยาบาลชุมชนมีภาระงานให้บริการผู้ป่วยนอกเท่ากับ 16,725 ครั้งต่อปี ซึ่งสูงเป็น 4 เท่าของแพทย์ที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลศูนย์ (ตารางที่ 6)

จากปัญหาภาระงานที่มากขึ้นดังกล่าวทำให้เกิดปัญหาแพทย์ในโรงพยาบาลชุมชนจำนวนหนึ่งขอย้ายเข้าปฏิบัติงานในโรงพยาบาลจังหวัดซึ่งมีภาระงานที่น้อยกว่า และแพทย์ในโรงพยาบาลชุมชนจำนวนไม่น้อยที่เลือกวิถีทางการลาออกจากระบบราชการ (แผนภาพที่ 11) ซึ่งทำให้เกิดวงจรของความขาดแคลนแพทย์รุนแรงมากขึ้นและในที่สุดก็จะกระทบต่อคุณภาพบริการของโรงพยาบาลในที่สุด

ตารางที่ 6 ข้อมูลการภาระงานให้บริการผู้ป่วยนอก(ครั้ง) ต่อแพทย์ 1 คน/ปี ในโรงพยาบาลสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ปี 2548

ภาค	ผู้ป่วยนอก (ครั้ง) ต่อแพทย์ต่อปี
แบ่งตามภูมิภาค	
ภาคกลาง	8,706
ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ	10,926
ภาคเหนือ	10,674
ภาคใต้	9,768
แบ่งตามระดับบริการ	
รพศ.	4,460
รพท.	6,450
รพช.	16,725

ที่มา การสำรวจทรัพยากรสาธารณสุข ของสำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์ ปี 2548



ที่มา: กองการเจ้าหน้าที่ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

หมายเหตุ: เป็นข้อมูลการลาออกเฉพาะแพทย์ที่เป็นข้าราชการ ในปี 2545-2546 มีแพทย์ที่เป็นพนักงานของรัฐ ลาออกอีกจำนวนหนึ่ง

3. ต้นทุนค่าใช้จ่ายด้านกำลังคนสูงขึ้น

เพื่อแก้ไขปัญหาความขาดแคลนแพทย์ในระยะสั้น ทั้งทางกระทรวงสาธารณสุขและโรงพยาบาลเอง เลือกลงมาตรการจูงใจในรูปแบบตัวเงิน (Financial incentive) โดยมาตรการเพิ่มค่าตอบแทนต่างๆ ได้ถูกนำมาใช้อย่างต่อเนื่อง อาทิเช่น การให้ค่าตอบแทนในกรณีที่ไม่ทำเวชปฏิบัติ (ปี 2538) การเพิ่มอัตราค่าตอบแทนนอกเวลาราชการ (ปี 2538) การจ่ายค่าตอบแทนการปฏิบัติงานในพื้นที่ทุรกันดาร (ปี 2540) การจ่ายเงินเพิ่มสำหรับตำแหน่งที่มีเหตุพิเศษของผู้ปฏิบัติงานด้านสาธารณสุข (ปี 2548) ทำให้ในปัจจุบันแพทย์จบใหม่ที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลชุมชนมีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนอยู่ระหว่าง 40,000-70,000 บาท ตามระยะทางความห่างไกลของพื้นที่ ซึ่งค่าตอบแทนเหล่านี้ได้ถูกนำมาใช้เพื่อมุ่งหวังจูงใจให้แพทย์ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลของรัฐโดยเฉพาะในพื้นที่ห่างไกลมากขึ้น อย่างไรก็ตามมาตรการเหล่านี้ทำให้ต้นทุนค่าใช้จ่ายกำลังคนสูงมากขึ้นด้วย ในขณะเดียวกันการประเมินประสิทธิภาพและความคุ้มค่าของมาตรการการเงินต่างๆ ต่อปัญหาความขาดแคลนและการกระจายยังมิได้รับการประเมินอย่างเป็นระบบ

5. บทสรุปของปัญหา

จะเห็นได้ว่าปัญหาความขาดแคลนแพทย์ของประเทศไทยมีความซับซ้อน และมีองค์ประกอบที่เกี่ยวข้องด้วยกันในหลายมิติทั้งในเรื่องจำนวนแพทย์โดยรวมที่ไม่เพียงพอต่อพลวัตการเปลี่ยนแปลงในบริบทของประเทศ ได้แก่ การปฏิรูประบบประกันสุขภาพของประเทศ การ

เปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรเข้าสู่สังคมของผู้สูงอายุ การเพิ่มขึ้นของโรคเรื้อรังที่ต้องการแบบแผนการรักษาที่ยุ่งยากและซับซ้อนมากขึ้น ตลอดจนการเติบโตของระบบเศรษฐกิจของประเทศที่ทำให้ประชาชนมีกำลังซื้อมากขึ้น ร่วมกับความคาดหวังในบริการที่มีคุณภาพที่สูงขึ้น อีกทั้งพลวัตการเปลี่ยนแปลงในสังคมโลก เช่น นโยบายส่งเสริมการนำเข้าผู้ป่วยต่างชาติเพื่อมารับบริการด้านสุขภาพภายในประเทศ โดยมีมุมมองเห็นบริการสุขภาพเป็นสินค้า สามารถโฆษณาประชาสัมพันธ์จนกระทั่งนำไปผูกไว้กับรายได้ของประเทศ ในขณะที่เดียวกันมิติของการกระจายแพทย์ที่ไม่สมดุลทั้งในระหว่างพื้นที่ชนบทและในเมืองใหญ่ ระหว่างภาครัฐและภาคเอกชน ซึ่งส่งผลให้เกิดวิกฤตความขาดแคลนรุนแรงขึ้นเกิดความไม่เท่าเทียมกันในการเข้าถึงบริการที่มีแพทย์ที่เพียงพอ อีกทั้งค่านิยมของแพทย์ในการศึกษาต่อเป็นแพทย์เฉพาะทางซึ่งส่งผลให้สัดส่วนเมื่อเปรียบเทียบกับแพทย์ทั่วไปเกิดความไม่สมดุล ซึ่งส่งผลต่อทิศทางการจัดบริการของประเทศที่มุ่งเน้นการส่งเสริมป้องกัน การดูแลรักษาสุขภาพในด้านกว้างมากกว่าการดูแลในด้านลึกที่ต้องใช้ความเชี่ยวชาญพิเศษ

สำหรับกลไกด้านอุปทาน กระทรวงสาธารณสุขร่วมกับสถาบันการผลิตแพทย์ได้มีมาตรการเพิ่มการผลิตแพทย์เป็นระยะ โดยมีการเพิ่มทั้งจำนวนนักศึกษาที่รับในแต่ละปี ตลอดจนเพิ่มสถาบันการผลิต อีกทั้งมีมาตรการพิเศษที่เน้นการรับนักเรียนจากพื้นที่ชนบทเข้ามาเรียนแพทย์ โดยมุ่งหวังให้กลับไปปฏิบัติงานในภูมิลำเนาเมื่อจบการศึกษาเพื่อแก้ปัญหาการกระจายในพื้นที่ชนบท

อย่างไรก็ตามความไม่สมดุลทั้งอุปสงค์ความต้องการแพทย์ที่เพิ่มขึ้น และอุปทานการผลิตแพทย์เพื่อป้อนเข้าสู่ระบบสุขภาพ ยังผลให้ปัญหาความขาดแคลนแพทย์ของประเทศไทยยังอยู่ในระยะวิกฤติ ข้อเสนอในการแก้ไขปัญหาดังกล่าวประกอบด้วย

1. ควรมีหน่วยงานกลางในระดับประเทศ ที่ประกอบด้วยผู้ที่เกี่ยวข้องทุกฝ่าย โดยมีหน้าที่ในการกำหนดทิศทางนโยบายต่างๆที่เกี่ยวกับแพทย์ อีกทั้งมีหน้าที่กำกับ ติดตาม และประเมินผลนโยบาย/มาตรการต่างๆอย่างต่อเนื่องและเป็นระบบ
2. การวางแผนความต้องการแพทย์ร่วมกันระหว่างหน่วยงานต่างๆที่เกี่ยวข้อง ทั้งสถาบันการผลิตผลิต ผู้ใช้งานทั้งภาครัฐและเอกชน และสภาวิชาชีพ โดยจำนวนแพทย์ที่ต้องการจะต้องสอดคล้องกับความต้องการด้านสุขภาพของประชาชนและทิศทางการพัฒนาระบบสุขภาพของประเทศ
3. กระทบการผลิตแพทย์ควรมุ่งเน้นแพทย์ทั่วไปมากขึ้น เพื่อมุ่งปรับสัดส่วนแพทย์ทั่วไปและแพทย์เฉพาะทางให้อยู่ในสัดส่วนที่ไม่แตกต่างกันมากนัก และกระทบการเรียนการสอนควรเน้นการสร้างสุขภาพภาพนำการซ่อมสุขภาพ สามารถดูแลสุขภาพในภาพกว้างอย่างเป็นองค์รวม
4. เพิ่มสัดส่วนกระบวนการรับนักเรียนที่มีภูมิลำเนาในพื้นที่ชนบทให้มากขึ้น โดยมีได้เน้นเฉพาะ “คนเก่ง” แต่จำเป็นต้องเน้น “คนดี” ที่มีเจตคติที่ดีในการปฏิบัติงานในชนบท

5. การบริหารจัดการเพื่อให้เกิดการคงอยู่ (Retention) จำเป็นต้องใช้มาตรการที่หลากหลาย ทั้งมาตรการด้านการเงิน และมาตรการอื่นๆ เช่น ความก้าวหน้าในวิชาชีพ

ซึ่งแนวทางในการแก้ไขปัญหาดังกล่าวต้องอาศัยความร่วมมือผู้ที่เกี่ยวข้องด้วยกันหลายฝ่าย ตั้งแต่ผู้สถาบันการผลิตแพทย์ ผู้ใช้ทั้งภาครัฐและเอกชน ตลอดจนแพทย์สภาผู้ซึ่งทำหน้าที่ควบคุมกำกับมาตรฐานวิชาชีพ อีกทั้งความมุ่งมั่นและจริงจังของทุกฝ่ายที่จะร่วมแก้ไขปัญหา มิได้มุ่งเน้นอคติ หรือผลประโยชน์ของกลุ่มตัว หากแต่ยึดผลประโยชน์ของประเทศชาติและประชาชนคนไทยเป็นที่ตั้งจึงจะสามารถฝ่าวิกฤติปัญหาความขาดแคลนแพทย์ได้

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข. แผนแม่บทกำลังคนด้านสาธารณสุข. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข; ๒๕๔๗.
2. สำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข. รายงานการสำรวจทรัพยากรสาธารณสุข ปี ๒๕๔๗. นนทบุรี : กระทรวงสาธารณสุข; ๒๕๔๗.
3. Wibulpolprasert S, Pengpaibon P. Integrated strategies to tackle the inequitable distribution of doctors in Thailand: four decades of experience. Human Resources Health 2003;1(1):12.
4. สมจิต พุกษะวริตานนท์, กัญญาพล วัฒนกุล, ลลิตศักดิ์ บุญไทย, พิทยา จารุพูนผล, อตินารถ พึ่งความชอบ, อูมาพร กนกธร และคณะ. รายงานการศึกษาวิเคราะห์ความต้องการแพทย์เฉพาะทางของประเทศไทย พ.ศ.๒๕๔๖.นนทบุรี: แพทยสภา; ๒๕๔๖.
5. ทักษพล ธรรมรังสี, พนา พงษ์ชันะภักย์, ปิยะ หาญวรวงศ์ชัย. สาเหตุการลาออกของแพทย์จากหน่วยงานในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ระหว่างปี พ.ศ.2545-2546. นนทบุรี: สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ; ๒๕๔๘.
6. สุวิทย์ วิบูลผลประเสริฐ. การสาธารณสุขไทย พ.ศ. ๒๕๔๔-๒๕๔๗. พิมพ์ครั้งที่ ๑. นนทบุรี: สำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข; ๒๕๔๘.
7. วีระศักดิ์ มงคลพร, ชุตติมา อรรถลี้พันธุ์, ชื่นฤทัย กาญจนจิตรา, วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร. อุปสงค์และอุปทานต่อการให้บริการทางการแพทย์สำหรับผู้ป่วยชาวต่างชาติ: การศึกษาเพื่อสำรวจผลกระทบที่มีต่อระบบสุขภาพและบุคลากรสาธารณสุขในประเทศไทย. นนทบุรี: สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ; ๒๕๔๘.
8. Pachanee C, Wibulpolprasert S. Incoherent policies on universal coverage of health insurance and promotion of international trade in health services in Thailand. Health policy and Planning. 2006, 21(4): 310-318.