

แพทย์

• ในบรรดากำลังในระบบสุขภาพ แพทย์เป็นวิชาชีพหลักที่มีบทบาทสำคัญต่อระบบบริการสุขภาพของประเทศมาก โดยเฉพาะในระดับทุติยภูมิและตติยภูมิที่ต้องการกำลังคนด้านสุขภาพที่เชี่ยวชาญการรักษามากกว่าการส่งเสริมป้องกัน นับตั้งแต่ศิริราชพยาบาลผลิตแพทย์แผนปัจจุบันคนแรกในปี พ.ศ. 2432 จนถึงปัจจุบันนี้การผลิตแพทย์ไม่เคยหยุดหรือลดน้อยลง มีแต่เพิ่มมากขึ้น แต่แพทย์ก็ยังเป็นวิชาชีพที่ขาดแคลนของประเทศ

ข้อมูลของแพทยสภา ณ วันที่ 31 ธันวาคม 2558 พบว่าประเทศไทยมีแพทย์ที่ขึ้นทะเบียนทั้งหมด 52,448 คน ในจำนวนนี้มีที่ยังมีชีวิตอยู่และติดต่อได้ 47,809 คน เมื่อพิจารณาการกระจายตัวของแพทย์โดยอ้างอิงจากฐานข้อมูลรายงานทรัพยากรสาธารณสุข 2560 ของกองยุทธศาสตร์และแผนงาน กระทรวงสาธารณสุข พบว่ากรุงเทพฯ เป็นพื้นที่ที่มีแพทย์ปฏิบัติหน้าที่อยู่มากที่สุด คือ 8,865 คน มากกว่าจำนวนแพทย์ที่ปฏิบัติงานในภาคอีสานทั้งภาคซึ่งมีแพทย์อยู่เพียง 7,703 คน ขณะที่กรุงเทพฯ มีประชากร 5.7 ล้านคน ส่วนภาคอีสานมีประชากรมากถึง 21.5 ล้านคน สัดส่วนแพทย์ต่อประชากรในกรุงเทพฯ อยู่ที่ 1: 630 ขณะที่สัดส่วนแพทย์ต่อประชากรในภาคอีสานอยู่ที่ 1:3,338 ค่าเฉลี่ยทั่วประเทศ อยู่ที่ 1:1,843



วิชาชีพแพทย์มีบทบาทสำคัญในระบบสุขภาพของประเทศไทย มาอย่างยาวนาน แพทย์เป็นปัจจัยหนึ่งที่กำหนดความต้องการใช้ทรัพยากรอื่น ๆ ทั้งในด้านบุคลากร ประเภทต่างๆ ที่ต้องทำงานเกี่ยวพันกัน เวชภัณฑ์และเครื่องมือ เทคโนโลยีทางการแพทย์ ปริมาณและคุณภาพของแพทย์จึงมีความสำคัญต่อคุณภาพของระบบบริการสุขภาพ

อย่างไรก็ดี สำนักงานวิจัยและพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพ (2560) ศึกษาคาดการณ์จำนวนแพทย์ในอนาคตโดยคำนวณจาก จำนวนแพทย์ที่มีในปัจจุบัน จำนวนแพทย์ที่ขึ้นทะเบียนในแต่ละปี และอัตราการสูญเสียรายปี ได้ผลการศึกษาว่าในปี 2569 ภายใต้แผนการผลิตในปัจจุบันและอัตราการสูญเสียรายปีอยู่ที่ร้อยละ 1 ประเทศไทยจะมีแพทย์ขึ้นทะเบียนกับแพทยสภา 83,425 คน คิดเป็นจำนวนแพทย์ต่อประชากร 1 : 769 หากคำนวณเฉพาะแพทย์ที่ให้บริการตรวจรักษาจะมีจำนวน 63,065 คน คิดเป็นอัตราส่วนแพทย์ต่อประชากร 1 : 1,053 โดยจำนวนแพทย์ใน 10 ปีข้างหน้าจะเพิ่มจากจำนวนปัจจุบันร้อยละ 50 และเมื่อคำนวณไปอีก 10 ปี ถึงปี 2579 ซึ่งจำนวนประชากรของไทยจะเริ่มลดลงด้วยอัตราการเพิ่มประชากรติดลบ เนื่องจากจำนวนเกิดน้อยกว่าจำนวนตาย ในขณะที่อัตราการผลิตแพทย์คงที่และจำนวนแพทย์ที่เพิ่มขึ้นยังสะสมอยู่ในระบบ ปี 2579 จะมีแพทย์ขึ้นทะเบียนแพทยสภา 115,678 คน อัตราส่วนแพทย์ต่อประชากรอยู่ที่ 1 : 563



การบริหารและจัดการกำลังคน ในวิชาชีพแพทย์ของประเทศไทย

เป้าหมายสำคัญในการบริหารและจัดการกำลังคนในวิชาชีพแพทย์ของประเทศไทยคือการให้มีแพทย์ปฏิบัติหน้าที่ทั้งในระดับปฐมภูมิ ทติยภูมิ และตติยภูมิ ได้เพียงพอกับความต้องการของประชาชน ที่ผ่านมาหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการผลิต คือโรงเรียนแพทย์ เกี่ยวข้องกับการใช้คือสถานบริการต่างๆ และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการบริหารจัดการกำลังคนด้านสุขภาพ คือกระทรวงสาธารณสุข ได้ร่วมมือกันในการปรับปรุงและวางนโยบายใหม่ เพื่อแก้ปัญหาการขาดแคลนแพทย์และการกระจายตัวอย่างไม่สมดุล

นโยบายสำคัญที่ประเทศไทยใช้ในการบริหารและจัดการกำลังคนวิชาชีพแพทย์ ประกอบด้วย



การเพิ่มกำลังการผลิต

เป็นนโยบายสำคัญของประเทศในการแก้ไขปัญหาการขาดแคลนแพทย์ โดยให้โรงเรียนแพทย์เพิ่มกำลังการผลิตให้มากขึ้น ข้อมูลจากแพทยสภา ณ วันที่ 12 ธันวาคม 2562 มีโรงเรียนแพทย์ที่ได้รับการรับรองหลักสูตรจากแพทยสภา ทั้งหมด 21 แห่ง เป็นสถานศึกษาของภาครัฐ 19 แห่ง และของเอกชน 2 แห่ง นอกจากนี้ยังมีศูนย์แพทยศาสตรศึกษาในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขอีก 35 แห่ง โดยมีกำลังการผลิตรวมอยู่ที่ 3,050 คน ต่อปี (ตัวเลขปี 2559) มีแผนเพิ่มกำลังการผลิตเป็นประมาณ 3,200 – 3,300 คน ในปี 2566 (สำนักงานวิจัยและพัฒนา กำลังคนด้านสุขภาพ)

การเพิ่มกำลังการผลิตที่รัฐบาลใช้มีทั้งที่เป็น การเพิ่มจำนวนการผลิตตามช่องทางปกติ และการดำเนินโครงการใหม่ๆ เพื่อแก้ปัญหาการขาดแคลนเป็นการเฉพาะ เช่น โครงการแพทย์ชนบท โครงการผลิตแพทย์เพิ่มเพื่อชาวชนบท (Collaborative Project to Increase Production of Rural Doctors – CPIRD) และโครงการหนึ่งอำเภอหนึ่งทุน (One District One Doctor – ODOD) การเพิ่มกำลังการผลิตแพทย์ไม่ใช่สิ่งที่ทำได้ง่ายด้วยปัจจัยสำคัญ 2 ประการคือ จำนวนอาจารย์แพทย์ที่มีไม่เพียงพอ และการผลิตแพทย์ 1 คนต้องใช้งบประมาณมาก โดยเฉลี่ยการผลิตบัณฑิตแพทย์ 1 คน ต้องใช้งบประมาณ 1.8 ล้านบาท (มติคณะรัฐมนตรี, 2562) ซึ่งในสถาบันการศึกษาของรัฐผู้เรียนจะจ่ายเพียงประมาณ 2.5 แสนบาท (มติเสนอขยับปี, 2562) ที่เหลือรัฐบาลเป็นผู้สนับสนุน โดยต้องเป็นงบประมาณผูกพัน 6 ปี ตามระยะเวลาเรียนของหลักสูตรแพทยศาสตรศึกษา นอกจากนี้ยังมีงบประมาณใช้จ่ายด้านโครงสร้างพื้นฐานเพื่อสนับสนุนการเรียนการสอนแพทย์ ซึ่งมีการคำนวณไว้ว่าประมาณ 2 ล้านบาทต่อคนต่อปี อย่างไรก็ตามนโยบายการเพิ่มกำลังการผลิตเป็นนโยบายที่ดำเนินมาอย่างต่อเนื่อง ล่าสุดวันที่ 26 มีนาคม 2562 คณะรัฐมนตรีมีมติเห็นชอบในหลักการให้ดำเนินโครงการผลิตแพทย์เพิ่มแห่งประเทศไทย เพื่อเพิ่มจำนวนการผลิต เพื่อให้อัตราส่วนแพทย์ต่อประชากรในภาพรวมเท่ากับ 1: 1,200 คนในปี 2576 ซึ่งต้องใช้งบประมาณรวมเกือบ 35,000 ล้านบาท (มติคณะรัฐมนตรี, 2562)



การบังคับแพทย์ใช้ทุน

การใช้ทุนของแพทย์หมายถึงการที่แพทย์ต้องรับราชการเป็นเวลา 3 ปี เกิดขึ้นเป็นครั้งแรกในปี 2510 ในรูปแบบของการสมัครใจ เพื่อรับมือกับปัญหาสมองไหลไปต่างประเทศของแพทย์จนทำให้เกิดวิกฤติขาดแคลนแพทย์ในประเทศโดยเฉพาะในพื้นที่ชนบท โดยในช่วงปี 2508 สหรัฐอเมริกามีความต้องการแพทย์เพิ่มเป็นจำนวนมาก เพื่อรองรับระบบประกันสุขภาพที่เพิ่งจัดตั้งขึ้นและเพื่อทดแทนแพทย์อเมริกันที่ถูกส่งเข้าสมรภูมิสงครามเวียดนาม จึงมีการนำเข้าแพทย์จากประเทศต่างๆ เป็นจำนวนมาก รวมทั้งจากประเทศไทย ทำให้เกิดปัญหาขาดแคลนแพทย์ในประเทศไทยอย่างหนัก คณะรัฐมนตรีจึงมีมติใน พ.ศ. 2510 ให้นักศึกษาแพทย์ทุกคน หากไม่ประสงค์จะจ่ายค่าบำรุงการศึกษาปีละ 10,000 บาท ตลอด 4 ปี (ในชั้นปริคlinikและคลินิก) ก็จะต้องทำสัญญาปฏิบัติงานชดใช้ทุนให้แก่ทางราชการเป็นเวลา 3 ปี โดยให้สิทธินักศึกษาเลือกที่จะจ่ายค่าบำรุงการศึกษาในราคาแพง (คิดเทียบกับปัจจุบันจะมีมูลค่าประมาณปีละ 100,000 บาท อัตราดอกเบี้ยร้อยละ 7 ปี ต่อปี) หรือทำสัญญาปฏิบัติงานชดใช้ทุนแก่รัฐบาลหากผิดสัญญาต้องชดใช้เงินเป็นจำนวน 120,000 บาท ต่อมา มีการปรับเพิ่มเป็น 400,000 ในปี 2516 ระบบสมัครใจนี้ได้เปลี่ยนแปลงเป็นระบบบังคับในปี 2514 และดำรงอยู่มาจนถึงวันนี้ ส่วนการทำงานใช้ทุนถูกปรับเป็นเมื่อเรียนจบบัณฑิตแพทย์ต้องออกไปฝึกเพิ่มพูนทักษะในโรงพยาบาลศูนย์หรือโรงพยาบาลทั่วไป 1 ปี และทำงานในโรงพยาบาลชุมชน 2 ปี



การสร้างแรงจูงใจที่เป็นตัวเงิน (financial incentive)

“เงิน” ถูกนำมาใช้เป็นเครื่องมือสำคัญในการบริหารและจัดการกำลังคนด้านสุขภาพมาโดยตลอด ทั้งเพื่อแก้ปัญหาการขาดแคลนแพทย์ในพื้นที่ชนบทและป้องกันสมองไหลจากภาครัฐไปสู่เอกชน ปัจจุบันนอกเหนือจากเงินเดือนและเงินประจำตำแหน่งแล้ว แพทย์ในระบบสุขภาพของภาครัฐได้รับค่าตอบแทนที่เป็นตัวเงินในหมวดอื่น ดังนี้ ค่าตอบแทนการปฏิบัติหน้าที่ในลักษณะเป็นเวรหรือเป็นผลัด เงินพิเศษกรณีไม่ทำเวชปฏิบัติส่วนตัว/ หรือปฏิบัติงานในโรงพยาบาลเอกชน เงินเพิ่มสำหรับตำแหน่งที่มีเหตุพิเศษของผู้ปฏิบัติงานด้านการสาธารณสุข (พตส.) เบี้ยเลี้ยงเหมาจ่ายสำหรับแพทย์ที่ปฏิบัติงานใน รพช และรพ.สต. ค่าตอบแทนพิเศษสำหรับแพทย์สาขาส่งเสริมพิเศษ ค่าตอบแทนพิเศษสำหรับแพทย์ที่ปฏิบัติหน้าที่ในพื้นที่จังหวัดชายแดนภาคใต้

แรงจูงใจที่ไม่ใช่ตัวเงิน (non-financial incentive)

เป็นมาตรการที่ถูกนำมาใช้เสริมมาตรการทางการเงินเพื่อจูงใจแพทย์ไว้ในระบบราชการและเพื่อจูงใจให้ปฏิบัติหน้าที่ในชนบท แรงจูงใจที่ไม่ใช่ตัวเงินที่มีการประกาศใช้ได้แก่ การกำหนดให้แพทย์ที่ปฏิบัติหน้าที่ในชนบทที่มีความก้าวหน้าในสายงานเร็วกว่าในเขตเมือง และให้ใช้ประสบการณ์การทำงานในพื้นที่มาปรับการขึ้นสู่ระดับ 9 (ตามระบบซีเดิม) ได้ การให้ใช้ประสบการณ์การทำงานในชนบทเทียบโอนเป็นแพทย์เฉพาะทางด้านเวชศาสตร์ชุมชนโดยไม่ต้องอบรม นอกจากนี้ยังมีการใช้มาตรการสร้างแรงจูงใจที่ไม่ใช่ตัวเงินในระดับพื้นที่ ซึ่งแต่ละโรงพยาบาลจะมีความแตกต่างกันเช่น การจัดระบบที่ปรึกษาโดยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ การมีระบบไกล่เกลี่ยในโรงพยาบาลเพื่อป้องกันการถูกฟ้องร้อง การมีระบบแพทย์พี่เลี้ยง การมีตารางเวรหมุนเวียนที่เหมาะสม การจัดสิ่งอำนวยความสะดวกในบ้านพัก เป็นต้น





การกระจายตัวระหว่าง แพทย์เฉพาะทางและแพทย์ทั่วไป

ปัจจุบันแพทย์นิยมนศึกษาต่อเฉพาะทางเพิ่มมากขึ้น ปี 2558 ขณะที่แพทย์ทั้งหมดมี 32,038 คน กลับมีจำนวนวุฒิปัตรีและอนุปัตรีที่แพทยสภาออกให้กับแพทย์เฉพาะทางสาขาใดสาขาหนึ่งถึง 45,234 ใบ แสดงว่าแพทย์ 1 คน มีความเชี่ยวชาญมากกว่าหนึ่งสาขา

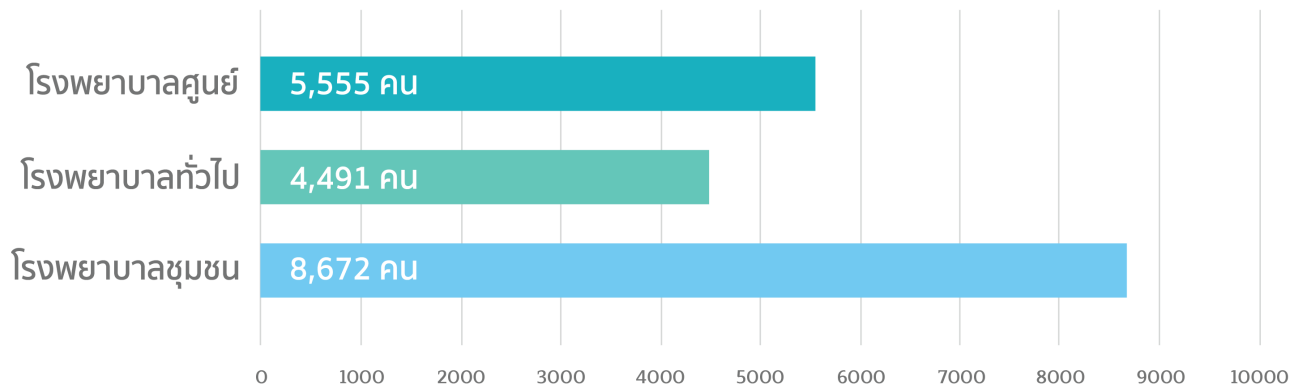
การกระจายตัวของแพทย์ จำแนกตามสังกัดและเขตสุขภาพ*

พื้นที่	กสร.	กระทรวงอื่น	รัฐวิสาหกิจ	หน่วยงานอิสระ	อปท.	เอกชน	รวม
ทั่วประเทศ	20,244	6,635	2	988	833	6,686	35,388
กรุงเทพฯ	780	3,208	0	696	748	3,433	8,865
เขตสุขภาพที่ 1	2,148	400	2	0	8	455	3,013
เขตสุขภาพที่ 2	1,186	294	0	0	2	116	1,598
เขตสุขภาพที่ 3	1,005	43	0	0	0	87	1,135
เขตสุขภาพที่ 4	1,873	823	0	0	11	335	3,042
เขตสุขภาพที่ 5	1,755	139	0	97	0	371	2,362
เขตสุขภาพที่ 6	1,988	224	0	195	7	1,004	3,418
เขตสุขภาพที่ 7	1,523	816	0	0	14	92	2,445
เขตสุขภาพที่ 8	1,413	31	0	0	5	93	1,542
เขตสุขภาพที่ 9	1,985	118	0	0	10	153	2,266
เขตสุขภาพที่ 10	1,370	44	0	0	3	33	1,450
เขตสุขภาพที่ 11	1,564	65	0	0	22	328	1,979
เขตสุขภาพที่ 12	1,654	430	0	0	3	186	2,273

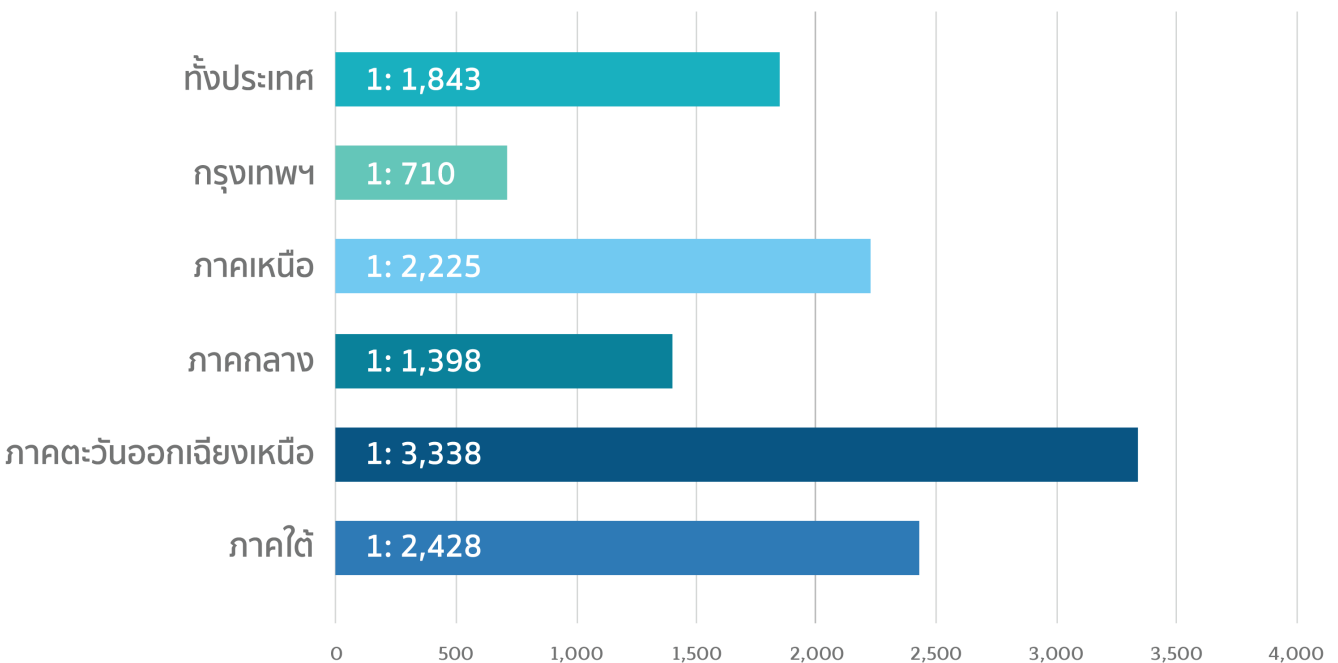
*แหล่งข้อมูล รายงานข้อมูลทรัพยากรสาธารณสุข ปี 2560

กองยุทธศาสตร์และแผนงาน กระทรวงสาธารณสุข (ตัวเลขจะต่ำกว่าข้อมูลจากแพทยสภา)

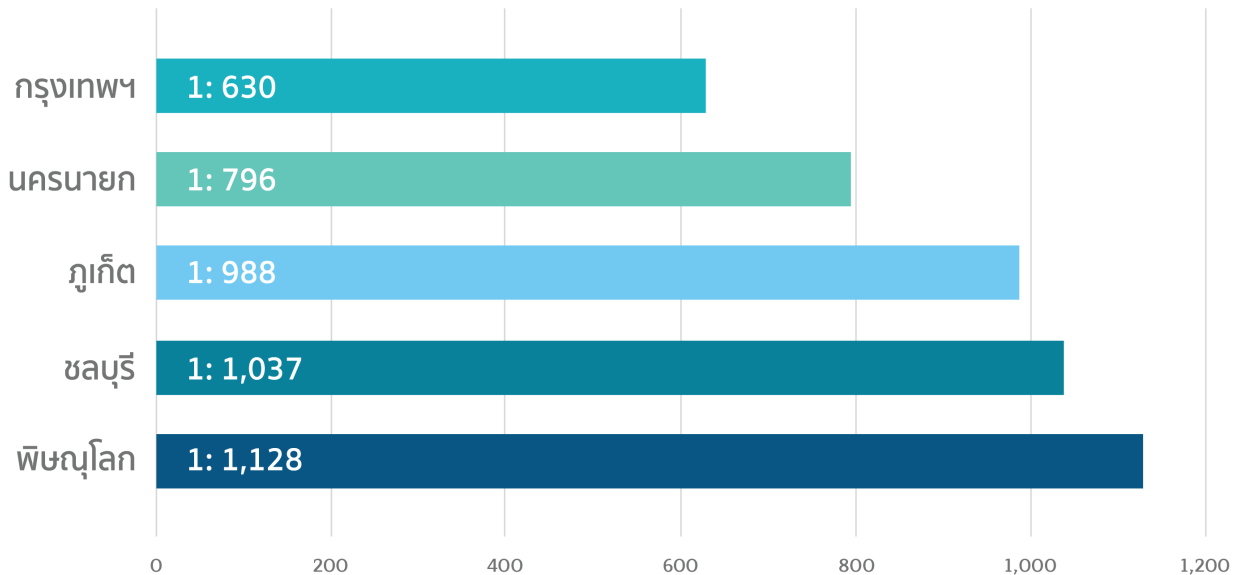
การกระจายตัวของแพทย์ ในสังกัดสำนักปลัดกระทรวงสาธารณสุข



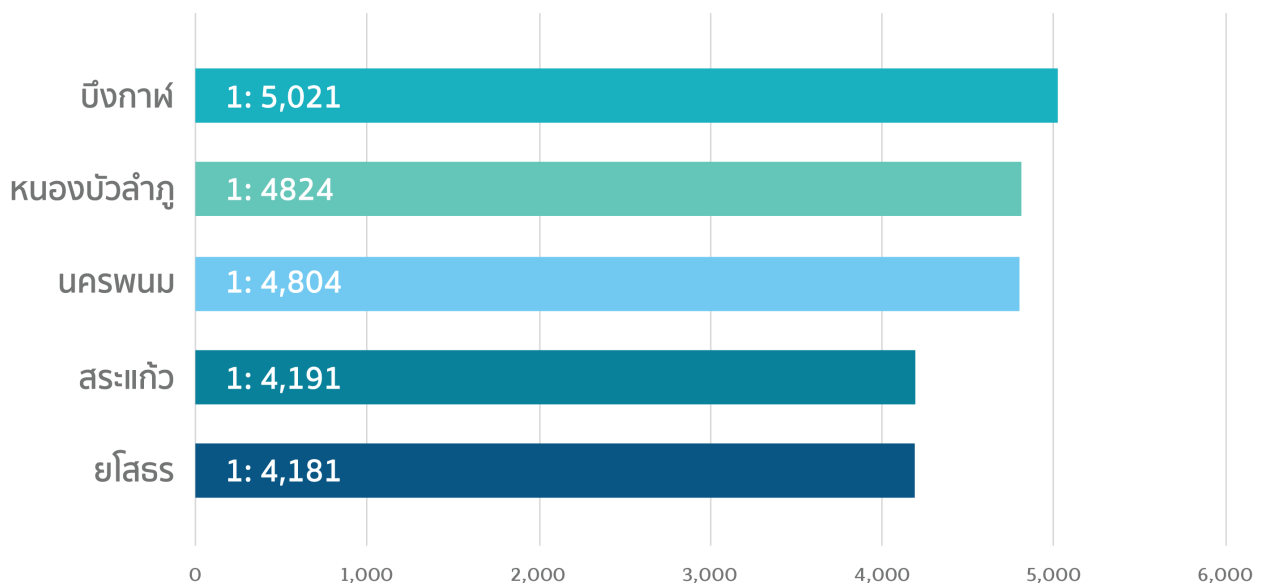
อัตราส่วนแพทย์ต่อประชากร แยกตามรายภาค (ณ ปี 2559)



จังหวัดที่มีอัตราส่วนแพทย์ต่อประชากรสูงสุด 5 จังหวัดแรก



จังหวัดที่มีอัตราส่วนแพทย์ต่อประชากรต่ำสุด 5 จังหวัดแรก





แหล่งข้อมูล

- กองยุทธศาสตร์และแผนงาน. (2560). รายงานข้อมูลทรัพยากรสาธารณสุข. ฉบับเผยแพร่ออนไลน์ เข้าถึงได้ที่ http://bps.moph.go.th/new_bps/sites/default/files/report-gis60_10Jan2019.pdf
- ผีเสื้อขยับปีก. (2562). *โรงเรียนแพทย์ในยุค Disruptive*. สื่อเผยแพร่ออนไลน์ สามารถเข้าถึงได้ที่ www.hrdo.org
- นางลักษณ์ พะไถยะ และเพ็ญญา หงษ์ทอง. (2554). *กำลังคนด้านสุขภาพ: ที่เข้ามาเป็นอยู่ และจะเป็นไป*. นนทบุรี: พรินท์แอมที.
- มติคณะรัฐมนตรี วันที่ 26 มีนาคม 2562. เอกสารเผยแพร่ออนไลน์ เข้าถึงได้ที่ https://cabinet.soc.go.th/soc/Program2-3.jsp?top_serl=99332000
- สำนักงานวิจัยและพัฒนาากำลังคนด้านสุขภาพ. (2560). *โครงการวิจัยเพื่อสังเคราะห์ทางเลือกและข้อเสนอเชิงนโยบายในการวางแผนความต้องการกำลังคนด้านสุขภาพของประเทศในทศวรรษหน้า*. นนทบุรี: สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ.