

การหมุนเวียนของบุคลากรที่ให้บริการ
ในสถานพยาบาลภาครัฐ

วิโรจน์ ณ ระนอง
อัญชนา ณ ระนอง

การหมุนเวียนของบุคลากรที่ให้บริการ ในสถานพยาบาลภาครัฐ

รายงานฉบับสมบูรณ์เล่มที่ 5
โครงการติดตามประเมินผลการจัดหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า
ระยะที่สอง (2546-47)

Thailand Development Research Institute Foundation

การหมุนเวียนของบุคลากรที่ให้บริการใน
สถานพยาบาลภาครัฐ
The Flow of Health Personnel in Public Hospitals

รายงานวิจัยเล่มที่ 5
โครงการติดตามประเมินผลการจัดหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า
ระยะที่สอง (2546-47)
Research Report No.5
Monitoring and Evaluating Universal Health Care Coverage in
Thailand, Phase II, 2003-04.

ดร.วิโรจน์ ณ ระนอง
รศ.ดร.อัญชญา ณ ระนอง

สถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย (TDRI)

ตุลาคม 2547
แก้ไขปรับปรุง มิถุนายน 2548

งานวิจัยนี้ได้รับทุนอุดหนุนจากสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) และ
สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.)

ความเห็นและข้อเสนอแนะที่ปรากฏในเอกสารนี้เป็นของคณะผู้วิจัย ซึ่งไม่จำเป็นต้องตรงกับความเห็น
ของสถาบันต้นสังกัด และมีใช้ความเห็นของสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) หรือสำนักงาน

Abstract

The study looks upon recent changes of the health personnel situation in public hospitals in Thailand. The study covers four professions—physicians, dentists, pharmacists, and nurses. More emphasis is placed on physicians and dentists, the two scarcest health professionals, and those that public hospitals have faced the most problem retaining.

Physician scarcity has been acknowledged for a long time. Since the 1980's, medical schools in Thailand drastically increased their admissions twice—from 400 annually to 800 and then 1,200 in the mid 90's. At present, the government is in the process of expanding the physician training program that aims at producing 1,000 more doctors each year.

At present, there are 23,000-27,000 active physicians. More than half (14,000) is in the public sector, two-thirds of which are working in MoPH hospitals. Among the 18,000 physicians working in public and private hospitals, the distribution is highly uneven. The population:physician ratio is less than 1000:1 in Bangkok, about 3400:1 in the Central Region (slightly below the national average), and over 7,500:1 in the Northeastern Region. The distribution would be more uneven if broken down to provinces or urban-rural areas.

The main public hospitals are run by the Office of Permanent Secretary of MoPH, which service 90 percent of population that is eligible for the 30 Baht Scheme. As of 2004, the Office employs approximately 10,000 physicians, 8,500-8,800 of which provide services in MoPH hospitals; the rest are being trained to be specialists. Since all new graduated physicians are required to sign a three-year contract to work in a public hospital, there are about 1,200 new physicians added into the public service system each year. Although the majority of them resign after three years, the number of physicians in public hospitals continues to increase.

The recent years have seen increasing number of resignations, and many blame this on the 30 Baht Scheme. A recent study found, however, that resignations usually determined by joint factors such as work burdens, remuneration, and further training opportunities—all of which are similar to determining factors in the past. The state of economy is important, as it affects the relative compensation between the private and public sectors. Not many physicians cited political induced factors such as the 30 Baht Scheme or Article 41-42 of the National Security Act as the main factor. However, it would be prudent not to dismiss the possibility that dissatisfaction with the 30 Baht scheme might add some weight that tips the scale on their final decisions.

Unlike the case of physicians, concerns over insufficient dentists usually do not make a headline. However, the problem is as severe as—if not more than—that of physicians. Newly graduated dentists are also required to work in

public hospitals for three years. Usually, the MoPH could retain only one fourth of them after their contracts expired (except during the economic crisis). The dentists' distribution also resembles those of physicians.

The number of dentist training has increased at a slower pace than those of physicians and, in most cases, is resulting from founding a new dentistry department in a new university rather expanding the existing departments. In most dentistry departments, the number of graduates fluctuates significantly from year to year. The main reason is that many first-year dentistry students would reapply to a medical school and would withdraw from the dentistry department if they were admitted to the medical school. This has caused most dentistry training departments to operate below its potential level, even when dentistry is in high demand. If these schools could replace all the withdrawal slots (for example, by allowing transfers from other departments that have similar prep courses), we would regain almost 20% more dentistry graduates each year without having to invest more in new expensive training facilities.

Pharmacists used to be considered a scarce health profession in which graduates were required to work for the MoPH after graduation. Such a requirement was abolished years ago and the public hospitals usually do not have problem filling the pharmacist position, although the legal requirement to have pharmacists working in drugstores could still not be enforced. Like other health professions, Bangkok and the Central Region has more pharmacists per capita than the rest of the country, but their distribution is better than those of physician and dentists.

Nurses were also considered a scarce profession in which the graduates were required to work for the MoPH after graduation. Such a requirement was abolished even before the pharmacist case, partly because the government was not willing to hire all graduated nurses. Although some public hospitals still complain that they do not have a sufficient number of nurses, the issue is not of great concern for the public or politicians.

If we compare the number of health personnel with the standard that was set for the Primary Care Unit (PCU) in the 30 Baht scheme, we would find dentists to be the scarcest profession. In the Northeastern Region, even if all dentists are spread evenly throughout the region (which is currently not the case), there still would not have enough dentists to satisfy the standard requirement. While other professions could meet such a standard, it should be kept in mind that the standard itself is a bare minimum (e.g., under such standard, a doctor would have to handle about 100 visits per day if every patient is allowed to see the doctor each visit). Under such a condition, and given the situation that the 30 Baht Scheme has not successfully attracted private providers, to retain a sufficient number of personnel in public hospitals would be crucial to the success of the universal health coverage program in Thailand.

บทสรุปสำหรับผู้บริหาร

โครงการนี้ศึกษาการหมุนเวียนของบุคลากรในระบบบริการโดยเน้นในส่วนของภาครัฐรวมทั้งประเด็นเรื่องการลาออกจากราชการของแพทย์ การศึกษาครอบคลุมบุคลากรสี่กลุ่มคือ แพทย์ ทันตแพทย์ เภสัชกร และพยาบาล โดยมีจุดเน้นที่แพทย์และทันตแพทย์ ซึ่งเป็นสาขาที่ขาดแคลนมากเป็นพิเศษ

ตั้งแต่ในช่วงทศวรรษ 2520 เป็นต้นมา ได้มีการขยายการผลิตแพทย์ครั้งใหญ่สองครั้ง จากปีละประมาณ 400 คนเป็น 800 คน และ 1200 คน) ปัจจุบันมีแพทย์ที่ยังประกอบวิชาชีพอยู่ในประเทศไทยประมาณ 23,000-27,000 คน ซึ่งอย่างน้อย 18,000 คนทำงานในโรงพยาบาล (เป็นแพทย์ที่อยู่ในระบบราชการประมาณ 14,000 คน เกือบสองในสามสังกัดโรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข) คิดเป็นสัดส่วนประชากรประมาณ 3,600 คนต่อแพทย์ในโรงพยาบาลหนึ่งคน แต่เมื่อพิจารณาข้อมูลในแต่ละภาคจะมีการกระจายตัวที่ค่อนข้างต่างกันมาก โดยในเขตกรุงเทพมหานครนั้น สัดส่วนดังกล่าวต่ำกว่า 1,000 ภาคกลางมีสัดส่วนที่ใกล้เคียงกับค่าเฉลี่ยของประเทศ ภาคเหนือและภาคใต้มีสัดส่วนสูงกว่าค่าเฉลี่ย (4,500 และ 5,000) ในขณะที่ภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีสัดส่วนสูงกว่าสองเท่าของค่าเฉลี่ยของประเทศ ในความเป็นจริงสัดส่วนต่างๆ น่าจะต่ำกว่านี้ แต่ปัญหาในด้านการกระจายตัวคงจะไม่แตกต่างกันมากนัก

แพทย์ที่อยู่ในระบบราชการส่วนใหญ่อยู่ในโรงพยาบาลในสังกัดสำนักปลัดกระทรวงสาธารณสุข ในปี 2544 มีแพทย์ในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขประมาณ 10,000 คน ประมาณ 9,600 คนมีอัตราอยู่ในโรงพยาบาลในสังกัดสำนักปลัดกระทรวงสาธารณสุข ในจำนวนนี้ 1,400 คน (มาศึกษาต่อ) เหลือแพทย์ที่ให้บริการในโรงพยาบาลในสังกัดสำนักปลัดกระทรวงสาธารณสุขทั่วประเทศประมาณ 8,300 คน คาดว่าเมื่อสิ้นปีงบประมาณ 2546 จะมีแพทย์ในโรงพยาบาลสังกัดสำนักปลัดกระทรวงสาธารณสุขประมาณ 10,328 คน (เมื่อหักแพทย์ที่ลาศึกษาต่อแล้ว คาดว่าจะมีแพทย์ที่ให้บริการในโรงพยาบาลในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขทั่วประเทศประมาณ 8,500-8,800 คน) ที่ผ่านมา แพทย์ในโรงพยาบาลในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ยังมีจำนวนที่เพิ่มขึ้นมาโดยตลอด โดยในปีงบประมาณ 2545-46 ซึ่งมีจำนวนแพทย์ลาออกที่สูงกว่าในช่วงฟองสบู่ถึงปีละประมาณ 200 คนนั้น โรงพยาบาลในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขก็ยังมีจำนวนแพทย์เพิ่มขึ้นสุทธิมากกว่าในช่วงปี 2539-40 ถึงประมาณ 100 คนต่อปี อย่างไรก็ตาม ปรากฏการณ์นี้

เกิดขึ้นในขณะที่มีการผลิตแพทย์เพิ่มถึงประมาณปีละ 400 คน ซึ่งแสดงให้เห็นว่าการผลิตแพทย์เพิ่มให้ผลสุทธิต่อโรงพยาบาลในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขประมาณหนึ่งในสี่เท่านั้น

กระทรวงสาธารณสุขและแพทยสภาได้รวบรวมตัวเลขการลาออกจากราชการของแพทย์ในปี 2545 และพบว่าแพทย์ลาออกมากขึ้นกว่าปีก่อนๆ และถึงแม้ว่าข้อมูลจากแพทยสภาแสดงให้เห็นว่าจำนวนแพทย์ที่เพิ่มในระบบราชการ (หักแพทย์ที่ลาออกแล้ว) ในปี 2545 ยังมีจำนวนมากกว่าจำนวนแพทย์ที่เพิ่มขึ้นในระบบราชการ (รวมพนักงานของรัฐ) ในปี 2543 และ 2544 แต่การที่จำนวนแพทย์ที่ลาออกจากราชการเพิ่มขึ้นค่อนข้างมากในระยะหลังก็มีส่วนบ่งชี้ว่าปัญหานี้น่าจะมีความรุนแรงมากกว่าในอดีตและมีโอกาสที่จะเพิ่มความรุนแรงขึ้นในอนาคต อย่างไรก็ตาม การศึกษาในเรื่องการลาออกของแพทย์ยังมีปัจจัยแวดล้อมที่เกี่ยวข้องที่ต้องนำมาพิจารณาประกอบกันอีกหลายประการ การนำยอดตัวเลขการลาออกของแพทย์ที่เพิ่มขึ้นมาสรุปว่าเป็นผลมาจากโครงการ 30 บาททั้งหมดจึงไม่ใช่การสรุปที่ถูกต้องนัก (ถึงแม้ว่าจะมีความเป็นไปได้ที่โครงการนี้มีส่วนเสริมที่ทำให้แพทย์บางส่วนลาออกจากราชการก็ตาม)

ข้อมูลการลาออกและกลับเข้ารับราชการใหม่ในระหว่างปี 2537-2545 แสดงให้เห็นว่าจำนวนการลาออกจากราชการมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นในช่วงฟองสบู่ (2537-40) แล้วลดลงอย่างรวดเร็วหลังฟองสบู่แตก และเริ่มเพิ่มกลับขึ้นมาในช่วงปี 43-44 และสูงขึ้นในปี 2545 ซึ่งเป็นช่วงที่เริ่มโครงการ 30 บาทอย่างเต็มประจวบกับเศรษฐกิจไทยเริ่มฟื้นตัว สำหรับยอดการกลับเข้ารับราชการจะสวนทางกับยอดการลาออกอย่างเห็นได้ชัด การศึกษาเรื่องการลาออกของแพทย์ที่ผ่านมาพอจะประมวลผลและอนุมานได้ว่าการลาออกของแพทย์ไม่ได้เกิดจากสาเหตุหนึ่งใดเป็นสาเหตุหลักสาเหตุเดียว สาเหตุพื้นฐานที่สำคัญได้แก่ภาระงาน ค่าตอบแทน และโอกาสในการศึกษาต่อ ซึ่งเป็นสาเหตุที่ไม่ต่างจากในอดีตมากนัก (ปัญหาการไม่สามารถรักษาแพทย์เอาไว้ใน รพช. ในระยะยาวก็เป็นปัญหาที่ประสบกันมาเป็นเวลาไม่น้อยกว่าสองทศวรรษ) ปัจจัยเรื่องค่าตอบแทนในลักษณะสัมพัทธ์ (เช่น ระหว่างรัฐกับเอกชน ระหว่างเมืองใหญ่กับเมืองเล็กหรือชนบท) มีส่วนในการกำหนดการตัดสินใจในการลาออกและกลับเข้ารับราชการ และปัจจัยเหล่านี้มักจะผันแปรไปตามภาวะเศรษฐกิจของประเทศ และอาจได้รับผลกระทบจากนโยบายของรัฐบาลบางประการด้วย (เช่น ความพยายามส่งเสริมไทยเป็นศูนย์กลางทางการแพทย์) ความเปลี่ยนแปลงทางสังคมและประชากร ก็มีส่วนทำให้มีการลาออกมากขึ้นหรือเร็วขึ้น เช่น การที่สัดส่วนของนักศึกษาแพทย์ที่มาจากกรุงเทพมหานครและที่เป็นเพศหญิงมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น แต่ถึงแม้ว่าปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเมือง (เช่น โครงการ 30 บาท และ พรบ. หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ) จะไม่ใช่ปัจจัยหลักใดๆ ที่ทำให้แพทย์ลาออก แต่ก็อาจจะเป็นปัจจัยเสริมที่มีความสำคัญในการตัดสินใจของแพทย์จำนวนไม่น้อยที่ได้รับอิทธิพลจากปัจจัยอื่นๆ อยู่แล้ว

ทันตแพทย์เป็นอีกสาขาที่มีปัญหาความขาดแคลนและการกระจุกตัว นอกจากนี้ยังมีข้อมูลและการศึกษาในเรื่องกำลังคนด้านทันตแพทย์น้อยมาก ข้อมูลที่รวบรวมโดยสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข (ซึ่งน่าจะต่ำกว่าความเป็นจริงมาก เนื่องจากข้อมูลภาคเอกชนเป็นการรวบรวมข้อมูลจากแบบสอบถาม ซึ่งโรงพยาบาลเอกชนตอบกลับมาประมาณสามในสี่) ระบุว่าในปี 2545-2546 มีทันตแพทย์ที่อยู่ในโรงพยาบาลประมาณ 3,600 คน ประมาณ 3,200 คนอยู่ในระบบราชการ และสามในสี่ของกลุ่มนี้สังกัดโรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข) จากข้อมูลดังกล่าวประเทศไทยมีสัดส่วนประชากรประมาณ 17,600 คนต่อแพทย์หนึ่งคน และเมื่อพิจารณาข้อมูลในแต่ละภาคก็จะพบว่ามีการกระจุกตัวของทันตแพทย์ในเขตกรุงเทพมหานครซึ่งมีสัดส่วนดังกล่าวอยู่ที่ประมาณ 6,600 ภาคกลางมีสัดส่วนที่ใกล้เคียงกับค่าเฉลี่ยของประเทศ ภาคเหนือและภาคใต้มีสัดส่วนที่สูงกว่าค่าเฉลี่ยเล็กน้อย (18,000-21,000) ในขณะที่ภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีสัดส่วนที่สูงที่สุด (27,000-28,000)

ในปัจจุบันมีการผลิตทันตแพทย์ประมาณปีละ 400 คน และยังมีการทำสัญญาใช้ทุนอยู่ แต่ข้อมูลที่มีอยู่แสดงให้เห็นว่าจำนวนทันตแพทย์ในภาครัฐเพิ่มสุทธิแต่ละปีน้อยมาก (34 คนในปี 2546) ซึ่งแสดงว่าปัญหาการลาออกของทันตแพทย์หลังใช้ทุนมีความรุนแรงมาก ข้อมูลที่มีอยู่ไม่เพียงพอที่จะสรุปว่าการลาออกเป็นผลมาจากโครงการ 30 บาทมากนักน้อยเพียงใด แต่ถ้าไม่นับปี 2541 (ซึ่งเป็นช่วงหลังวิกฤติเศรษฐกิจ) ตัวเลขจำนวนทันตแพทย์ในภาครัฐเพิ่มขึ้นประมาณปีละหนึ่งร้อยคนเศษ ซึ่งบ่งชี้ว่าปี 2546 มีการลาออกมากกว่าปีอื่น แต่การที่ข้อมูลปี 2546 เป็นข้อมูลเบื้องต้น อีกทั้งปี 2546 เป็นปีที่เศรษฐกิจค่อนข้างดีด้วย (ตัวเลขการเพิ่มของทันตแพทย์ในภาครัฐถึง 460 คนในปี 2541 บ่งชี้ว่าเศรษฐกิจของประเทศเป็นตัวแปรที่มีผลอย่างมากต่อการตัดสินใจลาออกจากราชการของทันตแพทย์) ทำให้สรุปได้ยากว่าการลาออกในปี 2546 ได้รับอิทธิพลจากโครงการ 30 บาทมากนักน้อยเพียงใด

จำนวนการผลิตทันตแพทย์จากแต่ละสถาบันไม่ได้เปลี่ยนแปลงไปมากนักในช่วง 11 ปีที่ผ่านมา จำนวนการผลิตที่เพิ่มขึ้นส่วนหนึ่งเกิดจากการที่มีสถาบันใหม่ๆ เปิดสอนมากกว่าที่จะเป็นการเพิ่มการผลิตของสถาบันเดิม และที่ผ่านมา สาธารณะและฝ่ายการเมืองเองก็ไม่ได้ให้ความสำคัญกับปัญหาการขาดแคลนทันตแพทย์มากเท่ากับปัญหาการขาดแคลนแพทย์ และที่ควรให้ความสนใจอีกประการหนึ่งคือ ข้อมูลจำนวนบัณฑิตในหลายสถาบันแกว่งขึ้นลงอย่างมากในแต่ละปี ซึ่งน่าจะเกิดจากนักศึกษาปีหนึ่งจำนวนหนึ่งไปสอบ entrance ใหม่และลาออกไป โดยไม่มีระบบที่จะนำนักศึกษาที่มีศักยภาพและต้องการศึกษาด้านนี้มาทดแทน ยังผลให้หลายสถาบันผลิตทันตแพทย์ในระดับที่ต่ำกว่าศักยภาพของตน ซึ่งน่าจะซ้ำเติมปัญหาการขาดแคลนทันตแพทย์ให้รุนแรงขึ้น และถ้ามีระบบที่แก้ไข

ปัญหานี้ได้ ก็น่าจะช่วยในการผลิตทันตแพทย์เพิ่มขึ้นได้เกือบร้อยละ 20 ต่อปีโดยไม่จำเป็นต้องลงทุนด้านเครื่องมือซึ่งมีราคาแพงเพิ่มขึ้น

เภสัชกรเคยถือเป็นสาขาที่ขาดแคลนและมีการทำสัญญาใช้ทุนในช่วงปลายทศวรรษ 2520 (ในปัจจุบัน ก็ยังมีร้านขายยาจำนวนมากที่ไม่มีเภสัชกรอยู่ประจำ) แต่ในส่วนของสถานพยาบาลของรัฐนั้น ไม่ได้มีปัญหาการขาดแคลนมากเหมือนกับแพทย์และทันตแพทย์ ถึงแม้ว่าปัจจุบันจะยกเลิกมาตรการบังคับใช้ทุนไปแล้วก็ตาม ในแง่การกระจายนั้น ถึงแม้ว่าจะมีปัญหาการกระจุกตัวในกรุงเทพมหานครเช่นเดียวกับวิชาชีพอื่น แต่ความแตกต่างระหว่างภาคต่างๆ ไม่ได้มีความรุนแรงเท่ากับแพทย์ โดยสัดส่วนของเภสัชกรต่อประชากรยังคงสูงที่สุดในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ เช่นเดียวกับแพทย์และทันตแพทย์ แต่ไม่ได้สูงเป็นสองเท่าเหมือนกรณีของแพทย์

ในภาพรวมแล้ว จำนวนเภสัชกรในภาครัฐมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นมาตลอด โดยไม่ค่อยได้รับผลกระทบจากเศรษฐกิจที่เปลี่ยนแปลงไปมากนัก จึงพอกกล่าวได้ว่าที่ผ่านมายังไม่มีปัญหาการลาออกจากราชการของเภสัชกรที่รุนแรงไม่ว่าจะเป็นช่วงก่อนหรือหลังโครงการ 30 บาht

ในด้านการผลิตเภสัชกรนั้น ในช่วงประมาณสิบปีที่ผ่านมา มีการผลิตเพิ่มขึ้นเกือบหนึ่งเท่าตัว จากปีละประมาณ 600 คน ในปี 2538 มาเป็นปีละประมาณ 1,000 คน ในปี พ.ศ. 2546 ดังนั้น ในสถานการณ์ปัจจุบัน (ซึ่งยังไม่มีการติดตามบังคับให้เภสัชกรไปประจำที่ร้านขายยาอย่างจริงจัง) นั้น ปัญหาการขาดแคลนเภสัชกรในภาครัฐน่าจะยังเป็นปัญหาน้อยกว่าแพทย์และทันตแพทย์มาก

สำหรับพยาบาลนั้น เคยเป็นสาขาที่ขาดแคลนและมีการทำสัญญาใช้ทุนเช่นเดียวกัน แต่ก็ยกเลิกไปก่อนเภสัชกรเสียอีก ซึ่งส่วนหนึ่งเป็นเพราะปัญหาการะทบด้านการเงินของรัฐบาลและนโยบายลดจำนวนข้าราชการ (วิชาชีพอื่นใช้วิธีเปลี่ยนไปจ้างเป็นพนักงานของรัฐแทน แต่กรณีพยาบาลไม่ได้ทำเช่นนั้น ซึ่งคงเป็นเพราะพยาบาลมีจำนวนมาก)

ในปี 2545-2546 มีพยาบาลในโรงพยาบาลมากกว่า 110,000 คน โดยส่วนใหญ่ (ประมาณร้อยละ 80) เป็นพยาบาลวิชาชีพ คิดเป็นสัดส่วนของพยาบาลหนึ่งคนต่อประชาชนประมาณ 560 คน การกระจายตัวของพยาบาลมีแบบแผนที่คล้ายกับบุคลากรอีกสามวิชาชีพที่กล่าวมาแล้ว แต่ความแตกต่างระหว่างพื้นที่มีน้อยกว่า ในช่วงระยะสองถึงสามปีที่ผ่านมา ไม่มีรายงานใดที่กล่าวถึงการลาออกจากราชการขนานใหญ่ของพยาบาล

ในด้านการผลิตนั้น ข้อมูลจากทางสภาการพยาบาลระบุว่ามีการผลิตค่อนข้างคงที่คือประมาณ 6,000-7,000 คนต่อปีมาตั้งแต่ก่อนปี 2540 ตั้งแต่ปี 2541 เป็นต้นมา นักศึกษาพยาบาลจบใหม่ทั้งจากสถานศึกษาของรัฐและเอกชนจะต้องสอบขึ้นทะเบียนก่อนที่จะได้ใบอนุญาต ในระหว่างปี

2541-2547 มีการออกใบอนุญาตประมาณ 50,000 คน ในปัจจุบันใบอนุญาตมีอายุเพียง 5 ปี (โดยมีเงื่อนไขในการต่อใบอนุญาตโดยการสอบหรือโดยการศึกษาต่อเนื่อง)

แม้ว่าในด้านบุคลากรจะไม่ได้มีมาตรฐานหนึ่งใดที่เป็นที่ยอมรับทั่วโลก แต่ในประเทศที่พัฒนาแล้วนั้น มักจะมีสัดส่วนของบุคลากรประเภทต่างๆ ต่อประชากรที่ไม่ต่างกันมากนัก และโดยทั่วไปแล้ว สัดส่วนเหล่านี้จะสูงกว่าในประเทศที่กำลังพัฒนา

ในประเทศไทยนั้น ในช่วงเริ่มโครงการ 30 บาท ก็มีการกำหนดมาตรฐานหน่วยบริการปฐมภูมิ แต่ก็มีข้อกำหนดที่ยืดหยุ่นให้ค่อนข้างมาก เนื่องจากในทางปฏิบัติแล้ว ในหลายพื้นที่มีบุคลากรไม่พอตามมาตรฐานที่ตั้งเอาไว้ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกรณีของแพทย์ ทันตแพทย์ และเภสัชกร

ถ้าเราสมมุติว่ามาตรฐานหน่วยบริการปฐมภูมิดังกล่าวเป็นมาตรฐานที่เหมาะสมกับประเทศไทยในภาพรวม ก็จะได้เห็นว่าทันตแพทย์เป็นกลุ่มที่ขาดแคลนที่สุด โดยในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ นั้น ถึงแม้จะมีการกระจายทันตแพทย์ออกไปเท่าๆ กันทั้งภาค ก็ยังจะมีจำนวนทันตแพทย์ไม่เพียงพอสำหรับประชากรในภูมิภาคนี้ สำหรับบุคลากรอื่นๆ ซึ่งความขาดแคลนอาจจะไม่รุนแรงเท่ากับทันตแพทย์นั้น มาตรฐานที่ตั้งเอาไว้ก็ถือว่าค่อนข้างต่ำ ตัวอย่างเช่นในกรณีของแพทย์ ซึ่งกำหนดให้ดูแลประชาชน 10,000 คนนั้น ถ้าแพทย์ทำงานสัปดาห์ละ 5 วัน และประชาชนมาพบแพทย์เฉลี่ยปีละ 2.5 ครั้ง ในแต่ละวันแพทย์คนหนึ่งก็ต้องตรวจคนไข้ถึงประมาณ 100 คน ซึ่งพอจะอนุมานได้ไม่ยากว่าเป็นระดับของการตรวจรักษาที่ยากที่จะทำให้มีคุณภาพตามมาตรฐานอย่างคงเส้นคงวาได้

ดังนั้น ในที่สุดแล้ว ปัญหาความพอเพียงของบุคลากรในระดับที่สามารถให้บริการที่มีคุณภาพได้ ย่อมมีความสำคัญมากกว่าปัญหาการลาออกจากราชการ (และรวมไปถึงในกรณีที่ทางรัฐบาลหรือโรงพยาบาลไม่ต้องการจ้างบุคลากรเพิ่มด้วยเหตุผลทางการเงิน แต่มีบุคลากรไม่เพียงพอสำหรับการให้บริการในระดับที่ได้มาตรฐาน) อย่างไรก็ตาม ในสถานการณ์ปัจจุบันที่บุคลากรสาขาอาชีพหลักๆ (เช่น แพทย์และทันตแพทย์) ยังขาดแคลนอยู่ และโครงการ 30 บาทฯ ยังคงใช้วิธีการจ่ายเงินที่ทำให้สถานพยาบาลเอกชนในต่างจังหวัดมีแนวโน้มที่จะถอนตัวออกจากโครงการมากกว่าจะเข้าร่วมโครงการนั้น การลาออกจากราชการของบุคลากรเหล่านี้ก็ยังถือเป็นเรื่องสำคัญที่ทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้องควรต้องให้ความสนใจแก้ไขเป็นลำดับต้นๆ

สารบัญ

หน้า

บทสรุปสำหรับผู้บริหาร	4
สารบัญ	9
สารบัญตาราง.....	10
สารบัญรูปภาพ	11
1. บทนำ	12
2. การหมุนเวียนของแพทย์ในสถานพยาบาล.....	13
3. การหมุนเวียนของทันตแพทย์.....	22
4. การหมุนเวียนของบุคลากรด้านสาธารณสุขอื่นๆ.....	25
5. ความเพียงพอของบุคลากร	31
6. บรรณานุกรม	34

สารบัญตาราง

หน้า

ตารางที่ 1	จำนวนแพทย์ผู้ได้รับใบอนุญาตฯ และจำนวนแพทย์ที่ถูกถอนชื่อจากทะเบียน ผู้ประกอบการวิชาชีพเวชกรรม	14
ตารางที่ 2	ข้อมูลจำนวนและการกระจายของแพทย์ รวบรวมโดยสำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข	16
ตารางที่ 3	จำนวนแพทย์ในโรงพยาบาลในสังกัดสำนักปลัดกระทรวงสาธารณสุข	17
ตารางที่ 4	ข้อมูลจำนวนและการกระจายของทันตแพทย์ รวบรวมโดยสำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข	23
ตารางที่ 5	จำนวนทันตแพทย์ที่ขึ้นทะเบียนเป็นผู้ประกอบวิชาชีพทันตกรรม ตั้งแต่ปี 2537-2547	24
ตารางที่ 6	ข้อมูลจำนวนและการกระจายของเภสัชกร รวบรวมโดยสำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข	26
ตารางที่ 7	จำนวนเภสัชกรผู้ได้รับใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเภสัชกรรม ในแต่ละปี	27
ตารางที่ 8	จำนวนผู้สมัครสอบและขึ้นทะเบียนเป็นผู้ประกอบวิชาชีพพยาบาล 2541-2547	29
ตารางที่ 9	จำนวนผู้สมัครสอบและขึ้นทะเบียนเป็นผู้ประกอบวิชาชีพพยาบาล	30
ตารางที่ 10	ตัวอย่างมาตรฐานหน่วยบริการปฐมภูมิที่กำหนดสำหรับโครงการ 30 บาท	32

สารบัญรูป

รูปที่ 1 การเปลี่ยนแปลงจำนวนแพทย์ในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข
 ปีงบประมาณ 2538-46..... 18

รูปที่ 2 จำนวนแพทย์จบใหม่ ลาออก และกลับเข้ารับราชการใหม่..... 21

การหมุนเวียนของบุคลากรที่ให้บริการใน สถานพยาบาลภาครัฐ

วิโรจน์ ณ ระนอง¹

อัญชญา ณ ระนอง²

1. บทนำ

การดำเนินโครงการ “30 บาท รักษาทุกโรค” ได้ก่อให้เกิดความเปลี่ยนแปลงในหลายด้าน รวมทั้งภาระงานของบุคลากรต่างๆ (โดยเฉพาะอย่างยิ่งแพทย์ในสถานพยาบาลของรัฐ) นอกจากนี้ การปฏิรูปด้านต่างๆ ที่สืบเนื่องมาจากโครงการ 30 บาท ก็ส่งผลกระทบต่อบุคลากรเช่นกัน เช่น การปฏิรูประบบงบประมาณ การให้ความสำคัญกับและจัดสรรทุนเรียนต่อให้สำหรับวุฒิปริญญาเวช กรรมครอบครัว (Family Medicine) มากขึ้น (ในปีแรกๆ ของโครงการ 30 บาท) หรือแม้กระทั่งการ ปรับเปลี่ยนระบบข้อมูล การรายงาน และการบันทึกข้อมูลผู้ป่วย

นอกจากนี้ ในช่วงปลายปี 2545 ได้มีการประกาศใช้ พรบ. หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ซึ่ง แพทย์จำนวนไม่น้อยเชื่อว่า พรบ. นี้จะทำให้แพทย์ทำงานลำบากขึ้น และเสี่ยงต่อการถูกฟ้องร้องมาก ขึ้นด้วย และก่อให้เกิดกระแสการคัดค้าน พรบ. นี้ในระดับที่ถือได้ว่าไม่เคยปรากฏมาก่อนในวงการ แพทย์

ที่ผ่านมา หลายฝ่ายมีความเชื่อว่ารัฐบาลจัดสรรบให้โครงการ 30 บาทน้อยเกินไป จนอาจมี ผลกระทบต่อคุณภาพของบริการ แต่การได้รับงบประมาณเพียงพอนั้น ถึงแม้ว่าจะเป็นอุปสรรคที่สำคัญ สำหรับโครงการ 30 บาท แต่ก็ไม่ได้เป็นปัจจัยชี้ขาดที่กำหนดความอยู่รอดของโครงการ 30 บาท แต่ในกรณีของบุคลากรนั้น ถ้าความเปลี่ยนแปลงต่างๆ ที่เกิดขึ้นก่อให้เกิดการลาออกของบุคลากร อย่างขนานใหญ่ (ในระดับที่เป็น massive attrition) แล้ว ก็จะทำให้เกิด feedback loop ที่อาจจะรุนแรง มากพอที่จะนำไปสู่ความล้มเหลวของโครงการในที่สุด เนื่องจากการลาออกจำนวนมากจากหน่วยงาน

¹ ผู้เชี่ยวชาญอาวุโส สถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย (TDRI) 565 ซอยเทพลีลา ถนนรามคำแหง แขวง/เขตวังทองหลาง กทม. 10310 โทรศัพท์ 02-718-5460 ต่อ 338 โทรสาร 02-718-5461 E-mail: virojtdri@yahoo.com หรือ naranong@econ.yale.edu

² รองศาสตราจารย์ คณะรัฐประศาสนศาสตร์ สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์ (NIDA) และผู้อำนวยการหลักสูตรรัฐประศาสนศาสตรมหาบัณฑิต ภาคพิเศษ จังหวัดชลบุรี e-mail: anchana@nida.nida.ac.th

ที่ดูแลประชากรในโครงการนี้ จะทำให้ภาระงานของผู้ที่เหลืออยู่ในระบบจะเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ (เว้นแต่ในกรณีที่บุคลากรที่ลาออกจะไปอยู่ในหน่วยงานอื่นที่มาทดแทนหน่วยงานเดิมในการดูแลประชากรในโครงการนี้ ซึ่งไม่ใช่กรณีที่เกิดขึ้นในช่วงที่ผ่านมา) ประเด็นเรื่องการหมุนเวียนของบุคลากรในสถานการณ์ปัจจุบัน โดยเฉพาะอย่างยิ่งแนวโน้มการลาออกจากราชการของแพทย์ในระบบบริการของภาครัฐ (โดยเฉพาะในโรงพยาบาลในสังกัดสำนักปลัดกระทรวงสาธารณสุขซึ่งที่ผ่านมามีปัญหาหลักในการให้บริการประชาชนในโครงการ 30 บาท) จึงเป็นประเด็นที่สำคัญในการจัดหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

การศึกษานี้มีจุดเน้นที่แพทย์และทันตแพทย์ เพราะถึงแม้ว่าบุคลากรทุกประเภทจะมีความสำคัญสำหรับระบบบริการสุขภาพ แต่แพทย์เป็นกุญแจสำคัญของระบบบริการ ที่หาทดแทนได้ยาก เมื่อเทียบกับบุคลากรสาขาที่ไม่ได้ขาดแคลนมากเท่า (เช่น เภสัชกร) หรือสาขาอื่นๆ (เช่น พยาบาล เจ้าหน้าที่สาธารณสุข) ซึ่งสถานพยาบาลที่มีฐานะการเงินดีก็มีโอกาสที่จะจ้างบุคลากรเหล่านี้เพิ่มเติมเองได้โดยไม่ยากนัก และการผลิตบุคลากรเหล่านี้ใช้เวลาไม่นานและที่ผ่านมาหลายหน่วยงานมีศักยภาพส่วนเกินที่สามารถนำมาใช้ในการผลิตบุคลากรเหล่านี้เพิ่มขึ้นได้ทันทีถ้ามีความจำเป็น

2. การหมุนเวียนของแพทย์ในสถานพยาบาล

ข้อมูลจากตารางที่ 1 แสดงจำนวนแพทย์ผู้ได้รับใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรมจากแพทยสภา และจำนวนแพทย์ที่ถูกถอนชื่อจากทะเบียนผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมในช่วงสามทศวรรษที่ผ่านมา ซึ่งจะเห็นได้ว่าในช่วงทศวรรษ 2520 จำนวนแพทย์ที่จบใหม่ค่อยๆ เพิ่มขึ้นจนเป็นประมาณหนึ่งเท่าตัว (จากปีละประมาณ 400 คนเป็น 800 คน) ซึ่งเป็นผลจากการเพิ่มการผลิตในช่วงนั้น และตั้งแต่ปี 2542 เป็นต้นมา จำนวนแพทย์ที่จบใหม่ก็เพิ่มขึ้นจากปีละประมาณ 800 คนเป็น 1,200 คน ซึ่งเป็นผลมาจากการขยายการผลิตแพทย์ในช่วงรัฐบาลอานันท์ ดังนั้นในช่วงห้าทศวรรษที่ผ่านมา จึงมีแพทย์จบใหม่ที่เข้ามาในระบบประมาณปีละประมาณ 1,200 คน ซึ่งเพิ่มขึ้นจากในช่วงทศวรรษก่อนหน้านั้น (พ.ศ. 2531-40) ประมาณร้อยละ 50

อย่างไรก็ตาม ยอดตัวเลขจำนวนแพทย์ที่ได้จากแพทยสภานี้ น่าจะเป็นจำนวนที่สูงกว่าจำนวนแพทย์ที่ยังประกอบวิชาชีพอยู่เป็นจำนวนมาก เพราะนอกจากสถิติจำนวนแพทย์ที่ถึงแก่กรรมจะไม่ครบถ้วนแล้ว ยังมีแพทย์เลิกประกอบวิชาชีพหลังจากที่เกษียณไปแล้ว แพทย์ที่ไปทำงานต่างประเทศ และแพทย์ที่ไปประกอบวิชาชีพอื่น ซึ่งมีหน่วยงานต่างๆ ประมาณการอย่างหยาบๆ เอาไว้

น่าจะมียุทธศาสตร์ที่ยังประกอบวิชาชีพอยู่ในประเทศไทยประมาณ 23,000-27,000 คน (ดูรายละเอียดใน ทัศนพลและคณะ 2547)

ตารางที่ 1 จำนวนแพทย์ผู้ได้รับใบอนุญาตฯ และจำนวนแพทย์ที่ถูกถอนชื่อจากทะเบียนผู้ประกอบการ
วิชาชีพเวชกรรม

พ.ศ.	ยอด จำนวน แพทย์ยก มา*	จำนวนแพทย์ที่ได้รับใบอนุญาตใน ระหว่างปี			จำนวนแพทย์ที่ถูกถอน ชื่อในระหว่างปี		จำนวน แพทย์ที่ เหลือ	รวมจำนวน แพทย์ที่ขึ้น ทะเบียน ทั้งหมด*
		จาก สถาบัน ของรัฐ	จาก ภาคเอกชน (สอบ)	รวม	ถึงแก่ กรรม**	เพิกถอน		
2514*	5,149	306	24	330	255	2	5,222	5,479
2515	5,222	346	21	367	22	1	5,566	5,846
2516	5,566	426	27	453	14	0	6,005	6,299
2517	6,005	440	29	469	21	0	6,453	6,768
2518	6,453	374	37	411	16	1	6,847	7,179
2519	6,847	374	27	401	17	0	7,231	7,580
2520	7,231	401	26	427	7	0	7,651	8,007
2521	7,651	432	20	452	46	1	8,056	8,459
2522	8,056	433	34	467	9	0	8,514	8,926
2523	8,514	495	18	513	12	0	9,015	9,439
2524	9,015	528	28	556	2	0	9,569	9,995
2525	9,569	520	24	544	11	0	10,102	10,539
2526	10,102	569	39	608	9	0	10,701	11,147
2527	10,701	762	30	792	7	0	11,486	11,939
2528	11,486	981	45	1,026	28	0	12,484	12,965
2529	12,484	630	23	653	20	2	13,115	13,618
2530	13,115	691	50	741	12	0	13,844	14,359
2531	13,844	686	52	738	18	0	14,564	15,097
2532	14,564	736	53	789	20	0	15,333	15,886

ตารางที่ 1 จำนวนแพทย์ผู้ได้รับใบอนุญาตฯ และจำนวนแพทย์ที่ถูกถอนชื่อจากทะเบียนผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม

พ.ศ.	ยอด จำนวน แพทย์ยก มา*	จำนวนแพทย์ที่ได้รับใบอนุญาตใน ระหว่างปี			จำนวนแพทย์ที่ถูกถอน ชื่อในระหว่างปี		จำนวน แพทย์ที่ เหลือ	รวมจำนวน แพทย์ที่ขึ้น ทะเบียน ทั้งหมด*
		จาก สถาบัน ของรัฐ	จาก ภาคเอกชน (สอบ)	รวม	ถึงแก่ กรรม**	เพิกถอน		
2533	15,333	770	22	792	31	0	16,094	16,678
2534	16,094	819	38	857	21	0	16,930	17,535
2535	16,930	826	48	874	10	1	17,793	18,409
2536	17,793	841	45	886	22	0	18,657	19,295
2537	18,657	818	45	863	31	0	19,489	20,158
2538	19,489	822	67	889	89	0	20,289	21,047
2539	20,289	819	47	866	52	0	21,103	21,913
2540	21,103	841	49	890	148	0	21,845	22,803
2541	21,845	871	70	941	56	0	22,730	23,744
2542	22,730	1,148	52	1,200	34	0	23,896	24,944
2543	23,896	1,169	73	1,242	100	0	25,038	26,186
2544	25,038	1,228	57	1,285	99	0	26,224	27,471
2545	26,224	1,244	85	1,329	58	1	27,494	28,800
2546	27,494	1,385	91	1,476	45	0	28,925	30,276
2547***	28,925	1,271	61	1,332	n.a.	n.a.	n.a.	31,608
รวม		25,002	1,457	26,459	1,342	9	ประมาณ 30,000	31,608

ที่มา: แพทยสภา

หมายเหตุ: * ก่อน พ.ศ. 2514 การขึ้นทะเบียนผู้ประกอบฯ อยู่ในความรับผิดชอบของกองการประกอบโรคศิลปะ จำนวน 5,149 คน

** ตัวเลขถึงแก่กรรมอาจมีไม่ครบ และแพทย์ที่ยังมีชีวิตอยู่บางท่านอาจเลิกประกอบวิชาชีพไปแล้ว

*** ข้อมูล ณ เดือนมิถุนายน 2547

สำหรับข้อมูลที่รวบรวมโดยสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข (ตารางที่ 2) ซึ่งรวบรวมข้อมูลจากสถานพยาบาลของรัฐและเอกชน (แต่กรณีของเอกชนครอบคลุมเฉพาะสถาน

พยาบาลที่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน ซึ่งส่วนใหญ่เป็นโรงพยาบาล และสัดส่วนของสถานพยาบาลเอกชนที่ตอบแบบสอบถามกลับมาในแต่ละปีแตกต่างกัน แต่ส่วนใหญ่ตกประมาณสามในสี่) มีจำนวนแพทย์รวมกันประมาณ 18,000 คนในปี 2545-2546 แบ่งเป็นแพทย์ที่อยู่ในระบบราชการประมาณ 14,000 คน (เกือบสองในสามของแพทย์กลุ่มนี้สังกัดโรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข) และในภาคเอกชนประมาณ 4,000 คน (ซึ่งเป็นตัวเลขที่ต่ำกว่าความเป็นจริง เนื่องจากเป็นการรวบรวมข้อมูลจากแบบสอบถามซึ่งส่งเข้ามาไม่ครบ) จากข้อมูลดังกล่าว ในปี 2545-2546 โดยเฉลี่ยแล้วประเทศไทยมีสัดส่วนประชากรประมาณ 3,600 คนต่อแพทย์หนึ่งคน แต่เมื่อพิจารณาข้อมูลในแต่ละภาคจะมีการกระจายตัวที่ค่อนข้างต่างกันมาก โดยในเขตกรุงเทพมหานครนั้น สัดส่วนดังกล่าวต่ำกว่า 1,000 ภาคกลางมีสัดส่วนที่ใกล้เคียงกับค่าเฉลี่ยของประเทศ (3,417-3,566) ภาคเหนือและภาคใต้มีสัดส่วนที่สูงกว่าค่าเฉลี่ยคือประมาณ 4,500 และ 5,000 ในขณะที่ภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีสัดส่วนสูงกว่า 7,000 ในความเป็นจริงสัดส่วนเหล่านี้ น่าจะต่ำกว่านี้ เช่น ถ้าใช้ตัวเลขประมาณการจากหน่วยงานต่างๆ ที่อ้างในทักซพลและคณะ 2547 ค่าเฉลี่ยของประเทศก็น่าจะไม่เกิน 2,800 (หรืออาจจะลดลงเหลือ 2,400 ถ้าใช้ตัวเลขประมาณการขั้นสูง) แต่ปัญหาในด้านการกระจายตัวคงจะไม่แตกต่างกันมากนัก

ตารางที่ 2 ข้อมูลจำนวนและการกระจายของแพทย์ รวบรวมโดยสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข

จำนวนแพทย์						จำนวนปชก.ต่อแพทย์ 1 คน					
ปี	กระทรวง สาธารณสุข	ภาครัฐ อื่นๆ	รัฐ	เอกชน	รวม	ทั้ง ประเทศ	กทม.	ภาค กลาง	ภาค ตอน	ภาคเหนือ	ภาคใต้
2539	7,733	5,151	12,884	3,325	16,209	3,689	727	4,598	9,951	5,811	5,217
2540	8,026	5,299	13,325	3,244	16,569	3,649	720	4,506	9,951	5,791	5,216
2541	9,636	4,752	14,388	3,567	17,955	3,406	762	3,614	8,218	5,050	4,814
2542	9,799	4,938	14,737	3,403	18,140	3,394	762	3,654	8,110	4,869	4,888
2543	9,363	4,742	14,105	3,920	18,025	3,427	793	3,576	8,311	4,501	5,194
2544	10,068	4,495	14,563	4,384	18,947	3,277	760	3,375	7,614	4,488	5,127
2545	8,821	5,136	13,957	3,572	17,529	3,569	952	3,566	7,251	4,499	4,984
2546p	n.a.	n.a.	13,834	3,803	17,637	3,577	974	3,417	7,542	4,754	4,632

ที่มา ปี 2539-2544 จากรายงานทรัพยากรสาธารณสุข

ปี 2545-2546 จากเว็บของสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข (ณ ตุลาคม 2547) ข้อมูลปี 2545-2546 ในส่วนของกระทรวงสาธารณสุขไม่รวมแพทย์ที่ไปเรียนต่อที่สังกัดอื่น
หมายเหตุ: ภาครัฐอื่นๆ คือ กระทรวงอื่นๆ+รัฐวิสาหกิจ+เทศบาล+องค์การอิสระ

องค์การอิสระ ได้แก่ รพ.จุฬา สภากาชาดและสาขา (ในปี 2545 มีสถานพยาบาลที่ถือเป็นองค์การอิสระ 6 แห่ง)

ในบรรดาแพทย์ที่อยู่ในระบบราชการนั้น ส่วนใหญ่อยู่ในโรงพยาบาลในสังกัดสำนักปลัดกระทรวงสาธารณสุข ทั้งนี้ แพทย์ที่จบใหม่ส่วนใหญ่มัจะเข้าสู่ระบบบริการของสำนักปลัดกระทรวงสาธารณสุข (ประมาณร้อยละ 65 ในระหว่างปี พศ. 2538-41 และร้อยละ 70 ในระหว่างปี พศ. 2542-45) ในปี 2544 มีแพทย์ในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขประมาณ 10,000 คน ประมาณ 9,600 คนมีอัตราอยู่ในโรงพยาบาลในสังกัดสำนักปลัดกระทรวงสาธารณสุข (ในจำนวนนี้ 1,400 คน ลามาศึกษาต่อ) จึงเหลือแพทย์ที่ให้บริการในโรงพยาบาลในสังกัดสำนักปลัดกระทรวงสาธารณสุขทั่วประเทศประมาณ 6,300 คน (ดูตารางที่ 3) คาดว่าเมื่อสิ้นปีงบประมาณ 2546 จะมีแพทย์ในโรงพยาบาลสังกัดสำนักปลัดกระทรวงสาธารณสุขประมาณ 10,328 คน (เมื่อหักแพทย์ที่ลาศึกษาต่อแล้ว คาดว่า จะมีแพทย์ที่ให้บริการในโรงพยาบาลในสังกัดสำนักปลัดกระทรวงสาธารณสุขทั่วประเทศประมาณ 8,200-8,800 คน)

ตารางที่ 3 จำนวนแพทย์ในโรงพยาบาลในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

	รพศ/รพท	รพช.	รวม	หมายเหตุ
ปฏิบัติงานอยู่	5,074	2,406	5,480	
ใช้ทุนปีหนึ่ง (ประมาณ)	600	200	800	เพิ่มเป็น 935 คน ในปีงบประมาณ 2545 และประมาณ 950 คนในปีงบประมาณ 2546
ลาศึกษาต่อ	1,314	120	1,434	
รวม	6,888	2,726	9,614	เมื่อรวมกับยอดเพิ่มสุทธิในปีงบประมาณ 2545-46 (371 คนในปีงบประมาณ 45 และไม่เกิน 343 คนในปีงบประมาณ 46) จะมีแพทย์ในโรงพยาบาลในสังกัดสำนักงานปลัด กระทรวงสาธารณสุข เมื่อสิ้นปีงบประมาณ 2546 ประมาณ 10,328 คน (รวมที่ลาศึกษาต่อ)

ที่มา: กองการเจ้าหน้าที่ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข (ตุลาคม 2544)

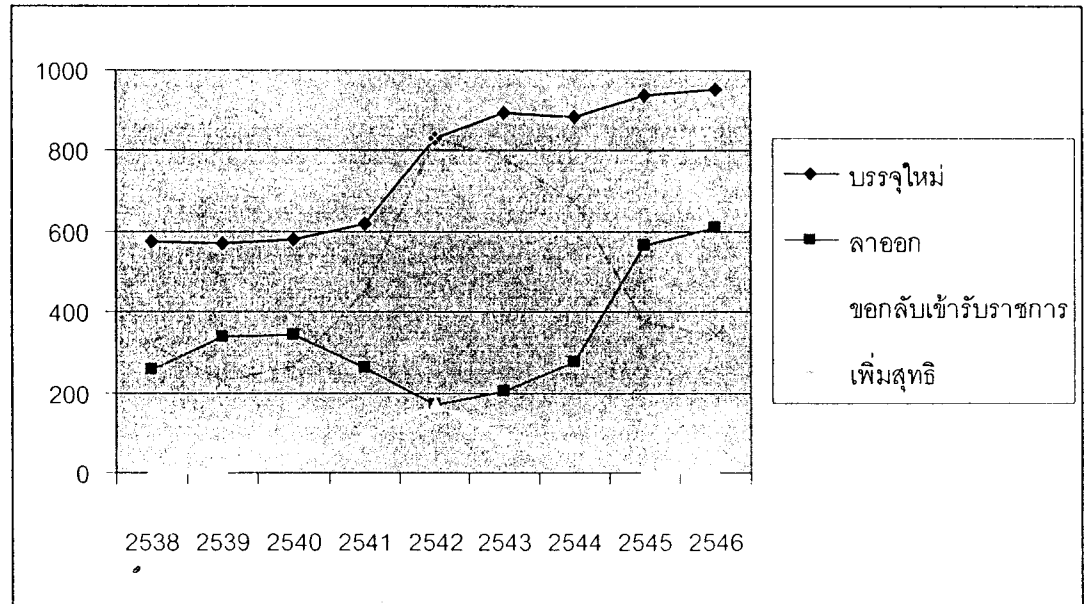
ข้อมูลในหมายเหตุได้จากการประมาณการของทักซพลและคณะ 2547

สำหรับการเปลี่ยนแปลงจำนวนแพทย์ในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขนั้น จากรูปที่ 1 จะเห็นได้ว่า ในภาพรวมนั้น แพทย์ในโรงพยาบาลในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขยังมีจำนวนที่เพิ่มขึ้นมาโดยตลอด โดยในปีงบประมาณ 2545-46 ซึ่งมีจำนวนแพทย์ลาออกมากกว่าในช่วงฟองสบู่ถึงปีละกว่า 200 คนนั้น³ โรงพยาบาลในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขก็ยังมีจำนวนแพทย์เพิ่มขึ้นสุทธิมากกว่าในช่วงปี 2539-40 ถึงประมาณ 100 คนต่อปี อย่างไรก็ตามปรากฏการณ์นี้เกิดขึ้นในขณะที่มีการผลิตแพทย์เพิ่มถึงประมาณปีละ 400 คน ซึ่งแสดงให้เห็นว่าการ

³ แต่การเปรียบเทียบจำนวนแพทย์ที่ลาออกในปี 2545-2546 กับปีก่อนๆ อาจจะ misleading เพราะปี 2545 เป็นปีที่แพทย์รุ่นที่มีการผลิตเพิ่มขึ้นทำงานครบสัญญาใช้ทุนสามปีเป็นปีแรก

ผลิตแพทย์เพิ่มให้ผลสุทธิกับโรงพยาบาลในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขประมาณหนึ่งในสี่เท่านั้น⁴

รูปที่ 1 การเปลี่ยนแปลงจำนวนแพทย์ในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ปีงบประมาณ 2538-46



ที่มา: สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข (ปรับจากทักษะพลและคณะ 2547)

การลาออกของแพทย์

กระทรวงสาธารณสุขและแพทยสภาได้รวบรวมตัวเลขการลาออกจากราชการของแพทย์ในปี 2545 และพบว่าแพทย์ลาออกมากขึ้นกว่าปีก่อนๆ และถึงแม้ว่าข้อมูลจากแพทยสภา (สิงหาคม 2546) แสดงให้เห็นว่าจำนวนแพทย์ที่เข้าสู่ระบบราชการในปี 2545 (ยอดเพิ่มสุทธิที่ลบจำนวนแพทย์ที่ลาออกจากราชการในปีเดียวกันออกไปแล้ว) ยังมีจำนวนมากกว่าจำนวนแพทย์ที่เพิ่มขึ้นในระบบราชการ (รวมพนักงานของรัฐ) ในปี 2543 และ 2544 แต่การที่จำนวนแพทย์ที่ลาออกจากราชการเพิ่มขึ้นค่อนข้างมากในระยะหลังก็มีส่วนบ่งชี้ว่าปัญหานี้น่าจะมีความรุนแรงมากกว่าในอดีตและมีโอกาสที่จะเพิ่มความรุนแรงขึ้นในอนาคต

⁴ การศึกษาของทักษะพลและคณะ (2547) ในรายพื้นที่ ระบุว่าในบางพื้นที่ บางโรงพยาบาล และบางกลุ่มงาน กำลังประสบปัญหาในชั้นวิกฤติ เช่นมีการปิดแผนก หรือต้องให้แพทย์เฉพาะทางสาขาอื่นมาดำเนินการแทนสาขาที่ขาดแคลน

อย่างไรก็ตาม การศึกษาในเรื่องการลาออกของแพทย์ยังมีปัจจัยแวดล้อมที่เกี่ยวข้องที่ต้องนำมาพิจารณาประกอบกันอีกหลายประการ เช่น

ประการแรก ยอดการลาออกไม่ได้เป็นตัวบ่งชี้สถานการณ์กำลังคนในภาพรวมที่ดีนัก เพราะในแต่ละปีจะมีแพทย์ที่เข้าสู่ระบบเพิ่มขึ้น และโดยทั่วไปแล้วจะมีแพทย์ขอกลับเข้ารับราชการอีกจำนวนหนึ่ง (ซึ่งมักจะขึ้นกับภาวะเศรษฐกิจเป็นสำคัญ)

ประการที่สอง ในระบบแพทย์ใช้ทุนนั้น ในแต่ละปีจะมีแพทย์ที่ใช้ทุนครบสามปีลาออกเป็นจำนวนหลักร้อยเป็นปกติอยู่แล้ว ยอดการลาออกจึงไม่ได้มีความหมายมากเท่ากับยอดการลาออกที่เปลี่ยนแปลงไปจากใน “สถานการณ์ปกติ”

ประการที่สาม “สถานการณ์ปกติ” ไม่ได้เป็นสถานการณ์ที่คงที่ หากแต่ขึ้นกับภาวะเศรษฐกิจของประเทศด้วย ซึ่งจะเห็นได้ว่ายอดจำนวนการลาออกจากราชการ (และยอดจำนวนการกลับเข้ารับราชการ ซึ่งมักจะสวนทางกับยอดการลาออก) มักจะผันแปรไปตามภาวะเศรษฐกิจของประเทศ นอกจากนี้ การลาออกที่เพิ่มขึ้นในปี 2545-2546 เป็นสิ่งที่คาดหมายได้ตั้งแต่แรกเพราะปี 2545 เป็นปีที่แพทย์รุ่นที่มีการผลิตเพิ่มขึ้นเป็น 1,200 คน ทำงานครบสามปีตามสัญญาการทำงานใช้ทุน

ประการที่สี่ แพทย์ส่วนใหญ่ในประเทศไทยนิยมเรียนต่อเพื่อเป็นแพทย์เฉพาะทาง ซึ่งโดยทั่วไปแล้ว รร. แพทย์มีแนวโน้มที่จะรับแพทย์ที่มี “ต้นสังกัด” มาเรียนต่อ แต่ในระยะสองถึงสามปีที่ผ่านมา ระบบการจัดสรรทุนเรียนต่อเปลี่ยนแปลงไปหลายครั้ง (เช่นในช่วงแรกๆ ของโครงการ 30 บาท ผู้บริหารกระทรวงสาธารณสุขให้ความสำคัญกับ Family Medicine ค่อนข้างมาก ทำให้มีการจัดสรรทุนให้สาขาที่แพทย์ส่วนใหญ่ถือว่าเป็นสาขาเฉพาะทางจริงๆ น้อยลง) นอกจากนี้ โรงเรียนแพทย์บางแห่งยังเปลี่ยนแปลงกติกาในการรับแพทย์ประจำบ้าน (เช่น การเลิกจ่ายเงินเดือนให้ resident ที่รับเข้ามาแบบ free-training) อาจมีผลทำให้ตัวเลขการลาออกเพิ่มขึ้นมาก เพราะแพทย์ที่ไปเรียนต่อจำนวนมากอาจใช้วิธีลาออกแทนการลาเรียนต่อดังเช่นในอดีต แต่กรณีหลังนี้จะมีผลกระทบต่อระบบบริการของรัฐโดยรวมในช่วงเฉพาะหน้าน้อยกว่าในกรณีที่แพทย์ลาออกจากระบบราชการไปทำเอกชนที่อยู่นอกโครงการ 30 บาทอย่างเต็มตัว

ประการที่ห้า การที่แพทย์จำนวนมากในระยะหลังถูกบรรจุเป็น “พนักงานของรัฐ” แทนที่จะเป็นข้าราชการ มีผลทำให้แพทย์จำนวนหนึ่งให้คุณค่ากับการอยู่ในระบบราชการน้อยลง (ซึ่งมีทั้งส่วนที่เกิดจากปัญหาในการบริหารจัดการ ส่วนที่เป็นผลทางจิตวิทยา กับส่วนที่เกิดจากความเชื่อที่ว่าพนักงานของรัฐและครอบครัว (รวมทั้งบิดามารดา) ไม่ได้รับความคุ้มครองในด้านสวัสดิการต่างๆ ที่ดีเท่ากับข้าราชการ) อย่างไรก็ตาม ปัญหานี้มีแนวโน้มที่จะคลี่คลายไปในอนาคตอันใกล้

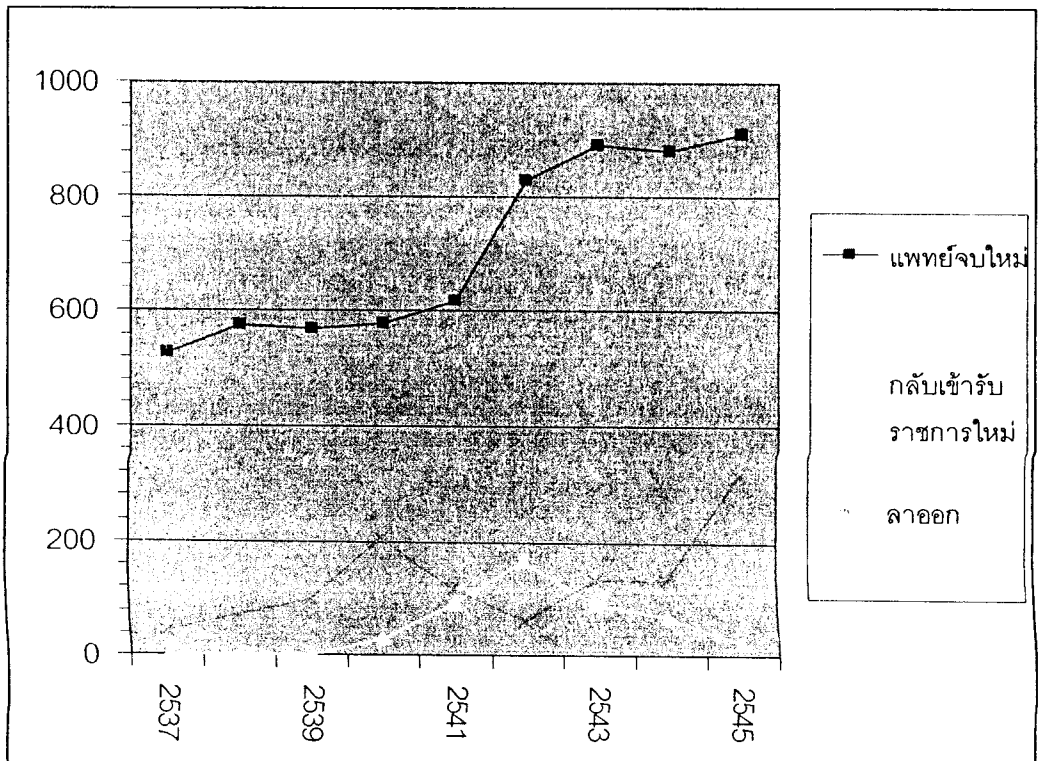
ประการที่หก โครงสร้างการตลาดที่เปลี่ยนแปลงไปทำให้โรงพยาบาลเอกชนจำนวนมากพยายามดึงแพทย์มาประจำแทนการใช้ระบบ “ปรึกษา” (“consulting”) แบบเดิม ทำให้นอกจากจะมีอุปสงค์ต่อแพทย์ผู้เชี่ยวชาญจากระบบเอกชนมากซึ่งเป็นแรงดึงเพิ่มขึ้นแล้ว ยังทำให้แพทย์ที่เลือกที่จะอยู่ในภาครัฐขาดรายได้ที่เคยได้รับ เป็นต้น

ดังนั้น การนำยอดตัวเลขการลาออกของแพทย์ที่เพิ่มขึ้นมาสรุปว่าเป็นผลมาจากโครงการ 30 บาททั้งหมดจึงไม่ใช่การสรุปที่ถูกต้องนัก (แม้ว่าจะมีความเป็นไปได้ว่าโครงการนี้อาจมีส่วนเสริมที่ทำให้แพทย์บางส่วนลาออกจากราชการก็ตาม)

ที่ผ่านมา ตัวเลขการลาออกจากราชการเป็นตัวเลขที่ไม่มีหน่วยงานใดรวบรวมข้อมูลไว้อย่างครบถ้วน ในบางกรณีตัวเลขการลาออกที่ถูกนำมาเปรียบเทียบข้ามปีเป็นตัวเลขที่ได้จากคนละวิธีกัน และมีการอบเวลาที่แตกต่างกัน หรือบางครั้งเกิดจากเอาตัวเลขจากหลายๆ แหล่งมารวมกัน ตัวอย่างเช่น ตัวเลขการลาออกที่มีการกล่าวอ้างกันอย่างกว้างขวางว่าในปี 2546 มีแพทย์ลาออกจากราชการมากกว่าหนึ่งพันคนนั้น น่าจะเป็นตัวเลขที่สูงเกินความเป็นจริงมาก

รูปที่ 2 แสดงจำนวนแพทย์จบใหม่ ลาออก และกลับเข้ารับราชการใหม่ในระหว่างปี 2537-2545 ซึ่งเกือบทั้งช่วง (ยกเว้นปี 2545) เป็นช่วงก่อนที่มีโครงการ 30 บาท จากรูปจะเห็นได้ว่าจำนวนการลาออกจากราชการมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นในช่วงฟองสบู่ (2537-40) แล้วลดลงอย่างรวดเร็วหลังฟองสบู่แตก และเริ่มเพิ่มกลับขึ้นมาในช่วงปี 43-44 และสูงขึ้นในปี 2545 ซึ่งเป็นช่วงที่เริ่มโครงการ 30 บาทอย่างเต็มประจวบกับเศรษฐกิจไทยเริ่มฟื้นตัว สำหรับยอดการกลับเข้ารับราชการในระหว่างปี 2540-2546 นั้น จะสวนทางกับยอดการลาออกอย่างเห็นได้ชัด

รูปที่ 2 จำนวนแพทย์จบใหม่ ลาออก และกลับเข้ารับราชการใหม่



ที่มา: แพทยสภา และ อําพล จินดาวัฒนะ (2546)

สาเหตุการลาออกจากราชการของแพทย์

ที่ผ่านมา มีความพยายามจากหลายฝ่ายที่จะศึกษาเรื่องการลาออกของแพทย์ โดยเฉพาะ แพทยสภา (2546 2547) และ IHPP (ทักษพล 2546 และทักษพลและคณะ 2547) แม้ว่าการศึกษาดังกล่าวจะมีปัญหาบางประการ (เช่น response rate ที่ค่อนข้างต่ำ) และได้ผลที่แตกต่างกันบ้าง รวมทั้งอาจมีข้อจำกัดในเรื่องระเบียบวิธีวิจัย (เช่น การศึกษามักพิจารณาผลของตัวแปรที่ละตัวโดยไม่มีการควบคุมตัวแปรอื่นๆ) แต่ก็พอจะประมวลผลและอนุมานได้ว่า

- การลาออกของแพทย์ไม่ได้เกิดจากสาเหตุหนึ่งใดเป็นสาเหตุหลักสาเหตุเดียว (โดยเฉพาะอย่างยิ่งสาเหตุที่มักถูกนำมาถกเถียงกันในทางการเมือง เช่น การมีโครงการ 30 บาท การมีบางมาตราใน พรบ.หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ หรือการไม่ได้รับการบรรจุเข้าเป็นข้าราชการ มักจะเป็นเหตุผลประกอบการตัดสินใจมากกว่าจะเป็นสาเหตุหลักใดๆ ที่ทำให้การตัดสินใจดังกล่าว)

- สาเหตุพื้นฐานที่สำคัญที่การศึกษาต่างๆ พบมักจะเกี่ยวข้องกับปัจจัยต่อไปนี้คือ ภาระงาน ค่าตอบแทน และโอกาสในการศึกษาต่อ ซึ่งเป็นสาเหตุที่ไม่ต่างจากในอดีตมากนัก และในความเป็นจริงแล้วปัญหาการไม่สามารถรักษาแพทย์เอาไว้ในโรงพยาบาลชุมชนในระยะยาวก็เป็นปัญหาที่ประสบกันมาเป็นเวลาไม่น้อยกว่าสองทศวรรษก่อนที่จะตัวแปรที่เกี่ยวข้องกับการเมืองข้างต้นจะเกิดขึ้น
- ปัจจัยเรื่องค่าตอบแทนในลักษณะสัมพัทธ์ (เช่น ระหว่างรัฐกับเอกชน ระหว่างเมืองใหญ่กับเมืองเล็กหรือชนบท ฯลฯ) มีส่วนในการกำหนดการตัดสินใจในการลาออก (และกลับเข้ารับราชการ) และปัจจัยเหล่านี้มักจะผันแปรไปตามภาวะเศรษฐกิจของประเทศด้วย และอาจจะได้รับผลกระทบจากนโยบายของรัฐบาลบางประการ (เช่น ความพยายามส่งเสริมไทยเป็นศูนย์กลางทางการแพทย์ ซึ่งจะทำให้มีกำลังซื้อจากต่างประเทศมาแย่งดึงแพทย์ออกไปสู่โรงพยาบาลเอกชนมากขึ้น
- ความเปลี่ยนแปลงต่างๆ ทางสังคม และประชากร ก็มีส่วนทำให้มีการลาออกมากขึ้นหรือเร็วขึ้น เช่น การที่สัดส่วนของนักศึกษาแพทย์ที่มาจากกรุงเทพมหานครและที่เป็นเพศหญิงมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น
- ถึงแม้ว่าปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเมืองที่กล่าวมาข้างต้น (เช่น โครงการ 30 บาท) อาจจะไม่ใช่ว่าปัจจัยหลักใดๆ ที่ทำให้แพทย์ลาออก แต่ก็อาจจะปัจจัยเสริมที่มีความสำคัญในการตัดสินใจของแพทย์จำนวนไม่น้อยที่ได้รับอิทธิพลจากปัจจัยอื่นๆ อยู่แล้ว ปัจจัยเหล่านี้จึงไม่ใช่สิ่งที่สามารถมองข้ามได้

3 การหมุนเวียนของทันตแพทย์

ทันตแพทย์เป็นอีกสาขาที่มีปัญหาความขาดแคลนและการกระจุกตัวสูง ทั้งนี้ ข้อมูลที่รวบรวมจากสำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข (ตารางที่ 4) ระบุว่า มีจำนวนทันตแพทย์ในโรงพยาบาลประมาณ 3,600 คนในปี 2545-2546 โดยเป็นทันตแพทย์ที่อยู่ในระบบราชการประมาณ 2,000 คน (ประมาณสามในสี่สังกัดโรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข) และในภาคเอกชนประมาณ 400 คน (ซึ่งคาดว่าจะมีปัญหาจำนวนทันตแพทย์ของภาคเอกชนต่ำกว่าความเป็นจริงมากเหมือนกับในกรณีแพทย์ เนื่องจากเป็นการรวบรวมข้อมูลจากแบบสอบถามเฉพาะจากโรงพยาบาลเอกชน ซึ่งตอบมาไม่ครบทุกแห่งด้วย)⁵ จากข้อมูลดังกล่าว ในปี 2545-2546 โดยเฉลี่ยแล้วประเทศ

⁵ ข้อมูลจากทันตแพทย์สภาระบุว่าในปี 2544 มีทันตแพทย์รวม 7,337 คน ซึ่งเท่ากับมีทันตแพทย์ที่อยู่นอก

ไทยมีสัดส่วนประชากรประมาณ 17,600 คนต่อแพทย์หนึ่งคน⁶ และเมื่อพิจารณาข้อมูลในแต่ละภาคก็พบว่ามีการกระจุกตัวของทันตแพทย์ในเขตกรุงเทพมหานครซึ่งมีสัดส่วนดังกล่าวอยู่ที่ประมาณ 6,600:1 ภาคกลางมีสัดส่วนที่ใกล้เคียงกับค่าเฉลี่ยของประเทศ (16,600-17,800:1) ภาคเหนือและภาคใต้มีสัดส่วนที่สูงกว่าค่าเฉลี่ยเล็กน้อย (18,000-21,000:1) ในขณะที่ภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีสัดส่วนที่สูงที่สุด คล้ายกับในกรณีของแพทย์ (27,000-28,000:1)

ตารางที่ 4 ข้อมูลจำนวนและการกระจายของทันตแพทย์ รวบรวมโดยสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข

จำนวนทันตแพทย์						จำนวน ปรึก.ต่อทันตแพทย์ 1 คน					
ปี	กระทรวงสาธารณสุข	ภาครัฐอื่นๆ	รัฐ	เอกชน	รวม	ทั้งประเทศ	กทม.	ภาคกลาง	ภาคตอน.	ภาคเหนือ	ภาคใต้
2539	1,978	903	2,881	534	3,415	17,508	3,270	21,607	43,542	33,638	32,187
2540	2,064	884	2,948	466	3,414	17,711	3,389	21,263	45,622	30,248	31,760
2541	2,564	844	3,408	509	3,917	15,613	3,033	16,800	44,484	27,310	26,954
2542	2,660	856	3,516	510	4,026	15,294	2,996	17,495	38,461	27,225	25,664
2543	2,821	859	3,680	461	4,141	14,917	3,529	16,813	35,476	17,037	22,549
2544	3,014	739	3,753	564	4,317	14,384	3,190	16,588	32,499	20,993	19,963
2545	2,386	818	3,204	349	3,553	17,606	6,614	17,810	28,432	17,824	20,105
2546p	n.a.	n.a.	3,238	384	3,622	17,416	6,836	17,799	26,675	17,699	19,7๙7

ที่มา: ปี 2539-2544 จากรายงานทรัพยากรสาธารณสุข
ปี 2545-2546 จากเว็บของสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข (ณ ตุลาคม 2547) ข้อมูลปี 2545-2546
ในส่วน of กระทรวงสาธารณสุขไม่รวมบุคลากรที่ไปเรียนต่อที่สังกัดอื่น (เช่นที่โรงพยาบาลทบวง)
หมายเหตุ: ภาครัฐอื่นๆ คือ กระทรวงอื่นๆ+รัฐวิสาหกิจ+เทศบาล+องค์การอิสระ
องค์การอิสระ ได้แก่ รพ.จุฬา สภากาชาดและสาขา (ในปี 2545 มีสถานพยาบาลที่ถือเป็นองค์การอิสระ 6 แห่ง)
ข้อมูลจากทันตแพทย์สภาระบุว่าในปี 2544 มีทันตแพทย์รวม 7,337 คน ซึ่งเท่ากับมีทันตแพทย์ที่อยู่นอกโรงพยาบาล
ประมาณ 3,000-4,600 คน

โรงพยาบาล ประมาณ 3,000-4,600 คน
" แต่ได้ใช้ข้อมูลของทันตแพทย์สภา ซึ่งระบุว่าในปี 2544 มีทันตแพทย์รวม 7,337 คน ซึ่งน่าจะเพิ่มเป็นประมาณ 8,500 คนเศษในปี 2547 ก็จะเท่ากับมีสัดส่วนของทันตแพทย์หนึ่งคนต่อประชากรประมาณ 7,500 คน

โดยหลักการแล้ว เราสามารถคำนวณหา net flow ของทันตแพทย์กลุ่มต่างๆ ในแต่ละปีจาก ตารางที่ 4 แต่การที่มีการเปลี่ยนนิยามในปี 2545 ทำให้การเปรียบเทียบกับก่อนหน้านั้นทำได้ลำบาก สำหรับความเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในปี 2546 นั้น ก็มีปัญหาเช่นกัน เนื่องจากข้อมูลของปี 2546 (ณ เดือนตุลาคม 2547) ยังเป็นข้อมูลเบื้องต้นอยู่ แต่ถ้าข้อมูลนี้ถูกต้อง ก็แสดงว่าจำนวนทันตแพทย์ใน ภาครัฐเพิ่มขึ้นสุทธิในปี 2546 เพียง 34 คน ในขณะที่ข้อมูลจากตารางที่ 5 แสดงให้เห็นว่ามีทันตแพทย์ ขึ้นทะเบียนใหม่ปีละมากกว่า 400 คน ซึ่งในสถานการณ์ที่ยังมีการทำสัญญาใช้ทุนอยู่นั้น ก็น่าจะ ชนุมนได้ว่าจำนวนทันตแพทย์ที่ลาออกจากราชการในปี 2546 น่าจะมีจำนวนพอๆ กับทันตแพทย์จบ ใหม่ (คือประมาณปีละมากกว่า 400 คน) ดังนั้น ถ้าตัวเลขข้างต้นถูกต้องแล้ว ก็แสดงว่าปัญหาการ ลาออกของทันตแพทย์อาจจะมีความรุนแรงใกล้เคียงกับกรณีของแพทย์ (ถ้าไม่มากกว่า) ในทำนอง เดียวกันกับกรณีของแพทย์ ข้อมูลที่มีอยู่ไม่เพียงพอที่จะสรุปว่าการลาออกเป็นผลมาจากโครงการ 30 บาทมากนักน้อยเพียงใด ทั้งนี้ ถ้าไม่นับปี 2541 ซึ่งเป็นช่วงหลังวิกฤติเศรษฐกิจแล้ว ตัวเลขจำนวน ทันตแพทย์ในภาครัฐเพิ่มขึ้นประมาณปีละหนึ่งร้อยคนเศษ ซึ่งอาจบ่งชี้ว่าปี 2546 มีการลาออกมาก กว่าปีอื่น แต่การที่ข้อมูลปี 2546 ไม่สมบูรณ์ อีกทั้งปี 2546 เป็นปีที่เศรษฐกิจค่อนข้างดีด้วย (ตัวเลขการ เพิ่มของทันตแพทย์ในภาครัฐถึง 460 คนในปี 2541 บ่งชี้ว่าเศรษฐกิจของประเทศเป็นตัวแปรที่มีผล ขยายมากต่อการตัดสินใจลาออกจากราชการของทันตแพทย์) ทำให้สรุปได้ยากว่าการลาออกในปี 2546 ได้รับอิทธิพลจากโครงการ 30 บาทมากนักน้อยเพียงใด

ตารางที่ 5 จำนวนทันตแพทย์ที่ขึ้นทะเบียนเป็นผู้ประกอบวิชาชีพทันตกรรม ตั้งแต่ปี 2537-2547

สถาบันที่สำเร็จการศึกษา	2537	2538	2539	2540	2541	2542	2543	2544	2545	2546	2547
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย	96	97	88	93	90	98	100	103	101	97	103
มหาวิทยาลัยมหิดล	53	51	62	60	65	66	75	75	82	72	75
มหาวิทยาลัยเชียงใหม่	74	71	93	78	86	85	82	73	85	79	63
มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์	35	30	38	30	29	33	34	42	41	48	36
มหาวิทยาลัยขอนแก่น	54	47	63	57	88	50	67	60	45	46	45
มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์	-	-	-	-	-	-	-	13	17	28	27
มหาวิทยาลัยนครสวรรค์	-	-	-	-	-	-	-	-	-	25	20
มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ	-	-	-	-	-	-	-	16	30	25	31
ต่างประเทศ	7	3	13	4	2	1	6	4	1	6	4
ยอดรวมทั้งปี	319	299	357	322	360	333	364	386	402	426	404

ที่มา: รวบรวมจากทันตแพทย์สภา

อย่างไรก็ตาม ข้อมูลจากตารางที่ 5 แสดงให้เห็นว่าจำนวนการผลิตทันตแพทย์จากแต่ละสถาบันไม่ได้เปลี่ยนแปลงไปมากนักในช่วง 11 ปีที่ผ่านมา จำนวนการผลิตที่เพิ่มขึ้นส่วนหนึ่งเกิดจากการที่มีสถาบันใหม่ๆ เปิดสอนมากกว่าที่จะเป็นการเพิ่มการผลิตของสถาบันเดิม (ยกเว้นมหาวิทยาลัยมหิดล ที่ผลิตเพิ่มขึ้นบ้างในระยะหลัง) และที่ผ่านมานั้น สาธารณะและฝ่ายการเมืองเองก็ไม่ได้ให้ความสำคัญกับปัญหาการขาดแคลนทันตแพทย์มากเท่ากับปัญหาการขาดแคลนแพทย์ (ซึ่งเป็นปัญหาที่เห็นได้ชัดเจนกว่า และมีหลายรัฐบาลที่มีการกำหนดนโยบายในเรื่องนี้ รวมทั้งรัฐบาลชุดปัจจุบัน) นอกจากนี้ข้อมูลจากตารางที่ 5 ยังแสดงให้เห็นจำนวนบัณฑิตที่แกว่งขึ้นลงอย่างมากในหลายสถาบัน ซึ่งน่าจะเกิดจากนักศึกษาปีหนึ่งจำนวนหนึ่งไปสอบเข้ามหาวิทยาลัยใหม่ และลาออกไปโดยไม่มีระบบที่จะนำนักศึกษาที่มีศักยภาพและต้องการศึกษาด้านนี้มาทดแทน ยังผลให้หลายสถาบันมักผลิตทันตแพทย์ในระดับที่ต่ำกว่าศักยภาพของตน ซึ่งมีผลซ้ำเติมปัญหาการขาดแคลนทันตแพทย์ให้รุนแรงขึ้น ซึ่งถ้ามีระบบที่แก้ไขปัญหานี้ได้ ก็น่าจะช่วยในการผลิตทันตแพทย์เพิ่มขึ้นได้เกือบร้อยละ 20 ต่อปีโดยไม่จำเป็นต้องลงทุนด้านเครื่องมือซึ่งมีราคาแพงเพิ่มขึ้นเลย

4. การหมุนเวียนของบุคลากรด้านสาธารณสุขอื่นๆ

นอกเหนือจากแพทย์และทันตแพทย์ ซึ่งเป็นกุญแจสำคัญของระบบบริการแล้ว ก็ยังมีบุคลากรอื่นๆ อีกหลายด้าน ซึ่งล้วนแล้วแต่มีบทบาทที่สำคัญทั้งสิ้น (เช่น เภสัชกร เทคนิคการแพทย์ เจ้าหน้าที่รังสีเทคนิค กายภาพบำบัด พยาบาล ทันตภิบาล และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขอื่นๆ) แต่ด้วยข้อจำกัดด้านข้อมูล⁷ ในส่วนนี้จึงสามารถเสนอข้อมูลเฉพาะบุคลากรสาขาที่มีจำนวนมากในโรงพยาบาลสองสาขา คือ เภสัชกร และพยาบาล เท่านั้น ข้อมูลที่เสนอในทั้งสองวิชาชีพเป็นข้อมูลที่รวบรวมโดยสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข ซึ่งน่าจะมีปัญหาเรื่องรายงานจำนวนบุคลากรในสถานพยาบาลของภาคเอกชนต่ำกว่าความเป็นจริงเช่นเดียวกับในกรณีแพทย์และทันตแพทย์ เนื่องจากการรวบรวมข้อมูลจากแบบสอบถามซึ่งส่งเข้ามาไม่ครบ และเป็นการสอบถามเฉพาะสถานพยาบาล

เภสัชกรเคยถือเป็นสาขาที่ขาดแคลนและมีการทำสัญญาใช้ทุนในช่วงปลายทศวรรษ 2520 (ในปัจจุบัน ก็ยังมีร้านขายยาจำนวนมากที่ไม่มีเภสัชกรอยู่ประจำ) แต่ในส่วนของสถานพยาบาลของรัฐนั้น ไม่ได้มีปัญหาการขาดแคลนมากเหมือนกับแพทย์และทันตแพทย์ ถึงแม้ว่าปัจจุบันจะยกเลิก

⁷ สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข เสนอข้อมูลเพียงสี่วิชาชีพเท่านั้น คือ แพทย์ ทันตแพทย์ เภสัชกร และพยาบาล

มาตรการบังคับใช้ทุนไปแล้วก็ตาม ในแง่การกระจายนั้น ถึงแม้ว่าจะมีปัญหาการกระจุกตัวใน กรุงเทพมหานครเช่นเดียวกับวิชาชีพอื่น แต่ความแตกต่างระหว่างภาคต่างๆ ไม่ได้มีความรุนแรง เท่ากับแพทย์ โดยสัดส่วนของเภสัชกรต่อประชากรยังคงสูงที่สุดในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ เช่นเดียวกับแพทย์และทันตแพทย์ แต่ไม่ได้สูงเป็นสองเท่าเหมือนกรณีของแพทย์

ตารางที่ 6 ข้อมูลจำนวนและการกระจายของเภสัชกร รวบรวมโดยสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข

จำนวนเภสัชกร						จำนวน ปชก.ต่อเภสัชกร 1 คน					
ปี	กระทรวง สาธารณสุข	ภาครัฐ อื่นๆ	รัฐ	เอกชน	รวม	ทั้ง ประเทศ	กทม.	ภาค กลาง	ภาค ตอน	ภาคเหนือ	ภาคใต้
2539	3,620	761	4,381	1,259	5,640	10,601	1,990	12,666	31,046	19,323	16,682
2540	3,835	805	4,640	1,301	5,941	10,178	1,965	12,201	30,637	15,903	15,535
2541	4,238	656	4,894	1,017	5,911	10,346	2,221	10,157	28,988	17,780	14,094
2542	4,534	577	5,111	951	6,062	10,157	2,135	11,458	25,937	16,611	13,382
2543	5,010	593	5,603	781	6,384	9,676	2,551	11,058	21,740	11,012	10,575
2544	5,465	609	6,074	784	6,858	9,054	2,485	10,213	17,979	11,082	9,712
2545	4,885	612	5,497	791	6,288	9,948	4,667	9,557	14,987	10,115	9,569
2546p	n.a.	n.a.	6,064	974	7,038	8,963	3,793	8,894	13,437	9,757	8,845

หมายเหตุ: ปี 2539-2544 จากรายงานทรัพยากรสาธารณสุข

ปี 2545-2546 จากเว็บของสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข (ณ ตุลาคม 2547) ข้อมูลปี 2545-2546

ในส่วน of กระทรวงสาธารณสุขไม่รวมบุคลากรที่ไปเรียนต่อที่สังกัดอื่น

หมายเหตุ: ภาครัฐอื่นๆ คือ กระทรวงอื่นๆ+รัฐวิสาหกิจ+เทศบาล+องค์การอิสระ

องค์การอิสระ ได้แก่ รพ.จุฬา สภากาชาดและสาขา (ในปี 2545 มีสถานพยาบาลที่ถือเป็นองค์การอิสระ 6 แห่ง)

ข้อมูลจากสภาเภสัชกรรมระบุว่า มีเภสัชกรที่ขึ้นทะเบียนจนถึงสิ้นปี 2546 จำนวน 17,903 คน (คาดว่าเมื่อสิ้นปี 2547 จะมีเภสัชกรที่ขึ้นทะเบียนแล้วประมาณ 19,000 คน

ในภาพรวมแล้ว จำนวนเภสัชกรในภาครัฐมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นมาตลอด โดยไม่ค่อยได้รับผลกระทบจากเศรษฐกิจที่เปลี่ยนแปลงไปมากนัก (ตัวเลขที่ลดลงในปี 2545 เป็นผลมาจากการปรับเปลี่ยนนิยามบุคลากรของกระทรวงสาธารณสุขเหมือนกับในกรณีวิชาชีพอื่นๆ) จึงอาจกล่าวได้ว่าที่ผ่านมา ยังไม่มีปัญหาการลาออกจากราชการของเภสัชกรที่รุนแรงไม่ว่าจะเป็นช่วงก่อนหรือหลัง

โครงการ 30 บาท

ในด้านการผลิตเภสัชกรนั้น ในช่วงประมาณสิบปีที่ผ่านมา มีการผลิตเพิ่มขึ้นเกือบหนึ่งเท่าตัว จากปีละประมาณ 600 คน ในปี 2538 มาเป็นปีละประมาณ 1,000 คน ในปี พ.ศ. 2546 ซึ่งน่าจะเป็นจำนวนที่มากพอที่จะตอบสนองกับความต้องการเภสัชกรในภาครัฐ ดังนั้น ในสถานการณ์ปัจจุบัน (ซึ่งยังไม่มี การติดตามบังคับให้เภสัชกรไปประจำที่ร้านขายยาอย่างจริงจัง) นั้น ปัญหาการขาดแคลนเภสัชกรในสถานพยาบาลของภาครัฐจึงน่าจะเป็นปัญหาน้อยกว่าในกรณีของแพทย์และทันตแพทย์มาก

ตารางที่ 7 จำนวนเภสัชกรผู้ได้รับใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเภสัชกรรม ในแต่ละปี

ปี	จำนวนเภสัชกร (ณ สิ้นปี)	จำนวนเภสัชกรผู้ ขึ้นทะเบียนในแต่ละปี	ที่มา	
			มหาวิทยาลัยรัฐ	มหาวิทยาลัยเอกชน
2538*	10,503	670	585	85
2539	11,227	724	621	103
2540	11,939	712	629	83
2541	12,633	694	630	64
2542	13,518	885	729	156
2543	14,472	954	806	148
2544	15,507	1,035	868	167
2545**	16,735	1,228	914	269
2546	17,903	1,169	966	203

ที่มา: เว็บไซต์ของสภาเภสัชฯ (พย. 2547)

หมายเหตุ * ก่อนปี 2538 การขึ้นทะเบียนฯ อยู่ในความรับผิดชอบของกองการประกอบโรคศิลปะ

** ปี 2545 มีการจัดสอบความรู้เพื่อขอขึ้นทะเบียนฯ 3 ครั้ง

สำหรับพยาบาลนั้น เคยเป็นสาขาที่ขาดแคลนและมีการทำสัญญาใช้ทุนเช่นเดียวกัน แต่ก็ยกเลิกไปก่อนเภสัชกรเสียอีก ซึ่งส่วนหนึ่งเป็นเพราะปัญหาภาระทางการเงินของรัฐบาลและนโยบายลดจำนวนข้าราชการ โดยในช่วงปีท้ายๆ ก่อนที่จะเลิกการใช้ทุนนั้น เคยมีการใช้วิธีจับฉลากเนื่องจากรัฐบาลไม่ต้องการรับพยาบาลที่ทำสัญญาเอาไว้ทั้งหมด (กรณีนี้ต่างจากวิชาชีพอื่น ซึ่งแม้ว่าจะใช้นโยบายไม่เพิ่มจำนวนข้าราชการ แต่ก็เปลี่ยนไปจ้างเป็นพนักงานของรัฐแทน)

จากตารางที่ 8 จะเห็นได้ว่า พยาบาลมีจำนวนมากกว่าบุคลากรอีกสามกลุ่มที่กล่าวมาแล้วมาก (มากกว่า 1.1 แสนคนในปี 2545-2546) โดยส่วนใหญ่ (ประมาณร้อยละ 80) เป็นพยาบาลวิชาชีพ คิดเป็นสัดส่วนของพยาบาลหนึ่งคนต่อประชาชนประมาณ 560 คน การกระจายตัวของ

พยาบาลมีแบบแผนที่คล้ายกับบุคลากรอีกสามวิชาชีพที่กล่าวมาแล้ว แต่ความแตกต่างระหว่างพื้นที่มีน้อยกว่า กล่าวคือสัดส่วนของพยาบาลต่อประชากรในกรุงเทพมหานครคิดเป็นสองเท่าของค่าเฉลี่ยของประเทศ ซึ่งต่ำกว่าสัดส่วนของเภสัชกร (2.1-2.4 เท่าในปี 2545-2546) ทันตแพทย์ (ประมาณสามเท่า) และแพทย์ (ประมาณสี่เท่า) และสัดส่วนของประชากรต่อพยาบาลในภาคตะวันออกเฉียงเหนือก็สูงกว่าค่าเฉลี่ยของประเทศ แต่ไม่มากเท่ากับในกรณีของแพทย์

ตารางที่ 8 ข้อมูลจำนวนและการกระจายของพยาบาล รวบรวมโดยสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข
 ก. พยาบาลรวม

จำนวนพยาบาล						จำนวน ปก. ต่อพยาบาล 1 คน					
ปี	กระทรวง สาธารณสุข	ภาครัฐ อื่นๆ	รวมภาครัฐ	เอกชน	รวม	ทั้งประ เทศ	กทม.	ภาค กลาง	ภาค ตอน	ภาค เหนือ	ภาคใ้
2539	61,309	15,288	76,597	6,218	82,815	722	298	636	1,257	821	680
2540	65,106	14,688	79,794	6,437	86,231	701	314	625	1,212	755	651
2541	71,145	17,591	88,736	8,836	97,572	627	255	567	778	691	607
2542	72,346	18,211	90,557	8,994	99,551	618	252	558	1,063	676	605
2543	72,827	18,099	90,926	9,517	100,443	615	271	539	1,109	632	571
2544	77,707	20,003	97,710	10,331	108,041	575	240	519	1,013	613	540
2545	82,352	20,928	103,280	10,127	113,407	552	236	499	918	595	535
2546p	n.a.	n.a.	100,850	11,462	112,312	562	282	494	888	582	527

ข. พยาบาลวิชาชีพ

จำนวนพยาบาลวิชาชีพ						จำนวน ปก. ต่อพยาบาลวิชาชีพ 1 คน					
ปี	กระทรวง สาธารณสุข	ภาครัฐ อื่นๆ	รวมภาครัฐ	เอกชน	รวม	ทั้งประ เทศ	กทม.	ภาค กลาง	ภาค ตอน	ภาค เหนือ	ภาคใ้
2539	34,547	14,000	48,547	5,660	54,207	1,103	350	1,058	2,272	1,287	1,140
2540	37,087	13,336	50,423	5,943	56,366	1,073	368	1,004	2,133	1,188	1,080
2541	40,844	14,812	55,656	8,052	63,708	960	311	922	1,849	1,100	1,037
2542	44,333	15,431	59,764	8,244	68,008	905	306	855	1,706	1,022	973
2543	46,066	16,003	62,069	8,909	70,978	870	309	825	1,702	908	884
2544	51,450	16,861	68,311	9,871	78,182	794	285	749	1,498	856	806
2545	58,301	17,389	75,690	9,702	85,392	733	279	685	1,278	785	765
2546p	n.a.	n.a.	77,254	11,150	88,404	714	329	637	1,165	739	698

ที่มา: ปี 2539-2544 จากรายงานทรัพยากรสาธารณสุข
 ปี 2545-2546 จากเว็บของสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข (ณ ตุลาคม 2547) ข้อมูลปี 2545-2546
 ในส่วนของกระทรวงสาธารณสุขไม่รวมบุคลากรที่ไปเรียนต่อที่สังกัดอื่น
 หมายเหตุ: ภาครัฐอื่นๆ คือ กระทรวงอื่นๆ+รัฐวิสาหกิจ+เทศบาล+องค์การอิสระ
 องค์การอิสระ ได้แก่ รพ.จุฬา สภากาชาดและสาขา (ในปี 2545 มีสถานพยาบาลที่ถือเป็นองค์การอิสระ 6 แห่ง)
 ข้อมูลจากสภากาชาดมีพยาบาลวิชาชีพที่ขึ้นทะเบียนจนถึงสิ้นปี 2543 ประมาณ 106,000 (คาดว่าเมื่อสิ้นปี 2547 จะมี
 พยาบาลวิชาชีพที่ขึ้นทะเบียนแล้วประมาณ 130,000 คน (แต่น่าจะมีหลายหมื่นคนที่ไม่ได้ประกอบวิชาชีพพยาบาลในปัจจุบัน)

ในด้านการผลิตนั้น ข้อมูลจากทางสภาการพยาบาลระบุว่ามีการผลิตค่อนข้างคงที่คือประมาณ 6,000-7,000 คนต่อปีมาตั้งแต่ก่อนปี 2540 ตั้งแต่ปี 2541 เป็นต้นมา นักศึกษาพยาบาลจบใหม่ทั้งจากสถานศึกษาของรัฐและเอกชนจะต้องสอบขึ้นทะเบียนก่อนที่จะได้ใบอนุญาต ในระหว่างปี 2541-2547 มีการออกใบอนุญาตประมาณ 50,000 คน (ดูตารางที่ 9) ในปัจจุบันใบอนุญาตมีอายุเพียง 5 ปี (โดยมีเงื่อนไขในการต่อใบอนุญาตโดยการสอบหรือโดยการศึกษาต่อเนื่อง)

ตารางที่ 9 จำนวนผู้สมัครสอบและขึ้นทะเบียนเป็นผู้ประกอบวิชาชีพพยาบาล 2541-2547

ปีที่ยื่นสมัคร	ปีที่หมดอายุ	จำนวนสมัครสอบ	ใบอนุญาตที่ออกให้						รวม
			ชั้นหนึ่ง			ชั้นสอง			
			พผ.1	พ.1	ผ.1	พผ.2	พ.2	ผ.2	
2541	2546	5,934	4,286	17	17	1,881	103	73	6,377
2542	2547	5,980	2,328	-	1	994	19	4	3,346
2543	2548	7,880	7,240	-	-	1,234	25	1	8,500
2544	2549	8,356	8,222	2	-	641	2	10	8,877
2545	2550	8,996	8,798	488	356	177	20	28	9,867
2546	2551	8,347	8,180	280	240	135	5	37	8,877
2547*	2552	7,843	4,001	50	80	144	2	37	4,314
2541-47		53,336	43,055	837	694	5,206	176	190	50,158

ที่มา: สภาการพยาบาล

หมายเหตุ: ปี 2541 เป็นปีแรกที่ต้องมีการสอบใบอนุญาตสำหรับนักศึกษาพยาบาลจบใหม่

ปีที่สอบและปีที่ได้รับใบอนุญาตอาจจะไม่ใช่ปีเดียวกัน ผู้ที่สอบไม่ผ่านบางส่วนสอบซ่อมในปีต่อไป

- ปัจจุบันเปิดสอบใบอนุญาตปีละสามครั้ง (มีนาคม กรกฎาคม และพฤศจิกายน)

* ข้อมูลปี 2547 เป็นผลจากการสอบใบอนุญาตสองครั้งแรกเท่านั้น

พผ = พยาบาลและผดุงครรภ์ พ = พยาบาล ผ = ผดุงครรภ์

ในช่วงระยะสองถึงสามปีที่ผ่านมา (โดยเฉพาะอย่างยิ่งในช่วงแรกของโครงการ 30 บาท) ได้มีการขยายศูนย์สุขภาพชุมชน (PCU) ในหลายพื้นที่ โดยมีการย้ายหรือหมุนเวียนพยาบาลไปที่ศูนย์สุขภาพชุมชนจำนวนหนึ่ง ซึ่งจากการศึกษาภาคสนามของคณะผู้วิจัยก็พบว่ามีปัญหาอยู่บ้าง (เช่น

ปัญหาการได้คำตอบแทนลดลงในบางพื้นที่ ปัญหาสายงานการบังคับบัญชาที่ไม่ชัดเจน⁸ ไปจนถึง ปัญหาส่วนตัว/ครอบครัวในบางกรณี) แต่ก็ยังไม่พบว่ามีรายงานใดที่กล่าวถึงการลาออกจากราชการ ขนานใหญ่ของพยาบาลหลังจากที่มีโครงการ 30 บาท

5. ความเพียงพอของบุคลากร

ระบบสุขภาพ ระบบประกันสุขภาพ (ถ้ามี) และระบบบริการสุขภาพ มีความแตกต่างกันในแต่ละประเทศ ค่าใช้จ่ายสำหรับบริการสุขภาพก็แตกต่างกัน และในบางประเทศที่มีระบบบริการหลายระบบที่แตกต่างกันมาก (เช่นระบบบริการของภาครัฐและเอกชน)

ในด้านบุคลากรนั้น ไม่ได้มีมาตรฐานหนึ่งใดที่เป็นที่ยอมรับทั่วโลก แต่ในประเทศที่พัฒนาแล้วนั้น มักจะมีสัดส่วนของบุคลากรประเภทต่างๆ ต่อประชากรที่ไม่ต่างกันมากนัก และโดยทั่วไปแล้ว สัดส่วนเหล่านี้จะสูงกว่าในประเทศที่กำลังพัฒนา

ในประเทศไทยนั้น ในช่วงเริ่มโครงการ 30 บาท ก็มีการกำหนดมาตรฐานหน่วยบริการปฐมภูมิ แต่ก็มีข้อกำหนดที่ยืดหยุ่นให้ค่อนข้างมาก (ดูตารางที่ 10) เนื่องจากในทางปฏิบัติแล้ว ในหลายพื้นที่มีบุคลากรไม่พอตามมาตรฐานที่ตั้งเอาไว้ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกรณีของแพทย์ ทันตแพทย์ และเภสัชกร

⁸ ศุ วิโรจน์ ณ ระนอง และคณะ 2547

ตารางที่ 10 ตัวอย่างมาตรฐานหน่วยบริการปฐมภูมิที่กำหนดสำหรับโครงการ 30 บาท

บุคลากร	สัดส่วนบุคลากรต่อประชาชน	หมายเหตุ
แพทย์	1:10,000	ในกรณีที่มีแพทย์ไม่พอ เสนอให้แพทย์ดูแลประชากรได้ถึง 30,000 คน โดยมีพยาบาลวิชาชีพอย่างน้อย 2 คนช่วยดูแล
ทันตแพทย์	1:20,000	ในกรณีที่มีทันตแพทย์ไม่พอ เสนอให้ทันตแพทย์ดูแลประชากรได้ถึง 40,000 คนโดยมีทันตภิบาลอย่างน้อย 2 คนช่วยปฏิบัติงาน
เภสัชกร	1:15,000	ในกรณีที่มีเภสัชกรไม่พอ เสนอให้เภสัชกรดูแลประชากรได้ถึง 30,000 คนโดยมีเจ้าหน้าที่อย่างน้อย 2 คนช่วยปฏิบัติงาน
พยาบาลหรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุข - พยาบาลวิชาชีพ	1:1,250 1:5,000	อย่างน้อยหนึ่งในสี่คนควรเป็นพยาบาลวิชาชีพ

ที่มา: ศูนย์ปฏิบัติการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า 2545

ถ้าเราสมมุติว่ามาตรฐานหน่วยบริการปฐมภูมิข้างต้นเป็นมาตรฐานที่เหมาะสมกับประเทศไทยในภาพรวม ก็จะได้เห็นว่าทันตแพทย์เป็นกลุ่มที่ขาดแคลนที่สุด โดยในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ นั้น ถึงแม้จะมีการกระจายทันตแพทย์ออกไปเท่าๆ กันทั้งภาค ก็ยังจะมีจำนวนทันตแพทย์ไม่เพียงพอสำหรับประชากรในภูมิภาคนี้ (แม้ว่าข้อมูลจำนวนทันตแพทย์ที่รวบรวมโดยสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข อาจรายงานจำนวนทันตแพทย์ในโรงพยาบาลเอกชนที่ต่ำกว่าความเป็นจริง แต่โดยทั่วไปแล้ว ทันตแพทย์ในโรงพยาบาลเอกชนเกือบทุกแห่งจะอยู่ในเมือง ดังนั้น ในกรณีที่สามารถรวบรวมตัวเลขมาได้ครบถ้วน ก็คงจะไม่ทำให้ตัวเลขสัดส่วนของทันตแพทย์ต่อประชากรในภาคตะวันออกเฉียงเหนือเปลี่ยนแปลงไปมากนัก

สำหรับบุคลากรอื่นๆ ซึ่งความขาดแคลนอาจจะไม่รุนแรงเท่ากับทันตแพทย์ แต่มาตรฐานที่ตั้งเอาไว้ก็ถือได้ว่าค่อนข้างต่ำ ตัวอย่างเช่นในกรณีของแพทย์ ซึ่งกำหนดให้ดูแลประชากร 10,000 คนนั้น

ถ้าแพทย์ทำงานสัปดาห์ละ 5 วัน และประชาชนมาพบแพทย์เฉลี่ยปีละ 2.5 ครั้ง ในแต่ละวันแพทย์คนหนึ่งก็จะต้องตรวจคนไข้ถึงประมาณ 100 คน ซึ่งพอจะอนุมานได้ไม่ยากว่าเป็นระดับของการตรวจรักษาที่ยากที่จะทำให้มีคุณภาพตามมาตรฐานอย่างคงเส้นคงวาได้

ดังนั้น ในที่สุดแล้ว ปัญหาความพอเพียงของบุคลากรในระดับที่สามารถให้บริการที่มีคุณภาพได้ ย่อมมีความสำคัญมากกว่าปัญหาการลาออกจากราชการ (และรวมไปถึงในกรณีที่ทางรัฐบาลหรือโรงพยาบาลไม่ต้องการจ้างบุคลากรเพิ่มด้วยเหตุผลทางการเงิน แต่มีบุคลากรไม่เพียงพอสำหรับการให้บริการในระดับที่ได้มาตรฐาน) อย่างไรก็ตาม ในสถานการณ์ปัจจุบันที่บุคลากรสาขาอาชีพหลักๆ (เช่น แพทย์และทันตแพทย์) ยังขาดแคลนอยู่ และโครงการ 30 บาทรักษาทุกโรค ยังคงใช้วิธีการจ่ายเงินที่ทำให้สถานพยาบาลเอกชนในต่างจังหวัดมีแนวโน้มที่จะถอนตัวออกจากโครงการมากกว่าจะเข้าร่วมโครงการนั้น การลาออกจากราชการของบุคลากรเหล่านี้ก็ยังถือเป็นเรื่องสำคัญที่ทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้องควรต้องให้ความสนใจแก้ไขเป็นลำดับต้นๆ

6. บรรณานุกรม

ทักษพล ธรรมรังสี. 2546. "การลาออกของแพทย์" วารสารวิชาการสาธารณสุข 12:6 พฤศจิกายน-ธันวาคม.

ทักษพล ธรรมรังสี, พนา พงษ์ชำนะภัย, ปิยะ หาญวรวงศ์ชัย. 2547. "สาเหตุการลาออกของแพทย์

จากหน่วยงานในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ระหว่างปี พ.ศ.2545-2546."

แพทย์สภา. 2546. เอกสารประกอบการสัมมนาเรื่องการลาออกของแพทย์ 16 สิงหาคม 2546.

_____. 2547. เอกสารประกอบการสัมมนาเรื่องฝ่าวิกฤติแพทย์ 25 กรกฎาคม 2547.

วิโรจน์ ณ ระนอง อัญชญา ณ ระนอง และศรัชย์ เจริญวรกุล. 2547. หนึ่งปีแรกของการจัดหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (ฉบับปรับปรุง กุมภาพันธ์ 2547). กรุงเทพฯ: สถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย.

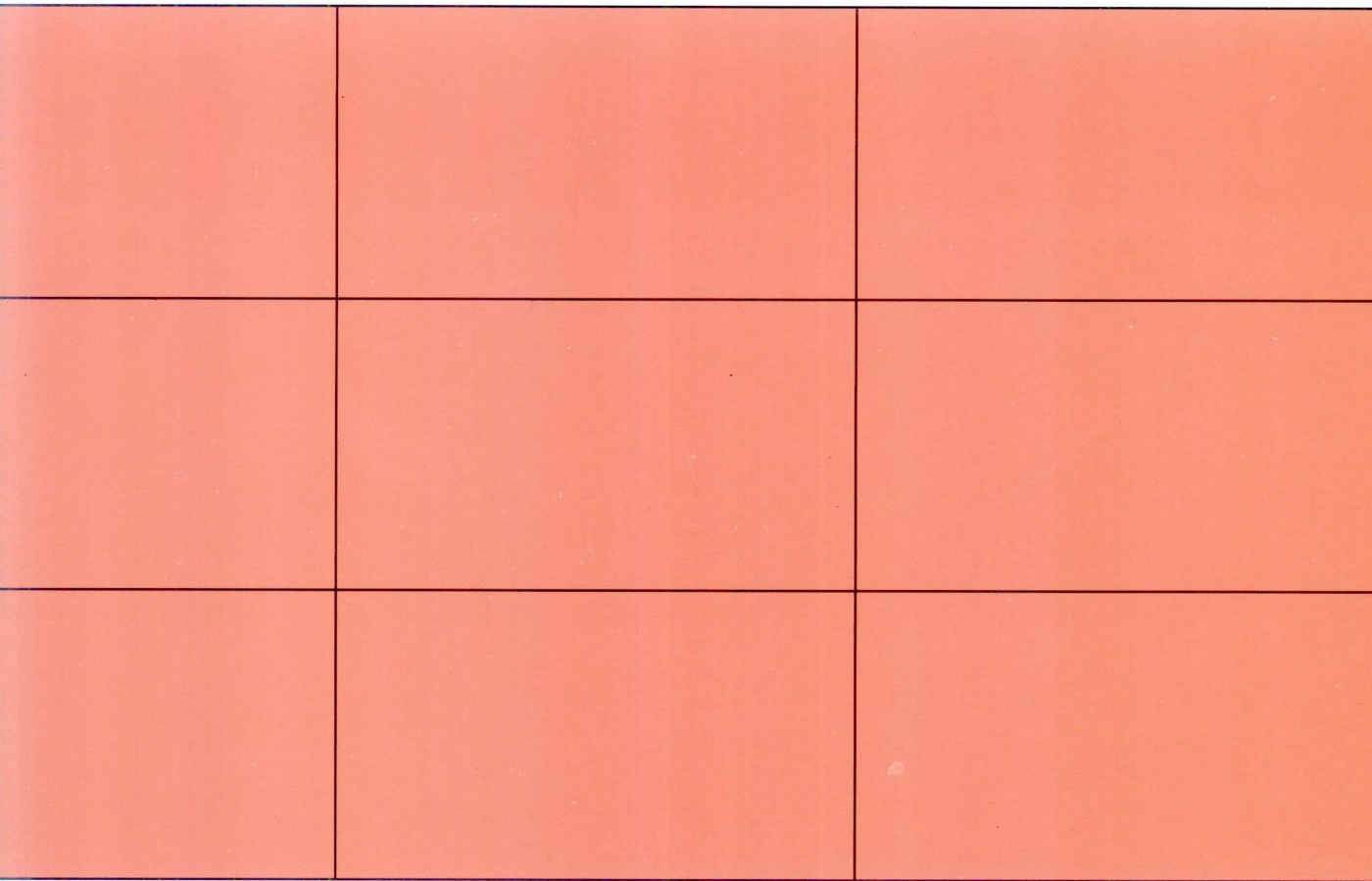
วิโรจน์ ณ ระนอง อัญชญา ณ ระนอง ศรัชย์ เจริญวรกุล และศศิอุฑ์ วงษ์มณฑา. 2548. "หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าปี 2545-2546" (ฉบับแก้ไขปรับปรุง มีนาคม 2548). รายงานเล่มที่ 1 โครงการติดตามและประเมินผลการจัดหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าระยะที่สอง (2546-47) กรุงเทพฯ: สถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย.

ศูนย์ปฏิบัติการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า. 2545. แนวทางการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในระยะเปลี่ยนผ่าน.

สำนักนโยบายและแผน กระทรวงสาธารณสุข. (หลายปี). รายงานทรัพยากรสาธารณสุข ปี

สำนักนโยบายและแผน กระทรวงสาธารณสุข. (Web Page)

อำพล จินดาวัฒนะ. 2546. "หมอลาออก กว่าถั่วจะสุก ระวังงาไหม้" มติชนรายวัน วันที่ 26 มิถุนายน 2546



Thailand Development Research Institute Foundation

565 Ramkhamhaeng 39, Wangthonglang, Bangkok 10310 Thailand

Tel: (662) 7185460; Fax: (662) 7185461-62; Web site: <http://www.info.tdri.or.th>