

ปัจจัยผลักดันระบบที่สำคัญของหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

Key System Drivers : KSD

ความท้าทายที่เป็นปัจจัยผลักดันด้านทรัพยากรบุคคล ในการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

ทิณกร โนรี

ประเด็นที่น่าสนใจ

- จากการประเมินในปี 2549 ปริมาณแพทย์ของประเทศยังน้อยกว่าความต้องการ ประมาณ 6,092 คน ในขณะที่สามารถผลิตได้ปีละ 1,500 คน และเสียแพทย์ออกจากระบบของรัฐประมาณ 700 คนต่อปี
- การกระจายของแพทย์ยังกระจุกตัวอยู่ในเขตเมือง ภาคตะวันออกเฉียงเหนือและ 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้มีอัตราส่วนแพทย์ต่อประชากร ต่ำกว่าที่อื่นๆ
- ปัจจัยสำคัญที่ทำให้ความต้องการแพทย์เพิ่มมากขึ้น คือ นโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ซึ่งเพิ่มปริมาณภาระงานของแพทย์ การเปลี่ยนแปลงด้านประชากรและปัญหาสาธารณสุข การเติบโตของบริการภาคเอกชน และนโยบาย Medical hub of Asia
- ในสถานการณ์ดังกล่าว ผลกระทบต่อระบบบริการสุขภาพที่สำคัญ ได้แก่ ความเป็นธรรมในการเข้าถึงบริการ คุณภาพบริการที่ด้อยลง และต้นทุนค่าใช้จ่ายด้านกำลังคนที่สูงขึ้น

“แม้ว่าจะมีความพยายามในการผลิตแพทย์เพิ่ม ภาวะความขาดแคลนอัตรากำลังและการกระจายตัวอย่างไม่เหมาะสม การขยายตัวและการแข่งขันในระบบบริการสุขภาพ ตลอดจนนโยบายให้ไทยเป็นศูนย์กลางด้านสุขภาพของภูมิภาค ซึ่งทำให้เกิดการแข่งขันในการดึงตัวบุคลากรทางสุขภาพ ส่งผลต่อการจัดการบุคลากรทางการแพทย์ในระบบ และต้นทุนค่าแรงค่าตอบแทนในระบบที่เพิ่มขึ้น”

สถานการณ์การขาดแคลนแพทย์ในประเทศไทย : ทิศทางและแนวโน้ม

1.สถานการณ์ความขาดแคลน

ปัญหาความขาดแคลนแพทย์ในประเทศไทยเป็นปัญหาที่ต่อเนื่องและเรื้อรังมานานแม้ว่าภาครัฐ โดยเฉพาะกระทรวงสาธารณสุขได้มีมาตรการต่างๆในการแก้ไขปัญหาความขาดแคลนแพทย์ แต่ปัญหาดังกล่าวก็ยังมีอยู่อย่างต่อเนื่องและมีแนวโน้มที่รุนแรงมากขึ้นในอนาคต จากปัจจัยแวดล้อมต่างๆที่เปลี่ยนแปลงตลอดเวลา

เมื่อมองปัญหาความขาดแคลนแพทย์ในภาพรวม จะมีปรากฏการณ์ที่ต้องคำนึงถึงใน 2 นัยยะ นัยยะแรกคือปัญหาของจำนวนแพทย์ที่ไม่เพียงพอต่อความต้องการด้านสุขภาพของประชาชนที่เพิ่มขึ้น และนัยยะที่ 2 คือการกระจายตัวของแพทย์ที่ไม่เหมาะสม ทั้งในด้านภูมิศาสตร์และระหว่างภาครัฐและเอกชน

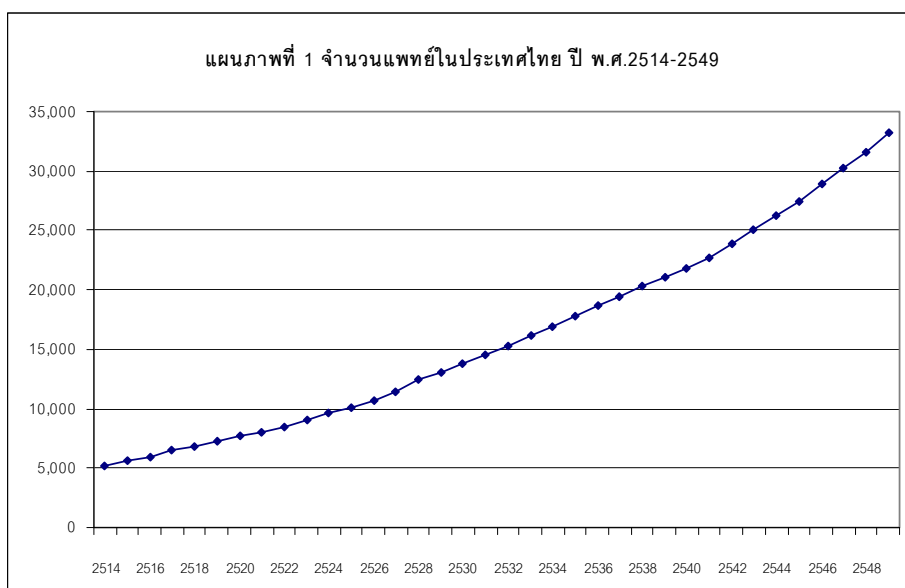


1.1 ด้านจำนวน

ในแง่จำนวนแพทย์ของประเทศที่มีอยู่ในปัจจุบัน จากข้อมูลของแพทยสภา (แผนภาพที่ 1) พบว่าจำนวนแพทย์ของประเทศไทยเพิ่มขึ้นจาก จำนวน 5,222 คน ในปี 2514 เป็น 33,166 คนในปี 2549 โดยมีจำนวนแพทย์ที่ขึ้นทะเบียนกับทางแพทยสภา ปีละ 3-400 คน ในช่วงปี 2514 เป็น ปีละ 1,500 คนในปัจจุบัน

จากข้อมูล ปี 2547 เมื่อเปรียบเทียบอัตราส่วนแพทย์ต่อประชากรในกลุ่มประเทศเอเชียตะวันออกเฉียงใต้แล้วพบว่าประเทศไทยยังมีจำนวนแพทย์ไม่มากนัก โดยเฉพาะอย่างยิ่งเมื่อเปรียบเทียบระหว่างประเทศที่มีระดับเศรษฐกิจใกล้เคียงกันแล้วประเทศไทยมีจำนวนแพทย์ในระดับที่ต่ำมาก (ตารางที่ 1)

ในขณะที่ความต้องการแพทย์ของประเทศ จากการประมาณการของแผนแม่บทกำลังคนด้านสาธารณสุข ปี 2546 ของกระทรวงสาธารณสุข [1] ที่กำหนดอัตราส่วนแพทย์ต่อประชากรในภาพรวมที่เหมาะสมไว้ที่ 1: 1800 ซึ่งในปี 2549 ประเทศไทยควรมีแพทย์ทั้งสิ้น 39,258 คน ดังนั้นเราจึงมีแพทย์น้อยกว่าความต้องการถึง 6,092 คน



ที่มา : แพทยสภา

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบอัตราส่วนแพทย์ต่อประชากร 1,000 คน ในกลุ่มประเทศเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ และกลุ่มประเทศที่มีระดับเศรษฐกิจใกล้เคียงกัน

	<i>GDP per capita (PPP)</i>	<i>Physician/ 1,000 population</i>
South-east Asia		
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>GDP per capita (PPP)</i>	<i>Physician/ 1,000 population</i>
Same economic level		
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

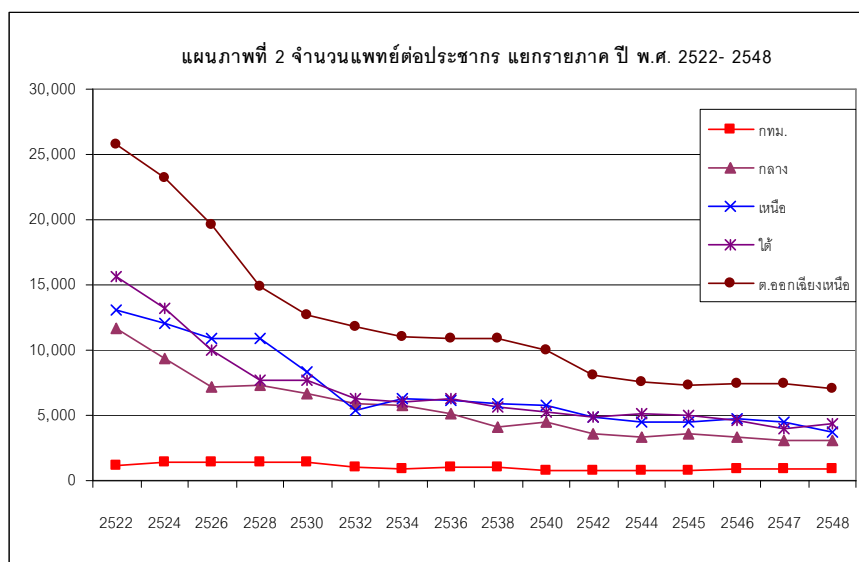
ที่มา: World Development Indicator 2004

1.2 ด้านการกระจาย

นอกจากปัญหาจำนวนแพทย์ที่ไม่เพียงพอกับความต้องการด้านสุขภาพของประชาชนแล้วแล้ว การกระจายตัวของแพทย์ที่ไม่เหมาะสมจะยิ่งทำให้ปัญหาแพทย์ขาดแคลนมีความรุนแรงยิ่งขึ้น

1.2.1 การกระจายตัวทางด้านภูมิศาสตร์ (Geographical distribution)

แม้ว่าประเทศไทยจะมีการผลิตแพทย์เพิ่มขึ้นทำให้มีจำนวนรวมแพทย์สะสมเพิ่มขึ้น อีกทั้งกระทรวงสาธารณสุขมีนโยบายการกระจายแพทย์ โดยให้แพทย์ที่จบการศึกษาปฏิบัติงานชดใช้ทุนในโรงพยาบาลของรัฐ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในโรงพยาบาลชุมชนที่อยู่ในพื้นที่ห่างไกลเป็นเวลา 3 ปี เป็นผลให้มีจำนวนแพทย์เพิ่มขึ้นในภาคต่างๆอย่างเห็นได้ชัด ทำให้สัดส่วนแพทย์ต่อประชากรในภาคต่างๆ มีจำนวนดีขึ้นเป็นลำดับ (แผนภาพที่ 2)



ที่มา: การสาธารณสุขไทย พ.ศ. 2544-2547

แต่อย่างไรก็ตามยังมีความเหลื่อมล้ำของการกระจายตัว โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกรุงเทพฯ ที่เป็นศูนย์กลางความเจริญของประเทศ และในภาคตะวันออกเฉียงเหนือที่พื้นที่ยากจน ในขณะที่ในภาคกลาง (ที่ไม่รวมกรุงเทพฯ) ภาคเหนือ และภาคใต้มีการกระจายตัวที่ใกล้เคียงกัน

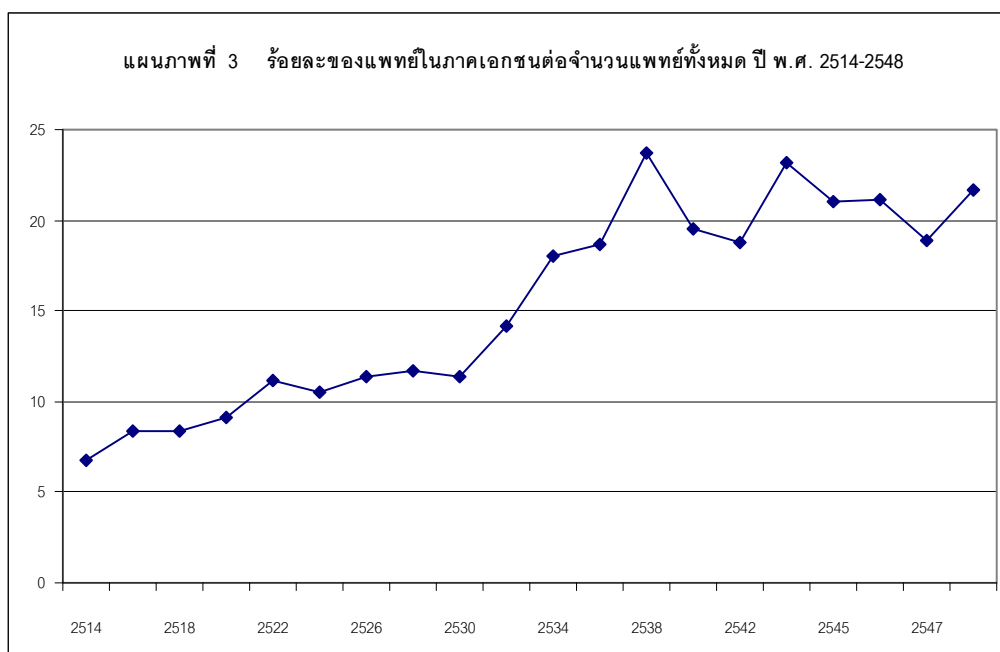


จากรายงานการสำรวจทรัพยากรสาธารณสุข ปี 2547 [2] พบว่าแพทย์มีการกระจุกตัวอยู่ในเขตกรุงเทพฯ และปริมณฑล หรือในเมืองใหญ่โดยเฉพาะจังหวัดที่มีโรงเรียนแพทย์ เช่น เชียงใหม่หรือสงขลา เป็นต้น ในขณะที่จังหวัดในภาคตะวันออกเฉียงเหนือและจังหวัดเขตชายแดนภาคใต้มีแพทย์อยู่อย่างเบาบาง

ในขณะที่เดียวกันยังมีความแตกต่างของการกระจายแพทย์ภายในแต่ละภาคด้วย โดยจำนวนแพทย์ต่อประชากรของแต่ละจังหวัดในภาคตะวันออกเฉียงเหนือยังมีการกระจายตัวที่แตกต่างกันอย่างมาก โดยในจังหวัดขอนแก่น ซึ่งเป็นพื้นที่เจริญและเป็นที่ตั้งของคณะแพทย์ มีจำนวนแพทย์ต่อประชากรเท่ากับ 3,231 คน ในขณะที่จังหวัดศรีสะเกษมีจำนวนแพทย์ต่อประชากรเพียง 11,267 คน

1.2.2 การกระจายตัวระหว่างภาครัฐและเอกชน

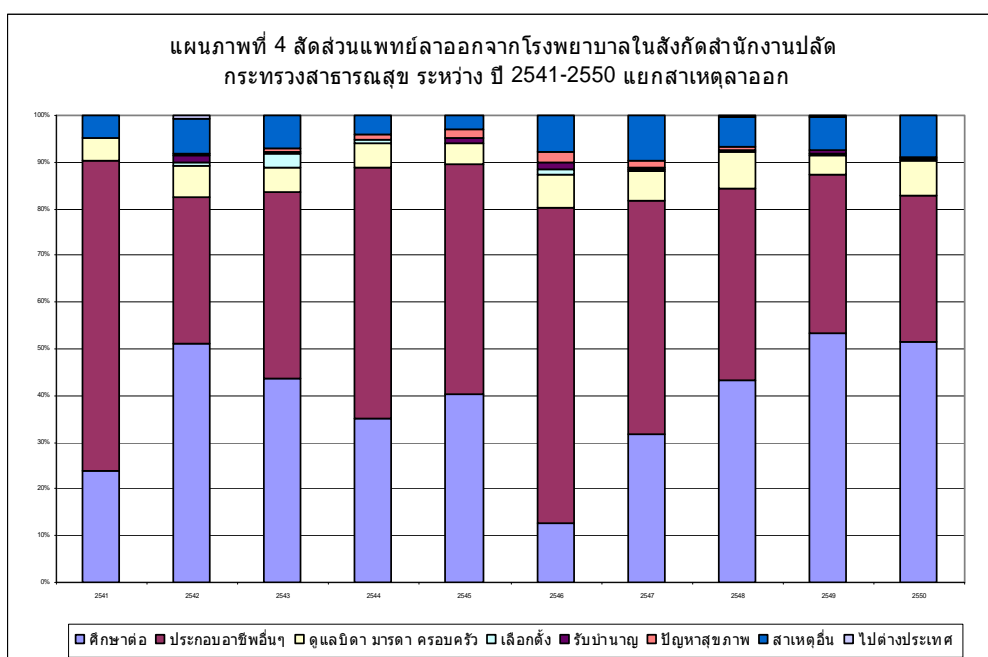
สถานการณ์ด้านเศรษฐกิจของประเทศมีผลการกระจายตัวของแพทย์โดยเฉพาะอย่างยิ่งระหว่างภาครัฐและเอกชน จากแผนภาพที่ 3 จะเห็นได้ว่าจากปี 2514 สัดส่วนของจำนวนแพทย์ในภาคเอกชนค่อยๆ เพิ่มขึ้นจากประมาณ 300 คน หรือคิดเป็นร้อยละ 7 ของจำนวนแพทย์ทั่วประเทศ และเพิ่มสูงขึ้นมากในช่วงปี 2530-2540 ซึ่งเป็นช่วงที่สถานะทางเศรษฐกิจของประเทศเติบโตสูงมากถึง 3,400 คน คิดเป็นร้อยละ 24 ในปี 2538 เมื่อประเทศตกอยู่ในสภาวะวิกฤติเศรษฐกิจในปี 2540 สัดส่วนของจำนวนแพทย์ในภาคเอกชนคือย่ำแย่ลง และในช่วงนี้มีแพทย์ขอกลับเข้ารับราชการมากถึง 168 รายในปี 2542 [3] และหลังปี 2543 สภาวะเศรษฐกิจของประเทศเริ่มฟื้นตัวทำให้สัดส่วนของแพทย์ในภาคเอกชนเริ่มสูงขึ้นอีกครั้ง



ที่มา : การสาธารณสุขไทย พ.ศ. 2544-2547

1.2.3 การกระจายตัวระหว่างแพทย์เฉพาะทางและแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป

กระแสความนิยมการเป็นแพทย์เฉพาะทางในวิชาชีพแพทย์ของประเทศไทยมีมาอย่างต่อเนื่องยาวนาน ในขณะที่เดียวกันระบบการแพทย์ของประเทศ โดยเฉพาะอย่างยิ่งกลุ่มสถาบันการผลิต และองค์กรที่ทำหน้าที่ดูแลมาตรฐานทางวิชาชีพ ต่างมุ่งเน้นการรักษาพยาบาลที่ใช้ความเชี่ยวชาญในระดับสูงจากแพทย์เฉพาะทาง โดยพบว่าจำนวนโควตาการฝึกอบรมแพทย์เฉพาะทาง เพิ่มจากปีละ 626 ตำแหน่งในปี 2529 [4] เป็น 1,800 ตำแหน่งในปี 2550 ซึ่งคิดเป็นจำนวนที่มากกว่าบัณฑิตแพทย์ที่จบในปีดังกล่าว แม้ว่าหน่วยงานผู้ใช้หลัก คือ กระทรวงสาธารณสุขได้พยายามมุ่งเน้นความสำคัญของแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป และแพทย์เวชปฏิบัติครอบครัว ซึ่งสามารถดูแลผู้ป่วยที่เป็นประชากรส่วนใหญ่ของประเทศอย่างเป็นองค์รวมได้มากกว่าก็ตาม แต่ทิศทางนโยบายดังกล่าวก็ไม่สามารถต้านทานกระแสความต้องการเป็นแพทย์เฉพาะทางในหมู่แพทย์ได้ จากข้อมูลสาเหตุการลาออกของแพทย์ในโรงพยาบาลสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข พบว่าการลาออกเพื่อการศึกษาต่อมีสัดส่วนที่สูงขึ้นจากร้อยละ 12 ในปี 2546 เป็นร้อยละ 53 ในปี 2549 (แผนภาพที่ 4) ซึ่งแนวโน้มดังกล่าวเป็นผลให้สัดส่วนของแพทย์เฉพาะทางต่อแพทย์ทั่วไปเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 3 ในปี 2514 เป็นร้อยละ 70 ในปี 2546 [5]

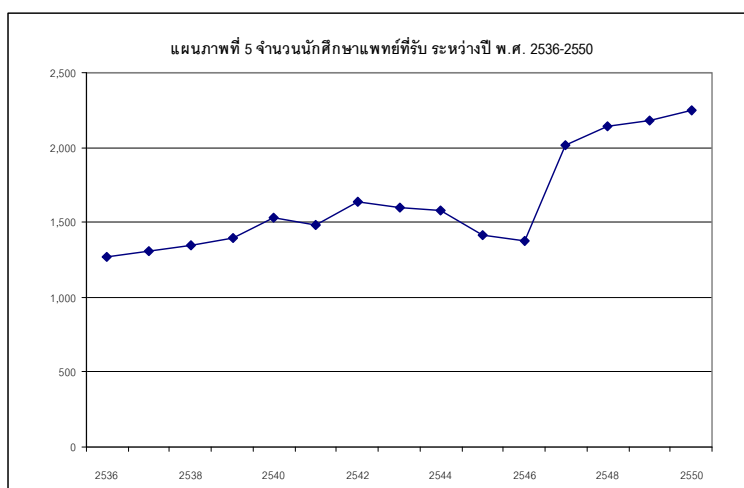


ที่มา ข้อมูลการลาออกของกองการเจ้าหน้าที่ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

2. สถานการณ์ด้านการผลิตแพทย์

จากนโยบายการเพิ่มปริมาณการผลิตแพทย์อย่างต่อเนื่องตลอดมา ทำให้ความสามารถในการผลิตแพทย์ของประเทศเพิ่มจาก ปีละ 1,528 คนในปี 2540 เป็น 2,400 คนในปี 2550 (แผนภาพที่ 5) โดยสถาบันการผลิตเพิ่มจาก 10 แห่ง ในปี 2540 เป็น 17 แห่งในปัจจุบัน

แม้ว่าจะมีมาตรการการเพิ่มการผลิตแพทย์อย่างต่อเนื่องแต่ดูเหมือนว่ายังไม่สามารถแก้ปัญหาการกระจายตัวของแพทย์ได้ โดยในช่วง 10 ปีที่เศรษฐกิจเติบโตสูง ระหว่างปี 2530-2540 ประเทศไทยมีจำนวนแพทย์ในระบบสูงขึ้นถึงร้อยละ 58 แต่จำนวนแพทย์ที่เพิ่มขึ้นกลับกระจายอยู่ในกรุงเทพมหานครและภาคกลางคิดเป็นร้อยละ 84 และ 79 ตามลำดับ ในขณะที่การเพิ่มในภาคตะวันออกเฉียงเหนือต่ำที่สุดเพียงร้อยละ 43 สาเหตุประการหนึ่งเนื่องจากแพทย์ส่วนมากมิได้มีภูมิลำเนาอยู่ในสถานที่ปฏิบัติงาน ดังนั้นเมื่อแพทย์ปฏิบัติงานได้ระยะหนึ่ง ก็จะขอย้ายเข้าปฏิบัติงานในกรุงเทพหรือเมืองใหญ่ ทางกระทรวงสาธารณสุขจึงได้มีมาตรการเพื่อคัดเลือกนักเรียนจากพื้นที่เข้ามาศึกษาได้แก่ โครงการแพทย์ชนบท การรับโควต่านักเรียนในภูมิภาค โครงการผลิตแพทย์เพิ่มเพื่อชาวชนบทหรือกระทั่งโครงการหนึ่งแพทย์ หนึ่งอำเภอ (One district one doctor: ODO) โดยหวังว่าเมื่อแพทย์กลุ่มนี้จบออกมาจะกลับเข้าไปปฏิบัติงานในพื้นที่ภูมิลำเนาของตนเองเพื่อทำให้การกระจายแพทย์ของประเทศมีสัดส่วนที่ดีขึ้น



ที่มา: สำนักนโยบายและแผนอุดมศึกษา สำนักงานคณะกรรมการอุดมศึกษา กระทรวงศึกษาธิการ

3. สถานการณ์ด้านความต้องการแพทย์

ปัจจัยสำคัญที่มีผลต่อความต้องการแพทย์ในปัจจุบันมี 4 ประการ

3.1 นโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

จากการที่กระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในปี 2544 จากการสำรวจอนามัยและสวัสดิการของสำนักงานสถิติแห่งชาติ พบว่า โครงการนี้มีผลครอบคลุมประชากรร้อยละ 74.7 ในปี 2546 และเพิ่มเป็นร้อยละ 84.5 ในปี 2549 ทำให้ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการสุขภาพของรัฐโดยไม่มีอุปสรรคเรื่องค่าใช้จ่าย ส่งผลให้อัตราการใช้บริการผู้ป่วยนอกเพิ่มขึ้นจาก 3.9 ครั้งต่อคนต่อปี ในปี 2544 เป็น 4.7 ครั้งต่อคนต่อปี ในปี 2547 และอัตราการใช้บริการผู้ป่วยในเพิ่มจาก 0.078 เป็น 0.09 ครั้งต่อคนต่อปี ในปี 2544 และ 2547 ตามลำดับ (ตารางที่ 2)



ตารางที่ 2 อัตราการใช้บริการผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน

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

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 มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอันเนื่องมาจากพฤติกรรมกรรมการบริโภค และการออกกำลังกายที่ไม่เหมาะสม

3.3 การเติบโตของบริการสุขภาพภาคเอกชนต่อความต้องการภายในประเทศ

จากแผนภาพที่ 6 ในช่วงที่เศรษฐกิจของประเทศมีการเติบโตสูง ตั้งแต่ปี พ.ศ.2530 มีการไหลเข้าของเงินลงทุนจากต่างชาติเป็นผลให้มีการขยายตัวของธุรกิจโรงพยาบาลเอกชนสูงมาก โดยจำนวนเตียงของโรงพยาบาลเอกชนเพิ่มจาก 9,974 เตียงในปี 2530 เป็น 25,298 เตียงในปี 2540 ซึ่งการขยายตัวดังกล่าวมีผลให้ธุรกิจสถานพยาบาลภาคเอกชนมีความต้องการบุคลากรด้านสุขภาพ โดยเฉพาะในกลุ่มแพทย์เป็นอย่างมาก จากข้อมูลการสำรวจทรัพยากรสาธารณสุขพบว่าในปี 2540 มีจำนวนแพทย์ที่ปฏิบัติงานในภาคเอกชน 3,244 คน ซึ่งสูงขึ้นเป็น 3.2 เท่าจากปี 2530

เมื่อถึงช่วงวิกฤติเศรษฐกิจในปี 2540 เกิดการชลอตัวของภาคเอกชนเป็นอย่างมาก ทำให้อัตราการขยายตัวของโรงพยาบาลเอกชนลดลงอย่างชัดเจน ในขณะเดียวกันก็ยังมีเพิ่มจำนวนแพทย์ในโรงพยาบาลเอกชนอยู่อย่างต่อเนื่อง โดยในปี 2548 มีแพทย์ปฏิบัติงานอยู่ในโรงพยาบาลเอกชนทั้งสิ้น 4,229 คน คิดเป็น 1.3 เท่าของจำนวนแพทย์ในปี 2540

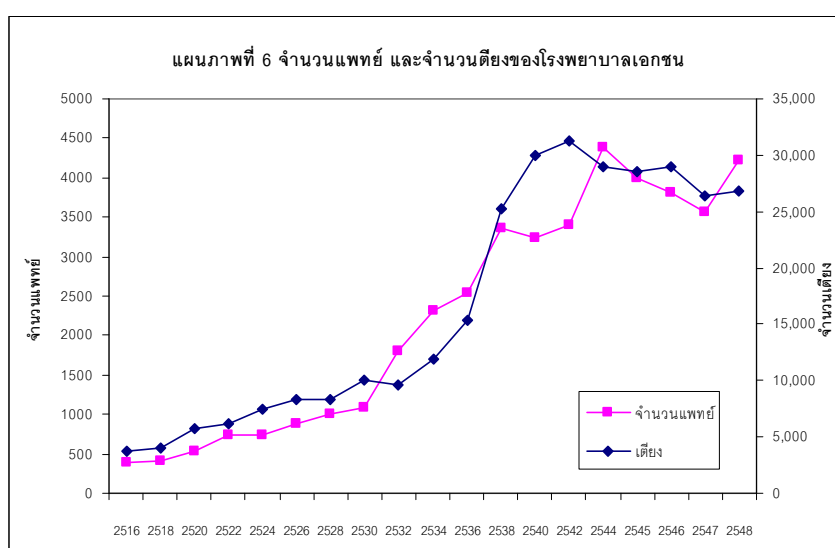
ซึ่งการเติบโตของธุรกิจโรงพยาบาลเอกชนอย่างมากดังกล่าวส่วนหนึ่งเพื่อรองรับความต้องการในด้านการบริการสุขภาพของประชาชนในประเทศ โดยผลจากการสำรวจอนามัยละสวัสดิการของสำนักงานสถิติแห่งชาติพบว่าการศึกษาในสถานบริการของเอกชนเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 15 ในปี 2544 เป็นร้อยละ 26.3 ในปี 2549 (ตารางที่ 3)



ตารางที่ 3 วิธีการรักษาเมื่อเจ็บป่วยของคนไทย กรณีการรักษาพยาบาลแบบผู้ป่วยนอก (ร้อยละ)

รูปแบบการรับการรักษา	พ.ศ.			
	2544	2546	2547	2549
ไม่ได้รับการรักษาอะไร	5.4	5.9	5.3	5.1
รักษาแผนโบราณ	2.5	2.9	4.4	0.5
ซื้อยารับประทานเอง	24.2	21.5	20.9	25.1
รักษาที่สถานเอนามัย	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



ที่มา: รายงานทรัพยากรสาธารณสุข สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข

3.4 การเติบโตของบริการสุขภาพภาคเอกชนต่อความต้องการของผู้ป่วยต่างชาติ

ภายหลังวิกฤติเศรษฐกิจของประเทศในปี 2540 สถานพยาบาลภาคเอกชนโดยเฉพาะอย่างยิ่งโรงพยาบาลเอกชนขนาดใหญ่ได้มีการปรับเปลี่ยนกลยุทธ์ในการดำเนินธุรกิจ โดยมุ่งเน้นการขยายตลาดเพื่อรองรับผู้ป่วยต่างชาติมากขึ้น โดยอาศัยช่องว่างความแตกต่างของค่าใช้จ่ายที่ต่ำกว่าประเทศคู่แข่ง ในขณะที่คุณภาพของการบริการไม่มีความแตกต่าง ประกอบกับอุปนิสัยของคนไทยที่มีความโอ้อ้อม อารี ยิ้มแย้มแจ่มใส ทำให้มีการขยายตัวของผู้ป่วยต่างชาติที่เข้ามาใช้บริการด้านสุขภาพในประเทศไทย

ประกอบกับในปี 2546 รัฐบาลมีนโยบายมุ่งส่งเสริมให้ประเทศไทยเป็นศูนย์กลางการรักษาพยาบาลของภูมิภาคเอเชีย (Medial hub of Asia) โดยมีจุดมุ่งหมายเพื่อเพิ่มปริมาณผู้ป่วยต่างชาติมารับบริการสุขภาพในประเทศไทย เป็นผลให้จำนวนผู้ป่วยต่างชาติเพิ่มปริมาณสูงขึ้นจาก 500,000 คน ในปี 2544 เป็น 1.2 ล้านคนในปี 2548 (ตารางที่ 4) และสามารถสร้างรายได้เข้าประเทศ สูงถึง 33,000 ล้านบาท



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

อย่างไรก็ตามแม้ว่าผู้ป่วยต่างชาติที่เพิ่มขึ้นจะเป็นผลให้การไหลเข้ามาของเงินตราต่างประเทศและการขยายตัวเพิ่มขึ้นของบริการที่เกี่ยวข้อง แต่ในทางกลับกันก็ทำให้เกิดผลกระทบต่อระบบสุขภาพภายในประเทศ โดยการขยายตัวดังกล่าวทำให้เกิดความต้องการบุคลากรทางการแพทย์และพยาบาลที่มีความเชี่ยวชาญสูง เป็นผลให้เกิดการแย่งชิงบุคลากรระหว่างภาครัฐและเอกชน โดยบุคลากรที่ได้รับการฝึกฝนมาอย่างดี มีประสบการณ์และความเชี่ยวชาญสูงในการไหลจากภาครัฐเข้าสู่ภาคเอกชน นอกจากนี้การบริการผู้ป่วยต่างชาติยังจะทำให้เกิดการขยายช่องว่างของระบบบริการสุขภาพระหว่างผู้ที่มีกำลังซื้อ (โดยเฉพาะผู้ป่วยต่างชาติ) กับคนไทยทั่วไปอีกด้วย

ตารางที่ 4 แสดงจำนวนผู้ป่วยชาวต่างชาติที่เข้ามารับบริการในโรงพยาบาลเอกชนไทย

ลำดับ	สัญชาติ	จำนวนผู้ป่วยชาวต่างประเทศในแต่ละปี				
		2544	2545	2546	2547	2548
	รวม	550,161	630,000	973,532	1,103,095	1,249,984

ที่มา: ข้อมูลจากโรงพยาบาลเอกชนไทยจำนวน 30 แห่ง รวบรวมโดย: กรมส่งเสริมการส่งออก

ผลกระทบต่อระบบสุขภาพของประเทศ

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

1. ความไม่เป็นธรรมในการเข้าถึงบริการ

ดังที่ได้กล่าวมาแล้วข้างต้นว่าแนวโน้มการกระจายของแพทย์ที่มีสัดส่วนเพิ่มมากขึ้นในภาคเอกชน และสำหรับในภาครัฐเองแพทย์ก็กระจุกตัวอยู่ในกรุงเทพและจังหวัดใหญ่ ทำให้ประชาชนส่วนใหญ่โดยเฉพาะอย่างยิ่งในภาคตะวันออกเฉียงเหนือไม่สามารถเข้าถึงการบริการสุขภาพ ที่ต้องดำเนินการโดยแพทย์อย่างเท่าเทียมกับประชาชนในเมืองหลวงและจังหวัดใหญ่



2. คุณภาพบริการที่ลดลง

ผลกระทบที่ต่อเนื่องจากการกระจายแพทย์อย่างไม่เท่าเทียมกัน ส่งผลให้ภาระงานของแพทย์ในระดับบริการต่างๆ และในภูมิภาคต่างๆ มีความไม่เท่าเทียมกัน โดยเมื่อพิจารณาตามภูมิภาคแล้วพบว่าแพทย์ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีภาระงานสูงที่สุด ตามด้วยภาคเหนือ ภาคใต้ และภาคกลางตามลำดับ และเมื่อพิจารณาเป็นระดับบริการแล้วพบว่าแพทย์ในโรงพยาบาลชุมชนมีภาระงานให้บริการผู้ป่วยนอกสูงเป็น 4 เท่าของแพทย์ที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลศูนย์ (ตารางที่ 5)

จากปัญหาภาระงานที่มากขึ้นดังกล่าวทำให้เกิดปัญหาแพทย์ในโรงพยาบาลชุมชนจำนวนหนึ่งขอย้ายเข้าปฏิบัติงานในโรงพยาบาลจังหวัดซึ่งมีภาระงานที่น้อยกว่า และแพทย์ในโรงพยาบาลชุมชนจำนวนไม่น้อยที่เลือกวิถีทางการลาออกจากระบบราชการ (แผนภาพที่ 7) ซึ่งทำให้เกิดวงจรของความขาดแคลนแพทย์รุนแรงมากขึ้นและในที่สุดก็จะกระทบต่อคุณภาพบริการของโรงพยาบาลในที่สุด

ตารางที่ 5 ข้อมูลการภาระงานให้บริการผู้ป่วยนอก(ครั้ง) ต่อแพทย์ 1 คน/ปี ในปี 2548

ภาค	แพทย์ต่อ
	ผู้ป่วยนอก (ครั้ง)
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





อ้างอิง: สาเหตุการลาออกของแพทย์ จากหน่วยงานในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ระหว่างปี พ.ศ.2545-2546

3. ต้นทุนค่าใช้จ่ายด้านกำลังคนสูงขึ้น

เพื่อแก้ไขปัญหาความขาดแคลนแพทย์ในระยะสั้น ทั้งกระทรวงสาธารณสุขและโรงพยาบาลเอง เลือกใช้มาตรการจูงใจในรูปแบบตัวเงิน (Financial incentive) มาใช้ มาตรการเพิ่มค่าตอบแทนต่างๆ ได้ถูกนำมาใช้อย่างต่อเนื่องตั้งแต่ การให้ค่าตอบแทนในกรณีที่ไม่ทำเวชปฏิบัติ (ปี 2538) การเพิ่มอัตราค่าตอบแทนนอกเวลาราชการ (ปี 2538) การจ่ายค่าตอบแทนการปฏิบัติงานในพื้นที่ทุรกันดาร (ปี 2540) การจ่ายเงินเพิ่มสำหรับตำแหน่งที่มีเหตุพิเศษของผู้ปฏิบัติงานด้านสาธารณสุข (ปี 2548) ทำให้ในปัจจุบันแพทย์ที่จบใหม่ที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลชุมชนมีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนอยู่ระหว่าง 40,000-70,000 บาท ซึ่งค่าตอบแทนเหล่านี้ได้ถูกนำมาใช้เพื่อจูงใจให้แพทย์ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลของรัฐ โดยเฉพาะในพื้นที่ห่างไกลมากขึ้น อย่างไรก็ตามมาตรการเหล่านี้ทำให้ต้นทุนค่าใช้จ่ายกำลังคนสูงมากขึ้นด้วย

จะเห็นได้ว่าปัญหาความขาดแคลนแพทย์ของประเทศไทยมีความซับซ้อนและมีองค์ประกอบที่เกี่ยวข้องด้วยกันหลายฝ่ายตั้งแต่ผู้ผลิต ผู้ใช้ทั้งภาครัฐและเอกชน ตลอดจนผู้ที่ควบคุมกำกับมาตรฐานวิชาชีพ และปัญหาดังกล่าวได้ก่อให้เกิดผลกระทบต่อการให้บริการด้านสุขภาพอย่างกว้างขวาง สำหรับการแก้ไขปัญหาดังกล่าวต้องอาศัยความร่วมมือ และความจริงจังของทุกฝ่ายที่จะร่วมแก้ไขปัญหา โดยยึดผลประโยชน์ของประเทศชาติและประชาชนคนไทยเป็นที่ตั้งจึงจะสามารถฝ่าวิกฤติปัญหาความขาดแคลนแพทย์ได้



เอกสารอ้างอิง

1. “แผนแม่บทกำลังคนด้านสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข”. สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข 2547.
2. “รายงานการสำรวจทรัพยากรสาธารณสุข ปี 2547”. สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข 2547
3. Wibulpolprasert S, Pengpaibon P. *Integrated strategies to tackle the inequitable distribution of doctors in Thailand: four decades of experience*. Hum Resour Health 2003;1(1):12.
4. สมจิต พฤษะริตานนท์ และคณะ “รายงานการศึกษาวิเคราะห์ความต้องการแพทย์เฉพาะทางของประเทศไทย พ.ศ.2546” แพทยสภา 2546.
5. Editor, Wibulpolprasert S. **Thailand Health Profile 2001-2004. 2005.**
6. วีระศักดิ์ มงคลพร และคณะ. “อุปสงค์และอุปทานต่อการให้บริการทางการแพทย์สำหรับผู้ป่วยชาวต่างชาติ: การศึกษาเพื่อสำรวจผลกระทบที่มีต่อระบบสุขภาพและบุคลากรสาธารณสุขในประเทศไทย”. สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ 2548.
7. ทักษพล ธรรมรังสี, พนา พงษ์ชานะภักย์, ปิยะ หาญวรวงศ์ชัย “สาเหตุการลาออกของแพทย์จากหน่วยงานในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ระหว่างปี พ.ศ.2545-2546”. สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ 2548.

