

Preliminary Report

รายงานเบื้องต้น

การลาออกของแพทย์

ทักษพล ธรรมรังสี

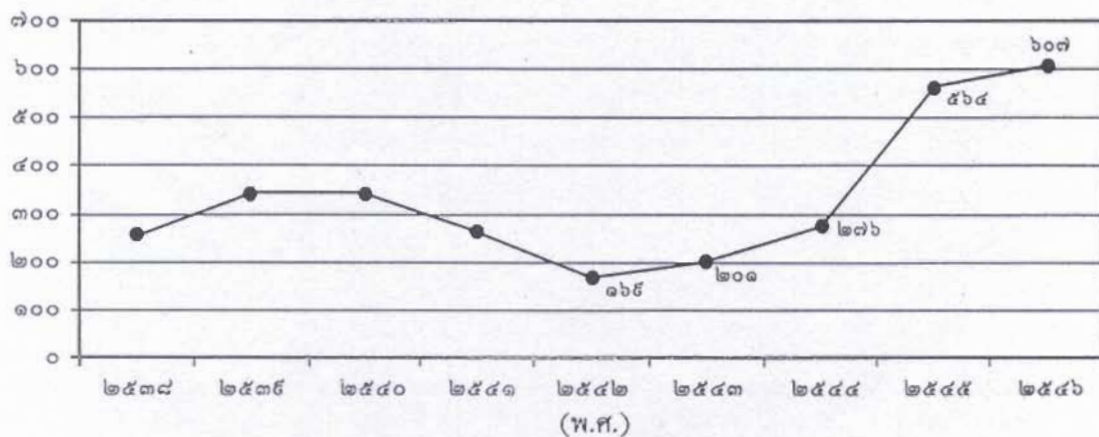
สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ

การลาออกของแพทย์อันเป็นการสูญเสียทรัพยากรบุคคลที่มีคุณค่าและได้รับการเพิ่มพูนศักยภาพจากระบบราชการได้เพิ่มจำนวนขึ้น โดยพบว่า มีแพทย์ลาออกจากหน่วยงานในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งเป็นเจ้าภาพใหญ่ (มีแพทย์ประมาณ ๓/๔ ของภาครัฐ) ในการบริการสุขภาพให้กับประชาชนเกือบทั้งประเทศนอกจากกรุงเทพมหานคร ในทิศทางที่เพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ และใน พ.ศ. ๒๕๔๕ มีแพทย์ลาออกเพิ่มกว่า ๒ เท่าของ พ.ศ. ๒๕๔๔ สถานการณ์ของการลาออกของแพทย์ ยิ่งเพิ่มขึ้นต่อไป เมื่อพบว่าในปีงบประมาณ ๒๕๔๖ มีแพทย์ลาออกถึง ๖๐๗ คน และแพทย์ในหน่วยงานภาครัฐอื่น ๆ ไม่ว่าจะเป็นในสังกัดของกระทรวงกลาโหม สังกัดกรุงเทพมหานคร ก็มีการลาออกในทิศทางคล้ายกัน (รูปที่ ๑)

การเพิ่มขึ้นของจำนวนแพทย์ที่ลาออกเป็นสัญญาณบ่งบอก ความ “ไม่ปรกติ” ของระบบ, เป็นสัญญาณ ของ “ความสูญเสีย” ของระบบสาธารณสุข และเป็น “ปัจจัย” ในการตัดสินใจลาออกของแพทย์คนอื่นในระบบ

แม้ว่าประเทศไทยจะมีการเพิ่มความสามารถในการผลิตแพทย์ได้เกือบ ๒ เท่า ในช่วงเวลาเพียง ๑๐ ปี แม้ว่า จะมีแพทย์เข้าสู่ระบบราชการของกระทรวงสาธารณสุข ๒ เท่า ในเวลาเดียวกัน แต่ดูเหมือนว่า “การขาดแคลนแพทย์” จะไม่ได้ลดลงอย่างที่คาดเท่าใดนัก ในขณะที่มีแพทย์เพิ่มขึ้น ๙,๔๗๓ คนในเวลา ๑๐ ปี (๒๕๓๖-๒๕๔๕) แต่กลับมีแพทย์ที่โรงพยาบาลชุมชนเพิ่มขึ้นเพียง ๖๔๑ คน จึงไม่ต้องแปลกใจว่ายังมีแพทย์คนเดียวที่ต้องดูแลประชากร ๒๓,๔๑๗ คน ที่จังหวัด

(จำนวน)



รูปที่ ๑ จำนวนแพทย์ที่ลาออกจากสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

หนองบัวลำภู ซึ่งแตกต่างจากกรุงเทพมหานคร กว่า ๔๐ เท่า

การลาออกของแพทย์กับการขาดแคลนแพทย์สัมพันธ์กันหรือไม่ ทางออกของปัญหาอยู่ที่ไหน

แพทย์ที่ลาออก เขาเป็นใคร

จากการศึกษาข้อมูลเกี่ยวกับแพทย์ที่ลาออกจากหน่วยงานในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ในระหว่าง พ.ศ. ๒๕๔๔-๒๕๔๖ พบว่า แพทย์กลุ่มนี้

- ส่วนใหญ่เป็นแพทย์ในวัยหนุ่มสาวเริ่มต้นวิชาชีพมาไม่นาน โดยมีอายุเฉลี่ยประมาณ ๓๐ ปี มีค่ามัธยฐาน ๒๔ ปี

- ร้อยละ ๖๗ เป็นแพทย์ทั่วไป (ที่เหลือเป็นแพทย์เฉพาะทาง) และประมาณ ๓ ใน ๔ ของแพทย์ทั่วไปที่ลาออกนี้ยังปฏิบัติงานไม่ครบ ๓ ปี

- เกือบครึ่งหนึ่งเป็นการสูญเสียจากโรงพยาบาลชุมชน ระดับอำเภอ ซึ่งพบว่า โรงพยาบาลชุมชนสูญเสียแพทย์มากกว่า โรงพยาบาลขนาดใหญ่กว่า ได้แก่ โรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไป ประมาณ ๔ เท่า

- จังหวัดที่มีจำนวนแพทย์ลาออกมากที่สุดได้แก่ นครราชสีมา, สงขลา, พิษณุโลก, สระบุรี และจันทบุรี

- จังหวัดที่มีอัตราการลาออกของแพทย์สูง (จำนวนแพทย์ที่ลาออก/จำนวนแพทย์ที่มี) ได้แก่ สระแก้ว, นครนายก, อ่างทอง, สมุทรสงคราม และพังงา

- กลุ่มที่ลาออกในปี ๒๕๔๔-๒๕๔๕ มีแพทย์ที่เป็นข้าราชการ มากกว่าพนักงานของรัฐ ประมาณ ๒.๕ เท่า แต่ในปี ๒๕๔๖ พนักงานของรัฐมีมากกว่าข้าราชการ ๑.๕ เท่า

- กว่าครึ่งหนึ่งมีภูมิลำเนาในเขตกรุงเทพมหานคร แต่ร้อยละ ๓๐ เริ่มรับราชการที่ภาคอีสานและมีเพียงร้อยละ ๑ ที่ปฏิบัติงานในเขตกรุงเทพมหานคร

- จากการสุ่มตัวอย่างแพทย์ลาออกในปี ๒๕๔๕-๒๕๔๖ จำนวน ๑๐๐ คน มีผู้เปิดเผยที่ทำงานปัจจุบัน (ก.ค.-ส.ค. ๒๕๔๖) จำนวน ๙๖ คน พบว่า ๕๗ คนไปอยู่ภาค

เอกชน, ๒๙ คน กำลังศึกษาต่อ และ ๑๐ คนยังอยู่ในระบบราชการ

ออกทำไม ทำไมต้องออก

การศึกษาที่ ๑

จากการศึกษากลุ่มแพทย์ที่ลาออกจากสำนักงานปลัดกระทรวง ในปี ๒๕๔๔-๒๕๔๕ ของสำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์ โดยการตอบแบบสอบถามทางไปรษณีย์ จำนวน ๒๔๔ คน

พบว่า รูปแบบของอิทธิพลของปัจจัยต่าง ๆ มีความแตกต่างกันโดยแบ่งแยกได้เป็น ๒ รูปแบบคือ กลุ่มแพทย์ทั่วไป (แพทย์อายุน้อย และแพทย์โรงพยาบาลชุมชน) ที่มีการให้ความสำคัญกับโอกาสการศึกษาต่อ, ระบบพนักงานของรัฐ สูงกว่า กลุ่มแพทย์เฉพาะทาง (แพทย์อายุมากกว่า ๓๐ ปี, แพทย์โรงพยาบาลศูนย์/ทั่วไป) ที่ให้น้ำหนักกับรายได้, ค่าตอบแทน และ ระบบการบริหาร สูงกว่า โดยในภาพรวมทั้ง ๒ กลุ่ม ปัจจัยที่มีน้ำหนักสูงสุดได้แก่ ภาระงาน

การศึกษาที่ ๒

การสัมภาษณ์แพทย์ที่ลาออกจากสำนักงานปลัดกระทรวง ในปี ๒๕๔๕-๒๕๔๖ ทางโทรศัพท์ จำนวน ๑๐๐ คน ซึ่งได้รับการออกแบบสัดส่วนของแพทย์เฉพาะทาง และแพทย์ทั่วไปให้ใกล้เคียงกับสัดส่วนแพทย์ที่ออกจริง ซึ่งเป็นการศึกษาของสำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ (IHPP) พบว่า

เมื่อจัดกลุ่มสาเหตุการลาออกของแพทย์พบว่า ปัจจัยเกี่ยวกับอนาคต โดยเฉพาะการศึกษาต่อ มีอิทธิพลสูงสุด รองลงมาคือปัจจัยเกี่ยวกับระบบบริหารจัดการ ซึ่งมีน้ำหนักของการบริหารระดับบน (ส่วนกลาง/นโยบาย/เขต/จังหวัด) เป็นสำคัญ กลุ่มปัจจัยที่มีอิทธิพลอันดับ ๓ และ ๔ ได้แก่ ปัจจัยเกี่ยวกับงาน (ภาระงานและลักษณะงาน) และปัจจัยของชีวิตส่วนตัว (เช่น คุณภาพชีวิต, เวลาส่วนตัวและความ

เสี่ยงต่อการถูกฟ้องร้อง) กลุ่มปัจจัยที่มีอิทธิพลน้อยได้แก่ ปัจจัยรายได้ ซึ่งปัจจัยทั้งหมดแสดงได้ดังรูปที่ ๒ และพอสรุปได้ว่าการลาออกของแพทย์เป็นปัญหาแบบ พหุปัจจัยมีรูปแบบปัจจัยต่างกันในแต่ละกลุ่มซึ่ง ต้องการการแก้ปัญหาด้วยรูปแบบต่างกัน

มองปัญหา มองสาเหตุ มองทางออก

เนื่องจากปัญหา แพทย์ลาออก เป็นปัญหาแบบพหุ-ปัจจัย ที่มีความเชื่อมโยงถึงกันและกัน ของเหตุและปัจจัย จึงมีความจำเป็นต้องมองปัญหาให้ครบทุกมิติ ทั้งเหตุผล บริบท และเวลา อย่างเป็นกลาง และใช้ ความรู้มิใช่ความเห็น รวมถึงต้องกล้ามองออกนอก กรอบแนวคิดเดิม ๆ ที่คุ้นเคยอยู่กับโครงสร้างอำนาจ แนวตั้ง

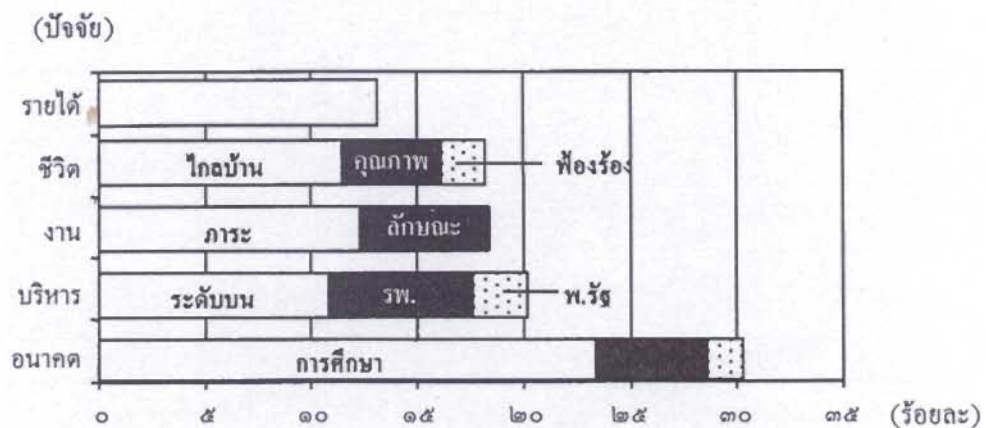
เมื่อพิจารณาเหตุของปัญหา จะวิเคราะห์ได้ว่าการลาออกของแพทย์ย่อมสัมพันธ์กับปัจจัยกลุ่มต่าง ๆ

๑. ปัจจัยส่วนตัว เช่น ความคาดหวัง การวางแผนชีวิต การผ่านระบบการผลิตแพทย์ ภูมิสำเนา
๒. ปัจจัยที่มีส่วนผลึก ได้แก่ ภาระงาน ลักษณะงาน ความเสี่ยง ระบบการบริหารที่ไม่ตอบสนองต่อความต้องการของแพทย์ ความกดดันของพื้นที่
๓. ปัจจัยที่มีส่วนจุด ได้แก่ ส่วนต่างของรายได้

ลักษณะงานและวิถีชีวิตที่เปลี่ยนไป

แต่ทั้งนี้ ปัจจัยต่าง ๆ ย่อมมีระดับอิทธิพลต่อแพทย์แต่ละคนไม่เท่ากัน หรือกระทั่ง ปัจจัยผลึกของแพทย์คนหนึ่ง อาจเป็นปัจจัยจุด ของแพทย์คนอื่น และระบบต่าง ๆ ที่ซ่อนซุกในปัจจัยต่าง ๆ ก็ล้วนเกี่ยวพันกัน เช่น ระบบการบริการสาธารณสุข ระบบแพทยศาสตร์ศึกษา ระบบการอบรมแพทย์เฉพาะทาง นโยบายการกระจายอำนาจ การเปลี่ยนแปลงของสังคม การเข้าตลาดหลักทรัพย์ของธุรกิจโรงพยาบาลเอกชน หรือแม้แต่ นโยบายของรัฐบาลต่าง ๆ ดังนั้น หาก “มองแคบ คิดสั้น” ก็จะเป็นการแก้ปัญหาเฉพาะหน้า ลูบหน้าปะจมูก และพยายรวนในอ่างเดิม เช่น การเพิ่มรายได้ของแพทย์ก็ต้องกระทบกับระบบราชการและอาจเป็นการเพิ่มรายจ่ายทางสุขภาพของประชาชนทั้งทางตรงและทางอ้อม หรือการบรรจุแพทย์ที่เป็นพนักงานของรัฐเข้าเป็นข้าราชการโดยไม่มีแผนรองรับอนาคตก็อาจทวีความขัดแย้งระหว่างวิชาชีพและนักรอวันที่ชนวนจะปะทุขึ้นอีก หรือระบบการอบรมแพทย์เฉพาะทางที่อาจจะห่างไกลต่อสถานการณ์ที่คาดหวังของระบบบริการสาธารณสุข

ดังนั้น ไม่มี นโยบายเชิงเดียว หรือ “กระสุนวิเศษ” ที่จะแก้ปัญหานี้ได้ ไม่มีนโยบายบูรณ “เสือโหล” ที่



รูปที่ ๒ อิทธิพลปัจจัยต่อการลาออกของแพทย์ปี ๒๕๔๕-๒๕๔๖

สอดคล้องกับทุกพื้นที่ และอาจจะเปล่าประโยชน์ถ้าจะ “คบบมือข้างเดียว” ด้วยการเลือกละเว้นไม่จัดการกับปัจจัยที่เกี่ยวข้อง

ข้อเสนอเชิงกลยุทธ์เพื่อรับมือกับปัญหา

มาตรการระยะสั้น

- สร้าง “วาระแห่งชาติ เรื่องกำลังคนทางสุขภาพ” เพื่อจะเป็นแผนแม่บท ด้านกำลังคน ที่พิจารณาความเป็นไปได้ต่าง ๆ และเป็นเวทีที่ทุกฝ่ายมาพูดคุย เรียนรู้ และหาทางออกร่วมกัน โดยมีเป้าหมายชัดเจน สอดคล้องกับการพัฒนาระบบสาธารณสุขและสภาวะทางเศรษฐกิจ-สังคม ในอนาคต

- สร้างระบบฐานข้อมูลบุคลากรที่แม่นยำ เพื่อใช้ในการวางแผนนโยบายที่มีรากฐานจากวิชาการ

- สร้างโอกาสในการจัดการกับปัญหาสุขภาพ โดยทุกฝ่ายมีส่วนร่วม ทั้งในระดับประเทศและท้องถิ่นโดยมีการประสานงานร่วมกันระหว่าง ภาครัฐ, วิชาชีพ และประชาชน เช่น สร้างระบบการใช้ทรัพยากรร่วมกันของทุกภาคส่วน เช่น ระหว่างหน่วยงานภาครัฐ และระหว่างภาครัฐกับเอกชน หรือ การวางแผนกำลังคนร่วมกัน ทั้งด้านจำนวน การผลิต การพัฒนาศักยภาพ

- ปรับปรุงระบบการบริหารจัดการบุคคล เช่น ช่องทางการสื่อสาร การเอาใจใส่ สร้างความเข้าใจ และเห็นคุณค่าของกันและกัน สร้างความยุติธรรม และโปร่งใส กำหนดกฎเกณฑ์ ระเบียบปฏิบัติ ที่เอื้อต่อประสิทธิภาพ สร้างระบบนโยบายที่มั่นคง ตั้งอยู่บนฐานวิชาการ และความจริง

- สร้างระบบ วางแผน ควบคุมกำกับ การดำเนินการของภาคเอกชน

มาตรการระยะกลาง

- ทบทวนมาตรการการทำสัญญาของแพทย์ทั้งระดับแพทยศาสตร์ศึกษา และการอบรมแพทย์เฉพาะ

ทางให้สอดคล้องกับต้นทุนจริงที่แพทย์คือ “สินทรัพย์สาธารณะ” (public assets) มีต้นทุนการผลิตกว่าร้อยละ ๔๐ จากภาษี

- พัฒนาระบบ การบริหารจัดการ ทรัพยากรทางสุขภาพ ที่เน้น ประสิทธิภาพ ของการใช้ทรัพยากรต่าง ๆ ให้สอดคล้องกับความต้องการและส่งเสริมความเสมอภาค เช่น ระบบการกระจายทรัพยากรตามอุปสงค์, โดยเฉพาะ ทรัพยากรบุคคล ที่ต้องมีรูปแบบการจัดการกับแพทย์ในระบบต่าง ๆ ที่ชัดเจน เช่น คณะกรรมการข้าราชการพลเรือน เอกชน รวมถึงการวิจัยเพื่อหารูปแบบการใช้ทรัพยากรบุคคลร่วมกันระหว่างระบบต่าง ๆ

- ทบทวนระบบการตอบแทนแพทย์ทั้งในรูปแบบเงิน เช่น การตอบแทนที่สัมพันธ์กับงาน เบี้ยกันดารและรูปแบบนอกเหนือจากเงิน เช่น ความก้าวหน้า การศึกษา

- การกระจายอำนาจเพื่อสร้างการมีส่วนร่วมของชุมชน เช่น ข้อเสนอของสมัชชาสุขภาพแห่งชาติปี ๒๕๕๖ ที่เสนอให้มีการเปลี่ยนวิธีจัดสรรงบประมาณในการผลิตบุคลากรสุขภาพ จากที่เคยจัดสรรให้แหล่งผลิตไปยังพื้นที่หรือ ระบบการจัดหาบุคลากรสุขภาพขององค์กรท้องถิ่นเอง

- สร้างความเข้มแข็งของระบบบริการปฐมภูมิแบบองค์รวมและเชื่อมโยง เพื่อตอบสนองต่อความต้องการ เป็นการเพิ่มคุณภาพ เพิ่มความเข้าใจ ลดการสิ้นเปลือง ลดปริมาณงานและเพิ่มคุณภาพ ในการบริการของระดับอื่น ๆ

มาตรการระยะยาว

- การผลิตแพทย์ที่สอดคล้องต่อปัญหาสาธารณสุขของประเทศทั้งด้าน ปริมาณและคุณภาพ เช่น แพทย์ที่ผ่านกระบวนการเรียนรู้ “จากชุมชนสู่ชุมชน”

- การสร้างความภาคภูมิใจแก่แพทย์ที่ปฏิบัติหน้าที่ด้วยความเสียสละ เช่น ระบบการเชิดชูเกียรติ การมีสวัสดิการพิเศษ และระบบความก้าวหน้า