

# สถานการณ์การขาดแคลนแพทย์

## ในประเทศไทย

แม้สถานการณ์การขาดแคลนแพทย์ของประเทศไทยในรอบทศวรรษที่ผ่านมาจะคลี่คลายไปในทางดีขึ้น ทว่ายังคงพบว่าหน่วยงานที่มีการขาดแคลนแพทย์เรื้อรังก็คือโรงพยาบาลชุมชน ส่วนในพื้นที่ชนบทและนอกเขตอำเภอเมือง แพทย์เพิ่มขึ้นเพียงระยะสั้นแล้วกลับลดลง และมีแนวโน้มลดลงเรื่อยๆ นอกจากนี้ปัญหาการขาดแคลนแพทย์เฉพาะทางบางสาขาเช่น เวชปฏิบัติทั่วไป/เวชปฏิบัติครอบครัว พยาธิวิทยานิติเวชศาสตร์ จิตเวชเด็กและวัยรุ่น ยังคงดำรงอยู่โดยตลอดโดยเฉพาะสาขาเวชปฏิบัติทั่วไปและเวชปฏิบัติครอบครัว ส่งผลให้แพทย์เฉพาะทางสาขาอื่นๆ ไม่สามารถทำงานได้อย่างเต็มศักยภาพ เกิดภาวะต้องการแพทย์เฉพาะทางที่เกินความจริง ดังนั้น การแก้ไขปัญหาการขาดแคลนแพทย์จึงต้องอาศัยการพิจารณาถ่วงน้ำหนักองศาความขาดแคลนที่สอดคล้องกับปัญหาของประชาชนอย่างแท้จริง

พ.ญ.สุพัตรา ศรีวณิชชากร กลุ่มงานเวชกรรมสังคม โรงพยาบาลขอนแก่น

บทความนี้ เป็นการนำเสนอสภาพการขาดแคลนแพทย์ในประเทศไทยในแง่มุมต่างๆ บางแง่มุมที่เกี่ยวข้อง แต่อาจไม่ครบถ้วนสมบูรณ์ เป็นการเสนอเฉพาะประเด็นที่เห็นว่าเป็นปัญหาหลัก และน่าที่จะมีการแก้ไขได้ ภายใต้ความรับผิดชอบของแพทยสภา และหน่วยงานด้านสาธารณสุข

### 1. การขาดแคลนแพทย์ในชนบท

ชนบทเป็นพื้นที่ส่วนที่ขาดแคลนแพทย์มากที่สุด โดยเฉพาะในพื้นที่ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ดังตารางที่ 1

แพทย์เพียงครึ่งหนึ่งของทั้งประเทศที่ปฏิบัติงานใน ส่วนภูมิภาค ซึ่งมีประชากรประมาณ 57 ล้านคน ในขณะที่

ตารางที่ 1 อัตราส่วนแพทย์ต่อประชากรแยกภูมิภาค ในปีพ.ศ. 2529-2538

ปีพ.ศ.	กรุงเทพฯ	กลาง	เหนือ	ต.อ./น	ใต้	รวม
2529	1,407	6,792	7,823	12,985	7,414	5,563
2530	1,418	6,663	8,297	12,694	7,705	5,596
2531	1,258	6,493	5,843	12,190	5,854	4,843
2532	1,063	5,920	5,331	11,762	6,306	4,362
2533	1,082	5,853	6,405	11,314	6,676	4,500
2534	958	5,805	6,317	10,970	6,079	4,426
2535	909	5,548	6,318	10,740	5,968	4,282
2537	940	4,389	6,090	10,811	5,875	4,165
2538	999	4,042	5,824	10,805	5,510	4,180

แหล่งข้อมูล: รายงานทรัพยากรสาธารณสุข ปีพ.ศ. 2537, 2538 สถิติสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข ปีพ.ศ. 2537, 2539

หมายเหตุ: ไม่มีข้อมูลปีพ.ศ. 2536

ตารางที่ 2 แสดงการกระจายแพทย์ในหน่วยงานสังกัดต่างๆ เปรียบเทียบในพื้นที่กรุงเทพฯและส่วนภูมิภาค ปีพ.ศ. 2536

สังกัดของหน่วยงาน	กรุงเทพฯ		ภูมิภาค		รวม	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
<b>รวมทั้งหมด</b>	<b>6,191</b>	<b>45.4</b>	<b>7,443</b>	<b>54.6</b>	<b>13,634</b>	<b>100.0</b>
กระทรวงสาธารณสุข	839	6.2	5,004	36.7	5,843	42.9
กระทรวงอื่นๆ	2,789	20.5	1,363	10.0	4,152	30.5
เอกชน	1,575	11.6	967	7.1	2,542	18.6
องค์การอิสระ	413	3.0	71	0.5	484	3.5
เทศบาล	470	3.4	14	0.1	484	3.5
รัฐวิสาหกิจ	105	0.8	24	0.2	129	0.9
<b>อัตราส่วนแพทย์ต่อประชากร</b>	<b>1 : 899</b>		<b>1 : 7,053</b>		<b>1 : 4,259</b>	

แหล่งข้อมูล: รายงานทรัพยากรสาธารณสุข ปีพ.ศ. 2537

หมายเหตุ: ไม่มีข้อมูลจำนวนแพทย์ที่แยกตามหน่วยงานสังกัดต่างๆ ภายหลังปีพ.ศ. 2536

ตารางที่ 3 แสดงข้อมูลเปรียบเทียบจำนวนสถานพยาบาล และแพทย์ในพื้นที่ต่างๆ

	กทม.	นอก กทม. ทั้งหมด	ในเขตเทศบาล และอำเภอที่มี รพศ./รพท.	อำเภอที่ไม่มี รพศ./รพท. มีแต่รพช.
ประชากร (ปี 39)	7,855,000 (ก)	54,531,219 (ข)	14,020,904 (ข,ค)	40,510,414 (ข,ค)
จำนวนศูนย์บริการสาธารณสุข และศูนย์ฯ สาขา กทม.(ปี 38)	140 (ง)	135 (จ)	135	--
จำนวนคลินิกเอกชน (ปี 39) (ซ)	1,912	4,016	2,811 (ประมาณการ 70% ของนอกกทม.)	1,205 (ประมาณการ 30% ของนอกกทม.)
จำนวนรพ. เอกชน (ปี 39) (ช)	137	299	223	--
จำนวนรพ. รัฐอื่นๆ ที่มีใ้ รพช. และรพศ./รพท. (ปี 36) (ข)	40	54	na	na
จำนวนรพช.(ปี 39) (ค)	--	699	46	699
จำนวนรพศ./รพท. (ปี 39) (ค)	--	89	89	--
จำนวนแพทย์	6,191 (ข)	7,443 (ข)	3,259 (เฉพาะใน รพศ./รพท.) (ค)	1,653 (เฉพาะแพทย์ ในรพช.) (ค)
ประชากรต่อแพทย์ 1 คน (ด)	905	7,326	4,302 (เฉพาะ แพทย์รพศ./รพท.)	24,507

หมายเหตุ: - ข้อมูลที่แสดงในตารางเป็นข้อมูลจากหลายแหล่ง และไม่สามารถหาข้อมูลในปีเดียวกันได้

(ก) ข้อมูลประชากร เมื่อ 1 ก.ค. 2539, สารประชากรมหาวิทยาลัยมหิดล ปีที่ 5 ฉบับที่ 11 ก.ค. 2539

(ข) ใ้ฐานข้อมูลประชากร ณ ธันวาคม 2539, สำนักทะเบียนกรมการปกครอง ข้อมูลการปกครองท้องที่ปีพ.ศ. 2541

(ค) ข้อมูลอำเภอที่มีรพศ./รพท. และรพช. และจำนวนแพทย์ในปีพ.ศ. 2539 จากกลุ่มแผนงาน กองโรงพยาบาลภูมิภาคและกองสาธารณสุขภูมิภาค กระทรวงสาธารณสุข

(ง) โครงการศึกษาประเมินผลศูนย์บริการสาธารณสุข กรุงเทพมหานคร, สุพัตรา ศิริวิณิชชากร และคณะ, ต.ค. 2538

(จ) ข้อมูลสำนักปกครองท้องที่ กระทรวงมหาดไทย

(ซ) ข้อมูลสถานพยาบาลเอกชนทั่วประเทศ ฝ่ายพัฒนามาตรฐาน กองการประกอบโรคศิลปะ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 30 กันยายน 2539

(ช) ข้อมูลปี 2536 จากรายงานทรัพยากรสาธารณสุข ปี 2537, กระทรวงสาธารณสุข

(ค) ได้จากการคำนวณจำนวนประชากร/จำนวนแพทย์ ในแถวข้างต้น

- na หมายถึงไม่มีข้อมูล

กรุงเทพมหานครมีแพทย์ประมาณเกือบครึ่งเช่นกัน แต่ดูแลประชากรประมาณ 6 ล้านคน (ตารางที่ 2-3)

แพทย์ในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขเป็นแพทย์กลุ่มใหญ่ที่สุดที่ปฏิบัติงานในส่วนภูมิภาค ในขณะที่แพทย์ในสังกัดทบวงมหาวิทยาลัย กระทรวงอื่น ๆ และในภาคเอกชน เป็นแพทย์กลุ่มใหญ่ที่ปฏิบัติงานในกรุงเทพมหานคร (ตารางที่ 2)

เมื่อพิจารณาแยกสภาพปัญหาการขาดแคลนแพทย์ในพื้นที่ส่วนภูมิภาค พบว่าพื้นที่ที่อยู่นอกอำเภอเมือง หรือนอกเขตเทศบาลมีความขาดแคลนแพทย์สูงมาก ในขณะที่พื้นที่เขตอำเภอเมืองที่มีโรงพยาบาลใหญ่ตั้งอยู่มีอัตราส่วนแพทย์ต่อประชากรใกล้เคียงกับกรุงเทพฯ หรือสูงกว่าไม่มากนัก (ตารางที่ 3)

พื้นที่นอกเขตเทศบาลเป็นพื้นที่ที่มีความขาดแคลนแพทย์มากที่สุด แพทย์หนึ่งคนต้องดูแลประชากรจำนวนมาก อีกทั้งแพทย์ที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลชุมชนซึ่งเป็นแพทย์กลุ่มหลักที่ปฏิบัติงานในพื้นที่ชนบทยังต้องรับภาระงานบริหาร และงานบริการด้านอื่น ๆ ด้วย

## 2. การขาดแคลนแพทย์ที่แท้จริงในระดับโรงพยาบาลชุมชนและเหตุปัจจัยที่เกี่ยวข้อง

แม้มีการผลิตแพทย์เพิ่มและมีการจัดสรรให้แพทย์ไปปฏิบัติงานในโรงพยาบาลชุมชนทุกปี แต่ผลลัพธ์ยังพบว่าภาระงานของแพทย์ที่โรงพยาบาลชุมชนเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ ขณะที่จำนวนแพทย์เพิ่มขึ้นเล็กน้อย บางปีลดลง และขณะนี้อยู่ในสภาพคงตัว (ตารางที่ 4) ทั้งนี้เพราะแพทย์ที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลชุมชนส่วนใหญ่เป็นแพทย์ใช้ทุน และมีแนวโน้มที่แพทย์จะปฏิบัติงานใช้ทุนในโรงพยาบาลชุมชนด้วยช่วงเวลาที่สั้นลงกว่าเดิม รวมถึงอัตราการคงอยู่ของแพทย์ที่ครบใช้ทุนลดลง และอัตราการไปฝึกอบรมเป็น

แพทย์ประจำบ้านเพิ่มขึ้น (ตารางที่ 5-6) รวมทั้งมีการลาออกเพิ่มขึ้น

จากตารางที่ 6 แสดงให้เห็นว่าในช่วงก่อนปีพ.ศ. 2534 แพทย์ใช้ทุนส่วนใหญ่จะไปศึกษาต่อเป็นแพทย์เฉพาะทางหลังปีที่ 3 และจะไปศึกษาต่อเกือบหมดภายใน 5 ปี แต่ในช่วงระยะหลัง โดยเฉพาะในช่วง 2-3 ปีนี้พบว่าแนวโน้มแพทย์จะไปศึกษาต่อเป็นแพทย์เฉพาะทางเร็วขึ้น รวมทั้งลาออกไปทำงานในภาคเอกชนมากขึ้นทำให้ภาวะขาดแคลนแพทย์ในโรงพยาบาลชุมชนยิ่งทวีความรุนแรงมากขึ้น ทั้งนี้เพราะแพทย์ใช้ทุนปีที่ 1 ต้องไปผ่านโครงการเพิ่มพูนทักษะ<sup>1</sup> ทำให้ระยะเวลาที่แพทย์ใช้ทุนจะปฏิบัติงานในโรงพยาบาลชุมชนสั้นลงเหลือเพียง 2 ปี และบางคนเหลือเพียง 1 ปี การที่แพทย์ใช้ทุนมีความต้องการทำงานที่โรงพยาบาลชุมชนลดลง ทำให้แพทย์รุ่นพี่ที่ทำงานอยู่เดิมบางส่วนทนกับการรับภาระงานที่มากขึ้นไม่ไหว จึงย้ายหรือลาไปศึกษาต่อเร็วขึ้นกว่าเดิมเช่นกัน

ตารางที่ 4 แสดงอัตราส่วนภาระงานของแพทย์ที่ปฏิบัติงานที่โรงพยาบาลชุมชน

ปี พ.ศ.	จำนวนแพทย์ รพช.	เตียง*ต่อ แพทย์ 1 คน	ประชากรต่อ แพทย์
2534	1,592	8.1	21,870
2535	1,681	8.2	23,456
2536	1,766	8.5	21,617
2537	1,411	11.9	27,689
2538	1,574	11.5	25,227
2539	1,653 (ณ ก.ย.39)	na	24,273
2540	1,665	12.3	24,118

หมายเหตุ: - ใช้ฐานข้อมูลจากรายงานกองสาธารณสุขภูมิภาค สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ปีงบประมาณ 2535-2540  
- \* เป็นจำนวนเตียงที่รับด้วยค่าอัตราครองเตียงแล้ว

<sup>1</sup> โครงการเพิ่มพูนทักษะแพทย์ใช้ทุนปีที่ 1 เพื่อพัฒนาคุณภาพระบบบริการทางการแพทย์ของประเทศ เป็นโครงการที่เสนอโดยแพทยสภา ในปี 2537 กำหนดให้บัณฑิตแพทย์ที่จบใหม่ปีที่ 1 ทุกคนต้องไปปฏิบัติงานในโรงพยาบาลใหญ่เพื่อฝึกทักษะในด้านอายุรศาสตร์ กุมารเวชศาสตร์ ศัลยศาสตร์ สูติ-นรีเวชศาสตร์ และเวชปฏิบัติครอบครัว/เวชปฏิบัติทั่วไป เป็นระยะเวลา 1 ปีก่อนที่จะไปปฏิบัติงานในหน่วยงานอื่น ๆ

ตารางที่ 5 แสดงสัดส่วนแพทย์ใช้ทุนที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลชุมชน พ.ศ. 2525-2540

พ.ศ.	แพทย์รพช. ทั้งหมด		แพทย์ใช้ทุนหมดแล้ว		แพทย์ระหว่างการใช้ทุน		อื่นๆ	
	จำนวน		จำนวน	%	จำนวน	%	จำนวน	%
2525	628		175	27.87	453	72.13	-	-
2526	736		331	44.97	403	54.76	2	0.27
2527	934		377	40.36	552	59.10	5	0.53
2528	1,113		446	40.07	654	58.76	13	1.17
2529	1,182		527	44.58	652	55.61	3	0.25
2530	1,339		602	44.96	731	54.59	6	0.45
2539	1,653		661	39.99	992	60.01	-	-
2540	1,665		841	50.50	824	49.50	-	-

แหล่งข้อมูล: กลุ่มงานวิชาการ กองสาธารณสุขภูมิภาค กระทรวงสาธารณสุข

หมายเหตุ: อื่นๆ หมายถึง แพทย์ที่ไม่ทราบรุ่น และแพทย์จบจากต่างประเทศ (ไม่มีการเก็บข้อมูลในปีพ.ศ. 2531-2538)

ตารางที่ 6 ร้อยละของแพทย์ที่ไปศึกษาต่อเป็นแพทย์สาขาเฉพาะทาง ในรอบ 10 ปี (2524-2534) แยกตามสังกัดหน่วยงานก่อนไปศึกษาต่อ และระยะเวลาก่อนไปศึกษา

ระยะเวลาการทำงานก่อนศึกษาต่อ ( ปี )	รพช. (%)	รพท./รพศ. (%)	กลาโหม (%)	รวมทั้งหมด (%)	% สะสม
0	0	0	0	8.7	8.7
1	5.9	19.6	8.7	3.8	12.5
2	6.9	14.7	23.9	5.9	18.4
3	44.5	70.4	54.5	52.0	70.4
4	15.4	17.8	13.7	15.2	85.6
5	6.8	11.1	9.9	4.9	90.5

แหล่งข้อมูล: การศึกษาเรื่องอัตราการศึกษาคือของแพทย์เป็นแพทย์เฉพาะทาง (สุพัตรา ศรีวณิชชากร และคณะ, 2535)

### สาเหตุของการที่แพทย์ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลชุมชนได้ไม่นาน เนื่องจาก

1. จากการศึกษาความเห็นของกลุ่มแพทย์ที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลชุมชน พบว่าเหตุผลการออกจากโรงพยาบาลชุมชนที่มีน้ำหนักมากที่สุดคือ ต้องการไปศึกษาต่อเพื่อเพิ่มความรู้ และรู้สึกว่าการที่รพช. นำเบี้ย ข้า<sup>2</sup> การไม่เห็นคุณค่าและประโยชน์ของการปฏิบัติงานที่โรงพยาบาล

ชุมชนในชนบท และความรู้สึกว่าความรู้ทางวิชาการลดลง ไม่ก้าวหน้าหรือมีศักดิ์ศรีเหมือนการเป็นแพทย์เฉพาะทางในเมืองงานหนัก และปัจจัยทางครอบครัว

2. ขาดการจัดระบบการศึกษาต่อเนื่องที่มีคุณภาพให้แก่แพทย์ที่ปฏิบัติงานในชนบท ดังนั้น แพทย์ส่วนที่ไปศึกษาต่อเป็นแพทย์เฉพาะทางแล้ว จึงกลับมาปฏิบัติงานในโรงพยาบาลชุมชนในสัดส่วนที่น้อยมาก (ดังจะกล่าวต่อไป

<sup>2</sup> Chunharas S., Srivanichakorn S., Valyasevi A., Human Resource for Health Development in Thailand Technical Report, 1998.

ในหัวข้อ 3) ประกอบกับการจัดสรรแพทย์ใหม่มาปฏิบัติงานที่โรงพยาบาลชุมชนมีไม่มากพอ จึงส่งผลให้โรงพยาบาลชุมชนขาดแคลนแพทย์มาโดยตลอด

### 3. การไหลของแพทย์ทั่วไป ไปสู่การเป็นแพทย์เฉพาะทาง เป็นส่วนหนึ่งของการไหลจากแพทย์ชนบทไปสู่แพทย์ในเมือง

แพทย์ที่ผ่านการฝึกอบรมเป็นแพทย์เฉพาะทางแล้ว

มักจะกลับมาทำงานในโรงพยาบาลใหญ่ที่มีเครื่องมือพร้อม ซึ่งส่วนมากตั้งอยู่ในเมืองใหญ่ ทำให้เปรียบเสมือนเป็นแรงดึงดูดให้แพทย์จากชนบทไหลเข้าสู่เมืองวิธีหนึ่ง (ตารางที่ 7) สาขาของแพทย์เฉพาะทางที่เหมาะสมสำหรับการกลับไปปฏิบัติงานในโรงพยาบาลชุมชนหรือในชนบทคือ สาขาเวชปฏิบัติทั่วไป/เวชปฏิบัติครอบครัว<sup>3</sup> แต่ก็ไม่ได้รับความสนใจในการฝึกอบรม

ตารางที่ 7 จำนวนแพทย์จากรพช., รพศ./รพท. ที่ลาศึกษาเพื่อฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้าน ปีการศึกษา 2525-2541

ปีการศึกษา	สถานที่ปฏิบัติงานเดิม			สถานที่ปฏิบัติงานเมื่อสำเร็จการศึกษา			รวมจำนวนแพทย์ประจำบ้านในแต่ละปีการศึกษา
	รพช. (คน)	รพศ./รพท. (คน)	อื่นๆ (คน)	รพช. (คน)	รพศ./รพท. (คน)	ไม่ระบุ (คน)	
2525	76	83		15	144		159
2526	77	108		11	174		185
2527	85	91		25	151		176
2528	85	81		26	140		166
2529	97	48		21	124		145
2530	94	120		32	182		214
2531	125	97		52	170		222
2532	149	88		55	182		237
2533	140	84		64	160		224
2534	156	119		49	226		275
2535	na	na		na	na		na
2536	157	92	0	11	212	26	249
2537	212	122	7	54	280	7	341
2538	105	41	0	9	119	18	146
2539	154	61	1	0	183	33	216
2540	190	54	0	29	197	18	244
2541	198	31	2	34	189	8	231

แหล่งข้อมูล: ข้อมูลการศึกษาต่อของแพทย์ในสังกัดกองสาธารณสุขภูมิภาค กองโรงพยาบาลภูมิภาค และสมุดบันทึกรายชื่อผู้ที่ได้รับการอนุมัติให้ไปศึกษาต่อ จากสถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข

<sup>3</sup> ความหมายของคำว่า แพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป ในประเทศไทยมักจะใช้เป็นคำรวมๆ แทนแพทย์ที่มีได้ฝึกอบรมเป็นผู้เชี่ยวชาญสาขาใดสาขาหนึ่ง แต่ขณะเดียวกันแพทย์สภาได้กำหนดให้สาขาเวชปฏิบัติทั่วไปเป็นสาขาของแพทย์เฉพาะทางสาขาหนึ่ง ซึ่งดูแลรักษาโรคทั่วไปโดยไม่แบ่งอายุ เพศ โดยต้องผ่านการฝึกอบรม 3 ปี ทั้งนี้ ในปี 2540 ได้มีการเสนอให้ใช้ชื่อ แพทย์ปฏิบัติครอบครัว แทน แพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป เพื่อให้สื่อถึงลักษณะสำคัญของสาขาเฉพาะทางนี้ที่เน้นการให้บริการด้านแรกๆ ที่ต่อเนื่อง และเป็นการดูแลที่ครอบคลุมทั้งครอบครัวและเชื่อมโยงไปถึงชุมชน อันเป็นองค์ความรู้ที่กำลังพัฒนาใหม่ในประเทศไทย ขณะที่บัณฑิตสาขาที่ได้รับการยอมรับให้เป็นสาขาที่สำคัญในการให้บริการระดับปฐมภูมิในประเทศต่างๆ ที่มีประสิทธิภาพ

#### 4. การขาดแคลนแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป/เวชปฏิบัติครอบครัว<sup>4</sup> เป็นปัญหาใหญ่ปัญหาหนึ่งที่เกี่ยวข้องกับการขาดแคลนแพทย์

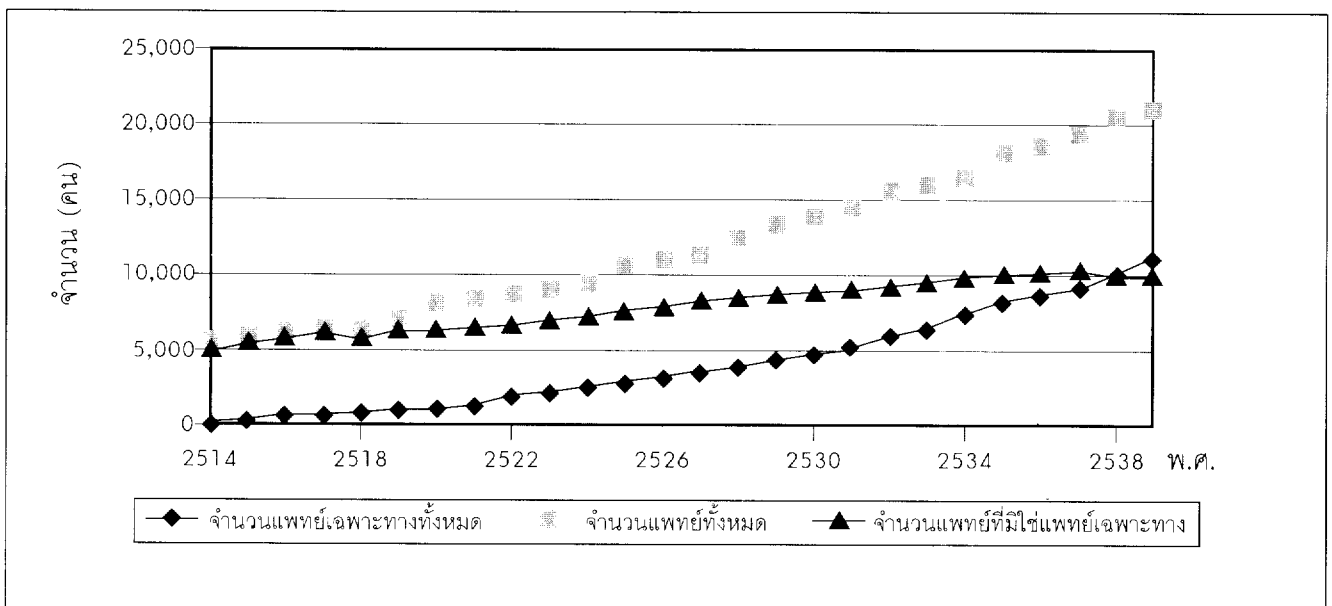
การที่แพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป/เวชปฏิบัติครอบครัวไม่มีบทบาทที่ชัดเจน และไม่มีศักดิ์ศรี บทบาทของสถานพยาบาลมีความสับสนระหว่างหน่วยบริการปฐมภูมิกับทุติยภูมิ ทำให้แพทย์ส่วนใหญ่ต้องการเป็นแพทย์เฉพาะทางสาขาอื่นๆ และมีความต้องการที่จะให้บริการและศึกษาลึกลงเป็นเฉพาะสาขามากขึ้นเรื่อยๆ ในขณะที่ประชาชนก็ยังมีปัญหาที่เป็นลักษณะทั่วไป เมื่อแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปยังมีจำนวนไม่มากพอในการดูแลสุขภาพปัญหาทั่วไป แพทย์เฉพาะทางจึงต้องมาให้บริการทั่วไปด้วยความจำยอม เป็นการใช้คนที่ไม่มีประสิทธิภาพ อีกทั้งต้องใช้แพทย์เฉพาะทางจำนวนมากกว่าความจำเป็น จึงทำให้เกิดภาวะขาดแคลนโดยถ้วนทั่ว

สถานะที่แพทย์ใช้ทุนปฏิบัติงานในโรงพยาบาลชุมชนได้เพียงชั่วระยะสั้น ส่วนหนึ่งน่าจะมียุติจบจากการที่แพทย์ใช้

ทุนไม่เห็นบทบาทที่มีคุณภาพของการเป็นแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปที่โรงพยาบาลชุมชน ไม่มีระบบที่จะเพิ่มพูนความรู้ด้านเวชปฏิบัติทั่วไป/เวชปฏิบัติครอบครัวให้แก่แพทย์ในขณะที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลชุมชนอย่างมีประสิทธิภาพ ไม่มีระบบสวัสดิการ ค่าตอบแทนที่จูงใจให้แพทย์ใช้ทุนต้องการพัฒนาเป็นแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปที่มีคุณภาพในระยะยาว ทำให้แพทย์ที่โรงพยาบาลชุมชนมีการหมุนเวียนสูงมาก และมีภาวะขาดแคลนโดยตลอด

สถานการณ์ที่แพทย์ส่วนใหญ่มีแนวโน้มที่จะฝีกอบรมเป็นแพทย์สาขาเฉพาะทางต่างๆ ที่มีใช้สาขาเวชปฏิบัติทั่วไปมีจำนวนเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ (ภาพที่ 1) ปัจจุบันในประเทศไทยมีแพทย์เฉพาะทางทั้งหมด 10,950 คน คิดเป็นร้อยละ 52 ของแพทย์ทั้งหมด ในจำนวนนี้เป็นแพทย์ที่จบในสาขาเวชปฏิบัติทั่วไปเพียง 177 คน คิดเป็นร้อยละ 1.6 ของแพทย์เฉพาะทางทั้งหมด หากสถานการณ์ยังเป็นเช่นเดิมดังภาพที่ 2 ที่การฝีกอบรมแพทย์ประจำบ้านเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ และ

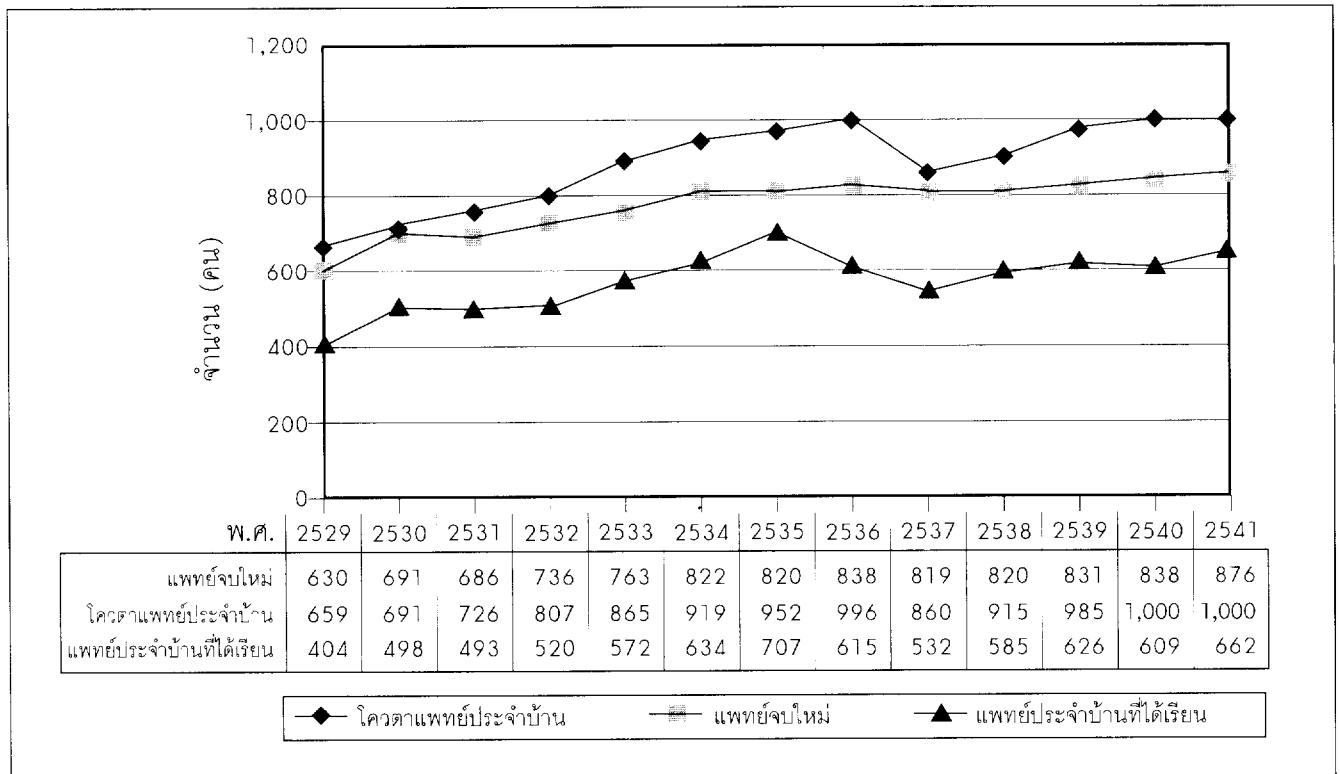
ภาพที่ 1 แสดงแนวโน้มจำนวนแพทย์เฉพาะทางเปรียบเทียบกับแพทย์ที่มีใช้แพทย์เฉพาะทางในปี.ศ. 2514-2539



แหล่งข้อมูล: แพทยสภา

<sup>4</sup> แพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป/เวชปฏิบัติครอบครัว ในที่นี้ เป็นความหมายที่เน้นในด้าน บทบาทหน้าที่ ของกลุ่มแพทย์ที่ทำหน้าที่ให้บริการด่านแรกที่มีคุณภาพ ให้บริการแก่ประชาชนทุกกลุ่มอายุ และมีกรจัดระบบให้บริการที่ต่อเนื่องผสมผสาน เป็นการบริการที่คำนึงถึงผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง คำนึงถึงปัจจัยทางด้านสังคม จิตวิทยา ร่วมกับปัจจัยทางการแพทย์ แพทย์กลุ่มนี้จะผ่านการฝีกอบรมเป็นทางการหรือไม่ก็ได้ แต่ต้องมีบทบาทหน้าที่ตามที่ควรเป็น

ภาพที่ 2 แสดงแนวโน้มการฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้านเปรียบเทียบกับจำนวนแพทย์จบใหม่ พ.ศ. 2529-2541



ส่วนใหญ่เป็นสาขาอื่น ๆ ทั้งในด้านโควตาการรับและจำนวนแพทย์ที่ได้ฝึกอบรมจริงซึ่งเพิ่มขึ้นด้วยอัตราที่เร็วกว่าจำนวนแพทย์จบใหม่มาก ประเทศไทยจะมีจำนวนแพทย์เฉพาะทางมากกว่าจำนวนแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปอย่างมาก อันเป็นสภาวะที่ไม่สมดุลกับปัญหาสุขภาพของประชาชน และจะส่งผลกระทบต่อขาดแคลนแพทย์ต่อไป โดยเฉพาะจะทำให้เกิดภาวะขาดแคลนแพทย์ในชนบทมากยิ่งขึ้น

### 5. การจัดสรรแพทย์ใช้ทุน ยังไม่มีแนวทางที่เด่นชัดที่ช่วยบรรเทาภาวะขาดแคลนแพทย์ในชนบท

แม้ว่าในภาพรวมของประเทศจะมีจำนวนแพทย์มากขึ้นเรื่อย ๆ แต่กระทรวงสาธารณสุขซึ่งเป็นหน่วยงานที่รองรับการดูแลบริการสาธารณสุขในชนบทเป็นหลัก (ร้อยละ 67 ของแพทย์ที่ทำงานในชนบท จากตารางที่ 2) และมีความต้องการแพทย์ที่เป็นแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป ยังคงได้รับการจัดสรรแพทย์ในสัดส่วนที่ค่อนข้างคงที่ หรือเพิ่มขึ้นเพียงเล็กน้อย ดังตารางที่ 8 โดยที่แพทย์กลุ่มนี้ส่วนใหญ่จะปฏิบัติงานในชนบทระดับอำเภอเพียงระยะสั้นแล้วมีการ

ไหลออก มีโอกาสกลับมาน้อย (ตามที่กล่าวแล้วในข้อ 2) ในขณะที่หน่วยงานต้นสังกัดอื่น ๆ ซึ่งให้แพทย์ในสังกัดปฏิบัติงานในชนบทระดับอำเภอเป็นเวลาน้อยกว่า กลับได้รับการจัดสรรแพทย์ในจำนวนที่มากขึ้น แม้คิดเป็นสัดส่วนจะค่อนข้างคงที่ก็ตาม

จากการพิจารณารายงานของคณะกรรมการจัดสรรแพทย์คู่สัญญา (แพทย์ใช้ทุน) และข้อมูลจากกรมการบ้าน พบว่าการพิจารณาจัดสรรแพทย์คู่สัญญานั้นมิได้มีการนำข้อมูลจำนวนแพทย์ที่มีอยู่ในแต่ละสถาบัน และข้อมูลการกระจายแพทย์มาประกอบการพิจารณาจัดสรรแพทย์แต่อย่างใด ซึ่งแสดงให้เห็นว่ากลไกการจัดสรรแพทย์นี้เป็นการดำเนินการตามความต้องการของสถาบันมากกว่าที่จะคำนึงถึงการร่วมแก้ปัญหาการขาดแคลนแพทย์ในชนบทอย่างไรก็ตาม มิอาจกล่าวได้ว่าจำนวนแพทย์ในสถาบันใดมีมากกว่าที่ควรจะเป็น เนื่องจากไม่มีข้อมูลการกระจายแพทย์ในหน่วยงานอื่น ๆ นอกกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งควรที่จะมีการศึกษารวบรวมเพื่อประกอบการพิจารณาต่อไป

ตารางที่ 8 การจัดสรรแพทย์ผู้ทำสัญญาชาติใช้ทุน ในกระทรวงสาธารณสุข ปีพ.ศ. 2533 - 2541

ปี พ.ศ.	จำนวนที่จบ การศึกษา	กระทรวง สาธารณสุข (%)	มหาวิทยาลัย ในภูมิภาค (%)	มหาวิทยาลัย ในกรุงเทพฯ (%)	กระทรวงกลาโหม (%)	หน่วยงานอื่นๆ (%)
2533	763	489 (64.1)	na	na	na	na
2534	822	507 (61.7)	na	na	na	na
2535	820	520 (63.4)	na	na	na	na
2536	838	586 (69.9)	na	na	na	na
2537	819	536 (65.4)	123 (15.0)	41 (5.0)	84 (10.3)	35 (4.2)
2538	820	587 (71.6)	109 (13.2)	22 (2.7)	78 (9.5)	24 (4.1)
2539	825	572 (69.3)	131 (16.0)	19 (2.3)	82 (9.9)	21 (2.5)
2540	838	593 (70.7)	123 (14.7)	20 (2.4)	80 (9.5)	22 (2.6)
2541	868	613 (70.6)	124 (14.3)	29 (3.3)	80 (9.2)	22 (2.5)
2542	1,171	784 (67.0)	227** (19.4)	52 (4.4)	82 (7.0)	26 (2.2)

แหล่งข้อมูล: สำนักงาน กพ. และสถาบันพระบรมราชชนก

หมายเหตุ: \* เป็นจำนวนที่รวมแพทย์ใหม่ 80 คนสำหรับโรงพยาบาลศูนย์ในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ที่จัดตั้งเป็นโรงเรียนแพทย์ทางด้านคลินิก  
- หน่วยงานอื่นๆ หมายถึง สภาวิชาชีพ กรุงเทพมหานคร กระทรวงมหาดไทย และกระทรวงเกษตรและสหกรณ์

## 6. การขาดแคลนแพทย์เฉพาะทางบางสาขา

แพทย์เฉพาะทางในบางสาขาที่มีความขาดแคลนมากคือ สาขาเวชปฏิบัติทั่วไป/เวชปฏิบัติครอบครัว พยาธิวิทยา นิติเวชศาสตร์ จิตเวชเด็กและวัยรุ่น เนื่องจากเป็นสาขาวิชาที่ไม่ได้รับความนิยม อันเนื่องจากลักษณะงานไม่น่าสนใจ และระบบค่าตอบแทนไม่สูง อีกทั้งไม่ได้รับการส่งเสริมจากรัฐบาลอย่างชัดเจน

ส่วนในโรงเรียนแพทย์ อาจารย์แพทย์ที่ขาดแคลนเป็นอาจารย์ในสาขาฟิสิกส์คลินิก ขณะที่อาจารย์ในสาขาคีฬาคลินิกมีมากขึ้นเรื่อยๆ และมีการแบ่งย่อยเป็นสาขาเฉพาะทางที่ลงลึกมากขึ้นเรื่อยๆ

## 7. ลักษณะการขาดแคลนในหน่วยบริการแต่ละระดับ มีระดับความรุนแรงที่ต่างกัน และประเภทของแพทย์ที่ขาดแคลนต่างกัน

กล่าวคือ พื้นที่ชนบทในส่วนนอกอำเภอเมืองมีความขาดแคลนมากที่สุดทั้งในด้านจำนวนและคุณภาพ เมื่อพิจารณาจากอัตราส่วนแพทย์ต่อประชากรโดยที่ขาดแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปเป็นหลัก ส่วนพื้นที่เมืองมีแพทย์เฉพาะทางจำนวนมาก แต่ขาดแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปที่จะทำหน้าที่ดูแลบริการปฐมภูมิที่มีความต่อเนื่อง ในขณะที่โรง-

พยาบาลใหญ่ขาดแพทย์เฉพาะทางบางสาขา เช่น สาขาประสาทศัลยศาสตร์ ศัลยกรรม พยาธิวิทยา แต่ในส่วนโรงเรียนแพทย์ ประเภทของแพทย์ที่ขาดคือ การขาดอาจารย์แพทย์ในสาขาฟิสิกส์คลินิก ฉะนั้น การแก้ปัญหาการขาดแคลนแพทย์ในแต่ละพื้นที่และแต่ละหน่วยงาน ย่อมแก้ด้วยวิธีการที่ต่างกันเพราะกลุ่มเป้าหมายเป็นคนละกลุ่ม

เมื่อให้หน่วยงานแต่ละแห่งได้พิจารณาถึงอัตรากำลังภายในหน่วยงานตนเองย่อมพบว่าทุกแห่งมีความขาดแคลน และมีความต้องการแพทย์เพิ่มขึ้นทั้งสิ้น ดังตารางที่ 9 ซึ่งพบว่า มีลักษณะที่ต่างกันมากเมื่อเทียบกับการประเมินตามสภาพปัญหาของประชาชนข้างต้น จึงควรที่รัฐบาลและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องจะได้พิจารณากลับกรองหาสภาพความขาดแคลนที่สอดคล้องกับปัญหาของประชาชนอย่างแท้จริง และพิจารณาถึงความต้องการที่เป็นจริงของประเทศมากกว่า ประเมินจากความต้องการของหน่วยงาน

## สรุป

โดยสรุปสถานการณ์การขาดแคลนแพทย์ในรอบทศวรรษที่ผ่านมา มีความอ่อนคลายมากขึ้น ทุกหน่วยงานมีจำนวนแพทย์มากขึ้นยกเว้นในระดับโรงพยาบาลชุมชนในพื้นที่เขตเมืองมีแพทย์เพิ่มขึ้นเรื่อยๆ แต่ในสภาพพื้นที่



ตารางที่ 9 ความต้องการแพทย์ของหน่วยงานในสังกัดต่างๆ

หน่วยงาน	แพทย์ที่มีในปัจจุบัน	ความต้องการที่จะมีแพทย์ในปีพ.ศ. 2543	จำนวนที่ขาดแคลน	อัตราส่วนที่มี : ที่ขาด
กระทรวงสาธารณสุข	5,843 (ปี 36)	14,434	8,591	1 : 1.47
- รพค./รพท.	2,679	8,696	6,017	1 : 2.27
- รพช.	1,835	4,168	2,333	1 : 2.27
- หน่วยงานอื่น ๆ	1,220	1,570	350	1 : 0.29
มหาวิทยาลัย	1,640 (ปี 30)	3,061	1,421	1 : 0.87
กระทรวงกลาโหม	1,056 (ปี 30)	2,201	1,145	1 : 1.08
กรุงเทพมหานคร	360 (ปี 30)	571	211	1 : 0.59
กระทรวงอื่น ๆ	330 (ปี 30)	562	232	1 : 0.70
เอกชน	2,542 (ปี 36)	5,507	2,965	1 : 1.17

ที่มา: การคาดประมาณความต้องการแพทย์ของประเทศไทย. เอกสารเสนอให้คณะกรรมการที่ปรึกษารัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข กันยายน 2537

ชนบทนอกเขตอำเภอเมือง แพทย์เพิ่มขึ้นเพียงระยะสั้นแล้วกลับลดลง และกำลังมีแนวโน้มที่จะลดลงมากขึ้นในส่วนที่เป็นโรงพยาบาลชุมชน หากไม่มีมาตรการแก้ไข

สถานการณ์ที่ขาดแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป/เวชปฏิบัติครอบครัวยังคงดำรงอยู่ตลอด ไม่ดีขึ้น ซึ่งส่งผลให้แพทย์เฉพาะทางสาขาอื่นๆ ไม่สามารถทำงานเฉพาะทางได้อย่างเต็มศักยภาพ เกิดภาวะที่ต้องการแพทย์เฉพาะทางที่เกินความต้องการจริง และรู้สึกว่าขาดแคลนเช่นกัน แต่แพทย์เฉพาะทางบางสาขาก็ยังมีสถานะที่ขาดแคลนจริงได้แก่ สาขาพยาธิวิทยา นิติเวชศาสตร์ และฟื้นฟูสภาพ

หน่วยงานแต่ละระดับในพื้นที่ต่างๆ ต่างก็มีความต้องการแพทย์เพิ่มขึ้นและรู้สึกว่าขาดแคลน แต่ลักษณะความ

รุนแรงและประเภทของแพทย์ที่ขาดแคลนมีความแตกต่างกัน จำเป็นต้องมีมาตรการที่จะลำดับความสำคัญของปัญหาจากสภาพปัญหาจริงของประชาชน อีกทั้งต้องมีมาตรการแก้ไขที่มีความจำเพาะ เหมาะสมกับแต่ละสถานการณ์ ไม่อาจใช้มาตรการแก้ไขด้วยวิธีเดียวได้

ในเอกสารนี้มีโอกาสจะสรุปได้ว่าปริมาณการผลิตขณะนี้เพียงพอหรือไม่ เพราะมีได้เน้นที่จะนำเสนอในส่วนกำลังการผลิตกับความต้องการของประเทศ แต่เน้นที่จะเสนอเฉพาะภาพส่วนที่เป็นความขาดแคลนแพทย์ที่สำคัญของประเทศไทย



เอกสารอ้างอิง

1. กองโรงพยาบาลภูมิภาค สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. รายงานประจำปี 2534-2539.
2. กองสาธารณสุขภูมิภาค สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. รายงานประจำปี 2534-2539.
3. ฝ่ายพัฒนามาตรฐาน กองประกอบโรคศิลปะ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข. ข้อมูลสถานพยาบาลเอกชนทั่วประเทศ 30 กันยายน 2539 .
4. แพทยสภา. จำนวนแพทย์ขึ้นทะเบียนใหม่และจำนวนแพทย์เฉพาะทางในแต่ละสาขา ปีพ.ศ. 2514-2539. เอกสารพิมพ์.
5. แพทยสภา. จำนวนแพทย์ประจำบ้าน ปีการศึกษา 2529-2539. เอกสารพิมพ์.
6. สารประชารคมมหาวิทยาลัยมหิดล ปีที่ 5 ฉบับที่ 1 กรกฎาคม 2539.

7. สำนักนโยบายและแผนกระทรวงสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข. รายงานทรัพยากรสาธารณสุข ประจำปี 2537.
8. สำนักนโยบายและแผนกระทรวงสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข. รายงานทรัพยากรสาธารณสุข ประจำปี 2538.
9. สำนักนโยบายและแผนสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข. สถิติสาธารณสุข ปีพ.ศ. 2529-2539.
10. สำนักบริหารการปกครองท้องที่ กรมการปกครอง กระทรวงมหาดไทย. ข้อมูลการปกครองท้องที่ ปี 2541.
11. สุพัตตรา ศิริวณิชชากร และคณะ. โครงการศึกษาประเมินผลศูนย์บริการสาธารณสุข กรุงเทพมหานคร 2538.