

แพทย์ลาออก : เขาเป็นใคร

ทักษพล ธรรมรังสี

สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ

บทคัดย่อ

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาลักษณะข้อมูลพื้นฐานของแพทย์ที่ลาออกจากหน่วยงานในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ในปี ๒๕๔๔-๒๕๔๕ โดยสืบค้นข้อมูลจากแพทย์สภาและกระทรวงสาธารณสุข ในช่วงปี ๒๕๔๖ ได้จำนวน ๗๔๓ ราย

พบว่าแพทย์ที่ลาออกมีอายุน้อย (ค่าเฉลี่ย ๓๐.๖๓ ปี) อายุราชการสั้น ประกอบกับสัดส่วนการลาออกก่อนหมดพันธะสัญญาสูง โดยเฉพาะในกลุ่มแพทย์ทั่วไป ลาออกก่อนครบพันธะสัญญาถึงร้อยละ ๕๐.๔ มีสัดส่วนแพทย์ทั่วไปประมาณ ๓ ใน ๔ และลาออกจากโรงพยาบาลชุมชนประมาณครึ่งหนึ่ง ซึ่งโรงพยาบาลชุมชนมีอัตราการสูญเสียสูงที่สุด

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับอายุราชการที่ยาวนานขึ้นในแพทย์กลุ่มนี้คือ เพศ สถาบันการศึกษาในสวนภูมิภาค ภูมิภาคนอกเขตกรุงเทพมหานคร และการได้ปฏิบัติงานในภูมิภาคเดียวกับภูมิลำเนา ปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงานหลังการอบรมแพทย์เฉพาะทาง ได้แก่ เพศ ภูมิภาคนอกเขตกรุงเทพมหานคร และสถานที่ปฏิบัติงาน ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานครบพันธะสัญญาในกลุ่มแพทย์ทั่วไป ได้แก่ สถาบันการศึกษา ภูมิภาคที่ปฏิบัติงาน และการที่ได้ปฏิบัติงานในภูมิภาคเดียวกับภูมิลำเนา ผลการวิเคราะห์สอดคล้องกับคุณประโยชน์ของแนวคิด การคัดเลือกคนจากชุมชน การศึกษาในเขตชนบท และการปฏิบัติงานในภูมิลำเนา

คำสำคัญ: แพทย์, ลาออก, กระทรวงสาธารณสุข

บทนำ

กำลังคนทางสุขภาพ (Human Resources for Health: HRH) ถือได้ว่าเป็นทรัพยากรที่มีความสำคัญที่สุดต่อระบบการบริการสุขภาพ^(๑) อย่างน้อยใน ๒ มิติ คือ เป็นกลไกที่สำคัญที่สุดในกิจกรรมการบริการทางสุขภาพ เนื่องจากการบริการทางสุขภาพเกือบทั้งหมดเป็นกิจกรรมที่ต้องดำเนินการโดยบุคลากรที่มีความรู้ ความสามารถ ซึ่งไม่สามารถทดแทนได้ด้วย

เครื่องมือหรืออุปกรณ์ทางการแพทย์เพียงอย่างเดียว นอกจากนี้ ต้นทุนที่เกี่ยวข้องกับบุคลากรทางการแพทย์ (labor cost) ยังคิดได้เป็นสัดส่วนร้อยละ ๖๕-๘๐ ของงบประมาณด้านสุขภาพทั้งหมด^(๒,๓)

ในช่วงเวลาที่ผ่านมาหลายทศวรรษนี้ ปัญหาของบุคลากรในระบบสุขภาพ โดยเฉพาะวิชาชีพแพทย์ ได้รับความสนใจจากหลายฝ่ายที่เกี่ยวข้อง โดยมุ่งเน้นลักษณะของปัญหาอันเกี่ยวเนื่องกับแพทย์ในด้านความ



ขาดแคลนและความพอเพียง การกระจายตามภูมิภาคของแพทย์ ความรู้ ความสามารถและทักษะ และการลาออกของแพทย์ จนต้องมีหลายมาตรการเพื่อเป็นการแก้ปัญหาเหล่านี้ ไม่ว่าจะเป็นการเพิ่มกำลังการผลิตแพทย์ โครงการฝึกเพิ่มพูนทักษะของบัณฑิตแพทย์ การสร้างแรงจูงใจด้วยการจัดระบบโครงสร้างค่าตอบแทน หรือการพยายามกระจายแพทย์ตามข้อมูลทางภูมิศาสตร์

ปัญหาการลาออก หรือสมองไหลของแพทย์ในประเทศไทยนั้นมีรูปธรรมที่ชัดเจนในช่วงระยะปี ๒๕๐๓-๒๕๑๔ เมื่อแพทย์อพยพไปยังต่างประเทศ หรือปัญหาสมองไหลภายนอก (external brain drain) โดยเฉพาะไปยังประเทศสหรัฐอเมริกา ส่งผลให้ขาดแคลนแพทย์อย่างรุนแรง โดยพบว่าในช่วงเวลาดังกล่าวมีแพทย์อยู่ในสหรัฐอเมริกามากถึง ๑,๕๐๐ คน หรือร้อยละ ๒๕ ของจำนวนแพทย์ไทยทั้งหมด ในขณะที่มีแพทย์อยู่ในพื้นที่ชนบทเพียง ๓๐๐ คน^(๔) รัฐบาลจึงเริ่มทำพันธะสัญญาให้ชดใช้ทุนด้วยการปฏิบัติงานในภาครัฐเป็นระยะเวลา ๒ ปี กับนักเรียนแพทย์รุ่นที่จบการศึกษาในปี ๒๕๑๕ ซึ่งยังเป็นหลักสูตร ๗ ปี และต่อมาเมื่อมีการปรับหลักสูตรเป็น ๖ ปี ได้ปรับเพิ่มระยะเวลาการชดใช้ทุนเป็น ๓ ปี

ในช่วงระยะเวลาระหว่างปี ๒๕๓๑-๒๕๔๑ ซึ่งเป็นช่วงระยะเวลามีการเติบโตทางเศรษฐกิจอย่างสูงพบว่า มีปัญหาสมองไหลภายในระบบการบริการสาธารณสุข (internal brain drain) คือแพทย์ในภาครัฐบาลย้ายไปยังภาคเอกชน ซึ่งมีอัตราสูงขึ้นอย่างรวดเร็ว โดยพบว่า สัดส่วนของแพทย์ในภาคเอกชนเพิ่มขึ้นประมาณร้อยละ ๑๕ ในช่วงระยะเวลา ๑๐ ปี (ตั้งแต่ พ.ศ. ๒๕๒๙-๒๕๓๙) หรือในด้านจำนวน เพิ่มขึ้น ๓.๓ เท่า จาก ๑,๐๐๐ คนเป็น ๓,๓๐๐ คน เมื่อเปรียบเทียบกับจำนวนแพทย์ทั้งหมดที่ขยายตัวเพียงร้อยละ ๕๔.๖^(๕) ส่งผลให้เกิดวิกฤติการณ์ปัญหาการขาดแคลนแพทย์ในพื้นที่ชนบท โดยเฉพาะในพื้นที่ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ โดยพบว่าความแตกต่างของจำนวนแพทย์ต่อประชากร

เพิ่มขึ้นจาก ๘.๖ เท่าเป็น ๑๓.๘ เท่าระหว่างปี ๒๕๒๙-๒๕๓๙ นอกจากนี้ยังพบว่า ในเดือนเมษายน ๒๕๔๐ มีโรงพยาบาลชุมชนถึง ๒๑ แห่ง ขาดแคลนแพทย์^(๔)

ปัญหาการขาดแคลนแพทย์ในช่วงเวลาดังกล่าวนำมาซึ่งมาตรการในการแก้ปัญหาของภาครัฐหลายด้าน เช่น ระบบค่าตอบแทนสำหรับการไม่ประกอบเวชกรรมในภาคเอกชน และระบบเบี้ยเลี้ยงเหมาจ่ายในพื้นที่พิเศษสำหรับบุคลากรสุขภาพที่ปฏิบัติงานในพื้นที่ที่ห่างไกลและทุรกันดาร

อย่างไรก็ตามหลังจากเกิดวิกฤติเศรษฐกิจในปี ๒๕๔๐ ปัญหาการลาออกและการขาดแคลนของแพทย์เริ่มทุเลาลงอย่างมาก เนื่องจากมีความชะงักงันของการบริการสาธารณสุขในภาคเอกชน จนโรงพยาบาลเอกชนถึง ๔๓ แห่งต้องปิดตัวลงในช่วงเวลาดังกล่าว* ส่งผลให้แพทย์ที่ลาออกจากภาครัฐลดลง ในทางตรงกันข้ามมีแพทย์ขอลากลับเข้ารับราชการเพิ่มขึ้น เฉพาะในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขถึง ๑๖๔ คน ในปี ๒๕๔๒ นับว่าสูงสุดเป็นประวัติการณ์

เมื่อเศรษฐกิจของประเทศไทยเริ่มมีสัญญาณการฟื้นตัวตั้งแต่ปี ๒๕๔๔ เป็นต้นมา จำนวนแพทย์ที่ลาออกเริ่มเพิ่มขึ้น และมากกว่าในช่วงทศวรรษก่อนหน้านั้นอย่างชัดเจนในปี ๒๕๔๕ โดยเฉพาะอย่างยิ่งเมื่อรัฐบาลได้เริ่มโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าตั้งแต่ปี ๒๕๔๔ ซึ่งมีผลลัพธ์เป็นจำนวนผู้ป่วยที่เพิ่มขึ้นหลายฝ่ายให้ความสนใจว่ามีความสัมพันธ์กับการลาออกของแพทย์หรือไม่ และในทางกลับกัน ปัจจัยแห่งความสำเร็จประการหนึ่งของระบบหลักประกันสุขภาพก็คือ การมีแพทย์ให้บริการสุขภาพอย่างเพียงพอ

จึงกล่าวได้ว่า ปรากฏการณ์การลาออกของบุคลากรวิชาชีพแพทย์ ก็คือการสูญเสียของระบบบริการโดยเฉพาะในพื้นที่ชนบทที่มีภาครัฐเป็นผู้บริการสำคัญ และอาจจะส่งผลไปถึงการไม่สามารถบรรลุเป้าหมายที่แท้จริงของระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าได้

*กองการประกอบโรคศิลปะ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข

ดังนั้นการทำความเข้าใจกับลักษณะข้อมูลพื้นฐานของกลุ่มแพทย์ที่ลาออกจะเป็นกุญแจสำคัญในการค้นหาหนทางแก้ไขปัญหาการขาดแคลนแพทย์ในประเทศไทย โดยเฉพาะอย่างยิ่งในพื้นที่ชนบท

วิธีการศึกษา

ศึกษาจากข้อมูลรายชื่อแพทย์ที่ลาออกจากหน่วยงานในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ในช่วงระหว่าง ๑ มกราคม ๒๕๔๔ ถึง ๓๑ ธันวาคม ๒๕๔๕ โดยยึดตามวันที่คำสั่งลาออกมีผลบังคับ และได้ทำการสืบค้นข้อมูลเพิ่มเติมของแพทย์ที่ลาออกจากสองแหล่งข้อมูล คือ

๑. ฐานข้อมูลของแพทย์สภา ข้อมูลที่สืบค้นได้แก่: เพศ อายุ ความชำนาญ (เฉพาะทาง) ปีที่สำเร็จการศึกษา สถาบันที่สำเร็จการศึกษาและฝึกอบรม ภูมิลำเนาเดิม

๒. ฐานข้อมูลของกองการเจ้าหน้าที่ ข้อมูลที่สืบค้นได้แก่: ข้อมูลวันเวลาที่บรรจุ-ลาออก อายุราชการ หน่วยงานต้นสังกัดที่บรรจุ-ลาออก

อย่างไรก็ตาม การศึกษาด้วยระเบียบวิธีดังกล่าวก็ยังไม่สามารถได้ข้อมูลครบทุกส่วน โดยมีจุดอ่อนในความแม่นยำของข้อมูลดังนี้

- ข้อมูลสถานพยาบาลที่สังกัดซึ่งยึดตามเลขที่ตำแหน่ง (จ.๑๘) สุดท้ายของแพทย์ก่อนลาออกจากราชการ อาจจะไม่ตรงกับสถานที่ปฏิบัติงานสุดท้ายจริง

- ข้อมูลสถานภาพความชำนาญของแพทย์ มีแพทย์จำนวนไม่น้อยที่ลาออกในขณะที่กำลังอยู่ระหว่างการฝึกอบรมแพทย์เฉพาะทาง หรือเมื่อจบการฝึกอบรม ดังนั้นแพทย์กลุ่มนี้ซึ่งต่อมาได้รับวุฒิบัตร/อนุมัติบัตร มีสถานะเป็นแพทย์เฉพาะทางจากฐานข้อมูลของแพทย์สภา แต่ยังมีสถานะเป็นแพทย์ทั่วไปในฐานข้อมูลของกองการเจ้าหน้าที่ ดังนั้น แพทย์เฉพาะทางในการศึกษานี้จึงหมายถึงแพทย์ที่เคยปฏิบัติหน้าที่ให้บริการในสถานพยาบาลสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ในฐานะแพทย์เฉพาะทางเท่านั้น

- ข้อมูลด้านวันเวลาที่ลาออก ซึ่งยึดตามวันที่

ออกคำสั่ง อาจไม่ตรงกับวันที่แพทย์ผู้นั้นลาออกจริง

- ข้อมูลเวลาที่เริ่มบรรจุเข้ารับราชการ และถูกส่งตัวกลับมาปฏิบัติราชการหลังฝึกอบรมแพทย์เฉพาะทาง จึงต้องอนุมานว่า แพทย์ที่สำเร็จการศึกษาในแต่ละปี เริ่มบรรจุเมื่อวันที่ ๑ เมษายน และแพทย์ที่สำเร็จการฝึกอบรมแพทย์เฉพาะทางจะถูกส่งตัวกลับมาเริ่มปฏิบัติงานในวันที่ ๑ มิถุนายน ซึ่งทั้งสองวันเป็นวันที่บรรจุ และ/หรือส่งตัวกลับแพทย์ส่วนใหญ่ แต่อาจจะมีแพทย์ส่วนน้อยที่ล่าช้าเพราะกระบวนการศึกษาและฝึกอบรม

ผลการศึกษาจำแนกเป็น ๒ ส่วนคือ ข้อมูลพื้นฐานของแพทย์ที่ลาออก และการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของปัจจัยต่าง ๆ โดยใช้การวิเคราะห์เชิงพรรณนาและการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของข้อมูลอายุและอายุราชการ โดยใช้การทดสอบค่าที (t-test)

ผลการศึกษา

๑. ข้อมูลพื้นฐาน

สามารถสืบค้นข้อมูลแพทย์ที่ลาออกในช่วงเวลาที่ทำการศึกษ ได้เป็นจำนวน ๗๔๓ ราย คิดเป็นร้อยละ ๙๔.๒ ของแพทย์ลาออกทั้งหมด (จำนวน ๗๖๐ ราย) ในช่วงเวลาเดียวกัน อย่างไรก็ตามข้อมูลในบางตัวแปรในแพทย์บางรายยังขาดความครบถ้วน

๑.๑ เพศ

มีแพทย์ชายคิดเป็นร้อยละ ๕๓.๕ โดยมีสัดส่วนชายต่อหญิง ๑.๑๕:๑ ซึ่งใกล้เคียงกับสัดส่วนแพทย์ทั่วประเทศที่อายุไม่เกิน ๓๐ ปี ที่มีสัดส่วนเป็น ๑.๙๕:๑ ในขณะที่หากรวมทุกกลุ่มอายุของแพทย์ทั่วประเทศ สัดส่วนระหว่างเพศจะสูงถึง ๑.๙๒

๑.๒ อายุ

อายุเฉลี่ยของแพทย์ ณ วันที่คำสั่งลาออกมีผลคือ ๓๐.๖๓ ปี (SD. ๕.๖๖) ค่ามัธยฐาน ๒๘ ปี และฐานนิยม ๒๗ ปี โดยเพศชายมีอายุเฉลี่ยสูงกว่าหญิงที่มีการกระจุกตัวของอายุในช่วง ๒๕-๒๙ ปี (รูปที่ ๑)

๑.๓ สถาบันการศึกษา

ในภาพรวมจะพบว่า ร้อยละ ๖๔.๗ ของแพทย์

ที่ลาออกจบจากโรงเรียนแพทย์ในเขตกรุงเทพมหานคร และปริมณฑล และร้อยละ ๓๐.๗ จบจากสถาบันในส่วนภูมิภาค เมื่อเทียบเคียงกับสัดส่วนของบัณฑิตแพทย์ที่สำเร็จการศึกษาจากสถาบันต่าง ๆ โดยใช้ฐานข้อมูลในปี ๒๕๔๕ พบว่าใกล้เคียงกัน คือ มีสัดส่วนของบัณฑิตแพทย์จากสถาบันในส่วนภูมิภาคคิดเป็น ร้อยละ ๓๔.๓

๑.๔ สถานะความชำนาญ

หากนิยามความเป็นแพทย์เฉพาะทางในการศึกษารั้งนี้คือแพทย์ที่ได้รับวุฒิบัตรวิชาชีพ หรือเคยฝึกอบรมแพทย์เฉพาะทาง และเคยปฏิบัติงานในฐานะนี้ในหน่วยงานสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข แล้วจะพบว่า แพทย์ที่ลาออกมีแพทย์เฉพาะทางคิดเป็นร้อยละ ๒๖.๔ ส่วนที่เหลือเป็นแพทย์ทั่วไป

ในกลุ่มแพทย์เฉพาะทางที่ลาออก เป็นอายุร-แพทย์สัดส่วนสูงที่สุด (ร้อยละ ๒๔.๑๔) รองลงมาคือ ศัลยแพทย์ ศัลยแพทย์ออร์โธปิดิกส์ และกุมารแพทย์ คิดเป็นร้อยละ ๑๖.๖, ๑๑.๖ และ ๑๑.๑ ตามลำดับ ส่วนสาขาอื่น ๆ มีจำนวนไม่มากนัก

๑.๕ สถานที่และภูมิภาคที่เริ่มปฏิบัติงาน

แพทย์ถึงร้อยละ ๗๕.๗ เริ่มปฏิบัติงานในโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไป ซึ่งเป็นผลเนื่องจากโครงการเพิ่มพูนทักษะของแพทย์ ร้อยละ ๓๔.๙ เริ่มปฏิบัติงานในเขตภาคกลางและตะวันออก รองลงมาคือภาคตะวันออกเฉียงเหนือ (ร้อยละ ๒๔.๔) ภาคเหนือ (ร้อยละ ๒๑.๒) ภาคใต้ (ร้อยละ ๑๔.๗) และกรุงเทพมหานคร (ร้อยละ ๑.๗) ซึ่งสัดส่วนดังกล่าวใกล้เคียงกับสัดส่วนของการกระจายทรัพยากรพื้นฐานในการบริการอื่น ๆ เช่น การกระจายของจำนวนเตียง แต่ไม่สอดคล้องกับสัดส่วนประชากร

๑.๖ สถานที่และภูมิภาคที่ปฏิบัติงานแห่งสุดท้าย
แพทย์ที่ลาออกปฏิบัติงานในโรงพยาบาลชุมชนมากถึงร้อยละ ๔๔.๓ (ยึดตามเลขที่ประจำตำแหน่ง) รองลงมาคือ โรงพยาบาลศูนย์ ร้อยละ ๒๗ และโรงพยาบาลทั่วไป ร้อยละ ๒๓.๔

ภาคกลางยังคงเป็นภูมิภาคที่แพทย์กลุ่มนี้ปฏิบัติงานเป็นแห่งสุดท้าย คือคิดเป็นร้อยละ ๓๔.๕ รองลงมาเป็นภาคตะวันออกเฉียงเหนือ (ร้อยละ ๒๙.๖) ภาคเหนือ (ร้อยละ ๑๖.๔) และภาคใต้ (ร้อยละ ๑๔.๗)

๑.๗ ภูมิลำเนา

ร้อยละ ๕๖.๖ ของแพทย์ที่ลาออกมีภูมิลำเนาในเขตกรุงเทพมหานคร รองลงมาคือภาคกลาง (ร้อยละ ๑๑.๑) ภาคเหนือ (ร้อยละ ๑๑.๐) ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ (ร้อยละ ๑๐.๔) และภาคใต้ (ร้อยละ ๗.๕)

๑.๘ สถานะข้าราชการ-พนักงานของรัฐ

ในกลุ่มแพทย์ที่ลาออกนี้มีสถานะเป็นข้าราชการคิดเป็นร้อยละ ๖๙ และพนักงานของรัฐร้อยละ ๓๑ ข้าราชการมีสัดส่วนสูงกว่าเนื่องจากพนักงานของรัฐรุ่นแรกซึ่งเริ่มรับราชการในวันที่ ๑ เมษายน พ.ศ. ๒๕๔๓ จะครบกำหนดชดใช้ทุนหมดในปี ๒๕๔๖ ดังนั้น ในช่วงเวลาที่ทำการศึกษา (พ.ศ. ๒๕๔๔-๒๕๔๕) พนักงานของรัฐจึงมีสัดส่วนน้อยและเป็นแพทย์ที่ยังปฏิบัติงานไม่ครบ ๓ ปี

๑.๙ ช่วงเวลาที่ลาออกจากราชการ

ส่วนใหญ่ของแพทย์ที่ลาออก อยู่ในช่วงกลางปี ตั้งแต่เดือนเมษายนจนถึงมิถุนายน ซึ่งเป็นเวลาที่ครบพันธะสัญญา ทั้งในกลุ่มแพทย์ทั่วไป และแพทย์เฉพาะทาง โดยมีแพทย์ลาออกในช่วงดังกล่าวคิดเป็นร้อยละ ๕๙.๔ ของแพทย์ที่ลาออกทั้งหมด

๑.๑๐ อายุราชการ/อายุการปฏิบัติงานของแพทย์เฉพาะทาง

อายุราชการเฉลี่ยของแพทย์ที่ลาออกคือ ๕.๔ ปี (ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน ๕.๓๒) ค่ามัธยฐานเพียง ๓.๐๔ ปี และมีอายุราชการน้อยที่สุดเพียง ๓๐ วัน

ในกลุ่มแพทย์เฉพาะทาง มีอายุการปฏิบัติงานหลังจบการอบรมเฉลี่ย ๕.๖๗ ปี (ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน ๔.๓๖) และมีค่ามัธยฐาน ๔.๓๖ ปี

๒. ความสัมพันธ์ของปัจจัยต่าง ๆ

ผลการศึกษาในส่วนนี้ เป็นการวิเคราะห์ข้อมูลพื้นฐานของแพทย์ที่ลาออก โดยมีการวิเคราะห์แยกตาม

๗ มิติที่มีผลต่อข้อมูลพื้นฐานที่สำคัญ และให้ภาพและทิศทางที่ชัดเจนเท่านั้น ได้แก่ ความชำนาญ, เพศ, ภูมิ-
ลำนเนา, สถาบันการศึกษา, ภูมิภาคที่ปฏิบัติงาน, การ
ปฏิบัติงานในภูมิภาคเดียวกับภูมิลำเนา และสถานที่
ปฏิบัติงานสุดท้าย

พบว่า ลักษณะของแพทย์ที่ลาออกนั้น บาง
อย่างมีการกระจายที่สอดคล้องกันเป็นลักษณะร่วม
เช่น แพทย์เพศหญิง กับแพทย์ทั่วไป ดังนั้นจึงวิเคราะห์
ได้เพียงระดับความสัมพันธ์ร่วมกันของลักษณะ ไม่
สามารถก้าวล่วงไปถึงความเป็นเหตุเป็นผล หรือความ
ต่อเนื่องด้านเวลา

๒.๑ ความชำนาญ

• อายุ

อายุเฉลี่ยของแพทย์ทั่วไปที่ลาออกคือ
๒๔.๔๕ ปี (ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน ๔.๐๘) ค่ามัธยฐาน
๒๗ ปี ในขณะที่แพทย์เฉพาะทางมีอายุเฉลี่ย ๓๖.๕๕ ปี
(ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน ๕.๑๑) ค่ามัธยฐาน ๓๖ ปี

ซึ่งหากพิจารณาตามเส้นทางชีวิตของ
แพทย์ในระบบราชการ โดยมีสมมติฐานว่าแพทย์โดย
ทั่วไปน่าจะมีอายุประมาณ ๒๔-๒๕ ปีเมื่อจบการศึกษา
แพทยศาสตรบัณฑิต และหมดพันธะทุน ๓ ปีในช่วง
อายุประมาณ ๒๗-๒๘ ปี สำเร็จการอบรมแพทย์เฉพาะ
ทาง (๓-๔ ปี) เมื่ออายุประมาณ ๓๐-๓๒ ปี และหมด
พันธะการปฏิบัติราชการอีกครั้งในช่วงอายุประมาณ

๓๓-๓๔ ปี (แล้วแต่สาขา) ดังนั้นช่วงอายุที่แพทย์ลา
ออกจะเป็นช่วงเวลาที่หมดพันธะสัญญาในแต่ละช่วง
นั่นเอง

• การปฏิบัติงานครบ/ไม่ครบ พันธะสัญญา
ร้อยละ ๕๐.๔ ของแพทย์ทั่วไปที่ลาออก
ได้ออกก่อนครบพันธะสัญญา ในขณะที่แพทย์เฉพาะ-
ทางมีสัดส่วนดังกล่าวเพียงร้อยละ ๓๔.๑

• ภูมิลำเนา

ในกลุ่มแพทย์ที่ลาออก แพทย์ทั่วไปที่มี
ภูมิลำเนาในเขตกรุงเทพมหานคร มีถึงร้อยละ ๖๐.๓ ใน
ขณะที่แพทย์เฉพาะทางมีเพียงร้อยละ ๔๒.๗ ภูมิลำเนา
ในเขตภูมิภาคมีลักษณะตรงกันข้ามคือ ร้อยละ ๓๙.๗
ในกลุ่มแพทย์ทั่วไป และร้อยละ ๕๗.๓ ในกลุ่มแพทย์
เฉพาะทาง

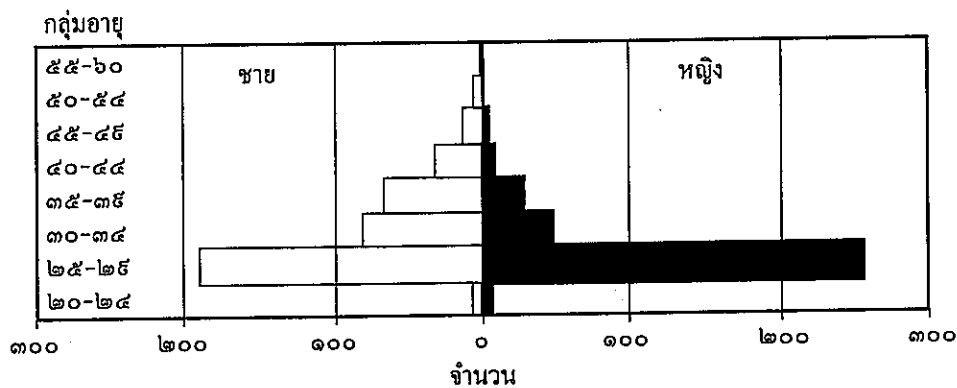
๒.๒ เพศ

• อายุ

ในกลุ่มแพทย์ที่ลาออก เพศชายมีอายุ
มากกว่าหญิงประมาณ ๒ ปี โดยพิจารณาจากอายุเฉลี่ย
๓๒.๐๖±๖.๔๒ และ ๒๔.๙๘±๔.๐๗ ปี และมีมัธยฐาน ๓๐
และ ๒๔ ปี

• อายุราชการ

แพทย์ชายมีอายุราชการมากกว่าหญิง
ในทั้งกลุ่มแพทย์ทั่วไปและแพทย์เฉพาะทาง ตัวอย่าง
เช่นแพทย์เฉพาะทางชายมีอายุการปฏิบัติงานหลังอบรม



รูปที่ ๑ พีรามิดประชากร (อายุ-เพศ) ของแพทย์ที่ลาออก

เฉลี่ย ๕.๖ ปี \pm ๔.๓๓ (มัธยฐาน ๕.๐ ปี) ในขณะที่ในกลุ่มแพทย์เฉพาะทางหญิงมีค่าเฉลี่ย ๔.๔ ปี (SD. = ๔.๒๘, มัธยฐาน ๓.๒๕ ปี)

- การปฏิบัติงานครบ/ไม่ครบ พันธะสัญญา การปฏิบัติงานจนครบตามพันธะสัญญา ในกลุ่มแพทย์ชายสูงกว่าหญิง ดังแสดงในรูปที่ ๒ โดยในกลุ่มแพทย์ทั่วไปเพศชายมีการปฏิบัติงานครบคิดเป็นร้อยละ ๕๒.๔ ในขณะที่เพศหญิงมีร้อยละ ๔๖.๗ และกลุ่มแพทย์เฉพาะทางร้อยละ ๖๘.๙ และ ๕๗.๔ ในกลุ่มชายและหญิงตามลำดับ

๒.๓ ภูมิลำเนา

- อายุ

แพทย์ที่ลาออกและมีภูมิลำเนาในเขตกรุงเทพมหานคร มีอายุน้อยที่สุด คือมีค่าเฉลี่ย ๒๔.๖๖ ปี (SD. ๔.๓๓ ค่ามัธยฐาน ๒๗ ปี) ส่วนแพทย์ที่มีภูมิลำเนาในภูมิภาคอื่น ๆ มีค่าเฉลี่ยตั้งแต่ ๓๐.๒๔ จนถึง ๓๐.๙๔ ปี โดยมีค่ามัธยฐาน ๒๘ ปี ในกลุ่มแพทย์ที่มีภูมิลำเนาในเขตภาคกลางและภาคเหนือ และ ๒๙ ปี ในกลุ่มภาคตะวันออกเฉียงเหนือ และภาคใต้

- อายุราชการ/อายุของการปฏิบัติงานของแพทย์เฉพาะทาง

ทั้งอายุราชการ และอายุของการปฏิบัติงานของแพทย์เฉพาะทาง ในกลุ่มแพทย์ที่มีภูมิลำเนาในเขตกรุงเทพมหานคร น้อยกว่ากลุ่มที่มีภูมิลำเนาในเขตภูมิภาคอย่างชัดเจนทั้งค่าเฉลี่ย และค่ามัธยฐาน ดังแสดงในรูปที่ ๓

- การปฏิบัติงานครบ/ไม่ครบ พันธะสัญญา แพทย์ที่มีภูมิลำเนาในเขตกรุงเทพมหานครที่ปฏิบัติงานจนครบพันธะสัญญามีน้อยที่สุดเพียงร้อยละ ๔๒.๔ เมื่อเทียบกับกลุ่มที่มีภูมิลำเนาในเขตภูมิภาค เช่นภาคใต้มีสูงที่สุดถึงร้อยละ ๖๑.๗ และเป็นที่น่าสนใจว่าแพทย์ผู้ที่มีภูมิลำเนาในเขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือ มีอัตราการปฏิบัติงานครบในกลุ่มแพทย์ทั่วไปสูงที่สุดถึงร้อยละ ๕๘.๙ แต่ในกลุ่มแพทย์เฉพาะทางมีเพียงร้อยละ ๔๖.๗ ซึ่งจัดว่าใกล้เคียงกับกลุ่มที่มีภูมิลำเนาในเขตกรุงเทพมหานคร

๒.๔ สถาบันการศึกษา

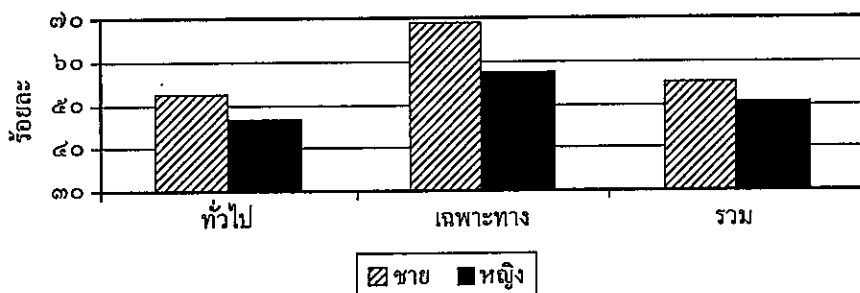
- สถานะความชำนาญ

ในกลุ่มแพทย์ที่ลาออก แพทย์ที่จบจากโรงเรียนแพทย์ในส่วนกลางเป็นแพทย์ทั่วไปสูงถึงร้อยละ ๔๑.๕ เมื่อเทียบกับร้อยละ ๕๓.๕ ของแพทย์ที่จบจากโรงเรียนแพทย์ในส่วนภูมิภาค

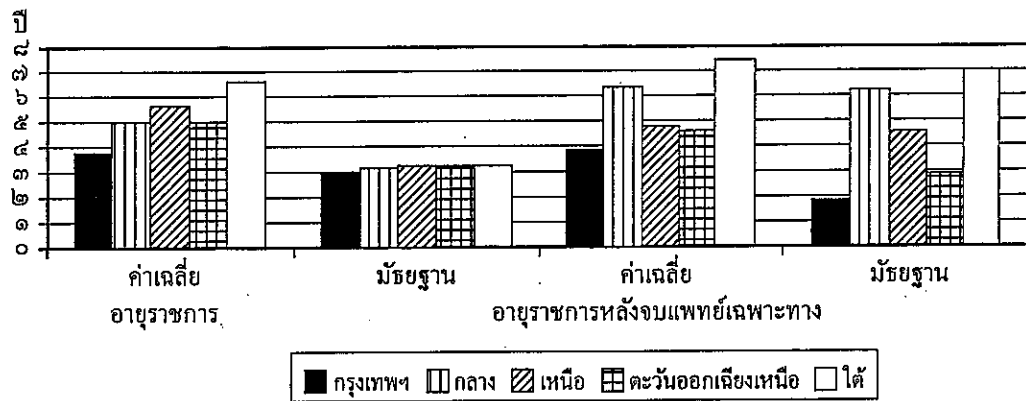
- อายุ/อายุราชการ/อายุของการปฏิบัติงานของแพทย์เฉพาะทาง

กลุ่มแพทย์ที่จบจากโรงเรียนแพทย์ในส่วนกลางมีค่าอายุทั้งสามน้อยกว่าค่านี้ของแพทย์ที่จบจากโรงเรียนแพทย์ในส่วนภูมิภาค โดยเฉพาะอายุราชการที่มีส่วนต่างของค่าเฉลี่ยถึง ๓.๑๐ ปี

- การปฏิบัติงานครบ/ไม่ครบ พันธะสัญญา ในกลุ่มแพทย์เฉพาะทาง สถาบันการศึกษาไม่มากนักคือแพทย์ที่จบจากโรงเรียนแพทย์ในส่วนกลางมีสัดส่วนการปฏิบัติงานครบพันธะสัญญา



รูปที่ ๒ แพทย์ที่ปฏิบัติราชการจนครบพันธะสัญญา จำแนกตามเพศและสถานะความชำนาญ



รูปที่ ๓ อายุราชการ และอายุของการปฏิบัติงานหลังการอบรม (ในกลุ่มแพทย์เฉพาะทาง) จำแนกตามภูมิภาค (หน่วย:ปี)

คิดเป็นร้อยละ ๖๕.๘๒ เทียบกับ ๖๗.๗๑ ของบัณฑิตจากโรงเรียนแพทย์ในส่วนภูมิภาค

แต่ในกลุ่มแพทย์ทั่วไป พบว่ามีความแตกต่างอย่างชัดเจนคือ ร้อยละ ๔๗.๑๖ ในกลุ่มแพทย์จากโรงเรียนแพทย์ส่วนกลาง และร้อยละ ๖๐.๓๓ ในกลุ่มโรงเรียนแพทย์ในส่วนภูมิภาค

๒.๕ ภูมิภาคที่ปฏิบัติงาน

- สถานะความชำนาญ

แพทย์ที่ลาออกในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ เป็นแพทย์ทั่วไปสูงสุดถึงร้อยละ ๘๐.๖ โดยภาคใต้มีสัดส่วนดังกล่าวต่ำที่สุดคือร้อยละ ๖๐.๐

- อายุราชการ/อายุของการปฏิบัติงานของแพทย์เฉพาะทาง

เมื่อเปรียบเทียบระหว่าง ๔ ภาคแล้ว แพทย์ที่ลาออกจากภาคตะวันออกเฉียงเหนือ มีอายุราชการเฉลี่ยต่ำที่สุดเพียง ๔.๕๙±๔.๘๒ ปี รองลงมาคือภาคเหนือ (\bar{x} = ๔.๙๓±๔.๔๑) ภาคกลาง (\bar{x} = ๕.๖๑±๕.๐๒) และภาคใต้มีอายุราชการเฉลี่ยสูงสุดคือ ๖.๗๒ ปี (SD. = ๖.๐๗)

อายุราชการหลังการอบรมของกลุ่มแพทย์เฉพาะทางก็เป็นไปในทิศทางเดียวกัน คือ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด ๔.๖๑ ปี (SD. = ๔.๑๙) โดยภาคใต้มีค่าดังกล่าวสูงที่สุดคือ ๖.๒๔ ปี (SD. = ๔.๔๔)

- การปฏิบัติงานครบ/ไม่ครบ พันธสัญญาแพทย์ที่ลาออกจากภาคตะวันออกเฉียง-

เหนือมีสัดส่วนการปฏิบัติงานครบตามพันธสัญญา น้อยที่สุดโดยเฉพาะในกลุ่มแพทย์ทั่วไป คือ ร้อยละ ๔๑.๔ ดังแสดงในรูปที่ ๔

๒.๖ การได้ปฏิบัติงานก่อนลาออกในภูมิภาคเดียวกับภูมิลำเนา

- อายุราชการ/อายุของการปฏิบัติงานของแพทย์เฉพาะทาง

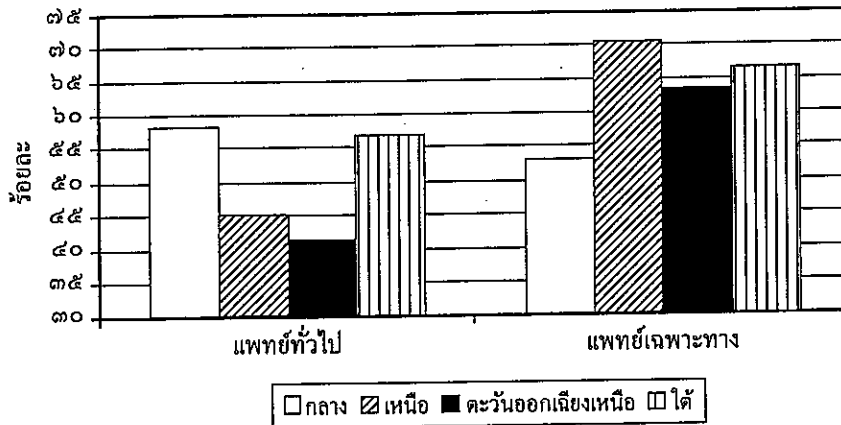
ในกลุ่มแพทย์ที่ลาออก แพทย์ที่ได้ปฏิบัติราชการในภูมิภาคเดียวกับภูมิลำเนา มีอายุราชการเฉลี่ย ๕.๙๕±๕.๓๖ ปี ซึ่งสูงกว่ากลุ่มแพทย์ที่ปฏิบัติราชการในภูมิภาคอื่น ๆ ถึง ๒.๒ ปี เช่นเดียวกับอายุราชการหลังจบการอบรมแพทย์เฉพาะทาง ที่มีค่าเฉลี่ย ๕.๙๕±๔.๓๖ ปี และ ๓.๙๕±๓.๗๖ ปี ในแพทย์สองกลุ่ม ตามลำดับ

- การปฏิบัติงานครบ/ไม่ครบ พันธสัญญา

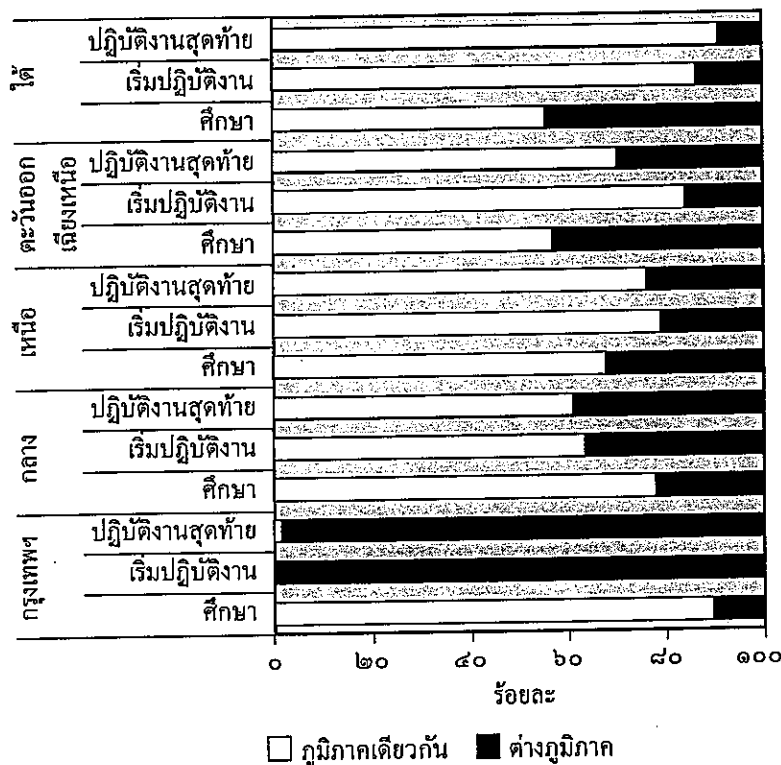
ในภาพรวมแพทย์ที่ปฏิบัติงานในภูมิภาคเดียวกับภูมิลำเนา มีอัตราการปฏิบัติงานครบตามพันธสัญญาสูงถึงร้อยละ ๖๒.๐ ซึ่งสูงกว่ากลุ่มที่ไม่ได้ปฏิบัติงานในภูมิภาคเดียวกับภูมิลำเนาถึงร้อยละ ๑๗.๖

๒.๗ สถานที่ปฏิบัติงานสุดท้าย

- การปฏิบัติงานครบ/ไม่ครบ พันธสัญญาเมื่อพิจารณาเฉพาะกลุ่มแพทย์เฉพาะทาง



รูปที่ ๔ แพทย์ที่ปฏิบัติงานครบตามพันธะสัญญา จำแนกตามภูมิภาคที่ปฏิบัติงานสุดท้าย



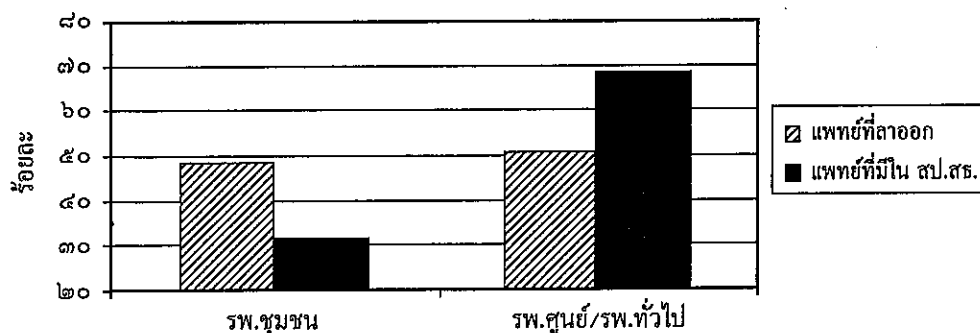
รูปที่ ๕ แพทย์ที่ได้ศึกษาและปฏิบัติงานในภูมิภาคเดียวกับภูมิลำเนาของตนเอง จำแนกตามภูมิลำเนา

ที่ลาออกแล้ว พบว่า แพทย์ที่ปฏิบัติงานสุดท้ายในโรงพยาบาลชุมชน มีอัตราการปฏิบัติตามพันธะสัญญาน้อยที่สุดเพียง ร้อยละ ๔๔.๓ รองลงมาคือโรงพยาบาลทั่วไป (ร้อยละ ๖๖.๑) และโรงพยาบาลศูนย์มีสูงที่สุดคือร้อยละ ๗๐.๖

ข้อมูลทั้งหมดสามารถแสดงได้ดังตารางที่ ๑

● ภูมิลำเนาและการปฏิบัติงาน

เนื่องจากการที่ต้องปฏิบัติงานห่างไกลจากบ้าน เป็นปัจจัยที่มีผลต่อการลาออกของแพทย์ ทั้งนี้พบว่า มีแพทย์ลาออกถึงร้อยละ ๖๔.๑ ไม่ได้ปฏิบัติงานในภูมิ



รูปที่ ๖ สถานปฏิบัติงานของแพทย์ที่ลาออกเปรียบเทียบกับแพทย์ที่มีอยู่ในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขในปี ๒๕๔๕

ล้าเนาก่อนลาออก โดยมีเหตุผลที่สำคัญคือ มีแพทย์ที่ลาออกถึงร้อยละ ๕๖.๖ ที่มีภูมิลำเนาในเขตกรุงเทพมหานคร ในขณะที่สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขมีพันธกิจในการบริการแก่ประชาชนในเขตภูมิภาค โดยร้อยละของแพทย์ที่ได้ศึกษา และปฏิบัติงานตรงและต่างกับภูมิลำเนา แสดงได้ในรูปที่ ๕

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับอายุราชการของแพทย์ที่ลาออก

เมื่อพิจารณาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อค่าเฉลี่ยของอายุราชการซึ่งนับตั้งแต่วันที่ ๑ เมษายนของปีที่สำเร็จการศึกษาจนถึงวันที่คำสั่งลาออกมีผลบังคับ โดยใช้การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ย (t-test) จะพบว่าปัจจัยที่มีนัยสำคัญที่ระดับความเชื่อมั่นร้อยละ ๙๕ ได้แก่

- เพศ แพทย์ชายมีอายุราชการมากกว่าเพศหญิง
- ภูมิลำเนา แพทย์ที่มีภูมิลำเนาในส่วนภูมิภาคมีอายุราชการมากกว่ากลุ่มที่มีภูมิลำเนาในเขตกรุงเทพมหานคร
- สถาบันการศึกษา แพทย์ที่จบการศึกษาจากโรงเรียนแพทย์ในส่วนภูมิภาคมีอายุราชการมากกว่ากลุ่มที่จบจากโรงเรียนแพทย์ในส่วนกลาง
- การที่ได้ปฏิบัติงานตรงกับภูมิลำเนา แพทย์ที่ลาออกจากภูมิภาคที่ตรงกับภูมิลำเนา มีอายุราชการมากกว่ากลุ่มที่ต้องปฏิบัติงานในภูมิภาคต่างภูมิลำเนา

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่ออายุราชการภายหลังการฝึกอบรมของแพทย์เฉพาะทางที่ลาออก

ปัจจัยที่มีผลต่อค่าเฉลี่ยอายุราชการหลังการฝึกอบรมอย่างมีนัยสำคัญได้แก่

- เพศ คือ แพทย์ชายมีอายุราชการมากกว่าเพศหญิง
 - ภูมิลำเนา แพทย์ที่มีภูมิลำเนาในส่วนภูมิภาคมีอายุราชการมากกว่ากลุ่มที่มีภูมิลำเนาในเขตกรุงเทพมหานคร
 - สถานปฏิบัติงานสุดท้าย แพทย์เฉพาะทางที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลชุมชน มีอายุการปฏิบัติงานที่น้อยกว่ากลุ่มที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลที่ใหญ่กว่า
- #### ปัจจัยที่มีสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานจนครบพันธะสัญญาของแพทย์ที่ลาออก

- ๑) ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับการปฏิบัติงานจนครบพันธะสัญญาในกลุ่มแพทย์ทั่วไป ได้แก่
 - ประเภทของสถาบันการศึกษา (โรงเรียนแพทย์) ที่แพทย์สำเร็จการศึกษา ซึ่งแบ่งเป็นโรงเรียนแพทย์ในส่วนกลางและส่วนภูมิภาค
 - ภูมิภาคที่ปฏิบัติงานสุดท้าย เช่น ภาคตะวันออกเฉียงเหนือที่มีอัตราการลาออกก่อนครบกำหนดสูงกว่าภาคอื่น ๆ
 - การที่ได้ปฏิบัติงานในภูมิภาคเดียวกันกับภูมิลำเนา

ตารางที่ ๑ แพทย์ที่ลาออก จำแนกตามลักษณะ

มิติ	ลักษณะ	เพศชาย	หญิง	ความชำนาญ		วุฒิสามัญ		ภูมิภาคที่ปฏิบัติงาน		สถานที่		รวมสัญญา	อายุราชการ*		หลังการอบรม*			
				ยังไม่	เฉพาะทาง	กตม.	กลาง	เหนือ	คจ./น	ใต้	กตม.		รพท.	รพท.	รพท.	ค้ำ	ค้ำ	ค้ำ
เพศ	ชาย	-	-	๘๓.๘	๑๖.๒	๕๖.๖	๕๖.๖	๕๖.๖	๕๖.๖	๕๖.๖	๕๖.๖	๕๕.๑	๓๒.๑	๓๐.๐	๖.๑	๓.๒	๕.๖	๕.๐
	หญิง	-	-	๖๘.๐	๓๒.๐	๓๖.๐	๓๖.๐	๓๖.๐	๓๖.๐	๓๖.๐	๓๖.๐	๕๐.๖	๓๖.๐	๓๖.๐	๓๖.๐	๓๖.๐	๓๖.๐	๓๖.๐
ความชำนาญ	ทั่วไป	๕๖.๖	๕๖.๖	-	-	๖๐.๓	๖๐.๓	๖๐.๓	๖๐.๓	๖๐.๓	๖๐.๓	๕๕.๖	๒๗.๐	๒๗.๐	๒๗.๐	๒๗.๐	-	-
	เฉพาะทาง	๓๖.๒	๓๖.๒	-	-	๕๖.๕	๕๖.๕	๕๖.๕	๕๖.๕	๕๖.๕	๕๖.๕	๖๕.๕	๓๖.๐	๓๖.๐	๓๖.๐	๓๖.๐	๕.๐	๕.๐
วุฒิสามัญ	กตม.	๕๕.๓	๕๕.๓	๕๖.๕	๕๖.๕	-	-	๕๖.๕	๕๖.๕	๕๖.๕	๕๖.๕	๕๕.๖	๒๗.๐	๒๗.๐	๒๗.๐	๒๗.๐	-	-
	กลาง	๖๐.๑	๖๐.๑	๖๖.๕	๖๖.๕	-	-	๖๖.๕	๖๖.๕	๖๖.๕	๖๖.๕	๕๕.๖	๓๖.๐	๓๖.๐	๓๖.๐	๓๖.๐	๖.๓	๖.๒
ภูมิภาค	เหนือ	๕๕.๖	๕๕.๖	๕๖.๕	๕๖.๕	-	-	๕๖.๕	๕๖.๕	๕๖.๕	๕๖.๕	๕๕.๖	๒๗.๐	๒๗.๐	๒๗.๐	๒๗.๐	๕.๖	๕.๖
	คจ./น	๕๕.๖	๕๕.๖	๕๖.๕	๕๖.๕	-	-	๕๖.๕	๕๖.๕	๕๖.๕	๕๖.๕	๕๕.๖	๒๗.๐	๒๗.๐	๒๗.๐	๒๗.๐	๕.๖	๕.๖
อายุราชการ	๑-๕ ปี	๕๕.๖	๕๕.๖	๕๖.๕	๕๖.๕	-	-	๕๖.๕	๕๖.๕	๕๖.๕	๕๖.๕	๕๕.๖	๒๗.๐	๒๗.๐	๒๗.๐	๒๗.๐	๕.๖	๕.๖
	๖-๑๐ ปี	๕๕.๖	๕๕.๖	๕๖.๕	๕๖.๕	-	-	๕๖.๕	๕๖.๕	๕๖.๕	๕๖.๕	๕๕.๖	๒๗.๐	๒๗.๐	๒๗.๐	๒๗.๐	๕.๖	๕.๖
หลังการอบรม	อบรม	๕๕.๖	๕๕.๖	๕๖.๕	๕๖.๕	-	-	๕๖.๕	๕๖.๕	๕๖.๕	๕๖.๕	๕๕.๖	๒๗.๐	๒๗.๐	๒๗.๐	๒๗.๐	๕.๖	๕.๖
	ไม่อบรม	๕๕.๖	๕๕.๖	๕๖.๕	๕๖.๕	-	-	๕๖.๕	๕๖.๕	๕๖.๕	๕๖.๕	๕๕.๖	๒๗.๐	๒๗.๐	๒๗.๐	๒๗.๐	๕.๖	๕.๖

*หน่วยเป็นปี

ลำเนา

๒) ปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงานหลังการฝึกอบรมจนครบพันธะสัญญาในกลุ่มแพทย์เฉพาะทาง ไม่พบว่า มีปัจจัยใดมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับความเชื่อมั่นร้อยละ ๙๕

วิจารณ์

เนื่องจากการเป็นการศึกษาแบบภาพตัดขวาง (cross sectional) ในช่วงเวลาที่ทำการศึกษา โดยไม่ได้มีการเปรียบเทียบกับแพทย์ที่ไม่ได้ลาออกจากราชการ ดังนั้นจึงเป็นการศึกษาเบื้องต้นที่ยังไม่สามารถเปรียบเทียบอิทธิพลในแง่เหตุและผลของปัจจัยต่าง ๆ อย่างชัดเจนนัก แต่อย่างไรก็ตาม ผลการวิเคราะห์อาจจะให้ภาพและทิศทางของความสัมพันธ์ได้บ้าง จึงควรศึกษาเปรียบเทียบอิทธิพล หรือรูปแบบความสัมพันธ์ให้ชัดเจนยิ่งขึ้นในลำดับต่อไป

อัตราการคงอยู่และอัตราการสูญเสียของแพทย์ในระดับสถานบริการ

เมื่อเทียบสัดส่วนสถานปฏิบัติงานสุดท้ายของแพทย์ที่ลาออก กับสัดส่วนของแพทย์ในระดับสถานบริการต่าง ๆ ของสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขในปี ๒๕๔๕ ซึ่งประกอบด้วย โรงพยาบาลชุมชนร้อยละ ๓๑.๓ และโรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป ร้อยละ ๖๘.๗ พบว่าอัตราการลาออกของแพทย์จากโรงพยาบาลชุมชนสูงกว่าโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไปถึง ๒.๐๗ เท่า ซึ่งสรุปได้ว่า โรงพยาบาลชุมชนมีระดับการสูญเสียสูงที่สุด หรือมีความสามารถในการคงอยู่ (retention capacity) ต่ำที่สุดดังแสดงในรูปที่ ๖

การศึกษานี้เป็นการศึกษาข้อมูลพื้นฐานของแพทย์ที่ลาออกจากหน่วยงานในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ในช่วงเวลา พ.ศ. ๒๕๔๔-๒๕๔๕ จำนวน ๗๔๓ ราย

๑. กลุ่มตัวอย่างแพทย์ซึ่งลาออกในช่วง พ.ศ. ๒๕๔๔-๒๕๔๕ ส่วนใหญ่ยังมีอายุน้อย และมีอายุ

ราชการไม่มากนัก โดยมีแพทย์ทั่วไปประมาณ ๓ ใน ๔ ประมาณครึ่งหนึ่งลาออกจากราชการในระดับโรงพยาบาลชุมชน แพทย์ที่ลาออกนี้ ประมาณครึ่งหนึ่งมีภูมิลำเนาในเขตกรุงเทพมหานคร และ ประมาณ ๗ ใน ๑๐ สำเร็จการศึกษาจากโรงเรียนแพทย์ในส่วนกลาง, ภูมิภาคที่มีการลาออกมากที่สุดคือภาคกลางและภาคตะวันออกเฉียงเหนือ โดยส่วนใหญ่ลาออกจากราชการในช่วงกลางปี

แพทย์ทั่วไปกว่าครึ่งปฏิบัติงานยังไม่ครบตามพันธะสัญญาที่ใช้ทุน ๓ ปี โดยอัตราการปฏิบัติงานครบตามสัญญาต่ำที่สุดในกลุ่มแพทย์ที่มีภูมิลำเนาในเขตกรุงเทพมหานคร และแพทย์ที่ปฏิบัติงานในพื้นที่ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ในขณะที่กลุ่มแพทย์เฉพาะทางมีอัตราการขาดใช้ทุนจนครบสูงกว่า ยกเว้นในกลุ่มแพทย์เฉพาะทางที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลชุมชน

๒. ปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติราชการที่ยาวนานในกลุ่มแพทย์ที่ลาออกในช่วง พ.ศ. ๒๕๔๔-๒๕๔๕ คือ สถาบันการศึกษาในส่วนภูมิภาค ภูมิลำเนานอกเขตกรุงเทพมหานคร การปฏิบัติงานในภูมิภาคเดียวกับภูมิลำเนา ผลการศึกษานี้ น่าจะช่วยยืนยันแนวคิดเรื่องอรรถประโยชน์ของแนวคิดการคัดเลือกคนจากพื้นที่การฝึกอบรมในเขตภูมิภาค และการบรรจุที่ภูมิลำเนา (local recruitment, rural training and hometown placement) ที่จะส่งผลดีในการแก้ไขปัญหาของระบบกำลังคนทางสุขภาพ และระบบบริการสุขภาพ ในระยะยาว

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ องค์การอนามัยโลก ที่ให้การสนับสนุนงบประมาณการศึกษา งานทรัพยากรบุคคล สำนักนโยบายและแผน และกองการเจ้าหน้าที่ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ที่เอื้อเพื่อข้อมูล นพ. สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ, นพ. วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร และ นพ. ปิยะ หาญวรวงศ์ชัย ที่ให้คำแนะนำในการศึกษา

เอกสารอ้างอิง

๑. World Health Organization. World health report 2000-health systems: improving performance. Geneva: World Health Organization; 2000.
๒. Diallo K, Zurn P, Gupta N, Dalpoz M. Monitoring and evaluation of human resources for health: an international perspective. Hum Resour Health 2003; 1:3.
๓. Zurn P, Dalpoz M, Stillwell B, Adams O. Imbalances in the health workforce : briefing paper. Geneva: World Health Organization; 2002.
๔. Wibulpolprasert S, Pengpaiboon P. Integrated strategies to tackle the inequitable distribution of doctors in Thailand: four decades of experience. Hum Resour Health 2003; 1:12.
๕. สมจิต พงษ์ชะวาทินันท์, ธิฎาพล วัฒนกุล, รุติศักดิ์ บุญไทย, พิทยา จารุพูนผล, อนงค์ เพียรกิจกรรม, อติฉินรถ ฟังความชอบ. การศึกษาวิเคราะห์ภาพรวมความต้องการแพทย์เฉพาะทางของประเทศไทย พ.ศ. ๒๕๔๖. นนทบุรี: แพทยสภา; ๒๕๔๖.
๖. Wibulpolprasert S. Inequitable distribution of doctors: can it be solved?. Hum Resour Health Dev J 1999; 3:2-39.
๗. กระทรวงสาธารณสุข. แผนแม่บทกำลังคนด้านสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข; ๒๕๔๖.
๘. แพทยสภา. สรุปผลการวิเคราะห์ข้อมูลการลาออกของแพทย์ก่อนปี ๒๕๔๔ และระหว่างปี ๒๕๔๔-๒๕๔๕. เอกสารประกอบการสัมมนา ปัญหาแพทย์ลาออก. ๑๕ สิงหาคม ๒๕๔๖; ณ ห้องประชุมเฉลิมพระเกียรติ โรงพยาบาลราชวิถี. นนทบุรี: แพทยสภา; ๒๕๔๖.
๙. Kittidilokkul S, Tangchareonsathien V. Manpower mix in private hospitals in Thailand: a census report. Hum Resour Health Dev J. 1997; 1:119-34.
๑๐. สำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ. ข้อเสนอเพื่อการพัฒนากำลังคนด้านสาธารณสุขอย่างยั่งยืน, เอกสารประกอบการประชุม สมัชชาสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๔๕. นนทบุรี: สำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพ; ๒๕๔๕.
๑๑. Chunharas S, Tangchareonsathien V, Kittidilokkul S. The role of public and private sector in manpower production: a debate. Hum Resour Health Dev J 1997; 1:77-98.
๑๒. สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ. การคาดการณ์กำลังคนด้านสุขภาพ สาขา แพทย์ ทันตแพทย์ เภสัชกร และ พยาบาล. ในสองทศวรรษข้างหน้า. นนทบุรี: สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ; ๒๕๔๖.
๑๓. Wongwacharapaiboon P, Sirikanokwilai N, Pengpaiboon P. The 1997 massive resignation of contracted new medical graduates from the Thai Ministry of Public Health: what reasons behind? Hum Resour Health Dev J 1999; 3:147-56.
๑๔. คณะอนุกรรมการศึกษาปัญหาการขาดแคลนแพทย์. รายงานการศึกษาวิจัยเพื่อแก้ปัญหาการขาดแคลนแพทย์ในประเทศไทย. นนทบุรี: แพทยสภา; ๒๕๔๐.
๑๕. สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ, บรรณาธิการ. การสาธารณสุขไทย พ.ศ. ๒๕๔๒-๒๕๔๓. นนทบุรี: สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข; ๒๕๔๕.

Abstract **Resigning Physicians: Who are they?**

Thaksaphon Thamarangsi

International Health Policy Program

Journal of Health Science 2004; 13:970-82.

A 2003 survey of physicians who resigned from hospitals under Office of Permanent Secretary (OPS) Ministry of Public Health (MOPH) between 2001 and 2002 illustrates that 75 percent were general practitioners. On the average, they were 30.6 years of age with very short working experience at the time of resignation. Nearly half (46%) violated the government contracts on for example, the term of compulsory public services. District hospitals were mostly afflicted as the resigning rate in these settings was two times higher than those of regional and provincial hospitals.

There were many factors relating to the length of public practice retention among the surveyed samples, that is, the medical school from which they graduate, birth place (non-Bangkok residents), and disparity condition between working region and hometown region.

In addition, the factors found to associate with premature resignation from public practice included graduated from medical schools located in the central part of the country, geographical region of the hospital (Northeastern, in particular) and disparity condition between working region and hometown region.

The study findings strongly support the benefits of "local recruitment, rural training and hometown placement" as a sustainable and effective mechanism to mitigate burden of human resources for health (HRH) shortage.

Key words: **physician, resignation, Ministry of Public Health**