

การศึกษาความเห็นของแพทย์ต่อมาตรการด้านการเงิน และความก้าวหน้าในวิชาชีพกับการคงอยู่ของแพทย์ ในโรงพยาบาลชุมชน

อารักษ์ วงศ์วรชาติ*

บทคัดย่อ

ปัญหาการขาดแคลนแพทย์ภาครัฐในโรงพยาบาลชุมชน(รพช.)เป็นปัญหาเรื้อรังมานาน จำนวนแพทย์ที่ลาออกมีเพิ่มขึ้นทุกปี การศึกษาที่ผ่านมาพบว่าปัจจัยด้านการเงินและค่าตอบแทนเป็นปัจจัยที่สัมพันธ์ต่อการคงอยู่ของแพทย์ในรพช. ภายหลังจากกระทรวงสาธารณสุขได้ออกหลักเกณฑ์การจ่ายค่าตอบแทนเบี่ยเลี้ยงหมาจ่ายแก่รพช. ทำให้มีแพทย์บรรจุกลับรับโอน เข้ามารับราชการในรพช.เพิ่มขึ้น การศึกษานี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความเห็นของแพทย์ต่อมาตรการด้านการเงินและความก้าวหน้าในวิชาชีพต่อการคงอยู่ของแพทย์ในรพช. สังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข เป็นการศึกษาระบบสำรวจแบบตัดขวาง เก็บข้อมูลโดยการส่งแบบสอบถามทางไปรษณีย์ไปยังแพทย์ที่ปฏิบัติงานในรพช. สังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ทั่วประเทศ จำนวน ๗๒๐ แห่ง ระหว่างวันที่ ๑-๓๑ มกราคม ๒๕๕๔ ผลการศึกษา พบว่ากลุ่มตัวอย่างตอบกลับแบบสอบถามคิดเป็นร้อยละ ๗๘.๕๒ ส่วนใหญ่เป็นเพศชายร้อยละ ๖๖.๕๘ อายุเฉลี่ย ๓๕.๘๒ ปี สถานภาพสมรสคู่ร้อยละ ๕๐.๐๐ ส่วนใหญ่เป็นแพทย์ใช้ทุนที่ปฏิบัติงาน เฉลี่ย ๑-๑๐ ปี คิดเป็นร้อยละ ๗๕.๒๒ และทำงานในรพช.ขนาด ๓๐ เตียง เป็นจำนวนมากที่สุด ร้อยละ ๕๒.๖๔ แพทย์ส่วนใหญ่มีความคิดเห็นต่อผลของมาตรการด้านการเงินคือการจ่ายเงินเบี่ยเลี้ยงหมาจ่าย ส่งผลต่อการคงอยู่ของแพทย์ในรพช.และมีผลทำให้อยู่ในรพช.นานขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยกลุ่มแพทย์ที่ไม่มีแผนการย้ายออก มีแนวโน้มที่จะอยู่ รพช.นานขึ้นร้อยละ ๘๘.๐๐ แพทย์ส่วนใหญ่ ร้อยละ ๗๑.๕๑ ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่งต่อการยกเลิกเงินเบี่ยเลี้ยงหมาจ่าย ส่วนมาตรการด้านความก้าวหน้าของวิชาชีพ ส่งผลต่อการคงอยู่ของแพทย์ในรพช. อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ ๐.๐๕ โดยแพทย์ทั้งกลุ่มที่ไม่มีแผนการย้ายออกและกลุ่มที่มีแผนย้ายออก ต่างมีความพึงพอใจต่อความก้าวหน้าในตำแหน่งนายแพทย์ระดับเชี่ยวชาญถึงร้อยละ ๗๐.๘๕ และ ๗๐.๘๗ ตามลำดับ ปัจจัยเรื่องมาตรการปรับอัตราค่าตอบแทนเบี่ยเลี้ยงหมาจ่ายให้กับแพทย์ในรพช. และ ปัจจัยเรื่องความก้าวหน้าในวิชาชีพของแพทย์ในรพช.ที่สามารถก้าวหน้าได้ถึงระดับเชี่ยวชาญ มีผลต่อการคงอยู่ของแพทย์ในรพช.

คำสำคัญ: มาตรการด้านการเงิน, การคงอยู่ของแพทย์, โรงพยาบาลชุมชน

Abstract

Study of Opinion of General Practitioners on Incentive Money and Professional Opportunity Strategies to Physician Retention in Community Hospital

Arak Wongworachat*

**Sichon Hospital, Nakhonsithammarat Province*

Shortage of physicians in rural areas was one of main problem in Thailand. Previous studies found that there were several factors which related to the existence of a doctor in the community hospitals. The major factor was financial issue. Thai government has launched special incentive money and professional opportunity strategies to rural doctors since 2008. After these motivated strategies, the recruitment of

*โรงพยาบาลลิซล จังหวัดนครศรีธรรมราช



physician had been rising in community hospitals. The purpose of study was to evaluate the opinion of general practitioners on incentive money and professional opportunity strategies to the retention of physicians in community hospitals. This was cross sectional descriptive study of the physicians in the community hospitals nationwide covering 720 hospitals. Mail questionnaires were distributed and collected data between 1st to 31st January 2011. Data were analyzed by SPSS-PC version 11.5 by reporting as descriptive statistics such as frequency, percentage, average, and standard deviation including analytic statistics with Chi-square and binary logistic regression. The results revealed that response rate was 38.52%. Most of physicians were male 66.59%; average age was 35.92 years old. A 30 bed-sized community hospital was the most current work place 52.64. The opinion of responders to incentive money and professional opportunity strategies revealed that this financial strategy with incentive money related to the retention of physicians and influenced longer duration of working up to 88.00%. There were 71.15% of physicians that strongly disagreed to the exception of this incentive money. Moreover, professional opportunity strategy directly affected physicians with high satisfaction rate 70.95%. This study demonstrated the financial strategy such incentive money and professional opportunity strategy were the major factors that related to the retention of physicians in community hospitals. These motivation strategies should be considered and applied to human resource policy.

Keywords: incentive money, physician retention, community hospital

ภูมิหลังและเหตุผล

ปัญหาการขาดแคลนกำลังคนจัดเป็นปัญหาสำคัญในระบบสาธารณสุขของประเทศไทย โดยเฉพาะในโรงพยาบาลชุมชน(รพช.)ที่มีปัญหาขาดแคลนแพทย์เรื้อรังมายาวนานกว่า ๒๕ ปี โดยที่ประเทศไทยผลิตแพทย์มาแล้วกว่าสี่หมื่นคน แต่มีแพทย์ทำงานในรพช.จำนวน ๓๒๘ แห่ง เพียง ๓,๒๒๘ คน คิดเป็นร้อยละ ๘ ของประเทศ นอกจากนั้นแพทย์ส่วนใหญ่ร้อยละ ๖๐ เป็นแพทย์ใช้ทุนอายุราชการเพียง ๑-๓ ปี^(๑) จากการสำรวจของแพทยสภา เมื่อปี ๒๕๕๐ พบว่า สาเหตุที่ทำให้แพทย์ลาออกจากระบบราชการมาจากหลายสาเหตุ อาทิเช่น ไม่ได้รับการบรรจุให้เป็นข้าราชการ ภาระงานหนักและมากเกินไป เงินเดือนและค่าตอบแทนต่ำ แพทย์มีความทุกข์เพราะมีความเสี่ยงต่อการถูกฟ้องร้องเป็นต้น^(๒) แตกต่างจากการศึกษาในประเทศอังกฤษ และอีกหลายประเทศที่เห็นปัญหารบบสุขภาพ^(๓) จึงพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิ และ แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว ที่ให้การดูแลประชาชนแบบหมอบประจำครอบครัว และสร้างแรงจูงใจต่อการทำงาน ทำให้มีแพทย์อยู่ในชนบทกว่าร้อยละ ๖๐ ตรงข้ามกับประเทศไทย การสร้างแรงจูงใจด้านค่าตอบแทนที่เหมาะสมเรื่องเบี่ยงเบนง่าย และความก้าวหน้าในวิชาชีพของรพช.ยังไม่มีที่เหมาะสม

ทำให้มีแพทย์ลาออกเพื่อศึกษาต่อเป็นแพทย์เฉพาะทางกันมากขึ้น หรือขอย้ายไปโรงพยาบาลทั่วไป/โรงพยาบาลศูนย์ ที่มีความก้าวหน้าทางด้านวิชาชีพและค่าตอบแทนที่มากกว่า ส่งผลให้เกิดปัญหาการขาดแคลนแพทย์ในรพช.มาโดยตลอด^(๔) จากปัญหาดังกล่าว จึงเห็นได้ว่าปัจจัยด้านการเงินเป็นตัวแปรสำคัญที่ดึงดูดแพทย์ออกจากชนบท ประกอบกับความขาดแคลนในหลายด้านทั้งการศึกษาต่อ ความก้าวหน้า ค่าตอบแทน ภาระงาน ครอบครัว ความห่างไกลความเจริญ ทำให้แพทย์ส่วนใหญ่อยู่ในรพช.ได้ไม่นาน กระทรวงสาธารณสุขได้ออกหลักเกณฑ์การจ่ายค่าตอบแทนเบี่ยงเบนง่ายแก่รพช. ลงวันที่ ๒๘ พฤศจิกายน พ.ศ. ๒๕๕๑^(๕) ทำให้ลดความแตกต่างของรายได้ระหว่างภาครัฐและเอกชน มีเจตนา-รณเพื่อสร้างแรงจูงใจให้แก่เจ้าหน้าที่ไปปฏิบัติงานในรพช. หรือในพื้นที่ทุรกันดาร และ แก้ไขปัญหาการขาดแคลนบุคลากรในหน่วยบริการ ภายหลังจากที่กระทรวงสาธารณสุขได้เพิ่มมาตรการด้านการเงินโดยปรับอัตราเบี่ยงเบนง่ายใหม่แบบก้าวหน้าตามอายุงาน ตามพื้นที่กันดาร และความก้าวหน้าในระบบราชการถึงระดับเชี่ยวชาญให้กับแพทย์ในรพช. ในระยะเวลา ๑ ปีที่มีการปรับใช้มาตรการดังกล่าว ทำให้มีแพทย์บรรจุกลับ รับโอน เข้ามารับราชการในรพช.กว่า ๑๐๗

คน^(๑) ดังนั้นการศึกษาคั้งนี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความเห็นของแพทย์เรื่องมาตรการด้านการเงินและความก้าวหน้าของวิชาชีพต่อการคงอยู่ของแพทย์ในรพช.สังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

ระเบียบวิธีศึกษา

การวิจัยเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง (cross-sectional descriptive study) ทำการศึกษาในแพทย์ที่ปฏิบัติงานในรพช.ทุกแห่ง สังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ทุกภูมิภาคทั่วประเทศ จำนวน ๗๒๐ แห่ง วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยการส่งแบบสอบถามทางไปรษณีย์ ไปยังแพทย์ที่ปฏิบัติงานรพช.จำนวน ๗๒๐ แห่งๆละ ๓ ฉบับ รวมทั้งหมด ๒,๑๖๐ ฉบับ ระหว่างวันที่ ๑ มกราคม ๒๕๕๔ ถึง ๓๑ มกราคม ๒๕๕๔

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เป็นแบบสอบถาม ประกอบด้วย ๓ ส่วน คือ

ส่วนที่ ๑ ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม

ส่วนที่ ๒ แบบสอบถามเกี่ยวกับมาตรการด้านการเงินของแพทย์*

ส่วนที่ ๓ แบบสอบถามเกี่ยวกับความพึงพอใจในการทำงานและความก้าวหน้าในวิชาชีพของแพทย์**

* มาตรการด้านการเงิน หมายถึง มาตรการปรับอัตราค่าตอบแทนเบี่ยงเหลียงเหมาะสมให้แก่แพทย์ในรพช. ตามระเบียบเบี่ยงเหลียงเหมาะสมใหม่ของแพทย์รพช. ตามหลักเกณฑ์ค่าตอบแทนเบี่ยงเหลียงเหมาะสมสำหรับแพทย์ ทันตแพทย์ เภสัชกรและพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในรพช. ฉบับที่ ๔ ลงวันที่ ๒๘ พฤศจิกายน พ.ศ. ๒๕๕๑

** ความก้าวหน้าในวิชาชีพ หมายถึง โอกาสของแพทย์ในรพช. ทั้งผู้อำนวยการและแพทย์ประจำที่สามารถก้าวหน้าได้ถึงระดับเชี่ยวชาญ หรือ ระดับ ๙ เดิม

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ โดยการทดสอบความเที่ยงตรง (content validity) และความเชื่อมั่น (reliability) ของแบบสอบถาม โดยการตรวจสอบความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญ และตรวจสอบค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม โดยนำแบบสอบถามไปทดลองกับแพทย์ใน

รพช.ของจังหวัดนครศรีธรรมราช จำนวน ๓๐ ชุด แล้วนำมาวิเคราะห์ความเชื่อถือได้ (Reliability) ของแบบสอบถาม โดยใช้ เกณฑ์สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาช (Cronbach's Alpha) ได้เท่ากับ ๐.๘๗

การวิเคราะห์ข้อมูล ใช้สถิติที่เหมาะสม ดังต่อไปนี้

๑. ข้อมูลทั่วไป นำมาแจกแจงความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

๒. การเปรียบเทียบความสัมพันธ์ระหว่างมาตรการด้านการเงิน ความก้าวหน้าด้านวิชาชีพ กับ การคงอยู่ของแพทย์ โดยใช้วิธีการทางสถิติแบบ Chi-square และทดสอบความสัมพันธ์ของปัจจัยดังกล่าวโดยการวิเคราะห์ด้วย Binary logistic regression

ผลการศึกษา

๑. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างตอบกลับจำนวน ๘๓๒ ราย จากทั้งหมด ๒,๑๖๐ ราย คิดเป็นร้อยละ ๓๘.๕๒ จากแพทย์ในรพช. ๗๒๐ แห่งในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข คิดเป็นเพศชายร้อยละ ๖๖.๕๙ และหญิงร้อยละ ๓๓.๔๑ อายุเฉลี่ย ๓๕.๙๒ ปี ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ๘.๙๓ สถานภาพสมรสคู่ร้อยละ ๕๐.๐๐ และโสดร้อยละ ๔๙.๔๔ สถานที่ทำงานอยู่ในจังหวัดเดียวกับคู่สมสร้อยละ ๘๐.๖๕ ส่วนใหญ่ปฏิบัติงานอยู่ในจังหวัดภาคตะวันออกเฉียงเหนือร้อยละ ๓๓.๗๗ รองลงมาคือภาคเหนือ ภาคใต้ ภาคกลางและภาคตะวันออกตามลำดับ รพช.ขนาด ๓๐ เตียง เป็นสถานที่ปฏิบัติงานมากที่สุด ร้อยละ ๕๒.๖๔ รองลงไปเป็นรพช.ขนาด ๖๐ เตียง, ๙๐ เตียง และ ๑๒๐ เตียง ระยะเวลาที่ปฏิบัติงานเฉลี่ย ๑-๓ ปีพบร้อยละ ๓๕.๒๒ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ร้อยละ ๔๑.๑๑ ปฏิบัติงานในตำแหน่งผู้อำนวยการหรือรักษาการแทน รองลงไปเป็นแพทย์ใช้ทุนปีที่ ๑-๓ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อยู่ในตำแหน่งนายแพทย์ปฏิบัติการ ร้อยละ ๓๓.๔๑ รองลงไปเป็นระดับชำนาญการพิเศษ, ระดับชำนาญการและระดับเชี่ยวชาญตามลำดับ ด้านรายได้ต่อเดือนพบว่า ส่วนใหญ่ร้อยละ ๕๗.๐๙ มีรายได้อยู่ในช่วงน้อยกว่า ๕๐,๐๐๐ บาท รองลงไปร้อยละ ๑๗.๐๗ มีรายได้อยู่ในช่วง



น้อยกว่า ๑๕๐,๐๐๐-๒๐๐,๐๐๐ บาท (ตารางที่ ๑)

๒. ปัจจัยที่มีผลต่อการคงอยู่ของแพทย์ในรพช.

๒.๑ ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ที่ตั้งของโรงพยาบาล โดยใช้สถิติในการวิเคราะห์ คือ ไค-สแควร์ (Chi-square) ผลการวิเคราะห์พบว่า เพศ ส่งผลต่อการคงอยู่ของแพทย์ในรพช.อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ ๐.๐๕ โดยพิจารณาได้จากสัดส่วนการคงอยู่ในรพช. ระหว่างกลุ่มแพทย์ที่เป็นเพศชายมีแนวโน้มคงอยู่ในรพช.มากกว่าเพศหญิง (๗๓.๕ : ๒๖.๕) โดยเพศชายไม่มีแผนย้ายออกจาก รพช.จำนวน ๓๔๙ คน มีแผนย้ายออกจากรพช.เพียงจำนวน ๒๐๕ คน ในขณะที่เพศหญิงไม่มีแผนย้ายออกจากรพช.จำนวน ๑๒๖ คนแต่มีแผนย้ายออกจากรพช.จำนวน ๑๕๒ คน ปัจจัยเรื่องอายุ พบว่า ช่วงอายุส่งผลต่อการคงอยู่ของแพทย์ใน

ตารางที่ ๑ ลักษณะของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามปัจจัยด้านต่างๆ

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง	จำนวน (n=๘๓๒)	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	๕๕๔	๖๖.๕๕
หญิง	๒๗๘	๓๓.๔๕
อายุ (ปี)		
๒๐-๓๐ ปี	๓๐๐	๓๖.๐๖
๓๐-๔๐ ปี	๒๒๗	๒๗.๒๕
๔๐-๕๐ ปี	๑๕๒	๑๘.๑๘
๕๐-๖๐ ปี	๖๓	๗.๕๗
สถานภาพสมรส		
โสด	๔๐๓	๔๘.๔๔
สมรส	๔๑๖	๕๐.๐๐
หม้าย/หย่า/แยกกันอยู่	๑๓	๑.๕๖
สถานที่ทำงานของคู่สมรส		
ทำงานที่เดียวกัน	๑๖๒	๑๙.๓๖
ทำงานคนละแห่งกันและอยู่ ภายในอำเภอเดียวกัน	๕๓	๖.๓๕
ทำงานคนละแห่งกันและอยู่ ภายในจังหวัดเดียวกัน	๑๓๑	๑๕.๕๔
ทำงานคนละจังหวัด	๘๖	๑๐.๓๕

ตารางที่ ๑(ต่อ) ลักษณะของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามปัจจัยด้านต่างๆ

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง	จำนวน (n=๘๓๒)	ร้อยละ
ที่ตั้งของโรงพยาบาล		
ภาคเหนือ	๒๑๒	๒๕.๔๘
ภาคกลาง	๑๐๕	๑๓.๑๐
ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ	๑๐๕	๑๓.๑๐
ภาคตะวันออก	๒๘๑	๓๓.๖๖
ภาคใต้	๑๒๙	๑๕.๕๕
ระดับของโรงพยาบาลที่ปฏิบัติงาน		
ศูนย์แพทย์ชุมชน CMU	๓	๐.๓๖
รพ.ชุมชน ขนาด ๓๐ เตียง	๔๓๘	๕๒.๖๔
รพ.ชุมชน ขนาด ๖๐ เตียง	๒๓๓	๒๘.๐๐
รพ.ชุมชน ขนาด ๙๐ เตียง	๘๗	๑๐.๔๖
ร.พ.ชุมชน ขนาด ๑๒๐ เตียง	๔๔	๕.๒๕
รพ.ชุมชน ขนาด > ๑๒๐ เตียง	๒๕	๓.๐๐
ช่วงระยะเวลาที่ปฏิบัติงาน (ปี)		
๑-๓ ปี	๒๕๓	๓๕.๒๒
๔-๑๐ ปี	๒๒๖	๒๗.๑๖
๑๑-๒๐ ปี	๑๗๖	๒๑.๑๕
มากกว่า ๒๑ ปี	๑๗๗	๒๑.๔๗
รับราชการในตำแหน่ง		
แพทย์ใช้ทุนปีที่ ๑-๓	๑๖๗	๒๐.๐๗
แพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป	๑๔๕	๑๗.๕๕
แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว	๒๕	๓.๐๕
แพทย์เฉพาะทางสาขาหลัก	๑๒๘	๑๕.๓๘
แพทย์เฉพาะทางสาขารอง	๑๗	๒.๐๕
ผู้อำนวยการโรงพยาบาล	๓๔๒	๔๑.๑๑
ตำแหน่ง		
ระดับปฏิบัติการ (ซี ๔-๕)	๒๗๘	๓๓.๔๑
ระดับชำนาญการ (ซี ๕-๖)	๑๕๒	๑๘.๑๘
ระดับชำนาญการพิเศษ (ซี ๗)	๒๐๓	๒๔.๔๐
ระดับเชี่ยวชาญ (ซี ๘)	๑๕๕	๑๘.๑๑
รายได้ต่อเดือน		
น้อยกว่า ๕๐,๐๐๐ บาท	๔๗๕	๕๗.๐๕
จำนวน ๕๐,๐๐๐-๑๐๐,๐๐๐ บาท	๘๘	๑๐.๕๘
จำนวน ๑๐๐,๐๐๑-๑๕๐,๐๐๐ บาท	๕	๐.๖๐
จำนวน ๑๕๐,๐๐๑-๒๐๐,๐๐๐ บาท	๑๔๒	๑๗.๐๗
จำนวน ๒๐๐,๐๐๑-๒๕๐,๐๐๐ บาท	๕๘	๖.๙๗
จำนวน มากกว่า ๒๕๐,๐๐๐ บาท	๖๔	๗.๖๕

รพช.อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ ๐.๐๕ โดยพิจารณาได้จากการที่ช่วงอายุที่เพิ่มมากขึ้นตั้งแต่ ๔๑ ปีขึ้นไป มีแนวโน้มที่คงอยู่ในรพช.มากกว่าช่วงอายุ ๒๐-๓๐ ปี ซึ่งเป็นช่วงอายุที่แพทย์มีแผนการย้ายออกจาก รพช. เพื่อไปศึกษาต่อ หรือย้ายกลับภูมิลำเนาสูงกว่าช่วงอายุอื่นซึ่งมีจำนวนถึง ๒๓๐ คน ปัจจัยเรื่องสถานภาพสมรส พบว่า สถานภาพสมรสส่งผลกระทบต่อคงอยู่ของแพทย์ในรพช. อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ ๐.๐๕ โดยพิจารณาได้จากแพทย์ที่สมรสมีครอบครัวแล้ว มีแนวโน้มที่จะอยู่ในรพช.มากกว่าคนโสด โดยแพทย์ที่สมรสแล้วไม่มีแผนย้ายออกจาก รพช. จำนวน ๓๒๓ คน (ร้อยละ ๖๘.๐๐) มีแผนย้ายออกจากรพช.เพียง ๙๓ คน (ร้อยละ ๒๖.๕) ในขณะที่แพทย์ที่มีสถานภาพโสดไม่มีแผนย้ายออกจาก

รพช.เพียง ๑๔๓ คน (ร้อยละ ๓๐.๑๑) แต่มีแผนย้ายออกจากรพช. จำนวน ๒๖๐ คน (ร้อยละ ๗๒.๘๓) ปัจจัยเรื่องที่ตั้งของโรงพยาบาล พบว่า ที่ตั้งของโรงพยาบาลไม่ส่งผลต่อการคงอยู่ของแพทย์ในรพช.อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ ๐.๐๕ โดยพิจารณาได้จากทุกภูมิภาคมีจำนวนแพทย์ที่ไม่มีแผนออกจาก รพช. มากกว่าแพทย์ที่มีแผนออกจาก รพช. ยกเว้นใน ๓ จังหวัดชายแดนภาคใต้ ที่มีจำนวนแพทย์ที่มีแผนย้ายออกมากกว่า สืบเนื่องจากปัญหาความไม่สงบในพื้นที่ (ตารางที่ ๒)

๒.๒ ผลของมาตรการด้านการเงิน

มาตรการด้านการเงิน ได้แก่ เงินเบี่ยเลี้ยงหมาจ่ายของแพทย์รพช. ดำเนินการวิเคราะห์โดยใช้ค่าไค-สแควร์ (Chi-square) พบว่าเงินเบี่ยเลี้ยงหมาจ่ายมีผลต่อการคงอยู่ของ

ตารางที่ ๒ ความสัมพันธ์ระหว่าง เพศ กับ การคงอยู่ของแพทย์ในรพช.

ปัจจัยส่วนบุคคล	การคงอยู่ของแพทย์		รวม	P-Value
	ไม่มีแผนลาออก n(%)	มีแผนลาออก n(%)		
เพศ				
ชาย	๓๕๕(๗๓.๕)	๒๐๕(๕๗.๔)	๕๕๔(๖๖.๖)	๐.๐๐๐
หญิง	๑๒๖(๒๖.๕)	๑๕๒(๔๒.๖)	๒๗๘(๓๓.๔)	
อายุ				
ไม่เกิน ๓๐ ปี	๗๐(๑๔.๗)	๒๓๐(๖๔.๔)	๓๐๐(๓๖.๑)	๐.๐๐๐
๓๑-๔๐ ปี	๑๕๒(๔๐.๐)	๘๕(๒๓.๘)	๒๓๗(๒๙.๘)	
๔๑-๕๐ ปี	๑๕๗(๓๓.๑)	๓๕(๙.๘)	๑๙๒(๒๓.๑)	
๕๑-๖๐ ปี	๕๖(๑๑.๘)	๗(๒.๐)	๖๓(๗.๖)	
สถานภาพสมรส				
โสด	๑๔๓ (๓๐.๑๑)	๒๖๐ (๗๒.๘๓)	๔๐๓ (๔๘.๔๔)	๐.๐๐๐
สมรส	๓๒๓ (๖๘.๐๘)	๙๓ (๒๖.๐๕)	๔๑๖ (๕๑.๐๐)	
หย่า/หม้าย	๕ (๑.๘๑)	๔ (๑.๑๒)	๙(๑.๕๖)	
ภูมิภาคที่ตั้งของโรงพยาบาล				
เหนือ	๑๑๓(๒๓.๘)	๕๕(๑๕.๗)	๑๖๘(๒๐.๕)	๐.๐๗๘
กลาง	๖๓(๑๓.๓)	๔๖(๑๒.๕)	๑๐๙(๑๓.๑๐)	
อีสาน	๑๗๐(๓๕.๘)	๑๑๑(๓๑.๑)	๒๘๑(๓๓.๘)	
ตะวันออก	๗๑(๑๔.๕)	๓๘(๑๐.๖)	๑๐๙(๑๓.๑)	
ใต้	๔๓(๙)	๔๔(๑๒.๓)	๘๗(๑๐.๕)	
๓ จังหวัดชายแดนใต้	๑๕(๓.๒)	๑๕(๔.๓)	๓๐(๓.๖)	



แพทย์ในรพช. อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ ๐.๐๕ โดยพบว่าแพทย์ส่วนใหญ่ ๔๕๗ คน คิดเป็นร้อยละ ๕๔.๐๙ ไม่มีแผนการที่จะย้ายออกจาก รพช. ในขณะที่ยังได้รับเงินเบี้ยเลี้ยงเหมาจ่ายอยู่ แต่หากมีการยกเลิกเงินเบี้ยเลี้ยงเหมาจ่าย พบว่า จะมีผลให้แพทย์กลุ่มนี้คิดย้ายออกจาก รพช. ถึง ๓๐๘ คน ในขณะที่แพทย์กลุ่มที่มีแผนย้ายออกจาก รพช. อยู่แล้วจำนวน ๓๕๗ คน การยกเลิกเงินเบี้ยเลี้ยงเหมาจ่ายจะมีผลต่อการย้ายออกจาก รพช. ถึงจำนวน ๓๐๘ คน คิดเป็นร้อยละ ๘๖.๒๗ นอกจากนี้ จากผลการวิเคราะห์ พบว่า แพทย์ส่วนใหญ่ ๗๓๓ คน คิดเป็นร้อยละ ๘๘.๑๐ คิดว่า การมีเงินเบี้ยเลี้ยงเหมาจ่ายมีผลให้แพทย์ตัดสินใจอยู่ในรพช. นานขึ้น โดยกลุ่มแพทย์ที่ไม่มีแผนย้ายออกจาก รพช. มีแนวโน้มที่จะอยู่รพช. นานขึ้น หากยังคงได้รับเงินเบี้ยเลี้ยงเหมาจ่ายถึง ๔๑๘ คน คิดเป็นร้อยละ ๘๘.๐๐ ในขณะที่กลุ่มแพทย์ที่มีแผนย้ายออกอยู่แล้ว มีแนวโน้มที่จะอยู่รพช. นานขึ้นอีก ๓๑๕ คน คิดเป็นร้อยละ ๘๘.๒๔ (ตารางที่ ๓)

ส่วนของความคิดเห็นต่อเงินเบี้ยเลี้ยงเหมาจ่าย พบว่า แพทย์ส่วนใหญ่ถึงร้อยละ ๙๐.๕๐ ไม่เห็นด้วยต่อการยกเลิกเงินเบี้ยเลี้ยงเหมาจ่าย มีเพียงร้อยละ ๔.๓๓ ที่เห็นด้วย และหากมีการลดเงินค่าตอบแทนเงินเบี้ยเลี้ยงเหมาจ่ายในรพช. ลงครึ่งหนึ่ง แพทย์ส่วนใหญ่ร้อยละ ๘๗.๗๔ ไม่เห็นด้วย มีเพียงร้อยละ ๒.๖๔ เท่านั้นที่เห็นด้วย (ตารางที่ ๔)

การวิเคราะห์ผลความพึงพอใจต่อมาตรการด้านการเงิน พบว่า มีความพึงพอใจสูงสุดในด้านเงินเบี้ยเลี้ยงเหมาจ่ายที่จัดสรรให้แก่แพทย์ในรพช. โดยมีคะแนนระดับความพึงพอใจเฉลี่ย เท่ากับ ๓.๙๔ ± ๐.๙๒ จากคะแนนเต็ม ๕ รองลงไป ได้แก่ เงินเพิ่มตอบแทนวิชาชีพแพทย์ (พ.ต.ส) มีคะแนนระดับความพึงพอใจเฉลี่ยเท่ากับ ๓.๕๗ ± ๑.๐๐ เงินประจำตำแหน่งมีคะแนนระดับความพึงพอใจเฉลี่ยเท่ากับ ๓.๕๓ ± ๑.๐๖, เงินค่าตอบแทนไม่ทำเวชปฏิบัติส่วนตัวมีคะแนนระดับความพึงพอใจเฉลี่ยเท่ากับ ๓.๔๓ ± ๑.๐๖ และ เงินค่าตอบแทนปฏิบัติงานนอกเวลา (OT) มีคะแนนระดับความพึงพอใจเฉลี่ย

ตารางที่ ๓ มาตรการด้านการเงิน กับการคงอยู่ของแพทย์ในรพช.

มาตรการด้านการเงิน	การคงอยู่ของแพทย์		รวม	P-Value
	ไม่มีแผนลาออก n(%)	มีแผนลาออก n(%)		
การยกเลิกเบี้ยเลี้ยงเหมาจ่าย				
ไม่ยกเลิกเบี้ยเลี้ยงเหมาจ่าย	๑๕๖(๔๑.๓)	๔๕(๑๓.๓)	๒๐๑(๒๕.๖)	๐.๐๐๐
ยกเลิกเบี้ยเลี้ยงเหมาจ่าย	๒๑๕(๕๘.๗)	๓๐๘(๘๖.๗)	๕๒๓(๖๘.๓)	
ผลของการมีเงินเบี้ยเลี้ยงเหมาจ่าย				
มีผลทำให้อยู่นานขึ้น	๔๑๘(๘๘.๐)	๓๑๕(๘๘.๒๔)	๗๓๓(๘๘.๑๐)	๐.๐๐๐
ไม่มีผลให้อยู่นานขึ้น	๕๓(๑๒.๐)	๔๒(๑๑.๗๖)	๙๕(๑๑.๗๖)	

ตารางที่ ๔ ความคิดเห็นต่อเงินเบี้ยเลี้ยงเหมาจ่าย

ประเด็น	ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	ไม่เห็นด้วย	เฉยๆ	เห็นด้วย	เห็นด้วยอย่างยิ่ง
การยกเลิกเบี้ยเลี้ยงเหมาจ่าย	๕๕๒(๖๑.๑๕)	๑๖๑(๑๕.๓๕)	๔๓(๕.๑๗)	๒๔(๒.๘๘)	๑๒(๑.๔๔)
การลดจำนวนเงินเหลือครึ่งหนึ่ง	๕๓๘(๖๔.๖๖)	๑๕๒(๑๘.๐๘)	๘๐(๙.๖๒)	๑๖(๑.๙๖)	๖(๐.๗๒)

เท่ากับ 3.28 ± 1.10 ตามลำดับ (ตารางที่ ๕)

๒.๓ ผลของมาตรการด้านความก้าวหน้าในวิชาชีพ แพทย์

มาตรการด้านความก้าวหน้าของวิชาชีพ ได้แก่ ตำแหน่งระดับเชี่ยวชาญของแพทย์รพช. ผลการวิเคราะห์โดยใช้ค่าไค-สแควร์ (Chi-square) พบว่า มาตรการด้านความก้าวหน้าของวิชาชีพส่งผลต่อการคงอยู่ของแพทย์ในรพช.อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับความเชื่อมั่นร้อยละ ๙๕ โดยพิจารณาจากการที่แพทย์ในรพช. ทั้งกลุ่มที่ไม่มีแผนการย้ายออกและกลุ่มที่มีแผนย้ายออก ต่างมีความพึงพอใจต่อความก้าวหน้าในตำแหน่งนายแพทย์ระดับเชี่ยวชาญ ถึงร้อยละ ๗๐.๙๕ และ ๗๐.๘๗ ตามลำดับ (ตารางที่ ๖)

การวิเคราะห์ผลความพึงพอใจในการทำงานและความก้าวหน้าด้านวิชาชีพ พบว่า การสนับสนุนให้แพทย์ในรพช. มีความก้าวหน้าในวิชาชีพถึงระดับเชี่ยวชาญทุกตำแหน่ง มีคะแนนความพึงพอใจสูงสุด โดยมีคะแนนระดับความพึง

พอใจเฉลี่ยเท่ากับ 3.87 ± 0.54 จากคะแนนเต็ม ๕ รองลงไปได้แก่ การทำงานร่วมกับแพทย์และทีมสุขภาพของโรงพยาบาลมีคะแนนระดับความพึงพอใจเฉลี่ยเท่ากับ 3.75 ± 0.74 และ การอยู่ในระบบราชการที่มีความมั่นคงมีคะแนนระดับความพึงพอใจเฉลี่ยเท่ากับ 3.72 ± 0.50 ส่วนความพึงพอใจที่น้อยได้แก่ เรื่องการสนับสนุนให้มีการวิจัยและพัฒนาเพื่อปรับปรุงระบบงานและการมีโอกาสดำเนินการทั้งในและนอกประเทศ มีคะแนนระดับความพึงพอใจเฉลี่ยเท่ากับ 3.24 ± 0.56 และ 3.04 ± 1.08 ตามลำดับ (ตารางที่ ๗)

๒.๔ สรุปปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการคงอยู่ของแพทย์ในรพช.

เมื่อทดสอบความสัมพันธ์ของปัจจัยดังกล่าว จึงได้นำมาวิเคราะห์ด้วย Binary logistic regression จากผลการวิเคราะห์พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการคงอยู่ของแพทย์ในรพช. อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ ๐.๐๕

ตารางที่ ๕ ลำดับคะแนนความพึงพอใจในมาตรการด้านการเงิน

ความพึงพอใจต่อ	ค่าเฉลี่ย (คะแนนเต็ม ๕)
๑. เงินเบี่ยเลี้ยงหมาจ่ายที่จัดสรรให้กับแพทย์	๓.๕๔
๒. เงินวิชาชีพแพทย์ (พ.ต.ส)	๓.๕๓
๓. เงินประจำตำแหน่ง	๓.๕๓
๔. เงินค่าตอบแทนไม่ทำเวชปฏิบัติส่วนตัว	๓.๔๓
๕. เงินค่าตอบแทนปฏิบัติงานนอกเวลา (OT)	๓.๒๘

ตารางที่ ๖ ความสัมพันธ์ระหว่างความพึงพอใจต่อตำแหน่งนายแพทย์ระดับเชี่ยวชาญกับการคงอยู่ของแพทย์ในรพช.

ระดับความพึงพอใจต่อตำแหน่ง นายแพทย์ระดับเชี่ยวชาญ	การคงอยู่ของแพทย์		รวม	P-Value
	ไม่มีแผนลาออก n(%)	มีแผนลาออก n(%)		
ไม่พอใจ	๑๕(๓.๑๖)	๑๑(๓.๐๘)	๒๖(๓.๑๓)	๐.๐๐๐
เฉย ๆ	๑๒๓(๒๕.๘๕)	๕๓(๒๖.๐๕)	๒๑๖(๒๕.๕๖)	
พอใจ	๓๓๓(๗๐.๕๕)	๒๕๓(๗๐.๘๗)	๕๕๖(๗๐.๕๖)	
รวม	๔๗๑(๑๐๐)	๓๑๗(๑๐๐)	๗๘๘(๑๐๐)	



ตารางที่ ๗ คะแนนความพึงพอใจในการทำงานและความก้าวหน้าด้านวิชาชีพ

ความพึงพอใจต่อ	ค่าเฉลี่ย (คะแนนเต็ม ๕)
๑. การสนับสนุนให้แพทย์ใน รพ.ชุมชน มีความก้าวหน้าในวิชาชีพ ถึงระดับเชี่ยวชาญทุกตำแหน่ง	๓.๘๗
๒. การทำงานร่วมกับแพทย์และทีมสุขภาพของโรงพยาบาล	๓.๖๕
๓. การอยู่ในระบบราชการที่มีความมั่นคง	๓.๗๒
๔. ความสุขและพอใจกับโรงพยาบาลที่ทำงานในปัจจุบัน	๓.๗๑
๕. ความพอใจต่อการตรวจรักษาผู้ป่วยตามความรู้ความสามารถที่ได้รับการฝึกอบรม หรือศึกษาต่อใน โรงเรียนแพทย์	๓.๕๕
๖. การทำงานพัฒนาคุณภาพทุกระบบของโรงพยาบาล	๓.๔๕
๗. การเลื่อนตำแหน่งในโรงพยาบาลมีความเหมาะสม	๓.๔๒
๘. ความพอใจในระบบการอยู่เวรนอกเวลา	๓.๓๐
๙. การสนับสนุนให้มีการวิจัยและพัฒนา เพื่อปรับปรุงระบบงาน	๓.๒๕
๑๐. การมีโอกาสได้ไปประชุมวิชาการทั้งใน และนอกประเทศ	๓.๐๕

ตารางที่ ๘ สรุปปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการคงอยู่ของแพทย์ในรพช.

ปัจจัย	AOR	๙๕% CI for AOR	P-value	
เพศ	๐.๕๐๕	๐.๖๓๖	๑.๒๕๕	๐.๖๐๐
อายุ	๐.๔๑๔	๐.๓๒๐	๐.๕๓๗	๐.๐๐๐
สถานภาพสมรส	๐.๖๕๖	๐.๕๒๗	๐.๘๑๖	๐.๐๐๐
ที่ตั้งของโรงพยาบาล	๑.๐๐๐	๐.๘๕๗	๑.๑๑๕	๐.๕๕๔
การยกเลิกเบี้ยเลี้ยงหมาง่าย	๒.๓๒๖	๑.๕๒๗	๓.๕๔๕	๐.๐๐๐
การคงไว้ของเงินเบี้ยเลี้ยงหมาง่าย	๒.๐๓๒	๑.๔๕๕	๒.๘๓๕	๐.๐๐๐
ความพึงพอใจต่อตำแหน่งนายแพทย์ระดับเชี่ยวชาญ	๐.๗๗๓	๐.๖๕๑	๐.๕๑๗	๐.๐๐๓

ประกอบด้วย ปัจจัยด้านอายุ, สถานภาพสมรส, ผลของมาตรการด้านการเงิน (การยกเลิกเงินเบี้ยเลี้ยงหมาง่ายและการมีเงินเบี้ยเลี้ยงหมาง่าย) และมาตรการด้านความก้าวหน้าของวิชาชีพ (ความพึงพอใจต่อตำแหน่งนายแพทย์ระดับเชี่ยวชาญ) (ตารางที่ ๘)

วิจารณ์ผล

ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นแพทย์ใช้ทุน ปี ๑-๓ ที่ปฏิบัติงานในรพช. มีจำนวนร้อยละ ๓๕.๒๒ ซึ่งมีจำนวนแพทย์มากขึ้นจากผลของโครงการผลิตแพทย์เพิ่มเพื่อชาวชนบท สอดคล้องกับรายได้ และตำแหน่งนายแพทย์ระดับปฏิบัติการ ปัจจัยส่วนบุคคลที่มีความสัมพันธ์ต่อการคงอยู่ใน

รพช.ของแพทย์ ได้แก่ อายุและสถานภาพสมรส โดยปัจจัยเรื่องอายุ พบว่าแพทย์ที่มีอายุมากขึ้น มีแนวโน้มที่จะอยู่ในรพช.มากกว่า ส่วนปัจจัยเรื่องสถานภาพสมรส พบว่า แพทย์ที่สมรสแล้ว มีแนวโน้มที่จะอยู่ในรพช.มากกว่าคนโสด ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของนิลเนตร วีระสมบัติ^(๖) ที่ศึกษาปัจจัยหลักที่มีอิทธิพลทางตรงต่อการคงอยู่ของแพทย์ในรพช.ระยะปลายที่อายุมากกว่า ๓๕ ปี พบว่า ปัจจัยที่เป็นตัวแปรได้แก่ อายุ, สถานภาพสมรส และ ภูมิลำเนาของแพทย์ โดยพบว่า แพทย์ที่ปฏิบัติงานในรพช. มีภูมิลำเนาอยู่ในจังหวัดนั้นคิดเป็นร้อยละ ๘๑.๙ ส่วนปัจจัยเรื่อง สถานภาพสมรส พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่แต่งงานแล้วและมีคู่สมรสอยู่ในจังหวัดเดียวกับโรงพยาบาลที่ปฏิบัติงานอยู่ร้อยละ ๘๐.๖๕ และยังคงสอดคล้องกับงานวิจัยของ

Susan et al.^(๙) ที่พบว่าปัจจัยด้านชีวิตครอบครัว ที่อยู่ของคู่สมรส มีผลต่อการปฏิบัติงานของแพทย์ในเขตชนบท ส่วนปัจจัยที่ไม่มีความสัมพันธ์ต่อการคงอยู่ในรพ.ของแพทย์ได้แก่ภูมิภาคที่ตั้งของโรงพยาบาล โดยพบว่าสถานที่ตั้งของรพ.โดยรวมทั้งประเทศ ไม่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ต่อการคงอยู่ของแพทย์ รวมถึงในพื้นที่ ๓ จังหวัดชายแดนภาคใต้ ที่มีจำนวนแพทย์ที่มีแผนย้ายออกมากกว่าจะคงอยู่ในพื้นที่ ซึ่งสืบเนื่องจากปัญหาความไม่สงบในพื้นที่ สอดคล้องกับการศึกษาของพัชรีย์ พุทธิชาติ^(๑๔) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของแพทย์ใน ๓ จังหวัดชายแดนภาคใต้พบว่าแพทย์ในพื้นที่ที่มีคุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อมอยู่ในระดับไม่ดี รู้สึกไม่ปลอดภัยจากสถานการณ์ความไม่สงบและต้องการย้ายออกจากพื้นที่

ผลของมาตรการด้านการเงิน การจ่ายเงินเบี้ยเลี้ยงเหมาจ่ายส่งผลต่อการคงอยู่ของแพทย์ในรพ.และมีผลทำให้อยู่ในรพ.นานขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยกลุ่มแพทย์ที่แต่เดิมไม่มีแผนการย้ายออกมีแนวโน้มที่จะอยู่รพ.นานขึ้นถึงร้อยละ ๘๘.๐๐ ซึ่งสอดคล้องกับการวิจัยของพัชรีย์ พุทธิชาติ^(๑๔) ที่ศึกษาพบว่าปัจจัยด้านรายได้มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับการคงอยู่และคุณภาพชีวิตของแพทย์ ผลของมาตรการนี้ยังสอดคล้องกับการศึกษาของ Macq et al.^(๑๕) และ Guy et al.^(๑๖) ที่พบว่าการใช้เงินเพิ่มเพื่อตอบแทนแก่แพทย์มีผลให้แพทย์คงอยู่ในสถานที่ทำงานเดิมได้มากขึ้น แต่ผลการศึกษาประเด็นนี้แตกต่างจากการศึกษาของ Anthony et al.^(๑๗) ที่ทำการศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพโดยการสัมภาษณ์เชิงลึก พบว่าปัจจัยที่มีผลต่อการคงอยู่ในการทำงาน ได้แก่ ความคุ้นชินกับบริบทของพื้นที่ การมีประสบการณ์การทำงานในชนบทมาก่อน ความพึงพอใจในเพื่อนร่วมงานที่ดี มากกว่าเรื่องของเงิน ผลการวิจัยในส่วนของความพึงพอใจในมาตรการด้านการเงินพบว่า เงินเบี้ยเลี้ยงเหมาจ่ายที่จัดสรรให้แก่แพทย์ตามหลักเกณฑ์ค่าตอบแทนเบี้ยเลี้ยงเหมาจ่ายฯ ฉบับที่ ๔ มีคะแนนความพึงพอใจสูงสุด รองลงไปได้แก่ เงินเพิ่มตอบแทนวิชาชีพแพทย์ (พ.ต.ส), เงินประจำตำแหน่ง, เงินค่าตอบแทนไม่ทำเวชปฏิบัติส่วนตัว และ เงินค่าตอบแทนปฏิบัติงานนอกเวลา ตามลำดับ

ซึ่งเงินเบี้ยเลี้ยงเหมาจ่ายนั้นจะคิดตามอายุการทำงานในรพ. และมีอัตราที่สูงกว่าเงินค่าตอบแทนประเภทอื่น สอดคล้องกับการศึกษาของชมรมแพทย์ชนบท^(๑๘) ที่พบว่าแพทย์ในรพ.ส่วนใหญ่มีความเห็นว่า การจ่ายค่าตอบแทนเบี้ยเลี้ยงเหมาจ่ายรพ.เป็นนโยบายที่จะสามารถนำมาใช้ในการแก้ไขปัญหาการลาออกของแพทย์ได้ผลมากที่สุด เช่นเดียวกับการศึกษาของทักษพล ธรรมรังสี^(๑๙) ที่ศึกษามาตรการเพิ่มการคงอยู่ของกำลังคนด้านสุขภาพในชนบท โดยพบว่าการใช้ค่าตอบแทนและผลประโยชน์ในรูปแบบต่างๆจะสามารถเพิ่มจำนวนบุคลากรในเขตชนบทหรือเขตขาดแคลนได้และเพิ่มขวัญกำลังใจในการทำงาน นอกจากนี้ ผลจากการศึกษาของชมรมแพทย์ชนบท^(๑๘) ยังได้เสนอการแก้ปัญหาคารขาดแคลนและลาออกของแพทย์ว่า ต้องให้แพทย์มีรายได้ประมาณร้อยละ ๖๐-๗๐ ของภาคเอกชน

ส่วนมาตรการด้านความก้าวหน้าของวิชาชีพ ส่งผลต่อการคงอยู่ของแพทย์ในรพ.อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยแพทย์ทั้งกลุ่มที่ไม่มีแผนการย้ายออกและกลุ่มที่มีแผนย้ายออกต่างมีความพึงพอใจต่อความก้าวหน้าในตำแหน่งนายแพทย์ระดับเชี่ยวชาญถึงร้อยละ ๗๐.๕๕ และ ๗๐.๘๗ ตามลำดับ จากการวิเคราะห์ความพึงพอใจในการทำงานและความก้าวหน้าด้านวิชาชีพ พบว่า การสนับสนุนให้แพทย์ในรพ.มีความก้าวหน้าในวิชาชีพถึงระดับเชี่ยวชาญทุกตำแหน่งมีคะแนนความพึงพอใจสูงสุด รองลงไปคือการทำงานร่วมกับแพทย์และทีมสุขภาพของโรงพยาบาล และ การอยู่ในระบบราชการทำให้มีความรู้สึกมั่นคง ตามลำดับ สอดคล้องกับ Anthony et al.^(๑๗) ที่พบว่า ปัจจัยที่มีผลต่อการคงอยู่ในการทำงาน ได้แก่ ความคุ้นชินกับบริบทของพื้นที่ ความพึงพอใจในเพื่อนร่วมงานที่ดี และ สอดคล้องกับทฤษฎีการจูงใจของเฮอริชเบิร์ก (Herzberg's Motivation-Hygiene Theory)^(๒๐) ที่กล่าวว่า ผู้ปฏิบัติงานที่มีความพึงพอใจในงานจะมีแรงจูงใจที่จะทำงานมากขึ้น ส่วนผู้ที่ไม่มีความพึงพอใจจะไม่มีแรงจูงใจในการทำงาน จำแนกปัจจัยที่เกี่ยวข้องได้เป็น ๒ กลุ่ม คือ ปัจจัยค้ำจุน (Maintenance factors) ได้แก่ ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล สภาพการทำงาน เงินเดือน ค่าตอบแทน



ตำแหน่งการทำงาน ความมั่นคงในงาน และความเป็นอยู่ของบุคคล เป็นต้น และ ปัจจัยจูงใจ (Motivation factors) ที่สร้างความพึงพอใจในการทำงานที่เกี่ยวข้องกับตัวงานนั้น ได้แก่ ความก้าวหน้าในการทำงาน โอกาสเจริญเติบโต การยอมรับนับถือ และความสำเร็จในการทำงาน ซึ่งผลการศึกษาพบว่า มาตรการด้านการเงินเป็นปัจจัยสำคัญ ส่วนความก้าวหน้าของวิชาชีพเป็นปัจจัยจูงใจในการทำงานให้ประสบความสำเร็จ

สรุปผลการศึกษา

ความเห็นของแพทย์ในรพช. เรื่องมาตรการด้านการเงิน และความก้าวหน้าในวิชาชีพ ต่อการคงอยู่ของแพทย์ในรพช. พบว่าปัจจัยเรื่องมาตรการปรับอัตราค่าตอบแทนเบียดเบียนเหมาะสมแก่แพทย์ในรพช. และ ปัจจัยเรื่องความก้าวหน้าในวิชาชีพของแพทย์ในรพช. ที่สามารถก้าวหน้าได้ถึงระดับเชี่ยวชาญมีผลต่อการคงอยู่ของแพทย์ในรพช.

ข้อเสนอแนะ งานวิจัยนี้มีข้อเสนอแนะจากการศึกษาดังนี้

๑. ข้อเสนอแนะสำหรับผู้ปฏิบัติงาน การศึกษานี้ยังมีข้อจำกัดอยู่ การนำผลการวิจัยไปใช้ควรระมัดระวัง เนื่องจากงานวิจัยนี้เป็นการศึกษาเชิงสำรวจแบบภาคตัดขวาง ซึ่งผลการศึกษาก็จะเป็นผลของช่วงระยะเวลาที่ศึกษาเท่านั้น ถ้ามีปัจจัยภายนอกอื่นๆเข้ามามีอิทธิพล เช่น นโยบายรัฐบาล หรือ การใช้ค่าภาระงานแทนที่เบียดเบียนเหมาะสม อาจทำให้ปัจจัยต่างๆเปลี่ยนแปลงไป รวมทั้งการกระจายตัวของกลุ่มตัวอย่าง แพทย์อาวุโสและแพทย์ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทางมีน้อย กลุ่มตัวอย่างที่ได้จึงเป็นแพทย์เพิ่มพูนทักษะและแพทย์ใช้ทุนเป็นส่วนใหญ่ซึ่งเป็นแพทย์อายุน้อยในวัยเริ่มต้นทำงาน ผลการศึกษาที่ได้จึงอาจทำให้ความคิดเห็นโดยรวมมีความแตกต่างออกไปจากกลุ่มแพทย์ที่ทำงานในรพช.มากกว่า ๑๐ ปีขึ้นไป

๒. ข้อเสนอแนะในเชิงนโยบาย การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาถึงมาตรการด้านการเงินที่ภาครัฐนำมาใช้ ผลการศึกษาใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานเกี่ยวกับมาตรการด้านการเงิน ซึ่งคงพอจะคาดเดาได้ว่าเป็นปัจจัยสำคัญของการทำงานตามทฤษฎีแรงจูงใจ ในเชิงนโยบายควรจะมีการศึกษาเพิ่มเติมเพื่อศึกษาถึงปัจจัยด้านอื่นๆที่มีผลต่อการทำงานและความภาคภูมิใจในองค์กร

ที่ไม่มีเรื่องเงินหรือผลประโยชน์อื่นเข้ามาเกี่ยวข้อง เพื่อใช้ประกอบในการวางแผนพัฒนาตัวกำลังคนในระบบสาธารณสุขระดับอำเภอได้ดียิ่งขึ้น

๓. ข้อเสนอแนะสำหรับการศึกษาเพิ่มเติม ควรจะมีการศึกษาปัจจัยต่อเนื่อง เพื่อดูการเปลี่ยนแปลงของปัจจัยในแต่ละช่วงเวลา เพื่อให้สามารถบ่งบอกถึงปัจจัยที่มีผลอย่างถาวรและชัดเจนได้ดีขึ้น หรืออาจทำการศึกษาวัยเชิงคุณภาพโดยการสัมภาษณ์เชิงลึก เพื่อให้เห็นถึงปัจจัยที่แท้จริงของคนที่มีมุ่งมั่นทำงานในโรงพยาบาลชุมชนมาโดยตลอด

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณ นพ.เอกรัฐ จันทร์วันเพ็ญ และคุณดวงฤทัย สุคนธปฏิบัติภาค ที่ให้คำแนะนำจนเกิดการเรียนรู้และช่วยตรวจสอบเครื่องมือวิจัย ตลอดจนให้ข้อคิดเห็นที่มีค่าอย่างยิ่ง ขอขอบพระคุณแพทย์ในรพช.ทุกท่านที่กรุณาสละเวลาอันมีค่าในการตอบแบบสอบถาม รวมถึงเจ้าหน้าที่ฝ่ายธุรการของโรงพยาบาลลิซลทุกท่านที่มีส่วนช่วยสนับสนุนให้งานวิจัยครั้งนี้สำเร็จได้

เอกสารอ้างอิง

๑. สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. สัดส่วนแพทย์ต่อประชากรทั่วประเทศไทย [on line] ๒๕๕๓ [สืบค้น ๑๖ กุมภาพันธ์ ๒๕๕๔] แหล่งข้อมูล: URL: <http://bps.ops.moph.go.th/index.php>
๒. ทักษพล ธรรมรังสี. การลาออกของแพทย์. วารสารวิชาการสาธารณสุข ๒๕๔๖;๑๒:๑๐๔๔-๗.
๓. Barbara Starfield. Pathways of influence on equity in health. Social Science & Medicine 2007;64:1355-62.
๔. ชมรมแพทย์ชนบท. ข้อเสนอแนวทางแก้ปัญหาขาดแพทย์ในชนบท. [on line] ๒๕๕๒ [สืบค้นเมื่อ ๑๖ กุมภาพันธ์ ๒๕๕๔] แหล่งข้อมูล: URL: <http://www.ruraldoctor.org>
๕. สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข. หนังสือเวียนที่ สธ. 0201.042.1/ว 994. หลักเกณฑ์การจ่ายเงินค่าเบียดเบียนเหมาะสม. ๒๕๕๑.
๖. นิลนตร วีระสมบัติ. การคงอยู่ของแพทย์ในโรงพยาบาลชุมชนของประเทศไทย: กรณีศึกษาจังหวัดนครราชสีมา. วารสารวิชาการสาธารณสุข ๒๕๕๒;๑๘:๕๒๖-๓๖.
๗. Anthony Harding, Paula Whitehead, Parisa Aslani and Timothy

- Chen. Factors affecting the recruitment and retention of pharmacists to practice sites in rural and remote areas of New South Wales: A qualitative study. *Australian Journal of Rural Health* 2006;14:214-8.
๘. Conte SJ, Imershein AW, Magill MK. Rural community and physician perspectives on resource factors affecting physician retention. *Journal Rural Health* 1992;8:185-96.
๙. สุพิศรา ศรีวิมลชากร. สถานการณ์การขาดแคลนแพทย์ในประเทศไทย. [on line] ๒๕๕๑ [สืบค้น ๑๖ กุมภาพันธ์ ๒๕๕๔] แหล่งข้อมูล: URL: <http://dspace.hsri.or.th/dspace/handle/123456789/1102>
๑๐. Wibulpolprasert S, Pengpaiboon P. Integrated strategies to tackle the inequitable distribution of doctors in Thailand: four decades of experience. *Human Resources for Health* 2003;1:12.
๑๑. Yamane T. *Elementary sampling theory*. USA: Prentice Hall; 1967.
๑๒. พิศาล ไม้เรียง, อนงค์ศรี จอสอน, อภิดา รุณวาทย์ และคณะ. ปัจจัยที่มีผลต่อการคงอยู่ของศิษย์เก่าแพทยศาสตร์บัณฑิต มหาวิทยาลัยขอนแก่น ในโรงพยาบาลชุมชนภาคตะวันออกเฉียงเหนือ. *คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น*. [on line] ๒๕๕๑ [สืบค้น ๑๖ กุมภาพันธ์ ๒๕๕๔] แหล่งข้อมูล: URL: <http://dspace.hsri.or.th/dspace/handle/123456789/698>
๑๓. สุวิทย์ วิบูลผลประเสริฐ. การสาธารณสุขไทย พ.ศ. ๒๕๔๒-๒๕๔๓. นนทบุรี: สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข ๒๕๔๕.
๑๔. พัชรี พุทธชาติ. ปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของแพทย์ใน 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้. [on line] ๒๕๕๐ [สืบค้น ๑๖ กุมภาพันธ์ ๒๕๕๔] แหล่งข้อมูล: URL: http://medinfo.psu.ac.th/smj2/smj25_1/pdf25_1/04patcharee.pdf
๑๕. Macq J, Van Lerberghe W. Managing health services in developing countries: moonlighting to serve the public? *Studies in Health Services Organization & Policy* 2000;16:177-86.
๑๖. Carrin G, Hanvoravongchai P. Provider payments and patient charges as policy tools for cost-containment: How successful are they in high-income countries?. *Human Resources for Health* 2003;1:6.