

ปัญหาแพทย์ลาออก ควรดำเนินการอย่างไร?

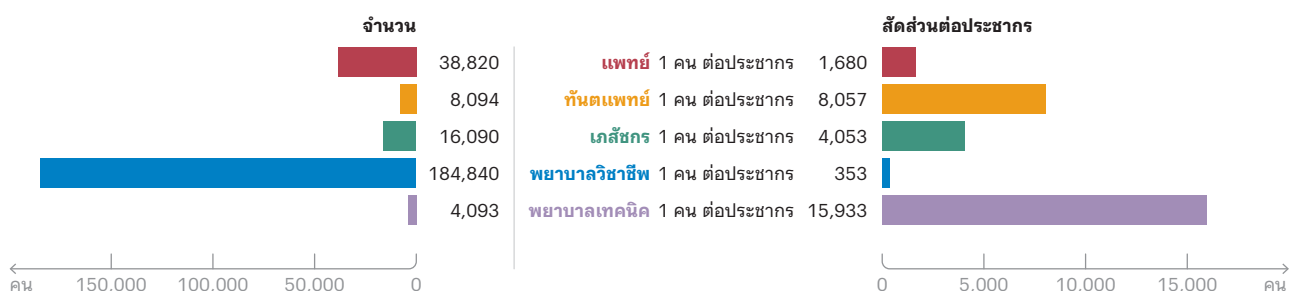
“ กระทรวงสาธารณสุขรายงานว่า ในช่วง ปี 2556–2565 ไทยมีแพทย์ลาออกเฉลี่ยปีละ 455 คน นอกจากนี้ยังมีเกษียณอายุปีละ 150–200 คน ทำให้แต่ละปี กระทรวงสาธารณสุขต้องสูญเสียบุคลากรแพทย์เฉลี่ยปีละ 655 คน นักวิชาการบางคนเรียกปรากฏการณ์ที่แพทย์ลาออกดังกล่าวว่าเป็นภาวะ The Great Resignation หรือ การลาออกครั้งใหญ่ของบุคลากรสาธารณสุข ”

บทนำ

ปัจจุบันระบบสาธารณสุขไทยกำลัง “ตระหนก” กับปัญหาขาดแคลนแพทย์ ส่วนหนึ่งมาจากการกระเพื่อมบุคลากรทางการแพทย์ลาออกจากระบบเป็นจำนวนมากในแต่ละปี โดยในช่วง 10 ปีที่ผ่านมา พบว่ามีแพทย์ลาออกเฉลี่ยปีละ 455 คน นอกจากนี้ยังมีแพทย์เกษียณอีกปีละ 150–200 คน โดยไทยมีสัดส่วนแพทย์เฉลี่ยต่อประชากรอยู่ที่ราว 1 ต่อ 1,680 คน ซึ่งต่ำกว่ามาตรฐานสากล จึงมีการเชื่อมโยงปรากฏการณ์ดังกล่าวกับบริการสาธารณสุข ว่าการขาดแคลนบุคลากรทางการแพทย์จะส่งผลกระทบต่อประชาชนในการเข้ารับบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ และทำให้ผู้ที่ปฏิบัติงานต้องทำงานหนักเกินกว่ามาตรฐานสากล ซึ่งโดยข้อเท็จจริงแล้ว ปัญหาเรื่องการให้บริการทางการแพทย์มีความซับซ้อนกว่านั้น อาจมาจากหลายสาเหตุ เช่น ปัญหาเรื่องการกระจายแพทย์ โดยมีทั้งปัญหาแพทย์ขาดและแพทย์เกินในแต่ละพื้นที่ ปัญหาของระบบบริการ ซึ่งเป็นปัญหาของระบบราชการที่ขาดประสิทธิภาพ ปัญหาภาระงานจากระบบบัตรทองที่มีผู้มาใช้บริการจำนวนมาก ทำให้แพทย์บางส่วนทำงานหนักเกินกว่ามาตรฐาน และปัญหาเชิงโครงสร้างของสถานพยาบาลต่าง ๆ ที่ขาดความคล่องตัวและมีทรัพยากรจำกัด จึงจำเป็นต้องปรับตัวให้เป็นเอกชน หรือองค์กรมหาชนมากขึ้น **บทความนี้เป็นการอภิปรายถึงสถานการณ์ที่บุคลากรทางการแพทย์ลาออก และวิเคราะห์ถึงสาเหตุ ผลกระทบ และแนวทางการแก้ไขปัญหา**

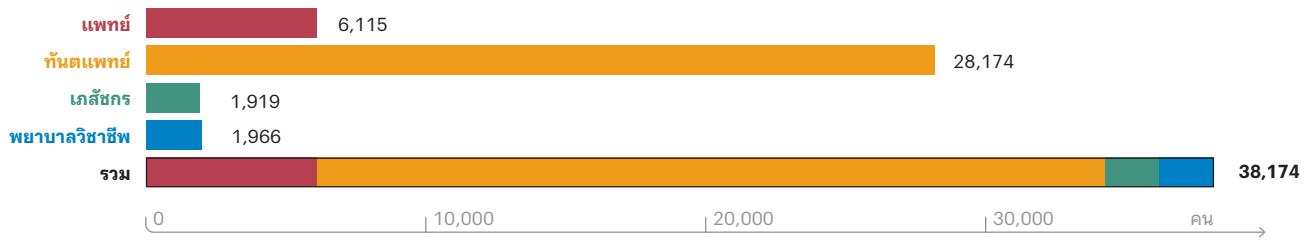
องค์การอนามัยโลก (WHO) ได้กำหนดมาตรฐานจำนวนแพทย์ต่อประชากรไว้ที่แพทย์ 1 คนต่อประชากร 1,000 คน¹ กำหนดสัดส่วนพยาบาลต่อจำนวนประชากรไว้ที่ 1 ต่อประชากร 200 คน² โดยข้อมูลแพทยสภา ณ วันที่ 23 กุมภาพันธ์ 2567 พบว่า ประเทศไทยมีแพทย์ที่ยังมีชีวิต มีใบอนุญาต จำนวน 71,611 คน เป็นชาย 37,685 คน หญิง 33,926 คน นอกจากนี้ ยังจำแนกเป็นแพทย์ที่สามารถติดต่อได้จำนวน 69,603 คน เป็นแพทย์อยู่ในกรุงเทพฯ 33,499 คน แพทย์ที่อยู่ในต่างจังหวัด จำนวน 36,104 คน³ จากจำนวนแพทย์ดังกล่าว พบว่าประเทศไทยมีแพทย์เพิ่มขึ้นเป็นจำนวนมากจากอดีต แต่หากถามถึงความเพียงพอ การมีมากย่อมส่งผลดีต่อระบบบริการ เพื่อรองรับการใช้บริการของประชาชนได้มากขึ้น และความเหมาะสมในการจัดสรรเวลาทำงานของบุคลากร แม้จำนวนแพทย์จากแพทยสภาจะมีจำนวนมาก แต่ในความเป็นจริงนั้น ไม่ใช่แพทย์ทุกคนจะปฏิบัติงานรักษาคนไข้ แพทย์จำนวนหนึ่งได้เบนสายการทำงานไปในด้านอื่น ๆ เช่น งานบริหาร งานวิชาการ งานนอกสายวิชาชีพอื่น ๆ โดยสำนักงานสถิติแห่งชาติได้รายงานสัดส่วนบุคลากรทางการแพทย์ต่อประชากรในปี 2564 ดังนี้ **แพทย์ 1 คน ต่อประชากร 1,680** ทันตแพทย์ 1 คนต่อประชากร 8,057 คน เภสัชกร 1 คน ต่อประชากร 4,053 คน พยาบาลวิชาชีพ 1 คน ต่อประชากร 353 คน และพยาบาลเทคนิค 1 คน ต่อประชากร 15,933 คน⁴ ตามภาพที่ 1

ภาพที่ 1 สัดส่วนบุคลากรทางการแพทย์ต่อประชากรในปี 2564



ที่มา : สำนักงานสถิติแห่งชาติ ข้อมูล ณ วันที่ 3 มกราคม พ.ศ. 2567

ภาพที่ 2 จำนวนบุคลากรทางการแพทย์ที่ยังขาดแคลน



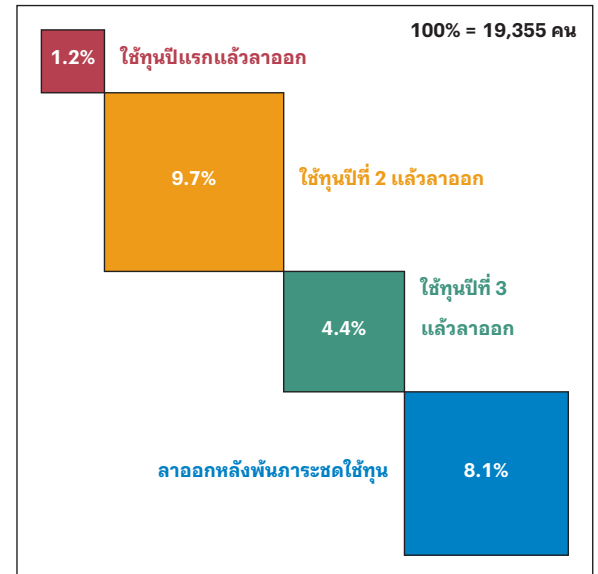
เมื่อเปรียบเทียบกับมาตรฐานจำนวนแพทย์ต่อประชากรที่องค์การอนามัยโลก (WHO) กำหนด พบว่าประเทศไทยยังมีอัตรากำลังแพทย์และบุคลากรทางการแพทย์ที่ยังไม่เพียงพอ ซึ่งข้อมูลจากแผนกำลังคน ตามการจัดระบบบริการโดยเขตสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข ปี 2563–2567 (Blueprint of Health Service and Human Resource) รายงานจำนวนตัวเลขวิชาชีพหลักของงานสาธารณสุขในประเทศไทย อันได้แก่ แพทย์ พยาบาล เภสัชกร และทันตแพทย์ หากนับจากสถิติกำลังคนด้านสุขภาพ ทั้ง 12 เขตสุขภาพที่สังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข พบว่าสถานการณ์ของทั้ง 4 วิชาชีพรวมกันนั้นยังคงขาดแคลนถึง 38,174 ตำแหน่ง โดยยังมีความต้องการเพิ่มของแพทย์ 6,115 ตำแหน่ง พยาบาล 28,174 ตำแหน่ง เภสัชกร 1,919 ตำแหน่ง และทันตแพทย์อีก 1,966 ตำแหน่ง⁵ ตามภาพที่ 2

ปรากฏการณ์ “แพทย์และบุคลากรทางการแพทย์ลาออก”

กระทรวงสาธารณสุขได้เปิดเผยข้อมูลจำนวนแพทย์ และการลาออกของแพทย์ระหว่างปี 2556–2565 ว่า ตลอดระยะเวลา 10 ปีดังกล่าว มีแพทย์บรรจุในระบบรวม 19,355 คน จำแนกแพทย์ที่ลาออกเป็นแพทย์ใช้ทุนปีแรกแล้วลาออก จำนวน 226 คน คิดเป็น 1.2% เฉลี่ยปีละ 23 คน แพทย์ใช้ทุนปีที่ 2 แล้วลาออก จำนวน 1,875 คน คิดเป็น 9.7% เฉลี่ยปีละ 188 คน แพทย์ใช้ทุนปีที่ 3 แล้วลาออก จำนวน 858 คน คิดเป็น 4.4% เฉลี่ยปีละ 86 คน และแพทย์ลาออกหลังพ้นภาระชดใช้ทุน จำนวน 1,578 คน คิดเป็น 8.1% เฉลี่ยปีละ 158 คน โดยสรุปภาพรวมเฉลี่ยลาออกปีละ 455 คน นอกจากนี้ยังมีเกษียณปีละ 150–200 คน รวมประมาณปีละ 655 คน ซึ่งปัญหาดังกล่าวเป็นปัญหาในระบบบริการสาธารณสุขที่สืบเนื่องมาเป็นระยะเวลานาน⁶

ปรากฏการณ์แพทย์ลาออกถูกยืนยันจาก รศ. ดร. นพ.บวรศม ลีระพันธ์ รองหัวหน้าศูนย์นโยบายและการจัดการสุขภาพ คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล เรียกสถานการณ์นี้ว่า ภาวะ “The Great Resignation” หรือ “การลาออกครั้งใหญ่ของบุคลากรสาธารณสุข” โดยเป็นปัญหาที่เกิดขึ้นมาไม่ต่ำกว่า 10 ปี เป็นวิกฤตของระบบสาธารณสุขไทยที่มีอยู่จริง การจัดการปัญหาด้วยแนวคิดเชิงคุณภาพ ไม่ได้ดูแลตัวเลขจำนวนแพทย์และพยาบาลที่ผลิต แต่ต้องพิจารณาปัญหาเชิงระบบในการปฏิบัติงานจริง ๆ ของบุคลากรซึ่งเป็นส่วนสำคัญในการหาทางออกของปัญหาส่วนหนึ่งมาจากภาระงานที่ล้นมือของแพทย์ พยาบาล และบุคลากรทางการแพทย์ ส่งผลต่อความไม่ปลอดภัยของคนไข้ในการรับบริการ และเกิดความเหลื่อมล้ำในการเข้าถึงระบบบริการสุขภาพ ซึ่งผู้ป่วยจำเป็นต้องได้รับการที่เพียงพอ มีมาตรฐาน จากทีมบุคลากร

ภาพที่ 3 ร้อยละของช่วงเวลาการลาออกของแพทย์ที่บรรจุในระบบ ระหว่างปี 2556–2565



ที่ครบถ้วน ขณะที่ทีมบุคลากรก็ต้องมีคุณภาพชีวิตที่ดีด้วย⁷ **อีกทั้งในปัจจุบันมีสถานพยาบาลเอกชนเพิ่มขึ้นจำนวนมาก รวมทั้งการเฟื่องฟูของธุรกิจเสริมความงาม ทำให้มีการตั้งแพทย์และพยาบาลออกไปจากโรงพยาบาลของรัฐจำนวนมาก ทำให้คนที่เหลือต้องรับภาระหนักเพิ่มขึ้น โดยสถานพยาบาลเอกชนมีแรงจูงใจที่สูงกว่า** มีสภาพการทำงานที่ดีกว่างานไม่หนักเท่าสถานพยาบาลของรัฐ อีกทั้งค่าตอบแทนก็สูงกว่า⁸

ประธานสถาบันแพทย์แห่งประเทศไทย เผยว่า **สถานการณ์บุคลากรทางการแพทย์ลาออกจากรัฐไม่ใช่เพียงแพทย์ แต่ยังรวมไปถึง พยาบาล-เภสัชกร และวิชาชีพอื่น ๆ** ปัจจัยที่ส่งผลต่อการตัดสินใจลาออกของแพทย์และบุคลากรทางการแพทย์มาจากหลายสาเหตุ เช่น แพทย์รายนั้นทำงานครบระยะการใช้ทุน จึงลาออกไปทำที่อื่น หรือด้วยเหตุผลส่วนตัว ภาระงานที่หนัก ค่าตอบแทนที่ต่ำกว่าเอกชน ระบบการทำงานในโรงพยาบาลที่กดดันการทำงานของแพทย์จบใหม่ ฯลฯ **กระทรวงสาธารณสุขจึงมีแผนการผลิตแพทย์ โดยเป็นการปรับรอบอัตรากำลังในปี 2565-2570 และตั้งเป้าหมายในการผลิตแพทย์ให้ได้ 35,000 คน ในปี 2570 ซึ่งเพิ่มจากกรอบเดิมประมาณ 10,000 คน**¹⁰

สาเหตุของการลาออกของแพทย์

จากสถานการณ์การลาออกครั้งใหญ่ของบุคลากรสาธารณสุข (The Great Resignation) หลายฝ่ายต่างยอมรับว่าปัญหาดังกล่าวเป็นปัญหาเรื้อรังที่เกิดขึ้นมาเป็นเวลานานหลายสิบปี มีความซับซ้อน ซึ่งอาจไม่สามารถแก้ไขให้ลุล่วงได้ในทันที และที่สำคัญคือปัญหาดังกล่าวเป็น ‘ปัญหาเชิงระบบ’ ซึ่งไม่สามารถแก้ปัญหาลงได้ด้วยนโยบายระยะสั้น หรือใช้การแก้ไขเฉพาะหน้าเท่านั้น โดยสามารถสรุปวิเคราะห์ถึงสาเหตุของการลาออกของบุคลากรทางการแพทย์ โดยเฉพาะแพทย์ ได้ดังนี้

1. ภาระงานที่หนัก

ภาระงานในการดูแลให้บริการทางการแพทย์และสาธารณสุขของไทยนั้นเพิ่มมากขึ้นจากหลายปัจจัยประกอบกัน ไม่ว่าจะเป็นการเปลี่ยนแปลงทางประชากรส่งผลให้ประชากรไทยสูงวัยขึ้น และต่อภาระงานของบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขไทยด้วย

จากการวิเคราะห์ความต้องการกำลังคนด้านสุขภาพสำหรับระบบบริการระดับทุติยภูมิของประเทศไทยในปี 2569 งานศึกษาชี้ว่าในอนาคตประเทศไทยจะมีความต้องการกำลังคนด้านสุขภาพเพิ่มขึ้นทุกสาขา จึงต้องเตรียมความพร้อมด้านการจัดสรรกำลังคนให้เพียงพอกับความต้องการในอนาคตนั้น¹¹

อีกทั้งระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าได้ส่งเสริมให้ประชากรเข้าถึงบริการสุขภาพได้อย่างทั่วถึงและเท่าเทียมนั้น ทำให้ประชาชนชาวไทยสามารถเข้าถึงบริการทางสุขภาพได้อย่างถ้วนหน้า แต่ก็อาจส่งผลให้แพทย์และบุคลากรทางการแพทย์ในสถานพยาบาลของรัฐมีภาระงานมากขึ้น แม้จะมีจำนวนแพทย์เพิ่มขึ้นก็ตาม แต่อาจเกิดการกระจุกตัวของผู้มารับบริการในสถานพยาบาลบางแห่ง โดยปัจจัยหนึ่งที่ส่งผลต่อการตัดสินใจลาออกจากระบบสาธารณสุขภาครัฐเกิดจากภาระงานที่หนัก จากข้อมูลพบว่า แพทย์ในโรงพยาบาลบางแห่งต้องทำงานหนักอยู่เวรติดต่อกันหลายชั่วโมงต่อสัปดาห์ อาจเนื่องมาจากบุคลากรไม่เพียงพอ หรือการบริหารจัดการของสถานพยาบาลที่ขาดประสิทธิภาพ ทำให้แพทย์ต้องอยู่เวรนอกเวลาราชการต่อเนื่องไปจนถึงเวลาราชการของอีกวันหนึ่ง โดยในบางกรณี แพทย์อาจทำงานมากถึงสัปดาห์ละ 100-120 ชั่วโมง¹²

2. ค่าตอบแทนต่ำ

กรอบอัตราค่าจ้างการบรรจุแพทย์ในระบบข้าราชการมีเพดานไว้ไม่เกิน 40% ของงบประมาณด้านบุคลากร ทำให้ไม่สามารถบรรจุแพทย์ทั้งหมดเป็นข้าราชการได้ จึงต้องจ้างในลักษณะสัญญาจ้าง ซึ่งค่าตอบแทนของภาครัฐนั้นต่ำกว่าภาคเอกชน แพทย์หลายคนจึงเลือกเปิดคลินิกส่วนตัว หรือทำงานที่โรงพยาบาลเอกชนเพื่อคุณภาพชีวิตที่ดีกว่า

3. สวัสดิการและคุณภาพชีวิตที่ไม่ดีนัก

แพทย์ไม่ได้มีหน้าที่รักษาคนไข้เพียงอย่างเดียวแต่อาจจะต้องทำงานด้านเอกสาร กรอกข้อมูลต่าง ๆ ส่ง สปสช. หรือทำข้อมูลรายงานเพื่อรองรับการตรวจสถานพยาบาลหรือ HA ด้วย และยังมีการประชุมนอกสถานที่ นอกจากนี้สำหรับแพทย์จบใหม่ บ้านพักแพทย์ที่เก่าทรมานเป็นอีกปัญหาสำคัญที่กระทบต่อคุณภาพชีวิตเมื่อเทียบกับอาชีพอื่น อีกทั้งยังมีปัญหาเรื่องสวัสดิการค่าตอบแทน รวมถึงภาระหน้าที่ของแพทย์อาวุโสในแต่ละโรงพยาบาลในการให้คำปรึกษาและช่วยงานและความเป็นธรรมในการจัดภาระงาน อาทิ การดูแลคนไข้นอกเวลาและในวันหยุด ความเสี่ยงของคดีความ ดังนั้นความช่วยเหลือด้านกฎหมายของโรงพยาบาลจึงมีความสำคัญที่จะทำให้แพทย์ใหม่ปฏิบัติงานและปรับตัวผ่านช่วงเพิ่มพูนทักษะได้ รวมถึงการสนับสนุนทุนการศึกษาต่อด้วย เพราะแพทย์กว่า 80% ต้องการความก้าวหน้าในสายวิชาชีพ ด้วยการเรียนต่อเป็นแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ

๔ วัฒนธรรมองค์กรและสิ่งแวดล้อม

เป็นที่ยอมรับกันว่าวัฒนธรรมองค์กรของแพทย์ค่อนข้างมีชั้น โดยแพทย์จบใหม่ หรือ intern จะมีพี่เลี้ยงเป็นแพทย์รุ่นพี่ แต่แพทย์รุ่นพี่บางคนมักจะผลักรางานให้แพทย์รุ่นน้อง มีการพูดจาไม่ถนอมน้ำใจซึ่งกันและกัน ซึ่งเป็นวัฏจักรที่แพทย์รุ่นพี่เองเคยพบปัญหาแบบนี้เมื่อครั้งเป็น intern มาก่อน จึงกลายเป็นวัฒนธรรมรุ่นพี่กดดันรุ่นน้องสืบทอดกันมา จึงควรปรับโครงสร้างของระบบการทำงาน หรือปรับกฎกติกาที่กำหนดความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลหรือหน่วยงานที่ต้องทำงานร่วมกัน โดยปัญหาซับซ้อนและเรื้อรังไม่ได้เกิดจากพฤติกรรมส่วนบุคคลเท่านั้น แต่ยังเกิดจากปัจจัยที่ฝังอยู่ในโครงสร้างของระบบ (endogeneity) ที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่วนบุคคลของคนหรือองค์กรอีกด้วย จึงจำเป็นต้องเปลี่ยนแปลงโครงสร้างของระบบ (structural change) ที่ส่งผลต่อการปรับพฤติกรรมของคนหรือองค์กรในระยะยาวเพื่อแก้ไขปัญหาอย่างยั่งยืน¹³

๕ ความต้องการแพทย์เพิ่มขึ้นทั้งภาครัฐและเอกชน

ปัญหาแพทย์ขาดแคลนกำลังเกิดขึ้นในหลายประเทศ ส่วนหนึ่งมาจากสังคมสูงวัยทำให้มีผู้มารับบริการทางการแพทย์เพิ่มขึ้น และส่วนหนึ่งมาจากนโยบายส่งเสริมการท่องเที่ยวเชิงการแพทย์ในหลายประเทศ ทำให้เกิดความต้องการบุคลากรแพทย์และสาธารณสุขจำนวนมากในภาคเอกชนทั้งในประเทศไทยและต่างประเทศ ซึ่งภาคเอกชนนั้นมีปัจจัยดึงดูดที่น่าสนใจ ไม่ว่าจะเป็นด้านค่าตอบแทนที่สูงกว่า หรือสวัสดิการและคุณภาพชีวิตในการทำงานที่ดีกว่า จึงเกิดการลาออกของแพทย์จากระบบราชการจำนวนหนึ่งเพื่อไปทำงานในภาคเอกชน ทั้งในประเทศและต่างประเทศ¹⁴

แนวทางการแก้ปัญหาการขาดแคลนแพทย์

ในการแก้ไขปัญหาบุคลากรแพทย์ขาดแคลนนั้น หน่วยงานที่เกี่ยวข้องอาจกำหนดแนวทางการแก้ไขปัญหาได้หลายแนวทางประกอบกัน ดังนี้

๑ แก้ปัญหาการกระจุกตัวของบุคลากรแพทย์

จากรายงานข้อมูลทรัพยากรของกระทรวงสาธารณสุขประจำปี 2565 ระบุว่า บุคลากรทางการแพทย์ต่อประชากรในระดับประเทศเท่ากับ แพทย์ 1 คนต่อประชากร 1,665 คน¹⁵ (ซึ่งใกล้เคียงกับข้อมูลของสำนักงานสถิติแห่งชาติในปี 2564 ที่รายงานว่ามีแพทย์ 1 คนต่อประชากร 1,680 คน) แต่ในความเป็นจริงการกระจายบุคลากรทางการแพทย์ไม่ได้ถูกจัดสรรเท่ากันทุกพื้นที่ ส่งผลให้บางจังหวัดสัดส่วนแพทย์สูงกว่าจำนวนค่าเฉลี่ยประชากรถึง 2-3 เท่า ข้อมูลบุคลากรแพทย์ของแพทยสภาสะท้อนให้เห็นว่า ปัจจุบันบุคลากรแพทย์ในประเทศไทยมีการกระจุกตัวอยู่ในเขตสุขภาพที่ 13 กรุงเทพมหานครมากถึง 48%³ แต่ในเขตอื่น ๆ แพทย์แต่ละพื้นที่จะมีสัดส่วนแตกต่างกันไป โดยเขตเมืองใหญ่จะมีการจูงใจเรื่องเศรษฐกิจและสิ่งอำนวยความสะดวกในการใช้ชีวิตประจำวัน ทำให้มีแพทย์ไปอยู่จำนวนมาก จึงเป็น

ความท้าทายในการดำเนินการแก้ไขปัญหาของกระทรวงสาธารณสุขที่จะต้องเร่งกระจายแพทย์ให้ทั่วถึง¹⁶ จากงานวิจัยเรื่อง “การศึกษาทางเลือกเชิงนโยบายในการกระจายแพทย์ไปยังหน่วยบริการสุขภาพในพื้นที่ขาดแคลนหรือห่างไกลในชนบท” ได้เสนอมาตรการในการดำเนินงานเป็น 2 ด้าน ได้แก่

มาตรการด้านการป้องกันการสูญเสียแพทย์ออกจากชนบท ทั้งการสรรหาและธำรงรักษา เช่น รับนักศึกษาที่มีภูมิลำเนาอยู่ในชนบทให้เข้าเรียนแพทย์ ช่วยเหลือแพทย์กรณีเกิดการฟ้องร้อง กำหนดภาระงานของแพทย์ให้เหมาะสม (work-life balance) การกระจายอำนาจการบริหารจัดการแพทย์จากส่วนกลางไประดับท้องถิ่น ฯลฯ

มาตรการสร้างแรงจูงใจและพัฒนา เช่น การจัดให้มีระบบที่ปรึกษาจากแพทย์รุ่นพี่หรือผู้เชี่ยวชาญ การพัฒนาระบบ telemedicine/consult เพื่อกระจายความรู้และให้แพทย์ในชนบทมีความมั่นใจในการทำงานมากขึ้น การให้ค่าตอบแทนที่ยุติธรรมและตรงเวลา การกำหนดความก้าวหน้าตามความรู้ความสามารถที่ทำงานในชนบทโดยไม่ต้องย้ายไปรับตำแหน่งนอกพื้นที่ ออกแบบระบบบริการสุขภาพที่ส่งเสริมการใช้ทรัพยากรทั้งของภาครัฐ เอกชน และท้องถิ่น เพื่อการจัดบริการร่วมกัน ฯลฯ¹⁷

๒ เพิ่มการผลิตแพทย์รุ่นใหม่

ในแผนการผลิตแพทย์ แนวทางการเพิ่มบุคลากรแพทย์ใหม่ ๆ ในระบบสาธารณสุขจำเป็นต้องหาแนวทางใหม่ ๆ เพิ่มเติม โดยกระทรวงอุดมศึกษา มีแผนผลิตแพทย์เพิ่มประมาณ 3,000 คน ในช่วงปี 2561–2570 รวมจำนวนแพทย์ทั้งหมด 33,780 คน ส่วนกระทรวงสาธารณสุขก็มีโครงการผลิตแพทย์เพิ่มประมาณปีละ 1 พันกว่าคน โดยหากผลิตจนถึงปี 2570 จะได้แพทย์เพิ่มอีกราว 11,516 คน¹⁸ ทั้งนี้ ดร.วิโรจน์ ณ ระนอง ผู้อำนวยการวิจัยด้านนโยบายสาธารณสุขและการเกษตรของสถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย (TDRI) ได้เสนอแนวทางการแก้ไขปัญหาการผลิตแพทย์ โดยพิจารณาให้โรงพยาบาลเอกชนที่มีศักยภาพเปิดสอนเป็นโรงเรียนแพทย์ และเปิดสอนแพทย์เฉพาะทาง หรือวิทยาลัยพยาบาลได้ เนื่องจากระยะเวลาที่สั้นกว่าปีที่ผ่านมา มีอาจารย์จากโรงเรียนแพทย์จำนวนมากถูกดึงหรือซื้อตัวไปอยู่ที่โรงพยาบาลเอกชนชั้นนำ ทำให้โรงพยาบาลเหล่านั้นมีอาจารย์ที่มีศักยภาพและประสบการณ์ในการสอน จึงควรดึงศักยภาพตรงนั้นมาใช้แก้ปัญหาคารขาดแคลนแพทย์เฉพาะทาง¹⁹

๓ จัดสรรค่าตอบแทน และสวัสดิการที่จูงใจ

เป็นอีกปัจจัยสำคัญในการดึงดูดให้แพทย์ยังคงตัดสินใจปฏิบัติงานในระบบ โดยมีประเด็นสำคัญที่ต้องเร่งดำเนินการคือ **พิจารณาปรับค่าแรงให้บุคลากรการแพทย์ที่เหมาะสมและสามารถสร้างแรงจูงใจการทำงานในระบบได้** ปรับเวลาการทำงานของแพทย์ให้เหมาะสม ไม่ให้มีภาระงานมากเกินไปอย่างที่เป็นอย่างที่เป็นอยู่ในปัจจุบัน อีกทั้งมีการพิจารณาสวัสดิการในการศึกษาดูงานหรือทุนการศึกษาเพื่อเพิ่มพูนความรู้ความสามารถ และประสบการณ์ของแพทย์อย่างทั่วถึง และการบริหารจัดการองค์กร โดยเฉพาะการจัดการกำลังคนภายในแต่ละสถานพยาบาลบนพื้นฐานความแตกต่างของแนวคิดระหว่างวัย (generation gap) ทั้งนี้ แพทยสภาได้เน้นจัดการปัญหาแพทย์ลาออกด้วยการปรับสวัสดิการค่าตอบแทน รวมถึงให้ความสำคัญในการจัดการงาน อาทิ การดูแลคนไข้ ความเสี่ยงของคดีความ ความช่วยเหลือด้านกฎหมายของโรงพยาบาล และการจัดสรรทุนการศึกษาต่อ²⁰

๔ บริหารโรงพยาบาลของรัฐอย่างเอกชนเพื่อประชาชน

ศ. นพ.ประเวศ วะสี ได้เสนอให้รัฐบาลปรับมุมมองการบริหารโรงพยาบาลของกระทรวงสาธารณสุข โดยเปลี่ยนเป็นการบริหารแบบเอกชน ซึ่งจะทำให้โรงพยาบาลรัฐสามารถจัดการบริการได้ดีขึ้น เพื่อพัฒนาคุณภาพบริการให้เทียบเท่ากับโรงพยาบาลที่เอกชนเป็นเจ้าของ **ในประเทศไทยมีตัวอย่างโรงพยาบาลรัฐที่บริการแบบเอกชนแล้วอย่างโรงพยาบาลบ้านแพ้ว (องค์การมหาชน) จังหวัดสมุทรสาคร** พบว่าโรงพยาบาลบ้านแพ้วสามารถบริหารคล่องตัวแบบเอกชน มีจำนวนแพทย์เพิ่มขึ้น สภาวะแวดล้อมในการทำงานของบุคลากรดีขึ้น สามารถให้บริการประชาชนได้อย่างดี ทำให้ประชาชนในอำเภอบ้านแพ้วส่วนใหญ่เลือกรับบริการที่โรงพยาบาลบ้านแพ้ว การบริหารโรงพยาบาลของรัฐแบบเอกชนนั้นยังสามารถสร้างการทำงานเป็นเครือข่าย และร่วมใช้เทคโนโลยีราคาแพงได้อีกด้วย²¹

๕ หน่วยงานที่เกี่ยวข้องให้ความสำคัญในการแก้ไขปัญหและดำเนินการแก้ปัญหาอย่างจริงจัง

แม้แพทยสภาในฐานะที่เป็นหน่วยงานที่กำกับดูแลแพทย์ จะให้ความสำคัญในปัญหาการลาออกจากระบบภาครัฐของแพทย์ แต่ก็แก้ไขปัญหได้เพียงบางส่วนเท่านั้น เนื่องจากปัญหานี้มีความซับซ้อนและมีหน่วยงานที่เกี่ยวข้องจำนวนมาก ที่สำคัญคือเกิดการขาดแคลนแพทย์ผู้ปฏิบัติงานในสถานพยาบาลบางแห่ง จนเกิดการควบแวน เมื่อเทียบกับภาระงานหรือจำนวนผู้ป่วยที่มาใช้บริการ ทำให้ต้องทำงานมากกว่าที่ควรเป็น โดยรัฐบาลต้องจัดสรรงบประมาณในการจัดจ้างบุคลากรทางการแพทย์เพิ่มเติมจากภายนอก นอกเหนือจากที่ได้บรรจุแพทย์จบใหม่ โดยอาจมาจากผู้ที่เกษียณอายุราชการ หรือจ้างงานแพทย์ในลักษณะ part-time จากโรงพยาบาลอื่น เพื่อให้ประชาชนได้รับการดูแลที่ดี และมีนโยบายดูแลสุขภาพเพื่อลดความเจ็บป่วย

หรือกระจายผู้ป่วยให้เข้าถึงด้วยเทคโนโลยีต่าง ๆ ซึ่งกระทรวงสาธารณสุขกำลังดำเนินการอยู่ สำหรับกระทรวงสาธารณสุขในฐานะของผู้ดูแลหน่วยบริการภาครัฐควรมีนโยบาย และแนวทางในการ**ดูแลบุคลากรให้สามารถทำงานอย่างมีความสุข มีสมดุลในการใช้ชีวิต (work-life balance)** เพื่อให้แพทย์สามารถให้บริการแก่ประชาชนได้อย่างมีคุณภาพ ส่วน**สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ควรพิจารณาการจ่ายเงินสนับสนุนหน่วยบริการที่เอื้อต่อการดำเนินงานของหน่วยบริการ และจูงใจให้แพทย์สนใจทำงานในหน่วยบริการในชุมชน** ทั้งนี้ รศ. นพ.ธีระ วรธนารัตน์ จากคณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ได้ให้ความคิดเห็น ว่า สิ่งที่ต้องทำคือ**ปรับปรุงสภาพแวดล้อมในการทำงานและการใช้ชีวิต เพื่อ “รักษาบุคลากรเดิม”** ไม่เช่นนั้น ถึงจะเร่งผลิตแพทย์ไปก็จะมีปัญหาแบบเดิม สอดคล้องกับความคิดเห็นของ นพ.แมนวัฒน์ โชคสุวัฒนสกุล สูตินรีแพทย์ โรงพยาบาลโชคชัย จังหวัดนครราชสีมา ที่กล่าวว่า แนวทางการแก้ไขปัญหานั้น **ควรรักษาแพทย์ในระบบให้ดีกว่าเดิม โดยเฉพาะการกำหนดภาระงานของแพทย์อินเทิร์นให้ชัดเจน หรือเพิ่มตำแหน่งแพทย์เวชศาสตร์ทั่วไปมาประจำในโรงพยาบาลใหญ่ ให้ทำงานบางอย่างแทนแพทย์อินเทิร์น**²²

สรุป

สถานการณ์การลาออกครั้งใหญ่ของบุคลากรสาธารณสุข (The Great Resignation) มีสาเหตุหลายประการ อาทิ ภาระงานที่หนัก ค่าตอบแทนต่ำ สวัสดิการที่ไม่จูงใจ สภาพแวดล้อมและวัฒนธรรมองค์กรที่กดดันแพทย์รุ่นใหม่ ระบบราชการที่จัดสรรทรัพยากรบุคคลและทรัพยากรอื่น ๆ อย่างขาดประสิทธิภาพ และแรงดึงดูดบุคลากรทางการแพทย์จากสถานพยาบาลเอกชน เป็นต้น โดยส่วนหนึ่งเป็นปัญหาเชิงระบบที่ต้องอาศัยภาคส่วนต่าง ๆ ร่วมกันแก้ไขทั้งในระยะสั้นและระยะยาว กระแสการถกเถียงกันอย่างกว้างขวางในเรื่องนี้ ก่อให้เกิดโอกาสในการแก้ไขปัญหาเชิงระบบด้วยเช่นกัน โดยผู้เกี่ยวข้องทุกฝ่ายควรเร่งทบทวนมาตรการในการแก้ไขปัญหาต่าง ๆ โดยมีเป้าหมายใหญ่เพื่อมุ่งไปสู่การกระจายแพทย์ไปยังพื้นที่ชนบทที่มีความขาดแคลนแพทย์ โดยพยายามแก้ไขปัญหานั้นที่แพทย์ต้องประสบจากการทำงาน เช่น ลดเวลาการทำงานของแพทย์ลง เพื่อให้มีความเหมาะสมกับการใช้ชีวิต และมี work-life balance ในการทำงาน ซึ่งไม่ได้แค่จำกัดเฉพาะวิชาชีพแพทย์เท่านั้น แต่รวมไปถึงการแก้ปัญหาของบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขอื่น ๆ ในโรงพยาบาลด้วย มีการจ้างแพทย์ในลักษณะ part-time โดยเฉพาะแพทย์ที่เกษียณแล้ว รวมทั้งการปรับรูปแบบของหน่วยบริการสาธารณสุขของรัฐ ให้เป็นหน่วยบริการที่มีรูปแบบการบริหารงานที่คล่องตัวขึ้น โดยบริหารงานคล้ายภาคเอกชน ดังเช่นโรงพยาบาลบ้านแพ้ว เป็นต้น



ที่มา : commons.wikimedia.org/wiki/File:Covid-19_San_Salvatore_09.jpg