

## บทที่ 1

### บทนำ



ในบทนำจะกล่าวถึง ความเป็นมา และ ความสำคัญของการศึกษาอุปทานแรงงานล่วงเวลาของพยาบาลประจำการ กรณีศึกษาในโรงพยาบาลรามาศิริ ประเด็นของปัญหาที่ศึกษา พร้อมทั้งวัตถุประสงค์ ขอบเขตการศึกษา แนวการศึกษาแบบย่อ ตลอดจนผลประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับจากการศึกษานี้

#### 1.1 ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การศึกษาปัจจัยกำหนดอุปทานแรงงานล่วงเวลาของพยาบาลประจำการในโรงพยาบาลรามาศิริมีสาเหตุต่อเนื่องมาจากประเด็นต่างๆดังต่อไปนี้

##### 1.1.1 การเพิ่มขึ้นของอุปสงค์ต่อบริการสาธารณสุข

การวางแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมของประเทศไทย ในรอบระยะเวลากว่า 50 ปีที่ผ่านมา คือ ตั้งแต่พ.ศ. 2505 เป็นต้นมานั้น จะเห็นได้ว่า มีการเร่งรัดพัฒนาการเพิ่มผลผลิตและรายได้ประชาชาติมาก ทำให้รูปแบบของสังคมเปลี่ยนแปลงไป โดยเฉพาะความเป็นอุตสาหกรรม ( industrialization ) ความเป็นเมือง ( urbanization ) และ ความทันสมัย ( modernization ) . ทำให้การดำรงชีวิตของประชากร รวมทั้งสภาพแวดล้อมทางกายภาพทางจิตใจ และ สภาพครอบครัวเปลี่ยนแปลงไปด้วย ( เกษนฉาย กิระนันท์ และคณะ, 2532 )

จากสภาพสังคมที่เปลี่ยนแปลงไป เชื่อได้ว่าเป็นเหตุแห่งการเจ็บป่วยและการตายอันสืบเนื่องจากสาเหตุบางอย่างสูงขึ้น เช่น การเจ็บป่วยและการตายจาก อุบัติเหตุ อุบัติภัย และ พลาเหตุ ( violence ) รวมถึง การเจ็บป่วยและการตายจากสารพิษ มะเร็ง โรคหัวใจ และ หลอดเลือด และโรคอันเกิดจากความเครียด เป็นอัตราที่สูงขึ้น รวมไปถึงการแพร่กระจายของโรคเอดส์ แม้ว่าโรคติดต่ออื่นๆ ได้ถูกควบคุมลงจนมีอัตราต่ำอย่างมาแล้วก็ตาม

ในช่วงแผนพัฒนาสาธารณสุข ตามแผนพัฒนาเศรษฐกิจฉบับที่ 5 และ 6 ที่ผ่านมา รัฐได้กระจาย และ ขยายสถานบริการสาธารณสุขให้ทั่วถึง และ ครอบคลุมพื้นที่ต่างๆ ทั่วประเทศ นับตั้งแต่ สถานีอนามัยระดับตำบล การขยายขนาด และ พัฒนาคุณภาพของโรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลศูนย์ ตลอดจน โรงพยาบาลในสังกัดทบวงมหาวิทยาลัยของรัฐ เปิดโอกาสให้ประชาชนสามารถ เข้าถึงบริการสาธารณสุขได้เพิ่มขึ้น ดังจะเห็นได้จากการที่ ประชาชนใช้บริการด้านการรักษาพยาบาลที่โรงพยาบาลของรัฐเพิ่มขึ้น และเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม การซื้อยากินเองลดน้อยลงอย่างเห็นได้ชัด ตามตาราง 1.1

ตาราง 1.1 ร้อยละของประชาชนที่ใช้บริการสาธารณสุขเมื่อเจ็บป่วยระหว่างปีพ.ศ. 2513-2528

แหล่งรับบริการเมื่อเจ็บป่วย	การใช้บริการตามปี พ.ศ. (ร้อยละ)		
	2513	2522	2528
ไม่รักษา	2.7	4.2	—
รักษาแบบพื้นบ้าน	7.7	6.3	2.4
ซื้อยากินเอง	51.4	42.3	28.6
สถานีอนามัย	4.4	16.8	14.7
โรงพยาบาลของรัฐ	11.1	10.0	32.5
โรงพยาบาลและคลินิกเอกชน	22.7	20.4	21.8

ที่มา : สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล และ กองแผนงานสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข อ้างถึงใน แผนพัฒนาการสาธารณสุข ตามแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 7 (พ.ศ. 2535-2539) หน้า 40.

นอกจากนี้ ในแผนพัฒนาสาธารณสุข ฉบับที่ 7 ยังได้ส่งเสริมและดำเนินโครงการเกี่ยวกับการคุ้มครองสุขภาพของประชาชน ให้ครอบคลุมมากยิ่งขึ้น โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ในกลุ่มผู้ด้อยโอกาส ได้แก่ กลุ่มเร่ร่อน กลุ่มผู้ใช้แรงงานในเมือง ผู้สูงอายุ เด็ก ผู้พิการทุพพลภาพ และเกษตรกรที่ยากไร้และอยู่ห่างไกล ได้แก่ โครงการที่แสดงในตาราง 1.2

ตาราง 1.2 โครงการที่เกี่ยวข้องกับการคุ้มครองสุขภาพของประชากรไทย

โครงการ	ประชากรเป้าหมาย	จำนวนประชากร(ล้านคน)
1. โครงการบัตรสุขภาพ	ประชากรในเขตชนบท, เขตเมืองบางส่วน	2.1
2. โครงการสงเคราะห์ผู้มีรายได้น้อย	ผู้มีเศรษฐานะต่ำ	8.5
3. กองทุนเงินทดแทนและเจ็บป่วย	ผู้ใช้แรงงาน	1.6
4. พระราชบัญญัติประกันสังคม		
5. สวัสดิการข้าราชการและลูกจ้าง	ข้าราชการและลูกจ้างรวมครอบครัว	7.0
6. สวัสดิการพนักงานรัฐวิสาหกิจ	พนักงานรัฐวิสาหกิจรวมครอบครัว	1.0
7. การประกันสุขภาพส่วนบุคคล รายบุคคลหรือประกันหมู่	ผู้ใช้แรงงานในภาคธุรกิจ	0.2
	ผู้ประกอบการอาชีพอิสระ	
8. ผู้สูงอายุ		3.3
9. เด็กนักเรียนในสังกัดสำนักงานการประถมศึกษาแห่งชาติ		6.7
10. ผู้ได้รับสวัสดิการอื่นๆ		1.0
รวมผู้ที่อยู่ในความครอบคลุม		31.4 (56%)

ที่มา : ปราบกรม วุฒิพงศ์ ระบบประกันสุขภาพของไทย , เทียนฉาย กิระนันท์ และ คณะ การประเมินผลโครงการบัตรสุขภาพ , กรมแรงงาน กระทรวงมหาดไทย, กองแผนงานสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข อ้างถึงใน แผนพัฒนาสาธารณสุข ความหนา 7 หน้า 42.

จากการเปลี่ยนแปลงทางระบบเศรษฐกิจและสังคม แบบแผนการดำเนินชีวิต การเจ็บป่วย การตาย การกระจายบริการสาธารณสุขอย่างทั่วถึง การพัฒนาระบบส่งต่อผู้ป่วย ตลอดจนการดำเนินโครงการเพื่อให้ประชาชนมีโอกาสเข้าถึงบริการเพิ่มขึ้นดังได้กล่าวมาแล้วข้างต้น ล้วนมีส่วนทำให้ประชาชนตระหนักในความสำคัญของการรักษาสุขภาพมากขึ้น โดยพบว่า ค่าใช้จ่ายรวมเพื่อสุขภาพทั้งภาครัฐบาลและเอกชนของประเทศไทย มีแนวโน้มสูงขึ้นอย่างรวดเร็ว ในช่วงกว่าทศวรรษที่ผ่านมา คือ เพิ่มจาก 30,174.5 ล้านบาท ในปี พ.ศ. 2521 เป็น 67,771.3 ล้านบาท ในปี พ.ศ. 2530 และคาดว่าจะเพิ่มเป็น 232,586.1 ล้านบาท ในปี 2543 (ดังตาราง 1.3)

ข้อมูลสนับสนุนปริมาณความต้องการบริการสาธารณสุขที่เพิ่มขึ้น นอกจากข้อมูลทางด้านอัตราการเพิ่มค่าใช้จ่ายเพื่อสุขภาพแล้ว ยังพบว่า จำนวนผู้ป่วยนอกที่มาใช้บริการจากสถานบริการสาธารณสุขส่วนภูมิภาคของกระทรวงสาธารณสุข ระหว่างปี พ.ศ. 2520 - 2527 มีจำนวนเพิ่มขึ้น จาก 8,700,193 คน เป็น 20,124,603 คน และ จำนวนครั้งที่ผู้ป่วยมาใช้บริการเพิ่มขึ้น จาก 1.1 ครั้งต่อคน ในปี พ.ศ. 2520 เป็น 1.8 ครั้งต่อคน ในปี พ.ศ. 2527 ถ้ารับสถิติจำนวนผู้ป่วยในเพิ่มจาก 263,051 คน เป็น 2,511,085 คน ในช่วงเวลาเดียวกัน

ยิ่งไปกว่านั้น ระยะเวลาที่ผู้ป่วยเข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาลก็ยาวนานขึ้นด้วย คือ จำนวนวันที่อยู่ในโรงพยาบาลโดยเฉลี่ยต่อผู้ป่วย 1 คน เท่ากับ 2.3 วัน ในปี 2520 เพิ่มขึ้นเป็น 4.6 วัน ในปี พ.ศ. 2527 ( คำนวณจากสถิติสาธารณสุขพ.ศ. 2526 และพ.ศ. 2530 ) ( ขึ้นสมเจริณยุทธ 2534 )



ตาราง 1.3 แนวโน้มค่าใช้จ่ายเพื่อสุขภาพของประเทศไทย ( มูลค่าปี พ.ศ.2530 )



พ.ศ.	ค่าใช้จ่าย รวมทั้งหมด (ล้านบาท)	%ของ GNP	ค่าใช้จ่ายต่อ ประชากร1คน (บาท)	%เพิ่มค่าใช้จ่ายสุขภาพ ต่อประชากร1คน	%เพิ่มGNPต่อ ประชากร1คน
2522	32,255.6	3.58	710	4.41	4.5
2524	37,889.0	4.20	798	8.13	1.3
2526	46,457.0	4.79	939	8.68	3.7
2528	58,095.3	5.58	1,132	7.61	0.2
2530	67,771.3	5.65	1,282	7.55	7.0
คาดการณ์					
2533	90,080.7	6.13	1,634	8.50	5.58
2534	99,043.7	6.30	1,774	8.50	5.58
2543	232,586.1	8.05	3,718	—	—

หมายเหตุ 1. ข้อมูลจากรายได้ประชาชาติของประเทศไทย พ.ศ.2525, พ.ศ.2529 จากกอง  
รายได้ประชาชาติ สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ

2. การคาดการณ์ใช้ข้อมูลอัตราการเพิ่มของค่าใช้จ่ายเพื่อสุขภาพของ พ.ศ.2526 -  
2530 เท่านั้น โดยให้น้ำหนัก = 0.1, 0.2, 0.3, 0.4 สำหรับอัตราเพิ่มของ พ.ศ. 2526-2527  
2527-2528, 2528-2529, 2529-2530 ตามลำดับ

3. การคาดการณ์ GNP ใช้อัตราเพิ่ม ร้อยละ 7 ต่อปีทุกปี

ที่มา : แผนพัฒนาสาธารณสุข ตามแผนฯ 7 อ่างแล้ว หน้า 29.

### 1.1.2 ผลกระทบต่ออุปสงค์ต่อบุคลากรสาธารณสุข

จากข้อมูลทั้งหมดที่ได้กล่าวมาแล้วตั้งแต่ต้น ล้วนก่อให้เกิดผลกระทบต่ออุปสงค์ต่อบริการสาธารณสุขเพิ่มขึ้น และแน่นอน ย่อมส่งผลกระทบต่อเนื่องไปถึง อุปสงค์ต่อทรัพยากรสาธารณสุข โดยเฉพาะ ต่อแบบแผนการใช้บุคลากรสาธารณสุข ในระดับต่างๆอย่างแน่นอน ทั้งนี้เพราะเป็นอุปสงค์ต่อเนื่อง ( derived demand ) ดังอาจแสดงสรุปตามแผนภาพ 1.1 ( เกียนฉาย กิระนันท์ และ คณะ 2532 )

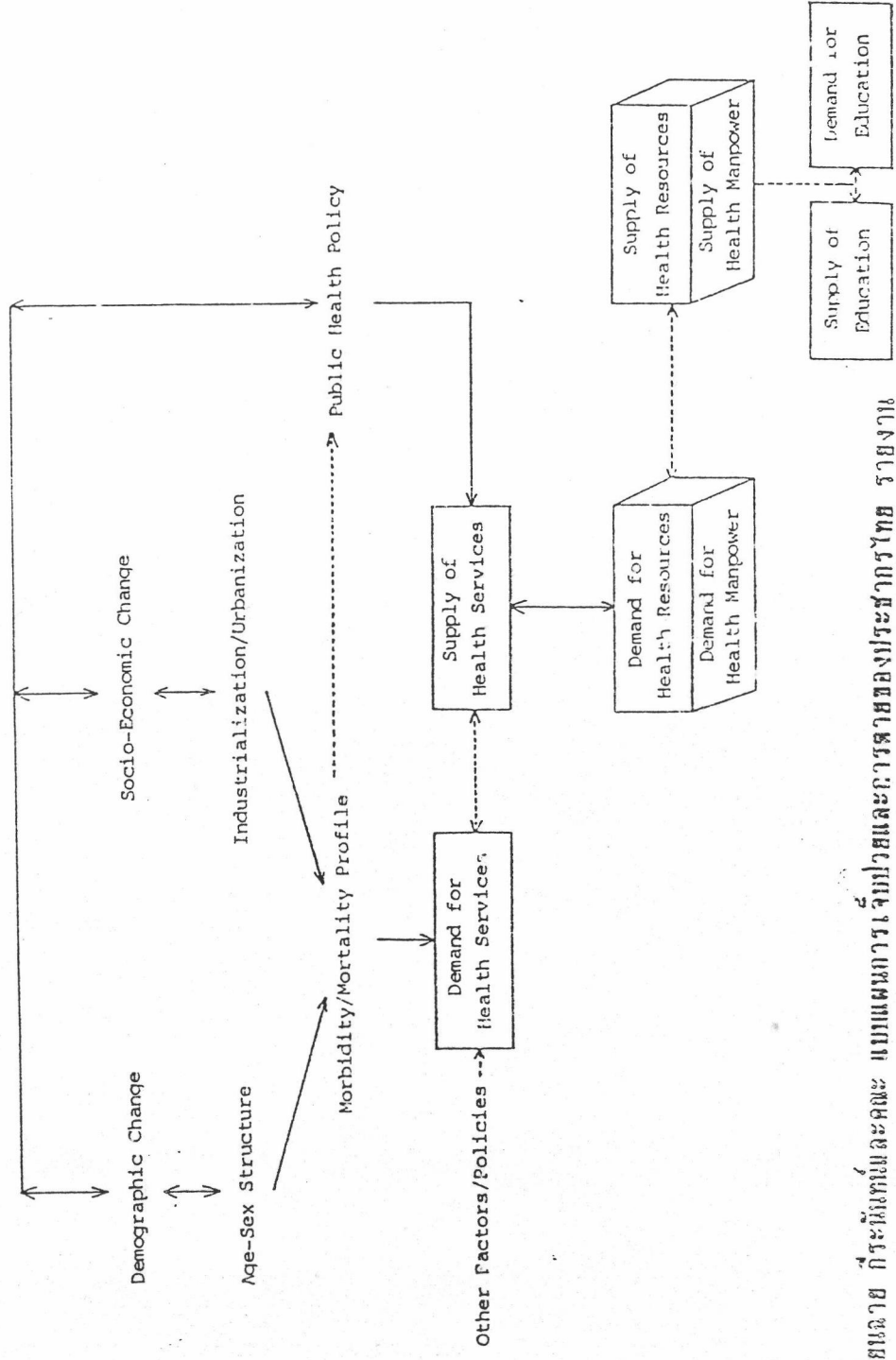
ในด้านจำนวนบุคลากรทางด้านสาธารณสุข มีแนวโน้มที่เพิ่มขึ้นมาตลอด โดยอัตราส่วนประชากรต่อทรัพยากร 1 หน่วย ลดลงตลอดมา ( ดังตาราง 1.4 ) โดยเฉพาะพยาบาลซึ่งมีแนวโน้มว่าจำนวนจะเพิ่มสูงมากที่สุด เมื่อเปรียบเทียบกับบุคลากรด้านอื่นๆ คือ แพทย์ ทันตแพทย์ และ เภสัชกร

จากสถิติจำนวนพยาบาลที่เพิ่มขึ้นนั้น พบว่า เกิดจากการเร่งผลิตพยาบาลเทคนิค และ ให้การอบรม พัฒนาบุคลากร และ ผู้ช่วยพยาบาล ให้เป็นพยาบาลเทคนิค ในช่วงแผนพัฒนาการสาธารณสุขฉบับที่ 5 ที่ผ่านมานี้เอง ดังนั้นแม้ในภาพรวมจะดูว่ามีปริมาณมากขึ้น แต่ในข้อเท็จจริงแล้วพบว่า ยังมีปัญหาอยู่ที่ การขาดแคลนพยาบาลในบางระดับ โดยเฉพาะระดับวิชาชีพ และการขาดแคลนในบางพื้นที่ โดยเฉพาะในพื้นที่ห่างไกล และในภาครัฐ

### 1.1.3 การขยายสถานบริการของภาคเอกชน

ภายใต้อุปสงค์ต่อการบริการสาธารณสุขที่เพิ่มขึ้น และการสนับสนุนของรัฐในด้านอุปทาน การบริการสาธารณสุขภาคเอกชน โดยให้การส่งเสริมการลงทุนในธุรกิจสถานพยาบาล ผ่านทางคณะกรรมการส่งเสริมการลงทุน (BOI) ภาคเอกชนจึงมีการขยายสถานพยาบาลอย่างมากในช่วงระยะเวลา 5 ปี (2530-2534) โดยมีสถานพยาบาลเพิ่มขึ้น 168 แห่ง จำนวนเตียงรับผู้ป่วยค้างคืนเพิ่มขึ้น 9,011 เตียง (กองสถิติสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข, 2535)

แผนภาพ 1.1 : ความสัมพันธ์ระหว่างอุปสงค์และบริการสาธารณสุข กับอุปสงค์ของทรัพยากรสาธารณสุข



ที่มา เกษมฉาย กัระมิ่งทนต์และคณะ แบบแผนการเจ็บป่วยและการตายของประเทศไทย รายงาน  
การวิจัย 2532

ตารางที่ 1.4 แสดงสัดส่วนของบุคลากรทางด้านสาธารณสุขแยกตามภูมิภาค

	กรุงเทพมหานคร				กลาง				เหนือ				ใต้				ตะวันออกเฉียงเหนือ				ทั่วประเทศ			
	2525	2529	2531		2525	2529	2531		2525	2529	2531		2525	2529	2531		2525	2529	2531		2525	2529	2531	
แพทย์	4,129 (1,348)	4,142 (1,577)	4,861 (1,288)		1,257 (7,958)	1,661 (6,444)	1,950 (9,141)		977 (10,479)	1,182 (9,227)	1,662 (6,398)		559 (10,680)	897 (7,080)	1,033 (6,942)		736 (23,950)	1,373 (13,564)	1,680 (11,254)		7,658 (6,406)	9,255 (5,739)	11,186 (5,422)	
ทันตแพทย์	752 (7,710)	883 (7,399)	1,012 (6,042)		193 (52,706)	227 (47,154)	371 (48,043)		160 (65,006)	126 (86,556)	213 (49,925)		61 (99,410)	62 (102,435)	138 (51,964)		81 (217,617)	97 (192,000)	224 (84,406)		1,247 (40,146)	1,395 (39,077)	1,958 (30,976)	
เภสัชกร	2,593 (2,132)	2,763 (2,144)	2,916 (2,007)		174 (56,200)	208 (44,663)	381 (46,782)		164 (60,988)	158 (65,253)	423 (52,905)		65 (92,308)	160 (62,270)	201 (18,953)		96 (176,719)	127 (140,268)	317 (59,644)		3,997 (15,848)	3,356 (15,823)	4,238 (14,311)	
พยาบาล	19,714 (517)	13,151 (450)	14,813 (413)		4,367 (2,242)	9,213 (1,099)	11,632 (1,532)		3,111 (3,144)	6,338 (1,627)	8,477 (1,795)		2,095 (9,864)	5,042 (1,235)	5,925 (661)		2,521 (6,806)	7,208 (2,411)	9,449 (2,001)		22,878 (2,154)	40,952 (1,297)	49,296 (1,230)	

( ) สัดส่วนบุคลากร 1 คนต่อประชากร

ที่มา : กองสถิติสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข

จากจำนวนสถานพยาบาลภาคเอกชนที่เพิ่มขึ้นอย่างมากนี้ ย่อมมีผลต่อเนื่องไปถึงอุปสงค์ต่อบุคลากรทางด้านสาธารณสุข โดยเฉพาะแพทย์และพยาบาล ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญในการดำเนินงานของโรงพยาบาล เพราะเป็นลักษณะงานบริการที่ต้องใช้ความรู้ ความสามารถ และทักษะในการทำงานอย่างสูง

แม้ในภาคเอกชนจะสามารถผลิตพยาบาลได้ถึงระดับอุดมศึกษาแล้วก็ตาม แต่ก็ยังไม่สามารถตอบสนองความต้องการแรงงานพยาบาล ในสถานพยาบาลของภาคเอกชนได้เพียงพอ เนื่องจากความไม่สมดุลกันระหว่างความต้องการและความสามารถในการผลิต ( แสดงโดยตาราง 1.5 )

ตาราง 1.5 ความต้องการและการผลิตพยาบาลของภาคเอกชน ระหว่างปีพ.ศ. 2530-2534

จำนวน	พ.ศ.	2530	2531	2532	2533	2534	รวม
เตียงที่เพิ่ม		312	1295	1141	1546	4717	9011
พยาบาลที่ต้องการ		62	259	228	309	943	1801
พยาบาลที่ผลิตได้		120	157	268	276	316	1137
พยาบาลที่ต้องการเพิ่ม		-58	102	-40	33	627	664
%ขาดแคลนพยาบาล (เทียบจากการผลิต)		-48.33	64.97	-14.92	11.96	198.42	58.40

หมายเหตุ การคำนวณความต้องการพยาบาลต่อผู้ป่วยใน = 1:5 (จันทร์จิรา วงษ์ขมทอง, 2535)

#### 1.1.4 การขาดแคลนพยาบาลในภาครัฐ

ในส่วนของสถานบริการของรัฐเอง ก็ประสบภาวะขาดแคลนพยาบาลอย่างมาก แม้แต่ในสถานพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งเป็นหน่วยบริการสาธารณสุขที่ใหญ่ที่สุดในระบบบริการสาธารณสุขแห่งชาติ จำนวนพยาบาลที่ต้องการจริงจะมากกว่าบุคลากรที่มีอยู่ถึง 1.5-2 เท่า (กองงานวิทยาลัยพยาบาล สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2531) ซึ่งหมายความว่า สถานพยาบาลทุกระดับในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ยังขาดแคลนพยาบาลถึงร้อยละ 50 ของกรอบอัตรากำลังที่ต้องการจริง ในขณะที่เดียวกัน โรงพยาบาลในสังกัดทบวงมหาวิทยาลัยทุกแห่งก็ยังขาดแคลนพยาบาล (กองแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2533)

สาเหตุการขาดแคลนพยาบาลในภาครัฐ ส่วนหนึ่งย่อมมาจากผลกระทบจากการขาดแคลนพยาบาลในสถานบริการภาคเอกชน โดยก่อให้เกิดการเคลื่อนย้ายบุคลากรจากภาครัฐไปยังภาคเอกชน เป็นปัญหาที่มีสมมติฐานเกี่ยวข้องกับปัญหาการกระจายที่ไม่เท่าเทียมกันในส่วนภูมิภาค กล่าวคือ เกิดจากสภาพแวดล้อมในการทำงานที่ไม่เสมอกัน (uniformity) ในส่วนต่างๆ ไม่ว่าจะเป็นเรื่อง สิ่งแวดล้อมในการทำงาน ระบบบริหารจัดการบุคคล สิ่งอำนวยความสะดวกในการดำรงชีวิตอื่นๆ โดยเฉพาะอย่างยิ่งปัจจัยสำคัญคือ ค่าตอบแทนซึ่งแตกต่างกันอย่างมาก (สมศักดิ์ ชุณหรัศมิ์, 2535)

การกำหนดค่าตอบแทนให้แก่พยาบาลของภาคเอกชนจะมีสภาพคล่องมากกว่าของภาครัฐ โดยจะปรับตัวตามสภาวะการเปลี่ยนแปลงของ อุปสงค์และอุปทานต่อพยาบาล (demand for a supply of registered nurses) เมื่อภาคเอกชนมีความต้องการพยาบาลมากก็จะกำหนดค่าตอบแทนในอัตราที่สูงขึ้นในขณะที่การกำหนดค่าตอบแทนของภาครัฐเป็นอัตราที่คงที่ (fixed wage) ดังนั้น จึงก่อให้เกิดปัญหาการกระจายที่ไม่เท่าเทียมกันระหว่างภาครัฐและเอกชน

### 1.1.5 กรณีการขาดแคลนพยานาลของโรงพยาบาลรามาศิบดี

โรงพยาบาลรามาศิบดีก็เป็นตัวอย่างแห่งหนึ่ง ที่ประสบปัญหาภาวะการขาดแคลนแรงงานพยาบาล โดยมีสาเหตุจากการถูกจำกัดด้วยกรอบอัตรากำลังคน และ อัตราเงินเดือนที่คงที่ของภาครัฐ ทำให้เกิดช่องว่างระหว่าง ปริมาณความต้องการกำลังคนที่แท้จริง เพื่อผลิตบริการสาธารณสุข ในระดับที่เพียงพอกับความต้องการของประชาชน กับปริมาณกำลังคนที่รัฐกำหนด ทั้งห่างไกลกันมากขึ้น ทำให้ประชาชนต้องเข้าคิวเพื่อรอรับบริการเป็นเวลานาน หรือ บางคนไม่มีโอกาสได้รับบริการเลย ซึ่งนอกจากจะส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยและครอบครัวแล้ว ยังส่งผลกระทบต่อระบบเศรษฐกิจและสังคมด้วย

จากเหตุผลดังกล่าวและเพื่อเป้าหมายในการให้บริการเป็นสำคัญ จึงจำเป็นต้องกำหนดกรอบอัตรากำลังและปริมาณความต้องการพยาบาลของตนเอง โดยการประชุมร่วมกันระหว่างคณะกรรมการของภาควิชาพยาบาลศาสตร์ และคณะกรรมการของคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาศิบดี จากข้อมูลล่าสุดเมื่อวันที่ 1 กรกฎาคม 2536 (แสดงโดยตาราง 1.6) พบว่า จำนวนเจ้าหน้าที่พยาบาลระดับวิชาชีพในปัจจุบันยังขาดแคลนถึง 152 คน

ด้วยเหตุผลที่โรงพยาบาลรามาศิบดีเป็นโรงพยาบาลที่ให้บริการสาธารณสุขระดับตติยภูมิ (tertiary care) จากการพัฒนาาระบบส่งต่อผู้ป่วยที่ค้ำขึ้น การพัฒนาระบบประกันสุขภาพได้ครอบคลุมมากขึ้น และปัจจัยทางเศรษฐกิจและสังคมอื่นๆดังกล่าวมาแล้วข้างต้น ทำให้โรงพยาบาลต้องรับภาระด้านบริการผู้ป่วยมากขึ้น ทั้งผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาล โดยให้บริการแก่ผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยฉุกเฉิน 696,528 รายต่อปี รับไว้รักษาในโรงพยาบาล 23,103 รายต่อปี จากจำนวนเตียง 832 เตียง และเตียงทารกแรกเกิด 125 เตียง มีอัตราการใช้เตียงสูงเฉลี่ย 82.2 % และบางช่วงสูงถึง 94.2 % (สถิติผู้ป่วย พ.ศ.2534) ซึ่งนอกจากจะให้บริการแก่ผู้ป่วยที่มีปัญหาซับซ้อน จำเป็นต้องใช้เทคโนโลยีและการดูแลรักษาโดยบุคลากรที่มีความรู้ความชำนาญเป็นพิเศษแล้ว ยังเป็นแหล่งผลิตบุคลากรสาธารณสุขที่สำคัญมากแห่งหนึ่ง

สำหรับพยาบาลนั้น มีบทบาทในกระบวนการผลิตบริการสาธารณสุขมาก โดยเป็นผู้ที่อยู่ใกล้ชิดผู้ป่วยมากที่สุด ให้บริการทั้งทางด้านการดูแลความทุกข์สบาย การให้การรักษาดามแผนการ



ตาราง 1.6 กรอบอัตราค่าจ้างพยาบาลที่ต้องการเปรียบเทียบกับจำนวนพยาบาลที่มีอยู่ในปัจจุบัน  
ของโรงพยาบาลรามาศึกษา ( 1 กรกฎาคม 2536 )

แผนกการพยาบาล	พยาบาลวิชาชีพ				อัตราการขาดแคลน เทียบกับกรอบอัตราค่าจ้าง ( % )
	กรอบ	จำนวนปัจจุบัน		ขาด	
		ชรก	ลจ		
กุมารเวชศาสตร์	127	98	7	22	17.32
จักษุ โสตติ นาสิก	45	32	2	11	24.44
ป้องกันโรคฯ	17	15	—	2	11.76
ห้องผ่าตัด	115	86	18	11	9.56
สูติ- นรีเวชฯ	131	81	27	23	17.56
ศัลยกรรม	167	111	21	35	20.96
อายุรกรรม	144	92	21	31	21.53
ทั่วไปและฉุกเฉิน	68	43	8	17	25.00
รวม	814	558	104	152	13.67

หมายเหตุ ชรก หมายถึง ข้าราชการ และ ลจ หมายถึง ลูกจ้าง

ที่มา : ฝ่ายบริหารบุคลากร ภาควิชาพยาบาลศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาศึกษา

รักษาของแพทย์ การวางแผนป้องกันโรคและการส่งเสริมสุขภาพ ตลอดจนการฟื้นฟูสมรรถภาพทางกาย จิตใจ และทางสังคม เพื่อคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้ป่วย ครอบครัวและประชาชนทั่วไป การขาดแคลนแรงงานส่วนนี้ จึงก่อให้เกิดผลกระทบต่อการให้บริการสุขภาพมาก ทั้งในเชิงปริมาณและในเชิงคุณภาพ

#### 1.1.6 การวางแผนแก้ไขปัญหาการขาดแคลนพยาบาลในโรงพยาบาลรามาธิบดี

ทางคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี ก็ได้มีการวางแผนแก้ไข โดยการผลิตบุคลากรทางการพยาบาลของตนเอง โดยได้รับทุนอุดหนุนจากภาครัฐ และวางแผนไว้ว่า พยาบาลที่สำเร็จการศึกษาแล้ว จะต้องทำงานระดับใช้ทุนของโรงพยาบาลเป็นเวลา 2 ปี แต่ทั้งนี้ ก็ยังเกิดปัญหาอีก เพราะการผลิตต้องใช้เวลานานถึง 4 ปี ประกอบกับข้อจำกัดของกรอบอัตรากำลังคน ทำให้ไม่สามารถบรรจุเป็นข้าราชการได้ แม้จะบรรจุเป็นลูกจ้างของคณะแต่เมื่อเปรียบเทียบกับความมั่นคง รายได้ และค่าเสียโอกาสอย่างอื่นแล้ว ทำให้แรงงานส่วนนี้มีอัตราการลาออกสูง ทำให้ต้องมีการผลิตพยาบาลใหม่เพื่อทดแทนอย่างไม่มีที่สิ้นสุด

ผลเสียอีกข้อหนึ่งของการที่พยาบาลมีอัตราการลาออกสูง และการทดแทนด้วยพยาบาลจบใหม่อยู่ตลอดเวลา คือ ทำให้หน่วยงานต้องเสียเวลา และ ค่าใช้จ่ายในการฝึกฝนพยาบาลจบใหม่อยู่เสมอ

ทางแก้ไขอีกวิธีหนึ่งคือ การผลิตผู้ช่วยพยาบาลหลักสูตรระยะสั้น 1 ปี เพื่อมารับภาระแรงงานส่วนที่ขาด แต่ก็สามารถทดแทนได้เพียงระดับหนึ่งเท่านั้น ด้วยเหตุที่ว่าบริการรักษาพยาบาลของโรงพยาบาลรามาธิบดี เป็นระดับที่มีความซับซ้อนอยู่มาก จึงยังคงต้องการพยาบาลที่มีความรู้ความชำนาญเป็นพิเศษอยู่

จากวิธีแก้ไข 2 วิธีข้างต้น ยังไม่สามารถแก้ไขปัญหภาวะขาดแคลนแรงงานให้หมดไป ทำให้พยาบาลที่ยังคงอยู่ทำงานหนักเพิ่มขึ้น มีเวลาในการให้การดูแลผู้ป่วยแต่ละคนลดลง ทำให้ประสิทธิภาพของการพยาบาลลดลง บางแผนกแก้ไขโดยลดจำนวนเตียงผู้ป่วยลง ยิ่งทำให้ปัญหาผู้ป่วยไม่ได้รับการรักษาพยาบาลรุนแรงขึ้นไปอีก ส่งผลเสียต่างๆอีกมากมาย

### 1.1.7 การจ้างงานนอกเวลา

ต่อมาทางคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี จึงได้วางแผนแก้ไขปัญหาการขาดแคลนแรงงานพยาบาล โดยการจ่ายเงินค่าตอบแทนการทำงานพิเศษนอกเวลาจากงบประมาณส่วน ของรายได้คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี ตามระเบียบของมหาวิทยาลัยว่าด้วยกรเบิกจ่ายเงินรายได้ของมหาวิทยาลัยพ.ศ.2533 เริ่มดำเนินการตั้งแต่เดือนธันวาคม พ.ศ.2534 เป็นต้นมา ซึ่งหวังว่าจะเป็นแรงจูงใจให้พยาบาลที่ยังคงอยู่ (existing stock of registered nurses) ทำงานเพิ่มขึ้น โดยการเพิ่มปริมาณชั่วโมงการทำงานนอกเหนือจากงานประจำเพื่อทดแทนแรงงานส่วนที่ขาดหายไป ทั้งนี้เพื่อรักษาระดับปริมาณการให้บริการรักษาพยาบาลผู้ป่วยที่เหมาะสมไว้ได้

แต่การดำเนินนโยบายการจ้างงานนอกเวลา ยังประสบปัญหาอยู่ว่า ไม่สามารถจูงใจให้พยาบาลยินดีที่จะทำงานพิเศษในโรงพยาบาลเพิ่มขึ้นได้อย่างเพียงพอ จึงทำให้ปัญหาการขาดแคลนแรงงานยังคงอยู่ ทั้งนี้เพราะพยาบาลบางส่วนเลือกที่จะพักผ่อนหรืออยู่กับครอบครัวมากกว่า บางส่วนเลือกที่จะทำงานพิเศษ แต่เป็นการทำงานพิเศษนอกโรงพยาบาลรามาธิบดี และพยาบาลบางส่วนเลือกทำงานพิเศษทางด้านอื่นๆ นอกเหนือไปจากวิชาชีพพยาบาลเลย

ตัวลักษณะพิเศษของวิชาชีพพยาบาลเองคือ มักจะเป็นแรงงานสตรีเสียเป็นส่วนใหญ่ แม้แต่ในโรงพยาบาลรามาธิบดีเอง พยาบาลระดับวิชาชีพที่มีหน้าที่ให้บริการผู้ป่วยโดยตรงเป็นสตรีทั้งหมด โดยเฉพาะอย่างยิ่งสตรีที่สมรสแล้ว มักจะมีภาระภายในครัวเรือนมากขึ้น และมักจะเป็นแรงงานรองในการหารายได้เข้าครัวเรือน ดังนั้นอิทธิพลของปัจจัยด้านครัวเรือนจึงเป็นตัวกำหนดอุปทานแรงงานที่สำคัญมากอันหนึ่ง อย่างไรก็ตามปัจจัยอื่นๆ ค้นได้แก่ ปัจจัยพื้นฐานของแต่ละคน และปัจจัยด้านสภาวะการทำงาน ก็ยังคงมีอิทธิพลต่ออุปทานแรงงานพยาบาลอยู่เช่นเดียวกัน

การวิจัยครั้งนี้ จึงมุ่งที่จะศึกษาถึงปัจจัยต่างๆ เหล่านี้ว่า จะมีผลกระทบต่ออุปทานแรงงานล่วงเวลาของพยาบาลเป็นอย่างไร โดยการศึกษาวิเคราะห์ถึง ปัจจัยที่เป็นตัวกำหนดการตัดสินใจเลือกทางเลือกในการปฏิบัติงานของพยาบาล เพื่อก่อให้เกิดอรรถประโยชน์สูงสุดของพยาบาลแต่ละคน ภายใต้อรรถสมมติที่ว่า พยาบาลมีการตัดสินใจอย่างเป็นเหตุเป็นผล และ เป็นขั้น

เป็นตอน แบ่งเป็น 2 ขั้นตอนการตัดสินใจ และในแต่ละขั้นตอนมี 2 ทางเลือก คือ ขั้นตอนที่ 1 การตัดสินใจเลือกทำหรือไม่ทำงานพิเศษ ขั้นตอนที่ 2 คือ การตัดสินใจเลือกทำงานพิเศษในหรือนอกโรงพยาบาลรามธิบดี ทั้งนี้เพื่อผู้บริหารจะได้ทราบถึงอิทธิพลของปัจจัยต่างๆเหล่านั้น และสามารถนำผลการศึกษาที่ได้ ไปวางแผนเพื่อสร้างแรงจูงใจให้พยาบาลที่มีอยู่ตัดสินใจเลือกทำงานพิเศษในโรงพยาบาลมากยิ่งขึ้น ซึ่งจะสามารถแก้ไขปัญหาการขาดแคลนแรงงานพยาบาลในระยะสั้น ได้อย่างรวดเร็วและทันต่อเหตุการณ์

## 1.2 วัตถุประสงค์

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์ ดังต่อไปนี้คือ

1. หาปัจจัยกำหนดอุปทานแรงงานล่วงเวลารองพยาบาลประจำการ ที่ทำงานอยู่ในโรงพยาบาลรามธิบดี

1.1 ปัจจัยกำหนดการตัดสินใจเลือกทำงานพิเศษ หรือ ไม่ทำงานพิเศษ

1.2 ปัจจัยกำหนดการตัดสินใจเลือกทำงานพิเศษใน หรือ นอกโรงพยาบาลรามธิบดี ในกรณีผู้ที่ตัดสินใจทำงานพิเศษ

2. วิเคราะห์แนวโน้มนโยบายในการเพิ่มอุปทานแรงงานล่วงเวลา เช่น ประสิทธิภาพของนโยบายการเพิ่มค่าตอบแทนล่วงเวลา ต่อ การตัดสินใจเลือกในแต่ละขั้นตอน

## 1.3 ขอบเขตการศึกษา

การศึกษานี้ เป็นการศึกษาเฉพาะกรณี (case study) ของพยาบาลประจำการ (staff nurse) ทุกคน ที่ทำงานในหน้าที่ให้การพยาบาลแก่ผู้ป่วยโดยตรง ในทุกๆแผนกของโรงพยาบาลรามธิบดี ทั้งหมดประมาณ 650 ราย โดยจะต้องเป็นพยาบาลที่ทำงานมาแล้วไม่ต่ำกว่า 1 ปี ไม่นับพยาบาลที่เพิ่งรับเข้ามาใหม่ ทั้งในช่วงระยะเวลาที่ศึกษา และก่อนเริ่มทำการศึกษาเป็นเวลา 1 ปี ( คือ ไม่นับผู้ที่เริ่มทำงานภายหลังเดือนมีนาคม 2535 )

#### 1.4 นิยามศัพท์

อุปทานแรงงาน (Labor Supply) หมายถึง การเสนอขายแรงงานที่ระดับค่าจ้างต่างๆในระลอกหนึ่ง

ระยะสั้น (Short-run) หมายถึง ช่วงเวลาซึ่งปัจจัยการผลิตบางอย่างคงที่ในการศึกษา หมายถึง ช่วงเวลาที่จำนวนพยาบาลในโรงพยาบาลคงที่ โดยไม่นับรวมถึงพยาบาลที่เข้ามาใหม่ในช่วงเวลาที่ศึกษา

พยาบาลประจำการ (Staff Nurse) หมายถึง พยาบาลวิชาชีพ (Registered Nurse) ซึ่งมีหน้าที่ในการให้บริการแก่ผู้ป่วยโดยตรง ไม่รวมถึง พยาบาลที่ดำรงตำแหน่งบริหารหรือการศึกษา

การทำงานพิเศษนอกเวลา (Overtime) หมายถึง การทำงานพิเศษที่นอกเหนือจากงานประจำตามระเบียบข้าราชการ คือ 40 ชั่วโมงต่อสัปดาห์

การทำงานพิเศษในโรงพยาบาล หมายถึง การทำงานพิเศษภายในโรงพยาบาลรามาธิบดี ได้แก่ การทำงานล่วงเวลา การเฝ้าไข้พิเศษ การปฏิบัติงานในคลินิกพิเศษ

การทำงานพิเศษนอกโรงพยาบาล หมายถึง การทำงานพิเศษเฉพาะทางด้านการพยาบาลภายนอกโรงพยาบาลรามาธิบดี ได้แก่ การทำงานในโรงพยาบาลเอกชน คลินิก สถานพยาบาลของโรงงานหรือบริษัทต่างๆ

## 1.5 แนวการศึกษา

การศึกษานี้ เป็นการวิเคราะห์หาปัจจัยที่เป็นตัวกำหนด อุปทานแรงงานล่วงเวลาของ พยาบาลประจำการในโรงพยาบาลรามาธิบดี ภายใต้ข้อสมมติที่ว่า พยาบาลมีการตัดสินใจเลือก ทางเลือกในการปฏิบัติงาน เพื่อก่อให้เกิดอรรถประโยชน์สูงสุดของแต่ละคน โดยใช้แบบจำลอง อรรถประโยชน์แบบสุ่ม ( Random Utility Model ) สำหรับการศึกษานี้สนใจ 2 ประเด็น คือ (1) การเลือกทำงานพิเศษหรือไม่ทำงานพิเศษ และ (2) ผู้ที่เลือกทำงานพิเศษจะเลือกทำ ในโรงพยาบาลหรือนอกโรงพยาบาลรามาธิบดี โดยใช้ Binary Conditional Logit Model ในการคาดประมาณความน่าจะเป็นของการตัดสินใจเลือกทางเลือกดังกล่าว

เมื่อทราบถึงปัจจัยต่างๆดังกล่าวแล้ว จะทำการศึกษาต่อถึง แนวทางในการเพิ่มอุปทาน แรงงาน โดยการวิเคราะห์ถึงความเป็นไปได้เชิงนโยบาย เช่น นโยบายค่าจ้าง และศึกษาถึง ปฏิกริยาตอบสนองของอุปทานแรงงานต่อนโยบายดังกล่าว โดยการทำ Simulation test.

## 1.6 ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

การศึกษานี้จะทำให้ทราบถึง ปัจจัยต่างๆที่เป็นตัวกำหนดอุปทานแรงงานล่วงเวลาของ พยาบาล และ การปรับตัวของอุปทานแรงงานพยาบาล ที่มีต่อปัจจัยต่างๆเหล่านั้น เช่น ผลวง ค่าตอบแทน ที่มีต่ออุปทานแรงงานล่วงเวลา ทำให้ผู้บริหารสามารถนำผลการศึกษาที่ได้ไปใช้ในการ วางแผน และการกำหนดนโยบายในการบริหารงานบุคคลได้อย่างเหมาะสมและมีประสิทธิภาพ โดยเฉพาะอย่างยิ่ง การแก้ไขปัญหาการขาดแคลนแรงงานพยาบาลในระยะสั้น ได้อย่างรวดเร็ว ทันต่อเหตุการณ์ รวมไปถึงการวางแผนเพื่อพัฒนา และ การลงทุนในบุคลากรทางการพยาบาล ซึ่งนอกจากจะทำให้พยาบาล มีความพึงพอใจในการทำงานมากขึ้นแล้ว ยังสามารถช่วยเพิ่มทั้ง ปริมาณ และคุณภาพในการให้บริการแก่ผู้ป่วยด้วย

นอกจากนี้ วิธีการที่ใช้วิเคราะห์ในการศึกษานี้ เป็นตัวอย่างที่ดีอันหนึ่ง สามารถนำไป ประยุกต์ใช้ในการศึกษาวิจัยเรื่องอื่นต่อไป