

การวิเคราะห์เชิงนโยบาย

5.1. นโยบายการพัฒนาสาธารณสุขในแผนพัฒนาสาธารณสุขฉบับที่ 7

เพื่อให้คุณภาพชีวิตของประชาชน โดยเฉพาะอย่างยิ่งสุขภาพอนามัยทั้งทางร่างกายและจิตใจมีการเปลี่ยนแปลงที่ดีขึ้น และสามารถบรรลุสุขภาพดีถ้วนหน้าในระยะอันใกล้ การพัฒนาสาธารณสุขที่ยึดหลักความครอบคลุมและความเป็นธรรม การผสมผสานที่กลมกลืน ความยืดหยุ่น และความสอดคล้อง และการพึ่งตนเองของประชาชนและชุมชน รัฐบาลจึงได้กำหนดนโยบายในการพัฒนาสาธารณสุขฉบับที่ 7 ดังต่อไปนี้

1. สนับสนุนการดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐานในเขตชนบทอย่างต่อเนื่อง พัฒนาให้มี ความหลากหลาย และขยายเข้าไปในเขตเมืองให้มากขึ้น

2. ปรับปรุงคุณภาพและประสิทธิภาพของสถานบริการทุกระดับ โดยพัฒนาสถานบริการ ระดับล่างให้สามารถรักษาผู้ป่วยที่พบบ่อยและโรคฉุกเฉิน เพื่อลดความแออัดของโรงพยาบาลขนาดใหญ่ในเมือง พัฒนาสถานบริการระดับจังหวัดให้สามารถเป็นจุดรับส่งต่อ และปรับปรุงระบบ การส่งต่อให้เป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ

3. สนับสนุนให้ประชาชนทุกคน โดยเฉพาะในกลุ่มผู้มีรายได้น้อย ผู้ใช้แรงงานทั้งในและ ต่างประเทศ ผู้สูงอายุ เด็ก ผู้พิการทุพพลภาพ และกลุ่มด้อยโอกาสในสังคมอื่นๆ ได้มีหลักประกันใน การรับบริการสาธารณสุขทั้งทางด้านป้องกัน ส่งเสริมสุขภาพ ฟื้นฟูสภาพ และรักษาพยาบาล

4. ปรับปรุงประสิทธิภาพในการบริหารงานสาธารณสุข และกฎระเบียบที่เกี่ยวข้องกับ การพัฒนาการบริหาร

5. แสวงหาและพัฒนาทรัพยากร เพื่อสนับสนุนงานสาธารณสุข ให้มีความพอเพียง และมีคุณภาพในการแก้ไขปัญหาสาธารณสุข

6. ปรับปรุงและพัฒนากระบวนการเผยแพร่ข้อมูลข่าวสารด้านสาธารณสุขแก่ประชาชน ให้มีประสิทธิภาพอย่างกว้างขวาง

7. พัฒนาและส่งเสริมการใช้วิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี สนับสนุนงานวิจัยและพัฒนาเพื่อการพัฒนาสาธารณสุข บนรากฐานของการพึ่งตนเองให้มากขึ้นในระยะยาว

8. ปรับปรุงบทบัญญัติแห่งกฎหมายและกฎ ระเบียบ ข้อบังคับต่างๆ ให้เอื้อประโยชน์ต่อการพัฒนาสาธารณสุข

กลวิธีในการพัฒนาสาธารณสุข ที่เกี่ยวกับการวิจัยนี้ คือกลวิธีในกลุ่มที่ 5 การแสวงหาและพัฒนาทรัพยากรเพื่อสนับสนุนงานสาธารณสุข ดังนี้

- ประสานงานเพื่อให้การเพิ่มของงบประมาณด้านสาธารณสุข เติบโตขึ้น ในอัตราที่เหมาะสมกับสภาพของปัญหา เพื่อให้มีความพอเพียง ในการดำเนินงานด้านสาธารณสุขได้อย่างมีประสิทธิภาพ

- เพิ่มและพัฒนากำลังคนด้านสาธารณสุขให้มีความพอเพียง และมีขีดความสามารถเพิ่มมากขึ้นในการตอบสนองต่อนโยบายการพัฒนา โดยเฉพาะการพัฒนาบริการในระดับสถานีอนามัยในตำบล และแก้ไขปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญ เช่น การคุ้มครองผู้บริโภค การอาชีวอนามัย อนามัยสิ่งแวดล้อม และโรคเอดส์

- เร่งปรับปรุงระเบียบการให้ผลตอบแทน สรรหาการหาแนวทางที่เหมาะสม เพื่อปรับปรุงสวัสดิการและรายได้ที่เหมาะสม เพื่อลดภาวะ "สมองไหล" จากภาครัฐไปสู่ภาคเอกชน จนอาจเป็นอุปสรรคต่อการพัฒนาสาธารณสุข

- เร่งประสานและระดมทรัพยากรจากภาครัฐกิจเอกชน องค์กรพัฒนาเอกชน และประชาชนให้เข้ามามีส่วนในการพัฒนาสาธารณสุข เพื่อเพิ่มทรัพยากรสำหรับการพัฒนาให้มากขึ้น
- วางแนวทางการวางแผน และจัดสรรทรัพยากรให้กระจายไปอย่างเท่าเทียม โดยเน้นความสำคัญที่ตำบลและหมู่บ้าน โดยเฉพาะในพื้นที่ยากจน



## 5.2. การพัฒนากำลังคนในแผนพัฒนาสาธารณสุขฉบับที่ 7

การพัฒนากำลังคนในช่วงแผนพัฒนาสาธารณสุขฉบับที่ 7 ก็ได้มีนโยบายที่จะเพิ่มการผลิตกำลังคนด้านสาธารณสุข โดยเฉพาะแพทย์ ทบวงมหาวิทยาลัย ได้เสนอโครงการผลิตแพทย์เพิ่มในช่วงปี 2536-2544 โดยให้เหตุผลว่า ขณะนี้สถานบริการรักษาพยาบาลของรัฐกำลังประสบปัญหาการขาดแคลนแพทย์เป็นจำนวนมาก โดยเฉพาะโรงพยาบาลในส่วนภูมิภาค นอกจากนี้การขยายตัวของโรงพยาบาลเอกชนใน กทม. และเขตชุมชนเมือง ได้เพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว จึงเป็นผลให้แพทย์ในภาคราชการไม่เพียงพอกับความต้องการ และเกิดการขาดแคลนอย่างรุนแรง จึงควรมีการเพิ่มการผลิตแพทย์ในสถาบันการผลิตแพทย์โดยด่วน ตั้งแต่ปีการศึกษา 2536 ที่ประชุมคณะรัฐมนตรีเห็นชอบในหลักการ และให้ทบวงมหาวิทยาลัย และกรมการแพทย์ทหารบก เพิ่มการผลิตแพทย์ จากแผนการรับปกติ ตั้งแต่ปี 2536-2544 ประมาณปีละ 340 คน รวมทั้งให้หน่วยงานที่ใช่แพทย์ จัดทำแผนเพื่อใช้แพทย์ และบุคลากรด้านสาธารณสุข ตามความต้องการ โดยการกระจายแพทย์ในระยะยาว ในปี 2544 ควรมีแพทย์ 1 คน ต่อประชากร 3,100 คน

จากโครงการวางแผนการผลิตแพทย์เพิ่ม ของทบวงมหาวิทยาลัยปีละ 340 คน จากปี 2536-2544 คาดว่าเมื่อสิ้นแผนฯ 7 (ปี 2538) จะมีอุปทานของแพทย์จำนวน 18,104 คน และเมื่อสิ้นแผนฯ 8 (ปี 2543) จะมีอุปทานของแพทย์เพิ่มขึ้นเป็น 21,917 คน ซึ่งแพทย์ที่เพิ่มขึ้นนี้ จะสามารถบรรเทาปัญหาการขาดแคลนแพทย์ในอนาคตได้ แต่ก็ยังไม่เพียงพอกับอุปสงค์ของแพทย์ ในปี 2543 ที่คาดคะเนไว้

ตาราง 5.1 เปรียบเทียบอุปสงค์และอุปทานของแพทย์ กับเปอร์เซ็นต์การเปลี่ยนแปลง

ปี	อุปสงค์ของแพทย์	%การเปลี่ยนแปลง	อุปทานของแพทย์	%การเปลี่ยนแปลง
2534	14,281	-	13,366	-
2535	15,345	7.4	14,207	6.3
2536	16,623	8.3	15,075	6.1
2537	18,012	8.3	15,966	5.9
2538	19,523	8.4	16,858	5.6
2539	21,165	8.4	17,743	5.3
2540	22,951	8.4	18,623	5.0
2541	24,894	8.5	19,499	4.7
2542	27,008	8.5	20,370	4.5
2543	29,308	8.5	21,237	4.3

จากอุปทานของแพทย์ที่คาดคะเนได้ เมื่ออัตราการสูญเสียเท่ากับ 0.5% ทำให้พบว่าเมื่อสิ้นปี 2543 มีอุปทานไม่เพียงพอกับอุปสงค์ หรือความต้องการแพทย์ ในนโยบายการพัฒนากำลังคน ทำการเพิ่มการผลิตอีกปีละ 340 คน ตั้งแต่ปี 2536 เป็นต้นไป ซึ่งจะได้แพทย์เพิ่มในปี 2542 และ 2543 ปีละ 340 คน เนื่องจากแพทย์ต้องใช้เวลาเรียนถึง 6 ปี เพราะฉะนั้นเมื่อสิ้นปี 2543 อุปทานของแพทย์จะเพิ่มเป็น 21,917 คน ซึ่งไม่สามารถแก้ปัญหาการขาดแคลนแพทย์ในอนาคตได้ ดังนั้น การจะเพิ่มปริมาณแพทย์ในอนาคตให้ใกล้เคียงกับอุปสงค์ที่คาดคะเนไว้ (โดยมีข้อจำกัดว่าสถานการณ์ในอนาคตจะใกล้เคียงกับในปัจจุบัน) จึงควรเพิ่มอัตราการผลิตแพทย์ในอัตราที่เพิ่มขึ้นทุกปีให้เท่ากับอัตราเพิ่มขึ้นของอุปสงค์ของแพทย์ (ดังตาราง 5.1) พบว่าเมื่อถึงปี 2543 ยังขาดแคลนแพทย์เป็นจำนวน 7,391 คน ซึ่งต้องเร่งการผลิตเพิ่มขึ้นให้ทันกับความต้องการ

สิ่งที่ควรคำนึงถึงอีกประการหนึ่ง นอกจากปัญหาการขาดแคลนแพทย์ ก็คือ เรื่อง แพทย์ทั่วไป และแพทย์เฉพาะทาง เมื่อกล่าวถึงแพทย์ทางคลินิก เราก็สามารถแบ่งได้เป็น 2 ประเภท คือ แพทย์ทั่วไป และแพทย์เฉพาะทาง แพทย์ทั่วไปหมายถึง ผู้ที่จบแพทย์ได้ปริญญา แพทย์ศาสตร์บัณฑิต และได้รับใบอนุญาตให้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมจากแพทยสภา ส่วนแพทย์เฉพาะทาง หมายถึง ผู้ที่ได้รับการฝึกอบรมเฉพาะทางในสาขาวิชาใดวิชาหนึ่ง และได้รับหนังสือสำคัญแสดงว่ามีความสามารถเฉพาะทางจากแพทยสภา หรือสถาบันอื่น ๆ จากภายในหรือภายนอกประเทศเป็นที่ยอมรับ

ในปัจจุบันการแบ่งเป็นแพทย์ทั่วไป และแพทย์เฉพาะทางนั้น ยังไม่มีเส้นแบ่งที่แน่นอน รอยเฉพาะในทางปฏิบัติ กล่าวคือ ผู้ที่เป็นแพทย์เฉพาะทางนั้นจะรักษาผู้ป่วยทั้งที่เป็นผู้ป่วยทั่วไป และผู้ป่วยเฉพาะทาง ซึ่งการปฏิบัติในแนวนั้นคงจะดำเนินไปเรื่อยๆ ถ้าหากจะมีการเปลี่ยนแปลง ก็คงจะเป็นไปตามขั้นตอนธรรมชาติ และส่วนใหญ่ก็จะเกิดขึ้นอยู่กับความต้องการของผู้ป่วยมากกว่า บัจฉัยอื่น

ในทศวรรษหน้า ปัญหาที่จะต้องพิจารณา ก็คือ อัตราส่วนระหว่างแพทย์ทั่วไป และ แพทย์เฉพาะทาง ปัจจุบันแพทย์เฉพาะทางมีมากถึงประมาณร้อยละ 61.35 ของแพทย์ทั้งหมด ของประเทศ (ปี 2531) และมีแนวโน้มจะเพิ่มมากขึ้นในอนาคต สิ่งที่สมควรจะพิจารณากันต่อไปก็คือ อัตราส่วนเท่าใดจึงจะเหมาะสมกับประเทศไทย และเมื่อใดจึงจะเป็นเวลาที่เหมาะสมที่จะ คุ่มกำเนิดแพทย์เฉพาะทาง เพราะเป็นที่ทราบกันดีว่าการมีแพทย์เฉพาะทางนั้น แม้จะทำให้การ แพทย์ดีขึ้น แต่ถ้ามีระบบที่ไม่เหมาะสมแล้ว ก็จะทำให้สิ้นเปลืองมากเช่นเดียวกัน

การกระจายแพทย์เฉพาะทางก็เป็นอีกประเด็นหนึ่งที่จะต้องพิจารณากันในอนาคต ในอดีตที่ผ่านมา การกระจายแพทย์เฉพาะทางได้มีการควบคุม โดยวิธีหลายประการ เช่นการบังคับ ให้ต้องมีต้นสังกัด การที่ต้องขออนุมัติต่อแพทยสภาก่อน เข้าฝึกอบรม เป็นต้น วิธีการเช่นนี้ทั้งข้อดี และข้อเสีย ข้อดีที่เห็นได้ชัดก็คือมีการกระจายแพทย์เฉพาะทางไปในโรงพยาบาลในส่วนภูมิภาค อย่างรวดเร็ว มีผลทำให้โรงพยาบาลในส่วนภูมิภาคมีความก้าวหน้าไปอย่างมาก ข้อเสียที่เห็น ได้ชัด คือ วิธีการเช่นนั้นเป็นการบังคับ ย่อมจะสู้การที่แพทย์สมัครใจ เข้าฝึกอบรมในสาขาที่ตนเอง ชอบไม่ได้ วิธีการอีกประการหนึ่งที่แพทยสภาดำเนินการก็คือ การมีสาขาที่ได้รับการส่งเสริมเป็น

พิเศษ โรคยาให้แพทย์ที่อยู่ในระยะวิชาชีพ ปฏิบัติงานนี้มีต้นสังกัดมาฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้านได้ก่อน  
 อดหวังว่าจะสามารถเพิ่มจำนวนแพทย์เฉพาะทางในสาขาที่ไม่มีผู้นิยม ตลอดจนช่วยในการ  
 กระจายแพทย์เฉพาะทางด้วย ซึ่งไม่ค่อยได้ผลดีนัก เป็นไปได้อย่างยิ่งว่าในทศวรรษหน้าอาจจะ  
 ต้องหาวิธีการใหม่ที่จะดีกว่าวิธีการเดิม ในการควบคุมการกระจายให้อยู่ในสัดส่วนที่เหมาะสม

นอกจากปัญหาการผลิตแพทย์ไม่เพียงพอแล้ว ยังพบว่ามีปัญหาการกระจายแพทย์ เป็น  
 ปัญหาที่สำคัญในปัจจุบัน เนื่องจากประเทศมีความเจริญเพิ่มขึ้น มีความเป็นเมืองสูงขึ้น ทำให้  
 ประชาชนต้องการจะเข้าไปอยู่ในเมืองที่มีความเจริญ โดยเฉพาะในเมืองใหญ่ ๆ เช่น กทม.  
 เชียงใหม่ เป็นต้น แพทย์จึงเกิดการกระจุกตัวอยู่ในเมืองใหญ่ ๆ เป็นจำนวนมาก เพราะมี  
 ความพร้อมของอุปกรณ์ทางการแพทย์ เจ้าหน้าที่ และสามารถประกอบวิชาชีพหารายได้ดีกว่าใน  
 ชนบท ซึ่งประชาชนส่วนใหญ่ยังยากจนอยู่

ในชนบทจะมีเพียงบริการในภาครัฐเท่านั้น ซึ่งยังมีจำนวนแพทย์ไม่เพียงพอกับความ  
 ต้องการ เพราะแพทย์ที่จบใหม่จะออกไปทำงานอยู่ในชนบทเพียงชั่วคราวเวลาสั้นๆ เมื่อใช้ทุน  
 ครบก็จะลาออก หรือย้ายเข้ามาอยู่ในเมืองใหญ่ ๆ ที่มีความเจริญมากกว่า

ปัญหาการกระจายของแพทย์ในภาคต่าง ๆ พบว่า แพทย์จำนวนมากกระจุกตัวอยู่ใน  
 กทม. เมื่อคิดอัตราส่วนแพทย์ต่อประชากร พบว่าในปี 2532 มีแพทย์ 12,713 คน เทียบอัตรา  
 ส่วนแพทย์ 1 คน ต่อประชากร 4,361 คน ซึ่งแพทย์จำนวนนี้อยู่ใน กทม. ถึง 5,888 คน คิดเป็น  
 อัตราส่วน 1:1,062 ในขณะที่ภาคกลาง(ยกเว้น กทม.) มีแพทย์อยู่เพียง 2,008 คน อัตรา  
 ส่วนต่อประชากร 1: 6,006 ภาคเหนือมีแพทย์ 2,021 คน คิดเป็นอัตราส่วนต่อประชากร  
 1:5,397 ส่วนภาคใต้ มีแพทย์ 1,165 คน คิดเป็นอัตราส่วน 1:6,458 และภาคตะวันออกเฉียง  
 เหนือ มีแพทย์ 1,631 คน คิดเป็นอัตราส่วน 1:11,925

จากอัตราส่วนแพทย์ 1 คน ต่อประชากร จะเห็นว่า ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ หรือ  
 ภาคอีสาน มีแพทย์น้อยที่สุดเมื่อเทียบกับประชากร ซึ่งในภาคนี้เป็นภาคที่มีประชากรที่ยากจนมากที่สุด  
 เป็นแหล่งชนบทมากกว่าในเมือง ทำให้เกิดการขาดแคลนแพทย์เป็นจำนวนมาก ปัญหาอยู่ที่  
 จัดสรรแพทย์อย่างไรให้กระจายไปสู่ภูมิภาคอย่างทั่วถึง เป็นเรื่องที่รัฐบาลควรพิจารณาควบคู่ไป

กับปัญหาการขาดแคลนแพทย์ เพราะถ้าแก้ปัญหาการขาดแคลนแพทย์ในภาพรวมได้แล้ว ปัญหาการกระจายไม่ได้รับการแก้ไข ก็จะไม่เกิดประโยชน์เต็มที่ เนื่องจากแพทย์มากกระจุกตัวอยู่ในเมืองใหญ่ๆ จะทำให้เกิดการสั่งงาน หรือมีมากเกินไป ในขณะที่ในภูมิภาคกลับขาดแคลน ซึ่งถือเป็นการจัดสรรแพทย์ที่เป็นก้ำกึ่งคนที่มีค่า อย่างขาดประสิทธิภาพ



ศูนย์วิทยทรัพยากร  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย