

Original Article

นิพนธ์ต้นฉบับ

โครงการผลิตแพทย์เพื่อชาวชนบทกับการแก้ไข ปัญหาความขาดแคลนแพทย์ของกระทรวง สาธารณสุข

สุวัฒน์ เลิศสุขประเสริฐ

สำนักงานบริหารโครงการร่วมผลิตแพทย์เพิ่มเพื่อชาวชนบท

บทคัดย่อ

โครงการผลิตแพทย์เพื่อชาวชนบท ได้จัดตั้งขึ้นด้วยความเห็นชอบของคณะรัฐมนตรี เมื่อ พ.ศ. 2537 เพื่อแก้ไขปัญหาคาดแคลนแพทย์ของกระทรวงสาธารณสุข การวิจัยเชิงพรรณนาแบบย้อนหลังครั้งนี้ เพื่อหาผลกระทบเชิงบวกต่อการแก้ปัญหาคาดแคลนแพทย์ของกระทรวงสาธารณสุข จากฐานข้อมูลนักศึกษาที่รับเข้าในปีการศึกษา 2538-2549 และฐานข้อมูลบัณฑิตแพทย์ 8 รุ่นแรกที่สำเร็จการศึกษาในปีการศึกษา 2543-2550 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้หลักสถิติเชิงพรรณนา

การวิจัยพบว่า การรับนักศึกษาสามารถดำเนินการอย่างมีประสิทธิภาพ โดยสามารถรับนักศึกษาได้ 2,982 คน ในช่วงปีการศึกษา 2538-2549 คิดเป็นร้อยละ 99.4 ของแผน การจัดการศึกษาเป็นไปตามรูปแบบที่กำหนดคือ ศึกษาวิชาการแพทย์ทางคลินิก ในศูนย์แพทยศาสตรศึกษาของกระทรวงสาธารณสุข และมีผลสัมฤทธิ์ทางการศึกษาค่อนข้างดี สามารถสำเร็จการศึกษาแพทยศาสตรบัณฑิตตามกำหนด 6 ปี 1,374 คน หรือร้อยละ 94.04 มีอัตราการสูญเสียระหว่างศึกษาร้อยละ 3.56 แพทย์ที่สำเร็จการศึกษาจากโครงการทุกคนได้รับการบรรจุไปปฏิบัติราชการในสถานบริการของจังหวัดที่เป็นภูมิลำเนา โดยมีระยะเวลาปฏิบัติราชการครบตามสัญญาผูกพันร้อยละ 86.12 และยังคงปฏิบัติราชการในกระทรวงสาธารณสุขจนถึงปัจจุบันร้อยละ 73.8 โครงการนี้ ทำให้จำนวนแพทย์ผู้ทำสัญญาของกระทรวงสาธารณสุขเพิ่มขึ้นร้อยละ 16.8 ในช่วงปี 2544-2551

โครงการผลิตแพทย์เพื่อชาวชนบท จึงเป็นมาตรการหนึ่งที่ได้ผลในการแก้ไขปัญหา ความขาดแคลนแพทย์ของกระทรวงสาธารณสุข และรูปแบบการผลิตแพทย์ โดยคัดเลือกผู้เข้าศึกษาจากนักเรียนในชนบทศึกษาวิชาแพทย์ทางคลินิกในโรงพยาบาลของกระทรวงสาธารณสุข และเมื่อสำเร็จการศึกษาก็บรรจุรับราชการในจังหวัดที่เป็นภูมิลำเนาเป็นหัวใจสำคัญที่ส่งผลให้ ผลผลิตแพทย์ของโครงการสามารถปฏิบัติในส่วนภูมิภาคอย่างยาวนานตามวัตถุประสงค์

คำสำคัญ:

ความขาดแคลนแพทย์, รูปแบบการผลิตแพทย์, การแก้ไขความขาดแคลนแพทย์

บทนำ

ความขาดแคลนแพทย์และการกระจายแพทย์ที่ไม่เหมาะสมเป็นปัญหาที่พบในประเทศต่าง ๆ ทั่วโลก ไม่ว่าจะเป็นประเทศที่พัฒนาแล้วหรือประเทศที่กำลัง

พัฒนา⁽¹⁻³⁾ ประเทศไทยประสบปัญหานี้มาโดยตลอด นับตั้งแต่ในช่วง พ.ศ. 2506-2508 ที่ประเทศไทยประสบปัญหาความขาดแคลนแพทย์จากการที่แพทย์ไปปฏิบัติงานในต่างประเทศมาก เกิดภาวะสมองไหล ออกนอก

ประเทศ (External Brain Drain) จึงทำให้รัฐบาลต้องใช้มาตรการกำหนดให้นักศึกษาวิชาแพทยศาสตร์ทุกคนทำสัญญาผูกพันว่า เมื่อสำเร็จการศึกษาต้องทำงานให้กับทางราชการเป็นเวลาอย่างน้อย 3 ปี ตั้งแต่ปีการศึกษา 2513 และถือปฏิบัติอย่างต่อเนื่องจนถึงปัจจุบัน⁽⁴⁾

ในช่วง พ.ศ. 2531-2540 สถานะทางเศรษฐกิจของประเทศเกิดการขยายตัวอย่างก้าวกระโดด ทำให้มีการเติบโตของโรงพยาบาลเอกชนอย่างรวดเร็ว ก่อให้เกิดภาวะสมองไหลภายในระบบบริการสุขภาพจากการที่แพทย์ในภาครัฐย้ายไปยังภาคเอกชน (Internal Brain Drain) โดยพบว่ามี การเพิ่มจำนวนแพทย์ในภาคเอกชนจาก 1,000 คน เป็น 3,300 คน ในช่วงระยะเวลาดังกล่าว ผลจากภาวะสมองไหลนี้ทำให้โรงพยาบาลทุกระดับของกระทรวงสาธารณสุขเกิดความขาดแคลนแพทย์อย่างมาก^(5,6) ดังนั้นในปี 2537 กระทรวงสาธารณสุขจึงได้เสนอโครงการผลิตแพทย์เพิ่มเพื่อชาวชนบทต่อรัฐบาล เพื่อแก้ไขปัญหาความขาดแคลนแพทย์ในชนบท และการกระจายโอกาสทางการศึกษาวิชาแพทยศาสตร์ ตลอดจนยกระดับความเป็นอยู่และคุณภาพชีวิตในของประชาชนในชนบท⁽⁷⁾ ซึ่งคณะรัฐมนตรีได้มติเห็นชอบเมื่อวันที่ 7 มิถุนายน 2537 มีเป้าหมายรับนักศึกษาจำนวน 3,000 คน ในช่วงปีการศึกษา 2538-2549 ในรูปแบบความร่วมมือผลิตแพทย์ระหว่างกระทรวงสาธารณสุขและทบวงมหาวิทยาลัย กล่าวคือ ผู้เข้าศึกษาวิชาแพทยศาสตร์ตามโครงการนี้ใน 3 ปีแรก ศึกษาวิชาวิทยาศาสตร์และการแพทย์พื้นฐานในมหาวิทยาลัย และใน 3 ปีหลัง ศึกษาวิชาการแพทย์ทางคลินิก ในโรงพยาบาลของกระทรวงสาธารณสุขที่เป็นศูนย์แพทยศาสตรศึกษา โดยรัฐบาลสนับสนุนงบประมาณลงทุน และงบประมาณดำเนินการให้กับสถาบันการผลิตแพทย์ภาครัฐ และโรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ผู้สำเร็จการศึกษาตามโครงการนี้ต้องทำงานเป็นเวลาไม่น้อยกว่า 3 ปี ให้กับกระทรวงสาธารณสุขเท่านั้น

เนื่องจากการผลิตแพทย์ตามโครงการผลิตแพทย์

เพื่อชาวชนบทเป็นรูปแบบความร่วมมือระหว่างกระทรวงสาธารณสุขและทบวงมหาวิทยาลัย จึงได้มีการลงนามข้อตกลงความร่วมมือระหว่างกระทรวงสาธารณสุขโดยรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข (ดร.อาทิตย์ อุไรรัตน์) และทบวงมหาวิทยาลัย โดยรัฐมนตรีทบวงมหาวิทยาลัย (ดร.กระแสด ชนะวงศ์) เมื่อวันที่ 19 ธันวาคม 2537 หลังจากนั้นจึงได้มีการจัดตั้งเครือข่ายผลิตแพทย์ระหว่างคณะแพทยศาสตร์และโรงพยาบาลที่เป็นศูนย์แพทยศาสตรศึกษาของกระทรวงสาธารณสุข แล้วจึงเริ่มดำเนินการรับนักศึกษาแพทย์ในปีการศึกษา 2538

การผลิตแพทย์ตามโครงการผลิตแพทย์เพื่อชาวชนบท มีวัตถุประสงค์เพื่อแก้ไขปัญหาความขาดแคลนแพทย์ของกระทรวงสาธารณสุข และเพื่อให้ได้แพทย์ที่สามารถปฏิบัติงานในสถานบริการส่วนภูมิภาคอย่างยาวนาน จึงได้กำหนดรูปแบบการรับนักศึกษา โดยการคัดเลือกจากนักเรียนในชนบทด้วยวิธีพิเศษ นักศึกษาแพทย์ตามโครงการต้องศึกษาวิชาแพทย์ทางคลินิก ในโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข และเมื่อสำเร็จการศึกษาแพทยศาสตรบัณฑิต ต้องทำงานตามสัญญาผูกพันในโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ของจังหวัดที่เป็นภูมิลำเนา⁽⁷⁾ และได้ดำเนินการอย่างต่อเนื่องตั้งแต่ พ.ศ. 2538 จนถึงปัจจุบัน จึงวิจัยโดยมีวัตถุประสงค์เพื่อหาผลกระทบเชิงบวกของโครงการต่อการแก้ไขปัญหาความขาดแคลนแพทย์ของกระทรวงสาธารณสุข

วิธีการศึกษา

เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบย้อนหลัง (retrospective descriptive study) โดยศึกษาข้อมูลจากฐานข้อมูลของสำนักงานบริหารโครงการผลิตแพทย์เพื่อชาวชนบทจำนวน 2 ฐานข้อมูล ได้แก่ ฐานข้อมูลของนักศึกษาที่รับเข้าศึกษาในระหว่างปีการศึกษา 2538-2549 และฐานข้อมูลบัณฑิตแพทย์ 8 รุ่นแรก ที่สำเร็จการศึกษาแพทยศาสตรบัณฑิต ในระหว่างปีการศึกษา 2543-2550

จำนวน 8 รุ่น วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้หลักสถิติเชิงพรรณนา เพื่อหาประสิทธิภาพในการรับนักศึกษา ผลสัมฤทธิ์ทางการศึกษาของนักศึกษาแพทย์และการปฏิบัติราชการ หลังสำเร็จการศึกษา

ผลการศึกษา

ผลการรับนักศึกษาแพทย์

โครงการได้เริ่มรับนักศึกษาแพทย์รุ่นแรกในปี การศึกษา 2538 จำนวน 11 คน ที่เครือข่ายผลิตแพทย์ ระหว่างมหาวิทยาลัยขอนแก่น และโรงพยาบาลขอนแก่น หลังจากนั้นมีการรับนักศึกษาแพทย์เพิ่มขึ้นตามลำดับ ตามจำนวนเครือข่ายผลิตแพทย์ที่สามารถจัดตั้งขึ้นตาม ลำดับซึ่งต้องใช้เวลาลงถึง 5 ปี ในระหว่าง พ.ศ. 2538-2552 จึงสามารถจัดตั้งเครือข่ายผลิตแพทย์ของมหาวิทยาลัยทั้ง 7 แห่ง และสามารถรับนักศึกษาแพทย์ได้ทั้งหมด 2,982 คน ในช่วงระหว่างปีการศึกษา 2538 ถึง 2549 คิดเป็น ร้อยละ 99.4 ของแผนการรับนักศึกษาจำนวน 3,000 คน ตามที่คณะรัฐมนตรีได้อนุมัติ (ตารางที่ 1)

การจัดตั้งเครือข่ายผลิตแพทย์

เนื่องจากรูปแบบการศึกษาวิชาแพทยศาสตร์ ตามโครงการผลิตแพทย์เพื่อชาวชนบท นักศึกษาต้อง ศึกษาวิชาแพทย์ทางคลินิก ชั้นปีที่ 4-6 ในโรงพยาบาล ที่เป็นศูนย์แพทยศาสตรศึกษาของกระทรวงสาธารณสุข จึงได้มีการจัดตั้งเครือข่ายผลิตแพทย์ระหว่าง คณะ แพทยศาสตร์ของมหาวิทยาลัย 7 แห่ง และโรงพยาบาล ที่เป็นศูนย์แพทยศาสตรศึกษา 14 แห่ง ในช่วง ระหว่าง พ.ศ. 2538 ถึง 2547 ในภาคเหนือ จำนวน 4 ศูนย์ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ 3 ศูนย์ ภาคกลาง 4 ศูนย์ และภาคใต้ 3 ศูนย์ เพื่อให้สามารถผลิตแพทย์ให้ แก่พื้นที่ส่วนภูมิภาคในทุกจังหวัดของประเทศ (ตารางที่ 1)

ผลสัมฤทธิ์ทางการศึกษาของนักศึกษาแพทย์

จากฐานข้อมูลนักศึกษาและฐานข้อมูลบัณฑิต แพทย์ ของสำนักงานบริหารโครงการร่วมผลิตแพทย์ เพิ่มเพื่อชาวชนบท พบว่านักศึกษาแพทย์ที่รับเข้าศึกษา

ในช่วงปีการศึกษา 2538 ถึง 2545 ทั้งหมด 1,461 คน รวม 8 รุ่น สามารถสำเร็จการศึกษาแพทยศาสตรบัณฑิต ในระหว่าง ปีการศึกษา 2543 ถึง 2550 รวม 1,374 คน ร้อยละ 94.04 สำเร็จการศึกษาช้าอยู่ระหว่างการการศึกษา 35 คน ร้อยละ 2.40 และสูญเสียระหว่างการการศึกษา (drop out) 52 คน ร้อยละ 3.56 (ตารางที่ 2)

การปฏิบัติราชการหลังสำเร็จการศึกษา

จากฐานข้อมูลบัณฑิตแพทย์สำนักงานบริหาร โครงการร่วมผลิตแพทย์เพิ่มเพื่อชาวชนบท และฐาน ข้อมูลแพทย์ผู้ทำสัญญาของสถาบันพระบรมราชชนก⁽⁸⁾ พบว่าแพทย์ผู้ทำสัญญาที่จัดสรรให้กระทรวงสาธารณสุข ในช่วงปี 2544-2551 จำนวน 8,184 คน เป็นแพทย์ผู้ ทำสัญญาที่สำเร็จการศึกษาจากสถาบันผลิตแพทย์ 6,810 คน (83.2%) และเป็นแพทย์ที่สำเร็จการศึกษาตาม โครงการผลิตแพทย์เพื่อชาวชนบท 1,374 คน (16.8%) และถ้าเทียบสัดส่วนของแพทย์ผู้ทำสัญญาของ กระทรวงสาธารณสุขระหว่างแพทย์ชนบทและแพทย์ จากสถาบันผลิตแพทย์ จะพบว่าสัดส่วนแพทย์ผู้ทำ สัญญาที่เป็นแพทย์ชนบทเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 0.9 ในปี 2544 เป็นร้อยละ 27.3 ในปี 2551 (ตารางที่ 3)

เมื่อพิจารณาจำนวนแพทย์ผู้ทำสัญญาที่กระทรวง สาธารณสุขได้รับจัดสรรเป็นรายปี เปรียบเทียบกับ จำนวนแพทย์ผู้ทำสัญญาทั้งหมดในช่วง พ.ศ. 2538-2543 ซึ่งเป็นช่วงก่อนมีผลผลิตแพทย์จากโครงการผลิตแพทย์ เพื่อชาวชนบท (รูปที่ 1) พบว่าแพทย์ผู้ทำสัญญาของ กระทรวงสาธารณสุขได้รับจัดสรรปีละ 573-772 คน จาก แพทย์ผู้ทำสัญญาทั้งหมดปีละ 821-1,161 คน

แต่หลังจากมีผลผลิตแพทย์จากโครงการผลิต แพทย์เพื่อชาวชนบทตั้งแต่ปี 2544 จำนวนแพทย์ผู้ทำ สัญญาของกระทรวงสาธารณสุขได้เพิ่มขึ้นตามลำดับ เป็นปีละ 878-1,138 คน โดยจำนวนแพทย์ผู้ทำสัญญา ที่เพิ่มขึ้นเป็นการเพิ่มจากผลผลิตแพทย์ชนบทมากกว่า ผลผลิตแพทย์จากสถาบันผลิตแพทย์ (รูปที่ 2)

จากฐานข้อมูลของสำนักงานบริหารโครงการร่วม ผลิตแพทย์เพื่อชาวชนบท พบว่า บัณฑิตแพทย์ 5 รุ่น

โครงการผลิตแพทย์เพื่อชาวชนบทกับการแก้ไขปัญหาความขาดแคลนแพทย์ของกระทรวงสาธารณสุข

ตารางที่ 1 ผลการรับนิสิต/นักศึกษาแพทย์โครงการผลิตแพทย์เพื่อชาวชนบท ปีการศึกษา 2538-2549

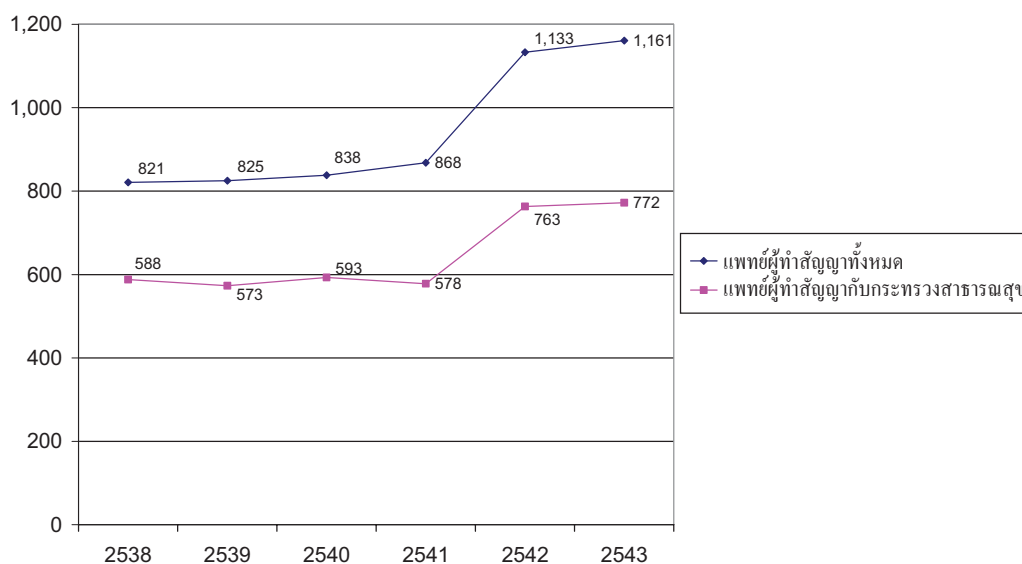
เครือข่ายผลิตแพทย์	ผลการรับนิสิต/นักศึกษาแพทย์ จำแนกตามปีการศึกษา (คน)												รวม
	2538	2539	2540	2541	2542	2543	2544	2545	2546	2547	2548	2549	
1. มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์	-	28	30	19	30	30	27	30	30	52	68	57	401
รพ.สระบุรี	-	9	15	8	30	30	27	30	30	30	30	30	269
รพ.สวรรค์ประชารักษ์	-	19	15	11	-	-	-	-	-	-	-	-	45
รพ.สุราษฎร์ธานี	-	-	-	-	-	-	-	-	-	22	38	27	87
2. จุฬาลงกรณ์ มหาวิทยาลัย	-	-	14	7	17	12	16	17	17	39	34	41	214
รพ.พระปกเกล้า	-	-	7	4	8	6	8	9	9	19	17	20	107
รพ.ชลบุรี	-	-	7	3	9	6	8	8	8	20	17	21	107
3. มหาวิทยาลัยมหิดล	-	-	16	24	78	83	78	80	88	88	96	96	727
รพ.มหาราชนครราชสีมา	-	-	16	24	32	34	32	32	32	32	32	32	298
รพ.สวรรค์ประชารักษ์	-	-	-	-	16	16	14	16	24	24	32	32	174
รพ.ราชบุรี	-	-	-	-	14	16	16	16	16	16	16	16	126
รพ.มหาราชนครศรีธรรมราช	-	-	-	-	16	17	16	16	16	16	16	16	129
4. มหาวิทยาลัยขอนแก่น	11	13	13	16	14	15	16	28	30	48	80	81	365
รพ.ขอนแก่น	11	13	13	16	14	15	16	28	30	31	48	48	283
รพ.สรรพสิทธิประสงค์	-	-	-	-	-	-	-	-	-	17	32	33	82
5. มหาวิทยาลัยเชียงใหม่	-	-	16	16	30	29	30	30	29	29	28	30	267
รพ.ลำปาง	-	-	16	16	30	29	30	30	29	29	28	30	267
6. มหาวิทยาลัยนเรศวร	-	-	60	61	90	80	89	88	87	90	89	88	822
รพ.พุทธชินราช	-	-	60	61	59	56	59	60	60	60	58	59	592
รพ.อุดรดิตถ์	-	-	-	-	31	24	30	28	27	30	31	29	230
7. มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์	-	-	-	-	20	20	20	20	20	28	30	28	186
รพ.หาดใหญ่	-	-	-	-	20	20	20	20	20	28	30	28	186
รวม	11	41	149	143	279	269	276	293	301	374	425	421	2,982

ตารางที่ 2 ผลสัมฤทธิ์ทางการศึกษาของนักศึกษาแพทย์ 8 รุ่นแรกโครงการผลิตแพทย์เพื่อชาวชนบท

ปีรับเข้าศึกษา	จำนวน (ร้อยละ)			
	รับเข้าศึกษา	สำเร็จการศึกษา	อยู่ระหว่างศึกษา	สูญเสียระหว่างศึกษา
2538	11	11	-	-
2539	41	37	-	4
2540	149	144	-	5
2541	143	137	-	6
2542	279	270	1	8
2543	269	256	4	9
2544	276	261	5	10
2545	293	258	25	10
รวม	1,461	1,374	35	52
		(94.04)	(2.40)	(3.56)

ตารางที่ 3 จำนวนแพทย์ผู้ทำสัญญาที่จัดสรรให้กระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2544-2551

ปี	สถาบันผลิตแพทย์		แพทย์ชนบท		รวม
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
2544	870	99.1	8	0.9	878
2545	891	96.6	31	3.4	922
2546	895	87.1	133	12.9	1,028
2547	854	85.9	141	14.1	995
2548	827	76.9	249	23.1	1,076
2549	872	77.4	255	22.6	1,127
2550	859	75.5	279	24.5	1,138
2551	742	72.7	278	27.3	1,020
รวม	6,810	83.2	1,374	16.8	8,184

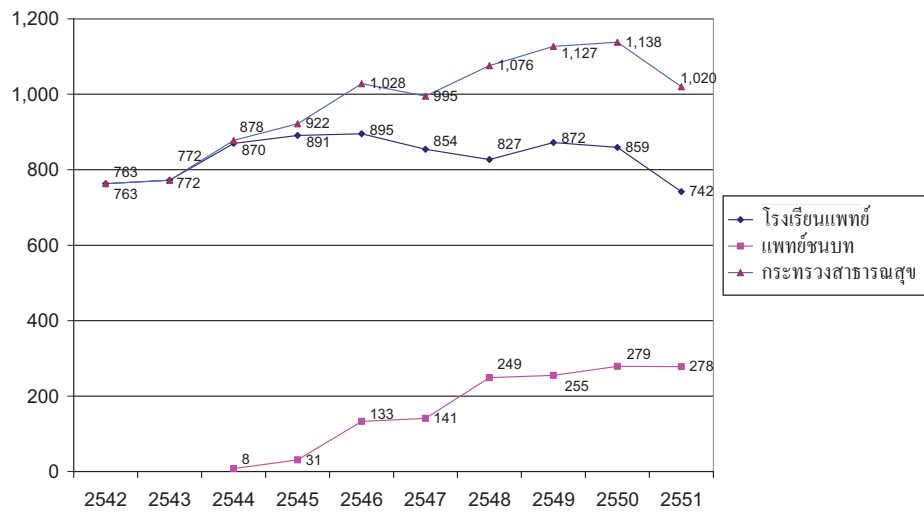


รูปที่ 1 จำนวนแพทย์ผู้ทำสัญญาของกระทรวงสาธารณสุขเปรียบเทียบกับจำนวนแพทย์ผู้ทำสัญญาทั้งหมด พ.ศ.2538-2543

แรกที่บรรจุเข้ารับราชการในช่วงปี 2544 ถึง 2548 ซึ่งขณะนี้ได้ปฏิบัติราชการครบ 3 ปีแล้ว รวม 562 คน ยังคงปฏิบัติงานในสถานบริการกระทรวงสาธารณสุข 415 คน (73.8%) และมีจำนวนถึง 484 คน (86.1%) ที่ทำงานครบตามพันธะสัญญา (ตารางที่ 4)

สำหรับพื้นที่ปฏิบัติราชการของบัณฑิตแพทย์ที่บรรจุเข้ารับราชการในช่วง พ.ศ. 2543-2550 จำนวน 1,374 คน ปฏิบัติราชการในภาคเหนือมากที่สุด 535 คน (38.9%) รองลงมาคือ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ 400 คน (29.1%) (รูปที่ 3)

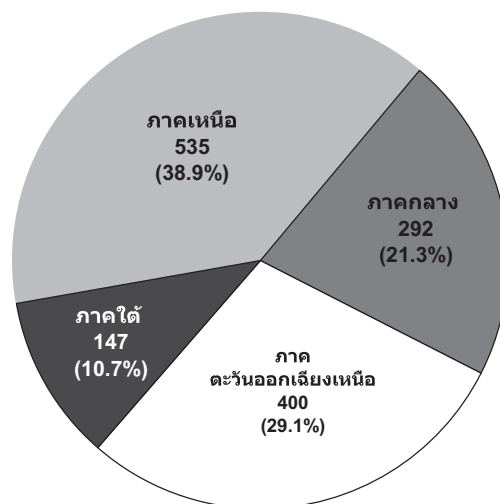
โครงการผลิตแพทย์เพื่อชาวชนบทกับการแก้ไขปัญหาความขาดแคลนแพทย์ของกระทรวงสาธารณสุข



รูปที่ 2 จำนวนแพทย์ผู้ทำสัญญาที่จัดสรรให้กระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2542-2551

ตารางที่ 4 ระยะเวลาคงอยู่ในราชการของบัณฑิตแพทย์โครงการผลิตแพทย์เพื่อชาวชนบท

รุ่นปีบรรจุ	ระยะเวลาคงอยู่ในราชการ					รวม
	น้อยกว่า 1 ปี	1 ปี	2 ปี	3 ปี	มากกว่า 3 ปี	
2544	-	-	1	1	6	8
2545	-	1	-	2	28	31
2546	-	5	10	12	106	133
2547	-	12	12	26	91	141
2548	4	19	14	28	184	249
รวม	4	37	37	69	415	562



รูปที่ 3 พื้นที่ปฏิบัติราชการของบัณฑิตแพทย์ชนบทที่บรรจุในช่วง พ.ศ. 2544-2551

วิจารณ์

ประเทศไทยประสบปัญหาความขาดแคลนของแพทย์ เช่นเดียวกับประเทศต่าง ๆ ทั่วโลก⁽¹⁻³⁾ ทั้งโดยสาเหตุจากสมองไหลออกนอกประเทศ เนื่องจากแพทย์ไปปฏิบัติงานในต่างประเทศกันมากในช่วง พ.ศ. 2506-2508⁽⁴⁾ และจากสมองไหลภายในประเทศ (Internal Brain Drain) จากการที่แพทย์ลาออกจากภาครัฐไปปฏิบัติงานในภาคเอกชนในช่วง พ.ศ. 2531-2540^(5,6) จึงก่อให้เกิดโครงการผลิตแพทย์เพื่อชาวชนบทใน พ.ศ. 2537 เพื่อแก้ไขปัญหาความขาดแคลนแพทย์ของกระทรวงสาธารณสุขและเพื่อให้ได้แพทย์ที่สามารถปฏิบัติงานในสถานบริการส่วนภูมิภาคอย่างยาวนาน⁽⁷⁾

การผลิตแพทย์ตามโครงการผลิตแพทย์เพื่อชาวชนบท ได้ดำเนินการอย่างมีประสิทธิภาพ เพราะสามารถรับนักศึกษาถึง 2,982 คน จากแผนการรับนักศึกษา จำนวน 3,000 คน ตามมติคณะรัฐมนตรี วิธีการรับนักศึกษาก็สอดคล้องกับรูปแบบที่กำหนดเพื่อให้โอกาสนักเรียนในชนบทได้ศึกษารวิชาแพทยศาสตร์ และสามารถรับนักศึกษาจากนักเรียนของทุกจังหวัดในส่วนภูมิภาค ยกเว้น กรุงเทพมหานครและนนทบุรี หัวใจสำคัญที่ทำให้สามารถรับนักศึกษาได้ตามเป้าหมาย เพราะมีการจัดตั้งเครือข่ายผลิตแพทย์ครอบคลุมในทุกภูมิภาคของประเทศ ในช่วง พ.ศ. 2538-2547 เป็นเครือข่ายผลิตแพทย์ระหว่าง คณะแพทยศาสตร์ของมหาวิทยาลัย 7 แห่ง ร่วมกับโรงพยาบาลที่เป็นศูนย์แพทยศาสตรศึกษา จำนวน 14 แห่ง นักศึกษาแพทย์ของโครงการได้เรียนวิชาแพทยศาสตร์ทางคลินิกในช่วงปีที่ 4-6 ของการศึกษา ที่ศูนย์แพทยศาสตรศึกษาของกระทรวงสาธารณสุข โดยมีผลสัมฤทธิ์ทางการศึกษาค่อนข้างดี เพราะมีผู้สำเร็จการศึกษาแพทยศาสตรบัณฑิตตามกำหนดถึงร้อยละ 94.04 ผลผลิตแพทย์จากโครงการผลิตแพทย์เพื่อชาวชนบททำให้จำนวนแพทย์ผู้ทำสัญญาที่กระทรวงสาธารณสุขได้รับจัดสรรเพิ่มขึ้นร้อยละ 16.8 ในช่วงปี 2544-2551 โดยมีสัดส่วนแพทย์ผู้ทำสัญญาของกระทรวงสาธารณสุขที่เป็น

ผลผลิตโครงการผลิตแพทย์เพื่อชาวชนบทเพิ่มขึ้นตามลำดับจากร้อยละ 0.9 ในปี 2544 เป็นร้อยละ 27.3 ในปี 2551 แสดงถึงการบรรลุประสงค์ในการเพิ่มจำนวนแพทย์ให้กับกระทรวงสาธารณสุข

การปฏิบัติราชการตามพันธะผูกพันหลังสำเร็จการศึกษาของบัณฑิตแพทย์เพื่อชาวชนบท อยู่ในเกณฑ์น่าพอใจ เพราะร้อยละ 86.12 ของผู้สำเร็จการศึกษาในช่วงปี 2544-2548 บรรจุเข้ารับราชการในสถานบริการในจังหวัดที่เป็นภูมิลำเนาครบ 3 ปี ตามสัญญาและมีถึงร้อยละ 73.8 ยังคงปฏิบัติราชการในกระทรวงสาธารณสุขจนถึงปัจจุบัน แสดงถึงการบรรลุวัตถุประสงค์ในการผลิตแพทย์ที่สามารถปฏิบัติงานในสถานบริการส่วนภูมิภาคได้ยาวนาน โดยเฉพาะอย่างยิ่งในระยะเวลาผูกพันตามสัญญาแต่สำหรับผลในระยะยาวหลังจากนั้นต้องอาศัยมาตรการอื่น ๆ ร่วมด้วย เพื่อให้แพทย์เหล่านั้นคงอยู่ในระบบราชการ ได้แก่ มาตรการทางด้านเงินเดือน ค่าตอบแทนที่เหมาะสม ความก้าวหน้าในตำแหน่งหน้าที่ทางราชการ และการพัฒนาด้านวิชาการ^(5,6)

ผลกระทบต่อการแก้ปัญหาการกระจายแพทย์ในส่วนภูมิภาค โดยดูจากพื้นที่ปฏิบัติงานของผลผลิตแพทย์โครงการผลิตแพทย์เพื่อชาวชนบท มีผลเชิงบวกสูงสุดที่ภาคเหนือซึ่งเป็นพื้นที่ ที่มีบัณฑิตแพทย์ไปปฏิบัติงานมากที่สุด สอดคล้องกับข้อมูลแนวโน้มการกระจายแพทย์ในรายงาน Thailand Health Profile 2005-2007 ที่พบว่า อัตราส่วนแพทย์ต่อประชากรในภาคเหนือมีแนวโน้มดีขึ้นตั้งแต่ปี 2547⁽⁹⁾ ที่เป็นเช่นนี้เพราะตั้งแต่ พ.ศ.2547 มีการจัดตั้งศูนย์แพทยศาสตรศึกษาถึง 4 แห่งในภาคเหนือ จึงมีกำลังผลิตแพทย์ได้มาก (ตารางที่ 1) ส่วนภาคตะวันออกเฉียงเหนือซึ่งเป็นภูมิภาคขาดแคลนแพทย์สูงสุดตามรายงานฉบับเดียวกัน ยังไม่ได้รับผลกระทบเชิงบวกจากการดำเนินการช่วงต้นของโครงการผลิตแพทย์เพื่อชาวชนบท เนื่องจากมีการเพิ่มจำนวนศูนย์แพทยศาสตรศึกษาค่อนข้างช้า แต่อย่างไรก็ตามการรับนักศึกษาในภาคตะวันออกเฉียงเหนือหลังปี 2547 ได้เพิ่มขึ้นอย่างมาก เพราะได้เพิ่ม

จำนวนศูนย์แพทยศาสตรศึกษาเป็น 3 แห่ง ในปี 2547 และมีการเพิ่มกำลังผลิตแพทย์ในทุกศูนย์แพทยศาสตรศึกษา

สรุป

โครงการผลิตแพทย์เพื่อชาวชนบท เป็นมาตรการหนึ่งที่ได้ผลในการแก้ไขปัญหาความขาดแคลนแพทย์ของกระทรวงสาธารณสุข รูปแบบการผลิตแพทย์โดยคัดเลือกผู้เข้าศึกษาจากนักเรียนในชนบท ศึกษาวิชาแพทย์ทางคลินิกในโรงพยาบาลของกระทรวงสาธารณสุข และเมื่อสำเร็จการศึกษาก็บรรจุรับราชการในจังหวัดที่เป็นภูมิลำเนา เป็นหัวใจสำคัญที่ทำให้ผลผลิตแพทย์ของโครงการสามารถปฏิบัติงานในสถานบริการส่วนภูมิภาคของกระทรวงสาธารณสุขได้ยาวนานโดยเฉพาะอย่างยิ่ง ในช่วงระยะผูกพันตามสัญญาและเพื่อให้สามารถแก้ไขปัญหาความขาดแคลนแพทย์ที่รุนแรงในภูมิภาคตะวันออกเฉียงเหนือ จึงต้องปรับแผนดำเนินงานในพื้นที่ดังกล่าว เพื่อให้เกิดผลในการแก้ไขความขาดแคลนแพทย์ในภูมิภาคนี้ใน ระยะต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ เจ้าหน้าที่ทุกท่านของสำนักงานบริหารโครงการร่วมผลิตแพทย์เพื่อชาวชนบท โดยเฉพาะอย่างยิ่ง

คุณวิราศิณี อึ้งสำราญ ที่เก็บรวบรวมฐานข้อมูลของนักศึกษาแพทย์ และฐานข้อมูลบัณฑิตแพทย์ของโครงการผลิตแพทย์เพื่อชาวชนบท ทำให้มีข้อมูลเพียงพอสำหรับการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. Pang T. Brain drain and health professionals. BMJ 2002; 324:499-500.
2. Mullan F. The metrics of the physician brain drain. N Engl J Med 2005; 353:1810-8.
3. Chen L. Fatal flows-doctors on the move. N Engl J Med 2005; 353:1850-2.
4. Wibulpolprasert S. Integrated strategies to tackle the inequitable distribution of doctors in Thailand : four decades of experience. Human Resources for Health 2003; 1:1-17.
5. ทักษพล ชรรมรังสี. การลาออกของแพทย์. วารสารวิชาการสาธารณสุข 2546; 12:1044-7.
6. ทักษพล ชรรมรังสี. แพทย์ลาออก : เขาเป็นใคร. วารสารวิชาการสาธารณสุข 2547; 13:970-81.
7. กระทรวงสาธารณสุข. โครงการผลิตแพทย์เพื่อชาวชนบท. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข; 2538.
8. สถาบันพระบรมราชชนก สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. คู่มือแพทย์ผู้ทำสัญญา. นนทบุรี : สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข; 2550.
9. Wibulpoprasert S. Thailand Health Profile 2005-2007. Bangkok : War Veterans Printing Press; 2008.

Abstract Collaborative Project to Increase Production of Rural Doctors to Tackle Physician Shortage Problem of Ministry of Public Health

Suwat Lertsukprasert

Office of the Collaborative Project to Increase Production of Rural Doctor

Journal of Health Science 2008; 17:SVIII1906-14.

The Collaborative Project to Increase Production of Rural Doctors emerged in 1994 as a strategic management to tackle physician shortage problem of the Ministry of Public Health. This project was aimed at increasing supply of doctors as a rural medical workforce.

The aim of this descriptive study was to determine the positive impact of this project on the physician shortage problem. Data were retrospectively collected from the profiles of medical students recruited during the academic year 1995-2006 and graduates during the academic year 2000-2007.

The results reveal that the project could recruit 2,982 medical students, during the academic year 1995-2006 (99.4% of its goal), who studied clinical years (year 4-6) at the medical education centers of the Ministry of Public Health with an admirable academic achievement. In all, 94.04 percent were graduated within 6 years with the drop out rate of only 3.56 percent. All of the graduates were sent back to their native provinces while 73.8 percent of the graduates still remained in their hometown placement after the three compulsory years of contract. The allocated number of compulsory contracted doctors to the Ministry of Public Health increased by 16.8 percent during the year 2001-2008 indicated a positive impact of this project.

In conclusion, the Collaborative Project to Increase Production of Rural Doctors was implemented with the hopeful sign of success and to be a good strategic management to cope with physician shortage problem of the Ministry of Public Health. Key contributing factors to the success are the strategies of rural recruitment of students, community-based medical education and hometown placement after graduation.

Key words: physician shortage, community based medical education, tackle physician shortage problem