

นิพนธ์ต้นฉบับ

Original Article

จำนวนที่เหมาะสมของแพทย์ผู้มีสมรรถนะอาชีพเวชศาสตร์ และเวชศาสตร์สิ่งแวดล้อม: กรณีศึกษา โรงพยาบาลนพรัตนราชธานี

อดุลย์ บัณฑุกุล พ.บ.*

อรพินท์ มุกดาติลก พ.บ.**

* กลุ่มศูนย์การแพทย์เฉพาะทางด้านอาชีพเวชศาสตร์และเวชศาสตร์สิ่งแวดล้อม โรงพยาบาลนพรัตนราชธานี กรมการแพทย์
กระทรวงสาธารณสุข

** ศูนย์ส่งเสริมสุขภาพและอาชีวอนามัย โรงพยาบาลกรุงเทพมหานครสำนักงานใหญ่

บทคัดย่อ สถานการณ์กำลังคนแพทย์ผู้มีสมรรถนะอาชีพเวชศาสตร์และเวชศาสตร์สิ่งแวดล้อม หรือแพทย์ OEM ที่ศูนย์-
การแพทย์เฉพาะทางด้านอาชีพเวชศาสตร์และเวชศาสตร์สิ่งแวดล้อม โรงพยาบาลนพรัตนราชธานี กรมการแพทย์
กระทรวงสาธารณสุข ซึ่งเป็นองค์การชำนาญพิเศษด้านนี้ในระดับประเทศแห่งเดียวของไทย ถูกนำมาศึกษาเพื่อประเมิน
ว่าภาระงานด้านนี้ของโรงพยาบาลมีปริมาณเท่าใดและจำนวนแพทย์เท่าใดจึงจะเหมาะสม ศึกษาโดยการวิจัยเชิงสำรวจ
ด้วยการสอบถามข้อมูลการทำงานของกลุ่มแพทย์สหสาขาผู้ปฏิบัติงานในพื้นที่งานจริงในหลากหลายแผนกให้ได้เป็น
จำนวนรวมของชั่วโมงงาน OEM ที่แพทย์เหล่านี้ทำร่วมกันในปัจจุบัน แพทย์ผู้ตอบกลับแบบสอบถามถือเป็นร้อยละ
82.4 ของประชากรแพทย์ OEM ทั้งหมดขององค์กร พบว่าปริมาณงาน OEM เป็นร้อยละ 21.3 ของปริมาณงานรวม
ของโรงพยาบาล ประเมินการจำนวนแพทย์ (full time equivalent; FTE) ที่ต้องการสำหรับภาระงานนี้คือ 25.2
คนขณะที่ปัจจุบันมีอัตรากำลังแพทย์ผู้ทำงานประจำเพียง 5 คน (ค่าความเชื่อมั่นที่ร้อยละ 85.0 โดยมีความผิดพลาด
ไม่เกินร้อยละ 10.0) ข้อบ่งชี้ที่สะท้อนความจำเป็นในการค้นหาแนวทางที่จะเพิ่มจำนวนแพทย์ผู้มีสมรรถนะที่จะ
ตอบสนองต่อปัญหาสุขภาพของกลุ่มประชากรแรงงานไทยให้ทันการณ์

คำสำคัญ: สมรรถนะ, อาชีพเวชศาสตร์และเวชศาสตร์สิ่งแวดล้อม, ความต้องการแพทย์

บทนำ

โรงพยาบาลนพรัตนราชธานีเป็นโรงพยาบาลทั่วไปที่เป็นหน่วยบริการระดับตติยภูมิตั้งสูง สังกัดกรม-
การแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข รับผิดชอบงานเขตพื้นที่
กรุงเทพมหานครภาคตะวันออก ในขอบเขตประชากร 2
ล้านคนและโรงงานอุตสาหกรรมกว่า 1 พันแห่ง มี
วิสัยทัศน์จะเป็นองค์กรสุขภาพแห่งชาติด้านอาชีพเวช-
ศาสตร์ ในแง่ของการมีศูนย์ความเป็นเลิศนั้น ศูนย์-

การแพทย์เฉพาะทางด้านอาชีพเวชศาสตร์และเวชศาสตร์-
สิ่งแวดล้อม (occupational and environmental medi-
cine; OEM) ถือเป็นองค์การชำนาญพิเศษด้านนี้ในระดับ
ประเทศแห่งเดียวของไทย และเป็นหน่วยงานหลักในการ
จัดอบรมและขึ้นทะเบียน (ประกาศนียบัตร) ให้กับ
แพทย์อาชีพเวชศาสตร์⁽¹⁾ หลักสูตรพื้นฐาน 2 เดือน และ
ถือเป็นแพทย์ผู้มีสมรรถนะ OEM (หรือแพทย์ OEM)
ทั้งนี้ แพทย์อาชีพเวชศาสตร์เกือบจะทั้งหมด (ร้อยละ

96.4) ของประเทศไทยผ่านการอบรมที่ศูนย์ OEM แห่งนี้⁽²⁾ การคำนวณ “จำนวนแพทย์ OEM ที่ขึ้นทะเบียนใน พ.ศ. 2559” ที่ประกอบด้วยแพทย์ผู้รับการอบรมหลักสูตรพื้นฐาน 2 เดือนร่วมกับแพทย์ผู้เชี่ยวชาญผ่านการฝึกอบรม 3-5 ปีจนได้รับหนังสืออนุมัติหรือวุฒิบัตรที่จะเรียกว่าแพทย์บอร์ดนั้น พบว่า เป็นร้อยละ 1.9 ของจำนวนแพทย์ไทยทั้งระบบ^(2,3) อย่างไรก็ตาม ในภาพรวมถือว่าประเทศไทย รวมทั้งที่โรงพยาบาลนพรัตนราชธานีเองยังขาดแคลนแพทย์ผู้ได้รับการฝึกอบรมให้มีสมรรถนะที่จะมารองรับภาระงานด้านนี้⁽⁴⁾

งานและสิ่งแวดล้อมของประชากรแรงงานในเขตพื้นที่ที่โรงพยาบาลนพรัตนราชธานีรับผิดชอบไม่สามารถประเมินขนาดปัญหาสุขภาพได้จากสถิติข้อมูลที่บ้านพักอยู่ที่กลุ่มงานหรือแผนกต่างๆ ของโรงพยาบาลในปัจจุบัน เนื่องจากภาระงาน OEM ของโรงพยาบาลกระจายอยู่ไปกับแพทย์หลากหลายสาขา แขนง และแผนก ส่งผลให้การจัดเก็บข้อมูลปริมาณงานต่างกลุ่มงานไม่เป็นไปตามเกณฑ์และหน่วยนับที่เป็นมาตรฐานเดียวกัน และทำให้ไม่มีฐานข้อมูลปริมาณงานของโรงพยาบาลที่ดีเพียงพอที่จะนำมาใช้ประโยชน์เชิงการคาดการณ์จำนวนแพทย์ OEM ที่ควรจะเป็นได้

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินว่าภาระงานและจำนวนที่เหมาะสมของแพทย์ผู้มีสมรรถนะวิชาชีพเวชศาสตร์และเวชศาสตร์สิ่งแวดล้อมของศูนย์การแพทย์เฉพาะทางด้านวิชาชีพเวชศาสตร์และเวชศาสตร์สิ่งแวดล้อม โรงพยาบาลนพรัตนราชธานี กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข

วิธีการศึกษา

ดำเนินการทบทวนสถิติข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับปัญหาสุขภาพด้าน OEM ของโรงพยาบาลนพรัตนราชธานีย้อนหลัง 5 ปี จากนั้นทำการสำรวจภาคตัดขวางกับแพทย์ทุกคนของโรงพยาบาล โดยใช้แบบสอบถามที่จัดทำขึ้นเพื่อหา “จำนวนรวมของชั่วโมงงาน OEM ที่แพทย์เหล่านี้ได้ทำไป” ในช่วงเวลาที่ผ่านไป ในช่วงเวลาดำเนินการ

สำรวจ คือ ช่วงเดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ. 2559 รวมระยะเวลาทั้งหมด 1 เดือน สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์และประมวลผลข้อมูลเป็นสถิติพรรณนาได้แก่สัดส่วนหรือร้อยละและการนำเสนอด้วยตาราง

กลุ่มประชากร คือแพทย์ทุกคน (ทั้งหมด 119 คน) ของโรงพยาบาล ในจำนวนนี้เป็นแพทย์ OEM ขึ้นทะเบียนทั้งหมด 17 คน แบ่งเป็น “กลุ่มแพทย์ผู้ทำงานประจำที่กลุ่มงาน OEM” 5 คน ทุกคนล้วนเป็นแพทย์บอร์ด และ “กลุ่มแพทย์ OEM ที่กระจายกันทำงานอยู่ในแผนกหรือกลุ่มงานอื่น” 12 คน ทุกคนล้วนเป็นแพทย์ประกาศนียบัตร 2 เดือน กลุ่มแพทย์ OEM ขึ้นทะเบียนดังกล่าวร่วมกันทำงานด้าน OEM ของโรงพยาบาลใน 2 ระนาบ คือ (ก) ระนาบปฏิบัติการ เป็นผู้ให้บริการดูแลสุขภาพ ครู ผู้สอน นักวิชาการ และนักวิจัย และ (ข) ระนาบนโยบาย เป็นผู้บริหารกำกับและกำหนดนโยบาย เช่น ร่วมเป็นคณะกรรมการจัดการความเสี่ยงต่างๆ ขององค์กร

ในอีกมิติหนึ่ง โดยทั่วไปการจัดประเภทของแพทย์ที่อิงฐานโรงพยาบาล แพทย์จะประกอบด้วย 3 กลุ่มคือ (1) แพทย์ผู้ทำงานให้บริการด้านหน้า เบื้องต้น หรือปฐมภูมิ เช่น แพทย์ฉุกเฉิน แพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว รวมทั้งแพทย์ที่กลุ่มงาน OEM ทั้งหมด 22 คน ร่วมกันทำงานที่ห้องปฐมพยาบาลและคลินิกประกันสังคม โดยนี้ มีคณะกรรมการของโรงพยาบาลที่มีตัวแทนจากทุกแผนกหรือกลุ่มงานร่วมอยู่ด้วย (2) แพทย์ผู้ทำงานในฐานะผู้เชี่ยวชาญสาขาหลัก คือ อายุรแพทย์ 16 คน ศัลยแพทย์ 17 คน สูตินรีแพทย์ 11 คน และกุมารแพทย์ 12 คน ทั้งหมด 56 คน และ (3) แพทย์ผู้ทำงานในฐานะผู้เชี่ยวชาญสาขาอื่นๆ รวมทั้งอนุสาขา ทั้งหมด 41 คน ลักษณะร่วมกันของกลุ่มแพทย์เหล่านี้คือ มีภาระงานระดับปฏิบัติการคืออยู่เวรที่ห้องฉุกเฉิน การรับปรึกษาจากต่างแผนก และงานประจำตามภาระหน้าที่ของแต่ละแผนก รวมทั้งร่วมกันทำงานด้าน OEM ของโรงพยาบาล

แบบสอบถามประกอบด้วย 3 ส่วนคือ ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ได้แก่ เพศ อายุ จำนวนปีที่ทำงานหลังการ

จบเป็นแพทย์ การศึกษาด้าน OEM แบบเพิ่มพูนทักษะ หลักสูตร 2 เดือน หรือฝึกอบรมเฉพาะทางด้านอาชีว-เวชศาสตร์แบบวุฒิบัตร (3 ปี) หรือหนังสืออนุมัติ และการศึกษาเฉพาะทางสาขาอื่นๆ จำนวน 5 ข้อ ส่วนที่ 2 ได้แก่ ข้อคำถามจำนวนรวมของชั่วโมงงานที่ทำที่โรงพยาบาลต่อเดือน จำนวน 1 ข้อ และส่วนที่ 3 ข้อคำถามจำนวนรวมของชั่วโมงงาน OEM ต่อเดือน ดังต่อไปนี้ (ก) ภาคคลินิก เกี่ยวกับการให้บริการดูแลผู้ป่วย จำนวน 19 ข้อ (ข) ภาคโรงงาน/ชุมชน เกี่ยวกับการให้บริการสถานประกอบการ จำนวน 4 ข้อ (ค) ภาคการศึกษา/โรงเรียน-แพทย์/ชุมชนการเรียนรู้ เกี่ยวกับการให้ความรู้และการวิจัย จำนวน 1 ข้อ (ง) ภาคนโยบาย เกี่ยวกับการบริหารหรือกำกับนโยบาย จำนวน 1 ข้อ

แบบสอบถามถูกนำไปทดสอบกับแพทย์ OEM ที่ทำงานอยู่ที่โรงพยาบาลอื่นทั้งภาครัฐและเอกชนที่มีหน่วยบริการด้านอาชีวเวชศาสตร์ ว่าสามารถเข้าใจข้อคำถามได้ตรงประเด็น จากนั้นนำมาทบทวนกับผู้วิจัยและทีมผู้เชี่ยวชาญให้มีความสมบูรณ์ก่อนนำไปใช้จริง นำผลที่ได้จากแบบสอบถามมารวบรวม ตรวจสอบความถูกต้อง คำนวณจำนวนคนแพทย์และจำนวนรวมของชั่วโมงงานที่ทำต่อเดือนที่โรงพยาบาลในกรณีศึกษา โดยหากมีการกระจายตัวของผู้ตอบกลับแบบสอบถามก็คาดว่าจะเป็นตัวแทนได้ดี คำนวณขนาดตัวอย่างเพื่อประเมินจำนวนตอบกลับที่ได้ ทำให้ได้ค่าความเชื่อมั่นและค่าความผิดพลาด ของการศึกษา

การนำส่งแบบสอบถาม แพทย์ทุกคนของโรงพยาบาล ได้รับแบบสอบถามโดยการอนุมัติขององค์กรแพทย์ การติดตามผลการตอบกลับทำโดยคณะกรรมการแพทย์ ทีม-เลขาแพทย์ และทีมงานสำรวจ นอกจากนี้ ยังมีการจัดประชุมรวมเพื่อนำเสนอรายละเอียดต่อแพทย์ทั้งโรงพยาบาล 2 ครั้ง โดยบางแผนก/กลุ่มงาน หัวหน้าแผนกอาจจัดประชุมกลุ่มย่อยกับแพทย์เป็นการภายในเพิ่มเติมด้วย และจัดให้มีการทวนสอบข้อมูลข้อคิดเห็นกับแพทย์ผู้ตอบกลับแบบสอบถามได้ทางโทรศัพท์ ติดตามรายบุคคล และจัดประชุมกลุ่มย่อย ข้อมูลต่างๆ ของโครงการมี

ปรากฏบนเว็บไซต์ภายใน และช่องทางการสื่อสารได้แก่ อีเมล โน้ตบุ๊ก โทรศัพท์ และการประชุมกลุ่ม

การดำเนินของโครงการวิจัยผ่านการพิจารณาจาก คณะกรรมการวิจัยและจริยธรรมวิจัย โรงพยาบาลนพ-รัตนราชธานี (เลขที่ใบรับรอง 5.2/2559) ผู้วิจัยดำเนินการวิจัยตามหลักปฏิบัติการวิจัยทางระบาดวิทยาที่ดี

ผลการศึกษา

ประชากรแพทย์ทุกคนขององค์กรได้รับแบบสอบถาม แพทย์ OEM ผู้ตอบกลับแบบสอบถาม 14 คนจากทั้งหมด 17 คน อัตราการตอบกลับเป็นร้อยละ 82.4 ของกลุ่มประชากรแพทย์ OEM ทั้งหมดขององค์กร การติดตามสอบถามกลุ่มแพทย์ผู้ไม่ได้ตอบกลับแบบสอบถามพบว่าสะท้อนได้ระดับหนึ่งว่าเป็นกลุ่มแพทย์ผู้ไม่ได้ทำงาน OEM ทั้งนี้ ผู้ตอบกลับทั้งหมด 37 คนจากแพทย์ทั้งหมด 119 คน อัตราการตอบกลับเป็นร้อยละ 31.1 ของกลุ่มประชากรแพทย์ทั้งหมดขององค์กร (ค่าความเชื่อมั่นที่ร้อยละ 85.0 โดยมีความผิดพลาดไม่เกินร้อยละ 10.0)

กลุ่มแพทย์ผู้ตอบกลับแบบสอบถามทั้งหมด เป็นกลุ่มแพทย์ผู้ทำงาน OEM มีลักษณะดังนี้ อายุโดยเฉลี่ย 42.2 ปี จบแพทยศาสตร์มาโดยเฉลี่ย 17.9 ปี เป็นเพศชาย ร้อยละ 70.3 การกระจายตัวของการตอบกลับมีความสม่ำเสมอจากเกือบทุกแผนก/กลุ่มงานและทุกสาขาความเชี่ยวชาญ ประกอบด้วย กลุ่มแพทย์ OEM ที่ประจำในกลุ่มงาน OEM 3 คนและนอกกลุ่มงาน 11 คน รวมทั้งทั้งหมด 14 คน และกลุ่มแพทย์ผู้ไม่ได้รับการฝึกอบรมและไม่ได้รับการขึ้นทะเบียนเป็นแพทย์ OEM (แต่ร่วมทำงานด้าน OEM ของโรงพยาบาล) ทุกคนล้วนอยู่นอกกลุ่มงานรวมทั้งหมด 23 คน (ร้อยละ 62.2 ของผู้ตอบกลับแบบ-สอบถาม) โดยส่วนใหญ่เป็นแพทย์บอร์ดสาขาต่างๆ เช่น สาขาหัวใจ เวชศาสตร์ฉุกเฉิน ศัลยกรรม จักษุ หูคอจมูก เวชศาสตร์ป้องกันคลินิก และอื่นๆ

การคำนวณจากปริมาณงาน (ตารางที่ 1) กลุ่มแพทย์ผู้ทำงาน OEM กลุ่มนี้ร่วมกันทำงานได้สัดส่วนปริมาณงาน

จำนวนที่เหมาะสมของแพทย์ผู้มีสมรรถนะวิชาชีพเวชศาสตร์และเวชศาสตร์สิ่งแวดล้อม: กรณีศึกษาโรงพยาบาลนพรัตนราชธานี

OEM เป็นร้อยละ 21.3 ของปริมาณงานรวมขององค์กร ควรเป็นกลุ่มแพทย์ผู้ทำงาน OEM เทียบเป็น 25.2 FTE จำนวนแพทย์ทั้งหมดที่คาดว่าจะจำเป็นสำหรับโรงพยาบาลในกรณีศึกษา พ.ศ. 2559 ใกล้เคียงกับจำนวน 5 คน) (สถานการณ์จริงมีแพทย์ OEM ตามอัตรากำลังเพียง 5 คน) ข้อมูลเกี่ยวกับปริมาณงานรวมของภาระงาน OEM

ตารางที่ 1 ผลการสำรวจปริมาณงานรวมของโรงพยาบาลและของงาน OEM ณ โรงพยาบาลในกรณีศึกษา

| ผลการสำรวจปริมาณงาน โรงพยาบาลนพรัตนราชธานี (ข้อมูลถึงเดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ. 2559) | งานรวมของ ร.พ. | | งาน OEM | |
|--|--------------------------------------|--|-------------------------------------|--|
| | ปริมาณงาน (ชั่วโมง-คน/ /เดือน) | สัดส่วนของ ปริมาณงานรวม (ร้อยละ) | ปริมาณงาน (ชั่วโมง-คน/ เดือน) | สัดส่วนของ ปริมาณงานรวม (ร้อยละ) |
| (ก) งานให้บริการป้องกันและรักษาที่โรงพยาบาล และชุมชน | | | | |
| งานกลุ่ม 1 | | | | |
| งานคลินิก OEM ภายใต้สหสาขาวิชาทางการแพทย์ | 7,231.6 | 93.7 | 1,160.4 | 70.6 |
| งานกลุ่ม 2 | | | | |
| งานกฎ การประเมินค่าชดเชยและการด้อยสมรรถภาพ | 38.9 | 0.5 | 38.9 | 2.4 |
| งานกลุ่ม 3 | | | | |
| งานประเมินความฟิตหรือความพร้อมในการทำงาน | 75.5 | 1.0 | 75.5 | 4.6 |
| งานกลุ่ม 4 | | | | |
| งานสร้างเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค อนามัยสิ่งแวดล้อม | 37.0 | 0.5 | 37.0 | 2.3 |
| งานกลุ่ม 5 | | | | |
| งานการพร้อมรับภัย พิษวิทยา การจัดการในภาวะฉุกเฉิน | 40.0 | 0.5 | 40.0 | 2.4 |
| (ข) งานวิจัย ฝึกอบรม และถ่ายทอดความรู้และเทคโนโลยี | | | | |
| งานนักวิจัย นักวิชาการ ผู้สอนแสดง ครูอาจารย์ | 138.3 | 1.8 | 138.3 | 8.4 |
| (ค) งานด้านนโยบาย | | | | |
| งานผู้จัดการ ผู้บริหาร คณะกรรมการ ผู้กำกับนโยบาย | 152.8 | 2.0 | 152.8 | 9.3 |
| รวม | 7,714.0 | 100.0 | 1,642.9 | 100.0 |
| <hr/> | | | | |
| จำนวนแพทย์ผู้ตอบกลับแบบสำรวจ | 37.0 | | | |
| ปริมาณงานเฉลี่ยต่อแพทย์ (ชั่วโมง/คน/วัน) | 6.9 | | 1.5 | |
| จำนวนแพทย์ที่ควรมี (เมื่อทำงานที่ปริมาณงานเฉลี่ย) | 37.0 | | 7.9 | |
| จำนวนแพทย์ที่ควรมี (เมื่อทำงานที่ 7 ชั่วโมง/วัน/คน) | 36.7 | | 7.8 | |
| จำนวนแพทย์ผู้ตอบกลับแบบสำรวจทั้งหมด 37 คน (ร้อยละ 31.1 ของแพทย์ทั้งหมดของโรงพยาบาล) | | | | |
| <hr/> | | | | |
| การประเมินจำนวนแพทย์รวม | | | | |
| จำนวนแพทย์รวมทั้งโรงพยาบาล | 119.0 | | | |
| ปริมาณงานเฉลี่ยต่อแพทย์ (ชั่วโมง/คน/วัน) | 6.9 | | 1.5 | |
| จำนวนแพทย์ที่ควรมี (เมื่อทำงานที่ปริมาณงานเฉลี่ย) | 119.0 | | 25.3 | |
| จำนวนแพทย์ที่ควรมี (เมื่อทำงานที่ 7 ชั่วโมง/วัน/คน) | 118.1 | | 25.2 | |
| จำนวน FTE ของแพทย์ผู้ทำงาน OEM ที่ควรมี 25.2 คน (ร้อยละ 21.3 ของจำนวนแพทย์ที่ควรจะเป็นทั้ง ร.พ.) | | | | |

แสดงให้เห็นว่าร้อยละ 63.1 ของปริมาณงาน OEM ทำโดยแพทย์ในหลากหลายกลุ่มงาน/แผนก พบว่า ร้อยละ 77.7 ของปริมาณงาน OEM ทั้งหมดให้บริการโดยกลุ่มแพทย์ OEM และร้อยละ 22.3 โดยกลุ่มแพทย์ผู้ไม่ได้รับการฝึกอบรมให้มีสมรรถนะ OEM ข้อสังเกตหนึ่งคือ แม้จะเป็นที่ทราบกันว่าแพทย์ OEM ขาดแคลน แต่กลับพบว่าแพทย์กลุ่มนี้ไม่ได้ทำงาน OEM เต็มเวลา แต่มีงานอื่นของโรงพยาบาลที่ต้องไปทำด้วย ทำให้สัดส่วนการทำงาน OEM เป็นเพียงร้อยละ 53.0 ของปริมาณงานที่แพทย์กลุ่มนี้ทำให้กับโรงพยาบาล

การทวนสอบข้อมูลกับกลุ่มแพทย์ OEM ทุกคนที่ตอบกลับแบบสอบถามที่ทำงานในกลุ่มงานคลินิกทั้งหมด 14 คน พบว่าเหตุที่ไม่สามารถทำงาน OEM เต็มที่เต็มเวลาได้ เนื่องจากใช้เวลากับงานปฏิบัติการคลินิกเฉพาะทางเป็นส่วนใหญ่ มีงานเชิงนโยบายปริมาณมาก อีกทั้งงาน OEM หลายส่วนที่ทำถูกนับปริมาณงานให้กับสาขาหรือกลุ่มงานอื่น เช่น งานร่วมเป็นคณะกรรมการจัดการความ-

เสี่ยงหลายกลุ่ม งานเวชศาสตร์ฉุกเฉิน เป็นต้น

การพิจารณารายละเอียดในเนื้องานด้าน OEM ที่ประกอบด้วยงาน OEM กลุ่มย่อย 5 กลุ่มงาน คือ กลุ่มงานคลินิก กลุ่มงานกฎ/การประเมินค่าชดเชยและการด้อยสมรรถภาพ กลุ่มงานความฟิตหรือความพร้อมทำงาน กลุ่มงานการสร้างเสริมและป้องกัน และกลุ่มงานการพร้อมรับภัย (ตารางที่ 2) พบว่า มีงาน OEM 2 กลุ่มย่อยที่กลุ่มแพทย์ผู้ไม่ได้รับการฝึกอบรมให้มีสมรรถนะ OEM มีส่วนร่วมในการทำงาน OEM ด้วยอย่างมีนัยสำคัญ คือ กลุ่มงานคลินิก และกลุ่มงานกฎ/การประเมินค่าชดเชยและการด้อยสมรรถภาพ โดยกลุ่มแพทย์ผู้ไม่ได้รับการฝึกอบรมให้มีสมรรถนะ OEM ช่วยงานใน “กลุ่มงานคลินิก” เฉลี่ยวันละ 0.5 ชั่วโมง จึงมีนัยสำคัญในเชิงปริมาณงาน และช่วยงานใน “กลุ่มงานกฎ/การประเมินค่าชดเชยและการด้อยสมรรถภาพ” เฉลี่ยถึงร้อยละ 40.2 ของชั่วโมงงาน จึงมีนัยสำคัญในเชิงสัดส่วน คือทำเกือบเทียบเท่ากับกลุ่มแพทย์ OEM ผู้ได้รับการฝึกอบรม

ตารางที่ 2 กลุ่มแพทย์ผู้ได้รับการฝึกอบรมและไม่ได้รับการฝึกอบรมให้มีสมรรถนะ OEM และกลุ่มงานต่างๆในโรงพยาบาล

| กลุ่มแพทย์ | จำนวนแพทย์ | ปริมาณงาน OEM (คน-ชั่วโมง/วัน) | | | | | | | | ปริมาณงานที่ไม่ใช้งาน OEM (คน-ชั่วโมง/วัน) | ปริมาณงานรวมของโรงพยาบาล (คน-ชั่วโมง/วัน) |
|---|------------|----------------------------------|------|-------|-------|------|--------------------------|--|----------------------------------|--|---|
| | | บทบาทผู้ให้บริการป้องกันและรักษา | | | | | บทบาทครูผู้สอนผู้ฝึกอบรม | บทบาทผู้จัดการบริหารหรือนักกำหนดนโยบาย | ปริมาณงาน OEM ของแต่ละกลุ่มแพทย์ | | |
| | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | | | | | |
| ปริมาณงานแพทย์ผู้รับการฝึกอบรม OEM | 14 | 2.03 | 0.04 | 0.09 | 0.18 | 0.07 | 0.27 | 0.36 | 3.0 | 2.7 | 5.7 |
| แพทย์ผู้ไม่ได้รับการฝึกอบรม | 23 | 0.45 | 0.03 | - | - | 0.01 | 0.04 | - | 0.5 | 7.2 | 7.7 |
| สัดส่วนต่อปริมาณงานรวมแพทย์ผู้รับการฝึกอบรม OEM (%) | 37.8 | 81.9 | 59.8 | 100.0 | 100.0 | 83.1 | 87.6 | 100.0 | 85.1 | 27.3 | 42.7 |
| แพทย์ผู้ไม่ได้รับการฝึกอบรม (%) | 62.2 | 18.1 | 40.2 | 0.0 | 0.0 | 16.9 | 12.4 | 0.0 | 14.9 | 72.7 | 57.3 |

หมายเหตุ: บทบาทผู้ให้บริการ: 1 = คลินิก OEM; 2 = กฎค่าชดเชย; 3 = ความพร้อมการทำงาน; 4 = การสร้างเสริมป้องกัน; 5 = การพร้อมรับภัย

วิจารณ์

1. การวิจัยนี้เริ่มการสำรวจด้วยการจัดจำแนกให้ได้ ผังกลุ่มงานหลัก ๆ และกลุ่มงาน OEM ย่อย ๆ ที่กระจายกระจายและที่เป็นอยู่จริงของโรงพยาบาลก่อน แล้วจึงทำการสำรวจปริมาณงานที่แพทย์ทำแก่ประชากรผู้รับบริการควบคู่ไปกับความสามารถในการให้บริการ โดยสำรวจผ่านแพทย์จึงเสมือนให้แพทย์เป็นผู้ประมวล รวมฐานข้อมูลด้วยหน่วยนับเดียวกันด้วยตนเองโดยตรง จึงเป็นการลดข้อจำกัดเดิมที่ไม่มีการบันทึกปริมาณงาน OEM ที่อยู่ต่างกลุ่มงาน/แผนกของโรงพยาบาลด้วยระบบที่เป็นมาตรฐานเดียวกัน

2. ร้อยละ 82.4 ของกลุ่มแพทย์ OEM ของโรงพยาบาลในกรณีศึกษาได้มีส่วนร่วมในกระบวนการโดยเป็นผู้ให้ข้อมูลผ่านการตอบกลับแบบสอบถาม ทั้งนี้ ตัวอย่างกรณีอื่นของประเทศพัฒนา ที่ผลการตอบกลับแบบสอบถามจากแพทย์ที่ถือว่าดีคือร้อยละ 80.0 โดยผลที่ได้ดังกล่าวนั้นเป็นการรวบรวมจากฐานข้อมูลผ่านรหัสประจำตัวของแพทย์ร่วมกับมีการสำรวจแพทย์ในระดับชาติเป็นกิจวัตรสม่ำเสมอทุกปี⁽⁵⁾

3. การสำรวจในรูปแบบของการศึกษานี้ มีข้อจำกัดเชิงข้อมูลฐาน ฐานข้อมูล และเวลาและช่องทางการติดต่อสื่อสาร หากจะมีการนำวิธีการสำรวจเช่นนี้ไปประยุกต์ใช้ในโรงพยาบาลอื่น อาจปรับเป็นรูปแบบผสมผสาน เช่น เริ่มด้วยการสัมภาษณ์ประชากรแพทย์ของโรงพยาบาลก่อน โดยอาจมุ่งกลุ่มแพทย์ OEM ขึ้นทะเบียนโดยตรง จากนั้นทำการสำรวจกลุ่มแพทย์ที่ทำงาน OEM ในกลุ่มงานย่อยเดียวกัน ด้วยข้อคำถามที่จำเพาะต่อเนื้องานในกลุ่มงานนั้น (หน่วยนับของชิ้นงานจะคล้ายคลึงกัน) จะช่วยเรื่องความเข้าใจและความถูกต้องของข้อมูล ตัวอย่างกรณีที่เคยมีการใช้วิธีการสำรวจข้อมูลจากกลุ่มแพทย์ พบในโมเดลมิชิแกน⁽⁶⁾ (ใช้เวลา 1 ปีในการสัมภาษณ์ประชากรแพทย์ทั้งหมดของรัฐก่อนจึงเป็นระบบที่ตรวจสอบได้) โมเดล-ออสเตรเลีย⁽⁵⁾ (ใช้การส่งแบบสอบถามในระดับชาติโดยจำเป็นต้องมีทะเบียนแพทย์ไว้อยู่เดิมจึงเป็นวงจรที่ติดตาม

ได้) และโมเดลแพทย์หูกอจุมุก⁽⁷⁾ (ใช้กระบวนการกลุ่มเพื่อหาข้อตกลงเรื่องชั่วโมงการทำงานในและต่างกลุ่มงานร่วมกันจึงลดขั้นตอนของการจัดเก็บข้อมูลที่ซับซ้อนอื่น)

4. หากจะมีการขยายผลไปยังพื้นที่โรงพยาบาลอื่นที่เป็นตัวแทนระดับประเทศได้และสมมุติว่าได้ผลในทำนองเดียวกันกับการศึกษานี้ เช่น ร้อยละ 22.3 ของปริมาณงาน OEM ทำโดยแพทย์ผู้ไม่ได้รับการฝึกอบรมให้มีสมรรถนะ OEM ควรมีการสำรวจต่อว่าแพทย์กลุ่มนี้มีสมรรถนะเหมาะสมพอเพียงที่จะรองรับปริมาณงานโดยเฉลี่ยดังกล่าวหรือไม่ และควรศึกษาเชิงคุณภาพ เช่น ทักษะ ทักษะ หรือการปรับตัวให้เข้ากับงาน OEM

5. ในปัจจุบัน ความพยายามส่งเสริมสนับสนุนให้แพทย์ OEM มีจำนวนและคุณภาพเพิ่มขึ้นยังไม่ประสบผลสำเร็จนัก ปัญหาอาจจากลักษณะงานที่หนักและภาระรับผิดชอบที่กว้างขวางของแพทย์ OEM รวมทั้งมีความคาดหวังจากผู้ทำงานรอบข้างสูง ตัวอย่างเช่น⁽⁸⁾ (1) งานการวินิจฉัยทางคลินิก OEM ต้องใช้เวลาในการซักประวัติ นานกว่ากรณีโรคทั่วไป (2) งานประเมินค่าชดเชยให้คนงาน มีปัญหาทางกฎหมายและจริยธรรมเป็นตัวหลัก ไม่ให้แพทย์อยากทำงาน (3) งานประเมินความพร้อมในการทำงาน มีภาระงานกระดาษาที่แพทย์ไม่ชอบสูง มีคนงานที่ไม่พึงพอใจผลการประเมิน (4) งานการสร้างเสริมและป้องกัน มีทัศนคติกันว่าเป็นงานที่ให้ค่าตอบแทนไม่คุ้มค่า ไม่มีผู้ป่วยมาเลือกรับบริการนี้ และ (5) งานการพร้อมรับภัย ไม่มีข้อมูลที่ทันสมัยที่จะนำมาใช้ได้ทันเวลา ขณะที่ต้องการผู้เชี่ยวชาญขั้นสูงที่ต้องพร้อมรองรับภาระงานนี้ตลอด 24 ชั่วโมง เป็นต้น

สรุป

จำนวนแพทย์ OEM ที่ควรจะเป็น ที่คาดการณ์ได้จากการสำรวจสถานการณ์ ณ โรงพยาบาลที่เป็นกรณีศึกษา สะท้อนความรุนแรงของความไม่พอเพียงของแพทย์ผู้จะตอบสนองต่อภาระงานที่เกี่ยวข้องกับปัญหาสุขภาพด้าน OEM ของกลุ่มประชากรแรงงานไทยได้ในระดับหนึ่ง

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณแพทย์ทุกคนของโรงพยาบาลนพรัตน์-
ราชธานี ที่กรุณาตอบแบบสอบถาม ทีมเลขาแพทย์และ
ทีมงานวิจัยของโรงพยาบาลที่ร่วมกันทำงานเบื้องหลัง
และสนับสนุนงานปฏิบัติการ ทำให้ผู้วิจัยดำเนินการจน
ได้ข้อมูลที่มีลักษณะเฉพาะจากแพทย์ผู้ทำงานในพื้นที่
งานจริงในการศึกษาครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. อุดลย์ บัณฑกุล. ความก้าวหน้าในวิชาชีพแพทย์อาชีวเวช-
ศาสตร์. ใน: อุดลย์ บัณฑกุล บรรณาธิการ. ตำราอาชีว-
เวชศาสตร์. กรุงเทพมหานคร: ราชทัณฑ์; 2554. หน้า 35-
66.
2. พุทธิชัย แดงสวัสดิ์, วิวัฒน์ เอกบูรณะวัฒน์, ดุสิต จันท-
ยานนท์, จันทนา จันทวงศ์. การสำรวจจำนวนบุคลากรด้าน
อาชีวอนามัยและความปลอดภัยในประเทศไทย ปี พ.ศ.
2557. ธรรมศาสตร์เวชสาร 2558;15:393-405.
3. สำนักเลขาธิการแพทยสภา. ข้อมูลแพทย์ ณ วันที่ 31 ธันวาคม
2558 [อินเทอร์เน็ต]. 2559 [สืบค้นเมื่อ 22 ก.พ. 2559].
แหล่งข้อมูล: <http://www.tmc.or.th/statistics.php>
4. Aekplakorn W, Suriyawongpaisal P, Methawikul T. The
diagnosis and reporting of occupational diseases: the per-
formance of physicians in Thailand. Southeast Asian J
Trop Med Public Health 2002;33:188-92.
5. Australian Medical Workforce Advisory Committee. Spe-
cialist medical workforce planning in Australia – a guide
to the planning process: AMWAC Report 2003.1.
Sydney, NSW: Australian Medical Workforce Advisory
Committee; 2003.
6. Center of Health Workforce Studies. Michigan physician
supply and demand through 2020. Rensselaer, NY: Center
of Health Workforce Studies; 2007.
7. Anderson F, Han C, Miller H, Johns E. A comparison of
three methods for estimating the requirements for medi-
cal specialists: the case of otolaryngologists. Health Serv
Res 1997;32:139-53.
8. Committee on the role of the primary care physician in
occupational and environmental medicine. Role of the
primary care physician in occupational and environmen-
tal medicine. Washington DC: National Academy Press;
1988.

Abstract: Appropriate Number of Physicians with Occupational and Environmental Medicine Competencies: Nopparatrajathanee Hospital as a Case Study

Adul Bandhukul, M.D.*; Orapin Mookdadilok, M.D.**

** Excellent Center for Occupational and Environmental Medicine (OEM), Nopparatrajathanee hospital, Department of Medical Services, Ministry of Public Health; ** Health Promotion and Occupational Health Center, Bangkok Hospital Headquarter, Bangkok, Thailand*

Journal of Health Science 2017;26:418-25.

The objective of this study was to assess workloads and physician workforce for occupational and environmental medicine (OEM) tasks in a tertiary hospital. The study was conducted at Nopparatrajathanee Hospital, Department of Medical Services, Ministry of Public Health, the solely OEM specialized agency of Thailand. A physician survey was performed using a set of questionnaire to obtain data on the total number of an OEM working hours that multidisciplinary groups of physicians across departments had been carrying out collectively through their current practices. Altogether 82.4% of the OEM physicians responded to the survey. It was found that OEM workload was 21.3% of the total hospital workload; and the estimated number of physicians required for the tasks was 25.2 full time equivalent (FTE) persons, while there were currently only 5 board certified OEM physicians in the hospital (with confidence level of $85.0 \pm 10.0\%$). This indicated the need to find ways to increase the number of competent OEM physicians to fulfill the needs of the Thai working populations and their health problems.

Key words: competencies, occupational and environmental medicine, physician requirement