

ผลของการเพิ่มค่าตอบแทนต่อการคงอยู่ แพทย์ในชนบท ภายหลังจากสิ้นสุดสัญญาใช้ทุน

นงลักษณ์ พะโกยะ*,**

วรางคณา วรรณข*,**

สัญญา ศรีรัตน*,**

กฤษฎา ว่องวิญญ*,**

*สำนักงานวิจัยและพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพ

**สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ

บทคัดย่อ

การศึกษาในครั้งนี้เป็นการศึกษาไปข้างหน้า (cohort study) โดยเก็บข้อมูลพื้นฐานด้วยแบบสอบถามในระหว่างเดือน พฤษภาคม-กันยายน 2551 และเก็บข้อมูลติดตามอีก 3 ปีต่อมา โดยเก็บข้อมูลระหว่าง กรกฎาคม-กันยายน 2554 กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วยแพทย์ จำนวนทั้งสิ้น 282 คน วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติร้อยละ และ logistic regression เพื่อหาผลกระทบของการเพิ่มค่าตอบแทนแพทย์ชนบทที่มีต่ออัตราการคงอยู่และการเคลื่อนย้ายของแพทย์ออกจากชนบท

การศึกษา พบว่า มีผู้ตอบแบบสอบถามกลับ 211 คน (75%) เมื่อวิเคราะห์การติดตามการเคลื่อนย้ายของแพทย์หลังการเพิ่มค่าตอบแทนในการปฏิบัติงานในชนบท พบว่า ร้อยละ 33.7 ลาออกจากราชการ รองลงมาร้อยละ 31.3 ยังคงปฏิบัติงานในโรงพยาบาลชุมชน ร้อยละ 20.3 ปฏิบัติงานที่โรงพยาบาลศูนย์/ทั่วไป และโรงพยาบาลรัฐในเขตเมือง และร้อยละ 14.7 กำลังอยู่ระหว่างการศึกษาคือ เมื่อวิเคราะห์หาความสัมพันธ์พบว่า การที่มีภูมิลำเนาต่างจังหวัด และการจบการศึกษาจากมหาวิทยาลัยส่วนภูมิภาค สัมพันธ์กับการปฏิบัติงานในชนบทหลังสิ้นสุดการสัญญาใช้ทุน

ดังนั้นมาตรการจูงใจและการคงอยู่ของแพทย์ในชนบทควรจะเป็นมาตรการที่ผสมผสานระหว่างตัวเงินและแรงจูงใจที่เป็นตัวเงินอย่างเหมาะสม สร้างความผูกพันให้แพทย์กลับมาปฏิบัติงานในชนบท

คำสำคัญ:

แรงจูงใจด้านการเงิน, แพทย์, การคงอยู่แพทย์ในชนบท

บทนำ

นอกจากปัญหาจำนวนแพทย์ในภาพรวมที่ไม่เพียงพอกับความต้องการด้านสุขภาพของประชาชนแล้ว การกระจายตัวของแพทย์ที่ไม่เหมาะสมทั้งการกระจายระหว่างภูมิภาค การกระจายระหว่างเขตเมืองและชนบท รวมถึงการกระจายระหว่างภาครัฐและภาคเอกชนนั้น ล้วนส่งผลให้ปัญหาแพทย์ขาดแคลนในบางพื้นที่ที่มีความ

รุนแรงยิ่งขึ้น อีกทั้งเป็นอุปสรรคในการเข้าถึงบริการที่มีความพร้อมของบุคลากรทางการแพทย์⁽¹⁾ ในที่สุดประเทศไทยได้มีการใช้มาตรการต่าง ๆ ในการที่จะจูงใจแพทย์อยู่ในชนบท ไม่ว่าจะเป็นการทำสัญญาชดใช้ทุนในภาครัฐ 3 ปีและปรับเงิน 400,000 บาท การผลิตแพทย์เพิ่มเพื่อชาวชนบท (The Collaborative Project to Increase Rural Doctors- CPIRD) ซึ่ง

เริ่มในปี 2537 โครงการหนึ่งอำเภอหนึ่งแพทย์ (One District One Doctor-ODOD) ในปี 2548 ซึ่งดำเนินการโดยใช้มาตรการการคัดเลือกจากชนบท เรียนใกล้บ้านและกลับไปทำงานภูมิลำเนา เพื่อเป็นการเพิ่มแพทย์ในชนบทและกระจายโอกาสการศึกษาแพทย์ไปสู่ต่างจังหวัด ส่งผลให้มีการเพิ่มการผลิตแพทย์ขึ้น รวมทั้งมาตรการด้านการเงิน เช่น การเพิ่มค่าตอบแทนสำหรับแพทย์ที่ปฏิบัติงานในชนบทเริ่มจากปี 2518 ต่อมาในปี 2538 มีการจ่ายค่าตอบแทนพิเศษกรณีไม่ทำเวชปฏิบัตินอกเวลาราชการ มีการเพิ่มค่าตอบแทนสำหรับพื้นที่ทุรกันดารและพื้นที่เสี่ยงภัย อีกในปี 2540 และ ปี 2548⁽²⁾ นอกจากนั้นยังมีมาตรการที่ไม่เป็นตัวเงินต่าง ๆ ได้แก่ ระบบโควตาการอบรมเฉพาะทางโอกาสก้าวหน้าในตำแหน่งที่สูงขึ้น การมอบรางวัลแพทย์ดีเด่นในชนบท ตลอดจนการมีชมรมเพื่อส่งเสริมกำลังใจและสร้างเครือข่ายของแพทย์ในชนบท เป็นต้น ตามที่ได้มีการกล่าวถึงในงานวิจัยหลายเรื่อง^(3,4)

จากการทบทวนงานวิจัยขององค์การอนามัยโลก⁽⁵⁾ พบว่า ปัจจัยที่จะทำให้กำลังคนด้านสุขภาพดำรงอยู่ในชนบทประกอบด้วย ปัจจัยที่หลากหลาย ได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคล เช่น ภูมิลำเนาในชนบท มีค่านิยมชอบชนบท หรือเป็นผู้มีจิตสาธารณะ ปัจจัยด้านครอบครัว เช่น มีโรงเรียนสำหรับลูก สิ่งอำนวยความสะดวก ปัจจัยด้านการเงินและรายได้ ปัจจัยด้านความก้าวหน้าในอาชีพ เช่น มีโอกาสในการศึกษาต่อ มีโอกาสได้สู่ตำแหน่งที่สูงขึ้น มีที่เลี้ยง/การติดตามงานที่ดี ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมในการทำงาน เช่น มีโครงสร้างพื้นฐาน ทรัพยากรเพียงพอ มีบ้านพัก ปัจจัยด้านกฎระเบียบ/การบังคับ เช่น การชดเชยทุนตามสัญญาที่ผูกมัดและเช่นเดียวกันนี้ สำหรับประเทศไทยแล้วการที่แพทย์จะเลือกไปปฏิบัติงานที่ชนบทหรือไม่นั้น นอกจากพันธสัญญาที่ผูกพันให้แพทย์ไปปฏิบัติงานในภาครัฐ โดยเฉพาะในชนบทเป็นระยะเวลา 3 ปี แล้ว ยังมีปัจจัยอีกมากมายที่สามารถเป็นแรงดึงดูดและแรงผลักดันในการที่แพทย์จะปฏิบัติงานในชนบท นงลักษณ์ พะโกยะ และคณะ⁽⁴⁾ ได้ศึกษาโดย

ใช้เครื่องมือทดลองการตัดสินใจ (Discrete Choice Experiment-DCE) ศึกษาในปี 2551 พบว่า แพทย์หนุ่มสาวจะตัดสินใจเลือกปฏิบัติงานในชนบทขึ้นอยู่กับแรงจูงใจทางการเงินและแรงจูงใจที่ไม่ใช่ตัวเงิน อย่างไรก็ตามการศึกษานั้นได้ดำเนินการในระหว่างแพทย์กำลังอยู่ระหว่างการชดเชยทุนและเครื่องมือการศึกษานี้ต้องการการพิสูจน์ในความสามารถในการทำนายประกอบกับกระทรวงสาธารณสุขได้ใช้มาตรการการเพิ่มค่าตอบแทนในการปฏิบัติงานของแพทย์ในชนบทเพื่อเป็นการจูงใจให้แพทย์ปฏิบัติงานในชนบทได้นานขึ้น โดยดำเนินการในปี 2552 (ปลายปี 2551) ดังนั้นการศึกษานี้จึงเป็นการติดตามการเลือกงานจริงของแพทย์ภายหลังการสิ้นสุดสัญญาใช้ทุนและเป็นการประเมินผลกระทบของการเพิ่มค่าตอบแทนต่อการคงอยู่ในชนบทของแพทย์

วิธีการศึกษา

งานวิจัยใช้ระเบียบวิธีการศึกษาไปข้างหน้า (cohort study) โดยเก็บข้อมูลพื้นฐานระหว่างเดือนกรกฎาคม-กันยายน 2551 และเก็บข้อมูลติดตามอีก 3 ปี ต่อมา โดยเก็บข้อมูลระหว่าง กรกฎาคม-กันยายน 2554

ประชากรและขนาดตัวอย่าง: พื้นที่ศึกษาได้มีการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบชั้นภูมิ (stratified random sampling) โดยการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างซึ่งใช้วิธีการสุ่มจากกลุ่มจังหวัดจำนวน 75 จังหวัด (ยกเว้นกรุงเทพฯ) ซึ่งแบ่งเป็น 3 กลุ่ม โดยใช้ค่าเฉลี่ยของรายจ่ายครัวเรือนจากการสำรวจปี 2550 ของสำนักงานสถิติแห่งชาติ⁽⁶⁾ เป็นเกณฑ์แบ่งสถานะทางเศรษฐกิจ ซึ่งแบ่งเป็น 3 กลุ่ม กลุ่มละ 25 จังหวัด ได้แก่ กลุ่มจังหวัดฐานะยากจน กลุ่มจังหวัดฐานะปานกลาง และกลุ่มจังหวัดฐานะดี โดยมีสมมติฐานว่าพื้นที่ที่ต่างกันจะมีจำนวนของสถานพยาบาลเอกชนที่ต่างกัน จากนั้นทำการสุ่มเลือกจังหวัดกลุ่มละ 3 จังหวัด กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วยแพทย์ทั้งหมดที่เข้ารับราชการในกระทรวงสาธารณสุขในปี 2549-2551 ปฏิบัติงานใน

โรงพยาบาลทั่วไป/ศูนย์และโรงพยาบาลชุมชนของแต่ละจังหวัด จำนวนทั้งสิ้น 282 คน โดยในช่วงเก็บข้อมูลเบื้องต้นแพทย์ยังอยู่ระหว่างสัญญาใช้ทุนกับรัฐบาล 3 ปีทั้งหมด

เครื่องมือและการเก็บรวบรวมข้อมูล: ดำเนินการเก็บข้อมูลพื้นฐานในระหว่างเดือน พฤษภาคม - กันยายน 2551 โดยใช้แบบสอบถามตอบด้วยตนเอง ซึ่งคำถามประกอบด้วยข้อมูลรายบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ภูมิลำเนา สถาบันการศึกษา และใช้เครื่องมือทดลองตัดสินใจเลือก (Discrete Choice Experiment-DCE) ทำตามแนวทางของ Ryan and Gerard K, 2008⁽⁷⁾ หลังจากนั้น 3 ปี ได้มีการติดตามโดยทางโทรศัพท์เพื่อทราบสถานที่ปฏิบัติงานในระหว่างเดือน กรกฎาคม - กันยายน 2554 ซึ่งในช่วงเวลานั้นแพทย์ทุกคนได้ผ่านช่วงเวลาการชดใช้ทุน 3 ปีแล้ว เพื่อให้ทราบผลกระทบของการเพิ่มค่าตอบแทนแพทย์ชนบทที่มีต่ออัตราการคงอยู่และการเคลื่อนย้ายของแพทย์ออกจากชนบท

การวิเคราะห์ข้อมูล: การวิเคราะห์ข้อมูลจะดำเนินการวิเคราะห์หาร้อยละ และวิเคราะห์ความสัมพันธ์โดยใช้สถิติ logistic regression เพื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างการคงอยู่ในชนบทและปัจจัยต่าง ๆ

ผลการศึกษา

ข้อมูลพื้นฐาน

จากกลุ่มตัวอย่างแพทย์ทั้งหมด 282 คน พบว่ามีผู้ตอบแบบสอบถามกลับ 211 คน (75%) และมีจำนวนครึ่งหนึ่งที่มีประสบการณ์การทำงานในชนบทน้อยกว่า 1 ปี และครึ่งหนึ่งทำงานในจังหวัดกลุ่มที่มีฐานะดี ในกลุ่มผู้ตอบแบบสอบถามมีสัดส่วนผู้หญิงสูงกว่าผู้ชายเล็กน้อย (57.8% กับ 42.2%) ส่วนใหญ่สำเร็จการศึกษาจากมหาวิทยาลัยในส่วนภูมิภาค (62.1%) ใช้ชีวิตวัยเด็กในเขตเมืองเป็นส่วนใหญ่ (83.4%) และเข้าศึกษาในมหาวิทยาลัยผ่านระบบเอ็นทรานซ์ คิดเป็นร้อยละ 76.3 ส่วนอีกร้อยละ 23.7 นั้น เข้าศึกษาผ่านระบบคัดเลือกจากพื้นที่ซึ่งจะคัดเลือกนักเรียนจากพื้นที่

ชนบท (ตารางที่ 1)

ซึ่งจากการศึกษา DCE ในการเก็บข้อมูลครั้งแรกของนางลัทธิน พะโกยะ และคณะ⁽⁴⁾ พบว่า คุณลักษณะที่มีผลต่อการตัดสินใจเลือกงานในชนบทของแพทย์ได้แก่ เงินเดือนที่เพิ่มขึ้นร้อยละ 15-45 สถานที่ตั้งโรงพยาบาลใกล้บ้าน มีโอกาสในการศึกษาต่อเฉพาะทาง การเลื่อนขั้นได้เร็วกว่า โรงพยาบาลขนาดเล็ก การมีที่ปรึกษา/แพทย์พี่เลี้ยง และจำนวนเวรที่น้อยกว่า (ตารางที่ 2) และเมื่อนำคุณลักษณะเหล่านี้มาจำลองสถานการณ์เพื่อทำนายโอกาสการเลือกงานในชนบทของแพทย์พบว่า หากเพิ่มเงินอย่างเดียวโอกาสการเลือกงานชนบทประมาณร้อยละ 8-17 แต่หากเพิ่มคุณลักษณะด้านอื่น ๆ ด้วยเช่นมีโอกาสการศึกษาต่อ อยู่ใกล้ภูมิลำเนา

ตารางที่ 1 ข้อมูลพื้นฐานของผู้เข้าร่วมการศึกษา

ข้อมูลพื้นฐานของผู้เข้าร่วมการศึกษา (n=211 คน)	ร้อยละ
ระยะเวลาที่ทำงานในชนบท (ปี)	
1	55.7
1-2	15.7
2-3	28.6
กลุ่มจังหวัดตามรายได้	
ดี	47.1
ปานกลาง	35.7
ต่ำ	17.2
เพศ	
ชาย	42.2
หญิง	57.8
สถานที่ตั้งสถาบันการศึกษา	
ส่วนกลาง	37.9
ส่วนภูมิภาค	62.1
ภูมิลำเนา	
เมือง	83.4
ชนบท	16.6
ระบบการเข้าศึกษาคณะแพทยศาสตร์	
เอ็นทรานซ์	76.3
คัดเลือกจากภูมิลำเนา	23.7

ตารางที่ 2 ผลการเปรียบเทียบของปัจจัยต่าง ๆ และการเลือกปฏิบัติงานในชนบทของแพทย์

คุณลักษณะ	Odds Ratio (SE)	95% CI	p- value
การเลือกทำงานในพื้นที่ชนบท			
Alternative specific constant	0.964 (0.355)	0.468, 1.985	0.921
โรงพยาบาลขนาดใหญ่ (เปรียบเทียบกับขนาดเล็ก)	0.770 (0.066)	0.650, 0.912	0.002
โรงพยาบาลอยู่ใกล้ภูมิลำเนา (เปรียบเทียบกับห่างจากภูมิลำเนา)	3.416 (0.370)	2.763, 4.222	<0.001
รายได้เพิ่มขึ้น 15% (เปรียบเทียบกับเงินเดือนปกติ)	1.679 (0.196)	1.336, 2.110	<0.001
รายได้เพิ่มขึ้น 30% (เปรียบเทียบกับเงินเดือนปกติ)	2.135 (0.289)	1.638, 2.783	<0.001
รายได้เพิ่มขึ้น 45% (เปรียบเทียบกับเงินเดือนปกติ)	4.187 (0.616)	3.138, 5.587	<0.001
เวร 14 ครั้งต่อเดือน (เปรียบเทียบกับ 7 ครั้งต่อเดือน)	0.895 (0.012)	0.871, 0.920	<0.001
มีที่ปรึกษา/แพทย์พี่เลี้ยง (เปรียบเทียบกับไม่มี)	1.401 (0.131)	1.166, 1.683	<0.001
มีโควตา/ทุนสำหรับศึกษาต่อเฉพาะทาง (เปรียบเทียบกับไม่มี)	2.990 (0.306)	2.447, 3.655	<0.001
ระยะเวลาก่อนเลื่อนขั้น 2 ปี (เปรียบเทียบกับ 1 ปี)	0.768 (0.073)	0.637, 0.926	0.006
ชาย (เปรียบเทียบกับหญิง)	0.983 (0.002)	0.979, 0.987	<0.001
ใช้ชีวิตวัยเด็กในเขตชนบท (เปรียบเทียบกับในเขตเมือง)	1.374 (0.237)	0.979, 1.928	0.066
เข้าศึกษาจากระบบคัดเลือกจากชนบท (เปรียบเทียบกับระบบปกติ)	0.899 (0.128)	0.680, 1.188	0.454
สำเร็จการศึกษาจากสถาบันส่วนกลาง (เปรียบเทียบกับส่วนภูมิภาค)	0.848 (0.122)	0.639, 1.124	0.251
อยู่ในจังหวัดที่มีรายได้สูง (เทียบกับรายได้ต่ำ)	0.897 (0.165)	0.625, 1.286	0.553
อยู่ในจังหวัดที่มีรายได้ปานกลาง (เทียบกับรายได้ต่ำ)	0.980 (0.163)	0.706, 1.358	0.901
มีประสบการณ์ทำงานในชนบท 2 ปี (เปรียบเทียบกับ 1 ปี)	1.797 (0.322)	1.264, 2.555	0.001

หมายเหตุ : conditional logistic regression

โอกาสการเลือกงานในชนบทจะเพิ่มสูงขึ้น

ผลการติดตามการเคลื่อนย้าย

ผลการศึกษาข้อมูลเกี่ยวกับสถานที่ปฏิบัติงานในปัจจุบันของแพทย์ จากการสำรวจในเดือนกันยายน 2554 ซึ่งแพทย์ทั้งหมดผ่านช่วงเวลาการชดใช้ทุน 3 ปีแล้ว โดยการใช้ข้อมูลทุติยภูมิจากกองการเจ้าหน้าที่ กระทรวงสาธารณสุข และการติดตามทางโทรศัพท์ เพื่อให้ทราบผลกระทบของการเพิ่มค่าตอบแทนแพทย์ชนบทที่มีต่ออัตราการคงอยู่ และการเคลื่อนย้ายของแพทย์ออกจากชนบทนั้น พบว่า ส่วนใหญ่ร้อยละ 33.7 ลาออกจากราชการ รองลงมาร้อยละ 31.3 ยังคงปฏิบัติงานในโรงพยาบาลชุมชน ร้อยละ 20.3 ปฏิบัติงานที่โรงพยาบาลศูนย์/ทั่วไป และโรงพยาบาลรัฐในเขตเมือง และร้อยละ 14.7 กำลังอยู่ระหว่างการศึกษาต่อ จากข้อมูลการสอบถามแพทย์ ซึ่งลาออกจากราชการ

ตารางที่ 3 สถานที่ปฏิบัติงานปัจจุบันของแพทย์ในปี 2554

สถานที่ปฏิบัติงานจริง	จำนวน (%)
โรงพยาบาลชุมชน	66 (31.3)
โรงพยาบาลทั่วไป/ ศูนย์/รพ รัฐในเขตเมือง	43 (20.3)
ลาออกจากราชการ	71 (33.7)
ลาศึกษาต่อ	31 (14.7)
รวม	211 (100)

ทั้งหมดนั้นกำลังอยู่ระหว่างการศึกษาต่อ โดยอาจจะกล่าวได้ว่าประมาณครึ่งหนึ่งของแพทย์กำลังอยู่ระหว่างการศึกษาต่อ (ตารางที่ 3)

ซึ่งการเพิ่มค่าตอบแทนในปลายปี 2551 นั้น เป็นการเพิ่มเงินพิเศษเพื่ออ้างให้แพทย์ปฏิบัติงานในชนบทได้นานขึ้นโดยการนำอายุงานของแพทย์เข้ามา

ตารางที่ 4 ความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะส่วนบุคคลกับการดำรงอยู่ในชนบทของแพทย์

ตัวแปร	Coefficient (SE)	t	Sig.
constant	0.102 (0.070)	1.461	0.145
เพศ (ชายเทียบกับหญิง)	0.029 (0.063)	0.453	0.651
ภูมิลำเนา (ชนบทเทียบกับเมือง)	0.165 (0.083)	1.980	0.049
สถานบันการศึกษาที่จบ (ต่างจังหวัดเทียบกับ กทม.และปริมณฑล)	0.205 (0.074)	2.778	0.006
ระบบการเข้าศึกษา (โครงการแพทย์ชนบทเทียบกับระบบปกติ)	0.149 (0.101)	1.478	0.141

หมายเหตุ : *logistic regression*

รวมคำนวณประกอบกับระดับความทุรกันดารของพื้นที่ การเพิ่มค่าตอบแทนให้กับแพทย์ในชนบททำให้ค่าตอบแทนแพทย์จบใหม่ในพื้นที่ปรกติเพิ่มขึ้นเป็นประมาณ 53,100 บาท และแพทย์ที่ปฏิบัติงานในชนบทหลังการชดใช้ทุน หรือในปีที่ 4 ขึ้นไปมีรายได้สูงกว่าแพทย์ที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลจังหวัดประมาณร้อยละ 48-62⁽⁸⁾ อย่างไรก็ตามมาตรการแรงจูงใจที่นำมาใช้ในครั้งนี้มีเพียงมาตรการการเพิ่มค่าตอบแทนอย่างเดียว ซึ่งไม่ได้มีมาตรการอื่น ๆ เพิ่มเติมจากที่มี ดังนั้นจึงส่งผลให้มีแพทย์ยังคงอยู่ปฏิบัติงานในชนบทหลังการชดใช้ทุนเพียงร้อยละ 31

ความสัมพันธ์ระหว่าง การคงอยู่ในชนบทของแพทย์และปัจจัยต่าง ๆ

เมื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรต่างๆ กับการยังคงปฏิบัติงานในโรงพยาบาลชุมชนภายหลังการเสร็จสิ้นสัญญาใช้ทุนแล้ว โดยใช้ตัวแปรต้น คือ เพศ ภูมิลำเนาในเขตชนบทหรือเมือง สำเร็จการศึกษาคณะแพทย์จากส่วนภูมิภาค หรือกรุงเทพฯและปริมณฑล และแพทย์จบการศึกษาจากระบบแพทย์เพื่อชนบท หรือระบบปรกติอื่น ๆ แล้วนำมาทดสอบความสัมพันธ์กับการดำรงอยู่ในชนบท โดยใช้ *logistic regression* ผลการวิเคราะห์ พบว่าตัวแปรที่ความสัมพันธ์กับการยังคงปฏิบัติงานในชนบท อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ การมีภูมิลำเนาในเขตชนบทหรือเมือง และการสำเร็จการศึกษาคณะแพทย์จากส่วนภูมิภาคหรือกรุงเทพฯและปริมณฑล โดยแพทย์ที่มีภูมิลำเนาในเขตเมือง หรือ

แพทย์ที่สำเร็จการศึกษาจากมหาวิทยาลัยในกรุงเทพฯและปริมณฑล มีแนวโน้มที่จะปฏิบัติงานที่โรงพยาบาลชุมชนหลังหมดสิ้นสัญญาใช้ทุนน้อยกว่าแพทย์ที่มีภูมิลำเนาในชนบท หรือ แพทย์ที่สำเร็จการศึกษาจากคณะแพทย์ในส่วนภูมิภาค ตามลำดับ (ตารางที่ 4)

วิจารณ์

ในการศึกษาคั้งนี้อาจมีข้อจำกัดบางประการได้แก่ ประการแรกมีแพทย์ที่ไม่ตอบแบบสอบถามกลับ 71 คน ซึ่งเป็นแพทย์โรงพยาบาลชุมชนทั้งหมด ประการที่สองจังหวัดที่ได้จากการสุ่มตัวอย่างมีจำนวนไม่มากนักอาจจะไม่สามารถเป็นตัวแทนจังหวัดอื่น ๆ ได้ ประการที่สามจำนวนแพทย์ในกลุ่มจังหวัดใหญ่และเศรษฐกิจดีมีประมาณครึ่งหนึ่ง ดังนั้นข้อมูลที่ได้อาจจะไม่สามารถเป็นตัวแทนทั้งประเทศได้

การศึกษานี้แสดงให้เห็นการคงอยู่ในชนบทของแพทย์หลังสิ้นสุดสัญญาใช้ทุน ร้อยละ 31 ซึ่งเมื่อเทียบกับข้อมูลการคงอยู่ในชนบทหลังสิ้นสุดการใช้ทุนของแพทย์รุ่นเดียวกันภาพรวมของประเทศ พบว่า ข้อมูลการคงอยู่ในชนบทหลังสิ้นสุดการใช้ทุนประมาณร้อยละ 25⁽⁹⁾ นับว่าการคงอยู่ในการศึกษานี้สูงกว่าเล็กน้อย ข้ออธิบายประการหนึ่งอาจจะเป็นว่าแม้การศึกษาจะพยายามกระจายกลุ่มตัวอย่างไปในกลุ่มจังหวัดรายได้สูง กลางและต่ำ แต่ผู้เข้าร่วมการศึกษาเกือบครึ่งหนึ่งปฏิบัติงานในจังหวัดที่มีรายได้สูง ซึ่งอาจจะทำให้ภาพการคงอยู่ค่อนข้างสูงกว่าภาพรวมของประเทศเล็กน้อย

อย่างไรก็ตาม อาจจะกล่าวได้ว่าการเพิ่มค่าตอบแทนไม่อาจส่งผลต่อการคงอยู่ในชนบทของแพทย์มากนัก เมื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของการคงอยู่ในชนบทและปัจจัยต่าง ๆ พบว่าการที่แพทย์มีภูมิลำเนาเป็นชนบทและการจบการศึกษาจากมหาวิทยาลัยส่วนภูมิภาค มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานในชนบทหลังสิ้นสุดการสัญญาใช้ทุน ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยอื่น ๆ^(5,10-16) ดังนั้น การพัฒนามาตรการการจูงใจและอัตรารายแพทย์ในชนบทนั้นควรจะได้รับ การออกแบบโดยตั้งอยู่บนข้อมูลทางวิชาการ และควรต้องเป็นมาตรการที่ผสมผสานระหว่างตัวเงินและแรงจูงใจที่ไม่เป็นตัวเงินอย่างเหมาะสม ซึ่งค่าตอบแทนที่เป็นตัวเงินที่สามารถจับต้องได้ จะเป็นตัวดึงดูดให้คนเข้ามาร่วมงานกับองค์กร ในขณะที่ค่าตอบแทนที่ไม่ใช่ตัวเงินซึ่งไม่สามารถจับต้องได้จะเป็นปัจจัยที่มีผลต่อการรักษาคนไว้ในองค์กร⁽¹⁷⁻²¹⁾ นอกจากนั้นกระบวนการเตรียมแพทย์ที่เหมาะสมสำหรับการไปปฏิบัติงานในชนบทนั้นมีความสำคัญมาก โดยเฉพาะอย่างยิ่งการคัดเลือกนักศึกษาแพทย์ที่มีภูมิลำเนาในชนบท การจัดการเรียนการสอนที่เอื้อต่อการปฏิบัติงานในชนบท และผูกพันให้แพทย์กลับมาปฏิบัติที่ชนบทหลังสำเร็จการศึกษาตามแนว คิด rural recruitment, local training and hometown placement จะเป็นมาตรการที่เตรียมความพร้อมของแพทย์เพื่อไปให้บริการที่ชนบท ดังนั้นโครงการผลิตแพทย์เพิ่มเพื่อชาวชนบท (The collaborative project to increase rural doctors-CPIRD) ซึ่งเป็นโครงการที่มีแนวคิดตรงตามวิธีการเตรียมแพทย์สำหรับชนบทโครงการนี้จึงควรได้รับการขยายผลและปรับปรุงกระบวนการเพื่อให้สามารถได้ผลผลิตที่สอดคล้องกับความต้องการของระบบบริการมากขึ้น

กิตติกรรมประกาศ

การศึกษานี้ได้รับการสนับสนุนจาก สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.)

เอกสารอ้างอิง

1. ชินกร โนรี. วิกฤตความขาดแคลนแพทย์ในประเทศไทย: ทิศทางและแนวโน้ม. นนทบุรี: สำนักงานวิจัยและพัฒนา กำลังคนด้านสุขภาพ; 2551.
2. Noree T, Chokchaichan H, Mongkolporn V [online]. Abundant for the few, shortage for the majority: the inequitable distribution of doctors in Thailand, Thailand's Country paper. 2005 [cited 2011 March 5]. Available from: http://www.aaahrh.org/reviewal/1166639104_Thailand-Revised.pdf
3. Noree T, Chokchaichan H, Mongkolporn V. Abundant for the few, shortage for the majority: the inequitable distribution of doctors in Thailand, Thailand's Country paper. 2005. International Health Policy Program, Thailand.
4. นางลัดขันธ์ พะโกยะ, วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร, ชินกร โนรี, สัญญา ศรีรัตนะ, อภิชาติ จันทนิสร. จะดึงดูดแพทย์จบใหม่ไปทำงานที่ชนบทได้อย่างไร: การใช้เครื่องมือทดลองการตัดสินใจเลือกงาน. วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข 2555;6(1):40-7.
5. World Health Organization (WHO). Increasing access to health workers in remote and rural areas through improve retention: global policy recommendation. Geneva: WHO; 2010.
6. สำนักงานสถิติแห่งชาติ. สำมะโนประชากรและการเคหะพ.ศ. 2553. กรุงเทพมหานคร: สำนักงานสถิติแห่งชาติ; 2553.
7. Ryan M, Gerard K, Amaya-Amaya M. Using Discrete Choice Experiments to value health and health care. Netherlands: Springer; 2008.
8. ชินกร โนรี. รายได้ของแพทย์ภายหลังการเพิ่มค่าตอบแทนสำหรับปฏิบัติงานในชนบท. นนทบุรี: สำนักงานวิจัยและพัฒนา กำลังคนด้านสุขภาพ; 2553.
9. นางลัดขันธ์ พะโกยะ, สัญญา ศรีรัตนะ, กฤษณา ว่องวิญญู, จิราภรณ์ หลาบคำ, วรจกณา วรราช. การคงอยู่ในชนบทของแพทย์ภายหลังการเพิ่มค่าตอบแทนในการปฏิบัติงานที่ชนบท. วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข 2555;6(2):228-35.
10. Somers GT, Strasser R, Jolly B. What does it take? the influence of rural upbringing and sense of rural on medical students' intention to work in rural environment. Rural Remote Health 2007;7(2):706.
11. Dunbabin JS, Levitt L. Rural origin and rural medical exposure: their impact on the rural and remote medical workforce in Australia. Rural Remote Health 2003; 3(1):212.
12. Laven G, Wilkinson D. Rural doctors and rural backgrounds: how strong is the evidence? A systematic review. AJRH 2003;11(6):277-84.
13. Halaas GW, Zink T, Finstad D, Bolin K, Center B. Recruitment and retention of rural physicians: outcomes from the rural physician associate program of

- Minnesota. *J Rural Health* 2008;24:345-52.
14. Brooks RG, Walsh M, Mardon RE, Lewis M, Clawson A. The role of nature and nurture in recruitment and retention of primary care physicians in rural areas: a review of literature. *Acad Med* 2002;77:790-98.
 15. Rabinowitz HK, Diamon JJ, Markham FW, Rabinowitz C. Long-term retention of graduates from a program to increase the supply of rural family physicians. *Acad Med* 2005;80:728-32.
 16. Matsumoto M, Inour K, Kajii E. Long-term effect of the home prefecture recruitment scheme of Jichi Medical University Japan. *Rural Remote Health* 2008;8: 930.
 17. อากรณี ภู่วิทยาพันธ์. กลยุทธ์การบริหารและการพัฒนาผู้มีผลสัมฤทธิ์สูง. กรุงเทพมหานคร: เอช อาร์ เซนเตอร์; 2550.
 18. สมบูรณ์ กุลวิเศษชนะ. Retaining talented people: (ไม่) ยากอย่างที่คิด. *วารสารบริหารธุรกิจ* 2549;29:10-2.
 19. ฐิติพร ชมพุกำ. การจัดการผู้มีผลสัมฤทธิ์สูง: เครื่องมือสำคัญขององค์กร (Talent management tool for significant persons). *จุฬาลงกรณ์ธุรกิจปริทัศน์* 2547;26:1-16.
 20. Michaels E, H field-Jones H, Axelrod B. The war for talent. Massachusetts: McKinsey & Company; 2001.
 21. Berger AL, Berger RD. The talent management handbook: creating organizational excellence by identify developing & promoting your best people. New York: McGraw-Hill; 2004.

Abstract **Whether Financial Measure Retains Doctors in Rural areas: A Cohort Study to Follow up Doctors after the Compulsory Public Service Ended**

Nonglak Pagaiya*,, Warangkhan Worarat*,**, Sanya Sriratana*,**,
Krisada Wongwinyou*,****

*Human Resources for Health Research and Development Office, **International Health Policy Program, Thailand

Journal of Health Science 2013; 22:39-46.

The study was aimed at assessment of the impacts of financial measure on rural retention of doctors. The study used the cohort approach, and 282 physicians serving in years 1-3 from 9 provinces were included in the sample. Doctors were followed up 3 years, and secondary data of the Ministry of Public Health as well as telephone interview were used for data collection. Statistical tests used were descriptive and logistic regression.

A 3-year follow up results showed that turnover rate of young doctors was still persistent. Low proportion of doctors was retained at rural hospitals after the compulsory public service ended, at 31.3 percent, even after the financial measures implementation. Approximately half of them were on the specialty training, and 20.3 percent were working at regional/provincial hospitals. The results also showed that high rural retention was found among doctors having rural background and graduated from regional universities.

It is suggested that to retain doctor in rural it needs both the financial and non-financial measures in an appropriate combination. It is also suggested that the project to recruit medical doctors from rural and to locally train plus hometown placement is likely to be effective measure to attract and retain doctors in rural areas.

Key words: **financial incentive, doctors, rural retention**