

การศึกษาความพึงพอใจของบุคลากรทางการแพทย์ ในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขต่อค่าตอบแทนที่ได้รับ

(A Study of Preferences for Wage Compensation of Health Professionals Under the Ministry of Public Health)



การศึกษาค้นคว้าเกี่ยวกับความพึงพอใจของบุคลากรทางการแพทย์ในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขต่อค่าตอบแทนที่ได้รับ



สำนักงานวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย (สวปก.)
126/146 หมู่ 4 ชั้น 5 (อาคาร 10 ชั้น) สถาบันบำราศนราดูร
ซอยติวานนท์ 14 ถนนติวานนท์ ตำบลตลาดขวัญ อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี 11000
โทรศัพท์ : 0 2965 9616 โทรสาร : 0 2965 9617



การศึกษาความพึงพอใจของบุคลากรทางการแพทย์ ในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขต่อค่าตอบแทนที่ได้รับ

(A Study of Preferences for Wage Compensation of Health Professionals Under the Ministry of Public Health)





การศึกษาความพึงพอใจของบุคลากรทางการแพทย์ในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขต่อค่าตอบแทนที่ได้รับ

รายนามคณะผู้วิจัย

1. ดร.ภัททา เกิดเรือง
2. รศ.ดร.สมชาย สุขสิริเสรีกุล

ISBN : 978-974-299-226-2

จัดพิมพ์ครั้งที่ 1 : กันยายน 2558

จำนวน : 400 เล่ม

จัดพิมพ์และเผยแพร่ : สำนักงานวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย (สวปก.)
สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข

ออกแบบและจัดพิมพ์ : สำนักพิมพ์ อักษรกราฟฟิคแอนด์ดีไซน์ (ห้างหุ้นส่วนจำกัด)

กิตติกรรมประกาศ

คณะผู้วิจัยขอขอบคุณ สำนักงานวิจัยเพื่อการ
พัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย (สวปก.) ที่ให้ทุนสนับสนุน
การวิจัยครั้งนี้ และขอขอบคุณกรรมการผู้ทรงคุณวุฒิ
ทุกท่านที่ได้กรุณาสละเวลาในการทำหน้าที่เป็นกรรมการ
กำหนดทิศทางของโครงการวิจัยฯ ขอขอบพระคุณ
นายแพทย์ถาวร สกุลพาณิชย์ ผู้อำนวยการ สวปก.
คุณพินทุสร เหมพิสุทธิ ผู้จัดการงานวิจัยของ สวปก.
คุณพัฒนาวิไล อินไหม ผู้ช่วยนักวิจัย และคุณณัฏฐ์นิธินา
แจ้งประจักษ์ ผู้ช่วยนักวิจัย ที่ช่วยประสานงานในทุกๆ
ขั้นตอนของการดำเนินการวิจัย ขอขอบพระคุณกรรมการ
ผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่กรุณาสละเวลาในการให้ความ
คิดเห็นเพื่อพัฒนาและทดสอบแบบสอบถาม และขอขอบ
พระคุณเป็นอย่างสูงสำหรับแพทย์ทุกท่านที่ได้กรุณา
สละเวลาตอบแบบสอบถามที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้

คณะผู้วิจัย

บทสรุปผู้บริหาร

การคงอยู่ของกำลังแรงงานด้านสุขภาพ (health workforce) และการกระจายบุคลากรทางการแพทย์ให้สมดุลระหว่างพื้นที่ (โดยเฉพาะระหว่างพื้นที่เมืองและพื้นที่ชนบท) เป็นปัญหาเรื้อรังที่ประเทศไทยและอีกหลายประเทศทั่วโลกยังไม่สามารถแก้ไขได้ ในกรณีของประเทศไทย ปัญหานี้มีแนวโน้มทวีความรุนแรงขึ้นอีกในอนาคตอันใกล้เนื่องจากการเปิดเสรีการค้าบริการสุขภาพให้กับประเทศสมาชิกอาเซียนภายใต้ประชาคมเศรษฐกิจอาเซียน ตลอดจนการเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุของประเทศไทย ซึ่งส่งผลต่ออุปสงค์และอุปทานของบริการสุขภาพและบุคลากรทางการแพทย์อย่างที่ไม่เคยประสบมาก่อนในอดีต นโยบายสุขภาพแบบควบคุม (regulatory policies) ที่เคยใช้มา (เช่น การบังคับใช้ทุนของนักศึกษาแพทย์ เป็นต้น) ไม่มีประสิทธิผลตามที่คาดหวัง การปรับเปลี่ยนมาเป็นมาตรการแบบจูงใจ (incentives measures) (เช่น การจ่ายค่าตอบแทนที่สูง เป็นต้น) ให้ผลที่พึงประสงค์ในระยะสั้นเท่านั้น การเปลี่ยนแปลงนโยบายและมาตรการบ่อยๆ สร้างปัญหาความไร้เสถียรภาพ และอาจนำไปสู่ความน่าเชื่อถือของการบริหารจัดการระบบบริการสุขภาพในที่สุด นโยบายและมาตรการสำหรับกำลังคนด้านสุขภาพที่มีความยั่งยืนในระยะยาวจึงเป็นที่ต้องการอย่างยิ่ง

ส่วนหนึ่งของความล้มเหลวของนโยบายสุขภาพด้านกำลังคนเกิดจากความไม่เข้าใจในความสัมพันธ์ระหว่างกระบวนการ (process) กับผลผลิต (output) ปัญหาหลักของระบบบริการสุขภาพทั่วโลก (รวมทั้งของไทยด้วย) คือการบริหารจัดการกำลังคนด้านสุขภาพด้วยการปรับเปลี่ยนกระบวนการโดยดำเนินนโยบายบางประการเพื่อบรรลุเป้าหมาย (ที่เป็นผลผลิตของกระบวนการ) ในรูปของจำนวนบุคลากรทางการแพทย์ที่พอเพียงกับความจำเป็นต่อบริการสุขภาพ ซึ่งไม่มีความชัดเจนทั้งในเชิงนิยามและเชิงปฏิบัติ จึงได้แต่ปรับเปลี่ยนที่กระบวนการอย่างลองถูกลองผิด (trials and errors) โดยหวังว่าความสมดุลจะเกิดขึ้นมาได้เอง

ในบริบทของระบบบริการสุขภาพของประเทศไทย ในปี พ.ศ. 2544 กระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดค่าตอบแทนเพิ่มเติมให้เจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานให้กับหน่วยบริการในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขตามลักษณะงานต่างๆ เพื่อรักษาอุปทานของบุคลากรทางการแพทย์ เช่น การปฏิบัติงานในช่วงนอกเวลาราชการ การปฏิบัติงานในคลินิกพิเศษนอกเวลา การปฏิบัติงานเวรหรือผลัดบ่ายและ/หรือผลัดดึก การปฏิบัติงานในพื้นที่ทุรกันดารและขาดแคลนบุคลากร เป็นต้น อย่างไรก็ตาม การเพิ่มค่าตอบแทนในหลายรายการได้เกิดขึ้นตั้งแต่ปี พ.ศ. 2549 - 2552 และลดค่าตอบแทนทางอ้อมด้วยการปรับเปลี่ยนรายชื่อสถานพยาบาลในพื้นที่ทุรกันดารและขาดแคลนบุคลากรในปัจจุบันส่งผลต่ออุปทานของบุคลากรทางการแพทย์ วิธีการกำหนดค่าตอบแทนดังกล่าวได้รับการวิพากษ์วิจารณ์อย่างกว้างขวาง โดยเฉพาะในประเด็นที่ขาดผลการศึกษาทางวิชาการรองรับการปรับเปลี่ยนค่าตอบแทน ดังนั้น การศึกษาแนวทางการกำหนดค่าตอบแทนด้วยหลักการเศรษฐศาสตร์ที่สอดคล้องกับความพึงพอใจของบุคลากรทางการแพทย์ตามที่ได้กล่าวถึงข้างต้น จึงเป็นเรื่องที่ต้องดำเนินการอย่างเร่งด่วนเพื่อให้การกำหนดค่าตอบแทนจูงใจบุคลากรทางการแพทย์ให้มีอุปทานที่ได้สมดุลกับอุปสงค์ในอนาคตอันใกล้

โครงการวิจัยนี้จึงมีจุดประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัย (ทั้งประเภทและขนาด) ของปัจจัยที่มีผลต่อความพึงพอใจของบุคลากรทางการแพทย์ต่อค่าตอบแทนที่ได้รับในปัจจุบัน และคำนวณค่าตอบแทนที่บุคลากรทางการแพทย์ประสงค์ได้รับจากการปฏิบัติงานในลักษณะต่างๆ โดยจะมุ่งเน้นศึกษาความพึงพอใจต่อค่าตอบแทนของแพทย์สองกลุ่ม คือ แพทย์ที่ปฏิบัติงานเพื่อใช้ทุนในปีที่ 2 - 3 และแพทย์ที่ปฏิบัติงานมาเป็นเวลาไม่น้อยกว่า 7 ปีแต่ไม่เกิน 20 ปี นับจากปีที่จบการศึกษา ซึ่งแพทย์สองกลุ่มนี้เป็นกลุ่มที่มีประสบการณ์ในการทำงานที่แตกต่างกัน และน่าจะมีปัจจัยในการตัดสินใจเลือกงานต่างกัน

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจกึ่งทดลอง โดยใช้แบบสอบถามเพื่อเก็บข้อมูลปฐมภูมิจากแพทย์ทั้งสองกลุ่มที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลศูนย์/จังหวัดและโรงพยาบาลชุมชนใน 4 ภาคของประเทศไทย ภาคละอย่างน้อย 2 จังหวัด โดยมีเป้าหมายในการเก็บข้อมูลจากแพทย์ใช้ทุนจำนวน 200 คน และแพทย์ที่ปฏิบัติงานมาเป็นเวลา 7 - 20 ปี นับจากจบการศึกษาจำนวน 300 คน นอกจากนี้ การเลือกสถานพยาบาลในการสำรวจจะครอบคลุมสถานพยาบาลในพื้นที่ทุรกันดารและขาดแคลนบุคลากรที่ได้รับการปรับเปลี่ยนสภาพระหว่างปี 2552 - 2556 รวมทั้งสถานพยาบาลที่ไม่มีการปรับเปลี่ยนสภาพ

วิธีการศึกษาในงานวิจัยนี้ใช้การวิเคราะห์ความพึงพอใจแบบบ่งบอก (stated preference) ซึ่งเป็นความพึงพอใจต่อทางเลือกที่ยังไม่มีอยู่จริง (hypothetical situations) วิธีการวิเคราะห์ประกอบไปด้วย (1) Discrete Choice Experiments (DCE) ซึ่งเป็นวิธีการประเมินความพึงพอใจของบุคลากรทางการแพทย์ต่อคุณลักษณะ (attributes) ต่างๆ ในการปฏิบัติงาน โดยสมมติทางเลือกที่มีคุณลักษณะแตกต่างกัน และให้ผู้ตอบแบบสอบถามเลือกจากทางเลือกที่กำหนดให้ และ (2) Contingent Valuation Method (CVM) ซึ่งเป็นวิธีการประเมินความพึงพอใจโดยใช้แบบสอบถาม โดยให้ผู้ตอบระบุค่าตอบแทนขั้นต่ำ (reservation wages) ที่บุคลากรทางการแพทย์ยินดีจะรับเพื่อแลกกับการทำงานในลักษณะต่างๆ วิธีการวิเคราะห์ทั้งสองนี้จะนำไปสู่การระบุปัจจัย (ทั้งประเภทและขนาด) ที่มีผลต่อความพึงพอใจต่อค่าตอบแทน และการคำนวณความเต็มใจรับ (willingness to accept: WTA) ของการปฏิบัติงานที่มีคุณลักษณะต่างๆ กัน จากนั้นผลการคำนวณ WTA ที่ได้จากทั้งวิธี DCE และ CVM จะถูกนำไปวิเคราะห์โดยใช้ Decision Tree Analysis (DTA) เพื่อใช้ประมาณค่าตอบแทนขั้นต่ำสำหรับการเปลี่ยนแปลงของแต่ละปัจจัยที่มีนัยสำคัญทางสถิติ และพยากรณ์ค่าตอบแทนที่เหมาะสมกับการเปลี่ยนแปลงของปัจจัยต่างๆ ที่คาดว่าจะเกิดขึ้นในอนาคต

จากการสำรวจ กลุ่มตัวอย่างแพทย์ที่ตอบแบบสอบถามมีจำนวนทั้งสิ้น 487 คน แบ่งเป็นแพทย์ใช้ทุนจำนวน 182 คน และแพทย์ที่ปฏิบัติงานมาเป็นเวลา 7 - 20 ปีนับจากจบการศึกษาจำนวน 305 คน ในกลุ่มตัวอย่างแพทย์ใช้ทุนทั้งหมด แบ่งเป็นแพทย์ที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลชุมชนจำนวน 136 คน และแพทย์ที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลศูนย์/จังหวัดจำนวน 46 คน สำหรับกลุ่มตัวอย่างแพทย์ปฏิบัติงานมาเป็นเวลา 7 - 20 ปีนับจากจบการศึกษาแบ่งเป็นแพทย์ที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลชุมชนจำนวน 208 คน และแพทย์ที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลศูนย์/จังหวัดจำนวน 97 คน

การวิเคราะห์ความพึงพอใจต่อค่าตอบแทนที่ได้รับของแพทย์ด้วยวิธี DCE พบว่า กลุ่มตัวอย่างแพทย์ใช้ทุนให้ความสำคัญกับโอกาสในการศึกษาต่อเป็นลำดับแรก ส่วนคุณลักษณะงานที่มีผลต่อการเลือกสถานที่ปฏิบัติงานในลำดับรองลงมา ได้แก่ การได้รับค่าปรึกษาจากแพทย์รุ่นพี่และความร่วมมือจากวิชาชีพอื่น ความเจริญของพื้นที่ที่สถานที่ปฏิบัติงานนั้นตั้งอยู่ ภาระงานและสวัสดิการ ตามลำดับ โดยจำนวนความเต็มใจรับ (WTA) ของการไม่มีโอกาสในการเรียนต่อสูงกว่า WTA ของการไม่ได้รับค่าปรึกษาจากแพทย์รุ่นพี่ประมาณ 1.8 เท่า และสูงกว่า WTA ของการอยู่ในพื้นที่ที่ยังไม่เจริญและไกลจากตัวเมืองประมาณ 4 เท่า

เมื่อพิจารณา WTA ของแพทย์ใช้ทุนโดยแยกตามประเภทของโรงพยาบาล พบว่าปัจจัยสำคัญที่กำหนดความพึงพอใจต่อการเลือกปฏิบัติงานของแพทย์ใช้ทุนในโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลจังหวัดมีเพียงสามปัจจัยคือ โอกาสในการศึกษาต่อ สภาพและบรรยากาศในการทำงาน และพื้นที่ที่ตั้งของโรงพยาบาล โดย WTA ของการไม่มีโอกาสในการเรียนต่อสูงกว่า WTA ของการไม่ได้รับค่าปรึกษาจากแพทย์รุ่นพี่ และ WTA ของการอยู่ในพื้นที่ที่ยังไม่เจริญและไกลจากตัวเมืองประมาณ 2 เท่า และ 9 เท่าตามลำดับ นอกจากนี้ เมื่อเปรียบเทียบกับ WTA ของการไม่มีโอกาสในการเรียนต่อของแพทย์ใช้ทุนในโรงพยาบาลชุมชนจะเห็นได้ว่า WTA ของแพทย์ใช้ทุนในโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลจังหวัดมีจำนวนสูงกว่าถึงประมาณ 1.5 เท่า

สำหรับกลุ่มตัวอย่างแพทย์ที่ปฏิบัติงานมาแล้วเป็นเวลา 7 - 20 ปีนับจากจบการศึกษา ผลการวิเคราะห์ด้วยวิธี DCE พบว่า แพทย์กลุ่มนี้ให้ความสำคัญกับพื้นที่ที่ตั้งของสถานที่ปฏิบัติงานมากที่สุด ส่วนคุณลักษณะงานที่มีความสำคัญรองลงมา ได้แก่ สวัสดิการบรรยากาศในการทำงาน ความก้าวหน้าทางการงาน และการได้ปฏิบัติงานตรงกับความเชี่ยวชาญ ตามลำดับ และเมื่อเปรียบเทียบระหว่างแพทย์ในโรงพยาบาลชุมชนและแพทย์ในโรงพยาบาลศูนย์/จังหวัด ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างแพทย์ในโรงพยาบาลทั้งสองประเภทให้ความสำคัญกับปัจจัยด้านพื้นที่ที่ตั้งของสถานที่ปฏิบัติงานเป็นลำดับแรกเช่นเดียวกัน แต่คุณลักษณะงานที่มีความสำคัญในลำดับรองลงมาจะมีความแตกต่างกัน โดยแพทย์ในโรงพยาบาลชุมชนให้ความสำคัญกับสวัสดิการและบรรยากาศในการทำงานเป็นลำดับรองลงมา และให้ความสำคัญกับการได้ปฏิบัติงานตรงกับความเชี่ยวชาญหรือความถนัดเป็นลำดับสุดท้าย ขณะที่แพทย์ในโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลจังหวัดให้ความสำคัญกับการได้ปฏิบัติงานที่ตรงกับความเชี่ยวชาญและความถนัดเป็นลำดับรองจากพื้นที่ที่ตั้งของโรงพยาบาล โดย WTA ของทั้งสองปัจจัยนี้มีจำนวนใกล้เคียงกันมาก

ในการวิเคราะห์ความเต็มใจรับ (WTA) ด้วยวิธี CVM ซึ่งอาศัยการสำรวจข้อมูลมูลค่าของค่าตอบแทนที่แพทย์ต้องการรับเพิ่มขึ้น หรือความยินดีที่จะได้รับการชดเชยเพื่อแลกกับการทำงานที่มีคุณลักษณะที่ด้อยกว่า ผลการศึกษาพบว่า สำหรับกลุ่มตัวอย่างแพทย์ใช้ทุนทั้งหมด WTA ของการไม่ได้รับค่าปรึกษาจากแพทย์รุ่นพี่หรือไม่ได้รับความร่วมมือจากวิชาชีพอื่นมีมูลค่าสูงสุด ส่วนคุณลักษณะด้านภาระงาน พื้นที่ที่ตั้งของสถานที่ปฏิบัติงาน สวัสดิการ และโอกาสในการศึกษามีมูลค่า WTA ลดลงตามลำดับ และเมื่อพิจารณาเฉพาะกลุ่ม

ตัวอย่างแพทย์ใช้ทุนในโรงพยาบาลศูนย์/จังหวัด พบว่า WTA ของภาระงานที่มากกว่าภาระงานเฉลี่ยมีมูลค่าสูงที่สุด ตามด้วย WTA ของสวัสดิการที่ลดลง พื้นที่ที่ยังไม่เจริญ บรรยากาศในการทำงานที่ไม่พึงประสงค์ และการไม่มีโอกาสในการศึกษาต่อ ตามลำดับ

เป็นที่น่าสังเกตว่า WTA ของการไม่มีโอกาสศึกษาต่อที่คำนวณด้วยวิธี CVM มีจำนวนต่ำที่สุด ทั้งนี้ เป็นเพราะกลุ่มตัวอย่างแพทย์ใช้ทุนส่วนใหญ่ (ร้อยละ 75) เลือกที่จะไม่รับเงินชดเชยเพื่อแลกกับการมีโอกาสศึกษาต่อ ไม่ว่าเงินชดเชยที่เสนอจะมีจำนวนมากเท่าไรก็ตาม ดังนั้น ค่า WTA ที่คำนวณได้ในส่วนวิธีการวิเคราะห์นี้จึงเป็นค่า WTA ของการไม่มีโอกาสศึกษาต่อที่คำนวณจากความเต็มใจรับของกลุ่มตัวอย่างแพทย์ที่ยินดีรับเงินชดเชยเท่านั้น

สำหรับกลุ่มตัวอย่างแพทย์ในโรงพยาบาลชุมชนที่ปฏิบัติงานมาเป็นเวลา 7 - 20 ปี นับจากจบการศึกษาทั้งหมด ผลการศึกษาด้วยวิธี CVM พบว่า WTA ของการปฏิบัติงานในพื้นที่ไม่เจริญและไม่มีโอกาสทางการศึกษาของบุตรมีมูลค่าสูงที่สุด ตามด้วย WTA ของการไม่มีโอกาสในการทำงานในภาคเอกชน การไม่มีโอกาสในความก้าวหน้าทางงาน การไม่ได้ปฏิบัติงานที่ตรงกับความเชี่ยวชาญ บรรยากาศการทำงานที่ไม่มีความร่วมมือกัน ฐานะทางสังคมที่ไม่มีแนวโน้มเปลี่ยนแปลงจากเดิม และสวัสดิการที่ลดลง ตามลำดับ

เมื่อพิจารณา WTA ของแพทย์ที่ปฏิบัติงานมาเป็นเวลา 7 - 20 ปี นับจากจบการศึกษา โดยแยกตามประเภทของโรงพยาบาล พบว่า ในขณะที่แพทย์ในโรงพยาบาลชุมชนให้ความสำคัญกับพื้นที่ตั้งของโรงพยาบาลและโอกาสทางการศึกษาของบุตรเป็นลำดับแรก โอกาสในการทำงานในภาคเอกชนเป็นลำดับที่สอง โอกาสในความก้าวหน้าทางงานเป็นลำดับที่สาม และสวัสดิการเป็นลำดับสุดท้าย แพทย์ในโรงพยาบาลศูนย์/จังหวัดให้ความสำคัญกับโอกาสในการทำงานในภาคเอกชนเป็นลำดับแรก พื้นที่ตั้งของโรงพยาบาลเป็นลำดับที่สอง การได้ปฏิบัติงานตรงกับความเชี่ยวชาญหรือความถนัดเป็นลำดับที่สาม และบรรยากาศในการทำงานเป็นลำดับสุดท้าย นอกจากนี้ WTA ของแพทย์ในโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลจังหวัดมีจำนวนสูงกว่า WTA ของแพทย์ในโรงพยาบาลชุมชนสำหรับทุกคุณลักษณะงาน ยกเว้นโอกาสในความก้าวหน้าทางงาน

จากผลการศึกษาทั้งหมดข้างต้นจะเห็นได้ว่า ปัจจัยที่กำหนดความพึงพอใจของแพทย์ต่อค่าตอบแทนที่ได้รับขึ้นอยู่กับบริบทของการศึกษา ไม่ว่าจะเป็นช่วงอายุการทำงานของแพทย์หรือสถานที่ทำงานในปัจจุบัน สำหรับแพทย์ใช้ทุน โอกาสในการศึกษาต่อเป็นปัจจัยที่สำคัญที่สุดในการกำหนดความพึงพอใจต่อค่าตอบแทนที่ได้รับอย่างเห็นได้ชัด แต่สำหรับแพทย์

ที่ปฏิบัติงานมาช่วงระยะเวลาหนึ่งแล้ว ปัจจัยที่สำคัญที่สุดที่มีผลต่อความพึงพอใจต่อค่าตอบแทนกลับเป็นปัจจัยด้านพื้นที่ที่สถานปฏิบัติงานนั้นตั้งอยู่ ซึ่งข้อสรุปนี้ใช้ได้กับทั้งกลุ่มตัวอย่างแพทย์จากโรงพยาบาลชุมชนและกลุ่มตัวอย่างแพทย์จากโรงพยาบาลศูนย์/จังหวัด ตลอดจนสอดคล้องกับผลการวิเคราะห์จากทั้งวิธี DCE และวิธี CVM อย่างไรก็ดี สำหรับปัจจัยสำคัญในลำดับรองลงมาอาจมีความแตกต่างกันในแพทย์ทั้งสองกลุ่ม โดยแพทย์ในโรงพยาบาลศูนย์/จังหวัดให้ความสำคัญกับการได้ปฏิบัติงานตรงกับความเชี่ยวชาญและโอกาสในการทำงานในภาคเอกชนมากกว่า ขณะที่แพทย์ในโรงพยาบาลชุมชนให้ความสำคัญกับปัจจัยอื่นๆ เช่น บรรยากาศในการทำงาน สวัสดิการ และโอกาสในความก้าวหน้าทางการงาน

ผลการศึกษานี้สามารถนำมาสร้างข้อเสนอแนะนโยบายที่เกี่ยวข้องกับการกำหนดค่าตอบแทนเพื่อให้สอดคล้องกับความพึงพอใจของแพทย์ จากมุมมองของผู้กำหนดนโยบายดังนี้

1. สำหรับแพทย์ใช้ทุน นโยบายในการสร้างแรงจูงใจให้แพทย์ใช้ทุนปฏิบัติงานในภาครัฐ (โดยเฉพาะอย่างยิ่งในโรงพยาบาลชุมชน) ควรเน้นที่การให้โอกาสศึกษาต่อร่วมกับให้เงินค่าตอบแทน โดยนโยบายควรเป็นไปในลักษณะที่สร้างความมั่นใจและแน่นอนให้กับแพทย์ใช้ทุนว่าจะได้ทั้งการเรียนต่อและค่าตอบแทนที่สูงในอนาคต โดยการจัดสรรแพทย์ใช้ทุนไปศึกษาต่อในสาขาที่ประเทศต้องการตามระยะเวลาต่างๆ ในจำนวนที่ไม่ทำให้เกิดการขาดแคลนอย่างหนัก รวมทั้งอาจนับเวลาการเรียนเป็นส่วนหนึ่งของการทำงานและจัดระบบจ่ายค่าตอบแทนที่เหมาะสมเมื่อเรียนจบ

2. สำหรับแพทย์ที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลศูนย์/จังหวัดที่ปฏิบัติงานมาแล้วเป็นระยะเวลาหนึ่ง (7 - 20 ปี) ผู้กำหนดนโยบายควรทบทวนการจ่ายค่าตอบแทนเพิ่มเติม (ไม่ว่าจะเป็นค่าตอบแทนสำหรับการไม่ทำเวชปฏิบัติส่วนตัวหรือปฏิบัติงานในโรงพยาบาลเอกชน การปฏิบัติงานนอกเวลา ฯลฯ) ให้แก่แพทย์เพื่อให้ได้ค่าตอบแทนรวมที่ใกล้เคียงกับค่าตอบแทนที่แพทย์ต้องการหรือคาดหวัง เช่น การชดเชยรายได้จากการขาดโอกาสในการทำงานในภาคเอกชน เป็นต้น โดยอาจใช้วิธีการเพิ่มค่าตอบแทนโดยตรง หรืออนุญาตให้โรงพยาบาลศูนย์/จังหวัดที่มีความพร้อมเปิดให้บริการคลินิกนอกเวลา

3. สำหรับแพทย์ที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลชุมชนที่ปฏิบัติงานมาแล้วเป็นระยะเวลาหนึ่ง (11 ปีขึ้นไป) ควรมีการทบทวนการจ่ายค่าตอบแทนเพิ่มเติมสำหรับผู้ปฏิบัติงานในพื้นที่ทุรกันดารหรือขาดแคลน ให้สูงกว่าที่เป็นอยู่ในปัจจุบัน

4. นอกเหนือไปจากการจ่ายค่าตอบแทนเพิ่มเติม ควรมีการปรับปรุงนโยบายด้านสวัสดิการของแพทย์ โดยควรเพิ่มสวัสดิการให้เพียงพอกับความต้องการสำหรับแพทย์ทุกกลุ่ม การให้สวัสดิการที่จูงใจในรูปผลประโยชน์ที่ไม่เป็นตัวเงินอาจเป็นทางเลือกหนึ่งในการดึงดูดบุคลากรให้ทำงานในภาครัฐแทนการจ่ายเงินเบี้ยเลี้ยงหรือเพิ่มค่าตอบแทนแต่เพียงอย่างเดียว

5. ผู้กำหนดนโยบายควรให้ความสำคัญกับประเด็นเรื่องความเหลื่อมล้ำหรือความไม่เป็นธรรมที่เกิดขึ้นในองค์กรซึ่งเป็น “ปัจจัยหลัก” ให้แพทย์ที่ปฏิบัติงานในภาครัฐออกจากระบบ ถึงแม้ว่าแพทย์เหล่านี้จะได้รับการเพิ่มค่าตอบแทนประเภทต่างๆ แล้วก็ตาม ในระยะสั้น ผู้บริหารอาจใช้นโยบายด้านการบริหารจัดการในการแก้ปัญหา แต่ในระยะยาว การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างองค์กรและการบริหารจัดการองค์กรจะเป็นแนวทางแก้ไขปัญหายั่งยืน ซึ่งควรมีการศึกษาเพิ่มเติมต่อไป

6. การศึกษานี้ประเมินความสัมพันธ์ระหว่างค่าตอบแทนกับคุณลักษณะงานที่ทำให้แพทย์มีความพึงพอใจสูงสุด โดยสมมติให้ปัจจัยอื่นๆ คงที่ไม่เปลี่ยนแปลง แต่ในความเป็นจริงแล้ว มีปัจจัยหลายประการที่มีผลต่อค่าตอบแทนของแพทย์ (ได้แก่ จำนวนโรงพยาบาล เอกชนในพื้นที่และต่างพื้นที่ที่เพิ่มขึ้นหรือลดลง ความต้องการของผู้ป่วยต่อคุณภาพการบริการที่สูงขึ้น การร้องเรียนและฟ้องร้องทรวะปฏิบัติของแพทย์ที่เพิ่มขึ้น เป็นต้น) ดังนั้น จำเป็นอย่างยิ่งที่ต้องศึกษาเพิ่มเติมโดยคำนึงถึงปัจจัยอื่นๆ เพื่อช่วยให้ผู้กำหนดนโยบายจ่ายค่าตอบแทนที่สามารถแข่งขันได้ (competitive compensation)

7. ในอนาคต ควรมีการศึกษาเพิ่มเติมโดยพิจารณาจากความพึงพอใจของแพทย์ที่ขึ้นอยู่กับคุณลักษณะงานหลายด้านพร้อมๆ กัน (แทนการพิจารณาความพึงพอใจของแพทย์ที่มีต่อคุณลักษณะงานด้านใดด้านหนึ่ง) เพื่อจะได้กำหนดนโยบายการจ่ายค่าตอบแทนที่เหมาะสมแก่แพทย์ที่มีความพึงพอใจต่อคุณลักษณะงานหลายประการในเวลาเดียวกัน

Executive Summary



Health workforce retention and distribution across different areas have been important concerns in Thailand and many other countries. These challenges tend to exacerbate in the near future, as the economic integration in the ASEAN community is approaching and Thailand is becoming an ageing society. Various policies and measures, such as incentive measures and regulatory measures, have resulted in desirable outcomes only in the short term. Therefore, there still is a demand for long-term policies and measures to retain public health workforces.

In the context of Thailand, in 2001 the Ministry of Public Health decided to pay public health workers some additional remunerations for certain job characteristics, such as working after office hours or working in after-hours clinics, working in the night shift, or working in rural areas. Nonetheless, changes in the remunerations payment regulations during 2006 - 2009 have affected the supply of health workforce in the public sectors, and have been subjected to debates due to the lack of supports from academic studies. Hence, economic studies on the preferences of health workers for appropriate wage compensation are in need.

This research project aims to investigate the factors that affect the preferences for wage compensations of public health professionals, and to calculate desired compensations for certain job characteristics. The targeted group includes two groups of physicians: (i) interned doctors who are currently in their 2nd or 3rd year of internship; and (ii) doctors who have been working for 7 - 20 years since their graduation.

This study is an experimental survey, in which data are collected from physicians who are currently working in community hospitals and provincial/centered hospitals in all 4 regions of the country. The sample is stratified in the sense that there must be at least two provinces in each region, and that a number of hospitals included in the survey must be those that are designated as located in rural areas and have undergone status change during 2009 - 2013.

The framework of analysis is based on stated preference approach, which studies individual preferences for hypothetical situations. Two methods used include: (i) Discrete Choice Experiment (DCE), and (ii) Contingent Valuation Method (CVM). On the one hand, the DCE is used to elicit physicians' preferences for different job attributes, including total earnings from public hospitals, location of the workplace, workload, work environment, welfare, and opportunities to pursue higher levels of education (for interned physicians). The experiments were conducted by using self-administered questionnaires, in which participants were asked to choose between a pair of hypothetical jobs. Then, logistic regressions were used to compute the physicians' willingness to accept (WTA) wage compensation for less preferred job attributes. On the other hand, in the CVM analysis, the WTA for each job attribute is calculated based on the reservation wage at which the respondent is willing to accept in order to compensate for less desirable job attributes. Then, the Decision Tree Analysis (DTA) is employed to estimate the expected values of WTAs, which are the values of WTAs obtained from both DCE and CVM adjusted by the probabilities that individuals choose to accept compensations for undertaking less preferred jobs.

From the survey, there are a total of 487 respondents; 182 of whom are interned physicians, and 305 of whom are physicians who have been working for 7 - 20 years since their graduation (this group is called "mid-career" physicians

thereafter). In the sample of interned physicians, 136 of them work in community hospitals, and 46 of them work in provincial/regional hospitals. For "mid-career" physicians, 208 physicians work in community hospitals, while the other 97 physicians work in provincial/regional hospitals.

The results based on the DCE analysis show that the opportunity to further their education is the most important attribute for interned physicians, while other important attributes include atmosphere at work (e.g., receiving advices from senior physicians), location of the workplace, workload, and welfare, respectively. The corresponding WTA for not having the opportunity to further the education is approximately 1.8 and 4 times of the WTA for less preferred work atmosphere and the WTA for less preferred location, respectively.

When considering the WTAs for interned physicians who work in provincial hospitals, results suggest that only three statistically significant job attributes are education opportunity, work atmosphere, and location of the workplace. Moreover, interned physicians working in provincial hospitals have higher WTAs for all job attributes than those of interned physicians working in community hospitals.

For "mid-career" physicians, the DCE results show that location of the workplace (e.g. place for settling down and there is educational opportunities for children) is the most important job attribute. Other important job attributes include welfare, work environment, career path, and the opportunity to practice their specialties. When comparing between physicians in community hospitals and those working in provincial hospitals, the WTAs for less preferred location of the workplace still appears to be the highest for both groups. However, rankings of other important job attributes differ. For physicians working in community hospitals, welfare and work atmosphere are more important than career path and the opportunity to practice their specialties.

On the contrary, physicians working in provincial hospitals value the opportunity to practice their own specialties more than they value work atmosphere and welfare.

Furthermore, results based on CVM analysis show that the interned physicians' WTAs for less preferred work atmosphere (e.g. not receiving advices from senior physicians) are the highest. The WTAs for other job attributes are ranked in the following order: work load, location of the workplace, welfare, and opportunity to further their education. For interned physicians who work in provincial hospitals, the WTA for more workload is the highest, followed by the WTAs for lower welfare, less preferred work atmosphere, and no education opportunity, respectively.

It is important to note that, in the CVM analysis, the WTA for having no opportunity for higher education is the lowest because the majority of interned physicians (approximately 75%) choose to continue their education, even if they are offered the compensation up to 50,000 baht. The estimated WTAs are therefore calculated based on the reservation wages of those who are willing to accept the compensation and work instead.

For "mid-career" physicians, the CVM results show that location of the workplace is most important attribute for "mid-career" physicians. Other important attributes are ranked in the following order: the opportunity for dual practice, career advancement, the opportunity to practice their specialties, work atmosphere, social recognition, and welfare, respectively. When separating by the type of hospitals, it is found that physicians in community hospitals place the highest WTA for the workplace location, whereas physicians in provincial hospitals value the opportunity for dual practice the most.

Based on the above results, this study can provide some policies implications, from policy makers' perspectives, as follows.

1. For interned physicians, policies to provide incentives for interned physicians should be geared toward a guarantee of educational opportunities and high expected earnings. This could be done by allocating interned physicians to pursue their education in needed specialties and in specified time periods, in order to prevent shortage of workers. In addition, counting the study-leave time as a part of their working time as well as increasing expected compensations after graduation should be considered.

2. For physicians in regional or provincial hospitals who have worked for a period of time (7-20 years), policy makers should reconsider increasing compensations (for instance, compensations for no dual-practice opportunity, compensations for part-time service, etc.), so that total income of these physicians would be close to the income they expect or their forgone earnings from not being to do dual practice. This could be done by raising the compensations directly or by allowing equipped provincial/regional hospitals to operate after-hours clinics.

3. For physicians in regional or provincial hospitals who have worked for a period of time (especially those who have worked for at least 11 years), policy makers should revise compensations for working in less developed areas, so that the compensations are higher than the current rates.

4. In addition to monetary compensations, physicians' welfare benefits should be improved, so that all groups of physicians' demands are met.

Provision of non-monetary benefits could be an alternative in attracting health workers in place of the sole use of monetary compensation.

5. Policy makers should also pay attention to the issues of inequity or unfairness in the organizations, which could be a "push factor" that drives physicians out of the public sector, even if they receive higher compensations in various categories. In the short run, management policies could be used to deal with the problems. In the long run, however, changes in the structure

and management of the organizations would be a more sustainable approach and need to be further investigated.

6. This study assumes that factors other than job attributes remain constant. In future studies, factors such as competition from the private hospitals, patients' demand for higher quality of services, or increasing malpractice complaints, should be considered when evaluating physicians' compensations. Doing so would help policy makers find competitive compensations.

7. In the future, studies on physicians' compensation should focus on preference for a set of job attributes, rather than on preference for a single attribute. This can help mitigate the problem of excessive compensation or government's inability to meet all the expected compensations

สารบัญ

กิตติกรรมประกาศ	III
บทสรุปผู้บริหาร	IV
Executive Summary	XI
สารบัญ	XVII
สารบัญตาราง	XX
สารบัญรูป	XXIII
บทที่ 1 ที่มาและวัตถุประสงค์ของการศึกษา	1
1.1 หลักการและเหตุผล	1
1.2 คำถามวิจัย	3
1.3 วัตถุประสงค์	4
1.4 ผลที่คาดว่าจะได้รับจากการศึกษาวิจัย	4
บทที่ 2 การทบทวนวรรณกรรม	5
2.1 การวิเคราะห์คำตอบแทนจากความพึงพอใจแบบเปิดเผย (Revealed Preference)	6
2.2 การวิเคราะห์คำตอบแทนจากความพึงพอใจแบบบ่งบอก (Stated Preference)	6
บทที่ 3 กรอบแนวคิดและระเบียบวิธีวิจัย	12
3.1 กรอบแนวคิด	12
3.2 วิธีการศึกษา	14
3.2.1 การวิเคราะห์โดยใช้ Discrete Choice Experiments	14
3.2.2 การวิเคราะห์โดยใช้ Contingent Valuation Method	19
3.2.3 การวิเคราะห์โดยใช้ Decision Tree Analysis	20
3.3 ขอบเขตของการศึกษา	20

บทที่ 4 ลักษณะพื้นฐานของกลุ่มตัวอย่าง	22
4.1 ข้อมูลพื้นฐานของกลุ่มตัวอย่างแพทย์ใช้ทุน	23
4.1.1 กลุ่มตัวอย่างแพทย์ใช้ทุนทั้งหมด	23
4.1.2 กลุ่มตัวอย่างแพทย์ใช้ทุนในโรงพยาบาลชุมชน	30
4.1.3 กลุ่มตัวอย่างแพทย์ใช้ทุนในโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไป	31
4.2 ข้อมูลพื้นฐานของกลุ่มตัวอย่างแพทย์ที่ปฏิบัติงานมาเป็นเวลา 7 - 20 ปี นับจากจบการศึกษา	33
4.2.1 กลุ่มตัวอย่างแพทย์ที่ปฏิบัติงานมาเป็นเวลา 7 - 20 ปี นับจากจบการศึกษาทั้งหมด	33
4.2.2 กลุ่มตัวอย่างแพทย์ที่ปฏิบัติงานมาเป็นเวลา 7 - 20 ปี (นับจากจบการศึกษา) ในโรงพยาบาลชุมชน	41
4.2.3 กลุ่มตัวอย่างแพทย์ที่ปฏิบัติงานมาเป็นเวลา 7 - 20 ปี (นับจากจบการศึกษา) ในโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไป	42
บทที่ 5 ผลการศึกษา	47
5.1 ผลการวิเคราะห์โดยใช้ Discrete Choice Experiments (DCE)	47
5.1.1. ผลการศึกษาจากการจัดประชุม focus group	47
5.1.2. ผลการวิเคราะห์ความเต็มใจรับ (WTA) ด้วยวิธี DCE สำหรับแพทย์ใช้ทุน	51
5.1.3. ผลการวิเคราะห์ความเต็มใจรับ (WTA) จากวิธี DCE สำหรับแพทย์ที่ปฏิบัติงานมาเป็นเวลา 7 - 20 ปี นับจากจบการศึกษา	62
5.2 ผลการวิเคราะห์ WTA โดยใช้ Contingent Valuation Method (CVM)	74
5.2.1 ผลการวิเคราะห์ WTA ของกลุ่มตัวอย่างแพทย์ใช้ทุนด้วยวิธี CVM	74
5.2.2 กลุ่มตัวอย่างแพทย์ที่ปฏิบัติงานมาเป็นเวลา 7 - 20 ปี นับจากจบการศึกษา	84

5.3 ผลการวิเคราะห์ด้วย Decision Tree Analysis	104
5.3.1 ผลการวิเคราะห์แบบ Decision Tree Analysis โดยใช้ WTA ที่คำนวณได้จากวิธี Contingent Valuation Method	104
5.3.2 ผลการวิเคราะห์แบบ Decision Tree Analysis โดยใช้ WTA ที่คำนวณได้จากวิธี Discrete Choice Experiment	119
5.4 ผลการวิเคราะห์ปัจจัยกำหนด WTA	124
บทที่ 6 สรุปและอภิปรายผลการศึกษา	132
6.1 สรุปและอภิปรายผลการศึกษา	132
6.1.1 ผลการวิเคราะห์ด้วยวิธี DCE	132
6.1.2 ผลการวิเคราะห์ด้วยวิธี CVM	134
6.1.3 อภิปรายผลการศึกษา	135
6.2 การเปรียบเทียบผลการศึกษากับการจ่ายค่าตอบแทนเพิ่มเติมของกระทรวงสาธารณสุข	136
6.2.1 WTA กับค่าตอบแทนเบี้ยเลี้ยงเหมาจ่ายสำหรับแพทย์ที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลชุมชน	136
6.2.2 WTA กับค่าตอบแทนเงินเพิ่มพิเศษสำหรับการไม่ทำเวชปฏิบัติส่วนตัวและหรือการไม่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลเอกชน	139
6.2.3 แนวโน้มการเพิ่มขึ้นของค่าตอบแทนสำหรับแพทย์เฉพาะทาง	140
6.3 ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย	143
เอกสารอ้างอิง	146
ภาคผนวก	148

สารบัญตาราง

ตารางที่ 1	ตัวอย่างของคุณลักษณะงาน (attributes) ที่สำคัญและระดับ (levels) ของคุณลักษณะ	16
ตารางที่ 2	จำนวนแพทย์ที่จะทำการสำรวจ	21
ตารางที่ 3	จำนวนแพทย์ตัวอย่างที่ตอบแบบสอบถาม	23
ตารางที่ 4	ลักษณะพื้นฐานของกลุ่มตัวอย่างแพทย์ใช้ทุน	25
ตารางที่ 5	การเข้าร่วมกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับการมีจิตสาธารณะของกลุ่มตัวอย่างแพทย์ใช้ทุน	26
ตารางที่ 6	ข้อมูลความพึงพอใจของบุคลากรทางการแพทย์ของกลุ่มตัวอย่างแพทย์ใช้ทุน	28
ตารางที่ 7	ความคิดเห็นในเรื่องปัจจัยทางด้านวิชาชีพและด้านนโยบายของกลุ่มตัวอย่างแพทย์ใช้ทุน	29
ตารางที่ 8	ลักษณะพื้นฐานของแพทย์ใช้ทุน (แยกตามประเภทของโรงพยาบาล)	32
ตารางที่ 9	ข้อมูลความพึงพอใจของบุคลากรทางการแพทย์ของกลุ่มตัวอย่างแพทย์ใช้ทุน (แยกตามประเภทของโรงพยาบาล)	33
ตารางที่ 10	ลักษณะพื้นฐานของกลุ่มตัวอย่างแพทย์ที่ปฏิบัติงานมาเป็นเวลา 7 - 20 ปี	35
ตารางที่ 11	การเข้าร่วมกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับการมีจิตสาธารณะของกลุ่มตัวอย่างแพทย์ที่ปฏิบัติงานมาเป็นเวลา 7 - 20 ปี	36
ตารางที่ 12	ความพึงพอใจของบุคลากรทางการแพทย์ต่อการปฏิบัติงานในปัจจุบันของกลุ่มตัวอย่างแพทย์ที่ปฏิบัติงานมาเป็นเวลา 7 - 20 ปี	39
ตารางที่ 13	ความคิดเห็นในเรื่องปัจจัยทางด้านวิชาชีพและด้านนโยบายของกลุ่มตัวอย่างแพทย์ที่ปฏิบัติงานมาเป็นเวลา 7 - 20 ปี	40
ตารางที่ 14	ลักษณะพื้นฐานของกลุ่มตัวอย่างแพทย์ที่ปฏิบัติงานมาเป็นเวลา 7 - 20 ปี (แยกตามประเภทของโรงพยาบาล)	45
ตารางที่ 15	ข้อมูลความพึงพอใจของกลุ่มตัวอย่างแพทย์ที่ปฏิบัติงานมาเป็นเวลา 7 - 20 ปี (แยกตามประเภทของโรงพยาบาล)	46
ตารางที่ 16	คุณลักษณะที่สำคัญและระดับสำหรับแพทย์ใช้ทุนปีที่ 2 - 3	49
ตารางที่ 17	คุณลักษณะที่สำคัญและระดับสำหรับแพทย์ที่ปฏิบัติงานเป็นเวลา 7 - 20 ปี	50
ตารางที่ 18	ผลการประมาณการจาก Logistic Regression (กลุ่มตัวอย่างแพทย์ใช้ทุนในโรงพยาบาลทั้งสองประเภท)	55

ตารางที่ 19	ผลการคำนวณ WTA จากวิธี DCE (กลุ่มตัวอย่างแพทย์ใช้ทุน ในโรงพยาบาลทั้งสองประเภท)	56
ตารางที่ 20	ผลการประมาณการจาก Logistic Regression (กลุ่มตัวอย่างแพทย์ ใช้ทุนใน รพช.)	60
ตารางที่ 21	ผลการประมาณการจาก Logistic Regression (กลุ่มตัวอย่างแพทย์ ใช้ทุนใน รพศ./รพท.)	61
ตารางที่ 22	ผลการคำนวณ WTA จากวิธี DCE (กลุ่มตัวอย่างแพทย์ใช้ทุน)	62
ตารางที่ 23	ผลการประมาณการจาก Logistic Regression (กลุ่มตัวอย่างแพทย์ ปีที่ 7 - 20 ทั้งหมด)	66
ตารางที่ 24	ผลการคำนวณ WTA ด้วยวิธี DCE (กลุ่มตัวอย่างแพทย์ปีที่ 7 - 20 ทั้งหมด)	67
ตารางที่ 25	ผลการประมาณการจาก Logistic Regression (กลุ่มตัวอย่างแพทย์ ปีที่ 7 - 20 ในโรงพยาบาลชุมชน)	71
ตารางที่ 26	ผลการประมาณการจาก Logistic Regression (กลุ่มตัวอย่างแพทย์ ปีที่ 7 - 20 ในโรงพยาบาลศูนย์/จังหวัด)	72
ตารางที่ 27	WTA ของแพทย์ที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลชุมชนเปรียบเทียบกับ แพทย์ที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลศูนย์/จังหวัด (กลุ่มตัวอย่างแพทย์ ที่ปฏิบัติงานมาเป็นเวลา 7 - 20 ปี)	73
ตารางที่ 28	ลำดับของ WTA (วิธี DCE) สำหรับแต่ละลักษณะการทำงาน ของกลุ่มตัวอย่างแพทย์ที่ปฏิบัติงานมาเป็นเวลา 7 - 20 ปี นับจาก จบการศึกษา	73
ตารางที่ 29	WTA ที่ปรับแล้วของลักษณะการทำงาน 5 ประเภท พร้อมกับการ เปรียบเทียบในรูปของเท่าและร้อยละระหว่างลักษณะการทำงาน แต่ละประเภท (กลุ่มตัวอย่างแพทย์ใช้ทุนทั้งหมด)	76
ตารางที่ 30	WTA ที่ปรับแล้วของลักษณะการทำงาน 5 ประเภท พร้อมกับการ เปรียบเทียบในรูปของเท่าและร้อยละระหว่างลักษณะการ ทำงานแต่ละประเภท (กลุ่มตัวอย่างแพทย์ใช้ทุนในโรงพยาบาล ชุมชน)	78
ตารางที่ 31	WTA ที่ปรับแล้วของลักษณะการทำงาน 5 ประเภทพร้อมกับการ เปรียบเทียบในรูปของเท่าและร้อยละระหว่างลักษณะการ ทำงานแต่ละประเภท (กลุ่มตัวอย่างแพทย์ใช้ทุนในโรงพยาบาล ทั่วไปและโรงพยาบาลศูนย์)	80

ตารางที่ 32	การเปรียบเทียบ WTA ที่ปรับแล้วของลักษณะการทำงาน 5 ประเภท ของกลุ่มตัวอย่างแพทย์ใช้ทุนที่ทำงานในโรงพยาบาลสองประเภท	81
ตารางที่ 33	ลำดับของ WTA สำหรับแต่ละลักษณะการทำงานของกลุ่มตัวอย่าง แพทย์ที่ทำงานในโรงพยาบาลสองประเภท	82
ตารางที่ 34	การเปรียบเทียบ WTA สำหรับแต่ละลักษณะการทำงานกับลักษณะ การทำงานที่แพทย์สองกลุ่มเผชิญอยู่ในปัจจุบัน	83
ตารางที่ 35	WTA ที่ปรับแล้วของลักษณะการทำงาน 7 ประเภทพร้อมกับการ เปรียบเทียบในรูปของเท่าและร้อยละระหว่างลักษณะการทำงาน แต่ละประเภท (แพทย์ปี 7 - 20 ทั้งหมด)	86
ตารางที่ 36	WTA ที่ปรับแล้วของลักษณะการทำงาน 7 ประเภทของกลุ่ม ตัวอย่างแพทย์ที่ทำงานในโรงพยาบาลชุมชน พร้อมกับการเปรียบเทียบ ในรูปของเท่าและร้อยละระหว่างลักษณะการทำงานแต่ละประเภท (แพทย์ปี 7 - 20 ในโรงพยาบาลชุมชน)	89
ตารางที่ 37	WTA ที่ปรับแล้วของลักษณะการทำงาน 7 ประเภท พร้อมกับการ เปรียบเทียบในรูปของเท่าและร้อยละระหว่างลักษณะการทำงาน แต่ละประเภทของกลุ่มตัวอย่างแพทย์ที่ทำงานในโรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลศูนย์	92
ตารางที่ 38	การเปรียบเทียบ WTA ที่ปรับแล้วของลักษณะการทำงาน 7 ประเภท ของกลุ่มตัวอย่างแพทย์ที่ทำงานในโรงพยาบาลสองประเภท	94
ตารางที่ 39	ลำดับของ WTA (วิธี CVM) สำหรับแต่ละลักษณะการทำงานของ กลุ่มตัวอย่างแพทย์ที่ทำงานในโรงพยาบาลสองประเภท	94
ตารางที่ 40	การเปรียบเทียบ WTA สำหรับแต่ละลักษณะการทำงานกับลักษณะ การทำงานที่แพทย์สองกลุ่มเผชิญอยู่ในปัจจุบัน	95
ตารางที่ 41	การกระจายของจำนวนของแพทย์ที่ต้องการค่าตอบแทนชดเชย กับลักษณะการทำงานที่ไม่พึงประสงค์ 7 ประเภท	97
ตารางที่ 42	ค่าความยืดหยุ่นในช่วงที่มีค่าเป็นบวกของอุปทานของแพทย์ในการ ทำงานที่มีลักษณะไม่พึงประสงค์ 7 ประการ	104
ตารางที่ 43	อัตราค่าเบี้ยเลี้ยงเหมาจ่ายสำหรับแพทย์ในโรงพยาบาลชุมชนก่อน วันที่ 1 เมษายน 2556	138
ตารางที่ 44	อัตราค่าเบี้ยเลี้ยงเหมาจ่ายสำหรับแพทย์ในโรงพยาบาลชุมชน นับตั้งแต่วันที่ 1 เมษายน 2557	138

สารบัญรูป

รูปที่ 1	การกระจายจำนวนแพทย์ที่ต้องการค่าตอบแทนชดเชยกับการปฏิบัติงาน ไม่ตรงกับความเร็วชาญหรือความถนัด	98
รูปที่ 2	การกระจายจำนวนแพทย์ที่ต้องการค่าตอบแทนชดเชยกับการขาด โอกาสในการทำงานภาคเอกชน (dual practice)	98
รูปที่ 3	การกระจายจำนวนแพทย์ที่ต้องการค่าตอบแทนชดเชยกับการทำงาน ในพื้นที่ที่ตั้งของโรงพยาบาลและโอกาสทางการศึกษาของบุตรที่ ไม่พึงประสงค์	99
รูปที่ 4	การกระจายจำนวนแพทย์ที่ต้องการค่าตอบแทนชดเชยกับการขาด โอกาสในความก้าวหน้าทางการทำงาน	99
รูปที่ 5	การกระจายจำนวนแพทย์ที่ต้องการค่าตอบแทนชดเชยกับสภาพ การทำงานหรือบรรยากาศการทำงานไม่พึงประสงค์	100
รูปที่ 6	การกระจายจำนวนแพทย์ที่ต้องการค่าตอบแทนชดเชยกับการไม่มี การเปลี่ยนแปลงฐานะทางสังคมหรือการยอมรับของสังคม	100
รูปที่ 7	การกระจายจำนวนแพทย์ที่ต้องการค่าตอบแทนชดเชยกับสวัสดิการ ปรับลดลง	101
รูปที่ 8	เส้นอุปทานของแพทย์ในกรณีปฏิบัติงานไม่ตรงกับความเร็วชาญ หรือความถนัด	103
รูปที่ 9	เส้นอุปทานของแพทย์ในกรณีที่ทำงานในพื้นที่ที่ไม่พึงประสงค์	103
รูปที่ 10	Decision Trees ที่สะท้อนถึงค่าตอบแทน (WTA) ที่แพทย์ใช้ทุน ต้องการเพื่อชดเชยกับภาระงานใหม่ที่โรงพยาบาลมอบหมายให้ทำ มากกว่าภาระงานเฉลี่ย (วิธี CVM)	106
รูปที่ 11	Decision Trees ที่สะท้อนถึงค่าตอบแทน (WTA) ที่แพทย์ใช้ทุน ต้องการเพื่อชดเชยกับได้รับสวัสดิการลดลง (วิธี CVM)	106
รูปที่ 12	Decision Trees ที่สะท้อนถึงค่าตอบแทน (WTA) ที่แพทย์ใช้ทุน ต้องการเพื่อชดเชยกับการทำงานอยู่ในพื้นที่ยังไม่เจริญซึ่งมีสิ่งอำนวยความสะดวกในการดำรงชีพที่จำกัด (วิธี CVM)	107
รูปที่ 13	Decision Trees ที่สะท้อนถึงค่าตอบแทน (WTA) ที่แพทย์ใช้ทุน ต้องการเพื่อชดเชยกับสภาพการทำงานหรือบรรยากาศการทำงาน ที่ไม่ได้รับคำปรึกษาจากแพทย์รุ่นพี่และความร่วมมือจากวิชาชีพอื่น (วิธี CVM)	107
รูปที่ 14	Decision Trees ที่สะท้อนถึงค่าตอบแทน (WTA) ที่แพทย์ใช้ทุน ต้องการเพื่อชดเชยกับการเลือกที่จะทำงานแทนที่จะเรียนต่อ (วิธี CVM)	108

รูปที่ 15	Decision Tree Analysis ที่แสดงการคำนวณค่าคาดการณ์ WTA ของแพทย์ใช้ทุนสำหรับชดเชยกับภาระงานที่โรงพยาบาลมอบหมาย (วิธี CVM)	108
รูปที่ 16	Decision Tree Analysis ที่แสดงการคำนวณค่าคาดการณ์ WTA ของแพทย์ใช้ทุนสำหรับชดเชยกับสวัสดิการ (วิธี CVM)	109
รูปที่ 17	Decision Tree Analysis ที่แสดงการคำนวณค่าคาดการณ์ WTA ของแพทย์ใช้ทุนสำหรับชดเชยกับพื้นที่ที่ตั้งของโรงพยาบาล (วิธี CVM)	109
รูปที่ 18	Decision Tree Analysis ที่แสดงการคำนวณค่าคาดการณ์ WTA ของแพทย์ใช้ทุนสำหรับชดเชยกับสภาพการทำงานหรือบรรยากาศการทำงาน (วิธี CVM)	110
รูปที่ 19	Decision Tree Analysis ที่แสดงการคำนวณค่าคาดการณ์ WTA ของแพทย์ใช้ทุนสำหรับชดเชยกับการเรียนต่อ (วิธี CVM)	110
รูปที่ 20	Decision Trees ที่สะท้อนถึงคำตอบแทน (WTA) ที่แพทย์ที่ปฏิบัติงานมาเป็นเวลา 7 - 20 ปี ต้องการเพื่อชดเชยการอยู่ในพื้นที่และโอกาสทางการศึกษาของบุตรที่ไม่พึงประสงค์ (วิธี CVM)	112
รูปที่ 21	Decision Trees ที่สะท้อนถึงคำตอบแทน (WTA) ที่แพทย์ที่ปฏิบัติงานมาเป็นเวลา 7 - 20 ปี ต้องการเพื่อชดเชยกับการขาดโอกาสในการทำงานภาคเอกชน (dual practice)	112
รูปที่ 22	Decision Trees ที่สะท้อนถึงคำตอบแทน (WTA) ที่แพทย์ที่ปฏิบัติงานมาเป็นเวลา 7 - 20 ปี ต้องการเพื่อชดเชยกับการไม่ได้ปฏิบัติงานตรงกับความเชี่ยวชาญหรือความถนัด (วิธี CVM)	113
รูปที่ 23	Decision Trees ที่สะท้อนถึงคำตอบแทน (WTA) ที่แพทย์ที่ปฏิบัติงานมาเป็นเวลา 7 - 20 ปี ต้องการเพื่อชดเชยกับได้รับสวัสดิการที่ลดลง (วิธี CVM)	113
รูปที่ 24	Decision Trees ที่สะท้อนถึงคำตอบแทน (WTA) ที่แพทย์ที่ปฏิบัติงานมาเป็นเวลา 7 - 20 ปี ต้องการเพื่อชดเชยกับฐานะทางสังคมหรือการยอมรับของสังคมไม่เปลี่ยนแปลงจากเดิม (วิธี CVM)	114
รูปที่ 25	Decision Trees ที่สะท้อนถึงคำตอบแทน (WTA) ที่แพทย์ที่ปฏิบัติงานมาเป็นเวลา 7 - 20 ปี ต้องการเพื่อชดเชยกับสภาพการทำงานหรือบรรยากาศการทำงานไม่เป็นทีมไม่มีความร่วมมือของสหวิชาชีพและมีการเอาเปรียบกันของผู้ร่วมงาน (วิธี CVM)	114

รูปที่ 26	Decision Trees ที่สะท้อนถึงค่าตอบแทน (WTA) ที่แพทย์ที่ปฏิบัติงานมาเป็นเวลา 7 - 20 ปี ต้องการเพื่อชดเชยกับการไม่มีโอกาสในความก้าวหน้าทางการทำงาน (วิธี CVM)	115
รูปที่ 27	Decision Tree Analysis ที่แสดงการคำนวณค่าคาดการณ์ WTA ของแพทย์ที่ปฏิบัติงานมาเป็นเวลา 7 - 20 ปี สำหรับชดเชยการขาดโอกาสในการทำงานภาคเอกชน (dual practice) (วิธี CVM)	115
รูปที่ 28	Decision Tree Analysis ที่แสดงการคำนวณค่าคาดการณ์ WTA ของแพทย์ที่ปฏิบัติงานมาเป็นเวลา 7 - 20 ปี สำหรับชดเชยกับการอยู่ในพื้นที่และโอกาสทางการศึกษาของบุตรที่ไม่พึงประสงค์ (วิธี CVM)	116
รูปที่ 29	Decision Tree Analysis ที่แสดงการคำนวณค่าคาดการณ์ WTA ของแพทย์ที่ปฏิบัติงานมาเป็นเวลา 7 - 20 ปี สำหรับชดเชยกับการไม่ได้ไปปฏิบัติงานตรงกับวิชาชีพหรือความถนัด (วิธี CVM)	116
รูปที่ 30	Decision Tree Analysis ที่แสดงการคำนวณค่าคาดการณ์ WTA ของแพทย์ที่ปฏิบัติงานมาเป็นเวลา 7 - 20 ปี สำหรับชดเชยกับได้รับสวัสดิการที่ลดลง (วิธี CVM)	117
รูปที่ 31	Decision Tree Analysis ที่แสดงการคำนวณค่าคาดการณ์ WTA ของแพทย์ที่ปฏิบัติงานมาเป็นเวลา 7 - 20 ปี สำหรับชดเชยกับฐานะทางสังคมหรือการยอมรับของสังคมไม่เปลี่ยนแปลงจากเดิม (วิธี CVM)	117
รูปที่ 32	Decision Tree Analysis ที่แสดงการคำนวณค่าคาดการณ์ WTA ของแพทย์ที่ปฏิบัติงานมาเป็นเวลา 7 - 20 ปี สำหรับชดเชยกับสภาพการทำงานหรือบรรยากาศการทำงาน (วิธี CVM)	118
รูปที่ 33	Decision Tree Analysis ที่แสดงการคำนวณค่าคาดการณ์ WTA ของแพทย์ที่ปฏิบัติงานมาเป็นเวลา 7 - 20 ปี สำหรับชดเชยกับโอกาสในความก้าวหน้าทางการทำงาน (วิธี CVM)	118
รูปที่ 34	Decision Tree Analysis ที่แสดงการคำนวณค่าคาดการณ์ WTA ของแพทย์ใช้ทุนสำหรับชดเชยกับโอกาสในการศึกษาต่อ (วิธี DCE)	120
รูปที่ 35	Decision Tree Analysis ที่แสดงการคำนวณค่าคาดการณ์ WTA ของแพทย์ใช้ทุนสำหรับชดเชยกับสภาพการทำงานหรือบรรยากาศการทำงาน (วิธี DCE)	120
รูปที่ 36	Decision Tree Analysis ที่แสดงการคำนวณค่าคาดการณ์ WTA ของแพทย์ใช้ทุนสำหรับชดเชยกับพื้นที่ที่ตั้งของโรงพยาบาล (วิธี DCE)	121

รูปที่ 37	Decision Tree Analysis ที่แสดงการคำนวณค่าคาดการณ์ WTA ของแพทย์ที่ปฏิบัติงานมาเป็นเวลา 7 - 20 ปี สำหรับชดเชยกับการอยู่ในพื้นที่และโอกาสทางการศึกษาของบุตรที่ไม่พึงประสงค์ (วิธี DCE)	122
รูปที่ 38	Decision Tree Analysis ที่แสดงการคำนวณค่าคาดการณ์ WTA ของแพทย์ที่ปฏิบัติงานมาเป็นเวลา 7-20 ปี สำหรับชดเชยกับสภาพและบรรยากาศในการทำงานไม่พึงประสงค์ (วิธี DCE)	122
รูปที่ 39	Decision Tree Analysis ที่แสดงการคำนวณค่าคาดการณ์ WTA ของแพทย์ที่ปฏิบัติงานมาเป็นเวลา 7 - 20 ปี สำหรับชดเชยกับสวัสดิการที่ลดลง (วิธี DCE)	123
รูปที่ 40	Decision Tree Analysis ที่แสดงการคำนวณค่าคาดการณ์ WTA ของแพทย์ที่ปฏิบัติงานมาเป็นเวลา 7 - 20 ปี สำหรับชดเชยกับการไม่ได้ปฏิบัติงานตรงกับความเชี่ยวชาญหรือความถนัด	123
รูปที่ 41	Decision Tree Analysis ที่แสดงการคำนวณค่าคาดการณ์ WTA ของแพทย์ที่ปฏิบัติงานมาเป็นเวลา 7 - 20 ปี สำหรับชดเชยกับการไม่มีโอกาสก้าวหน้าทางการทำงาน (วิธี DCE)	124
รูปที่ 42	WTA สำหรับพื้นที่ที่ตั้งของโรงพยาบาลและโอกาสทางการศึกษาของบุตร	126
รูปที่ 43	WTA สำหรับโอกาสในการทำงานภาคเอกชน (dual practice)	126
รูปที่ 44	WTA สำหรับโอกาสในความก้าวหน้าทางการทำงาน	127
รูปที่ 45	WTA สำหรับการได้ปฏิบัติงานที่ตรงกับความเชี่ยวชาญหรือความถนัด	127
รูปที่ 46	WTA สำหรับสภาพหรือบรรยากาศในการทำงาน	128
รูปที่ 47	WTA สำหรับการเปลี่ยนแปลงฐานะทางสังคมหรือการยอมรับของสังคม	128
รูปที่ 48	WTA สำหรับสวัสดิการ	129
รูปที่ 49	WTA สำหรับลักษณะการทำงานทุกประเภท	129
รูปที่ 50	WTA กับสาขาการปฏิบัติงานของแพทย์	130
รูปที่ 51	WTA กับภูมิลาเนา	130
รูปที่ 52	WTA กับหลักสูตรแพทยศาสตร์	131
รูปที่ 53	จำนวนแพทย์ที่ได้รับใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรมและจำนวนแพทย์ที่ได้รับวุฒิปัตรแพทย์เฉพาะทาง ปี 2540 - 2557	141

บทที่ 01



ที่มาและวัตถุประสงค์ของการศึกษา

1.1 หลักการและเหตุผล

การคงอยู่ของกำลังแรงงานด้านสุขภาพ (health workforce) และการกระจายบุคลากรทางการแพทย์ให้สมดุลระหว่างพื้นที่ (โดยเฉพาะระหว่างพื้นที่เมืองและพื้นที่ชนบท) เป็นปัญหาเรื้อรังที่ประเทศไทยและอีกหลายประเทศทั่วโลกยังไม่สามารถแก้ไขได้ ในกรณีของประเทศไทย ปัญหานี้มีแนวโน้มทวีความรุนแรงขึ้นอีกในอนาคตอันใกล้เนื่องจาก (1) การเปิดเสรีการค้าบริการสุขภาพให้กับประเทศสมาชิกอาเซียนภายใต้ประชาคมเศรษฐกิจอาเซียน (2) การเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุของประเทศไทย ซึ่งส่งผลต่ออุปสงค์และอุปทานของบริการสุขภาพและบุคลากรทางการแพทย์อย่างไม่เคยประสบมาก่อนในอดีต นโยบายสุขภาพแบบควบคุม (regulatory policies) ที่เคยใช้มา (เช่น การบังคับใช้ทุนของนักศึกษาแพทย์ เป็นต้น) ไม่มีประสิทธิภาพตามที่คาดหวัง การปรับเปลี่ยนมาเป็นมาตรการ

แบบจูงใจ (incentives measures) (เช่น การจ่ายค่าตอบแทนที่สูง เป็นต้น) ให้ผลที่พึงประสงค์ในระยะสั้นเท่านั้น การเปลี่ยนแปลงนโยบายและมาตรการบ่อยๆ สร้างปัญหาความไร้เสถียรภาพและอาจนำไปสู่ความน่าเชื่อถือของการบริหารจัดการระบบบริการสุขภาพในที่สุด นโยบายและมาตรการสำหรับกำลังคนด้านสุขภาพที่มีความยั่งยืนในระยะยาวจึงเป็นที่ต้องการอย่างยิ่ง

ส่วนหนึ่งของความล้มเหลวของนโยบายสุขภาพด้านกำลังคนเกิดจากความไม่เข้าใจในความสัมพันธ์ระหว่างกระบวนการ (process) กับผลผลิต (output) ปัญหาหลักของระบบบริการสุขภาพทั่วโลก (รวมทั้งของไทยด้วย) คือการบริหารจัดการกำลังคนด้านสุขภาพด้วยการปรับเปลี่ยนกระบวนการโดยดำเนินนโยบายบางประการเพื่อบรรลุเป้าหมาย (ที่เป็นผลผลิตของกระบวนการ) ในรูปของจำนวนบุคลากรทางการแพทย์ที่พอเพียงกับความจำเป็นต่อบริการสุขภาพ ซึ่งไม่มีความชัดเจนทั้งในเชิงนิยามและเชิงปฏิบัติ จึงได้แต่ปรับเปลี่ยนที่กระบวนการอย่างลองถูกลองผิด (trials and errors) โดยหวังว่าความสมดุลจะเกิดขึ้นมาได้อีก

นักวิชาการที่ศึกษาเรื่องกำลังคนด้านสุขภาพได้กล่าวว่าปัญหานี้เป็นผลพวงจากความไม่เข้าใจในเรื่องสมดุลของการจัดสรรกำลังคนในระบบบริการสุขภาพ (Zurnet al., 2004) ความสมดุลมีหลายนิยาม นักเศรษฐศาสตร์บัญญัติสมดุลจากความแตกต่างระหว่างอุปสงค์และอุปทานของบุคลากรทางการแพทย์ ซึ่งประมาณการด้วยข้อมูลเชิงปริมาณที่ชัดเจนและที่สำคัญคือปราศจากการใช้ดุลยพินิจ (value judgment) ของผู้ที่เกี่ยวข้อง ขณะที่นิยามสมดุลแบบอื่นๆ อ้างอิงจากมาตรฐานที่กำหนดจากผู้ที่เกี่ยวข้องเป็นหลัก (เช่น จำนวนผู้ป่วยกำหนดจำนวนบุคลากรทางการแพทย์ที่ต้องการ หรือองค์วิชาชีพกำหนดจำนวนบุคลากรทางการแพทย์ที่ควรมีอยู่ เป็นต้น) ในความเป็นจริง ความคิดเห็นของผู้ป่วยอาจผันผวนแปรเปลี่ยนไปตามสถานะเศรษฐกิจและสังคม ขณะที่ความก้าวหน้าและเทคโนโลยีทางการแพทย์มีอิทธิพลต่อขนาดและคุณภาพการรักษายาบาลที่บุคลากรทางการแพทย์ควรให้แก่ผู้ป่วย ดังนั้น สมดุลที่อาศัยดุลยพินิจเป็นหลักจึงยากที่เป็นไปได้ในทางปฏิบัติ นอกจากนี้ ความไร้เสถียรภาพของสมดุลเป็นอีกประเด็นที่ต้องเผชิญเป็นประจำอย่างหลีกเลี่ยงมิได้ ด้วยเหตุผลดังกล่าว นิยามสมดุลทางเศรษฐศาสตร์ของการกระจายบุคลากรทางการแพทย์จึงเป็นที่ยอมรับและสนับสนุนให้ใช้กันอย่างแพร่หลายในปัจจุบัน

Serneels et al. (2010) ระบุว่าในที่สุดแล้ว ความสำเร็จหรือความล้มเหลวของการดึงดูดให้บุคลากรทางการแพทย์ทำงานในพื้นที่ชนบทขึ้นอยู่กับความพึงพอใจที่มีต่อการทำงานในสถานที่ต่างๆ เป็นหลัก โดยเฉพาะอย่างยิ่งนโยบายสุขภาพด้านกำลังคนต้องตอบสนองต่อความพึงพอใจที่หลากหลายของบุคลากรทางการแพทย์ คณะวิจัยกลุ่มนี้

ได้ใช้ผลการศึกษาของตนสนับสนุนข้อสรุปข้างต้นนี้ด้วย นั้นหมายความว่า อุปทานของบุคลากรทางการแพทย์มีความสำคัญมากกว่าอุปสงค์ต่อบุคลากรทางการแพทย์ในการแก้ไขปัญหาการจัดสรรบุคลากรทางการแพทย์ให้มีความสมดุลตามที่หวังไว้ นอกจากนี้ งานวิจัยและบทความวิชาการที่ตีพิมพ์ในวารสาร Bulletin of the World Health Organization ปี 2010 ซึ่งมีหัวข้อหลัก คือ special theme of retaining health workers in remote and rural areas ยังเป็นอีกหนึ่งประจักษ์พยานที่สนับสนุนการใช้การวิเคราะห์อุปทานของบุคลากรทางการแพทย์ในการแก้ไขปัญหาความไม่สมดุลของการจัดสรรบุคลากรทางการแพทย์

ในบริบทของระบบบริการสุขภาพของประเทศไทย ในปี พ.ศ. 2544 กระทรวงสาธารณสุขกำหนดค่าตอบแทนเพิ่มเติมให้เจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานให้กับหน่วยบริการในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขตามลักษณะงานต่างๆ เพื่อรักษาอุปทานของบุคลากรทางการแพทย์ เช่น การปฏิบัติงานในช่วงนอกเวลาราชการ การปฏิบัติงานในคลินิกพิเศษนอกเวลา การปฏิบัติงานเวรหรือผลัดบ่ายและ/หรือผลัดดึก การปฏิบัติงานชั้นสูตรพลศึกษา การปฏิบัติงานของแพทย์ในสาขาส่งเสริมพิเศษที่มีความขาดแคลน การปฏิบัติงานในพื้นที่ทุรกันดารและขาดแคลนบุคลากร การไม่ทำเวชปฏิบัติส่วนตัวและ/หรือปฏิบัติงานในโรงพยาบาลเอกชน และการปฏิบัติงานด้านเวชปฏิบัติครอบครัวการส่งเสริมสุขภาพและการควบคุมป้องกันโรค อย่างไรก็ตาม การเพิ่มค่าตอบแทนในหลายรายการได้เกิดขึ้นตั้งแต่ปี พ.ศ. 2549 - 2552 และลดค่าตอบแทนทางอ้อมด้วยการปรับเปลี่ยนรายชื่อสถานพยาบาลในพื้นที่ทุรกันดารและขาดแคลนบุคลากรในปัจจุบัน ส่งผลต่ออุปทานของบุคลากรทางการแพทย์ วิธีการกำหนดค่าตอบแทนดังกล่าวได้รับการวิพากษ์วิจารณ์อย่างกว้างขวาง โดยเฉพาะในประเด็นที่ขาดผลการศึกษาทางวิชาการรองรับการปรับเปลี่ยนค่าตอบแทน ดังนั้น การศึกษาแนวทางการกำหนดค่าตอบแทนด้วยหลักการเศรษฐศาสตร์ที่สอดคล้องกับความพึงพอใจของบุคลากรทางการแพทย์ตามที่ได้กล่าวถึงข้างต้น จึงเป็นเรื่องที่ต้องดำเนินการอย่างเร่งด่วนเพื่อให้การกำหนดค่าตอบแทนจูงใจบุคลากรทางการแพทย์ให้มีอุปทานที่ได้สมดุลกับอุปสงค์ในอนาคตอันใกล้

1.2 คำถามวิจัย

1. การจ่ายค่าตอบแทนที่ได้รับในปัจจุบันให้แก่บุคลากรทางการแพทย์ที่ปฏิบัติงานในสถานพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขสอดคล้องกับความพึงพอใจของบุคลากรทางการแพทย์หรือไม่
2. ปัจจัยใดบ้างมีผลต่อความพึงพอใจต่อค่าตอบแทนที่ได้รับ และปัจจัยเหล่านี้ส่งผลต่อความพึงพอใจของบุคลากรทางการแพทย์มากหรือน้อยต่างกันอย่างไร

1.3 วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาปัจจัย (ทั้งประเภทและขนาด) ที่มีผลต่อความพึงพอใจของบุคลากรทางการแพทย์ที่มีต่อค่าตอบแทนที่ได้รับในปัจจุบัน
2. เพื่อคำนวณหาค่าตอบแทนที่บุคลากรทางการแพทย์ประสงค์ได้รับจากการปฏิบัติงานในลักษณะต่างๆ (เช่น การทำงานในพื้นที่ทุรกันดาร การทำงานนอกเวลาราชการ การไม่ทำเวชปฏิบัติส่วนตัวหรือปฏิบัติงานในโรงพยาบาลเอกชน เป็นต้น)
3. เพื่อเปรียบเทียบค่าตอบแทนที่ประมาณการได้จากการศึกษากับค่าตอบแทนที่บุคลากรทางการแพทย์ที่ปฏิบัติงานในสถานพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขได้รับในปัจจุบัน

1.4 ผลที่คาดว่าจะได้รับจากการศึกษาวิจัย

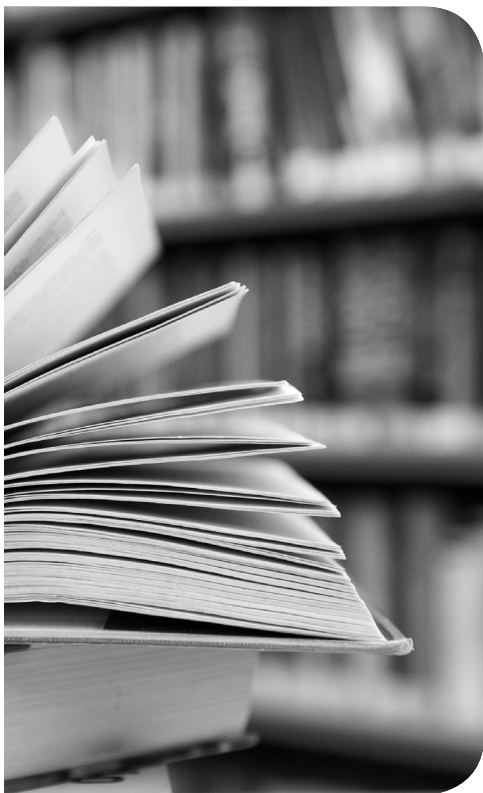
การวิจัยนี้จะนำส่งผลผลิตที่เป็นรูปธรรมดังนี้

1. รายงานผลการศึกษาเรื่อง การศึกษาความพึงพอใจของบุคลากรทางการแพทย์ในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขต่อค่าตอบแทนที่ได้รับ
2. วิธีการวิเคราะห์แบบ Discrete Choice Experiments พร้อมข้อมูลที่รวบรวมได้ที่ใช้ในการวิเคราะห์ และผลการวิเคราะห์
3. วิธีการวิเคราะห์แบบ Contingent Valuation Method พร้อมข้อมูลที่รวบรวมได้ที่ใช้ในการวิเคราะห์ และผลการวิเคราะห์
4. วิธีการวิเคราะห์แบบ Decision Tree Analysis พร้อมผลการคำนวณจากสองวิธีข้างต้นที่ใช้ในการวิเคราะห์ และผลการวิเคราะห์
5. การระบุปัจจัยและการประเมินขนาดของปัจจัยที่มีผลต่อค่าตอบแทนที่บุคลากรทางการแพทย์ที่พึงพอใจจะได้รับจากการปฏิบัติงานลักษณะต่างๆ
6. การประมาณการค่าตอบแทนที่บุคลากรทางการแพทย์พึงพอใจจะได้รับจากการปฏิบัติงานในลักษณะต่างๆ
7. การเปรียบเทียบค่าตอบแทนที่ประมาณการได้จากการศึกษากับค่าตอบแทนที่บุคลากรทางการแพทย์ที่ปฏิบัติงานในสถานพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขที่ได้รับในปัจจุบัน

บทที่ 02



การทบทวนวรรณกรรม



การศึกษาเรื่องค่าตอบแทนของบุคลากรทางการแพทย์ โดยส่วนใหญ่เป็นการวิเคราะห์ด้านอุปทานของบุคลากรทางการแพทย์ และมีเป้าหมายเพื่อการกำหนดนโยบายหรือมาตรการในการจูงใจให้บุคลากรทางการแพทย์ปฏิบัติงานในพื้นที่ที่ขาดแคลนบุคลากร (เช่น พื้นที่ห่างไกล หรือพื้นที่เสี่ยงภัย เป็นต้น) โดยเน้นการวิเคราะห์ความพึงพอใจต่อค่าตอบแทนที่ได้รับ ตลอดจนศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการตัดสินใจเลือกปฏิบัติงานในพื้นที่ต่างกันหรือภายใต้สถานการณ์ที่แตกต่างกัน

งานศึกษาเหล่านี้สามารถแบ่งออกได้เป็นสองกลุ่มใหญ่ กลุ่มแรก เป็นการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการเลือกปฏิบัติงานโดยวิเคราะห์จากความพึงพอใจแบบเปิดเผย (revealed preference) และกลุ่มที่สอง เป็นการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการเลือกปฏิบัติงานโดยวิเคราะห์จากความพึงพอใจแบบบ่งบอก (stated preference) ดังรายละเอียดต่อไปนี้

2.1 การวิเคราะห์ค่าตอบแทนจากความพึงพอใจแบบเปิดเผย (Revealed Preference)

ความพึงพอใจแบบเปิดเผย (revealed preference) เป็นการศึกษาความพึงพอใจจากทางเลือกจริง (actual choice) ที่บุคลากรทางการแพทย์เลือกหรือคาดว่าจะเลือก ตัวอย่างของงานศึกษาในกลุ่มนี้ ได้แก่ การศึกษาของนางลักษณ์ พะไยยะและคณะ (2012a) ซึ่งสำรวจทัศนคติและปัจจัยที่ทำให้แพทย์เลือกงานในชนบท โดยเก็บข้อมูลจากบัณฑิตแพทย์ที่สำเร็จการศึกษาในปี 2554 ซึ่งประกอบไปด้วย บัณฑิตแพทย์จากระบบปกติและบัณฑิตแพทย์จากโครงการผลิตแพทย์เพิ่มเพื่อชาวชนบท จากข้อมูลสำรวจ พบว่า ในภาพรวมแพทย์เพื่อชนบทมีแนวโน้มที่จะมีทัศนคติต่อการทำงานในชนบทเป็นเชิงบวกมากกว่าแพทย์ระบบปกติ และจากการวิเคราะห์โดยใช้ logistic regression พบว่า ปัจจัยที่สำคัญที่ทำให้แพทย์ตั้งใจที่จะเลือกปฏิบัติงานในชนบท ได้แก่ สถานที่ปฏิบัติงานนั้นไม่ไกลจากภูมิลำเนา ีต่อการเพิ่มพูนความรู้และทักษะ และมีการดูแลจากแพทย์พี่เลี้ยง

Thammatacharee et al. (2013) ศึกษาทัศนคติต่อการปฏิบัติงานในพื้นที่ชนบทของบัณฑิตแพทย์ ทันตแพทย์ และเภสัชกรที่สำเร็จการศึกษาในปี 2555 โดยใช้ข้อมูลสำรวจภาคตัดขวาง จากข้อมูลสถิติเบื้องต้นพบว่า ร้อยละ 22 ของแพทย์ ร้อยละ 31 ของทันตแพทย์ และร้อยละ 52 ของเภสัชกรที่ตอบแบบสอบถามเลือก “การอยู่ใกล้ภูมิลำเนา” เป็นปัจจัยสำคัญที่สุดในการเลือกสถานที่ปฏิบัติงาน สำหรับผลจากการวิเคราะห์ทางเศรษฐมิติ โดยใช้ logistic regression พบว่า ปัจจัยต่างๆ มีผลต่อแนวโน้มการปฏิบัติงานในพื้นที่ชนบทแตกต่างกันไปตามประเภทของวิชาชีพ โดยแพทย์จากโครงการพิเศษ (Collaborative Project to Increase Production of Rural Doctor - CPIRD หรือ One District One Doctor - ODO) มีแนวโน้มที่จะเลือกปฏิบัติงานในพื้นที่ชนบทมากกว่าแพทย์ที่สอบเข้าโดยระบบปกติอยู่ร้อยละ 10 คณะผู้วิจัยเสนอว่า นโยบายการรับสมัครนักศึกษาจากโครงการพิเศษควรจะถูกนำมาประยุกต์ใช้กับทันตแพทย์และเภสัชกรเช่นกัน อย่างไรก็ตาม เป็นที่น่าสนใจว่าการมีภูมิลำเนาหลังจากพื้นที่ชนบทเพียงอย่างเดียวไม่ได้มีผลต่อการเลือกปฏิบัติงานในพื้นที่ชนบทของทันตแพทย์และเภสัชกรมากนัก

2.2 การวิเคราะห์ค่าตอบแทนจากความพึงพอใจแบบบ่งบอก (Stated Preference)

การวิเคราะห์จากความพึงพอใจแบบบ่งบอก (stated preference) เป็นการศึกษาความพึงพอใจต่อทางเลือกที่ยังไม่มีอยู่จริง แนวทางหนึ่งที่ยอมรับใช้กันคือ การออกแบบให้ข้อมูลที่รวบรวมมาใช้ในการประมาณการความพึงพอใจให้อยู่ในกรอบของการทดลองเพื่อควบคุม

ตัวแปรที่ไม่เกี่ยวข้อง วิธีการทดลองนี้เรียกว่า Discrete Choice Experiments (DCE) ซึ่งเป็นเทคนิคหนึ่งที่ใช้ในการประเมินความพึงพอใจของบุคลากรทางการแพทย์ต่อคุณลักษณะต่างๆ (attributes) ในการปฏิบัติงาน โดยผู้ศึกษาจะทำแบบทดลองเลือกงานและสมมติทางเลือกในการปฏิบัติงานที่มีคุณลักษณะบางประการที่แตกต่างกัน และให้ผู้ตอบแบบสอบถามเลือกงานจากทางเลือกต่างๆ ที่ถูกสมมติขึ้น และจากการเลือกทางเลือกเหล่านี้ ผู้ศึกษาสามารถวิเคราะห์ความพึงพอใจของบุคลากรได้ว่า คุณลักษณะของงานใดมีผลต่อการตัดสินใจเลือกงาน และคุณลักษณะเหล่านั้นมีความสำคัญมากหรือน้อยต่างกันอย่างไร

การใช้ DCE ในการประเมินความพึงพอใจของบุคลากรทางการแพทย์มีข้อได้เปรียบคือ ค่าสัมประสิทธิ์ของแต่ละระดับของลักษณะงาน (level) ที่ได้จาก DCE สามารถนำไปใช้คำนวณข้อมูลเชิงปริมาณของความสำคัญโดยเปรียบเทียบ (relative importance) ของคุณลักษณะงานต่างๆ ที่มีผลต่อการตัดสินใจเลือกงาน และสามารถนำไปใช้คำนวณความยินดีที่จะจ่าย (willingness to pay: WTP) ซึ่งในบริบทนี้ ความยินดีที่จะจ่ายหมายถึงจำนวนเงินเดือนที่บุคลากรยินดีที่จะจ่ายเพื่อแลกกับคุณลักษณะงานบางประการที่บุคลากรเห็นว่าเหนือกว่า (เช่น การปฏิบัติงานในพื้นที่เมือง) นอกจากนี้ผลการศึกษาโดยวิธี DCE ยังสามารถนำไปใช้ในการคาดการณ์ความน่าจะเป็นในการยอมรับงานที่มีลักษณะตามที่กำหนด ตัวอย่างเช่น บุคลากรให้ความสำคัญต่อเงินเดือนและการทำงานในเขตชนบทมากน้อยต่างกันอย่างไร การทราบถึงการให้ความสำคัญโดยเปรียบเทียบของปัจจัยทั้งสองนี้ช่วยให้ผู้กำหนดนโยบายสามารถคำนวณตัวเลขที่แสดงความยินดีที่จะจ่าย (WTP) และสามารถกำหนดอัตราเงินชดเชยที่เหมาะสม เพื่อดึงดูดให้บุคลากรทำงานในพื้นที่ชนบทได้

งานศึกษาที่ใช้ DCE ในยุคแรกๆ โดยเฉพาะในบริบทของประเทศพัฒนาแล้วเป็นการศึกษาความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อบริการทางการแพทย์ ตัวอย่างเช่น Ryan et al. (2001) ศึกษาความพึงพอใจของผู้ป่วยที่มีต่อบริการสุขภาพใน rheumatology outpatient clinics ของโรงพยาบาล Aberdeen Royal Infirmary ประเทศอังกฤษ คณะวิจัยศึกษาคุณลักษณะ (attributes) 6 ประการของบริการสุขภาพ ได้แก่ ประเภทของบุคลากรที่ให้บริการ (junior doctor หรือ specialist nurse) ระยะเวลาในการรอรับบริการ (10, 20 หรือ 30 นาที) ความต่อเนื่องในการรับบริการจากบุคลากรคนเดิม (ใช่หรือไม่ใช่) การให้คำแนะนำทางโทรศัพท์ (มีหรือไม่มี) ระยะเวลาในการให้คำปรึกษา (10, 15, 20 หรือ 25 นาที) และการเปลี่ยนแปลงในระดับอาการเจ็บ (ไม่ลดลงเลยหรือลดลงบ้าง) ความเป็นไปได้ของคุณลักษณะทั้งหมดและทุกระดับประกอบกันเป็น 192 รายการ (หรือทางเลือก) ซึ่งหลายรายการมีความ

สัมพันธ์ระหว่างคุณสมบัติบางประการที่สูงมาก จึงต้องทำการลดลงด้วยหลักเกณฑ์ orthogonality และสามารถแปลงมาเป็นเพียง 8 ทางเลือก (choices) การศึกษาได้ขอให้ผู้ป่วยจำนวน 200 ราย ตอบแบบสอบถามที่มีคำถามสำหรับทางเลือกทั้งแปดและข้อมูลพื้นฐานอื่นๆ ผลการวิเคราะห์ได้รับคำตอบจากตัวอย่างจำนวน 189 ราย เมื่อทดสอบความสมเหตุสมผล (rationality test) มี 174 ตัวอย่างที่ผ่านเกณฑ์และสามารถนำมาวิเคราะห์ได้

การประมาณการด้วยวิธีการสมการถดถอย (regression analysis) พบว่า การเปลี่ยนแปลงในระดับอาการเจ็บ ความต่อเนื่องในการรับบริการจากบุคลากรคนเดิม การให้คำแนะนำทางโทรศัพท์ และระยะเวลาในการรอรับบริการมีนัยสำคัญทางสถิติ เมื่อเปรียบเทียบขนาดของผลกระทบระหว่างคุณสมบัติเหล่านี้ ปรากฏว่าการให้คำแนะนำทางโทรศัพท์ที่มีขนาดที่มากที่สุดและคิดเป็น 61.3 เท่าของระยะเวลาในการรอรับ รองลงมาเป็นความต่อเนื่องในการรับบริการจากบุคลากรคนเดิมและการเปลี่ยนแปลงในระดับอาการเจ็บ (28.5 เท่า และ 13.6 เท่าของระยะเวลาในการรอรับตามลำดับ) การวิเคราะห์ได้แปลงค่าที่ประมาณการได้ให้อยู่ในรูปจำนวนเงินด้วยการนำค่ารอรโดยสาธารณะมาเป็นค่ารอรับบริการสุขภาพในอัตรา 0.15 ปอนด์ต่อหนึ่งนาที ซึ่งทำให้มูลค่าของการให้คำแนะนำทางโทรศัพท์เป็น 9.15 ปอนด์ต่อครั้งและมูลค่าของความต่อเนื่องในการรับบริการจากบุคลากรคนเดิมเป็น 4.35 ปอนด์ต่อครั้ง เมื่อรวมคุณสมบัติทั้งสองเข้าด้วยกันให้เป็นผลได้ที่ผู้ป่วยพึงพอใจแล้ว มูลค่าของบริการที่ผู้ป่วยได้รับคิดเป็น 13.5 ปอนด์ต่อครั้งของการรับบริการ

ในภายหลัง วิธี DCE ถูกนำมาใช้วิเคราะห์เรื่องการคงอยู่และการดึงดูดบุคลากรทางการแพทย์ในพื้นที่ชนบททั้งในบริบทของประเทศพัฒนาแล้วและประเทศกำลังพัฒนา ตัวอย่างเช่น Kolstad (2011) ใช้ DCE เพื่อศึกษาความพึงพอใจของนักศึกษาทางการแพทย์ (clinical officer students) ในประเทศแทนซาเนีย โดยมีจุดประสงค์เพื่อหานโยบายในการดึงดูดนักศึกษาที่จบใหม่ให้ปฏิบัติงานในพื้นที่ชนบท Kolstad พบว่า โอกาสในการศึกษาต่อภายหลังจากการปฏิบัติงานมาเป็นระยะเวลาหนึ่งเป็นปัจจัยที่สำคัญที่สุดในการเพิ่มจำนวนผู้ปฏิบัติงานในพื้นที่ชนบท โดยนักศึกษามีความเต็มใจที่จะจ่าย 96,796 แทนซาเนียชิลลิง (TSH) จากฐานเงินเดือน 200,000 TSH เพื่อแลกสำหรับการได้ศึกษาต่อภายใน 6 ปีหลังจากการเริ่มปฏิบัติงานแทนที่จะไม่มีโอกาสในการศึกษาต่อเลย นอกจากนี้ เงินเดือนที่เพิ่มขึ้นและเบี้ยเลี้ยงสำหรับพื้นที่กันดารก็มีส่วนในการเพิ่มจำนวนผู้ปฏิบัติงานในพื้นที่ชนบทอย่างมีนัยสำคัญ โดยนักศึกษาต้องได้รับเงินเดือนเพิ่มขึ้น 57,151 TSH เพื่อที่จะทำงานในพื้นที่ห่างไกลแทนการทำงานในตัวเมือง และเมื่อเปรียบเทียบความพึงพอใจโดยแบ่งกลุ่มตาม

ลักษณะพื้นฐานของนักศึกษาพบว่า ผู้หญิงตอบสนองต่อแรงจูงใจทางการเงินน้อยกว่าในขณะที่ผู้ที่มีพ่อแม่อาศัยอยู่ในพื้นที่ชนบทตอบสนองต่อนโยบายที่เสนอน้อยกว่า

นอกจากนั้น งานศึกษาที่ใช้ DCE หลายงานเปรียบเทียบปัจจัยที่กำหนดความพึงพอใจในการปฏิบัติงานของบุคลากรทางการแพทย์ต่างประเภทกัน อาทิเช่น Rockers et al. (2012) ศึกษาความพึงพอใจของนักศึกษาแพทย์ พยาบาล เภสัชกร และนักเทคนิคการแพทย์ที่กำลังศึกษาในชั้นปีสุดท้ายในประเทศยูกันดา โดยวิเคราะห์เปรียบเทียบความสำคัญของคุณลักษณะงานต่างๆ โดยอาศัยแบบจำลอง mixed logit model ผลการศึกษาพบว่า เงินเดือน สภาพของสถานพยาบาล (เช่น การมีไฟฟ้าใช้ ความพร้อมของยาและอุปกรณ์ทางการแพทย์) และการสนับสนุนจากผู้จัดการ (district health officer หรือเจ้าหน้าที่ประจำสถานพยาบาล) นอกจากนี้ การอุดหนุนค่าเล่าเรียนสำหรับการเรียนต่อแพทย์เฉพาะทางในอนาคตก็เป็นปัจจัยสำคัญในการเลือกสถานที่ปฏิบัติงานสำหรับนักศึกษาแพทย์ และนักเทคนิคการแพทย์ ส่วนนักศึกษาเภสัชกรให้ความสำคัญกับโอกาสในการปฏิบัติงานในภาคเอกชนควบคู่ไปกับการปฏิบัติงานในภาครัฐ (dual practice)

ในบริบทของประเทศไทย งานวิจัยที่ใช้ DCE ส่วนใหญ่นำมาวิเคราะห์ข้อมูลที่สำรวจจากนักศึกษาหรือบุคลากรทางการแพทย์ในช่วงเริ่มต้นของการทำงาน ตัวอย่างเช่น Pagaiya et al. (2011) ศึกษาปัจจัยสำคัญในการดึงดูดพยาบาลให้ปฏิบัติงานในพื้นที่ชนบท โดยใช้การสำรวจจากนักศึกษาพยาบาลที่เพิ่งสำเร็จการศึกษาจำนวน 342 คน จากการศึกษาพบว่า ประเภทของสถานพยาบาลมีผลต่อการตัดสินใจเลือกปฏิบัติงานในพื้นที่ชนบท โดยนักศึกษาพยาบาลมีแนวโน้มที่จะเลือกปฏิบัติงานในพื้นที่ชนบทมากกว่าในกรณีที่สถานปฏิบัติงานเป็นโรงพยาบาล (แทนที่จะเป็นสถานอนามัย) สำหรับปัจจัยทางนโยบาย พบว่าการเสนอสวัสดิการรักษายาบาลให้ครอบคลุมทั้งตัวบุคลากรเองและบุคคลในครอบครัวเป็นปัจจัยที่ทำให้แนวโน้มการเลือกปฏิบัติงานในพื้นที่ชนบทเพิ่มสูงขึ้น

นงลักษณ์ พะโกยะ และคณะ (2012b) ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเลือกปฏิบัติงานในพื้นที่เมืองหรือชนบทของแพทย์ที่ปฏิบัติงานไม่เกินสามปีในโรงพยาบาลจังหวัดและโรงพยาบาลชุมชน โดยใช้วิธี DCE ในการศึกษา ซึ่งทางเลือกประกอบไปด้วยสองทางเลือก คือ เลือกปฏิบัติงานในพื้นที่เมืองหรือชนบท และใช้วิธีการประมาณค่าตามแบบจำลอง conditional logit model ผลการศึกษาพบว่า ปัจจัยทางการเงินเป็นปัจจัยที่สำคัญที่สุด โดยการเพิ่มเงินเดือนจากเดิมร้อยละ 45 มีผลในการดึงดูดแพทย์เข้าสู่ชนบทมากที่สุด ส่วนปัจจัยที่ไม่ใช่ตัวเงินที่สำคัญรองลงมา ได้แก่ สถานที่ตั้งอยู่ใกล้ภูมิลำเนาและ

มีโอกาสดูแลสุขภาพต่อเฉพาะทาง นอกจากนี้ จากการจำลองสถานการณ์เพื่อทำนายอัตรา การเลือกงานในชนบทพบว่า หากแพทย์ได้รับเงินเดือนเพิ่มขึ้นร้อยละ 30 มีโอกาสดูแลสุขภาพ ต่อเฉพาะทาง และอยู่ใกล้กับภูมิลำเนา โอกาสที่แพทย์จะเลือกงานในชนบทจะสูงขึ้นร้อยละ 50

นอกไปจากการใช้ DCE เพื่อศึกษาความพึงพอใจแบบบ่งบอก (stated preference) และความเต็มใจจ่าย (willingness to pay) แล้ว อีกแนวทางหนึ่งที่มีความนิยม คือ การศึกษาโดยใช้วิธี Contingent Valuation Method (CVM) ซึ่งเป็นวิธีการคำนวณมูลค่า ของสินค้าบริการที่ไม่มีตลาดซื้อขายในสถานที่ผู้บริโภคนิติที่จะจ่าย การประยุกต์ใช้วิธี CVM กับคำตอบแทนที่สอดคล้องกับความพึงพอใจของบุคลากรทางการแพทย์เป็นการประมาณ การคำตอบแทนขั้นต่ำที่บุคลากรทางการแพทย์ยินดีจะรับเพื่อแลกกับการทำงานในลักษณะ ที่กำหนดมาให้ อีกนัยหนึ่งคำตอบแทนประเภทนี้เรียกกันว่า reservation wages

ตัวอย่างงานวิจัยในลักษณะนี้ ได้แก่ Serneels et al. (2010) ซึ่งวิเคราะห์ปัจจัย ที่มีอิทธิพลต่อการตัดสินใจเลือกของบุคลากรทางการแพทย์ของประเทศ Rwanda และ Ethiopia ในการทำงานในชนบทด้วยวิธี CVM เพื่อกำหนดนโยบายสุขภาพในการแก้ไขปัญหา ความไม่สมดุลในการจัดสรรกำลังคนด้านสุขภาพ คณะวิจัยใช้ willingness-to-pay ในรูป ของ reservation wage ซึ่งเป็นคำตอบแทนขั้นต่ำที่บุคลากรทางการแพทย์ต้องการได้รับ จากการการทำงานในพื้นที่ชนบท ด้วยการถามตัวอย่างให้เลือกระหว่างคำตอบแทนในการทำงาน ที่เมืองหลวง (Kigali) ที่กำหนดเป็นคำตอบแทนอ้างอิงกับคำตอบแทนในการทำงานที่ชนบท ห่างจากเมืองหลวงไป 100 กิโลเมตรที่กำหนดให้สูงกว่าคำตอบแทนอ้างอิงเป็นจำนวนหนึ่ง หากผู้ตอบเลือกการทำงานในเมืองหลวง คำตอบแทนในการทำงานที่ชนบทจะถูกเพิ่มให้สูง กว่าเดิม และทำเช่นนี้อีกจนกระทั่งผู้ตอบเลือกการทำงานในชนบท คำตอบแทนที่เสนอ ครั้งสุดท้ายเป็น reservation wage อย่างไรก็ตาม เนื่องจากเวลาจำกัด คณะวิจัยกำหนด คำตอบแทนในการทำงานที่ชนบทเพียง 7 ชั้น ฉะนั้น กรณีที่ผู้ตอบยังคงเลือกการทำงาน ที่เมืองหลวงหลังถามครบเจ็ดขั้นแล้ว ผู้ตอบต้องบอกคำตอบแทนที่ต้องการในการทำงาน ที่ชนบท ซึ่งถือว่าการถามแบบปลายเปิด

ปัจจัยที่นำมาทดสอบผลต่อ reservation wage ประกอบด้วย การมีโอกาสดูแลสุขภาพช่วยเหลือผู้ยากไร้ (แทนแรงจูงใจที่จับต้องไม่ได้) ค่าใช้จ่ายของครัวเรือนผู้ปกครอง (แทนฐานะทางเศรษฐกิจของครอบครัว) ผลการเรียนรู้ (แทนระดับความสามารถ) เพศ อายุ ระยะทางเดินทางมาโรงเรียนเมื่ออายุ 6 ขวบ (แทนการมีพื้นเพในเมืองหรือชนบท) Kigali (แทนการเกิดที่เมืองหลวงหรือไม่) การนับถือศาสนา (แทนการเกี่ยวข้องกับศรัทธา

ในการรับใช้ผู้ยากไร้ในชนบท) การประมาณการใช้การวิเคราะห์แบบ interval regression analysis ด้วยวิธี ordinary least square โดยมี reservation wage เป็นตัวแปรตาม และปัจจัยข้างต้นเป็นตัวแปรอิสระ การสำรวจข้อมูลตัวอย่างในปี 2008 ประกอบด้วย นักศึกษาพยาบาลและนักศึกษาแพทย์รวมกันจำนวน 412 คน (คิดเป็นร้อยละ 53 และ 76 ของนักศึกษาพยาบาลและนักศึกษาแพทย์ทั้งหมดในประเทศ ตามลำดับ)

ผลการวิเคราะห์พบว่า การมีโอกาสในการช่วยเหลือผู้ยากไร้ ระยะทางเดินทาง มาโรงเรียนเมื่ออายุ 6 ขวบ และการนับถือศาสนา มีนัยสำคัญทางสถิติ นั่นหมายความว่า ผู้ที่มีแรงจูงใจที่จับต้องไม่ได้ มีพื้นเพในเมืองหรือชนบท และมีศรัทธาในการรับใช้ผู้ยากไร้ ในชนบทต้องการค่าตอบแทนในการทำงานที่ชนบทต่ำกว่าผู้ที่ไม่มีลักษณะทั้งสามประการนี้ คณะวิจัยเสนอแนะการนำผลการวิเคราะห์ไปใช้ในการกำหนดนโยบายโดยคำนวณให้เห็นว่า หากใช้ค่าตอบแทนเป็นแรงจูงใจให้นักศึกษาพยาบาลและนักศึกษาแพทย์ไปทำงานในชนบท เพียงอย่างเดียว จะต้องใช้งบประมาณสุขภาพประจำปีเพิ่มขึ้นร้อยละ 1.2 แต่หากส่งเสริม ให้นักศึกษาพยาบาลและนักศึกษาแพทย์ที่มีแรงจูงใจที่จับต้องไม่ได้ มีพื้นเพในเมืองหรือ ชนบท และมีศรัทธาในการรับใช้ผู้ยากไร้ในชนบท (ซึ่งต้องการค่าตอบแทนที่ต่ำกว่าเพื่อจูงใจ ไปทำงานในชนบท) จะใช้งบประมาณสุขภาพประจำปีเพิ่มขึ้นร้อยละ 0.9 ซึ่งสามารถประหยัด ทรัพยากรด้านสุขภาพได้เป็นอย่างมาก

จากการทบทวนวรรณกรรมข้างต้น พบว่า ในปัจจุบันการศึกษาเรื่องค่าตอบแทน ของบุคลากรทางการแพทย์ในประเทศไทยยังไม่มี การคำนวณตัวเลขความเต็มใจที่จะ จ่ายออกมาเป็นตัวเลขที่ชัดเจน และงานวิจัยที่ใช้ DCE ส่วนใหญ่ศึกษาความพึงพอใจต่อ ค่าตอบแทนของบุคลากรทางการแพทย์ที่มีประสบการณ์ในการทำงานค่อนข้างน้อย (เช่น นักศึกษาพยาบาล หรือแพทย์ที่ทำงานไม่เกิน 3 ปี) ดังนั้น เพื่อเติมเต็มช่องว่างใน วรรณกรรม การศึกษานี้จะทำการวิเคราะห์ความพึงพอใจต่อค่าตอบแทนของบุคลากร ทางการแพทย์ที่มีประสบการณ์แตกต่างกัน และทำการคำนวณตัวเลขความเต็มใจที่จะจ่าย ซึ่งแสดงถึงค่าตอบแทนที่บุคลากรทางการแพทย์ประสงค์ได้รับจากการปฏิบัติงานใน ลักษณะต่างๆ นอกจากนี้ การศึกษานี้จะประยุกต์ใช้วิธี CVM ในการคำนวณหาความเต็มใจ ที่จะจ่ายในรูปของ reservation wage ของบุคลากรทางการแพทย์ สุดท้าย ผลการศึกษา ที่ได้จาก DCE และ CVM จะถูกนำมาวิเคราะห์แนวโน้มการตัดสินใจเลือกงานของบุคลากร ทางการแพทย์ภายใต้สถานการณ์ที่ต่างกัน โดยอ้างอิงวิธีการวิเคราะห์แบบ logistic and regression tree analyses ในงานของ Vanasse et al. (2009)

บทที่ 03



กรอบแนวคิดและระเบียบวิธีวิจัย



3.1 กรอบแนวคิด

นักเศรษฐศาสตร์ใช้ความพึงพอใจของการทำงานของแรงงานที่เลือกระหว่างการทำงานกับการพักผ่อน และระดับรายได้ที่มีอยู่อธิบายอุปทานของแรงงาน ผลการวิเคราะห์ที่ได้คือ ระยะเวลาการทำงานที่ต้องการแปรโดยตรงกับค่าจ้างที่ได้รับ แม้ว่าทฤษฎีข้างต้นสามารถอธิบายขนาดของงานที่บุคลากรทางการแพทย์ต้องการทำ แต่ไม่สามารถอธิบายการตัดสินใจในเรื่องการเลือกสถานที่ทำงานที่มีลักษณะต่างกันตามความพึงพอใจได้ นักเศรษฐศาสตร์ใช้ทฤษฎีการลงทุนอธิบายการเลือกสถานที่ทำงานของบุคคล เนื่องจากสถานที่ทำงานที่เป็นตัวเลือกต่างก็นำมาสู่กระแสต้นทุนและกระแสผลได้ที่เกิดขึ้นในอนาคตที่แตกต่างกันออกไป สถานที่ทำงานที่เหมาะสมที่สุดควรสร้างผลได้สุทธิในมูลค่าปัจจุบันสูงสุด การเปลี่ยนสถานที่ทำงานเกิดขึ้นเมื่อสถานที่ทำงานแห่งใหม่ให้ผลได้สุทธิในมูลค่าปัจจุบันสูงสุดมากกว่าสถานที่ทำงานเดิม นั่นหมายความว่า บุคลากรทาง

การแพทย์เหมือนกับแรงงานทั่วไปที่คอยหมั่นประเมินผลการลงทุนจากการทำงานในสถานที่ทำงานปัจจุบันกับสถานที่ทำงานที่เป็นทางเลือกอื่นๆ อยู่ตลอดเวลา ปัจจัยที่มีบทบาทต่อขนาดของกระแสต้นทุนและกระแสผลได้มีทั้งที่เกี่ยวข้องกับเศรษฐกิจ (economic factors) และที่ไม่เกี่ยวข้องกับเศรษฐกิจ (non-economic factors) ซึ่งมีลักษณะที่จับต้องได้ (tangible) และที่จับต้องไม่ได้ (intangible)

การวิเคราะห์ด้วยทฤษฎีเศรษฐศาสตร์ที่กล่าวถึงข้างต้น ได้ให้ข้อสรุปว่า ความพึงพอใจของบุคลากรทางการแพทย์ที่มีต่อทางเลือกของการทำงานถูกกำหนดโดยปัจจัย 3 กลุ่มหลัก คือ ปัจจัยด้านนโยบาย ปัจจัยด้านวิชาชีพ และปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยด้านนโยบายเป็นผลของการดำเนินการของภาครัฐที่มีผลต่อวิชาชีพโดยรวมและ/หรือส่งผลต่อบุคคลบางกลุ่ม เป็นการเฉพาะ การควบคุมการปฏิบัติของวิชาชีพย่อมสร้างความไม่พึงพอใจ ขณะที่การเพิ่มแรงจูงใจให้กับวิชาชีพนี้มากกว่าวิชาชีพอื่นสร้างความพึงพอใจ ปัจจัยด้านวิชาชีพเกี่ยวข้องกับความรู้ ความสามารถ (เช่น การฝึกอบรม เป็นต้น) สภาพการทำงาน (เช่น ภาระงาน เป็นต้น) และสถานที่ทำงาน (เช่น ความเป็นเมืองหรือชนบท เป็นต้น) ปัจจัยส่วนบุคคลมีความหลากหลายมาก ประกอบด้วย ค่าตอบแทนที่ได้รับ พื้นฐานของครอบครัว โอกาสทางการศึกษาของบุตร ฯลฯ

เนื่องจากความพึงพอใจมีความเป็นนามธรรมสูงมากและแปรเปลี่ยนไปตามสภาพเศรษฐกิจ สังคม วัฒนธรรม ปัจจัยบางประเภทมีผลต่อความพึงพอใจของบุคลากรทางการแพทย์ที่มีต่อทางเลือกของการทำงานมากกว่าปัจจัยประเภทอื่น การระบุปัจจัยและประมาณการผลกระทบของปัจจัยที่มีต่อความพึงพอใจจึงเป็นวัตถุประสงค์หลักของการศึกษาส่วนใหญ่ การเปรียบเทียบผลกระทบระหว่างปัจจัยเป็นอีกประเด็นที่ช่วยให้นักเศรษฐศาสตร์เข้าใจลักษณะของความพึงพอใจของบุคลากรทางการแพทย์ที่มีต่อทางเลือกของการทำงานได้มากขึ้น

นักเศรษฐศาสตร์วิเคราะห์ความพึงพอใจในรูปของฟังก์ชันอรรถประโยชน์ (utility function) ซึ่งสะท้อนความพึงพอใจที่ถูกกำหนดจากปัจจัยที่เกี่ยวข้องอย่างเป็นระบบ ตัวอย่างเช่น ในกรณีของการเลือกซื้อสินค้าบริการ ความพึงพอใจของผู้บริโภคถูกกำหนดจากลักษณะของสินค้าบริการ ได้แก่ ราคา คุณภาพ เป็นต้น การนำสินค้าบริการที่อยู่ตรงหน้า ผู้บริโภคมาตรวจสอบได้อย่างละเอียด ถือได้ว่าความพึงพอใจที่ผู้บริโภคได้รับมีความแน่นอนสูงมาก (certainty) แต่หากเป็นกรณีของการเลือกงานทำ ความพึงพอใจของแรงงาน

ถูกกำหนดจากลักษณะของงาน ได้แก่ ค่าตอบแทน สภาพการทำงาน เป็นต้น แรงงานไม่สามารถตรวจสอบและเปรียบเทียบงานทุกประเภทที่เป็นทางเลือกได้เหมือนที่ทำการซื้อสินค้าบริการ ฉะนั้น ความพึงพอใจที่ผู้บริโภคได้รับจากการเลือกงานทำมีความไม่แน่นอน (uncertainty) นักเศรษฐศาสตร์จึงกำหนดให้ฟังก์ชันอรรถประโยชน์ที่มีความไม่แน่นอนอยู่ในประเภท random utility function

การระบุประเภทและขนาดของลักษณะของงานที่กำหนดความพึงพอใจที่มีความไม่แน่นอน ต้องการการควบคุมลักษณะของงานที่ไม่มีผลต่อความพึงพอใจแต่บังเอิญมีความสัมพันธ์กัน (collinearity) แนวทางหนึ่งที่นิยมใช้กันคือ การออกแบบให้ข้อมูลที่รวบรวมมาใช้ในการประมาณการความพึงพอใจให้อยู่ในกรอบของการทดลองเพื่อควบคุมตัวแปรที่ไม่เกี่ยวข้อง ดังนั้น การศึกษานี้จะใช้วิธี DCE เพื่อระบุปัจจัยและขนาดผลกระทบที่มีนัยสำคัญทางสถิติต่อความพึงพอใจของบุคลากรทางการแพทย์ที่ได้รับค่าตอบแทน และเพื่อคำนวณความเต็มใจที่จะรับ (Willingness to Accept: WTA) เพื่อแลกกับคุณลักษณะงานบางประการที่ดีกว่า

อย่างไรก็ตาม ในบางกรณีคำตอบที่ต้องการ (เช่น ค่าตอบแทนที่ได้รับจากงานที่เลือก) อาจไม่ได้มาจากการประมาณการโดยตรง แต่ต้องไปเทียบกับค่าที่คิดว่าเป็นมาตรฐาน (reference) ดังนั้น นอกเหนือไปจากวิธี DCE แล้วการศึกษานี้จะใช้วิธี CVM ประมาณการความยินดีที่จะจ่ายและปัจจัยที่มีนัยสำคัญทางสถิติ และเนื่องจากทั้ง DCE และ CVM สะท้อนความพึงพอใจแบบบ่งบอก (stated preferences) ผลการวิเคราะห์ทั้งสองวิธีจึงสามารถเปรียบเทียบกันได้ และหากให้ข้อสรุปที่เหมือนกันย่อมสร้างความมั่นใจให้กับการนำผลการศึกษาไปใช้ในการกำหนดนโยบายกำลังคนด้านสุขภาพ

3.2 วิธีการศึกษา

3.2.1 การวิเคราะห์โดยใช้ Discrete Choice Experiments

การวิเคราะห์โดยใช้ DCE อาศัยพื้นฐานทางทฤษฎีเศรษฐศาสตร์จาก Random utility theory ซึ่งกำหนดให้อรรถประโยชน์ (utility) หรือความพึงพอใจของผู้บริโภคขึ้นอยู่กับคุณลักษณะต่างๆ (attributes) ของทางเลือก j ฟังก์ชันอรรถประโยชน์ของบุคลากร i ในการเลือกทางเลือก j สามารถเขียนได้ในรูป

$$U_{ij} = V_{ij} + \varepsilon_{ij} = X'_{ij}\beta + Z'_i\gamma + \varepsilon_{ij} \quad (1)$$

เมื่อ X'_{ij} คือ เวกเตอร์คุณลักษณะงาน (attributes) ที่แตกต่างกันในแต่ละทางเลือก

Z'_i คือ เวกเตอร์ลักษณะพื้นฐานของบุคลากร เช่น อายุ เพศ เศรษฐฐานะ

ε_{ij} คือ ค่าความคลาดเคลื่อน (error term)

จากสมการข้างบน ค่าสัมประสิทธิ์ β และ γ จะเป็นค่าที่ได้จากการประมาณค่าในแบบจำลองทางเศรษฐมิติ และจะนำไปใช้ในการคำนวณหาความเต็มใจที่จะจ่าย

การประมาณค่าฟังก์ชันอรรถประโยชน์ในสมการที่ (1) จะใช้แบบจำลองที่เรียกว่า discrete choice model โดยเป็นการประมาณค่าภายใต้แนวคิดของความน่าจะเป็นในการระบุความพึงพอใจ ผู้บริโภคจะเลือกทางเลือกที่ให้อรรถประโยชน์สูงสุด ในที่นี้ ตัวแปรตาม (การตัดสินใจเลือกทางเลือกหนึ่งๆ) จะเป็นตัวแปรหุ่นที่มีค่า 0 หรือ 1 เท่านั้น ยกตัวอย่าง เช่น ความน่าจะเป็นที่บุคลากร i เลือกทางเลือก j จะมีค่าเท่ากับ

$$P(Y_{ij} = 1) = P(U_{ij} > U_{ik}), \forall j \neq k \quad (2)$$

จากสมการที่ 1 ความน่าจะเป็นที่บุคลากร i เลือกทางเลือก j จะเขียนได้ในรูป

$$P(Y_{ij} = 1) = P(V_{ij} + \varepsilon_{ij} > V_{ik} + \varepsilon_{ik}) = P(V_{ij} - V_{ik} > \varepsilon_{ik} - \varepsilon_{ij}), \forall j \neq k \quad (3)$$

การประมาณค่าความน่าจะเป็นในสมการที่ 3 ขึ้นอยู่กับข้อสมมติที่เกี่ยวข้องกับการกระจายของค่าความคลาดเคลื่อน (error terms) ซึ่งเป็นส่วนที่มีค่าไม่คงที่ (random component) ยกตัวอย่างเช่น หากกำหนดให้ค่าความคลาดเคลื่อนมีการกระจายแบบ independently and identically distributed (IIA) ความน่าจะเป็นที่บุคลากร i เลือกทางเลือก j สามารถประมาณค่าได้โดยใช้ conditional logit model ซึ่งสามารถแสดงได้ดังสมการ

$$P(Y_{ij} = 1) = \frac{\exp(V_{ij})}{\sum_{k=1}^j \exp(V_{ik})} = \frac{\exp(X'_{ij}\beta + Z'_i\gamma)}{\sum_{k=1}^j \exp(X'_{ik}\beta + Z'_i\gamma)} \quad (2)$$

ในทางปฏิบัติ การศึกษาเรื่องค่าตอบแทนโดยใช้ DCE มีขั้นตอนหลัก 4 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นที่ 1 ระบุคุณลักษณะของงาน (attributes) และกำหนดจำนวนระดับ (levels) ของแต่ละคุณลักษณะ โดยคุณลักษณะของงานและระดับของคุณลักษณะที่ใช้ในการศึกษานี้จะได้จาก

- 1) ทบทวนทฤษฎีเศรษฐศาสตร์และวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับการระบุปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ระหว่างความพึงพอใจของแรงงานกับค่าตอบแทนที่ต้องการ
- 2) จัด focus group เพื่อกำหนดปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ระหว่างความพึงพอใจของแรงงานกับค่าตอบแทนที่ปรารถนาในบริบทของประเทศไทยจากตัวแทนบุคลากรทางการแพทย์และผู้ทรงคุณวุฒิที่เกี่ยวข้องจากสถานพยาบาลรัฐและเอกชน ตัวอย่างของคุณลักษณะที่สำคัญและระดับสามารถแสดงได้ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ตัวอย่างของคุณลักษณะงาน (attributes) ที่สำคัญและระดับ (levels) ของคุณลักษณะ

	นักศึกษาแพทย์ปีสุดท้าย	แพทย์ที่อยู่ในระหว่างการใช้ทุน	แพทย์ที่ปฏิบัติงานมาเป็นเวลามากกว่า 5 ปี (mid-career physician)
Attribute 1	เงินเดือนและเบี้ยเลี้ยง	เงินเดือนและเบี้ยเลี้ยง	เงินเดือนและเบี้ยเลี้ยง
Level 1	22,000 บาท/เดือน	เงินเดือนปัจจุบัน	เงินเดือนปัจจุบัน
Level 2	25,000 บาท/เดือน	เงินเดือนปัจจุบัน + 15%	เงินเดือนปัจจุบัน + 15%
Level 3	28,000 บาท/เดือน	เงินเดือนปัจจุบัน + 30%	เงินเดือนปัจจุบัน + 30%
Level 4	32,000 บาท/เดือน	เงินเดือนปัจจุบัน + 45%	เงินเดือนปัจจุบัน + 45%
Attribute 2	พื้นที่ในการทำงาน	พื้นที่ในการทำงาน	พื้นที่ในการทำงาน
Level 1	พื้นที่เมือง	พื้นที่เมือง	พื้นที่เมือง
Level 2	พื้นที่ทุรกันดารระดับ 1	พื้นที่ทุรกันดารระดับ 1	พื้นที่ทุรกันดารระดับ 1
Level 3	พื้นที่ทุรกันดารระดับ 2	พื้นที่ทุรกันดารระดับ 2	พื้นที่ทุรกันดารระดับ 2

ตารางที่ 1 ตัวอย่างของคุณลักษณะงาน (attributes) ที่สำคัญและระดับ (levels) ของคุณลักษณะ: (ต่อ)

	นักศึกษาแพทย์ปีสุดท้าย	แพทย์ที่อยู่ในระหว่างการใช้ทุน	แพทย์ที่ปฏิบัติงานมาเป็นเวลามากกว่า 5 ปี (mid-career physician)
Attribute 3	ประเภทสถานพยาบาล	ประเภทสถานพยาบาล	ประเภทสถานพยาบาล
Level 1	รพ.ชุมชน	รพ.ชุมชน	รพ.ชุมชน
Level 2	รพ.จังหวัด/รพ.ศูนย์	รพ.จังหวัด/รพ.ศูนย์	รพ.จังหวัด/รพ.ศูนย์
Level 3	รพ.มหาวิทยาลัย	รพ.มหาวิทยาลัย	รพ.มหาวิทยาลัย
Level 4	สถานพยาบาลเอกชน	สถานพยาบาลเอกชน	สถานพยาบาลเอกชน
Attribute 4	ที่ตั้งของโรงพยาบาล	ที่ตั้งของโรงพยาบาล	ที่ตั้งของโรงพยาบาล
Level 1	ในภูมิลำเนา	ในภูมิลำเนา	ในภูมิลำเนา
Level 2	นอกภูมิลำเนา	นอกภูมิลำเนา	นอกภูมิลำเนา
Attribute 5	จำนวนเวรนอกเวลาทำการ	จำนวนเวรนอกเวลาทำการ	จำนวนเวรนอกเวลาทำการ
Level 1	7 ครั้งต่อเดือน	7 ครั้งต่อเดือน	7 ครั้งต่อเดือน
Level 2	14 ครั้งต่อเดือน	14 ครั้งต่อเดือน	14 ครั้งต่อเดือน
Attribute 6	มีทุนหรือโควต้าสำหรับเรียนต่อเฉพาะทาง	มีทุนหรือโควต้าสำหรับเรียนต่อเฉพาะทาง	การปฏิบัติงานในภาคเอกชน (dual practice)
Level 1	มี	มี	มี
Level 2	ไม่มี	ไม่มี	ไม่มี
Attribute 7	-	-	สวัสดิการบ้านพัก
Level 1			มี
Level 2			ไม่มี

หมายเหตุ : คุณลักษณะงานในตารางนี้ประยุกต์จากนงลักษณ์ พะโกยะและคณะ (2012)

ขั้นที่ 2 ออกแบบเครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง (experimental design)

คุณลักษณะของงานและระดับของคุณลักษณะที่ได้ในขั้นที่ 1 สามารถนำไปสู่รูปแบบทางเลือกจำนวนมาก ยกตัวอย่างเช่น หากสมมติให้คุณลักษณะที่มี 2 ระดับ มีจำนวน 4 คุณลักษณะ และคุณลักษณะที่มี 3 ระดับ มีจำนวน 2 คุณลักษณะ รูปแบบทางเลือกที่เป็นไปได้ทั้งหมดจากการออกแบบแบบ full factorial design จะมีจำนวน 144 ($2^4 \times 3^2$) ทางเลือก ดังนั้น เพื่อให้แบบสอบถามมีความเป็นไปได้ เหมาะสมและมีประสิทธิภาพ ผู้วิจัยจะทำการลดจำนวนรูปแบบทางเลือก (choice sets) ให้เหลือไม่เกิน 18 ทางเลือก โดยใช้วิธีการที่เรียกว่า D-optimal design ซึ่งมีหลักเกณฑ์สำคัญ 3 หลักเกณฑ์ คือ 1) orthogonality level (ระดับของคุณลักษณะงานไม่มีความสัมพันธ์กัน) 2) level balance (ระดับของคุณลักษณะปรากฏในแบบสอบถามในจำนวนครั้งที่เท่ากัน) และ 3) minimal overlap (ไม่มีคุณลักษณะในระดับเดียวกันในทางเลือกเดียวกัน) (World Health Organization, 2012)

ขั้นที่ 3 พัฒนาแบบสอบถามและเก็บข้อมูลด้วยการสำรวจความเห็นของบุคลากรทางการแพทย์ที่ปฏิบัติงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขในเรื่องลักษณะความพึงพอใจ ปัจจัยที่มีผลต่อความพึงพอใจและคำตอบแทน โดยในขั้นนี้ ผู้วิจัยจะทำ Pilot survey เพื่อทดสอบความถูกต้องของเครื่องมือก่อนที่จะทำการเก็บข้อมูลจริง

ขั้นที่ 4 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ Logit model โดยตัวอย่างสมการที่ใช้ในการประมาณค่าความน่าจะเป็นในการเลือกทางเลือกหนึ่งๆ สามารถเขียนได้เป็น

$$V = \beta_0 \text{const} + \beta_1 \text{salary} + \beta_{21} \text{location1} + \beta_{22} \text{location2} + \beta_{31} \text{facility1} + \beta_{32} \text{facility2} + \beta_{33} \text{facility3} + \beta_4 \text{close}_{\text{prox}} + \beta_5 \text{wkload}_{\text{heavy}} + \beta_6 \text{scholarship} + \gamma Z + \varepsilon \quad (5)$$

จากสมการข้างต้น ความเต็มใจจ่ายรับ (willingness to accept : WTA) ที่บุคลากรยินดีรับเพื่อแลกกับการปฏิบัติงานในพื้นที่ทุรกันดารระดับ 2 (แทนที่การปฏิบัติงานในพื้นที่เมือง) สามารถคำนวณได้จากอัตราส่วนเพิ่มในการทดแทน (marginal rate of substitution : MRS) ดังแสดงได้ในสมการ

$$\text{WTA}(\text{location1}) = - \frac{(\partial U / \partial (\text{location2}))}{(\partial U / \partial (\text{salary}))} = - \frac{\beta_{21}}{\beta_1} \quad (6)$$

ในทำนองเดียวกัน วิธีการคำนวณความเต็มใจจ่ายรับ (WTA) สามารถประยุกต์ใช้ได้กับคุณลักษณะงานอื่นๆ โดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์ของเงินเดือนเป็นตัวเปรียบเทียบ ตัวอย่างเช่น ความเต็มใจจ่ายรับ (หรือเงินเดือนที่เพิ่มขึ้น) เพื่อแลกกับการไม่ได้รับทุนในการศึกษาต่อ สามารถคำนวณได้จากการเปรียบเทียบค่าสัมประสิทธิ์ β_6 กับ β_1 เป็นต้น

3.2.2 การวิเคราะห์โดยใช้ Contingent Valuation Method

CVM เป็นวิธีหนึ่งที่นิยมใช้ในการประเมินความยินดีที่จะจ่าย (willingness to pay หรือ WTP) ในกรณีของการลดค่าตอบแทนลงเพื่อแลกกับข้อเสนอที่มีลักษณะที่พึงพอใจ (เช่น การทำงานในเมือง เป็นต้น) หรือความยินดีที่จะได้รับการชดเชย (willingness to accept หรือ WTA) ในกรณีของการรับค่าตอบแทนเพิ่มขึ้นแลกกับข้อเสนอที่มีลักษณะที่ไม่พึงพอใจ (เช่น การทำงานในชนบท เป็นต้น) แม้ว่า CVM กับ DCE มีเป้าหมายในการคำนวณ WTA เหมือนกัน แต่ทั้งสองวิธีการต่างกัน นั่นคือ DCE คำนวณ WTA จากการรวมผลของแต่ละคุณสมบัติของทางเลือกหนึ่งๆ ขณะที่ CVM กำหนดให้ตอบ WTA โดยรวมของทางเลือกหนึ่งๆ

ในทางทฤษฎีแล้ว WTA ที่คำนวณได้จากทั้งสองวิธีควรมีค่าเท่ากัน หากทั้งสองวิธีให้ค่าที่เหมือนกันย่อมเป็นการยืนยันว่า WTA ที่ได้มีความน่าเชื่อถือได้มาก อย่างไรก็ตาม WTA อาจเปลี่ยนแปลงไปได้ตามปัจจัยแวดล้อมที่มีอิทธิพลต่อผู้ตอบ วิธี DCE ตรวจสอบปัจจัยที่มีผลต่อ WTA ที่คำนวณได้ด้วยการเปรียบเทียบระหว่างกลุ่ม (subgroups) ที่มีลักษณะต่างกัน เช่น การเปรียบเทียบ WTA ที่คำนวณได้จากกลุ่มตัวอย่างชายกับกลุ่มตัวอย่างหญิง เป็นต้น แต่การกระทำเช่นนี้มีข้อจำกัดที่ไม่อาจประเมินผลของปัจจัยที่มีขอบเขตที่กว้างขวางกว่า เช่น ลักษณะพื้นฐานทางประชากรและเศรษฐกิจ ทักษะคนดี ปัจจัยนโยบาย สุขภาพ และปัจจัยด้านวิชาชีพ เป็นต้น วิธี CVM สามารถประเมินของปัจจัยเหล่านี้ได้ด้วยการวิเคราะห์แบบ censored regression (Tobit model interval และ interval regression analysis)

การศึกษานี้จะใช้ CVM ในการหา WTA ในรูปของ reservation wage ของงาน โดยลักษณะสำคัญของงานที่จะเน้นในการวิเคราะห์ ได้แก่ พื้นที่ในการทำงาน (พื้นที่เมือง พื้นที่ทุรกันดารระดับ 1 และพื้นที่ทุรกันดารระดับ 2 และภาคในการทำงาน (ภาครัฐและภาคเอกชน) เป็นต้น หากมีปัจจัยใดมีผลต่อ WTA อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แสดงว่า WTA มีโอกาสที่จะแตกต่างไปจากที่คำนวณได้ เมื่อปัจจัยนั้นเปลี่ยนแปลงไป การวิเคราะห์จะระบุ

ช่วงที่มั่นใจได้ (confident interval) ของ WTA ซึ่งจะทำให้ผลการคำนวณปรับเปลี่ยนเป็นค่าที่ทันสมัย (updated) ต่อเหตุการณ์ที่มีปัจจัยที่เกี่ยวข้องแปรผันไปได้อย่างรวดเร็วและง่ายดาย

3.2.3 การวิเคราะห์โดยใช้ Decision Tree Analysis

Decision Tree Analysis (DTA) เป็นเครื่องมือสนับสนุนการแสดงผลการตัดสินใจที่ใช้รูปแบบ flowchart ซึ่งประกอบด้วยเหตุการณ์และความน่าจะเป็นของเหตุการณ์เหล่านั้น นอกจากนี้หลายๆ เหตุการณ์ได้รับการจัดลำดับก่อนหลังด้วย ในบริบทของการศึกษาครั้งนี้ DTA อาศัยผลการวิเคราะห์จาก DCE และ CVM มาใช้ โดยลักษณะงานที่ระบุว่ามีผลต่อความพึงพอใจอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติและขนาดของผลกระทบจะถูกนำไปใส่ในกรอบ DTA เพื่อแจกแจงผลการวิเคราะห์ข้างต้นให้อยู่ในกรอบที่สามารถแสดงค่าตอบแทนที่คาดหวังจากปัจจัยและผลกระทบที่เกิดขึ้นในภาพฉาย (scenarios) ของลักษณะงานต่างๆ ที่บุคลากรทางการแพทย์มีโอกาสตัดสินใจเลือกได้ ดังนั้น DTA สามารถตอบได้ว่างานหนึ่งประกอบด้วยลักษณะงานใดบ้าง และผลกระทบต่อการตัดสินใจเลือกงานนั้นโดยรวมเป็นเท่าไร ในบริบทของการคำนวณค่าตอบแทนที่บุคลากรทางการแพทย์พึงพอใจ DTA แจกแจงปัจจัยที่มีนัยสำคัญทางสถิติที่มีปฏิสัมพันธ์ต่อการเลือกงานหนึ่ง หรืออีกนัยหนึ่ง DTA จะประมาณการค่าตอบแทนขั้นต่ำสำหรับการเปลี่ยนแปลงของแต่ละปัจจัยที่มีนัยสำคัญทางสถิติ นอกจากนี้ DTA สามารถพยากรณ์ค่าตอบแทนที่เหมาะสมกับการเปลี่ยนแปลงของปัจจัยที่คาดว่าจะเกิดขึ้นในอนาคต ซึ่งจะช่วยให้ผู้บริหารระบบบริการสุขภาพบริหารจัดการสรรงบประมาณได้อย่างมีประสิทธิภาพ

3.3 ขอบเขตของการศึกษา

การศึกษานี้เลือกศึกษากลุ่มแพทย์ 2 กลุ่ม ได้แก่ แพทย์ที่อยู่ในระหว่างใช้ทุนใน 2 ปีสุดท้าย (นั่นคือ ผู้สำเร็จการศึกษามาแล้ว 2-3 ปี) และแพทย์ที่ปฏิบัติงานมาเป็นเวลาไม่น้อยกว่า 7 ปี แต่ไม่เกิน 20 ปีนับจากปีที่สำเร็จการศึกษา (หรือ mid-career physicians) การเลือกใช้แพทย์ 2 กลุ่มนี้เป็นตัวอย่างในการศึกษามีเหตุผลหลักมาจากการที่กลุ่มแพทย์เหล่านี้เป็นกลุ่มที่มีประสบการณ์ในการทำงานที่แตกต่างกัน และน่าจะมีปัจจัยในการตัดสินใจเลือกงานต่างกัน การสำรวจข้อมูลปฐมภูมิจากกลุ่มแพทย์ตัวอย่างมีรายละเอียด ดังนี้

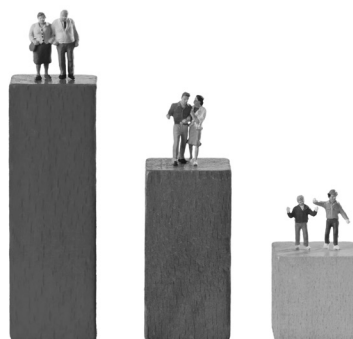
1. สํารวจกลุ่มตัวอย่างแพทยที่อยูในระหวางการใชทุน 2 ปีสุดทําย จํานวนทั้งสิ้น 200 คน และกลุ่มตัวอย่างแพทยที่ปฏิบัติงานมาเป็นเวลา 7 - 20 ปีนับจากปีที่สํารวจการศึกษา (mid-career physician) จํานวนทั้งสิ้น 300 คน รวมเป็นกลุ่มแพทยตัวอย่างทั้งหมด 500 คน
2. การเลือกสถานพยาบาลในการสํารวจข้อมูล ใน 4 ภาค ทั้งโรงพยาบาลศูนย์/จังหวัด และโรงพยาบาลชุมชน ทั้งนี้จํานวนสถานพยาบาลที่จะทำการสํารวจในแต่ละจังหวัดและจํานวนกลุ่มตัวอย่างแพทยในแต่ละสถานพยาบาลที่สํารวจอาจมีจํานวนไม่เท่ากันขึ้นอยู่กับขนาดของประชากรในแต่ละจังหวัดที่เลือกสํารวจ โดยในเบื้องต้นจํานวนกลุ่มตัวอย่างแพทยทั้งหมดแบ่งตามประเภทของแพทยและประเภทของสถานพยาบาลสามารถแสดงได้ตามตัวเลขที่เสนอในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 จํานวนแพทยที่จะทำการสํารวจ

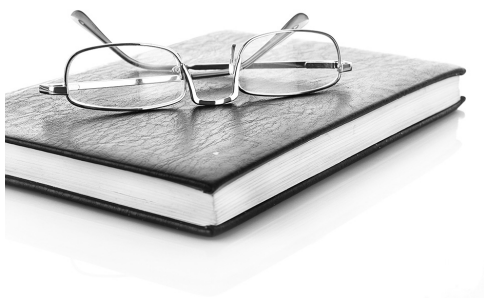
ประเภทโรงพยาบาล	ประเภทของแพทย		รวม
	แพทยใช้ทุน (คน)	แพทยที่ปฏิบัติงานมาเป็นเวลา 7 - 20 ปี (คน)	
โรงพยาบาลจังหวัด/ศูนย์	50	150	200
โรงพยาบาลชุมชน	150	150	300
รวม	200	300	500

3. การเลือกสถานพยาบาลในการสํารวจจะครอบคลุมสถานพยาบาลในพื้นที่ทุรกันดาร และขาดแคลนบุคลากรที่ได้รับการปรับเปลี่ยนสภาพระหว่างปี 2552 - 2556 รวมทั้งสถานพยาบาลที่ไม่มีการปรับเปลี่ยนสภาพ (อนึ่ง หากการสํารวจข้อมูลได้ 1 จังหวัดที่ไม่มีตัวอย่างสถานพยาบาลที่ถูกปรับเปลี่ยนสภาพและอีกหนึ่งจังหวัดมีทุกตัวอย่างสถานพยาบาลได้รับการปรับเปลี่ยนสภาพจะทำให้การวิเคราะห์ข้อมูลสามารถเปรียบเทียบผลลัพธ์ของการปรับเปลี่ยนสภาพได้แม่นยำขึ้นกว่าในกรณีที่ไม่มีลักษณะเช่นนี้ปรากฏอยู่ในการวิเคราะห์)

บทที่ 04



ลักษณะพื้นฐานของกลุ่มตัวอย่าง



กลุ่มตัวอย่างแพทย์ที่ตอบแบบสอบถามมีทั้งหมด 487 คน (ตารางที่ 3) โดยเป็นแพทย์ใช้ทุนจำนวน 182 คน ในจำนวนนี้เป็นแพทย์ที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลชุมชน จำนวน 136 คน และปฏิบัติงานในโรงพยาบาลจังหวัด/ศูนย์ จำนวน 46 คน สำหรับกลุ่มตัวอย่างแพทย์ที่ปฏิบัติงานมาเป็นเวลา 7 - 20 ปี นับจากจบการศึกษามีจำนวนทั้งสิ้น 305 คน เป็นแพทย์ที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลชุมชน จำนวน 208 คน และปฏิบัติงานในโรงพยาบาลจังหวัด/ศูนย์ จำนวน 97 คน

ตารางที่ 3 จำนวนแพทย์ตัวอย่างที่ตอบแบบสอบถาม

ประเภทโรงพยาบาล	ประเภทของแพทย์		รวม
	แพทย์ใช้ทุน (คน)	แพทย์ที่ปฏิบัติงานมาเป็นเวลา 7 - 20 ปี (คน)	
โรงพยาบาลจังหวัด/ศูนย์	46	97	143
โรงพยาบาลชุมชน	136	208	344
รวม	182	305	487

ในส่วนถัดไปจะกล่าวถึงข้อมูลพื้นฐานของกลุ่มตัวอย่างแพทย์ทั้งสองประเภท โดยจะอธิบายลักษณะของกลุ่มตัวอย่างแพทย์แต่ละประเภททั้งหมด และอธิบายลักษณะโดยจำแนกตามประเภทของโรงพยาบาลที่กลุ่มตัวอย่างแพทย์ปฏิบัติงานอยู่

4.1 ข้อมูลพื้นฐานของกลุ่มตัวอย่างแพทย์ใช้ทุน

4.1.1 กลุ่มตัวอย่างแพทย์ใช้ทุนทั้งหมด

จากแพทย์กลุ่มตัวอย่างที่ตอบแบบสอบถามจำนวนทั้งสิ้น 182 ราย แบ่งออกเป็นแพทย์ที่ตอบแบบสอบถามชุด A จำนวน 98 ราย และแพทย์ที่ตอบแบบสอบถามชุด B จำนวน 84 ราย¹ โดยเป็นแพทย์ทำงานในโรงพยาบาลชุมชนร้อยละ 75 และแพทย์ทำงานในโรงพยาบาลศูนย์/จังหวัดร้อยละ 25 ซึ่งอยู่ใน 22 จังหวัด ตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 57) มีอายุเฉลี่ย 26 ปี ผู้มีภูมิลำเนาที่เป็นจังหวัดเดียวกับที่ทำงาน (ร้อยละ 57) สูงกว่าผู้มีภูมิลำเนาที่เป็นต่างจังหวัดกับที่ทำงาน (ร้อยละ 43) โรงพยาบาลที่แพทย์กลุ่มตัวอย่างปฏิบัติงานอยู่ในปัจจุบันส่วนใหญ่มีขนาด 30 เตียง (ร้อยละ 35) ขนาด 60 เตียงมีร้อยละ 22 ขนาด 90 เตียงมีร้อยละ 11 ขนาด 120 - 200 เตียงมีร้อยละ 12 ขนาดใหญ่กว่า 200 เตียงมีร้อยละ 18 และขนาด 10 เตียงมีร้อยละ 2 (ตารางที่ 4)

¹ แพทย์บางท่านไม่ได้ตอบทุกคำถามในแบบสอบถามทำให้จำนวนแพทย์ที่แสดงข้อมูลพื้นฐานบางข้อมิ่่น้อยกว่า 182 คน

รายได้ของครอบครัวเป็น 156,491 บาทต่อเดือน ค่าตอบแทนทั้งหมดที่ได้จากการทำงานในโรงพยาบาลปัจจุบัน 66,526 บาทต่อเดือน และค่าตอบแทนทั้งหมดที่ได้จากการทำงานในคลินิกเอกชนหรือโรงพยาบาลเอกชน 5,341 บาทต่อเดือน ตัวอย่างส่วนใหญ่เข้าเรียนในโครงการผลิตแพทย์เพื่อชาวชนบท (ร้อยละ 50) ตามด้วยกลุ่มสถาบันแพทยศาสตร์แห่งประเทศไทย (ร้อยละ 45) แต่ในโครงการผลิตแพทย์เพิ่มเป็นเพียงร้อยละ 5

นอกจากนี้ ในแบบสอบถามยังได้มีข้อความเกี่ยวกับการร่วมกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับการมีจิตสาธารณะของแพทย์กลุ่มตัวอย่าง (ตารางที่ 5) ตัวอย่างส่วนใหญ่ทำกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับสาธารณะประโยชน์นอกเวลาทำงานปกติ (ร้อยละ 60) จำแนกเป็นการทำกิจกรรมที่ใช้ทักษะทางการแพทย์ 3 วันต่อปี และการทำกิจกรรมที่ใช้ทักษะด้านอื่น 2 วันต่อปี ตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่เข้าร่วมโครงการจิตอาสาซึ่งมีสัดส่วนเป็นร้อยละ 63 ผู้ที่เข้าร่วมโครงการจิตอาสา 1 - 2 ครั้ง (ร้อยละ 24) ผู้ที่เข้าร่วม 3 - 4 ครั้ง ร้อยละ 7 และผู้ที่เข้าร่วม 5 ครั้งขึ้นไปร้อยละ 6 ตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่ได้บริจาคโลหิต (ร้อยละ 68) บริจาคโลหิต 1 - 2 ครั้งมีร้อยละ 20 บริจาคโลหิต 3 - 4 ครั้งมีร้อยละ 6 บริจาคโลหิต 5 ครั้งขึ้นไปมีร้อยละ 6 และตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่เคยมอบเงินให้แก่ผู้ป่วยที่ยากจน (ร้อยละ 43) ผู้ที่มอบเงินให้แก่ผู้ป่วยที่ยากจน 1 - 2 ครั้ง (ร้อยละ 26) 3 - 4 ครั้งมีร้อยละ 14 และ 5 ครั้งขึ้นไปมีร้อยละ 17

ตารางที่ 4 ลักษณะพื้นฐานของกลุ่มตัวอย่างแพทย์ใช้ทุน

ลักษณะพื้นฐาน	จำนวน	ค่าเฉลี่ย/ร้อยละ	ค่าเบี่ยงเบน
อายุ	182	26.30	1.83
เพศ (เพศชาย = 1)	180	42.78	
ขนาดของโรงพยาบาล			
10 เตียง	171	2.34	
30 เตียง	171	34.50	
60 เตียง	171	22.22	
90 เตียง	171	11.11	
120 - 200 เตียง	171	12.28	
201 เตียงขึ้นไป	171	17.54	
โรงพยาบาลชุมชน	182	74.73	
ที่ตั้งของโรงพยาบาล (อยู่ในจังหวัดเดียวกับภูมิลำเนาเดิม = 1)	182	57.14	
รายได้ (บาทต่อเดือน)			
รายได้ครอบครัวเฉลี่ย	161	156,491	85,728
รายได้จากการปฏิบัติงานที่ใน รพ. รัฐ	175	66,526	16,708
รายได้จากการทำงานในภาคเอกชน	176	5,341	822,563
หลักสูตรแพทยศาสตร์ที่แพทย์จบการศึกษา			
กลุ่มสถาบันแพทยศาสตร์แห่งประเทศไทย	179	45.52	
โครงการผลิตแพทย์เพื่อชาวชนบท	179	49.72	
โครงการผลิตแพทย์เพิ่ม	179	5.03	

ที่มา : จากการคำนวณ

ตารางที่ 5 การเข้าร่วมกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับการมีจิตสาธารณะของกลุ่มตัวอย่าง
แพทย์ใช้ทุน

ลักษณะที่เกี่ยวข้องการมีจิตสาธารณะ	จำนวน	ค่าเฉลี่ย	ค่าเบี่ยงเบน
การทำกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับสาธารณะ ประโยชน์นอกเวลาทำงานปกติในรอบปีที่ผ่านมา	178	60.11	
จำนวนวันที่ทำกิจกรรมที่ใช้ทักษะ ทางการแพทย์	154	2.89	5.13
จำนวนวันที่ทำกิจกรรมที่ใช้ทักษะด้านอื่น	157	2.22	4.84
จำนวนครั้งที่เข้าร่วมโครงการจิตอาสา			
0 ครั้ง	176	63.07	
1 - 2 ครั้ง	176	23.86	
3 - 4 ครั้ง	176	7.39	
5 ครั้งขึ้นไป	176	5.68	
จำนวนครั้งที่บริจาคโลหิต			
0 ครั้ง	176	68.18	
1 - 2 ครั้ง	176	20.45	
3 - 4 ครั้ง	176	5.68	
5 ครั้งขึ้นไป	176	5.68	
จำนวนครั้งที่มอบเงินให้แก่ผู้ป่วยที่ยากจน			
0 ครั้ง	176	43.18	
1 - 2 ครั้ง	176	25.57	
3 - 4 ครั้ง	176	14.20	
5 ครั้งขึ้นไป	176	17.05	

ที่มา : จากการคำนวณ

สำหรับข้อมูลความพึงพอใจของบุคลากรทางการแพทย์ต่อการปฏิบัติงานในโรงพยาบาลปัจจุบัน (ตารางที่ 6) ตัวอย่างส่วนใหญ่ (ร้อยละ 75) คาดว่ามีโอกาสในการเรียนต่อ ร้อยละ 87 อยู่ในโรงพยาบาลที่มีสภาพการทำงานหรือบรรยากาศการทำงาน มีการได้รับคำปรึกษาจากแพทย์รุ่นพี่และความร่วมมือจากวิชาชีพอื่น ร้อยละ 69 อยู่ในโรงพยาบาลที่เป็นพื้นที่เจริญแล้วซึ่งมีสิ่งอำนวยความสะดวกในการดำรงชีพที่ครบครัน (เช่น การมีเครือข่ายอินเทอร์เน็ต ธนาคารพาณิชย์ ร้าน 7 - 11 เป็นต้น) ภาระงานที่หน่วยงานมอบหมายให้แพทย์กลุ่มตัวอย่างทำมากกว่าภาระงานเฉลี่ยในรูปของ full time equivalent (FTE) เป็นร้อยละ 6 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ (ร้อยละ 59) ได้รับสวัสดิการที่ต้องการทั้งเชิงปริมาณและคุณภาพเป็นร้อยละ 1 - 50 ผู้ที่ได้รับสวัสดิการเป็นร้อยละ 51 - 100 มีเป็นร้อยละ 40 ขณะที่ผู้ที่ไม่ได้รับสวัสดิการมีเพียงร้อยละ 1

นอกเหนือไปจากคุณลักษณะพื้นฐานและความพึงพอใจของแพทย์ต่อการปฏิบัติงานในปัจจุบันแล้ว ผู้วิจัยยังได้สอบถามความคิดเห็นในเรื่องปัจจัยทางด้านวิชาชีพและด้านนโยบายที่มีต่อความพึงพอใจของบุคลากรทางการแพทย์ (ตารางที่ 7) โดยการประเมินทัศนคติของแพทย์ในกลุ่มตัวอย่างสรุปได้ดังนี้

1. หากรัฐบาลกำหนดให้แพทย์ที่สำเร็จการศึกษาจากสถาบันอุดมศึกษาของรัฐต้องใช้ทุนด้วยการทำงานในโรงพยาบาลรัฐนานขึ้นกว่าในปัจจุบัน หรือด้วยการคืนเงินจำนวนมากขึ้นในกรณีที่ไม่ต้องการทำงานในโรงพยาบาลรัฐ กลุ่มตัวอย่างคิดว่ากฎเกณฑ์ดังกล่าวจะส่งผลให้ค่าตอบแทนของแพทย์ไทยที่จะได้รับในอนาคตสูงขึ้น ร้อยละ 13
2. ถ้าแพทยสภากำหนดให้แพทย์ต้องสอบเพื่อขอต่อใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรมทุก 5 ปีในอนาคต ซึ่งต่างจากในขณะนี้ที่เป็น การสอบครั้งเดียวและได้รับใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรมตลอดชีพ กลุ่มตัวอย่างคิดว่ากฎระเบียบดังกล่าวจะส่งผลให้ค่าตอบแทนของแพทย์ไทยที่จะได้รับในอนาคตสูงขึ้นร้อยละ 19
3. เมื่อจำนวนแพทย์ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะสาขา (specialists) มากขึ้น กลุ่มตัวอย่างคิดว่าส่งผลให้ค่าตอบแทนของแพทย์ไทยที่จะได้รับสูงขึ้น ร้อยละ 10

4. กลุ่มตัวอย่างคิดว่าค่าตอบแทนของแพทย์ไทยที่จะได้รับในอนาคตเพิ่มขึ้นร้อยละ 15 เนื่องจากนโยบายการเปิดเสรีการค้าบริการในสาขาบริการสุขภาพของประเทศไทยซึ่งจะมีผลให้สถานบริการสุขภาพของไทยจ้างแพทย์ชาวต่างชาติได้มากขึ้น แพทย์ไทยทำงานในต่างประเทศได้สะดวกขึ้น และสถานบริการสุขภาพในประเทศไทยมีจำนวนมากขึ้นเพื่อรองรับผู้ป่วย
5. กลุ่มตัวอย่างคิดว่าค่าตอบแทนของแพทย์ไทยที่จะได้รับในอนาคตลดลงร้อยละ 5 เนื่องจากนโยบายการผลิตแพทย์ในประเทศไทยเพิ่มขึ้น
6. กลุ่มตัวอย่างคิดว่าค่าตอบแทนของแพทย์ไทยที่จะได้รับในอนาคตเพิ่มขึ้นเพียงเล็กน้อยร้อยละ 6 เนื่องจากผลของนโยบายการกระจายแพทย์ในประเทศไทย

ตารางที่ 6 ข้อมูลความพึงพอใจของบุคลากรทางการแพทย์ของกลุ่มตัวอย่างแพทย์ใช้ทุน

ข้อมูลความพึงพอใจของบุคลากรทางการแพทย์	จำนวน	ค่าเฉลี่ย/ร้อยละ	ค่าเบี่ยงเบน
โอกาสในการเรียนต่อ (ร้อยละ)	177	74.93	25.03
ภาระงานที่หน่วยงานมอบหมาย (ร้อยละ)	67	5.82	16.06
ได้รับคำปรึกษาจากแพทย์รุ่นพี่และความร่วมมือจากวิชาชีพอื่น	101	87.13	
พื้นที่ที่ตั้งของโรงพยาบาลอยู่ในพื้นที่เจริญแล้ว ซึ่งมีสิ่งอำนวยความสะดวกในการดำรงชีพที่ครบครัน	102	68.63	
สัดส่วนของสวัสดิการที่ได้รับต่อสวัสดิการที่ต้องการ (ทั้งเชิงปริมาณและคุณภาพ)			
ร้อยละ 0	77	1.30	
ร้อยละ 1 - 50	77	58.44	
ร้อยละ 51 - 100	77	40.26	

ที่มา : จากการคำนวณ

ตารางที่ 7 ความคิดเห็นในเรื่องปัจจัยทางด้านวิชาชีพและด้านนโยบายของกลุ่มตัวอย่างแพทย์ใช้ทุน

ข้อมูลความพึงพอใจของบุคลากร ทางการแพทย์	จำนวน	ค่าเฉลี่ย	ค่า เบี่ยงเบน	ค่าต่ำสุด	ค่าสูงสุด
การใช้ทุนด้วยการทำงานใน โรงพยาบาลรัฐนานขึ้นกว่าในปัจจุบัน หรือด้วยการคืนเงินจำนวนมากขึ้น	170	13.44	26.90	-100	150
ขอต่อใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ เวชกรรมทุก 5 ปี	175	19.09	31.61	-80	150
จำนวนแพทย์ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะสาขา (specialists) มากขึ้น	170	10.19	43.27	-100	400
ผลของนโยบายการเปิดเสรีการค้า บริการในสาขาบริการสุขภาพของ ประเทศไทย	169	14.82	47.80	-100	500
ผลของนโยบายการผลิตแพทย์ใน ประเทศไทยเพิ่มขึ้น	171	-5.29	21.09	-100	100
ผลของนโยบายการกระจายแพทย์ใน ประเทศไทย	172	6.36	33.11	-300	100

ที่มา : จากการคำนวณ

4.1.2 กลุ่มตัวอย่างแพทย์ใช้ทุนในโรงพยาบาลชุมชน

เมื่อพิจารณาเฉพาะแพทย์ใช้ทุนที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลชุมชน (ตารางที่ 8) พบว่ามีจำนวนตัวอย่างของแพทย์ใช้ทุนที่ทำงานในโรงพยาบาลชุมชน 135 ราย แบ่งออกเป็นแพทย์ที่ตอบแบบสอบถามชุด A จำนวน 77 ราย และแพทย์ที่ตอบแบบสอบถามชุด B จำนวน 58 ราย ตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 55) มีอายุเฉลี่ย 26 ปี ผู้มีภูมิลำเนาที่เป็นจังหวัดเดียวกับที่ทำงาน (ร้อยละ 67) สูงกว่าผู้มีภูมิลำเนาที่เป็นต่างจังหวัดกับที่ทำงาน (ร้อยละ 33) โรงพยาบาลที่แพทย์กลุ่มตัวอย่างปฏิบัติงานอยู่ในปัจจุบันส่วนใหญ่มีขนาด 30 เตียง (ร้อยละ 44) ขนาด 10 เตียงมีร้อยละ 3 ขนาด 60 เตียงมีร้อยละ 29 ขนาด 90 เตียงมีร้อยละ 15 ขนาด 120 - 200 เตียงมีร้อยละ 7 และขนาด 213 - 1600 เตียงมีร้อยละ 2

รายได้ของครอบครัวเป็น 153,487 บาทต่อเดือน ค่าตอบแทนทั้งหมดที่ได้จากการทำงานในโรงพยาบาลปัจจุบัน 67,636 บาทต่อเดือน และค่าตอบแทนทั้งหมดที่ได้จากการทำงานในคลินิกเอกชนหรือโรงพยาบาลเอกชน 5,923 บาทต่อเดือน ตัวอย่างส่วนใหญ่เข้าเรียนในโครงการผลิตแพทย์เพื่อชาวชนบท (ร้อยละ 54) ตามด้วยกลุ่มสถาบันแพทยศาสตร์แห่งประเทศไทย (ร้อยละ 41) แต่ในโครงการผลิตแพทย์เพิ่มเป็นเพียงร้อยละ 5

สำหรับข้อมูลความพึงพอใจของบุคลากรทางการแพทย์ต่อการปฏิบัติงานในโรงพยาบาลปัจจุบัน (ดูตารางที่ 9) ตัวอย่างส่วนใหญ่ (ร้อยละ 75) คาดว่ามีโอกาสในการเรียนต่อ ร้อยละ 89 อยู่ในโรงพยาบาลที่มีสภาพการทำงานหรือบรรยากาศการทำงานมีลักษณะที่ท่านได้รับคำปรึกษาจากแพทย์รุ่นพี่และความร่วมมือจากวิชาชีพอื่น ร้อยละ 65 อยู่ในโรงพยาบาลที่เป็นพื้นที่เจริญแล้ว ซึ่งมีสิ่งอำนวยความสะดวกในการดำรงชีพที่ครบครัน (เช่น การมีเครือข่ายอินเทอร์เน็ต ธนาคารพาณิชย์ ร้าน 7 - 11 เป็นต้น) ภาระงานที่หน่วยงานมอบหมายให้แพทย์กลุ่มตัวอย่างทำมากกว่าภาระงานเฉลี่ยในรูปของ full time equivalent (FTE) เป็นร้อยละ 5 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ (ร้อยละ 55) ได้รับสวัสดิการที่ต้องการทั้งเชิงปริมาณและคุณภาพเป็นร้อยละ 1 - 50 ผู้ที่ได้รับสวัสดิการเป็นร้อยละ 51 - 100 มีเป็นร้อยละ 43 ขณะที่ผู้ที่ไม่ได้รับสวัสดิการมีเพียงร้อยละ 2

4.1.3 กลุ่มตัวอย่างแพทย์ใช้ทุนในโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไป

จากตารางที่ 8 จำนวนตัวอย่างของแพทย์ใช้ทุนที่ทำงานในโรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลศูนย์เป็น 46 ราย แบ่งออกเป็นแพทย์ที่ตอบแบบสอบถามชุด A จำนวน 21 ราย และแพทย์ที่ตอบแบบสอบถามชุด B จำนวน 25 ราย ตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 63) มีอายุเฉลี่ย 26 ปี ผู้มีภูมิลำเนาที่เป็นต่างจังหวัดกับที่ทำงาน (ร้อยละ 71) มีสัดส่วนสูงกว่าผู้มีภูมิลำเนาที่เป็นจังหวัดเดียวกับที่ทำงาน (ร้อยละ 39) โรงพยาบาลที่แพทย์กลุ่มตัวอย่างปฏิบัติงานอยู่ในปัจจุบันส่วนใหญ่มีขนาด 120 - 200 เตียง (ร้อยละ 33) ขนาด 460 - 600 เตียง มีร้อยละ 33 ขนาด 213 - 400 เตียงมีร้อยละ 19 ขนาด และขนาด 700 - 1600 เตียงมีร้อยละ 15

รายได้ของครอบครัวเป็น 165,000 บาทต่อเดือน ค่าตอบแทนทั้งหมดที่ได้จากการทำงานในโรงพยาบาลปัจจุบัน 63,413 บาทต่อเดือน และค่าตอบแทนทั้งหมดที่ได้จากการทำงานในคลินิกเอกชนหรือโรงพยาบาลเอกชน 3,696 บาทต่อเดือน ตัวอย่างส่วนใหญ่เข้าเรียนในกลุ่มสถาบันแพทยศาสตร์แห่งประเทศไทย (ร้อยละ 57) ตามด้วยโครงการผลิตแพทย์เพื่อชาวชนบท (ร้อยละ 37) แต่ในโครงการผลิตแพทย์เพิ่มเป็นเพียงร้อยละ 6

สำหรับข้อมูลความพึงพอใจของบุคลากรทางการแพทย์ต่อการปฏิบัติงานในโรงพยาบาลปัจจุบัน (ตารางที่ 9) ตัวอย่างส่วนใหญ่ (ร้อยละ 75) คาดว่ามีโอกาสในการเรียนต่อ ร้อยละ 90 อยู่ในโรงพยาบาลที่มีสภาพการทำงานหรือบรรยากาศการทำงาน มีลักษณะที่ท่านได้รับคำปรึกษาจากแพทย์รุ่นพี่และความร่วมมือจากวิชาชีพอื่น ร้อยละ 90 อยู่ในโรงพยาบาลที่เป็นพื้นที่เจริญแล้ว ซึ่งมีสิ่งอำนวยความสะดวกในการดำรงชีพที่ครบครัน (เช่น การมีเครือข่ายอินเทอร์เน็ต ธนาคารพาณิชย์ ร้าน 7 - 11 เป็นต้น) ภาระงานที่หน่วยงานมอบหมายให้แพทย์กลุ่มตัวอย่างทำมากกว่าภาระงานเฉลี่ยในรูปของ full time equivalent (FTE) เป็นร้อยละ 10 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ (ร้อยละ 65) ได้รับสวัสดิการที่ต้องการทั้งเชิงปริมาณและคุณภาพเป็นร้อยละ 1 - 50 ผู้ที่ได้รับสวัสดิการเป็นร้อยละ 51 - 100 มีเป็นร้อยละ 35

ตารางที่ 8 ลักษณะพื้นฐานของแพทย์ใช้ทุน (แยกตามประเภทของโรงพยาบาล)

ลักษณะพื้นฐาน	รพช.		รพศ./รพท.	
	จำนวน	ค่าเฉลี่ย/ ร้อยละ	จำนวน	ค่าเฉลี่ย/ ร้อยละ
อายุ	134	26.37	44	26.07
เพศ (เพศชาย = 1)	135	44.44	45	37.78
ขนาดของโรงพยาบาล				
10 เตียง	132	3.03	36	-
30 เตียง	132	44.7	36	-
60 เตียง	132	28.79	36	-
90 เตียง	132	14.39	36	-
120 - 200 เตียง	132	9.09	36	25
ใหญ่กว่า 200 เตียง	132	-	36	75
ที่ตั้งของโรงพยาบาล (อยู่ในจังหวัดเดียวกับภูมิลำเนาเดิม = 1)	136	66.18	46	28.26
รายได้ (บาทต่อเดือน)				
รายได้ครอบครัวเฉลี่ย	120	155,958	41	158,049
รายได้จากการปฏิบัติหน้าที่ในรพ.รัฐ	130	67,731	45	63,044
รายได้จากการทำงานในภาคเอกชน	131	6,641	45	1,556
หลักสูตรแพทยศาสตรบัณฑิตที่แพทย์จบการศึกษา				
กลุ่มสถาบันแพทยศาสตร์แห่งประเทศไทย	134	41.04	45	57.78
โครงการผลิตแพทย์เพื่อชาวชนบท	134	54.48	45	35.56
โครงการผลิตแพทย์เพิ่ม	134	4.48	45	6.67

ที่มา : จากการคำนวณ

ตารางที่ 9 ข้อมูลความพึงพอใจของบุคลากรทางการแพทย์ของกลุ่มตัวอย่างแพทย์ใช้ทุน
(แยกตามประเภทของโรงพยาบาล)

ข้อมูลความพึงพอใจของบุคลากรทางการแพทย์	รพช.		รพศ./รพท.	
	N	ค่าเฉลี่ย/ ร้อยละ	N	ค่าเฉลี่ย/ ร้อยละ
โอกาสในการเรียนต่อ (ร้อยละ)	135	74.87	42	75.12
ภาระงานที่หน่วยงานมอบหมาย (ร้อยละ)	51	5.29	16	7.5
สภาพการทำงานหรือบรรยากาศการทำงาน ของสถานที่ทำงาน	81	87.65	22	77.27
พื้นที่ที่ตั้งของโรงพยาบาล สัดส่วนของสวัสดิการที่ได้รับต่อสวัสดิการที่ต้องการ (ทั้งเชิงปริมาณและคุณภาพ)	81	58.02	18	81.82
ร้อยละ 0	55	1.82	22	-
ร้อยละ 1 - 50	55	56.36	22	63.64
ร้อยละ 51 - 100	55	41.82	22	36.36

ที่มา : จากการคำนวณ

4.2 ข้อมูลพื้นฐานของกลุ่มตัวอย่างแพทย์ที่ปฏิบัติงานมาเป็นเวลา 7-20 ปีนับจากจบการศึกษา

4.2.1 กลุ่มตัวอย่างแพทย์ที่ปฏิบัติงานมาเป็นเวลา 7 - 20 ปีนับจากจบการศึกษา ทั้งหมด

จากแพทย์กลุ่มตัวอย่างที่เก็บข้อมูลได้ในเบื้องต้นมีจำนวนทั้งสิ้น 305 ราย แบ่งออกเป็นแพทย์ที่ตอบแบบสอบถามชุด A จำนวน 120 ราย แพทย์ที่ตอบแบบสอบถามชุด B จำนวน 94 ราย และแพทย์ที่ตอบแบบสอบถามชุด C จำนวน 91 ราย ทั้งหมดเป็นแพทย์ทำงานในโรงพยาบาลชุมชนซึ่งอยู่ใน 53 จังหวัด ตารางที่ 10 แสดงข้อมูลพื้นฐานของแพทย์กลุ่มตัวอย่าง โดยส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (ร้อยละ 57) มีอายุเฉลี่ย 39 ปี เป็นผู้ที่แต่งงานร้อยละ 68 โสดร้อยละ 31 และหย่าร้อยละ 1 มีภูมิลำเนาที่เป็นจังหวัดเดียวกับ

ที่ทำงานร้อยละ 55 ตัวอย่างส่วนใหญ่ปฏิบัติงานเป็นแพทย์เฉพาะทาง (ร้อยละ 59) ขณะที่แพทย์ทั่วไป (ร้อยละ 41) โรงพยาบาลชุมชนที่แพทย์กลุ่มตัวอย่างปฏิบัติงานอยู่ในปัจจุบันส่วนใหญ่มีขนาด 30 เตียง (ร้อยละ 31) ขนาด 60 เตียงมีร้อยละ 14 ขนาด 90 เตียงมีร้อยละ 10 ขนาด 100 - 120 เตียงมีร้อยละ 11 ขนาด 145 - 200 เตียงมีร้อยละ 12 ขนาด 239 - 400 เตียงมีร้อยละ 11 ขนาด 500 ขึ้นไปมีร้อยละ 10 และขนาด 10 เตียงมีร้อยละ 1

รายได้ของครอบครัวเป็น 169,009 บาทต่อเดือน ค่าตอบแทนทั้งหมดที่ได้จากการทำงานในโรงพยาบาลปัจจุบัน 86,679 บาทต่อเดือน และค่าตอบแทนทั้งหมดที่ได้จากการทำงานในคลินิกเอกชนหรือโรงพยาบาลเอกชน 45,852 บาทต่อเดือน ตัวอย่างส่วนใหญ่เข้าเรียนในกลุ่มสถาบันแพทยศาสตร์แห่งประเทศไทย (ร้อยละ 72) ตามด้วยโครงการผลิตแพทย์เพื่อชาวชนบท (ร้อยละ 22) แต่ในโครงการผลิตแพทย์เพิ่มเป็นเพียงร้อยละ 6

นอกจากนี้ ในแบบสอบถามยังได้มีข้อคำถามเกี่ยวกับการร่วมกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับการมีจิตสาธารณะของแพทย์กลุ่มตัวอย่าง จากตารางที่ 11 จะเห็นว่าตัวอย่างส่วนใหญ่ทำกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับสาธารณะประโยชน์นอกเวลาทำงานปกติ (ร้อยละ 69) จำแนกเป็นการทำกิจกรรมที่ใช้ทักษะทางการแพทย์ 5 วันต่อปี และการทำกิจกรรมที่ใช้ทักษะด้านอื่น 6 วันต่อปี ตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่เข้าร่วมโครงการจิตอาสาซึ่งมีสัดส่วนเป็นร้อยละ 49 ผู้ที่เข้าร่วมโครงการจิตอาสา 1 - 2 ครั้ง (ร้อยละ 28) ผู้ที่เข้าร่วม 3 - 4 ครั้ง ร้อยละ 13 และผู้ที่เข้าร่วม 5 ครั้งขึ้นไปร้อยละ 10 ตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่ได้บริจาคโลหิต (ร้อยละ 71) บริจาคโลหิต 1 - 2 ครั้งมีร้อยละ 20 บริจาคโลหิต 3 - 4 ครั้งมีร้อยละ 5 บริจาคโลหิต 5 ครั้งขึ้นไปมีร้อยละ 4 และตัวอย่างส่วนใหญ่มอบเงินให้แก่ผู้ป่วยที่ยากจน 1 - 2 ครั้ง (ร้อยละ 34) 3 - 4 ครั้งมีร้อยละ 16 และ 5 ครั้งขึ้นไปมีร้อยละ 24 ขณะที่ผู้ที่ไม่มอบเงินให้แก่ผู้ป่วยที่ยากจนมีสัดส่วนเป็นร้อยละ 26

ตารางที่ 10 ลักษณะพื้นฐานของกลุ่มตัวอย่างแพทย์ที่ปฏิบัติงานมาเป็นเวลา 7 - 20 ปี

ลักษณะพื้นฐาน	จำนวน	ค่าเฉลี่ย/ร้อยละ	ค่าเบี่ยงเบน
อายุ	304	38.51	6.88
เพศ (เพศชาย = 1)	305	57.38	
สถานภาพสมรส (สมรส = 1)	305	67.54	
การปฏิบัติงานเป็นแพทย์ทั่วไป	305	41.31	
ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลชุมชน	305	68.52	
ขนาดของโรงพยาบาล			
10 เตียง	300	0.67	
30 เตียง	300	30.67	
60 เตียง	300	13.67	
90 เตียง	300	10.00	
100 - 120 เตียง	300	11.33	
145 - 200 เตียง	300	12.33	
239 - 400 เตียง	300	11.00	
500 เตียงขึ้นไป	300	10.33	
ที่ตั้งของโรงพยาบาล (อยู่ในจังหวัดเดียวกับภูมิลำเนาเดิม = 1)	305	54.75	
รายได้ (บาทต่อเดือน)			
รายได้ครอบครัวเฉลี่ย	278	169,009	98,784
รายได้จากการปฏิบัติหน้าที่ในรพ.รัฐ	296	86,679	28,444
รายได้จากการทำงานในภาคเอกชน	294	45,852	84,585
หลักสูตรแพทยศาสตรที่แพทย์จบการศึกษา			
กลุ่มสถาบันแพทยศาสตร์แห่งประเทศไทย	301	71.76	
โครงการผลิตแพทย์เพื่อชาวชนบท	301	22.26	
โครงการผลิตแพทย์เพิ่ม	301	5.98	

ที่มา : จากการคำนวณ

ตารางที่ 11 การเข้าร่วมกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับการมีจิตสำนึกของกลุ่มตัวอย่าง
แพทย์ที่ปฏิบัติงานมาเป็นเวลา 7 - 20 ปี

ลักษณะพื้นฐาน	จำนวน	ค่าเฉลี่ย/ร้อยละ	ค่าเบี่ยงเบน
การทำกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับสาธารณะ ประโยชน์นอกเวลาทำงานปกติในรอบปีที่ผ่านมา	291	69.42	
จำนวนวันที่ทำกิจกรรมที่ใช้ทักษะ ทางการแพทย์	265	5.49	8.39
จำนวนวันที่ทำกิจกรรมที่ใช้ทักษะด้านอื่น	267	5.82	11.76
จำนวนครั้งที่เข้าร่วมโครงการจิตอาสา			
0 ครั้ง	287	48.78	
1 - 2 ครั้ง	287	28.22	
3 - 4 ครั้ง	287	12.54	
5 ครั้งขึ้นไป	287	10.45	
จำนวนครั้งที่บริจาคโลหิต			
0 ครั้ง	278	70.5	
1 - 2 ครั้ง	278	20.14	
3 - 4 ครั้ง	278	5.4	
5 ครั้งขึ้นไป	278	3.96	
จำนวนครั้งที่มอบเงินให้แก่ผู้ป่วยที่ยากจน			
0 ครั้ง	295	25.76	
1 - 2 ครั้ง	295	33.9	
3 - 4 ครั้ง	295	16.61	
5 ครั้งขึ้นไป	295	23.73	

ที่มา : จากการคำนวณ

ตารางที่ 12 แสดงข้อมูลความพึงพอใจของบุคลากรทางการแพทย์ต่อการปฏิบัติงานในโรงพยาบาลปัจจุบัน ตัวอย่างส่วนใหญ่ได้ปฏิบัติงานตรงกับความเชี่ยวชาญหรือความถนัด (ร้อยละ 92) ส่วนผู้ที่ไม่ได้ปฏิบัติงานตรงกับความเชี่ยวชาญหรือความถนัดมีร้อยละ 8 ตัวอย่างส่วนใหญ่ (ร้อยละ 59) มีโอกาสในการทำงานภาคเอกชน (dual practice) ขณะที่ร้อยละ 41 ไม่มีโอกาสเช่นนี้ สัดส่วนผู้ที่ทำงานในโรงพยาบาลที่อยู่ในพื้นที่ที่จะใช้ชีวิตการทำงานที่เหลือน้อยและ/หรือมีโอกาสทางการศึกษาของบุตร (ร้อยละ 59) มากกว่าสัดส่วนผู้ที่ทำงานในโรงพยาบาลที่อยู่ในพื้นที่ที่จะไม่ใช้ชีวิตการทำงานที่เหลือน้อยและ/หรือไม่มีโอกาสทางการศึกษาของบุตร (ร้อยละ 41) ตัวอย่างส่วนใหญ่ระบุว่าโรงพยาบาลทำงานอยู่มีโอกาสในความก้าวหน้าทางกรงาน (ร้อยละ 77) ขณะที่ร้อยละ 23 ทำงานในโรงพยาบาลที่ไม่มีโอกาสในความก้าวหน้าทางกรงาน ตัวอย่างส่วนใหญ่ (ร้อยละ 79) พบกับสภาพการทำงานหรือบรรยากาศการทำงานเป็นทีม มีความร่วมมือของสหวิชาชีพ และไม่มีการเอาเปรียบกันของผู้ร่วมงาน แต่ร้อยละ 21 กลับพบกับการทำงานไม่เป็นทีม ไม่มีความร่วมมือของสหวิชาชีพ และมีการเอาเปรียบกันของผู้ร่วมงาน นอกจากนี้ ตัวอย่างส่วนใหญ่ (ร้อยละ 66) ได้รับสวัสดิการร้อยละ 1 - 50 ของสวัสดิการที่ต้องการทั้งเชิงปริมาณและคุณภาพ ร้อยละ 28 ได้รับสวัสดิการร้อยละ 51 - 100 ของที่ต้องการ และมีเพียงร้อยละ 6 ที่ไม่ได้รับสวัสดิการที่ต้องการเลย สุดท้าย ตัวอย่างส่วนใหญ่ (ร้อยละ 64) ทำงานในโรงพยาบาลที่ส่งผลให้มีการเปลี่ยนแปลงฐานะทางสังคมหรือการยอมรับของสังคมในแนวโน้มที่ปรับสูงขึ้นจากเดิมที่เหลือน้อยร้อยละ 36 ทำงานในโรงพยาบาลที่ไม่ส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงดังกล่าว

นอกเหนือไปจากคุณลักษณะพื้นฐานและความพึงพอใจของแพทย์ต่อการปฏิบัติงานในปัจจุบันแล้ว ผู้วิจัยยังได้สอบถามความคิดเห็นในเรื่องปัจจัยทางด้านวิชาชีพและด้านนโยบายที่มีต่อความพึงพอใจของบุคลากรทางการแพทย์ (ตารางที่ 13) โดยการประเมินทัศนคติของแพทย์ในกลุ่มตัวอย่างสรุปได้ดังนี้

1. หากรัฐบาลกำหนดให้แพทย์ที่สำเร็จการศึกษาจากสถาบันอุดมศึกษาของรัฐต้องใช้ทุนด้วยการทำงานในโรงพยาบาลรัฐนานขึ้นกว่าในปัจจุบันหรือด้วยการคืนเงินจำนวนมากขึ้นในกรณีที่ไม่ต้องการทำงานในโรงพยาบาลรัฐ กลุ่มตัวอย่างคิดว่ากฎเกณฑ์ดังกล่าวจะส่งผลให้ค่าตอบแทนของแพทย์ไทยที่จะได้รับในอนาคตสูงขึ้นร้อยละ 12

2. ถ้าแพทยสภากำหนดให้แพทย์ต้องสอบเพื่อขอต่อใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรมทุก 5 ปีในอนาคต ซึ่งต่างจากในขณะนี้ที่เป็นการสอบครั้งเดียวและได้รับใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรมตลอดชีพ กลุ่มตัวอย่างคิดว่ากฎระเบียบดังกล่าวจะผลให้ค่าตอบแทนของแพทย์ไทยที่จะได้รับในอนาคตสูงขึ้นร้อยละ 15
3. เมื่อจำนวนแพทย์ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะสาขา (specialists) มากขึ้น กลุ่มตัวอย่างคิดว่าจะส่งผลให้ค่าตอบแทนของแพทย์ไทยที่จะได้รับสูงขึ้นร้อยละ 7
4. ตัวอย่างส่วนใหญ่ (ร้อยละ 55) คาดว่าการเปลี่ยนแปลงวิธีการจ่ายค่าตอบแทนแพทย์ในอนาคตเพิ่มขึ้น แพทย์ร้อยละ 22 คาดการเปลี่ยนแปลงวิธีการจ่ายค่าตอบแทนแพทย์ในอนาคตเหมือนเดิม และร้อยละ 23 คาดการเปลี่ยนแปลงวิธีการจ่ายค่าตอบแทนแพทย์ในอนาคตลดลง
5. กลุ่มตัวอย่างคิดว่า ค่าตอบแทนของแพทย์ไทยที่จะได้รับในอนาคตเพิ่มขึ้นร้อยละ 12 เนื่องจากนโยบายการเปิดเสรีการค้าบริการในสาขาบริการสุขภาพของประเทศไทยซึ่งจะมีผลให้สถานบริการสุขภาพของไทยจ้างแพทย์ชาวต่างชาติได้มากขึ้น แพทย์ไทยทำงานในต่างประเทศได้สะดวกขึ้น และสถานบริการสุขภาพในประเทศไทยมีจำนวนมากขึ้นเพื่อรองรับผู้ป่วย
6. กลุ่มตัวอย่างคิดว่า ค่าตอบแทนของแพทย์ไทยที่จะได้รับในอนาคตลดลงร้อยละ 3 เนื่องจากนโยบายการผลิตแพทย์ในประเทศไทยเพิ่มขึ้น
7. กลุ่มตัวอย่างคิดว่า ค่าตอบแทนของแพทย์ไทยที่จะได้รับในอนาคตเพิ่มขึ้นเพียงเล็กน้อยร้อยละ 4 เนื่องจากผลของนโยบายการกระจายแพทย์ในประเทศไทย

ตารางที่ 12 ความพึงพอใจของบุคลากรทางการแพทย์ต่อการปฏิบัติงานในปัจจุบัน
ของกลุ่มตัวอย่างแพทย์ที่ปฏิบัติงานมาเป็นเวลา 7 - 20 ปี

ข้อมูลความพึงพอใจของบุคลากรทางการแพทย์	จำนวน	ค่าเฉลี่ย
ได้ปฏิบัติงานตรงกับความเชี่ยวชาญหรือความถนัด	300	91.67
มีโอกาในการทำงานภาคเอกชน (รวมทั้งการทำคลินิกส่วนตัว)	303	59.08
ทำงานในโรงพยาบาลที่อยู่ในพื้นที่ที่จะใช้ชีวิตการทำงาน ที่เหลืออยู่และ/หรือมีโอกาสด้านการศึกษาของบุตร	302	58.61
โรงพยาบาลทำงานอยู่มีโอกาสด้านความก้าวหน้าทางการงาน	304	76.97
สภาพการทำงานหรือบรรยากาศการทำงานเป็นทีม มีความร่วมมือ ของสหวิชาชีพ และไม่มีการเอาเปรียบกันของผู้ร่วมงาน	299	78.6
สัดส่วนของสวัสดิการที่ได้รับต่อสวัสดิการที่ต้องการ (ทั้งปริมาณและคุณภาพ)		
ร้อยละ 0	300	91.67
ร้อยละ 1 - 50	303	59.08
ร้อยละ 51 - 100	302	58.61
ฐานะทางสังคมหรือการยอมรับของสังคมมีแนวโน้มที่รับสูง ขึ้นจากเดิม	304	76.97

ที่มา : จากการคำนวณ

ตารางที่ 13 ความคิดเห็นในเรื่องปัจจัยทางด้านวิชาชีพและด้านนโยบายของกลุ่มตัวอย่าง
แพทย์ที่ปฏิบัติงานมาเป็นเวลา 7 - 20 ปี

ข้อมูลความพึงพอใจของบุคลากร ทางการแพทย์	จำนวน	ค่าเฉลี่ย	ค่า เบี่ยงเบน	ค่าต่ำสุด	ค่าสูงสุด
การใช้ทุนด้วยการทำงานใน โรงพยาบาลรัฐนานขึ้นกว่าในปัจจุบัน หรือด้วยการคืนเงินจำนวนมากขึ้น	293	11.76	26.56	-50	100
ขอต่อใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ เวชกรรมทุก 5 ปี	295	14.81	28.28	-50	100
จำนวนแพทย์ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะสาขา (specialists) มากขึ้น	283	6.94	28.99	-50	100
ผลของนโยบายการเปิดเสรีการค้า บริการในสาขาบริการสุขภาพของ ประเทศไทย	274	12.44	32.13	-80	100
ผลของนโยบายการผลิตแพทย์ ในประเทศไทยเพิ่มขึ้น	290	-3.35	22.65	-80	100
ผลของนโยบายการกระจายแพทย์ ในประเทศไทย	287	4.14	23.59	-50	100

ที่มา : จากการคำนวณ

4.2.2 กลุ่มตัวอย่างแพทย์ที่ปฏิบัติงานมาเป็นเวลา 7 - 20 ปี (นับจากจบการศึกษา) ในโรงพยาบาลชุมชน

เมื่อพิจารณาลักษณะพื้นฐานของกลุ่มตัวอย่างตามประเภทของโรงพยาบาล (ตารางที่ 14) พบว่ากลุ่มตัวอย่างแพทย์ที่ทำงานในโรงพยาบาลชุมชนมีจำนวน 208 ราย แบ่งออกเป็นแพทย์ที่ตอบแบบสอบถามชุด A จำนวน 68 ราย แพทย์ที่ตอบแบบสอบถามชุด B จำนวน 63 ราย และแพทย์ที่ตอบแบบสอบถามชุด C จำนวน 59 ราย ทั้งหมดเป็นแพทย์ทำงานในโรงพยาบาลชุมชนซึ่งอยู่ใน 44 จังหวัด โดยส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (ร้อยละ 64) มีอายุเฉลี่ย 38 ปี เป็นผู้ที่แต่งงานร้อยละ 70 และโสดร้อยละ 31 มีภูมิลำเนาที่เป็นจังหวัดเดียวกับที่ทำงาน (ร้อยละ 56) ใกล้เคียงกับที่เป็นต่างจังหวัดกับที่ทำงาน (ร้อยละ 44) ตัวอย่างส่วนใหญ่ปฏิบัติงานเป็นแพทย์เฉพาะทาง (ร้อยละ 42) ขณะที่ เป็นแพทย์ทั่วไป (ร้อยละ 58) โรงพยาบาลชุมชนที่แพทย์กลุ่มตัวอย่างปฏิบัติงานอยู่ใน ปัจจุบันส่วนใหญ่มีขนาด 30 เตียง (ร้อยละ 43) ขนาด 60 เตียงมีร้อยละ 20 ขนาด 90 เตียง มีร้อยละ 15 ขนาด 100 - 120 เตียงมีร้อยละ 15 ขนาด 145 - 300 เตียงมีร้อยละ 6 และขนาด 10 เตียงมีร้อยละ 1

รายได้ของครอบครัวเป็น 167,301 บาทต่อเดือน ค่าตอบแทนทั้งหมดที่ได้จากการทำงานในโรงพยาบาลปัจจุบัน 89,240 บาทต่อเดือน และค่าตอบแทนทั้งหมดที่ได้จากการทำงานในคลินิกเอกชนหรือโรงพยาบาลเอกชน 43,813 บาทต่อเดือน ตัวอย่างส่วนใหญ่เข้าเรียนในกลุ่มสถาบันแพทยศาสตร์แห่งประเทศไทย (ร้อยละ 70) ตามด้วย โครงการผลิตแพทย์เพื่อชาวชนบท (ร้อยละ 26) แต่ในโครงการผลิตแพทย์เพิ่มเป็นเพียง ร้อยละ 4

นอกจากนี้ ในแบบสอบถามยังได้มีข้อความเกี่ยวกับการร่วมกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับการมีจิตสาธารณะของแพทย์กลุ่มตัวอย่าง ตัวอย่างส่วนใหญ่ทำกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับสาธารณะประโยชน์นอกเวลาทำงานปกติ (ร้อยละ 74) จำแนกเป็นการทำกิจกรรมที่ใช้ทักษะทางการแพทย์ 6 วันต่อปี และการทำกิจกรรมที่ใช้ทักษะด้านอื่น 7 วันต่อปี ตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่เข้าร่วมโครงการจิตอาสาซึ่งมีสัดส่วนเป็นร้อยละ 44 ผู้ที่เข้าร่วมโครงการจิตอาสา 1 - 2 ครั้ง (ร้อยละ 30) ผู้ที่เข้าร่วม 3 - 4 ครั้งร้อยละ 15 และผู้ที่เข้าร่วม 5 ครั้งขึ้นไปร้อยละ 11 ตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่ได้บริจาคโลหิต (ร้อยละ 72) บริจาคโลหิต 1 - 2 ครั้งมีร้อยละ 20 บริจาคโลหิต 3 - 4 ครั้งมีร้อยละ 5 บริจาคโลหิต 5 ครั้งขึ้นไปมีร้อยละ 3 และตัวอย่างส่วนใหญ่มอบเงินให้แก่ผู้ป่วยที่ยากจน 1 - 2 ครั้ง (ร้อยละ 31) 5 ครั้ง

ขึ้นไปมีร้อยละ 26 และ 3 - 4 ครั้งมีร้อยละ 17 ขณะที่ผู้ที่ไม่มอบเงินให้แก่ผู้ป่วยที่ยากจน มีสัดส่วนเป็นร้อยละ 26

สำหรับข้อมูลความพึงพอใจของบุคลากรทางการแพทย์ต่อการปฏิบัติงานในโรงพยาบาลปัจจุบัน (ตารางที่ 15) ตัวอย่างส่วนใหญ่ได้ปฏิบัติงานตรงกับความเชี่ยวชาญหรือความถนัด (ร้อยละ 89) ส่วนผู้ที่ไม่ได้ปฏิบัติงานตรงกับความเชี่ยวชาญหรือความถนัด มีร้อยละ 11 ตัวอย่างส่วนใหญ่ (ร้อยละ 54) มีโอกาสในการทำงานภาคเอกชน (dual practice) ขณะที่ร้อยละ 46 ไม่มีโอกาสเช่นนี้ สัดส่วนผู้ที่ทำงานในโรงพยาบาลที่อยู่ในพื้นที่ที่จะใช้ชีวิตการทำงานที่เหลืออยู่และ/หรือมีโอกาสทางการศึกษาของบุตร (ร้อยละ 54) มากกว่าสัดส่วนผู้ที่ทำงานในโรงพยาบาลที่อยู่ในพื้นที่ที่จะไม่ใช้ชีวิตการทำงานที่เหลืออยู่และ/หรือไม่มีโอกาสทางการศึกษาของบุตร (ร้อยละ 46) ตัวอย่างส่วนใหญ่ระบุว่าโรงพยาบาลทำงานอยู่มีโอกาสในความก้าวหน้าทางการงาน (ร้อยละ 74) ขณะที่ร้อยละ 26 ทำงานในโรงพยาบาลที่ไม่มีโอกาสในความก้าวหน้าทางการงาน ตัวอย่างส่วนใหญ่ (ร้อยละ 79) พบกับสภาพการทำงานหรือบรรยากาศการทำงานเป็นทีม มีความร่วมมือของสหวิชาชีพ และไม่มีการเอาเปรียบกันของผู้ร่วมงาน แต่ร้อยละ 21 กลับพบกับการทำงานไม่เป็นทีม ไม่มีความร่วมมือของสหวิชาชีพ และมีการเอาเปรียบกันของผู้ร่วมงาน นอกจากนี้ ตัวอย่างส่วนใหญ่ (ร้อยละ 66) ได้รับสวัสดิการร้อยละ 1 - 50 ของสวัสดิการที่ต้องการทั้งเชิงปริมาณและคุณภาพ ร้อยละ 27 ได้รับสวัสดิการร้อยละ 51 - 100 ของที่ต้องการและมีเพียงร้อยละ 7 ที่ไม่ได้รับสวัสดิการที่ต้องการเลย สุดท้าย ตัวอย่างส่วนใหญ่ (ร้อยละ 63) ทำงานในโรงพยาบาลที่ส่งผลให้มีการเปลี่ยนแปลงฐานะทางสังคมหรือการยอมรับของสังคมในแนวโน้มที่ปรับสูงขึ้นจากเดิมที่เหลือร้อยละ 37 ทำงานในโรงพยาบาลที่ไม่ส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงดังกล่าว

4.2.3 กลุ่มตัวอย่างแพทย์ที่ปฏิบัติงานมาเป็นเวลา 7 - 20 ปี

(นับจากจบการศึกษา) ในโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไป

จากตารางที่ 14 กลุ่มตัวอย่างแพทย์ที่ทำงานในโรงพยาบาลทั่วไปและโรงพยาบาลศูนย์มีจำนวน 97 ราย แบ่งออกเป็นแพทย์ที่ตอบแบบสอบถามชุด A จำนวน 36 ราย แพทย์ที่ตอบแบบสอบถามชุด B จำนวน 29 ราย และแพทย์ที่ตอบแบบสอบถามชุด C จำนวน 32 ราย ทั้งหมดเป็นแพทย์ทำงานในโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไป ซึ่งอยู่ใน 16 จังหวัด โดยส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 56) มีอายุเฉลี่ย 39 ปี เป็นผู้ที่แต่งงาน ร้อยละ 63 และโสดร้อยละ 35 หย่าร้อยละ 1 มีภูมิลำเนาที่เป็นจังหวัดเดียวกับที่ทำงาน (ร้อยละ 52) ใกล้เคียงกับที่เป็นต่างจังหวัดกับที่ทำงาน (ร้อยละ 48) ตัวอย่างส่วนใหญ่ปฏิบัติ

งานเป็นแพทย์เฉพาะทาง (ร้อยละ 96) ขณะที่แพทย์ทั่วไป (ร้อยละ 4) โรงพยาบาลศูนย์ และโรงพยาบาลทั่วไปที่แพทย์กลุ่มตัวอย่างปฏิบัติงานอยู่ในปัจจุบันส่วนใหญ่มีขนาด 100 - 120 เตียง (ร้อยละ 30) ขนาด 226 - 300 เตียงมีร้อยละ 19 ขนาด 320 - 500 เตียง มีร้อยละ 21 และขนาดใหญ่กว่า 500 เตียงมีร้อยละ 30

รายได้ของครอบครัวเป็น 172,759 บาทต่อเดือน ค่าตอบแทนทั้งหมดที่ได้จากการทำงานในโรงพยาบาลปัจจุบัน 81,344 บาทต่อเดือน และค่าตอบแทนทั้งหมดที่ได้จากการทำงานในคลินิกเอกชนหรือโรงพยาบาลเอกชน 50,191 บาทต่อเดือน ตัวอย่างส่วนใหญ่เข้าเรียนในกลุ่มสถาบันแพทยศาสตร์แห่งประเทศไทย (ร้อยละ 76) ตามด้วย โครงการผลิตแพทย์เพื่อชาวชนบท (ร้อยละ 14) แต่ในโครงการผลิตแพทย์เพิ่มเป็นเพียงร้อยละ 10

นอกจากนี้ ในแบบสอบถามยังได้มีข้อความเกี่ยวกับการร่วมกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับการมีจิตสาธารณะของแพทย์กลุ่มตัวอย่าง ตัวอย่างส่วนใหญ่ทำกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับสาธารณะประโยชน์นอกเวลาทำงานปกติ (ร้อยละ 60) จำแนกเป็นการทำกิจกรรมที่ใช้ทักษะทางการแพทย์ 4 วันต่อปี และการทำกิจกรรมที่ใช้ทักษะด้านอื่น 4 วันต่อปี ตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่เข้าร่วมโครงการจิตอาสาซึ่งมีสัดส่วนเป็นร้อยละ 58 ผู้ที่เข้าร่วมโครงการจิตอาสา 1 - 2 ครั้ง (ร้อยละ 25) ผู้ที่เข้าร่วม 3 - 4 ครั้งร้อยละ 7 และผู้ที่เข้าร่วม 5 ครั้งขึ้นไปร้อยละ 10 ตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่ได้บริจาคโลหิต (ร้อยละ 67) บริจาคโลหิต 1 - 2 ครั้ง มีร้อยละ 21 บริจาคโลหิต 3 - 4 ครั้งมีร้อยละ 6 บริจาคโลหิต 5 ครั้งขึ้นไปมีร้อยละ 6 และตัวอย่างส่วนใหญ่มอบเงินให้แก่ผู้ป่วยที่ยากจน 1 - 2 ครั้ง (ร้อยละ 39) 5 ครั้งขึ้นไปมีร้อยละ 18 และ 3 - 4 ครั้งมีร้อยละ 17 ขณะที่ผู้ที่ไม่มอบเงินให้แก่ผู้ป่วยที่ยากจนมีสัดส่วนเป็นร้อยละ 26

สำหรับข้อมูลความพึงพอใจของบุคลากรทางการแพทย์ต่อการปฏิบัติงานในโรงพยาบาลปัจจุบัน (ตารางที่ 15) ตัวอย่างส่วนใหญ่ได้ปฏิบัติงานตรงกับความเชี่ยวชาญหรือความถนัด (ร้อยละ 98) ส่วนผู้ที่ไม่ได้ปฏิบัติงานตรงกับความเชี่ยวชาญหรือความถนัด มีร้อยละ 2 ตัวอย่างส่วนใหญ่ (ร้อยละ 71) มีโอกาสในการทำงานภาคเอกชน (dual practice) ขณะที่ร้อยละ 29 ไม่มีโอกาสเช่นนี้ สัดส่วนผู้ที่ทำงานในโรงพยาบาลที่อยู่ในพื้นที่ที่จะใช้ชีวิตการทำงานที่เหลืออยู่และ/หรือมีโอกาสทางการศึกษาของบุตร (ร้อยละ 68) มากกว่า สัดส่วนผู้ที่ทำงานในโรงพยาบาลที่อยู่ในพื้นที่ที่จะไม่ใช้ชีวิตการทำงานที่เหลืออยู่และ/หรือไม่มีโอกาสทางการศึกษาของบุตร (ร้อยละ 32) ตัวอย่างส่วนใหญ่ระบุว่าโรงพยาบาล

ทำงานอยู่มีโอกาสในความก้าวหน้าทางกรงาน (ร้อยละ 84) ขณะที่ร้อยละ 16 ทำงานในโรงพยาบาลที่ไม่มีโอกาสในความก้าวหน้าทางกรงาน ตัวอย่างส่วนใหญ่ (ร้อยละ 77) พบกับสภาพการทำงานหรือบรรยากาศการทำงานเป็นทีม มีความร่วมมือของสหวิชาชีพ และไม่มีการเอาเปรียบกันของผู้ร่วมงาน แต่ร้อยละ 23 กลับพบกับการทำงานไม่เป็นทีม ไม่มีความร่วมมือของสหวิชาชีพ และมีการเอาเปรียบกันของผู้ร่วมงาน นอกจากนี้ ตัวอย่างส่วนใหญ่ (ร้อยละ 66) ได้รับสวัสดิการร้อยละ 1 - 50 ของสวัสดิการที่ต้องการทั้งเชิงประมาณ และคุณภาพ ร้อยละ 29 ได้รับสวัสดิการร้อยละ 51 - 100 ของที่ต้องการและมีเพียงร้อยละ 5 ที่ไม่ได้รับสวัสดิการที่ต้องการเลย สุดท้าย ตัวอย่างส่วนใหญ่ (ร้อยละ 67) ทำงานในโรงพยาบาลที่ส่งผลให้มีการเปลี่ยนแปลงฐานะทางสังคมหรือการยอมรับของสังคมในแนวโน้มที่ปรับสูงขึ้นจากเดิม ที่เหลือร้อยละ 33 ทำงานในโรงพยาบาลที่ไม่ส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงดังกล่าว

ตารางที่ 14 ลักษณะพื้นฐานของกลุ่มตัวอย่างแพทย์ที่ปฏิบัติงานมาเป็นเวลา 7 - 20 ปี
(แยกตามประเภทของโรงพยาบาล)

ลักษณะพื้นฐาน	รพช.		รพศ./รพท.	
	N	ค่าเฉลี่ย/ ร้อยละ	N	ค่าเฉลี่ย/ ร้อยละ
อายุ	206	38.24	98	39.08
เพศ (เพศชาย = 1)	207	63.77	98	43.88
สถานภาพสมรส (สมรส = 1)	207	69.57	98	63.27
การปฏิบัติงานเป็นแพทย์ทั่วไป	207	58.94	98	4.08
ขนาดของโรงพยาบาล				
10 เตียง	207	1.00	93	-
30 เตียง	207	43.00	93	-
60 เตียง	207	20.00	93	-
90 เตียง	207	15.00	93	-
100 - 120 เตียง	207	15.00	93	30.00
145 - 300 เตียง	207	6.00	93	4.83
320 - 500 เตียง	207	-	93	35.17
500 เตียงขึ้นไป	207	-	93	30.00
ที่ตั้งของโรงพยาบาล (อยู่ในจังหวัดเดียวกับภูมิลำเนาเดิม = 1)	207	56.04	93	51.02
รายได้ (บาทต่อเดือน)				
รายได้ครอบครัวเฉลี่ย	191	167,301	87	172,759
รายได้จากการปฏิบัติหน้าที่ใน รพ. รัฐ	199	89,236	97	81,433
รายได้จากการทำงานในภาคเอกชน	199	43,279	95	51,242
หลักสูตรแพทยศาสตรบัณฑิตที่แพทย์จบการศึกษา				
กลุ่มสถาบันแพทยศาสตร์แห่งประเทศไทย	203	69.46	98	76.53
โครงการผลิตแพทย์เพื่อชาวชนบท	203	26.6	98	13.27
โครงการผลิตแพทย์เพิ่ม	203	3.94	98	10.2

ที่มา : จากการคำนวณ

ตารางที่ 15 ข้อมูลความพึงพอใจของกลุ่มตัวอย่างแพทย์ที่ปฏิบัติงานมาเป็นเวลา 7 - 20 ปี (แยกตามประเภทของโรงพยาบาล)

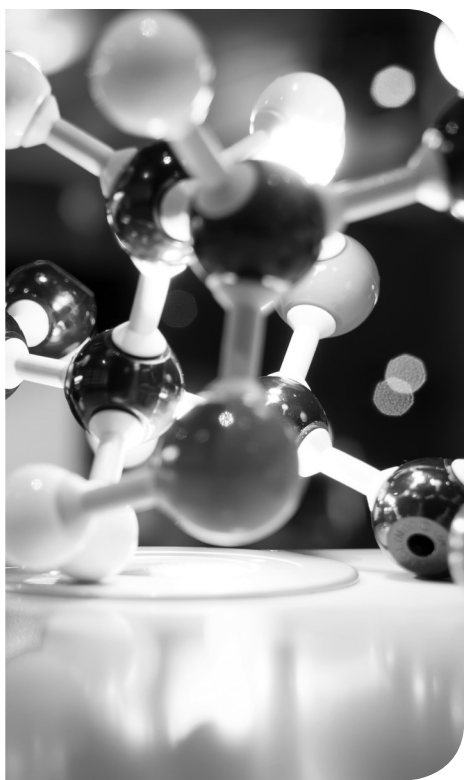
ข้อมูลความพึงพอใจของบุคลากรทางการแพทย์	รพช.		รพศ./รพท.	
	N	ค่าเฉลี่ย/ ร้อยละ	N	ค่าเฉลี่ย/ ร้อยละ
ได้ปฏิบัติงานตรงกับความเชี่ยวชาญหรือความถนัด	202	88.61	98	97.96
มีโอกาในการทำงานภาคเอกชน (รวมทั้งการทำคลินิกส่วนตัว)	205	53.17	98	71.43
ทำงานในโรงพยาบาลที่อยู่ในพื้นที่ที่จะใช้ชีวิต การทำงานที่เหลืออยู่และ/หรือมีโอกาสดทาง การศึกษาของบุตร	204	53.92	98	68.37
โรงพยาบาลทำงานอยู่มีโอกาสนในความก้าวหน้า ทางการงาน	207	73.43	97	84.54
สภาพการทำงานหรือบรรยากาศการทำงานเป็นทีม มีความร่วมมือของสหวิชาชีพ และไม่มีการเอาเปรียบกันของผู้ร่วมงาน	204	79.41	95	76.84
สัดส่วนของสวัสดิการที่ได้รับต่อสวัสดิการที่ต้องการ (ทั้งปริมาณและคุณภาพ)				
ร้อยละ 0	206	6.8	98	5.1
ร้อยละ 1 - 50	206	66.02	98	66.33
ร้อยละ 51 - 100	206	27.18	98	28.57
ฐานะทางสังคมหรือการยอมรับของสังคมมีแนวโน้ม ที่ปรับสูงขึ้นจากเดิม	205	62.44	98	67.35

ที่มา : จากการคำนวณ

บทที่ 05



ผลการศึกษา



5.1 ผลการวิเคราะห์โดยใช้

Discrete Choice Experiments (DCE)

5.1.1 ผลการศึกษาจากการจัดประชุม

focus group

จากการจัดประชุม focus group ทำให้ได้ข้อสรุปเกี่ยวกับคุณลักษณะที่สำคัญที่ส่งผลต่อการเลือกสถานที่ปฏิบัติงานของแพทย์ในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข โดยปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อการเลือกสถานที่ปฏิบัติงานของแพทย์ใช้ทุนปีที่ 2 - 3 ประกอบด้วย 6 คุณลักษณะหลัก (เรียงตามลำดับความสำคัญ) ได้แก่ 1. โอกาสในการศึกษา ต่อ 2. รายได้หรือค่าตอบแทน 3. สภาพการทำงานหรือบรรยากาศในการทำงาน 4. พื้นที่ที่ตั้งของโรงพยาบาล 5. ภาระงานที่หน่วยงานมอบหมายให้ทำ และ 6. สวัสดิการ รายละเอียดของคุณลักษณะที่สำคัญ (attributes) และระดับ (levels) ของแต่ละคุณลักษณะงานเหล่านี้แสดงในตารางที่ 16

สำหรับแพทย์ที่ปฏิบัติงานมาแล้วเป็นเวลาไม่น้อยกว่า 7 ปี แต่ไม่เกิน 20 ปี นับจากปีที่จบการศึกษา ปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อการเลือกสถานที่ปฏิบัติงาน ประกอบด้วย 9 คุณลักษณะ (เรียงตามลำดับความสำคัญ) ดังนี้ 1. การได้ปฏิบัติงานตรงกับความเชี่ยวชาญ หรือความถนัด 2. รายได้หรือค่าตอบแทน 3. โอกาสในการทำงานภาคเอกชน² 4. พื้นที่ ที่ตั้งของโรงพยาบาลเป็นที่ลงหลักปักฐาน 5. โอกาสทางการศึกษาของบุตร 6. โอกาสใน ความก้าวหน้าทางการงานเนื่องจากการพัฒนาของโรงพยาบาล 7. สภาพการทำงาน หรือบรรยากาศในการทำงาน 8. สวัสดิการ และ 9. การเปลี่ยนแปลงฐานะทางสังคม หรือการยอมรับของสังคม³ อย่างไรก็ตาม เนื่องจากโอกาสทางการศึกษาของบุตร มีความเกี่ยวเนื่องกับพื้นที่ที่ตั้งของโรงพยาบาลที่แพทย์เลือกเป็นที่ลงหลักปักฐาน และอาจไม่ใช่ปัจจัยสำหรับแพทย์ที่ไม่ได้แต่งงาน ผู้วิจัยจึงได้รวมคุณลักษณะด้านโอกาส ทางการศึกษาของบุตรเข้าไว้ด้วยกันกับคุณลักษณะด้านพื้นที่ที่ตั้งที่เลือกเป็นที่ลงหลักปักฐาน ส่งผลให้คุณลักษณะสำคัญที่มีผลต่อการเลือกสถานที่ปฏิบัติงานของแพทย์กลุ่มนี้จะมี ทั้งหมด 8 คุณลักษณะด้วยกัน ตารางที่ 16 แสดงคำอธิบายของคุณลักษณะงาน (attributes) และระดับ (levels) ของคุณลักษณะงานทั้ง 8 คุณลักษณะนี้

จากคุณลักษณะสำคัญที่ระบุข้างต้น ผู้วิจัยได้นำคุณลักษณะเหล่านี้มาออกแบบ คู่สถานการณ์สมมติ โดยในแต่ละคู่สถานการณ์ แพทย์จะเลือกหนึ่งทางเลือกที่คิดว่าดีที่สุด ในกรณีของแพทย์ใช้ทุน ผู้วิจัยได้ออกแบบสถานการณ์สมมติทั้งหมด 16 คู่สถานการณ์ และเพื่อให้ง่ายต่อการตอบแบบสอบถาม ผู้วิจัยได้แบ่งคู่สถานการณ์ออกเป็น 2 ชุด (สำหรับ แบบสอบถาม A และ B) ชุดละ 8 คู่สถานการณ์ สำหรับแพทย์ที่ปฏิบัติงานมาเป็นเวลา 7 - 20 ปี นับจากจบการศึกษา ผู้วิจัยได้ออกแบบสถานการณ์สมมติทั้งหมด 18 คู่สถานการณ์ และแบ่งคู่สถานการณ์ออกเป็น 3 ชุด (สำหรับแบบสอบถาม A B และ C) ชุดละ 6 คู่ สถานการณ์ ภาคผนวก ก และภาคผนวก ข แสดงตัวอย่างแบบสอบถามสำหรับแพทย์ ใช้ทุนและแพทย์ที่ปฏิบัติงานมาเป็นเวลา 7 - 20 ปี นับจากจบการศึกษา

² ภาคเอกชนครอบคลุมถึงการทำคลินิกส่วนตัวด้วย

³ "ฐานะทางสังคมหรือการยอมรับของสังคม" ครอบคลุมถึง ความศรัทธาของชุมชนที่โรงพยาบาลตั้งอยู่และการยอมรับ ในความสามารถจากเพื่อนร่วมงาน

ตารางที่ 16 คุณลักษณะที่สำคัญและระดับสำหรับแพทย์ใช้ทุนปีที่ 2 - 3

ระดับ (levels)	การบรรยายคุณลักษณะงาน (attributes) และระดับ
1. โอกาสในการเรียนต่อ	
ระดับ 1	มีโอกาสนในการเรียนต่อ
ระดับ 2	ไม่มีโอกาสนในการเรียนต่อ
2. รายได้หรือค่าตอบแทน	
ระดับ 1	50,000 บาท
ระดับ 2	50,001 - 100,000 บาท
ระดับ 3	100,001 - 150,000 บาท
3. สภาพการทำงานหรือบรรยากาศการทำงาน	
ระดับ 1	การทำงานได้รับคำปรึกษาจากแพทย์รุ่นพี่และความร่วมมือจากวิชาชีพอื่น
ระดับ 2	การทำงานไม่ได้รับคำปรึกษาจากแพทย์รุ่นพี่และความร่วมมือจากวิชาชีพอื่น
4. พื้นที่ที่ตั้งของโรงพยาบาล	
ระดับ 1	พื้นที่เจริญแล้วซึ่งมีสิ่งอำนวยความสะดวกในการดำรงชีพที่ครบครัน (เช่น การมีเครือข่ายอินเทอร์เน็ต ธนาคารพาณิชย์ ร้าน 7 - 11 เป็นต้น) และใกล้กับตัวเมือง
ระดับ 2	พื้นที่ยังไม่เจริญซึ่งมีสิ่งอำนวยความสะดวกในการดำรงชีพที่จำกัด (เช่น การมีเครือข่ายอินเทอร์เน็ต ธนาคารพาณิชย์ ร้าน 7 - 11 เป็นต้น) และไกลจากตัวเมือง
5. ภาระงานที่หน่วยงานมอบหมายให้ทำ	
ระดับ 1	น้อยกว่าภาระงานเฉลี่ยในรูปของ full time equivalent (FTE)
ระดับ 2	เท่ากับภาระงานเฉลี่ยในรูปของ full time equivalent (FTE)
ระดับ 3	มากกว่าภาระงานเฉลี่ยในรูปของ full time equivalent (FTE)
6. สวัสดิการ	
ระดับ 1	ได้รับสวัสดิการที่ต้องการทั้งเชิงปริมาณและคุณภาพเต็มที่ (100%)
ระดับ 2	ได้รับสวัสดิการที่ต้องการทั้งเชิงปริมาณและคุณภาพครึ่งเดียว (50%)
ระดับ 3	ไม่ได้รับสวัสดิการที่ต้องการทั้งเชิงปริมาณและคุณภาพเลย (0%)

ตารางที่ 17 คุณลักษณะที่สำคัญและระดับสำหรับแพทย์ที่ปฏิบัติงานเป็นเวลา 7 - 20 ปี

ระดับ (levels)	การบรรยายคุณลักษณะงาน (attributes) และระดับ
1. การได้ปฏิบัติงานตรงกับความเชี่ยวชาญหรือความถนัด	
ระดับ 1	การได้ปฏิบัติงานตรงกับความเชี่ยวชาญหรือความถนัด
ระดับ 2	การไม่ได้ปฏิบัติงานตรงกับความเชี่ยวชาญหรือความถนัด
2. รายได้หรือค่าตอบแทน	
ระดับ 1	50,001 - 100,000 บาท
ระดับ 2	100,001 - 150,000 บาท
ระดับ 3	150,001 - 200,000 บาท
3. โอกาสในการทำงานภาคเอกชน (dual practice)	
ระดับ 1	มีโอกาในการทำงานภาคเอกชน (dual practice)
ระดับ 2	ไม่มีโอกาในการทำงานภาคเอกชน (dual practice)
4. พื้นที่ที่ตั้งของโรงพยาบาลเป็นที่ลงหลักปักฐานและมีโอกาสทางการศึกษาของบุตร	
ระดับ 1	เป็นสถานที่ที่จะใช้ชีวิตการทำงานที่เหลืออยู่โดยไม่คิดที่จะย้ายไปทำงานที่อื่น และมีโอกาสทางการศึกษาของบุตร
ระดับ 2	ไม่เป็นสถานที่ที่จะใช้ชีวิตการทำงานที่เหลืออยู่โดยคิดที่จะย้ายไปทำงานที่อื่น และไม่มีโอกาสทางการศึกษาของบุตร
5. โอกาสในความก้าวหน้าทางการงานเนื่องจากการพัฒนาของโรงพยาบาล	
ระดับ 1	มีโอกาในความก้าวหน้าทางการงานเนื่องจากโรงพยาบาลมีการพัฒนาในอนาคต
ระดับ 2	ไม่มีโอกาในความก้าวหน้าทางการงานเนื่องจากโรงพยาบาลไม่มีการพัฒนาในอนาคต
6. สภาพการทำงานหรือบรรยากาศการทำงาน	
ระดับ 1	การทำงานเป็นทีม มีความร่วมมือของสหวิชาชีพ และไม่มีการเอาเปรียบกันของผู้ร่วมงาน
ระดับ 2	การทำงานไม่เป็นทีม ไม่มีความร่วมมือของสหวิชาชีพ และมีการเอาเปรียบกันของผู้ร่วมงาน

ตารางที่ 17 คุณลักษณะที่สำคัญและระดับสำหรับแพทย์ที่ปฏิบัติงานเป็นเวลา 7 - 20 ปี (ต่อ)

ระดับ (levels)	การบรรยายคุณลักษณะงาน (attributes) และระดับ
7. สวัสดิการ	
ระดับ 1	ได้รับสวัสดิการที่ต้องการทั้งเชิงปริมาณและคุณภาพเต็มที่ (100%)
ระดับ 2	ได้รับสวัสดิการที่ต้องการทั้งเชิงปริมาณและคุณภาพเพียงครึ่งเดียว (50%)
ระดับ 3	ไม่ได้รับสวัสดิการที่ต้องการทั้งเชิงปริมาณและคุณภาพเลย (0%)
8. การเปลี่ยนแปลงฐานะทางสังคมหรือการยอมรับของสังคม	
ระดับ 1	ฐานะทางสังคมหรือการยอมรับของสังคมมีแนวโน้มที่ปรับสูงขึ้นจากเดิม
ระดับ 2	ฐานะทางสังคมหรือการยอมรับของสังคมมีแนวโน้มที่ไม่เปลี่ยนแปลงจากเดิม

5.1.2 ผลการวิเคราะห์ความเต็มใจรับ (WTA) ด้วยวิธี DCE สำหรับแพทย์ใช้ทุน

การวิเคราะห์โดยใช้ Discrete Choice Experiment (DCE) เป็นการศึกษาว่าปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อการตัดสินใจเลือกสถานที่ปฏิบัติงานของแพทย์ได้แก่ปัจจัยใดบ้าง โดยค่าสัมประสิทธิ์ของคุณลักษณะงานต่างๆ จะเป็นตัวบ่งชี้ว่าคุณลักษณะงานใดส่งผลต่อการเลือกสถานที่ปฏิบัติงานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และความสัมพันธ์เป็นไปในทิศทางใด นอกจากนี้ ค่าสัมประสิทธิ์ของคุณลักษณะงานที่สำคัญยังสามารถนำมาคำนวณเป็นความเต็มใจรับ (willingness to accept: WTA) ซึ่งแสดงถึงจำนวนเงินที่บุคลากรยินดีรับเพื่อแลกกับการปฏิบัติงานที่มีคุณลักษณะงานที่ดีกว่าหรือไม่พึงประสงค์⁴

ทั้งนี้ การวิเคราะห์ความเต็มใจรับด้วยวิธี DCE อาศัยการประเมินความพึงพอใจในแบบองค์รวม (หรือ holistic approach) โดยใช้สถานการณ์สมมติ ดังนั้น มูลค่าความเต็มใจรับต่อคุณลักษณะงานที่พึงประสงค์น้อยกว่าจะสะท้อนถึงมูลค่าที่บุคลากรต้องการได้รับการชดเชยเพื่อให้ได้ความพึงพอใจเท่ากับความพึงพอใจที่เคยมีเมื่อได้ปฏิบัติงานที่มีคุณลักษณะที่พึงประสงค์มากกว่า และที่สำคัญขนาดของความเต็มใจรับของคุณลักษณะงาน

⁴ ในที่นี้ ใช้วิธีการคำนวณเดียวกันกับการคำนวณ Willingness to pay (WTP) อย่างไรก็ตาม มีงานวิจัยจำนวนหนึ่งได้แสดงให้เห็นว่า WTA มีค่าไม่เท่ากับ WTP เสมอไป

ต่างๆ จะเป็นตัวบ่งชี้ว่ามูลค่าของเงินชดเชยที่ต้องการได้รับจากคุณลักษณะงานที่พึงประสงค์ น้อยกว่าแต่ละคุณลักษณะมีความสัมพันธ์ในเชิงเปรียบเทียบกันอย่างไร

5.1.2.1 ผลการวิเคราะห์ความเต็มใจรับ (WTA) จากวิธี DCE สำหรับ แพทย์ใช้ทุน (กลุ่มตัวอย่างแพทย์ทั้งหมด)

จากการสำรวจ มีกลุ่มตัวอย่างของแพทย์ใช้ทุนในปีที่ 2 - 3 ตอบแบบสอบถามในส่วน DCE จำนวน 182 คน แต่เนื่องจากมีแพทย์บางท่านไม่ได้ให้ข้อมูลพื้นฐานที่สำคัญ เช่น อายุและเพศ นอกจากนี้ แพทย์อีกจำนวนหนึ่งไม่เลือกทั้งสองทางเลือกในบางคู่สถานการณ์ ส่งผลให้จำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดเหลือ 178 คน และจำนวน observations สุดท้ายอยู่ที่ 2,812 observations

ตารางที่ 18 แสดงผลการประมาณการสมการถดถอยโดยใช้ Logistic regression ในการวิเคราะห์ข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างแพทย์ใช้ทุนในโรงพยาบาลทั้งสองประเภท ในที่นี้ กำหนดให้ตัวแปรตามเป็นการเลือกหรือไม่เลือกสถานการณ์สมมติที่กำหนดให้ ตัวแปรอิสระประกอบด้วยคุณลักษณะงานที่สำคัญ 6 ตัวแปร โดยรายได้หรือค่าตอบแทนรวมเป็นตัวแปรเพียงตัวแปรเดียวที่เป็นตัวแปรต่อเนื่อง (continuous variable) ส่วนตัวแปรคุณลักษณะงานอื่นๆ เป็นตัวแปรหุ่น (dummy variable) นอกจากนี้ กำหนดให้กลุ่มอ้างอิงประกอบด้วยคุณลักษณะงานที่พึงประสงค์ ได้แก่ การมีโอกาสในการศึกษาต่อ การได้รับค่าปรึกษาจากแพทย์รุ่นพี่และความร่วมมือจากวิชาชีพอื่น สถานที่ตั้งของโรงพยาบาลอยู่ในพื้นที่เจริญแล้วและใกล้ตัวเมือง การมีภาระงานน้อยกว่าภาระงานเฉลี่ยในรูปของ FTE และการได้รับสวัสดิการที่ต้องการทั้งทางปริมาณและคุณภาพเต็มที่ นอกจากนี้ อายุ เพศ การปฏิบัติงานในโรงพยาบาลที่ตั้งอยู่ในจังหวัดเดียวกับภูมิลำเนาได้ถูกกำหนดให้เป็นตัวแปรควบคุม (control variables)

ผลการประมาณการแสดงให้เห็นว่าคุณลักษณะงานที่ส่งผลต่อการตัดสินใจเลือกสถานที่ปฏิบัติงานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับความเชื่อมั่นร้อยละ 99 (เรียงลำดับตามค่าสัมประสิทธิ์จากมากไปน้อย) มีดังนี้

1. โอกาสในการศึกษาต่อ - แพทย์มีแนวโน้มที่จะเลือกสถานที่ปฏิบัติงานนั้นน้อยลงหากไม่มีโอกาสในการศึกษาต่อ

2. บรรยายภาคในการทำงาน - แพทย์มีแนวโน้มที่จะเลือกสถานที่ปฏิบัติงานนั้นน้อยลงหากไม่ได้รับค่าปรึกษาจากแพทย์รุ่นพี่และความร่วมมือจากวิชาชีพอื่น
3. สถานที่ตั้งของโรงพยาบาล - แพทย์มีแนวโน้มที่จะเลือกสถานที่ปฏิบัติงานนั้นน้อยลงหากโรงพยาบาลตั้งอยู่ในพื้นที่ที่ยังไม่เจริญแล้ว ไม่มีสิ่งอำนวยความสะดวก และไกลจากตัวเมือง
4. ภาระงาน - แพทย์มีแนวโน้มที่จะเลือกสถานที่ปฏิบัติงานนั้นน้อยลงหากได้รับภาระงานมากกว่าภาระงานเฉลี่ยในรูปของ FTE (เมื่อเปรียบเทียบกับ การได้รับภาระงานน้อยกว่าภาระงานเฉลี่ย)
5. สวัสดิการ - แพทย์มีแนวโน้มที่จะเลือกสถานที่ปฏิบัติงานนั้นน้อยลงหากไม่ได้รับสวัสดิการที่ต้องการทั้งเชิงปริมาณและคุณภาพเต็มที่ (เมื่อเปรียบเทียบกับ การได้รับสวัสดิการที่ต้องการเต็มที่)
6. รายได้หรือค่าตอบแทนรวม - แพทย์มีแนวโน้มที่จะเลือกสถานที่ปฏิบัติงานนั้นมากขึ้นหากได้รับค่าตอบแทนรวมเพิ่มสูงขึ้น

จากค่าสัมประสิทธิ์ที่ได้ในตารางที่ 18 ผู้วิจัยได้คำนวณจำนวนเงินความเต็มใจรับ (WTA) เพื่อแลกกับการได้ปฏิบัติงานที่มีคุณลักษณะที่ดีกว่า หรือน่าพึงพอใจน้อยกว่า โดยคำนวณจากอัตราส่วนเพิ่มในการทดแทน (marginal rate of substitution: MRS) ซึ่งมีค่าเท่ากับค่าลบของอัตราส่วนของค่าสัมประสิทธิ์ของคุณลักษณะงานที่มีนัยสำคัญทางสถิติต่อค่าสัมประสิทธิ์ของรายได้หรือผลตอบแทนรวม ตัวอย่างเช่น WTA สำหรับการไม่มีโอกาสเรียนต่อจะมีค่าเท่ากับค่าสัมประสิทธิ์ของการไม่มีโอกาสเรียนต่อหารด้วยค่าสัมประสิทธิ์ของรายได้จะได้ค่าเท่ากับ $(-3.056/0.025) \times 1,000 = 97,548$ บาท

อย่างไรก็ตาม เนื่องจากอัตราส่วนที่คำนวณได้นี้สะท้อนค่า WTA ที่ผู้ตอบแบบสอบถามเลือกจากช่วงรายได้ที่กำหนดไว้ในแบบสอบถามซึ่งอาจมีค่าสูงกว่าความเป็นจริง ทั้งนี้ ค่าเฉลี่ยของรายได้จริง (อ้างอิงจากข้อมูลลักษณะพื้นฐาน) ของแพทย์ในกลุ่มตัวอย่างนี้ อยู่ที่ 66,526 บาท ขณะที่รายได้เฉลี่ยที่ประสงค์จะได้รับ (อ้างอิงจากค่าเฉลี่ยรายได้ในแบบจำลอง DCE) อยู่ที่ 84,787 บาท ดังนั้น ผู้วิจัยจึงได้ปรับค่า WTA โดยการปรับฐานรายได้เฉลี่ยที่

นำมาเปรียบเทียบให้เท่ากับรายได้เฉลี่ยจริงของผู้ตอบแบบสอบถามนั้นคือนำค่า WTA ที่คำนวณได้จากข้อมูลการสำรวจมาปรับด้วยค่าดัชนี 1.27 ($84,787/66,526 = 1.27$) ส่งผลให้ค่า WTA ของคุณลักษณะงานที่สำคัญสำหรับกลุ่มตัวอย่างแพทย์ใช้ทุนทั้งหมดเรียงลำดับความสำคัญจากมากไปน้อย เป็นดังนี้ (ตารางที่ 19)

1. WTA ของการไม่มีโอกาสในการเรียนต่อมีค่าประมาณ 97,548 บาท
2. WTA ของการไม่ได้รับได้รับค่าปรึกษาจากแพทย์รุ่นพี่และความร่วมมือจากวิชาชีพอื่นมีค่าประมาณ 53,800 บาท
3. WTA ของการปฏิบัติงานในโรงพยาบาลที่อยู่ในพื้นที่ยังไม่เจริญ ไม่มีสิ่งอำนวยความสะดวก และไกลจากตัวเมืองมีค่าประมาณ 22,428 บาท
4. WTA ของการได้รับการงานมากกว่าภาระงานเฉลี่ย (เมื่อเทียบกับการได้รับการงานน้อยกว่าภาระงานเฉลี่ย) มีค่าประมาณ 15,251 บาท
5. WTA ของการไม่ได้รับสวัสดิการที่ต้องการทั้งเชิงปริมาณและคุณภาพเลย (เมื่อเทียบกับการได้รับสวัสดิการที่ต้องการเต็มที่) มีค่าประมาณ 12,718 บาท

ผลการคำนวณ WTA ของคุณลักษณะงานข้างต้นแสดงให้เห็นว่าในการเลือกสถานที่ปฏิบัติงาน กลุ่มตัวอย่างแพทย์ใช้ทุนในปีที่ 2 - 3 ให้ความสำคัญกับปัจจัยทางด้านโอกาสในการศึกษาต่อ บรรยากาศในการทำงานและสถานที่ตั้งของโรงพยาบาลเป็นลำดับต้นๆ ขณะที่ภาระงานและสวัสดิการมีความสำคัญรองลงมาโดย WTA ของการไม่มีโอกาสในการศึกษาต่อมีจำนวนสูงกว่า WTA ของปัจจัยที่สำคัญรองลงมา (บรรยากาศในการทำงาน) ประมาณ 2 เท่า และคิดเป็น 7.6 เท่าของ WTA ของการไม่ได้รับสวัสดิการที่ต้องการ

อย่างไรก็ตาม ผลการศึกษาในส่วนนี้เป็นผลการวิเคราะห์จากกลุ่มตัวอย่างแพทย์ใช้ทุนทั้งหมด ดังนั้น เพื่อศึกษาว่าแพทย์ที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลชุมชนและแพทย์ที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลจังหวัดให้ความสำคัญกับคุณลักษณะของงานเหล่านี้แตกต่างกันหรือไม่ ผลการศึกษาในส่วนถัดไปจะเป็นการวิเคราะห์ WTA โดยแยกวิเคราะห์กลุ่มตัวอย่างแพทย์ทั้งสองกลุ่มนี้

ตารางที่ 18 ผลการประมาณการจาก Logistic Regression (กลุ่มตัวอย่างแพทย์ใช้ทุน
ในโรงพยาบาลทั้งสองประเภท)

	coef	se
รายได้หรือค่าตอบแทนรวม (หน่วย: พันบาท)	0.025***	0.002
ไม่มีโอกาสในการเรียนต่อ (ใช่ = 1, ไม่ใช่ = 0)	-3.056***	0.123
ไม่ได้รับค่าปรึกษาจากแพทย์รุ่นพี่และความร่วมมือจากวิชาชีพอื่น (ใช่ = 1, ไม่ใช่ = 0)	-1.686***	0.117
อยู่ในพื้นที่ยังไม่เจริญ ไม่มีสิ่งอำนวยความสะดวกครบครัน และไกลจากตัวเมือง (ใช่ = 1, ไม่ใช่ = 0)	-0.703***	0.107
ภาระงานเท่ากับภาระงานเฉลี่ยในรูปของ FTE (ใช่ = 1, ไม่ใช่ = 0)	0.136	0.135
ภาระงานมากกว่าภาระงานเฉลี่ยในรูปของ FTE (ใช่ = 1, ไม่ใช่ = 0)	-0.478***	0.125
ไม่ได้รับสวัสดิการที่ต้องการทั้งเชิงปริมาณและคุณภาพเลย (ใช่ = 1, ไม่ใช่ = 0)	-0.398***	0.130
ได้รับสวัสดิการที่ต้องการทั้งเชิงปริมาณและคุณภาพครึ่งเดียว (ใช่ = 1, ไม่ใช่ = 0)	0.141	0.130
อายุ	-0.000	0.027
เพศชาย	-0.039	0.099
ที่ตั้งของโรงพยาบาลอยู่ในจังหวัดเดียวกับภูมิลำเนาเดิม (ใช่ = 1, ไม่ใช่ = 0)	-0.043	0.119
ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลชุมชน (ใช่ = 1, ไม่ใช่ = 0)	0.005	0.103
Intercept	1.038	0.722
Number of observations	2,812	
Number of respondents	178	
LR chi2	1,283.811	
p-value	0.000	
Pseudo R2	0.329	

หมายเหตุ : *** p<0.01, ** p<0.05, * p<0.1

ที่มา : จากการคำนวณ

ตารางที่ 19 ผลการคำนวณ WTA จากวิธี DCE (กลุ่มตัวอย่างแพทย์ใช้ทุนในโรงพยาบาลทั้งสองประเภท)

คุณลักษณะงาน	WTA
ไม่มีโอกาสในการเรียนต่อ	97,548
ไม่ได้รับคำปรึกษาจากแพทย์รุ่นพี่และความร่วมมือจากวิชาชีพอื่น	53,800
อยู่ในพื้นที่ที่ยังไม่เจริญ ไม่มีสิ่งอำนวยความสะดวกครบครัน และไกลจากตัวเมือง	22,428
ภาระงานมากกว่าภาระงานเฉลี่ยในรูปของ FTE	15,251
ไม่ได้รับสวัสดิการที่ต้องการทั้งเชิงปริมาณและคุณภาพเลย	12,718

ที่มา : จากการคำนวณ

5.1.2.2 ผลการวิเคราะห์ความเต็มใจรับ (WTA) ด้วยวิธี DCE สำหรับแพทย์ใช้ทุน (กลุ่มตัวอย่างแพทย์ในโรงพยาบาลชุมชน)

ตารางที่ 20 แสดงผลการประมาณการจาก Logistic regression โดยใช้แบบจำลองเดียวกันกับการวิเคราะห์ข้างต้น แต่ใช้กลุ่มตัวอย่างเฉพาะแพทย์ที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลชุมชน ผลการวิเคราะห์พบว่าคุณลักษณะงานที่มีอิทธิพลต่อการเลือกสถานที่ปฏิบัติงานของแพทย์ใช้ทุนตลอดจนขนาดของค่าสัมประสิทธิ์ของแต่ละคุณลักษณะงานสอดคล้องกับผลการวิเคราะห์กล่าวคือ คุณลักษณะงานที่ส่งผลต่อการตัดสินใจเลือกสถานที่ปฏิบัติงานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (เรียงตามลำดับจากมากไปน้อย) ได้แก่ โอกาสในการศึกษาต่อ การได้รับคำปรึกษาจากแพทย์รุ่นพี่และความร่วมมือจากวิชาชีพอื่น พื้นที่ที่ตั้งของโรงพยาบาล ภาระงานที่มากกว่าภาระงานเฉลี่ย และการไม่ได้รับสวัสดิการที่ต้องการเลย ผลการวิเคราะห์จากกลุ่มตัวอย่างแพทย์ที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลชุมชนสอดคล้องกับผลการศึกษาที่ได้จากการวิเคราะห์กลุ่มตัวอย่างแพทย์ทั้งหมด ทั้งนี้เป็นเพราะแพทย์ในกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นแพทย์จากโรงพยาบาลชุมชน⁵

⁵ การที่มีกลุ่มตัวอย่างแพทย์ใช้ทุนที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลจังหวัดจำนวนน้อยมีสาเหตุมาจากการที่ผู้วิจัยได้กำหนดขอบเขตให้ผู้ตอบแบบสอบถามเป็นแพทย์ใช้ทุนในปีที่ 2 - 3 ซึ่งโดยธรรมชาติแล้วแพทย์กลุ่มนี้จะปฏิบัติงานในโรงพยาบาลชุมชนเป็นส่วนใหญ่

จากค่าสัมประสิทธิ์ที่ได้สามารถนำมาคำนวณจำนวนเงินความเต็มใจรับ (WTA) ของแพทย์ใช้ทุนเพื่อชดเชยกับการได้ปฏิบัติงานที่มีคุณลักษณะที่พึงพื่อน้อยกว่าคอลัมน์แรกในตารางที่ 22 แสดง WTA ของแพทย์ใช้ทุนที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลชุมชนต่อคุณลักษณะงานที่สำคัญ (เรียงตามลำดับมากไปน้อย) เป็นดังนี้

1. WTA ของการไม่มีโอกาสในการเรียนต่อมีค่าประมาณ 93,771 บาท
2. WTA ของการไม่ได้รับได้รับค่าปรึกษาจากแพทย์รุ่นพี่และความร่วมมือจากวิชาชีพอื่นมีค่าประมาณ 54,028 บาท
3. WTA ของการปฏิบัติงานในโรงพยาบาลที่อยู่ในพื้นที่ยังไม่เจริญไม่มีสิ่งอำนวยความสะดวก และไกลจากตัวเมืองมีค่าประมาณ 24, 471 บาท
4. WTA ของการได้ภาระงานมากกว่าภาระงานเฉลี่ย (เมื่อเทียบกับการได้ภาระงานน้อยกว่าภาระงานเฉลี่ย) มีค่าประมาณ 16,687 บาท
5. WTA ของการไม่ได้รับสวัสดิการที่ต้องการทั้งเชิงปริมาณและคุณภาพเลย (เมื่อเทียบกับการได้รับสวัสดิการที่ต้องการเต็มที่) มีค่าประมาณ 14,558 บาท

จะเห็นได้ว่า สำหรับกลุ่มตัวอย่างแพทย์ใช้ทุนในโรงพยาบาลชุมชน WTA ของการไม่มีโอกาสศึกษาต่อมีจำนวนมากกว่า WTA ของการมีบรรยากาศในการทำงานที่ไม่พึงประสงค์ประมาณ 1.7 เท่า และประมาณ 4 เท่า และ 6 เท่า เมื่อเทียบกับ WTA ของการอยู่ในพื้นที่ไม่เจริญ และการไม่ได้รับสวัสดิการที่พึงประสงค์ ตามลำดับ

5.1.2.3 ผลการวิเคราะห์ความเต็มใจรับ (WTA) จากวิธี DCE สำหรับแพทย์ใช้ทุน (กลุ่มตัวอย่างแพทย์ในโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไป)

ในทำนองเดียวกัน เมื่อใช้ข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างแพทย์ใช้ทุนที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไปเพื่อทดสอบคุณลักษณะ

งานที่มีอิทธิพลต่อการเลือกสถานที่ปฏิบัติงานของแพทย์ใช้ทุน ผลการศึกษา (ตารางที่ 21) พบว่า คุณลักษณะงานที่ส่งผลต่อการเลือกสถานที่ปฏิบัติงาน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติมีเพียงโอกาสทางการศึกษา การได้รับคำแนะนำ จากแพทย์รุ่นพี่และความร่วมมือจากวิชาชีพอื่น และที่ตั้งของโรงพยาบาล สำหรับภาระงานและสวัสดิการไม่พบว่าเป็นปัจจัยสำคัญอย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติ ทั้งนี้อาจเป็นเพราะจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่น้อย (มีเพียง 704 observations จากผู้ตอบแบบสอบถาม จำนวน 46 คนเท่านั้น)

คอลัมน์ที่สองในตารางที่ 22 แสดงมูลค่าความเต็มใจรับ (WTA) ต่อคุณลักษณะงานที่สำคัญของแพทย์ใช้ทุนที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลศูนย์ และโรงพยาบาลจังหวัด โดยเรียงตามลำดับมากไปน้อย ดังนี้

1. WTA ของการไม่มีโอกาสในการเรียนต่อมีค่าประมาณ 143,079 บาท
2. WTA ของการไม่ได้รับได้รับคำปรึกษาจากแพทย์รุ่นพี่และความร่วมมือจากวิชาชีพอื่นมีค่าประมาณ 71,667 บาท
3. WTA ของการปฏิบัติงานในโรงพยาบาลที่อยู่ในพื้นที่ยังไม่เจริญ ไม่มีสิ่งอำนวยความสะดวก และไกลจากตัวเมืองมีค่าประมาณ 16,041 บาท

จะเห็นได้ว่า สำหรับกลุ่มตัวอย่างแพทย์ที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาล ศูนย์และโรงพยาบาลจังหวัด WTA ของการไม่มีโอกาสศึกษาต่อสูงกว่า WTA ของบรรยากาศในการทำงานที่ไม่พึงประสงค์ประมาณ 2 เท่า และคิดเป็น ประมาณ 9 เท่าของ WTA ของการปฏิบัติงานในพื้นที่ยังไม่เจริญ นอกจากนี้ กลุ่มตัวอย่างแพทย์ที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลจังหวัด ยังมี WTA ต่อการไม่มีโอกาสศึกษาต่อและการไม่ได้รับคำแนะนำจากแพทย์ รุ่นพี่สูงกว่า WTA ของกลุ่มตัวอย่างแพทย์ใช้ทุนที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาล ชุมชน โดย WTA ของการไม่มีโอกาสในการเรียนต่อของแพทย์ที่ปฏิบัติงาน ในโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลจังหวัดมีค่ามากกว่า WTA ของแพทย์ ที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลชุมชน 1.53 เท่า ขณะที่ WTA ของแพทย์ที่

ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลจังหวัดต่อการไม่ได้รับ
คำแนะนำจากแพทย์รุ่นพี่คิดเป็น 1.33 เท่าของ WTA ของแพทย์ที่ปฏิบัติงาน
ในโรงพยาบาลชุมชน อย่างไรก็ตาม WTA ของแพทย์ที่ปฏิบัติงานใน
โรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลจังหวัดต่อการปฏิบัติงานในโรงพยาบาลที่
อยู่ในพื้นที่ยังไม่เจริญกลับมีค่าต่ำกว่า WTA ของแพทย์ที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาล
ชุมชนประมาณ 0.66 เท่า (ตารางที่ 22 คอลัมน์ที่ 3)

ตารางที่ 20 ผลการประมาณการจาก Logistic Regression (กลุ่มตัวอย่างแพทย์
ใช้ทุนใน swช.)

	coef	se
รายได้หรือค่าตอบแทนรวม (หน่วย: พันบาท)	0.025***	0.002
ไม่มีโอกาสในการเรียนต่อ (ใช่ = 1, ไม่ใช่ = 0)	-2.955***	0.141
ไม่ได้รับคำปรึกษาจากแพทย์รุ่นพี่และความร่วมมือจากวิชาชีพอื่น (ใช่ = 1, ไม่ใช่ = 0)	-1.702***	0.133
อยู่ในพื้นที่ยังไม่เจริญ ไม่มีสิ่งอำนวยความสะดวกครบครัน และไกลจากตัวเมือง (ใช่ = 1, ไม่ใช่ = 0)	-0.771***	0.123
ภาระงานเท่ากับภาระงานเฉลี่ยในรูปของ FTE (ใช่ = 1, ไม่ใช่ = 0)	0.075	0.155
ภาระงานมากกว่าภาระงานเฉลี่ยในรูปของ FTE (ใช่ = 1, ไม่ใช่ = 0)	-0.526***	0.145
ไม่ได้รับสวัสดิการที่ต้องการทั้งเชิงปริมาณและคุณภาพเลย (ใช่ = 1, ไม่ใช่ = 0)	-0.459***	0.150
ได้รับสวัสดิการที่ต้องการทั้งเชิงปริมาณและคุณภาพครั้งเดียว (ใช่ = 1, ไม่ใช่ = 0)	0.224	0.148
อายุ	-0.001	0.032
เพศชาย	-0.016	0.113
ที่ตั้งของโรงพยาบาลอยู่ในจังหวัดเดียวกับภูมิลำเนาเดิม (ใช่ = 1, ไม่ใช่ = 0)	-0.018	0.117
Intercept	0.989	0.857
Number of observations	2,108	
Number of respondents	134	
LR chi2	936.342	
p-value	0.000	
Pseudo R2	0.320	

หมายเหตุ : *** p<0.01, ** p<0.05, * p<0.1

ที่มา : จากการคำนวณ

ตารางที่ 21 ผลการประมาณการจาก Logistic Regression (กลุ่มตัวอย่างแพทย์ใช้ทุน
ใน swศ./swน.)

	coef	se
รายได้หรือค่าตอบแทนรวม (หน่วย: พันบาท)	0.024***	0.004
ไม่มีโอกาสในการเรียนต่อ (ใช่ = 1, ไม่ใช่ = 0)	-3.503***	0.268
ไม่ได้รับคำปรึกษาจากแพทย์รุ่นพี่และความร่วมมือจากวิชาชีพอื่น (ใช่ = 1, ไม่ใช่ = 0)	-1.754***	0.259
อยู่ในพื้นที่ยังไม่เจริญ ไม่มีสิ่งอำนวยความสะดวกครบครัน และไกลจากตัวเมือง (ใช่ = 1, ไม่ใช่ = 0)	-0.393*	0.225
ภาระงานเท่ากับภาระงานเฉลี่ยในรูปของ FTE (ใช่ = 1, ไม่ใช่ = 0)	0.431	0.291
ภาระงานมากกว่าภาระงานเฉลี่ยในรูปของ FTE (ใช่ = 1, ไม่ใช่ = 0)	-0.195	0.259
ไม่ได้รับสวัสดิการที่ต้องการทั้งเชิงปริมาณและคุณภาพเลย (ใช่ = 1, ไม่ใช่ = 0)	-0.245	0.270
ได้รับสวัสดิการที่ต้องการทั้งเชิงปริมาณและคุณภาพครึ่งเดียว (ใช่ = 1, ไม่ใช่ = 0)	-0.186	0.279
อายุ	-0.000	0.051
เพศชาย	-0.101	0.218
ที่ตั้งของโรงพยาบาลอยู่ในจังหวัดเดียวกับภูมิลำเนาเดิม (ใช่ = 1, ไม่ใช่ = 0)	0.063	0.231
Intercept	1.064	1.392
Number of observations	704	
Number of respondents	46	
LR chi2	360.484	
p-value	0.000	
Pseudo R2	0.369	

หมายเหตุ : *** p<0.01, ** p<0.05, * p<0.1

ที่มา : จากการคำนวณ

ตารางที่ 22 ผลการคำนวณ WTA จากวิธี DCE (กลุ่มตัวอย่างแพทย์ใช้ทุน)

คุณลักษณะงาน	WTA		จำนวนเท่าของ WTA รพศ./รพท. ที่สูงกว่า รพช.
	รพช.	รพศ./รพท.	
ไม่มีโอกาสในการเรียนต่อ	93,771	143,079	1.53
ไม่ได้รับคำปรึกษาจากแพทย์รุ่นพี่และความร่วมมือจากวิชาชีพอื่น	54,028	71,667	1.33
อยู่ในพื้นที่ยังไม่เจริญ ไม่มีสิ่งอำนวยความสะดวก ครบครัน และไกลจากตัวเมือง	24,471	16,041	0.66
ภาระงานมากกว่าภาระงานเฉลี่ยในรูปของ FTE	16,687	-	-
ไม่ได้รับสวัสดิการที่ต้องการทั้งเชิงปริมาณ และคุณภาพเลย	14,558	-	-

ที่มา : จากการคำนวณ

5.1.3 ผลการวิเคราะห์ความเต็มใจรับ (WTA) จากวิธี DCE สำหรับแพทย์ที่ปฏิบัติงานมาเป็นเวลา 7 - 20 ปีนับจากจบการศึกษา

5.1.3.1 ผลการวิเคราะห์ความเต็มใจรับ (WTA) จากวิธี DCE สำหรับแพทย์ที่ปฏิบัติงานมาเป็นเวลา 7 - 20 ปีนับจากจบการศึกษา (กลุ่มตัวอย่างแพทย์ทั้งหมด)

สำหรับกลุ่มตัวอย่างของแพทย์ที่ปฏิบัติงานมาเป็นเวลา 7 - 20 ปี นับจากจบการศึกษามีทั้งหมดจำนวน 305 คน แต่เนื่องจากแพทย์ 1 คน ไม่ระบุอายุ นอกจากนี้แพทย์อีกจำนวนหนึ่งไม่เลือกทางเลือกทั้งสองที่เป็นคู่สถานการณ์สมมติ ส่งผลให้จำนวน observations สุดท้ายอยู่ที่ 3,605 observations จากกลุ่มตัวอย่างแพทย์ทั้งหมด 304 คน

ตารางที่ 23 แสดงผลการประมาณการสมการถดถอยโดยใช้ Logistic regression ซึ่งมีตัวแปรตามเป็นการเลือกหรือไม่เลือกสถานการณ์สมมติที่กำหนดให้ตัวแปรอิสระประกอบด้วยคุณลักษณะงานที่สำคัญ 8 ตัวแปร โดยรายได้หรือค่าตอบแทนรวมเป็นตัวแปรเพียงตัวแปรเดียวที่เป็น

ตัวแปรต่อเนื่อง (continuous variable) ส่วนตัวแปรคุณลักษณะงานอื่นๆ เป็นตัวแปรหุ่น (dummy variable) ในที่นี้กำหนดให้กลุ่มอ้างอิง ประกอบด้วย คุณลักษณะงานที่พึงประสงค์ ได้แก่ การได้ปฏิบัติงานที่ตรงกับความเชี่ยวชาญ หรือความถนัด การมีโอกาสในการทำงานในภาคเอกชน สถานที่ตั้งของ โรงพยาบาล เป็นสถานที่ที่คิดว่าจะใช้ชีวิตที่เหลือน้อยและมีโอกาสทางการ ศึกษาของบุตร การมีโอกาสในความก้าวหน้าทางการงาน บรรยากาศในการ ทำงานมีการทำงานเป็นทีม การได้รับสวัสดิการที่ต้องการทั้งทางปริมาณ และคุณภาพ และฐานะทางสังคมหรือการยอมรับของสังคมมีแนวโน้มสูงขึ้น จากเดิม นอกจากนี้ อายุ เพศ สถานภาพสมรส การปฏิบัติงานเป็นแพทย์เฉพาะ ทาง การปฏิบัติงานในโรงพยาบาลที่ตั้งอยู่ในจังหวัดเดียวกับภูมิลำเนาได้ ถูกกำหนดให้เป็นตัวแปรควบคุม (control variables)

ผลการประมาณการแสดงให้เห็นว่าคุณลักษณะงานที่ส่งผลต่อ การตัดสินใจเลือกสถานที่ปฏิบัติงานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับความ เชื่อมั่นร้อยละ 99 (เรียงลำดับตามค่าสัมประสิทธิ์จากมากไปน้อย) มีดังนี้

1. สถานที่ที่ตั้งของโรงพยาบาล - แพทย์มีแนวโน้มที่จะเลือก สถานที่ปฏิบัติงานนั้นน้อยลงหากสถานที่ตั้งของโรงพยาบาล ไม่เป็นสถานที่ที่จะใช้ชีวิตการทำงานที่เหลือน้อยและไม่มี โอกาสทางการศึกษาของบุตร
2. สวัสดิการ - แพทย์มีแนวโน้มที่จะเลือกสถานที่ปฏิบัติงานนั้น น้อยลงหากไม่ได้รับสวัสดิการที่ต้องการทั้งเชิงปริมาณและ คุณภาพเลย (เมื่อเปรียบเทียบกับกรณีไม่ได้รับสวัสดิการที่ ต้องการเต็มที่)
3. บรรยากาศในการทำงาน - แพทย์มีแนวโน้มที่จะเลือกสถานที่ ปฏิบัติงานนั้นน้อยลงหากไม่มีการทำงานเป็นทีม และไม่มี ความร่วมมือของสหวิชาชีพ
4. การปฏิบัติงานตรงกับความเชี่ยวชาญหรือความถนัด - แพทย์ มีแนวโน้มที่จะเลือกสถานที่ปฏิบัติงานนั้นน้อยลงหากไม่ได้ ปฏิบัติงานตรงกับความเชี่ยวชาญ หรือความถนัด
5. ความก้าวหน้าทางการงาน - แพทย์มีแนวโน้มที่จะเลือกสถานที่ ปฏิบัติงานนั้นน้อยลงหากไม่มีโอกาสในความก้าวหน้าทางการงาน

6. รายได้หรือค่าตอบแทนรวม - แพทย์มีแนวโน้มที่จะเลือกสถานที่ปฏิบัติงานนั้นมากขึ้นหากได้รับค่าตอบแทนรวมเพิ่มสูงขึ้น

สำหรับปัจจัยทางด้านการมีโอกาสในการทำงานภาคเอกชน และฐานะทางสังคมหรือการยอมรับของสังคม ไม่พบว่าเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อการเลือกสถานที่ปฏิบัติงานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ในทำนองเดียวกันกับการวิเคราะห์ WTA ของแพทย์ใช้ทุนค่าสัมประสิทธิ์ของคุณลักษณะงานต่างๆ สามารถนำมาประมาณจำนวนเงินความเต็มใจรับ (WTA) เพื่อแลกกับการได้ปฏิบัติงานที่มีคุณลักษณะที่พึงพอใจน้อยกว่า โดยคำนวณจากอัตราส่วนเพิ่มในการทดแทน (marginal rate of substitution: MRS) ซึ่งมีค่าเท่ากับค่าลบของอัตราส่วนของค่าสัมประสิทธิ์ของคุณลักษณะงานที่มีนัยสำคัญทางสถิติต่อค่าสัมประสิทธิ์ของรายได้หรือผลตอบแทนรวม ตัวอย่างเช่น WTA สำหรับการได้ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลที่ตั้งอยู่ในพื้นที่ที่จะใช้ชีวิตการทำงานที่เหลือน้อยและมีโอกาสทางการศึกษาของบุตรจะมีค่าเท่ากับ $(-1.363/0.012)*1,000 = 112,197$ บาท

นอกจากนี้ เนื่องจากอัตราส่วนที่คำนวณได้นี้สะท้อนค่า WTA ที่ผู้ตอบแบบสอบถามเลือกจากช่วงรายได้ที่กำหนดให้ในแบบสอบถามซึ่งอาจมีค่าสูงกว่าความเป็นจริง ทั้งนี้ ค่าเฉลี่ยของรายได้จริง (อ้างอิงจากข้อมูลลักษณะพื้นฐาน) ของแพทย์ในกลุ่มตัวอย่างนี้อยู่ที่ 86,679 บาท ขณะที่รายได้เฉลี่ยที่ประสงค์จะได้รับ (อ้างอิงจากค่าเฉลี่ยรายได้ในแบบจำลอง DCE) อยู่ที่ 127,327 บาท ดังนั้น ผู้วิจัยจึงได้ปรับค่า WTA โดยการปรับฐานรายได้เฉลี่ยที่นำมาเปรียบเทียบให้เท่ากับรายได้เฉลี่ยจริงของผู้ตอบแบบสอบถาม นั่นคือนำค่า WTA ที่คำนวณได้จากข้อมูลการสำรวจมาปรับด้วยค่าดัชนี 1.47 ($127,327/86,679 = 1.47$)

ตารางที่ 24 แสดงค่า WTA ของคุณลักษณะงานที่สำคัญ โดยเรียงลำดับความสำคัญจากมากไปน้อย ดังนี้

1. WTA ของการได้ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลที่ตั้งอยู่ในพื้นที่ที่ไม่คิดว่าจะลงหลักปักฐานและไม่มีโอกาสทางการศึกษาของบุตรมีค่าประมาณ 78,587 บาท

2. WTA ของการไม่ได้รับสวัสดิการที่ต้องการทั้งเชิงปริมาณและคุณภาพเลย (เมื่อเทียบกับการได้รับสวัสดิการที่ต้องการเต็มที่) มีค่าประมาณ 56,244 บาท
3. WTA ของการปฏิบัติงานในโรงพยาบาลที่ไม่มีการทำงานเป็นทีมและไม่มีความร่วมมือของสหวิชาชีพมีค่าประมาณ 54,848 บาท
4. WTA ของการไม่ได้ปฏิบัติงานตรงกับความเชี่ยวชาญหรือความถนัดมีค่าประมาณ 47,980 บาท
5. WTA ของการไม่มีโอกาสในความก้าวหน้าทางการทำงานมีค่าประมาณ 44,058 บาท

ผลการคำนวณ WTA ของคุณลักษณะงานข้างต้นแสดงให้เห็นว่า กลุ่มตัวอย่างแพทย์ที่ปฏิบัติงานมาเป็นเวลา 7 - 20 ปีนับจากปีที่จบการศึกษา ให้ความสำคัญกับปัจจัยทางด้านครอบครัว สวัสดิการที่ได้รับ และบรรยากาศในการทำงานเป็นอันดับต้นๆ ในขณะที่การได้ปฏิบัติงานที่ตรงกับความถนัด และการมีโอกาสนำหน้าในทางการทำงานมีความสำคัญรองลงมา โดย WTA ของการได้ปฏิบัติงานในพื้นที่ที่ไม่พึงประสงค์คิดเป็นประมาณ 1.4 เท่าของ WTA ของการได้รับสวัสดิการที่น้อยกว่า และ WTA ของการมีสภาพหรือบรรยากาศในการทำงานที่ไม่พึงประสงค์ และประมาณ 1.6 เท่าของ WTA ของการไม่มีโอกาสในความก้าวหน้าทางการทำงานและ WTA ของการไม่ได้ปฏิบัติงานที่ตรงกับความเชี่ยวชาญหรือความถนัด

อย่างไรก็ตาม ผลการศึกษาในส่วนนี้เป็นผลการวิเคราะห์จากกลุ่มตัวอย่างแพทย์ที่ปฏิบัติงานมาเป็นเวลา 7 - 20 ปี นับจากปีที่จบการศึกษา ทั้งที่ปฏิบัติงานทั้งในโรงพยาบาลชุมชนและที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลศูนย์ และโรงพยาบาลจังหวัด ดังนั้น เพื่อศึกษาว่าแพทย์ที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลชุมชนและแพทย์ที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลจังหวัด ให้ความสำคัญกับคุณลักษณะของงานเหล่านี้แตกต่างกันหรือไม่ ผลการศึกษาในส่วนถัดไปจะเป็นการวิเคราะห์ WTA โดยแยกวิเคราะห์กลุ่มตัวอย่างแพทย์ทั้งสองกลุ่มนี้

ตารางที่ 23 ผลการประมาณการจาก Logistic Regression (กลุ่มตัวอย่างแพทย์
ปีที่ 7 - 20 ทั้งหมด)

	Coefficient	s.e.
รายได้หรือค่าตอบแทนรวม (หน่วย: พันบาท)	0.012***	0.001
ไม่ได้ปฏิบัติงานตรงกับเชี่ยวชาญหรือความถนัด (ใช่ = 1, ไม่ใช่ = 0)	-0.832***	0.077
ไม่มีโอกาสในการทำงานภาคเอกชน (ใช่ = 1, ไม่ใช่ = 0)	0.098	0.079
ไม่เป็นสถานที่ที่จะใช้ชีวิตการทำงานที่เหลืออยู่และไม่มีโอกาส ทางการศึกษาของบุตร (ใช่ = 1, ไม่ใช่ = 0)	-1.363***	0.081
ไม่มีโอกาสในความก้าวหน้าทางการงานเนื่องจากโรงพยาบาล มีการพัฒนาในอนาคต (ใช่ = 1, ไม่ใช่ = 0)	-0.808***	0.081
ไม่มีการทำงานเป็นทีม ไม่มีความร่วมมือของสหวิชาชีพ (ใช่ = 1, ไม่ใช่ = 0)	-0.952***	0.080
ไม่ได้รับสวัสดิการที่ต้องการทั้งเชิงปริมาณและคุณภาพเลย (ใช่ = 1, ไม่ใช่ = 0)	-0.976***	0.101
ได้รับสวัสดิการที่ต้องการทั้งเชิงปริมาณและคุณภาพครั้งเดียว (ใช่ = 1, ไม่ใช่ = 0)	0.039	0.091
ฐานะทางสังคมหรือการยอมรับของสังคมมีแนวโน้มที่ไม่ เปลี่ยนแปลงจากเดิม (ใช่ = 1, ไม่ใช่ = 0)	0.101	0.079
อายุ	0.002	0.006
เพศ (เพศชาย = 1, เพศหญิง = 0)	-0.012	0.085
สถานภาพสมรส (สมรส = 1, โสด/หย่า/หม้าย = 0)	-0.012	0.088
ปฏิบัติงานเป็นแพทย์เฉพาะทาง (ใช่ = 1, ไม่ใช่ = 0)	0.021	0.093
ปฏิบัติงานในจังหวัดเดียวกับภูมิลำเนา (ใช่ = 1, ไม่ใช่ = 0)	-0.001	0.077
ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลชุมชน (ใช่ = 1, ไม่ใช่ = 0)	0.011	0.096
Intercept	0.568*	0.300
Number of observations	3,605	
Number of respondents	304	
chi2	849.703	
p-value	0.000	
Pseudo R2	0.170	

หมายเหตุ : *** $p < 0.01$, ** $p < 0.05$, * $p < 0.1$

ที่มา : จากการคำนวณ

ตารางที่ 24 ผลการคำนวณ WTA ด้วยวิธี DCE (กลุ่มตัวอย่างแพทย์ปีที่ 7 - 20 ทั้งหมด)

คุณลักษณะงาน	WTA
ไม่เป็นสถานที่ที่จะใช้ชีวิตการทำงานที่เหลื่ออยู่และไม่มีโอกาสทางการศึกษาของบุตร	78,587
ไม่ได้รับสวัสดิการที่ต้องการทั้งเชิงปริมาณและคุณภาพเลย	56,244
ไม่มีการทำงานเป็นทีม ไม่มีความร่วมมือของสหวิชาชีพ	54,848
ไม่ได้ปฏิบัติงานตรงกับความเชี่ยวชาญหรือความถนัด	47,980
ไม่มีโอกาสในความก้าวหน้าทางการงานเนื่องจากโรงพยาบาลไม่มีการพัฒนาในอนาคต	46,571

5.1.3.2 ผลการวิเคราะห์ความเต็มใจรับ (WTA) จากวิธี DCE สำหรับแพทย์ที่ปฏิบัติงานมาเป็นเวลา 7 - 20 ปี นับจากจบการศึกษา (เฉพาะแพทย์ในโรงพยาบาลชุมชน)

ตารางที่ 25 แสดงผลการประมาณการจาก Logistic regression โดยใช้แบบจำลองเดียวกันกับการวิเคราะห์ข้างต้น แต่ใช้เฉพาะกลุ่มตัวอย่างจากแพทย์ที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลชุมชน ผลการวิเคราะห์พบว่าคุณลักษณะงานที่ส่งผลต่อการตัดสินใจเลือกสถานที่ปฏิบัติงานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (เรียงตามลำดับจากมากไปน้อย) ได้แก่ สถานที่ตั้งของโรงพยาบาล บรรยากาศในการทำงาน สวัสดิการ โอกาสในความก้าวหน้าทางการงาน และการได้ปฏิบัติงานที่ตรงกับความเชี่ยวชาญหรือความถนัด สำหรับปัจจัยด้านการมีโอกาในการทำงานภาคเอกชนและฐานะทางสังคม ไม่พบว่าส่งผลต่อการตัดสินใจเลือกสถานที่ปฏิบัติงานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

จากค่าสัมประสิทธิ์ที่ได้ ผู้วิจัยได้คำนวณจำนวนเงินความเต็มใจรับ (WTA) ของแพทย์ที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลชุมชนเพื่อชดเชยกับการปฏิบัติงานที่มีคุณลักษณะพึงประสงค์น้อยกว่า โดยเรียงตามลำดับจากมากไปน้อย ดังแสดงในคอลัมน์แรกของตารางที่ 27

1. WTA ของการปฏิบัติงานในโรงพยาบาลที่ตั้งอยู่ในพื้นที่ที่ไม่คิดว่าจะลงหลักปักฐานและไม่มีโอกาสทางการศึกษาของบุตร มีค่าประมาณ 71,011 บาท
2. WTA ของการปฏิบัติงานในโรงพยาบาลที่ไม่มีการทำงานเป็นทีมและไม่มีความร่วมมือของสหวิชาชีพมีค่าประมาณ 48,944 บาท

3. WTA ของการไม่ได้รับสวัสดิการที่ต้องการทั้งเชิงปริมาณ และคุณภาพเลย (เมื่อเทียบกับการได้รับสวัสดิการที่ต้องการ เต็มที่) มีค่าประมาณ 48,697 บาท
4. WTA ของการไม่มีโอกาสในความก้าวหน้าทางการทำงานมีค่า ประมาณ 41,811 บาท
5. WTA ของการไม่ได้ปฏิบัติงานตรงกับความเชี่ยวชาญหรือ ความถนัดมีค่าประมาณ 30,269 บาท

จะเห็นได้ว่า WTA ของปัจจัยที่สำคัญที่สุด (นั่นคือ พื้นที่ที่ตั้ง ของโรงพยาบาล) มีจำนวนมากกว่า WTA ของปัจจัยที่สำคัญรองลงมา (บรรยากาศในการทำงานและสวัสดิการ) คิดเป็นประมาณ 1.5 เท่า และ สูงกว่า WTA ของปัจจัยที่สำคัญน้อยที่สุดสำหรับกลุ่มแพทย์ตัวอย่างใน โรงพยาบาลชุมชน (การได้ปฏิบัติงานตรงความเชี่ยวชาญหรือความถนัด) ถึงประมาณ 2.3 เท่า

5.1.3.3 ผลการวิเคราะห์ความเต็มใจรับ (WTA) จากวิธี DCE สำหรับ แพทย์ที่ปฏิบัติงานมาเป็นเวลา 7 - 20 ปีนับจากจบการศึกษา (เฉพาะแพทย์ในโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลจังหวัด)

เมื่อประมาณการแบบจำลอง Logistic regression โดยใช้ กลุ่มตัวอย่างแพทย์ที่ปฏิบัติงานมาเป็นเวลา 7 - 20 ปีนับจากจบการศึกษา และปฏิบัติงานในโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลจังหวัด (ตารางที่ 26) ผลการศึกษาพบว่า คุณลักษณะงานที่ส่งผลต่อการเลือกสถานที่ปฏิบัติงาน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (เรียงตามลำดับความสำคัญ) ได้แก่ ปัจจัยด้าน สถานที่ตั้งของโรงพยาบาล การได้ปฏิบัติงานตรงกับความเชี่ยวชาญหรือ ความถนัด สวัสดิการ บรรยากาศในการทำงาน และโอกาสในความก้าวหน้า ทางการทำงาน สำหรับโอกาสในการทำงานในภาคเอกชนและฐานะทางสังคม ไม่ปรากฏว่าเป็นปัจจัยที่มีนัยสำคัญทางสถิติ

เมื่อคำนวณมูลค่าความเต็มใจรับจากค่าสัมประสิทธิ์ที่ได้ข้างต้น (คอลัมน์ที่ 2 ตารางที่ 27) จะได้จำนวน WTA ของคุณลักษณะงานที่สำคัญ (เรียงตามลำดับมากไปน้อย) ของแพทย์ที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลศูนย์และ โรงพยาบาลจังหวัด ดังนี้

1. WTA ของการปฏิบัติงานในโรงพยาบาลที่ตั้งอยู่ในพื้นที่ที่ไม่คิดว่าจะลงหลักปักฐานและไม่มีโอกาสทางการศึกษาของบุตร มีค่าประมาณ 106,756 บาท
2. WTA ของการไม่ได้ปฏิบัติงานตรงกับความเชี่ยวชาญหรือความถนัดมีค่าประมาณ 103,716 บาท
3. WTA ของการไม่ได้รับสวัสดิการที่ต้องการทั้งเชิงปริมาณและคุณภาพเลย (เมื่อเทียบกับการได้รับสวัสดิการที่ต้องการเต็มที่) มีค่าประมาณ 83,019 บาท
4. WTA ของการปฏิบัติงานในโรงพยาบาลที่ไม่มีการทำงานเป็นทีม และไม่มีความร่วมมือของสหวิชาชีพมีค่าประมาณ 76,559 บาท
5. WTA ของการไม่มีโอกาสในความก้าวหน้าทางการงานมีค่าประมาณ 63,627 บาท

จะเห็นได้ว่า สำหรับกลุ่มตัวอย่างแพทย์ที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลจังหวัด WTA ของคุณลักษณะงานที่สำคัญสองลำดับแรก (พื้นที่ที่ตั้งของโรงพยาบาล และการได้ปฏิบัติงานตรงความเชี่ยวชาญหรือความถนัด) มีจำนวนใกล้เคียงกันมาก และมีจำนวนสูงกว่า WTA ของคุณลักษณะงานที่สำคัญน้อยที่สุด (โอกาสในความก้าวหน้าทางการงาน) ประมาณ 1.67 เท่า

เมื่อเปรียบเทียบ WTA ของแพทย์ที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลจังหวัดกับ WTA ของแพทย์ที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลชุมชน สำหรับทุกคุณลักษณะงานจะเห็นได้ว่า WTA ของแพทย์ที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลจังหวัดมีค่ามากกว่า WTA ของแพทย์ที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลชุมชนอยู่ในช่วง 1.5 ถึง 3.4 เท่า (คอลัมน์ที่ 3 ตารางที่ 27) โดย WTA ของแพทย์ที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลจังหวัดต่อการไม่ได้ปฏิบัติงานที่ตรงกับความเชี่ยวชาญมีค่าสูงกว่า WTA ของแพทย์ตัวอย่างที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลชุมชนมากกว่า 3 เท่า

เมื่อพิจารณาลำดับความสำคัญของคุณลักษณะงานต่างๆ เหล่านี้ จะพบว่า นอกเหนือไปจากปัจจัยด้านที่ตั้งของโรงพยาบาล (เป็นสถานที่ที่จะลงหลักปักฐาน) ซึ่งแพทย์ที่ปฏิบัติงานมาแล้วเป็นเวลา 7 - 20 ปีนับจากจบการศึกษาในโรงพยาบาลทั้งสองประเภทให้ความสำคัญกับสถานที่ตั้งของโรงพยาบาลเป็นลำดับแรกแล้ว คุณลักษณะงานอื่นๆ ที่แพทย์ในโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลจังหวัดให้ความสำคัญมีลำดับแตกต่างไปจากลำดับของคุณลักษณะงานที่แพทย์ในโรงพยาบาลชุมชนให้ความสำคัญ (ตารางที่ 28) โดยแพทย์ที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลจังหวัดให้ความสำคัญกับการได้ปฏิบัติงานที่ตรงกับความเชี่ยวชาญหรือความถนัดเป็นลำดับที่สอง และใกล้เคียงกับปัจจัยด้านสถานที่ปฏิบัติงาน ตามด้วยบรรยากาศในการทำงาน สวัสดิการ และโอกาสในความก้าวหน้าทางงาน ขณะที่แพทย์ที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลชุมชนให้ความสำคัญกับสวัสดิการและบรรยากาศในการทำงานเป็นลำดับรองจากปัจจัยด้านสถานที่ และให้ความสำคัญกับการได้ปฏิบัติงานที่ตรงกับความเชี่ยวชาญเป็นลำดับสุดท้าย

ตารางที่ 25 ผลการประมาณการจาก Logistic Regression (กลุ่มตัวอย่างแพทย์
ปีที่ 7 - 20 ในโรงพยาบาลชุมชน)

	coef	se
รายได้หรือค่าตอบแทนรวม (หน่วย: พันบาท)	0.013***	0.001
ไม่ได้ปฏิบัติงานตรงกับเชี่ยวชาญหรือความถนัด (ใช่ = 1, ไม่ใช่ = 0)	-0.573***	0.092
ไม่มีโอกาสในการทำงานภาคเอกชน (ใช่ = 1, ไม่ใช่ = 0)	0.112	0.095
ไม่เป็นสถานที่ที่จะใช้ชีวิตการทำงานที่เหลืออยู่และไม่มีโอกาส ทางการศึกษาของบุตร (ใช่ = 1, ไม่ใช่ = 0)	-1.343***	0.097
ไม่มีโอกาสในความก้าวหน้าทางการงานเนื่องจากโรงพยาบาล มีการพัฒนาในอนาคต (ใช่ = 1, ไม่ใช่ = 0)	-0.791***	0.096
ไม่มีการทำงานเป็นทีม ไม่มีความร่วมมือของสหวิชาชีพ (ใช่ = 1, ไม่ใช่ = 0)	-0.926***	0.096
ไม่ได้รับสวัสดิการที่ต้องการทั้งเชิงปริมาณและคุณภาพเลย (ใช่ = 1, ไม่ใช่ = 0)	-0.921***	0.122
ได้รับสวัสดิการที่ต้องการทั้งเชิงปริมาณและคุณภาพครั้งเดียว (ใช่ = 1, ไม่ใช่ = 0)	-0.005	0.109
ฐานะทางสังคมหรือการยอมรับของสังคมมีแนวโน้ม ที่ไม่เปลี่ยนแปลงจากเดิม (ใช่ = 1, ไม่ใช่ = 0)	0.048	0.094
อายุ	0.003	0.007
เพศ (เพศชาย = 1, เพศหญิง = 0)	-0.013	0.103
สถานภาพสมรส (สมรส = 1, โสด/หย่า/หม้าย = 0)	-0.017	0.109
ปฏิบัติงานเป็นแพทย์เฉพาะทาง (ใช่ = 1, ไม่ใช่ = 0)	0.026	0.095
ปฏิบัติงานในจังหวัดเดียวกับภูมิลำเนา (ใช่ = 1, ไม่ใช่ = 0)	0.009	0.094
Intercept	0.227	0.342
Number of observations	2,453	
Number of respondents	206	
LR chi2	550.428	
p-value	0.000	
Pseudo R2	0.162	

หมายเหตุ : *** p<0.01, ** p<0.05, * p<0.1

ที่มา : จากการคำนวณ

ตารางที่ 26 ผลการประมาณการจาก Logistic Regression (กลุ่มตัวอย่างแพทย์
ปีที่ 7 - 20 ในโรงพยาบาลศูนย์/จังหวัด)

	coef	se
รายได้หรือค่าตอบแทนรวม (หน่วย: พันบาท)	0.009***	0.002
ไม่ได้ปฏิบัติงานตรงกับเชี่ยวชาญหรือความถนัด (ใช่ = 1, ไม่ใช่ = 0)	-1.422***	0.143
ไม่มีโอกาสในการทำงานภาคเอกชน (ใช่ = 1, ไม่ใช่ = 0)	0.070	0.146
ไม่เป็นสถานที่ที่จะใช้ชีวิตการทำงานที่เหลื่ออยู่และไม่มีโอกาส ทางการศึกษาของบุตร (ใช่ = 1, ไม่ใช่ = 0)	-1.464***	0.153
ไม่มีโอกาสในความก้าวหน้าทางการงานเนื่องจากโรงพยาบาลมี การพัฒนาในอนาคต (ใช่ = 1, ไม่ใช่ = 0)	-0.872***	0.150
ไม่มีการทำงานเป็นทีม ไม่มีความร่วมมือของสหวิชาชีพ (ใช่ = 1, ไม่ใช่ = 0)	-1.050***	0.151
ไม่ได้รับสวัสดิการที่ต้องการทั้งเชิงปริมาณและคุณภาพเลย (ใช่ = 1, ไม่ใช่ = 0)	-1.138***	0.186
ได้รับสวัสดิการที่ต้องการทั้งเชิงปริมาณและคุณภาพครั้งเดียว (ใช่ = 1, ไม่ใช่ = 0)	0.148	0.165
ฐานะทางสังคมหรือการยอมรับของสังคมมีแนวโน้ม ที่ไม่เปลี่ยนแปลงจากเดิม (ใช่ = 1, ไม่ใช่ = 0)	0.219	0.146
อายุ	0.000	0.011
เพศ (เพศชาย = 1, เพศหญิง = 0)	-0.002	0.156
สถานภาพสมรส (สมรส = 1, โสด/หย่า/หม้าย = 0)	-0.005	0.152
ปฏิบัติงานเป็นแพทย์เฉพาะทาง (ใช่ = 1, ไม่ใช่ = 0)	-0.012	0.434
ปฏิบัติงานในจังหวัดเดียวกับภูมิลำเนา (ใช่ = 1, ไม่ใช่ = 0)	-0.005	0.142
Intercept	1.483**	0.650
Number of observations	1,152	
Number of respondents	98	
LR chi2	335.599	
p-value	0.000	
Pseudo R2	0.210	

หมายเหตุ : *** p<0.01, ** p<0.05, * p<0.1

ที่มา : จากการคำนวณ

ตารางที่ 27 WTA ของแพทย์ที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลชุมชนเปรียบเทียบกับแพทย์ที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลศูนย์/จังหวัด (กลุ่มตัวอย่างแพทย์ที่ปฏิบัติงานมาเป็นเวลา 7 - 20 ปี)

คุณลักษณะงาน	WTA		จำนวนเท่าของ WTA รพศ./รพท. ที่สูงกว่า รพช.
	รพช.	รพศ./รพท.	
ไม่เป็นสถานที่ที่จะใช้ชีวิตการทำงานที่เหลืออยู่และไม่มีโอกาสทางการศึกษาของบุตร	71,011	106,756	1.50
ไม่ได้รับสวัสดิการที่ต้องการทั้งเชิงปริมาณและคุณภาพเลย	48,697	83,019	1.70
ไม่มีการทำงานเป็นทีม ไม่มีความร่วมมือของสหวิชาชีพ	48,944	76,559	1.56
ไม่มีโอกาสในความก้าวหน้าทางการงานเนื่องจากโรงพยาบาลมีการพัฒนาในอนาคต	41,811	63,627	1.52
ไม่ได้ปฏิบัติงานตรงกับความเชี่ยวชาญหรือความถนัด	30,269	103,716	3.43

ที่มา : จากการคำนวณ

ตารางที่ 28 ลำดับของ WTA (วิธี DCE) สำหรับแต่ละลักษณะการทำงานของกลุ่มตัวอย่างแพทย์ที่ปฏิบัติงานมาเป็นเวลา 7 - 20 ปี นับจากจบการศึกษา

คุณลักษณะงาน	WTA	
	รพช.	รพศ./รพท.
ไม่เป็นสถานที่ที่จะใช้ชีวิตการทำงานที่เหลืออยู่และไม่มีโอกาสทางการศึกษาของบุตร	1	1
ไม่มีการทำงานเป็นทีม ไม่มีความร่วมมือของสหวิชาชีพ	2	4
ไม่ได้รับสวัสดิการที่ต้องการทั้งเชิงปริมาณและคุณภาพเลย	3	3
ไม่มีโอกาสในความก้าวหน้าทางการงานเนื่องจากโรงพยาบาลมีการพัฒนาในอนาคต	4	5
ไม่ได้ปฏิบัติงานตรงกับความเชี่ยวชาญหรือความถนัด	5	2

ที่มา : จากการคำนวณ

5.2 ผลการวิเคราะห์ WTA โดยใช้ Contingent Valuation Method (CVM)

ความเต็มใจรับ (willingness to accept หรือ WTA) เป็นมูลค่าที่แพทย์ต้องการรับค่าตอบแทนเพิ่มขึ้น หรือความยินดีที่จะได้รับการชดเชยเพื่อแลกกับการทำงานที่มีลักษณะที่ไม่น่าพึงพอใจ (เช่น การทำงานในชนบท เป็นต้น) หรือเป็นมูลค่าที่แพทย์ยอมรับค่าตอบแทนที่ลดลง (willingness to pay: WTP) เพื่อแลกกับการทำงานที่มีลักษณะที่น่าพึงพอใจ (เช่น การทำงานในเมือง เป็นต้น) โดยปกติแล้ว CVM เป็นการประเมิน WTA ของแต่ละลักษณะงานที่ไม่น่าพึงพอใจ (นั่นคือเป็นแบบ decomposed approach) เนื่องจากในการศึกษานี้ต้องการนำ WTA ของแต่ละลักษณะงานที่ไม่น่าพึงพอใจมาเปรียบเทียบกันเพื่อให้เห็นภาพรวมของการเรียงลำดับความไม่น่าพึงพอใจของทุกลักษณะงาน ซึ่งจะทำให้การ trade-off ระหว่างลักษณะงานที่ไม่น่าพึงพอใจเป็นที่ยอมรับ ผลการสำรวจข้อมูล WTA ที่ได้จากวิธี CVM และการคำนวณเพื่อให้ได้ผลลัพธ์สุดท้ายที่ได้กล่าวถึงข้างต้นเป็นดังต่อไปนี้

5.2.1 ผลการวิเคราะห์ WTA ของกลุ่มตัวอย่างแพทย์ใช้ทุนด้วยวิธี CVM

5.2.1.1 ผลการวิเคราะห์ WTA ของกลุ่มตัวอย่างแพทย์ใช้ทุนทั้งหมด

จากการสำรวจข้อมูลที่คำถามอ้างอิงถึงลักษณะการทำงานเพียงประเภทเดียวในแต่ละคำถามและใช้ค่าตอบแทนที่สมมติขึ้นมา แพทย์ที่เป็นตัวอย่างได้ให้ค่าเฉลี่ย WTA ของลักษณะการทำงาน 5 ประเภทเรียงจากมากไปน้อยดังนี้

- WTA ของการไม่ได้รับคำปรึกษาจากแพทย์รุ่นพี่และความร่วมมือจากวิชาชีพอื่นเป็น 36,471 บาท
- WTA ของการมีภาระงานใหม่ซึ่งมากกว่าภาระงานเฉลี่ยเป็น 36,041 บาท
- WTA ของการทำงานอยู่ในพื้นที่ไม่เจริญซึ่งมีสิ่งอำนวยความสะดวกในการดำรงชีพที่จำกัด 34,663 บาท
- WTA ของการไม่ได้รับสวัสดิการเป็น 32,821 บาท
- WTA ของการเลือกทำงานแทนที่จะเรียนต่อเป็น 29,589 บาท (ตัวเลขนี้เป็นของตัวอย่างที่ตอบว่าอาจจะเลือกที่จะทำงานแทนที่จะเรียนต่อซึ่งมีสัดส่วนเป็นร้อยละ 40 ของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด อีกนัยหนึ่งก็คือ มีตัวอย่างร้อยละ 60 ที่ยืนยันว่าจะเรียนต่อเพียงอย่างเดียว)

เพื่อปรับข้อมูล WTA ข้างต้นให้สอดคล้องกับค่าตอบแทนที่แพทย์ต้องการจากการทำงานที่มีลักษณะไม่น่าพึงพอใจและเชื่อมโยงแต่ละลักษณะงานเข้าด้วยกัน การสำรวจข้อมูลได้ถามถึงค่าตอบแทนที่แพทย์ต้องการได้จากการทำงานในปัจจุบันไปสู่การทำงานที่มีลักษณะไม่น่าพึงพอใจ (3 ลักษณะพร้อมกันในหนึ่งคำถาม) คำตอบที่ได้เป็นดังต่อไปนี้

- ค่าตอบแทนจากการทำงานต่อในโรงพยาบาลที่ไม่ได้รับคำปรึกษาจากแพทย์รุ่นพี่และความร่วมมือจากวิชาชีพอื่น และอยู่ในพื้นที่ยังไม่เจริญซึ่งมีสิ่งอำนวยความสะดวกในการดำรงชีพที่จำกัดเป็น 132,895 บาท
- ค่าตอบแทนจากการทำงานต่อในโรงพยาบาลที่ภาระงานมากกว่าภาระงานเฉลี่ยเป็นร้อยละ 10 และได้รับสวัสดิการที่ต้องการทั้งเชิงปริมาณและคุณภาพครึ่งเดียว (ร้อยละ 50) เป็น 113,766 บาท

เนื่องจาก WTA ที่ต้องการเป็นค่าตอบแทนที่เพิ่มเติม (ซึ่งเกี่ยวข้องกับการทำงานที่มีลักษณะที่ไม่น่าพึงพอใจ) จากค่าตอบแทนในปัจจุบัน ค่าตอบแทนที่สอดคล้องกับ WTA จึงเป็นผลต่างของค่าตอบแทนข้างต้นกับค่าตอบแทนที่ได้จากการทำงานในโรงพยาบาลปัจจุบัน ค่าตอบแทนสำหรับการทำงานที่มีลักษณะที่ไม่น่าพึงพอใจข้างต้นจึงเป็นดังนี้

- ค่าตอบแทนสำหรับการทำงานต่อในโรงพยาบาลที่ไม่ได้รับคำปรึกษาจากแพทย์รุ่นพี่และความร่วมมือจากวิชาชีพอื่น และอยู่ในพื้นที่ยังไม่เจริญซึ่งมีสิ่งอำนวยความสะดวกในการดำรงชีพที่จำกัดเป็น 66,369 บาท
- ค่าตอบแทนสำหรับการทำงานต่อในโรงพยาบาลที่ภาระงานมากกว่าภาระงานเฉลี่ยเป็นร้อยละ 10 และได้รับสวัสดิการที่ต้องการทั้งเชิงปริมาณและคุณภาพครึ่งเดียว (ร้อยละ 50) เป็น 47,240 บาท

เมื่อนำ WTA ของแต่ละลักษณะงานจากการสำรวจมารวมเป็น WTA สำหรับการทำงานทั้งสองชุด จะได้เป็น 100,722 บาท และ 98,451 บาท ตามลำดับ ผลรวมของ WTA ทั้งสองชุดเป็น 199,173 บาท ผลรวมของค่าตอบแทนสำหรับการทำงานที่ไม่น่าพึงพอใจทั้งสองชุดเป็น

113,609 บาท ฉะนั้น สัดส่วนของค่าตอบแทนที่ต้องการสำหรับการทำงานที่ไม่น่าพึงพอใจเทียบกับ WTA เป็น 57.04% การนำสัดส่วนนี้ไปปรับกับ WTA ของแต่ละลักษณะงานที่ได้จากการสำรวจจะได้ WTA ที่อ้างอิงจากค่าตอบแทนที่แพทย์ได้รับในปัจจุบัน (ไม่เป็นค่าตอบแทนสมมติอีกต่อไป) และเชื่อมโยงกันระหว่างลักษณะงานแต่ละประเภท ซึ่งแสดงในตารางที่ 29

ตารางที่ 29 WTA ที่ปรับแล้วของลักษณะการทำงาน 5 ประเภท พร้อมกับการเปรียบเทียบในรูปของเท่าและร้อยละระหว่างลักษณะการทำงานแต่ละประเภท (กลุ่มตัวอย่างแพทย์ใช้ทุนทั้งหมด)

ลักษณะการทำงาน	WTA ที่ปรับแล้ว (บาท)	การเปรียบเทียบ WTA ที่ปรับแล้ว (เป็นเท่าเทียบกับ WTA ที่มีค่าต่ำสุด)	การเปรียบเทียบ WTA ที่ปรับแล้ว (เป็นร้อยละเทียบกับ WTA ที่มีค่าต่ำสุด)
การไม่ได้รับคำปรึกษาจากแพทย์รุ่นพี่และความร่วมมือจากวิชาชีพอื่น	20,803	1.23	23%
การมีภาระงานใหม่ซึ่งมากกว่าภาระงานเฉลี่ย	20,558	1.22	22%
การทำงานอยู่ในพื้นที่ไม่เจริญซึ่งมี	19,771	1.17	17%
สิ่งอำนวยความสะดวกในการดำรงชีพที่จำกัด	18,721	1.11	11%
การไม่ได้รับสวัสดิการ			
การเลือกทำงานแทนที่จะเรียนต่อ	16,878		

ที่มา : จากการคำนวณ

5.2.1.2 ผลการวิเคราะห์ WTA ของกลุ่มตัวอย่างแพทย์ใช้ทุนในโรงพยาบาลชุมชน

แพทย์ที่เป็นตัวอย่างได้ให้ค่าเฉลี่ย WTA ของลักษณะการทำงาน 5 ประเภท เรียงจากมากไปน้อยดังนี้

- WTA ของการไม่ได้รับคำปรึกษาจากแพทย์รุ่นพี่และความร่วมมือจากวิชาชีพอื่นเป็น 37,321 บาท
- WTA ของการมีภาระงานใหม่ซึ่งมากกว่าภาระงานเฉลี่ยเป็น 35,576 บาท

- WTA ของการทำงานอยู่ในพื้นที่ไม่เจริญซึ่งมีสิ่งอำนวยความสะดวกในการดำรงชีพที่จำกัด 35,203 บาท
- WTA ของการไม่ได้รับสวัสดิการเป็น 31,455 บาท
- WTA ของการเลือกทำงานแทนที่จะเรียนต่อเป็น 30,492 บาท

ค่าตอบแทนที่แพทย์ต้องการได้จากการทำงานในปัจจุบันไปสู่การทำงานที่มีลักษณะไม่น่าพึงพอใจ (3 ลักษณะพร้อมกันในหนึ่งคำถาม) คำตอบที่ได้เป็นดังต่อไปนี้

- ค่าตอบแทนจากการทำงานต่อในโรงพยาบาลที่ไม่ได้รับค่าปรึกษาจากแพทย์รุ่นพี่และความร่วมมือจากวิชาชีพอื่น และอยู่ในพื้นที่ที่ยังไม่เจริญซึ่งมีสิ่งอำนวยความสะดวกในการดำรงชีพที่จำกัดเป็น 131,284 บาท
- ค่าตอบแทนจากการทำงานต่อในโรงพยาบาลที่ภาระงานมากกว่าภาระงานเฉลี่ยเป็นร้อยละ 10 และได้รับสวัสดิการที่ต้องการทั้งเชิงปริมาณและคุณภาพครั้งเดียว (ร้อยละ 50) เป็น 115,000 บาท

เนื่องจาก WTA ที่ต้องการเป็นค่าตอบแทนที่เพิ่มเติม (ซึ่งเกี่ยวข้องกับการทำงานที่มีลักษณะที่ไม่น่าพึงพอใจ) จากค่าตอบแทนในปัจจุบัน ค่าตอบแทนที่สอดคล้องกับ WTA จึงเป็นผลต่างของค่าตอบแทนข้างต้นกับค่าตอบแทนที่ได้จากการทำงานในโรงพยาบาลปัจจุบัน ค่าตอบแทนสำหรับการทำงานที่มีลักษณะที่ไม่น่าพึงพอใจข้างต้นจึงเป็นดังนี้

- ค่าตอบแทนสำหรับการทำงานต่อในโรงพยาบาลที่ไม่ได้รับค่าปรึกษาจากแพทย์รุ่นพี่และความร่วมมือจากวิชาชีพอื่น และอยู่ในพื้นที่ที่ยังไม่เจริญ ซึ่งมีสิ่งอำนวยความสะดวกในการดำรงชีพที่จำกัดเป็น 63,648 บาท
- ค่าตอบแทนสำหรับการทำงานต่อในโรงพยาบาลที่ภาระงานมากกว่าภาระงานเฉลี่ยเป็นร้อยละ 10 และได้รับสวัสดิการที่ต้องการทั้งเชิงปริมาณและคุณภาพครั้งเดียว (ร้อยละ 50) เป็น 47,364 บาท

เมื่อนำ WTA ของแต่ละลักษณะงานจากการสำรวจมารวมเป็น WTA สำหรับการทำงานทั้งสองชุด จะได้เป็น 103,016 บาท และ 97,552 บาท ตามลำดับ ผลรวมของ WTA ทั้งสองชุดเป็น 200,538 บาท ผลรวมของค่าตอบแทนสำหรับการทำงานที่ไม่น่าพึงพอใจทั้งสองชุดเป็น 111,012 บาท ฉะนั้น สัดส่วนของค่าตอบแทนที่ต้องการสำหรับการทำงานที่ไม่น่าพึงพอใจเทียบกับ WTA เป็น 55.4% การนำสัดส่วนนี้ไปปรับกับ WTA ของแต่ละลักษณะงานที่ได้จากการสำรวจจะได้ WTA ที่อ้างอิงจากค่าตอบแทนที่แพทย์ได้รับในปัจจุบัน (ไม่เป็นค่าตอบแทนสมมติอีกต่อไป) และเชื่อมโยงกันระหว่างลักษณะงานแต่ละประเภท ซึ่งแสดงในตารางที่ 30

ตารางที่ 30 WTA ที่ปรับแล้วของลักษณะการทำงาน 5 ประเภท พร้อมกับการเปรียบเทียบในรูปของค่าเฉลี่ยระหว่างลักษณะการทำงานแต่ละประเภท (กลุ่มตัวอย่างแพทย์ใช้ทุนในโรงพยาบาลชุมชน)

ลักษณะการทำงาน	WTA ที่ปรับแล้ว (บาท)	การเปรียบเทียบ WTA ที่ปรับแล้ว (เป็นเท่าเทียบกับ WTA ที่มีค่าต่ำสุด)	การเปรียบเทียบ WTA ที่ปรับแล้ว (เป็นร้อยละเทียบกับ WTA ที่มีค่าต่ำสุด)
การไม่ได้รับคำปรึกษาจากแพทย์รุ่นพี่และความร่วมมือจากวิชาชีพอื่น	20,676	1.22	22%
การมีภาระงานใหม่ซึ่งมากกว่าภาระงานเฉลี่ย	19,709	1.17	17%
การทำงานอยู่ในพื้นที่ไม่เจริญซึ่งมีสิ่งอำนวยความสะดวกในการดำรงชีพที่จำกัด	19,503	1.15	15%
การไม่ได้รับสวัสดิการ	17,426	1.03	3%
การเลือกทำงานแทนที่จะเรียนต่อ	16,892		

ที่มา : จากการคำนวณ

5.2.1.3 ผลการวิเคราะห์ WTA ของกลุ่มตัวอย่างแพทย์ใช้ทุนในโรงพยาบาลทั่วไปและโรงพยาบาลศูนย์

แพทย์ที่เป็นตัวอย่างได้ให้ค่าเฉลี่ย WTA ของลักษณะการทำงาน 5 ประเภท เรียงจากมากไปน้อยดังนี้

- WTA ของการมีภาระงานใหม่ซึ่งมากกว่าภาระงานเฉลี่ย เป็น 37,206 บาท
- WTA ของการไม่ได้รับสวัสดิการเป็น 36,087 บาท
- WTA ของการไม่ได้รับคำปรึกษาจากแพทย์รุ่นพี่และความร่วมมือจากวิชาชีพอื่นเป็น 32,500 บาท
- WTA ของการทำงานอยู่ในพื้นที่ไม่เจริญซึ่งมีสิ่งอำนวยความสะดวกในการดำรงชีพที่จำกัด 32,500 บาท
- WTA ของการเลือกทำงานแทนที่จะเรียนต่อเป็น 25,000 บาท

ค่าตอบแทนที่แพทย์ต้องการได้จากการทำงานในปัจจุบันไปสู่การทำงานที่มีลักษณะไม่น่าพึงพอใจ (3 ลักษณะพร้อมกันในหนึ่งคำถาม) คำตอบที่ได้เป็นดังต่อไปนี้

- ค่าตอบแทนจากการทำงานต่อในโรงพยาบาลที่ไม่ได้รับคำปรึกษาจากแพทย์รุ่นพี่และความร่วมมือจากวิชาชีพอื่น และอยู่ในพื้นที่ยังไม่เจริญซึ่งมีสิ่งอำนวยความสะดวกในการดำรงชีพที่จำกัดเป็น 138,571 บาท
- ค่าตอบแทนจากการทำงานต่อในโรงพยาบาลที่ภาระงานมากกว่าภาระงานเฉลี่ยเป็นร้อยละ 10 และได้รับสวัสดิการที่ต้องการทั้งเชิงปริมาณและคุณภาพครั้งเดียว (ร้อยละ 50) เป็น 110,682 บาท

เนื่องจาก WTA ที่ต้องการเป็นค่าตอบแทนที่เพิ่มเติม (ซึ่งเกี่ยวข้องกับการทำงานที่มีลักษณะที่ไม่น่าพึงพอใจ) จากค่าตอบแทนในปัจจุบัน ค่าตอบแทนที่สอดคล้องกับ WTA จึงเป็นผลต่างของค่าตอบแทนข้างต้นกับค่าตอบแทนที่ได้จากการทำงานในโรงพยาบาลปัจจุบัน ค่าตอบแทนสำหรับการทำงานที่มีลักษณะที่ไม่น่าพึงพอใจข้างต้นจึงเป็นดังนี้

- ค่าตอบแทนสำหรับการทำงานต่อในโรงพยาบาลที่ไม่ได้รับคำปรึกษาจากแพทย์รุ่นพี่และความร่วมมือจากวิชาชีพอื่น และอยู่ในพื้นที่ยังไม่เจริญ ซึ่งมีสิ่งอำนวยความสะดวกในการดำรงชีพที่จำกัดเป็น 75,158 บาท

- ค่าตอบแทนสำหรับการทำงานต่อในโรงพยาบาลที่ภาระงานมากกว่าภาระงานเฉลี่ยเป็นร้อยละ 10 และได้รับสวัสดิการที่ต้องการทั้งเชิงปริมาณและคุณภาพครั้งเดียว (ร้อยละ 50) เป็น 47,269 บาท

เมื่อนำ WTA ของแต่ละลักษณะงานจากการสำรวจมารวมเป็น WTA สำหรับการทำงานทั้งสองชุด จะได้เป็น 90,000 บาท และ 98,293 บาท ตามลำดับ ผลรวมของ WTA ทั้งสองชุดเป็น 188,293 บาท ผลรวมของค่าตอบแทนสำหรับการทำงานที่ไม่น่าพึงพอใจทั้งสองชุดเป็น 122,427 บาท ฉะนั้น สัดส่วนของค่าตอบแทนที่ต้องการสำหรับการทำงานที่ไม่น่าพึงพอใจเทียบกับ WTA เป็น 65% การนำสัดส่วนนี้ไปปรับกับ WTA ของแต่ละลักษณะงานที่ได้จากการสำรวจจะได้ WTA ที่อ้างอิงจากค่าตอบแทนที่แพทย์ได้รับในปัจจุบัน (ไม่เป็นค่าตอบแทนสมมติอีกต่อไป) และเชื่อมโยงกันระหว่างลักษณะงานแต่ละประเภท ซึ่งแสดงในตารางที่ 31

ตารางที่ 31 WTA ที่ปรับแล้วของลักษณะการทำงาน 5 ประเภท พร้อมกับการเปรียบเทียบในรูปของค่าเฉลี่ยร้อยละ ระหว่างลักษณะการทำงานแต่ละประเภท (กลุ่มตัวอย่างแพทย์ใช้ทุนในโรงพยาบาลทั่วไปและโรงพยาบาลศูนย์)

ลักษณะการทำงาน	WTA ที่ปรับแล้ว (บาท)	การเปรียบเทียบ WTA ที่ปรับแล้ว (เป็นเท่าเทียบกับ WTA ที่มีค่าต่ำสุด)	การเปรียบเทียบ WTA ที่ปรับแล้ว (เป็นร้อยละเทียบกับ WTA ที่มีค่าต่ำสุด)
การมีภาระงานใหม่ซึ่งมากกว่าภาระงานเฉลี่ย	24,184	1.49	49%
การไม่ได้รับสวัสดิการ	23,457	1.44	44%
การไม่ได้รับคำปรึกษาจากแพทย์รุ่นพี่และความร่วมมือจากวิชาชีพอื่น	21,125	1.30	30%
การทำงานอยู่ในพื้นที่ไม่เจริญซึ่งมีสิ่งอำนวยความสะดวกในการดำรงชีพที่จำกัด	21,125	1.30	30%
การเลือกทำงานแทนที่จะเรียนต่อ	16,250		

ที่มา : จากการคำนวณ

5.2.1.4 การเปรียบเทียบ WTA ของกลุ่มตัวอย่างแพทย์ที่ทำงานในโรงพยาบาลชุมชนกับ WTA ของกลุ่มตัวอย่างแพทย์ใช้ทุนที่ทำงานในโรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลจังหวัด

เมื่อคำนวณ WTA ของกลุ่มตัวอย่างแพทย์ที่ทำงานในโรงพยาบาลชุมชนแยกออกจาก WTA ของกลุ่มตัวอย่างแพทย์ที่ทำงานในโรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลจังหวัด เพื่อประเมินว่า WTA ของทั้งสองกลุ่มมีความแตกต่างกันน้อยเพียงไร พบว่ากลุ่มตัวอย่างแพทย์ที่ทำงานในโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลจังหวัดมี WTA ที่มากกว่ากลุ่มตัวอย่างแพทย์ที่ทำงานในโรงพยาบาลชุมชน โดยที่ความแตกต่างอยู่ระหว่าง 1.02 และ 1.35 เท่า ยกเว้น WTA สำหรับการเลือกทำงานหรือเรียนต่อที่กลุ่มตัวอย่างแพทย์ที่ทำงานในโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลจังหวัดให้ค่าต่ำกว่ากลุ่มตัวอย่างแพทย์ที่ทำงานในโรงพยาบาลชุมชน แต่ขนาดความต่างน้อยมากเพียง 0.96 เท่า (ตารางที่ 32) ลำดับที่ห่างกันมากของ WTA สำหรับแต่ละลักษณะการทำงานของทั้งสองกลุ่มตัวอย่างแพทย์ พบได้ในเรื่องไม่ได้รับคำปรึกษาจากแพทย์รุ่นพี่และความร่วมมือจากวิชาชีพอื่นและการปรับลดสวัสดิการ ขณะที่พื้นที่ที่ตั้งของโรงพยาบาลและโอกาสทางการศึกษาของบุตร และภาระงานใหม่ซึ่งอาจจะน้อยกว่าหรือมากกว่าภาระงานเฉลี่ยมีลำดับที่ใกล้เคียงกัน การเลือกทำงานหรือเรียนต่อเป็นลักษณะการทำงานที่แพทย์ทั้งสองกลุ่มให้ลำดับที่ต่ำสุดเหมือนกัน (ตารางที่ 33)

ตารางที่ 32 การเปรียบเทียบ WTA ที่ปรับแล้วของลักษณะการทำงาน 5 ประเภทของกลุ่มตัวอย่างแพทย์ใช้ทุนที่ทำงานในโรงพยาบาลสองประเภท

WTA ของลักษณะการทำงาน	รพช. (บาท)	รพศ./รพท. (บาท)	จำนวนเท่าของ CV รพศ./รพท. ที่สูงกว่า รพช.
การปรับลดสวัสดิการ	17,426	23,457	1.35
ภาระงานใหม่ซึ่งอาจจะน้อยกว่าหรือมากกว่าภาระงานเฉลี่ย	19,709	24,184	1.23
การทำงานอยู่ในพื้นที่เจริญแล้วซึ่งมีสิ่งอำนวยความสะดวกในการดำรงชีพที่ครบครัน	19,503	21,125	1.08
การไม่ได้รับคำปรึกษาจากแพทย์รุ่นพี่และความร่วมมือจากวิชาชีพอื่น	20,676	21,125	1.02
การเลือกทำงานหรือเรียนต่อ	16,892	16,250	0.96

ที่มา : จากการคำนวณ

ตารางที่ 33 ลำดับของ WTA สำหรับแต่ละลักษณะการทำงานของกลุ่มตัวอย่างแพทย์
ที่ทำงานในโรงพยาบาลสองประเภท

WTA ของลักษณะการทำงาน	รพช.	รพศ./รพท.
การไม่ได้รับคำปรึกษาจากแพทย์รุ่นพี่และความร่วมมือจากวิชาชีพอื่น	1	3
ภาระงานใหม่ซึ่งอาจจะน้อยกว่าหรือมากกว่าภาระงานเฉลี่ย	2	1
การทำงานอยู่ในพื้นที่เจริญแล้วซึ่งมีสิ่งอำนวยความสะดวกในการดำรงชีพที่ครบครัน	3	4
การปรับลดสวัสดิการ	4	2
การเลือกทำงานหรือเรียนต่อ	5	5

ที่มา : จากการคำนวณ

ตารางที่ 34 เปรียบเทียบ WTA สำหรับแต่ละลักษณะการทำงานกับลักษณะการทำงานที่แพทย์สองกลุ่มเผชิญอยู่ในปัจจุบัน กลุ่มตัวอย่างแพทย์ที่ทำงานในโรงพยาบาลทั่วไปและโรงพยาบาลศูนย์มีสัดส่วนของลักษณะการทำงานที่ไม่พึงประสงค์มากกว่ากลุ่มตัวอย่างแพทย์ที่ทำงานในโรงพยาบาลชุมชนในเรื่องการปรับลดสวัสดิการและภาระงานใหม่ ซึ่งอาจจะน้อยกว่าหรือมากกว่าภาระงานเฉลี่ย ซึ่งทำให้แพทย์กลุ่มแรกต้องการค่าชดเชยที่สูงกว่าแพทย์กลุ่มหลัง กลุ่มตัวอย่างแพทย์ที่ทำงานในโรงพยาบาลทั่วไปและโรงพยาบาลศูนย์ที่ได้รับคำปรึกษาจากแพทย์รุ่นพี่และความร่วมมือจากวิชาชีพอื่น และทำงานอยู่ในพื้นที่เจริญแล้วซึ่งมีสิ่งอำนวยความสะดวกในการดำรงชีพที่ครบครัน มีสัดส่วนที่สูงกว่ากลุ่มตัวอย่างแพทย์ที่ทำงานในโรงพยาบาลชุมชน จึงทำให้แพทย์กลุ่มแรกต้องการค่าชดเชยที่น้อยกว่าแพทย์กลุ่มหลังในสองลักษณะการทำงานนี้ อย่างไรก็ตาม แม้ว่าแพทย์ทั้งสองกลุ่มไม่แตกต่างกันในเรื่องการเลือกทำงานหรือเรียนต่อ แพทย์ที่ทำงานในโรงพยาบาลชุมชนต้องการชดเชยในเรื่องนี้สูงกว่าแพทย์ที่ทำงานในโรงพยาบาลทั่วไปและโรงพยาบาลศูนย์

ผลการเปรียบเทียบข้างต้นให้ข้อสรุปที่สำคัญดังนี้คือ

- กลุ่มตัวอย่างแพทย์ที่ทำงานในโรงพยาบาลทั่วไปและโรงพยาบาลศูนย์มี WTA ที่สูงกว่ากลุ่มตัวอย่างแพทย์ที่ทำงานในโรงพยาบาลชุมชนทุกลักษณะการทำงาน ยกเว้นการเลือกทำงานหรือเรียนต่อ

- ความต่างของ WTA สำหรับแต่ละลักษณะการทำงานที่แพทย์สองกลุ่มต้องการมีความสัมพันธ์กับลักษณะการทำงานที่แพทย์สองกลุ่มเผชิญอยู่ในปัจจุบัน นั่นคือ WTA จะมาก (น้อย) หากสัดส่วนที่สูง (ต่ำ) ของแพทย์ที่ทำงานในโรงพยาบาลทั่วไปและโรงพยาบาลศูนย์ได้ทำงานที่มีลักษณะพึงประสงค์
- แพทย์ที่ทำงานในโรงพยาบาลทั่วไปและโรงพยาบาลศูนย์ต้องการค่าชดเชยที่สูงกว่าแพทย์ที่ทำงานในโรงพยาบาลชุมชนสะท้อนถึงการทำงานที่มีภาระหนักกว่าและสวัสดิการที่ได้รับไม่สอดคล้องกับความต้องการ

ตารางที่ 34 การเปรียบเทียบ WTA สำหรับแต่ละลักษณะการทำงานกับลักษณะการทำงานที่แพทย์สองกลุ่มเผชิญอยู่ในปัจจุบัน

ลักษณะการทำงาน	ร้อยละของส่วนต่าง WTA ระหว่างแพทย์สองกลุ่ม*	ร้อยละของส่วนต่าง ลักษณะการทำงาน ที่แพทย์สองกลุ่มเผชิญอยู่ในปัจจุบัน*	จำนวนเท่าของ ร้อยละของส่วนต่าง ลักษณะการทำงาน ที่เป็นอยู่ในปัจจุบัน ที่สูงกว่า WTA
การปรับลดสวัสดิการ	35%	-8%	-0.2
ภาระงานใหม่ซึ่งอาจจะน้อยกว่าหรือมากกว่าภาระงานเดิม	23%	5%	0.2
การไม่ได้รับคำปรึกษาจากแพทย์รุ่นพี่และความร่วมมือจากวิชาชีพอื่น	8%	1%	0.1
การทำงานอยู่ในพื้นที่เจริญแล้วซึ่งมีสิ่งอำนวยความสะดวกในการดำรงชีพที่ครบครัน	2%	25%	12.5
การเลือกทำงานหรือเรียนต่อ	-4%	0%	0.0

หมายเหตุ: ส่วนต่างเป็นตัวเลขของกลุ่มตัวอย่างแพทย์ที่ทำงานในโรงพยาบาลทั่วไปและโรงพยาบาลศูนย์ลบด้วยตัวเลขของกลุ่มตัวอย่างแพทย์ที่ทำงานในโรงพยาบาลชุมชน

ที่มา: จากการคำนวณ

5.2.2 กลุ่มตัวอย่างแพทย์ที่ปฏิบัติงานมาเป็นเวลา 7 - 20 ปีนับจากจบการศึกษา

5.2.2.1 ผลการวิเคราะห์ WTA ของกลุ่มตัวอย่างแพทย์ทั้งหมดที่ปฏิบัติงานมาเป็นเวลา 7 - 20 ปีนับจากจบการศึกษา

จากการสำรวจข้อมูลที่คำถามอ้างอิงถึงลักษณะการทำงานเพียงประเภทเดียวในแต่ละคำถามและใช้คำตอบแทนที่สมมติขึ้นมา แพทย์ที่เป็นตัวอย่างได้ให้ค่าเฉลี่ย WTA ของลักษณะการทำงาน 7 ประเภทเรียงจากมากไปน้อยดังนี้

- WTA ของพื้นที่ที่ตั้งของโรงพยาบาลที่ยังไม่เจริญและไม่มีโอกาสทางการศึกษาของบุตรเป็น 61,364 บาท
- WTA ของการไม่มีโอกาสในการทำงานภาคเอกชน (dual practice) เป็น 61,207 บาท
- WTA ของการไม่มีโอกาสในความก้าวหน้าทางงานเป็น 53,077 บาท
- WTA ของการไม่ได้ปฏิบัติงานตรงกับความเชี่ยวชาญหรือความถนัดเป็น 48,833 บาท
- WTA ของสภาพการทำงานหรือบรรยากาศการทำงานที่ไม่มีการทำงานเป็นทีม ไม่มีความร่วมมือของสหวิชาชีพ และการเอาเปรียบกันของผู้ร่วมงานเป็น 48,469 บาท
- WTA ของการมีฐานะทางสังคมหรือการยอมรับของสังคมที่ไม่เปลี่ยนแปลงจากเดิมเป็น 45,352 บาท
- WTA ของการไม่ได้รับสวัสดิการเป็น 40,519 บาท

เพื่อปรับข้อมูล WTA ข้างต้นให้สอดคล้องกับคำตอบแทนที่แพทย์ต้องการจากการทำงานที่มีลักษณะไม่น่าพึงพอใจและเชื่อมโยงแต่ละลักษณะงานเข้าด้วยกัน การสำรวจข้อมูลได้ถามถึงคำตอบแทนที่แพทย์ต้องการได้จากการทำงานในปัจจุบันไปสู่การทำงานที่มีลักษณะไม่น่าพึงพอใจ (3 ลักษณะพร้อมกันในหนึ่งคำถาม) คำตอบที่ได้เป็นดังต่อไปนี้

- คำตอบแทนที่แพทย์ต้องการจากการทำงานในโรงพยาบาลที่ปฏิบัติงานไม่ตรงกับความเชี่ยวชาญหรือความถนัด ไม่มีโอกาสในการทำงานภาคเอกชน (dual practice) และอยู่ในพื้นที่ที่ไม่ใช่ชีวิตการทำงานที่เหลืออยู่ 249,802 บาท

- ค่าตอบแทนที่แพทย์ต้องการจากการทำงานในโรงพยาบาลที่ปฏิบัติงานไม่ตรงกับวิชาชีพหรือความถนัด ไม่มีโอกาสในความก้าวหน้าทางกรงาน และมีการทำงานไม่เป็นทีม ไม่มีความร่วมมือของสหวิชาชีพ และมีการเอาเปรียบกันของผู้ร่วมงานเป็น 215,203 บาท
- ค่าตอบแทนที่แพทย์ต้องการจากการทำงานในโรงพยาบาลที่ปฏิบัติงานไม่ตรงกับวิชาชีพหรือความถนัด ฐานะทางสังคมหรือการยอมรับจากสังคมมีแนวโน้มที่ไม่เปลี่ยนแปลงจากเดิม และได้รับสวัสดิการที่ต้องการทั้งเชิงปริมาณและคุณภาพครึ่งเดียว (50%) เป็น 160,632 บาท

เนื่องจาก WTA ที่ต้องการเป็นค่าตอบแทนที่เพิ่มเติม (ซึ่งเกี่ยวข้องกับการทำงานที่มีลักษณะที่ไม่น่าพึงพอใจ) จากค่าตอบแทนในปัจจุบัน ค่าตอบแทนที่สอดคล้องกับ WTA จึงเป็นผลต่างของค่าตอบแทนข้างต้นกับค่าตอบแทนที่ได้จากการทำงานในโรงพยาบาลปัจจุบัน ค่าตอบแทนสำหรับการทำงานที่มีลักษณะที่ไม่น่าพึงพอใจข้างต้นจึงเป็นดังนี้

- ค่าตอบแทนสำหรับการทำงานไม่ตรงกับวิชาชีพหรือความถนัด ไม่มีโอกาสในการทำงานภาคเอกชน (dual practice) และอยู่ในพื้นที่ที่ไม่ใช่ชีวิตการทำงานที่เหลืออยู่กับค่าตอบแทนที่ได้ในปัจจุบันเป็น 163,123 บาท
- ค่าตอบแทนสำหรับการทำงานไม่ตรงกับวิชาชีพหรือความถนัดไม่โอกาสในความก้าวหน้าทางกรงาน และมีการทำงานไม่เป็นทีม ไม่มีความร่วมมือของสหวิชาชีพ และมีการเอาเปรียบกันของผู้ร่วมงานกับค่าตอบแทนที่ได้ในปัจจุบันเป็น 128,523 บาท
- ค่าตอบแทนสำหรับการทำงานไม่ตรงกับวิชาชีพหรือความถนัด ฐานะทางสังคมหรือการยอมรับจากสังคมของท่านมีแนวโน้มที่ไม่เปลี่ยนแปลงจากเดิม และท่านได้รับสวัสดิการที่ต้องการทั้งเชิงปริมาณและคุณภาพครึ่งเดียว (50%) กับค่าตอบแทนที่ได้ในปัจจุบันเป็น 73,953 บาท

เมื่อนำ WTA ของแต่ละลักษณะงานจากการสำรวจมารวมเป็น WTA สำหรับการทำงานทั้งสามชุด จะได้เป็น 170,404 บาท 150,380 บาท และ 134,705 บาท ตามลำดับ ผลรวมของ WTA ทั้งสามชุดเป็น 456,576 บาท ผลรวมของค่าตอบแทนสำหรับการทำงานที่ไม่น่าพึงพอใจทั้งสามชุดเป็น 364,935 บาท ฉะนั้น สัดส่วนของค่าตอบแทนที่ต้องการสำหรับการทำงานที่ไม่น่าพึงพอใจเทียบกับ WTA เป็น 79.93% การนำสัดส่วนนี้ไปปรับกับ WTA ของแต่ละลักษณะงานที่ได้จากการสำรวจจะได้ WTA ที่อ้างอิงจากค่าตอบแทนที่แพทย์ได้รับในปัจจุบัน (ไม่เป็นค่าตอบแทนสมมติอีกต่อไป) และเชื่อมโยงกันระหว่างลักษณะงานแต่ละประเภท ซึ่งแสดงในตารางที่ 35

ตารางที่ 35 WTA ที่ปรับแล้วของลักษณะการทำงาน 7 ประเภท พร้อมกับการเปรียบเทียบในรูปของค่าเฉลี่ยระหว่างลักษณะการทำงานแต่ละประเภท (แพทย์ ปีที่ 7 - 20 ทั้งหมด)

ลักษณะการทำงาน	WTA ที่ปรับแล้ว (บาท)	การเปรียบเทียบ WTA ที่ปรับแล้ว (เป็นเท่าเทียบกับ WTA ที่มีค่าต่ำสุด)	การเปรียบเทียบ WTA ที่ปรับแล้ว (เป็นร้อยละ เทียบกับ WTA ที่มีค่าต่ำสุด)
การทำงานอยู่ในพื้นที่ไม่เจริญและไม่มีโอกาสทางการศึกษาของบุตร	49,048	1.50	50%
การไม่มีโอกาสในการทำงานภาคเอกชน (dual practice)	48,923	1.50	50%
การไม่มีโอกาสในความก้าวหน้าทางการงาน	42,424	1.30	30%
การไม่ได้ปฏิบัติงานตรงกับความเชี่ยวชาญหรือความถนัด	39,032	1.20	20%
บรรยากาศการทำงานที่ไม่เป็นทีม ไม่มีความร่วมมือของสหวิชาชีพ	38,742	1.19	19%
ฐานะทางสังคมหรือการยอมรับของสังคมไม่เปลี่ยนแปลงจากเดิม	36,250	1.11	11%
การปรับลดสวัสดิการ	32,387		

ที่มา: จากการคำนวณ

5.2.2.2 กลุ่มแพทย์ตัวอย่างในโรงพยาบาลชุมชน

WTA ของลักษณะการทำงาน 7 ประเภทเรียงจากมากไปน้อยของกลุ่มตัวอย่างแพทย์ที่ทำงานมาเป็นเวลา 7-20 ปีในโรงพยาบาลชุมชนเป็นดังนี้

- WTA ของพื้นที่ที่ตั้งของโรงพยาบาลที่ยังไม่เจริญและไม่มีโอกาสทางการศึกษาของบุตรเป็น 60,349 บาท
- WTA ของการไม่มีโอกาสในการทำงานภาคเอกชน (dual practice) เป็น 58,750 บาท
- WTA ของการไม่มีโอกาสในความก้าวหน้าทางการงานเป็น 57,128 บาท
- WTA ของสภาพการทำงานหรือบรรยากาศการทำงานที่ไม่มีการทำงานเป็นทีม ไม่มีความร่วมมือของสหวิชาชีพ และการเอาเปรียบกันของผู้ร่วมงานเป็น 50,694 บาท
- WTA ของการไม่ได้ปฏิบัติงานตรงกับความเชี่ยวชาญหรือความถนัดเป็น 49,161 บาท
- WTA ของการมีฐานะทางสังคมหรือการยอมรับของสังคมที่ไม่เปลี่ยนแปลงจากเดิมเป็น 46,847 บาท
- WTA ของการไม่ได้รับสวัสดิการเป็น 39,411 บาท

คำตอบแทนที่แพทย์ต้องการได้จากการทำงานในปัจจุบันไปสู่การทำงานที่มีลักษณะไม่น่าพึงพอใจ (3 ลักษณะพร้อมกันในหนึ่งคำถาม) เป็นดังต่อไปนี้

- ค่าตอบแทนที่แพทย์ต้องการจากการทำงานในโรงพยาบาลที่ปฏิบัติงานไม่ตรงกับความเชี่ยวชาญหรือความถนัด ไม่มีโอกาสในการทำงานภาคเอกชน (dual practice) และอยู่ในพื้นที่ที่ไม่ใช้ชีวิตการทำงานที่เหลือน้อย 250,845 บาท
- ค่าตอบแทนที่แพทย์ต้องการจากการทำงานในโรงพยาบาลที่ปฏิบัติงานไม่ตรงกับความเชี่ยวชาญหรือความถนัด ไม่มีโอกาสในความก้าวหน้าทางการงานและมีการทำงานไม่เป็นทีมไม่มีความร่วมมือของสหวิชาชีพและมีการเอาเปรียบกันของผู้ร่วมงานเป็น 199,151 บาท

- ค่าตอบแทนที่แพทย์ต้องการจากการทำงานในโรงพยาบาลที่ปฏิบัติงานไม่ตรงกับความเชี่ยวชาญหรือความถนัด ฐานะทางสังคมหรือการยอมรับจากสังคมมีแนวโน้มที่ไม่เปลี่ยนแปลงจากเดิมและท่านได้รับสวัสดิการที่ต้องการทั้งเชิงปริมาณและคุณภาพครึ่งเดียว (50%) เป็น 159,554 บาท

ผลต่างของค่าตอบแทนสำหรับการทำงานที่มีลักษณะที่ไม่น่าพึงพอใจข้างต้นกับค่าตอบแทนที่ได้จากการทำงานในโรงพยาบาลปัจจุบันเป็นดังนี้

- ค่าตอบแทนสำหรับการทำงานไม่ตรงกับความเชี่ยวชาญหรือความถนัดไม่มีโอกาสในการทำงานภาคเอกชน (dual practice) และอยู่ในพื้นที่ที่จะไม่ใช่ชีวิตการทำงานที่เหลือนอยู่กับค่าตอบแทนที่ได้ในปัจจุบันเป็น 161,605 บาท
- ค่าตอบแทนสำหรับการทำงานไม่ตรงกับความเชี่ยวชาญหรือความถนัดไม่มีโอกาสในความก้าวหน้าทางการงานและมีการทำงานไม่เป็นทีมไม่มีความร่วมมือของสหวิชาชีพและมีการเอาเปรียบกันของผู้ร่วมงานกับค่าตอบแทนที่ได้ในปัจจุบันเป็น 109,911 บาท
- ค่าตอบแทนสำหรับการทำงานไม่ตรงกับความเชี่ยวชาญหรือความถนัดฐานะทางสังคมหรือการยอมรับจากสังคมของท่านมีแนวโน้มที่ไม่เปลี่ยนแปลงจากเดิมและท่านได้รับสวัสดิการที่ต้องการทั้งเชิงปริมาณและคุณภาพครึ่งเดียว (50%) กับค่าตอบแทนที่ได้ในปัจจุบันเป็น 70,314 บาท

เมื่อนำ WTA ของแต่ละลักษณะงานจากการสำรวจมารวมเป็น WTA สำหรับการทำงานทั้งสามชุด จะได้เป็น 169,793 บาท 156,983 บาท และ 136,952 บาท ตามลำดับ ผลรวมของ WTA ทั้งสามชุดเป็น 463,729 บาท ผลรวมของค่าตอบแทนสำหรับการทำงานที่ไม่น่าพึงพอใจทั้งสามชุดเป็น 341,830 บาท ฉะนั้น สัดส่วนของค่าตอบแทนที่ต้องการสำหรับการทำงานที่ไม่น่าพึงพอใจเทียบกับ WTA เป็น 73.71% การนำสัดส่วนนี้ไปปรับกับ WTA

ของแต่ละลักษณะงานที่ได้จากการสำรวจจะได้ WTA ที่อ้างอิงจากค่าตอบแทนที่แพทย์ได้รับในปัจจุบัน (ไม่เป็นค่าตอบแทนสมมติอีกต่อไป) และเชื่อมโยงกันระหว่างลักษณะงานแต่ละประเภท ซึ่งแสดงในตารางที่ 36

ตารางที่ 36 WTA ที่ปรับแล้วของลักษณะการทำงาน 7 ประเภทของกลุ่มตัวอย่างแพทย์ที่ทำงานในโรงพยาบาลชุมชน พร้อมกับการเปรียบเทียบในรูปของค่าและร้อยละระหว่างลักษณะการทำงานแต่ละประเภท (แพทย์ปีที่ 7 - 20 ในโรงพยาบาลชุมชน)

ลักษณะการทำงาน	WTA ที่ปรับแล้ว (บาท)	การเปรียบเทียบ WTA ที่ปรับแล้ว (เป็นเท่าเทียบกับ WTA ที่มีค่าต่ำสุด)	การเปรียบเทียบ WTA ที่ปรับแล้ว (เป็นร้อยละ เทียบกับ WTA ที่มีค่าต่ำสุด)
การทำงานอยู่ในพื้นที่ไม่เจริญและไม่มีโอกาสทางการศึกษาของบุตร	44,483	1.52	52%
การไม่มีโอกาสในการทำงานภาคเอกชน (dual practice)	43,305	1.48	48%
การไม่มีโอกาสในความก้าวหน้าทางการงาน	42,109	1.44	44%
การไม่ได้ปฏิบัติงานตรงกับเชี่ยวชาญหรือความถนัด	37,367	1.27	27%
บรรยากาศการทำงานที่ไม่เป็นทีม ไม่มีความร่วมมือของสหวิชาชีพ	36,237	1.23	23%
ฐานะทางสังคมหรือการยอมรับของสังคมไม่เปลี่ยนแปลงจากเดิม	34,531	1.18	18%
การปรับลดสวัสดิการ	29,050	1.00	

ที่มา : จากการคำนวณ

5.2.2.3 กลุ่มแพทย์ตัวอย่างในโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไป

ค่าเฉลี่ย WTA ของลักษณะการทำงาน 7 ประเภทเรียงจากมากไปน้อยของกลุ่มตัวอย่างแพทย์ที่ทำงานมาเป็นเวลา 7-20 ปีในโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไปเป็นดังนี้

- WTA ของการไม่มีโอกาสในการทำงานภาคเอกชน (dual practice) เป็น 66,667 บาท
- WTA ของพื้นที่ที่ตั้งของโรงพยาบาลที่ยังไม่เจริญและไม่มีโอกาสทางการศึกษาของบุตรเป็น 65,000 บาท
- WTA ของการไม่ได้ปฏิบัติงานตรงกับความเชี่ยวชาญหรือความถนัดเป็น 47,791 บาท
- WTA ของการไม่ได้รับสวัสดิการเป็น 42,629 บาท
- WTA ของการมีฐานะทางสังคมหรือการยอมรับของสังคมที่ไม่เปลี่ยนแปลงจากเดิมเป็น 42,308 บาท
- WTA ของการไม่มีโอกาสในความก้าวหน้าทางการงานเป็น 42,500 บาท
- WTA ของสภาพการทำงานหรือบรรยากาศการทำงานที่ไม่มีการทำงานเป็นทีม ไม่มีความร่วมมือของสหวิชาชีพ และมีการเอาเปรียบกันของผู้ร่วมงานเป็น 42,308 บาท

ค่าตอบแทนที่แพทย์ต้องการได้จากการทำงานในปัจจุบันไปสู่การทำงานที่มีลักษณะไม่น่าพึงพอใจ (3 ลักษณะพร้อมกันในหนึ่งคำถาม) เป็นดังต่อไปนี้

- ค่าตอบแทนที่แพทย์ต้องการจากการทำงานในโรงพยาบาลที่ปฏิบัติงานไม่ตรงกับความเชี่ยวชาญหรือความถนัด ไม่มีโอกาสในการทำงานภาคเอกชน (dual practice) และอยู่ในพื้นที่ที่จะไม่ใช้ชีวิตการทำงานที่เหลืออยู่ 247,333 บาท
- ค่าตอบแทนที่แพทย์ต้องการจากการทำงานในโรงพยาบาลที่ปฏิบัติงานไม่ตรงกับความเชี่ยวชาญหรือความถนัด ไม่มีโอกาสในความก้าวหน้าทางการงานและมีการทำงานไม่เป็นทีม ไม่มีความร่วมมือของสหวิชาชีพ และมีการเอาเปรียบกันของผู้ร่วมงานเป็น 255,714 บาท

- ค่าตอบแทนที่แพทย์ต้องการจากการทำงานในโรงพยาบาลที่ปฏิบัติงานไม่ตรงกับความเชี่ยวชาญหรือความถนัด ฐานะทางสังคมหรือการยอมรับจากสังคมมีแนวโน้มที่ไม่เปลี่ยนแปลงจากเดิมและท่านได้รับสวัสดิการที่ต้องการทั้งเชิงปริมาณและคุณภาพครึ่งเดียว (50%) เป็น 162,581 บาท

ผลต่างของค่าตอบแทนสำหรับการทำงานที่มีลักษณะที่ไม่น่าพึงพอใจข้างต้นกับค่าตอบแทนที่ได้จากการทำงานในโรงพยาบาลปัจจุบันเป็นดังนี้

- ค่าตอบแทนสำหรับการทำงานไม่ตรงกับความเชี่ยวชาญหรือความถนัดไม่มีโอกาสในการทำงานภาคเอกชน (dual practice) และอยู่ในพื้นที่ที่จะไม่ใช้ชีวิตการทำงานที่เหลือนอยู่กับค่าตอบแทนที่ได้ในปัจจุบันเป็น 165,990 บาท
- ค่าตอบแทนสำหรับการทำงานไม่ตรงกับความเชี่ยวชาญหรือความถนัดไม่มีโอกาสในความก้าวหน้าทางงานและมีการทำงานไม่เป็นทีมไม่มีความร่วมมือของสหวิชาชีพและมีการเอาเปรียบกันของผู้ร่วมงานกับค่าตอบแทนที่ได้ในปัจจุบันเป็น 174,370 บาท
- ค่าตอบแทนสำหรับการทำงานไม่ตรงกับความเชี่ยวชาญหรือความถนัดฐานะทางสังคมหรือการยอมรับจากสังคมของท่านมีแนวโน้มที่ไม่เปลี่ยนแปลงจากเดิมและท่านได้รับสวัสดิการที่ต้องการทั้งเชิงปริมาณ และคุณภาพครึ่งเดียว (50%) กับค่าตอบแทนที่ได้ในปัจจุบันเป็น 81,237 บาท

เมื่อนำ WTA ของแต่ละลักษณะงานจากการสำรวจมารวมเป็น WTA สำหรับการทำงานทั้งสามชุด จะได้เป็น 174,359 บาท 133,083 บาท และ 127,500 บาท ตามลำดับ ผลรวมของ WTA ทั้งสามชุดเป็น 434,942 บาท ผลรวมของค่าตอบแทนสำหรับการทำงานที่ไม่น่าพึงพอใจทั้งสามชุดเป็น 421,597 บาท ฉะนั้น สัดส่วนของค่าตอบแทนที่ต้องการสำหรับการทำงานที่ไม่น่าพึงพอใจเทียบกับ WTA เป็น 96.93% การนำสัดส่วนนี้ไปปรับกับ WTA ของแต่ละลักษณะงานที่ได้จากการสำรวจจะได้ WTA ที่อ้างอิงจากค่าตอบแทนที่แพทย์ได้รับในปัจจุบัน (ไม่เป็นค่าตอบแทนสมมติอีกต่อไป) และเชื่อมโยงกันระหว่างลักษณะงานแต่ละประเภท ซึ่งแสดงในตารางที่ 37

ตารางที่ 37 WTA ที่ปรับแล้วของลักษณะการทำงาน 7 ประเภท พร้อมกับการเปรียบเทียบในรูปของค่าและร้อยละระหว่างลักษณะการทำงานแต่ละประเภทของกลุ่มตัวอย่างแพทย์ที่ทำงานในโรงพยาบาลทั่วไปและโรงพยาบาลศูนย์

ลักษณะการทำงาน	WTA ที่ปรับแล้ว (บาท)	การเปรียบเทียบ WTA ที่ปรับแล้ว (เป็นเท่าเทียบกับ WTA ที่มีค่าต่ำสุด)	การเปรียบเทียบ WTA ที่ปรับแล้ว (เป็นร้อยละ เทียบกับ WTA ที่มีค่าต่ำสุด)
โอกาสในการทำงานภาคเอกชน (dual practice)	64,620	1.58	58%
พื้นที่ที่ตั้งของโรงพยาบาลและโอกาส ทางการศึกษาของบุตร	63,005	1.54	54%
การได้ปฏิบัติงานตรงกับความเชี่ยวชาญ หรือความถนัด	46,324	1.13	13%
สวัสดิการ	41,382	1.01	1%
การเปลี่ยนแปลงฐานะทางสังคมหรือ การยอมรับของสังคม	41,292	1.01	1%
โอกาสในความก้าวหน้าทางการงาน	41,195	1.00	0%
สภาพการทำงานหรือบรรยากาศ การทำงาน	41,009		

ที่มา : จากการคำนวณ

5.2.2.4 การเปรียบเทียบ WTA ของกลุ่มตัวอย่างแพทย์ที่ทำงานในโรงพยาบาลชุมชนกับ WTA ของกลุ่มตัวอย่างแพทย์ที่ทำงานในโรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป

เมื่อคำนวณ WTA ของกลุ่มตัวอย่างแพทย์ที่ทำงานในโรงพยาบาลชุมชนแยกออกจาก WTA ของกลุ่มตัวอย่างแพทย์ที่ทำงานในโรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลจังหวัดเพื่อประเมินว่า WTA ของทั้งสองกลุ่มมีความแตกต่างกันน้อยเพียงไร พบว่ากลุ่มตัวอย่างแพทย์ที่ทำงานในโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลจังหวัดมี WTA ที่สูงกว่ากลุ่มตัวอย่างแพทย์ที่ทำงานใน

โรงพยาบาลชุมชน โดยที่ความแตกต่างอยู่ระหว่าง 1.1 และ 1.49 เท่า (ตารางที่ 38) ลำดับที่ห่างกันมากของ WTA สำหรับแต่ละลักษณะการทำงานของทั้งสองกลุ่มตัวอย่างแพทย์พบได้ในเรื่องโอกาสในความก้าวหน้าทางกรงาน สภาพการทำงานหรือบรรยากาศการทำงาน สวัสดิการ และการได้ปฏิบัติงานตรงกับความเชี่ยวชาญหรือความถนัด ขณะที่พื้นที่ที่ตั้งของโรงพยาบาลและโอกาสทางการศึกษาของบุตร โอกาสในการทำงานภาคเอกชน (dual practice) และการเปลี่ยนแปลงฐานะทางสังคมหรือการยอมรับของสังคมมีลำดับที่ใกล้เคียงกัน (ตารางที่ 39)

ตารางที่ 40 เปรียบเทียบ WTA สำหรับแต่ละลักษณะการทำงานกับลักษณะการทำงานที่แพทย์สองกลุ่มเผชิญอยู่ในปัจจุบัน กลุ่มตัวอย่างแพทย์ที่ทำงานในโรงพยาบาลทั่วไปและโรงพยาบาลศูนย์ไม่เพียงแต่ต้องการ WTA ที่สูงกว่ากลุ่มตัวอย่างแพทย์ที่ทำงานในโรงพยาบาลชุมชน แพทย์กลุ่มแรกยังมีสัดส่วนของลักษณะการทำงานที่พึงประสงค์สูงกว่าแพทย์กลุ่มหลัง ยกเว้นสภาพการทำงานหรือบรรยากาศการทำงานและโอกาสในความก้าวหน้าทางกรงาน

ตารางที่ 38 การเปรียบเทียบ WTA ที่ปรับแล้วของลักษณะการทำงาน 7 ประเภทของ
กลุ่มตัวอย่างแพทย์ที่ทำงานในโรงพยาบาลสองประเภท

WTA ของลักษณะการทำงาน	รพช. (บาท)	รพศ./รพท. (บาท)	จำนวนเท่าของ CV รพศ./รพท. ที่สูงกว่า รพช.
การทำงานอยู่ในพื้นที่ไม่เจริญและไม่มีโอกาส ทางการศึกษาของบุตร	45,255	61,952	1.37
การไม่มีโอกาสในการทำงานภาคเอกชน (dual practice)	43,412	44,973	1.04
การไม่มีโอกาสในความก้าวหน้าทางการงาน	43,356	62,074	1.43
การไม่ได้ปฏิบัติงานตรงกับความเชี่ยวชาญ หรือความถนัด	37,344	44,743	1.20
บรรยากาศการทำงานที่ไม่เป็นทีม ไม่มีความร่วมมือของสหวิชาชีพ	36,766	47,766	1.30
ฐานะทางสังคมหรือการยอมรับของสังคม ไม่เปลี่ยนแปลงจากเดิม	34,983	42,334	1.21
การปรับลดสวัสดิการ	30,126	41,949	1.3

ที่มา: จากการคำนวณ

ตารางที่ 39 ลำดับของ WTA (วิธี CVM) สำหรับแต่ละลักษณะการทำงานของกลุ่ม
ตัวอย่างแพทย์ที่ทำงานในโรงพยาบาลสองประเภท

WTA ของลักษณะการทำงาน	รพช.	รพศ./รพท.
พื้นที่ที่ตั้งของโรงพยาบาลและโอกาสทางการศึกษาของบุตร	1	2
โอกาสในความก้าวหน้าทางการงาน	2	4
โอกาสในการทำงานภาคเอกชน (dual practice)	3	1
สภาพการทำงานหรือบรรยากาศการทำงาน	4	5
การได้ปฏิบัติงานตรงกับความเชี่ยวชาญหรือความถนัด	5	3
การเปลี่ยนแปลงฐานะทางสังคมหรือการยอมรับของสังคม	6	6
สวัสดิการที่ได้รับ	7	7

ที่มา: จากการคำนวณ

ตารางที่ 40 การเปรียบเทียบ WTA สำหรับแต่ละลักษณะการทำงานกับลักษณะการทำงาน
ที่แพทย์สองกลุ่มเผชิญอยู่ในปัจจุบัน

ลักษณะการทำงาน	ร้อยละของส่วนต่าง WTA ระหว่าง แพทย์สองกลุ่ม*	ร้อยละของส่วน ต่างลักษณะการ ทำงานที่แพทย์สอง กลุ่มเผชิญอยู่ใน ปัจจุบัน*	จำนวนเท่าของ ร้อยละของส่วนต่าง WTA ที่สูงกว่า ลักษณะการทำงาน ที่เป็นอยู่ในปัจจุบัน
โอกาสในการทำงานภาคเอกชน	49%	17%	2.9
พื้นที่ที่ตั้งของโรงพยาบาลและโอกาส ทางการศึกษาของบุตร	42%	14%	3.0
การได้ปฏิบัติงานตรงกับความรู้ เชี่ยวชาญหรือความถนัด	28%	9%	3.1
การเปลี่ยนแปลงฐานะทางสังคม หรือการยอมรับของสังคม	20%	4%	5.0
สภาพการทำงานหรือบรรยากาศการทำงาน	10%	-2%	-5.0
โอกาสในความก้าวหน้าทางการงาน	-2%	10%	-0.2
สวัสดิการ	42%	2%	21.0

* ส่วนต่างเป็นตัวเลขของกลุ่มตัวอย่างแพทย์ที่ทำงานในโรงพยาบาลทั่วไปและโรงพยาบาลศูนย์ลงด้วยตัวเลขของกลุ่ม
ตัวอย่างแพทย์ที่ทำงานในโรงพยาบาลชุมชน

ที่มา : จากการคำนวณ

5.2.2.5 การวิเคราะห์การกระจายค่าตอบแทนที่แพทย์ต้องการ

ค่าตอบแทนเฉลี่ยที่แพทย์ต้องการเพื่อชดเชยกับลักษณะ
การทำงานที่ไม่พึงประสงค์ 7 ประเภทที่คำนวณข้างต้นเป็นการวัดแนวโน้มที่
ตรงกลาง (a measure of central tendency) ซึ่งยังไม่เพียงพอที่จะสะท้อน
ตัวอย่างทั้งหมด ฉะนั้น ในส่วนนี้จะวิเคราะห์การกระจาย/กระจุกค่าตอบแทน
ที่คำนวณได้ซึ่งเป็นการวัดการกระจายตัว (a measure of distribution)
ข้อมูลที่น่ามาวิเคราะห์เป็นข้อมูลของแพทย์ที่ปฏิบัติงานมาเป็นเวลา 7 - 20 ปี
นับจากจบการศึกษาที่ได้จากวิธี CVM เท่านั้น เนื่องจากวิธี DCE ไม่สามารถ
ให้ค่าตอบแทนของแพทย์แต่ละรายได้ ส่วนแพทย์ใช้ทุนมีจำนวนน้อย
ไม่เพียงพอที่จะวิเคราะห์ได้ข้อสรุปที่น่าเชื่อถือได้ ตารางที่ 41 แสดงการ
กระจายของจำนวนของแพทย์ที่ต้องการค่าตอบแทนชดเชยกับลักษณะ

การทำงานที่ไม่พึงประสงค์ 7 ประเภท ซึ่งยากต่อการมองเห็นการกระจาย/กระจุกของค่าตอบแทนได้ ฉะนั้นการวิเคราะห์ด้วยกราฟโดยใช้ข้อมูลจากตารางนี้จะช่วยให้เห็นการกระจาย/กระจุกได้ดีกว่า

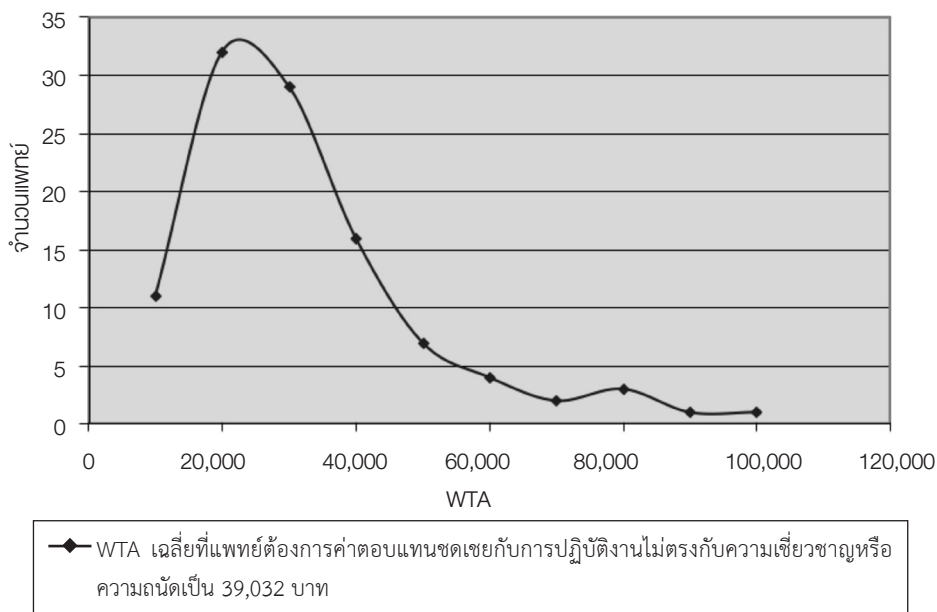
รูปที่ 1 - 7 แสดงการกระจายจำนวนของแพทย์ที่ต้องการค่าตอบแทนชดเชยกับลักษณะการทำงานที่ไม่พึงประสงค์ 7 ประเภท จะพบได้ว่ากราฟทุกรูป (ยกเว้นรูปที่ 5) มีลักษณะการกระจายที่ไม่ใช่การกระจายตัวแบบปกติ (normal distribution) กราฟเกือบทุกรูปเบ้ (skewed) ไปทางซ้าย ซึ่งทำให้ค่าฐานนิยม (mode) มีค่าต่ำกว่าค่าเฉลี่ย (mean) นั้นหมายความว่าแพทย์ส่วนใหญ่ยินดีรับค่าตอบแทนเพื่อชดเชยกับลักษณะการทำงานที่ไม่พึงประสงค์ต่ำกว่าค่าตอบแทนที่เฉลี่ยจากจำนวนแพทย์ทั้งหมด ปรากฏการณ์เช่นนี้อาจอธิบายได้ว่าความพึงพอใจของแพทย์ที่มีต่อค่าตอบแทนมีความเหมือนกันค่อนข้างมาก โดยที่เป็นความต้องการที่จะบรรลุเป้าหมายของรายได้ระดับหนึ่งแทนที่จะเป็นการมุ่งไปสู่รายได้สูงสุด ซึ่งสอดคล้องกับหลักการทางเศรษฐศาสตร์ที่มักจะพบว่าอรรถประโยชน์ (ความพึงพอใจ) จะเพิ่มขึ้นในอัตราที่ลดลงเมื่อบุคคลมีรายได้เพิ่มสูงขึ้น (declining marginal utility of income) การที่กลุ่มตัวอย่างแพทย์ที่ปฏิบัติงานมาเป็นเวลา 7 - 20 ปีนับจากจบการศึกษา ในการศึกษาไม่ได้เลือกที่จะไปทำงานในโรงพยาบาลเอกชนที่ให้ค่าตอบแทนที่สูงกว่าหลายเท่าตัวเป็นอีกเหตุผลหนึ่งที่สนับสนุนคำอธิบายนี้ได้เป็นอย่างดี นอกจากนี้ เนื่องจากค่าตอบแทนไม่ได้เป็นปัจจัยเดียวที่กำหนดความพึงพอใจของแพทย์ แพทย์จึงต้องการปัจจัยอื่นมาพร้อมกับค่าตอบแทนเพื่อชดเชยการทำงานที่มีลักษณะไม่พึงประสงค์

ตารางที่ 41 การกระจายของจำนวนของแพทย์ที่ต้องการค่าตอบแทนชดเชยกับลักษณะการทำงานที่ไม่พึงประสงค์ 7 ประเภท

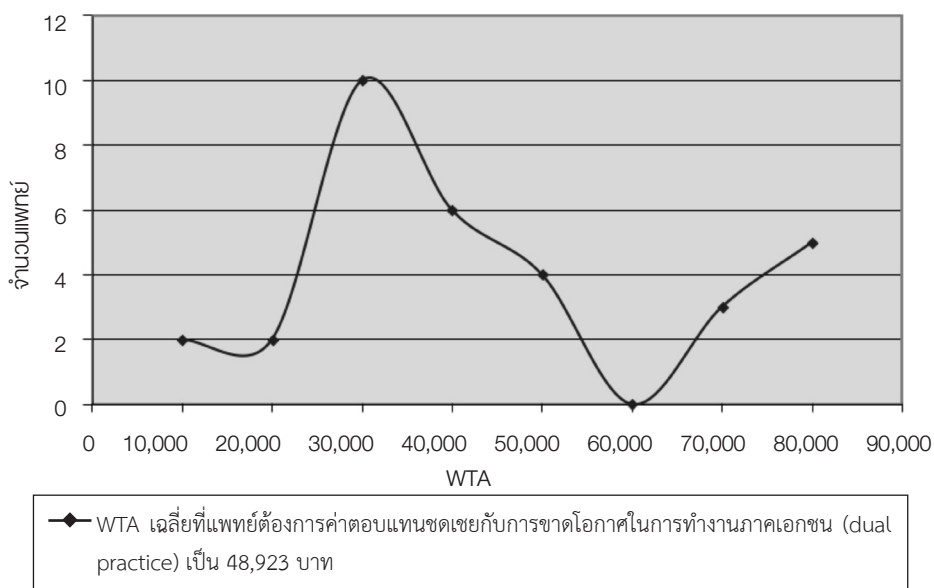
WTA (บาท)	จำนวนของแพทย์ที่ต้องการค่าตอบแทนชดเชยกับ						
	ปฏิบัติงานไม่ตรงกับ ความเชี่ยวชาญ/ความ ถนัด	ไม่มีโอกาสใน การทำงาน ภาคเอกชน	พื้นที่ที่ตั้ง โรงพยาบาล/ โอกาสการเรียนรู้ ของบุตรไม่พึง ประสงค์	ไม่มีโอกาสใน ความก้าวหน้า ทางการงาน	สภาพการทำงาน/ บรรยากาศการ ทำงานไม่พึง ประสงค์	ไม่มีการ เปลี่ยนแปลง ฐานะทางสังคม/ การยอมรับของ สังคม	สวัสดิการปรับ ลดลง
0 - 10,000	11	2	1	3	2	5	6
10,001 - 20,000	32	2	5	8	6	17	19
20,001 - 30,000	29	10	6	4	10	7	10
30,001 - 40,000	16	6	8	8	9	8	3
40,001 - 50,000	7	4	3	6	4	1	1
50,001 - 60,000	4	0	2	2	2		
60,001 - 70,000	2	3	0	2	2		
70,001 - 80,000	3	5	1	1			
80,001 - 90,000	1		1	2			
90,001 - 100,000	1		1				

ที่มา : จากการคำนวณ

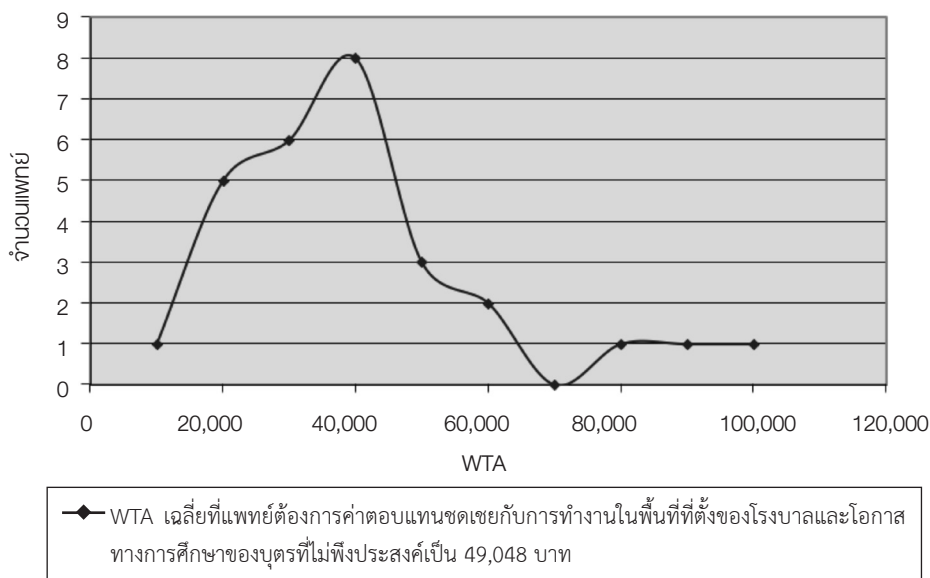
รูปที่ 1 การกระจายจำนวนแพทย์ที่ต้องการค่าตอบแทนชดเชยกับการปฏิบัติงานไม่ตรงกับ
กับความเชี่ยวชาญหรือความถนัด



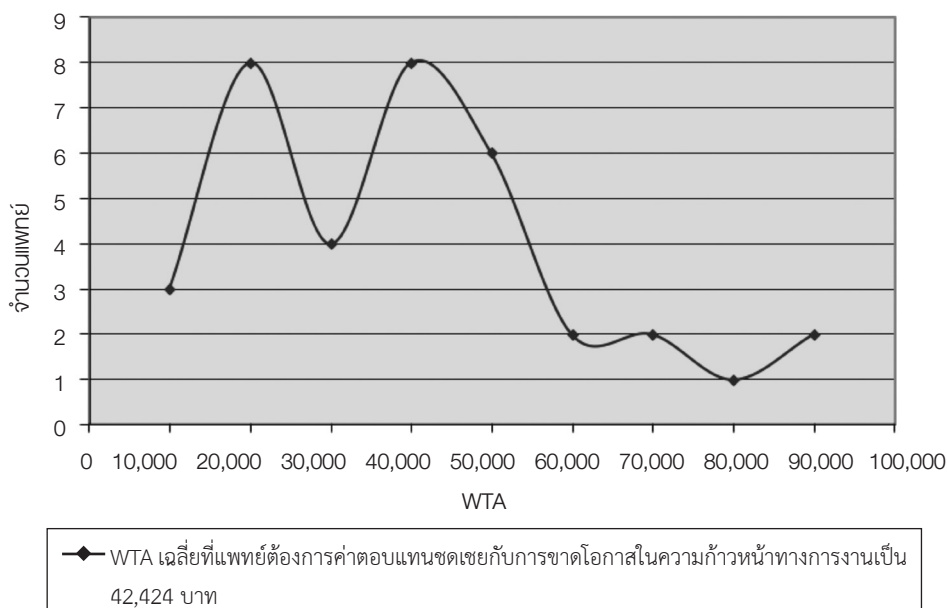
รูปที่ 2 การกระจายจำนวนแพทย์ที่ต้องการค่าตอบแทนชดเชยกับการขาดโอกาสใน
การทำงานภาคเอกชน (dual practice)



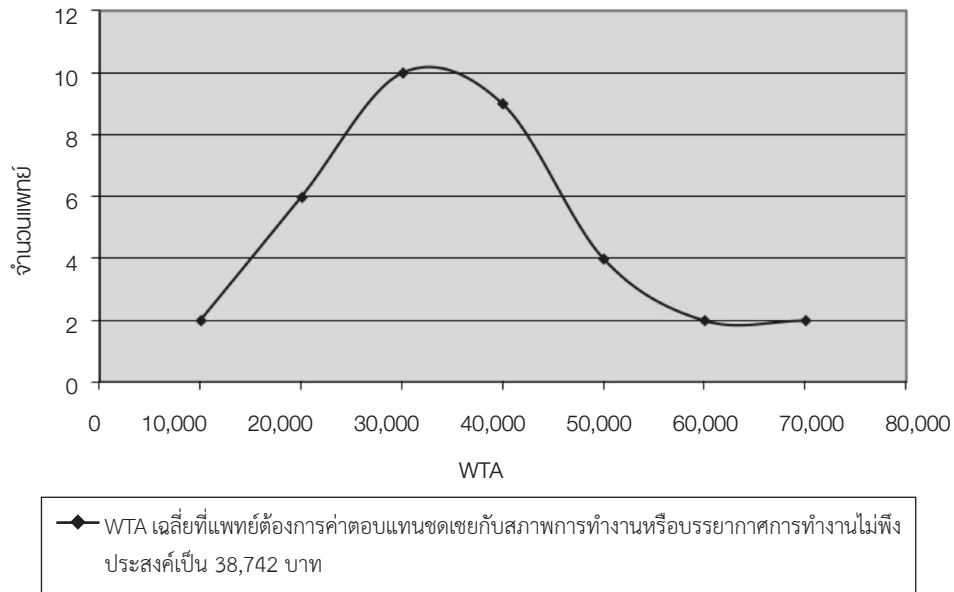
รูปที่ 3 การกระจายจำนวนแพทย์ที่ต้องการค่าตอบแทนชดเชยกับการทำงานในพื้นที่ที่ตั้งของโรงพยาบาลและโอกาสทางการศึกษาของบุตรที่ไม่พึงประสงค์



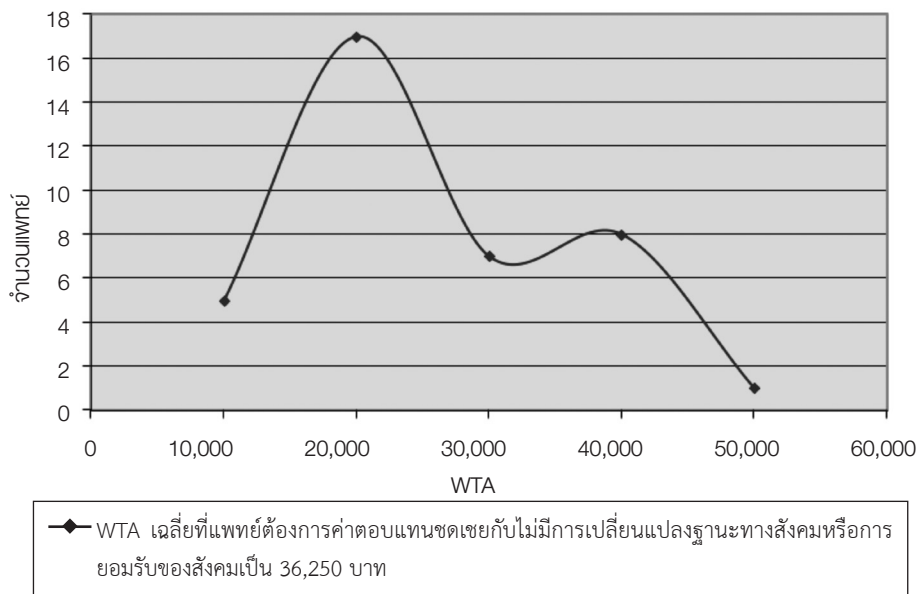
รูปที่ 4 การกระจายจำนวนแพทย์ที่ต้องการค่าตอบแทนชดเชยกับการขาดโอกาสในความก้าวหน้าทางการทำงาน



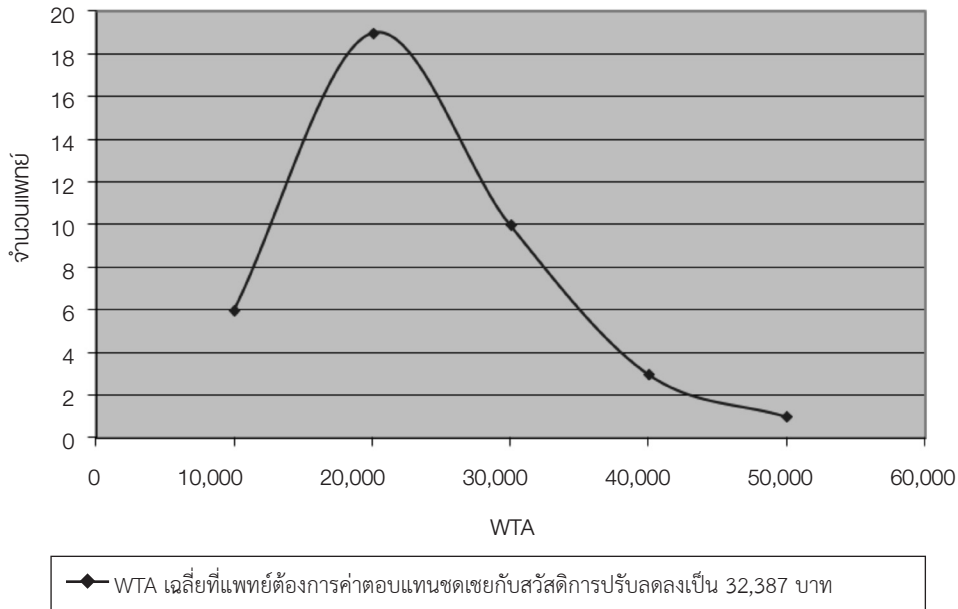
รูปที่ 5 การกระจายจำนวนแพทย์ที่ต้องการค่าตอบแทนชดเชยกับสภาพการทำงานหรือบรรยากาศการทำงานไม่พึงประสงค์



รูปที่ 6 การกระจายจำนวนแพทย์ที่ต้องการค่าตอบแทนชดเชยกับการไม่มีการเปลี่ยนแปลงฐานะทางสังคมหรือการยอมรับของสังคม



รูปที่ 7 การกระจายจำนวนแพทย์ที่ต้องการค่าตอบแทนชดเชยกับสวัสดิการปรับลดลง



5.2.2.6 การประมาณการอุปทานของแพทย์ในกรณีการทำงานที่มีลักษณะไม่พึงประสงค์

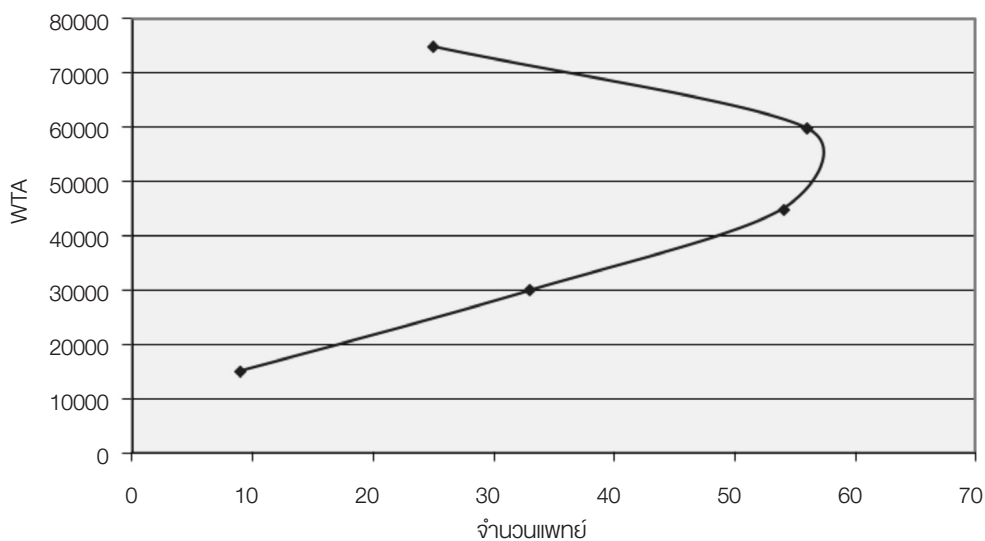
ข้อมูลจากวิธีการ CVM สามารถนำมาสร้างอุปทานของแพทย์ในกรณีการทำงานที่มีลักษณะไม่พึงประสงค์ นักเศรษฐศาสตร์กำหนดให้อุปทาน (supply) สะท้อนความสัมพันธ์ระหว่างปริมาณกับราคาในมุมมองของผู้ผลิตหรือผู้ขาย ฉะนั้น อุปทานของแพทย์ในการศึกษานี้หมายถึงความสัมพันธ์ระหว่างจำนวนแพทย์ที่ยินดีที่จะทำงานที่มีลักษณะไม่พึงประสงค์กับค่าตอบแทนที่ได้รับ โดยที่ค่าตอบแทนเป็นเหตุที่สร้างแรงจูงใจและจำนวนแพทย์เป็นผลจากการตอบรับแรงจูงใจที่เกิดขึ้น ความสัมพันธ์ที่มีทิศทางเป็นบวกที่พิสูจน์ได้ทางทฤษฎีและที่ยืนยันด้วยข้อมูลเชิงประจักษ์ส่วนใหญ่จึงทำให้เกิดเป็นกฎของอุปทาน (law of supply) ซึ่งช่วยทำนายอุปทานได้เป็นอย่างดี นอกจากนี้ ขนาดของความสัมพันธ์ได้รับการประมาณการในรูปของความยืดหยุ่น (elasticity) ค่าความยืดหยุ่นของอุปทานหมายถึงร้อยละของแพทย์ที่ยินดีที่จะทำงานที่มีลักษณะไม่พึงประสงค์เทียบกับร้อยละของค่าตอบแทนที่แพทย์ต้องการสำหรับการทำงานที่ไม่พึงประสงค์เช่นนี้

ในส่วนนี้จะแสดงตัวอย่างการประมาณการเส้นอุปทานของแพทย์ในการทำงานที่มีลักษณะไม่พึงประสงค์ (ได้แก่ การปฏิบัติงานที่ไม่ตรงกับความเชี่ยวชาญหรือความถนัด และการปฏิบัติงานในพื้นที่ที่ไม่พึงประสงค์) และการประมาณการค่าความยืดหยุ่นของอุปทานทั้งเจ็ดลักษณะไม่พึงประสงค์

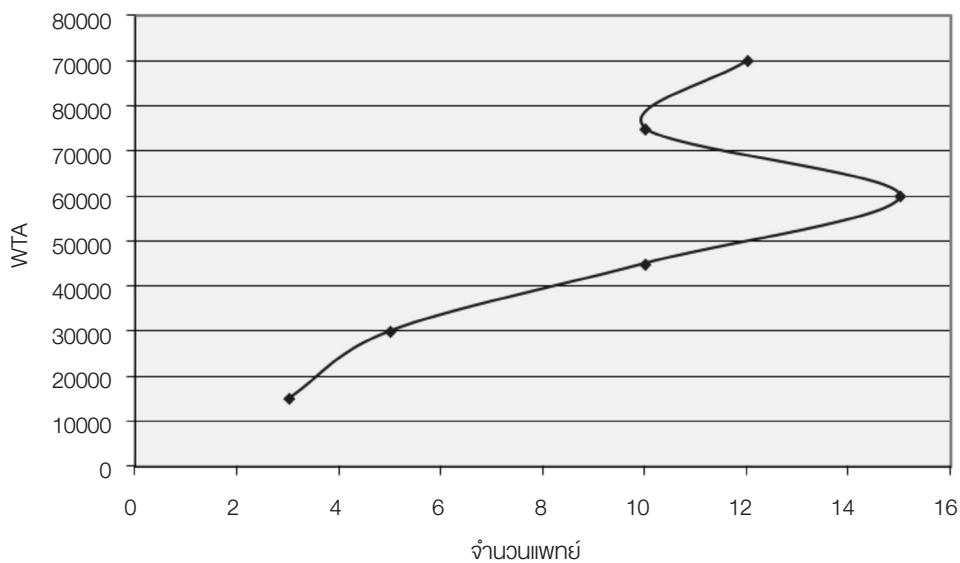
รูปที่ 8 และรูปที่ 9 แสดงเส้นอุปทานของแพทย์ในการปฏิบัติงานที่ไม่ตรงกับความเชี่ยวชาญหรือความถนัด และเส้นอุปทานของการปฏิบัติงานในพื้นที่ที่ไม่พึงประสงค์ ตามลำดับ จะเห็นได้ว่าเส้นอุปทานมีทั้งส่วนที่ความสัมพันธ์เป็นบวกและที่เป็นลบ ซึ่งเป็นเรื่องปกติสำหรับเส้นอุปทานที่สร้างจากผู้ผลิตหรือผู้ขายหลายราย เนื่องจากเส้นอุปทานของส่วนรวม (aggregate supply) เป็นการรวมเส้นอุปทานของแต่ละราย ณ ระดับราคา (คำตอบแทน) หนึ่งๆ ความแตกต่างกันมักเกิดขึ้นช่วงต้นและช่วงท้ายของราคา (คำตอบแทน) ซึ่งนำมาสู่ความสัมพันธ์ที่เป็นลบนั่นเอง ฉะนั้น การวิเคราะห์ใช้ช่วงที่มีความเหมือนร่วมกันที่มีความสัมพันธ์เป็นบวกในการประมาณการค่าความยืดหยุ่นของอุปทานของแพทย์ในการทำงานที่มีลักษณะไม่พึงประสงค์ 7 ประการ

ตารางที่ 42 สรุปผลการคำนวณค่าความยืดหยุ่นในช่วงที่มีค่าเป็นบวกของอุปทานของแพทย์ในการทำงานที่มีลักษณะไม่พึงประสงค์ 7 ประการ ค่าความยืดหยุ่นที่สูงบ่งบอกถึงคำตอบแทนมีผลมากในการจูงใจจำนวนแพทย์ทำงานที่มีลักษณะไม่พึงประสงค์พบในกรณีที่ไม่มีโอกาสในการทำงานภาคเอกชน (dual practice) กรณีที่ไม่มีโอกาสในความก้าวหน้าทางกรงาน อุปทานของแพทย์ในกรณีที่สภาพการทำงานหรือบรรยากาศการทำงานไม่พึงประสงค์ และอุปทานของแพทย์ในกรณีที่สวัสดิการปรับลดลงขณะที่ค่าความยืดหยุ่นที่ต่ำแสดงถึงคำตอบแทนมีผลน้อยในการจูงใจจำนวนแพทย์ทำงานที่มีลักษณะไม่พึงประสงค์พบกรณีที่ทำงานในพื้นที่ที่ไม่พึงประสงค์ อุปทานของแพทย์ในกรณีที่ปฏิบัติงานไม่ตรงกับความเชี่ยวชาญหรือความถนัด และอุปทานของแพทย์ในกรณีที่ไม่มีมีการเปลี่ยนแปลงฐานะทางสังคมหรือการยอมรับของสังคม นั้นหมายความว่าคำตอบแทนใช้ได้ผลมากตามที่ต้องการใน 4 กรณีแรก แต่อาจได้ผลน้อยใน 3 กรณีหลัง

รูปที่ 8 เส้นอุปทานของแพทย์ในกรณี que ปฏิบัติงานไม่ตรงกับเชี่ยวชาญหรือความถนัด



รูปที่ 9 เส้นอุปทานของแพทย์ในกรณีที่ทำงานในพื้นที่ที่ไม่พึงประสงค์



ตารางที่ 42 ค่าความยืดหยุ่นในช่วงที่มีค่าเป็นบวกของอุปทานของแพทย์ในการทำงาน
ที่มีลักษณะไม่พึงประสงค์ 7 ประการ

อุปทานของแพทย์ในกรณีที่	ค่าความยืดหยุ่นในช่วงที่มีค่าเป็นบวก
ไม่มีโอกาสในการทำงานภาคเอกชน (dual practice)	18.00
ไม่มีโอกาสในความก้าวหน้าทางกรงาน	6.50
สภาพการทำงานหรือบรรยากาศการทำงานไม่พึงประสงค์	1.15 - 6.67
สวัสดิการปรับลดลง	1.36 - 2.25
ทำงานในพื้นที่ที่ไม่พึงประสงค์	0.67 - 2.00
ปฏิบัติงานไม่ตรงกับความเชี่ยวชาญหรือความถนัด	0.11 - 2.67
ไม่มีการเปลี่ยนแปลงฐานะทางสังคมหรือการยอมรับของสังคม	0.08 - 1.54

ที่มา : จากการคำนวณ

5.3 ผลการวิเคราะห์ด้วย Decision Tree Analysis

5.3.1 ผลการวิเคราะห์แบบ Decision Tree Analysis โดยใช้ WTA ที่คำนวณได้จากวิธี Contingent Valuation Method

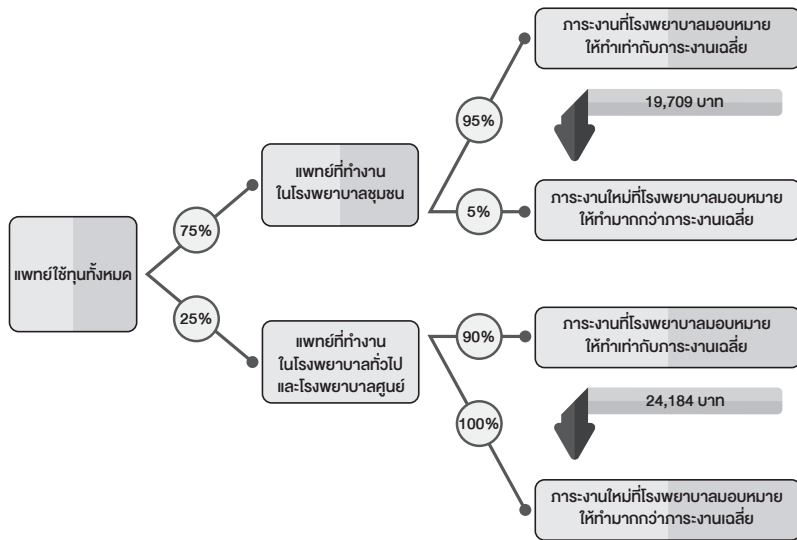
5.3.1.1 กลุ่มตัวอย่างแพทย์ใช้ทุน

รูปที่ 10 - 14 แสดง decision trees ของกลุ่มตัวอย่างแพทย์ใช้ทุน decision trees จำแนกแพทย์ออกเป็นสองกลุ่มนั่นคือ แพทย์ที่ทำงานในโรงพยาบาลชุมชนกับแพทย์ที่ทำงานในโรงพยาบาลทั่วไปและโรงพยาบาลศูนย์ สัดส่วนของแพทย์ทั้งสองกลุ่มที่เป็นร้อยละ 75 และ 25 กำกับแขนง (branches) ที่แยกออกไปสู่แต่ละกลุ่ม จากนั้นแตกแขนงของกลุ่มหนึ่งๆ ด้วยลักษณะการทำงานที่พึงประสงค์กับลักษณะการทำงานที่ไม่พึงประสงค์ และกำกับแต่ละแขนงย่อยด้วยสัดส่วนของแพทย์ที่ทำงานในโรงพยาบาลที่มีลักษณะที่พึงประสงค์และไม่พึงประสงค์ การวิเคราะห์หน้า WTA ที่คำนวณได้ข้างต้น ซึ่งเป็นการชดเชยของแพทย์ที่ต้องการสำหรับการทำงานในลักษณะที่ไม่พึงประสงค์

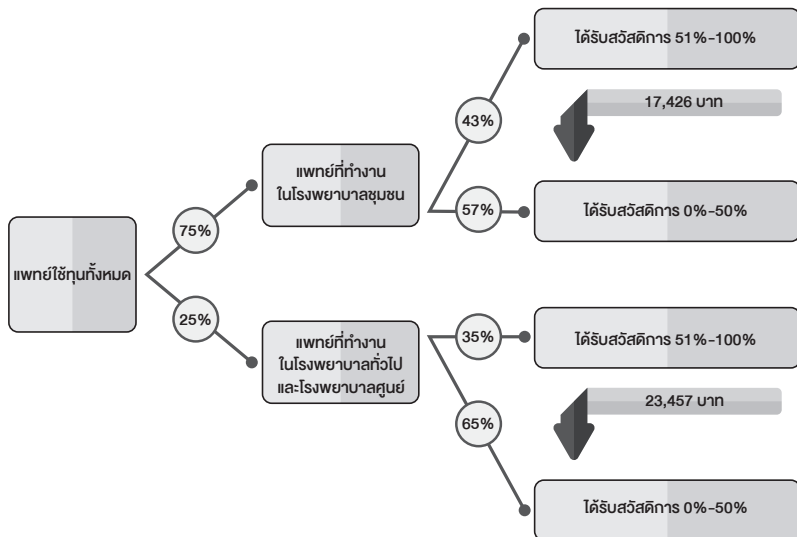
Decision Tree Analysis เป็นขั้นตอนต่อมาที่นำข้อมูลใน decision trees มาคำนวณเพื่อให้ได้คำตอบแทนสำหรับชดเชยแพทย์ในการทำงานที่มีลักษณะไม่พึงประสงค์ที่ปรับด้วยโอกาสที่จะเกิดขึ้นของค่า WTA ในกรณีต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง กรอบการวิเคราะห์ Decision Tree Analysis ในที่นี้กำหนดให้สัดส่วนของแพทย์ในทุกแขนงของ decision trees เป็นโอกาสความน่าจะเป็น (probability) ที่เกี่ยวข้อง กับ WTA ในท้ายที่สุดการปรับ WTA ด้วยโอกาสความน่าจะเป็นในทางสถิติคือค่าคาดการณ์ (expected value) ของคำตอบแทนสำหรับชดเชยแพทย์ในทางปฏิบัติ โอกาสความน่าจะเป็นได้จากการคูณสัดส่วนที่เกี่ยวข้องเข้าด้วยกัน ก่อนที่จะนำมาคูณกับ WTA รูปที่ 15 - 19 แสดงผลการคำนวณตามที่กล่าวข้างต้น หากนำผลการคำนวณมาประยุกต์ใช้กับจำนวนประชากรของแพทย์ทั้งหมดในโรงพยาบาลชุมชนโรงพยาบาลทั่วไปและโรงพยาบาลศูนย์ ซึ่งตัวอย่างแพทย์ในการศึกษานี้เป็นส่วนหนึ่งของประชากรนี้ ค่าคาดการณ์ของคำตอบแทนสำหรับชดเชยแพทย์ต่อคนสำหรับลักษณะการทำงานที่ไม่พึงประสงค์แต่ละประเภทเป็นดังนี้

- ภาระงานใหม่ซึ่งมากกว่าภาระงานเฉลี่ยเป็น 19,313 บาท
- สวัสดิการที่ลดลงเป็น 7,687 บาท
- การทำงานอยู่ในพื้นที่ไม่เจริญซึ่งมีสิ่งอำนวยความสะดวกในการดำรงชีพที่จำกัด 14,415 บาท
- สภาพการทำงานหรือบรรยากาศการทำงานที่ไม่ได้รับคำปรึกษาจากแพทย์รุ่นพี่และความร่วมมือจากวิชาชีพอื่น เป็น 18,501 บาท
- การทำงานแทนที่จะเรียนต่อเป็น 12,548 บาท

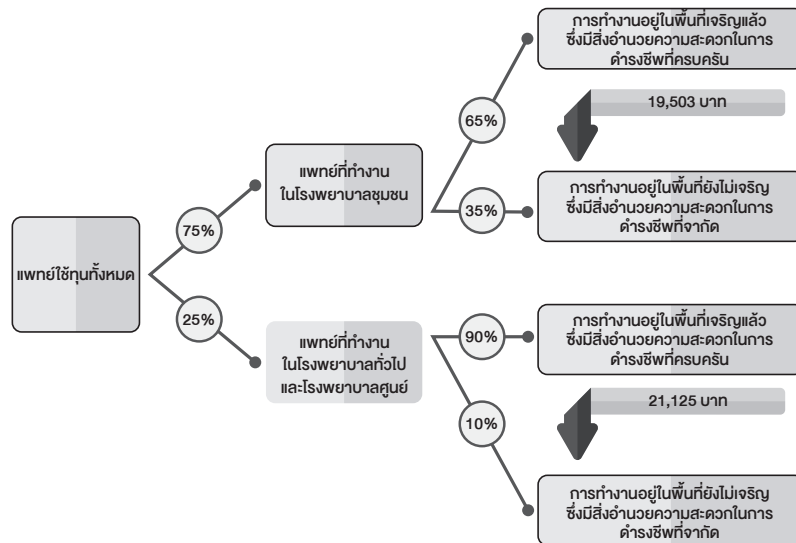
รูปที่ 10 Decision Trees ที่สะท้อนถึงค่าตอบแทน (WTA) ที่แพทย์ใช้ทุนต้องการเพื่อชดเชยกับการะงานใหม่ที่โรงพยาบาลมอบหมายให้ทำมากกว่าภาระงานเฉลี่ย (วิธี CVM)



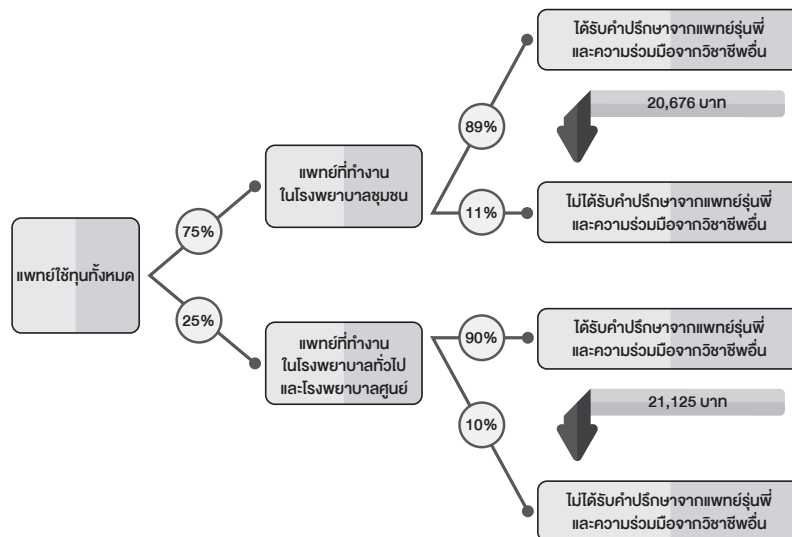
รูปที่ 11 Decision Trees ที่สะท้อนถึงค่าตอบแทน (WTA) ที่แพทย์ใช้ทุนต้องการเพื่อชดเชยกับได้รับสวัสดิการลดลง (วิธี CVM)



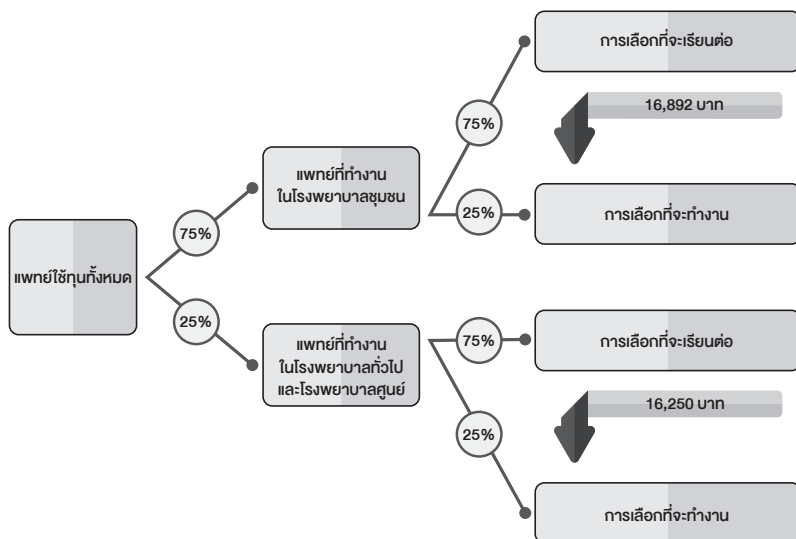
รูปที่ 12 Decision Trees ที่สะท้อนถึงค่าตอบแทน (WTA) ที่แพทย์ใช้ทุนต้องการเพื่อชดเชยกับการทำงานอยู่ในพื้นที่ที่ยังไม่เจริญซึ่งมีสิ่งอำนวยความสะดวกในการดำรงชีพที่จำกัด (วิธี CVM)



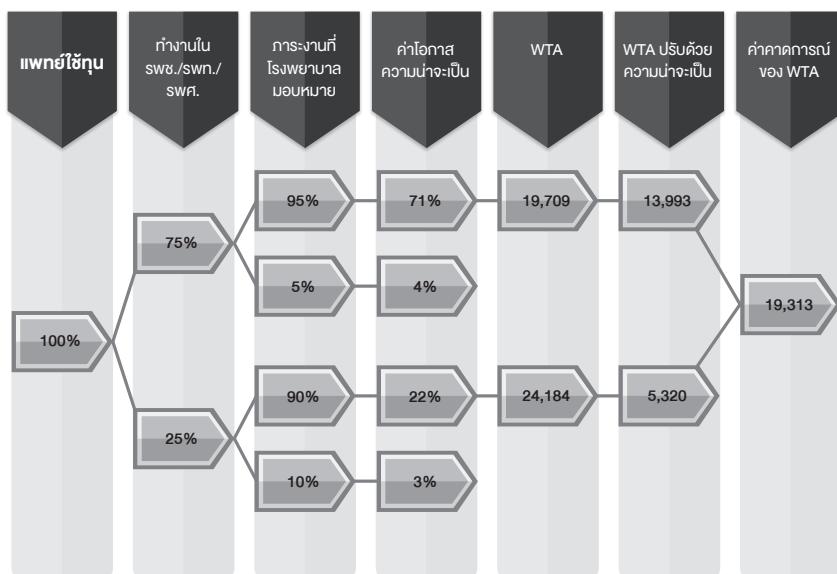
รูปที่ 13 Decision Trees ที่สะท้อนถึงค่าตอบแทน (WTA) ที่แพทย์ใช้ทุนต้องการเพื่อชดเชยกับการทำงานหรือบรรยากาการทำงานที่ไม่ได้รับคำปรึกษาจากแพทย์รุ่นพี่และความร่วมมือจากวิชาชีพอื่น (วิธี CVM)



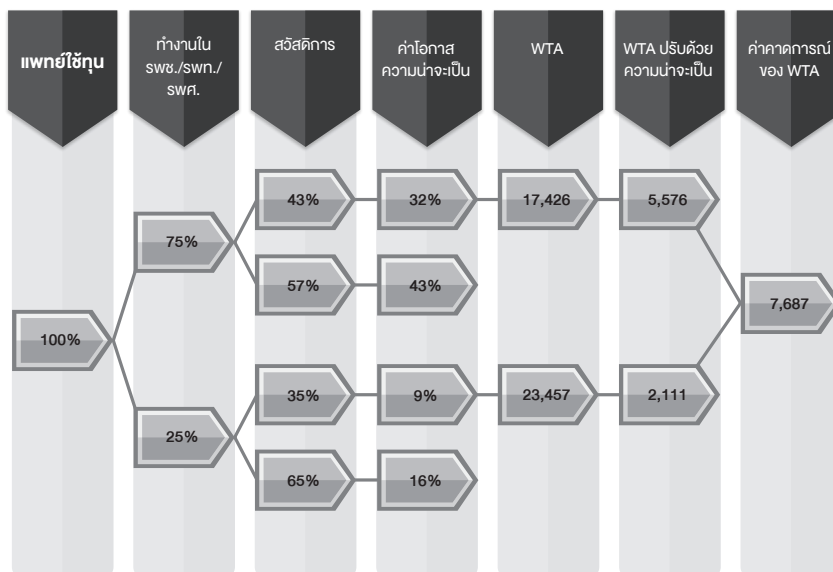
รูปที่ 14 Decision Trees ที่สะท้อนถึงค่าตอบแทน (WTA) ที่แพทย์ใช้ทุนต้องการ เพื่อชดเชยกับการเลือกที่จะทำงานแทนที่จะเรียนต่อ (วิธี CVM)



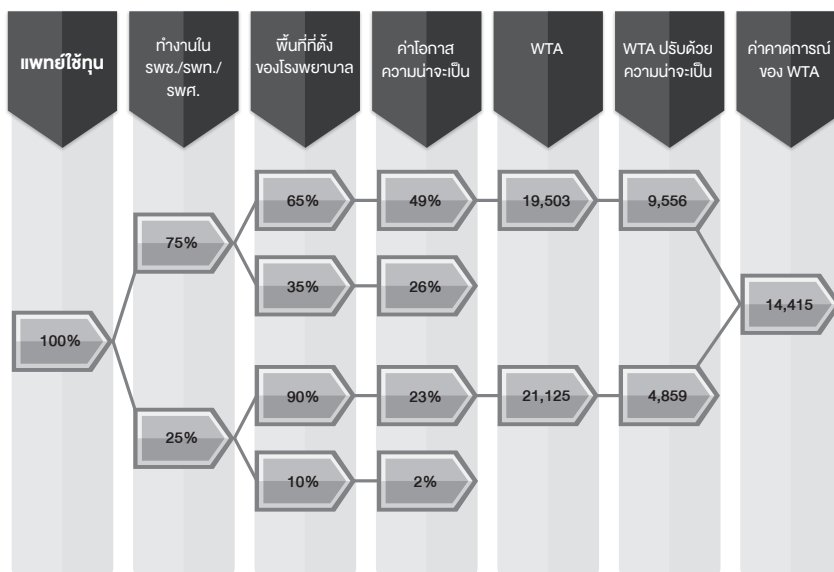
รูปที่ 15 Decision Tree Analysis ที่แสดงการคำนวณค่าคาดการณ์ WTA ของแพทย์ใช้ทุนสำหรับชดเชยกับการะงานที่โรงพยาบาลมอบหมาย (วิธี CVM)



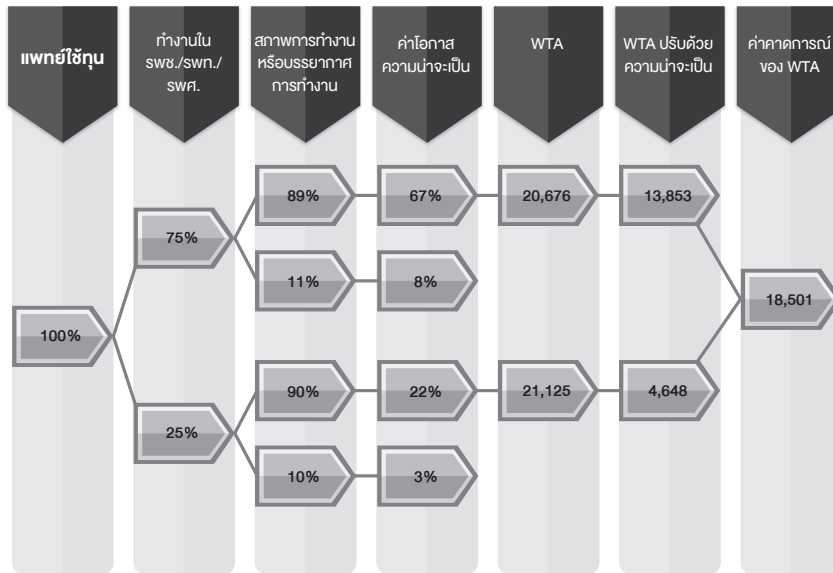
รูปที่ 16 Decision Tree Analysis ที่แสดงการคำนวณค่าคาดการณ์ WTA ของแพทย์
ใช้ทุนสำหรับชดเชยกับสวัสดิการ (วิธี CVM)



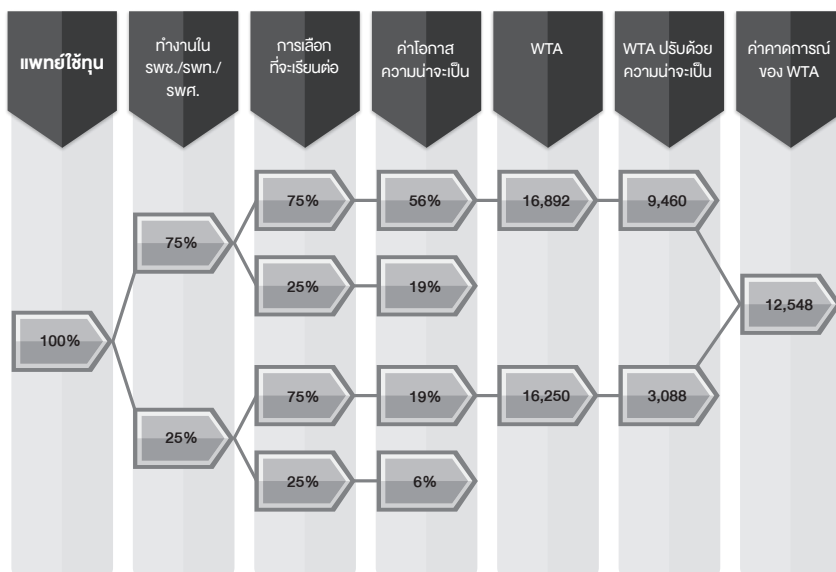
รูปที่ 17 Decision Tree Analysis ที่แสดงการคำนวณค่าคาดการณ์ WTA ของแพทย์
ใช้ทุนสำหรับชดเชยกับพื้นที่ที่ตั้งของโรงพยาบาล (วิธี CVM)



รูปที่ 18 Decision Tree Analysis ที่แสดงการคำนวณค่าคาดการณ์ WTA ของแพทย์
ใช้ทุนสำหรับชดเชยกับสภาพการทำงานหรือบรรยากาศการทำงาน (วิธี CVM)



รูปที่ 19 Decision Tree Analysis ที่แสดงการคำนวณค่าคาดการณ์ WTA ของแพทย์
ใช้ทุนสำหรับชดเชยกับการเรียนต่อ (วิธี CVM)

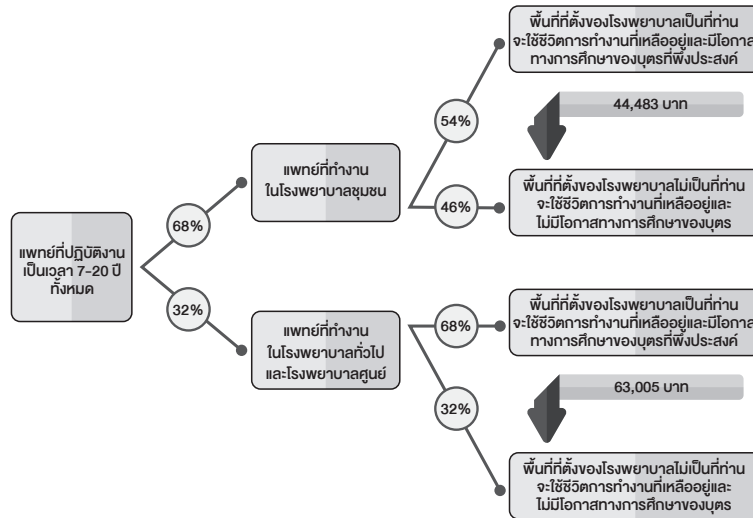


5.3.1.2 กลุ่มตัวอย่างแพทย์ที่ปฏิบัติงานมาเป็นเวลา 7 - 20 ปีนับจากจบการศึกษา

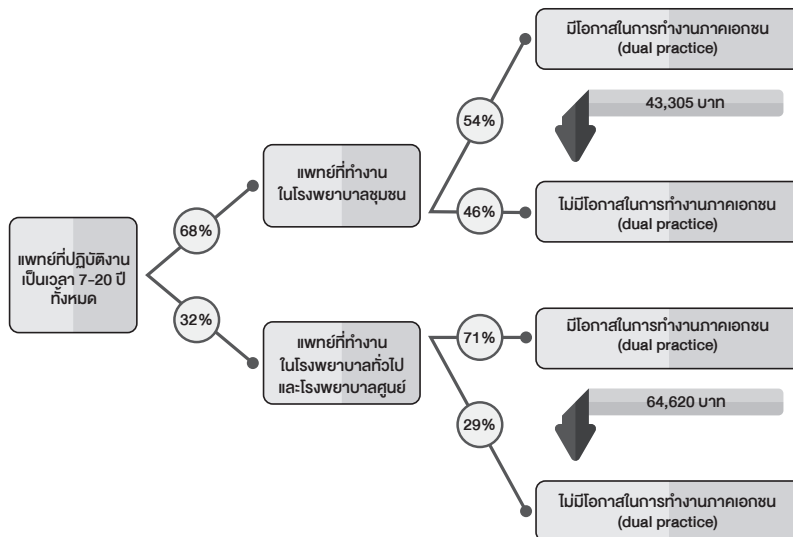
ในการทำนองเดียวกับการวิเคราะห์แบบ Decision Tree Analysis โดยใช้ WTA ที่คำนวณได้จากวิธี Contingent Valuation Method ของกลุ่มตัวอย่างแพทย์ใช้ทุน รูปที่ 20 - 26 แสดง decision trees ของกลุ่มตัวอย่างแพทย์ที่ปฏิบัติงานมาเป็นเวลา 7 - 20 ปีนับจากจบการศึกษา decision trees จำแนกแพทย์ออกเป็นแพทย์ที่ทำงานในโรงพยาบาลชุมชนกับแพทย์ที่ทำงานในโรงพยาบาลทั่วไปและโรงพยาบาลศูนย์เช่นเดียวกัน รูปที่ 27 - 33 แสดงผลการคำนวณค่าคาดการณ์ของค่าตอบแทนสำหรับชดเชยแพทย์ต่อคนสำหรับลักษณะการทำงานที่ไม่พึงประสงค์แต่ละประเภท ซึ่งสรุปได้เป็นดังนี้

- โอกาสในการทำงานภาคเอกชน (dual practice) เป็น 30,886 บาทต่อเดือน
- พื้นที่ที่ตั้งของโรงพยาบาลและโอกาสทางการศึกษาของบุตร เป็น 29,875 บาทต่อเดือน
- การได้ปฏิบัติงานตรงกับความเชี่ยวชาญหรือความถนัดเป็น 30,626 บาทต่อเดือน
- สวัสดิการที่ได้รับเป็น 16,402 บาทต่อเดือน
- การเปลี่ยนแปลงฐานะทางสังคมหรือการยอมรับของสังคม เป็น 23,519 บาทต่อเดือน
- โอกาสในความก้าวหน้าทางงานเป็น 30,430 บาทต่อเดือน
- สภาพการทำงานหรือบรรยากาศการทำงานเป็น 32,178 บาทต่อเดือน

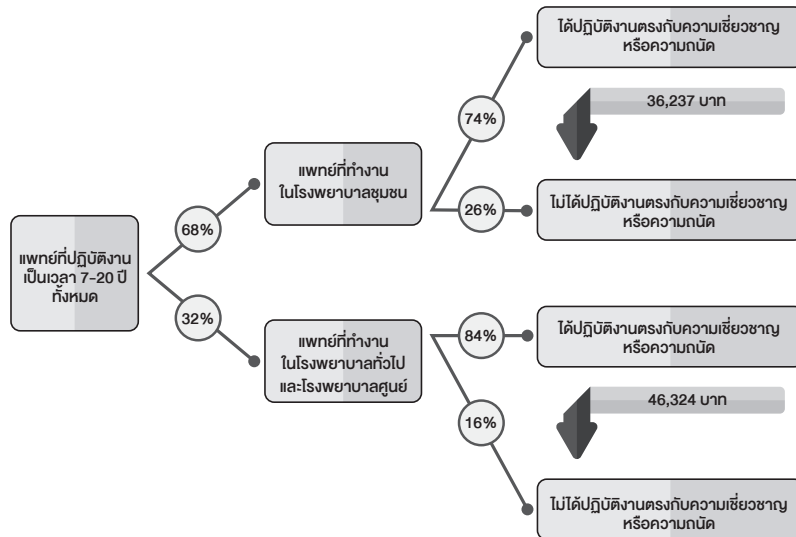
รูปที่ 20 Decision Trees ที่สะท้อนถึงค่าตอบแทน (WTA) ที่แพทย์ที่ปฏิบัติงานมาเป็นเวลา 7 - 20 ปี ต้องการเพื่อชดเชยการอยู่ในพื้นที่และโอกาสทางการศึกษาของบุตรที่ไม่พึงประสงค์ (วิธี CVM)



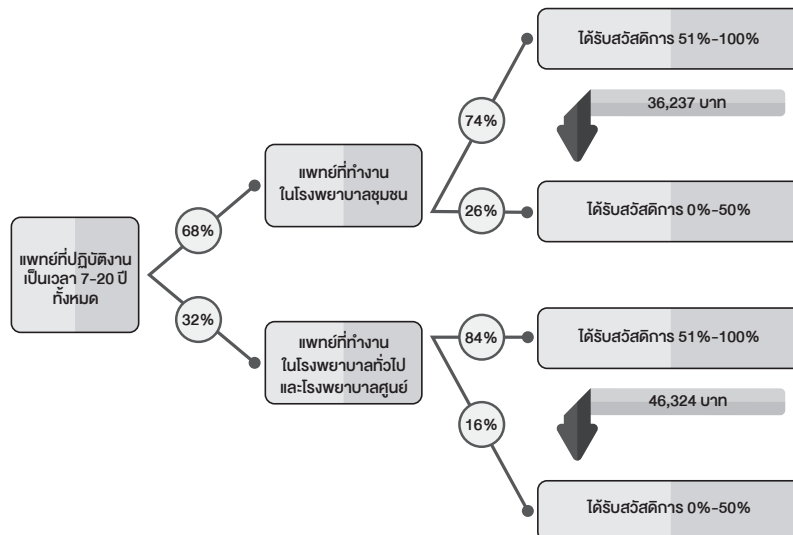
รูปที่ 21 Decision Trees ที่สะท้อนถึงค่าตอบแทน (WTA) ที่แพทย์ที่ปฏิบัติงานมาเป็นเวลา 7 - 20 ปี ต้องการเพื่อชดเชยกับการขาดโอกาสในการทำงานภาคเอกชน (dual practice)



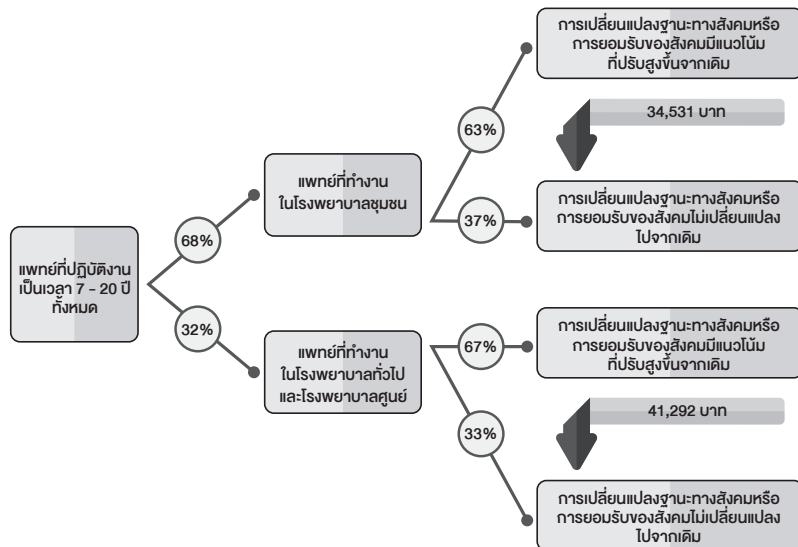
รูปที่ 22 Decision Trees ที่สะท้อนถึงค่าตอบแทน (WTA) ที่แพทย์ที่ปฏิบัติงานมาเป็นเวลา 7 - 20 ปี ต้องการเพื่อชดเชยกับการไม่ได้ปฏิบัติงานตรงกับความเชี่ยวชาญหรือความถนัด (วิธี CVM)



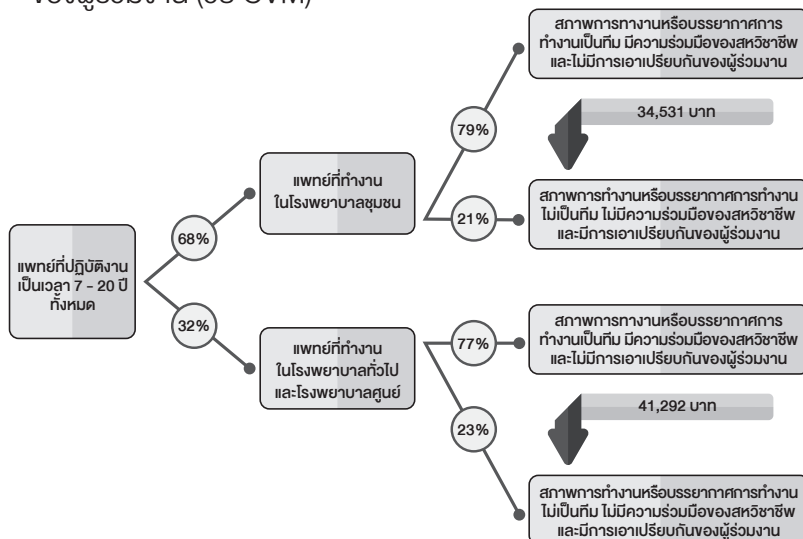
รูปที่ 23 Decision Trees ที่สะท้อนถึงค่าตอบแทน (WTA) ที่แพทย์ที่ปฏิบัติงานมาเป็นเวลา 7 - 20 ปี ต้องการเพื่อชดเชยกับได้รับสวัสดิการที่ลดลง (วิธี CVM)



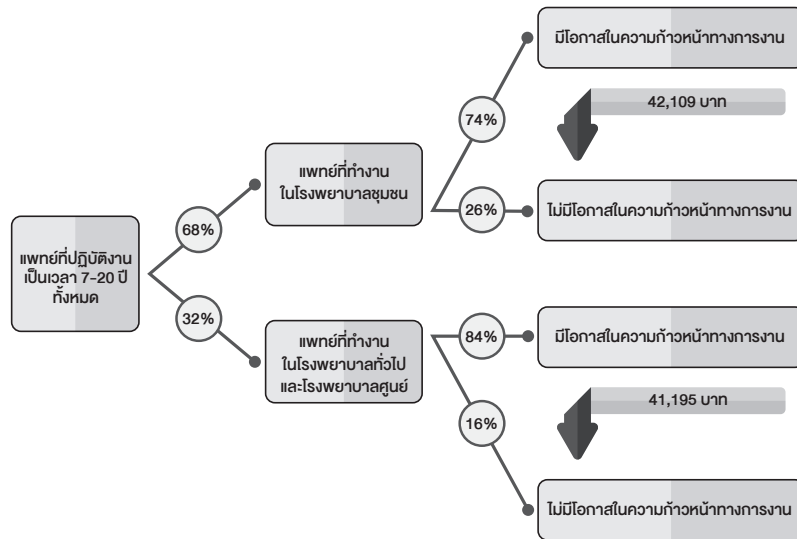
รูปที่ 24 Decision Trees ที่สะท้อนถึงคำตอบแทน (WTA) ที่แพทย์ที่ปฏิบัติงานมาเป็นเวลา 7 - 20 ปี ต้องการเพื่อชดเชยกับฐานะทางสังคมหรือการยอมรับของสังคมไม่เปลี่ยนแปลงจากเดิม (วิธี CVM)



รูปที่ 25 Decision Trees ที่สะท้อนถึงคำตอบแทน (WTA) ที่แพทย์ที่ปฏิบัติงานมาเป็นเวลา 7 - 20 ปี ต้องการเพื่อชดเชยกับสภาพการทำงานหรือบรรยากาศการทำงานไม่เป็นทีม ไม่มีความร่วมมือของสหวิชาชีพ และมีการเอาเปรียบกันของผู้ร่วมงาน (วิธี CVM)



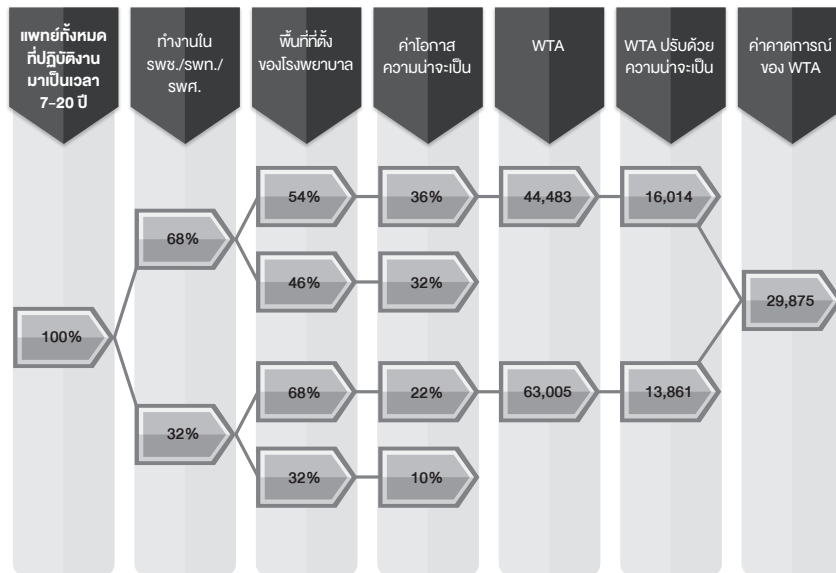
รูปที่ 26 Decision Trees ที่สะท้อนถึงค่าตอบแทน (WTA) ที่แพทย์ที่ปฏิบัติงานมาเป็นเวลา 7 - 20 ปี ต้องการเพื่อชดเชยกับการไม่มีโอกาสในความก้าวหน้าทางการทำงาน (วิธี CVM)



รูปที่ 27 Decision Tree Analysis ที่แสดงการคำนวณค่าคาดการณ์ WTA ของแพทย์ที่ปฏิบัติงานมาเป็นเวลา 7 - 20 ปี สำหรับชดเชยการขาดโอกาสในการทำงานภาคเอกชน (dual practice) (วิธี CVM)



รูปที่ 28 Decision Tree Analysis ที่แสดงการคำนวณค่าคาดการณ์ WTA ของแพทย์ที่ปฏิบัติงานมาเป็นเวลา 7 - 20 ปี สำหรับชดเชยกับการอยู่ในพื้นที่และโอกาสทางการศึกษาของบุตรที่ไม่พึงประสงค์ (วิธี CVM)



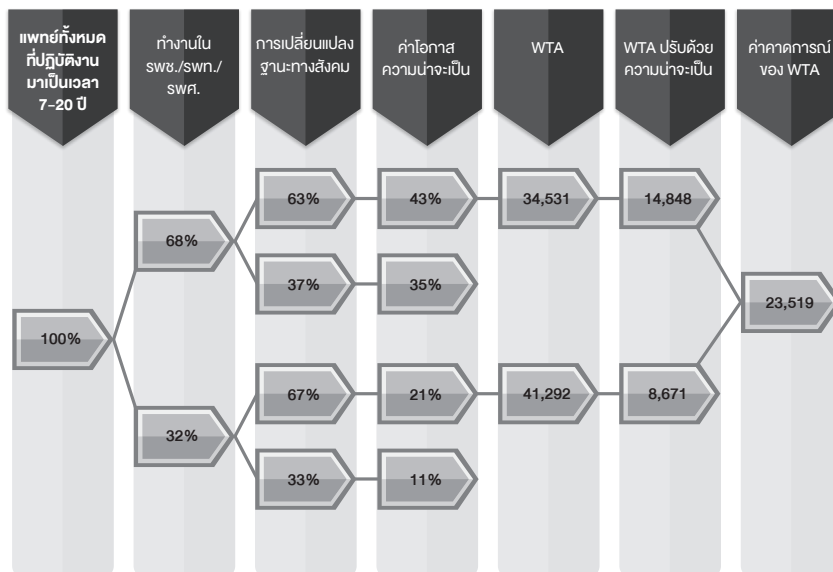
รูปที่ 29 Decision Tree Analysis ที่แสดงการคำนวณค่าคาดการณ์ WTA ของแพทย์ที่ปฏิบัติงานมาเป็นเวลา 7 - 20 ปี สำหรับชดเชยกับการไม่ได้ปฏิบัติงานตรงกับความเชี่ยวชาญหรือความถนัด (วิธี CVM)



รูปที่ 30 Decision Tree Analysis ที่แสดงการคำนวณค่าคาดการณ์ WTA ของแพทย์
ที่ปฏิบัติงานมาเป็นเวลา 7 - 20 ปี สำหรับชดเชยกับได้รับสวัสดิการที่ลดลง
(วิธี CVM)



รูปที่ 31 Decision Tree Analysis ที่แสดงการคำนวณค่าคาดการณ์ WTA ของแพทย์
ที่ปฏิบัติงานมาเป็นเวลา 7 - 20 ปี สำหรับชดเชยกับฐานะทางสังคมหรือ
การยอมรับของสังคมไม่เปลี่ยนแปลงจากเดิม (วิธี CVM)



รูปที่ 32 Decision Tree Analysis ที่แสดงการคำนวณค่าคาดการณ์ WTA ของแพทย์ที่ปฏิบัติงานมาเป็นเวลา 7 - 20 ปี สำหรับชดเชยกับสภาพการทำงานหรือบรรยากาศการทำงาน (วิธี CVM)



รูปที่ 33 Decision Tree Analysis ที่แสดงการคำนวณค่าคาดการณ์ WTA ของแพทย์ที่ปฏิบัติงานมาเป็นเวลา 7 - 20 ปี สำหรับชดเชยกับโอกาสในความก้าวหน้าทางการทำงาน (วิธี CVM)

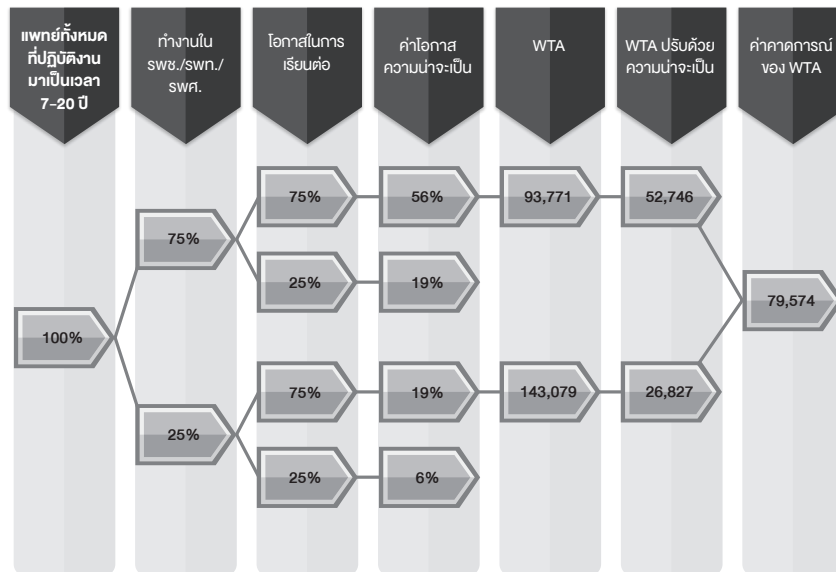


5.3.2 ผลการวิเคราะห์แบบ *Decision Tree Analysis* โดยใช้ *WTA* ที่คำนวณได้จากวิธี *Discrete Choice Experiment*

5.3.2.1 กลุ่มตัวอย่างแพทย์ใช้ทุน

การวิเคราะห์ *Decision Tree Analysis* โดยใช้ผลการประมาณการ *WTA* ด้วยวิธี *Discrete Choice Experiment (DCE)* ใช้วิธีการเดียวกันกับวิธีการวิเคราะห์ผลการคำนวณด้วยวิธี *CVM* กล่าวคือ ค่าคาดการณ์ *WTA* สำหรับคุณลักษณะงานแต่ละคุณลักษณะจะได้รับการคำนวณค่า *expected values* ของ *WTA* ซึ่งเป็นการปรับค่า *WTA* ด้วยค่าความน่าจะเป็นในกรณีต่างๆ โดยค่าโอกาสความน่าจะเป็นนี้คำนวณจากสัดส่วนของแพทย์ที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลประเภทต่างๆ และความน่าจะเป็นของแพทย์ที่มีแนวโน้มเลือกรับเงินชดเชยสำหรับคุณลักษณะงานที่พึงประสงค์น้อยกว่า (ใช้ข้อมูลจากความพึงพอใจของกลุ่มตัวอย่างแพทย์) รูปที่ 34 - 36 เป็น *Decision Tree Analysis* ที่ได้จากการวิเคราะห์โดยใช้ผลการคำนวณ *WTA* ด้วยวิธี *DCE* ซึ่งเป็นค่าคาดการณ์ *WTA* ของสามคุณลักษณะงานที่พบว่ามีนัยสำคัญทางสถิติในแบบจำลอง *DCE* (ได้แก่ โอกาสในการศึกษาต่อสภาพหรือบรรยากาศในการทำงาน และพื้นที่ที่ตั้งของโรงพยาบาลตามลำดับ)

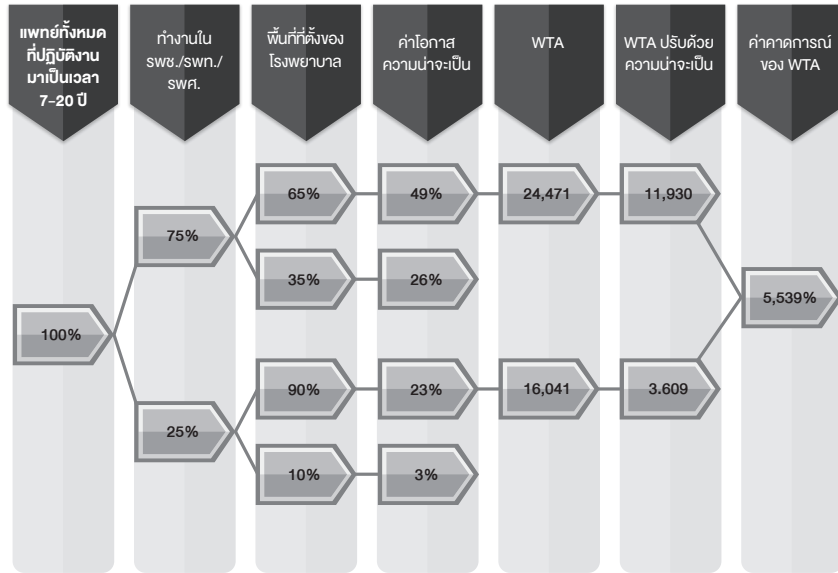
รูปที่ 34 Decision Tree Analysis ที่แสดงการคำนวณค่าคาดการณ์ WTA ของแพทย์
ใช้ทุนสำหรับชดเชยกับโอกาสในการศึกษาต่อ (วิธี DCE)



รูปที่ 35 Decision Tree Analysis ที่แสดงการคำนวณค่าคาดการณ์ WTA ของแพทย์
ใช้ทุนสำหรับชดเชยกับสภาพการทำงานหรือบรรยากาศการทำงาน (วิธี DCE)



รูปที่ 36 Decision Tree Analysis ที่แสดงการคำนวณค่าคาดการณ์ WTA ของแพทย์
ใช้ทุนสำหรับชดเชยกับพื้นที่ที่ตั้งของโรงพยาบาล (วิธี DCE)



5.3.2.2 กลุ่มตัวอย่างแพทย์ที่ปฏิบัติงานมาเป็นเวลา 7 - 20 ปี นับจากจบการศึกษา

ในทำนองเดียวกันกับการวิเคราะห์ค่าคาดการณ์ WTA ของแพทย์
ใช้ทุนรูปที่ 37 - 41 แสดง Decision Tree Analysis ที่แสดงการคำนวณ
ค่าคาดการณ์ (expected values) ของ WTA ของแพทย์ที่ปฏิบัติงานมาเป็น
เวลา 7 - 20 ปี นับจากจบการศึกษา ซึ่งได้จากการปรับค่า WTA ที่คำนวณ
ด้วยวิธี DCE ด้วยความน่าจะเป็นที่แพทย์ในโรงพยาบาลแต่ละประเภท
มีแนวโน้มที่จะรับเงินชดเชยสำหรับคุณลักษณะงานที่ไม่พึงประสงค์
5 คุณลักษณะงาน ได้แก่ พื้นที่ที่ตั้งของโรงพยาบาลที่ไม่พึงประสงค์ สภาพ
หรือบรรยากาศในการทำงานที่ไม่พึงประสงค์ สวัสดิการที่น้อยกว่าที่ต้องการ
การไม่มีโอกาสก้าวหน้าทางกรงาน และการไม่ได้ปฏิบัติงานตรงกับ
ความเชี่ยวชาญหรือความถนัด ซึ่งจากแบบจำลอง DCE พบว่า คุณลักษณะ
งานเหล่านี้มีนัยสำคัญทางสถิติต่อการตัดสินใจเลือกสถานที่ปฏิบัติงาน

รูปที่ 37 Decision Tree Analysis ที่แสดงการคำนวณค่าคาดการณ์ WTA ของแพทย์ที่ปฏิบัติงานมาเป็นเวลา 7 - 20 ปี สำหรับชดเชยกับการอยู่ในพื้นที่และโอกาสทางการศึกษาของบุตรที่ไม่พึงประสงค์ (วิธี DCE)



รูปที่ 38 Decision Tree Analysis ที่แสดงการคำนวณค่าคาดการณ์ WTA ของแพทย์ที่ปฏิบัติงานมาเป็นเวลา 7 - 20 ปี สำหรับชดเชยกับสภาพและบรรยากาศในการทำงานไม่พึงประสงค์ (วิธี DCE)



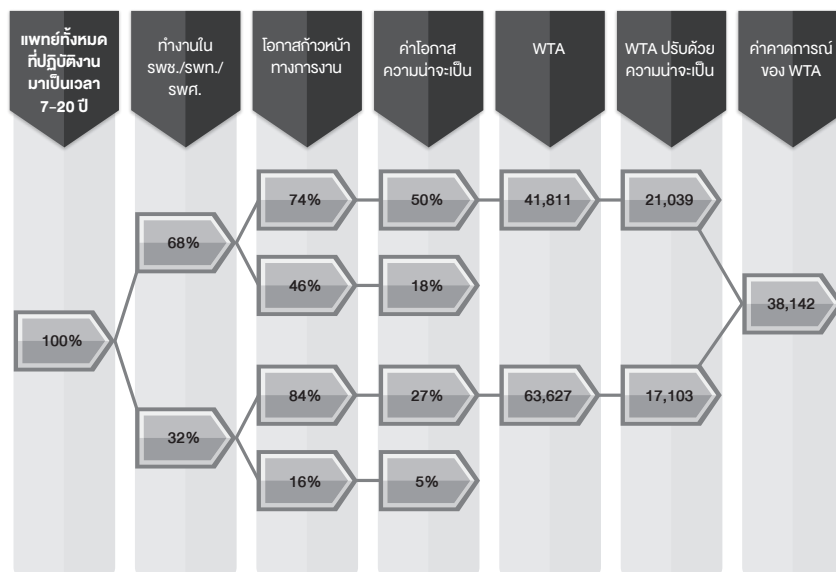
รูปที่ 39 Decision Tree Analysis ที่แสดงการคำนวณค่าคาดการณ์ WTA ของแพทย์
ที่ปฏิบัติงานมาเป็นเวลา 7 - 20 ปี สำหรับชดเชยกับสวัสดิการที่ลดลง (วิธี DCE)



รูปที่ 40 Decision Tree Analysis ที่แสดงการคำนวณค่าคาดการณ์ WTA ของแพทย์
ที่ปฏิบัติงานมาเป็นเวลา 7 - 20 ปี สำหรับชดเชยกับการไม่ได้ปฏิบัติงานตรง
กับความเชี่ยวชาญหรือความถนัด



รูปที่ 41 Decision Tree Analysis ที่แสดงการคำนวณค่าคาดการณ์ WTA ของแพทย์ที่ปฏิบัติงานมาเป็นเวลา 7 - 20 ปี สำหรับชดเชยกับการไม่มีโอกาสก้าวหน้าทางงาน (วิธี DCE)



5.4 ผลการวิเคราะห์ปัจจัยกำหนด WTA

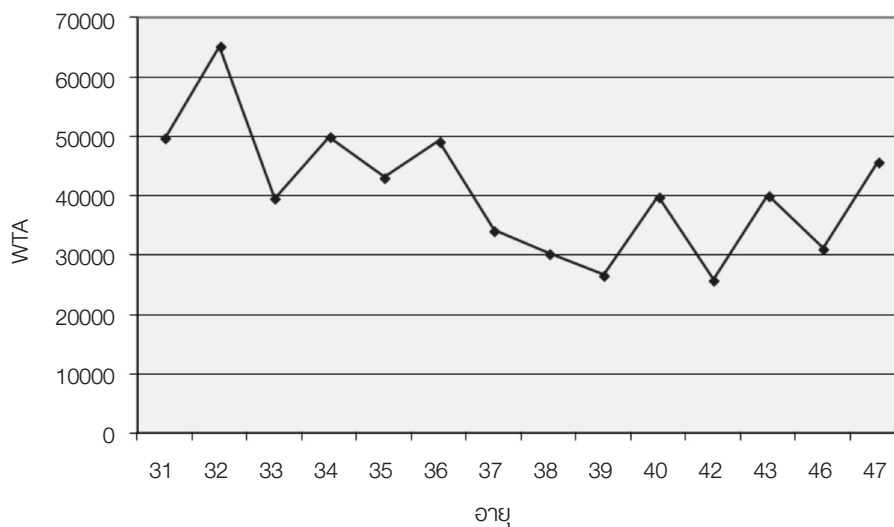
การศึกษานี้ได้วิเคราะห์ปัจจัยที่สำคัญบางประการที่อาจมีความสัมพันธ์กับ WTA ของลักษณะการทำงาน ปัจจัยเหล่านี้ได้แก่ อายุ การเป็นแพทย์ทั่วไปหรือแพทย์เฉพาะทาง การทำงานในจังหวัดเดียวกับที่ทำงานหรือต่างจังหวัด และสถาบันการศึกษาที่สำเร็จ การวิเคราะห์ได้คำนวณ WTA ที่ได้จากวิธี Contingent Valuation Method ของลักษณะการทำงานจำแนกตามกลุ่มของปัจจัย และนำเสนอในรูปแบบกราฟเพื่อแสดงให้เห็นความสัมพันธ์หรือความเป็นอิสระต่อกันระหว่าง WTA ของกลุ่มในแต่ละปัจจัย ผลการวิเคราะห์สามารถสรุปได้ ดังนี้

1. อายุของแพทย์มีความสัมพันธ์อย่างผกผันกับ WTA ของลักษณะการทำงานทุกประเภท รูปที่ 42 - รูปที่ 49 แสดงให้เห็นว่า แพทย์ที่มีอายุน้อย (มาก) ต้องการ WTA ของลักษณะการทำงานแต่ละประเภทสูง (ต่ำ) อย่างไรก็ตาม เป็นที่น่าสังเกตว่า WTA ที่ชดเชยสวัสดิการสำหรับแพทย์ที่มีอายุมากกว่ากลับสูงกว่าแพทย์ที่มีอายุน้อย ทั้งนี้อาจเป็นเพราะแพทย์ที่มีอายุมากเข้าใจถึงการเกษียณอายุการทำงานและภาวะสุขภาพที่เสื่อมลง จึงต้องการสวัสดิการทั้งที่เป็นตัวเงินและมีใช้ตัวเงินมาชดเชย

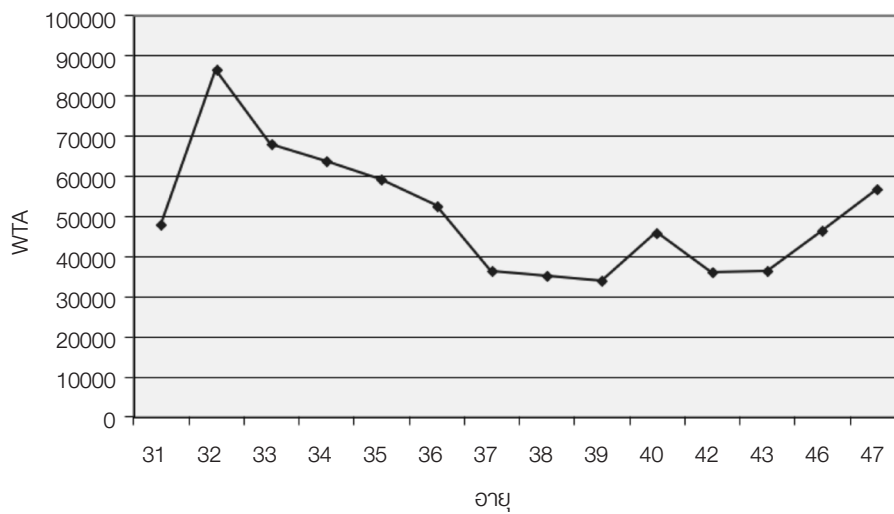
2. แพทย์เฉพาะทางต้องการ WTA สูงกว่าแพทย์ทั่วไปในทุกลักษณะงาน ความต่างสูงสุดของ WTA ระหว่างแพทย์สองกลุ่มนี้พบในลักษณะการทำงานในเรื่องโอกาสทำงานในภาคเอกชน รองลงมาเป็นเรื่องโอกาสก้าวหน้าในงาน ขณะที่สภาพการทำงานมีส่วนต่างที่น้อยที่สุด (ดูรูปที่ 50)
3. แพทย์ที่มีภูมิลำเนาเดียวกับจังหวัดที่ทำงานต้องการ WTA สูงกว่าแพทย์ที่มีภูมิลำเนาต่างจากจังหวัดที่ทำงาน ความต่างสูงสุดของ WTA ระหว่างแพทย์สองกลุ่มนี้พบในลักษณะการทำงานในเรื่องการได้ทำงานตรงกับความถนัด ขณะที่โอกาสทำงานเอกชนมีส่วนต่างที่น้อยที่สุด (ดูรูปที่ 51)
4. แพทย์จากโครงการผลิตแพทย์เพื่อชาวชนบทและโครงการผลิตแพทย์เพิ่มต้องการ WTA สูงกว่าแพทย์จากกลุ่มสถาบันแพทยศาสตร์แห่งประเทศไทย ความต่างสูงสุดของ WTA ระหว่างแพทย์สองกลุ่มนี้พบในลักษณะการทำงานในเรื่องการได้ทำงานตรงกับความถนัด ขณะที่โอกาสก้าวหน้าในงานมีส่วนต่างที่น้อยที่สุด (ดูรูปที่ 52)
5. เมื่อเปรียบเทียบความต่างของ WTA ที่เกิดจาก 3 ปัจจัย (การเป็นแพทย์ทั่วไปหรือแพทย์เฉพาะทาง การทำงานในจังหวัดเดียวกับที่ทำงานหรือต่างจังหวัด และสถาบันการศึกษาที่สำเร็จ) พบว่าการเป็นแพทย์ทั่วไปหรือแพทย์เฉพาะทางเป็นปัจจัยที่สร้างส่วนต่างที่สูงกว่าอีกสองปัจจัย กล่าวคือ ส่วนต่างจากปัจจัยแรกอยู่ในช่วง 11,000 - 27,000 บาท ขณะที่ส่วนต่างจากสองปัจจัยหลังอยู่ในช่วง 1,300 - 12,000 บาท

อย่างไรก็ดี การวิเคราะห์ปัจจัยสำคัญที่สัมพันธ์กับ WTA ในที่นี้ ไม่ได้รวมถึงปัจจัยที่กำหนด WTA ของแพทย์ใช้ทุน เนื่องจาก WTA ของแพทย์ใช้ทุนไม่มีความแตกต่างกันมากไม่ว่าจะเป็นในด้านอายุ การปฏิบัติงานในจังหวัดเดียวกับภูมิลำเนา หรือหลักสูตรแพทยศาสตรที่ได้รับการศึกษา

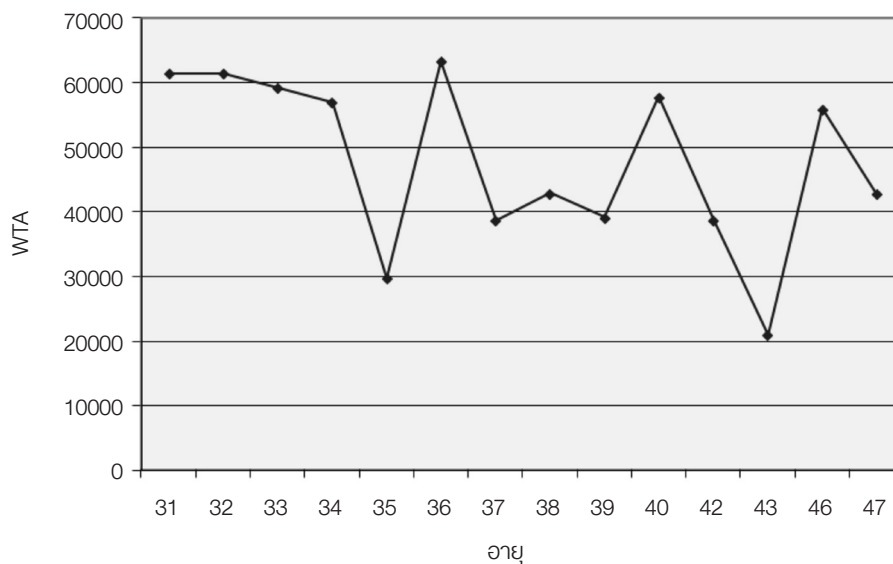
รูปที่ 42 WTA สำหรับพื้นที่ที่ตั้งของโรงพยาบาลและโอกาสทางการศึกษาของบุตร



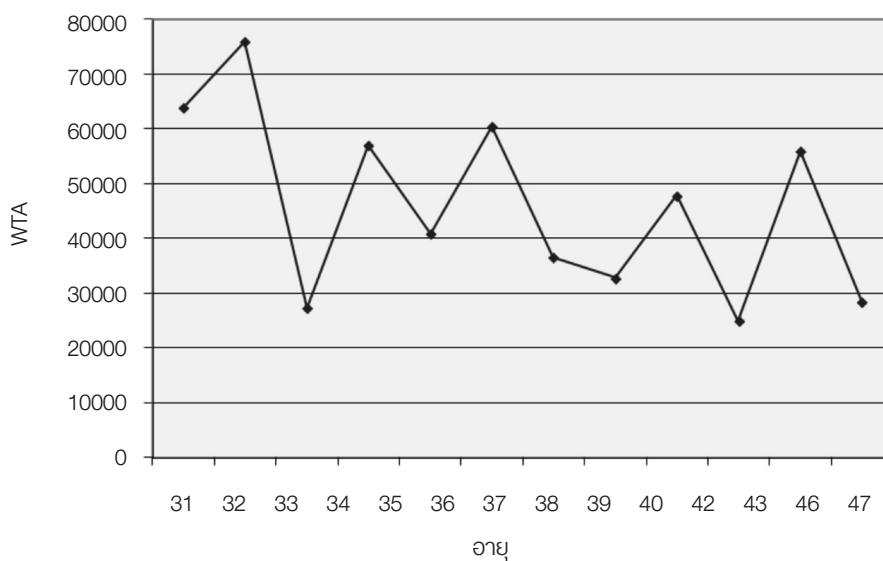
รูปที่ 43 WTA สำหรับโอกาสในการทำงานภาคเอกชน (dual practice)



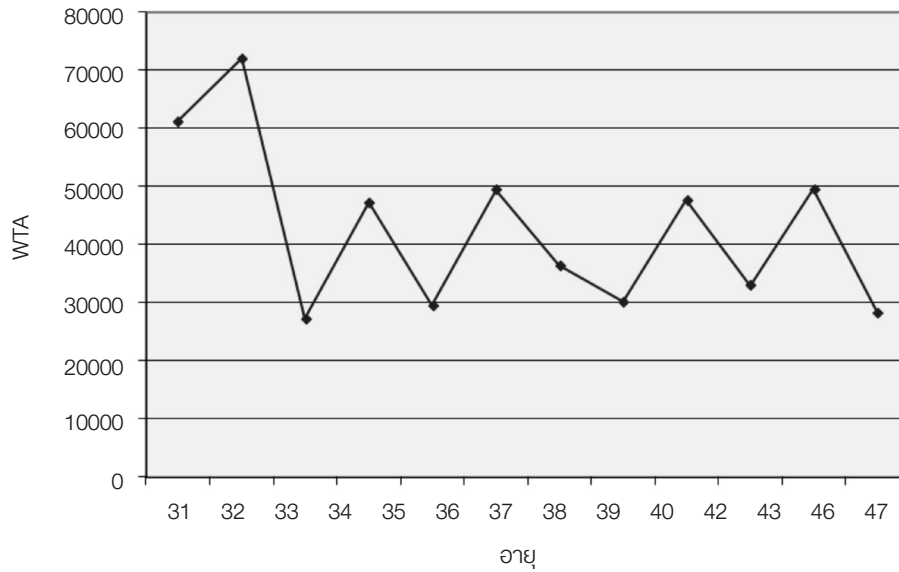
รูปที่ 44 WTA สำหรับโอกาสในความก้าวหน้าทางการทำงาน



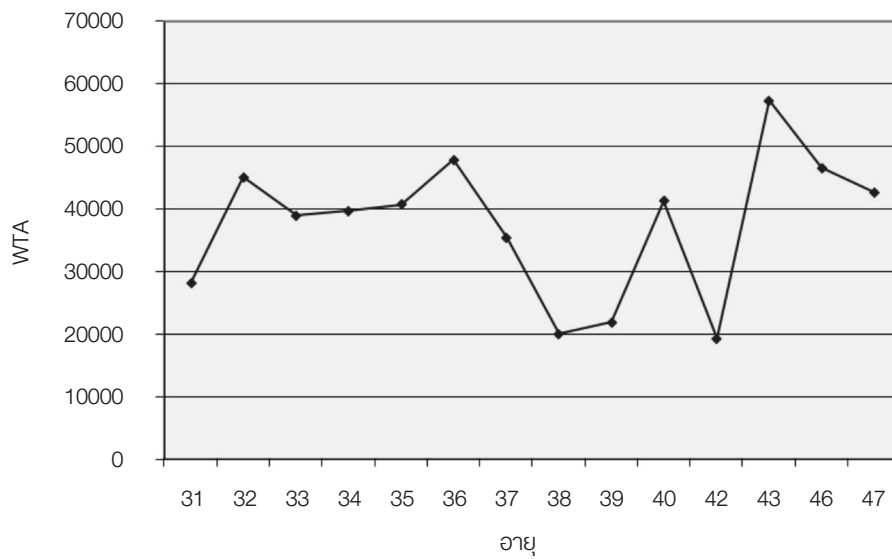
รูปที่ 45 WTA สำหรับการได้ปฏิบัติงานที่ตรงกับความเชี่ยวชาญหรือความถนัด



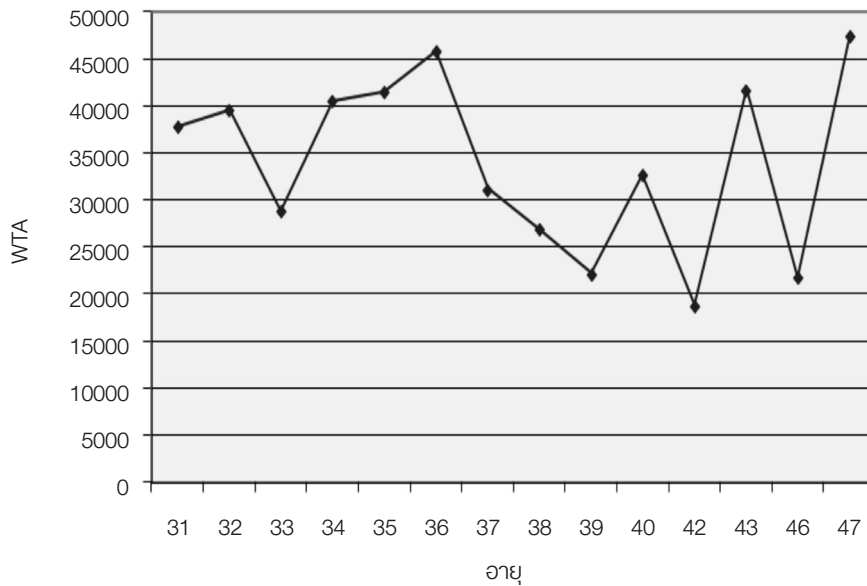
รูปที่ 46 WTA สำหรับสภาพหรือบรรยากาศในการทำงาน



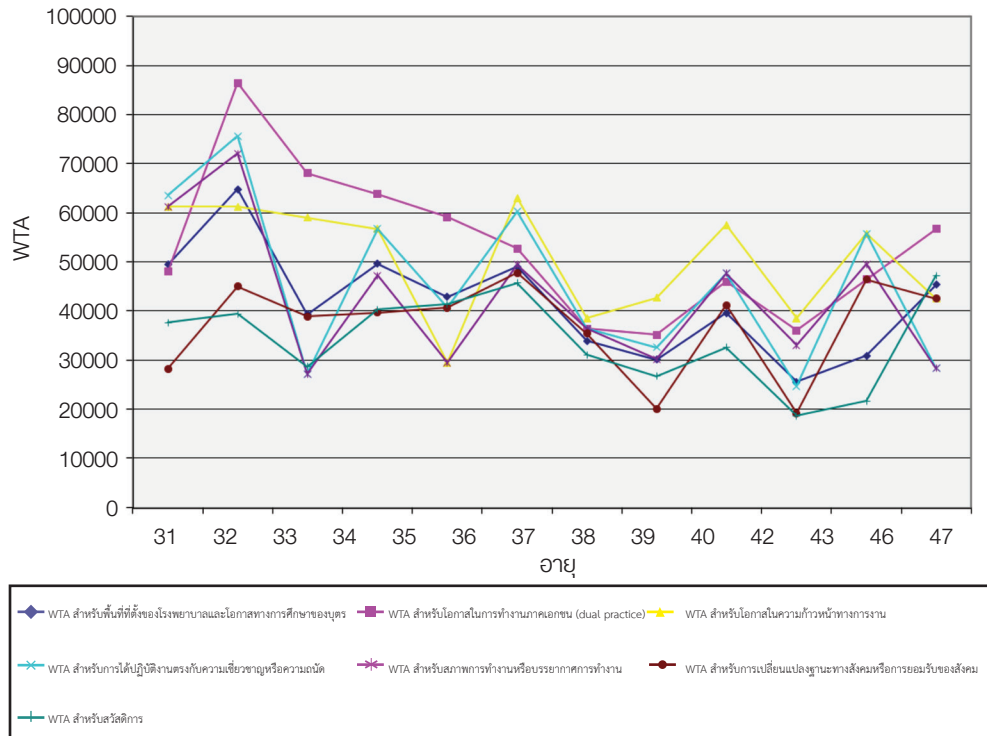
รูปที่ 47 WTA สำหรับการเปลี่ยนแปลงฐานะทางสังคมหรือการยอมรับของสังคม



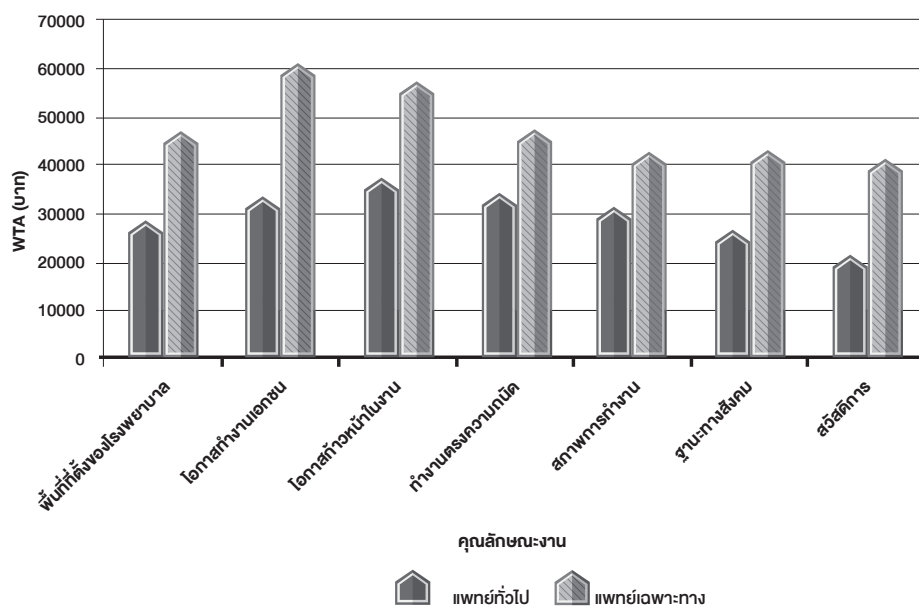
รูปที่ 48 WTA สำหรับสวัสดิการ



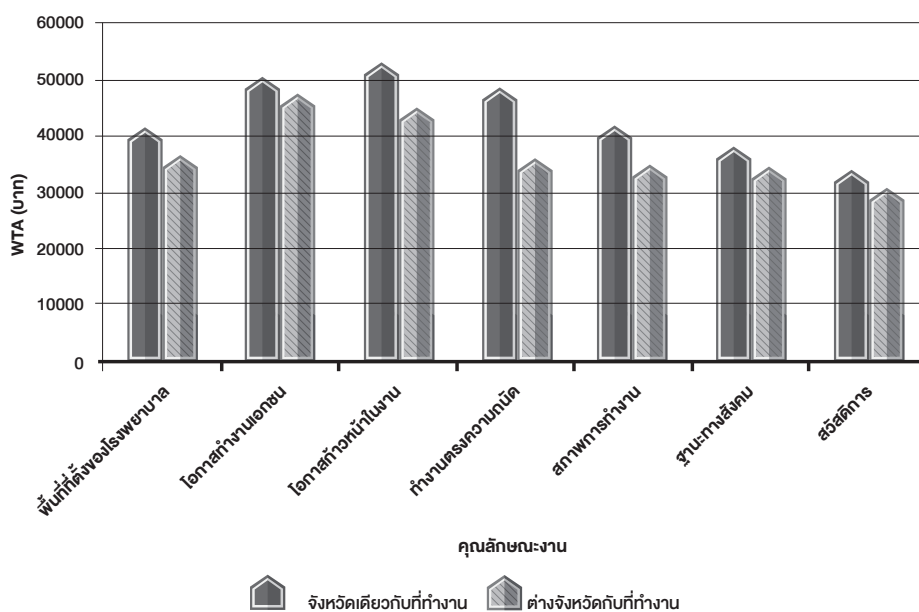
รูปที่ 49 WTA สำหรับลักษณะการทำงานทุกประเภท



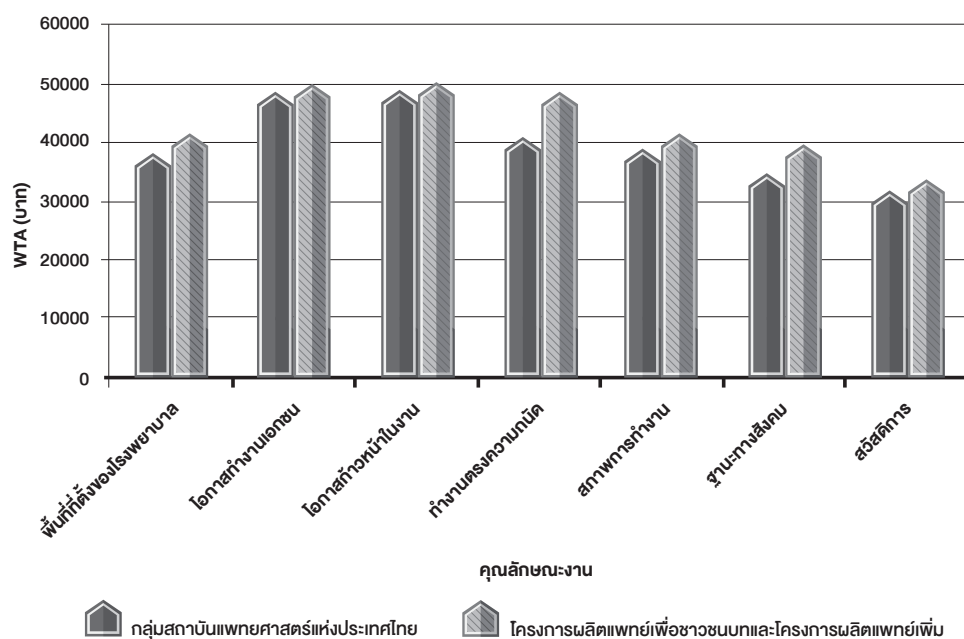
รูปที่ 50 WTA กับสาขาการปฏิบัติงานของแพทย์



รูปที่ 51 WTA กับภูมิสำเนา



รูปที่ 52 WTA กับหลักสูตรแพทยศาสตร์



บทที่ 06



สรุปและอภิปรายผลการศึกษา

6.1 สรุปและอภิปรายผลการศึกษา

6.1.1 ผลการวิเคราะห์ด้วยวิธี DCE

ในการศึกษาความพึงพอใจต่อค่าตอบแทนที่ได้รับของแพทย์ใช้ทุน (ปีที่ 2 - 3) ที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลชุมชน โดยวิเคราะห์ด้วยวิธี DCE ผลการศึกษาพบว่า ในการเลือกสถานที่ปฏิบัติงาน กลุ่มตัวอย่างแพทย์ใช้ทุนให้ความสำคัญกับโอกาสในการศึกษาต่อเป็นลำดับแรก ส่วนคุณลักษณะงานที่มีผลต่อการเลือกสถานที่ปฏิบัติงานในลำดับรองลงมา ได้แก่ การได้รับคำปรึกษาจากแพทย์รุ่นพี่และความร่วมมือจากวิชาชีพอื่น ความเจริญของพื้นที่ที่สถานที่ปฏิบัติงานนั้นตั้งอยู่ ภาระงาน และสวัสดิการตามลำดับ โดยจำนวนความเต็มใจรับ (WTA) ของการไม่มีโอกาสในการเรียนต่ออยู่ที่ 97,548 บาท ซึ่งสูงกว่า WTA ของการไม่ได้รับคำปรึกษาจากแพทย์รุ่นพี่ประมาณ 1.8 เท่า และสูงกว่า WTA ของการอยู่ในพื้นที่ที่ยังไม่เจริญและไกลจากตัวเมืองประมาณ 4 เท่า



เมื่อพิจารณา WTA ของแพทย์ใช้ทุน โดยแยกตามประเภทของโรงพยาบาล พบว่า คุณลักษณะสำคัญที่กำหนดความพึงพอใจต่อการเลือกปฏิบัติงานของแพทย์ใช้ทุนในโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลจังหวัดมีเพียงสามคุณลักษณะคือ โอกาสในการศึกษาต่อ สภากาแฟและบรรยากาศในการทำงาน และพื้นที่ที่ตั้งของโรงพยาบาล โดย WTA ของการไม่มีโอกาสในการเรียนต่อสูงกว่า WTA ของการไม่ได้รับค่าปรึกษาจากแพทย์รุ่นพี่ และ WTA ของการอยู่ในพื้นที่ที่ยังไม่เจริญและไกลจากตัวเมืองประมาณ 2 เท่า และ 9 เท่าตามลำดับ นอกจากนี้ เมื่อเปรียบเทียบกับ WTA ของการไม่มีโอกาสในการเรียนต่อของแพทย์ใช้ทุนในโรงพยาบาลชุมชน จะเห็นได้ว่า WTA ของแพทย์ใช้ทุนในโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลจังหวัดมีจำนวนสูงกว่าถึงประมาณ 1.5 เท่า อาจกล่าวได้ว่า สำหรับแพทย์ใช้ทุนแล้ว โอกาสในการศึกษาต่อเป็นคุณลักษณะที่สำคัญที่สุดในการเลือกสถานที่ปฏิบัติงาน และ WTA ที่แพทย์กลุ่มนี้ต้องการได้รับเพื่อชดเชยกับการไม่มีโอกาสศึกษาต่อยังมีจำนวนที่สูงมากจนแทบจะเทียบไม่ได้กับ WTA ของคุณลักษณะงานอื่น

สำหรับกลุ่มตัวอย่างแพทย์ที่ปฏิบัติงานมาแล้วเป็นเวลา 7 - 20 ปีนับจากจบการศึกษา ผลการวิเคราะห์ด้วยวิธี DCE โดยใช้กลุ่มตัวอย่างแพทย์ที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลชุมชนและในโรงพยาบาลศูนย์/จังหวัด พบว่า แพทย์กลุ่มนี้ให้ความสำคัญกับพื้นที่ที่ตั้งของสถานที่ปฏิบัติงานมากที่สุด โดย WTA ของการปฏิบัติงานในพื้นที่ที่ไม่คิดว่าจะใช้ชีวิตที่เหลืออยู่และไม่มีโอกาสทางการศึกษาของบุตรมีจำนวนเฉลี่ยอยู่ที่ 78,587 บาท ส่วนคุณลักษณะงานที่มีความสำคัญรองลงมา ได้แก่ สวัสดิการ บรรยากาศในการทำงาน ความก้าวหน้าทางการงาน และการได้ปฏิบัติงานตรงกับความเชี่ยวชาญ ตามลำดับ

อย่างไรก็ตาม ผลการศึกษาข้างต้นเป็นผลการวิเคราะห์เมื่อใช้กลุ่มตัวอย่างแพทย์ที่ปฏิบัติงานมาแล้วเป็นเวลา 7 - 20 ปีทั้งหมด แต่เมื่อเปรียบเทียบระหว่างแพทย์ในโรงพยาบาลชุมชนและแพทย์ในโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลจังหวัด พบว่า กลุ่มตัวอย่างแพทย์ในโรงพยาบาลทั้งสองประเภทให้ความสำคัญกับคุณลักษณะด้านพื้นที่ที่ตั้งของสถานที่ปฏิบัติงานเป็นลำดับแรกเช่นเดียวกัน แต่คุณลักษณะงานที่มีความสำคัญในลำดับรองลงมาจะมีความแตกต่างกัน โดยแพทย์ในโรงพยาบาลชุมชนให้ความสำคัญกับสวัสดิการและบรรยากาศในการทำงานเป็นลำดับรองลงมา และให้ความสำคัญกับการได้ปฏิบัติงานตรงกับความเชี่ยวชาญหรือความถนัดเป็นลำดับสุดท้าย ขณะที่แพทย์ในโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลจังหวัดให้ความสำคัญกับการได้ปฏิบัติงานที่ตรงกับความเชี่ยวชาญและความถนัดเป็นลำดับรองจากพื้นที่ที่ตั้งของโรงพยาบาล โดย WTA ของทั้งสองคุณลักษณะนี้มีจำนวนใกล้เคียงกันมากนอกจากนี้ WTA ของแพทย์ในโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลจังหวัดจะมีค่าสูงกว่า WTA ของแพทย์ในโรงพยาบาลชุมชนสำหรับทุกคุณลักษณะงานโดยเฉลี่ยประมาณ 1.5 - 3.4 เท่า

6.1.2 ผลการวิเคราะห์ด้วยวิธี CVM

การคำนวณความเต็มใจรับ (WTA) ด้วยวิธี CVM อาศัยการสำรวจข้อมูลมูลค่าของค่าตอบแทนที่แพทย์ต้องการรับเพิ่มขึ้นหรือความยินดีที่จะได้รับการชดเชยเพื่อแลกกับการทำงานที่มีคุณลักษณะที่ด้อยกว่าหรือไม่น่าพึงประสงค์สำหรับกลุ่มตัวอย่างแพทย์ใช้ทุนทั้งหมด ผลการศึกษาพบว่า WTA ของการไม่ได้รับค่าปรึกษาจากแพทย์รุ่นพี่หรือไม่ได้รับความร่วมมือจากวิชาชีพอื่นมีมูลค่าสูงสุดอยู่ที่ 20,803 บาท ส่วนคุณลักษณะด้านภาระงาน พื้นที่ที่ตั้งของสถานที่ปฏิบัติงาน สวัสดิการและโอกาสในการศึกษามีมูลค่า WTA ลดลงตามลำดับ และเมื่อพิจารณาเฉพาะกลุ่มตัวอย่างแพทย์ใช้ทุนในโรงพยาบาลศูนย์/จังหวัด พบว่า WTA ของภาระงานที่มากกว่าภาระงานเฉลี่ยมีมูลค่าสูงที่สุด ตามด้วย WTA ของสวัสดิการที่ลดลง พื้นที่ที่ยังไม่เจริญ บรรยากาศในการทำงานที่ไม่พึงประสงค์ และการไม่มีโอกาสในการศึกษาต่อ ตามลำดับ

เป็นที่น่าสังเกตว่า WTA ของการไม่มีโอกาสศึกษาต่อที่คำนวณด้วยวิธี CVM มีจำนวนต่ำที่สุด ทั้งนี้ เป็นเพราะกลุ่มตัวอย่างแพทย์ใช้ทุนส่วนใหญ่ (ร้อยละ 75) เลือกที่จะไม่รับเงินชดเชยเพื่อแลกกับการมีโอกาสดูแลต่อ ไม่ว่าเงินชดเชยที่เสนอจะมีจำนวนมากเท่าไรก็ตาม ดังนั้น ค่า WTA ที่คำนวณได้ในส่วนวิธีการวิเคราะห์นี้จึงเป็นค่า WTA ของการไม่มีโอกาสศึกษาต่อที่คำนวณจากความเต็มใจรับของกลุ่มตัวอย่างแพทย์ที่ยินดีรับเงินชดเชยเท่านั้น

สำหรับกลุ่มตัวอย่างแพทย์ในโรงพยาบาลชุมชนที่ปฏิบัติงานมาเป็นเวลา 7 - 20 ปี นับจากจบการศึกษาทั้งหมด ผลการศึกษาดังกล่าว พบว่า WTA ของการปฏิบัติงานในพื้นที่ไม่เจริญและไม่มีโอกาสทางการศึกษาของบุตรมีมูลค่าสูงที่สุดที่ 49,048 บาท ตามด้วย WTA ของการไม่มีโอกาสในการทำงานในภาคเอกชน การไม่มีโอกาสในความก้าวหน้าทางการทำงาน การไม่ได้ปฏิบัติงานที่ตรงกับความเชี่ยวชาญ บรรยากาศการทำงานที่ไม่มีความร่วมมือกัน ฐานะทางสังคมที่ไม่มีแนวโน้มเปลี่ยนแปลงจากเดิม และสวัสดิการที่ลดลง ตามลำดับ

เมื่อเปรียบเทียบ WTA ของคุณลักษณะงานต่างๆ โดยพิจารณาแยกระหว่างกลุ่มตัวอย่างแพทย์ในโรงพยาบาลชุมชนกับกลุ่มตัวอย่างแพทย์ในโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลจังหวัด พบว่าในขณะที่แพทย์ในโรงพยาบาลชุมชนให้ความสำคัญกับพื้นที่ตั้งของโรงพยาบาลและโอกาสทางการศึกษาของบุตรเป็นลำดับแรก โอกาสในการทำงานในภาคเอกชนเป็นลำดับที่สอง โอกาสในความก้าวหน้าทางการทำงานเป็นลำดับที่สาม และสวัสดิการเป็นลำดับสุดท้าย แพทย์ในโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลจังหวัดกลับให้

ความสำคัญกับโอกาสในการทำงานในภาคเอกชนเป็นลำดับแรก พื้นที่ตั้งของโรงพยาบาลเป็นลำดับที่สอง การได้ปฏิบัติงานตรงกับความเชี่ยวชาญหรือความถนัดเป็นลำดับที่สาม และบรรยากาศในการทำงานเป็นลำดับสุดท้าย นอกจากนี้ สำหรับทุกคุณลักษณะงาน ยกเว้นโอกาสในความก้าวหน้าทางการงาน WTA ของแพทย์ในโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลจังหวัดมีจำนวนสูงกว่า WTA ของแพทย์ในโรงพยาบาลชุมชน โดยส่วนต่างอยู่ที่ประมาณ 1.1 - 1.5 เท่า

6.1.3 อภิปรายผลการศึกษา

แพทย์ใช้ทุน (ปีที่ 2 - 3)

จากผลการศึกษาทั้ง DCE และ WTA ได้ผลยืนยันตรงกันว่า แพทย์ใช้ส่วนใหญ่ ถือว่าโอกาสในการศึกษาต่อเป็นเรื่องหลัก และเลือกที่จะไม่รับเงินชดเชยเพื่อแลกกับการมีโอกาสศึกษาต่อ ไม่ว่าเงินชดเชยที่เสนอจะมีจำนวนมากเท่าไรก็ตาม ซึ่งอธิบายได้ว่า แพทย์กลุ่มนี้มองผลตอบแทนในอนาคตทั้งที่เป็นตัวเงินหรือไม่ใช่ตัวเงินจากการเรียนต่อ สูงกว่าผลตอบแทนที่ได้รับเป็นเงินถ้าไม่ได้เรียนต่อ ดังนั้นมาตรการจูงใจด้านการเงิน สำหรับกลุ่มนี้จะไม่ได้ผล การให้โอกาสในการศึกษาต่อที่เหมาะสมกับบริบทของประเทศ และตอบสนองความต้องการของแพทย์กลุ่มนี้ น่าจะเป็นวิธีที่ดีกว่า

แพทย์ที่ปฏิบัติงานมาแล้วระยะเวลาหนึ่ง

คุณลักษณะที่สำคัญที่สุดที่มีผลต่อความพึงพอใจต่อค่าตอบแทน ได้แก่ คุณลักษณะด้านพื้นที่ที่สถานปฏิบัติงานนั้นตั้งอยู่ ซึ่งข้อสรุปนี้ใช้ได้กับทั้งกลุ่มตัวอย่างแพทย์จากโรงพยาบาลชุมชนและกลุ่มตัวอย่างแพทย์จากโรงพยาบาลศูนย์/จังหวัด ตลอดจนสอดคล้องกับผลการวิเคราะห์จากทั้งวิธี DCE และวิธี CVM อย่างไรก็ดี สำหรับคุณลักษณะสำคัญในลำดับรองลงมาอาจมีความแตกต่างกันในแพทย์ทั้งสองกลุ่มโดยแพทย์ในโรงพยาบาลศูนย์/จังหวัดให้ความสำคัญกับการได้ปฏิบัติงานตรงกับความเชี่ยวชาญ และโอกาสในการทำงานในภาคเอกชนมากกว่า ขณะที่แพทย์ในโรงพยาบาลชุมชนให้ความสำคัญกับคุณลักษณะอื่นๆ เช่น บรรยากาศในการทำงาน สวัสดิการ และโอกาสในความก้าวหน้าทางการงาน

ผลการคำนวณมูลค่าความเต็มใจรับ (WTA) ที่ได้จากวิธี DCE และวิธี CVM ในการศึกษานี้อาจมีความแตกต่างกันบ้างทั้งในด้านจำนวนและลำดับความสำคัญของลักษณะงานต่างๆ ส่วนหนึ่งเป็นเพราะโดยธรรมชาติของวิธีการวิเคราะห์ทั้งสองวิธี โดยวิธี DCE อาจมีความเหมาะสมกับการศึกษาสถานการณ์ที่ยังไม่เกิดขึ้นหรือเป็นการเริ่มต้นใหม่ทั้งหมด เช่น การอธิบายพฤติกรรมของกลุ่มตัวอย่างแพทย์ใช้ทุนซึ่งอยู่ในช่วงการตัดสินใจ

เลือกทางเลือกต่างๆ (career path) สำหรับการวิเคราะห์พฤติกรรมของบุคลากรที่มีการตัดสินใจเลือกแล้ว และมีต้นทุนค่าเสียโอกาสในการเปลี่ยนทางเลือกสูง เช่น แพทย์ที่ปฏิบัติงานมาเป็นเวลา 7 - 20 ปีนับจากจบการศึกษา การวิเคราะห์ด้วยวิธี CVM อาจมีความเหมาะสมมากกว่า เนื่องจากแพทย์กลุ่มนี้ได้มีการตัดสินใจเลือกทางเลือกบางอย่างไปแล้ว เช่น การศึกษาต่อเพื่อเป็นแพทย์เฉพาะทาง เป็นต้น อย่างไรก็ตาม การเปรียบเทียบผลการศึกษาของ DCE และ CVM ที่พบเหมือนกันว่า WTA ของแพทย์ที่ทำงานในโรงพยาบาลทั่วไปและโรงพยาบาลศูนย์สูงกว่า WTA ของแพทย์ที่ทำงานในโรงพยาบาลชุมชนบ่งบอกถึงความสอดคล้องของวิธีการศึกษาทั้งสอง ซึ่งสามารถสร้างความเชื่อถือได้ในผลการศึกษา แม้ว่าจะมีความแตกต่างในรายละเอียดบางประการ

6.2 การเปรียบเทียบผลการศึกษากับการจ่ายค่าตอบแทนเพิ่มเติมของกระทรวงสาธารณสุข

ผลการคำนวณความเต็มใจรับ (WTA) ข้างต้น สามารถนำมาเปรียบเทียบกับค่าตอบแทนเพิ่มเติมที่แพทย์ได้รับตามระเบียบการจ่ายเงินค่าตอบแทนเจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานให้กับหน่วยบริการในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2544 อันเป็นส่วนหนึ่งของมาตรการที่ถูกนำมาใช้เพื่อรักษาอุปทานของบุคลากรทางการแพทย์ ในที่นี้ จะทำการเปรียบเทียบค่า WTA ที่คำนวณได้กับค่าตอบแทนเบี่ยเลี้ยงเหมาะจ่ายสำหรับบุคลากรที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลชุมชนในพื้นที่ทุรกันดารหรือขาดแคลน และค่าตอบแทนเงินเพิ่มพิเศษสำหรับแพทย์ที่ปฏิบัติงานในหน่วยบริการสังกัดกระทรวงสาธารณสุขโดยไม่ทำเวชปฏิบัติส่วนตัว และ หรือปฏิบัติงานในโรงพยาบาลเอกชน นอกจากนี้ เนื่องจากการศึกษานี้พบว่าแพทย์เฉพาะทางมี WTA สูงกว่าแพทย์ทั่วไปในทุกคุณลักษณะ ดังนั้น ส่วนต่างระหว่าง WTA ของแพทย์ทั่วไป และ WTA ของแพทย์เฉพาะทางจะนำมาประมาณการแนวโน้มการเพิ่มของค่าตอบแทนทั้งสองประเภทข้างต้น อันเป็นผลมาจากการมีแพทย์เฉพาะทางเพิ่มขึ้นในอนาคต

6.2.1 WTA กับค่าตอบแทนเบี่ยเลี้ยงเหมาะจ่ายสำหรับแพทย์ที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลชุมชน

การจ่ายค่าตอบแทนเบี่ยเลี้ยงเหมาะจ่ายแก่บุคลากรทางแพทย์ในบางพื้นที่เป็นผลมาจากการประกาศใช้ข้อบังคับกระทรวงสาธารณสุข ว่าด้วยการจ่ายเงินค่าตอบแทนเจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานให้กับหน่วยบริการในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2544 ซึ่งกำหนดให้มีการจ่ายค่าตอบแทนเบี่ยเลี้ยงเหมาะจ่ายสำหรับแพทย์ ทันตแพทย์ เภสัชกร และพยาบาลวิชาชีพ ที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลชุมชน ระเบียบฉบับนี้มีเจตนารมณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจให้มีเจ้าหน้าที่ไปปฏิบัติงานในพื้นที่ทุรกันดารและขาดแคลนบุคลากรและเพื่อแก้ปัญหา

ความขาดแคลนบุคลากร โดยในระยะแรกได้มีการแบ่งระดับโรงพยาบาลชุมชนตามสภาพพื้นที่เป็น 3 ระดับ ได้แก่ พื้นที่ปกติ พื้นที่ทุรกันดารและขาดแคลน ระดับ 1 และพื้นที่ทุรกันดารและขาดแคลน ระดับ 2

ในเวลาต่อมา กระทรวงสาธารณสุขได้มีการปรับปรุงค่าตอบแทนตามประกาศกระทรวงสาธารณสุข ว่าด้วยการจ่ายเงินค่าตอบแทนเจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานให้กับหน่วยบริการในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข (ฉบับที่ 4) พ.ศ. 2551 อันเป็นผลให้อัตราระเบียงเลี้ยงเหมาจ่ายที่แพทย์ในโรงพยาบาลชุมชนได้รับ เริ่มต้นต่ำสุดที่เดือนละ 10,000 บาท ไปจนถึงสูงสุดที่เดือนละ 70,000 บาท โดยขึ้นอยู่กับพื้นที่และระยะเวลาในการปฏิบัติงานที่แสดงในตารางที่ 43

ถึงแม้ว่าการจ่ายค่าเบี่ยงเลี้ยงเหมาจ่ายจะมีส่วนช่วยในการแก้ปัญหาการขาดแคลนบุคลากรในพื้นที่ทุรกันดารและขาดแคลน แต่ก็ได้ก่อให้เกิดภาระทางงบประมาณจำนวนมากเช่นกัน ดังนั้น ในปี พ.ศ. 2556 สาธารณสุขจึงได้มีการปรับปรุงอัตราค่าเบี่ยงเลี้ยงเหมาจ่ายอีกครั้งเพื่อให้เหมาะสมกับสภาพเศรษฐกิจและสังคมของพื้นที่ที่เปลี่ยนแปลงไป โดยประกาศกระทรวงสาธารณสุขว่า ด้วยการจ่ายเงินค่าตอบแทนเจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานให้กับหน่วยบริการในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข (ฉบับที่ 8) ได้กำหนดให้มีการเปลี่ยนแปลงการจัดพื้นที่ที่ตั้งของโรงพยาบาลชุมชน ดังนี้ (1) พื้นที่ชุมชนเมือง (2) พื้นที่ปกติ และ (3) พื้นที่เฉพาะ อันได้แก่ พื้นที่ห่างไกล ทุรกันดารและมีปัจจัยเฉพาะต่างๆ ทั้งนี้ อัตราค่าเบี่ยงเลี้ยงเหมาจ่ายยังคงขึ้นอยู่กับประเภทของพื้นที่และระยะเวลาในการปฏิบัติงานที่แสดงในตารางที่ 44

อย่างไรก็ตาม การเปลี่ยนแปลงการจัดพื้นที่ตามประกาศฉบับที่ 8 นี้ส่งผลให้แพทย์ที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลชุมชนในเขตเมืองและโรงพยาบาลชุมชนที่อยู่ในแผนยกระดับเป็นโรงพยาบาลทั่วไป (พื้นที่ชุมชนเมือง) ไม่ได้รับเบี่ยงเลี้ยงเหมาจ่าย ขณะที่แพทย์ที่ปฏิบัติงานในพื้นที่ปกติ แพทย์ที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลระดับทุติยภูมิระดับกลางในพื้นที่ทุรกันดาร ตลอดจนแพทย์ที่ปฏิบัติงานมาเป็นเวลา 21 ปีขึ้นไปได้รับอัตราเบี่ยงเลี้ยงเหมาจ่ายลดลง ส่วนแพทย์ที่ปฏิบัติงานในพื้นที่เฉพาะ (หรือพื้นที่ทุรกันดาร ระดับปฐมภูมิ/ทุติยภูมิระดับต้น) ยังคงได้รับเบี่ยงเลี้ยงเหมาจ่ายในอัตราเท่าเดิม

ตารางที่ 43 อัตราค่าเบี้ยเลี้ยงเหมาจ่ายสำหรับแพทย์ในโรงพยาบาลชุมชนก่อน
วันที่ 1 เมษายน 2556

ระยะเวลา ปฏิบัติงาน ใน รพช.	ระดับ 6.1.1 (ระดับปฐมภูมิและทุติยภูมิ ระดับต้น)			ระดับ 6.1.2 (ทุติยภูมิระดับกลาง)			ระดับ 6.1.3 (ทุติยภูมิ ระดับสูง)
	พื้นที่ปกติ	พื้นที่ ทุรกันดาร ระดับ 1	พื้นที่ ทุรกันดาร ระดับ 2	พื้นที่ปกติ	พื้นที่ ทุรกันดาร ระดับ 1	พื้นที่ ทุรกันดาร ระดับ 2	พื้นที่ปกติ
ปีที่ 4 - ปีที่ 10	30,000	40,000	50,000	25,000	35,000	45,000	20,000
ปีที่ 11 - ปีที่ 20	40,000	50,000	60,000	30,000	40,000	50,000	25,000
ปีที่ 21 ขึ้นไป	50,000	60,000	70,000	40,000	50,000	60,000	30,000

ที่มา : สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข

ตารางที่ 44 อัตราค่าเบี้ยเลี้ยงเหมาจ่ายสำหรับแพทย์ในโรงพยาบาลชุมชน
นับตั้งแต่วันที่ 1 เมษายน 2557

ระยะเวลา ปฏิบัติงาน ใน รพช.	พื้นที่ชุมชน เมือง	พื้นที่ปกติ ขนาด 2.3	พื้นที่ปกติ ขนาด 2.2	พื้นที่ปกติ ขนาด 2.1	พื้นที่เฉพาะ ระดับ 1	พื้นที่เฉพาะ ระดับ 2
ปีที่ 1 - ปีที่ 3	0	10,000	10,000	10,000	20,000	30,000
ปีที่ 4 - ปีที่ 10	0	10,000	12,500	15,000	40,000	50,000
ปีที่ 11 ขึ้นไป	0	12,500	15,000	20,000	50,000	60,000

ที่มา : สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข

จะเห็นได้ว่า แม้ว่าการกำหนดอัตราค่าเบี้ยเลี้ยงเหมาจ่ายในบางพื้นที่สามารถใช้แก้ปัญหาการขาดแคลนบุคลากรในระยะสั้นได้ แต่มาตรการนี้ก็ควรนำไปสู่ข้อขัดแย้ง โดยเฉพาะในกรณีที่มีการปรับลดอัตราค่าเบี้ยเลี้ยงเหมาจ่ายเช่นกัน ฉะนั้น เพื่อลดข้อขัดแย้งที่อาจจะเกิดขึ้น การกำหนดอัตราค่าเบี้ยเลี้ยงเหมาจ่ายที่เหมาะสมจึงควรมีที่มาจากการศึกษา

ความพึงพอใจของแพทย์โดยใช้การศึกษาเชิงประจักษ์ จากการศึกษาความเต็มใจรับ (WTA) ด้วยวิธี CVM ในงานนี้พบว่า แพทย์ใช้ทุน (ปีที่ 2 - 3) ที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลชุมชนมี WTA สำหรับการปฏิบัติงานในพื้นที่ที่ยังไม่เจริญอยู่ที่ 19,503 บาท ขณะที่แพทย์ที่ปฏิบัติงานมาเป็นเวลา 7 - 20 ปีนับจากจบการศึกษามี WTA สำหรับการปฏิบัติงานในพื้นที่ที่ยังไม่เจริญอยู่ที่ 45,255 บาท ตัวเลขเหล่านี้แสดงให้เห็นว่า WTA ของแพทย์ใช้ทุนมีความใกล้เคียงกับอัตราค่าเบี้ยเลี้ยงเหมาจ่ายที่แพทย์ใช้ทุน (แพทย์ที่ปฏิบัติงานเป็นเวลา 1 - 3 ปี) ได้รับสำหรับการปฏิบัติงานในพื้นที่เฉพาะระดับ 1 ในปัจจุบัน สำหรับแพทย์ที่ปฏิบัติงานมาเป็นเวลา 7 - 20 ปีนับจากจบการศึกษา ค่า WTA ที่กลุ่มตัวอย่างแพทย์ประสงค์จะได้รับมีจำนวนใกล้เคียงกับอัตราค่าเบี้ยเลี้ยงเหมาจ่ายที่แพทย์ที่ปฏิบัติงานเป็นเวลา 4 - 10 ปีได้รับสำหรับการปฏิบัติงานในพื้นที่เฉพาะระดับ 1 และระดับ 2 แต่มีจำนวนต่ำกว่าอัตราเบี้ยเลี้ยงเหมาจ่ายที่แพทย์ที่ปฏิบัติงานเป็นเวลา 11 ปีขึ้นไปได้รับในปัจจุบัน อาจกล่าวได้ว่า ในภาพรวมอัตราค่าเบี้ยเลี้ยงเหมาจ่ายในปัจจุบันมีจำนวนต่ำกว่ามูลค่าความเต็มใจรับที่แพทย์ (โดยเฉพาะแพทย์ที่ปฏิบัติงานมาเป็นระยะเวลา มากกว่า 10 ปี) ต้องการได้รับ ดังนั้น การจ่ายเงินเบี้ยเลี้ยงเหมาจ่ายตามอัตราที่กำหนดใช้ในปัจจุบันอาจไม่เพียงพอที่จะสร้างแรงจูงใจให้แพทย์ปฏิบัติงานในพื้นที่ทุรกันดารหรือขาดแคลน อีกทั้งการกำหนดอัตราเบี้ยเลี้ยงเหมาจ่ายให้เพียงพอกับจำนวนที่แพทย์ต้องการอาจนำไปสู่ภาระผูกพันทางการคลังในระยะยาวได้

6.2.2 WTA กับค่าตอบแทนเงินเพิ่มพิเศษสำหรับการไม่ทำเวชปฏิบัติส่วนตัว หรือการไม่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลเอกชน

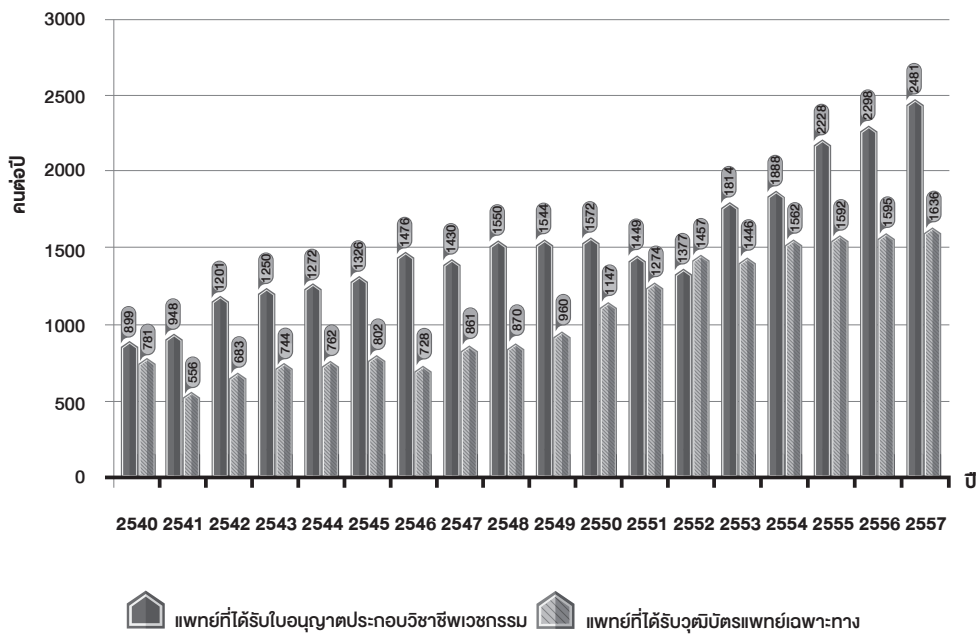
นอกเหนือไปจากการจ่ายเงินเบี้ยเลี้ยงเหมาจ่ายสำหรับการปฏิบัติงานในพื้นที่ทุรกันดารหรือขาดแคลนแล้ว ประกาศกระทรวงสาธารณสุขว่าด้วยการจ่ายเงินค่าตอบแทนเจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานให้กับหน่วยบริการในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2544 ยังได้กำหนดให้มีการจ่ายค่าตอบแทนเงินเพิ่มพิเศษสำหรับแพทย์ ทันตแพทย์ และเภสัชกรที่ปฏิบัติงานในหน่วยบริการสังกัดกระทรวงสาธารณสุข โดยไม่ทำเวชปฏิบัติส่วนตัว และหรือปฏิบัติงานในโรงพยาบาลเอกชน โดยมีเจตนารมณ์เพื่อให้บุคลากรทางการแพทย์ไม่ต้องวิตกกังวลต่อการแสวงหารายได้เพิ่มเติมจากการทำเวชปฏิบัติส่วนตัวในภาคเอกชนนอกเวลาราชการ ทั้งนี้ กำหนดให้แพทย์และทันตแพทย์ได้รับค่าตอบแทนสำหรับการไม่ทำเวชปฏิบัติในภาคเอกชนในอัตราเดือนละ 10,000 บาท

อย่างไรก็ตาม การศึกษานี้พบว่า กลุ่มแพทย์ตัวอย่างมีมูลค่าความเต็มใจรับ (WTA) ต่อการไม่ทำเวชปฏิบัติในภาคเอกชน (dual practice) อยู่ที่ประมาณ 43,000 - 45,000 บาท โดยแพทย์ที่ปฏิบัติงานอยู่ในโรงพยาบาลศูนย์/จังหวัดมี WTA สูงกว่าแพทย์ที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลชุมชน จะเห็นได้ว่า มูลค่าความเต็มใจรับที่แพทย์ประสงค์จะได้รับมีค่าประมาณ 4 - 5 เท่าของอัตราค่าตอบแทนสำหรับการไม่ทำเวชปฏิบัติในภาคเอกชนที่กระทรวงสาธารณสุขประกาศใช้นับตั้งแต่ปี พ.ศ. 2544 ข้อค้นพบนี้ชี้ให้เห็นว่า หากกระทรวงสาธารณสุขยังต้องการใช้มาตรการนี้ในการรักษาอุปทานของบุคลากรทางการแพทย์ ผู้กำหนดนโยบายควรที่จะมีการทบทวนปรับปรุงอัตราค่าตอบแทนสำหรับการไม่ทำเวชปฏิบัติในภาคเอกชนของแพทย์ในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขให้สอดคล้องกับสภาพเศรษฐกิจและสังคม ตลอดจนสภาพการแข่งขันจากภาคเอกชนในปัจจุบัน

6.2.3 แนวโน้มการเพิ่มขึ้นของค่าตอบแทนสำหรับแพทย์เฉพาะทาง

จากข้อมูลของแพทยสภา ณ วันที่ 31 ธันวาคม 2557 พบว่า ประเทศไทยมีแพทย์ที่ขึ้นทะเบียนที่ยังมีชีวิตอยู่ (ทั้งที่อยู่ในประเทศและต่างประเทศ) จำนวนทั้งสิ้น 48,116 คน ในจำนวนนี้เป็นแพทย์ที่ได้รับหนังสืออนุมัติบัตรและวุฒิบัตรแพทย์เฉพาะทางจำนวน 29,150 คน หรือคิดเป็นประมาณร้อยละ 60 ของจำนวนแพทย์ทั้งหมด นอกจากนี้ ในช่วงเวลากว่า 15 ปีที่ผ่านมา จำนวนแพทย์ที่ได้รับวุฒิบัตรแพทย์เฉพาะทางยังมีจำนวนเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องโดยมีอัตราการเพิ่มเฉลี่ยร้อยละ 7 ต่อปี (ดูรูปที่ 53) และเมื่อเปรียบเทียบจำนวนแพทย์ที่ได้รับใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม (หรือแพทย์จบใหม่) กับแพทย์ที่ได้รับวุฒิบัตรแพทย์เฉพาะทางจะเห็นได้ว่า ในช่วงปี พ.ศ. 2550 - 2552 จำนวนแพทย์จบใหม่มีจำนวนลดลง ในขณะที่แพทย์ที่ได้รับวุฒิบัตรแพทย์เฉพาะทางมีจำนวนเพิ่มขึ้น และมากกว่าจำนวนแพทย์จบใหม่ในปี 2552 ตัวเลขเหล่านี้สะท้อนให้เห็นการเปลี่ยนแปลงของสัดส่วนระหว่างแพทย์เฉพาะทางและแพทย์ทั่วไปที่มีแนวโน้มจะเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องในอนาคต

รูปที่ 53 จำนวนแพทย์ที่ได้รับใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรมและจำนวนแพทย์ที่ได้รับวุฒิมัธยมศึกษาเฉพาะทาง ปี 2540 - 2557



ที่มา : สำนักงานเลขาธิการแพทยสภา

การเพิ่มขึ้นของจำนวนแพทย์เฉพาะทางเป็นผลมาจากหลายปัจจัย ไม่ว่าจะเป็นโครงสร้างการจ่ายค่าตอบแทนของกระทรวงสาธารณสุขหรือความต้องการจากภาคเอกชนที่ส่งเสริมให้แพทย์เฉพาะทางมีรายได้เฉลี่ยมากกว่าแพทย์ทั่วไป ตลอดจนนโยบายการส่งเสริมการผลิตแพทย์เฉพาะทางของแพทยสภา โดยในบางสาขาที่ขาดแคลน แพทยสภากำหนดให้บัณฑิตแพทย์สามารถเข้าฝึกอบรมได้โดยไม่ต้องรอให้ครบเงื่อนไขการใช้ทุน นโยบายดังกล่าวส่งผลให้ระบบการใช้ทุนของกระทรวงสาธารณสุขไม่สามารถรักษาแพทย์ทั่วไปไว้ในโรงพยาบาลชุมชนได้ (นงลักษณ์ พะโกยยะ และเพ็ญญา หงษ์ทอง, 2554)

นอกเหนือไปจากการไม่สามารถรักษากำลังคนที่เป็แพทย์ทั่วไปในพื้นที่ชนบทแล้ว การเพิ่มขึ้นของแพทย์เฉพาะทางยังส่งผลต่อค่าใช้จ่ายในการจ่ายค่าตอบแทนพิเศษในการสร้างแรงจูงใจให้แพทย์ปฏิบัติงานในพื้นที่ชนบทตลอดจนการไม่ทำเวชปฏิบัติส่วนตัว/ทำงานในภาคเอกชน ดังจะเห็นได้จากผลการศึกษาในงานนี้ที่แสดงให้เห็นว่าการปฏิบัติงานเป็นแพทย์เฉพาะทางเป็นปัจจัยสำคัญปัจจัยหนึ่งในการกำหนด WTA (ดูรูปที่ 50) โดยผลการคำนวณด้วยวิธี CVM พบว่า WTA ของแพทย์เฉพาะทางสำหรับการปฏิบัติงานในพื้นที่ที่ไม่พึงประสงค์มีจำนวน 46,948 บาท (มากกว่า WTA ของแพทย์ทั่วไปเป็นจำนวน 18,421 บาท หรือประมาณ 1.6 เท่า) ในทำนองเดียวกัน แพทย์เฉพาะทางมีความเต็มใจรับ (WTA) สำหรับการไม่มีโอกาสทำงานในภาคเอกชนอยู่ที่ 46,948 บาท (มากกว่า WTA ของแพทย์ทั่วไปเป็นจำนวน 27,284 บาท หรือประมาณ 1.8 เท่า)

เพื่อแสดงให้เห็นผลกระทบของการจ่ายค่าตอบแทนเบี่ยเลี้ยงหมาจ่ายสำหรับแพทย์เฉพาะทางที่ชัดเจนขึ้น สมมติให้อัตราเบี่ยเลี้ยงหมาจ่ายสำหรับแพทย์เฉพาะทางที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลชุมชนเป็นไปตามที่กำหนดในตารางที่ 44 และอัตราเบี่ยเลี้ยงหมาจ่ายสำหรับแพทย์เฉพาะทางมีจำนวนสูงกว่าเบี่ยเลี้ยงหมาจ่ายสำหรับแพทย์ทั่วไปในอัตรา 1.6 เท่า นอกจากนี้ กำหนดให้จำนวนแพทย์ที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลชุมชนที่ได้รับเงินเบี่ยเลี้ยงหมาจ่ายมีจำนวนทั้งสิ้น 1,815 คน⁶ จะพบว่าในกรณีที่สัดส่วนของแพทย์เฉพาะทางเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 60 เป็นร้อยละ 70 ของจำนวนแพทย์ที่ได้รับเงินเบี่ยเลี้ยงหมาจ่ายทั้งหมด งบประมาณสำหรับเบี่ยเลี้ยงหมาจ่ายจะเพิ่มขึ้นประมาณ 1.7 ล้านบาทต่อเดือน จะเห็นได้ว่า หากจำนวนการผลิตแพทย์เฉพาะทางยังคงเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องในขณะที่ยังไม่มีมาตรการใดๆ ในการสร้างแรงจูงใจให้แพทย์ปฏิบัติงานเป็นแพทย์ทั่วไป กระทรวงสาธารณสุขอาจมีความจำเป็นต้องเพิ่มเงินค่าตอบแทนประเภทเงินเบี่ยเลี้ยงหมาจ่ายจำนวนมากเพื่อดึงดูดให้แพทย์เฉพาะทางปฏิบัติงานในพื้นที่ชนบทเพื่อเป็นการแก้ปัญหาการขาดแคลนบุคลากรในอนาค

⁶ ตัวเลขอ้างอิงจากฐานข้อมูลการเบิกจ่ายเงิน พตส.

6.3 ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

ผลการศึกษานี้สามารถนำมาสร้างข้อเสนอแนะนโยบายที่เกี่ยวข้องกับการกำหนดค่าตอบแทนเพื่อให้สอดคล้องกับความพึงพอใจของแพทย์ จากมุมมองของผู้กำหนดนโยบาย ดังนี้

1. สำหรับแพทย์ใช้ทุน นโยบายในการสร้างแรงจูงใจให้แพทย์ใช้ทุนปฏิบัติงานในภาครัฐ (โดยเฉพาะอย่างยิ่งในโรงพยาบาลชุมชน) ควรเน้นที่การให้โอกาสศึกษาต่อร่วมกับให้เงินค่าตอบแทน โดยนโยบายควรเป็นไปในลักษณะที่สร้างความมั่นใจและแน่นอนให้กับแพทย์ใช้ทุนว่าจะได้ทั้งการเรียนต่อและค่าตอบแทนที่สูงในอนาคต โดยการจัดสรรแพทย์ใช้ทุนไปศึกษาต่อในสาขาที่ประเทศต้องการตามระยะเวลาต่างๆ ในจำนวนที่ไม่ทำให้เกิดการขาดแคลนอย่างหนัก รวมทั้งอาจนับเวลาลาเรียนเป็นส่วนหนึ่งของการทำงานและจัดระบบจ่ายค่าตอบแทนที่เหมาะสมเมื่อเรียนจบ เพื่อให้แพทย์ใช้ทุนรับรู้ถึงค่าตอบแทนรวมที่จะได้รับไม่น้อยกว่าที่แพทย์รุ่นก่อนๆ ได้รับในขณะนี้ ทั้งนี้ การศึกษานี้พบว่าผลตอบแทนในอนาคต (expected earnings) ที่สูงกว่าเมื่อเป็นแพทย์เฉพาะทางเป็นสาเหตุสำคัญที่แพทย์ใช้ทุนต้องการเรียนต่อ แพทย์ใช้ทุนต้องการเรียนต่อแม้ว่าจะเสนอค่าตอบแทนเพื่อชดเชยการไม่ได้เรียนต่อสูงถึงเดือนละ 50,000 บาท ก็ตาม
2. สำหรับแพทย์ที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลศูนย์/จังหวัดที่ปฏิบัติงานมาแล้วเป็นระยะเวลาหนึ่ง (7 - 20 ปี) ผู้กำหนดนโยบายควรทบทวนการจ่ายค่าตอบแทนเพิ่มเติม (ไม่ว่าจะเป็นค่าตอบแทนสำหรับการไม่ทำเวชปฏิบัติส่วนตัวหรือปฏิบัติงานในโรงพยาบาลเอกชน การปฏิบัติงานนอกเวลา ฯลฯ) ให้แก่แพทย์เพื่อให้ได้ค่าตอบแทนรวมที่ใกล้เคียงกับค่าตอบแทนที่แพทย์ต้องการหรือคาดหวัง เช่น การชดเชยรายได้จากการขาดโอกาสในการทำงานในภาคเอกชน เป็นต้น โดยอาจใช้วิธีการเพิ่มค่าตอบแทนโดยตรง หรืออนุญาตให้โรงพยาบาลศูนย์/จังหวัดที่มีความพร้อมเปิดให้บริการคลินิกนอกเวลา ดังนั้น มาตรการในการเพิ่มรายได้รวมให้แก่แพทย์ในโรงพยาบาลศูนย์/จังหวัด จึงน่าจะช่วยยับยั้งการตัดสินใจลาออกของแพทย์กลุ่มนี้ และหลีกเลี่ยงปัญหาการขาดแคลนแพทย์ในโรงพยาบาลศูนย์/จังหวัดได้ระดับหนึ่ง

3. สำหรับแพทย์ที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลชุมชนที่ปฏิบัติงานมาแล้วเป็นระยะเวลาหนึ่ง (11 ปีขึ้นไป) ควรมีการทบทวนการจ่ายค่าตอบแทนเพิ่มเติมสำหรับผู้ปฏิบัติงานในพื้นที่ทุรกันดารหรือขาดแคลน ให้สูงกว่าที่เป็นอยู่ในปัจจุบัน จากการศึกษาพบว่า อัตราค่าเบี้ยเลี้ยงเหมาะสมในปัจจุบันมีจำนวนต่ำกว่ามูลค่าความเต็มใจรับที่แพทย์ต้องการได้รับ ซึ่งน่าจะเป็นคำอธิบายได้ว่า การที่ยังคงมีแพทย์ที่ปฏิบัติงานในพื้นที่ทุรกันดารจำนวนหนึ่งลาออกอาจมีสาเหตุมาจากการได้รับการชดเชยที่ไม่เพียงพอ
4. นอกเหนือไปจากการจ่ายค่าตอบแทนเพิ่มเติม ควรมีการปรับปรุงนโยบายด้านสวัสดิการของแพทย์โดยควรเพิ่มสวัสดิการให้เพียงพอกับความต้องการสำหรับแพทย์ทุกกลุ่ม การให้สวัสดิการที่จูงใจในรูปผลประโยชน์ที่ไม่เป็นตัวเงินอาจเป็นทางเลือกหนึ่งในการดึงดูดบุคลากรให้ทำงานในภาครัฐแทนการจ่ายเงินเบี้ยเลี้ยงหรือเพิ่มค่าตอบแทนแต่เพียงอย่างเดียว จากการศึกษาพบว่าเมื่อเปรียบเทียบให้ในรูปตัวเงินแล้ว สวัสดิการเป็นปัจจัยที่แพทย์ให้ความสำคัญในลำดับต้นๆ นอกจากนี้ยังพบว่า ทั้งแพทย์ใช้ทุนและแพทย์ที่ปฏิบัติงานมาเป็นระยะเวลาหนึ่งได้รับสวัสดิการน้อยกว่าสวัสดิการที่คาดหวัง (ทั้งปัจจุบันและอนาคต) อย่างไรก็ตาม ผู้กำหนดนโยบายควรทำการศึกษาความต้องการด้านสวัสดิการของแพทย์เพิ่มเติม เนื่องจากสวัสดิการมีความหมายที่กว้างและไม่สามารถเปรียบเทียบในรูปตัวเงินได้เสมอไป
5. ผู้กำหนดนโยบายควรให้ความสำคัญกับประเด็นเรื่องความเหลื่อมล้ำหรือความไม่เป็นธรรมที่เกิดขึ้นในองค์กรซึ่งเป็น “ปัจจัยหลัก” ให้แพทย์ที่ปฏิบัติงานในภาครัฐออกจากระบบ ถึงแม้ว่าแพทย์เหล่านี้จะได้รับการเพิ่มค่าตอบแทนประเภทต่างๆ แล้วก็ตาม เช่น จากการศึกษาพบว่า ในส่วนแพทย์ที่ปฏิบัติงานเป็นเวลา 7 - 20 ปี สภาพการทำงานหรือบรรยากาศการทำงานไม่เป็นทีม ไม่มีความร่วมมือของสหวิชาชีพ และมีการเอาเปรียบกันของผู้ร่วมงาน อาจลดทอนแรงจูงใจถึง 34,531 บาท สำหรับแพทย์ในโรงพยาบาลชุมชน และ 41,292 บาท สำหรับแพทย์ในโรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป ในระยะสั้น ผู้บริหารอาจใช้นโยบายด้านการบริหารจัดการในการแก้ปัญหา แต่ในระยะยาว การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างองค์กรและการบริหารจัดการองค์กรจะเป็นแนวทางแก้ไขปัญหายั่งยืน ซึ่งควรมีศึกษาเพิ่มเติมต่อไป

6. การศึกษานี้ประเมินความสัมพันธ์ระหว่างค่าตอบแทนกับคุณลักษณะงานที่ทำให้แพทย์มีความพึงพอใจสูงสุด โดยสมมติให้ปัจจัยอื่นๆ คงที่ไม่เปลี่ยนแปลง แต่ในความเป็นจริงแล้ว มีปัจจัยหลายประการที่มีผลต่อค่าตอบแทนของแพทย์ (ได้แก่จำนวนโรงพยาบาลเอกชนในพื้นที่และต่างพื้นที่ที่เพิ่มขึ้นหรือลดลง ความต้องการของผู้ป่วยต่อคุณภาพการบริการที่สูงขึ้น การร้องเรียนและฟ้องร้องทวงเวชปฏิบัติของแพทย์ที่เพิ่มขึ้น เป็นต้น) ดังนั้น จำเป็นอย่างยิ่งที่ต้องศึกษาเพิ่มเติมเพื่อประมาณการค่าตอบแทนที่แพทย์ต้องการสำหรับปัจจัยเหล่านี้ ผลการศึกษาที่ครอบคลุมปัจจัยที่เกี่ยวข้องย่อมช่วยให้ผู้กำหนดนโยบายจ่ายค่าตอบแทนที่สามารถแข่งขันได้ (competitive compensation)
7. นโยบายการจ่ายค่าตอบแทนสำหรับแต่ละคุณลักษณะงานที่สอดคล้องกับผลการคำนวณของการศึกษานี้จะมีประสิทธิภาพ หากความพึงพอใจของแพทย์ที่มีต่อคุณลักษณะงานด้านใดด้านหนึ่งเป็นอิสระจากความพึงพอใจที่มีต่อคุณลักษณะงานด้านอื่นๆ แต่ถ้าความพึงพอใจของแพทย์ขึ้นอยู่กับคุณลักษณะงานหลายด้านพร้อมๆ กัน (นั่นคือ ต้องการคุณลักษณะงานเป็นชุด) นโยบายการจ่ายค่าตอบแทนอาจสูงเกินจริงหรืออาจขัดเขยความต้องการได้ไม่หมด (ซึ่งจะไม่สามารถรักษาแพทย์ไว้ในระบบได้) ฉะนั้น จึงควรศึกษาเพิ่มเติมในประเด็นนี้ในอนาคต เพื่อจะได้กำหนดนโยบายการจ่ายค่าตอบแทนที่เหมาะสมแก่แพทย์ที่มีความพึงพอใจต่อคุณลักษณะงานหลายประการในเวลาเดียวกัน

เอกสารอ้างอิง

ภาษาอังกฤษ

- Blaauw, D., Erawmus, E., Pagaiya, N., Tangcharoensathein, V., Mullei, K., Mudhune, S., Lagarde, M. (2010). Policy interventions that attract nurses to rural areas: a multicountry discrete choice experiment. *Bulletin of World Health Organization*, 88, 350-356. doi:10.2471/BLT.09.072918
- Kolstad, J. R. (2011). How to make rural jobs more attractive to health workers. Findings from a discrete choice experiment in Tanzania. *Health Economics*, 20, 196-211. doi:10.1002/hec.1581
- Pagaiya, N., Noree, T., Tangcharoensathian, V., Lagarde, M., & Blaauw, D. (2011). How to attract nurses to rural area in Thailand? Results from a Discrete Choice Experiment. Manuscript.
- Rockers, P. C., Jaskiewicz, W., Wurts, L., Kruk, M. E., Mgomella, G. S., Ntalazi, F., & Tulenko, K. (2012). Preferences for working in rural clinics among trainee health professionals in Uganda: a discrete choice experiments. *BMC Health Services Research*, 212.
- Ryan, M., Bate, A., Eastmond, C. J., & Ludbrook, A. (2001). Use of discrete choice experiments to elicit preferences. *Quality in Health Care*, 10(Suppl 1), i55-i60.
- Serneels, P., Montalvo, J. G., Petterson, G., Lievens, T., Butera, J. D., & Kidanu, A. (2010). Who wants to work in a rural health post? The role of intrinsic motivation, rural background and faith-based institutions in Ethiopia and Rwanda. *Bulletin of World Health Organization*, 88, 342 - 349. doi:10.2471/BLT.09.072728
- Thammatacharee, N., Suphanchaimat, R., Wisaijohn, T., Limwattananon, S., & Putthasri, W. (2013). Attitudes toward working in rural areas of Thai medical, dental and pharmacy new graduates in 2012: a cross-sectional survey. *Human Resources for Health*, 11, 53. doi:10.1186/1478-4491-11-53

- Vanesse, A., Scott, S., Courteau, J., & Orzanco, M. G. (2009). Canadian family physicians' intentions to migrate. *Canadian Family Physician*, 55, 396 - 397.e1-6.
- World Health Organization. (2012). *How to Conduct a Discrete Choice Experiment for Health Workforce Recruitment and Retention in Remote and Rural Areas: A User Guide with Case Studies*. Geneva: WHO Press.
- Zurn, P., Dal Ooz, M. R., Stilwell, B., & Adams, O. (2004). Imbalance in the health workforce. *Human Resources for Health*, 2, 13. doi:10.1186/1478 - 4491 - 2 - 13

ภาษาไทย

- นางลักษณ์ พะไกองะ, เพ็ญนภา หงษ์ทอง. (บรรณาธิการ). (2554). *กำลังคนด้านสุขภาพ: ที่เข้ามา เป็นอยู่ และจะเป็นไป*. นนทบุรี: สำนักงานวิจัยและพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพ (สวค.).
- นางลักษณ์ พะไกองะ, วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร, วิชช์ เกษมทรัพย์, อภิชาติ จันทนิสร, สัญญา ศรีรัตนะ, และกฤษฎา ว่องวิญญู. (2012a). *ทัศนคติและการเลือกงานในชนบทของแพทย์จบใหม่*. วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข, 6(1), 30 - 39.
- นางลักษณ์ พะไกองะ, วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร, ทิณกร โนรี, สัญญา ศรีรัตนะ, และอภิชาติ จันทนิสร. (2012b). *จะดึงดูดแพทย์จบใหม่ไปทำงานที่ชนบทได้อย่างไร: การใช้เครื่องมือทดลองการตัดสินใจเลือกงาน*. วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข, 6(1), 40 - 47.

ภาคผนวก

ภาคผนวก ก

ตัวอย่างแบบสอบถาม (สำหรับแพทย์ใช้ทุนปีที่ 2 - 3)

โครงการวิจัยเรื่องการศึกษาความพึงพอใจของบุคลากรทางการแพทย์
ในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขต่อค่าตอบแทนที่ได้รับ

คำนำ

โครงการวิจัยนี้ศึกษาปัจจัย (ทั้งประเภทและขนาด) ที่มีผลต่อความพึงพอใจของบุคลากรทางการแพทย์ที่มีต่อค่าตอบแทนที่ได้รับในปัจจุบัน แบบสอบถามมีจุดประสงค์เพื่อรวบรวมข้อมูลสำหรับคำนวณค่าตอบแทนที่บุคลากรทางการแพทย์ประสงค์ได้จากการปฏิบัติงานในลักษณะต่างๆ ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเบื้องต้นจะนำไปเปรียบเทียบกับค่าตอบแทนที่บุคลากรทางการแพทย์ที่ปฏิบัติงานในสถานพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขได้รับในปัจจุบัน ผลการศึกษาจากงานวิจัยชิ้นนี้จะนำไปสู่การพัฒนาปรับปรุงนโยบายการจ่ายค่าตอบแทนแก่บุคลากรทางการแพทย์ในอนาคต

คำชี้แจง

1. กรุณาเติมข้อความหรือตัวเลขในช่องว่าง () ของคำถาม หรือขีดเครื่องหมายถูกในรูปสี่เหลี่ยม ☒ หน้าคำตอบที่ได้เลือก
2. การวิจัยนี้จะไม่นำข้อมูลที่ได้จากท่านไปอ้างอิงหรือใช้ในเรื่องอื่น และจะถูกเก็บเป็นความลับ
3. แบบสอบถามนี้มีทั้งหมด 6 ส่วน จำนวน 12 หน้า ขอความกรุณาในการตอบคำถามทุกข้อ มิฉะนั้นแล้ว แบบสอบถามที่มีคำตอบไม่ครบทุกข้อจะไม่สามารถวิเคราะห์ได้อย่างมีประสิทธิภาพ
4. คณะวิจัยขอขอบคุณท่านที่ได้ให้ความร่วมมือ ในการตอบแบบสอบถามเป็นอย่างดี

หากท่านมีคำถามเกี่ยวกับแบบสอบถาม ท่านสามารถติดต่อสอบถามได้ที่

1. ดร.ภัททา เกิดเรือง โทรศัพท์ 087-688-9039
2. รศ.ดร.สมชาย สุขสิริเสรีกุล โทรศัพท์ 081-867-0437

ส่วนที่ 1: ข้อมูลสำหรับการวิเคราะห์ด้วยวิธี Discrete Choice Experiments

สมมติว่า ภายหลังจากที่ท่านได้ปฏิบัติงานเพื่อใช้ทุนครบ 3 ปีแล้ว ท่านได้รับการเสนองานให้ไปปฏิบัติงานเป็นแพทย์ประจำในโรงพยาบาล 2 แห่ง (โรงพยาบาล ก และโรงพยาบาล ข) ซึ่งเงื่อนไขและคุณลักษณะงานที่แตกต่างกันประกอบด้วย ค่าตอบแทนหรือรายได้ โอกาสในการศึกษาต่อ สภาพการทำงานหรือบรรยากาศในการทำงาน พื้นที่ที่โรงพยาบาลตั้งอยู่ ภาระงานที่หน่วยงานมอบให้เมื่อเทียบกับภาระงานเฉลี่ยในรูปของ full time equivalent (FTE) และสวัสดิการ

กรุณาพิจารณาเปรียบเทียบและเลือกระหว่างโรงพยาบาลสองแห่ง ภายใต้อาณัติการณต่างๆ ต่อไปนี้

สถานการณ์ที่ 1

คุณลักษณะงาน	โรงพยาบาล ก	โรงพยาบาล ข
รายได้หรือค่าตอบแทนรวม	50,001 - 100,000 บาท	100,001 - 150,000 บาท
โอกาสในการศึกษาต่อ	มีโอกาสด้านการเรียนต่อสูง	ไม่มีโอกาสด้านการเรียนต่อ
สภาพการทำงานหรือบรรยากาศในการทำงาน	ได้รับคำปรึกษาจากแพทย์รุ่นพี่และความร่วมมือจากวิชาชีพอื่น	ไม่ได้รับคำปรึกษาจากแพทย์รุ่นพี่และความร่วมมือจากวิชาชีพอื่น
พื้นที่ที่ตั้งของโรงพยาบาล	อยู่ในพื้นที่ยังไม่เจริญ มีสิ่งอำนวยความสะดวกจำกัด และไกลจากตัวเมือง	อยู่ในพื้นที่ยังไม่เจริญ มีสิ่งอำนวยความสะดวกจำกัด และไกลจากตัวเมือง
ภาระงาน	เท่ากับภาระงานเฉลี่ยในรูปของ FTE	มากกว่าภาระงานเฉลี่ยในรูปของ FTE
สวัสดิการ	ได้รับสวัสดิการที่ต้องการทั้งเชิงปริมาณและคุณภาพครึ่งเดียว	ไม่ได้รับสวัสดิการที่ต้องการทั้งเชิงปริมาณและคุณภาพเลย

ท่านจะเลือกทำงานในโรงพยาบาลใดต่อไปนี้ โรงพยาบาล ก [] โรงพยาบาล ข []

สถานการณ์ที่ 2

คุณลักษณะงาน	โรงพยาบาล ก	โรงพยาบาล ข
รายได้หรือค่าตอบแทนรวม	100,001 - 150,000 บาท	50,001 - 100,000 บาท
โอกาสในการศึกษาต่อ	มีโอกาสนในการเรียนต่อสูง	ไม่มีโอกาสนในการเรียนต่อ
สภาพการทำงานหรือบรรยากาศในการทำงาน	ไม่ได้รับคำปรึกษาจากแพทย์รุ่นพี่และความร่วมมือจากวิชาชีพอื่น	ได้รับคำปรึกษาจากแพทย์รุ่นพี่และความร่วมมือจากวิชาชีพอื่น
พื้นที่ที่ตั้งของโรงพยาบาล	อยู่ในพื้นที่เจริญแล้ว มีสิ่งอำนวยความสะดวกครบครัน และใกล้กับตัวเมือง	อยู่ในพื้นที่ยังไม่เจริญ มีสิ่งอำนวยความสะดวกจำกัด และไกลจากตัวเมือง
ภาระงาน	เท่ากับภาระงานเฉลี่ยในรูปของ FTE	น้อยกว่าภาระงานเฉลี่ยในรูปของ FTE
สวัสดิการ	ได้รับสวัสดิการที่ต้องการทั้งเชิงปริมาณและคุณภาพเต็มที่	ไม่ได้รับสวัสดิการที่ต้องการทั้งเชิงปริมาณและคุณภาพเลย

ท่านจะเลือกทำงานในโรงพยาบาลใดต่อไปนี้อยู่ โรงพยาบาล ก ☐ โรงพยาบาล ข ☐

สถานการณ์ที่ 3

คุณลักษณะงาน	โรงพยาบาล ก	โรงพยาบาล ข
คุณลักษณะงาน	โรงพยาบาล ก	โรงพยาบาล ข
รายได้หรือค่าตอบแทนรวม	100,001 - 150,000 บาท	50,000 บาท
โอกาสในการศึกษาต่อ	ไม่มีโอกาสนในการเรียนต่อ	มีโอกาสนในการเรียนต่อสูง
สภาพการทำงานหรือบรรยากาศในการทำงาน	ได้รับคำปรึกษาจากแพทย์รุ่นพี่และความร่วมมือจากวิชาชีพอื่น	ไม่ได้รับคำปรึกษาจากแพทย์รุ่นพี่และความร่วมมือจากวิชาชีพอื่น
พื้นที่ที่ตั้งของโรงพยาบาล	อยู่ในพื้นที่เจริญแล้ว มีสิ่งอำนวยความสะดวกครบครัน และใกล้กับตัวเมือง	อยู่ในพื้นที่ยังไม่เจริญ มีสิ่งอำนวยความสะดวกจำกัด และไกลจากตัวเมือง
ภาระงาน	มากกว่าภาระงานเฉลี่ยในรูปของ FTE	น้อยกว่าภาระงานเฉลี่ยในรูปของ FTE
สวัสดิการ	ไม่ได้รับสวัสดิการที่ต้องการทั้งเชิงปริมาณและคุณภาพเลย	ได้รับสวัสดิการที่ต้องการทั้งเชิงปริมาณและคุณภาพเต็มที่

ท่านจะเลือกทำงานในโรงพยาบาลใดต่อไปนี้อยู่ โรงพยาบาล ก ☐ โรงพยาบาล ข ☐

สถานการณ์ที่ 4

คุณลักษณะงาน	โรงพยาบาล ก	โรงพยาบาล ข
รายได้หรือค่าตอบแทนรวม	100,001 - 150,000 บาท	50,001 - 100,000 บาท
โอกาสในการศึกษาต่อ	มีโอกาสด้านการเรียนต่อสูง	ไม่มีโอกาสด้านการเรียนต่อ
สภาพการทำงานหรือบรรยากาศในการทำงาน	ได้รับคำปรึกษาจากแพทย์รุ่นพี่และความร่วมมือจากวิชาชีพอื่น	ไม่ได้รับคำปรึกษาจากแพทย์รุ่นพี่และความร่วมมือจากวิชาชีพอื่น
พื้นที่ที่ตั้งของโรงพยาบาล	อยู่ในพื้นที่ยังไม่เจริญ มีสิ่งอำนวยความสะดวกจำกัด และไกลจากตัวเมือง	อยู่ในพื้นที่เจริญแล้ว มีสิ่งอำนวยความสะดวกครบครัน และใกล้กับตัวเมือง
ภาระงาน	เท่ากับภาระงานเฉลี่ยในรูปของ FTE	น้อยกว่าภาระงานเฉลี่ยในรูปของ FTE
สวัสดิการ	ไม่ได้รับสวัสดิการที่ต้องการทั้งเชิงปริมาณและคุณภาพเลย	ได้รับสวัสดิการที่ต้องการทั้งเชิงปริมาณและคุณภาพครึ่งเดียว

ท่านจะเลือกทำงานในโรงพยาบาลใดต่อไปนี้ โรงพยาบาล ก ☐ โรงพยาบาล ข ☐

สถานการณ์ที่ 5

คุณลักษณะงาน	โรงพยาบาล ก	โรงพยาบาล ข
รายได้หรือค่าตอบแทนรวม	50,001 - 100,000 บาท	50,000 บาท
โอกาสในการศึกษาต่อ	ไม่มีโอกาสด้านการเรียนต่อ	มีโอกาสด้านการเรียนต่อสูง
สภาพการทำงานหรือบรรยากาศในการทำงาน	ได้รับคำปรึกษาจากแพทย์รุ่นพี่และความร่วมมือจากวิชาชีพอื่น	ไม่ได้รับคำปรึกษาจากแพทย์รุ่นพี่และความร่วมมือจากวิชาชีพอื่น
พื้นที่ที่ตั้งของโรงพยาบาล	อยู่ในพื้นที่เจริญแล้ว มีสิ่งอำนวยความสะดวกครบครัน และใกล้กับตัวเมือง	อยู่ในพื้นที่เจริญแล้ว มีสิ่งอำนวยความสะดวกครบครัน และใกล้กับตัวเมือง
ภาระงาน	เท่ากับภาระงานเฉลี่ยในรูปของ FTE	มากกว่าภาระงานเฉลี่ยในรูปของ FTE
สวัสดิการ	ได้รับสวัสดิการที่ต้องการทั้งเชิงปริมาณและคุณภาพครึ่งเดียว	ไม่ได้รับสวัสดิการที่ต้องการทั้งเชิงปริมาณและคุณภาพเลย

ท่านจะเลือกทำงานในโรงพยาบาลใดต่อไปนี้ โรงพยาบาล ก ☐ โรงพยาบาล ข ☐

สถานการณ์ที่ 6

คุณลักษณะงาน	โรงพยาบาล ก	โรงพยาบาล ข
รายได้หรือค่าตอบแทนรวม	50,000 บาท	50,001 - 100,000 บาท
โอกาสในการศึกษาต่อ	ไม่มีโอกาสในการเรียนต่อ	มีโอกาสด้านการเรียนต่อสูง
สภาพการทำงานหรือบรรยากาศในการทำงาน	ได้รับคำปรึกษาจากแพทย์รุ่นพี่และความร่วมมือจากวิชาชีพอื่น	ไม่ได้รับคำปรึกษาจากแพทย์รุ่นพี่และความร่วมมือจากวิชาชีพอื่น
พื้นที่ที่ตั้งของโรงพยาบาล	อยู่ในพื้นที่เจริญแล้ว มีสิ่งอำนวยความสะดวกครบครัน และใกล้กับตัวเมือง	อยู่ในพื้นที่ยังไม่เจริญ มีสิ่งอำนวยความสะดวกจำกัด และไกลจากตัวเมือง
ภาระงาน	น้อยกว่าภาระงานเฉลี่ยในรูปแบบของ FTE	เท่ากับภาระงานเฉลี่ยในรูปแบบของ FTE
สวัสดิการ	ได้รับสวัสดิการที่ต้องการทั้งเชิงปริมาณและคุณภาพเต็มที่	ได้รับสวัสดิการที่ต้องการทั้งเชิงปริมาณและคุณภาพครึ่งเดียว

ท่านจะเลือกทำงานในโรงพยาบาลใดต่อไปนี โรงพยาบาล ก ☐ โรงพยาบาล ข ☐

สถานการณ์ที่ 7

คุณลักษณะงาน	โรงพยาบาล ก	โรงพยาบาล ข
รายได้หรือค่าตอบแทนรวม	100,001 - 150,000 บาท	50,001 - 100,000 บาท
โอกาสในการศึกษาต่อ	ไม่มีโอกาสในการเรียนต่อ	มีโอกาสด้านการเรียนต่อสูง
สภาพการทำงานหรือบรรยากาศในการทำงาน	ไม่ได้รับคำปรึกษาจากแพทย์รุ่นพี่และความร่วมมือจากวิชาชีพอื่น	ได้รับคำปรึกษาจากแพทย์รุ่นพี่และความร่วมมือจากวิชาชีพอื่น
พื้นที่ที่ตั้งของโรงพยาบาล	อยู่ในพื้นที่เจริญแล้ว มีสิ่งอำนวยความสะดวกครบครัน และใกล้กับตัวเมือง	อยู่ในพื้นที่ยังไม่เจริญ มีสิ่งอำนวยความสะดวกจำกัด และไกลจากตัวเมือง
ภาระงาน	เท่ากับภาระงานเฉลี่ยในรูปแบบของ FTE	มากกว่าภาระงานเฉลี่ยในรูปแบบของ FTE
สวัสดิการ	ไม่ได้รับสวัสดิการที่ต้องการทั้งเชิงปริมาณและคุณภาพเลย	ได้รับสวัสดิการที่ต้องการทั้งเชิงปริมาณและคุณภาพเต็มที่

ท่านจะเลือกทำงานในโรงพยาบาลใดต่อไปนี โรงพยาบาล ก ☐ โรงพยาบาล ข ☐

สถานการณ์ที่ 8

คุณลักษณะงาน	โรงพยาบาล ก	โรงพยาบาล ข
รายได้หรือค่าตอบแทนรวม	100,001 - 150,000 บาท	50,001 - 100,000 บาท
โอกาสในการศึกษาต่อ	มีโอกาสด้านการเรียนต่อสูง	ไม่มีโอกาสด้านการเรียนต่อ
สภาพการทำงานหรือบรรยากาศในการทำงาน	ได้รับคำปรึกษาจากแพทย์รุ่นพี่และความร่วมมือจากวิชาชีพอื่น	ไม่ได้รับคำปรึกษาจากแพทย์รุ่นพี่และความร่วมมือจากวิชาชีพอื่น
พื้นที่ที่ตั้งของโรงพยาบาล	อยู่ในพื้นที่ยังไม่เจริญ มีสิ่งอำนวยความสะดวกจำกัด และไกลจากตัวเมือง	อยู่ในพื้นที่เจริญแล้ว มีสิ่งอำนวยความสะดวกครบครัน และใกล้กับตัวเมือง
ภาระงาน	มากกว่าภาระงานเฉลี่ยในรูปของ FTE	น้อยกว่าภาระงานเฉลี่ยในรูปของ FTE
สวัสดิการ	ได้รับสวัสดิการที่ต้องการทั้งเชิงปริมาณและคุณภาพเต็มที่	ได้รับสวัสดิการที่ต้องการทั้งเชิงปริมาณและคุณภาพครึ่งเดียว
ท่านจะเลือกทำงานในโรงพยาบาลใดต่อไปนี้อย่างแน่นอน		
	โรงพยาบาล ก ☐	โรงพยาบาล ข ☐

ส่วนที่ 2: ข้อมูลสำหรับการวิเคราะห์ด้วยวิธี Contingent Valuation Method

2.1 สมมติว่าหลังจากท่านได้ใช้ทุนครบ 3 ปีแล้วและค่าตอบแทนจากการทำงานหลังจากนั้นมีมูลค่าเป็น 50,000 บาทต่อเดือน ท่านมีสองทางเลือกคือ ทำงานและเรียนต่อ เราอยากถามการตัดสินใจของท่านในสองเรื่องนี้ในกรณีต่างๆ ต่อไปนี้

ก. หากค่าตอบแทนจากการทำงานมีมูลค่า 90,000 บาทต่อเดือน ท่านจะเลือกทำงานหรือเรียนต่อ

☐ ทำงาน ☐ เรียนต่อ

ข. หากค่าตอบแทนจากการทำงานมีมูลค่า 60,000 บาทต่อเดือน ท่านจะเลือกทำงานหรือเรียนต่อ

☐ ทำงาน ☐ เรียนต่อ

ค. หากค่าตอบแทนจากการทำงานมีมูลค่า 100,000 บาทต่อเดือน ท่าน
จะเลือกทำงานหรือเรียนต่อ

☐ ทำงาน ☐ เรียนต่อ

ง. หากค่าตอบแทนจากการทำงานมีมูลค่า 50,000 บาทต่อเดือน ท่าน
จะเลือกทำงานหรือเรียนต่อ

☐ ทำงาน ☐ เรียนต่อ

จ. หากค่าตอบแทนจากการทำงานมีมูลค่า 80,000 บาทต่อเดือน ท่าน
จะเลือกทำงานหรือเรียนต่อ

☐ ทำงาน ☐ เรียนต่อ

ฉ. หากค่าตอบแทนจากการทำงานมีมูลค่า 70,000 บาทต่อเดือน ท่าน
จะเลือกทำงานหรือเรียนต่อ

☐ ทำงาน ☐ เรียนต่อ

2.2 สมมติว่าท่านได้รับค่าตอบแทนจากการทำงานเป็นมูลค่า 45,000 บาท
ต่อเดือน และสภาพการทำงานหรือบรรยากาศการทำงานมีลักษณะที่ท่าน
ได้รับคำปรึกษาจากแพทย์รุ่นพี่และความร่วมมือจากวิชาชีพอื่น หากท่าน
ได้รับการทาบทามไปทำงานที่อื่นซึ่งมีลักษณะที่ท่านไม่ได้รับคำปรึกษา
จากแพทย์รุ่นพี่และความร่วมมือจากวิชาชีพอื่นแต่ได้รับค่าตอบแทนเพิ่มขึ้น
เราอยากทราบว่าท่านจะตัดสินใจอย่างไร

ก. หากค่าตอบแทนจากการทำงานที่ใหม่มีมูลค่า 85,000 บาทต่อเดือน
ท่านจะเลือกทำงานที่เดิมหรือทำงานที่ใหม่

☐ ทำงานที่เดิม ☐ ทำงานที่ใหม่

ข. หากค่าตอบแทนจากการทำงานที่ใหม่มีมูลค่า 65,000 บาทต่อเดือน
ท่านจะเลือกทำงานที่เดิมหรือทำงานที่ใหม่

☐ ทำงานที่เดิม ☐ ทำงานที่ใหม่

ค. หากค่าตอบแทนจากการทำงานที่ใหม่มีมูลค่า 95,000 บาทต่อเดือน
ท่านจะเลือกทำงานที่เดิมหรือทำงานที่ใหม่

☐ ทำงานที่เดิม ☐ ทำงานที่ใหม่

ง. หากค่าตอบแทนจากการทำงานที่ใหม่มีมูลค่า 55,000 บาทต่อเดือน ท่านจะเลือกทำงานที่เดิมหรือทำงานที่ใหม่

☐ ทำงานที่เดิม ☐ ทำงานที่ใหม่

จ. หากค่าตอบแทนจากการทำงานที่ใหม่มีมูลค่า 105,000 บาทต่อเดือน ท่านจะเลือกทำงานที่เดิมหรือทำงานที่ใหม่

☐ ทำงานที่เดิม ☐ ทำงานที่ใหม่

ฉ. หากค่าตอบแทนจากการทำงานที่ใหม่มีมูลค่า 75,000 บาทต่อเดือน ท่านจะเลือกทำงานที่เดิมหรือทำงานที่ใหม่

☐ ทำงานที่เดิม ☐ ทำงานที่ใหม่

2.3 สมมติว่าท่านได้รับค่าตอบแทนจากการทำงานเป็นมูลค่า 40,000 บาทต่อเดือนและโรงพยาบาลที่ท่านทำงานอยู่ในพื้นที่เจริญแล้วซึ่งมีสิ่งอำนวยความสะดวกในการดำรงชีพที่ครบครัน (เช่น การมีเครือข่ายอินเทอร์เน็ต ธนาคารพาณิชย์ ร้าน 7 - 11 เป็นต้น) และใกล้กับตัวเมือง หากท่านได้รับการทาบทามไปทำงานในโรงพยาบาลอื่นซึ่งอยู่ในพื้นที่ยังไม่เจริญซึ่งมีสิ่งอำนวยความสะดวกในการดำรงชีพที่จำกัด (เช่น การมีเครือข่ายอินเทอร์เน็ต ธนาคารพาณิชย์ ร้าน 7 - 11 เป็นต้น) และไกลจากตัวเมือง เราอยากทราบว่าท่านจะตัดสินใจอย่างไร

ก. หากค่าตอบแทนจากการทำงานที่ใหม่มีมูลค่า 50,000 บาทต่อเดือน ท่านจะเลือกทำงานในโรงพยาบาลเดิมหรือทำงานในโรงพยาบาลใหม่

☐ ทำงานในโรงพยาบาลเดิม ☐ ทำงานในโรงพยาบาลใหม่

ข. หากค่าตอบแทนจากการทำงานที่ใหม่มีมูลค่า 90,000 บาทต่อเดือน ท่านจะเลือกทำงานในโรงพยาบาลเดิมหรือทำงานในโรงพยาบาลใหม่

☐ ทำงานในโรงพยาบาลเดิม ☐ ทำงานในโรงพยาบาลใหม่

ค. หากค่าตอบแทนจากการทำงานที่ใหม่มีมูลค่า 60,000 บาทต่อเดือน ท่านจะเลือกทำงานในโรงพยาบาลเดิมหรือทำงานในโรงพยาบาลใหม่

☐ ทำงานในโรงพยาบาลเดิม ☐ ทำงานในโรงพยาบาลใหม่

ง. หากค่าตอบแทนจากการทำงานที่ใหม่มีมูลค่า 100,000 บาทต่อเดือน ท่านจะเลือกทำงานในโรงพยาบาลเดิมหรือทำงานในโรงพยาบาลใหม่

☐ ทำงานในโรงพยาบาลเดิม ☐ ทำงานในโรงพยาบาลใหม่

- จ. หากค่าตอบแทนจากการทำงานที่ใหม่มีมูลค่า 70,000 บาทต่อเดือน
ท่านจะเลือกทำงานในโรงพยาบาลเดิมหรือทำงานในโรงพยาบาลใหม่
☐ ทำงานในโรงพยาบาลเดิม ☐ ทำงานในโรงพยาบาลใหม่
- ฉ. หากค่าตอบแทนจากการทำงานที่ใหม่มีมูลค่า 80,000 บาทต่อเดือน
ท่านจะเลือกทำงานในโรงพยาบาลเดิมหรือทำงานในโรงพยาบาลใหม่
☐ ทำงานในโรงพยาบาลเดิม ☐ ทำงานในโรงพยาบาลใหม่

ส่วนที่ 3: ข้อมูลพื้นฐาน

- 3.1 ท่านเป็น ☐ ชาย ☐ หญิง
- 3.2 ท่านอายุ ปี
- 3.3 ภูมิลำเนาของท่านเป็น
☐ จังหวัดเดียวกับที่ทำงานปัจจุบัน ☐ ต่างจังหวัดกับที่ทำงานปัจจุบัน
- 3.4 รายได้ของครอบครัวเป็น บาทต่อเดือน
- 3.5 ค่าตอบแทนทั้งหมดที่ท่านได้จากการทำงานในโรงพยาบาลปัจจุบัน
เป็น บาทต่อเดือน
- 3.6 ผลการเรียนของท่านที่วัดด้วย GPA เฉลี่ยตลอดหลักสูตรเป็น
- 3.7 การเรียนหลักสูตรแพทยศาสตร์ของท่านอยู่ในระบบใด
☐ กลุ่มสถาบันแพทยศาสตร์แห่งประเทศไทย
☐ โครงการผลิตแพทย์เพื่อชาวชนบท
☐ โครงการผลิตแพทย์เพิ่ม
- 3.8 ในปีที่ผ่านมา ท่านได้ทำกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับสาธารณะประโยชน์นอกเวลา
ทำงานปกติทั้งภายในโรงพยาบาลและภายนอกโรงพยาบาลหรือไม่?
☐ ไม่เคย ☐ เคย โดยจำแนกเป็น
☐ การทำกิจกรรมที่ใช้ทักษะทางการแพทย์ วันในปีที่ผ่านมา
☐ การทำกิจกรรมที่ใช้ทักษะด้านอื่น วันในปีที่ผ่านมา

3.9 ในปีที่ผ่านมา ท่านเคยปฏิบัติกิจกรรมเหล่านี้บ้างหรือไม่

(1 = 0 ครั้ง, 2 = 1 - 2 ครั้ง, 3 = 3 - 4 ครั้ง, 4 = 5 ครั้งขึ้นไป)

3.9.1 เข้าร่วมโครงการจิตอาสา ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4

3.9.2 บริจาคโลหิต ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4

3.9.3 มอบเงินให้แก่ผู้ป่วยที่ยากจน ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4

ส่วนที่ 4: ข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคลที่มีต่อความพึงพอใจของบุคลากรทางการแพทย์

4.1 ท่านคาดหวังว่าโอกาสในการเรียนต่อของท่านเป็น%

4.2 ในความคิดเห็นของท่าน สภาพการทำงานหรือบรรยากาศการทำงานของสถานที่ทำงานของท่านมีลักษณะเช่นไร

☐ การทำงานได้รับคำปรึกษาจากแพทย์รุ่นพี่และความร่วมมือจากวิชาชีพอื่น

☐ การทำงานไม่ได้รับคำปรึกษาจากแพทย์รุ่นพี่และความร่วมมือจากวิชาชีพอื่น

4.3 พื้นที่ที่ตั้งของโรงพยาบาลที่ท่านทำงานอยู่มีลักษณะใด

☐ พื้นที่เจริญแล้วซึ่งมีสิ่งอำนวยความสะดวกในการดำรงชีพที่ครบครัน (เช่น การมีเครือข่ายอินเทอร์เน็ต ธนาคารพาณิชย์ ร้าน 7 - 11 เป็นต้น) และใกล้กับตัวเมือง

☐ พื้นที่ยังไม่เจริญซึ่งมีสิ่งอำนวยความสะดวกในการดำรงชีพที่จำกัด (เช่น การมีเครือข่ายอินเทอร์เน็ต ธนาคารพาณิชย์ ร้าน 7 - 11 เป็นต้น) และไกลจากตัวเมือง

4.4 หลังจากท่านได้ใช้ทุนครบ 3 ปีแล้ว หากท่านตัดสินใจที่ทำงานต่อในโรงพยาบาลซึ่งมีลักษณะที่ท่านไม่ได้รับคำปรึกษาจากแพทย์รุ่นพี่และความร่วมมือจากวิชาชีพอื่นและอยู่ในพื้นที่ยังไม่เจริญ ซึ่งมีสิ่งอำนวยความสะดวกในการดำรงชีพที่จำกัด (เช่น การมีเครือข่ายอินเทอร์เน็ต ธนาคารพาณิชย์ ร้าน 7 - 11 เป็นต้น) และไกลจากตัวเมือง ท่านต้องการค่าตอบแทนจากการทำงานในโรงพยาบาลลักษณะนั้นเป็นบาทต่อเดือน

ส่วนที่ 5: ความคิดเห็นในเรื่องปัจจัยด้านวิชาชีพที่มีต่อความพึงพอใจของบุคลากร ทางการแพทย์

5.1 หากรัฐบาลกำหนดให้แพทย์ที่สำเร็จการศึกษาจากสถาบันอุดมศึกษาของ
รัฐต้องให้ทุนด้วยการทำงานในโรงพยาบาลรัฐนานขึ้นกว่าในปัจจุบันหรือ
ด้วยการคืนเงินจำนวนมากขึ้นในกรณีที่ไม่ต้องการทำงานในโรงพยาบาลรัฐ
ท่านคิดว่ากฎเกณฑ์ดังกล่าวจะมีผลต่อค่าตอบแทนของแพทย์ไทยที่จะ
ได้รับในอนาคตหรือไม่และเท่าไร?

- ☐ ไม่มีผล
- ☐ มีผลและทำให้ค่าตอบแทนที่จะได้รับในอนาคตเพิ่มขึ้น%
- ☐ มีผลและทำให้ค่าตอบแทนที่จะได้รับในอนาคตลดลง%

5.2 ถ้าแพทย์สมาคมกำหนดให้แพทย์ต้องสอบเพื่อขอต่อใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ
เวชกรรมทุก 5 ปีในอนาคต ซึ่งต่างจากในขณะนี้ที่เป็นการสอบครั้งเดียว
และได้รับใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรมตลอดชีพ ท่านคิดว่า
กฎระเบียบดังกล่าวจะมีผลต่อค่าตอบแทนของแพทย์ไทยที่จะได้รับ
ในอนาคตหรือไม่และเท่าไร?

- ☐ ไม่มีผล
- ☐ มีผลและทำให้ค่าตอบแทนที่จะได้รับในอนาคตเพิ่มขึ้น%
- ☐ มีผลและทำให้ค่าตอบแทนที่จะได้รับในอนาคตลดลง%

5.3 เมื่อจำนวนแพทย์ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะสาขา (specialists) มากขึ้น ท่านคิดว่า
จะมีผลต่อค่าตอบแทนของแพทย์ไทยที่จะได้รับหรือไม่และเท่าไร?

- ☐ ไม่มีผล
- ☐ มีผลและทำให้ค่าตอบแทนที่จะได้รับในอนาคตเพิ่มขึ้น%
- ☐ มีผลและทำให้ค่าตอบแทนที่จะได้รับในอนาคตลดลง%

ส่วนที่ 6: ความคิดเห็นในเรื่องปัจจัยด้านนโยบายที่มีต่อความพึงพอใจของบุคลากร ทางการแพทย์

6.1 นโยบายการเปิดเสรีการค้าบริการในสาขาบริการสุขภาพของประเทศไทย
จะมีผลให้สถานบริการสุขภาพของไทยจ้างแพทย์ชาวต่างชาติได้มากขึ้น
แพทย์ไทยทำงานในต่างประเทศได้สะดวกขึ้น และสถานบริการสุขภาพ
ในประเทศไทยมีจำนวนมากขึ้นเพื่อรองรับผู้ป่วยชาวต่างชาติ ท่านคิดว่า
การเปิดเสรีการค้าบริการสุขภาพจะมีผลต่อค่าตอบแทนของแพทย์ไทย
ที่จะได้รับในอนาคตหรือไม่และเท่าไร?

- ☐ ไม่มีผล
- ☐ มีผลและทำให้ค่าตอบแทนที่จะได้รับในอนาคตเพิ่มขึ้น%
- ☐ มีผลและทำให้ค่าตอบแทนที่จะได้รับในอนาคตลดลง%

6.2 ท่านคิดว่านโยบายการผลิตแพทย์ในประเทศไทยเพิ่มขึ้นจะมีผลต่อค่าตอบแทน
ของแพทย์ไทยที่จะได้รับในอนาคตหรือไม่และเท่าไร?

- ☐ ไม่มีผล
- ☐ มีผลและทำให้ค่าตอบแทนที่จะได้รับในอนาคตเพิ่มขึ้น%
- ☐ มีผลและทำให้ค่าตอบแทนที่จะได้รับในอนาคตลดลง%

6.3 ท่านคิดว่านโยบายการกระจายแพทย์ในประเทศไทยจะมีผลต่อค่าตอบแทน
ของแพทย์ไทยที่จะได้รับในอนาคตหรือไม่และเท่าไร?

- ☐ ไม่มีผล
- ☐ มีผลและทำให้ค่าตอบแทนที่จะได้รับในอนาคตเพิ่มขึ้น%
- ☐ มีผลและทำให้ค่าตอบแทนที่จะได้รับในอนาคตลดลง%

ความเห็นหรือข้อเสนอแนะอื่นๆ

.....

.....

.....

.....

คณะวิจัยขอขอบพระคุณท่านที่กรุณาสละเวลาอันมีค่าตอบแบบสอบถาม
คำตอบของท่านเป็นประโยชน์อย่างยิ่งต่อโครงการวิจัยนี้

ภาคผนวก v

ตัวอย่างแบบสอบถาม

(สำหรับแพทย์ที่ปฏิบัติงานมาเป็นเวลา 7 - 20 ปีนับจากจบการศึกษา)

โครงการวิจัยเรื่องการศึกษาความพึงพอใจของบุคลากรทางการแพทย์
ในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขต่อค่าตอบแทนที่ได้รับ

คำนำ

โครงการวิจัยนี้ศึกษาปัจจัย (ทั้งประเภทและขนาด) ที่มีผลต่อความพึงพอใจของบุคลากรทางการแพทย์ที่มีต่อค่าตอบแทนที่ได้รับในปัจจุบัน แบบสอบถามมีจุดประสงค์เพื่อรวบรวมข้อมูลสำหรับคำนวณค่าตอบแทนที่บุคลากรทางการแพทย์ประสงค์ได้จากการปฏิบัติงานในลักษณะต่างๆ ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเบื้องต้นจะนำไปเปรียบเทียบกับค่าตอบแทนที่บุคลากรทางการแพทย์ที่ปฏิบัติงานในสถานพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขได้รับในปัจจุบัน ผลการศึกษาจากงานวิจัยชิ้นนี้จะนำไปสู่การพัฒนาปรับปรุงนโยบายการจ่ายค่าตอบแทนแก่บุคลากรทางการแพทย์ในอนาคต

คำชี้แจง

1. กรุณาเติมข้อความหรือตัวเลขในช่องว่าง () ของคำถาม หรือขีดเครื่องหมายถูกในรูปสี่เหลี่ยม ☒ หน้าคำตอบที่ได้เลือก
2. การวิจัยนี้จะไม่นำข้อมูลที่ได้จากท่านไปอ้างอิงหรือใช้ในเรื่องอื่น และจะถูกเก็บเป็นความลับ
3. แบบสอบถามนี้มีทั้งหมด 6 ส่วน จำนวน 12 หน้า ขอความกรุณาในการตอบคำถามทุกข้อ มิฉะนั้นแล้ว แบบสอบถามที่มีคำตอบไม่ครบทุกข้อจะไม่สามารถวิเคราะห์ได้อย่างมีประสิทธิภาพ
4. คณะวิจัยขอขอบคุณท่านที่ได้ให้ความร่วมมือ ในการตอบแบบสอบถามเป็นอย่างดี

หากท่านมีคำถามเกี่ยวกับแบบสอบถาม ท่านสามารถติดต่อสอบถามได้ที่

1. ดร.ภัททา เกิดเรือง โทรศัพท 087-688-9039
2. รศ.ดร.สมชาย สุขสิริเสรีกุล โทรศัพท 081-867-0437

ส่วนที่ 1: ข้อมูลสำหรับการวิเคราะห์ด้วยวิธี Discrete Choice Experiments

สมมติว่า ท่านได้รับการเสนองานให้ไปปฏิบัติงานเป็นแพทย์ประจำในโรงพยาบาล 2 แห่ง (โรงพยาบาล ก และโรงพยาบาล ข) ซึ่งเงื่อนไขและคุณลักษณะงานที่แตกต่างกัน ประกอบด้วย การได้ปฏิบัติงานตรงกับความเชี่ยวชาญหรือความถนัด ค่าตอบแทนหรือรายได้รวม โอกาสในการทำงานภาคเอกชน (dual practice) พื้นที่ที่ตั้งของโรงพยาบาล รวมถึงโอกาสทางการศึกษาของบุตร โอกาสในความก้าวหน้าทางการงาน สภาพการทำงาน หรือบรรยากาศในการทำงาน สวัสดิการ และการเปลี่ยนแปลงฐานะทางสังคมหรือการยอมรับของสังคม

กรุณาพิจารณาเปรียบเทียบและเลือกระหว่างโรงพยาบาลสองแห่งภายใต้สถานการณ์ต่างๆ ต่อไปนี้

สถานการณ์ที่ 1

คุณลักษณะงาน	โรงพยาบาล ก	โรงพยาบาล ข
การได้ปฏิบัติงานตรงกับ	ไม่ได้ปฏิบัติงานตรงกับความ	ได้ปฏิบัติงานตรงกับความ
ความเชี่ยวชาญหรือความถนัด	เชี่ยวชาญหรือความถนัด	เชี่ยวชาญหรือความถนัด
รายได้หรือค่าตอบแทนรวม	100,001 - 150,000 บาท	50,001 - 100,000 บาท
โอกาสในการทำงานภาคเอกชน (dual practice)	มีโอกาสในการทำงานภาคเอกชน	ไม่มีโอกาสในการทำงานภาคเอกชน
พื้นที่ที่ตั้งของโรงพยาบาลและโอกาสทางการศึกษาของบุตร	เป็นสถานที่ที่จะใช้ชีวิตการทำงานที่เหลื่ออยู่และ/หรือมีโอกาสทางการศึกษาของบุตร	ไม่เป็นสถานที่ที่จะใช้ชีวิตการทำงานที่เหลื่ออยู่และ/หรือไม่มีโอกาสทางการศึกษาของบุตร
โอกาสในความก้าวหน้าทางการงาน	มีโอกาสในความก้าวหน้าทางการงาน	ไม่มีโอกาสในความก้าวหน้าทางการงาน
สภาพการทำงานหรือบรรยากาศการทำงาน	การทำงานไม่เป็นทีม	การทำงานเป็นทีม
สวัสดิการ	ไม่มีความร่วมมือของสหวิชาชีพ ได้รับสวัสดิการที่ต้องการทั้งเชิงปริมาณและคุณภาพครั้งเดียว	มีความร่วมมือของสหวิชาชีพ ไม่ได้รับสวัสดิการที่ต้องการทั้งเชิงปริมาณและคุณภาพเลย
การเปลี่ยนแปลงฐานะทางสังคมหรือการยอมรับของสังคม	ฐานะทางสังคมหรือการยอมรับของสังคมมีแนวโน้มที่ไม่เปลี่ยนแปลงจากเดิม	ฐานะทางสังคมหรือการยอมรับของสังคมมีแนวโน้มที่ไม่เปลี่ยนแปลงจากเดิม

ท่านจะเลือกทำงานในโรงพยาบาลใดต่อไปนี้ โรงพยาบาล ก [] โรงพยาบาล ข []

สถานการณ์ที่ 2

คุณลักษณะงาน	โรงพยาบาล ก	โรงพยาบาล ข
การได้ปฏิบัติงานตรงกับ ความเชี่ยวชาญหรือความถนัด	ไม่ได้ปฏิบัติงานตรงกับ ความเชี่ยวชาญหรือความถนัด	ได้ปฏิบัติงานตรงกับ ความเชี่ยวชาญหรือความถนัด
รายได้หรือค่าตอบแทนรวม	100,001 - 150,000 บาท	50,001 - 100,000 บาท
โอกาสในการทำงานภาคเอกชน (dual practice)	ไม่มีโอกาสในการทำงาน ภาคเอกชน	มีโอกาสในการทำงาน ภาคเอกชน
พื้นที่ที่ตั้งของโรงพยาบาลและ โอกาสทางการศึกษาของบุตร	เป็นสถานที่ที่จะใช้ชีวิตการทำงาน ที่เหลืออยู่และ/หรือมีโอกาสทาง การศึกษาของบุตร	เป็นสถานที่ที่จะใช้ชีวิต การทำงานที่เหลืออยู่และ/ หรือมีโอกาสทางการศึกษา ของบุตร
โอกาสในความก้าวหน้าทางการงาน ก้าวหน้า	ไม่มีโอกาสในความก้าวหน้าทาง การงาน	ไม่มีโอกาสในความทาง การงาน
สภาพการทำงานหรือบรรยากาศ การทำงาน	การทำงานเป็นทีม มีความร่วมมือของสหวิชาชีพ	การทำงานไม่เป็นทีม ไม่มีความร่วมมือของ สหวิชาชีพ
สวัสดิการ	ไม่ได้รับสวัสดิการที่ต้องการ ทั้งเชิงปริมาณและคุณภาพเลย	ได้รับสวัสดิการที่ต้องการ ทั้งเชิงปริมาณและคุณภาพ เต็มที่
การเปลี่ยนแปลงฐานะทางสังคม หรือการยอมรับของสังคม	ฐานะทางสังคมหรือการยอมรับ ของสังคมมีแนวโน้มที่ปรับสูงขึ้น จากเดิม	ฐานะทางสังคมหรือ การยอมรับของสังคมมี แนวโน้มที่ไม่เปลี่ยนแปลง จากเดิม
ท่านจะเลือกทำงานในโรงพยาบาลใดต่อไปนี้ โรงพยาบาล ก ☐ โรงพยาบาล ข ☐		

สถานการณ์ที่ 3

คุณลักษณะงาน	โรงพยาบาล ก	โรงพยาบาล ข
การได้ปฏิบัติงานตรงกับความเชี่ยวชาญหรือความถนัด	ได้ปฏิบัติงานตรงกับความเชี่ยวชาญหรือความถนัด	ได้ปฏิบัติงานตรงกับความเชี่ยวชาญหรือความถนัด
รายได้หรือค่าตอบแทนรวม	100,001 - 150,000 บาท	150,001 - 200,000 บาท
โอกาสในการทำงานภาคเอกชน (dual practice)	มีโอกาสในการทำงานภาคเอกชน	ไม่มีโอกาสในการทำงานภาคเอกชน
พื้นที่ที่ตั้งของโรงพยาบาลและโอกาสทางการศึกษาของบุตร	ไม่เป็นสถานที่ที่จะใช้ชีวิตการทำงานที่เหลื่ออยู่และ/หรือไม่มีโอกาสทางการศึกษาของบุตร	เป็นสถานที่ที่จะใช้ชีวิตการทำงานที่เหลื่ออยู่และ/หรือมีโอกาสทางการศึกษาของบุตร
โอกาสในความก้าวหน้าทางการงาน	ไม่มีโอกาสในความก้าวหน้าทางการงาน	มีโอกาสในความก้าวหน้าทางการงาน
สภาพการทำงานหรือบรรยากาศการทำงาน	การทำงานไม่เป็นทีม ไม่มีความร่วมมือของสหวิชาชีพ	การทำงานเป็นทีม มีความร่วมมือของสหวิชาชีพ
สวัสดิการ	ไม่ได้รับสวัสดิการที่ต้องการ ทั้งเชิงปริมาณและคุณภาพเลย	ได้รับสวัสดิการที่ต้องการ ทั้งเชิงปริมาณและคุณภาพเต็มที่
การเปลี่ยนแปลงฐานะทางสังคมหรือการยอมรับของสังคม	ฐานะทางสังคมหรือการยอมรับของสังคมมีแนวโน้มที่ปรับสูงขึ้นจากเดิม	ฐานะทางสังคมหรือการยอมรับของสังคมมีแนวโน้มที่ไม่เปลี่ยนแปลงจากเดิม
ท่านจะเลือกทำงานในโรงพยาบาลใดต่อไปนี้		
	โรงพยาบาล ก ☐	โรงพยาบาล ข ☐

สถานการณ์ที่ 4

คุณลักษณะงาน	โรงพยาบาล ก	โรงพยาบาล ข
การได้ปฏิบัติงานตรงกับความเชี่ยวชาญหรือความถนัด	ไม่ได้ปฏิบัติงานตรงกับความเชี่ยวชาญหรือความถนัด	ได้ปฏิบัติงานตรงกับความเชี่ยวชาญหรือความถนัด
รายได้หรือค่าตอบแทนรวม	50,001 - 100,000 บาท	150,001 - 200,000 บาท
โอกาสในการทำงานภาคเอกชน (dual practice)	มีโอกาสในการทำงานภาคเอกชน	ไม่มีโอกาสในการทำงานภาคเอกชน
พื้นที่ที่ตั้งของโรงพยาบาลและโอกาสทางการศึกษาของบุตร	ไม่เป็นสถานที่ที่จะใช้ชีวิตการทำงานที่เหลืออยู่และ/หรือไม่มีโอกาสทางการศึกษาของบุตร	ไม่เป็นสถานที่ที่จะใช้ชีวิตการทำงานที่เหลืออยู่และ/หรือไม่มีโอกาสทางการศึกษาของบุตร
โอกาสในความก้าวหน้าทางการงาน	ไม่มีโอกาสในความก้าวหน้าทางการงาน	มีโอกาสในความก้าวหน้าทางการงาน
สภาพการทำงานหรือบรรยากาศการทำงาน	การทำงานเป็นทีม มีความร่วมมือของสหวิชาชีพ	การทำงานไม่เป็นทีม ไม่มีความร่วมมือของสหวิชาชีพ
สวัสดิการ	ได้รับสวัสดิการที่ต้องการ ทั้งเชิงปริมาณและคุณภาพเต็มที่	ได้รับสวัสดิการที่ต้องการ ทั้งเชิงปริมาณและคุณภาพ ครึ่งเดียว
การเปลี่ยนแปลงฐานะทางสังคม หรือการยอมรับของสังคม	ฐานะทางสังคมหรือการยอมรับของสังคมมีแนวโน้มที่ไม่เปลี่ยนแปลงจากเดิม	ฐานะทางสังคมหรือการยอมรับของสังคมมีแนวโน้มที่ปรับสูงขึ้นจากเดิม

ท่านจะเลือกทำงานในโรงพยาบาลใดต่อไปนี้ โรงพยาบาล ก [] โรงพยาบาล ข []

สถานการณ์ที่ 5

คุณลักษณะงาน	โรงพยาบาล ก	โรงพยาบาล ข
การได้ปฏิบัติงานตรงกับความเชี่ยวชาญหรือความถนัด	ได้ปฏิบัติงานตรงกับความเชี่ยวชาญหรือความถนัด	ไม่ได้ปฏิบัติงานตรงกับความเชี่ยวชาญหรือความถนัด
รายได้หรือค่าตอบแทนรวม	100,001 - 150,000 บาท	150,001 - 200,000 บาท
โอกาสในการทำงานภาคเอกชน (dual practice)	มีโอกาสในการทำงานภาคเอกชน	ไม่มีโอกาสในการทำงานภาคเอกชน
พื้นที่ที่ตั้งของโรงพยาบาลและโอกาสทางการศึกษาของบุตร	เป็นสถานที่ที่จะใช้ชีวิตการทำงานที่เหลื่ออยู่และ/หรือมีโอกาสทางการศึกษาของบุตร	ไม่เป็นสถานที่ที่จะใช้ชีวิตการทำงานที่เหลื่ออยู่และ/หรือไม่มีโอกาสทางการศึกษาของบุตร
โอกาสในความก้าวหน้าทางการงาน	มีโอกาสในความก้าวหน้าทางการงาน	มีโอกาสในความก้าวหน้าทางการงาน
สภาพการทำงานหรือบรรยากาศการทำงาน	การทำงานเป็นทีม มีความร่วมมือของสหวิชาชีพ	การทำงานไม่เป็นทีม ไม่มีความร่วมมือของสหวิชาชีพ
สวัสดิการ	ได้รับสวัสดิการที่ต้องการทั้งเชิงปริมาณและคุณภาพครั้งเดียว	ไม่ได้รับสวัสดิการที่ต้องการทั้งเชิงปริมาณและคุณภาพเลย
การเปลี่ยนแปลงฐานะทางสังคมหรือการยอมรับของสังคม	ฐานะทางสังคมหรือการยอมรับของสังคมมีแนวโน้มที่ปรับสูงขึ้นจากเดิม	ฐานะทางสังคมหรือการยอมรับของสังคมมีแนวโน้มที่ไม่เปลี่ยนแปลงจากเดิม

ท่านจะเลือกทำงานในโรงพยาบาลใดต่อไปนี้ โรงพยาบาล ก [] โรงพยาบาล ข []

สถานการณ์ที่ 6

คุณลักษณะงาน	โรงพยาบาล ก	โรงพยาบาล ข
การได้ปฏิบัติงานตรงกับวิชาชีพชาญหรือความถนัด	ได้ปฏิบัติงานตรงกับวิชาชีพชาญหรือความถนัด	ไม่ได้ปฏิบัติงานตรงกับวิชาชีพชาญหรือความถนัด
รายได้หรือค่าตอบแทนรวม	150,001 - 200,000 บาท	50,001 - 100,000 บาท
โอกาสในการทำงานภาคเอกชน (dual practice)	มีโอกาในการทำงานภาคเอกชน	มีโอกาในการทำงานภาคเอกชน
พื้นที่ที่ตั้งของโรงพยาบาลและโอกาสทางการศึกษาของบุตร	เป็นสถานที่ที่จะใช้ชีวิตการทำงานที่เหลืออยู่และ/หรือมีโอกาทางการศึกษาของบุตร	ไม่เป็นสถานที่ที่จะใช้ชีวิตการทำงานที่เหลืออยู่และ/หรือไม่มีโอกาทางการศึกษาของบุตร
โอกาสในความก้าวหน้าทางการงาน	ไม่มีโอกาในความก้าวหน้าทางการงาน	มีโอกาในความก้าวหน้าทางการงาน
สภาพการทำงานหรือบรรยากาศการทำงาน	การทำงานไม่เป็นทีม ไม่มีความร่วมมือของสหวชิวิชาชีพ	การทำงานเป็นทีม มีความร่วมมือของสหวชิวิชาชีพ
สวัสดิการ	ได้รับสวัสดิการที่ต้องการทั้งเชิงปริมาณและคุณภาพเต็มที่	ได้รับสวัสดิการที่ต้องการทั้งเชิงปริมาณและคุณภาพครึ่งเดียว
การเปลี่ยนแปลงฐานะทางสังคมหรือการยอมรับของสังคม	ฐานะทางสังคมหรือการยอมรับของสังคมมีแนวโน้มที่ไม่เปลี่ยนแปลงจากเดิม	ฐานะทางสังคมหรือการยอมรับของสังคมมีแนวโน้มที่ปรับสูงขึ้นจากเดิม
ท่านจะเลือกทำงานในโรงพยาบาลใดต่อไปนี		
	โรงพยาบาล ก ☐	โรงพยาบาล ข ☐

ส่วนที่ 2: ข้อมูลสำหรับการวิเคราะห์ด้วยวิธี Contingent Valuation Method

2.1 สมมติว่าท่านได้รับค่าตอบแทนจากการทำงานเป็นมูลค่า 100,000 บาทต่อเดือน และการได้ปฏิบัติงานตรงกับความเชี่ยวชาญหรือความถนัด หากท่านได้รับการทาบทามไปทำงานในตำแหน่งอื่นซึ่งมีลักษณะที่ท่านไม่ได้ปฏิบัติงานตรงกับความเชี่ยวชาญหรือความถนัดแต่ได้รับค่าตอบแทนเพิ่มขึ้น เราอยากทราบว่าท่านจะตัดสินใจอย่างไร

ก. หากค่าตอบแทนจากการทำงานที่ใหม่มีมูลค่า 160,000 บาทต่อเดือน ท่านจะเลือกทำงานที่เดิมหรือทำงานที่ใหม่

☐ ตำแหน่งเดิม ☐ ตำแหน่งใหม่

ข. หากค่าตอบแทนจากการทำงานที่ใหม่มีมูลค่า 115,000 บาทต่อเดือน ท่านจะเลือกทำงานที่เดิมหรือทำงานที่ใหม่

☐ ตำแหน่งเดิม ☐ ตำแหน่งใหม่

ค. หากค่าตอบแทนจากการทำงานที่ใหม่มีมูลค่า 100,000 บาทต่อเดือน ท่านจะเลือกทำงานที่เดิมหรือทำงานที่ใหม่

☐ ตำแหน่งเดิม ☐ ตำแหน่งใหม่

ง. หากค่าตอบแทนจากการทำงานที่ใหม่มีมูลค่า 145,000 บาทต่อเดือน ท่านจะเลือกทำงานที่เดิมหรือทำงานที่ใหม่

☐ ตำแหน่งเดิม ☐ ตำแหน่งใหม่

จ. หากค่าตอบแทนจากการทำงานที่ใหม่มีมูลค่า 175,000 บาทต่อเดือน ท่านจะเลือกทำงานที่เดิมหรือทำงานที่ใหม่

☐ ตำแหน่งเดิม ☐ ตำแหน่งใหม่

ฉ. หากค่าตอบแทนจากการทำงานที่ใหม่มีมูลค่า 130,000 บาทต่อเดือน ท่านจะเลือกทำงานที่เดิมหรือทำงานที่ใหม่

☐ ตำแหน่งเดิม ☐ ตำแหน่งใหม่

2.2 สมมติว่าท่านได้รับค่าตอบแทนจากการทำงานเป็นมูลค่า 90,000 บาท ต่อเดือน และมีโอกาสในการทำงานภาคเอกชนซึ่งครอบคลุมการทำ คลินิกส่วนตัวด้วย หากท่านได้รับการทาบทามไปทำงานที่อื่นซึ่งท่าน ไม่มีโอกาสในการทำงานภาคเอกชนแต่ได้รับค่าตอบแทนเพิ่มขึ้น เราอยาก ทราบว่าท่านจะตัดสินใจอย่างไร

ก. หากค่าตอบแทนจากการทำงานที่ใหม่มีมูลค่า 105,000 บาทต่อเดือน ท่านจะเลือกทำงานที่เดิมหรือทำงานที่ใหม่

☐ ทำงานที่เดิม ☐ ทำงานที่ใหม่

ข. หากค่าตอบแทนจากการทำงานที่ใหม่มีมูลค่า 180,000 บาทต่อเดือน ท่านจะเลือกทำงานที่เดิมหรือทำงานที่ใหม่

☐ ทำงานที่เดิม ☐ ทำงานที่ใหม่

ค. หากค่าตอบแทนจากการทำงานที่ใหม่มีมูลค่า 120,000 บาทต่อเดือน ท่านจะเลือกทำงานที่เดิมหรือทำงานที่ใหม่

☐ ทำงานที่เดิม ☐ ทำงานที่ใหม่

ง. หากค่าตอบแทนจากการทำงานที่ใหม่มีมูลค่า 165,000 บาทต่อเดือน ท่านจะเลือกทำงานที่เดิมหรือทำงานที่ใหม่

☐ ทำงานที่เดิม ☐ ทำงานที่ใหม่

จ. หากค่าตอบแทนจากการทำงานที่ใหม่มีมูลค่า 150,000 บาทต่อเดือน ท่านจะเลือกทำงานที่เดิมหรือทำงานที่ใหม่

☐ ทำงานที่เดิม ☐ ทำงานที่ใหม่

ฉ. หากค่าตอบแทนจากการทำงานที่ใหม่มีมูลค่า 135,000 บาทต่อเดือน ท่านจะเลือกทำงานที่เดิมหรือทำงานที่ใหม่

☐ ทำงานที่เดิม ☐ ทำงานที่ใหม่

2.3 สมมติว่าท่านได้รับค่าตอบแทนจากการทำงานเป็นมูลค่า 110,000 บาท ต่อเดือน และพื้นที่ที่ตั้งของโรงพยาบาลเป็นสถานที่ที่ท่านจะใช้ชีวิต การทำงานที่เหลืออยู่และไม่คิดที่จะย้ายไปทำงานที่อื่น (ซึ่งรวมถึงการ มีโอกาสทางการศึกษาของบุตรที่พึงประสงค์) หากท่านได้รับการทาบทาม ไปทำงานที่อื่นซึ่งพื้นที่ที่ตั้งของโรงพยาบาลไม่เป็นสถานที่ที่ท่านจะใช้ชีวิต

การทำงานที่เหลืออยู่และคิดที่จะย้ายไปทำงานที่อื่น (ซึ่งรวมถึงการขาดโอกาสทางการศึกษาของบุตรที่พึงประสงค์) แต่ได้รับค่าตอบแทนเพิ่มขึ้น เราอยากทราบว่าท่านจะตัดสินใจอย่างไร

ก. หากค่าตอบแทนจากการทำงานที่ใหม่มีมูลค่า 200,000 บาทต่อเดือน ท่านจะเลือกทำงานที่เดิมหรือทำงานที่ใหม่

☐ ทำงานที่เดิม ☐ ทำงานที่ใหม่

ข. หากค่าตอบแทนจากการทำงานที่ใหม่มีมูลค่า 125,000 บาทต่อเดือน ท่านจะเลือกทำงานที่เดิมหรือทำงานที่ใหม่

☐ ทำงานที่เดิม ☐ ทำงานที่ใหม่

ค. หากค่าตอบแทนจากการทำงานที่ใหม่มีมูลค่า 170,000 บาทต่อเดือน ท่านจะเลือกทำงานที่เดิมหรือทำงานที่ใหม่

☐ ทำงานที่เดิม ☐ ทำงานที่ใหม่

ง. หากค่าตอบแทนจากการทำงานที่ใหม่มีมูลค่า 155,000 บาทต่อเดือน ท่านจะเลือกทำงานที่เดิมหรือทำงานที่ใหม่

☐ ทำงานที่เดิม ☐ ทำงานที่ใหม่

จ. หากค่าตอบแทนจากการทำงานที่ใหม่มีมูลค่า 185,000 บาทต่อเดือน ท่านจะเลือกทำงานที่เดิมหรือทำงานที่ใหม่

☐ ทำงานที่เดิม ☐ ทำงานที่ใหม่

ฉ. หากค่าตอบแทนจากการทำงานที่ใหม่มีมูลค่า 140,000 บาทต่อเดือน ท่านจะเลือกทำงานที่เดิมหรือทำงานที่ใหม่

☐ ทำงานที่เดิม ☐ ทำงานที่ใหม่

2.4 หากท่านทำงานในโรงพยาบาลที่มีลักษณะที่ท่านไม่ได้ปฏิบัติงานตรงกับ ความเชี่ยวชาญหรือความถนัด ท่านไม่มีโอกาสในการทำงานภาคเอกชน และพื้นที่ที่ตั้งของโรงพยาบาลไม่เป็นสถานที่ที่ท่านจะใช้ชีวิตการทำงานที่เหลืออยู่และคิดที่จะย้ายไปทำงานที่อื่น (ซึ่งรวมถึงการขาดโอกาสทางการศึกษาของบุตรที่พึงประสงค์) ท่านต้องการค่าตอบแทนจากการทำงานในโรงพยาบาลแห่งนั้นเป็นบาทต่อเดือน

ส่วนที่ 3: ข้อมูลพื้นฐาน

- 3.1 ท่านเป็น ☐ ชาย ☐ หญิง
- 3.2 ท่านอายุ ปี
- 3.3 ภูมิลำเนาของท่านเป็น
☐ จังหวัดเดียวกับที่ท่านทำงานปัจจุบัน ☐ ต่างจังหวัดกับที่ท่านทำงานปัจจุบัน
- 3.4 สถานภาพสมรสของท่าน ☐ แต่งงาน ☐ โสด ☐ หย่า ☐ หม้าย
- 3.5 รายได้ของครอบครัวเป็นบาทต่อเดือน
- 3.6 ค่าตอบแทนทั้งหมดที่ท่านได้จากการทำงานในโรงพยาบาลปัจจุบันเป็น
.....บาทต่อเดือน
- 3.7 การเรียนหลักสูตรแพทยศาสตร์ของท่านอยู่ในระบบใด
☐ กลุ่มสถาบันแพทยศาสตร์แห่งประเทศไทย
☐ โครงการผลิตแพทย์เพื่อชาวชนบท
☐ โครงการผลิตแพทย์เพิ่ม
- 3.8 ในปีที่ผ่านมา ท่านได้ทำกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับสาธารณะประโยชน์นอกเวลา
ทำงานปกติทั้งภายในโรงพยาบาลและภายนอกโรงพยาบาลหรือไม่?
☐ ไม่เคย ☐ เคย โดยจำแนกเป็น
☐ การทำกิจกรรมที่ใช้ทักษะทางการแพทย์ วันในปีที่ผ่านมา
☐ การทำกิจกรรมที่ใช้ทักษะด้านอื่น วันในปีที่ผ่านมา
- 3.9 ในปีที่ผ่านมา ท่านเคยปฏิบัติกิจกรรมเหล่านี้บ้างหรือไม่
(1 = 0 ครั้ง, 2 = 1-2 ครั้ง, 3 = 3-4 ครั้ง, 4 = 5 ครั้งขึ้นไป)
- 3.9.1 เข้าร่วมโครงการจิตอาสา ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4
- 3.9.2 บริจาคโลหิต ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4
- 3.9.3 มอบเงินให้แก่ผู้ป่วยที่ยากจน ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4

ส่วนที่ 4: ข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคลที่มีต่อความพึงพอใจของบุคลากรทางการแพทย์

- 4.1 ท่านประเมินว่าในปัจจุบันท่านได้ปฏิบัติงานตรงกับความเชี่ยวชาญหรือความถนัดหรือไม่
- ☐ ได้ปฏิบัติงานตรงกับความเชี่ยวชาญหรือความถนัด
- ☐ ไม่ได้ปฏิบัติงานตรงกับความเชี่ยวชาญหรือความถนัด
- 4.2 นอกเหนือจากงานที่ท่านกำลังทำอยู่ ท่านต้องการทำงานภาคเอกชน (รวมทั้งการทำคลินิกส่วนตัว) หรือไม่
- ☐ ไม่ต้องการ ☐ ต้องการ
- 4.3 ที่ตั้งของโรงพยาบาลที่ท่านทำงานอยู่ในขณะนี้ เป็นพื้นที่ที่ท่านตัดสินใจที่ลงหลักปักฐาน (นั่นคือ เป็นสถานที่ที่ท่านจะใช้ชีวิตการทำงานที่เหลืออยู่ และไม่คิดที่จะย้ายไปทำงานที่อื่น (ซึ่งรวมถึงการมีโอกาสด้านการศึกษาของบุตรที่พึงประสงค์) หรือไม่?
- ☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่
- 4.4 ในทัศนะของท่าน ท่านมีโอกาสในความก้าวหน้าทางการงานเนื่องจากการพัฒนาของโรงพยาบาลของท่านหรือไม่
- ☐ มี ☐ ไม่มี
- 4.5 ในความคิดเห็นของท่าน สภาพการทำงานหรือบรรยากาศการทำงาน ของสถานที่ทำงานของท่านมีลักษณะเช่นไร
- ☐ การทำงานเป็นทีม มีความร่วมมือของสหวิชาชีพ และไม่มีการเอาเปรียบกันของผู้ร่วมงาน
- ☐ การทำงานไม่เป็นทีม ไม่มีความร่วมมือของสหวิชาชีพ และมีการเอาเปรียบกันของผู้ร่วมงาน
- 4.6 ท่านคิดว่าฐานะทางสังคมหรือการยอมรับจากสังคมของท่าน (ซึ่งรวมถึงความศรัทธาของชุมชนที่โรงพยาบาลตั้งอยู่และการยอมรับในความสามารถจากเพื่อนร่วมงาน) มีแนวโน้มที่ปรับสูงขึ้นจากเดิมหรือไม่?
- ☐ มีแนวโน้มที่ปรับสูงขึ้นจากเดิม ☐ ไม่เปลี่ยนแปลงไปจากเดิม

4.7 ในปัจจุบัน ท่านได้รับสวัสดิการคิดเป็นร้อยละเท่าใดของสวัสดิการที่ต้องการ
ทั้งเชิงปริมาณและคุณภาพ

☐ 0% ☐ 1% - 50% ☐ 51% - 100%

ส่วนที่ 5: ความคิดเห็นในเรื่องปัจจัยด้านวิชาชีพที่มีต่อความพึงพอใจของบุคลากร ทางการแพทย์

5.1 หากรัฐบาลกำหนดให้แพทย์ที่สำเร็จการศึกษาจากสถาบันอุดมศึกษาของรัฐ
ต้องใช้ทุนด้วยการทำงานในโรงพยาบาลรัฐนานขึ้นกว่าในปัจจุบันหรือด้วย
การคืนเงินจำนวนมากขึ้นในกรณีที่ไม่ต้องการทำงานในโรงพยาบาลรัฐ
ท่านคิดว่ากฎเกณฑ์ดังกล่าวจะมีผลต่อค่าตอบแทนของแพทย์ไทยที่จะ
ได้รับในอนาคตหรือไม่และเท่าไร?

☐ ไม่มีผล

☐ มีผลและทำให้ค่าตอบแทนที่จะได้รับในอนาคตเพิ่มขึ้น%

☐ มีผลและทำให้ค่าตอบแทนที่จะได้รับในอนาคตลดลง

5.2 ถ้าแพทยสภากำหนดให้แพทย์ต้องสอบเพื่อขอต่อใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ
เวชกรรมทุก 5 ปีในอนาคต ซึ่งต่างจากในขณะนี้ที่เป็นการสอบครั้งเดียว
และได้รับใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรมตลอดชีพ ท่านคิดว่า
กฎระเบียบดังกล่าวจะมีผลต่อค่าตอบแทนของแพทย์ไทยที่จะได้รับ
ในอนาคตหรือไม่และเท่าไร?

☐ ไม่มีผล

☐ มีผลและทำให้ค่าตอบแทนที่จะได้รับในอนาคตเพิ่มขึ้น%

☐ มีผลและทำให้ค่าตอบแทนที่จะได้รับในอนาคตลดลง

5.3 เมื่อจำนวนแพทย์ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะสาขา(specialists) มากขึ้น ท่านคิดว่า จะมีผลต่อค่าตอบแทนของแพทย์ไทยที่จะได้รับหรือไม่และเท่าไร?

- ☐ ไม่มีผล
- ☐ มีผลและทำให้ค่าตอบแทนที่จะได้รับในอนาคตเพิ่มขึ้น%
- ☐ มีผลและทำให้ค่าตอบแทนที่จะได้รับในอนาคตลดลง

5.4 ในช่วง 10 ปีที่ผ่านมา มีการเปลี่ยนแปลงวิธีการจ่ายค่าตอบแทนแพทย์ อย่างชัดเจน ท่านคิดว่าการดำเนินการเช่นนี้มีผลต่อค่าตอบแทนแพทย์ ไปในทิศทางใดในอนาคต

- ☐ ค่าตอบแทนแพทย์เหมือนเดิม
- ☐ ค่าตอบแทนแพทย์เพิ่มขึ้น
- ☐ ค่าตอบแทนลดลง

ส่วนที่ 6: ความคิดเห็นในเรื่องปัจจัยด้านนโยบายที่มีต่อความพึงพอใจของบุคลากรทางการแพทย์

6.1 นโยบายการเปิดเสรีการค้าบริการในสาขาบริการสุขภาพของประเทศไทย จะมีผลให้สถานบริการสุขภาพของไทยจ้างแพทย์ชาวต่างชาติได้มากขึ้น แพทย์ไทยทำงานในต่างประเทศได้สะดวกขึ้น และสถานบริการสุขภาพ ในประเทศไทยมีจำนวนมากขึ้นเพื่อรองรับผู้ป่วยชาวต่างชาติ ท่านคิดว่า การเปิดเสรีการค้าบริการสุขภาพจะมีผลต่อค่าตอบแทนของแพทย์ไทย ที่จะได้รับในอนาคตหรือไม่และเท่าไร?

- ☐ ไม่มีผล
- ☐ มีผลและทำให้ค่าตอบแทนที่จะได้รับในอนาคตเพิ่มขึ้น%
- ☐ มีผลและทำให้ค่าตอบแทนที่จะได้รับในอนาคตลดลง

6.2 ท่านคิดว่านโยบายการผลิตแพทย์ในประเทศไทยเพิ่มขึ้นจะมีผลต่อ
ค่าตอบแทนของแพทย์ไทยที่จะได้รับในอนาคตหรือไม่และเท่าไร?

- ☐ ไม่มีผล
- ☐ มีผลและทำให้ค่าตอบแทนที่จะได้รับในอนาคตเพิ่มขึ้น%
- ☐ มีผลและทำให้ค่าตอบแทนที่จะได้รับในอนาคตลดลง

6.3 ท่านคิดว่านโยบายการกระจายแพทย์ในประเทศไทยจะมีผลต่อค่าตอบแทน
ของแพทย์ไทยที่จะได้รับในอนาคตหรือไม่และเท่าไร?

- ☐ ไม่มีผล
- ☐ มีผลและทำให้ค่าตอบแทนที่จะได้รับในอนาคตเพิ่มขึ้น%
- ☐ มีผลและทำให้ค่าตอบแทนที่จะได้รับในอนาคตลดลง

ความเห็นหรือข้อเสนอแนะอื่นๆ

.....

.....

.....

.....

คณะวิจัยขอขอบพระคุณท่านที่กรุณาใช้เวลาอันมีค่าตอบแบบสอบถาม
คำตอบของท่านเป็นประโยชน์อย่างยิ่งต่อโครงการวิจัยนี้