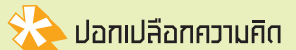




ປີທີ 4 | ຈຸມພາທີ 4 (22) | 2554



**ឈ.សុវណ្ណ កិត្តិយសកុល**

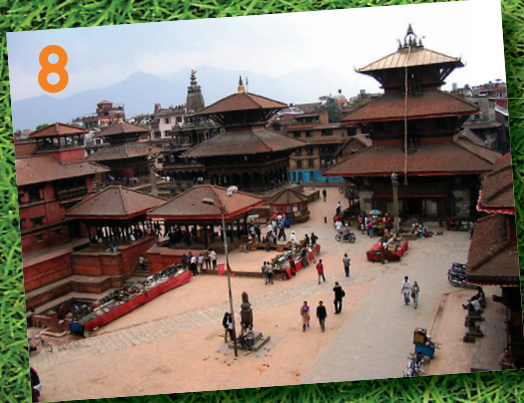
## ในสามสายน้ำแห่งการจัดการกำลังคน





## สารบัญ 22

- 6** รายงานพิเศษ : วิทยาลัยชุมชน ทางเลือกใหม่ในการผลิตกำลังคน
- 8** มอกรอบโลก : สถาบันวิทยาศาสตร์สุขภาพ ปาฮาน (PAHS) สร้างแพทย์ชนบทให้เนปาล
- 10** จากห้องวิจัย : ค่าตอบแทนที่เพิ่มขึ้น ยังไม่อาจดึงดูดใจไว้ในชนบท
- 12** สกูปพิเศษ : ไทยจะไป หรือใครจะมา เมื่อบริการสุขภาพเป็นสินค้าเสรีในตลาดอาเซียน
- 22** ปอกเปลือกความคิด : นพ.สุวัฒน์ กิตติติลลกุล ในสามสายน้ำแห่งการจัดการกำลังคน
- 32** คิวคิวเสื้อตัวหนึ่ง : เมื่อเขาให้ผมมาเป็น ผอ.รพ. สามเงา



## ผีเสื้อขยับปีก

**ที่ปรึกษา :** นพ.มงคล ณ สงขลา, นพ.สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ, นพ.อำพล จินดาวัฒนะ, นพ.พงษ์พิสุทธิ์ จงอุดมสุข | **บรรณาธิการ :** นพ. ทิณกร โนรี | **กองบรรณาธิการ :** นางลักขณ์ พะโกยะ, สัณญา ศรีรัตนะ, กฤษฎา ว่องวิญญู, จิราภรณ์ หลาบคำ, วรางคณา วรราช, เพ็ญนภา หงษ์ทอง, | **ปกและรูปเล่ม :** พิมพ์นิยม 71 | **ดำเนินการผลิตโดย** Little Tree ไทโรศัพท์/โทรสาร 081-889-2306 | **จัดพิมพ์โดย :** สำนักงานวิจัยและพัฒนาากำลังคนด้านสุขภาพ (สวค.) | **สนับสนุนโดย :** สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ (IHPP) สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.)

**หมายเหตุ :** เนื้อหาที่ปรากฏใน ‘ผีเสื้อขยับปีก’ สามารถนำไปเผยแพร่ได้ โดยอ้างแหล่งที่มา สำหรับงานวิจัยที่อ้างอิงใน ‘ผีเสื้อขยับปีก’ ขอความกรุณาติดต่อหน่วยงานเจ้าของงานวิจัยโดยตรง

**ติดต่อ** สำนักงานวิจัยและพัฒนาากำลังคนด้านสุขภาพ (สวค.)  
อาคารคลังพัสดุ ชั้น 2 ซอยสาธารณสุข 6 ภายในกระทรวงสาธารณสุข ถ.ติวานนท์ ต.ตลาดขวัญ อ.เมือง นนทบุรี 11000  
โทรศัพท์ 02-590-2397 โทรสาร 02-590-2385 Email : [magforhealth@gmail.com](mailto:magforhealth@gmail.com) [www.hrdothai.com](http://www.hrdothai.com)  
**พิมพ์ที่** บริษัท พรินท์แอดมิ (ประเทศไทย) จำกัด โทรศัพท์ 02-736-3913

**ส**วัสดีค่ะ พบกันในเวลาอันรวดเร็ว ตามสัญญาที่มีไว้กับคุณผู้อ่านว่า ผีเสื้อจะขยับปีกให้ตรงเวลามากขึ้น ฉบับนี้มาพร้อมกับเรื่องราวของการเปิดเสรีตลาดสุขภาพในอาเซียน ที่ชวนให้วิตกกังวลว่าอะไรจะเกิดขึ้นกับประเทศไทยบ้าง นอกเหนือจากการคาดการณ์อนาคตของระบบสุขภาพไทยในยุคตลาดเสรีแล้ว ยังมีประสบการณ์จริงจาก การเปิดเสรีสุขภาพในสหภาพยุโรปมาให้ได้อ่านได้พิจารณาควบคู่กัน

ฉบับที่แล้วผีเสื้อบินไปเปิดใจกับ ผู้ช่วย นพ.สสจ. ตาก ถึงเรื่องสถานการณ์และปัญหาในการบริหารจัดการกำลังคนในพื้นที่สูง ห่างไกล กันดาร เรียกว่าครบถ้วนทุกปัจจัยที่กำลังคนไม่อยู่ ฉบับนี้เราพลิกไปสนทนากับ นพ.สสจ.สมุทรสงคราม พื้นที่เมืองและรวย เพราะประชากรเยอะ จำนวนโรงพยาบาลน้อย กันบ้าง เพื่อให้เห็นภาพที่ชัดเจนของการจัดการกำลังคนในพื้นที่บริบทที่แตกต่าง เหนือสิ่งอื่นใด นพ.สุวัฒน์ กิตติติลลกุล นพ.สสจ.สมุทรสงครามผู้นี้ ยังเคยทำงานบริหารคนในส่วนกลางกับสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ รวมถึงเคยผ่านงาน นพ.สสจ.ในแม่ฮ่องสอน มาด้วย สนทนากับท่านคนเดียว เหมือนได้สนทนากับคน 3 คน 3 มุม

ฟังเรื่องราวของคนในวิชาชีพกันมามาก ฉบับหน้าเราจะมาพบกันพร้อมด้วยมุมมองจากกรมส่งเสริมการปกครองส่วนท้องถิ่น ที่จะมาร่วมแลกเปลี่ยนประเด็นการกระจายอำนาจด้านสุขภาพ 10 ปี มีสถานื่อนามัยถ่ายโอนไปสู่ท้องถิ่นได้ 28 แห่ง รอติดตามกันนะค่ะว่ากรมส่งเสริมการปกครองส่วนท้องถิ่นจะมีมุมมองต่อเรื่องนี้อย่างไร

ก่อนจากกัน กองบรรณาธิการทุกคนขอกราบขอบพระคุณอาจารย์ผู้ใหญ่ว่านหนึ่งจากจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ที่ส่งการ์ดอวยพรปีใหม่และให้กำลังใจ ‘ผีเสื้อขยับปีก’ ดังที่ปรากฏในคอลัมน์ ‘คุยกันฉันท์ผีเสื้อ’ แม้จะไม่ทราบว่าอาจารย์เป็นใคร แต่กำลังใจนี้มีความหมายกับทุกคนในผีเสื้อขยับปีกและสำนักงานวิจัยและพัฒนาากำลังคนด้านสุขภาพมากค่ะ

พบกันฉบับหน้าค่ะ

 ผีเสื้อขยับปีก



จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
Chulalongkorn University

เรียน อ.ดร.นงลักษณ์  
และ ทีมงาน

ในวาระดิถีขึ้นปีใหม่นี้  
ขออำนาจสิ่งศักดิ์สิทธิ์ที่ท่านเคารพนับถือ  
ได้โปรดอวยพรให้ท่านประสบแต่ความสุขความเจริญ  
และสำเร็จในสิ่งอันพึงปรารถนาทุกประการ

Season's Greetings  
and Best Wishes for the New Year

สุวิทย์ นพจ

ขอแสดงความยินดีกับ  
ผีเสื้อขยับปีก ฉบับใหม่ และ นพ.  
ลักขณ์ - เลิศรัตน์ ศรีรัตน  
กุลและ ทีมงานที่จัดทำให้น่าอ่าน,  
ทันสมัย (ค่ะ)



คุยกับพี่ชั๊วที่ใจดี



21 ธันวาคม 2554

เรื่อง ขอรับวารสารผีเสื้อขยับปีก

เรียน คุณนงลักษณ์ พะโกยะ

ด้วยผมได้อ่านวารสารผีเสื้อขยับปีก ปีที่ 4 ฉบับที่ 2 (20) 2554 เห็นว่าเป็นวารสารที่มีประโยชน์ ให้ความรู้ ความเข้าใจในเรื่องกำลังคนในระบบสุขภาพ จึงมีความประสงค์ขอรับวารสารนี้เป็นการประจำ (ส่วนบุคคล) และได้รับทราบว่ามีกรพิมพ์หนังสือ กำลังคนด้านการแพทย์ ซึ่งถ้าเป็นไปได้ ขอรับการสนับสนุนจำนวน 2 เล่ม เพื่อใช้ประโยชน์ ใน รพ.น่าน จำนวน 1 เล่ม และสำหรับตัวผม 1 เล่ม

ขอเรียนข้อมูลส่วนตัวของผม ผมอายุ 78 ปี เคยรับราชการเป็นผู้อำนวยการโรงพยาบาลน่าน 30 ปี ปัจจุบันทำหน้าที่เป็นที่ปรึกษาโรงพยาบาลน่าน และเป็นที่ปรึกษาศูนย์ประสานงานประชาคมจังหวัดน่าน ซึ่งมีสำนักงานอยู่ในโรงพยาบาลน่าน

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา

นพ.บุญยงค์ วงศ์รักมิตร

ที่ปรึกษาศูนย์ประสานงานประชาคมจังหวัดน่าน

เรียน นพ.บุญยงค์

กองบรรณาธิการ 'ผีเสื้อขยับปีก' มีความยินดีเป็นอย่างยิ่งที่รู้ว่า 'ผีเสื้อขยับปีก' ของเรามีประโยชน์ต่อการทำงานของโรงพยาบาลน่าน และประชาคมจังหวัดน่าน และมีความยินดีที่จะจัดส่งวารสารให้คุณหมอเป็นการส่วนตัว พร้อมกับ 'ผีเสื้อเฉพาะกิจ' กำลังคนด้านสุขภาพที่เป็นมา เป็นอยู่ และจะเป็นไป' ซึ่งกองบรรณาธิการและทีมนักวิจัยของสำนักงานวิจัยและพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพ (สวค.) ทีมเทรังกายแรงใจจัดทำขึ้นเพื่อประโยชน์ในการบริหารและจัดการกำลังคนด้านสุขภาพ

ประสบการณ์ในการเป็นผู้อำนวยการโรงพยาบาลน่านนานถึง 30 ปี ของคุณหมอ น่าจะเป็นที่สนใจและเป็นประโยชน์ต่อผู้อ่านผีเสื้อฯ ซึ่งเป็นกำลังคนในปัจจุบัน หากคุณหมอสามารถจัดสรรเวลาได้ กองบรรณาธิการฯ หวังว่าจะได้รับเกียรติในการรับฟังเรื่องราวประสบการณ์ของคุณหมอบ้างนะคะ

ขอขอบคุณค่ะ



กองบรรณาธิการ



🦋 **ฟังกนโยบายใหม่**ของเจ้ากระทรวงฯ คนปัจจุบัน 4พณฯ วิทยา บุรณศิริ ที่บอกว่า 1 รพ.สต. ต้องมี 1 หมอ ภายใน 10 ปี แล้วอึ้ง - 🦋 **อึ้งแรกคือดีใจ**ที่มีหมอประจำในระดับตำบล อึ้งสองคือสงสัยในความเป็นไปได้ของนโยบาย เพราะลำพังแค่การหาหมอมาก็อยู่ในระดับอำเภอทุกวันนี้ก็ยากเย็นแสนเข็ญ นโยบายใหม่จะให้หมอลงไปอยู่ระดับตำบล จะต้องใช้แรงจูงใจอะไร มหาศาลขนาดไหนหนอ - 🦋 **ครั้นจะหาเด็กในตำบล**มาเรียนคงยากยิ่งกว่างมเข็มในมหาสมุทร อย่าลืมนว่าคุณภาพการศึกษาของประเทศไทยยังไม่เท่าเทียมกัน - 🦋 **ถึงอย่างไรก็เอาใจช่วย**ให้นโยบายเกิดขึ้นและไปได้อย่างสวยงาม - 🦋 **ฉลอง 10 ปี สปสช.** อย่างยิ่งใหญ่ด้วยการเปลี่ยนบอร์ดสายผู้ทรงคุณวุฒิ จนเกิดเสียงลือเสียงเล่าอ้างว่าถึงวาระ สปสช. เปลี่ยนเจ้าของ - 🦋 **ใครจะครอบ ใครจะครอง** และ สปสช. จะมีเจ้าของหรือไม่ คงไม่สำคัญเท่า ทศวรรษที่ 2 ของ สปสช. จะสามารถเสริมจุดแข็งและจำกัดจุดอ่อนของระบบหลักประกันได้หรือไม่ - 🦋 **ตั้งแต่ข่าวการแย่งเก้าอี้**ของผู้ที่จะเข้ามาบริหารใน สปสช. ช่วงชิงพื้นที่ในสื่อหลักๆ ได้ ยังไม่เคยเห็นมีประเด็นเรื่องการแก้ไขปัญหา กำลังคนด้านสุขภาพที่ระบบหลักประกันฯ ทุกวันนี้ผูกเงื่อนไว้เลย ได้ยินแต่การถกเถียงเรื่องงบประมาณรายหัว และมาตรา 41 - 🦋 **ได้แต่หวังว่า**ผู้มาใหม่และผู้อยู่เก่าจะไม่ลืมนำปัจจุบันกำลังคนฯ ส่วนหนึ่งกำลังต้องรับกรรมอันเนื่องจากระบบหลักประกัน ด้วยการถูกทิ้งให้อยู่กับภาระงานที่มากเกินไป 2 มือจะรับไหว -

DOC' TOON





# วิทยาลัยชุมชน ทางเลือกใหม่ในการผลิตกำลังคน

ความพยายามยกระดับมาตรฐานการศึกษาของตนเอง ของสถาบันการศึกษาในสังกัด สถาบันพระบรมราชชนก (สบช.) กระทรวงสาธารณสุข ที่นำเอามาตรฐานสถาบันการศึกษาระดับอุดมศึกษาของกระทรวงศึกษาธิการ ที่ทำให้ต้องมีการปรับเปลี่ยนวิธีการสอบคัดเลือก รวมทั้งกระบวนการเรียนการสอน กลายเป็นอุปสรรคในการหากำลังคน ป้อนเข้าสู่ระบบของหน่วยบริการหลายแห่ง โดยเฉพาะที่ตั้งอยู่ในพื้นที่ห่างไกล กันดาร และมีมาตรฐานการศึกษาโดยรวมต่ำกว่าค่าเฉลี่ยของประเทศ

จังหวัดชายแดนอย่าง ตากและแม่ฮ่องสอน เป็นสองจังหวัดที่ได้รับผลกระทบจากการยกระดับมาตรฐานการศึกษาของตนเองของสถาบันการศึกษาในสังกัด สบช. ไม่ว่าจะเป็นวิทยาลัยพยาบาล วิทยาลัยสาธารณสุข เพราะการเปลี่ยนระบบการสอบคัดเลือกจากการใช้โควตาในท้องถิ่น มาสู่การสอบรวมสนามกลาง และกำหนดเกรดเฉลี่ยขั้นต่ำของผู้มีสิทธิเข้าสอบ ทำให้นักเรียนในพื้นที่ของทั้ง 2 จังหวัด โดยเฉพาะเด็กในระดับอำเภอและตำบล รวมไปถึงหมู่บ้าน ไม่สามารถสอบแข่งขันกับเด็กในเมืองได้ แม้แต่เด็กในเมืองของทั้ง 2 จังหวัด ยังมีโอกาสแข่งขันกับเด็กในจังหวัดอื่นได้ค่อนข้างน้อย เพราะพื้นฐานการศึกษาของจังหวัดสู้ที่อื่นไม่ได้ ความจริงประการหนึ่งที่ต้องยอมรับคือประเทศนี้ยังไม่สามารถทำให้การศึกษามีคุณภาพมาตรฐานเดียวกันทั้งประเทศได้ และในหลายจังหวัด รวมทั้งตากและแม่ฮ่องสอน ประชาชนส่วนใหญ่เป็นกลุ่มชาติพันธุ์ที่มีวัฒนธรรมและภาษาเป็นเฉพาะของตน หลายคน แม้แต่การพูดภาษาไทยก็ยังเป็นอุปสรรค การจะเห็น

เด็กตากและแม่ฮ่องสอน รวมถึงเด็กในพื้นที่อื่นเช่น 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้ แข่งขันเข้าสู่สถาบันการศึกษาที่ใช้มาตรฐานกลางซึ่งสมมติฐานได้ว่าเทียบมาจากเกณฑ์ของเด็กเมืองใหญ่อย่างกรุงเทพฯ ย่อมเป็นเรื่องที่เกิดขึ้นได้ยาก “เกณฑ์มาตรฐานของคุณมันไปอยู่ที่เด็กสวนกุหลาบ เด็กเทพศิรินทร์ เด็กแม่ฮ่องสอนก็แย่แล้ว ผมเชื่อว่าคนแม่ฮ่องสอนไม่ได้โง่ ที่จะเรียนด้านการแพทย์ไม่ได้ เราไปขีดเส้นเป็นการปิดโอกาสเขา...คุณภาพของการศึกษาอาจจะหมายถึงการขีดหน้าชุดตาของสถาบันสอบได้คะแนนดี ๆ อันดับสูง ๆ ของประเทศ ถามว่าสิ่งเหล่านี้เป็นหลักประกันในคุณภาพการทำงานไหม ก็ไม่เชิง” **นพ. สุวัฒน์ กิตติดิลกกุล** อดีตนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดแม่ฮ่องสอนกล่าว

สถานการณ์ที่เกิดขึ้นกับสถานบริการหลายแห่งคือ มีทุนการศึกษาพร้อมจะสนับสนุนผู้เรียน สามารถติดต่อกับแหล่งผลิตในพื้นที่เพื่อกำหนดโควตาให้ได้ แต่ไม่มีเด็กที่มีคุณสมบัติผ่านเกณฑ์มาตรฐานกลางของสถาบันการศึกษา เพราะแม้แหล่งผลิตในพื้นที่มีโควตา แต่เมื่อเด็กสอบไม่ผ่านมาตรฐานกลาง โควตาก็ไม่ถูกจัดสรรทำให้ไม่สามารถสร้างกำลังคนได้เองในระดับพื้นที่ หลายโรงพยาบาลใช้วิธีรับเด็กจากพื้นที่อื่นที่สอบเข้าสู่แหล่งผลิตได้ ให้มาอยู่ภายใต้โควตาจังหวัดตนเองแทน โดยให้ได้รับทุนการศึกษาภายใต้เงื่อนไขว่าเมื่อสำเร็จการศึกษาจะทำงานใช้ทุนคืนตามเงื่อนไขที่มีการตกลงกัน แต่เมื่อเด็กที่รับทุนไม่ใช่เด็กในพื้นที่ ปัญหาที่ย้อนกลับสู่สถานการณ์ดั้งเดิม คือการฉีกสัญญาทุน เพื่อกลับไปทำงานที่บ้านเกิด หรือหันเข้าสู่สถานพยาบาลเอกชน

สิ่งสำคัญยิ่งคือมาตรฐานการศึกษาที่ปรับเปลี่ยนมา ได้ให้ผลผลิตกำลังคนที่ไม่สอดคล้องกับความต้องการกำลังคนของพื้นที่

ที่พื้นที่อำเภอสามเงา จังหวัดตาก ซึ่งมีปัญหาขาดแคลนพยาบาลมาก เมื่อ สบช.ปรับระบบการสอบคัดเลือกจำกัดสิทธิในการสอบเข้าเฉพาะผู้ที่สำเร็จการศึกษาระดับมัธยมศึกษาปีที่ 6 ด้วยเกรดเฉลี่ยไม่ต่ำกว่า 2.5 เท่านั้น ทำให้เด็กในพื้นที่อำเภอสามเงาไม่สามารถเข้าสู่ระบบการผลิตของ สบช. ได้เลย

“มีอยู่ปีหนึ่งเราเจอเด็กเกรดเกิน 2.6 เราก็ยิ้มกันแล้วปีนี้ได้พยาบาลแน่ สุดท้ายมาเจอเงื่อนไขเรื่องเกรดภาษาอังกฤษ เด็กคนนี้ภาษาอังกฤษได้เกรด 1 ก็เลยไม่ผ่านคุณสมบัติผู้มีสิทธิสอบอีก เด็กเป็นชาวเขาจะเก่งภาษาอังกฤษได้ขนาดไหน และที่นี้เราต้องการคนพูดภาษากระเหรี่ยงไม่ใช่ภาษาอังกฤษ” **ทพ.ชัยทัต สุดเกตุ** ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสามเงากล่าว

พื้นที่ห่างไกลอย่างจังหวัดตาก ที่คุณภาพสุขภาพของประชาชนส่วนใหญ่ฝากไว้กับสถานพยาบาลในระดับต่ำกว่าสถานอนามัยหรือโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล กำลังคนระดับปริญญาตรีจึงไม่ใช่กลุ่มเป้าหมายที่ต้องการ (แม้จะต้องการก็คงไม่มีบุคลากรระดับปริญญาตรีคนใดอยากลงไปทำงานใน health post หรือ สถานบริการสุขภาพชุมชน) กำลังคนที่เป็นที่ต้องการของจังหวัดตากจึงเป็นบุคลากรที่มีความรู้พื้นฐานด้านการให้บริการสุขภาพ และมีความสามารถในการสื่อสารกับชาวเขาและคนต่างด้าวที่พักอาศัยในพื้นที่ ซึ่งแน่นอนว่าเป็นกำลังคนที่ไม่อยู่ในเกณฑ์มาตรฐานการผลิตของ สบช.

เมื่อปัญหาอยู่ที่สถาบันการศึกษา คำตอบจึงอยู่ที่สถาบันการศึกษาเช่นกัน จังหวัดตาก หันหลังให้กับสถาบันการผลิตในสังกัด สบช. และหันหน้าเข้าหาวิทยาลัยชุมชน (วชช.ตาก) จังหวัดตาก สถาบันการศึกษาแนวใหม่ ที่มีปรัชญาการศึกษาอยู่ที่การให้การศึกษากับผู้ที่ขาดโอกาสการศึกษา และการสร้างคนให้สอดคล้องกับความต้องการของชุมชน ที่สถาบันการศึกษาแห่งนี้ คุณสมบัตินี้สำคัญที่ผู้เรียนทุกคนต้องมี ไม่ใช่เกรดเฉลี่ยสูง ๆ ไม่ใช่วุฒิบัตรจากโรงเรียนสายสามัญ เพราะวุฒิจากการสอบเทียบตามระบบการศึกษา

นอกโรงเรียนก็สามารถใช้ได้ คุณสมบัติสำคัญที่ทุกคนต้องมีคือการไฝ่รู้ และมีกำลังใจแน่วแน่ที่จะนำความรู้จากห้องเรียนไปใช้ให้เกิดประโยชน์กับชุมชนของตนเอง สาขาวิชาที่เรียนไม่มีการกำหนดล่วงหน้า จะเกิดขึ้นเมื่อมีผู้อยากเรียนประสานเข้ามา หรือตลาดงานประสานเข้ามา เมื่อนั้นหลักสูตรการเรียนการสอนจึงจะถูกสร้างขึ้นพร้อมทั้งการหาสถานที่เรียนและครูผู้สอน

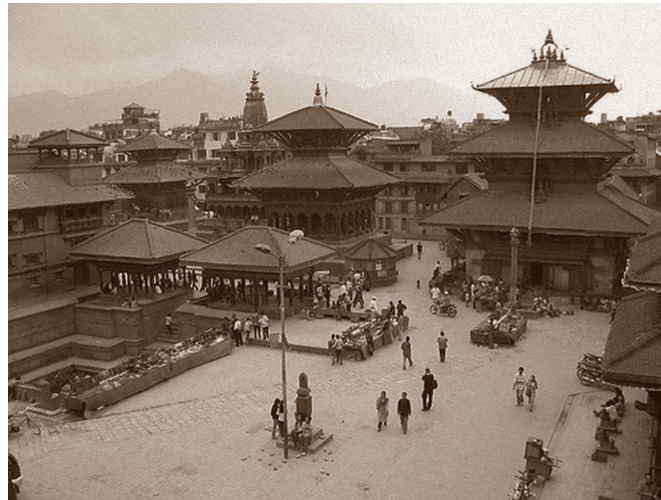
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตาก โดย **นพ. พิเชฐ บัญญัติ** รอง นพ.สสจ. (ปัจจุบันดำรงตำแหน่ง นพ.สสจ.เพชรบูรณ์) จึงได้ประสานไปยัง วชช.ตาก จนสามารถเปิดหลักสูตรอนุปริญญาการแพทย์แผนไทยได้ สามารถผลิตบุคลากรออกสู่ระบบบริการของจังหวัดได้แล้ว 2 รุ่น และกำลังจะเปิดหลักสูตรอนุปริญญาสาธารณสุขชุมชน หลักสูตร 2 ปีครึ่ง ในปีการศึกษา 2555 นี้

“เรามองว่าจังหวัดตากมีปัญหาเรื่องสุขภาพมากที่สุด ขาดคน หมอก็มีน้อย และติดกับชายแดนไม่มีคนไป ถ้าไม่เอาคนชายแดนมาช่วยก็ยิ่งจะไม่มีคน และประชาชนที่อยู่ชายแดนเมื่อเจ็บไข้ได้ป่วยก็มาโรงพยาบาลไม่ทัน ถ้าหากเราไปป้องกันคนเหล่านี้โดยให้ความรู้ ก็จะช่วยทำให้โรคต่าง ๆ ลดลง” **ปิยศักดิ์ ดัชนีเจริญรัตน์** ผอ. วชช. ตาก กล่าวถึงเหตุผลที่ วชช. ตากสนับสนุนการผลิตกำลังคนระดับอนุปริญญาให้กับระบบบริการสุขภาพของจังหวัดตาก

ปัจจุบัน วชช. ตาก กำลังก้าวเข้ามาเป็นแหล่งผลิตกำลังคนสำหรับหน่วยบริการในระดับต่ำกว่า ปริญญาและปริญญาที่สำคัญของจังหวัดตาก รวมถึงจังหวัดที่มีปัญหาใกล้เคียงกัน เช่น แม่ฮ่องสอน และระนองด้วย ตามถึงคุณภาพการศึกษา แน่นนอนว่า วชช. ทุกแห่งซึ่งปัจจุบันมี 10 แห่ง ใน 10 จังหวัด รวมทั้งกรุงเทพฯ อยู่ภายใต้สังกัดของสำนักงานคณะกรรมการอุดมศึกษา (สกอ.) จึงต้องถูกตรวจสอบคุณภาพมาตรฐานตามเกณฑ์ของ สกอ.

ภายใต้สถานการณ์ที่ สบช. พยายามถိบตัวขึ้นสู่มาตรฐานการศึกษาของสถาบันอุดมศึกษา วชช. จึงสามารถเป็นทางออกให้กับระบบบริการสุขภาพที่ต้องการบุคลากรในระดับต่ำกว่าอุดมศึกษาได้เป็นอย่างดี





## สถาบันวิทยาศาสตร์สุขภาพปาราน (PAHS) สร้างแพทย์ชนบทให้เนปาล

เนปาลเป็นประเทศกำลังพัฒนาประเทศหนึ่งที่มีปัญหาขาดแคลนแพทย์ในชนบท ภาพรวมภาระงานเฉลี่ยของแพทย์ต่อประชากรค่อนข้างสูง ในปี 2006 พบว่ามีแพทย์เพียง 2 คน ต่อประชากรทุก ๆ 10,000 คน มีเมืองถึง 10 เมือง ในจำนวนทั้งหมด 75 เมือง (น่าจะเทียบเท่าจังหวัดของประเทศไทย) ที่มีแพทย์น้อยกว่า 40 คน และ 34 เมือง มีแพทย์อยู่ระหว่าง 40-80 คน มีเพียง 8 เมืองเท่านั้นที่มีแพทย์มากกว่า 120 คน โดยแพทย์ส่วนใหญ่จะประจำอยู่ในเขตเมือง ข้อมูลในปี 2010 พบว่าเนปาลมีแพทย์รวมทั่วประเทศ 9,596 คน ในจำนวนนี้ร้อยละ 75 อยู่ในโรงพยาบาลเอกชน

แม้จะเป็นประเทศที่มีโรงเรียนแพทย์มากถึง 15 แห่ง มีกำลังการผลิตรวมประมาณ 1,000 คนต่อปี แต่เนปาลก็มีแพทย์รวมทั่วประเทศไม่พอกับความต้องการ ปัญหาสำคัญอยู่ที่แต่ละปีมีประชากรแพทย์จำนวนมากออกเดินทางไปต่างประเทศ เฉพาะสหรัฐอเมริกาประเทศเดียวคาดกันว่าจะมีแพทย์เนปาลเดินทางออกไปถึงปีละประมาณ 300 คน และอีกไม่ต่ำกว่า 1,000 คน ออกเดินทางไปทำงาน

ประเทศอื่นในเขตเอเชียทุกปี เฉพาะปี 2009 ปีเดียวพบว่าแพทย์เนปาลจำนวน 40 คน เดินทางไปสมัคร “ฝึกงาน” ที่โรงพยาบาลแห่งหนึ่งในฟิลิปปินส์ โดยทุกคนเต็มใจจ่ายเงินมากถึงคนละ 3,000 ดอลลาร์สหรัฐ (ประมาณ 105,000 บาท) ให้กับโรงพยาบาลในฟิลิปปินส์ เพราะหวังในโอกาสที่จะมาถึงข้างหน้าว่า หากแสดงผลงานระหว่างการฝึกงานได้ดีพวกเขาจะมีโอกาสได้รับการว่าจ้างให้ทำงานในฟิลิปปินส์ ประเทศซึ่งมีปัญหาการขาดแคลนแพทย์อย่างหนักเช่นกันต่อเลย

สาเหตุสำคัญที่ทำให้แพทย์จำนวนมากของเนปาลต้องออกเดินทางไปทำงานต่างประเทศ เพราะการทำงานที่ประเทศตนเองให้ผลตอบแทนที่ “ไม่คุ้มค่าการลงทุน” ทั้งนี้โรงเรียนแพทย์ส่วนใหญ่ในเนปาลเป็นของเอกชนทั้งที่ชาวเนปาลและชาวต่างชาติเป็นเจ้าของ และมีการเก็บค่าเล่าเรียนในอัตราที่สูงมาก เพราะมุ่งเน้นทำกำไร ค่าเล่าเรียนตลอดหลักสูตรอยู่ที่ประมาณ 25,000-55,000 ดอลลาร์สหรัฐ ขึ้นอยู่กับคุณภาพและชื่อเสียงของโรงเรียนแพทย์ แพทย์ที่จบมาส่วนใหญ่จึงต้องการทำงานที่คุ้มกับเงินลงทุน ขณะ

ที่เมื่อจบมาเป็นแพทย์ในโรงพยาบาลของรัฐบาลจะได้รับค่าตอบแทนเฉลี่ยเดือนละประมาณ 300 ดอลลาร์สหรัฐเท่านั้น ไม่เพียงแต่ปัญหาเรื่องค่าเล่าเรียนแต่หลักสูตรแพทยศาสตรศึกษาของโรงเรียนแพทย์ส่วนใหญ่ก็ไม่ตอบสนองหรือเอื้อให้แพทย์ที่จบมาสามารถไปทำงานในชนบทได้

ปัญหาการไหลออกต่างประเทศของแพทย์เนปาลเกิดขึ้นและดำรงอยู่มาตั้งแต่ทศวรรษ 50 แม้รัฐบาลเนปาลพยายามใช้มาตรการสร้างแรงจูงใจหลากหลายเพื่อดึงดูดแพทย์ให้อยู่ทำงานในประเทศ โดยเฉพาะในพื้นที่รวมถึงการให้ทุนการศึกษาแก่นักเรียนแพทย์ทั้งแบบทุนเต็มจำนวนและทุนบางส่วน แลกกับการทำงานใช้ทุนคืนในชนบท แต่ก็ไม่สามารถแก้ไขสถานการณ์ขาดแคลนแพทย์ได้ ในขณะที่ปัญหาดำเนินไป มีแพทย์ที่อุทิศตัวกลุ่มหนึ่งของเนปาลพยายามขับเคลื่อนเพื่อพลิกโฉมระบบการศึกษาแพทยศาสตรของเนปาล และด้วยความสนับสนุนจากโรงเรียนแพทย์อีก 12 แห่งทั่วโลก รวมถึงจากแคนาดา สหรัฐ อิสราเอล ที่มองเห็นความสำคัญของปัญหาจากการเริ่มขับเคลื่อนในปี 2005 สถาบันวิทยาศาสตร์สุขภาพปาราน (Patan Academy of Health Science - PAHS) ก็ได้รับการอนุมัติจากรัฐบาลเนปาลให้ก่อตั้งขึ้น โดยมีวัตถุประสงค์หลักเพื่อผลิตแพทย์และบุคลากรด้านสาธารณสุข “สายพันธุ์ใหม่” ให้กับระบบบริการสุขภาพในชนบท

การผลิตแพทย์สายพันธุ์ใหม่เริ่มต้นขึ้นตั้งแต่กระบวนการคัดเลือกนักเรียนแพทย์ที่ให้ความสำคัญกับคน 3 กลุ่มก่อน นั่นคือ นักเรียนจากชนบท จากกลุ่มคนที่ด้อยโอกาสในสังคม และจากบุคลากรสายงานสนับสนุนที่ทำงานในชนบทมานานกว่า 2 ปี เนื้อหาของหลักสูตรจะเชื่อมโยงกับระบบงานในชนบทมากขึ้น มุ่งเน้นที่ 3 ประเด็น คือ สร้างแพทย์ด้วยความรู้ ทักษะ และทัศนคติในการเป็นแพทย์ที่ไม่เพียงแต่จะมีความมั่นใจในความรู้ทางคลินิก แต่ยังมีความเห็นอกเห็นใจคนไข้ และสามารถเป็นผู้นำในระบบสุขภาพชุมชนได้ด้วย

PAHS รับนักศึกษาแพทย์ปีละ 60 คน โดย

ร้อยละ 20 ของนักศึกษาจะได้รับการสนับสนุนทุนการศึกษาเต็มจำนวนจากรัฐบาล และร้อยละ 40 ได้รับการสนับสนุนทุนการศึกษาส่วนหนึ่ง ขณะที่อีกร้อยละ 40 รับผิดชอบค่าเล่าเรียนเองเต็มจำนวน

นอกเหนือจากการผลิตแพทย์และบุคลากรด้านสาธารณสุขแล้ว บทบาทที่สำคัญอีกบทบาทหนึ่งที่ PAHS รับผิดชอบและดำเนินการอยู่คือการพยายามผลักดันให้ระดับนโยบายมองเห็นความสำคัญของระบบบริการสุขภาพในชนบทให้มากขึ้น นั่นคือ PAHS มีการทำงานที่ใกล้ชิดกับกระทรวงสาธารณสุขและประชากรของเนปาล ด้วย PAHS มองเห็นว่าแพทย์สายพันธุ์ใหม่จะทำงานในชนบทได้อย่างมีประสิทธิภาพจำเป็นต้องได้รับการสนับสนุนจากระบบบริการด้วย ทั้งการมีสภาพแวดล้อมในการทำงานใหม่ ๆ การปรับค่าตอบแทน และมุมมองของระบบบริการต่อการเป็นแพทย์ในชนบท

**ปัจจุบันยังไม่มีแพทย์ที่สำเร็จการศึกษาจาก PAHS ออกสู่ระบบบริการสุขภาพของเนปาล แต่ผลผลิตของ PAHS ก็เป็นที่คาดหวังของประชากรในชนบทที่ตั้งตารอแพทย์ของพวกเขาอยู่**



### แหล่งข้อมูล

Shankar PR. Attracting and retaining doctors in rural Nepal. Rural and Remote Health. 10:1420 (online), 2010. [www.rrh.org.au](http://www.rrh.org.au)

Karki A., Courneya C.A., Wollard R., Training of physicians for improving rural health care in Nepal: building bridges to address the urban-rural gap, available through [www.aaahrh.org/4th\\_conf\\_2009](http://www.aaahrh.org/4th_conf_2009)

[www.pahs.edu.np](http://www.pahs.edu.np)

Mauricio B., Nepal doctors come rushing in, thanks to Nephil Phils. Inc., Zambotimes, February 19, 2009, available at [www.zambotimes.com/archives/12539-Nepal-doctors-come-rushing-in,-thanks-to-Nephil-Phils.-Inc.-html](http://www.zambotimes.com/archives/12539-Nepal-doctors-come-rushing-in,-thanks-to-Nephil-Phils.-Inc.-html)

The 6th AAAH Annual Conference 2011 Focal Point Reports on Country Information, available through [www.aaahrh.org/4th\\_conf\\_2011](http://www.aaahrh.org/4th_conf_2011)

# คำตอบแทนที่เพิ่มขึ้น ยังไม่อาจดึงแพทย์ ไว้ในชนบท

ปลายปี 2551 กระทรวงสาธารณสุขประกาศเพิ่มหลักเกณฑ์การจ่ายค่าตอบแทนแพทย์ โดยนำอายุงานของแพทย์มาร่วมคำนวณ ประกอบกับความทุกันดารของพื้นที่ หวังว่าจะเป็นแรงจูงใจทำให้แพทย์อยู่ในชนบทได้นานขึ้น ไม่ย้ายเข้าเมืองหรือลาออกทันทีที่ครบวาระการใช้ทุน หรือ ลาออกระหว่างใช้ทุน จนทำให้ชนบทหลายพื้นที่ต้องขาดแคลนแพทย์ อันเป็นปัญหาหลักที่ระบบบริการสุขภาพของประเทศต้องเผชิญอยู่

การปรับเพิ่มค่าตอบแทนในหมวดเบี้ยเลี้ยง เหมาะจ่ายในครั้งนั้น ทำให้ค่าตอบแทนรวมของแพทย์ จบใหม่ในพื้นที่ปกติเพิ่มขึ้นไปอยู่ที่ประมาณ 53,100 บาทต่อเดือน และทำให้ระบบบริการสุขภาพมีภาระต้องจ่ายค่าตอบแทนแพทย์ทั้งประเทศรวมเพิ่มขึ้นถึงมากกว่า 800 ล้านบาทต่อปี เป็นค่าตอบแทนที่เพิ่มขึ้นโดยไม่มีความผูกพันกับปริมาณงานและระดับความยากง่ายของงาน การเพิ่มค่าตอบแทนในครั้งนั้นได้ทำให้เกิดข้อกังขาว่าจะสามารถกระจายแพทย์ลงชนบท และดึงแพทย์ไว้ในชนบทได้จริงหรือไม่ เพราะเป็นการสร้างแรงจูงใจการคงอยู่ในชนบทด้วยมาตรการทางการเงินอย่างเดียว สำนักงานวิจัยและพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพ (สวค.) จึงได้ทำการศึกษาหาแนวโน้มการเคลื่อนย้ายของแพทย์จากชนบทภายหลังการเพิ่มค่าตอบแทน โดยและพบว่าค่าตอบแทนที่เพิ่มขึ้นส่งผลต่อการคงอยู่ของแพทย์ในชนบทน้อยมาก

ทีมนักวิจัยของ สวค. นำโดย **ดร.นงลักษณ์ พะโกยะ** ได้เก็บข้อมูลแพทย์ที่เข้ารับราชการในกระทรวงสาธารณสุขตั้งแต่ปี 2545-2550 จำนวน 6,113 คน เป็นรายบุคคลโดยใช้ข้อมูลทุติยภูมิจาก กองการเจ้าหน้าที่ และศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสารกระทรวงสาธารณสุข เพื่อหารูปแบบการเคลื่อนย้ายของแพทย์ที่ลาออกจากกระทรวงฯ และดูสถานที่ทำงานในปัจจุบัน (กรกฎาคม – กันยายน 2554)

จากข้อมูลการติดตามแพทย์เข้ารับราชการที่กระทรวงสาธารณสุขตั้งแต่ปี 2544 – 2550 และติดตามจนกระทั่งปี 2554 ซึ่งเป็นเวลาที่แพทย์รับราชการรุ่น ปี 2550 ได้สิ้นสุดสัญญาการใช้ทุนแล้ว ข้อมูลการลาออกจากราชการก่อนสิ้นสุดสัญญาใช้ทุน 3 ปี พบว่ามีแนวโน้มเพิ่มขึ้น โดยเพิ่มจาก 3.7% ของรุ่นเข้ารับราชการปี 2544 เป็น 31.8% ในรุ่นรับราชการปี 2548 อย่างไรก็ตามการเพิ่มค่าตอบแทนได้ดำเนินการในปลายปี 2551 จึงส่งผลต่อแพทย์ที่เริ่มรับราชการในปี 2549 และ 2550 พบการออกจากราชการก่อนสิ้นสุดการใช้ทุนของรุ่นรับราชการปี 2549 ลดลงเล็กน้อยเหลือ 30.2% ในขณะที่แพทย์เข้ารับราชการปี 2550 กลับมีสัดส่วนการออกจากราชการก่อน 3 ปีเพิ่มสูงขึ้นเป็น 32% ในด้านการออกจากราชการ หรือโรงพยาบาลชุมชนพบว่ามีแนวโน้มเพิ่มขึ้นในแต่ละรุ่น แม้จะมีการเพิ่มค่าตอบแทนในระหว่างช่วง

● ตารางแสดงจำนวนและสัดส่วนของแพทย์ลาออกจากระบบสาธารณสุขก่อนสิ้นสุดสัญญา 3 ปี และการออกจากชนบทก่อน 3 ปี เมื่อเทียบกับแพทย์ที่เข้ารับราชการในกระทรวงฯ แยกตามปีที่เข้ารับราชการ

| ปีที่เข้ารับราชการ | จำนวนแพทย์ | ลาออกก่อน 3 ปี |        | ออกจากชนบทก่อน 3 ปี |        |
|--------------------|------------|----------------|--------|---------------------|--------|
|                    |            | จำนวน          | ร้อยละ | จำนวน               | ร้อยละ |
| 2544               | 600        | 22             | 3.67   | 64                  | 10.7   |
| 2545               | 756        | 81             | 10.71  | 116                 | 15.3   |
| 2546               | 924        | 194            | 21.00  | 223                 | 24.1   |
| 2547               | 992        | 315            | 31.75  | 360                 | 36.3   |
| 2548               | 1131       | 360            | 31.83  | 425                 | 37.6   |
| 2549               | 1162       | 351            | 30.21  | 460                 | 39.6   |
| 2550               | 1147       | 367            | 32.00  | 490                 | 42.7   |

ปลายปี 2551 ซึ่งมีเป้าหมายเพื่ออรั้งแพทย์ให้อยู่ในชนบทนานขึ้น โดยการออกจากโรงพยาบาลชุมชนเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ จาก 10.7% ของรุ่นที่รับราชการในปี 2544 เพิ่มขึ้นเป็น 42.7% ของรุ่นรับราชการปี 2550 (รายละเอียดดังแสดงในตาราง)

ในส่วนของคงอยู่ในชนบท พบแนวโน้มการคงอยู่ในชนบทจะลดลงในแต่ละรุ่น โดยรุ่นที่เข้ารับราชการปี 2544 และ 2545 คงอยู่ในชนบท 24% และ 26% ในปีที่ 10 และปีที่ 9 และในรุ่นต่อ ๆ มา โอกาสการคงอยู่ในชนบทจะลดลง โดย ณ ช่วงเวลา 4 ปี คือหลังการขอใช้ทุน รุ่นสำเร็จการศึกษาปี 2544, 2545, 2546, 2547, 2548, 2549, 2550 คงอยู่ในชนบท 65%, 62%, 52%, 32%, 40%, 25%, และ 24% ตามลำดับ

เมื่อวิเคราะห์โอกาสการคงอยู่ในชนบทหรือโรงพยาบาลชุมชน โดยดูจาก survivor function พบว่าแม้จะมีการเพิ่มค่าตอบแทนแก่แพทย์ แต่ไม่พบว่าสามารถเพิ่มแนวโน้มการคงอยู่ในชนบทของแพทย์ในทุกรุ่น โดยจะเห็นว่าในกลุ่มแพทย์ที่พึงเสริมจลินการใช้ทุน 3 ปี ได้แก่รุ่นปี 2549 และ 2550 หลังการเพิ่มค่าตอบแทนปี 2552 ยังพบอัตราการออกจากชนบทสูงขึ้น โดยเฉพาะรุ่นปี 2549 โอกาสการคงอยู่ในระบบ

(survivor function) ลดจาก 0.60 ในปี 2552 เป็น 0.25 ในปี 2553 และลดลงเหลือ 0.20 ในปี 2554 และในรุ่นปี 2550 ในปีที่มีการเพิ่มค่าตอบแทนยังอยู่ในช่วงใช้ทุนปี 2 survivor function จึงลดจาก 0.69 ในปี 2552 เป็น 0.56 ในปี 2553 และ เป็น 0.24 ในปี 2554 ซึ่งเป็นปีที่หลังจากการขอใช้ทุนแล้ว จึงอาจกล่าวได้ว่าการเพิ่มค่าตอบแทนไม่อาจส่งผลต่อการคงอยู่ในชนบทของแพทย์หนุ่มสาวมากนัก

ผลการวิจัยของ สวค. สามารถสรุปได้ว่า มาตรการการเพิ่มค่าตอบแทนให้แพทย์ที่ปฏิบัติงานในชนบทเพื่ออรั้งให้แพทย์อยู่ในชนบทนานขึ้นนั้นอาจจะไม่ประสบผลสำเร็จนัก แพทย์ยังคงออกจากราชการก่อนสิ้นสุดสัญญาใช้ทุนในสัดส่วนประมาณ ร้อยละ 32 ของแต่ละรุ่น ซึ่งไม่ได้ลดลงเมื่อเทียบกับก่อนเพิ่มค่าตอบแทน และแม้จะมีการเพิ่มค่าตอบแทนแก่แพทย์ในปี 2552 แต่ไม่พบว่าสามารถเพิ่มแนวโน้มการคงอยู่ในระบบราชการ โดยเฉพาะในกลุ่มแพทย์ที่พึงเสริมจลินการใช้ทุน 3 ปี ได้แก่รุ่นปี 2549 และรุ่นปี 2550 หลังปี 2552 ยังพบอัตราการลาออกสูงขึ้น ประการที่สามการคงอยู่ในชนบทนั้นพบว่าไม่สามารถเพิ่มแนวโน้มการคงอยู่ในชนบทของแพทย์ ในทุกรุ่น 🇹🇭





# ไทยจะไป ใครใครจะมา

## เมื่อบริการสุขภาพเป็นสินค้าเสรีในตลาดอาเซียน

**ป**ักอกเถียงว่าด้วยการเคลื่อนตัวของบุคลากรในระบบบริการสุขภาพของประเทศเริ่มขึ้นอย่างแผ่วเบา ภายหลังการประชุมสุดยอดอาเซียน ครั้งที่ 10 ในวันที่ 29-30 พฤศจิกายน 2547 ที่ประเทศลาว ซึ่งปิดตัวลงพร้อมกับข้อตกลงที่จะให้อาเซียนเปิดเสรีด้านการค้าบริการ ที่กินความรวมถึงบริการสุขภาพในปี 2553

ข้อถกเถียงดังกล่าวค่อยๆ เพิ่มความเข้มข้นเมื่ออาเซียนได้จัดทำความตกลงยอมรับร่วม (Mutual Recognition Arrangements: MRAs) ด้านบุคลากรในสาขาสุขภาพ เพื่อช่วยให้การเคลื่อนย้ายแรงงานสาขาสุขภาพในกลุ่มอาเซียนมีความสะดวกมากขึ้น เริ่มจากข้อตกลงยอมรับร่วมของวิชาชีพพยาบาล (MRA on Nursing Service) ในเดือนธันวาคม 2549 และข้อตกลงยอมรับร่วมของวิชาชีพแพทย์ (MRA on Medical Practitioners) และวิชาชีพทันตแพทย์

(MRA on Dental Practitioners) ในเดือนกุมภาพันธ์ 2552 ซึ่งเป็นการดำเนินการเพื่อมุ่งสู่เป้าหมายการเคลื่อนย้ายแรงงานทักษะอย่างเสรีภายในตลาดอาเซียนภายในปี 2558

ข้อถกเถียงดังกล่าว ดังขึ้นจากความกลัวและความหวังที่หลากหลาย บ้างกลัวว่าแพทย์ ซึ่งเป็นวิชาชีพที่มีจำนวนบุคลากรจำกัดอยู่แล้วในประเทศไทยจะพากันเก็บกระเป๋ามุ่งหน้าสู่ประเทศที่พัฒนาแล้ว บ้างกลัวว่าแพทย์ไทยในชนบทจะไหลทะลักเข้าสู่ตลาดสถานพยาบาลเอกชนในเมือง เพื่อรองรับผู้ป่วยต่างชาติที่จะไหลเข้ามา บ้างกลัวว่าแพทย์ต่างชาติจะยกทัพเข้ามาแย่งตลาดงานแพทย์ไทย โดยเฉพาะในโรงพยาบาลเอกชน ขณะที่ด้านความหวัง บ้างหวังว่าจะมีแพทย์ต่างชาติมารักษาคคนไข้ต่างชาติ ทำให้แพทย์ไทยมีเวลาให้คนไข้ไทยมากขึ้น หรืออาจจะช่วยเติมแพทย์เข้าไปในพื้นที่

กัณดารที่ขาดแคลนแพทย์ซ้ำซาก บ้างมองว่าจะเป็นโอกาสให้ระบบการผลิตแพทย์ไทยพัฒนามากขึ้นเพื่อให้ได้ผลผลิตที่สามารถแข่งขันได้ในระดับนานาชาติ ขณะที่หลายคนมองว่าน่าจะเป็นโอกาสให้ไทยมีกำลังคนด้านสุขภาพจากต่างชาติที่มีภาษาและวัฒนธรรมใกล้เคียงกับแรงงานต่างด้าวที่ทำงานอยู่ในประเทศเราเพิ่มมากขึ้น เพื่อภาระงานของบุคลากรสาธารณสุข ที่ปัจจุบันต้องดูแลมีแรงงานต่างด้าวอย่างน้อยประมาณ 1 ล้านคนที่ขึ้นทะเบียน

ก่อนที่จะพูดถึงประเทศไทย และโอกาสและความเป็นไปได้ที่ความกลัวและความหวังดังกล่าวจะเป็นความจริงในตลาดเสรีสุขภาพอาเซียน เรามาดูบทเรียนการเปิดเสรีตลาดสุขภาพในกลุ่มสหภาพยุโรปกันก่อน

## ตลาดสุขภาพเสรีในสหภาพยุโรป

สหภาพยุโรป ก่อตั้งขึ้นในวันที่ 7 กุมภาพันธ์ 2535 เกิดจากการรวมตัวของรัฐสมาชิกในยุโรป มีเป้าหมายสำคัญในการบูรณาการทั้งนโยบายด้านการเมืองและเศรษฐกิจ โดยการบูรณาการทางเศรษฐกิจนั้นรวมถึงการเคลื่อนย้ายแรงงานหรือบุคคลได้อย่างเสรี เพื่อเป็นปัจจัยหนึ่งในการทำให้สหภาพยุโรปมีความสามารถแข่งขันกับกลุ่มประเทศอื่น การก่อตั้งสหภาพยุโรปในช่วงแรกมีเพียงประเทศทางยุโรปตะวันตกซึ่งมีฐานะทางเศรษฐกิจที่มั่งคั่งในระดับใกล้เคียงกันเป็นสมาชิก ต่อมาปี 2547 ประเทศในยุโรปกลางและตะวันออกจำนวน 10 ประเทศ ซึ่งฐานะทางเศรษฐกิจอยู่ในระดับรองลงมามากกว่าได้เข้าเป็นสมาชิกเพิ่มเติม และตาม

ด้วยอีก 2 ประเทศ คือ โรมาเนีย และบัลแกเรีย ในปี 2550 ทำให้สหภาพยุโรปมีจำนวนสมาชิกรวมทั้งสิ้น 27 ประเทศ เป็นกลุ่มประเทศเขตเศรษฐกิจที่มีความต่างของระดับการพัฒนาทางเศรษฐกิจ คล้ายกับโครงสร้างของประชาคมเศรษฐกิจอาเซียนที่กำลังจะเกิดขึ้น

และไม่ว่าฐานะทางสังคมและเศรษฐกิจจะเป็นเช่นไร เมื่อเข้ามาอยู่ในประชาคมยุโรปทุกคนต้องเคารพกติกาเดียวกันทุกอย่าง รวมทั้งข้อตกลงยอมรับร่วมที่เกี่ยวข้องกับการเคลื่อนย้ายแรงงานรวมถึงบุคลากรด้านสาธารณสุข เช่นเดียวกับที่จะเกิดในกลุ่มประเทศอาเซียนเมื่อพิจารณาถึงปัจจัยผลักและปัจจัยดึงดูดที่มีผลต่อการเคลื่อนย้ายแรงงานว่าแรงงานมักจะไหลไปยังที่มีค่าตอบแทนสูง สภาพการทำงานดีกว่า ทรัพยากรในระบบไม่จำกัด ประสิทธิภาพดี มีความก้าวหน้าในอาชีพ มีโอกาสในการศึกษาต่อ และมีความมั่นคงทางการเมืองและเศรษฐกิจ ทำให้ประเทศสมาชิกของสหภาพยุโรปเองก็มีความกลัวและความหวังเช่นกัน เป็นความกลัวและความหวังที่แตกต่างกันไปตามสภาพเศรษฐกิจและสังคมของแต่ละประเทศ

กลุ่มประเทศสมาชิกเก่าซึ่งมีความก้าวหน้าทางเศรษฐกิจมากกว่า เช่น ฝรั่งเศส เยอรมนี อิตาลี อยู่กับความกลัวว่าบุคลากรทางการแพทย์ของประเทศสมาชิกใหม่จะอพยพเข้ามาจนกระทบตลาดแรงงานของตน แต่สำหรับประเทศสมาชิกเก่าบางประเทศ เช่น อังกฤษ การรับประเทศสมาชิกใหม่กลายเป็นความหวังที่จะมีกำลังคนด้านสุขภาพเพียงพอกับความต้องการ เพราะอังกฤษเป็นประเทศที่ขาดแคลนกำลังคนด้านสุขภาพ โดยเฉพาะแพทย์อย่างหนัก ขณะที่กลุ่มประเทศสมาชิกใหม่ก็กลัวว่าบุคลากรของตนไปหลังไหลไปขุดทองในประเทศของกลุ่มสมาชิกเก่า จนทำให้ระบบสุขภาพในประเทศต้นทางอย่างตนเองขาดแคลนกำลังคน

เพื่อจัดการกับความกลัวและความหวังแต่ละประเทศได้มีนโยบายที่แตกต่างกัน ประเทศอังกฤษประกาศเปิดตลาดทันทีที่มีการรับสมาชิกใหม่ในปี 2547 ขณะที่อิตาลีและฝรั่งเศสประกาศเปิดในปี 2549 และ 2551 ตามลำดับ ส่วนประเทศเยอรมนีใช้นโยบายจำกัดแรงงานจากรัฐสมาชิกใหม่เป็นเวลา 7 ปี โดยเพิ่งเปิดตลาดเสรีในปี 2554 ที่ผ่านมา

● **ตารางแสดงจำนวนแพทย์ที่ลงทะเบียนปฏิบัติงานในสหราชอาณาจักรเปรียบเทียบกับปี 2543 และ 2550 ก่อนและหลังการรับสมาชิกใหม่ จำแนกตามกลุ่มประเทศที่มา**

| กลุ่มประเทศต้นทาง                       | พ.ศ. 2543 | พ.ศ. 2550 | จำนวนที่เพิ่มขึ้น (ร้อยละ) |
|-----------------------------------------|-----------|-----------|----------------------------|
| สหราชอาณาจักร                           | 133,824   | 150,073   | 16,294 (12)                |
| สหภาพยุโรป(EU)และเขตเศรษฐกิจยุโรป (EEA) | 16,612    | 22,794    | 6,185 (37)                 |
| - กลุ่มประเทศสมาชิกเก่า                 | 15,437    | 17,331    | 1,874 (12)                 |
| - กลุ่มประเทศสมาชิกใหม่                 | 1,064     | 5,256     | 4,192 (394)                |
| - เฉพาะเขตเศรษฐกิจยุโรป                 | 111       | 230       | 119 (107)                  |
| ประเทศอื่นในยุโรป (นอก EU และ EEA)      | 477       | 1,472     | 995 (209)                  |
| ประเทศนอกยุโรป                          | 46,222    | 68,201    | 21,974 (48)                |
| รวม                                     | 197,135   | 242,543   | 45,408 (23)                |

ที่มา : [www.sdo.nihr.ac.uk/files/project/134-final-report.pdf](http://www.sdo.nihr.ac.uk/files/project/134-final-report.pdf) อ้างถึงโดยแผนงานพัฒนาศักยภาพด้านการค้าระหว่างประเทศและสุขภาพ สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ, 2554

การเปิดตลาดเสรีทำให้จำนวนแพทย์ในประเทศอังกฤษเพิ่มมากขึ้น โดยเฉพาะเมื่อหลังการเปิดรับสมาชิกกลุ่มใหม่ของสหภาพยุโรป โดยพบว่าอังกฤษเป็นประเทศที่มีแพทย์ต่างประเทศปฏิบัติงานอยู่มากที่สุดเมื่อเทียบกับประเทศสมาชิกสหภาพยุโรปอื่น คือมีจำนวนมากถึงร้อยละ 37.5 ของแพทย์ทั้งหมดในประเทศ ขณะที่ฝรั่งเศสมีจำนวนแพทย์ต่างชาติอยู่ที่ร้อยละ 5.8 ของแพทย์ทั้งหมด และ อิตาลี อยู่ที่ร้อยละ 3.5 แม้เมื่อคำนวณเป็นอัตราส่วน แล้วจะพบว่าแพทย์จากกลุ่มสมาชิกใหม่จะเพิ่มเข้ามามากถึงร้อยละ 394 แต่เมื่อนับจำนวนแล้วแพทย์ต่างชาติที่ปฏิบัติงานในอังกฤษส่วนใหญ่จะมาจากนอกทวีปยุโรป ดังรายละเอียดในตาราง

ธันวาคม 2554 ทีมนักวิจัยจากแผนงานการพัฒนาศักยภาพด้านการค้าระหว่างประเทศและสุขภาพ สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ โดยการสนับสนุนของสำนักงานวิจัยและพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพ (สวค.) ได้ทำการศึกษาและวิเคราะห์ประสบการณ์การเปิดเสรีด้านสุขภาพในยุโรปและพบว่าแพทย์ต่างชาติที่ปฏิบัติงานในประเทศอังกฤษมาก

ที่สุดเป็นชาวอินเดีย โดยมีจำนวนมากถึง 27,802 คน รองลงไปได้แก่แอฟริกาใต้ ปากีสถาน ไอร์แลนด์ และเยอรมนี มีจำนวน 7,778 คน 7,321 คน 5,389 คน และ 3,894 คน ตามลำดับ

แม้จะเป็นการยากที่จะสรุปว่าอังกฤษเป็นประเทศที่ได้รับผลกระทบด้านการเคลื่อนย้ายของแพทย์มากที่สุดภายหลังการเปิดตลาดเสรีสุขภาพในสหภาพยุโรป เพราะแพทย์ต่างชาติส่วนใหญ่มาจากนอกทวีปยุโรป แต่อัตราการเพิ่มขึ้นของแพทย์จากกลุ่มประเทศสมาชิกใหม่ถึงร้อยละ 394 ในระยะเวลาเพียง 7 ปี ก็แสดงให้เห็นถึงแนวโน้มการเปลี่ยนแปลงในอนาคตได้อย่างชัดเจน







## ผลกระทบต่อประเทศสมาชิกสหภาพยุโรป

**ดร.เซอเม พัทนี และ ชาญณรงค์ สังข์อุทธ**  
นักวิจัยจากแผนงานการพัฒนาศักยภาพด้านการค้าระหว่างประเทศและสุขภาพ สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ ซึ่งศึกษาวิเคราะห์ผลกระทบของสมาชิกสหภาพยุโรปหลังเปิดเสรีสุขภาพ ได้สรุปผลกระทบจากการเคลื่อนย้ายบุคลากรภายใต้ข้อตกลงยอมรับร่วมในสหภาพยุโรปไว้ว่ามีทั้งผลกระทบด้านบวกและด้านลบ

ผลกระทบด้านบวกพบชัดเจนต่อประเทศผู้รับศึกษาจากกรณีสหราชอาณาจักรพบว่าทำให้ประหยัดเวลาสำหรับคนไข้คือไม่ต้องรอนาน เพราะมีบุคลากรเข้ามาให้บริการเพิ่มมากขึ้น ขณะที่ National Health Service สามารถประหยัดงบประมาณสำหรับค่านายหน้าในการจ้างพนักงานชั่วคราวได้ และการเคลื่อนย้ายบุคลากรเข้ามายังทำให้สหราชอาณาจักรประหยัดงบประมาณและเวลาในการผลิตบุคลากร

ส่วนผลกระทบด้านลบพบในเชิงการลดลงของคุณภาพการให้บริการ พบว่ามีอุปสรรคสำคัญเกิดขึ้นคือการสื่อสารทั้งเกิดจากภาษาและวัฒนธรรม มีรายงานว่าพยาบาลที่มาจากยุโรปตะวันออกนำอาหารที่มีส่วนผสมของถั่วที่คนไข้แพ้ไปให้คนไข้

เนื่องจากไม่เข้าใจเวชระเบียนที่ระบุว่าแพ้ถั่ว หรือมาตรฐานการให้บริการระบบบริการสุขภาพต่างกัน เช่น ในประเทศสเปนสามารถจ่ายยาปฏิชีวนะให้คนไข้ได้หลายครั้งเพื่อรักษาอาการหวัด แต่สำหรับสวีเดนจะไม่มีการจ่ายยาปฏิชีวนะให้คนไข้โรคหวัด หรือความต่างในบทบาทหน้าที่ของผู้ประกอบวิชาชีพในแต่ละประเทศ เช่น ในอังกฤษ พยาบาลจะทำหน้าที่ประสานงานกับบุคลากรอื่น ๆ ในโรงพยาบาล ขณะที่พยาบาลในประเทศยุโรปอื่นจะเน้นไปที่กิจกรรมทางคลินิก

ผลกระทบด้านลบที่สำคัญจะเกิดกับประเทศผู้ส่งออกบุคลากรด้วย เพราะทำให้เกิดภาวะสมองไหลในโรมาเนียมีรายงานว่าแพทย์จำนวนมากกว่า 1,700 คน ส่วนใหญ่เป็นวิสัญญีแพทย์และศัลยแพทย์ ได้ลงทะเบียนเพื่อขอไปทำงานในสหภาพยุโรปในช่วงระหว่างเดือนมกราคม – สิงหาคม 2554 โดยมีสหราชอาณาจักร เยอรมนี และฝรั่งเศสเป็นปลายทางหลัก โดยแพทย์ส่วนใหญ่ให้เหตุผลว่ามีรายได้ดีกว่า ทำให้ปัจจุบันโรมาเนียมีสัดส่วนแพทย์ต่อประชากรต่ำกว่าค่ามาตรฐานของรัฐสมาชิกในสหภาพยุโรป



## มาตรการรับมือของกลุ่มประเทศสมาชิกสหภาพยุโรป

ในร่างรายงานการศึกษาผลกระทบของข้อตกลงยอมรับร่วมภายใต้กรอบอาเซียนต่อระบบสุขภาพของประเทศไทย (การวิเคราะห์ผลกระทบจากสหภาพยุโรป) โดยแผนงานการพัฒนาศักยภาพด้านการค้าระหว่างประเทศและสุขภาพ สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ ได้ระบุถึงมาตรการที่ประเทศสมาชิกใหม่ของสหภาพยุโรปใช้ในการแก้ปัญหาสมองไหลไว้ว่า พบว่ามีความคล้ายคลึงกันในแต่ละประเทศ คือการเร่งใช้มาตรการทางการเงิน โดยการเพิ่มค่าจ้าง เช่น ประเทศลิทัวเนีย ขึ้นเงินเดือนให้แพทย์และพยาบาลร้อยละ 20 เพื่อชะลอการเคลื่อนย้ายไปยังยุโรปตะวันตกอย่างรวดเร็ว ไปแลนด์เพิ่มเงินเดือนให้บุคลากรสาธารณสุขที่ทำสัญญาจ้างเต็มเวลาถึง 56 ยูโร รวมทั้งให้เงินกู้แก่บุคลากรที่ประสงค์จะประกอบอาชีพส่วนตัวควบคู่ไป นอกจากนี้มีการใช้มาตรการสร้างแรงจูงใจด้านอื่น เช่น สโลวะเกีย ปรับปรุงโครงสร้างสิ่งอำนวยความสะดวกในโรงพยาบาล ยังการเปิดหลักสูตรเป็นภาษาต่างชาติ เพื่อดึงผู้เรียนจากประเทศอื่น พร้อมทั้งมีเงื่อนไขจูงใจให้อยู่ทำงานต่อหลังเรียนจบ เป็นต้น หลายประเทศยังได้ใช้มาตรการการเร่งผลิตกำลังคนเพิ่มโดยให้ทุนการศึกษาโดยไม่มีเงื่อนไข อย่างไรก็ตามไม่มีรายงานว่าแต่ละประเทศประสบความสำเร็จในการดึงดูดบุคลากรของตนไว้ได้หรือไม่ อย่างไร



## ย้อนมองตลาดเสรีอาเซียน

จะเห็นได้ว่าโครงสร้างสมาชิกของประชาคมเศรษฐกิจอาเซียน มีความคล้ายคลึงกับโครงสร้างสมาชิกของสหภาพยุโรป คือประกอบไปด้วยประเทศสมาชิกที่มีฐานะทางเศรษฐกิจหลากหลาย ขณะที่ประเทศที่มั่งคั่งและพัฒนาแล้ว อย่างสิงคโปร์ ก็มีสมาชิกที่มีฐานะทางเศรษฐกิจด้อยกว่าและมีการพัฒนาน้อยกว่า อย่าง พม่า ลาว และกัมพูชา และมีประเทศที่ถือได้ว่าอยู่ในระดับกลาง เช่น ไทย มาเลเซีย เป็นต้น อีกทั้งยังมีภาษาพูดและภาษาเขียนที่หลากหลาย สถานการณ์ที่เกิดขึ้นในสหภาพยุโรปจึงถูกมองว่าจะถูกย้อนรอยอีกครั้งในประชาคมเศรษฐกิจอาเซียน

**นาวาอากาศโท นายแพทย์ธนาธิป ศุภประดิษฐ์** กรรมการแพทยสภา และนักเรียนหลักสูตรไทยกับประชาคมเศรษฐกิจอาเซียน รุ่นที่ 1 ของสถาบันพระปกเกล้า ได้เขียนบทความลงหนังสือพิมพ์กรุงเทพธุรกิจ ในวันที่ 17 มกราคม 2555 เปรียบเทียบแนวคิดการสร้างประชาคมเขตเศรษฐกิจอาเซียนไว้ว่าเป็นเหมือนการบริหารจัดการคั่นกันน้ำเพื่อรับมือกับปัญหาน้ำท่วม

การทำประชาคมเศรษฐกิจอาเซียนก็คือ “การลดคั่นกันน้ำของโรงงานตนเองลง และ ย้ายคั่นของเราไปเป็นคั่นกันน้ำของนิคมอุตสาหกรรม หรือก็คือ ลดข้อกีดกัน (Barrier) ระหว่างประเทศ เพิ่มแนวป้องกันหรืออำนาจต่อรองนอกนิคมฯ... ใครได้ใครเสียใน 10 ประเทศก็ต้องขึ้นกับ “พื้นฐานเดิม” ของโรงงาน พื้นใครสูง พื้นใครต่ำอย่างไร...” นพ.ธนาธิป กล่าวไว้ในบทความ

โดย นพ.ธนาธิปมองว่าสำหรับประเทศไทย เมื่อพิจารณาสาขาการแพทย์และระดับการพัฒนา รวมถึงเทคโนโลยีของประเทศไทยในภาพรวมแล้ว อยู่สูงเป็นอันดับ 2 คู่กับมาเลเซีย เป็นรองแค่สิงคโปร์เท่านั้น

ประเทศที่เหลือถือว่า เป็นพื้นที่ลุ่มต่ำกว่าประเทศไทย ซึ่งเป็นการยากที่บุคลากรของประเทศไทยจะย้ายออกจากพื้นที่สูงไปสู่ที่ลุ่มต่ำที่มีความเสี่ยงกับปัญหาน้ำท่วม



## แนวโน้มสถานการณ์ กำลังคนด้านสุขภาพ ในประเทศไทย หลังเปิดเสรี ตลาดสุขภาพอาเซียน

แนวโน้มสถานการณ์ที่จะเกิดขึ้นกับประเทศไทยได้นำจะขึ้นกับปัจจัยสำคัญ 2 ประการ คือต้นทุนในระบบบริการสุขภาพที่ประเทศไทยและประเทศอื่นในอาเซียนมี และเงื่อนไขที่ประเทศไทยวางไว้ในข้อตกลงร่วมทั้ง 3 สาขา

เมื่อสำรวจต้นทุนสถานพยาบาล พบว่าประเทศไทยมีโรงพยาบาลรวมประมาณ 1,200 แห่ง โดยประมาณร้อยละ 30 หรือ 300 แห่งเป็นของเอกชน ในจำนวนนี้ประมาณ 30 แห่ง พร้อมรับผู้ป่วยต่างชาติ ขณะที่สิงคโปร์โรงพยาบาลร้อยละ 70 เป็นของเอกชน ส่วนเวียดนามโรงพยาบาลมากกว่าร้อยละ 95 เป็นกิจการของรัฐ ที่เหลือเป็นเอกชนซึ่งส่วนใหญ่แพทย์จะเปิดเป็นคลินิกเล็ก ๆ ไม่มีเตียง ในประเทศมาเลเซียสถานพยาบาลเป็นของรัฐร้อยละ 60

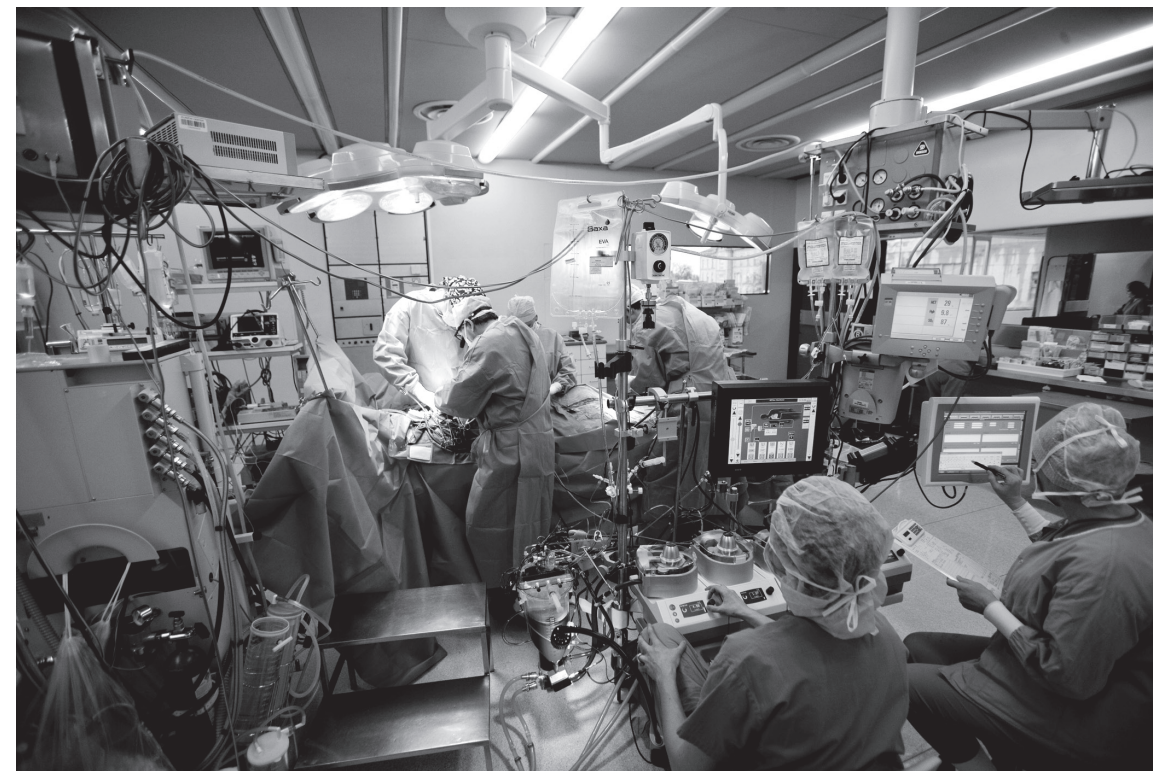
ในส่วนของต้นทุนแพทย์ ประเทศไทยมีโรงเรียนแพทย์ในปัจจุบัน 19 แห่ง เป็นของรัฐ 18 แห่ง ของเอกชน 1 แห่ง ที่ผ่านมามีความพยายามจากโรงเรียน

แพทย์ของรัฐในการขับเคลื่อนหลักสูตรแพทยศาสตรศึกษานานาชาติเพื่อรองรับการเปิดตลาดเสรีสุขภาพของอาเซียน แต่ไม่อาจผ่านแรงต้านจากสังคมได้ กำลังการผลิตแพทย์รวมจากทุกสถาบันในปัจจุบันอยู่ที่ปีละประมาณ 2,500 คน แพทย์ส่วนใหญ่กระจุกตัวอยู่ในเมือง ขณะที่มาเลเซียมีโรงเรียนแพทย์ 27 แห่ง 17 แห่งเป็นของเอกชน ซึ่งส่วนใหญ่จะมีความร่วมมือกับมหาวิทยาลัยชั้นนำจากประเทศในกลุ่ม Common Wealth เปิดหลักสูตรแพทยศาสตรศึกษานานาชาติ ส่วนสิงคโปร์พบข้อมูลเพียงมีสัดส่วนแพทย์ต่อประชากรที่ 1:600 (ใกล้เคียงกับสัดส่วนแพทย์ต่อประชากรในกรุงเทพฯ) ปัจจุบันตลาดสิงคโปร์เปิดรับแพทย์ที่สำเร็จการศึกษาจาก Common Wealth โดยไม่มีข้อจำกัดอยู่แล้ว

ในด้านรายได้ พบว่าแพทย์ไทยที่อยู่ในระบบราชการ เมื่อรับราชการมาประมาณ 10 ปี จะมีรายได้รวมเฉลี่ยอยู่ที่ปีละ 1,380,000 บาท หรือประมาณ 43,000 ดอลลาร์อเมริกา ขณะที่ นพ.ธนารักษ์ นำเสนอรายได้เฉลี่ยต่อปีของแพทย์มาเลเซีย และสิงคโปร์ไว้ที่ 40,000 ดอลลาร์ และ 44,000 ดอลลาร์ตามลำดับ

ในส่วนของข้อตกลงยอมรับร่วมของสาขาวิชาชีพแพทย์ ทันตแพทย์ และพยาบาลหลักการสำคัญคือการเปิดให้แพทย์ ทันตแพทย์ และพยาบาล ที่มีคุณสมบัติตามที่กำหนดสามารถจดทะเบียนหรือขอรับใบอนุญาตประกอบวิชาชีพแพทย์ ทันตแพทย์ และพยาบาล ในประเทศอาเซียนได้โดยต้องปฏิบัติตามกฎระเบียบของประเทศนั้น ๆ ด้วย และแพทย์ ทันตแพทย์ และพยาบาลต่างชาติที่ขอรับใบอนุญาตประกอบวิชาชีพในประเทศอื่น ต้องผ่านการประเมินและอยู่ภายใต้การดูแลของหน่วยงานที่กำกับดูแลในประเทศปลายทางด้วย สำหรับประเทศไทยคือแพทยสภาและกระทรวงสาธารณสุข

เมื่อพิจารณาปัจจัยจะเห็นได้ว่าโอกาสที่แพทย์จากกลุ่มประเทศสมาชิกอาเซียนจะเข้ามาแย่งตลาดแรงงานในประเทศไทยจะพอมืออยู่บ้าง โดยเฉพาะเมื่อพิจารณาจากโอกาสทางธุรกิจในภาคของสถานบริการเอกชน แม้จำนวนสถานบริการภาคเอกชนของไทยจะ



น้อยกว่าสิงคโปร์ แต่เมื่อมองลึกลงไปถึงศักยภาพของธุรกิจรักษาพยาบาลและการบริหารธุรกิจโรงพยาบาลแล้วประเทศไทยถือว่ามีภาษีดีกว่าแม้กระทั่งประเทศสิงคโปร์ ปัจจัยสำคัญเกิดจากข้อได้เปรียบที่ค่ารักษาพยาบาลของประเทศไทยถูกกว่าประเทศอื่นในภูมิภาคจะสูงกว่าก็เฉพาะอินเดีย แต่เมื่อบวกข้อได้เปรียบด้านทำเลที่ตั้งของประเทศ ที่มีสถานที่ท่องเที่ยวชั้นนำระดับโลกจำนวนมาก ทำให้ไทยเป็นประเทศที่ดึงดูดผู้ป่วยต่างชาติเข้ามารักษาพยาบาลในประเทศมีจำนวนมากเป็นอันดับที่ 1 ในเอเชีย โดยมีจำนวนผู้ป่วยต่างชาติมากกว่า 1.5 ล้านคนต่อปี สูงกว่าประเทศอื่น ๆ ในเอเชียไม่ว่าจะเป็นสิงคโปร์ (อันดับที่ 2 ในเอเชีย) มาเลเซีย และอินเดีย ที่มีจำนวนต่ำกว่า 1 ล้านคนต่อปี อีกทั้งเป้าหมายของประเทศไทยที่จะทะยานขึ้นเป็นศูนย์กลางสุขภาพโลกทำให้การพัฒนาด้านบริการสุขภาพของไทยจะไม่หยุดเท่านั้น หมายความว่าตลาดสุขภาพไทยจะเติบโตอีกมาก จึงเป็นแรงจูงใจที่สำคัญ

ให้แรงงานแพทย์และบุคลากรด้านสุขภาพสาขาวิชาชีพอื่นจากประเทศประชาคมอาเซียนเดินทางเข้ามาแสวงหาโอกาสในประเทศไทยได้

อย่างไรก็ดีทุกคนที่จะเข้ามาต้องผ่านการศึกษาสำคัญของประเทศไทยให้ได้นั่นคือการต้องผ่านการสอบใบอนุญาตประกอบวิชาชีพจากแพทยสภา ซึ่งกำหนดว่าต้องสอบเป็นภาษาไทยเท่านั้นให้ได้ก่อน

โอกาสที่ดูเหมือนจะเปิดถูกปิดลงทันทีด้วยเงื่อนไขของแพทยสภา สถานการณ์ในปัจจุบันที่เกิดขึ้นคือการเจรจาต่อรองกันระหว่างภาคธุรกิจสถานพยาบาลเอกชนกับแพทยสภา ฝ่ายแรกต้องการให้ประเทศไทยเปิดเสรีจริง ๆ โดยอนุญาตให้มีการสอบใบอนุญาตเป็นภาษาอังกฤษ เพื่อลบลูกศรการค้าภาษา โดยยกเหตุผลการนำเข้าแพทย์ต่างชาติเพื่อรักษาคนป่วยต่างชาติ อันจะเป็นการหยุดยั้งภาวะสมองไหลของแพทย์จากภาครัฐสู่ภาคเอกชน จากชนบทสู่เมือง ซึ่งเป็นปัญหาหนักใจของระบบบริการสุขภาพของประเทศ



ไทยในปัจจุบันมาเป็นข้ออ้างสนับสนุน ฝ่ายหลังต้องการให้เปิดอย่างมีเงื่อนไขเพื่อไม่ให้เกิดภาวะแพทย์ต่างชาติเข้ามาแย่งงานแพทย์ไทยในตลาดภายในประเทศ

สำหรับโอกาสที่แพทย์ไทยจะไปทำงานต่างประเทศนั้นเมื่อพิจารณาแล้วจะเห็นว่าประเทศปลายทางที่เป็นที่ดึงดูดใจจริง ๆ แล้วจะมีเพียงประเทศสิงคโปร์เท่านั้น เนื่องจากมีฐานทางเศรษฐกิจสูงกว่าและอยู่ไม่ไกลจากประเทศไทย แต่ก็อาจต้องพบกับอุปสรรคด้านภาษาอังกฤษ

จะเห็นได้ว่าสถานการณ์ความกลัวและความหวงที่เกิดขึ้นในประเทศไทยและประชาคมเศรษฐกิจอาเซียน เป็นเพียงสถานการณ์เริ่มต้น ซึ่งประเทศสมาชิกสหภาพยุโรปเคยได้ประสบมาแล้ว ในสังคมที่เต็มไปด้วยความหลากหลายและความเหลื่อมล้ำเช่นเดียวกับที่ทั้งสหภาพยุโรปและประชาคมอาเซียนมี การบูรณาการเศรษฐกิจและสังคมเพื่อขับเคลื่อนการพัฒนาไปด้วยกัน จำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องกระทำโดยมีจริยธรรมเป็นตัวกำกับ เพื่อไม่ให้สถานการณ์ที่ประเทศอย่างลิทัวเนีย โรมาเนีย โปแลนด์ และอื่นๆ ที่เป็นสมาชิกใหม่ของสหภาพยุโรปที่ต้องประสบปัญหาการขาดแคลนบุคลากรด้านสาธารณสุขอันเกิดจากการเปิดเสรีสุขภาพหรือสถานการณ์อย่างประเทศอังกฤษ ที่แพทย์ต่างชาติเข้าไปมีส่วนแบ่งในตลาดแรงงานมากขึ้นเรื่อยๆ ต้องเกิดขึ้นกับประเทศไทย และประเทศอื่นใดในประชาคมอาเซียน นอกเหนือจากจริยธรรมควรที่จะถูกดึงเข้ามาแล้ว แต่ละประเทศสมาชิกรวมถึงประเทศไทยยังควรที่จะพิจารณาศักยภาพของตนเอง และหาทางขับเคลื่อนการเปิดเสรีตลาดสุขภาพเมื่อถึงเวลาที่เห็นว่าพร้อมดังที่อิตาลีและเยอรมนี ที่ให้เวลากับการเตรียมพร้อมของประเทศตนเอง โดยไม่ผลิผลลามากระโจนเข้าสู่ตลาดเสรีอย่างเช่นที่ประเทศอังกฤษทำ เพื่อให้เสรีภาพในการเคลื่อนย้ายแรงงานสาขาสุขภาพ เป็นเสรีภาพที่ทุกคนได้ประโยชน์อย่างเท่าเทียมและทั่วถึง บทเรียนที่ได้รับจากกรณีการเปิดเสรีตลาดสุขภาพในกลุ่มสหภาพยุโรป ทำให้ได้ข้อคิดว่า การเป็นประชาคมเศรษฐกิจของ



อาเซียนหากแต่ละประเทศมีกระบวนการจัดการ เตรียมความพร้อมและเฝ้าระวังสถานการณ์อย่างต่อเนื่องจะสามารถลดผลกระทบด้านลบต่อระบบสุขภาพได้



#### แหล่งข้อมูล

- สำนักงานวิจัยและพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพ (2554) กำลังคนด้านสุขภาพที่เป็นมา เป็นอยู่ และจะเป็นไป, สำนักงานวิจัยและพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพ, พิมพ์ครั้งที่ 1, กันยายน 2554.
- กลุ่มภารกิจด้านพัฒนานโยบายและยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพ สำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข, (2552). การเปิดเสรีการค้าและบริการสุขภาพของอาเซียน.
- แผนงานการพัฒนาศักยภาพด้านการค้าระหว่างประเทศและสุขภาพ สำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข. (2554). เอกสารประกอบการประชุมร่างการศึกษาศักยภาพของข้อตกลงยอมรับร่วมภายใต้กรอบอาเซียนต่อระบบสุขภาพของประเทศไทย (การวิเคราะห์ประสบการณ์จากสหภาพยุโรป) ในวันที่ 20 ธันวาคม 2554.
- ธนาธิป ศุภประดิษฐ์, (2555). เปิดเสรีประชาคม ศก.อาเซียนการแพทย์ไทยได้มากกว่าเสีย. กรุงเทพฯธุรกิจ.
- ศูนย์วิจัยกสิกรไทย.(2553). การเปิดเสรีสุขภาพของอาเซียนปี 2553 : โอกาสของธุรกิจโรงพยาบาลไทย, ตั้งแต่ 18 มกราคม 2554, จาก [www.kasikornresearch.com/th/k-econ%20analysis/pages/ViewSummary.aspx?docid=24358](http://www.kasikornresearch.com/th/k-econ%20analysis/pages/ViewSummary.aspx?docid=24358)
- Ruth Young, Heather Weir, James Buchan, (2010). Health Professional Mobility in Europe and the UK: A Scoping Study of Issues and Evidence, National Institute for Health Research Service Delivery and Organisation programme, Retrieved January, 18, 2012, from [www.sdo.nihr.ac.uk/files/project/134-final-report.pdf](http://www.sdo.nihr.ac.uk/files/project/134-final-report.pdf)



# รพ.สต.เฉลิมพระเกียรติฯ วังสมบูรณ์ จ.สระแก้ว เงินต่อเงิน เกิดเป็นคนทำงาน

- เป็น รพ.สต. ที่ไม่ต้องพึ่งงบประมาณจาก CUP มาจ้างคน
- เป็น รพ.สต. ที่มีบุคลากรประจำ 13 คน จำนวนนี้เป็นพยาบาลเวชปฏิบัติ 2, ทันตภิบาล 1, นักวิชาการสาธารณสุข 1, เจ้าพนักงานเภสัชกรรม 1 และนักการแพทย์แผนไทย อีก 1
- เป็น รพ.สต. ที่มีระบบเวร 24 ชั่วโมง ทำให้ให้บริการคนไข้ได้ทั้งวันทั้งคืน มีระบบการจ่ายค่าเวรบุคลากรไม่ต่างจากโรงพยาบาล
- เป็น รพ.สต. ที่จ่ายค่าตอบแทนให้ทันตแพทย์ที่หมุนเวียนไปปฏิบัติหน้าที่ได้

ของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปัจจุบันมีเงินหมุนเวียน 1.3 ล้านบาท, กองทุน รพ.สต.เฉลิมพระเกียรติ เป็นกองทุนที่เกิดจากการระดมเงินบริจาคของ รพ.สต. และ กองทุน 2 บาท เป็นกองทุนของ รพ.สต. อีกกองทุนหนึ่ง ที่ให้ประชาชนที่อยู่ในพื้นที่รับผิดชอบของ รพ.สต.เฉลิมพระเกียรติ ร่วมกันบริจาคเงินคนละ 2 บาท ต่อเดือน เพื่อนำมาใช้ในการจัดบริการสุขภาพให้กับประชาชน

เมื่อมีกำลังทรัพย์ กำลังจ้างคนก็ตามมา เมื่อมีกำลังจ้างคน กำลังให้บริการก็ตามมา เมื่อมีกำลังให้บริการมากพอ กำลังทรัพย์อันเกิดจากรายได้ที่เพิ่มขึ้นก็ตามมาอีกวนไป วนมา จนเกิดเป็นความเข้มแข็ง ไม่เพียงเฉพาะความสามารถในการจ้างบุคลากรเท่านั้น แต่ยังรวมถึงความสามารถในการสร้างบุคลากรด้วย ปัจจุบัน รพ.สต.เฉลิมพระเกียรติฯ วังสมบูรณ์ สามารถให้ทุนนักเรียนพยาบาล 2 คน ทุนละ 30,000 บาทต่อปี เมื่อนักเรียน 2 คนนี้เรียนจบ รพ.สต.แห่งนี้ก็จะมีพยาบาลวิชาชีพเพิ่มขึ้นมาอีก 2 คน

เมื่อมีกำลังทรัพย์  
กำลังจ้างคนก็ตามมา  
เมื่อมีกำลังจ้างคน  
กำลังให้บริการก็ตามมา  
เมื่อมีกำลังให้บริการมากพอ  
กำลังทรัพย์อันเกิดจากรายได้  
ที่เพิ่มขึ้นก็ตามมาอีก  
วนไป วนมา จนเกิดเป็น  
ความเข้มแข็ง

ความสามารถในการบริหารจัดการงบประมาณ และการสนับสนุนจากชาวบ้านในพื้นที่รับผิดชอบ

นอกเหนือจากงบประมาณที่ได้รับการสนับสนุนจาก CUP อำเภอสว่างสมบูรณ์ และภาคส่วนอื่นๆ ตามระบบระเบียบแล้ว รพ.สต. เฉลิมพระเกียรติฯ วังสมบูรณ์ยังมีรายได้หลักมาจากการ “สอยเงิน” จาก สำนักงานหลักประกันสุขภาพ ด้วยการจ้างพนักงาน 1 คนเพื่อคัดข้อมูลส่ง สปสช. เป็นการเฉพาะ เพื่อให้ได้เงินมาสำหรับการจ้างบุคลากร นอกจากนี้ยังมีการจัดตั้งกองทุนขึ้นมาอีก 3 กอง ได้แก่ กองทุนพัฒนาสุขภาพ

เมื่อถามถึงเคล็ดลับในการพัฒนาและสร้างความเข้มแข็งให้ รพ.สต. จำเริญบอกว่า ต้องมองให้เห็นช่องทางและโอกาสในการสร้างรายได้ให้กับ รพ.สต. ก่อน แล้วหาทางใช้ประโยชน์จากช่องทางนั้น แนนอนช่องทางและโอกาสของแต่ละแห่งอาจจะไม่เหมือนกันขึ้นกับลักษณะองค์กรและปัจจัยแวดล้อม จะหาวิธี “สอยเงิน” จาก สปสช. และสร้างกองทุนเหมือน รพ.สต.เฉลิมพระเกียรติแห่งนี้ก็ได้ แต่อย่าลืมปรับให้เข้ากับ รพ.สต. และชุมชนที่ รพ.สต. ตนเอง ตั้งอยู่







# นพ.สุวัฒน์ กิตติดีลกุล ในสามสายน้ำ แห่งการจัดการ กำลังคน

อดีตรองผู้อำนวยการสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข อดีตนายแพทย์สาธารณสุข (นพ.สสจ.) จังหวัดแม่ฮ่องสอน และปัจจุบัน นพ.สสจ.สมุทรสงคราม 3 ตำแหน่งที่ล้วนเกี่ยวข้องกับการบริหารและจัดการกำลังคนด้านสุขภาพ น่าจะเพียงพอที่จะเรียกขาน นพ.สุวัฒน์ กิตติดีลกุล ว่าปลาสามน้ำแห่งการจัดการกำลังคน เพราะท่านได้ผ่านมาแล้วทั้งสายน้ำส่วนกลาง ที่มีหน้าที่บริหารและจัดการกำลังคนในระดับนโยบาย สายน้ำแห่งความแห่งแล้ง พื้นที่ชนบทกันดาร ที่อดคิดขาดแคลนกำลังคน เกมที่มีอยู่ก็เปลี่ยนหน้าใหม่แทบจะทุกปี และสายน้ำแห่งความเป็นเมือง ที่กำลังคนอยู่เซ่นหนึ่ง แทบไม่มีการเคลื่อนย้าย

ประสบการณ์การทำงานของท่านสามสาย บวกกับประสบการณ์จากการเรียนรู้ที่สำเร็จการศึกษาด้านการบริหารและจัดการกำลังคนด้านสุขภาพโดยตรงจากประเทศอังกฤษ หล่อหลอมให้เข้าใจและมองเห็นปัญหาอุปสรรค รวมถึงทางออกในการบริหารและจัดการกำลังคนด้านสุขภาพได้ทะลุปรุโปร่ง และนี่ก็เป็นเหตุผลที่เราเดินทางมาหาท่านถึงสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสมุทรสงครามในครั้งนี้





🦋 การทำหน้าที่ นพ.สสจ. 2 จังหวัดติดต่อกัน  
รวมเป็นระยะเวลาค่อนข้างนาน ทำให้คุณหมอมอง  
เห็นอะไรในการบริหารจัดการกำลังคนด้านสุขภาพ  
ระดับพื้นที่บ้าง

เวลาพูดคำว่าจัดการมันเป็นคำใหญ่ เราต้อง  
แยกมันมีเรื่องที่เราทำได้และทำไม่ได้ อย่างพยาบาล  
เรื่องที่เราทำไม่ได้คือการผลิต แต่จังหวัดก็เข้ามาจัดการ  
ด้วยการทำแผน ดูว่าเราต้องการพยาบาลป็นี่กี่คน  
สมัยก่อนสิ่งที่จะช่วยจังหวัดได้คือ เวลาที่กระทรวงฯ  
จัดโควตาลงไปว่าให้แม่ฮ่องสอนกี่คน มันสะท้อนว่า  
เราไปมองว่าพื้นที่ต้องการกี่คนตามความเห็นของเรา  
สัดส่วนมาจากอะไรผมก็ไม่ทราบ หน้าที่ผมคือเอา  
มากระจายให้กับอำเภอต่าง ๆ หน้าที่เราคือกระตุ้นให้  
คนในพื้นที่เข้าไปเรียนให้ได้มากที่สุด มันเคยมีว่าปีหนึ่ง  
แม่ฮ่องสอนได้ทุน 10 ปี แต่คนแม่ฮ่องสอนไปสอบได้  
จริง ๆ มีแค่ 3 คน ที่เหลือก็จะเป็นคนที่อื่น เชียงใหม่  
บ้าง ลำปางบ้าง มาขอโควตานี้ไปเรียน คนภาคกลาง  
ก็ยังเคยมีแต่การเอาโควตาไปแม่ฮ่องสอนไปเรียนก็มี  
ข้อผูกพันว่าต้องกลับไปใช้ทุนที่แม่ฮ่องสอน แต่มันก็  
มีปัญหาตามมาเพราะพอไม่ใช้คนในพื้นที่ทำงานได้  
สัก 1-2 ปีก็จะขอย้าย กลับบ้าน เราก็ต้องยอม จะไป  
ใจแข็งไม่ยอมให้เขาไปไม่ได้ หรืออีกอย่างหนึ่งคือเรา  
ก็จับมาแต่งงานกับคนของเราซะเลย

ง่าย ๆ คือผมมองเห็นข้อจำกัดในการจัดการ  
กำลังคน เมื่อพูดถึงการจัดการกำลังคน มันจะมีตั้งแต่  
การวางแผน การผลิต และการกระจาย สิ่งที่ระดับ  
จังหวัดทำได้น้อยมากคือการผลิต เว้นแต่เป็นสาขาที่  
ผลิตเองใช้เองในจังหวัด เช่น สายผู้ช่วย หรือ nurse  
aids ที่สถานพยาบาลสามารถผลิตได้เอง ส่วนแพทย์  
ทันตแพทย์ พยาบาล พวกนี้จังหวัดผลิตเองไม่ได้เลย  
จังหวัดจึงทำได้เฉพาะการวางแผนกับการใช้ ตอนนี้  
กระทรวงกำลังทำ service plan ก็จะต้องมีการวางแผน  
ให้เชื่อมกัน service plan อาจจะเป็นปัจจัยในการ  
วางแผน เราผลิตคนเองไม่ได้ แต่เราจะกระจายได้ เพื่อให้  
ตอบสนองต่อความต้องการตรงนั้น ทุกจังหวัดทำได้  
คล้าย ๆ กัน แต่แตกต่างกัน

🦋 คืออย่างไรคะ ทุกจังหวัดทำได้คล้ายกันแต่  
แตกต่างกัน

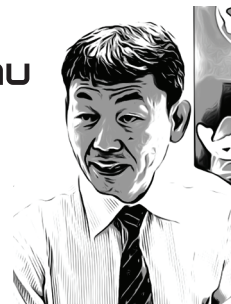
แม่ฮ่องสอนเป็นป่าเขาเยอะ ประชาชนเข้า  
ไม่ถึงระบบบริการ รพ. ที่อยู่ในอำเภอ หากชาวบ้าน  
จะไป เดินเท้านี้บางครั้ง 7 ชม. บางที่ 12 ชม. บางพื้นที่  
ใช้เวลา 2 วัน จากหมู่บ้าน ถึง รพช. ทั้งเดินเท้า นั่งเรือ  
นั่งรถ การจะบอกให้คนไข้เจ็บป่วยแล้วมา รพ. เขาไม่มา  
หรอก เขาก็รักษาไปตามมีตามเกิด เขาก็จะขาดโอกาส  
ในการรับบริการ เช่นเดียวกับหลายพื้นที่ที่มีลักษณะ  
แบบนี้ การแก้ปัญหาในแม่ฮ่องสอน คือ การกระจาย  
สถานบริการไปให้มากที่สุด แม่ฮ่องสอน จึงต้องการ  
สถานบริการที่เล็กกว่าสถานือนามัย ที่เราเรียกว่าศูนย์  
สุขภาพชุมชน (ศชช.) ต้องกระจายลงไปให้ถึงหมู่บ้าน

🦋 แล้วคุณหมอหาคนลงไปอย่างไร

ปัญหาคือตรงนี้ จะเอาคนมาจากไหน และ  
ต้องการบุคลากรกลุ่มใดลงไปเติม สมัยก่อนเราเอาคนใน  
พื้นที่จากหมู่บ้านเลย มาเรียน มาอบรม เอาคนที่ผ่าน  
กระบวนการตามระบบการศึกษา ที่สมัยก่อนเราเอาเด็ก  
ม. 6 อันนี้แน่นอนว่าเมื่อจบแล้วเขากลับไปทำงานใน  
หมู่บ้านแน่ ๆ เพราะเป็นคนในพื้นที่ เราไปหาว่าใคร  
จะเข้ามาอบรมได้บ้าง ใครพอมีหน่วยก้าน มีความรู้  
ผ่านการศึกษาในระบบมาบ้าง แล้วก็เอาแพทย์  
พยาบาลในจังหวัดมาจัดอบรมให้ ระยะสั้น 2-3 เดือน  
มีระบบพี่เลี้ยงดูแล โดยสถานือนามัยเป็นคนดูแล  
ชีวิตของแม่ฮ่องสอนคือสิ่งที่เราทำมันไปสอดคล้องกับ  
นโยบายขององค์กรระหว่างประเทศ ที่เขาเห็นสภาพ  
พื้นที่ห่างไกล แล้วหาทางออกว่าทำอะไรประชาชน  
ถึงจะได้โอกาสในการเข้าถึงบริการ เราก็เสนอความคิด  
ไป เขายินดีที่จะสนับสนุนเรา ให้เงินตั้งแต่การสร้างพื้นที่  
ทำงานให้เขา ให้เงินฝึกอบรม

แต่ปัญหาก็เกิดตรงที่ว่าที่แรกเราจ้างเขาเป็น  
ลูกจ้าง ต่อมาก็พัฒนาเป็นลูกจ้างประจำ ทุกอย่างไม่ต่าง  
จากข้าราชการ หลายจังหวัดที่พื้นที่เป็นป่าเขาก็ได้ทำ  
อย่างนี้เหมือนกัน แต่มามีจุดเปลี่ยนเมื่อคนเหล่านี้เติบโต  
ขึ้น คนทำงานกับเรา เราก็อยากให้เขาก้าวหน้า เราก็  
ให้เขาไปเรียนหนังสือเพิ่มเติม ให้ไปต่อยอด จบมาเป็น

“**เกณฑ์มาตรฐานของคุณมันไปอยู่ที่เด็กสวนกุหลาบ  
เด็กเทพศิรินทร์ เด็กแม่ฮ่องสอนก็แย่อแล้ว ผมเชื่อว่า  
คนแม่ฮ่องสอนไม่ได้โง่ ที่จะเรียนด้านการแพทย์ไม่ได้  
เราไปขัดเล่นเป็นการปิดโอกาสเขา”**



พนักงานสุขภาพชุมชน พอเขาเป็นพนักงานสุขภาพ  
ชุมชนเขาก็อยู่ ศชช. ไม่ได้แล้ว ต้องไปอยู่ สอ. กลายเป็นว่าให้ไปเรียนแล้วก็ทิ้งพื้นที่ เพราะที่ที่เคยทำงาน  
อาจจะเล็กไปสำหรับเขา เจ้าพนักงานสุขภาพชุมชน  
ต้องอยู่ที่สถานือนามัย หลายแห่งก็เลยต้องปิด ศชช.  
โดยปริยาย แต่หลายแห่ง เมื่อคุยกันเอง ประกอบ  
กับชุมชนก็เรียกร้องเพราะเขาเดินทางเข้าไปที่ สอ.  
ลำบาก ก็ร้องเข้ามาในกระทรวงฯ ว่าอย่าปิด ศชช.  
ตอนที่ผมอยู่ที่นั่นก็นั่งคิดกันว่าจะทำยังไงให้มีคนไป  
ทำงานที่ ศชช. ผู้ใหญ่ในกระทรวงก็บอกให้เราไปทำ  
ให้ได้ มันไม่มีทางที่ผมจะเอาคนที่เคยอยู่นามัยแล้ว  
ผลักเขากลับไป ก็ต้องสร้างคนใหม่

🦋 **สิ่งที่คุณหมอทำก็ไม่ตอบโจทย์สำนักงานหลัก  
ประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ที่มีข้อกำหนด  
เรื่องจำนวนพยาบาลในสถานบริการปฐมภูมิ  
เพราะกำลังคนกลุ่มนี้ไม่ได้อยู่ในระบบ**

ผมไม่ได้ต้องการตอบสนอง สปสช. แต่มัน  
จะมีผลทางอ้อม เมื่อมีคนกลุ่มนี้เข้าไปในพื้นที่การ  
ดูแลสุขภาพของประชาชนก็น่าจะดีขึ้น แต่แน่นอนผม  
ไม่ได้หวังที่จะเอาเงิน สปสช. ผมจึงไม่สามารถขอเงิน  
สปสช. สำหรับดูแลคนกลุ่มนี้ได้

แต่ก็โชคดีที่ สปสช. สนใจแม่ฮ่องสอนเป็น  
พิเศษ มี special project ให้แม่ฮ่องสอน ดูว่าจะทำ  
ยังไงให้คนที่แม่ฮ่องสอนมีสุขภาพดีขึ้น แม่ฮ่องสอนก็  
เสนอประเด็นนี้เข้าไปใน สปสช. เหมือนกัน เขาก็ให้  
เงินมาทดลองโครงการแบบนี้ ก็ได้เงินมา 2-3 ปี แต่  
เขาไม่ให้เงินมาสร้างนะ ให้มาอบรม แล้วให้ค่าทำงาน

แปลว่าเราต้องมีที่ทำงานที่ชัดเจนให้คนเหล่านั้น  
แม่ฮ่องสอนนี้ต้องการคนระดับต่ำกว่า สอ.  
เยอะมาก เรารู้เลยว่าไม่มีทางทำให้ที่นี่ปลอดจาก  
มาเลเรีย สิ่งที่เราทำได้คือจะควบคุมยังไงไม่ให้มัน  
แพร่ระบาดไปเยอะ จะดูแลผู้ป่วยมาเลเรียยังไงไม่ให้  
เกิดโรคแทรกซ้อน ไม่ต้องหามกันไปรักษาต่อ ก็อาศัย  
รูปแบบที่เราทำไปตั้งสิ่งที่เรียกว่ามาเลเรียโพสท์ ไม่ใช่  
คลินิกนะ เราเอาชาวบ้านนั้นแหละมาอบรมวิธีวินิจฉัย  
มาเลเรียอย่างง่าย ๆ พุดไปแล้วหลายคนอาจยอมรับ  
ไม่ได้ เพราะคิดว่าการวินิจฉัยมาเลเรียต้องใช้วิธีเจาะ  
เลือดส่งกล้อง ซึ่งถือเป็นมาตรฐาน แต่การส่งกล้อง  
เป็นเรื่องที่ต้องใช้ความเชี่ยวชาญมาก ต้องอาศัยการ  
กำกับดูแลอย่างใกล้ชิด เราทำไม่ได้ เราเอาคนมาฝึก  
ประมาณ 6 เดือน ให้เชี่ยวชาญ สามารถแยกแยะ  
สายพันธุ์มาเลเรียได้เลย เราโชคดีที่ได้เงินสนับสนุน  
บางแห่งให้เงินซื้อ rapid test kits บางแห่งให้เงิน  
ค่าฝึกอบรม แล้วก็มิพี่เลี้ยงจาก สอ. ไปติดตาม  
พวก สอ. อาจจะมีความรู้เรื่องมาเลเรีย แต่ความรู้  
ด้านการรักษาอาจจะน้อยกว่าคนกลุ่มนี้ด้วยซ้ำไป  
เพราะพนักงานมาเลเรียทำเรื่องนี้เป็นการเฉพาะเลย  
เจาะเลือดได้ แยกสายพันธุ์ได้ รักษาได้ เวลาที่ รพ.  
จะทำงานมาเลเรีย ก็ต้องประสานกับพนักงานกลุ่มนี้

🦋 **สิ่งที่คุณหมอทำหลาย ๆ อย่าง ข้ามขอบเขตของ  
สภာวิชาชีพอายุมาก มีการแทรกแซงจากสภာวิชาชีพ  
บ้างหรือยัง**

ยังไม่เคยเจอนะ คนของเรานี้ต้องเจาะเลือด  
เป็น เรามีปัญหามาเลเรีย หากเจาะแล้วเจอก็ต้องรักษา

ได้เลย หากพูดให้แพทย์ผู้เชี่ยวชาญฟังก็คงด่าผม แต่พอบอกว่าเป็นที่แม่ฮ่องสอนคงไม่มีใครด่าหรือทักเห็นใจ ว่าจำเป็น หากจะให้ผมเอาวิชาชีมาเป็นกรอบ ผมคงทำอะไรไม่ได้ ครั้งหนึ่งทีมแพทย์สภาเคยไปเยี่ยมผมที่แม่ฮ่องสอน ให้ผมเรียกแพทย์ทุกคนในจังหวัดมา ผมก็พยายามเรียกให้มา แต่ก็ปรากฏว่ามาไม่เยอะหรือ รพ. จังหวัดยังมาแค่ 4-5 คน รพ. อำเภอก็มานิดหน่อย ผมก็รู้สึกเสียหน้านิดหน่อย แต่พอแพทย์สภากลับไปแล้วผมก็รู้สึกดีใจที่มากันไม่เยอะ เพราะเขามายกข้ออ้างว่าต้องระวังนะ ทำอย่างโน้น เดียวถูกฟ้องร้องนะ ทำอย่างนี้แล้วจะอย่างนั้นอย่างนี้ ฟังแล้วเหมือนกับทำอะไรไม่ได้เลย จนกระทั่งมีน้องหมอคนหนึ่งอยู่ รพ. จังหวัด ถามขึ้นมาว่าแล้วอาจารย์จะให้ผมทำอะไรบ้าง แล้วคนไข้จะทำอย่างไร ถ้าที่นี้ทำ



อะไรไม่ได้ ต้องให้ไปเชียงใหม่เท่านั้น โชคดีที่ไม่มีใครฟัง เพราะถ้าคนฟังนะ ที่แม่ฮ่องสอนจะผ่าตัดไม่ได้เลยแม้แต่คนเดียว เพราะไม่มีวิสัญญีแพทย์ แม่ฮ่องสอนไม่มีวิสัญญีแพทย์แล้วใครแก้ปัญหาให้ผม ผมได้ใครตามมา ส่งเรียนแล้ว แต่เรียนจบปีหนึ่งไปเลย พอคนนี้ไปกว่าจะได้คนใหม่ผมก็ต้องรอไปอีก 4 ปี ระหว่างนั้นจะทำยังไง ผมถือว่าโชคดีที่น้องๆ หมอไม่กลัว เพราะเขาเอาความตั้งใจ เป็นหลัก เป็นเกราะคุ้มกันในการดูแลคนไข้ให้ดีที่สุด ซึ่งผมก็บอกเขาว่าสิ่งนี้สำคัญมากกว่ามาตรฐานวิชาชีพ

🦋 คุณหมอพูดเรื่องระบบโควตาในตอนแรกว่าโควตาที่จัดสรรให้แม่ฮ่องสอนสุดท้ายก็ไม่ใช่นคนที่แม่ฮ่องสอนที่ได้มาเรียน แปลว่าระบบโควตาเรียนจริงๆ แล้วก็ไม่ได้ตอบโจทย์กำลังคนของพื้นที่ ไม่ได้ตอบเสียทีเดียว โควตาให้โอกาสให้เรามีที่เรียนมากขึ้น แต่มาตรฐานการศึกษาแต่ละพื้นที่ไม่เท่ากัน ทำให้เป็นโอกาสทางการศึกษาที่คนแม่ฮ่องสอนเข้าไม่ถึง ก็ได้แค่นี้

🦋 ถ้าอย่างนั้นส่วนกลางควรต้องมีระบบการผลิตแบบไหนที่จะตอบสนองความต้องการกำลังคนในพื้นที่ได้ โควตานี้แหละ แต่อย่าไปซีเรียสกับเกรดเฉลี่ยให้มาก คนแม่ฮ่องสอนสอบได้คะแนนเท่านี้แค่ 2 คนเราก็ได้แค่นี้ ที่เหลือคนอื่นก็เอาไป คนที่อื่นที่เขามีโอกาสทำคะแนนได้ดีกว่า เขาก็เอาโควตาของแม่ฮ่องสอนไป โอเคว่าเราก็ได้เขามาทำงานในระดับหนึ่ง แต่เราก็ต้องเตรียมทำใจว่าเขาจะไป

🦋 ระบบการศึกษามองว่าจำเป็นต้องมีมาตรฐานการศึกษาเพื่อให้ผลผลิตมีคุณภาพ คุณหมอมองว่าคุณภาพของคนในระบบบริการ เป็นนิยามเดียวกับคุณภาพในความหมายของระบบการศึกษาหรือไม่ ก็คงจะไม่เหมือนกันเสียทีเดียว คุณภาพของการศึกษาอาจจะหมายถึงการเชิดหน้าชูตาของสถาบันสอบได้คะแนนดี ๆ อันดับสูง ๆ ของประเทศ ถามว่า

# “ส่วนกลางจะเอาข้อมูลที่ไหนมาตัดสิน ข้อมูลอันไหนเป็นจริง อันไหนเป็นเท็จ นอกจากต้องมีตาทิพย์ เพื่อจะได้รู้ว่าข้อมูลอันนี้เป็นจริง ข้อมูลอันนี้จังหวัดเขียนขึ้นมาเพื่อหาคน สิ่งที่เกิดขึ้นคือส่วนกลางเชื่อใครก็ตามที่อยู่ใกล้ ให้ข้อมูลได้มากที่สุด ครบถ้วน เร็วสุด”



สิ่งเหล่านี้เป็นหลักประกันในคุณภาพการทำงานใหม่ก็ไม่เชิง เวลาจบมันไม่ได้ขึ้นอยู่กับสถาบันการศึกษามันมีมากกว่านั้น การทำงานก็มีโอกาสที่จะพัฒนางานให้ดีขึ้นได้ เราควรมองว่าระดับมาตรฐานระดับไหนที่จะทำให้เขาพอเรียนได้ เพื่อให้เขามีโอกาสได้เรียน มันก็จำเป็นทางออกให้เขา แต่ถ้าคุณไปขีดเส้นว่าต้องได้เกรดเฉลี่ยเท่านั้น คนตรงนี้ไม่มีโอกาสได้เรียนหรือ สิ่งเหล่านี้เป็นตัวอย่างให้เห็น มันรวมไปถึงหลักสูตรของแพทย์ เกสซอร์ มันจะมีโอกาสถ้าหากเรากำหนดเงื่อนไข เช่น เด็กที่สอบได้ที่หนึ่งที่สองของแม่ฮ่องสอนให้ได้มีโอกาสเรียนนะ แต่พอเราเอาเกณฑ์มาตรฐานมาวัดเพื่อจะเข้ามหาวิทยาลัย เข้าแพทย์เด็กตรงนี้ไปไม่ถึงหรือ ครั้นถามว่าเขาหัวสมองไม่ดีเรียนแพทย์ไม่ได้หรือ มันก็ไม่ใช่ ถ้าเขามีโอกาสได้ expose บรรยากาศทางการศึกษาเหมือนกันเขาก็เรียนได้ แต่เกณฑ์มาตรฐานของคุณมันไปอยู่ที่เด็กสวนกุหลาบ เด็กเทพศิรินทร์ เด็กแม่ฮ่องสอนก็แย่แล้วผมเชื่อว่าคนแม่ฮ่องสอนไม่ได้โง่ ที่จะเรียนด้านการแพทย์ไม่ได้ เราไปขีดเส้นเป็นการปิดโอกาสเขา ช่วงหลังอาจจะดีขึ้นนิดหนึ่ง มีโควตาเป็นจังหวัดให้เลย บังคับว่าต้องจบที่นี้จริงจึงจะไปเรียนได้ แต่ก็ยังเป็นโควตาที่จำกัดอยู่ แต่ก็ยังดีที่ให้คนแม่ฮ่องสอนได้ไปเรียนแพทย์ แต่มันก็ไม่แนเสมอไปว่าคนแม่ฮ่องสอนจะอยู่แม่ฮ่องสอนนาน เราจะไปหวังร้อยเปอร์เซ็นต์ไม่ได้ แต่ถามว่าแล้วมันมีโอกาสมากกว่าไหม คนไทยไปอยู่อเมริกายังมีเลย คนไทยที่ไปเรียนอเมริกาแล้วกลับมาบ้านเราก็เยอะแยะไป และที่อยู่ทำงานต่อก็มี

🦋 ปัจจุบันโครงสร้างหลายอย่างที่เกี่ยวกับระบบบริการสุขภาพเปลี่ยนไป งบประมาณก็มาอยู่ในมือ สปสช. และ สำนักงานคณะกรรมการข้าราชการพลเรือนก็ลดอัตรากำลังคน คิดว่ากระทรวงสาธารณสุข ควรต้องปรับตัวอย่างไรบ้างไหม

พูดบนฐานที่ผมไม่เข้าใจ กพ. จริง ๆ จัง ๆ นะ ผมว่า กพ. ไม่ได้ดูความจำเป็น กพ. มีความสุขอยู่เพียงว่าสามารถบิบบจำนวนข้าราชการให้เป็นไปตามที่ กพ. กำหนด คือลดจำนวนกำลังคนที่เป็นข้าราชการภาครัฐที่ กพ. ต้องดูแล แต่ไม่สนใจว่าราชการต้องไปดิ้นรนไปหาทางออกยังไงเพื่อให้มีคนเพียงพอในการทำงานเป็นเรื่องของคนอื่นไป กพ. ไม่รับรู้ แม้เงินที่เอามาจ้างคนเพิ่ม จะเป็นเงินของราชการก็ตาม แต่ก็ไม่ใช้เงินที่ กพ. ต้องใส่ใจดูแล พูดจากความรู้สึกนะ แบบนั้นมันก็กระทบกับสาธารณสุข เราได้คนที่ไม่ครบถ้วน ซึ่งมีผลต่อขวัญกำลังใจเจ้าหน้าที่ แต่ถามว่าขาดแคลนคนในระบบบริการใหม่ ก็ไม่ เพราะเรายังต้องให้บริการอยู่ทุก รพ. ต้องดิ้นรน ต้องหาทางจ้างคน โดยใช้เงินตัวเองที่มีอยู่ มีเงินมากก็จ้างมาก ที่มีประชาชนมากเงินมากก็จ้างมาก ไม่สนใจตำแหน่ง กพ. ไม่มองมือเท้า

ผลเสียคือถ้าหน่วยงานไหนต้องการกำลังคนเหมือนกัน แต่ไม่ได้รับจัดสรรตำแหน่ง และไม่มีเงินจ้างจะทำยังไง เช่นกรณีสถานีนอนาถาที่ไม่มีเงินจ้าง หากไม่ได้รับการช่วยเหลือจากโรงพยาบาล หรือ สสจ. ก็จะไม่สามารถจ้างคนเข้ามาได้เลย

ที่สมุทรสงครามนี้มีปัญหาเรื่องเงินเป็นตัวบิบบ



รพ. ก็กลัวจะอยู่ไม่รอด การจะไปดูแล สอ. ยิ่งเป็นเรื่องที่ลำบาก

🦋 เป็นตัวอย่างเลยนะคะว่ากรอบหรือนโยบายจากส่วนกลางไม่สามารถใช้แบบหว่านทุกพื้นที่ได้ ถูก ยกตัวอย่างให้อีกอันหนึ่ง เมื่อปีที่แล้ว อนามัยแห่งหนึ่งของผมไม่มีพยาบาลวิชาชีพ ที่นี้ก็มีที่กัณดาร ที่ที่ไม่มีใครอยากไปอยู่ด้วยนะ

🦋 กัณดารของสมุทรสงครามนี้ขนาดไหนคะ

ผมก็ไม่อยากพูด เดี่ยวคนจะหมั่นไส้ผม บอกได้แต่ว่าเวลาที่ผมบอกคนตรงนั้นว่าลำบาก ให้คิดเสมอ นะว่ามีคนที่ทำงานลำบากกว่าเราเยอะ กัณดารของเรา ก็ถือว่ากัณดารกว่าที่อื่นในจังหวัดของเรา คุณขับรถ มาตามถนนพระราม 2 ก็เห็น อีกฝั่งของถนนนั่นก็คือ กัณดารแล้ว เพราะเมืองอยู่ฝั่งนี้ ตรงนั้นที่ไม่มีพยาบาล ไปยอมอยู่ แต่ก็ถือว่าโชคดีของผมที่มีพยาบาลขอย้าย มา เราก็บอกเลยว่าต้องไปลงตรงนั้นนะ จริง ๆ ไม่มี ตำแหน่งด้วย แต่ผมก็บอกว่าจะจ้าง เขาเอา เราก็จ้าง ปัญหาต่อไปคือเอาเงินที่ไหนจ้าง วัฒนธรรมของ รพ. กับ สอ. มันอาจจะคนละวัฒนธรรมอยู่แล้ว ยิ่งเป็น อ.เมือง ยิ่งยากใหญ่ รพ. จังหวัดมีความเป็น รพ. สูง อันนี้ผมก็เข้าใจนะ ก็ไม่ได้ไปเรียกร้องอะไรกับ รพ. เขา มาก หากผมไปบีบให้เขาเอาเงิน รพ. ไปจ้าง เขาก็จะถามกลับว่า แล้ว สสจ. เอาเงินที่ไหนให้เขาไปจ้าง ผม ก็ไม่รู้จะทำยังไง ผมบอกเลยว่าผมบริหารอย่างมีอคติ ผมพยายามเอาใจโรงพยาบาลทุกอย่าง ด้วยหวังว่า จะได้ขอความเห็นใจของ รพ. เวลาที่ต้องเอาเงินไป ช่วย สอ. เขาจะช่วยได้บ้าง อย่างกรณีพยาบาลนี้ รพ. ก็ยอมจ้างให้ ภายใต้เงื่อนไขว่าจะผมช่วยหาเงินให้

🦋 ในฐานะที่เห็นพื้นที่ทั้งเป็นเมืองและชนบทห่างไกล รวมทั้งการมีประสบการณ์ในส่วนกลาง คุณหมอมองว่าการจัดการกำลังคนควรวางแผนที่ส่วนกลางหรือพื้นที่

ทุกวันนี้มันจัดการในพื้นที่ทั้งนั้น เพียงแต่ว่า เมื่อจัดการแล้ว พื้นที่ไม่มีสิทธิ ไม่มีอิสระ ให้มันเป็น

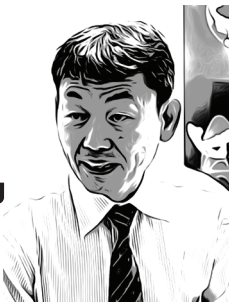
จริงได้ เช่นเรา (จังหวัด) เป็นคนวางแผนว่าต้องการเท่านั้นคน เท่านั้นคน ทำแผนประเมินส่งไปส่วนกลาง แต่ถามว่าในจังหวัดหรือพื้นที่จะเอาคนไปได้ยังไง มันก็ต้องจัดสรรเป็นโควตาจากส่วนกลางไป เพราะฉะนั้น หากส่วนกลางฟังข้อมูลจากพื้นที่อย่างมีข้อมูล อย่าง สมเหตุสมผล ก็จะช่วยพื้นที่ได้มาก ผมเองเคยอยู่ส่วนกลางก็ไม่ได้คาดหวังอะไรมาก เพราะส่วนกลางไม่ได้มีข้อมูลทั้งหมด เพราะพอลงพื้นที่ พื้นที่ก็จะบอกว่าตัวเองจำเป็นหมด ถามว่าแล้วส่วนกลางจะจัดสรร ยังไง หากพูดอย่างไม่มีอคติ ส่วนกลางจะเอาข้อมูล ที่ไหนมาตัดสินใจ ข้อมูลอันไหนเป็นจริง อันไหนเป็นเท็จ นอกจากต้องมีตาพิพม์ เพื่อจะได้รู้ว่าข้อมูลอันนี้เป็นจริง ข้อมูลอันนี้จังหวัดเขียนขึ้นมาเพื่อหาคน สิ่งที่เกิดขึ้นคือส่วนกลางเชื่อใครก็ตามที่อยู่ใกล้ ให้ ข้อมูลได้มากที่สุด ครบถ้วน เร็วสุด เราก็เอาข้อมูล มาใช้ในการจัดสรร มันก็จะถูกต้องบ้าง ไม่ถูกต้องบ้าง เหมาะสมบ้าง ไม่เหมาะสมบ้าง สมัยผมอยู่ที่แม่ฮ่องสอน ผมต้องไปขอร้องวิงวอน ท่านรองปลัดฯ ครับ ช่วยผมหน่อยครับ ผมขาดแคลนจริง ๆ ไม่มี แพทย์ คนไข้มารอแต่เช้ากว่าจะได้ตรวจมีดคำ เพราะ ส่วนกลางให้ผมไม่พอจริง ๆ ผมขอไป 6 ให้ผมมา 3 มันไม่ไหว แต่ส่วนกลางก็ไม่ว่า เพราะตัวเลขมันออกมาอย่างนี้ คือดูที่ตัวเลขที่ไม่ว่าใครเอามานำเสนอให้ดู แลผมบางครั้ง บางปี ที่ไปก็ มีคนที่ยังไม่จบไปให้ด้วย ผมก็ต้องรอ ให้ไปก็เหมือนไม่ได้ให้ แต่ตัวเลขมันขึ้นว่า ให้แล้ว แบบนี้มันทำร้ายจังหวัดมากขึ้น

ตอบคำถามก็คือจังหวัดควรจะเป็นคนจัดการ แต่จังหวัดก็ทำอะไรไม่ได้ เพราะบางเรื่องมันเป็นเรื่อง ที่จังหวัดไม่มีอำนาจ มันก็อยู่ที่ส่วนกลางจะมีอำนาจ มีข้อมูลเพียงพอที่จะช่วยจังหวัดหรือไม่

🦋 หน่วยจัดการในระดับพื้นที่ควรจะเป็นหน่วยไหนคะระดับเขตหรือจังหวัด

พอลองว่าจะจัดการระดับเขต ผมก็ต้องถามกลับว่าแล้วเขตคือใคร จะมาจัดการอะไร เขตจะจัดการ ได้ เขตก็ต้องมีข้อมูล ถ้าเขตไม่มีข้อมูล เขตจะเอาอะไร มาพูด ถามว่าตอนนี้เราพร้อมหรือยังที่จะทำให้เขตมี

“ผู้ใหญ่ตัดสินใจแล้วไม่รับผิดชอบ โดยเฉพาะการตัดสินใจเรื่องคน จังหวัดจะ suffer อย่างไรไม่สนใจ ผู้ใหญ่อยู่กันไม่กี่ปีก็ไปแล้ว คนใหม่มาอยู่ใหม่ก็หาหลักเกณฑ์ในการจัดสรรใหม่ เปลี่ยนไปเรื่อย ทดลองไปเรื่อย แต่คนลำบากคือคนในพื้นที่”



ข้อมูล อย่างว่าแต่ข้อมูลประชากรเลย ข้อมูลสุขภาพ เชนยังไม่ค่อยรู้เลย เวลาผู้ตรวจเองจะรู้ได้ ยังต้องดูว่าเขตจะได้ข้อมูลเท่าไร ข้อมูลนี้จะอยู่ที่กรมอนามัย ข้อมูลนี้อยู่ที่อีกกรมหนึ่ง แล้วการจัดสรรทรัพยากร จะเอาที่ไหน ไม่มีกรมไหนดูแลนี้ ผมไม่ได้บอกว่า ทำไม่ได้นะ ทำได้ แต่ถามว่าแล้วกระทรวงฯ ยอมลงทุนไหม สร้างกลไกที่ทำให้เขตมีข้อมูล ทุกวันนี้เขต ยังต้องอาศัยข้อมูลจากบาง รพ. อยู่เลย แล้วจังหวัด จะไปดูข้อมูลเขตได้ไหม

ผมว่ากระทรวงฯ ไม่ต้องคิดมากเลย หาก กระทรวงฯ ไม่เชื่อข้อมูลจังหวัดก็เชื่อข้อมูลผู้ตรวจฯ สิ เพราะผู้ตรวจก็เป็นหูเป็นตาให้ปลัดกระทรวงฯ อยู่แล้ว แต่สมัยอยู่กระทรวงฯ ผมก็เคยคุยกับผู้ตรวจฯ บางคน เขาก็มีน้อยใจ ผมเคยฝากงานบางอย่าง บางคนก็บอกอย่ามาฝากเลย พูดตั้งหลายทีแล้วผู้ใหญ่ก็ไม่ฟัง

🦋 การกระจายอำนาจจะช่วยแก้ไขปัญหาดังนี้ได้ไหมคะ

ต้องถามว่ากระจายอำนาจแค่ไหน หากจะกระจายกันจริง ๆ กระทรวงสาธารณสุขต้องยุบไปเลยนะ ผมอาจจะคิดไม่ค่อยถูกใจคนในกระทรวงเท่าไร เรื่องของสุขภาพเป็นเรื่องที่ท้องถิ่นต้องเป็นคนจัดการ เพราะในที่สุดทุกอย่างต้องอยู่กับท้องถิ่น อย่างนี้ ที่เรียกว่ากระจายอำนาจจริง ๆ แต่ถ้าปากว่ากระจายอำนาจ แต่ด้วยการส่งผู้ตรวจฯ จากกระทรวงฯ ไป มันไม่ใช่ว่าการกระจายอำนาจ ยังจัดการที่ส่วนกลาง เหมือนเดิม เพียงแต่เอากลไกมาช่วยในการตัดสินใจ

ซึ่งอย่างที่บอกมันมีกลไกอยู่แล้ว แต่หากไม่ฟังกัน มันก็เป็นการตัดสินใจโดยคนเดียวเหมือนก่อน บางทีพูดกันว่าผู้ใหญ่ตัดสินใจแล้วไม่รับผิดชอบ โดยเฉพาะ การตัดสินใจเรื่องคน จังหวัดจะ suffer อย่างไรไม่สนใจ ผู้ใหญ่อยู่กันไม่กี่ปีก็ไปแล้ว คนใหม่มาอยู่ใหม่ก็หาหลักเกณฑ์ในการจัดสรรใหม่ เปลี่ยนไปเรื่อย ทดลองไปเรื่อย แต่คนลำบากคือคนในพื้นที่

🦋 ทำไมถึงแก้ไม่ได้ปัญหาอยู่ที่ตัวนโยบายหรือการนำไปใช้

จริง ๆ ตัวนโยบายผมไม่พูดถึง ทิศทางเรื่องนี้จะทำเรื่องอะไร จะ รพ.สต. จะ 30 บาท เป็นนโยบาย เราคงไม่วิจารณ์ กระทรวงฯ มีหน้าที่ว่าจะเอานโยบาย มาปฏิบัติได้อย่างไร การทำนโยบายให้เป็นจริงทางปฏิบัติ อันที่หนึ่งแต่ละพื้นที่ไม่เหมือนกัน เช่น นโยบายปฐมภูมิ ที่รัฐมนตรีก็อยากให้ทำอย่างนี้ เจ้าหน้าที่ของจังหวัดก็ต้องมาดูว่าจะทำให้ปฐมภูมิ ของเรามีความเข้มแข็งตามนโยบายได้อย่างไร เราก็ ต้องดูแลตั้งแต่การรักษาพยาบาลก็ต้องมีคุณภาพ ตัว input ทั้งหลายมีพอหรือยัง ทั้งคน ทั้งเงิน ทั้งของ ถ้าบางอย่างมันติดขัดมันก็จะไปได้แค่ระดับหนึ่ง เมื่อตรงนี้ดีแล้ว เราจะจัดระบบบริการยังงัย ก็ต้องขยับไป คิดถึงระบบบริการ ก็ต้องทำให้สอดคล้องกับระบบของเรา ถ้าเป็นแม่ฮ่องสอนก็ต้องดูว่าความเป็นป่า เป็นเขา เราจะจัดบริการได้อย่างไร ถ้าอยู่ที่ระบบบริการ ก็จะเป็นอีกแบบหนึ่ง ผมถามว่าสถานอนามัยที่นี้มีใคร ทำคลอดบ้าง ไม่มีเลย ถามว่าผมโกรธไหม ผมไม่โกรธ



หรรษา แต่ถ้าหากใครทำคลอดผมจะโกรธ เพราะที่นี้คนไม่จำเป็นต้องไปคลอดที่อนามัย ไปคลอดที่โรงพยาบาลได้เลย การเดินทางมันสะดวก เพราะฉะนั้นหากจะมุ่งไปพัฒนาการทำคลอดที่อนามัย ไม่จำเป็น อย่าไปทำเสียเวลา แต่ถ้าฟังไปดูเรื่องผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ดูแลผู้สูงอายุในพื้นที่ อย่างนี้ควรทำ เพราะเรามีคนไข้ผู้สูงอายุเยอะ นี่เป็นตัวอย่างว่าการนำนโยบายไปใช้ต้องเป็นไปตามสภาพพื้นที่ ตามความต้องการ

นโยบายไม่ผิด แต่เมื่อนโยบายมาแล้วเราจะเอาไป implement อย่างไร ให้มันสอดคล้องกับสภาพของทรัพยากร สภาพของปัญหาในพื้นที่ และจะมีวิธีการกับ ติดตามอย่างไร นี่เป็นเรื่องของจังหวัดล้วนๆ นี่เป็นเชิงของนโยบายจากส่วนกลาง และส่วนกลางมีหน้าที่กำกับดูแล จังหวัดมีหน้าที่ปรับให้เหมาะสมพื้นที่ แต่การปรับได้บางทีมันต้องอาศัยจังหวะ อยากรจะปรับอย่างนี้ ทำอย่างนี้ แต่ไม่มีอัตรากำลังคน ไม่มีเงินจ้างคนก็ตายอีก จังหวัดอยากจะปรับตามพื้นที่

แต่มันคิดได้ไม่สุด เพราะมันมีเรื่องที่ถูกพันกับส่วนกลาง และส่วนกลางก็ไม่มีระบบรองรับตรงนี้ได้อย่างเพียงพอ ก็ติดขัดไปหมด

แต่ถ้าสุดท้ายอยู่กับท้องถิ่นเลย ท้องถิ่นก็กำหนดนโยบายเลยว่าคุณภาพปัญหาที่นี้คืออะไร เรื่องผู้สูงอายุ ก็ไม่ต้องไปสนใจกระทรวงฯ แล้ว ทำไปเลยหรือเป็นปัญหาผู้พิการ ก็ทำเรื่องผู้พิการไป สามารถมีอิสระ คิดเองอะไรเองได้ หากมีการกระจายอำนาจจริง ตำแหน่งผมก็ไม่ขึ้นกับกระทรวงฯ แต่ไปขึ้นกับท้องถิ่นแทน แต่เข้าใจว่าผมคงเกษียณราชการก่อนที่จะมีการกระจายอำนาจแบบนี้

เวลาเราพูดกระจายอำนาจ เราพูดกันจริงๆ เรามอบหน้าที่บางอย่างให้ท้องถิ่นไปทำ แต่ทุกอย่างเราคิดอยู่เหมือนเดิม เพียงแต่เราไปขอให้เขาทำ อะไรบางอย่างให้เรา +



# วิชาชีพแพทย์ ในมุมมองพุทธ

ฉบับที่แล้วเขียนถึงซีรีส์ *Grey Anatomy* ว่าด้วยเรื่องราวของศัลยแพทย์ ตั้งใจว่าเล่มนี้จะพูดถึงวิชาชีพอื่น เพื่อให้หลุดพ้นจากวิชาชีพแพทย์ แต่สุดท้ายก็ต้องขออนุญาตคุณผู้อ่านเขียนถึงวิชาชีพนี้อีกครั้งหนึ่ง เนื่องจากช่วงปลายเดือนมกราคม ผู้เขียนมีโอกาสได้ติดตามพระคุณเจ้าที่นับถือศรัทธาไปปฏิบัติธรรมที่วัดแห่งหนึ่งในต่างจังหวัด ระหว่างเดินทางกลับบางช่วงบางตอนได้สนทนากับญาติโยมที่เดินทางไปด้วยกันถึงเรื่องราวของคนทำงานในระบบบริการสุขภาพ ทำให้คิดถึงหนังสือเล่มหนึ่ง

**การแพทย์แนวพุทธ** คือหนังสือเล่มนั้นจริงๆ เป็นหนังสือที่ตีพิมพ์บทปาฐกถาของ**พระพรหมคุณาภรณ์** (ป.อ.ปยุตฺโต) ในสมัยที่ยังดำรงสมณศักดิ์เป็นพระธรรมปิฎก ที่มีการประชุมวิชาการระดับชาติเรื่องพฤติกรรมสุขภาพ ครั้งที่ 1 ณ สถาบันพัฒนาการสาธารณสุขมูลฐานอาเซียน มหาวิทยาลัยมหิดล วันที่ 4 เมษายน 2532 หรือ เกือบ 22 ปีเต็มมาแล้ว แต่เนื้อหาของปาฐกถา หรือคือเนื้อหาของหนังสือยังคงทันสมัยอยู่ และเชื่อเหลือเกินว่าอีก 20 ปีข้างหน้า เนื้อหาหนังสือนี้ก็ยังคงมีความทันสมัยอยู่

**การแพทย์แนวพุทธ** พูดถึงทั้งตัวแพทย์และการให้บริการทางการแพทย์ ด้วยความจำกัดของเนื้อที่ จะขอยกเฉพาะตัวอย่างที่พระเดชพระคุณท่านพูดถึงวิชาชีพแพทย์

“...ค่านิยมของสังคมไทยในปัจจุบันนี้เกี่ยวกับการศึกษาทั่วไป เป็นค่านิยมที่ไม่เอื้อต่อจริยธรรม... ผู้เรียนหรือผู้ที่เข้ามาสู่วงการแพทย์ มีความมุ่งหมายเดิมเพียงเพื่อจะมาเอาวิชาการแพทย์และอาชีพแพทย์เป็นเครื่องสนองวัตถุประสงค์ส่วนตัวที่ว่าจะเป็นบันไดไปสู่ความมีสถานะสูงทางสังคม และเป็นโอกาสที่ดีอย่างยิ่งหรือดีที่สุด ในการแสวงหารายได้...”

“วงการแพทย์เป็นแหล่งที่คัดได้คนหัวกะทิของ

สังคมมา เมื่อคนที่เป็นแพทย์เป็นคนที่มั่งคั่งปัญญา มีความสามารถมาก ถ้าพิจารณาตามหลักการที่ว่าคนที่มีความดีควรจะให้มาก เรามีสติปัญญา เราก็ควรจะให้กับสังคมนี้ได้มาก... รัฐหรือสังคมนี้ได้ลงทุนในการผลิตแพทย์นี้สูงมาก ใช้เงินทองมากมายเหลือเกิน มองในแง่หนึ่งก็เหมือนกับว่าแพทย์เป็นผู้ที่ได้จากสังคมนี้มากหรือมากที่สุด เมื่อเราได้จากสังคมมากที่สุดเราก็ควรจะให้กับสังคมมากที่สุด เช่นเดียวกัน...”

“....ในแง่คุณค่าแท้ของความเป็นแพทย์ โดยถือว่าวิชาการแพทย์หรือการทำหน้าที่แพทย์ ก็คือการเยียวยาบำบัดโรคและดูแลรักษาคนให้มีสุขภาพดี อันนี้เป็นคุณค่าที่แท้จริง และเป็นความหมายที่แท้จริง ส่วนการถือว่าวิชาชีพแพทย์เป็นเครื่องประกอบอาชีพ เป็นความหมายที่พ่วงตามมา...”

อ่านสิ่งที่พระคุณเจ้าท่านพูดถึงวิชาชีพแพทย์แล้ว บอกตรงๆ ว่าไม่มีอะไรจะเขียนตามมาเลยคะ เพราะทุกอย่างขัดอยู่ในคำพูดของท่าน หากมุมมองที่พระพรหมคุณาภรณ์มองและให้ไว้เป็นหลักในการมองวิชาชีพ ได้รับการถ่ายทอดและซึมซับเข้าไปในหัวของผู้ที่กำลังจะเข้าหรือเข้ามาสู่วิชาชีพแพทย์แล้ว เราคงไม่ต้องมานั่งเถียงกันเรื่องการใช้ทุนว่าจะ 4 แสน หรือ 1 ล้านบาทดี

**การแพทย์แนวพุทธ**เคยได้รับการตีพิมพ์มาแล้วหลายครั้ง บางครั้งในฐานะส่วนหนึ่งของหนังสือ**การแพทย์ไทย ทางเลือกในยุคโลกาภิวัตน์** และถูกนำมาพิมพ์ใหม่อีกครั้งในปี 2553 ไม่แน่ว่าเป็นการพิมพ์ขายหรือพิมพ์แจก แต่ปกตินางของพระพรหมคุณาภรณ์จะสามารถหา (ทั้งซื้อและรับแจก) ได้ที่ร้านหนังสือไตรลักษณ์, ธรรมสภา และวัดญาณเวศกวัน ลองใช้ความพยายามหามาอ่านกันนะคะ ถ้าสุดท้ายหาไม่ได้ติดต่อผ่านเข้ามาที่เฟซบุ๊ก จัปพลัดจันผลจะหามาแก่นัลเท่าที่กำลังจะมีคะ +





# เมื่อเขาให้ผมมาเป็น ผอ.รพ. สามเงา

**26** ปี เปลี่ยน ผอ.รพ. 20 คน (พค.52) เป็นช่วงเวลาที่ต้อง reaccredit ตามมาตรฐาน HA เป็น รพช.ขนาดเล็ก แต่มีหนี้สินสุทธิดำ 24 ล้านบาท Cash Ratio 0.18 ถูก Block Order ยาจากหลายบริษัทฯ สภาพโรงพยาบาลโดยเฉพาะส่วนนอก แต่ส่วนระบบสนับสนุน เช่นน้ำ ไฟฟ้า ฯลฯ รอวันชำรุด (เดี๋ยวท่อออกซิเจนถูกฟ้าผ่า เดี่ยว

ไฟไหม้เพราะสายไฟเก่า เดี่ยวน้ำไม่มาเพราะปั๊มฯฯฯ เสีย ไฟดับบ่อยครั้งเป็นปกติ แต่เครื่องปั่นไฟเก่าและเล็กเกินกว่าที่จะทำให้มีไฟฟ้าใช้) สภาพบ้านพักฯฯฯ ไม่ต้องพูดถึง แพลตพยาบาลมีนกพิราบอยู่นับ 200 ตัว ถ่ายมูลได้หลังคาจนผ้าเปดานถล่มลงมา แล้วไงดีละ รพ.ไม่มีเงิน แม้แต่บ้านพัก ผอ. ก็มีนกพิราบทำรังที่เพดาน นับ 20-30รัง ขึ้นก่เต็มพิกด แถมด้วยไรนกที่กัดแล้ว



คันยิบ ผอ.รพ.เองก็ต้องทนอยู่ให้ได้ (และเพราะภาระงานที่หนักมากจนแทบจะกินนอนที่อาคารบริการ/ห้องผู้อำนวยการมากกว่านอนที่บ้านพัก ซึ่งกลายเป็นเพียงที่อาบน้ำ แถมไม่มีเงินมันก็ต้องทน และไม่รู้ว่าทำอะไรก่อน-หลังดี) และด้วยจิตวิญญาณของคนเป็นหมออย่างใจหมอดึงดูดดูแลคนไข้ก่อน สมเด็จฯ พระบิดาก็สอนเรามาแบบนี้ ทำให้ผมไม่มีเวลาแม้แต่จะไปหาหรือกับผู้ใหญ่เพื่อขอความช่วยเหลือด้านงบประมาณ ภาพที่ผมเคยเห็นคือ ผอ. ต้องตรวจคนไข้ เข้ายันค่ำ หลัง 4 ทุ่ม ผอ. มือข้างหนึ่งถือตะเกียบ กินมาม่า มืออีกข้างถือปากกาเซ็นแฟ้ม ภายใต้ความเสี่ยงมหาศาลในการเซ็นแฟ้มเพราะ ผอ. ที่นี้ ส่วนใหญ่เป็นหมอใหม่ไม่รู้เรื่องระเบียบงานบุคคล งานการเงิน และการพัสดุ แม้แต่น้อยแค่เซ็นแฟ้มกองมเหิมา แก้ปัญหาเฉพาะหน้าไปวัน ๆ ก็หมดไปอีกวัน เงินก็ไม่มีจะให้พัฒนาอะไรเพิ่มเติมละ

แม้จะห่างอำเภอเมืองเพียง 56 กิโลเมตร แต่สามเงา ไม่มีตลาดสด ไม่มีร้านอาหารเปิดหลัง 2 ทุ่ม ไม่มีรถรับจ้างจากหมู่บ้านมาอำเภอ 7-11 อีก 10 ปีก็ไม่มาตั้ง ที่ไหนคือต้องไปออกหน่วยแพทย์ฯ แบบออกตี 5 ของวันแรก กลับ 2 ทุ่มของวันที่สอง เริ่มต้นด้วยเรือ ตามด้วยขึ้นรถกระบะ / แหมงกะไซค์วิบาก แล้วจบลงด้วยการเดินเท้าแบบเขาสูงชันอีก 1-3 ชม. เพื่อไปหาชาวบ้านที่อยู่ตามหุบเขา แต่ไม่มีเบี่ยเลี้ยงนะ ไม่ไปก็ไม่ได้ เพราะเป็นพื้นที่มาลาเรีย และปลูกฝิ่นเป็นหย่อมๆ และต้องไป Trip ละ 1 หมู่ / ปีกบ้าน ปีละ 6-10 Trip เรียกว่า 1-2 เดือนก็ออกคาราวานกันที แต่กระทรวงฯ จัด รพ.สามเงา เป็นพื้นที่ปกติ ซึ่งหมอที่อยู่สามเงาก็รู้สึกไม่เป็นธรรม เพราะแท้จริง ชกกันหมัดต่อหมัด การอยู่ รพ.สามเงา ต้องใช้ความอดทนเสียสละ กว่าหลายสิบอำเภอที่ได้รับการประกาศเป็นทุรกันดาร ระดับ 1 หรือทุรกันดารระดับ 2 หลายๆ อำเภอ รพ.สามเงาจึงไม่มีหมอเลือกมาเองต้องจับฉลากกันเองในจังหวัด

เมื่อไม่มีน้องหมอคนไหนมาและอยากเป็น ผอ. (พค.2552) หวดยออกที่ **นพ.พิเชฐ บัญญัติ** (รอง นพ.สสจ.ตาก ด้านเวชกรรมขณะนั้น ปัจจุบันเป็น นพ.สสจ.เพชรบูรณ์) ต้องมาควบเป็น ผอ.รพ. สามเงาคนที่ 19 อีกตำแหน่งหนึ่งแล้ว ว.พิเชฐ ก็เลือก



วางผม ซึ่งเป็นทันตแพทย์ไว้เป็น ผอ.คนที่ 20 (เลือกผมทั้งๆ ที่ตอนอยู่ สสจ.เป็นเกาเหลากัน) โดย ว.พิเชฐ เรียกผมคุย ในฐานะที่ ว.ฯ เป็นผู้บังคับบัญชา แต่ ว.พิเชฐ ไม่ออกคำสั่ง แต่เลือกใช้ความเป็นรุ่นน้อง โดยพูดว่า “ไม่ว่าอดีตจะเป็นอย่างไร ผมขอโทษพี่ และผมอยากขอให้พี่ช่วย ที่สำคัญคือช่วย รพ.สามเงา และคนสามเงา เราทั้งสองจะให้ภัยกันและกัน และมาช่วยกันเพื่อคนไข้ เพื่อประชาชนได้ไหม” แล้ว ว.พิเชฐ ก็ตั้งผมเป็นรองฯ แต่ทำหน้าที่เหมือนเป็น ผอ.ฯ มากกว่า โดยยึดถือคำสำคัญไว้คือ “แม้อำนาจหน้าที่ผมมอบพี่ไปหมดแล้ว แต่ความรับผิดชอบที่ นพ.สสจ. มอบให้ผมดูแล รพ.สามเงายังคงอยู่ ถ้าพี่พลาด ผมก็ไม่พ้นความรับผิดชอบ ผมจะช่วยเป็นโค้ชผู้อำนวยการไปจนกว่าผมคิดว่าพี่รู้ทุกเรื่องที่ ผอ.รพ.ควรรู้ แล้ววันนั้นพี่ฯ ต้องรับไปทั้งอำนาจหน้าที่และความรับผิดชอบทั้งหมด แล้วผมจึงจะพ้นความรับผิดชอบจาก นพ.สสจ. (นพ.ปัจจุบันเหมหงษา)”

ภารกิจ การจัดการหนี้ฯ ภายใต้สภาพคล่องทางการเงินที่ขยับไม่ออก ไปพร้อมๆ กับต้องผลักดันนโยบายสถานบริการคุณภาพ และลดความแออัดของ รพ.แม่ข่าย โดยให้ผู้ป่วยไปรับบริการที่ รพ.สต. ให้สำเร็จ เริ่มโดย ว.ฯ แนะนำ (ไม่สั่ง) ว่า “คงไม่มีเงินไปพัฒนาโครงสร้างได้ เอาเงินที่พอมีไปซ่อมสิ่งจำเป็นที่อาจก่อให้เกิดความสูญเสียและที่พักที่มานานก่อนกำลังใจทีมฯ สำคัญ และไปพัฒนาเชิงระบบก่อน โดยตัดงานขยะออก ใช้หลัก 5 ส. แต่ 5 ส. ลิเกไม่เอา เอา 5 ส. ไคเซน งานไฟไหม้ฟางทำกับไม่ทำผลไม่ต่างกัน ไม่ต้องทำ และห้ามเซ็นเพราะเขาบอก ให้เอาระเบียบมากางต่อหน้า การหาเงินและแนวร่วมเพิ่ม ให้ใช้หลัก “คนน้อยพวกมากและนายอำเภอสำคัญสุด” ควบคู่กับ “หน้าอิงวัง หลังอิงวัด” แล้วค่อยๆ ทบทวนสืบค้น





● ผู้เขียนกับ นพ. พิชญ์ บุญฤดี อดีต รอง นพ. สสจ. ตาก

ข้อมูลทุกด้าน แล้วนำมาจัดผังองค์กรใหม่และกำหนด ยุทธศาสตร์การพัฒนาให้เหมาะกับบริบท” ผมไม่เข้าใจ ลักเรื่อง เข้าใจแค่อนุมัติให้เอาเงินไปซ่อมบ้านพักฯ ผม ค่อยๆ Learning by Doing ต่อมาจึงเข้าใจ “หน้าอิงวัง หลังอิงวัด” ผมทอดผ้าป่าวันที่ 24 กันยา 2553 ทอดฯ เฉพาะในสามเงาเท่านั้นได้เงิน 2.7 ล้าน คนไข้ COPD หลายสิบคนกลับไปรักษาที่บ้านได้เพราะถึงออกซิเจน จากการบอกบุญของหลวงพ่อกะ วัดทันใจ และไปออก หน่วยแพทย์ได้ทั้งๆ ที่ รพ.ไม่มีเงินแต่อาศัยเกะนาย อำเภอสามเงา (ศุภชัย ชันระทิม) และไปในนามหมอ กระเป๋าเขียว (พอ.สว.) การทำตามคนที่เคยสำเร็จมาก่อนช่วยย่นเวลาการเรียนรู้แทบทุกเรื่อง มันเป็นตาม ที่ ว.ฯ แนะนำอย่างเหลือเชื่อ แต่เราต้องปรับให้เข้ากับ บริบทพื้นที่ (Don't Copy and Paste But Copy and Develop)

2 ปี เปลี่ยนผ่าน มีพลาด บางคนชอบ / ไม่ชอบ แต่วันนี้ ที่สามเงาไม่มีอีกแล้วที่ผู้ป่วยต้องมา จอดคิวตอนตี 5 เพื่อจะได้ตรวจ 9-10 โมง หลายคน กว่าจะได้กลับบ้านต้องบ้าย หรือเย็น เพราะวันนี้ผู้ป่วย จะได้รับการตรวจตั้งแต่ก่อน 08.00 น. พอ 9.30 น. ก็ทยอยกลับบ้าน 11.30 น. OPD ก็ว่างแล้ว วันนี้ ที่สามเงา ไม่มีอีกแล้วที่ผู้ป่วยเรื้อรัง ต้องอดอาหาร เหมารอดทั้งวันตั้งแต่ตี 5 เพื่อมาเจาะเลือด (แล้วเมื่อวัน ฝนตกต้องไปนั่งกินข้าวกล่องบนบันไดข้างๆ ถึงขยะที่มี กลิ่นชวนอาเจียน) ในระหว่างนั่งรอรับยาที่ รพ.สามเงา เพราะสามารถเจาะเลือดที่ รพ.สต. ทุกแห่งแล้วกลับไป



กินข้าวเช้าที่บ้าน สายไปทำอะไรต่อ บ้ายๆ ก็ไปรับยาที่ รพ.สต. ส่วนผู้ป่วยเรื้อรัง ผู้พิการ และอีก 2,000 ชีวิต ที่อยู่ปลายยอดเขาสูงชันเหนือเขื่อน ซึ่งอดีตขาดยา 100% ผู้พิการไม่ได้รับการบำบัด เด็กๆ ไม่เคยอุดฟัน บัดนี้มีความหวานแพทย์และสาธารณสุขภายใต้แนวทาง แลงงบฯ จากหมอกกระเป๋าสีเขียวของสมเด็จพระเจ้า ที่ถูก ผสานกับแนวคิด Service Plan ของ นพ.สุรเชษฐ์ สถิตนิรามัย เราได้เข้าไปให้บริการฯ ครบทุกด้าน โดย มีมหาดไทยมาช่วยอีกแรง 2,000 ชีวิตไม่ถูกทอดทิ้งอีก ต่อไป

ผลงานเชิงประจักษ์ที่พอจะไม่ได้บ้าง ทั้งหมด มาจากฝีมือของพี่ๆ น้องๆ (ส่วนใหญ่เป็นป้าๆ น้าๆ) ทั้งใน รพ.สามเงา และ รพ.สต. วันนี้ รพ.สามเงาเริ่ม รวมเป็นฝูงผีเสื้อตัวน้อยที่มุดออกมาจากดักแด้ เริ่มหัด บินไปพร้อมกัน เพื่อก้าวสู่การพัฒนาทุกด้านอย่างเป็น ระบบ ดีขึ้นอย่างช้าๆ แต่ต่อเนื่อง จริงจังและมั่นคง วันนี้ ไม่กลัววันนี้ 24 ล้านเพราะ ถ้ามันต้องจ่ายก็จ่าย เพราะจำเป็นและจ่ายให้คุ้มค่าที่สุด ที่สำคัญสามารถ ตรวจสอบทั้งความจำเป็น เหมาะสม และถูกต้องตาม ระเบียบได้ แล้วถ้าเงินมันเป็นตัวแดง ผู้ใหญ่ก็เข้าใจ แต่วันนี้หนี้มันกลับลดลงเอง แม้ผมต้องมาทำงานตั้งแต่ ตี 3 ไม่สนุกแต่พวกเรามีความสุขเพราะมีเป้าหมาย ชัดเจนว่า อีก 3-5 ปีพวกเราจะเข้าถึงกัน เข้าใจกัน และพัฒนาทุกด้าน เป็น รพ.และ Rehabilitation Center ในบรรยากาศรีสอร์ท ที่มีการจัดการสิ่งแวดล้อม และทุกๆ ด้านอย่างคุ้มค่าภายใต้ปรัชญาเศรษฐกิจ พอเพียง เพื่อเป็น รพ.ที่ประชาชนพอใจ เจ้าหน้าที่มีความสุข และรพ.อยู่ได้ ในที่สุด พวกเราฝันร่วมกัน และจะไปถึงให้ได้ด้วย 1 สมอ 2 มือของพวกเราทุกคน และความเอ็นดูจาก นพ.สสจ.ตาก 



“คนเราถ้ามองธรรมชาติอย่างถูกต้อง ก็จะได้เรียนรู้จักรวรรดิ ธรรมชาติจะช่วยขัดเกลา สร้างเสริมคุณภาพของจิตใจได้”



พระพรหมคุณาภรณ์ (ป.อ.ปยุตโต)





สหภาพยุโรปกำหนดชั่วโมงการทำงาน  
ของบุคลากรด้านสาธารณสุขไว้ไม่เกิน  
48 ชม. / สัปดาห์ รวมการทำงานล่วงเวลา  
ขณะที่แพทย์ไทยทำงานเฉลี่ย  
51 ชม. / สัปดาห์