



ปัญหาการขาดแคลนแพทย์ในประเทศไทย

การแพทย์แผนปัจจุบันของไทยเริ่มขึ้นในสมัยรัชกาลที่ ๓ แห่งกรุงรัตนโกสินทร์ โดย คร. แคนบรีย บรัดเลย์ มิชชันนารีชาวอเมริกันซึ่งเขามาเผยแพรศาสนาคริสต์นิกายโปแตสแตนต์ในเมืองไทย เมื่อ พ.ศ. ๒๓๗๔ ได้เป็นผู้ริเริ่มปูรากฐานการแพทย์แผนปัจจุบันขึ้นในประเทศไทย หมอบรัดเลย์ทองฝ่าฟันอุปสรรคต่าง ๆ มากกว่าจะสร้างความเชื่อถือให้เกิดขึ้นในหมู่ประชาชนได้ ซึ่งก็ได้ผลเพียงบางกลุ่มเท่านั้น คือได้รับความนิยมบ้างในหมู่ชนชั้นสูงพวกเจ้านายและขุนนางของไทย กับหมู่คนจีนในไทยเท่านั้น งานสำคัญ ๆ ในสมัยนั้นคือการปลูกฝีป้องกันไข้ทรพิษให้แก่ประชาชนได้เป็นผลสำเร็จในปี พ.ศ.

๒๓๘๓

ในสมัยนั้นเรายังไม่มีโรงพยาบาลสำหรับรักษาคนไข้ จนในระหว่าง พ.ศ. ๒๔๒๔ - ๒๔๒๕ เกิดอหิวาตกโรคระบาดในกรุงเทพฯ โรคแพร่ระบาดอย่างรวดเร็วมีคนเสียชีวิตกันมาก พระบาทสมเด็จพระจุลจอมเกล้าเจ้าอยู่หัวจึงโปรดเกล้าฯ ให้ตั้งโรงพยาบาลชั่วคราวขึ้นที่ตำบลวังหลังและอื่น ๆ เมื่อโรคระบาดสงบลงแล้วโรงพยาบาลก็เลิกกันไป พ.ศ. ๒๔๓๑ จึงโปรดเกล้าฯ ให้สร้าง "โรงศิริราชพยาบาล" ขึ้น ในระยะแรกไม่มีใครมีคณินยมมารับการรักษากันเท่าใดนัก คนไข้สามารถเลือกรักษาด้วยยาแผนโบราณหรือยาแผนปัจจุบันก็ได้แล้วแต่จะสมัครใจ และยังมีการรับปลูกฝีให้กับประชาชนด้วย และปี พ.ศ. ๒๔๓๒ ได้เริ่มอบรมวิชาแพทย์ขึ้นที่นี่ โดยสอนทั้งแพทย์แผนโบราณและแผนปัจจุบัน ในปี พ.ศ. ๒๔๓๕ กรมสมเด็จพระศรีพัชรินทราบรมราชินีนาถ พระราชทานทรัพย์ดินส่วนพระองค์ตั้งโรงเรียนฝึกหัดการศุภครุรักษ์ในโรงพยาบาลศิริราช ต่อมาในปี พ.ศ. ๒๔๔๓ ได้สร้างโรงเรียนสำหรับสอนวิชาแพทย์อย่างเป็นทางการเป็นหลักเป็นฐาน โดยมีที่พักอาศัยของนักเรียนด้วย ซึ่งได้รับพระราชทานนาม

ว่า "ราชแพทยาลัย" หลักสูตร ๔ ปี ขยายเป็น ๕ ปีในปี พ.ศ. ๒๔๕๖ พร้อมทั้งเลิกสอนการแพทย์แผนโบราณและตั้งแผนกปรุงยาขึ้น ทั้งเพิ่มหลักสูตรทางด้านโรงเรียนพยาบาลและผดุงครรภ์จาก ๓ ปีเป็น ๓ ปีครึ่ง ปี พ.ศ. ๒๔๖๐ เราได้เปลี่ยนหลักสูตรการศึกษาแพทย์เป็น ๖ ปีตามที่นิยมกันในประเทศต่าง ๆ

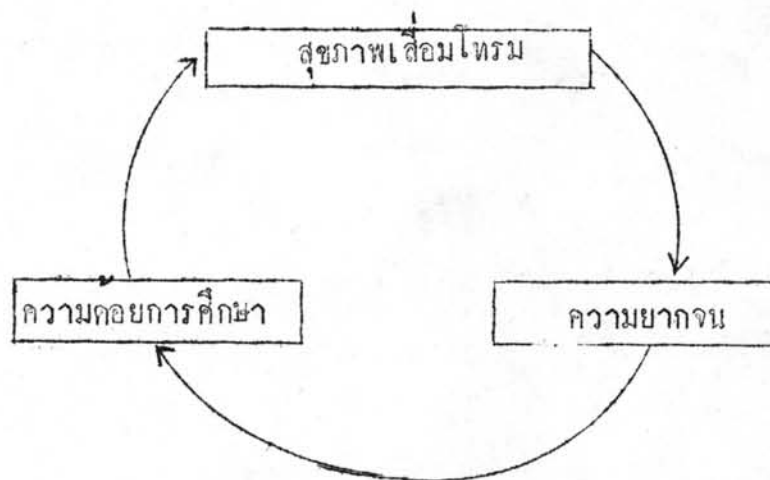
นับตั้งแต่ พ.ศ. ๒๔๖๐ การแพทย์แผนปัจจุบันเริ่มแพร่หลายในหมู่ประชาชน แต่จำนวนแพทย์ก็ไม่เพียงพอและยังไม่ได้มาตรฐานที่ต่างประเทศจะยอมรับนับถือ จึงคิดที่จะปรับปรุงกิจการแพทย์ให้ก้าวหน้ายิ่งขึ้น โดยทบทวนขอความช่วยเหลือจาก คุนิชิโรคึกิเฟลเดอร์ โดยสมเด็จพระราชบิดา เจ้าฟ้ากรมหลวงสงขลานครินทร์ เป็นตัวแทนในการเจรจาครั้งนี้ ทางมูลนิธิตกลงให้ความช่วยเหลือในปี พ.ศ. ๒๔๖๖ มีกำหนด ๕ ปี โดยช่วยวางแผนการสอนและการดำเนินงานทางการแพทย์ ให้ทุนสร้างสถานที่ ให้ทุนอาจารย์ไปศึกษาต่อต่างประเทศ และในปีนี้การแพทย์ของไทยก็เริ่มมีมาตรฐานดีขึ้นเป็นลำดับ ในระยะนี้กิจการทางด้านการศึกษาแพทย์แผนปัจจุบันได้เจริญรุดหน้าขึ้นเป็นอันมากทั้งทางด้านการศึกษาและการแพทย์ทั่วไป

สาเหตุใหญ่ที่ทำให้กิจการแพทย์ของประเทศซบเซาไปก็คือสงครามโลกครั้งที่สองซึ่งลุกลามมาถึงประเทศไทยเมื่อ พ.ศ. ๒๔๘๔ เพราะต้องระดมกำลังไปใช้ในการสงคราม การสอนถึงจะดำเนินไปได้ก็ขาดคณาจารย์ และหลังจากสงครามโลกครั้งที่ ๒ เป็นต้นมา การสาธารณสุข

---

มนตรี กัณฑ์บุตร "การแพทย์ของประเทศไทยในระยะ ๕๐ ปีหลัง" รวมบทความเรียงความที่ ๑ แฉกประกวตเนื่องในวันมหิดล, ๒๕๐๔, พระนคร: พฤษภสมิตี, ๒๕๐๔, หน้า ๘๕-๘๘

ของชาติก็เป็นปัญหาสืบมา แม้ในปัจจุบันจะมีโรงเรียนแพทย์ ๔ แห่ง ซึ่งมี  
อัตราการผลิตปีละประมาณ ๒๕๐-๓๐๐ คนก็ไม่พอเพียง แพทย์ผลิตได้ไม่  
ก็ไปประกอบอาชีพในต่างจังหวัด ทำให้ชนบทขาดแคลนแพทย์มากขึ้น  
รัฐบาลไม่เหลียวแลและสนับสนุนแพทย์ที่อยู่ในต่างจังหวัดเลยตั้งแต่เกิดจาก  
การจัดสรรงบประมาณของประเทศตั้งแต่ พ.ศ. ๒๕๑๐ - ๒๕๑๕ งบประมาณ  
ทางด้านสาธารณสุขจะอยู่ในลำดับสุดท้าย ประกอบกับในระยะตั้งแต่  
พ.ศ. ๒๕๐๘ เป็นต้นมาแพทย์เริ่มเดินทางไปศึกษาต่อต่างประเทศมากขึ้น  
ปัญหาการขาดแคลนแพทย์จึงเป็นปัญหาที่กล่าวขวัญกันมานานแล้ว และถือว่าเป็น  
ปัญหาที่มีความสำคัญมาก ความรุนแรงของปัญหามีผลกระทบต่อ  
การพัฒนาชาติเป็นอย่างมาก ทั้งนี้เพราะแพทย์เป็นบุคลากรทางสาธารณสุขที่  
สำคัญที่สุด เนื่องจากสามารถวินิจฉัยโรคและให้การรักษาพยาบาลแก่ประชา  
ชนได้อย่างดีที่สุด เพราะหากประชาชนมีสุขภาพอนามัยไม่ดีก็มีโรคภัยไข้เจ็บ  
เบียดเบียนอยู่เสมอก็ไม่อาจประกอบอาชีพได้อย่างมีประสิทธิภาพ ความยาก  
จนก็ตามมาอย่างไม่ต้องสงสัย เมื่อยากจนก็ไม่อาจจะส่งเสริมให้ตรึกคิด  
เรียนได้ตามความปรารถนา และเมื่อประชาชนคอยการศึกษาที่ย่อมจะขาด  
ความเข้าใจในเรื่องการรักษาสุขภาพอนามัย วนเวียนอย่างนี้เป็นวัฏจักรไม่  
สิ้นสุด



ซึ่งยอมจะชักขวางต่อการพัฒนาประเทศชาติให้ก้าวหน้าต่อไป เพราะการพัฒนาประเทศของอาศัยขุมพลังที่แข็งแกร่งทั้งกำลังกายและสมองเป็นสำคัญ

ความจริงปัญหาการขาดแคลนแพทย์เป็นปัญหาที่ทั่วโลกกำลังประสบอยู่ในเวลานี้ ไม่ว่าจะเป็นประเทศที่พัฒนาแล้วหรือกำลังพัฒนาก็ตาม แต่ประเทศที่กำลังพัฒนาหรือกึ่งพัฒนามันมีปัญหานี้มากกว่า เพราะประเทศที่พัฒนาแล้วทั้งหลายมีเงินพอที่จะดึงแพทย์จากต่างประเทศเข้าไปเสริมกำลังให้เพียงพอในประเทศของตนได้

สำหรับประเทศไทยได้ประสบกับปัญหาการขาดแคลนแพทย์นับตั้งแต่หลังสงครามโลกครั้งที่ ๒ เป็นต้นมาคงได้กล่าวมาแล้ว โดยเฉพาะในต่างจังหวัดขาดแคลนแพทย์มาก แต่เค็มรัฐบาลมองไม่เห็นความสำคัญและไม่ให้ความสำคัญสนับสนุนแพทย์ที่อยู่ในต่างจังหวัดจึงเป็นสาเหตุหนึ่ง (รวมทั้งสาเหตุอื่น ๆ อีกมากมาย) ที่ทำให้แพทย์ไม่ยินยอมออกไปปฏิบัติงานในต่างจังหวัด เราจึงมีปัญหาการกระจายแพทย์ที่ไม่ได้สัดส่วนกัน นอกจากนี้เรายังมีปัญหาการผลิตแพทย์ได้ไม่พอกับความต้องการของประเทศ ปัญหาการเสียบุคลากรทางการแพทย์ให้กับต่างประเทศโดยเฉพาะสหรัฐอเมริกา ปัญหาการผลิตแพทย์ได้ไม่ตรงเป้าหมายตามที่สังคมต้องการ รวมทั้งปัญหาการทำงานได้ไม่เต็มความสามารถของแพทย์ สรุปได้ว่าเราขาดแพทย์ทั้งปริมาณและคุณภาพซึ่งนับวันแต่จะทวีความรุนแรงขึ้นเรื่อย ๆ เนื่องจากประชากรของเราเพิ่มมากขึ้นอย่างรวดเร็วในอัตรา ๓.๓ ต่อปี และไม่สามารถผลิตแพทย์ได้ในจำนวนที่สอดคล้องกับจำนวนประชากรที่เพิ่มขึ้น

อัตราส่วนมาตรฐานระหว่างแพทย์กับประชาชนที่ถือว่าเป็นมาตรฐานสากลคือ ๑:๑,๐๐๐ เรามีแพทย์ประมาณ ๕,๐๐๐ คน ประชากรประมาณ ๓๕ ล้านคน อัตราส่วนระหว่างแพทย์ต่อประชากร ขณะนี้ซึ่งอยู่ในระหว่าง ๑:๘,๐๐๐ คน แต่เกือบ ๖๐ % ของแพทย์ประกอบอาชีพอยู่ในกรุงเทพฯ

แพทย์จำนวนที่เหลือนับปฏิบัติงานในต่างจังหวัดซึ่งมีประชากรกว่า ๘๐ % ของประเทศ ทำให้อัตราส่วนของแพทย์ : ประชากรในกรุงเทพฯ เป็น ๑:๑,๐๐๐ คน และแพทย์ต่อประชากรในต่างจังหวัดมีอัตราส่วนเท่ากับ ๑:๑๕,๐๐๐<sup>๒</sup> และในต่างจังหวัดเองแพทย์มักจะประกอบอาชีพอยู่ในตัวเมืองมากกว่าที่จะออกไปในชนบทห่างไกล ทำให้จำนวนแพทย์กับประชาชนห่างกันอย่างน่าใจหาย บางแห่ง ๑:๑๐๐,๐๐๐ คน หรือ ๒๐๐,๐๐๐ คน บางแห่งก็ไม่มีหมอเลย การกระจายกันอย่างไม่ได้สัดส่วนที่เหมาะสมทำให้ในต่างจังหวัดประสบกับปัญหาการขาดแคลนแพทย์อย่างยิ่ง ส่วนในกรุงเทพฯ เราไม่ประสบกับปัญหานี้

การขาดแคลนแพทย์ตามหน่วยราชการในต่างจังหวัดนั้นเป็นปัญหามานานแล้ว แต่ได้ทวีความรุนแรงยิ่งขึ้นในระยะ ๗-๘ ปีที่ผ่านมา เนื่องจากการขยายกิจการสาธารณสุขและกิจการแพทย์ออกไปอย่างรวดเร็ว โดยเฉพาะในส่วนภูมิภาค เช่น มีการจัดตั้งโรงพยาบาลและสถานีอนามัยเป็นจำนวนขึ้นทุกปี มีการขยายโครงการปราบปรามโรคติดต่อหลายโครงการออกไปทั่วประเทศ เป็นต้น ทำให้บังเกิดความต้องการแพทย์เพิ่มขึ้นโดยลำดับ

ความรุนแรงของปัญหาการขาดแคลนแพทย์มีมากน้อยแตกต่างกันไปตามประเภทของหน่วยงาน และตามความเจริญของท้องถิ่น กล่าวคือศูนย์การแพทย์และอนามัยชนบทขาดแคลนแพทย์มากที่สุด รองลงมาได้แก่โรงพยาบาลส่วนภูมิภาคของกรมการแพทย์และอนามัย หน่วยแพทย์ของกองทัพบกเรือ และอากาศ เทศบาลในต่างจังหวัดตามลำดับ กล่าวอย่างกว้าง ๆ ในกรุงเทพฯ ไม่มีปัญหาการขาดแคลนแพทย์ แต่ในส่วนภูมิภาคมีการขาด

---

<sup>๒</sup> Pren Buri, "Community Medicine", Teaching Research and Health Care, edited by Lethem, W. and Newbery, A., Appleton-Century-Crefts, N.Y., 1970, p.p.105-119



แคลนแพทย์มาก ยิ่งอำเภอหรือท้องถิ่นที่ทางไกลความเจริญออกไปก็ยิ่งขาดแคลนแพทย์มากขึ้น เมื่อพิจารณาโดยทั่วไปอาจประมวลได้ว่า มูลเหตุของการขาดแคลนแพทย์ในต่างจังหวัดนี้มีอยู่หลายประการดังกล่าวไว้ในตอนต้นคือ

๑. อัตราส่วนของแพทย์ต่อจำนวนประชากรไม่ได้สัดส่วนกันตามมาตรฐานสากล และยิ่งห่างจากมาตรฐานสากลด้วย อันมีสาเหตุเนื่องมาจาก

ก. โรงเรียนแพทย์ที่มีอยู่ยังผลิตแพทย์ได้ไม่เพียงพอแก่ความต้องการ เราผลิตแพทย์เพิ่มขึ้นปีหนึ่งประมาณ ๒๕๐-๓๐๐ คนจากโรงเรียนแพทย์ ๔ แห่ง ถ้าเรามองอัตราการเกิดของประชากรในประเทศไทยประมาณร้อยละ ๔.๔ ต่อปี อัตราการตายร้อยละ ๑.๑ ต่อปี สรุปแล้วอัตราการเพิ่มของประชากรทั่วประเทศไทยก็ประมาณร้อยละ ๓.๓ ต่อปี ซึ่งคิดทั้งหมดประมาณล้านกว่า ถ้าเอาอัตราส่วนของแพทย์ต่อประชากรที่เพิ่มขึ้นแต่ละปี จะเห็นว่าเราจะได้อัตราส่วนประมาณ ๑:๓,๐๐๐ คน อัตราส่วนนี้อีก ๑๐๐ ปีข้างหน้าเราก็ไม่มีวันตามทันมาตรฐานสากล

จึงสรุปได้ว่าแพทย์ที่เราผลิตได้ไม่พอกับความต้องการของประชากร

ข. แพทย์ไม่นิยมออกไปประกอบอาชีพหรือรับราชการในต่างจังหวัด แพทย์ที่สำเร็จการศึกษาส่วนใหญ่จะหากันประกอบอาชีพในกรุงเทพฯ คั้งที่ใดกล่าวไว้ข้างต้นแล้ว ทั้ง ๆ ที่ในต่างจังหวัดยังขาดแพทย์อีกเป็นจำนวนมาก ตามความเป็นจริงแล้วแต่ละอำเภอจะต้องมีสถานีอนามัยหนึ่งซึ่งมีแพทย์ปริญญาประจำอยู่หนึ่งแห่งรวมทั้งประเทศต้องมี ๕,๐๐๐ แห่ง แต่ในปัจจุบันเรามีสถานีอนามัยเพียง ๒๓๘ แห่ง และใน ๒๓๘ แห่งนี้มีแพทย์ไปอยู่เพียง ๑๔๔ คน ยังขาดอยู่อีก ๔๑ แห่ง แต่ถ้าคิดตามเป้าหมายที่ตั้งไว้คือ

๔๒๒ คน และยิ่งกว่านั้นโรงพยาบาลในต่างจังหวัดก็จำเป็นที่จะต้องขยายและปรับปรุงต่อไปอีก ซึ่งหมายถึงการต้องการแพทย์เป็นจำนวนมาก

จะเห็นได้ว่าอัตราส่วนของแพทย์สังกัดกองโรงพยาบาลและกองอนามัยส่วนภูมิภาคต่อประชากรในภาคต่าง ๆ ของประเทศไทยปีพ.ศ. ๒๕๑๖ ตามตารางข้างล่างนี้

ตารางที่ ๑ อัตราส่วนแพทย์ (สังกัดกองโรงพยาบาลและกองอนามัยส่วนภูมิภาค) ต่อประชากรในภาคต่าง ๆ ของประเทศไทยปีพ.ศ. ๒๕๑๖

ภาค	จำนวนแพทย์(สังกัดกอง โรงพยาบาลและกองอนา มัยส่วนภูมิภาค)	จำนวนประชากร	อัตราส่วนต่อประชา กร ๑๐๐,๐๐๐ คน	หมายเหตุ
กลาง	๓๓๐	๘,๙๐๓,๑๖๔	๓.๗	ไม่รวมกรุงเทพฯ
เหนือ	๑๗๘	๘,๔๕๘,๐๘๗	๒.๑	
ตะวันออกเฉียงเหนือ	๒๑๕	๑๓,๖๘๓,๐๘๘	๑.๖	
ใต้	๑๔๖	๔,๙๒๘,๘๗๕	๒.๙	
รวม ๔ ภาค	๘๖๙	๓๕,๙๘๓,๒๒๕	๒.๔	ไม่รวมกรุงเทพฯ

หมายเหตุ ข้อมูลจากกระทรวงสาธารณสุข

จากตารางดังกล่าวข้างต้นให้เห็นว่าในต่างจังหวัดยังขาดแคลนแพทย์อีกมาก โดยเฉพาะแล้วเรามีแพทย์ ๒.๕ คนต่อประชากร ๑๐๐,๐๐๐ คน ถ้าไม่รวมกรุงเทพฯมหานคร และถ้าจะจัดลำดับแล้วภาคตะวันออกเฉียงเหนืออัตราส่วนแพทย์ต่อจำนวนประชากรทางกันมากที่สุด

๓ หมายความว่าเรื่องนี้เกี่ยวข้องกับเรื่องการรวมหรือการแยกหน่วยราชการกระทรวงสาธารณสุข, นักศึกษาแพทย์สัมพันธ์, ฉบับเดือนสิงหาคม ๒๕๑๕  
หน้า ๒๕

สำหรับสาเหตุที่แพทย์ไม่นิยมไปปฏิบัติงานในต่างจังหวัดมีหลายประการ เช่น

- ไม่มีโอกาสใช้ความรู้อย่างเต็มที่ เพราะขาดอุปกรณ์
- ห่างไกลแหล่งวิชา
- ขาดสวัสดิการและความมั่นคงทางสังคม เช่น บ้านพัก
- บุคลากร: เงินพิเศษ ปลอดจมนสิ่งจูงใจอื่น ๆ
- ไม่ค่อยมีความก้าวหน้าในทางวิชาการและตำแหน่งราชการเมื่อเทียบกับแพทย์ส่วนกลาง
- ตั้งตัวได้ยากกว่าอยู่ กรุงเทพฯ ฯ (หาเงินได้น้อย)

ฯลฯ

แพทย์หญิง ม.ร.ว. จันทรีวัตร์ เกษมสันต์ กับคณะ ฯ ได้แปร  
มาพบสอบถามแพทย์สำเร็จใหม่ ๑๑๖ ราย (๘๘ % จากจำนวนที่ตั้งแบบสอบถาม  
ถามไปยังแพทย์ฝึกหัดทั้งหมด ๓๕๐ คน ในปี พ.ศ.๒๕๑๔) จากแพทย์ฝึกหัด  
ทั่วประเทศที่จบการศึกษาจากทุกมหาวิทยาลัยที่มีคณะแพทยศาสตร์ ในปีการศึกษา  
๒๕๑๓-๒๕๑๔ ปรากฏว่าแพทย์ฝึกหัด ๖๗ % ไม่อยากออกต่างจังหวัด และ  
๔๘ % ยังไม่พร้อมที่จะออกไปต่างจังหวัด

---

ชั้นยศภคัย เกษมสันต์, ม.ร.ว. "คำกล่าวรายงานของคณะอนุกรรมการ  
การประเมินผลผลิต (แพทย์) ในปัจจุบัน", การประชุมการอบรมศึกษาแพทย  
ศาสตร์ของไทยครั้งที่ ๓ เรื่องการผลิตแพทย์ให้เหมาะสมกับความต้องการ  
ของสังคมไทยในระยะ ๑๐ ปี คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหา  
วิทยาลัยมหิดล, ๘-๑๑ พฤศจิกายน ๒๕๑๔, พระนคร: ชุมนุมสหกรณ์การ  
ขายและการซื้อแห่งประเทศไทย, หน้า ๓๓ (๑๑)



ทางรัฐบาลก็ได้พยายามแก้ปัญหาโดยให้นักศึกษาแพทย์รับทุนและทำงานชดใช้ภายหลังจบการศึกษาเป็นเวลา ๓ ปี ตั้งแต่ปีพ.ศ. ๒๕๑๕ เป็นต้นมามีแพทย์รับทุนรัฐบาลเข้ามาปฏิบัติงานในกรมการแพทย์และอนามัยประมาณปีละ ๑๕๐-๓๐๐ คน เป็นเวลา ๓ ปี ทำให้ปัญหาการขาดแคลนแพทย์เบาบางลงไปบ้าง แต่ก็ยังไม่เพียงพออยู่นั่นเอง เพราะปัญหานี้เป็นปัญหาหนักและเรื้อรังมานานแล้ว การขาดแคลนแต่เดิมก็มีอยู่อย่างใหญ่หลวง

ค. แพทย์ส่วนใหญ่ไม่นิยมงานในค่านป้องกันโรค ประกอบกับงานค่านป้องกันโรคส่วนใหญ่จะต้องบรรจุในต่างจังหวัดจึงทำให้หน่วยงานป้องกันโรคขาดแคลนแพทย์มากกว่าหน่วยงานอื่น ๆ แต่สาเหตุสำคัญที่สุดที่น่าจะเป็นเพราะนักศึกษาแพทย์ไม่มีโอกาสเรียนรู้วิชาสาธารณสุขศาสตร์อย่างจริงจัง และระบบการศึกษาแพทย์ไม่ช่วยให้นักศึกษาเกิดความรัก ความเข้าใจ และเห็นใจในชนบท

ง. แพทย์สำเร็จใหม่นิยมไปศึกษาและฝึกงานในต่างประเทศกันมาก ทำให้ขาดแพทย์ไปชั่วระยะหนึ่ง และในปัจจุบันแพทย์จำนวนไม่น้อยยังประกอบอาชีพอยู่ในต่างประเทศเป็นเวลานาน สหรัฐอเมริกาซึ่งแสดงความปรารถนาอย่างแรงกล้าที่จะชักจูงแพทย์ชาวต่างประเทศ รวมทั้งแพทย์ไทยเข้าทำงานในประเทศของเขา ส่วนแพทย์ที่กลับเข้ามาทำงานในประเทศไทยก็เป็นพวกที่ได้รับวิหะฐานะเฉพาะสาขาวิชาที่นิยมที่จะประกอบอาชีพหรือปฏิบัติงานอยู่ในกรุงเทพ ฯ มากกว่าที่จะกระจายออกไปในต่างจังหวัด เพราะการปฏิบัติอยู่ในต่างจังหวัดนั้นไม่อาจได้ใช้ความรู้ความสามารถที่ได้ร่ำเรียนมาอย่างเหมาะสม วิชาการล้าหลัง และความก้าวหน้ามีน้อยกว่าการปฏิบัติงานในหน่วยราชการส่วนกลาง

การออกไปศึกษาและปฏิบัติงานในต่างประเทศนั้นนับวันจะมีมากขึ้นทุกปี เพราะหมายถึงเกียรติยศศักดิ์ศรี, ความก้าวหน้า, การได้รับความเชื่อ

ถือจากประชาชนที่มีผลต่อการประกอบอาชีพที่สูงกว่าแพทย์ที่มีใบอนุญาตต่างประเทศมาเลย

นับตั้งแต่ได้มีการก่อตั้ง ECFMG, (Educational Council for Foreign Medical Graduates) ขึ้นในสหรัฐอเมริกาในปีพ.ศ. ๒๔๘๘ แพทย์ไทยก็เริ่มไปศึกษาและฝึกงานตามโรงพยาบาลต่าง ๆ ในสหรัฐอเมริกาในจำนวนที่เพิ่มมากขึ้นทุกที การศึกษาและฝึกงานนั้นมักทำในระยะเวลาอันสั้นซึ่งต้องใช้เวลากันคนละประมาณ ๕ ปีโดยเฉลี่ย ความนิยมนี้มีมากขึ้นจนเห็นได้ชัดว่าในปี พ.ศ. ๒๕๐๕ แพทย์เริ่มเดินทางไปต่างประเทศมากขึ้น และมีแนวโน้มที่จะมากขึ้นเรื่อย ๆ ในปีต่อ ๆ มา นับแต่พ.ศ. ๒๕๐๖ จากจำนวน ๑๘๕ คน หรือ ๑.๘ % ของแพทยศาสตราจารย์ทั้งหมดหรือเป็นอันดับที่ ๑๕ เลื่อนขึ้นมาเป็นอันดับที่ ๑๓ (๒๖๗ คน หรือ ๒.๔ %) ใน พ.ศ. ๒๕๐๗ เป็นอันดับที่ ๘ (๓๘๓ คน หรือ ๓.๖ %) ใน พ.ศ. ๒๕๐๘ เป็นอันดับที่ ๕ (๕๓๑ คน หรือ ๓.๘ %) ใน พ.ศ. ๒๕๐๙ รักษาอันดับที่ ๕ (๖๔๖ คน หรือ ๔.๔ %) ในพ.ศ. ๒๕๑๐ เลื่อนมาเป็นอันดับที่ ๔ ในปลายปี ๒๕๑๑ ในพ.ศ. ๒๕๑๒ มีแพทย์ไทยในต่างประเทศจำนวน ๑,๑๗๘ คน ส่วนใหญ่อยู่ในสหรัฐอเมริกา ในจำนวนนี้มี ๗๑ คนกำลังได้รับการฝึกอบรมแพทย์ฝึกหัดและแพทย์ประจำบ้านในสหรัฐอเมริกา จำนวนแพทย์ไทยที่รับการฝึกอบรมอยู่นี้เป็น ๗.๗ % ของแพทยศาสตราจารย์ที่เข้ารับการฝึกอบรมในสหรัฐอเมริกาหรือเป็นอันดับที่ ๔ ของแพทยศาสตราจารย์ทั้งหมด ส่วนที่เหลือ ๕๕๗ คน บางก็มิได้รับการฝึกอบรม บางก็จบการฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้านและแพทย์ฝึกหัดแล้ว แต่ยังคงอยู่ในสหรัฐอเมริกาในตำแหน่งต่าง ๆ ซึ่งยังไม่สามารถ

---

๕ สำลี เป็ลียนนางชาง, นายแพทย์, "ปัญหาบุคลากรทางการแพทย์และอนามัยกับบทบาทของโรงเรียนแพทย์", แพทยสภาสาร, ปีที่ ๒ ฉบับที่ ๕ พฤษภาคม ๒๕๑๖ หน้า ๔๑๔-๒๒

คนสถิติโค<sup>๖</sup> ในปี พ.ศ. ๒๕๑๓ มีแพทย์ไทยในสหรัฐอเมริกาถึง ๑๐๘๘ คน และมีแพทย์เดินทางไปสหรัฐอเมริกาเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ และมีแพทย์ที่สำเร็จการศึกษาเดินทางกลับมาบ้างแล้ว แต่ผู้ไปมากกว่าผู้เดินทางกลับอยู่มาก พ.ศ. ๒๕๑๖ มีแพทย์ไทยในสหรัฐอเมริกามากกว่า ๑,๑๐๐ คน หรือราวหนึ่งในห้าของกำลังแพทย์ของประเทศ ใน พ.ศ. ๒๕๑๗ มีแพทย์ไทยราว ๑,๕๐๐ คน

รองศาสตราจารย์นายแพทย์จรูญ สุวรรณเวลา และนายแพทย์มนัส วงศ์ทองศรี ได้สำรวจความคิดเห็นของแพทย์ไทยในสหรัฐอเมริกา เพื่อทราบแนวโน้มในการเลือกสภาพที่ปฏิบัติงาน โดยส่งแบบสอบถามออกไปทั้งหมด ๘๖๔ ฉบับ มีผู้ได้รับแบบสอบถาม ๗๘๗ ฉบับ (ไปรษณีย์ส่งคืนมา ๗๗ ฉบับ) มีผู้ตอบแบบสอบถาม ๑๑๘ ฉบับ หรือประมาณร้อยละ ๑๕

ในจำนวน ๑๑๘ คน มีแพทย์ที่จบการศึกษาแพทยศาสตรบัณฑิตตั้งแต่ปี ๒๕๐๗ เป็นต้นมาถึง ๘๖.๕ %

๖ "ibid"

๗ American Medical Education, Foreign Medical Graduates in the United States, Council on Medical Education, Chicago, Illinois, 1972

๘ จรูญ สุวรรณเวลา, นายแพทย์, และ มนัส วงศ์ทองศรี, นายแพทย์, "รายงานเบื้องต้นผลการสำรวจความคิดเห็นของสหรัฐอเมริกา, แพทยสภา สาร ปีที่ ๒ ฉบับที่ ๑ มกราคม ๒๕๑๖, หน้า ๑๑-๒๖

๒๓ คนหรือ ๑๕ % นี้มีตำแหน่งการงานทางเมืองไทยอยู่แล้ว (๒ คนหรือ ๑.๗ %) โคคิคคอและรัฐสถานที่จะกลับมาทำงานแล้ว แต่ยังไม่เป็นที่แน่นอนทีเดียว) อีก ๒๘ คนหรือ ๘๑ % ยังไม่มีตำแหน่งการงานทางเมืองไทย

ทั้งนี้ที่ยังไม่มีตำแหน่งงานและผู้ที่มีตำแหน่งงานแล้ว ส่วนใหญ่คาดว่าจะกลับเมืองไทยในปีเป็นวกันกับที่จบหรือ ๑ ปีหลังจากจบ บางคนจะกลับหลังจากจบ ๕ ปีหรือ ๘ ปีมี ๑๐ คนหรือ ๘.๔ % ยังไม่มีกำหนดกลับ

แพทย์ที่ยังไม่มีตำแหน่งงาน ๒๘ คนไม่กำหนดลักษณะงานและสถานที่ที่ต้องการมา ๒๖ คน ที่เหลือโคแจ้งความประสงค์ถึงตำแหน่งและระบุสถานที่ที่ต้องการไวต่าง ๆ กัน

สำหรับปัญหาในการกลับนั้นปรากฏว่ารายได้และลักษณะงานเป็นปัญหาใหญ่

จากรายงานการสำรวจความคิดเห็นจะเห็นว่าแพทย์เพียง ๑๐ คนเท่านั้นที่ยังไม่มีกำหนดกลับ ส่วนที่เหลือตั้งใจจะกลับในระยะเวลาต่าง ๆ กันภายใต้เงื่อนไขต่าง ๆ กัน ซึ่งน่าจะคิดว่าหากไม่ได้สิ่งที่ต้องการตามเงื่อนไขนั้นก็ไมแน่ว่าจะกลับประเทศไทยหรือไม่ และในขณะเดียวกันแพทย์ไทยที่กลับจากสหรัฐอเมริกาแล้วจำนวนหนึ่งเดินทางกลับไปประกอบอาชีพในสหรัฐอเมริกาอีก และจากการศึกษาของกระทรวงสาธารณสุขในปี พ.ศ. ๒๕๑๓ พบว่าครึ่งหนึ่งของแพทย์ไทยที่ไปศึกษาและฝึกงานอยู่ในสหรัฐอเมริกาได้กลับเพื่อประกอบอาชีพดวอยู่ในประเทศนั้น

---

รายงานเบื้องต้นเกี่ยวกับการศึกษาชีวิตแพทย์และพยาบาลไปต่างประเทศและกลับเข้าประเทศ, สำนักปลัดกระทรวง, กระทรวงสาธารณสุข, กรุงเทพฯ ๒๕๑๓ (อค์สำเนา)

จากการศึกษาของเบเคอร์และคณะ ฯ เมื่อเร็ว ๆ นี้พบว่าจำนวนแพทย์ไทยที่สมัครสอบเอาใบประกอบโรคศิลป์ในรัฐต่าง ๆ ของสหรัฐอเมริกา และจำนวนที่สอบได้ ได้เพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วในปี ๑๙๗๑<sup>๑๐</sup>

ในระหว่าง พ.ศ. ๒๕๐๔-๒๕๑๒ มีแพทย์ไทยที่ไปศึกษาอบรม ณ สหรัฐอเมริกา เดินทางกลับประเทศไทย ๔๘๗ คน ยังอยู่ในสหรัฐอเมริกา ๑,๑๗๕ คน ในจำนวนนี้มีบางส่วนได้เดินทางไปสหรัฐอเมริกาอีกครั้งหนึ่ง และบางส่วนมีแผนการว่าจะเดินทางกลับไปสหรัฐอเมริกาอีกหากมีเหตุผลอันสมควร

ได้มีผู้ทำการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับเรื่องนี้โดยได้รับทุนจากรัฐบาลไทย ในระหว่างเดือนสิงหาคม - ตุลาคม ๒๕๑๔ โดย

๑. ส่งแบบสอบถามถึงแพทย์ที่สำเร็จการศึกษาชั้นปริญญาไปแล้วเกินกว่า ๕ ปี ทั้งที่อยู่ภายในและภายนอกประเทศโดยวิธีการสุ่มตัวอย่าง
๒. สัมภาษณ์แพทย์ฝึกหัด แพทย์ประจำบ้านบางส่วนภายในประเทศ ทั้งที่ไม่มีพันธะและที่มีพันธะ ปฏิบัติรับใช้ชาติ ๓ ปี
๓. สัมภาษณ์แพทย์ไทยในสหรัฐอเมริกาโดยวิธีการศึกษาโดยตรง (พบเป็นรายบุคคล, โทรทัศน์, พบเป็นกลุ่มย่อย, ถามชาวคราว)

<sup>๑๐</sup>

Baker, T.D., Williams, K., and Plian bangchang, s., "The Study on Thai Medical Graduates in the United States" (Unpublished) Department of International Health, The Johns Hopkins University School of Hygiene and Public Health, Baltimore 1972



แพทย์ไทยที่สอบแบบสอบถามจำนวน ๒๓๖ ราย (๒๑๘ ราย ๙๒.๓%)  
 เคยไปต่างประเทศมาแล้ว ส่วนแพทย์ไทยในต่างประเทศที่ไปศึกษามีจำนวน  
 ๑๑๖ คน

ผลจากการสำรวจพบว่า ๕๐ % ของแพทย์ไทยในสหรัฐอเมริกา  
 ความโน้มเอียงที่จะตั้งรกรากในสหรัฐอเมริกาเป็นการถาวร จากการที่ศึกษา  
 โดยตรงครั้งนี้ต่างกับผลของการศึกษาโดยแบบสอบถามแพทย์ไทยที่อยู่ในประ  
 เทศไทยซึ่งมีอัตราการโน้มเอียงที่จะกลับไปตั้งรกรากในสหรัฐอเมริกา ๑๘.๘%  
 เท่านั้น แต่จำนวนประมาณหนึ่งในห้าของแพทย์ไทยที่ปฏิบัติงานในประเทศไทย  
 ขณะนี้อาจเปลี่ยนใจกลับไปสู่สหรัฐอเมริกาอีกเมื่อไรก็ได้ นับว่าเป็นจำนวนที่  
 มีความสำคัญไม่น้อยเลย

๒. แพทย์ในต่างจังหวัดไม่อาจจะใช้ความสามารถได้เต็มที่ สิ่งสำ  
 คัญเราต้องมองอยู่ที่ว่า ถ้าประเทศไทยสามารถปรับอัตราส่วนแพทย์ต่อประ  
 ชากรนี้ให้เท่ากับมาตรฐานทั่วโลกแล้ว ประเทศไทยจะอยู่ในภาวะที่ขาด  
 แคลนแพทย์อีกหรือไม่ และเราจำเป็นต้องมองดูว่าแพทย์นั้นสามารถทำงาน  
 ได้มากหรือน้อยเพียงไร ถ้าเราสามารถทำให้แพทย์คนหนึ่งรับผิดชอบต่อประ  
 ชากรในฐานะคนไข้ ๑,๐๐๐ คน เทามาตรฐานสากล ไม่ได้หมายความว่า  
 เมืองไทยไม่ขาดแคลนแพทย์ เพราะการดูแลอัตราส่วนของแพทย์ต่อประชากร  
 เท่านั้นยังไม่ถูกต้อง เมืองไทยอาจขาดแคลนแพทย์ได้ถ้าแพทย์นั้นทำงานได้ไม่  
 เพียงพอ เพราะฉะนั้นเราจำเป็นต้องพิจารณาคววาทการทำงานของแพทย์  
 เรามีความจำเป็นต้องทำอะไรบ้าง

ข้อแรก แพทย์คนนั้นมีความสามารถพอหรือไม่ แม้ว่าแพทย์นั้นจะ  
 จบปริญญา แต่ก็ไม่มีความรู้ความสามารถเพียงพอ หรืออาจมีความรู้แต่ขาด  
 ประสบการณ์ซึ่งที่แพทย์ผู้เชี่ยวชาญรับทุนปีละ ๑๐,๐๐๐ บาท ต้องออกไปปฏิบัติ  
 งานในต่างจังหวัดเป็นเวลา ๓ ปี รวมทั้งเวลาที่ไปเป็นแพทย์ฝึกหัดด้วย แพทย์

เหล่านี้ยังไม่มีประสบการณ์เพียงพอ ทำให้ไม่สามารถทำงานได้เต็มที่ในฐานะ  
ของแพทย์

ขอสงวนงบประมาณที่ใช้ในการแพทย์ในการปฏิบัติงานที่ใดก็ตาม  
แพทย์จำเป็นที่จะต้องมีเครื่องมือ มีงบประมาณที่จะใช้จ่ายจึงจะสามารถทำ  
งานได้ผล ซึ่งปัญหาเหล่านี้เป็นปัญหาที่รัฐบาลยังไม่สามารถที่จะแก้ไขได้  
เนื่องจากประเทศกำลังอยู่ในภาวะพัฒนาและมีปัญหาต่าง ๆ มากมาย ทั้ง  
รัฐบาลยังมองไม่เห็นความสำคัญอย่างจริงจัง งบประมาณของกระทรวง  
สาธารณสุขในแต่ละปีที่ผ่านมา รัฐบาลให้ความสำคัญเป็นลำดับสุดท้าย  
ถ้าเทียบตัวเฉลี่ยต่อคนแล้วจะเห็นได้ว่าประชากรไทยจะได้รับเงินงบประมาณ  
สำหรับบำรุงสุขภาพอนามัยของตนเองเพียง ๒๕.๔๘ - ๓๘.๔๓ บาทต่อปีเท่า  
นั้น ซึ่งอยู่ในอัตราค่ามากไม่สามารถทำอะไรได้ ในขณะที่ประชาชนเอง  
คนหนึ่ง ๆ เสียค่าใช้จ่ายในด้านการรักษาพยาบาลเป็นจำนวน ๒.๖ - ๓.๓  
เท่าของรัฐเป็นผู้จ่าย

006744

ขอสาม อุปกรณ์การแพทย์ตามสถานีอนามัยหรือในโรงพยาบาลต่าง  
จังหวัดก็มีไม่พอ และลาสมีย มีส่วนทำให้แพทย์ไม่ออกไปทำงานในต่างจ  
หวัด เพราะแพทย์ที่สำเร็จใหม่ ๆ เคยได้เห็นได้ใช้อุปกรณ์แพทย์ที่ทันสมัยแล้ว และใคร่ตระหนักในคุณค่าของอุปกรณ์การแพทย์ใหม่ ๆ ว่าสามารถ  
ช่วยชีวิตผู้ป่วยหรือช่วยในการบำบัดโรค เป็นอย่างคึกคักมั่งคั่งที่จะได้ใช้ในต่าง  
จังหวัดเช่นกัน โรงพยาบาลในสวนภูมิภาคก็จำเป็นต้องมีการพัฒนาเอาอุปกรณ์  
การแพทย์ใหม่ ๆ มาใช้บ้างเท่าที่จำเป็น มิใช่ปล่อยให้ละลายหายไปโดย

๑๑ "นโยบายการพัฒนาสาธารณสุข" กองวางแผนการสาธารณสุข สำนักงาน  
ปลัดกระทรวงสาธารณสุข, ชุมนุมบทความของกองวางแผนการสาธารณสุข  
กระทรวงสาธารณสุข, ๑๘ ธันวาคม ๒๕๑๖, หน้า ๒๐

สนใจว่าเมื่อส่งแพทย์ไปแล้วจะไปทำงานอย่างไรก็ตาม เพื่อทำให้แพทย์สามารถปฏิบัติงานได้เต็มที่ การรักษาโดยจริงจัง ทำให้แพทย์ที่สำเร็จใหม่ๆ มีความพอใจที่จะทำงานให้โดยลติ และสมกับความรู้ความชำนาญที่ได้เรียนมา จะได้ไม่มีความคิดอ่านจะย้ายหรือลาออกไป มิฉะนั้นแล้วแพทย์ที่สำเร็จใหม่ๆ ก็จะมีความรู้สึกเหมือนว่าถูกปล่อยปละละเลยและไม่ซำักเกิดความเบื่อหน่ายและอาจจะลาออกไปหรือหาทางย้ายเข้ากรุงเทพฯ

ข้อสุดท้าย ในต่างจังหวัดขาดการจัดให้มีบริการสนับสนุนในด้านการแพทย์ที่ดี ส่วนมากมักจะล้มในข้อที่ว่าแพทย์ไม่สามารที่จะให้บริการแพทย์ที่ดีและสมบูรณ์ได้ ถ้าขาดบุคคลากรเหล่านี้ <sup>๑๒</sup> เป็นต้นว่า พยาบาล เทคนิคเขียน ฯลฯ โดยเฉพาะถ้าในการบำบัดรักษานั้นยังต้องการบริการอื่นๆ อีก เช่น การตรวจทางห้องปฏิบัติการหรือห้องชันสูตรโรคอีกด้วย โดยเฉพาะยุคนี้ความก้าวหน้าทางวิชาการแพทย์มีมากขึ้น แพทย์ก็ต้องการในคานอื่น ๆ เพื่อใช้ในการบำบัดรักษาผู้ป่วยอีกด้วย เช่น บริการทางโภชนาการบริการทางห้องชันสูตรโรค จึงจะสามารถทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ เรื่องนี้แพทย์ที่สำเร็จใหม่จะคิดเปรียบเทียบบริการที่ตนเคยเห็น หรือเคยได้รับจากโรงเรียนแพทย์เสมอ จึง <sup>๑๓</sup> เป็นตองจัดให้มีบริการสนับสนุนในด้านการแพทย์ที่ดีกว่าปัจจุบันด้วย

๓. คุณภาพของแพทย์ที่ผลิตได้ยังไม่ตรงเป้าหมายความต้องการของประเทศอย่างแท้จริง

สำหรับในประเทศที่กำลังพัฒนามักจะมีข้อบ่งชี้ว่า จะผลิตแพทย์

<sup>๑๒</sup> วิบูล วิราวุธศักดิ์, นายแพทย์, "การพัฒนากำลังบุคคลากรอนามัย" วิทยากริภักะเล่มที่ ๑๒ ฉบับที่ ๑ มกราคม ๒๕๑๓

ขั้นมูลฐาน (Basic Doctor) ถึงแม่ประเทศไทยเองในการประชุม การอบรมศึกษาแพทยศาสตร์ครั้งที่ ๓ เมื่อวันที่ ๘-๑๑ พฤศจิกายน พ.ศ. ๒๕๑๔ ก็มีความเห็นเช่นเดียวกัน และในปัจจุบันก็ยังมีความมุ่งหมายเช่น นี้อยู่ แพทย์มูลฐาน (Basic Doctor) จะได้รับการศึกษาแพทยศาสตร์ ทั้งในทางวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีพอที่จะทำหน้าที่ในการให้บริการอนามัย ความสภาพโครงสร้างของบริการอนามัยของตนเมื่อได้รับการอบรมหลังปริญญา เป็นระยะเวลาพอสมควรแล้ว และเป็นที่ยกคาคหมายกันว่าส่วนใหญ่จะไปประกอบอาชีพในคานอนามัยบ้าง ในทางแพทย์อิสระ (Private Practitioner) บ้าง และมีบางส่วนจะเป็นแพทย์ชำนาญเฉพาะทาง และส่วนน้อยจะเป็นอาจารย์ในโรงเรียนแพทย์ สำหรับในประเทศไทย การคาดการณ์นี้ได้เป็นไปตามเป้าหมายที่คิดไว้ แพทย์ส่วนใหญ่ขณะนี้กลับต้องการเป็นแพทย์เฉพาะทางหรือ specialist มากกว่าที่จะไปปฏิบัติ การตามภูมิภาค หรือเป็นแพทย์ทั่วไป (General Practitioner) จากการศึกษาวิจัยแพทย์เด็กหัดโดยแพทย์หญิง ม.ร.ว. จันทรีวัตร์ เกษมสันต์ กับคณะ ฯ เมื่อปี พ.ศ. ๒๕๑๔ ในเรื่องความต้องการจะเป็นแพทย์ชนิดไหน ทั่วไป ใ้รับคำตอบว่า ๕๔ % อยากรเป็นแพทย์เฉพาะทาง ๔๔ % อยากรเป็นแพทย์ทั่วไป ๑ % อยากรเป็นแพทย์ฟริคลินิค ๑ % อยากรเป็นนักวิจัย

สิ่งเหล่านี้เป็นข้อบ่งชี้ว่าการศึกษารอบรมที่แพทย์ได้รับมาจากโรงเรียนแพทย์ ซึ่งมีรูปแบบการศึกษาในแนวเดียวกับประเทศที่พัฒนาแล้วมีอิทธิพลสร้างสรรค์ ให้มีทัศนคติโน้มเอียงที่จะเป็นแพทย์เฉพาะทางมากกว่าแพทย์ทั่วไป ทั้ง ๆ ที่โรคที่เป็นกันมากในประเทศไทยใช้แพทย์ทั่วไปรักษาได้ไม่จำเป็นต้องเป็น แพทย์เฉพาะทาง เช่น

- โรคติดเชื้อที่สำคัญ ๆ เป็นต้นว่า โรคติดเชื้อของระบบทาง เคนอาหารและพยาชีดำไส้ วัณโรค ปอดอักเสบ ไข้จับสั่น โรคเรื้อน โรคบาดทะยัก โรคริดสีดวงตา กามโรค โรคคอติด โรคไข้เลือดออก

## โรคเยื่อสมองอักเสบ

โรคขาดสารอาหาร (มักพบโรคขาดสารอาหารโปรตีนในเด็ก และโรคขาดวิตามินในผู้ใหญ่)

- โรคเกี่ยวกับการตั้งครรภ์ การคลอด และหลังคลอด (๘๕ % ของผู้หญิงไทยยังได้รับการทำคลอดจากหมอต้าแยหรือผู้อื่นที่ไม่ได้รับการฝึกฝน ในด้านผดุงครรภ์มาก่อน)

- ปัญหาอันเนื่องมาจากอุบัติเหตุต่าง ๆ (โดยเฉพาะโรคที่เกิดขึ้นจากอุบัติเหตุทางรถยนต์)

- โรคเกี่ยวกับสุขภาพจิตและยาเสพติดให้โทษ<sup>๑๓</sup>

ทั้งนี้ด้วยเหตุผลหลายประการ เช่น

ก. ในการศึกษาแพทยศาสตร์ใช้การเน้นหนักในด้านชำนาญเฉพาะทางมากเกินไป เช่น ในสหรัฐอเมริกา ทั้งนี้เพราะความก้าวหน้าทางวิทยาการ จึงทำให้คนคนเดียวไม่สามารถจะมีความรู้ความชำนาญไปได้ทุกอย่าง เหตุการณ์เช่นนี้มิได้มีเฉพาะประเทศใดประเทศหนึ่งเท่านั้น แต่เป็นไปทั่วโลก เช่น ในประเทศฟินแลนด์ ๘๒ % ของแพทย์ทั้งหมดก็เป็นผู้ชำนาญเฉพาะทาง และตามสถิติที่ได้มีการสอบถามนักศึกษาแพทย์ทั้ง ๓ แห่งในฟินแลนด์ก็ปรากฏว่า ๘๒ % ต้องการเป็นผู้ชำนาญเฉพาะทาง

<sup>๑๓</sup> เทพนม เมืองแมน, นายแพทย์, "ปัญหาสาธารณสุขและบริการที่รัฐให้แก่ประชาชนไทยในปัจจุบัน" วารสารรามายิตี ปีที่ ๓ ฉบับที่ ๖ มกราคม ๒๕๑๖, พระนคร: อักษรสัมพันธ์, หน้า ๕๕-๕๘



ข. เมื่อไปศึกษาต่อต่างประเทศ เช่น ในสหรัฐอเมริกา แพทย์ไทยก็ต้องไปศึกษาชั้นหลังปริญญาอยู่ในโรงเรียนแพทย์บ้าง ตามโรงพยาบาลต่าง ๆ บ้าง ก็ได้ศึกษากับแพทย์อเมริกันที่มีชื่อเสียงซึ่งเป็นผู้ชำนาญเฉพาะทาง แพทย์ไทยจึงได้รับการยอมรับเป็นผู้ชำนาญเฉพาะทางมาเกือบทั้งสิ้น จึงมักจะปรากฏว่าหลังจากแพทย์ไทยได้เดินทางกลับมายังประเทศไทยเป็นเวลา ๑-๒ ปี แล้วมักจะเดินทางกลับไปประกอบอาชีพในสหรัฐอเมริกาอีก เพราะการประกอบที่ได้นั้นไม่เหมาะสมกับการปฏิบัติงานในเมืองไทย

ค. การเป็นแพทย์ผู้ชำนาญเฉพาะทางมีผู้นิยมนับหน้าถือตา หากินได้คล่องกว่า โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกรุงเทพฯ ทั้งนี้ก็เพราะประชาชนมีความรู้และความเข้าใจซึ่งกันก็ยอมรับการพบแพทย์ที่มีความสามารถเฉพาะทาง ดังเราจะเห็นได้ว่าถ้าไปถามผู้ช่วยผู้ช่วยก็มักจะบอกกันว่าต้องการพบหมอคนนั้นคนนั้น เพราะหมอคนที่เขาต้องการชำนาญในการรักษาโรคของเขาเป็นต้น

และยังมีเหตุผลอื่น ๆ อีกมากที่ทำให้การศึกษาเพื่อเป็นแพทย์ผู้ชำนาญเฉพาะทางนี้เป็นสิ่งดึงดูดแก่แพทย์ใหม่ ๆ

ดังนั้นในวงการศึกษาศาสตร์ จึงเห็นว่ามีควมจำเป็นจะต้องตีความหมายของคำว่าแพทย์มูลฐานนี้เสียใหม่ให้เหมาะสมกับสภาวะการณ์ของประเทศ และจะต้องจัดการอบรมศึกษาศาสตร์ให้สอดคล้องกับความต้องการทางบริการอนามัยและโครงสร้างอนามัยของประเทศนั้น ๆ มากกว่าที่จะถือตามทฤษฎี หรือตามที่เคยปฏิบัติมาแล้ว สำหรับประเทศไทยควรจะได้จัดวางแนวการสอนให้เน้นหนักไปในด้านอนามัยชุมชนอย่างจริงจัง (Community Medicine) เราต้องเน้นให้นักศึกษาแพทย์สำนึกในหน้าที่ของแพทย์ต่อชุมชนนั้น ๆ และเพิ่มหลักสูตรในเวชศาสตร์ป้องกันให้มากขึ้น รวมทั้งสอนการปฏิบัติงานเป็นกลุ่มในการให้บริการอนามัยนี้

ดังนั้นการศึกษาแพทยศาสตร์จึงเป็นปัญหาใหญ่สำหรับในประเทศที่กำลังพัฒนา ปัญหาที่สำคัญคือทำอย่างไรจึงจะผลิตแพทย์ได้ตรงกับเป้าหมายที่วางไว้ และยังรักษามาตรฐานการศึกษาไว้ได้ทัดเทียมกับต่างประเทศ รวมทั้งมีจำนวนเพียงพอกับความต้องการของประเทศ