

บทความพิเศษ

ปัญหาสาธารณสุขของประเทศไทย*

เจก ธนะสิริ พ.บ.

(ผู้อำนวยการฝ่ายสาธารณสุข เทศบาลนครกรุงเทพ)

ประเทศไทยในสายตาของโลก จักอยู่ในกลุ่มประเทศที่ยังค่อยพัฒนา หรือจะเรียกว่า เป็นประเทศที่กำลังพัฒนา ก็ได้. การพัฒนาประเทศนั้น จำต้องพัฒนาในด้านต่าง ๆ ทุกด้าน ด้วยอัตราส่วนเท่าที่ควรจะเป็น. อัตราส่วนที่ข้าพเจ้ากล่าวถึงนี้ มีส่วนมากน้อยไม่เท่ากัน เป็นของธรรมดา. สำหรับอัตราส่วนทางด้านสาธารณสุขนั้น เป็นที่ทราบกันว่า ประเทศที่ค่อยพัฒนามากว่า ย่อมมีอัตราส่วนทางด้านสาธารณสุขที่สูงกว่า ย่อมมีอัตราส่วนทางด้านสาธารณสุขในประเทศที่พัฒนามากกว่า. ทั้งนี้ โดยมีเหตุผลที่สำคัญอย่างยิ่งคือ สถานะเศรษฐกิจของประชาชนในประเทศเป็นเหตุให้รัฐต้องเข้าช่วย อำนวยในการให้บริการ ทาง การแพทย์ และสาธารณสุขเป็นส่วนใหญ่. นอกจาก

นั้น ปัญหาโรคภัยไข้เจ็บในประเทศที่ค่อยพัฒนายังมีมากกว่าในประเทศที่พัฒนาอย่างมากอีกด้วย.

สำหรับประเทศไทย ในขณะนี้งบประมาณทางการแพทย์และสาธารณสุขได้เพียง ๒.๘ เปอร์เซ็นต์ ของงบประมาณทั้งประเทศ ซึ่งนับว่าน้อยมากอย่างยิ่ง และก็เป็นดังนี้มานานแล้ว จึงพอจะเห็นได้ว่าโครงการ ขยายงานสาธารณสุขของประเทศยังก้าวไม่ไกลเท่าที่ควร. เมื่อเป็นดังนี้แล้วการจะได้แรงงานที่มีสุขภาพอนามัยสมบูรณ์ เพื่อนำไปเพิ่มผลผลิตทางด้านเศรษฐกิจให้แก่ประเทศจึงน้อยไปด้วย, เพราะแรงงานที่เกิดขึ้นทุกปี ๆ กลายเป็นแรงงานที่ไม่สมบูรณ์เสียเป็นส่วนใหญ่. จะเห็นได้ชัดกันว่า โรคภัยไข้เจ็บส่วนใหญ่

* บรรยายในการประชุมใหญ่ทางวิชาการ ครั้งที่ ๓ ในโอกาสที่โรงเรียนแพทย์ (ศิริราช) ครบ ๘๐ ปี, ณ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล, วันที่ ๒๘ เมษายน ๒๕๑๓.

เป็นโรคขาดอาหารและโรคอันเกิดจากการสูบบุหรี่มากเกินไป. งบประมาณสาธารณสุขเท่าที่ได้รับเพียง ๒-๓ เปอร์เซ็นต์เป็นประจำปี มีคุณค่าพอจะลดอัตราการตายของประชาชน โดยเฉพาะวัยเด็กให้น้อยลง และลดอัตราการตายจากโรคร้าย ๆ ๓-๔ โรค, แต่มีใ้หมายความว่าพอเพียงที่จะทำให้ประชาชนมีสุขภาพอนามัยแข็งแรงสมบูรณ์อย่างจริงจังเลย. ประกอบกับอัตราการเกิดสูงมาก พลเมืองของประเทศไทยจึงเพิ่มอย่างรวดเร็ว, แต่เป็นพลเมืองที่ขาดความสมบูรณ์เท่าที่ควร. เมืองงบประมาณสาธารณสุขของประเทศได้รับในอัตราส่วนเท่าที่เป็นอยู่ในขณะนี้ จึงสามารถจะคลอบคลุมให้กิจการสาธารณสุขของประเทศเจริญได้ อย่าง ดี ก็เพียงนั้นเท่านั้น. ฉะนั้น ถ้าจะพิจารณาแก้ปัญหาสาธารณสุขให้ได้อย่างจริงจังแล้ว จำเป็นต้องทำความเข้าใจในเรื่องนี้ให้ถ่องแท้เสียก่อน.

ปัญหาอีกเรื่องหนึ่ง ที่เข้ามาเป็นลูกโซ่เกี่ยวข้องกับปัญหาสาธารณสุข ก็คือ ปัญหาขาดแคลนบุคคล. ในที่นี้หมายถึงแพทย์, พยาบาล, และเจ้าหน้าที่ข้างเคียงช่วยการแพทย์. เพื่อให้ประเด็นแคบเข้า ขำพเจ้าจะขอพูดเฉพาะปัญหาการขาดแคลนแพทย์.

สำหรับปัญหาการขาดแคลน พยาบาล และเจ้าหน้าที่อื่น ๆ เป็นเรื่องใหญ่มาก แต่ลักษณะและวิธีแก้ปัญหานี้ คล้ายคลึงกัน. ฉะนั้น ก่อนที่จะเลยไปถึงใคร่ขอยกปัญหานี้ขึ้นมากล่าวไว้ในตอนนี้เสียก่อน และเสนอวิธีการแก้ปัญหาต่อไป.

ที่มาของปัญหาการขาดแคลนแพทย์ นอกจากจะมีสาเหตุเพราะกำลังผลิตมีน้อยแล้ว ยังเป็นเพราะแพทย์ไปศึกษาหรือทำงานในต่างประเทศกันมาก และนับวันจะยิ่งมากขึ้น. ท่านทั้งหลายคงทราบเหตุผลต่าง ๆ ที่อยู่แล้วว่า ประเทศที่ดูดซึมแพทย์ไปจากประเทศด้อยพัฒนาทั้งหลายนี้ มีสิ่งเย้ายวนเพียงใด, ความต้องการมีมากเพียงใด, ทั้งความต้องการภายในประเทศของเขาเอง และยังมีภาระนอกประเทศอีกด้วย, เช่น ภาระในประเทศเกาหลีและเวียดนาม เป็นต้น. ปัญหาแพทย์ไปทำงานในต่างประเทศนี้ แม้แต่ประเทศที่เจริญแล้วในยุโรปเอง เช่น อังกฤษก็มีแพทย์ที่ไปทำงานในประเทศอเมริกา และแคนาดา มีจำนวนเพิ่มขึ้นทุกปี. ส่วนประเทศภาคพื้นเอเชียที่ประสบปัญหายิ่งกว่าประเทศไทย ได้แก่ ประเทศฟิลิปปินส์, เกาหลี, ไต้หวัน และอินโดนีเซีย เป็นต้น. ประเทศเหล่านี้ล้วนแต่มี

แพทย์ที่ออกไปทำงานในต่างประเทศจำนวนมากกว่าประเทศไทยหลายเท่า. พวกนี้มักจะตั้งรกรากอยู่ในประเทศนั้น ๆ เลยเสียด้วยซ้ำ. ประเทศเหล่านี้ได้แก้ปัญหาของเขาเองหลายอย่างหลายประการ และก็มีได้กักกันหรือห้ามปรามแต่อย่างใด.

ข้าพเจ้าได้เคยไปดูงานในประเทศเกาหลีซึ่งประสบปัญหาหลายด้านมากกว่าประเทศไทยหลายเท่า. ประเทศเกาหลีไม่ใช้นโยบายปิดประตูหรือห้ามแพทย์ไม่ให้ไปศึกษาหรือไปหาความชำนาญในต่างประเทศ, แต่กลับเร่งเพิ่มผลิตแพทย์อย่างกว้างขวาง. ประเทศเกาหลีมีมหาวิทยาลัยถึง ๓๐ กว่าแห่ง และยังคงอยู่เสมอว่าประเทศของเขามีเงินตราต่างประเทศเข้าประเทศเพิ่มขึ้นอย่างมาก, เนื่องจากแพทย์, พยาบาล, และนักวิชาการอื่นที่ไปทำงานในต่างประเทศ ได้เก็บออมเงินตราต่างประเทศส่งกลับประเทศของเขา ทำให้ประเทศเกาหลีมีเงินตราต่างประเทศเพิ่มขึ้นอย่างมาก. ในขณะเดียวกันประเทศเกาหลีก็ตั้งหน้าปรังปรุงโรงเรียนแพทย์อย่างขะมักเขม้น และผลิตแพทย์, พยาบาลเพิ่มอย่างไ้ผล. ส่วนทางด้านการบริการทางการแพทย์ และ สาธารณสุข ก็มีได้หยุดยั้ง,

แถมยังกำหนดให้มันนโยบายคุมกำเนิดเป็นนโยบายของชาติอีกด้วย ซึ่งจากผลงานเป็นที่ยอมรับทั่วไปว่าไ้ผล เป็นที่น่าพอใจแห่งหนึ่งในโลก. ประเทศไทยน่าจะไ้จัดทำบ้างเป็นอย่างยิ่ง.

ต่อไปข้าพเจ้าใคร่จะกล่าวถึงปัญหาทางการแพทย์ และ สาธารณสุข ของประเทศ และของท้องถิ่น (เทศบาล) บ้าง.

๑. ปัญหาทางการแพทย์ และ สาธารณสุขของประเทศ

ประเทศไทยมีแพทย์แผนปัจจุบันชั้นหนึ่ง ๕,๐๓๒ คน (สถิติ พ.ศ. ๒๕๑๒). ในขณะนี้พลเมืองของประเทศไทยมี ๓๔ ล้านคน, หมายความว่าค่าเฉลี่ยแพทย์ ๑ คนต่อประชากร ๖,๘๐๐ คน. ในจำนวนแพทย์ ๕,๐๓๒ คนนี้เป็นแพทย์ที่มีวุฒิอำนาจอยู่ในจังหวัดพระนคร และธนบุรีเสีย ๒,๕๐๐ คน สำหรับพลเมืองเพียง ๓ ล้านคน, หรือเท่ากับแพทย์ ๑ คนต่อพลเมือง ๑,๐๐๐ คน. ฉะนั้น ในต่างจังหวัดซึ่งมีพลเมือง ๓๑ ล้านคนต่อแพทย์เพียง ๒,๑๓๒ คน หรือเท่ากับแพทย์ ๑ คนต่อพลเมืองถึง ๑๕,๐๐๐ คน. แต่ข้อเท็จจริง

ในต่างจังหวัดนั้นแพทย์ส่วนใหญ่อยู่ในเขตเทศบาล หากจะประมาณค่าเฉลี่ยแพทย์ต่อประชากรนอกเขตเทศบาลแล้ว เห็นจะเป็นอัตราส่วนแพทย์ ๑ คน ต่อประชากรประมาณ ๑๐๐,๐๐๐ คน.

อัตราส่วนดังกล่าวนี้ แม้ว่าจะมีแนวโน้มที่ห่างออกไปทุกที่ก็ตาม แต่เนื่องจากวิวัฒนาการทางวิทยาศาสตร์ก้าวหน้ามาก ทำให้การสาธารณสุขของประเทศไทยดีขึ้นตามลำดับโดยทั่วไป, โดยเฉพาะอย่างยิ่งอัตราป่วย และ ตายด้วยโรคร้าย ต่าง ๆ ลดลง, อาทิ วัณโรค, คุชชิตาราก, มาลาเรีย เป็นต้น.

มาลาเรีย เคยคร่าชีวิตประชากรสูงสุดทุกปี. พ.ศ. ๒๔๕๐ อัตราตายจาก มาลาเรีย สูงถึง ๒๕๗ ต่อแสนคน, แต่ พ.ศ. ๒๔๑๑ ลดลงเหลือเพียง ๑๔ ต่อแสนคน. พ.ศ. ๒๔๕๐ วัณโรค เคย มีอัตราสูงถึง ๕๕.๖ ต่อแสนคน, ใน พ.ศ. ๒๔๑๑ อัตราตายลดลงเหลือเพียง ๒๓ ต่อแสนคน. คุชชิตารากเคยมีอัตราป่วยสูงมาก โดยเฉพาะอย่างยิ่งในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ บัดนี้เกือบจะหาผู้ป่วยไม่ได้เลย.

นอกจากนั้น อัตราเด็กตายก็ลดลงเรื่อย ๆ. ในปี พ.ศ. ๒๔๘๐ อัตราเด็กอายุต่ำกว่า ๑ ปี ตายสูง ๑๐๔.๒ ต่อ ๑,๐๐๐

คน, ลดลงเหลือเพียง ๒๖.๕ ต่อ ๑,๐๐๐ คน ใน พ.ศ. ๒๕๑๑.

อายุคาดประชากรก็สูงขึ้นเรื่อย ๆ, จากเฉลี่ย ๓๐ ปีเศษ เมื่อ ๔๐ ปีมาแล้ว, ในขณะนี้สูงถึง ๖๐ ปี.

อัตราเกิด ของพลเมือง สูงมาก ถึง ๔๒-๔๕ ต่อ ๑,๐๐๐ และไม่มีที่ท่าจะลด. อัตราตายลดน้อยลง จาก ๑๗.๓ ใน พ.ศ. ๒๔๘๐ ลงมาเหลือ ๗.๓ ใน พ.ศ. ๒๕๑๑, ทำให้อัตราพลเมืองเพิ่มสูงถึง ๓.๓ เปอร์เซ็นต์ต่อปี และยังไม่เป็นที่ท่าว่าจะลดน้อยลงเลย.

เหตุผลต่างๆ ที่ไต่กล่าวมาแล้ว ทำให้เป็นปัญหาทางสาธารณสุขของประเทศอย่างมาก และโดยเฉพาะอย่างยิ่งท้องถิ่นคือ เทศบาล เพราะมีประชากรอยู่อย่างหนาแน่นในเนื้อที่เพียงเล็กน้อย ซึ่งเป็นปัญหาที่กระทรวงสาธารณสุข และกระทรวงมหาดไทย ซึ่งรับผิดชอบร่วมกันควรจะต้องรีบดำเนินการโดย มีแผนงานที่มั่นคง แน่นนอน เพื่อแก้ปัญหานี้.

๒. ปัญหาทางการแพทย์ และสาธารณสุขของเทศบาล

เทศบาลเป็นระบบการปกครองท้องถิ่น

ซึ่งควบคุมโดยกระทรวงมหาดไทย. ประเทศไทยมี ๑๒๐ เทศบาลเท่านั้น. จำนวน ๑๒๐ แห่งนี้คงที่ไม่ได้เพิ่มจำนวนมากกว่า ๒๐ ปีที่แล้ว. ประชาชนที่อาศัยอยู่ในเขตเทศบาลทั่วประเทศ มีเพียง ๑๓ เปอร์เซ็นต์ของประชากรทั่วประเทศ, คือ มีพลเมืองประมาณ ๔.๕ ล้านคน ในจำนวน ๑๑๗ เทศบาล, ยกเว้นเทศบาลนคร ๓ แห่ง มีสถานอนามัยชั้น ๑ (มีแพทย์) ๕๐ แห่ง. นอกนั้นเป็นสถานอนามัยชั้น ๒ (ไม่มีแพทย์, ในขณะที่มีแพทย์ปฏิบัติงานอยู่เพียง ๓๑ คน, นอกนั้นไม่มีแพทย์, มีตำแหน่งแพทย์ว่าง ๕๕ ตำแหน่ง).

งานสาธารณสุขของท้องถิ่นทั่ว ๆ ไปที่ปรากฏผลให้เห็น อย่างชัดเจน ว่ายังเจริญก้าวหน้าไม่เพียงพอ เนื่องจากงานสาธารณสุขเป็นงานเทคนิคที่ต้องใช้วิชาการสาขาต่าง ๆ, แต่ทางบ้านสาธารณสุขของเทศบาลนั้นขาดนักวิชาการ และก็ขาดแคลนงบประมาณจากท้องถิ่นเอง. ฉะนั้นงานสาธารณสุขของท้องถิ่นจึงไม่สามารถจะก้าวหน้าได้. หมวดยุทธศาสตร์ของเทศบาล จึงมีเจ้าหน้าที่เพียง ๒-๓ คน ให้ได้ชื่อว่าหน่วยงานนี้เท่านั้น. เจ้าหน้าที่ ๒-๓ คนนี้ จึงต้องโอนออกไป

ตามนักบริหารสุดแต่จะมอบหมายงานอย่างอื่นให้ทำ ซึ่งบางทีก็ไม่ใช่งานบริการสาธารณสุข. บริการสาธารณสุขมีเฉพาะการรักษาอย่างเฉียบ, งานด้านการป้องกันโรค และ ส่งเสริมสุขภาพอนามัยต่าง ๆ ได้รับความเอาใจใส่ในน้อยที่สุด ถึงแม้ว่าแพทย์เองอยากจะทำให้ดีกว่าไม่ได้ด้วยเหตุผลดังกล่าวข้างต้น.

งานสาธารณสุขของท้องถิ่นเปรียบไม่ได้กับงานอื่น ๆ เช่น งานโยธา, งานสร้างหรือซ่อมถนน. ถนนจะดีหรือจะเสียหายที่ใดก็หยุดอยู่ตรงนั้น. แต่งานสาธารณสุข เช่น โรคติดต่อ, โรคสามารถแพร่กระจายจากท้องถิ่นหนึ่งไป อีกท้องถิ่นหนึ่ง หรือ จาก จังหวัด หรือ ประเทศ หนึ่งไป อีก จังหวัดหนึ่งหรืออีกประเทศหนึ่งได้อย่างง่ายดาย, กล่าวได้ว่าการระบาดของโรคติดต่อ นั้นไม่มีพรมแดน. ฉะนั้น ในประเทศที่ด้อยพัฒนา หรือ กำลังพัฒนานั้น จึง มักจะมอบหมายงานสาธารณสุขของท้องถิ่นให้กระทรวงสาธารณสุข ดำเนินการ ควบคุมดูแลให้ความช่วยเหลืออย่างใกล้ชิด, โดยจัดแยกเป็นงานของท้องถิ่นต่างหาก และใช้สถานที่เทศบาล แต่มีวิธีการควบคุมดำเนินงานให้สอดคล้องกับงานสาธารณสุข

ระดัยชาติ. ฝ่ายเทศบาลก็ต้องถือว่าตนจะต้องมีส่วนรับผิดชอบด้วย. บางแห่งใช้เจ้าหน้าที่ ระดัยชาติให้ทำงานให้ท้องถิ่นด้วย. แต่ท้องถิ่นก็แบ่งงบประมาณส่วนหนึ่งให้แก่การสาธารณสุขของท้องถิ่นนั้น โดยจะต้องมีมาตรการ อย่างหนึ่ง ที่วางไว้มิให้เกิดความไม่เป็นธรรม. ในการจัดสรรงบประมาณให้แก่การสาธารณสุขในท้องถิ่นนั้น ๆ ซึ่งอาจจะต้องใช้จำนวนประชากรและรายได้ของประชาชนเป็น หลักประกอบในการพิจารณา แล้ววางกฎเกณฑ์ให้เทศบาลต่าง ๆ ถือปฏิบัติ. หากเทศบาลใดมีงบประมาณเลี้ยงตัวเองได้เป็นอย่างดี และมีกิจการด้านสาธารณสุขกว้างขวางอยู่แล้ว เช่น เทศบาลนคร ๒-๓ แห่งของเรา ก็อาจปล่อยให้มีการ บริหารงาน อย่างอิสระ ใ้สุดแต่ตนโยยาย; แต่จะต้องมีสายการบริหาร งานให้ใกล้ชิด กว่าที่เป็นอยู่ในเวลานี้.

ข้าพเจ้าเคยได้ทราบ รายงาน ของกรมอนามัยเกี่ยวกับการปลูกฝี, ปรากฏมีสถิติที่น่าประหลาดใจว่า จากการสำรวจพบว่า เด็กในเขต เทศบาล เมืองอุบล ๑ ได้ รับการปลูกฝีเพียง ๑๐ เปอร์เซนต์, แต่เด็กนอกเขตเทศบาลได้ รับการปลูกฝีมากกว่า ๗๐

เปอร์เซนต์. แสดงให้เห็นชัดเจนว่าการสาธารณสุขในบ้าน การป้องกันโรคในเขตเทศบาลซึ่งเจริญกว่าในชนบทกลับมีผลงานน้อยกว่าการสาธารณสุข นอกเขตเทศบาล ซึ่งเจริญน้อยกว่าเสียอีก. เหตุการณ์อย่างนี้มีใช่เป็น แต่เฉพาะในเขต เทศบาล เมืองอุบล ๑ เท่านั้น แต่มีลักษณะอย่างนี้โดยทั่วไป ยกเว้นบางแห่งเท่านั้น. ถ้าปล่อยให้การบริหารงานเป็นอยู่อย่างนี้แล้ว งานสาธารณสุข ของเทศบาล จะ ถูกทอดทิ้งยิ่งขึ้นทุกที. ขวัญของผู้ทำงานให้แก่การสาธารณสุข ของเทศบาล ต่าง ๆ จะเลวลง; จะหาแพทย์, พยาบาลและเจ้าหน้าที่อื่น ๆ เข้ามาทำงานให้แก่ท้องถิ่นได้ยาก. งานสาธารณสุขของท้องถิ่นมีผลสะท้อนถึงงานสาธารณสุขทั่วประเทศ. เมื่อเป็นอย่างนี้แล้วงานสาธารณสุข ของชาติจะดีได้อย่างไร. กระทรวงมหาดไทยและกระทรวงสาธารณสุขน่าจะได้วางนโยบายแก้ปัญหานี้โดยเร็ว.

ต่อไปนี้ ข้าพเจ้าใคร่ขอกล่าวถึงปัญหาสาธารณสุขเฉพาะในนครหลวง (เขตเทศบาลนครกรุงเทพ) โดยละเอียดดังต่อไปนี้:

ประเทศไทยก่อนสมัยสงครามโลกครั้งที่ ๒ เมื่อเทียบกับในปัจจุบัน จะเห็นได้ว่ามีประชาชนเพิ่มขึ้นเป็นอย่างมาก, กล่าวคือ ใน พ.ศ. ๒๔๘๐ ประเทศไทย มีพลเมือง ๑๔.๕ ล้านคน. ในปี ๒๕๑๓ มีพลเมืองประมาณ ๓๔ ล้านคน ซึ่งเพิ่มประมาณ ๒.๓ เท่าตัว หรืออีกนัยหนึ่งมีอัตราการเพิ่มประมาณ ๓.๓ เปอร์เซ็นต์. แต่ในเขตเทศบาลนครกรุงเทพ ประชากรได้เพิ่มถึง ๕ เท่า หรือมีอัตราการเพิ่มถึงร้อยละ ๖.๖, คือในปี พ.ศ. ๒๔๘๐ เทศบาลนครกรุงเทพ มีประชากรประมาณ ๕๐๐,๐๐๐ คน, แต่ในปัจจุบันมีประชากรกว่า ๒ ล้านคน. ที่เพิ่มขึ้นนั้นเนื่องมาจากการมีบุตรมากเหลือเกินและเพราะการอพยพโยกย้ายจากต่างจังหวัดเข้ามาทำมาหากินในเมืองหลวง. ความเป็นอยู่ในเมืองหลวง, กิจการสาธารณูปโภค, บริการทางการแพทย์และการบันเทิงธุรกิจต่าง ๆ นับว่าเป็นอุปสรรคสำคัญในการดึงดูดคนให้เข้ามาอยู่ในเมืองหลวง. นอกจากนั้นการเฉลิมฉลองตามเทศกาลต่าง ๆ ก็มีส่วนอยู่ไม่น้อยในการเรียกคนเข้ามาอยู่ในเมืองหลวง. บางรายมาแล้วเมื่อเสร็จงานก็กลับ, บางรายก็อาศัยญาติพี่น้องอยู่ต่อไป. ส่วนผู้มีอาชีพ

ทางกลีกรรมนั้น เมื่อหมดหน้าตาต่างก็พากันโยกย้ายมาทำมาหากินรับจ้างในเมืองหลวง. นักเรียน, นักศึกษาทั่วทุกสารทิศมุ่งหน้าจะมาแสวงหาความรู้ในสถาบันที่ที่ดีที่สุดคือในเมืองหลวง. อีกพวกหนึ่งก็ให้แก่คนป่วยเจ็บก็มีความพยายามหาโรงพยาบาลที่ดีที่สุด, หาแพทย์ที่มีชื่อเสียงในเมืองหลวง, ต่างเดินทางเข้ามาพร้อมทั้งญาติมิตร พี่น้อง ติดตามเข้ามาเพื่อมารับการรักษาเป็นจำนวนไม่น้อย. ด้วยเหตุผลต่าง ๆ เหล่านี้ย่อมทำให้ประชากรในเขตเทศบาลนครกรุงเทพเพิ่มขึ้นอย่างประมาณมิได้. เหตุผลดังกล่าวนี้คือสภาพของเมืองหลวงในประเทศที่ยังค่อยพัฒนาทั้งหลาย. แต่เมื่อเทียบกับเมืองหลวงหรือเมืองใหญ่ ๆ ในประเทศที่พัฒนาแล้ว, สภาพจะตรงกันข้าม, กล่าวคืออัตราการเพิ่มของคนในเมืองหลวงเพิ่มเพียงเล็กน้อย. เราจะไต่ยินว่ามหานครต่าง ๆ ในทวีปยุโรปหรืออเมริกาเหนือก่อนสงครามโลกครั้งที่ ๒ มีพลเมือง ๘-๙ ล้านคน. หลังจากนั้นอีก ๓๐ ปี ต่อมาก็จะได้ยินว่ามีพลเมือง ๕-๑๐ ล้านคน ซึ่งจะเห็นได้ว่าพลเมืองเพิ่มเพียงเล็กน้อย. มิใช่มหานครเหล่านั้น จะมีพลเมืองเป็น ๔๐ ล้านคน คือเพิ่ม ๕ เท่า

อย่างกรุงเทพ ฯ. ทำไมจึงเป็นเช่นนั้น? พลเมืองในประเทศเหล่านั้นไม่เพิ่มขึ้นหรือ? พลเมืองก็เพิ่มมากขึ้น แต่อัตราการเพิ่มก็ไม่มากอย่างหนึ่ง, และอีกอย่างหนึ่งความเจริญของประเทศกระจายทั่วไปทั้งประเทศ คล้ายคลึงกันหมด, ไม่ว่าจะไปที่ใดเป็นเทศบาลไปทั้งหมด, เป็นเทศบาลของเมืองต่าง ๆ, ของหมู่บ้าน หรือตำบลไปทั้งหมด. ความเจริญมิได้จำกัดตัวอยู่แต่ในเมืองหลวงหรือเมืองใหญ่ ๆ เท่านั้น.

ในปัจจุบันไม่ว่าจะไปทางทิศใดของเมืองหลวงของเรา, ตามแหล่งการค้า, โรงมหรสพ, ตามถนน, ในรถประจำทาง, จะเห็นความแออัดมีอยู่โดยทั่วไป. การอยู่รวมกันอย่างแออัดเช่นนี้ย่อมมีผลสะท้อนต่อสภาพความเป็นอยู่ทั้งเฉพาะหน้าและในระยะยาว. ที่สำคัญมีอยู่โดยธรรมชาติคือ

ความสกปรก, โรคภัยไข้เจ็บ, ความยากจน, แหล่งเสื่อมโทรม, ประชาชนไม่มีที่อยู่อาศัย และความโง่เขลาหรือความรู้เพราะขาดการศึกษา. ผลสะท้อนสำคัญอีกประการหนึ่งซึ่งวันที่เรากล่าวเสียมิได้ก็คือ การเสื่อมสภาพจิตใจอันเป็นเหตุให้เกิดปัญหาอาชญากรรมต่าง ๆ. ทั้งหมดคนนำมาให้เกิดปัญหาสาธารณสุขอีกรูปหนึ่ง คือรูปของเมืองหลวง.

ต่อไปนี้จะขอนำสถิติต่าง ๆ ที่สำคัญประกอบ การพิจารณาเปรียบเทียบสถิติเมืองหลวงกับสถิติทั้งประเทศ.

สาเหตุการตายที่สำคัญ เปรียบเทียบระหว่างในเขตเทศบาลนครกรุงเทพกับทั้งประเทศในปัจจุบัน และเทียบกับสถิติของเมืองหลวงด้วยกันในรอบ ๑๕ ปีที่ผ่านมา.

(๑) ทั้งประเทศ พ.ศ. ๒๕๑๐ (ต่อประชากรในแสน)

๑. โรคที่เกิดกัยทารกอายุต่ำกว่า ๑ ปี	๓๖.๓
๒. วัณโรคระบบการหายใจ	๒๘.๓
๓. ภาวะอาหารและลำไส้เล็กอักเสบ	๒๗.๖
๔. อุบัติเหตุ, การถูกพิษ, พลวเหตุ	๒๕.๕
๕. ปอดอักเสบ	๑๕.๖
๖. โรคหัวใจ	๑๖.๕
๗. มาลาเรีย	๑๒.๕

(๒) ทั้งประเทศ พ.ศ. ๒๕๔๑ (ต่อประชากรในแสน)

๑. มาลาเรีย	๒๓๐
๒. ท้องร่วงและลำไส้เล็กอักเสบ	๑๔๒.๕
๓. โรคที่เกิดกับทารกอายุต่ำกว่า ๑ ปี	๑๒๓.๐
๔. วัณโรคระบบการหายใจ	๖๕.๗
๕. โรคบิด	๔๕.๔
๖. ปอดอักเสบ	๓๑.๕
๗. โรคที่เกิดจากการตั้งครรภ์, การคลอดและระยะอยู่ไฟ	๒๖.๘

(๓) ในเขตเทศบาลนครกรุงเทพ พ.ศ. ๒๕๑๐ (ต่อประชากรในแสน)

๑. โรคชรา	๗๕
๒. เนื้องอกร้าย	๖๓
๓. อุบัติเหตุ, การถูกพิษ, พลวเหตุ	๔๕
๔. ภาวะที่ยังไม่เจริญเติบโตเต็มที่	๔๖
๕. วัณโรคระบบการหายใจ	๔๔
๖. ปอดอักเสบ	๔๓
๗. โรคที่เกิดกับทารกอายุภายใน ๑ ปี	๓๘

(๔) ในเขตเทศบาลนครกรุงเทพ พ.ศ. ๒๕๕๕ (ต่อประชากรในแสน)

๑. วัณโรคระบบการหายใจ	๑๘๕
๒. ปอดอักเสบ	๑๕๘
๓. กระเพาะอาหารและลำไส้เล็กอักเสบ	๑๑๑
๔. โรคหัวใจ	๕๒
๕. อุบัติเหตุ, การถูกพิษ, พลวเหตุ	๘๓
๖. การชก	๗๓

จะเห็นได้ว่าใน ระยะ ๑๕ ปีที่ผ่านมา ปัญหาสาธารณสุขเฉพาะในเขตเทศบาล นครกรุงเทพได้เปลี่ยนแปลงไปมาก.

โรคปอดเคยเป็นสาเหตุตายอันดับ แรกและสูงมากถึง ๑๘๕ : ๑๐๐,๐๐๐ ตกลงมาเป็นอันดับที่ ๕.

โรคปอดอักเสบ เคยเป็นสาเหตุตาย อันดับที่ ๒ ตกลงมาเป็นอันดับที่ ๖.

โรคระบบทางเดินอาหาร ซึ่งเกี่ยวกับการ สุขาภิบาลไม่ดี เป็นอันดับ ๓ ตกอันดับ ไปกว่าอันดับที่แสดงไว้.

ตรงกันข้าม โรคชรา, มะเร็ง, อุบัติ-เหตุ ฯ ได้อันดับเป็นที่ ๑, ๒ และ ๓ ตาม ลำดับ.

ถ้าพิจารณาสาเหตุตายทั้งประเทศใน ระยะ ๒๕ ปีที่ผ่านมา จะเห็นว่าไม่มีการ เปลี่ยนแปลงมากอย่างใด. โรคในเด็กต่ำกว่า ๑ ปีตาย, โรคทางลำไส้, วัณโรค ยังนำอยู่เช่นเคย, ยกเว้น มาลาเรีย ตก อันดับจากที่ ๑ ลงมาเป็นที่ ๗.

สำหรับ ในด้าน โรคติดต่อ อันตรายใน รอบ ๑๕ ปีที่ผ่านมา การรณรงค์ต่อต้าน สาธารณสุขในเมืองหลวงได้เพิ่มโรคบาง อย่างที่ปรากฏแพร่หลายขึ้น และมีปัญหา ในเมืองหลวงหลายโรค, อาทิ โรคไข้

ไขสันหลังอักเสบ (โปลิโอ) ซึ่งเป็นกับคน เมืองหลวงมากกว่าชนบท ๘ เท่า. โรคไข้ เลือดออกก็เช่นเดียวกัน. โรคของสังคม เมืองหลวงที่แพร่หลายมากขึ้นอีกโรคหนึ่ง ก็คือ กามโรค. อหิวาตกโรคหากเกิดมีขึ้น ก็มักจะ มีใน เมืองหลวง มากกว่าใน ชนบท และแพร่หลายได้เร็วกว่า.

ตรงกันข้ามมีโรคบางอย่างที่มักจะเป็น กับคนในชนบทมากกว่าคนเมืองหลวง เช่น โรคเท้าช้าง (บางท้องถิ่น), โรคสมอง อักเสบ, โรคเรื้อน, มาลาเรีย เป็นต้น.

การ พิจารณาปัญหาสาธารณสุข ชนคหหลวงใน ประเทศไทย ขณะที่ ทุกอย่าง ยังไม่พร้อมสมควรจะ พิจารณา รวมทั้ง ระดับ ชาติและนครหลวง. ที่กล่าวเช่นนั้นเพราะ การ แพทย์ และ สาธารณสุข ของ ประเทศไทยนั้น ชาวชนบทจำนวนไม่น้อยหลังไหล เข้ามารับบริการในเมืองหลวง. ถ้าการ แพทย์ และ สาธารณสุข ของเรากระจายสู่ ชนบทมากขึ้นแล้ว จะแบ่งเบาภาระในเมือง หลวงไปได้อย่างมากมาย. การจะพิจารณา เพิ่ม บริการ และ เพิ่มเตียงผู้ป่วย เฉพาะใน เมืองหลวงอย่างเดียวโดยไม่คำนึงถึงชนบท นั้นย่อมไม่มีทางจะเพียงพอได้. ส่วนบริการ ทางอนามัย ของเมือง หลวง นั้น เกือบ จะ

กล่าวได้ว่า ชาวชนบทมิได้มีส่วนมารับ
บริการ, ชาวเมืองหลวงเกือบทั้งสิ้นรับ
บริการแต่ผู้เดียว. ฉะนั้น เรืองนิจพอจะ
พิจารณาเสนอแนะได้.

เพื่อให้บริการด้านอนามัยในเมืองหลวง
นี้สมบูรณ์จริง ๆ, ข้าพเจ้าใคร่ขออวยการกิจ
บางประการที่ฝ่ายสาธารณสุขได้ทำไป
แล้ว. แต่อย่างไรก็ตามก็ต้องอาศัยการ
สนับสนุน, ความร่วมมือและประสานงาน
อย่างจริงจัง, โดยจะกล่าวเฉพาะส่วนที่
สำคัญ ๆ ดังนี้ :

(๑) การประสานงาน ระหว่าง โรง พยาบาลทั้งหมดในเขตเทศบาล กับฝ่าย สาธารณสุข ของเทศบาล นคร กรุงเทพมหานคร ในด้านส่งปรึกษาผู้ป่วย และ เด็กเกิด ใหม่

ดังได้กล่าวในตอนต้นว่า บริการโรง-
พยาบาล ในเขตเทศบาล นคร กรุงเทพมหานคร
ประชาชนในชนบทมารับบริการ ไม่น้อย
แต่มีค่าน้อย ทำให้ผู้ป่วยหรือผู้คลอดอยู่
ในโรงพยาบาลระยะสั้นกว่าที่ควร. เจ้า-
หน้าที่ฝ่ายสาธารณสุข มีโอกาส จะได้คิด
ตามเยี่ยมแนะนำหรือพยาบาลผู้ป่วยหรือ
ผู้คลอดที่บ้านได้, เป็นการช่วยแบ่งเบา

ภาระ และ ทำให้ บริการ จากโรงพยาบาล
และที่งานต่อเนื่องกัน และเป็นประโยชน์
ยิ่งในด้านควบคุมโรคติดต่อต่าง ๆ ด้วย.

ความเข้าใจในเรื่องเกี่ยวกับการประสาน
งานนี้ถ้าทำได้ดีแล้ว จะเป็นประโยชน์แก่
ประชาชนอย่างยิ่ง.

(๒) การแก้และปรับปรุงกฎหมาย สาธารณสุขว่าด้วยเรื่องต่าง ๆ

ควบคู่กับบริการทางการแพทย์แล้ว
การกิจของเจ้าหน้าที่ฝ่ายสาธารณสุข
เทศบาลจะต้องปฏิบัติโดยต้องอาศัยด้วยท
กฎหมายอยู่เสมอ. กฎหมายต่าง ๆ จะต้อง
ให้ทันกับสภาพ, เหตุการณ์และฐานะ
เศรษฐกิจของประเทศ. บทกำหนดโทษ
ควรได้รับการปรับปรุงให้ผู้ดำเนินการ
ค้าเกรงกลัวยิ่งกว่าที่เป็นอยู่เวลานี้อย่างยิ่ง.
ถ้าไม่เช่นนั้นแล้วงานด้านการสุขาภิบาลจะ
ไม่ได้ผลสมความมุ่งหมาย.

(๓) การปรับปรุงระบบบริหารงาน ในเทศบาลเอง

จะเห็นได้ว่างานสาธารณสุขหรือสิ่งที่
เกี่ยวข้อง กับงานสาธารณสุข หลายอย่าง,
อาทิ ท่อน้ำโสโครก, วางระบายน้ำ,

บุคคลองสาธารณสุข, ขยะมูลฝอย ทั้งการเก็บและทำลาย, เป็นต้น, มีเรื่องต่าง ๆ เกือบจะถึงการสาธารณสุขทั้งสิ้น. แต่ระบบบริหารนั้นจะห่างจากสาธารณสุขออกไปทุกที, เข้าลักษณะต่างฝ่ายต่างทำ, ควรได้รับการปรับปรุงระบบบริหารให้รัดกุมและประสานงานให้ดีกว่าที่เป็นอยู่.

(๔) การหาวิธีให้แพทย์ผู้ประกอบอาชีพอิสระมีบทบาทในงานสาธารณสุขท้องถิ่นมากขึ้น

เป็นที่ทราบว่าแพทย์ที่อยู่ในพระนครและชนบทนั้นมีจำนวนกว่าครึ่ง และจำนวนหลายร้อยคนประกอบอาชีพอิสระ. แพทย์เหล่านี้มีโอกาสช่วยท้องถิ่นหรือประเทศได้ ในแง่การ ป้องกันโรคและส่งเสริมสุขภาพอนามัยได้ไม่น้อย, นอกจากช่วยแบ่งเบาใน ด้าน รักษา. ถ้ากระทรวงสาธารณสุข หรือโดยแพทยสภาจะจัดให้มีการอบรมศึกษาหรือให้ความรู้ในด้านการรักษาพยาบาลเพิ่มเติมและให้มีนโยบายสอดคล้องกับความสนใจในแง่ “เพื่อชุมชน” เข้าด้วยแล้ว แพทย์เหล่านี้จะมีส่วนช่วยชุมชนได้เป็นอย่างดี, โดยเฉพาะใน ด้าน

การป้องกันและควบคุมโรคติดต่อ ตลอดจนการส่งเสริมสุขภาพอนามัยด้วย.

ต่อไปนี้ข้าพเจ้าใคร่ขอชี้แจงว่า ประชาชนในประเทศไทยได้รับบริการทางการแพทย์จากที่ใดบ้าง.

๑. บริการจากโรงพยาบาลของกระทรวงสาธารณสุข, เทศบาล, และเอกชน

ในปี พ.ศ. ๒๕๑๐ ประเทศไทยมีเตียงผู้ป่วยทั้งสิ้น ๒๘,๔๕๑ เตียง, เป็นอัตราส่วน ๑ เตียงต่อประชากรประมาณ ๑,๒๐๐ คน, แต่ในพระนคร ๑ เตียงต่อประชากร ๓๕๐ คน. สถิติทำนองเดียวกันนี้ในประเทศ ซิลอน ทั่วประเทศมีเตียง ๑ เตียงต่อประชากร ๓๐๐ คนเศษ. ธนาคารโลกกล่าวว่าจำนวนเตียงต่อประชากรควรจะอยู่ในอัตรา ๑ : ๒๕๐ คน. ในประเทศอเมริกาจะทำให้ได้ถึง ๑ เตียงต่อประชากร ๑๐๐ คน. ฉะนั้น จะเห็นได้ว่าประเทศไทยยังขาดโรงพยาบาลและเตียงผู้ป่วยอีกมาก และในขณะนี้ปรากฏว่ามีโรงพยาบาลทั้งในเขตเทศบาลและต่างจังหวัดหลายแห่งที่มีแต่อาคาร, มีเตียงว่างจำนวนมาก แต่

ไม่สามารถรับผู้ป่วยได้ เพราะขาดแพทย์ และพยาบาลอย่างมากมาย.

สถิติที่เห็นได้ชัดเจนนี้อีกอย่างหนึ่งก็คือ ทั้งกรรมการแพทย์และกรมอนามัยมี ตำแหน่งแพทย์ว่างหลายร้อยตำแหน่ง. ตำแหน่งที่ว่างนี้อยู่ในต่างจังหวัด. พ.ศ. ๒๕๑๒ กรมการแพทย์มีตำแหน่งแพทย์ว่าง ๓๑๗ ตำแหน่ง. กรมอนามัยมี ตำแหน่งแพทย์ว่าง ๑๖๕ ตำแหน่ง.

๒. บริการจากสถานอนามัยและ ศูนย์บริการสาธารณสุขและคลินิก เอกชน

เป็นบริการให้การรักษายาบาล, ส่วนน้อยที่ต้องพักรักษาในสถานอนามัย, ส่วนใหญ่กว่า ๘๕ เปอร์เซ็นต์ ไปกลับ.

ขณะนี้ กรมอนามัย มีสถานอนามัยชั้นหนึ่ง ๒๑๒ แห่ง. เมื่อประมาณ ๒๐ ปีมาแล้ว กระทรวงสาธารณสุขมีโครงการ ๑๐ ปีที่จะให้มีสถานอนามัยชั้นหนึ่งให้ครบทุกอำเภอ ประมาณ ๕๕๐ แห่ง และจะให้มีโรงพยาบาลทุกจังหวัด. ข้อเท็จจริงปรากฏว่าเรามีโรงพยาบาลเกินกว่าโครงการ แต่จำนวนสถานอนามัยขาดอีก ๓๐๐ กว่าแห่ง.

สำหรับในเขตเทศบาล นคร กรุงเทพมหานครนั้นภายในโครงการ ๑๐ ปี นับแต่ พ.ศ. ๒๕๐๕ เทศบาลนคร กรุงเทพมหานคร จะมี ศูนย์บริการสาธารณสุขครบตามโครงการทุกประการ ซึ่งขณะนี้ศูนย์บริการสาธารณสุข ๒๔ แห่งแล้ว และจะเพิ่มทุกปี. โครงการอีก ๓ ปีข้างหน้าจะมีศูนย์บริการสาธารณสุขรวม ๓๐ แห่ง. ศูนย์บริการสาธารณสุขแห่งหนึ่ง จะดูแล ประชากรประมาณ ๘๐,๐๐๐ คน.

๓. บริการจากงานโครงการต่าง ๆ โดยเฉพาะอย่างยิ่งงานโครงการของกรม อนามัย

งานนี้เป็นงานชั่วคราวระยะเวลาหนึ่ง ในที่สุดก็จะผสมผสานเข้าไปในงานประจำของท้องถิ่น คือ จังหวัด, อำเภอ, หรือเทศบาล. งานโครงการนี้ได้แก่โครงการ แก้ปัญหาโรคที่เป็นภัยต่อประชาชนจำนวนมาก ๆ เช่น คุดทะราด, มาลาเรีย, โรคเรื้อน, กามโรค, วัณโรค, โรคขาดธาตุอาหาร, โรคคอตีบ, ตลอดจนงานด้านสุขภาพจิต เป็นต้น. งานโครงการนี้เป็นงานที่ใช้เจ้าหน้าที่น้อยกว่า เมื่อเทียบกับจำนวนผู้ป่วยที่มาขอการรักษา. ในขณะนั้นกระ-

ทรวงสาธารณสุขโดยเฉพาะกรมอนามัยมีโครงการอยู่ถึง ๑๔ โครงการ. แต่ละโครงการ ก็มีปัญหาในเรื่องการขยายงานอยู่บ้างเพราะขาดคน. เนื่องจากความต้องการเจ้าหน้าที่ มีน้อยกว่าดังกล่าวข้างต้น เพราะ อย่างน้อยก็พอ จะหยิบยืมตัวกันได้บ้าง แต่ปัญหาใหญ่ก็คือเมื่อจะมอบงานให้ท้องถิ่น รับผิดชอบไปดำเนินการแต่ละจังหวัด, อำเภอ, หรือเทศบาล บางครั้งติดขัดอยู่ที่จังหวัด, อำเภอ, หรือเทศบาลนั้น ๆ ยังไม่มีเจ้าหน้าที่ปฏิบัติงานนั้นได้ หรือบางครั้งส่วนกลางเองก็ยังไม่อยากที่จะเก็บเอาไว้ทำเสียเอง ซึ่งนับว่าเป็นอุปสรรคในการดำเนินงานทางด้านสาธารณสุขให้ถูกต้องอีกอย่างหนึ่งด้วย.

๔. บริการจากหน่วยแพทย์เคลื่อนที่

เป็นบริการแก้ปัญหาเฉพาะหน้า, ทำเพื่อสงเคราะห์จิตวิทยา. ประโยชน์ที่จะได้จริงจึงถาวรน้อยกว่าค่อนข้างน้อย เพราะหน่วยนี้เคลื่อนไปเรื่อย ๆ, เปลี่ยนตัวผู้ออกหน่วย ตลอดเวลาเนื่องจากต้องหาอาสาสมัครจากส่วนกลาง (พระนคร-ธนบุรี) หรือจากจังหวัดอื่น ๆ มาช่วย. การติดตามจัดบริการให้เวียนมาให้บริการในรอบ ๒

รอบ ๓ ตามระยะเวลาที่ควรนั้นทำได้ยากมาก. ในขณะนี้ทุกหน่วยงานประสบปัญหาขาดแคลนบุคคลด้วยกันหมด. การแบ่งเจ้าหน้าที่ไปช่วยที่อื่น นอกเหนือเขตรับผิดชอบประจำ ทำให้ดี และสม่ำเสมอ ได้ยาก. นอกจากนี้ยังทำให้เสียงานประจำในการสอน หรือให้บริการอื่นด้วย. ฉะนั้น ในเรื่องนี้ จึงควรแก้ปัญหาด้านนี้ให้ถาวรด้วยการมีแผนที่แน่นอนโดยเพิ่มบริการในข้อ ๑. และ ข้อ ๒. คือบริการจากโรงพยาบาลและสถานอนามัยอำเภอ โดยขยายหรือเพิ่มให้มากขึ้น หรือรวมกำลังแพทย์โรงพยาบาล และแผนกอนามัยแล้วเคลื่อนที่ออกไปให้บริการจะเหมาะสมกว่า. ตัวอย่างนี้จะเห็นได้ว่าครั้งหนึ่งเทศบาลนครกรุงเทพมหานครส่งหน่วยแพทย์เคลื่อนที่ไปจังหวัดเลย. ต่อมาจังหวัดของหน่วยเหตุผลดังกล่าวข้างต้น ประกอบกับความไม่สะดวกด้วยประการทั้งปวง. ในที่สุดโรงพยาบาลและอนามัยของจังหวัดเลยร่วมมือกันจัดทำเองก็สามารถทำได้เรียบร้อย.

การแสดงออกว่าส่วนกลางได้ออกไปช่วยเหลือเหลือนั้น ข้าพเจ้าเห็นว่าถ้าจำเป็น ต้องทำจริง ๆ แล้วควรส่งเจ้าหน้าที่ไปสมทบเสริม กำลังให้กับ โรงพยาบาลและ

อนามัยจังหวัดโดยให้เขาจัดโปรแกรมเอง. แต่ ๒ หน่วยงานนั้นจะต้องรวมกันให้คิดเสียก่อน. การออกไปทำโรคเคี้ยวอย่างเสรีจะได้แค่เพียงประชาสัมพันธ์ให้แก่หน่วยที่ออกไปเท่านั้นเอง. ผลที่ได้ก็อย่างถาวรและเป็นประโยชน์จริง ๆ นั้นน้อยมาก และเป็นเหตุให้ฝ่ายตรงข้ามโจมตีบ่อย ๆ. เรืองรัฐบาลได้จ่ายเงินไปในหน่วยแพทย์เคลื่อนที่นี้เป็นจำนวนมากทุกปี. ข้าพเจ้าคิดว่าเงินจำนวนดังกล่าวนี้มากพอที่จะสร้างโรงพยาบาล หรือสถานอนามัยอย่างถาวรได้หลายแห่งแล้ว.

จากรายงานการปฏิบัติงานของแพทย์เคลื่อนที่จากหน่วยงานต่าง ๆ ปรากฏว่าจำนวนเจ้าหน้าที่ที่ส่งออกไปบางหน่วยตั้งต้นด้วยอัตรากำลังมากมาย, ต่อไปค่อย ๆ ลดลง. ทั้งนี้เพราะงบประมาณร่อยหรออย่างหนึ่ง และเพราะชกจะเข้าใจว่าผิดปรกติวิสัยที่บริการอย่างนั้นจะคงอยู่ตลอดไปในพื้นที่อย่างนั้นอีกอย่างหนึ่ง ตลอดจนทุกหน่วยงานมีงานในหน้าที่ของตนเต็มมืออยู่แล้ว เพราะต่างก็ขาดแคลนเจ้าหน้าที่เหมือนกันทั้งนั้น.

ข้าพเจ้าเองได้เคยให้ความเห็นอยู่เสมอในฐานะที่เคยปฏิบัติงานในชนบทเป็นระยะ

เวลานานพอควรว่า หน่วยแพทย์เคลื่อนที่บางหน่วยที่มี คณะแพทย์เข้าไปช่วยเหลือจำนวนมาก จนทำให้สถานอนามัยมีลักษณะ คล้าย โรงพยาบาล ย่อย ๆ อย่างนั้น ถ้าหน่วย ลักษณะนั้น อยู่ได้ตลอดไปก็ดียิ่ง. แต่ถ้าถอนหน่วยออกไปแล้ว กรมอนามัยเข้ารับหน้าที่ แทน ด้วย กำลังเจ้าหน้าที่ แพทย์เพียง ๑-๒ คน, พยาบาลหรือผดุงครรภ์ ๑-๒ คนแล้ว จะทำอะไรได้เพียงใด, จะเกิดการเปรียบเทียบ และจะเกิดผลเสียหรือไม่อย่างใด, เหตุการณ์ดังกล่าวนี้กำลังเป็นอยู่.

นอกจากนั้นใคร่ขอเรียนว่าจากสถิติผู้ป่วยที่ หน่วย แพทย์เคลื่อนที่ออกไป ปฏิบัติงาน ปรากฏว่าโรคทางยาทั่วไป, โรคระบบทางเดินอาหาร, โรคขาดธาตุอาหาร และโรคหิด นำเป็น ๑ ประมาณอย่างละ ๒๐ เปอร์เซ็นต์, โรคระบบการหายใจ ประมาณ ๑๒ เปอร์เซ็นต์, ที่เหลือประมาณ ๒๘ เปอร์เซ็นต์ เป็นระบบอื่น ๆ. ใน ๒๘ เปอร์เซ็นต์นี้มีเพียง ๑-๒ เปอร์เซ็นต์ ที่ต้องผ่าตัด และอีกน้อยมากที่ต้องทำผ่าตัดใหญ่ ซึ่งสามารถส่งไปรักษา ยังโรงพยาบาลได้. ฉะนั้น จะมีความจำเป็นเพียงใดในสภาพขาดแคลนทุกอย่าง

ของประเทศเราที่จะให้บริการสาธารณสุขให้เหมาะสม จึงเป็นเรื่องที่น่านำไปคิดแก้ปัญหาการขาดแคลนแพทย์ประเภทใดในประเทศของเราต่อไป.

ทีนี้ลองมาคิดกันดูว่าเมื่อเราทราบปัญหาต่างๆกันแล้ว อะไรเล่าที่เป็นอุปสรรค, มีเหตุผลอย่างไร ที่กล่าวว่าอุปสรรคเป็นเพราะเหตุนี้เหตุนี้ และลองคิดต่อไปว่าจะแก้ไขได้หรือไม่อย่างไร. ถ้าปล่อยให้ไปเป็นไปตามยถากรรมแล้ว ผลจะเป็นอย่างไรโปรดลองติดตามดู.

๑. ขอบประมาณ

ในเมื่อเราเห็นแน่ชัดว่างานสาธารณสุขมีความสำคัญยิ่ง ถ้ามีเหตุการณ์หน้าส้วหน้าหวาน เกิดขึ้น ครึ่งใดก็ต้อง จักหน่วยแพทย์ออกไปเป็นทูตสันติวิธีหน้าปะทะเหตุการณ์ไว้ เช่น ในดินแดนผู้ก่อการร้ายที่ต่างๆมา เป็นต้น. ทั้งๆที่งบประมาณน้อยอย่างนี้จะเห็นได้จากสถิติพยากรณ์ชีพแน่ชัดว่าผลงานสาธารณสุขดีขึ้น, เจริญขึ้นตามลำดับ. ถ้ารัฐบาลมองเห็นความสำคัญและมองให้ลึกซึ้งลงไปว่าทำแล้วได้ผลจริงเกินความคาดหมายนี้ ทำไมไม่สนับสนุนส่งเสริมให้กว้างขวางอีกเล่า? รัฐบาล

อาจมองเห็นความสำคัญแล้ว จึงเพิ่มเจ้าหน้าที่ให้อย่างมาก จนขณะนี้ตำแหน่งแพทย์ว่างในกรมอนามัยและกรมการแพทย์ทบถมกันเป็นร้อยๆคน แต่ไม่มีแพทย์มาสมัคร. ทำไมจึงไม่มาสมัคร, ตอบได้ว่า เมื่อผลิตแพทย์จำนวนไม่มากพอ แพทย์ก็ชอบที่จะเลือกงานที่ดีกว่า, สบายกว่า. แต่ถ้าผลิตมากขึ้นแล้ว ทางเลือกก็น้อยลง ก็จะต้องมาสมัครเอง. ปัญหาจึงโยงมาที่การผลิตแพทย์ ซึ่งข้าพเจ้าจะได้กล่าวในตอนต่อไป.

ฉะนั้น เรื่องงบประมาณสาธารณสุขนี้ไม่เพียงแต่จะเพิ่มให้มากขึ้นเท่านั้นยังจะต้องพิจารณาถึงการผลิตแพทย์ด้วย เพราะถ้าเพิ่มมากขึ้นแล้วแต่ไม่มีคนทำงานก็ไม่ต่างอะไรกับสร้างตึก รับผู้ป่วย แต่ไม่มีแพทย์.

ในขณะนี้ผู้อำนวยการโรงพยาบาลต่าง ๆ และแพทย์สถานีนานาชาติหนึ่งต่างกำลังจะถึงวาระอันสุขจะทนทานได้แล้ว กล่าวคือ ผู้ป่วยมากขึ้นทุกวัน แต่แพทย์, พยาบาลเท่าเดิมหรือลดลงบ้าง. ที่เพิ่มขึ้นก็ไม่ได้สัดส่วนกับผู้ป่วย. แพทย์ที่มีอยู่ก็ชักจะยุ่งงำมขึ้นเพราะแกล้งไป ๆ. แพทย์จบใหม่ ๆ ก็ไม่ยอมออกหัวเมือง เพราะต่าง

ก็มีสิทธิที่จะเลือกงานที่ดีกว่าสบายกว่า. งบประมาณค่าเวชภัณฑ์ใช้ไปได้เพียง ๓-๔ เดือนก็หมดแล้ว, ต้องหาเงินเข้าโรงพยาบาลหรือสถานอนามัยโดยเก็บเงินค่ายาบ้าง. ถ้าหากไปพบกับประชาชนผู้ปากดี ๆ ก็ถูกว่า. แพทย์ทำงานวันหนึ่งไม่ถึง ๒๔ ชั่วโมง ก็ถูกว่า. รวมความว่าถ้าเป็นแพทย์แล้วต้องไม่เจ็บป่วย, ต้องไม่พักผ่อนหลับนอน, ต้องไม่มีหัวใจ. ข้าพเจ้าคิดว่าถ้าปล่อยให้สถานการณ์เป็นอย่างนี้เรื่อย ๆ ไป อีกไม่ช้าแพทย์ในราชการต่างจังหวัดคงหนีหมดเป็นแน่.

ข้าพเจ้าใคร่ขออนำงบประมาณกระทรวงสาธารณสุขมาเพื่อประกอบการพิจารณา ดังนี้ :

งบประมาณของประเทศไทย พ.ศ. ๒๕๑๒ เป็นเงิน ๒๓,๕๖๐,๐๐๐,๐๐๐ บาท, เป็นงบประมาณของกระทรวงสาธารณสุข ๖๕๔,๔๑๐,๐๐๐ บาท เท่ากับ ๒.๘ เปอร์เซ็นต์ ของงบประมาณทั้งประเทศ หรือหมายความว่า คนหนึ่งได้รับงบประมาณสาธารณสุข ๑๕ บาท ต่อปี. ในจำนวนนี้เป็นของกรมอนามัย ๔๓ เปอร์เซ็นต์, กรมการแพทย์ ๕๕ เปอร์เซ็นต์, สำนักงาน ปลัดกระทรวง และ กรมวิทยา-

ศาสตร์การแพทย์ ๒ เปอร์เซ็นต์, เฉพาะงบประมาณของกรมอนามัยได้รับเพียง ๑.๒ เปอร์เซ็นต์ ของงบประมาณทั้งหมด.

ข้าพเจ้าได้ทราบว่า ประเทศชิลีและหลายประเทศในแอฟริกา มีงบประมาณสาธารณสุขถึง ๒๕ เปอร์เซ็นต์ ของงบประมาณทั้งประเทศด้วยซ้ำไป.

คราวนี้ใคร่ขอเปรียบเทียบงบประมาณสาธารณสุขของเทศบาลนครกรุงเทพฯ. งบประมาณทั้งหมดของเทศบาลนครกรุงเทพฯ พ.ศ. ๒๕๑๒ เป็นเงิน ๗๓๔,๕๐๕,๔๖๒ บาท, เป็นงบประมาณของโรงพยาบาล ๒ แห่ง และฝ่ายสาธารณสุข ๖๗,๘๔๕,๓๔๓ บาท เท่ากับ ๙.๒ เปอร์เซ็นต์ ของงบประมาณของเทศบาลนครกรุงเทพฯ ทั้งหมด หรือหมายความว่า คนหนึ่งได้รับงบประมาณสาธารณสุข ๓๔ บาท ต่อปี, เป็นงบประมาณของฝ่ายสาธารณสุขเฉลี่ย ๓.๒ เปอร์เซ็นต์, โรงพยาบาล ๖ เปอร์เซ็นต์. ถ้าท่านลองเปรียบเทียบกันดู จะเห็นได้ว่า งบประมาณสาธารณสุขของประเทศน้อยเหลือเกิน และส่วนใหญ่นำไปใช้กับกิจการสาธารณสุขและการแพทย์ชนบท ซึ่งประชาชนส่วนมากได้รับบริการโดยกระทรวงสาธารณสุข, ส่วนน้อยที่

อาจจะได้บริการทางการแพทย์จากหน่วย
งานอื่น ๆ บ้าง. เมื่อเทียบกับงานสาธารณสุข
สุขและการแพทย์ของเทศบาลนครกรุงเทพ
ยังได้รั้งงบประมาณสูงถึง ๕.๒ เปอร์เซ็นต์
ของงบประมาณเทศบาลทั้งหมด, ทำให้
เห็นได้ ชัดเจนว่างบประมาณ สาธารณสุข
ของประเทศที่จะไปให้บริการประชาชนใน
ชนบทตลอดจนการจะขยายงานโครงการ
ต่าง ๆ จำต้องรียคำเนินการเพิ่มเติมให้
โดยไม่น่าจะมีเหตุขัดแย้งใด ๆ เลย เพราะ
ไท้กล่าวไว้แต่ต้นแล้วว่า แม้จะไม่ขยาย
งานเลย งบประมาณของโรง พยาบาลและ
สถาน อนามัย ทุกแห่งก็จะหมดสิ้น ภายใน
๓-๔ เดือนเท่านั้น. ฉะนั้น การพิจารณา
งบประมาณ ก็ควรพิจารณาว่าจะเพิ่มที่ออก
ไท้. การเพิ่มอัตรากำลังให้โดยไม่ได้
พิจารณาถึงการผลิต ก็คงมีตำแหน่ง
ว่างต่อไปไม่สิ้นสุด, แต่งบประมาณค่าใช้จ่าย
สอยจะหมดเร็วขึ้น. เมื่อเป็นเช่นนั้นแล้ว
การจะเพิ่ม หรือขยาย จำนวนโรงพยาบาล,
การเพิ่มจำนวนเตียง, เพิ่มสถาน อนามัย
และขยายโครงการต่าง ๆ จะทำได้อย่างไร,
ถ้าไม่เพิ่มงบประมาณค่าใช้จ่ายให้อย่างพอ
เพียงและเร่งมือในการ ผลิต แพทย์ และ
พยาบาลเสียแต่บัดนี้.

๒. ประชากร

เพิ่มใน อัตราสูงมาก ซึ่งเป็นอุปสรรค
อย่างยิ่งในการพัฒนางาน ทางด้าน
สาธารณสุขของประเทศ. ปัจจุบันผลิต
หรืองานพัฒนาต่าง ๆ ทุกด้านของประเทศ
ไทย โดยเฉพาะอย่างยิ่ง งานพัฒนาด้าน
สาธารณสุขนั้นยังพัฒนาไม่ทันกับจำนวน
ประชากรที่เพิ่มอย่างมากมาย ซึ่งหมาย
ความว่าเราขาดทุนลงไปที่ละน้อย ๆ ทุกปี.

ในขณะนี้อัตราเกิดของประเทศไทยสูง
ถึง ๔๒: ๑,๐๐๐ คน. อัตราพลเมืองเพิ่ม
สูงถึง ๓.๓ เปอร์เซ็นต์ ต่อปี, ยิ่งในเขต
เทศบาลนครกรุงเทพด้วยแล้วสูงถึง ๖.๖
เปอร์เซ็นต์ ต่อปี (คนชนบทอพยพเข้ามา
รวมอยู่ด้วย) แต่ในประเทศอุตสาหกรรม
พลเมืองเพิ่มเพียง ๑.๕ เปอร์เซ็นต์ ต่อปี.
ในขณะนี้เกิดไทยเกิดปีละ ๑.๒ ล้านคน.
จากการ คำนวณตาม อัตราพลเมืองเพิ่มนี้
ในปี ๒๕๒๕ ประชากรในประเทศไทยจะ
สูงถึง ๖๔ ล้านคน (คืออีก ๑๖ ปีข้างหน้า
นี้เอง) หรือใน พ.ศ. ๒๕๔๓ (อีก ๓๐ ปี
ข้างหน้า) พลเมืองจะสูงถึง ๑๐๓ ล้านคน.
ในเขตเทศบาลนครกรุงเทพจะมีพลเมืองถึง
๑๔ ล้านคน.

คงได้กล่าวแล้วว่า งานสาธารณสุขมีที่ต่ำว่าขึ้นเพราะอัตราตายน้อยลง. โรคสำคัญ ๆ ที่คร่าชีวิตประชาชนปีละมาก ๆ ก็วันนี้น้อยลงไป. วิทยาศาสตร์ก้าวหน้าขึ้น, บ้านเมืองเจริญขึ้น. ฉะนั้น การที่ตกอยู่กับคนเป็น ๆ จะมากขึ้น เพราะมีพลเมืองเด็กที่ผู้ใหญ่จะต้องเลี้ยงดูในอัตราที่สูงมากถึง ๔๕ เปอร์เซ็นต์. ปัญหาเรื่องอาหาร, ที่อยู่, โรงเรียนและครูจะมากยิ่งขึ้น ซึ่งคงจะถึงจุดที่การสาธารณสุขจะต้องเลวลงไป ถ้าพลเมืองยังเพิ่มมากขึ้น, การผลิต, และการขยายบริการทางสาธารณสุขยังไม่ได้สัดส่วนอย่างนี้.

ปัญหาประชากรเพิ่มอย่างมากจึงเป็นอุปสรรคสำคัญยิ่งที่จะต้องรีบแก้ไขด้วยการลดการเกิดเสียแต่บัดนี้ ซึ่งพอจะให้เห็นผลบ้างอย่างน้อยใน ๑๐ ปีข้างหน้า. ข้าพเจ้าเห็นว่าถึงเวลามานานแล้วที่ประเทศไทยควรกำหนดการวางแผนครอบครัวเป็นนโยบายของชาติ.

๓. กำลังเจ้าหน้าที่

ตามที่ได้กล่าวในตอนต้นแล้วว่า ขณะนี้มีอัตราแพทย์ ๑ คนต่อประชากร ๖,๘๐๐ คน. เวลาที่เราผลิตแพทย์ได้ปีละ

ประมาณ ๓๐๐ คน. อีก ๒๐ ปีข้างหน้า ถ้าผลิตได้เท่าเดิมและพลเมืองก็เพิ่มในอัตราเดิม และหากคิดเอาง่าย ๆ ว่าแพทย์มีอยู่เดิม ๕,๐๐๐ กว่าคนโดยไม่สูญหายตายไป อัตราแพทย์ต่อประชากรจะเท่าเดิม. แต่แน่นอนอัตราจะสูงขึ้นเพราะต้องมีแพทย์ล้มหายตายจากไปไม่น้อยในระยะ ๒๐ ปีข้างหน้า.

ฉะนั้น ถ้าเราจะพัฒนาทางด้านสาธารณสุขแล้ว ก็จะต้องผลิตแพทย์เพิ่มขึ้น. สมมุติว่าจะให้ดีกว่านี้อีกเท่าตัว คือให้ได้อัตราแพทย์ ๑ คนต่อประชากรประมาณ ๓,๐๐๐-๔,๐๐๐ คน จะต้องใช้เวลาถึง ๒๐ ปี คือ เราจะต้องผลิตแพทย์อย่างน้อยปีละ ๖๐๐ คนนับแต่บัดนี้. อัตรา ๑ : ๓,๐๐๐ นี้ก็นับว่าห่างไกลกับอัตราของอิสราเอล หรือ รัสเซีย ซึ่งอัตราของเขาเพียง ๑ : ๔๐๐ เศษ, หรืออัตราของอังกฤษและอเมริกา ๑ : ๘๐๐ เท่านั้น และต้องคิดเอาไว้ด้วยว่าอีก ๒๐ ปีข้างหน้าอัตราจะยิ่งลดลงมากกว่านี้อีกเท่าใดไม่ทราบ.

ปัญหาแพทย์ไม่พอ, ไม่มีแพทย์, แพทย์ไปต่างประเทศ, เวรณพูกกันไม่รู้จบสิ้น แต่ไม่มีผลเกิดขึ้น.

โครงการต่าง ๆ ในงานสาธารณสุขของชาติไม่ว่าจะเป็นโครงการประจำให้พอทรงตัวอยู่ หรือโครงการขยายบริการ หรือโครงการแปลก ๆ ใหม่ ๆ แม้ว่าจะมีงบประมาณค่าใช้จ่าย ค่าก่อสร้างอย่างเพียงพอแล้วก็ตาม แต่ถ้าขาดกำลังคน คือเจ้าหน้าที่โดยเฉพาะแพทย์แล้วละก็จะเป็นอันว่างานต่าง ๆ จะชะงักงันหมดทันที. ฉะนั้นจำต้องหิบบกปัญหาการผลิตแพทย์ให้ได้จำนวนมากกว่านี้เพื่อให้กระจายออกไปตามจุดที่ต้องการให้มากที่สุด โดยเฉพาะอย่างยิ่งจุดที่อยู่ในชนบท. ตามความเห็นของข้าพเจ้า จุดแรกที่ต้องแก้ปัญหาคือ ต้องผลิตแพทย์ให้มาก. ขณะนี้แพทย์ตามโรงพยาบาลต่างจังหวัดต่างประสบปัญหาว่า งานบริการตามปกติซึ่งนับวันจะเพิ่มมากขึ้น, แต่จำนวนคนทำงานคงเดิม, บางแห่งกลับน้อยลงไปอีกด้วย. พวกแพทย์เราจะทำกันไม่ไหวอยู่แล้ว. แพทย์ที่ทนอยู่มาก่อนก็ชักจะรุ่มร่ามยิ่งขึ้น. รุ่นใหม่ก็ไม่มีเข้ามาแทนที่.

เมื่อพูดถึงการผลิตแพทย์ เราก็ควรจะพิจารณาถึงความต้องการของประชาชน หรือคนเจ็บป่วยอย่างหนึ่ง และคำนึงถึงความ ต้องการ ของ สถาบัน อีก อย่าง หนึ่ง

กล่าวคือ ประเทศไทยในเวลานี้ต้องการแพทย์ชนิดใด.

ข้าพเจ้าใคร่ขอกล่าวถึงความต้องการแพทย์ในฐานะที่ได้เคยคลุกคลีกับการบริหารงานสาธารณสุขทั้งในเมืองและในชนบทมาพอสมควร, หาได้คิดว่าตนเป็นผู้เชี่ยวชาญแต่อย่างใดไม่, กล่าวคือเราต้องพิจารณาว่าหน่วยงานใดขาดแพทย์มากที่สุด. จากสถิติที่ได้จากกระทรวงสาธารณสุขก็เห็นชัดว่าได้แก่กรมการแพทย์และกรมอนามัยทั้ง ๒ กรม. คือแพทย์ที่จะออกไปทำงานต่างจังหวัด ไม่ว่าในโรงพยาบาลหรือ สถานีอนามัย, ไม่มีผู้มาสมัครเอาจริง ๆ. ส่วนแพทย์ที่อยู่ในโรงเรียนแพทย์หรือโรงพยาบาลในพระนคร—จนบุรีตำแหน่งว่างเกือบจะไม่มีหรือไม่มีเอาเสียเลย. แต่สถาบันดังกล่าวยังต้องการแพทย์. บางครั้งมีตัวบุคคลที่อยากจะรับเข้าไว้แต่ไม่มีอัตราเงินเดือนสูงพอกับคุณวุฒิ หรืออาจจะเอาตำแหน่งที่ต่ำกว่าคุณวุฒิให้ไปก่อน แต่กว่าจะได้ปรัอัตราเท่าคุณวุฒิอาจจะต้องอดทนอีกนานพอควรทีเดียว. แพทย์รุ่นหลังที่เข้าทำงานที่หลังก็เลยตามทันหรือล่าหน้าไปก่อน ทำให้แพทย์รุ่นก่อนเสีย

กำลังใจ. หลายคนต้องลาออกไปเพราะ
เหตุนั้น.

สำหรับแพทย์ที่เราต้องการก็พอจะแบ่ง
ออกได้ดังนี้ :

๑. แพทย์ปฏิบัติงานที่สถานอนามัย
ชั้น ๑ จากสถิติผู้ป่วยที่หน่วยแพทย์เคลื่อน
ที่ได้ออกไปให้การรักษายาบาลพอสรุปได้
ว่า เราขาดแพทย์ประเภททั่ว ๆ ไปทาง
อายุรและกุมารเวชศาสตร์ชุมชน. แพทย์
ประเภทนี้เหมาะที่จะประจำตามสถานี
อนามัยที่อำเภอหรือตำบล แต่ละแห่งมี
แพทย์เพียง ๑ คน. แพทย์ประเภทนี้ออก
จากจะทำการรักษาทั่ว ๆ ไปแล้ว ควร
จะเข้าใจและสนใจในปัญหาของชุมชนที่ตน
มีส่วนรับผิดชอบด้วย. ความรับผิดชอบ
มิได้อยู่ที่สถานที่ทำงานอย่างเดียว แต่ต้อง
รับผิดชอบทั่วทั้งเขตอำเภอหรือตำบลนั้น ๆ
ด้วย. ถ้าจะทำงานให้ดีแล้ว นับว่าเป็นภาระ
รับผิดชอบที่กว้างขวางเกินกำลังแพทย์
เพียง ๑ คนด้วยซ้ำไป.

สมมติว่าเราจะจัดคล้ายแพทย์ไปประจำ
ในที่ดังกล่าว, คล้ายแพทย์ผู้หนึ่งจะทำการ
ผ่าตัดกลาง ๆ หรือผ่าตัดใหญ่ไม่ได้แน่ และ
ก็เป็นไปไม่ได้ที่สถานีอนามัยส่วนใหญ่จะมี
คณะหรือทีมให้ครบเพื่อทำการผ่าตัดให้ได้.

ฉะนั้น ก่อนอื่นควรจัดให้มีแพทย์
ประเภทนี้ให้ครบทุกอำเภอ อย่างน้อย
อำเภอละ ๑ คนเสียก่อน ซึ่งขณะนั้นกรม
อนามัยยังขาดอยู่ ๓๐๐ กว่าคนเป็นอย่าง
น้อย. และถ้าเป็นไปได้ก็ควรจะให้กระจาย
ไปตามตำบลใหญ่ ๆ อีกด้วย เพราะมีอำเภอ
จำนวนไม่น้อยที่มีประชาชนเกินกว่าแสน
คน. อย่างที่เป็นอยู่เวลานี้, เช่นอำเภอพิมาย
ในจังหวัดนครราชสีมา ซึ่งมีพลเมืองกว่า
แสนคน ก็ยังไม่มีแพทย์สถานีอนามัยสัก
๑ คน.

มีแพทย์ที่เคยเดินทางไปปฏิบัติงานใน
ประเทศศรีเล้าให้ฟังว่า ประเทศศรีเล้า
แก้ปัญหาลดผลิตแพทย์ให้มาก ๆ ในสาขาที่
ต้องการ, โดยให้มีหลักสูตรหลักเฉพาะ
ทางแต่บางวิชา, เช่นถ้าต้องการผลิต
กุมารแพทย์ก็จะสอนหนักไปทางนั้น. บาง
วิชาเช่นศัลยศาสตร์, สูติศาสตร์—นรีเวช
วิทยาหรือรังสีวิทยา ฯลฯ ก็จัดหลักสูตร
สอนให้น้อยลงอย่างนั้น เป็นต้น, ทำให้ย่น
ระยะเวลา, ประหยัดค่าใช้จ่าย, ไม่เปลือง
อาจารย์ในวิชาที่เกือบจะไม่ได้นำไปใช้.
เรื่องน้าพเจ้าเองก็ยังไม่แน่ใจว่าจะเหมาะ-
สมกับเมืองเราหรือไม่.

อย่างไรก็ดี โครงการให้มีแพทย์อย่าง
น้อย ๑ คนประจำสถานีอนามัยชั้นหนึ่งทุก

อำเภอและทุกตำบลใหญ่ ๆ ควรจะต้องรีบ
ดำเนินการให้เป็นไปตามโครงการเสียก่อน.

๒. แพทย์รักษาโรคทั่ว ๆ ไปในโรง-

พยาบาลชนบท จากสถิติกรมการแพทย์
ก็ปรากฏว่า ตำแหน่งต่าง ๆ ของแพทย์ที่
ว่างนั้นเป็นแพทย์ในโรงพยาบาลต่างจังหวัด.
พวกนี้ต้องการแพทย์ประเภททำงานรอบตัว
แบบผู้ประกอบโรคศิลปะทั่ว ๆ ไป. โรง
พยาบาลต่างจังหวัดส่วนใหญ่ต้องการแพทย์
ประเภทนี้มาก ยกเว้นโรงพยาบาลต่าง
จังหวัดที่ใหญ่มากเป็นพิเศษ จึงจะต้องการ
แพทย์ผู้ชำนาญเฉพาะโรคด้วย.

อย่างไรก็ดี จากสถิติจำนวนโรงพยา-
บาลและ จำนวนเตียงผู้ป่วยต่อประชาชน
แล้วประเทศเรายังห่างไกลมาตรฐานมาก
มาก. ในจังหวัดใหญ่ ๆ ที่มีอำเภอกว้าง
ใหญ่, มีประชาชนในอำเภอเป็นเรือนแสน,
แต่ปรากฏว่าไม่มีโรงพยาบาลให้บริการ
เลย. ความจำเป็นและความต้องการของ
ประชาชนในเรื่องนี้มีมากอย่างยิ่ง. ฉะนั้น
อำเภอใหญ่ ๆ ที่มีประชากรมาก ๆ ทุกแห่ง
ควรจัดตั้งโรงพยาบาล ขนาดเล็กตาม
จังหวัดและโอกาสเสียด้วย. ทางสำเร็จที่จะ
หาแพทย์จากภูมิลำเนาในอำเภอนั้น ๆ หรือ

แพทย์ที่เพิ่งสำเร็จใหม่ หรือแพทย์ที่กลับ
จากต่างประเทศให้มาจัดโรงพยาบาลขนาด
เล็ก ซึ่งมีแพทย์ประมาณ ๓-๔ คนอาจ
ทำได้ไม่ยากนัก. เชื่อแน่ว่าจะง่ายกว่าหา
แพทย์ ๑ คนไปประจำสถานอนามัยเสียอีก.
จริงอยู่ ค่าใช้จ่ายในการจัดตั้ง โรงพยาบาล
ย่อมมากกว่าแน่นอน.

สำหรับเรื่องโรงพยาบาลประจำอำเภอ
นี้ ในเมื่อฐานะทางการแพทย์ของประเทศ
ไทยยังเป็นอย่างนั้น จะต้องระมัดระวัง
อย่างยิ่งในเรื่องโครงการก่อนและหลัง, จัง-
หระและความพร้อมทั้งรัฐบาลและเอกชนที่
จะมีส่วนช่วยเหลือ. ตัวอย่างเช่นหากยังไม่
พร้อมจริง ๆ แล้ว เรื่องโรงพยาบาลประจำ
อำเภอก็ยังไม่ต้องคิด, แต่ควรคิดถึงเรื่อง
บริการ ที่จะให้ ประชาชนที่สถานีอนามัย
และความสะดวกในการส่งผู้ป่วยจากสถานี
อนามัยไปยังโรงพยาบาลจังหวัด. สำหรับ
เจ้าหน้าที่แพทย์นั้นหากประสานงานกันดี
แล้วแม้จะยังไม่มีแพทย์ที่สถานีอนามัยก็
อาจจะหาวิธีหมุนเวียนแพทย์จากโรงพยา-
บาลจังหวัด ไปช่วยออกคลินิกคอย่างใด
อย่างหนึ่ง.

เมื่อกล่าวมาถึงเรื่องของสถานีอนามัย
ประจำอำเภอและโรงพยาบาลประจำอำเภอ

ทำให้ข้าพเจ้าคาดปัญหาความกินใจและ
ฐานันดรในความแตกต่างระหว่างแพทย์
ประจำสถานือนามียอำเภอ, กับแพทย์
โรงพยาบาลประจำอำเภอ. เรื่องนี้จำเป็น
อย่างยิ่งที่กระทรวงสาธารณสุขจะต้องมี
มาตรการอย่างใดอย่างหนึ่งแก้ปัญหานี้ให้
ได้เสียก่อน. ความกินใจกันนั้นจนบัดนี้ยัง
มิได้รับการแก้ไขแต่อย่างใด. นับว่าเป็น
อุปสรรคสำคัญอย่างหนึ่งในการขยายงาน
ด้านสาธารณสุข. การแก้ปัญหานี้จะต้อง
แก้ไขตรงจุด. จุดนี้อยู่ที่ความรู้ลึกซึ้งของ
แพทย์ที่สำเร็จใหม่ ๆ มีความต้องการอย่าง
ใด, แก้ที่จุดนั้นแล้ววิ่งเข้าไปหา หลัก
การในการ ดำเนินงาน สาธารณสุขในแง่
การป้องกัน และการส่งเสริมสุขภาพ
อนามัย. ตัวอย่าง เช่น แพทย์ที่สำเร็จใหม่
ทุกคนต้องการ เป็นแพทย์อยู่โรงพยาบาล
มากกว่าเป็นแพทย์ทางบ้านอนามัย แม้ว่า
จะเป็นโรงพยาบาลเล็ก ๆ มีแพทย์เพียง
๓-๔ คนก็ยังมี. แพทย์ที่สำเร็จใหม่ต้องการ
การฝึกเลี้ยงหรือแพทย์รุ่นพี่เพื่อคอยปรึกษา
หรือ และช่วยเหลือ ตลอดจน แลกเปลี่ยน
ทัศนะซึ่งกันและกัน. ขอให้ลองนึกสภาพ
แพทย์ที่สำเร็จใหม่รุ่นน้องเราว่า ถ้าเขา
ถูกส่งไปทำงานอย่างใดก็ตามที่สถานือนา-

มียอำเภอสักแห่งหนึ่งอย่างเดี๋ยวเดียว มี
จำนวนไม่น้อยที่เสียคนไปเลย. แต่พวก
แพทย์เหล่านั้นที่สามารถยืนหยัดอยู่ได้ ใน
สภาพและสิ่งแวดล้อมอย่างนั้น และ
สามารถทำหน้าที่ของตนเพียงแต่พอใช้ได้.
ข้าพเจ้าก็ยกย่องชมเชย ในความสามารถ
และแกร่งกล้าอยู่แล้ว และยังถ้าแพทย์ผู้นั้น
ยังสามารถจัก ทำอะไรได้เป็น พิเศษอีก
ด้วยแล้วยิ่งน่ายกย่องเป็น พิเศษอย่างยิ่ง.

สรุปแล้วข้าพเจ้าคิดว่าจะต้องให้ โอกาส
แพทย์ทั้งสถานือนามียและโรงพยาบาลได้
มีโอกาสเลือกทางและหมุนเวียนช่วยเหลือ
กัน, สลับเปลี่ยนกันเหมือนหนึ่งคนสับกั
กรมเดียวกัน. ส่วนจะทำอย่างไรนั้นข้าพเจ้า
คิดว่าความเด็ดขาด และกล้าทำ เป็นเรื่อง
สำคัญกว่า. สำหรับวิธีการนั้นคงจะไม่
เหลือยากกว่าแรงอะไรนัก และแล้วในที่สุด
แพทย์ผู้นั้นก็จะเลือกทางเดินของเขาได้เอง
โดยไม่ต้องห่วงว่าจะไม่มีใครมาเป็นแพทย์
สาธารณสุข. ในบรรดาแพทย์สาธารณสุข
เกือบทุกคนไม่เคยคิดหรือปลงใจจะมาอยู่
ทางสาธารณสุขมาก่อนเลย แต่ในที่สุด
เหตุการณ์ต่าง ๆ จะทำให้เปลี่ยนใจเป็น
แพทย์สาธารณสุขไปเอง.

อย่างไรก็ดี เราจำเป็นจะต้องส่งเสริม
และสนับสนุนแพทย์ประเภท ๑ และ ๒ ให้

มากยิ่งขึ้น จะเป็นด้วยการตั้งใจหรือล่อใจ
บ้างเช่นการให้ทุนการศึกษา และจะต้อง
ไม่ให้แพทย์ประเภทนี้รู้สึกอับอายหน้า โดย
เฉพาะอย่างยิ่งในก้น ความ ก้าวหน้า และ
เงินเดือน. ในขณะนี้เราก็มีแพทย์สภาแล้ว
การ ส่งเสริม อีก อย่าง หนึ่ง ก็คือ จัดศึกษา
อบรมในวิชาแขนงต่างๆทางด้านสาธารณสุข
และด้านเวชศาสตร์ชุมชน โดยจัดให้
มีวุฒิบัตรขึ้นเพื่อช่วยให้อัตราเงินเดือนและ
คุณวุฒิของแพทย์ประเภทนี้สูงขึ้นด้วย.

๓. แพทย์ผู้ชำนาญเฉพาะโรค สถาบัน
การศึกษา, โรงพยาบาลเฉพาะโรค, และ
โรงพยาบาลประจำภาค หรือโรงพยาบาล
ใหญ่ ต้องการแพทย์ประเภทนี้. เท่าที่
เป็นอยู่เวลานี้ สังคมการแพทย์เมืองไทย
นิยมประเภทนี้กันมาก ซึ่งจะห้ามความ
นิยม, ความรู้สึก, ห้ามจิตใจกันไม่ได้.
แพทย์ประเภทที่ ๓ นี้ก็นับว่ามีความสำคัญ
และจำเป็นในวงการบางอย่างเช่นกัน. แต่
เนื่องจากแพทย์ประเภทนี้สามารถจะมอง
เห็นผลตอบแทนของตนเองอยู่แล้ว จึงได้
ยอมลงทุนเวลาและทุนทรัพย์ส่วนตัวออกไป
ทำงาน, ศึกษาหาความรู้ในต่างประเทศ
ซึ่งมีจำนวนไม่น้อยทีเดียว. แพทย์ประเภท
นี้ไม่ต้องตั้งใจอย่างใด. แต่มีปัญหาคือว่า

รัฐบาลจะต้องเตรียมต้อนรับให้แพทย์เหล่านี้
ได้มีโอกาส มารับใช้ ประเทศชาติอย่าง
ภาคภูมิใจ กล่าวคือ ต้องเตรียมที่ทางตลอด
จนเครื่องมือเครื่องใช้และอุปกรณ์ให้ทำได้
งานในวิชาที่ได้ไปเล่าเรียนมา. หากไม่เช่นนั้น
แล้วแพทย์ประเภทนี้จะอยู่กับเราไม่ยัด,
ไม่ช้าไม่นานก็จะไปอยู่ต่างประเทศอีกเช่น
เคย. ที่เป็นอยู่เวลานี้ก็มีจำนวนไม่น้อย
ที่กลับมาแล้วตั้งใจจะทำงานในวิชาที่ตนไป
เล่าเรียนมาอย่างเต็มที่ แต่แล้วไม่มี
อุปกรณ์ หรือขาดการสนับสนุน, ควบคุมไป
กับอุปกรณ์ก็คืออัตราเงินเดือนตามคุณวุฒิ
ที่ได้รับไม่ทันกาล. ประเทศชาติของเราจึง
ขาดบุคคลชั้นผู้เชี่ยวชาญจริง ๆ ไปไม่น้อย
อย่างน่าเสียดาย.

ปัญหาแพทย์ไทยไปต่างประเทศนั้น
ผิดกับแพทย์ต่างประเทศ. แพทย์ไทยไป
แล้ว ๕๕ เปอร์เซ็นต์ กลับบ้าน. น้อยราย
จริง ๆ ที่ไปทำงานแล้วไม่กลับบ้านเลย. ขอ
แต่ว่ารัฐบาลจะต้องตั้งรับเตรียม ที่ทางไว้
ให้แพทย์ประเภทนี้. ระวังนั้นว่าจะทยอย
กลับกัน มากขึ้น ๆ และมีอยู่ไม่น้อยที่ไม่
สามารถเข้าทำงาน, ให้เข้าทำงานให้ถูก
ทางที่ตนได้เล่าเรียนมา.

ข้าพเจ้าเชื่อว่าโรงพยาบาลเฉพาะโรค, โรงพยาบาลภาค, และโรงพยาบาลใหญ่ๆ ในต่างจังหวัดใกล้ๆ พระนคร—ธนบุรี ถ้าหากรัฐบาลวางโครงการจัดเตรียมให้ที่แล้วก็ แพทย์ประเภทนั้นพออยู่ได้. หากจะเปรียบเทียบกระทรวงสาธารณสุข หรือ รัฐบาล เป็น พ่อเป็นแม่ ก็หมายความว่าลูกชายลูกสาว คึกคักคิดปวิทยาไต่ปริญญาส่งๆ จะเดินทางไปกลับบ้านแล้ว พ่อแม่ก็น่าจะเตรียมรับขวัญ, จัดที่ทางบ้านช่องและวางโครงการชีวิตใหม่เพื่อความเจริญรุ่งเรืองของลูกและวงศ์ตระกูลของตนสืบไป.

ข้าพเจ้าเชื่อเหลือเกินว่าโรงพยาบาลเฉพาะโรคก็, โรงพยาบาลในพระนคร และธนบุรี ตลอดจนโรงเรียนแพทย์ จะไม่มีอัตราเหล่านั้รับแพทย์ที่จะกลับจากการศึกษาต่างประเทศได้. ถ้าไม่เตรียมขยายและปรับปรุงโรงพยาบาลภาค หรือ โรงพยาบาลจังหวัดใกล้ๆ พระนคร—ธนบุรี ซึ่งมีอยู่แล้ว จะน่าเสียดายที่แพทย์เหล่านั้จะไม่มีโอกาสรับใช้สถาบันที่จะทำประโยชน์ให้แก่ชาติบ้านเมือง. ข้าพเจ้าเชื่อว่าถ้าเราเลือกจัดโรงพยาบาลที่มีอยู่แล้วรอบๆ พระนคร รัศมีไม่เกิน ๑๐๐ กิโลเมตร ใกล้เคียง ๑ หรือ ๒ แห่ง หรือ

มากกว่านั้น เช่น นนทบุรี, ชลบุรี, อโยธยา, สระบุรี, สมุทรปราการ, นครปฐม, ราชบุรี เป็นต้น แพทย์ผู้ชำนาญเฉพาะวิชาเหล่านั้พอจะอยู่และไปๆ มาๆ ระหว่างพระนครกับจังหวัดเหล่านั้ได้. ประโยชน์อีกอย่างที่จะได้รับก็คือ ถ้ามีโรงพยาบาลที่คึกคักผู้ป่วยจากต่างจังหวัดก็ชอบที่จะไปโรงพยาบาลที่ใกล้กว่า, จะเป็นการช่วยทั้งผู้ป่วยจากต่างจังหวัดมิให้มาล้นโรงพยาบาลในพระนคร—ธนบุรีอีกด้วย. รวมความว่าแพทย์ประเภทที่ ๓ นั้นเราไม่ต้องคิดเรื่องผลิต แต่ศึกษาวิธีเลี้ยงให้อยู่.

ความตอนต้น กล่าวถึง ความต้องการแพทย์ในฐานะแพทย์ด้วยกัน. ที่นี้ข้าพเจ้าใคร่จะสมมุติตัวเองเป็นประชาชน หรือผู้แทนราษฎรบ้าง ว่ามีความต้องการแพทย์อย่างไร.

ผู้แทนราษฎรได้รับเลือกจากประชาชนซึ่งประมาณ ๘๕ เปอร์เซ็นต์อยู่ในชนบท. ชนบทเป็นสังคมที่ขาดหมอ. ผู้แทนฯ ต้องเอาใจราษฎร. ราษฎรต้องการหมอรักษาเวลาเจ็บป่วย. ผู้แทนฯ หาหมอมาให้ได้หรือไม่ ก็หาได้ยากมาก. เมื่อผู้แทนฯ อยากเอาใจราษฎรก็ต้องหาหมอให้ได้. ถ้าไม่ได้หมอชั้นหนึ่ง ก็หาชั้นสอง หรือชั้นสาม

ให้ซึ่งชาวบ้านเรียกหมอทั้งนั้น. เวลานี้เหตุ
การณ์ในชนบทเป็นอย่างนี้จริงๆ. ถ้าเรา
ไม่เคลื่อนไหวกันอย่างนี้เร็วๆแล้ว เหตุ
การณ์ตามคำเรียกร้องนั้นก็อาจจะเกิดขึ้นได้
และผลจะเป็นอย่างไร. การที่เราไม่ชอบมิ
ใช่ก็กักกัน แต่เห็นว่ามีวิธีอื่นที่จะแก้ไขได้
เพราะอันตรายมหันต์จะตกหนักกับราษฎร
และมาตรฐานการแพทย์สาธารณสุขของเรา.
การเป็นแพทย์นั้นถือว่าเล่นอยู่กับ
ชีวิตมนุษย์. ผู้ไม่มีความรู้หรือรู้น้อย ด้วย
ความอยากรู้, อยากรู้อยากเห็น, อยากรู้อยาก
ดัง, อันเป็นนิสัยของมนุษย์, ถ้าความ
อยากเกิดกับผู้ไม่รู้จริงและจะต้องแสดงกับ
ชีวิตมนุษย์ก็นับว่าเป็นการเสี่ยงอย่างยิ่ง.
ถ้าท่านผู้ใดมีความเห็นซักจะเอนเอียงไป
แล้ว ข้าพเจ้าใคร่ขอตั้งให้ท่านกลับมาก่อน,
มาช่วยกันคิดและลงมือแก้ด้วยวิธีอื่นที่ดี
กว่านี้เถิด.

ในที่สุดปัญหาที่มากอยู่กับการผลิต
แพทย์เพิ่มขึ้นอย่างนี้อีกเท่าตัวในชั้นแรก
โดยไม่กักกันแพทย์ไปต่างประเทศ. เรา
จะมีวิธีผลิตเอาไปใช้ที่ใด และทำอย่างไร
จึงจะได้แพทย์ตามที่เรากำลังต้องการ.

การที่จะบังคับแพทย์ให้ทำงานรับใช้
ประเทศชาติของเราระยะหนึ่งนั้นอาจทำได้.

หลายประเทศก็ทำกันและก็ไม่จำเป็นต้องบังคับ
ทุกวิชาชีพ. ควรพิจารณาถึงความจำเป็น.
แต่การบังคับที่น่าจะทำก็คือเมื่อเราจะเริ่ม
โครงการแน่นอนอย่างจริงจัง, เป็นบท
เฉพาะกาลระยะหนึ่งเท่านั้น. กล่าวคือ
รัฐบาลจะต้องเริ่มขยับตัวกระดิกกระเอน
จริงก่อน. แต่ถ้าทุกอย่างทรงตัวอย่าง
ที่เป็นอยู่เวลานี้แล้วให้เราบังคับกันเอาเอง
ข้าพเจ้าไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง. เพราะคิดว่า
ไม่ได้ผล. บรรดาแพทย์จะไม่เห็นด้วย
เพราะไม่มีเหตุผลที่น่าจะเห็นใจเลื่อมใส
หรือจูงใจอย่างใดเลย. สิ่งที่น่าพิจารณาก่อน
ก็คือ เราขาดแพทย์ประเภทใด, ที่
หน่วยงานไหนก็พอจะทราบ เช่นเราขาด
แพทย์ประเภท ๑ และ ๒ ที่ต้องอยู่ต่าง
จังหวัด, นอกจากนั้นเรายังขาดแพทย์
ทหารบก, เรือ, อากาศ, ตำรวจ. ฉะนั้น
จะแก้ปัญหานี้ขึ้นได้ก็ด้วยการตั้งทุนการ
ศึกษาแก่หน่วยงานนั้นๆ. อนึ่งขอเรียนว่า
วิธีการเลือกผู้รับทุนก็เป็นสิ่งสำคัญที่จะช่วย
ให้สำเร็จหรือไม่สำเร็จอีกด้วย. ข้าพเจ้า
เคยมีประสบการณ์เกี่ยวกับองค์กรพบว่า
ถ้าเราเลือกเด็กจากในตำบลหรืออำเภอหนึ่ง
เมื่อเรียนสำเร็จแล้วเด็กสามารถทำงานใน
สภาพท้องถิ่นอย่างนั้นได้. แต่ถ้าเลือกเด็ก

ในเมือง แม้ว่าจะมีความรู้ดีกว่า, หน้าตาดีกว่า, แต่เมื่อสำเร็จมาแล้วเขาไม่มีทางจะกลับไปอยู่ในหมู่บ้านหรือตำบลนั้นในสภาพอย่างนั้นได้เลย เพราะไม่เคยอยู่. ฉะนั้น ถ้าใครวางแผนการให้ทุนอย่างรัดกุมและคำนึงถึงปัญหาทั้งกล่าวข้างต้นแล้ว เราจะได้แพทย์ที่สำเร็จแล้วจะกลับไปรับใช้ท้องถิ่นของเขาเพิ่มมากขึ้น และอาจจะทำได้ดีกว่าแพทย์จากเมืองหลวงที่ออกไปท้องถิ่นเสียอีก. เมื่อเขาได้มีโอกาสแสดงความสามารถ ก็ย่อมมีโอกาสรับใช้ประเทศชาติใน ตำแหน่งหน้าที่ ที่สำคัญต่อไปในอนาคตอีกด้วย และเชื่อว่าภายในระยะเวลาไม่นาน ก็จะมีแพทย์เพิ่มจำนวนขึ้นอย่างมาก.

ปัญหาต่อไปก็คือ จะมีวิธีเพิ่มการผลิตแพทย์อย่างไร. ก่อนอื่นข้าพเจ้าใคร่ขอพูดล่วงหน้าไว้ก่อนว่า ถ้าเรายังหวังมาตรฐานจนไม่ลืมหูลืมตาดูประเทศข้างเคียง หรือดูปัญหา รอบบ้าน รอบตัวเราเอง เสียบ้างแล้ว เราจะแก้ปัญหานี้ไม่ได้เด็ดขาด. อันที่จริงเรื่องทำนองนี้ได้เคยกล่าวในที่ประชุมคณะ กรรมการ แพทย์ วิชาชีพ บริหาร หลายครั้ง และเป็นเวลา ๒ ปีมาแล้ว แต่ยังไม่เห็นผลปรากฏออกมา อาจจะเป็นเพราะแต่

ก่อนนั้น กระทรวงสาธารณสุข มีหน้าที่ผลิตแพทย์ด้วย กล่าวคือ กรมมหาวิทยาลัยแพทยศาสตร์สังกัดอยู่ในกระทรวงสาธารณสุข แต่ขณะนั้นมหาวิทยาลัยแพทยศาสตร์ไปขึ้นต่อ สำนักนายกรัฐมนตรี. ถ้าเป็นเช่นนั้นจริงปัญหาก็อยู่ที่วิธีการบริหารงาน หรือ การ ประสานงาน จะ ทำได้ อย่างไรแค่นั้น?

ข้าพเจ้าใคร่ย้อนมากล่าวถึง มาตรฐานที่บางท่านกลัวกันเหลือเกิน. คงยังพอจำกันได้ว่า เมื่อ ๔๐ ปีมาแล้ว มีโรงเรียนแพทย์แห่งเดียว คือ ศิริราช. ก่อนที่โรงเรียนแพทย์ที่โรงพยาบาลจุฬาฯ จะเกิดขึ้น ปัญหาห่วงมาตรฐานก็มีอยู่มากเหลือเกิน. ผลที่สุดแพทย์ที่โรงพยาบาลจุฬาฯ ได้ทำชื่อเสียงให้แก่ประเทศอย่างไรบ้าง ท่านคงทราบดี และในที่สุดโรงเรียนแพทย์ที่เชียงใหม่ และโรงพยาบาลรามธิบดีก็มีมาตรฐานเป็นอย่างไร เราก็เห็น ๆ กันอยู่แล้ว.

การผลิตแพทย์เพิ่มที่ข้าพเจ้าจะกล่าวนี้จะไม่ขอเสนอให้ตั้งโรงเรียนแพทย์หรือมหาวิทยาลัยแพทยศาสตร์ขึ้นมาอีก โดยเฉพาะอย่างยิ่งโรงเรียนแพทย์ในต่างจังหวัด

เพราะมีบทเรียนแล้วที่เชียงใหม่ แต่
ข้าพเจ้าจะขอเสนอวิธีดังนี้ คือ

(๑) ขอให้โรงเรียนแพทย์ที่มีแล้ว
และคณะวิทยาศาสตร์ผลิตนักศึกษาแพทย์
ปีที่ ๑ และ ๒ อีกเท่าตัว โดยรัฐบาลเพิ่ม
งบประมาณทุกอย่างให้. เป็นที่ทราบทั่ว
อาจารย์และห้องปฏิบัติการสำหรับนัก
ศึกษาแพทย์ ปีที่ ๑ และ ๒ นั้นหายาก, จะ
ทำได้ก็ต้องอาศัยโรงเรียนเก่าเป็นหลักไว้
ก่อน.

(๒) เตรียมโรงพยาบาลของกรมการ
แพทย์ทั้งส่วนกลางและส่วนภูมิภาคสุดแต่
เหมาะสม; โรงพยาบาลทหารบก, เรือ,
อากาศหรือตำรวจ สุดแต่เหมาะสม และ
ได้รับความเห็นชอบจากแพทยสภาแล้ว
ให้เป็นที่พักนักศึกษาแพทย์ปีที่ ๓, ๔
และแพทย์ฝึกหัด. ทั้งนี้โดยให้โรงเรียน
แพทย์แต่ละแห่งเป็นพี่เลี้ยงให้ และทำนอง
เดียวกับข้อ (๑) คือ รัฐบาลจะต้องเตรียม
โรงพยาบาลดังกล่าวทั้งอุปกรณ์เครื่องมือ
เครื่องใช้, อาจารย์, ตลอดจนหอพักของ
นักศึกษาแพทย์ฝึกหัด ฯลฯ ให้พร้อม. เช่น
นี้ก็จะเป็นการแก้ปัญหานักศึกษากลับมาแล้ว
ไม่สามารถจะอยู่ในเมืองไทยต่อไปได้
เพราะไม่มีเครื่องมือจะทำงาน หรือไม่มีผู้

ให้ความสนใจพอ. แต่ถ้าโรงพยาบาลที่มี
ไว้สำหรับให้บริการอย่างเคี้ยวได้แปรสภาพ
เป็นโรงพยาบาลเพื่อให้บริการและเพื่อการ
สอนนักศึกษาแพทย์ด้วยแล้ว แพทย์เหล่านี้
นี้จะพอใจอยู่เพื่อสอนด้วยอย่างภาคภูมิใจ.

อนึ่ง เนื่องจากโรงเรียนแพทย์เดิมทุก
แห่งที่เป็นหลักอยู่นี้ มีอาจารย์ผู้ทรงคุณ
วุฒิมากกว่า การจัดชั่วโมงสอนพิเศษทาง
โทรทัศน์ก็น่าจะทำได้ เพราะแม้แต่โรง
เรียนเทศบาล นครกรุงเทพฯ เองก็ได้ทำไป
แล้ว.

การสอนก็เช่นกันอาจจะวางหลักเกณฑ์
ไว้หลายวิธีแล้วแต่จะเหมาะสม.

ข้าพเจ้าเชื่อว่าหากจะทำกันอย่างจริงจัง
แล้วเรื่องนี้ทำได้ และน่าจะต้องทำให้ได้
ด้วย. วิธีนี้เป็นวิธีที่ประหยัดที่สุดและเป็น
วิธีที่ใช้ทรัพยากรที่มีอยู่แล้ว, เพียงปรับ
ปรุงอีกเล็กน้อยก็จะได้ประโยชน์อย่างมหา
ศาล. ข้าพเจ้าคิดว่าถ้าจะดำเนินการตาม
โครงการนี้อย่างจริงจังแล้ว ก.พ. และ สภา
การศึกษาก็ควรจะสนับสนุน.

สิ่งที่ข้าพเจ้าใคร่เสนอแนะก็คือ การ
สอนนักศึกษาแพทย์ให้ทราบถึงฐานะ
เศรษฐกิจ และ มนุษยสังคม พอเป็นสังเขป.
ข้าพเจ้าเชื่อว่าการทำความเข้าใจกับนัก

ศึกษาแพทย์ในเรื่องนี้แต่เบื้องต้น โดยผู้
ในวิชาซึ่งไม่ควรจะเป็นแพทย์ จะทำให้
นักศึกษาแพทย์ชาวซึ่งถึงปัญหาและคิดจะ
บำเพ็ญตนเพื่อสังคมบ้างตามควร, มิฉะนั้น
มักรู้สึกว่าการเข้ามาเป็นนักศึกษาแพทย์
นั้นเพื่อความร่ำรวย ประกอบอาชีพกับ
ป่วยแต่อย่างเดียวโดยมิได้นึกถึงสังคมซึ่ง
ตนมีส่วนอยู่ด้วย.

(๓) การจัดตั้งสถาบันเอกชนทางการ
แพทย์เพื่อให้บริการแก่ประชาชนผู้ยากที่
จะเสียค่าบริการ และเพื่อการสอน. สตา-
บันอาจจะจัดขึ้นในนามของมูลนิธิ ในระยะ
แรก ๆ รัฐบาลควร จะให้ความช่วยเหลือ
โดยให้เงินอุดหนุน อย่าง การอุดหนุนโรง-
เรียนราษฎร์ทั่ว ๆ ไป เป็นต้น.

เรื่องนี้ข้าพเจ้าได้เคยสนทนากับแพทย์
รุ่นน้องวัย ๓๐ — ๔๐ ปีที่มีความคิดก้าว
หน้า, มีลักษณะเป็นผู้นำ, ชอบงานที่ทำ
ทายกับวิชาชีพที่ตนได้ศึกษาหรือประสบมา
และไม่ยึดถือราชการเป็นหลัก; มีจำนวน
ไม่น้อยที่พร้อมจะออกจากราชการ หรือ
พอใจจะสมัครเข้ามาทำงานอย่างนี้ และ
มั่นใจว่าหากมีทุนทรัพย์ขั้นแรกเพียงพอ
และเห็นว่าเอกชนและรัฐบาลสนับสนุน
อย่างจริงจัง และให้มีการบริหารงานอย่าง

อิสระ โดยมีคณะกรรมการบริหารวาง
กรอบให้ปฏิบัติแล้ว คิดว่างานนี้จะมีทาง
สำเร็จได้. ทั้งนี้ต้องพิจารณาปัญหา
คือ:—

๑. เงินเดือนแพทย์, พยาบาล ฯลฯ
ให้อยู่ในอัตราที่พอจะยังชีพได้. เรื่องเงิน
จากการสนทนากับแพทย์ที่มีจิตใจพร้อมที่
จะทำประโยชน์ให้ส่วนรวม ปรากฏว่าเขา
เหล่านั้น มิใช่จะคำนึงถึงแต่เรื่องเงินอย่าง
เดียว แต่ขอให้ได้มีความมั่นใจในปัญหา
ของครอบครัวด้วย, เขาทั้งหลายมีจิตใจ
พร้อมที่จะทำงาน หรือ คำนึงว่าหากความก้าว
หน้าในวิชาการที่ได้เล่าเรียนมา.

๒. หาวิธีการให้สถาบันแห่งนี้เลี้ยงตัว
ได้ ซึ่งหมายความว่าผู้ช่วยทุกคนที่มารับ
การรักษาคือต้องเสียเงิน. สถาบันนี้จะต้อง
พยายามหากำไรจากบริการนี้ก่อน ซึ่งใน
ฐานะเอกชนแล้วก็น่าจะทำได้ เพราะใน
พระนคร และธนบุรีก็มีโรงพยาบาล และ
สถานอื่นที่ให้บริการแก่ประชาชน โดย
ไม่คิดมูลค่า หรือคิดข้างเล็กน้อยอยู่ทั่วไป
แล้ว. หากในอนาคตสถาบันนี้มีผู้อุดหนุน
มากขึ้น, มีรายได้มากขึ้นเลี้ยงตัวเองได้
อย่างสบายแล้ว ก็อาจจะเปลี่ยนแปลงวิธี
การไปในการกุศลได้บ้างในบางส่วน.

๓. วางระเบียบการคิดค่าบริการแก่ผู้
ป่วยให้เป็นมาตรฐาน และมีหลักเกณฑ์แน
นอนในการจ่ายเงินที่ได้จากค่าบริการ ให้
แก่แพทย์เจ้าของไข้และให้แก่โรงพยาบาล
อย่างยุติธรรมและเปิดเผย. ข้อเท็จจริง
ในขณะนี้ ฝ่ายเจ้าของสถานที่ คือโรง
พยาบาลของรัฐบาลได้ รับค่าบริการ น้อย
มากเพราะระเบียบเก่าๆ ใ้วางอัตราค่า
บริการไว้ตายตัว เมื่อเทียบกับค่าบริการที่
ให้แก่แพทย์, จะไทยเรียกร้องหรือโดย
เข้าใจกันว่า แพทย์คนนั้นคนนี้มีอัตราการ
เรียกร้องเป็นเท่าใดก็ตาม, ซึ่งแตกต่างกัน
กันมาก. ทำให้ผู้ป่วยและแพทย์ผู้เป็น
เจ้าของไข้มีความรู้สึกอึดอัดใจ และไม่แน
ใจต่อกัน, ทำให้เสียผลในด้านความเชื่อ
ถือทั้งส่วนตัว และสถานนั้นๆ ตลอดจนผล
งานทางด้านบริการประชาชนทั่วไปด้วย.

สถาบันที่มีอิสระในการบริหารงานและ
เจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานได้รับเงินเดือน พอที่
จะยังชีพได้ตามสมควรแก่ฐานะ, สถาบัน
นั้นจะมีบุคคลที่ใช้เวลาให้ กับสถาบัน อย่าง
เต็มที่ ไม่ว่าจะเป็นการให้บริการ หรือ การ
สอน. ข้าพเจ้าเชื่อว่าถ้าทำได้แล้วไซ้
สถาบันแห่งนั้น จะมี ชื่อเสียงดี เติ่นยิ่งกว่า
สถาบันของทางราชการด้วยซ้ำไป ซึ่งจะ

เป็นประโยชน์ สำคัญยิ่งในการ ผลิตแพทย์
และพยาบาลอีกทางหนึ่ง.

สถาบันที่ ข้าพเจ้าเสนอ เป็นเรื่องใหม่
สำหรับ ประเทศไทย เพราะยังไม่เคย มีมา
ก่อน แต่มีอยู่แพร่หลายในต่างประเทศ.
เคยมีผู้ใหญ่ในวงการต่าง ๆ คิดกัน อยู่บ้าง
แต่แล้วก็เงียบกันไป. ถ้าพิจารณาข้อเท็จ
จริงสำหรับการ ดำเนินงานใน ประเทศไทย
นั้นไม่ว่างานใด ๆ ยังต้อง พึ่งพาอาศัยทาง
ราชการอยู่. แม้แต่งานการกุศลแท้ ๆ
ถ้าไม่คิด ถึง รัฐบาล หรือ บุคคล ในวงการ
รัฐบาลแล้วรู้สึกว่าจะองค์การนั้น ๆ เจริญไต่
ยาก หรือเจริญไปได้อย่างน้อย ๆ, ซึ่งก็
เป็นความจริง. ฉะนั้นไม่ว่าจะเป็นบุคคลที่
ทำงานให้แก่การกุศลหรือทำงานให้รัฐบาล
หากเห็นว่าการดำเนินงานวิถีใดจะเป็นไป
ได้อย่างมีประสิทธิภาพ, รวดเร็วกว่า และ
ไม่ต้องมี ระเบียบ ข้อ ยับยั้ง มาก อย่าง ทาง
ราชการแล้วก็ควรจะคิดหาทางออกอย่าง
นั้น. อย่างไรก็ตาม เรื่องนี้มีใช่เรื่องรีบด่วนที่
ควรจัดทำ แต่หากจัดทำเร็วเท่าใดก็จะเป็น
สถาบันอีกแห่งหนึ่งที่จรรอรับแพทย์ที่กำลัง
ทยอยกันกลับจากต่างประเทศ และที่กลับ
มาแล้วไม่มีตำแหน่งว่างที่จะเข้าไปทำงาน

(๕) หน่วยงานใดที่มีเจ้าหน้าที่ทำหน้าที่ย้าย ๆ แบบนี้ ควรจะโอนไปให้กระทรวงสาธารณสุขดูแลทั้งหมด, เช่น หน่วยงานของ ร.พ.ช. เป็นต้น เพราะจะไม่ได้ทำงานซ้อนกัน.

(๖) แปลสภาพแพทย์ประจำตำบลให้เป็นแพทย์ประจำหมู่บ้านและควรเรียกชื่อเป็นอย่างอื่น, จะให้มีสำนักงานอยู่ที่สำนักงานผดุงครรภ์ก็ได้ โดยคัดเลือกจากแพทย์ประจำตำบลเก่าที่ยังพอใช้ได้มารับการอบรมแล้วมอบหมายขอบเขตงานในหน้าที่ให้.

ต่อไปข้าพเจ้าขอกล่าวถึงโครงการต่าง ๆ ของกรมอนามัยซึ่งขณะนี้มียู่ทั้งสิ้น ๑๔ โครงการด้วยกัน. คงได้กล่าวแล้วว่างานสาธารณสุขนั้นต้องกระจายงานให้จังหวัด, อำเภอ, และท้องถิ่น. ฉะนั้นกระทรวงสาธารณสุขจะต้องตั้งเป้าหมายให้ตรงกับหลักการและเหตุผลเสียก่อน มิฉะนั้นแล้วเปรียบเสมือนเลี้ยงเด็กไม่ให้โต. ด้วยเหตุนี้โครงการหลายอย่างจึงต้องหาโอกาสสอดคล้องผสมผสานเข้าไปในระดับต่าง ๆ ตามแต่จะเหมาะสม. โครงการใดที่จำเป็นน้อยกว่าควรชลอไว้ก่อน, เลือกโครงการสำคัญที่ต้องอาศัยส่วนกลางช่วยจัดทำ, เช่น

โครงการนำสะอาดในชนบท เป็นต้น ซึ่งนับว่าสำคัญและจำเป็นควรขยายงานออกไปให้กว้างขวางให้มากที่สุด. โครงการหลายอย่างเป็นงานที่ต้องปฏิบัติเป็นประจำอยู่แล้วควรให้มีประสิทธิภาพสูงขึ้น. ส่วนกลางจะต้องสนับสนุนจัดหาเจ้าหน้าที่, อุปกรณ์, และงบประมาณให้ด้วย, เช่น โครงการควบคุมโรคติดต่อ หรือโรคอันตรายที่สำคัญอื่น ๆ.

บทสรุป

๑. การพัฒนาประเทศจำเป็นต้องมีการพัฒนาทางด้านสาธารณสุขเป็นพื้นฐานเสียก่อน โดยให้สอดคล้องกับการพัฒนาด้านเศรษฐกิจและสังคม.

๒. งานสาธารณสุขเป็นงานที่เกี่ยวข้องสัมพันธ์กับระดับชาติและระดับท้องถิ่น. การแบ่งแยกทำให้ขาดการประสานงานและถูกทอดทิ้ง. ผลเสียหายจะเกิดขึ้นไม่จำกัดเฉพาะแห่ง แต่อาจลุกลามแพร่หลายได้มากมายอย่างเช่นการระบาดของโรค.

๓. งบประมาณสาธารณสุขของประเทศน้อยมากเหลือเกิน. เท่าที่ทราบเวลานี้ใช้ได้ไม่ตลอดปี, ไม่สามารถจะขยายงานได้ตามโครงการ. การจะขยาย

งานสาธารณสุขให้ไปตามโครงการจะต้อง
สนับ สนุน แผนงาน หลาย อย่าง พร้อม กัน
อาทิ การผลิตเจ้าหน้าที่ เป็นต้น.

๔. ปัญหาประชากรเพิ่มอย่างมาก
ทำให้อัตราส่วนของแพทย์ต่อประชากรนี้
วันจะห่างออกไป, กล่าวคือเลวลง, หมายความว่าประชากรได้รับบริการ ทาง การ
แพทย์และสาธารณสุขทุกระดับน้อยลง,
จำเป็นต้องให้การวางแผนครอบครัวเป็น
นโยบายของชาติ โดยเร็ว.

๕. ปัญหาการผลิตแพทย์, เติบโตม
มหาวิทยาลัย แพทย ศาสตร์ ขึ้น อยู่ กับ
กระทรวงสาธารณสุข, ต่อมาไปขึ้นกับ
สำนักนายกรัฐมนตรี. การผลิตแพทย์ยัง
ได้ปริมาณน้อยมาก ควรต้องเร่งรัดอย่าง
น้อยให้ ได้มากกว่าที่เป็นอยู่อีกเท่าตัว โดย
อาศัยปรับปรุงจากทรัพยากรที่มีอยู่แล้วให้
เกิด ประโยชน์ มาก ที่สุด และ ถูกลัก
ประหยัด.

๖. เตรียมจัดโรงพยาบาลบางแห่ง
ทั้งในพระนครและต่างจังหวัด รวมทั้งโรง
พยาบาลทหารบางแห่ง ให้เป็นโรงพยาบาล
เพื่อการ สอน นัก ศึกษา แพทย์ ปีที่ ๓, ๔
และแพทย์ฝึกหัดเสียแต่เนิ่น ๆ และจะเป็น
การเตรียมรับแพทย์ที่กำลังทยอยกลับจาก
ต่างประเทศอีกด้วย.

๗. ปัญหาแพทย์ที่ไปศึกษาต่าง
ประเทศจะเดินทางกลับ, รัฐบาลจะต้อง
เตรียมโรงพยาบาลหรือสถานให้แพทย์
เหล่านั้นมีความภาคภูมิใจที่เมื่อกลับมาแล้ว
มีเครื่องมือเครื่องใช้และส่วนประกอบให้
เขาทำงาน ได้ เป็น อย่างดี และ จะต้อง
พิจารณา ถึงความ สะดวก สบาย อย่าง
เช่น การเดินทางไปมาระหว่างพระนครกับ
จังหวัดใกล้เคียงที่แพทย์พวกนี้จะไปอยู่ได้
โดยไม่มีปัญหามากนัก.

๘. หลักสูตรสำหรับแพทย์อาจจัดให้
เหมาะสมงานในหน้าที่ เช่น แพทย์สถานี
อนามัยชั้นหนึ่ง ซึ่งอาจจะทำได้ด้วยการลด
จำนวนชั่วโมงสอนของบางวิชาที่เกี่ยวจะ
ไม่ได้ใช้ประโยชน์ สำหรับการนั้น ๆ ลง
เสียบ้าง, จะประหยัดเวลาในการศึกษา
และประหยัดอาจารย์ ตลอดจนประหยัดงบประมาณอีกด้วย.

๙. จัดให้มีสถานอนามัยชั้นหนึ่ง และ
มีแพทย์ประจำทุกอำเภอและตำบลใหญ่ ๆ.
สำหรับงานโครงการต่าง ๆ ของกรม
อนามัยก็ต้องส่งเสริมสนับสนุนให้รายวัน
และเตรียมให้จังหวัด, อำเภอ, หรือ
เทศบาลรับไปทำต่อได้ด้วย.

๑๐. อำเภอใหญ่ ๆ แห่งใดที่เหตุการณ์
สิ่งแวดล้อม ตลอดจน ความ ร่วมมือ จาก

ประชาชนก็พร้อมก็สนับสนุนให้มีโรงพยาบาลขนาดย่อมเกิดขึ้น โดยกระทรวงสาธารณสุขจัดเจ้าหน้าที่ให้.

๑๑. จัดให้มีการสลับเปลี่ยนหรือหมุนเวียนกัน ระหว่าง แพทย์ สถานีอนามัยชั้นหนึ่งและแพทย์ โรงพยาบาล โดยหาวิธีแก้ปัญหาคือความกินใจระหว่างแพทย์ของทั้ง ๒ กรม.

๑๒. ตั้งเป้าหมายให้เพิ่มจำนวนสถานีอนามัยชั้นสอง และสำนักงานผดุงครรภ์ให้ครบทุกตำบลและหมู่บ้านตามลำดับ.

๑๓. โอนแพทย์ประจำตำบล จากกระทรวงมหาดไทยให้ ไปอยู่ในความดูแลของกระทรวงสาธารณสุข และพยายามให้หมดสภาพไป และควร เปลี่ยนเป็นแพทย์ประจำหมู่บ้านแทน พร้อมทั้งเปลี่ยนชื่อใหม่ให้เหมาะสม.

๑๔. เร่งรัดงานโครงการ ของกรมอนามัย ที่สำคัญและ จำเป็น สำหรับ ประชาชนก่อน และเป็น งานที่ ต้อง อาศัย ส่วนกลาง, เช่นงานประชาสัมพันธ์, กับการพยายามขยายงานให้เพิ่มมากขึ้น, ทุกหมู่บ้านไต่ยั้ง. ส่วนงานโครงการหลายอย่างก็ควรกระจายมอบหมายให้จังหวัด, อำเภอ, และท้องถิ่นไปตามสมควรแก่เวลาพร้อม

ทั้งสนับสนุนช่วยเหลือในด้านบุคคล, เครื่องมือและงบประมาณ. จะเห็นได้ว่าปัญหาของสาธารณสุขเป็นปัญหาที่ใหญ่มาก. การวางแผนงานแก้ปัญหาจำต้องค่อยเป็นค่อยไปกับการจัดลำดับความสำคัญก่อนและหลัง ตามกำลังของงบประมาณที่จะได้รับ. ถ้ารัฐบาลเพิ่มงบประมาณให้ แก่งานสาธารณสุขของชาติในขั้นแรกเพียง ๑-๒ เปอร์เซ็นต์ และเพิ่มงบประมาณด้านการผลิตแพทย์, พยาบาล, และเจ้าหน้าที่ข้างเคียง ช่วย การ แพทย์ อีก อีก ๒-๓ เปอร์เซ็นต์โดยสม่ำเสมอ และคุณลักษณะหนึ่ง, ข้าพเจ้าคิดว่าจะเป็นการเริ่มต้นที่ถูกต้องอันจะนำไปสู่ความสำเร็จได้ต่อไป.

เรื่องของกิจการสาธารณสุขเป็นเรื่องที่จะเข้าใจไม่ยากนัก แต่ก็ไม่ยากเกินไปถ้าพยายามจะเข้าใจ. งานสาธารณสุขของชาติเป็นงาน เกี่ยว ข้อง กับกลุ่มชนทั้งประเทศ. ขอบเขตของงานกระจายกว้างขวางเหลือประมาณ, อุปมาดังโรคร้ายต่าง ๆ จะตั้งต้นที่ใด และ ไป จบสิ้น ที่ใด, เมื่อไรก็ได้ทั้งสิ้น; ไม่สามารถจะบอกได้แน่ชัดลงไปได้. เมื่อเป็นดังนี้ แล้วงานสาธารณสุขจึงเป็นงานที่มีความสำคัญมากแต่ธรรมชาติของงานค่อนข้างซ่อนเร้น แม้

จะปรับปรุงก่อร่างอย่างใดก็ไม่สามารถจะ
ยื่นให้เป็นวัตถุที่เด่นมองเห็นได้. ถ้า
จะเทียบเคียง เรื่อง ของ กาย กับ จิต, งาน
สาธารณสุขก็เทียบได้กับจิต ซึ่งมองไม่
เห็นแต่มีความสำคัญยิ่ง, กล่าวคือถ้าเมื่อ
ใดเรา ทำความ เข้าใจ ใน เรื่อง จิต ได้ แล้ว
เหมือนชีวิตของเราก็คมีความสุขมากขึ้นอีก.

ฉะนั้น ถ้า สามารถ ทำให้ ผู้มี หน้าที่
บริหารบ้านเมืองเข้าใจปัญหาของสาธารณสุข
ให้กระจ่างแจ้งได้ และถ้าผู้บริหารนั้น
มีจิตใจ และ เจตนา แน่วแน่ ที่จะ ปฏิบัติงาน
สาธารณสุขของชาติให้เจริญก้าวหน้าเป็น
ประโยชน์ยิ่งต่อส่วนรวมแล้ว ทางสำเร็จ
จะเป็นไปได้ง่าย. ผู้ที่มี โอกาสดีกว่าผู้อื่น
ที่จะทำความเข้าใจต่าง ๆ นั้น ก็คือพวก
แพทย์นั่นเอง. ที่กล่าวเช่นนั้นเพราะข้าพเจ้า
คิดว่า ไม่มีอาชีพใดที่จะเข้าถึงจิตใจคน
ทุกประเภท ชนิด ที่จะ ได้รับ ความ เกรงใจ,
ได้รับความเคารพนับถือและเลื่อมใสเท่ากับ
บุคคลที่อยู่ในวิชาชีพแพทย์. ฉะนั้นหาก
แพทย์ของเราแม้จะมีใช้แพทย์สาธารณสุข
แต่ถ้าเข้าใจ และ ให้ความสนใจต่อปัญหา
สาธารณสุขส่วนรวมของชาติบ้านเมืองเรา
บ้าง และ ถ้า มี โอกาส ให้ ชี้ คัด เห็น หรือ
ชี้แจง ทำความ เข้าใจ ที่ ถูก ต้อง หรือ ช่วย

กระตุ้นบ้างแล้ว, ข้าพเจ้าเชื่อว่าท่าน
เหล่านั้นจะเข้าใจในงานสาธารณสุขดีขึ้น
และแล้วกิจการสาธารณสุขของชาติก็จะ
ได้รับการเหลียวแลมากยิ่งขึ้น.

อนึ่ง งานสาธารณสุขรวมงานไว้หลาย
สาขา แต่ได้มีวิวัฒนาการมาจนกระทั่ง
แบ่งส่วนงานออกเป็นหลายกรม, ได้แก่
กรมอนามัย, กรมการแพทย์, กรมวิทยา-
ศาสตร์การแพทย์. นอกจากนั้นยังมีหน่วย
งานที่เกี่ยวข้อง เช่น ในด้านการผลิตได้
แก่มหาวิทยาลัยซึ่งขึ้นอยู่คนละกระทรวง.
บุคคลผู้ปฏิบัติงานสาธารณสุขก็มีวิชาชีพ
ต่าง ๆ กันมากมาย. ฉะนั้นการประสาน
งานภายใน กระทรวงเอง และระหว่าง
กระทรวงจะราบรื่นเพียงใด, โดยไม่นึกเขา
นึกเรา, จึงเป็นเรื่องที่มีความสำคัญเหลือ
เกิน. บุคคลชั้นหัวหน้างานที่จะต้องประสาน
งานกันก็คือแพทย์ด้วยกันนั่นเอง. ฉะนั้น
จะเห็น ได้ ว่างาน สาธารณสุข จะ ก้าวหน้า
หรือไม่ขึ้นอยู่กัยพวกแพทย์เอง, ไม่ใช่คน
อื่น. ข้าพเจ้าหวังว่าในอนาคตอันใกล้ของเรา
อาจจะ ได้ เห็นผลงาน ก้าวหน้าดังกล่าวนี้
อย่างแน่นอน.

ท้ายที่สุดข้าพเจ้าขอย้ำในที่นี้ว่าไม่ว่า
จะเป็นงานสาธารณสุขหรืองานโครงการ

ใด ๆ ก็ตามที่อยู่ในระยะต้องปรับปรุง, ริเริ่ม, และขยายงานหรือปฏิบัติงานนั้น ; เรื่องงบประมาณ, อัตราค่าจ้างเจ้าหน้าที่, ความร่วมมือและประสานงาน, ฯลฯ เป็นปัจจัยสำคัญทั้งสิ้น. แต่ข้าพเจ้าใคร่ขอตั้งข้อสังเกตไว้ว่า ทรัพยากรที่จะทำให้งานนั้น ๆ หรือโครงการต่าง ๆ สำเร็จลุล่วงไปได้ดังแต่คนนั้นอยู่ที่ "บุคคล" หรือ "เจ้าหน้าที่". และขอกล่าวต่อไปอีกว่า บุคคลชนิดที่ข้าพเจ้าหมายถึง คือ บุคคลที่มีทั้งกำลังกายและจิตใจที่รักอยู่กับงานที่ตนทำอยู่หรือได้รับมอบหมายให้ทำ, กล่าวคือจะต้องมีทั้งความศรัทธา, เลื่อมใส, อุทิศหาวิริยะ, ซื่อสัตย์, ไม่ทอดทิ้ง, รับผิดชอบต่อหน้าที่ และมีลักษณะเป็นผู้นำพร้อมกับความรอบรู้และประสิทธิภาพในงานสาขาของตนอย่างแท้จริง, ตลอดจนเป็นผู้มีศิลปะและชั้นเชิง. ถ้าประเทศของเรา มีบุคคล ลักษณะเช่นนั้นมาก ๆ แล้วเชื่อว่างานและโครงการต่าง ๆ จะสำเร็จลุล่วงไปได้โดยสะดวก. การที่เราจะมีบุคคลดังกล่าวนี้, ข้าพเจ้าเห็นว่าการศึกษาย่อมมีในวิชาการ ระดับต่าง ๆ โดยสอดคล้องกับคุณลักษณะดังกล่าว จึงเป็นเรื่องสำคัญอย่างยิ่ง.

หน่วยงานใด ๆ ก็ตามแม้จะมีคนศึกษา, มีความรู้มากเท่าใดหรือมีงบประมาณเหลือเฟืออย่างไร แต่ถ้าขาดคนในลักษณะดังกล่าวข้างต้นแล้ว หน่วยงานนั้นจะไม่สามารถปฏิบัติงานโครงการต่าง ๆ สำเร็จได้แน่นอน. ฉะนั้นเรื่องบุคคลที่มีการศึกษาอบรมมีความศรัทธาที่พร้อมทั้งกายและจิตใจ จึงเป็นเรื่องสำคัญอย่างยิ่งยวด. จะเห็นได้ว่าบางโครงการ, โดยเฉพาะโครงการที่อยู่ต่างจังหวัด, แม้จะมีคนที่มีการศึกษาอบรมอย่างดีเฉพาะเพื่อการนั้น ๆ แล้วก็ตาม, ถ้าตัวหรือกายอยู่ทำงานแล้วจิตใจไปอยู่เสียที่อื่นงานจะดำเนินไปด้วยความลำบากอย่างยิ่งและความสำเร็จย่อมเกิดได้ยาก.

ฉะนั้น สถาบันผู้ผลิตคนควรจะได้หาวิธีการ, ไม่เฉพาะผลิตจำนวนแต่ละรุ่นอย่างเดียวนั้น, แต่ขอให้ได้ผู้บุคคลประเภทดังกล่าวข้างต้น แต่ละรุ่นให้มีจำนวนมากเท่าใดยิ่งดี. บุคคลเหล่านั้นต่อไปจะแทรกเข้าไปในหน่วยงานต่าง ๆ ที่ตนถนัดแล้วจะสามารถปฏิบัติงานให้ก้าวหน้าได้เป็นอย่างดี.

บทความนี้ ข้าพเจ้าได้เขียนขึ้นเพื่อเตรียมอภิปรายในงานฉลอง ๔๐ ปีของโรง

พยาบาลศิริราช ซึ่งเป็นสถานศึกษาที่ไต่
ประ สาท ความรู้ ทาง แพทย์ แก่ ข้า พเจ้า.
ความคิดเห็นทั้งหลายที่เขียนไว้ในนี้อาจไม่
ตรงกับของท่านผู้ใด, ด้วยความรู้เท่าไม่
ถึงการ หรือจากความรู้และประสบการณ์
ของข้าพเจ้าในเรื่องนั้นออกไปด้วยประการ
ใด ๆ ก็ดี ขอกราบเรียนว่าเป็นความคิด
เห็นโดยบริสุทธิ์ใจทั้งสิ้น. หากจะผิดพลาด
ประการใด ข้าพเจ้าขออภัยไว้ ณ ที่นี้ด้วย.

ถ้าบทความนี้เป็นประโยชน์ต่อส่วนรวมบ้าง
ข้าพเจ้าขออุทิศความดีนั้นให้แก่โรงพยา-
บาลศิริราช ด้วย ความ กตัญญู กต เว ที่ ต่อ
สถาบัน เก่าแก่ แห่งนี้, ตลอดจนครู
บาอาจารย์ ผู้ประสิทธิ์ ประ สาท ความรู้ แก่
ข้าพเจ้า, ให้เจริญรุ่งเรืองก้าวหน้าเป็นมิ่ง
ขวัญ และ เป็น ที่ พึ่ง ของ ประเทศไทยสืบต่อ
ไปไม่สิ้นสุด.

การส่งเงินค่าบำรุง

๑. โปรดเขียนชื่อและนามสกุลให้ชัดเจน
๒. ส่งเงินถึงผู้จัดการสารศิริราช
๓. ส่งจ่ายเงิน ป.ณ. หน้าพระลาน