

# โรงพยาบาลสมทบในกระทรวงสาธารณสุข พร้อมเพื่อการสอนเพียงใด

HOSPITALS IN MINISTRY OF PUBLIC HEALTH,  
ARE THEY READY TO BE AFFILIATED FOR  
MEDICAL DOCTOR PRODUCTION?

❖ แพทย์หญิงสุพัตรา ศรีวณิชชากร  
สำนักนโยบายและแผนสาธารณสุข  
กระทรวงสาธารณสุข  
Dr. Supatra Srivanichakorn  
Health Policy and Planning Bureau  
Ministry of Public Health

ข้อมูลในบทความนี้  
เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาวิจัยเรื่อง  
รูปแบบและแนวทางการร่วมมือ ระหว่าง  
ทบวงมหาวิทยาลัย และกระทรวงสาธารณสุข  
ในการร่วมผลิตแพทย์  
จุดประสงค์ของบทความนี้เพื่อแสดง  
ข้อมูลสถานการณ์ภาระงานและเวลาสำหรับการสอน  
ที่เปรียบเทียบระหว่างโรงเรียนแพทย์ กับ  
โรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข  
เพื่อใช้พิจารณาประกอบในการวางแผนทาง  
การพัฒนางานด้านนี้ต่อไป

ใน สถานการณ์ปัจจุบันที่ทุกส่วนต่างให้ความสำคัญที่จะให้โรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขเป็นโรงพยาบาลสมทบ รวมทั้งแสดงบทบาทในการเรียนการสอนให้แก่นักศึกษาแพทย์ด้วย เพราะลักษณะของผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลที่โรงพยาบาลที่เป็นโรงเรียนแพทย์ปัจจุบัน เป็นลักษณะโรคที่มีความซับซ้อนมากขึ้น ปัญหาการเจ็บป่วยที่พบบ่อยที่จะเป็นบทเรียนให้แก่นักศึกษาแพทย์ลดลง อีกทั้งบรรยากาศในโรงเรียนแพทย์เป็นลักษณะการแบ่งสาขาเฉพาะทางที่แยกย่อยไปมาก อีกทั้งเป็นบรรยากาศของโรงเรียนสอนแพทย์ประจำบ้านมากกว่าการสอนนักศึกษาแพทย์ ฉะนั้น โรงพยาบาลศูนย์โรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลใหญ่ในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข จึงต้องจำเป็นร่วมแสดงบทบาทในการเรียนการสอนโดยปริยาย แม้ว่าจะมีความพร้อมหรือไม่ก็ตาม การดำเนินการร่วมมือนี้ดำเนินการมานานกว่า 10 ปี ซึ่งคิดว่าเป็นทิศทางที่จำเป็นและต้องดำเนินต่อไป แต่สถานการณ์ปัจจุบัน ภาระงาน และกำลังคนมีความเปลี่ยนแปลงไปมากทั้งด้านโรงเรียนแพทย์ และกระทรวงสาธารณสุข ฉะนั้น การแก้ปัญหาหรือปรับพัฒนาโรงพยาบาลเพื่อการเรียนการสอนนั้น ควรมีการพิจารณาอย่างเป็นระบบและคำนึงถึงประสิทธิภาพสูงสุด ใช้ทรัพยากรอย่างประหยัด และคำนึงถึงสถานการณ์ที่กำลัง

ในการใช้และจัดทำให้เหมาะสม ตัวแปรและตัวชี้วัดที่  
ต้องการจริง ๆ ควรส่งมาตามความถี่ในการใช้ข้อมูล ผล  
การดำเนินงานหรือกิจกรรมที่ทำไปแล้ว (activity report)  
น่าจะเก็บไว้ภายในจังหวัดเองเพื่อประโยชน์ในการควบคุม  
กำกับ ส่วนกลางไม่จำเป็นต้องทราบข้อมูลเหล่านี้บ่อยเกิน  
ไป ผู้บริหารควรใช้ประโยชน์จากระบบรายงานแบบผสม  
ผสาน และควรจะได้ไขยกเลิกรายงานจำนวนมากเสียควร  
ให้นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดมีบทบาทในการติดตาม  
การปฏิบัติงานมากกว่าที่ส่วนกลางต้องทำบทบาทนี้เอง  
โดยผ่านฝ่ายต่างๆในสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด

### 3. ในระดับจังหวัดควรใช้ประโยชน์จาก ระบบรายงาน และการเฝ้าระวังใน ปัจจุบันให้เกิดประโยชน์สูงสุด

แม้ว่าการเฝ้าระวังโรครายวันส่งผลดีต่อการควบคุม  
โรคร้ายแรงบางโรค เช่น โปลิโอ อหิวาตกโรค ด้วยการ  
กระตุ้นเตือนท้องถิ่นให้ตอบสนองได้อย่างทันทั่วถึง แต่ก็  
ยังเป็นประโยชน์น้อยต่อโรคธรรมดาอื่น ๆ เช่น หัด โรค  
อุจจาระร่วง และ ARI เจ้าหน้าที่จังหวัดควรใช้ประโยชน์  
จากระบบเฝ้าระวังที่มีอยู่ให้มากขึ้น และควรจะอาศัยวิธีการ  
ทางระบาดวิทยาช่วยในการตัดสินใจเบื้องต้น โดยคำนึง  
ถึงองค์ประกอบต่างๆ ของแต่ละท้องถิ่นโดยเฉพาะในระดับ  
อำเภอและตำบล เพื่อที่จะกระตุ้นให้เกิดการตอบสนอง  
อย่างรวดเร็วในการแก้ไขปัญหา การฝึกอบรมโดยอาศัย  
ปัญหาจากการทำงานเป็นบทเรียน (on the job training)  
อาจเป็นวิธีหนึ่งที่ได้ผลสำหรับอบรมเจ้าหน้าที่ มากกว่า  
การอบรมอย่างเป็นทางการทางระบาดวิทยา

### 4. การทำ rapid surveys แบบผสมผสาน

แม้ว่า rapid surveys โดยใช้วิธี 30 clusters  
sampling เป็นวิธีการที่ดี แต่ก็เป็นการทำในแนวตั้งโดย  
ส่วนกลาง การสำรวจจะมีประสิทธิภาพมากขึ้น หาก  
ผสมผสานคำถามของหน่วยงานต่างๆเข้าด้วยกัน ซึ่งจะ

ทำให้ภาระของเจ้าหน้าที่น้อยลง การสำรวจแบบนี้  
นอกจากอาจเป็นเครื่องมือสำหรับควบคุมดูแลผลกระทบ  
ที่เกิดขึ้นในชุมชนแล้ว ก็ยังสามารถสะท้อนให้เห็นถึง  
สถานะสุขภาพของประชาชนในประเทศได้อีกด้วย

### 5. ตัวชี้วัดผลกระทบ (effect and impact) ควรเป็น community based มากกว่า public service based

ความถูกต้องของข้อมูลจากรายงานในบางกรณียัง  
น่าสงสัยอยู่ เช่น การครอบคลุมการให้วัคซีน เพราะผู้รับ  
บริการเป็นเพียงผู้ได้รับวัคซีนในสถานบริการสาธารณสุข  
ภาครัฐ (public service based) ขณะที่กลุ่มเป้าหมาย  
ได้มาจากประชากรที่จดทะเบียน การใช้ข้อมูลถูกจำกัด  
เพียงเพื่อควบคุมกำกับกิจกรรมที่วางไว้แต่ไม่สอดคล้อง  
ถูกต้องกับการครอบคลุมของกลุ่มเป้าหมายที่แท้จริง

### 6. ควรพยายามให้มีระบบติดตาม กลุ่มเป้าหมายพิเศษ

เนื่องจากคนเหล่านี้ไม่สามารถได้รับบริการจากรัฐ  
และต้องการกลยุทธ์ที่แตกต่างออกไป ดังนั้น ควรทำ  
การสำรวจเฉพาะกิจเป็นระยะ ๆ ในกลุ่มผู้ด้อยโอกาส และ  
ประชากรที่ไร้หลักแหล่งแน่นอน เช่น คนงานก่อสร้าง  
คนงานรับจ้างในภาคเกษตรกรรม เช่น คนงานตัดอ้อย  
ตลอดจนครอบครัวของคนเหล่านั้น

### 7. การพัฒนา software และการใช้คอมพิวเตอร์อย่างเหมาะสม

เพื่อให้เกิดความคล่องตัวและรวดเร็วในการไหลเวียน  
ข้อมูล ควรพิจารณาการใช้ software และคอมพิวเตอร์  
อย่างเหมาะสม ถ้ามั่นใจแล้วว่า rapid surveys เป็น  
เครื่องมือที่เหมาะสม กระบวนการจัดการและวิเคราะห์  
ข้อมูล ควรถูกทำให้ง่ายโดยอาศัยคอมพิวเตอร์



คนเพิ่มได้ไม่มาก มีลักษณะของการร่วมคิดวางแผน และร่วมการใช้ทรัพยากรมากขึ้น

### รูปแบบการร่วมสอนของโรงพยาบาลสมทบ

สถานการณ์ปัจจุบัน โรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไปในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข เป็นโรงพยาบาลสมทบมานานกว่า 10 ปี และร่วมสอนนักศึกษาแพทย์ในระยะเวลา และรูปแบบที่แตกต่างกัน พอสรุปได้ดังตารางที่ 1 (ยังไม่รวมรูปแบบการดำเนินการเป็นวิทยาลัยแพทย์ของกระทรวงสาธารณสุข)

### ภาระงานบริการและเวลาสำหรับการสอน

หากพิจารณาถึงภาระงานบริการที่เป็นบทบาทหลักของกระทรวงสาธารณสุข เปรียบเทียบกับโรงเรียนแพทย์ที่ต้องทำงานบริการส่วนหนึ่งนั้น แสดงได้ดังตารางที่ 2 โดยใช้ตัวเลขฐานผลงานของบริการในปีงบประมาณ 2538 และวิเคราะห์ภาระงาน การใช้เวลาโดยคำนวณจากตัวเลขฐานเดียวกันที่เป็นมาตรฐานขั้นต่ำของเวลาที่ใช้ เพื่อการให้บริการที่มีคุณภาพระดับหนึ่งและใช้เวลา 30 นาทีต่อวันในการดูแลผู้ป่วยหนึ่งราย และเวลาการทำงานของแพทย์เป็น 140 ชั่วโมงต่อเดือน นาน 12 เดือน

โรงพยาบาลที่แสดงในตารางนั้น เป็นเพียงตัวอย่างส่วนหนึ่งของโรงพยาบาลที่มีการร่วมมือกันเท่านั้น เนื่องจากข้อจำกัดของข้อมูลที่มี ซึ่งอาจมีการนำไปวิเคราะห์เพิ่มเติมต่อไปได้

จากตารางที่ 1 แสดงให้เห็นภาพที่ชัดเจนมากว่า โรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไปในภูมิภาคนั้น ต้องรับภาระงานบริการจำนวนมาก กินเวลาส่วนใหญ่ของแพทย์ที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลแห่งนั้น โดยเฉพาะโรงพยาบาลขอนแก่น และโรงพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี ที่เวลาเพื่องานบริการติดลบ หรือเกิน 100 % ของเวลาของแพทย์ นั่นหมายถึงเวลาจริงเพื่อการให้บริการน้อยกว่ามาตรฐานที่กำหนด แต่โรงพยาบาลราชวิถีและ

โรงพยาบาลชลบุรี พอมิเวลาเหลือจากงานบริการบ้างเพื่อกิจกรรมอื่น ๆ ในขณะที่แพทย์ในโรงพยาบาลสังกัดโรงเรียนแพทย์ใช้เวลาเพียง 36% - 49 % เพื่องานบริการ และหากคำนวณเวลาของแพทย์ประจำบ้านที่ช่วยในการให้บริการด้วยแล้ว เวลาในโรงเรียนแพทย์และโรงพยาบาลราชวิถี กับโรงเรียนชลบุรี จะมีเหลือเพื่อการทำกิจกรรมอื่นได้เพิ่มมากขึ้นมากตามจำนวนแพทย์ประจำบ้านที่มี และโรงเรียนแพทย์ในกรุงเทพฯ มีเวลาเหลือเพื่อกิจกรรมอื่นมากกว่าโรงเรียนแพทย์ในภูมิภาค

หากคำนวณเวลาที่แพทย์ในโรงพยาบาลแต่ละแห่งต้องใช้เพื่อการบริหารจัดการและงานวิจัยตามบทบาทที่ควรเป็นของโรงเรียนแพทย์ และโรงพยาบาลที่เป็นศูนย์วิชาการในสัดส่วน 10%, 20% และ 30% ของเวลาทั้งหมดแล้ว (แสดงในตารางที่ 3) แพทย์ในโรงพยาบาลขอนแก่น โรงพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี และโรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา ย่อมไม่มีเวลาเหลือสำหรับงานส่วนนี้ และไม่มีเวลาเหลือเพื่อการสอนนักศึกษาแพทย์โดยเฉพาะ สภาพความเป็นจริงที่ดำเนินการได้ในปัจจุบันนั้น อาจจะเนื่องจากแพทย์ในโรงพยาบาลนั้นคงต้องรับภาระมากกว่ามาตรฐานที่ใช้ในการคำนวณ หรือเบียดเวลาจากการให้บริการ หรืออาจพิจารณาได้อีกนัยหนึ่ง คือ นักศึกษาที่ปฏิบัติงานที่โรงพยาบาลเหล่านี้จะต้องเรียนรู้จากการร่วมปฏิบัติ และสังเกตขณะปฏิบัติงานมากกว่าการสอนเป็นการเฉพาะจากแพทย์ นั่นหมายถึงต้องเป็นนักศึกษาแพทย์ที่มีความรู้ และช่วยตัวเองได้ระดับหนึ่ง ส่วนโรงพยาบาลชลบุรียังมีเวลาเพื่อการบริหารและวิจัย 10-20% และมีเวลาเพื่อการสอนนักศึกษาแพทย์ประมาณ 100-366 ชั่วโมงต่อนักศึกษาหนึ่งคนต่อปี และแพทย์ในโรงพยาบาลราชวิถีมีเวลาเพื่อการบริหาร วิจัย และการเรียนการสอนได้ค่อนข้างมาก แพทย์ในโรงเรียนแพทย์มีเวลาในการบริหาร วิจัยได้ 10 - 30% และมีเวลาเพื่อการสอนได้ค่อนข้างมากในสัดส่วนประมาณ 114 - 339 ชั่วโมงต่อนักศึกษาหนึ่งคนต่อปี โดยแพทย์ในคณะแพทยศาสตร์มหาวิทยาลัยขอนแก่น

## ตารางที่ 1 แสดงลักษณะเวลาและรูปแบบการร่วมสอนของโรงพยาบาลสมทบระดับต่าง ๆ

คณะแพทยศาสตร์สังกัด	สถานที่ที่ฝึกปฏิบัติงาน	สาขาที่ทำการฝึก
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย	1. รพ. พระปกเกล้า จันทบุรี 2. รพ. ชลบุรี ร่วมสอนและฝึกปฏิบัติงานของนักศึกษาชั้นปีที่ 4 - 6 ทั้งชั้น ตลอดปีการศึกษา	ทุกสาขาวิชา ตลอดปีการศึกษา 4-6
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย	1. รพ. ระยอง 2. รพ. นครนายก 3. รพ. เจ้าพระยาอภัยภูเบศร์ 4. รพ. สุรินทร์ ร่วมสอนและฝึกปฏิบัติงานของนักศึกษาชั้นปีที่ 6 ครั้งละไม่เกิน 20 คน	1. ศัลยศาสตร์ 3 เดือน 2. อายุรศาสตร์ 1 เดือน 3. สูติ-นรีเวช 3 เดือน 4. กุมารเวชศาสตร์ 3 เดือน
โรงพยาบาลรามาริบัติ	1. รพ. มหาราชนครราชสีมา ร่วมสอนและฝึกปฏิบัติงานของนักศึกษาชั้นปีที่ 6 ครั้งละ 62 คนต่อ 6 เดือน จำนวน 2 รุ่น	1. อายุรศาสตร์ 1 เดือน 2. ศัลยศาสตร์ 1 เดือน 3. สูติ-นรีเวช 1 เดือน 4. ออร์โธปิดิกส์ 1 เดือน 5. กุมารเวชศาสตร์ 3 เดือน 6. เวชศาสตร์ชุมชน 3 เดือน
มหาวิทยาลัยขอนแก่น	1. รพ. ขอนแก่น 2. รพ. สรรพสิทธิประสงค์ อุบลราชธานี ร่วมสอนและฝึกปฏิบัติงานของนักศึกษาชั้นปีที่ 6 ส่วนหนึ่ง จำนวน 30 คนต่อแห่ง นาน 1 ปี	1. อายุรศาสตร์ 1 เดือน 2. ศัลยศาสตร์ 1 เดือน 3. กุมารเวชศาสตร์ 3 เดือน 4. สูติ-นรีเวช 1 เดือนครึ่ง 5. ออร์โธปิดิกส์ 1 เดือนครึ่ง
ศิริราชพยาบาล	1. รพ. นครปฐม 2. รพ. ราชบุรี ร่วมสอนและฝึกปฏิบัติงานของนักศึกษาชั้นปีที่ 6 ครั้งละน้อยกว่า 20 คน	1. ศัลยศาสตร์ 1 เดือน
มหาวิทยาลัยเชียงใหม่	1. รพ. พุทธชินราช พิษณุโลก 2. รพ. ลำปาง 3. รพ. เชียงรายประชานุเคราะห์ 4. รพ. นครพิงค์ เชียงใหม่ 5. รพ. ลำพูน ร่วมสอนและฝึกปฏิบัติงานของนักศึกษาชั้นปีที่ 6 ครั้งละน้อยกว่า 20 คน	1. ศัลยศาสตร์ 4 เดือน 2. อายุรศาสตร์ 1 เดือน 3. สูติ-นรีเวช 2 เดือน 4. กุมารเวชศาสตร์ 1 เดือน
มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์	1. รพ. หาดใหญ่ 2. รพ. สงขลา 3. รพ. มหาราชนครศรีธรรมราช 4. รพ. สุราษฎร์ธานี 5. รพ. ตรัง ร่วมสอนและฝึกปฏิบัติงานของนักศึกษาชั้นปีที่ 6 ครั้งละน้อยกว่า 20 คน	1. ศัลยศาสตร์ 2 เดือน 2. อายุรศาสตร์ 1 เดือน 3. เวชศาสตร์ชุมชน 1 เดือน 4. สูติ-นรีเวช 1 เดือน

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบภาระงานและการใช้เวลาของแพทย์ด้านบริการ ระหว่างโรงเรียนแพทย์และโรงพยาบาลสมทบในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ปี 2535

	อาจารย์ (คน)	resident (คน)	รวมแพทย์ (คน)	OP visit (ครั้ง)	IP day (วัน)	OP workload (ครั้ง/แพทย์/ปี)	IP workload (วัน/แพทย์/ปี)	OP visit x			Contributed time for other (ชั่วโมง)	available time for service (ชั่วโมง)	man (คน)	% for total time for service
								5 min (ชั่วโมง)	30 min (ชั่วโมง)	IP Day x time for service (ชั่วโมง)				
รามาธิบดี	270	276	546	722,755	213,277	2,677	790	60,230	106,639	166,868	453,600	286,732	99	36.79
มหาวิทยาลัย ขอนแก่น	193	31	224	574,638	220,157	2,977	391	47,887	110,079	157,965	917,280	750,412	94	18.19
รพ.ขอนแก่น	69	0	69	286,185	240,848	4,148	3,491	23,849	120,424	144,273	115,920	166,275	86	48.72
รพ.พระปกเกล้า	72	0	72	331,140	189,252	4,599	2,629	27,595	94,626	122,221	120,960	218,355	73	41.98
จันทบุรี	111	54	165	310,392	232,674	2,796	2,096	25,866	116,337	142,203	186,480	44,277	85	76.26
รพ.ชลบุรี	110	0	110	324,465	314,587	2,950	2,860	27,039	157,294	184,332	277,200	134,997	110	51.30
รพ.มหาสาร	199	124	323	555,590	364,749	2,792	1,833	46,299	182,375	228,674	334,320	105,646	136	68.40
นครราชสีมา						1,720	1,129				542,640	313,966		42.14

NOTE : OP = out patient (workload 1 = คิดจากจำนวนอาจารย์แพทย์, workload 2 = คิดจากจำนวนอาจารย์แพทย์ + resident)

IP = in patient (workload 1 = คิดจากจำนวนอาจารย์แพทย์, workload 2 = คิดจากจำนวนอาจารย์แพทย์ + resident)

time for service = time for OP-time for IP

contributed time = จำนวนแพทย์ x 140 ชม. x 12 เดือน (1 = คิดจากจำนวนอาจารย์แพทย์, 2 = คิดจากจำนวนอาจารย์แพทย์ + resident)

available time for others = contributed time - time for serve(1 = คิดจากจำนวนอาจารย์แพทย์, 2 = คิดจากจำนวนอาจารย์แพทย์ + resident)

man for service = time for service/ (140 ชม. x 12 เดือน)

% of total time for service = (time for service / contributed time) x 100

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบภาระงานและเวลาที่ใช้เวลาของแพทย์ด้านการสอน ระหว่างโรงพยาบาลและโรงพยาบาลสอนในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ปี 2535

	contributed time ( ชม.)	available time for service	time for adminis. and res.			available time for teaching			นศ.พ. เวลาที่เหลือเพื่อสอน นศ.พ.(ชม./คน/ปี)			
			(10%)	(20%)	(30%)	(1)	(2)	(3)	(คน)	(1)	(2)	(3)
รวมอภิต	453,600	166,868	45,360	90,720	136,080	241,372	196,012	150,652	712	339.0	275.3	211.6
มหาวิทยาลัย	324,240	157,965	35,424	64,848	97,272	133,851	101,427	69,003	607	220.5	167.1	113.7
ขอนแก่น												
รพ.ขอนแก่น	115,920	144,273	11,592	23,184	34,776	(39,945)	(51,537)	(63,549)	18	(2,219.2)	(2,863.2)	(3,507.2)
รพ.พระปกเกล้า	120,960	122,221	12,096	24,192	36,288	(13,357)	(25,453)	(37,549)	61	(219.0)	(417.3)	(615.6)
จันทบุรี												
รพ.ชลบุรี	186,480	142,203	18,648	37,296	55,944	25,629	6,981	(11,667)	70	366.1	99.7	(166.7)
รพ.มหาสาร	184,800	184,332	18,480	36,960	55,440	(18,012)	(36,492)	(54,972)	62	(290.5)	(588.6)	(886.6)
นครราชสีมา												
รพ.ราชวิถี	334,320	228,647	33,432	66,864	100,296	72,214	38,782	5,350	34	2,123.9	1,140.6	157.4

NOTE : contributed time = จำนวนแพทย์ x 140 ชม. x 12 เดือน

available time for service = time for OP + time for IP

time for administration and research = (contributed time x 10,20)/100

available time for teaching = contributed time - available time for service - time for admin. and research

เวลาที่ใช้ในการสอนนักศึกษาแพทย์ = available time for teaching

- (1) เมื่อคำนวณเวลาส่วนเพื่อการบริหารฯ 10%
- (2) เมื่อคำนวณเวลาส่วนเพื่อการบริหารฯ 20%
- (3) เมื่อคำนวณเวลาส่วนเพื่อการบริหารฯ 30%

มีเวลาน้อยกว่ารามาริบัติ

หากคำนวณจำนวนนักศึกษาแพทย์ต่ออาจารย์ ดังตารางที่ 4 พบว่า ในโรงเรียนแพทย์มีอัตราส่วนนักศึกษา 5 - 15 คนต่ออาจารย์แพทย์หนึ่งคน ในโรงพยาบาลชลบุรี 5 - 18 คนต่อแพทย์หนึ่งคน และโรงพยาบาลราชวิถี 0.8 - 10.3 คนต่อแพทย์หนึ่งคน ทั้งนี้ลักษณะความสามารถ ความถนัดของอาจารย์แพทย์ และแพทย์ในกระทรวงสาธารณสุขย่อมมีลักษณะที่แตกต่างกัน มีจุดดี จุดอ่อนที่แตกต่างกัน

### ข้อสรุปและข้อเสนอต่อการแก้ปัญหา

ข้อมูลสถานการณ์กำลังคนในปัจจุบัน อาจมีการเปลี่ยนแปลงไปมาก ซึ่งคงต้องปรับให้ทันสมัยต่อไป แต่การนำเสนอนี้เพียงต้องการชี้ให้เห็นถึงความแตกต่างของภาระงานและบทบาทของสถาบันในสองระบบที่ต่างกัน โรงพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข ยังคงต้องรับภาระงานบริการจำนวนมาก ในขณะที่โรงเรียนแพทย์มีการจัดเตรียมกำลังคนเพื่อบทบาทการศึกษาเป็นจำนวนมาก อีกทั้งความร่วมมือเพื่อการสอนนักศึกษาแพทย์ในโรงพยาบาลกระทรวงสาธารณสุขก็มีความแตกต่างกัน ฉะนั้นการพิจารณาเพื่อการเตรียมความพร้อม เพื่อให้โรงพยาบาลสมทบในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขทำหน้าที่ในการร่วมผลิต หรือช่วยในการสอนนักศึกษาแพทย์ย่อมต้องพิจารณาถึงปัจจัยนี้ และอาจต้องจัดรูปแบบการร่วมมือที่ต่างกัน ระดับปีของนักศึกษาที่มาฝึกอบรมที่โรงพยาบาล ควรจะต้องคัดเลือกให้สอดคล้องกับทรัพยากร

ทางเลือกเพื่อช่วยแก้ปัญหาการขาดกำลังคน เพื่อการสอนในโรงพยาบาลสมทบสังกัดกระทรวงสาธารณสุข นั้น อาจมีได้ 2 ทางเลือกคือ

1) เพิ่มอัตรากำลังคนในด้านการสอน ให้แก่โรงพยาบาลที่มีบทบาทด้านนี้เพิ่มขึ้น ตามสัดส่วนของงานรวมทั้งต้องคัดเลือกบุคคลที่มีลักษณะเหมาะสมในด้านการจัดการศึกษาด้วย ทางเลือกนี้ดูจะตรงไปตรงมา หาก

ทำได้ แต่ในสภาพความเป็นจริงที่รัฐบาลต้องการจำกัดการขยายตัวของข้าราชการ อีกทั้งสภาพการขาดแคลนแพทย์โดยทั่วไปในกระทรวงสาธารณสุข เมื่อเพิ่มอัตรากำลังที่โรงพยาบาลแห่งหนึ่ง ย่อมจะมีผลกระทบที่ไปเบียดแย่งกำลังในสถานพยาบาลอื่น การเพิ่มขยายกำลังคน คงจะขยายมากไม่ได้

2) ให้อาจารย์แพทย์ในคณะแพทย์ที่มีโครงการร่วมมือในการผลิต ได้ออกมาตามนักศึกษาแพทย์ที่ส่งมาเรียน ช่วยในการเรียนการสอนในโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขมากขึ้น โดยใช้บทเรียนจากผู้ป่วยในโรงพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข มิใช่ให้แต่ภาระงานโดยไม่ส่งกำลังสนับสนุน เพราะโรงเรียนแพทย์ได้วางอัตรากำลังเพื่อการนี้โดยเฉพาะอยู่แล้ว ดังแสดงในข้อมูลข้างต้น แต่ปัญหาที่จะต้องประสบคือการบริหารจัดการที่เอื้ออำนวย และการจัดการให้มีความผสมผสานระหว่างบุคลากรในสองระบบ ซึ่งต้องอาศัยความตั้งใจในการร่วมพัฒนางานนี้ด้วยกัน ต้องการความเป็นผู้นำในการจัดการจากผู้บริหารทั้งสองฝ่าย และระบบการตอบแทนที่จูงใจสนับสนุน วิธีการนี้ไม่ต้องอาศัยกำลังคนเพิ่มมากนัก แต่เป็นการเกลี้ยกำลังคน และแบ่งบทบาทรับผิดชอบให้ชัดเจน เป็นการใช้จุดเด่นของแต่ละระบบร่วมกัน รูปแบบทางเลือกนี้ อาจต้องอาศัยปัจจัยเรื่องสถานที่ตั้งของโรงพยาบาลสมทบ และโรงเรียนแพทย์ที่ไม่ไกลเกินไปนัก

3) มีการหมุนเวียนไปปฏิบัติงานในโรงเรียนแพทย์ และโรงพยาบาลกระทรวงสาธารณสุขในสัดส่วนที่เหมาะสมตามสภาพอาจารย์ และตัวอย่างผู้ป่วยที่ใช้ในการเรียน มิใช่ส่งให้ไปปฏิบัติที่ใดที่หนึ่งเพียงทีเดียว ทางเลือกนี้ต้องมีการประเมินสภาพความพร้อมอย่างละเอียด และวางแผนในการจัดการที่เสริมจุดดี และลดจุดอ่อนของสถานที่เรียนแต่ละแห่งเพื่อให้ได้ประสิทธิภาพสูงสุด แต่อาจารย์แพทย์และแพทย์ในสองสถาบันจะต้องเข้าใจงานของกันและกัน และรู้ว่าจะสอนเสริมที่ส่วนใด มิใช่ต่างคนต่างสอน โดยเนื้อหาไม่สอดคล้องกัน เช่น การเรียนประสบการณ์การ

ตารางที่ 4 ปริมาณเทียบภาระงานและการใช้บุคลากรของแพทย์ที่ทำงานการสอน ระหว่างโรงเรียนแพทย์และโรงพยาบาลตามหน่วยในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ปี 2535

	อาจารย์ (คน)	resident (คน)	รวม (คน)	นศ.พ. (คน)	man for service	man for administration and research			man for teaching			นศ.พ. ต่อ อาจารย์		
						10%	20%	30%	(1)	(2)	(3)	(1)	(2)	(3)
รพ.ลพบุรี	270	276	546	712	99	27	54	81	144	117	90	4.9	6.1	7.9
มหาวิทยาลัย ขอนแก่น	193	31	224	607	94	19	39	58	80	60	41	7.6	10.0	14.8
รพ.ขอนแก่น	69	0	69	18	86	7	14	21	(24)	(31)	(38)	(0.8)	(0.6)	(0.5)
รพ.พระปกเกล้า	72	0	72	61	73	7	14	22	(8)	(15)	(23)	(7.4)	(4.0)	(2.7)
จันทบุรี														
รพ.ชลบุรี	111	54	165	70	85	11	22	33	15	4	(7)	4.7	18.4	(9.6)
รพ.มหาสารคาม	110	0	110	62	110	11	22	33	(11)	(22)	(33)	(5.6)	(2.8)	(1.9)
นครราชสีมา														
รพ.ราชวิถี	199	124	323	34	136	60	40	20	43	23	3	0.8	1.5	10.3

Note : man for service = time for service / (140 ชม. x 12 เดือน)

man for administration and research = (อาจารย์+แพทย์ x 10.20.30)/100

man for teaching = (อาจารย์+man for service-man for admin. and research)

นศ.พ.ต่ออาจารย์ = นศ.พ./ man for teaching

- (1) เมื่อคำนวณเวลาส่วนเพื่อการบริหาร วิจัย 10%
- (2) เมื่อคำนวณเวลาส่วนเพื่อการบริหาร วิจัย 20%
- (3) เมื่อคำนวณเวลาส่วนเพื่อการบริหาร วิจัย 30%



ดูแลผู้ป่วยที่โรงพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข แต่เรียนรู้ ทฤษฎีเรื่องนั้นๆ จากอาจารย์แพทย์ เป็นต้น ส่วนนักศึกษา จะลำบาก เพราะต้องหมุนเวียนเปลี่ยนสถานที่เรียนตลอด ซึ่งอาจจะมีการหมุนเวียนมิใช่เฉพาะในปีการศึกษาที่ 6 แต่ตั้งแต่ปีการศึกษาที่ 4

การจะเลือกทางเลือกได้นั้น คงต้องมีการพิจารณา องค์ประกอบความพร้อม ประสิทธิภาพของระบบ และ ความเป็นไปได้ของทั้งสองสถาบัน ซึ่งผู้กำหนดนโยบาย และผู้บริหารจะเป็นผู้ตัดสิน

บทบาทนี้เป็นเพียงการเสนอข้อมูลส่วนหนึ่ง ซึ่ง หวังว่าจะเป็นประโยชน์แก่ผู้เกี่ยวข้องต่อไป และการพัฒนา โรงพยาบาลสมทบที่กล่าวถึงในบทความนี้ เน้นไปที่การพัฒนาโรงพยาบาลสมทบในระบบเดิม ที่ยังไม่รวมถึงการ ตั้งวิทยาลัยแพทย์ของกระทรวงสาธารณสุข

