



คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี

ปาฐกถาเปรม บูรี ครั้งที่ 13



เรือ่ง

จริยธรรมนำกฎหมายมา แนวทางข้อดีกับการข้อเสีย

โดย

ศาสตราจารย์แสวง บุญเฉลิมนิติศาสตร์

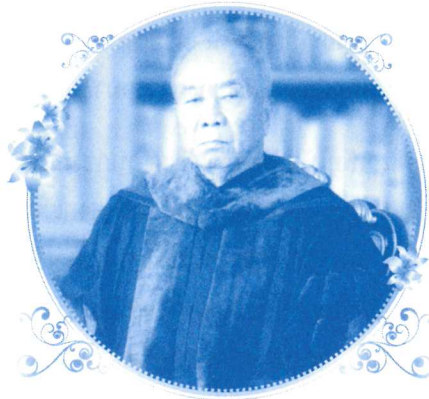
วันพุธที่ 16 พฤศจิกายน 2559

ณ ห้องประชุมอรรถสิทธิ เวชชาชีวะ ชั้น 5 ศูนย์การแพทย์ศิริกิติ์



คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี

ปาฐกถา “เปรม บุรี” ครั้งที่ 13



เรื่อง

จริยธรรมนำกฎหมาย แนวทางป้องกันการฟ้องร้อง

โดย

ศาสตราจารย์แสวง บุญเฉลิมวิภาส

วันพุธที่ 16 พฤศจิกายน 2559

ณ ห้องประชุมอรรถสิทธิ์ เวชชาชีวะ ชั้น 5 ศูนย์การแพทย์ศิริกิติ์

คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี



ปาฐกถา “เปรม บุรี” ครั้งที่ 13

คำนำ



ปาฐกถา “เปรม บุรี” ครั้งนี้เป็นครั้งที่ 13 ซึ่งทาง ภาควิชาคัลยศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี ได้จัดขึ้นเป็นประจำทุกปี นับตั้งแต่ พ.ศ. 2547 เพื่อเป็นเกียรติ แต่ ศาสตราจารย์ เกียรติคุณ นายแพทย์ เปรม บุรี หัวหน้าภาควิชา ท่านแรก ซึ่งท่านเป็นปูชนียบุคคลที่สำคัญยิ่งของชาวรามธิบดีท่านหนึ่ง

ในปี พ.ศ. 2559 นี้ เพื่อให้สอดคล้องกับสถานการณ์ปัจจุบันของวงการแพทย์ วงการสาธารณสุข ภาควิชาคัลยศาสตร์ จึงได้เรียนเชิญ ศาสตราจารย์ แสง บุญเฉลิม วิชาส จากคณะนิติศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ มาเป็นองค์ปาฐก ในหัวข้อ “จริยธรรมนำกฎหมาย แนวทางการป้องกันการฟ้องร้อง” ซึ่งองค์ปาฐกเป็นที่ยอมรับในวงการวิชาการ ทั้งทางกฎหมาย ทางการแพทย์และทางสังคมว่าเป็นผู้เชี่ยวชาญ ด้วยความรู้ ประสบการณ์อย่างยิ่ง จึงหวังเป็นอย่างยิ่งว่า ปาฐกถา เปรม บุรี ครั้งนี้จะ เป็นประโยชน์ต่อผู้เข้ารับฟังทุกท่านเป็นอย่างดี

ศาสตราจารย์ นายแพทย์ วชิร คชการ
หัวหน้าภาควิชาคัลยศาสตร์
คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี



ประวัติ

ศาสตราจารย์เกียรติคุณนายแพทย์เปรม นูรี



เกิดวันที่ 16 พฤศจิกายน พ.ศ. 2461
บุตรของ นายชื่น นูรี และนางทิพย์ นูรี อ.เมือง จ.เชียงใหม่
การศึกษา โรงเรียนปรี้นชรอยล์วิทยาลัย อ.เมือง จ.เชียงใหม่
จบ ม.8 ปี พ.ศ. 2478 (ม.8 รุ่นสุดท้าย)

ศึกษาต่างประเทศ สหราชอาณาจักร พ.ศ. 2480

- Plymouth Technical College 9 เดือน เพื่อเตรียมตัวสอบเข้ามหาวิทยาลัยลอนดอน วิชาแพทย์ที่ Guy's Hospital Medical School
- Guy's Hospital Medical School พ.ศ. 2481
- สงครามโลกครั้งที่สอง พ.ศ. 2482-2488 ไทยประกาศสงครามกับอังกฤษ และอเมริกาในเวลาต่อมา การศึกษาแพทย์ต้องชะงักลงเพราะเป็น Enemy Aliens

เสรีไทยฝ่ายอังกฤษ สมัครเข้าเป็นเสรีไทยฝ่ายอังกฤษ วันที่ 7 สิงหาคม พ.ศ. 2485
เข้ามาปฏิบัติทางทหารในประเทศไทย พ.ศ. 2487 จนสงครามสงบลงปี พ.ศ. 2488
กลับไปศึกษาวิชาแพทย์ที่ Guy's Hospital Medical School ต่อ
รับเหรียญ M.C. จากรัฐบาลอังกฤษ

การศึกษาต่อ

- จบแพทยศาสตร์ M.B., B.S. (London)
- พ.ศ. 2492 MRCS (Eng.), LRCP (London)
- แพทย์ฝึกหัดและแพทย์ประจำบ้านที่ Pembory Hospital (เครือชายของ Guy's Hospital Medical School) 3 ปี พ.ศ. 2492-2495



ปฏิญญา “เปรม ภิรมย์” ครั้งที่ 13

ปฏิบัติงานต่อทางแพทย์เพื่อหาประสบการณ์ โดยได้รับทุน ก.พ.

- Harwich and Dovercourt Hospital 1 ปี
- Scunthorse Hospital 1 ปี

รับราชการ

- กลับประเทศไทย ปี พ.ศ. 2497
- ภาควิชาศัลยศาสตร์ รพ.ศิริราช พ.ศ. 2497-2512
- ศึกษาต่อทางด้าน Cardiovascular Surgery โดยได้รับทุนของ China Medical Board New York ที่ Variety Heart Hospital University of Minnesota 1 ปี (พ.ศ. 2502-2503)
- ศึกษางานต่อตามสถาบันแพทย์ในอเมริกาอีกหลายแห่งก่อนเดินทางกลับประเทศไทย
- ปฏิบัติงานตามโครงการแพทย์เคลื่อนที่ของศิริราชที่จังหวัดอุดรธานี พ.ศ. 2509-2514
- โอนย้ายมาทำการก่อตั้งคณะแพทยศาสตร์ รพ.รามาริบัติ พ.ศ. 2512 จนกระทั่งปลดเกษียณ ปี พ.ศ. 2522
- * ก่อตั้งศูนย์เวชศาสตร์ชุมชนตั้งแต่เริ่มคณะแพทยศาสตร์ รพ.รามาริบัติ โดยความช่วยเหลือจากมูลนิธิร็อกกี้เฟลเลอร์ (ซึ่งปฏิบัติงานร่วมกับกระทรวงสาธารณสุข) ก่อตั้งศูนย์เวชศาสตร์ชุมชน หลังจากที่ได้รับทุนร็อกกี้เฟลเลอร์ให้ไปดูงานต่างประเทศ 9 แห่ง - อินเดีย เคนยา อูกานดา ไนจีเรีย นิวยอร์ก เล็กซิงตัน จาไมกา โคลัมเบีย ฟิลิปินส์ - ใน 8 ประเทศเป็นเวลา 9 สัปดาห์

งานหลังปลดเกษียณ (พ.ศ. 2522)

- อาจารย์พิเศษ ศูนย์เวชศาสตร์ชุมชน 5 ปี (2522-2525)
- ร่วมคณะก่อตั้งคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ - อาจารย์ที่ปรึกษา 4-5 ปี

ตำแหน่งในเวลารับราชการ

- ศาสตราจารย์ ภาควิชาศัลยศาสตร์ รพ.ศิริราช 2512
- ศาสตราจารย์ ภาควิชาศัลยศาสตร์ รพ.รามาริบัติ 2512-2522
- ศาสตราจารย์เกียรติคุณหลังจากเกษียณอายุราชการ จากมหาวิทยาลัยมหิดล

เครื่องราชอิสริยาภรณ์

- พ.ศ. 2517 ประถมาภรณ์มงกุฎไทย
- พ.ศ. 2514 ประถมาภรณ์ช้างเผือก

บรรยากาศในงานปาฐกถา “เปรม บุรี” ครั้งที่ 11



นายแพทย์สาธิต กรณศ, ผู้ช่วยศาสตราจารย์นายแพทย์ณรงค์ บุญยะโทตระ,
นายแพทย์ศุภวัตร พรรณเชษฐ์, นายแพทย์สมจิตร วิริยานนท์,
ศาสตราจารย์คลินิกประกอบ ทองผิว, ศาสตราจารย์อาทิ เครือวิทย์



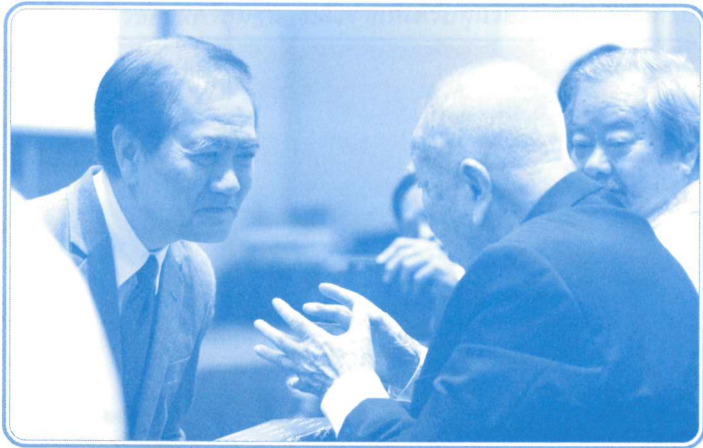
ศาสตราจารย์วินิต พัวประดิษฐ์ คณบดี
คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี กล่าวเปิดงาน



ปาฐกถา “เปรม ภูมิ” ครั้งที่ 13



ศาสตราจารย์เกียรติคุณเปรม ภูมิ มอบของที่ระลึกให้
ศาสตราจารย์เกียรติคุณสิระ บุญยรัตเวท



ศาสตราจารย์เกียรติคุณเปรม ภูมิ มอบของที่ระลึกให้องค์ปาฐก



อาจารย์แพทย์ภาควิชาศัลยศาสตร์ แสดงมุทิตาจิตแด่ อาจารย์อาวุโส



อาจารย์แพทย์ภาควิชาศัลยศาสตร์ร่วมถ่ายภาพนึ่งกับอาจารย์อาวุโส



ปาฐกถา “เปรม ภูมิ” ครั้งที่ 13



ชื่อประวัติของค้ปาฐก ศาสตราจารย์ แสวง บุญเฉลิมวิภาส

วุฒิการศึกษา

- นิติศาสตร์บัณฑิต มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์
- นิติศาสตร์มหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์
- เนติบัณฑิตไทย
- Master of Law ประเทศสหรัฐอเมริกา

ตำแหน่งปัจจุบัน

- ผู้อำนวยการศูนย์ธรรมศาสตร์ ธรรมรักษ์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์
- กรรมการกฤษฎีกา
- ที่ปรึกษาศูนย์กฎหมายสุขภาพและจริยศาสตร์ คณะนิติศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์
- อาจารย์พิเศษในคณะแพทยศาสตร์ และพยาบาลศาสตร์ หลายสถาบัน
- กรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล
- กรรมการสุขภาพจิตแห่งชาติ

- กรรมการวินิจฉัยการเปิดเผยข้อมูลข่าวสาร สาขาการแพทย์และสาธารณสุข
สำนักงานกฤษฎีกา
- กรรมการชำระกฎหมายตราสามดวง สำนักงานกฤษฎีกา
- ที่ปรึกษาศูนย์ปลูกถ่ายอวัยวะสภากาชาดไทย

สถานที่สามารถติดต่อได้

คณะนิติศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์
เลขที่ 2 ถนนพระจันทร์ แขวงพระบรมมหาราชวัง
เขตพระนคร กรุงเทพฯ 10200

ประสบการณ์การทำงาน

- อดีตประธานอนุกรรมการวิเคราะห์กรอบโครงสร้างรัฐธรรมนูญเพื่อการปฏิรูป
การเมืองไทย
- ผู้อำนวยการบัณฑิตศึกษานิติศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์
- ที่ปรึกษากฎหมายสิทธิการคุ้มครองสิทธิและประพฤตินิคมขบในราชการ
- กรรมการยกเว้น และกรรมการพิจารณา พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ
- ประธานกรรมการยกเว้น และกรรมการพิจารณา พ.ร.บ.ควบคุมเครื่องดื่ม
แอลกอฮอล์
- ประธานกรรมการยกเว้น พ.ร.บ.สุขภาพจิต
- ประธานกรรมการจริยธรรมของราชบัณฑิตยสถาน

งานวิจัย

1. **แสวง บุญเฉลิมวิภาส** และคณะ, โครงการ การศึกษาพันธกรณีและความพร้อมของ
ประเทศไทยในการปฏิบัติตามอนุสัญญาสหประชาชาติว่าด้วยการต่อต้านการทุจริต
ค.ศ. 2003 สนับสนุนทุนโดย สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามการ
ทุจริตแห่งชาติ (สำนักงาน ปปช.)(พ.ศ. 2550-2551)
2. **แสวง บุญเฉลิมวิภาส**, การบังคับใช้กฎหมายเพื่อปราบปรามการทุจริตและประพฤ
ติมิชอบในประเทศไทย วิจัยเสริมหลักสูตร คณะนิติศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์
(พ.ศ.2544)



ปฏิญญา “เปรม ภิรมย์” ครั้งที่ 13

3. **แสวง บุญเฉลิมวิภาส**, การวิจัยในคน : ปัญหากฎหมายและจริยธรรม, โครงการวิจัยเสริมหลักสูตร คณะนิติศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, (พ.ศ. 2541)
4. **แสวง บุญเฉลิมวิภาส** และคณะ, การศึกษาการพัฒนาาระบบการชั้นสูตรพลิกศพในประเทศไทย, สำนักกิจการยุติธรรม กระทรวงยุติธรรม, พ.ศ.2547
5. **แสวง บุญเฉลิมวิภาส** และ ดาราพร ธีระวัฒน์, ประเด็นและข้อเสนอแนะทางกฎหมายและจริยธรรมเกี่ยวกับการใช้เทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์ และการคัดเลือกทางพันธุกรรม, มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ (มสช) พ.ศ. 2547

ผลงานทางวิชาการ (ตำราหรือหนังสือ)

1. **แสวง บุญเฉลิมวิภาส** และไพศาล ลิ้มสถิตย์ (บรรณาธิการ), ก่อนวันผลิตใบ : หนังสือแสดงเจตนาการจากไปในวาระสุดท้าย, พิมพ์ครั้งที่ 3 (สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ, 2552).
2. **แสวง บุญเฉลิมวิภาส** และไพศาล ลิ้มสถิตย์ (บรรณาธิการ), การใช้เซลล์ต้นกำเนิดยังเป็นการวิจัยหรือเป็นการรักษาโรค? (สิงหาคม 2552).
3. หลักกฎหมายอาญา, สำนักพิมพ์วิญญูชน, พิมพ์ครั้งที่ 4, (แก้ไขเพิ่มเติม) พ.ศ. 2546
4. ประวัติศาสตร์กฎหมายไทย, สำนักพิมพ์วิญญูชน, พิมพ์ครั้งที่ 10, พ.ศ. 2554
5. กฎหมายการแพทย์, สำนักพิมพ์วิญญูชน, พิมพ์ครั้งที่ 2 พ.ศ. 2546 (เขียนร่วมกับ พันโทนายแพทย์เอนก ยมจินดา)
6. กฎหมายและข้อควรระวังของผู้ประกอบวิชาชีพ แพทย์ พยาบาล, สำนักพิมพ์วิญญูชน, พ.ศ. 2544
7. กฎหมายกับสังคมไทย, บทหนึ่งในสารานุกรมสำหรับเยาวชน เล่มที่ 18 โครงการในพระราชดำริ พระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัว
8. รวมคำบรรยาย หลักวิชาขึ้นนักกฎหมาย (บรรณาธิการและร่วมเขียน) สำนักพิมพ์วิญญูชน, พิมพ์ครั้งที่ 4, พ.ศ. 2543
9. Legal History, Development of Legal Systems in Asia : Experiences of Japan and Thailand, Proceedings of the International symposium (6-7 Nov. 1997) Bangkok, Thailand.

บทความทางวิชาการ

1. หนังสือแสดงเจตนาเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลในวาระสุดท้ายของชีวิต, ดุลพาท (ปีที่ 56 เล่ม 2, พฤษภาคม-สิงหาคม 2552), หน้า 61-69.
2. กฎหมายและปัญหาจริยธรรมเกี่ยวกับการวิจัยในคน, วารสารนิติศาสตร์, ฉ.3 พ.ศ. 2541 (10 หน้า)
3. กฎหมายชั้นสูตรพลิกศพ การเปลี่ยนแปลงครั้งใหม่ในกระบวนการยุติธรรม, รหัส” 43 คณะนิติศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ (9 หน้า)
4. การปลูกถ่ายอวัยวะในสังคมไทย, เอกสารประกอบการบรรยายในการประชุมใหญ่ของสมาคมปลูกถ่ายอวัยวะแห่งประเทศไทย (17 ก.พ.2543) และการประชุมพยาธิวิทยาแห่งชาติ ครั้งที่ 12 (29 มี.ค.2543) และตีพิมพ์ในวารสารของสมาคมโรคไต พ.ศ. 2543 (15 หน้า)
5. แพทย์ถูกฟ้อง : ปัญหาและแนวทางแก้ไข ตีพิมพ์ในหนังสือเวชปฏิบัติทั่วไป พ.ศ. 2541, เอกสารประกอบการบรรยายที่แพทยสมาคม (18 ม.ค.2543)
6. เอกสารประกอบการปัจฉิมนิเทศน์ บัณฑิตแพทยศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล พ.ศ. 2543 (13 หน้า)
7. กฎหมายสาธารณสุขกับบริการสุขภาพ, เสนอในการประชุมนิติศาสตร์แห่งชาติ (National Congress of Law), ณ ศูนย์สหประชาชาติ (วันที่ 14 ก.ย. 2543 (12 หน้า)
8. แพทย์ : ทนทางแห่งวิชาชีพที่ควรจะเป็น, บรรยายแก่นักศึกษาคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, โรงพยาบาลรามารักษา, มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ, มหาวิทยาลัยนเรศวร
9. กฎหมายสุขภาพจิตคืออะไร : ประเทศไทยมีความพร้อมแล้วหรือยัง, วารสารกรมสุขภาพจิต, ฉ. 3 กันยายน พ.ศ.2543 (4 หน้า)
10. โรคทางกาย โรคทางจิตและโรคทางวิญญาณ วารสารกรมสุขภาพจิต ฉ. 2 พ.ศ. 2544
11. คติประวัติศาสตร์ชื่อเสียง 11.4 ล้าน ที่บุรีรัมย์, บางเส้นทางแห่ง หลักนิติธรรมรวมบทความทางวิชาการเนื่องในโอกาสเกษียณอายุราชการ ศาสตราจารย์ ดร.คณิต ณ นคร, โรงพิมพ์เดือนตุลา, พ.ศ. 2540 (11 หน้า)



ปาฐกถา “เปรม ภิรมย์” ครั้งที่ 13

12. Terminal Illness and The Right to Die, International Symposium, Faculty of Law, Kyushu University, 5 March 1999 (7 หน้า)
13. ความเจ็บป่วย ความแก่ ความตาย : ธรรมชาติหรือใครกำหนด, วารสารนิติศาสตร์ ฉบับที่ 2 พ.ศ. 2546 (9 หน้า)
14. นักกฎหมายไทยในอดีต : เจ้าพระยาอภัยราชาสยามานุกุลกิจ, วารสารนิติศาสตร์ ฉบับที่ 3 พ.ศ. 2546 (8 หน้า)
15. กฎหมายและความยุติธรรมในนิติศาสตร์แผนไทย, วารสารนิติศาสตร์ ฉบับที่ 2 พ.ศ. 2547 (9 หน้า)
16. การดูแลผู้ป่วยวาระสุดท้าย ความจริงทางการแพทย์กับขอบเขตทางกฎหมาย, คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ พ.ศ. 2547 (12 หน้า)
17. ศาสตราจารย์ จิตติ ดิงศภัทย์ กับพุทธศาสนา, ในหนังสือวิชาการชีวิตและงาน ศาสตราจารย์ จิตติ ดิงศภัทย์ พ.ศ. 2548 (17 หน้า)
18. ผู้ป่วยจิตเวชกับปัญหาในกระบวนการยุติธรรมทางอาญา, วารสารดุลพาห, ฉบับที่ 1 พ.ศ. 2550
19. ศาสตราจารย์แสวง บุญเฉลิมวิภาส และไพศาล ลีมสภิตย์ “พันธกรณีและความพร้อมของประเทศไทยในการปฏิบัติตามอนุสัญญาสหประชาชาติว่าด้วยการต่อต้านการทุจริต ค.ศ. 2003” (วารสารวิชาการ ป.ป.ช., ปีที่ 2, 2551 และดุลพาห ปีที่ 55 เล่มที่ 3, 2551)
20. หนังสือแสดงเจตนาเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลในวาระสุดท้ายของชีวิต, วารสารดุลพาห, ปีที่ 56 เล่ม 2 (พ.ค.-ส.ค. 2552)

บทย่อ

ปาฐกถา “เปรม บุรี” ครั้งที่ 13 เรื่อง

“จริยธรรมนำกฎหมาย แนวทางป้องกันการฟ้องร้อง”



ศาสตราจารย์ แสง บุญเฉลิมวิภาส

เรียน ศาสตราจารย์ เกียรติคุณ นายแพทย์เปรม บุรี ท่านคณบดี ท่านหัวหน้าภาค
วิชาศัลยศาสตร์ ท่านคณาจารย์และผู้มีเกียรติทุกท่าน

ผมรู้สึกเป็นเกียรติอย่างมากที่ทางภาควิชาศัลยศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์
โรงพยาบาลรามาธิบดี เชิญผมมาปาฐกถาในครั้งนี้ ในความรู้สึกของผม ซึ่งก็คงตรงกับ
ท่านทั้งหลายว่า อาจารย์นายแพทย์ เปรม บุรี เป็นปูชนียบุคคลที่ควรแก่การเคารพนับถือ
อาจารย์เปรมเป็นแบบอย่างของผู้เสียสละ และผู้ที่อุทิศตนทำงานให้กับประเทศชาติ
อย่างแท้จริง ซึ่งเป็นแบบอย่างที่ต้องบันทึกไว้ให้คนรุ่นหลังได้รับรู้และยึดถือดังนี้

1. อาจารย์เปรม บุรี คือคนดีของแผ่นดิน เป็นผู้เสียสละเพื่อประเทศชาติ อาจารย์
เป็นเสรีไทย ทำงานแบบลับ ๆ เสี่ยงภัยเพื่อประเทศชาติ เป็นแบบอย่างของผู้ทำความดี
โดยไม่แสดงตัวหรือโอ้อวดให้ใครรู้

2. อาจารย์เปรม บุรี เป็นแบบอย่างที่ดีของครูแพทย์ นอกจากความรู้ที่ถ่ายทอด
ให้แก่ลูกศิษย์ อาจารย์ยังเป็นครูที่มีความเมตตาต่อศิษย์และผู้ร่วมงาน ลูกศิษย์หรือผู้ที่
ได้ร่วมงานกับอาจารย์เปรม จะรู้สึกอบอุ่นและรับรู้ได้ถึงความเมตตาที่ได้รับจากอาจารย์

3. อาจารย์เปรม บุรี คือแบบอย่างของผู้ประกอบวิชาชีพแพทย์ อาจารย์คือ
คุณหมอผู้มากด้วยความรู้และประสบการณ์ อาจารย์เป็นแบบอย่างของคุณหมอผู้มีความ
เมตตาและปฏิบัติต่อผู้ป่วยอย่างกัลยาณมิตร

4. อาจารย์เปรม บุรี คือ แบบอย่างของชาวพุทธที่มีความสมถะ เรียบง่ายและ
เข้าถึงแก่นธรรมขององค์สัมมาสัมพุทธเจ้าอย่างแท้จริง



ปาฐกถา “เปรม บุรี” ครั้งที่ 13

ผมได้มีโอกาสพบและทำงานร่วมกับอาจารย์เปรม บุรี เมื่อครั้งที่อาจารย์มาช่วยจัดทำหลักสูตรของคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ และเมื่อได้เปิดการเรียนการสอน อาจารย์เปรม บุรี ก็ได้ให้ความเมตตาช่วยสอนด้วย โดยเฉพาะการจัดให้มีวิชาเวชศาสตร์ชุมชน เหมือนที่อาจารย์ได้จัดให้ที่คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดีมาแล้ว ช่วงเวลาที่ได้มีโอกาสไปร่วมงานกับอาจารย์เปรม บุรี ผมได้รับทั้งความรู้และประสบการณ์และแบบอย่างที่ดีจากแพทย์ผู้ใหญ่อ่านนี้ นอกจากความรู้ทางการแพทย์และสาธารณสุขแล้ว

อาจารย์ เปรม บุรี ยังทำให้ผมได้เข้าใจในหลักธรรมของพุทธศาสนาอย่างเป็นวิทยาศาสตร์ เป็นเหตุเป็นผล โดยเฉพาะหลักไตรสิกขา คือ ศีล สมาธิ ปัญญา

อาจารย์ เปรม บุรี ได้อธิบายให้ผมฟังว่า หลักไตรสิกขา นอกจากศีล สมาธิ ที่ชาวพุทธถือปฏิบัติอยู่แล้ว ชาวพุทธจะต้องเข้าใจในเรื่องของปัญญาด้วย ซึ่งท่านได้สรุปให้เข้าใจโดยง่าย โดยกล่าวถึงสาระของคำว่า **ปัญญาใน 3 ประการ** ดังนี้

สุตตมยปัญญา ท่านอธิบายว่า คือ **ปัญญาที่ได้จากการ observation**

จินตมยปัญญา ท่านอธิบายว่า คือ **ปัญญาที่ได้จากการ reasoning**

ภาวนามยปัญญา ท่านอธิบายว่า คือ **ปัญญาที่ได้จากการ experiment**

คำอธิบายของอาจารย์ เปรม บุรี ทำให้ผมเกิดความเข้าใจและศึกษาหลักธรรมต่อไปได้ โดยเฉพาะความหมายของภาวนามยปัญญา ซึ่งก็คือ การพิจารณาให้รู้โลกตามที่เป็นจริง ภาวนาก็คือการพัฒนาทางจิต ซึ่งก็คือการลงมือปฏิบัติ เหมือน experiment ที่อาจารย์ เปรม ท่านว่าไว้ ทำให้นึกถึงคำกล่าวของมหาตมคานธีที่ว่า

“ถ้าคุณเรียนจากตำรา คุณจะได้รับความรู้ แต่ถ้าคุณเรียนจากประสบการณ์จริง คุณจะได้ปัญญา”

คำว่า ปัญญา ในพุทธศาสนา ก็คือ Wisdom และเป็น Wisdom ที่ resulting from mental development

คำว่า ภาวนา จึงมีความสำคัญในแนวทางปฏิบัติของพุทธศาสนา

ท่านพระพรหมคุณาภรณ์ (ป.อ.ปยุตฺโต) ได้อธิบายความหมายของคำว่า ภาวนาไว้ว่า

“คำว่า “กาวนา” บางครั้งใช้ในความหมายที่คลาดเคลื่อน เข้าใจว่า เป็นการบ่น เป็นการทอ้งพิมพ์ คำสวดอะไร แต่ในภาษาทางธรรมของเดิม หมายถึง การฝึกอบรมจิตใจและฝึกอบรมปัญญา ปราศจากกิเลส เครื่องมัวหมอง ให้จิตผ่องใส ปัญญารู้เท่าทันความจริงของสิ่งทั้งหลาย”

การเข้าใจในหลักธรรมอย่างถ่องแท้ของอาจารย์ เปรม บุรี ทำให้อาจารย์เป็นแบบอย่างของครูแพทย์และแพทย์ที่ดีของประชาชน เพราะอาจารย์ใช้หลักศีลธรรมหรือหลักจริยธรรมในการประกอบวิชาชีพ ซึ่งมีคุณค่าสูงกว่ากฎหมาย

ความหมายของจริยธรรมก็คือศีลธรรม

คำว่า “จริยธรรม” เป็นคำที่เราใช้กันโดยทั่วไปในทุกวันนี้ แต่ถ้ามองย้อนไปในอดีต เรามักจะพูดถึงคำว่า “ศีลธรรม” หลายท่านคงจะจำได้ว่า สมัยที่ยังเป็นนักเรียน เราจะเรียนวิชา “หน้าที่พลเมืองและศีลธรรม” คำว่าจริยธรรมเป็นคำที่นำมาใช้ภายหลัง โดยแปลมาจากคำในภาษาอังกฤษว่า **Ethic** ซึ่งมาจากคำว่า **Ethos** ในภาษากรีก หมายถึง ประเพณีหรือการปฏิบัติตามกันมาเป็นเวลานานหรือหมายถึงศีลธรรมของกลุ่ม (group morality)

เรื่องของจริยธรรม จึงเป็นเรื่องดีชั่ว อะไรควรทำหรือไม่ควรทำ¹ ซึ่งความเป็นมนุษย์สามารถที่จะรู้และทำเช่นนั้นได้

ท่านอาจารย์พระพรหมคุณาภรณ์ (ป.อ.ปยุตฺโต) ได้อธิบายว่า ถ้ามองแบบพุทธศาสนา ในเชิงเปรียบเทียบกัน จะเห็นความแตกต่างที่สำคัญว่า

1. “จริยธรรม” แบบตะวันตก หรือที่เข้าใจโดยมาก มองคล้ายเป็นอะไรที่สำเร็จรูปเป็นคำสั่งเป็นคำบัญชาลงมาว่าอย่างนั้นอย่างนี้ หรือแม้แต่เป็นเพียงบัญญัติทางสังคม แต่ในทางพุทธศาสนา “จริยธรรม” โยงถึงธรรมชาติ คือเป็นเรื่องการกระทำของมนุษย์ที่มีผลสืบเนื่องจากความจริงตามธรรมชาติ

¹ สำหรับคำว่าจริยศาสตร์ (Ethics) จะใช้ในความหมายทางปรัชญา เป็นทฤษฎีว่าด้วยความดี งามว่าความดีคืออะไร เป็นคำถามและคำตอบในเชิงนามธรรม (ดูรายละเอียดได้จาก ปรีดี เกษมทรัพย์, นิติปรัชญา, โครงการตำราและเอกสารประกอบการสอน คณะนิติศาสตร์, พิมพ์ครั้งที่ 7 พ.ศ.2548, น.33)

โดยความหมายดังกล่าว จริยธรรม จึงเป็นเรื่องทีเหนือกว่ากฎหมาย จริยธรรม เป็นเรื่องควรหรือไม่ควรกระทำ ในขณะที่กฎหมายเป็นเรื่องของความถูกผิด หาก ผู้ประกอบวิชาชีพยึดหลักจริยธรรมในการประกอบวิชาชีพ สิ่งนั้นย่อมอยู่เหนือกฎหมาย อยู่แล้ว

ความหมายของคำว่าวิชาชีพและจริยธรรมบนหนทางแห่งวิชาชีพ

คำว่า “วิชาชีพ” มาจากคำว่า “Profession” มาจากคำกริยา “To profess” จากคำลาติน pro+fateri แปลว่า ยอมรับหรือรับว่าเป็นของตน ศัพท์คำนี้เดิมใช้ในทาง ศาสนา เป็นการประกาศตนว่ามีศรัทธาในศาสนาหรือการประกาศปฏิญาณตน³

สำหรับคำว่า “วิชาชีพ” ในความหมายดั้งเดิมเป็นศัพท์ที่ใช้กับนักบวชและนำมา ใช้กับแพทย์และนักกฎหมายในเวลาต่อมา ในเรื่องนี้ผู้ที่ประกอบวิชาชีพทางการแพทย์ และกฎหมาย มักจะเป็นที่คาดหวังจากสังคมว่า คือผู้ที่มีความรู้และต้องมีจริยธรรมควบคู่ ไปด้วย ความคาดหวังดังกล่าวมิใช่เป็นเพียงความรู้สึกส่วนบุคคล หากเป็นสิ่งที่สังคม โดยส่วนรวมมีความเห็นร่วมกันว่าควรจะเป็นเช่นนั้น ในเรื่องนี้หากศึกษาค้นคว้าไปถึง ประวัติศาสตร์ของสองวิชาชีพดังกล่าว ก็จะพบว่า ทั้งแพทย์และนักกฎหมายได้รับยกย่อง ว่า คือผู้ประกอบวิชาชีพ (Profession) ซึ่งเป็นศัพท์ที่มีความหมายมาก

พระเจ้าวรวงศ์เธอกรมหมื่นนราธิปพงศ์ประพันธ์เคยทรงแปลศัพท์ “Profession” ว่า “อาชีพปฏิญาณ”⁴ เพราะสภาพอันแท้จริงแห่งวิชาชีพก็คือการปฏิญาณตนต่อสรรพ สิ่งศักดิ์สิทธิ์ว่าจะประกอบอาชีพตามธรรมเนียมซึ่งมีวางไว้เป็นบรรทัดฐาน อาชีพปฏิญาณ ในขั้นต้นได้แก่วิถีทางของนักบวชซึ่งต้องเคร่งครัดในระเบียบวินัยที่บังคับไว้ ต่อมาแพทย์ และนักกฎหมายก็ได้รับการยกย่องว่าลักษณะงานที่ทําเป็นวิชาชีพ (Profession) ด้วย

³ ปรีดี เกษมทรัพย์, หลักวิชาชีพนักกฎหมายในภาคพื้นยุโรป, ในหนังสือ รวมคำบรรยาย หลักวิชาชีพนักกฎหมาย แสง บุญเฉลิมวิภาส บรรณาธิการ, พิมพ์ครั้งที่ 6, โครงการตำราและ เอกสาร ประกอบการสอน คณะนิติศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, พ.ศ. 2548, น.115.

⁴ พระเจ้าวรวงศ์เธอ กรมหมื่นนราธิปพงศ์ประพันธ์, อาชีพปฏิญาณ, ในหนังสือ รวมคำบรรยาย หลักวิชาชีพนักกฎหมาย แสง บุญเฉลิมวิภาส บรรณาธิการ, เพ็ญอ้าง, น.101-103.



ปาฐกถา “เปรม ภิรมย์” ครั้งที่ 13

เพราะแพทย์คือผู้ที่อุทิศตนช่วยผู้ป่วยให้หายจากโรคร้าย ขณะที่นักกฎหมายคือผู้ที่ต้องผดุง ความยุติธรรม

คำว่า “วิชาชีพ” หรือ “Profession” จึงมีที่มาและความหมายที่ลึกซึ้ง มีความแตกต่างจากการประกอบอาชีพ (Occupation) โดยทั่วไป เพราะอาชีพนั้นหมายถึงเพียงการทำมาหากินแต่วิชาชีพเป็นงานที่ต้องอุทิศตนตามอุดมการณ์แห่งวิชาชีพนั้นๆ แม้จะมีค่าตอบแทนก็เรียกได้ในลักษณะเป็นค่าธรรมเนียม (fee) ไม่ได้เรียกว่าเป็นค่าจ้าง (wage) เหมือนอาชีพอื่นๆ⁵ หนทางแห่งวิชาชีพของแพทย์หรือนักกฎหมายจึงมิใช่เรื่องของการทำงานกำไรเชิงธุรกิจ

สมเด็จพระมหิตลาธิเบศร อดุลยเดชวิกรม พระบรมราชชนก ได้ให้ข้อคิดแก่นักศึกษาแพทย์ไว้ว่า

“อาชีพแพทย์นั้นมีเกียรติ แพทย์ที่ดีจะไม่ร่ำรวย แต่ไม่อดตาย ถ้าใครอยากร่ำรวย ก็ควรประกอบอาชีพอื่น อาชีพแพทย์นั้นจำต้องยึดมั่นในอุดมคติ เมตตา กรุณา”

(พระราชดำรัสของสมเด็จพระบิดาทรงพระราชทานแก่บัณฑิตแพทย์รุ่นปี ค.ศ. 1929)

โดยที่ความหมายของคำว่า วิชาชีพ หรือ Profession มีที่มาที่แตกต่างจากการประกอบอาชีพโดยทั่วไป วิชาชีพจึงมีลักษณะเฉพาะดังนี้คือ

1. **เป็นงานที่มีการอุทิศตนทำไปตลอดชีวิต** โดยคำนึงถึงประโยชน์ของส่วนรวมเป็นสิ่งสำคัญ กล่าวคือ เป็นงานที่มีเจตนารมณ์เพื่อรับใช้ประชาชน⁶ ผู้ที่มาศึกษาทางด้านนี้จึงต้องเข้าใจและมีความพร้อมทางด้านจิตใจที่จะทำงานต่อไปในหนทางนี้

สมเด็จพระมหิตลาธิเบศร อดุลยเดชวิกรม พระบรมราชชนก ได้ทรงให้ข้อคิดเกี่ยวกับการเรียนแพทย์ไว้ว่า **“True success is not in the learning but in its application to the benefit of mankind”**

⁵ ตามข้อบังคับแพทยสภา ว่าด้วยการรักษาจริยธรรมแห่งวิชาชีพเวชกรรม เรียกค่าตอบแทนที่แพทย์จะพึงได้รับว่า ค่าบริการที่ควรได้รับตามปกติ (ข้อบังคับแพทยสภาว่าด้วยการรักษาจริยธรรมแห่งวิชาชีพเวชกรรม พ.ศ.2526 หมวด 3 ข้อ 1)

⁶ จิตติ ดิงศภัทย์, หลักวิชาชีพนักกฎหมาย, พิมพ์ครั้งที่ 6, โครงการตำราและเอกสารประกอบการสอนคณะนิติศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, พ.ศ.2533, น.19.

2. การงานนั้นต้องได้รับการอบรมสั่งสอนเป็นเวลานานมาหลายปี หมายความว่าผู้ที่ประกอบวิชาชีพได้ต้องมีการศึกษาโดยเฉพาะในวิชานั้น ไม่ใช่การงานที่บุคคลทั่วไปทำได้โดยเพียงแต่ทดลองปฏิบัติ แต่ต้องมีการฝึกอบรมอย่างสมบูรณ์แบบในทางวิทยาศาสตร์ชั่วระยะเวลาหนึ่ง (prolonged formal scientific training) อีกทั้งเป็นการศึกษาอบรมทางความคิด (intellectual) ยิ่งกว่าการใช้มือ (manual) และแรงงาน⁷ ฉะนั้น การผลิตแพทย์และนักกฎหมายที่ดี จึงมิใช่เรื่องที่จะกระทำได้ง่ายเช่นบางสาขาวิชา เพราะหากผลิตไปไม่ดี อันตรายจะเกิดแก่ประชาชนเป็นอย่างมาก

อนึ่ง โดยเหตุที่วิชาชีพทางกฎหมายและทางการแพทย์เป็นศาสตร์ที่ต้องเรียน โดยเฉพาะ มิใช่ความรู้ในลักษณะทั่ว ๆ ไป ประชาชนทั่วไป จึงมีอาจจะรู้และตรวจสอบได้โดยสามัญสำนึกหรืออาศัยความรู้ทั่วไป การประกอบวิชาชีพของนักกฎหมายก็ดี ของแพทย์ก็ดี จึงต้องผูกติดอยู่กับจริยธรรมเป็นสำคัญ เพราะลักษณะงานเป็นการใช้ความรู้ที่มีอำนาจเหนือบุคคลอื่น หากขาดเสียซึ่งจริยธรรมก็มีโอกาสที่จะใช้ความรู้นั้นไปในทางเอารัดเอาเปรียบประชาชนได้ การสอนจริยธรรมหรือหลักวิชาชีพที่ดีจึงเป็นเรื่องที่ต้องมีอยู่ควบคู่ไปกับการให้ความรู้เฉพาะในศาสตร์นั้น ๆ

3. มีชุมชนหรือหมู่คณะที่มีขนบธรรมเนียมประเพณีที่สำคัญในจรรยาบรรณและมืองค์กรที่คอยสอดส่องดูแล โดยที่ลักษณะของวิชาชีพเป็นงานที่ใช้ความรู้อันมีลักษณะเฉพาะและต้องมีจริยธรรมดังกล่าวมาแล้ว การมีองค์กรคอยควบคุมจึงเป็นเรื่องจำเป็นเพื่อให้ขนบธรรมเนียมที่ดีของหมู่คณะคงอยู่ได้ เป็นการคุ้มครองประชาชนและรักษาเกียรติยศแห่งวิชาชีพในขณะเดียวกัน สำหรับองค์กรที่จะควบคุมนี้โดยทั่วไปจะประกอบด้วยบุคคลในวิชาชีพเดียวกัน คือเป็นการควบคุมตนเอง เพราะบุคคลเหล่านี้จะรู้ลักษณะของงานและรายละเอียดในเรื่องนั้น ๆ ตลอดจนผลกระทบถึงประชาชนดีกว่าผู้อื่น หากองค์กรวิชาชีพสามารถดูแลสมาชิกให้อยู่ในกรอบแห่งจริยธรรม ความน่าเชื่อถือและเกียรติยศแห่งวิชาชีพย่อมดำรงอยู่ได้ ผู้ประกอบวิชาชีพจึงต้องคำนึงถึงภาพพจน์โดยรวมของผู้ประกอบวิชาชีพเดียวกันด้วย

สมเด็จพระมหิตลาธิเบศร อดุลยเดชวิกรม พระบรมราชชนก ได้ทรงให้ข้อคิดเกี่ยวกับการประกอบกิจของแพทย์ไว้ว่า

⁷ เฟ็งอ้าง, น.18.



ปาฐกถา “เปรม ภิรมย์” ครั้งที่ 13

“ในขณะที่ท่านประกอบกิจการแพทย์ อย่างนี้ที่ท่านตัวคนเดียว จงนึกว่าท่านเป็นสมาชิกของ “สงฆ์” คณะหนึ่ง คือคณะแพทย์ ท่านทำดีหรือร้ายได้ความเชื่อถือหรือความดูถูก เพื่อนแพทย์อื่น ๆ จะพลอยยินดี หรือเจ็บร้อนอับอายด้วย **นึกถึงความรับผิดชอบต่อผู้ที่เป็นแพทย์ด้วยกัน**

แพทย์ทุกคนมีกิจที่จะแสดงความกลมเกลียวในคณะแพทย์ต่อสาธารณชน เมื่อเกิดความเลื่อมใสในคณะแพทย์ขึ้นในหมู่ประชาชนแล้ว ผู้ที่จะตั้งต้นทำการแพทย์ถึงจะยังไม่ได้มีโอกาสตั้งต้นในความไวใจของตน ก็จะได้ส่วนความไวใจ เพราะเรามีความนับถือในลัทธิของพระสงฆ์ฉันใดก็ดี แพทย์หนุ่มก็ได้ความไวใจเพราะคณะของเขาเป็นที่น่าไวใจ ฉะนั้นความประพฤติของแพทย์ทุกคนนำมาซึ่งประโยชน์แก่แพทย์ใหม่ และเราก็อยากจะช่วยผู้ที่ตั้งต้นในทางอาชีพของเราเสมอไป”

ด้วยเหตุนี้ บทบาทขององค์กรวิชาชีพ จึงมีบทบาทโดยตรงในการควบคุมมากกว่า การคุ้มครองส่งเสริมรักษาประโยชน์ของผู้ประกอบวิชาชีพเดียวกันและบทบาทเช่นนี้ถือเป็นหลักสากลที่ปฏิบัติกันอยู่ในทุกประเทศจะแตกต่างกันก็ในรายละเอียดบางประการ⁸ สำหรับประเทศไทยหากพิจารณาบทบัญญัติของกฎหมายในพระราชบัญญัติวิชาชีพเวชกรรม พ.ศ.2525 จะพบว่าได้กำหนดให้มืองค์กรที่ทำหน้าที่ดังกล่าวคือ **แพทยสภา โดยมีวัตถุประสงค์ว่า “ควบคุมการประพฤติของผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม ให้ถูกต้องตามจริยธรรมแห่งวิชาชีพเวชกรรม”⁹ และเพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์ดังกล่าว แพทยสภาจึงได้กำหนดข้อบังคับขึ้นคือ ข้อบังคับว่าด้วยการรักษาจริยธรรมแห่งวิชาชีพเวชกรรม พ.ศ.2526 เพื่อให้แพทย์ได้ทราบ และถือปฏิบัติในแนวเดียวกัน บทบาทที่ถูกต้องของสภาวิชาชีพก็คือการสอดส่องดูแลเพื่อนร่วมวิชาชีพให้ประกอบวิชาชีพภายในกรอบจริยธรรมและกฎหมาย มิใช่ตั้งขึ้นมาเพื่อช่วยเหลือกันเหมือนบทบาทของสหภาพแรงงาน หากสภา**

⁸ ดูรายละเอียดได้จากวิฑูรย์ อึ้งประพันธ์, การควบคุมจริยธรรมแห่งวิชาชีพของแพทยสภาไทยและต่างประเทศ, เสนอในการประชุม “บทบาทแพทยสภาไทยในรอบ 25 ปี และทิศทางในอนาคต” ณ โรงแรม แอมบาสเดอร์ซิตี จอมเทียน วันที่ 22 ธ.ค.2536

⁹ ตามกฎหมายของประเทศอังกฤษได้ระบุชัดเจนเกี่ยวกับบทบาทของแพทยสภา (GMC: General Medical Council) โดยระบุใน Medical Act 1983, Section 1 (1A) ว่า (1 A) The main objective of the General Council in exercising their functions is to protect promote and maintain the health and safety of the public.

วิชาชีพเข้าใจบทบาทและดูแลตรวจสอบกันได้ดี เป็นที่ศรัทธาของประชาชน คดีก็จะได้ไม่ต้องไปถึงศาล

แพทย์บนหนทางแห่งวิชาชีพในสังคมไทย

จากความหมายและลักษณะงานของวิชาชีพดังกล่าวมาแล้ว หากจะนำมาวิเคราะห์เปรียบเทียบกับความเข้าใจในสังคมไทย ก็พบว่ายังมีความเข้าใจต่างกันอยู่บ้าง ซึ่งอาจแยกพิจารณาได้ดังนี้

ความเข้าใจในลักษณะงานทางการแพทย์ หากย้อนหลังไปดูสังคมไทยในอดีตจะพบว่า การแพทย์ในสังคมไทยเดิมเป็นการรักษากันแบบพื้นบ้านที่ไม่มีความซับซ้อนนัก และถือว่าการทำให้ผู้ที่เจ็บป่วยหายจากโรคนั้นเป็นการช่วยเหลือกันด้วยมนุษยธรรมที่พูดกันในภาษาชาวบ้านว่า “ยาขอ หมอวาน” ยาที่ใช้รักษาก็คือสมุนไพรที่ได้ในชุมชนนั่นเอง ส่วนการรักษาก็คือการช่วยเหลือกันและมีความเชื่อว่า ผู้รักษาจะได้รับบุญคุณจากการทำหน้าที่นั้น การเรียกค่ารักษาพยาบาลจะมีบ้างในบางครั้ง ก็ถือว่าเป็นค่าธรรมเนียมบูชาครูและจะเรียกมากไม่ได้ ยาที่จ่ายไปก็มักล้าถือน่าเป็นสิ่งที่จะซื้อขายได้ แต่เป็นสิ่งที่มอบให้แก่กัน การไปหาหมอหรือขอยาเพื่อรักษาโรค จึงใช้คำว่า “ขอเจียดยา” มิใช่ซื้อยา ทำนองเดียวกับใช้คำว่า “ขอเช่าพระ” เป็นต้น

แต่เมื่อการแพทย์สมัยใหม่ได้เข้ามาสู่ประเทศไทย ซึ่งอยู่ในช่วงรัชกาลที่ 5 ในระยะแรกชาวบ้านยังไม่สู้จะนิยมนัก แต่เมื่อวันเวลาผ่านไป ปรากฏว่าโรคภัยบางอย่างไม่อาจจะเยียวยาได้ด้วยยาไทย แต่การแพทย์แผนใหม่ช่วยได้ดีกว่า ชาวบ้านจึงมีศรัทธามากขึ้นและมากขึ้นตามลำดับจนกระทั่งค่อย ๆ ทอดทิ้งแพทย์แผนไทย ทอดทิ้งภูมิปัญญาชาวบ้านไปอย่างน่าเสียดาย การแพทย์ในปัจจุบันจึงเป็นการรักษาแบบสมัยใหม่เกือบทั้งหมด เดินตามแบบตะวันตกเกือบทุกเรื่อง เครื่องมือและยา หรือวัตถุดิบส่วนใหญ่ต้องนำเข้าจากต่างประเทศแต่ในระยะหลังเริ่มมีการฟื้นฟูแพทย์แผนไทยให้กลับมา ซึ่งเป็นเรื่องที่น่ายินดีอย่างมาก

อนึ่ง ในรอบยี่สิบกว่าปีที่ผ่านมาความเปลี่ยนแปลงเกี่ยวกับบริการทางการแพทย์ที่เห็นได้ชัดอีกประการหนึ่งก็คือ การนำวิชาความรู้ทางการแพทย์ไปทำกำไรในเชิงธุรกิจ แพทย์ส่วนหนึ่งมองว่าการประกอบวิชาชีพเวชกรรมเป็นเรื่องที่จะหาเงินได้มาก และที่



ปาฐกถา “เปรม ภิรมย์” ครั้งที่ 13

เลวร้ายมากกว่านั้นก็คือ นักธุรกิจส่วนหนึ่งรวมทั้งนักธุรกิจที่เป็นนักการเมืองด้วยมองว่า บริการทางการแพทย์เป็นเรื่องที่จะทำกำไรได้ โดยไม่คำนึงว่ากำไรนั้นมาจากการหาประโยชน์จากความเจ็บป่วยของเพื่อนมนุษย์ด้วยกัน ในเรื่องนี้นายแพทย์สม พิริงพวงแก้ว ได้เคยกล่าวไว้ในการประชุมวิชาการของคณะแพทยศาสตร์ ศิริราชฯ (ศุกร์ 23 ม.ค.2516) ว่า

เมืองใดไร้ราชทั้ง	ปราชญ์สดับก็ดี
อีกตระกูลมีทรัพย์	สิ่งให้
หนึ่งไร้นท์กับ	ขุนแพทย์
ภัยมากเมืองนั้นไซ้	ท่านห้ามอย่าเนา

“.....แพทย์เป็นเสาทินของสังคม เป็นคำกล่าวตามความประสงค์ของชาวตะวันตก เท่า ๆ กับขุนแพทย์เป็นเสมือนสายน้ำแห่งชีวิตของชาวตะวันออก

เมื่อขุนแพทย์บิดเบือนภาพของตนให้เป็นนักธุรกิจ พ่อค้า เมื่อนั้นความเสื่อมของศีลธรรมจรรยา ก็จะพึงเกิดขึ้นเป็นเงาตามตัว.....”

หากสังคมไทยปล่อยให้ นักธุรกิจเข้ามาหาประโยชน์แบบนี้ก็เท่ากับเป็นการทำลายระบบทั้งหมด ภาพพจน์ของแพทย์ก็จะเสื่อมถอยไปด้วย ความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างแพทย์และผู้ป่วยที่เรียกว่า “Fiduciary relationship” คือ มีความนับถือไว้วางใจกันก็ถูกทำลายลง กลายเป็นความสัมพันธ์ระหว่างผู้ให้บริการและผู้รับบริการ เป็นความสัมพันธ์ในเชิงกฎหมายเข้ามาแทนที่ เมื่อเกิดความผิดพลาดหรือบริการไม่ดีก็จะนำไปสู่การฟ้องร้องในที่สุด กลายเป็นข้อพิพาทระหว่างแพทย์กับประชาชน โดยไม่กระทบผู้ถือหุ้นซึ่งได้ประโยชน์โดยตรงจากกิจการดังกล่าว

สภาพที่เป็นอยู่ในทุกวันนี้ กำลังก่อให้เกิดปัญหาและจะเป็นปัญหามากขึ้น การทำให้โรงพยาบาลเป็นแหล่งทำกำไรในเชิงธุรกิจก็ดี การเปิดนโยบาย Medical hub ให้ประเทศไทยเป็นศูนย์กลางการรักษาพยาบาลแก่ชาวต่างชาติก็ดี ล้วนแต่จะก่อให้เกิดปัญหาตามมา การใช้นโยบายเชิงธุรกิจ ดึงแพทย์ผู้เชี่ยวชาญและพยาบาลที่ชำนาญงานออกจากภาครัฐ นำมาซึ่งความขาดแคลนบุคลากรเพิ่มมากขึ้น บุคลากรที่เหลืออยู่จึงต้องทำงานหนัก และนี่คือปัญหาที่เป็นอยู่ สิ่งที่เกิดขึ้นในขณะนี้เหมือนระบบใหญ่ถูกทำลายไป เมื่อระบบใหญ่ถูกทำลาย ย่อมก่อให้เกิดปัญหาตามมา

การแก้ปัญหาหากมีความเสียหายเกิดขึ้น

เมื่อมีความเสียหายเกิดขึ้นจากการรักษาพยาบาล แนวทางที่ดีที่สุดก็คือ การพูดคุยทำความเข้าใจ ถ้าเรื่องที่เกิดขึ้นเป็นเหตุแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นได้ในขั้นตอนการรักษาพยาบาลที่เรียกว่า Complication ย่อมไม่ใช่ความประมาทของแพทย์แม้จะมีการเสียหายเกิดขึ้นก็ตามเช่น กรณีการติดเชื้อในกระแสเลือด กรณีเช่นนี้ควรนัดญาติผู้ป่วยมาพบเพื่อชี้แจงรายละเอียดให้ทราบพร้อมทั้งแสดงความเสียใจกับเรื่องที่เกิดขึ้น แต่ถ้าหากเรื่องที่เกิดขึ้นไม่ใช่ Complication คือ เกิดจากการขาดความระมัดระวังหรือเกิดจากความผิดพลาด (Medical error) ก็ควรที่จะบอกความจริงแก่ญาติและกล่าวคำขอโทษ พร้อมทั้งหาทางช่วยเหลือเท่าที่เป็นไปได้ การแจ้งข่าวร้ายในกรณีดังกล่าวเป็นทั้งศาสตร์และศิลป์ซึ่งในหลักสูตรแพทย์ควรได้มีการฝึกฝนในเรื่องนี้ ทราบมาว่าหลายสถาบันมีชั่วโมงการสอนเรื่องนี้อยู่

สำหรับการเยียวยาความเสียหายที่เกิดขึ้นมานั้น สามารถดำเนินไปในขั้นตอนดังนี้ หากเป็นผู้ป่วยในโครงการบัตรทอง สามารถติดต่อกับสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติได้ตามมาตรา 41 ของ พ.ร.บ.หลักประกันสุขภาพแห่งชาติที่กำหนดหลักเกณฑ์ให้จ่ายได้ดังนี้

ข้อบังคับคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติว่าด้วยหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไข ในการจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้นกรณีผู้รับบริการได้รับความเสียหายจากการรักษาพยาบาล พ.ศ. 2555

ข้อ 1 ข้อบังคับนี้ เรียกว่า “ข้อบังคับคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติว่าด้วยหลักเกณฑ์ วิธีการและเงื่อนไข ในการจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้น กรณีผู้รับบริการได้รับความเสียหายจากการรักษาพยาบาล พ.ศ.2555”

ข้อ 2.....

ข้อ 6 ประเภทของความเสียหายที่เกิดจากการรักษาพยาบาลของหน่วยบริการ และอัตราการจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้น แบ่งเป็น

(1) เสียชีวิต หรือทุพพลภาพอย่างถาวร หรือเจ็บป่วยเรื้อรังที่ต้องได้รับการรักษาตลอดชีวิตและมีผลกระทบอย่างรุนแรงต่อการดำรงชีวิต จ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้นได้ ตั้งแต่ 240,000 บาท แต่ไม่เกิน 400,000 บาท



ปาฐกถา “เปรม ภิวัชร์” ครั้งที่ 13

(2) สูญเสียอวัยวะหรือพิการ ที่มีผลกระทบต่อการดำเนินชีวิต จ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้นได้ ตั้งแต่ 100,000 บาท แต่ไม่เกิน 240,000 บาท

(3) บาดเจ็บหรือเจ็บป่วยต่อเนื่องจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้นได้ไม่เกิน 100,000 บาท

แต่หากความเสียหายที่เกิดขึ้นเป็นกรณีที่น่าร้ายแรงเช่น ผู้ป่วยพิการมากหรือเกิดความเสียหายทางสมอง ผู้ป่วยจะต้องได้รับการดูแลไปตลอดชีวิตซึ่งต้องใช้เงินมากกว่าหลักแสน กรณีเช่นนี้ก็สามารถขอเรียกค่าเสียหายจากหน่วยงานรัฐได้

โดยบุคลากรในภาครัฐจะได้รับความคุ้มครองตาม พ.ร.บ.ความรับผิดทางละเมิดของเจ้าหน้าที่ พ.ศ.2539 ซึ่งในมาตรา 5 บัญญัติไว้ว่า

“หน่วยงานของรัฐต้องรับผิดชอบผู้เสียหายในผลแห่งละเมิดที่เจ้าหน้าที่ของตนได้กระทำการปฏิบัติหน้าที่ ในกรณีนี้ผู้เสียหายอาจฟ้องหน่วยงานของรัฐดังกล่าวได้โดยตรง แต่จะฟ้องร้องเจ้าหน้าที่ไม่ได้

ถ้าการละเมิดเกิดจากเจ้าหน้าที่ซึ่งไม่ได้สังกัดหน่วยงานของรัฐแห่งใดให้ถือว่ากระทรวงการคลังเป็นหน่วยงานของรัฐที่ต้องรับผิดชอบตามวรรคหนึ่ง”

เมื่อหน่วยงานของรัฐได้ชดใช้ค่าสินไหมทดแทนแก่ผู้เสียหายเพื่อการละเมิดของเจ้าหน้าที่แล้ว มาตรา 8 บัญญัติไว้ว่า

“ในกรณีที่หน่วยงานของรัฐต้องรับผิดชอบใช้ค่าสินไหมทดแทนแก่ผู้เสียหายเพื่อการละเมิดของเจ้าหน้าที่ ให้หน่วยงานของรัฐมีสิทธิเรียกให้เจ้าหน้าที่ผู้ทำละเมิดชดใช้ค่าสินไหมทดแทนดังกล่าวแก่หน่วยงานของรัฐได้ ถ้าเจ้าหน้าที่ได้กระทำการนั้นไปด้วยความจงใจหรือประมาทเลินเล่ออย่างร้ายแรง

สิทธิเรียกให้ชดใช้ค่าสินไหมทดแทนตามวรรคหนึ่งจะมีได้เพียงใดให้คำนึงถึงระดับความร้ายแรงแห่งการกระทำและความเป็นธรรมในแต่ละกรณีเป็นเกณฑ์โดยมิต้องให้ใช้เต็มจำนวนของความเสียหายก็ได้”

อนึ่ง แม้บุคลากรภาครัฐจะมี พ.ร.บ.ความรับผิดทางละเมิดของเจ้าหน้าที่ พ.ศ.2539 คุ้มครองอยู่ แต่การยุติคดีก็ต้องไปต่อสู้กันในชั้นศาล ซึ่งเป็นขั้นตอนที่ยุ้งยากและเป็น

ฉวีธรรมนวกฎหมาย แนวทางป้องกันการฟ้องร้อง

ภาวะแก่คู่กรณี ในหลายประเทศจึงได้คิดระบบไกล่เกลี่ยเยียวยาขึ้น โดยใช้ในรูปแบบคณะกรรมการซึ่งมาจากภาคส่วนต่าง ๆ หากสามารถไกล่เกลี่ยเยียวยาในขั้นนี้ได้ คดีก็จะไม่ต้องไปศาล นี่คือผลดีของการมี พ.ร.บ.คุ้มครองผู้เสียหายจากการรับบริการสาธารณสุข ซึ่งแท้จริงแล้วมิใช่คุ้มครองเฉพาะผู้เสียหาย แต่คุ้มครองบุคลากรทางสาธารณสุขด้วย ผู้ประกอบวิชาชีพจึงควรให้ความสนใจและทำความเข้าใจในร่างกฎหมายดังกล่าวให้ถูกต้อง



ปาฐกถา “เปรม บุรี” ครั้งที่ 13

ปาฐกถา “เปรม บุรี” ครั้งที่ 12 เรื่อง

“Academic medicine & Public Health: Let’s close the gap”



ศาสตราจารย์เกียรติคุณนายแพทย์รัชตะ รัชตะนาวิน

กระผมขอขอบพระคุณท่านหัวหน้าภาควิชาคัลยศาสตร์ครับ ที่เชิญมาบรรยาย ปาฐกถา เปรม บุรี ใน ครั้งที่ 12 นี้ ผมในฐานะที่เป็นศิษย์ของอาจารย์เปรม ถือว่า เป็นเกียรติอย่างยิ่งที่ได้รับโอกาสนี้ และวันนี้ผมมีความยินดีเป็นอย่างยิ่งเช่นเดียวกัน ที่ได้พบกับคณาจารย์อาวุโสของแผนกคัลยศาสตร์ หลายท่านที่ผมมีความรักและเคารพ ทุกท่านเป็นอย่างสูง ทำให้เกิดความรู้สึกเหมือนกลับเป็นนักศึกษาแพทย์ปีที่ 5 ใหม่ โดยเฉพาะอย่างยิ่งเมื่อสักครู่ได้ฟังท่านอาจารย์ลิระ บุณยะรัตเวช ได้บรรยายในเรื่อง ของสมองกับการเรียนรู้ ยิ่งทำให้ผมรู้สึกว่ากลับมาเป็นนักศึกษาแพทย์อีกครั้งได้เรียนรู้ กับท่านอีกครั้งนะครับ วันนี้ จึงเป็นวันที่มีคุณค่าเป็นอย่างยิ่ง ทำให้นึกถึงสมัยที่เป็น นักศึกษาแพทย์อีกครั้งซึ่งเป็นความทรงจำที่งดงาม ท่านอาจารย์เปรมเป็นคัลยแพทย์ ฝีมือเยี่ยม นอกจากนั้นท่านยังมีความสนใจทางด้านสาธารณสุขของประเทศอีกด้วย เมื่อเปิดคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดีใหม่ๆ ท่านได้รับแต่งตั้งเป็นผู้อำนวยการ โครงการเวชศาสตร์ชุมชน จุดเริ่มต้นของเวชศาสตร์ชุมชนของโรงพยาบาลรามาธิบดีได้ มีการบันทึกไว้ว่า “ในปี พ.ศ.2509 ศาสตราจารย์เกียรติคุณ นายแพทย์เปรม บุรี ได้รับ มอบหมายให้เป็นผู้ดำเนินการโครงการแพทย์เคลื่อนที่ของโรงพยาบาลศิริราช ณ จังหวัด อุตรธานี อาจารย์ได้เล่าว่า **ประสบการณ์ครั้งนั้นทำให้ผมเปลี่ยนวิถีชีวิตไปมากกว่าการ เป็นคัลยแพทย์ทั่วไป ผมได้รับประโยชน์มาก ทำให้เกิดแนวคิดที่กว้างกว่าเดิม คือเราใน ฐานะแพทย์ที่ต้องรับผิดชอบดูแลสุขภาพอนามัยของประชาชนในแง่ต่างๆ การส่งเสริม สุขภาพอนามัย การป้องกันโรค การรักษาพยาบาล การฟื้นฟูสมรรถภาพ....”** ตรงอักษรที่

เป็นตัวหนาที่ผมเน้นไว้เป็นคำสำคัญ คือการเรียนรู้จากประสบการณ์จริงที่จังหวัดอุดรธานี เมื่อท่านอาจารย์เปรมได้ไปสัมผัสกับปัญหาทางสุขภาพของประชาชนในจังหวัดอุดรธานี ทำให้ท่านได้เปลี่ยนความคิดไปและความคิดที่เปลี่ยนไป ณ ขณะนั้น ย้อนหลังไป 50 ปีก่อนนั้น เมื่อคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามธิบดีเปิดใหม่ๆ ความคิดที่ว่าแพทย์ไม่ควรจะอยู่ในโรงเรียนแพทย์อย่างเดียว แต่จะต้องออกไปสัมผัสกับสุขภาพของประชาชนในชุมชน ในท้องถิ่นด้วยนั้นเป็นการเปลี่ยนกระบวนการทัศนคติครั้งสำคัญที่ในขณะนั้นยังคงเป็นเรื่องค่อนข้างใหม่ที่แพทย์ที่อยู่ในโรงเรียนแพทย์จะมีความคิดเช่นนี้ ผมได้คัดเอานโยบายของเวชศาสตร์ชุมชน จากรายงานหนังสือประจำปี รามธิบดี พ.ศ. 2513 ซึ่งมีอยู่หลายข้อแต่ผมเลือกมาเพียง 4 ข้อ คือ

1. **การเข้าใจและชักจูงนักศึกษา** เพื่อให้มีความสนใจและรอบรู้ถึงปัญหาต่างๆ ที่เกี่ยวกับ ความต้องการของประชาชนทางการแพทย์ อนามัยและปัญหาที่เกี่ยวกับสุขภาพ

2. **นักศึกษาจะทำการศึกษาและเรียนรู้ถึงปัญหาต่างๆ อย่างซาบซึ้งก็ต่อเมื่อได้มีโอกาสร่วมปฏิบัติงานไปด้วย**

3. **โครงการฯ อาศัยความร่วมมือจากแพทย์และพยาบาลของคณะฯ** เพื่อหวังให้ทุกคนจะได้มีความสนใจและเอาใจใส่ปัญหาสุขภาพของประชากร

4. **เพื่อให้ อาจารย์แพทย์ แสดงผลสำเร็จของงานให้เป็นอย่างดีแก่นักศึกษา**

จากอักษรที่เน้นสีดำไว้เป็นคำสำคัญ จากข้อแรกจะสังเกตเห็นว่า มีคำว่า”เข้าใจ และชักจูงใจนักศึกษา” สาเหตุที่เป็นเช่นนี้แสดงว่าสมัยนั้นคงต้องเป็นเรื่องใหม่ เพราะเมื่อมาเป็นนักศึกษาแพทย์ก็ต้องเรียนเป็นหมอ ทำไมต้องไปสนใจกับสุขภาพของประชาชนในชนบทด้วย ในข้อที่สอง ตัวที่เน้นไว้คือ “มีโอกาสร่วมปฏิบัติงานไปด้วยกัน” นั่นก็คือต้องเรียนรู้จากประสบการณ์จริง การที่ออกไปเรียนรู้ในชุมชนเป็นหัวใจสำคัญครับ เราไม่สามารถเรียนเวชศาสตร์ชุมชนในห้องเรียนได้ นั่นเป็นสิ่งที่ค่อนข้างสำคัญ เป็นเรื่องใหม่ในขณะนั้นเมื่อ 50 ปีก่อน ในข้อที่สาม ตัวที่เน้นไว้ “อาศัยความร่วมมือจากแพทย์และพยาบาลของคณะฯ” ดังนั้นโครงการนี้จึงไม่ใช่โครงการของภาควิชาใดภาควิชาหนึ่งในตอนเริ่มต้น แต่เป็นโครงการร่วมระหว่างภาควิชาต่างๆ อันนี้ถูกต้องที่สุดครับ เพราะสุขภาพเป็นเรื่องขององคร่วม ไม่มีภาควิชาใดภาควิชาหนึ่งที่จะเป็นเจ้าของ ทุกภาควิชาต้องเข้ามาและมีใจเฉพาะทางการแพทย์ด้วย เนื่องจากสุขภาพหมายถึงการที่มีสุขภาพะ



ปาฐกถา “เปรม ปรีย์” ครั้งที่ 13

ที่ดีทั้งร่างกาย ทั้งจิตวิญญาณ และสิ่งแวดล้อมต่างๆ ซึ่งต้องหมายถึงศาสตร์อื่นๆ ที่จะเข้ามาบูรณาการกับทางการแพทย์ด้วย ไม่ว่าจะเป็นในเรื่องของทางด้านการศึกษา การดูแลทางด้านสิ่งแวดล้อม และข้อสี่ มุ่งหวังให้อาจารย์แพทย์เป็นตัวอย่างแก่นักศึกษาทางด้านนี้ด้วย ท่านอาจารย์เปรม ได้เคยเขียนบทร่ำฟังกเอาไว้ “ผมคิดว่า ถ้าเวชศาสตร์ชุมชนพัฒนาการเรียนการสอนตามแนว Genetic Code of Health Education และทำให้เรื่องนี้ให้เป็นที่เข้าใจอย่างแจ่มแจ้งแก่นักศึกษาแพทย์ อาจารย์ และผู้ร่วมงานก็จะเกิดการได้มาซึ่ง Professionalism ซึ่งจะเน้นเกราะป้องกันตนเอง ในการเผชิญกับสถานการณ์ที่กำลังเปลี่ยนแปลงไปอย่างรวดเร็วในการดำรงวิชาชีพ ไม่ว่าจะเป็นสาขาใดๆ ทางทางการแพทย์และสาธารณสุข” ซึ่งท่านเขียนด้วยลายมือของท่านเอง ผมคิดว่าเอกสารชิ้นนี้จึงมีความสำคัญมากต่อประวัติศาสตร์ของโรงพยาบาลรามาริบัติ ท่านอาจารย์ร่วมโรจนสกุล เคยไปสัมภาษณ์อาจารย์เปรม เกี่ยวกับเรื่องเวชศาสตร์ชุมชน ท่านก็ได้เล่าให้ฟังตั้งแต่ความเป็นมาต่างๆ ว่าเป็นอย่างไร และท่านก็ได้เล่าด้วยนะครับว่า ในขณะที่ท่านเริ่มโครงการเวชศาสตร์ชุมชนมีอาจารย์ในรามาริบัติหลายๆ ท่านก็ยังไม่ค่อยเข้าใจยังไม่เห็นด้วยใช้คำว่าทำไม ในเรื่องของ การดูแลประชาชน ในชุมชน กระทรวงสาธารณสุขก็ทำอยู่แล้ว ทำไมโรงเรียนแพทย์ต้องไปแย่งเขาทำด้วยซึ่งท่านอาจารย์เปรม ได้กล่าวว่าในเรื่องนี้ ท่านได้ยื่นคำปรารภเช่นนี้แล้วท่านเกือบจะร้องไห้ เพราะว่ามันเกิดมีความแตกต่างกับแนวความคิดที่ท่านพยายามจะผลักดันในขณะนั้นเป็นอย่างมาก

ที่ผมเล่าเรื่องนี้ให้ฟังก็เพื่อที่จะแสดงให้เห็นว่า ย้อนหลังไปเมื่อ 50 ปีก่อนในเรื่องของเวชศาสตร์ชุมชนและการก่อตั้งโครงการนี้ไม่ใช่เรื่องง่าย เป็นการเปลี่ยนกระบวนทัศน์หลายๆ อย่างของอาจารย์และนักศึกษาแพทย์ หมุนเวลากลับมา 50 ปี ในปัจจุบันผมคิดว่าท่านอาจารย์เปรม คงจะมีความปิติยินดีในผลงานที่ได้สร้างไว้เมื่อ 50 ปีก่อน ได้เห็นผลที่เป็นผลสัมฤทธิ์ เมื่อผมได้เข้ารับตำแหน่งรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข ผมได้เห็นอย่างประจักษ์ว่า คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาริบัติเป็นคณะแพทย์ที่มีอาจารย์และนักศึกษาแพทย์ของเราได้ทำงานเชื่อมโยงกับทางสาธารณสุขทางระบบสุขภาพมากที่สุด เมื่อเทียบกับคณะแพทย์อื่นๆ ซึ่งในโครงการที่เป็นโครงการด้านสาธารณสุขที่สำคัญๆ หลายโครงการจะมีอาจารย์ของเราเป็นผู้อยู่เบื้องหลัง เป็นผู้จุดประกาย เป็นผู้สนับสนุน เป็นผู้ผลักดัน ขับเคลื่อน ซึ่งผมมีตัวอย่าง ซึ่งจะบรรยายให้ฟังว่ามีหลักฐานเชิงประจักษ์เช่นนั้นจริงๆ เรื่องนี้ผมคิดว่าก่อให้เกิดคุณูปการ เกิด

ผลกระทบอย่างใหญ่หลวงต่อประโยชน์สุขภาพของประเทศไทยเรา สิ่งที่สำคัญมากที่สุดคือ ภัยของรามาริบติได้ทำ ได้มีส่วนในการผลักดันให้เกิดขึ้นคือการมอบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าให้แก่ประชาชนไทย หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ไม่ใช่เรื่องง่ายที่จะเกิดขึ้น ในปัจจุบันนี้องค์การอนามัยโลกได้ยกย่องประเทศไทยเป็นต้นแบบประเทศหนึ่งของประเทศที่มีรายได้ปานกลางแต่สามารถที่จะจัดสรรการประกันสุขภาพถ้วนหน้า ให้กับประชาชนได้เป็นที่รับทราบและยอมรับกันทั่วโลก อาจารย์ประเวศ วะสี ท่านได้วิเคราะห์เอาไว้ว่า การขับเคลื่อนให้เกิดประกันสุขภาพถ้วนหน้าเป็นงานที่ยิ่งใหญ่ เหมือนกับต้องไปเขยื้อนภูเขา ในการเขยื้อนภูเขาตามทัศนะของท่านต้องอาศัยสามเหลี่ยมเขยื้อนภูเขา ซึ่งจะต้องประกอบไปด้วยมุมสามมุม โดยมุมด้านบนคือ จะต้องมึงงานวิจัย โดยองค์ความรู้ที่เกิดขึ้นนี้จะเป็พื้นฐานในการเขยื้อนภูเขา จะต้องมีการขับเคลื่อนภาคประชาสังคมด้วย แต่ทั้ง 2 อย่างก็ยังไม่บรรลุได้หากไม่มีการตัดสินใจหรือนโยบายจากการเมือง ผมเรียนว่าในทั้ง 3 มุมของสามเหลี่ยมเขยื้อนภูเขา ศิษย์รามาริ อาจารย์รามาริ ได้มีส่วนอย่างมากในทุกๆ มุม แม้กระทั่งในเรื่องของการตัดสินใจทางการเมืองด้วย เพราะฉะนั้นเราจึงได้มีหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าให้แก่ประชาชนได้ ซึ่งตามแนวคิดนี้จึงได้เกิดสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติหรือ สปสช. ขึ้น การมี สปสช. อย่างเดียวนั้นยังไม่ครบวงจรของการขับเคลื่อนสุขภาพให้กับประชาชนคนไทย ดังนั้นจึงต้องมีสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข หรือ สวรส. ซึ่งมีหน้าที่สร้างองค์ความรู้เพื่อที่จะคอยพัฒนาปรับปรุงระบบสุขภาพอย่างต่อเนื่อง เท่านั้นยังไม่พอ ระบบสุขภาพของประเทศไทยได้ออกแบบไว้ให้มีการป้องกันโรครมากกว่าการรักษา จึงทำให้เกิดกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ หรือ สสส. เพื่อที่จะให้เกิดการส่งเสริมสุขภาพหรือการป้องกันด้วย ในขณะเดียวกันในการรักษาพยาบาลจะต้องทำให้เกิดคุณภาพด้วย จึงมีสถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล หรือ พรพ. เกิดขึ้น และเกิดสมัชชาแห่งชาติ (สช.) ซึ่งมีหน้าที่ที่จะมองในภาพใหญ่ ภาพรวมของนโยบายของสุขภาพที่จะเกิดขึ้น อันนี้คือแนวคิดที่จะมีการเปลี่ยนแปลงระบบสุขภาพของประเทศไทย ซึ่งศิษย์รามาริ เราเป็นผู้ขับเคลื่อน มีโอกาสเข้าไปบริหารจัดการ เช่น คุณหมอสงวน นิตยรัมภ์พงศ์ (รามาริ 7) เป็นเลขาธิการ สปสช. ท่านแรก คุณหมอสมศักดิ์ ชุณหรัศมิ์ (รามาริ 7) อดีตรัฐมนตรีช่วยว่าการกระทรวงสาธารณสุข เป็นผู้อำนวยการสถาบันวิจัยสาธารณสุข ท่านแรก คุณหมอสุภกร บัวสาย (รามาริ 13) ได้รับตำแหน่งผู้อำนวยการสำนักงานกองทุนส่งเสริมและสร้างเสริมสุขภาพ เป็นท่านแรก



ปาฐกถา “เปรม ภิวั” ครั้งที่ 13

คุณหมออนุวัฒน์ ศุภชุตikul (ราม่า 6) เป็นผู้อำนวยการสถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล

ดังนั้นจะเห็นว่า การขับเคลื่อนระบบสุขภาพให้มีการเปลี่ยนแปลงครั้งสำคัญนี้ได้เกิดขึ้นจากความรู้และความสามารถของอาจารย์ และศิษย์ของราม่าธิบดีจำนวนมาก แต่ไม่ใช่เท่านั้นะครับ ผมขออนุญาตยกตัวอย่างต่อ ท่านคณบดีท่านแรก อาจารย์อารีวัลยะเสวี คณบดีท่านแรก และอาจารย์คุณสาธิต ธนมิตร ก็ได้เชื่อมโยงวิชาการเข้าสู่สาธารณสุขในเรื่องของอาหารและโภชนาการ ท่านทำงานไว้หลายเรื่องแต่เรื่องที่คลาสสิกและได้รับการยกย่องทั่วโลก คือการแก้ไขโรคนี้วในกระเพาะปัสสาวะในประชาชนในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ถัดมาอีก 3 ท่านคือ อาจารย์สมชาติ โลจายะ อาจารย์วิรัชยันต์ไพจิตร อาจารย์ปิยะมิตร ศรีธรา ท่านได้ดูแลติดตามสุขภาพของพนักงานการไฟฟ้าฝ่ายผลิตเป็นเวลานานถึง 30 ปี จนได้ข้อมูลที่เป็นปัจจัยเสี่ยงของโรคหัวใจและหลอดเลือดในคนไทย ซึ่งสามารถจะพยากรณ์ได้ว่าคนไหนจะเกิดโรคมากน้อยแค่ไหน รวมทั้งโรคเบาหวาน ซึ่งเป็นข้อมูลที่มีความสำคัญเป็นอย่างยิ่งในการที่จะส่งเสริมสุขภาพ อีกตัวอย่างอาจารย์ภัทรพร อิศรางกูร ณ อยุธยา อาจารย์อำไพวรรณ จวนสัมฤทธิ์ ท่านได้ทำงานในสาขาที่ท่านเชี่ยวชาญคือในระบบโลหิตวิทยา ท่านได้ทำงานวิจัยเกี่ยวกับเด็กที่เป็นฮีโมฟีเลีย มีเลือดออกในเข่า ต้องหยุดเรียน ไปเรียนต่อไม่ได้เสียโอกาสในชีวิต เสียค่าใช้จ่ายเป็นอย่างมาก เพราะต้องมาอยู่ในโรงพยาบาล เมื่อเราเปลี่ยนวิธีการดูแลรักษาโดยการให้เด็กได้รับให้แฟคเตอร์ 8 ที่บ้านเลยโดยไม่ต้องมาโรงพยาบาล และท่านสามารถทำได้เป็นผลสำเร็จ สบสุข. เห็นว่ามีประโยชน์ ลดค่าใช้จ่าย ทำให้เกิดคุณภาพที่ดีแก่เด็ก จึงได้ให้การสนับสนุน อาจารย์ประภิต วาธิ์สาธกกิจ ธรรงค์ในเรื่องการไม่สูบบุหรี่ อาจารย์อดิศักดิ์ ผลิตผลการพิมพ์ กับโครงการวิจัยเพื่อสร้างเสริมความปลอดภัยและป้องกันการบาดเจ็บในเด็ก และยังมีตัวอย่างอีกมากมายซึ่งผมไม่สามารถนำมาบรรยายได้หมด แต่ผมขอรวบรวมไว้เป็นอีกภาพของเหล่าอาจารย์ที่ได้เชื่อมโยงวิชาการเข้าสู่ด้านสุขภาพในชุมชน ในภาพใหญ่ ในภาพกว้าง เช่น อาจารย์บุญชอบ พงศ์พานิช ท่านได้ดูแลเกี่ยวกับการผ่าตัดหัวใจในเด็กที่เป็นโรค congenital heart disease ซึ่งสามารถช่วยเหลือเด็กเป็นจำนวนมากให้พ้นจากการที่หัวใจล้มเหลวในเด็กที่มีโรคหัวใจพิการมาแต่กำเนิด อาจารย์วันดี วรวิทย์ ที่ดูแลเรื่องเกี่ยวกับโรคท้องร่วงในเด็ก โดยการใช้น้ำที่ผสมเกลือกับน้ำตาล อาจารย์กำแหง จตุรจินดา อาจารย์วิฑูรย์ โอสถานนท์ ในเบื้องต้น

ท่านมุ่งในเรื่องของการคุมกำเนิด เมื่อท่านทำได้ผลดีแล้วในขณะนี้ประเทศไทยมีปัญหาเรื่อง Teenage pregnancy อาจารย์กำแพง ท่านก็ร่วมทำงานกับกระทรวงสาธารณสุขอย่างเข้มข้น เพื่อป้องกันปัญหา Teenage pregnancy หรืออาจารย์นิตยา ศษภักดี และอาจารย์นิชรา เรื่องดารกานนท์ กำลังดำเนินการในเรื่องของพัฒนาการเด็ก เพราะว่า เด็กไทยขณะนี้ข้อมูลว่ามีพัฒนาการค่อนข้างช้ากว่าปกติ อาจารย์สุรเกียรติ อชานานุกาภาพ ก็ทำเรื่อง Family medicine หรือ Primary care nursing ซึ่งอาจารย์เป็นผู้มีบทบาทสำคัญในการช่วยอบรมพยาบาลเวชปฏิบัติทั่วประเทศ นำความรู้เข้าสู่ชุมชน สำหรับแผนกศัลยกรรม อาจารย์วิจิตร บุญยโหดระ ซึ่งขณะนี้ท่านก็ได้นั่งอยู่ในที่นี่ ท่านเป็นกรรมการและเลขานุการคนแรกของคณะกรรมการป้องกันอุบัติเหตุแห่งชาติ ท่านมีผลงานเป็นที่ประจักษ์ ท่านได้ขับเคลื่อนพระราชบัญญัติหลายเรื่องที่มีผลต่อการป้องกันอุบัติเหตุ

เพราะฉะนั้นจากตัวอย่างที่ผมยกมาให้ชมก็เพื่อให้เห็นภาพในมุมมองของผลการที่คณาจารย์และศิษย์ของราม่าได้ทำงานเชื่อมโยงกับระบบสุขภาพอย่างมากมายนี้ ผมมีความมั่นใจครับว่าเกิดขึ้นจากการหล่อหลอม เกิดขึ้นจากการซึมซับ เกิดขึ้นจากการได้ดูประสบการณ์จริง เกิดจากการที่อาจารย์ทำให้ดูเป็นตัวอย่างในวิชาเวชศาสตร์ชุมชนที่อาจารย์เปรมได้เป็นหัวหน้าโครงการท่านแรก ฟันฝ่าอุปสรรคมากมาย แต่ผมคิดว่าวันนี้ท่านควรจะมีคามปิติยินดีเป็นอย่างยิ่งที่เห็นผลสัมฤทธิ์ของงานที่ท่านได้ทำไว้ และผมมีความยินดีที่เห็นหัวหน้าภาควิชาเวชศาสตร์ครอบครัวในขณะนี้ก็ได้มานั่งฟังการบรรยายครั้งนี้อยู่ด้วย คำถามก็คือว่าจากการที่ท่านอาจารย์เปรม ได้สร้างรากฐาน พื้นฐานเอาไว้และในอนาคต วันนี้ไปในวันข้างหน้า รามาธิบดีในที่นี้ ในคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี โดยเฉพาะภาควิชาศัลยศาสตร์ จะมีบทบาทอย่างไร ที่จะขับเคลื่อนแนวคิดนี้ต่อ ขับเคลื่อนขบวนการนี้ต่อ ที่จะเชื่อมโยงความรู้ในโรงเรียนแพทย์เข้าสู่ชุมชน หันกลับมามองดูปัญหาของโลกที่กำลังเผชิญอยู่ ซึ่งเราต้องเข้าใจเกี่ยวกับระบบสุขภาพของประเทศก่อน

ประเทศไทยของเราตามที่ผมได้เรียนไว้แล้วครับว่าเรามีความเข้มแข็งที่เดียวในการที่จะให้สุขภาพแก่ประชาชน เรามี Universal Health Coverage จาก 3 กองทุน สปสช. สวัสดิการของข้าราชการ และประกันสังคม กระทรวงสาธารณสุขมีเครือข่าย



ปฏิญญา “เปรม ภิรมย์” ครั้งที่ 13

โยงโยของระบบสุขภาพที่เข้มแข็งมากในด้านการบริการระดับปฐมภูมิ เรามีโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบลอยู่ทุกตำบล ทั้งหมด 9,770 แห่ง เรามีโรงพยาบาลชุมชนอยู่ทุกอำเภอในประเทศ รวมทั้งหมด 775 โรงพยาบาล ขยับขึ้นมาในด้านของทุติยภูมิ เรามีโรงพยาบาลประจำจังหวัดหรือโรงพยาบาลทั่วไป 88 แห่ง บางจังหวัดมีมากกว่า 2 แห่ง และก็มีในระดับของตติยภูมิคือมีโรงพยาบาลศูนย์ 28 แห่ง มีโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย 14 แห่ง และมีโรงพยาบาลเอกชน 332 แห่ง ประเทศไทยควรที่จะมีความเข้มแข็งอย่างมากทีเดียวในการที่จะส่งมอบสุขภาพที่ดีให้กับประชาชน แต่ว่าเรามามองดูปัญหาที่เผชิญอยู่ในแง่ของแพทย์ที่มีอยู่ในปัจจุบัน ขณะนี้มีแพทย์อยู่ทั้งหมด 31,821 คน คิดเป็นอัตราส่วน 1:2,166 จริงๆ แล้วเราตั้งเป้าหมายอยู่ที่ 1: 1,500 อยู่ในภาครัฐมากกว่าภาคเอกชน แต่หากเรามาดูผลการกระจายของแพทย์ ในกรุงเทพฯ นี้หนาแน่นที่สุดเลย 1: 850 ที่ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ 1 : 5,368 เรายังต้องการแพทย์เพิ่มอีก 9,339 คน ที่จะทำให้อัตราส่วนเป็น 1:1,500

ดังนั้นสรุปได้ว่ามีความขาดแคลนทั้งทางด้านปริมาณแพทย์และการกระจายตัวของแพทย์ หันมามองทางคัลยแพทย์ คัลยแพทย์ของกระทรวงสาธารณสุขที่ประจำอยู่ขาดทุกสาขาวิชา ขาดทุกเขตสุขภาพ เขตสุขภาพหมายถึงการแบ่งการบริหารจัดการในการดูแลสุขภาพประชาชนของกระทรวงสาธารณสุขเป็น 12 เขตทั่วประเทศ แต่ละเขตจะมี 5-6 จังหวัดต่อเขต เรามาดูในรายละเอียดกันหน่อยนะครับ คัลยกรรมทั่วไป ในกรอบคือขาดเกินร้อยละ 50 ของจำนวนที่ควรจะมีตามแผนการของกระทรวงสาธารณสุขต่อไปประสาทศัลยศาสตร์ ขาดมากกว่าร้อยละ 50 ทุกเขต มีอยู่ 1 เขตเท่านั้นที่ขาดน้อยกว่าร้อยละ 50 กุมารศัลยศาสตร์ คล้ายๆ กันคือขาดแคลนเกือบจะทุกเขต ศัลยกรรมทรวงอก ภาพเหมือนกันคือขาดแคลนเกือบจะทุกเขต ศัลยศาสตร์ยูโรวิทยา ก็มีความขาดแคลนเช่นเดียวกัน ศัลยศาสตร์ตกแต่ง ทุกเขตเลยครับมีไม่พอ ปัญหาที่กระทรวงสาธารณสุขได้พบคือเมื่อแพทย์กลับไปประจำการหลังจากฝึกอบรมจบแล้ว มีแพทย์น้อยงานจึงหนัก ทำกันไม่ค่อยไหว ในที่สุดก็ลาออกหรือถูกแรงกดดันไปสู่ภาคเอกชน ทำให้เราขาดแคลนคัลยแพทย์เพิ่มขึ้นไปอีก เพราะฉะนั้นผมคิดว่า ประเด็นข้อแรกที่เราจะต้องมาขบคิดว่าโรงเรียนแพทย์จะร่วมมือกับกระทรวงสาธารณสุข เพื่อที่จะบรรเทาปัญหานี้ได้อย่างไร ควรแสวงหาวิธีการที่จะนำสุขภาพไปให้แก่ประชาชน ดังนั้นในการบรรยายของผมในวันนี้ขอเสนอความคิดว่า มีช่องว่างอย่างไรเท่าที่ผมไปเห็นมาใน

กระทรวงสาธารณสุข ในขณะที่ผมเป็นรัฐมนตรีว่าการฯ ในการที่โรงเรียนแพทย์จะเชื่อมโยงเข้ากับระบบสุขภาพของประเทศ ซึ่งศักยภาพของโรงเรียนแพทย์มีมากมายมหาศาล ตามที่ท่านหัวหน้าภาควิชาศัลยศาสตร์ได้เล่าให้ฟังถึงศักยภาพของศัลยศาสตร์รามธิบดีซึ่งเข้มแข็งมากในทุกสาขาวิชา คำถามก็คือว่าเราจะมีการเชื่อมโยงเพื่อปิดช่องว่างให้แก่กระทรวงสาธารณสุขได้อย่างไร วิธีการต่อยอดจากพื้นฐานที่ท่านอาจารย์เปรมได้วางไว้ ในเรื่องของ การขาดแคลนของศัลยแพทย์ 2 ข้อแรกที่เราต้องมองไปด้วยกัน คือ แพทย์ศาสตร์ศึกษา ทั้งทางด้านของแพทย์ฝึกหัดและแพทย์ที่ไปใช้ทุนรวมถึงการฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้านและแพทย์ประจำบ้านต่อยอดด้วย ในการที่เราผลิตแพทย์หรือศัลยแพทย์ให้แก่ประเทศไทยนี้ มีคำถามเกิดขึ้นว่า มีความผิดพลาดอะไรกับการแพทย์ศาสตร์ศึกษาเพราะว่าปัญหาที่เราเผชิญอยู่ ข้อแรก แพทย์ก็ไม่พอ การกระจายก็ไม่เหมาะสม ในขณะที่ทุกท่านทราบดิฉันจะคิดว่าความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์กับผู้ป่วยก็เสื่อมลง ไม่ได้ดีเหมือนเดิม ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพก็เพิ่มสูงขึ้นเป็นอย่างมากทุกปีและก็ยังมีความสุขภาพอยู่อีกหลายเรื่องเป็นสิ่งเรากำลังเผชิญอยู่ไม่ว่าจะเป็นโรคไม่ติดต่ออุบัติเหตุ Teenage pregnancy เป็นต้น ปัญหาที่เกิดขึ้นนี้ไม่ใช่เฉพาะในประเทศไทยเท่านั้น แต่เป็นปัญหาเดียวกันที่วงการแพทย์ทั่วโลกเผชิญอยู่ ดังนั้นในการตระหนักถึงปัญหาเดียวกันนี้ คนที่มีความเชี่ยวชาญด้านแพทยศาสตร์ศึกษา และทางด้านสาธารณสุข ทางด้านการศึกษาจึงได้มารวมตัวและตั้งเป็น Commission ขึ้นมาเพื่อที่จะปฏิรูปการฝึกอบรมบุคลากรด้านสุขภาพ เพื่อที่จะนำมาใช้ในศตวรรษที่ 21 และตีพิมพ์บทความข้อเสนอแนะในวารสาร The Lancet ปัจจุบันนี้ข้อคิดนี้เป็นที่ยอมรับในวงการการศึกษาทั่วโลก เราเรียกกันสั้นๆ ว่า The Lancet Commission และข้อแนะนำนี้ได้ใช้เป็นหลักในการขับเคลื่อนการเปลี่ยนแปลงของการอบรมบุคลากรด้านสาธารณสุขที่ใช้คำว่าจะต้องปฏิรูปคือการเปลี่ยนแปลงการศึกษาเพื่อที่จะเชื่อมโยงกับระบบสุขภาพ การศึกษาจึงไม่มีเฉพาะในห้องเรียนหรือเวชปฏิบัติอย่างเดียว แต่ต้องเชื่อมโยงเข้ากับ Health systems คือระบบสุขภาพด้วยและต้องเชื่อมโยงกับประเทศอื่นด้วย เพราะว่าในขณะนี้ประเทศต่างๆ ทั่วโลกเชื่อมโยงกันไปหมด ลองดูตัวอย่างของ Ebola outbreak ดูตัวอย่างของ MERS outbreak เป็นต้น เวลาที่มีปัญหาอะไร เกิดที่จุดใดจุดหนึ่งในโลก มีโอกาสที่จะกระทบกระเทือนไปสู่จุดอื่นของโลกได้ ในเรื่องของ The Lancet Commission จึงได้เป็นต้นแบบของแพทย์ทั่วโลก ได้ใช้เป็นแนวทางข้อสรุปใน The Lancet Commission



ปาฐกถา “เปรม ภิรมย์” ครั้งที่ 13

paper นี้ ระบุว่าระบบการศึกษาของเราในขณะนี้ยังไม่สามารถที่จะไปสนองความต้องการของสังคม ถึงแม้เราจะผลิตแพทย์ พยาบาลได้มากก็ยังมีกระจายที่ไม่เหมาะสม ผู้นำด้านสุขภาพก็ไม่มีความสามารถที่จะทำงานกับสาขาวิชาอื่น เวลาเราเป็นแพทย์ออกไปทำงาน เราก็จะไปทำงานร่วมกับพยาบาล ร่วมกับนักสาธารณสุข ร่วมกับเภสัชกร แต่เราขาดทักษะทางด้านนี้ที่จะร่วมทำงานกัน ทำอย่างไรให้ได้ผล ยังมีช่องว่างระหว่างสิ่งที่ประชาชนต้องการกับสิ่งที่บุคลากรของระบบสุขภาพจะมอบให้ได้ อันนี้เป็นสิ่งที่เกิดขึ้นทั่วโลก วิธีแก้คือ จะต้องพยายามออกแบบการเรียนการสอนใหม่ หลักสูตรใหม่ วิธีการเรียนใหม่ โดยมุ่งเข้าไปโดยที่จะให้เกิดผลผลิตเป็นแพทย์หรือพยาบาล มิใช่แต่เฉพาะวิชาความรู้ ต้องให้สมรรถนะหรือทักษะที่มีความจำเป็นที่เขาจะออกไปทำงาน นอกโรงพยาบาลด้วย คือในเรื่องของการทำงานร่วมกัน ความเข้าใจในเรื่องของระบบสุขภาพของประเทศ ในด้านของความเป็นผู้นำ ในด้านของการสื่อสาร เป็นต้น

คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดีของเรากำลังจะมีสถาบันการแพทย์ จักรีนฤบดินทร์ ซึ่งผมขอเรียนว่าทางคณะฯ มีผู้ดูแลเรื่องนี้คือท่านคณบดี ซึ่งท่านได้นำเอากรอบแนวคิดของ The Lancet Commission เข้ามาเพื่อที่จะปรับปรุงการเรียนการสอนที่สถาบันการแพทย์จักรีนฤบดินทร์ เพื่อที่จะทำให้นักศึกษาแพทย์ของเราออกมาเป็นสิ่งที่เรียกว่า Change agent ให้กับสังคม คือเมื่อเราได้ศึกษามาแล้ว เขาจะต้องสามารถออกไปทำงาน และออกไปเปลี่ยนแปลงสังคมให้ดีขึ้น ตามที่ประชาชนหรือว่าสังคมต้องการ เพราะฉะนั้นการเรียนการสอนจะต้องออกแบบให้มันสอดคล้องกัน ลองนึกถึงภาพในขณะนั้นะครับ เวลาที่นักศึกษาแพทย์เรียนพยาธิ ผู้ป่วยส่วนใหญ่ต้องการ tertiary care หรือ quarterly care นักเรียนเรียนกันลำบากครับ บางทีก็ไม่สามารถจะซักประวัติ ตรวจร่างกายหรือติดต่อสื่อสารได้อย่างเต็มที่ ผู้ป่วยที่พบป่วยในชุมชนก็ไม่ค่อยได้พบ ดังนั้นกรอบแนวคิดของสถาบันการแพทย์จักรีนฤบดินทร์ที่จะย้ายนักเรียนแพทย์จากพญาไทไปอยู่บางพลีซึ่งเป็นโรงพยาบาลที่เราจะรักษาไว้ในระดับทุติยภูมิที่จะไปต่อเชื่อมโยงกับตติยภูมิ เฉพาะที่จะช่วยชีวิตในกรณีฉุกเฉินเท่านั้น คือพูดง่ายๆ ว่าถ้าจะทำ renal transplantation หรือ bone marrow transplantation ก็ต้องมาทำที่พญาไท แต่ว่าถ้าเป็นในเรื่องของทุติยภูมิหรือปฐมภูมิก็ดูกันที่บางพลี เราพยายามสร้างบรรยากาศการเรียนรู้ ให้นักเรียนได้สามารถที่จะออกไปทำงานในชุมชนได้เป็นอย่างดี

สมัยที่ผมเป็นนักศึกษาแพทย์ ผมยังจำได้นะครับ ตอนขึ้นกองศัลยกรรมได้มีโอกาส scrub ช่วยอาจารย์ทำผ่าตัดเป็นมือสามและผมช่วยอาจารย์จินตามาแล้ว ช่วยอาจารย์สมปอง ช่วยอาจารย์เปรม ก็เคยช่วย ได้ช่วยอาจารย์ทุกท่านที่ได้นั่งอยู่ในที่นี้ เมื่อเป็นนักศึกษาแพทย์ปี 5 แต่ตอนนั้นนักศึกษาแพทย์ปี 4 ปี 5 ปี 6 แทบจะไม่มีโอกาสที่จะ scrub เข้าช่วยผ่าตัดเพราะว่ามีแพทย์ประจำบ้านมากขึ้น มี Fellows ต่างๆ มากขึ้น จึงเกิดคำถามว่าภาควิชาศัลยศาสตร์จะทำการอะไรในการจัดการเรียนการสอน ที่จะทำให้เกิดทักษะในการทำการหัตถการของนักศึกษา เพราะเมื่อเขาออกไปทำงานจริงๆ เขาจะต้องไปทำงานด้านหัตถการการทำผ่าตัดเพราะความต้องการของประชาชนในชุมชน เมื่อทำไม่ได้ก็เกิดความไม่สะดวก ในเรื่องนี้ผมทราบว่า มีความพยายามของภาควิชาศัลยศาสตร์ที่จะพยายามแก้ไขเรื่องนี้ซึ่งผมขอชื่นชมนะครับ ทางภาควิชา ทางคณาจารย์โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ท่านอดีตหัวหน้าภาควิชาอาจารย์กฤษฎา รัตน์โอฬาร ที่ผมทราบเรื่องนี้เพราะว่าสมัยที่ผมเป็นคนบติ ท่านอาจารย์กฤษฎาเป็นหัวหน้าภาควิชา ในขณะนั้นความพึงพอใจของนักศึกษาต่อการจัดการเรียนการสอนของภาควิชาศัลยศาสตร์อยู่ในระดับที่ไม่ค่อยดีคือย้อนหลังไปประมาณ 5-6 ปี ทั้งสามชั้นปี ความพึงพอใจอยู่ในระดับร้อยละ 50 ไม่เกินร้อยละ 60 ซึ่งผมจำได้ขณะนั้นท่านอาจารย์กฤษฎา ได้พยายามที่จะปรับเปลี่ยน และเมื่อสักครู่ท่านหัวหน้าภาควิชาอาจารย์สาธิต กรณศ ได้เล่าให้ฟังว่ามีขบวนการอย่างไรที่ปรับเปลี่ยนจนกระทั่งขณะนี้คะแนนของความพึงพอใจดังกล่าวยิ่งสูงขึ้นมากเลยครับ ประมาณร้อยละ 80 กว่าๆ ซึ่งสูงขึ้นกว่าก่อนเกือบ 2 เท่า ซึ่งผมขอแสดงความยินดีด้วยและเป็นตัวอย่างหนึ่งที่แสดงว่าการศึกษสามารถเปลี่ยนแปลงได้ถ้าเรามีความตั้งใจจริง หากมีความต้องการและวางวัตถุประสงค์ไว้ว่าเราจะเปลี่ยนแปลงไปในทิศทางที่ดีขึ้น แต่การที่คะแนนสูงขึ้นมาอย่างนี้ผมก็ทราบว่าคุณอาจารย์หลายท่านต้องใช้พลังกำลัง ต้องใช้การลงทุน คือการทุ่มเทเป็นอย่างมาก ซึ่งผมขอชื่นชม นี่เป็นแนวคิดหนึ่งที่ผมอยากจะทิ้งไว้ให้ท่านได้ช่วยคิดหน่อยว่าเราจะสอนนักศึกษาแพทย์กันอย่างไร โดยเฉพาะอย่างยิ่งในขณะนี้วิชาศัลยศาสตร์ลงลึกมากแบ่งเป็น specialty มากขึ้นกว่าสมัยที่ผมเรียน ซึ่งก็ไม่มี specialty แต่ขณะนี้ specialty ของภาควิชาศัลยฯ ซอยย่อยลงไปมาก ดังนั้นเมื่อมีนักศึกษาแพทย์เข้ามาเรียนก็ต้องอย่าลืมนึกว่าเขาต้องออกไปทำงานในชุมชน เขาจะมีทักษะพอเพียงหรือไม่ที่เขาจะเข้าไปทำงานที่จะดูแลประชาชนในชุมชน นอกจากนักศึกษาแพทย์แล้วยังมีในเรื่องของแพทย์ที่ไปใช้ทุนตามโรงพยาบาลชุมชนต่างๆ หรือ



ปฏิญญา “เปรม ภิวั” ครั้งที่ 13

ตามโรงพยาบาลทั่วไป ตามโรงพยาบาลศูนย์ เหล่านี้มีแพทย์ที่ใช้ทุนอยู่ครบ ผมจึงมีความยินดีอย่างยิ่งที่เริ่มมีการพูดจาหรือปรึกษาหารือกันครับ ระหว่าง กสธ. คือกระทรวงสาธารณสุขกับราชวิทยาลัยศัลยแพทย์แห่งประเทศไทย ซึ่งรามาริบัติเองก็เป็นส่วนหนึ่งของราชวิทยาลัยศัลยแพทย์แห่งประเทศไทย ท่านผู้จัดการราชวิทยาลัยฯ ท่านเองก็นั่งอยู่ที่นี้ คือท่านอาจารย์พรเทพ เปรมโยธิน เราคงจะต้องพยายามทำให้เกิด continuous learning หรือ CME ให้แก่แพทย์ใช้ทุนด้วย เมื่อแพทย์ใช้ทุนออกไปอยู่ที่โรงพยาบาลชุมชน ในอดีตอาจารย์คงเคยออกไปเป็นแพทย์ใช้ทุนในโรงพยาบาลชุมชนมีโอกาสดำทำผ่าตัดไส้ติ่ง ทำ cesarean section หรือแม้กระทั่ง explore laparotomy ก็ทำ แต่ในปัจจุบันโรงพยาบาลชุมชนที่จะมีโอกาสทำแบบนี้ได้มีจำนวนลดลงมาก แพทย์ใช้ทุนที่ไปอยู่ในโรงพยาบาลชุมชนเพื่อฝึกทักษะทางด้านต่างๆ เหล่านี้ก็มีโอกาสได้ทาลดน้อยลงไปด้วย แต่เรื่องทักษะทางหัตถการนี้ยังมีความต้องการอยู่ บางครั้งการเปิดท้องผ่าตัดที่ห้องฉุกเฉิน ส่วนมากจะมีแต่คนไข้เข้ามาด้วยภาวะฉุกเฉินจากการบาดเจ็บต่างๆ ก็ต้องอาศัยทักษะอันนี้ จึงเป็นโจทย์ให้คิดอีกข้อหนึ่งครับว่าจะทำอย่างไรที่โรงเรียนแพทย์จะลงไปช่วยเพิ่มทักษะให้แก่แพทย์ในโรงพยาบาลชุมชน อันนี้ก็มีความต้องการของกระทรวงสาธารณสุขด้วย ความช่วยเหลือนี้อาจจะสามารถทำได้ในเชิงของการพัฒนาสมรรถนะทางด้านศัลยกรรมของแพทย์ที่ใช้ทุน โดยจะเป็นรายวิชาการเรียนการสอนแบบ Self directed learning ก็ได้หรือท่านอาจจะคิดทำไปในแนวอื่นก็ได้ แต่โจทย์ก็คือทำอย่างไรจะเพิ่มทักษะให้เขาได้มากขึ้น

ในเรื่องของการฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้านเมื่อหลายๆ ปีก่อนจำนวนผู้เข้ารับการฝึกอบรมค่อนข้างลดลง เราจะทำอย่างไรให้มีจำนวน เพิ่มมากขึ้น จากข้อมูลศักยภาพในการฝึกอบรมของสถาบันการผลิตศัลยแพทย์ของกระทรวงสาธารณสุขที่ผลิตศัลยแพทย์ต่างๆ จะเห็นว่ากรมการแพทย์จะผลิตได้ทุกสาขา จะมีเฉพาะสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข คือใน รพท. รพศ. เท่านั้นที่จะช่วยผลิตศัลยกรรมทั่วไปแต่มหาวิทยาลัยและกระทรวงอื่นๆ เป็นแหล่งที่สำคัญที่มีศักยภาพช่วยผลิตศัลยแพทย์ในสาขาอื่นๆ ด้วย คำถามก็คือว่าถ้าภาพยังเป็นเช่นนี้ ช่องว่างยังมีอยู่ระหว่างกระทรวงสาธารณสุขกับโรงเรียนแพทย์ ศักยภาพที่มีอยู่อย่างมหาศาลของโรงเรียนแพทย์จะเข้าไปเชื่อมโยงกับกระทรวงสาธารณสุขอย่างไร ที่จะทำให้การฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้านมีประสิทธิภาพมากขึ้น ซึ่งเป็นประเด็นที่ควรพิจารณา ร่วมกับการขาดแคลนแพทย์ที่มาสมัครเป็นแพทย์

ประจำบ้านศัลยศาสตร์ด้วย ทำให้เกิดการขาดแคลนทั่วไปหมดอย่างที่ผมนำมาแสดงให้ดูแต่เป็นที่น่ายินดีที่ได้มีการแก้ปัญหาไปเปละหนึ่งแล้ว แนวทางการแก้ปัญหาของกระทรวงสาธารณสุขคือการทำให้ 3 สาขาวิชาเป็นสาขาวิชาขาดแคลน คือ สาขาวิชาศัลยแพทย์ทั่วไป ประสาทศัลยแพทย์ และศัลยแพทย์ทรวงอก ให้ทั้ง 12 เขตสุขภาพขอโควตาได้ตามจำนวนความขาดแคลนและจัดสรรให้ตามต้องการซึ่งจะต่างไปจากเดิมรวมทั้งให้โรงเรียนแพทย์ระบบปกติและสถาบันแพทย์ผลิตแพทย์เพิ่มเพื่อชาวชนบท ซึ่งแนวคิดนี้เป็นประโยชน์มาก โดยดึงเอานักเรียนในชนบทมาเรียนแพทย์ในโรงเรียนแพทย์ของกระทรวงสาธารณสุขหลังจากที่เรียนวิทยาศาสตร์พื้นฐานในมหาวิทยาลัยมาแล้ว ซึ่งอาจารย์ลิระ บุญยะรัตเวช สมัยที่ท่านเป็นรองอธิการบดีฝ่ายการศึกษาของมหาวิทยาลัยมหิดล ได้ริเริ่มโครงการแพทย์ชนบทซึ่งเกิดเป็นดอกเป็นผลแล้วในขณะนี้มึนักศึกษาในโครงการผลิตแพทย์เพิ่มเพื่อชาวชนบท ปีละ 1,000 คน และกระจายกันไปโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไปของกระทรวงสาธารณสุขถึง 40 กว่าแห่ง แต่ก่อนนี้เราบอกว่แพทย์ในโครงการนี้จะต้องใช้ทุนครบ 3 ปีก่อนจึงจะมาเรียนได้ แต่ตอนนี้เราเปิดแล้วว่าไม่ต้องถึง 3 ปี เป็นแพทย์ฝึกหัดจบก็เข้าฝึกอบรมได้ของสาขาวิชาศัลยศาสตร์ทั่วไป ส่วน ODOD หมายถึง One doctor one district คือแพทย์ 1 อำเภอ 1 ทุนแพทย์ เป็นเรื่องที่อยู่อดมาจากโครงการผลิตแพทย์เพิ่มเพื่อชาวชนบท เด็กเหล่านี้ได้รับการดูแลมาอย่างพิเศษได้รับทุนสนับสนุนตั้งแต่เริ่มเข้าเรียนต้องใช้ทุนนานกว่าปกติ เพราะอยากจะให้เขาอยู่นาน แต่เดิม เด็กกลุ่ม ODOD ต้องใช้ทุน 6 ปีไปแล้วถึงจะมาเรียนได้ ตอนนี้ก็ลดลงมาเหลือแค่ 4 ปีเท่านั้น ถ้าอยู่ใน 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้สามารถเข้ามาเรียนได้ทันทีในทุกๆ สาขา เหล่านี้เป็นสิ่งที่กระทรวงฯ ได้พยายามแก้ไขไปแล้ว แต่ทางกระทรวงฯ ก็ต้องการให้ราชวิทยาลัยฯ ได้ช่วยเหลือทางด้านวิชาการ เช่น ทำอย่างไรจึงจะเพิ่มศักยภาพของโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไปของกระทรวงสาธารณสุขให้เป็นแหล่งฝึกอบรมเพิ่มเติมได้ ฝึกศัลยแพทย์เพิ่มเติมได้ เพราะว่าถ้าพูดถึงทรัพยากรการเรียนรู้ในเรื่องของคนใช้มีจำนวนมากมายมหาศาล มีอยู่เต็มที ทำอย่างไรเราที่เราจะนำทรัพยากรนี้มาใช้ในการเพิ่มศักยภาพและใช้เป็นสถานที่ฝึกอบรมเพิ่มเติมได้

อีกประเด็นหนึ่งเป็นประเด็นที่กระทรวงสาธารณสุขได้หยิบยกขึ้นมา บางครั้งเราส่งแพทย์ที่ผ่านการคัดเลือกมาจากเขตต่างๆ พอมาที่โรงเรียนแพทย์ปรากฏว่โรงเรียนแพทย์ไม่รับ เพราะว่าอาจพิจารณาแล้วเห็นว่าไม่มีความสามารถมากพอหรือศักยภาพ



ปาฐกถา “เปรม ภิวั” ครั้งที่ 13

ไม่พอเพียง เรื่องนี้ทางกระทรวงสาธารณสุขทราบว่าความสามารถหรือศักยภาพของแพทย์ในกระทรวงอาจไม่ดีเด่นแต่ก็อยากให้ทางโรงเรียนแพทย์รับไว้ฝึกอบรม อันนี้เป็นประเด็นเรื่อง การคัดเลือกแพทย์ประจำบ้าน ซึ่งเป็นปัญหาที่สำคัญมากเพราะว่า เราลองนึกทบทวนกลับไปดูว่าเราเลือกแพทย์ประจำบ้านมีเกณฑ์อย่างไร บางทีเราก็ดูจากการสัมภาษณ์ ดูจาก recommendation หรืออาจมีข้อมูลอะไรบ้างมาประกอบเล็กน้อย แต่ผมคิดว่าแค่นั้นไม่อาจจะพอเพียงครับ ถ้าเราจะเลือกแพทย์ประจำบ้านที่มีความเหมาะสมจริงๆ เราอาจจะต้องมีกระบวนการในการคัดเลือกเพิ่มเติมให้มากกว่านั้น ในการที่จะได้คนที่เหมาะสมยิ่งจริงๆ โดยเฉพาะอย่างยิ่งคนที่เขาอยู่ในท้องถิ่นและจะกลับไปทำงานในถิ่นฐานบ้านเกิดก็น่าจะได้รับลำดับความสำคัญให้แก่แพทย์ที่จะเข้ามาฝึกอบรมได้ครับ จากการที่มีการปรับเปลี่ยนในครั้งนี่จึงมีแสงสว่างเกิดขึ้น เมื่อคิดย้อนหลังไปเมื่อปี พ.ศ. 2554 มีแพทย์ประจำบ้านที่เข้ามาฝึกอบรมเพียงร้อยละ 29 เท่านั้นจากตำแหน่งการฝึกอบรมที่เรามีอยู่ หลังจากที่เราปรับเปลี่ยนเมื่อ 2 ปีก่อนตัวเลขนี้ได้ขยับขึ้นมาแล้วเป็นร้อยละ 85 แต่ในปีปัจจุบันขยับขึ้นมาเป็นร้อยละ 99 แล้วแต่ทว่าตัวเลขนี้ยังไม่นิ่ง แต่ผมแน่ใจครับว่าตัวเลขนี้เพิ่มขึ้นมา ร้อยละ 100 แล้ว ซึ่งน่าจะเป็นอย่างดี ว่ามีโควตาเท่าไรก็รับมาเต็ม หลังจากที่เราเปิดให้มีการอบรมได้เร็วขึ้นในสาขาตามที่ได้เรียนมาแล้ว ก็มีเด็กสนใจที่จะเรียนศัลยศาสตร์มากขึ้นและเด็กก็จบมากขึ้นนักเรียนของโครงการผลิตแพทย์เพิ่มเพื่อชาวชนบท และ ODOB ที่เข้ามาเรียนนับรวมกันในปีหนึ่งๆ ก็จบกว่า 2 พันคน ในประเด็นถัดไปที่เป็นช่องว่างก็คือเรื่องของ Continuous Medical Education และในเรื่องของการให้บริการหรือส่งตัวผู้ป่วยมารับการรักษาต่อที่โรงเรียนแพทย์

ทั้ง 2 เรื่องนี้ผมคิดว่าเป็นเรื่องที่แยกกันไม่ออกต้องพูดไปพร้อมๆ กัน ผมอยากให้คุณข้อมูลนี้ครับเป็นข้อมูลจริงคัดมาจากเขตสุขภาพต่างๆ ที่เป็นตัวแทนมีอยู่ 12 เขต ที่เห็นกันนี้เป็นข้อมูลของโรงพยาบาลทั่วไป เป็นโรงพยาบาลระดับอำเภอ โรงพยาบาลขนาดเล็กที่เรียก M1 หรือ รพช.ขนาดใหญ่ M2 จะเห็นว่าผมตัดตอนข้อมูลที่ภาคเหนือคือ พิษณุโลก สุโขทัย ให้อู๋ 2 จังหวัด สาขาศัลยศาสตร์ทั่วไปในโรงพยาบาลชุมชนระดับที่สมควรพอที่จะผ่าตัดได้บ้างมี ศัลยแพทย์ทั่วไปน้อยมาก Urology ไม่มีเลย สาขาอื่นก็ไม่มีเลย Orthopedic มีอยู่ 1 ท่าน OB/GYN และ ENT ก็มีค่อนข้างน้อย Anes-

thesia ก็ยิ่งน้อยลงไปอีกครับอันนี้เป็นภาพในขณะนี้ โรงพยาบาลที่ควรจะทำผ่าตัดได้ก็ไม่สามารถทำได้ อีกทั้งยังมีเรื่องของอาการฟองร้องอะไรต่างๆ เข้ามาผสมโรงอีก ภาคกลางไม่ต้องไปไกลมากนัก เช่น นครนายก นนทบุรี ปทุมธานี ฯลฯ จะเห็นว่าภาพการขาดแคลนก็จะไปในทิศทางเดียวกัน มีศัลยแพทย์ทั่วไปอยู่ไม่กี่คน เขตตะวันออก ภาพก็เป็นเช่นเดียวกันทั้งที่ไม่ไกลจากกรุงเทพฯ มากนัก ก็ยังขาดแคลนแพทย์ที่จะมาช่วยกันทำผ่าตัดในโรงพยาบาลชุมชนหรือของจังหวัดทางภาคตะวันออกเฉียงเหนือภาพก็ดูคล้ายๆ กัน หรือจังหวัดทางภาคใต้บางอำเภอมีตำแหน่งอยู่แต่ก็ไม่มีแพทย์ไปประจำและก็ไม่สามารถที่จะเปิดห้องผ่าตัดได้ ดังนั้นถ้าภาพเป็นเช่นนี้เราลองนึกภาพว่าศัลยแพทย์ที่เราฝึกอบรมแล้ว แล้วเขาไปอยู่โรงพยาบาลเหล่านี้จะไม่ได้ผ่าตัดหอกครับเพราะฉะนั้นจะทำอย่างไรที่จะให้ทักษะของเขาได้เพิ่มพูน ผมทราบว่าฝึกทักษะการผ่าตัดของศัลยแพทย์คนๆ หนึ่ง ไม่ใช่เรื่องง่ายๆ ที่จะให้เขาสามารถผ่าตัดได้ สมัยผมเป็นนักศึกษาแพทย์ศัลยแพทย์ต้องใช้เวลาเรียน 3 ปีแต่เดี๋ยวนี้เป็น 4 ปีแล้ว สหรัฐอเมริกา 7 ปี กว่าจะออกไปเป็นศัลยแพทย์และขณะนั้นอย่างที่เราบมีสาขาเฉพาะจำนวนมาก แพทย์ประจำบ้านสาขาศัลยศาสตร์ทั่วไปก็ไม่สามารถได้รับการฝึกอบรมเหมือนอย่างที่เคยทำมาในอดีต ในสมัยผมเป็นนักศึกษาแพทย์ผมยังจำได้เลยครับ ผมมีความชื่นชมในความสามารถของหัวหน้าแพทย์ประจำบ้านศัลยศาสตร์ว่าท่านมีความสามารถมากมายนะ เมื่อผมเป็นแพทย์ฝึกหัดหรือเป็นนักศึกษาแพทย์เวลามีผู้ป่วยฉุกเฉินเข้ามาผมจำไม่ได้เลยว่าเมื่ออาจารย์เข้ามาช่วยท่าน ท่านทำอะไรเบ็ดเสร็จ มีน้อยมากที่จะต้องปรึกษาแล้วอาจารย์ต้องเข้ามาช่วย ตั้งแต่อาจารย์สุชาติ อารีมิตร อาจารย์พรเทพ เปรมโยธิน ที่ท่านนั่งอยู่ในที่นี้ อาจารย์อภิชาติ นิราพาพงษ์พร ผมจำได้ดี ผมชื่นชมในความสามารถของท่าน ผมได้เรียนถามท่านอาจารย์สุทัศน์ ศรีพจนารถ อดีตหัวหน้าภาควิชาศัลยศาสตร์ ว่าความสามารถของหัวหน้าแพทย์ประจำบ้านยังเป็นอย่างนี้หรือเปล่า ท่านตอบว่าคงไม่เหมือนเดิมแล้วเพราะมันมีข้อจำกัดอะไรต่างๆ ค่อนข้างมาก เพราะฉะนั้นในการพูดเรื่องของทักษะ จะทำอย่างไรที่โรงเรียนแพทย์จะเข้าไปช่วยเพิ่มพูนทักษะของศัลยแพทย์ได้ มีข้อเสนอจากทางกระทรวงสาธารณสุขว่าเราควรมาพัฒนามาตรฐานร่วมกันได้ไหมระหว่างกระทรวงสาธารณสุขกับราชวิทยาลัยฯ ร่วมกันจัดทำมาตรฐานการบริการให้เหมาะสม สอดคล้อง เพิ่มศักยภาพ ซึ่งเป็นเรื่องที่ผมคิดว่าจะต้องคิดว่าจะทำอย่างไร



ปฏิญญา “เปรม ภิรมย์” ครั้งที่ 13

ผมมีตัวอย่างหนึ่งครับว่ามีอาจารย์จากโรงเรียนแพทย์หลายท่าน หรือไม่ใช่ว่าจากโรงเรียนแพทย์แต่อยู่ในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิส่วนกลาง ได้ออกไปสอนให้ศิษย์แพทย์ตามโรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลทั่วไป ไปสอนเขาทำให้ทักษะได้ดีขึ้น เช่นทางด้าน Hepato-biliary Laparoscopy ก็มีอาจารย์ทวี รัตน์ชูเอก จากโรงพยาบาลราชวิถีได้ออกไปสอนตามที่ต่างๆ หลายแห่ง ทาง Neuro Surgery ก็มีอาจารย์สุรชัย เคารพธรรม จากจุฬา ซึ่งท่านได้ตระเวนออกไปช่วยสอนเพื่อเพิ่มศักยภาพ เป็นต้น ผมคิดว่าอันนี้อาจจะเป็นโจทย์อีกโจทย์หนึ่งคือจะมีวิธีการอย่างไรที่จะลงไปช่วยเพิ่มศักยภาพในเรื่องของทักษะให้ได้มากขึ้น ในประเด็นที่ว่านี้จะต้องมีการมองไปในภาพใหญ่ นั่นก็คือร่วมกันคิดพูดคุยกันระหว่างกระทรวงสาธารณสุขกับราชวิทยาลัยศัลยแพทย์แห่งประเทศไทย ซึ่งมีเรื่องนี้ผมมีข่าวว่านายนิติศรีครับ ผมรับทราบจากผู้อำนวยการสถาบัน สบพข. หรือสถาบันผลิตแพทย์เพิ่มเพื่อชาวชนบท ว่าขณะนี้ได้มีการตั้งคณะกรรมการระหว่างกระทรวงสาธารณสุขกับราชวิทยาลัยฯ ขึ้นแล้ว ฝ่ายกระทรวงสาธารณสุขจะมีรองปลัดฯ เข้ามาร่วมเป็นประธาน คือแพทย์หญิงประนอม คำเที่ยง ส่วนราชวิทยาลัยศัลยแพทย์ก็คือท่านประธานคนปัจจุบัน พล.ท.รศ.นพ.ปริญญา ทวีชัยการ และทราบว่าท่านได้นัดหมายกันในวันที่ 1 ธันวาคม 2558 เพื่อพูดคุยกันอย่างจริงจัง ในประเด็นที่เราจะช่วยกันปิดช่องว่าง นำศักยภาพของโรงเรียนแพทย์เข้าสู่ทางศัลยศาสตร์ของกระทรวงสาธารณสุข ในประเด็นต่างๆ ให้มากขึ้นได้อย่างไร ประเด็นต่อไป ช่องว่างในการป้องกัน เราไม่สามารถหกรอกครับที่จะติดตามรักษากันได้ตลอด เนื่องจากขณะนี้ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพสูงขึ้นทุกปี

ดังนั้นจุดหมายหลักในการออกแบบระบบการประกันสุขภาพถ้วนหน้าก็คือ สร้างนำซ่อม ต่อไปผมจะยกตัวอย่างของศัลยศาสตร์ว่าจะมีบทบาทกันอย่างไร ในช่วงเวลาที่ผมเป็นรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข ผมมีโอกาสไปเยี่ยมทุกเขตสุขภาพ ไปที่โรงพยาบาลศูนย์ของทุกเขต เข้าเยี่ยมชมหมอผู้ป่วยศัลยกรรมประสาทของทุกโรงพยาบาล ศูนย์ จะมีลักษณะเหมือนกันทุกที่ คือ จะมีเตียงอยู่ประมาณ 40 เตียง ใน 40 เตียงนั้น 80% เป็น head injury จากอุบัติเหตุบนท้องถนน และ 80% ของ head injury เป็นอุบัติเหตุของรถจักรยานยนต์และใน 80% ของอุบัติเหตุรถจักรยานยนต์นั้นไม่ใส่หมวกนิรภัย ภาพเหล่านี้เป็นเหมือนกันหมด ดังนั้นทรัพยากรด้านสุขภาพก็ไม่สามารถนำไปใช้

กับเรื่องอื่นๆ ได้ ปัญหาที่ประเทศกำลังเผชิญอยู่นี้ ผมมีข้อมูลจาก WHO ซึ่งได้สำรวจไว้แล้วว่าประเทศไทยมีอัตราการตายที่เกิดจากอุบัติเหตุบนท้องถนนสูงเป็นอันดับ 2 ของโลก และถ้าท่านเดินออกไปดูท้องถนนตามที่ต่างๆ ก็ยังคงเห็นคนที่จักรยานยนต์โดยไม่สวมหมวกนิรภัย และชาวอุบัติเหตุรถจักรยานยนต์ก็มีทุกวัน อันนี้แหละครับที่ผมอยากจะเรียนเชิญท่าน ถ้าท่านมีมุมมองของศัลยแพทย์มาช่วยกันทางด้านนี้ ผมมีตัวอย่างของศัลยแพทย์ในกระทรวงสาธารณสุขที่ดูแลในเรื่องนี้อยู่อย่างเช่น คุณหมอวิชาชาติบัญญัติชาชัย ที่ขอนแก่น ซึ่งทำเรื่องนี้อย่างเป็นเรื่องเป็นราว ถ้าเราต่อเชื่อมโยงเข้ามาได้อีกในโรงเรียนแพทย์ก็น่าจะเป็นการดีมากครับ

อีกตัวอย่างหนึ่งจากที่ผมมีโอกาสพบกับแพทย์ทางด้านสาธารณสุขที่เขาทำทางด้าน การป้องกัน เขาเป็นแพทย์จากประเทศศรีลังกาแต่เดิมเป็น plastic surgeon แต่ผันตัวเองมาเป็น Public Health มาเป็นคนบติของคณะสาธารณสุขศาสตร์ และตอนหลังมาทำงานอยู่ที่ มหาวิทยาลัยในฮาวาย และได้ขึ้นมาเป็นประธานของ Asia Pacific Public Health Education ท่านบอกว่าเดิมท่านเป็น plastic surgeon และในประเทศศรีลังกาไม่มีไฟฟ้าใช้ มีแต่ตะเกียงตั้งนั้นโอกาสที่จะเกิดไฟลวกเด็กจึงมีมาก วันๆ จึงมีแต่รักษาไฟลวกเด็กตลอดเวลาซึ่งเป็นการแก้ที่ปลายเหตุเลยเป็นแรงบันดาลใจให้ท่านพยายามแก้ไข ไม่ให้ใช้ตะเกียงแบบนั้น เพื่อเป็นการลดการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุไฟลวก ซึ่งเป็นจุดหนึ่งที่ทำให้ plastic surgeon เข้ามาดูแลทางด้านสาธารณสุข ผมยังรู้จักแพทย์ชาวไต้หวันอีกท่านหนึ่งซึ่งท่านเป็นรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขของไต้หวันในขณะนี้ ที่รู้จักท่านเพราะว่าท่านได้รับพระราชทานปริญญาแพทยศาสตรดุษฎีบัณฑิตจากมหาวิทยาลัยมหิดลเมื่อ 2 ปีก่อนท่านเป็น neuro surgeon ถ้ามว่าท่านเป็น neuro surgeon แล้วทำไมมาสนใจด้านสาธารณสุข ปัญหาเดียวกันเลยครับคือเรื่อง head injury จากอุบัติเหตุบนท้องถนนทำให้ท่านหันมาณรงค์ในเรื่องของการใส่หมวกนิรภัย อันนี้ก็เป็นที่อุทาหรณ์เลยนะครับว่าสำหรับศัลยแพทย์ผมฝากประเด็นให้ท่านช่วยคิดด้วยครับ ว่าในสาขาต่างๆ ของศัลยศาสตร์ซึ่งผมคิดว่ามีทุกสาขาครับที่สามารถที่จะเชื่อมโยงไปกับการป้องกัน การส่งเสริมสุขภาพได้ แทนที่จะตั้งรับ โดยการรักษาอยู่แต่ในโรงเรียนแพทย์



ปาฐกถา “เปรม ภิรมย์” ครั้งที่ 13

ส่วนอีกเรื่องหนึ่งที่มีความสำคัญมากที่โรงเรียนแพทย์หรือภาควิชาศัลยศาสตร์ของเราที่จะช่วยได้ก็คือ การเพิ่มศักยภาพด้านการบริการ ผมยกตัวอย่างหนึ่งนะครับในเรื่องของ Renal transplantation หรือ Organ donation ซึ่งเรื่องนี้เป็นที่น่าสนใจ เมื่อนึกย้อนหลังไปเมื่อสมัยอาจารย์ไพฑูริย์ คชเสนีย์ ริเริ่มโครงการ Renal transplantation เมื่อสักครู่ท่านหัวหน้าภาควิชาบอกว่าทำไปเกือบจะ 2,000 รายอยู่แล้วทำมากที่สุดในประเทศไทยขณะนี้ และมีความร่วมมือประสานงานกันระหว่าง Vascular surgery และ Urology มีอาจารย์หลายท่านมาร่วมช่วยกันมีอาจารย์โสภณ จิรสิริธรรม เป็นแม่งานหลักท่านหนึ่ง แต่นอกจากการผ่าตัดแล้ว เราต้องหาผู้บริจาคอวัยวะด้วย ในอดีต ผู้บริจาคอวัยวะจากรามาธิบดีแทบเป็นศูนย์ คือเราไม่ได้คิดที่จะพยายามหาผู้บริจาคอวัยวะกัน แต่หลังจากที่มีการปรับแนวคิด ขณะนี้ ผู้บริจาคอวัยวะที่รามาริบัติได้เพิ่มขึ้นอย่างมาก และยังเป็นต้นแบบของวิธีการที่จะหาผู้บริจาคอวัยวะอีกด้วย จะทำอย่างไรให้เราใช้ศักยภาพอันนี้ให้เกิดหลักการ ให้เกิดองค์ความรู้ ทำให้เกิดตำราต่างๆ ในการที่จะทำ kidney transplantation และจะทำอย่างไรให้ขยายผลไปยังทั่วประเทศ เป็นที่น่าสนใจครับว่าในแนวคิดนี้มีรามาริบัติเป็นจุดบ่มเพาะของศัลยแพทย์ที่ออกไปทำงาน ที่สร้าง renal transplantation unit ในหลายๆ โรงพยาบาลทั้งในโรงเรียนแพทย์แห่งอื่นของกระทรวงศึกษาธิการและของโรงพยาบาลศูนย์ในกระทรวงสาธารณสุข อาจารย์โสภณ จิรสิริธรรม และทีมงานต้องไปสาธิต ไปฝึกอบรม ไปติดตามงาน เช่น โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา สิ่งหนึ่งที่เกิดขึ้น คือต้องมีการเคลื่อนไหว การเดินทางของอาจารย์ในโรงเรียนแพทย์ไปสู่ส่วนภูมิภาคมากขึ้นหากเราทำเช่นนี้ นอกจากนี่ยังมีการสร้างตำราเผยแพร่เรื่องนี้ เป็นแนวปฏิบัติ เป็นคู่มือ เป็นสื่อวีดิทัศน์ ให้แก่กระทรวงสาธารณสุข อาจารย์โสภณ จิรสิริธรรม ท่านบอกว่าเรื่องการบริจาคอวัยวะนี้รามาริบัติสามารถเป็นแบบอย่างได้เลย เพราะว่าหลังจากที่เราได้ปรับตัว โดยเริ่มจากศูนย์มาหลายปี เราใช้อวัยวะมากที่สุดแต่เราไม่มีผู้บริจาคอวัยวะเลย ในตอนนั้นเราคิดกันว่าถ้าเราอยู่แบบนี้ คงไม่ได้ เราใช้เขาตลอดเวลาแต่เราไม่หาเลย ตอนนี่เริ่มแล้วครับตั้งแต่สมัยผมเป็นคนบติได้ช่วยกันคิด มีการตั้งคณะกรรมการขึ้นมา สิ่งที่จะต้องทำจะต้องอาศัยความร่วมมือจาก ทุกๆ ฝ่ายตั้งแต่นักศึกษาแพทย์ แพทย์ประจำบ้าน อาจารย์แพทย์และพยาบาล ตั้งแต่ในหอผู้ป่วยใน ICU เพราะจะต้องมีการดูแลเขาอย่างดี ต้อง

มีการสื่อสารให้ข้อมูลและก็ค่อยๆ ขอผู้บริจาคอวัยวะโดยให้เขาเห็นความสำคัญ ตอนนั้นเราเอานักศึกษาแพทย์มาเป็นนางแบบเพื่อจะทำโปสเตอร์ ทำอะไรต่างๆ เพื่อประชาสัมพันธ์ให้ความรู้ ซึ่งบางทีเมื่อเขาเห็นโปสเตอร์นี้อาจเกิดศรัทธาที่จะบริจาค มีรายที่เป็นตัวอย่างได้ คือเขาเห็นโปสเตอร์นี้ในลิฟต์แล้วเดินกลับมาบริจาคอวัยวะก็มี เพราะแต่ก่อนเขาไม่ทราบ เหล่านี้เป็นสิ่งหนึ่งที่โรงเรียนแพทย์สามารถทำให้เกิดขึ้นได้ แต่ผมก็อยากให้ท่านลองคิดดูครับว่าในสาขาวิชาอื่นที่ไม่ใช่ Urology ที่ไม่ใช่ Vascular ผมคิดว่ามีโอกาสที่ท่านจะทำได้สามารถช่วยเพิ่มศักยภาพการบริการของโรงพยาบาลของกระทรวงสาธารณสุขได้ อย่างเช่นในเรื่องของการผ่าตัดหัวใจ ซึ่งในขณะนี้ในโรงพยาบาลเกือบทุกศูนย์และทุกเขตในประเทศนี้สามารถทำได้ และเป็นผลดีสำหรับคนไข้เพราะว่าไม่ต้องเดินทางเข้ามาในกรุงเทพฯ แต่คิวจะยาว โดยเฉพาะอย่างยิ่งขณะนี้ปัญหาของโรคหัวใจในเด็กกับการผ่าตัดหัวใจ เพราะคิวจะยาวมาก เพราะความสามารถในการผ่าตัดโรคหัวใจพิการในเด็กจะยากกว่า จึงมีความต้องการให้อาจารย์ในโรงเรียนแพทย์ไปช่วยเพิ่มศักยภาพการบริการให้เพิ่มขึ้น

เรื่องต่อไปคือการวิจัย การวิจัยเป็นเรื่องสำคัญเป็นหัวใจของโรงเรียนแพทย์ ผมยินดีมากเลยเมื่อสักครู່ท่านหัวหน้าภาควิชาฯ บอกว่าได้ตั้งหน่วยวิจัยขึ้นมาแล้วโดยมีอาจารย์ภาควิชาพยาธิ เลิศสิทธิชัย เป็นผู้ควบคุมดูแล ผมอยากให้อาจารย์ลองช่วยกันคิดว่าจะมีประเด็นอะไรบ้างที่เป็นประเด็นทางสาธารณสุข ที่เป็นประเด็นใหญ่ๆ ที่ท่านจับแล้วจะมีผลต่อคนจำนวนมากในเชิงวิจัย ยกตัวอย่างเช่น cholangiocarcinoma ยังเป็นปัญหาอยู่ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ขณะนี้ทางมหาวิทยาลัยขอนแก่นทำมากที่สุดในเรื่องนี้ แต่ผมคิดว่าในสาขาวิชาอื่นๆ ต้องมีเรื่องอื่นอีกครับที่จะนำมาคิดเป็นโจทย์วิจัย คิดโจทย์วิจัยอย่างไรที่เราสามารถทำให้เกิดผลกระทบ ทำให้เกิดการปรับเปลี่ยน แทนที่จะตั้งรับและรักษาอยู่ เพราะฉะนั้นผมขอเชิญชวนครับ ท่านมาถูกทางแล้วที่ท่านเริ่มสนใจจะวิจัย ไม่ใช่วิจัยเฉพาะในเรื่องของ Biomedical ลงไปถึง Gene DNA อันนั้นก็ทำไปด้วยเถอะครับ ทำให้เกิด translational medicine การทำวิจัยเรื่องอะไรก็ตามมีความสำคัญทั้งนั้นแต่ท่านอย่าลืมการวิจัยด้านสาธารณสุขที่จะเชื่อมโยงเข้ามาในวงการสาธารณสุข จะต้องไปเชื่อมโยงกับศาสตร์อื่นๆ ไปเชื่อมโยงกับกระทรวงสาธารณสุขด้วยการเชื่อมโยงไปนี้เพื่อไปปิดช่องว่างอันนี้



ปาฐกถา “เปรม ภูมิ” ครั้งที่ 13

เรื่องถัดไปเป็นเรื่องสุดท้ายที่ผมอยากจะฝากไว้ในเรื่องของการปิดช่องว่าง คือ การบริหารจัดการระบบการบริหารจัดการ สิ่งที่ผมกล่าวมาทั้งหมดนั้นจะเกิดขึ้นได้ก็ต้องอาศัยการบริหารจัดการ ซึ่งเราจะต้องคิดออกไปนอกกรอบว่าการบริหารจัดการแบบนี้มีการทำงานแบบนี้ ของอาจารย์ที่ทำกันอย่างนี้ทุกวันอาจจะไม่สามารถตอบสนองที่จะปิดช่องว่างได้ เราจึงจะต้องคิด จะต้องมองดูว่าเราจะมีการปรับเปลี่ยนและจัดการอย่างไรหรือไม่ กระทรวงสาธารณสุขเขาจะพยายามที่จะทำการรวมพลังแพทย์ ซึ่งหมายถึงแบบนี้ครับ ในกรณีของ neuro surgeon ที่ขาดแคลน ในโรงพยาบาลหนึ่งมีจะมี neuro surgeon หนึ่งคน ต้องอยู่เวรทุกวันในที่สุดก็ล้า อยู่เวรไม่ไหว ทางกระทรวงสาธารณสุข เลยใช้วิธีนี้ ยกตัวอย่างโรงพยาบาลสุโขทัย อำเภอเมือง โรงพยาบาลศรีสังวรสุโขทัย อำเภอศรีสำโรง โรงพยาบาลพิษณุโลกที่อยู่ใกล้ๆ กัน เดินทางไม่ไกล neuro surgeon ของแต่ละโรงพยาบาลก็มารวมกันผลัดกันอยู่เวร ไม่ต้องมาอยู่กันทุกวัน ผลัดกันคนละอาทิตย์ก็ได้ สองอาทิตย์ก็ได้ ก็สามารถแบ่งเบาภาระไป และการเดินทางไม่ได้ยากมากนัก ใช้รถยนต์วิ่งจากโรงพยาบาลศรีสังวรไปโรงพยาบาลสุโขทัยระยะแค่ 10 หรือ 20 กิโลเมตร ก็ถึงแล้วหรือจากโรงพยาบาลพิษณุโลกมาก็ไม่ไกล ดังนั้นจึงต้องบริหารจัดการแบบนี้ ทำอย่างไรให้เขาอยู่ได้ด้วย เพื่อที่จะทำให้สามารถใช้ศักยภาพที่มีอยู่แล้วให้สามารถใช้ได้เต็มที่

ในมุมมองของผม หากเราจะปิดช่องว่างของกระทรวงสาธารณสุขกับโรงเรียนแพทย์ก็มีประเด็นต่างๆ เหล่านี้ชวนให้คิด ฟังดูบางเรื่องอาจจะดูทำห่วย ลองมองย้อนหลังไปเมื่อ 50 ปีก่อน ท่านอาจารย์เปรม ภูมิ ท่านเสนอเรื่องเวชศาสตร์ชุมชนขึ้นมา คง จะมีสภาพคล้ายๆ กันอย่างนี้ ดูจะทำห่วย ดูจะเป็นไปได้หรือเปล่า ดูจะยากไปไหม 50 ปีผ่านไปแล้วเราจึงเห็นผลสัมฤทธิ์ ในขั้นตอนต่อไปถ้าเราจะคิดเรื่องนี้อย่างจริงจัง เราจะต้องเปลี่ยนกระบวนทัศน์ในหลายๆ ด้าน ด้านแรก คือการเปลี่ยนวิธีคิด (Change of mindset) ของอาจารย์ในภาควิชาของเราว่าเราไม่สามารถที่จะทำงาน แต่ในภาควิชาเราจะต้องเปิดภาควิชาออกแล้วต้องไปเชื่อมโยงกับกระทรวงสาธารณสุข มองดูในแง่ของประเด็นต่างๆ ที่ผมได้เรียนไว้แล้วหรือว่าในเรื่องของการป้องกันให้มากขึ้น อีกข้อหนึ่งคือต้องดูความต้องการของทางกระทรวงสาธารณสุขคืออะไร เราอยู่ในโรงเรียนแพทย์เราอาจไม่รู้ ไม่ทราบความต้องการอันนั้น เราตั้งรับอยู่ตลอดเวลาอาจไม่ได้สร้างความ

ต้องการโดยตรง ต้องมีการพูดคุยกันระหว่างเราซึ่งเป็นผู้ให้การอบรมกับผู้รับการฝึกอบรม ซ้ำถัดไป Continuity/ Connectivity ที่สำคัญที่สุดก็คือว่าการฝึกอบรมนั้นไม่ได้สิ้นสุดที่โรงพยาบาลรามาริบัติ ซึ่งความเห็นอันนี้เป็นกระบวนการที่คนที่จะต้องเปลี่ยน เมื่อจบการฝึกอบรมที่โรงพยาบาลรามาริบัติแล้วความรับผิดชอบของอาจารย์ไม่ใช่สิ้นสุดลงแค่นั้น จะต้องทำอะไรที่จะให้เกิดความเชื่อมโยง ความต่อเนื่อง ซึ่งเป็นโจทย์ใหญ่มากที่พวกเราต้องช่วยกันนั่งคิดว่าจะทำอะไรที่อาจารย์ในภาควิชาศัลยศาสตร์ มีโยงโยไปโรงพยาบาลชุมชน ในโรงพยาบาลศูนย์โรงพยาบาลทั่วไป ไปช่วยสร้างศักยภาพให้เขา ซึ่งจะไปสู่การเปลี่ยนแปลงกระบวนการทัศนหรือวิถีคิด ข้อต่อไปคือจะต้องปรับการทำงาน ให้อาจารย์โรงเรียนแพทย์ออกไปปฏิบัติงานที่โรงพยาบาลของสาธารณสุขได้ ในขณะที่ทุกภาควิชาเป็นคล้ายๆ กันหมดคืออาจารย์แพทย์ของเราไปไหนไม่ค่อยได้ ถูกผูกติดด้วยตารางการผ่าตัด และภาระอะไรต่างๆ มากมาย แต่ถ้าเรามาคิดกันใหม่ ต้องบริหารจัดการใหม่ก็อาจจะช่วยได้ จะทำให้ตัวอาจารย์บางท่านมีเวลาว่างมากขึ้น มีโอกาสที่เราจะไปช่วยเสริมศักยภาพในด้านต่างๆ ให้กับกระทรวงสาธารณสุข และในข้อสุดท้ายคือจะต้องมีนวัตกรรม นั่นคือจะต้อง “think out of the box” ในเรื่องของการบริหารจัดการต่างๆ ถ้าท่านได้ฟังที่ผมบรรยายมาท่านอาจจะคิดว่าทำได้หรือเปล่า ยากไปหรือเปล่า การที่จะทำได้หรือไม่ได้มันขึ้นขึ้นกับการบริหารจัดการ ทั้งนั้นครับ ดังนั้นในเรื่องที่เราคุยกันในวันนี้เมื่อผ่านไปอีก 50 ปีข้างหน้า อาจมีคนมองย้อนกลับมาว่าหลังจากที่เราได้จุดประกายพูดคุยกันในเรื่องที่จะปิดช่องว่างในวันนี้ เกิดผลประโยชน์ สัมฤทธิ์ผลมากขนาดไหน เช่นเดียวกับที่เรา นั่งคุยกันในวันนี้แล้วมองย้อนหลังไปเมื่อ 50 ปีที่ผ่านมาพวกเราเห็นชัดเจนว่าท่านอาจารย์เปรม ได้สร้างคุณูปการทางด้านเวชศาสตร์ชุมชน ให้แก่คนไทยเราครับ และวันนี้ก็เหมือนกับเป็นการต่อยอดให้กับสิ่งที่ท่านอาจารย์เปรม ได้ทำไว้ครับ ผมขอขอบคุณครับ



ปาฐกถา “เปรม บุรี” ครั้งที่ 13

ความเป็นมา ในการจัดปาฐกถา “เปรม บุรี”

เพื่อเป็นการเชิดชูเกียรติคุณของศาสตราจารย์เกียรติคุณนายแพทย์เปรม บุรี ซึ่งถือว่าเป็นปูชนียบุคคลคนหนึ่งของคณะฯ ในฐานะที่ท่านเป็นผู้ร่วมก่อตั้งคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี และเป็นหัวหน้าภาควิชาศัลยศาสตร์คนแรก ท่านได้วางรากฐานการศึกษาทางศัลยศาสตร์ของคณะฯ เป็นปึกแผ่นและมีชื่อเสียงจนถึงปัจจุบัน นอกจากนี้ท่านยังเป็นผู้ก่อตั้งศูนย์เวชศาสตร์ชุมชนของคณะฯ อีกด้วย นับว่าท่านเป็นผู้ที่มีคุณูปการอย่างใหญ่หลวงต่อชาวรามาคิดอย่างยิ่ง ภาควิชาศัลยศาสตร์จึงได้จัดปาฐกถาเปรม บุรี เพื่อเป็นเกียรติแก่ท่านเป็นประจำมาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2547

- ครั้งที่ 1** วันอังคารที่ 16 พฤศจิกายน พ.ศ. 2547
เรื่อง “ประสบการณ์หลังเกษียณอายุราชการ”
โดย : ศาสตราจารย์เกียรติคุณนายแพทย์เปรม บุรี
- ครั้งที่ 2** วันพุธที่ 16 พฤศจิกายน พ.ศ. 2548
เรื่อง “คุณสมบัติของศัลยแพทย์ที่ดี”
โดย : ศาสตราจารย์เกียรติคุณนายแพทย์สิระ บุญยะรัตเวช
- ครั้งที่ 3** วันจันทร์ที่ 20 พฤศจิกายน พ.ศ. 2549
เรื่อง “เมื่อศัลยแพทย์ถูกร้องเรียน”
โดย : รองศาสตราจารย์นายแพทย์ทองดี ชัยพานิช
- ครั้งที่ 4** วันจันทร์ที่ 12 พฤศจิกายน พ.ศ. 2550
เรื่อง “คำนี้ถึงศัลยกรรม”
โดย : รองศาสตราจารย์นายแพทย์จินดา สุวรรณรักษ์

- ครั้งที่ 5** วันอังคารที่ 17 พฤศจิกายน พ.ศ. 2551
เรื่อง “ระลึกถึงศัลยศาสตร์ศิริราช-รามาริบัติ”
โดย : ศาสตราจารย์เกียรติคุณนายแพทย์วีระสิงห์ เมืองมัน
- ครั้งที่ 6** วันจันทร์ที่ 16 พฤศจิกายน พ.ศ. 2552
เรื่อง “4 ทศวรรษ ศัลยศาสตร์รามาริบัติ”
โดย : ศาสตราจารย์เกียรติคุณนายแพทย์วิวัฒน์ วิสุทธิโกศล
- ครั้งที่ 7** วันจันทร์ที่ 15 พฤศจิกายน พ.ศ. 2553
เรื่อง “วิกฤตวงการศัลยกรรมไทย”
โดย : พลโท ศาสตราจารย์เกียรติคุณนายแพทย์นพดล วรอุไร
- ครั้งที่ 8** วันพฤหัสบดีที่ 12 มกราคม พ.ศ. 2555
เรื่อง “ศัลยกรรมไทย : อดีต ปัจจุบันและอนาคต”
โดย : ศาสตราจารย์เกียรติคุณนายแพทย์อรุณ เฟาสวัสดิ์
- ครั้งที่ 9** วันพุธที่ 14 พฤศจิกายน พ.ศ. 2555
เรื่อง “ศัลยแพทย์กับการทำวิจัย”
โดย : ศาสตราจารย์นายแพทย์สุทธิพร จิตต์มิตรภาพ
- ครั้งที่ 10** วันพุธที่ 13 พฤศจิกายน 2556
เรื่อง “Teamwork between Anesthesiologist & Surgeon : Tackling the Surgical Needs”
โดย : ศาสตราจารย์เกียรติคุณแพทย์หญิงสมศรี เฟาสวัสดิ์
- ครั้งที่ 11** วันพุธที่ 12 พฤศจิกายน 2557
เรื่อง “ASEAN Economic Community (AEC) และผลกระทบต่อศัลยแพทย์ไทย”
โดย : ศาสตราจารย์คลินิกนายแพทย์ปิยะสกล สกลสัตยาทร



ปาฐกถา “เปรม ภิรมย์” ครั้งที่ 13

ครั้งที่ 12 วันจันทร์ที่ 16 พฤศจิกายน 2558

เรื่อง **“Academic medicine and public health:
Let’s close the gap”**

โดย : ศาสตราจารย์เกียรติคุณนายแพทย์รัชตะ รัชตะนาวิน

ครั้งที่ 13 วันพุธที่ 16 พฤศจิกายน 2559

เรื่อง **“จริยธรรมนำกฎหมาย แนวทางป้องกันการฟ้องร้อง”**

โดย : ศาสตราจารย์แสวง บุญเฉลิมวิภาส

ภาควิชาคัลยศาสตร์

คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี

270 ถ.พระรามที่ 6 แขวงทุ่งพญาไท เขตราชเทวี กรุงเทพฯ 10400

โทร. 02-201-1315, 02-201-1325 โทรสาร 02-201-1316