

บทความวิชาการพิเศษ

การย้ายถิ่นของแพทย์: ประสบการณ์วิสัญญีแพทย์ไทยในสหรัฐอเมริกา

นายแพทย์ สุวัฒน์ ศิลปสุวรรณ*



การย้ายถิ่นของแพทย์หรือที่เรียกว่า "ภาวะสมองไหล" เป็นผลรวมมาจากช่องว่างในอุปสงค์และอุปทานในประเทศที่พัฒนาแล้วและการขาดความพึงพอใจในงานของประชากรจากประเทศกำลังพัฒนา เนื่องจากกระแสหลักผลักดันจากประเทศต้นทางและพลังจูงใจให้เกิดการย้ายถิ่นมาสู่ประเทศปลายทางเพื่อการประกอบอาชีพ มีหน้าที่การทำงานที่ดีกว่าในเรื่องนี้ การย้ายถิ่นของแพทย์ที่มีขนาดใหญ่อาจก่อให้เกิดปัญหาทั้งกับประเทศต้นทางและประเทศปลายทางผู้รับเข้า โดยมีการเสริมสร้างความแตกแยกช่องว่างทางเศรษฐกิจระหว่างประเทศที่พัฒนาแล้วกับประเทศกำลังพัฒนา ขณะเดียวกันอัตราประโยชน์ทั้งประเทศต้นทางและปลายทางก็เกิดขึ้นและดำรงอยู่เช่นกัน จึงทำให้กระแสการย้ายถิ่นเพื่อแสวงหาโอกาสที่ดีกว่า^{1,2} ยังมีอย่างต่อเนื่องในยุคโลกาภิวัตน์ที่กระบวนการเคลื่อนย้ายได้ปรับเปลี่ยนมาสู่ยุคบูรณาภิวัตน์แล้วก็ตาม จุดหมายของการนำเสนอประสบการณ์ย้ายถิ่นของแพทย์ไทยไปสหรัฐอเมริกา ในช่วงทศวรรษ 1960 เพื่อเสนอแบบแผน ความตั้งใจในการย้ายถิ่นฐานของแพทย์ และปัจจัยกำหนด ตลอดจน

ผลสืบเนื่องตามมาจาก การย้ายถิ่นเพื่อตั้งครอบครัวในถิ่นฐานใหม่ด้วยการพรรณนาและวิเคราะห์ปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้น

ผู้เขียนจบแพทย์จากคณะแพทยศาสตร์ ศิริราชพยาบาล เมื่อ พ.ศ. 2512 เมื่อ 49 ปีมาแล้ว หลังจากจบการศึกษาแล้ว ได้เป็น Intern อยู่ที่โรงพยาบาลศิริราช 1 ปี และเป็นแพทย์ประจำบ้าน (Resident) ที่แผนกศัลยศาสตร์ อีก 3 ปี ปี พ.ศ. 2516 ก็จบ พอดิการยาจบแพทย์ที่คณะเดียวกัน จึงมาศึกษาต่อที่ USA พร้อมกัน

ผู้เขียนเป็นผู้เชี่ยวชาญทางด้านวิสัญญี (American Board Certified in Anesthesiology) ส่วนภรรยาเป็นผู้เชี่ยวชาญทางโรคเด็กและเด็กเกิดใหม่ที่เกิดก่อนกำหนด (American Board Certified in Pediatrics, Perinatal-Neonatal Medicine)

สาระสำคัญ

การย้ายถิ่นเพื่อการศึกษาต่อและแสวงหาการตั้งถิ่นฐานเพื่อชีวิตการทำงาน และครอบครัวที่ดีขึ้นในประชากรหลายกลุ่มอาชีพจากประเทศกำลังพัฒนาไปสู่ประเทศพัฒนาแล้ว เช่น ประเทศไทยไปสหรัฐอเมริกา ในกรณีแพทย์ไทยซึ่งเป็นบุคลากรในวิชาชีพที่สำคัญยิ่งของระบบสุขภาพของประเทศ มีประเด็นพิจารณา ดังนี้

*President of Chesapeake Anesthesia. Associates ของโรงพยาบาล Calvert Memorial Hospital Prince Frederick, Maryland, USA

ทำไมแพทย์จากประเทศไทยถึงมาศึกษาต่อ USA กันมากมาย

• เมื่อประมาณ 50 ปีมาแล้ว พวกเราเกือบทุกคนก็อยากไปเรียนต่อเมืองนอกกันทั้งนั้น เพราะได้รับการยกย่องเป็นหนุ่มสาวนักเรียนนอก ได้รับการยกย่องและชื่นชมจากพ่อแม่ เพื่อนๆ และผู้ร่วมงานเป็นอย่างดี

• ผู้ที่ได้มาศึกษาต่อสมัยนั้นส่วนมากเป็นคนเรียนเก่ง ได้ทุนจากมหาวิทยาลัยเพื่อไปศึกษาต่อต่างประเทศ หรือเป็นข้าราชการได้ทุนจากสถาบันนั้นไปศึกษาต่อต่างประเทศ เวลาไปเมืองนอกจะมีคนมาส่งมากมาย มีคนเอาพวงมาลัยมาสวมให้เหมือนนักร้องลูกทุ่งสมัยปัจจุบันนี้ ส่วนลูกคนรวยจะมาทุนส่วนตัว

• พวกแพทย์ก็เหมือนอาชีพอื่นๆ พอจบแล้วก็อยากมาศึกษาต่อ โดยเฉพาะ USA ซึ่งกำลังรุ่งเรืองในด้านการแพทย์ และกำลังต้องการแพทย์จากต่างประเทศจำนวนมาก เพราะการผลิตแพทย์ใน USA ใช้เงินมาก ประกอบกับช่วงนั้นเป็นช่วงสงครามในเวียดนาม แพทย์ใน USA ไปทำงานที่เวียดนามจำนวนมาก

• ผู้เขียนเข้าเรียนแพทย์เมื่อปี พ.ศ. 2508 จบเมื่อปี พ.ศ. 2512 สมัยนั้นประเทศไทยผลิตแพทย์ได้ประมาณ 250 คน จากศิริราช 120 คน จาก โรงพยาบาลจุฬาฯ 80 คน จาก โรงพยาบาลเชียงใหม่สวนดอก 50 คน

• ในจำนวน 250 คน จะมาศึกษาต่อใน USA ประมาณ 60-70%

ข้อดี ข้อเสีย ที่แพทย์ไทยมาศึกษาต่อใน USA

ข้อเสีย

1. ในช่วงนั้นประเทศไทยเราขาดแคลนแพทย์

อยู่แล้ว เมื่อนักศึกษาจบแพทย์แล้วแทนที่จะไปประกอบอาชีพในประเทศไทย โดยเฉพาะในต่างจังหวัด กลับไปศึกษาต่างประเทศเป็นส่วนใหญ่ ทางรัฐบาลก็หาทางสกัดกั้นโดยให้แพทย์ที่จะมาศึกษาต่างประเทศ (USA) ต้องจ่ายเงินค่าปรับ 2 เท่า คือ 80,000 บาท เพราะการศึกษาแพทย์ในสมัยนั้นรัฐบาลออกให้ปีละ 10,000 บาทต่อคน 4 ปี 40,000 บาท

2. ประเทศชาติเสียบุคลากรที่ค่อนข้างเก่งและมีความสามารถ พวกที่เรียนแพทย์ส่วนมากเป็นพวกเรียนเก่ง หัวดี

ข้อดี

1. ทำให้การแพทย์ในประเทศไทยทันสมัยและทัดเทียมกับประเทศที่มีความเจริญก้าวหน้าในด้านการแพทย์ แพทย์ไทยจำนวนมากหลังจากจบ Training แล้วก็กลับประเทศไทย นำความรู้และ Technology ใหม่ๆ ไปสู่ประเทศไทย สมัยก่อนเราไม่มี website google ที่จะเปิดดูความรู้ต่างๆได้ ทางด้านการแพทย์ ต้องอาศัยอาจารย์และเข้าห้องสมุด เปิดตำรา

2. แพทย์ที่จบแล้วประกอบอาชีพแพทย์อยู่ใน USA ก็ได้ก่อตั้งสมาคมแพทย์ไทยแห่งสหรัฐอเมริกา (TPAA) จุดประสงค์ก็เพื่อพบปะสังสรรค์และช่วยเหลือในหมู่แพทย์ด้วยกัน จุดประสงค์ที่สำคัญที่ระบุไว้ใน By Law คือ จะต้องนำความรู้ทางด้านวิชาการ และ New Technology ไปช่วยเหลือประเทศที่ต้องการความช่วยเหลือ

• สมาคมแพทย์ไทยในสหรัฐอเมริกา (TPAA - Thai Physician Association of America) ก็ได้้นำ Lecturer ที่มีชื่อเสียงไป Lecture และประชุมทางด้านวิชาการร่วมกับแพทย์ในประเทศไทย แพทย์ไทยในอเมริกา TPAA ยังได้หาทุน ทยา และอุปกรณ์ทางด้านการแพทย์ไปทำ Medical Mission ในที่กั้นดาร และผ่าตัดรักษาผู้ป่วยที่ยากจน เช่น การ

ลอกต้อกระจกและใส่ Lens ให้ (Cataract extraction with Lens Implant) นับว่าได้ผลดีมาก เพราะคนไทยเป็นโรคต้อกระจกเยอะมาก แพทย์ไม่เพียงพอที่จะรักษาได้หมดทุกคน การผ่าตัดเด็กๆปากแหว่งเพดานโหว่ ก็ได้ทำจำนวนมาก

- ผู้เขียนในอดีต ปี พ.ศ. 2548 เป็นนายกสมาคมแพทย์ไทยแห่งสหรัฐอเมริกา หรือ President of TPAA ได้นำทีมแพทย์จาก USA และเพื่อนแพทย์จากเมืองไทย ไปทำการผ่าตัดลอกต้อกระจก และทำเข้าเทียมให้พี่น้องชาวจังหวัดพิษณุโลกเป็นจำนวนมาก พร้อมได้นำอาจารย์ไปช่วยสอนแพทย์รุ่นน้อง ให้มีความสามารถและมั่นใจในการผ่าตัดลอกต้อกระจก ทำเข้าเทียม ตลอดจนทำ Colonoscopy ที่คณะแพทยมหาวิทยาลัยนเรศวร จังหวัดพิษณุโลก ซึ่งนับว่าได้ผลดีมาก

- ในระยะ 10 ปีหลังนี้ TPAA หยุดทำ Medical Mission แล้ว เพราะสมาชิกอายุมากขึ้น บางคนก็เกษียณไปแล้ว ประกอบกับประเทศไทยเรามีจำนวนแพทย์มากขึ้น แต่ TPAA ก็พยายามจัดหาอุปกรณ์ เครื่องใช้ในทางการแพทย์ไปมอบให้โรงพยาบาลในต่างจังหวัด

ทำอย่างไรจึงจะไปศึกษาต่อทางด้านการแพทย์ที่ USA

การมาศึกษาต่อใน USA ของแพทย์นั้นต่างกับสาขาอาชีพอื่นๆ สมัยนั้นทางการแพทย์ ของประเทศ USA จะส่งข้อสอบให้แพทย์สอบที่สถานทูตอเมริกาในประเทศไทย ที่กรุงเทพฯ เชียงใหม่ ข้อสอบมี 2 ภาค ภาค 1 เกี่ยวกับวิชาการแพทย์ ภาค 2 ภาษาอังกฤษ ต้องสอบให้ผ่านทั้ง 2 ภาค บางคนสอบทางวิชาการได้ แต่ไม่ผ่านหรือตกภาษาอังกฤษต้องสอบใหม่ ส่วนมากจะสอบผ่านกันเป็นส่วนใหญ่ บางคนก็ไม่สนใจในการสอบมา USA

การสอบนั้นเพื่อเป็นการวัดระดับความรู้ของพวกแพทย์ให้ได้มาตรฐานเดียวกันกับผู้สำเร็จการศึกษาแพทย์ใน USA เรียกว่าสอบ ECFMG

หลังสอบ ECFMG ผ่านแล้ว เราก็จะขอให้โรงพยาบาลต่างๆ ใน USA ส่งใบสมัครไปให้ ปี พ.ศ. 2503 ถึง พ.ศ. 2515 เป็นช่วงเวลาแสวงหา ที่ฝึกอบรม Train ค่อนข้างง่าย บางคนได้รับตอบรับหลายแห่งแล้ว แต่เราจะเลือกเองว่าจะเอาโรงพยาบาลไหน หลังปี พ.ศ. 2515 ตั้งแต่ ปี พ.ศ. 2516 เป็นต้นมาหาที่ Train ค่อนข้างยาก หลัง ปี พ.ศ. 2519 เกือบจะมากันไม่ได้เลย หรือได้น้อยมาก

ผู้เขียนมาศึกษาที่ USA ปี พ.ศ. 2516 (ค.ศ. 1973) ได้เลือกเข้า Train เป็น Intern 1 ปี และเป็น Resident in Surgery 1 ปี แล้วเข้าไป Train ทางด้าน Anesthesia อีก 2 ปี สามารถที่จะเลือกเข้า Train 3 ปีก็ได้³ แต่ในปัจจุบันต้อง Train ทางด้าน Anesthesia อย่างน้อย 3 ปี จึงจะมีสิทธิสอบ Board เป็นผู้เชี่ยวชาญ

ผู้เขียนเป็นผู้เชี่ยวชาญทางด้านวิสัญญี (Board Certify in Anesthesiology) ก็จะกล่าวเน้นการ Practice Anesthesia in USA เท่าที่มีประสบการณ์ตรง

ประเทศสหรัฐอเมริกา มีแพทย์ต่างชาติมาประกอบอาชีพมากที่สุดในโลก แพทย์ที่ทำงานใน USA ประมาณ 900,000 คน มี 247,000 คน⁴ เป็นหมอจากต่างประเทศมา Practice Medicine in USA หมอจาก India/Pakistan มีมากที่สุด ที่สองได้แก่จากกลุ่มประเทศ Middle East รองลงมาอีกคือ ประเทศฟิลิปปินส์ แพทย์เกาหลีก็มีมากพอสมควร

- สำหรับแพทย์ไทยใน USA ประมาณ 1,000 คนไม่ถึง 0.5% ของแพทย์จากต่างประเทศ และส่วนใหญ่ก็ retire ไปกันหมดแล้ว

- แพทย์จากต่างประเทศที่จบ Training แล้ว บางคนก็กลับบ้านเกิดเมืองนอน เข้าใจว่าประเทศไทยเป็นประเทศที่แพทย์จบ Training แล้วกลับบ้านเกิดเมืองนอนมากที่สุด คิดว่าประเทศไทยอาชีพแพทย์ยังเป็นที่ต้องการสูง ได้ตำแหน่งดี รายได้ดี โดยเฉพาะโรงพยาบาลเอกชน

- โรงพยาบาลเอกชนที่ดีๆ ของประเทศ เช่น โรงพยาบาลบำรุงราษฎร์ โรงพยาบาลกรุงเทพ เป็นโรงพยาบาลที่แพทย์จาก USA ทำงานอยู่เป็นจำนวนมาก

- แพทย์รุ่นเดียวกันกับผู้เขียนกลับบ้านเกิดเมืองนอนประมาณ 50%

- แพทย์จากประเทศอื่นหลังจากจบ Training แล้ว มากกว่า 95% ไม่ยอมย้ายกลับประเทศของตนเองเลย

หลังจบ Training แล้ว จะออกไปประกอบอาชีพอย่างไร

- แพทย์จากต่างประเทศหลังจบ Training แล้ว จะไปประกอบอาชีพ ต้องสอบ License หรือ ใบประกอบโรคศิลป์ ใช้เวลาสอบ 3 วัน จำเป็นที่สุด ถ้าสอบไม่ได้จะประกอบอาชีพแพทย์ไม่ได้เลย

- การสอบเป็นผู้เชี่ยวชาญ (Certified by American Board) ระหว่างรอการสอบหรือก่อนจะสอบ ถ้ามี License ก็สามารถประกอบอาชีพได้ถึงจะสอบไม่ผ่านก็สามารถทำงานไปได้เรื่อยๆ แต่ควรจะสอบให้ผ่าน ถ้าไม่ผ่านจะเสียหน้าและอายเพื่อนร่วมงาน

สำหรับการสอบเป็นผู้เชี่ยวชาญทางด้านวิสัญญี (Board Certify in Anesthesiology) มีขั้นตอนดังนี้

1. สอบข้อเขียน 1 วัน เข้า-บ่าย ประมาณ 7 ชั่วโมง

2. หลังสอบข้อเขียนผ่าน รอประมาณ 1/2 - 1 ปี แล้วสอบสัมภาษณ์ (Oral Examination) เป็นปัญหาสำหรับแพทย์ต่างชาติ เพราะภาษาอังกฤษไม่คล่อง ประหม่า (Nervousness) เนื่องจากกรรมการสอบ เป็น Professors ทางด้าน Anesthesia มาสอบ เราอย่างละเอียด แต่เขาก็พยายามเข้าใจเรา ปลอดภัยไม่ให้เรตกใจ ส่วนมากก็สอบผ่าน ประมาณ 15% ไม่ผ่าน

ประมาณ 50 ปีที่แล้ว แพทย์ที่จบ Training ทางด้าน Anesthesia เป็นแพทย์จากต่างประเทศเป็นจำนวนมาก และตามสถิติที่ออกมา แพทย์ Anesthesiologist มีรายได้ดี แต่ 10 ปีหลังจากนั้น แพทย์ที่จบจาก USA เข้าไป Train ทางด้านวิสัญญีกันมาก โอกาสที่หมอต่างชาติจะไป Train ทางด้านวิสัญญีจะยากมาก แพทย์ที่จบ Training แล้ว ก็แยกกันประกอบอาชีพหลายอย่าง ได้แก่

1. Full Time Anesthesiologist โรงพยาบาลของ City ในเมืองใหญ่ เช่น City of New York, Chicago, Baltimore เปรียบเหมือนกับโรงพยาบาลของรัฐบาลไทย โรงพยาบาลประจำอำเภอ หรือโรงพยาบาลประจำจังหวัด มีเงินเดือน Fixed Salary งานมากหรืองานน้อย ก็ได้เงินเท่าเดิม เหมือนเป็นข้าราชการ

2. Private Practice โรงพยาบาลส่วนใหญ่ใน USA เป็น Private Hospital แพทย์ไม่มีเงินเดือน รายได้จากการตมยา ผู้เขียนเป็น Group Practice ตั้งเป็น Corporation มีหมอตมยา เริ่มจาก 2 คน ขยายไปเรื่อยๆ ตอนนี้มี 7 คน ไปรับ Contract จากโรงพยาบาล ว่า Group ของเรารับเหมางานด้าน Anesthesia ทั้งหมด คนอื่นจะมาทำงานไม่ได้ ถ้าอยากได้เงินมากหน่อยก็จ้างพยาบาลตมยามาช่วย หมอตมยา 1 คน สามารถ Supervise พยาบาลตมยา

ได้ถึง 4 คน ทำให้เราสบายขึ้น Group Practice เราช่วยกันได้ มีปัญหาอะไรก็มา Discuss กัน โดยเฉพาะคนใช้หนักๆ บาง States เช่น Kansas พยาบาลมดยาสามารถมดยาเองได้ โดยไม่ต้องอาศัยหมอมดยา แต่หมอผ่าตัดต้องรับผิดชอบ

3. หมอมดยาบาง States เช่น California ไม่รวมกันเป็น Group แต่ต่างคนต่างไปมดยาตามโรงพยาบาลต่างๆ ที่ตัวเองมี Privilege ต่างคนต่างทำงาน ไม่ช่วยเหลือกัน

หมอมดยาก่อนที่จะเข้าไปมดยาแต่ละโรงพยาบาล จะทำอย่างไรบ้าง

- ต้องมี Privilege ของโรงพยาบาลนั้น เขา มีคณะกรรมการตรวจดู Qualification ของแต่ละคน และยังต้องมี Recommendation จากแพทย์หรือหัวหน้างานที่เราเคยทำงานด้วย

- Liability Insurance หรือ Malpractice Insurance แต่ละ State ราคาไม่เท่ากัน State of Maryland ที่ซึ่งผู้เขียนทำงานอยู่ มีราคาจ่ายปีละประมาณ \$10,000.00 และแตกต่างกันไปในแต่ละปี เมื่อ 30+ ปีมาแล้ว เคยจ่ายปีละ \$40,000.00 เพราะสมัยก่อนหมอมดยาถูกฟ้องร้องมาก ถ้าถูกฟ้องบอย Malpractice Insurance จะสูงขึ้นเรื่อยๆ บางที่บริษัท Insurance ไม่ยอมรับประกันให้เรา เพราะคิดว่าเราเป็นหมอที่ประวัติไม่ดี อาจเป็นอันตรายต่อคนไข้

- แต่ในปัจจุบัน มี Monitoring System ดีมาก คนไข้ที่ได้รับ Injury จากการมดยามีน้อยมาก การเสียชีวิต หรือหลังการมดยากลายเป็นเจ้าหญิงนิทราเกือบจะไม่มีเลย นอกจากคนไข้หนักมาก

- ก่อนคนไข้จะมีการผ่าตัด ทางโรงพยาบาลจะ Screen ว่าคนไข้มี Health Insurance หรือไม่ ถ้าไม่มี เขาจะไม่แนะนำให้ทำการผ่าตัด นอกจากเรามีความประสงค์จะจ่ายเงินสด

- แต่ส่วนมากทางโรงพยาบาลจะช่วยแนะนำ และช่วยหา Health Insurance ให้เรา ทั้งนี้ทั้งนั้น ขึ้นอยู่กับรายได้ของเราด้วย เช่น ถ้ามีรายได้ต่ำกว่าปีละ \$12,000.00 ต่อปี ถือว่าเป็นผู้มีรายได้น้อย โรงพยาบาลจะแนะนำไปหา Social Worker ของโรงพยาบาล เพื่อ Apply Medicaid Insurance ซึ่งเป็นของรัฐบาล ซึ่ง จะออกค่าใช้จ่ายให้คนไข้ทั้งหมด

- ในกรณี Emergency เช่น นักท่องเที่ยว หรือผู้ที่มาอยู่อย่าง illegal (ไม่ถูกกฎหมาย) ถ้าเกิดปัญหาฉุกเฉินต้องการผ่าตัดอย่างรีบด่วน เช่น ไส้ติ่งอักเสบ เกิดอุบัติเหตุทางท้องถนน เช่น Car Accident กรณีเช่นนี้ทางโรงพยาบาลจะต้องทำการรักษาให้ทันที ส่วนค่าใช้จ่ายค่อยมาพิจารณาคิดเบ็ดเสร็จ ภายหลังคนเจ็บได้รับการรักษาแล้ว

กรณีตัวอย่าง

- ผู้เขียนเคยมีคนไข้ชาว Mexican มารับจ้างชั่วคราว เป็น Appendicitis (ไส้ติ่งอักเสบ) ต้องการผ่าตัดด่วน ทั้งหมดผ่าตัดและหมอมดยากี่ยินดีทำการผ่าตัดให้ ถือว่าเป็น Charity คนไข้ไม่มี Health Insurance หลังคนไข้หายดีแล้วก็กลับประเทศ Mexico ไป หมอผ่าตัดกับหมอมดยากี่ไม่ได้ค่าตอบแทน ส่วนทางโรงพยาบาลจะนำเอกสารไปขอเงินจากรัฐบาล ส่วนมากรัฐบาลจะช่วยโรงพยาบาล เพราะโรงพยาบาลมีค่าใช้จ่ายมาก ตามลักษณะโครงสร้างรูปแบบของระบบโรงพยาบาลซึ่งทำหน้าที่ให้บริการสุขภาพแก่ประชาชนของประเทศ

ระบบ Health Care in USA

- ประมาณ \$3.207 Trillion ที่ใช้ใน Health Care ปี พ.ศ. 2561 (ค.ศ. 2016) ประมาณ 17.8% ของ GDP ของประเทศ ประชากรคนหนึ่งๆ มีค่าใช้จ่ายเพื่อสุขภาพ ประมาณ \$10,000.00 ต่อปี⁴

• ประชากร on Medicaid Insurance 70 ล้านคน (19.4% of Population) USA มีประชากรประมาณ 350 ล้านคน

• Medicare Insurance (คนที่มีอายุ 65 ปีขึ้นไป) มีประมาณ 44 ล้านคน หรือ 16.7% ของประชากรทั้งหมด จำนวนของคนกลุ่มนี้สูงขึ้นเรื่อยๆ คาดว่า ในปี พ.ศ. 2573 (ค.ศ. 2030) จะมีถึง 79 ล้านคน

จะเห็นได้ว่า ประชากรกลุ่มเป้าหมายการทำงานโดยเฉพาะผู้สูงอายุ มีขนาดใหญ่มากขึ้นทุกปี เป็นกลุ่มที่มีปัญหาและความต้องการทางสุขภาพ การเจ็บป่วยซับซ้อนที่ต้องการรักษามากมาย ขณะที่อัตราการจ้างของแพทย์ผู้เชี่ยวชาญในยุคนั้นมีจำกัด

• Surgeon (หมอผ่าตัด) งานก็จะหนักไปในทางฝีมือและความรู้

• Internist (หม้ออายุรกรรม) งานก็จะหนักไปในทางตรวจร่างกายและความรู้ และจ่ายยา

• Anesthesiologist ต้องมีฝีมือและความรู้ทางด้านอายุรกรรม จึงจะเป็นหมอดมยาที่ดีได้ ควรเป็นนักจิตวิทยาที่ดีด้วย เพราะคนไข้ก่อนผ่าตัดก็กลัวและประหม่าอยู่แล้ว ต้องเป็นคนให้กำลังใจคนไข้ ปลอดภัยให้คนไข้สบายใจขึ้น

ผู้เขียน Practice in Anesthesia อยู่ที่รัฐ Maryland ห่างจาก Washington DC เมืองหลวงไปทางใต้ประมาณ 40 ไมล์ (64 กม.) เขาถือ Standard of Care จะต้องเหมือนกัน เวลาถูกฟ้องร้องจะใช้อ้างเครื่องมือไม่พร้อมและไม่มีไม่ได้ ถ้าไม่พร้อมก็ส่งคนไข้ไป Washington DC โดย Helicopter ใช้เวลาบิน 10-15 นาทีเท่านั้น

การปฏิบัติงานในฐานะแพทย์ผู้เชี่ยวชาญทางด้านวิสัญญี

ลักษณะงานและกระบวนการทำงานมี

รายละเอียดเริ่มจากคนไข้ที่ได้รับการผ่าตัดส่วนใหญ่มักได้รับการดมยาและฉีดยาชา แบ่งได้ 3 อย่าง

1. General Anesthesia (ดมยาสลบ) เริ่มต้นด้วยการฉีดยาเข้าเส้นเลือด ตามด้วยยาสลบ หรือ Gas e.g. Sevoflurane

2. Regional Anesthesia e.g. Spinal Anesthesia, Epidural Anesthesia, Nerve Block เช่น Brachial Plexus Block

3. Monitor Anesthesia แพทย์จะฉีดยาชาเฉพาะที่ให้คนไข้ แล้วให้ยาทางเส้นเลือด คนไข้จะสลิมสลือครึ่งหลับครึ่งตื่น เรียกว่า Local with Sedation

การเลือก Anesthesia ทั้ง 3 อย่างนี้ ขึ้นอยู่กับ

1. ตำแหน่ง (Site of Surgery) ใช้วิธีไหนจะมีผลดีที่สุด

2. ความสมัครใจของคนไข้

3. แพทย์ที่ให้ Anesthesia ถนัดวิธีไหนและชอบวิธีไหน

4. หมอผ่าตัดชอบวิธีไหน

สำหรับใน USA ถือความสมัครใจของคนไข้เป็นหลัก เช่น การผ่าตัดใส่เข่าเทียม (Total Knee Replacement) หรือผ่าตัด Caesarian Section (การผ่าเอาเด็กออกทางหน้าท้อง) Anesthesia of Choice (ยาสลบที่ดีที่สุดสำหรับการผ่าตัดนี้) คือทำ Spinal Anesthesia คือ Block หลัง Anesthesiologist ควรอธิบายข้อดี ข้อเสีย ระหว่างดมยาสลบกับทำ Spinal Anesthesia เราควร Convince ให้คนไข้เลือก Spinal Anesthesia ถ้าคนไข้ไม่เห็นด้วยต้องการดมยาสลบ เราก็ต้องดมยาสลบ ถ้าไปทำในสิ่งที่คนไข้ไม่ชอบ ถ้ามีปัญหาคนไข้จะโกรธ ถึงขั้นฟ้องร้องกันได้

สำหรับการเลือกคนไข้ก่อนได้ Anesthesia การ Administer Anesthesia ให้คนไข้ Anesthesiologist (หมอดมยา) ต้องรู้สภาพการเจ็บป่วยของคนไข้ด้วย ไม่ใช่ว่าคนไข้ทุกคนจะให้ยาสลบได้เลย แม้จะเลือก Administer Anesthesia วิธีใดวิธีหนึ่ง เช่น คนไข้เป็นโรคหัวใจรุนแรง ความดันสูง, โรคเบาหวาน, โรคไต หรือโรคหอบหืด (Asthma) กรณีเช่นนี้ Anesthesiologist อาจจะต้อง Consult คือหารือกับผู้เชี่ยวชาญแต่ละโรคมาตรวจคนไข้ก่อนว่า คนไข้อยู่ในสภาพหนักมากน้อยเท่าไร เช่น โรคหัวใจก็ให้หมอโรคหัวใจมาตรวจคนไข้ก่อน และได้รับคำยินยอมจากหมอดมยา ถือว่าเป็น Negligent ถ้าถูกฟ้องอาจจะแพ้

หลังจากตรวจคนไข้เรียบร้อย พร้อมทั้งจะได้รับการผ่าตัดและวางยาสลบได้ Anesthesiologist ต้องตรวจสอบดังนี้

1. Check Anesthesia Machine ว่าเรียบร้อย และพร้อมที่จะทำงานได้

2. Check Monitoring System

- วัดความดัน (Blood Pressure)
- ชีพจร (Pulse)
- ปริมาณของ Oxygen ในเม็ดเลือดแดง (O₂ Saturation)
- ก๊าซคาร์บอนไดออกไซด์ที่ร่างกายปล่อยออกมา (CO₂ Excretion)

Monitoring System นี้เป็นสิ่งจำเป็นมาก เป็น Autonomic System Blood Pressure, Pulse, O₂ Saturation, CO₂ Excretion จะ Show อยู่บน Screen ตลอดเวลา ถ้าค่าอันใดผิดปกติ จะมี Alarm System ส่งเสียงทันที ต้องรีบแก้ไขด่วน

กรณีตัวอย่างที่น่าสนใจ

มีนักร้องชื่อดังไปทั่วโลกของสหรัฐอเมริกา คนหนึ่ง Michael Jackson นอนไม่หลับ กินยานอนหลับก็ไม่หลับ แพทย์ประจำตัวซึ่งเป็นหมอโรคหัวใจ ฉีดยา Propofol เข้าทางเส้นเลือด โดยปกติ Propofol ใช้เป็น Inducting Agent ในการวางยาสลบ คนไข้จะหลับและหมดสติทันทีใน 10 วินาที ก่อนจะให้ยา Propofol จะต้อง Monitor Blood Pressure, Pulse, O₂ Saturation, CO₂ Excretion โดย Propofol เป็นยาสำหรับหมอดมยาและใช้ในโรงพยาบาล หรือ Surgical Center ที่มีระบบ Monitoring ที่ดีเท่านั้น หมอโรคหัวใจคนนี้อาจจะไม่มีประสบการณ์ในการให้ยานี้ และไม่มี Monitor System พร้อมต้องเฝ้าดูคนไข้ทุกวินาทีที่ยังหลับ คนไข้จึงเสียชีวิต หมอถูกจำคุก 6 ปี และยึดใบประกอบโรคศิลป์

• งานสำคัญอีกอย่างที่ Anesthesiologist ทำแล้วคนไข้ Happy มากๆ คือ Administer Continuous Lumbar Epidural Analgesia สำหรับคนกำลังปวดท้องคลอด และสำหรับคนไข้บางคนที่ปวดตลอดเวลาหรือถึงเวลาจะคลอดแต่ไม่ปวดท้องคลอด หมอสูติกรรมจะนำคนท้องมาให้ยากระตุ้น (Pitocin) ให้ปวดท้องคลอด คนไข้พวกนี้จะเจ็บมากและร้องเอะอะโวยวายมาก มีคนท้องบางคนพูดว่า ไม่รู้ว่าจะมีเจ็บปวดอย่างไรอีกไหม ที่เจ็บปวดมากกว่าเจ็บท้องคลอด พอ Administer Continuous Lumbar Epidural Analgesia (คนไทยเรียกว่า Block หลัง) คนไข้จะหายเจ็บท้อง แต่การบีบตัวของมดลูกก็ดำเนินต่อไป ทำให้การคลอดลูกสบายมาก คนไข้จะไม่ทนทุกข์ทรมานอยู่หลายชั่วโมง โรงพยาบาลที่ผู้เขียนทำงานอยู่นี้ใช้วิธีนี้เกือบ 100%

- นอกจากลักษณะงานที่ต้องทำทุกอย่างที่เขียนมาแล้ว ผู้เขียนยังทำการรักษาผู้ป่วยที่เป็นโรคปวดหลัง และปวดร้าวไปที่ขา ที่เกิดจาก Degenerative Disc Disease, Lumbar Spondylosis, Disc Herniation โดยการฉีดยาชาผสมกับ Steroid ไปที่ด้านนอกของเยื่อหุ้มไขสันหลัง (Epidural Space) เป็นการรักษาตามอาการ ซึ่งหลายๆ ครั้งได้ผลดีมาก คนไข้ Happy มาก

- งานส่วนใหญ่ของผู้เขียน 80% จะอยู่ในห้องผ่าตัด ประมาณ 20% ของงานเป็นเวลาในการรักษาโรคปวดหลัง กับ Block หลังให้คนไข้เจ็บท้องคลอ แต่คนไข้จะจำผู้เขียนได้ดีในทางรักษาโรคปวดหลัง และการเจ็บท้องคลอ เพราะการเจ็บปวดถือว่าเป็นการทรมาน และผู้เขียนก็ได้รับความเชื่อถือจากแพทย์ร่วมงานและพยาบาลว่ามีความสามารถสูงในการ Block หลัง ใครทำไม่ได้จะเรียกผู้เขียนไปช่วย

- การเล่าประสบการณ์ Practice in Anesthesia in USA ผู้เขียนเห็นว่าอาจจะหนักไปทางวิชาการมากเกินไป จึงเขียนเสริมไปถึงชีวิตความเป็นอยู่และความรู้เล็กๆ น้อยๆ เกี่ยวกับประเทศสหรัฐอเมริกา

- USA เป็นประเทศใหญ่ มีเนื้อที่กว้างขวางอันดับ 4 ของโลก (มีพื้นที่อันดับ 1 รัสเซีย, อันดับ 2 แคนาดา, อันดับ 3 จีน) ประเทศอเมริกาใหญ่กว่าประเทศไทยประมาณ 20 เท่า แม้จะมีคนจนถึง 70 ล้านคน แต่ก็มีคนรวยมากที่สุดในโลก มีนักศึกษาจากทั่วไปมาศึกษาใน USA มากที่สุดในโลก มีรายได้จากการท่องเที่ยวมากที่สุดในโลก มี University ที่ดีที่สุดในโลก เช่น Harvard, MIT มีสถาบัน Research และ Museum มากมาย มีสถานที่สวยงามน่าเที่ยวมากมาย ภูมิอากาศแต่ละ Region ก็แตกต่างกันไปทาง West Coast ไม่มีหน้าหนาว แต่ด้านเหนือของประเทศหนาว 8-9 เดือนต่อปี

- พวกเรามา USA คิดว่าประเทศสหรัฐอเมริกาเป็นประเทศที่ร่ำรวย เรามาหมายจะซูดทอกัน เป็น American Dream บางคนก็ซูดได้ บางคนก็ซูดไม่ได้

- จากสถิติข้างบน USA มีคนจนอย่างน้อย 70 ล้านคน มากกว่าคนไทยทั้งประเทศอีก คนไทยมี 66,216,198 คน เป็นผู้สูงอายุ 7,885,022 คน⁶ (สำรวจ พฤษภาคม พ.ศ. 2018; สถาบันประชากร 2018)

- คนไทยที่อยู่ใน USA ประมาณ 2-3 แสนคน อาชีพหลักคือทำร้านอาหาร ประมาณ 10-20% กิจการดีมาก อีก 80-90% ก็พอเลี้ยงตัวเอง บางคนก็มีความสำเร็จในงานพวก Business เช่น นำสินค้าจากเมืองไทยมาขายใน USA ดีมาก เป็นตัวแทนในต่างประเทศ

- อาชีพที่ดีที่สุดของคนต่างชาติใน USA ก็คือ แพทย์ แพทย์ต่างชาติที่ประกอบอาชีพใน USA ประมาณ 247,000 คน ประมาณ 1 ใน 4 ของแพทย์

- อาชีพที่มีรายได้สูงสุดโดยเฉลี่ยก็คือ แพทย์ รองลงมาก็คือ ทนายความ ทนายความบางคนที่มีชื่อเสียงโด่งดัง จะมีรายได้มากกว่าแพทย์หลายเท่า

- เป็นแพทย์ไม่มีทางจะเป็นมหาเศรษฐีได้เลย เพราะเวลาทำงานของแพทย์มีจำกัด เราหากินกับคนจนเป็นส่วนหนึ่ง คนส่วนใหญ่เป็น ขนชั้นกลาง ตัวรัฐบาลของประเทศสหรัฐอเมริกาเองไม่ร่ำรวย จนเพราะมีค่าใช้จ่ายสูงมาก ค่าใช้จ่ายด้าน Health Care มีปีละ \$3.2 Trillion (17.8% ของ GDP) งบประมาณทางทหารก็สูง เงินช่วยเหลือต่างประเทศอีก รัฐบาล USA ดิตลบบากมาย

- คนจนของสหรัฐอเมริกาไม่อดตาย เขามีสวัสดิการช่วยเหลือคนจน มี Food Coupons ไปแลกกับอาหารได้

- ผู้เขียนรู้จักคนไทย 2 คน เขามาอยู่กับครอบครัวลูก ตอนนี้เป็น US Citizens เขาเล่าให้ฟังว่าเขาได้รับเงินช่วยเหลือจากรัฐบาลสหรัฐอเมริกาเดือนละ \$1,000.00

- จากการอ่านนิตยสาร Forbes /Bloomberg เกี่ยวกับมหาเศรษฐีของโลก 770 คน ประมาณ 500+ คน เป็นชาวอเมริกัน คนไทยมีประมาณ 10 คน มหาเศรษฐีคือมีเงินเป็น Billion Dollars ในสหรัฐอเมริกาไม่มีแพทย์ที่เป็นมหาเศรษฐี

- เชื่อไหมว่าคนต่างชาติที่มาอยู่สหรัฐอเมริกา รายได้และความเป็นอยู่โดยเฉลี่ยดีกว่าคนอเมริกัน

- จากการสังเกตของผมว่าในรัฐ Maryland ถิ่นคนรวย บ้านใหญ่ๆ และสวยงามก็เป็นคนจากต่างชาติเป็นจำนวนมาก ยกตัวอย่างเช่นลูกชายผม ซึ่งเป็นแพทย์ ภรรยาเป็นทนายความ บ้านอยู่เมือง Bethesda รัฐ Maryland เป็นเมืองที่ผู้มีรายได้สูงที่สุดของประเทศสหรัฐอเมริกา คนส่วนมากเป็นแพทย์ ทนายความ Businessman, Professors บ้านด้านขวา เป็นพวกเชื้อสาย India บ้านด้านซ้ายชาวจีน

- ผู้เขียนไม่เคยคิดว่าจะมาตั้งรกรากที่ประเทศสหรัฐอเมริกาเลย คิดว่ามาศึกษาต่อ 4-5 ปี ก็จะกลับเมืองไทย พอตีครอบครัวก็แตกแขนง มีลูก มีหลาน แยกสาขาอีกมากมาย ผู้เขียนมีลูก 2 คน จบแพทย์ที่ Georgetown University, Washington DC ทุกคนในครอบครัวเป็นหมอมด ลูกเขยก็เป็นหมอ มีแต่ลูกสะใภ้เป็นทนายความ มีหลาน 5 คน โอกาสที่จะกลับเมืองไทยอย่างถาวรมีน้อย แต่ก็ยังรักและคิดถึงเมืองไทยเสมอ คนไทยอยู่ใน USA แม้จะเป็นคน 2 สัญชาติ แต่ก็คิดว่าเราเป็นคนไทยอยู่เสมอ รักและห่วงประเทศไทยของเราตลอดเวลา

- สุดท้ายนี้ ผู้เขียนอยากให้ผู้อ่านเข้าใจว่าการได้รับยาสลบในปัจจุบันนี้ค่อนข้างปลอดภัย เพราะมี Monitoring System ที่ดีมาก ประกอบกับแพทย์ที่จบจากแพทย์ ได้มาเข้า Training เป็น Anesthesiologist กันมากขึ้น สมัยก่อนแพทย์ไม่อยากจะเรียน Anesthesiologist ถือว่าเป็นการปิดทองหลังพระ แต่ปัจจุบันถือว่าเป็นหน้าที่ของแต่ละคนที่จะทำให้ดีที่สุดในสาขาที่ต่างกัน

- จากกรณีศึกษานี้ ได้สะท้อนสาเหตุที่พบบ่อยที่สุดที่แพทย์ไทยต้องการย้ายถิ่นไปประเทศสหรัฐอเมริกา เงินเดือนที่สูงกว่า มีคุณภาพชีวิตที่ดี และการเรียนรู้เพิ่มเติม จากการศึกษาอบรมและประสบการณ์ใหม่ที่มีความแตกต่าง ทำทนาย รวมถึงความพึงพอใจในการทำงาน มีโอกาสมากขึ้นจากสภาพแวดล้อมในการทำงานที่ดีขึ้น วิถีชีวิตของตนเองและครอบครัวที่ดี กลุ่มแพทย์ในทวีปเอเชีย หลายประเทศต่างได้มีประสบการณ์ เช่นนี้ จากประเทศปากีสถาน อินเดีย ฟิลิปปินส์^{7,8} กระบวนการและผลลัพธ์ของการย้ายถิ่นของแพทย์ไทยในกรณีวิสัญญีแพทย์ที่ได้รับโอกาสในการทำงานที่เพิ่มพูนองค์ความรู้จากประสบการณ์ตรงในชีวิตการทำงาน เมื่อถอดบทเรียนประเด็นการให้ยาสลบอย่างปลอดภัยและความสำเร็จของแพทย์ไทยในการย้ายถิ่น และเป็นโอกาสอันดีในการถ่ายทอดส่งผ่านความรู้ จากความรู้ ทักษะ สู่การปฏิบัติ (Experiential Learning) ซึ่งถือว่าเป็นองค์ความรู้ที่มีคุณค่ายิ่ง ในระบบงานบริการสุขภาพที่เน้นความเชี่ยวชาญ เฉพาะสาขามาสู่สังคมไทย

เอกสารอ้างอิง

1. Global Health Workforce Alliance, Scaling up, Saving Lives-Taskforce for scaling up education and training for health workers 2008, www.who.int/workforcealliance/knowledge/resources/scalingup/en.
2. World Health Organization, Agenda Item 12.1, Health Systems including Primary Care. International migration and health personnel: a challenge for health systems in developing countries. In: World Health Organization, editor; 22 May; Geneva.2004.
3. Johnson , T. What You Need to Know About Foreign-Trained Doctors in the U.S. Healthcare System & The Workforce, Employment based, High Skilled, Immigration 101 on January 17, 2016.
4. Hartman,M Martin AB, Espinosa, N. National Health Care Spending In 2016: Spending And Enrollment Growth Slow After Initial Coverage Expansions, DECEMBER 06, 2017 retrieved from <https://doi.org/10.1377/hlthaff.2017.1299>
5. Papanicolas,I , Woskie,LR., Health Care Spending in the United States and Other High-Income Countries JAMA. 2018, 319(10):1024-1039. doi:10.1001/jama.2018.1150.
6. สถาบันวิจัยประชากรและสังคม สารประชากร มหาวิทยาลัยมหิดล มหาวิทยาลัยมหิดล นครปฐม; ศาลาญา 2561 สืบค้นจาก www.ipsr.mahidol.ac.th/ipsrbeta/th/Gazette.aspx.
7. Arnold,F., Minocha,U., Fawcett, JT South Asian Immigrants: Trends and Impacts on the Sending and Receiving Societies First published: May 1987, retrieved from <https://doi.org/10.1111/j.2050-411X.1987.tb00958>.
8. Physician migration at its roots: a study on the factors contributing towards a career choice abroad among students at a medical school in Pakistan, Global Health. 2012; 8: 43. doi: 10.1186/1744-8603-8-43.