



3 โครงการ 30 บาท แม้มีปัญหา แต่คือ หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

การสร้างระบบ “หลักประกันสุขภาพ” ถือเป็นหน้าที่ที่รัฐต้องเข้ามาดูแล เพื่อสร้างเสริมสวัสดิการและคุ้มครองให้ประชาชนทุกกลุ่มเพื่อความเท่าเทียมกันทางสังคมในเรื่องบริการทางสุขภาพ

ภาครัฐใช้ความพยายามอย่างต่อเนื่องมากกว่าสิบปีเพื่อคิดค้นและจัดหาระบบประกันสุขภาพที่เหมาะสมกับสังคมไทย ก่อนที่จะมี “โครงการ 30 บาทรักษาทุกโรค” ได้มีการพัฒนาโครงการประกันสุขภาพมาแล้วหลายระบบ

แต่กลับปรากฏว่ายังมีคนไทยอีกกว่า 18 ล้านคน หรือเกือบร้อยละ 30 ของคนไทยทั่วประเทศ ไม่มีระบบประกันสุขภาพใดๆ ให้กับชีวิต

พลิกปมที่มาของโครงการ 30 บาท รักษาทุกโรค

ยอนหลังประมาณเดือนตุลาคม 2543 เครือข่ายภาคประชาชน 11 องค์กร ร่วมรณรงค์เพื่อให้รัฐบาลในสมัยนั้นสร้างระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า พร้อมจัดทำเสนอร่างพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติโดยการรวบรวมรายชื่อจากประชาชนให้ได้ 50,000 ชื่อ ตามบทบัญญัติของรัฐธรรมนูญที่กำหนดให้ประชาชนมีสิทธินำเสนอกฎหมายต่อสภาผู้แทนราษฎร เพื่อให้ตรากฎหมายฉบับดังกล่าวขึ้นในปี 2544

ช่วงเวลาเดียวกันนี้ พรรคการเมืองต่างๆ กำลังหาเสียงเลือกตั้ง พรรคไทยรักไทยจึงหยิบยกนโยบายสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้ามาหาเสียงกับประชาชนภายใต้ชื่อโครงการ 30 บาทรักษาทุกโรค เมื่อพรรคไทยรักไทยได้รับชัยชนะจากการเลือกตั้งในเดือนมกราคม 2544 นโยบายนี้จึงมีผลนำไปสู่การปฏิบัติ ท่ามกลางแรงสนับสนุนจากทุกฝ่าย ไม่มีเสียงวิจารณ์ใดๆ เพราะต้องการให้ระบบนี้เกิดขึ้นอย่างเป็นรูปธรรม

เดือนเมษายน 2544 รัฐบาลเริ่มต้นดำเนินโครงการทันที นำร่องก่อนใน 6 จังหวัด ขยายสู่อีก 15 จังหวัดเมื่อเดือนมิถุนายน 2544 และครอบคลุมทั้งประเทศเมื่อเดือนเมษายน 2545

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) สรุปตัวเลขจำนวนเครือข่ายสถานพยาบาลที่ขึ้นทะเบียนอยู่ในระบบดังกล่าว ณ เดือนกันยายน 2546 แยกเป็นโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขจำนวน 822 แห่ง สังกัดหน่วยงานอื่นๆ 73 แห่ง และภาคเอกชนอีก 87 แห่ง รวมทั้งหมด 982 แห่งทั่วประเทศ

โครงการ 30 บาทรักษาทุกโรคจึงเป็นนโยบายสำคัญทางสุขภาพที่รื้อวางฐานระบบการให้บริการสุขภาพเดิมของประเทศ ถือเป็น การปฏิรูปการเข้าถึงบริการสาธารณสุข ซึ่งเป็นเพียงส่วนหนึ่งของการปฏิรูประบบสุขภาพทั้งระบบ

เสียงสะท้อนต่อโครงการและปัญหาที่ปะทุขึ้นในปี 2546

หลังโครงการดำเนินไปได้หนึ่งปีเศษ เสียงสะท้อนจากฝ่ายผู้ให้บริการ หรือบุคลากรสาธารณสุขของรัฐ และฝ่ายที่ต้องประเมินผลโครงการเริ่มปรากฏแพร่หลายสู่สาธารณชน

เสียงจากประชาชนในฐานะผู้รับบริการ ผ่านผลสำรวจความคิดเห็นหรือโพลจากหลายๆ องค์กร เสียงส่วนใหญ่ให้การต้อนรับนโยบายเป็นอย่างดี ทุกคนเห็นตรงกันว่าสามารถเข้าถึงบริการการรักษาเพิ่มขึ้น เช่น ผลสำรวจของสำนักงานสถิติแห่งชาติเมื่อเดือนกันยายน 2546 พบว่าประชาชนร้อยละ 97 พอใจโครงการนี้ และร้อยละ 91 ต้องการให้รัฐบาลดำเนินโครงการนี้ต่อไป

แต่ผลสำรวจขึ้นเดียวกันนี้ก็พบด้วยว่า ผู้รับบริการประมาณหนึ่งในสามไม่พอใจเรื่องคุณภาพยา เพราะขาด

กว่าจะมีระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

- พ.ศ. 2518** รัฐบาลเริ่มนโยบายรักษาฟรีแก่ผู้มีรายได้น้อย แต่ยังไม่มีการออกบัตร
- พ.ศ. 2524** ออกบัตรสงเคราะห์ประชาชนผู้มีรายได้น้อย (สปน.) ประมาณ 11 ล้านคน หรือร้อยละ 23 ของประชากรทั่วประเทศ
- พ.ศ. 2526** ปีผู้สูงอายุสากลมีการแยกแยะผู้สูงอายุเป็น 4 ประเภท คือ 1. มีความสามารถจ่ายเงินเอง 2. ใช้สิทธิข้าราชการ 3. ถือบัตรสงเคราะห์ 4. มีรายได้น้อย ไม่มีบัตรสงเคราะห์
- พ.ศ. 2530** เริ่มโครงการประกันสุขภาพภาคสมัครใจ (บัตรสุขภาพ)
- พ.ศ. 2533** เริ่มใช้พระราชบัญญัติประกันสังคม
- พ.ศ. 2535** รัฐบาลประกาศนโยบายรักษาพยาบาลผู้สูงอายุไม่คิดมูลค่า (เฉพาะโรงพยาบาลของกระทรวงสาธารณสุข)
- พ.ศ. 2536** ขยายนโยบายครอบคลุมผู้ที่สังคมควรช่วยเหลือ เกื้อกูล เปลี่ยนชื่อโครงการสงเคราะห์ผู้มีรายได้น้อย เป็นโครงการสวัสดิการประชาชนด้านการรักษาพยาบาล (สปร.)
- พ.ศ. 2541** ปฏิรูประบบสวัสดิการรักษายาบาลสำหรับผู้มีรายได้น้อยและข้าราชการ
- พ.ศ. 2544** วันที่ 1 เมษายน เริ่มโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า นำร่อง 6 จังหวัด
วันที่ 1 มิถุนายน ขยายเป็น 15 จังหวัด
วันที่ 1 ตุลาคม ขยายทั่วประเทศ ยกเว้น กทม.
1 เมษายน 2545 ครอบคลุมทั่วประเทศ
- 18 พฤศจิกายน 2545** ประกาศใช้พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545

ความมั่นใจและกังวลใจว่าค่าใช้จ่ายเพียง 30 บาทจะช่วยสร้างหลักประกันให้ได้รับการรักษาและยาที่มีคุณภาพจริงหรือไม่

ฝ่ายผู้ให้บริการ โดยเฉพาะบุคลากรในโรงพยาบาลใหญ่ๆ สะท้อนปัญหาต้นทุนต่อหัวที่รัฐบาลคำนวณให้กับผู้ป่วย ซึ่งรวมเงินเดือนของบุคลากรทางการแพทย์ เหมารวมหมด ทั้งเงินเดือนแพทย์ พยาบาล ลูกจ้าง ค่ายา และเวชภัณฑ์ ฯลฯ เข้าไปด้วย ต้นทุนต่อหัวปีแรกตกหัวละ 1,202 บาทนั้นไม่เพียงพอต่อภาระค่าใช้จ่ายที่ต้องแบกรับ แต่สำหรับโรงพยาบาลเล็กๆ แล้วกลับประสบปัญหาหน้ามือ เนื่องจากมีจำนวนบุคลากรที่ต้องจ่ายเงินเดือนให้น้อยกว่ากันมาก

ขึ้นสู่ปีที่สองของโครงการ รัฐบาลปรับเปลี่ยนวิธีแยกเงินเดือนบุคลากรทางการแพทย์ออกจากค่าใช้จ่ายต่อหัว ส่งผลให้จำนวนเงินที่โรงพยาบาลชุมชนในระดับอำเภอได้รับลดฮวบลงทันที เพราะได้รับเฉพาะงบค่าใช้จ่ายรายหัวของจำนวนประชาชนในพื้นที่ที่รับผิดชอบเท่านั้น

ประมาณกลางปี 2546 เริ่มปรากฏมีข่าวที่ขึ้นเป็นระยะว่า โรงพยาบาลเล็ก ๆ ต่างประสบปัญหาทางการเงิน และเรียกร้องขอให้รัฐบาลจัดสรรงบประมาณเพิ่มก่อนที่จะสายเกินแก้ จนต้องตัดสินใจปิดบริการ มีการสำรวจพบว่า มีโรงพยาบาลถึง 235 แห่งขาดสภาพคล่อง เป็นหนี้สินรวมกว่า 945 ล้านบาท และโรงพยาบาลชุมชนจำนวนกว่า 230 แห่งจากทั้งหมด 726 แห่ง ประสบปัญหาวิกฤติ ขาดยา เวชภัณฑ์ เครื่องมือแพทย์ ที่จะให้บริการประชาชน เนื่องจากบริษัทยาและเจ้าหน้าที่หลายรายงดสินเชื่อและหยุดส่งของ

ในส่วนของสถานพยาบาลเอกชนที่เข้าร่วมโครงการ ข้อมูลจาก สปสช. ระบุว่า ในปีงบประมาณ 2546 มีโรงพยาบาลเอกชนออกจากโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า 15 แห่ง ทั้งนี้ในปี 2545 มีโรงพยาบาลเอกชนเริ่มถอนตัวไปบ้างแล้ว เช่น โรงพยาบาลเชียงใหม่ราม 1 และ 2 เป็นต้น

เหตุผลหลักของการถอนตัวคือ ไม่คุ้มทุนหรือขาดทุนนั่นเอง ผู้บริหารโรงพยาบาลเอกชนที่เข้าร่วมในโครงการ 30 บาทผู้หนึ่งกล่าวว่า หากจะให้คุ้มกับการลงทุนและการดำเนินการจะต้องมีประชาชนเลือกโรงพยาบาลนั้นเป็นที่รักษาพยาบาลอย่างต่ำ 30,000 ราย แต่หากเป็นคลินิกชุมชนซึ่งเป็นคลินิกที่ให้บริการเบื้องต้นก่อนจะส่งต่อมายังโรงพยาบาลจะต้องมีผู้เลือกอย่างน้อย 10,000 คน

ฝ่ายประเมินผลโครงการ

ศาสตราจารย์อัมมาร สยามวาลา จากสถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย ในฐานะหัวหน้าคณะวิจัย

โครงการ 30 บาทรักษาทุกโรคระยะแรก นำเสนอผลวิจัยว่า รัฐบาลเร่งรีบดำเนินโครงการ ขาดการเตรียมการที่ดีพอ ทำให้ต้องแก้ปัญหาแบบวันต่อวัน เพราะโดยข้อเท็จจริง รัฐจะต้องมีงบประมาณไม่ต่ำกว่าแสนล้านบาทสำหรับดำเนินโครงการ แต่ข้อเท็จจริงกลับปรากฏว่ารัฐบาลมีเม็ดเงินเพียง 6-7 หมื่นล้านบาทเท่านั้น

ดร. วิโรจน์ ณ ระนอง อีกหนึ่งในทีมวิจัยนี้สะท้อนปัญหาไว้สอดคล้องกันว่า “หากรัฐบาลต้องการทำโครงการ 30 บาทให้เป็นนโยบายหลักหนึ่งในสี่ของประเทศ ต้องมีเงินมาบริหารจัดการ ปัญหาของโครงการนี้คืองบประมาณไม่เพียงพอ ไม่ใช่เรื่องของการบริหารจัดการที่ล่าช้า”

ศาสตราจารย์นายแพทย์ประเวศ วะสี มองว่าโครงการ 30 บาทเป็นเพียงส่วนหนึ่งของหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า การนำ 30 บาทเป็นตัวเดินนโยบายของรัฐบาลกำลังจะกลายเป็นการนำเงินของคนจนมาจ่ายให้กับคนรวย

ชมรมแพทย์ชนบทมองเห็นปัญหาไม่ต่างกันว่า ค่าใช้จ่ายต่อหัวที่ตั้งไว้ต่ำกว่าที่ควรจะเป็น และเห็นว่าวิธีรวมต้นทุนต่อหัวกับเงินเดือนของบุคลากรทางการแพทย์ช่วยกระจาย

งบประมาณอย่างเป็นธรรม ทำให้ประชาชน โดยเฉพาะในท้องที่ห่างไกลได้รับบริการ “ใกล้บ้าน ใกล้ใจ” และเกิดการกระจายบุคลากรทางการแพทย์ลงสู่พื้นที่ที่ขาดแคลน

รัฐบาลเองก็ยอมรับว่า ยังไม่ทราบต้นทุนที่แท้จริงของโครงการ 30 บาท แต่เมื่อเป็นโครงการที่ดี เป็นประโยชน์แก่คนส่วนใหญ่จึงต้องลงมือทำและทำไปปรับไป นายกรัฐมนตรีเองคาดการณ์ว่าต้องใช้เวลาประมาณอีก 4-5 ปี จึงจะสามารถหาต้นทุนที่แท้จริงได้

ดังนั้นปัญหาที่ปะทุชัดเจนในปี 2546 หลัก ๆ จึงมาจากเรื่องการเงินของโครงการ และกระบวนการดำเนินงานที่ใช้ระบบ “เหมาโหล” เหมือนกันในทุกพื้นที่ ทั้ง ๆ ที่แต่ละพื้นที่มีปัญหาแตกต่างกัน

ผลการวิจัยของศูนย์เศรษฐศาสตร์สาธารณสุข คณะ

เศรษฐศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ระบุว่า เมื่อสอบถาม

ประชาชนในเรื่องคุณภาพในการรักษาพยาบาล พบว่ากลุ่มประชาชนมีความเห็นที่แตกต่างกัน เช่น ประชาชนผู้รับบริการต่างพึงพอใจคุณภาพการรักษาในแง่ที่มีการตรวจละเอียดมากขึ้น ขณะที่บางกลุ่มเห็นว่า เมื่อเปรียบเทียบคุณภาพของการบริการก่อนและหลังโครงการ 30 บาท โดยไม่นำเรื่องราคาเข้ามาเกี่ยวข้องคิดว่าคุณภาพการบริการเหมือนเดิม ไม่แตกต่างกันมาก

แต่เมื่อมองคุณภาพในการรักษาโดยรวม นักวิชาการมองว่าโครงการ 30 บาท คุณภาพในการรักษาอาจต่ำกว่า เนื่องจากความจำกัดในด้านงบประมาณที่มีผลต่อรายการบัญชียาของโรงพยาบาล ประชาชนต้องรอ

นาน และคุณภาพยาแตกต่างจากการใช้สิทธิแบบอื่น

คุณภาพการบริการและรักษาจึงด้อยกว่าการใช้ระบบประกันสุขภาพอื่น ๆ ดังการเปรียบเทียบอัตราค่าบริการต่อหัวของโครงการ 30 บาท เฉลี่ยที่ 1,202 บาท (ปี 2547 เพิ่มเป็น 1,308.50 บาท) เห็นได้ว่าอยู่ในระดับที่ต่ำกว่าการบริการจากกองทุนประกันสังคม (เฉลี่ย 1,558 บาทต่อหัว) และกองทุนสวัสดิการข้าราชการและพนักงานรัฐวิสาหกิจ (เฉลี่ย 2,106 บาทต่อหัว)

นอกจากนี้ยังมีปัญหาสืบเนื่องจากคุณภาพการบริการและรักษาโรคบางโรคที่ไม่รวมอยู่ในบริการของโครงการ 30 บาท ซึ่งอาจก่อให้เกิดความไม่เข้าใจกันระหว่างโรงพยาบาลกับผู้ป่วย ทำให้เกิดการโต้เถียงที่รุนแรงกลายเป็นภาพพจน์ที่ไม่ดี โรงพยาบาลเสียชื่อเสียง และเสี่ยงต่อการถูกฟ้องร้อง ชดเชยค่าเสียหายจากผู้ป่วย

จากรายงานของสำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ (สศช.) ระบุว่า เดิมแพทย์ลาออกเฉลี่ยปีละประมาณ 200 คน แต่ในรอบกว่า 2 ปีของการดำเนินโครงการ 30 บาท จำนวนแพทย์ที่ลาออกไปสูงถึง 950 คน

เพื่อให้โครงการ 30 บาทคือหลักประกันการเข้าถึงบริการสุขภาพที่มาพร้อมกับคุณภาพและประสิทธิภาพ ต้องทำความเข้าใจต่อปัญหาและอุปสรรคที่เกิดขึ้นในทุกระดับ และวางระบบการพัฒนาแบบแผนการประเมินผลในทุกระดับอย่างเป็นระบบและโปร่งใส

สืบเนื่องจากเหตุหลายประการ คือเงินเดือนน้อยงานหนัก กลัวการถูกฟ้องร้องหากมีการรักษาผิดพลาด และชาวขงกำลังใจ โดยเฉพาะจากผลพวงการปฏิรูประบบราชการทำให้ไม่ได้บรรจุเป็นข้าราชการ เป็นเพียงพนักงานของรัฐ นอกจากนี้ยังมีเรื่องกฎหมายเข้ามาเกี่ยวข้อง คือพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพและกฎหมายการชั้นสูตรพลิกศพ

นายแพทย์ทักษพล ธรรมรังสี สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศเปิดเผยว่า แม้ความสามารถในการผลิตแพทย์ของไทยจะเพิ่มขึ้นเกือบ 2 เท่าในช่วงเวลาเพียง 10 ปี แต่การขาดแคลนแพทย์กลับไม่ได้ลดลง โดยเฉพาะถ้าพิจารณาการกระจายกำลังแพทย์กลับมีปัญหามากขึ้น เพราะขณะที่มีแพทย์เพิ่มขึ้น 9,473 คนในช่วงระหว่างปี 2536-2545 กลับมีแพทย์ที่โรงพยาบาลชุมชนเพิ่มขึ้นเพียง 681 คน ที่จังหวัดหนองบัวลำภูแพทย์หนึ่งคนต้องดูแลประชากร 27,817 คน ซึ่งแตกต่างจากกรุงเทพฯ กว่า 40 เท่า

ทำไมให้โครงการ 30 บาท คือหลักประกันการเข้าถึงบริการสุขภาพอย่างแท้จริง?

เพื่อให้โครงการ 30 บาทคือหลักประกันการเข้าถึงบริการสุขภาพที่มาพร้อมกับคุณภาพและประสิทธิภาพ และไม่มีการเลือกปฏิบัติต่อผู้รับบริการกลุ่มใดกลุ่มหนึ่ง มีความจำเป็นต้องทำความเข้าใจต่อปัญหาและอุปสรรคที่เกิดขึ้นในทุกระดับ และต้องมีการวางระบบการพัฒนาแบบแผนการประเมินผลโครงการ 30 บาทในทุกระดับอย่างเป็นระบบและโปร่งใส

โครงการ 30 บาทรักษาทุกโรค เป็นส่วนหนึ่งของการปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ ซึ่งถึงขณะนั้นนโยบายการปฏิรูปแบบองค์รวมทั้งระบบสุขภาพจริงๆ ยังมีความไม่แน่นอนมาก หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าจะเกิดขึ้นได้อย่างแท้จริง ต้องอาศัยพลังขับเคลื่อนของสังคมช่วยกันผลักดันให้เกิดการปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติทั้งระบบขึ้นให้ได้ในอนาคต

สำหรับมิติของปัญหาต่างๆ ของโครงการ 30 บาท ที่เกิดขึ้นในปัจจุบัน มีข้อเสนอจากภาครัฐและจากประชาคมสุขภาพ ดังนี้

1. ปัญหาการกระจายกำลังบุคลากรในพื้นที่ทั่วประเทศไม่เหมาะสมซึ่งเป็นปัญหาดังเดิมของสังคมไทย กระทรวงสาธารณสุขเองได้วางแผนในการแก้ปัญหาเพื่อให้เกิดความพร้อม และลงตัวกับพื้นที่และจำนวนประชากร และเพิ่มขีดความสามารถให้เพียงพอกับความต้องการของพื้นที่ โดยแบ่งแผนออกเป็น 3 ระยะคือ

- มาตรการระยะสั้น จะหมุนเวียนแพทย์ในสถานพยาบาลตามโครงการ 30 บาทออกไปช่วยพื้นที่ขาดแคลน
- มาตรการระยะกลาง เร่งผลิตแพทย์เพิ่ม รับผิดชอบปริญญาตรี สายวิทยาศาสตร์ในพื้นที่ขาดแคลนแพทย์มาเรียนแพทย์หลักสูตร 5 ปี โดยจัดการเรียนการสอนร่วมกับมหาวิทยาลัย
- มาตรการระยะยาว จะจัดระบบการกระจายแพทย์ตามหลักภูมิศาสตร์ โดยพื้นที่ที่มีประชากรมากต้องได้แพทย์เพิ่ม
- มาตรการเสริมเพื่อเพิ่มขวัญและกำลังใจให้กับบุคลากร



สาธารณสุข คือได้รับเงินเดือน ระดับชั้น ได้รับค่าตอบแทนตามปริมาณหรือความรับผิดชอบ มีโบนัส เป็นต้น

ข้อควรคำนึงในเรื่องนี้ก็คือ รัฐบาลต้องระมัดระวังมิให้การผลักดันให้ประเทศไทยเป็นศูนย์กลางการรักษาพยาบาลของภูมิภาคและโลกเกิดการแย่งชิงบุคลากรทางการแพทย์ ซึ่งจะทำให้สภาพปัญหาในปัจจุบันน่าจะเลวร้ายลงไปอีก และมาตรการทั้ง 3 ระยะก็จะไร้ผล

2. ปัญหาการมีมาตรฐานค่าใช้จ่ายที่ใช้แบบเดียวกันทั้งประเทศ ควรนำมิติในพื้นที่มาพิจารณาร่วมด้วย เช่น จำนวนเจ้าหน้าที่ต่อจำนวนประชาชน จำนวนผู้สูงอายุ คนจน คนพิการ และความทุรกันดารของพื้นที่ และควรพิจารณาให้มีทางเลือกต่าง ๆ ได้แก่ แบ่งเป็นบริการขั้นต่ำและบริการเสริม และเปิดโอกาสให้ประชาชนมีส่วนร่วมตัดสินใจในการออกค่าใช้จ่าย เป็นต้น

นอกจากนี้ควรสนับสนุนงบประมาณเพิ่มขึ้นและจัดสรรงบประมาณให้ชัดเจน เพื่อให้สถานพยาบาลแต่ละแห่งสามารถวางแผนจัดการได้ล่วงหน้าในระยะยาว รวมไปถึงเพียงพอที่จะจ้างบุคลากรเพิ่มเพื่อสร้างมาตรฐานและประสิทธิภาพในการรักษา

3. ปัญหาที่บุคลากรบางพื้นที่ต้องทำงานหนักจนขาดโอกาสที่จะพัฒนาศักยภาพตนเองให้ก้าวหน้าในวิชาชีพ ต้องเปิดโอกาสให้บุคลากรทางการแพทย์ที่อยู่ตามจังหวัดต่างๆ มีโอกาสและความก้าวหน้าในวิชาชีพ สนับสนุนสวัสดิการแหล่งทุนทำวิจัย และกิจกรรมขับเคลื่อนทางสังคมในโอกาสต่างๆ เพื่อประโยชน์ต่อพื้นที่ถิ่น ส่งผลให้เกิดขวัญและกำลังใจและความมั่นคงในการทำงาน

4. จัดตั้งศูนย์เพื่อการไหลเวียนของระบบข้อมูลข่าวสารและความเคลื่อนไหวต่างๆ เพื่อเชื่อมโยงเครือข่ายแลกเปลี่ยนประสบการณ์และรับฟังปัญหาระหว่างบุคลากรทางการแพทย์ทั่วประเทศ และการค้นหาต้นแบบของสถานพยาบาลในโครงการ 30 บาทที่สามารถพึ่งตนเองได้ เพื่อให้เป็นแหล่งเรียนรู้และถ่ายทอดประสบการณ์ให้กับสถานพยาบาลอื่นๆ

