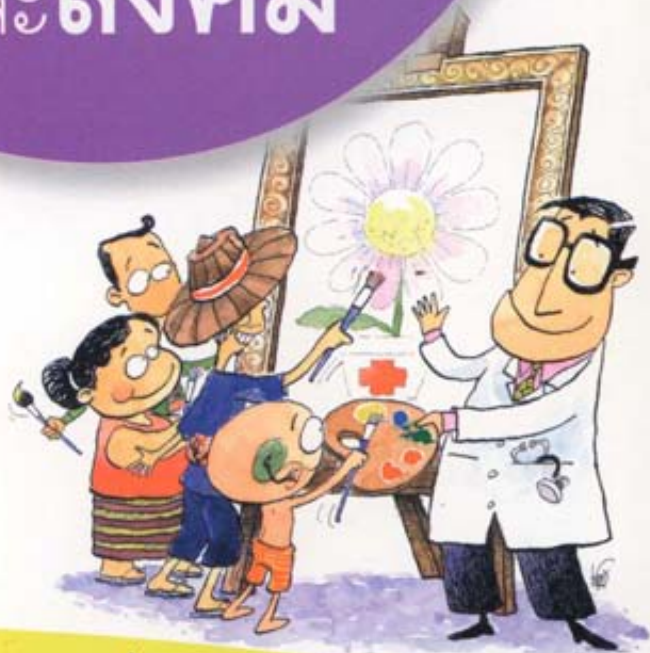


บันทึกเสียงหนึ่ง
ของการปฏิรูประบบสุขภาพ
นายแพทย์อำพล จินดาวัฒนะ

ปฏิรูปสุขภาพ

ปฏิรูปชีวิต

และสังคม



บันทึกเสียงหนึ่ง
ของการปฏิรูประบบสุขภาพ
นายแพทย์อำพล จินดาวัฒนะ

ปฏิรูปสุขภาพ

ปฏิรูปชีวิต

และสังคม



ปฏิรูปสุขภาพ ปฏิรูปชีวิตและสังคม

บันทึกเล่มหนึ่งของ การปฏิรูประบบสุขภาพ
โดย นายแพทย์อำพล จินดาวัฒนะ

จัดพิมพ์โดย สำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ (สปรส.)
สนับสนุนโดย สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.)

พิมพ์ครั้งที่ 1 มิถุนายน 2546

ข้อมูลทางบรรณานุกรมของหอสมุดแห่งชาติ

อำพล จินดาวัฒนะ

ปฏิรูปสุขภาพ ปฏิรูปชีวิต และสังคม. -- กรุงเทพฯ : สำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ (สปรส.), 2546.

236 หน้า

1. บริการทางการแพทย์. 2. นโยบายสาธารณสุข.

I. ชื่อเรื่อง

362.1068

ISBN 974-9626-63-X

พิมพ์ที่ อู่ช่างพิมพ์

จำนวน 5,000 เล่ม

คำนำ

กระบวนการปฏิรูประบบสุขภาพ เป็นเรื่องที่มีความสำคัญยิ่งในประวัติศาสตร์ แต่ยังคงอาจไม่เป็นที่ตระหนักรู้อย่างกว้างขวางนัก นายแพทย์อำพล จินดาวัฒนะ ผู้อำนวยการสำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ (สปรส.) ได้บันทึกเรื่องนี้ไว้อย่างละเอียดและมีชีวิตชีวา อันจะเป็นเครื่องช่วยให้สาธารณชนเข้าใจและเห็นคุณค่ากว้างขวางออกไป

มนุษยชาติได้เข้าไปสู่ความพลาดพลั้งในทางยุทธศาสตร์การพัฒนา แม้เรื่องความทุกข์และความสุขจะเป็นเหมือน 2 ด้านของเหรียญเดียวกัน คือ ถ้าทุกข์น้อยก็สุขมาก หรือถ้าทุกข์สิ้นไปก็บรมสุข แต่ยุทธศาสตร์ขจัดทุกข์กับยุทธศาสตร์สร้างสุข ให้ผลต่างกันประดุจหน้ามือกับหลังมือ

พระพุทธเจ้าเลือกยุทธศาสตร์ขจัดทุกข์ แต่ฝรั่งเลือกยุทธศาสตร์สร้างสุข

การสร้างสุขทำให้กิเลสกำเริบหรือวิชชา แต่การลดทุกข์นำไปสู่ปัญญา ยุทธศาสตร์สร้างสุขจึงขับเคลื่อนด้วยโลภะ โทสะ โมหะ นำไปสู่การแย่งชิง การทำลาย และความรุนแรงต่างๆ จนเครียดและวิกฤตหมดทั้งโลก ในสภาพอย่างนี้ การแพทย์และการสาธารณสุขแบบเก่าๆ ไม่สามารถสร้างสุขภาพหรือสุขภาวะได้ แม้การแพทย์จะมีเทคโนโลยีที่

ก้าวหน้าแต่ก็ไปเผชิญปัญหาเรื่องราคาแพง ทำให้ไม่ทั่วถึงเป็นธรรม และเกิดวิกฤตการณ์ทางการเงิน ตลอดจนไม่สามารถแก้ปัญหาใหม่ๆ อันเกิดจากพยาธิสภาพทางสังคมและความเจ็บป่วยทางสังคมได้ เพราะโครงสร้างทางสาธารณสุขนั้นมีไว้สำหรับแก้ปัญหาโรคที่มีสาเหตุทางกายภาพ ไม่ใช่ความเจ็บป่วยทางสังคม ระบบบริการสุขภาพก็เป็นระบบตั้งรับ คือรอให้เจ็บป่วยเสียก่อนแล้วค่อยมารับบริการ ซึ่งไม่ทันการและแพง ไม่ได้รุกออกไปสร้างสุขภาพดี

สุขภาพดีหมายถึง สุขภาวะทั้งทางกาย ทางจิต ทางสังคม และทางจิตวิญญาณ หรือที่มีผู้เสนอให้ใช้คำว่าสุขภาวะทางปัญญา อันหมายถึงว่าสุขภาพอยู่ในการพัฒนามนุษย์และสังคมทั้งหมดอย่างบูรณาการ สุขภาพจึงควรเป็นอุดมการณ์ของชาติ ไม่ใช่ GDP หรือเศรษฐกิจ สุขภาพอยู่เหนือเศรษฐกิจ แต่ในสุขภาพมีเศรษฐกิจด้วย ไม่ใช่เศรษฐกิจอยู่เหนือสุขภาพ การระบาดของหัดมรณะหรือ SARS ในปี 2546 อันกระทบเศรษฐกิจอย่างหนัก เป็นตัวอย่างให้เห็นว่าสุขภาพอยู่เหนือเศรษฐกิจ ถ้าเอาเศรษฐกิจเป็นตัวตั้งสูงสุด ผู้คนจะล้มตายและทุกข์ยากแสนสาหัส รวมทั้งสงครามอย่างที่เราเห็นในสงครามอิรัก

การปฏิรูประบบสุขภาพจึงเป็นการปฏิรูปจุดมุ่งหมายของมนุษย์ ว่าถืออะไรสำคัญสูงสุด ถ้าถือว่าเงินสำคัญสูงสุด ก็แย่งชิงและทอดทิ้งกัน ถ้าถือว่าสุขภาพมีความสำคัญสูงสุด ก็ต้องกอดคอกันไว้ไม่ทอดทิ้งกัน กระบวนการปฏิรูประบบสุขภาพจึงเป็นกระบวนการใหญ่ที่ดึงมนุษย์ทั้งหมดเข้ามาร่วมกันปรับปรุงเปลี่ยนแปลงระบบชีวิตไปสู่การมีชีวิตที่เจริญและมีอยู่ร่วมกันด้วยสันติ เนื่องจากเป็นกระบวนการใหญ่และยากแต่สำคัญ จึงต้องเคลื่อนด้วยหลัก สุทธิ ปัญญา เมตตา ชันติ กระบวนการปฏิรูประบบสุขภาพจึงเป็นการปฏิรูปทางปัญญาไปด้วยในตัว และเป็นกระบวนการทางศีลธรรม

ในการนี้ ประชาชนได้มีส่วนร่วมอย่างกว้างขวางในการยกร่าง

พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ โดยมีการจัดสมัชชาสุขภาพในทุกจังหวัด และสมัชชาสุขภาพแห่งชาติซึ่งมีผู้เข้าร่วมประชุมกว่า 4,000 คน นายกรัฐมนตรี พ.ต.ท.ทักษิณ ชินวัตร ก็เข้าร่วมประชุมสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ และประกาศต่อที่ประชุมว่าจะริบร่าง พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ ไปผลักดันให้ออกเป็นพระราชบัญญัติต่อไป

พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ กับ พ.ร.บ.หลักประกันสุขภาพเป็นคนละฉบับกัน เหมือนแม่กับลูก พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ เป็น พ.ร.บ.แม่ที่ครอบคลุมระบบสุขภาพโดยกว้างขวางทั้งหมด ส่วน พ.ร.บ.หลักประกันสุขภาพเป็น พ.ร.บ.ลูกที่เกี่ยวเฉพาะส่วนเดียว ที่สำคัญ พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติอันเป็น พ.ร.บ.แม่นั้นได้กำหนดกลไกในการทำงานต่อไป อันเป็นกลไกทางปัญญา ไม่ใช่กลไกอำนาจ โดยอำนาจยังอยู่ที่คณะรัฐมนตรี และกระทรวงต่างๆ เช่นเดิม กลไกทางปัญญาจะช่วยรัฐบาล ช่วยกระทรวง และช่วยสังคม

ที่ประเทศไทยติดขัด ไม่ใช่เพราะขาดอำนาจ แต่ขาดกระบวนการเรียนรู้ร่วมกันในการปฏิบัติเพื่อเอาชนะสิ่งยาก พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติจะเติมสิ่งที่ขาดให้ประเทศ เพื่อให้ทุกภาคส่วนถักทอกันเข้ามาด้วยการเรียนรู้ เพื่อทะลุวิกฤตไปสู่การเป็นสังคมที่ร่มเย็นเป็นสุขและมีเกียรติ

ขณะนี้ร่าง พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติเสร็จแล้ว และอยู่ในมือของรัฐบาล คุณทักษิณไม่ใช่คนโง่ ถ้ามีเวลาเข้าใจการปฏิรูประบบสุขภาพ ก็คงผลักดันร่าง พ.ร.บ.ฯ ฉบับนี้ให้ออกมาเป็นเครื่องมือในการปฏิรูประบบสุขภาพ ทุกคนมีความรับผิดชอบต่อประวัติศาสตร์ คุณทักษิณจะตัดสินใจอย่างไร ก็ตามที่ เราคนไทยทุกคนมีหน้าที่ที่จะสร้างสิ่งที่ดีที่สุดให้แก่สังคม ลูกหลานของเราจะได้อยู่อย่างมีความสุข ปลอดภัย มีเกียรติ และมีศักดิ์ศรีแห่งความเป็นมนุษย์ หัวใจของการปฏิรูประบบสุขภาพคือการมีระบบสุขภาพที่มีหัวใจของความเป็นมนุษย์

ขอขอบคุณคุณหม้ออำพล จินดาวัฒน์ ตลอดจนเพื่อนคนไทยอีก

มากมาย ทั้งที่ปรากฏชื่อและไม่ปรากฏชื่อในหนังสือเล่มนี้ ที่ช่วยกัน
ทำงานอย่างไม่เห็นแก่เหน็ดเหนื่อย เพื่อเพื่อนมนุษย์จักดีขึ้น

ประเวศ วะสี

10 เมษายน 2546

สารบัญ

	หน้า
1. สร้างเครื่องมือทำงาน	1
2. ทำไมต้องปฏิรูปสุขภาพ	14
3. สุขภาพแคบ - สุขภาพกว้าง.....	25
4. ก่อนถึงขั้นนี้ มีอิฐหลายก้อน.....	35
5. ในท่ามกลางการปฏิรูป.....	45
6. จุดประกาย ขยายวง	57
7. แก้อันตรายสองห้าสี่สาม.....	67
8. ตลาดนัดสุขภาพ	77
9. สมัชชาสุขภาพ - สร้างสรรค์สุขภาพะ.....	89
10. ภาคิปฏิรูป มิตรแนวราบ.....	99
11. สื่อสารสู่สาธารณะ.....	109
12. สมัชชาสุขภาพแห่งชาติ '45.....	121
13. ยกร่าง พ.ร.บ.ฯ.....	134
14. มีอะไรใน พ.ร.บ.สุขภาพ (1).....	143
15. มีอะไรใน พ.ร.บ.สุขภาพ (2).....	155
16. พ.ร.บ.สุขภาพ กับ พ.ร.บ.หลักประกันสุขภาพ.....	167
17. ส่งเสริม - สร้างเสริมสุขภาพ.....	177
18. ภูมิปัญญาท้องถิ่น : ไฉนจากหมอน้ำเดือด.....	189
19. สุขภาพทางจิตวิญญาณ สุขภาพทางปัญญา.....	201
20. บริการสาธารณสุข ไกลบ้านใกล้ใจ - ไม่ค้ำกำไร.....	217

บันทึกผู้เขียน

3 ปีที่ผมได้รับมอบหมายให้ทำหน้าที่เป็นแกนประสานงานปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ นับเป็นช่วงเวลาที่มีคุณค่ายิ่งสำหรับผม เพราะผมได้มีโอกาสเรียนรู้สิ่งใหม่ๆ มากมาย ทั้งระดับความคิดและระดับความเป็นจริง

ผมได้เพื่อนพ้อง น้องพี่ ที่เป็นกัลยาณมิตรเพิ่มขึ้นมากมาย ในลักษณะที่เรียกว่า ถ้านั่งทำงานอยู่เฉพาะในระบบราชการจะไม่มีทางได้อย่างนี้

ผมได้เรียนรู้วิธีทำงานที่แปลกใหม่ ที่เน้นการมีส่วนร่วมอย่างกว้างขวาง เน้นการประสานให้ได้กับทุกฝ่าย ได้ฝึกทำงานให้เป็นการปฏิบัติธรรม โดยยึดหลัก “สุทธิ ปัญญา เมตตา ชันติ” เป็นหลักธรรมสำคัญในการทำงาน ฝึกชื่นชมยินดีกับความสำเร็จที่เกิดขึ้นที่ละเล็กที่ละน้อย ฝึกอดทนกับผลงานที่ไม่ได้ดังหวัง ฝึกการมองปัญหาอุปสรรคให้เป็นแบบฝึกหัดเพื่อการเรียนรู้ที่ไม่หยุดนิ่ง

แม้วันนี้ การปฏิรูประบบสุขภาพและการจัดทำ พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติยังต้องมีย่างก้าวข้างหน้าอีกยาวไกล แต่ประสบการณ์ช่วง 3 ปี ก็น่าจะนานพอที่ควรบันทึกไว้เพื่อเป็นข้อมูลส่วนหนึ่งสำหรับการเรียนรู้

แน่นอนว่า การบันทึกเช่นนี้ ย่อมมีทัศนคติหรือมุมมองและความรู้สึกของผมเจือปนอยู่ด้วยมาก หวังว่าท่านผู้อ่านจะได้ใช้ดุลยพินิจถ่วงถองตามควรแก่กรณี

หากข้อมูลที่บันทึกไว้เหล่านี้เกิดประโยชน์ใดๆ ผมขอมอบคุณความดีเหล่านั้นแด่กัลยาณมิตรผู้มีส่วนร่วมในกระบวนการปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติที่ผ่านมา ผู้สนับสนุนและให้กำลังใจ ทีมงานทุกคนที่ทุ่มเท ตั้งใจทำงานกันอย่างเต็มใจและเต็มที่มาโดยตลอดและครอบครัวของผมด้วยครับ

อำพล จินดาวัฒนะ

มีนาคม 2546

สร้าง เครื่องมือ ทำงาน

1

“ จะออกกฎหมายฉบับเดียวทำไมต้องทำตั้ง
3 ปี ต้องใช้เงินตั้งร้อย สองร้อยล้าน...
การทำ พ.ร.บ.ฯ ฉบับนี้ จึงมิใช่หวังแค่ให้ได้
กฎหมายออกมาฉบับหนึ่งเท่านั้น
แต่หวังให้สังคมทุกส่วนได้ร่วมเคลื่อนไหว
สร้างสิ่งดีๆ ร่วมกัน เรียนรู้
และปรับเปลี่ยนไปพร้อมๆ กัน ”



ปลายเดือนตุลาคม 2542 หลังจากที่ผมพ้นตำแหน่งผู้อำนวยการสถาบันพระบรมราชชนก ซึ่งเป็นตำแหน่งบริหารที่ดูแลงานผลิตและพัฒนาคนของกระทรวงสาธารณสุข ไปได้ดำรงตำแหน่งที่ปรึกษากระทรวงสาธารณสุข ซึ่งเป็นตำแหน่งวิชาการ อาจารย์ประเวศ วะสี บอกผมที่สามพรานว่า วันเสาร์ที่ 6 พฤศจิกายน 2542 จะมีการประชุมปรึกษาหารือเรื่องการทำงานปฏิรูประบบสุขภาพกันที่สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุขอยากชวนไปร่วมด้วยเพราะผมคงมีเวลามากขึ้นแล้วเมื่อไม่ต้องทำงานในตำแหน่งบริหาร -

วันเสาร์ที่ 6 พฤศจิกายน ปีนั้น ผมจึงไปร่วมประชุมด้วย มีอาจารย์ผู้ใหญ่หลายท่าน ได้แก่ อาจารย์อารี วัลยะเสวี อาจารย์ไพโรจน์ นิงสานนท์ อาจารย์ประเวศ วะสี อาจารย์เกษม วัฒนชัย อาจารย์วิจารณ์ พานิช พีโสภณ สุภาพงษ์ และมีเพื่อนพ้องน้องพี่รุ่นใกล้เคียงกับผมอีกหลายคนร่วมปรึกษาหารือด้วย มีความเห็นตรงกันว่า ช่วงนั้นเป็นจังหวะที่ดีที่ควรสร้างกลไกทำงานเพื่อการปฏิรูประบบสุขภาพ ที่คิดกันมานานแล้ว ซึ่งหมายถึงการปฏิรูประบบที่กว้างใหญ่กว่าระบบการแพทย์และสาธารณสุข ที่ประชุมมอบให้คุณหมอสุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ รับผิดชอบร่างพระราชกฤษฎีกาจัดตั้งสำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติขึ้นในรูปขององค์กรมหาชนเพื่อเป็นแกนขับเคลื่อนงานนี้

ในระหว่างการประชุมกันวันนั้น อาจารย์ประเวศ วะสี เขียนโน้ตใส่กระดาษแผ่นเล็กๆ ส่งให้ผมกับคุณหมอสุวิทย์อ่าน มีข้อความสั้นๆ ว่า

“งานนี้สุวิทย์กับอำพลต้องทำ”

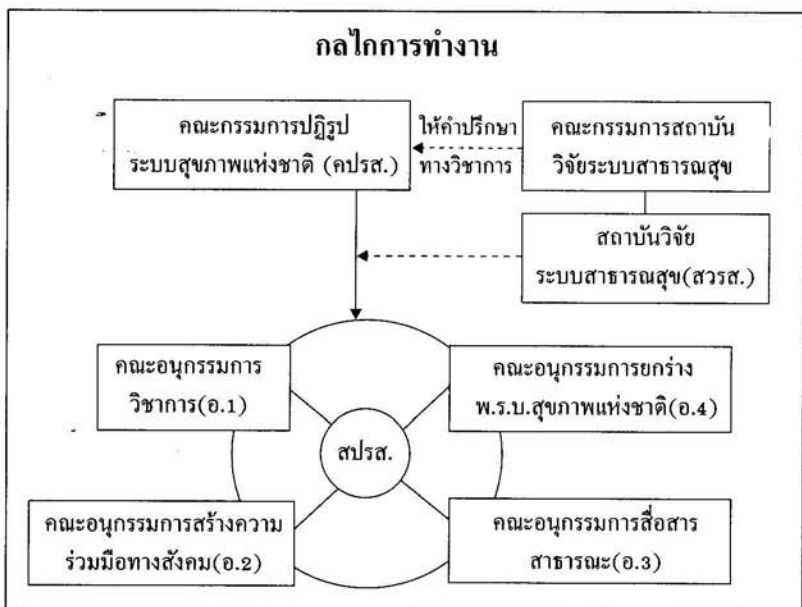
หลังการประชุมวันนั้น มีการประชุมปรึกษาหารือกันอีกหลายครั้ง เพื่อช่วยกันคิดประเด็นและวิธีทำงานให้ชัด มีอาจารย์รุ่นใหญ่ รุ่นกลาง และรุ่นๆ ผมเข้าร่วมกันคิดหลายคน ทุกคนมีความกระตือรือร้นกันมาก โดยมีอาจารย์วิจารณ์ พานิช เป็นแกนการประชุมปรึกษาหารือ ปลายเดือนธันวาคมปีเดียวกันนั้นมีการประชุม 2 วัน ที่พัทยา เพื่อ

สังเคราะห์ประเด็นหลักๆ ของระบบสุขภาพที่จะต้องคำนึงถึงในการปฏิรูปให้คมชัด เพื่อนำไปคิดวางแผนทำงานในช่วงต่อๆ ไป คุณหมอสุวิทย์ได้สรุปประเด็นทั้งหมดที่คุยกันลงไว้ในกระดาษหนึ่งหน้า ซึ่งก็เหมือนเป็นกรอบสาระหรือโครงกระดูกตั้งต้นของระบบสุขภาพที่เราสังเคราะห์กันจากองค์ความรู้ที่มีอยู่ก่อนหน้านั้น



สำหรับการเสนอตั้งกลไกขับเคลื่อนการปฏิรูประบบสุขภาพ ได้รับแรงหนุนจากรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขในขณะนั้น (คุณกระทิพะรังสี) ในฐานะประธานกรรมการสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข และปลัดกระทรวงสาธารณสุขในขณะนั้น (พีสุจริต ศรีประพันธ์) ก็ให้การสนับสนุนเต็มที่ จึงทำให้ข้อเสนอจัดตั้งสำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพผ่านไปถึงสำนักงานเลขาธิการ ครม. ในเวลาอันรวดเร็ว เมื่อมีการสอบถามความเห็นของส่วนราชการต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง เช่น สภาพัฒนัย (สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ), สำนักงบประมาณ, ก.พ. (สำนักงานคณะกรรมการข้าราชการพลเรือน), กระทรวงการคลัง ฯลฯ ทุกหน่วยต่างเห็นตรงกันหมดว่าควรมีกลไกมาทำงานเรื่องนี้ แต่ไม่จำเป็นต้องออกพระราชกฤษฎีกาตั้งเป็นองค์กรมหาชนก็น่าจะได้ ในที่สุดมีการประชุมปรึกษาหารือกันที่ทำเนียบรัฐบาล เมื่อวันที่ 22 มีนาคม 2543 มีรัฐมนตรีประจำสำนักนายกรัฐมนตรี (คุณอภิสิทธิ์ เวชชาชีวะ) เป็นประธาน โดยปลัดกระทรวงสาธารณสุขในขณะนั้นเข้าร่วมประชุมด้วยตนเอง ทุกฝ่ายเห็นพ้องต้องกันว่า ควรออกเป็นระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีให้มีคณะกรรมการระดับชาติขึ้นมาดูแลงานนี้เป็นการเฉพาะ โดยมีหน้าที่หลักคือดำเนินการให้มี พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติเพื่อเป็นกฎหมายแม่บทด้านสุขภาพของชาติ และสนับสนุนให้สังคมมีส่วนร่วมในการปฏิรูปสุขภาพอย่างกว้างขวาง กำหนดเวลาให้ทำงานไม่เกิน 3 ปี เพื่อไม่ให้เร่ง

รีบเกินไป แต่ก็อย่าล่าช้าเกินควร และให้สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) จัดตั้งสำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ(สปรส.)ขึ้นเป็นองค์กรเฉพาะกิจ เพื่อทำหน้าที่เลขานุการให้กับคณะกรรมการปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ (คปรส.) โดยรัฐบาลสนับสนุนงบประมาณให้ตามความจำเป็น



“จะออกกฎหมายฉบับเดียว ทำไมต้องทำตั้ง 3 ปี ต้องใช้เงินตั้งร้อย สองร้อยล้าน”

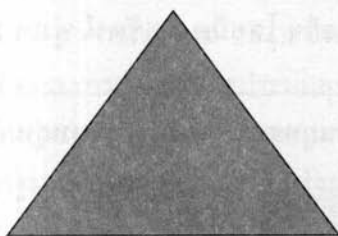
ผู้อำนวยการสำนักงานงบประมาณในสมัยนั้น (พีพูลทรัพย์ ปิยะอนันต์) ถามผมและคุณหมอสุวิทย์ เมื่อเราพากันไปพบเพื่อชี้แจงเรื่องนี้

หลังจากพีพูลทรัพย์ทราบว่า การจัดทำ พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติที่จะเป็นกฎหมายแม่บทด้านสุขภาพ หรือธรรมนูญสุขภาพของคนไทย ไม่ใช่การจัดทำกฎหมายสาธารณสุขหรือกฎหมายการแพทย์เหมือนกฎหมายต่างๆ ไป ที่ให้ส่วนราชการเขียนเดือนสองเดือนก็เสร็จได้ หากแต่เป็นการ

ใช้โอกาสของการทำกฎหมายฉบับนี้ ทำให้สังคมได้มีการเคลื่อนไหว ผู้คน
ได้มีโอกาสเข้ามาร่วมคิดร่วมทำในเรื่องสุขภาพ เป็นการชวนกันปฏิรูป
ความคิดและพฤติกรรมสุขภาพ และนำไปสู่การปฏิรูประบบที่เกี่ยวข้อง
กับสุขภาพไปพร้อมๆ กัน มีการทำงานเชื่อมโยง 3 ประสาน คือระหว่าง
ฝ่ายการเมือง (รัฐบาลและราชการ) ฝ่ายวิชาชีพและวิชาการ เข้ากับฝ่าย
ประชาชน ตามยุทธศาสตร์ที่เรียกว่า “สามเหลี่ยมเขยื้อนภูเขา” ซึ่ง
สอดคล้องกับเจตนารมณ์ของรัฐธรรมนูญปี 2540 ที่มุ่งให้เกิดประชาธิปไตย
แบบมีส่วนร่วม การทำ พ.ร.บ.ฯ นี้จึงมีใช้หวังแค่ให้ได้กฎหมายออก
มาฉบับหนึ่งเท่านั้น แต่หวังให้สังคมทุกส่วนได้ร่วมเคลื่อนไหวสร้าง
สิ่งดี ๆ ร่วมกัน เรียนรู้และปรับเปลี่ยนไปพร้อม ๆ กัน

ยุทธศาสตร์สามเหลี่ยมเขยื้อนภูเขา

1. การสร้างความรู้หรือการทำงานทางวิชาการ



2. การเคลื่อนไหวของสังคม

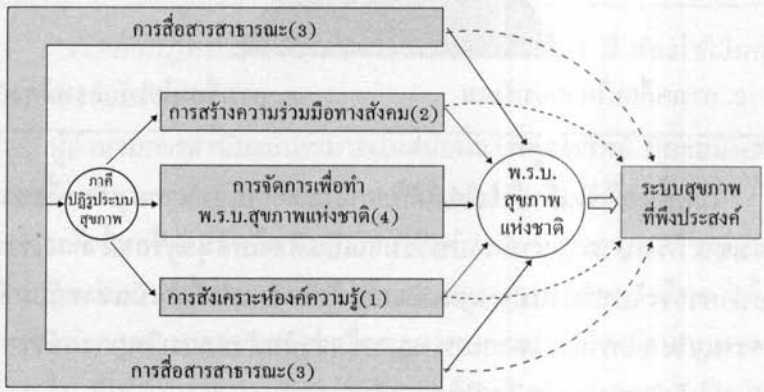
3. การเชื่อมโยงกับการเมือง

เมื่อพี่พลทรัพย์ เข้าใจในหลักการและทราบเจตนาของเรื่องนี้อย่าง
แจ่มชัด ก็รับปากว่าสำนักงบประมาณยินดีสนับสนุนเรื่องนี้ ทางเราก็
รับปากว่าจะไปปรับงบประมาณตัดทอนให้เหลือเท่าที่จำเป็นสำหรับการ
ทำงานจริงๆ เท่านั้น เพราะเราทราบข้อจำกัดด้านการเงินการคลังของ
รัฐบาลหลังวิกฤตเศรษฐกิจเป็นอย่างดีเช่นกัน

ย้อนกลับไปนิดหนึ่งในเดือนมกราคม 2543 ผู้อำนวยการสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (คุณหมอมวิพุธ พูลเจริญ) เดินเกมรุกเพื่องานนี้เต็มที่ ด้วยเห็นว่าการเคลื่อนไหวเพื่อจัดกลไกปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ เดินหน้าได้แน่ เพราะหน้าต่างแห่งโอกาสได้เปิดขึ้นแล้ว จึงจัดทำโครงการจัดตั้งสำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพ (สปรส.) ขึ้นในสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) เพื่อทำหน้าที่ชั่วคราว (interim office) จับสานเดินเครื่องเรื่องนี้ ผมจึงถูกทาบทามให้มารับหน้าที่เป็นไอซ์เฟออร์ซับเคลื่อนยวดยานแห่งการปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติอย่างเป็นทางการเป็นเรื่องราวตั้งแต่บัดนั้นเป็นต้นมา โดยได้ลาออกจากหน้าที่โฆษกกระทรวงสาธารณสุข (ที่แต่งตั้งโดยรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข ตั้งแต่กลางปี 2542) ในช่วงต่อมา เพื่อให้มีเวลามาคิดและทำงานนี้ได้อย่างเต็มที่

เดือนพฤษภาคม 2543 ระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรี ว่าด้วยการปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ ผ่านความเห็นชอบของ ครม. ส่งไปให้กฤษฎีกาตรวจสอบ มีการเชิญประชุมพิจารณาร่วมกับส่วนราชการอื่นที่เกี่ยวข้อง 2-3 ครั้งก็เสร็จ โดยมีคุณสุรพันธ์ พุ่มพวง เป็นผู้แทนฝ่าย

ภาพแสดงการเคลื่อนยวดยานศาสตร์ปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ



กฤษฎีกาช่วยเหลือให้ (ปัจจุบันโอนไปอยู่ศาลปกครองแล้ว) โดยก่อนที่ กฤษฎีกาจะตอบกลับไปยัง กรม. ผมต้องไปชี้แจงเกี่ยวกับองค์ประกอบ ของคณะกรรมการปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ (คปรส.) ต่อเลขาธิการ คณะกรรมการกฤษฎีกาในขณะนั้น เพราะท่านต้องการให้ตัดกรรมการ จาก 38 คน ให้เหลือแค่ 25 คน โดยใช้วิธีตัดตามวิจารณ์ของ ท่าน เพียงคนเดียว งานนี้ได้บารมีอาจารย์ไพโรจน์ ینگสานนท์ พาผมไปชี้แจง ในที่สุดได้ คปรส. 31 คน เรียกว่าพบกันครึ่งทาง งานนี้ได้เรียนรู้อะไร ประสพ- การณ์อีกครั้งว่ากลไกราชการบางจุดนั้น อำนาจล้นเหลือจริงๆ

อาจารย์ไพโรจน์ บอกผมว่า

“ที่พี่ต้องทำตัวให้เข้ากับผู้คนได้มากๆ เต็มไปหมด ก็เพราะรู้ดี ว่า ระบบราชการบ้านเรายังต้องอาศัยช่องทางความคุ้นเคยส่วนตัวอยู่ มาก การทำงานจึงจะสำเร็จ”

กรกฎาคม 2543 ระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยการปฏิรูประ- ระบบสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2543 ผ่าน กรม. รอบ 2 ประกาศในราชกิจจา- นุเบกษา เมื่อวันที่ 31 กรกฎาคม 2543 มีผลใช้บังคับตั้งแต่นั้น ระเบียบนี้ทำให้เกิดคณะกรรมการปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ (คปรส.) มี นายกรัฐมนตรีเป็นประธาน รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข เป็นรอง ประธานคนที่ 1 รัฐมนตรีประจำสำนักนายกรัฐมนตรีที่นายเกษ มอบหมาย

เป็นรองประธานคนที่ 2 ผู้ทรงคุณวุฒิ (นพ.ไพโรจน์ ینگสานนท์) เป็นรองประธานคนที่ 3 มีปลัดกระทรวง ต่างๆ 8 กระทรวงเป็นกรรมการ มีผู้ทรงคุณวุฒิ 14 ท่าน ประกอบด้วย ดร.เกษมา วรวรรณ ณ อยุธยา ผู้ทรงคุณวุฒิด้านการศึกษา, ศ.ดร.เกษม สุวรรณกุล ผู้ทรงคุณวุฒิด้านบริหาร, ศ.ดร.อัมมาร สยามวาลา ผู้ทรงคุณวุฒิด้านเศรษฐศาสตร์, ศ.ดร.บวรศักดิ์ อูวรรณโณ ผู้ทรงคุณวุฒิด้านกฎหมาย, คุณสมชาย



คุณณรงค์ ปฏิบัติสกรกิจ



รศ.ดร.ทัศนีย์ บุญทอง

กรสุวนสมบัติ ผู้ทรงคุณวุฒิด้านสื่อมวลชน, ศ.นพ. ประเวศ วะสี ผู้ทรงคุณวุฒิด้านพัฒนาชุมชน, คุณแม่ชีต้นสนีย์ เสถียรสุด นพ.บรรลพ ศิริพานิช และคุณณรงค์ ปฏิบัติสกรกิจ ผู้ทรงคุณวุฒิด้านพัฒนาประชากรกลุ่มเฉพาะ และมีผู้ทรงคุณวุฒิด้านสาธารณสุข ประกอบด้วย นพ.ไพโรจน์ ینگสานนท์, ศ.นพ.อารี วัลยะเสวี, ศ.นพ.

จรัส สุวรรณเวลา, รศ.ดร.ทัศนีย์

บุญทอง และ ดร.ภักดี โพธิศิริ

“แม่ชีต้นสนีย์ร่วมงานนี้ เพราะสิ่งที่แม่และอีกหลายๆ คนทำอยู่ก็คือการสร้างสุขภาพ ในมิติทางจิตวิญญาณ ที่กว้างกว่ามิติทางกายและใจ เราจะได้ช่วยกันทำ ไม่ใช่แค่การออกกฎหมาย แต่เราจะได้ร่วมกันทำการปฏิรูปภาคปฏิบัติด้วย”



คุณแม่ชีต้นสนีย์ เสถียรสุด

คุณแม่ชีต้นสนีย์ เสถียรสุด แสดงมุมมองให้เราได้รับรู้ที่เสถียรธรรมสถาน เมื่อตอนไปเรียนเชิญท่านเป็นกรรมการในคณะกรรมการปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ ช่วงปลายเดือนกรกฎาคม 2543 ตามที่ประธานคปรส. มอบหมาย

คปรส. มีหน้าที่จัดกระบวนการจัดทำ พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติให้เสร็จภายในเวลาไม่เกิน 3 ปี นับจากวันประชุมครั้งแรก ในขณะที่เดียวกันก็มีหน้าที่ให้ข้อเสนอแนะต่อรัฐบาลในการปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติในเรื่องต่างๆ ตลอดจนส่งเสริม สนับสนุนและผลักดันให้เกิดการปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติไปพร้อมๆ กันด้วย

โดยมี สปรส. ที่ตั้งขึ้นภายใต้ สวรส. ทำหน้าที่เป็นหน่วยเลขานุการ (สวรส. เป็นหน่วยงานของรัฐที่เป็นนิติบุคคล ไม่ได้เป็นส่วนราชการ มีการบริหารจัดการอย่างอิสระ โดยมีกรรมการสถาบันที่มีรัฐมนตรีว่าการ

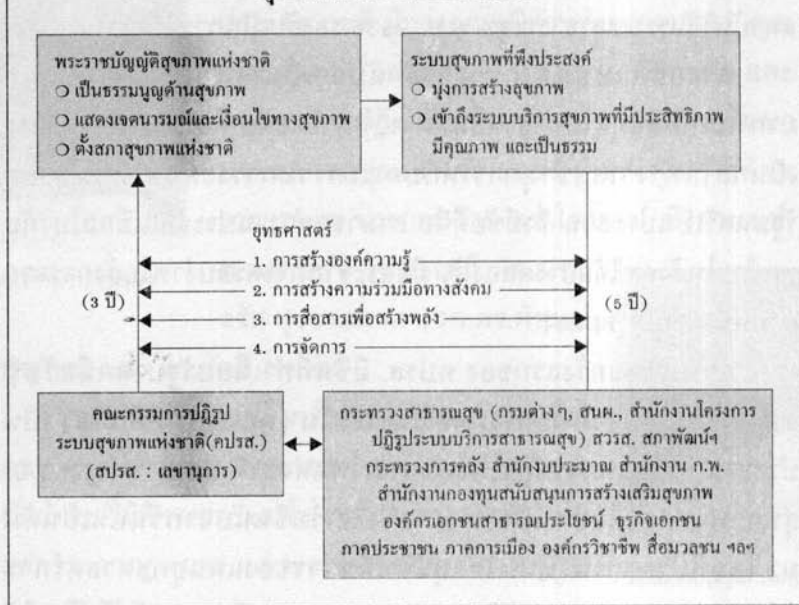
กระทรวงสาธารณสุขเป็นประธานกรรมการกำกับดูแล มีพระราชบัญญัติ
สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข พ.ศ. 2535 รองรับเป็นการเฉพาะ)

การออกแบบกลไกทำงานนี้ นับว่าเป็นการออกแบบที่แปลก
มาก ไม่เหมือนกลไกทำงานอื่นที่ผ่านๆ มาในอดีต คือมีหน่วยงานอิสระ
เป็นกลไกทำงานเลขานุการให้กับคณะกรรมการระดับชาติที่มีนายก
รัฐมนตรีเป็นประธาน ซึ่งมีข้อดีคือ สามารถทำงานประสานเชื่อมโยงกับ
ทุกฝ่ายในสังคมได้อย่างคล่องตัว มีอิสระจากการครอบงำหรือสั่งการจาก
ฝ่ายหนึ่งฝ่ายใดโดยตรง

การประชุมครั้งแรกของ คปรส. มีขึ้นที่ทำเนียบรัฐบาล เมื่อวันที่
9 สิงหาคม 2543 มีนายกรัฐมนตรีในขณะนั้น (คุณชวน หลีกภัย) เป็น
ประธาน กระบวนการปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ และการทำ พ.ร.บ.
สุขภาพแห่งชาติอย่างเป็นทางการจึงได้เริ่มขึ้นนับจากวันนั้นเป็นต้น
มา โดยที่ประชุมในวันนั้นได้อนุมัติหลักการของแผนยุทธศาสตร์การ
ปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2543 - 2546 ที่มุ่งการทำงานโดยใช้
ยุทธศาสตร์หลักคือ (1) ยุทธศาสตร์การสร้างองค์ความรู้ รับผิดชอบโดย
คณะอนุกรรมการวิชาการ มี อาจารย์เกษม วัฒนชัย เป็นประธาน (2)
ยุทธศาสตร์การสร้างความร่วมมือทางสังคม รับผิดชอบโดย
คณะอนุกรรมการสร้างความร่วมมือทางสังคม มี
อาจารย์ประเวศ วะสี เป็นประธาน (3) ยุทธศาสตร์
สื่อสารสาธารณะ รับผิดชอบโดยคณะ
อนุกรรมการสื่อสารสาธารณะ มี
รัฐมนตรีประจำสำนักนายกรัฐมนตรี
ที่ดูแลงานประชาสัมพันธ์ เป็น
ประธาน และ (4) ยุทธศาสตร์การ
จัดการ มีคณะอนุกรรมการร่าง พ.ร.บ.
สุขภาพแห่งชาติ ซึ่งมี อาจารย์ไพโรจน์



ยุทธศาสตร์และเป้าหมาย



นิงสานนท์ เป็นประธาน เป็นผู้รับผิดชอบ

การออกแบบกระบวนการปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติที่มีระเบียบสำนักนายกฯ รองรับเช่นนี้ ก็โดยหวังว่าการทำงานจะไม่สะดุดหยุดลงตลอดช่วง 3 ปี ไม่ว่าจะมีการเปลี่ยนรัฐบาลหรือไม่ และจะได้รับการสนับสนุนงบประมาณอุดหนุนทั่วไปจากรัฐบาลตลอดช่วงเวลาทำงานตามที่ ครม. ได้อนุมัติหลักการไว้ให้เรียบร้อย ซึ่งนี่ก็คือการวางกลไกการทำงานปฏิรูปสังคมด้านหนึ่งตามเจตนารมณ์ของรัฐธรรมนูญปี 2540 โดยใช้ประเด็น “สุขภาพ” เป็นตัวตั้งนั่นเอง

จากวันนั้นจนถึงวันนี้ (มกราคม 2546) ผมจึงได้มานั่งทำหน้าที่ผู้อำนวยการสำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ (สปรส.) ด้วยความอนุเคราะห์ของกระทรวงสาธารณสุขให้สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุขยืมตัวผมมาทำหน้าที่นี้อีกหน้าที่หนึ่ง (ควบคู่ไปกับการทำหน้าที่ราชการใน

ตำแหน่งที่ปรึกษากระทรวงสาธารณสุขด้วย) นอกจากนี้ยังได้รับความ
อนุเคราะห์ให้ยืมตัวข้าราชการจำนวนหนึ่งและให้ยืมใช้สถานที่ในบริเวณ
กระทรวงสาธารณสุขใช้เป็นสำนักงานอีกด้วย

สามปีเศษมานี้ ผมจึงได้มีโอกาสเรียนรู้เรื่องราวต่างๆ มากมาย ได้
น้อง ได้พี่ ได้เพื่อน ได้ครู ได้ลุง ป้า น้า อา ที่เป็นกัลยาณมิตรจากเครือ
ข่ายภาคีปฏิรูปสุขภาพเต็มไปหมด ได้เรียนรู้วิธีทำงานแบบใหม่ๆ ที่ไม่
ได้อาศัยกลไกระบบราชการเพียงอย่างเดียว แต่เป็นการทำงานอย่างถัก
ทอแนวนอนเข้ากับแนวตั้งในลักษณะของการเสริมพลังอย่างเป็นทางการ
กัลยาณมิตร

นี่คือโอกาสอันมีค่าอย่างยิ่งสำหรับผมครับ



ทำไม ต้องปฏิรูป สุขภาพ 2

“สุขภาพก็คือผลรวมของสังคมที่เกิดจาก ปัจจัยและผลกระทบจากระบบย่อยต่างๆ ทั้งหมดที่มีอยู่ในสังคม ระบบสุขภาพที่เราพูดกัน ที่ชวนกันปฏิรูป จึงหมายถึงระบบและการ จัดการทั้งหมดที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพ เป็นระบบที่ซ้อนทับอยู่กับเรื่องของชีวิตและ สังคม”



ที่บ้านผมมีสุนัข 2 ตัว ตัวหนึ่งสีน้ำตาล อีกตัวหนึ่งสีเทาปนขาว แม่บ้านที่มาช่วยทำความสะอาดบ้านเป็นครั้งคราวซึ่งเป็นชาวบ้านธรรมดา สามัญบอกว่า สุนัขของผมมี 2 ตัวคือเจ้าตัวสีแดง กับเจ้าตัวสีเขียว ชาวบ้านเขาไม่แบ่งสีละเอียดมากเหมือนคนสมัยใหม่ที่เรียนหนังสือแยะๆ

นี่คล้ายกับที่เราเรียนกันมา เรามีวิชาการหลายแขนงมากขึ้น มีวิทยาการเทคโนโลยีแยกส่วนมากขึ้น มีศาสตร์และศิลป์หลายสาขา อะไรที่เคยเป็นเรื่ององค์รวม ผสมผสานเชื่อมโยงกันอยู่ในโลกของความเป็นจริงก็ถูกแบ่งออกเป็นเสี้ยวๆ ตามมิติทางเทคนิคและวิชาการ เกิดเจ้าหัวเจ้าของในเรื่องแขนงต่างๆ มากขึ้นทุกวัน มีนักด้านนั้น นักด้านนี้เต็มไปหมด ซึ่งมีทั้งข้อดีและข้อเสีย ข้อดีคือเกิดความรู้ที่ลึกซึ้งในแต่ละเรื่อง แต่ก็เกิดข้อเสียสำคัญคือ เกิดการมองอะไรต่อมิอะไรแบบแยกส่วนหลุดไปจากความเป็นจริง ไม่สามารถเห็นความเป็นองค์รวมได้

เรื่องสุขภาพก็เช่นกัน ช่วงราวร้อยปีที่ผ่านมา เรื่องสุขภาพหรือสุขภาพะ (well-being) ที่เป็นเรื่ององค์รวม เป็นเรื่องของวิถีชีวิตที่อยู่ในชุมชนและสังคม ถูกแยกส่วนและมีความหมายแคบลงจนกลายเป็นเรื่องมิติทางการแพทย์และสาธารณสุขแบบตะวันตกที่มีวิชาการแพทย์เป็นฐาน (biomedical model) ไปเสียเกือบทั้งหมด

เวลาพูดถึงเรื่องสุขภาพ จึงมักจะกลายเป็นเรื่องของการเจ็บป่วย การรักษาพยาบาล โรงพยาบาล เครื่องมือแพทย์ มดหมอ หยูกยาไปเสียเกือบหมด

“แรกๆ แดงชุดพยาบาลสีฟ้าลงไปทำงานในชุมชน ชาวบ้านคุยแต่เรื่องความเจ็บป่วย การรักษาพยาบาล พอตอนหลังแดงชุดธรรมดาลงชุมชน ชาวบ้านเริ่มคุยเรื่องหนี้สิน เรื่องอาชีพ เรื่องสามมีมีเมียน้อย เรื่องราวชีวิตของพวกเขา ซึ่งก็คือเรื่องสุขภาพอย่างองค์รวมมากขึ้นชัดเจน”

พยาบาลชุมชนคนหนึ่งที่อำเภอน้ำพอง จังหวัดขอนแก่นเล่าให้ผมฟังเมื่อปี 2545 ทำให้เราเห็นได้ชัดว่า รูปแบบแยกส่วนที่ภายนอกไปกำหนด

ทำให้การมองของชาวบ้านเริ่มแคบตามไปด้วย
ทั้งๆ ที่ชีวิตเขาอยู่และเป็นไปอย่าง
องคร่วม

จนหลายครั้งทำให้เรา
เผลอเข้าใจผิดคิดไปว่า ถ้ามี



โรงพยาบาลมากๆ มีแพทย์พยาบาลมากๆ แล้ว คนไทยจะมีสุขภาพดี ซึ่งเป็นเรื่องจริงเพียงส่วนหนึ่งเท่านั้นเพราะสุขภาพมีความหมายกว้างกว่านั้น คนไทยและสังคมไทยจะมีสุขภาพหรือมีสุขภาพจะต้องอาศัยปัจจัยที่กว้าง และมากกว่านั้น ดังที่ พ.ต.ท.ทักษิณ ชินวัตร นายกรัฐมนตรี กล่าวไว้ใน เวทีสมัชชาสุขภาพแห่งชาติเมื่อวันที่ 9 สิงหาคม 2545 ว่า

“เรื่องของสุขภาพ บางคนเข้าใจมิติเดียว ว่าเป็นเรื่องของการป่วย การรักษา ค่าใช้จ่าย ค่ารักษาพยาบาล นั้นเป็นเพียงส่วนเดียวครับ เพราะ แท้ที่จริงแล้ว ต้นเหตุทั้งหมดของสุขภาพมาจากสาเหตุและปัจจัยที่หลากหลายมากมาย”

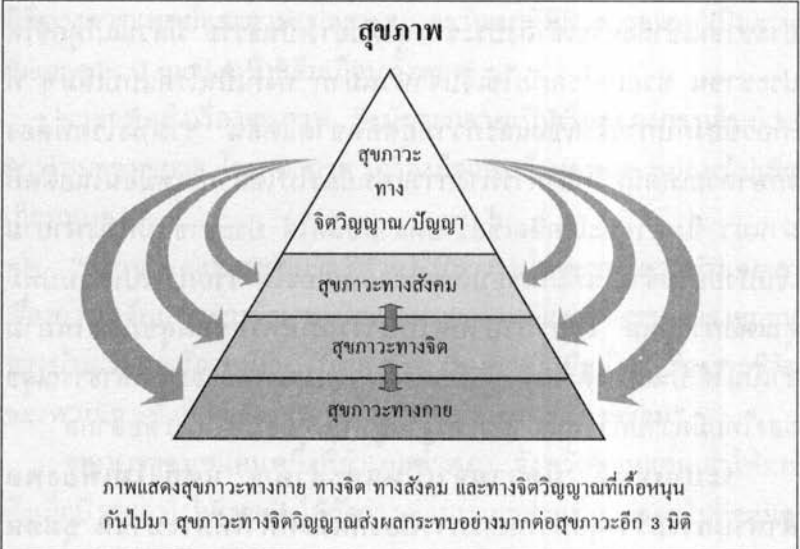
การมีระบบการแพทย์และสาธารณสุขที่ดี มีคุณภาพ กระจายทั่วถึง ประชาชนเข้าถึงหรือเข้าถึงประชาชนได้อย่างเป็นธรรม มีส่วนแก่ทุกขให้ ประชาชน ช่วยลดโรคร้ายไขเจ็บจำนวนมาก ทั้งที่เป็นโรคแบบเดิมๆ ที่ เกี่ยวข้องกับการติดเชื้อและความอึดคัดขาดแคลน รวมทั้งโรคที่ต้อง รักษาด้วยเทคนิควิทยาการทางการแพทย์ลงไปได้มาก เหมือนในอดีตที่ ผ่านมา ซึ่งเอาชนะโรคติดเชื้อร้ายหลายชนิดได้ ประชาชนมีที่พึ่งพายาม เจ็บป่วยยามจำเป็นที่เกินขอบเขตที่ช่วยตนเองได้ เรียกว่าเป็นระบบที่มี คุณต่อการดูแล เยียวยามบำบัดรักษาโรคร้ายหรือซ่อมสุขภาพในยาม จำเป็นได้เป็นอย่างดี จนถึงขั้นที่กล่าวได้ว่าการแพทย์และการสาธารณสุข ของไทยมีความก้าวหน้า ได้มาตรฐานสูงเป็นที่ยอมรับในระดับสากล

ระบบเช่นนี้ มีความจำเป็นและสำคัญ แต่ยังไม่เพียงพอ สำหรับการสร้างสุขภาพและการป้องกันสิ่งที่ทำให้ประชาชน ชุมชน

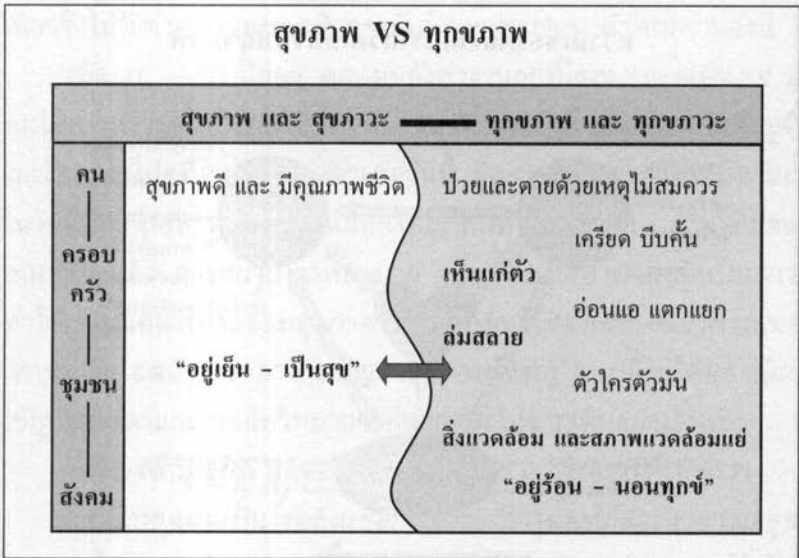
และสังคมเสียสุขภาพ เพราะสุขภาพที่เราพูดถึงกันในวันนี้ สุขภาพที่เราชวนกันคิดชวนกันปฏิรูปกันในวันนี้มีความหมายกว้างกว่าสุขภาพในมิติที่การแพทย์และสาธารณสุขจะจัดการได้โดยลำพัง

สุขภาพ หมายถึง สุขภาวะที่สมบูรณ์ทั้งทางกาย ทางใจ ทางสังคม และทางจิตวิญญาณ คือการมีร่างกายแข็งแรงสมบูรณ์ไม่เจ็บป่วยและไม่พิการโดยไม่สมควร มีปัจจัยในการดำรงชีวิตที่พอเพียง มีจิตใจเบิกบาน มีปัญญาดี ไม่เครียด ไม่ถูกบีบบังคับ ครอบครัวอบอุ่น สิ่งแวดล้อมดี ชุมชนเข้มแข็ง สังคมเป็นปกติสุข มีความเสมอภาคและสมานฉันท์ ได้ทำความดี จิตใจเปี่ยมสุขมีศาสนธรรมเป็นเครื่องยึดเหนี่ยวจิตใจ มีความเอื้อเฟื้อ เห็นแก่ตัวน้อย ฯลฯ ซึ่งก็คือสภาวะของ “การอยู่เย็น – เป็นสุข” นั่นเอง

ที่จริงความหมายของสุขภาพในลักษณะที่กว้างเช่นนี้ สอดคล้องกับที่องค์การอนามัยโลกพยายามนิยามไว้นานแล้ว แต่ก็น่าเสียดายที่ประเทศสมาชิกส่วนใหญ่ หรือแม้แต่การทำงานขององค์การอนามัยโลก ยังคงมุ่งความสำคัญอยู่ที่สุขภาพในมิติที่แคบ คือเน้นมิติที่สัมพันธ์ใกล้ชิด



สุขภาพ VS ทุกขภาพ

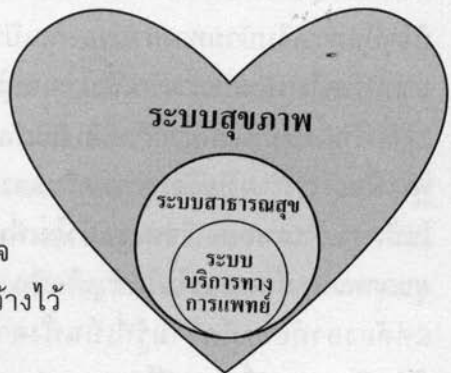


แนบแน่นอยู่กับฐานคิดทางชีวการแพทย์ค่อนข้างมากมาโดยตลอด

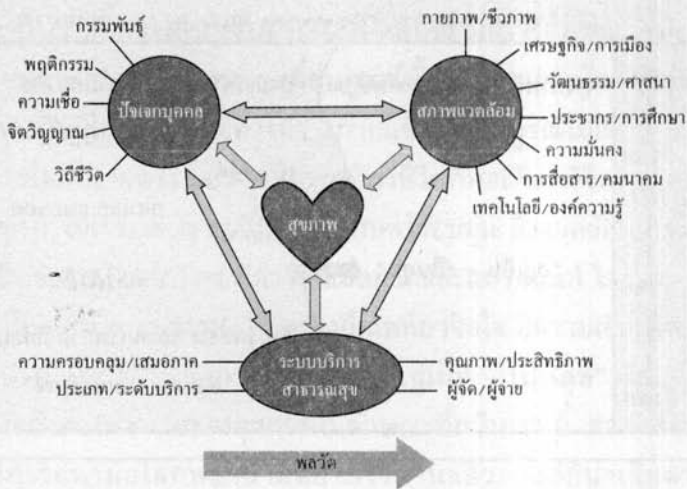
อาจพูดอีกนัยหนึ่งได้ว่า สุขภาพ ก็คือผลรวมของสังคมที่เกิดจากปัจจัยและผลกระทบจากระบบย่อยต่าง ๆ ทั้งหมดที่มีอยู่ในสังคม ระบบสุขภาพที่เราพูดถึงกัน ที่ชวนกันปฏิรูป จึงหมายถึงระบบและการจัดการทั้งหมดที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพ เป็นระบบที่ซ้อนทับอยู่กับเรื่องของชีวิตและสังคม เป็น

ระบบที่เกี่ยวข้องกับทุกคน ทุกฝ่ายในสังคม

มีการนำเสนอภาพความเชื่อมโยงและพลวัตเกี่ยวกับสุขภาพ เพื่อให้เราเข้าใจเรื่องของสุขภาพในลักษณะที่กว้างไว้นานพอสมควร



ความเชื่อมโยงและพลวัตเกี่ยวกับสุขภาพ



สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ

จากภาพนี้ทำให้เราเห็นชัดว่า เรื่องสุขภาพเป็นผลมาจากปัจจัยรอบด้าน

● ตัวบุคคลเองก็มีผลต่อสุขภาพของตน ของคนอื่นและของสังคมอย่างมาก ไม่ว่าจะเป็นผลมาจากความเชื่อ พฤติกรรม การกระทำ วิถีชีวิต ฯลฯ ปัจจุบันการเจ็บป่วยทางกายของคนเป็นผลมาจากพฤติกรรมของตนเองมากกว่าครึ่ง เป็นผลมาจากเชื้อโรคเช่นในอดีตลดน้อยลงไปมาก

วันนี้คนจำนวนมากกินผิด กินเกิน ขาดการออกกำลังกาย ใช้ชีวิตฟุ่มเฟือย เร่งรีบ บีบรัด เคร่งเครียดมากเกินไป โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรคหลอดเลือดและหัวใจเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว การแก้ปัญหาสุขภาพแบบนี้เอาชนะไม่ได้ด้วยวัคซีน ยา หรือชีวการแพทย์ล้วนๆ แต่ต้องอาศัยองค์ความรู้ที่เป็นทั้งศาสตร์และศิลป์ทางมนุษยวิทยา สังคมวิทยามากขึ้น การมีโรงพยาบาลมากๆ มีแพทย์พยาบาลมากๆ อย่าง

เดี๋ยวจึงไม่ใช่คำตอบของการจัดการกับปัญหาสุขภาพหน้าใหม่ทำนองนี้

เมื่อ 10 - 20 ปีก่อน ตอนผมยังทำงานอยู่ที่โรงพยาบาลอำเภอ มีคนไข้เบาหวานทั้งอำเภอไม่กี่สิบคน เบาหวานเป็นโรคของคนกินดีอยู่ดีในเมือง แต่ไปดูที่โรงพยาบาลอำเภอวันนี้ มีคนไข้เบาหวานแน่นเป็นร้อยในวันที่มีคลินิกเบาหวาน ถึงวันนี้คนไทยเป็นเบาหวานกว่า 1 ล้าน 2 แสนคนเข้าไปแล้ว การขยายโรงพยาบาล เพิ่มแพทย์พยาบาล จึงเป็นการทำได้เพียงแค่ตั้งรับรอซ่อมสุขภาพให้ประชาชนไปตลอดชีวิตของพวกเขาเท่านั้นเอง แต่ถ้าจะจัดการกับปัญหาสุขภาพใหม่ๆ แบบนี้ให้ได้ผล ต้องใช้ยุทธศาสตร์และเทคนิควิทยาการที่แตกต่างไปจากเดิมอย่างสิ้นเชิง

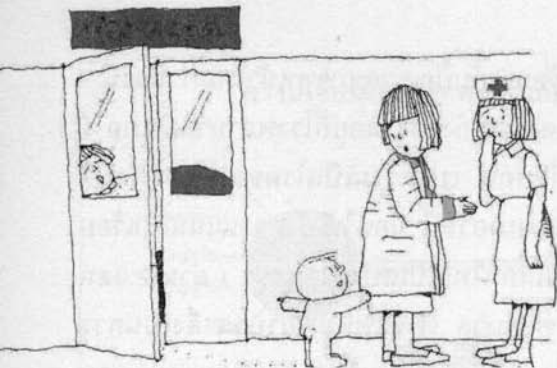
พีตำรวจ บุญยืน อดีตอธิบดีกรมอนามัย เคยวิเคราะห์ให้ฟังว่า

“สมัยก่อนคนเป็นโรคติดเชื้อมาก การแพทย์และสาธารณสุขเอาชนะได้เพราะมีหยูกยา มีวัคซีน มีเทคโนโลยีทางการแพทย์ที่เป็นอาวุธเดี่ยวจัดการโรคที่เป็นปัญหาไม่สลบซับซ้อนอย่างได้ผล แต่ถึงวันนี้การเจ็บป่วยเกิดจากหลายปัจจัยทั้งที่เป็นเชื้อโรคและไม่ใช่อะไร เป็นปัญหาที่มีความซับซ้อน จึงเอาชนะไม่ได้ด้วยอาวุธเดี่ยวๆ แบบเดิม ต้องเปลี่ยนวิธีการและอาวุธในการสู้รบอย่างสิ้นเชิง”

นี่น่าจะเป็นเหตุผลประการหนึ่งที่ชัดเจนมากกว่า ทำไมเราต้องชวนกันปฏิรูประบบสุขภาพ ซึ่งหมายถึงวิธีคิด ระบบและวิธีการทำงานที่เกี่ยวกับสุขภาพ รวมไปถึงวิถีชีวิตด้วย

● **ตัวระบบบริการสาธารณสุข** ซึ่งเป็นคำรวมเรียกระบบบริการทางการแพทย์ที่เน้นการรักษาพยาบาลเป็นสำคัญและระบบสาธารณสุขที่ท่าเกี่ยวกับเรื่องส้วม น้ำ ความสะอาด การให้วัคซีน การคุ้มครองผู้บริโภคที่เกี่ยวกับอาหารและยา การอนามัยชุมชน การอนามัยโรงเรียน สุขาภิบาลสิ่งแวดล้อม ฯลฯ ก็มีส่วนสำคัญกระทบต่อสุขภาพของคนและของสังคมไม่น้อย

ในบ้านเรามีการพัฒนาในส่วนของระบบบริการสาธารณสุขค่อนข้าง



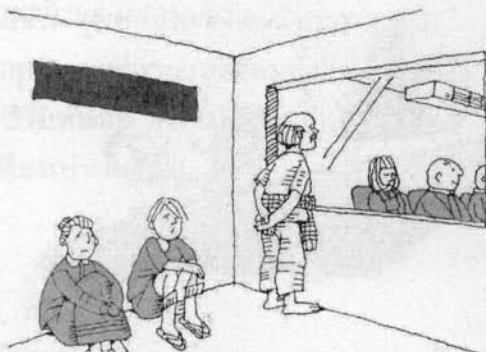
มากมายโดยตลอด เรามีโครง
ข่ายสถานบริการสาธารณสุข
ที่ดีที่สุด ครอบคลุมทุก
พื้นที่ทั่วประเทศ ตั้งแต่
สถานีอนามัย โรงพยาบาล
อำเภอ โรงพยาบาลจังหวัด
ไล่ขึ้นมาจนถึงโรงพยาบาล

มหาวิทยาลัยและโรงพยาบาลเฉพาะทาง มีการจัดบริการทั้งรัฐและทั้ง
เอกชน มีความพยายามกระจายแพทย์ พยาบาล บุคลากรสาธารณสุข หมอ
อนามัย และแม้แต่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านทั่วประเทศ ทำให้
เราเอาชนะโรคติดต่อที่ป้องกันได้ด้วยวัคซีนหลายชนิด แก้ปัญหาอนามัย
แม่และเด็กได้ดี การรักษาพยาบาลด้วยเทคโนโลยีทางการแพทย์ก้าวหน้า
ไม่แพ้ประเทศใดในโลก เหล่านี้เป็นตัวอย่างผลกระทบด้านบวกของ
บริการสาธารณสุขที่มีต่อสุขภาพของคนไทย

แต่ถึงวันนี้ ค่าใช้จ่ายเพื่อการนี้สูงมากกว่าปีละ 2 - 3 แสนล้านบาท
และมีอัตราเพิ่มกว่าร้อยละ 10 ต่อปี ซึ่งส่วนใหญ่เป็นค่าใช้จ่ายเพื่อการ
รักษาพยาบาลหรือการซ่อมสุขภาพเสียนั่นเอง ในขณะที่สภาพปัญหา
เปลี่ยนหน้าไปอย่างมาก สาเหตุของการเจ็บป่วยส่วนใหญ่ไม่ใช่มาจาก
เชื้อโรค แต่เกิดจากเหตุปัจจัยที่หลากหลาย (multifactorial) การมุ่ง
ทำงานในทิศทางเดิม จะทำให้เราต้องจ่ายเงินมากขึ้นแต่ได้ผลตอบแทนใน
แง่ของสุขภาพน้อยลง

ไม่ใช่ต้องปิดโรงพยาบาล ลดการผลิตแพทย์ พยาบาล หยุดการ
วิจัยด้านวิทยาศาสตร์การแพทย์อย่างที่มีบางคนตั้งประเด็นให้ปิดเบี้ยวไป
แต่หมายความว่าต้องคิดถึงการจัดระบบเพื่อจัดการด้วยวิธีการอื่นที่หลาก
หลาย กว้างขวางกว่าวิธีการเดิมควบคู่ไปด้วย โดยมุ่งที่การทำไม่ให้อายุ
หรือเสียสุขภาพ คือ “สร้างสุขภาพ” นำการ “ซ่อมสุขภาพ” (สร้างนำซ่อม)

มุ่งให้ทุกฝ่ายในสังคมเข้ามา
ร่วมรับผิดชอบเรื่องสุขภาพ
ด้วยกัน ปลดปล่อยภาระรับ
ผิดชอบเรื่องสุขภาพอันหนัก
อึ้งบนไหล่ของแพทย์พยาบาล
บุคลากรในระบบบริการ
สาธารณสุขไปเฉลี่ยลงบน
ไหล่ของทุกฝ่าย ทุกระบบใน
สังคม ในขณะที่เดียวกันก็ต้องส่งเสริมสนับสนุนให้มีการพัฒนาระบบ
บริการสาธารณสุขอย่างต่อเนื่องไปพร้อมๆ กันด้วย



โดยสรุป ระบบบริการสาธารณสุขมีบทบาทสำคัญมากต่อสุขภาพ
ของผู้คน แต่ถ้าทุ่มที่ระบบเดียว จะได้ผลตอบแทนต่ำ และทำให้คนไทย
และสังคมไทยมีสุขภาพหรือสุขภาพะได้ไม่มากเท่าที่ควร

● **สภาพแวดล้อม** อันประกอบด้วยสิ่งแวดล้อมทางกายภาพ ชีวภาพ ไม่
ว่าจะเป็นเรื่องของ ดิน น้ำ ป่า อากาศ เชื้อโรค พืชภัย ฯลฯ และระบบอื่นๆ
ทุกระบบในสังคมต่างมีผลกระทบต่อสุขภาพโดยตรงทั้งที่เป็นด้านบวก
และด้านลบอย่างมาก

วันนี้เวลาเปิดทีวี ฟังวิทยุ จะพบการโฆษณาเหล่าเบียร์เต็มไปหมด
ชวนให้คนไทยดื่มเหล่าเบียร์กันมากๆ บอกว่า “กินแล้วภาคภูมิใจ” ถ้า
ใครไม่ดื่มไม่กินก็ถามว่า “เป็นคนไทยหรือเปล่า” อย่างนี้กระทบกับ
สุขภาพเต็มๆ

ในช่วง 10 ปี ที่เศรษฐกิจเจริญเติบโต คนไทยดื่มเหล้าเพิ่มขึ้นเฉลี่ย
คนละ 2 เท้า ดื่มเบียร์เพิ่มขึ้นเฉลี่ยคนละ 6 เท้า กินน้ำตาลเพิ่มขึ้นเฉลี่ย
คนละ 2 เท้าครึ่ง สุขภาพคนไทยโดยรวมก็ต้องแย่ลงอย่างตรงไปตรงมา
นี้ยังไม่นับรวมผลกระทบของการดื่มเหล้าเบียร์ต่อการก่อความรุนแรงใน
ครอบครัว การเกิดอาชญากรรมความรุนแรงในสังคม การเกิดอุบัติเหตุ



บนท้องถนน และปัญหาอื่นๆ ที่ตามมาอีกมากมาย

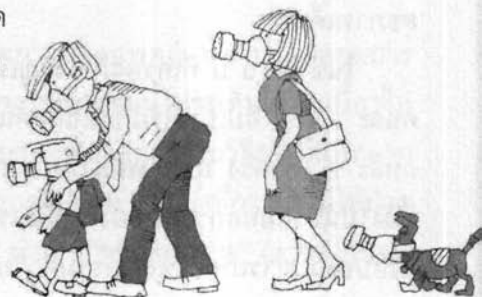
หลายปีมานี้ คนไทยไม่ต้อง
ป่วย พิการหรือตายจากไข้ทรพิษ ไอ-
กรน โปлио คอตีบ บาดทะยักที่
เอาชนะได้ด้วยวัคซีน แต่คน
ไทยวัยที่เป็นกำลังสำคัญของ
ชาติกลับต้องมาบาดเจ็บ

พิการ และตายจากอุบัติเหตุบนท้องถนนปีละเป็นหมื่นคน แต่การตาย
อย่างเดียรร่วมกันเข้าก็เท่ากับเครื่องบินโดยสารลำใหญ่ๆ ตกปีละกว่า 10
ลำ นี่ไม่นับรวมที่ต้องพิการบาดเจ็บอีกปีละเป็นหมื่นเป็นแสนคน

วันนี้ คนไทยต้องกินสารเคมี สารตกค้างในพืชผัก อาหาร สารพัดชนิด
ที่เกิดจากการผลิตเพื่อขายให้มีกำไรมากๆ ส่งผลให้คนไทยเจ็บป่วยเรื้อรัง
เป็นมะเร็งต่างๆ เพิ่มมากขึ้น สภาพสังคมเร่งรัด แข่งขันกันหารายได้ เร่ง
การเจริญเติบโตทางเศรษฐกิจให้มากที่สุด ผู้คนเครียด บีบคั้น เป็นทุกข์
จนป่วยเป็นโรคจิต โรคประสาทเป็นแสนเป็นล้านคน ถ้าวรวมเข้ากับการ
ติดสารเสพติดที่มีตัวเลขหลายล้าน ปัญหาอาชญากรรมความรุนแรงใน
ครอบครัวและสังคม ก็จะทำให้มองเห็นว่าคนไทยและสังคมไทยตกอยู่ใน
ทุกขภาวะอย่างหนักที่สืบเนื่องมาจากปัจจัยและระบบต่างๆ ในสังคม

เหล่านี้เป็นตัวอย่างบางส่วนของผลกระทบด้านสุขภาพ จากระบบ
ต่างๆ ในสังคม ที่ระบบบริการสาธารณสุขทำได้
เพียงแค่ตั้งรับรอซ่อม เยียวยา บำบัด
รักษาที่ปลายเหตุเท่านั้น ซึ่งพบว่า
หลายเรื่องทำได้เพียงแค่ประคับ
ประคอง บรรเทาปัญหาเพื่อผ่อน
หนักเป็นเบาเท่านั้นเอง

ถ้าสังคมต้องการให้คน



ไทยมีสุขภาพดี มีคุณภาพชีวิตที่ดี ชุมชนและสังคมมีสุขภาวะ จึงจำเป็นต้องร่วมกันปฏิรูประบบสุขภาพหรือระบบสังคมทั้งองคาพยพ จึงจะสำเร็จ ไม่ใช่แค่ปรับนิดปรับหน่อย หรือปฏิรูปอยู่แค่ในส่วน ของระบบบริการสาธารณสุขเพียงเท่านั้นครับ



สุขภาพแคบ- 3 สุขภาพกว้าง

“ชาวบ้านนาอีสานเขาเลิกเหล้า
ไม่ใช่เพราะหมอไปบอกว่ากินเหล้าแล้วตับแข็ง
แต่เขาเลิกเขาเปลี่ยนพฤติกรรมได้เพราะเขาคิดได้
มองเห็นวิถีชีวิตที่ดีกว่า
ที่ทำให้เขามีความสุขมากขึ้นกว่าที่ผ่านๆ มา”



สมัยที่ผมเรียนแพทย์ วิชาการที่เรียนกันหนักตลอด 6 ปี คือ วิทยาศาสตร์การแพทย์ที่มุ่งเน้นให้เข้าใจความซับซ้อนในร่างกายมนุษย์ เข้าใจการเกิดโรคในร่างกาย ในอวัยวะต่างๆ และวิธีการบำบัดรักษา เรียกว่าเรียนเพื่อเป็น “ช่างเทคนิคซ่อมมนุษย์” ซึ่งก็รวมถึงเทคนิคการบำรุงรักษาสุขภาพอยู่ด้วย มีอยู่วิชาหนึ่งเรียกว่าวิชาผสมผสาน คือ วิชาที่มุ่งให้นักเรียนนำความรู้ที่ได้เป็นรายแขนง รายวิชามาผสมผสานเชื่อมโยงกัน แต่เกือบทั้งหมดยังคงเป็นเรื่องของอวัยวะและระบบต่างๆ ของมนุษย์ ส่วนวิชาที่เกี่ยวกับความเป็นมนุษย์นั้น นักศึกษาไม่ค่อยชอบเรียนกันสักเท่าใด ไม่เหมือนสถิติศาสตร์ ศัลยศาสตร์ อายุรศาสตร์ และอื่นๆ ที่เป็นสาขาเฉพาะทาง

ตอนจบออกไปทำงาน เมื่อ 20 กว่าปีก่อน ความรู้ความเข้าใจเรื่องสุขภาพองค์รวมของผมมีจำกัดมาก พอจะรู้ว่าเวลาดูแลเรื่องการเจ็บป่วยของคนไข้ ต้องคำนึงถึงความเป็นอยู่ อาชีพ สถานะทางเศรษฐกิจ และปัจจัยอื่นๆ ด้วย แต่ในการทำงานประจำวันจริงๆ ก็ต้องใช้เวลาทั้งหมดหมกมุ่นอยู่กับการตรวจรักษาโรค จนเกือบจะไม่มีเวลาคิดถึงเรื่องอื่นที่เป็นองค์รวมมากไปกว่านั้น แต่ละวันมีคนไข้มาให้ตรวจโรคมากมาย จนจัดให้เข้ามานั่งในห้องตรวจพร้อมกัน 2 คน เพื่อความรวดเร็ว โดยลืมนึกถึงเรื่องศักดิ์ศรีความ

เป็นมนุษย์และความเป็นส่วนตัวของเขาด้วยเข้าไป

ผมรู้ว่าคนไข้บางคนของผมหากจนมาก มีลูกตั้ง 7 คนแล้ว แต่ทั้ง

สามีและภรรยาไม่ยอมทำหมัน ผมแนะนำข้อดีสารพัดแต่เขาก็ไม่เชื่อ โดยผมไม่ได้ศึกษาเรียนรู้เพื่อทำความเข้าใจว่า เพราะเหตุใดเขาจึงไม่เชื่อ เมื่อเขาไม่เชื่อก็รู้สึกหงุดหงิด คิดไปว่าเขาไม่ยอมรับฟังเรา



ผมรู้สึกหงุดหงิดเมื่อคนไข้มอบว่า ไปรักษากับหมอพื้นบ้าน หมอพระก่อนที่จะมาหาผม ผมไม่เข้าใจวิถีคิด วิถีชีวิต วัฒนธรรมความเชื่อของชาวบ้านในชุมชนที่ผมไปอยู่ทำงาน ผมมีความอหังการในความเป็นแพทย์ มีความปรารถนาดีต่อประชาชน แต่ไม่มีวิธีการและทักษะของการเรียนรู้ร่วมกับชาวบ้าน

เวลาของการทำงานในชนบทผ่านไปหลายปีที่เดียว กว่าผมจะเริ่มเรียนรู้และเริ่มเข้าใจเรื่องสุขภาพอย่างองค์รวมมากขึ้นบ้าง เริ่มเข้าใจวิถีคิด ความเชื่อและวิถีชีวิตชาวบ้านมากขึ้น แต่ก็ยังไม่ถือว่าลึกซึ้ง อาจเป็นด้วยเหตุที่ว่าผมเป็นคนเรียนรู้ช้า

ในการทำงานปีท้ายๆ ที่อยู่ในชนบท ผมเริ่มเป็นกัลยาณมิตรกับหมอพระ หมอดำแย หมอพื้นบ้านมากขึ้น ผมเริ่มเข้าใจวิถีชีวิตของชาวบ้านมากขึ้น เวลาออกไปเยี่ยมบ้านคนไข้วัดโรคในพื้นที่ทุรกันดารห่างไกล พบว่าเขาตำยาพื้นบ้านกิน ทิงยารักษาวัณโรคที่เราจ่ายไปให้กองเอาไว้ได้ถนัดบ้าน ผมเข้าใจได้และไม่คิดว่าเขา

ตอนเติบโตเป็นผู้บริหารสาธารณสุขระดับจังหวัดแล้ว ได้มีโอกาสไปเรียนต่อที่ยุโรป ได้มีโอกาสเรียนรู้วิชาทางมนุษย์และสังคม ทำให้ได้ทบทวนตนเอง เกิดโลกทัศน์กว้างขึ้นบ้าง มองและเข้าใจเรื่องสุขภาพกว้างขึ้นกว่ามิติทางวิทยาศาสตร์การแพทย์ล้วนๆ แต่ก็ยังเป็นความรู้ ความเข้าใจที่ปนนมเนยอยู่มาก เพราะฝรั่งเองก็ยังคงวางเรื่องสุขภาพไว้กับการมีมิติทางวิทยาศาสตร์การแพทย์เป็นศูนย์กลางอยู่นั่นเอง

ยังไม่ได้มองสุขภาพหรือสุขภาพะที่กว้างไกลครอบคลุมมิติกายใจ สังคม และจิตวิญญาณอย่างแท้จริง

สองสามปีมานี้ เมื่อผมออกห่างจากวิทยาการทางการแพทย์และสาธารณสุขในรอบของสุขภาพหรือสาธารณสุขแบบดั้งเดิม และได้มีโอกาสออกไปเรียนรู้ร่วมกับกัลยาณมิตรมากหน้าหลายตา ทำให้ได้เรียนรู้และ

“ถ้าจะให้คนมีสุขภาพดี ต้องปรับวิถีเกษตรเป็นแบบธรรมชาติ ผสม

ผลงาน ไม่ใช่ทำแบบเพื่อ
ขายให้ได้มากๆ ทุกวันนี้
คนไทยต้องกินสารพิษตก
ค้างในพืชผักผลไม้มาก
มาย ก่อโรคก่อภัย ตอน
นี้ผมปรับการเกษตรของ
ผมเป็นแบบธรรมชาติ



ตามแนวพระราชดำริของในหลวงแล้ว เห็นผลดีจริงๆ อยากให้เกษตรกร
คนอื่นเข้าใจและปรับเปลี่ยนกันมากๆ”

นี่เป็นคำอภิปรายของเกษตรกรหนุ่มคนหนึ่ง ในเวทีสมัชชาสุขภาพ
จังหวัดที่สุพรรณบุรีเมื่อกลางปี 2545 ที่พูดถึงเรื่องสุขภาพองค์รวมอย่าง
เข้าอกเข้าใจยิ่งกว่าผมซึ่งเป็นบุคลากรสาธารณสุขเสียอีก

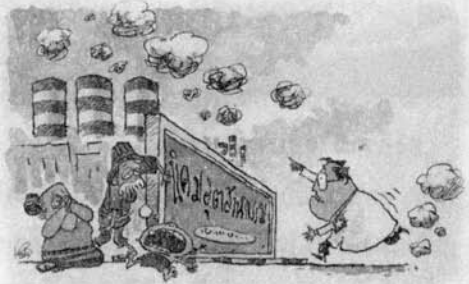
ที่อำเภอโมรณีย์ จังหวัดชัยนาท คุณเฉลิม อ่วมดี เกษตรกรผู้
ปลูกข้าว สมาชิกศูนย์การเรียนรู้โรงเรียนเกษตรกรในพระราชดำริ เล่าให้
ฟังถึงสิ่งที่เกิดขึ้นในการทำนาแต่ละรอบว่า

“อันดับแรก จะใช้ยาอินโดซันแพรนเพื่อปราบหอยเชอรี ตอนทำ
เทือกก็เอากระดิก 5 ลิตร ใส่น้ำมันเครื่องผสมกับน้ำมันโซล่าแล้วก็อินโด-
ซันแพรน เजाจะรูกะดิกหอยไปกับรถไถ ให้มันทยอยออกมาแบบให้น้ำ
เกลือ คนก็ลุยกันไปโดนทั้งคนทั้งหอย พอหว่านข้าวก็ฉีดยาคุมวัชพืช แต่
ไหนๆ จะฉีดก็จ้างเขาฉีดดีกว่า ค่าแรงไร่ละ 40 บาท มีคนเขารับจ้างตาย
แทนอยู่แล้ว ไหนๆ ฉีดยาคุมวัชพืชอยู่แล้ว ก็ผสมยาฆ่าแมลงไปด้วย
เลย ทั้งๆ ที่ตอนนั้นในนายังไม่มีต้นข้าวเลย พอต้นข้าวขึ้น ก็ฉีดยาคุม
วัชพืชบวกยาฆ่าแมลงเข้าไปอีก พอไชน้ำเข้านา ก็ต้องตามด้วยอินโดซัน-
แพรนเพื่อจัดการหอยเชอรีอีกรอบ เห็นผลทันตาครับ ไม่ใช่ตายแค่
หอย ปลาไหลที่อยู่ใต้ดินก็วิ่งขึ้นมาตาย เรียกว่าตายเรียบ ชาวนาเองก็
ตายผ่อนส่ง หลังจากนั้นอีก 20 กว่าวันก็หว่านปุ๋ยหนแรก อีกไม่กี่วันก็

ต้องใช้ยาฆ่าแมลงตามอีก ทำนาครั้งหนึ่งค่ายาฉีด ยากิน ยาคุมก็ตก
ประมาณ 3,000 บาทต่อไร่

ส่วนใหญ่บอกว่า ทำนา 3 หน ครั้งแรกพอกำไร ครั้งที่สองเสมอ
ตัว ครั้งที่สามเจ๊ง ยิ่งขยัน ยิ่งทำเท่าแก่รวย ชาวนาไม่มีรวยหรอกครับ มี
แต่เจ๊ง สุขภาพก็เลวลง สาธารณสุขมาเจาะเลือดพวกเราเจอสารเคมีตกค้าง
3 ระดับ เสี่ยง ปลอดภัย ปลอดภัยสูงสุด นี่คนทำนาระครับ ส่วนสาร
ตกค้างที่ไปถึงผู้บริโภคเป็นอีกเรื่องหนึ่ง พวกเราถูกแนะนำให้แข่งกัน
ผลิต ไม่เคยคิดเรื่องต้นทุนไม่ว่าจะเป็นเรื่องเงิน เรื่องสุขภาพหรือ
ทรัพยากรธรรมชาติอื่น ๆ เวลาเจอหน้ากันก็จะถามว่า “ได้กี่เกวียน”

เมื่อถามแพทย์ พยาบาล
บุคลากรสาธารณสุขที่ทำงานอยู่
ในพื้นที่ทำนว่าทราบข้อมูลเช่น
นี้บ้างหรือไม่ พบว่าส่วนใหญ่ไม่
ทราบ เพราะเรื่องเช่นนี้แม้มีผล
กระทบกับสุขภาพคน สุขภาพดิน
สุขภาพสิ่งแวดล้อม ซึ่งเป็นเรื่อง
สุขภาพองค์รวม แต่ก็เป็นเรื่องที่แบ่งแยกส่วนให้เป็นของฝ่ายวิชาการเกษตร
ไปล้วนๆ ซึ่งส่วนใหญ่ก็ไปมุ่งที่การเพิ่มผลผลิต เพื่อการเจริญเติบโตทาง
เศรษฐกิจเป็นหลัก



บุคลากรสาธารณสุขที่บอกว่ารู้เรื่องพวกนี้อยู่บ้างเหมือนกัน แต่ก็ไม่ได้ทำอะไรมากไปกว่าไปช่วยเจาะเลือดเกษตรกรทราบเอนไซม์ชี้วัดว่า
เกษตรกรมีสารเคมีตกค้างในเลือดบ้างหรือไม่ และให้สุขศึกษาแนะนำวิธี
การป้องกันพิษภัยจากสารเคมีตามหลักวิชาการต่างๆ ไป

ในทางตรงกันข้าม มีผู้แทนบริษัทขายสารเคมีในการเกษตรเดิน
เข้าไปแนะนำสินค้าให้กับเกษตรกรทั่วประเทศในลักษณะที่ชาวบ้านบอก
ว่า “หัวคันทนาไม่แห้ง” ทั้งหมดนี้ก็เพื่อสร้างผลผลิตกระตุ้นจีดีพีกันอย่าง

เอาเป็นเอาตายต่อไป

สุขภาพจึงยังคงเป็นเรื่องแคบๆ แยกส่วนแค่ให้สุขศึกษา ฉีดวัคซีน ตรวจรักษาคนเมื่อเจ็บป่วยแล้ว ด้วยวิทยาการและเทคโนโลยีทางชีวการแพทย์ล้วนๆ รวมไปถึงเรื่องส้วม น้ำ ความสะอาด เช่นเดิม การทำงานเพื่อ



สร้างสุขภาพอย่าง
องคร่วมก็ไม่เกิด

ประสบการณ์
ของชาวบ้านที่
หมู่บ้านนาอีสาน
อำเภอสนามชัยเขต
จังหวัดฉะเชิงเทรา
จึงหวัดฉะเชิงเทรา
สอนผมเรื่องสุขภาพ

องคร่วมได้อย่างวิเศษ

ชาวบ้านที่นาอีสาน เดิมมีภูมิลำเนาอยู่ที่ภาคอีสานอยู่กันแบบชาวบ้านทั่วไป แม้ผืนแผ่นดินจะแห้งแล้ง ทำการเกษตรไม่ค่อยได้ผล อยู่กันตามอัตภาพ แต่เขามีญาติมิตร มีวัฒนธรรมประเพณีและวิถีชีวิต วิถีชุมชน ซึ่งเป็นทุนทางสังคมที่มีมาอย่างยาวนาน เมื่อถึงยุคที่ได้รับการส่งเสริมให้คนไทยพัฒนาเศรษฐกิจภายใต้สโลแกนที่ว่า “งานคือเงิน เงินคืองาน บันดาลสุข” โดยรัฐบอกว่า ถ้าเดินตามแนวผลิดมากๆ เพื่อขายแล้ว “พุงนี้ จะรวย” เมื่อชาวบ้านเดินตามแนวนี้ วันเวลาผ่านไปชาวบ้านกลับมีหนี้เพิ่มพูน ที่ดินที่เคยเป็นสมบัติมาหลายชั่วคนก็ตกเป็นของนายทุน ติดจำนอง ชกส. มีหนี้ล้นพ้นตัว ต้องพากันหนีหนี้ ทั้งชุมชน หันหลังให้กับวิถีชีวิต วัฒนธรรม ประเพณีดั้งเดิมไปบุกป่าตะวันออกเพื่อทำการเกษตรหวังรวยกันต่อไป

การเกษตรในผืนป่าที่หักร้างถางพงใหม่ให้ผลดีมาก เพราะดินอุดมสมบูรณ์ การลงทุนทุกอย่างไม่ว่าเมล็ดพันธุ์ ปุ๋ย สารเคมี มีฝ่ายนายทุน

เข้ามาเป็นธุระให้ และรับซื้อผลิตผลโดยชาวบ้านไม่ต้องมีภาระเรื่องการค้า
ตลาด

หาเงินได้เท่าใดก็ใช้เพื่อซื้อความสุขมาเสพตามแรงโฆษณาทั้งทาง
ตรงและทางอ้อม พริกชี้หนู ข่า ตะไคร้ พืชผักสวนครัวก็ไม่ปลูกกิน
ทั้งๆ มีที่ดินรอบบ้าน ฟังพากการซื้อหาจาก “รถพุ่มพวง” ที่เร่ขายอาหาร
สดทั่วทุกหัวระแหง

วันเวลาผ่านไป การเกษตรเชิงเดี่ยวที่ถูกกระตุ้นให้ปลูกมากๆ เพื่อ
ขายหวังรวยมากๆ กลับต้องใช้ทุนมากขึ้น ขายได้ราคาต่ำลง ชาวบ้าน
หนีไม่พ้นการมีหนี้สินพอกพูนขึ้นอย่างรวดเร็ว ทั้งเป็นหนี้สินเพื่อการ
ลงทุน (ที่ทำให้ยิ่งขาดทุน) และเป็นหนี้สินจากการใช้ชีวิตอย่างฟุ่มเฟือย
ตามกระแสบริโภคนิยม

เหล่า เบียร์ หอยบนดิน ใต้ดิน และอบายมุขทุกรูปแบบแพร่ระบาด
เข้าไปเต็มหมู่บ้าน

“ปลูกขายลูกเดียว ข้าวก็ต้องซื้อ ผักหญ้าทุกชนิด กะปิ น้ำปลา ต้อง
ซื้อกินทั้งนั้น มีรถพุ่มพวงเข้ามาขายถึงบ้านทุกวัน ยิ่งทำยิ่งจน หนี้เพิ่ม
พอมือ ชกส. เข้ามาให้กู้ก็ดีใจ กู้ ชกส. ไปใช้เท่าแก่ ถึงเวลาส่ง ชกส. ก็กู้เท่า
แก่มาใช้หนี้ ชกส. ทำไปทำมาหนี้ท่วมตัวเป็นแสนๆ ที่ดินก็ไม่ใช้กรรมสิทธิ์
ของเรา ราชการจะขับไล่เมื่อไหร่ก็ไม่รู้ ก็อยู่กันไปวันๆ แก่เครียดด้วยการ
หาความสุขเฉพาะหน้า คิดถึงอนาคตไกลไม่ได้ ทั้งหมู่บ้านจึงมีแต่กิน
เหล้าเมายา เล่นการพนัน แทะหวยเพื่อหวังที่จะรวยกับเขาบ้าง กับเมียก็
ทะเลาะกันเป็นประจำ เพราะมีแต่ปัญหาที่ไม่รู้จะแก้กันอย่างไร เรียกว่า
เป็นชีวิตเกษตรกรรายย่อยจริงๆ คือ ย่อยยับลูกเดียว”

พี่เลี่ยม บุตรจันทา ผู้นำชุมชนคนสำคัญเล่าให้ฟัง

แต่วันนี้ คนที่บ้านนาอีสานเปลี่ยนวิถีชีวิตของพวกเขาแล้ว ด้วย
กระบวนการเรียนรู้ของชุมชนร่วมกับกัลยาณมิตรภายนอก เขาค้นพบตัว
เองตั้งแต่วิถีคิดของการดำรงชีวิต วิธีการทำอาชีพ วันนี้คนส่วนใหญ่ใน

หมู่บ้านเล็กเหล้ายา เลิกเล่นอบายมุข หันมาทำเกษตรผสมผสาน ทำเพื่อกินเพื่ออยู่ มีเหลือถึงค่อยขาย เพื่อการมีชีวิตที่เป็นสุข ไม่ใช่มุ่งทำเพื่อขายหวังรวยเหมือนในอดีต เขาคิด เขาเรียนรู้เรื่องแบบนี้ได้ด้วยการชวนกันทำบัญชีรายรับ-รายจ่ายครอบครัว ทำให้มองเห็นถึงการใช้ชีวิตอย่างฟุ่มเฟือย ขาดความตระหนัก ยังมีชีวิตต่อไปก็ยังมีแต่ความทุกข์ ห่างไกลความสุขมากขึ้นๆ



สิ่งที่ทำให้พวกเราได้คิด เกิดจากคำแนะนำให้เราทำในเรื่องที่ง่ายมาก คือการทำบัญชีรายรับ-รายจ่ายของครอบครัว ก่อนหน้านั้นเรากับแม่บ้านทะเลาะกันเป็นประจำ ต่างคนต่างกล่าวหากันว่าอีกคนหนึ่งใช้เงินแยะ เริ่มทำบัญชีใหม่ๆ ก็ทะเลาะกันอีก แต่พอทำความเข้าใจกันได้ ทำบัญชีไปเรื่อยๆ ก็เจอว่าค่าใช้จ่ายของครอบครัวที่แพงที่สุดคือค่าเหล้าค้ายาของเราเอง ปีละห้าหกหมื่นบาท มากกว่าครึ่งของรายจ่ายทั้งบ้านที่มีกันอยู่ 4 คน พ่อ แม่ ลูก นอกนั้นเป็นค่าซื้อของกินของใช้ ต้องซื้อแม่กระทิงพริกขี้หนู

เมื่อเห็นรายจ่าย หันมาดูหนี้สินก้อนโต ก็เลยทำให้ได้คิดว่าถ้าเรายังคงใช้ชีวิตเดินไปในทางเดิม ครอบครัวก็คงล่มสลายไปไร้อนาคต แม่บ้านเขาก็เห็นด้วย ก็เลยสาบานกับแม่บ้านว่าจะเลิกกินเหล้า เลิกเล่นการพนัน สาบานกับเมียนี้ศักดิ์สิทธิ์กว่าสาบานกับพระเสียดีก ถ้ามเมียว่า เวลาไปกินเหล้ากับเพื่อน ทำไมชอบไปตามให้กลับบ้าน เมียเขาบอกว่ากลัวเมาแล้วพูดไม่ดี จะโดนต่อยปาก โดนคนอื่นทำร้าย เขาเป็นห่วงเรา แต่เมื่อก่อนเรากลับรู้สึกว่ามีเมียไปตามไม่ให้เกียรติเรา พอได้คิด ได้ปรับชีวิตกันใหม่ นี่ก็ 5-6 ปีแล้ว ไม่เคยทะเลาะกันอีกเลย ครอบครัวมี

ความสุขมาก ลูก 2 คนก็มีความสุข ตอนนี่เกือบจะปลดหนี้ได้หมดแล้ว และมีทรัพย์สินเป็นต้นไม้ในสวนมูลค่าเป็นแสน

สมัยก่อนปลูกพืชตามที่เ้าแก่กำหนด ยิ่งทำมากยิ่งเจ้งมาก วันนี่คิดใหม่แล้ว ปลูกเพื่อกินเป็นหลัก ใช้หลักปลูกทุกอย่างที่กิน กินทุกอย่างที่ปลูก สารเคมีก็ไม่ต้องใช้ ลดรายจ่ายที่ต้องซื้อกิน เหลือค้อยขาย ไม่หวังรวยมาก ๆ รวยเร็ว ๆ อย่างในอดีต แต่ก็มีไม้ผล ไม้ยืนต้นที่ปลูกปนกันไว้ เติบโตขึ้นทุกวันเป็นมรดกในวันหน้า”

ชาวบ้านเขาเลิกเหล้า ไม่ใช่เพราะหมอไปบอกว่า กินเหล้าแล้วตับแข็ง เขาเลิกใช้สารเคมีในการเกษตรไม่ใช่เพราะว่ามีคนไปบอกว่าเป็นอันตรายกับสุขภาพ แต่เขาเลิก เขาเปลี่ยนเพราะคิดได้ ได้มองเห็นวิถีชีวิตที่ดีกว่า



และเขาเลือกทางเดินของพวกเขาใหม่ด้วยตัวของพวกเขาเองที่ทำให้เขาพบว่า สุขภาพเขาดีขึ้น วิถีชีวิตเป็นสุขมากขึ้นกว่าที่ผ่าน ๆ มา

นี่เป็นตัวอย่างของเรื่องสุขภาพองค์รวม เป็นบทเรียนจากชีวิตจริงของคนเล็กคนน้อยซึ่งร่วมกันค้นหาคำตอบกันมาตลอดชีวิตของพวกเขา ซึ่งผมได้มีโอกาสสัมผัสมาด้วยตนเอง ทำให้ได้เรียนรู้และทำให้เข้าใจความหมายของสุขภาพองค์รวมได้แจ่มกระจ่างมากขึ้น

ที่สำคัญ ทำให้เห็นชัดว่า เรื่องสุขภาพเป็นเรื่องของคนทุกคน เป็นส่วนหนึ่งที่ซ้อนทับอยู่กับเรื่องของชีวิต อาชีพ และความเป็นอยู่ หรือเป็นเรื่องของวิถีชีวิตนั่นเอง ซึ่งเป็นเรื่อง que ทุกฝ่ายจะต้องช่วยกันทำ ช่วยกันสร้าง ช่วยกันดูแลรับผิดชอบ ไม่ใช่เรื่องของแพทย์พยาบาล และบุคลากรสาธารณสุข เพียงเท่านั้นครับ



ก่อนถึงขั้นนี้ 4

มีอิฐหลายก้อน

“การปฏิรูประบบสุขภาพมีความจำเป็น ถ้าปราศจากการปฏิรูป ระบบเก่าๆ จะตกเป็นเบี้ยล่าง ถูกกระทำจากสถานการณ์ใหม่และปัญหาใหม่ ...

ผมมาทำหน้าที่นี้ เป็นเพียงคนก่ออิฐ
ถือปูน ณ บางจุดบางตอน
ของการสร้างเจดีย์ระบบสุขภาพ
ที่มีคนร่วมมากมาย”



กว่าที่กระบวนการปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติจะเกิดขึ้นได้อย่างเป็นทางการในปี 2543 โดยรัฐบาลสนับสนุนให้มีกลไกทำงานเรื่องนี้ เพื่อชวนคนทั้งประเทศร่วมคิด ร่วมเสนอแนะต่อการจัดทำ พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ และร่วมลงมือปฏิรูประบบสุขภาพภาคปฏิบัติไปพร้อมๆ กัน นั้น ได้มีความพยายามทำงานหลายเรื่องสืบต่อกันมา เสมือนกับการวางอิฐก้อนแรกๆ เพื่อสร้างฐานรองรับเจดีย์ใหญ่ นั่นเอง

ราว 20 - 30 ปีที่แล้ว (ช่วงก่อนและหลังปี 2520) มีความพยายามของอาจารย์ผู้ใหญ่ส่วนหนึ่งทั้งที่อยู่ในปากของกระทรวงสาธารณสุขและปากของโรงเรียนแพทย์ ในการจัดทำข้อเสนอแนะเพื่อการวางแผนการแพทย์และสาธารณสุขของประเทศในทิศทางที่มุ่งชุมชน มีการจัดทำข้อเสนอปฏิรูปแพทยศาสตร์ศึกษาที่ใช้ชุมชนเป็นศูนย์กลางแทนการใช้โรงพยาบาลใหญ่เป็นศูนย์กลาง เข้าลักษณะเสนอให้ทำในสิ่งที่แทบจะเป็นไปไม่ได้ อย่างที่ฝรั่งเรียกว่า “ทำสี่เหลี่ยมให้เป็นวงกลม” (circle the square) มีความพยายามเสนอตั้งสภาสาธารณสุขแห่งชาติขึ้นมาทำหน้าที่เป็นกลไกทำนโยบายด้านสาธารณสุข ในรูปที่มีส่วนร่วมจากหลายๆ ฝ่าย ด้วยเล็งเห็นว่า เรื่องสุขภาพอนามัยมีผู้คนเกี่ยวข้องมากมายทั้งใน ส่วนราชการต่างๆ และในส่วนของประชาชนเอง

ความพยายามผลักดันให้เกิดการปฏิรูปในลักษณะ “ก้าวหน้า” เหล่านั้นไม่ประสบความสำเร็จมากนัก ในขณะที่เดียวกันก็เกิดฉายา “กลุ่มไปยเขียน” อันเป็นฉายาของกลุ่มคนที่เสนอให้มีการปฏิรูปเหล่านั้น บุคคลในกลุ่มนี้ได้แก่ อาจารย์อารี วัลยะเสวี, อาจารย์ประเวศ วะสี, อาจารย์ทองจันทร์ หงส์ลดารมภ์, อาจารย์สันต์ หัตถิรัตน์, อาจารย์ไพโรจน์ นิงสานนท์ และพีดำรงค์ บุญยสิน เป็นอาทิ

อย่างไรก็ตามในยุคใกล้เคียงกันนั้น เกิดนโยบายมุ่งกระจายบริการสาธารณสุขออกสู่ชนบทระดับอำเภอและตำบลทั่วประเทศ โดยมีนโยบายจัดตั้งโรงพยาบาลอำเภอทั่วประเทศ และสถานีอนามัยตำบลทั่วประเทศ

ขึ้น พร้อมๆ กับการรับแนวทาง “การสาธารณสุขมูลฐาน” เข้ามาใช้ เสริมสร้างการมีส่วนร่วมของภาคประชาชนในเรื่องสุขภาพควบคู่ไปด้วย ตรงนี้นับได้ว่าเป็นการปฏิรูปในส่วนของบริการสาธารณสุขที่มุ่งเน้นชนบทชัดเจนพอสมควร

ปี 2531 มีการจัดสมัชชาสาธารณสุขไทยครั้งที่ 1 ขึ้น ณ โรงแรมแอมบาสเดอร์ กรุงเทพฯ เพื่อเปิดเวทีคุยกันในเรื่องที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพหลายประเด็น งานนี้กระทรวงสาธารณสุขเป็นเจ้าภาพ มีคุณหมอสมาศักดิ์ ชุณหรัศมิ์ เป็นแกนคนสำคัญ สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรม-ราชกุมารี เสด็จเป็นองค์ประธานเปิดด้วย แต่หลังจากนั้นไม่มีการจัดสมัชชาเช่นนี้อีกเลย



ปี 2535 มีการออก พ.ร.บ.สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข ในสมัยที่อาจารย์ไพโรจน์ นิงสานนท์ เป็นรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข (รัฐบาลท่านอานันท์ ปันยารชุน) เป็นหน่วยงานของรัฐที่ไม่ใช่ส่วนราชการ คือ มีอิสระแต่ไม่แยกตัว ทำงานในกำกับของกระทรวงสาธารณสุข เพื่อสร้างองค์ความรู้เกี่ยวกับระบบสาธารณสุข (สมัยนั้นยังนิยมใช้คำว่า ระบบสาธารณสุข ยังไม่ค่อยใช้คำว่า ระบบสุขภาพ ซึ่งกินความกว้างกว่า) เพื่อรองรับการปรับเปลี่ยนในอนาคต การเกิดสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุขมีความสำคัญมาก เพราะได้ส่งผลมาถึงการปฏิรูประบบสุขภาพอย่างเป็นเรื่องเป็นราวในเวลาต่อมา

สำหรับความเป็นมาเป็นไปก่อนการจัดตั้งสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข อาจารย์ประเวศ วะสี ได้เขียนไว้แล้วในนิตยสาร “หมอชาวบ้าน” ปีที่ 24 ฉบับที่ 285 ผู้สนใจหาอ่านเพิ่มเติมได้ครับ

ในการประชุมวิชาการของสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุขปี 2539 (1-2 ก.พ. 2539) ในหัวข้อว่า “ปฏิรูปเพื่อสุขภาพ ยุทธศาสตร์ใหม่สู่การ

พัฒนาระบบ” เป็นการเตรียมการไปสู่การปฏิรูประบบต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพในวันข้างหน้า อาจารย์ประเวศ วะสี ได้เขียนหนังสือขึ้นมาเล่มหนึ่ง ใช้ชื่อว่า “การปฏิรูประบบเพื่อสุขภาพ”

อาจารย์เขียนบทนำไว้ว่า

“สุขภาพ ในความหมายว่า ความสุขสมบูรณ์ทั้งทางกาย ทางจิต และทางสังคม เป็นจุดมุ่งหมายสูงสุดของการดำรงชีวิตและการพัฒนา ความเชื่อมโยงขององค์ประกอบต่างๆ ที่มีผลต่อสุขภาพเรียกว่า ระบบสุขภาพ (health system)

ระบบสุขภาพนี้รวมทั้งองค์ประกอบที่อยู่นอก “วงการสาธารณสุข” ด้วย เช่น สังคม เศรษฐกิจ สิ่งแวดล้อม การเมือง ระบบบริการสุขภาพ (health care system) เป็นส่วนหนึ่งของระบบสุขภาพ

ระบบสุขภาพของประเทศใดประเทศหนึ่ง หรือแม้แต่เขตใดเขตหนึ่ง หรือเรื่องใดเรื่องหนึ่ง มีความจำเพาะสำหรับประเทศนั้นหรือเขตนั้น หรือเรื่องนั้น เพราะขึ้นกับปัจจัยต่างๆ เช่น วัฒนธรรม ระบบราชการ ระบบสังคม เศรษฐกิจ การเมือง ซึ่งมีความจำเพาะ ฉะนั้นจะไปอาศัยความรู้เรื่องระบบสุขภาพจากที่อื่นเอามาใช้เลยหาได้ไม่ แต่ต้องวิจัยระบบสุขภาพ (health system research) ของตัวเอง เพื่อให้เข้าใจสถานะการทำงาน และทิศทางของระบบที่เคลื่อนตัวไป จึงจะสามารถปรับปรุงระบบเพื่อสุขภาพได้

ในท่ามกลางความเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว การปฏิรูประบบสุขภาพ (health system reform) มีความจำเป็น ถ้าปราศจากการปฏิรูประบบเก่าๆ จะตกเป็นเบี้ยล่าง ถูกกระทำจากสถานการณ์ใหม่และปัญหาใหม่ อันจะมีผลกระทบต่อสุขภาพ เศรษฐกิจ สังคม อย่างรุนแรง



ฉะนั้น ขณะนี้การปฏิรูประบบสุขภาพกำลังเป็นกระแสใหญ่ทั่วโลก

ในการปฏิรูประบบสุขภาพ จำเป็นต้องมีความคิดเชิงระบบ (system thinking)

หรือต้องคิดใหญ่ให้ครบทั้งระบบ ถ้าคิดเล็กคือคิดเป็นส่วนๆ หรือคิดเฉพาะส่วน หรือคิดเฉพาะส่วนที่ตนสนใจเท่านั้น ย่อมไม่สามารถก่อให้เกิดการปฏิรูประบบสุขภาพ นี้อยากจะย้ำไว้เป็นพิเศษ เพราะเราค้นเคยกับการคิดเป็นส่วนๆ หรือคิดเล็ก คนที่อยู่ในฐานะจะคิดใหญ่ได้แล้วก็ยังคิดเล็กอยู่ จำเป็นที่คนที่มีความรู้ความสามารถจะต้องรวมตัวกันคิดใหญ่ คือคิดทั้งระบบ เพื่อให้มีการปฏิรูประบบเพื่อสุขภาพของประชาชนทั้งหมด”

อาจารย์ประเวศ ได้กล่าวถึงความจำเป็นในการปฏิรูประบบเพื่อสุขภาพ โดยแนะนำให้ใช้ความรู้ผนวกเข้ากับการจัดการให้เกิดการเคลื่อนไหวของสังคมทั้งสังคม พร้อมกันนั้นก็เสนอมรรค 8 สำหรับการปฏิรูประบบเพื่อสุขภาพไว้คือ

1. สร้างระบบผู้มีส่วนร่วมในการปฏิรูป
2. การวิจัยแนวโน้มใหญ่ที่มีผลกระทบต่อสุขภาพ
3. การวิจัยเพื่อสร้างคุณค่าของสุขภาพและเครื่องชี้วัดสุขภาพของสังคม
4. การวิจัยเพื่อส่งเสริมและสนับสนุนสุขภาพเชิงวัฒนธรรม
5. การวิจัยประเมินผลของระบบบริการสุขภาพ
6. การปฏิรูประบบบริการสุขภาพ
7. การส่งเสริมประชาคมสุขภาพ
8. การวิจัยเพื่อยกร่างกฎหมายสาธารณสุขแห่งชาติหรือ พ.ร.บ.ปฏิรูประบบสุขภาพ

เป็นอันว่า ความหมายของคำว่า “ระบบสุขภาพ” เริ่มมีความชัดเจนขึ้นว่าเป็นระบบที่กว้างกว่าวงการสาธารณสุข กว้างกว่าระบบบริการ

สาธารณสุข และเริ่มมองเห็นแนวทางการขับเคลื่อนเพื่อการปฏิรูปชัดเจนขึ้นตามลำดับ

ในส่วนของความพยายามที่จะปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข ซึ่งเป็นระบบย่อยของระบบสุขภาพที่มีปัญหาต่างๆ มากมาย ไม่ว่าจะเป็นเรื่องของปัญหาการกระจายบริการ ปัญหาการกระจายบุคลากร ปัญหาคุณภาพบริการ ปัญหาเรื่องความไม่เป็นธรรม ปัญหาการเงิน การคลัง และปัญหาเชิงจริยธรรม แม้ว่ารัฐบาลทุกชุดได้พยายามแก้ปัญหาและพัฒนาาระบบบริการสาธารณสุขมาโดยตลอด ทางกระทรวงสาธารณสุขได้จัดตั้งโครงการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข (Health Care Reform Project) ขึ้นเมื่อปี 2539 เป็นโครงการความร่วมมือระหว่างกระทรวงสาธารณสุขกับประชาคมยุโรป (EU.) มีคุณหมอสงวน นิตยารัมภ์พงศ์ เป็นหัวหน้าคนสำคัญ ทำหน้าที่สร้างความรู้ พัฒนาบุคลากร ทดลองรูปแบบระบบบริการ และผลักดันการปฏิรูปเชิงนโยบาย ผลงานของโครงการนี้ที่สำคัญที่สุดคือ การผลักดันให้รัฐบาลชุดนายทักษิณ ชินวัตร ทำการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุขด้วยโครงการ “30 บาท รักษาทุกโรค” ซึ่งตามมาด้วยการจัดทำ พ.ร.บ.หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เป็นผลสำเร็จในปี 2545 โครงการนี้มีการทำงานอย่างใกล้ชิดร่วมกับเครือข่ายประชาชนเพื่อรณรงค์สร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ที่มีการเคลื่อนไหวหารายชื่อประชาชนสนับสนุนการเสนอ พ.ร.บ.หลักประกันสุขภาพแห่งชาติในช่วงปี 2543 - 2544 ด้วย (ผมเขียนบทความชื่อ “ระบบประกันสุขภาพไทย : อดีต ปัจจุบัน และอนาคต” ลงตีพิมพ์ในมติชนรายสัปดาห์ ปีที่ 23 ฉบับที่ 1158 - ฉบับที่ 1162 รวม 5 ตอน ผู้สนใจหาอ่านเพิ่มเติมได้ครับ)

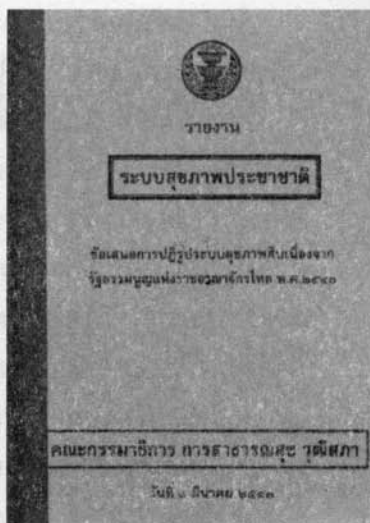


นี่คือส่วนหนึ่งของการปฏิรูประบบสุขภาพในส่วนของระบบบริการสาธารณสุข ที่สำเร็จผลออกมาในภาคปฏิบัติอย่างเป็นรูปธรรม โดยใช้ “การเมืองนำ” เนื่องจากหน้าต่างแห่งโอกาสทางการเมืองเปิดโล่งในเวลาที่เหมาะสม ซึ่งอาจไม่เหมือนกับแนวคิดใหญ่ของการปฏิรูประบบสุขภาพที่มุ่งใช้การขับเคลื่อน 3 ประสานระหว่าง ฝ่ายการเมือง ฝ่ายวิชาการ และฝ่ายประชาชนไปพร้อมๆ กัน ตามยุทธศาสตร์สามเหลี่ยมเขยื้อนภูเขา เพื่อให้เกิดการเรียนรู้ร่วมกันของทุกฝ่ายในสังคมไปพร้อมๆ กัน

หลังปี 2540 ที่ประเทศไทยได้รัฐธรรมนูญใหม่ พร้อมๆ กับเป็นช่วงเวลาที่ประเทศไทยประสบภาวะวิกฤตทางเศรษฐกิจอย่างรุนแรง รัฐธรรมนูญใหม่ได้เปิดศักราชของ “ประชาธิปไตยแบบมีส่วนร่วม” แทนที่จะฝากทุกอย่างไว้กับ “ประชาธิปไตยแบบตัวแทน” เพียงด้านเดียว

ปี 2541 คณะกรรมการสาธารณสุข วุฒิสภา ชุดที่ 7 (ชุดสุดท้าย ก่อนใช้รัฐธรรมนูญใหม่) ได้ตั้งคณะทำงานขึ้นมาชุดหนึ่งเพื่อจัดทำ “รายงานระบบสุขภาพประชาชาติ” เพื่อเป็นข้อเสนอการปฏิรูประบบสุขภาพ สืบเนื่องจากรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2540 มี ศ.นพ.ประสพ รัตนากร เป็นประธาน ศ.นพ.เกษม วัฒนชัย เป็นรองประธาน คุณหมอสมาศักดิ์ ชุณหรัศมิ์ เป็นหัวหน้าคณะทำงาน และมีคุณหมอสุภกร บัวสาย เป็นเลขานุการ

ผลงานวิชาการชิ้นนี้ได้นำเสนอสาระสำคัญของระบบสุขภาพแห่งชาติที่ควรจะเป็นไว้ค่อนข้างครบถ้วน โดยแบ่งสาระสำคัญเป็น 8 หมวด คือ (1) ความมุ่งหมาย เจตนารมณ์ และ



หลักการสำคัญ (2) สิทธิหน้าที่ ความเสมอ

ภาคและหลักประกันความมั่นคงด้าน

สุขภาพของประชาชน (3) การสร้าง

สุขภาพและการควบคุมโรค (4) ระบบ

บริการ (5) ทรัพยากรและการลงทุน

ในระบบสุขภาพ (6) กลไกการ

ตรวจสอบคุณภาพ / คุ้มครอง

สุขภาพ (7) การบริหารจัดการ

ข้อมูลและความรู้เพื่อสุขภาพ

(8) บทบาทรัฐและการกระจายอำนาจสู่ท้องถิ่น โดยในแต่ละหมวดได้เสนอ

หลักการ ความมุ่งหมาย คุณลักษณะที่พึงประสงค์และความหมายต่อการ

เปลี่ยนแปลงของระบบสุขภาพที่เป็นอยู่ พร้อมเสนอตัวอย่างรูปธรรม ตลอดจน

ข้อเสนอการออกกฎหมายสำหรับอนาคตด้วย



ในส่วนต้นของรายงานหมวดที่ 1 ว่าด้วยความมุ่งหมาย เจตนารมณ์ และหลักการสำคัญกล่าวไว้ว่า

“ระบบสุขภาพแห่งชาติ ต้องเป็นไปเพื่อพัฒนาคนไทยทุกคนให้มี สุขภาวะทั้งทางกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ โดยมุ่งเน้นการ สร้างสุขภาพ มากกว่าการซ่อมแซมสุขภาพ สุขภาพดีจึงเป็นสิทธิและ ความรับผิดชอบของคนไทยทุกคน รัฐมีหน้าที่ในการสร้างนโยบาย และระบบเพื่อให้เกิดหลักประกันทางสุขภาพอย่างทั่วถึง และเคารพ ในศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ โดยรัฐ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เอกชน และคนไทยทุกคนตั้งแต่ระดับบุคคล ครอบครัว และชุมชน มีหน้าที่ ร่วมกันให้เกิดระบบสุขภาพที่มีประสิทธิภาพ ส่งเสริมพัฒนาคุณค่าของ ศาสนา วัฒนธรรม ภูมิปัญญาท้องถิ่น และภูมิปัญญาไทย ที่ส่งเสริมการมี สุขภาพดี”

และในหมวดที่ 5 คุณลักษณะที่พึงประสงค์ของเรื่องทรัพยากรและ

การลงทุนในระบบสุขภาพ เขียนข้อที่ 1 ไว้ว่า

“จัดให้มีระบบการเงินแบบรวมหมู่ (collective financing) เพื่อใช้ในการสร้างหลักประกันสุขภาพแก่คนไทยทุกคน ทั้งนี้โดยระดมทรัพยากรจากแหล่งต่างๆ ได้แก่ รัฐ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น นายจ้างและประชาชน”

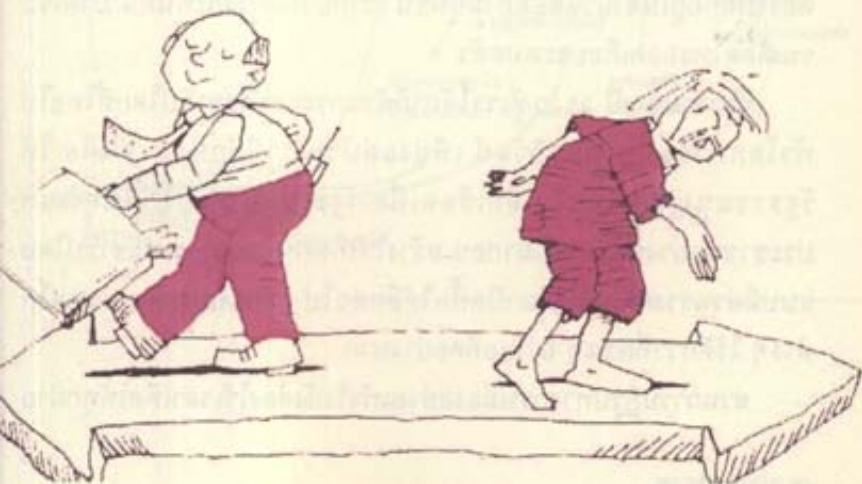
เหล่านี้คือสาระสำคัญบางส่วนที่ถูกดึงมาอยู่ในร่าง พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติในเวลาต่อมา และบางส่วนเป็นที่มาของสโลแกน “สร้างนำซ่อม” ซึ่งใช้กันอย่างกว้างขวางในเวลาถัดมาด้วย

การที่ผมมีโอกาสเข้าไปทำหน้าที่ประสานจัดทำ พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ จึงเป็นเพียงคนก่ออิฐถือปูน ณ บางจุดบางตอนของการสร้างเจดีย์ระบบสุขภาพ ที่มีคนร่วมสร้างมากมาย ซึ่งเป็นเรื่องที่ยังต้องช่วยกันทำอีกยาวนานครับ



ในท่ามกลาง 5 การปฏิรูป

“หากน้อมนำกระแสพระราชดำรัสของ
พระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัว
เรื่องความพอดี - พอเพียง มาปรับใช้
สุขภาพหรือสุขภาพะคนไทยจะดีถ้วนหน้าได้นั้น
ทั้งหลักคิดและหลักปฏิบัติจะต้องวางอยู่บน
แนวคิดของ “สุขภาพพอเพียง”
ด้วยเช่นกัน”



ปรากฏการณ์วิกฤตเศรษฐกิจและการได้รัฐธรรมนูญฉบับใหม่ ปี 2540 บางคนบอกว่าเข้าได้ดีกับคำพังเพยที่ว่า “ได้อย่าง-เสียอย่าง”

วิกฤตเศรษฐกิจทำให้คนไทยทั้งประเทศเจ็บตัวและบอบช้ำโดยถ้วนหน้าไปอีกนาน แต่วิกฤตเศรษฐกิจก็ทำให้รัฐบาลและรัฐสภาตกอยู่ในภาวะที่ต้องยอมคลอດรัฐธรรมนูญฉบับ สสร. ซึ่งเป็นคุณกับสังคมไทยไปยาวนาน เช่นกัน

ทั้งรัฐธรรมนูญปี 2540 และวิกฤตทางเศรษฐกิจที่เกิดขึ้นในบ้านเรามีส่วนทำให้เกิดการปรับตัว เปลี่ยนแปลงในสังคมหลายเรื่อง ซึ่งเป็นไปตาม “หลักอัทพ์ปัจจัยตา” คือ เมื่อมีสิ่งนี้จึงมีสิ่งนี้เกิดขึ้น เป็นปัจจัยหนุนเนื่องกันไปตลอดเวลา ไม่มีหยุดนิ่ง

โลกาภิวัตน์ทำให้ทุกอย่างในโลกเชื่อมถึงกันหมดได้อย่างรวดเร็ว วิกฤตทางเศรษฐกิจก็เกิดจากโลกาภิวัตน์ที่มีการเปิดการค้าเสรี การเงินเสรี ในเมื่อระบบของเราไม่เข้มแข็ง ก็เหมือนร่างกายที่อ่อนแอ เมื่อต้องไปตกอยู่ในสิ่งแวดล้อมที่ไม่คุ้นชิน เราก็ป่วยอย่างกะทันหัน บาดเจ็บเลือดไหลออกเกือบจะหมดตัว

รัฐธรรมนูญปี 2540 ที่เราได้มาก็ด้วยกระแสประชาธิปไตยที่ไหลไปทั่วโลกพร้อมกับโลกาภิวัตน์ เพียงแต่บ้านเรามีลักษณะเด่นคือ ได้รัฐธรรมนูญที่ดี โดยไม่เสียเลือดเนื้อ รัฐธรรมนูญฉบับนี้ให้คุณแก่ประชาชนอย่างที่ไม่เคยมีมาก่อน สร้างให้เกิดกระบวนการประชาธิปไตยแบบมีส่วนร่วมที่ไม่มีใครมาปิดกันได้อีกต่อไป ออกแบบระบบและกลไกต่าง ๆ ไว้ดีกว่าที่ผ่าน ๆ มาในอดีตอย่างมาก

ส่วนการปฏิรูปทางการเมืองอย่างแท้จริงยังต้องใช้เวลาเพื่อให้ทุกฝ่าย



รัฐธรรมนูญได้ชี้ทิศทางของการกระจายอำนาจไว้อย่างชัดเจน โดยวางอยู่บนปรัชญาของความเชื่อมั่นในประชาชน ชุมชน และท้องถิ่น จนนำมาซึ่งการออก พ.ร.บ.กำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจปี 2542 และมีการจัดทำแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจประกอบกฎหมายดังกล่าวเสร็จในปี 2545

ทิศทางในอนาคต คนไทยในชุมชนท้องถิ่น ในพื้นที่ของตนเอง ต้องมีสิทธิและมีอำนาจที่จะตัดสินใจและทำอะไรต่อมิอะไรเพื่อคนในชุมชนของตนเองชัดเจนมากขึ้น มิใช่รอคอยให้รัฐบาลกลางคิดและทำให้ทุกเรื่องไป รัฐบาลจะได้ปรับไปทำหน้าที่ในเรื่องที่ยากๆ เรื่องใหญ่ๆ ได้อย่างดี และเท่าทันสถานการณ์ เพราะรัฐบาลที่รวมศูนย์อำนาจนั้น

ใหญ่เกินไปสำหรับเรื่องเล็กๆ และเล็กเกินไปสำหรับเรื่องใหญ่ๆ

รัฐธรรมนูญได้กำหนดทิศทางให้มีการปฏิรูประบบราชการเพื่อทำงานตอบสนองปัญหาของประเทศได้อย่างมีประสิทธิภาพและเป็นธรรมมากยิ่งขึ้น โดยให้เครื่องมือสำคัญแก่รัฐบาลให้ทำการปฏิรูประบบราชการได้ง่ายขึ้น ซึ่งต่อมารัฐบาลของ พ.ต.ท.ทักษิณ ชินวัตร ก็ได้ดำเนินงานออกกฎหมายสำคัญๆ เพื่อการปฏิรูประบบราชการไปแล้วเมื่อปี 2545 แม้ว่าหลายฝ่ายจะวิจารณ์ว่ายังไม่ใช่เป็นการปฏิรูประบบราชการอย่างแท้จริง เป็นการปฏิรูปในเรื่องของโครงสร้างมากกว่า หรือที่บางคนเรียกว่าเป็น “การเทเหล้าเก่า ใส่ขวดเก่าบ้างใหม่บ้าง” มากกว่าก็ตาม

ในส่วนของ การปฏิรูปทางเศรษฐกิจที่มีผลมาจากวิกฤตเศรษฐกิจ เป็นหลัก มีความพยายามของรัฐบาลทุกชุดในการกอบกู้เศรษฐกิจด้วยมาตรการต่างๆ มากมาย เพื่อหวังให้เศรษฐกิจของประเทศกลับมาเจริญเติบโตได้อีกครั้งในระดับที่พอใจ ซึ่งยังคงเป็นไปในทิศทางของเศรษฐกิจกระแสหลักของโลก ในขณะเดียวกัน องค์พระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวฯ ทรงชี้แนะแนวทาง “เศรษฐกิจพอเพียง” เพื่อให้คนไทยได้คิด และปรับ

วิธีการพัฒนาไปสู่แนวทาง “พอดี - พอเพียง” มิใช่มุ่งแต่การพัฒนา
กระแสหลักแต่เพียงด้านเดียว

แนวทางพัฒนาแบบพอเพียงนี้ มีการขานรับในระดับชุมชนท้องถิ่น
รากหญ้า แต่คนในเมือง คนชั้นกลาง คนมีการศึกษา ผู้นำทางสังคมและ
ผู้นำทางการเมืองส่วนใหญ่ยังคงวางเฉยเหมือนกับว่าไม่ค่อยได้ยิน

ในส่วนของการปฏิรูปทางสังคม เป็นที่ยอมรับกันว่าในช่วง
ที่ประเทศพัฒนาตามแนวที่

ฝรั่งชี้ให้เดินตามตลอด

40-50 ปีที่ผ่านมา

สังคมของเรา

อ่อนแอลงไปมาก

ครอบครัวและชุมชน

ล่มสลายไปเยอะ สิ่งแวดล้อมเสื่อมโทรม วิถีชีวิตที่เรียบง่ายเต็มไปด้วย
น้ำใจไมตรี วัฒนธรรมอันดีงามของไทยเราสูญหาย บอบช้ำ ปรับเปลี่ยน
ไปมาก

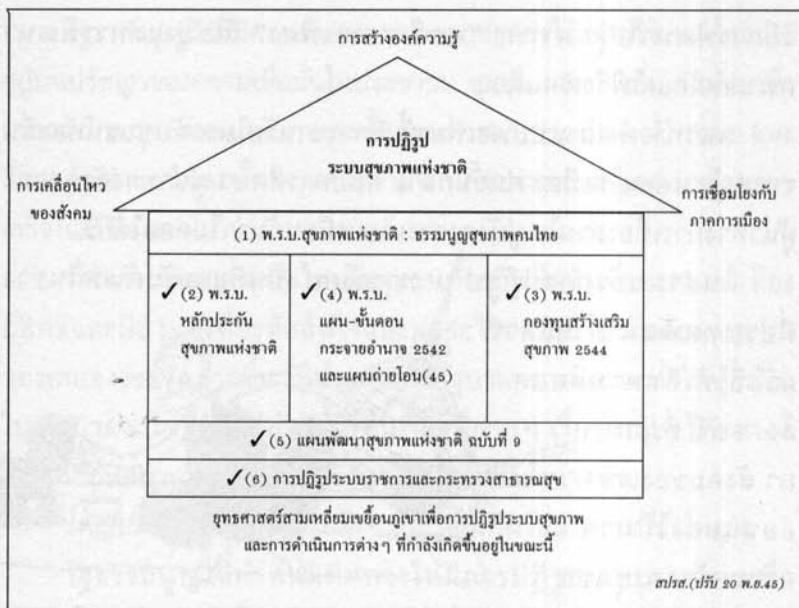
ขนาด “ยิ้มสยาม” อันเป็นเอกลักษณ์ของคนไทยยังเหือดหาย คน
ไทยยิ้มยากขึ้นทุกวัน ปัญหาสังคมสารพัดชนิดทวีความรุนแรงขึ้น ใน
ขณะที่ดูเหมือนว่าประเทศมีความเจริญทางวัตถุ มีความสะดวกสบายทาง
เนื้อหนังมากขึ้น

นี่เป็นทุกขภาวะของสังคม ซึ่งตรงข้ามกับสังคมสุขภาวะ

หลังปี 2540 มีความพยายามดำเนินการเพื่อการปฏิรูปทางสังคม
หลายๆ ด้าน อย่างเรื่องการศึกษาก็มีการออก พ.ร.บ.การศึกษาแห่งชาติ
พ.ศ. 2542 เพื่อให้เป็นกฎหมายแม่บททางการศึกษาและก้าวล่วงเข้าไป
ปฏิรูประบบราชการของกระทรวงศึกษาธิการและทบวงมหาวิทยาลัย
โดยตรง

ในส่วนของการปฏิรูประบบสุขภาพก็มีความพยายามทำหลาย





อย่างเกิดขึ้นในช่วง 5 - 10 ปีที่ผ่านมา บางเรื่องได้เล่าไปในตอนที่แล้ว โดยสรุปก็คือ มีการจัดกระบวนการปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ ด้วยการจัดทำ พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ ให้เป็นธรรมนูญสุขภาพหรือกฎหมายแม่บทด้านสุขภาพ ซึ่งเริ่มมาอย่างเป็นทางการตั้งแต่ปี 2543

นอกจากนั้นก็มีการออกกฎหมายจัดตั้งกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) ขึ้น เพื่อทำหน้าที่สนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพในทุกมิติทั่วทั้งประเทศ โดยเก็บภาษีเหล้าและบุหรี่ร้อยละ 2 เข้ากองทุนนี้ เป็นการสร้างเครื่องมือใหม่ขึ้นในสังคม และเป็นการเปิดแนวคิดใหม่ทำให้สังคมเห็นว่า เรื่องสุขภาพเป็นเรื่องที่กว้างกว่าการแพทย์และสาธารณสุข การสร้างสุขภาพจึงเป็นเรื่องกว้างและเป็นเรื่องที่

เกี่ยวข้องกับทุกฝ่ายในสังคม ซึ่งผู้ที่มีส่วนสำคัญในการผลักดันให้เกิด สสส. ขึ้น นอกจากอาจารย์ประเวศ วะสีแล้ว ก็ยังมีอีกหลายท่าน เช่น ศ.นพ.ประกิต วาทีสาธกกิจ คุณหมอสุภกร บัวสาย (ผู้จัดการ สสส. คนปัจจุบัน) โดยมี สวรส. เป็นองค์กรหลักในการผลักดัน



คุณหมอสุภกร บัวสาย

การสร้างเสริมสุขภาพในความหมายที่กว้างนี้ รวมถึงแต่เรื่องของการกำหนดนโยบายสาธารณะที่เอื้อต่อสุขภาพ การสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ การเสริมสร้างความเข้มแข็งของชุมชนโดยการส่งเสริมกระบวนการชุมชนในทุกรูปแบบ การส่งเสริมสนับสนุนให้ประชาชนได้พัฒนาทักษะที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ และการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุขที่เน้นการสร้างนำซ่อม เหล่านี้คือการสร้างเสริมสุขภาพในมิติที่กว้าง ที่ทุกฝ่ายในสังคมต้องมีหน้าที่ทำร่วมกัน ซึ่งอาจกล่าวได้ว่า นี่ก็คือการส่งเสริมให้มีการปฏิรูปสุขภาพภาคปฏิบัตินั่นเอง

สุขภาพจะไม่ได้มีอยู่เฉพาะงานของกระทรวงสาธารณสุขหรือบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขแต่เพียงลำพังฝ่ายเดียวอีกต่อไป ซึ่งตรงนี้บุคลากรสาธารณสุขก็ต้องเรียนรู้ ปรับความคิดและปรับวิธีทำงานให้เท่าทันและสอดคล้องกับการเปลี่ยนแปลงอย่างไม่มีทางเลี้ยว

ในส่วนของ การกระจายอำนาจตามเจตนารมณ์ของรัฐธรรมนูญ พ.ศ. 2540 ก็มีผลทำให้การทำงานด้านสุขภาพต้องเตรียมปรับตัวตามไปด้วย ซึ่งในส่วนของ การสาธารณสุขมีแนวคิดของการจัดให้มีกลไกคณะกรรมการสุขภาพพื้นที่ (กสพ.) เพื่อเป็นเวทีทำงานบริหารจัดการเรื่อง การบริการสาธารณสุขร่วมกันระหว่างฝ่ายองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ฝ่ายรัฐบาลกลาง ฝ่ายวิชาชีพสาธารณสุข และฝ่ายประชาชน ซึ่งมีการทดลองนำร่องเพื่อสร้างองค์ความรู้และหารูปแบบไปบ้างแล้ว ถึงขนาดที่

กระทรวงสาธารณสุขต้องตั้งสำนักงานสนับสนุนและพัฒนาการกระจายอำนาจด้านสุขภาพ (สพกส.) ขึ้นมาเพื่อดูแลงานนี้เป็นเฉพาะ มีคุณหมอชูชัย ศุภวงศ์ เป็นผู้อำนวยการคนแรก ก่อนโอนไปเป็นเลขาธิการคณะกรรมการสิทธิมนุษยชน แต่ในช่วง 2 - 3 ปีหลังมา



นี้ การทำงานเรื่องนี้ดูว่าจะแผ่วลงไปอย่างเห็นได้ชัด เมื่อฝ่ายรัฐบาลและราชการส่วนกลางมีทัศนคติใหม่ต่อการกระจายอำนาจในลักษณะที่ค่อนข้างจะกลับกับแนวคิดเดิม ตรงนี้คงเป็นบทเรียนและประสบการณ์ที่ต้องมีการเรียนรู้ร่วมกันและติดตามกันต่อไป

เหตุการณ์สำคัญอย่างหนึ่งของการปฏิรูประบบสุขภาพที่เกิดขึ้นในช่วงปี 2544 - 2545 ก็คือ “โครงการ 30 บาทรักษาทุกโรค” ของรัฐบาลที่มีพรรคไทยรักไทยเป็นแกน ซึ่งตามมาด้วยการตรา พ.ร.บ.หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สำเร็จในปี 2545 ตรงนี้คือการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุขครั้งใหญ่ของประเทศไทย จนถึงขนาดมีแพทย์และพยาบาลแต่งชุดดำประท้วงสาระบางอย่างในกฎหมายดังกล่าว

การปฏิรูประบบบริการสาธารณสุขครั้งนี้ รัฐบาลเลือกใช้วิธีการปฏิรูปการเงินการคลังเป็นเครื่องมือ คือ ปรับวิธีการจัดสรรงบประมาณเพื่อจัดบริการสาธารณสุขใหม่หมด เป็นการจ่ายเงินต่อหัวประชากรให้กับสถานพยาบาลเพื่อจัดบริการให้กับประชาชนในความรับผิดชอบ พุทธิกรรมบริการสาธารณสุขจึงกลายเป็นเรื่องพันธสัญญาต่อกัน แทนพฤติกรรมเชิงผู้ให้ - ผู้รับบริการแบบเดิม การจัด



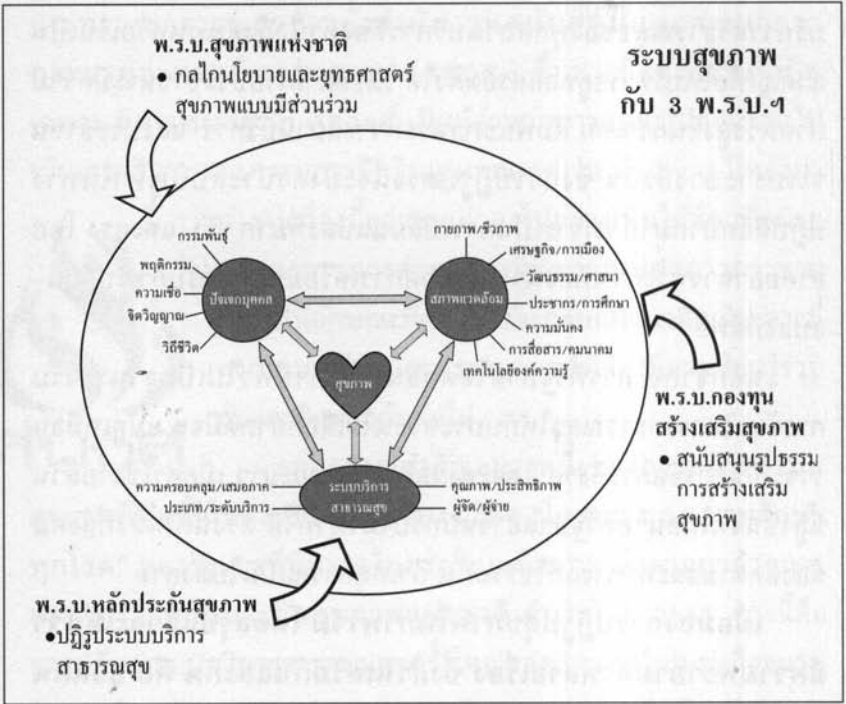
บริการสาธารณสุขของทุกสถานบริการต้องคำนึงถึงต้นทุนหรือเงินเป็นสำคัญเพื่อให้บริหารอยู่ตลอดรอดฝั่งได้ ในขณะที่ฝ่ายประชาชนจะมีความคาดหวังสูงขึ้นกว่าเดิม สัมพันธภาพระหว่างสถานบริการ และประชาชนจะเปราะบางยิ่งขึ้น ซึ่งการปฏิรูปตรงนี้จะยังคงประสบปัญหาในทางปฏิบัติอีกมากมาย เพราะเป็นการเปลี่ยนแปลงที่มาก เร็ว และแรง โดยอาศัยอำนาจทางการเมืองนำ และขาดการเตรียมการรองรับการเปลี่ยนแปลงที่ดีพอ

นอกจากนี้ การที่รัฐบาลได้ตัดสินใจใช้ภาษีทั่วไปเป็นฐานรองรับการจัดบริการสาธารณสุขให้กับประชาชนไม่เลือกยากดีมีจน แม้ดูเหมือนว่าจะเป็นการจัดการที่ง่าย แต่จะส่งผลกระทบต่อระยะยาว เมื่อค่าใช้จ่ายส่วนนี้สูงขึ้นจนในอนาคตรัฐบาลอาจแบกรับไม่ไหวก็ได้ ตรงนี้เป็นสิ่งที่สังคมต้องติดตามและหาทางแก้ไขร่วมกัน ถ้าเหตุการณ์เป็นไปดังคาด

เมื่อมองการปฏิรูปสุขภาพในภาพรวม โดยสรุปแล้วจะเห็นว่ามีความพยายามทำหลายเรื่อง ซึ่งล้วนเสริมกันและกัน คือ ชาวคนไทยทั้งสังคมร่วมคิดร่วมทำเพื่อปฏิรูปความคิด ผลักดันการปฏิรูประดับระบบใหญ่ และชวนกันปฏิรูประดับพฤติกรรมและวิถีชีวิตไปพร้อม ๆ กันด้วย

ที่สำคัญคือเป็นการชวนคิดทำความเข้าใจว่า สุขภาพจะดีได้ไม่ใช่รอให้มีหมอมีพยาบาลมากมาย มีบริการสาธารณสุขมากมาย ประชาชนมีหลักประกันการเข้าถึงบริการสาธารณสุขเมื่อยามจำเป็นเท่านั้น แต่สุขภาพจะดีได้ ต้องอาศัยพลังจากทุกฝ่ายเข้ามามีบทบาทร่วมกัน โดยเน้น “การสร้างนำการซ่อม” ในขณะที่เดียวกันก็ต้องมีระบบบริการสาธารณสุขที่ดี และทุกคนเข้าถึงได้อย่างเป็นธรรมเมื่อยามจำเป็นอีกด้วย

หรือพูดอีกนัยหนึ่ง หากน้อมนำกระแสพระราชดำริของพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวฯ เรื่อง “ความพอดี - พอเพียง” มาปรับใช้ สุขภาพหรือสุขภาพของคนไทยจะดีขึ้นได้ นั่น ทั้งหลักคิดและหลักปฏิบัติ



จะต้องวางอยู่บนแนวคิดของ “สุขภาพพอเพียง” ดังที่ ศ.นพ.จรัส สุวรรณเวลา กล่าวไว้เมื่อปี 2543 สรุปความได้ว่า



“ปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียงของ พระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวฯ ใช้ได้กับการ แก้ปัญหาด้านสุขภาพที่รุมเร้าสังคมไทยอยู่ อย่างมาก แนวทางสัมมาทิฐิและมัชฌิมา-ปฏิบัติด้านสุขภาพที่สร้างความพอดีพอ สมในการรักษาสุขภาพของตนเองและของ ประชาชนในชาติ คือ ความพอเพียงด้าน สุขภาพ ซึ่งก็คือ สุขภาพพอเพียง นั่นเอง”



“...คำว่าเศรษฐกิจพอเพียงนี้ไม่มีในตำรา ไม่เคยมีระบบเศรษฐกิจพอเพียง มีอย่างอื่นแต่ไม่ใช่คำนี้...”

“...พอมีพอกิน นี้ก็แปลว่า เศรษฐกิจพอเพียงนั่นเอง. ถ้าแต่ละคนพอมีพอกินก็ใช้ได้. ยิ่งถ้าทั้งประเทศพอมีพอกินก็ยิ่งดี. และประเทศไทยเวลานี้ก็เริ่มจะไม่พอมีพอกิน. บางคนก็มีมาก บางคนก็ไม่มีเลย. สมัยก่อนนี้พอมีพอกิน มาสมัยนี้ชักจะไม่พอมีพอกิน. จึงต้องมีนโยบายที่จะทำเศรษฐกิจพอเพียงเพื่อที่จะให้ทุกคนมีพอเพียงได้. ให้พอเพียงนี้ก็หมายความว่า มีกินมีอยู่ไม่ฟุ่มเฟือย ไม่หรูหราก็ได้ แต่ว่าพอ. แม้บางอย่างอาจจะดูฟุ่มเฟือย แต่ถ้าทำให้มีความสุข ถ้าทำได้ก็สมควรที่จะทำ สมควรที่จะปฏิบัติ. อันนี้ก็เป็นความหมายอีกอย่างของเศรษฐกิจ หรือระบบพอเพียง. เมื่อปีที่แล้วตอนที่พูดพอเพียง แปลในใจ แล้วก็ได้พูดออกมาด้วยว่าจะแปลเป็น Self-sufficiency (พึ่งตนเอง) ถึงได้บอกว่า พอเพียงแก่ตนเอง แต่ความจริงเศรษฐกิจพอเพียงนี้ กว้างขวางกว่า Self-sufficiency. คือ Self-sufficiency นั้นหมายความว่า ผลิตอะไรมีพอที่จะใช้ ไม่ต้องไปขอซื้อคนอื่นอยู่ได้ด้วยตนเอง (พึ่งตนเอง)...”

“...แต่พอเพียงนี้มีความหมายกว้างขวางยิ่งกว่านี้อีก คำว่าพอกีเพียงพอเพียงนี้ก็พอดังนั่นเอง. คนเราถ้าพอในความต้องการ ก็มีความโลภน้อย เมื่อมีความโลภน้อยก็เบียดเบียนคนอื่นน้อย. ถ้าทุกประเทศมีความคิด - อันนี้ไม่ใช่เศรษฐกิจ - มีความคิดว่าทำอะไรต้องพอเพียง หมายความว่า พอประมาณ ไม่สุดโต่ง ไม่โลภอย่างมาก คนเราก็อยู่เป็นสุข. พอเพียงนี้อาจจะมีมากอาจจะมิของหรูหราก็ได้ แต่ว่าต้องไม่ไปเบียดเบียนคนอื่น. ต้องให้พอประมาณตามอัตภาพ พูดจาก็พอเพียง ทำอะไรก็พอเพียง ปฏิบัติตนก็พอเพียง.”

“...ฉะนั้น ความพอเพียงนี้ก็แปลว่า ความพอประมาณและความมีเหตุผล...”

“...ดังนั้น ถึงบอกว่าเศรษฐกิจพอเพียง และทฤษฎีใหม่ สองอย่างนี้จะทำความเจริญแก่ประเทศได้. แต่ต้องมีความเพียร แล้วต้องอดทน ต้องไม่ใจร้อน ต้องไม่พูดมาก ต้องไม่ทะเลาะกัน. ถ้าทำโดยเข้าใจกัน เชื่อว่าทุกคนจะมีความพอใจได้.”

(คัดัดตอนบางส่วนจากพระราชดำรัสของพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวฯ 4 ธันวาคม 2541)



จุดประกาย 6

ขยายวง

“พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ ต้องเน้นที่
ต้นเหตุ เน้นที่สุขภาพชีวิตของชาวบ้าน
และมุ่งที่คุณค่าทางจิตวิญญาณ
ซึ่งเป็นสุขภาพที่สำคัญที่สุดของชีวิตมนุษย์...
สังคมเราไม่ได้เน้นการพึ่งตนเอง
แต่กลับไปเน้นเรื่องการมีระบบ
ที่มีคนเข้าไปจัดการให้...”



ต้นปี 2543 เมื่อ สวรส. เห็นชอบให้ตั้งสำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพ (สปรส.) ขึ้นมาทำงานชั่วคราวช่วง 6 เดือน เพื่อรระเบียบสำนักงานก รัฐมนตรีตลอด ผมและคณะต้องรีบคิดและเตรียมความพร้อมของการทำงาน ทั้งหมด ช่วงนั้น สวรส. มอบให้คุณดวงพร เสงบุญพันธ์ (ตัวง) ช่วยเป็น กำลังสำคัญให้ และได้คุณหมอฟงศธร พอกเพิ่มดี มาช่วยงานช่วง สั้นๆ ก่อนบินไปเรียนต่อต่างประเทศ ซึ่งนอกจากเตรียมงานทั่วไปแล้ว เรา วางแผนทำงานกับสังคมทันที เริ่มด้วยการเตรียมจัดสัมมนาในระดับชาติ ใน ชื่อว่า -

“จุดประกายการปฏิรูประบบสุขภาพ : ระบบสุขภาพที่คนไทย ต้องการ”

จัดประชุมที่โรงแรมสยามซิตี้ กรุงเทพฯ ในวันที่ 3 พฤษภาคม 2543 มีผู้นำทางสังคมหลากหลายสาขาและสื่อมวลชนร่วมสัมมนาประมาณ 200 คน โดยอาจารย์ประเวศ วะสี กรุณาเป็นประธานดำเนินการ ประชุมด้วยตนเอง ในช่วงเช้ามีการถ่ายทอดสดทางทีวีช่อง 9 ด้วย พร้อม กันนั้นก็จัดทำเอกสารเผยแพร่ข้อมูลเกี่ยวกับเรื่องสุขภาพหลายประเด็น (factsheet) เช่น เรื่องหลักประกันสุขภาพ ถั่วหน้า : มุงมัน? เพื่อฝัน? จ่ายไหวหรือ?, สถานะสุขภาพของคนไทย, การแพทย์ฟอง สบู่, ระบบบริการสุขภาพที่พึงปรารถนาของ สังคมไทย, อากาศและน้ำ วิกฤตปัจจัยขาด 4 รุนแรงและเรื้อรัง, สุขภาพคนทำงาน ยิ่งทำ-งานยิ่งป่วย, ผ่าตัดคลอด, บุหรี่ : อุตสาหกรรม ค่าความตายข้ามชาติ ฯลฯ

หลังการสัมมนาได้จัดทำสรุปผลการ สัมมนาเป็นเอกสารเล่มเพื่อเผยแพร่ โดยทาง ทีมงาน สวรส. ทำการสัมภาษณ์ผู้ทรงคุณ



วุฒิหลายสาขานำความเห็นมาลงประกอบไว้ด้วย เพื่อให้ได้ความเห็นของ
ผู้คนอย่างกว้างขวาง หลายแง่มุม

ผู้เข้าร่วมสัมมนา ได้แก่ ศ.นพ.อรรถสิทธิ์ เวชชาชีวะ, พระสุบิน
ปณีโต, ดร.สาทิส อินทรกำแหง, คุณสมศักดิ์ โกศัยสุข, นพ.วิจิตร
บุญยะโหดะระ, ครูมุกดา อินตะสาร, พลโทจารุภัทร เรืองสุวรรณ,
พลเอกศิริ ทิวะพันธุ์, ครูชบ ยอดแก้ว, แม่ชีศันสนีย์ เสถียรสุด,
ศ.เสน่ห์ จามริก, คุณจอห์น อังภากรณ์, คุณเกร ทัพพะรังษี, คุณอภิสิทธิ์
เวชชาชีวะ, นพ.ประภิต วาทีสาธกกิจ, คุณจักรภพ เพ็ญแข, คุณ
ธรรมรักษ์ การพิศิษฐ์, ดร.ลีปพนนท์ เกตุทัต, คุณมุกดาวรรณ
ศักดิ์บุญ ฯลฯ

“หนึ่ง อยากให้รัฐบาลให้ความสนใจกับปัญหาสุขภาพมากกว่าปัญหา
การรักษาพยาบาล สอง คนไข้ทุกคนต้องมีความเท่าเทียมกันมากขึ้น สาม
ระหว่างคนไข้กับคนที่ให้บริการจะต้องมีความทัดเทียมกันด้านความ
รู้มากขึ้น”

นี่คือทัศนะหนึ่งของอาจารย์อัมมาร สยามวาลา ในเวทีจุดประกาย
โดย อาจารย์วิจารณ์ พานิช ผ่าแก้งคิดกับแพทย์ไว้ว่า

“แพทย์ไม่ควรมองเฉพาะตัวโรคว่าหายหรือไม่ แต่ต้องมองที่คุณภาพ
ชีวิตของคนเป็นหลัก”

คุณสมศักดิ์ โกศัยสุข ผู้นำแรงงานกล่าวว่า

“ทุกวันนี้ทั้งรัฐและนายจ้างมักเน้นในเรื่องโครงการค่าใช้จ่ายทดแทน
แต่ไม่ได้เน้นเรื่องการสร้างระบบป้องกัน ถ้าเอาเงินค่าชดเชยเป็นแสน
ล้านบาทมาทำระบบป้องกันให้ดีรัฐก็ไม่ต้องเสียค่ารักษาพยาบาลมาก”

อาจารย์ขวัญสุวรรณ อติโพธิ สถาปนิก กล่าวว่า

“สุขภาวะมันขึ้นอยู่กับภาวะของการอยู่ร่วมกันของสังคมหรือการ
พัฒนาด้วย เมืองที่มีการจัดการที่ดีจะต้องพยายามประคองคุณค่าหลาย
อย่างไปด้วยกัน”



คุณรสนา โตสิตระกูล
กล่าวว่า

“สุขภาพไม่ใช่เรื่องของ
กระทรวงสาธารณสุขเพียง
กระทรวงเดียว แต่เป็นปัญหา
ในระดับนโยบายของรัฐ
ทั้งหมด บทบาทของเอ็นจีโอ
ในอนาคตก็ยังคงต้องผลักดัน
ให้มีทางเลือกที่หลากหลาย
มากขึ้นในสังคม”

ส่วนคุณแม่ชิตันสนีย์ เสถียรสุด กล่าวว่า

“คนจำนวนมากที่มาที่เสถียรธรรมสถาน เป็นคนป่วยทางจิต
วิญญาน”

พ่อผู้ใหญ่วิบูลย์ เข็มเฉลิม ปราชญ์ชาวบ้านคนสำคัญของสังคมไทย
ชี้ไว้อย่างคมชัดว่า

“เศรษฐกิจพอเพียง ทำให้เราเป็นตัวของตัวเองมากขึ้น มีอิสระมากขึ้น
สุขภาพอยู่ตรงที่เรามีอิสระ ถ้าเมื่อสุขภาพจิตดีก็นำไปสู่สุขภาพกาย
ทั้งหมด ที่ผ่านๆ มา สังคมไม่ได้เน้นเรื่องการพึ่งตนเอง แต่กลับไปเน้นเรื่อง
การมีระบบการจัดการที่มีคนเข้าไปจัดการให้แทนที่จะไปทำให้คนใน
สังคมพึ่งตนเองให้ได้ กลับไม่ทำ”

คุณณรงค์ ปฏิบัติสรกิจ ที่ปรึกษาสมาคมคนพิการแห่งประเทศไทย
กล่าวว่า

“เราต้องการเข้ามามีส่วนร่วมในพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติด้วย
เรามีความคิดเห็น มีข้อเท็จจริง เพียงแต่ที่ผ่านมา ไม่ได้ได้รับการรับฟัง”

ศ.นพ.เกษม วัฒนชัย ผู้มีส่วนสำคัญในการผลักดันกระบวนการ
ปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติตั้งแต่สมัยเป็นวุฒิสมาชิกกล่าวว่า

“ด้วยข้อมูลทั้งหลายทั้งปวง ถึงเวลาแล้วที่สังคมไทยจะต้องมีการปฏิรูประบบสุขภาพกันเสียที หากจะเทียบการมี พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติไว้เป็นก้าวที่สิบ อย่างก้าวของคณะทำงานในขณะนี้เริ่มออกมาได้ก้าวที่ 1 ที่ 2 เท่านั้น แต่สิ่งสำคัญไม่ได้อยู่ที่จำนวนก้าว หากแต่อยู่ที่การได้ออกก้าวเดินแล้วต่างหาก โดยการก้าวเดินนี้มีแรงบันดาลใจสำคัญมาจากการปฏิรูปสำคัญในสังคมไทยที่เกิดก่อนหน้าก็คือ การปฏิรูปทางการเมืองและการศึกษา”

ทั้งนี้ คุณอภิสิทธิ์ เวชชาชีวะ รัฐมนตรีประจำสำนักนายกรัฐมนตรี ในสมัยนั้น ผู้มีส่วนผลักดันกระบวนการปฏิรูประบบสุขภาพอย่างสำคัญ ก็ได้ฝากเป็นความหวังไว้ว่า

“จะอย่างไรไม่ให้การปฏิรูปครั้งนี้ถูกนำไปเล่นการเมือง!”

และในการปิดการสัมมนาตอนเย็นวันที่ 3 พฤษภาคม 2543 คุณโสภณ สุภาพงษ์ วุฒิสมาชิกกล่าวว่า

“กระบวนการของการเอาชีวิตชาวบ้านเป็นตัวตั้ง เอาสุขภาพของชาวบ้านเป็นตัวตั้ง เอาความหวังของชาวบ้านเป็นตัวตั้ง แล้วมีกระบวนการของการร่วมสุขร่วมทุกข์ จะเป็นกลไกสำคัญที่จะทำให้เกิดการผลักดันที่สมดุลไปตลอด... ดังนั้น พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติต้องเน้นที่ต้นเหตุ เน้นที่สุขภาพชีวิตของชาวบ้าน และมุ่งที่คุณค่าทางจิตวิญญาณ ซึ่งเป็นสุขภาพที่สำคัญที่สุดของชีวิตมนุษย์ ปัญหาของเราอยู่ที่สุขภาพทางจิตวิญญาณ ถ้าเริ่มตรงนั้นผิด กระบวนการต่อมาก็ผิด ต้องเข้าประตูให้ถูกต้องมองจากการที่ไม่อยากเลียนแบบ ฟังตนเองได้ ต้องให้ความเข้าใจนี้ไปอยู่ในชุมชนให้ครบถ้วน ให้ทางเลือกแก่เขา ไม่ใช่กำหนดทางเลือก ต้องมีหลายอย่างให้ชุมชนเลือกเองตามความเหมาะสม”

หลังการสัมมนาจุดประกายระดับชาติ ได้มีการขยายวงจัดเวทีสัมมนาในส่วนภูมิภาคอีก 6 เวที ภาคเหนือตอนบนจัดที่เชียงใหม่ (24 ก.ค. 2543) จัดที่โรงแรมโลตัส ปางสวนแก้วในชื่อว่า “ร่วมสร้างระบบสุขภาพที่คน

ล้าหน้าต้องการ” มีเจ้าดวงเดือน ณ เชียงใหม่ กล่าวเปิดประชุม
อาจารย์เกษม วัฒนชัย เป็นผู้ดำเนินการอภิปราย มีผู้ร่วมเวทีจาก
หลากหลายสาขาอาชีพเกือบ 200 คน

ภาคเหนือตอนล่างจัดที่พิษณุโลก (3 ส.ค. 2543) ที่โรงแรมอัมรินทร์-
ลากูน ใช้ชื่อว่า “ปฏิรูประบบสุขภาพ เริ่มจากปฏิรูปวิธีคิด” มีผู้เข้า
ร่วมเกือบ 500 คน

ภาคอีสานตอนบนจัดที่ขอนแก่น (25 ก.ค. 2543) ที่โรงแรมโซฟิเทล
ใช้ชื่อว่า “วิถีชีวิต : วิถีแห่งสุขภาพของพี่น้องชาวอีสาน” มีอาจารย์
วิจารณ์ พานิช เป็นประธาน ผู้เข้าร่วมประชุมกว่า 200 คน โดยเวทีอีสาน
ล่างจัดที่นครราชสีมา (13 ก.ค. 2543) เน้นไปในเรื่องของการกระจาย
อำนาจสู่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น มีผู้เข้าร่วมเกือบ 500 คน

ในภาคใต้ตอนล่างจัดที่นราธิวาส (27 ก.ค. 2543) ใช้ชื่อว่า “ศาสนา
ธรรม : กลไกสำคัญขับเคลื่อนระบบสุขภาพ” มีอาจารย์ประเวศ วะสี
เป็นประธาน มีผู้เข้าร่วมกว่า 300 คน และภาคใต้ตอนบนจัดที่นครศรีธรรม-
ราช (3 ส.ค. 2543) ที่โรงแรมทวินโลดส์ มีผู้เข้าร่วมเกือบ 200 คน โดยคุณ
โสภณ สุภาพงษ์ ไปร่วมบรรยายพิเศษด้วย

ที่ผมเล่ามานั้น เป็นงานจุดประกายขยายวงในช่วงครึ่งปีแรกของ
การทำงาน เพื่อสร้างกระแสความตื่นตัวและความร่วมมือที่หลากหลาย
กว้างกว่าการทำงานในแวดวงการแพทย์และสาธารณสุขเท่านั้น ในขณะที่
เดียวกัน ต้องเดินสายไปบรรยาย อภิปรายในเวทีประชุมสัมมนาต่างๆ ที่
ฝ่ายผู้จัดอยากทราบความเคลื่อนไหวและ

ทิศทางของการปฏิรูปฯ ซึ่งส่วนใหญ่
เป็นหน่วยงาน และองค์กรที่เกี่ยวกับ
การแพทย์และสาธารณสุขทั้งในและ
นอกกระทรวงสาธารณสุข

พร้อมๆ กันนั้น เราก็รีบจัดบ้าน



และจัดทีมเตรียมทำงานในช่วงถัดไป เรารีบทำโลโก้ของ สปรส. ขึ้นมา เพื่อใช้สื่อสารกับสาธารณะ โลโก้นี้ออกแบบโดยคุณหมอมโกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ ตอนแรกออกแบบส่วนที่เป็นวงกลมชั้นบันไดวนคล้ายๆ เปลือกหอย ซึ่งหมายถึง การปฏิรูปที่ต้องเริ่มจากข้างใน ดำเนินการไปตามลำดับอย่างเป็นขั้นตอนและเป็นพลวัต คุณหมอมโกมาตร บอกว่ายังคงเป็นทางการและหนักเกินไป

วันที่ผมเร่งว่าจะต้องใช้แล้ว คุณหมอมโกมาตรก็เลยตัดปากกาเขียนสัญลักษณ์พลั่วไหว่ซ้อนทับลงไปด้านหลังของบันไดกันหอย ซึ่งดูเบาสบายไม่เป็นฟอร์มทางการที่แข็งกระด้าง แถมมีลักษณะคล้ายตัวเลขเก้าไทย ซึ่งถือเป็นมงคลอีกต่างหาก ทำให้ได้ความหมายเพิ่มเติมอีกว่า การปฏิรูปต้องไม่ยึดรูปแบบวิธีการทางการอย่างเดียว ต้องมีนอกรูปแบบและเป็นไทยๆ ด้วย

ที่วางที่เหลือเมื่อคุณหมอมโกมาตรเดิมชื่อย่อ สปรส. ลงไป ผมเสนอให้ใส่ข้อความอะไรบางอย่างลงไปเพื่อให้มีความหมายและได้สมดุล จึงคิดคำว่า “เพื่อสุขภาพคนไทย” เพิ่มลงไป ก็เป็นอันว่าเราได้โลโก้ สปรส. ที่สวย และมีความหมายดี ด้วยฝีมือของดอกเตอร์ด้านมนุษยวิทยาทางการแพทย์จากฮาวาร์ด เพื่อใช้งานสืบมา

นอกจากนี้เราก็เร่งทำฐานข้อมูลองค์กรภาคีต่างๆ ทั้งในและนอกภาครัฐ เพื่อใช้เป็นการสร้างเครือข่ายทำงานร่วมกันให้กว้างขวางที่สุดเท่าที่เราจะทำได้ งานนี้ได้คุณวณี ปิ่นประทีป ที่มีประสบการณ์



ทำงานกับเครือข่ายประชาคมทั่วประเทศผ่านทางสถาบันชุมชนท้องถิ่นพัฒนาอยู่ก่อนแล้ว มาช่วยเป็นแม่งาน และก็จับงานสร้างความร่วมมือทางสังคมเรื่อยมา ซึ่งต่อมาได้คุณกรรณิการ์ บรรเทิงจิตร ผอ. วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดตรัง มาเสริมทีมอีกคนหนึ่ง โดยมีคุณ



คุณกรรณิการ์ บรรเทิงจิตร

ปิติพร จันทรทัต ณ ออยุธยา จากกรมควบคุมโรคติดต่อ เข้ามารับหน้าที่เป็นแม่งานด้านบริหารจัดการทั้งหมด

เราช่วยกันทำสื่อเอกสารรายเดือน ที่มีชื่อว่า “เวทีปฏิรูป : เพื่อสุขภาพคนไทย” เริ่มออกฉบับแรกเดือนมีนาคม 2543 โดยคุณหมอมโกมาตร ช่วยเริ่มต้นงานให้ จากนั้นก็ได้คุณอภิญา ตันทวีวงศ์ มาช่วยสานงานต่อในฐานะนักวิชาการอิสระเรื่อยมาจนถึงราวๆ เดือนตุลาคม 2544 จึงได้คุณสายพิน ตำนวิวัฒน์ ซึ่งเป็นผู้ประสานงานแผนงานสื่อสารสาธารณะช่วยรับเป็นแม่งานดูแลแทนเรื่อยมา



คุณปิติพร จันทรทัต ณ ออยุธยา

สื่อเวทีปฏิรูปฯ เล็กๆ นี้ ได้ทำหน้าที่สร้างสายใยขยายแนวคิดเพื่อการปฏิรูประบบสุขภาพของเครือข่ายภาคีต่างๆ ได้ในระดับหนึ่ง โดยจุดเด่นอยู่ที่ภาพการ์ตูนหน้าปกที่สวยงามและมีความหมายใช้สื่อสารอะไรต่อมิอะไรที่ไม่ต้องเป็นคำพูดได้เป็นอย่างดี ซึ่ง

สปรส. ได้นำไปใช้สื่อสารทางอื่นๆ มากมาย ภาพเหล่านี้เป็นฝีมือของคุณทิววัฒน์ ภัทรกุลวณิชย์ (หมอ) ช่วยเขียนให้

เห็นศิลปินนำทักษะความสามารถออกมาทำงานในเชิงสร้างสรรค์เช่นนี้แล้ว รู้สึกสะท้อนใจกับศิลปินและนักสื่อสารมวลชนบางส่วนที่มุ่งใช้ศาสตร์และศิลป์ของตนทำงานเพื่อการโฆษณาและการค้าโดยไม่คำนึงถึงผลกระทบต่อสังคม อย่างเช่น การโฆษณาเหล้า เบียร์ เครื่องดื่มชูกำลังที่ทำกันอย่างเมามันในทุกวันนี้

นอกจากเวทีปฏิรูปฯ แล้ว สปรส. ได้จัดทำสื่อเอกสารออกมาอีกหลายเล่มเพื่อเผยแพร่ข้อมูลไปยังภาคีต่างๆ รวมทั้งสื่อสารมวลชนทุกแขนง แต่เนื่องจากสิ่งที่สื่อออกไปยังยากและเป็นเรื่องของระบบที่มีความซับซ้อน

เข้าใจยาก จึงได้รับการขานรับไม่มากนัก ยกเว้นในแวดวงนักวิชาการด้านสาธารณสุข ก่อนข้างจะสนใจและตื่นตัวพอสมควร

ในส่วนของสถานที่ทำงานของ สปปรส. ตอนแรกได้ขอใช้สถานที่ของสำนักเลขานุการกรมการแพทย์ ซึ่งที่มิ่งคล ณ สงขลา (อธิบดีขณะนั้น) ให้ความอนุเคราะห์เป็นอย่างดี แต่ดูว่ายังไม่ค่อยลงตัวเท่าที่ควร ในที่สุดโชคดีที่ไปพบอาคารพัสดุของสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขข้างสวนสุขภาพ เหมาะสำหรับใช้เป็นสำนักงานอย่างมาก จึงได้ขอใช้บริเวณครึ่งหนึ่งของชั้น 2 (มีทั้งหมด 5 ชั้น) เป็นที่ทำงานของ สปปรส. โดยพีสุจริต ศรีประพันธ์ ปลัดกระทรวงสาธารณสุขในขณะนั้นพาผมไปดูสถานที่และอนุมัติให้ใช้ด้วยตัวเอง ยิ่งไปกว่านั้น กรมควบคุมโรคติดต่อและสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ยังได้เจียดจ่ายเงินเหลือจ่ายจำนวน 6 ล้านบาทเศษ ให้แปลงเป็นเงินอุดหนุน สมทบกับเงินของสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุขอีก 10 ล้านบาท เพื่อให้สำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ (สปปรส.) ใช้ทำงานใน

ช่วง 8 - 9 เดือนแรกของปี 2543 อีกด้วย 15 - 17 สิงหาคม 2543 สุวรส. จัดประชุมวิชาการประจำปี (ซึ่งจัดทุก 2 ปี) ที่ศูนย์นิทรรศการและการประชุมไบเทค บางนา ภายใต้ชื่อว่า "ภูมิปัญญาประชาคมสู่สุขภาพประเทศไทย" เพื่อเป็นการผลักดันศักยภาพของภาคีต่างๆ เข้ามาร่วมกระบวนการปฏิรูประบบสุขภาพให้ใกล้ชิดยิ่งขึ้น ซึ่ง สปปรส. ก็ได้เข้าไปเป็นเจ้าภาพ





ร่วมจัดด้วย

ในงานนี้ ศ.ดร.บวรศักดิ์ อุวรรณโณ ได้แสดงปาฐกถาพิเศษ เรื่อง “สิทธิและหน้าที่ของประชาชน กับ พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ” ซึ่งเป็นประโยชน์อย่างมากต่อการทำกรอบความคิดระบบสุขภาพแห่งชาติในเวลาต่อมา

วันสุดท้ายของการประชุมมีการอภิปรายหมู่ในหัวข้อ “การปฏิรูประบบสุขภาพ : ขั้นตอนและจังหวะก้าว” ผู้อภิปรายประกอบด้วย อาจารย์ประเวศ วะสี คุณอภิสิทธิ์ เวชชาชีวะ รัฐมนตรีประจำสำนักนายกรัฐมนตรี และผมในฐานะแกนประสานงาน โดยมีคุณศิริบุรณ์ ญัฐพันธ์ เป็นพิธีกร ซึ่งได้บันทึกเทปไปเผยแพร่ในรายการเช้าวันนี้ ทางทีวีช่อง 5 เพื่อขยายวงการเรียนรู้ให้กว้างขวางออกไปสู่สังคม ตามยุทธศาสตร์สื่อสารสาธารณะ ผนวกเข้ากับยุทธศาสตร์สร้างร่วมมือทางสังคมนั่นเอง



เก้าสิงหา

7

สองห้าสี่สาม

“ไม่ควรเข้าไปยุ่งกับโครงสร้างต่างๆ
ที่มีอยู่เดิม เพราะทุกโครงสร้าง
มีประวัติศาสตร์ มีเจ้าของ
จะเกิดความขัดแย้งโดยไม่จำเป็น
แล้วขยับอะไรต่อไม่ได้เลย”

(ร่าง) กรอบความคิด
ระบบสุขภาพแห่งชาติ



หลังจากที่ระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยการปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2543 ประกาศในราชกิจจานุเบกษาเมื่อวันที่ 30 กรกฎาคม 2543 การประชุมคณะกรรมการปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ (คปรส.) ครั้งแรกก็เริ่มขึ้นที่ห้องสีเขียว ตึกไทยคู่ฟ้า ทำเนียบรัฐบาล **คุณชวน หลีกภัย** นายกรัฐมนตรีในขณะนั้นทำหน้าที่ประธานที่ประชุมด้วยตัวเอง โดยมี **คุณกร ทักษะรังสี** รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข รองประธาน คปรส. คนที่ 1 และ **คุณอภิสิทธิ์ เวชชาชีวะ** รัฐมนตรีประจำสำนักนายกรัฐมนตรี รองประธาน คปรส. คนที่ 2 ร่วมด้วย

ที่ประชุมเห็นชอบหลักการของแผนยุทธศาสตร์และแผนงาน การปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2543 - 2546 ที่คณะทำงานฝ่ายเลขานุการยกร่างเสนอและเห็นชอบให้มีการจัดตั้งกลไกทำงานขึ้น 4 ชุด คือ อนุกรรม-



การวิชาการมีอาจารย์เกษม วัฒนชัย เป็นประธาน, อนุกรรมการสร้างความร่วมมือทางสังคมมีอาจารย์ประเวศ วะสี เป็นประธาน, อนุกรรมการสื่อสารสาธารณะมีรัฐมนตรีประจำสำนักนายกรัฐมนตรีที่ดูแลการประชาสัมพันธ์ เป็นประธาน และอนุกรรมการยกร่าง พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ มีอาจารย์ไพโรจน์ นิงสานนท์ เป็นประธาน และตั้ง **คุณหมอสุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ** และ **คุณหมอมงคลเดช ปิ่นประทีป** เป็นผู้ช่วยเลขานุการ คปรส. โดยมีผมในฐานะผู้อำนวยการสำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ ทำหน้าที่เลขานุการโดยตำแหน่ง ก็เป็นอันว่าเครื่องมือ “สามเหลี่ยมเขยื้อนภูเขา” เพื่อทำสิ่งยากได้ก่อตัวขึ้นอย่างเป็นทางการเรียบร้อยแล้ว

“ต้องทำสื่อออกมาสักชิ้น คล้ายกับเป็นกรอบประเด็นที่เราจะใช้ทำ

กฎหมาย ใช้เป็นเครื่องมือสื่อสารกับสังคม เหมือนตอนทำรัฐธรรมนูญ เราก็ทำเอกสารขึ้นมาชิ้นหนึ่งใช้สื่อทำความเข้าใจและรับฟังความคิดเห็นวงกว้าง”

อาจารย์บรรศักดิ์ อูวรรณโณ ให้คำแนะนำในการประชุมร่วมระหว่าง คปรส. คณะอนุกรรมการและคณะทำงานเพื่อการปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ เมื่อวันที่ 24 พฤศจิกายน 2543 ที่โรงแรมเรติสัน คำแนะนำอันมีค่านี้ จึงเป็นที่มาของ

“ร่างกรอบความคิดระบบสุขภาพ” (กุมภาพันธ์ 2544)

ที่มีรูปแบบที่ประเทศไทยพิมพ์หลายสีเป็นหน้าปก ซึ่งเรามักจะเรียกกันติดปากในเวลาต่อมาว่า “เอกสารเล่มสีลูกกวาด”

เนื้อหาในเอกสารร่างกรอบความคิด จัดทำขึ้นโดยคณะทำงานเฉพาะกิจของฝ่ายเลขานุการ ใช้องค์ความรู้จากเอกสารรายงานระบบสุขภาพประชาชาติของคณะกรรมการสาธารณสุข วุฒิสภา (มีนาคม 2543) และองค์ความรู้ทางวิชาการประเด็นต่างๆ ที่สนับสนุนการสังเคราะห์โดย สวรส. และบางส่วนจากงานของอนุกรรมการวิชาการ

ในคำนำของเอกสาร มีข้อความบางส่วนเขียนไว้ว่า

“เอกสารฉบับนี้ จัดทำขึ้นสำหรับใช้เป็นสื่อตั้งต้นให้ภาคีต่างๆ และผู้สนใจได้ช่วยกันพิจารณาแสดงความคิดเห็น วิพากษ์วิจารณ์ ตัด เสริม เติมแต่ง ปรับปรุงเปลี่ยนแปลง เพื่อให้ได้กรอบความคิดระบบสุขภาพที่พึงประสงค์ของสังคมไทยสำหรับนำไปเป็นกรอบการยกร่าง พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติในขั้นต่อไป เอกสารฉบับนี้จึงมิใช่เป็นเอกสารที่สมบูรณ์ตายตัว”

เนื้อหาของร่างกรอบความคิดระบบ

(ร่าง) กรอบความคิดระบบสุขภาพแห่งชาติ



สุขภาพแห่งชาติ แบ่งออกเป็น 13 ส่วน ประกอบด้วย ปรัชญา เจตนารมณ์ และหลักการสำคัญ, สิทธิหน้าที่ ความเสมอภาค และหลักประกันความมั่นคงด้านสุขภาพ, บทบาทรัฐ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ชุมชน และปัจเจกบุคคล, ระบบสุขภาพที่พึงประสงค์, ระบบการสร้างเสริมสุขภาพ, ระบบการควบคุมป้องกันโรคและปัญหาที่คุกคามสุขภาพ, ระบบบริการด้านสุขภาพ, ระบบการเงินการคลังในระบบสุขภาพ, ระบบกำลังคนด้านสุขภาพ, ระบบการควบคุมคุณภาพ, ระบบการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ, ระบบการจัดการความรู้ และข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ, องค์กรและการจัดการ

โดยในส่วนท้ายสุดที่เขียนเรื่ององค์กรและการจัดการ ได้ยกวางเนื้อหาก้าวล่วงเข้าไปถึงเรื่องโครงสร้างการทำงานที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ ในส่วนที่เป็นงานของกระทรวงสาธารณสุขอยู่เดิม โดยเสนอการปรับปรุงโครงสร้างองค์กรมากทีเดียว แม้แต่ชื่อกระทรวงก็ยกวางไว้ว่าเป็น “กระทรวงสุขภาพ”

งานนี้ อาจารย์สันต์ หัตถิรัตน์ เขียนบทความลงหนังสือพิมพ์ในเวลาต่อมาว่า อย่าเปลี่ยนชื่อกระทรวงสาธารณสุขเป็น “กระทรวงสุขภาพ” เลย เพราะเรื่องสุขภาพเป็นเรื่องของทุกคนและทุกหน่วยงาน ไม่ใช่เรื่องของกระทรวงสาธารณสุขเท่านั้น (มติชนรายวัน 15 ส.ค. 2544)

หนังสือพิมพ์บางฉบับช่วยนำไปวิเคราะห์เผยแพร่ด้วย เช่น บทความเรื่อง “แกะกล่องบันได 13 ขั้น สร้างระบบสุขภาพแห่งชาติ สุขภาวะที่ยั่งยืน” (ไทยรัฐ 29 พ.ค. 2544), บทความเรื่อง “เปิดพิมพ์เขียว “กระทรวงสุขภาพ” เริ่มศักราชสาธารณสุขใหม่” (มติชนรายวัน 29 ก.ค. 2544) เป็นต้น

ในส่วนกระทรวงสาธารณสุข มีปฏิกริยากลับต่อร่างกรอบความคิดระบบสุขภาพแรงพอสมควร เปรียบได้กับก้อนอิฐ ท่อนไม้และร่องเท้า ปลิวว่อนออกมา ซึ่งปรากฏการณ์เช่นนี้ ไม่ใช่เรื่องเกินความคาดหมาย

เพราะอาจารย์ประเวศ เคยนำบทเรียนในอดีตมาเตือนไว้ก่อนหน้านั้นแล้ว
ว่า

“ไม่ควรเข้าไปยุ่งกับโครงสร้างต่างๆ ที่มีอยู่เดิม เพราะทุกโครงสร้าง
มีประวัติศาสตร์ มีเจ้าของ จะเกิดความขัดแย้งโดยไม่จำเป็น แล้วขยับ
อะไรต่อไม่ได้เลย กระทรวงสาธารณสุขเอง
เคยมีการปฏิรูปโครงสร้าง แม้ไม่ใหญ่โต
มากมาย แต่ก็เกิดความขัดแย้งต่อเนื่อง
ยาวนาน เราควรทำทางบวก ช่วยกันทำ
เรื่องใหม่ที่ดีๆ แล้วชวนทุกฝ่ายเข้ามาร่วม
กันทำ จะได้ผลมากกว่า”

ในงานแต่งงานงานหนึ่ง ผมเจอพี่
บรรเทา อ้อกุล อดีตเลขาธิการสำนักงาน
คณะกรรมการอาหารและยา ที่คุ้นเคยกัน
พอเห็นหน้าผม พี่เขาแซวว่า

“เป็นไงอำพล จะเปลี่ยนชื่อเป็น
กระทรวงสุขภาพหรือ?”

เป็นการแหย่เบาๆ ในฐานะพี่น้องกัน แต่เป็นการส่งสัญญาณบอก
บางสิ่งบางอย่างที่ผู้คนในแวดวงกระทรวงสาธารณสุขเขาคุยกันได้เป็น
อย่างดี

ที่จริงเจตนาของคณะทำงานยกร่างกรอบความคิดระบบ
สุขภาพเขาก็ไม่ได้มุ่งไปปรับเปลี่ยนโครงสร้างอะไรต่อมิอะไรอย่างไร
เหตุผล แต่เขามองในสายตาวិชาการว่าโครงสร้างองค์กรในระบบสุขภาพ
ควรมีอะไร อย่างไรบ้าง เพียงแต่ยังเป็นการมองไปที่กรอบกลไกของรัฐ
มากไปและไปกระทบกับความรู้สึกของคนในโครงสร้างเดิมๆ ที่เขา
ทำงานกันมานานแล้วเท่านั้น

อย่างไรก็ตาม ภายหลังจากรับฟังความเห็นกันอย่างกว้างขวาง และ



แปลงร่างกรอบระบบสุขภาพออกมาเป็นร่างสาระสำคัญที่ควรกำหนดไว้ใน พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติในอีกเกือบปีหลังจากนั้น ก็ได้ยกเลิกการก้าวล่วงเข้าไปเกี่ยวข้องกับโครงสร้างองค์กรเดิมๆ ทั้งหมด โดยมุ่งที่การกำหนดกลไกใหม่ที่จะเข้ามาเป็นกลไกประสานทุกฝ่ายในสังคมให้เข้ามาร่วมดูแลรับผิดชอบงานสุขภาพร่วมกันตามเจตนารมณ์ของรัฐธรรมนูญ ปี 2540 แทน (จะกล่าวถึงในตอนต่อไป)

ส่วนการปฏิรูปปรับเปลี่ยนโครงสร้างองค์กรของภาครัฐปล่อยให้เป็นหน้าที่ของรัฐบาลภายใต้งานที่เรียกว่า “การปฏิรูประบบราชการ” ซึ่งต่อมารัฐบาล พ.ต.ท.ทักษิณ ชินวัตร ก็ได้เข้ามาดำเนินการเรื่องนี้คืบหน้าไปมาก

การพยายามยกร่าง พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติเช่นนี้แตกต่างจากการปฏิรูปการศึกษาที่ทำโดยออก พ.ร.บ.การศึกษาแห่งชาติ เมื่อปี 2542 ซึ่งได้ใช้กฎหมายกำหนดให้มีการปฏิรูปโครงสร้างองค์กรของกระทรวงศึกษาธิการและทบวงมหาวิทยาลัยโดยตรง ซึ่งมีผลตามมาเป็นความขัดแย้งที่เกิดขึ้นมากพอสมควร

การปฏิรูประบบสุขภาพที่ทำทีหลัง จึงมีโอกาสนเรียนรู้ประสบการณ์จากสิ่งที่ทำมาก่อนเพื่อเลือกทำในสิ่งที่ควรทำตามแนวคิดที่แตกต่างกันออกไป

เมื่อจัดทำร่างกรอบความคิดระบบสุขภาพแห่งชาติเสร็จช่วงต้นปี 2544 ก็มีการประชุมร่วมระหว่าง คปรส. คณะอนุกรรมการ และคณะทำงานทุกชุดอีกครั้งหนึ่ง เมื่อวันที่ 30 มกราคม 2544 จากนั้นก็ปรับปรุงร่างกรอบความคิดแล้วนำไปขยายวงรับฟังความเห็นด้วยช่องทางต่างๆ เช่น สอบถามความเห็นตรงไปยังหน่วยงาน องค์กร ประชาคมต่างๆ สนับสนุนการจัด



เวทีสาธารณะให้ความเห็น เมืองค์กรต่างๆ เข้าร่วม 306 เครือข่าย ภาคี
รวมกว่า 1,500 ภาคี เปิดเวทีรับฟังรวมกว่า 600 เวที โดยจัดทำสื่อ
เอกสาร สื่ออักษรเบรลล์ เทปเสียง หนังสือการ์ตูน สื่อวีดิทัศน์ และทำ
แบบสอบถาม แบบสำรวจในประเด็นต่างๆ เพื่อตรวจสอบความคิดเห็น
จากสาธารณะ ซึ่งมีประชาชนร่วมแสดงความคิดเห็นกว่าแสนคน ซึ่งนับ
ว่ามากที่สุดทีเดียว เรียกว่าทำหลายรูปแบบก็ยังไม่ผิด

เครือข่ายองค์กรภาคีที่ร่วมจัดเวทีให้ความเห็นต่อร่างกรอบความ
คิดระบบสุขภาพแห่งชาติ

เช่น เครือข่ายผู้พิการทุก
ประเภท เครือข่ายสุขภาพ
วิถีไทย เครือข่ายประชาคม
คนจน เครือข่ายผู้หญิง
เครือข่ายปราชญ์ชาวบ้าน
ชมรมสาธารณสุขแห่ง
ประเทศไทย เครือข่าย



หมออนามัย เครือข่ายภูมิปัญญาล้านนา เครือข่ายกลุ่มออมทรัพย์ เครือ
ข่ายอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เครือข่ายแรงงานนอกระบบ
 เป็นต้น

ในพื้นที่ระดับจังหวัด มีการจัดเวทีรับฟังความคิดเห็นต่อร่างกรอบ
ความคิดระบบสุขภาพ ใน 69 จังหวัด รวมเวทีทั้งสิ้น 526 เวที มีผู้คนเข้า
ร่วมกว่า 3 หมื่นคน จากนั้นในช่วงเดือนสิงหาคม 2544 มีการจัดเวที
อนุภาคอีก 6 เวที ที่พิษณุโลก ราชบุรี ขอนแก่น สุราษฎร์ธานี สงขลา และ
สุรินทร์ เพื่อสังเคราะห์ข้อคิดเห็นจากจังหวัดต่างๆ ที่จัดเวทีไปก่อนหน้า
นั้น สำหรับนำเข้าสู่เวทีประชุมสภารัตนสมัชชาสุขภาพแห่งชาติในงานตลาด
นัดสุขภาพ ในเดือนกันยายน 2544 (จะเล่าในตอนต่อไป)

การจัดเวทีรับฟังความคิดเห็นทั้งหมด จัดโดยแกนเครือข่าย



ประชาคมต่างๆ โดยทาง สปรส. ให้การสนับสนุน
ทรัพยากรบางส่วนและเอกสารสื่อต่างๆ เป็นการ
ทำงานร่วมกัน ไม่ใช่เวทีที่ สปรส. ไปจัดเอง

นี่เป็นบทเรียนใหม่ของวิธีทำงานร่วม
กันแบบสัมพันธ์กันในแนวราบที่ผมและทีม
งานได้มีโอกาสเรียนรู้อย่างมากมาย

ในขณะเดียวกัน ฝ่ายนักวิชาการก็ทำการ
สังเคราะห์องค์ความรู้ในประเด็นต่างๆ ที่ยังไม่
ชัดเพื่อให้ชัดเจนขึ้น เพื่อเป็นองค์ความรู้ในการ
ปรับปรุงกรอบความคิดและยกร่าง พ.ร.บ. สุขภาพ
แห่งชาติไปพร้อมๆ กันด้วย

ทั้งหมดนี้คือประสบการณ์ช่วงต้นๆ ของกระบวนการจัดทำ พ.ร.บ.
สุขภาพแห่งชาติที่เปิดช่องทางให้ประชาชนมีส่วนร่วมอย่างกว้างขวาง

ประชาชนมีส่วนร่วมในการกำหนดนโยบายด้านสุขภาพ



ตามเจตนารมณ์ของรัฐธรรมนูญ พ.ศ. 2540 ในขณะเดียวกันก็ใช้
กระบวนการนี้ทำให้สังคมเกิดความเคลื่อนไหว ร่วมกันคิด ร่วมกันทำเพื่อ
การสร้างสุขภาพหรือสุขภาวะไปพร้อมๆ กันด้วย



ตลาดนัด

8

สุขภาพ

“ได้เห็นคนแม่คนแก่
แทนที่จะอยู่อย่างหงอยเหงาม
เศร้าสร้อยรอวันตาย
มาร่วมงานตลาดนัดเพื่อสุขภาพ
เป็นภาพที่ให้ความปิติ”



เดือนพฤศจิกายน 2543 ผมไปร่วมประชุมสมาคมสาธารณสุขอเมริกันที่บอสตัน สหรัฐอเมริกา ด้วยการสนับสนุนขององค์การอนามัยโลก มีคนเข้าร่วมประชุมกว่า 1 หมื่นคน ส่วนใหญ่เป็นนักวิชาการสาธารณสุขจากรัฐต่างๆ ของอเมริกา ส่วนน้อยที่ไปจากต่างประเทศแบบผม

เขาจัดมากกว่าร้อยครั้งแล้ว มีการวางระบบบริหารจัดการการประชุมคนจำนวนมากได้เป็นอย่างดี ผู้เข้าร่วมประชุมต้องเสียค่าลงทะเบียนคนละหลายดอลล่าร์ แต่ไม่มีเลี้ยงอาหารกลางวันและอาหารว่างให้ยุ่งยากแบบบ้านเรา ผู้เข้าร่วมประชุมหาซื้อรับประทานเอาเอง เอกสารที่แจกก็ใส่ถุงพลาสติกธรรมดาให้ไม่ต้องทำกระเป๋าแจกให้สิ้นเปลืองเหมือนบ้านเรา

ที่ผมชอบมากคือ เขามีล่ามภาษามือขึ้นไปทำหน้าที่แปลบนเวทีใหญ่ตลอดงาน เป็นการให้ความสำคัญกับผู้พิการทางการได้ยิน ซึ่งเป็นตัวอย่างหนึ่งที่แสดงว่าสังคมของเขาให้ความสำคัญกับคุณค่าของคนทุกคนมากกว่าของเรา งานนั้นทำให้ผมได้ความคิดว่า การประชุมเรื่องเกี่ยวกับสุขภาพส่วนใหญ่มักจะพูดกันในแวดวงของนักการสาธารณสุขเท่านั้น ประชาชนไม่ค่อยได้เกี่ยวข้องกับสักเท่าไร ทั้งๆ ที่ประชาชนและนักวิชาการสาขาต่างๆ ล้วนมีส่วนเกี่ยวข้องกับสุขภาพโดยทั่วกัน และสุขภาพก็ไม่ใช่เรื่องแค่การแพทย์การสาธารณสุขเท่านั้น ในขณะที่เดียวกันก็ได้ประสบการณ์เกี่ยวกับการจัดประชุมหลายด้านกลับมาด้วย

กลับมาเมืองไทย ผมคิดว่าเราน่าจะใช้จังหวะการทำงานปฏิรูประบบสุขภาพจัดประชุมใหญ่ๆ ที่ดึงคนทุกฝ่ายในสังคมมาร่วมคิด ร่วมคุย ร่วมแลกเปลี่ยนเรียนรู้เรื่องสุขภาพกันก็น่าจะดี เพื่อให้เรื่องสุขภาพกลายเป็นประเด็นสาธารณะ ไม่ใช่ประเด็นงานของนักวิชาการทางการแพทย์และสาธารณสุขเท่านั้น ซึ่งเป็นการก้าวไปให้ไกลกว่าเดิมๆ อีกหนึ่งก้าว

จากความคิดที่เริ่มต้น ได้มีการชวนเพื่อนจากองค์กรภาคีต่างๆ ขยายวงความคิดจากวงเล็กๆ จนในที่สุดเราตัดสินใจที่จะจัดงาน “ตลาดนัด

ปฏิรูป(ระบบ)สุขภาพ” ขึ้นในวันที่ 1 - 5 กันยายน 2544

งานนี้เป็น “ทรีอินวัน” คือมี 3 เรื่องในงานเดียวกัน

ในที่สุดเราจัดงานกันที่ศูนย์การประชุมและแสดงนิทรรศการ อิมแพ็คเมืองทองธานี

มีการเชิญชวนประกวดคำขวัญและโลโก้ของงาน เราได้คำขวัญที่ตรงกับแนวคิดของการจัดงานว่า

“ชุมชนภูมิปัญญา พัฒนาสุขภาพะไทย”

คือเปิดเป็นโรงเรียนแลกเปลี่ยนเรียนรู้ภูมิปัญญาที่หลากหลายเกี่ยวกับเรื่องสุขภาพ ไม่ใช่แค่เรื่องการแพทย์สาธารณสุขแบบตะวันตกเท่านั้น ทั้งหมดนี้ก็เพื่อนำไปสู่การสร้างสุขภาพหรือสุขภาพะที่เป็นองค์รวมมากกว่าเรื่องการเจ็บป่วยและการรักษาพยาบาล

ได้โลโก้ที่คณะกรรมการประกวดมาใช้กับงาน ออกแบบโดยคุณเรืองวิทย์ ภูธรารักษ์

กระบวนการเตรียมงานสนุกมาก เราใช้วิธีชวนภาคีแกนหลักมาร่วมกันคิด ร่วมวางรูปงาน และแบ่งงานกันทำ ในส่วนของ สปรส. มีแกนหลัก 2 คน คือคุณปิติพร จันทรทัต ณ อยุธยา และคุณหม่อมขวัญชัย วิศิษฐานนท์ ภาคีแกนที่เข้ามาร่วมหัวจมท้ายรับผิดชอบงานนี้ร่วมกันก็คือ สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, เสถียรธรรมสถาน โดยคุณแม่ชี ศันสนีย์ เสถียรสุด, เครือข่ายสุขภาพวิถีไทย



ตลาดนัดปฏิรูป(ระบบ)สุขภาพ

โดยมีคุณวีรพงษ์ เกรียงสินยศ และคุณหมอประพจน์ เกตราภาศ เป็น
แกนประสาน, บริษัท แพลน พับลิชซิ่ง จำกัด ที่มีคุณชนิดา อินทวิสุทธิ์
และคุณวรรณพร ยมกนิษฐ์ เป็นแกน, กรมอนามัย มีคุณสง่า ดามาพงษ์
เป็นแกน, สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา (อย.) มีคุณฉวีวรรณ
ศรีโกมล เป็นแกน, เครือข่ายคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพและ
สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) มีคุณนวล-
อันทต์ ตันติเกตุ และคุณบังอร ฤทธิภักดี เป็นแกน, กระทรวง
ศึกษาธิการ ซึ่งมี ดร.กษมา วรวรรณ ณ อยุธยา อธิบดีกรมสามัญเป็น
แกน มีอาจารย์วิทยา โพธิ์เทียนทอง ทำหน้าที่ผู้ประสาน

งานนี้ได้รับงบประมาณสนับสนุนบางส่วนจากสำนักงานคณะ-
กรรมการอาหารและยา (พีวีชัย โชควิวัฒน์ เป็นเลขานุการ), สำนักงาน
กองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) และกรมอนามัย (พีวัลลภ
ไทยเหนือ เป็นอธิบดี)
เรียกว่าเป็นงานที่มี
หลายฝ่ายเข้ามาเป็น
เจ้าภาพร่วมกัน ซึ่งนับ
รวมเจ้าภาพร่วมได้ 125
ภาคี แต่ถ้านับรวมภาคี
ที่ร่วมจัดงานทั้งหมดก็
กว่าหนึ่งพันภาคี โดย
สปรส. ทำหน้าที่เป็น
กลไกแกนประสานการจัดการ



เราประชุมคิดงาน ปรึกษางานกันเป็นสิบๆ ครั้ง บรรยาภาศ
อบอุ้ม สร้างสรรค์ ช่วยกันคิด ช่วยกันแนะดีมาก เรียกว่าใช้ความรู้และ
ประสบการณ์ของแต่ละฝ่ายมาลงเป็นทุนร่วมกันอย่างเต็มที่ คุณแม่ซี
ตันสนีย์ มาร่วมประชุมเกือบจะทุกครั้ง พร้อมกับแนะหลักการทำงานไว้ว่า

“เราทำงานสร้างความสุข ในขณะที่ทำงานก็ต้องสร้างความสุขไปด้วย ทำงานจบเราก็ยังเป็นเพื่อนพี่น้องกันเพื่อทำงานอื่นร่วมกันอีกต่อไป ไม่ใช่จบแค่งานนี้”

ประชุมกันไป คิดงานกันไป ติดตามงานกันไป ไกล้วงานแล้ว อะไรต่อมิอะไรดูว่ายังไม่ลงตัวชัดเจนออกมา เพราะเราใช้วิธีแบ่งความรับผิดชอบเป็นส่วนๆ แต่ละส่วนต้องไปทำงานกับเครือข่ายภาคีอีกมากมาย ต้องใช้เวลาเยอะ เช่น เครือข่ายสุขภาพวิถีไทยต้องประสานกับเครือข่าย 4 ภาคทั่วประเทศ เครือข่ายคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพต้องคุยกับภาคีจำนวนมาก อย.ต้องประสานกับกลุ่มชาวบ้านที่ผลิตสินค้าชุมชนในเกือบจะทุกจังหวัดทั่วประเทศ เป็นต้น จนที่มงานของบริษัท แพลน พับลิชชิ่ง จำกัด ของคุณสุภาวดี หาญเมธี ซึ่งรับหน้าที่เป็นฝ่ายจัดการงาน (organizer) ชักจะกังวลเกรงว่างานจะไม่เรียบร้อย

แต่พอถึงวันทำงานจริง งานกลับออกมาดีเหลือเชื่อ นี่เป็นการพิสูจน์พลังความร่วมมือที่ทำงานกันด้วยใจซึ่งทุกฝ่ายมีความรู้สึกว่าเป็นเจ้าของงานร่วมกัน จะมีบ้างก็คือปัญหาจุกจิกทั่วไปและปัญหาการประสานงาน ซึ่งถือว่าเป็นธรรมดาของการจัดงานใหญ่ๆ ทำนองนี้

ในที่ประชุมเตรียมงาน เราได้ให้กำเนิดมนุษย์สัญลักษณ์ออกมา 2 ตัว คือ

“บุญสร้าง กับ บุญซ่อม”

“บุญสร้าง” เป็นตัวแทนของคนที่รักในการสร้างสุขภาพ ส่วน “บุญซ่อม” เป็นตัวแทนของคนที่ไม่ใส่ใจในสุขภาพ ทั้งคู่นำเสนอในรูปของตัว



ละครใบ้ (Pantomime) สามารถดึงดูดความสนใจของผู้ชมได้เป็นอย่างดี ทั้งในงานตลาดนัดฯ และในงานเปิดตัวทุกเวที นี่เป็นอีกนวัตกรรมหนึ่งที่เกิดจากงานนี้

“เป็นงานที่ดี มีสาระ ช่วยชี้ให้เห็นแง่ดีของการรักษาสุขภาพในวิธีต่างๆ เป็นการรักษา ป้องกันและสร้างสุขภาพตัวเอง อยากให้มีงานดีๆ แบบนี้อีกค่ะ”

หนึ่งในตัวแสดงละครใบ้บุญสร้าง-บุญซ่อม แสดงความเห็นที่ว่างงานนี้มี 3 เรื่องใน 1 งานหรือทรีอินวันก็คือ

งานตลาดนัดสุขภาพ จัดที่ฮอลล์ 5 อิมแพ็ค เมืองทองธานี เนื้อที่ประมาณหนึ่งหมื่นห้าพันตารางเมตร เนรมิตขึ้นเป็น “ชุมชนแห่งการเรียนรู้” เรื่องสุขภาพในมิติต่างๆ มี “สวนแห่งความสุข” (สวนสุขภาพมิติใหม่) เป็นไขแฉงของงาน จัดการโดยเสถียรธรรมสถาน มีซุ้ม “บ้านสุขภาพดี” สาธิตเกี่ยวกับเรื่องครอบครัวทั้งหมด ดูแลโดยบริษัท แปลนพับลิชซิง จำกัด มี “ชุมชนผู้บริโภครักสุขภาพ” ดูแลโดยสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพและเครือข่ายคุ้มครองผู้บริโภค มีซุ้ม “กินเพื่อสุขภาพ” ดูแลโดยกรมอนามัย มีซุ้ม “การเรียนรู้สู่สุขภาพ” ดูแลโดยกระทรวงศึกษาธิการ มีซุ้ม “สุขภาพวิถีไทย” เป็นที่

แสดงภูมิปัญญาด้านสุขภาพที่หลากหลายจาก 4 ภาคทั่วประเทศดูแลโดยเครือข่ายสุขภาพวิถีไทย มีซุ้ม “สื่อกับสุขภาพ” ประสานจัดโดย สปรส. มีสื่อมวลชน มาร่วมจัดเป็นจำนวนมาก มีซุ้ม “ความปลอดภัยใกล้ตัว” จัดโดยองค์กรภาคีหลายองค์กร-กร เช่น กปอ. (สำนักงาน



คณะกรรมการป้องกันอุบัติเหตุแห่งชาติ) และเครือข่ายแรงงานนอกระบบ เป็นต้น และมี “ร้านค้าสุขภาพชุมชน” จากจังหวัดต่างๆ ทั่วประเทศ ดูแลโดยสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา

ในวันเตรียมงาน (30 ส.ค. 2545) ซึ่งมีเวลา 24 ชั่วโมงก่อนงานเริ่ม สวนแห่งความสุขในเนื้อที่หลายร้อยตารางเมตรกลางงานถูกเนรมิตขึ้นเป็นสวนต้นไม้อันร่มรื่นในเวลาเพียงไม่ถึง 10 ชั่วโมง ด้วยศักยภาพของกัลยาณมิตร เด็ก - ผู้ใหญ่ - ผู้สูงอายุ ที่เป็นเครือข่ายธรรมของเสถียรธรรมสถาน ภายใต้การดูแลอย่างใกล้ชิดของคุณแม่ชีศันสนีย์เสถียรสุต การเตรียมงานครั้งนี้ทำให้เจ้าภาพร่วมทุกส่วนต่างทิ้งในการเป็น “นักกิจกรรม” ของคุณแม่ชีโดยทั่วกัน

โดยก่อนวันงาน 1 - 2 สัปดาห์ คุณแม่ชีไปดูสถานที่ด้วยตนเอง ดูเนื้อที่ที่จะได้รับว่าได้ทำได้อยู่ตรงไหน จากนั้นก็ปรึกษาทีมงาน กำหนดรูปแบบงาน สิ่งที่จะนำเสนอวางแผนงาน



ไปหาซื้อต้นไม้ที่สวนจตุจักรด้วยตนเอง เตรียมการวางขนต้นไม้และข้าวของด้วยรถสิบล้ออันนับสิบกัณฑ์ตั้งแต่มกวันก่อนวันเตรียมงาน พอฮอลล์ 5 เปิด ทุกอย่างถูกขนส่งเข้าไปเป็นคิวแรกและจัดเนรมิตขึ้นในเวลาอันรวดเร็วโดยฝีมือของเด็กไปจนถึงผู้สูงอายุ ทุกคนช่วยกันทำอย่างสนุก มีความสุข ไม่มีการกะเกณฑ์ เป็นตัวอย่างของ “การปฏิบัติธรรมโดยการทำงาน” ที่เห็นรูปธรรมได้อย่างชัดเจน

งานในส่วนของตลาดนัดสุขภาพนี้เน้นการ “สร้างมากกว่าซ่อม” เน้นสุขภาพองค์รวมมากกว่าเรื่องการแพทย์และสาธารณสุข งานนี้ได้ผล

สำเร็จเกินคาด มีผู้เข้าชมงานประมาณ 1 แสน 5 หมื่นคนในเวลาจัดงานเพียง 5 วัน จากที่เราประเมินไว้ว่าน่าจะมีไม่ถึงแสนคน ภูมิปัญญาพื้นบ้านด้านสุขภาพหลายอย่าง เช่น ย่ำช่าง ตอกเส้น และอื่นๆ ได้รับความสนใจจากผู้เข้าชมงานและสื่อมวลชนเป็นจำนวนมาก สินค้าสุขภาพจากชุมชน อาหารสุขภาพที่จัดสาธิตโดยเครือข่ายภาคีต่างๆ ขายดีเป็นเทน้ำเทท่า เกิดเป็นความสุขทั้งฝ่ายผู้จัดและผู้มาเที่ยวงาน



บรรยากาศของครอบครัวที่จูงลูกหลาน พาผู้สูงอายุและผู้พิการมาเที่ยวชมงาน เป็นภาพสะท้อนสังคมแห่งสุขภาวะได้เป็นอย่างดี แต่ก็น่าเสียดายที่มีเวลาจัดแค่ 5 วันเท่านั้นเอง

คุณไตรภพ ลิมปพัทธ์ พิธีกรโทรทัศน์ชื่อดัง ได้กรุณาให้เวลาของรายการทไวไลท์ โชว์ประมาณ 10 นาที (ผ่านการขวยประสานของคุณแม่ชิตันสนีย์ เสถียรสุด) เพื่อประชาสัมพันธ์งานตลาดนัดในรายการนี้ ปรากฏว่ามีผู้ชมรายการตามไปเที่ยวงานนี้กันเป็นจำนวนมาก (ทราบจากแบบสอบถาม) นี้แสดงให้เห็นถึงศักยภาพของสื่อสารมวลชนว่ามีอิทธิพลต่อผู้คนอย่างมาก

คุณมัทนี ชิตสิน เป็นประชาชนคนหนึ่งที่เคยยื่นจดหมายส่งโทรสารมายัง สปรส.ว่า

“ไปเที่ยวงานตลาดนัดสุขภาพมา ขอชมว่าจัดดีมากค่ะ ดิฉันทราบจากรายการทไวไลท์ โชว์ของคุณไตรภพ จึงไปเที่ยวกับคุณแม่ ที่คุณแม่ชอบมาก คือข้าวยาบักเบไตใส่ดอกอัญชัน เสียหายจัดงานสั้นไปหน่อย นำ

จะจัดสัก 2 สัปดาห์...”

ในงานตลาดนัดฯ มีสื่อสารมวลชนทุกแขนงเข้าไปช่วยทำข่าวทั้งสิ้น ทั้งแห่ง และไปช่วยนำเสนอ เรื่องราวต่างๆ ในเวที “สื่อ กับสุขภาพ” วันเปิดงานเสาร์ ที่ 1 กันยายน 2544 ได้คุณ สุดารัตน์ เกษุราพันธ์ รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข เป็นประธานเปิด โดยมี พีวัลลภ ไทยเหนือ อธิบดี กรมอนามัย เป็นตัวแทนองค์กรเจ้าภาพกล่าวรายงาน



หลังงานจบ อาจารย์ประเวศ วะสี ได้เขียนบทความ “คุยกับผู้อ่าน” ในนิตยสารหมอชาวบ้าน ปีที่ 22 ฉบับที่ 270 ว่า

“สุขภาพจึงไม่ใช่เรื่องโรงพยาบาลมดหมอหยูกยาเท่านั้น แต่คือชีวิตและวิถีชีวิตร่วมกันอย่างถูกต้อง

การได้เห็นคนเฒ่าคนแก่ แทนที่จะอยู่อย่างหงอยเหงาเศร้าสร้อยรอวันตาย มาร่วมงานตลาดนัดเพื่อสุขภาพ เป็นภาพที่ให้ความปิติ ถ้าเราจะเอาแต่เรื่องตลาดหุ้น หมกมุ่นอยู่แต่กับเรื่อง “เงิน” เราก็จะทอดทิ้งกัน คือ ทอดทิ้ง “คน” การเคลื่อนไหวทางสุขภาพจึงเป็นกระบวนการที่ให้ความสำคัญกับ “คน” และความไม่ทอดทิ้งกัน

ขอให้คนไทยทั่วประเทศรวมตัวกันเพื่อสุขภาพ ควรมีการก่อตั้ง ชมรมสร้างเสริมสุขภาพในทุกจังหวัด ทุกอำเภอ และทุกตำบล มีกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพนานาประการ รวมทั้งมีการจัดตลาดนัดสุขภาพในงานต่างๆ ทั้งหมดจะเป็นการเคลื่อนไหวทางศีลธรรมด้วยความรัก ความเอื้ออาทร เพื่อความสุขของกันและกันสืบกาลนาน”

นอกจากจะเป็นกำลังใจให้กับผู้ร่วมจัดงานทุกคนทุกฝ่ายแล้ว ยัง



เป็นการบอกด้วยว่า การสร้างสุขภาพอย่างองค์รวมที่เป็นภารกิจร่วมกันของทุกฝ่ายในสังคม ซึ่งกำลังก่อตัวขึ้นและเคลื่อนไปข้างหน้าแล้ว บนหลักคิดของการ “ร่วมทุกข์ ร่วมสุข ไม่ทอดทิ้งกัน”

“โดยภาพรวมจัดได้ดีมาก ทุกเรื่องน่าสนใจ โดยเฉพาะชุมชนสุขภาพชีวิตและจิตวิญญาณของแม่ชีคันสนีย์และชุมชนภูมิปัญญาจากชุมชน การติดต่อประสานงานกับหน่วยผู้จัดสั้นไปหน่อย ถ้าติดต่อเร็วกว่านี้ จะเตรียมงานได้ดีกว่านี้”

ทีมงานจากสถาบันวิจัยโภชนาการ มหาวิทยาลัยมหิดล ที่ร่วมงานด้วยความเห็นใจ

สำหรับงานส่วนที่สองก็คือ การเปิด “เวทีวิชาการ” ในประเด็นสุขภาพแง่มุมต่างๆ รวม 22 เรื่อง เช่น ฝ่าวิกฤตสุขภาพกับชุมชนพึ่งตนเอง ด้านสุขภาพ, นโยบายแห่งรัฐกับสุขภาพประชาชน, สุขภาพจิตวิญญาณ... สุขภาพที่ยั่งยืน, สร้างสรรค์ภูมิปัญญาท้องถิ่น ด้วยงานวิจัยของชุมชน, กองทุนหมู่บ้านกับการสร้างสุขภาพชุมชน เป็นต้น เวทีวิชาการเหล่านี้ ผู้นำเสนอ มีทั้งนักวิชาการและประชาชนทั่วไป ผู้เข้าร่วมฟังร่วมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ก็เปิดให้ทั้งนักวิชาการและประชาชนทั่วไป ที่สนใจเข้าร่วมได้โดยไม่เสียค่า



ใช้ง่ายได้ๆ

ตรงนี้ดูเหมือนว่าจะเป็นกิจกรรมที่ไม่ใหญ่มากนัก แต่เป็นการเปิดมิติใหม่ให้เห็นว่าเรื่องสุขภาพและเรื่องวิชาการที่เกี่ยวกับสุขภาพเป็นเรื่องของทุกคน ไม่ใช่เรื่องของบุคลากรการแพทย์และสาธารณสุขเท่านั้น ซึ่งจากก้าวนี้ก็คงต้องมีก้าวต่อไปอีก



งานส่วนที่สามเกี่ยวข้องข้องกับการจัดทำ พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ โดยตรง มีการนำไประดมยัตติบัตรของประชาชนที่ร่วมให้ข้อคิดเห็นต่อการปฏิรูประบบสุขภาพ ที่ส่งเข้ามาก่อนหน้านี้มากกว่า 1 แสนใบ มาจับฉลากเพื่อมอบของที่ระลึกที่เป็นอุปกรณ์กีฬาและหนังสือดีเกี่ยวกับสุขภาพให้กว่า 1,000 ชิ้น และจัดเวทีให้ผู้มาร่วมงานแสดงความคิดเห็นเพิ่มเติมด้วยวิธีการโหวตอย่างง่ายๆ ที่สำคัญคือได้จัดเวทีประชุมสภาจิตสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ เพื่อเปิดโอกาสให้ภาคีต่างๆ นำเสนอข้อคิดเห็นต่อร่างกรอบความคิดระบบสุขภาพแห่งชาติที่มีการรับฟังมาก่อนหน้านั้นมานำเสนอด้วย

งานส่วนนี้เป็นทั้งการทดลองจัด “สมัชชาสุขภาพแห่งชาติ” เพื่อหาประสบการณ์ และรับฟังความคิดเห็นสำหรับการจัดทำ พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติไปพร้อมๆ กัน ซึ่งจะได้เล่าเพิ่มเติมในตอนต่อไปครับ



สมัชชาสุขภาพ 9

สร้างสรรค์สุขภาพะ

“ประเด็นสุขภาพเป็นประเด็นหนึ่ง
ที่ต้องการการมีส่วนร่วม
ตั้งแต่ระดับนโยบายและ
ยุทธศาสตร์ไปจนถึงการปฏิบัติ
จึงควรวางระบบและกลไก
ที่เปิดโอกาสให้ประชาชน
เข้ามามีส่วนร่วม
อย่างเป็นรูปธรรม”



ในร่าง พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 มาตรา 3 ให้คำจำกัดความของคำว่า “สมัชชาสุขภาพ” ไว้ว่าหมายถึง กระบวนการจัดประชุมที่ให้ทุกฝ่ายได้ร่วมแลกเปลี่ยนเรียนรู้โดยใช้ปัญญา และสมานฉันท์ โดยมีการจัดการอย่างเป็นระบบและมีส่วนร่วมเพื่อนำไปสู่การมีสุขภาพะ

คำว่า “สมัชชา” ในความรู้สึกนึกคิดของแต่ละคนมีความแตกต่างกันมาก ขึ้นอยู่กับความรู้และประสบการณ์ของแต่ละคน บางคนคิดถึงสมัชชาคณะนัก สมัชชาเกษตรกรรายย่อย ฯลฯ ที่เป็นกลุ่มพลังประชาชนเคลื่อนไหวต่อสู้เรียกร้องเพื่อให้รัฐบาลแก้ปัญหาต่างๆ ที่พวกเขาต้องเผชิญอยู่

บางคนคิดถึงการประชุมสมัชชาประชาชนของประเทศสายสังคมนิยมในอดีต

บางคนคิดถึงการประชุมของกลุ่มพนักงานหรือกลุ่มวิชาชีพเฉพาะบางกลุ่ม

บางคนคิดถึงการประชุมสมัชชาขององค์การอนามัยโลก (world health assembly) ที่จัดเป็นประจำทุกปี เพื่อให้ผู้แทนประเทศสมาชิกได้ประชุมปรึกษาหารือกันในเรื่องสำคัญ

บางคนเข้าใจว่าสมัชชาเป็นองค์กรที่ต้องมีสมาชิกถาวร มีโครงสร้างองค์กรกำหนดชัดเจนตายตัว

แต่สมัชชาสุขภาพมีแนวคิดของตัวเอง

แนวคิดของสมัชชาสุขภาพ เริ่มจากรัฐธรรมนูญ พ.ศ. 2540 ที่เปิดศักราชประชาธิปไตยแบบมีส่วนร่วม ภาคประชาชนมีสิทธิและโอกาสในการมีส่วนร่วมทางการเมืองได้อย่างกว้างขวาง แต่ที่ผ่านๆ มายังไม่มีระบบและกลไกเพื่อการนั้นอย่างเป็นทางการเป็นรูปธรรมเท่าที่ควร

ประเด็นสุขภาพเป็นประเด็นหนึ่งที่ต้องการการมีส่วนร่วม ตั้งแต่ระดับนโยบายและยุทธศาสตร์ ไปจนถึงการปฏิบัติ จึงควรวางระบบและ

กลไกที่เปิดให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมอย่างเป็นรูปธรรม ซึ่งนอกจากการออกแบบกลไกคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติให้เป็นเครื่องมือสร้างนโยบายและยุทธศาสตร์สุขภาพร่วมกันแล้ว จำเป็นต้องเปิดช่องทางให้ประชาชนในสังคมเข้ามามีส่วนร่วมคิดร่วมทำอย่างกว้างขวาง เป็นอิสระ และมีความต่อเนื่อง แต่ต้องไม่เกินไปในรูปของการจัดตั้งกลุ่มคนหรือองค์กรใหม่ๆ ที่แข็งตัวขึ้นมา

แนวความคิดเรื่องสมัชชาสุขภาพจึงเกิดขึ้น โดยหวังให้เป็นเวทีหรือกระบวนการที่ฝ่ายต่างๆ ในสังคมเข้ามาทำงานเรื่องนโยบายและยุทธศาสตร์สุขภาพร่วมกัน อย่างเคียงบ่าเคียงไหล่ โดยแต่ละฝ่ายไม่ว่าจะเป็นหน่วยราชการ เอกชน ประชาชน หรือองค์กรภาคีต่างๆ ยังคงเป็นอิสระไม่ขึ้นแก่กัน

และกัน ไม่ใช่เป็นการจัดองค์กรหรือโครงสร้างใหม่ขึ้นมา ซึ่งถ้าทำเช่นนั้นก็จะเป็นเรื่องที่แข็งตัวและเกิดมีเจ้าข้าวเจ้าของไปหมด



ที่สำคัญคือ กระบวนการสมัชชาที่ดีต้องมีการทำงานวิชาการเพื่อเป็นปัญญาให้กับเวทีเพื่อนำไปสู่การเสนอทางออกในเรื่องสุขภาพร่วมกัน อย่างเป็นกัลยาณมิตร ไม่ใช่เวทีของการโต้แย้งถกเถียงหรือเรียกร้องโจมตี ทำร้ายทำลายกัน ซึ่งสิ่งเหล่านี้ ไม่ใช่บรรยากาศของการสร้างสุขภาพอย่างแน่นอน

จากแนวคิดทำนองนี้ เราได้ร่วมกับองค์กรภาคีปฏิรูประบบสุขภาพทดลองจัดเวทีประชุมสภาธิตสมัชชาสุขภาพแห่งชาติขึ้นระหว่างวันที่ 3 -



5 กันยายน 2543 ในงานตลาดนัดสุขภาพที่เมืองทองธานี โดยเชิญภาคีปฏิรูประบบสุขภาพจากทั่วประเทศ 306 เครือข่าย รวม 1,599 ภาคี รวมทั้งสิ้นประมาณ 2,000 คน เข้าร่วมประชุม เพื่อให้ภาคีต่างๆ ได้แสดงความคิดเห็นต่อร่างกรอบระบบสุขภาพแห่งชาติที่ได้เปิดเวทีรับฟังความเห็นทั่วประเทศก่อนหน้านี้

กว่า 500 เวทีมาแล้ว

ช่วงเช้าของวันแรก มีการนำเสนอข้อมูลการศึกษาเกี่ยวกับประเด็นนโยบายสาธารณะที่มีผลกระทบต่อสุขภาพ ที่ศึกษาวิจัยโดยกลุ่มนักวิชาการร่วมกับประชาชนในพื้นที่บางแห่ง มี นพ.กระแส ชนะวงศ์ รัฐมนตรีประจำสำนักนายกรัฐมนตรี ในฐานะรองประธาน คปรส. ในขณะนั้นเป็นประธาน ช่วงบ่ายเปิดการรับฟัง “เสียงจากภาคี” ที่เสนอความคิดเห็นต่อการปฏิรูประบบสุขภาพ มีภาคีต่างๆ ร่วมเสนอความคิดเห็นรวม 46 ภาคี โดยมีระบบให้ลงทะเบียนแจ้งขอเสนอความเห็นล่วงหน้า ช่วงนี้มีอาจารย์ไพโรจน์ นิงสานนท์ เป็นประธาน

วันที่ 2 และ 3 ของการประชุมสาริตสมัชชาสุขภาพ เป็นการนำเสนอข้อสรุปข้อเสนอดูกรอบความคิดระบบสุขภาพแห่งชาติแยกเป็นรายประเด็น ซึ่งมีคณะทำงานร่วมกันสังเคราะห์ข้อเสนอจากเวทีทั่วประเทศล่วงหน้ามาก่อนแล้ว โดยในแต่ละช่วงของการประชุมก็เปิดโอกาสให้ผู้เข้าร่วมสมัชชาแสดงความคิดเห็นเพิ่มเติมได้ตามคิวยืนความจำนงไว้ ซึ่งบรรยากาศโดยรวมเป็นไปอย่างสร้างสรรค์ แม้ว่าผู้ที่อยู่ในห้องประชุมสมัชชาในแต่ละช่วงอาจจะบางตาไปบ้าง เพราะคนส่วนหนึ่งไปร่วมเวทีวิชาการห้องย่อย และบางส่วนไปเที่ยวชมการสาริตต่างๆ ใน

ตลาดนัดสุขภาพที่จัดอยู่
ในบริเวณเดียวกัน

ในการเปิดเวทีประ-
ชุมสภามัชชาสุขภาพ
แห่งชาติ 5 กันยายน 2544
คุณพิทักษ์ อินทรวินัย-
พันธ์ รองนายกรัฐมนตรี
ในฐานะประธาน คปรส.
มาเป็นประธานรับมอบ



ข้อเสนอต่อการจัดทำ พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ จากผู้แทนภาคีปฏิรูป
ระบบสุขภาพทั่วประเทศ ซึ่งงานในช่วงนี้มีการถ่ายทอดสดผ่านทางไอทีวี
ไปทั่วประเทศด้วย

ที่สำคัญคือผู้เข้าร่วมสมัชชาได้เห็นพ้องต้องกันให้ประกาศข้อเสนอ
ต่อการปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ รวม 9 ข้อไว้ด้วย มีสาระสำคัญดังนี้

“จากการที่ผู้แทนองค์กรภาคีต่างๆ ในสังคมไทย 306 เครือ
ข่าย รวมเป็นจำนวนภาคีทั้งสิ้น 1,599 ภาคี ได้จัดประชุมอย่างต่อเนื่อง
ทั่วประเทศ ตั้งแต่ปีพุทธศักราช 2543 เป็นต้นมา มีประชาชนเข้าร่วมกว่า
หนึ่งแสนคน

ผู้แทนองค์กรภาคีต่างๆ ขอร่วมกันประกาศว่า

1. ทิศทางการพัฒนาประเทศต้องมุ่งที่การสร้างสุขภาวะของ
ประชาชนและสังคมเป็นเป้าหมายควบคู่ไปกับการพัฒนาทางเศรษฐกิจ
2. ระบบสุขภาพแห่งชาติต้องเป็นระบบที่เน้นการสร้างสุขภาพของ
คนไทยและสังคมไทยทั้งหมด พร้อมกับการมีระบบซ่อมสุขภาพที่มี
คุณภาพ ประสิทธิภาพ และเป็นธรรม
3. ในระบบสุขภาพแห่งชาติต้องมีนโยบายเปิดให้ภาคประชาชนเข้า
ร่วมด้วยอย่างเป็นรูปธรรม เชื่อมโยงการใช้ข้อมูลองค์ความรู้และเชื่อม

โยงกับภาคการเมือง เพื่อดูแลระบบสุขภาพร่วมกันอย่างต่อเนื่อง

4. ในระบบสุขภาพแห่งชาติต้องมีระบบประเมินผลกระทบด้านสุขภาพพร้อมทั้งต้องมีระบบดูแล แก้ไขผลกระทบด้านสุขภาพจากนโยบายสาธารณะต่างๆ อย่างเป็นรูปธรรมด้วย

5. ในระบบสุขภาพแห่งชาติต้องเป็นระบบที่เปิดช่องทางการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนอย่างเป็นรูปธรรม มีการกระจายอำนาจ ลดการผูกขาด สร้างความสมานฉันท์ของคนในสังคม เฉลี่ยสุขเฉลี่ยทุกข์ เอื้ออาทร ไม่เอาไรต์เอาเปรียบกัน และเรื่องสุขภาพต้องไม่เป็นไปเพื่อการค้ากำไร

6. ในระบบสุขภาพแห่งชาติต้องเป็นระบบที่ให้ความสำคัญกับการคุ้มครองผู้บริโภคที่เข้มแข็ง มีระบบการให้ข้อมูลข่าวสารที่ง่ายและเพียงพอเพื่อเสริมสร้างศักยภาพประชาชนในเรื่องสุขภาพ

7. ในระบบสุขภาพแห่งชาติต้องเป็นระบบที่ส่งเสริมสนับสนุนพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์พื้นบ้าน ซึ่งเป็นภูมิปัญญาไทยให้ควบคู่ไปกับการแพทย์



แผนปัจจุบันรวมทั้งการแพทย์ทางเลือกต่างๆ เพื่อเป็นทางเลือกแก่ประชาชน โดยจะต้องมีระบบคุ้มครองผู้บริโภคที่ดีควบคู่กันไปด้วย

8. ในระบบสุขภาพแห่งชาติต้องมีระบบหลักประกันการมีสุขภาพดีถ้วนหน้า และมีระบบการเงินการคลัง ระบบกฎหมายและระบบอื่นๆ ที่เอื้อต่อการสร้างสุขภาพนำหน้าการซ่อมสุขภาพ

9. ระบบสุขภาพแห่งชาติต้องเป็นระบบที่มีโครงสร้างครบถ้วน เพื่อ

เป็นหลักประกันว่าจะสามารถคุ้มครองสุขภาพประชาชนและสังคม และสามารถปรับตัวให้สอดคล้องกับสภาพปัญหาและสภาพสังคมที่เปลี่ยนแปลงไปตลอดเวลาได้ด้วย

พร้อมกันนี้พวกเราในฐานะผู้แทนภาคีทั้งหมด ขอมอบเอกสารข้อเสนอต่อการจัดทำพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ และต่อการปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติที่ภาคีต่างๆ ได้จัดทำขึ้น เพื่อให้คณะกรรมการปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติรับไปพิจารณาดำเนินการต่อไป โดยภาคีต่างๆ ขอแสดงเจตนารมณ์ร่วมกันผลักดันการปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติอย่างจริงจัง และพร้อมที่จะมีส่วนร่วมในทุกขั้นตอนของการปฏิรูประบบสุขภาพที่จะมีขึ้นในโอกาสต่อไป”

พร้อมๆ กันนั้น ทางสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุขก็ได้ให้นักวิชาการทำการสัมภาษณ์ผู้เข้าร่วมสมัชชาเพื่อวิเคราะห์สรุปบทเรียนเป็นข้อเสนอเพื่อพัฒนาการจัดสมัชชาสุขภาพในโอกาสต่อไป ด้วย ซึ่งตรงนี้ก็ คือ การสร้างองค์ความรู้จากการร่วมกันปฏิบัติกันเอง

“ข้อดีคือทำให้ประชาชนมีโอกาสแสดงความคิดเห็นต่อนโยบายสาธารณะ ได้รับรู้ปัญหาที่เป็นรูปธรรมและกว้างมากขึ้น จุดอ่อนที่มีได้แก่การจัดประชุมห้องใหญ่ซ้อนกับห้องย่อยทำให้คนกระจาย นักวิชาการใช้ภาษายากเกินไป เวลาเปิดให้แสดงความคิดเห็นคนละ 2 - 3 นาที สั้นเกินไป ควรประชาสัมพันธ์ให้ประชาชนกลุ่มอื่นๆ ทราบและเข้าร่วมได้ ควรปรับปรุงเรื่องการแบ่งหน้าที่ผู้เกี่ยวข้องให้ชัดเจน บริหารเวลาให้ดีขึ้น และควรจัดต่อเนื่อง...”

นี่เป็นส่วนหนึ่งของสรุปการสัมภาษณ์เพื่อประเมินผลการประชุมสภานิติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติที่ทำโดยนักวิชาการคือคุณชัชวาลย์ กัญจนะจิตรา

จากบทเรียนประชุมสภานิติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ปี 2544 ครั้งนั้น ได้กลายเป็นบันไดขั้นแรกของการสนับสนุนให้มีการจัดเวทีสมัชชา

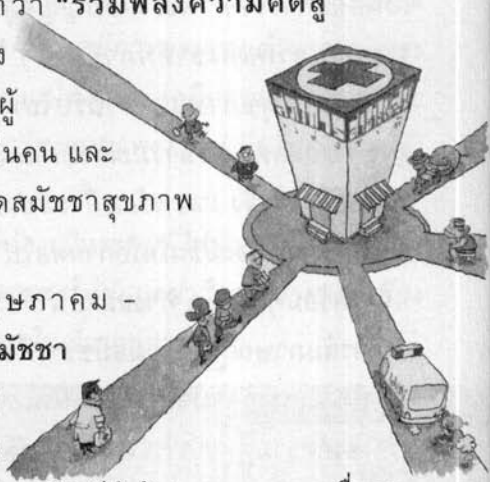
สุขภาพเฉพาะประเด็น เวทีสมัชชาสุขภาพพื้นที่ในทุกจังหวัดทั่วประเทศ และเวทีสมัชชาสุขภาพแห่งชาติในปีถัดมา (2545) เพื่อรับฟังข้อคิดเห็น ต่อร่าง พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติอย่างกว้างขวางอีกรอบหนึ่ง

โดยมีการจัดเวทีสมัชชาสุขภาพระดับอำเภอในทุกจังหวัดทั่วประเทศ รวม 526 เวที ในชื่อเวทีว่า “รวมพลังความคิดสู่ พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ” ในช่วง

เดือนมีนาคม - เมษายน 2545 มีผู้เข้าร่วมรวมทั้งสิ้นประมาณ 3 หมื่นคน และในช่วงเวลาเดียวกันนั้นมีการจัดสมัชชาสุขภาพเฉพาะประเด็นต่างๆ อีก 81 เวที

จากนั้นในช่วงเดือนพฤษภาคม - กรกฎาคม 2545 มีการจัด “เวทีสมัชชาสุขภาพจังหวัด” ในทุกจังหวัดทั่วประเทศ เพื่อ “ระดมความเห็นประชาชนต่อร่าง พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ” มีผู้เข้าร่วมรวมหลายหมื่นคน

“ในเวทีสมัชชาสุขภาพจังหวัดอุดรธานี จัดที่โรงแรมเจริญศรีแกรนด์ไฮเต็ล บรรยากาศดีมาก ผู้เข้าร่วมเวทีมาจากหลากหลายองค์กรรวมเกือบ 1,000 คน มีองค์กรเจ้าภาพร่วมจัดถึง 70 องค์กร มีการมอบหมายให้ผู้เข้าร่วมเวทีศึกษาร่าง พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติมาก่อน มีการจัดคิวผู้นำเสนอความเห็นได้อย่างเป็นระบบ ประธานสมัชชาก็ไม่ใช่แพทย์พยาบาลหรือผู้บริหารราชการ แต่เป็นประธานร่วมระหว่างนายกสมาคมกีฬาจังหวัด นายกสภาองค์การบริหารส่วนจังหวัดและนายกสภาทนายความจังหวัด เป็นภาพบรรยากาศที่แปลกใหม่ที่ประชาชนจัดเวทีนโยบายสาธารณะเสนอแนะการจัดทำกฎหมายเรื่องสุขภาพร่วมกัน ทำให้เห็นภาพอย่างรูปธรรมว่า เรื่องสุขภาพเป็นเรื่องของทุกคนทุกองค์กรในสังคมจริงๆ ไม่เพียงแค่มีกการประชุมในห้องเท่านั้น ที่บริเวณ



หน้างานยังมีการจัดแสดงสถิติกิจกรรมสุขภาพจากชุมชน เพื่อให้ผู้เข้าร่วมสมัชชาได้ศึกษาแลกเปลี่ยนเรียนรู้กิจกรรมเรื่องสุขภาพร่วมกันอีกด้วย งานนี้เขาถักทอเนวราบกับแนวตั้งได้เป็นอย่างดี ผู้ว่าราชการจังหวัดมาเป็นประธานเปิดสมัชชา สาธารณสุขจังหวัดและหน่วยราชการต่างๆ สนับสนุนเต็มที่ โดยภาคประชาชนเป็นแกนดำเนินการประชุม มีนักวิชาการร่วมด้วยเต็มที่ โดยเฉพาะนักวิชาการด้านกฎหมาย ช่วยกันทำการบ้านล่วงหน้าเพื่อช่วยชี้แจงทำความเข้าใจประเด็นต่างๆ ในร่าง พ.ร.บ.๕ ให้กับประชาชนด้วยภาษาอธิบายที่ง่ายๆ นี่คือภาพสมัชชาสุขภาพที่น่าสนใจ ปิดท้ายประธานสมัชชายังบอกอีกว่า “ไม่ว่า พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติจะผ่านออกมาเป็นกฎหมายเมื่อใดหรือไม่ก็ตาม ภาคประชาชนและภาคีต่างๆ ในจังหวัดอุดรธานีจะไม่หยุดอยู่แค่นี้ สมัชชาสุขภาพจังหวัดจะทำงานร่วมกันเพื่อเคลื่อนตัวสร้างสุขภาพด้วยกันต่อไป”

นี่คือภาพสรุปส่วนหนึ่งจากผู้สังเกตการณ์ภายนอกต่อเวทีสมัชชาสุขภาพจังหวัดอุดรธานี

“ที่ลำปางจัดแปลกไปอีกแบบ เริ่มด้วยพิธีการหลอมใจผู้คนที่เข้าร่วมสมัชชาที่มาจากหลากหลายภาคส่วน จากนั้นการประชุมเน้นการแยกกลุ่มย่อยไปคุยกันลงลึกในประเด็นที่แต่ละคนสนใจ ซึ่งเขาก็มีการจับประเด็นมาก่อนแล้วจากการสอบถามภาคีต่างๆ ล่วงหน้า การประชุมกลุ่มย่อยเน้นเทคนิคเอไอซี คือเน้นกระบวนการประชุมที่มุ่งให้ทุกคนได้มีส่วนร่วมออกความเห็นโดยทั่วกันภายในเวลาที่จำกัด แล้วจึงนำมาสรุปรวมกันในภาคบ่าย นอกจากจะได้ข้อเสนอแนะต่อร่าง พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติแล้ว เขายังได้ข้อเสนอแนะต่อคนลำปางเองเพื่อการร่วมสร้างสุขภาพ โดยไม่ต้องรอให้มีกฎหมายหรือรอให้ใครทำให้ เช่น บอกว่า คนลำปางทุกคนควรมี “1 คน 1 กิจกรรม เพื่อการสร้างสุขภาพ” เป็นต้น”

นี่ก็เป็นอีกหนึ่งตัวอย่างของสมัชชาสุขภาพจังหวัดที่มีความหลากหลายและงดงามแตกต่างกันออกไป

เป็นภาพของการเรียนรู้ร่วมกันของคนไทยทั้งประเทศ ที่ทำให้มองเห็นและเข้าใจรูปธรรมของ “สมัชชาสุขภาพ” ว่าเป็นเวทีแห่งการใช้ปัญญา ใช้ความเป็นกัลยาณมิตรเพื่อการสร้างสรรค์สุขภาพะ ไม่ใช่เวทีแบบที่บางคนบางท่านเป็นห่วงหรือวิตกกังวล

และจากเวทีสมัชชาสุขภาพจังหวัดปี 2545 ว่าด้วย พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ ระหว่างวันที่ 8-9 สิงหาคม 2545 ที่ไบเทค บางนา (จะเล่ารายละเอียดในตอนต่อๆ ไป)

ก็ทำให้ได้องค์ความรู้ที่ชัดเจนจนนำไปสู่การยกร่างไว้ในหมวดที่ 5 ของร่าง พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ ว่าด้วยสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ซึ่งมี 2 ส่วนคือ สมัชชาสุขภาพเฉพาะพื้นที่ / เฉพาะประเด็น และสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ

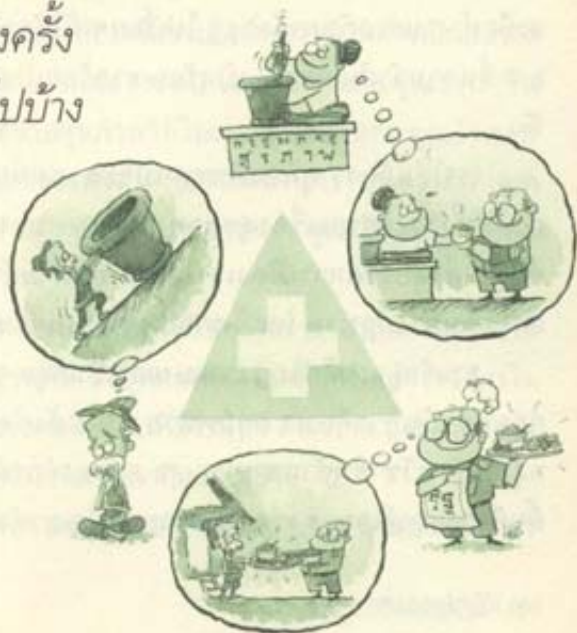
หากในอนาคตร่าง พ.ร.บ.ฯ นี้ ออกมาเป็นกฎหมายได้ และสาระสำคัญในหมวดนี้ยังคงอยู่ สังคมก็จะได้เครื่องมือที่เป็นรูปธรรมเพื่อให้ประชาชนและฝ่ายต่างๆ ในสังคมได้เข้ามาใช้เพื่อทำงานประชาธิปไตยแบบมีส่วนร่วมอย่างสร้างสรรค์โดยมีประเด็นเรื่อง “สุขภาพ” เป็นประเด็นร่วมที่สำคัญ



ภาคีปฏิรูป 10

มิตรแนวราบ

“การทำงานเชื่อมโยงกันแบบแนวราบนั้น
สิ่งสำคัญที่สุดคือ ต้องมีใจร่วมกัน
มีข้อดีแยะคือทำงานได้รวดเร็ว คล่องตัว
ขยายวงการมีส่วนร่วมได้มาก แต่ก็มีจุด
อ่อนด้วย เช่น บางครั้งองค์กรในระบบ
แนวตั้งไม่ให้ความร่วมมือเท่าที่ควร
การทำงานบางครั้ง
ขาดคุณภาพไปบ้าง
เป็นต้น”



ถ้าผมยังคงนั่งทำงานอยู่แต่ในระบบราชการเพียงอย่างเดียว ซึ่งเป็นระบบการทำงานที่จัดชั้นการทำงานไว้ชัดเจนตายตัวทั้งหมดแล้ว ผมก็คงไม่รู้ว่า มีผู้คนทั้งในองค์กรของภาครัฐและนอกภาครัฐ รวมไปถึงประชาชนคนเล็กคนน้อย เขามีการถักทอประสานเชื่อมโยงทำงานกันตามแนวราบอยู่เป็นจำนวนมาก คนเหล่านี้มีความกระตือรือร้น กุสึกุจจ เอาใจใส่ในงานเพื่อส่วนรวมอย่างแข็งขัน อย่างที่เรียกว่า “มีจิตสาธารณะ” หรือ “มีสำนึกพลเมือง”

เมื่อผมมานั่งทำงานประสานการปฏิรูประบบสุขภาพ ทั้งสำนักงานเรามีกันอยู่แค่สิบกว่าคน ไม่มีหน่วยงานในสังกัด ไม่มีสายบังคับบัญชา ยาวๆ ให้สั่งการ วิธีทำงานจึงต้องปรับให้เหมาะสม โดยใช้วิธีทำงานผ่าน “ความร่วมมือของภาคี” ตามยุทธศาสตร์ที่เรากำหนดกันไว้

เมื่อเริ่มงานปี 2543 เราเร่งจัดทำฐานข้อมูลองค์กรภาคีต่างๆ ที่ทำงานเกี่ยวข้องกับเรื่องสุขภาพ ไม่ว่าจะเป็นหน่วยงานของรัฐ สถาบันทางการเมือง สถาบันการศึกษา องค์กรวิชาชีพ องค์กรพัฒนาเอกชน เอกชน ประชาคมต่างๆ เพื่อเป็นฐานข้อมูลเริ่มต้นในการทำงาน เมื่อเราลงมือทำงานร่วมกับภาคีต่างๆ ไปเรื่อยๆ ก็ได้ภาคีเป็นเพื่อนร่วมงานกันมากขึ้นตามลำดับ จากสิบเป็นร้อย จากร้อยเป็นพัน จากพันเป็นหลายพัน

เราใช้หลักว่า ทุกองค์กรทุกประชาคมล้วนเป็นเพื่อนร่วมงานกันได้ทั้งสิ้น เพราะเรื่องสุขภาพเป็นของทุกคน จึงไม่แบ่งมิตร แบ่งศัตรู อย่างพรรคการเมืองเราก็ถือว่าทุกฝ่ายล้วนเป็นภาคี ไม่มีแยกฝ่ายค้านฝ่ายรัฐบาล (แต่ที่เขาแยกกันเราไม่เกี่ยว)

ฐานข้อมูลภาคีต่างๆ เราแบ่งออกเป็นกลุ่ม ๆ เช่น กลุ่มส่วนราชการ กลุ่มสถาบันการศึกษา กลุ่มหน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข กลุ่มองค์กรวิชาชีพด้านสาธารณสุข กลุ่มองค์กรพัฒนาเอกชน กลุ่มภาคีพื้นที่ กลุ่มภาคีเฉพาะ เช่น เครือข่ายภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพ เครือ

ชายผู้พิการ เครื่องช่วยผู้หูฉึ่ง เครื่องช่วยผู้สูงอายุ เครื่องช่วยหมอนามัย เป็นต้น โดยเป็นภาคีทั้งในรูปขององค์กรเดี่ยวๆ และที่เป็นเครื่องช่วยองค์กรก็มี ซึ่งถ้าจินตนาการตามไป ก็จะได้เห็นภาพคล้ายใยแมงมุมที่สานเชื่อมโยงกัน แต่มีการซ้อนทับกันอยู่ด้วย

เราใช้วิธีชวนทำงานร่วมกัน มีทั้งประสานตรงกับองค์กรซึ่งมักจะใช้กับหน่วยงานภาครัฐและองค์กรที่จัดตั้งอย่างเป็นทางการ และประสานผ่าน “บุคคลแกน” ของภาคีและเครื่องช่วยต่างๆ เพื่อให้ช่วยเป็นแกนประสานทำงานร่วมกัน ซึ่งเราใช้วิธีหลังมากกว่าวิธีแรก

อย่างกลุ่มภาคีเฉพาะต่างๆ เช่น เครื่องช่วยองค์กรผู้พิการทุกประเภท เราประสานกับคุณหมอมอประพจน์ เกตรอากาศ ซึ่งเป็นบุคคลที่ได้รับการยอมรับสูงและทำงานเชื่อมโยงกับเครื่องช่วยองค์กรภาคีผู้พิการเป็นอย่างดี อยู่ก่อนแล้ว เครื่องช่วยแรงงานนอกระบบ เราประสานกับคุณระกาวิณลีชนะวานิชพันธ์ เครื่องช่วยสุขภาพวิถีไทย เราประสานกับคุณวีรพงษ์ เกรียงสินยศ และคุณหมอมอประพจน์ เครื่องช่วยคนจน เราประสานผ่านคุณบารมี ชัยรัตน์ เครื่องช่วยผู้หูฉึ่ง เราประสานผ่านคุณเรืองรวิ เกตุผล เป็นต้น

ในส่วนของเครื่องช่วยภาคีในพื้นที่ทั่วประเทศ เราอาศัยการประสานทำงานผ่านบุคคลแกนเช่นกัน ซึ่งบุคคลเหล่านี้มีทั้งที่เป็นข้าราชการในสังกัดต่างๆ และเป็นประชาชนทั่วไปที่มีจิตใจดี คิดกว้าง มุ่งการทำงานเพื่อสาธารณะ นิยมการทำงานแบบภาคีแนวราบ

ที่เป็นข้าราชการสายการศึกษา ตัวอย่างเช่น คุณประพิร์พร



คุณหมอมอประพจน์ เกตรอากาศ



คุณวีรพงษ์ เกรียงสินยศ

อักษรศรี จากสถาบันราชภัฏเพชรบุรีวิทยา-
 ลงกรณ์ แกนประสานเครือข่ายภาคีจังหวัด
 ปทุมธานี คุณประเชิญ คนเทศ แกนประสาน
 เครือข่ายภาคีจังหวัดนครปฐม คุณวุฒิชัย
 หลีกเมือง กศน.กุยบุรี แกนประสานเครือข่าย
 ภาคีจังหวัดประจวบคีรีขันธ์ คุณมานพ เฟ็งที
 แกนประสานเครือข่ายประชาคมจังหวัดนครพนม



คุณประไพพร อักษรศรี

คุณดวง อันทะไชย สปอ.จังหว.ร แกนประสานเครือข่ายประชาคม
 จังหวัดร้อยเอ็ด ผศ.ทศพล สมพงษ์ อาจารย์ราชภัฏ แกนประสานเครือ
 ข่ายภาคีจังหวัดสกลนคร คุณปราโมทย์ สังกาญ อาจารย์วิทยาลัย
 เทคโนโลยีเกษตรกรรม แกนประสานเครือข่ายภาคีจังหวัดสตูล คุณปรีชา
 จันทร์ภักดี แกนประสานเครือข่ายภาคีจังหวัดสุราษฎร์ธานี คุณพิชัย
 ศรีใส และคุณพรรณิภา โสติกพันธ์ุ แกนประสานเครือข่ายภาคีจังหวัด
 สงขลา อาจารย์ยุวดี ตปนิยากร แห่งมหาวิทยาลัยมหาสารคาม แกน
 ประสานเครือข่ายภาคีจังหวัดมหาสารคาม และอาจารย์สมพันธ์ เตชะ
 อธิก แห่งมหาวิทยาลัยขอนแก่น แกนประสานจังหวัดขอนแก่น เป็นต้น



คุณพิชัย ศรีใส

ที่เป็นประชาชนทั่วไป ผู้ประกอบอาชีพอิสระ และ
 ผู้ทำงานองค์กรประชาชน ตัวอย่าง เช่น ดร.วิสุทธิ
 วิทยฐานคร และคุณนารีรัตน์ สนธิเดชกุล แกน
 ประสานเครือข่ายภาคีจังหวัดนครปฐม คุณวิเชียร
 คุตตวัส แกนประสานเครือข่ายภาคีจังหวัดราชบุรี คุณ
 สมเกียรติ ภูธรรมศิริ แกนประสานเครือข่ายภาคี
 จังหวัดสระแก้ว คุณรัตนา สมบูรณ์วิทย์ แกนประสาน
 เครือข่ายภาคีจังหวัดสุพรรณบุรี พี่บุญเรือง ถาวร-
 สวัสดิ์ สื่อสารมวลชนอิสระ แกนประสานเครือข่ายภาคีจังหวัดกาฬสินธุ์
 พ่อประสาท รัตนปัญญา สภามอพื้บ้านภาคอีสาน คุณวีระพล สุด-

ตรง นักจัดรายการวิทยุชุมชน แกนประสานเครือข่าย
 ภาตจังหวัดบุรีรัมย์ จ.อ.วีระพล เจริญธรรม สือมวลชน
 อิสระ แกนประสานเครือข่ายภาตจังหวัดเลย พี่สุพรรณ
 สาคร ทนายความ แกนประสานเครือข่ายภาตจังหวัด
 ศรีสะเกษ คุณสุพรรณ เชษฐา อติตพัฒนาการจังหวัด
 แกนประสานเครือข่ายภาตจังหวัดหนองคาย คุณ
 กาญจนา ทองทั่ว ผู้ประกอบกิจการส่วนตัว แกน
 ประสานเครือข่ายภาตจังหวัดอุบลราชธานี คุณวัชร ทองพิทักษ์ ผู้ประ-
 กอบกิจการส่วนตัว แกนประสานเครือข่ายภาตจังหวัดสุราษฎร์ธานี คุณ
 หมอบัญชา พงษ์พานิช นักวิชาการอิสระ แกนประสานเครือข่ายภาต
 จังหวัดนครศรีธรรมราช คุณหมอแวมฮาดี แวดาโอ๊ะ นักวิชาการ
 อิสระ แกนประสานเครือข่ายภาตจังหวัดนราธิวาส คุณศิริกิจ ศุภิลพัฒนะ
 แกนประสานเครือข่ายภาตจังหวัดพัทลุง คุณมาเรียม ชัยสันทะนะ



คุณรัตนา สมบูรณ์วิทย์

แกนประสานเครือข่ายภาตจังหวัดยะลา คุณสุรพงษ์
 พรหมเท้า กลุ่มพัฒนาประชาคมเพชรบูรณ์ แกน
 ประสานเครือข่ายภาตจังหวัดเพชรบูรณ์ และคุณ
 ประรารถา หาญเมธี สื่อสารมวลชนอิสระ แกน
 ประสานเครือข่ายภาตจังหวัดลำปาง เป็นต้น

นอกจากนั้นก็คือบุคคลแกนที่เป็นข้าราชการ
 สาธารณสุข ตัวอย่างเช่น คุณดวงพร อิฐรัตน์ แกน
 ประสานจังหวัดชัยนาท คุณม่องศรี อินทสุวรรณ
 แกนประสานจังหวัดตราด คุณวาสนา เชิดผล แกน

ประสานจังหวัดนครนายก คุณบุษบงค์ ชาวกันหา แกนประสานจังหวัด
 ปราจีนบุรี คุณพัชรา อุบลสวัสดิ์ แกนประสานจังหวัดสระบุรี คุณวิไล-
 วรรณ จันทรพ่วง นักเทคนิคการแพทย์ โรงพยาบาลอุทัยธานี แกน
 ประสานจังหวัดอุทัยธานี คุณหมอมิมหันต์ ยงรัตนกิจ ผู้ช่วยสาธารณสุข-



คุณกาญจนา ทองทั่ว

สุขจังหวัด แกนประสานจังหวัดสุรินทร์ คุณรัชนี้
 คอมแพงจันทร์ แกนประสานจังหวัดอุดรธานี คุณ
 ชัยพร จันทร์หอม แกนประสานจังหวัดตรัง คุณ
 งามนิตย์ ราชกิจ แกนประสานจังหวัดเชียงราย
 คุณหมอนิสิต วรรณัจฉริยา แกนประสาน
 จังหวัดเชียงใหม่ คุณสุพร กาวินำ แกนประสาน
 จังหวัดตาก คุณไพศาล เจียนศิริจินดา ศูนย์
 สสม. นครสวรรค์ แกนประสานจังหวัดนครสวรรค์ คุณสุทธิพงษ์ วสุโสภา-
 พล หมออนามัย แกนประสานจังหวัดน่าน คุณสุรเดช เดชคุ้มวงศ์ แกน
 ประสานจังหวัดพิจิตร คุณกาญจนา แสงรัตน์ แกนประสานจังหวัด
 พิษณุโลก คุณหมอบุญเติม ดันสุรัตน์ แกนประสานจังหวัดลำปาง และ
 คุณวิเนตร แก้วลุ่มใหญ่ หมออนามัย แกนประสานจังหวัดอุดรดิตถ์
 เป็นต้น



คุณวิเชียร คุตตวัต



คุณบุษบงค์ ชาวกันหา

ที่ผมเขียนมานี้ เป็นเพียงการยกตัวอย่างหมู่มิตร
 ที่ร่วมทำงานปฏิรูประบบสุขภาพ ที่จริงยังมีเพื่อนภาคี
 มากมายกว่านี้ ไม่สามารถกล่าวถึงได้หมด การมีเพื่อน
 ภาคีคนดี ๆ มากมาย ทำให้กระบวนการจัดทำ พ.ร.บ.
 สุขภาพแห่งชาติเกิดความคึกคัก ผู้คนหลาย ๆ ฝ่ายมี
 โอกาสเข้าร่วมอย่างกว้างขวางในลักษณะของการเสริม
 เชื่อมโยงกันออกไปเรื่อย ๆ

ปี 2544 เกิดเวทีรับฟังความคิดเห็นรวมกว่า
 600 เวที มีผู้เข้าร่วมจากกว่า 1,500 ภาคี เกิดตลาดนัดสุขภาพและ
 ประชุมสภาริตสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ วันที่ 1 - 5 กันยายน 2544 มีผู้มี
 ส่วนร่วมรวมกันกว่า 2 แสนคน

ปี 2545 เกิดเวทีสมัชชาสุขภาพทั่วประเทศกว่า 700 เวที มีผู้เข้า
 ร่วมจากกว่า 3,000 ภาคี และเกิดสมัชชาสุขภาพแห่งชาติในเดือน

สิงหาคม 2545 รวมแล้วมีผู้เข้าร่วมเวทีต่างๆ ทั้งปี
รวมกว่า 1 แสนคน

นอกจากนี้ยังมี “การรณรงค์ร่วมพลังสร้าง
สุขภาพ ตามรอยพระยุคลบาท” ขึ้นในทุกจังหวัด
ทั่วประเทศ ในช่วงเดือนตุลาคม - พฤศจิกายน
 2545 (จะเล่ารายละเอียดในตอนต่อไป) และเกิด



“สมัชชาสุขภาพเด็กและเยาวชน ว่าด้วยเรื่อง
สุขภาพ” ทั่วประเทศในช่วงเดือนธันวาคม 2545 - มกราคม 2546 อีกด้วย
งานมากมายเหล่านี้ เกิดไม่ได้ด้วยการทำงานขององค์กรใดองค์กร
หนึ่งหรือส่วนราชการใดส่วนราชการหนึ่ง หากแต่เกิดได้ด้วยพลังถักทอ
การทำงานแบบแนวนอนของเครือข่ายภาคีต่างๆ เป็นจำนวนมากเข้ากับ
โครงสร้างแนวตั้งที่มีอยู่แล้วนั่นเอง

“จัดเวทีต่างๆ มากมายในเวลาจำกัด ทำได้อย่างไร ไม่เหนื่อยแ่ย
หรือ”

มีบางคนถามผม ซึ่งคำตอบของผมก็คือ

“ไม่เหนื่อยเลย แต่เพื่อนภาคีของผมที่ต้องเป็นเจ้าของงาน เป็นคน
ทำงานจริง เขาเหนื่อยกันน่าดูเชียวแหละ”

ผมไม่เหนื่อยนั้นจริง แต่ที่มงานของผมที่มีกันแค่สิบกว่าคนนั้น
เขาเหนื่อยกันน่าดู เพราะต้องประสานงาน ทำเอกสาร ทำสัญญา จัด
ทรัพยากร สิ่งสนับสนุน ปรีกษาหารือ ร่วมแก้ปัญหา เดินทางไปทำงาน
กับพื้นที่ งานจุกจิกสารพัด ทำงานกันตั้งแต่เช้าตรู่จนมืดค่ำ แทบไม่มี
เวลาหยุดเสาร์ - อาทิตย์ ในช่วงที่งานชุกมาก ๆ แต่ผมคิดว่าพวกเขายังคง
“ยิ้มไหว” (ไม่รู้จริงหรือเปล่า!)

การทำงานเชื่อมโยงกันแบบแนวราบนั้น “การประสานงานอย่าง
เป็นกัลยาณมิตร” คือหัวใจสำคัญที่สุด เพราะการทำงานเช่นนี้ ต้อง
มี “ใจ” ร่วมกัน ไม่มีอำนาจสั่งการบังคับบัญชากันและกันแบบงานราชการ

มีแต่พันธสัญญา กรอบการทำงานและเป้าหมายงานคือสิ่งยึดร่วมกัน การทำงานแบบนี้มีข้อดีแยะ เช่น ทำงานได้รวดเร็ว คล่องตัว ขยายวงการมีส่วนร่วมได้มาก ไม่ติดรูปแบบหรือระบบอะไรที่ตายตัว ไม่ผูกมัดกันมากเกินไป เป็นต้น แต่ในขณะเดียวกันก็มีข้อด้อยอยู่บ้าง เช่น การวางแผนและการจัดการอาจไม่เรียบร้อยราบรื่นในบางเครือข่าย การทำงานบางครั้งขาดคุณภาพไปบ้าง มีปัญหาเกี่ยวกับการเงินอยู่บ้าง และบางครั้งอาจไม่ได้รับความร่วมมือจากระบบราชการหรือองค์กรที่ทำงานด้วยแนวตั้งเท่าที่ควร เป็นต้น

การที่เราเห็นการทำงานแบบแนวราบเช่นนี้ มิได้ละเลยความสำคัญของการเชื่อมโยงการทำงานกับแนวตั้ง เราใช้วิธีประสานงานผ่านผู้บริหารระดับรัฐมนตรี ปลัดกระทรวงและผู้บริหารระดับสูงของกระทรวงสาธารณสุขและกระทรวงอื่นๆ ตลอดจนผู้นำราชการจังหวัด แล้วแต่เรื่อง และมีการติดต่อประสานงาน แจ้งเรื่องขอความร่วมมือและขอรับการสนับสนุนการทำงานแบบที่เรียกว่า “ขอเปิดไฟเขียว” ควบคู่กันไป เพื่อให้การทำงานแนวราบถักทอกับแนวตั้งได้อย่างราบรื่นตามสมควร

“สปรศ. มีสิทธิ์อะไรมาเอาคนของผมไปใช้”

ผู้บริหารสถานศึกษาแห่งหนึ่งกล่าวตำหนิ เมื่ออาจารย์ในสังกัดขออนุญาตไปทำหน้าที่ประสานจัดสมัชชาสุขภาพจังหวัด



คุณสมพันธ์ เตชะอธิก

“คุณไปทำงานให้หมออำพลทำไม”

หัวหน้าส่วนราชการสาธารณสุขจังหวัดแห่งหนึ่งตำหนิข้าราชการในสังกัดที่มาเป็นแกนประสานเครือข่ายภาคี ด้วยทัศนะความคิดและมุมมองที่ยังยึดติดกรอบราชการอย่างเหนียวแน่น

อย่างนี้เราก็อิจฉาเหมือนกัน แต่เป็นส่วนน้อยมาก ซึ่งเราก็อิจฉาว่า ใครที่ไม่เห็นด้วย หรือไม่ให้ความร่วมมือด้วยต้องเป็นศัตรูกับเรา หรือมองว่า

เป็นอุปสรรคในการทำงานของเรา ตรงกันข้าม เรามองว่าทุกอย่างเป็นการเรียนรู้ร่วมกัน เห็นด้วยหรือเห็นต่าง เอาด้วยหรือไม่เอาด้วย เราก็ยังเป็นเพื่อนกันได้ ตามคาถาที่อาจารย์ประเวศ วัชชี สอนไว้ ซึ่งอาจารย์ยังสอนไว้อีกว่า

“ทำงานใหญ่และยาก ต้องอาศัยความอดทนสูง มีทั้งความสำเร็จและอุปสรรค ต้องถือเป็นโอกาสฝึกปฏิบัติธรรมไปพร้อม ๆ กับการทำงานด้วย”



สื่อสาร

11

สู่สาธารณะ

“งานสื่อสารสาธารณะ มิใช่แค่ทำสื่อให้
สังคมรับรู้ถึงความเคลื่อนไหวในการจัดทำ
พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติเท่านั้น
แต่เราพยายามทำไปให้ถึงขั้น
ชวนคนไทยแลกเปลี่ยน
เรียนรู้เพื่อการปฏิรูป
ความคิดและพฤติกรรม
ด้านสุขภาพด้วย
ซึ่งเป็นเรื่องที่ยากมาก”



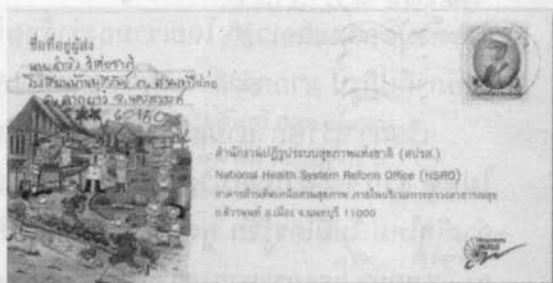
ประโยชน์พอสมควรทีเดียว เพื่อทำความเข้าใจเรื่องนั้นๆ ได้ง่าย สื่อมวลชน นักศึกษาและคนทั่วไปที่สนใจข้อมูลเรื่องนั้นๆ จะชอบ ไม่ต้องไปนั่งย่อย ข้อมูลวิชาการยากๆ มากๆ เอง ยกเว้นจะตามไปศึกษาค้นคว้าเพิ่มเติม เราก็ระบุบุคคลอ้างอิงเอาไว้ให้พร้อม

งานทำเอกสารข้อเท็จจริงทำนองนี้ เราใช้เป็นระยะๆ เรื่อยมา

สำหรับการทำงานกับ “สื่อสารมวลชน” ไม่ว่าจะเป็นที่วิ วิทยุ หนังสือพิมพ์ สิ่งพิมพ์อื่น และสื่ออื่นๆ ที่เป็นเสมือนตัวกลางระหว่างเนื่อ งานปฏิรูปกับประชาชนในสังคมที่เป็นพหุลักษณะ เราให้ความสำคัญมาก แต่เป็นงานที่ยากด้วยเหตุผลหลายประการ ได้แก่

- สื่อนิยมประเด็นข่าวเชิงขัดแย้งมากกว่าประเด็นเชิงบวก
- สื่อนิยมทำงานในประเด็นที่ง่ายตรงไปตรงมา ประเด็นเดี่ยวๆ มากกว่าประเด็นที่สลับซับซ้อน ยิ่งงานของเราเป็นเรื่องระบบซึ่งเข้าใจยากด้วย และเรายังต้องการสื่อในระดับเปลี่ยนความคิดด้วย ยิ่งยากขึ้นไปอีกหลายเท่า
- การสื่อสารสาธารณะถูกผูกอยู่กับระบบทุน ไม่ว่าจะเป็นสื่อของรัฐหรือของเอกชน “การสื่อสาร” จึงแพงมากเสมอ (แต่ก็มีวิธีการที่ไม่ต้องใช้เงินหรือใช้เงินน้อยอยู่บ้างเหมือนกัน ซึ่งเราได้เรียนรู้จากการทำงานนี้นั่นเอง)
- คนไทยผู้รับสารเองก็เช่นกัน ส่วนใหญ่ชอบเรื่องง่ายมากกว่าเรื่องยาก

● ฝ่ายที่ทำเนื้อหา
สาระประเด็นก็
มี ปัญหาที่ไม่
สามารถทำเรื่อง
ต่างๆ ให้ง่ายต่อ
การสื่อสารเท่าที่



ควร เป็นต้น

พวกเราทำงานนี้โดยมีทีมงานหลัก 3 คน มีคณะทำงานสื่อสาร
สาธารณะที่เป็นเหมือนที่ปรึกษาอีก 9 คน ได้แก่ คุณอดิชาติ สายทอง-
อินทร์, คุณธีรรัตน์ พันทวี, คุณชวรงค์ ลิ้มปัทมปาณี, คุณสุริยงค์
หุนทसार, ผศ.ดร.เอื้อจิต วิโรจน์ไตรรัตน์, คุณปิยภรณ์ มั่นทะจิตร,
คุณวลัยลักษณ์ พิริยะสุรวงศ์,
คุณอภิญา ดันทวิวงศ์, คุณแก้ว
วิฑูรย์เอียร

ทีมงานหลักของ สปรส. มี
3 คน คือ คุณสายพิน ด้านวัฒนธรรม
ข้าราชการจากศูนย์สารนิเทศ
กระทรวงสาธารณสุข มีทักษะและ
เครือข่ายด้านสื่อสิ่งพิมพ์เป็นต้นทุน
สำคัญ คุณพลินี เสริมสินสิริ นัก-
วิชาการสื่อสารมวลชน รับผิดชอบด้านสื่อวิทยุ และคุณ
อำนวยการ เอี่ยมพันธ์ ข้าราชการที่ยืมตัวมาจากสถาบัน
พระบรมราชชนก หน่วยงานผลิตและการประสานกับทีวี ตรง
นี่คือจุดแข็งซึ่งเป็นโชคที่ดีของ สปรส.

เราจัดทำฐานข้อมูลสื่อสารมวลชนทุกแขนง ปรับฐาน
ข้อมูลขยายเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ สื่อข้อมูลติดต่อสัมพันธ์กับทั้งสื่อ
และตัวบุคคลตลอดเวลา โดยเรามองว่าสื่อมวลชนคือเครือ
ข่ายภาคีปฏิรูป มากกว่าการมองว่าเขาเป็นแค่ผู้สื่อสารให้เราเท่านั้น

เรียกว่าเราพยายามสร้างความเป็นมิตรแนวราบกับสื่อมวลชนก็คง
ไม่ผิด แรกๆ ก็ลำบากมาก เพราะเนื้อหางานยากและ สปรส. เพิ่งถือ
กำเนิดใหม่ ไม่มีใครรู้จัก พูดถึงสุขภาพที่ไรก็คิดกันอยู่แค่การเจ็บป่วย มด
หมอหยูกยา และกระทรวงสาธารณสุข พอพูดเรื่องสุขภาพกว้างๆ ระบบ



คุณสายพิน ด้านวัฒนธรรม



คุณพลินี เสริมสินสิริ



คุณอำนวยการ เอี่ยมพันธ์

สุขภาพที่กว้างไปถึงเรื่องระบบสุขภาพะยิ่งไปกันใหญ่ ยิ่งจะมาทำกฎหมาย เพื่อสุขภาพด้วย โอ้ย! ปวดหัว มันอะไรกันนักหนา ต้องการจะสื่ออะไรว่ากันมาตรงๆ เลยดีกว่า เพื่อนเราบางคนว่ามาอย่างนั้น

อาศัยว่าเราใช้เวลาทำงานต่อเนื่องนานถึง 3 ปี เรื่องยากก็ง่ายขึ้น เมื่อพูดกันบ่อยๆ คุยกันบ่อยๆ เพื่อนสื่อมวลชนที่เข้าใจและช่วยเหลือทั้งกำลังใจและกำลังงานก็มากขึ้นเรื่อยๆ ในขณะที่เดียวกันประชาชนผู้รับสารก็เป็นกำลังใจอย่างสำคัญ เพราะมีผู้คนจำนวนไม่น้อย สื่อสารแลกเปลี่ยน ข้อมูลความคิดเห็นต่างๆ เข้ามายัง สปรส. เพิ่มขึ้นเรื่อยๆ เช่นกัน

นอกจากการทำสื่อเวที

ปฏิรูปฯ เอกสารข้อเท็จจริง สื่อสิ่งพิมพ์ต่างๆ และออกเดินสายไปพูดคุย บรรยาย อภิปรายในที่ต่างๆ เป็นร้อยๆ ครั้งแล้ว เรายังทดลองทำอีกเยอะ เช่น

- การแถลงข่าวในโอกาสจัดกิจกรรมต่างๆ รวมถึงการแจ้งความคืบหน้างานเป็นระยะๆ
- การจัดเสวนาสื่อมวลชนในประเด็นต่างๆ ที่สำคัญและอยู่ในความสนใจของสังคม
- การสนับสนุนวิทยุ

ปฏิรูปเกิด ศึกษานโยบาย
 นัดออกข่าว ๑๓๓๓ ๑๒๓๓
 ปฏิรูปการเมือง ๑๓๓๓
 ๑๓๓๓ ๑๓๓๓ ๑๓๓๓
 ๑๓๓๓ ๑๓๓๓ ๑๓๓๓

ปฏิรูปชีวิตและสังคม
 ที่ศิริราชพยาบาล ๑๓๓๓
 ๑๓๓๓ ๑๓๓๓
 ๑๓๓๓ ๑๓๓๓ ๑๓๓๓

๑๓๓๓ ๑๓๓๓ ๑๓๓๓
 ๑๓๓๓ ๑๓๓๓ ๑๓๓๓
 ๑๓๓๓ ๑๓๓๓ ๑๓๓๓
 ๑๓๓๓ ๑๓๓๓ ๑๓๓๓

๑๓๓๓ ๑๓๓๓ ๑๓๓๓
 ๑๓๓๓ ๑๓๓๓ ๑๓๓๓
 ๑๓๓๓ ๑๓๓๓ ๑๓๓๓
 ๑๓๓๓ ๑๓๓๓ ๑๓๓๓

ปฏิรูปเกิด ศึกษานโยบาย
 ๑๓๓๓ ๑๓๓๓ ๑๓๓๓
 ๑๓๓๓ ๑๓๓๓ ๑๓๓๓
 ๑๓๓๓ ๑๓๓๓ ๑๓๓๓
 ๑๓๓๓ ๑๓๓๓ ๑๓๓๓

๑๓๓๓ ๑๓๓๓

ชุมชนให้เป็นภาคีปฏิรูประบบสุขภาพ (ปี 2544 สนับสนุน 20 จังหวัด และปี 2545 ขยายเป็น 42 จังหวัด งานนี้มีสถาบันชุมชนท้องถิ่นพัฒนารับเป็นแกนประสานการจัดการให้ และมีอาจารย์เอื้อจิต วิโรจน์ไตรรัตน์ ช่วยเป็นที่ปรึกษาทางวิชาการ

- การลงข่าวประชาสัมพันธ์ในสื่อหนังสือพิมพ์และผ่านสื่อวิทยุเพื่อนำเสนอสาระสำคัญเกี่ยวกับการจัดทำ พ.ร.บ.สุขภาพ และรับฟังความเห็นจากประชาชนทั่วไป
- การทำโพลสำรวจความคิดเห็นประชาชนในประเด็นต่างๆ พร้อมกับเผยแพร่ต่อสาธารณะเป็นครั้งคราว
- การทำเว็บไซต์เผยแพร่ข้อมูลข่าวสารการปฏิรูปและเปิดให้ประชาชนแสดงความคิดเห็นเพิ่มเติม ตลอดจนถึงข้อมูลที่น่าสนใจไปใช้ต่อได้
- การจัดทำไปรษณียบัตรส่งไปยังที่ต่างๆ ผ่านนิตยสารบางฉบับ เช่น หมอชาวบ้าน ชีวจิต สื่อของเลมอนฟาร์ม วางไว้ตาม 7 - eleven ฯลฯ เพื่อให้ประชาชนที่สนใจแสดงความคิดเห็นส่งกลับ มีประชาชนส่งความเห็นกลับรวมกันกว่า 1 แสนคน ซึ่งนับว่ามากพอสมควร (ปี 2544)
- นำประเด็นงานหรือสาระสำคัญของงานไปเสนอผ่านรายการทีวีต่างๆ ในรูปของ in-program ที่มีทั้งที่ต้องใช้เงิน



จ่ายและที่ได้ฟรีจากการอนุเคราะห์ของรายการต่างๆ อีกมากพอสมควร

- การถ่ายทอดสดทางทีวี วิทยุในการจัดกิจกรรมสำคัญต่างๆ ทั้งในส่วนกลางและภูมิภาคซึ่งทำไปเป็นสิบครั้ง
- ฯลฯ

ปี 2545 เราเคยทดลองทำการสื่อสารด้วยยุทธวิธี “โฆษณา” ในชุดที่ชื่อว่า “ชีวิตคุณไม่ใช่ของเล่น” มีตุ๊กตาหมีที่ถูกกระทำร้ายเป็นตัวแทนเสนอเพื่อแสดงให้เห็นว่า ชีวิตและสุขภาพไม่ใช่ของเล่นที่จะปล่อยให้ใครมากระทำอย่างไรก็ได้ โดยมีการเขียนข้อความผ่านสื่อสิ่งพิมพ์ว่า

“อย่าปล่อยให้ใครมาทำอะไรกับชีวิตคุณก็ได้ การมีสุขภาพดีเป็นสิทธิ์ของทุกคน วันนี้เรากำลังจะมี พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ เพื่อคอยปกป้องคุ้มครองชีวิตและสุขภาพของเราทุกคน ขอเชิญทุกท่านร่วมแสดงความคิดเห็นที่เป็นประโยชน์เพื่อสร้างสรรค์ พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติที่คุณต้องการ ได้ที่สำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ ตู้ ปณ.9 ปณฝ. ตลาดขวัญ อ.เมือง จ.นนทบุรี 11002 โทรศัพท์ 0-2590-2318 www.hsro.or.th”



งานโฆษณาชิ้นนี้ใช้เวลาคิดร่วมกับเอเจนซีโฆษณาอยู่นานมาก เพื่อตีนาชมธรรมที่เข้าใจยากให้ออกมาเป็นงานโฆษณาที่คนเข้าใจได้ในเวลาสั้นๆ

ฝ่ายเอเจนซีคิดงานออกมาว่า “ตุ๊กตาหมี” แทน “ชีวิตและสุขภาพ” มีเด็กเล่นตุ๊กตาหมี โดยกำหนดให้เด็กเล่นเป็นแพทย์ เอาเครื่องมือมาผ่าตัดตุ๊กตาหมีอย่างไม่ไยดีเหมือนตุ๊กตาเป็นสิ่งที่ไร้ชีวิต เอเจนซีบอกว่า ถ้าสื่อออกไปจะแรงดี

ทีมงานผมบอกว่าไม่ได้ เพราะอาจารย์ผู้หลักผู้ใหญ่ให้แนวการทำงานไว้ว่าต้องไม่ไปกระทบจิตใจของฝ่ายหนึ่งฝ่ายใดในทางลบ ในที่สุดโฆษณาก็ออกมาเป็นเด็กเล่นตุ๊กตาทมิ ด้วยการแถมสี ดัดแขนขา เอารถมาชนเล่นอย่างไม่รับผิดชอบด้วยความไร้เดียงสา

คนดูก็งงว่ามันอะไรกัน ไม่เข้าใจ เพราะการเปรียบเทียบยังนามธรรมอยู่มาก เรียกว่าทำนามธรรมให้เป็นนามธรรม ยังไม่เป็นรูปธรรม แกรมมีประชาชนบางคนโทรไปต่อว่า หาว่านำเสนอตัวอย่างไม่ดีให้เด็กเลียนแบบการใช้ความรุนแรงไปโน่น

ประสบการณ์การใช้โฆษณาจึงจบลงอย่างผิดหวังทั้งฝ่ายเราและฝ่ายเอเจนซี่ผู้ผลิต

สำหรับกรมประชาสัมพันธ์ ต้องขอกล่าวถึง ในฐานะที่อธิบดี (พี สุชาติ สุชาติเวชภูมิ) ร่วมเป็นอนุกรรมการสื่อสารสาธารณะเพื่อการปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ ในสมัยที่รัฐมนตรีประจำสำนักนายกรัฐมนตรี สมศักดิ์ เทพสุทิน กำกับดูแล ได้ให้ความกรุณาอนุเคราะห์เวลาของวิทยุกระจายเสียงแห่งประเทศไทยของกรมประชาสัมพันธ์ ทุกเช้าวันจันทร์และอังคารหลังข่าว 7 โมงเช้า วันละ 3 - 4 นาที เพื่อนำเสนอข้อมูลเกี่ยวกับ พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ ซึ่งทำต่อเนื่องมาในปี แม้จะเป็นเวลาเพียงเล็กน้อยแต่ก็เกิดประโยชน์มาก เพราะวิทยุกรมประชาสัมพันธ์ มีเครือข่ายกว้างมาก และสามารถให้ข้อมูลซ้ำๆ อย่างต่อเนื่องได้

นอกจากนั้นยังได้รับความอนุเคราะห์เวลาทางทีวีช่อง 11 ทุกวันพฤหัสบดี เวลา 11.00 - 12.00 น. ทำรายการ "รวมพลัง สร้างสุข" ออกเผยแพร่ตั้งแต่เดือนมกราคม 2545 เป็นต้นมา

รายการนี้เป็นการตระเวนไปนำประสบการณ์การพัฒนาชุมชนเข้มแข็ง และการรวมตัวกันสร้างสุขภาวะในมิติต่างๆ ของคนเล็กคนน้อยทั่วประเทศมานำเสนอ โดยมีผมและทีมงานของเราลงไปด้วย ซึ่งเกิดประโยชน์มาก เพราะได้มีโอกาสไปเรียนรู้ชีวิตและประสบการณ์ของชาว

บ้านที่มีคุณค่าสูงมาก นอกจากการนำเสนอ ผ่านทีวีแล้ว เรายังทำ วีซีดีและหนังสือออกเผยแพร่ไปยังช่องทางการ เรียนรู้อื่นๆ ด้วย เรียก ว่าทำในลักษณะสร้าง มูลค่าเพิ่มให้กับงาน นั้นเอง



ในหนังสือ “รวมพลัง สร้างสุข” ที่ดึงสาระของรายการมาเผยแพร่ ผ่านตัวอักษร มีการเขียนคำนำไว้ว่า

“รายการ “รวมพลัง สร้างสุข” ทางสถานีวิทยุและโทรทัศน์แห่งประเทศไทยช่อง 11 กรมประชาสัมพันธ์ ทุกวันพฤหัสบดี เวลา 11.00 - 12.00 น. แพร่ภาพตั้งแต่เดือนมกราคม พ.ศ. 2545 อำนวยการผลิตโดย สำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติร่วมกับสถานีวิทยุโทรทัศน์ฯ ช่อง 11 เป็นรายการที่เกิดขึ้นในท่ามกลางกระแสการปฏิรูประบบสุขภาพที่มีการจัดทำ พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติเพื่อให้เป็นธรรมนูญสุขภาพหรือ

กฎหมายแม่บทด้านสุขภาพของสังคมไทย และเป็นกระบวนการชวนคนไทยคิดใหม่ ปรับใหม่ ใน เรื่องสุขภาพหรือสุขภาวะ

สุขภาพเป็นเรื่องกว้าง เชื่อมโยงเป็นองค์รวม หมายถึง สุขภาวะ ทั้งทางกาย ทางจิต ทางสังคม และทางจิตวิญญาณ เป็นเรื่องของวิถีชีวิต ความถูกต้อง ความพอดี - พอเพียง อันหมายถึง การมีพอดี - เป็นพอดี - กินพอดี - อยู่พอดี หรือ การอยู่ร่วมกันอย่างดี - มีสุข



สุขภาพจึงไม่ใช่แค่เรื่องของ การรอเจ็บป่วยกาย-ใจแล้วไปหาหมอ ฟังหูยกยา เครื่องมือแพทย์ และโรงพยาบาลเพียงเท่านั้น

ที่สำคัญคือ “สุขภาพสร้างได้” โดยเราทุกคน ทุกครอบครัว ทุกชุมชน และสุขภาพเชื่อมโยงถึงกัน มิใช่เป็นเรื่องเฉพาะตัวคนเท่านั้น

หัวใจของการสร้างสุขภาพจึงมิใช่อยู่ว่าทำให้ใครแข็งแรงกว่าใคร ใครรวยกว่าใคร ใครเอาเปรียบได้มากกว่ากัน แต่อยู่ที่การรวมตัวกันคิด รวมตัวกันทำในสิ่งดีงาม สร้างสรรค์ ก่อประโยชน์สุข แก่สังคม ผู้อื่นและตนเอง ลดการเบียดเบียน เพิ่มการเอื้ออาทร ช่วยเหลือเกื้อกูล ร่วมทุกข์ร่วมสุข ซึ่งจะทำให้เกิดสุขภาวะทางสังคมและจิตวิญญาณไปพร้อม ๆ กับผู้คนมีสุขภาวะทางกายและจิตดี

สุขภาพสร้างได้ และสร้างได้ดีด้วยการรวมพลัง จึงเป็นที่มาของ รายงานนี้ ที่นำเสนอประสบการณ์จริงของชาวบ้าน ประชาชนคนเล็กคนน้อย เพื่อเป็นบทเรียนและเป็นกำลังใจสำหรับคนไทยทุกคน ในอันที่จะร่วมกันรวมพลังสร้างสุขกันให้เต็มบ้านเต็มเมือง

ยาเสพติดก็จะลด อาชญากรรมความรุนแรงก็จะลด มลภาวะต่าง ๆ ก็จะคลี่คลาย การตาย การป่วย พิการ บาดเจ็บโดยไม่จำเป็นก็จะลด ค่าใช้จ่ายในการซ่อมสุขภาพเสียก็จะลด

นี่คือสุขภาพในมิติใหม่ที่จะเกิดขึ้นไม่ได้อย่างแน่นอนถ้าคนไทยไม่ร่วมกันสร้าง”

รายงานนี้ได้คุณศุภรัตน์ นาคนบุญนำ ผู้ประกาศข่าวของทีวีช่อง 7 รับหน้าที่ช่วยเป็นพิธีกรหลักให้มาโดยตลอด เราผลิตรายการแบบไม่จ้างบริษัทเอกชนผลิต เพราะค่าใช้จ่ายสูงมาก แต่เราใช้วิธีจ้างนักสื่อสารมวลชนอิสระผลิต โดย สปรส. บริหารจัดการเอง ซึ่งประหยัดลงไปได้มากที่สุดทีเดียว

ที่ผมเล่ามาโดยสังเขปนี้ จะทำให้พอมองเห็นภาพนะครับว่า งานสื่อสารสู่สาธารณะเพื่อการปฏิรูปสุขภาพที่เราทำไปเรียนรู้อะไรไปทั้งหมด

นี่ มิใช่ทำแค่สื่อให้สังคมรับรู้ถึงความเคลื่อนไหวของการจัดทำ พ.ร.บ. สุขภาพแห่งชาติ หรือสื่อสารเพื่อชวนประชาชนร่วมแสดงความคิดเห็นต่อการทำกฎหมายเท่านั้น แต่เราพยายามทำไปถึงขั้นที่ชวนกันปฏิรูปความคิด พฤติกรรมและวิถีชีวิตไปพร้อมๆ กับการทำกฎหมายแม่บทด้านสุขภาพ ซึ่งเป็นงานที่ยากมาก

ดูว่าเราจะโลกมากไปสักหน่อยใช่ไหมครับ?



สมัชชา

12

สุขภาพแห่งชาติ '45

“ต้องดูการจัดสมัชชาสุขภาพที่ผ่านมามีการขับเคลื่อนด้วยสมัชชาสุขภาพจังหวัดก็ดี แห่งชาติก็ดี ขับเคลื่อนต่อไปสังคมไทยก็จะเคลื่อนเข้าสู่ทางสายกลางเคลื่อนไปแล้วไม่ได้เป็นปฏิปักษ์กับใครเพราะเน้นความรักความเอื้ออาทรและความร่วมมือกัน”



“เมื่อเป็นความปรารถนาของประชาชน อยากจะมี พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติเพื่อจะทำให้เรื่องของสุขภาพแห่งชาติไม่ได้เป็นเรื่องของฝ่ายใดฝ่ายหนึ่งหรือเป็นเรื่องของรัฐบาลเท่านั้น ซึ่งเป็นสิ่งที่ถูกต้อง ในฐานะที่ผมเป็นรัฐบาล ผมมีหน้าที่ที่จะต้องทำตามความปรารถนาของคนส่วนใหญ่ เพื่อคนส่วนใหญ่ เพราะฉะนั้น เรื่องนี้ รัฐบาลจะรับเข้าไปสู่กระบวนการบริหารและกระบวนการนิติบัญญัติต่อไป”

ข้อความข้างต้นนี้ เป็นส่วนหนึ่งของปาฐกถาพิเศษของนายกรัฐมนตรี (พ.ต.ท.ทักษิณ ชินวัตร) ที่กล่าวแสดงเจตนารมณ์ทางการเมืองไว้ในการปิดสมัยประชุมสภาแห่งชาติ พ.ศ. 2545 ที่ไบเทค บางนา วันที่ 9 สิงหาคม 2545

สมัยประชุมสภาแห่งชาติ พ.ศ. 2545 ว่าด้วย พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ เกิดขึ้นด้วยวัตถุประสงค์หลักที่สำคัญ 2 ประการคือ หนึ่ง เพื่อเป็นเวทีสาธารณะรับฟังความเห็นต่อร่าง พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ ครั้งใหญ่รอบสุดท้าย ก่อนปรับปรุงร่างเสนอ ครป.ร.ส. เพื่อเสนอรัฐบาลดำเนินการต่อ และสอง เพื่อพัฒนาองค์ความรู้ในการจัดเวทีสมัยประชุมสุขภาพเพื่อใช้เป็นแนวทางในการจัดสมัยประชุมสุขภาพต่อไปในอนาคต หรือที่เรียกว่าวิจัยโดยการปฏิบัติ (action research) นั้นเอง

การจัดสมัยประชุมสุขภาพแห่งชาติครั้งนี้ ใช้ประสบการณ์จากการจัดประชุมสารัตถสมัยประชุมสุขภาพแห่งชาติปี 2544 เป็นฐาน พัฒนาการจัดให้ดีกว่าเดิม โดยปีนี้ ครป.ร.ส.แต่งตั้งคณะทำงานขึ้นมาชุดหนึ่งมีพีไพบูลย์ วัฒนศิริธรรม ประธานสถาบันพัฒนาองค์กรชุมชน (พอช.) เป็นประธาน มีคณะทำงานจากหลายฝ่าย เช่น อาจารย์อนุชาติ พวงสำลี จากมหิดล พีพิชัย ศรีใส จากประชาคมสงขลา คุณหมอบัญญา พงษ์พานิช จาก



ประชาคมนครศรีธรรมราช พี่วิเชียร คุณตวัส จากประชาคมราชบุรี พี่
สุพรรณ สาคร จากประชาคมภาคอีสานตอนใต้ อาจารย์วิจิตร
ศรีสุพรรณ จากประชาคมวิชาวชิพพยาบาล และอาจารย์เดชรัต สุขกำเนิด
จากสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข เป็นต้น ส่วน สปรส. นำโดยคุณ
ปิติพร จันทรทัต ณ อยุธยา, ดร.วณี ปิ่นประทีป และทีมงานเป็นฝ่าย
เลขานุการ

คณะทำงานมีหน้าที่วางแผน
การจัดสมัชชา กำหนดกรอบและ
กติกากาการประชุม ผู้เข้าร่วมประชุม
และระบบการจัดการทั้งหมด เพื่อให้
สมัชชาสุขภาพเป็นเวทีแห่งการใช้
ปัญญาที่ทุกฝ่ายในสังคมเข้าร่วม
ประชุมกันอย่างสร้างสรรค์และเป็น
กัลยาณมิตร โดยในปีนี้เป็นภาระน
ประมวลสรุปความเห็นต่อร่าง พ.ร.บ.
สุขภาพแห่งชาติที่มีการจัดทำต่อ
เนื่องมา 2 ปี

นอกจากคณะทำงานแกน ยังมีการชวนเพื่อนภาคีหลายฝ่ายเข้า
ร่วมเป็นทีมจัดการในประเด็นต่างๆ อีก 8 คณะ มีการประชุมปรึกษา
หารือวางแผนการทำงานล่วงหน้า ทำข้อตกลงร่วมกันเพื่อแบ่งบทบาทกัน
ทำงาน ซึ่งเป็นการทำงานที่สนุกและได้บรรยากาศดีมาก โดยเฉพาะใน
วันจัดสมัชชาจริง จะเห็นผู้คนหลายฝ่ายไม่ว่าจะเป็นศาสตราจารย์จาก
มหาวิทยาลัย ข้าราชการ นักวิชาการ นักพัฒนา และประชาชนจากองค์กร
ภาคีต่างๆ ลงมือทำงานกันอย่างขะมักเขม้นไม่ถือเขาถือเรา

สมาชิกสมัชชามี 2 ส่วน ส่วนแรกคือผู้แทนหน่วยงาน องค์กรและ
เครือข่ายภาคีปฏิรูปทั่วประเทศที่ได้ทำงานร่วมกันในการจัดเวทีสมัชชา



สุขภาพอำเภอและจังหวัดมาก่อนหน้านี้ อีกส่วนหนึ่งเป็นประชาชนทั่วไปที่แจ้งสมัครลงทะเบียนล่วงหน้า (โดยไม่เสียค่าใช้จ่ายใดๆ ทั้งสิ้น) ซึ่งมีการประชาสัมพันธ์ผ่านสื่อต่างๆ มีผู้เข้าร่วมเวทีสมัชชาประมาณ 4 พันคน จากกว่า 3,000 ภาครี ตามแนวคิดของการเป็นเวทีพหุภาคี

การประชุมสมัชชาใช้เวลา 2 วันเต็ม เริ่มด้วยการเปิดการประชุม ไม่มีการกล่าวรายงาน ไม่มีการกล่าวเปิด แต่เป็นรูปของการเปิดประชุมใหญ่ รองประธาน คปรส. (คุณสุดารัตน์ เกยุราพันธ์ รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข) ทำหน้าที่เป็นประธานการประชุมแทนประธาน คปรส. ในขณะนั้น (คุณปองพล อติเรกสาร) ซึ่งติดราชการต่างประเทศ ตามด้วยเลขานุการ คปรส. รายงานความคืบหน้าของงาน และพีไพบูลย์ วัฒนศิริธรรม ประธานคณะทำงานจัดสมัชชาชี้แจงการประชุม ซึ่งมีการชี้แจงกติกาสมาชิกาเพื่อใช้เป็นกรอบการประชุมร่วมกันคือ

“ใช้ปัญญา ความรัก สร้างสรรค์ สมานฉันท์ ตรงต่อเวลา รักษาเวลาในการแสดงความเห็นตามที่กำหนด เคารพในความคิดเห็นและให้เกียรติซึ่งกันและกัน มีวินัยของสุขภาพชน ทุกความเห็นจะได้รับการบันทึกไว้สังเคราะห์”

จากนั้นเป็นการประชุมห้องย่อยจนถึงเย็นแบ่งเป็น 8 ประเด็นคือ เรื่อง “หลักการ สิทธิหน้าที่ และความมั่นคงด้านสุขภาพ” รับผิดชอบการจัดการโดย อาจารย์กฤตยา อาชวนิจกุล และคณะ เรื่อง “กลไกหลักของระบบสุขภาพแห่งชาติ” รับผิดชอบการจัดการโดย คุณวิเชียร



คุดตวัส และคณะ เรื่อง “การสร้างเสริมสุขภาพ” รับผิดชอบการจัดการ โดย คุณหมอมอลเดช ปิ่นประทีป, คุณหมอทานทิพย์ อ่างวรารังกุล และคณะ เรื่อง “การบริการสาธารณสุขและการควบคุมคุณภาพ” รับผิดชอบการจัดการโดย อาจารย์วิจิตร ศรีสุพรรณ และคณะ เรื่อง “การป้องกันและควบคุมปัญหาที่คุกคามสุขภาพและนโยบายสาธารณสุข” รับผิดชอบการจัดการโดย อาจารย์เดชรัต สุขกำเนิด และคณะ เรื่อง “ภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพ” รับผิดชอบการจัดการโดย คุณหมอประพจน์ เกตรากาศ และคณะ เรื่อง “การคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ” รับผิดชอบการจัดการโดย คุณสารี อ๋องสมหวัง และคณะ และเรื่อง “องค์ความรู้/กำลังคน/การเงินการคลังด้านสุขภาพ” รับผิดชอบการจัดการโดย คุณดวงพร เฮงบุญยพันธ์ และคณะ

วันรุ่งขึ้นเป็นการประชุมรวมตลอดครึ่งวัน โดยผู้แทนห้องย่อยนำเสนอสรุปความคิดเห็นของกลุ่มที่มีต่อร่าง พ.ร.บ. สุขภาพแห่งชาติ โดยเลือกผู้แทนนำเสนอจากผู้เข้าร่วมประชุมห้องย่อยนั้นๆ ซึ่งมีความหลากหลายสูงมาก มีทั้งนักบวช ผู้พิการ ข้าราชการ นักวิชาการ และชาวบ้านทั่วไป เมื่อจบการนำเสนอข้อสรุปจากห้องย่อย ก็เปิดให้ผู้เข้าร่วมสัมมนาแสดงความคิดเห็นเพิ่มเติมได้ตามคิวที่ได้แจ้งไว้ล่วงหน้าอีก 3 - 5 คนต่อช่วง ซึ่งบรรยากาศเป็นไปอย่างดี สมาชิกสัมมนาให้ความสนใจฟังกันอย่างมาก

ผู้ทำหน้าที่ประธานสัมมนาช่วงนี้สลับสับเปลี่ยนกัน 4 ท่าน คือ อาจารย์ไพโรจน์ นิงสานนท์, อาจารย์บรรลุ ศิริพานิช, คุณหมอ



สุรพงษ์ สืบวงศ์ลี (รัฐมนตรีช่วยว่าการกระทรวงสาธารณสุข ในขณะนั้น) และ ดร.ทัศนาศุ บุญทอง คล้ายๆ กับประธานกับรองประธานสภา สลับหน้าที่กันทำนองนั้น

การประชุมวันที่ 2 นี้ ไม่มีการพักเที่ยง สมาชิกสลับกันไปรับประทานอาหาร แต่การประชุมดำเนินไปอย่างต่อเนื่องจนถึงช่วงบ่าย ประธานคณะทำงานขึ้นไปรายงานสรุปการประชุม

“บรรยากาศการประชุมเป็นไปอย่างอบอุ่นและสร้างสรรค์ดีมาก ด้วย

ฝีมือการจัดการของคณะทำงานพหุภาคีและด้วยความร่วมมือของสมาชิกสมาคมทุกท่าน มีผู้ได้แสดงความเห็นรวม 450 คน และแสดงความเห็นด้วยลายลักษณ์อักษรอีก 318 คน มีผู้ร่วมโหวตร่าง พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติผ่านทางระบบโทรศัพท์อัตโนมัติที่จัดไว้อีก 2,405 คน และให้ข้อคิดผ่านโทรศัพท์ 347 คน การประชุมสมาชิกสุขภาพวันแรกมีการถ่ายทอดสดทางทีวีช่อง 11 เป็นเวลา 2 ชั่วโมง บ่ายวันนี้จะมีการ



ไพบูลย์ วัฒนศิริธรรม

ถ่ายทอดสดผ่านไอทีวีอีก 2 ชั่วโมง และถ่ายทอดสดผ่านสถานีวิทยุไอเอ็นเอ็นและสถานีวิทยุแห่งประเทศไทยด้วย เพื่อเป็นช่องทางแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกันของทั้งสังคมไปพร้อมๆ กัน มิใช่เป็นเวทีปิดอยู่แต่ในห้องประชุมแห่งนี้เท่านั้น”

นี่เป็นบางส่วนจากคำกล่าวสรุปการประชุมของไพบูลย์ วัฒนศิริธรรม ที่ทำให้พอมองเห็นบรรยากาศของสมาชิกสุขภาพแห่งชาติได้พอสมควร

จากนั้นเป็นการแสดงปาฐกถาพิเศษสั้นๆ โดยอาจารย์ประเวศ วะสี ในหัวข้อว่า “ธรรมนูญสุขภาพคนไทย จะเป็นจริงได้อย่างไร” ซึ่งอาจารย์ได้เสนอสาระไว้ 9 ประการ ที่จะทำให้ธรรมนูญสุขภาพคนไทย หรือ พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติเป็นจริงได้

“สุขภาพจะเกิดขึ้นเมื่อเกิดความถูกต้องขององค์ประกอบทุกๆ ประการ เกิดความถูกต้องของทั้งหมด เกิดเป็นดุลยภาพ พ.ร.บ.สุขภาพฯ มีผู้คนในสังคมมากมายมาร่วมกันทำ แล้วใส่พานมาให้รัฐบาล ไม่มีรัฐบาลไหนที่โง่จนไม่รู้ว่าจะทำอย่างไรหรือไม่ทำ ต้องดูการจัดสมัชชาสุขภาพที่ผ่านมา มีการขับเคลื่อนด้วยสมัชชาสุขภาพจังหวัดที่ดี สมัชชาสุขภาพแห่งชาติที่ดี ขับเคลื่อนต่อไปสังคมไทยก็จะเคลื่อนเข้าสู่ทางสายกลางหรือมัชฌิมาปฏิปทา เคลื่อนไปแล้วไม่ได้เป็นปฏิปักษ์กับใคร เน้นความรัก ความเอื้ออาทร ความร่วมมือ คนเป็นพันๆ ไม่ได้มีใครมาตีกันทะเลาะกันแบบปฏิรูปอย่างอื่น”

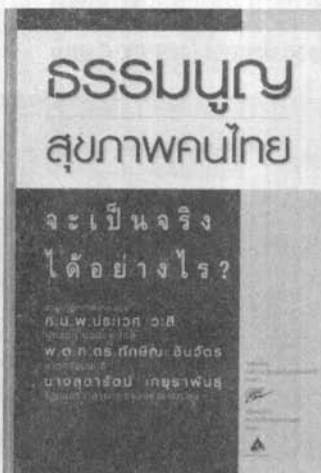


นี่เป็นส่วนหนึ่งของปาฐกถาพิเศษ

คุณสุदारัตน์ เกยุราพันธุ์ รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขใน

ฐานะรองประธานคณะกรรมการปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ ได้กล่าวในการบรรยายพิเศษหัวข้อ “เจตนารมณ์ของกระทรวงสาธารณสุข ต่อการจัดทำ พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ” บางส่วนมีความว่า

“การมีสุขภาพดี ไม่ได้อยู่ที่ร่างกาย แข็งแรงอย่างเดียว ต้องอยู่ที่พื้นฐานของสังคมที่ดี ครอบครัวยุบอุ่น มีจิตใจที่แจ่มใส พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติเป็นเหมือนร่มคันใหญ่ เมื่อเปิดดอกก็กางปีกครอบคลุมเรื่องสุขภาพ

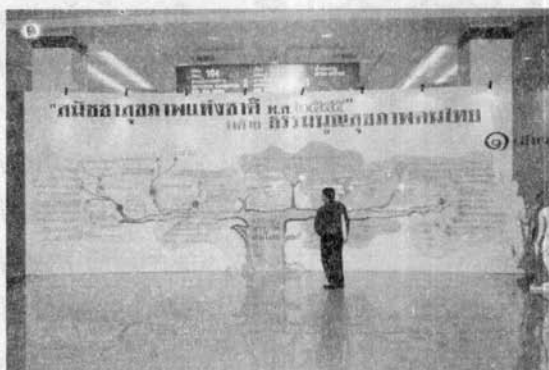


ทั้งหมด ซึ่งในนั้นจะมีเรื่องหลายๆ เรื่องต้องดำเนินการ พ.ร.บ.สุขภาพ
ที่เราาร่วมกันทำนี้จะต้องถูกจารึกไว้ในประวัติศาสตร์ว่าเป็นกฎหมาย
มหาชนที่เราาร่วมกันทำเพื่อให้เกิดสุขภาพของคนไทยอย่างแท้จริง ไม่ใช่
กฎหมายที่รัฐบาลมองฝั่งเดียว คิดแทนประชาชน ออกแทนประชาชน แต่
เป็นกฎหมายที่เราาร่วมกันทำ”

นอกจากการประชุมในห้องใหญ่และห้องย่อย ในงานสมัชชาสุขภาพ
ครั้งนี้ยังมีการจัดแสดงสาธิตกิจกรรมของ “ชุมชนแห่งสุขภาพ” ที่คนใน
ชุมชน รวมตัวกันทำอะไรต่อมิอะไรเพื่อสร้างสุขภาพของชุมชน เช่น “พลัง
สตรีกับโรงสีปลอดสารพิษ” นำเสนอโดยกลุ่มเกษตรกรหญิง อำเภอ
เดิมบางนางบวช จังหวัดสุพรรณบุรี, “สร้างสุขภาพด้วยสวัสดิการชุมชน
คนทุ่งหวัง” นำเสนอโดยประชาชนตำบลทุ่งหวัง อำเภอเมือง จังหวัด
สงขลา, “เครือข่ายประชาคมสุขภาพอุบลรัตน์” จังหวัดขอนแก่น, “สิทธิ
ชุมชน สร้างคนสาธารณสุขท้องถิ่น” ของอำเภอน้ำพอง จังหวัดขอนแก่น,
“ห้องยาชุมชน” ของคนอำเภอสนามชัยเขต จังหวัดฉะเชิงเทรา, “กลุ่ม
สุขภาพชุมชนวัดดอนแก้ว” อำเภอแม่ริม จังหวัดเชียงใหม่, กลุ่มสิ่ง
แวดล้อม “ชุมชนเมืองเชียงใหม่ สายใยกำแพงดิน” อำเภอเมือง จังหวัด
เชียงใหม่, “พลิกสลัมเป็นชุมชนน่าอยู่ ด้วยพลังชาวบ้าน” นำเสนอโดย
ชุมชนแออัดกลางเมืองเก่า อำเภอเมือง จังหวัดพระนครศรีอยุธยา, “สุข-
ภาวะดี เริ่มต้นที่บ้าน”

ของเสถียรธรรมสถาน
และ “ชมรมผู้พิการ
บัวใหญ่” ของคนอำเภอบัวใหญ่ จังหวัดนคร-
ราชสีมา

มีการจัดทำแผ่น
ป้ายแผนที่ความคิดขนาด



ใหญ่เป็น “ต้นไม้ระบบสุขภาพแห่งชาติ” เพื่อให้ผู้เข้าร่วมสมัชชาและประชาชนทั่วไปติดสติ๊กเกอร์ให้มีความสำคัญกับประเด็นต่างๆ ใน ร่าง พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ ซึ่งการโหวตเป็นไปในทิศทางให้ความสำคัญกับประเด็นการสร้างสุขภาพและประเด็นการมีส่วนร่วมอย่างชัดเจน

ที่บริเวณทางเข้างานมีการจัดเป็น “ลานสมัชชาสุขภาพ” ที่มีการบายศรีสู่ขวัญเพื่อเสริมสร้างกำลังใจทางจิตใจ มีการแสดงการเสวนาต่างๆ ที่หลากหลาย โดยถือว่าบริเวณงานทั้งในและนอกห้องประชุมเป็นเวทีสมัชชาสุขภาพทั้งหมด มิใช่เฉพาะแค่ในห้องประชุมเท่านั้น

นี่เป็นภาพแสดงให้เห็นว่า การจัดสมัชชาสุขภาพที่เกิดขึ้น เป็นการทำงานถักทอสานพลังแนวราบเข้ากับแนวตั้งอย่าง



เป็นรูปธรรม อีกอย่างหนึ่งก็คือ พิธีกรคู่ในงานนี้ คนหนึ่งคือ ศาสตราจารย์ แพทย์หญิงรัตนาวดี ณ นคร จากมหาวิทยาลัยขอนแก่น อีกคนหนึ่งคือ อาจารย์สุชาติ ทองบุญยัง ศึกษานิเทศก์อำเภอร่อนพิบูลย์ จาก นครศรีธรรมราชโน้น ทั้งคู่เป็นข้าราชการมีสังกัดแนวตั้ง แต่มาทำงานด้วยกันในฐานะภาคีปฏิรูปแนวนอน โดยที่ทั้งสองคนไม่ได้รู้จักกันมาก่อน และหน่วยงานต้นสังกัดของทั้งสองคนก็ให้ความอนุเคราะห์สนับสนุนให้มาช่วยงานนี้เป็นอย่างดี

สำหรับสี่สันประกอบสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ปี 2545 ซึ่งเป็นเวทีสาธารณะที่สร้างสรรค์ก็คือ ในช่วงเช้าของวันแรก มีกลุ่มคน 2 กลุ่ม เข้ามาใช้เวทีเป็นที่แสดงความคิดเห็นของกลุ่ม กลุ่มแรกเป็นเครือข่ายภาคประชาชนเพื่อรณรงค์สร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ใช้โอกาสส่งคน

จำนวนหนึ่งเข้าไปถือ
ป้ายสนับสนุนรัฐบาล
พลักตัน พ.ร.บ.หลัก
ประกันสุขภาพแห่งชาติ
(ขณะนั้นกำลังเริ่มมี
ปัญหาขัดแย้งกับฝ่าย
วิชาชีพแพทย์) ซึ่งเป็น
ลักษณะจัดตั้งกลุ่มเพื่อ
ชิงความสนใจจากสื่อมวลชนทุกรูปแบบโดยไม่สนใจภาพรวมใหญ่ของ
งาน ซึ่งกล่าวได้ว่าผิดมารยาทอยู่มากทีเดียว แต่ก็ไม่ถึงกับทำให้เกิด
ความเสียหายร้ายแรงนัก



ที่จริงการแสดงความคิดเห็นของกลุ่มในประเด็นเฉพาะอย่างนี้ทำได้
เพราะสมัชชาสุขภาพเป็นเวทีสาธารณะอยู่แล้ว แต่ควรทำในบริเวณรอบ
นอกของงานให้เป็นกิจจะลักษณะที่แยกประเด็นกันได้อย่างชัดเจน เพื่อ
ไม่ให้สับสนกับงานโดยรวมที่มีพหุภาคีเป็นเจ้าของและมีคณะทำงาน
รับผิดชอบงานร่วมกันอยู่แล้ว และควรแจ้งให้เจ้าภาพของงานทราบล่วงหน้า
ด้วยเพื่อจะได้ประสานงานกัน อย่างนี้ก็ถือเป็นบทเรียนที่ต้องเรียนรู้กัน
ต่อไปสำหรับการพัฒนาซึ่งกันและกันในอนาคตด้วยเหมือนกัน

ส่วนอีกกลุ่มหนึ่งนำโดยคุณยงยุทธ์ ธนะปุระ และคณะจากมูลนิธิ
พุทธธรรม ได้นำแผ่นป้ายประท้วงให้ตัดคำว่า “จิตวิญญาณ” ออกจากคำ
จำกัดความของคำว่า “สุขภาพ” ที่ปรากฏอยู่ในร่าง พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ
และมีเอกสารมาแจกด้วย กลุ่มนี้น่ารักมาก มาอย่างสุภาพ มีการ
ติดต่อประสานงานเจ้าภาพชัดเจน และพร้อมแสดงความเห็นอย่างสงบอยู่
ภายนอกบริเวณจัดงาน

อย่างนี้เป็นการสาธิตการแสดงความคิดเห็นตามกระบวนการ
ประชาธิปไตยแบบมีส่วนร่วมที่สร้างสรรค์น่าชื่นชมและน่าเอาเป็น
ตัวอย่างครับ



“กฎหมายฉบับนี้เป็นเสมือนธรรมนูญชีวิต
ชีวิตก็คือสุขภาพ สุขภาพก็คือชีวิต
สำหรับประชาชนทั่วไป สุขภาพเป็นเรื่อง
สำคัญ เพราะเขาจะมีกิน
มีชีวิตอยู่ต่อไปได้หรือไม่
อยู่ที่สุขภาพ มิใช่เงิน
เพียงอย่างเดียว”



ดังที่ผมเคยเล่าไปแล้วนะครับว่า การยกร่าง พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติให้เป็นกฎหมายแม่บทด้านสุขภาพ หรือธรรมนูญสุขภาพ “สร้างนำซ่อม” ไม่ใช่การเขียนกฎหมายโดยรัฐบาลเพื่อใช้เป็นเครื่องมือบริหารประเทศ แต่เป็นการชวนกันเขียนกฎหมายมหาชน ของประชาชน โดยประชาชน และเพื่อประชาชน

นอกจากต้องมีการสังเคราะห์องค์ความรู้มาใช้เป็นฐานการทำกฎหมาย มีการยกร่างกรอบความคิดระบบสุขภาพ นำไปรับฟังความเห็นจากทุกๆ ฝ่ายในสังคมนับแล้วรอบแล้วแล้ว ขั้นตอนการยกร่างออกมาเป็นร่าง พ.ร.บ.นั้นว่ามีความสำคัญมาก เพราะต้องนำข้อมูลจากทุกฝ่ายมาใช้ประกอบการพิจารณา

มักจะมีคนกล่าวเสมอว่า

“ชนชั้นใดออกกฎหมาย ก็เพื่อประโยชน์ของคนชั้นนั้น”

แล้วในเมื่อชนหลายๆ ชั้นมาช่วยกันเขียนกฎหมาย หน้าตามันจะออกมาเป็นฉันใด ตรงนี้น่าคิด

การยกร่าง พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ มีคณะอนุกรรมการรับผิดชอบโดยตรง ประธานคือ อาจารย์ไพโรจน์ นิงสานนท์ อดีตปลัดกระทรวงสาธารณสุขและอดีตรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข 2 สมัยในสมัยรัฐบาลท่านอานันท์ ปันยารชุน โดย สปรส.เป็นฝ่ายเลขานุการ คณะอนุกรรมการมีทั้งหมด 24 คน ประกอบด้วย อาจารย์วัฒนา รัตทวีจิตร อดีตเลขาธิการคณะกรรมการกฤษฎีกา, อาจารย์บวรศักดิ์ อูวรรณโณ ผู้มีส่วนอย่างมากในการจัดทำรัฐธรรมนูญ พ.ศ. 2540, ดร.กิตติพงษ์ กิตยารักษ์ ผู้ทรงคุณวุฒิด้านกฎหมาย, อาจารย์ศรีสว่าง พัววงศ์-แพทย์ ผู้ทรงคุณวุฒิด้านพัฒนาสังคม อาจารย์วิฑูรย์ อึ้งประพันธ์ ผู้ทรงคุณวุฒิต่างการแพทย์และสาธารณสุข เป็นอาทิ



อาจารย์ไพโรจน์ นิงสานนท์



อาจารย์วิฑูรย์ อึ้งประพันธ์



อาจารย์แสวง บุญเฉลิมวิภาส



คุณวารุณี สุรนิงค์

โดยการยกร่าง พ.ร.บ.๕ อาศัยการทำงาน
 ของคณะทำงานเฉพาะกิจเป็นหลัก คณะทำงานชุด
 นี้มีบุคคลแกนหลักได้แก่ อาจารย์ไพโรจน์ ینگสา-
 นนท์, อาจารย์วิฑูรย์ อึ้งประพันธ์, อาจารย์
 แสวง บุญเฉลิมวิภาส, พีศรีสว่าง พัววงศ์-
 แพทย์, คุณชาญเชาวน์ ไชยานุกิจ, คุณประเวศ
 อรรถศุภผล, คุณวารุณี สุรนิงค์, คุณหมอ
 วิภูษ พูลเจริญ, คุณหมอสุวิทย์ วิบูลผลประเสริฐ, อาจารย์สมพันธ์
 เตชะอธิก, อาจารย์พิชัย ศรีใส, คุณวิเชียร คุตตวัต และผู้ที่เชิญมา
 ร่วมให้ความเห็นเป็นครั้งคราว เช่น คุณหมอโกมาตร จึงเสถียร-
 ทรัพย์, อาจารย์เดชรัต สุขกำเนิด, อาจารย์ดำรงค์ บุญยีน, คุณ
 หมอสมศักดิ์ ชุณหรัศมิ์ เป็นต้น



คุณประเวศ อรรถศุภผล

การยกร่าง พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ เริ่มต้นด้วยการจัดทำ “ร่าง
 กรอบความคิดระบบสุขภาพแห่งชาติ” (เล่าไปแล้วในตอนที่ 7)

เมื่อนำกรอบความคิดไปจัดเวทีรับฟังความเห็น และถามความเห็น
 ตรงมาจากหน่วยงาน องค์กร ภาคีต่างๆ จนเข้าสู่เวทีประชุมสภา
 สมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ปี 2544 ในงานตลาดนัดสุขภาพแล้ว ก็มาถึงขั้น
 ดึงสาระสำคัญจากร่างกรอบความคิดดังกล่าวมาสังเคราะห์ร่วมกับความ
 เห็นที่รับฟังได้จัดทำออกมาเป็น

“สาระสำคัญของการยกร่าง พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ” (ร่าง 2 พ.ย. 44) นี้เป็นเสมือนประติมากรรมชิ้นที่ 2 โดยยังไม่ยกร่างออกมาเป็นรูปของกฎหมาย (ที่จะเป็นเสมือนประติมากรรมชิ้นที่ 3)

การจัดทำร่างสาระสำคัญครั้งนี้ คณะทำงานใช้วิธีกำหนดโครงร่างออกมาเป็น 12 - 13 เรื่อง คือ นิยาม ความมุ่งหมายและหลักการกลไกนโยบายสุขภาพแห่งชาติ สิทธิหน้าที่ด้านสุขภาพ ความมั่นคงด้านสุขภาพ การสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันและควบคุมปัญหาที่คุกคามสุขภาพ การบริการสุขภาพและการควบคุมคุณภาพ การคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ ภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพ องค์ความรู้และข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ กำลังคนด้านสุขภาพ และการเงินการคลังด้านสุขภาพ

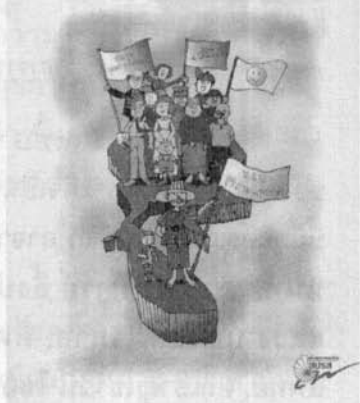
คณะทำงานเฉพาะกิจใช้วิธีประชุมกันในวันเสาร์-อาทิตย์เป็นหลัก เนื่องจากวันธรรมดาแต่ละคนล้วนมีภารกิจเต็มตัว การประชุมเป็นไปอย่างสนุกสนาน อาจารย์ไพโรจน์ มาเป็นประธานด้วยตนเองทุกครั้ง เราเรียกการประชุมว่า

“แห่งขาม-น้ำขาม”

ไม่ใช่เข้าขาม-เย็นขามนะครับ ที่เรียกแห่งขาม-น้ำขามเพราะเราให้แม่ค้ามาจัดถ้วยเตี้ยเป็นอาหารกลางวันเกือบทุกครั้ง ถ้วยเตี้ยไก่อบ้าง ถ้วยเตี้ยปลาบ้าง อร่อยจนทุกคนต้องรับประทานแบบแห่งขาม-น้ำขาม

ใช้เวลาประชุมกันประมาณ 15 ครั้ง จึงได้สาระสำคัญของการยก

(ร่าง) กรอบความคิด ระบบสุขภาพแห่งชาติ



“พ.ร.บ. สุขภาพแห่งชาติ ไม่ใช่กฎหมายทั่วไป ไม่ใช่กฎหมายสาธารณสุขทั่วๆ ไป

แต่ต้องการให้เป็นกฎหมายมหาชนที่เป็น ธรรมนูญด้านสุขภาพของสังคมไทย กำหนัด

กำหนดทิศทาง นโยบาย หลักการ เครื่องมือ/กลไก

มาตรการ และเงื่อนไขสำคัญๆ ของระบบสุขภาพ”

เอกสารที่รวบรวมของคณะกรรมาธิการ พ.ร.บ. สุขภาพแห่งชาติ
คณะกรรมการปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ (กปรบ.)

ร่าง พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติออกมา ในราวๆ เดือนมกราคม 2545 จากนั้นจึงนำไปให้ภาคีต่างๆ ช่วยเปิดเวทีรับฟังความเห็นกันอีกรอบ ในขณะที่เดียวกันก็ส่งไปตามความเห็นโดยตรงยังหน่วยงาน องค์กร และภาคีต่างๆ ด้วย

สำหรับบางประเด็นที่คิดว่ามีความสำคัญมาก ควรช่วยกันดูให้ชัด ก็ใช้วิธีเปิดเวทีฟังความเห็นเฉพาะประเด็น เช่น ประเด็นกลไกนโยบายในระบบสุขภาพแห่งชาติ มีการจัดเวทีรับฟังความเห็นเพิ่มเติมที่กรุงเทพฯ (เมื่อวันที่ 27 พ.ย. 2544) ที่ขอนแก่น (เมื่อวันที่ 18 ม.ค. 2545) ที่ราชบุรี (เมื่อวันที่ 20 ม.ค. 2545) ที่พิจิตร (เมื่อวันที่ 27 ม.ค. 2545) ที่สงขลา (เมื่อวันที่ 3 ก.พ. 2545)

จากนั้นจึงประมวลความเห็นมาสรุปเพื่อเขียนใหม่ในรูปของร่างกฎหมาย ซึ่งตรงนี้อาจารย์วิฑูรย์ อึ้งประพันธ์ มีส่วนช่วยอย่างมาก โดยอาจารย์รับไปเขียนเป็นร่างกฎหมายร่างแรก แล้วก็จัดประชุมกันอีกครั้งที่สวนสามพราน เมื่อวันที่ 8 - 10 กุมภาพันธ์ 2545 ตรงนี้มีหลายคนได้รับเชิญเข้าร่วมให้ความเห็นเพิ่มเติม เช่น คุณวัฒนา รัตน-

วิจิตร, คุณกาญจนารัตน์ ลีวิโรจน์, อาจารย์สุรินทร์ กิจนิตยชีวี, คุณหมอประพจน์ เกตราภาค, คุณสารี อ่องสมหวัง เป็นต้น จากนั้นจึงถึงขั้นปรับปรุงร่าง พ.ร.บ.ฯ โดยมีทีมงานของคุณกาญจนารัตน์ ลีวิโรจน์ จากศาลปกครอง ผู้มีส่วนสำคัญในการยกร่างรัฐธรรมนูญปี 2540 ช่วยยกร่าง พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติอีกทางหนึ่ง

จากนั้นคณะทำงานเฉพาะกิจได้ประชุมกันอีก 3 ครั้ง เพื่อปรับปรุงให้ออกมาเป็นร่าง พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ ใช้ชื่อว่า

“ร่าง พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ ฉบับสามเหลี่ยมเขยื้อนภูเขา”
(10 พ.ค. 2545)

ร่าง พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ ที่ปรับปรุงเป็นเสมือนประติมากรรมชั้น 3 นี้ มีบันทึกหลักการและเหตุผล คำนิยาม ความมุ่งหมายและหลักการ (หมวด 1) สิทธิ หน้าที่ และความมั่นคงด้านสุขภาพ (หมวด 2), คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (หมวด 3), สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (หมวด 4), สมัชชาสุขภาพ (หมวด 5), ภารกิจด้านสุขภาพ (หมวด 6) และบทเฉพาะกาล มีร่างทั้งสิ้น 99 มาตรา

พร้อมกันนั้นคณะทำงานที่มีอาจารย์สมพันธ์ เตชะอธิก, อาจารย์พิชัย ศรีใส และคุณสุรัชย์ ชูผลกา ได้ช่วยกันเขียนคำอธิบายฉบับประชาชน พิมพ์ออกมาเป็นเอกสารใช้ควบคู่ไปกับร่าง พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ ใช้ชื่อว่า

“พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ : ธรรมนูญสุขภาพคนไทยให้อะไรกับประชาชน”

ในเวลาไล่เรี่ยกันนั้น (พฤษภาคม 2545) อาจารย์ประเวศ วะสี ได้ช่วย



เขียนหนังสือให้อีกหนึ่งเล่ม เป็นจดหมาย ถึงเพื่อนคนไทย ใช้ชื่อว่า

“พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ : ธรรมนูญสุขภาพคนไทย เครื่องมือนวัตกรรมทางสังคม”

โดยอาจารย์บอกว่า

“พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ เป็นการออกแบบเครื่องมือสนองตอบเจตนารมณ์ของรัฐธรรมนูญ พ.ศ. 2540 เป็นระบบแรกที่จะสร้างกลไกเปิดให้คนไทยทุกคนร่วมกันขับเคลื่อนสังคมไปสู่สังคมที่มีความสุขและมีความถูกต้อง

พ.ร.บ.ฯ นี้ เป็นสิ่งประดิษฐ์ใหม่ในทางสังคมที่จะทำให้ทุกฝ่ายเข้ามาร่วมคิดร่วมทำงานอย่างอิสระและสร้างสรรค์ เพื่อแก้ทุกข์ สร้างสุขด้วยกัน กระบวนการยกร่าง พ.ร.บ.ฯ และการใช้ พ.ร.บ.ฯ นี้ขับเคลื่อนไปสู่การสร้างสุขภาพ หรือสุขภาพะจึงเป็นกระบวนการถักทอสังคมเข้ามาร่วมกันด้วยใจที่จะร่วมทุกข์ร่วมสุข ร่วมคิด ร่วมทำ อย่างไม่ทอดทิ้งกัน โดยมี พ.ร.บ.ฯ นี้เป็นเครื่องมือสำคัญ”

ร่าง พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติและเอกสารเหล่านี้ สปรส.จัดพิมพ์เป็นจำนวนมาก เพื่อสนับสนุนการจัดเวทีสมัชชาสุขภาพจังหวัด และแจกจ่ายให้ผู้สนใจได้ศึกษาทำความเข้าใจและให้ข้อคิดเห็นกันอย่างกว้างขวาง เพื่อประมวลเข้าสู่สมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ในเดือนสิงหาคม 2545

“ผมเป็นนักกฎหมาย แรกๆ ที่ถูก



ชวนมายกร่าง พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ ผมรู้สึกแปลก คิดว่าเรื่องสุขภาพ
ทำไมต้องทำกฎหมายเป็นเรื่องใหญ่เรื่องโต แต่ก็มาเพราะรู้สึกท้อทาย
ดี ดูซิว่าพวกหมอเขาคิดอะไรกัน ทำไปทำไม เดียวนี้ผมรู้สึกว่าการทำงาน
พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติจะกลายเป็นส่วนหนึ่งของชีวิตผมไปเสียแล้ว ทำให้
ผมเข้าใจเรื่องสุขภาพว่ากว้างกว่าเรื่องของพวกหมอ พ.ร.บ.สุขภาพฯ จะ
เป็นกฎหมายมหาชนที่เป็นประโยชน์กับคนไทยทั้งสังคม คนไทยจะได้
เครื่องมือมาทำงานด้วยกัน มาสร้างสุขภาพ มารับผิดชอบเรื่องสุขภาพ
ด้วยกัน ผมสนุกมาก ได้เรียนรู้อะยะ ได้อาจารย์ ได้พี่ ได้น้องแยะ เวลาได้
ออกไปร่วมเวทีสมัชชาสุขภาพรู้สึกดีใจมากที่เห็นผู้คนกระตือรือร้น อยาก
มีส่วนร่วมคิดร่วมเสนอแนะ อยากให้สังคมให้บ้านเมืองเกิดสุขภาวะ ผมมี
ความสุขมาก ยิ่งได้มาประชุมแห่งชาติ น้ำขาม ยิ่งสนุกใหญ่”

คุณชาญเชาวน์ ไชยานุกิจ นักกฎหมายอดีตข้าราชการอัยการ
(ปัจจุบันโอนไปอยู่กระทรวงยุติธรรม)เคยเล่าความรู้สึกให้ฟัง หลังจาก
จับปลัดจับผลูเข้ามาร่วมยกร่าง พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติตลอดช่วง 2 ปี
กว่ามานี้

ส่วนที่ศรีสว่าง พิววงศ์แพทย์ ผู้ไม่เคยขาดประชุม จดและจำได้
ทุกประเด็นยิ่งกว่าฝ่ายเลขานุการเสียอีก เคยบอกว่

“มาทำงานกับบวงนี้มีความสุขมาก เพราะเห็น
ทุกคนเอาจริง ทำงานจริงจึงโดยมองประโยชน์ของ
ส่วนรวมเป็นหลักจริง ๆ ทำให้มีกำลังใจและเห็น
ความหวังว่าน่าจะสำเร็จ”

สำหรับอาจารย์ไพโรจน์ ینگสานนท์ และ
อาจารย์วิฑูรย์ อึ้งประพันธ์ นั้น แทบจะไม่ต้อง
พูดถึง เพราะทั้งสองท่านทุ่มเทกับงานนี้อย่างสุด ๆ
โดยเฉพาะอย่างยิ่งอาจารย์วิฑูรย์ นอกจากทุ่มเทช่วยดูแลการยกร่าง
พ.ร.บ.ฯ เพื่อให้ออกมาได้ดีที่สุดแล้ว อาจารย์ยังตระเวนออกไปพบไปฟัง



คุณชาญเชาวน์ ไชยานุกิจ

ความเห็นตามเวทีในจังหวัดต่างๆ และไปร่วมรายการทีวี วิทยุเพื่อสื่อสาร
ทำความเข้าใจกับสาธารณะ รวมทั้งไปบรรยายและ
อภิปรายในเวทีต่างๆ อีกเป็นจำนวนมากตลอด
เวลา 2 - 3 ปีที่ผ่านมา

ส่วนอาจารย์สมพันธ์ เตชะอธิก ที่บินมาจาก
ขอนแก่นเพื่อร่วมวงยกร่าง พ.ร.บ.ฯ แทบไม่ขาดก็
บอกว่า



“กฎหมายนี้ดี แต่คงต้องผ่านด่านอีกมากทั้งใน คุณศรีสว่าง พัววงศ์แพทย์
ขั้นตอนของรัฐบาลและรัฐสภา กว่าที่ประชาชนจะได้
อะไรดีๆ ไม่ใช่เรื่องง่าย ต้องไม่เขียนให้ราบเรียบเกินไป ควรมีบาง
ประเด็นที่แหลมคม ที่ทำให้เกิดการโต้แย้งกัน จึงจะทำให้สังคมสนใจมาก
ขึ้น”

พีพิชัย ศรีใส ประชาคมสงขลา ผู้สุขุมลุ่มลึก นั่งอยู่ในคณะทำงาน
เฉพาะกิจมาโดยตลอด ก็ให้ความเห็นว่า

“กฎหมายฉบับนี้เป็นเสมือนธรรมนูญชีวิต ชีวิตก็คือสุขภาพ สุขภาพ
ก็คือชีวิต สำหรับประชาชนทั่วไป สุขภาพเป็นเรื่องสำคัญ เพราะเขาจะมี
กิน มีชีวิตอยู่ต่อไปได้หรือไม่ อยู่ที่สุขภาพ มิใช่เงินเพียงอย่างเดียว เงิน
ซื้อสุขภาพที่ยั่งยืนไม่ได้ กฎหมายฉบับนี้จะเป็นเครื่องมือที่สร้างสรรค์ของ
ประชาชน สอดคล้องกับรัฐธรรมนูญปี 40 อย่างมาก”

ส่วนพีวีเชียร คุณตวัส จากประชาคมราชบุรี ก็คอยดูแลเนื้อหา
สาระในส่วนที่เป็นคุณประโยชน์แก่ประชาชนส่วนใหญ่อย่างไม่ให้คลาด
สายตาเลยทีเดียว

หลังจากร่าง พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ ฉบับสามเหลี่ยมเขยื้อนภูเขา
ผ่านเวทีสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ 8 - 9 สิงหาคม 2545 คณะทำงาน
เฉพาะกิจได้ปรับปรุงร่าง พ.ร.บ.ฯ อีกครั้ง โดยอาศัยผลการสังเคราะห์
ความเห็นจากเวทีและองค์กรต่างๆ เป็นปัจจัยประกอบ และเปิดเวที

ประชุมร่วมกันอีกครั้งที่สามพราน เมื่อวันที่ 7 - 8 กันยายน 2545 จากนั้นก็ปรับปรุงร่าง พ.ร.บ.ฯ นำเสนอต่อ คปรส. พิจารณานุมัติหลักการ เมื่อวันที่ 19 กันยายน 45 จากนั้นก็ปรับปรุงรายละเอียดปลีกย่อยอีกเล็กน้อยออกมาเป็น

“ร่าง พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ” (ฉบับปรับปรุง 24 ก.ย. 2545)

ที่ยังคงมี 6 หมวดเหมือนเดิม แต่ตัดลงเหลือ 93 มาตรา (เดิม 99 มาตรา)

จากนั้นก็นำเสนอผ่านประธาน คปรส. ส่งไปยังรัฐบาลเมื่อวันที่ 16 ตุลาคม 2545 เพื่อขอให้รัฐบาลทำหน้าที่เป็นเจ้าภาพแทนภาคีทุกฝ่ายที่ได้ร่วมกันยกร่าง พ.ร.บ.ฯ นี้ ผลักดันกฎหมายให้ประสบผลสำเร็จตามคำมั่นสัญญาของหัวหน้ารัฐบาล (พ.ต.ท.ทักษิณ ชินวัตร) ที่ให้ไว้ต่อหน้าประชาชนในเวทีสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ เมื่อวันที่ 9 สิงหาคม 2545 ต่อไป



มีอะไร ใน พ.ร.บ. สุขภาพ(1) 14

“พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ
จึงเป็นนวัตกรรมทางสังคม
อันทรงพลัง
ที่ทำให้ทุกฝ่ายมาร่วมกัน
อย่างเป็นอิสระ
และสร้างสรรค์อย่างเต็มที่”



คนทั่วไป เมื่อพูดถึงกฎหมาย มักจะคิดถึงเรื่องอะไรที่ใช้บังคับให้ เราต้องปฏิบัติตาม ถ้าไม่ทำตามนั้นจะติดคุกติดตะรางหรือไม่ก็เสียเงินค่าปรับ นั่นเป็นเพราะว่าเราชินกับกฎหมายในลักษณะที่เป็นเครื่องมือของรัฐใช้สำหรับปกครองหรือบริหารจัดการสังคม เราไม่ค่อยเข้าใจกับกฎหมายอีกลักษณะหนึ่งที่เรียกว่าเป็น “กฎหมายมหาชน” ที่ใช้เป็น กติกา ใช้เป็นเครื่องมือร่วมกันของคนในสังคมทั้งสังคม มากกว่าใช้เพื่อ เป็นเครื่องมือของรัฐเท่านั้น

ผมไม่ใช่นักกฎหมาย ไม่ลึกซึ้งในเรื่องกฎหมาย แต่จากการได้มี โอกาสทำหน้าที่ประสานจัดทำ พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ ทำให้พอเข้าใจ ความแตกต่างของกฎหมายใน 2 ลักษณะนี้อยู่บ้าง

อย่างกฎหมายอาหารและยา กฎหมายสาธารณสุข กฎหมายสถาน พยาบาล กฎหมายหลักประกันสุขภาพ เหล่านี้เป็นตัวอย่างกฎหมายใน รูปเครื่องมือของรัฐ ตราขึ้นมาเพื่อรัฐใช้บริหารสังคม ให้ผู้คนทุกคนต้อง ปฏิบัติตามที่กำหนด ถ้าไม่ทำตามก็มีโทษแตกต่างกันออกไป โดยมีกลไก ฝ่ายรัฐคอยควบคุมดูแลให้ทุกอย่างเป็นไปตามกฎหมาย โดยกลไกเหล่านั้นอาจเปิดช่องทางให้ตัวแทนฝ่ายประชาชนเข้าไปร่วมได้บ้างแต่ค่อนข้างน้อย

แต่ “พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ” ที่เรากำลังช่วยกันทำนี้ เป็น กฎหมายในลักษณะที่สอง คือหวังให้เป็นเครื่องมือของทุกฝ่ายในสังคมใช้ ร่วมกัน ไม่ใช่เครื่องมือของรัฐไว้บริหารสังคมเรา จึงเรียกว่าเป็นกฎหมาย แม่บทด้านสุขภาพที่จะเป็นธรรมนูญสุขภาพของคนไทย คือตราขึ้น เพื่อให้ทุกฝ่ายใช้อ้างอิง และใช้เป็นเครื่องมือขับเคลื่อนให้สังคม เป็นไปตามระบบสุขภาพที่พึงประสงค์ พร้อมกับวางกลไกนโยบาย และยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพเพื่อเปิดทางให้ทุกฝ่ายในสังคม (ซึ่งจัด แบ่งเป็น 3 ฝ่ายใหญ่ๆ คือ ฝ่ายการเมืองและราชการทั้งส่วนกลางและ ท้องถิ่น ฝ่ายวิชาการและวิชาชีพต่างๆ และฝ่ายประชาชน) เข้ามา

ภาพแสดงสาระ พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ



ทำงานสร้าง เสนอแนะ และผลักดันนโยบายและยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพร่วมกัน โดยไม่เข้าไปก้าวก่ายหรือแทรกแซงการบริหารประเทศของฝ่ายรัฐบาลซึ่งมีหน้าที่บริหารโดยตรงอยู่แล้ว

กฎหมายนี้จึงไม่เน้นการเขียนเพื่อบังคับประชาชน ไม่มีบทลงโทษเหมือนกฎหมายอาญา กฎหมายแพ่งทั่วไป

ตรงนี้เองที่บางคนบอกว่า ถ้าอย่างนั้นก็ไม่เห็นจำเป็นต้องเขียนเป็นกฎหมาย เขียนเป็นธรรมนูญหรือเป็นประกาศเจตนารมณ์หรือเป็นอะไรสักอย่างก็น่าจะได้ แต่ที่เขียนเป็นกฎหมายก็เพื่อให้มีความศักดิ์สิทธิ์ เพื่อทุกฝ่ายสามารถใช้เป็นฐานอ้างอิงได้ ไม่งั้นก็จะถูกกล่าวหาว่าเรื่องนั้นๆ ไม่ถูกกฎหมายอีก

มองอีกมุมหนึ่ง อาจมองได้ว่า พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ ที่เป็นกฎหมายมหาชน อันจะเป็นแม่บทด้านสุขภาพของชาตินั้น เป็นการใช้

กฎหมายออกแบบสังคมและออกแบบระบบสุขภาพแห่งชาติที่พึงประสงค์ ในชั้นของการกำหนดทิศทางและเรื่องสำคัญๆ หลีกเลี่ยงการกำหนดรายละเอียดอะไรต่อมิอะไรอย่างตายตัว แต่ปล่อยให้เรื่องต่างๆ มีการพัฒนา ปรับปรุง เปลี่ยนแปลง หรือกำหนดขึ้นในอนาคตให้เหมาะสมกับสถานการณ์ของสังคมในช่วงนั้นๆ โดยวางกลไกนโยบายและยุทธศาสตร์ไว้เป็นเครื่องมือสำคัญที่จะช่วยกันดูแลระบบสุขภาพแห่งชาติให้ไปอย่างสมควรและต่อเนื่อง

เป็นการมองระบบสุขภาพอย่างเป็นพลวัต จึงหลีกเลี่ยงการออกแบบระบบที่แข็งและตายตัว ทำให้เปลี่ยนแปลงยากเมื่อสถานการณ์ในอนาคตเปลี่ยนแปลงไป

“เราต้องการเขียน พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติในรูปของธรรมนูญ ซึ่งหมายถึงข้อตกลงกำหนดสิทธิและหน้าที่อันพึงมีต่อกัน ไม่ใช่ในรูปกฎหมายที่เป็นเครื่องมือของรัฐฝ่ายเดียว”

อาจารย์ไพโรจน์ นิงสานนท์ ประธานอนุกรรมการร่าง ๔ กล่าวอธิบายไว้อย่างสั้นๆ แต่ชัดเจน โดยอาจารย์เพิ่มเติมเหตุผลไว้อีกว่า

“เมื่อเรามีรัฐธรรมนูญปี 2540 ซึ่งเป็นธรรมนูญสูงสุดครอบคลุมทุกเรื่องแล้ว จึงควรมีธรรมนูญเฉพาะด้านสุขภาพ กล่าวถึงเรื่องระบบสุขภาพเป็นการเฉพาะ ซึ่งระบบสุขภาพในที่นี้คือระบบสุขภาพะของสังคมที่กว้างกว่าระบบบริการสาธารณสุข เราได้ตรวจสอบสาระสำคัญของรัฐธรรมนูญทุกส่วนที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ ดึงมาขยายความให้ชัดยิ่งขึ้น โดยเฉพาะประเด็นที่สำคัญและมีความจำเป็น”

อาจารย์ประเวศ วะสี เขียนไว้ใน “จดหมายถึงเพื่อนคนไทยฯ”



การกำหนดองค์กรเป็นตัวนำเหมือนการปฏิรูปบางอย่างที่กำลังเกิดขึ้น อันนำไปสู่ความขัดแย้ง ความบาดหมาง และความเบี่ยงเบน

ฉะนั้น พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ จึงเป็นนวัตกรรมทางสังคมอันทรงพลัง ที่ทำให้ทุกฝ่ายมาร่วมกันอย่างเป็นอิสระ และสร้างสรรค์อย่างเต็มที่

กระบวนการการยกร่าง พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ และการใช้ พ.ร.บ.ฯ นี้ในการขับเคลื่อนไปสู่การสร้างสุขภาวะที่สมบูรณ์ จึงเป็นกระบวนการถักทอสังคมทั้งสังคม เข้ามาร่วมกันด้วยใจ ที่จะร่วมทุกข์ร่วมสุข ไม่ทอดทิ้งกัน ร่วมคิดร่วมทำ และมีเครื่องมือทางปัญญาหรือสมอง

เป็นการกริทาทัพที่ใหญ่ที่สุดของคนไทยที่จะทำสงครามกับความทุกข์ที่กัดกินคนไทยอย่างสลับไม่ออก เพื่อเอาชนะและสร้างสุขภาวะที่สมบูรณ์ให้จงได้

กองทัพของคนไทยคราวนี้ประกอบด้วยพลังหรือพละ 3 ประการ คือ สังคมพละ คือ การร่วมกันทั้งสังคม ปัญญาพละ คือ กลไกทางสมองในการเคลื่อนไหว และเมตตาพละ คือจิตใจที่จะร่วมทุกข์ไม่ทอดทิ้งกัน”

ใน พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติแบ่งสาระสำคัญออกเป็น 6 หมวด คือ หมวดที่ 1 ว่าด้วยความมุ่งหมายและหลักการ หมวดที่ 2 ว่าด้วยสิทธิหน้าที่ และความมั่นคงด้านสุขภาพ หมวดที่ 3 ว่าด้วยคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ หมวดที่ 4 ว่าด้วยสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ หมวดที่ 5 ว่าด้วยสมัชชาสุขภาพ และหมวดที่ 6 ว่าด้วยแนวนโยบายและยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพ



ในหมวดที่ 1 เขียนร่างไว้เพียง 3 มาตรา แต่เป็นการกำหนดทิศทางของระบบสุขภาพไว้ค่อนข้างชัดเจน อย่างมาตรา 5 กำหนดว่า “สุขภาพเป็นศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ตามบทบัญญัติแห่งรัฐธรรมนูญ” และมาตรา 6 กำหนดว่า “สุขภาพเป็นเป้าหมายสูงสุดของชุมชนและสังคม เป็นทั้งอุดมการณ์และหลักประกันความมั่นคงของชาติ” ซึ่งสำคัญมาก เพราะเป็นการกำหนดกรอบความคิดของการพัฒนาประเทศกึ่งว่าได้ เนื่องจากที่ผ่านๆ มา เป้าหมายของการพัฒนามักจะเป็นเรื่องเศรษฐกิจ ความเจริญ ความมั่งคั่งเป็นหลักเสมอ โดยให้ความสำคัญกับเรื่องสุขภาพหรือสุขภาพน้อยมาก

สำหรับมาตรา 7 เขียนถึงลักษณะของระบบสุขภาพที่พึงประสงค์ของสังคมไทยไว้ แม้ดูว่าเป็นนามธรรม แต่ก็มีความชัดเจนในแง่ของการเป็นกรอบความคิดเพื่อให้สังคมใช้เป็นเครื่องมือตรวจสอบดูแลและผลักดันให้ระบบสุขภาพแห่งชาติเป็นไปในทิศทางนี้



สภาวิชาชีพด้านสุขภาพ

เสนอความเห็นเพื่อปรับแก้ไข ร่างพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.

ภาคีสภาวิชาชีพด้านสุขภาพ ทั้ง 4 สภา อันประกอบด้วย แพทยสภา สภาการพยาบาล สภาเภสัชกรรม และทันตแพทยสภา ในฐานะตัวแทนของผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพทั่วประเทศ ได้ร่วมกันพิจารณาร่างสาระสำคัญของพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ (รหส. M 0001/ 2 พ.ย. 44 ปรับปรุง : 11 ก.พ. 45) และร่างพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. แล้ว มีข้อเสนอความเห็นเพื่อขอปรับแก้ไข ร่าง

อย่างที่บอกว่า “ต้องเป็นระบบที่มีศีลธรรม คุณธรรมและ จริยธรรม เคารพในสิทธิ คุณค่าและศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ มี โครงสร้างครบถ้วน มีคุณภาพ มีประสิทธิภาพ ควบคุมค่าใช้จ่าย ได้ รับผิดชอบร่วมกันอย่างสมานฉันท์ มีปัญญาเป็นพื้นฐาน...”

และในมาตรานี้ ยังเขียนย้ำในตอนต้นอีกว่า “ระบบสุขภาพต้อง เน้นเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพของคนทั้งมวล (Health for All) และ ส่งเสริมการมีส่วนร่วมของทุกฝ่าย (All for Health) อีกด้วย ทั้งหมด นี้ก็เพื่อประโยชน์สุขของการอยู่ร่วมกันนั่นเอง

ในหมวดที่ 2 เขียนถึงเรื่องสิทธิ หน้าที่ และความมั่นคงด้าน สุขภาพ เป็นการนำหลักการเรื่องสิทธิ หน้าที่ และบางส่วนของแนว นโยบายพื้นฐานแห่งรัฐในรัฐธรรมนูญปี 2540 ที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพมา เขียนไว้ให้ชัดเจนและครอบคลุมยิ่งขึ้น

อย่างเช่น มาตรา 8 เขียนถึงสิทธิของบุคคลในการดำรงชีวิตใน สิ่งแวดล้อมและสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ มาตรา 9 เขียนถึงสิทธิ ด้านสุขภาพของผู้หญิง เด็ก ผู้พิการ ผู้สูงอายุ ผู้ด้อยโอกาสในสังคมและ กลุ่มคนต่างๆ ที่มีความจำเป็นในเรื่องสุขภาพ มาตรา 12 เขียนถึงสิทธิ การรวมตัวกันจัดบริการด้านสุขภาพเพื่อการพึ่งตนเองในชุมชนอย่าง ยั่งยืน มาตรา 14 เขียนถึงสิทธิของบุคคลในการได้รับบริการสาธารณสุขที่ จำเป็นอย่างเสมอกัน มาตรา 16 เขียนถึงสิทธิบุคคลในการได้รับการ ค้ำครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ

มาตรา 18 เขียนถึงสิทธิเกี่ยวกับการรับบริการสาธารณสุขใน ประเด็นต่างๆ ซึ่งเป็นการยกระดับมาจากคำประกาศสิทธิผู้ป่วยที่องค์กร วิชาชีพด้านสาธารณสุขและกระทรวงสาธารณสุขเคยประกาศไว้ก่อนหน้า นี้แล้ว ให้มาปรากฏอยู่ในธรรมนูญสุขภาพอย่างเป็นทางการ

มาตรา 21 เขียนถึงสิทธิร้องขอและร่วมในกระบวนการประเมินผล กระทบด้านสุขภาพจากนโยบายสาธารณะ เพราะนโยบายสาธารณะมีผล

กระทบต่อสุขภาพได้อย่างมากทั้งในแง่บวกและแง่ลบ

มาตรา 24 เขียนถึงสิทธิในการแสดงความจำนงปฏิเสธการรักษาพยาบาลที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิต เพื่อให้เป็นการตายอย่างสงบและมีศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์

“สิทธิในมาตรา 24 นี้ ให้นึกถึงกรณีของท่านพุทธทาส จะเห็นได้ชัด ท่านเคยแสดงเจตจำนงไว้ว่า ในวาระสุดท้ายของชีวิตของท่าน ท่านขอตายอย่างสงบที่สวนโมกข์ ไม่ขอไปรับการรักษาพยาบาลที่ไหน แต่เมื่อท่านไม่รู้สติแล้ว กลับถูกนำเข้าสู่การรักษาพยาบาลเป็นเวลานาน กว่าท่านจะสิ้น อย่างนี้ถ้ามีกฎหมายนี้ ท่านสามารถแสดงความจำนงไว้ล่วงหน้า ใครจะไปละเมิดสิทธิของท่านไม่ได้”



ไม่ไปชะอย่าง... รู้เรื่อง "สิทธิผู้ป่วย" ไร่เปล่า

อาจารย์วิฑูรย์ อึ้งประพันธ์ เคยให้คำอธิบายมาตรา 24 ไว้ในทำนองนี้

นั่นเป็นตัวอย่างบางส่วนของ การกำหนดสิทธิด้านสุขภาพไว้ในร่าง พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ ซึ่งจะเห็นได้ว่าเป็นสิทธิที่กว้าง เชื่อมโยงครอบคลุมทุกมิติ กว้างกว่าเรื่องของบริการสาธารณสุขเท่านั้น

สำหรับหน้าที่ด้านสุขภาพ ส่วนใหญ่มุ่งเน้นไปที่หน้าที่ของรัฐ ที่จะต้องดูแล ส่งเสริม สนับสนุน เรื่องต่างๆ เพื่อให้ประชาชนมีสุขภาพที่ดีเป็นหลัก เพราะรัฐต้องมีหน้าที่บำบัดทุกข์ บำรุงสุขให้ประชาชนโดยตรงอยู่แล้ว ในขณะที่เดียวกันก็มีการกำหนดหน้าที่ของประชาชนไว้ด้วย

อย่างเช่นมาตรา 25 เขียนไว้ว่า “บุคคล ครอบครัว และชุมชน มีหน้าที่สร้างเสริมสุขภาพของตนเอง และคนในชุมชนตนเอง และต้องรับ

ผิดชอบต่อการกระทำที่ทำให้เกิดปัจจัยที่คุกคามสุขภาพ”

มาตรา 26 เขียนไว้ว่า “บุคคล ครอบครัว ชุมชนและรัฐมีหน้าที่ร่วมกันอนุรักษ์ ฟื้นฟู บำรุงรักษา จาริตประเพณี ภูมิปัญญาท้องถิ่น ทรัพยากรธรรมชาติ สิ่งแวดล้อมและสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ...”

เป็นการเขียนหน้าที่ โดยไม่มีบทลงโทษกำกับไว้ ด้วยเหตุผลดังที่กล่าวไปแล้วคือ ไม่ต้องการให้กฎหมายเป็นเครื่องมือบริหารของรัฐ แต่ต้องการให้เป็นกรอบกติการ่วมกันของผู้คนในสังคมได้ใช้อ้างอิงเพื่อสร้างสุขภาพหรือสุขภาวะร่วมกันมากกว่า

สำหรับในส่วนที่ 3 ของหมวดที่ 2 เขียนถึงเรื่อง “ความมั่นคงด้านสุขภาพ” ซึ่งเป็นประเด็นค่อนข้างใหม่ เพราะที่ผ่านมาเราไม่ค่อยสนใจเรื่องนี้ เรามักจะไปเน้นการจัดระบบบริการสาธารณสุขเพื่อดูแลสุขภาพที่ชำรุดเสียหายไปแล้ว เพื่อให้ฟื้นกลับคืนมา หรือไม่ก็ลดทุกอย่างที่เกิดขึ้นแล้วให้น้อยลง

แต่ในส่วนนี้ เป็นการเขียนเพื่อเป็นแนวทางของสังคม

ในการให้ความสำคัญกับการมีสุขภาพดี การปกป้อง

คุ้มครองไม่ให้คนและสังคมเสียสุขภาวะ เข้าหลัก

การที่เรียกว่า “สร้างนำซ่อม” นั่นเอง โดย

ให้คำจำกัดความของคำว่า “ความมั่นคง

ด้านสุขภาพ” ไว้ว่า หมายถึง การมีหลัก

ประกันและการคุ้มครองให้เกิดสุขภาวะที่ยั่งยืน โดยให้ถือเป็นหน้าที่ร่วมกันของทุก

ฝ่ายในการส่งเสริม สนับสนุน ปกป้อง พิทักษ์

รักษา เพื่อคุ้มครองความมั่นคงด้านสุขภาพ

รวมทั้งการแก้ไข ลดและขจัดเงื่อนไขที่มี

ผลเสียต่อความมั่นคงด้านสุขภาพด้วย

(มาตรา 32) โดยมาตรา 33 ได้เขียน



ให้เห็นภาพของความมั่นคงด้านสุขภาพในทางต่างๆ เช่น ทางสังคม ทางเศรษฐกิจ ทางโครงสร้างพื้นฐาน ทางทรัพยากรและสิ่งแวดล้อม ทางการเมือง เป็นต้น

“ความมั่นคงด้านสุขภาพ หมายความว่า ถ้าไม่จำเป็นต้องป่วยก็ไม่ป่วย ถ้าป่วยต้องได้รับการรักษาที่จำเป็น ถ้าไม่จำเป็นต้องพิการก็ไม่พิการ แต่ถ้าจำเป็นต้องพิการ ต้องให้เกิดน้อยที่สุด และสามารถอยู่กับความพิการนั้นได้”

นี่คือ คำอธิบายเรื่องความมั่นคงด้านสุขภาพของอาจารย์จรูญ สุวรรณเวลา ทำให้เห็นว่าเรื่องนี้ไกลกว่าการมีหลักประกันการเข้าถึงบริการสาธารณสุขเพียงอย่างเดียว

ที่ผมเล่ามาทั้งหมด เป็นเพียงตัวอย่างสาระบางส่วนในร่าง พ.ร.บ. สุขภาพแห่งชาติ ที่เขียนขึ้นเพื่อให้ทุกฝ่ายใช้ประโยชน์เป็นหลักในการสร้างสุขภาพหรือสุขภาวะร่วมกัน

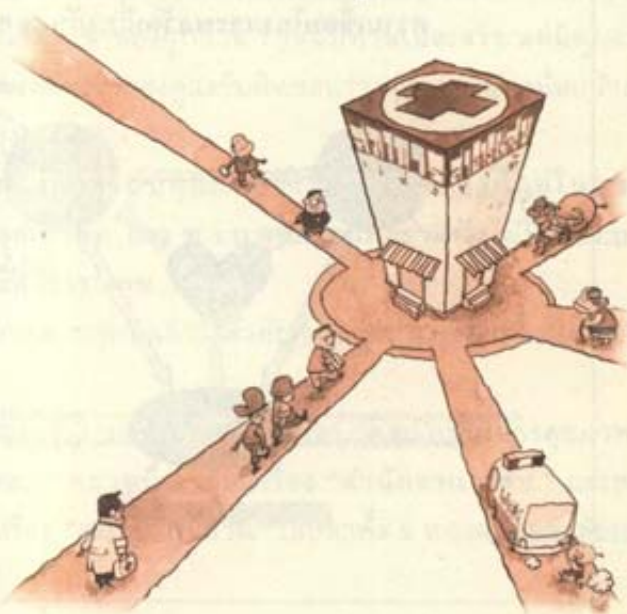
ต่อไป ผมจะเขียนถึงหมวด 3, 4 และ 5 ซึ่งเป็นกลไกหัวใจของกฎหมายฉบับนี้ครับ



มีอะไร ใน พ.ร.บ. สุขภาพ(2)

15

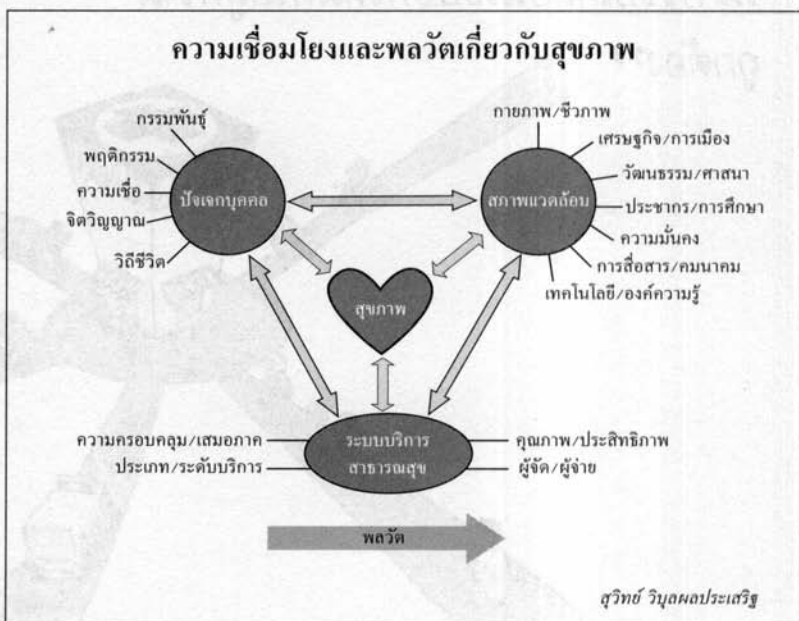
“เป็นการออกแบบกลไกใหม่ที่ไม่เคยมีมาก่อน และสนองตอบเจตนารมณ์ของรัฐธรรมนูญ พ.ศ.2540 เป็นระบบแรกเปิดให้คนไทยทุกคนมีส่วนร่วมในการขับเคลื่อนระบบทั้งหมดไปสู่ความถูกต้อง”



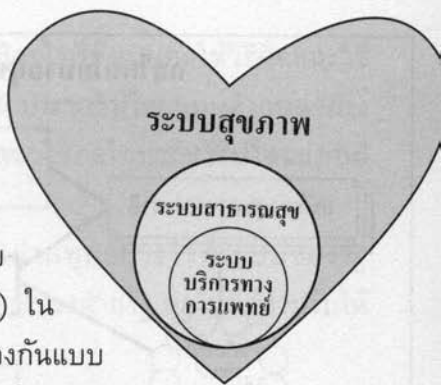
ก่อนที่ผมจะเล่าต่อถึงสาระสำคัญอันถือเป็นหัวใจของ พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติในหมวด 3, 4 และ 5 ผมขอวกมาพูดเรื่องความหมายของระบบสุขภาพเพิ่มเติมสักเล็กน้อย

ในอดีตหลังจากที่เรารับรองความรู้และเทคโนโลยีตะวันตกเข้ามามากขึ้นๆ ทำให้เราเข้าใจและคุ้นเคยกันว่า สุขภาพหมายถึงเรื่องการเจ็บไข้ได้ป่วย มดหมอ หยูกยา หรือการบริการการแพทย์และสาธารณสุขต่างๆ ที่จริงแล้ว สุขภาพหมายถึงสภาวะที่เป็นองค์รวม ทั้งเรื่องของบุคคล-ครอบครัว ชุมชนและสังคม

เมื่อเราเข้าใจและคุ้นเคยกับสุขภาพในความหมายที่แคบ เราก็มักจะคิดถึงระบบที่แคบตามไปด้วย เรื่องสุขภาพจึงมักจะมีความหมายแค่ระบบบริการการแพทย์และสาธารณสุข (medical and health care system) และระบบสาธารณสุข (public health system) ซึ่งก็หมายถึงงานแบบที่กระทรวงสาธารณสุขดูแลรับผิดชอบอยู่ทั้งหมดนั้นแหละ



แต่ดังที่ผมเคยเขียนไป
แล้วว่า สุขภาพมีผลกระทบมา
จากทั้งตัวบุคคลเอง จากระบบ
ย่อยต่างๆ ทุกระบบในสังคม และ
จากสิ่งแวดล้อมต่างๆ ด้วย ระบบ
สุขภาพ (total health systems) ใน
ความหมายที่เราคุยกันนี้ จึงต้องมองกันแบบ
กว้างสุดๆ ตามไปด้วย ระบบสุขภาพในความหมาย
นี้จึงไม่ใช่ระบบสาธารณสุขเท่านั้น (แต่กว้างกว่าระบบสาธารณสุข) จน
บางคนกล่าวว่า



“ระบบสุขภาพ ก็คือ ระบบชีวิตและระบบสังคมนั่นเอง”

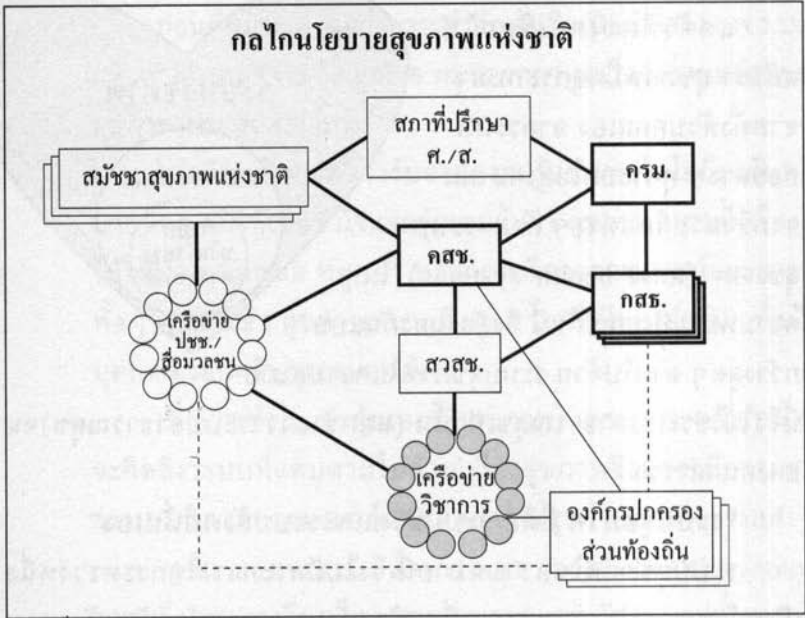
ระบบสุขภาพในความหมายนี้ จึงไม่มีกระทรวงใดกระทรวงหนึ่ง
เป็นเจ้าของ แต่ทุกกระทรวงเกี่ยวข้องทั้งหมด มากบ้างน้อยบ้างตาม
ขอบเขตหน้าที่ ไม่มีนักวิชาการ นักวิชาชีพสาขาหนึ่งสาขาใดหรือด้าน
หนึ่งด้านใดเป็นเจ้าของผูกขาด รับสัมปทานเบ็ดเสร็จ แต่มีทุกคนทุก
ฝ่ายในสังคมเป็นเจ้าของดูแลรับผิดชอบร่วมกัน มากบ้างน้อยบ้างตาม
บทบาทของแต่ละส่วน

การปฏิรูประบบสุขภาพจึงไม่ใช่งานของผู้อยู่ในแวดวง
สาธารณสุขเท่านั้น และ พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ จึงไม่ใช่ พ.ร.บ.การ
แพทย์และสาธารณสุข

ที่นี้มาดูสาระที่เป็นหัวใจสำคัญของ พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ ที่ผม
ค้างไว้

ในหมวดที่ 3 ของ พ.ร.บ.เขียนเรื่อง “คณะกรรมการสุขภาพแห่ง
ชาติ (คสช.)” หมวดที่ 4 เขียนเรื่อง “สำนักงาน คสช.” และหมวด
ที่ 5 เขียนเรื่อง “สมัชชาสุขภาพ” เนื้อหาทั้ง 3 หมวดนี้สอดคล้องเชื่อมโยงกัน

กลไกนโยบายสุขภาพแห่งชาติ



พูดถึง คสช. บางคนรู้สึกแข็งขันมาทันทีที่เห็นการเขียนกลไกในรูปของ “คณะกรรมการ” เพราะมีความรู้สึกไม่ดีกับคณะกรรมการที่มีการตั้งกันอย่างมากมายในการทำงานต่างๆ ไป แต่ผลงานมักจะไม่ค่อยออก หรือออกก็ไม่ค่อยได้เรื่อง จนมีบางคนเชื่อว่า

“ถ้าอยากให้ทำอะไรไม่สำเร็จ ให้ตั้งกรรมการ”

แต่ คสช. ไม่น่าจะเป็นกรรมการแบบนั้น

หลักคิดของการออกแบบกลไกนี้ก็คือ หลักคิด “ประชาธิปไตยแบบมีส่วนร่วม” ตามเจตนารมณ์ของรัฐธรรมนูญปี 2540 นั่นเอง

โดยเฉพาะอย่างยิ่ง รัฐธรรมนูญ มาตรา 76 ที่ว่า

“รัฐต้องส่งเสริมและสนับสนุนการมีส่วนร่วมของประชาชน ในการกำหนดนโยบาย การตัดสินใจทางการเมือง การวางแผนพัฒนาทางเศรษฐกิจ สังคม และการเมือง รวมทั้งการตรวจสอบการใช้อำนาจรัฐทุกระดับ”

นั่นหมายความว่า เรื่องอะไรต่อมิอะไรที่สังคมเคยใช้วิธีคิดและวิธีทำงานโดยผ่านระบบราชการที่เป็นกลไกประชาธิปไตยแบบตัวแทนอย่างเดียว นั้น แนวคิดในรัฐธรรมนูญให้ปรับมาใช้กลไกประชาธิปไตยแบบมีส่วนร่วมด้วย

เรื่องสุขภาพก็เช่นกัน เมื่อก่อนฝากทุกอย่างไว้ที่ระบบของรัฐ ประชาชนเป็นฝ่ายรอรับผลจากการทำงานของฝ่ายรัฐ ต่อไปนี้ต้องปรับให้เกิดการมีส่วนร่วมอย่างเป็นรูปธรรม

กลไก คสช. จึงเกิดขึ้น เพื่อให้ฝ่ายประชาชน ฝ่ายวิชาการและวิชาชีพ และฝ่ายการเมือง รวมทั้งราชการ มาทำงานร่วมกันเป็นแบบ “สามเส้าตั้งหม้อข้าว” ในสมัยโบราณ โดยกลไกนี้ไม่ใช่กลไกอำนาจ ไม่ใช่กลไกเครื่องมือทำงานของฝ่ายรัฐ ไม่มีอำนาจบริหารจัดการ ไม่ใช่ผู้คุมทรัพยากร แต่เป็นกลไกส่งเสริมสนับสนุนให้เกิดการทำนโยบายและยุทธศาสตร์ที่เกี่ยวกับสุขภาพ และผลักดันไปสู่การปฏิบัติผ่านทางฝ่ายรัฐ และทุกฝ่ายในสังคม รวมทั้งตัวประชาชนเองด้วย โดยกลไกนี้ไม่มีหน้าที่ลงไปปฏิบัติเอง

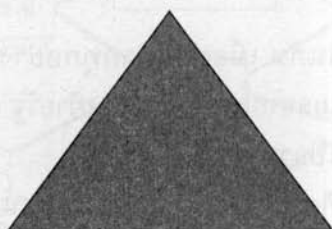
การเชื่อมสามเส้าเข้าด้วยกันอย่างสมดุล ก็คือการผนึกกำลังความคิด กำลังปัญญาร่วมกันตาม “ยุทธศาสตร์สามเหลี่ยมเขยื้อนภูเขา” นั้นเอง

องค์ประกอบของ คสช. ที่มาจาก 3 ฝ่ายจะมีฝ่ายละเท่าๆ กัน รวมกันเข้ามาเพื่อทำงานร่วมกันอย่างสร้างสรรค์ ไม่ใช่กลไกผลประโยชน์ของฝ่ายหนึ่งฝ่ายใด แต่เป็นกลไกที่มาช่วยกันคิดเพื่อผลประโยชน์ของมหาชนเป็นหลัก

โดย คสช. จะทำงานได้ ต้องมีกลไกสนับสนุนองค์ความรู้เพื่อเป็นปัญญาสำหรับทำนโยบายและยุทธศาสตร์ จึงได้เขียนเชื่อมโยงการทำงานไว้กับกลไกที่ดูแลทิศทางและการจัดการงานวิจัยของชาติ การทำงานของ คสช. จึงจะอยู่บนฐานปัญญาและความรู้ (wisdom/evidence -

ยุทธศาสตร์สามเหลี่ยมเขยื้อนภูเขา

1. การสร้างความรู้หรือการทำงานทางวิชาการ



2. การเคลื่อนไหวของสังคม

3. การเชื่อมโยงกับการเมือง

based) ไม่ใช่ทำงานบนฐานความเห็น (opinion-based) เพียงเท่านั้น

ในขณะเดียวกัน คสช. ต้องไม่ทำงานแบบหลุดลอยตัวอยู่ในนภากาศ การทำงานของ คสช. ต้องเชื่อมกับประชาชนและสังคมที่มีการเคลื่อนไหวไปอย่างไม่หยุดนิ่ง และมีความหลากหลายเป็นธรรมชาติอยู่แล้ว จึงได้เขียนกำหนดไว้ในหมวดที่ 5 ให้มีการสนับสนุนเวทีสมัชชาสุขภาพพื้นที่ และสมัชชาสุขภาพเฉพาะประเด็น เพื่อให้ คสช. ได้มีช่องทางทำงานเชื่อมความรู้เข้ากับภาคสังคม เป็นการเรียนรู้ร่วมกันอย่างต่อเนื่องและร่วมคิดร่วมทำอย่างเป็นกัลยาณมิตร

บางเรื่องสามารถผลักดันให้เกิดนโยบายและยุทธศาสตร์ที่เกี่ยวกับสุขภาพที่ดีๆ ขึ้นในบ้านเมือง

ในขณะที่บางเรื่องไม่ต้องไปถึงขั้นนโยบายและยุทธศาสตร์ แต่จากการมีเวทีและการเรียนรู้ร่วมกัน ก็สามารถนำไปสู่การปฏิบัติของฝ่ายต่างๆ ในสังคมได้เลย โดยเฉพาะอย่างยิ่งสุขภาพหรือสุขภาพะในมิติที่เกี่ยวกับพฤติกรรมและวิถีชีวิตของผู้คน

ในอีกด้านหนึ่ง กลไกเช่นนี้ น่าจะใช้เป็นเวทีที่แก้ปัญหาความขัดแย้ง

ความรุนแรง ซึ่งจะมีมากขึ้นเรื่อยๆ เป็นเงาตามตัวของการพัฒนาที่มากับโลกาภิวัตน์ ทั้งนี้ก็เพื่อสมานฉันท์ผู้คนฝ่ายต่างๆ ในสังคม และสร้างสุข-ภาวะร่วมกัน

“คสช. ไม่มีอำนาจ แล้วจะไปมีน้ำยาอะไร ก็จะเหมือนกรรมกรต่าง ๆ ที่มีมากมายแต่ไม่มีอำนาจ ไม่เห็นว่าจะทำอะไรได้สำเร็จ”

มีบางคนให้ความเห็นแย้งตามประสบการณ์ที่สั่งสมมา ซึ่งก็เป็นข้อแย้งที่น่ารับฟัง แต่การออกแบบ คสช. นี้ วางอยู่บนฐานคิดที่แตกต่างกับกรรมกรต่าง ๆ ที่มีมากมาย ตรงที่ มี 3 ฝ่ายเข้ามาทำงานด้วยกัน เชื่อมภาคความรู้ ภาคสังคม เข้ากับภาคการเมือง โดยอาศัย “การเคลื่อนไหวของสังคม” เป็นการเรียนรู้ร่วมกันอย่างต่อเนื่อง

แบบที่เรียกว่า

“ผืนปัญญา
เข้าหาสังคม เชื่อม
โยงการเมือง เรียนรู้
ร่วมกัน เพื่อนำไปสู่
สิ่งที่ดีกว่า”

ซึ่งจุดประกัน
ความสำเร็จที่สำคัญ
ของกลไกนโยบาย



แบบนี้ก็คือ การกำหนดให้มีสำนักงานเลขานุการที่เป็นหน่วยงานของรัฐ แต่ไม่ใช่เป็นส่วนราชการ ใช้ทรัพยากรของรัฐ ทำงานภายใต้ระบบการกำกับตรวจสอบเพื่อความเป็นธรรมาภิบาล และสามารถทำงานได้อย่างคล่องตัว เพื่อประสานเชื่อมโยง 3 ฝ่าย เข้าทำงานด้วยกันได้ โดยไม่ถูกครอบงำหรือแทรกแซงจากฝ่ายหนึ่งฝ่ายใด

ตรงนี้สำคัญอย่างมากต่อการทำงานแบบร่วมมือถักทอแนวตั้งกับแนวนอน แต่ถ้าเป็นส่วนราชการจะเหมาะกับการทำงานแบบแนวตั้งตาม

แนวทางประชาธิปไตยแบบตัวแทนมากกว่า

การมีหน่วยเลขานุการทำหน้าที่เป็นฝ่ายธุรการประสานงานให้กับ คสช. โดยเป็นหน่วยงานของรัฐแต่มีอิสระเป็นส่วนราชการเช่นนี้ มิได้อิสระจากระบบใดๆ อย่างสิ้นเชิงเหมือนที่บางคนกังวล เพราะหน่วยงานเช่นนี้ ออกแบบไว้ให้มีการกำกับดูแลหลายด้าน ได้แก่ การกำหนดให้มีคณะกรรมการบริหารที่แต่งตั้งโดย คสช. มาทำหน้าที่ดูแลทิศทางการทำงานและการบริหารงานของสำนักงาน หัวหน้าสำนักงานและทีมงานต้องทำงานภายใต้การกำกับของคณะกรรมการบริหาร มิใช่อิสระอย่างสมบูรณ์ หน่วยงานนี้ต้องทำคำขอของงบประมาณประจำปี ซึ่งต้องสามารถแสดงผลงาน และ



วิธีทำงานได้อย่างสมเหตุสมผลว่าเป็นไปในทิศทางและหลักการที่ถูกต้องเหมาะสม ซึ่งตรงนี้รัฐบาลและรัฐสภาสามารถกำกับได้ด้วยกระบวนการงบประมาณ ในขณะที่เดียวกันมีการกำหนดการได้มาของหัวหน้าสำนักงาน มีวาระการดำรงตำแหน่ง มีการกำกับดูแลการทำงานของเจ้าหน้าที่ เพื่อให้สามารถทำงานได้อย่างอิสระในระดับหนึ่ง ใช้การประเมินวัดผลงานเป็นหลัก ในขณะเดียวกันก็ต้องมีความมั่นคงพอสมควร แต่ไม่แข็งเกินไปแบบราชการ

“คสช., สำนักงาน คสช. และสมัชชาสุขภาพ คือ กลไกสามเหลี่ยมเขยื้อนภูเขา ที่ทั้งภาควิชาการ ภาคสังคม และภาคการเมือง เข้ามาร่วมกันทำงานอย่างต่อเนื่อง ให้เกิดระบบสุขภาพที่ครบถ้วน อันก่อให้เกิดสุขภาพที่สมบูรณ์แก่ประชาชนทั้งหมดได้จริง

ขอให้พิจารณากลไกที่กล่าวถึงนี้โดยสาระ เพราะเป็นการออกแบบกลไกใหม่ที่ไม่เคยมีมาก่อนเลย และสนองตอบเจตนารมณ์ของ

รัฐธรรมนูญ พ.ศ. 2540 เป็นกลไกแรก กลไกนี้เปิดให้คนไทยทุกคนมีส่วนร่วมในการขับเคลื่อนระบบทั้งหมดไปสู่ความถูกต้อง เป็นกระบวนการทางศีลธรรม

ถ้าสังเกตให้ดี กลไกขับเคลื่อนดังกล่าวอาศัยยุทธศาสตร์ “การสร้างความรู้และร่วมเรียนรู้สู่การปฏิบัติ” อันเป็นกระบวนการที่ทรงพลังยิ่ง เพราะอยู่บนความเป็นกลางหรือมีขมิ้มมาปฏิบัติ ขับเคลื่อนด้วยความรัก ความรู้ และความสามัคคี (รู้ รัก สามัคคี) ไม่เป็นปฏิปักษ์ต่อใคร ยิ่งเคลื่อน ยิ่งมีคนเข้าร่วมมากขึ้นทุกที จนเป็นกระบวนการของคนไทยทั้งหมดร่วมกัน เพื่อสร้างความอยู่เย็นเป็นสุขขึ้นในบ้านเมือง”



ข้างต้นนี้คือบางส่วนที่ อาจารย์ประเวศ วะสี เขียนวิเคราะห์ไว้ใน “จดหมายถึงเพื่อนคนไทย” (พฤษภาคม 2545)

“เห็นด้วยกับการกำหนด คสช.ให้เป็นกลไกนโยบายสุขภาพแห่งชาติ และสำนักงาน คสช. เป็นหน่วยงานในกำกับของรัฐ โดยที่มีใช้เป็นส่วนราชการปกติ เพื่อสามารถทำงานให้เกิดนโยบายที่มีเอกภาพและยึดหลักการบริหารจัดการที่ดีได้อย่างแท้จริง โดยมีกลไกสมัชชาสุขภาพเชื่อมโยงการทำงานกับภาคประชาชนให้มีโอกาสร่วมกำหนดนโยบายและยุทธศาสตร์ของระบบสุขภาพของชาติได้จริง”

นี่เป็นความเห็นของพรรคประชาธิปัตย์ ที่ผ่านมาทางนายแพทย์ปริชา มุสิกกุล ประธานคณะทำงานสาธารณสุขของพรรค (31 ม.ค. 2545) ซึ่งสอดคล้องกับความเห็นอย่างเป็นทางการของสำนักงาน ก.พ. และสำนักงานคณะกรรมการปฏิรูประบบราชการ (กพร.) ที่เห็นด้วยกับการ

มี คสช. และมีสำนักงาน คสช. ที่เป็นหน่วยงานของรัฐซึ่งไม่เป็นส่วนราชการ
คุณหมอนิรันดร์ พิทักษ์วัชระ สมาชิกวุฒิสภาให้ความเห็นไว้เมื่อ
วันที่ 27 พฤศจิกายน 2544 ว่า

“กลไกนโยบายในร่าง พ.ร.บ.ฯ นี้ สอดคล้องกับเจตนารมณ์แห่ง
รัฐธรรมนูญปี 40 คสช. เป็นกลไกตัวแทนไตรภาคี คือ ฝ่ายการเมือง ฝ่าย
ประชาชน และฝ่ายวิชาการ/วิชาชีพ จึงต้องแยกส่วนที่เป็นอำนาจออก
ไป ที่ร่างไว้ดีแล้ว ในส่วนของภาคประชาชน ต้องไม่ทำแบบจัดตั้ง ควร



หนุนให้เกิดจิตสำนึกในการมี
ส่วนร่วมที่หลากหลายและเป็น
ธรรมชาติ ที่สำคัญกลไกสำนัก-
งานที่ทำหน้าที่เลขานุการต้อง
มีความเป็นอิสระ จะได้ไม่ถูก
แทรกแซง ชี้นำหรือครอบงำ
โดยฝ่ายหนึ่งฝ่ายใด”

อาจารย์ปิยสกล สกล-

สัตยาทร คณบดีคณะแพทยศาสตร์ ศิริราชพยาบาล ได้ให้ข้อคิดและข้อ
พึงระวังไว้ว่า

“โครงสร้างนโยบายนี้ ควรลงไปให้ถึงประชาชนจริงๆ แต่สมัชชา
สุขภาพพื้นที่ต้องระวังเรื่องการตกเป็นเครื่องมือของกลุ่มใดกลุ่มหนึ่ง
ด้วย สำหรับในส่วนขององค์กรวิชาชีพนั้น พร้อมทั้งจะร่วมมือและทำงาน
ทางวิชาการลึกลงไปสู่ระดับประชาคมอยู่แล้ว”

อาจารย์พิชัย ศรีใส ตัวแทนประชาคมสงขลา ให้ข้อคิดไว้ว่า

“ในสังคมของเรา ไม่ใช่ระบบรัฐเท่านั้นที่เป็นผู้ทำทุกเรื่อง แต่ยังมี
อีกซีกหนึ่งคือประชาชน จึงต้องสร้างกลไกให้ซีกประชาชนได้มีส่วนร่วม
อย่างชัดเจน แผ่นดิน ทรัพยากร เราต้องช่วยกันดูแลรักษา การสร้าง
เสริมความเข้มแข็งภาคประชาชนให้เข้ามามีส่วนร่วมเรื่องสุขภาพจะเกิด

ประโยชน์ ประหยัดงบประมาณกว่าการปล่อยให้รัฐทำฝ่ายเดียว”

ความเห็นเหล่านี้ เป็นเพียงบางส่วน จากการรับฟังกันมาอย่างกว้างขวางในช่วง 2 ปีที่ผ่านมา ซึ่งโดยสรุปอาจกล่าวได้ว่า หากเราเชื่อมั่นในพลังประชาธิปไตย ก็ควรเปิดช่องทางให้ประชาธิปไตยแบบมีส่วนร่วม (participatory democracy) ได้ก้าวเข้ามาทำงาน เชื่อมโยงกับประชาธิปไตยแบบตัวแทน (representative democracy) อย่างเคียงบ่าเคียงไหล่

การออกแบบกลไกทำนองนี้ ก็น่าจะเป็นเรื่องที่ดี เพราะจะทำให้เกิดกระบวนการเรียนรู้ร่วมกันของคนไทยทุกหมู่เหล่า เพื่อทำงานร่วมกันอย่างสร้างสรรค์ โดยมีเรื่อง “สุขภาพ” ซึ่งสำคัญกับทุกคนเป็น “ตัวร่วม” เพื่อให้เกิด “ระบบสุขภาพแบบมีส่วนร่วม” (participatory health systems) ที่เป็นรูปธรรมต่อไปในอนาคต



พ.ร.บ.สุขภาพ

กับ พ.ร.บ.

16

หลักประกันสุขภาพ

“จุดสนใจและการให้ความสำคัญของ
รัฐบาลจึงอยู่ที่ พ.ร.บ.หลักประกันสุขภาพ
เพราะเป็นเรื่องของรัฐบาลเองล้วนๆ ส่วน
พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ รัฐบาลก็ไม่ได้ทอดทิ้ง
ยังคงสนับสนุนให้ดำเนินไปตามแนวทางเดิม
โดยส่งรองนายกฯ มาทำหน้าที่ประธาน
คปรส. แบบที่เรียกว่า 2 ปี
เปลี่ยนมา 4 คน”



ในห้วงเวลา 4-5 ปีมานี้ เรื่องสุขภาพกลายเป็นประเด็นสาธารณะที่มีการกล่าวถึงกันไม่น้อย อาจด้วยเหตุผลหลายประการ ได้แก่ ประเด็นสุขภาพกำลังเป็นกระแสทั่วโลก ผู้คนสนใจเรื่องสุขภาพมากขึ้น เพราะการพัฒนาที่ผ่านๆ มากระทบกับสุขภาพของผู้คน แม้ว่าจะมีการพัฒนาบริการการแพทย์และสาธารณสุขอย่างมากมาโดยตลอด แต่ก็จัดการกับปัญหาสุขภาพได้เพียงส่วนหนึ่งเท่านั้น ในขณะที่เดียวกันค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพมีแนวโน้มสูงมากและมีอัตราเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว

ขนาดในประเทศร่ำรวยอย่างสหรัฐอเมริกายังแทบจะไปไม่รอด เพราะค่าใช้จ่ายเพื่อการบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขที่นั่นแพงมาก กระทบกับบุคคลและสังคมทั้งสังคม นั่นเป็นเพราะเอาเรื่องสุขภาพไปผูกติดไว้กับมิติทางการแพทย์และสาธารณสุขมากเกินไป

ในบ้านเรา ดังที่ผมเคยเขียนถึงสภาพปัญหาและสถานการณ์อันเป็นเหตุให้ต้องคุยกันถึงเรื่องการปฏิรูประบบสุขภาพกันอย่างเอาจริงเอาจังไปแล้ว เราจึงมุ่งปฏิรูปในภาพที่กว้างกว่าระบบบริการการแพทย์และสาธารณสุข โดยวางเป้าหมายที่จะช่วยกันทำ พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ ให้เป็นกฎหมายแม่บทด้านสุขภาพหรือธรรมนูญสุขภาพดังที่เล่าไปแล้ว

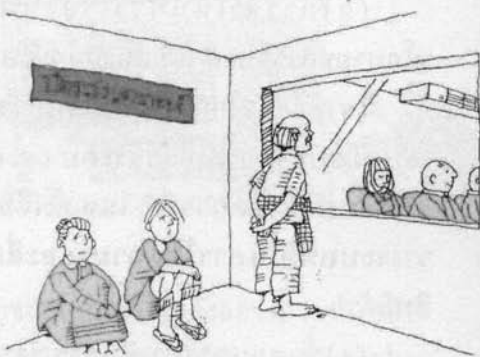
กฎหมายแม่บทนี้มีปรัชญาที่วางอยู่บนการ “สร้างนำซ่อม” และเปิดช่องทางที่ดีให้ทุกฝ่ายในสังคมเข้ามาร่วมกันดูแล ปกป้องพิทักษ์รักษาการมีสุขภาพดี (wellness approach) นำหน้าการมีระบบซ่อมสุขภาพเสีย (illness approach)

นั่นหมายความว่า มุ่งดูแลเรื่องสุขภาพให้ครอบคลุมอย่างรอบด้าน จะได้ไม่ทุ่มเทอยู่เพียงแค่ว่าเรื่องของการบริการการแพทย์และสาธารณสุขอย่างที่ผ่านมาๆ มาเท่านั้น



ในช่วงเริ่มต้นของการขับเคลื่อนการปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ (ปี 2542 - 2543) ได้มีการวางแผนไว้คร่าวๆ ว่า ในขณะที่ช่วยกันทำ พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ ให้เป็น พ.ร.บ.แม่บทด้านสุขภาพหรือธรรมนูญสุขภาพของคนไทยนั้น ก็ควรประมวลความรู้เพื่อเตรียมปฏิรูประบบบริการการแพทย์และสาธารณสุขควบคู่ไปด้วย เพราะระบบนี้สำคัญต่อสุขภาพและชีวิตของผู้คนอย่างมาก และที่สำคัญคือใช้เงินมากเหลือเกิน โดยวางแผนเป้าหมายว่าจะทำ พ.ร.บ.หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เพื่อปฏิรูประบบบริการการแพทย์และสาธารณสุข ให้คนไทยมีหลักประกันการเข้าถึงบริการการแพทย์และสาธารณสุขอย่างถ้วนหน้า เพราะก่อนหน้านี้มีคนไทยประมาณ 20 ล้านคนไม่มีหลักประกันนี้ และที่มีหลักประกันอยู่แล้วก็มีหลายระบบ ได้รับสิทธิที่แตกต่างเหลื่อมล้ำกันมาก และรัฐธรรมนูญปี 2540 มาตรา 52 ก็ระบุไว้ชัดเจนว่า

“บุคคลย่อมมีสิทธิเสมอกันในการรับบริการทางสาธารณสุขที่ได้มาตรฐาน และผู้ยากไร้มีสิทธิได้รับการรักษาพยาบาลจากสถานบริการสาธารณสุขของรัฐโดยไม่เสียค่าใช้จ่าย ทั้งนี้ตามที่กฎหมายบัญญัติ”



ดังนั้น ในการปฏิรูประบบบริการนี้ นอกจากต้องการทำให้คนไทยมีหลักประกันการเข้าถึงบริการการแพทย์และสาธารณสุขอย่างถ้วนหน้าแล้ว ระบบบริการเองจะต้องได้รับการปฏิรูปให้มีคุณภาพ มีประสิทธิภาพ มีความเป็นธรรม ใช้เงินคุ้มค่า และควบคุมค่าใช้จ่ายได้อย่างสมเหตุสมผลด้วย

งานตรงนี้ ทางสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุขได้สนับสนุนให้มีนักวิชาการคณะหนึ่งนำโดยอาจารย์อัมมาร สยามวาลา นักเศรษฐศาสตร์

ผู้ทรงคุณวุฒิ ทำการสังเคราะห์ความรู้และกำหนดข้อเสนอในการปฏิรูป ส่วนนี้ ในขณะเดียวกัน ทางฝ่ายของกระทรวงสาธารณสุข โดยโครงการ ปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข ที่มีคุณหมอสงวน นิตยารัมภ์พงศ์ เป็นผู้นำ ก็ผลักดันเรื่องนี้ได้อย่างเอาจริงเอาจังมาโดยตลอด

คณะทำงานชุดอาจารย์อัมมาร ได้สังเคราะห์งานวิชาการออกมา เป็นข้อเสนอแนะต่อการจัดทำระบบหลักประกันสุขภาพเพื่อการปฏิรูป ระบบบริการสาธารณสุข สรุปได้คือ

(1) รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2540 มาตรา 52 กำหนดว่า “บุคคลย่อมมีสิทธิเสมอกันในการได้รับบริการสาธารณสุขที่ได้มาตรฐาน...ตามที่กฎหมายกำหนด” ที่ผ่านมายังไม่มีกฎหมายกำหนดเรื่องนี้

(2) การดำเนินการเรื่องนี้ต้องเป็นนโยบายของรัฐบาล โดยต้องออกเป็นกฎหมาย

(3) ต้องอาศัยกลไกการเงินการคลังเป็นเครื่องมือปฏิรูปปรับเปลี่ยนระบบ และต้องมีการวางระบบการจัดการที่ดี ในขณะเดียวกันต้องวางระบบที่ดีในการให้ความรู้และสื่อสารข้อมูลแก่ผู้ปฏิบัติและผู้มีสิทธิด้วย

(4) ขั้นตอนการดำเนินการ รัฐบาลควรกำหนดเวลาดำเนินงานภายในระยะ 3 ปี จัดทำแผนแม่บทที่แสดงเป้าหมาย การดำเนินงาน และเงื่อนไขการทำงานอย่างชัดเจน จัดทำร่าง พ.ร.บ.หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และเปิดเวทีรับฟังความเห็นอย่างกว้างขวางเพื่อสร้างความเข้าใจร่วมกัน เตรียมการปรับระบบที่เกี่ยวข้องทุกอย่างอย่างครบถ้วนและเป็นขั้นเป็นตอน

(5) เสนอให้มีกลไกรับผิดชอบดำเนินงานที่ชัดเจน อยู่ภายใต้การ



ดูแลของนายกรัฐมนตรี และเห็นการดำเนินงานแบบมีส่วนร่วม

ข้อเสนอของคณะทำงานชุดนี้ มีการนำเข้าปรึกษาหารือกันในคณะกรรมการวิชาการเพื่อการปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติที่มีอาจารย์เกษม วัฒนชัย เป็นประธาน แต่ไม่ได้นำเสนอ ครปส. และไม่ได้นำไปสู่การปฏิบัติใดๆ เนื่องจากในช่วงต้นปี 2544 ประเทศไทยได้รัฐบาลใหม่ ภายใต้การนำของพรรคไทยรักไทยที่มี พ.ต.ท.ทักษิณ ชินวัตร เป็นหัวหน้าพรรค ซึ่งพรรคนี้ได้ชูนโยบายสำคัญหลายประการในการหาเสียงเลือกตั้งทั่วไปช่วงปลายปี 2543

ซึ่งหนึ่งในนโยบายสำคัญก็คือ “โครงการ 30 บาท รักษาทุกโรค” ซึ่งเป็นการดำเนินการเพื่อปฏิรูประบบหลักประกันสุขภาพ คือการจัดหลักประกันการเข้าถึงบริการสาธารณสุขในยามจำเป็นให้กับคนไทยถ้วนทั่วทั้งสังคม ตามเจตนารมณ์ของรัฐธรรมนูญ มาตรา 52 นั้นเอง



เมื่อพรรคไทยรักไทยได้รับชัยชนะในการเลือกตั้งอย่างท่วมท้น เข้ามาเป็นแกนจัดตั้งรัฐบาล จึงลงมือดำเนินโครงการนี้ นำร่อง 6 จังหวัดในเดือนเมษายน 2544 ขยายเป็น 21 จังหวัดในเดือนมิถุนายน 2544 และขยายทั่วประเทศและบางส่วนของ กทม. ในเดือนตุลาคม 2544 จากนั้นก็ขยายดำเนินการทุกพื้นที่ทั่วประเทศตั้งแต่เดือนเมษายน 2545 เป็นต้นมา

พร้อมกันนั้นก็ได้จัดทำ พ.ร.บ.หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เสนอต่อรัฐสภา ตราออกมาเป็นกฎหมายบังคับใช้ในช่วงปลายปี 2545 โดยทั้งหมดนี้เน้นการใช้การเมืองเป็นยุทธศาสตร์นำของการปฏิรูปนั่นเอง

ก่อนกฎหมายฉบับนี้จะผ่านรัฐสภา ได้เกิดปรากฏการณ์ประท้วงของกลุ่มแพทย์ พยาบาล ที่ไม่พอใจสาระบางมาตราในกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการไล่เบียดความผิดแพทย์และบุคลากรสาธารณสุขในกรณีที่มีการบริการทำให้ผู้รับบริการได้รับความเสียหาย แต่ในที่สุดกฎหมายก็ผ่านรัฐสภาได้ โดยทิ้งร่องรอยความไม่พอใจนั้นไว้เป็นแผลเรื้อรังตามมา

ในช่วงปี 2544 ถึง 2545 ความสับสนเกี่ยวกับการปฏิรูประบบสุขภาพเกิดขึ้นในสังคมค่อนข้างมาก ทั้งในส่วนของบุคลากรสาธารณสุขเอง ในส่วนของสื่อมวลชน และประชาชนทั่วไป เพราะตอนเริ่มต้นในปี 2543 กระบวนการปฏิรูประบบสุขภาพมุ่งที่การปฏิรูปภาพใหญ่ที่กระทบกับสุขภาวะทั้งของคน ครอบครัว ชุมชนและสังคม ซึ่งจะลงไปเกี่ยวข้องกับการปฏิรูปในส่วนของบริการสาธารณสุขด้วย เพราะเป็นส่วนย่อยที่สำคัญของระบบสุขภาพใหญ่ โดยยุทธศาสตร์การทำงานเน้นการเชื่อมโยงกันระหว่างฝ่ายการเมือง ฝ่ายวิชาชีพ/วิชาการและฝ่ายประชาชน เพื่อร่วมกันคิด ร่วมกันทำ ร่วมกันผลักดันการปฏิรูปไปอย่างช้าๆ เพื่อให้ทุกฝ่ายได้เรียนรู้ไปพร้อมๆ กัน เพราะการปฏิรูปจะได้ผล ไม่ใช่แค่การมีกฎหมายใหม่ออกมาเท่านั้น แต่จะต้องหมายถึง การที่ผู้คนปรับเปลี่ยนวิถีคิด วิถีชีวิต และพฤติกรรมมาเน้นการสร้างนำการซ่อม และระบบย่อยต่างๆ ก็ต้องทำงานมุ่งการสร้าง การปกป้องคุ้มครองรักษาสุขภาพหรือสุขภาวะ มากกว่ารอแค่การซ่อมแซมเยียวยารักษาสุขภาพที่เสียแล้วเท่านั้น

ในขณะเดียวกัน เมื่อรัฐบาลขับเคลื่อนโครงการ 30 บาทรักษาทุกโรค ที่เป็นการนำไปสู่การออก พ.ร.บ.หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เพื่อเป็นเครื่องมือบริหารในส่วนของการจัดระบบบริการสาธารณสุขและปฏิรูประบบการเงินการคลังเพื่อการจัดบริการสาธารณสุข ซึ่งเป็นเรื่องใกล้ตัวและประชาชนรู้สึกว่ามีส่วนได้ส่วนเสียโดยตรงมากกว่า การรับรู้เรื่องราวของการปฏิรูปจึงไปตกอยู่ที่เรื่องของ 30 บาทรักษาทุกโรค และพ.ร.บ.หลัก

ประกันสุขภาพเสียมากกว่า ค่าคร่าวของการจัดทำ พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติในฐานะ พ.ร.บ.แม่บทด้านสุขภาพจึงถูกกลบไปมาก แต่ในทางการเคลื่อนไหวและการดำเนินการยังคงดำเนินไปอย่างกว้างขวางและคืบหน้าไปเรื่อยๆ ด้วยการเปิดเวทีสมัชชาสุขภาพที่หลากหลาย พร้อมกันนั้นก็ค่อยๆ ยกร่าง พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติคืบไปอย่างค่อยเป็นค่อยไป

หลายครั้งหลายคราว สื่อมวลชนและสังคมก็สับสนระหว่าง พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ และพ.ร.บ.หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ซึ่งถ้าจะชี้ความแตกต่างอย่างง่าย ๆ ก็คือ



พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ จะเป็นกฎหมายแม่บทด้านสุขภาพของชาติ หรือเป็นธรรมนูญสุขภาพคนไทย กำหนดทิศทาง กรอบกติกา มาตรการสำคัญๆ ที่จะทำให้คนไทยและสังคมไทยมีสุขภาวะที่ดี โดยมีกลไกที่เปิดให้ทุกฝ่ายเข้ามามีส่วนร่วมรับผิดชอบ และทำงานสร้างสุขภาพร่วมกัน โดยเน้นทิศทางสร้างนำซ่อม กฎหมายนี้เป็นเครื่องมือของคนไทยทุกฝ่ายในสังคมใช้ร่วมกัน ไม่ใช่เครื่องมือบริหารของฝ่ายรัฐเหมือนกฎหมายทั่วๆ ไป

ส่วน **พ.ร.บ.หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ** เป็นกฎหมายที่เป็นเครื่องมือบริหารของฝ่ายรัฐ ทำขึ้นเพื่อให้เกิดการปฏิรูประบบการเงินการคลังและการจัดบริการสาธารณสุข ที่มุ่งให้คนไทยทุกคนมีหลักประกันว่า ถ้าเจ็บไข้ได้ป่วยหรือจำเป็นต้องเข้ารับบริการสาธารณสุข จะต้องได้รับบริการอย่างแน่นอน แต่ก็มีได้เป็นหลักประกันว่า สุขภาพจะไม่เสียจากปัจจัยอื่นๆ ทั้งหลายทั้งปวง เพียงแต่ประกันว่า ถ้าสุขภาพเสีย จะต้องได้รับการดูแล บำบัดรักษา ไม่ถูกทอดทิ้ง



พระราชบัญญัติ
หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
พ.ศ. ๒๕๔๕

ภูมิพลอดุลยเดช ป.ร.

ให้ไว้ ณ วันที่ ๑๑ พฤศจิกายน พ.ศ. ๒๕๔๕

เป็นปีที่ ๕๗ ในรัชกาลปัจจุบัน

พระบาทสมเด็จพระปรมินทรมหาภูมิพลอดุลยเดช มีพระบรมราชโองการโปรดเกล้าฯ ให้ประกาศว่า

โดยที่เป็นการสมควรให้มีกฎหมายว่าด้วยหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

พระราชบัญญัตินี้มีบทบัญญัติบางประการเกี่ยวกับการจำกัดสิทธิและเสรีภาพของบุคคล ซึ่งมาตรา ๒๕ ประกอบกับมาตรา ๓๕ และมาตรา ๔๘ ของรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย บัญญัติให้กระทำได้โดยอาศัยอำนาจตามบทบัญญัติแห่งกฎหมาย

หนังสือพิมพ์มติชนรายวัน ฉบับวันที่ 21 กรกฎาคม 2545 ได้ลง
ข้อมูลเปรียบเทียบร่าง พ.ร.บ.ฯ ทั้ง 2 ฉบับไว้ สรุปสาระสำคัญดังตาราง
(ปรับปรุง มี.ค. 2546)

พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ เป็นงานของคนไทยทุกฝ่ายร่วมกันทำ
ส่วน พ.ร.บ.หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เป็นผลงานของรัฐบาล ตาม
นโยบายที่ประกาศไว้ตอนหาเสียงเลือกตั้ง

จุดสนใจและการให้ความสำคัญของรัฐบาลจึงอยู่ที่ พ.ร.บ.หลัก
ประกันสุขภาพแห่งชาติ เพราะเป็นเรื่องของรัฐบาลเองล้วน ๆ

ส่วน พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ รัฐบาลก็ไม่ได้ทอดทิ้ง ยังคง
สนับสนุนให้ดำเนินไปตามแนวทางเดิมที่วางไว้ภายใต้ระเบียบสำนัก
นายกรัฐมนตรี ว่าด้วยการปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2543 โดย
นายกรัฐมนตรี (พ.ต.ท.ทักษิณ ชินวัตร) สับรองนายกรัฐมนตรี เข้ามาทำ

พ.ร.บ.หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ	ร่าง พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ
<p>1. รัฐบาลเป็นเจ้าของ</p> <ul style="list-style-type: none"> ● เริ่ม มี.ค. 44 กฎหมายสำเร็จแล้ว ในปี 2545 	<p>1. ทำโดยมี 3 ฝ่ายร่วมกันเป็นเจ้าของ (ฝ่ายการเมือง/ราชการ+ ฝ่ายประชาชน + ฝ่ายวิชาการ/วิชาชีพ)</p> <ul style="list-style-type: none"> ● เริ่ม ส.ค. 43 กำหนดทำให้เสร็จใน 3 ปี
<p>2. มุ่งการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข (healthcare system) ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของระบบสุขภาพ</p>	<p>2. มุ่งการปฏิรูประบบสุขภาพทั้งระบบ (total health systems) อย่างเป็นพลวัต</p>
<p>3. เป็นกฎหมายในรูปแบบเครื่องมือบริหารของรัฐบาล</p> <ul style="list-style-type: none"> ● ปฏิรูประบบการเงินการคลังเพื่อให้ประชาชนมีหลักประกันการเข้าถึงบริการสาธารณสุขอย่างถ้วนหน้า ● มีรายละเอียดวิธีปฏิบัติ 	<p>3. เป็นกฎหมายมหาชน ที่เป็นเครื่องมือสำหรับให้ทุกฝ่ายในสังคมใช้ร่วมกัน</p> <ul style="list-style-type: none"> ● กฎหมายแม่บทระบบสุขภาพหรือธรรมนูญสุขภาพ ● วางปรัชญา ทิศทาง กลไก และมาตรการสำคัญๆ ของระบบสุขภาพ ที่เน้นการมีส่วนร่วม ● ไม่ลงรายละเอียดวิธีปฏิบัติ
<p>4. กำหนด</p> <ul style="list-style-type: none"> ● วิธีปฏิบัติทางการเงินการคลังเพื่อจัดบริการสาธารณสุขแก่ประชาชน ● กลไกดูแลการบริหารการเงินการคลังและการจัดบริการสาธารณสุข (รัฐธรรมนูญ 2540 ม.52) <p>เป็นการใช้อำนาจบริหารของรัฐบาลโดยตรง</p>	<p>4. กำหนด</p> <ul style="list-style-type: none"> ● หลักการทั่วไป สิทธิ หน้าที่ และความมั่นคงด้านสุขภาพ ● กลไก เสนอแนะนโยบายและยุทธศาสตร์สุขภาพที่เปิดให้ 3 ฝ่ายเข้ามีส่วนร่วม (รัฐธรรมนูญ 2540 ม.76 และอื่นๆ) ● แนวนโยบายและยุทธศาสตร์สุขภาพให้กลไกนโยบายฯ ใช้ประกอบการทำงาน <p>ไม่ก้าวล่วงอำนาจบริหารของรัฐบาล</p>
<p>5. ทำให้เกิดการปฏิรูปในส่วนของระบบบริการสาธารณสุข ซึ่งเป็นระบบย่อยของระบบสุขภาพแห่งชาติที่เป็นรูปธรรม (สอดคล้องกับทิศทางที่วางอยู่ใน พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ)</p>	<p>5. เป็นร่วมให้เกิดการปฏิรูป ปรับปรุงและพัฒนาาระบบย่อยต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพอย่างมีส่วนร่วมและเป็นพลวัต</p>



รองนายกฯ พิทักษ์ อินทร-
วิทย์นันท์



รองนายกฯ ปองพล อดิเรก-
สาร



รองนายกฯ จาตุรนต์
ฉายแสง

หน้าที่ประธาน คปรส. แทน ต่อเนื่องกันแบบที่
เรียกว่า “2 ปี เปลี่ยนมาให้ 4 คน”

ท่านแรกคือรองนายกฯ พิทักษ์ อินทร-
วิทย์นันท์ ตั้งแต่เดือนกุมภาพันธ์ ถึง ตุลาคม 2544
ถัดมาเป็นรองนายกฯ ปองพล อดิเรกสาร จาก
เดือนตุลาคม 2544 ถึง กันยายน 2545 ถัดมา
ท่านที่ 3 คือ รองนายกฯ จาตุรนต์ ฉายแสง จาก
เดือนตุลาคม 2545 ถึง กุมภาพันธ์ 2546 ท่าน
ที่ 4 คือ รองนายกฯ ประชัย เปี่ยมสมบุรณ์ ตั้งแต่เดือนกุมภาพันธ์
2546 เป็นต้นมา



รองนายกฯ ประชัย เปี่ยม-
สมบุรณ์

โดยสรุป ทั้ง 2 พ.ร.บ. นี้มุ่งวัตถุประสงค์ที่ต่างกัน แต่เชื่อมโยง
เสริมกันได้เป็นอย่างดี มุ่งให้ประชาชนและสังคมมีสุขภาวะและมี
ระบบบริการสาธารณสุขที่ดีไว้ให้ประชาชนทุกคนได้พึ่งพาในยาม
เดือดร้อนจำเป็น ไม่ใช่เรื่องที่ซ้ำซ้อนกันแต่อย่างใด



ส่งเสริม- 17

สร้างเสริมสุขภาพ

“จะใช้คำไหนคงไม่สำคัญเท่ากับความเข้าใจ
ในเนื้อหาว่า การสร้างเสริมสุขภาพ มีนัยยะ
2 ระดับ คือ ระดับที่เป็นงานปฏิบัติบริการ
ของบุคลากรสาธารณสุข กับอีกระดับที่เป็น
ยุทธศาสตร์เพื่อการมีสุขภาพดี”



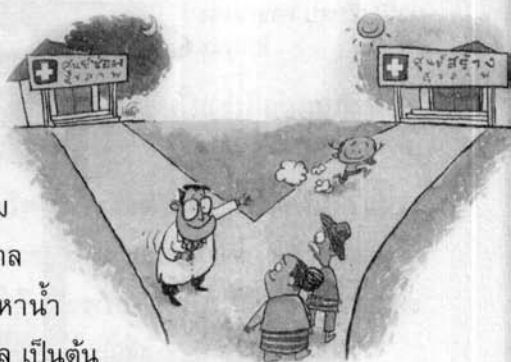
ในสมัยที่ผมเรียนแพทย์เรียนสาธารณสุขเมื่อ 30 ปีก่อน ตำราสอนว่างานการแพทย์และสาธารณสุขมี 4 ปฏิบัติการบริการ (intervention) เดียวกันก็ยังสอนยังเรียนแบบนี้

4 ปฏิบัติการนั้นก็คือ การส่งเสริมสุขภาพ (health promotion) การควบคุมป้องกันโรค (disease prevention & control) การวินิจฉัยและการรักษาพยาบาล (diagnosis & treatment) และการฟื้นฟูสมรรถภาพ (rehabilitation)

การส่งเสริมสุขภาพ ส่วนใหญ่จะหมายถึงงานบริการของบุคลากรสาธารณสุขเพื่อทำให้คนมีสุขภาพดี ได้แก่ การดูแลอนามัยแม่และเด็ก การวางแผนครอบครัว การดูแลหญิงตั้งครรภ์ก่อนคลอด ระหว่างคลอด และหลังคลอด การดูแลทารกและเด็ก การให้วัคซีน การโภชนาการ การให้สุขศึกษา การให้คำปรึกษาแนะนำ การอนามัยโรงเรียน เป็นอาทิ ซึ่งส่วนใหญ่มุ่งบริการที่บุคคล (individual care) โดยบางเรื่องเลยไปถึงครอบครัวและชุมชนด้วย

ที่ เป็นการส่งเสริมสุขภาพในมิติที่ครอบคลุมไปถึงชุมชนและสังคมโดยตรง จะสอดแทรกอยู่ในงานสาธารณสุขไม่ได้เรียกว่าเป็นการส่งเสริมสุขภาพ เช่น การพัฒนาสุขภาพตำบลและอนามัยสิ่งแวดล้อม การจัดหาหน้าสะอาด การกำจัดขยะและสิ่งปฏิกูล เป็นต้น

การส่งเสริมสุขภาพในความหมายที่เป็น 1 ใน 4 ปฏิบัติการเพื่อให้ผู้คนมีสุขภาพอนามัยดี แฝงนัยของการที่ต้องมีบุคลากรสาธารณสุขที่มีความรู้ความสามารถเฉพาะ เป็นผู้จัดบริการให้กับประชาชนเป็นหลัก โดยฝ่ายประชาชนก็ต้องดูแลและปฏิบัติ



ไปพร้อมกันด้วย

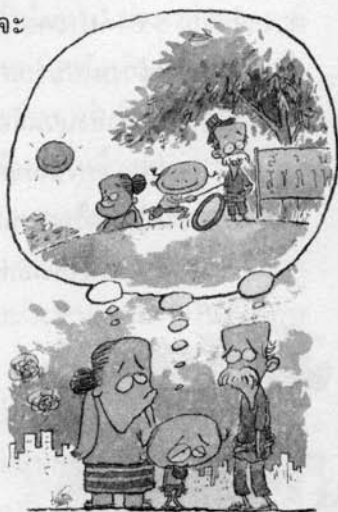
ราว 20 ปีเศษมานี้ (ปี 2520) องค์การอนามัยโลกได้เสนอยุทธศาสตร์ “การสาธารณสุขมูลฐาน” (primary health care) ออกมาให้ประเทศสมาชิกนำไปใช้ การสาธารณสุขมูลฐานนี้ วางอยู่บนแนวคิดที่ว่า เรื่องสุขภาพจะปล่อยให้ประชาชนรอรับบริการจากฝ่ายบุคลากรสาธารณสุขอย่างเดียวไม่ได้ ฝ่ายประชาชนต้องเข้ามามีส่วนร่วมอย่างแข็งขันในเรื่องที่ประชาชนทำเองได้ด้วย จึงจะทำให้เกิดการมีสุขภาพดีถ้วนหน้า (health for all) ได้

ประเทศในแถบยุโรปทำเรื่องการสาธารณสุขมูลฐานเป็นเรื่องของการพัฒนาการบริการการแพทย์และสาธารณสุขระดับปฐมภูมิโดยบุคลากรสาธารณสุขเป็นหลัก ส่วนบ้านเราลงไปทำเรื่องการส่งเสริมกิจกรรมชุมชน ได้แก่ การจัดตั้งกองทุนในชุมชน การอบรมผู้สื่อข่าวสาธารณสุข (ผสส.) และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำ

หมู่บ้าน (อสม.) เพื่อเป็นตัวแทนภาคประชาชนในการส่งเสริม แนะนำ สนับสนุนการดูแลสุขภาพคนในชุมชน ถัดจากบุคลากรสาธารณสุขลงไป ปัจจุบันอบรมปรับ ผสส. เป็น อสม. ทั้งหมดแล้ว มี อสม. ทั้งหมดกว่า 5 แสนคน

บางคนบอกว่า ที่จริงยุทธศาสตร์การสาธารณสุขมูลฐานหมายถึงยุทธศาสตร์การพึ่งตนเองด้านสุขภาพเพื่อการดูแลตนเอง (self care) ไม่น่าจะไปติดอยู่แค่เรื่อง ผสส. อสม. เท่านั้น

ต่อมาหลังจากนั้นเกือบสิบปี เมื่อปี 2529 องค์การอนามัยโลกได้ผลักดันแนวคิดใหม่ออกมาอีกระลอกหนึ่งนั่นคือ ยุทธศาสตร์การสร้าง



เสริมสุขภาพ (health promotion strategy) โดยออกมาเป็นกฎบัตรออกอตตาวา (Ottawa charter) ขยายความ “การสร้างเสริมสุขภาพ” ออกไปจากความเข้าใจเดิมๆ ให้มีความหมายใหม่ว่า คือ “กระบวนการของการเพิ่มสมรรถนะให้คนสามารถควบคุมปัจจัยที่เป็นตัวกำหนดสุขภาพ และเป็นผลให้บุคคลมีสุขภาพดี สามารถควบคุมพฤติกรรมของตนเองให้เหมาะสม รวมไปถึงการปรับสิ่งแวดล้อมให้เอื้อต่อการมีสุขภาพที่ดี” ซึ่งมีสาระสำคัญ 5 องค์ประกอบคือ

1. การสร้างนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ (healthy public policy)
2. การสร้างสิ่งแวดล้อม/สภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ (create healthy environment)
3. การสร้างเสริมความเข้มแข็งชุมชน/กระบวนการชุมชน (community strengthening)

4. การพัฒนาทักษะส่วนบุคคลให้สามารถปรับพฤติกรรมเพื่อการสร้างสุขภาพ (personal skill development) และ

5. การปรับเปลี่ยนระบบบริการการแพทย์และสาธารณสุขให้เป็นไปในลักษณะผสมผสานและองค์รวม (health care/service system re-orientation)

ตรงนี้นับว่าเป็นก้าวสำคัญของเรื่องสุขภาพอีกก้าวหนึ่งทีเดียว เพราะเป็นการประกาศว่าเรื่องสุขภาพเกี่ยวข้องเชื่อมโยงกว้างกว่าเรื่องบริการการแพทย์และ

สาธารณสุขมาก การส่งเสริมสุขภาพในความหมายเดิมๆ ที่หมายถึงปฏิบัติการทางการแพทย์และสาธารณสุข ดังได้กล่าวไปแล้ว ได้ขยายกว้างออกไปเป็นเรื่องของยุทธศาสตร์ที่จะทำให้เกิดการมีสุขภาพดี ซึ่ง



เกี่ยวข้องกับระบบต่างๆ ที่กว้างกว่าระบบการแพทย์และสาธารณสุข

เหมือนกับเป็นการประกาศว่า เรื่องสุขภาพไม่ใช่แค่เรื่องทางการแพทย์และสาธารณสุขเท่านั้น การส่งเสริมสุขภาพหรือการสร้างเสริมสุขภาพก็ไม่ใช่เรื่องเฉพาะของการแพทย์และสาธารณสุขเท่านั้น

สำหรับประเทศไทย ปรากฏว่าการขานรับยุทธศาสตร์การสร้างเสริมสุขภาพไม่ชัดเจนมากนัก อาจเนื่องมาจากว่ากระแสสาธารณสุขมูลฐานยังไหลต่อเนื่อง ประกอบกับหลังจากนั้นไม่นาน ประเทศของเราก็ย่างเข้าสู่ช่วงที่เศรษฐกิจเจริญเติบโตอย่างมาก (เศรษฐกิจบูม) จนพากันฝันว่าจะเป็นนิคส์ เกิดการขยายบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขขนานใหญ่ตามไปด้วย มีโรงพยาบาลและเตียงเพิ่มขึ้นอย่างมากในทั้งภาครัฐและเอกชน มีการผลิตบุคลากรสาธารณสุขเพิ่มขึ้นเป็นเท่าตัว สิ่งเครื่องมือเทคโนโลยีทางการแพทย์ราคาแพงๆ เข้ามามากมาย จนบางพื้นที่มีสัดส่วนเครื่องมือราคาแพงเหล่านั้นต่อประชากรสูงกว่าในอังกฤษเสียอีก

สุขภาพถูกทำให้เป็นเรื่องของการแพทย์การสาธารณสุขหนักเข้าไปอีก หากคนสนใจเรื่องยุทธศาสตร์การสร้างเสริมสุขภาพได้น้อย แต่ก็ไม่ถึงกับไม่มีเสียทีเดียว เพราะมีความพยายามพูดถึงและทำกันอยู่บ้าง เช่น โครงการโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ โครงการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ โครงการเมืองน่าอยู่ เป็นต้น แต่ไม่เกิดเป็นกระแสที่แรงมากนัก

ในส่วนของสังคม มีการขับเคลื่อนการณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่เป็นการเคลื่อนไหวที่หนักแน่นและต่อเนื่อง เพื่อผลักดันให้เกิดเป็นนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ มีอาจารย์หทัย ชิตานนท์ อาจารย์ประกิต วาทีสาธกกิจ และมูลนิธิณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่ที่แตกตัวมาจากมูลนิธิหมอชาวบ้านเป็นแกนผลักดันที่สำคัญ จนทำให้ประเทศของเรามีกฎหมายดี ๆ เพื่อการควบคุมการบริโภคยาสูบหลายฉบับ และมีกระแสสังคมส่งเสริมสนับสนุนการไม่สูบบุหรี่ต่อเนื่องและยืนยาวมาจนถึงปัจจุบัน



สสส. สำนักงานกองทุนสนับสนุน
การสร้างเสริมสุขภาพ

อาจกล่าวได้ว่า นี่เป็นตัวอย่างของ
การผลักดันนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ
ตามยุทธศาสตร์การสร้างเสริมสุขภาพที่
เป็นรูปธรรมอย่างหนึ่งในสังคมไทย ซึ่ง
นโยบายสาธารณะนั้นปรากฏรูปธรรมออก

มาเป็นทั้งกฎหมาย และเป็นทั้งการเคลื่อนไหวของสังคม (social movement) โดยมีนักวิชาการและมีองค์ความรู้เป็นฐานดูแลติดตามและผลักดัน
อย่างเข้มแข็งมาโดยตลอด

และจากการเคลื่อนไหวอย่างต่อเนื่องเหล่านั้น โดยมี สวรส. เป็น
แกนนำ ทำให้ประเทศของเราเกิด พ.ร.บ.กองทุนสนับสนุนการสร้าง
เสริมสุขภาพ (สสส.) ขึ้นเมื่อปี 2544 (ช่วงแรกออกเป็นพระราช-
กฤษฎีกา ต่อมาออกเป็นพระราชบัญญัติ) ให้เก็บภาษีเหล้าและบุหรี่เพิ่มขึ้น
จากภาษีที่เก็บตามปกติอีกร้อยละ 2 มาใช้สนับสนุนการสร้างเสริม
สุขภาพของผู้คนและองค์กรทุกภาคส่วนให้ทำงานสร้างเสริมสุขภาพกัน
อย่างหลากหลายและกว้างขวาง

เป็นการทำให้ “การสร้างเสริมสุขภาพ” กลายเป็นเรื่องของทุก
คน ไม่ใช่เรื่องเทคนิควิชาการเฉพาะของบุคลากรสาธารณสุข
เท่านั้นอีกต่อไป

โดยก่อนหน้านั้นไม่นาน เมื่อปี 2541 สวรส. ได้จัดประชุมวิชาการ
ประจำปี (จัดทุก 2 ปี) ในชื่อว่า “ส่งเสริมสุขภาพ : บทบาทใหม่แห่ง
ยุคของทุกคน” เพื่อทบทวนงานวิชาการและสร้างกระแสการสร้าง
เสริมสุขภาพที่อิงแนวคิดมาจากกฎบัตรออตตาวา ซึ่งเป็นช่วงเวลาที่ค่อนข้าง
เหมาะสม เพราะประเทศไทยกำลังก้าวเข้าสู่ยุควิกฤตเศรษฐกิจ
พอดี ระบบสุขภาพก็เป็นระบบหนึ่งที่ต้องคิดปรับตัว เพื่อควบคุม
ค่าใช้จ่ายในการซ่อมสุขภาพเสียที่ทะยานสูงขึ้นไปอย่างมากในช่วงเศรษฐกิจ
บูม ให้กลับมาในระดับที่สมเหตุสมผลมากขึ้น ประกอบกับกระแสสุขภาพ

โดยรวมทั้งโลกกำลังขยายตัว เกิดแนวคิดทางเลือกต่างๆ เพื่อสุขภาพมากขึ้น เช่น กระแสชีวจิต กระแสการแพทย์แผนไทย ภูมิปัญญาไทย กระแสการแพทย์ทางเลือกนานาชาติ เป็นต้น ซึ่งเป็นสัญญาณอย่างหนึ่งที่ชี้ให้เห็นว่า การแพทย์และสาธารณสุขตะวันตก หรือที่เรียกว่าแผนปัจจุบัน (mainstream medicine / public health) ไม่ใช่คำตอบเดียวของเรื่องสุขภาพอีกต่อไป

คำว่า Health promotion ซึ่งใช้คำไทยว่า “การส่งเสริมสุขภาพ” เป็นการปฏิบัติ การบริการ ของบุคคล



สาธารณสุขเพื่อสุขภาพของประชาชน ได้ถูกขยับให้มีความหมายกว้างขึ้นเป็นเรื่องยุทธศาสตร์ของการทำให้เกิดสุขภาพดี มีการนำคำว่า “การสร้างเสริมสุขภาพ” มาใช้กันอย่างกว้างขวางมากขึ้น ซึ่งสื่อความหมายไปถึงทั้ง “การสร้าง” และ “การเสริม” ที่ทุกคนทุกฝ่ายทำได้และช่วยกันทำได้ ในขณะที่มีบางส่วนบางเรื่องต้องรอการ “ส่งเสริม” จากคนอื่นด้วย

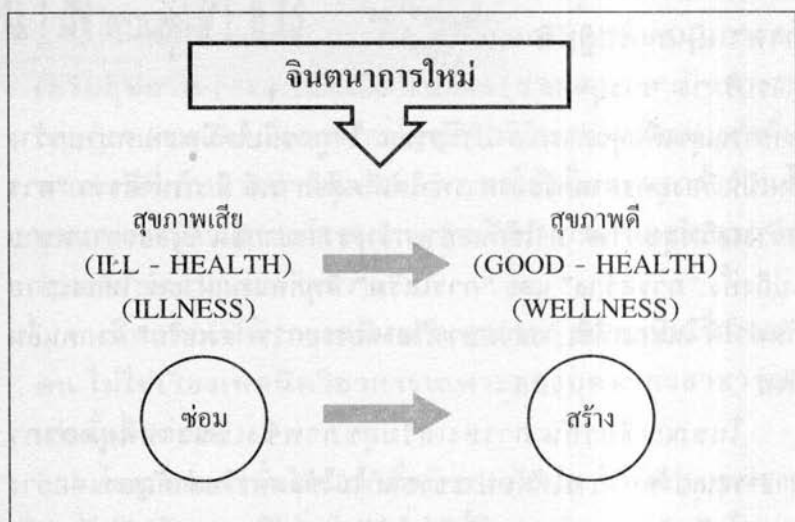
ในขณะเดียวกัน การส่งเสริมสุขภาพซึ่งเป็นงานที่บุคลากรสาธารณสุขจัดบริการให้กับประชาชนก็ไม่ได้ลดความสำคัญลงแต่อย่างใด ตรงกันข้าม งานในส่วนนี้ต้องได้รับการพัฒนาอย่างต่อเนื่องทั้งปริมาณและคุณภาพ และต้องเพิ่มสัดส่วนงานให้มากขึ้นเมื่อเทียบกับงานรักษาพยาบาลอีกด้วย เพราะที่ผ่านมาสัดส่วนงานส่งเสริมสุขภาพเมื่อเทียบกับงานรักษาพยาบาลค่อนข้างต่ำถึงต่ำมาก

“ทำไมต้องใช้คำว่า สร้างเสริมสุขภาพ เราใช้คำว่า ส่งเสริมสุขภาพมานานแล้ว ไม่เห็นจำเป็นต้องเปลี่ยนเลย”

มีบางท่านดึงในเรื่องของการใช้คำ ซึ่งเป็นเรื่องที่เข้าใจได้ เพราะ

บุคลากรสาธารณสุขคุ้นชินกับคำว่า “การส่งเสริมสุขภาพ” มาช้านาน แต่ที่จริงแล้ว จะใช้คำไหนคงไม่สำคัญเท่ากับความเข้าใจในเนื้อหา ว่า เรื่องนี้มีนัยยะ 2 ระดับ คือ ระดับที่เป็นงานปฏิบัติบริการของบุคลากรสาธารณสุข (health promotion intervention) กับระดับที่เป็นยุทธศาสตร์เพื่อการมีสุขภาพดี (health promotion strategy)

บังเอิญเหลือเกินว่า เมื่อมีผู้คิดใช้คำไทยว่า “การสร้างเสริมสุขภาพ” แล้วดูว่าจะให้ความหมายที่กว้างและลึกกว่า “การส่งเสริมสุขภาพ” คำนี้จึงติดปากติดหูผู้คนทั่วไปค่อนข้างรวดเร็ว



แล้วก็มาถึงช่วงของการเคลื่อนไหวเพื่อการปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติอย่างเป็นทางการเป็นคราวในปี 2543 ด้วยการจัดทำ พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติให้เป็นกฎหมายแม่บทด้านสุขภาพหรือเป็นธรรมนูญสุขภาพของคนไทย เป็นการชวนกันวางจินตนาการเรื่องสุขภาพกันใหม่ โดยวางไว้ที่เรื่องของ “สุขภาพดี” (wellness) แทนที่จะวางไว้ที่ “สุขภาพเสีย” (illness) อันเป็นที่มาของสโลแกนที่ว่า

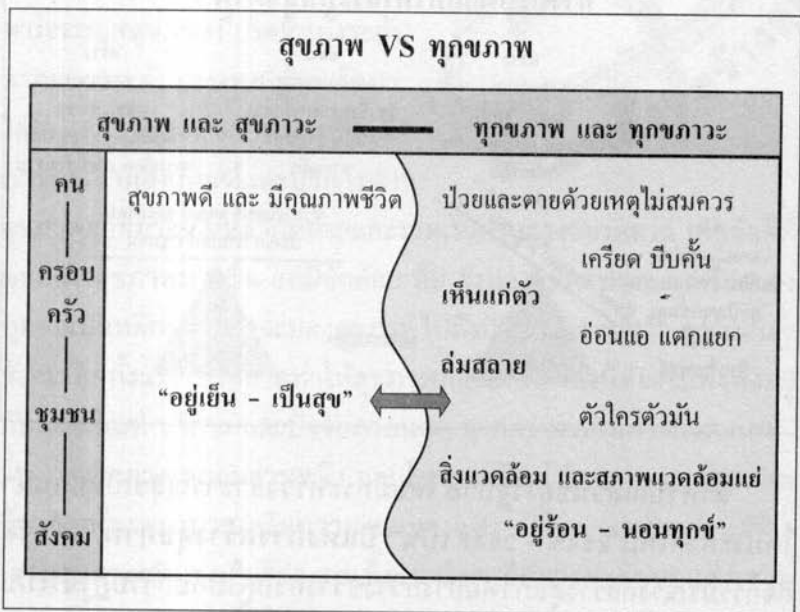
“สร้างนำซ่อม”

ซึ่งก็ตรงกับยุทธศาสตร์การสร้างเสริมสุขภาพนั่นเอง

โดยในกระบวนการจัดทำกฎหมายฉบับนี้ ได้กลายเป็นเครื่องมือชักชวน สนับสนุน ทำให้สังคมมีการเคลื่อนไหวเพื่อการปฏิรูปปรับเปลี่ยนแนวคิดเรื่องสุขภาพมาเน้นที่การร่วมกันสร้างเสริมสุขภาพ ควบคู่ไปกับการพัฒนาระบบซ่อมสุขภาพให้ดียิ่งขึ้นกว่าเดิม

และในตัวร่าง พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ ก็ได้วางทิศทางและแนวทางของระบบสุขภาพในแนว “สร้างนำซ่อม” เป็นหลัก อย่างในมาตรา 7 ก็เขียนไว้ว่า

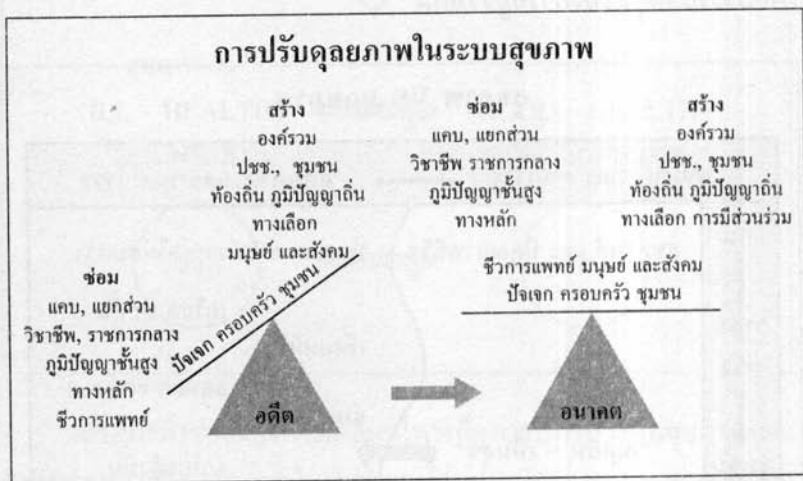
“ระบบสุขภาพต้องมุ่งเน้นเพื่อสร้างเสริมสุขภาพของคนทั้งมวล และส่งเสริมการมีส่วนร่วมของทุกฝ่ายในการสร้างเสริมสุขภาพ... เพื่อประโยชน์สุขของการอยู่ร่วมกัน”



ในแนวนโยบายและยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพหมวดที่ 6 ส่วนที่ 2 ว่าด้วยการสร้างเสริมสุขภาพ ก็เขียนไว้อย่างกว้างและครอบคลุมยุทธศาสตร์การสร้างเสริมสุขภาพ อย่างมาตรา 66 เขียนว่า

“การสร้างเสริมสุขภาพให้เป็นไปเพื่อให้เกิดสุขภาวะทั่วทั้งสังคม ลดการเจ็บป่วย การพิการ และการตายที่ไม่สมควร...”

และให้มาตรา 67 ที่เขียนถึงแนวทางและมาตรการสร้างเสริมสุขภาพ ก็เขียนครอบคลุมองค์ประกอบของการสร้างเสริมสุขภาพไว้อย่างกว้าง ไม่ว่าจะเป็นเรื่องการสร้างนโยบายสาธารณะ การสร้างสิ่งแวดล้อมและสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการสร้างเสริมสุขภาพ การส่งเสริมสนับสนุนกระบวนการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ของประชาชนและของชุมชน การใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่นเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ และการดูแลสุขภาพกันเอง ฯลฯ



สำหรับในส่วนของรัฐบาล โดยมีกระทรวงสาธารณสุขเป็นแกนนำ ได้ประกาศให้ปี 2545 - 2546 เป็น “ปีแห่งการสร้างสุขภาพ” เพื่อจัดกิจกรรมรณรงค์สร้างสุขภาพอย่างกว้างขวางควบคู่ไปกับการปฏิรูประบบหลักประกันสุขภาพ (30 บาทรักษาทุกโรค)

“รัฐบาลจึงประกาศให้ปี 2545 เป็นปีแห่งการเริ่มต้นสร้างสุขภาพ
ทั่วไทยอย่างจริงจังภายใต้กลยุทธ์ รวมพลังสร้างสุขภาพ เพื่อให้ประชาชน
ตลอดจนหน่วยงานต่างๆ ทั้งภาครัฐและเอกชน มีส่วนร่วมสนับสนุนให้
เกิดการสร้างสุขภาพ มากกว่าการซ่อมสุขภาพ...”

นี่เป็นส่วนหนึ่งของคำประกาศ ปีแห่งการสร้างสุขภาพของรัฐบาล
พ.ต.ท.ทักษิณ ชินวัตร ที่มีคุณสุดารัตน์ เกยุราพันธุ์ รัฐมนตรีว่าการ
กระทรวงสาธารณสุขเป็นแกนหลักคนที่สำคัญ

มีการออกแบบโลโก้ “รวมพลัง สร้างสุขภาพ” ให้ใครต่อใครนำไป
ใช้เป็นสัญลักษณ์ของการสร้างสุขภาพ มีการจัดเดินแอโรบิก
พร้อมกันที่ท้องสนามหลวงหลายหมื่นคน เมื่อวันที่
23 พฤศจิกายน 2545 เป็นต้น

ในขณะเดียวกัน ในส่วนของสังคม
มีการตื่นตัวเรื่องสุขภาพเป็นอย่างมาก
ตามกระแสสุขภาพที่เกิดขึ้นทั้งระดับ
สากลและระดับประเทศ ผู้คนหันมา
ใส่ใจในเรื่องของสุขภาพมากขึ้น มี
การพัฒนาผลิตภัณฑ์และบริการด้าน

สุขภาพออกมาอย่างหลากหลายและรวดเร็วตามแรงของตลาด เกิดข้อดีที่
คนสนใจสุขภาพมากขึ้น แต่มีข้อด้อย คือ ยังมองสุขภาพแคบแค่เรื่องของ
บุคคลเป็นหลักมากกว่าจะมองสุขภาพไปถึงมิติของครอบครัว ชุมชนและ
สังคม อีกทั้งแรงของตลาดทำให้สุขภาพกลายเป็นเรื่องที่ต้องไปพึ่งพิงอยู่
กับผลิตภัณฑ์ บริการ และปัจจัยภายนอก มากกว่าจะเป็นการพึ่งตนเอง

ธุรกิจภาคเอกชนส่วนหนึ่ง ฉวยโอกาสสร้างกำไรจากกระแสสุขภาพ
ถึงขนาดโรงพยาบาลเสริมความงามบางแห่ง ลงโฆษณาเชิญชวนสร้าง
เสริมสุขภาพกันเลยทีเดียว แต่เนื้อในจริงๆ คือการผ่าตัดตกแต่งเสริม
ความงามสารพัดชนิดไปโน่น



“การสร้างนำช่อม” เป็นเรื่องที่ทำทนายผู้คนที่มิใจและศรัทธา กับ “การสร้างเสริมสุขภาพ” เป็นอย่างยิ่ง เพราะการแปลง ยุทธศาสตร์ไปสู่ภาคปฏิบัติที่ถูกต้องที่ควร ไม่ใช่เรื่องง่าย ๆ แบบที่เขียน ไว้ในตำราเล่มใด ๆ แต่ทั้งหมดนี้ต้องอาศัยการเรียนรู้ร่วมกันของ ผู้คนทั้งสังคม ซึ่งจะต้องกินเวลาเป็นสิบ ๆ ปีทีเดียวครับ



ภูมิปัญญา

18

ท้องถิ่น :

ไอจากหม้อน้ำเดือด

“ถ้าทุกฝ่ายเข้ามาร่วมทำงานวิชาการ
ร่วมคิด ร่วมทำ ร่วมผลักดัน
ทิศทางการพัฒนาภูมิปัญญาท้องถิ่น
ด้านสุขภาพอย่างเอาจริงเอาจัง
และเป็นกัลยาณมิตร ไม่แบ่งเขาแบ่งเรา
เรื่องนี้น่าจะเคลื่อนไปอย่างมีพลัง
เหมือนการรวมแสงเล็กแสงน้อย
เข้าเป็นแสงเลเซอร์
ที่มีอำนาจสูง”



เมื่อลองย้อนไปสืบค้นดูจะพบว่า ในช่วงแรกๆ ที่การแพทย์ตะวันตกเข้ามามีอิทธิพลต่อเรื่องสุขภาพในประเทศไทย การแพทย์แผนไทยและภูมิปัญญาพื้นบ้านที่เกี่ยวกับสุขภาพยังใช้อยู่ควบคู่กัน แม้แต่ในการเรียนการสอนนักเรียนแพทย์ก็สอนทั้ง 2 แผนคู่กันไป จวบจนประมาณปี พ.ศ. 2456 มีการยกเลิกการสอนวิชาแพทย์แผนไทยให้นักเรียนแพทย์เรียนวิทยาการตะวันตกล้วนๆ

จากนั้นเป็นต้นมา การแพทย์แผนไทย ภูมิปัญญาท้องถิ่นที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพก็เริ่มถดถอยและถูกกวาดลงไปอยู่ใต้โต๊ะ ผกผันกับการลงหลักปักฐานและเจริญเติบโตอย่างรวดเร็วของวิทยาการแพทย์ตะวันตก ที่เรียกว่าเป็น “การแพทย์แผนปัจจุบัน” หรือ “การแพทย์สมัยใหม่” หรือ “การแพทย์กระแสหลัก” ตรงกับการโฆษณาทางงวงในยี่ห้อหนึ่งในอดีตที่บอกว่า

“ของเก่าถอดทิ้ง ใส่มีงค์ดีกว่า”

ต่างกับการพัฒนาในประเทศจีน เขารับวิทยาการแพทย์ตะวันตกเข้ามาแต่พัฒนาควบคู่ไปกับการแพทย์แผนจีน โดยเลือกรับจุดดีจุดเด่นของแต่ละแผนมาเสริมซึ่งกันและกัน ซึ่งนับว่าเป็นความชาญฉลาดอย่างยิ่ง

เมื่อการแพทย์ตะวันตกขยายตัวเป็นที่ยอมรับและเป็นที่ต้องการของประชาชนมากขึ้น มีการออกกฎหมายเกี่ยวกับการประกอบวิชาชีพ ชีดวงให้การแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้าน ภูมิปัญญาไทยที่ใช้กันมาตั้งแต่สมัยบรรพบุรุษกลายเป็นของเถื่อนไปเสียหมด

“ตอนมีข่าวว่าอานามัยอำเภอยะ
ออกตรวจจับหมอเถื่อน ผมต้องช่วยคุณตาขน
ตำราอุปกรณ์เครื่องมือแพทย์โบราณไปทิ้งลง





คุณบุญเรือง ถาวรสวัสดิ์

บ่อ เอาตินกลบฝังทั้งหมด วันนี้มาคิดถึง เป็นเรื่อง
น่าเสียดายเหลือเกิน”

ที่บุญเรือง ถาวรสวัสดิ์ ประชาคมสุขภาพ
จังหวัดกาฬสินธุ์เคยเล่าประสบการณ์สมัยเป็นเด็ก
ให้ฟัง

หลังจากที่การแพทย์แผนไทย ภูมิปัญญาท้องถิ่น
ไทยในเรื่องสุขภาพถูกกวาดลงได้โต๊ะ ต้องกลายเป็น
เรื่องหลบๆ ซ่อนๆ เป็นเวลานาน สุขภาพกลายเป็น

เป็นเรื่องที่แคลงใจไปผูกติดอยู่กับมิติทางการแพทย์และสาธารณสุขแบบ
ตะวันตกอย่างเหนียวแน่น จนกระทั่งมาถึงเมื่อราว 20 กว่าปีก่อน กระแส
นี้เริ่มหวนกลับมาใหม่ มีการจัดสัมมนาครั้งใหญ่เกี่ยวกับเรื่องการแพทย์
แผนไทย เป็นการชุมนุมผู้รู้เรื่องภูมิปัญญาพื้นบ้านด้านสุขภาพทั่วประเทศ
จัดที่ศิริราช เมื่อปี 2522 โดยผู้ที่ทำให้งานนี้เกิดขึ้นได้ก็คืออาจารย์ประเวศ
วະสี จากจุดนั้น หลายคนบอกว่าเป็นเหมือนสัญญาณการฟื้นคืนชีพของ
การแพทย์แผนไทยและภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพอีกครั้งหนึ่ง

ในช่วง 20 ปีเศษมานี้ การแพทย์แผนไทยและภูมิปัญญาไทยที่
เกี่ยวข้องกับสุขภาพค่อยๆ หวนกลับมาอย่างช้าๆ จนกระทั่งไม่กี่ปีมา
นี้ กระแสเหล่านี้บูมขนาดหนัก ราวกับไอน้ำร้อนที่พวยพุ่งออกจากหม้อ
น้ำเดือดที่ถูกปิดฝาเอาไว้เป็นเวลานาน

“ทางรอดโรงพยาบาลเอกชน ต้องดึงภูมิปัญญาตะวันออกมาเสริม
เป็นจุดขาย” หนังสือพิมพ์ลงข่าวทำนองนี้เมื่อช่วงต้นปี 2545

อาจารย์หมออวย เกตุสิงห์ และคณะ ที่ศิริราชมีส่วนสำคัญในการ
ผลักดันให้เกิดการพัฒนาอายุรเวท สืบมาจนถึงปัจจุบัน อาจารย์สำลี
ใจดี ที่จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยก็มีส่วนผลักดันเรื่องการแพทย์แผนไทย
ไม่น้อย รวมไปถึงองค์กรพัฒนาเอกชนที่มีแกนนำสำคัญได้แก่ คุณรสนา
โตสิตระกุล คุณวีรพงษ์ เกรียงสินยศ คุณโอภาส เศรษฐากุล และ

คุณณรงค์ดี ดันติปฏิภก เป็นอาทิ

ในส่วนผู้ที่ทำงานอยู่ในระบบของกระทรวงสาธารณสุขนั้นกล่าวได้ว่า คุณหมอเพ็ญญา ทรัพย์เจริญ (ชื่อเดิมคือสำรวย) เป็นผู้ที่สนใจและทุ่มเทส่งเสริมสนับสนุนการพัฒนาการแพทย์แผนไทยอย่างเอาใจจริง เอาใจมาตั้งแต่ทำงานอยู่ที่โรงพยาบาลวังน้ำเย็นเมื่อประมาณ 20 ปีก่อน จนกระทั่งเข้ามาทำงานที่ส่วนกลาง ผลักดันให้เกิดสถาบันการแพทย์แผนไทย เกิด พ.ร.บ.คุ้มครองและส่งเสริมภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทย พ.ศ. 2542 เกิดการผลิตและพัฒนาบุคลากร สนับสนุนการพัฒนาาระบบบริการการแพทย์แผนไทยทั้งในและนอกระบบบริการสาธารณสุขอย่างมาก

จนกระทั่งปัจจุบันนี้ เกิดกรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกขึ้นในกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งน่าจะทำบทบาทเป็นกลไกผลักดันนโยบายและส่งเสริมสนับสนุนการพัฒนาภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพได้อย่างกว้างขวางและชัดเจนขึ้น หากไม่เผลอไปคิดและทำกันเองอยู่ในระบบราชการเสียหมดเหมือนที่ราชการนิยมทำกัน

สำหรับในพื้นที่ทั่วประเทศก็มีบุคลากรสาธารณสุขและประชาชนทั่วไปหันมาให้ความสนใจกับการพัฒนาการแพทย์แผนไทยและภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพมากขึ้นเต็มไปหมด อย่างคุณหมอเอกชัย ปัญญา-วัฒนานุกูล แห่งโรงพยาบาลกาบเชิง จังหวัดสุรินทร์ คุณหมออัญชลี อินทนนท์ อาศัยอยู่โรงพยาบาลกุดชุม จังหวัดยโสธร เกษัชกรหญิง กำนัน จันท์ประเสริฐ และคุณหมอดวงรัตน์ เชี่ยวชาญวิทย์ ที่โรงพยาบาลบางกระทุ่ม จังหวัดพิษณุโลก คุณหมอเปรม ชินวันทนา-นนท์ และเกษัชกรหญิงสุภาภรณ์ ปิติพร แห่งโรงพยาบาลเจ้าพระยา-อภัยภูเบศร์ จังหวัดปราจีนบุรี ดร.ยิ่งยง เทาประเสริฐ แห่งสถาบันราชภัฏเชียงราย ก็ทำมากในเรื่องของการส่งเสริมการพัฒนาภูมิปัญญาพื้นบ้านด้านสุขภาพของภาคเหนือ เป็นต้น

เมื่อ 2-3 ปีก่อนก็เกิดสภาพหอพื้นบ้านภาคอีสาน มีคุณพ่อประสาธ รัตนปัญญา เป็นประธาน ตรงนี้เป็นการแสดงให้เห็นว่า หอพื้นบ้านซึ่งเป็นอีกส่วนหนึ่งของภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพ ซึ่งถูกไล่ลงเวทีและไม่ได้รับการยอมรับมานานหลายสิบปี กำลังจะกลับมาเป็นที่นิยมในสังคม ในขณะที่เดียวกัน พ่อหมอแม่หมอซึ่งเป็นบุคลากรพื้นบ้านที่สำคัญก็เริ่มได้นำ มีชีวิตชีวาและพร้อมที่จะพัฒนา



คุณพ่อประสาธ รัตนปัญญา

ศักยภาพ องค์ความรู้และภูมิปัญญา เพื่อนำมาใช้ในการดูแลสุขภาพของคนไทยร่วมกับศาสตร์และศิลป์สาขาอื่นๆ อย่างเต็มที่ พ่อหมอที่มีชื่อเสียง มีเป็นจำนวนมาก เช่น พ่อทอง สุขรัตน์ กลุ่มหมอเมืองเชียงใหม่ ส.ต.นิโรจน์ นิลสถิตย์ จากสมาพันธ์แพทย์แผนไทยภาคใต้ (ชุมพร) หมอ กิชา วิมลเมธี หมอสมุนไพรรจาก จังหวัดนครศรีธรรมราช พ่อยงยุทธ ตรีนุชกร แพทย์พื้นบ้านขอนแก่น พระครูสุธรรมนาถ เจ้าอาวาสวัดป่ากัฒน์ จังหวัดนครปฐม เป็นต้น

ในส่วนของการควบคุมการประกอบวิชาชีพ ก็มีการแก้ พ.ร.บ. ควบคุมการประกอบโรคศิลปะ พ.ศ. 2542 กำหนดให้มีวิชาชีพสำคัญขึ้น 4 สาขา คือ สาขาการแพทย์แผนไทย, สาขาการแพทย์แผนไทยประยุกต์, สาขากายภาพบำบัด, สาขาเทคนิคการแพทย์ ซึ่ง 2 ใน 4 สาขาเป็นการให้ความสำคัญกับการแพทย์แผนไทยโดยตรงนั่นเอง

สิ่งที่เกิดขึ้นเหล่านี้ มีตัวเร่งหรือตัวเอื้อโอกาสที่สำคัญที่สุด คือ ทิศทางของรัฐธรรมนูญ พ.ศ. 2540 โดยเฉพาะอย่างยิ่งมาตรา 46 ที่เขียนไว้ชัดเจนว่า

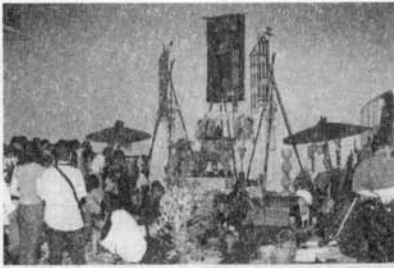
“บุคคลซึ่งรวมกันเป็นชุมชนท้องถิ่นดั้งเดิม ย่อมมีสิทธิอนุรักษ์หรือฟื้นฟูจารีตประเพณี ภูมิปัญญาท้องถิ่น ศิลปะหรือวัฒนธรรมอันดีของท้องถิ่นและของชาติ และมีส่วนร่วมในการจัดการ การบำรุงรักษา และ

การใช้ประโยชน์จากทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อมอย่างสมดุลและยั่งยืน ทั้งนี้ ตามที่กฎหมายบัญญัติ”

ถึงวันนี้ อาจพูดได้ว่า คนไทยฉลาดขึ้นแล้ว หลังจากหลงผิดมานานพอสมควร สังคมจึงเปิดทางให้ภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพได้มีการพัฒนา ทั้งที่อยู่ในรูปของการบริการทั้งในและนอกระบบสาธารณสุข อย่างบริการนวดสารพัดชนิดที่กำลังเติบโตราวดอกเห็ดในฤดูฝน การใช้สมุนไพรเพื่อการรักษาโรคและดูแลสุขภาพ และในรูปของการเป็นส่วนหนึ่งในวิถีชีวิตของชุมชน ซึ่งในส่วนนี้ก็คือภูมิปัญญาพื้นบ้านต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับความเชื่อและวิถีชีวิตของชาวบ้านที่สืบทอดกันมานาน

เมื่อปี 2544 ตอนที่ สปรส.และภาคีพันธมิตรจัดงานตลาดนัดสุขภาพ





ที่อิมแพ็ค เมืองทองธานี (1-5 ก.ย. 2544) มีการจัดสาธิตสิ่งที เรียกว่า “สุขภาพวิถีไทย” เป็นการ เชิญชวนภาคีต่างๆ จากทุกภาค ทั่วประเทศที่ทำงานเกี่ยวข้องกับ ภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพ ทั้ง ส่วนที่เป็นชาวบ้านสามัญชน ส่วนที่เป็นนักวิชาการ และส่วนที่ทำงานอยู่ ในระบบบริการสาธารณสุข มีผู้ประสานงาน 2-3 แรงแข่งขันคือ คุณ หมอประพจน์ เกตวรากาศ, คุณวีรพงษ์ เกรียงสินยศ และคุณโอภาส เชษฐากุล ในงานได้มีการสาธิตภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพสารพัดชนิด ตั้งแต่หอมเสี้ยวทายสุขภาพ หมอดู หมอนวด หมอดอกเส้น (ที่เหลือคน เดียวในประเทศ) หมอย่ำข้าง สมุนไพรยาไทย ชีวจิต เลยไปถึงการ แพทย์ทางเลือกอื่นๆ เช่น แม่โครไบโอติก การฝังเข็ม ฯลฯ



ผู้คนที่ไปเที่ยวงานให้ความสนใจอย่างมาก บริการสาธิตต่างๆ มีผู้ เข้าชมงานจองคิวจนให้บริการกันไม่ไหว เป็นการยืนยันว่า กระแส สุขภาพเหล่านี้กำลังขึ้นสูงจริงๆ

“เดี๋ยวนี้กระทรวงสาธารณสุข ส่งเสริมหมอเถื่อนด้วยหรือนี่” มี บุคลากรสาธารณสุขบางคนตั้งคำถามตามความเคยชินกับกรอบความคิด เดิม

คำตอบของเพื่อนภาควิชาที่ร่วมจัดงานบอกว่า

“เดือนไม่เดือนก็ไม่รู้ละ รู้แต่ว่าเรื่องนี้มืออยู่จริง และเป็นของจริงที่มีอยู่ในสังคมของเราแน่แหละ และมีอยู่มานานมากแล้วด้วย”

คำตอบแบบนี้ คนฟังคงต้องเอาไปคิดต่ออีกหลายตลบ

ในการจัดทำ พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ ที่จะใช้เป็นกฎหมายแม่บท กำหนดทิศทางของระบบสุขภาพที่พึงประสงค์ร่วมกันนั้น ได้ให้ความสำคัญต่อเรื่องนี้ไว้อย่างชัดเจน โดยได้ร่างความหมายของ “**ภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพ**” ว่าหมายถึง องค์ความรู้ ความคิด ความเชื่อ และความชำนาญในการดูแลสุขภาพ ที่สั่งสมมาจากการปฏิบัติในประสบการณ์ชีวิต โดยมีการถ่ายทอดทางสังคม วัฒนธรรมของกลุ่มคน เช่น การดูแลสุขภาพแบบพื้นบ้าน อาหารพื้นบ้าน ภูมิปัญญาหมอพื้นบ้าน การแพทย์แผนไทย เป็นต้น

“**ภูมิปัญญาหมอพื้นบ้าน**” หมายความว่า การดูแลสุขภาพกันเองในชุมชนแบบดั้งเดิม จนกลายเป็นส่วนหนึ่งของวิถีชีวิตที่เกี่ยวข้องกับ



ความเชื่อ พิธีกรรม วัฒนธรรม ประเพณี และทรัพยากรที่แตกต่างกันใน แต่ละท้องถิ่นและเป็นที่ยอมรับของชุมชนนั้นๆ

และ “**การแพทย์แผนไทย**” หมายความว่า การดูแลสุขภาพที่อาศัยภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทยที่ถ่ายทอดและพัฒนาสืบต่อกันมา รวมทั้งการแพทย์แผนไทยประยุกต์ด้วย

และในแนวนโยบายและยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพที่เขียนไว้ให้

คสช. ใช้เป็นแนวทางในการกำหนดนโยบายและยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพ ในอนาคต มีการเขียนเรื่องนี้แยกออกไว้ในส่วนที่ 4 มีสาระสำคัญสรุปได้ คือ

- ให้มีการส่งเสริมสนับสนุนการใช้และการพัฒนาภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพให้เป็นไปอย่างสอดคล้องกับวิถีชุมชน ขนบธรรมเนียม ประเพณี และวัฒนธรรม ท้องถิ่น เพื่อรองรับและส่งเสริมหลักการพึ่งตนเอง ด้านสุขภาพ และเพื่อให้การบริการสาธารณสุขมีทางเลือกที่หลากหลาย



- ให้มีการส่งเสริมสนับสนุนการใช้ การฟื้นฟู และการสืบทอดภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพ การจัดระบบการรับรอง ตลอดจนการพัฒนาองค์ความรู้และมาตรฐาน รวมทั้งการจัดตั้งองค์กรดูแลกันเอง โดยคำนึงถึงการคุ้มครองผู้บริโภคควบคู่กันไปด้วย

- ส่งเสริมสนับสนุนและเพิ่มศักยภาพให้ชุมชน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น หน่วยงานของรัฐ และองค์กรอื่นๆ ในทุกระดับ ให้มีส่วนร่วมในการพัฒนาภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพด้วยมาตรการต่างๆ ที่เหมาะสม

ทั้งหมดนั้น เป็นการเขียนไว้ในระดับแนวทางและมาตรการเพื่อใช้ทำงานร่วมกันต่อไปในอนาคต ไม่ลงไปสู่รายละเอียดวิธีการปฏิบัติ ปล่อยให้ไปปรากฏอยู่ในกฎหมาย ระเบียบ กติกา และเงื่อนไขเฉพาะเรื่องต่อไป

“เรื่องภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพ มีขอบเขตกว้างมาก ตั้งแต่เรื่องการแพทย์แผนไทย ซึ่งก็มีหลายสาย เดียวนี้มีหลายสำนักทำอยู่ การแพทย์พื้นบ้าน ภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพที่เรียกชื่ออย่างอื่น ๆ ปัจจุบันมีเรื่องการแพทย์ทางเลือก ซึ่งเป็นทั้งศาสตร์และศิลป์ใหม่ๆ ที่มาจากที่อื่น และมีที่เป็นศาสตร์พื้นบ้านดั้งเดิมเข้ามาผสมปนเปและกำลังบูมทั้ง

โลก ต่างฝ่ายต่างก็คิดว่าในส่วนที่ตนสนใจทำอยู่ดูแลอยู่นั้นสำคัญ แต่ละกลุ่มแต่ละวงมีศักยภาพ มีอะไรดี ๆ มีความเป็นตัวของตัวเอง จึงขัดแย้งกันแยะมาก ประกอบกับมีผลประโยชน์ต่าง ๆ เข้ามาเกี่ยวข้องมากมาย ในส่วนของราชการเองที่น่าจะมีบทบาทผลसानความแตกต่าง ผันกันเป็นพลังร่วม ก็ยังไม่ได้ทำบทบาทนี้มากนัก ส่วนใหญ่ทำในแนวของตนเอง หลายกลุ่มที่ทำงานอยู่จึงไปกันคนละทิศละทาง ยิ่งกระแสเรื่องนี้กำลังบูม



มีคนใช้เป็นเครื่องมือทำมาหากินมากขึ้นอย่างรวดเร็ว อย่างแถวไนท์บาซ่า ที่เชียงใหม่ ลองไปเดินดู จะเห็นร้านบริการนวดฝ่าเท้าแบบที่เรียกว่าห้องเว่นห้องกันเลยทีเดียว วันดีคืนดี นักการเมืองก็บอกว่าจะทำเรื่องการ

แพทย์แผนไทยเพื่อส่งออก โรงพยาบาลเอกชนก็บอกว่าจะทำเพื่อเพิ่มจุดขายหาเงินเข้าประเทศให้ได้มากๆ มั่วไปหมด ถ้าทิศทางเป็นไปอย่างนี้ ประชาชนทั่วไปที่เป็นผู้บริโภคก็คงแย่ การพัฒนาภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพคงจะสับสนอลม่าน ไร้ทิศทางและยุทธศาสตร์ที่ชัดเจนและมีพลังมากเพียงพอ”

มีบางคนติดตามเรื่องนี้มาตลอด ซึ่งข้อกังวลทำนองนี้ให้ฟัง

ในร่าง พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ มาตรา 77 จึงระบุว่า

“ให้คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (คสช.) จัดให้มีกลไกพัฒนานโยบายและยุทธศาสตร์ภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพเป็นการเฉพาะ”

ตรงนี้ก็ด้วยความหวังว่า ถ้ามีกลไกเปิดช่องทางให้ทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้อง ทั้งฝ่ายการเมืองและราชการ ฝ่ายวิชาการและวิชาชีพ และฝ่ายประชาชนเข้ามาร่วมกันทำงานวิชาการ ร่วมกันคิด ร่วมกันทำ ร่วมกันผลักดันทิศทางการพัฒนาภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพ

กันอย่างเอาจริงเอาจัง และอย่างเป็นกัลยาณมิตร ไม่แบ่งเขาแบ่งเรา เรื่องนี้หน้าจะเคลื่อนไปอย่างดีและมีพลัง เหมือนการพยายามรวมแสงเล็กแสงน้อยให้เข้ามาเป็น “แสงเลเซอร์” ที่มีอนุภาพสูง สามารถฟันฝ่าอุปสรรคต่าง ๆ ไปสู่เป้าหมายเดียวกันได้อย่างมีประสิทธิภาพ

วันนี้ ภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพ แพ้การแพทย์และการสาธารณสุขกระแสหลักไปหลายก้าวแล้ว ถ้ามีวแต่ติดขัด ต่างคนต่างเดิน ต่างคนต่างตั้ง ก็คงจะไปไม่ถึงไหน เรื่องอย่างนี้ใช้กระแสน้ำเดียวก็ไม่ได้ ใช้วิชาการ ใช้ความปรารถนาดี ใช้กฎหมาย ใช้การเมือง ใช้ราชการ หรือใช้มาตรการอย่างใดอย่างหนึ่งไม่ได้ แต่ต้องใช้หลายๆ อย่างร่วมกัน โดยทั้งหมดนี้ต้องอยู่บนฐาน “ความรู้ ความรัก และความเข้าใจกัน” จริงไหมครับ



สุขภาพ
ทางจิตวิญญาณ 19
สุขภาพทางปัญญา

“เรื่องการเดินทางไหวเพื่อปฏิรูประบบสุขภาพเป็นเรื่องที่ยิ่งใหญ่ของมนุษยชาติ เป็นงานที่ต้องการความรัก ความสามัคคีของคนทั้งหมด เราจึงไม่มีเวลาที่จะทะเลาะกัน”



“ระบบสุขภาพแห่งชาติ ต้องเป็นไปเพื่อพัฒนาคนไทยทุกคนให้มี สุขภาวะทั้งทางกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ โดยมุ่งเน้นการ สร้างสุขภาพมากกว่าการซ่อมแซมสุขภาพ”

ข้อความนี้ปรากฏอยู่ใน “รายงานระบบสุขภาพประชาชาติ” ของ คณะกรรมการสาธารณสุข วุฒิสภา ที่มีศาสตราจารย์นายแพทย์ ประสพ รัตนากร เป็นประธาน (มี.ค. 2543) เป็นการชี้แจงชัดเจนว่า สุขภาพมีความหมายกว้าง ไม่ใช่เรื่องแค่การป่วยไข้ การรักษาพยาบาล มดหมอ หยูกยา เท่านั้น

สอดคล้องกับในแผนพัฒนาสุขภาพ ตามแผนพัฒนาเศรษฐกิจและ สังคมฉบับที่ 9 (พ.ศ. 2545 - 2549) ที่ว่า

“สุขภาพ คือ สุขภาวะที่สมบูรณ์และมีคุณภาพทั้งทางกาย ทางใจ ทางสังคม และทางจิตวิญญาณ สุขภาพจึงแยกไม่ได้จากวิถีชีวิตที่จะต้อง ดำเนินไปบนพื้นฐานของความถูกต้องพอดี โดยดำรงอยู่ในครอบครัว ชุมชน และสังคมที่พัฒนาอย่างสมดุล”



เช่นเดียวกับที่อาจารย์ประเวศ วัสี เขียนไว้ในหนังสือ “สุขภาพในฐานะอุดมการณ์ของมนุษย์” (2543) ว่า สุขภาพ คือ สุขภาวะที่สมบูรณ์ทางกาย ทางจิต ทางสังคม และทางจิตวิญญาณ

“สุขภาวะที่สมบูรณ์ทางจิตวิญญาณ (spiritual well-being) หมายถึง สุขภาวะที่เกิดขึ้นเมื่อทำความดี หรือจิตสัมผัสกับสิ่งที่มีคุณค่าอันสูงส่งหรือสิ่งสูงสุด เช่น การเสียสละ การมีความเมตตา กรุณา การเข้าถึงพระรัตนตรัย หรือการเข้าถึงพระเจ้าผู้เป็นเจ้า เป็นต้น ความสุขทางจิตวิญญาณเป็นความสุขที่ไม่ระคนอยู่กับความเห็นแก่ตัว แต่เป็นสุขภาวะที่เกิดขึ้นเมื่อมนุษย์หลุดพ้นจากความมีตัวตน (self transcending) จึงมีอิสระภาพ มีความผ่อนคลายอย่างยิ่ง เบาสบาย มีความปิติแผ่ซ่านทั่วไป มีความสุขอันประณีตและล้ำลึก หรือความสุขอันเป็นทิพย์ สบายอย่างยิ่ง สุขภาพคืออย่างยิ่ง มีผลดีต่อสุขภาพทางกาย ทางจิต และทางสังคม

สุขภาวะทางจิตวิญญาณเป็นยอดที่ส่งผลกระทบอย่างแรงต่อสุขภาพอีก 3 มิติ ถ้าขาดสุขภาวะทางจิตวิญญาณ มนุษย์จะไม่พบความสุขที่แท้จริง และขาดความสมบูรณ์ในตัวเอง เมื่อขาดความสมบูรณ์ในตัวเอง ก็จะมีโรคขาดหรือพร่องอยู่เรื่อยไป ต้องไปหาอะไรเติม เช่น ยาเสพติด ความฟุ่มเฟือย หรือความรุนแรง การติดยาเสพติด การติดความฟุ่มเฟือยและความรุนแรง เกิดจากโรคพร่องเพราะมนุษย์ขาดความสมบูรณ์ในตัวเอง เนื่องจากการพัฒนาในช่วงที่ผ่านมาติดอยู่ที่ระดับต่ำเท่านั้น คือ ระดับทางวัตถุ ครอบงำที่ยังไม่ยกระดับการพัฒนาไปถึงพัฒนาการทางจิตวิญญาณแล้ว ไซร์ จะไม่สามารถแก้ปัญหาการขาดสุขภาวะได้

ฉะนั้น จะเห็นได้ว่า เรื่องสุขภาพเป็นเรื่องของความถูกต้องทั้งหมด”

ท่านอาจารย์พุทธทาส ภิกขุ เคยแสดงพระธรรมเทศนาเรื่อง “ยารักษาโรค” ท่านอาจารย์ให้อรรถธิบายบางตอนว่า

“พระพุทธเจ้าตรัสไว้ว่า โรคมี 2 ชนิด คือ กายิกโรค โรคที่เกี่ยวกับทางกาย นี้พวกหนึ่ง แล้วก็เจตสิกโรค โรคที่เกิดเกี่ยวกับทางจิต นี่อีกโรค

หนึ่ง เป็น 2 โรค แต่เอาตมาเคยเอามาแยกออกเป็น 3 โรค คือว่า โรคทางจิตนั้น แยกออกเป็น 2 คือ เป็นโรคทางจิตอีกโรคหนึ่ง เรียกว่า โรคทางวิญญาณ

โรคทางกาย เจ็บปวดทางกาย อะไรทางกาย ก็ไปหาโรงพยาบาลตามธรรมดา

โรคทางจิต จิตไม่สมประกอบ บ้าบอ เป็นโรคประสาทรบกวนอะไรเหล่านี้ก็เป็นโรคทางจิต ก็ต้องจัดการไปอีกอย่างหนึ่ง หรือไปหาโรงพยาบาลประสาท โรงพยาบาลโรคจิต

แต่ถ้าเป็นโรคทางวิญญาณ คือ โรคทางสติปัญญาแล้ว ต้องไปหาโรงพยาบาลของพระพุทธเจ้า คือธรรมะที่จะช่วยขจัดโรคทางวิญญาณ”

โรคทางวิญญาณหรือโรคทางสติปัญญาที่ท่านอาจารย์พุทธทาสกล่าวถึง ก็คือเรื่องโดยตรงกับมิติสุขภาพที่เรากำลังพูดถึงกันนั่นเอง ซึ่งเป็นเรื่องที่ไกลกว่าเรื่องโรคจิต โรคประสาท ที่เป็นงานด้านสุขภาพจิต (mental health)

จากการรับฟังความเห็นต่อการจัดทำ พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ ช่วงปี 2543 - 2545 ที่ผ่านมามีพบว่า ทุกฝ่ายเห็นด้วยกับการให้คำจำกัดความของ “สุขภาพ” ไว้อย่างกว้าง

“ความพยายามขยายความหมายเรื่องสุขภาพให้มีขอบเขตที่กว้างออกไปจนถึงมิติทางจิตวิญญาณ ถือเป็นความก้าวหน้าของสังคมไทย มีเสียงขานรับในทางบวกอย่างชัดเจนประเด็นเรื่องจิตวิญญาณจากปราชญ์ผู้รู้หลายๆ ท่าน ชี้ความค่อนข้างตรงกันว่าหมายถึง “ปัญญา” ที่จะนำไปสู่การมีสุขภาวะนั่นเอง ถ้าขาดปัญญา ด้อยปัญญา พร่องปัญญา คือ มีอวิชชามาก จะเข้าถึงสุขภาวะได้ยาก คนที่มีร่างกายแข็งแรงสมบูรณ์ดี มีเงินมีทองลาภยศมากมายไม่เป็นโรคจิตโรคประสาท แต่เต็มไปด้วยความเห็นแก่ตัว จ้องกอบโกย เอารอดเอาเปรียบผู้อื่น ก็เรียกว่าเป็นผู้มีสุขภาพดีหรือเข้าถึงสุขภาวะไม่ได้”(เปิดหน้าต่างความคิด “สุขภาพทางจิตวิญญาณ”

มติชนรายสัปดาห์ 18 -
24 ก.พ. 2545)

แต่มีองค์กรภาคี
ส่วนหนึ่ง ไม่เห็นด้วย
กับการใช้คำว่า “จิต
วิญญาณ” สำหรับการ
สื่อถึงสุขภาพในมิติที่ 4
นี้

คุณหมอบรรจบ

คุณทศสวัสดิกุล เขียนบทความลงมติชนรายวัน 19 กรกฎาคม 2544 หัว
เรื่องว่า “พิจารณา สุขภาวะทางกาย ทางจิต ทางสังคม และจิตวิญญาณ
รุ่มรวยอักษร สาระสับสน” เห็นว่า สุขภาพที่ครอบคลุมทางกาย ทางจิต
และทางสังคม นั้นครอบคลุมกว้างพอแล้ว ทั้งสุขภาพของปัจเจกบุคคล
และสุขภาพทางสังคมอันเป็นสาธารณะ ที่รวมความหมายของการอยู่ร่วม
กันทั้งทางกายภาพและทางมโนธรรมพร้อมกันไปในตัวอยู่แล้ว ไม่จำเป็นต้อง
ใช้คำว่า จิตวิญญาณ เพราะจะทำให้เกิดความขัดแย้งกับหลักพุทธ
ศาสนา

ในบทวิจารณ์ดังกล่าว คุณหมอบรรจบ เขียนไว้ว่า “ต้องขอ
ประธานโทษาจารย์ประเวศที่เคารพกว่า ยิ่งท่านอธิบายเท่าไร ก็ยิ่ง
ทำให้สับสนต่อไปอีกมากเท่านั้น” ซึ่งอาจารย์ประเวศ ได้เขียนบทความ
ชื่อ “สปรส. กับสุขภาพทางจิตวิญญาณ” ลงในหนังสือพิมพ์มติชนรายวัน
24 กรกฎาคม 2544 กล่าวว่า

“ผู้วิจารณ์กล่าวว่าเมื่อเติมคำว่า จิตวิญญาณ เข้าไปแล้ว ทำให้เกิด
ความขัดแย้งกับหลักพุทธศาสนาโดยตรง เรื่องนี้ผู้วิจารณ์เข้าใจหลักพุทธ
ศาสนาในทางแคบ เมื่อแคบ อะไรๆ ก็ดูอยู่นอกไปได้ง่ายๆ กล่าวหากคน
อื่นได้ง่ายๆ ความจริงหลักธรรมทางพุทธศาสนากว้างใหญ่ไพศาล เมื่อ

สปรส. กับ ‘สุขภาพทางจิตวิญญาณ’

ส ันต์ คือ สำนักรเบญจประยงค์ของชาติ ได้มีการมอบ
ความดีใจมอบแด่บรรดาของดีที่มีคุณค่ามากมาย ใน
เดือนกุมภาพันธ์นี้ในการปฏิบัติหน้าที่ในฐานะบรรณาธิการ

ในหนังสือพิมพ์มติชนรายวันฉบับที่ 18 กรกฎาคม 2544 น.พ.บร
จบ จุฑะสวัสดิกุล ได้เขียนบทความพิเศษนำบรรณาธิการขึ้น โดยขอ
จะเรียกว่า “สุขภาพจิตวิญญาณ” ไว้ได้เป็น จิตวิญญาณสุขภาพ
กาย ทางจิต ทางสังคม 3 ส่วนคือ กาย สังคม วัฒนธรรม จิตใจและจิต
วิญญาณโดยสาระ และผู้วิจารณ์และบรรณาธิการของหนังสือพิมพ์
ฉบับนี้จึงได้ให้คำแนะนำถึง 3 ประการคือ

1. ใช้ชื่อเรียก “บูรณาสุขภาพ สังคม” คำว่าสุขภาพนั้นเป็น
คำที่ใช้รวม การจะขยายให้ครอบคลุม จึงไม่ควรใช้คำ
คำเดียวเช่น จิตวิญญาณ แทนแต่ใช้คำหลายคำเช่นสุขภาพ สังคม วัฒนธรรม
จิตใจ และ จิตใจทางจิตวิญญาณ ซึ่งเป็นการขยายให้ชัดเจน
สำหรับผู้อ่านและผู้สนใจในสิ่งนี้

2. ผู้วิจารณ์กล่าวว่า “จิตวิญญาณ” คำนี้มี
ที่มาจากภาษาบาลีว่า จิตวิญญาณ หมายถึงจิต
ที่คิดเกี่ยวกับสิ่งต่าง ๆ ในโลกนี้และโลกหน้า ซึ่งมีความ
หมายที่กว้างขวาง ครอบคลุมถึงทั้งกาย สังคม วัฒนธรรม จิตใจ และ

กว้างใหญ่ไพศาล อะไรๆ ก็อยู่ในได้ทั้งนั้น สุดแต่จะคิดเชิงโอบอ้อม หรือ ตัดรอน ธรรมดาพระศาสนาต่างๆ จะกว้างใหญ่ไพศาล แต่มนุษย์ไปตีความให้แคบตามจิตของตัวเอง แล้วนำไปสู่ความขัดแย้งและความรุนแรง”

อาจารย์ประเวศฯ ได้ให้คำวิชันาเรื่องนี้ว่า

“1. ที่ผู้วิจารณ์กล่าวว่า จิต วิญญาณ มโน หทัย เป็นคำที่มีความหมายเดียวกัน ไม่น่าเอาคำสองคำ คือ จิตและวิญญาณ มาใช้ทั้งคู่คือ “จิตวิญญาณ” ก็เห็นชัดว่ายังศึกษามาน้อยไป เพราะคำว่ามโนวิญญาณ มีที่ใช้เต็มไปหมดในพระไตรปิฎก ไม่ควรไปดึงอาจารย์ไชยวัฒน์ ถปิลกาญจน์ ผู้รู้ทางอภิธรรมมาอ้างเฉพาะส่วน เพื่อสนองเจตนาของตน เพราะจะทำให้คนเข้าใจท่านผิดไป เนื่องจากผู้เริ่มต้นศึกษาเรื่องจิตทางพระพุทธศาสนา ก็จะพบคำว่า “มโนวิญญาณ” แล้ว คำหลายคำมีความหมายเหมือนกันในบางด้าน แต่อาจมีแง่มุมที่ต่างกัน และมีความหมายต่างกัน “บริบท” ที่ต่างกัน มโน และวิญญาณ ในด้านหนึ่งหมายถึงจิตเหมือนกัน แต่คำว่า มโนวิญญาณ มีความหมายจำเพาะว่า การรู้ทางใจ ในชุดวิญญาณที่ร่วมกับอายตนะทั้ง 6 เริ่มจากจักขุวิญญาณที่วารู้ทางตา



มนุษย์ทุกชาติทุกภาษาเอาคำเก่ามาใช้ร่วมกันในความหมายใหม่เป็นธรรมดา ผู้วิจารณ์ก็รู้ภาษาจีน ซึ่งมีการเอาคำเก่ามาร่วมกันมีความหมายใหม่เต็มไปหมด ทำให้มีคำใช้มากขึ้นเพื่อให้การคิดคมชัดแตกกิ่งก้านสาขาออกไป เราจะไปเดือดร้อนทำไมกับธรรมชาติที่เป็นธรรมดาและเป็นความงาม

คำว่า “จิตวิญญาณ” เป็นการเอาคำเก่ามาใช้คู่เพื่อให้มีความหมายเพิ่มขึ้น

หมายถึงมิติทางสูงของจิต

สัตว์มี กาย จิต สังคม แต่ไม่มีมิติทางจิตวิญญาณ

มนุษย์มี กาย จิต สังคม จิตวิญญาณ

จิตและวิญญาณเป็นค่ากลางๆ สัตว์ก็มีจิตหรือวิญญาณ แต่ไม่มีมิติ ด้านสูงของจิต ทางพุทธใช้คำว่าปัญญา ข้อนี้จะเกี่ยวข้องกับภาควิชา วิชา ความเห็นของผู้วิจารณ์ในข้อถัดไป

2. ที่ผู้วิจารณ์กล่าวว่าใช้ 3 ก็ครอบคลุมหมดแล้ว คือ สุขภาวะทาง กาย ทางจิต และทางสังคม ผมก็ไม่รู้ว่าอะไร แต่อยากจะชี้ว่าผู้วิจารณ์ยัง ศึกษาไม่ครบ ในทางพุทธจะพูดถึง 4 ตามที่พระธรรมปิฎกได้นำมากล่าว ไว้เสมอๆ ว่าทางพุทธจะพูดถึงการพัฒนา

4 ด้าน คือ

(1) พัฒนาทางกาย

(2) พัฒนาทางจิต

(3) พัฒนาทางสังคม

(4) พัฒนาทางปัญญา

ถ้าสังเกตหลักทางพุทธสัณนิทก็ จะ เห็นว่าจะพูดถึงเรื่อง จิต กับ ปัญญา แยก ออกเป็น 2 ข้อ เช่น จิตศึกษา กับปัญญา ศึกษา หรือในเรื่องศีล สมาธิ ปัญญา จิต อยู่ในข้อสมาธิ แต่ถ้าผู้วิจารณ์ต้องการ เอาปัญญาไปรวมไว้ในจิตโดยยุบเหลือ 3 คือ กาย จิต สังคม ผมก็ไม่ว่า อะไร เพราะไม่มีใครผูกขาดการตีความ เพียงแต่ต้องการบอกว่าทางพุทธ นิยมพูดเป็น 4

3. เดิมองค์การอนามัยโลก นิยามคำว่า สุขภาวะ คือ สุขภาวะที่ สมบูรณ์ทางกาย ทางจิต ทางสังคม ผมก็รู้สึกมันขาดไป เพราะถ้า อธิบายแบบพุทธว่าความสุขคือ การหลุดพ้นจากความบีบคั้น 4 ประการ



คือ บีบคั้นทางกาย ทางจิต ทางสังคม และทางปัญญา (หลุดพ้นจาก ความบีบคั้นของความไม่รู้) จะมีความสมบูรณ์กว่า ต่อมาเมื่อองค์การอนามัยโลกมีมติให้เติมคำว่า *spiritual well-being* หรือสุขภาวะทางจิตวิญญาณเข้าไปด้วย ผมก็ดีใจว่าคราวนี้ครบสมบูรณ์ทั้งตามพุทธและตามศาสนาอื่นๆ เพราะ *spiritual* จิตวิญญาณ หรือจิตสูงนั้นหมายถึง ความดี การลดความเห็นแก่ตัว การเข้าถึงสิ่งสูงสุด สิ่งสูงสุดทางพุทธคือ พระนิพพาน หรือปัญญาหรือวิชา ศาสนาอื่นหมายถึงพระผู้เป็นเจ้า

ผมจึงอธิบายสุขภาวะทางจิตวิญญาณว่า เป็นสุขภาวะที่เกิดจากความดี การลดความเห็นแก่ตัว การมีปัญญา ตรงนี้แหละครับ ตรงที่ผู้วิจารณ์ว่าผมสับสน แต่ผมอยากเสนอว่าให้ช่วยกันศึกษาให้ละเอียด เพราะเป็นเรื่องละเอียดอ่อนและต้องปฏิบัติจนเกิดผล (ปฏิเวธ) ด้วย จึงจะเข้าใจ

ศาสนานั้นเน้นที่การเรียนรู้ การปฏิบัติ และการได้รับผลดีจากการปฏิบัติ (ปฏิเวธ) ไม่เหมือนทางโลก ที่เน้นความรู้นอกตัวแล้วก็เอาไปไว้รอดกัน บลัฟกัน โดยไม่เกิดการพัฒนาอย่างประณีตในจิตใจของตนเอง

ข้อ 4 นี้จะพูดว่าสุขภาวะทางปัญญา ก็ได้ แต่คำว่าปัญญาในทางพระพุทธศาสนามีความหมายจำเพาะ ต่างจากปัญญาที่ใช้กันทั่วไป อย่างดาดเตี้น และมีความลึกที่ต่างจากคำว่า *intellect* ในภาษาอังกฤษ คำว่าสุขภาวะจิตวิญญาณมีความแปลกใหม่ กระตุ้นให้คิด ดีความหมายได้ทั้งในทางพุทธ ทางสากล และทางศาสนาอื่น”

1 สิงหาคม 2544 ในคอลัมน์นายหนุณยัน ฉีกของ มติชนรายวัน คุณพิรเสฏฐ์ รินลา เขียนจดหมายบอกว่าเห็นด้วยกับการกำหนดความหมายสุขภาพกว้างว่าเป็นสุขภาวะ 4 มิติ

“สุขภาวะทางจิต หมายถึง ไม่ให้คนเป็นบ้า ไม่เป็นโรคจิต โรคประสาท ไม่ให้เครียด ไม่ต้องพึ่งยาเสพติด ส่วนสุขภาพทางจิตวิญญาณ หมายถึง เพื่อให้เป็นผู้ไม่มีความโลภ ความโกรธ ความหลง มีศีล สมาธิ ปัญญา เป็นผู้รู้ ผู้ตื่น ผู้เบิกบาน เอื้อเพื่อเผื่อแผ่ ไม่เห็นแก่ตัว”

นายหยุนยั้นบอกว่า

“ผมเห็นด้วยกับ สปรส. ที่วางกรอบ สุขภาพดีทั้งกายใจ ครอบคลุมไว้ทั้ง 4 มุม คือสุขภาพะทางกาย ทางจิต ทางสังคม และทางจิตวิญญาณ สุขภาพดีทั้งกายและใจเป็นพื้นฐานสุขภาพะที่ต้องการของบุคคล ถ้าปัจเจกบุคคลแต่ละคนมีสุขภาพกาย สุขภาพจิตดี จิตวิญญาณของคนในสังคมจะดี เอื้ออำนวยให้สุขภาพะทางสังคมดีไป”

ช่วงปลายปี 2544 คุณหมอบรรจบ เขียนบทความ “สมาจารย์และเพื่อนพ้องกระบวนกรปฏิรูป อันเนื่องมาแต่คำพิพากษาว่าด้วย จิต และจิตวิญญาณ ของ สปรส.” ลงในมติชนสุดสัปดาห์ พร้อมแนบหนังสือตอบของท่านเจ้าคุณพระธรรมปิฎกที่มีถึงคุณหมอบรรจบ ตีพิมพ์ไว้ด้วย (มติชนสุดสัปดาห์ 24 - 30 ธ.ค. 2544) ท่านเจ้าคุณอาจารย์ได้แสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับร่างกรอบความคิด พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติไว้อย่างละเอียด

“เริ่มแรกขออนุโมทนา สปรส. ใน 2 ประการคือ ในกา์ที่ได้ขยายขอบเขตแนวความคิดความเข้าใจเกี่ยวกับสุขภาพให้กว้างออกไป และในการที่เปิดโอกาสแก่คนภายนอกที่จะช่วยพิจารณาให้ข้อคิดเห็นกันหลาย ๆ ด้าน

คำว่า จิตวิญญาณ เองก็ไม่มี ความหมายเดิมที่จะเป็นหลัก หรือเป็นฐานที่จะตัดสินหรือจำกัดให้ลงตัวได้ เพราะจิตวิญญาณเองก็เป็นคำที่ผูกขึ้นใช้ใหม่ด้วยเช่นกัน

วิธีหนึ่งที่สามารถทำได้คือ กำหนดให้จิตวิญญาณเป็นคำแปลภาษาไทยของคำภาษาอังกฤษว่า spiritual และ spirituality

คำว่า จิตวิญญาณ เป็นคำประเภท



เสริมย้ำความรู้สึกให้หนักแน่น ซึ่งในแง่นี้ก็ประโยชน์อย่างหนึ่งในทาง
ภาษา ถ้าใช้ในขอบเขตที่เหมาะสม”

14 กุมภาพันธ์ 2545 พ.ท.นพ.สมพันธ์ บุญยุคปต์ ในฐานะ
ประธานสภาองค์การพระพุทธศาสนาแห่งประเทศไทย มีหนังสือถึง
กระทรวงสาธารณสุขและสำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ แสดง
ความไม่เห็นด้วยกับการใช้คำว่า “จิตวิญญาณ” ในคำจำกัดความของ
สุขภาพ

“ขอเรียนว่าไม่มีความจำเป็นและไม่สมควรอย่างยิ่ง ที่จะแปลคำ
จำกัดความขององค์การอนามัยโลกที่เขียนไว้สำหรับทุกประเทศ โดย
เฉพาะอย่างยิ่งเน้นประเทศที่ด้อยพัฒนา เพราะประเทศไทยมีความเจริญ
และมั่นคงทางด้านจิตใจ และวัฒนธรรมมากกว่ามาเป็นเวลานานนับพันปีแล้ว ...
ถ้ากระทรวงสาธารณสุขและสำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติปล่อย
ให้มีการใช้คำจำกัดความที่มีความหมายของศาสนาอื่นแล้ว จะถือว่าเป็น
เจตนาร้ายต่อพระพุทธศาสนาที่บรรพบุรุษของไทยได้รักษามานับพันปี”

ในช่วงเวลาไล่เรียงกันนี้ คุณหมอบรรจบ ได้เขียนบทความเผยแพร่
ในคอลัมน์ประจำของตนเองในมติชนสุดสัปดาห์อีกหลายครั้ง (ก.พ. - มี.ค.
2545) เช่นบทความที่ชื่อว่า “สุขภาวะทางจิต คือ คำตอบสุดท้ายสู่ปัญหา
สุขภาพทั้งปวง” (4-10 ก.พ. 2545)

“ฤๅสุขภาวะทางจิตวิญญาณ จะเสนอลัทธินอกพุทธศาสนา” (11-17
ก.พ. 2545) “จิตวิญญาณจาก ศ.ดร.ระวี ภาวิไล” (25 ก.พ. - 3 มี.ค.
2545) “จิตและวิญญาณโดยนัยของท่านอาจารย์พุทธทาส” (4-8 มี.ค.
2545) เป็นต้น โดย

บทความแต่ละบทเป็นทั้ง
การให้ข้อมูลและข้อคิด
เห็นต่าง ๆ โดยเขียนใน
ลักษณะการกล่าวหาและ

โปรดตัด
คำว่า “จิตวิญญาณ”
เพราะขัดแย้งกับหลักพระพุทธศาสนา



มูลนิธิพุทธธรรม
BUDDHADHAMMA FOUNDATION

มูลนิธิพุทธธรรม องค์การชาวพุทธ และผู้เข้าร่วมสัมมนา
ในหัวข้อ "การส่งเสริมการบริหารจิตเพื่อสุขภาพ"

เมื่อวันที่ ๑๖ กรกฎาคม ๒๕๔๕ ณ กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข
๒ สิงหาคม ๒๕๔๕

เรื่อง เสนอมติให้ตัดคำว่า "จิตวิญญาณ" ออกจากคำจำกัดความของสุขภาพ ในร่างพร.สุขภาพแห่งชาติ
เขียน ผู้อำนวยการ สำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ (สปรส.)

ตามที่มีมูลนิธิพุทธธรรมได้จัดสัมมนาเรื่อง "การส่งเสริมการบริหารจิตเพื่อสุขภาพ" ในวันที่ ๑๖ กรกฎาคม ๒๕๔๕ โดยมีวัตถุประสงค์ทั้งที่ "พัฒนารมต.สุตารัตน์ เกยุราพันธุ์ ประธานเปิดงาน ได้กำหนดไว้ว่า "เป็นครั้งแรกที่เปิดโอกาสให้ผู้แทนองค์การพระพุทธศาสนาได้มีส่วนร่วมในการออกความคิดเห็นต่อร่างพร.สุขภาพแห่งชาติ นับเป็นนิมิตหมายที่ดีที่จะได้นำความคิดเห็นจากที่สัมมนาวันนี้นำไปปรับปรุงแก้ไขร่างพร.ดังกล่าว ให้เป็นธรรมนุญสุขภาพของคนไทยอย่างแท้จริง"

โจมตีการทำงานของ สปรส. ค่อนข้างรุนแรงด้วยเสมอ

แล้วก็มาถึงช่วงต้นเดือนสิงหาคม 2545 ไกลวันจะมีการประชุม "สมัชชาสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 ว่าด้วย พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ" ทางมูลนิธิพุทธธรรมโดยการนำของ คุณหญิงอุทัย ธนะปุระ และองค์กรภาคีอีก 24 องค์กร ได้เข้าพบกับอาจารย์ไพโรจน์ นิงสานนท์ ประธานคณะอนุกรรมการยกร่าง พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติและผม เพื่อยื่นหนังสือเสนอให้ตัดคำว่า "จิตวิญญาณ" ออกจากคำจำกัดความของสุขภาพในร่าง พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ (2 ส.ค. 2545) พร้อมแนบแถลงการณ์และเหตุผลประกอบข้อเสนอไว้อย่างละเอียด บรรยากาศการพบกันเป็นไปอย่างอบอุ่น สร้างสรรค์ และเป็นมิตรไมตรีดียิ่ง

"เห็นด้วยที่มีการขยายความหมายของจิตให้กว้างไกลไปกว่าความหมายของจิตแพทย์ เป็นคำจำกัดความที่กินความหมายถึงการมีสติ สมาธิ ปัญญา ซึ่งสอดคล้องกับหลักพระพุทธศาสนา... ไม่เห็นด้วยกับคำว่าจิตวิญญาณที่ถูกกำหนดเป็นอีกมิติหนึ่งของสุขภาพ"

ในขณะเดียวกัน สมาชิกขององค์กรภาคีเหล่านี้ส่วนหนึ่งได้สมัครเข้าร่วมการประชุมสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ระหว่างวันที่ 8 - 9 สิงหาคม 2545 เพื่อร่วมแสดงความคิดเห็นเรื่องนี้อีกหลายสิบคน และในการประชุมสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ คุณหญิงอุทัย ชนะปุระ และคณะอีกส่วนหนึ่งได้นำป้ายขนาดใหญ่ไปแสดงที่หน้าอาคารจัดประชุมสมัชชา และแจกแถลงการณ์ให้แก่ผู้เข้าร่วมประชุมด้วย โดยทั้งหมดนี้เป็นการกระทำอย่างสุภาพและโดยสงบ มีการประสานงานกับคณะทำงานจัดสมัชชาฯ เป็นการใช้เวลาที่สมัชชาสุขภาพซึ่งเป็นเวทีสาธารณะ แสดงความคิดเห็นอย่างสันติและให้เกียรติกันและกัน

ในระหว่างการประชุมสมัชชาสุขภาพแห่งชาติดังกล่าว อาจารย์ประเวศ วะสี เขียนโน้ตฝากให้ผมว่า

“เรื่องการเคลื่อนไหวเพื่อปฏิรูประบบสุขภาพเป็นเรื่องที่ยิ่งใหญ่ของมนุษยชาติ เป็นงานที่ต้องการความรัก ความสามัคคีของคนทั้งหมด เราจึงไม่มีเวลาที่จะทะเลาะกัน

การที่เพื่อนของเรากลุ่มหนึ่งไม่มีความสุขจากการใช้คำ “สุขภาวะทางจิตวิญญาณ” เราควรเข้าใจและเห็นใจ และหาทางแก้ไขข้อขัดข้อง อันที่จริงเราก็ไม่ได้เคลื่อนไหวแบบตายตัว แต่เปิดรับให้ปรับตัวไปได้ตลอดเวลา จากการระดมความมีส่วนร่วม

อันที่จริงคำว่า “สุขภาวะทางจิตวิญญาณ” ก็เป็นภาระแก่การต้องอธิบายว่ามันคืออะไร สำหรับคนไทย ถ้ามีคำที่เข้าใจได้ทันทีโดยไม่ต้องอธิบายเพิ่มเติมก็น่าจะดี ผมเผ้าหาคำที่จะมาแทนอยู่ตลอดเวลาเหมือนกัน นอกจากสื่อแล้วต้องมีพลังในคำด้วย ผมลองเสนอคำแทนดูว่าเป็น

“สุขภาวะทางการเข้าถึงศาสนธรรม” จะเป็นอย่างไร

คำนี้ไม่ต้องการคำอธิบาย เข้าใจหมดทุกชาติทุกภาษา เป็นการยกย่องบทบาทของศาสนธรรม และเป็นคำกลางๆ ศาสนาใดก็ได้

ทั้งหมดก็จะเป็น สุขภาวะทางกาย สุขภาวะทางจิต สุขภาวะทาง

สังคัม และสุขภาวะทางการเข้าถึงศาสนธรรม

(ที่จริงเป็นสุขภาวะจากการเข้าถึงศาสนธรรม แต่ต้องใช้ทาง เพื่อให้ คล่องจองกับทางอีก 3 ข้อ)

จึงเสนอมาเพื่อปรึกษากันดู ถ้าคิดว่าเป็นคำที่ดีกว่า ก็ต้องขอ ขอบคุณเพื่อนของเรากลุ่มดังกล่าวที่ทำให้เราพบสิ่งที่ดีกว่า”

ซึ่งต่อมา ในร่าง พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ (ฉบับปรับปรุง 24 กันยายน 2545 หลังการประชุมสมัชชาสุขภาพแห่งชาติแล้ว) จึงเขียนคำจำกัด ความของคำว่า “สุขภาพ” ไว้ว่า

“หมายถึง สุขภาวะที่สมบูรณ์และเชื่อมโยงกันเป็นองค์รวมอย่างสมดุล ทั้งทางกาย ทางจิต ทางสังคัม และทางจิตวิญญาณ”

โดยเขียนหมายเหตุไว้ว่า “คำว่าจิตวิญญาณนั้น กำลังจัดกระบวนการ เพื่อหาข้อสรุปร่างกันว่า ควรใช้คำใดที่สามารถสืบความเข้าใจให้ตรงกัน มากที่สุด เช่นคำว่า ทางปัญญา ทางการเข้าถึงศาสนธรรม หรือ อื่นๆ”

ต่อมาเมื่อมีการประชุม ระหว่าง ผู้แทนคณะอนุกรรม- การยกร่างพ.ร.บ.สุขภาพแห่ง ชาติ ร่วมกับส่วนราชการ 10 หน่วยที่ให้ข้อสังเกตต่อร่าง พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ ตามที่ สำนักเลขาธิการ ครม. ถาไป (13 ม.ค. 2546) โดยมีอาจารย์ ไพโรจน์ ینگสานนท์ เป็น ประธาน จึงได้ขอยุติเบื้องต้น สำหรับประเด็นนี้ว่า

คำว่า

“จิตวิญญาณ”

ในร่างพ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ

มีผลกระทบต่อพระพุทธศาสนา ในประเทศไทยอย่างไร?

- พระธรรมปิฎก (ป. อ. ปยุตฺโต)
- พระศรีปริยัติโมลี
- ศ.ดร.จวี ภาวิไล
- นพ.สมพันธ์ บุญคุปต์
- อ.ไชยวัฒน์ กปิตกาญจน์
- รศ.พญ.จิรพรรณ ม้อยมจันทร์
- นพ.บรรจบ ชุนทสวัสดิกุล
- บุญญปัญญา



คณะสงฆ์ไทยและพุทธศาสนิกชน
ขอแสดงความห่วงใยต่อร่างพ.ร.บ.สุขภาพ
แห่งชาติที่มีผลกระทบต่อพระพุทธศาสนา

“จะไม่ใช้คำว่า จิตวิญญาณ ในคำจำกัดความของคำว่าสุขภาพ โดยควรมอบหมายให้สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกาช่วยหาคำอื่นที่เหมาะสมกว่าใช้แทนต่อไป”

ในห้วงเวลาเดียวกัน ทางเครือข่ายองค์กรพระพุทธศาสนาแห่งประเทศไทย ได้จัดพิมพ์หนังสือชื่อ “คำว่า จิตวิญญาณ ในร่าง พ.ร.บ. สุขภาพแห่งชาติ มีผลกระทบต่อพระพุทธศาสนาในประเทศไทยอย่างไร?” โดยตีพิมพ์บทความและความเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิไว้หลายท่าน ในส่วนหนึ่งของคำนำ สำหรับการพิมพ์ครั้งที่ 4 (12 ก.พ. 2546) เขียนไว้ว่า

“... จึงมีคำถามว่า การที่ สปรส.นำคำว่า จิตวิญญาณ บรรจุลงในร่าง พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาตินี้มีเจตนาแอบแฝงที่จะนำเอาพระผู้เป็นเจ้าในศาสนาอื่นเข้ามาบรรจุในกฎหมายไทยหรือไม่

ปวงพุทธบริษัทจึงได้เสนอให้ สปรส.โปรดเห็นแก่ประชาชนส่วนใหญ่ถึงร้อยละ 95 ที่นับถือพระพุทธศาสนา โดยตัดคำว่า จิตวิญญาณ ออกจากร่าง พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ ในกรณีที่มีความประสงค์จะหาคำแทนคำนี้ พระธรรมปิฎก (ป.อ.ปยุต. โต) ได้เสนอให้ใช้คำว่า “ปัญญา” แทน ซึ่งบัดนี้มีการเปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดีแล้ว โดย สปรส.ได้ยอมรับฟังความเห็นของชาวพุทธ และมอบให้สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกาหาคำที่เหมาะสมมาแทนจิตวิญญาณ

ปวงชาวพุทธจึงขอแสดงความขอบคุณ สปรส. และจะได้ติดตามการดำเนินการดังกล่าวอย่างใกล้ชิดทุกขั้นตอน จนกว่าจะแก้ไขเรียบร้อยประกาศเป็นกฎหมายในที่สุด”

ต่อมาเมื่อวันที่ 6 มีนาคม 2546 ได้มีการประชุมปรึกษาหารือวงเล็ก ในระหว่างผู้ทรงคุณวุฒิในแวดวงวิชาการและศาสนาต่าง ๆ มีอาจารย์เกษม วัฒนชัย เป็นประธาน ผู้ร่วมประชุมประกอบด้วย อาจารย์สุมน อมรวิวัฒน์, คุณหมอแวมฮาดี, คุณวรเดช อมรรวิพัฒน์, อาจารย์จิรพรธม มัธยมจันทร์, พีศรีสว่าง พัววงศ์แพทย์ เป็นต้น ได้ข้อสรุปเบื้องต้นว่า

สุขภาพมิติที่ 4 นี้ ควรใช้คำว่า “สุขภาพทางปัญญา” (wisdom health) เพราะเข้าได้กับทุกศาสนาและดูว่าจะสื่อความหมายได้ตรงมากที่สุด แต่อย่างไรก็ตามต้องมีการศึกษา



และจัดทำคำอธิบายเพื่อการทำงานกับสังคมต่อไปด้วย เพราะยังเป็นเรื่องนามธรรมที่เข้าใจยากอยู่มาก

นี่คือตัวอย่างหนึ่งของการเรียนรู้ร่วมกันของคนไทย เพื่อนำไปสู่การปฏิรูประบบสุขภาพเพื่อการมีสุขภาวะร่วมกันครับ



บริการสาธารณสุข 20

ใกล้บ้านใกล้ใจ-ไม่ค้ำกำไร

“ถ้าปล่อยให้บริการสาธารณสุขเป็นบริการค้ำกำไรเชิงธุรกิจ การจัดบริการก็จะทำเพื่อกำไรสูงสุดเหมือนธุรกิจทั่วไป จะเกิดการให้บริการอย่างผิดปกติกินจำเป็น ไม่สมเหตุสมผลได้ เพื่อให้มีรายรับมากๆ ผลกำไรสูงสุดเอาไปแบ่งกัน”



ในอดีตกาล บริการสาธารณสุข หรือบริการทางการแพทย์และสาธารณสุข เป็นเรื่องที่อยู่ในวิถีชีวิตของชุมชน เป็นเรื่องแบบที่เรียกว่า “ยาขอ-หมอวาน” ใครมีภูมิปัญญาช่วยใครได้ก็ช่วยเหลือกัน เป็นเรื่องของมนุษยธรรม แต่เมื่อสังคมพัฒนาไป ก็เข้าสู่ยุค “เจียดยาจ่ายยา” และเมื่อสังคมรับวิทยาการแพทย์ตะวันตกเข้ามาเต็มตัว สุขภาพถูกแยกส่วน เป็นเรื่องของการบริการสาธารณสุข มี “ผู้ให้ - ผู้รับบริการ” แบ่งเป็น 2 ฝ่ายชัดเจนขึ้นเรื่อยๆ เกิดเป็นระบบบริการสาธารณสุข มีโรงพยาบาล มีแพทย์ พยาบาล และบุคลากรสาธารณสุขเป็นศูนย์กลาง มีประชาชนเป็นผู้ใช้บริการ

บริการที่เป็นเรื่องวิถีชีวิต เป็นเรื่องมนุษยธรรมก็เปลี่ยนไปเรื่อยๆ กลายเป็น “การขายบริการ - การซื้อบริการ” และส่วนหนึ่งได้กลายไปเป็นธุรกิจบริการทางการแพทย์และสาธารณสุข ดังเช่นในปัจจุบัน

“อนาคตโรงพยาบาลเอกชนโตสูง ต้องสร้างฐานทุน - ทุนสมัย”

“สร้างเครือข่ายเฉพาะทางสนองความต้องการครบวงจร”

“โรงพยาบาล.....เตรียมปันผลเพิ่มเป็น 60 - 70 % ของกำไรสุทธิ
ชดเชยช่วงวิกฤต”

“ธุรกิจโรงพยาบาลเอกชนอยู่รอดต้องใช้การตลาดนำ”

“ชูจุดแข็งผู้นำการแพทย์ - เทคโนโลยี”

“คาดการณ์ปีนี้ขยายตัว 30 - 40 %”

(กรุงเทพธุรกิจ 18 ก.พ. 2546)

บริการทางการแพทย์และสาธารณสุข กลายเป็นธุรกิจแสวงกำไรที่ต้องใช้การตลาดทุกรูปแบบนำ ด้วยการค้นหาจุดขายที่สามารถดึงดูดลูกค้า (ผู้ซื้อบริการ - คนป่วยไข้) ไม่ว่า



จะเป็นความเชี่ยวชาญเฉพาะทาง เทคโนโลยีทันสมัย การบริการครบวงจร ฯลฯ โดยทั้งหมดนี้มี “โรงพยาบาล” และ “วิทยาศาสตร์การแพทย์” เป็นศูนย์กลางบริการและธุรกิจ

“บริการทางการแพทย์และสาธารณสุขที่ดี ต้องเป็นแบบองค์รวม ผสมผสาน เชื่อมโยง มิติทางการแพทย์เข้ากับมิติทางสังคม วัฒนธรรม เศรษฐกิจ และอื่นๆ เป็นบริการที่ไม่แปลกแยกกับวิถีชีวิตชุมชน อยู่ใกล้ชุมชนทั้งในแง่ของภูมิศาสตร์และสังคมจิตวิทยา ที่เรียกว่าใกล้บ้านใกล้ใจ ทีมบริการมีขนาดเล็กพอเหมาะ รู้จักคุ้นเคยกับคนในชุมชน ทั้งระดับบุคคลและครอบครัว มีบริการทั้งเชิงรุกและตั้งรับ ดูแลสุขภาพอย่างองค์รวม ตั้งแต่เกิดจนตาย ไม่ใช่ให้บริการเป็นครั้งๆ เป็นรายโรคด้วยวิทยาการทางการแพทย์เท่านั้น และมีระบบเชื่อมโยงส่งต่อผู้ป่วยที่มีความจำเป็นไปยังสถานบริการที่มีขีดความสามารถเฉพาะด้านนั้นๆ ได้อย่างเหมาะสม โดยหน่วยบริการที่ว่ามีขอบเขตพื้นที่และประชากรในความรับผิดชอบชัดเจนในจำนวนที่พอเหมาะ”

นั่นคือภาพของสถานบริการสาธารณสุขในอุดมคติที่ควรจะเป็น ซึ่งในบ้านเราหาได้ยากเต็มที เพราะที่ผ่านมา ระบบบริการสาธารณสุขของเรามุ่งเน้นสร้าง “โรงพยาบาล” ให้เป็นศูนย์กลางของระบบ ยิ่งโรงพยาบาลใหญ่ มีแพทย์ พยาบาล บุคลากรเชี่ยวชาญรายสาขามากๆ มีเครื่องมือแพทย์ที่ทันสมัย ยิ่งมากยิ่งดี คนไข้ ประชาชนที่ต้องการใช้บริการก็เข้าไปขอรับบริการทางการแพทย์เป็นครั้งเป็นคราวเอาเอง

เป็นหวัดก็ต้องไปหาหมอ

เป็นอะไรนิดหน่อยก็ต้องไปหาหมอเฉพาะทาง

ใครว่าโรงพยาบาลไหนดี ก็วิ่งไปทดลองดู

มองสถานีนอนามัย สถานพยาบาล โรงพยาบาลขนาดเล็กๆ ว่าไม่ได้ไม่เก่ง

แพทย์ พยาบาล และบุคลากรก็ชอบทำงานในโรงพยาบาลใหญ่ๆ ชอบ

วิทยาการ เทคโนโลยีขั้นสูง อยู่ในเมืองมากกว่าชนบท เพราะดูดีและมี
รายได้ดีกว่า

โรงพยาบาลต่างสังกัด แม้อยู่ติดกัน ก็ต่างคนต่างทำ ตั้งแต่งานง่าย ๆ
ไปจนงานยาก ๆ ซ้ำซ้อนกันทั้งในแง่การลงทุน บุคลากร เครื่องไม้เครื่องมือ
และการจัดบริการ ซ้อนกันไปดูตัวอย่างได้แถม ๆ อนุสาวรีย์ชัยสมรภูมิที่มีโรง
พยาบาลต่างสังกัดตั้งอยู่อย่างหนาแน่น ต่างคนต่างอยู่ ต่างคนต่างทำ

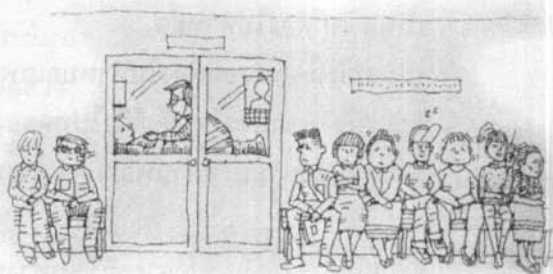
แม้แต่โรงพยาบาลของกระทรวงสาธารณสุขในทุกจังหวัด มีการ
แบ่งขนาด แบ่งบทบาทาระดับใดควรทำงานง่ายแตกต่างกันอย่างไร
สถานื่อนามัยควรทำอะไร ก็ปรากฏว่าต่างคนต่างทำ และทำงานบริการ
ซ้ำซ้อน แข่งขันกันเองมาโดยตลอด

นี่เป็นปัญหาการขาดประสิทธิภาพของระบบบริการสาธารณสุขใน
บ้านเราที่เป็นมายาวนาน ส่งผลกระทบทำให้เกิดปัญหาในเรื่องคุณภาพ
บริการและความเป็นธรรมตามไปด้วย

“เป็นอะไรให้ไปหาหมอ”

เป็นแนวคิดที่ถูกฝังลงในหัวคนไทย จนทำให้คนไทยดูแลพึ่งพา
ตนเองได้น้อยลงเรื่อยๆ แคเป็นหวัดก็ต้องไปหาหมอ เดียวนี้คนไม่เป็น
อะไรก็ถูกบอกให้ไปหาหมอ ไปรับการตรวจร่างกายที่กลายเป็นเรื่องถูก
จับเข้าเครื่องตรวจ เจาะเลือด ตรวจสารพัดเพื่อค้นหาโรค เกิดธุรกิจ
บริการตรวจสุขภาพชุดเล็ก - ชุดกลาง - ชุดใหญ่ แพร์ระบาดเต็มไปหมด
โดยผลลัพธ์ต่อสุขภาพที่
ได้ไม่คุ้มค่ากับเงินที่เสีย
ไป

คนไข้ก็เลยแน่น
โรงพยาบาลทุกระดับ ทั้ง
ในเมืองและในชนบท
พร้อมกับเกิดปรากฏ-



การณ์ที่ถูกล้อเลียนมานานแล้วว่า

“แลบลันปลันตา เขียนใบสั่งยา อ่านไม่ออก บอกให้ไปเสียเงิน”

ได้ยาหลายซองกลับไปถึงบ้าน แต่กลับไม่รู้ว่าเป็นอะไร

ไม่ได้เจ็บป่วยอะไร เดินเข้าไปตรวจในโรงพยาบาลก็ได้โรคกลับมา
ทุกคน จนมีเรื่องโจ๊กเล่าว่ามีชายคนหนึ่งบอกเพื่อนว่า

“หมอสมชาย (นามสมมุติ) เขาเก่งนะ นายลองไปหาดูซิ”

“ฉันไม่ได้ป่วยเป็นอะไรซักหน่อย จะไปหาทำไม” เพื่อนจึงบอกต่อว่า

“นายไม่ได้ป่วยเป็นอะไร แต่หมอเขาเก่ง เขาหาโรคให้นายจนได้ละ
นี่”

ก็ได้แต่หวังว่า แนวทางการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุขที่รัฐบาล
พ.ต.ท.ทักษิณ ชินวัตร พยายามทำอยู่โดยนำโครงการ “30 บาทรักษา
ทุกโรค” ตามมาด้วยการออก พ.ร.บ.หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ที่ใช้
การปฏิรูปการเงินการคลังเป็นเครื่องมือ เพื่อจัดหลักประกันการเข้าถึง
บริการที่จำเป็นต่อสุขภาพและชีวิตสำหรับคนไทยทุกคน จะสามารถ
ปฏิรูประบบบริการสาธารณสุขให้เกิด “สถาน

พยาบาลใกล้บ้านใกล้ใจ” ให้กับคน

ไทยทุกคนได้จริง เกิดการกระจาย

บริการสาธารณสุขแบบเป็น

เครือข่าย โรงพยาบาลไม่ว่า

สังกัดใด รัฐหรือเอกชน เข้ามา

ร่วมรับผิดชอบดูแลประชาชน

อย่างมีการแบ่งบทบาทหน้าที่และ

ขอบเขตกันชัดเจนขึ้น การลงทุนจะมีประสิทธิภาพมากขึ้น การจัดบริการ

จะมีคุณภาพดีขึ้น ประชาชนได้รับบริการที่เป็นธรรมมากขึ้นได้จริง

เรื่องอย่างนี้ ต้องเรียกว่ายากมาก เพราะต้องมีการเรียนรู้เพื่อปรับ
ระบบคิด ระบบการทำงาน และระบบพฤติกรรมของทั้งฝ่ายผู้ให้บริการที่



ต่างคนต่างทำมาโดยตลอด และฝ่ายประชาชนเองที่คุ้นเคยกับการมีอิสระเสรีเต็มที่ในการเลือกใช้บริการที่ไหนก็ได้ ใ้ห่างอย่างไรก็ได้มานานแล้ว

โดยในส่วนของ พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ ที่ทำหน้าที่กำหนดทิศทางในภาพรวม เขียนเรื่องนี้ไว้อย่างกว้างๆ ในมาตรา 72 ว่า

“ให้ส่งเสริมสนับสนุนการบริการสาธารณสุขที่เน้นการดูแลสุขภาพประชาชนอย่างต่อเนื่องร่วมกับประชาชน โดยให้ความสำคัญในมิติเชิงมนุษย์และสังคม ด้วยแนวคิดที่เป็นองค์รวม และมีการเชื่อมโยงการจัดบริการสาธารณสุขต่างๆ เข้าด้วยกัน เพื่อให้เกิดการทำงานอย่างรับผิดชอบร่วมกัน โดยเน้นการส่งเสริมสนับสนุนการพึ่งตนเองด้านสุขภาพของประชาชนควบคู่ไปด้วย”

ส่วนการผลักดันการปฏิรูปให้เกิดขึ้นจริง คงต้องออกแรงช่วยกันหลายทางครับ

ที่นี่ หันมาดูประเด็นเรื่องค่ากำไร - ไม่ค่ากำไร เรื่องนี้ก็เป็นเรื่องใหญ่อีกเรื่องหนึ่ง ในอดีตแม้การบริการสาธารณสุขจะขยายตัวมากสักเพียงใด ส่วนใหญ่ดำเนินการอยู่ในภาครัฐ ซึ่งไม่ได้ทำเพื่อการแสวงกำไรเชิงธุรกิจ ภาคเอกชนเองก็มักจะอยู่ในรูปของคลินิก สถานพยาบาลที่

เป็นไปในลักษณะของการประกอบวิชาชีพของบุคลากรสาธารณสุขไม่ใช่ธุรกิจแสวงกำไรเชิงธุรกิจโดยตรงเช่นกัน

แต่ในช่วงที่เศรษฐกิจบูม บ้านเราได้ปล่อยให้สถานบริการสาธารณสุขภาคเอกชนโดยเฉพาะอย่างยิ่ง “โรงพยาบาลเอกชน” เจริญเติบโตขนานใหญ่ มีการส่งเสริมการลงทุนอย่างมาก และอนุญาตให้นำเข้าจดทะเบียนในตลาดหลักทรัพย์ได้ด้วย ซึ่งนั่นหมายความว่า ยินยอมให้การบริการการแพทย์และสาธารณสุขเป็นไปเพื่อแสวงกำไรเชิงธุรกิจได้เหมือนธุรกิจบริการอื่นทั่วไป

“ให้ยกเลิกการแสวงกำไรจากบริการด้านสุขภาพไม่ว่าจะจัดโดยภาครัฐ ภาคเอกชน หรือภาคประชาชนก็ตาม”

นี่เป็นข้อเสนอจากเครือข่ายประชาคมคนจน ซึ่งเป็นตัวอย่างข้อเสนอส่วนหนึ่งต่อการจัดทำ พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ จากประชาคมต่างๆ ที่ส่วนใหญ่เห็นไปในทิศทางเดียวกัน ยกเว้นประชาคมวิชาชีพสาธารณสุขบางวิชาชีพ

ในร่าง พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ (ฉบับปรับปรุง 24 ก.ย. 2545) หมวดที่ 6 ส่วนที่ 3 บริการสาธารณสุขและการควบคุมคุณภาพ มาตรา 71 ระบุแนวนโยบายและยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพ เรื่องนี้ไว้ว่า

“การบริการสาธารณสุขให้เป็นไปอย่างสอดคล้องกับระบบสุขภาพที่พึงประสงค์ตาม มาตรา 7 และไม่เป็นไปเพื่อการแสวงกำไรเชิงธุรกิจ”

โดยมีคำอธิบายประกอบว่า

“เหตุผลที่กำหนดหลักการของการบริการสาธารณสุขไม่ให้เป็นการแสวงกำไรเชิงธุรกิจ คือ

1. เนื่องจากบริการสาธารณสุขเป็นบริการที่มีลักษณะจำเพาะ ดังนี้

- เป็นบริการวิชาชีพ (profession) ที่เป็นบริการคุณธรรม (merit goods) ให้บริการโดยบุคลากรกลุ่มเฉพาะที่ต้องทำงานบนพื้นฐานจริยธรรมที่ชัดเจน ได้รับค่าตอบแทน (fee) ตามวิชาชีพ ไม่ใช่รับตามผลกำไรจากบริการ กำไรจึงไม่ใช่เป้าหมายสูงสุดของการจัดบริการ และแข่งขันไม่ได้ ไม่เหมือนกับการประกอบอาชีพทั่วไป (occupation) และไม่เหมือนกับการค้า (trade) ที่ใครจะทำก็ได้ ทุกฝ่ายเข้าถึงข้อมูล มีการ



แข่งขันเสรีได้ และเป็นไปเพื่อแสวงกำไรสูงสุดได้

- เป็นบริการที่ซึ่กลไกตลาดทำงานเต็มที่ไม่ได้ (market failure) เพราะผู้บริโภคไม่มีทางที่จะรู้ข้อมูลเพียงพอในการตัดสินใจเลือกบริการ (asymmetry of information) เนื่องจากเป็นบริการที่เกี่ยวกับชีวิตและความเป็นความตาย ผู้ให้บริการกุมข้อมูลทางวิชาการส่วนใหญ่ไว้ได้ฝ่ายเดียว

2. ถ้าปล่อยให้ให้บริการสาธารณสุขเป็นบริการค้ากำไรเชิงธุรกิจ การจัดบริการก็จะทำเพื่อกำไรสูงสุดเหมือนธุรกิจทั่วไป จะเกิดการให้บริการอย่างผิดปกติ เกินจำเป็น ไม่สมเหตุผล (supply induce demand) ได้ เพื่อให้มีรายรับมากๆ ผลกำไรสูงสุด โดยฝ่ายผู้บริโภคไม่มีทางที่จะรู้เท่าทัน และไม่สามารถตรวจสอบได้
3. จริยอยู่การจัดบริการสาธารณสุขจำเป็นต้องใช้เงินเป็นทุน และการดำเนินงานมีกำไรได้ เพื่อนำกำไรไปพัฒนาบริการเพื่อประโยชน์สูงสุดของผู้บริโภคและสาธารณะ เช่น การจัดบริการของมูลนิธิและองค์กรสาธารณะประโยชน์อื่นๆ (แต่มิใช่การนำเงินกำไรมาแบ่งกันในกลุ่มผู้เกี่ยวข้อง ซึ่งจะไม่เกิดแรงจูงใจที่จะให้บริการเกินจำเป็นหรือไม่สมเหตุผล)
4. แม้ว่ามาตรา 50 และ 87 แห่งรัฐธรรมนูญจะกำหนดให้ส่งเสริมการประกอบอาชีพและการแข่งขันเสรีอย่างเป็นธรรม แต่บริการสาธารณสุขมิใช่การประกอบอาชีพหรือการค้าทั่วไป ด้วยเหตุผลที่กล่าวแล้วข้างต้น จึงเข้าข้อยกเว้นเพื่อการคุ้มครองผู้บริโภค (ม.50) และเพื่อรักษาผลประโยชน์ส่วนรวม (ม.87)”

ต่อเรื่องนี้ ภาควิชาวิชาชีพด้านสุขภาพ 4 สภา ประกอบด้วย แพทยสภา สภาการพยาบาล สภาเภสัชกรรม และทันตแพทยสภา เคยมีข้อเสนอร่วมกัน ลงนามโดยนายกทั้ง 4 สภา (หนังสือ สภ.พ.01/05/1747 วันที่ 18 มิถุนายน 2545) ระบุว่า “การบริการสาธารณสุขที่กลายเป็นบริการ

เพื่อคำกำไร ควรต้องปรับแก้ไขให้เป็นบริการที่ไม่คำกำไรเกินควร หรือไม่ควรเป็นการค้ากำไรเชิงธุรกิจ... มิให้นำเอาระบบเศรษฐกิจที่อาศัยกลไกตลาดมาใช้กับระบบบริการสุขภาพ เช่น มิให้นำเข้าตลาดหลักทรัพย์ เป็นต้น”

สำหรับกระทรวงสาธารณสุขซึ่งมีหน้าที่ดูแลเรื่องสุขภาพอนามัยของคนไทยทั้งประเทศกลับมีความเห็นตรงข้าม โดยมีข้อเสนออย่างเป็นทางการเมื่อเดือนมกราคม 2546 ลงนามโดยรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขว่าให้ตัดข้อความ “และไม่เป็นไปเพื่อแสวงกำไรเชิงธุรกิจ” ออก

ในช่วงเดือนธันวาคม 2545 - มกราคม 2546 กลุ่มองค์กรวิชาชีพแพทย์ส่วนหนึ่งได้แก่ แพทยสภา แพทยสมาคม และสถาบันฝึกอบรมแพทย์เฉพาะทาง และแพทย์ผู้ใหญ่ (บางท่าน ซึ่งไม่รู้ว่าท่านใดบ้าง เพราะบางท่านไม่เปิดเผยตัวในที่สว่าง) มีความพยายามเคลื่อนไหวคัดค้านเรื่องนี้ในขณะที่ร่าง พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ กำลังรอเข้า ครม.

แต่ในที่สุด กระบวนการทำงานที่เปิดรับฟังกันและกันก็ได้ทางออกร่วมกันในระดับหนึ่งว่า

ให้เติมคำว่า “ที่ไม่สมเหตุสมผล” ต่อท้ายข้อความที่ว่า “ไม่แสวงกำไรเชิงธุรกิจ” ตามที่แพทยสภาเสนอ แล้วมอบให้ทฤษฎีฯ ช่วยทำคำจำกัดความให้ชัดเจนต่อไป

เรื่องนี้น่าจะรวมขอมกันในขั้นนี้ได้ โดยปล่อยให้สังคมค่อยๆ เรียนรู้ร่วมกัน ค่อยๆ คิด ค่อยๆ ปรับต่อไปในอนาคต ซึ่งเมื่อมีกลไกคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติขึ้นมาดูแล



เรื่องนโยบายและยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพร่วมกันแล้ว ก็จะได้ใช้เป็นเครื่องมือทำงานร่วมกันต่อไป

แต่การณืปรากฏว่า ในที่ประชุมคณะรัฐมนตรี วันที่ 21 มกราคม 2546 แม้เรื่อง พ.ร.บ. สุขภาพแห่งชาติจะยังไม่ได้บรรจุวาระพิจารณาใน ครม. ท่านนายกรัฐมนตรี (พ.ต.ท.ทักษิณ ชินวัตร) ท่านเกิดเป็นห่วงเรื่องนี้อย่างพิเศษ จึงได้สั่งให้ส่งร่าง พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติให้รองนายกรัฐมนตรี (นายวิษณุ เครืองาม) ช่วยดูเป็นการเฉพาะอีกรอบ แม้ว่าร่าง พ.ร.บ.ฯ จะผ่านการพิจารณาของคณะกรรมการกถันกรองเรื่องเสนอ ครม. คณะที่ 3 ที่มืรองนายกรัฐมนตรี (นายจาตุรนต์ ฉายแสง) เป็นประธาน พิจารณาแล้ว ก็ตาม ด้วยเหตุผลว่า

“ปัจจุบันหลักการบางประการในร่าง พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ที่อยู่ระหว่างการพิจารณาของคณะกรรมการกถันกรองเรื่องเสนอคณะรัฐมนตรี คณะที่ 3 อาจลดความจำเป็นลง เนื่องจากรัฐบาลได้มีโครงการ 30 บาทรักษาทุกโรค ซึ่งแก้ปัญหาด้านการรักษาพยาบาลไปได้ในระดับหนึ่งแล้ว ฉะนั้น เพื่อมิให้กฎหมายที่จะเกิดขึ้นขัดแย้งกับการดำเนินการตามนโยบายที่ได้ทำอยู่แล้ว ประกอบกับร่างกฎหมายดังกล่าวบางมาตราอาจมีผลกระทบกับการ

ประกอบวิชาชีพแพทย์และบุคลากรทางการแพทย์ได้ เมื่อได้ผ่านการพิจารณาของคณะกรรมการกถันกรองเรื่องเสนอคณะรัฐมนตรี คณะที่ 3 แล้วให้นำเสนอคณะกรรมการกถันกรองเรื่องเสนอคณะรัฐมนตรี คณะที่ 7 (ฝ่ายกฎหมายฯ) ซึ่งมีรองนายกรัฐมนตรี (นายวิษณุ เครืองาม)



เป็นประธานกรรมการ พิจารณาด้วย โดยให้พิจารณาอย่างบูรณาการทั้งระบบ แล้วนำเสนอคณะรัฐมนตรีต่อไป”

อนาคตของร่าง พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ ที่ทุกฝ่ายในสังคมช่วยกันยกร่างขึ้นจะเป็นอย่างไร ไม่มีใครบอกได้ เพราะอยู่ในช่วงที่ทุกฝ่ายซึ่งร่วมจัดทำ พ.ร.บ.ฯ ได้ส่งมอบร่าง พ.ร.บ.ฯ ให้รัฐบาลช่วยเป็นเจ้าภาพเสนอกฎหมายแทนทุกฝ่ายตามที่หัวหน้ารัฐบาลเคยให้คำมั่นสัญญาเอาไว้ ในเวทีสมัชชาสุขภาพแห่งชาติวันที่ 9 สิงหาคม 2545 ว่า

“เมื่อเป็นความปรารถนาของประชาชน อยากรจะมี พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติเพื่อจะทำให้เรื่องของสุขภาพแห่งชาติไม่ได้เป็นเรื่องของฝ่ายใดฝ่ายหนึ่งหรือเป็นเรื่องของรัฐบาลเท่านั้น ซึ่งเป็นสิ่งที่ถูกต้อง ในฐานะที่ผมเป็นรัฐบาล ผมมีหน้าที่จะต้องทำตามความปรารถนาของคนส่วนใหญ่เพื่อคนส่วนใหญ่ เพราะฉะนั้น เรื่องนี้ รัฐบาลจะรับเข้าไปสู่กระบวนการบริหารและกระบวนการนิติบัญญัติต่อไป”

ตรงนี้จะเป็นการพิสูจน์ความจริงใจของรัฐบาลว่าจะยืนอยู่ข้างมหาชนอย่างแท้จริงหรือไม่เพียงใด หรือจะไปตรงกับบทสรุปที่ปรากฏอยู่ในรายงานสุขภาพโลกปี 2545 ขององค์การอนามัยโลก ที่พบว่า ในประเทศยากจนและประเทศฐานะปานกลาง นโยบายของรัฐบาลส่วนใหญ่ตกอยู่ภายใต้อิทธิพลตลาดโลกและการค้าเสรี ทำให้ไม่สามารถออกกฎหมาย ตลอดจนระเบียบที่จะปกป้องสุขภาพของประชาชนได้

เรื่องเช่นนี้ ต้องติดตามดูกันยาวครับ

(เขียนเมื่อ พ.ค. 2546)



กระบวนการปฏิรูประบบสุขภาพ

เป็นเรื่องที่มีความสำคัญยิ่งในประวัติศาสตร์
แต่ยังอาจไม่เป็นที่ตระหนักรู้อย่างกว้างขวางนัก
นายแพทย์อำพล จินดาวัฒนะ

ผู้อำนวยการสำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ (สปรส.)

ได้บันทึกเรื่องนี้ไว้อย่างละเอียดและมีชีวิตชีวา

อันจะเป็นเครื่องช่วยให้สาธารณชนเข้าใจ

และเห็นคุณค่ากว้างขวางออกไป

ประเวศ วะสี