

รายงานการสัมมนาผู้รู้เห็น  
ประวัติศาสตร์ระบบสุขภาพไทย  
(Witness Seminar) ครั้งที่ 1



ประวัติศาสตร์และความทรงจำ:  
งานสาธารณสุขชุมชน  
จากยุคบุกเบิกถึงสิ้นแผนพัฒนาการสาธารณสุข ฉบับที่ 5  
วันศุกร์ที่ 19 กันยายน 2551  
ณ ห้องประชุม 801 อาคาร 8 ชั้น 8  
กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข

โดย



สำนักบริหารทองคหมายเหตุ  
และพิพิธภัณฑ์ระบบสุขภาพไทย  
สำนักวิจัยสังคมและสุขภาพ



สนับสนุนโดย สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ

ประวัติศาสตร์และความทรงจำ: งานสาธารณสุขชุมชน  
จากยุคบุกเบิกถึงสิ้นแผนพัฒนาการสาธารณสุข ฉบับที่ 5

วันศุกร์ที่ 19 กันยายน 2551

ณ ห้องประชุม 801 อาคาร 8 ชั้น 8

กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข



## คำนำ

ความทรงจำ ถือได้ว่าเป็นความรู้อีกรูปแบบหนึ่งที่ฝังอยู่ในตัวบุคคลและแฝงไว้ซึ่งคุณค่า การเรียนรู้จากประสบการณ์และประวัติศาสตร์เพื่อให้เราได้บททวนและได้ "รู้ตัว" ว่าที่เรามามีสถานะที่เป็นอยู่ในปัจจุบันนี้เป็นผลมาจากเหตุปัจจัยต่าง ๆ ในอดีต และเมื่อยิ่งเข้าใจอดีตก็ยิ่งมองออกไปไกลในอนาคต

การสัมมนาผู้รู้เห็น (Witness seminar) เป็นการบันทึกประวัติศาสตร์จากความทรงจำของบุคคลที่อยู่ร่วมเหตุการณ์ที่มาร่วมประชุมกันเพื่อบอกเล่าถึงเรื่องราวของเหตุการณ์ทางประวัติศาสตร์สำคัญที่เกิดขึ้น และทำการเก็บบันทึกไว้ในรูปของเทปบันทึกภาพ เสียงและทำเป็นเอกสารหรือสื่อเล็กทรอนิกส์สำหรับการค้นคว้าและเผยแพร่อันจะเป็นประโยชน์ต่อการศึกษาประวัติศาสตร์การแพทย์และการสาธารณสุขในระยะยาว

สำนักบริหารหอจดหมายเหตุและพิพิธภัณฑ์ระบบสุขภาพไทย โดยสำนักวิจัยสังคมและสุขภาพ สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข ซึ่งได้รับการสนับสนุนจากสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติจึงได้จัดการสัมมนาผู้รู้เห็นประวัติศาสตร์ระบบสุขภาพไทย (Witness Seminar) ครั้งที่ 1 เรื่อง ประวัติศาสตร์และความทรงจำ: งานสาธารณสุขชุมชน จากยุคบุกเบิกถึงสิ้นแผนพัฒนาการสาธารณสุข ฉบับที่ 5 ขึ้นเป็นครั้งแรกในประวัติศาสตร์ประเทศไทย โดยได้รับความร่วมมือจากท่านอาจารย์ผู้ใหญ่ และผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่เป็นผู้ที่มีบทบาทและร่วมรู้เห็นในการพัฒนางานสาธารณสุขชุมชน การบุกเบิกงานสาธารณสุขไทยอื่นๆ รวมทั้งนักวิชาการด้านประวัติศาสตร์และนักมานุษยวิทยา เข้าร่วมสัมมนา โดยมีการบันทึกเทปวิดีโอตลอดการสัมมนาเพื่อเก็บเป็นหลักฐานทางประวัติศาสตร์ในหอจดหมายเหตุ และเนื่องจากมีข้อจำกัดของระยะเวลาดำเนินงาน จึงได้จัดทำเป็นรายงานการสัมมนาเบื้องต้นในเล่มนี้ ในขั้นต่อไปจะได้จัดทำเป็นรายงานฉบับสมบูรณ์เพื่อจัดเก็บในหอจดหมายเหตุและพิพิธภัณฑ์ระบบสุขภาพไทย และจัดพิมพ์เผยแพร่เพื่อการค้นคว้า และประโยชน์ต่อการศึกษาวิจัยเพื่อการพัฒนาสุขภาพไทยในปัจจุบันและอนาคต

นายแพทย์โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์

ตุลาคม 2551

## สารบัญ

	หน้า
คำนำ	ก
สารบัญ	ข
การสัมมนาผู้รู้เห็นประวัติศาสตร์ระบบสุขภาพไทย (Witness Seminar) ครั้งที่ 1 ประวัติศาสตร์และความทรงจำ: งานสาธารณสุขชุมชน จากยุคบุกเบิกถึงสิ้นแผนพัฒนาการสาธารณสุข ฉบับที่ 5	1
การสัมมนา ห้องย่อยที่ 1 พัฒนาการระบบบริการสุขภาพในชนบท	40
การสัมมนา ห้องย่อยที่ 2 งานพัฒนาสุขภาพชุมชนและงานสาธารณสุขมูลฐาน	67
เอกสารอ้างอิง	86
ภาคผนวก	87
โครงการสัมมนาผู้รู้เห็นประวัติศาสตร์ระบบสุขภาพไทย	88
กำหนดการสัมมนาผู้รู้เห็นประวัติศาสตร์ระบบสุขภาพไทย (Witness Seminar) ครั้งที่ 1	95
รายชื่อผู้เข้าร่วมสัมมนาผู้รู้เห็นประวัติศาสตร์ระบบสุขภาพไทย (Witness Seminar) ครั้งที่ 1	98

รายงาน

การสัมมนาผู้รู้เห็นประวัติศาสตร์ระบบสุขภาพไทย (Witness Seminar) ครั้งที่ 1

ประวัติศาสตร์และความทรงจำ: งานสาธารณสุขชุมชน  
จากยุคบุกเบิกถึงสิ้นแผนพัฒนาการสาธารณสุข ฉบับที่ 5

การสัมมนา ภาคเช้ารอบใหญ่

ผู้รู้เห็นประวัติศาสตร์ที่ผู้เข้าร่วมสัมมนา มีดังนี้

ศ.นพ. เสม พริ้มพวงแก้ว	ศ.นพ.ประเวศ วะสี
ศ.นพ.อารี วัลยะเสวี	นพ. ไพโรจน์ ینگสานนท์
นพ.บรรลु ศิริพานิช	นพ.อุทัย สูดสุข
นพ.ไพจิตร ปวะบุตร	นพ.มงคล ณ สงขลา
ดำเนินรายการ โดย นพ.ดร.โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์	

นพ.ดร.โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ : เริ่มการเสวนาของเรา โดยผมขอชี้แจงความเป็นมาสักเล็กน้อยนะครับ และขอใช้ก็โอกาสนี้อธิบายที่มาที่ไปของงานที่เราจัดขึ้นด้วยครับ กิจกรรมที่เราเรียกชื่อว่าการสัมมนาผู้รู้เห็นนี้เป็นการนำเอาระเบียบวิธีการศึกษาทางประวัติศาสตร์มาจากทางประเทศอังกฤษ ซึ่งทางประเทศอังกฤษได้พัฒนาวิธีการศึกษาประวัติศาสตร์ร่วมสมัยขึ้น ภาษาอังกฤษเรียกว่า "Witness Seminar" วัตถุประสงค์หลักก็คือจะรวบรวมประวัติศาสตร์ที่เป็นความทรงจำของผู้ที่อยู่ร่วมเหตุการณ์หรือร่วมรู้เห็นสิ่งที่เกิดขึ้น ที่ยังอยู่ในช่วงชีวิตของคนที่ได้ร่วมในงานต่างๆ เหล่านั้นอยู่ กิจกรรมนี้เป็นส่วนหนึ่งของการจัดตั้งสิ่งที่เราเรียกว่า หอจดหมายเหตุและพิพิธภัณฑ์ระบบสุขภาพไทย ซึ่งผมจะขออนุญาตชี้แจงเรื่องของหอจดหมายเหตุและพิพิธภัณฑ์สักเล็กน้อย เพื่อจะได้เห็นว่าประวัติศาสตร์การสาธารณสุขสุขภาพไทยเราจะมีมีการดำเนินการอะไร และก็การสัมมนาผู้รู้เห็นเป็นส่วนหนึ่งของหอจดหมายเหตุนี้ อย่างไรก็ตาม หอจดหมายเหตุนี้ได้รับการสนับสนุนจากกระทรวงสาธารณสุขและสำนักงานสุขภาพแห่งชาติหรือ สช. ทาง สช. ก็ได้จัดสรรที่ทางให้ในตึกหลังใหม่ที่กำลังสร้างขึ้นมีพื้นที่ชั้น 1 ด้านล่าง ประมาณ 300 ตารางเมตร ซึ่งจะจัดเป็นพื้นที่จัดแสดงประวัติศาสตร์การแพทย์การสาธารณสุขและสุขภาพไทย ก็จะมีการนำเอาเอกสารสำคัญๆ ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของหอจดหมายเหตุไปจัดแสดงด้วย เพราะฉะนั้น หอจดหมายเหตุก็กำหนดวัตถุประสงค์ขึ้นเป็น 4 ข้อคือ

ข้อแรกก็คือเพื่อรวบรวม และทำนุบำรุงเอกสารหลักฐานทางประวัติศาสตร์ที่เกี่ยวข้องระบบสุขภาพไทยไว้ให้เป็นระบบ

ข้อที่สองเพื่อให้เป็นแหล่งข้อมูลทางวิชาการเพื่อที่จะได้เป็นแหล่งศึกษาเรียนรู้กัน

ข้อที่สามเพื่อที่จะส่งเสริมการวิจัย ค้นคว้า ให้เข้าใจมิติทางประวัติศาสตร์และมิติทางสังคมของ สุขภาพ และการแพทย์

ข้อสุดท้ายก็คือเพื่อปลูกฝังสำนึกด้านประวัติศาสตร์ ซึ่งจะให้เกิดความภาคภูมิใจ และความ ศรัทธาในการทำงานและการพัฒนาระบบสุขภาพในอนาคต

การดำเนินการนี้เป็นไปตามคำขวัญที่คุณพ่อเสมอได้ให้ไว้ตลอดว่า ให้เห็นอดีตเพื่อที่จะเห็น อนาคตได้ชัดเจนขึ้น เป้าหมายหลักก็มีอยู่ 5 ข้อคือ พัฒนาระบบงานที่รองรับการเก็บข้อมูลจดหมายเหตุ ให้ทันกับสถานที่ ซึ่งปัจจุบันกำลังก่อสร้างและจะแล้วเสร็จภายในประมาณอีก 800 วัน กิจกรรมที่จะ ดำเนินการไปล่วงหน้าก็จะเป็นไปเพื่อสิ่งนั้น และก็ให้มีเอกสารสำคัญรวบรวมเพียงพอที่จะให้บริการ ด้านการศึกษาค้นคว้าได้ ให้มีวัตถุหลักฐานทางประวัติศาสตร์สุขภาพพร้อมที่จะแสดง รวมทั้งมีการ พัฒนาวิธีการและก็เนื้อหาการสัมมนาผู้รู้เห็น อย่างที่วันนี้เราจัดวันนี้เป็นครั้งแรก ประการสุดท้ายก็คือ พัฒนาสื่อเอกสารด้านประวัติศาสตร์สุขภาพเพื่อที่จะเผยแพร่ต่อไปในอนาคตด้วย

ในการดำเนินการจัดตั้งหอจดหมายเหตุและพิพิธภัณฑ์ระบบสุขภาพไทยนี้อาศัยความร่วมมือ จากหลายฝ่าย และได้มีคณะกรรมการอำนวยการขึ้นมาคณะหนึ่ง ซึ่งก็ได้มีการประชุมกันไปแล้วและก็ได้ให้ข้อเสนอแนะในการจัดการหลายๆ อย่าง ปัจจุบันก็กำลังดำเนินการโดยสถานที่เก็บเอกสารก็ได้ พัฒนาขึ้นมาจนเรียบร้อยและก็ได้เวียนเรื่องราวให้กับบุคคลและองค์กรต่างๆ ว่าเอกสารประวัติศาสตร์ ต่างๆ ซึ่งเราก็สูญเสียเอกสารต่างๆ เหล่านี้ไปมากเมื่อครั้งที่กระทรวงสาธารณสุขย้ายมาจากวัง เทเวศร์มาที่กระทรวงสาธารณสุขใหม่ ก็มีการทิ้งเอกสารที่เห็นว่าไม่จำเป็นไปเป็นจำนวนมาก รวมทั้ง เอกสารต่างๆ ก็ไม่ได้ถูกจัดเก็บอย่างเป็นระบบ ครั้นเมื่อมาสืบหากันก็มักหากันไม่ค่อยเห็น เพราะฉะนั้น ก็คิดว่าการจัดตั้งหอจดหมายเหตุอันนี้ขึ้นก็จะช่วยให้เรื่องราวเหล่านี้ถูกเก็บรวบรวมเป็นระบบขึ้นใน ระยะยาว

ในส่วนที่นอกเหนือจากหอจดหมายเหตุหลักซึ่งจะรวบรวมเอกสารจากหน่วยงานต่างๆ แล้วก็ยัง มีการจัดทำเป็นการรวบรวมเอกสารส่วนบุคคล ซึ่งในระบบของหอจดหมายเหตุเรียกว่าเป็น personal paper หรือเป็น personal collection ซึ่งท่านทั้งหลายที่เข้ามาร่วมประชุมสัมมนาคราวนี้ก็จะเป็น บุคคลที่เราจะต้องขออนุญาตรบกวนว่า มีเอกสารส่วนบุคคลต่างๆ ที่เกี่ยวกับพัฒนาการของระบบ สุขภาพไทย ซึ่งจะมีการเก็บรวบรวมขึ้น จะได้ประมวลกันเข้ามาเก็บไว้ ในต่างประเทศก็จะมีเป็น collection ของบุคคลไปเลย เช่น สมมติว่าเป็นเอกสารของอาจารย์ไพโรจน์ ینگสานนท์ ตั้งแต่ สมุดนัด หมาย ลายมือ จดหมายถึงใครต่อใคร สมุดบันทึกส่วนตัว หรืออะไรต่างๆ เหล่านี้ก็จะถือว่าเป็นเอกสาร ประวัติศาสตร์ที่จะเอามารวบรวมไว้ด้วย ในตัวเอกสารที่แจกในกระเป๋าที่จะมีหลักเกณฑ์การรวบรวม เอกสารส่วนบุคคลอยู่ด้วย ซึ่งหลังจากการดำเนินการในวันนี้แล้ว ก็จะมีทีมงานของผมติดต่อไปยังทุก ท่านเพื่อที่จะขออนุญาตดูว่ามีเอกสารส่วนใดบ้างที่จะเอามาเก็บรักษาไว้ ซึ่งการเก็บรักษาไว้ที่หอ



จดหมายเหตุก็จะมีประโยชน์อยู่ 3 ประการ

ประการแรกคือการเก็บจะเก็บตลอดไป ไม่มีการทิ้ง

ประการที่สองก็คือ การรักษาไม่ให้เอกสารเสื่อมหรือเสียหาย โดยจะมีการรักษาอุณหภูมิควบคุมความชื้น และก็ไม่ให้ถูกแสงซึ่งอาจจะทำลายตัววัสดุได้ รวมทั้งจะมีการทำนุบำรุงเอกสารที่เสียหายด้วย

ประการสุดท้ายก็คือ มีการจัดบริการให้มาใช้ประโยชน์ หมายความว่า หากเอกสารเหล่านี้ไปเก็บอยู่ เป็นส่วนบุคคล นักวิจัยก็จะเข้าไม่ถึงและไม่สามารถใช้ประโยชน์ในการศึกษาวิจัยได้

เพราะฉะนั้นในส่วนนี้ก็จะมีการทำระบบที่รองรับจดหมายเหตุของบุคคลขึ้นมาด้วย ระหว่างนี้ที่ตัวอาคารกำลังก่อสร้างอยู่ก็จะได้นำเนินการสิ่งเหล่านี้ล่วงหน้าไปก่อนเลย เพื่อที่จะรวบรวมขึ้นมาสำหรับการจัดทำส่วนจัดแสดงที่อาคารใหม่ที่กำลังก่อสร้างอยู่ สิ่งที่จะรวบรวมนอกจากเอกสารที่เป็นลายลักษณ์ ก็ยังมีวัตถุ จดหมายเหตุอื่นๆ ไม่ว่าจะเป็นภาพถ่าย สไลด์ ภาพยนตร์ วีดีโอ แผนที่ แผนที่ แผนผัง สื่อสัญลักษณ์อื่นๆ ธง หรือแม้แต่ข้าวของเครื่องใช้ ก็สามารถรวบรวมเพื่อที่จะใช้จัดแสดงให้คนได้เห็นพัฒนาการของการสุขภาพไทยตั้งแต่อดีตจนถึงปัจจุบันมีอะไรเกิดขึ้นบ้าง แล้วก็สามารถปลูกฝังเด็กรุ่นใหม่ๆ ได้เห็นภารกิจการทำงานในอดีตที่ผ่านมาได้ด้วย

ตัวอย่างของบุคคลที่มีคุณูปการต่อระบบสุขภาพไทย ซึ่งเราตั้งใจรวบรวมเอามามีทั้งส่วนบุคคลการทางการแพทย์ในระบบราชการ รวมถึงหมอพื้นบ้านที่คิดว่ามีบทบาทสำคัญในการดูแลสุขภาพของคนในท้องถิ่น ที่ได้ริเริ่มเรื่องนี้ขึ้นมา ในช่วงประมาณปีเศษที่ผ่านมา ก็เป็นการริเริ่มที่ข้าพสมควรอย่างน้อยคนในรายชื่อ 2 รายชื่อคือ อาจารย์หมอดำรงและคุณหมอสงวน ก็ได้เสียชีวิตไปก่อนที่จะจะเริ่มมีการประชุมครั้งนี้ขึ้น การรวบรวมเอกสารสำคัญของหน่วยงานต่างๆ การทำสื่อเพื่อพัฒนาขึ้น เอกสารที่รวบรวมก็มีทั้งที่เป็นทางการและก็ไม่เป็นทางการ ก็จะรวบรวมเพื่อที่จะให้เป็นแหล่งค้นคว้าได้ในอนาคต ข้าวของเครื่องใช้อุปกรณ์การแพทย์ เครื่องมือทางการแพทย์แผนโบราณ รวมถึงเรื่องเตรียมตัวที่จะออกแบบพิพิธภัณฑ์สุขภาพไทยที่จะแสดงก็จะดำเนินการในช่วง 3 ปี จากนี้ไป

สื่ออื่นๆ ที่เราจะพัฒนาขึ้นก็คือในส่วนที่ได้จากการสัมภาษณ์ผู้รู้เห็น ซึ่งครั้งนี้เป็นการจัดขึ้นครั้งแรก ก็ตั้งใจว่าจะจัดทั้งหมด 6 ครั้ง ตั้งแต่ในระดับประเทศไปจนถึงการสัมภาษณ์ผู้รู้เห็นในระดับชาวบ้าน ซึ่งเราก็มีแผนที่จะไปเก็บข้อมูลเรื่องประวัติศาสตร์ความเจ็บป่วยของคนในท้องถิ่น ยกตัวอย่างเช่นว่า สมัยก่อนบางพื้นที่เมื่อมีโรคระบาดเกิดขึ้นก็ต้องอพยพผู้คนไปตั้งถิ่นฐานในที่ใหม่ เขาเผชิญกับวิกฤตเรื่องโรคระบาดยังไง เขาอยู่รอดมาได้ยังไง เขามีประสบการณ์ยังไงบ้าง สิ่งเหล่านี้จะสะท้อนคุณค่าของการพัฒนาสาธารณสุขในช่วงต่อๆ มา ที่ได้ช่วยเหลือเขาบางความทุกข์ของประชาชนเหล่านั้น ให้กับคนได้เห็นด้วย

ในส่วนของการสัมภาษณ์ผู้รู้เห็นในวันนี้ก็จะมีการบันทึกวีดีโอตลอดงาน โดยเรามีทีมงานที่จะ

บันทึกและก็จะเป็นวัตถุในการศึกษาค้นคว้าต่อไปในอนาคตด้วย มีการอัดเสียงซึ่งเสียงเหล่านี้ก็จะสามารถใช้นับสื่ออินเทอร์เน็ตซึ่งเราจะทำเป็นฐานข้อมูลบน (อินเทอร์เน็ต) ให้คนเข้าถึงได้ และเอกสารจากการสัมมนาก็จะได้ถอดและเรียบเรียงขึ้นเป็นสิ่งพิมพ์เพื่อที่จะเผยแพร่ต่อไปด้วยในอนาคต ซึ่งระเบียบวิธีในการทำทางประเทศอังกฤษก็พัฒนาจนมีแบบแผนที่ชัดเจน เช่นว่า เมื่อเราสนทนากันในห้องสัมมนาผู้รู้เห็นอย่างนี้มีการพูดพาดพิงไปถึงใคร ในบางกรณีที่ผู้อ่านรุ่นหลังๆ ก็อาจจะไม่รู้จึก ว่าชื่อคนนั้นคนนี้ที่พูดถึงเป็นใคร นักวิชาการก็ต้องทำการอ้างอิงไปยังแหล่งอ้างอิงอื่นที่ผู้ศึกษาวิจัยจะได้ไปศึกษาค้นคว้าต่อหรือว่าใส่ foot note เพื่อที่จะบอกว่าที่พูดถึงนั้นมีความเป็นมาอย่างไร เป็นต้น

เพราะฉะนั้นก็คิดว่าจะสามารถทำให้เราได้ข้อมูล โดยเฉพาะอย่างยิ่งข้อมูลในส่วนที่ไม่มีการจดบันทึกเป็นลายลักษณ์อักษร เพราะฉะนั้นในวันนี้ก็อยากจะได้ชี้แจงกับผู้เข้าร่วมการสัมมนาทุกท่านว่าเรื่องราวที่พูดคุยก็จะเป็นลักษณะที่พูดคุยแบบไม่เป็นทางการ จะเน้นความทรงจำที่คิดว่าไม่มีการจดบันทึกเป็นลายลักษณ์อักษร ถ้าหากว่ามีการบันทึกไว้เป็นลายลักษณ์อักษรก็ขอให้ได้พูดถึงว่า มีหนังสือเล่มนั้นเล่มนี้ที่สำคัญ ซึ่งในประสบการณ์ของประเทศอังกฤษ ก็บอกว่า นอกจากการได้ข้อมูลจากการสัมมนาผู้รู้เห็นซึ่งเป็นข้อมูลความทรงจำและไม่มีการบันทึกเป็นลายลักษณ์อักษรแล้ว การพูดคุยกันในลักษณะนี้ยังจะช่วย บอกได้ด้วยว่าหนังสือหรือเอกสารต่างๆ ที่มีอยู่ ขึ้นไต่บ้างที่มีความสำคัญมากกว่าขึ้นอื่นๆ หรือขึ้นไต่บ้างที่มีการใช้ประโยชน์อ้างอิงกันในยุคสมัยของการทำงาน เนื่องจากเอกสารมีมากและเอกสารบางชิ้นก็อาจจะมีความค่าทางประวัติศาสตร์ที่แตกต่างกันตามแต่การถูกใช้ประโยชน์ เพราะฉะนั้นในต่างประเทศก็จะพูดถึงว่าการสัมมนาผู้รู้เห็นก็จะมีส่วนช่วยให้ประวัติศาสตร์ที่เป็นลายลักษณ์อักษรมีชีวิตชีวาขึ้น และก็ไต่รู้ว่าอะไรที่อยู่ฉากหลังของการสนทนา มีพัฒนาความเป็นมาอย่างไร เพราะหลายเรื่องที่เกิดขึ้นในพัฒนาการ เกิดขึ้นจากความไม่เป็นทางการ และความไม่เป็นทางการนั้นก็มักจะไม่มีมีการจดบันทึกไว้เป็นลายลักษณ์อักษร เพราะฉะนั้นในวันนี้ที่จะมีการสัมมนาก็อยากจะขอเชิญให้ผู้เข้าร่วมทุกท่าน อาจารย์ทุกท่าน ได้พูดถึงเรื่องของความเป็นมาเกี่ยวกับการพัฒนาการสาธารณสุขในชนบท ตามความทรงจำที่คิดว่าไม่มีการจดบันทึกไว้ และก็ถ้าหากไม่มีการพูดหรือรวบรวมไว้ในตอนนี้ต่อไปก็อาจจะหาไม่ได้ ส่วนถ้าเป็นข้อมูลความรู้อื่นๆ เป็นเรื่องที่น่าสนใจ เราก็จะมีทีมของเราไปสัมภาษณ์แต่ละท่านที่บ้านเป็นวัน ก็คือให้เล่าในเรื่องอื่นๆ ที่ยังคิดว่าสำคัญที่ควรที่จะจดบันทึกไว้ เป็นกิจกรรมเสริมขึ้นมา เพื่อที่จะได้ข้อมูลเพิ่มเติมในส่วนที่เวลาจำกัดในการสัมมนาไม่สามารถที่จะไปถึงได้ เพราะฉะนั้นในวันนี้ประเด็นที่ได้ตั้งไว้ก็เป็นประเด็นที่ทางคณะกรรมการอำนวยความสะดวกเหตุได้เสนอไว้ว่า ให้เรามองถึงเรื่องบนเส้นทางสุขภาพดีทั่วหน้าของไทย ว่ามีเรื่องอะไรบ้าง โดยการสัมมนาในวันนี้จะแบ่งออกเป็น 2 ช่วง

ช่วงแรกในตอนเช้าก็จะเป็นการพูดคุยของผู้บุกเบิกรุ่นแรก ซึ่งทำงานด้านสุขภาพในชนบทมา เรากำหนดช่วงเวลาตั้งแต่ยุคบุกเบิกจนกระทั่งถึงสิ้นแผน 5 เป็นเบื้องต้นว่า จะประมาณถึงสิ้นแผน 5



ในตอนเช้าจะเป็นวงในซึ่งจะเป็นอาจารย์ผู้ใหญ่ที่มีบทบาทสำคัญในการผลักดันเรื่องเหล่านี้ ได้ช่วยกัน  
เล่าถึงความทรงจำต่างๆ ที่คิดว่าไม่ได้มีการจดบันทึกไว้ หรือเป็นเรื่องที่ไม่เป็นทางการแต่มีความ  
ความสำคัญที่จะเข้าใจประวัติศาสตร์ความเป็นมา

ส่วนในตอนบ่ายก็จะมีการแบ่งออกเป็น 2 กลุ่มย่อย รายชื่อกลุ่มย่อยก็มีในเอกสาร แต่ถ้าหาก  
ว่าท่านใดคิดว่ากลุ่มที่จัดไว้ให้ไม่เหมาะก็สามารถที่จะปรับเปลี่ยนได้ โดยในตอนบ่ายแบ่งออกเป็นสอง  
กลุ่มด้วยกัน

กลุ่มที่ 1 เป็นกลุ่มที่พูดถึงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ เช่น อาจจะต้องโอสถศาลา  
จนกระทั่งถึงสถานีอนามัย โรงพยาบาลอำเภอ ในช่วงแผน 5

ส่วนกลุ่มที่ 2 พูดถึงการพัฒนาสุขภาพเชิงรุกในชุมชน เช่น งานในชุมชนที่ต่อเนื่องมาจนเป็น  
งานสาธารณสุขมูลฐาน ซึ่งก่อนหน้าที่จะมีงานสาธารณสุขมูลฐานก็มีงานเชิงรุกในชุมชนต่างๆ อยู่บ้าง  
อาจจะป็นงานที่เรียกว่าเป็น Vertical โปรแกรมบ้าง เหล่านั้นก็อาจจะให้มีการเล่าถึงความความเป็นมา ซึ่ง  
ผมก็ได้ทดลอง รวบรวมเป็นคล้ายๆ กับเส้นทางประวัติศาสตร์ ให้ชื่อว่า บนเส้นทางสุขภาพดีถ้วนหน้า  
ของไทย ซึ่งก็จะเห็นได้ว่า ถ้าเราดูถึงพัฒนาการของระบบบริการสุขภาพสมัยใหม่ ก็เริ่มปรากฏมีตั้งแต่  
ในคำประกาศของคณะราษฎร ที่จะให้ราษฎรทั่วทั้งประเทศได้รับการดูแลอย่างทั่วถึง และก็มี  
พัฒนาการต่อมา มีโครงการวัดโบสถ์ มีแผนควบคุมโรคต่างๆ เช่น พยาธิปากขอ มาเลเรียต่าง ๆ เหล่านี้  
ก็เกิดขึ้นมาเป็นระยะ มีโครงการทดลองต่างๆ เช่น โครงการสารภี โครงการบ้านไม้ เริ่มสร้างสถานี  
อนามัยขึ้น มีโครงการลำปาง โครงการสะเมิง โครงการโนนไทย มีการรับเอาแผนแนวคิดสาธารณสุขมูล  
ฐานเข้าประเทศไทยในปี พ.ศ. 2521 ซึ่งเป็นปีแรกของแผนพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ  
ฉบับที่ 4 แล้วก็เกิด สสส. ขึ้นในปี พ.ศ. 2524 ซึ่งเป็นความคิดที่ได้มาจากองค์การอนามัยโลก ผ่าน  
ประสบการณ์ของจีนซึ่งมีหมอเท้าเปลา ส่วนของไทยก็ผ่านประสบการณ์ การทำอาสาสมัครมาเลเรีย  
เป็นต้น มีโครงการบัตรสุขภาพเกิดขึ้นในปี พ.ศ. 2528 ต่อมาก็เกิดทศวรรษการพัฒนาสถานีอนามัยขึ้น  
แล้วก็ต่อเนื่องมาเรื่อยๆ มีนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า และก็เป็นที่สุดก็เกิด สสส. ขึ้น  
สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ และก็มาเกิดนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าขึ้น  
ด้วยในปี พ.ศ. 2544 และก็ต่อเนื่องมาถึงปัจจุบัน

ซึ่งผมคิดว่าโครงความคิดในลักษณะนี้จะช่วยให้เราเห็นว่ามันมีพัฒนาการ แต่ว่าเรื่องราว  
เหล่านี้ก็จะมีเบื้องหลังที่เป็นความทรงจำที่มันไม่ได้ปรากฏอยู่ในเอกสาร ถึงแม้ว่าจะไปค้นเจอโครงการ  
สารภี โครงการบ้านไม้ โครงการลำปาง โครงการสะเมิง อะไรก็แล้วแต่ ก็จะไม่เห็นเบื้องหลังของ  
ความคิด แรงผลักดันที่เป็นแรงบันดาลใจจากคนรุ่นพ่อ รุ่นพี่ ที่เคยไปบุกเบิกงานให้กับเรามา ผมไปเป็น  
หมออยู่ที่โรงพยาบาลอำเภอชุมพวง ก็ไปออกหน่วยถึงตำบลกระเบื้องนอก ซึ่งอยู่ไกลสุดของอำเภอชุม  
พวง ไปถึงที่นั่นชาวบ้านก็พูดถึงนายแพทย์คนหนึ่งคือนายแพทย์มงคล ณ สงขลา ซึ่งชาวบ้านก็บอกว่าชื่อ

มีมาตรวจชาวบ้านแถวนั้น ซึ่งผมคิดว่าสิ่งที่รุ่นพ่อ รุ่นพี่ไปบุกเบิกเอาไว้ต้องมีแรงบันดาลใจที่ยิ่งใหญ่อยู่เบื้องหลัง แรงบันดาลใจเหล่านี้ก็ไม่เคยถูกจดบันทึกไว้ในเอกสารวิชาการหรือเอกสารที่เป็นทางการในวันนี้ในตอนบ่ายเราจึงแบ่งออกเป็นสองห้อง เพื่อที่จะให้ผู้ปฏิบัติและผู้ที่อยู่ในแวดวงในระดับต่างๆ กัน ได้พูดคุย แลกเปลี่ยนความทรงจำต่างๆ ด้วย

ส่วนการที่จะได้ข้อมูลเพิ่มเติมอื่นๆ อีก ก็อยากจะขออนุญาตที่จะได้ไปสัมภาษณ์ หรือไปพบเพื่อที่จะขอทั้งเอกสารส่วนบุคคล ซึ่งเอกสารส่วนบุคคลที่จะได้รวบรวมขึ้นมาเราก็จะขออนุญาตเข้าไปทำรายการก่อน โดยรายการที่ทำขึ้นก็จะขออนุญาตเจ้าของเอกสารว่าเอกสารไหนบ้างที่จะมอบให้มาเก็บไว้ที่หอจดหมายเหตุ ส่วนเอกสารบางชิ้นก็อาจจะมีความหมายสำหรับตัวบุคคลหรือว่าเป็นเอกสารส่วนตัวก็จะขอแยกเอาไว้ แล้วก็ให้ส่วนบุคคลนั้นเก็บรักษาเอาไว้เอง ทั้งหมดนี้ก็เป็นเรื่องราวที่เราได้ดำเนินการ ซึ่งคิดว่าภายใน 2-3 ปี นี้ก็น่าจะมีความเป็นรูปร่างมากขึ้น และก็จะเป็นที่ทางทำให้คนรุ่นหลังได้เห็นประวัติศาสตร์ความเป็นมาของการสาธารณสุขและระบบสุขภาพไทยได้ชัดเจนยิ่งขึ้น

ผมคงจะขออนุญาตชี้แจงความเป็นมาเพียงเท่านี้ครับ หลังจากนั้นไปก็ขอให้เข้าสู่กระบวนการพูดคุย โดยอยากจะขอเริ่มที่คุณพ่อเสมอได้พูดถึงเรื่องราวที่มันได้เกิดขึ้นในยุคของการพัฒนาสาธารณสุขในขั้นต้น ผมได้ทราบว่าคุณพ่อเสมอบอกว่า ถ้าจะเข้าใจเรื่องประวัติศาสตร์การสาธารณสุข ก็ต้องไปเข้าใจประวัติศาสตร์ของมนุษย์ 5 พันปีก่อน ในส่วนของ 5 พันปีก่อนนี้คุณพ่อเสมอก็ได้ทำเป็นเอกสารมาแจกเราด้วยนะครับ แต่อยากจะขออนุญาตให้คุณพ่อเสมอได้เน้นลงไปทำงานบุกเบิกที่คุณพ่อได้ไปริเริ่มขึ้น และก็ได้ไปพัฒนามาจนกระทั่งมาเป็นพื้นฐานให้กับพวกเราในรุ่นหลัง ก่อนการเลิกสัมมนาในตอนเช้าก็จะขออนุญาตถ่ายรูปร่วมกัน ก่อนรับประทานอาหาร ซึ่งก็จะมีภาพถ่ายรูปด้านหน้าของเวทีแล้วหลังจากนั้นก็จะเป็นการพักรับประทานอาหาร บางท่านอาจจะอยู่ได้เพียงครึ่งวันเช้า ตอนบ่ายเราก็จะยังมีกิจกรรมต่อ นะครับ

เพราะฉะนั้นทั้งหมดก็จะเป็นเรื่องราวที่เกิดขึ้นในอีก 2 - 3 ปีข้างหน้า แล้วเราหวังว่าหอจดหมายเหตุ ก็จะมีคามยั่งยืนเป็นที่ทางที่เก็บรักษาความทรงจำและเอกสารสำคัญไม่ให้มันสูญหายไป ก่อนที่จะมาเป็นวันนี้เราก็ได้ไปศึกษาดูงานหอจดหมายเหตุหลายแห่งด้วยกัน และก็คิดว่าภายในสิ้นปีนี้ก็จะไปขอความร่วมมือจากมหาวิทยาลัยลอนดอน ที่ลอนดอนก็จะมีสถาบันชื่อ Wellcome Institute (Wellcome Trust Center for the History of Medicine) ผมก็ได้พบกับผู้อำนวยการของที่นี่ชื่อ Professor Harold Cook ซึ่งท่านก็มีความกรุณาบอกเล่าเรื่องการสัมมนาผู้รู้เห็นเป็นเรื่องที่ไม่เคยเกิดขึ้นในประเทศโลกที่สาม จะมีบ้างก็ถูกถ่ายทอดไปยังอเมริกา ออสเตรเลีย ต่างๆ เหล่านี้ก็มีการทำเขาก็มีความยินดีมากกว่าประเทศไทยจะได้ทดลองทำเรื่องนี้ขึ้น ที่แรกก็คิดว่าจะไปดูงานของเขามาก่อน แล้วก็ค่อยมาริเริ่ม แต่พอนัดหมายกันไปจังหวัดก็ไม่ลงตัวกัน ก็ได้ปรึกษาท่านว่า เราจะลุยกันดูเองก่อนหาประสบการณ์ของเราก่อน แล้วเอาประสบการณ์ของเราไปแลกเปลี่ยนกับเขา เพราะว่าบางที

ทฤษฎีของเขาก็อาจจะใช้ไม่ได้กับของเราก็ได้ เพราะฉะนั้นในวันนี้ก็ขออนุญาตเรื่องการพูดคุย โดยผม จะกราบเรียนเชิญคุณพ่อเสมอ ได้พูดถึงเรื่องของการประสบการณ์ที่ผ่านมาเพื่อที่ลูกหลานในอนาคตจะได้ ศึกษาเป็นบทเรียน กราบเรียนเชิญคุณพ่อครับ

**ศ.นพ.เสมอ พริ้งพวงแก้ว:** ขอขอบใจที่ให้คุณแก่ได้มีโอกาส ไม่อย่างนั้นอยู่ที่บ้านเหงามาก นั่ง อยู่คนเดียว อ่านหนังสือพิมพ์ก็อ่านไม่ค่อยไหว เพราะหนังสือพิมพ์อ่านแล้วไม่รู้ว่าเขาเขียนอะไรบ้าง ใน โอกาสที่ได้มาอย่างนี้ก็ขอบคุณมากแล้วก็รู้ตัวว่า ตัวเองมันเพ้อเก่ง เพราะฉะนั้นเลยเขียนมาเป็นเรื่อง แล้วนะ ขอให้เปิดดูที่ผมส่งไปให้นะว่ามีเรื่องราวอะไร เห็นจะไม่ต้องพูดอะไรมาก พูดก็ไม่ค่อยได้เรื่อง พูดก็เลอะ ๆ เขียนจดหมายก็เลอะ ๆ เลยต้องทำอย่างนี้มา ก็อยากจะขอเชิญให้อาจารย์ประเวศ ซึ่งเป็น ผู้ที่จะต้องรับผิดชอบบ้านเมืองด้านการแพทย์ของบ้านเราต่อไป ก็ขอเชิญอาจารย์ประเวศ

**นพ.ดร.โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ :** คุณพ่อเริ่มเล่าในเรื่องประสบการณ์ส่วนตัวก็ได้รับ คุณ พ่อครับที่ได้ไปริเริ่มทำขึ้นและมีความคิดความอ่านอย่างไร สมัยโน้นคงจะทำงานได้ยากลำบากชักนิตไซ่ ใหม่ครับคุณพ่อ เห็นคุณพ่อไปทำคลอดคนที่บึงบอระเพ็ด เหมอครับคุณพ่อ

**ศ.นพ.เสมอ พริ้งพวงแก้ว:** ขอขอบคุณครับ เรื่องมันยาวครับ ผมอยากจะขอเรียนว่าตามอายุที่ ผมผ่านมา อายุสิบขวบอาบน้ำบ่อหนาว อายุซาวขวบกอดสาวบ่อเปือ อายุสามสิบต้นเมื่อก่อนไก่ อายุสี่สิบมือไขว่หน้าผากข้างหนึ่ง อายุห้าสิบไปไกลบ่อถึงทอดหุ่ย อายุหกสิบเป่าขลุ่ยบ่อค้อยดั่ง อายุเจ็ดสิบตี ฆ้องบ่อค้อยหง่าง อายุแปดสิบเส่งบ่อขึ้น เร่งยังงี้ก็ไม่ขึ้น อายุเก้าสิบขี่ไหลบ่อฮู้ตัว อายุร้อยบอกว่าฮักฮากก็ ตายบ่อฮักฮากก็ตาย เพราะฉะนั้นขอเชิญอาจารย์ประเวศต่อดีกว่า

**นพ. บรรลุ ศิริพานิช:** ท่านอาจารย์ว่า อายุ 80 อะไรเร่งไม่ขึ้น

**ศ.นพ.เสมอ พริ้งพวงแก้ว:** เส่ง เส่ง เร่งไม่ขึ้นแล้ว บอกให้ทำให้เร็วก็ไม่เร็วแล้ว

**ศ. นพ. ประเวศ วัชสี:** ผมอาจจะลองอย่างนี้จะได้เป็นตัวกระตุ้นท่านทั้งหลายท่านทั้งหลายมี บทบาทเยอะ โดยเล่าสภาพที่ผมเห็นตอนเด็กๆ อยู่เมืองกาญจน์ ผมเกิดปี พ.ศ. 2472 ที่นี้ก็จะจำ ความได้ที่อายุหกขวบเจ็ดขวบก็จะเห็นสภาพของเรื่องการสาธารณสุขที่นั่น ต่อมาเกิดอะไรขึ้น ประเดี๋ยว ท่านทั้งหลายจะมีส่วนให้เกิด ตอนนั้นที่เมืองกาญจน์ไม่มีหมอชกคนทั้งจังหวัด โรคภัยไข้เจ็บมีเยอะ ผม อยู่โรงเรียนประจำบาลที่อยู่ป่า ผมไม่ได้อยู่ในเมือง นักเรียน...เขาเรียกว่าเป็นหน่อที่อยู่เมืองกาญจน์ เป็นก้อนที่เท้าพอเราเดินแล้วก็เจ็บ เขาเรียกคุดทะราดเหยียบกรวด ชาวบ้านก็เจ็บป่วยต่างๆ เป็นผีกัน เยอะ สมัยนี้ไม่ค่อยเห็น และก็ปวดฟัน ก็ไม่มียาอะไร Paracetamal หรือ Aspirin อะไรไม่มี เขาก็บอก เอาไพลมาตำกับเกลือแล้วอม ผมก็อมแต่ไม่ค่อยหายปวด แล้วก็ไปบ่นบอกให้เอาไปบ้วนไปลงไฟ แล้วก็ปิด มันก็ปิดไปยั้งงั้น เป็นคางทูมเขาก็เขียนเสือกกัน แล้วแถวบ้านจะกลัวมากเป็นไส้ติ่ง เพราะถ้าพูด ถึงใครเป็นไส้ติ่งแล้วตายหมด จะกลัวกันมากเลย ผมเป็นนักเรียนได้ข่าวลุงนาค บอกลุงนาคเป็นไส้ติ่ง คนก็เรียกว่าหมอดหวัง ไม่มีหวังจะรักษา เป็น Malaria ผมเองก็เป็นอายุเจ็ดขวบตอนอยู่เมืองกาญจน์ ก็

เป็น Malaria กัน อาศัยเขาเรียกว่าหมอเสนารักษ์ หมอเสนารักษ์เป็นนายสิบพวกนายสิบก็รักษาโรคชาวบ้าน

ตอนนั้นไม่รู้ ตอนหลังมาอ่านหนังสือซึ่งประเดี๋ยวท่านอาจารย์จะทราบดี มาอ่านหนังสือเจอว่า ชวงรัฐบาลพลผลมีผู้แทนเสนอขึ้นในสภาว่าราษฎรเจ็บป่วยไม่มีหมอรักษา ขอให้เกณฑ์ชาวบ้านมาเป็นทหารเสนารักษ์ แล้วปลดประจำการกลับไปอยู่ในพื้นที่จะได้ช่วย ตอนเด็กๆ ผมได้อาศัยหมอเสนารักษ์ แต่ไม่รู้หรือตอนนั้นไม่รู้ว่าเป็นนโยบาย มีคนเสนอในสภาผู้แทน อันนี้อาจจะไปค้นดู ยาผมอายุ 80 กว่า ก็ไม่ได้เป็นอะไรมากนะท้องเดินเห็นท้องเดินหน่อย แล้วก็หมอบแบบหมอเสนารักษ์ บอกว่าให้ท่านไปสบายเถอะ ยาก็นอนเจิบๆ แล้วก็ตายอายุ 80 กว่า แต่เวลาอย่าปวดท้องอย่าจะปวดมาก ก็จะบอกให้ผมเด็กๆ ไปตามหมอ หมอก็คือนายสิบที่ว่ามาอยู่ที่บ้าน ปวดท้องบ่อยแต่ไม่รู้ว่าเป็นอะไร เป็นแค่นั้นเป็นอะไรไม่รู้จะทรมานมากเวลาอย่าปวดท้องที่หนึ่ง ก็สภาพก็เป็นอย่างนั้นมาเรื่อยๆ

แล้วตอนหลังเขาเรียกว่าสุขศาลาเกิดขึ้นในเมือง ที่เมืองกาญจน์ มีสุขศาลาหลังเล็กๆ ก็มีหมอมาประจำอยู่ เป็นหมอประเภทอะไรก็ไม่ทราบ เขาเรียกคุณขจรยังจำได้อยู่ มีคุณขจรมาอยู่ที่นั่น มาอยู่ที่สุขศาลา แล้วก็ต่อมามี ผมโตขึ้นมา มีหมอที่เขาเรียนแพทย์ที่ลพบุรี เป็นร้อยตรี 2 คน ร้อยตรีประชุม นามสกุลอะไรผมจำไม่ได้ มาอยู่ที่นั่น ที่ที่ผมอยู่ที่กองผสมสัตว์ที่แควน้อย ตอนหลังท่านย้ายไปอยู่ที่จังหวัดตากที่แม่สอด กินเหล้าเก่งผมเคยไปเจอเองที่แม่สอด แล้วก็หมอเกษม พังคานนท์ อีกคน เรียนแพทย์ที่ลพบุรี ก็ได้ช่วยประชาชนเยอะมาก ผมจำได้ตอนผมเป็นไข้ Malaria สิบเอกบำรุงฉัตรยา อะโทรปีน ตัวเหลืองเลยตอนนั้น สภาพก็จะเป็นอย่างนั้น ยิ่งเป็น Diphtheria ไม่ต้องพูดถึง โปลิโอเป็นคอติบแล้วก็ตาย หายใจไม่ออก ที่ตอนหลังเท่าที่เราได้จากสภาพ ประเดี๋ยวท่านทั้งหลายจะได้เติมได้ ท่านอาจารย์พูดว่าอะไร พวกเราทำอะไรกัน

ผมเล่าเรื่องตอนเด็ก ตอนหลังมีโรงพยาบาลจังหวัดเกิดขึ้น เขาเรียกว่า โรงพยาบาลพลพล พยุหเสนา เพราะว่าพันเอกพระยาพลท่านไปเป็นทหารดำเนินการ และก็ไปได้ภรรยาขึ้นมา ภรรยาท่านชื่อ พิศ ภรรยาคนแรก เป็นญาติของนายดำ.. ตอนผมเป็นเด็กย่าจะคุยเรื่องรัฐมนตรีว่า เงินเดือน นายกรัฐมนตรีเดือน 300 กว่า ผมถามว่าอย่าไปรู้มาจากไหน ตอนหลังผมเล่าให้ย่าฟังว่านายกรัฐมนตรีคน 32 แล้ว ย่าแปลกใจ โรงพยาบาลพลพลพยุหเสนา ก็มีโรงพยาบาลเกิดขึ้น หลังจากนั้นก็คงจะได้ฟังว่ารัฐบาลเกี่ยวข้องเยอะ ตอนนั้นก็คงจะได้ฟังว่า โรคคุดทะราดก็หมดไป Diphtheria ก็หมดไป โปลิโอเมื่อก่อนเยอะมาก เมื่อก่อนตอนผมเรียนแพทย์ที่ศิริราช มีเรื่องหนึ่งชื่อ Diphtheria ผมยังจำได้ พี่ไพโรจน์คงจำได้ จอดยั่วเยี้ย หน้าเรื้อน Diphtheria โปลิโอระบาด ต้องเอาปลอกเหล็กมาตั้งเลยหายใจไม่ออก ถ้ามาดูเดี๋ยวนี้สันนิษฐานหนึ่ง เปลี่ยนแปลงไปเยอะ Diphtheria ก็หายไป โปลิโอก็หมดไป คุดทะราด ไม่มี ขณะผมกลับมาจากนอกใหม่ๆ ไปตรวจเลือดที่อีสาน โรคเรื้อนเต็มไปหมด เรียกว่าทั้งหมู่บ้านเป็นโรคเรื้อน เรียกว่า หมู่บ้านโรคเรื้อน เดียวนี้ก็หายไปหมดไม่มีแล้ว ต่าง ๆ เพราะฉะนั้นเรื่องต่าง ๆ ที่

พัฒนาขึ้นมหาศาล ไม่ควรจะหายไปตามการเปลี่ยนแปลง ก็นึกถึงคุณค่าของหมอนามัยต่าง ๆ แพทย์  
รุ่นบุกเบิกและทำงานต่าง ๆ มากมายเหลือเกิน เปลี่ยนจากที่ผมเรียนที่ศิริราช คุณพระรัตนก็หมดไปแล้ว  
อะไรต่ออะไรต่าง ๆ

แล้วตอนหลังผมมารู้เห็นความเป็นไปของกระทรวงสาธารณสุข พัฒนาเรื่องของงาน แล้วก็มา  
เรียนทราบจากท่านอาจารย์เสมและท่านอื่นๆ ในช่วงที่เกิดโรงพยาบาลจังหวัดขึ้นจนครบทุกจังหวัด เกิด  
รวดเร็วมาก ช่วงเวลาไม่กี่ปี ช่วงจอมพลปอเป็นนายก และจอมพลปอท่านชอบอาจารย์หลวงนิติย์ ท่าน  
เป็นอธิบดีกรมการแพทย์ ... ซึ่งช่วยท่านอาจารย์หลวงนิติย์อยู่ จอมพลปอความที่ชอบพอกับอาจารย์  
หลวงนิติย์ จนกระทั่งตั้งชื่อลูกคนหนึ่งชื่อ นิติย์ จำได้ไหมปลัดกระทรวงการต่างประเทศ ชื่อนิติย์ พิบูลย์  
สงคราม ที่นี้ เท่าที่ผมทราบ จอมพลปอก็คอยถามอาจารย์หลวงนิติย์ ท่านชอบอาจารย์เสมยังไงดีเพื่อให้  
ท่านเล่าเอง ชวนท่านอาจารย์เสมจนถึงเชียงใหม่ชวนให้มาตั้งโรงพยาบาล ท่านนายกคือจอมพลปอ...  
ที่นี้ทั้งสองท่าน ก็ใช้เป็นโอกาสตั้งโรงพยาบาลจังหวัดขึ้น ครบทุกจังหวัด รวดเร็วมาก กระทั่งต่อ  
มหาวิทยาลัย ตอนนั้นโรงพยาบาลครบทุกอำเภอแล้ว

ผมคิดว่าโครงสร้างเราเต็มหมด โรงพยาบาลประจำจังหวัดทุกจังหวัด โรงพยาบาลอำเภอทุก  
อำเภอ สถานีอนามัย เป็นโครงสร้างมหาศาล อสม. ไม่นับพวกอะไรที่มันเกิดขึ้นอีก ผมถึงอยากเรียกว่า  
เป็นมหากาพย์ มหากาพย์วงการสาธารณสุขไทย เพราะมีตัวละครที่เกี่ยวข้องมากมาย ซึ่งน่าทำมหา  
กาพย์มาก คิดว่าเป็นตัวปลุกเร้าให้อาจารย์ท่านคงอยากเล่าว่าอะไรที่เกิดขึ้น ซึ่งเป็นเรื่องที่เกี่ยวข้องกับ  
เรื่องที่ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลง

**นพ.บรรลु ศิริพานิช :** ผมขออนุญาต ผมดูแล้วนอกจากอาจารย์เสมแล้ว ก็คงมีผมแก่กว่า  
เพื่อน รองจากอาจารย์เสม เพราะฉะนั้นผมก็ขอตามลำดับ

**นพ.ดร.โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ :** อาจารย์ครับ 80 นี้เร่งไม่ขึ้นแล้วนะครับ

**นพ.บรรลु ศิริพานิช :** ผม 83 อะไร 80 เร่งไม่ขึ้น หรืออะไรเร่งไม่ขึ้น คือ ผมไม่ได้เตรียมมาที่  
จะพูดเป็นเรื่องเป็นราว ผมอยากจะทำตามรอยหมอประเวศ ผมเรียกคุณหมอประเวศไม่เรียกอาจารย์  
ประเวศ เพราะคุณหมอประเวศอายุน้อยกว่าผม 5 ปี ผม 65 คุณหมอประเวศ 60 ผมเกิดบ้านนอกเกิดที่  
จังหวัดร้อยเอ็ด คุณหมอประเวศเกิดที่จังหวัดกาญจนบุรี ผมโชคดีหน่อยที่เกิดในเมือง ในเมืองสมัยนั้นมี  
หมอ เดิมตั้งอยู่อนามัยเล็กๆ ช่วงหลังถึงเข้าใจการรักษาพยาบาล ตอนนั้นผมอายุประมาณ จำไม่ได้ว่า  
อายุเท่าไร แต่อยู่ ม.หนึ่ง ตอนนั้นมี ป. 1 ถึง ป. 4 แล้วก็ ม. 1 ไม่รู้ว่าอายุเท่าไร บังเอิญบ้านผมเป็น  
บ้านใหญ่ บ้านครอบครัวขยาย อยู่ด้วยกันหลายคน พ่อแม่ตายหมด พี่น้องอยู่ด้วยกันเป็นบ้านหลังใหญ่  
ผมเป็นคนสุดท้าย พ่อแม่มีลูก 10 คน ผมเป็นคนที่ 10 คนที่ 1 ก็อยู่ด้วยกัน เป็นบ้านหลังใหญ่ ก็อยู่  
ด้วยกันหมดทั้งบ้าน

แล้วมีบางวันป่วย ผมก็ป่วย ป่วยด้วยกัน 3 คน ที่อยากเล่าให้ฟังเพราะว่าเป็นเรื่องประหลาด

ผู้ป่วย 3 คน ผมมีศักดิ์เป็นลูกของพ่อแม่สายตรง อีก 2 คน เป็นหลาน 3 ฝ่าย ผมนี่เขาไปเชิญหมอชินแสในตลาดมารักษา ส่วนอีกคนเขาไปเชิญหมอโสดศาลา แต่ก่อนเรียกโสดศาลา เชิญหมอโสดศาลา มารักษา ส่วนอีกคนเชิญหมอบ้านมารักษา ทั้ง 3 คน ส่วนคนที่เขาไปเชิญคุณหมอชินแสมารักษาผม ก็คล้ายๆ ผมมีศักดิ์สูงหน่อยเป็นลูกคนสุดท้อง แล้วก็ไปเชิญหมอจีนมาแม่ เขาก็มาแม่ แม่เสร็จเรียบร้อยก็เขียนใบสั่งยาแล้วก็ไปซื้อแล้วมาต้ม ต้มใส่น้ำสองถ้วยต้มให้เหลืออยู่ถ้วยหนึ่ง ก็กิน ยาต้ม ส่วนอีกคนซึ่งเป็นหลาน หลานคนนี้พ่อแม่เขาได้เรียนหนังสือเขาไปเชิญหมอโสดศาลา มารักษา หมอโสดศาลาก็มา ผมก็นอนอยู่ 3 คน นอนอยู่ด้วยกัน ส่วนหมอแม่ก็มาแม่กับผมแล้วก็ไป ส่วนอีกสองคนก็ไม่ได้ดูแล ส่วนหมออีกคนหนึ่งมาก็มาดูคนที่สอง นอนเรียงกันสามคนนี่แหละ หมอจากโสดศาลา มาผมก็จำไม่ได้ว่าเป็นหมอปริญญาหรือเปล่า เขาก็เอาประทัด วัดเสร็จเรียบร้อยแล้วก็ให้กินยาขวด ยาน้ำขวดนี้หมอโสดศาลา อีกคนหนึ่งก็ไปเชิญหมอบ้าน หมอบ้านมาก็มาดูตามเสร็จเรียบร้อยแล้วก็ฝนยา เอาร่วมยามา ร่วมยานี้ เอามาฝนใส่ มีหิน เอามาฝนๆ แล้วก็เอาน้ำใส่ขันรองหิน เสร็จแล้วก็เป่า ว่าคาถาเป่า เป่าจากหัวจนถึงเท้า แล้วก็ยังทำกระทงไปไหว้ผี สามคนก็รักษามาอย่างนี้มาเรื่อย ถ้าผม จะเล่าให้สั้นก็หายทั้งสามคนนั่นแหละ แต่ยาวนาน กว่าจะหายก็เกือบเดือน

ผมนี้ตัวผมเอง ผมจำตัวผมเองได้ คือผมนี้หล่นหมดเลยต้องหัดเดินใหม่ เป็นไข้สูง ผมเมื่อมาเรียนแพทย์เลยรู้ว่า เราเป็นไทฟอยด์ทั้งสามคนเลย แล้วก็รักษาทั้งสามคน สามหมอก็หายทั้งสามคน แต่ประหลาด ตลกอยู่ที่ว่า มานั่งคิดดูผมนี้ทรมานมากเพราะกินยาขม ต้มยากินยาขม เปื้อนเลย ส่วนอีกคนรักษาหมอโสดศาลานี้สบายได้กินยาน้ำเป็นขวด กินตามชืดๆ กินตามเวลา ส่วนอีกคนหนึ่งก็สบาย คือหมอก็มาเป่ากินยาน้ำขัน ก็อยู่อย่างนี้รักษากันเดือนหนึ่งหายหมด ที่จริงพอมารเรียนแพทย์ จึงรู้ว่า อ้อ นี่เราหายเอง ครับ ประหลาดข้อที่ว่าอย่างนี้

ผมยังจำได้ หมอจีนสั่งห้ามไม่ให้กินหลายอย่าง อย่างหนึ่งที่ไม่ให้กินคือมะเฟือง ผมจำได้ แล้วบังเอิญว่า บ้านนอก เวลาปวดท้องก็ต้องไปส้วม ส้วมก็อยู่ไกลๆ แต่ก่อนไม่มีส้วมในบ้าน แล้วก็มิดันมะเฟืองที่บ้านอยู่ข้างส้วม ดันมะเฟืองออกลูกสวย ผมน้ำลายไหลอยากกินมะเฟือง แต่หมอจีนห้ามไม่ให้กินมะเฟือง ไม่รู้เขาห้ามยังไง ผมก็ทนไม่ไหว ห้ามก็ห้าม ไปบิดมะเฟืองมากิน มานั่งดูก็ไม่เป็นไร ก็แอบกิน แต่ว่าหมอชาวบ้านคนที่ฝนยาเขาให้กินกับข้าวยังงี้รู้ใหม่ คือหมอจีนให้กินข้าวต้ม หมอโสดศาลากินอะไรก็ได้ไม่ว่า ส่วนหมอไทยขออย่างเดียวต้องกินปลา ปลาตากแห้งแล้วก็กินกล้วยน้ำหว่า บ้านผมเรียกกล้วยอีอ่อง ก็กินอย่างนี้มาเรื่อยๆก็หายทั้งสามคน แต่มีข้อสังเกตอยู่ว่าหมอมารักษาเขาไม่เห็นทะเลาะกันเลย เขาต่างคนต่างก็รักษากันไปต่างว่ากันไป ข้อสังเกตที่ว่าหมอจีนที่รักษาผมรู้สึกเสียเงินมาก ผมจำไม่ได้แล้วว่าเสียเงินเท่าไร แต่รู้สึกเสียเงินมาก ส่วนหมอโสดศาลาก็เสียเงินแต่ไม่มาก หมอพื้นบ้านนี้เสียเงินน้อย ไม่ได้เสียอะไรเลย บางทีผมนอนอยู่ ผมมีศักดิ์เป็นลูกคนโตผมก็มีสิทธิ์ เวลาหมอชาวบ้านที่ฝนยามารักษาอีกคนหนึ่งเขาก็เป่า ผมก็ไปบอก เป่าให้ผมบ้างซิ เขาก็เป่าให้ เวลาเป่าเป่า



แรงนะครับ เป่าตั้งแต่หัวลงไป ปฐิตๆ รู้สึกเย็นดีเหมือนกัน เย็นดี

นี่เล่าเรื่องแต่ก่อนนี้ให้ฟัง มีอีกอย่างหนึ่งก็คือว่า หมอชาวบ้านนี้ให้กินจิ้งจก จิ้งจกที่อยู่ตามฝา  
ไปตีมาปิ้ง ปิ้งให้กิน ไม่ว่าจะ กินแล้วแต่หมอสั่ง แต่ว่าทั้งหมดทั้งสามคนก็หาย นี่เล่าเรื่องตอนที่เด็กๆ  
ให้ฟัง แต่ว่ากลับมาอีกนิตหนึ่งที่คุณหมอโกมาตรพูดถึงเรื่องว่าจะเก็บเอกสารในจดหมายเหตุ ผมก็นั่ง  
คิด ฟังดูเมื่อกี้ก็นั่งคิด ผมเป็นคนชอบบันทึก ผมบันทึกของผมเรื่อย ผมเริ่มบันทึกตั้งแต่ผมเป็นนักเรียน  
แพทย์ ผมก็บันทึกตั้งแต่ปีที่ 1 (ไปชอบผู้หญิงบันทึกใหม่) บันทึกซะ ดังนั้นผมจึงสงสัยจะไปเก็บเอกสาร  
ของผมมาไม่ได้กระมัง เพราะมันมีเรื่องส่วนตัวจริงๆ คือผมโกรธใครผมก็มาบันทึก ผมชอบใครผมก็มา  
บันทึกของผม ทีนี้ถ้าเผื่อเอามาเก็บในหอสมุด จะเข้าที่หระอ ผมปรึกษา แต่อีกประการหนึ่งที่ผมสนใจก็  
คือว่า สมุดบันทึกของผมสูงขนาดนี้ได้ ทีนี้ผมลองไปดูเล่มแรกๆ กระดาษเปียกแล้ว แล้วสีที่เขียนไว้ก็ชัก  
จะเลือนๆ หด เวลาจะเปิดออกมาก็ต้องค่อยๆ เปิด พอผมไปเปิดดูครั้งสุดท้าย ผมก็มานั่งคิดของผมคน  
เดียว ถ้าผมตายลูกเต้าคงเอาไปขายเจ๊กแน่ๆ ไม่มีปัญหา แล้วถ้าคุณเอามาเก็บที่นี่ แล้วถ้าใครมาเปิด  
ผมตำคนโน้นคนนี้ ก็แยชิ อย่างนี้จะเอาไป สุดท้ายก็อย่างที่คุณหมอประเวศว่า มันเป็นมหากาพย์ เขียน  
ได้หมด ผมไปชอบใคร ผมไม่ชอบใคร ไปจีบใคร ยังไงผมเขียนของผมไว้หมด แล้วจะเอามาจดหมายเหตุ  
ไม่สมควร อย่างนี้จะได้อะไร (อาจจะเกิดเรื่องย้อนหลัง) ไหนๆ คุณแล้วผมขอเพิ่มเติมอีกนิต ผมเห็น  
ความสำคัญของการจดบันทึก เพราะผมบันทึกของผมมาเรื่อย พอผมอายุมากเข้าๆ ความบันทึกนี้ ห่าง  
ออกๆ เพราะว่า รู้สึก คือแต่ก่อนนี้เหตุการณ์ต่างเปลี่ยนแปลงไม่ค่อยเร็ว พอมาถึงเดี๋ยวนี้เหตุการณ์เร็ว  
เร็วมากบันทึกไม่ค่อยไหว เข้าเป็นนายกเย็นปลด บันทึกไม่ได้ คือแต่ก่อนเหตุการณ์ชัดเจนไม่ค่อย  
เปลี่ยนเร็ว พอมาถึงสมัยนี้เหตุการณ์เปลี่ยนเร็ว เพราะฉะนั้นก็บันทึก อาทิตย์หนึ่งบันทึกทีหนึ่ง เดือน  
หนึ่งบันทึกทีหนึ่ง บางทีตอนท้ายๆ มานี้ประมาณ 4 - 5 เดือน ถึงจะบันทึก เพราะว่าเหตุการณ์เปลี่ยน  
บันทึกปุ๊บเดียวมาเปลี่ยน แต่ยังไงก็ตามผมเห็นว่าบันทึกนี้ดี ผมเป็นผู้อำนวยการโรงพยาบาลสระบุรี  
เมื่อปี 2495 จนถึงปี 2516 ผมอยู่นาน มีผู้ว่าราชการ 8 - 9 คน ผมเห็นความสำคัญของบันทึก ผมเลย  
ทำ ผมใช้คำว่าปุม ปอสระอุมอ คือผมเห็นเรือนะ เรือเขามีปุมเรือ เขามีบันทึกของเขาเป็นปุม เป็นปุมเรือ  
ผมก็เลยตัดจริตเขียนว่าปุม ปุมโรงพยาบาลสระบุรี ผมทำไว้อย่างดี สมุดก็ทำดี กระดาษก็อย่างดี เพราะ  
ผมดูของผม ที่ผมเขียนของผมเองกระดาษไม่ค่อยดี ผมเริ่มเอากระดาษดีๆ แล้วเขียนด้วยอินเดียน อิงค์  
อินเดียนอิงค์ คนสมัยใหม่จะเข้าใจหรือเปล่าไม่ทราบ ผมเขียนแล้วผมก็แข่งไว้ในนั้นด้วย คือผมบันทึกไว้  
แล้วก็แข่งว่า ผู้อำนวยการโรงพยาบาลต่อไปจะต้องมาบันทึก ถ้าไม่มาบันทึกจะเป็นอย่างนั้นๆ ผมแข่งไว้  
แต่ตอนท้ายๆ มา ก็ไม่มีคนมาบันทึก คำแข่งของผมคงไม่มีประโยชน์อะไร แต่ยังไงก็ตามที่เล่าเรื่องนี้ให้  
ฟังก็เพราะว่า พวกเราไม่ชอบบันทึกจริง ๆ ทั้งๆ ที่สั่งไว้แล้วว่าผู้อำนวยการปีหนึ่งต้องบันทึกทีหนึ่ง ก็ไม่  
ค่อยบันทึก เพราะว่าเขามีงานเยอะหรือยังไงไม่ทราบ นั่นเป็นเรื่องบันทึกนะครับ

เมื่อตะกั้ันพูดถึงเรื่องจอมพลแปลกผมบันทึกไว้ น่าสนใจคืออย่างนี้ที่คุณหมอประเวศพูดว่า แต่

ก่อนนี้โรงพยาบาลจังหวัดมีไม่ทุกจังหวัดหรอก ก็ใช่ ตอนที่ผมไปเป็นผู้อำนวยการโรงพยาบาล  
มหาสารคามปี 2494 โรงพยาบาลจังหวัดมีไม่ครบทุกจังหวัด มีเยอะแยะเลยที่ไม่มีโรงพยาบาล ที่นี้จอม  
พลแปลกเป็นนายกรัฐมนตรี ถ้าใครเป็นนักเรียนสมัยจอมพลแปลกนี้จะเข้าใจ ตอนนั้นหนังสือพิมพ์  
ออกมานี้จะเขียน เชื้อผู้นำชาติพันธุ์ จะเขียนไว้เลย เชื้อผู้นำชาติพันธุ์ ผู้นำไปทางไหนเราไปทางนั้น  
ต้องเชื่อผู้นำหมด แล้วจอมพลแปลกนี้เขามาทำลัทธิชาตินิยม ค่อนข้างจะแรง ผมต้องเป็นยุวชน  
นักเรียนตั้งแต่ ม.1 ขึ้นมาจนถึง ม.3 เป็นลูกเสือ จาก ม.3 ขึ้นมาถึง ม.6 เป็นยุวชน แล้วพอมานี้เข้า  
มหาวิทยาลัยเป็นยุวชนนายทหาร ผมเป็นยุวชนตลอดเลย พอมานี้เข้าเป็นนิสิตจุฬาฯ ก็เป็นยุวชน  
นายทหาร ต้องรักชาติ ต้องเชื่อถือผู้นำ ที่นี้เมื่อผู้นำไปทางไหนเอาทางนั้นเลย แล้วตอนนั้นสงครามอินโด  
จีนด้วย จำได้ไหมสงครามอินโดจีน ยิ่งปลุกเร้าความรักชาติขึ้นมา ผมก็เป็นยุวชนนายทหารตอนนั้นเป็น  
ยุวชนทหารม้า จังหวัดร้อยเอ็ดมีม้า ก็เลยต้องไปหัดขี่ม้า ถือปืนหัดขี่ม้า เรื่องนี้ก็ไม่สำคัญ

จะเล่าเรื่องจอมพลแปลกแล้วมาเกี่ยวพันกับคุณหลวงนิศย์ คือจอมพลแปลกท่านเป็น  
นายกรัฐมนตรี ท่านชอบคุณหลวงนิศย์ที่เป็นหมอ ที่ชอบกันเพราะอะไรรู้ไหม เพราะชอบเล่นไพ่ อันนี้  
เรื่องจริง ไพ่ตอง ผมรู้ดี เพราะว่าเขาเล่นไพ่ตองกันนี้ เล่นไปเล่นมาคุณหลวงนิศย์ก็บอกจอมพลแปลกนี้  
ให้สร้างโรงพยาบาลมากขึ้น ตอนนั้นอาจารย์เสมอยู่ที่เชียงรายนะครับ แปลกอยู่อย่างหนึ่งที่ว่า จอมพล  
แปลกเขาชาตินิยมมาก เขาอยากให้ประเทศไทยเป็นชาติมหาอำนาจ การที่จะเป็นประเทศมหาอำนาจ  
จะต้องมีพลเมืองเยอะๆ จอมพลแปลกก็คิดว่า ประเทศเราตอนนั้นมีประชากรประมาณสิบล้านกว่าล้าน ผม  
จำได้ ตอนเป็นนักเรียนดูเหมือนจะมี 7 - 8 ล้าน เท่านั้นเอง ที่จำได้เช่นนี้ก็เพราะว่า ตอนอยู่ต่างจังหวัด  
เขามีงานฉลองรัฐธรรมนูญ แล้วโรงเรียนจะมาออกธำเนาะ เขาทำคนหัวล้านแล้วก็เขียนเลขเจ็ดว่ามีคนเจ็ด  
ล้าน แต่ก่อนนี้มีคนน้อย จอมพลแปลกนี้ชาตินิยมอยากจะให้ประเทศเป็นประเทศมหาอำนาจ เป็น  
ประเทศมหาอำนาจต้องมีพลเมืองมาก ที่นี้จะมีพลเมืองมากต้องเกิดแล้วไม่ตาย เพราะเกิดแล้วตาย  
เยอะ ตอนนั้นถ้าเกิดแล้วไม่ตายก็ต้องสร้างโรงพยาบาลหญิง ตอนนั้นอาจารย์เสมอยู่เชียงราย คุณหมอ  
หลวงนิศย์กับจอมพลแปลกคิดกันเรื่องอยากจะมีพลเมืองมาก

ผมจำได้เลยตอนนั้น ข้าราชการวันพุธนี้ ตอนนั้นผมยังไม่เป็นข้าราชการ ข้าราชการวันพุธนี้เขา  
ให้หยุดไปร้อง ให้ร้องเพื่อที่จะให้แต่งงานกัน เพื่อที่จะได้มีประชากรมากๆ ผมจำได้ก็เพราะพี่สาวผม  
พี่สาวผมเป็นคนที่ 1 ผมเป็นคนที่สิบ เพราะฉะนั้นมันห่างกันยาว พี่สาวผมได้รับรางวัลมีลูกมาก ถ้าใคร  
มีลูกมากได้สิทธิหลายอย่าง หนึ่งขึ้นรถไฟก็ครึ่งราคา สองถ้าเกิดมีอะไรเขาก็ให้สิทธิ อยากจะให้คนมีลูก  
มากๆ ถ้าอยากให้มีคนมีลูกมากๆ ก็ต้องทำโรงพยาบาลแม่และเด็ก โรงพยาบาลหญิง โรงพยาบาลหญิง  
พอทำมาเสร็จก็เชิญอาจารย์เสมมาเป็นผู้อำนวยการโรงพยาบาลหญิง อยากให้คนคลอดไม่ตาย อยาก  
ให้มีคนมากๆ ผมก็นั่งคิดดู พอมานี้เป็นหมอเข้า คนมากเข้าๆ คิดๆ ดูแล้วเราเป็นหมอนี้เป็นเหยื่อของผู้มี  
อำนาจ เขาอยากให้ทำอะไรก็ทำ เขาอยากให้มีลูกมากก็เร่งๆ ให้มีลูกมาก พอมีลูกมากเข้ากลัวแล้ว

พวกหมอชักกั้วแล้วตอนนี้ เพราะว่ามีลูกมากก็จะวางแผนครอบครัว ตอนนั้นผมเป็นหมอแล้ว ผมเป็นหมอมก็อยากวางแผน มีลูกมากไม่ไหว แต่รัฐบาลตอนนั้นเรื่อยมาจนถึงจอมพลประภาส จอมพลประภาส..จอมพลสฤษดิ์ เราก็ไปบอกว่า ต้องวางแผนครอบครัว จอมพลประภาสบอกไม่ต้องวางแผนครอบครัวหรอก เพราะท่านบอกว่า จุลินทรีย์ แบคทีเรีย ถ้าอยู่ด้วยกันมาก ก็กินกันหมด ไม่มากหรอก มันวางแผนของมันเอง ผมยังจำได้ ไม่ต้องวางแผนคนมากมันฆ่ากันเอง ตายเองไม่ต้องวางแผน ไม่มากหรอก แต่เราก็พยายามไปบอกนักรการเมืองว่า ต้องวางแผนครอบครัว ตอนนั้นสุดท้ายฝ่ายเรา ฝ่ายหมอชนะ จนสุดท้ายมีการวางแผนครอบครัว ที่ผมคิดเรื่องนี้ก็เพราะว่า เรายังเป็นแบ่เขาอะ เขาบอกให้ทำอะไรก็ทำ เขาบอกให้เพิ่มก็เพิ่ม พอเพิ่มเสร็จแล้วเขาบอกคนจะมาก วางแผนแล้วที่นี้ ก็ต้องมาวางแผน แต่ยังไงก็ตาม พวกหมอก็เป็นแบ่เขา ไม่ใช่เป็นนายเขา เขาให้ทำอะไรก็ทำไปเรื่อย ด้วยความที่มีที่พึ่ง

มีอีกตอนหนึ่งที่ผมคิดว่าน่าสนใจ ตอนนั้นผมเป็นนักเรียนแพทย์อยู่ชั้นปีที่ 1 เป็นตอนที่ในหลวงถูกระสุนปืน ในหลวงรัชกาลที่ 8 ตายหรือสวรรคต ตอนนั้นเราก็ตกใจหมดเลย ความรู้สึกคนไทยนี้แปลก พอบอกว่าพระเจ้าแผ่นดินก็ตกใจ จะอยู่ยังไง พอเข้าเรียนชั่วโมง Anatomy อาจารย์หมอสุดมาเล่าให้ฟัง บอกว่าได้เข้าไปชันสูตรในหลวงว่า ลูกกระสุนปืน ตอนเข้ารูเล็กตอนออกรูใหญ่ แล้วก็มียอยของปากกระบอกปืนจ่ออยู่ ตอนนั้นผมก็เป็นนักเรียนแพทย์ไม่ค่อยรู้เรื่องอะไร แต่รู้สึกว่าจะต้องรู้เรื่องนี้ แต่สุดท้ายก็ไม่รู้ จนปัจจุบันนี้หมอที่ไปดูในหลวงตอนนั้นก็ยังมีอาจารย์หมอสุด อาจารย์หมออวยไม่ได้เข้าไป อาจารย์หลวงนิติรักษ์ก็เคยเป็นที่ปรึกษา และอีกคนอาจารย์หมอฝน แสงสิงแก้ว แต่โดยสรุปแล้วนักเรียนแพทย์ตอนนั้นมานั่งคิดๆ บังเอิญตอนนั้นผมไปดูหนัง นักเรียนแพทย์ที่ศิริราชไม่มีเอ็นเตอร์เทนอะไรก็เลยมาดูหนังเฉลิมกรุง ซ้ำมาฝากมาก็นั่งสามล้อมาเฉลิมกรุง มาดูหนังที่เฉลิมกรุง ธรรมดาเฉลิมกรุงเวลาจะฉายหนังนี้ ไม่รู้เดี๋ยวนี้เขาทำอย่างนั้นหรือเปล่า ฉายหนังต้องฉายสี่ต่างๆ ฉายสี่โน้นสี่นี้สวดย พอไฟดับมืดลงมาในศาลาเฉลิมกรุง มีคนตะโกนเลยว่า หลวงประดิษฐไพเราะในหลวง ผมก็ใครตะโกน แต่โดยสรุปก็คือชวงนั้นจิตใจไม่ค่อยดีเลย ที่เล่าให้ฟังอย่างนี้ก็เหมือนกับชวงนั้นะจิตใจก็ไม่ค่อยดีเลย เหมือนกับแต่ก่อนนั้น ผมเล่าไม่ปะติดปะต่อคิดยังไงก็เล่าให้ฟัง ตามที่เล่าเรื่องนี้ก็เพราะว่า หลวงนิติรักษ์สนิทกับจอมพลปอ จะเอาอะไรก็ได้ เพราะฉะนั้นกิจการบ้านเมืองสำคัญที่ผู้มีอำนาจจริงๆ จอมพลปอนี้เป็นคน ผมว่าจอมพลปอเป็นคนมีอารมณ์โรแมนติก ท่านชอบไปลพบุรีแล้วก็ผ่านมาที่พระพุทธบาทแล้วผ่านก็มาสระบุรี พอมาพุทธบาทท่านก็มาสร้างโรงพยาบาลพุทธบาท แล้วพอมาสระบุรี เห็นที่เขาถูกหนึ่งที่อยู่ตรงนั้น ท่านเป็นทหารท่านก็คิดแต่เรื่องป้องกัน ท่านบอกตรงนี้เป็นชัยภูมิสำคัญที่จะต่อสู้ก็ให้กองทหารอยู่ตรงนั้น เวลาท่านเข้าสระบุรีจะเห็นมีกองทหารอยู่ตรงนั้น นี่เป็นเรื่องของผู้มีอำนาจในตอนนั้นนะครับ ผมคิดว่าผมคอแห้งแล้วผมให้คนอื่นพูดดีกว่า

**นพ.ดร.โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ :** เชิญครับ ยังไงก็ได้ครับ ไม่ต้องเรียงก็ได้ครับ ใครคิดว่าอยากจะช่วยเสริมประวัติศาสตร์ความทรงจำในส่วนไหน ไม่ต้องลำดับเวลาก็ได้ครับ เดียวก็จะเอาไป

เรียบเรียงกันขึ้นมาอีกทีหนึ่งครับ คุณพ่อเสมอครับ สมัยที่ไปบุกเบิกโรงพยาบาลเชียงราย ไปทำงานกัน  
ยังไงครับ คงจะห่างไกลการคมนาคมพอสมควรครับ

**ศ.นพ.เสมอ พริ้งพวงแก้ว:** ผมเป็นคนเกิดกรุงเทพฯ เกิดที่ถนนรองเมือง ซอย 4 แล้วที่ในซอยที่  
ผมอยู่มีหมอลำค้าอยู่ 4 - 5 ท่าน ด้วยกัน มีคุณพระชาญ วิถีเวช มีพระเชษฐาไวยทยาการณ มีพระ  
บรรจง พยาบาล นี่ทำให้เด็กๆ ในซอยอยากจะเป็นแพทย์ (ในซอยเดียวกันเลยหรือครับ) ไม่ใช่มี 4 ซอย  
ถนนรองเมืองซอย 1 ซอย 2 ซอย 3 ซอย 4 ผมอยู่ซอย 4 พระชาญท่านอยู่ซอย 1 พระบรรจง พยาบาลก็  
อยู่那儿 พระเชษฐาไวยทยาการณอยู่ซอยเดียวกับผม เราก็เลยอยากจะเป็นแพทย์ เพราะฉะนั้นเมื่อผมสำเร็จ  
แพทยศาสตร์แล้ว ผมก็บอกตัวเองว่า เราเกิดกรุงเทพฯ เห็นแต่กรุงเทพฯ ที่อื่นไม่เคยเห็นเลย แล้วเกิดมา  
ทำไมนี่ ไม่ยุติธรรมอะไร ตอนผมเกิดมา ไม่มีไฟฟ้า ไม่มีประปา ไม่มีถนน ไปไหนก็ใช้เท้านี้แหละเดิน  
ธรรมดาผมเดินจากถนนรองเมืองไปศิริราช เดินทุกวันอย่างนั้นเวลาไปเรียนหนังสือ เพราะว่าไม่มีรถ  
อะไรวิ่งไปที่เราต้องการ ผมก็อาสาไปที่บ้านนอก ตอนนั้นเปลี่ยนการปกครอง 2475 หลักของการ  
เปลี่ยนแปลงการปกครองเขาบอก

หนึ่งต้องมีอาหารกินให้ได้ ข้อนี้สำคัญมาก

อันที่สองต้องมีงานทำ

อันที่สามต้องมีการศึกษา

อันที่สี่ต้องมีการรักษาพยาบาล

อันที่ห้าถึงจะมาพูดเรื่องเสรีภาพ

มาในปัจจุบันนี้เอาเสรีภาพมาเป็นหนึ่งทีเดียว ข้าวปลาอาหารมีกิน ไม่มีกินไม่สำคัญขอให้  
เสรีภาพอย่างเดียว อันนี้แหละครับน้องๆ ทั้งหลายขอให้คิดดู หลักของการเปลี่ยนแปลงการปกครอง  
วันที่ 24 มิถุนายน หลักเขาดีมากๆ แล้วคนที่ จะทำการเปลี่ยนแปลงการปกครองตอนนั้น ก็มี 3 ปอ หนึ่ง  
ปอ แบลก สอง ปอ ปรีดี สาม ปอ ประยูร ภมรมนตรี รัฐมนตรีของเราคนหนึ่ง เด็กสามคนนี่ไปเรียนเมือง  
นอกได้ทุน ก็ไปอยู่ที่ประเทศฝรั่งเศส พระองค์เจ้าจรูญ เป็น Ambassador แล้วก็ถึงผมเป็นคนบันทึกให้  
พระองค์เจ้าจรูญ ท่านก็เขียนจดหมายมาถึงรัชกาลที่ 6 ว่ามีเด็กสามคนนี่ต้องระวังมาก เด็กสามคนชื่อ  
ปอ จำง่ายนะให้ระวัง แล้วก็ต้องระวังจริงๆ อย่างที่ว่าด้วย เหตุการณ์ที่เกิดขึ้นตอนนั้น ความจริงเขา  
อยากจะทำวันที่เปิดสะพานข้ามแม่น้ำเจ้าพระยา คือวันที่ 1 เมษายน 2475 เขามาอุกคิดว่า ตอนนั้น  
เหมือนรัชกาลที่ 7 จะไปเปิดก็ต้องมีทหารมีอะไรคอยดูแลอยู่ ต้องเสียเลือดเนื้อแน่นอน เขาก็เลยเปลี่ยน  
มาเป็นวันที่ 24 มิถุนายน 2475 ที่เขาเปลี่ยนเพราะเห็นอย่างว่า ที่นี้ในการที่เขาเปลี่ยนทั้งสามคนเขามี  
ความเห็นว่าเขาควรพยายามที่จะทำอย่างไรหนอ ให้ทุกอย่างอย่างรุนแรง อย่าต้องมีเสียเลือดเสียเนื้อกัน  
เขาก็ได้คิดเมื่อ พ.ศ. 2454 เขามีการเปลี่ยนการปกครองในประเทศไทย มีเรื่องเพราะเหตุว่าตอนนั้น  
คราวนั้นวินซ์ คือ รัชกาลที่ 6 อยู่ที่กระทรวงศึกษาเดี๋ยวนี้ แล้วก็มียุทโธปกรณ์ คนใช้ของท่านเขาเดิน

ออกมาที่สะพานมัฆวานรังสรรค์ แล้วก็มีผู้หญิงขายอ้อย ตอนนั้นผู้หญิงขายอ้อยสวยๆ แถวนั้นเยอะ (แต่ก่อนการจับแม่ค้าอ้อยควันเป็นเรื่องที่ทำกันเป็นประจำ เป็นที่พูดถึงแม่ค้าอ้อยควัน) ที่นี้ก็เกิดมีเรื่องกันขึ้นมา ทหารของทหารที่อยู่ เดียวนี้ก็มีอยู่ ตรงข้ามกระทรวงศึกษา พวกก็ออกมาที่สะพานมัฆวาน ที่ไปตั้งพันธมิตร ตั้งอะไรอยู่ตรงนั้น แล้วก็ข้าราชการของรัชกาลที่ 6 สมเด็จพระยุพราช ความจริงพอบอกพระยุพราชนี้ในประเทศไทยมีสมเด็จพระยุพราชสององค์ด้วยกัน องค์แรกขององค์หนึ่ง องค์ที่สองคือรัชกาลที่ 6 ผู้แรกก็เป็นพี่ชายของสมเด็จพระบรมราชชนก เป็นพี่ชายองค์แรก เมื่อ พ.ศ. 2429 ท่านได้..แล้วก็สองคนก็ทะเลาะกันชกต่อยกันที่สะพานนี้ เสร็จเรียบร้อยแล้วข้าราชการในวังกับทหารนั้นก็รู้อยู่แล้วว่าจะป้องกันยังไงก็ไม่ไหว ก็ช่วยไม่ได้ พระยุพราช รัชกาลที่ 6 ก็โกรธมากตอนนั้น ก็กราบบังคมทูลว่าถ้าไม่จัดการอะไรกับเรื่องทหารพระองค์จะขอ retire จากเป็นองค์คราวน์ปรีนซ์ เพราะฉะนั้นอ่านหนังสือจะมีคนเขียนเรื่องคราวน์ปรีนซ์ ถ้าไม่เคยเขียนพระนามแล้วจะทำให้ความรู้ไม่ครบถ้วน ครั้นไปทูลรัชกาลที่ 5 ว่าเรื่องนี้ต้องจัดการ ทหารไม่ควรไปทำ แต่เผอิญความรักทหารท่านก็ทำไม่ได้ ก็เลยมีปัญหาขึ้นมาว่าถ้าท่านไม่ได้ก็จะขอ retire ออกจากคราวน์ปรีนซ์ นี่เป็นเรื่องเริ่มต้นขึ้นมาว่าเป็นเหตุใดหนอประเทศไทยเราจึงมีลูกเสือป่า

เริ่มต้นลูกเสือป่าก่อนมามีลูกเสือธรรมดา ที่เหตุเป็นเช่นนี้ก็เพราะเหตุว่ามีเรื่องอย่างที่ว่า คือท่านเข้ากับทหารไม่ได้ ลำบากก็ตรงนี้ ก็เลยเกิดมีการปฏิวัติมาเมื่อปี 2454 ปฏิวัติพวกทหารก็ปฏิวัติกัน แต่เขาก็มีตำแหน่งไม่สูงเท่าไร ตำแหน่งสูงก็คือว่า พี่เพลง หมอเพลง ศรีจันทร์ ร้อยเอกเพลง ศรีจันทร์ คนที่ทำอย่างมากที่สุดก็ร้อยตรี ร้อยโท เท่านั้น อันนั้นเป็นแบบฉบับให้เห็นว่า นับวันเรามีแต่ความแตกแยกขึ้น ตอนนั้นขอให้เป็นเรื่องภายในที่สุด ก็อยากให้พวกน้องๆ รับรู้ไว้ว่าอะไรเป็นอะไร และที่เกิดวันที่ 24 มิถุนายน 2575 ก็มาจากคราวที่แล้วนี้ เพราะฉะนั้นทุกสิ่งทุกอย่างขอให้พวกน้องๆ จำไว้ว่า พอมิเรื่องขึ้นมาแล้ว คนจะจำไว้แล้วมันจะตาม เพราะเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในระยะนี้ ที่อาจารย์ประเวศพูด ลำบากมาก เพราะอยู่บ้านอ่านหนังสือพิมพ์ไม่ไหว ไม่รู้จะอ่านเรื่องอะไร คนนี้ก็วางใจ คนโน้นก็ว่าคนโน้น เสร็จเรียบร้อยแล้วเราอายุมากแล้วก็ยิ่งแย่ใหญ่ ตอนนั้นผมก็บอกว่า ผมเกิดในกรุงเทพฯ มีพี่ชายน้องชาย อะไรต่างๆ เหล่านี้ อยู่ที่นั่นนั่น ผมควรจะออกๆ ไปรับราชการบ้านนอกดีกว่า ตอนนั้นถ้าผมเข้าทหารบก เขาให้ผมเรียนสองปี ผมยังเรียนวิทยาศาสตร์รุ่นแรกให้สองปีแล้วให้เป็นร้อยตรี ถ้าผมเข้าทหารเรือเขาให้ผมสี่ปีถึงจะได้เรือตรีนะ เมื่อเข้าไปดู คนที่พาผมข้ามฝากไปอยากให้ผมไปอยู่ทหารเรือ เขานั่งเรือจากท่าราชวรดิษฐ์ข้ามฝากไปฝั่งดอนเมือง เขาชี้ให้ผมดูว่านี่พวกนี้เริ่มใหม่ เงินเดือน 160 บาท ทหารบก 80 บาท ทหารเรือ 110 บาท เรียนสี่ปี แต่นี้เริ่มมาใหม่ให้ 160 บาท เราก็นึกว่า เรายังยากจนกันไม่ได้ร่ำรวย เงินเดือน 160 บาท คงสบายแน่ก็เลยอาสาสมัครไปเรียนที่นั่น เขาคัดเลือกทั้งหมดด้วยกัน 600 คน แล้วก็สอบได้ทั้งหมด 60 คน ให้มาเรียนแพทย์ก็เรียนสำเร็จขึ้นมา ผมก็อยากไปบ้านนอก ก็ผมเห็นแต่กรุงเทพฯ เท่านั้น เห็นแต่คนนั้นคนนี้ บ้านนอกก็เป็นสิ่งที่น่าจะไปเหมือนกัน

ผมก็บอกเขา เขาก็บอกกรมสาธารณสุข กรมสาธารณสุขเกิดขึ้นเมื่อปี 2459 - 60 ที่ท่านทั้งหลายอ่านอยู่ในนี้ทั้งหมด มีรายละเอียด เพราะผมพูดแล้วบางที เสียอย่างเดียวพอขึ้นเวทีไม่ยอมลง คนเขาเบื่อหน้าผม พูดอะไรก็ไม่รู้เลอะเทอะเประปะป้อน ผมสมัครไปเขาก็ให้ไปอยู่สมุทรสงครามไปปราบอหิวาต์ฯ อยู่ 2 ปี ก็ได้เห็นวิธีการที่คนบ้านนอกเขากินน้ำเขากินกันยังไง คนที่แม่กลองจะกินน้ำต้องเข็นเรือไปที่อัมพวา แล้วไปล้มน้ำจืดจากอัมพวามากิน นี่อันตรายอย่างหนึ่ง ซึ่งพวกเราไม่เห็น อันที่สองก็คือการไปล้มน้ำ สมัยก่อนไม่มีที่สำหรับทำล้มน้ำ ทุกคนเรียกว่าไปล้มน้ำ เพราะฉะนั้นช่วงของเรา ก็คือปีระมิตนั้นเอง เขามีตามตลาดกับตามวัด เขาจะทำที่นั่งสูงขึ้นไปให้คนขึ้นไปนั่งข้างบน เสร็จแล้วก็ถ่าลงมา ก็เป็นเรื่องของอาหารหมูอาหารหมา อาหารแมลงวัน แต่เราก็อันตรายไปอยู่บนยอดนั้น อย่าให้เห็นเรื่องล้มน้ำอย่างเดียวจะกินเวลาเป็นชั่วโมง ไม่ใช่เรื่องง่ายๆ ง่ายๆ แล้วตอนนั้นเขาก็ให้ผมปราบอหิวาต์ฯ ผมก็ไปปราบอหิวาต์ฯ เขาให้ล้งผมใบหนึ่ง ในนั้นก็มึ่น้ำเกลืออยู่สองสามขวด มียา essential ดับแก้ไข้ แล้วเขาก็ให้ผมไปสมุทรสงคราม ผมก็ไปสมุทรสงครามนั่งรถราง รถไฟราง จากโรงพยาบาลโรคจิตอยู่นี่ เป็นสถานีรถไฟ ไปลงสมุทรสาคร ที่นั่นก็มีที่ รุ่พื้นที่เป็นแพทย์รุ่นหนึ่งอยู่ที่นั่น เป็นพี่ชายท่านปลัดกระทรวงหนึ่งที่มีชื่อเสียง แล้วก็ข้ามฝากไปไปอยู่ที่แม่กลอง พี่ที่แม่กลองเขาก็ให้เรานั่งเรือเขาคลองไปถึงอัมพวา ไปถึงอัมพวาเขาก็บอกว่าคุณหมอมาท่าทำไม เขาให้มาสร้างโรงพยาบาลเอกเทศ คุณหมอมพูดว่าไงนะ บอกว่ากรมสาธารณสุขเขาให้ผมมาสร้างโรงพยาบาลเอกเทศ นายอำเภอก็บอกว่า คุณหมอมผมไม่เคยได้ยินชื่อโรงพยาบาลเอกเทศ แต่ว่าผมมีศาลาเก่าๆ อยู่ คุณหมอมอาศัยศาลา นั้นได้ ผมก็ไปเปิดทำงานที่ศาลานั้น วันแรกก็ไม่มีคนมา วันที่สองไม่มา วันที่สาม ที่สี่ ที่ห้า ไม่มา วันที่เจ็ดที่แปดก็มีคนมาคนหนึ่ง หามมา ผมก็ดีใจไอ้มีคนไข้เขาหามไปฝัง ไม่ใช่มาให้ผมรักษา ต่อมาเขามามากอีกเหมือนกัน เขาเห็นว่าคนไข้ไปไม่รอดแล้ว ไหนๆ จะตายลองให้หมอดูซิ ไหวจริงไหม เขาก็ให้ลองดูซิ เขาให้ล้งมาผมก็คลำชีพจรไม่ได้ ก็พยายามแทง เคราะห์ดีเข้าเส้นเลือดแล้วก็ให้น้ำเกลือ ให้น้ำเกลือไปอีกสองขวด คนไข้ล้มตามาขอน้ำกิน ไอ้โฮ เท่านั้นแหละญาติๆ นี่กว่าผมเป็นเทวดาแล้ว ตะกี้ตายแล้ว ท่าไม้ท่าได้ นี่แหละ มันเป็นเรื่องที่แปลกประหลาดจริง ไปเจออย่างนี้ แล้วตอนสุดท้ายมาศาลาที่ท่านให้ผมไว้ เป็นที่ประสูติของรัชกาลที่ 2 ซึ่งมีสวนพิธีอยู่ที่อัมพวาเดี๋ยวนี ที่ท่านประสูติจริงคือที่โรงพยาบาลเอกเทศของผม นี่เป็นเรื่องที่พิเศษพิสดาร เสร็จเรียบร้อยน้ำเกลือก็หมด เพราะถ่ายมากันมากๆ เขาบอกให้ผมป้องกันอย่าให้ขยายจากกาญจนบุรีเข้ามากรุงเทพฯ เป็นอันตราย ต้องไม่ให้มันผ่านเข้ามา ผมก็พยายามทำจนในที่สุดก็ต้องทำน้ำเกลือเอง ต้องโทรศัพท์ถึงโรงพยาบาลศิริราชว่า ผมรักษาคนเดียวไม่ไหว คนไข้มหาศาล เพราะคนที่ผมรักษามันเป็นนักเลงใหญ่ของสมุทรสงครามเขา เพราะฉะนั้นสมุทรสงครามเวลาไปไหนมาไหนต้องถือดาบ ดาบมือหนึ่งหรือสองมือ ถ้าคุณไม่ถือดาบเขาจะถือว่าเธอเป็นนักเลง เขาอยากลองว่าเธอเป็นยังไงบ้าง นี่แหละชีวิตที่ไปอยู่บ้านนอกลำบากขนาดนี้ เสร็จเรียบร้อยแล้วเราก็พยายามที่จะช่วยคนไข้ให้ได้มากที่สุดเท่าที่จะทำได้ น้ำเกลือหมดผมก็ต้องทำที่เขา



ต้มเหล้าเถื่อน เอน้ำฝนมากลั่นทำเป็นน้ำเกลือรักษาคนไข้ ตอนแรกโทรศัพท์มาที่ศิริราชขอให้ส่งพวก หมอกับพยาบาลไป เขาก็ส่งขึ้นไปให้ผม ที่นี้ต้องทำตลอด 24 ชั่วโมง เด็กที่ไปอยู่กับผมที่นั่นวันหนึ่งเขาก็ มาบอกผม พี่ครับที่ผมไปนั่งที่ปลายนาผมเห็นควายมันยิ้มกับผม พอควายยิ้มเราก็รู้แล้วว่า คนนี้ไม่ไหว แล้ว อยู่ไม่ไหวกับเราแล้ว ต้องให้กลับมา นี่เป็นชีวิตที่เดือดร้อนต้องทำ

หนึ่งวิธีที่เขากินน้ำเขาทำไงเขาเอาเรือไปลัมมา ในคลองน้ำมันเค็ม ขึ้นไปที่อัมพวาเอาน้ำเรื่อนั้น มา น้ำเรื่อนั้นมีอหิวาต์อยู่ด้วยแน่นอน

อันที่สองสมัยนั้นที่ผมเรียนมา หาที่ถ่าย เขาก็ทำเป็นศาลาสงู ผมก็ปีนขึ้นไปแล้วก็ถ่าย ก็เลย กลายเป็นประมิตอุจจาระเต็มไปหมด ซึ่งเขาไม่ถือว่าตอนนั้นสำคัญ

ต่อมาก็ผู้คุมละครแสดงเป็นผู้ว่าราชการจังหวัดสวรรคโลก ท่านไปเห็นในส่วนที่ท่านอยู่มีแผ่น ปูนตรงกลางมีรูเจาะห่างๆ 4 อัน มีน้ำไหล ท่านก็บอกว่าอันนี้เป็นที่ถ่ายของคนสมัยสุโขทัย เราก็เชื่อกัน มาแล้วก็ทำส้วมขึ้นมาจากอันนี้แหละ จากวิธีนี้ซึ่งหายาก ตอนหลังพอผมมาดูแลเหตุการณ์หลัง สงครามโลก มาดูเหตุการณ์ที่กาญจนบุรี ผมไปที่พระสิงห์ไปที่ศาลเสาชิงช้าของพระสิงห์ไปเห็นส้วมแบบนี้ เต็ม ผมเลยไม่เชื่อว่า นี่เป็นที่สำหรับฐานส้วมก็ไปศึกษา ก็ปรากฏว่านี่เป็นที่เสด็จเสด็จ ตรงกลางแล้ว เอาน้ำไปราดศิวดวงก็ไหลเสร็จคนก็หนีออก ผู้ว่าราชการก็เห็นไม่มีศิวดวง มีแต่รูก็เลยมาทำส้วม บริเวณนั้นด้วยวิธีนี้ ลำบากยากเย็นมาแล้วก็มารู้ตอนหลังว่า ส้วมมี 3 วิธีสมัยผม

วิธีหนึ่งไปนั่งข้างบนแล้วก็ถ่ายลงมา

วิธีที่สองก็คือเกิดมีถังขึ้นมาก็ใช้ถัง

วิธีที่สามก็คือขุดดิน

เพราะฉะนั้นสุขาภิบาลคนเรียนสุขาภิบาลต้องรู้เรื่องอย่างนี้ เรื่องทำส้วมทำอะไรต่างๆ เหล่านี้ ว่ามายังไงไปยังไง เพราะฉะนั้น เวลาผมพูดเพื่อไม่หลงตรงไหน แล้วที่นี้ขอให้เอาคนอื่นต่อเลย

**นพ.ดร.โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์:** คุณพ่อครับ ยังไปไม่ถึงเชียงรายเลยครับ

**ศ.นพ.เสมอ พริ้งพวงแก้ว:** ก็ไปอยู่เชียงรายตอนนั้น ก็ไปนครสวรรค์ก่อน พออหิวาต์เสร็จเขาก็ ให้ไปอยู่นครสวรรค์ เขาสร้างโรงพยาบาลนครสวรรค์ขึ้นมาแล้วก็ให้เราเป็นคนดูแล ก็มีคนบอกว่า โรงพยาบาลนครสวรรค์อยู่ห่างจากปากน้ำโพมาก ทำไมทำอย่างนั้น ทำไมไม่สร้างในเมือง เขาก็บอกที่ นั้นไม่ไกลเท่าไร อยู่ที่นั่นผมทำงานตลอดวัน ก็เขาให้อยู่บ้านติดกับโรงพยาบาลพอเสร็จจาก โรงพยาบาลแล้วผมก็มาทำให้โรงพยาบาลเองเหมือนกัน วันหนึ่งก็มีกระเป่าฝรั่งที่เดินทางจากพิษณุโลก มานครสวรรค์ กระเป่าหาย ตอนเย็นผมดูคนไข้ผมก็บอกเมื่อคืนนี้มีกระเป่าของฝรั่งเขาหาย ผมก็พูด เท่านั้น พอรุ่งเช้าก็มีกระเป่ามาวางไว้ที่ผมดูแลคนไข้ คนทั้งหลายเลยบอกว่า ผมนี้เป็นนักเลงไม้จั่น กระเป่ามันกลับมาไม่ได้ หมอชาวบ้านเขาเอาไปลองว่าหมอเสมอนี้เป็นนักเลง จากนั้นก็ไปเชียงราย เชียงรายก็ลำบากมาก (เคยตีขโมยที่มาปล้นโรงพยาบาลเชียงรายหรือครับ) อ้อที่มาปล้นตอนนั้น

สงครามเสร็จแล้ว นึกดูนะ เขาคงเอาใจกองทัพญี่ปุ่นเขาย้ายทหารทั้งหมด 2 แสนนาย ขึ้นไปอยู่ทางเหนือเลย ก็มีท่านแม่ทัพเสรี เรืองฤทธิ์ ผู้นำชัยนำทัพเขาปราบซีฟิลิส เอาทหารเขาไปอยู่โน้น 2 แสนคน ช่วงทำให้เขาไม่มีเรื่องก็ว่าวัน เสร็จแล้วพอสงครามเสร็จต่างคนต่างมาเหมือนผมขึ้นไป ต่างคนผมก็ค่อยเดินไปขึ้นรถ บ้างเดินบ้างนั่งเกวียนบ้างขี่ม้าบ้าง กว่าจะถึงเชียงรายได้ กลับมาเองไม่มีการดูแลเอาใจใส่ อันนี้คือความผิดพลาด ไม่มีสตางค์แล้วที่นี่ ผมเป็นโรงพยาบาลแห่งเดียวที่ทางเหนือที่ไม่เก็บสตางค์เลย เพราะโรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์เกิดหลังจากที่เปลี่ยนการปกครอง รัฐบาลเข้าไปสร้างโรงพยาบาลประจำแห่งอุบล หนองคาย นครพนม อยู่บนแม่น้ำแม่โขง เพื่อให้เห็นว่าเราสนใจในเรื่องเกี่ยวกับสุขภาพของคนไทยของเรา พอไปถึงเชียงรายได้เงินเขาหมด ตอนนั้นเขาเปลี่ยนการปกครองเอาเงินลอตเตอรี่มาสร้างโรงพยาบาล 3 แห่ง พอมาถึงเชียงรายได้เงินหมด ผู้ว่าราชการจังหวัดเคยเป็นผู้ว่าราชการจังหวัดทางอีสาน เขาบอกว่าหมอมจะทำไง จะสร้างโรงพยาบาลได้ ผมก็มานึกว่าเรามีประชากรตอนนั้นเชียงรายได้กับพะเยาอยู่ในจังหวัดเดียวกัน มีประชากร 8 แสนคน ผมก็ถามว่าขอคนละ 10 บาทได้ไหม ไม่มี เขาบอกมีคนละบาทได้ ผมบอกคนละบาทก็เอา ก็มีชาวบ้านออกมาสร้างโรงพยาบาล ค่าแรงผมก็ไม่ต้องเพราะชาวบ้านเป็นช่าง อย่ายาไปดูถูกชาวบ้านเป็นอันขาด เขาเป็นช่างฝีมืออย่างดีทีเดียว อันที่สร้างนครวัดได้ไม่ใช่ไปหาช่างที่ไหนมา เขาเอาชาวบ้านสร้างนครวัด ชัยวรมันที่ 7 เมื่อ พ.ศ. 1777 สร้างโรงพยาบาลขึ้น 102 แห่ง จากนครวัดถึงพิมาย แล้วที่สร้างทางเดินไม่อีกไม่เหลือ เหลือแห่งเดียวขณะนี้ที่พิมาย เพราะฉะนั้นอันนั้นคือโรงพยาบาลที่สร้างเมื่อปี 1777 สมัยของชัยวรมัน ชัยวรมันมองเห็นความตายว่า ต่อไปประเทศไทยจะมาแล้วจะเป็นใหญ่ในแผ่นดิน ก็เห็นว่าเขาเอาชะลอมส่งน้ำมาให้เรากินได้ เอาชะลอมใส่น้ำมาให้เรากินได้ หารู้ไม่ว่าชะลอมที่ใส่น้ำได้นั้นเอาไปใส่ยางแล้วน้ำก็อยู่ได้ ฉะนั้นก็เลยคิดว่าต่อไปคนไทยจะเป็นใหญ่ในแผ่นดินก็เลยยกลูกสาวให้ขุนผาเมือง ขุนผาเมืองพอเปลี่ยนการปกครองที่นั่นขุนผาเมืองก็เข้าสู่ขัติย์ได้ ขุนบางกลางท่าว: แล้วขุนบางกลางท่าวที่รัชกาลที่ 4 เขียนว่าขุนบางกลางท่าว ที่จริงไม่ใช่คือขุนบางกลางท่าว คนไทยนี้ชอบน้ำสะอาดมาก ก็เลยต้องเอาน้ำกลางท่าวมาทำอะไรมา

ที่นี้ต่อมาก็สร้างโรงพยาบาลเสร็จเรียบร้อยแล้วผมก็ไม่เอาเงินคืนให้กระทรวงการคลัง ไม่คืนให้ ไม่คืนให้ปีแรกไม่เป็นไร ปีที่ 2 ปีที่ 3 เจ้าคุณคนบดีขึ้นไป ที่เป็นชื่อชอยสุขุมวิทอยู่เดี๋ยวนี้ ขึ้นไปท่านบอกว่าคุณหมอ หมอเป็นข้าราชการรู้ว่าเป็นต้องส่งเงินให้กระทรวงการคลัง ทำไมคุณหมอไม่ส่งคุณหมอมืออำนาจพิเศษยังงั้นบ้าง ผมก็บอกว่า ท่านเจ้าคุณครับโรงพยาบาลผมนี้รัฐบาลไม่เคยออกชักราชหนึ่ง ถ้ารัฐบาลช่วยหาเงินก็เอาเงินไปให้กระทรวงการคลัง เพราะเหตุใด เจ้าคุณชัยท่านตอบไม่ได้ ต่อมาสามเดือนออกคำสั่งว่าเงินทุกบาททุกสตางค์ที่โรงพยาบาลหาได้ให้เป็นทุนสะสมของโรงพยาบาลจนกระทั่งถึงวันนี้ เพราะฉะนั้นเมื่อเวลาเขาให้ทหารกลับผมเป็นแห่งเดียวที่มีเงินอยู่ในโรงพยาบาล มันก็จะปล้นผม จะปล้นโรงพยาบาล ผมยอมที่จะต้อง สุดท้ายจะไปไม่รอด ผมก็ตกลง มันจะฆ่ากันด้วยวิธีนั้น เผลอ

ผมมีคนที่ไปหาเขาบอกเขาจะมาช่วย แล้วก็ผู้ว่าราชการจังหวัดมีปืนพาลาเบลลัมก็จะมาช่วยผม เพราะฉะนั้นในคืนนั้นมันก็แตก เพราะเห็นว่าผมมีลูกศิษย์ลูกหาทั่วไปหมด คอยบอกมันมาแล้ว อยู่ตรงนี้ ผมก็เข้าไปหาที่เจอ บอกว่าที่มือถือมีอะไรให้ปลดมา มันก็ปลดลูกกระเบิดมือ 2 อัน ลงมาที่พื้น ผมก็เลยเอาเข้ามาในโรงพยาบาล ผมมีปืนอยู่ ก็นั่งคุยกับเขาแล้วเอาปืนวางไว้ เขาก็บอก คุณหมอๆ อย่าเอปากกระบอกปืนมาทางผมได้ไหมมันเสียว ว่างั้น เขารู้ว่าผมเป็นแพทย์ประจำคุกที่เชียงรายด้วย แล้วถ้าเขาติดคุกแล้วถ้าเขาไม่ดีกับผม ตายง่ายๆ ในคุก พอก่อนแค่นี้ เรื่องนั้นเดี๋ยวเอาใหม่เดี๋ยวค่อยคุยใหม่

**ศ.นพ.ประเวศ วะสี :** ผมคิดว่าพีไฟโรจน์ อยู่ในช่วงหัวเลี้ยวหัวต่ออันหนึ่งซึ่งน่าจะให้ท่านคุยตรงนี้ครับ แต่ผมย้อนไปนิดหนึ่ง ตอนที่ร็อกกีเฟลเลอร์คิดจะมาช่วยเมืองไทย จริงๆ แล้วมีเรื่องมาก่อน ท่านอาจารย์เคยเล่า มีหมอร็อกกีเฟลเลอร์ ชื่อ วิกเตอร์ ไฮเซล เขาเดินทางรอบโลกแวะเยี่ยมที่นั่นที่นั่น ละก็มาเข้าเฝ้ารัชกาลที่ 6 ตอนนั้นมีโรงเรียนแพทย์ ท่านเรียกว่าเป็นโรงเรียนแพทย์ของท่านรัชกาลที่ 6 ที่ศิริราช ก็ไปเข้าเฝ้ารัชกาลที่ 6 ๆ ก็ภูมิใจมากในโรงเรียนแพทย์ของท่าน ก็บอกว่า ดอกเตอร์ไฮเซล What do you think of my medical school ดอกเตอร์ไฮเซล อย่าให้พูดเลย ไม่อยากพูดเลย งั้นเอาพูดมา เขามาพูด ไม่อยากพูดต่อหน้าคนอื่นให้คนอื่นออกหมด เหลือ 2 คน รัชกาลที่ 6 กับมิสเตอร์ไฮเซล มิสเตอร์ไฮเซล บอกท่านองว่า Your Majesty, your medical school is the worst in the world หลังจากนั้นก็ตกใจ รัชกาลที่ 6 เกิดเจรจากันขึ้น เมื่อร็อกกีเฟลเลอร์จะเข้ามาช่วย ที่นี้ตอนจะมาช่วยก็ debate กันมาก ว่าช่วยทำอะไร อันนี้อยู่ใน Archives ของ ร็อกกีเฟลเลอร์ ตอนหลังมีคนไปค้นแล้วเอามาเขียน เมื่อ debate กันระหว่างสมเด็จพระราชบิดากับหม่อมเจ้าสกลวรรณการ ซึ่งเป็นเจ้ากรมสาธารณสุข ไม่ใช่แพทย์นะหม่อมเจ้าสกล debate กันว่าสมเด็จพระราชบิดามีความคิดว่า ควรจะทำการแพทย์ชั้นหนึ่ง คุณภาพชั้นเยี่ยมแล้วจะได้เป็นทุกอย่างทั่วประเทศ ท่านสกลมองว่าควรจะทำบุคลากรอื่นแบบหมออนามัยที่ไปทั่ว debate กันมากแต่เสร็จแล้วสมเด็จพระราชบิดาก็รับดูแลตัดสินใจทำเรื่องแพทย์ โรงเรียนแพทย์ศิริราช แต่ว่ากระทรวงไม่รู้ยังงตรงนี้ ซึ่งผมคิดว่าเป็นนโยบายสำคัญเดี่ยว พิงพีไฟโรจน์ เพราะคิดว่าเป็นแนวคิดที่แจ่มมาก ทำเรื่องผดุงครรภ์กับพนักงานอนามัย ผมคิดว่าเป็นจุดสำคัญเลยที่ได้ไปช่วย แล้วเป็นหมอนแนวหน้าที่ควบคุมโรคต่างๆ ที่ผมพูดเมื่อตอนต้นคือจากหมอนแนวหน้า แล้วพีไฟโรจน์เป็นผู้อำนวยการกองฝึกที่ผลิตพวกผดุงครรภ์กับพนักงานอนามัยอยู่นาน ท่านจะอยู่ตรงรอยต่อตรงนี้ ท่านจะรู้ว่าอย่างไร แล้วตอนตั้งมหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ใหญ่กับขอนแก่นนี้ ก็ตั้งขึ้นพร้อมกัน โรงเรียนแพทย์ 2 แห่ง ตั้งขึ้นยังไม่มีใครเป็นคนบด เขาก็มาชวนพีไฟโรจน์ให้ไปเป็นคนบด แล้วผมก็ห้ามพีไฟโรจน์ไว้ว่า พื่ออย่าไปเลยที่ผดุงครรภ์ พนักงานอนามัยทำประโยชน์ได้มาก พีไฟโรจน์นั้นอีกก็ไปไม่รู้ได้แพทย์มา 30 คน ก็ไม่รู้ว่าจะทำอะไรได้บ้าง พีไฟโรจน์ลืมหือยัง แล้วก็ทันเห็นเรื่องที่ว่าโรคภัยไข้เจ็บเยอะแล้ว ตรงนี้เกิดขึ้นมาสามารถควบคุมโรคอะไรต่างๆ ได้ ผมว่าที่น่าจะคุย concept ผดุงครรภ์พนักงาน เกิดอะไร ยังไง เพราะผมคิดว่า สำคัญเหลือเกินที่ตรงนี้

นพ.ดร. โกมาตร จิงเสถียรทรัพย์: อาจารย์ครับเชิญครับ

นพ.ไพโรจน์ นิงสานนท์ : เอาเรื่องโบราณมาพูด จำไม่ค่อยได้แล้ว เพราะว่าในขณะนั้นเจ้าหน้าที่การแพทย์สาธารณสุขของเราน้อยมาก โดยเฉพาะการแพทย์น้อยมาก การสาธารณสุขนี้ก็เป็นเรื่องของชาวบ้านมาร่วมกันทำ ช่วยกัน แล้วการแพทย์ตอนนั้นมีทั้ง 3 การแพทย์ การแพทย์ปัจจุบัน การแพทย์จีน การแพทย์ไทย เพราะฉะนั้น 3 อันนี้ ใจเราในขณะนั้นว่าการแพทย์ทั้งหลายน่าจะมาประสานกันแล้วก็ลงในจุดประชาชน ลงในจุดพื้นที่ที่ประชาชนอยู่หนาแน่นหรือเบาบาง เพื่อลงบริการให้เขา โรคภัยไข้เจ็บน้อยลงมีกำลังกายกำลังใจที่จะทำงาน ใจในขณะนั้นคิดนะครับ เพราะฉะนั้นเรื่อง การแพทย์ปัจจุบันเราไม่ต้องพูดถึง อำนวยความสะดวกโดยอาจารย์หลายท่านที่คุยกันอยู่นี้ รองลงมาอีกอันหนึ่งคือการแพทย์แผนไทย บังเอิญว่าผมเกิดมาจากแพทย์แผนไทย คุณตามผมหมอเพชรหมอลอย และก็มีคุณปู่ คุณอะไรมากมายแล้วในขณะเดียวกันเพื่อนคุณพ่อผมก็เป็นหมอจีน เพราะฉะนั้นเราได้รับเรื่องหลายอันในเรื่องนี้ เราคิดว่าถูกที่สุดในระยะนั้นน่าจะเป็แพทย์แผนไทย แล้วก็ช่วยบริการหลายๆ ด้านให้ประชาชนมีร่างกายแข็งแรง โรคภัยไข้เจ็บลดน้อยลง เรามาคิดอย่างนั้น เพราะฉะนั้นการแพทย์แผนไทยเกิดขึ้นนั้น เราก็คิดว่าก่อนเขาไม่เรียกการแพทย์แผนไทยนะครับ เขาเรียกการแพทย์โบราณ แพทย์แผนโบราณ เราก็บอกผมไม่พูดถึงแพทย์แผนโบราณ ผมไม่เห็นด้วยต้องพูดแพทย์แผนไทยนะครับ เจาะจงเลย แล้วก็บังเอิญที่บ้านนี้หมอเพชรหมอลอยบ้านสี่พระยานี้ ทุกคนก็รู้นะครับว่าคุณตามทำอะไบบ้าง เราก็เอาอันนี้มาผูกพันจนกระทั่งเกิดขึ้นมาที่แพทย์แผนไทยที่อภัยภูเบศร หมอเสี่ยชีวิตเสี่ยแล้วนะครับที่ทำเรื่องนี้ หมอเพ็ญภานะครับเป็นคนดึงมารวมกัน เราก็มาคิดต่อไปว่าถึงแม้จะเอาแพทย์แผนไทยเข้ามาแล้วแต่แพทย์แผนปัจจุบันยังมีแพทย์ผู้เชี่ยวชาญอยู่ตลอด ลงไม่ถึง ลงไม่ถึงชาวบ้าน เพราะฉะนั้นเราจะทำยังไง เดิมเขามีแพทย์กับพยาบาลแล้ว เราก็คิดว่าน่าจะมีผดุงครรภ์และพนักงานอนามัยที่จะมาช่วย ผดุงครรภ์นี้เกิดก่อนแพทย์ พยาบาล แล้วก็มาผดุงครรภ์แล้วถึงจะมาพนักงานอนามัย พอผดุงครรภ์แล้วก็บอกว่า ผดุงครรภ์อย่างเดียวก็คงจะอยู่ในกรอบเท่านั้น ลงลึกไม่ได้ ก็มีการผดุงครรภ์ การทำคลอดเท่านั้น เข้าไปสูขากิบาลอะไรต่ออะไรไม่ได้ เราก็เลยเอาพนักงานอนามัยอีกพวกหนึ่ง ทำโรงเรียนพนักงานอนามัยขึ้นมา เพื่อที่จะดำเนินการออกข้างนอกไปวางฐานให้หมด พอกลุ่มคนมาถึงผดุงครรภ์ มาถึงพยาบาล มาถึงแพทย์

นพ.ดร. โกมาตร จิงเสถียรทรัพย์ : อาจารย์ครับสมัยที่เริ่มคิดเรื่องผดุงครรภ์นี้สมคบคิดอยู่กับใครครับอาจารย์

นพ.ไพโรจน์ นิงสานนท์ : ตอนนั้นมีผดุงครรภ์ก่อนผมนะครับ ซึ่งเป็นรุ่นคุณอาคุณน้าผม เพราะคุณน้าผมเป็นพยาบาลผดุงครรภ์ แต่พนักงานอนามัยก็มีเรา 3 คน ผมที่เรียกว่าเตียงกันทะเลาะกันอยู่เรื่อยคือ อมร วินิจ ผม คงรู้จักนะครับ มาคิดกันว่าควรจะทำพนักงานขึ้นมาใหม่ซักคนหนึ่ง เป็นพนักงานอนามัยแล้วมีผู้ช่วยของพนักงานอนามัยที่จะมาทำงานด้านทั่วไป การป้องกันโรคทั่วไปแล้วก็

ด้านสุขภาพ เพราะฉะนั้นก็ทำอันนี้ขึ้นมา ซึ่งผมว่าได้ประโยชน์ เพราะว่าพอลงไปเราใช้เขาไม่ใช่ เฉพาะสุขภาพเท่านั้น อย่างอื่นได้อีกหลายอันที่ให้เราทำ เพราะฉะนั้นขณะนี้เจ้าหน้าที่ 2 ประเภทนี้ ลงลึกมาก ไปทำ แล้วผมอยากจะขอเรียนว่าพอลงไปลึกแล้วเราก็ไปสร้างสถานีนามัย เกิดขึ้นมา ชั้น 1 ชั้น 2 อะไรก็แล้วแต่ขึ้นมาให้พวกนี้อยู่ ฉะนั้นเมื่อพวกนี้อยู่เราก็ไปเอาผดุงครรภ์แทรกเข้าไป เพราะ บริการได้ทั้งหมด ไม่ใช่เฉพาะสุขภาพอย่างเดียว มีทั้งผดุงครรภ์และการรักษาพยาบาลขั้นแรกๆ ก็ทำได้ จนกระทั่งเมื่อเราสร้างอะไรเสร็จมีสถานีนามัยแล้ว วันหนึ่งพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวเสด็จมา แล้วทรงรับสั่งว่า “หมอมือทำอยู่นี้ ดีแล้ว แต่ไม่พอหรอก ที่มีพนักงานผดุงครรภ์ มีพนักงานผดุงครรภ์ไป ช่วยเขา หมอต้องช่วยชาวบ้านให้เขามีที่จะดำเนินการ” เพราะว่าท่านบอกว่าแค่นี้ไม่พอน่าจะทำหน่วย เคลื่อนที่ คำว่าหน่วยเคลื่อนที่ที่เกิดจากตอนนั้น ควรจะทำหน่วยเคลื่อนที่และเอาเจ้าหน้าที่ไปวางจุดให้ดี จะได้ทำให้เป็นกลุ่มเป็นก้อนให้ area มากขึ้น ให้ชาวบ้านได้รับมากขึ้น ถ้าพนักงานอนามัยอยู่ในสถานีนามัยก็อยู่เท่านี้ เพราะฉะนั้นตรงนี้ก็เกิดขึ้นมา ผมขอเรียนว่า พอท่านสั่ง ท่านก็บอกว่าเอาเงินไป 22,000 บาท ตอนนั้นอยู่กรมอนามัยและไปทำหน่วยเคลื่อนที่ ท่านให้เงินเลย 22,000 บาท ให้ไปทำ หน่วยเคลื่อนที่ กรมอนามัยไปสร้างหน่วยเคลื่อนที่นี้ขึ้นมา เพราะฉะนั้นเดี๋ยวนี้หน่วยเคลื่อนที่จะมาก เกินแล้วขณะนี้ แต่ว่าอย่างไรก็ตาม ก็เป็นประโยชน์มากนอกจากเราเอาวิชาการแท้เข้าไป เสร็จแล้วเรา เอาหน่วยเสริมเข้าไปเพื่อให้บริการเท่าที่เราทำได้ลงลึกนัก ถ้าลงลึกแล้วก็ไป และในขณะเดียวกัน แพทย์จีน ผมเกิดมาแพทย์ไทย เมื่อไป ๆ มา ๆ คุณพ่อผมเป็นเชื้อจีนไม่สบายก็รับมาที่แพทย์จีน ตั้งอีกขอยุ่ที่สี่กั๊ก พระยาสี่ นั่นแหละเป็นหมอจีน เราก็เห็นว่าทั้ง 3 แพทย์ เหมาะที่จะทำงานแต่ บังเอิญเรามุ่งเรื่องแพทย์แผนไทยและแพทย์แผนโบราณให้กระจายมากขึ้น แพทย์แผนจีนเราก็ไม่ อยากจะไปดึงเขามากนัก เขาอาสาที่จะมาช่วย เราก็ไม่ยักดึงเขามา แต่ในขณะเดียวกันแพทย์ แผนจีนเขาก็ offer ซึ่งเขาเก่งทางด้านกระดูก ผม test ดู คุณน้าผมบ้านผมทำสวนหมาก เราก็มีคุณ น้ากับตัวเรา ถ้าคุณยายเราต้องการหมาก ไพโรจีนมาขึ้นหมาก ต้องปีนขึ้นไปบางทีก็ใช้บันได บังเอิญเขาตกต้นหมากลงมาที่ดินและตกน้ำก็ไม่มีใครเห็น บังเอิญคุณยายใช้เราไปปีนต้นหมากก็เจอ ใครร้อง ฮือ ๆ อยู่ก็เจอน้ำอยู่ในน้ำ ดิ่งขึ้นมา เห็นกระดูกห้อยเลย ขา แขนห้อยเลย ก็ไม่รู้ว่าจะทำ อย่างไร ตอนนั้นโตแล้ว แต่ยังไม่เข้าโรงเรียนแพทย์ ก็ไปบอกคุณพ่อๆ เรียกแพทย์จีน เราแปลกใจ มาก มาถึงก็จับและมัดและแกดี่ขึ้นจนกระทั่งเดี๋ยวนี้ แต่แกไปตายตอนรถคว่ำ ตกต้นไม้ไม่ตาย

ตอนนี้ผมแปลกใจมาก ผมถึงบอกว่าเรา เราคิดว่าขณะนี้แพทย์แผนไทยก่อนดี มาเจอแพทย์แผน ปัจจุบัน และมาเจอแพทย์แผนจีน ผมคิดว่าถ้าเราเอา 3 แพทย์มารวมกัน และก็ใครเก่งทางไหนเอาทาง นั้นและร่วมกันก็จะดี สำหรับความคิดผมและเวลาอบรมพักพวกก็ออกมา อย่าไปคำนึงว่าต้องเป็น master degree ซึ่งผมเฉย ๆ ใจผมเราทำอย่างไรให้กว้างที่สุดเท่าที่กว้างได้ เราสนับสนุนช่วยประชาชน ให้ดีที่สุดเราต้องการอย่างนั้น ส่วนจะลึกไปไหมอีกเรื่องหนึ่ง ถ้าเราพร้อมกันทำได้ มีพวกน้อง ๆ หลายคน

และมีพวกแพทย์แผนไทยมาบอกว่า เราจะทำอย่างไรที่จะขยายเรื่องนี้ เพราะว่าการสาธารณสุขจะพึ่ง อันใดอันหนึ่งไม่ได้สำหรับใจผมต้องตัวเขาเองและเรื่องที่เขาสนใจทุกอย่าง ที่จะดูแลสุขภาพของเขา บางคนชอบแพทย์แผนจีน บางคนชอบแพทย์แผนไทยนั้น อย่าไปเจาะจงแพทย์แผนปัจจุบัน อันนี้ผม ไม่เห็นด้วย ถ้ารวมกันได้เราเอาแพทย์แผนโบราณเข้ามารวมกันได้ และถ้าจะเป็นจริง ๆ ก็ลองชี้ว่าใน ชุมชนไหนมีคนเยอะ ๆ ก็ลองเอาตรงนี้เข้ามา ถ้าเราทำตรงนั้นได้ผมว่าถูก กระจายก็ได้ดี สำหรับใจผม นะครับ

**นพ.ดร. โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ :** สมัยผมไปทำข้อมูลวิจัยที่สุรินทร์ ที่นั่นมีสถานีอนามัย เขาบอกว่าสมัยโน้นทางการก็บอกว่าให้เคหะบริจาที่ดิน และใครที่บริจาที่ดินก็ให้เอาลูกมาเรียนเป็น ผดุงครรภ์ และไปประจำอยู่ในท้องถิ่นของตัวเอง ซึ่งก็ทำได้ในระดับหนึ่ง หลังช่วงที่นโยบาย รักษาพยาบาลฟรีช่วงรัฐบาลของท่านคึกฤทธิ์ ก็ทำให้ความต้องการทางการแพทย์เพิ่มมากขึ้น ช่วง แผนพัฒนาช่วงนั้นก็เริ่มที่จะมีการขยายในชนบทมากขึ้น ผมอยากจะฟังเรื่องราวของคุณพูนทรัพย์ ซึ่งเป็นคนดูแลการเงินอยู่ที่สำนักงานประมาณ และก็เป็นกำลังสำคัญในการผลักดันในการให้บริการ สุขภาพขยายตัวไปในชนบทได้กว้างขวาง ไม่ทราบว่ามันคิดอะไรอย่างไรที่ตอนนั้นทำการมี ผลกระทบกว้างขวางกับสังคมต่อมาอย่างมาก

**นายพูนทรัพย์ ปิยะอนันต์ :** ผมรับงานของกระทรวงสาธารณสุข ประมาณปลายปี 2522 ในช่วงนั้นตั้งแต่ปี 2522-2534 ต้องขอบคุณกระทรวงสาธารณสุขที่ได้พาผมไปดูงานต่าง ๆ ของ กระทรวงสาธารณสุขในต่างจังหวัด ซึ่งผมเห็นแล้วรู้สึกสนใจแพทย์มาก เห็นปัญหาของสาธารณสุขใน ชนบท และเผอิญผมเรียนทางเศรษฐศาสตร์มา ทางเศรษฐศาสตร์ที่เราเรียนเน้นทางเรื่องของการ กระจายรายได้ เมื่อไปเห็นแล้วที่สำคัญก็คือ เรื่องโรงพยาบาลอำเภอ 10 เตียง มีหมอคคนเดียว บางแห่ง ไม่มี เสร็จแล้วในช่วงนั้นก็เห็นว่าเมื่อมีหมอคคนเดียวก็น่าจะทำเองทุกอย่างหมด และก็เป็นที่ ค่ายา บางแห่งตั้งหลายล้าน บางคนจบมาใหม่ ๆ มาปีสองปีก็เป็นที่ตั้งเยอะแยะ บางที่เป็น เพราะว่าคนเก่าทำมาด้วย นี่คือเรื่องหนึ่ง พอตอนนั้นที่ผมเห็นว่า ก็มีปัญหาต่อไปว่า เมื่อเป็นอย่าง นี้หมอกก็ไม่อยากไป หรือไปก็อยากรีบกลับเพราะฉะนั้นสาธารณสุขก็ยิ่งแย่ไปใหญ่ เรื่องที่ 2 นอกจาก เรื่องยาที่ยังมีเรื่องเกี่ยวกับปัญหาของหมอไม่สามารถที่จะส่งต่อคนไข้ได้เพราะว่าช่วงนั้นมีแต่ หมอเทอร์ไซค์ โรงพยาบาล 10 เตียง มีแต่หมอเทอร์ไซค์ ก็ไปเห็นปัญหาในตอนนั้นปี 2522-2523 พอ ผมไปเห็นถ้าเราเห็นแล้วเราไม่แก้โอกาสที่เราจะทำให้หมอไปอยู่ในชนบทเป็นไปไม่ได้แน่ ผมก็เลยใช้ ระบบของการกระจายทางงบประมาณก็กระชั้นงบประมาณ ผมเรียนมาทางด้านสาธารณสุขทาง สำนักงานปลัด ตอนนั้นคุณหมอมุทิตเป็นผู้อำนวยการกองสาธารณสุขภูมิภาค และหลังจากนั้นก็ทำต่อ ก็ขอให้ทำมีเงินอะไรก็ทำต่อ มีเงินอะไรที่สามารถผันมาได้ทำมาที่ผม ตอนนั้นเป็นซี 7 มีบทบาทเยอะ มาก เพราะดูงบประมาณทั้งกระทรวงสาธารณสุข เราก็เห็นว่าถ้าทำมาเราจะรีบตอบสนองโดยเร็วคือ



1. เพื่อที่จะให้แพทย์อยู่ให้ได้สร้างประสิทธิภาพของสาธารณสุขในชนบท โดยใช้วิธีการทางด้านงบประมาณรวมกับยุทธศาสตร์ทางสาธารณสุขที่ไปสู่ชนบท คือ 1. ถ้าทำเรื่องมาเราก็จะปรับเปลี่ยนแปลงเงินไม่ว่าเงินที่ไหนมืออยู่ เราก็จะปรับเปลี่ยนแปลงไปสู่เป็นเงินค่ายาเพื่อลดหนี้ของเขา เขาก็จะได้ไม่ต้องยุ่ง กังวลเรื่องของการเป็นหนี้จะได้รักษาคน

เรื่องที่ 2. ทำอย่างไรถึงจะสร้างความเป็นอยู่ที่ดีขึ้นและทำให้หมอสะดวกยิ่งขึ้นที่จะมีกำลังใจที่จะอยู่ในชนบท ก็บอกว่าขอโอนเงินมาเถอะในการซื้อรถปิกอัพ เพราะว่าในสมัยนั้นถ้าให้ผมขี่มอเตอร์ไซด์ผมก็ขี่ไม่ได้ และถ้าเราลองมานั่งถึงใจเรา ถ้าเราเป็นหมอที่ไปอยู่แบบนั้นอยู่ไม่ได้แน่ คนอยู่ได้ต้องเหลือเกิน เราคิดถึงตัวเรา เพราะฉะนั้นก็โอนเงินมาจะทำให้เป็นรถปิกอัพทันที เพื่อที่จะให้เขา 1. ให้เขาสามารถที่จะออกไปสู่โลกภายนอกได้สะดวก เพราะเมื่อสมัยก่อนถนนไม่ค่อยจะดีโคลนก็เยอะเยอะและซื้อออกมาข้างนอกลำบากมาก ก็ขอโอนเงินมาเพื่อที่เขาสามารถที่จะไปไหนได้

3. คือส่งต่อคนไข้ได้ นอกจากนั้น ผมก็ยังมีความประทับใจว่าหมอชนบท หมอเขามีคนเดียวแต่ว่ามีเตียงคนไข้ 10 เตียง แล้วเลือดก็ไม่มีและปรากฏว่าเผชิญคนไข้ที่มาเลือดกรุ๊ปเดียวกับหมอ หมอก็บริจาคเลือดเอง ผมเห็นอย่างนี้ผมประทับใจเรื่องนี้มาก ผมคิดว่าต้องทำอะไรให้มากที่สุดเท่าที่ทำได้ในการที่จะสร้างศักยภาพและให้หมออยู่ในชนบทให้ได้

หลังจากนั้นก็ได้มีการทำแผนสาธารณสุขแผนที่ 5 ตั้งแต่ 2525-2529 รู้สึกว่าทำตั้งแต่ปี 2524 เพื่อที่จะใช้ปี 2525-2529 ในช่วงนั้นทางกระทรวงสาธารณสุขและมีเรื่องสาธารณสุขมูลฐาน ก็ได้ไปดูก็ปรากฏว่ามีปัญหาหลักการดีมากแต่วิธีการปฏิบัติมีปัญหา เพราะว่าสมัยก่อนเงินมีจำกัด มีกระเป๋ายากี้ให้เงินไปพันบาท รู้สึกว่าตอนนั้น อสม.หมู่บ้านมีอยู่คนหนึ่ง รู้สึกว่าตอนนั้นไม่มี ผสส. 10 คน ตอนนั้นและก็ให้ไป 1,000 บาท ซื้อยาใส่กระเป๋ายากี้ ไม่ได้แจกฟรีเพราะว่าเงินไม่มี บอกว่าถ้าคนไหนพอจ่ายได้ก็จ่ายเพราะว่าถูก ๆ ไม่กี่บาท 2-3 บาท แต่ปรากฏว่าพอไปดูงานมีปัญหาผมไปกับคุณหมออุทัย ปรากฏว่าบางแห่งเกือบหมดเพราะว่าแจกฟรีหมด คนมีเงินก็ไม่เก็บคนไม่มีดั่งค์ก็ไม่เก็บ และเราก็คิดว่าเราหางบประมาณไม่ไหว และกักลัวสาธารณสุขมูลฐานจะล่มสลาย ก็เลยมานั่งคุยกันและให้ความรู้แก่ อสม.ทั้งหลายว่า ต้องวางตามเกณฑ์ของเรา ถ้าใครมีเงินก็ให้เขาช่วยบ้าง เพื่อจะได้ช่วยคนอื่นและส่วนที่ขาดเราจะมึงงบประมาณให้ เช่น จะให้เป็นเกณฑ์พันบาทจะขาดไปร้อยสองร้อยเราก็ตั้งงบประมาณเสริมให้ เพื่อที่จะดูแลคนชนบทในระดับล่างได้ เป็น primary health care ที่จะช่วยสนับสนุน basic health care , secondary health care , tertiary health care ไม่เช่นนั้นทำไม่ได้ พวกเราเห็นปัญหาเราได้แก้ไปเป็นปัญหาเฉพาะหน้า ก็มาถึงการทำแผนพัฒนาสาธารณสุขฉบับที่ 5 เมื่อปี 2525-2529

นพ.ดร. โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ : ที่เริ่มทำที่ยังไม่เป็นแผนราบรินต์ หรือว่ามีอุปสรรคแนวความคิดต่าง ๆ เหล่านี้ที่จะเอาไปใส่ในระบบ

**นายพูนทรัพย์ ปิยะอนันต์ :** ก็มี เพราะว่าตอนนั้น 1. ในการที่จะผันเงินจากการก่อสร้างสมัยก่อนก็จะเป็นงบประมาณก่อสร้างเยอะ ในการที่จะผันเงินในการก่อสร้างจาก hardware สู่อะ software เหล่านี้ลำบากมาก เพราะว่าคนจะเห็นแต่ก่อสร้าง แนวความคิดเรื่อง software นี่น้อยมาก โดยเฉพาะที่ทำงานผมก็เป็นเช่นกัน เพราะฉะนั้นประสบความสำเร็จลำบากพอสมควร นอกจากนั้นยังมีปัญหาว่าตอนที่เรากำลังงบประมาณพอเราเห็นปัญหาในสาธารณสุขมีปัญหา แต่อยู่ในกรุงเทพฯ ก่อสร้างมากมายเหลือเกิน เราเคยพูดกันเล่น ๆ ว่าแถวอนุสาวรีย์ แผ่นดินนี้มันทรุดเยอะเพราะว่าสร้างกันจัง โรงพยาบาลเยอะแยะเลย ผมก็เลยบอกว่าทำอย่างไรเพราะว่างบประมาณมีจำกัด ถ้าเราเอาเพิ่มก็มีนิดเดียว และก็ไม่สามารถกระจายสาธารณสุขได้เร็วเท่าที่ควร ก็เลยบอกว่าจะต้องคล้าย ๆ กับผันเงินงบประมาณจากส่วนกลางไปสู่ชนบทชะลอการก่อสร้างในกรุงเทพฯ ไว้บ้าง จากที่สร้างมากมายเพื่อที่จะผันเงินไปสู่ชนบท

**นพ.ดร. โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ :** เรียกว่าเปลี่ยนความคิดสวนกระแสหลักเลยนะครับ

**นายพูนทรัพย์ ปิยะอนันต์ :** ครับ เปลี่ยนความคิดสวนกระแสหลักเลย เพราะผมมองเห็นว่า ถ้าหากเราไม่เปลี่ยนอย่างนี้คนก็แห่เข้ากรุงเทพฯ หมดย พวกชาวชนบทก็จะแห่มารักษากรุงเทพฯ เพราะว่าบริการสาธารณสุขไม่เพียงพอ เพราะว่ามีการศึกษาและผมได้อ่านเอกสารของกระทรวงสาธารณสุขมากมาย มีการศึกษาว่าคนต่างจังหวัดมารักษาที่กรุงเทพฯ บางที่ต้องขายควาย บางที่ต้องขายที่ เป็นต้น เพื่อที่จะมา ในขณะที่เขาก็จนจะแยะอยู่แล้ว และก็เป็นที่อื่นอีก ถ้าเราทำอย่างนี้ได้ ก็สมารถที่จะช่วยภาคสาธารณสุขแล้วก็ช่วยให้เขาไม่เป็นหนี้ และช่วยเขาให้มีชีวิตอยู่ได้พอสมควร นี่ก็เป็นเรื่องของกากระจาย

**นพ.ดร. โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ :** ช่วงนั้นงบประมาณในเมืองก็ชะลอลงมาก

**นายพูนทรัพย์ ปิยะอนันต์ :** ไม่ชะลอครับ เพราะว่าเราลดเรื่องของการก่อสร้าง ลดการซื้อเครื่องมือที่แพงๆ ให้น้อยลง

**นพ.ดร. โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ :** เห็นอาจารย์อาร์บอกรว่า เวลาเจอคุณพูนทรัพย์แล้วตัวสั้นเลยครับ กลัวจะถูกตัดงบประมาณ

**นายพูนทรัพย์ ปิยะอนันต์ :** เพราะว่าสมัยนั้นโรงพยาบาลรามมาฯ สร้างใช้เงินมหาศาล หลายบาทมากสมัยนั้น เพราะว่าผมเองไม่ให้ความสำคัญเรื่องของการก่อสร้างมากเกินไป ให้เท่าที่จำเป็น แต่จะเน้นเรื่องของการรักษามากกว่า ตอนนั้นเมื่อเราลดเรื่องของการก่อสร้าง ลดเรื่องของวัสดุลง ก็สมารถผันไปช่วยเรื่องของการดูแลสุขภาพ เรื่องของการป้องกันส่งเสริมสุขภาพ และตอนที่คิดทำ ตอนนั้น ผมเองกับท่านไพโรจน์ก็ได้คุยกันเรื่อยๆ เราทำอย่างไรถึงจะปรับสัดส่วนในเรื่องของงบประมาณ promotive preventive ให้เพิ่มขึ้นตลอดเวลา เพราะสมัยก่อน curative เป็นสัดส่วนที่สูงมากในงบประมาณของกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งเราก็มาดูแล้วว่าในเรื่อง curative ถ้าเราเน้นมาก ๆ เท่าไหร่

ก็ไม่พอ ถ้าหาก promotive preventive ไม่มาช่วย ก็พยายามทำไปบ้างแต่ที่ได้มีผลมากที่สุดคือแผน  
สาธารณสุข ฉบับที่ 5 เพราะจากที่พวกเราที่เริ่มต้นที่ทำยุทธศาสตร์ทางด้านสาธารณสุขร่วมกับ  
ยุทธศาสตร์สาธารณสุขทางด้านงบประมาณมาเป็นป่าทองโก้ ก็ได้มาร่วมทำแผนพัฒนาสาธารณสุข  
ฉบับที่ 5 ผมมานั่งใกล้ชิดที่กระทรวงสาธารณสุขช่วยกันทำตลอดเวลา ถ้าเห็นว่าแผนไม่ดียุทธศาสตร์  
ไม่ดึงงบประมาณจะไม่เกิดประสิทธิภาพ ผมไม่เอางบประมาณมาเป็นอำนาจ ผมอยากจะเห็นว่าให้มี  
ยุทธศาสตร์ที่ดีหลักที่ดีแล้วเราจะเสริมอย่างสุดหัวใจ คิดแค่นั้น ก็เลยมาร่วมทำสาธารณสุข เผอิญ  
ในช่วงนั้นผมไปเรียนที่เมืองนอกกลับมา ผมไปเรียนปริญญาโทด้าน public administration ก็ได้มีการ  
พูดถึงแผนงบประมาณแบบ planning programming budgeting ตอนนั้นในตำรามีและก็ยกโรเบิร์ต  
แม็คนาบาราว่า ซึ่งท่านเป็นรัฐมนตรีกลาโหม แต่มาจากธุรกิจ เขาก็ใช้ระบบงบประมาณ planning  
programming budgeting มาทำงบประมาณของกระทรวงกลาโหม โดยทำงบประมาณให้เกิด  
ประโยชน์สูงสุด โดยมองทางเลือกต่าง ๆ ในการใช้งบประมาณของเขา และเมื่อผมได้เรียนรู้ทางนั้น  
กลับมา ก็ไม่มี model ให้เห็นว่าทำอย่างไร แต่รู้ว่ามีอย่างนี้ แต่เผอิญเมื่อกลับมาเมื่อทำแผนฉบับที่ 5  
ทางสาธารณสุขก็ยอดเยี่ยม มียุทธศาสตร์ที่ค่อนข้างดีมากที่สุดที่เน้นในเรื่อง 1. ทางด้านการป้องกัน 2. เน้น  
การกระจายไปสู่ชนบท และก็ยุทธศาสตร์ที่หลาย ๆ อย่างที่สนับสนุนในเรื่องนี้ ผมเองก็มาใส่แนวคิด  
เศรษฐศาสตร์ทางด้านสาธารณสุข เพราะยุคนั้นและยุคต่อมาเศรษฐศาสตร์ทางด้านสาธารณสุข  
health economy มีบทบาทมาก แต่ระยะหลังและไปหมด ไม่สนใจ ใช้เงินอย่างมหาศาลโดยไม่ได้  
ประโยชน์เท่าที่ควร เผอิญผมเรียนด้านเศรษฐศาสตร์แต่ไม่ได้เรียนเศรษฐศาสตร์สาธารณสุข แต่  
concept ก็คล้ายกัน

ผมก็ได้ใช้แนวคิดทางด้านสาธารณสุขมาจับ อย่างเช่น อรรถประโยชน์สุดท้ายเมื่อใช้เงินเพิ่มขึ้น  
นั้น อรรถประโยชน์สุดท้ายนั้นจะต้องคุ้มกว่าที่เราจ่ายเพิ่ม หรือเรื่องที่เกี่ยวข้องกับ economy of scale คือ  
ขนาดของการผลิตที่ประหยัด ผมมาใช้กับโรงพยาบาลอย่างเช่นว่าใน 2 กรณี ใช้กับโรงพยาบาลอำเภอ  
10 เดียง ถ้าหากจะขยาย 1. จะต้องใช้ให้เกิดประสิทธิภาพเพราะลงทุนไปเยอะแยะ แต่ถ้าจะใช้ให้เกิด  
ประโยชน์สูงสุดได้อย่างไรก็หมายความว่า ถ้าสมมติว่า 10 เดียง 30 หรือ 60 เดียง ถ้าไม่มีคนไข้  
มากกว่า 100 % เกิน 2 ปี เราจะไม่ให้ขยายเพราะว่าจะได้ save ไปทำอย่างอื่น พอสัก 90 เดียงก็  
สร้างแล้วขยายแล้ว หมอกก็ไม่มี พยาบาลก็ไม่มี ที่เปิดใหม่ก็ยืมหาหมอไม่ได้ โดยใช้หลักทางด้าน  
เศรษฐศาสตร์ คุณต้องมีคนไข้ อัตรา save ตอนเกิน 100 % สัก 2 ปี เพื่อแน่ใจ เพราะบางทีเปลี่ยนได้  
และพอสร้างที่อื่นเสร็จเพราะบางทีก็ดึงคนไข้ 2 ปี ก็ขยายได้อย่างนี้เป็นต้น นี่คือหลักของ economy of  
scale และหลักของอรรถประโยชน์สุดท้าย เมื่อเราเพิ่มเงินผลประโยชน์ต้องได้คุ้ม การทำแผนพัฒนา  
สาธารณสุขฉบับที่ 5 มันจะต้องกันงบประมาณ 5 ปี เมื่อเราทำแผนได้ผมถือหลักเลยว่า แผนนั้นต้อง  
เป็นแผนที่ปฏิบัติได้ จะทำให้แผนปฏิบัติได้อย่างไร ก็คือแผนกับงบประมาณต้องติดกันเป็นป่าทองโก้

เพราะฉะนั้นคือมาทำแผนร่วมกันตั้งแต่แรก 2. ก่อนหน้านั้นเวลากันงบประมาณก็ต้องเผื่อ ๆ ไว้ แต่พอ มาสักพักผมก็มามองไปเอาของเก่ามาดู เพิ่ม 26 27 ปียังอยู่ เพราะทำด้วยความรักและด้วยความจริงใจและทำให้มันดี ผมก็เก็บไว้เพราะว่ามันเป็นสิ่งที่มีความค่า

**นพ.ดร. โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ :** ขออนุญาตเอามาไว้ที่หอจดหมายเหตุด้วยนะครับ

**นายพูนทรัพย์ ปิยะอนันต์ :** ไม่เป็นไรครับ บางอันก็เลื่อน ๆ ไปแล้ว ตอนนั้นผมก็ทำ แต่ว่าจะอย่างไรให้งบประมาณ 5 ปี เป็นงบประมาณที่ใกล้ความเป็นจริงที่สุด เพราะไม่อย่างนั้นเวลาเขียนงบประมาณทำไม่ได้ เรายิ่งถูกว่า ว่าตั้งงบประมาณบอกว่าจะใช้เท่านี้แล้วไม่ให้เท่านี้ เรายิ่งจะได้ทำเป็นกรอบไว้ ก็ทำการ projection งบประมาณ 5 ปี ของประเทศก่อน ว่าจากภาวะเศรษฐกิจแบบนี้ โมเดลนี้ไม่มีที่หนีมี ผมคิดเอง ว่างบประมาณ 5 ปี ช่างหน้างบประมาณจะเป็นอย่างไรในแต่ละปี 2. ดูเปอร์เซ็นต์ของแต่ละปี ควรจะเป็นเท่าไรและเผื่อไว้หน่อยหนึ่ง ให้มีความเป็นไปได้ และเอาตัวนั้นเป็น macro และก็มากำหนด micro ทางด้านสาธารณสุขอีกครั้งว่า ถ้าจะทำงบประมาณนี้ ยุทธศาสตร์อย่างนี้จะต้องมีเป้าหมายประมาณเท่าไร ปีหนึ่งโรงพยาบาลอำเภอ 10 เติง จะมีสักกี่แห่ง 30 เติงจะมีสักกี่แห่ง เรื่องที่ 2 เราไล่ดูอย่างนี้ผมก็ทำงบประมาณการ 5 ปี ทั้งกระทรวง และประมาณการงบประมาณของทุกกรม 5 - 6 กรม แต่ตอนที่ทำงบประมาณ 5 ปี เรายึดหลัก 1. promotive preventive ต้องมีความสำคัญสูงสุด อย่างเช่นงบประมาณการปีหนึ่ง เช่น งบประมาณการปี 2525 งบประมาณเพิ่ม 15 % เรายิ่งจะให้ว่า อย่างเช่น ของ สป. 15.5 % เพราะว่ามันมีงบผูกพัน และก็ดูด้วยเยอะ ยังปรับอะไรไม่ได้ แต่ว่าของ อย. 15.5 % เราให้ 16.5 % อย่างนี้เป็นต้น เพราะว่าเราจะดูหลักการเน้น promotive preventive แล้วจัด priority 2. เน้นว่าความผูกพันมันเป็นอย่างไรเราอย่าลบลบไม่ได้ แต่ถ้าตั้งใจว่าปีต่อไปมีงบผูกพันปีหน้าก็จะไม่ก่อตั้งเพื่อจะได้เน้น promotive preventive มากขึ้น

**นพ.ดร. โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ :** ในระดับประเทศที่ทำช่วงแผน 4 แผน 5 จะเป็นช่วงที่งานสาธารณสุขในระดับชุมชนและตัวแผนก็มีเป้าหมายชัดเจนว่า เป็นแผนเพื่อที่จะพัฒนาชนบทมีเป้าหมายหลักอยู่ที่ชนบทยากจน ซึ่งผมคิดว่าตรงนั้นอาจจะมีอาจารย์หรือว่าคุณมงคล หรืออาจารย์อุทัย ช่วยเสริม แต่ว่าตอนนี้ขอเรียนเชิญอาจารย์อารี อาจารย์อยากจะทำเรื่องความทรงจำส่วนตัวเกี่ยวกับเรื่องประสบการณ์ที่อาจารย์ไปบุกเบิกเรื่องโภชนาการในชนบท เป็นช่วงที่ทำให้งานในชนบทมีความชัดเจนขึ้น

**ศ.นพ.อารี วัลยะเสวี :** คือผมตั้งแต่เริ่มเป็นนักเรียนมัธยมมาชีวิตอยู่ในกรุงเทพฯ ตลอด และยอมรับว่าได้พบชีวิตที่นอกเหนือไปจากกรุงเทพฯ น้อยมาก ผมไปเรียนรู้จากขุนโสด ท่านก็เป็น.. และก็ได้มาเรียนรู้จากท่านขุนโสดในลักษณะค่อนข้างที่เป็นแพทย์แผนโบราณ นั่นก็ทำให้รู้สึกดีใจ ผมตั้งแต่เป็นนักเรียน ครอบครัวผมเป็นครอบครัวใหญ่ผมเป็นคนแรก คนโต ยังมีที่เหลืออีก 9 คน มีแม่ 2 คน ก็ทำให้สอนผมว่า เราต้องช่วยดูแลญาติ ถ้าเราดูแลญาติเราไม่ได้ รู้สึกเป็นลักษณะที่ว่า

น้อง ๆ เราคงแย ก็ไม่รู้ว่าจะไปตามหาใคร เรื่องนั้นเรื่องนี้ต่าง ๆ ตรงนี้ไม่ได้พูดว่าไป exports ตัวเอง กับส่วนภูมิภาคแต่เราเห็น need ความต้องการของน้องของเรา เราเห็นจุดเริ่มต้น ที่ผมสนใจทางด้าน แพทย์เพื่อที่จะดูแลญาติพี่น้องก่อน เพราะว่าเราเห็นเลยว่าถ้ามันขาดมันยุ่งยากมาก เพราะว่าผมก็ ไม่ได้ไปเห็น แต่ความจริงก็มีความรู้พอสมควร เพราะมีชีวิตที่อยู่อีกก็มีญาติค่อนข้างโบราณที่จังหวัด ปทุมธานี เขาก็มาเป็นครั้งเป็นคราว ที่เอ่ยมาก็อยากให้อ่านและเข้าใจปัญหาสุขภาพในมุมมองเหล่านี้ที่ เมื่อผมมาเริ่มเป็นนักศึกษาแพทย์และก็มาเรียนอยู่ที่ศิริราชและพอเริ่มเข้ามาสอบได้ ก็มาที่ศิริราชรู้สึก ผมเขียนได้ด้วยว่าผู้รู้ 2 ท่าน แรก ก็คือท่านอาจารย์เสมกับท่านอาจารย์ หมอชลวิทย์ มาเรียนตอนนั้น เท่าที่ผมทราบหมอกทั้ง 2 ท่าน ก็ได้รับทุนไปต่างประเทศ ก็ให้ความสนใจทางด้าน surgery และก็เท่าที่ ผมทราบท่านมาทำงาน anatomy เรื่องหนึ่งที่ผมจะเรียน อาจารย์ทั้ง 2 ท่าน มาเรียนตั้งแต่ไก่โหว่ และ กว่าจะกลับ ผมเป็นนักเรียนแพทย์ใหม่ ตอนนั้นเริ่มโรงเรียนแพทย์ คิดว่าเราไหวหรือเปล่านี่ อาจารย์ ทั้ง 2 ท่าน มาเรียนตั้งแต่เช้า ตรงนี้เป็นจุดที่กระตุ้นผมมาก ตอนนั้นผมมารู้จักอาจารย์ชลวิทย์อีกครั้งก็ คือ ที่ผมไปทำงานร่วมงานอยู่ด้วยที่จังหวัดอุบล ท่านเป็นผู้อำนวยความสะดวกอยู่ตอนนั้น และเป็นคนหนึ่ง ที่ กระตุ้นเรื่องของนิ่วในกระเพาะเบา ผมไปเรียนรู้ค่อนข้างมาก สิ่งที่ผมเคยมาและถามถึงผมและมาพูด ถึง preventive promotive เกิดมาตั้งแต่ตอนที่ เป็นแพทย์ resident ตั้งแต่ที่ศิริราชอยู่ในทาง pediatric เราก็พบกับความมุงอแง คือที่พบมากคือ 1. พวก malnutrition ตอนนั้นก็ไปเรียนรู้เรื่อง poliomyelitis ด้วย แต่ว่าที่ไปเรียนมากคือ malnutrition คือผมมาเห็นภาพรู้สึกว่าปล่อยให้ไปไม่ได้ เพราะว่ามันมี effect นอกจากไม่สมบูรณ์แข็งแรงแล้ว แล้วที่สำคัญที่สุดคือ brain development คือ เขาจะเป็นคนที่เป็นเด็กที่ไม่พร้อมในการมี intelligent ต่าง ๆ ต่อไป ตรงนี้ทำให้เกิดมากและตรงนี้จะ เป็นผู้ใหญ่ได้อย่างไร อันนี้เป็นจุดเริ่มต้น ตรงนี้ทำให้ผมเกิดความตื่นตัว ถ้าพูดถึงเรื่องของ preventive promotive และเห็นตรงนี้มันกระตุ้นเรา

**นพ.ดร. โกมาตร จิงเสถียรทรัพย์ :** ก็แสดงว่าประสบการณ์ในทางคลินิกพาอาจารย์ไปหา ชาวบ้าน

**ศ.นพ.อารี วัลยะเสวี :** ใช่และก็อีกเรื่องกระตุ้นมากคือเรื่องนิ่ว ก็ได้ทำงานเรื่องนี้กับ สกอต ฮอสเตท ดู factor ที่ทำให้เกิดนิ่ว นี้ก็มาเรียนรู้หลายอย่างระหว่างไปเรียนรู้ตรงนั้น ก็คือไปเรียนความต้องการของคนในต่างจังหวัด

**นพ.ดร. โกมาตร จิงเสถียรทรัพย์ :** ซึ่งเรื่องนิ่วก็มาโยงเรื่องอาหารของชาวบ้านใช่ไหมครับ อาจารย์

**ศ.นพ.อารี วัลยะเสวี :** เราสามารถพิสูจน์ สาเหตุสำคัญที่เรา proof ได้เลย ก็คืออาหารที่ รับประทานและตอนนั้น สิ่งที่เราว่ามันขาด และสิ่งที่เรา test ได้คือเรื่องของสารบางอย่างโดยเฉพาะ phosphate ซึ่งถ้าเขาได้รับ phosphate เพียงพอก็ crystallization มันจะไม่เกิดตรงนี้มันยาก นี่เป็น

ลักษณะการ preventive promotive

**นพ.ดร. โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ :** อาจารย์ก็ได้ริเริ่มแผนงานโภชนาการที่มีงานวิจัยหลายพื้นที่ในประเทศไทยไว้และก็ทำให้เป็นพื้นฐานของงานด้านโภชนาการต่อมา

**ศ.นพ.อารี วัลยะเสวี :** ใช่ จากตรงนั้นนำไปสู่เรื่องของ malnutrition ทำให้เกิด intellectual ที่สมองมันไม่พัฒนาเท่าที่ควร อันนี้เป็น linkage ที่ผมให้ความสนใจมาก ตอนนั้นตัวเองโชคดีที่ได้ไปเรียนรู้ในต่างประเทศตอนนั้นไปเป็น resident ที่ University of Pennsylvania ทางด้านนี้ และได้พบกับ professor. พอลโยคี ซึ่งเป็นผู้ที่เก่งมากทางด้านนี้ ผมก็ได้ไปเรียนรู้กับเขาด้วย ทางด้านเรื่องอาหารคงไม่ต้องพูดทางนี้และเอา reference ที่หลังดีกว่า

**นพ.ดร. โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ :** ครบก็พอได้โครง ๆ ว่าริเริ่มเรื่องต่าง ๆ เหล่านี้

**ศ.นพ. ประเวศ วะสี:** แม้แต่ในโรงพยาบาลขนาดใหญ่ การเห็นคนไข้ก็สะท้อนให้เห็น public health ได้ที่อาจารย์เล่า และก็มีข้อเสนอว่าครูแพทย์ถ้าได้ไปเติม field work ก็จะได้และจะทำให้เข้าใจขึ้น ผมเองเข้าใจเรื่องผดุงครรภ์ เรียกว่า Super specialist ก็ได้ ผมเองเป็นอายุรแพทย์ก็ specialize แล้ว ก็ specialize ตาม hematology เหมือนอย่าง specialize ทาง ธารลธิ์เมียอีก แต่ว่าไปสำรวจธารลธิ์เมียในหมู่บ้านทั่วประเทศ และที่นครชัยศรี เวลาไปสำรวจไปเจอผดุงครรภ์ที่ชื่อแสวง ไปดูหมอมแหงมีคนรักแถมมาก และแกทำคลอดปลุกผี ฉีดยา รักษาปวดหัวตัวร้อนและใช้ที่บ้านเป็นที่ทำการ เรื่องผดุงครรภ์และก็เขาใช้ที่บ้านเขาเป็นที่ทำการและก็ฝังใจผมมาเรื่อย และก็พูดถึงฐานะทางเศรษฐกิจแก่ ชาวบ้านก็ให้ไก่ให้ข้าวและก็นับถือเป็นคนมีเกียรติ มันฝังใจผมมาเรื่อยและผดุงครรภ์และต่อมาก็มาคิดเรื่องของพยาบาลของชุมชน และไปสำรวจในพื้นที่ ผมเห็นมีข้อเสนอแนะว่าคนเป็น clinician ควรจะไปทำงาน field work

**นพ.ดร. โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ :** เรามีเวลาจำกัดนิดหนึ่ง ตอนนั้นก็เลยเวลาเที่ยงแล้ว ผมยังอยากได้ฟังอาจารย์อุทัย อาจารย์ไพจิตร พึ่งมงคล อย่างน้อยบุญไว้ชนิดหนึ่งและกิตอนบายจะได้ลงไปคุยในกลุ่มเพิ่ม เพียงแต่อย่างได้ต่อภาพข้างบนให้เห็นความเชื่อมโยงจนกระทั่งถึงพื้นที่ภาคปฏิบัติในโครงการต่าง ๆ ในพื้นที่ได้

**นพ.อุทัย สุธสุข:** ก่อนอื่นก็ขอชมเชยคุณหมอโกมาตรที่มีความริเริ่มทำเรื่องนี้โดยวิธีใหม่สุด witness seminar ก็คงจะเป็นวิธีการที่ใช้ประโยชน์ในเรื่องอื่น ๆ ได้ด้วย สำหรับเรื่องของการพัฒนางานสาธารณสุขชุมชน เมื่อได้รับโจทย์จากคุณหมอโกมาตร ผมก็พยายามคิดว่าอะไรจะเข้าหลักเกณฑ์สาธารณสุขชุมชน ผมก็คิดว่าน่าจะเป็น 3 ภาคใหญ่ ภาคแรกก็คือ สาธารณสุขชุมชนโดยประชาชน คือประชาชนช่วยตัวเองและ อสม. ผสส. ช่วย ตรงนั้นเราก็น่าจะศึกษาให้ลึกเหมือนกันว่ามันเกิดขึ้นอย่างไรบ้าง รวมทั้งหมอฟันบ้านอะไรต่ออะไรที่พีไฟโรจน์พูดถึงน่าจะลงลึกนะครับ ประการที่ 2. ก็คือสาธารณสุขชุมชนโดยภาครัฐ คือเจ้าหน้าที่ต่างๆ เพราะว่าในอดีตนั้นส่วนใหญ่ก็จะเป็นผู้ให้บริการโดย

ประชาชนเป็นผู้รับ แต่ว่าตอนหลังเราก็ต้องเปลี่ยน concept ว่าที่จริง ๆ แล้วประชาชนก็ต้องเปลี่ยนเป็น actor และเราเป็น supporter ทำนองนั้น และส่วนภาคที่ 3 ก็เป็นพวก support ทั้งหลายถ้าจะเรียกในสมัยนี้คือยุทธศาสตร์ supporting strategy ซึ่งก็คือเรื่องของการบริหารจัดการที่ผู้บริหารทั้งหลายรวมทั้งจากนโยบายด้วย นี่ก็เป็นเรื่องสำคัญ โดยเฉพาะอย่างยิ่งท่านอาจารย์พูนทรัพย์พูดถึงเรื่องของงบประมาณที่พูดถึงและได้ผลดีด้วย ก็เป็นตัวอย่งที่ดี ถ้า support ดีทุกอย่างก็จะดี ในสมัยนั้นที่ทำงานร่วมกับทางสำนักงบประมาณ ร่วมกับ ก.พ. ร่วมกับกรมบัญชีกลาง สภาพัฒนาฯ สมัยอาจารย์อมรก็เป็นตำแหน่งเดียวกัน ถึงกับแลกตัวคนกันเลย มีหมอคนหนึ่งไปอยู่สภาพัฒนาฯ และมีเจ้าหน้าที่คนหนึ่งอยากจะมาอยู่กับเรา แต่ว่าอยู่ไม่ได้ในเชิง organization แต่ว่าก็ประสานกันอย่างใกล้ชิด เช่น คุณอรทัย เป็นต้น ตรงนี้เป็นตัวอย่างของการผลักดันนโยบายต่าง ๆ แผนต่าง ๆ ด้านสาธารณสุขในภาพรวม โดยเฉพาะอย่างยิ่งในสาธารณสุขชุมชน ถ้าไม่มีการผลักดันแรง ๆ อย่างนี้ท่อน้ำมันจะไปไม่ถึงหมู่บ้าน

**นพ.ดร. โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ :** อาจารย์ครับ ทำไมตอนนั้นถึงได้เกาะเกี่ยวกันมาเยอะขนาดนั้น ความจริงเราเชิญสภาพัฒนาฯ คือ พี่ณรงค์ นิตยาพร กับคุณโกมล ขอบชื่นชม มาด้วยและอยากจะได้ฟังและทำไมถึงผสมโรงกันได้เป็นเนื้อเดียวกันพากันทำงาน

**ศ.นพ.ประเวศ วะสี :** เรื่อง social development พวกนักเศรษฐศาสตร์เขายังหัวเราะแค้นใหญ่ เพราะว่าเขาคุยแต่ economic development อาจารย์อมร ไป lecture ที่นั่น

**นพ.ดร. โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ :** แสดงว่าตอนที่ทำก็ไปเกาะเกี่ยวคนเหล่านี้มาเยอะนะครับ

**นายพูนทรัพย์ ปิยะอนันต์ :** คือผมคิดว่าเป็น spirit ของคนยุคนั้นไม่เหมือนคนสมัยนี้ คือสมัยนั้นพวกเรารักประเทศเราอยากจะทำอะไรให้ประเทศมากกว่า และคนทางสาธารณสุขก็เป็นคนดีน่าเลื่อมใส

**นพ.ดร. โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ :** มันเหมือนเดี๋ยวนี้นี่ไหมครับ คนสาธารณสุขก็ยังเป็นคนที่ดีอยู่

**นายพูนทรัพย์ ปิยะอนันต์ :** ผมถือว่ายุคนั้นเป็นยุคทองของกระทรวงสาธารณสุข และเผอิญผมเองก็เป็นคนรุ่นนั้น มองแต่เพียงว่าจะทำอะไรให้ดีให้ชาติบ้านเมือง และคุณหมอไม่ได้พูดถึงคุณหมอวิสุทธิ์ กาญจนสุข เขาทำแผน 5 ร่วมกับผม เพราะเขาอยู่สภาพัฒนาฯ เผอิญว่าเขาเป็น classmate ผม เขาจบเศรษฐศาสตร์และเขาก็เป็นคนดี เราก็เลยเป็นปาต่องโกและช่วยกันทำงานนี้เป็นเบื้องหลังครับ

**นพ.อุทัย สุตสุข :** ตรงนี้มีเคล็ดลับอย่างหนึ่งก็คือว่าต้องเป็นกันเอง ต้องจริงใจต่อกัน จริง ๆ แล้วมีแต่งานทั้งสิ้น มีเลี้ยงดู แต่ปุ่เสื่อไม่เคยเลย มี 4 องค์กร ไม่เคยเลย ก็คือว่ามีการสื่อกันตลอด ตัวผมเองดูแลกองสาธารณสุขภูมิภาค ก็ต้องจัดเวทีให้ท่านเหล่านี้ได้ไปสัมผัสของจริง ในพื้นที่เห็นปัญหา



เห็นความทุกข์ยากของคนทำงาน เห็นความต้องการของประชาชน ด้วยความกรุณาของอาจารย์หมอ  
เสม ท่านตั้งเป็น ผอ.กองสาธารณสุขภูมิภาค จากชลบุรี และมาระยอง และเป็น ผอ.กองฯ อยู่ 6 ปี  
เวลาผมเจอน้อง ๆ รุ่นหลังๆ ก็ให้ข้อคิดอยู่เสมอว่าจะต้อง contact หน่วยงานเหล่านี้ต้องพยายามพา  
ท่านไป สมัยก่อนโน้น โดยเฉพาะเรื่องนวัตกรรมหรือ policy ใหม่ เราจะชวนท่านเหล่านี้ให้คิดคล้ายไป  
กับเรา ถ้าท่านยังไม่คล้ายไปกับเราก็คงพาท่านไปดู แล้วเราจะไม่เกี่ยงว่าถ้าท่านไม่ไหวงบประมาณเรา  
จะไม่ทำ เราไม่ เราจะต้องสร้างงานขึ้นมาเพื่อให้ท่านเห็น โดยกลยุทธ์เหล่านี้ให้ท่านเห็นและสนับสนุน  
มีอยู่อย่างเดียวคือเราเหนื่อย คือมีสำนักงานประมาณท่านก็อยากไปเที่ยวของท่าน ท่านไม่อยากจะไปกับ  
หน่วยงานอื่น ก.พ.ท่านก็อยากไปเที่ยวของท่าน กรมบัญชีกลาง ท่านก็อยากไปเที่ยวของท่าน  
สภาพัฒน์ฯ ท่านก็อยากไปเที่ยวของท่าน แต่ว่าถ้าอยากให้ท่านร่วมกัน 4 องค์กร เพื่อประหยัดเวลาเราก็  
ไม่ค่อยเกิดขึ้นเท่าไรห์ ต่อยอดเรื่องของอาจารย์พูนทรัพย์พูดถึงเรื่ององค์ประกอบ 3 องค์ประกอบที่เรา  
น่าจะบันทึกเอาไว้ ทั้งภาคประชาชน ภาครัฐ ฝ่ายสนับสนุน ทั้ง 3 ระดับ ต้องไม่ลืมถึงพูดถึง คือว่าใน  
สาขาการสาธารณสุขเราต้องมีบริการ วิชาการ และการบริหารจัดการ อาจจะต้องไปพร้อมกัน  
เพราะฉะนั้นในการบันทึกประวัติของหอจดหมายเหตุน่าจะต้องทำอย่างนี้ด้วย ส่วนสาขานั้นคุณหมอ  
ทราบดีว่าต้องมีการส่งเสริมป้องกัน รักษาฟื้นฟู สมัยนี้ก็มีสุขภาพกาย จิต ปัญญา และสังคม อันนี้  
เป็นเรื่องบูรณาการมาอีกที ในเรื่องการวิวัฒนาการของงานชนบทที่จริงมันยาวมาก แต่จริง ๆ ฉายหนัง  
ตัวอย่างในเรื่องที่สำคัญ เป็นเฉพาะเรื่องที่สำคัญ คือในปี 2518 ก็มีนโยบายใหญ่คือมีนโยบาย  
โรงพยาบาลทุกอำเภอ ผมก็มารับนโยบายนี้พอดี ต้องปรับปรุงศูนย์การแพทย์ขณะนั้น 157 แห่ง เป็น  
โรงพยาบาลชุมชน 10 แห่ง และก็ต่อมาก็ปรับมาเป็น 30-60-90-120 แห่ง

**นพ.ดร. โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ :** อาจารย์ครับปีเดียวกันก็ก่อตั้งชมรมแพทย์ชนบท

**นพ.อุทัย สุตสุข :** ใช่ อันนี้เป็นเรื่องที่สำคัญ ว่าเมื่อมีโรงพยาบาลก็ต้องมีแพทย์ เมื่อแพทย์  
น้อยก็จำเป็นต้องมีการรวมกลุ่มกันแบบพี่ช่วยน้อง คือคนที่ออกมาก็เป็นผู้อำนวยการเลย ซึ่งใน  
ขณะนั้นก็ไม่มีการปฐมนิเทศ ไม่มีคู่มือในการทำงาน ไปถึงเจออะไรก็ไม่รู้ ก็ไปเจอทีมชนบทอาวุโส  
หมอวิชัย หมออุเทน และอีกหลายคน รวมทั้งคุณไพจิตรและคุณมงคลด้วย ต่อมาเรียกแพทย์ชนบท  
และก็มาเป็นชมรมแพทย์ชนบทซึ่งก็เหนียวแน่นและเข้มแข็งมาตลอด ซึ่งก็ไม่ได้ช่วยเฉพาะตัวจังหวัด  
แต่ช่วยข้ามจังหวัดเลย

**นพ.ดร. โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ :** ตอนหลังมาช่วยกิจการของประเทศเยอะครับอาจารย์  
เช่น ไล่วัฒนบาลบ้างเป็นภารกิจเสริม

**นพ.อุทัย สุตสุข :** ถูกต้องในสมัยแรกทางทีมแพทย์ชนบทบอกว่ายังไม่ขอเกี่ยวยุ่งกับเรื่องของ  
การเมือง เพราะว่าขณะนั้นการเมืองนิ่งมาก มีแต่ทำงานอย่างเดียว ครูปาอาจารย์เป็นรัฐมนตรีทั้งนั้น  
เลย เช่น อาจารย์อุดม อาจารย์หมอเสม สบายมากเพราะท่านให้ดาบเราเต็มที ตอนนั้นเป็นเรื่องของ

โครงสร้าง ซึ่งเป็นการขยายโครงสร้างด้วย

**นพ.ดร. โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ :** ซึ่งเป็นปี 18 มีนโยบายให้มีโรงพยาบาลทุกอำเภอ

**นพ.อุทัย สดสุข :** ใช่ จากนั้นก็เป็นฐานทำให้เกิดโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชในปี 2519 จำนวน 20 แห่ง ต่อมาเพิ่มอีก 1 แห่ง เป็น 21 แห่งก็หยุดแค่นั้น แล้วขณะเดียวกันก็พัฒนาสถานีอนามัยควบคู่กันไป แต่ไม่ได้มีทศวรรษพัฒนาสถานีอนามัยจนกว่าปี 2534-2535 ซึ่งผมเป็นปลัดกระทรวงแล้วตอนนั้น ก็ได้มีนโยบายการเป็นรัฐมนตรีและเป็นปลัด นี่ก็คือเรื่องวิวัฒนาการของโครงสร้าง ขณะเดียวกันก็มีวิวัฒนาการทางด้านคุณภาพและเพิ่มศักยภาพ และขยายบริการควบคู่กันไป ซึ่งเราก็มีหนังสือคู่มือการปฏิบัติงานโรงพยาบาลชุมชน ซึ่งมีทั้งด้านบริหาร ด้านคลินิกอะไรต่าง ๆ หลายเล่ม ก็เกิดขึ้นจากฝีมือแพทย์ชนบททั้งนั้น และต่อมาเมื่อปี 2524 ผมเป็นนายแพทย์ใหญ่ก็ได้ประสบการณ์จากกองสาธารณสุขภูมิภาคมาดูแลทางด้านพัฒนาบริการ ก็เลยสนับสนุนให้มีคู่มือการปฏิบัติงานโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไปเล่มแรกของประเทศไทย ตอนนั้นที่ณรงค์เป็นผู้อำนวยการกองโรงพยาบาลภูมิภาค ก็สนิทสนมกันดี เพราะว่าเวลาไปต่างจังหวัด ไม่ว่าจะป็นรัฐมนตรีไปหรือปลัดไป 2 กองนี้ต้องตามทุกที่ ก็เข้าใจว่าน่าจะมีคู่มือเกิดขึ้น สมัยหลังเมื่อปี 2528 ก็เกิดโครงการ พ.บ.ส. โครงการพัฒนาเครือข่ายของระบบบริการสาธารณสุขภูมิภาคเกิดขึ้น ก็มีการวางมาตรฐานคุณภาพของบริการขั้นต่ำเอาไว้ทุกระดับ โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน และสถานีอนามัย และปีต่อไปที่บรรลुरुบผิดชอบในส่วนของรองปลัดในด้านพัฒนาบริการ พี่บรรลुरुเขาก็มาเพิ่มเติมในเรื่องของการรับรองคุณภาพ ในสมัยนี้ก็คือ HA นั่นเอง อาจารย์บรรลुरुเรียกว่าการติดตามให้กับโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไปเป็นการต่อยอดอีกที นี่ก็คือเรื่องของคุณภาพสุดท้ายก็เรื่องแผน ก็ที่กระทรวงสาธารณสุขเรามีชื่อเสียงมากในประเทศไทย หรือว่าจริงแล้วใน South East Asia ก็คือเพื่อนบ้านเราสู้เราไม่ได้ เนื่องจากผู้ใหญ่ของเรามีวิสัยทัศน์กว้างไกลในเรื่องของการทำงานต้องมีแผน โดยตอนแผนฯ1 และ 2 ก็ทำแบบ conventional ไปตามสภาพพัฒนาฯ และพอเข้าแผน 3 อาจารย์มะลิเป็น liberty RD

พี่ไพโรจน์ก็ให้การสนับสนุนเรื่องทำแผน เริ่มต้นจากแผนในระดับ project ในจังหวัดหนึ่ง ก็คือเกาะสมุย เรียกว่าใช้เทคนิคการทำแผนตามผู้แทนราษฎร โดย project ระดับชุมชน ซึ่งผมเป็นตำแหน่งรัฐมนตรีในขณะนั้นในระดับแผนงาน คุณยุทธนา คุณหมอวิสุทธิ คุณวิฑูร พวกนี้เป็นผู้ดำเนินงานตามมา 5 คน ไปกินไปนอนไปทำงานแผนที่ชลบุรีประมาณ 3 เดือนเศษ ก็ได้เป็น provinser health plan ออกมาแล้วก็ implemment เป็น pilot project จังหวัดแรกที่ชลบุรี แล้วพอดีจังหวัดปี 14 ต่อ 15 ก็มีการ reorganize ครั้งแรกโดย มีอาจารย์หมอเสม เป็นหัวเรือใหญ่ที่กองแผนงานขึ้น มีการเน้นเรื่องแผนนี้ด้วย แล้วเป็นจังหวัดที่จะต้องทำแผน 4 นะครับ ปี 2515 -2519 พอดี ได้มีเทคนิคการวางแผนใหม่ในระดับชาติ project system เฉพาะเป็น project นะครับ ทั้งประเทศเรียกว่าเป็น country

health programming methodology ในการทำ ซึ่งก็ใช้ประสบการณ์ของกองแผนงานกับสาธารณสุข ชลบุรีกับทีมงานที่เรา recruit มาที่หลังทำกัน หลังจากนั้นก็ใช้ country health programming มา ประมาณ 3-4 แผน ต่อมาค่อยเป็น manager process for health development มาที่หลังอีกทีหนึ่ง นะครับ มาอย่างนี้ทั้งหลายทั้งปวงเกิดจากการทำแผนโดยมีกระบวนการจากการคิดวิเคราะห์ปัญหา และหาสาเหตุหาทางแก้ และสุดท้ายก็ระดมสมองกันว่าจะมีกลยุทธ์อย่างไร อันนี้ก็เป็นเรื่องที่ยากจะ พูดไว้ในตอนแรก ที่นี้จากแผนอะไรๆ ก็ตามมา เช่น งบประมาณก็สนับสนุนอย่างดีคนก็สนับสนุน แล้วก็กรมบัญชีกลางอะไรต่างๆ ก็เข้ามาเนะครับ แล้วสภาพัฒน์ฯ ก็สนับสนุนแล้วก็เป็นที่เลี้ยงให้ใน ภาพรวม เรามีอะไรที่มีปัญหาขึ้นก็วิ่งไปหา 4 หน่วยงานนี้ ยกตัวอย่าง ตัวอย่างหนึ่ง อาจารย์อมร ตอนนั้นท่านเป็นปลัด ท่านมุ่งงานเรื่องสาธารณสุขมูลฐานให้ดีก็ให้นโยบายว่า โรงพยาบาลจะต้อง สนับสนุน จะต้องผลิตยา ต้องสนใจสนับสนุนสาธารณสุขมูลฐานเพราะมีกองทุนยาไว้ในหมู่บ้าน ถ้า ชื่อจากองค์การเภสัชกรรมก็แพงประหยัดเงินเนะครับ ท่านก็ให้นโยบายมาผมก็เป็นรองปลัดในขณะนั้น ก็วิ่งไปหาเรื่องระเบียบก่อนไปหากรมบัญชีกลางตอนนั้น อาจารย์ประพันธ์ เป็นรองอธิบดีว่าจะทำ อย่งไรช่วยหน่อยท่านรอง นายสั่งอย่างนี้ทำไ้จะสำเร็จ มาเคลียร์เรื่องระบบระเบียบอะไรต่างๆ สุดท้ายวิ่งไปหาสำนักงานงบประมาณ อาจารย์พัลลภทรัพย์อยู่เนะครับ คนในขณะนั้นไม่ต้องเพราะมีคน ในโรงพยาบาลมีเภสัชอยู่แล้วก็ไม่เป็นไรเนะครับ อันนี้เราสามารถผลิตยาได้ 4 ชนิด ท่านพิจิตร คง จำได้ว่ามี 1. พาราเซตามอล ที่ใช้บ่อยๆ 2. วิตามินบีคอมเพล็กซ์ 3. น้ำเกลือ 4. โซดาบีนส์ 4-5 อย่างนี้เป็นต้น ในขณะนั้นเราทำงานมันสนุกจริงๆ ครับ เมื่อคิดว่าอะไรคือความต้องการ อะไรคือ จะต้องแก้ปัญหาแล้วเรามักจะได้รับความร่วมมืออย่างดีครับ ก็อยากให้บรรยากาศในอดีตนั้นมัน เกิดขึ้นในปัจจุบันก็จะทำยังไงก็ช่วยกัน ก็ฝากน้องๆ ในปัจจุบันไว้ด้วยก็แล้วกันครับ ก็ขอแค่นี้ก่อนนะ ครับ

**นพ.ดร.โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ :** ขอบขอบคุณอาจารย์ เรื่องแผนอาจจะเป็นอีกเรื่องหนึ่ง อาจจะ มี sectionหนึ่งที่จะพูดเฉพาะเรื่องแผน ในปัจจุบันนี้สถานะของแผนพัฒนาสาธารณสุขแห่งชาติ นี้ก็ไม่เหมือนแต่ก่อน แต่ก่อนก็เขียนตามแผน ก็จะมีการทำงานตามแผนเยอะเนะครับ เดี่ยวนี้แผนก็ เป็นส่วนหนึ่งก็ตัดสินใจเรื่องงบประมาณให้ไปอยู่ที่กรมการ การ ก็ไป defend กันตรงนั้นแล้วแต่ใครจะ ชงเข้าไปยังงี้ก็ไป defend อย่างนั้น ที่นี้ก็เป็นสถานการณ์ตอนหลังครับ แต่ว่าอยากจะฟังจาก อาจารย์ไพจิตรเนะครับ เนื่องจากว่าสมัยผมไปเป็นแพทย์ชนบทปีแรกเลย อาจารย์ไพจิตร เป็น นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดแล้วก็ได้เรียนรู้เรื่องการทำงานชนบทจากอาจารย์ จนกระทั่งต่อมาเป็น จปฐ. โคราชพัฒนาอะไรพวกนี้ครับ เชิญครับอาจารย์

**นพ.ไพจิตร ปวะบุตร :** ครับขอขอบคุณและขอชื่นชมหมอโกมาตร กราบเรียนท่านอาจารย์ ขอย้อนสั้นๆ เสริมที่ อาจารย์พูดมาครับว่า ผมเข้ามาตอนปี 2504 ไปพุทธโสภณช่วงนั้นกำลังมีการ

พัฒนาต่างๆ อย่างที่ท่าน อาจารย์ไพโรจน์เล่าแล้ว ผมไปบ้านไผ่ 2508 จบแล้ว พอในช่วงที่ทำให้มีการเปลี่ยนแปลงมากผมว่าตอนที่ อาจารย์คุณพ่อเสมเป็นรัฐมนตรี แล้วก็ 3 ทหารเสือ อาจารย์ไพโรจน์ อาจารย์อมร อาจารย์วินิจ นำการเปลี่ยนแปลง คือนำสิ่งที่แยกกันอยู่โดยอัตโนมัติทางการแพทย์เข้าด้วยกัน คือรวม preventive และ curative 3 ทหารเอกและคุณพ่ออยู่ข้างบนนะครับพวกผมก็อยู่ข้างล่างและทีมงาน อาจารย์อุทัยเป็นทีมงานอยู่แล้ว พอสำเร็จโชคดีที่สำเร็จตอนนั้นแล้ว คือคนที่สำเร็จแปลกคือคนที่คิดไม่สำเร็จ แต่คนสำเร็จไม่ได้คิด แต่ว่ามีคุณธรรมดูแลพวกเรามา ก็ทำให้ไปต่อไปได้ ผมวิเคราะห์อย่างนั้นนะครับเพราะตอนนั้นจึงทำให้งานของเราไปต่อไปได้ เพราะฉะนั้นสาธารณสุขมูลฐานก็ต่อเนื่องเชื่อมโยงจากการที่รวมไปได้ creative ไปด้วยกันได้ก็ทำให้พวกเราทำงานไปได้คล่องตัว

**นพ.ดร.โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ :** ตอนอาจารย์ไปอยู่พุทโธสงถูกส่งไปหรือไปเองครับ

**นพ.ไพจิตร ปวะบุตร :** ผมนี่คือว่าสมัครใจ คือ มีที่ที่กรมอนามัยให้ 20 ที่ บังเอิญเรามีคนทั้งหมด 20 คน อาจารย์บอกว่าเลือกอิสระเลยก็ได้ให้ครบ 20 คนพอดี แต่ก็ต้องไปทั้งนั้นแหละ พอมีที่กัณฑ์อยู่ 6 แห่ง ผมก็เลยเลือกไปพุทโธสงซึ่งเป็นกัณฑ์ ก็ ok. ที่จริงแล้วอยากไปอยู่บ้านอยู่ที่โขงเจียมบ้านผมอยู่ที่อำเภอตระการอยู่ที่อุบลฯ นะครับ แต่ว่าหมอปรีชา ดีสวัสดิ์ เขาเก่งกว่าก็สมัครก่อน หมอปรีชาเขาสมัครไปอยู่ก่อน ตอนนั้นที่คนกลัวเพราะหมอเราไปตายที่นั่นคนหนึ่ง หมอเราไปเกณฑ์ทหาร หมอ 2 คน ไปเกณฑ์ทหาร ขณะที่ท่านรองที่ทำโรงพยาบาลยุพราชเดี๋ยวนี้ท่านรองประเสริฐกับเพื่อนอีกคนหนึ่งไป อันนี้ขอเล่าสั้นๆ ก็แล้วกัน เสียเวลาไม่ค่อยมี จะเล่าเรื่องนี้ว่าหมอเราตายทำไม่ถึงตาม ก็ไปดูเขาเล่นบิลเลียดหลังจากเกณฑ์ทหารเสร็จ ทีนี้โอเลี้ยงที่เขาจะสังหารคนเขาจะยื่นให้คนแรกที่เขาจะสังหาร แต่ว่าคนแรกเป็นคนที่อาวุโสน้อยกว่าคุณหมอ ก็เลยยื่นต่อให้คุณหมอคคุณหมอก็กินโอเลี้ยงที่เขาจะสังหารเขาใส่ยาพิษไว้แล้วครับ คุณหมอคคนนั้นก็เลยเสียชีวิต คุณหมอสรรีฐเองก็อยู่กับเพื่อนซึ่งช่วยอะไรไม่ได้ สุดท้ายหมอปรีชา ดีสวัสดิ์ ก็สมัครไปอยู่ที่นั่น ผมก็เลยอดไปก็เลยไปพุทโธสง ก็ขี่ม้าเหมือนท่านมงคลก็อยู่ใกล้ๆ กัน ก็ไปก่อนหน่อยหนึ่ง ท่านมงคลก็เลยตามไปตอนที่ผมไปอยู่พุทโธสงต้องเดินทางผ่านบ้านของท่านกวีนะครับ เมื่อกี้อาจารย์พูดถึง diphtheria สมัยนั้นยังมีอยู่นะครับแต่ที่ผมไป สสจ. โคราชไปเยี่ยมหมอกวี หลัง 4 โมงครึ่งไม่เจอท่าน เพราะว่าหลัง 4 โมงครึ่งท่านก็ขึ้นรถเข้าหมู่บ้าน สมัยนั้นเริ่มมีรถปิกอัพแล้วนะครับ ก็ขึ้นรถไปฉีดวัคซีนชาวบ้าน เพราะที่โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมาที่ยังไม่เป็นมหาราชนคร คนไข้ที่นอนอยู่ที่นั่นเป็น diphtheria ไม่มีมาจากอำเภอประทาย ไม่มีเพราะว่าท่านจัดการมาเรียบร้อย ส่วนท่านมงคลโด่งดังมาก เพราะทำผ่าตัดตี 3 ตี 2 เพราะการวางแผนทำหมันต้องปลุกมาทำก่อนตี 2 ตี 3 เสร็จแล้วต้องดูคนไข้ บ่ายก็ต้องออกพื้นที่ขี่ม้าต่อไป ตอนนั้นก็น่าสนุกดีครับ

**นพ.ดร.โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ :** นำส่งสารมานะครับ เพราะว่าดูตัวรูปร่างของท่านมงคลแล้ว

ม้าสมัยโน้นเป็นม้าแกลบด้วย ชาวบ้านเขาเล่าให้ฟังว่าม้าตัวเล็กนิดเดียวกว่าจะไปถึงตำบลกระเบื้อง  
นอกนี้หอบเลยนะครับม้า

**นพ.ไพจิตร ปวะบุตร :** ส่วนผมเองก็เกือบตกม้าที่หนึ่ง โชคดีหมอนอนามัยที่ไปด้วย คือ ไป  
ชั้นสูตตรศพระครับเรามีกติกาอยู่ว่า ถ้านายอำเภอไป ตำรวจไปเราก็ก็นั่งไป บังเอิญนายอำเภอไม่ไปปลัด  
ไป คือ ที่นั่นนายอำเภอเขาจบ ม.6 นะครับ สมัยผมจบผมไปอยู่ที่นั่นนายอำเภอจบ ม.6 ศึกษาธิการ  
ก็จบ ม.6 เท่านั้นเอง มีเราเป็นหมอแล้วก็มีปริญญาไม่กี่คน แต่ว่า ok. ปลัดจรัสรัฐศาสตร์ไปเราไป  
ด้วย แต่เราก็ก็นั่งรถไปชั้นสูตตรศพคดีก็น่าสงสารมาก คือ เป็น cerebral malaria แล้วถูกหาว่า  
เป็นบ้าก็ผูกกับโซ่ตีจนตาย ส่วนมากตีจนตายแล้วก็ ok. เรื่องนี้เอาไว้แค่นี้ก่อน แต่เผอิญชั้นสูตตรศพทำ  
ให้เราได้กระดุกกะไหลก สี่โหนัก พอชั้นสูตตรมันก็ง่ายพอพ่อเขาเห็นกระดุกลูกก็รู้ว่าเป็นลูกแล้ว ตอนนี้อยู่  
ยังเก็บไว้ที่พุทไธสงอยู่ อันนี้เป็นส่วนห้องที่นะครับแต่ว่าสิ่งที่ท่านอาจารย์พูดถึงระดับชาติผมอยาก  
เสริมนิดเดียวนะครับว่า การที่เราทำสาธารณสุขมูลฐานโดยที่ท่านอาจารย์ทุกท่านมาช่วยกันแล้ว คุณ  
หมอดำรงเป็นผู้อยู่เบื้องหลังเป็นหัวหน้าทีมทำงาน หมอดำรง บุญยืน เป็นผู้อยู่เบื้องหลัง และก็ทาง  
ฝ่ายสภาพัฒน์ฯ มีอีกคนหนึ่งที่ยังไม่ได้พูดถึง คือ ดร.สุเมธ ตันติเวชกุล เป็นหัวหน้าทีมเลข  
เพราะฉะนั้น 4 กระทรวงหลักนั้นะครับก็เกิดช่วงนั้น ที่นี้ท่านอาจารย์ไปสร้างทีมสภาพัฒน์ฯ อย่างที่  
อาจารย์อุทัยเล่าแล้ว แล้วก็ 4 ทีมฝ่าย support ก.พ. กรมบัญชีกลาง สำนักงานประมาณ แล้วก็  
สภาพัฒน์ฯ เป็นหน่วยงานหลักที่ support พวกเรานะครับ เพราะฉะนั้นตรงนี้ในตอนนี้อาจารย์อุทัย  
พูดถึงเรื่อง project ที่ชลบุรีมีความสำคัญมากนะครับ อันนี้ก็อยากให้หมอศึกษาเพิ่มเติมอีกเป็นอันที่  
ทำให้ประเทศไทยได้รับความยอมรับจาก WHO ก่อนเรื่อง primary health care คือเรื่อง planning  
อันนั้นนะแล้วก็ เป็น cc ทางด้านนี้ แล้วก็มีการอบรมเดือนหรือสามเดือนที่เมืองไทยของเราและมีคนมา  
เรียนที่นี้แล้วก็ไปทำงานกันทั่วไป อันนี้เป็นเรื่องที่สำคัญอันหนึ่งนะครับ และอีกอันหนึ่งเรื่องของ  
medical education อยากให้บันทึกไว้เพราะว่ายังไม่พูดกันนะครับ เราประชุม medical education  
มา ครั้ง 7 - 8 ครั้งหนึ่ง

**นพ.ดร.โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ :** ครั้งนี้เป็นครั้งที่ 8 ครับอาจารย์

**นพ.ไพจิตร ปวะบุตร :** แต่ว่าที่จะเรียนนี่คือว่า อาจารย์ทองจันทร์เป็นหัวหน้าใหญ่ในการที่ไป  
เรียนจากซิดคาโกมา แล้วก็มาทำเรื่องนี้อย่างจริงจัง แล้วก็มีการขยายที่รามฯ เยอะทีเดียวนะครับ แล้วก็  
เป็น cc ของ WHO และ medical education ก็เป็นเรื่องที่น่าจะศึกษาให้ละเอียดว่าเป็นความ  
ภาคภูมิใจ

**นพ.ดร.โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ :** เรื่องแพทยศาสตร์ศึกษาก็คงจะมีวงขึ้นมาอีกเรื่อง  
ต่างหากครับ

**นพ.ไพจิตร ปวะบุตร :** อันนี้เรื่องชีวิตในชนบทในชุมชนสั้นๆ นิดเดียวนะครับว่า เรื่อง

กำลังคน ok. เรื่องอาสาสมัครอะไรนั้นะครับเราก็ทำกันอย่างดีนะครับ บังเอิญผมเป็นหัวหน้าทีมครูฝึก 35 อร์หนัก ก็ยังติดต่อกันอยู่บ้าง

**นพ.ดร.โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์** : เป็นครู ก. รุ่นแรก อาจารย์ไพโรจน์ พื้นรินทร์ ที่มาซึ่ง เป็นลูกมืออาจารย์อยู่

**นพ.ไพจิตร ปวะบุตร** : อาจารย์พื้นรินทร์ที่มาเป็นมือขวาของอาจารย์จากรุ่นแรก 35 คน ก็แบ่งกันทำงานส่วนหนึ่งนะครับ แล้วก็ส่วนที่เกี่ยวกับกรรมการสำคัญ ได้ข่าวว่ากำลังจะรื้อฟื้นกรรมการหมู่บ้านซึ่งผมเห็นด้วยนะครับ แต่ที่จริงแล้ว สสส. ของเราทำเรื่องประชาคมไปได้ดีแล้ว ก็อาจจะทำให้คนที่จะทำ คือ ระบบราชการจะต้องมีกรรมการแบบนี้ แต่ว่าทาง สสส. เขาไปประชาคม ประชาสังคม ดีๆ ก็ดีอยู่แล้ว ถ้าเชื่อมกันก็อาจจะไปด้วยกันกับทางนี้ได้ครับ อันสุดท้ายที่น่าสนใจมากเรื่องกองทุน ยังไม่ได้พูดกัน เรื่องกองทุนเมื่อแผนฯ 4 ท่าน อาจารย์อมร ไปเอาเงิน WHO มาให้ทำหนึ่งหมู่บ้าน 10,000 บาท เมื่อ 30 ปีที่แล้ว 10,000 บาท เมื่อ 30 ปีที่แล้วให้หมู่บ้านเดียว เพื่อไปพัฒนาหมู่บ้าน เพราะว่าเรามี ก.กำลังคนและ ก.กรรมการหมู่บ้านที่แข็ง เราไม่มีเงิน สมัยก่อนไม่มีเลย ก็ได้เงินนี้มา เพราะฉะนั้นอันนี้จึงเป็นหัวใจที่จะได้เงินมาพัฒนาหมู่บ้าน

**นพ.ดร.โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์** : อาจารย์ครับตอนที่ไปเริ่มทดลองทำหนึ่งหมู่บ้านทำที่ ไหนครับ

**นพ.ไพจิตร ปวะบุตร** : ทำทั่วประเทศทั้ง 12 เขต ทั่วประเทศ ระเด่นอาจจะจะมีข้อมูลที่โคราชว่าทำที่ไหนอย่างไร แต่อย่างไรก็ตาม อันนี้อาจารย์ท่านหนึ่งได้เข้ามาช่วยหอบริชา คือ อาจารย์ที่เกษียรจากกรม ต. (กรมควบคุมโรคติดต่อ) คือ อาจารย์นัดดา เรียกว่า TCV คือทำความร่วมมือระหว่างหมู่บ้าน Technical Cooperation of Village

**นพ.ดร.โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์** : วันนั้น อาจารย์นัดดาตอนแรกได้รับนัดที่จะมาร่วมครับ แต่ได้รับเชิญไปพูดอีกวงหนึ่งก็เลยไม่ได้มา

**นพ.ไพจิตร ปวะบุตร** : อันนี้ก็น่าสนใจ เพราะว่าเป็นที่มาของประกันสุขภาพเพราะว่าเป็น เรื่องของกองทุนแล้วมาคิดต่อเป็นเรื่องของกองทุนบัตรสุขภาพ 300 บาท 500 บาท แล้วก็อีกอันหนึ่ง อยากให้หมอ ผมได้ขอข้อมูลยังไม่ได้จากสำนักงานประกันสังคม จริงๆ แล้วประกันสังคมมีกฎหมาย ออกมานานแล้วสัก 30-40 ปี แต่ไม่ได้ใช้ จนกระทั่งท่านเปรมเป็นรัฐมนตรี ท่านนายกเปรมก็ตั้ง กรรมการขึ้นมาให้กระทรวงสาธารณสุขเป็นประธาน ที่คิดว่าให้มีบัตรสุขภาพ ท่านอาจารย์อมรบอก ว่า ไพจิตรทำเรื่องกองทุนอยู่แล้วก็ให้ไปทำเรื่องนี้ ท่านอาจารย์ก็ช่วยกรุณาไปแนะนำ ก็เป็นจุดเริ่มให้ รัฐบาลตัดสินใจที่จะทำประกันสังคมที่เจริญมาจนถึงทุกวันนี้ครับ

**ศ.นพ.ประเวศ วะสี** : ไปอยู่กระทรวงมหาดไทย 30 ปี และไม่ออก ตอนหลังเวทีมายอยู่ที่ กระทรวง และผมจำได้ประภิตนึ่งเป็นประธาน ตอนนั้นไป มหาดไทยกัน ไปคุยกับคุณมาลัย อุวันนท์

สมัยปฏิวัติ มีหมอประสาน ต่างใจ ไปคุยเรื่องประกัน และเขาก็ชี้ให้ดู คุณบัณฑิต ทำ 30 ปี จนหัวล้าน  
แล้วยังไม่ออกเลย แล้วออกเมื่อปีเมื่อ 2527 ตอนหลังเวที่ย้ายแล้ว มีอาจารย์นิคมมาร่วมด้วย

**นพ.ไพจิตร ปวะบุตร :** เมื่อ 2527 สงวนก็สนิทกับอาจารย์นิคม สงวนก็ไปเรียนรู้จาก  
อาจารย์เยอะ อันนี้ก็เป็นที่น่าสนใจที่จะเสริมเพิ่มเติมเท่านั้นเองครับ ส่วนเรื่องที่ว่าอาจารย์บรรลุ ผมก็  
อยากเสริมสั้นๆ เท่านั้นเอง เรื่องปุมของอาจารย์ คือผมเข้ามาอยู่กรุงเทพฯ มาเป็นนายแพทย์ใหญ่ก็  
เหมือนผู้ช่วยปลัดอยู่กับท่านอาจารย์ ผมก็เรียนรู้จากอาจารย์ 2 ปี ท่านคงจำได้และสิ่งที่อาจารย์ฝาก  
คือ HA อาจารย์คิดไว้ติดดาวนะครับ อาจารย์เชื่อไหมครับ อันนี้น่าสนใจว่าพวกเราไม่ยอมให้ประเมิน  
นะครับ มีโรงพยาบาลแห่งหนึ่งไม่ยอมให้ประเมินเลย ผมก็ขออนุญาตอาจารย์ไปประเมินอาจารย์ที่  
บ้านท่าน

**นพ.ดร.โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ :** อาจารย์ครับ ปีนี้ HA จะครบ 10 ปี คุณหมออนุวัฒน์ก็  
บอกว่าอยากจะทำ witness seminar เรื่อง HA สักวงหนึ่งน่าจะทำได้เร็วๆ นี่นะครับ

**นพ.ไพจิตร ปวะบุตร :** อาจารย์ส่งผมไปประเมินที่บ้านท่านกินกาแพบ้านท่าน ตอนที่  
อาจารย์เกษียณก็หวังเรื่องนี้อยากให้ทำต่อ แต่โชคไม่ดีที่หลายปีต่อมา อนุวัฒน์ก็มารับไปเรียบร้อยแล้ว  
ซึ่งเป็นเรื่องที่ดี สรุปแล้วพวกเราเป็น sub system จริงๆ จนกระทั่งมาปัจจุบันที่ท่านอาจารย์ผู้ใหญ่  
ของเรานำมาอย่างที่คุณช่วยเขามาอย่างนั้นครับ เป็น sub system ก็จริงอยู่แต่ว่าโดยคนของเราที่ขึ้นมา  
อยู่ในระดับที่ถ้าพูดไปสังคมเขาฟัง นี่ก็เป็นสิ่งที่น่าเรียนรู้ต่อไปว่า รุ่นปู่รุ่นพ่อเราเขาทำอย่างไรให้  
ลูกหลานดูว่าควรจะทำอย่างไรต่อไปนะครับ เพราะว่าขณะนี้เรามีหลาย ส. เหลือเกินนะครับก็เห็นใจนะ  
ครับ และทราบว่าขณะนี้ท่านผู้ใหญ่ช่วยกันว่าจะทำอย่างไรให้ทุกอย่างร่วมกันให้ดีต่อไปครับ  
ขอบคุณมากครับ

**ศ.นพ.ประเวศ วะสี :** ที่คิดเมื่อเข้านี้ที่คุยกันแต่ละเรื่องสรุปได้สั้นๆ แต่ว่าก็ช่วยบอกว่าแต่ละ  
เรื่องมันมี root ของมัน กว่าจะมาเป็นประกันสุขภาพ สงวนทำอะไร root ก็ออกมา ต่อมา HA ก็มาอีก  
แล้ว ผมอยู่ศิริราชไม่รู้อะไรหรอก พอมากระทรวงที่ไรเห็น country health programming ผมไม่รู้ว่  
มันคืออะไร intensive มากแต่ผมจำได้ว่าเรื่องต่างๆ แต่ละเรื่องมีที่มาและหมู่บ้านไหนที่ทำกองทุนครั้งแรก  
คุณหมอมรมแกเคยชี้ให้ผมดูว่า หมู่บ้านหมอกจำเปกที่แม่ฮ่องสอน ตอนนั้นแกบอกว่าได้ทดลอง  
กองทุนเป็นครั้งแรก

**นพ.ดร.โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ :** ปัจจุบันสถานีอนามัยหมอกจำเปกก็ยังทำงานชุมชนได้  
ดีอยู่ครับ ผมได้ไปเยี่ยมมาเมื่อสองปีที่แล้ว แต่ว่าเรื่องกองทุนก็มีความริเริ่มของอีสานกระจายอยู่  
มีพี่ชวลิตที่ไปเริ่มทำกองทุนที่กระนวน เป็นสหกรณ์ยาที่กระนวน ก็เป็นตัวอย่างให้เราได้ไปทำงาน  
ต่อเนื่องไปด้วยเหมือนกัน ซึ่งเราจะคุยรายละเอียดภาคสนามในตอนบ่ายนะครับ ก็มีพี่กี พี่ชัชย  
และอีกหลายๆ คน แทร่ร่วมกับเราในตอนบ่าย ผมขอมาที่พี่มงคลนะครับ ก่อนที่จะได้ถ่ายรูปและ



## รับประทานอาหารร่วมกัน

นพ.มงคล ณ สงขลา : ตอนนั้นก็เกือบบ่ยอมแล้วนะครับอยากให้พิจารณาเรื่อง keyword หลาย ๆ เรื่องสั้น ๆ ผมคิดว่าน่าจะเป็นในเรื่องของคำที่เอ่ยขึ้นมาหลาย ๆ เรื่องทีเดียว ตั้งแต่ในเรื่องของโรงพยาบาลชุมชนที่เปลี่ยนจากสถานีนามัยมาเป็นศูนย์การแพทย์อนามัยมาเป็นโรงพยาบาลอำเภอ และมาเป็นโรงพยาบาลชุมชน เราเปลี่ยนป้ายกันไม่ทันเลยนะครับ ตอนหลังไม่เอาสังกะสีถาวรแล้วครับ ก็ไม่รู้จะเปลี่ยนเป็นอะไรอีกตั้งปี 2518 นะครับ ตรงนั้นมันเป็น keyword อันหนึ่ง คิดว่าตรงนี้น่าจะไปดูการเปลี่ยนแปลงช่วงนั้นให้ดีๆ นะครับ แล้วในช่วงใกล้เคียงกันนั้นสมัย อาจารย์ชนะ คำบุญรัตน์ เป็นผู้อำนวยการกองสาธารณสุขภูมิภาค ตอนนั้นยังไม่เรียกสาธารณสุขภูมิภาคเรียกกองสุขภาพ คุณหมอมานิตย์ ประพันธ์ศิลป์ ที่ริเริ่มแพทย์ชนบท ไปขอประชุมครั้งแรกบนเขาใหญ่ไม่สำเร็จ ครั้งต่อมา ก็เป็นเรื่องเป็นราว ตอนที่เป็นเรื่องก็น่าติดตามเอามาร้อยเรียงให้เป็นเรื่องเป็นราวก็น่าจะดีครับ แล้วผมเห็นด้วยทั้งหมดต่อการเปลี่ยนแปลงว่า ทั้งหมดเป็นเรื่องของแผน สาธารณสุขเป็นเจ้าของแผนที่ใครต่อใครก็ยอมรับตั้งแต่เริ่มเลย และแผนในการดำเนินการทั้งหมดที่ยุทธนาที่คู่กับพี่दारง ผมคิดว่ามีอะไรตรงนั้นที่จะช่วยเราเยอะเลย รับคำสั่งจากอาจารย์เสมอ อาจารย์ไพโรจน์ ใครต่อใครทั้งหลายเสร็จแล้วก็เอาไปทำและลงไปถึงระดับอำเภอ ระดับตำบลได้เป็นอย่างดีซึ่งสองท่านนี้ผมคิดว่าเป็นคนซึ่งสร้างงานสร้างอะไรต่างๆ มาเยอะเลย ในการที่ทำให้งานตรงนี้ไปถึงรากหญ้า ผมคิดว่าเป็นเรื่องที่น่าเน้นมากนะครับ โดยเฉพาะอย่างยิ่งการดำเนินการในเรื่อง อสม. แล้วก็ไปประจวบกับสมัยที่ท่านเปรมที่เน้นหนักในเรื่องการแก้ไขปัญหาคความยากจน ในปี 2525 มีการเฉพาะเจาะจงในการเลือกพื้นที่และลงเน้นหนักในตรงนั้น ทำให้งานสาธารณสุขของเราได้รับการดูแลช่วยเหลืองบประมาณทางด้านต่างๆ เน้นไปในพื้นที่ ๆ เป็นพื้นที่ยากจนด้วยนะครับ เพราะฉะนั้นพื้นที่ยากจนก็ได้มีแต่อาจสามารถอย่างที่ไดยินได้รับฟังกันนะครับ มีมาแต่สมัยท่านเปรมแล้ว

ผมคิดว่าแม้แต่ในเรื่องของ อสม. ผสส. ผมให้ข้อมูลได้ที่เราเปลี่ยน อสม. อย่างเดียวนะครับ เพราะทำมาก่อนตั้งแต่ 2528 แล้วกระทรวงมารับทำนโยบายเมื่อปี 2538 10 ปี หลังจากนั้น แล้วก็ในเรื่องของศูนย์สาธารณสุขมูลฐานที่อาจารย์หมออูทัยได้ริเริ่มขึ้นมาในพื้นที่ ผมคิดว่าตรงนี้เป็นตัวเปลี่ยนเหมือนกันที่ใช้งบประมาณลงในพื้นที่จุดละ 10,000 บาท แต่ก่อนก็ตำบลละ 10,000 ที่เลือกให้ ตอนหลังมีศูนย์สาธารณสุขมูลฐานขึ้นมา จุดละ 10,000 บาท ตอนนั้นมันเปลี่ยนการทำงานของ อสม. เราเยอะมากเลยทีเดียว นั่นก็น่าศึกษา ประจวบกับที่เมื่อ อสม. แข็งขันเราจะมีการดำเนินการปรับเปลี่ยนสถานีนามัย สมัยก่อนเป็นสถานีนามัยที่คุณหมอเกริ่นตั้งแต่แรกว่าเป็นผดุงครรภ์ ซึ่งพอ แม่ มีที่ดินแล้วก็รับปากว่าจะสร้างที่ทำงานให้ นะครับ แล้วก็ให้ลูกมีโอกาสไปเรียนแล้ว พอลูกกลับมา พอ แม่ ก็ไม่มีเงินที่จะสร้างสถานีนามัยดี ๆ ก็ไปเอาถังระเบิดอะไรต่าง ๆ จากค่ายทหารของอเมริกันสมัยก่อนมาสร้างเป็นสถานีนามัย ก็เป็นสถานีนามัยที่ไม่น่าให้บริการเลย พอตอนหลังก็

มีการพัฒนาอะไรต่างๆ มากมาย พอถึงอาจารย์หมออุทัยก็กลายเป็นสถานีนอนามัยเฉลิมพระเกียรติ สถานีนอนามัยที่เปลี่ยนหน้าเปลี่ยนตาเปลี่ยนโฉมอะไรต่างๆ ไปเยอะแยะเลย ตรงนี้เป็นส่วนที่คิดว่า อสม. แข็งขึ้นมาก สถานีนอนามัยก็แข็งขึ้นมาและโรงพยาบาลชุมชนแข็งอยู่ก่อนแล้วทำให้งานสาธารณสุข ในชนบทกลายเป็นปีกแผ่นแน่นหนาที่ดีมากแล้วก็มาเสริมด้วยช่วงนั้นที่เราพูดไปแล้ว การทำงาน โดยเฉพาะอย่างยิ่งงาน จปฐ. ที่เกิดขึ้นที่โคราชที่ อาจารย์ไพจิตรพูดถึงเมื่อกี้ ตอนนั้น อาจารย์ประพันธ์ คิดว่าเรายังไม่ได้พูดถึงท่าน ท่านก็มีห้องทำงานอยู่ที่สภาพัฒน์ฯ ลองคิดดูไม่ใช่ประสานกันเฉยๆ มีห้องทำงานของอาจารย์ที่ทำงานประสานกันอยู่ มีห้องทำงานอยู่ที่นั่นและประสานที่นั่นจึงทำงาน เป็นเนื้อเดียวกัน เพื่อให้งานทั้งหมดที่เกิดขึ้นไม่ว่าจะเป็น Mini Thailand เกิดอะไรต่างๆ ขึ้นมาจาก อาจารย์อมรเยอะแยะมากมาย พวกเราเองที่ทำงานก็ปรับตัวไม่ทันนะครับ แล้วก็มีทั้งบ่นทั้งอะไรตาม ประสา

**นพ.ดร.โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ :** ถือว่าเป็นนโยบายรายวันครับ

**นพ.มงคล ณ สงขลา :** แต่ก็ถือว่าเป็นสิ่งที่ดี แต่พอถึงอาจารย์บรรลุ ผมจำได้ว่าเดี๋ยวต้อง ติดดาวตรงโน้น ติดดาวตรงนี้ แล้วก็ไปประเมินยับเลย ประเมินทั้งเงิน การบริหาร งานบุคลากร และ ประเมิน สสจ. ด้วย ไปประเมินในสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดด้วยไม่ใช่เฉพาะในโรงพยาบาลเท่านั้น เพราะฉะนั้นการกวนให้มันชุ่นอย่างนี้ ผมคิดว่าเป็นส่วนหนึ่งที่ทำให้ทุกคน Alert ตื่นตัวอยู่ตลอดเวลา ว่าเราจะต้องปรับต้องเปลี่ยน เราต้องแก้ปัญหาด้านชุมชน ปัญหาด้านสถานบริการ เพื่อที่จะให้ ไปถึงจุดที่ดี จริง ๆ แล้วก็คือร่วมเดียวกัน จะยังไงก็แล้วแต่ อันนี้ก็เพื่อสุขภาพที่ดีของประชาชนทั้งนั้นเลย โดยผ่าน Means ต่าง ๆ

**นพ.ดร.โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ :** อาจารย์ครับตอนสมัยที่อาจารย์ไปอยู่พินาย ตอนนั้น สภาพเป็นอย่างไรครับ

**นพ.มงคล ณ สงขลา :** ตอนนั้นไปไหนยังไม่ค่อยได้โดยเฉพาะอย่างยิ่งไปเยี่ยมชาวบ้าน ตอนฝนตกหน่อยก็ไปไม่ได้แล้ว

**นพ.ดร.โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ :** พินายก็เป็นพื้นที่อาณาเขตที่ใหญ่โตมากใช่ไหมครับ

**นพ.มงคล ณ สงขลา :** ตอนนั้นมีหมอที่โคราชอยู่ 6-7 คน ผมไปอยู่ตรงนั้นก็ดูแลทั้งชุมพวง ประทาย โนนสูง ดูแลทั้งห้วยแถลง สมัยนั้นถ้าเพื่อว่ามีกรตายที่รุนแรงขึ้นมาชีมัวไม่ไหว เลยไปขอ ฮ. (ฮอสิคอปเตอร์) ด้วยเข้าไป บางครั้งบางครั้งเคยสนับสนุนให้ ฮ. ไปลงแล้วก็ไปนอนอยู่ที่นั่นไปอยู่ ตามวัด เคยไปเล่าสิ่งเหล่านี้ให้เด็กฟัง ไปคุยให้หมอนักศึกษาแพทย์ใหม่ๆ ของศิริราชฟัง เขานั่งฟัง แล้วเขานั่งตาลอย เขานึกไม่ออกเหมือนกันว่ามันมีได้ยังไงในประเทศไทย เพราะเขาไม่มีโอกาสที่จะ สร้างจินตนาการไปได้ว่ามันทุกข์ยากลำบากขนาดไหน แต่ก็ดี ผมคิดว่าไปเล่าให้เขาฟังหรือไม่ฟัง หรือ ฟังแล้วอาจไม่รู้เรื่องเลยก็ได้แต่เราได้เล่า

**นพ.ชูชัย ศุภวงศ์ :** ขอหนึ่งนาที เพราะว่าตอนบ่ายต้องไปเรื่องกระบวนการยุติธรรม ประเด็นที่พี่มิงคลพูด ผมขอเสริมนิดเดียวครับ ว่าก่อน 14 ต.ค. 16 มีการบังคับให้ทุนแพทย์ให้ไปอยู่ในชนบทผมคิดว่าจุดนั้นเป็นจุดที่ break true ทำให้นักศึกษาแพทย์ต่างๆ รวมตัวกันคัดค้านว่าไปใช้ทุน 30 : 70 มันเป็นการเลือกปฏิบัติ จึงขอให้ใช้ทุน ทั้ง 100% แล้วก็ 3 ปีนี้ 1 ปี ให้นับเป็น intern ด้วย และนำมาสู่การเป็นนิสิตนักศึกษาแพทย์แห่งประเทศไทย ใช้ทุนรุ่นแรกนี้ 2515 ไปตรวจสอบเวลานิดหนึ่ง แล้วการที่แพทย์ออกไปสถานอนามัยขั้นหนึ่ง ศูนย์การแพทย์อนามัยตรงนั้นก็ทำให้เกิดผลสะท้อนสูงมาก ในการที่โรคบริการสุขภาพต่อมา หลังจากนั้นก็เกิดสหพันธ์แพทย์ชนบทตอนช่วงตุลาคม 2519 และพอหลัง 6 ต.ค. 19 ตอนนั้นก็ยุติบทบาทลงไป ตอนหลังพอ พ.ศ. 2521 ก็เกิดชมรมแพทย์ชนบท พอ 2524 ก็เกิดมูลนิธิแพทย์ชนบท ผมอยากพูดตรงนี้เพราะจะได้ parallel สอดคล้องกับการพัฒนาที่พี่มิงคลพูดเอาไว้แค่นี้ก่อน resource person จะให้คุยกับใครต่าง ๆ จะบอกทีหลังได้

**นพ.อุทัย สุตสุข :** ขอจุดประเด็นไว้นิดหนึ่งนะครับ ก็คือเรื่องการสาธารณสุขระหว่างประเทศของไทยเรา out standing มากๆ เรามีถึงประธานสมัชชาใหญ่องค์การอนามัยโลก มีถึงประธานกรรมการบริหารองค์การอนามัยโลก มีอำนาจจาก WHO ให้บริการเงินของ WHO ในประเทศไทยเองซึ่งก็มี อาจารย์ไพโรจน์ มีอาจารย์ประเวศ ก็เป็นกรรมการร่วมด้วยอันนี้จุดประเด็นไว้เฉยๆ ค่อยเดินต่อหน้าครับ

**นพ.ดร.โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ :** ผมคิดว่าประวัติศาสตร์ยาวนานเกือบศตวรรษก็คงจะต้องคุยกันหลายรอบนะครับ ตอนนี้ก็เลยเวลาเที่ยงมาเยอะมากแล้วนะครับ หลายท่านอาจจะต้องไป ก่อนจะไปยังงัยก็ขออนุญาตถ้อยร่วมนกันไว้เป็นที่ระลึกสักนิดหนึ่ง เพราะว่าโอกาสที่จะได้เรียนเชิญอาจารย์ผู้ใหญ่ทุกท่านมาพร้อมกันอย่างในวันนี้ยากมากเลยนะครับ ส่วนท่านที่เชิญมาไม่ได้ก็มีหลายท่านนะครับ อาจารย์นัดดา ก็มาไม่ได้ แล้วก็พี่ดำรง บุญยืน ก็ต้องจตุรูมา เราจัดเข้าเงินไปนะครับ ส่วนอาจารย์ยุทธานาก็เชิญด้วย แต่ก็ติดเรื่องปัญหาสุขภาพเล็กน้อยนะครับก็เลยมาไม่ได้ แต่ถ้าหากไปคุยกันที่บ้านท่านก็จะยินดีอยู่ อาจารย์อมรก็ได้รับเชิญไปประชุมเรื่องสาธารณสุขมูลฐานในอนาคตที่จังหวัดอุดร แล้วโทรคุยกับอาจารย์ ๆ ก็ถามว่าแล้วเธอจะให้ผมทำอะไรทางนั้นก็จะเอาอนาคตทางนี้จะเอาอดีต ผมก็เลือกเอาอนาคตก่อนเดี๋ยวดีดีค่อยคุยกันอีกทีหนึ่ง ครั้งนี้เป็นครั้งแรกคิดว่าในตอนบ่ายเป็นการลงรายละเอียดวงเล็ก แต่อยากให้ตอนบ่ายเป็นเรื่องเล่าที่เป็นความประทับใจ เรื่องโครงสร้างต่างๆ อาจจะได้ค้นคว้าได้ เรื่องเล่าอย่างที่ อาจารย์ไพจิตรเล่าว่าไปกินน้ำที่โต๊ะสนุกอย่างนี้ก็เป็นประสบการณ์ของแพทย์ได้นะครับ การเป็นแพทย์ในชนบทนั้นก็หลากหลายเหลือเกินประสบการณ์ต่างๆ เหล่านี้เป็นเรื่องที่หาบันทึกที่ไหนไม่มี ตอนบ่ายอยากจะได้ลงรายละเอียดต่างๆ เหล่านี้มากขึ้น ถ้าเกิดว่าท่านอาจารย์ไม่ติดอะไรก็อยากจะขอเชิญลงไปฟังในกลุ่ม

โดยเรามีการแบ่งเป็น 2 กลุ่มด้วยกัน กลุ่มหนึ่งจะอยู่ห้องนี้ อีกกลุ่มหนึ่งจะอยู่ห้องเลยไปฝั่งตรงข้ามกับ  
ตรงนี้นะครับ ส่วนห้องน้ำก็อยู่ตรงกลางนะครับ ตอนนี้นักกำลังจัดโต๊ะรอสักนิดหนึ่งอีกประมาณ 5 นาที  
ก็น่าจะเสร็จหลังจากนั้นก็ขอเชิญถ่ายภาพร่วมกันก่อนจะไปรับประทานอาหารด้วยกันครับ

## การสัมมนาภาคบ่าย

### ห้องย่อยที่ 1 พัฒนาการระบบบริการสุขภาพในชนบท

ศ.นพ.ประเวศ วะสี	นพ. ไพโรจน์ ینگสานนท์
นพ.บรรลพ ศิริพานิช	นพ.อุทัย สุดสุข
นพ.มงคล ณ สงขลา	รศ.ดร.ประสิทธิ์ ลีระพันธ์
ดร.ทวีศักดิ์ เมื่อกสม	นพ.กวี ไชยศิริ
รศ.นพ. สุรเกียรติ อาชานานุภาพ	
ดำเนินรายการ โดย นพ.ดร.โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์	
<b>ผู้ร่วมฟังการสัมมนา</b>	
พญ.จรี ینگสานนท์	
นางสาววิกัลย์ พงศ์พนิตานนท์	

นพ.ดร.โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ : ครับผมขอเริ่ม อาจารย์ประเวศจะไม่ได้อยู่ด้วย อาจารย์  
เริ่มอะไรซักนิดไว้ก่อนไหมครับ เรื่องงานสาธารณสุขมูลฐาน คือ ห้องโน้นจะพูดเรื่องสาธารณสุขมูลฐาน  
ห้องเราพูดคุยเรื่องงานพัฒนาตัวระบบบริการ เช่น สถานีอนามัย สุขศาลา หรือว่า.. คิดว่าเราจะใช้เวลา  
ตอนนี้บ่าย 2.45 คิดว่า 4 โมงก็จะเลิก ประมาณ 4 ชั่วโมง 45 นาที ถ้านานกว่านั้นอาจจะเหนื่อยเกินไป  
เป็นการสนทนาง่าย ๆ ก็แล้วกัน เมื่อเช้าจะดูเป็นพิธีการสักนิดหนึ่ง ตอนบ่ายขออนุญาตเป็นแบบเบา ๆ ก็  
แล้วกัน อาจจะบอกเล่าเรื่องราวที่ได้ไปทำงาน ประสบการณ์เล็กๆ น้อย ๆ ซึ่งไม่มีโอกาสได้จัดบันทึกใน  
เอกสารที่เป็นทางการ เช่น พี่สุรเกียรติอาจจะเล่าเรื่องการทำงานที่บางปะอินบ้างว่า ไปริเริ่มอะไรยังไง  
บ้าง คิดยังไงถึงได้ไปอยู่ที่นั่น ไปแล้วเจออะไร ทำไปทำมาถึงได้กลายเป็นหนังสือคู่มือตรวจรักษาโรคนี้  
ได้ อาจจะเล่าอะไรบ้างก็ได้ ผมใคร่ขอให้การพูดตอนบ่ายนี้ ใครคิดอยากจะพูดเสริมตอนไหนก็เสริมกัน  
เป็นแบบวงสนทนาก็แล้วกัน จะได้คุยกันแบบง่าย ๆ

ตอนบ่ายก็มีคนมาเสริม ห้องนี้ก็มีพี่สมศักดิ์ ชุณหรัศมิ์ มา ห้องโน้นก็มีคนมาช่วยพี่เมธี ซึ่งร่วมก็  
ตั้งสำนักงานสาธารณสุขมูลฐานขึ้นโดยยึดระเบียบชั้น 8 เป็นที่ทำการโดยไม่มีที่ทำการเป็น  
กิจจะลักษณะ แล้วก็พัฒนามาเป็นนโยบายสาธารณสุขมูลฐาน

ขออนุญาตเริ่มแบบธรรมชาติ อาจารย์สุรเกียรติเริ่มเลยก็ได้ครับอาจารย์

**ศ.นพ.ประเวศ วะสี :** สุรเกียรติ์เนี่ย เขาเป็นตัวเริ่ม ตั้งแต่เป็นนักศึกษาแพทย์แล้วออกไปอยู่  
โกสุมพิสัย เขาเขียนจดหมายเล่ามาบ้าง

**นพ.ดร.โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ :** อาจารย์ครับจดหมายนั้น อาจารย์ยังเก็บไว้อยู่ไหมครับ ก็  
เป็น personal paper เหมือนกัน

**รศ.นพ.สุรเกียรติ์ อาชานานุภาพ :** ผมเป็นแพทย์ใช้ทุนรุ่นแรก ของการบังคับใช้ทุน รามารุ่น  
หนึ่งคือ แพทย์ใช้ทุนรุ่นแรก ผู้ที่ต้องการใช้ทุนตั้งแต่อยู่ปี 3 อยากให้เสร็จพวกเราก็สู้ มีการรวมตัวกันของ  
ศูนย์นิสิตนักศึกษาไทย ได้ทำหนังสือวารสารนักศึกษาแพทย์สัมพันธ์ ซึ่งรู้จักจากอาจารย์ทุกคน เคย  
สัมภาษณ์อาจารย์ ลูกศิษย์ รุ่นที่ 5 บทความนี้ยังอยู่ ทำให้สนใจงาน county คุยกันเรื่องหนังสือ เรา  
ก็เลยจัดงานสัมมนาปัญหาขาดแคลนแพทย์ในชนบท ในช่วงนั้น ทำให้สนใจงานในชนบท โดยส่วนตัว  
ผมมีความสนใจงาน county สาขาจิตแพทย์ ตอนที่จบแล้วใช้ทุนขอไปทำงานบ้านนอก 2 ปี แล้วค่อยมา  
เรียนต่อ ตั้งใจจะไป recruit คือตั้งใจว่าจะเป็นหมอชนบท เพื่อนไปนอก ผมก็มีโอกาสไปนอก ไปสอบ  
GSP ได้ ไปเรียนรู้ พอจะมีความรู้ประสบการณ์ county บ้าง

**นพ.ดร.โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ :** พอเห็นสัญญาเขาก็บอกว่ามีเงินใช้ 4 หมื่น บาท

**รศ.นพ.สุรเกียรติ์ อาชานานุภาพ :** เขาให้ 4 ปี ตั้งแต่ปี 3 6 4 ปี ก็ 40,000 ถ้าเรามีเงิน  
40,000 ก็เป็นอิสระไปเลย ถูกปรับแค่ 2 เท่า คือ 80,000 ซึ่งน้อยมาก เราสามารถให้ปรับได้ เราเลือก  
ที่จะไปทำงานที่ชนบทมากกว่า

**นพ.ดร.โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ :** คนส่วนใหญ่จะคิดอย่างนี้ไหมครับอาจารย์ นักเรียนในรุ่น  
เดียวกันกับอาจารย์ เพราะช่วงนั้นก็ในช่วงของการตื่นตัวของกระบวนการนักศึกษา

**รศ.นพ.สุรเกียรติ์ อาชานานุภาพ :** เขาเปิดโควตา ประมาณ 20-30% สามารถเสียเงินเรียน  
ได้ ที่เหลือ 70-80% บังคับให้ใช้ทุน รัฐบาลผมเลยต่อสู้ว่าให้บังคับทุกคนดีกว่า โดยกระทิงมาบังคับรุ่น  
7 6 รุ่นแรกจะใช้กฎเกณฑ์เก่า พอรุ่น 7 เราต่อสู้เรื่องนี้เป็นที่ยอมรับทุกคน 100% ว่าทุกคนบังคับให้  
ใช้ทุน

**นพ.ดร.โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ :** แสดงว่าตั้งแต่รุ่น 1 ถึง รุ่น 6 เป็นการบังคับใช้ทุนบางส่วน  
แทนที่เราจะต่อสู้เพื่อให้เขา ยกเลิกการใช้ทุน เราต่อสู้ให้ใช้ทุน 100%

**รศ.นพ.สุรเกียรติ์ อาชานานุภาพ :** มี 2 กระแส บางกระแสอาจจะต่อสู้คือด้านไม่ยอมใช้  
ทุน แต่ส่วนผมฝืนมติมหาชนไม่ได้ เราควรจะต้องทำงานใช้ทุน เลยสู้กันทางกระแสผมชนะ มีการ  
สัมมนากัน มีการทำประชามติ โรงพยาบาลแพทย์ตอนนั้นมี 4 แห่ง 80-90% เห็นด้วยที่ว่า (80-90 %  
เห็นด้วยควรจะไปใช้ทุนในชนบท) ให้บังคับทุกคน มีการ survey ประชามติในช่วงปี 5 ปี 6 ได้ผ่าน  
กระบวนการที่มีนักศึกษาแพทย์สัมพันธ์ออกวารสาร 4 เล่ม คือมี 4 คณะๆ ละเล่มต่อปี ตอนปี 5 มาจัดตั้ง  
ศูนย์นักศึกษาแพทย์แห่งประเทศไทย มีเรื่องการส่งนักศึกษาแพทย์ไปดูงานในชนบทตอนปิดเทอม เป็น

ครั้งแรกที่อาจารย์ต่างจังหวัดรู้สึกว่าคุณศึกษาศาสตร์ด้านทันตกรรม เขาแปลกใจว่าทำไมสนใจมาดูงานที่โรงพยาบาลต่างจังหวัด ไปกันเกือบ 80% ของนักศึกษาอยากทราบว่าทันตกรรมเป็นอย่างไร ก็จัดโครงการช่วงปิดเทอม เป็นครั้งแรกที่นักศึกษาไปดูงานที่ทันตกรรมด้วยนอกหลักสูตร จัดกันเอง

**นพ.ดร.โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ :** เป็นประเพณีมาจนถึงรุ่นพวกผม ปิดเทอมก็จะมีกิจกรรมค่ายอนามัยทันตกรรมไปอยู่กับ โรงพยาบาลอำเภอ

**รศ.นพ.สุรเกียรติ์ อชานานุกาญ :** ตอนนั้นจังหวัดไม่มีโรงพยาบาลอำเภอ ไปอยู่โรงพยาบาลจังหวัด เมื่อใช้ทุนที่โกสุมพิสัย คือ ดูตามแผนที่ เลือกใช้ทุนดูตามแผนที่ ไม่รู้หน้าตาเป็นอย่างไร มีเพื่อน 3 คน สนทนากันเลือกกันคนละจุด อีกคนอยู่สุวรรณภูมิร้อยเอ็ด อีกคนอยู่ประโคนชัย ผมโกสุมพิสัยอยู่ตรงกลางพอดี ช่วงนั้นพอดีกระทรวงดีใจมากมีหมอลือตใหญ่เป็นลือตแรกที่มาอยู่อำเภอ ผมจำได้อาจารย์ไพโรจน์ไป orientation พวกเราที่ชลบุรี อาจารย์วินิจ เริ่มรู้จัก ผู้ที่เป็นใหญ่ในขนาดตหลายท่าน ที่ไป orientation พวกเราอยู่

**นพ.ดร.โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ :** แสดงว่าพอดีรับกับช่วงเมื่อเช้านี้ ที่บอกว่า เริ่มไปสร้างหน่วยบริการไว้แต่หาหมอไปไม่ค่อยได้ ก็มาได้เป็นแพทย์ใช้ทุนรุ่น 1 คือรุ่นอาจารย์นั่นเอง

**รศ.นพ.สุรเกียรติ์ อชานานุกาญ :** รุ่น 1 จะบังคับ อินเทิร์น 1 ปี ตัดไปเหลือ 2 ปี ให้สลับระหว่างปี 1 อยู่อนามัย อีกปีอยู่ โรงพยาบาล สังกัดคนละครึ่ง อนามัยสังกัดกรมอนามัย โรงพยาบาลจังหวัดอยู่กรมการแพทย์ สลับกันอย่างละครึ่ง ผมแลกเปลี่ยนอยู่อนามัย 2 ปีเลย เฉลี่ยกันคนละครึ่ง ปีแรกผมได้อยู่กรมอนามัยก็เลยอยู่ทันตกรรมที่โกสุมพิสัย ตำแหน่งผมก็มาก ตำแหน่งหัวหน้าแพทย์สถานีอนามัย ชั้น 1 ตำแหน่งที่เป็นทางการคือ ตำแหน่งหัวหน้าแพทย์สถานีอนามัย ชั้น 1 อำเภอโกสุมพิสัย

**นพ.ดร.โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ :** ตอนนั้นในเรื่องของสิ่งแวดล้อมทางกายภาพเป็นอย่างไรครับ

**รศ.นพ.สุรเกียรติ์ อชานานุกาญ :** เป็นรูปตัวที อนามัยแบบรุ่นเก่าเป็นรูปตัวที ไม่ x-ray ไม่มี lab เป็น prevention ล้วนๆ ไม่มียาให้ มียาให้ประมาณ 4-5-6,000 บาท จำไม่ได้ งบประมาณค่ายาแทบไม่มีเลย ต้องหมุนเวียนกันเอง สมัยก่อนกรมอนามัยไม่มีบทบาทหน้าที่ในการรักษาโรคหรือไม่ส่งเสริม ก็จะต้องไปบุกเบิกกันเอาเอง

**นพ.ดร.โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ :** แสดงว่า สถานีอนามัยสมัยนั้นก็สังกัดกรมอนามัย กรมอนามัยทำงานด้านส่งเสริมป้องกันก็ไม่ต้องทำงานเรื่องการรักษา

**รศ.นพ.สุรเกียรติ์ อชานานุกาญ :** แยกส่วนกันเลย ยกเว้นมีแพทย์รุ่นพี่บางท่านที่ความสนใจเรื่อง เคียวออริติบ อย่างลูกพี่ผม อาจารย์หมอบุรุษ กัญพ่าย ตอนหลังอยู่บางปะอิน ฝ่าตัดให้ตะเกียงสอง ไม่มีไฟ หยอดอีเทอร์ ผมยังทัน ยังช่วยพี่ประสพทำฝ่าตัด ให้ชาวบ้านช่วยหยอดอีเทอร์

ประสบ กั้นพ่าย เป็นนักบุกเบิกด้าน curative care คนหนึ่ง ประสบ กั้นพ่าย ครับ อยู่โกสุม ตรวจ OPD แล้ว admit นิดหน่อยไม่มาก แต่ที่สนใจคือ เขาส่งนักเรียนพนักงานอนามัยมาประมาณ 2 เดือนแรก ส่งนักเรียนพนักงานอนามัยมาฝึกเรื่องการรักษาโรค

**นพ.ดร.โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ :** หยอดดีเทอร์มาตัดเลยรีครับ แสดงว่านโยบายของอาจารย์ไพโรจน์เริ่มออกฤทธิ์แล้ว คือได้เป็นพนักงานอนามัย มีโรงเรียนพนักงานอนามัย แล้วส่งไปฝึกงานตามที่มีแพทย์ประจำอยู่ตามสถานีนอนามัย ชั้น 1

**รศ.นพ.สุรเกียรติ อชานานุภาพ :** ใหม่ๆ ตอนส่งมาก็ไม่รู้วัตถุประสงค์คืออะไร เราไม่รู้รู้ว่ามาฝึกการรักษาพยาบาล ผมก็คิดหลักสูตรของผมเอง ผมก็จับมาเป็นลูกมือผม มานั่งดูคอ มาตรวจฟังปอด มาไอพีทีกับเรา ตกป่วยก็สอนหนังสือ ตอนกลางคืนก็สอนหนังสือครับ เป็นจุดเริ่มต้นของการถ่ายทอดความรู้ มันได้แก่เหงาด้วย เหมือนได้ทำชดเชย โดยส่วนตัวชอบสอนอยู่แล้ว ก็จับมาสอน 4 คน กลุ่มละ 4 คน 6 คน ก็จับมาสอน

**นพ.ดร.โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ :** staff มีกี่คน

**รศ.นพ.สุรเกียรติ อชานานุภาพ :** แพทย์ 1 คน เจ้าหน้าที่ประมาณ 5-6 คน น้อยมาก มีผดุงครรภ์ (มีมอไซค์ใหม่ครับ) มีรถจี๊ปคันหนึ่ง สีเขียวของกระทรวง รถคันนี้คือว่า ขับว่าตั้งเยอะ ผมก็ขับว่าเหมือนกัน (มีตูปิชิหรือเปล่า สมัยนั้น) มันทรงตัวไม่ค่อยได้

**นพ.ดร.โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ :** มีรถจี๊ปแล้ว เหลือจากทหารอเมริกัน รถเหลือใช้จากการสงคราม ซึ่งตาม โรงพยาบาลอำเภอ ยุคก่อนที่พี่พูนทรัพย์จะจัดสรรงบประมาณไปซื้อรถให้ จะอาศัยรถเหลือจากสงครามทั้งนั้น ที่โรงพยาบาลชุมพวงที่ผมทำอยู่ เขาเรียกว่า รถอเมริกัน พวกนี้ก็เป็นรถที่ใช้งานกันอยู่สมัยนั้น

**รศ.นพ.สุรเกียรติ อชานานุภาพ :** ถ้ามีอะไรก็เขียนจดหมายมาถามอาจารย์สิทธิ์บ้าง อาจารย์ประเวศบ้าง ก็เล่าเรื่องประสบการณ์ที่ทำงาน ประมาณสัก 8 เดือน ครบปี 4 เดือนแรกส่งไปดูงานที่ชุมพวง กับที่ศูนย์อนามัยแม่และเด็กยะลา 4 เดือนแรกให้ดูงาน ทำงานแค่ 8 เดือน พอครบ 8 เดือนผมเลยย้ายมาอยู่บางปะอิน แต่ยังเอาโควตาของอนามัยอยู่แลกกับเพื่อน คือ ผมมีสิทธิ์เข้ากรมการแพทย์ในปีที่ 2 แต่เริ่มติดใจเริ่มไม่คิดเรียนทางจิตวิทยาแล้ว คิดว่าทางนี้เป็นทางที่สนุก โดยบางปะอินเป็นจุดฝึกงานของรามฯ ในเรื่องเวชศาสตร์ชุมชนพอดี (แสดงว่าอาจารย์ไปอยู่โกสุมพิสัยแค่ 8 เดือน) 8 เดือน หมอคนแรกที่โกสุม คือ อาจารย์ปรีชา ดีสวัสดิ์ นายแพทย์คนแรก อยู่ประมาณ 2 ปี ย้ายจากโขงเจียมมา ชาวบ้านเขาเปรียบเทียบกับผมเหมือนหมอปรีชา มีหมอคนที่ 2 ไม่ค่อยดีนัก เขาเปรียบเทียบกับผมเป็นหมอปรีชาคนที่ 1 ชาวบ้านเปรียบเทียบกับต้นกำเนิด คือหมอปรีชา อาจารย์อยู่ที่โกสุม เป็นผู้บุกเบิกคนแรก ตายเพราะรถคว่ำ (ขับรถทำงานครับ หมอปรีชาตายระหว่างปฏิบัติหน้าที่)

**นพ.บรรลุ ศิริพานิช :** หมอสุรเกียรติอยู่โกสุมพิสัย มหาสารคาม ปีไหน (ใหม่ๆ ปี 2515)



2515 เปลา ที่ผมถามไม่ใช่อะไร คือ ผมอยู่มหาสารคาม ปี 2494 ที่หมอบไปอยู่โกสุม ขึ้นกับ  
มหาสารคาม ปี 2515 ที่หมอบุดตมยาสลบ ต้องหยดอีเทอร์ คือผมมันย้อนกลับไปอีกยาวเหลือเกิน  
ผมไปอยู่มหาสารคาม ปี 2494 บรรยากาศของโกสุมของคุณหมอบตอนนั้นกับตัวจังหวัดแท้ ๆ ยังสู้โกสุม  
ไม่ได้หรอก คือ มหาสารคามตอนที่ผมไปอยู่มันไม่มีโรงหนัง มันไม่มีทีวี โทรศัพทไม่ต้องพูด ประปา  
ไม่ต้องพูด ไฟฟ้าก็ไม่ต้องพูด ที่บอกว่าผ่าตัดต้องจุดตะเกียง มันก็เหมือนกันนั่นแหละ ประปาไม่มีก็  
ต้องขุดบ่อ โรงพยาบาลก็มีบ่อน้ำ

ที่อยากจะเล่าให้ฟังนิดหนึ่งคือเป็นอย่างนี้ เห็นเขาพูดกันมาว่า ชี้นำไปรักษา ผมจะเล่าเรื่องจริง  
ให้ฟัง ผมไม่อยากจะคุยไม้ ผมไปอยู่มหาสารคามปี 2494 ก่อนที่ผมจะไป ผมจบแพทย์ปี 2492 เป็น  
แพทย์ประจำบ้านอยู่ 1 ปี ที่ศิริราช ผมเป็นแพทย์ประจำบ้านแผนกศัลยกรรม แล้วผมก็ออกจากศิริราช  
ไป ตอนที่ผมเรียนหนังสือมีโรงเรียนแพทย์แห่งเดียว มีมหาวิทยาลัยแห่งเดียว คือ มหาวิทยาลัย  
แพทยศาสตร์ เมื่อก่อนขึ้นกับกรมมหาวิทยาลัยแพทยศาสตร์ของกระทรวงสาธารณสุข กระทรวง  
สาธารณสุขมีกรมมหาวิทยาลัยแพทยศาสตร์ ก็มีคณะเดียวคือ คณะแพทยศาสตร์ เมื่อจบแล้วเขา  
จะต้องเป็นแพทย์ประจำบ้าน ถ้าใครไม่อยากจะไปเป็นแพทย์ประจำบ้านก็ไปเป็นหมอบทหรรบก ทหารเรือ  
ตามอัยาศัย ผมสมัครเป็นแพทย์ประจำบ้าน เขาก็เลือกเป็นแพทย์ประจำบ้าน พอครบแพทย์ประจำ  
บ้าน 1 ปี เขาก็จะเลือก เขาเรียกซีเนี้อเข้าส์ ๆ เลือกเป็นหัวหน้าแพทย์ประจำบ้าน ใครผ่านแพทย์ประจำ  
บ้าน ปีต่อไปก็จะเป็น staff ใน โรงพยาบาลศิริราช ก็อยู่เป็นอาจารย์ไปเรื่อย ๆ ผมไม่สมัครเป็นหัวหน้า  
แพทย์ประจำบ้าน เพราะผมนิสัยไม่ดี ผมทะเลาะกับอาจารย์ ผมไม่สมัคร เมื่อผมไม่สมัครเขาก็บอกว่า  
จะไปทำงานที่ไหน เมื่อก่อนโรงพยาบาลเอกชนไม่มี ไม่มีหรอก โรงพยาบาลเอกชน ก็มีทางเดียวไม่เป็น  
หมอบทหรรก็เป็นหมอบกระทรวงสาธารณสุข ก็มาสมัครเข้ากระทรวงสาธารณสุข ก็ไปสมัครที่วังสุโขทัย  
(แต่ก่อนสมัยนั้นที่ทำงานอยู่วังสุโขทัย) ไปสมัครงานกับหลวงสนั่น แต่ก่อนมีหลวงมีขุน เลขากรมชื่อ ขุน  
สงัด เป็นพ่อตาของหมอบวิฑูร แต่ก่อนยังมีหลวงมีขุน ผมไปสมัครที่วังสุโขทัย เสร็จแล้วจากวังสุโขทัยก็  
ย้ายมาวังเทวะเวสม์ เขาก็บอกว่าหมอบอยากไปอยู่ที่ไหน เขาก็เอา List มาให้ดูโรงพยาบาลเยอะแยะ  
แต่ว่าโรงพยาบาลตอนนั้นไม่มีหรือโรงพยาบาลอำเภอ คำว่า แพทย์ชนบท ก็ไม่มี แพทย์ใช้ทุนก็ไม่มี  
ใครจบหมอบมาก็แล้วแต่ใครจะไปทางไหนก็ตามใจ ผมก็มาสมัครเข้ากระทรวงสาธารณสุข เขาถามว่า  
อยากจะไปไหน ผมก็บอกว่าจะไปไหนก็ได้ เขามีโรงพยาบาลว่างอยู่แห่งหนึ่ง คือ โรงพยาบาล  
มหาสารคาม คือ ที่หมอบสุรเกียรติ พุดนั้นแหละ เขาบอกว่า โรงพยาบาลมหาสารคามไปไหม ไปก็ได้ไม่  
ยากเย็นอะไร (อาจารย์รู้ไหมครับว่ามันอยู่ตรงไหนของประเทศไทย) รู้สิเพราะผมเป็นหมอบบ้านนอก  
บ้านผมอยู่ร้อยเอ็ด จะมาเรียนกรุงเทพฯ ต้องนั่งรถยนต์ผ่านมหาสารคาม มาบ้านไผ่ ขึ้นรถไฟบ้านไผ่  
มาเรียนหนังสือกรุงเทพฯ ผมทำไม่จะไม่รู้ ก็สบาย เขาบอกไปอยู่มหาสารคามไหม ไปก็ได้ เขาหมายถึง  
กองดีใจ เพราะว่าอะไร เพราะว่าตอนนั้นเมื่อสร้างตึกอำนวยการเสร็จใหม่ๆ เขาก็จะส่งหมอบเอน หมอบ

เยนที่อยู่ ซื่อคอป จำไม่ได้แล้ว แต่ก่อนอยู่พิษณุโลก เขาก็จะส่งหมอเยนไปเป็นผู้ช่วยการโรงพยาบาล  
มหาสารคาม หมอเยนบอกว่า ผมจะลาออกไป เขาก็เลยไม่เอา แต่ก่อนหมอหายาก เมื่อไม่ไปเขาก็  
ส่งหมออีกคนที่นามสกุล จำไม่ได้ อยู่อยุธยาย้ายไปอยู่มหาสารคาม แกก็ไป ไปลงบ้านไผ่ นั่งรถยนต์  
เพื่อจะไปลงมหาสารคาม ไปกาฬสินธุ์ก็ไปร้อยเอ็ด พอแกไปถึงมหาสารคามแกก็หิวกระเพาะลง คนงานก็  
มารับตอนนั้นมีคนงานแล้ว โรงพยาบาลยังไม่เปิดเพราะไม่มีหมอ คนงานแกก็เอากระเพาะลงที่บ้านพัก  
ผู้อำนวยการ พอเอากระเพาะไปลงบ้านพัก สักเดี๋ยวนึงแกก็บอกว่า ไม่ต้องเปิดกระเพาะหรอก พอตอน  
บ่ายฉันก็จะกลับแล้ว คือ รถยนต์จากบ้านไผ่ต้องไปร้อยเอ็ดขับจากร้อยเอ็ดมาบ้านไผ่ วันหนึ่งมี 2 เที่ยว  
คือมาแล้วก็ส่งแล้วก็กลับอีกที เพื่อมาขึ้นรถไฟกลับกรุงเทพฯ มาบอกกองว่าผมไม่เอาแล้วจะให้ผมออก  
ผมก็ออก เขาก็ยอมย้ายแกไปอยู่เพชรบุรี ผมจำชื่อแกไม่ได้แล้ว

เขาก็บอกว่า ให้หมอบรรลุไปมหาสารคาม ผมก็บอกว่า ผมไปก็ได้ไม่เห็นยากเย็นอะไร ผมไป  
บ้านผมก็ผ่านมหาสารคาม ผมก็ไปอยู่มหาสารคาม ที่บอกว่ามหาสารคามตอนนั้นมันสู้ภูมิพิสัยไม่ได้  
ก็เพราะตัวจังหวัดแท้ ๆ ทั้งจังหวัดมีรถยนต์อยู่คันเดียวเท่านั้น คือ รถยนต์ของผู้ว่าราชการจังหวัด พอ  
ผมไปก็นั่งรถยนต์คันเก่าที่ว่าของหมอชื่ออะไรจำไม่ได้ ก็ไปลง ผมก็เอากระเพาะลงให้คนงานมาหิ้ว  
กระเพาะไป มันก็ถามว่า คุณหมอยังจริง ๆ เหรอ ผมก็บอกว่าอยู่จริงสิ ไม่เห็นจะยากเย็นอะไร ผมก็อยู่  
เรื่อยมา แต่ที่อยากจะทำให้ฟังมีอยู่ตอนหนึ่ง ผมมีเหตุสุดใจที่อยากเล่าให้ฟัง แต่ผมไม่อยากจะ  
เสียเวลา ตอนที่ไปอยู่โรงพยาบาลใหม่ ๆ โรงพยาบาลก็ยังไม่เปิด ยาก็มีแล้ว เครื่องไม้เครื่องมือก็มีแล้ว  
ผมเป็นหมอผ่าตัดมาก่อน ผมก็อยากจะเปิดห้องผ่าตัด ผ่านนี้ เมื่อก่อนเป็นนี้กันเยอะ คน  
มหาสารคาม คนกาฬสินธุ์ต้องไปผ่านที่ร้อยเอ็ด ผ่าไม่ได้แต่ก่อนนี้ผ่าไม่ได้ ผมเป็นหมอผ่าตัด ขนาด  
เตรียมโน้นเตรียมนี้ อะไรเรียบร้อยแล้วโรงพยาบาลก็ยังไม่เปิด เหตุการณ์นี้ไม่เคยเล่าให้ใครฟัง แต่มัน  
ติดอยู่ในใจ ในจังหวัดมีหมอยู่ 2 คน คือ หมออนามัย ชื่อ ขุนภักดี สุขจิต ผมก็ไปเป็นหมอคนที่ 2  
ผู้ว่าราชการจังหวัดเขาก็ดีใจ เขาเอารถยนต์ มีรถคันเดียวทั้งจังหวัด เอารถยนต์มารับไปกินข้าวที่บ้าน  
เอาใจเพราะตอนนั้นผมยังโสด เอาใจอยากจะให้อยู่นาน ๆ ผมก็สบาย วันหนึ่งโรงพยาบาลก็ยังไม่เปิด  
ก็มีคนมาตามอนามัยจังหวัดให้ไปดูคนไข้ตลอดแล้วมันตลอดไม่ออก อนามัยจังหวัดแก่แล้ว ขุนภักดี  
สุขจิต แกบอกมีหมอมานใหม่แล้วไปตามหมอกคนนั้น มาตามโรงพยาบาล ๆ ก็ยังไม่เปิด ก็ถามว่าเป็น  
อะไร เมียอยู่ที่โน่นอำเภอกันทรวิชัย ถ้าใครอยู่มหาสารคามต้องรู้จัก อยู่ทางกันทรวิชัย บอกเป็นอะไร  
ตลอดแล้วมันตลอดไม่ออก อ้าวไปก็ไป จะไปก็ต้องคอยรถยนต์ จากรถยนต์จะไปกาฬสินธุ์ก็รถยนต์คัน  
เก่ามี 2 คัน คันหนึ่งไปร้อยเอ็ด คันหนึ่งไปกาฬสินธุ์ ถ้าใครเคยอยู่แถวนั้นจะต้องรู้จัก ก็ไปรดคันนั้นไป  
ลงที่กาฬสินธุ์ ผมก็เอาเครื่องมือไปนะ ผมมีดรัมใส่ forceps เตรียมจะทำตลอดอย่างดีเลย ใส่เครื่องมือ  
เครื่องมือ ถูด้านไปด้วยพอลงที่กันทรวิชัย ถ้าใครอยู่มหาสารคามต้องรู้จัก พอลงที่กันทรวิชัย บอกว่า  
ไม่ได้หมอตั่งซี่มาไปอีก อ้าว ซี่ม้าที่ซี่ม้าสิ

ผมเคยเล่าให้ฟัง ผมเป็นยูวชนทหารม้า ตอนผมเป็นนักเรียนต้องเป็นยูวชนและเป็นยูวชนทหารม้า เพราะร้อยเอ็ดเป็นทหารม้า ผมขี่ม้าได้ บังเอิญผมขี่ม้าเก่ง สมัยผมเป็นนักเรียนผมขี่ม้าไปโรงเรียน อันนี้ธรรมดา ไม่ตื่นเต้น ผมเคยเล่าเรื่องอย่างนี้ให้เด็กฟัง มันถามผมว่า ขี่ม้าเป็นอย่างไร ขี่ม้ามันธรรมดา ไม่ใช่ของวิเศษอะไร เพราะเราขี่ม้าไปโรงเรียนอยู่แล้ว ก็ขี่ม้าถือดรัมไป ที่ผมไม่อยากจะให้ใครฟังคือมันติดอยู่ในใจ ในข้อที่ว่า คือ พอเราไปเห็นคนขี่ ปรากฏว่าคนขี่ขามันออกแล้วหัวมันคาคือมันเอาตุตตุตออก คาลอย เอ! ผมจะทำอย่างไร ผมก็เอา forceps ใส ผมไม่ใช่แพทย์ประจำบ้านสูติกรรม ผมเป็นแพทย์ประจำบ้านศัลยกรรม ผมไม่เก่งทางสูติกรรม ผมก็ใส่ forceps ใสก็หลุด 2 อันนี้มันติดกันไข่มใหม่ ใสไม่ติด ติดก็ดึงๆ เอ! จะทำอย่างไร ก่อนที่เราจะมาต่างจังหวัดก็ไปเรียนสูติกรรม ฉีดยา ผมยังจำได้เลย ฉีด methergyn เดียวนี้ยังใช้อยู่หรือเปล่าไม่รู้ อยากรู้จะให้มดลูกมันบีบออกมา พอฉีดเข้าไป ปรากฏว่า cervix contact เลย คนที่ไม่ใช่หมอจะอธิบายหน่อย cervix หมายความว่า ที่คอปากมดลูกมันหดตัว พอหดตัวมันกดคอ เด็กตายแล้ว ตายมานานแล้ว พอมันหดคอก็ยังไม่ออกยิ่งสกูลก็ใส่ไม่ได้ ผมจะทำอย่างไร ผมก็ต้องตัดเด็ก ตัดคอ ตัดแขน พอตัดคอขาดบับหัวก็หลุดเข้าไปในโพรงมดลูกเลย ที่ผมเล่าเรื่องนี้ให้ฟังเพราะผมยังติดใจ มันสลักใจอยู่ ผมนั่งคิดในใจว่าเรานี้มีความผิด เราไม่น่าไปฉีด cervix พอฉีด methergyn แล้ว cervix มันจะ clamp พอ clamp แล้วหัวก็หลุดเข้าไปตัวก็ขาดออกมา เอ! เรานี้ผิดแล้วนะเราไม่ใช่หมอสูติแล้วมาทำ ขณะที่ทำก็ใช้เวลาไปเป็นชั่วโมง ในขณะที่ใช้เวลาไปเป็นชั่วโมงก็ต้องคิดว่าจะกลับจังหวัดอย่างไรด้วย เพราะว่ารอดกันเก่าพอไปถึงที่กาฬสินธุ์ก็ต้องกลับคืนมาบ้านไม่ มีรถคันเดียวราว ๆ ประมาณบ่ายสามโมง รถคันนี้จะมาที่กันทรวิชัย ถ้าไม่ได้กลับรถคันนี้ก็ไม่มีจะไปนอนที่ไหน ก็บอกญาติเขาว่า ผมก็ตัดเอาเด็กออกหมดแล้วนะ หัวมันคาคอยู่ หัวมันอยู่ใน uterus ตอนนั้นผมเป็นหมอมผมก็รู้สึกไม่สบายใจ หัวมันเป็น foreign body เป็นของแปลกปลอมอยู่ในมดลูก สักวันมันต้องบีบออกมาเอง เราจะมานั่งนอนดูคนใช้อยู่ได้อย่างไร เสร็จแล้วก็ไปบอกญาติ คนไข้เขาก็ดี ผมก็รู้สึกว่าผมไม่มีความสามารถ ผมอาจจะทำผิด ผมอาจจะทำกรรมวิธีผิด แต่ผมก็ต้องกลับมาโรงพยาบาล ก็เลยบอกญาติเขา ญาติเขาก็บอกว่าไม่เป็นไรหมอดูคุณหมอบอกว่าสักวันหัวมันจะหลุดออกมาเอง คุณหมอก็กลับเถอะ ก็ขี่ม้ากลับมาคอบรอดกันเก่าที่จะกลับมาหาสารคาม พอผมมาถึงผมนอนไม่หลับเลย ผมไม่ค่อยสบายใจ เราทำงานไม่ได้ผลรู้สึกจะไม่ถูกวิธี แต่ก่อนกลับมาบอกสามีเขาว่า ถ้าหัวมันออกเมื่อไหร่ก็ไปส่งข่าวหน่อยนะ มันไม่มีมือถืออย่างทุกวันนี้ โทรศัพทก็มีสายหนึ่ง ผมมาอยู่ที่โรงพยาบาลได้สามคืนสามวัน สามีเขาก็มาส่งข่าว เขาบอก คุณหมอ หัวมันออกเอง อ้าวมันทำไมถึงออกล่ะ เพราะตอนผมดูใน cervix มันหดตัว มันไม่น่าจะออกได้ สามีเขาบอกว่า ไม่อยากหรอกคุณหมอ ผมไปตั้งศาลเจ้า เขาเรียกศาลเพียงตา หลังจากตั้งศาลเสร็จสักคืนหนึ่ง คืนรุ่งขึ้นมันก็ออกมาเอง แล้วคนไข้เป็นอย่างไร คนไข้ก็สบายดี ผมก็หายห่วง คล้าย ๆ กับหมดทุกชิ้นใจ แต่ว่าที่เล่าในใจไม่อยากจะให้อวดอะไร บางทีเราเป็นหมอ บางทีเรานึกว่าเราเก่ง เราไม่เก่ง

บางที่เรานึกว่าเราทำถูกบางที่มันผิด เล่าให้ฟังเพื่อจะบอกว่า บรรยากาศหรือสิ่งแวดล้อมมันเลวกว่า  
ชนบท แค่นั้นแหละ ขอขอบคุณ

**นพ.ดร.โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ :** โชคดีนะอาจารย์ที่มีศาลเพียงตามาช่วย ไม่งั้นก็แย่เลย  
ครับ ความจริงหมอสูติจะเรียนหัตถการทำลายเด็ก เป็นวิชาที่ต้องเรียนว่าไว้เผื่อว่าถ้าเด็กติดแล้วจะตัด  
อย่างไรถึงจะออก คนที่ไม่ได้เรียนก็จะรู้สึกแปลกใจว่าทำไมไปตัดหัวเด็กขาด อาจารย์สุรเกียรติเป็นไง  
ครับ ฟังแล้วรู้สึกอย่างไรบ้าง

**รศ.นพ.สุรเกียรติ อชานานุกาภ :** โหดกว่าเราเยอะ แสดงว่ายุคผมคงดีขึ้น ของผมก็เี่ย  
กว่าปัจจุบัน (อาจารย์อยู่โกสุม) ผมเริ่มออกหน่วยที่สถานีอนามัย บ่ายๆ จะว่าง ก็ออกหน่วย  
เคลื่อนที่ที่ สอ. สักแห่ง 2 แห่งที่อยู่ไกล (แต่อาจารย์ก็ทำคลอดที่โรงพยาบาล) ทำคลอดน้อยมาก (เขา  
ไม่คลอดกับเรา) คนไข้ร้างหมอไปหลายปี ส่วนใหญ่จะเน้นที่ OPD case มากกว่า (แล้วเขาไปคลอด  
กันที่ไหน) ไปขอนแก่น ไปมหาสารคาม (หรือไม่กี่หมอด้าย แล้วอาจารย์ก็ย้ายมาที่) แล้วก็ย้ายมาบาง  
ปะอิน ตอนนั้นทางรามาช ขอนมาบอกว่า มีที่ฝึกงานของนักศึกษาแพทย์ ปี 2516 จนกระทั่งปี 2519  
ประมาณ 4 ปี ทำงานด้าน curative มีทีมแพทย์ 2 คน 3 คน เริ่มพัฒนาเป็นโรงพยาบาลปี 2518.  
2519 ปี 2517 เริ่มมีโครงการรณรงค์เกี่ยวกับส่งเสริมสุขภาพ ทำงานเชิงรุกในชุมชน เช่น โครงการ  
สร้างส้วม ให้ชาวบ้านยืมเงินสร้างส้วม กระทรวงมีอยู่สมัยหนึ่งโปรโมตเรื่องส้วม ยุคนั้นมีส้วมใช้ไม่ถึง  
20% ของจำนวนครัวเรือน รณรงค์ฉีดวัคซีน BCG ตามหมู่บ้าน

**นพ.ดร.โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ :** เรื่องที่รณรงค์สร้างส้วมไปสัมพันธ์กับแผนงานเรื่องพยาธิ  
ปากขอไหมครับอาจารย์ มันคนละกรรม

**รศ.นพ.สุรเกียรติ อชานานุกาภ :** คนละกรรมกัน ประมาณปี 2516 2517 2518 เรื่อง  
ส้วม เรื่องวัคซีน ยังเห็นคนระบาศทั้งหมู่บ้าน นำตื่นตื่น มี Case มาทุกวันในหมู่บ้านเดียวกัน ไกกรน  
แข่งกันทั้งคืนตอนนั้น ไกจนตาปูดตาแดง ระบาศทั้งหมู่บ้านแถวบางปะอิน พอได้ฉีดวัคซีน BCG ให้  
มากขึ้น รวมทั้งทำโครงการฟื้นฟูความรู้ให้แก่เจ้าหน้าที่อนามัยประมาณปี 2517 2518 โดยส่วนตัวผม  
มีความคิดมานานว่า เจ้าหน้าที่อนามัยก็คือ หมอของชาวบ้านนั่นแหละ คิดมานานตั้งแต่อยู่ที่ 6 ที่  
ออกค่ายอะไรต่าง ๆ ก็มีความคิดว่า ปัญหาขาดแคลนแพทย์ก็คงไม่สามารถสร้างแพทย์ได้ทัน ในยุคที่มี  
การเรียกร้องให้สร้างผู้ช่วยแพทย์ แต่ถูกแพทย์ต้านไม่ยอมให้มี ผมคิดว่าเราก็มีหมอของชาวบ้าน ก็  
หมออนามัยนั่นแหละ ก็รักษาโรคอยู่แล้ว แต่เขาขาดการเรียนรู้ขาดการส่งเสริม ตั้งแต่ผมไปดูงานที่  
ชุมพรก็เห็นว่า แพทย์มักจะไปจับผิดว่า เวลาไปนิเทศงานจะไปดูว่าอนามัยมียาฉีดในกระเป๋ายาไหม  
ถ้ามีถือว่าเป็นความผิดร้ายแรง เพราะห้ามเจ้าหน้าที่รักษาโรค ห้ามถือสเต็ม แพทย์ของอนามัยจะไปดู  
ว่าบางคนเขาแอบทำการรักษาโรคหรือเปล่า ก็พยายามจะห้าม แต่ผมคิดว่าเราน่าจะส่งเสริมเขา  
มากกว่า จึงนำมาใช้ที่บางปะอินว่า เอาเจ้าหน้าที่อนามัยมาฟื้นฟูความรู้ ก็ใช้หลักเดียวกันช่วงเข้ามา

ฝึกงานกับเราดู case เป็นลูกมือเรา ช่วงบ่ายก็สอนทฤษฎี โดยเขียนเป็นเอกสารชุดหนึ่งขึ้นมา ชุดนั้นก็กลายเป็นตำราเล่มแรกของผม ก็พิมพ์เป็นตำราตรวจรักษาโรคเบื้องต้น ที่ต้องทำตำราเพราะเป็นชุดแรกที่จังหวัดต่าง ๆ ขอมายเยอะมาก ก็เลยผลิตเป็นตำราบาง ๆ

**นพ.ดร.โกมาตร จिंगเสถียรทรัพย์ :** อาจารย์ครับตรงนี้อาจจะสะท้อนว่า ความรู้ทางการแพทย์การรักษาโรคแบบง่าย ๆ แม้แต่ในสมัยโน้นมันค่อนข้างจะไม่ใช่ที่เผยแพร่กว้างขวาง อาจจะมีลักษณะผูกขาดอยู่ในชนชั้นแพทย์เยอะสักชนิดหนึ่ง sheet ที่อาจารย์ทำขึ้นก็รับรู้ไปถึงโรงพยาบาลอื่น ๆ แล้วเขาก็เขียนมาขอหรือครับ

**รศ.นพ.สุรเกียรติ์ อาชานานุภาพ :** จริง ๆ ในขณะนั้นมีหมอชาวบ้าน หมอชิตยาเยอะแยะ ขณะที่ห้ามหมออนามัยทำ แต่ชาวบ้านก็พึ่งพาหมอเถื่อน หมอเสนารักษต่าง ๆ หมอตำบลด แต่เจ้าหน้าที่ก็แอบทำอยู่ คิดว่าต้องยอมรับบทบาทเขา ให้ทำงานส่งเสริมป้องกันอย่างเดียวกไม่ได้ ชาวบ้านต้องการเรื่องการรักษาด้วย เป็นธรรมชาติที่เราห้ามไม่ได้ และกระทรวงยังไม่มีระเบียบระเบียบออกปี 2518 ระเบียบเกี่ยวกับการมอบหมายการรักษาพยาบาล แต่โครงการผมเกิดขึ้นก่อนประมาณปี 2517 2518 2 ปี ปี 2519 มีหนังสือออกมาเล่มแรก ปกสีเขียว ก็เป็นที่ฮือฮามาก

**นพ.ดร.โกมาตร จिंगเสถียรทรัพย์ :** ปัจจุบันยอดขายเป็นแสนมั้งครับ

**รศ.นพ.สุรเกียรติ์ อาชานานุภาพ :** ก็คงหลายแสน เพราะนี่ก็ 32 ปี แล้ว

**นพ.ดร.โกมาตร จिंगเสถียรทรัพย์ :** ฟังแล้วเป็นไงครับอาจารย์ ทำงานสนับสนุนอยู่ในกระทรวง น่อง ๆ ลูก ๆ หลาน ๆ ออกไปทำงานข้างนอก คิดอะไร ตอนนั้น เห็นอะไรครับอาจารย์

**นพ. ไพโรจน์ นิงสานนท์ :** โดยมาก พวกนักเรียนแพทย์ จบแพทย์มา ความนึกคิดตรงกันทั้งนั้น ส่วนใหญ่ต้องการรักษาพยาบาล ที่จะมาป้องกันไม่ชอบ แต่มีกลุ่ม ๆ หนึ่งไม่ค่อยเห็นด้วยกับการรักษา เห็นด้วยกับการป้องกัน พรรคพวกผม 2-3 คน ว่า จบมาแล้วหมอก็มีเยอะแยะแต่ไม่มีใครเลยที่จะไปดูแลประชาชนให้เขาดูแลสุขภาพตัวเอง ไม่มี ในเมื่อมีแพทย์ออกมาแล้ว แพทย์อยู่โรงพยาบาลหรือแพทย์อยู่สถานีนอนามัย สมัยนั้นมี 2 อัน อนามัยอยู่ที่กรมอนามัย โรงพยาบาลอยู่กรมการแพทย์ เพราะฉะนั้น เราไม่ตัดสินใจอย่างนั้น ตัวผม บางคนเขาก็ไปอยู่กรมการแพทย์ อยู่โรงพยาบาล บางคนมาอยู่กรมอนามัย ผมบอกผมไม่เอา ผมชี้แจงจอยู่เป็นที่ ผมอยู่หน่วยเคลื่อนที่เป็นหน่วยเคลื่อนที่แรกของกรมอนามัย อยู่ที่กองอนามัยแม่และเด็ก เพราะฉะนั้น เลยไปสัมพันธ์กับการทำหน่วยเคลื่อนที่หลาย ๆ อัน จนกระทั่งพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวเสด็จมาบอกว่า กระทรวงสาธารณสุขดีแล้วที่มีโรงพยาบาล สถานีนอนามัยดูแล แต่ว่ามีความจำเป็นนะ ไม่เพียงพอหรอก ที่เอาพนักงานอนามัยผดุงครรภ์ไปอยู่ แล้วมีแพทย์ไม่เพียงพอ ให้ทำหน่วยเคลื่อนที่ ในปี 2496 - 97 ทำหน่วยเคลื่อนที่

**นพ.ดร.โกมาตร จिंगเสถียรทรัพย์ :** แสดงว่าถ้าเราพูดถึงบริการสุขภาพในชนบทก็ต้องพูดถึงเรื่องหน่วยเคลื่อนที่ด้วย อาจารย์เรามีหน่วยเคลื่อนที่เหล่านี้ของเราเหล่านี้เยอะไหมครับอาจารย์

**นพ. ไพโรจน์ นิงสานนท์ :** ไม่มี ตอนนั้น ไม่มี มีโรงพยาบาลหลายแห่งที่ทำหน่วยเคลื่อนที่ในจังหวัดด้วย

**นพ.ดร.โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ :** แต่วก่อนหน้าโน้นก็จะมีหน่วยงานเคลื่อนที่ของพวกกรมไซ้ใหม่ครับอาจารย์ เช่น หน่วยโรคเรื้อน หน่วยมาเลเรีย

**นพ. ไพโรจน์ นิงสานนท์ :** อันนี้เฉพาะโรค หน่วยโรคปอด หน่วยโรคเรื้อน ได้เงินสนับสนุนจากฝรั่งมา

**นพ.ดร.โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ :** ผมเคยลงพื้นที่ไปอำเภอกุศุม เมื่อสัก 20 ปีที่แล้ว ไปเจอชาวบ้านที่นั่น ถามเขาว่า ประวัติศาสตร์เกี่ยวกับเรื่องสุขภาพอนามัยท้องถิ่นเป็นอย่างไร เขาก็เล่าเรื่องโรคต่าง ๆ ที่เขาเป็น เขาบอกว่าสมัยก่อนมีโรคไม่เหมือนเดี๋ยวนี้ สมัยก่อนมีโรคที่เขาทราบมาก ภาษาอีสานเรียกว่า อีไม้ อีไม้ ก็คือ คุดทะราด เขาบอกว่า คุดทะราดมันทรมาณกันทั้งหมู่บ้าน เพราะว่ารักษาไม่หาย พื้นบ้านถ้าจะมีก็เอาจุนสีมาทาพอให้อยู่ได้ ก็ไม่หายปวดเท่าไร ต่อมาก็มียอมฝรั่งมาฉีดยา เขาบอกว่าถ้ามียอมฝรั่งจะมาทางอำเภอจะเรียกไปบอก แล้วกำชับกับผู้ใหญ่บ้านว่า ถ้ามียอมฝรั่งมาฉีดยาให้ผู้ใหญ่บ้านสั่งให้ลูกบ้านไปป็นต้นมะพร้าว แล้วก็ไปฟันมะพร้าวมาทะเลายหนึ่ง แล้วเอามะพร้าวมาวางไว้ข้างหมอ ถ้าหมอหิวน้ำขึ้นมาเมื่อไหร่ ไม่ให้กินน้ำอื่นให้ดื่มเฉพาะน้ำจากลูกมะพร้าวเท่านั้น เขาก็บอกว่า เดี่ยวนี้ก็ยังเป็นการปฏิบัติว่า ถ้ามีฝรั่งมาห้ามไม่ให้กินน้ำในบ้านจะเกิดโรค ไดอาเรีย หรือว่าจะเกิดเป็นโรคท้องร่วง แสดงว่าสมัยก่อนโน้นก็มีหน่วยไปฉีดยากุดทะราดบ้าง นี้ก็สมัยไหนครับอาจารย์

**นพ. ไพโรจน์ นิงสานนท์ :** สมัยผมนี้แหละ มีโรคคุดทะราดกับโรคเรื้อน เป็นโครงการเลยที่ทำใช้เงินฝรั่ง เงิน WHO บ้าง เงินจาก USAID บ้าง มาทำอันนี้ แล้วก็ยังมีหน่วยเคลื่อนที่ไป ชาวบ้านรู้ดี ถ้ามี 2 หน่วยนี้ไป ถ้ามีมือกุดเท้ากุดอันหนึ่ง เป็นผลอันหนึ่ง เขารู้ดีว่าโครงการนี้ไป มีคนให้ความร่วมมือเยอะ เพราะพวกมือกุดเท้ากุดน่าสงสารมาก ก่อนนี้เราเลยไปอยู่หน่วยเคลื่อนที่ซึ่งร่วม 2 อันนี้ด้วย มียอมมียาไปตามหมู่บ้าน และท่านรับสั่งไว้ว่า ไปที่ไหนนี้จากหน่วยประจำ ให้ทำหน่วยเคลื่อนที่เล็ก ๆ ด้วยไปตามหมู่บ้าน ไม่ใช่ไปตั้งหน่วยอยู่เฉย ๆ จะได้ให้บริการชาวบ้านในละแวกนั้นได้ดี ซึ่งอันนี้เป็นหน่วยเคลื่อนที่แรกของกรมอนามัยโดยพระราชดำริของพระเจ้าอยู่หัว

**นพ.ดร.โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ :** เรียกว่าเป็นหน่วยเคลื่อนที่โดยพระราชดำริ ได้ทุนมา 22,000 บาท อาจารย์เป็นหัวหน้าหน่วยคนแรก

**รศ.นพ.สุรเกียรติ์ อชานานุภาพ :** โรงพยาบาลจังหวัดเอาเงินมาจากไหน

**นพ. ไพโรจน์ นิงสานนท์ :** จังหวัดเขามึงบประมาณ เขาตั้งบประมาณ เงินบำรุงไม่ค่อยมีคนให้ เพราะเงินบำรุงมาทำ อย่างหน่วยเคลื่อนที่ได้เงินบำรุงมา อนามัยจังหวัดหรือโรงพยาบาลเขาเก็บเงินบำรุงของเขาไว้เพื่อใช้ของเขา เงินบำรุงของโรงพยาบาล เงินบำรุงของกรมอนามัยเขากัน แล้ว

เขามีหน่วยย่อย ๆ ในละแวกของเขา

นางสาววิภักดิ์ พงศ์พนิตานนท์ : อาจารย์คะ แล้วหน่วยเคลื่อนที่หน่วยแรกทำที่ไหนคะ

นพ. ไพโรจน์ นิงสานนท์ : หน่วยเคลื่อนที่หมายถึงของกรมอนามัย อยู่จังหวัดเพชรบุรี -  
ประจวบฯ แล้วแต่ท่านจะส่งไปไหน

นพ.ดร.โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ : ก็คือ หน่วยเคลื่อนที่หน่วยแรกดูแลพื้นที่แถบเพชรบุรี -  
ประจวบฯ เวลาออกไปหน่วยนี้ อาจารย์ไปเจออะไรบ้าง

นพ. ไพโรจน์ นิงสานนท์ : ก็เจอนี้ละครับ เจอโรคทั่วไป โรคหวัดมากที่สุด แล้วก็ diarrhea  
แล้วคุณตระวาดน้อย โรคเรื้อนไม่ค่อยเจอ

นพ.ดร.โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ : โรคเรื้อนคงอยู่แถวอีสานมากหน่อย

นพ. ไพโรจน์ นิงสานนท์ : หมอไพโรจน์อีกคน ไพโรจน์ ประเสริฐสุรารุช ท่านรับโรคเรื้อน  
จังหวัดขอนแก่น

นพ.ดร.โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ : อาจารย์ครับตอนนั้นนี่แนวคิดในการตั้งนิคมโรคเรื้อน เช่น  
ที่โนนสมบูรณ เป็นผลผลิตมาจากอะไร มาก่อนหรือหลังสถานีนอนามัยโรงพยาบาล

นพ. ไพโรจน์ นิงสานนท์ : มาทีหลัง สถานีนอนามัยมาก่อน แล้วก็เห็นแหล่งไหนมีโรคเรื้อน  
มาก ก็จะตั้งสำนักโรคเรื้อนขึ้นกับกองโรคเรื้อน ใช้เงินฝรั่งแต่เราทำ ตอนนั้นมีหน่วยของยูซอม (USOM)  
มาช่วย หน่วยธรรมดาก็มีไม่ใช่ของยูซอมมาช่วย

นพ.ดร.โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ : อันนี้ก็แนวคิดของฝรั่ง ที่ว่า ตั้งเป็นนิคมขึ้น เป็นไร่รั้ว

นพ. ไพโรจน์ นิงสานนท์ : นิคมไม่ใช่ฝรั่ง นิคมของเรา แต่หน่วยเคลื่อนที่ของฝรั่ง

นพ.ดร.โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ : เหมอครับอาจารย์ เพราะเห็นต่างประเทศเขาทำเป็นพวก  
นิคม

นพ. ไพโรจน์ นิงสานนท์ : นิคมโรคเรื้อนเราตั้ง นิคมอื่น ๆ ไม่มี มีแต่โรคเรื้อนทั้งนั้น นิคม  
โรคเรื้อนนี้คนแรกคือหมอไพโรจน์ ประเสริฐสุรารุช ไม่ใช่ไพโรจน์ นิงสานนท์ นะครับ เป็นคนรับหน่วย  
เคลื่อนที่โรคเรื้อนคนแรก ตั้งที่พระประแดง (ตอนหลังก็ขยายไปหลายแห่งไหมครับอาจารย์) หลาย  
จังหวัด แต่ผมมีความเห็นว่า ให้อำนาจเคลื่อนที่และงานที่ให้กับประชาชนในพื้นที่ ผมว่ามันต้อง  
Integrate เข้าไปในพื้นที่ ไม่ใช่หน่วยเคลื่อนที่ ใจผมนะครับ เรามีหน่วยเคลื่อนที่เพื่อออกไป survey  
เท่านั้นว่าแหล่งไหนมีอะไรบ้าง เสร็จแล้วการวางแผนต้องวางให้กระจ่าง จนกระทั่งหมดภาวะการแพร่  
เชื้อแล้ว มิฉะนั้นผมว่าไม่อยู่ ตอนหลังเราคิดอย่างนั้นแล้วเริ่มทำกันของกรมอนามัยกับกรมการแพทย์  
ร่วมกันแล้วดำเนินการเข้าพื้นที่

นพ.ดร.โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ : ก็จะเรียกว่า เปลี่ยนจาก Vertical Programme เป็น  
community base เป็น Integrate เริ่มต้นตั้งแต่สมัยอาจารย์เริ่มหน่วยเคลื่อนที่ก็เห็นข้อจำกัดนี้แล้ว



นพ. ไพโรจน์ นิงสานนท์ : ใช่ เราเห็นอันนี้เราพยายามทำ ไม่เช่นนั้นผมว่าเราเปลืองคนเยอะแล้วชาวบ้านก็ลำบาก

นพ.ดร.โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ : อาจารย์ครับอย่างที่พี่สุรเกียรติบอกว่า ไปเป็นแพทย์ก็ต้องไปสังกัดอยู่กรมอนามัย หรือไม่จั้นก็อยู่กรมการแพทย์อันนี้ก็อปุสรรคเหมือนกัน

นพ. ไพโรจน์ นิงสานนท์ : ไม่เป็นอุปสรรค พอเข้าไปพวกนักเรียนแพทย์รู้แล้วว่า กรมการแพทย์รักษา กรมอนามัยป้องกัน รู้เลย

นพ.ดร.โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ : เรียนมา เขาก็เรียนมาแต่เรื่องรักษานี้ครับอาจารย์

นพ. ไพโรจน์ นิงสานนท์ : นักเรียนแพทย์เรียนเรื่องรักษา แต่ในขณะเดียวกันเขาก็เรียนป้องกันด้วย ไม่ใช่เรียนรักษาอย่างเดียว

นพ.ดร.โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ : เรียกว่า พอเรียนจบมาจะทำงานต้องเลือกเลยว่าจะไปกรมอนามัยหรือกรมการแพทย์

นพ. ไพโรจน์ นิงสานนท์ : กรมอนามัยไม่ใช่ป้องกันเท่านั้นนะเขาต้องรักษาก่อนด้วย แต่ว่าขั้นตอนไม่ลึกซึ่งเท่าโรงพยาบาล มีสถานีนอนามัย 2 แบบ แบบที่ 1 สถานีนอนามัยชั้น 1 ซึ่งมีรักษาพยาบาลด้วยไปช่วยกรมการแพทย์ สถานีนอนามัยชั้น 2 ไม่มีรักษาพยาบาลมีแต่สุขภาพีบาล มีสถานีนอนามัยชั้น 1 กับสถานีนอนามัยชั้น 2

นพ.ดร.โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ : ตอนหลังก็เลยมาคิด Integrate กันให้เป็นหน่วยบริการที่ดูทั้งทุกเรื่องเลย

นพ. ไพโรจน์ นิงสานนท์ : ใจเราไม่ควรที่จะมีแต่ละครกรม ใจเราในขณะนั้น น่าจะทำรวมกันเลย จากกระทรวงสาธารณสุข ก็ไปหน่วยงาน ลงไปพื้นที่

นพ.ดร.โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ : อาจารย์คิดแบบนี้เขาเกลียดอาจารย์ใหม่ครับ

นพ. ไพโรจน์ นิงสานนท์ : ไม่เกลียด เขาถึงเรียก 3 หน่วย อมร วินิจ ผม เราเห็นด้วย เรา รวมกันอยู่ตลอดทั้ง 3 คน

นพ.ดร.โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ : อาจารย์ครับจาก 3 มาเป็น 8 เขียน เป็นอย่างไรครับ อาจารย์ ไปเขียน 8 เขียน อันนั้นก็มาอีกขยับหนึ่งไปใหม่ครับอาจารย์

นพ. ไพโรจน์ นิงสานนท์ : นั่นอีกเรื่องหนึ่ง

นพ.ดร.โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ : ไหนลองขยายอีกนิดซิอาจารย์ ไปเขียนนี่นะครับ

นพ. ไพโรจน์ นิงสานนท์ : อย่าให้พูดเดี่ยวจรีเขาจะ....

นพ.ดร.โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ : ได้บันทึกไว้บ้างแล้วครับ ตอนนั้นเป็นความพยายามที่จะปรับปรุงเปลี่ยนแปลงโรงเรียนแพทย์

**นพ. ไพโรจน์ นิงสานนท์ :** รวมกัน ตัวเราเป็นตัวเข็ด

**นพ.ดร.โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ :** ตอนนั้นมีการตั้งศูนย์ประสานงานทางการแพทย์และสาธารณสุขขึ้น ในกระทรวงที่จะทำงานร่วมระหว่างกระทรวงกับมหาวิทยาลัย ซึ่งตอนนั้นมีคุณหมอสมศักดิ์ ชุณหรัศมิ์ เป็นหัวหน้าสำนักงานนี้ด้วยใช่ไหมครับ ศูนย์ประสานงานทางการแพทย์และสาธารณสุข

**นพ. ไพโรจน์ นิงสานนท์ :** สมศักดิ์ มาที่หลัง

**นพ.ดร.โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ :** อาจารย์ประวัติเป็นเลขาศูนย์ฯ สมัยนั้นศูนย์ฯ มีที่ทำงานเป็นห้องเล็ก ๆ อยู่ที่กองแผนงาน

**นพ. ไพโรจน์ นิงสานนท์ :** กองแผนงานมาที่หลังสุด ด้วยเหตุที่เรารักษาป้องกันแตกกระจายหมด และคิดว่า เอ! เราจะมารวมกันใหม่ให้เป็นกลุ่มเป็นก้อนขึ้นมา กองแผนงานถึงได้เกิด

**นพ.ดร.โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ :** ต่อจากที่อาจารย์อุทัย พุดมาจาก Provincial Plan มาเป็น National Plan

**นพ. ไพโรจน์ นิงสานนท์ :** คุณหมอยุทธนา ก่อนถึงอาจารย์ดำรง

**นพ.อุทัย สุดสุข :** เสริมอีกนิดนะครับอาจารย์ ต่อยอดเรื่องหน่วยเคลื่อนที่ของพี่ไพโรจน์ว่า หลังจากที่ความนิยมและเป็นเรื่องที่จะต้องขยายการเข้าถึงบริการให้กว้างขวางขึ้น ก็เลยมีการขยายหน่วยแพทย์เคลื่อนที่ออกมาจากหน่วยงานต่าง ๆ เยอะ และส่วนใหญ่ก็ยังไม่ได้จัดสรรงบประมาณ หลังจากที่ได้ทำ ชลบุรี Provincial Health Plan ดึงกลยุทธ์ในการเข้าถึงบริการนั้นก็คือ จัดให้มีหน่วยสาธารณสุขเคลื่อนที่ต่อมาเรียก หน่วยสาธารณสุขเคลื่อนที่ ซึ่งรวมทั้งทุกอย่างไม่ใช่เรื่องรักษาอย่างเดียว ก็เป็น Model จากชลบุรี ยืนยันอีกที หลังจาก Implement แล้ว ประมาณปีเศษ ๆ ก็เป็นการยืนยันว่ามันจำเป็น เมื่อในระยะต่อมาก็ได้มีการได้งบประมาณสนับสนุนให้จัดตั้งหน่วยสาธารณสุขเคลื่อนที่ขึ้นในระดับทั่วประเทศ โดยกองสาธารณสุขภูมิภาค ประมาณปี 2519 หรือ 2520 ประมาณนั้น ได้งบประมาณซื้อรถตู้เป็นครั้งแรก สำหรับออกหน่วยแพทย์เคลื่อนที่ ซื้อให้ทุกจังหวัด ปี 2519 2520 ท่าน พุณทรัพย์อาจจะยังอยู่เมืองนอกอยู่ เพราะฉะนั้น ตรงนั้นก็เป็นเรื่องที่หน่วยแพทย์เคลื่อนที่เกิดอย่างสมบูรณ์

**นพ.ดร.โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ :** ทั้งประเทศเลยหรือครับอาจารย์ มีรถขึ้นมาสำหรับจังหวัดรถนี้ก็ออกหน่วยไป แล้วฉายหนังด้วยหรือเปล่า

**นพ.อุทัย สุดสุข :** ทั้งประเทศเลย ฉายหนังด้วย ใช่ ด้วย แต่ก่อนนั้นใช้รถฝรั่ง station wagon สีเขียวๆ ต่อมาเป็น Mitsubishi อันนี้เป็นรถตู้เป็นครั้งแรก ซึ่งใ้มากในขณะนั้น นั่นก็เป็นเรื่องหน่วยแพทย์เคลื่อนที่

**นพ.ดร.โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ :** เรียกว่ารถอินเตอร์ ผมถามเรื่องหน่วยแพทย์เคลื่อนที่

เพิ่มเติมชนิดหนึ่ง คือ ผมไปเป็นแพทย์ที่โคราช เราก็ออกหน่วยกันบ่อย ที่ออกไปเราก็มีสื่อ สื่อที่ส่วนกลาง จัดสรรไปให้ส่วนใหญ่จะเป็นภาพยนตร์ เช่น ภาพยนตร์เรื่องพยาธิบ้าง ภาพยนตร์เรื่องอาหารบ้าง พวกสื่อพวกนี้ เท่าที่ดูไม่ใช่สื่อที่คนไทยทำ มาจากไหนครับอาจารย์

**นพ.อุทัย สุตสุข :** เราอาศัยมือฝรั่ง ยูซอมมาช่วยงานเรา หน่วยที่ผลิตสื่อพวกนี้คือ ยูซิส ให้ทุนมาที่กองสุขศึกษา เราก็ยังไม่สามารถผลิตสื่อพวกนี้ได้เองก็ต้องอาศัยเขาก่อน ต่อมาในระยะหลัง ๆ หลังจากมี real organization ปี 2515 , 2517 เรียบร้อยแล้ว ทางเราก็โตขึ้น ๆ ก็สามารถผลิตสื่อเหล่านี้ได้เอง เป็นสื่อประกอบ ก่อนหน้านั้นเรามักต้องพึ่งยูซอม พึ่ง WHO พึ่ง ยูนิเซฟ ยูนิเซฟมีบทบาทมากในเรื่องของ MCH (อนามัยแม่และเด็ก) ที่นี้พูดถึงเรื่องบริการรักษา บริการสาธารณสุข ในสมัยที่ผมออกเป็นครั้งแรก เมื่อปี 2499 หมอโกมาตรยังอยู่มัธยมอยู่หรือเปล่า (ยังอยู่ชาติก่อนอยู่เลย ครับอาจารย์) ที่นี้ผมไป ผมเรียนจบก็ไปอยู่อำเภอภูเขียว มีเรื่องเกี่ยวกับให้บริการ ในขณะที่นั้นอย่าง ที่ว่า เหมือนอย่างท่านที่ไปอยู่สถานีอนามัยชั้น 1 สมัยนั้นเล่าให้ฟังมาแล้ว แต่ว่าผมตัดสินใจไม่ได้ใช้ม้า แต่ใช้จักรยาน 2 ล้อ กับเกวียน เจริญขึ้นหน่อย แต่อย่างไรก็ตาม การเดินทางมาติดต่อหรือมาประชุมที่ จังหวัดชัยภูมิมันมาสายตรงไม่ได้ จากภูเขียวมาตรงผ่านแก้งคร้อ ผ่านอะไรไม่ได้ ต้องอ้อมมาทางชุมแพ ขอนแก่น บัวใหญ่ มาติดต่อราชการที่ 3 วัน 3 คืน มาถึงก็มานอนขอนแก่น มาถึงตัวจังหวัดบาย ก็อาจจะติดต่องานไม่ทัน นอกที่ตัวจังหวัดรุ่งขึ้นติดต่องานตอนบ่าย ๆ ก็กลับมาค้างที่ขอนแก่น แล้วก็ถึงภูเขียวในวันต่อมา ก็ดีหน่อยมีรถบรรทุกข้าว ผู้โดยสารก็นั่งบนกระสอบข้าว ไม่งั้นก็ไม่ได้เพราะว่า มันกระโดดมาก เพราะถนนเป็นลูกระนาดมาก สมัยนั้นนะครับ ถ้าวางหนักรถ ๆ ไปได้ไม่กระเทือนมาก สมัยนั้นทางภูเขียวหรืออาจจะคล้าย ๆ อีสานอื่นเหมือนกัน นิยมการรักษาพยาบาลมากกว่าการป้องกัน เน้นนอนชาวบ้าน แล้วมักจะชอบตามไปตรวจรักษาที่บ้าน (หมายถึงตามหมอไปตรวจที่บ้าน) ไม่ไปก็ไม่ได้ บางทีแค่อายุในตลาดก็ยังตามไปดู

**นพ.ดร.โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ :** แสดงว่า นี่เป็นวิถีปฏิบัติเดิมหรือเปล่า เพราะว่าแต่เดิมมา หมอยาที่อยู่ในชุมชน ก็คือ เขามาตามตัวหมอไปตรวจที่บ้านอยู่แล้ว อาจจะเป็นแบบนี้

**นพ.อุทัย สุตสุข :** อาจะติดพัน ก็อาจจะเป็นลักษณะนั้น เพราะฉะนั้นก็เลยต้องไปด้วย แต่ขณะเดียวกันก็มีคนมาที่สถานีอนามัย ชั้น 1 ก็มีเหมือนกัน

**นพ.ดร.โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ :** ก็กลับมานิยมใหม่ ให้ทำ Home visit จะได้ไปดูชาวบ้าน ถึงบ้าน

**นพ.อุทัย สุตสุข :** ย้อนไปอีกที แต่ว่าในขณะนั้นที่มันเสี่ยงมาก ก็คือ เรื่องหมอนึ่งนั้นที่ยูนิเซฟ ให้ไว้หมอนึ่งอยู่นั้นไม่กี่ปีก็เสีย เวลาจะทำ sterilize ใช้วิธีต้มเอา ถ้าอยู่ที่สถานีอนามัยชั้น 1 ก็ดีต้มได้นานหน่อย แต่ว่าเวลาออกไปพื้นที่ต้องใช้วิธี ลวกใส่ syring เสียว ถ้าเป็นขณะนี้ถ้าคนอ่อนแอจะติดเชื้องันอตุลุด เป็นฝี abscess อะไรอตุลุดเลย แต่ว่าก็โชคดี (เรียกว่าดี้นรตามมีตามเกิดนะครับ

อาจารย์) ตามมีตามเกิด แล้วหมอนึ่งยี่ห้อ Prestige ในตอนหลังไม่ค่อยมีมาก็ค่อยยังชั่วชนิดหนึ่ง ใช้แบบ Pressor cooker (คือหม้อต้มความดันสูง) ก็ดีขึ้นหน่อย ตอนอยู่ภูเขียวไม่ได้ใช้เลย ลวกจิ้มเลยไม่รู้รอดตัวมาได้ยังไง

ที่นี้เรื่องคลอด เจอ case ยากคล้ายๆ ที่บรรลู่ แต่ว่าพอดีไม่ถึงขั้นต้องตัดเด็กออกมาแล้วคาหัวไว้ ต้องใช้ forceps บังเอิญตอนเรียนก็มีประสบการณ์ 2-3 ราย ที่ช่วยอาจารย์ไปทำ forceps ก็พอจำได้บ้าง สุดท้ายก็ต้องไปเปิดตำราที่ภูเขียวทำ forceps ออกมา รอดตัว นั่นก็เป็นเรื่องเล่าเพิ่มเติม เรื่องการรักษาในภาค 1 คือ ที่โรงพยาบาลหรือสถานีนามัยชั้น 1 แต่อีกภาค 1 แพทย์เราต้องยอมรับว่าเราต้องอยากจะทำอาชีพแพทย์ต่อเนื่องกลัวล้ม เราจึงต้องไปเปิดคลินิกส่วนตัว (private clinic) ขึ้น ผมเองก็ถือปฏิบัติตลอดไม่ว่าอยู่ที่ไหน ก็จะต้องเปิดคลินิกทำเวลาราชการ (เปิดที่ตัวเมืองที่เราไปอยู่ใช่ไหมครับอาจารย์ ในเวลาราชการก็อยู่โรงพยาบาล เลิกงานก็ไปอยู่ดูแลคนไข้ที่คลินิก) เปิดตัวเมืองที่เราไปอยู่ ในกรณีของผมบังเอิญอยู่สถานีนามัยชั้น 1 เพียงปีเดียว นอกนั้นก็ไปอยู่จังหวัดเป็นอนามัยจังหวัด ก็มีคลินิกทุกแห่งในจังหวัดนั้น ๆ พี่ไฟโรจน์ไปเยี่ยมก็ไปเจอ ไม่งั้นก็ไม่พอกิน ไม่พอเลี้ยงลูกเลี้ยงเมีย เมีย 1 คนจริงแต่ลูก 4 คน ทำ private clinic อยู่ต่ออีก 26 ปี เป็น 27 ทั้งหมดทำ Clinical work รวมแล้ว 27 ปี จนกระทั่งเป็นรองปลัดฯ ในปี 2526 ไม่ว่างทำอะไรก็เลยต้องเลิกไป (อาจารย์เลิกทำคลินิกตอนเป็นรองปลัดฯ แสดงว่าอึดน้ำดู) ทำที่ชลบุรี

**นพ.ดร.โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ :** สมัยที่ผมอยู่ที่สุรินทร์ ผมก็ไปตรวจที่คลินิกแพทย์บ่อยแพทย์ประจำบ้านที่เราไปกันเป็นประจำคือ อาจารย์หมอฟี คำธร ซึ่งมาเสียชีวิตที่จังหวัดร้อยเอ็ด หมอฟีก็เปิดคลินิกเล็ก ๆ อยู่ในตลาด พวกเรา สุรินทร์ครับ อาจารย์หมอฟีไปอยู่สุรินทร์ก่อน ผมเป็นไทพอยด์ก็ไปรักษากับอาจารย์ ตกกลางคืนบางทีมันปวดท้องมากกินไม่ได้เอาไปที่คลินิก อาจารย์ก็เอาเตียงผ้าใบมาวางแล้วเปิดสายหยอดน้ำเกลือที่คลินิก น้ำเกลือไม่หมดถุงก็เอารถเตามาส่งที่บ้าน ถ้า น้ำเกลือหมดเมื่อไหร่ก็ให้แม่ถอดเข็มออกให้ ไปตรวจกับหมอฟีประจำ เพราะว่าท่านก็มีคลินิกเล็กๆ ของท่าน คล้ายๆ กับอาจารย์ครับ พอต่อมาหมอฟีถูกยิงตาย วันที่อาจารย์หมอฟีถูกยิงตาย ผมก็ได้รับโทรศัพท์จากแม่ เพราะแม่อ่านข่าวเจอแล้วโทร.มาบอกว่า อาจารย์หมอฟีตายแล้ว ท่านยังถามต่อด้วยความเป็นห่วงว่า มาเที่ยวเขียนมาพูดเรื่องคอร์ปชั่นระวังจะโดนยิงเหมือนอาจารย์หมอฟีนะ สมัยก่อนก็คงจะต้องเปิดคลินิก เงินเดือนทางราชการน้อยมาก

**นพ.อุทัย สูดสุข :** เงินเดือน 1,300 บาท ไม่มีเบี้ยกัณฑ์เหมือนสมัยต่อ ๆ มา ขอเพิ่มเติมอีกชนิดหนึ่งเรื่องการศึกษาแพทย์ ก็อาจจะเป็นเรื่องเก่าที่อาจจะมาคิดใหม่ ในขณะนี้เพื่อแก้ปัญหาบุคลากรขาดแคลนใน primary care ของเรา ซึ่งคุณหมอโกมาตร อาจารย์สุรเกียรติ ก็อยู่ด้วยกัน คือ ในสมัยที่ผมเรียนแพทย์ทางกระทรวงสาธารณสุขโดยกรมอนามัย มีทุนให้นักศึกษาแพทย์ ถ้าใครจะไปอยู่กรมอนามัยอยู่ทางสายป้องกันจะมีทุนให้เดือนละ 250 บาท ก็ไม่เลวนะสมัยนั้น เดือน 250 บาท ประมาณ

ปี 2495-2499 4 ปีนั้น ที่ศิริราช ตั้งแต่ปี 3 ข้ามฟากแล้ว ข้ามฟากแล้วก็ต้องเลือกกรมแล้ว 4 ปีหลังนี้ นะครับ นี่ก็เป็นอาวุธอันหนึ่งที่น่าจะมาคิดทบทวนกัน อันที่สองก็คือ พอจบแล้วขณะนั้นต้องไปเป็น ทหารก็ได้อนุญาตพิเศษให้ไปฝึก 1 เดือน พอถือปืนเป็น เข้าแถวเป็นก็ต้องส่งคืนกระทรวงสาธารณสุข เพราะเป็นแพทย์กระทรวงสาธารณสุขไม่ยอม ที่นี้ ตอนหนึ่งในเรื่องของการไปโมดให้คนโดยเฉพาะ หมอสนใจทางด้านส่งเสริมป้องกันและบริหารจัดการ ก็คือ กรมอนามัยจะมีข้อปฏิบัติอยู่อันหนึ่งคือว่า หมอทุกคนถ้าจะอยู่สายกรมอนามัย หมอเมื่อไปทำงานใช้ทุนแล้ว 2 ปี ขอให้กลับมาเรียน สม. คน สาธารณสุขเมื่อจบให้เงินเดือน 2 ชั้น ปีปลาย มีสิทธิ์ที่จะเป็นผู้บริหารในจังหวัดได้ (พ.ศ. 2500) เริ่มแล้ว เลิกหลังจากนั้น 20 ปี นอกจากนั้น ยังติดต่อส่งไปซ่อมที่ทุเลน ต่างประเทศด้วย (ที่ไหนครับอาจารย์) ที่ ส่วนใหญ่จะทุเลน

**นพ.ดร.โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ :** อ้อเป็นโครงการที่ต่อเนื่องกับรูนัน เพราะฉะนั้น รูนแรก ของ Public Health จะทุเลนทั้งหมด ไซ้ใหม่ อาจารย์คิดว่า ตัวหลักสูตร สม. ที่ได้ทำ คล้ายๆ กับว่า เนื่องจากแพทย์เรียนด้านการรักษาเยอะ พอมาเรียนสาธารณสุขศาสตร์มหาบัณฑิต จะได้แนวคิด ทางด้านสาธารณสุข (ได้เยอะ) ตั้งแต่ปี 2500 มันคงสะสมเชิงปริมาณไว้พอสมควร เป็นทุนสำหรับ การทำงานสาธารณสุขมูลฐานในยุคต่อมา คิดว่าตรงนี้น่าจะมีส่วนที่สำคัญ

**นพ.อุทัย สุขสุข :** ประมาณรูนละ 20-30 คน และบังคับด้วย ถ้าไม่เข้าหลักสูตรนี้จะไม่ได้ เป็นอนามัยจังหวัด ไม่ได้ 2 ชั้น ไม่ได้เป็นอนามัยจังหวัด นอกนั้นก็คงจะเป็นเรื่องของการแก้ไขปัญหา เรื่องการขาดแคลนพยาบาล ซึ่งมีหลักสูตรเวชปฏิบัติขึ้นมา โดยคณะสาธารณสุขศาสตร์ สถาบันพระ บรมราชชนก ตอนหลังสภาการพยาบาลกับวิทยาลัยพยาบาลของเราด้วย ก็สนับสนุน (อันนี้ก็มาระยะ หลังนะครับอาจารย์) ตอนนี้นำทำรูน โรงพยาบาลชุมชน โดยเฉพาะอย่างยิ่งแก้ปัญหา โรงพยาบาล สมเด็จพระยุพราช ในปีประมาณ 2520-2524 ตอนนั้นเร่งผลิตรายๆ ในขณะที่เดียวกันในด้านการ สาธารณสุขในเขตเมือง เราก็สนใจมาก ในการ อาจารย์หมอเสก อนามัยจังหวัดโคราช ได้รับการเชิญ ไปเป็น ตอนนั้นเข้าใจว่าเป็นผู้อำนวยการกองก่อน ไม่มีสำนักอนามัย เข้าใจว่าเป็นผู้อำนวยการกอง สาธารณสุข ของ กทม. ก็ไปจุดประกายที่นั่น ก็ทำให้ผลพวงในระยะหลังนี้ ในส่วนภูมิภาค half indicator ต่าง ๆ มันดีขึ้นเยอะ แต่ว่าหันมาดูตัวเลขใน กทม. นี่มันแย่ เรื่องการกระจายของศูนย์บริการ สาธารณสุขก็แย่ โดยเฉพาะอย่างยิ่งเมื่อมองไปดูที่ตัวเลขเทศบาลต่างจังหวัดเรียกว่าขาดมาก ๆ เลย แต่ว่า เราอนามัยจังหวัดในขณะนั้นก็ได้ควบคุมโดยตรง บางแห่งเทศบาลก็จ้างให้เงินเดือน 1,000 บาท ต่อเดือนแล้วไปเป็นหมอเทศบาล เป็นเพียงตรวจสุขภาพคนงานให้เทศบาลเท่านั้น หยุกยาอะไรไม่มีเลย ไปเป็นหมอเรือนจำ เพราะฉะนั้น (ในตัวเขตเมืองจะมีโรงพยาบาลจังหวัดอยู่แล้วไซ้ใหม่อาจารย์) แต่ว่า ทางด้าน Prevention Preventive objective จะน้อย (จะน้อยเนื่องจากไปอยู่ในพื้นที่ของเทศบาล) ไซ้ ในขณะที่โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป ก็ไม่ดูแลพื้นที่ ไม่ดูแล Preventive ของเทศบาล ทางเรา

ในขณะนั้นโดยกองสาธารณสุขภูมิภาคจับมือกับกองราชการท้องถิ่นของกรมการปกครอง กับ กทม. ดึง กทม. เข้ามาช่วยด้วย ผลิตภัณฑ์งานอนามัยกับผดุงครรภ์ให้กับทางเทศบาล โดยคณะสาธารณสุขศาสตร์ของมหิดลเป็นผู้คิดหลักสูตรให้ แต่ว่าส่วนใหญ่จะเน้นทางด้านพนักงานอนามัย เพราะทางเทศบาลเขาจะดูแลทางด้าน sanitation ความต้องการเขาไปทางนั้น ยกเว้นบางเทศบาลที่มีศูนย์สาธารณสุขอยู่มีความจำเป็นที่จะต้องมีพยาบาลและผดุงครรภ์ก็ให้เราช่วยผลิตให้ นี่ก็เป็นอีกอันที่เป็นความพยายามที่จะดูพื้นที่ประเทศไทยทุกแห่ง ซึ่งในขณะนั้นมันย้อนยุคไปสมัยอาจารย์ สปสข. กับกระทรวงสาธารณสุขขณะนี้ต้องมาดูเรื่อง Primary care ในเทศบาลด้วย

**นพ.สมศักดิ์ ชุณหรัศมิ์ :** อยากถามช่วงที่เราเปลี่ยน สอ.ชั้น 1 เป็น โรงพยาบาลอำเภอ ได้ (เชิญครูอาจารย์) จริง ๆ เกิดจากอะไร (เบื้องต้นเบื้องหลังไซ้ใหม่ครูอาจารย์) เป็นการเมืองหรือฝั่งเราอย่างไร เราคิดอย่างไร เพราะว่าตอนนั้นพวกผมเข้ามาใหม่ๆ เขาพูดสาปแช่ง เห็นพี่ช่วยบอกว่า เปลี่ยนแต่ป้าย จริง ๆ แล้วตอนนั้นมันเป็นเรื่องของกระทรวงวางแผนไว้ คิดวิเคราะห์ไว้หรือการเมืองเข้ามาสั่งเปลี่ยน

**นพ.ไพโรจน์ นิงสานนท์ :** ของกระทรวงสาธารณสุขว่าขณะนั้น เรามองการรักษากับการป้องกันมันฉีกไปจากกันเลย เพราะฉะนั้น ไม่ควร มันควรกลมกลืนกัน คนที่รักษาก็ควรต้องป้องกันด้วย ต้องรู้กันด้วย เพราะฉะนั้น 2 อันนี้ เราถึงจะมาคิดว่า เราคิดว่า ทำในเขตเทศบาลควรจะมีอะไร 2 อันนี้มันฉีกกันหรือเปล่า เพราะฉะนั้น เรามาประสานกัน ก่อนนี้เรื่องการรักษาให้กรมการแพทย์ตลอด การป้องกันให้กรมอนามัยตลอด ตอนหลังบอกว่าไม่ได้แล้ว ถ้ากรมอนามัยควบคุมหรือดูแลพื้นที่ไหนที่กว้างขวางก็เอาการรักษาพยาบาลเข้าใส่ด้วย เพื่อให้เป็นไปตามที่เราต้องการ ให้มีทั้งคู่นี้มันไม่ลอย อันนี้เฉพาะเรื่องป้องกันไซ้ใหม่ อันนี้เฉพาะรักษาไซ้ใหม่ ถ้าด้านกรมการแพทย์ก็ต้องมีหน่วยงานย่อยก็ต้องมีเหมือนกัน เพราะฉะนั้นถึงได้ Integrate ซึ่งกันและกัน ทำให้ดีขึ้นได้ สมัยก่อนกรมการแพทย์ กรมอนามัย เหมือนกับที่เราทราบ กิจกรรมแยก ตอนหลังก็ร่วมกัน

**นพ.สมศักดิ์ ชุณหรัศมิ์ :** เท่าที่ผมทราบในประวัติศาสตร์ มุมมองผมสมัยเป็นนักเรียนแพทย์ ก็คือว่า ตอนเป็นนักเรียนแพทย์ยังไม่มีโรงพยาบาลอำเภอ ก่อนใกล้ ๆ จะจบถึงจะมีโรงพยาบาลอำเภอ เท่าที่รู้รัฐบาลคึกฤทธิ์เป็นคนสั่งเปลี่ยน ตอนนั้นได้อ่านบทความของอาจารย์วิชัยว่า เปลี่ยนแต่ป้ายไม่เห็นมีอะไรเปลี่ยนเลย ผมทำงานใหม่ ๆ ในปี 2521 ก็ยังเพิ่งเริ่มได้ 3 ปี รัฐบาลคึกฤทธิ์ ในปี 2518 ออกมาไปใหม่ๆ ก็เข้ารูปตัวที่เหมือนพีสุรเกียรติ์แล้ว ตอนนั้นก็ไต่บแล้ว ตอนนั้นอยู่อำเภอท่าตูม งบก็มีอยู่นิดเดียว ก็มีคนพูดอยู่เรื่อย ๆ ว่า เรื่องนี้เป็นเรื่องการเมือง แต่ผมก็รู้สึกตลอดเวลาว่า มันก้าวหน้าเร็วมาก ถ้าการเมืองก็คงสั่งแล้วทิ้ง แล้วคึกฤทธิ์มาแล้วก็ไป ก็ไม่มีอะไร แล้วข้างหลังมันเป็นอย่างไร

**นพ.ไพโรจน์ นิงสานนท์ :** ก็ โรงพยาบาลก่อนนี้มีสถานีนอนามัย อำเภอมีสถานีนอนามัย ทั้งนั้น ไม่มีโรงพยาบาล ตอนหลังถึงบอกว่าไม่ได้หรือต้องดูพื้นที่ จะต้องทำยังไง อันนี้ควรจะเป็น

โรงพยาบาล อันนี้ควรเป็นสถานีนามัยเท่านั้น (แต่เราก็ปรับเป็นสถานีนามัยชั้น 1 ก่อน) ชั้นหนึ่ง ก่อน เป็นศูนย์การแพทย์และอนามัย ก่อนนี้เป็นชั้น 1 ชั้น 2

**นพ.ดร.โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ :** เป็นไงครับพี่

**รศ.นพ.สุรเกียรติ อชานานูภาพ :** ตอนอยู่โกสุม เป็นสถานีนามัยชั้น 1 ตอนปี 2517 เป็น ศูนย์การแพทย์และอนามัย ปี 2518 เป็น โรงพยาบาลอำเภอ

**นพ.ดร.โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ :** แสดงว่าที่กินประวัติศาสตร์คนเดียว 3 ยุคเลยนะครับ

**นพ.ไพโรจน์ นิงสานนท์ :** ตอนนั้นกรมอนามัยเอาชั้น 1 แฉงการรักษาเข้ามานิดหน่อย น้อย เพราะว่าเราใช้เงินจากยูซอมด้วย เพราะเงินยูซอมเป็นรูปหนึ่ง ป้องกัน ต้องป้องกัน รักษาต้องรักษา สมัยนั้น

**นพ.ดร.โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ :** เรียกว่า สถานีนามัยธรรมดา เมื่อมีแพทย์ไปอยู่ก็จะเป็น สถานีนามัยชั้น 1 เมื่อเป็นสถานีนามัยชั้น 1 แล้ว มีความพยายามที่จะบูรณาการงานด้านการ รักษาซึ่งเป็นงานของกรมการแพทย์กับงานด้านการส่งเสริมป้องกันที่เป็นงานของกรมอนามัย ก็เลย เรียกชื่อรวมว่า ศูนย์การแพทย์และอนามัย เพื่อจะได้ไม่ต้องเกียงกันว่าจะตั้งชื่อว่าอะไร ทำไม่ไม่ เรียกว่า โรงพยาบาลชะเลยครับอาจารย์

**นพ.ไพโรจน์ นิงสานนท์ :** ต้องท่านผู้ใหญ่ คือเกียงกัน ตอนนั้นผมเป็นรองอธิบดีเท่านั้น มัน ไม่พอ ฝ่ายรัฐบาลเขามองด้วย ว่าต้องแยกด้วย ทางนี้อยู่ดี ๆ จะทำอะไร 2 อัน เราก็ต้องเกียงเขา แพทย์คนหนึ่งไม่ใช่รักษาเท่านั้น มีความรู้ป้องกันด้วย นี่เขาจะเอารักษาที่รักษา ป้องกันก็ป้องกัน เขา จะแยกกัน เราไม่เห็นด้วย เพราะฉะนั้นก็มีปัญหาครั้งแรก ตอนหลังก็คลายลงว่า อันนี้เป็นแค่ โรงพยาบาลอำเภอ ไม่ใช่เป็นชั้น 1 คล้าย ๆ อย่างนี้

**นพ.สมศักดิ์ ชุณหรัศมิ์ :** เวลาที่เรามีศูนย์การแพทย์และอนามัย เพื่อจะเอาการรักษาและการ ป้องกันมาไว้ด้วยกัน ที่นี้บุคลากรแยกมาหรือเปล่า

**นพ.ไพโรจน์ นิงสานนท์ :** ไม่แยก บุคลากรเป็นของกรมอนามัยหมดเลย

**นพ.ดร.โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ :** แสดงว่า กรมอนามัยได้รับคนเข้ามาอยู่ในศูนย์การแพทย์ โดยมีแพทย์เข้ามาอยู่ในกรมอนามัยเยอะขึ้นครับอาจารย์

**นพ.อุทัย สูดสุข :** หลังจากนั้น ก็ ขอดตอบคำถามคุณหมอสมาศักดิ์นิดหนึ่งครับ ที่จริงมันก็เป็น วิวัฒนาการของการที่จะให้บริการเรื่องการรักษาพยาบาล บริการสาธารณสุขลงไปใกล้ประชาชน ผู้ใหญ่ของเรามีวิสัยทัศน์กว้างไกล ในขณะที่นั้นก็อาจารย์หมอดมเป็นรัฐมนตรี อาจารย์เสมเป็นรัฐมนตรี ช่วย อาจารย์หมอลจิต ท่านอาจารย์สมบุรณ์ พวกนี้ อาจารย์ผู้ใหญ่ก็มีความคิดว่า น่าจะต้องขยาย บริการโรงพยาบาลไปในระดับอำเภอ ซึ่งเราเห็นตรงนี้อยู่แล้ว แต่ว่ายังไม่พร้อม แต่เมื่อมีรัฐบาลชุดใหม่ เกิดขึ้น มีคึกฤทธิ์เป็นนายก เขาก็จับความได้จากผู้ใหญ่พวกเรา ถ้าอย่างนั้นเอาอย่างนี้ ตุมเลย



ประกาศเป็นนโยบายเลย จะให้มีโรงพยาบาลทุกอำเภอ แล้วก็คนยากจนให้รักษาฟรี คนจนขึ้นรถฟรี ออกมาอย่างนั้นเลย (มาตรการ 6 ประการ) พอได้เงินผันด้วย ผมเกี่ยวข้องโดยตรงเลย เพราะว่าเป็นผู้รับนโยบาย อยู่ ก.พ. พอดี เข้าไปปีแรกเลยและจับนโยบายนี้เลย และวิธีทำก็จำเป็นว่านโยบายเป็น อย่างนั้น วิธีปฏิบัติก็คือ ยกของเดิมที่มีอยู่ขึ้นเป็นโรงพยาบาลอำเภอ ตอนแรกเรียกว่า โรงพยาบาล อำเภอก่อน ยกศูนย์การแพทย์และอนามัยขึ้นเป็นโรงพยาบาลอำเภอ ต่อมาอีก 2 ปี ถึงเปลี่ยนเป็น โรงพยาบาลชุมชน เพื่อให้ concept ลงไปถึงเรื่องส่งเสริมป้องกันด้วย

**นพ.ดร.โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ :** ฉะนั้น ยุคแรก ๆ ที่เริ่มพัฒนางบประมาณยังไม่ค่อยมีก็ เป็นอย่างว่าจริงสิครับ ก็แค่เปลี่ยนป้ายก็พอแล้ว

**นพ.อุทัย สุขสุข :** ทีนี้ แต่เราก็มีหลักเหมือนกัน หลักก็คือว่า เราสร้างหลักเกณฑ์ขึ้น หลักเกณฑ์ในการยกฐานะยกระดับศูนย์การแพทย์และอนามัยเป็นโรงพยาบาล ก็มีเช่น ต้องมีแพทย์ อยู่ประจำ ต้องเป็นชุมชนขนาดใหญ่ ต้องอยู่ไกลไม่ใช่อุบัติเหตุจังหวัด เราก็มีหลักเกณฑ์ รุ่นแรกก็พวก นั้นไปก่อน ต่อ ๆ มาก็ค่อยทยอย ๆ ตอนหลังก็ยกหมดทั้ง 157 แห่ง พอสร้างใหม่ก็เป็นงบประมาณ เต็มรูปแบบไปจาก 10 เที่ยง ก็ขึ้นเป็น 30, 60, 90, 120 ไป ซึ่งก็เป็นวิวัฒนาการ ในขณะที่เดียวกันก็ จะเหมือนกับที่พวกเรากำลังคิดอยู่ ณ ขณะนี้ ว่า ที่จริงคิดมาก่อนแล้วสมัยที่เป็นปลัด และท่านเทิดพงษ์ เป็นรัฐมนตรีว่าการ ท่านขยายแพทย์ไปยังตำบลเป็นโรงพยาบาลสาขา คิดในตอนนั้น ต่อมาก็มาต่อ ยอดโดยระบบ สปสช. เป็นศูนย์การแพทย์ชุมชน เป็นต้น เพราะงั้นถ้าจะพูดไปแล้ว ณ ขณะนี้น่าจะ ประกาศในระยะต่อไปเมื่อไหร่ไม่รู้ว่าจะมีศูนย์แพทย์ชุมชนหรือ โรงพยาบาลชุมชนทุกตำบลใหญ่ใน อนาคต จะไปอย่างนั้น ดึงไม่อยู่ จะต้องไปอย่างนั้น เมื่อมีโรงพยาบาลประจำจังหวัดแล้วต่อไปก็ต้องไป อำเภอ เมื่อมีอำเภอแล้วต่อไปก็ต้องไปตำบล เพราะว่าคนมากความต้องการมากขึ้น

**นพ.ดร.โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ :** บางทีชาวบ้านที่ตำบลน่าจะมีสิทธิ์ที่จะได้ตรวจกับแพทย์ อยู่แล้ว ถ้าเขาเจ็บป่วยไม่ต้องเดินทางไกล ถ้าได้อย่างนั้นมันก็ดีขึ้น พี่สมศักดิ์ก็ไปอยู่หลังจากช่วงที่ สุรเกียรติไปอยู่ล่วงหน้าก่อนแล้ว สมัยที่พี่ไปทำตม พ.ศ. ๒๕๒๑ เป็นใจครับที่ทำตม ความจริงเป็น บ้านเกิดผม ผมเกิดที่อุบลฯ แต่ว่ามาโตที่จังหวัดสุรินทร์ อำเภอเมือง สมัยนั้นทำตมก็ใช้ได้เหมือนกัน เพราะว่ามียุทธศาสตร์กับชาวส่วยอยู่ เห็นว่าเป็นนักเรียนเกียรตินิยม ได้ทุนเล่าเรียนหลวงแล้วทำไมไม่ เอา ทำไมถึงได้ไปอยู่บ้านนอก ไปเรียนเมืองนอก อะไอย่างนี้ คนสมัยนั้นเขาคิดอย่างนั้น

**นพ.สมศักดิ์ ชุณหรัศมิ์ :** หรือว่าคิดผิดปกติ อาจารย์บอกว่าตอนนั้นได้เงินเดือน 250 บาท ปี 2500 ได้ทุน ผมได้ทุนเล่าเรียนหลวง ปี 2513 ได้เดือนละ 1,000 บาท จากทุนเล่าเรียนหลวง เงินหมื่น หนึ่งก็ไม่ได้จ่าย ผมเล่าสั้น ๆ เป็น 3 ส่วน ผมเข้าใจว่าความเป็นนักศึกษาแพทย์สมัยนั้นของพวกผม เปลี่ยนไปเยอะ อย่างตัวผมเป็นตัวอย่าง ผมก็ไม่เคยคิดที่จะไปอยู่บ้านนอก ตอนเรียนหมอรู้แล้วว่า เป็นรุ่นแรกที่ถูกบังคับให้ทุน 100% ตอนได้ทุนเขาบอกว่าเขาจะจ่ายค่าเล่าเรียนให้แต่ผมไม่ต้องจ่าย

เพราะรัฐบาลไม่รับ ก็รู้แล้วว่าไม่มีประโยชน์ ได้ทุนก็เหมือนไม่ได้ทุน แต่ว่าก็บอกตัวเองว่าเลือกจะเรียนรามาช เพราะรามาช มาจากอเมริกัน ยิ่งไงๆ ความรู้เราก็มาตรฐานสากล ไม่คิดจะไปต่างจังหวัดหรือครับ พอเข้าไปปีแรกมันเห็นบรรยากาศเลยครับ ตอนนั้นปี 2513 บรรยากาศในมหาวิทยาลัยบอกให้นักศึกษารับผิดชอบต่อสังคมเยอะมาก ช่วงนั้น เพราะฉะนั้น ผมเข้าใจว่ารุ่นพวกผมคงมีเหตุปัจจัยหลาย ๆ อย่างรวม ๆ กัน ฉะนั้น ระหว่างเรียนก็ต้องอยากรู้ว่าบ้านนอกเป็นอย่างไร ประเด็นที่ 1

ประเด็นที่ 2 ความที่มีความตื่นตัวมากก็จะมีอาการกดดันเยอะ ไปบ้านนอกไปทำอะไร ไปทำที่ไหน ยิ่งไง เพื่อจะเริ่มรู้จักพวกนี้ สถานีนอนามัยชั้น 1 ศูนย์การแพทย์อนามัย มีพีพีเชษฐี นาคเลขา เขียนบทความว่ากระทรวงบ้าง มีพีพีชัยบ้าง

**นพ.บรรลุ ศิริพานิช :** หมอคุณสมศักดิ์ เกิดที่ไหน

**นพ.สมศักดิ์ ชุณหรัศมิ์ :** เกิดที่กรุงเทพโตที่กรุงเทพ ไปบ้านนอกก็ไปเที่ยวเฉยๆ ไม่ได้ไปอยู่

**นพ.ดร.โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ :** อยู่ไม่ไกลจากรองเมืองเท่าไรครับ ของพ่อผม

**นพ.สมศักดิ์ ชุณหรัศมิ์ :** อยู่หัวลำโพงครับอาจารย์ ที่ผมจะเล่า ชั้น 1 ชั้น 2 ก็คือว่า จริง ๆ แล้ว พอจบแล้วเราก็จะคิดคล้าย ๆ กันคือ ไปอยู่บ้านนอก แต่ว่าผมจะพิเศษหน่อย ตอนผมเป็นนักเรียนแพทย์ผมจะทำกิจกรรมด้วย แล้วผมก็จะตระก้ำล้าปากพอสมควร ไปเป็นนายกสโมสรนักศึกษา รามาธิบดีปีสุดท้าย ปี 2520 ปี 19 เกิดเรื่องมันก็วุ่นวายนิดหน่อย ผมปี 20 จั้นตรง ๆ ชัดละว่า ช่วงหลังก็คือต้องบอกว่าบ้านนอกแน่ๆ

ที่นี้ไปอยู่บ้านนอกผมเข้าใจว่าสมัยนั้นก็ต้องแล้วแต่นักเรียน แต่ว่าโรงพยาบาลอำเภอมีตำแหน่งผู้อำนวยการเยอะ เราก็อยากเป็นผู้อำนวยการโรงพยาบาลอำเภอ ผมเข้าใจว่าผมจะโชคดีมากที่สุดที่ได้ไปอยู่โรงพยาบาลอำเภอ เพราะไปถึงโรงพยาบาลก็แย ๆ อย่างที่ว่า แต่ผมได้พบอย่างหนึ่งผมว่าระบบ support กระทรวงดีมาก ถ้าหมอไม่ปล่อยปละละเลยมากกระทรวงผู้ใหญ่ไม่เคยทิ้ง อันนี้เรื่องจริงเลยนะ ผมจำได้ว่าผมจะเปิด OR จะเปิด OR ได้อย่างไรมันไม่มีเครื่องมือ จะซื้อเครื่องมือก็ไม่มีความจะซื้อ มีคนบอกว่า คุณหมอไม่เห็นยากเลย ก็ขับรถไปที่กระทรวงสาธารณสุข ไปที่กองสาธารณสุข ภูมิภาคไปขอเครื่องมือทำหมัน เขาก็บอกว่าเครื่องมือทำหมันไม่มีอยู่กรมอนามัย ก็มีคนบอกให้ผมไปกองอนามัยครอบครัวก็ได้เครื่องมือทำหมันมา เข้ามาถึงกองอนามัยครอบครัวเขาให้ผมไป 3 ลังเลย 3 ถาด มันเป็นถาดและเครื่องมือพร้อม ห่อผ้าอย่างดี แล้วมีเครื่องมือพร้อมห่อผ้าอย่างดี แล้วเปิด OR ได้เลย ไปสักพักรถจี๊ปผมคว่ำ เพราะรถจี๊ปเก่า ก่อนคว่ำมันเกียร์หลุดซะก่อน เราไม่รู้ว่ามันเป็นโฟรวิล ผมมา ก.พ. มาหาพี่อรุณ ท่านบอกว่า คุณหมออยู่ที่ไหน โรงพยาบาลจะได้งบสร้างตึกใหม่ล่ะ ไม่มีรถหรือเดี่ยวเรารถกระบะไปให้ ผมได้รถกระบะก่อนได้ตึกอีก

**นพ.ดร.โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ :** คงเป็นงบทที่พี่ทุนทรัพย์จัดให้

**นพ.สมศักดิ์ ชุณหรัศมิ์ :** ลูกน้องผมอยากเรียนพยาบาลเวชปฏิบัติเพิ่งจบใช้ทุนปีแรก แต่คน

นี้เก่งมาก ผมเข้ามาทำงาน ผมจะทำอย่างไร เขาบอกมากระทรวงศึกษาธิการไฟโรจน์ อาจารย์ก็ถาม แกมาจากไหน พอถามไปถามมาก็รู้ว่าอยู่บ้านนอก อนุมัติกรณีพิเศษ ผมนี่ก็อยู่ตลอดเวลากระทรวง Support ดี เป็นประเด็นที่ 2

ประเด็นที่ 3 ผมเข้าใจว่าโดยโครงสร้าง เรามีเงินบำรุงและงบประมาณมากขึ้นเรื่อย ๆ ก็เห็นชัดแล้วว่ากระทรวงก็มีข้อดี คือ กระทรวงก็ปล่อยให้เรา Innovate ได้เยอะมาก ผมอยากรู้มาก เทียบหน้าผมอาจจะทำประวัติเรื่องเงินบำรุงทุน ผมคิดว่าประวัติศาสตร์เรื่องเงินบำรุงมีความสำคัญมาก มันมี up and down อยู่หลายตอน และผมรู้สึกอยู่หลายตอนเพราะเป็นเงินบำรุง และอาจจะเป็นผู้ใหญ่ในกระทรวงอาจจะมึนนโยบายอะไรบางอย่าง คือ มีคำถามอยู่เรื่อย ๆ ว่าทำไมกระทรวงสาธารณสุขกับกระทรวงศึกษาไม่เหมือนกัน ผมก็ตอบว่ามี 2 อย่าง อย่างที่หนึ่งคือ ระบบงบประมาณเงินบำรุง อย่างที่ 2 คือ ความสนิทชิดเชื้อของผู้ใหญ่กับคนข้างนอก เรามีความรู้สึกตลอดเวลาว่า สักเดี๋ยวก็มีคนไปเยี่ยม เดี่ยวก็มีคนไปตาม เดี่ยวก็มีคนเรียกมาอบรม เพราะในโรงพยาบาลอำเภอชัดเจนมาก ทำให้ผมเข้าใจว่าพวกนี้ทำให้เราอยู่บ้านนอกพัฒนาไปได้ ถ้าเกิดคิดเรื่อง Referral Network work บ้าง ไม่ work บ้าง ผมคิดว่าเป็นความพยายามที่จะพัฒนาระบบที่ต่อเนื่องของกระทรวงสาธารณสุข ไม่ได้ปล่อยให้เด็กต่างคนต่างทำ แล้วเวลาทำที่บ้านนอกเขาจะรู้ เพราะมี part ในชีวิตผมตอนอยู่บ้านนอกคือ part ที่เป็นแพทย์ชนบท ที่คิดว่าน่าเล่า น่าศึกษาเหมือนกัน มันเป็นตัวทำให้ผมเองได้มีโอกาสเรียนรู้เยอะมากเลย

เล่าสั้น ๆ ก็แล้วกัน คืออย่างนี้ ตอนผมอยู่บ้านนอก ผมอยู่ท่าตม ถ้าอาจารย์จำได้ตอนนั้นคุณอาทิตย์ กำลังเอก แกออกมาซัดพลเอกเปรม ผมจำไม่ได้ว่าปีไหนแน่ ตอนนั้นลดค่าเงินบาทหรืออะไร ถ้าจำไม่ผิด ตอนนั้นผมอยู่บ้านนอก ที่เล่าเพราะผมรู้สึกว่า รัฐบาลเปรมส่งเสริมการพัฒนาชนบทดีมาก เราอยู่บ้านนอกเราไม่ต้องกลัว คือ ผมกับสงวนจะต่างกันนะ ต้องให้สงวนมาเล่าสงวนเล่าได้ เราอยู่ท่าตมเราไม่รู้สักอันตรายนะ สงวนอยู่ราชสีห์โดนคนเข้าไปนั่งไล่บี้ว่าเป็นคอมมิวนิสต์ตลอดเวลาแล้วผมก็ง ๗ นิดหน่อย

**นพ.ดร.โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์:** แต่ว่าท่าตมกับศรีสะเกษ เครือข่ายสายจัดตั้งของฝ่ายคอมมิวนิสต์มันแตกต่างกันนะครับ คือ ผังสุรินทร์ เขมร สายจัดตั้งของ พคท. มันไม่แข็งแรงเท่าศรีสะเกษ

**นพ.สมศักดิ์ ชุณหรัศมิ์ :** เป็นไปได้ แต่ว่าผมมีความรู้สึกที่ พอคุณอาทิตย์มาออกข่าว ใจ ถ้าเปลี่ยนรัฐบาลผมลาออกเด็ดขาดเลย เพราะผมคงทำงานบ้านนอกไม่สนุกแน่ เพราะผมไม่ชอบเป็นหมอบ้านนอก แต่ผมอยากเป็นนิวลอโลจิส ไซโครติส แต่ว่าตอนนั้นมีอย่างที่ทำให้ผมอยากอยู่บ้านนอกคือ ชมรมแพทย์ชนบท ทำให้ผมรู้สึกว่า เราไม่ได้ทำงานคนเดียวมีที่ ๆ หลาย ๆ คนเขาก็ทำงานเหมือนเรา แล้วเราก็เจอกันบ่อย ๆ ทุกเดือน สิ่งที่เราคิดสิ่งที่เราก็ดี แล้วเราก็มีแรง แล้วเราก็มีกลุ่มคนที่พร้อมจะเปลี่ยนแปลงระบบได้ พุดง่าย ๆ คือ บรรยาอากาศก็ต่อเนื่อง ชมรมก็เจริญเติบโต แล้วผมต้องชมอาจารย์หมอน่วม ตอนนั้นผมยังไม่เจออาจารย์หมอไฟโรจน์ตอนบ้านนอกเท่าไร หมอน่วมเป็น

คนที่เราเจอบ่อยที่สุดเลย

**นพ.ดร.โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ :** หมอน่วมที่วันนี้คือ อาจารย์น่วม เศรษฐจันทร์

**นพ.สมศักดิ์ ชุณหรัศมิ์ :** หมอน่วม เศรษฐจันทร์ ซึ่งเป็นรองปลัดสมัยนั้น ผมมีความรู้สึกที่อาจารย์หมอน่วมเป็นผู้ใหญ่ คือ ท่านไม่ได้ฟังเราทุกเรื่องแต่ก็ไม่ได้ว่าเรา เวลาเราทะเลาะกับท่านก็ยอมให้เราทะเลาะด้วย แล้วชมรมก็ได้ประโยชน์จากตรงนั้นมาก ก.พ. ก็ดึงพวกเรามาทำงาน ก็ดี พุดง่าย ๆ คือ ผมคิดว่า ชมรมแพทย์ชนบทสมัยนั้น พยายามมุ่งเป้าพัฒนาโรงพยาบาลอำเภอเยอะมาก และก็มีโอกาสทำงานกับกระทรวงใกล้ชิด คือ กระทรวงก็ส่งเสริม พุดง่าย ๆ ส่งเสริมให้ อินเตอร์วอล แคลปีตอล ของโรงพยาบาลอำเภอโต ก็มีคู่มือมีอะไรต่อมิอะไรมากมาย ฉะนั้น ผมก็รู้สึกว่าชมรมทำให้ผมได้เรียนรู้เยอะมากจากการที่ต้องทำงานคนเดียว มี network ตอนนั้นก็ยังคงคิดกับตัวเองเล่น ๆ ว่า ถ้าไม่ได้ทำงานที่ชมรมก็อาจจะกลับไปเรียน specialist ก็ไม่ได้ไปเรียนสักทีติดพันมาเรื่อย จนกระทั่งได้ไปเมืองนอกตอนย้ายมาอยู่ที่ประทาย หลังจากที่อยู่ที่ทำตุ้ม 3 ปี แล้วย้ายมาที่ประทาย

**นพ.ดร.โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ :** พี่ย้ายมาอยู่ที่ประทายต่อจากพี่กวีไหมครับ

**นพ.ไพโรจน์ นิงสานนท์ :** เรื่องการรักษา ผมว่าก่อนนี้เราแยกกันมาตลอดซึ่งผิด เพราะฉะนั้นทำไมถึงมารวมเป็นโรงพยาบาล ที่มารวมเป็นโรงพยาบาล เราต้องการการรักษาป้องกันทุกอย่าง เพราะฉะนั้น สถานีนอนามัยชั้น 1 ชั้น 2 เลิกแล้ว หมดสมัยแล้ว คุณจะป้องกันอยู่อย่างเดียวไม่ได้แล้ว เพราะฉะนั้นเราถึงต้องรวมมาให้เป็นโรงพยาบาล อย่างโรงพยาบาลอำเภอ ครั้งแรกเถียงกันมากเลยว่าเป็นสถานีนอนามัย มีโรงพยาบาลจังหวัด มีโรงพยาบาลอำเภอพอแล้ว ไม่จำเป็นต้องสถานีนอนามัยชั้น 1 ชั้น 2 ทำอย่างไรให้คนเข้าใจ ว่าหน้าที่คุณไม่ใช่รักษาอย่างเดียวคุณต้องป้องกันด้วย และดูเขาด้วยว่าเขาเป็นอย่างไรบ้าง เราให้ความรู้พวกเขาให้บริการกับประชาชนไม่ใช่วาร์จอนไม่สบายแล้วมารักษาไม่ได้ป้องกันอะไรเลย มีหลายคนเป็นอย่างนั้น คิดว่าไม่ใช่หน้าที่ผม เพราะอย่างนั้นไม่ได้แล้วอย่างนี้ไม่ได้ ... เรามาตกลงกันว่าโรงพยาบาลจังหวัด

**นพ.ดร.โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ :** มีความเห็นต่างอยู่ด้วย กลายมาเป็น พบส. ในที่สุด พุดถึงเรื่องชมรมแพทย์ชนบทที่พี่สมศักดิ์พุดถึง ก่อตัวขึ้นมา ทางพี่สมศักดิ์ก็รู้สึกว่าในกระทรวงให้การสนับสนุนดี แต่ผมคิดว่าประวัติศาสตร์ตรงนี้คงไม่สมบูรณ์ถ้าไม่ได้ฟังความเห็นของอาจารย์บรรลु ในฐานะผู้ที่เคยฟาดฟันกับชมรมมาก่อน อาจารย์รับตอนนั้นเป็นยังไงบ้างครับบรรลุภาค

**นพ.บรรลุ ศิริพานิช :** เท่าที่ฟังมาทั้งหมด ผมเพิ่งเข้าใจว่า ผมอยู่ฝ่ายกรมการแพทย์ สุดท้ายดวงตาเห็นธรรมทั้งหมด (อาจารย์โตมาจากสายกรมการแพทย์) ผมโตมาจากสายกรมการแพทย์ ที่หมอสมาศักดิ์ถามว่า ให้จริง ๆ ซิ มาสร้างโรงพยาบาลชุมชนมาจากไหน ในใจผม ผมว่าเหตุมันมาจากการเมืองจริง ๆ เขาสั่งมาเลย เขาเลย ไม่ได้มาจากกระทรวงสาธารณสุขไปแห่ ไม่ใช่ นี่เป็นอำนาจรัฐสั่งมาเลย เหมือนกับ สปสช. อำนาจรัฐสั่งมาเลยให้ทำ สปสช. (ตอนนั้นเขาสั่งว่าอะไรครับ) ผมไม่รู้นะเขาสั่งว่ายังไง แต่ผมเข้าใจว่ารัฐบาลสั่งมาว่าให้ทำโรงพยาบาลชุมชน เพราะว่าเขาจะเป็นส่วนหนึ่งของ

การรักษา หมอตามเมืองต่าง ๆ ต้องการมาอยู่โรงพยาบาลนี้ก็มาสมัครที่นี่ แล้วก็มี Administrator ที่จะจัดเงินเดือนให้โรงพยาบาลนี้เป็นโรงพยาบาลชุมชน ไม่ใช่โรงพยาบาลหลวง

**นพ.สมศักดิ์ ชุณหรัศมิ์ :** สุดท้ายชุมชนก็ดูแลเองไม่ได้ให้รัฐบาลดูแล เหมือนโรงพยาบาล เชียงรายประชาชนเคราะห์ใหม่

**นพ.บรรลพ ศิริพานิช :** ไม่ใช่ ไม่เหมือนเลยเอาเงินมาจากไหน โรงพยาบาลอิสตันที่ผมไปอยู่ ผมก็ถามเขาว่าเอาเงินมาจากไหน เขาก็บอกว่าเอาเงินมาจากประชาชน บุคคอส บุซซิล ทุกคนต้องมี บุคคอส บุซซิล ใครเข้ามาก็เบิกเงินจากบุซซิล หมอก็เอาไปเบิกจากบุคคอส นั่นคือ โรงพยาบาลชุมชน แต่ของเราไม่ใช่โรงพยาบาลชุมชน มันเป็นโรงพยาบาลหลวง ซึ่งอยู่ระดับอำเภอ ถ้าจะทำโรงพยาบาลตำบล สักวันก็ถึงโรงพยาบาลตำบล ก็เป็นโรงพยาบาลตำบล ไม่ใช่โรงพยาบาลชุมชน

**นพ.ดร.โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ :** แปลว่าจะตั้งชื่ออย่างนั้นก็ได้เป็นโรงพยาบาลชุมชน อย่างแท้จริง เราก็อาจจะคิดกันแบบนี้มาเรื่อยต่อมาก็คิดเป็นโรงพยาบาลในกำกับรัฐ ผมอยากเห็นโรงพยาบาลในกำกับประชาชน แต่ก็ยังไม่ถึง ยังรอวันนั้นอยู่

**นพ.บรรลพ ศิริพานิช :** ไหน ๆ ได้พูดมาแล้ว ผมว่าก่อนจะถึงตรงนั้นต้องอาศัยพื้นฐานทาง เศรษฐกิจของบ้านเมืองของคนของเรา ถ้าคนของเราถึงระดับนั้น มันจะถึง รพช. ทันที เพราะคนมีเงิน คนมีความเข้าใจเขาก็ทำของเขาเอง แต่เดี๋ยวนี้คนของเรายังไม่มีเงินไม่มีความเข้าใจจะเอาแต่เสรีภาพ ก็ยาก มันก็เป็นเช่นนั้นเอง

**นพ. สมศักดิ์ ชุณหรัศมิ์ :** ประเด็นที่ อาจารย์บรรลพพูด เพื่อประโยชน์สำหรับบทบาทที่รับ งานวิจัยที่จะต้องไปหา ร้อยพัน event สำหรับผมมีเหตุการณ์อยู่ 3 เหตุการณ์สำคัญ ที่ผมคิดว่า น่าจะเป็น document ให้ชัด ๆ 1 ใน 3 อาจารย์พูดไปแล้วคือเรื่อง 30 บาท เนื่องจากผมอยู่ในเหตุการณ์ เราก็จะรู้ว่า 30 บาท แม้รัฐบาลจะประกาศเป็นนโยบายแต่ไม่ได้มาจากรัฐบาล อัญญาสิทธิ์ เห็น ประโยชน์แล้วคิดได้เองหมด มันมาจากการที่เราไป push ลงมาเป็นตัว push หลักแน่ ๆ นี่ก็ตัวอย่าง ผมเข้าใจว่านโยบายอำเภอ อาจจะ in between กระทรวงก็อาจจะอยากทำ แต่ก็ไม่ได้คิดอะไรมาก การเมืองสั่ง ก็เลยถือโอกาสทำซะเลย และผมก็เดาต่อไปนะครีบาจารย์ว่ามีเหตุปัจจัยจาก โรงพยาบาลยุพราชด้วย ทำให้มันเติมพลังเข้าไป นโยบายรัฐบาลแห่งๆ นโยบายลธานินทร์ แน่ๆ อันนี้ก็ เป็นตัวอย่างอันที่ 2 อันที่ 3 คือ Primary Health Care ซึ่งเราก็เถียงกันเป็นระยะ ๆ ตกลง WHO ให้ เราทำหรือว่าเราทำเอง ประวัติศาสตร์ไทยบันทึกชัดเจนว่าประเทศไทยทำก่อนแน่ ๆ WHO ได้ ประโยชน์แน่ พูดอย่างนี้ผมคิดว่า น่าจะบันทึกเอาไว้ เพราะผมเองมีความรู้สึกตลอดเวลาว่า ถ้าจะ บันทึกประวัติศาสตร์ระบบสาธารณสุขไทย มันคำถามคำถามหนึ่ง ว่า Innovation เกิดในระบบมาก น้อยแค่ไหน ผมก็มีสมมติฐานของผมว่า ระบบสาธารณสุขไทยมี some how มีอะไรสักอย่างที่น่าสนใจ ไม่รู้อยู่ตรงไหน แต่มันมี Innovation ตลอดเวลา อะไรเป็นตัวทำให้เกิด Innovation ตลอดเวลา เป็นตัว

ที่น่าสนใจมาก แต่มันไม่ได้หยุดที่ยุคใดยุคหนึ่งนะ มันต่อเนื่องตามสมควร เราก็จะเป็นห่วงมากกว่าเมื่อระบบเริ่ม innovate เมื่อไหร่มันจะลำบากระยะยาว เหมือนที่เราชอบพูดกันว่า ถ้ามันเหมือนมหาดไทยเมื่อไหร่เสร็จเลย เหมือนกระทรวงศึกษาเมื่อไหร่เราตายเลย ที่โซฟาเราเทียบกัน เราก็ยังดีกว่าเยอะ แม้จะระบบราชการ เพราะมีคำถามตลอดเวลว่า ระบบราชการมัน reinvent ตัวเองได้หรือเปล่า บางคนก็บอกว่า เอกชนดี จะได้ดูแลตัวเอง เผอิญกับความไม่แน่นอน นี่เป็นโจทย์สำหรับผมในแง่การมองประวัติศาสตร์

**นพ.บรรลุ ศิริพานิช :** ผมจากจะเต็มสุดท้าย ฟังมาก่อนข้างมาก หลังจากฟังมาทั้งหมด ผมมีความรู้สึกว่าการทรวงสาธารณสุขนี่ดีนะ ไม่ว่าจะเรื่องอะไรต่าง ๆ การทรวงสาธารณสุขดีไม่ว่าจะพูดว่าอย่างไร ฟังจากคุณหมอทั้งหมด การทรวงสาธารณสุขไม่เลวนะ ถ้าจะเปรียบกับที่อื่น ๆ ผมดูตัวผมเอง ผมมาจากบ้านนอก ผมไม่มีเพื่อนฝูง ผมไม่มีญาติพี่น้องเป็นข้าราชการ ผมยังมาเป็นรองปลัดกระทรวงเลย ผมว่าการทรวงสาธารณสุขนี่ดีนะ บางคนไม่ได้ทำงานการทรวงสาธารณสุข ไปทำงานอยู่ข้างนอก เขายังเป็นข้าราชการการทรวงสาธารณสุขเลย ไม่ได้แซวนะ แต่ว่าเขายังทำประโยชน์ให้บ้านเมือง อีกประการหนึ่ง ถ้าสังเกตดูการทรวงสาธารณสุขปรับตัวเข้ากับสิ่งแวดล้อมใหม่ แต่ก่อนนี้สมัยกรมการแพทย์ กรมอนามัยยังไม่มีแผนฯ อะไรสักอย่าง แผนฯ มาเมื่อสมัยหมอยุทธนาไปเรียนเรื่องแผน พอไปเรียนเรื่องแผนการทรวงสาธารณสุขเราทำแผนก่อนเพื่อน มีแผนมีอะไร พอมีแผนขึ้นมา แต่ก่อนภาษาไทยไม่มีคำว่าสัมมนา เชื้อผมเถอะไม่มี พอจะมีสัมมนา มีหมอกคนหนึ่ง อาจารย์ที่เรารู้จัก คุณหมอเชิด โชนวณิก เป็นอธิบดี ท่านมาถามว่า สัมมนา คืออะไร ทั้งนี้เพื่อที่จะแสดงว่าการทรวงสาธารณสุขไม่เลวนะ มันปรับตัวเข้ากับสิ่งแวดล้อมใหม่เรื่อย ๆ ดังนั้น ใครอยู่การทรวงสาธารณสุขก็ควรจะอยู่ต่อไป

**นพ.ดร.สมศักดิ์ ชุณหรัศมิ์ :** เล่าเร็วๆ อาจารย์บรรลุพูดถึง จะอ้างอยู่เรื่อยๆว่าตัวเองอยู่บ้านนอก ทำงานปีแรก ๆ ไม่รู้จักว่าแผนคืออะไร อาจารย์หม้ออำนวยการ ไตรสุภา ผู้ตรวจไปเยี่ยมแล้วขอดูแผนโรงพยาบาลอำเภอผม ผมคิดว่าต้องมีผู้ใหญ่แบบนี้ละ ผู้ใหญ่ที่ไปคาดคั้นเรียกร้องให้เด็ก ๆ ทำอะไรที่ใหม่ ๆ ที่น่าสนใจ ผมไม่รู้เรื่องเลยนะอาจารย์ ผมก็เลยต้องไปหาหนังสือมาอ่าน ก็ไปได้ซีทที่ยุทธนามาอ่านสมัยนั้น ถึงได้รู้ว่าวางแผนแปลว่าอะไร แล้วผมก็ถามตัวเองอยู่เรื่อยๆว่า เอ้! เด็กสมัยนี้เวลาผู้ตรวจไปเยี่ยม ผู้ตรวจเป็น inspiration ของเด็กได้แค่ไหน ให้เด็ก ๆ เกิดอยากเรียนรู้ทำทายเด็ก ๆ พุดง่าย ๆ หรือไปไล่จับผิดเฉย ๆ อันนี้ก็เป็นคำถามที่ผมมีอยู่ในใจ ยกตัวอย่าง

**นพ.ดร. โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ :** นี่ก็อาจเป็นประเด็นที่น่าตามเหมือนกันว่า คือ วัฒนธรรมของการตรวจราชการไทยเปลี่ยนแปลงไปอย่างไรบ้าง เพราะเท่าที่ผมเคยฟังจากอาจารย์บรรลุ ก็มีการเปลี่ยนแปลงไปหลากหลายลักษณะ อาจารย์อยากจะทำสำนึกใหม่ครับว่า เท่าที่อาจารย์เคยชื่นชมเคยคุยกับทางมหาดไทย

**นพ.บรรลุ ศิริพานิช :** ผมว่า ผู้ใหญ่หรือข้าราชการระดับสูงค่อนข้างจะดี ยกตัวอย่าง เมื่อผมเป็นผู้อำนวยการโรงพยาบาลสระบุรี มีปลัดกระทรวงไปเยี่ยม ปลัดกระทรวงคนนั้นชื่อผ่น แสงสิงแก้ว มาเยี่ยม ผมก็ตกใจ ธรรมดาปลัดกระทรวงก็ไม่ได้เยี่ยมโรงพยาบาลหรอก เราก็เตรียมการแล้วก็เชิญเจ้าหน้าที่มาเพื่อจะต้อนรับ คุณหมอผ่น แสงสิงแก้ว ก็เข้าไปในที่ประชุม ผมก็เอยต้อนรับท่านว่า เพื่อให้ข้าราชการทั้งหลายได้ทราบ คือว่า ขอแนะนำท่านปลัดกระทรวงซึ่งเป็นผู้บังคับบัญชาสูงสุดของกระทรวง พุดเพียงแค่นี้ คุณหมอผ่น แสงสิงแก้ว หยุดเลยหมอ หยุดก่อนคุณหมอ ผมก็ตกใจ เรื่องอะไร คุณหมอใช้คำผิด ผมไม่ใช่ผู้บังคับบัญชา ท่านพุดเลย ผมไม่ใช่ผู้บังคับบัญชาของท่านทั้งหลาย ผมเป็นแต่เพียงเพื่อนร่วมงาน โอ้! ผมฟังแล้วขนลุก ตั้งแต่นั้นมาผมคิดในใจว่า เอ! ผู้หลักผู้ใหญ่ของเรา นี่ดีนะ (อาจารย์หมายถึงยุคไหนถึงยุคไหนครับอาจารย์) ยุคนั้นคุณหมอผ่น พ.ศ. ไหนผมจำไม่ได้ ผมอยู่สระบุรีเมื่อปี 2495 - 2516 ช่วงนั้น หลังจากนั้นมา ผู้หลักผู้ใหญ่ก็แปรเปลี่ยนไปตามสิ่งแวดล้อม มองในแง่ดี ส่วนใหญ่ก็ค่อนข้างจะดี ก็ธรรมดา ถ้าไม่ดีก็ถูกเขาตำบ้าง ก็ไม่รู้จะทำยังไง ก็ยอมไป ไม่ได้ต่อสู้กันเหมือนกระทรวงอื่นๆ ผมมีความรู้สึกอย่างนั้น นอกจากนั้น กระทรวงสาธารณสุขในระยะหลัง ๆ

ผมจะเล่าเรื่องให้ฟังตอนผมไปเรียน วปอ. เมื่อไปเรียนก็ไปดูงานทุกจังหวัด ไม่มีจังหวัดไหนไม่ได้ไป ผมก็แซวพวกมหาดไทยว่า เอ้! พวกเรามามีคนมาต้อนรับมาต้อนรับเยอะเยาะนัก แล้วผมก็แซวมหาดไทย มหาดไทยเนีย พอเจ้านายมาก็มาต้อนรับ ๆ เยอะมาต้อนรับทำไม มาเข้าแถวกันทำไม ต่อมา พ.ศ. 2521 พอดต่อมาสักประมาณ 10 ปี เพื่อน วปอ. มาบอกผมว่า “เฮ้ยมีงะมีงดูซิพอ ข้าราชการกระทรวงสาธารณสุข ข้าราชการมันมายืนต้อนรับเท่าไร” มันตีกลับคืนแล้วนะทีนี้ ผมก็ไม่รู้ แต่ผมคิดว่าส่วนใหญ่ยังดี มีแต่ส่วนน้อยและบางครั้งคราวเท่านั้น พอโดนสะกิดโดนกระแนะกระแหนก็ค่อยเปลี่ยนตัว เนื้อแท้มันยังดีอยู่สิ่งแวดล้อมทำให้มันเปลี่ยนแปลงไป

**นพ.ดร. โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ :** อาจารย์ก็ไม่ได้บอกทางมหาดไทยไป ก็เพราะเรารู้จากคุณนั้นแหละ อาจจะเป็นอย่างงั้นก็ได้ ครับผมคิดว่าเราใช้เวลาเกิน 4 โมงเย็นไปแล้ว คิดว่าเป็น section ที่ดี คิดว่าการคุยวันนี้ก็ได้เรื่องราวที่ไม่ถูกจดบันทึกมากนัก จะได้เป็นประโยชน์ไป เมื่อสักพักก่อนที่ จะเข้ามาตอนบ่าย มีนักวิชาการประวัติศาสตร์บอกว่าอาจจะต้องตั้งเป็นวงช้อนกันหลายวง อย่างเช่น เรื่องต่างๆ ที่คุยกันในวงวันนี้อาจจะมีเรื่องที่ช้อนกันอยู่ อย่างเช่นเรื่องคุณภาพโรงพยาบาล มันก็ช้อนกับเรื่องที่เราพูดกันนิดหนึ่ง ก็จะต้องไปตั้งอีกวงหนึ่ง ก็คิดว่า ถ้าเราพัฒนาวิธีการพูดคุยแบบนี้มากขึ้น ก็อาจจะช่วยเรารวบรวมข้อมูลได้จากหลาย ๆ วงมาประกอบกันเข้า ก็อาจจะทำให้เราได้เนื้อหาของประวัติศาสตร์ที่เป็นมาได้พอสมควร ก่อนที่จะเลิกอยากจะได้ฟังคำจากอาจารย์จรี เพื่อเป็นมงคลกับพวกเราทุก ๆ คน เบื้องหลังวีรบุรุษย่อมจะมีวีระสตรียืนอยู่ด้วยเสมอ

**นพ.บรรลุ ศิริพานิช :** และวันนี้ได้ให้มะเฟืองผมถุงหนึ่ง

**พญ.จรี นิงสานนท์ :** ก็รู้สึกคุณหมอจะยกย่อเกินไปนะคะ เพราะว่าที่มาวันนี้ไม่มีส่วน



เกี่ยวข้องกับอะไรเลย เพียงแต่จะทำให้กำลังใจคุณหมอไพโรจน์เขาเหนื่อย ว่าจะได้มาพบพวกน้อง ๆ พี่ๆ หรืออะไร ที่ได้ร่วมงานกันมา เพราะว่าตอนนี้ก็ไม่ได้มีงานการอะไรที่เกี่ยวข้องกันมากมายแล้ว ก็มารู้ข้อความหลังมันก็เป็นความสุขอันหนึ่ง ก็ขอให้เขามา ความจริงเขาก็รู้สึกที่ตัวเองไม่เหมาะที่จะมา เพราะว่าลืมนิดไปมาก อาจจะทำให้ข้อมูลถูกต้องหรืออะไร พี่ก็ได้พยายามว่ามาเถอะ มาพบกันก็แล้วกัน พูดไปในสิ่งที่เราจำได้ก็แล้วกันก็คงไม่ว่าอะไร ส่วนบันทึกก็มีอยู่แล้วในสมุดหลายๆ เล่ม ก็คงใช้ประกอบได้ คิดเท่านั้นเอง ไม่ได้ตั้งใจจะมาเกี่ยวข้องกับทางนี้มากนัก เพราะการทำงานของหมอคนหนึ่งก็ทำงานในด้านวิชาการไปเฉย ๆ ไม่คิดว่าจะมาลงลึกถึงขนาดที่คุย ๆ กันอย่างนี้ แต่ตอนที่คุณหมอไพโรจน์รับหน้าที่อยู่ในกระทรวงก็ไม่ได้เกี่ยวข้องกับงานเขาสักกิดเลย งานโครงการมัน ไม่ได้บ่งชี้ว่าจะต้องทำอะไรอย่างโน้นอย่างนี้ แต่มีบางส่วนเหมือนกันที่ว่ารับรู้โดยไม่ได้ตั้งใจ คนโน้นพูดอย่างนั้นคนนี้พูดอย่างนั้น ก็ได้แต่มาแนะนำบ้างว่า เราไม่ควรทำอย่างนี้นะเราควรจะทำอย่างนี้ ที่อยู่เบื้องหลังนะคะ ไม่ได้เป็นผู้บังคับการ เพราะฉะนั้นเรียนให้คุณหมอทราบว่าได้เป็นใหญ่หรือบังคับอะไร ไม่ทราบว่าคุณหมอจะให้พูดอะไรอีก ไม่อยากจะทำ...คือมีประวัติบางสิ่งบางอย่างที่คุณหมอไพโรจน์จำไม่ได้ก็จะบอกประคอง เจ้าหน้าที่ ให้เขาฟังบ้างเขาคงจดบันทึกไว้แล้ว ก็คิดว่าคงจะมีเท่านี้ เท่าที่จะบอกจุดมุ่งหมายของตัวเองที่มาเที่ยวนี้ ก็ยังคิดอยู่เลยว่าจะมาดีไม่มาดี มาเถอะเพราะเราก็กวักการเดียวกัน คุณหมอสุรเกียรติ ก็จำหน้าได้คุ้นกันมาก ตอนฝึกงานอะไรต่ออะไร ก็มาเจอกันนาน ๆ ทีหนึ่ง ก็ดี ถ้าเผื่อเป็นงานอื่นก็ไม่กล้าไป ถ้าเป็นพวกแพทย์กันเองก็ไม่เป็นไร คิดอย่างนี้นะคะ ขอขอบคุณนะคะ

**นพ.ดร.โกมาตร จิงเสถียรทรัพย์ :** ถ้าหากว่ามีเรื่องอะไรที่จะขอรวบรวมก็จะไปพบกับอาจารย์อีก (ได้ค่ะ) โดยเฉพาะเรื่องราวที่อาจจะต้องรวบรวมเอกสารอะไรต่าง ๆ พวกผมเคยทำหนังสือประวัติพอเสมอ เล่มที่แจกไปในกระเป๋า เล่มนั้นตอนทำขึ้นก็ไปคุยกับพอเสมอ พอเสมอบอกว่าไม่ให้ทำ ท่านบอกว่า มันจะเป็นตัวอย่างที่ต่อไปข้างหน้าคนเมื่อมีอำนาจก็อยากจะให้ทำแบบนี้ ท่านก็บอกว่าไม่ให้ทำ เราก็คิดว่ามันก็มีเหตุผลพอสมควรที่จะทำ ก็บอกกับท่านไปว่า ไม่ทำประวัติของท่านเป็นการทำประวัติสาธารณสุขไทย แล้วเราก็ให้คุณสันติสุขไปเก็บรวบรวม พอถามไปถามมาท่านคงรู้ทัน มันเป็นเรื่องของท่านเยอะท่านก็หยุดให้สัมภาษณ์ และไม่ให้ความร่วมมือในการค้นคว้า รูปภาพอะไรก็ไม่ให้เลย เราก็ใช้วิธีไปหาภรรยาของท่าน ก็คิดว่าติดต่อทางอาจารย์ไพโรจน์อาจจะลืมหืออาจารย์อาจจะมีการกิจหลายเรื่องหลายด้าน เข้าทางด้านหลังบ้าน ผมก็ขออนุญาตติดต่ออาจารย์

**พญ.จรี นิงสานนท์ :** ยินดีค่ะ พูดถึงคุณสันติสุข ก็คุ้นกันดี เผลอญ 80 ปี มีลูกศิษย์ลูกหาของคุณหมอไพโรจน์ก็อยากจะให้ทำประวัติของคุณหมอไพโรจน์ไว้บ้าง ซึ่งเราก็ไม่ต้องการเลยเหมือนกัน เขาก็บังคับให้ทำ ให้คุณสันติสุขมาเป็นคนมารวบรวม สัมภาษณ์ต่าง ๆ กว่ารวบรวมได้ก็ต้องอาศัยจรีนี่แหละเยอะเลย ก็เที่ยวไปค้นมา ประวัติส่วนตัวตั้งแต่สมัยไหนๆ ตั้งแต่เรายังไม่เคยรู้จักกัน ก็ต้องไปค้นมาให้คุณสันติสุข คุยกันก็เป็นเรื่องส่วนตัวที่สนุกสนานไม่มีวิชาการอะไรมากมาย ก็แทรกเป็นหัวข้อ

ไว้เท่านั้นเอง ก็มีอยู่เหมือนกันก็ให้คุณประคองไว้ และคุณประคองบอกว่า เจ้าหน้าที่ บอกว่าอยากจะไปดูบ้านจริง ๆ ของคุณหมอไพโรจน์เลยที่สี่พระยาเกี่ยวกับแพทย์แผนไทย โอเค ไปเมื่อไหร่จะพาไป

**นพ.ดร.โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ :** ขออนุญาตถ่ายรูป ถ่าย VDO เก็บไว้ คนรุ่นหลังๆ ก็จะได้เรียนรู้ ส่วนข้อวิตกกังวลของอาจารย์บรรลु ที่บอกว่าในปมของอาจารย์ หรือใน Diary ของอาจารย์ ก็จะเขียน รักใครก็เขียนเกลียดใครก็เขียน ก็เกรงว่าเอามาแล้วคนอ่านจะมีผลหรือเปล่า ก็มีวิธีการจัดการ ในทางจดหมายเหตุอาจารย์วิภักดิ์ ให้คำแนะนำไว้ว่า มันสามารถที่จะกำหนดเป็นเงื่อนไขไว้ว่า เอกสารนี้จะให้เปิดเผยเมื่อเราตายแล้วก็ได้ หรือ 10 ปีจากนี้ เล่มนี้ อีกเล่ม 20 ปี ถึงตอนนั้นคุณภริยา ก็อาจจะไม่อยู่แล้ว วิธีนี้ก็สามารที่จะช่วยจัดการได้ หรือไม่ก็สามารถจะเปิดเผยเป็นบางส่วน เช่นเดียวกัน สำหรับในกรณีของอาจารย์บรรลु เนื่องจากเป็นนักจดบันทึก ผมคิดว่าจะมีคุณค่ามหาศาล สำหรับการค้นคว้าต่อไป สำหรับชีวิตการทำงาน ส่วนท่านอื่น ๆ ก็ขออนุญาต ณ ที่นี้ด้วยเช่นเดียวกัน ตัว Personal paper หรือเรียกว่าเป็น collection ส่วนบุคคลก็จะไม่เฉพาะแต่เอกสารที่จดบันทึกหรืออะไรเท่านั้น บางคนก็สะสมหนังสือไว้ห้องสมุดส่วนตัวเลยที่เกี่ยวกับเรื่องการเรียนรู้ที่ได้ใช้ในชีวิตการทำงานมา ซึ่งถ้าเราไปดูที่หอสมุดกรมพระยาดำรงฯ เราก็จะเห็นว่าทั้งหมดเป็นหนังสือจากบ้านของท่าน ว่าท่านได้ศึกษาค้นคว้า ได้อ่านอะไรบ้าง ได้เก็บรวบรวมเอกสารที่ท่านเห็นว่ามีค่าอะไรบ้างมาเก็บไว้ เขาจะเก็บรวบรวมเป็น collection ซึ่งคนก็สามารถไปค้นไปคว้าได้ มีการจัดทำเป็นดัชนีให้ค้นคว้าง่าย มีการซ่อมบำรุงในส่วนที่เสื่อมหรือเสียไป ดังเช่นที่อาจารย์บรรลุพูดถึงว่ามันก็เริ่มกรอบแล้ว เมื่อเริ่มกรอบในทางจดหมายเหตุก็มีวิธีอนุรักษ์หลายแบบ สามารถที่จะบำรุงรักษาไว้ให้มันอยู่ในสภาพที่ใช้ อยู่ต่อไปได้อีกเป็นร้อย ๆ ปี ก็ได้ด้วยเช่นเดียวกัน นอกจากเอกสารที่เป็นสมุดหนังสืออาจจะรวมถึงภาพถ่าย เพราะเนื่องจากอาจารย์ผู้ใหญ่จะเดินทางเยอะไปเยี่ยมที่โน่นที่นี้ หรือว่าเดินทางไปต่างประเทศ หรือว่าไปงานแต่งงาน งานบุญ งานบวช งานประเพณี จะมีรูปถ่าย พวกรูปถ่ายเหล่านี้จะเป็นส่วนหนึ่งของการเก็บรักษาได้ด้วย สไลด์ รูปถ่าย VDO หรือว่าอุปกรณ์ เหยียบ เข็ม ของที่ระลึก จากการไปประชุมองค์การอนามัยโลก หรือไปรับเข็มเกียรติยศมาจากที่ต่าง ๆ เหล่านี้ ถ้าหากลูกหลานอยากจะเก็บไว้ก็เก็บไว้ได้ แต่ถ้าจะเอามาเก็บไว้ที่หอจดหมายเหตุก็มีระบบเก็บรักษา แล้วก็ สามารถที่จะให้คนมาค้นคว้าต่อไปได้ นี่ก็คิดว่าเป็นสิ่งที่เราสามารถที่จะทำและมีความต่อเนื่องไปในอนาคต

สำหรับในวันนี้ ผมขออนุญาตขอบคุณอาจารย์ทุกท่านที่สละเวลามา เพื่อน ๆ นักวิชาการที่ได้มาช่วยดูรวมทั้งทีมถ่ายทำและถ่ายภาพ ได้มาทดลองภารกิจอันนี้เป็นครั้งแรก เพราะต่อ ๆ ไปเราก็จะต้องทำแบบนี้อีกหลายๆ วง รวมถึงวงที่เราไปคุยกับชาวบ้านด้วยว่า ชีวิตที่ผ่านมาสุขภาพอนามัยเขาเป็นอย่างไร คิดว่าจะเป็นการรวบรวมที่เป็นประโยชน์ไปในระยะยาว ขอขอบพระคุณทุกท่าน และก็ขอยุติเพียงเท่านี้ ขอบพระคุณครับ

## การสัมมนา ห้องย่อยที่ 2 งานพัฒนาสุขภาพชุมชนและงานสาธารณสุขมูลฐาน

### ผู้รู้เห็นประวัติศาสตร์ที่เข้าร่วมสัมมนา มีดังนี้

ศ.นพ. เสม พริ้มพวงแก้ว

ศ.นพ. อารี วัลยะเสวี

นพ. ไพจิตร ปวงบุตร

รศ.ดร.เบญจมา ยอดดำเนิน-แอ็ดติกัจ

นายระเด่น หัสดี

ดร.เมธี จันท์จารุภรณ์

ดำเนินรายการ โดย ศ.ดร.ทวิทอง หงส์วิวัฒน์

**ศ.ดร.ทวิทอง หงส์วิวัฒน์:** คงมีเวลาพูดกัน 1 ชั่วโมง 15 นาที เพราะว่าถ้าดูตามตารางที่ให้ผมมา 4 โมงเย็น จะมีการอภิปรายทั่วไป ผมอยากจะขอเรียนเกริ่นนำสักนิดนะครับ คือ หัวเรื่องที่เราได้รับมอบหมายมาพูดคุยกันเข้าใจว่าส่วนใหญ่เป็นเรื่องที่เกี่ยวข้องกับสาธารณสุขมูลฐานเป็นหลัก โดยเฉพาะในส่วนของวิวัฒนาการมาอะไรต่อมิอะไรมาจุดเน้นที่คุณหมอโกมาตรเน้นว่าอยากให้มีลักษณะที่พูดถึงความประทับใจที่จริงงานสาธารณสุขมูลฐานด้านพูดถึงประวัติของมัน การดำเนินการของมัน ก็คงจะมีอยู่เยอะแยะมากมายนะครับ แต่ว่าเพื่อให้เรื่องนี้กระชับมากขึ้นก็อาจจะเลือกดูว่าแต่ละท่านประทับใจในจุดไหนมากเป็นพิเศษ อาจจะสักเรื่องหรือ 2 เรื่อง ก็แล้วแต่ อาจจะเน้นในลักษณะอย่างนั้น คือถ้าเป็นไปได้อยากให้พูดเกี่ยวกับความประทับใจของเรากับงานสาธารณสุขมูลฐานมีลักษณะที่สามารถจะนำไปสืบค้นต่อไปได้ ถ้าเป็นไปได้กรุณาพูดเชื่อมโยงด้วยว่าประเด็นที่ท่านประทับใจนั้นเชื่อมโยงกับคนอื่น ๆ เชื่อมโยงกับหน่วยงานอื่น ๆ อะไรอย่างไบบ้างจะได้เป็นประโยชน์ในการที่จะมีการสืบสาวกันอยู่ ในตอนแรกอยากเริ่มต้นที่คุณเมธีก่อนเพราะถือว่าเป็น Key person คนหนึ่งในส่วนที่เป็นสำนักงานสาธารณสุขมูลฐานเพราะฉะนั้นเริ่มที่คุณเมธีก่อนอาจจะช่วยเปิดประเด็นที่นอกเหนือไปจากความประทับใจ

**ดร.เมธี จันท์จารุภรณ์ :** ครับเรียนท่านอาจารย์ที่เคารพทุกท่าน กระผมขออนุญาตเข้าไปในมุมประวัติศาสตร์ในส่วนของที่เริ่มเข้ามาทำงานในสำนักงานสาธารณสุขมูลฐาน ขออนุญาตไปเนื่องจากสาธารณสุขมูลฐานเริ่มต้นมาตอนนั้นที่ทำงานยังไม่มี ขออนุญาตที่เป็นความประทับใจในเชิงโครงสร้างนิดหนึ่งว่า ที่ทำงานยังไม่มี มีคุณหมอปริชาเข้ามารับผิดชอบงานนี้เพราะฉะนั้น หมอปริชาเข้ามาตอนเข้ามานั่งทำงานที่กระทรวงนั้นตอนเริ่มต้นยังไม่มีทีมงานทำ ผมก็เลยมาสมัครกับคุณหมอปริชา เนื่องจากว่าตอนนั้นคำว่าสาธารณสุขมูลฐาน สาธารณสุขเบื้องต้นสมัยนั้นผมรู้จักเพราะว่ามันเป็นที่มีการจัดประชุมของกระทรวงหลายรอบ ผมอยู่ที่กรมอนามัยก็เลยมาสมัครกับคุณหมอปริชาว่าผมขออนุญาตมาทำงานกับคุณหมอ หมอปริชาบอกว่า ถ้าชอบเรื่องของชาวบ้านก็มาทำงานร่วมกันได้ ผมก็เลยมาทำงานกับหมอปริชา แล้วก็ยังมีน้องอีกคน คือ วรวรรณ เขาก็มาทำงานด้วยตอนนั้น

กระทรวงไม่มีที่ให้ในการทำงานก็อนุญาตให้ทำงานที่ชั้น 8 ของกองงานพยาบาล ตึกกระทรวงเก่า พอได้ทีตรงระเบียบนั้นของกองงานโต๊ะเก้าอี้ก็ยังมี ตอนนั้นได้ความกรุณาจากผู้อำนวยการกองสาธารณสุขภูมิภาค คือ อาจารย์หมอมุทิต อาจารย์หมอมุทิตบอกว่า เมธีจะเอาโต๊ะก็ไปเอาที่กองได้ไปเลือกเอาเลย ผมอยู่ชั้น 4 กองงานอยู่ชั้น 8 ก็ต้องมาลากโต๊ะเก้าอี้ขึ้นไปชั้น 8 คุณหมอปรีชาจะมาช่วยยกด้วย ก็จะเห็นว่าวิธีคิดในการทำงานของหมอปรีชาขณะนั้นไม่ได้ถือว่าเป็นอะไรเลย ขอให้ทุกอย่างทำเพื่องาน มายกเก้าอี้ก็ยกเอง ผมยกตัว ท่านยกตัว เก้าอี้ตัวเล็กตัวใหญ่ไม่สนใจขอให้มีที่นั่งได้ เลยได้เก้าอี้มา 3 ชุด ก็มานั่งทำตรงกองงานตรงนั้นไม่มีอะไรเลยสักอย่าง มีการติดต่อโดยการโทรศัพท์ โทรศัพท์ที่ติดต่อมาก็ใช้ของกองงานพยาบาล พอเรามาเริ่มงานโทรศัพท์ที่กองงานจะดังอยู่ตลอดเวลาเจ้าหน้าที่ ๆ กองงานใหม่ ๆ จะรู้สึกรำคาญ เพราะโทรศัพท์ก็มาที่ก็หมอปรีชาบ้าง เมธีบ้าง ไม่มีของกองงานพยาบาลเลย มีแต่ของ สสม.หมด เพราะเราเริ่มงานการติดต่อก็ค่อนข้างเยอะ เขารู้สึกไม่พอใจว่าไปกินงานเขา กินโทรศัพท์เขาอะไรครับ แรกๆ เดือนแรกจะไม่เข้าใจจนเราต้องไปทำความเข้าใจเราพูดกันว่างานของเรานี้เป็นงานที่เป็นประโยชน์ก็เลยเข้าใจ วันต่อมาก็เลยยกโทรศัพท์เบอร์นั้นให้ สสม.เลย เราก็เลยสะดวกสบายมากขึ้น ตอนนั้นเราไม่มีเงินเลย อาศัยเงินจาก ก.พ. อาจารย์หมอมุทิตก็ให้การสนับสนุนนะครับ ความประทับใจของสำนักงานที่เป็นเรื่อง คือ ได้ดมกลิ่นเหล้าทุกวันเพราะกองงานอยู่ชั้น 8 กลิ่นเหล้าจากฝั่งตรงนั้นจะโชยมา มาเหล้าทุกวันเลย มีอย่างที่ผมประทับใจ คือว่าเริ่มต้นของ สสม. เริ่มต้นจากพื้นฐานจากติดดินจริงๆ จากที่ไม่มีอะไรเลยมีแต่แนว concept health for all สมัยนั้นไว้ ประการที่ 2 ประทับใจคุณหมอปรีชาได้รับมอบหมายจากกระทรวงมอบให้มารับผิดชอบในเรื่องนี้ หมอปรีชาเป็นคนที่ไม่ได้คำนึงถึงงานเป็นหลักแล้วก็ทำงานไม่มีวันหยุด พวกเขา 2-3 คนก็ไม่มีวันหยุดไปด้วย เข้าก็มาเย็นก็กลับ เสาร์ อาทิตย์ ก็ทำงาน นั่นคือรูปแบบของหมอปรีชาซึ่งเราทำงานอยู่นะครับ ความประทับใจในลักษณะของหมอปรีชาว่าเป็นคนทำงานเพื่อส่วนรวมจริงๆ ผมเคยถามหมอปรีชาว่า หมอครับทำไมคุณหมอไปอธิบายให้คนอื่นฟังคุณหมอพุดง่ายจัง ไม่ว่าจะคนต่างประเทศหรือคนธรรมดา อาจารย์ปรีชาบอกผมอยู่คำหนึ่งว่า “ เมธีเราต้องจริงจังกับเขาแล้วสิ่งที่พูดคือต้องพูดความจริง เมื่อเราให้ความจริงใจกับเขา เขาก็ตอบสนองความจริงกับมาให้เรา เขาก็จะคิดช่วยเราอีกถ้าเราอธิบายให้เขาฟัง เป็นสิ่งที่ทำให้งานของเราดำเนินไป อันที่ 3 การให้ความร่วมมือในระดับสูงจากคนต่างๆ ได้รับความร่วมมือให้การสนับสนุนตลอดเวลา มีอยู่ครั้งหนึ่งที่กระผมทำแผนงบประมาณของ สสม. เบื้องต้นผมคิดแผนงบประมาณ ท่านรองปลัดดูแลเรื่องงบประมาณผมเป็นเด็ก ซี 3 เดินขึ้นไปหาท่านรองปลัด ไปในห้องอาจารย์เจียบจนอาจได้ยินเสียงเขมหล่นได้ เดินไปด้วยความหวั่นไหว เข้าไปหารองปลัดดูเรื่องงบประมาณเป็นเรื่องที่เด็กๆ ต้องกลัวในสมัยก่อน เข้าไปถึงผมก็นึกภาพว่าท่านรองปลัดจะต้องมีหน้าที่เคร่งขรึมน่ากลัว พอเข้าไปถึงนั่งลงท่านอ่อนโยนและให้ผมพูดเพียง 10 นาที ท่านบอกว่า เมธีต้องคิดใหม่ ท่านให้คำพูดเป็นคำ ๆ ถ้าคุณคิดเรื่อง

สาธารณสุขมูลฐานโดยพึ่งพิงเงินขององค์กรอนามัยโลกและยูนิเซฟ สสม. ก็ยังไม่สามารถยื่นบนขาตัวเองได้ ถ้าอย่างนั้นต้องคิดงบประมาณภายใต้เงินของกระทรวงเราเอง แล้วใช้เงินของยูนิเซฟกับ WHO เสริม คำพูดนี้ทำให้งบประมาณสาธารณสุขเริ่มเป็นตัวของเราเองตั้งแต่บัดนั้นเป็นต้นมา จึงได้บรรจุในแผนต่างๆ นั่นคือเหตุผลที่อาจารย์มานิตยให้คำแนะนำในการจัดทำแผน ก็เลยเป็นความประทับใจที่ผมเห็นภาพในช่วงยุคแรกและความประทับใจอีกประการหนึ่ง คือ แนวความคิดสาธารณสุขมูลฐานสมัยนั้นอาจารย์หมอบริษากับท่านทั้งหลายที่ต้องไปอธิบายกับคนอื่นในความคิดที่แตกต่างกันระหว่างความคิดในสมัยนั้น ทุกสถานที่ไปจะมีคนแย้งเรื่องสาธารณสุขมูลฐานตลอด ไม่เห็นด้วย สร้างหมอเถื่อนมั่ง คำถามที่ไม่เห็นด้วยกับเราจะเยอะมาก แต่ในเวทีต่างๆ ที่ผมสังเกตดูว่าที่เวทีสุดท้ายที่สุดของการสนทนาไม่ว่าจะเป็นที่ศิริราช รามาฯ นะครับ ที่โรงพยาบาลแพทย์ต่างๆ จบด้วยความรู้สึกที่ดีทุกแห่ง เพราะว่าวันที่ไปที่ศิริราชผมจำวันไม่ได้ วันนั้นอาจารย์หมอมานั่งเต็มไปหมดเลยแรก ๆ มีค่านตลอดเวลาเรื่องสาธารณสุขมูลฐาน แต่พอว่าจบการประชุมก็เดินมาคุยอาจารย์หมอทั้งหลาย อาจารย์หมอบริษากับสนทนาด้วยความรู้สึกที่ดีมากกว่า อาจารย์ทั้งหลายที่ศิริราชก็เข้าใจวิธีคิดแบบนี้ เลยเป็นแรงผลักดัน ผมเลยมีความคิดว่า character ลักษณะการนำเสนอของอาจารย์หมอบริษา อาจแสดงออกด้วยความจริงจังและจริงใจกับงานก็เป็นส่วนหนึ่งที่ทำให้งานไปได้ ผมข้ามมานิดหนึ่งเรื่องความประทับใจของประวัติสาธารณสุขมูลฐานสิ่งที่เป็นเรื่องสำคัญที่สุด คือ ผู้อำนวยการสำนักงานสมัยนั้นอาจารย์หมอบริษา อาจารย์หมอปรากรม อาจารย์หมोजำบุญ อาจารย์หมอสมทรง ก็ตามลักษณะของผู้อำนวยการสำนักงานสาธารณสุขมูลฐานในช่วงแรกอยู่ภายใต้การทำงานเป็นคณะกรรมการ ท่านผู้อำนวยการทุกท่านไม่ได้ตัดสินใจด้วยตัวท่านเอง แต่ฟังความคิดเห็นของคณะกรรมการที่ช่วยกันคิด แล้วผู้อำนวยการแต่ละท่านที่ผมเรียนมาจะมีความแตกต่างกันทุกคน แต่ทุกคนเอาความเด่นมาเสริมกับการทำงานสาธารณสุขมูลฐาน เพราะฉะนั้นในช่วง 10-20 ปีแรกงานสัมฤทธิ์เพราะผู้อำนวยการกอง งานสามารถดำเนินต่อไปได้ สิ่งเหล่านี้เป็นเบื้องหลังที่เราไม่ได้เขียนอยู่ในตำรา ไม่ได้พูดถึงความสำเร็จจริงๆ ความสำเร็จพวกนี้จะอยู่ในการทำงาน เพราะฉะนั้นจะเห็นแนวความคิดที่เผยแพร่ไป พวกเหล่านี้ไม่ได้พูดถึงหรือปรากฏอยู่นะครับ อีกนิดหนึ่งในความประทับใจเรื่องสาธารณสุขมูลฐานในเชิงประวัติศาสตร์ก็คือว่า ประชาชนเมื่อเข้ามาเป็นอาสาสมัครเขาคิดว่าเขาได้ทำประโยชน์ให้แก่ตนเอง ครอบครัว ชุมชน และให้กระทรวง ตรงนี้เป็นความรู้สึกของคนไทยที่เขาคิดอยู่นะครับ แต่ว่าความคิดแบบนี้บางคนก็มีมากน้อยไม่เท่ากัน เขาก็ภูมิใจที่เขาได้เป็นอาสาสมัครถึงแม้ตอนหลังจะมีการเปลี่ยนแปลงทางสังคมและมีรูปแบบต่างๆ ก็เป็นเรื่องที่เรายอมรับได้ในเรื่องของการเปลี่ยนแปลงทางสังคม เพื่อให้เห็นภาพสะท้อนไปจุดอื่นนะครับ นวัตกรรมในงานสาธารณสุขมูลฐานมีมากมายแม้แต่ในเรื่องกองทุนยา เรื่องกองทุนยาเป็นความคิดในเรื่องกองทุนการจัดการในชุมชน เพราะฉะนั้น คำว่า กองทุน ที่กระทรวงเราพูดก่อน คือ กองทุนหมู่บ้าน 1 ล้านบาท

กองทุนเยอะเยอะเลย ในการที่เราคิดริเริ่มกองทุนเป็นความคิดที่เราทันสมัยมากในสมัยนั้น วันนี้กองทุนทั้งหลายมาจากรากฐานที่เราได้ลองผิดลองถูกจากสมัยก่อนนะครับ ในเรื่องของการจัดการของชุมชน กรรมการต่างๆ ที่เราทำอยู่สมัยนั้นวันนี้ก็เป็นรากฐานของกรรมการกองทุนทั้งหลายในประวัติศาสตร์วันนี้ นี่คือรากฐานรวมทั้งหมู่บ้านที่ดีทั้งหมด ทั้งหมู่บ้านในจังหวัดต่าง ๆ ก็เป็นรากฐานที่เราทำสาธารณสุขมูลฐานจากสมัยก่อนเกือบทั้งสิ้นเลย แล้วคนที่อยู่ในปราชญ์ชาวบ้านที่ทำงานอยู่ในปัจจุบันเยอะเยอะเลย ถ้าไปสืบค้นดูจะเห็นว่า เป็นคนที่อยู่ในสาธารณสุขมูลฐานมาทั้งนั้น ผมคิดว่าคุณูปการการสาธารณสุขที่เราทำอยู่ก็เป็นเรื่องที่มามายจริง ๆ ผมขอจบตรงนี้ว่าในการสาธารณสุขมูลฐานที่ทำอยู่ได้สะท้อนไปยังกลุ่มประชากรต่างๆ ทั้งการบริหาร รวมทั้งสุดท้ายรัฐธรรมนูญปี 50 ได้มีการมีส่วนร่วมของภาคประชาชนอยู่ด้วย เพราะฉะนั้นการมีส่วนร่วมสมัยโน้นก็เห็นชัดในวันนี้ คือ ในรัฐธรรมนูญปี 50 ผมขออนุญาตสรุปเพียงเท่านี้ครับ

**ศ.ดร.ทวีทอง หงส์วิวัฒน์ :** ผมว่าประเด็นที่คุณเมธีพูดถึง คือ ประเด็นเรื่องความตั้งใจและความจริงใจของผู้นำกระทรวงสาธารณสุขในยุคนั้นในเรื่องของสาธารณสุขมูลฐาน โดยอย่างยิ่งคุณหมอปรีชาในฐานะผู้นำคนแรก ๆ ของตัวสำนักงาน คือ จริงๆ แล้วผมเองก็อยู่ร่วมในเหตุการณ์ตอนนั้นพอสมควร แล้วก็ผมเป็นประเภทที่ชอบวิพากษ์วิจารณ์ เพราะฉะนั้น ผมจึงมีความเห็นที่แตกต่างแล้วก็เคยวิพากษ์วิจารณ์กันแบบว่า มันมีความเห็นที่แตกต่างแต่ว่าก็ทำงานร่วมกันได้ ไม่ใช่ว่าวิจารณ์กันอะไรแบบแล้วมองหน้ากันไม่ได้ ไม่ใช่แบบนั้น ผมยืนยันได้เพราะว่าเราสัมผัสได้จากความตั้งใจ ความจริงใจของงาน เราสัมผัสได้ และก็วิจารณ์บนพื้นฐานของความจริงใจ คนที่ถูกวิจารณ์เขาก็สัมผัสได้ว่าหมอนี้จริงใจนะ เขาอาจจะเห็นด้วยหรือไม่เห็นด้วยก็แล้วแต่ในสิ่งที่เราพูดไป ความจริงใจก็เป็นพื้นฐานว่าเป็นเพื่อนของความเป็นกัลยาณมิตร ผมยืนยันได้ว่า จากความรู้สึกส่วนตัวผ่านมาได้ทำงานกับท่านทั้งหลายที่คุณเมธีได้เอ่ยถึง ก็ยืนยันได้เลยตรงนี้ว่า เป็นเงื่อนไขลักษณะเฉพาะอะไรบางอย่างจริงๆ ที่ไม่มีการบันทึกเอาไว้แล้วอีกประเด็นที่อยากสนับสนุน คือ เรื่องที่คุณเมธีพูดบอกว่างานสาธารณสุขมูลฐาน งานพัฒนาสาธารณสุขอย่างอื่นที่สามารถดำเนินการต่อเนื่องได้เพราะว่าผู้นำของกระทรวงสาธารณสุขนั้น มีสายตาวไกล ที่พยายามเอาเงินงบประมาณมาต่อจากเงินช่วยเหลือจากต่างประเทศอันนี้ทำให้ประเทศไทยถูกพูดถึง จริงๆ แล้วโครงการของเราเริ่มต้นด้วยเงินจากต่างประเทศ แต่มันสามารถที่จะ sustain ดำเนินต่อไปได้ เงื่อนไขที่สำคัญที่สุด คือ เรื่องของงบประมาณ และการใช้งบประมาณแผ่นดินที่มารองรับ ซึ่งอย่าง USEAD คือ เขาค่อนข้างแปลกใจมากกว่า ทำไมการให้ความช่วยเหลือของ USEAD ก็กับการสาธารณสุขของประเทศไทยถึงสามารถดำเนินต่อไปได้ และเขาก็เคยส่งทีมที่เข้ามาหาคำตอบ ตอนนั้นมีผมคนหนึ่งก็เข้าไปร่วมอยู่ในทีมนี้ด้วย คือ คำตอบก็ออกมาอย่างชัดเจนว่า มีผู้นำกระทรวงสาธารณสุขจัดหางบประมาณเข้ามารองรับได้ ผมว่าต่ออีกนิดหนึ่งเรื่องของสาธารณสุขมูลฐานพูดถึง Health For All เราคงไม่พูดถึง ดร.มาเลอร์ ไม่ได้ ใน

ฐานะที่เป็นผู้นำในระดับ International ที่เป็นผู้นำสำคัญขององค์การอนามัยโลกที่ได้ขับเคลื่อนในเรื่องพวกนี้ ขออนุญาตพูดถึงความประทับใจจากท่านอาจารย์เสมอ เพราะท่านอาจารย์เสมอได้ค้นคว้าอย่างดีกับท่าน ดร.มาเลอร์ ก็เป็นอะไรอีกหลายอย่างที่พวกเราไม่รู้เลย ต้องฟังจากปากของท่านอาจารย์เองที่ค้นคว้ากับท่าน ดร.มาเลอร์ เชิญครับ

**ศ.นพ.เสมอ พริ่งพวงแก้ว :** ขอขอบพระคุณอย่างยิ่งนะครับที่ให้โอกาสผม ขณะนี้มีอายุ 98 ปี แล้วยังอยู่ที่บ้านไม่มีอะไรทำนั่ง ๆ นอน ๆ เดี่ยวหลับเดียวตื่น ผมมีโอกาสมาในวันนี้ถือว่ามีลาภอันประเสริฐ ประเสริฐคือได้แก่เหงา คนเราอยากมีอายุยืนยาวด้วยกันทุกคน แต่เมื่อถึงระยะเวลาหนึ่งมันจะมีอะไรแปลก ๆ ที่เราไม่เข้าใจตัวเราเอง มันเบื่อ ที่บ้านผมลูกผมมาอยู่ด้วยผลัดเวรกับผมแต่ผมไม่ต้องการให้ใครมาอยู่ด้วย แต่เขาก็มาผลัดเวรกัน นั่นก็แสดงถึงความกตัญญูกตเวที ซึ่งมีความสำคัญมากในสังคมไทย ท่านคงสงสัยว่าทำไม Health For All เข้ามาในเมืองไทยง่าย ๆ อย่างนั้น ฉันเองก็ไม่เห็นด้วย แต่ที่แปลกประหลาดสำหรับประเทศไทยคืออย่างนี้ คือ เราเป็นคนที่มีโชคดี มีเชื้อชาติที่เก่าแก่ที่สุดมาแล้ว เราเคยอยู่ในประเทศจีนมาในหนังสือที่ผมเขียนไว้ สมัยพระเจ้าเหาก่อนพระพุทธศาสนา 2,000 กว่าปี ไม่ใช่บัดนี้ตั้งแต่สมัยจีน มีบุคคลเหมือนเป็นพระเจ้า คือพระเจ้าเซนนง ประเทศจีนถือว่า เซนนงเป็นเทพเจ้าไม่ใช่คนธรรมดา ท่านผู้ที่มีความสามารถพิเศษอันหนึ่ง คือ คิดทำล้อขึ้นมา 1 ล้อ พระพุทธเจ้าก็มาพบหลัง 2,000 กว่าปี ล้อนั้นเป็นเครื่องยืนยันถึงปัญญาที่มีอยู่ตั้งแต่ดั้งเดิมเลยยกย่องว่าท่านเป็นพระเจ้าองค์หนึ่ง เพราะโลกนี้มันอาศัยล้อจนบัดนี้ก็ทำไม่ได้ ถ้าไม่มีล้อ เพราะฉะนั้นจึงเป็นเรื่องที่แปลกประหลาดมากเป็นเรื่องที่เก่าแก่มนานมาแล้ว ต่อมากมีบุคคลคนหนึ่งซึ่งมีชื่อเสียงในประเทศจีน คือ หว่างตี้ ท่านผู้นี้ก็คือประมาณ 4,500 ไร่ยปีมาแล้ว หว่างตี้มีเมีย และเมียก็มีประวัติศาสตร์ที่น่าศึกษา เมียเขาเป็นงานรู้จักเลี้ยงไหม เราใช้มาจนทุกวันนี้ก็เพราะภรรยาของหวางตี้ เพราะฉะนั้นประเทศในโลกนี้พูดถึงประวัติศาสตร์อะไรก็ตาม มันอดคิดถึงคนจีนคนนี้ได้เขาทำอะไรที่พิเศษพิสดารมาก หวางตี้กับภรรยาเป็นคนแรกที่เห็นสังกรรมว่า ทุกอย่างในโลกนี้มันคู่กันว่ามีชาวต้องมีดำ เย็นมีร้อน มีทุกขมีสุข เป็นคนที่น่าสังกรรมมาให้เราเรื่องนี้ มหาจักรพรรดิหวางตี้ ที่เรียกว่า เป็นตำราของทฤษฎีหยาง-หยิน ผมไม่รู้ว่ายาง-หยิน มาอย่างไร แต่มีท่านผู้นี้เป็นคนเริ่มต้น เพราะฉะนั้นทฤษฎีหยาง-หยิน เป็นสังกรรม ผมจึงคิดว่าการพูดจาอะไร ต้องพูดถึงเรื่องมนุษย์ในหนังสือที่ผมให้ไปเปิดดูข้างหลัง พูดถึงเรื่องมนุษย์เรื่องแพทย์ก็เรื่องมนุษย์ ในภาพจะเห็นเมื่อกว่า 4 ล้านปีมาแล้วอยู่บนต้นไม้เรียกว่า Hominid มนุษย์วานร มนุษย์บนต้นไม้ ต่อมาก็เริ่มเป็นมนุษย์ที่ยืนตัวตรง รูปที่ 2 เรียกว่า Homo erectus มนุษย์ที่ยืนตัวตรง ซึ่งเปรียบเทียบกับสัตว์ทั้งหลายแล้วท่านจะเห็นว่าสัตว์ทั้งหลายตัวจะขนานกับพื้นโลก แม้แต่ไดโนเสาร์ก็เหมือนกันตัวใหญ่แค่นั้นก็ขนานกับพื้นโลก มนุษย์ยืนตัวตรง เป็น Homo erectus การที่ยืนตัวตรงทำให้ศีรษะสัมผัสกับจักรวาลและในการที่สัมผัสกับจักรวาลมันได้อะไรมา มันได้ปัญญา ซึ่งแตกต่างจากสัตว์ทั้งหลาย สัตว์ทั้งหลายมันไม่มี



ปัญญาอย่างมนุษย์ เพราะฉะนั้นขณะที่มันยืนตัวตรง มันก็มีปัญญาเข้ามา และเมื่อยืนตัวตรงแล้วในมือก็ถือหิน เพราะในในโลกนี้มันมีคนมีสัตว์อีกอันก็มีหิน มีป่า เขา ในการที่มีปัญญาก็ไปหาเครื่องมือมา ซึ่งตอนแรกเครื่องมือที่หาได้ไม่มีความสำคัญ ไม่ใช่สัตว์ที่จะกัดอะไรก็ได้ มนุษย์ต่อมาไปเอาหินที่แหลมมากริดลงบนหนังสัตว์แล้วก็กินเนื้อข้างใน ซึ่งเราก็ตกเห็นว่าเป็นตามบ้านนอกที่ไปฆ่าหมูป่ามา พอฆ่าเสร็จก็กินที่นั่นเลย กินเลือดหมูป่า กินเนื้อหมูป่า อันนี้แหละที่ทำให้มันแตกต่างจากนั้น และกินแบบนี้มันก็เป็นโรค เราก็ตกเห็นแล้วว่า เป็นโรคอะไร การพูดถึงเรื่องโรค เรื่องยา Medicine มันเกี่ยวข้องกับมนุษย์ ฉะนั้นต้องรู้เรื่องมนุษย์ให้ดี เราแบ่งก้อนหินเป็น 3 ระดับด้วยกัน ระดับที่ 1 คือหินที่มันเคาะออกมาประมาณ 4-5 แสนปี ต่อมาก็คิดว่าจะทำไงให้มันคมมากขึ้นมันก็เป็นสมัยกลาง สมัยสุดท้ายที่เราเรียกกันว่าประมาณ 10,000 ปี เราเจริญมาประมาณ 10,000 ปีเท่านั้นเอง เราก็ตกเห็นว่าสมัยหินเดิมตั้งแต่ 4-5 แสนปี หินกลาง 3-4 แสนปี ต่อจากหินกลางก็มา 10,000 ปี เราเจริญมา 10,000 ปีเท่านั้นเอง ส่วนที่เป็นประวัติศาสตร์แท้ ๆ ก็ประมาณ 5,000 ปีเท่านั้นเอง สิ่งที่ทำได้ออกมาได้มาทะเลเอา เอาสิ่งที่มีคมใส่เข้าไปแล้วเอาไปซุบกับยาง เช่น ยางน่อง เอาไปยังสัตว์ สัตว์ไม่ตายแต่มันเดินไม่ได้ มัน paralyze ตัวมันเอง หรือมันจะนั้นมันก็เอาเหล็กแหลมที่มันมีไปแทงสัตว์ ต่อมามันเห็นว่าวิธีนั้นยากลำบาก มันก็เลยไปทำคราดต่อไปคือคราด ขึ้นมาเห็นใหม่ แสดงว่า สมัยของการเพาะปลูกกันเองได้ การเพาะปลูกได้ก็เลี้ยงสัตว์ได้ เลี้ยงหมูเลี้ยงปลาได้ การที่มันเริ่มสามารถผลิต Production ขึ้นมาได้ มันก็มีของเหลือ มันก็เกิดการค้าขึ้นมาในระยะตอนนั้น มันรู้จักการค้าในระยะตอนที่มันมีของเหลือ เมื่อมีการค้ามันก็เหลือ เหลือก็ค้าขายกัน คนนั้นมีน้อยคนนี้มีมากก็เกิดการรบราฆ่าฟันกันเอง มันก็เหมือนเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในปัจจุบันนี้ มีผู้ผลิตมีมากก็หาทางที่จะให้ออกให้ได้หมดต่อมาถึงสมัยของเทคโนโลยี ความรู้ทางด้านวิทยาศาสตร์ซึ่งเกิดขึ้นมาประมาณเมื่อ 500 ปีมานี้เอง รายละเอียดอยู่ในหนังสือที่ผมเขียนอะไรมันเกิดขึ้นในระยะนี้ เทคโนโลยี ที่ผมเป็นห่วงที่สุดอยากจะได้คนท่านทั้งหลายคือว่า คนสุดท้ายเสื้อผ้ามันก็ไม่ใส่ ท่านรู้ไหมว่าผมทำคลอดที่โรงพยาบาลหญิง คนที่ผมทำคลอดมันแก้ผ้าออกมาไม่ว่าผู้หญิงผู้ชาย ฉะนั้น อย่าไม่นึกว่ามันเป็นมนุษย์ที่เจริญรุ่งเรือง เป็น Homo sapiens ก็ยังไม่พอ เดิม Sapiens เข้าไปอีกตัว แปลว่า เป็นมนุษย์ที่ฉลาดมาก มันฉลาดอย่างไร้ใหม่ มันออกมามันไม่มีอะไรขึ้นมาเลย เพราะฉะนั้น ท่านเกิดมาท่านมีอะไรมาด้วย ตัวท่านไม่มีอะไรแก้ผ้าออกมาทั้งนั้น ท่านโตขึ้นท่านต้องสนุกใจ สุขใจ เมื่อท่านมาตัวเปล่าท่านจะเอาอะไร ขาไปท่านก็ไปอย่างตัวเปล่าเหมือนกัน ท่านแก้ผ้าขณะที่จะตายนะเพราะเผาแล้วผ้าไหม้แล้วเราก็อออากาศมาใช้เพราะฉะนั้นสิ่งที่เราเป็นห่วง คน ๆ นี้ คนสุดท้ายคือพวกเราไซโหม ก็มีอย่างที่เราเห็นในปัจจุบันพวกเราแท้ ๆ งานการไม่ทำ จะทำอย่างไรอย่างเดียว จะทำอย่างไรถึงจะให้มีสตางค์ขึ้นมาคือ หาเงินได้ แล้วอันตรายมากที่สุดที่ผมเห็นนั่นคือ สอนเรื่อง..... เข้ามาประเทศไทยเมื่อประมาณ 20 กว่าปี เมื่อ 2500 ที่มีเรื่องเกี่ยวกับคุณจำลองกับจอมพลคนหนึ่งทะเลาะวิวาทกัน ผมจำ

ได้ว่า มันพูดในท้องสนามหลวงไม่ออกมามากมายเหมือนในปัจจุบัน พอถึงปัจจุบันมีคนหัวใสได้ความรู้นี้มา ราคาก็แพงเหมือนกันเป็นหมื่นตอนแรก แต่มันคิดเรา 3-4 หมื่นตอนแรก กว่าที่เราจะรู้สึกตัวที่แกก็รวยไม่รู้จะว่าอย่างไร รวยจนไม่รู้จะว่าอะไร เงินที่เขามีมาอย่างไร เรากว่าจะได้มา มานั่ง lecture ฟังเขาเมื่อกั๊นื้ออยากทำบุญ หารู้ไหมว่าคนนี้มันร่ำรวย แล้วในที่สุดมันมีทุกหมู่บ้าน แล้วทุกคน ถามว่าทำไมต้องมี ไม่มีไม่ได้หมอมันเสียหน้าเขา เราก็ได้มีโอกาสเห็นว่า ออ! มนุษย์ดี ๆ เรายินยอม พอมีได้นี้ขึ้นมา ก็มาหัวร่อต่อกระซิกคิกคักอยู่คนเดียวมันก็บ้าเราดี ๆ นี้เอง ทุกคนต้องมี ถามว่าทำไมต้องมี ถ้าไม่มีเขาถูกลม ที่ผมพูดให้ฟังไม่ได้หรือท่านมันของจริง ๆ ที่ผมเห็น ฉะนั้น ผมถึงเป็นห่วงตรงนี้ เมื่อ 2-3 วันมีหนังสือพิมพ์ลงว่า เขาไม่รู้จะหาอะไรมา เขาก็เอาเมียของเขาไปเจียนคอ คนขับรถแท็กซี่ไปเจียนเขาทำไม เขาไม่ได้มีเรื่องอะไรกับเราจะไปฆ่าเขาตายเพราะว่าคำสั่งที่อยู่ในคอมพิวเตอร์มันบอกให้ฆ่า มันบอกให้ฆ่า ต่อไปจะเอาอะไรข้างหน้า เป็นห่วงอย่างนี้ 2 ก็คือ ผมเป็นหมอมอยู่ในโรงพยาบาลหญิง ย้ายมาตอนแรกผมทำคลอดอาทิตย์ละวัน ทำคลอดคนหนึ่งต่อ 1 วัน ตอนผมออกจากโรงพยาบาลหญิง ผมทำคลอดวันละ 60-70 คนต่อวัน แต่ก็ไม่เคยเห็นภาพอย่างนี้ ออทิสติกไม่มีเหมือนอย่างสมัยนั้น หลังจาก 2500 มาแล้ว ทุกอันสารพันเป็น กระเบื้องจะเฟื่องฟูลอย น้ำเต้าน้อยจะถอยกลม ผู้ดีจะเดินในกรอก ชีครอกจะเดินถนน ผมชอบเป็นชีครอกผมจะเดินบนถนน แม้เป็นหมอพื่อเป็นหมอแต่ลูกออทิสติก มีคนถามผมเพราะเหตุใด ผมบอกก็อันเมื่อกั๊นื้อราคาไม่กี่พันบาท ขอผมมันยี่ห้อที่ทำมาจาก Nokia ลูกเขาซื้อให้ ผมไม่มีสตางค์ซื้อ Nokia เป็นของฟินแลนด์ ฟินแลนด์กับไบลซานเคยตีเข้าไปในยุโรป และตีครั้งสุดท้ายที่ฟินแลนด์เลย มองไกลไม่เคยมาตีเราจนปัจจุบันนี้ เรายังคิดไม่ออก เขาถามผมว่า ผมเป็นคุณหมอนี้มาจากอะไร ผมบอกว่าผมมีลูกขึ้นมา ผมต้องดูคลำหน้าท้องภรรยาผมต้องคอยดูแล้วจะมีความเดือดร้อนอย่างไร เขาตื่นหรือเปล่า เขานั่งอย่างไร ทำไหนอย่างไรบ้าง แต่มาถึงสมัยนี้พอกั๊นื้อเป็นอาจารย์อยู่ในมหาวิทยาลัย แม้เขาก็เป็นผู้จัดการใหญ่ ธนาคารชาติธนาคารของเขา เขาไม่มีเวลามานั่ง เมื่อภรรยาเจ็บท้องขึ้นมาเขาไม่มีการมาจับท้องภรรยาของเขา เขาไม่มีเวลาจริง ๆ ชีวิตเขาคือเงินอย่างเดียว ในการที่เขาทำสิ่งที่เกิดมาเป็นชีวิตแล้วไม่ได้รับการเอาใจใส่เลย เขาก็เลยมาเป็นคนนี้ เขาทำอะไรบ้างพฤติกรรมเขา ผมเลี้ยงข้าวที่บ้าน ผมดูแลคนไข้พวกนี้อยู่ ผมมีมูลนิธิ ซึ่งในมูลนิธิของผมเป็นคนสมองเสียชะ 100 คน เป็นออทิสติก 50 คน ผมถามแต่ละคนนี้ พ่อแม่เขาปัญญาดีทั้งนั้น เพราะเหตุใดหนอถึงเป็นอย่างนี้ อันนี้ท่านทั้งหลายขอให้ไปบอกลูกหลานของท่านด้วย เมื่อลูกหลานมีท้องแล้วอย่าลืมนะ อย่าทิ้งเขา เขาต้องการเราที่จะเข้าไปดูแลเขา แต่ถ้าเราเห็นแต่เรื่องเงินเงินอย่างเดียวมันก็ไม่เกิดอะไรขึ้นมา นอกจากนั้น เอกสารที่ผมแจกไปมีเรื่องของสมองเยอะเยอะ ท่านต้องพยายามคิดดูนะว่าสมองส่วนไหน สมองส่วนไหนที่เราซื้อได้ง่าย มันอยู่ที่บริเวณที่เรียกว่า ฮิบโปแคมปัส

ศ.ดร.ทวีทอง หงส์วิวัฒน์ : อยากให้เล่าเรื่อง ดร. มาเลอร์ ให้ฟัง

**ศ.นพ.เสมอ พริ่งพวงแก้ว :** ดร.มาเลอร์ มีลักษณะเดียวกันนี้ เขาเป็นผู้อำนวยการองค์การอนามัยโลก เราได้ติดต่อกับองค์การอนามัยโลกหลังสงครามโลกครั้งที่ 2 เสร็จสิ้นลง เมื่อวันที่ 15 สิงหาคม 2488 เราไปติดต่อกับต่างประเทศเขาก็ส่งหัวหน้าต่าง ๆ มา ก็มี ยูนิเซฟ มี World health ใน World health ทุกปีเข้ามาหลังปี 2488 เข้ามาในเมืองไทย แล้วมาสอนเราในเรื่องเกี่ยวกับถ้อยคำต่าง ๆ จนกระทั่งมาถึงสมัยของมาเลอร์เขาเข้ามา มาเลอร์เป็นคนที่มีความแปลกประหลาดเขาไม่ค่อยเชื่อคนง่าย ๆ อย่างที่สองท่านแสดงตัวเมื่อคืนนี้ นั่นคือ ดร.มาเลอร์ คุณว่าอย่างไรผมก็ว่าตามใช้ไหม มันไม่ว่าตามคนที่พูดคนแรก มันมีความเห็นของมันต่างหาก เป็นคนที่แปลกประหลาดหน่อย พอเข้ามาในประเทศไทยเราแล้ว เขาเกิดไปประชุมในประเทศรัสเซีย เมื่อ พ.ศ. 2521 ที่เมืองอัลมาอัทตา ผมว่าวิธีการต่างๆ ที่คณะแพทย์ของโลกทำคือหลังสงครามโลก อเมริกันบอกว่าวิธีของอังกฤษใช้ไม่ได้ มันจะเขียนป้ายมาให้มาตามหัวมุมที่ต่าง ๆ We don't live the british รักษาดูแลฟรีไม่ต้องการ ให้บริการภูมิใจเรื่องเกี่ยวกับ Insurance จะมีบริษัท Insurance เยอะแยะหมดเลย แล้วมาวันนี้บริษัท Insurance ใหญ่โตแห่งหนึ่งเริ่มจะพังมันว่าวุ่นอีกแล้ว เสร็จแล้ว มาเลอร์บอกว่า วิธีการของโลกขณะนี้มันใช้ไม่ได้ มันต้องพยายามหาวิธี ช่วยกันคิดปรึกษา เอาประเทศต่าง ๆ มานั่งปรึกษากันที่เมืองอัลมาอัทตา ของรัสเซีย ทำไมต้องประชุมที่รัสเซีย เพราะรัสเซียมันเข้ากับคนอื่นไม่ได้ ประชุมเสร็จแล้วประเทศต่าง ๆ ก็รวบรวมกัน เสร็จเรียบร้อยก็มองเห็นว่า ทางที่ดีที่สุดนั้นจะต้องเขียนคำให้เป็นที่ประทับใจคนว่า Health for all By the Year 2000 เขามาเมืองไทยมาพบกับผม ผมก็บอกว่าดีวิธีของคุณดีมาก จะมีประโยชน์มากถ้าคุณบอกว่า By the Year 2543 ผมบอกตอนนั้นผมอายุ 70 แล้ว ผมคงอยู่ไม่ถึงดูให้เห็น 2543 ก็ขออวยพรให้คณะจงสำเร็จ เสร็จเรียบร้อยพอถึง 2521-2522 เขาไปประชุมที่ประเทศจีน ขณะนั้นจีนเป็นคอมมิวนิสต์ แล้ววิธีการดูแลคนเจ็บป่วยคอมมิวนิสต์มันดีกว่า ที่เรียกว่ามันมีหมอทำเปล่า เขาก็เชิญผมไปประชุมที่ประเทศจีน มีด้วยกันหลายลึบชาติและได้ตกลงกันว่าวิธีที่ดีที่สุดที่เรียกว่า Primary Health Care ทุกคนพอว่า Primary มันก็ไม่ชอบเหมือนอย่างที่สองคนพูดเมื่อคืนนี้ ไม่เห็นด้วยเริ่มต้นมานานจนเป็นมหาประเทศยังจะมาใช้คำว่า Primary อีก มันก็ไม่ค่อยเห็นด้วยกับเรา แล้วก็เอาเราไปประชุมที่ด้านเหนือของเมืองจีน อยู่ห่างจากปักกิ่งรถไฟเดินทาง 1 วัน กับ 1 คืน พอถึงเมืองนี้เขาก็พาเราไปหาหมอทำเปล่า เราก็นึกในใจว่า มันไม่เห็นทำเปล่า มันก็ใส่รองเท้ากันทุกคน ที่ขานตุ่ง ในที่สุดลงเอยว่า Primary health care แปลว่า care ที่ทำได้โดยวิธีง่ายๆ คือ ตนเอง แต่ละประเทศมี Primary Health Care ไม่เหมือนกัน ของพ่อกี้ 10 ประการ ที่แจกให้ลูก ของคนอื่นอาจจะมี 8 หรือ 9 ก็แล้วแต่ ถึง 2543 พ่อก็ยังไม่ตาย คุณหมอมาเลอร์อาจารย์อาวุโสที่นั่งประชุมด้วย เขามาถึงก็โยนหนังสือคอมพิวเตอร์หน้าประเวศ บอกว่าไปนั่งคุยกับมันทำไมไอ้ประเทศนี้มันคิดของมันเองได้ ก็ให้มันคิดเองซิ เงินต่อมาไม่ต้องมาคุ่ม เราก็เลยฟรีเป็นประเทศแรกที่มีมันไม่คุ่มเราเลย มันให้เราทำวาระอยากทำอะไรทำไป เราก็ทำอะไรไปละอะ ๆ เทอะ ๆ อย่างที่เห็นจนกระทั่งถึงวันนี้ เราก็นึกว่าถึงวันนี้เราก็

ควรจะได้ตายได้แล้ว

**ศ.ดร.ทวิทอง หงส์วิวัฒน์ :** ผมคิดว่าเรื่องของความประทับใจของผู้คนที่เกี่ยวข้องในเรื่องของ สาธารณสุขมูลฐานตั้งแต่ระดับผู้ใหญ่ อย่างอาจารย์เสมจนกระทั่งถึงพวกเราทั้งหมดที่นั่งอยู่ตรงนี้และ ไม่ได้นั่งอยู่ตรงนี้ มันขับเคลื่อนด้วยอุดมการณ์บางอย่างเหมือนลงเรือลำเดียวกัน ต้องการที่จะให้สิ่ง ดี ๆ มันเกิดขึ้นกับวงการสาธารณสุขไทย ผมเองเรียนอาจารย์ตรงนี้เลยว่า ตอนนั้นผมกลับมาไม่กี่ปี ตอนนั้นสภาพมันมีแผนพัฒนาชนบทยากจนหนาแน่น แล้วก็ Primary Health Care กับโรงพยาบาล อำเภอ 30 เดียง เป็นโครงการใหญ่ 2 โครงการ ที่อยู่ในแผนพัฒนาชนบทยากจน ผมก็ถูกมอบหมาย ให้ไปศึกษา Feasibility ของแผน 2 แผนนี้ คือ Primary Health Care กับโรงพยาบาลชุมชน พอผม ทำงานเสร็จก็ส่งไปให้รัฐมนตรีสาธารณสุขอ่านด้วย ก็ไม่คิดว่าท่านจะอ่าน รัฐมนตรีสาธารณสุขท่าน ที่ว่าคือ ท่านอาจารย์เสม และเป็นความประทับใจมาก หลังจากที่ผมส่งไปไม่กี่วัน ปรากฏว่าท่านก็ให้ เลขโทร.มา ขอเชิญให้ผมพบท่านรัฐมนตรีหน่อยทั้งที่ผมไม่รู้จักท่าน พอเข้าไปพบท่านอาจารย์ ท่านก็ บอกว่าไหนลองเล่าให้ฟังหน่อยซิว่า โรงพยาบาลอำเภอที่ไปวิจัยมาว่าอย่างไร ปรากฏว่าท่านก็พูดจาให้ กำลังใจอย่างมากเกี่ยวกับเรื่องงานที่ทำ ซึ่งตั้งแต่วันนั้นมาท่านก็จำผมได้ตลอด นี่เป็นความประทับใจ ว่า 1. มีผู้ใหญ่เหมือนเป็นเสาหลักให้กำลังใจกับคนรุ่นหลังที่เข้ามาทำ เกิดเป็นกำลังใจ ทุกคนที่เข้า มาช่วยก็ร่วมด้วยความตั้งใจขับเคลื่อนไปได้ สถานการณ์ในอดีตเป็นอย่างนี้จริง ๆ ปัจจุบันนี้ สถานการณ์อย่างนี้อาจจะเป็นเรื่องที่หายากขึ้นเรื่อย ๆ ย้อนกลับไปถึงเรื่องสาธารณสุขมูลฐาน ซึ่ง จริง ๆ แล้วข้อเท็จจริงมันอยู่ในสนาม ผมว่าคุณระเด่น หัสดี เป็นท่านหนึ่งที่บุกเบิกงานสาธารณสุขมูล ฐานในสนามมา

**นายระเด่น หัสดี:** คนที่ทำให้ผมสำเร็จงานสาธารณสุขมูลฐานคือ อาจารย์หมอไพจิตร ครั้ง แรกผมทำงานอยู่วัดโรค เป็น pilot วัดโรคชนบท ไปอยู่ที่สถานีอนามัยตอนนั้นเป็นสถานีอนามัย ชั้นหนึ่ง ที่โรงพยาบาลปากช่องตอนนั้น ค้นหาผู้ป่วยวัดโรคโดยตรวจเสมหะ สมัยนั้นมีปี 2507 หาผู้ป่วย วัดโรคอยู่ที่ปากช่องจนถึงปี 2518 เข้ามาอยู่ในศูนย์วัดโรค ทำงานวัดโรคมาตลอด เป็น pilot project ค้นหาผู้ป่วยแล้วก็จ่ายยา ติดตามผู้ป่วย โดยให้มีอาสาสมัครในเรื่องของวัดโรค จนปี พ.ศ. 2518 ย้ายมาอยู่ สสจ. นครราชสีมา ช่วงที่มาอยู่ สสจ. นครราชสีมา อาจารย์หมอศิริพรรณ เป็น นายแพทย์ สสจ. ปี 2518 ไปเป็นหัวหน้าฝ่ายจนถึงมีปี พ.ศ. 2520 อาจารย์หมอไพจิตร ย้ายมา ผมได้ ย้ายไปเป็นสาธารณสุขอำเภอ เริ่มงานสาธารณสุขมูลฐาน เริ่มช่วงที่อยู่ปากช่องนั้น ทำงานเรียกว่า อนามัยอเนกประสงค์ มีอาสาสมัครเหมือนกัน คล้าย ๆ ปราชญ์ชาวบ้านเริ่มมีแล้ว มีผู้ที่เก่งในเรื่องของ งานสาธารณสุข ป้าชันทองมีแล้ว สมัยที่เป็นอนามัยอเนกประสงค์มีจุดนัดพบ ในรอบเดือนหนึ่งสถานี อนามัยจะออกหน่วยเคลื่อนที่ไปและนัดให้ประชาชนมารับการรักษาตรงนั้น ช่วงนั้นยังไม่มีหมอ จุดนัด พบที่ให้วัคซีนเด็กและตรวจผู้ใหญ่ ทำงานค้นหาวัดโรคด้วย นัดพบคนที่มีอาการไอเรื้อรังตั้งแต่ 3

สัปดาห์ขึ้นไปสมัยนั้น เสร็จแล้วก็จ่ายยาแล้วก็มาขึ้นทะเบียนรักษาโรค จนย้อนมาอีกทีเมื่อปี 2520 อาจารย์หมอไพจิตรมาเป็น นายแพทย์ สสจ. นครราชสีมา ผมก็เป็นสาธารณสุขอำเภอ ช่วงเป็นสาธารณสุขอำเภองานโครงการสาธารณสุขมูลฐานจะเริ่มพอดี เริ่มปี 2520 จะมีการคัดเลือก ผสส. อสม. เกิดขึ้น ช่วงนั้นมีงานโนนไทยโปรเจกต์เกิดขึ้น ให้ทำงานสาธารณสุขมูลฐานที่ได้รูปแบบขึ้นในหมู่บ้าน การทำงานสาธารณสุขมูลฐานในขณะนั้นสถานีนอมนามีเจ้าหน้าที่อยู่คนเดียว อย่างมากมีสองคน ผมอยู่โนนไทยรับผิดชอบ 12 ตำบล มีสถานีนอมนาย 7 แห่ง มีเจ้าหน้าที่รับผิดชอบคนเดียว อย่างมากมีสองคน ช่วงนั้นมีโนนไทยโปรเจกต์ให้ทำงานสาธารณสุขมูลฐานด้วย มีการเอาชาวบ้านมาคัดเลือก ผสส. อสม. เกิดขึ้นมา การเลือกสมัยนั้นเป็นการเลือกหมู่บ้านที่มีศักยภาพที่จะประสบผลสำเร็จก่อนไม่ใช่เลือกครั้งเดียวหมดเลย คล้าย ๆ ศึกษาศาสตร์ที่ประสบความสำเร็จในหมู่บ้านมีแนวโน้มจะประสบความสำเร็จดูอย่างไร ดูความร่วมมือการไปประชุม ดูความร่วมมือของประชาชนในหมู่บ้านเป็นอย่างไรบ้าง ช่วงนั้นคณะกรรมการหมู่บ้านเริ่มเกิดขึ้น เป็นกรรมการหมู่บ้านฝ่ายต่างๆ แต่ยังไม่จริงจังอะไร พัฒนาการจังหวัด (กรมพัฒนาการ) ของมหาไทย์มีโครงการเกิดขึ้น คือให้มีคณะกรรมการเกิดขึ้นแล้วแต่หมู่บ้านใหญ่ หมู่บ้านเล็ก หมู่บ้านละ 7-12 คน คนที่เป็นกรรมการโดยตำแหน่งคือ ผู้ใหญ่บ้าน ผู้ช่วย 2 คน นอกนั้นมีฝ่ายต่าง ๆ จากที่เราทำที่โนนไทยคัดเลือก ผสส. อสม. แล้ว พร้อมกับนั้นเราเห็นศักยภาพของ ผสส. อสม. จะสำเร็จได้ดีนั้นจะต้องมีคณะกรรมการหมู่บ้านให้การสนับสนุน เราก็เลยคัดเลือกคณะกรรมการหมู่บ้านเกิดขึ้นด้วยพัฒนาด้วยฝึกอบรมไปด้วย แล้วก็เป็นการกระทำโดยร่วมกัน 4 กระทรวงหลัก (เกษตร, มหาไทย์, สาธารณสุขและกระทรวงศึกษา) ก่อนที่เราจะไปทำหมู่บ้านไหนเราจะ June ใน 4 กระทรวงหลักให้รู้เรื่องให้เข้าใจก่อน ขณะเดียวกันนั้นเราก็มีอาสาสมัครเกิดขึ้น ขยายไปจนครบหมุดทั้งอำเภอ ใช้เวลา 2 ปี ปี 2521-22 และก็มีกองทุนเกิดขึ้น สมัยนั้น อสม. แต่ละหมู่บ้านได้เงิน 1,000 บาท เราเห็นว่าเงินไม่พอ ขณะเดียวกันนั้นมีชาวเรื่องกองทุนยาเกิดขึ้น เรียกว่าเงินกันทำเป็นกองทุนยา คนละ 10 บาท ไปไว้ในหมู่บ้าน ไปซื้อยา ไปช่วยคนจนบ้าง ยาในกองทุนในหมู่บ้าน พอมีกองทุนยาแล้ว ขณะนั้นก็มีชาวของอาจารย์อารีเป็นโภชนาการ เราก็ทำกองทุนโภชนาการ เพราะเด็กในหมู่บ้านมีปัญหาขาดสารอาหารเยอะ เริ่มมี อสม. ค้นหาเด็กขาดสารอาหาร ผมมาฟังอาจารย์พูดพอดี จึงเอาไปดัดแปลงเป็นหัวอาหารแล้วเอาหัวอาหารไปในหมู่บ้าน โดยชั่งน้ำหนักเด็กขาดอาหารก็เลี้ยงด้วย หัวอาหารชาวบ้านซื้อหัวอาหาร คนมีเงินหรือไม่มีไม่เป็นเรื่อง แต่จะหักจากหัวอาหารช่วยเหลือซึ่งกันและกัน ขณะเดียวกันนั้น ทางกรมเกษตรเขาก็มีธนาคารข้าว ในเรื่องของประกันสุขภาพเกิดขึ้น (อาจารย์หม้ออมร) ทั้งหมดเกิดขึ้นมาพร้อม ๆ กัน โดยกองทุนยาเกิดขึ้นจากรู้ข่าวว่า มีที่แม่ฮ่องสอน เราก็มาทำที่โนนไทยพร้อม ๆ กัน แต่การทำที่โนนไทยได้รับการสนับสนุนจากอาจารย์ เนื่องจากผมจบสาธารณสุขศาสตร์มีคนช่วยเหลือ อาจารย์เมธีก็มาช่วยเลยพัฒนาไปได้เร็ว สมัยนั้นการทำงานไม่มีเหนื่อยเพราะ สสจ. สนุกสนานคิดอะไรทำอะไรกัน

สนุกสนานมากเลย คนไปดูงานไม่ขาดทุกวัน 4 กระทรวงหลัก ปลัดอาวุโสก็ไปเป็นวิทยากรด้วย เป็นความประทับใจตลอดเวลา ขณะนั้นอาจารย์เสมอเป็นรัฐมนตรีพอดี ผมตั้งชมรมสาธารณสุขอำเภอ มีข่าวทางกระทรวงฯ ว่า จะไม่ให้มีสาธารณสุขอำเภอจะเอาหมอเป็นสาธารณสุขอำเภอทางผมก็ไม่ยอมต่อสู้กันจนอาจารย์เรียกผมกับหมอวิชัยไปพบ ตั้งแต่นั้นมาก็ไม่มีอะไร มีชมรมแพทย์ชนบทเกิดขึ้น เราก็ตั้งชมรมสาธารณสุขอำเภอเกิดขึ้นชว่งนั้นเหมือนกันทั่วประเทศ ปี 2525 ที่เชียงใหม่ สมัยก่อนเจ้าหน้าที่สาธารณสุขไม่มีใครสำเร็จปริญญาเลย อาจารย์ไพจิตรเป็นปลัดกระทรวงจนถึงอาจารย์อุทัย ผมจึงขอต่อรองคณะสาธารณสุขขอขยายเป็นปริญญาตรีไม่ต้องสำเร็จ ม.6 คือ ม.3 นี้ และทำงานสำเร็จ สิ่งที่ประทับใจคือ ประกัน 30 บาท รักษาทุกโรค เริ่มจากเราแน่นอน ตอนนั้นคุณหมอ สงวนยังช่วยไปดูไปช่วยกัน เตรียมทำกัน พร้อมกันทั่วประเทศ ชว่งนั้นในไทย โชคชัย หลายอำเภอ ขยายไปทั่ว มาดูงานการทำงานสมัยก่อนมันมีกำลังจากอาจารย์อย่างใกล้ชิด อาจารย์มีอะไรก็เรียกมาพบ มีอะไรก็เรียกไปพบ ทางโรงพยาบาลรามาริบัติให้ความสนับสนุนอย่างดีเยี่ยมมันเชื่อมโยงไปหมด อีกอย่างจุดสำเร็จของกระทรวงฯ เรา อาจารย์หมออุทัยบอกแล้วว่า อะไรที่เป็นเรื่องใหม่เราจะเชิญ สภาพัฒนาฯ เชิญสำนักบชฯ ไปดูงานตลอด แต่สิ่งที่เราขาดไม่ได้คือ ผู้สื่อข่าว ทั้งผู้สื่อข่าวหนังสือพิมพ์ ทั้งทีวีต่าง ๆ เราดูแลให้อย่างดีเลย ผมว่างานสาธารณสุขสมัยนั้นมันถึงพัฒนาไปได้ แล้วอีกอย่าง สมัยก่อนการสร้างอะไรต่าง ๆ ไปได้เยอะ เงินน้อยแต่ทำได้เยอะเพราะไม่มีคอร์รัปชั่นเหมือนสมัยนี้ หมอพื้นบ้านก็มีแล้วสมัยนั้นและพัฒนามาตลอด งบประมาณไม่มีประชาชนให้การสนับสนุนอย่างดี

**ศ.นพ.อารี วัลยะเสวี:** ที่อาจารย์พูดถึง 4 กระทรวงหลัก จะมาจากกระทรวงมหาดไทย และ 4 กระทรวงนั้นไม่ได้ เผอิญว่า เมาเซตง หมอเท้าเปล่า ผมเป็นนักเรียนแพทย์อยู่ ทางจีน ถ้าเผื่อจะเอาให้ได้เท้าเปลาก็เอามาเถอะมันแก้ไขได้ปัญหาต่าง ๆ ทำให้มี Motivation อย่างมาก ท่านอาจารย์เป็นประธานตอนนั้น ถึงได้เห็นการขาดสารอาหารมันลดลงมาจากเมื่อก่อน 40-50% มันลงมาเลย 20 หลังสุดถึง 10 กว่า จากการที่ท่านอาจารย์เป็นผู้สำคัญที่ทำให้เกิดขึ้น

**นพ.ไพจิตร ปวะบุตร:** นึกถึงวันที่อาจารย์มาประชุมกับเราที่กองฝึกอบรมที่ชัยรัตน์อยู่ เมื่อแรก ๆ อาจารย์จบมาใหม่ ๆ ทำให้นึกถึงว่า คือผมทำงานบ้านนอกมาตลอดอยู่กับชาวบ้านมา บังเอิญอนุสาวรีย์หน้ากระทรวงเราไม่ใช่หมอ (กรมพระยาชัยนาทฯ) ท่านไม่ใช่ MD ท่านเป็นนักปรัชญา นักการศึกษา หรือแม้แต่สมเด็จพระบรมราชาชนกเอง ตอนที่มาพัฒนาการสาธารณสุขท่านก็ไม่ได้เป็นแพทย์ เพราะฉะนั้นผมคิดว่างานที่พวกเราทำที่จะสร้างคนเป็นเรื่องซึ่งบางทีเราเผลอไปทำให้ขัดกับเพื่อนแพทย์เรา ที่เป็นเพื่อน เป็นผู้บังคับบัญชา มีปัญหาเหมือนกันบางที เพราะฉะนั้นการทำงานของพวกเราที่ผ่านตรงนี้มาได้ก็ถือว่ามีความอุปการจากครูบาอาจารย์เป็นที่ยึด อย่างที่ผมเรียนแล้ว ผมอยู่บ้านนอกสูงสุดก็คืออาจารย์เสมอ อาจารย์ดม มาคู่กัน สามทหารเสือท่าน ไพโรจน์ อมร พิณิจ ส่วนทางโรงเรียนแพทย์ท่านเข้าใจกัน ผมผ่านเรื่องของ Innovation ตลอด เข้ามาใหม่ ๆ ก็เจอรวมกรมยุบกรม

เราก็เป็นทหารบ้านนอกก็ช่วยกันไปเชียร์กันไป ก็ทราบแต่ว่าครูบาอาจารย์ก็เจ็บป่วยกันไป แต่ว่าสุดท้ายประชาชนก็ได้ประโยชน์เพราะฉะนั้นมันก็ต่อเนื่องเชื่อมโยง หลายเรื่องที่มีมาก่อนมาอย่างทีละเด่นประทับใจ มันเป็นเรื่อง ๆ มันเป็น vertical programme เมื่อผมอยู่บ้านไผ่ ผมมีครัวกลาง แทคเจอ มีโปรตีน อาหารเสริมของเกษตรกรเขา อาจารย์ทำที่อุบลฯ เกษตรกรก็วิจัยมาทำต่อ มีอาหารโปรตีน ในหลวงท่านพระราชทานทรัพย์มาให้เกษตรกร แล้วผมก็ไปทำครัว ไปทำศูนย์เด็ก ศูนย์เด็กทำคู่กับพัฒนาชุมชนแล้วทำได้ดีเป็นศูนย์โภชนาการ เพราะฉะนั้นที่ท่านระเด่นภูมิใจมากก็คือตอนที่ท่านทำกองทุนอำเภอ เพราะตอนนั้นกองทุนหมู่บ้านก็ควบคุมยาก ที่โคราชที่ผมเป็น สสจ. กองทุนยาทำได้ไม่ถึง 5% (ไม่กี่ 10 แห่ง) แต่สงวนอยู่รายปีได้เต็ม 100% ทำได้อย่างไร ก็ได้เรียนรู้ซึ่งกันและกัน นื่อง ๆ เขาอยู่อำเภอตรอนหลังมาอยู่โคราชด้วยกัน ส่วนที่โคราชเองเนื่องจากโคราชเองเป็นดักศิลาอยู่แล้ว มันมีอาคารฝรั่งจับมือ US USEAD เขาช่วยอยู่แล้ว และอาจารย์ศิริพรรณเป็นมือของกรมอนามัยอยู่แล้ว แต่ท่านไม่สบาย ประสบอุบัติเหตุ Accident เพราะกรมอนามัยใช้ท่านมากเหลือเกิน เรียกไปประชุมเข้าท่านขับรถมาท่านบังเอิญเกรงใจคนขับ ขับรถมาประชุมกรมประชุมเสร็จขับรถกลับ ชนท้ายรถไถจนกระทั่งหมอกุญแจอยู่ปากช่อง เห็นลูกที่ตัวเองหน้าตาไม่เหลือแต่เห็นแหวนก็ช่วยกัน ผมเป็น สสจ. จะมีคนขับ 2 คน ช่วงนั้นเป็นช่วงพัฒนา เป็นช่วงซึ่งพัฒนามันเร็วมากจริง ๆ อย่างที่เมื่อเข้าพวกกัน แต่เรามีทีม นื่องโรงพยาบาลอำเภอน่ารักมาก ผมประชุมประจำเดือนประชุมใหญ่ประชุมร่วม แต่ประชุมแยกวิชาการ โรงพยาบาลอำเภอผมเป็นประธานเดือนเดียว เลือกเลขา เดือนต่อไปเลขาเป็นประธาน เลือกเลขาใหม่แล้วผมก็เป็นที่ปรึกษาฟัง ส่วนสาธารณสุขอำเภอก็ฟิต (fit) ถูกเรียกมาพบก็คิดว่าจะเกิดเรื่องอะไรหนอ แต่เขามีใจ เขาภูมิใจ วันนี้ หาญชัย ไม่ได้มา เขามีใจและภูมิใจ อย่างหาญชัยเค้า ม. 3 ธรรมดา ไม่จบ ม. 6 ตอนนี้ได้ซี 9 กำลังจะจบปริญญาเอก ภูมิใจว่านอกจากเขาจะทำงานช่วยชาวบ้านแล้ว เขายังพัฒนาตนเอง ที่ท่านอาจารย์อุทัยพูดไว้ก็พูดต่อ จะเห็นภาพว่า International health ของเราไปไกลซึ่งท่านอาจารย์เริ่มงานไว้ ดร.มาเลอร์มาพบอาจารย์ท่านปลัดสมัยนั้นอาจารย์ กอบ ตูจินดา ไปเป็นประธาน อาจารย์อุทัยก็เป็น chairman executive board ที่เราภูมิใจคือเราได้รวม 4 กระทรวงหลัก ไปประชุมเจนีวา มีรองปลัดศึกษา รองปลัดมหาดไทย เกษตรไม่ไป ผมเป็นเด็ก ก็เห็นผู้ใหญ่ทำก็ภูมิใจมากเลย อาจจะไปประชุม แต่ก่อนหน้านั้นท่านส่งไปก่อนส่งไปทำงานก่อนว่า เรื่อง Inter sector เป็น Inter sector collaboration for health แต่ว่าของไทยเราเป็น Inter sector collaboration action for quality of live คือเราก้าวอีก step หนึ่งกว่า WHO เขา WHO ทำ body of health แต่เราทำคุณภาพชีวิต ซึ่งหมายถึงมากกว่าหนึ่งอย่างที่อาจารย์ประเวศพยายามที่จะให้มีเรื่องสังคมและปัญญา ช่วงนั้นมันบูมจริง ๆ เมืองไทย เขามีประชุม technical discussion กับประชุมบริหารประชุม technical ปี 82-83 รว 29-30 มีชัย วีระไวทยะ ได้รับการ accept ทั้งโลก ระดับโลก ทั้งอาจารย์ก็ไปอยู่ด้านวิจัย มีอาจารย์หลายท่านทำวิจัย อาจารย์ประเวศ อาจารย์อารี ซึ่ง



อาจารย์มีชัย วีระไวทยะ เก่งมากและได้รับการยอมรับ เพราะฉะนั้นอย่างเช่น ล้ำลิ ณ บางช้าง เปลี่ยนบางช้าง ตอนนี้เป็นเทอมที่สอง เป็นสิ่งที่ภูมิใจ ทราบว่าขณะนี้ สุวิทย์กำลังไปได้ดีมาก วิโรจน์ กำลังไปได้ดี แต่สิ่งที่จะกราบเรียนเพื่อจะนำมาสู่ปัจจุบัน ก็คือประสบการณ์จากสาธารณสุขมูลฐาน ที่ผมเป็นครูที่เลี้ยงไปสอนทั่วประเทศกับงานปัจจุบันที่เราากำลังทำ ที่เรียกว่า งาน UC หรือประกันสุขภาพ ซึ่งสงวนทุ่มเททั้งชีวิตนี้ อันหนึ่งซึ่งเราไม่ได้ทำ คือเวลามันต่างกันไม่ใช่ว่าดีไม่ดี สมัยนั้นเราทำเรื่องครูฝึกการสอน เราถือเป็น Literary เป็น the must ต้องทำ (แบ่งออกเป็น 3 แบบ คือ สอนในระบบ สอนนอกระบบ และสอนตามอัธยาศัย) ขณะนี้พวกเราจะเล่นตามอัธยาศัยกับนอกระบบมาก ในระบบน้อย จะเห็นว่าขณะนี้ครูอาจารย์โรงเรียนแพทย์ โรงเรียนพยาบาล ค่อนข้างจะมาสนใจที่เราที่กำลังทำอยู่น้อยมาก เราต้องนำ Re-oriented สูงมาก เราช่วยกันทำหรือแม้แต่สอนนอกระบบบางที่ ขณะนี้ KM กำลังมากี่ดี แต่บางครั้งบางอย่างบางเรื่องเราไม่มี direction ที่ชัดเจนซึ่งก็กำลังคุยกันอยู่ ซึ่งต่างจาก สส. คือ ตำราสอน อาจารย์ประพนธ์ ปิยรัตน์ ให้เราไปเขียนเอง อาจารย์จบดอกเตอร์มาใหม่ ๆ นั่งหัวเราะเอาตำรามาเทียบกัน สุดท้ายก็มีข้อสรุป ตำราที่เขียนกันเอง สมัยก่อนโรงแรมไม่มีต้องไปที่สรวงคนิวาสประทับใจอีกอันหนึ่ง คือ ได้มาร่วมทีมทำโครงการบ้านไผ่ ผมอยู่ขอนแก่นได้มาร่วมมีอาจารย์ปรีชา ดีสวัสดิ์ ก็ไปร่วมทีม ก็ทำให้เห็นว่า ครู อาจารย์ ได้สร้างพวกเราให้พวกเราทำงาน Accredit แล้วเอาเรามาคิดงานต่อโดยให้พวกเราทำกันเอง ให้เรามาเขียนตำรา สอน 5 วัน เขียนตำรา 2 อาทิตย์ 35 คน มาเขียนตำรา ทำอย่างไรจึงจะให้คนเข้าใจว่างานสาธารณสุขมูลฐานคืออะไร อีกภาคหนึ่งคือ การเป็นครู การเป็นครู มีตำราวิธีเป็นครู อาจารย์ประพนธ์เก่งมาก เราเรียกว่าเป็นครูใหญ่ อาจารย์อมร เป็นผู้อำนวยการโรงเรียน ท่านอาจารย์อยู่กระทรวงเป็นผู้จัดการใหญ่สั่งการลงไป ปี 2519 เป็นปีแรกของแผนฯ 4 ซึ่งอยู่ในปลายแผนฯ 3 ต่อแผนฯ 4 ซึ่งทำให้พวกเราซึ่งกับงานและเข้าใจระบบการจัดการเรียนการสอนที่จะให้คุณค่าแก่ประชาชน สมัยก่อนการสอนยังไม่มีคำว่า การเรียนการสอนเท่าไร มีแต่สอน มีแต่ครูบอกวิชา เป็นอันหนึ่งที่โครงการ 30 บาท ซึ่งทางพรรคไทยรักไทยเอามาแล้วก็ไปเร็ว ซึ่งสงวนเองก็รับนโยบายก็ดี ต้องเร็วเพราะไม่เร็วก็กทำไม่ได้ ช่วงต่อการเมืองไม่ค่อยคิดเหมือนเราเขาได้ แล้วเขาก็จบ จริง ๆ แล้วเนื้อหาสาระต้องทำอีกเยอะเลย วิชาการต้องตามอีกมากมาย ซึ่งขณะนี้ผมเองก็อยู่ในบอร์ดกล่าบากระดับหนึ่ง สงวนก็ลื่นไปแล้ว ที่ท่านอาจารย์ทวิทองได้กรุณา ได้สรุปไว้ 3-4 ข้อขอขอบคุณ ถ้าจะมีการซักถามเพิ่มเติมก็ยินดี ตอนนี้ต้องขออภัย ต้องไปขึ้นเครื่องไปอุบลฯ

**ศ.ดร.ทวิทอง หงส์วิวัฒน์ :** ผมขอใจที่อาจารย์ใช้คำว่า โคราชเป็นดักศิลา เป็นที่สร้างสาธารณสุขมูลฐาน นอกจากที่โคราชแล้วยังมีอีกหลายจังหวัดเป็นลักษณะของดักศิลาเรื่องสาธารณสุขมูลฐานที่อุบลฯ ภายใต้การทำของอาจารย์อารี

อย่างที่โครงการลำปาง ถือว่าเป็นโครงการ Pioneer มาก ถ้าผมจำไม่ผิด อาจารย์เบญจา คือ ช่วงนั้นมันเหมือนกับดอกไม้ร้อยดอกกำลังบานสะพรั่ง มีหลายที่อาจจะเกิดขึ้นมาได้ ๆ กัน แต่ละที่จะมี

ประสบการณ์เฉพาะของตัวเอง โครงการล่าป่างก็ถือว่าเป็นโครงการหนึ่งที่ได้รับการสนับสนุนจาก USEAD และเป็นโครงการที่ใหญ่โครงการหนึ่ง อาจารย์เบญจาทือว่าเป็นนักสังคมศาสตร์ เรียกว่าเป็นคนแรก ๆ ที่เข้าไปยุ่งเกี่ยวกับเรื่องสาธารณสุขมูลฐาน ขอให้อาจารย์เบญจาทือสะท้อนความประทับใจของอาจารย์

**รศ.ดร. เบญจาทือ ยอดดำเนิน-แอ็ดติกซ์ :** ต้องกราบขอบพระคุณอาจารย์ทุกท่าน เพราะว่า ได้เรียนรู้จากท่านทุกคน ต้องเรียนให้ทราบว่าตอนเรียนปริญญาโทจบ แล้วกลับไปล่าป่างเพราะบ้านอยู่ล่าป่าง ช่วงนั้นโครงการล่าป่างกำลังเกิดขึ้นพอดีก็เลยได้ทำงานในฐานะที่เป็นนักมานุษยวิทยาประจำโครงการ ตอนนั้นก็เป็นเพื่อนตัวเล็ก ๆ แต่ว่าความประทับใจก็คือ ตอนนั้นไม่รู้จักและไม่ทราบว่าโครงการนี้เป็นโครงการที่นำเอาคนที่มีความคิดมีความสัมพันธ์ที่ดีแล้วเอามาอยู่ร่วมกัน เมื่อรวมตัวกันขึ้นมันเกิดนวัตกรรมที่ดีงามและส่งผลต่อประชาชน โครงการล่าป่างเป็นโครงการที่ครอบคลุมอำเภอห้างฉัตร จังหวัดลำปาง ข้อสำคัญคือ วิธีการค้นหาอาสาสมัครมันเกิดขึ้นที่นั่น พวกเราเป็นคนที่ทำ questionnaire ไม่ใช่เป็นคนต้นคิด ต้นคิดคือ ตั้งแต่ท่านอาจารย์หมอมสมบูรณ์ วัชรโรทัย ที่ท่านสิ้นไปแล้ว และท่านอาจารย์หมอปรีชา ท่านก็สิ้นไปแล้วเหมือนกัน มีท่านอาจารย์หมอมัจจุญ มีখনอน ตอนนั้นได้เรียนรู้ไม่ใช่เฉพาะวิชาการหรือเรื่องสาธารณสุขมูลฐานแต่ได้เรียนรู้วิธีการทำงานของท่านด้วย

ตรงนั้นมันเหมือนเมล็ดพันธุ์พืชที่มันอยู่ในตัวเองโดยไม่รู้ตัว แต่พอโตขึ้นมาทำงานแล้วถึงได้รู้ว่าที่เราได้ทำงานตอนที่โครงการ บีช มันช่วยให้เราเข้าใจอะไรมาตรงนี้เอง ตอนนั้นมันมีแบบสอบถามที่เรียกว่า Sociogram ให้ดูว่า จริง ๆ แล้วมันเป็นพื้นฐานของ Social net work แท้ ๆ เป็นเรื่องของเครือข่าย เป็นเรื่องของความช่วยเหลือ เป็นเรื่องของการป้องกันด้วยซ้ำไป ซึ่งตอนนั้นไม่เข้าใจทราบแต่ว่าเราจะต้องหาคนที่มาเป็นอาสาสมัคร (อสม.) เราก็ต้องปรับแก้กันเยอะมาก โดยที่ท่านอาจารย์หมอวิเชียร ที่เป็นคนดูแลเราอยู่ เราแค่คนช่วยทำงาน รายชื่อที่ออกมาที่เราจะเลือกเป็น อสม. ส่วนใหญ่เป็นวัยรุ่นอายุ 17-18 ปี แล้วจะพูดให้คนเชื่อได้อย่างไร ยังไม่มีประสบการณ์ ยังไม่มีอะไร เราถึงต้องมาค้นดูว่าแล้วทำไมมันถึงออกมาแบบนี้ที่คนมักจะไปหาเขา เราก็พบว่า เป็นเพราะอายุของคนที่เราไปถาม เพราะฉะนั้นการที่มันดึงดูดกัน คนที่อายุน้อยก็จะดึงดูดกัน คิดว่าน่าจะเป็นกลุ่มเพื่อนของเขาเองกว่าที่จะปรับกว่าจะแก้

ตัว concept ของ อสม. หรือการทำงานแบบอาสาสมัครก็เข้าใจว่า เกิดขึ้นจากตอนแรกเกิดจากโครงการนำร่องที่ล่าป่างก่อน แต่อิทธิพลความคิดน่าจะมาจากที่อื่นก่อนแล้ว ท่านอาจารย์หมอปรีชาทำงานอยู่ที่พิษณุโลกก่อน ทำงานที่โครงการสารภี พอมาอยู่ที่ล่าป่างท่านก็เอาแนวคิดนี้มาด้วยก็เลยมีความรู้สึกที่จริง ๆ แล้วความคิดที่ดีที่อาจารย์ ดร. ทวีทอง พูดถึง ความตั้งใจที่จะทำงานมันมา กับคน แล้วยิ่งมาเจอ สมมติว่าเป็นเมล็ดพันธุ์พืช แล้วเนื้อดินตรงนั้นเหมาะที่จะขึ้นมันจะออกงอกได้ดี เนื้อดินตรงนี้มี ความหมายอย่างที่ทุกท่านพูดคือ เครือข่ายเพื่อนที่เข้าใจกัน ข้อสำคัญคือ คนที่

มีแนวความคิดเดียวกันและสำคัญที่สุดก็คือ มีคนเชื่อมประสาน ถ้าไม่มีคนเชื่อมตัวเชื่อมมันก็จะอาจจะเดินช้าหน่อย แต่พอทุกอย่างมันลงตัวมันจะไปได้เร็วมาก ไปได้ไกลมาก

ตอนนั้น ทำงานได้ปีเดียวแล้วมาทำงานที่มหิดล ก็ยังไม่ตกผลึกความคิดจนกระทั่งได้ไปทำงานร่วมกับโภชนา สถาบันวิจัยโภชนาการ เพราะของอาจารย์มีโครงการหนองไฮ มีศูนย์ปฏิบัติการที่จังหวัดอุบลราชธานี ตรงนั้นมันคือ community lab ที่จะช่วยดูว่าคนเขาจะดูแลตัวเองอย่างไร ชุมชนจะดูแลตนเองอย่างไร โครงการลำปางถึงแม้จะเป็นโครงการนำร่อง แต่ก็คือ community lab เหมือนกัน แต่ตอนนั้นไม่เข้าใจไม่ทราบ ความรู้ที่ว่ามันจะเข้ามาฝังอยู่ในตัวเราแล้วตกผลึกก็ใช้เวลานานพอสมควร โครงการหนองไฮ และศูนย์วิจัยโภชนาการ ก็เป็นต้นแบบของ community lab ถึงแม้ของคณะสาธารณสุขก็มี มีศูนย์ปฏิบัติการที่สูงเนิน ถือเป็น community lab ที่จะต้อง strengthen แล้วของเราตอนนี้มีที่กาญจนบุรีก็ได้โดยตรงนี้ไปทำ โครงการที่จังหวัดกาญจนบุรีทำทั้งจังหวัดแต่เป็นโครงการที่เรียกว่า การเฝ้าระวังประชากร พอมารับหน้าที่ตรงนี้ก็เลยไปเช็คดูว่า ต้นกำเนิดมาจากไหน การศึกษาในระยะยาว ก็พบว่า จริง ๆ แล้วมันมาจาก 3 กระแส กระแสแรกคือ ระบาดวิทยา ตอนแรก focus ที่โรค แต่ตอนหลังมา focus ที่คน ที่ community แล้วกระแสอีกกระแสหนึ่งที่ท่านพูดถึง ก็คือ หมอเท้าเปล่าที่ประเทศจีนที่เป็นต้นแบบของสาธารณสุขมูลฐาน มารวมตัวกับการศึกษาของประชากรที่ดูเรื่องการเกิด การตาย การย้ายถิ่น 3 กระแสมารวมกันแล้วมาตกผลึกเป็นโครงการที่ในประเทศไทย มันเป็นการตกผลึกความคิดอันหนึ่ง บางทีเราก็เอา concept มาจากต่างประเทศ แต่เสร็จแล้วพอมาดึงจริง ๆ แล้วกลายเป็นของไทย เพราะเราก็ตกผลึกมาทำให้มันงอกงามกลายเป็นต้นไม้ของไทย แล้วใช้กับประเทศไทยได้ ตรงนี้ฟังได้ความคิดว่า ทำไมเขาถึงชอบเอาประเทศไทยเป็นตัวอย่างในหลาย ๆ เรื่อง ทั้ง ๆ ที่ concept มาจากต่างประเทศ ก็เป็นความประทับใจที่ได้ทำงานสาธารณสุขมูลฐานมาตั้งแต่ต้น

อยากจะเรียนสรุปว่า ถ้าพูดถึงความตั้งใจความเป็นเครือข่าย ความจริงใจ ทั้งหมดถ้าคนเดียวมันไปไม่รอดเหมือนกัน แต่เมื่อไรมีการรวมตัวกันแล้วมีคนเชื่อมมีคนนำมันไปได้ดีมากจริง ๆ ที่ประทับใจก็คือ ไม่ได้เรียนรู้เฉพาะความรู้ จริง ๆ แล้วคนในชุมชนเขาก็สามารถดูแลตัวเองได้ ดูแลครอบครัวเขาได้ เมื่อไม่ไหวแล้วถึงให้คนอื่นดูแล แต่ได้เรียนรู้วิธีการทำงาน ตัวเล็ก ๆ ที่ฟังเรียนจบปริญญาโทมายังไม่เคยมีประสบการณ์แต่ได้พบท่านอาจารย์หมอสมบุญ วัชรโรทัย ตอนนั้นท่านน่าจะเป็นอธิบดีกรมอนามัย ท่านทำงานร่วมกับอาจารย์จำรูญ มีชนอน สสจ. ซึ่งเป็นอาจารย์หมอปริชาแล้วยังมีอาจารย์หมอหลายท่านที่เป็นโครงการใหญ่ไม่ใช่โครงการเล็กเลย ถึงแม้ว่าจะไม่ได้ตั้งใจเรียนรู้จริง ๆ มันซึมซับเข้าไปแล้วทำให้มันติดตัวจนกระทั่งถึงทุกวันนี้ แล้วที่ตกผลึกอีกอันคือ ต้องไปทำโครงการมาลาเรียที่ชุมชนชาวกะเหรี่ยงที่สังขละบุรี ที่เขาอยู่ตามรอยตะเข็บชายแดน ตอนแรกก็สงสัยว่าทำไมมาลาเรียยังอยู่และเพิ่มขึ้นด้วย อัตราการตายลดลงจริงแต่อัตราการเจ็บป่วยมันยังขึ้นลง ๆ

ปรากฏว่า เพราะว่าเขายังข้ามถิ่นไปมาระหว่างชายแดนได้ ตอนแรกที่ทำก็คิดว่าจะหาทางแยกอยู่กับคน ดูซิว่าจะทำอะไรไม่ให้คนกับยุ่งเจอกันได้แต่ไม่สำเร็จ จนบัดนี้ก็ได้จากการที่ทำงานร่วมกับเขาก็ค้นพบว่า คงจะต้องให้เขาสร้างภูมิคุ้มกันโดยอาหารของเขาเอง ตอนนี้ก็นึกถึงโภชนาการอีกแล้วแต่ขั้นนี้ยังไม่ถึง

ตรงนี้ก็กลับมาที่จุดเดิมที่เริ่มต้นจากโครงการลำปางก็คือ ใช้เป็น community lab ไม่ใช่เราคิดอยากได้อะไรเราก็ใส่เข้าไป เราคงต้องไปทำงานร่วมกันกับเขาแล้วก็เรียนรู้จากเขา ฟังจดอยู่แค่รู้ว่าจะต้องเอาภูมิปัญญาท้องถิ่นของเขามาใช้แล้ว repackage กลับเข้าไป แต่ว่ายังไม่ถึงว่าจะสำเร็จหรือเปล่า แต่ทั้งหมดก็เป็นความประทับใจที่ได้เริ่มมา

**ศ.นพ.อารี วัลยะเสวี :** เมื่อเสาร์-อาทิตย์ที่ผ่านมา เรามีการคุยกันของนักวิชาการที่อุบลฯ มีคนหนึ่งชื่อสุวรรณี เขากำลังจะ retry อายุ 60 เขายังอยากจะทำอะไรต่อเรื่องนี้ เพื่อเรียนให้ทราบ เราก็คุยกัน ลองมาดูซิ Project จะเป็นอย่างไรของที่อุบลฯ เราพยายามที่จะให้ข้อมูล เพราะมีที่อยู่ทำงานต่าง ๆ อยู่แถวนั้นเลย ที่จริงอุบลฯ ไปไกลมาก อยู่ใกล้ชิดมากกับลาว ฉะนั้นต่าง ๆ พวกนี้เราติดต่อกันอยู่เรื่อย ๆ

**รศ.ดร. เบญจมา ยอดดำเนิน-อธีตติภัก :** คิดว่าความคิดเรื่องการทำ community lab เป็นความคิดที่ก้าวหน้ามาก ถ้าสมมติว่ามีได้เยอะๆ เราจะช่วยส่งเสริมให้เขาดูแลตัวเอง มันคงไม่ใช่แค่สุขภาพร่างกายเท่านั้น ไม่ใช่แค่โรคภัยไข้เจ็บ แต่สุขภาพกายสุขภาพจิตของเขาด้วย ถ้ามีหลาย ๆ แห่งเพราะสังคมเปลี่ยนไปเรื่อย ๆ ถ้าตรงนั้นมันจะช่วยดูว่าเรื่องการเปลี่ยนแปลงเราจะรับมือมันได้อย่างไร

**ดร. เมธิ จันทจักรภรณ์ :** ผมอยู่กับงานมาในช่วง 30 ปี ตั้งแต่ตอนนั้นถึงตอนนี้ จะสะท้อนให้เห็นภาพว่า ในประการที่ 1 ที่งานนี้ยังสามารถเดินได้มาถึงทุกวันนี้ภายใต้ความสำเร็จและอุปสรรคบ้าง

ประการที่ 1 เป็นความชัดเจนของเนื้อหาเรื่องนี้ เน้นถึงเรื่องการพึ่งตนเองของประชาชนเป็นเรื่องที่สำคัญ พูดถึงเรื่องการมีส่วนร่วมของประชาชนในการทำงาน พูดถึงเรื่องของจิตสำนึกสาธารณะในการมีอาสาสมัคร ทุกนวัตกรรมที่คิด คิดเพื่อประโยชน์สุขภาพดีของประชาชนทุกเรื่องไม่ว่าจะเป็นเรื่องโภชนาการ เรื่องยา เรื่องอะไร ผมมีความคิดว่านี่คือเนื้อแท้ นี่คือทองคำแท้ที่มันชัดเจน มันถึงได้ยั่งยืนมาถึงทุกวันนี้ได้จากประเด็นของตัวเอง

ประการที่ 2 ที่ผมเห็นว่าสิ่งเหล่านี้สามารถที่จะผลักดันและขับเคลื่อนมาเป็นเวลา 30 ปี ได้ นโยบายผู้บริหารกระทรวงที่จะลดในเรื่องของการเชื่อมต่อ ในเชิงนโยบาย ระยะเวลาผมคิดว่าชัดเจนมาก 20 ปีแรกชัดเจนมาก จะเรียกว่า แฉ่ว จากการเปลี่ยนแปลงทางระบบก็ได้ แผนฯ 4, 5, 6, 7 มีแผนสาธารณสุขมูลฐานชัดเจน พอแผนฯ 8, 9, 10 ไม่เขียนคำนี้แล้ว แต่มันเข้าไปอยู่ในแผนของชาติไป ในความหมายหลาย ๆ คำ คนเป็นศูนย์กลางในช่วงแผนฯ 8 พูดเรื่องบูรณาการเรื่อง Holistic มัน

เข้ามาอยู่ในแผนใหญ่ของประเทศ ถ้าคิดว่ามันเข้าแล้วก็ OK แต่ในเชิงของแผนกระทรวงสาธารณสุข ตรงนี้ไม่ได้ระบุแล้วตั้งแต่แผนฯ 8 เป็นต้นมา

ประการที่ 3 ที่เห็นชัดเจนคือ สอดคล้องกับอาจารย์หมอไพจิตร คือ เรามีทรัพยากรบุคคลที่เราทำให้ตั้งแต่สมัยนั้นที่เข้มแข็งมาตลอด ครูฝึกต่าง ๆ การมีครูฝึกตั้งแต่ 35 คน ที่หมอไพจิตรเป็นรุ่น 1 ทำไปทั่วประเทศทุกจังหวัด สาธารณสุขอำเภอ ท่านหัวหน้าฝ่าย คนเหล่านั้นเป็นกำลังสำคัญของงานในส่วนภูมิภาคแทบทั้งสิ้น และคนเหล่านั้นในขณะนั้นตำแหน่งจะยังไม่มาก เมื่อเวลาผ่านไป 10 ปี 20 ปี พวกเขาขึ้นเป็นผู้บริหารกระทรวง ขึ้นเป็นผู้บริหารหมดเลย ไม่ว่าจะเป็นทางวิชาการหรือคุณหมอสงวนทางกลุ่มแพทย์ต่างที่โรงพยาบาลชุมชนก็เป็นผู้บริหาร เพราะฉะนั้น โดยอัตโนมัติที่งานนี้มันเดินไปโดยไม่ต้องไปเริ่มต้นใหม่สำหรับคนเหล่านี้ นี่เป็นกลไกที่สำคัญ ทำให้พอมาถึงทีมอย่างคุณหมอสงวนรุ่นนั้นเข้ามาในกระทรวง มาเป็นผู้บริหารกระทรวง การแตกหน่อในเรื่องต่าง ๆ ก็สามารถแตกได้โดยอัตโนมัติและไปได้อย่างมีคุณภาพด้วย เรื่องนี้ก็เป็นเรื่องที่สำคัญ

ประการที่ 4 รูปแบบของการทำงานในชุมชน นวัตกรรมต่าง ๆ หลายเรื่องสามารถต่อได้หลายเรื่องก็หายไป อย่างกองทุนยาแรก ๆ บูมมาก 2-3 หมื่นแห่ง เติงปริมาณไปได้ดี คุณภาพก็ดีบางส่วน แต่บางพื้นที่มีประโยชน์สำหรับประชาชนมาก เพราะฉะนั้นมีประโยชน์สำหรับประชาชนมากที่ใดที่เป็นประโยชน์ที่นั่นก็คือว่าเราประสบความสำเร็จ แต่ถ้ามันไม่สำเร็จก็ไม่เป็นไร ก็พัฒนากันไป แต่ตอนนั้นกองทุนยาในหมู่บ้านก็ไม่มีแล้วถ้าเรียกในเชิงของราชการเรา เพียงแต่ว่าเหลือเป็นตุ๋ยาเล็ก ๆ อยู่ในหมู่บ้านมีคนซื้อคนขาย แต่ไม่มีการจัดการอย่างที่พูดกันเมื่อสมัย 20-30 ปีที่แล้ว ความคิดเรื่องเหล่านี้ก็กลายเป็นอย่างอื่นไป ที่ยังคงอยู่ทุกวันนี้ คือ รูปแบบของ อสม. เรา ที่อาสาสมัคร ตัวนี้ยังคงอยู่ตั้งแต่อาจารย์ทำ Sociogram ก็เหลืออันนี้ จนถึงบัดนี้ยังมี อสม. อยู่ จัง อสม. เป็นกำลังคนภาคประชาชนที่กระทรวงสาธารณสุขจัดตั้งเอาไว้ เรียกจัดตั้ง เพราะเราพัฒนาเป็นเชิงระบบเหมือนราชการจนเกินไป ทำให้ระบบมันคงอยู่ได้ แต่ภายใต้การจัดตั้งอย่างเข้มแข็งของกระทรวงสาธารณสุขแบบนี้ มันก็มีจุดอ่อนของตัวเองของมันเอง เพราะวาระระบบอาสาสมัครก็จะพียงกระทรวงในความคิดความเห็นต่าง ๆ วันนี้ไปบอกรัฐมนตรีสาธารณสุขว่า อสม. ให้เขาเข้มแข็งโดยตัวของเขาเองได้ไหม รัฐมนตรีบอกว่าอย่าพึ่งเลยขอสั่งการเองก่อน ถ้าไปถามท่านปลัดกระทรวง บอกว่าไม่ได้ต้องขึ้นกับกระทรวงสาธารณสุข ถ้า อสม. ไปทำงานพัฒนาด้านอื่นอย่าไปทำมากทำสาธารณสุขก่อน นี่ก็เป็นปกติของวิธิตั้งนี้ยังคงอยู่ แต่ว่า อสม. วันนี้ปริมาณมีทุกหมู่บ้านประมาณ 800,000 คน แล้วทุกวันนี้ ฉะนั้น 800,000 คน มีมากที่ไปเป็น อบต. อย่างที่โคราชสมัยที่มี อบต. รุ่นที่ 1 ผมพัฒนา อสม. ไปเป็น อบต. เกือบ 50% ทุก อบต. มี อสม. หมดเลย แต่ช่วงหลัง ๆ เป็นน้อยลงเพราะใช้เงิน อสม. ไม่มีเงิน ไปเลือกนายก อบต. ต้องใช้เงินเยอะ ก็เป็นแค่กรรมการผู้ทรงคุณวุฒิประจำหมู่บ้าน ก็เลยไม่มีบทบาททางการบริหาร อบต. เพราะไม่มีเงินไปสู้ วันนี้โลกสังคมมันเปลี่ยนไป

ประการสุดท้าย คือ ในส่วนของการปฏิรูปที่เกิดขึ้นทางการปฏิรูปของระบบสุขภาพทั้งหมด ในช่วงหลัง ที่เรามี ส. ต่าง ๆ เกิดขึ้น โดยการเปลี่ยนทางสังคม การเปลี่ยนแปลงเหล่านี้เป็นการเปลี่ยนแปลงที่มองไปข้างหน้าในเรื่องสุขภาพ แต่ทั้งหลายทั้งปวงมีสาธารณสุขมูลฐานเป็นฐาน แต่ผมเสียดายอยู่นิดหนึ่งเรื่องหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าเราไม่ใช่สาธารณสุขมูลฐานเป็นฐาน เราไปใช้บริการเป็นฐาน 2 ตัวนี้ไม่เชื่อมกัน ที่พระเดชพุดถึงเรื่องกองทุนโภชนาการและกองทุนบัตรสุขภาพเมื่อสมัยก่อนเราใช้ชุมชนเป็นฐาน ฉะนั้นถ้าใช้ชุมชนเป็นฐานแล้ว refer มาสูงขึ้น ชุมชนก็ได้คัดกรองได้ดู แต่วันนี้พอเราเอาเงินไปไว้ที่สถานบริการเป็นหลัก ชุมชนไม่มีฐานมันเลยขาดการเชื่อมต่อ แต่ สปสช. ก็แก้ไขโดยการเอาเงิน pp, P&P 37 บาทกว่า ซึ่งเป็นเงินส่งเสริมป้องกันหยิบมาให้ท้องถิ่นกับอนามัย ได้ใช้ในการทำงาน ก็เลยเป็นเงินไหลกลับเข้ามาให้ทำงานอีก ฉะนั้นจึงทำให้งานส่งเสริมและป้องกัน จึงอ่อนกำลังลงไปช่วงนี้ นี่เป็นระบบมันเปลี่ยนไปซึ่งเราต้องทบทวนกันในช่วงนี้

**ศ.ดร.ทวิทอง หงส์วิวัฒน์:** มีใครอยากที่จะเพิ่มเติมไหมครับ เชิญครับอาจารย์

**รศ.ดร. เบญจฯ ยอดดำเนิน-แอ็ดติงก์ :** ขอเพิ่มเติมประเด็นเดียว ที่ท่านทั้งหลายพูดทั้งหมดระบบสาธารณสุขมูลฐานและตัว อสม. เอง ในความรู้สึกของตัวเองมันคือการสร้างเขี้ยวเล็บเสริมให้คนเขามีทักษะ มีศักยภาพเพิ่มขึ้น เมื่อเขาเป็น อสม. เขาต้องการทางเรียนรู้เพิ่มองค์ความรู้ของเขา เพื่อที่เขาจะได้นำไปช่วยเหลือคนอื่นได้ หรือแม้แต่เราเอาความรู้ไปให้เขา นี่เป็น strengthen ที่ชัดเจนมากที่สุดเลย

**ศ.นพ.อารี วัลยะเสวี:** ความจริงศักยภาพของวิทยาลัยหรืออะไรก็ตาม ที่อุบลฯ มีสูงพอสมควร ครั้งหนึ่งเขาเคยนึกถึง เขาคิดจะมีโรงเรียนแพทย์แต่มันยังไม่พร้อม แต่อย่างอื่นเขากำลัง go-ahead ค่อนข้างมากในจังหวัดอุบลราชธานี เป็นจังหวัดค่อนข้างใหญ่และมีเปอร์เซ็นต์สูงหลายอย่าง คิดว่าโอกาสมันมีเพื่อจะมีคนนั่งเลยรีบทำเรื่องนี้ให้ดี เพราะว่า มันจะต้องทำงานค่อนข้างใกล้ชิดกับลาว เพราะลาวเขาก็กำลัง going ที่ผมมาทราบทีหลังก็คือ สมเด็จพระเทพฯ เสด็จไปที่ลาว ค่อนข้างจะบ่อยมาก และมักจะให้งานที่ให้เกิดที่จะทำอย่างไร ที่จะทำให้ลาว แคน แสตน ออน แดฟิท (Loas can stand on their feet) มากขึ้น เท่าที่ผมทราบเวลานี้

**ศ.ดร.ทวิทอง หงส์วิวัฒน์:** ผมเองโดยส่วนตัวจะเสริมประเด็นหนึ่ง ในช่วงแผนฯ 4, แผนฯ 5 อาจจะมีรวมแผนฯ 6 ด้วย สิ่งที่ผมคิดว่ามีค่อนข้างชัดเจนคือ กระทรวงสาธารณสุขมี leadership ในการพัฒนาเรื่องของการพัฒนาสาธารณสุขในทางวิชาการ ค่อนข้างชัดเจน คือมีวิชาการที่มันจริง ๆ แล้วก็ไม่ได้แปลกแยกจากมหาวิทยาลัยเท่าไรเพราะว่า เห็นได้ชัด อาจารย์อารี อาจารย์ประพนธ์ อีกหลายคนที่เข้าไปทำงานร่วมกันกับกระทรวงสาธารณสุขในเรื่อง Primary health care ผมว่าแทบจะทั้งหมดที่เข้าไปร่วมไม่ใช่เป็นนักปฏิบัติธรรมดา จะเป็นนักวิชาการด้วย อย่างท่านอาจารย์อมร มีคนบอกว่าทำไมคิดโครงการรายวัน ผมยังแหย่เลยว่า คิดโครงการวันหนึ่งไม่ต่ำกว่า 5

โครงการ ผมเรียนนิดหนึ่งว่า ท่านอาจารย์อมรผมก็ประทับใจ แต่ท่านก็ไม่เคยโกรธ ทุกคนก็มาด้วยความตั้งใจ ทุกวันนี้ยังคิดถึงผู้ใหญ่เหล่านี้อยู่ เรียกว่าท่านมีบทบาทสำคัญค่อนข้างมาก เรื่องวิชาการสมัยก่อน ทุกคนจะคุยจะแลกเปลี่ยนกันแต่บรรยากาศแบบนี้ คือทุกวันนี้เราจะไม่ค่อยได้เห็นและสิ่งที่เราทำไปหลาย ๆ อย่างมันก็คงจะเปลี่ยนรูปเปลี่ยนเงื่อนงำไปตาม สภาพของสังคมที่เปลี่ยนไป ผมคิดว่า มันซับซ้อนขึ้น คือทุกวันนี้เงินก็ไม่ใช่น้อย ความซับซ้อนของผู้คน ความซับซ้อนของสังคม ทางเลือกต่าง ๆ ที่ผู้คนจะเลือกได้ในสังคม และหลายอย่างก็ควบคุมไม่ได้จริง ๆ อย่างโทรศัพท์มือถือที่ท่านอาจารย์เสมได้ยกตัวอย่าง มันเป็นทุนนิยมโลก นี่มันก็ชัดเจน มันเป็นกระแสโลกาภิวัตน์ที่ไม่สามารถควบคุมมันได้

ความซับซ้อนอันนี้ จริง ๆ แล้วสาธารณสุขมูลฐานก็ต้องปรับตัวกับความซับซ้อนของสังคม ความซับซ้อนของเทคโนโลยีที่เปลี่ยนแปลงด้วย อย่างที่อาจารย์เสมยกตัวอย่างเรื่องมือถือ หรือยกตัวอย่างเรื่องออสติก ผมก็จะเกิดรู้สึกขึ้นมาทันทีว่า สาธารณสุขมูลฐานของเราจริงๆ มันก็ต้องปรับตัวให้เข้าใจกับประสบการณ์เหล่านี้ด้วย คือ สามารถที่จะปรับตัวให้สามารถที่จะแก้ไขหรือป้องกันสิ่งเหล่านี้ด้วย เพราะฉะนั้น อย่างปรากฏการณ์ที่เมื่อก่อนเรามี อสม. แค่เพียง 1 คนต่อ หมู่บ้าน ตอนหลังอาจจะปรับขึ้นมาเป็น 10 คน คือลักษณะของการปรับ สมัยหนึ่งผมฟังคุณหมอมร ผมยังแอบนึกหัวเราะว่าอาจารย์ช่างฝันเหลือเกิน ที่บอกว่าต้องมี อสม. ประจำครอบครัว จริง ๆ แล้วเราไปติดกับคำว่า อสม. จริง ๆ แล้ว อสม. เป็นแค่นามสมมติ แต่ความรู้เรื่องของสุขภาพมันจะต้องไปถึงครอบครัว ไปถึงแต่ละคน เมื่อเราเข้าใจแบบนี้งาน primary health care มันจะไม่มีวันจบ เพราะมันจะต้องทำงานอะไรที่ยากและซับซ้อนขึ้นเรื่อย ๆ ฉะนั้น จุดหนึ่งส่วนตัวก็รู้สึกเหมือนกันว่า พลวัตที่ว่า primary health care คืออะไร ต้องปรับตัวอย่างไร กับสังคมที่มันซับซ้อนขึ้น ตรงนี้ที่ผมคิดว่ามันอาจจะยังล่าช้า ก็คิดว่าคงพอสมควรแล้ว ขอขอบคุณทุกท่านครับ



## เอกสารอ้างอิง

กระทรวงสาธารณสุข. (2519). โครงการพัฒนาการสาธารณสุข ตามแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 4 พ.ศ.2520 -2524 . สำนักข่าวพาณิชย์ : กรุงเทพมหานคร.

คณะอนุกรรมการวางแผนพัฒนาการสาธารณสุข . (2524). แผนพัฒนาการสาธารณสุข ตามแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 5 พ.ศ.2520 -2524 . สำนักข่าวพาณิชย์ : กรุงเทพมหานคร.

สำนักวิจัยสังคมและสุขภาพ . (2551). โครงการสัมมนาผู้รู้เห็นประวัติศาสตร์ระบบสุขภาพไทย. (เอกสารอัดสำเนา).

ภาคผนวก

## โครงการสัมมนาผู้รู้เห็นประวัติศาสตร์ระบบสุขภาพไทย

### หลักการและเหตุผล

ในอดีตที่ผ่านมาสังคมไทยได้เกิดการเปลี่ยนแปลงหรือการปฏิรูประบบสุขภาพหลายครั้ง โดยกระบวนการปฏิรูปที่เกิดขึ้นแต่ละครั้งได้สะท้อนให้เห็นถึง การเปลี่ยนแปลงในเชิงโครงสร้างและความสัมพันธ์ทางสังคมระหว่างบุคลากรด้านสุขภาพและสังคมเสมอ ไม่ว่าจะเป็นการเข้ามามีส่วนร่วมของภาคประชาชน การเคลื่อนไหวผ่านการสร้างงานวิชาการและเผยแพร่ประเด็นเรื่องสุขภาพสู่สาธารณะเพื่อให้เกิดการเห็นร่วมกัน เป็นต้น สิ่งเหล่านี้ล้วนเป็นเหตุการณ์สำคัญของประวัติศาสตร์ระบบสุขภาพไทย แต่ผ่านมาการปฏิรูประบบสุขภาพแทบไม่มีการบันทึกหรือจัดเก็บข้อมูลเอาไว้อย่างเป็นระบบให้สามารถนำมาเรียนรู้จากบทเรียนในประวัติศาสตร์การปฏิรูปได้เท่าที่ควร การขาดสำนึกทางประวัติศาสตร์นี้เป็นลักษณะทั่วไปของสังคมไทยที่มักคิดว่าประวัติศาสตร์เป็นเรื่องของการท่องจำและไม่สามารถนำไปใช้ประโยชน์ในการปฏิบัติงานได้ ประวัติศาสตร์การแพทย์การสาธารณสุขไทยเท่าที่มีอยู่จึงเป็นสิ่งที่หยุดนิ่งและสำเร็จรูปเพื่อการท่องจำ โดยถือว่าประวัติศาสตร์การแพทย์ไทยเริ่มต้นเมื่อหมอมิชชันนารีเข้ามาเผยแพร่การแพทย์ตะวันตกในสยามและมาสิ้นสุดลงที่การก่อตั้งศิริราชพยาบาล ความสนใจในมิติทางประวัติศาสตร์อื่น ๆ เช่น การเปลี่ยนแปลงเทคโนโลยีทางการแพทย์กับผลกระทบทางสังคม ประวัติศาสตร์ทางสังคมของโรคต่าง ๆ ประวัติศาสตร์การเมืองของสาธารณสุขไทย ประวัติศาสตร์จากมุมมองของชาวบ้าน หรือประวัติศาสตร์และพัฒนาการของนโยบายสาธารณะ ยังไม่มีการศึกษาเรียนรู้มากนัก

ในขณะที่ ประวัติศาสตร์การแพทย์การสาธารณสุขและการเปลี่ยนแปลงครั้งสำคัญในแวดวงสุขภาพเป็นสิ่งที่สำคัญ และในแวดวงนักประวัติศาสตร์เองก็ยังมีความสนใจงานวิชาการด้านการแพทย์และสาธารณสุขน้อย ยิ่งประวัติศาสตร์ในส่วนที่เกี่ยวข้องกับการเปลี่ยนแปลงด้านการปฏิรูประบบสุขภาพแทบไม่ได้รับความสนใจ ส่วนหนึ่งเป็นเพราะข้อจำกัดด้านหลักฐานหรือข้อมูลทางด้านเอกสารที่จะใช้ศึกษาซึ่งเป็นสิ่งที่ค้นหาได้ยากมาก ทั้งนี้ กระทรวงสาธารณสุขเป็นกระทรวงเดียวที่ไม่มีเอกสารทางราชการหรือเอกสารชั้นต้นเก็บรักษาไว้อย่างเป็นระบบในหอจดหมายเหตุแห่งชาติหรือที่อื่นใดสำหรับการค้นคว้าของนักประวัติศาสตร์ อีกทั้งการย้ายที่ทำการกระทรวงสาธารณสุขจากวังเทวะเวศม์มายังสถานที่ใหม่ที่นนทบุรี ยังได้ทำให้เอกสารต่าง ๆ สูญเสียและสูญหายไปอย่างประมาณค่าไม่ได้ นอกจากนั้นเอกสารด้านการเปลี่ยนแปลงนโยบายสาธารณะด้านสุขภาพและการปฏิรูปต่างๆ ที่อยู่นอกกระทรวงสาธารณสุขก็ไม่มีการเก็บรวบรวมไว้เป็นระบบเช่นเดียวกัน

แม้ว่าในด้านหนึ่งตลอดการปฏิรูประบบสุขภาพจะได้มีการบันทึกเสียงและภาพเอาไว้ในรูปแบบของเอกสารอิเล็กทรอนิกส์ ตลอดจนเอกสารและบันทึกต่าง ๆ เกี่ยวกับกิจกรรมที่เกิดขึ้นเป็นจำนวนมาก ซึ่งเป็นหลักฐานทางประวัติศาสตร์ที่สำคัญและจำเป็นต้องดำเนินการเก็บรักษาและรวบรวมไว้ในหอจดหมายเหตุฯ แต่ในอีกด้านหนึ่งนั้น ลักษณะของสังคมไทยที่ไม่นิยมการจดบันทึกอย่างละเอียดได้ทำให้ประวัติศาสตร์ปรากฏอยู่ในความทรงจำของบุคคลที่มีส่วนร่วมกับกระบวนการปฏิรูประบบสุขภาพอยู่อีกมาก และมักจะถูกถ่ายทอดผ่านคำบอกเล่ามากกว่าลายลักษณ์อักษร ในสถานการณ์เช่นนี้ ทางออกหนึ่งที่เป็นไปได้ของการเรียนรู้จากประวัติศาสตร์ คือการใช้กระบวนการที่เรียกว่า “การสัมมนาผู้รู้เห็น (Witness seminar)” โดยอาศัยการถ่ายทอดความทรงจำของบุคคลที่อยู่ร่วมเหตุการณ์ทางประวัติศาสตร์ที่มาร่วมประชุมกันเพื่อบอกเล่า ให้ความเห็น อภิปราย ถกเถียง ถึงเรื่องราวของเหตุการณ์ทางประวัติศาสตร์สำคัญเกี่ยวกับพัฒนาการของระบบสุขภาพที่เกิดขึ้น และทำการเก็บบันทึกไว้ในรูปของเทปบันทึกภาพและเสียง รวมทั้งทำการถอดเทปการประชุมและทำการบรรณาธิกรณให้สามารถนำมาจัดพิมพ์เผยแพร่เป็นหนังสือ และทำเป็นเอกสารหรือสื่ออิเล็กทรอนิกส์ สำหรับใช้เผยแพร่ โดยจัดระบบฐานข้อมูลและดัชนีให้สะดวกในการสืบค้นอันจะเป็นประโยชน์ต่อการศึกษาประวัติศาสตร์สุขภาพไทยในระยะยาว

การจัดกระบวนการเพื่อการเรียนรู้จากประวัติศาสตร์นี้เป็นรูปแบบหนึ่งของการจัดการความรู้ที่ถือว่าองค์ความรู้ที่มีอยู่ในระบบหนึ่ง ๆ นั้น ดำรงอยู่ได้ในหลากหลายรูปแบบ นอกเหนือจากที่ปรากฏเป็นเอกสาร ซึ่งถือได้ว่าเป็นเพียงเสี้ยวส่วนของความรู้ในระบบปฏิบัติการแล้ว ความทรงจำถือได้ว่าเป็นความรู้อีกรูปแบบหนึ่งที่ฝังอยู่ในตัวบุคคลและแฝงไว้ซึ่งคุณค่า การเรียนรู้จากประสบการณ์และประวัติศาสตร์เพื่อให้เราได้บททวนและได้ “รู้ตัว” ว่าที่เรามามีสถานะที่เป็นอยู่ในปัจจุบันนี้เป็นผลมาจากเหตุปัจจัยต่าง ๆ ในอดีต และเมื่อยิ่งเข้าใจอดีต ก็ยิ่งมองออกไปไกลในอนาคต ดังวาทะของ วินสตัน เชอร์ชิลล์ อดีตนายกรัฐมนตรีอังกฤษ ที่นายแพทย์เสม พริ้งพวงแก้ว ยึดเป็นคติประจำใจในการดำเนินชีวิตใจความว่า “The longer you can look backward, the further you can look forward”

ด้วยความตระหนักถึงความสำคัญดังกล่าว สำนักวิจัยสังคมและสุขภาพ ซึ่งได้ดำเนินแผนงานด้านประวัติศาสตร์การแพทย์และสาธารณสุขมาอย่างต่อเนื่องกว่า 6 ปี จึงได้จัดทำโครงการ **สัมมนาผู้รู้เห็นประวัติศาสตร์ระบบสุขภาพไทย** ขึ้น โดยนอกจากจะดำเนินการให้เกิดฐานข้อมูลประวัติศาสตร์บอกเล่าแล้ว การสัมมนาผู้รู้เห็นนี้ยังเป็นการริเริ่มกิจกรรมเพื่อการสนับสนุนการจัดตั้งหอจดหมายเหตุและพิพิธภัณฑ์ระบบสุขภาพไทย ซึ่งจะจัดเก็บข้อมูลขั้นต้นด้านการแพทย์และสุขภาพ

สำหรับให้บริการค้นคว้าแก่ผู้สนใจในอนาคต นอกจากนั้น การสัมมนาผู้รู้เห็นนี้ยังจะเป็นการพัฒนา รูปแบบการจัดการความรู้ที่จะสามารถนำไปใช้ในเรื่องอื่น ๆ ได้อีกด้วย

### วัตถุประสงค์

1. เพื่อพัฒนารูปแบบการสัมมนาผู้รู้เห็นในการศึกษาประวัติศาสตร์ที่มีระเบียบวิธีที่ชัดเจน และใช้ได้กับบริบทของสังคมไทยอันจะเป็นแนวทางการปฏิบัติสำหรับการจัดการความรู้ที่ใช้ประโยชน์ ได้ในวงกว้าง

2. เพื่อประมวลความรู้เกี่ยวกับพัฒนาการทางการแพทย์และการเปลี่ยนแปลงนโยบาย สาธารณะที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพจากความทรงจำของบุคคลที่เป็นผู้รู้เห็นหรือเป็นพยานที่ร่วมใน เหตุการณ์สำคัญทางประวัติศาสตร์ระบบสุขภาพไทยโดยใช้รูปแบบการสัมมนาผู้รู้เห็น (Witness Seminar)

3. เพื่อสร้างฐานข้อมูลความรู้ด้านประวัติศาสตร์ระบบสุขภาพไทยจากการบอกเล่าของผู้รู้เห็น ให้อยู่ในรูปแบบที่เหมาะสมแก่การใช้ประโยชน์ เป็นระบบ เข้าถึงได้ง่าย และได้รับการเผยแพร่ให้ กว้างขวาง อันจะเป็นการกระตุ้นให้บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข นักประวัติศาสตร์ นักวิจัย ด้านสังคมศาสตร์ และผู้สนใจทั่วไป ได้หันมาให้ความสำคัญกับการศึกษาประวัติศาสตร์ระบบสุขภาพ การแพทย์ และการสาธารณสุข

### กรอบแนวคิดการดำเนินงาน

1. การสัมมนาผู้รู้เห็น (Witness Seminar) เป็นรูปแบบการศึกษาประวัติศาสตร์ที่ริเริ่ม โดย The Institution of Contemporary British History ซึ่งปัจจุบันเปลี่ยนชื่อเป็น Centre for Contemporary British History (CCBH) เป็นกระบวนการประมวลความรู้เกี่ยวกับเหตุการณ์หรือ วิวัฒนาการของสิ่งที่เกิดขึ้นในช่วงชีวิตของผู้รู้เห็น โดยการเชิญผู้ที่เกี่ยวข้องและรู้เห็นกับเหตุการณ์ มาร่วมกันสนทนาบอกเล่าเรื่องราวตามความทรงจำและทำการบันทึก เรียบเรียง จัดระบบเป็น หมวดหมู่ให้ง่ายต่อการใช้ประโยชน์ CCBH ได้ดำเนินการสัมมนาลักษณะนี้มาตั้งแต่ ค.ศ.1986 และได้พัฒนาระเบียบวิธี จนมีองค์การวิชาการต่าง ๆ ทั่วโลกนำเอาเทคนิคการศึกษาประวัติศาสตร์บอกเล่า ดังกล่าวไปใช้อย่างกว้างขวาง

2. ในด้านประวัติศาสตร์การแพทย์นั้น The Wellcome Trust Centre for the History of Medicine เป็นองค์กรที่ได้ดำเนินการสัมมนาผู้รู้เห็นเกี่ยวกับวิวัฒนาการของการแพทย์ในอังกฤษมา อย่างต่อเนื่อง นอกเหนือจากหอสมุดประวัติศาสตร์การแพทย์ที่ใหญ่ที่สุดในโลกและวารสาร

ประวัติศาสตร์การแพทย์ที่มีชื่อเสียงแล้ว ปัจจุบัน The Welcome Trust Centre for the History of Medicine มีฐานข้อมูลจากการสัมภาษณ์ผู้รู้เห็นที่ใหญ่และครอบคลุมประเด็นต่าง ๆ มากที่สุด ซึ่งฐานข้อมูลดังกล่าวได้กลายเป็นแหล่งความรู้ทางประวัติศาสตร์สำคัญที่ไม่เพียงแต่เสริมความสมบูรณ์ให้กับข้อมูลเอกสารเท่านั้น แต่ยังเป็นสิ่งที่ทำให้การประเมินคุณค่าของข้อมูลเอกสารเป็นไปอย่างถูกต้องมากขึ้นด้วย

3. รูปแบบการจัดสัมภาษณ์ผู้รู้เห็นมีจุดเด่นที่การได้ข้อมูล ความรู้ทางประวัติศาสตร์ที่เปิดเผยให้เห็นถึงกลไกในระดับจุลภาคที่เชื่อมโยงกับการเปลี่ยนแปลงในระดับมหภาค และเชื่อมโยงการเคลื่อนไหวเปลี่ยนแปลงทั้งที่เป็นทางการและไม่เป็นทางการ อันจะสร้างความเข้าใจในการเปลี่ยนแปลงแบบแผนการปฏิบัติในกลไกและกระบวนการนโยบาย (Policy Process) ทั้งในระดับวิธีคิดและรูปแบบการดำเนินการได้เป็นอย่างดี นอกจากนี้การจัดเป็นการสัมภาษณ์กลุ่มมีจุดเด่นในแง่ที่เหตุการณ์ที่บุคคลหนึ่งบอกเล่าขึ้นในวงสัมมนาจะช่วยกระตุ้นให้บุคคลอื่นได้ระลึกถึงเรื่องราวอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องขึ้นมาได้ด้วย ซึ่งจะเป็นการเสริมและสอบถามความถูกต้องชัดเจนของข้อมูลกันอยู่ในการสนทนานั้นเอง

4. หลักการดำเนินงานที่ยึดถือเป็นแม่แบบสากลของการจัดสัมภาษณ์ผู้รู้เห็นนั้นมีเกณฑ์กว้าง ๆ ได้แก่ การกำหนดหัวเรื่องที่น่าสนใจโดยเลือกเหตุการณ์ที่ผู้ร่วมรู้เห็นยังมีชีวิตอยู่ และจะต้องได้ตัวบุคคลสำคัญที่เกี่ยวข้องกับเหตุการณ์เหล่านั้นมาร่วมสัมมนาโดยมีนักวิชาการอาวุโสที่เข้าใจเรื่องราวนั้น ๆ เป็นผู้ดำเนินการสัมภาษณ์ ซึ่งการกำหนดหัวเรื่องและการคัดเลือกตัวบุคคลนี้ จะเป็นการตัดสินใจของคณะกรรมการวิชาการ และเมื่อการสัมมนาเสร็จสิ้นแล้วคณะกรรมการวิชาการจะเป็นผู้ตัดสินใจว่า เนื้อหาที่ได้จากการสัมมนานั้นเหมาะสมที่จะเผยแพร่ในรูปแบบใด หรือไม่อย่างไร

#### แนวทางการดำเนินงาน

การดำเนินงานสัมภาษณ์ผู้รู้เห็นประวัติศาสตร์ระบบสุขภาพไทยที่จะดำเนินการโดยสำนักวิจัยสังคมและสุขภาพนี้มีรายละเอียดแนวทางและขั้นตอนการดำเนินงาน ดังนี้

1. การจัดตั้งคณะกรรมการวิชาการและคณะที่ปรึกษาซึ่งจะทำหน้าที่คัดเลือกประเด็น ตัวบุคคล และการใช้ประโยชน์จากข้อมูล

2. แสวงหาความร่วมมือทางวิชาการ Centre for Contemporary British History และ The Welcome Trust Centre for the History of Medicine ด้วยการไปศึกษาดูงาน เพื่อนำความรู้และประสบการณ์ที่สถาบันดังกล่าวมีอยู่มาใช้เป็นประโยชน์ ทั้งในการจัดสัมภาษณ์ผู้รู้เห็นและการจัดระบบ

หอสมุดประวัติศาสตร์ และหอจดหมายเหตุทางการแพทย์ รวมทั้งเป็นการสร้างความสัมพันธ์เพื่อการร่วมมือกันระยะยาว

3. การสัมมนาผู้รู้เห็นจะเน้นประเด็นที่ทำให้เห็นถึงความเป็นมา พัฒนาการ การเปลี่ยนแปลงของระบบสุขภาพไทยเป็นประเด็นหลัก ซึ่งส่วนหนึ่งก็พยายามเชื่อมโยงกับนโยบายสาธารณสุขด้วย โดยเชื่อมโยงไปสู่ประเด็นเชิงนโยบายและให้ครอบคลุมหัวข้อสำคัญ ตัวอย่างประเด็นที่สามารถดำเนินการสัมมนาผู้รู้เห็นในส่วนที่เกี่ยวข้องกับการปฏิรูประบบสุขภาพครั้งสำคัญ แบ่งออกเป็น 2 ประเด็นสำคัญดังต่อไปนี้

1) การปฏิรูประบบการแพทย์และสาธารณสุขครั้งสำคัญ

1. การปฏิรูประบบสาธารณสุขเพื่อมวลชนหลัง 14 ตุลาคม พ.ศ. 2516
2. การปฏิรูปกระทรวงสาธารณสุขในปี พ.ศ. 2517
3. การปฏิรูปสุขภาพชุมชนบทในโครงการสาธารณสุขมูลฐาน
4. การปฏิรูปการจัดการระบบสุขภาพด้วยการมีส่วนร่วมขององค์กรพัฒนาเอกชน
5. การปฏิรูปสุขภาพด้านการแพทย์แผนไทยและการแพทย์พื้นบ้าน
6. การปฏิรูปด้านวิชาการสุขภาพด้วยการจัดตั้งสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข

2) กระบวนการการปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ

1. จุดเริ่มต้นและความคิดของผู้ร่วมก่อการของการปฏิรูประบบสุขภาพ
2. การทำงานด้านวิชาการของการปฏิรูประบบสุขภาพ
3. การทำงานด้านการสื่อสารกับสาธารณะในกระบวนการปฏิรูป
4. การทำงานเชื่อมโยงกับการเมืองและการผลักดันนโยบายในการปฏิรูประบบสุขภาพ
5. การเคลื่อนไหวของภาคประชาชนในกระบวนการปฏิรูป
6. การเคลื่อนไหวของภาควิชาชีพและบุคลากรด้านสุขภาพ
7. การบริหารจัดการองค์กรในการทำงานปฏิรูประบบสุขภาพ
8. การปฏิรูปจากรากหญ้าบทเรียนจากสมัชชาระดับต่าง ๆ

4. การสัมมนาผู้รู้เห็นประวัติศาสตร์ตามปกติจะจัดขึ้นประมาณปีละ 2 ครั้งตามประเด็นที่มีความสำคัญใกล้เคียงกัน นอกจากนั้นอาจจัดตามหัวข้อความสำคัญและความจำเป็นของผู้เข้าร่วม เช่น อาจจะต้องจัดในประเด็นที่เกิดขึ้นนานแล้วก่อน เพราะผู้เข้าร่วมอายุมากหรือเป็นประเด็นที่สังคม



กำลังให้ความสนใจก็จะให้มีการทบทวนเหตุการณ์ในอดีตขึ้น โดยในกรณีที่เหมาะสมจะจัดให้มีสื่อมวลชนที่สนใจเข้าร่วมสังเกตการณ์ และจัดการนำเนื้อหาที่น่าสนใจออกเผยแพร่

5. ขั้นตอนการดำเนินงานจะเริ่มจากการตั้งประเด็นสำคัญหรือเหตุการณ์สำคัญทางประวัติศาสตร์ระบบสุขภาพขึ้นมาเป็นประเด็นเริ่มต้นดำเนินการ จากนั้นก็สำรวจหาบุคคลที่เกี่ยวข้องกับเหตุการณ์ที่ยังมีชีวิตอยู่ โดยนอกจากเน้นบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขที่มีฐานะเป็นปูชนียบุคคลที่ควรให้ความสำคัญแล้ว ยังต้องหาพยานให้รอบด้านมาช่วยกันสะท้อนมุมมองต่อเหตุการณ์ที่กำหนดขึ้นนั้น เพื่อให้ได้ความคิด ความเห็น ประสพการณ์จากผู้คนที่หลากหลายมากที่สุด จากนั้นจึงกำหนดวันประชุมและวาระการประชุมโดยให้ผู้เข้าร่วมได้เตรียมตัวและสามารถจัดหาพยาน เอกสาร ภาพถ่าย โปสเตอร์ เทปบันทึกเสียงหรือวัตถุพยานอื่นใดสามารถนำมาประกอบความทรงจำได้ทั้งสิ้น ในบางประเด็นที่มีหลักฐานทางเอกสารชัดเจนพอก็จะมีคณะทำงานทางวิชาการไปรวบรวม วิเคราะห์และสังเคราะห์เอกสารขึ้นเป็นเอกสารประกอบการประชุมสำหรับแจกผู้เข้าร่วมทุกคนด้วย

6. รูปแบบการประชุมเน้นการเปิดเวทีให้ผู้เข้าร่วมสัมมนาพูดถึงเรื่องราวเกี่ยวกับเหตุการณ์ที่กำหนด โดยสามารถอภิปราย เล่าประสพการณ์ ให้ความเห็น ถกเถียง วิพากษ์วิจารณ์ได้อย่างเต็มที่ โดยมีผู้ดำเนินการอภิปรายที่เชี่ยวชาญในประเด็นนั้น ๆ คอยทำหน้าที่ควบคุมกระบวนการสัมมนาให้ได้ประเด็นครบตามเป้าหมายที่กำหนดเอาไว้ข้างต้น การจัดสัมมนาทุกครั้งจะมีการสรุปขึ้นเป็นเอกสารวิชาการทางประวัติศาสตร์ของเรื่องนี้ นอกจากนั้นจะมีนักศึกษาประวัติศาสตร์หรือสังคมศาสตร์ การแพทย์ระดับปริญญาโทและเอกที่สนใจในประเด็นที่เกี่ยวข้องกับงานวิจัยที่เขาสนใจเข้าร่วมเพื่อ บันทึกและประมวลประเด็นสำคัญสำหรับศึกษาและวิจัยต่อไป ในขณะเดียวกันตลอดการสัมมนาก็จะมีการถ่ายภาพวิดีโอทัศนและบันทึกเสียงเอาไว้เป็นหลักฐานทุกครั้งและหลักฐานทุกอย่างจะเก็บเอาไว้ในฐานะเป็นหลักฐานขั้นต้นทางประวัติศาสตร์

7. หลังการสัมมนาจะมีการถอดเทปบันทึกเสียงการประชุมออกมาพิมพ์เป็นเอกสารเพื่อจัดรวบรวมไว้อย่างเป็นระบบ ง่ายต่อการค้นคว้ารวมทั้งดำเนินการเพื่อการเผยแพร่ มีทั้งในรูปของสื่ออิเล็กทรอนิกส์ที่เข้าถึงได้โดยทางอินเทอร์เน็ต (Internet) และในกรณีที่คณะกรรมการวิชาการเห็นว่าสมควรพิมพ์เป็นหนังสือหลังจากพิมพ์เป็นเอกสารการประชุม ก็ต้องส่งรายงานการประชุมให้ผู้เข้าร่วมทุกคนได้แก้ไข ตรวจสอบจนถูกต้องและอนุญาตให้พิมพ์แล้ว จึงจะดำเนินการจัดพิมพ์เป็นหนังสือเพื่อเผยแพร่ต่อไป

### **ขอบเขตการดำเนินงาน**

การดำเนินงานเป็นระยะเวลา 5 ปีตั้งแต่ 1 ตุลาคม 2550 - 30 กันยายน 2555 โดยกำหนดจัดให้มีการสัมมนาขึ้นประมาณปีละ 2 ครั้ง ครั้งละ 1 วัน

โดยมีผู้เข้าร่วมสัมมนาครั้งละประมาณ 20 คน ประกอบด้วย ผู้รู้เห็นเหตุการณ์ หรือผู้เกี่ยวข้องในเหตุการณ์ประวัติศาสตร์ซึ่งเป็นคนกลุ่มหลัก ผู้ดำเนินการประชุมที่คอยกำหนดประเด็น นักวิจัยหรือนักประวัติศาสตร์ที่สนใจประเด็นนั้น สื่อมวลชน และผู้บันทึกข้อมูลที่คอยทำหน้าที่บันทึกข้อมูลทั้งที่อยู่ในรูปของการจดบันทึก การบันทึกเสียง และการบันทึกเป็นวิดีโอตลอดการประชุมทุกครั้ง

## กำหนดการ

สัมมนาผู้รู้เห็นประวัติศาสตร์ระบบสุขภาพไทย (Witness Seminar) ครั้งที่ 1

เรื่อง ประวัติศาสตร์และความทรงจำ: งานสาธารณสุขชุมชน

จากยุคบุกเบิกถึงสิ้นแผนพัฒนาการสาธารณสุข ฉบับที่ 5

วันศุกร์ที่ 19 กันยายน 2551

ณ ห้องประชุม 801 อาคาร 8 ชั้น 8 กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข

08.30-09.00 น. ลงทะเบียนรับเอกสาร

09.00-09.15 น. ชี้แจงวัตถุประสงค์การจัดสัมมนา

นพ.ดร.โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ ผู้อำนวยการสำนักวิจัยสังคมและสุขภาพ

09.15-10.30 น. การเสวนาผู้รู้เห็นประวัติศาสตร์ระบบสุขภาพไทย

ประวัติศาสตร์และความทรงจำ: งานสาธารณสุขชุมชน

จากยุคบุกเบิกถึงสิ้นแผนพัฒนาการสาธารณสุข ฉบับที่ 5

นำเสวนา โดย

ศ.นพ. เสม พริ้มพวงแก้ว

ศ.นพ.ประเวศ วะสี

ศ.นพ.อารี วัลยะเสวี

นพ.ไพโรจน์ นิงสานนท์

นพ.บรรลุ ศิริพานิช

นพ.อุทัย สูดสุข

นพ.ไพจิตร ปวะบุตร

นพ.มงคล ณ สงขลา

ดำเนินรายการ โดย นพ.ดร.โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์

### ประเด็นการเสวนา

1. จุดเริ่มต้น และความเป็นมางานสาธารณสุขชุมชน
2. พัฒนาการงานสาธารณสุขชุมชนในแต่ละช่วง
3. แนวคิดและปรัชญาของการพัฒนางานสาธารณสุขชุมชนและการจัดบริการสาธารณสุข
4. เหตุการณ์สำคัญของการพัฒนาสาธารณสุขชนบทในแต่ละช่วง

รูปแบบการเสวนา : ผู้ร่วมเสวนานำเสนอและแลกเปลี่ยนข้อมูลความคิดเห็น โดย

ผู้เข้าร่วมการสัมมนาที่เหลือร่วมรับฟังและสอบถามประเด็นใน  
ตอนท้าย

10.30- 10.45 น. พักรับประทานอาหารว่าง

10.45- 11.45 น. การเสวนา (ต่อ)

11.45- 12.00 น. การบันทึกภาพผู้เข้าร่วมสัมมนาผู้รู้เห็นประวัติศาสตร์ระบบสุขภาพไทย

12.00-13.00 น. รับประทานอาหารกลางวัน

13.00-16.00 น. สัมมนาแบ่งปันความคิดเห็นและบอกเล่าความทรงจำ ประสบการณ์

#### ห้องย่อยที่ 1 พัฒนาการระบบบริการสุขภาพในชนบท

ศ.นพ.ประเวศ วะสี

นพ. ไพโรจน์ นิงสานนท์

นพ.บรรลพ ศิริพานิช

นพ.อุทัย สุตสุข

นพ.มงคล ณ สงขลา

ศ.นพ.วิจารณ์ พานิช

นายพูลทรัพย์ ปิยะอนันต์

นพ.จักรธรรม ธรรมศักดิ์

นพ.อำพล จินดาวัฒนะ

รศ.ดร.ประสิทธิ์ สีระพันธ์

ดร.ทวีศักดิ์ เผือกสม

รศ.นพ. สุรเกียรติ อชานานุกาพ

นพ.กวี ไชยศิริ

นพ.ชูชัย ศุภวงศ์

นพ. สมศักดิ์ ชุณหรัศมิ์

ดำเนินรายการ โดย นพ.ดร.โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์

#### ประเด็นการเสวนา

1. นโยบายสำคัญในการพัฒนาระบบบริการสุขภาพในชนบท
2. การเปลี่ยนแปลงและพัฒนากิจการสถานบริการสาธารณสุข

#### ห้องย่อยที่ 2 งานพัฒนาสุขภาพชุมชนและงานสาธารณสุขมูลฐาน

ศ.นพ. เสม พริ้มพวงแก้ว

ศ.นพ.อารี วัลยะเสวี

นพ.ไพจิตร ปวะบุตร

นพ.จำรูญ มีขนอน

ศ.ดร.อมรา พงศาพิชญ์

รศ.ดร.เบญจมา ยอดดำเนิน-แอ็ดติกัจ

นายระเด่น หัสดี

นพ.สำเร็จ แหียงกระโทก

ดร.เมธี จันทจักรุภรณ์

นพ.อุกฤษฏ์ มิสินทรานุกร

นายหาญชัย พันธุ์งาม

ดำเนินรายการ โดย ศ.ดร.ทวีทอง หงส์วิวัฒน์

#### ประเด็นการเสวนา

1. วิวัฒนาการงานสาธารณสุขมูลฐาน จุดเริ่มต้น โครงการทดลอง/นำร่อง
2. วิวัฒนาการ อสม. (อาสาสมัครสาธารณสุข)

16.00-17.00 น. การอภิปรายทั่วไปและสรุปประเด็นสำคัญของการสัมมนา

(เชิญผู้เข้าร่วมสัมมนาทั้งหมด เสนอแนะข้อดี ข้อเสียในการจัดสัมมนาผู้รู้เห็น  
ประวัติศาสตร์ระบบสุขภาพไทย และข้อเสนอแนะการจัดสัมมนาครั้งต่อไป)

ดำเนินรายการ โดย นพ.ดร.โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์

รายชื่อผู้เข้าร่วมสัมมนาผู้รู้เห็นประวัติศาสตร์ระบบสุขภาพไทย (Witness Seminar) ครั้งที่ 1  
เรื่อง ประวัติศาสตร์และความทรงจำ: งานสาธารณสุขชุมชน  
จากยุคบุกเบิกถึงสิ้นแผนพัฒนาการสาธารณสุข ฉบับที่ 5  
วันศุกร์ที่ 19 กันยายน 2551

ณ ห้องประชุม 801 อาคาร 8 ชั้น 8 กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข

- |                                      |  |
|--------------------------------------|--|
| 1. ศ.นพ.เสม พริ่งพวงแก้ว             | ข้าราชการบำนาญ กระทรวงสาธารณสุข  |
| 2. ศ.เกียรติคุณ นพ.ประเวศ วะสี       | ศาสตราจารย์เกียรติคุณ  |
| 3. ศ.เกียรติคุณ นพ.อารี วัลยะเสวี    | มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ   |
| 4. นพ.ไพโรจน์ นิงสานนท์              | ข้าราชการบำนาญ กระทรวงสาธารณสุข  |
| 5. นพ.บรรลุ ศิริพานิช                | ประธานสภาผู้สูงอายุแห่งประเทศไทย                                       |
| 6. นพ.อุทัย สุตสุข                   | มูลนิธิยุพราช  |
| 7. นพ.ไพจิตร ปวะบุตร                 | ข้าราชการบำนาญ กระทรวงสาธารณสุข  |
| 8. นพ.มงคล ณ สงขลา                   | บริษัท ไลอ้อน (ประเทศไทย) จำกัด  |
| 9. นายพูนทรัพย์ ปิยะอนันต์           | ผู้ตรวจการแผ่นดิน สำนักงานผู้ตรวจการแผ่นดิน                            |
| 10. นพ.สมศักดิ์ ชุณหรัศมิ์           | มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ   |
| 11. ดร.สมล ปวีตรานนท์                | สำนักวิชาการวิทยาศาสตร์การแพทย์  |
| 12. นพ.ชูชัย ศุภวงศ์                 | สำนักงานสิทธิมนุษยชนแห่งชาติ   |
| 13. นพ.กวี ไชยศิริ                   | ผอ.รพ.สรรพสิทธิประสงค์ จังหวัดอุบลราชธานี                              |
| 14. รศ.นพ.สุรเกียรติ อชานานูภาพ      | ข้าราชการบำนาญ สำนักเวชศาสตร์ชุมชน คณะ<br>แพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี |
| 15. ศ.ดร.ทวีทอง หงส์วิวัฒน์          | บรรณาธิการสำนักพิมพ์แสงแดด   |
| 16. รศ.ดร.เบญจมา ยอดดำเนิน-แอ็ดติกัจ | สถาบันวิจัยประชากรและสังคม ม.มหิดล                                     |
| 17. ดร.ทวีศักดิ์ เมื่อกสม            | สำนักวิชาศิลปศาสตร์ มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์                              |
| 18. . นายระเด่น หนีดี                | ข้าราชการบำนาญ   |

- |                                  |   |
|----------------------------------|---|
| 19. ดร.เมธี จันท์จารุภรณ์        | สำนักวิชาการสาธารณสุข                     |
| 20. พญ.กรรณิการ์ ตันประเสริฐ     | มูลนิธิพระดาบส                            |
| 21. น.ส.วิภัชย์ พงศ์พนิตานนท์    | คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล                |
| 22. นพ.อุกฤษฏ์ มิตินทรางกูร      | สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ          |
| 23. น.ส.สุนีย์ สุขสว่าง          | สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ          |
| 24. นายธันวา วงศ์เสงี่ยม         | คณะอักษรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย      |
| 25. นายณกนาท อนุพงศ์พัฒน์        | เครือข่ายพุทธิกาเพื่อพระพุทธศาสนาและสังคม |
| 26. นายชาติชาย มุกสง             | นักวิจัยอิสระ                             |
| 27. นพ.ดร.โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ | สำนักวิจัยสังคมและสุขภาพ                  |
| 28. นางวีรวรรณ เสถียรกาล         | สำนักวิจัยสังคมและสุขภาพ                  |
| 29. น.ส.คณิศร เต็งรัง            | สำนักวิจัยสังคมและสุขภาพ                  |
| 30. นายประคอง แก้วนัย            | สำนักวิจัยสังคมและสุขภาพ                  |
| 31. น.ส.ธวัลกร อินอุตร           | สำนักวิจัยสังคมและสุขภาพ                  |
| 32. น.ส.ธนวรรณ สาระรัมย์         | สำนักวิจัยสังคมและสุขภาพ                  |
| 33. น.ส.ภาวิณี สวัสดิमानนท์      | สำนักวิจัยสังคมและสุขภาพ                  |
| 34. น.ส.นิลบล คุณวัฒน์           | สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์                  |
| 35. น.ส.กฤษณ์กมล บุญยธาดา        | สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์                  |
| 36. น.ส.สุกัญญา ภัทรวิมล         | สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์                  |
| 37. ประภาพร โพธิ์ทอง             | สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์                  |
| 38. นางศุวรรณ มาณะโรจนานนท์      | สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์                  |
| 39. นายสมบุญ ทรัพย์พุ่ม          | สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์                  |
| 40. นางณัชชา ธรรมเสนห์           | สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์                  |
| 41. นายไตรโชค ธรรมเสนห์          | สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์                  |
| 42. นายศิริพงษ์ เขี่ยมเจริญ      | สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์                  |
| 43. นางสาวธัญญา ทวีวงศ์          | สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์                  |
| 44. นางสาวกิ่งกมล ครุฑชื่น       | สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์                  |
| 45. นางรำไพ แก้ววิเชียร          | สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์                  |