

สาธารณสุขชุมชน ประวัติศาสตร์และความทรงจำ



ทวีศักดิ์ เมือกสม
บรรณาธิการ



3



สาธารณสุขชุมชน ประวัติศาสตร์และความทรงจำ จากยุคบุกเบิกถึงสิ้นแผนพัฒนาการสาธารณสุขฉบับที่ ๕

รายงานการสัมมนาผู้รู้เห็นประวัติศาสตร์ระบบสุขภาพไทย ครั้งที่ ๑
วันศุกร์ที่ ๑๙ เดือนกันยายน ๒๕๕๑

ห้องประชุม ๔๐๑ อาคาร ๔ ชั้น ๔ กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข

ทวีศักดิ์ เมื่อกสม

บรรณาธิการ

WA 11 ท228ศ 2552



BK0000001609

สาธารณสุขชุมชน ประวัติศาสตร์และค...

สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ

ชุดเอกสารประวัติศาสตร์และความทรงจำระบบสุขภาพไทย ส ๐๑

หอจดหมายเหตุและพิพิธภัณฑ์ระบบสุขภาพไทย

สำนักวิจัยสังคมและสุขภาพ (สวสส.)

กระทรวงสาธารณสุข และ สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.)



สาธารณสุขชุมชน

ประวัติศาสตร์และความทรงจำ

บรรณาธิการ

ทวีศักดิ์ เมื่อกลม

กองบรรณาธิการ

นพ.โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ วีรวรรณ เสถียรกาล

ปารณัฐ สุรสุทธิ ประคอง แก้วนัย

ฝ่ายอำนวยการ

วรวรรณ ศรีเจริญ ภาวินี สวัสดิमानนท์ หนึ่ง ใจบุญ

ฝ่ายประสานการผลิต

สิริลักษณ์ เทียงธรรม

จัดพิมพ์โดย

หอจดหมายเหตุและพิพิธภัณฑ์ระบบสุขภาพไทย

สำนักวิจัยสังคมและสุขภาพ (สวสส.)

ชั้น ๓ อาคาร ๘๘/๓๗ กระทรวงสาธารณสุข

ข.ติวานนท์ ๑๔ ต.ตลาดขวัญ

อ.เมือง จ.นนทบุรี ๑๑๐๐๐

โทรศัพท์ ๐ ๒๕๕๐ ๑๔๙๘, ๐ ๒๕๕๐ ๒๓๖๕, ๐ ๒๕๕๐ ๑๓๕๒

โทรสาร ๐ ๒๕๕๐ ๑๔๙๘

Website: www.shi.or.th Email: nham.thailand@gmail.com

ข้อมูลทางบรรณานุกรมของหอสมุดแห่งชาติ

สาธารณสุขชุมชน --นนทบุรี

สำนักวิจัยสังคมและสุขภาพ, ๒๕๕๒.

๑. สาธารณสุข - ไทย -- ประวัติ. ๒. การแพทย์ - ไทย -- ประวัติ.

๓.สุขภาพ I. ชื่อเรื่อง

๖๑๔.๐๙๕๙๓

ISBN ๙๗๘-๙๗๔-๖๔๒-๐๔๗-๑

สนับสนุนโดย

สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.)

กระทรวงสาธารณสุข (สธ.)

องค์การอนามัยโลก

งานมหกรรมสุขภาพชุมชน ๒๕๕๒

พิมพ์ครั้งแรก กุมภาพันธ์ ๒๕๕๒ จำนวน ๖,๐๐๐ เล่ม

ออกแบบ, พิมพ์ที่ สแกนดี - มีเดีย คอร์ปอเรชั่น ๐ ๒๕๔๓ ๙๖๖๖-๘

ราคา ๒๕๐ บาท

ด้อยแถลงและกิตติกรรมประกาศ

งานสาธารณสุขชุมชนเป็นบทหนึ่งของประวัติศาสตร์ระบบสุขภาพไทยที่น่าสนใจด้วยเหตุผลสำคัญอย่างน้อย ๓ ประการด้วยกันคือ **ประการแรก** การบุกเบิกงานสาธารณสุขในชนบทเป็นภาพสะท้อนการขยายบทบาทของรัฐไทยออกไปสู่ชุมชนท้องถิ่น จึงเป็นส่วนหนึ่งของประวัติศาสตร์การสถาปนาอำนาจรัฐที่ทำให้รัฐราชการไทยมีบทบาทในการจัดการกับชีวิตและร่างกายของประชากรโดยตรงอย่างไม่เคยมีมาก่อน

ประการที่สอง การดำเนินงานสาธารณสุขในระดับชุมชนท้องถิ่นเป็นรูปธรรมการเผชิญหน้าระหว่างวัฒนธรรมทางการแพทย์สมัยใหม่ วัฒนธรรมราชการและวัฒนธรรมท้องถิ่น ที่สำคัญคือเป็นการเผชิญหน้าที่สัมพันธ์เกี่ยวข้องกับชีวิต ความเจ็บป่วยและความตาย จึงเป็นประวัติศาสตร์ของการต่อสู้ ต่อรองและต่อต้านทางวัฒนธรรมที่น่าศึกษาทำความเข้าใจเป็นอย่างยิ่ง

ประการสุดท้าย งานสาธารณสุขชุมชนสะท้อนถึงการต่อรอง/ต่อสู้ในทางการเมืองของแนวคิดในการพัฒนาสุขภาพอนามัยซึ่งมีความขัดแย้งแตกต่างภายในภาคการแพทย์สาธารณสุขไทย ระหว่างแนวคิดที่ต้องการสร้างระบบการแพทย์สมัยใหม่ที่เท่าเทียมมาตรฐานขั้นสูงสุดของการแพทย์แบบตะวันตก ซึ่งเน้นการสร้างโรงพยาบาลขนาดใหญ่และศูนย์กลางทางการแพทย์ที่ทันสมัยในเขตเมือง กับอีกแนวคิดหนึ่งที่ต้องการระบบบริการทางการแพทย์ที่เป็นธรรม เท่าเทียมและกระจายไปสู่ชุมชนท้องถิ่น โดยเฉพาะในชนบทที่ห่างไกลอย่างทั่วถึง เป็นความขัดแย้งทางแนวคิดที่ยังดำรงอยู่และจำเป็นต้องทำความเข้าใจผ่านการคลี่คลายทางประวัติศาสตร์

การรวบรวมประสบการณ์และความทรงจำของบุคคลที่มีบทบาทในการบุกเบิกงานสาธารณสุขในชนบทผ่านการสัมภาษณ์ผู้รู้เห็นเป็นอีกวิธีการหนึ่งที่ช่วยให้เราเห็นถึงการปะทะ/ประสานของอำนาจวัฒนธรรมและการคลี่คลายของแนวคิดการพัฒนาที่ยังคงดำเนินไปอยู่ในการเมืองเรื่องสุขภาพและการแพทย์ในปัจจุบัน ผู้อ่านจะเห็นอย่างชัดเจนว่าเรื่องราวจากประวัติศาสตร์บอกเล่าที่รวบรวมผ่านกระบวนการสัมภาษณ์ผู้รู้เห็นนี้สามารถเสริมและเพิ่มเติมให้กับข้อมูลเอกสารทางประวัติศาสตร์และช่วยให้เราเข้าใจความเป็นมาและความเป็นอยู่ของงานสาธารณสุขไทยได้ชัดเจนยิ่งขึ้น

การสัมภาษณ์ผู้รู้เห็นทางประวัติศาสตร์เป็นกิจกรรมหนึ่งของหोजดหมายเหตุและพิพธิภัณฑ์ระบบสุขภาพไทยและสำนักวิจัยสังคมและสุขภาพ นอกเหนือจากการสัมภาษณ์ที่ได้รับความร่วมมือเป็นอย่างดีจากผู้รู้เห็นที่เข้าร่วมแบ่งปันประสบการณ์อย่างกระตือรือร้นแล้ว การดำเนินการเพื่อให้ได้รายงานการสัมภาษณ์ที่สมบูรณ์ฉบับนี้ยังได้รับความร่วมมืออย่างดีเยี่ยมจากอาจารย์ทวิศักดิ์ เผือกสม ที่ทำหน้าที่ตรวจสอบความถูกต้องและจัดทำเอกสารอ้างอิงให้เป็นต้นฉบับในการจัดพิมพ์ ขอขอบคุณเป็นอย่างยิ่งสำหรับความทุ่มเทและใส่ใจในรายละเอียด นอกจากนี้ ขอขอบคุณ คุณวีรวรรณ เสถียรกาล คุณประคอง แก้วนัย และคุณปารณัฐ สุขสุทธิ ที่ได้ดำเนินการจนรายงานฉบับนี้สำเร็จเป็นรูปเล่มอย่างสมบูรณ์

โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์

ผู้อำนวยการหोजดหมายเหตุและพิพธิภัณฑ์ระบบสุขภาพไทย

สำนักวิจัยสังคมและสุขภาพ

คำแนะนำสำหรับการอ้างอิง

การอ้างอิงถึงการสัมมนาผู้รู้เห็นควรใช้รูปแบบดังต่อไปนี้

ชื่อของผู้ให้ข้อมูล, ใน ชื่อเอกสาร, ชื่อการสัมมนาผู้รู้เห็นและวันที่จัดสัมมนา, สำนักวิจัยสังคมและสุขภาพ, ปีที่ตีพิมพ์, ที่อยู่ของเว็บไซต์ของการสัมมนาที่แสดงไว้บนระบบอินเทอร์เน็ต [ถ้ามี], เลขหน้าที่แสดงอยู่บนหน้ากระดาษของเอกสารที่ใช้อ้างอิง.

ตัวอย่างเช่น

ความทรงจำของนายแพทย์บรรลุ ศิริพานิช เกี่ยวกับสภาพของโรงพยาบาลในจังหวัดมหาสารคาม
ควรเขียนระบบอ้างอิงดังนี้

นายแพทย์บรรลุ ศิริพานิช, ใน สาธารณสุขชุมชน: ประวัติศาสตร์และความทรงจำ, การสัมมนาผู้รู้เห็นประวัติศาสตร์ระบบสุขภาพไทย ครั้งที่ ๑ เมื่อวันที่ ๑๙ กันยายน พ.ศ. ๒๕๕๑, สำนักวิจัยสังคมและสุขภาพ, ๒๕๕๒, หน้า **.

สำหรับระบบการอ้างอิงแบบฮาร์วาร์ด ให้ใช้ (ชื่อเอกสาร, ปีที่พิมพ์, เลขหน้า) แทรกเข้าไปในเนื้อหาของเอกสาร และให้เขียนรายการอ้างอิงในบรรณานุกรมดังนี้

ชื่อเอกสาร, ชื่อการสัมมนาผู้รู้เห็นและวันที่จัดสัมมนา, สำนักวิจัยสังคมและสุขภาพ, ปีที่ตีพิมพ์, ที่อยู่ของเว็บไซต์ของการสัมมนาที่แสดงไว้บนระบบอินเทอร์เน็ต [ถ้ามี].

ตัวอย่างเช่น

สาธารณสุขชุมชน: ประวัติศาสตร์และความทรงจำ, การสัมมนาผู้รู้เห็นประวัติศาสตร์ระบบสุขภาพไทย ครั้งที่ ๑ เมื่อวันที่ ๑๙ กันยายน พ.ศ. ๒๕๕๑, สำนักวิจัยสังคมและสุขภาพ, ๒๕๕๒.

คำชี้แจง : เนื่องจากเกิดความผิดพลาดในการอ้างอิงและการจัดเนื้อหาเชิงอรรถ รวมทั้งมีปัญหาด้านเทคนิคในการขบวนการพิมพ์ ทำให้ตำแหน่งเชิงอรรถบางส่วนเกิดความคลาดเคลื่อน ไม่ตรงหน้ากับเนื้อหาที่อ้างอิง จึงขออภัยมา ณ ที่นี้

กองบรรณาธิการ



คำนำ

สัมมนาผู้รู้เห็นประวัติศาสตร์และความทรงจำ

ขณะที่ระบบสาธารณสุข/ระบบสุขภาพไทย^๑ กำลังก้าวเดินผ่านช่วงเวลาสำคัญแห่งการปฏิรูปครั้งมโหฬารในช่วง ๓ ทศวรรษที่ผ่านมา แต่การค้นคว้าวิจัยด้านประวัติศาสตร์การแพทย์และระบบสาธารณสุขไทยก็มีอยู่ค่อนข้างจำกัด ทั้งงานส่วนใหญ่มุ่งเน้นไปที่การแพทย์สมัยใหม่ยุคแรกโดยเฉพาะในช่วงปฏิรูปประเทศของพระบาทสมเด็จพระจุลจอมเกล้าเจ้าอยู่หัวในช่วงปลายคริสต์ศตวรรษที่ ๑๙ จนถึงช่วงหลังสิ้นสงครามโลกครั้งที่ ๒ เป็นหลัก^๒ ความยากลำบากประการแรกสุดต่อการทำความเข้าใจปรากฏการณ์อันสำคัญยิ่งยวดต่อสังคมไทยดังกล่าว คือ การขาดแคลนข้อมูลเอกสารที่เกี่ยวข้องกับกระทรวงสาธารณสุขอย่างเป็นทางการ จนกระทั่งหोजุดหมายเหตุแห่งชาติก็ยิ่งปราศจากเอกสารในหมวดกระทรวงสาธารณสุขให้ค้นคว้าได้อย่างเป็นเอกเทศ และเอกสารส่วนใหญ่ที่สามารถเปิดให้นักวิจัยค้นคว้าได้ก็สิ้นสุดลงในราวปีถึงพุทธกาล



ผลก็คือ ดูเหมือนว่านักประวัติศาสตร์ส่วนใหญ่ไม่ค่อยให้ความสนใจต่อประเด็นเรื่องประวัติศาสตร์การแพทย์และการปฏิรูประบบสาธารณสุข/ระบบสุขภาพไทยที่กำลังดำเนินไปอย่างคึกคัก งานวิจัยทางด้านประวัติศาสตร์การแพทย์และสาธารณสุขในประเทศไทยที่มุ่งพิจารณาในกรอบของช่วงเวลาหลังจากนั้นจึงมีอยู่น้อยชิ้นมาก เช่น วิทยานิพนธ์ของวิวรรณ เอกวิทรากุล เรื่อง “การบริหารงานสาธารณสุขในประเทศไทย พ.ศ. ๒๕๐๑ - ๒๕๒๐”^๓ และวิทยานิพนธ์ของมนฤทัย ไชยวิเศษ เรื่อง “ประวัติศาสตร์สังคมไทย: สัมมและเครื่องสุขภัณฑ์ในประเทศไทย (พ.ศ. ๒๔๔๐ - ๒๕๔๐)”^๔ เป็นต้น นอกจากนั้นส่วนใหญ่คืองานวิจัยที่แม้จะสัมพันธ์กับการดูแลสุขภาพอนามัยหรืออิทธิพลทางความคิดของการแพทย์ต่อสังคมการเมืองและวัฒนธรรม แต่ก็ไม่ได้เกี่ยวกับประวัติศาสตร์การแพทย์หรือการสาธารณสุขโดยตรง เช่น วิทยานิพนธ์ของชาติชาย มุกสง เรื่อง “น้ำตาลกับวัฒนธรรมการบริโภคสุหรานในสังคมไทย พ.ศ. ๒๕๐๔ - ๒๕๓๙”^๕ หรือวิทยานิพนธ์เกี่ยวกับวัฒนธรรมการโฆษณาแนวคิดด้านสุขอนามัยในประเทศไทยในช่วงทศวรรษ ๑๙๔๐ ถึงต้นทศวรรษ ๑๙๘๐ ของวิลลา วิลัยทอง เรื่อง “A Cultural History of Hygiene Advertising in Thailand, ๑๙๔๐s-early ๑๙๘๐s” เป็นต้น^๖

ความขาดแคลนระบบเอกสารทำให้ผู้สนใจและนักเรียนประวัติศาสตร์บางคนที่มีความสนใจในประวัติศาสตร์การแพทย์และระบบสาธารณสุข/ระบบสุขภาพไทยอยู่บ้าง

๑ การเลือกใช้คำว่า “ระบบสาธารณสุข/ระบบสุขภาพไทย” วางผู้กันโดยใช้เครื่องหมาย / คั่นกลางนั้น มีเป้าหมายเพื่อแสดงให้เห็นถึงความแตกต่าง ไม่ลงรอยเทียบกันได้สนิท หรือมีความหมายแทนกันได้ระหว่างคำ ๒ คำนี้ รวมถึงการต่อสู้ดิ้นรนเชิงรอบคอบคิดในช่วงระยะแห่งการเปลี่ยนผ่านสำคัญของระบบสาธารณสุขไทยเมื่อย่างเข้าสู่ยุคแห่งการปฏิรูปตั้งแต่ปลายทศวรรษ ๒๕๓๐ เป็นต้นมา โดยคำว่าระบบสาธารณสุขหมายถึงระบบการแพทย์และการดูแลสุขภาพในกรอบคิดของการป้องกันและการดูแลสุขภาพอนามัยของประชากรในฐานะบริการสาธารณะที่รัฐต้องรับผิดชอบ ส่วนคำว่าระบบสุขภาพหมายถึงระบบการดูแลสุขภาพที่มีความหมายกว้างครอบคลุมไปถึงบทบาทของภาคประชาชนในการจัดการกับสุขภาพพลานามัยของตัวเอง อันตกผลึกอยู่ในพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๐ จึงกำหนดนิยามว่าระบบสุขภาพหมายถึงระบบความสัมพันธ์ทั้งหมดที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ

๒ ดูการสำรวจสภาพการวิจัยด้านประวัติศาสตร์วิทยาศาสตร์ การแพทย์และเทคโนโลยีไทยในประวัติศาสตร์พันธุไทยได้ในงานวิจัยของ อลอง สุนทรวานิชย์ และศุวิมล รุ่งเจริญ, “สถานภาพของความรู้ทางประวัติศาสตร์ของวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีไทย” (โครงการประมวลความรู้เพื่อการพัฒนาการวิจัยประวัติศาสตร์ไทย, สำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย, ๒๕๔๑).

๓ หลักการและเหตุผลใน “โครงการสัมมนาผู้รู้เห็นประวัติศาสตร์ระบบสุขภาพไทย” ซึ่งจัดขึ้นเป็นครั้งที่ ๑ เมื่อวันที่ ๑๙ กันยายน พ.ศ. ๒๕๕๑ ณ กระทรวงสาธารณสุข

สาธารณสุขชุมชน ๕ ประวัติศาสตร์และความทรงจำ



ต้องเสาะแสวงหาจากเอกสารสาธารณะอื่นๆ ที่สามารถเข้าถึงได้ เช่น หนังสือพิมพ์ นิตยสาร ชีวประวัติ ฯลฯ ซึ่งมีอยู่กระจัดกระจายไม่เป็นระบบ สำนักวิจัยสังคมและสุขภาพได้สังเกตเห็นถึงปัญหาและความสำคัญของกระบวนการปฏิรูประบบสาธารณสุข/ระบบสุขภาพดังกล่าว จึงได้ดำเนินโครงการจัดตั้งหอจดหมายเหตุและพิพิธภัณฑ์ระบบสุขภาพไทย โดยได้รับการสนับสนุนจากสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.) เพื่อเป็นแหล่งรวบรวมและทำนุบำรุงรักษาเอกสารที่มีคุณค่าทางประวัติศาสตร์ และเพื่อให้เป็นแหล่งข้อมูลวิชาการสนับสนุนการศึกษา วิจัย ค้นคว้าเพื่อการพัฒนาประบบสาธารณสุข/ระบบสุขภาพไทย นอกเหนือจากการเก็บรวบรวมเอกสารหลักฐานต่างๆ เพื่อจัดตั้งหอจดหมายเหตุแล้ว โครงการจัดตั้งหอจดหมายเหตุฯ ยังได้ริเริ่มให้มีการจัดสัมมนาผู้รู้เห็น (Witness Seminar) ขึ้นเพื่อบันทึกความทรงจำของบรรดาผู้ที่มีบทบาทสำคัญและมีส่วนร่วมในการบุกเบิกและพัฒนาประบบสาธารณสุข/ระบบสุขภาพไทยตั้งแต่กระบวนการกำหนดนโยบาย การขยายตัวของระบบการแพทย์และระบบสาธารณสุขออกไปยังชุมชน ตลอดจนประสบการณ์ของผู้คนในสังคมที่เป็นส่วนหนึ่งในช่วงระยะเวลาแห่งความเปลี่ยนแปลงต่างๆ ของระบบสาธารณสุข/ระบบสุขภาพไทย เพื่อให้เป็นเอกสารอ้างอิงสำหรับการค้นคว้าวิจัยเกี่ยวกับประวัติศาสตร์ระบบสาธารณสุข/ระบบสุขภาพไทย

สัมมนาผู้รู้เห็น (Witness Seminar) คือ วิธีการสร้างและจารึกข้อมูลของเหตุการณ์หรือพัฒนาการทางประวัติศาสตร์ซึ่งได้เกิดขึ้นในช่วงระยะเวลาที่ผู้คนที่มีส่วนร่วมอยู่ในเหตุการณ์นั้นๆ ยังคงมีชีวิตอยู่ อันอาจเรียกให้หรูหราได้ว่าเป็นความทรงจำที่ยังมีชีวิต (living memory) หรือเรียกอีกอย่างหนึ่งว่า ประวัติศาสตร์บอกเล่า (oral history) โดยให้ผู้มีบทบาทสำคัญในเหตุการณ์ใดเหตุการณ์หนึ่งได้มาพบปะกันบนโต๊ะสัมมนา เพื่ออภิปราย ถกเถียง และแลกเปลี่ยนข้อมูลความทรงจำของตนเกี่ยวกับเหตุการณ์นั้นๆ อันได้กำหนดหัวข้อหรือประเด็นเนื้อหาไว้ สัมมนาผู้รู้เห็นจึงเป็นเสมือนการสัมภาษณ์กลุ่มคณะบุคคลที่เกี่ยวข้องกับเหตุการณ์นั้นๆ โดยมีนักวิชาการผู้เชี่ยวชาญในเรื่องนั้นเป็นผู้ดำเนินการควบคุมประเด็นการสนทนา พร้อมทั้งให้มีการบันทึกเสียงและภาพเอาไว้และให้มีการถอดเสียงบันทึกข้อมูลเหล่านั้นไว้อย่างเป็นระบบ โดยมีการทำคำอธิบายเพิ่มเติมและใส่รายการอ้างอิง สำหรับประโยชน์ในการค้นคว้าศึกษาของนักวิจัยต่อไป^๔

การสัมมนาผู้รู้เห็นได้รับการพัฒนาขึ้นอย่างเป็นระบบโดยสถาบันประวัติศาสตร์อังกฤษร่วมสมัย (Institute of Contemporary British History – ICBH) ซึ่งก่อตั้งขึ้นเมื่อ ค.ศ. ๑๙๘๖ (พ.ศ. ๒๕๒๙) และต่อมาในปัจจุบันได้พัฒนาเป็นศูนย์ประวัติศาสตร์อังกฤษร่วมสมัย (Centre for Contemporary British History) ซึ่งเน้นการรวบรวมบันทึกความทรงจำเกี่ยวกับประวัติศาสตร์อังกฤษร่วมสมัยในรูปแบบของประวัติศาสตร์บอกเล่า โดยเชื่อเชิญให้คนที่มีความทรงจำเกี่ยวข้องมาร่วมสัมมนาแลกเปลี่ยนความทรงจำเพื่อผลิตหลักฐานสำคัญทางประวัติศาสตร์ร่วมสมัยที่ยังอยู่ในห้วงความทรงจำของผู้ที่เกี่ยวข้อง การสัมมนาผู้รู้เห็นของสถาบันประวัติศาสตร์อังกฤษร่วมสมัยจึงได้รับการยอมรับนับถือในหมู่นักประวัติศาสตร์และนักสังคมศาสตร์ในปัจจุบันว่าเป็นรูปแบบใหม่ๆ ของประวัติศาสตร์บอกเล่าอันมีคุณภาพการอย่างใหญ่หลวง ทั้งยังพิสูจน์ให้เห็นได้ว่ามีประโยชน์ยิ่งกว่าการสัมภาษณ์แบบตัวต่อตัว เนื่องจากช่วยกระตุ้นให้เกิดการแลกเปลี่ยนและปฏิสัมพันธ์ระหว่าง

หนังสือพิมพ์มติชน ฉบับพิเศษ วันที่ ๒๕ ตุลาคม ๒๕๕๖

๔ วิจารณ์ เอกินทรกุล, "การบริหารงานสาธารณสุขในประเทศไทย พ.ศ. ๒๕๐๑ - ๒๕๒๐" (วิทยานิพนธ์มหาบัณฑิต สาขาประวัติศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, ๒๕๔๓).
 ๕ มณฑุย์ ไชยวิเศษ, "ประวัติศาสตร์สังคมไทย: ส่วนและเครื่องประดับในสังคมไทย (พ.ศ. ๒๕๔๐ - ๒๕๕๐)" (วิทยานิพนธ์มหาบัณฑิต สาขาประวัติศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, ๒๕๕๒).
 ๖ ชาติชยา มุกดง, "น้ำตาลกับวัฒนธรรมการบริโภคหวานในสังคมไทย พ.ศ. ๒๕๐๔ - ๒๕๓๙" (วิทยานิพนธ์มหาบัณฑิต สาขาประวัติศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, ๒๕๔๔).
 ๗ Villa Vilaithong, "A Cultural History of Hygiene Advertising in Thailand, ๑๙๔๐s-early ๑๙๕๐s" (Ph D thesis, National University of Australia, ๒๐๐๖).
 ๘ คำอธิบายเหล่านี้ได้ในเว็บไซต์ของศูนย์ประวัติศาสตร์อังกฤษร่วมสมัย www.ccbh.ac.uk/witnessseminars.php
 ๙ ต่อมาใน ค.ศ. ๑๙๙๙ ได้เปลี่ยนเป็นศูนย์กองทุนเวลล์สเพื่อการศึกษาประวัติศาสตร์การแพทย์ (Wellcome Trust Centre for the History of Medicine) ณ University College London - UCL.
 ๑๐ ภูวนาคำนำโน Public Health in the ๑๙๕๐s and ๑๙๖๐s: Decline and Rise? Witness Seminar on ๑๒ October ๒๐๐๔, Wellcome Trust Centre for the History of Medicine at UCL, London, edited by V. Berridge, D.A. Christie and E.M. Tansey, Volume ๒๖, ๒๐๐๖.

ประจักษ์พยานผู้รู้เห็นเหล่านั้นขึ้นในระหว่างการอภิปราย
กระทั่งทำให้วิธีการสัมภาษณ์ผู้รู้เห็นนี้ได้ถูกนำไปใช้อย่าง
กว้างขวางในสถาบันอื่นๆ ทั้งในอังกฤษและประเทศอื่นๆ

ทางด้านประวัติศาสตร์การแพทย์นั้น ใน ค.ศ. ๑๙๙๐
(พ.ศ. ๒๕๓๓) กองทุนเวลคัม (Wellcome Trust) ได้ก่อตั้ง
กลุ่มศึกษาประวัติศาสตร์การแพทย์ในคริสต์ศตวรรษที่ ๒๐
ขึ้นโดยให้อยู่ในสังกัดหน่วยวิชาการของสถาบันเวลคัมเพื่อ
ประวัติศาสตร์การแพทย์ (Wellcome Institute for the
History of Medicine)^{๑๑} เพื่อนำเอาบรรดาแพทย์ นัก
วิทยาศาสตร์ นักประวัติศาสตร์ และผู้ที่สนใจใน
ประวัติศาสตร์การแพทย์ร่วมสมัยมาทำงานศึกษาค้นคว้า
วิจัยเกี่ยวกับพัฒนาการของการแพทย์ในศตวรรษที่เพิ่งผ่าน
พ้นไป และได้เลือกเอารูปแบบของการสัมภาษณ์ผู้รู้เห็นซึ่งได้
ริเริ่มขึ้นโดยสถาบันประวัติศาสตร์อังกฤษร่วมสมัยเป็นแม่
แบบ เพื่อส่งเสริมให้เกิดการปฏิสัมพันธ์ระหว่างกลุ่มนักวิชา
การต่างๆ หลากหลายสาขาเหล่านี้ โดยเล็งเห็นถึงคุณูปการ
ที่จะบังเกิดขึ้นจากการทำงานร่วมกัน และเพื่อกระตุ้นให้
เกิดการสร้างสรรค์เอกสารในรูปแบบเอกสารจดหมายเหตุ
(archival sources) สำหรับใช้ค้นคว้าวิจัยต่อไปข้างหน้า
ในการประชุมกันแต่ละครั้งของกองทุนเวลคัมเพื่อการ
ศึกษาประวัติศาสตร์การแพทย์นั้นจะมีการบันทึกเสียงไว้
ทั้งหมด ก่อนจะทำเป็นเอกสารบันทึกการสัมภาษณ์ มีการส่ง
เอกสารที่ถอดคำพูดนี้ไปให้ผู้ร่วมสัมภาษณ์ได้อ่าน เพื่อให้
ตรวจสอบในส่วนที่ตัวเองอภิปรายแลกเปลี่ยน จากนั้นจึง
เพิ่มเติมข้อมูลและการอ้างอิงให้สมบูรณ์ ให้พร้อมดำเนิน
การจัดพิมพ์เผยแพร่สำหรับการค้นคว้าวิจัยต่อไปได้^{๑๒}

สำหรับการสัมภาษณ์ผู้รู้เห็นประวัติศาสตร์ระบบ
สุขภาพไทย ครั้งที่ ๑ เรื่อง งานสาธารณสุขชุมชน:
ประวัติศาสตร์และความทรงจำ นี้ สำนักวิจัยสังคมและ
สุขภาพได้จัดขึ้นเมื่อวันที่ ๑๙ กันยายน พ.ศ. ๒๕๕๑
ณ ห้องประชุม ๘๐๑ อาคาร ๘ ชั้น ๘ กรมวิทยาศาสตร์
การแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข โดยได้เชิญนายแพทย์รุ่ง
อรุณและผู้มีบทบาทสำคัญในระบบสาธารณสุขยุคแรก
ตั้งรายชื่อและประวัติย่อในนามานุกรมท้ายเอกสาร ซึ่งเคย



มีบทบาทสำคัญทั้งในด้านการกำหนดนโยบายและการ
ออกไปทำงานบุกเบิกงานสาธารณสุขชุมชนในพื้นที่ต่างๆ
ของสังคมไทย

การสัมภาษณ์แบ่งเป็นสองช่วงด้วยกัน โดยในช่วงเช้า
ตั้งแต่เวลา ๐๙.๑๕ - ๑๒.๓๐ น. เป็นการสัมภาษณ์ในหัวข้อ
“ประวัติศาสตร์และความทรงจำ: งานสาธารณสุขชุมชน
จากยุคบุกเบิกถึงสิ้นแผนพัฒนาการสาธารณสุขฉบับที่ ๕”
ดำเนินการอภิปรายโดย นายแพทย์โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์
และในช่วงบ่าย เวลา ๑๔.๔๕ - ๑๖.๐๐ น. ได้แบ่งการ
สัมภาษณ์ออกเป็นห้องย่อยสองห้องด้วยกัน โดยในห้องย่อย
ที่ ๑ ได้สัมภาษณ์ในประเด็นเรื่อง “พัฒนาการระบบบริการ
สุขภาพในชนบท” ดำเนินการอภิปรายโดย นายแพทย์
โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ และในห้องย่อยที่ ๒ ได้เน้นใน
ประเด็นเรื่อง “งานพัฒนาสุขภาพชุมชนและงานสาธารณสุข
มูลฐาน” ดำเนินการอภิปรายโดย ศ.ดร. ทวีทอง หงษ์วิวัฒน์

ผู้เข้าร่วมการสัมภาษณ์ประกอบด้วยผู้รู้เห็น
ประวัติศาสตร์สาธารณสุขชุมชน ผู้สังเกตการณ์ และ
ผู้เข้าร่วมการสัมภาษณ์ประกอบด้วย ศาสตราจารย์
นายแพทย์เสม พริ้งพวงแก้ว, ศาสตราจารย์เกียรติคุณ นาย
แพทย์ประเวศ วะสี, ศาสตราจารย์นายแพทย์อารี
วัลยะเสวี, นายแพทย์ไพโรจน์ นิงสานนท์, นายแพทย์บรรล
ศิริพานิช, ศาสตราจารย์พิเศษนายแพทย์ไพจิตร ปวะบุตร,
นายแพทย์มงคล ณ สงขลา, นายแพทย์อุทัย สุตสุข,
นายแพทย์กวี ไชยศิริ, นายแพทย์ชูชัย ศุภวงศ์,

๑๑ ผู้สังเกตการณ์ ได้แก่ พญ. จรี นิงสานนท์, พญ. กรรณิการ์ ต้นประเสริฐ, นายแพทย์อุกฤษฏ์ มลิลาทรางกูร, ดร. สมล บัณฑิตานนท์, นางสาววิภัสย์ พงศ์นิदानนท์, นางสาวสุนีย์ สุขสว่าง, นายธนา
วงศ์เจริญ, นายณนนาท อนุพงศ์พัฒน์, นายชาติชาย มุกสง, นางสาวนิลบล คุณวัฒน์, นางสาวกฤษณ์กมล บุญยธาดา, นางสาวสุกัญญา กัษะรัมย์, นางประภาพร โพธิ์ทอง, นางสุวรรณา
มานะโรจนานนท์, นายสมบุญ ทรัพย์ทูน, นางณิชา ธรรมแสน, นายศิริพงษ์ เอี่ยมเจริญ, นางสาวธัญญา ทวีวงศ์, นางสาวกิงกมล ศุภชิน, นางรำไพ แก้ววิเชียร, นางจรรยา จึงเสถียรทรัพย์ โดยมี
ผู้จัด คือ นางวิวรรณ เสกียกาล, นายประคอง แก้วนิย, นางสาวภาวีนี สวัสดิมานนท์, นางสาววรรณ สารรัมย์, นางสาวธวัลกร อินจตุร, นางสาวคณิศร เสงี่ยม และมีบรรณาธิการเป็นผู้ร่วมสังเกตการณ์
๑๒ คู่มือพื้นฐานเกี่ยวกับวิธีการทางประวัติศาสตร์ในงานของ นิธิ เอียวศรีวงศ์และและอากม พัลมิยะ, *หลักฐานประวัติศาสตร์ในประเทศไทย* (กรุงเทพฯ: บรรณกิจ, ๒๕๒๕)
๑๓ คู่มือวิพากษ์แม่บทของประวัติศาสตร์ชาติใน นิธิ เอียวศรีวงศ์, “๒๐๐ ปีของการศึกษาประวัติศาสตร์ไทยและทางข้างหน้า,” กรุงเทพฯ: พระเจ้าตาก และประวัติศาสตร์ไทย ว่าด้วยประวัติศาสตร์
และประวัติศาสตร์นิพนธ์ (กรุงเทพฯ: มติชน, ๒๕๑๔), ๑-๔๑ และ ธงชัย วินิจจะกุล, “ประวัติศาสตร์ไทยแบบราชาชาตินิยม,” *ศิลปวัฒนธรรม*, ปีที่ ๒๐, ฉบับที่ ๑ (พฤศจิกายน ๒๕๔๔): ๕๖-๖๕

สาธารณสุขชุมชน ๔ ประวัติศาสตร์และความทรงจำ

นายแพทย์สมศักดิ์ ชุนด์หรัศม์, นายแพทย์สุรเกียรติ อชานานภาพ, นายพลทรัพย์ ปิยะอนันต์, รองศาสตราจารย์ ดร.เบญจมา ยอดดำเนิน-แอ็ดติกัจ, นายระเด่น หัสดี, ดร.เมธี จันทจากรุณณ์^{๑๑}

เอกสารสัมมนาผู้รู้เห็นฉบับนี้แบ่งออกเป็น ๓ บท โดยในบทแรกนำมาจากกรรณการสัมมนาในช่วงเช้าซึ่งพูดถึง ภาพของสาธารณสุขชุมชนในยุคบุกเบิกเป็นต้นมา ในบทที่ ๒ กล่าวถึงพัฒนาการของระบบบริการสุขภาพในชนบทในยุคแรกเริ่มเมื่อมีการขยายบริการสุขภาพออกไปสู่ระดับ ชุมชนและประสบการณ์ของแพทย์ยุคแรกที่เข้าไปทำงาน ประจำอยู่ตามโรงพยาบาลจังหวัดและโรงพยาบาลประจำ อำเภอซึ่งเรียกกันต่อมาว่าโรงพยาบาลชุมชน ส่วนในบทที่ ๓ กล่าวถึงงานพัฒนาสุขภาพชุมชนและงานสาธารณสุข มูลฐาน ในการบรรณาธิการนั้น บรรณาธิการพยายามแก้ไข เนื้อหาให้น้อยที่สุด คือให้พออ่านเข้าใจได้ การแทรกเนื้อ ความหรือคำอธิบายจะทำอยู่ในเครื่อง [...] เพื่อรักษาเนื้อ ความเดิมที่มาจากกรรณการถอดเสียงการสัมมนา ส่วนการ อธิบายเพิ่มเติมของผู้เข้าร่วมสัมมนา จะใส่ไว้ในเชิงอรรถ เป็นหลัก หรือแทรกเพิ่มในเครื่องหมาย [...] เช่นเดียวกันใน กรณีที่ทำให้ความหรือรูปประโยคมีความชัดเจนขึ้น หรือมี ความจำเป็นต่อความเข้าใจเนื้อความ

อย่างไรก็ตาม เอกสารชิ้นนี้ไม่ได้เป็นคำอธิบาย ทางประวัติศาสตร์โดยตัวมันเอง แต่มีเป้าหมายเพื่อผลิต หลักฐานจากคำบอกเล่าของผู้รู้เห็นหรือผู้มีส่วนเกี่ยวข้องกับ เหตุการณ์โดยมีการเก็บบันทึกหลักฐานทั้งในรูปแบบที่ กเสียงและการถอดเสียง ซึ่งผู้ค้นคว้าสามารถเข้ามาขอใช้ บริการได้ต่อไปในฐานะเอกสารชั้นต้นหรือข้อมูลดิบที่ใครก็ สามารถหยิบไปใช้ได้ในงานวิจัยตามสาขาวิชาของตน แต่ ไม่ใช่ในฐานะงานเขียนทางประวัติศาสตร์ที่ต้องมีกระบวนการ วิพากษ์หลักฐาน ตลอดจนการวิเคราะห์ตีความและ สร้างชุดคำอธิบายของข้อมูลต่างๆ ให้สอดคล้องกับหลัก ฐานแนวคิดอื่น ๆ อย่างเป็นเหตุเป็นผล ซึ่งนัก ประวัติศาสตร์มักเรียกกันจนติดปากว่าวิธีการทาง

ประวัติศาสตร์^{๑๒} ความพยายามที่จะเก็บรวบรวมเอกสาร และหลักฐานต่างๆ เกี่ยวกับพัฒนาการของระบบ สาธารณสุข/ระบบสุขภาพในประเทศไทย ตลอดจนการจัด ให้มีโครงการสัมมนาผู้รู้เห็นและการจัดพิมพ์เอกสาร สัมมนาผู้รู้เห็น จึงน่าจะก่อให้เกิดบรรยากาศอันคึกคักใน การวิจัยด้านประวัติศาสตร์ เนื่องจากเปิดให้เห็นข้อมูลหรือ แง่มุมใหม่ๆ ด้านการแพทย์และระบบสาธารณสุข/ระบบ สุขภาพในประเทศไทย และเท่ากับเป็นการเชื้อเชิญให้เกิด การตั้งคำถามในการวิจัยใหม่ๆ ด้านประวัติศาสตร์การ แพทย์และระบบสาธารณสุข/ระบบสุขภาพในประเทศไทย ในหลากหลายแง่มุม ไม่เพียงแต่กระบวนการกำหนด นโยบายหรือความเคลื่อนไหวเปลี่ยนแปลงในส่วนของผู้มี บทบาทในการปฏิบัติงานเท่านั้น แต่น่าจะรวมถึงผลกระทบต่อสังคมและผู้คนในระดับล่าง รวมถึงวิถีคิด ญาณวิทยา วาทกรรม และการครอบงำของการแพทย์และระบบ สาธารณสุข/ระบบสุขภาพในสังคมไทยที่ดำรงอยู่ในปัจจุบัน

อย่างไรก็ตาม นอกจากการรวบรวมและจัดระบบ เอกสารเพื่อให้สะดวกต่อการค้นคว้าวิจัยต่อไปแล้ว การ พยายามเปิดกว้างให้มีการค้นหาโครงเรื่องหรือกรอบความ คิดใหม่ๆ ในการอธิบายก็น่าจะมีส่วนสำคัญช่วยให้การวิจัย ด้านประวัติศาสตร์การแพทย์และระบบสาธารณสุข/ระบบ สุขภาพที่จะเกิดขึ้นมีชีวิตชีวาและมีพลังในการอธิบาย หลุด พ้นจากการครอบงำทางความคิดสำเร็จรูปของใครหรือ สำนักใดเพียงหนึ่งเดียว ดังกรณีงานวิจัยใหม่ๆ บางชิ้น เช่น กรณีวิทยานิพนธ์ของชาติชาย มุกสง และวิทยานิพนธ์ ปริญาเอกของวิลลา วิลัยทอง เป็นต้น ได้แสดงให้เห็นถึง สีสันและทิศทางใหม่ๆ ในการวิจัยประวัติศาสตร์การแพทย์ และระบบสาธารณสุข/ระบบสุขภาพในวงวิชาการไทย เนื่องจากมีโครงเรื่องที่แตกต่างอย่างสิ้นเชิงจากคำอธิบาย ก่อนหน้านี้ที่มักผูกอยู่กับโครงเรื่องแม่บทของประวัติศาสตร์ ชาติ^{๑๓} ซึ่งเน้นการยกย่องเชิดชูบทบาทของชนชั้นนำยิ่งกว่า มุ่งทำความเข้าใจความเป็นจริงทางประวัติศาสตร์อย่าง รอบด้าน หรือพยายามทำความเข้าใจต่อบัจจัยและพลัง อื่นๆ ที่มีผลสำคัญต่อการเปลี่ยนแปลง กระทั่งกล่าวได้ว่า

๑๑ ดูภาพรวมความเป็นชาติกระแสหลักในงานวิจัยของสาขาสถิติยานุรักษ์ เรื่อง ความเปลี่ยนแปลงในการสร้างชาติไทยและความเป็นไทย โดยหลวงวิจิตรวาทการ (กรุงเทพฯ: มติชน, ๒๕๕๕) และ คึกฤทธิ์กับประดิษฐกรรม "ความเป็นไทย", ๒ เล่ม (กรุงเทพฯ: มติชน, ๒๕๕๐)
๑๒ ดู David Arnold (ed.), *Imperial Medicine and Indigenous Societies* (Manchester and New York: Manchester University Press, ๑๙๙๘)
๑๓ Reynaldo C. Ileto, "Outlines of a Nonlinear Emplotment of Philippine History," in *The Politics of Culture in the Shadow of Capital*, edited by Lisa Lowe and David Lloyd (Durham & London: Duke University Press, ๑๙๙๗), ๑๑๐.
๑๔ ดูการอภิปรายเกี่ยวกับเรื่องนี้โดยพิศดารได้ใน Thongchai Winichakul, *Siam Mapped: A History of the Geo-body of a Nation* (Honolulu: Hawaii University Press, ๑๙๙๔).

การสร้างโครงเรื่องใหม่ที่มุ่งพิจารณาปัจจัยหรือแง่มุมอื่นๆ คือการดิ้นรนให้หลุดพ้นจากกรงขังทางความคิดของโครงเรื่องแม่บทของประวัติศาสตร์ชาติ^{๑๘} และสะท้อนให้เห็นการคลี่คลายของปมเรื่องสำนักความเป็นชาติที่เริ่มมีนิยามเปิดกว้างหรือเปิดให้มีจินตภาพที่แตกต่างหลากหลายออกไปจากในวาทกรรมความเป็นชาติกระแสหลัก^{๑๙}



หากพิจารณาถึงบทบาทของการแพทย์สมัยใหม่ในดินแดนอาณานิคมหลายแห่ง การแพทย์คือพื้นที่ของการปะทะและเป็นเครื่องมือทางอำนาจของจักรวรรดินิยม^{๒๐} ดังนั้นประวัติศาสตร์แห่งความรุ่งเรืองและความสำเร็จของวิทยาศาสตร์การแพทย์ในการพิชิตการระบาดของโรคอหิวาต์ในฟิลิปปินส์เมื่อช่วงต้นคริสต์ศตวรรษที่ ๒๐ จึงไม่ได้เป็นเพียงแค่ประวัติศาสตร์ของ “ชัยชนะแห่งความเป็นเหตุผลและวิทยาศาสตร์ที่มีต่อความเชื่อในเรื่องเหนือธรรมชาติและความมั่งงายต้นทุรังของชาวฟิลิปปินส์” แต่คือเครื่องมือของจักรวรรดินิยมอเมริกาในการสยบการต่อต้านและควบคุมดินแดนอาณานิคมที่เพิ่งถูกพิชิตให้หมอบเซื่องอยู่ภายใต้อำนาจ โดยทำให้ชนชั้นนำตามหัวเมืองต่างๆ ถูกกลืนเข้าเป็นส่วนหนึ่งของจักรวรรดิในการต่อต้านโรคระบาด และสลายกลุ่มกำลังต่อต้านให้กลายเป็นส่วนประกอบสำคัญในการจัดตั้งรัฐอาณานิคมของสหรัฐฯ ขึ้นในฟิลิปปินส์^{๒๑} ในท่วงทำนองเดียวกันนั้น การแพทย์ก็เป็นเครื่องมือที่สำคัญไม่น้อยกว่ากันในการเปลี่ยนรัฐแบบจารีตที่เคยผูกพันกันอยู่อย่างหลวมๆ ให้กลายเป็นรัฐไทยที่มีอาณาเขตดินแดนและอำนาจอธิปไตยเหนือเขตแดนเหล่านั้นโดยสมบูรณ์ตามคติของรัฐสมัยใหม่^{๒๒} จนกล่าวได้ว่าการแพทย์เป็นกลไกสำคัญในการก่อรูปรัฐไทยสมัยใหม่ ทำให้ความคิดเรื่องประชากรปรากฏชัดขึ้นมาในจินตภาพ และเป็นเครื่องมือทำให้ประชากรกลายเป็นพลังการผลิตสำคัญในการสร้างความเป็นชาติ^{๒๓}

ชีวิตที่ดีขึ้น และการมีชีวิตที่ยืนยาวแข็งแรงของประชากรเพื่อจะนำไปใช้ในการพัฒนาประเทศได้ต่อไป^{๒๔} ทั้งหมดนี้จึงเป็นเรื่องของอรรถประโยชน์ในเชิงการผลิตของร่างกาย เพราะการเป็นพลังในการผลิตทำให้ร่างกายถูกครอบคลุมอยู่ด้วยความสัมพันธ์เชิงอำนาจและการครอบงำ และความเป็นพลังการผลิตของร่างกายจะเป็นไปได้หรือจะถูกนำไปใช้ได้ก็ต่อเมื่อมันต้องถูกทำให้เชื่องลงด้วยระบบการควบคุม ดังนั้นร่างกายจะกลายเป็นพลังที่มีอรรถประโยชน์ขึ้นมาได้ก็ต่อเมื่อร่างกายนั้นทั้งเป็นร่างกายที่มีประสิทธิภาพในการผลิตและเป็นร่างกายที่สยบระยอบต่ออำนาจ หรือร่างกายนั้นจะต้องถูกทำให้เชื่องลงเสียก่อน เพราะเงื่อนไขที่ถูกทำให้เชื่องลงแล้วเท่านั้นจึงจะเป็นเรือนร่างที่ถูกสยบ ใช้งาน เปลี่ยนแปลง และปรับปรุงขัดเกลาได้ตามความปรารถนา^{๒๕} เพื่อให้บรรลุถึงเป้าหมายดังกล่าว “การแพทย์จึงเป็นภารกิจหลักอันหนึ่งของชาติ”^{๒๖} ดังที่หม่อมเจ้าสกลวรรณ วรรณกร (อธิบดีกรมสาธารณสุขระหว่าง พ.ศ. ๒๔๖๙ - ๒๔๗๔) เคยนำเสนอไว้อย่างคมคายว่า “[การสาธารณสุข คือ] วิธีการอันทรงประสิทธิภาพที่สุดในการสร้างคัจฉามมังคั่งให้แก่ชาติ”^{๒๗}

ประชากรจึงกลายเป็นเป้าหมายสูงสุดของการปกครอง วิธีการและหนทางต่างๆ ของรัฐไม่ว่าจะโดยตรงหรือโดยอ้อม โดยรู้ตัวหรือไม่รู้ตัวนั้น ทั้งหมดล้วนแต่เป็นไปเพื่อเป้าหมายสุดท้ายอยู่ที่ความผาสุก ความมั่งคั่ง สภาพ

การกำหนดโครงเรื่องใหม่ๆ ในงานวิจัยด้านประวัติศาสตร์การแพทย์และระบบสาธารณสุข/ระบบสุขภาพไทย เพื่อให้หลุดพ้นจากกรอบคิดของโครงเรื่องแม่บทแห่งประวัติศาสตร์ชาติ และเพื่อให้เกิดจินตภาพหรือคำถามใหม่ๆ จึงอาจมีความสำคัญในระดับเดียวกับการทุ่มเทพลังให้แก่การเก็บรวบรวมข้อมูลอันไพศาล เพราะความจริงย่อมมีหลายด้านและการควบคุมกำหนดความจริงย่อมเป็นอนิจจัง

๑๘ ดูการอภิปรายเรื่องนี้ในงานรณรงค์ที่จัดที่ เมืองกลสม, เชื้อโรค ร่างกาย และรัฐราชการ: ประวัติศาสตร์การแพทย์สมัยใหม่ในสังคมไทย (กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, ๒๕๕๐), ๑๙๖ - ๑๙๘ และวิทยานิพนธ์ของ ก้องสกุล กวินวิฑูล เรื่อง “การสร้างร่างกายพลเมืองไทยในสมัยจอมพล ป. พิบูลสงคราม พ.ศ. ๒๔๘๐ - ๒๔๘๙” (วิทยานิพนธ์สังคมวิทยาและมานุษยวิทยา มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, ๒๕๕๕).

๑๙ Michel Foucault, “Governmentality,” in *Power: Essential Works of Foucault ๑๙๕๔ - ๑๙๘๔*, Volume ๓, edited by James D. Faubian (London: Penguin Books, ๒๐๐๑), ๒๐๖ - ๗

๒๐ Michel Foucault, *Discipline and Punish: the Birth of the Prison*, translated by Alan Sheridan (London: Penguin Books, ๑๙๗๑), ๒๕ - ๖ and ๑๖๖

๒๑ Michel Foucault, *The Birth of Clinic: an Archaeology of Medical Perception*, translated by A. Sheridan (London: Routledge, ๑๙๗๓), ๑๙

๒๒ Sakol Voravarn, “Public Health and Medical Service” in *Siam: General and Medical Features* (Bangkok: Bangkok Time Press, for the Far Eastern Association of Tropical Medicine, ๑๙๓๐), ๑๕๒ and ๒๐๔.

สารบัญ

ถ้อยแถลงและกิตติกรรมประกาศ
คำแนะนำสำหรับการอ้างอิง

ก

คำนำ

ข

บทนำ

๑

บทที่ ๑ งานสาธารณสุขชุมชน:
จากยุคบุกเบิกจนถึงสิ้นแผนพัฒนาการสาธารณสุขฉบับที่ ๕

๔

บทที่ ๒ พัฒนาการระบบบริการสุขภาพในชนบท

๔๔

บทที่ ๓ งานพัฒนาสุขภาพชุมชนและงานสาธารณสุขมูลฐาน

๗๒

ภาคผนวก

๙๒

บทสัมภาษณ์นายแพทย์นัสดา ศรีวิทย

๙๓

นามานุกรม

๑๐๓





บทนำ

เอกสารสัมมนาผู้รู้เห็นประวัติศาสตร์การแพทย์และระบบสาธารณสุข/ระบบสุขภาพไทยขึ้นนี้มุ่งนำเสนอข้อมูลจากความทรงจำของผู้มีส่วนเกี่ยวข้องกับพัฒนาการของระบบสาธารณสุขไทยตั้งแต่ช่วงหลังการเปลี่ยนแปลงการปกครองเมื่อ พ.ศ. ๒๔๗๕ เป็นต้นมา จนถึงช่วงสิ้นสุดแผนพัฒนาการสาธารณสุขฉบับที่ ๕ ก่อนจะดำเนินเข้าสู่ยุคแห่งการปฏิรูประบบสุขภาพในเวลาต่อมา

ในช่วงก่อนหน้านั้น ตั้งแต่การปฏิรูประบบราชการในรัชสมัยของพระบาทสมเด็จพระจุลจอมเกล้าเจ้าอยู่หัว จนถึงการเปลี่ยนแปลงการปกครอง พ.ศ. ๒๔๗๕ ระบบการแพทย์และสาธารณสุขของไทยมีพัฒนาการในหลายด้าน ตั้งแต่เริ่มมีการจัดตั้งโรงเรียนพยาบาลขึ้นเมื่อ พ.ศ. ๒๔๒๙ การจ้างฝรั่งชาวตะวันตกชาติต่างๆ เข้ามาทำงานด้านการดูแลรักษาและการป้องกันโรค การจัดตั้งโรงเรียนแพทย์ที่ริเริ่มให้มีการสอนวิทยาการด้านแพทยศาสตร์ "แบบตะวันตก" ขึ้น การจัดให้มีระบบสุขภาพิบาลเพื่อรองรับการขยายตัวของเมืองที่กำลังเติบโต การจัดตั้งกรมพยาบาลเพื่อจัดการเรื่องการสร้างโรงพยาบาลในกรุงเทพฯ เมื่อ พ.ศ. ๒๔๓๑ ตลอดจนถึงการปรับปรุงโรงเรียนแพทย์ให้ทันสมัยแบบตะวันตกโดยการสนับสนุนของมูลนิธิโรคกีเฟลเลอร์ ในช่วงสมัยรัชกาลที่ ๖ ฯลฯ อย่างไรก็ตาม การเปลี่ยนแปลงเกือบทั้งหมดเกิดขึ้นเฉพาะในบริเวณกรุงเทพฯ และปริมณฑลเป็นหลัก การขยายระบบบริการสาธารณสุขออกไปยังหัวเมืองนั้นยังไม่ได้ทำอย่างเต็มที่ เนื่องจากเงื่อนไขต่างๆ ตั้งแต่การขาดแคลนงบประมาณจนถึงการขาดแคลนแพทย์ที่จะออกไปประจำการ^๑

ความสนใจของรัฐในการสร้างโรงพยาบาลในช่วงแรกนี้จึงจำกัดอยู่เฉพาะในปริมณฑลกรุงเทพฯ เท่านั้น ดัง

จะเห็นได้จากกรณีเมื่อมีการเรียกร้องให้สร้างโรงพยาบาลตามหัวเมือง รัฐบาลก็ไม่ได้แสดงความสนใจ ทั้งยังถือว่าเป็นผลประโยชน์และหน้าที่รับผิดชอบของเอกชนหรือของท้องถิ่นเอง โรงพยาบาลและแพทย์สมัยใหม่แบบตะวันตกที่ออกไปทำงานอยู่ตามหัวเมืองส่วนใหญ่จึงเป็นโรงพยาบาลของคณะมิชชันนารีที่ออกไปตั้งคณะเผยแผ่ศาสนาและจัดตั้งโรงพยาบาลให้บริการแก่ประชาชนเพื่อเป็นการดึงดูดให้ผู้คนหันมานับถือศาสนา เช่น โรงพยาบาลมิชชันนารีในจังหวัดเพชรบุรี (พ.ศ. ๒๔๒๓), โรงพยาบาลแมคคอร์มิคในจังหวัดเชียงใหม่ (พ.ศ. ๒๔๓๑), โรงพยาบาลแวนแซนเนอร์ดในจังหวัดลำปาง (พ.ศ. ๒๔๒๘), โรงพยาบาลศรีธรรมราชระลึกในจังหวัดนครศรีธรรมราช (พ.ศ. ๒๔๔๖) เป็นต้น^๒

นโยบายด้านสาธารณสุขที่มุ่งดูแลสุขภาพพลานามัยของพลเมืองตามหัวเมืองต่างๆ เกิดขึ้นอย่างจริงจังภายหลังจากการประกาศใช้พระราชบัญญัติการสาธารณสุข พ.ศ. ๒๔๗๗ ซึ่งกำหนดให้มีการจัดตั้งเทศบาลขึ้นทั่วประเทศแทนสุขภาพิบาล และมีการกำหนดให้กรมสาธารณสุขจัดทำโครงการสร้างโรงพยาบาลขึ้นทั่วทุกจังหวัด โดยในขั้นต้นกำหนดให้สร้างขึ้นตามชายแดน เพื่อ "แสดงเกียรติภูมิของชาติไทยแก่ประเทศเพื่อนบ้านที่เป็นอาณานิคมของชาติตะวันตก" โดยถือว่าเป็นนโยบาย "อวดธง" และได้มีการสร้างโรงพยาบาลบางแห่งขึ้นตามนโยบายดังกล่าว คือ โรงพยาบาลประจำจังหวัดอุบลราชธานี จังหวัดหนองคาย จังหวัดนครพนม และโรงพยาบาลเสียงราย ประจวบคีรีขันธ์^๓ อย่างไรก็ตาม จนกระทั่งเมื่อมีการตั้งกระทรวงสาธารณสุขขึ้นใน พ.ศ. ๒๔๘๕ แล้ว ก็ยังมีโรงพยาบาลทั่วทั้งประเทศอยู่เพียงไม่กี่จังหวัด กล่าวคือ กรมการแพทย์ ซึ่งมีหน้าที่ควบคุมดูแลโรงพยาบาล นอกจากโรงพยาบาลโรคจิต โรงพยาบาลกลาง และ

๑ ดูรายละเอียดของพัฒนาการทางการแพทย์และสาธารณสุขในช่วงนี้ได้ในงานของ เพ็ญศรี กวีวงศ์ประเสริฐ, "บทบาทของรัฐต่อปัญหาสุขภาพของประชาชน (พ.ศ. ๒๓๖๕ - หลังการเปลี่ยนแปลงการปกครอง พ.ศ. ๒๔๗๕)" (วิทยานิพนธ์มหาบัณฑิต สาขาสังคมศาสตร์การแพทย์และสาธารณสุข มหาวิทยาลัยมหิดล, ๒๕๒๘); ชาติ ดนัยการ, "วิวัฒนาการของกรมการแพทย์ไทยตั้งแต่สมัยเริ่มต้นจนถึงสิ้นรัชกาลพระบาทสมเด็จพระจุลจอมเกล้าเจ้าอยู่หัว" (วิทยานิพนธ์อักษรศาสตรมหาบัณฑิต สาขาประวัติศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, ๒๕๒๑); สุกิจ ด่านพุทธศิลป์, "การสาธารณสุขแบบสมัยใหม่ในรัชสมัยพระบาทสมเด็จพระมงกุฎเกล้าเจ้าอยู่หัว (พ.ศ. ๒๔๕๓ - ๒๔๖๘)" (วิทยานิพนธ์มหาบัณฑิตสาขาประวัติศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร, ๒๕๑๔); สุวีริณีย์ สวัสดิ์, "บทบาทของสมเด็จพระเจ้าบรมวงศ์เธอ กรมพระยาชัยนาทนเรนทร ต่อการแพทย์และการสาธารณสุข (พ.ศ. ๒๔๕๖ - ๒๔๖๘)" (วิทยานิพนธ์อักษรศาสตรมหาบัณฑิต สาขาประวัติศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, ๒๕๓๑); Wanya Swasanyanon, "The Transfer of Medical Technology from the First World to the Third World: A Case Study of the Rockefeller Foundation's Role in a Thai Medical School (๑๙๒๓ - ๑๙๓๕)" (Ph.D. Dissertation, American Studies, University of Hawaii, ๑๙๘๔) เป็นต้น

๒ ดูงานวิจัยของประสิทธิ์ พงษ์อุดม เรื่อง "มิชชันนารีอเมริกันกับการสร้างชุมชนชาวคริสต์ในล้านนาช่วงสมัยของการปรับเปลี่ยนทางสังคม พ.ศ. ๒๔๑๐ - ๒๔๗๖" (วิทยานิพนธ์อักษรศาสตรดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชาประวัติศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย) เป็นต้น

๓ กันติ ลัมภพิภกร, "ชีวิตที่ลำบากเป็นชีวิตที่เจริญ ชีวิตประวัติศาสตร์จารย์นายแพทย์เสม พริ้งพวงแก้ว นายแพทย์นักสู้ผู้พิชิตคนเพื่อวางรากฐานทางการแพทย์และสาธารณสุข (กรุงเทพฯ สำนักพิมพ์ลาภาร ๒๕๔๔), ๘๕ - ๘

โรงพยาบาลวชิระแล้ว ก็มีโรงพยาบาลบำบัดโรคทั่วไปอยู่ในสังกัดอยู่อีกเพียง ๒๓ แห่ง คือ โรงพยาบาลอุบลราชธานี, โรงพยาบาลหนองคาย, โรงพยาบาลนครพนม, โรงพยาบาลปัตตานี, โรงพยาบาลเสิงสางประชาชนุเคราะห์, โรงพยาบาลจันทบุรี, โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา, โรงพยาบาลปราจีนบุรี, โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก, โรงพยาบาลนครเชียงใหม่, โรงพยาบาลนราธิวาส, โรงพยาบาลระนอง, โรงพยาบาลร้อยเอ็ด, โรงพยาบาลตาก, โรงพยาบาลพระตะบอง, โรงพยาบาลสุรศักดิ์มนตรี จังหวัดลำปาง, โรงพยาบาลอาทิตย์ทิพอาภา จังหวัดน่าน, โรงพยาบาลพลโยธิน จังหวัดแพร่, โรงพยาบาลทับเที่ยง จังหวัดตรัง, โรงพยาบาลศรีธรรมราชระลึก จังหวัดนครศรีธรรมราช, โรงพยาบาลเสรีรังษี จังหวัดลำปาง, โรงพยาบาลนครเข็ญติง*

รัฐบาลช่วงหลังสงครามของนายปรีดี พนมยงค์ ซึ่งมีอำนาจอยู่ในช่วงระยะเวลาเพียงไม่กี่เดือนใน พ.ศ. ๒๔๘๙ จึงมีนโยบาย "จัดสร้างโรงพยาบาลขึ้นใหม่ให้มีให้ทั่วถึงกันทุกจังหวัด" โดยกำหนดให้สร้างโรงพยาบาลประเภทบำบัดโรคทั่วไปให้ครบทุกจังหวัด และจัดสร้างโรงพยาบาลบำบัดเฉพาะโรคขึ้นบางแห่งตามความจำเป็นเพื่อแก้ปัญหาเฉพาะหน้า* โดยขณะนั้นยังมีจังหวัดที่ยังไม่มีโรงพยาบาลเลยอีก ๓๗ จังหวัด^๑ กระทรวงการสาธารณสุขมีความเห็นว่า โรงพยาบาลประจำจังหวัดที่จะจัดสร้างขึ้นเหล่านี้ควรจัดสร้างเป็นโรงพยาบาลขนาดกลางที่มีเตียงรับผู้ป่วยไว้บำบัดภายในได้อย่างน้อยเพียง ๕๐ เตียงก่อน และเห็นว่ายังไม่ควรจัดสร้างโรงพยาบาลขนาดเล็ก (มีเตียงอย่างน้อย ๒๕ เตียง) ประจำอำเภอในขณะนั้น แต่หากอำเภอใดที่มีชุมชนหนาแน่นก็ให้คอยคิดขยายสุขศาลาชั้น ๑ หรือชั้น ๒ ซึ่งมีประจำอำเภออยู่แล้วเป็นโรงพยาบาลขนาดเล็กขึ้นไปในอนาคต นอกจากนี้กระทรวงการสาธารณสุขยังเห็นว่า ควรโอนโรงพยาบาลใน ส่วนที่เป็นของเทศบาลให้มาเป็นของรัฐบาลเสียทั้งหมด^๒

เพราะเกือบทุกแห่ง "อยู่ในสภาพเสื่อมโทรม ช่วยประชาชนได้ไม่เต็มที่ ขยายงานไม่ออก เทศบาลใดมั่นคงสามารถจะรับคืนไปดูแลให้เจริญต่อไปได้ จึงค่อยมอบคืนให้ในโอกาสหน้า"^๓

กระนั้น เมื่อดำเนินมาถึง พ.ศ. ๒๔๙๐ ประเทศไทยก็ยังมีอยู่อีก ๑๔ จังหวัดที่ยังไม่มีโรงพยาบาลในสังกัด กรมการแพทย์ที่เปิดรับบำบัดโรคทั่วไป คือ กระบี่, กาญจนบุรี, กำแพงเพชร, ขอนแก่น, ชัยนาท, ชัยภูมิ, ชุมพร, ตราด, นครนายก, นครศรีธรรมราช, นุรีรัมย์, ปทุมธานี, ประจวบคีรีขันธ์, พังงา, พัทลุง, พิจิตร, เพชรบุรี, เพ็ชรบูรณ์, มหาสารคาม, แม่ฮ่องสอน, ยะลา, ระยอง, ราชบุรี, ลพบุรี, ลำพูน, เลย, ศรีสะเกษ, สกลนคร, สตูล, สมุทรปราการ, สมุทรสงคราม, สมุทรสาคร, สระบุรี, สิงห์บุรี, สุโขทัย, สุราษฎร์ธานี, สุรินทร์, อ่างทอง, อุตรดิตถ์, อุทัยธานี^๔

ภาพของความทรงจำในช่วงแรกๆ เมื่อเริ่มมีการขยายตัวของระบบสาธารณสุขออกไปสู่ชุมชนตามหัวเมืองต่างๆ ดังที่ปรากฏอยู่ในเอกสารสัมมนาผู้รู้เห็นชั้นนี้ จึงดำรงอยู่ในบริบทของสภาพการเปลี่ยนแปลงต่างๆ ที่เกิดขึ้นในช่วงเวลานี้ ทั้งบางคนยังมีบทบาทในพัฒนาการดังกล่าวมาตั้งแต่ก่อนช่วงสงคราม คือ บทบาทของนายแพทย์เสม พริ้งพวงแก้ว โดยเฉพาะในการบุกเบิกสร้างโรงพยาบาลขึ้นในจังหวัดเสิงสางตามนโยบาย "อวดคง" ของรัฐบาลจอมพล ป. พิบูลสงคราม อย่างไรก็ตาม ภาพที่เห็นได้ชัดเจนนั้นคือ การพัฒนาของระบบสาธารณสุขในช่วงหลังสงครามโลกครั้งที่ ๒ เมื่อประเทศได้เข้าร่วมเป็นสมาชิกกับสหประชาชาติ การต่อต้านการแพร่ขยายของลัทธิคอมมิวนิสต์ในเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ โดยยอมให้สหประชาชาติเข้ามาตั้งฐานทัพเพื่อส่งทหารเข้าไปรบหรือส่งเครื่องบินไปทิ้งระเบิดในอินโดจีน แลกกับการได้รับเงินช่วยเหลือต่างๆ ในการพัฒนาประเทศ จำนวนมหาศาล เช่น การขยายระบบการศึกษาและการตั้ง

๑ "ผลการปฏิบัติงานในด้านกาบำบัดโรค" เอกสารแนบใน พระราชปริกษกระทรวงการ รัฐมนตรีว่าการกระทรวงการสาธารณสุข ถึง เลขาธิการคณะรัฐมนตรี เรื่องผลการปฏิบัติงานในด้านสาธารณสุข, ๑๐ มิถุนายน พ.ศ. ๒๔๙๓, นพข. (๒)สร ๐๒๐๑ ๒๓/๓๑. ในช่วงหลังสงครามโลกครั้งที่ ๒ รัฐบาลต้องคืนโรงพยาบาลนครเข็ญติงแก่เจ้าของเดิม (มิชชันนารี) เมื่อ พ.ศ. ๒๔๘๘. คืนโรงพยาบาลสุรศักดิ์มนตรี จังหวัดลำปางกับโรงพยาบาลพระตะบองให้รัฐบาลฝรั่งเศสในอินโดจีนใน พ.ศ. ๒๔๘๙. และคืนโรงพยาบาลของมิชชันนารีจำนวน ๖ แห่ง (คือ โรงพยาบาลอาทิตย์ทิพอาภา จังหวัดน่าน, โรงพยาบาลพลโยธิน จังหวัดแพร่, โรงพยาบาลทับเที่ยง จังหวัดตรัง, โรงพยาบาลศรีธรรมราชระลึก จังหวัดนครศรีธรรมราช, โรงพยาบาลเสรีรังษี จังหวัดลำปาง) ให้เจ้าของเดิม

๒ บันทึกหลักการณั้รณะการโรงพยาบาล ของกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, ๒๔ เมษายน พ.ศ. ๒๔๘๙, นพข (๒)สร ๐๒๐๑ ๒๓/๒๕

๓ บัญชีรายนามโรงพยาบาลของกรมการแพทย์, นพข (๒)สร ๐๒๐๑ ๒๓/๒๕

๔ โรงพยาบาลเทศบาล ๑๖ แห่ง คือ โรงพยาบาลกลาง, โรงพยาบาลวชิระ, โรงพยาบาลเทศบาลนครเชียงใหม่, โรงพยาบาลเทศบาลเมืองนครราชสีมา, โรงพยาบาลเทศบาลเมืองพระนครศรีอยุธยา, โรงพยาบาลเทศบาลเมืองชลบุรี, โรงพยาบาลเทศบาลเมืองนครปฐม, โรงพยาบาลเทศบาลเมืองราชบุรี, โรงพยาบาลเทศบาลเมืองตรัง, โรงพยาบาลเทศบาลเมืองภูเก็ต, โรงพยาบาลเทศบาลเมืองนครราชสีมา, โรงพยาบาลเทศบาลเมืองสงขลา, โรงพยาบาลเทศบาลเมืองอะเชิงเทรา, โรงพยาบาลเทศบาลเมืองลำปาง, โรงพยาบาลเทศบาลเมืองสุพรรณบุรี, และโรงพยาบาลเทศบาล(โรคติดต่อ)อนบุรี

๕ พระยาสุพรรณพิธิช รัฐมนตรีว่าการกระทรวงการสาธารณสุข ถึง นายกรัฐมนตรี เรื่องการณั้รณะการโรงพยาบาล, ๓๐ เมษายน พ.ศ. ๒๔๘๙, นพข (๒)สร ๐๒๐๑ ๒๓/๒๕

๖ นายแพทย์แอง ลูอิทิงส์ รัฐมนตรีว่าการกระทรวงการสาธารณสุข ถึง รัฐมนตรีว่าการกระทรวงมหาดไทย, เรื่องการป้องกันโรคและการสร้างโรงพยาบาล, ๓ กรกฎาคม พ.ศ. ๒๔๙๐, นพข. มท. ๐๒๐๑.๒.๑๑/๑๗

สารานุกรมสุขภาพ ๒ ประวัติศาสตร์และระบบสุขภาพ



มหาวิทยาลัยในภูมิภาคเพื่อรองรับการขยายตัวของระบบเศรษฐกิจที่เบนเข็มมุ่งไปสู่การเป็นประเทศอุตสาหกรรม การตัดถนนผ่านไปยังพื้นที่ที่อยู่ภายใต้อิทธิพลของกองทัพปลดแอกประชาชนแห่งประเทศไทย ฯลฯ^{๑๐} รวมทั้งความช่วยเหลือด้านการแพทย์และสาธารณสุข ผ่านองค์กรอย่าง USOM (United States Operations Mission หรือหน่วยปฏิบัติการของสหรัฐฯ) อันเป็นหน่วยงานในสังกัด USAID (United States Agency for International Development หรือหน่วยงานเพื่อการพัฒนาระหว่างประเทศของสหรัฐฯ) และ USIS (United States Information Service หรือหน่วยงานประชาสัมพันธ์เพื่อเผยแพร่ข่าวสารและวัฒนธรรมของสหรัฐฯ) อันเป็นหน่วยงานของรัฐบาลสหรัฐฯ ที่ประจำอยู่ในประเทศไทย^{๑๑} ความช่วยเหลือดังกล่าวได้นำไปสู่การพัฒนาาระบบสาธารณสุขในหลายด้าน เช่น หน่วยแพทย์เคลื่อนที่ การรณรงค์ฉีดวัคซีนป้องกันโรคต่างๆ การจัดทำสื่อเผยแพร่ความรู้ในเรื่องสุขภาพอนามัยและเพศศึกษา รวมทั้งการสร้างโรงพยาบาลจนครบทั้ง ๗๒ จังหวัด ภายใต้ความช่วยเหลือของ USOM^{๑๒} ฯลฯ อย่างไรก็ตาม องค์กรที่จะมีบทบาทสำคัญต่อการพัฒนาของระบบสาธารณสุขในภูมิภาคหรือหัวเมืองจังหวัดต่างๆ อย่างกว้างขวางและเป็นจุดเน้นสำคัญอย่างหนึ่งในการสัมมนาครั้งนี้ คือ องค์กรอนามัยโลก หรือ WHO (World Health

Organization) ซึ่งการให้ความช่วยเหลือต่างๆ ทำให้เกิดนวัตกรรมสำคัญในระบบสาธารณสุขไทย คือ การจัดทำแผนพัฒนาสาธารณสุขและการจัดทำโครงการต่างๆ อันนำไปสู่โครงการสาธารณสุขมูลฐาน

ความทรงจำเกี่ยวกับประสบการณ์ต่างๆ ที่ยังพรุ้งพรูออกมาส่วนใหญ่ในการสัมมนาจึงเป็นภาพความทรงจำที่สัมพันธ์อย่างแนบแน่นกับการขยายตัวของระบบสาธารณสุขออกไปยังชนบทหัวเมืองต่างๆ อันเกิดขึ้นในช่วงที่มีการขยายตัวของโรงพยาบาลไปยังจังหวัดต่างๆ จนครบทุกจังหวัด ก่อนจะขยายลงไปจนถึงระดับโรงพยาบาลอำเภอในช่วงต้นทศวรรษที่ ๒๕๒๐ โดยมีแพทย์หลายท่านเป็นผู้บุกเบิกในช่วงตั้งโรงพยาบาลจังหวัดและโรงพยาบาลอำเภอเหล่านั้นขึ้น ทั้งยังเดินคู่ขนานไปกับกระบวนการจัดทำโครงการสาธารณสุขมูลฐาน จนอาจกล่าวได้ว่าระบบสาธารณสุขในสังคมไทยได้คลี่คลายขยายตัวจากศูนย์กลางในเมืองหลวงลงไปจนถึงระดับชุมชนหมู่บ้านครอบคลุมทุกพื้นที่ทั่วประเทศ ก่อนระบบสาธารณสุขไทยจะเดินเข้าสู่อีกหน้าหนึ่งในประวัติศาสตร์ คือ ยุคแห่งการปฏิรูประบบสุขภาพซึ่งมุ่งไปสู่การดูแลสุขภาพในจิตสำนึกของพลเมืองในระดับปัจเจกของประชากร โดยมีเป้าหมายสูงสุดเพื่อทำให้ประชากรเป็นพลังการผลิตที่มีศักยภาพของประเทศ ภายใต้คำขวัญ “สุขภาพดีถ้วนหน้า”

๑๐ ดู ผาสก พงษ์โพธิ์จรและคริส เบเกอร์, เศรษฐกิจการเมืองไทยสมัยกรุงเทพฯ (กรุงเทพฯ: ชาติวัฒนาบุ๊ค, ๒๕๓๙), ๔๖๕ - ๙ และดู Benedict Anderson, "Withdrawal Symptoms: Social and Cultural Aspects of the October ๖ Coup," Bulletin of Concerned Asian Scholars, Vol. ๙, No.๓ (๑๙๗๗).

๑๑ ภูวนาค Thomas Lobe, United States National Security Policy and AID to the Thailand Police (Monograph Series in World Affairs, University of Denver, ๑๙๗๙).

๑๒ ชัยยนต์ ประดิษฐ์ศิลป์, เศรษฐศาสตร์การเมืองของการปฏิวัติขนาดครอบครัวในประเทศไทย (กรุงเทพฯ: ศูนย์วิจัยและผลิตตำรา มหาวิทยาลัยเกริก, ๒๕๔๒), ๖๑.

สาธารณสุขมูลฐาน ๑ ประวัติศาสตร์และระบบการจำ

บทที่ ๑

งานสาธารณสุขชุมชน:

จากยุคบุกเบิกถึงสิ้นแผนพัฒนาการสาธารณสุขฉบับที่



นพ.โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์* : ขออนุญาตเริ่มการสนทนาของเราเลย โดยผมจะขอชี้แจงเรื่องความเป็นมาสักเล็กน้อยนะครับ และขอใช้โอกาสนี้อธิบายที่มาที่ไปของงานที่เราจัดขึ้นด้วยนะครับ

กิจกรรมที่เราเรียกชื่อว่า "การสัมมนาผู้รู้เห็น" เป็นการนำเอาระเบียบวิธีการศึกษาทางประวัติศาสตร์มาจากทางประเทศอังกฤษ ซึ่งได้พัฒนาวิธีการศึกษาประวัติศาสตร์ร่วมสมัยนี้ขึ้น โดยในภาษาอังกฤษเรียกว่า "Witness Seminar" วัตถุประสงค์หลักก็คือ จะรวบรวมประวัติศาสตร์ที่เป็นความทรงจำของผู้เข้าร่วมเหตุการณ์หรือร่วมรู้เห็นสิ่งที่เกิดขึ้น ที่ยังอยู่ในช่วงชีวิตของคนที่ได้ร่วมในงานต่างๆ เหล่านั้นอยู่ กิจกรรมนี้เป็นส่วนหนึ่งของการจัดตั้งสิ่งที่เราเรียกว่า หอจดหมายเหตุและพิพิธภัณฑ์ระบบสุขภาพไทย ซึ่งผมจะขออนุญาตชี้แจงเรื่องหอจดหมายเหตุและพิพิธภัณฑ์สักเล็กน้อยนะครับ เพื่อจะได้เห็นว่าประวัติศาสตร์การสาธารณสุข สุขภาพไทยจะมีการดำเนินการอะไร และการสัมมนาผู้รู้เห็นนี้จะเป็นส่วนหนึ่งของหอจดหมายเหตุอย่างไรบ้างนะครับ

โครงการจัดตั้งหอจดหมายเหตุนี้ได้รับการสนับสนุนจากกระทรวงสาธารณสุข และสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ หรือ สช. ทาง สช. ได้จัดสรรพื้นที่ชั้น ๑ ในตึกหลังใหม่ที่กำลังสร้างขึ้น โดยมีพื้นที่ประมาณ ๓๐๐ ตารางเมตร จัดเป็นพื้นที่จัดแสดงพิพิธภัณฑ์ประวัติศาสตร์การแพทย์การสาธารณสุขและสุขภาพไทย โดยจะมีการนำเอาเอกสารสำคัญๆ อันเป็นส่วนหนึ่งของหอจดหมายเหตุไปจัดแสดงด้วย เพราะฉะนั้นหอจดหมายเหตุจึงได้กำหนดวัตถุประสงค์ขึ้น ๔ ข้อ

ข้อแรกก็คือ อยากจะทำนุบำรุงเอกสารหลักฐานทางประวัติศาสตร์ที่เกี่ยวข้องกับระบบสุขภาพไทยไว้ให้เป็นระบบ

อันที่สอง อยากจะให้เป็นแหล่งข้อมูลทางวิชาการ เพื่อจะได้เป็นแหล่งศึกษาเรียนรู้

อันที่สาม เพื่อส่งเสริมการวิจัย ค้นคว้า ให้เข้าใจมิติทางประวัติศาสตร์และมิติทางสังคมของสุขภาพและการแพทย์

อันสุดท้ายก็คือ เพื่อปลูกฝังสำนึกด้านประวัติศาสตร์ ซึ่งจะให้เกิดความภาคภูมิใจ และความศรัทธาในการทำงานและการพัฒนาระบบสุขภาพในอนาคต ซึ่งอันนี้ก็เป็นที่ไปตามคำขวัญที่คุณพ่อเสมอ" ได้ให้ไว้ตลอดว่า ให้เห็นอดีตเพื่อที่จะเห็นอนาคตได้ชัดเจนขึ้น"

เป้าหมายหลักก็มีอยู่ ๕ ข้อคือ พัฒนาระบบงานที่รองรับการเก็บข้อมูลจดหมายเหตุให้ทันกับสถานที่ซึ่งปัจจุบันกำลังก่อสร้างและจะแล้วเสร็จภายในประมาณอีก ๘๐๐ วันต่อจากนี้ กิจกรรมที่จะดำเนินการไปล่วงหน้าก็จะเป็นไปเพื่อสิ่งนั้น และก็ให้มีการรวบรวมเอกสารสำคัญเพียงพอที่จะให้บริการด้านการศึกษาค้นคว้าได้ พร้อมกับให้มีวัตถุประสงค์ทางประวัติศาสตร์สุขภาพพร้อมที่จะแสดง รวมทั้งมีการพัฒนาวิธีการและเนื้อหาการสัมมนาผู้รู้เห็น อย่างที่ได้จัดขึ้นในวันนี้เป็นครั้งแรก และประการสุดท้ายก็คือ พัฒนาสื่อเอกสารด้านประวัติศาสตร์สุขภาพเพื่อเผยแพร่ต่อไปในอนาคตด้วย

การดำเนินการจัดตั้งหอจดหมายเหตุนี้อาศัยความร่วมมือจากหลายฝ่าย และได้มีคณะกรรมการอำนวยการขึ้นมาคณะหนึ่ง ซึ่งได้มีการประชุมกันไปแล้วและได้ให้ข้อเสนอแนะในการจัดการหลายๆ อย่าง ในปัจจุบันก็กำลังดำเนินการไป โดยสถานที่เก็บเอกสาร

๑ นายแพทย์ ดร.โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ ปัจจุบันดำรงตำแหน่งผู้อำนวยการสำนักวิจัยสังคมและสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข
 ๒ หมายถึง ศาสตราจารย์นายแพทย์เสมอ พริ้งพวงแก้ว
 ๓ เป็นคำพิพจน์ที่นำมาจากคำกล่าวของเอริคสัน เรอริลด์ อดีตนายกรัฐมนตรีอังกฤษ ที่บอกว่า "The longer you can look backward, the further you look forward" ฐ "คำนำ" ในหนังสือเรื่อง *เกียรติประวัติแพทย์ไทยฝากไว้ให้คนรุ่นหลัง: ชีวิตและงานของศาสตราจารย์นายแพทย์เสมอ พริ้งพวงแก้ว บรรณาธิการโดย สันติสุข โสภณศิริ* (กรุงเทพฯ: สำนักวิจัยสังคมและสุขภาพ (ศวสส.) และสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ (สนย.), ๒๕๔๗).

ก็ได้พัฒนาขึ้นมาจนเรียบร้อย และได้เขียนเรื่องราวให้กับบุคคลและองค์กรต่างๆ ว่าเอกสารประวัติศาสตร์ต่างๆ ซึ่งเราก็สูญเสียเอกสารเหล่านี้ไปมากเมื่อครั้งที่กระทรวงสาธารณสุขย้ายจากวังทเวเวสมมาที่กระทรวงสาธารณสุขใหม่^๔ มีการทิ้งเอกสารที่เห็นว่ามันจำเป็นไปเป็นจำนวนมาก รวมทั้งเอกสารต่างๆ ก็ไม่ได้ถูกจัดเก็บอย่างเป็นระบบ ครั้นเมื่อมาสืบหากันก็มักหากันไม่ค่อยเห็น เพราะฉะนั้นก็คิดว่าการจัดตั้งหอจดหมายเหตุอันนี้ขึ้นก็จะช่วยให้เรื่องราวเหล่านี้ถูกเก็บรวบรวมเป็นระบบขึ้นในระยะยาว

นอกเหนือจากหอจดหมายเหตุหลักซึ่งจะรวบรวมเอกสารจากหน่วยงานต่างๆ แล้ว ก็ยังมีการรวบรวมเอกสารส่วนบุคคลนะครับ ซึ่งในระบบของหอจดหมายเหตุ เรียกว่าเป็น "personal paper" [เอกสารส่วนบุคคล] หรือเป็น "personal collection" [ชุดแฟ้มเอกสารส่วนบุคคล] ซึ่งท่านทั้งหลายที่เข้ามาร่วมประชุมสัมมนาคราวนี้ก็จะเป็นผู้คนที่เราจะต้องขออนุญาตรบกวนว่า มีเอกสารส่วนบุคคลต่างๆ ที่เกี่ยวกับพัฒนาการของระบบสุขภาพไทย โดยจะมีการเก็บรวบรวมขึ้น จะได้ประมวลกันเข้ามาเก็บไว้ ในต่างประเทศก็จะมีเป็นคอลเลกชันของคุณคนไปเลย เช่น สมมติว่ามีเอกสารของอาจารย์ไพโรจน์ นิงสานนท์ ตั้งแต่สมุดนัดหมาย ลายมือ จดหมายถึงใครต่อใคร หรือว่าสมุดบันทึกส่วนตัว หรืออะไรต่างๆ เหล่านี้ ก็จะถือว่าเป็นเอกสารประวัติศาสตร์ซึ่งจะสามารถเอามารวบรวมเอาไว้ด้วย ในตัวเอกสารที่แจกในกระเป๋าจะมีหลักเกณฑ์การรวบรวมเอกสารส่วนบุคคลอยู่ด้วย ซึ่งหลังจากการดำเนินการในวันนี้นี้แล้ว ก็จะมีทีมงานของผมติดต่อไปยังทุกท่าน เพื่อจะขออนุญาตดูว่ามีเอกสารส่วนตัวบ้างที่จะเอามาเก็บรักษาไว้ ซึ่งการเอามาเก็บรักษาไว้ที่หอจดหมายเหตุก็จะมีประโยชน์อยู่ ๓ ประการ

ประการแรกคือ การเก็บจะเก็บตลอดไป ไม่มี "discharge" [จำหน่ายออกจากบัญชีหรือทำลาย] ที่ประการที่สองก็คือ การเก็บจะเก็บเพื่อไม่ให้มันเสื่อม

ก็จะมีการรักษาอุณหภูมิ รักษาเรื่องความชื้น และก็ไม่ได้ถูกแสงซึ่งอาจจะทำลายตัววัสดุได้ และจะมีการทำนุบำรุงรักษาด้วย ประการสุดท้ายก็คือ มีการจัดบริการให้มาใช้ประโยชน์ หมายความว่า ถ้าหากเอกสารเหล่านี้ไปเก็บอยู่เป็นส่วนบุคคล นักวิจัยก็จะเข้าไม่ถึง เพราะฉะนั้นในส่วนนี้ก็จะมีการทำระบบที่รองรับจดหมายเหตุของคุณคนขึ้นมาด้วย ระหว่างนี้ขณะที่ตัวอาคารกำลังก่อสร้างอยู่ก็จะดำเนินการสิ่งเหล่านี้ล่วงหน้าไปก่อนเลย เพื่อที่จะรวบรวมขึ้นมาสำหรับการจัดทำส่วนจัดแสดงที่อาคารใหม่ที่กำลังก่อสร้างอยู่นั้น สิ่งที่จะรวบรวมนั้นนอกจากเอกสารที่เป็นลายลักษณ์ ก็ยังมีวัตถุจดหมายเหตุอื่นๆ ไม่ว่าจะเป็นภาพถ่าย สไลด์ ภาพยนตร์ วีดีโอ แผนที่ แผนที่ แผนผัง สื่อสัญลักษณ์อื่นๆ หรือแม้แต่ข้าวของเครื่องใช้ ก็สามารถรวบรวมเพื่อใช้จัดแสดงให้คนได้เห็นพัฒนาการของการสุขภาพไทยตั้งแต่อดีตจนถึงปัจจุบันมีอะไรเกิดขึ้นบ้าง แล้วก็สามารถปลูกฝังเด็กรุ่นใหม่ๆ ได้เห็นภารกิจการทำงานในอดีตที่ผ่านมาได้ด้วย

ตัวอย่างของคุณคนที่มีคุณูปการต่อระบบสุขภาพไทย ซึ่งเราตั้งใจว่าจะรวบรวมเอามา ก็มีทั้งในส่วนบุคลากรทางการแพทย์ในระบบราชการ ไล่เรื่อยไปถึงหมอพื้นบ้านที่คิดว่ามีบทบาทสำคัญในการดูแลสุขภาพของคนในท้องถิ่นนะครับ เราได้ริเริ่มเรื่องนี้ขึ้นในช่วงประมาณปีเศษที่ผ่านมา แต่ก็เป็นการริเริ่มที่ช้าพอสมควรนะครับ อย่างน้อยคนในรายชื่อนี้ ๒ รายชื่อคือ อาจารย์หมอดำรงค์^๕ และคุณหมอสงวน^๖ ก็ได้เสียชีวิตไปก่อนที่จะเราจะเริ่มมีการประชุมครั้งนี้ขึ้น

การรวบรวมเอกสารสำคัญๆ ของหน่วยงานต่างๆ เอกสารที่รวบรวมก็มีทั้งที่เป็นทางการและก็ไม่เป็นทางการนะครับ ก็จะรวบรวมเพื่อที่จะให้เป็นแหล่งค้นคว้าได้ในอนาคต ข้าวของเครื่องใช้อุปกรณ์การแพทย์ เครื่องมือทางการแพทย์แผนโบราณ รวมถึงเรื่องการเตรียมตัวที่จะออกแบบพิพิธภัณฑ์สุขภาพ

๔ กระทรวงสาธารณสุขก่อตั้งขึ้นเมื่อวันที่ ๑๐ มีนาคม พ.ศ. ๒๔๘๕ โดยใช้อาคารภายในกระทรวงมหาดไทยเป็นที่ทำการอยู่ราว ๒ เดือน แล้วจึงย้ายไปอยู่วังทเวเวสมอีกประมาณ ๔ ปี จากนั้นในวันที่ ๑๔ พฤศจิกายน พ.ศ. ๒๔๘๙ จึงได้ย้ายที่ทำการของกระทรวง มาตั้งอยู่ ณ วังทเวเวสม ต่อมาใน พ.ศ. ๒๕๓๓ กรมบางกรมในกระทรวงสาธารณสุขได้เริ่มทยอยย้ายไปตั้งอยู่ ณ ที่ทำการกระทรวงใหม่ ณ ถนนวิภาวดีรังสิต กรุงเทพมหานคร และมีพิธีเปิดที่ทำการแห่งใหม่อย่างเป็นทางการในวันที่ ๑๐ มีนาคม พ.ศ. ๒๕๔๐

๕ หมายถึง นายแพทย์ดำรงศิ์ บุญอิน อดีตอธิบดีกรมอนามัย ได้ถึงแก่กรรมด้วยโรคมะเร็งต่อมน้ำเหลือง เมื่อวันที่ ๑๘ เมษายน ๒๕๕๑ ขณะอายุ ๖๘ ปี

๖ หมายถึง นายแพทย์สงวน นิตยารัมภ์พงศ์ เลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ซึ่งถึงแก่กรรมด้วยโรคมะเร็งปอด ขณะดำรงตำแหน่งเลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สมัยที่ ๒ เมื่อวันที่ ๑๘ มกราคม พ.ศ. ๒๕๔๑

สาธารณสุขมูลฐาน ๕ ประวัติศาสตร์และความเป็นมา

ไทยที่จัดแสดงก็จะดำเนินการในช่วง ๓ ปี นับจากนี้ไป สื่ออื่นๆ ที่เราจะพัฒนาขึ้นก็คือ ในส่วนที่ได้จากการสัมมนาผู้รู้เห็น ซึ่งครั้งนี้เป็นการจัดขึ้นครั้งแรกนะครับ ก็ตั้งใจว่าจะจัดทั้งหมด ๖ ครั้งด้วยกัน ตั้งแต่ในระดับประเทศไปจนกระทั่งถึงการสัมมนาผู้รู้เห็นในระดับชาวบ้าน โดยเรามีแผนที่จะไปเก็บข้อมูลเรื่องประวัติศาสตร์ความเจ็บป่วยของคนในท้องถิ่น ยกตัวอย่างเช่นว่า สมัยก่อนบางพื้นที่เมื่อมีโรคระบาดเกิดขึ้นก็ต้องอพยพผู้คนไปตั้งถิ่นฐานในที่ใหม่ เขาเผชิญกับวิกฤตเรื่องโรคระบาดอย่างไร เขาอยู่รอดมาได้ยังไง เรามีประสบการณ์อย่างไรบ้าง สิ่งเหล่านี้จะสะท้อนคุณค่าของการพัฒนาสาธารณสุขในช่วงต่อมา ที่ได้ช่วยทุเลาเบาบางความทุกข์ของประชาชนเหล่านี้ให้กับคนได้เห็นด้วย

ในส่วนของการสัมมนาผู้รู้เห็นในวันนี้ก็จะมีการบันทึกวิดีโอตลอดงาน โดยเรามีทีมงานที่จะบันทึกและก็จะนำไปเป็นวัตถุดิบในการศึกษาค้นคว้าต่อไปในอนาคตด้วย มีการอัดเสียงซึ่งเสียงเหล่านี้ก็จะสามารถใส่บนสื่ออินเทอร์เน็ต ซึ่งเราจะทำเป็นฐานข้อมูลให้คนเข้าถึงได้ และเอกสารจากการสัมมนาก็จะได้อัดและเรียบเรียงขึ้นเป็นสิ่งพิมพ์เพื่อเผยแพร่ต่อไปด้วยในอนาคต ซึ่งระเบียบวิธีในการทำนั้น ทางประเทศอังกฤษได้พัฒนาจนมีแบบแผนที่ชัดเจน เช่นว่า เมื่อเราสนทนากันในห้องสัมมนาผู้รู้เห็นอย่างนี้มีการพูดพาดพิงไปถึงใคร ในบางกรณีที่มีผู้อ่านรุ่นหลังๆ ก็อาจจะไม่รู้จัก ว่าชื่อคนนั้นคนนี้ที่พูดถึงเป็นใคร นักวิชาการก็ต้องทำการอ้างอิงไปยังแหล่งอ้างอิงอื่นที่ผู้ศึกษาวิจัยจะได้ไปศึกษาค้นคว้าต่อหรือว่าใส่ "foot note" [เชิงอรรถ] เพื่อบอกว่าที่พูดถึงนั้นมีความเป็นมาอย่างไร เป็นต้น เพราะฉะนั้นก็คิดว่าจะสามารถทำให้เราได้ข้อมูล โดยเฉพาะอย่างยิ่งข้อมูลในส่วนที่ไม่มีการจดบันทึกเป็นลายลักษณ์อักษร เพราะฉะนั้นในวัน

นี้ก็อยากจะชี้แจงกับผู้เข้าร่วมการสัมมนาทุกท่านว่า เรื่องราวที่พูดคุยก็จะเป็นลักษณะที่พูดคุยแบบไม่เป็นทางการ จะเน้นความทรงจำที่คิดว่าไม่มีการจดบันทึกเป็นลายลักษณ์อักษร ถ้าหากว่ามีการบันทึกไว้เป็นลายลักษณ์อักษรก็ขอให้ได้พูดถึงว่า มีหนังสือเล่มนั้นเล่มนี้ที่สำคัญ ซึ่งในประสบการณ์ของประเทศอังกฤษนั้นก็บอกว่า นอกจากการได้ข้อมูลจากการสัมมนาผู้รู้เห็นซึ่งเป็นข้อมูลความทรงจำและไม่มีการบันทึกเป็นลายลักษณ์อักษรแล้ว การพูดคุยกันในลักษณะนี้ยังจะช่วยบอกได้ด้วยว่า หนังสือหรือเอกสารต่างๆ ที่มีอยู่นั้นชิ้นใดบ้างที่มีความสำคัญมากกว่าชิ้นอื่นๆ หรือชิ้นใดบ้างที่มีการใช้ประโยชน์อ้างอิงกันในยุคสมัยของการทำงาน เนื่องจากเอกสารก็จะมีมาก และเอกสารบางชิ้นก็อาจจะมีความค่าทางประวัติศาสตร์ที่แตกต่างกันตามแต่การถูกใช้ประโยชน์ เพราะฉะนั้นในต่างประเทศก็จะพูดถึงว่า การสัมมนาผู้รู้เห็นก็มีส่วนช่วยให้ประวัติศาสตร์ที่เป็นลายลักษณ์อักษรมีชีวิตชีวาขึ้น และก็ได้อธิบายว่าอะไรที่อยู่จากหลังของการสนทนา มีพัฒนาความเป็นมาอย่างไร เพราะหลายเรื่องที่เกิดขึ้นในพัฒนาการ เกิดขึ้นจากความไม่เป็นทางการ และความไม่เป็นทางการนั้นก็มักจะไม่มีมีการจดบันทึกไว้เป็นลายลักษณ์อักษร เพราะฉะนั้นในวันนี้ที่จะมีการสัมมนาก็อยากจะขอเชิญให้ผู้เข้าร่วมทุกท่าน อาจารย์ทุกท่าน ได้พูดถึงเรื่องของความเป็นมาเกี่ยวกับการพัฒนาการสาธารณสุขในชนบท ตามความทรงจำที่คิดว่าไม่มีการจดบันทึกไว้ และก็ถ้าหากไม่มีการพูดหรือรวบรวมไว้ในตอนนี้ต่อไปก็อาจจะหาไม่ได้ ส่วนถ้าเป็นข้อมูลความรู้อื่นๆ ที่เป็นเรื่องที่น่าสนใจ เราก็จะมีทีมของเราไปสัมภาษณ์แต่ละท่านที่บ้านนะครับ อาจต้องใช้เวลาเป็นวัน ก็คือให้เล่าในเรื่องอื่นๆ ที่คิดว่าสำคัญที่ควรจะจดบันทึกไว้ เป็นกิจกรรมเสริมขึ้นมา เพื่อที่จะได้ข้อมูลเพิ่มเติมในส่วนที่เวลาจำกัดในการสัมมนาไม่สามารถที่จะไปถึงได้

๗ หมายถึง แผนพัฒนาการสาธารณสุขฉบับที่ ๕ (๒๕๒๕ - ๒๕๒๙) แผนพัฒนาการสาธารณสุข เป็นแผนกลยุทธ์ในการพัฒนาสาธารณสุขระดับชาติ ที่หน่วยงานที่เกี่ยวข้องทั้งภาครัฐและเอกชนใช้เป็นแนวทางในการดำเนินการพัฒนาสาธารณสุข เพื่อให้การพัฒนาสาธารณสุขดำเนินไปในทิศทางเดียวกัน และส่งผลประโยชน์แก่ประชาชนอย่างเสมอภาคและเป็นธรรม แผนพัฒนาการสาธารณสุขมาถือกำเนิดขึ้นพร้อมกับกำหนดให้มีแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ซึ่งเริ่มประกาศใช้ครั้งแรกเมื่อ พ.ศ. ๒๕๐๔ ในสมัยรัฐบาลของจอมพลสฤษดิ์ ธนะรัชต์ ดู บทความ "วิวัฒนาการของนโยบายและแผนพัฒนาการสาธารณสุขของประเทศไทย" ใน กระทรวงสาธารณสุข, ๔๕ ปี กระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. ๒๕๔๕ - ๒๕๕๐ (กรุงเทพฯ กระทรวงสาธารณสุข, ๒๕๕๐), คณะอนุกรรมการวางแผนพัฒนาการสาธารณสุข สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, แผนพัฒนาการสาธารณสุข ตามแผนพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ ๕ (พ.ศ. ๒๕๒๕ - ๒๕๒๙) (กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์สำนักข่าววิทยุ กรมพาณิชย์สัมพันธ์, ๒๕๒๙); สำนักนโยบายและแผนสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข, สมาคมพัฒนาสังคม สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์ และมหาวิทยาลัยอัสสัมชัญ, สถานภาพของแผนพัฒนาการสาธารณสุขในอดีต - ปัจจุบัน ช่วงแผนพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ ๑ - ๘ (พ.ศ. ๒๕๐๔ - ๒๕๑๙) (กรุงเทพฯ บริษัท เดอะเบสท์ กรุ๊ป จำกัด, ๒๕๒๑) และดูบริบททางการเมืองเกี่ยวกับแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติใน ทักษิณ เจริญศิริวัฒน์, การเมืองระบบพหุชนูปถัมภ์กับแบบเผด็จการ, แปลโดยพรณี อัครพลรักษ์ และ ม.ร.ว. ประกายทอง สิริสุข (กรุงเทพฯ สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยบูรพา, ๒๕๒๖), ๒๙๑ - ๓๐๘.

๘ คือ โครงการที่แยกออกมาเฉพาะส่วนเพื่อป้องกันและดูแลสุขภาพโรคใดโรคหนึ่งโดยเฉพาะ ซึ่งแม้จะมีหน่วยกระจายไปตามภูมิภาค แต่การควบคุมบังคับบัญชาควบคุมอยู่ที่ส่วนกลาง ตัวอย่างเช่น โครงการดูแลเรื่อง โรคมาลาเรีย โรคคุดทะราด หรือโรคเท้าช้าง

เพราะฉะนั้นวันนี้ประเด็นที่ได้ตั้งไว้ก็เป็นประเด็นที่ทางคณะกรรมการอำนวยการหอจดหมายเหตุได้เสนอไว้จะครบว่า ให้เรามองถึงเรื่องบนเส้นทางสุขภาพดีทั่วหน้าของไทย ว่ามีเรื่องอะไรบ้าง โดยการสัมมนาในวันนี้จะแบ่งออกเป็น ๒ ช่วงด้วยกันนะครับ

ช่วงแรกในตอนเช้าก็จะเป็นการพูดคุยของผู้บุกเบิกรุ่นแรก ซึ่งทำงานด้านสุขภาพในชนบทมา เรากำหนดช่วงเวลาตั้งแต่ยุคบุกเบิกจนกระทั่งถึงสิ้นแผนฯ ๕^๙ เป็นเบื้องต้นว่า จะประมาณถึงสิ้นแผนฯ ๕ ในตอนเช้าจะเป็นวงในซึ่งจะเป็นอาจารย์ผู้ใหญ่ที่มีบทบาทสำคัญในการผลักดันเรื่องเหล่านี้ ได้ช่วยกันเล่าถึงความทรงจำต่างๆ ที่คิดว่าไม่ได้มีการจดบันทึกไว้ หรือเป็นเรื่องที่ไม่เป็นทางการแต่ที่มีความสำคัญที่จะเข้าใจประวัติศาสตร์ความเป็นมา

ส่วนในตอนบ่ายก็จะมีการแบ่งออกเป็น ๒ กลุ่มย่อย รายชื่อกลุ่มย่อยก็มีอยู่ในเอกสาร แต่ถ้าหากว่าท่านใดคิดว่ากลุ่มที่จัดไว้ให้ไม่เหมาะก็สามารถที่จะปรับเปลี่ยนได้ โดยในตอนบ่ายแบ่งออกเป็นสองกลุ่มด้วยกัน

กลุ่มที่ ๑ เป็นกลุ่มที่พูดถึงการพัฒนากระบวนการสุขภาพ เช่น อาจจะตั้งแต่ไอศดศาลาจนกระทั่งถึงสถานอนามัย โรงพยาบาลอำเภอ ในช่วงแผนฯ ๕

ส่วนกลุ่มที่ ๒ พูดถึงการพัฒนาสุขภาพเชิงรุกในชุมชน เช่น งานในชุมชนที่ต่อเนื่องมาเป็นงาน

สาธารณสุขมูลฐาน ซึ่งก่อนหน้าที่จะมีงานสาธารณสุขมูลฐานก็มีงานเชิงรุกในชุมชนต่างๆ อยู่บ้าง อาจจะ เป็นงานที่เรียกว่าเป็น "vertical program"^{๙๐} บ้าง เหล่านั้นก็อาจจะให้มีการเล่าถึงความเป็นมา ผมก็ได้ทดลองรวบรวมเป็นคล้ายๆ กับเส้นทางประวัติศาสตร์ ให้ชื่อว่าเป็น บนเส้นทางสุขภาพดีถ้วนหน้าของไทย จะเห็นได้ว่า พัฒนาการของระบบบริการสุขภาพสมัยใหม่เริ่มปรากฏมีตั้งแต่ในคำประกาศของคณะราษฎรที่จะให้ราษฎรทั่วทั้งประเทศได้รับการดูแลที่ทั่วถึง^{๙๑} แล้วก็มีพัฒนาการต่อมา คือ มีโครงการวัดโบสถ์^{๙๒} มีแผนควบคุมโรคต่างๆ เช่น พยาธิปากขอ มาลาเรีย ต่าง ๆ เหล่านี้ก็เกิดขึ้นมาเป็นระยะ มีโครงการทดลองต่างๆ เช่น โครงการสารภี โครงการบ้านไม้ เริ่มสร้างสถานอนามัยขึ้น มีโครงการลำปาง โครงการสะเมิง โครงการโนนไทย^{๙๓} มีการรับเอาแผนแนวคิดสาธารณสุขมูลฐานเข้าประเทศไทยในปี พ.ศ. ๒๕๒๑^{๙๔} ซึ่งเป็นปีแรกของแผนพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ ๔ [พ.ศ. ๒๕๒๐ - ๒๕๒๔]^{๙๕} แล้วก็มาเกิด สสม. [สำนักงานคณะกรรมการการสาธารณสุขมูลฐาน] ขึ้นในปี พ.ศ. ๒๕๒๔ ซึ่งเป็นความคิดที่ได้มาจากทั้งองค์การอนามัยโลก ผ่านประสบการณ์ของจีนซึ่งมีหมอเท้าเปล่า ส่วนของไทยก็ผ่านประสบการณ์การทำอาสาสมัครมาลาเรีย เป็นต้น มีโครงการบัตรสุขภาพเกิดขึ้นในปี พ.ศ. ๒๕๒๘ ต่อมาก็เกิดทศวรรษการพัฒนาสถานอนามัยขึ้นแล้วก็ต่อเนื่องมาเรื่อยๆ จนกระทั่งมีนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า และก็ในที่สุดก็เกิดสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) ขึ้น และก็มาเกิดนโยบายหลัก

^{๙๐} หมายถึง คำประกาศของคณะราษฎร ซึ่งเป็นความร่วมมือกันของทหาร ตำรวจ และข้าราชการพลเรือน ทำการเปลี่ยนแปลงการปกครองของสยามจากระบอบสมบูรณาญาสิทธิราชย์มาเป็นระบอบประชาธิปไตย เมื่อวันที่ ๒๔ มิถุนายน ๒๔๗๕ ซึ่งในเช้าวันที่ ๒๕ มิถุนายน ๒๔๗๕ ณ สถานที่ประชุมพรหมมณี ได้มีการอ่านประกาศคณะราษฎร ฉบับที่ ๑ อันมีความตอนหนึ่งกล่าวถึงหลัก ๖ ประการ ของคณะราษฎร ได้แก่

๑) จะต้องรักษาความปลอดภัยให้ประเทศ ให้การประทุษร้ายต่อกันลงน้อยลงให้มากที่สุด
๒) จะต้องรักษาความปลอดภัยให้ประเทศ ให้การประทุษร้ายต่อกันลงน้อยลงให้มากที่สุด
๓) จะต้องบำรุงความสุขสมบูรณ์ของราษฎรในทางเศรษฐกิจ โดยรัฐบาลใหม่จะหางานให้ราษฎรทุกคนทำ จะวางโครงการเศรษฐกิจแห่งชาติ ไม่ปล่อยให้ราษฎรอศอยาก
๔) จะต้องให้ราษฎรได้มีสิทธิเสมอภาคกัน (ไม่ใช่ให้พวกเจ้ามีสิทธิยิ่งกว่าราษฎรเช่นที่เป็นอยู่)
๕) จะต้องให้ราษฎรได้มีเสรีภาพ มีความเป็นอิสระ เมื่อเสรีภาพนี้ไม่ขัดต่อหลัก ๔ ประการ ดังกล่าวข้างต้น
๖) จะต้องให้การศึกษาย่างเต็มที่แก่ราษฎร

ดูประกาศคณะราษฎรฉบับเต็มได้ใน ชาณุวิทย์ เกษตรศิริ, ๒๔๗๕ การปฏิวัติสยาม, พิมพ์ครั้งที่ ๒ (กรุงเทพฯ: มูลนิธิโครงการตำราสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์, ๒๕๔๑) และดูงานศึกษาประวัติศาสตร์การเปลี่ยนแปลงการปกครองเมื่อ พ.ศ. ๒๔๗๕ ฉบับที่ตีพิมพ์ครั้งแรกใน นครินทร์ เมฆไตรรัตน์, การปฏิวัติสยาม พ.ศ. ๒๔๗๕ (กรุงเทพฯ: มูลนิธิโครงการสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์ ร่วมกับฝ่ายสิ่งพิมพ์ โครงการ ๖๐ ปีประชาธิปไตย, ๒๕๓๕).

^{๙๑} หมายถึง โครงการส่งเสริมบริการอนามัยชนบท ริเริ่มโดยนายแพทย์สมบูรณ วัฒนาชัย ที่อำเภอวัดโบสถ์ จังหวัดพิษณุโลก (พ.ศ. ๒๕๐๕ - ๒๕๑๑) ซึ่งเป็นโครงการที่พยายามพัฒนา "ขีดความสามารถในการให้บริการของสถานบริการสาธารณสุขในระดับตำบล (ซึ่งก็คือศูนย์การแพทย์และอนามัย และสถานีผดุงครรภ์)" ดู ทวีศักดิ์ เมื่องสม, เชื้อโรค ร่างกาย และรัฐเวชกรรม: ประวัติศาสตร์การแพทย์สมัยใหม่ในสังคมไทย (กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, ๒๕๕๐), ๒๕๔๙ - ๒๕๕๐.

^{๙๒} โครงการส่งเสริมบริการอนามัยชนบท จังหวัดพิษณุโลก, โครงการบ้านไม้ จังหวัดขอนแก่น, โครงการระตะนา จังหวัดสงขลา, โครงการสารภี - โครงการสะเมิง จังหวัดเชียงใหม่, โครงการศึกษาวิเคราะห์ระบบงานเพื่อการวางแผนระดับจังหวัด จังหวัดชลบุรี, โครงการลำปาง จังหวัดลำปาง, และ โครงการโนนไทย จังหวัดนครราชสีมา เป็นโครงการทดลองที่สำคัญ อันนำไปสู่การเกิด "แผนงานสาธารณสุขมูลฐาน" ในแผนพัฒนาการสาธารณสุข ฉบับที่ ๔

^{๙๓} ดูพัฒนาการของโครงการสาธารณสุขมูลฐานใน ทวีศักดิ์ เมื่องสม, เชื้อโรค ร่างกาย และรัฐเวชกรรม, ๒๕๔๙ - ๒๕๕๐.

^{๙๔} ดู กระทรวงสาธารณสุข, โครงการพัฒนาการสาธารณสุข ตามแผนพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ ๔ (พ.ศ. ๒๕๒๐ - ๒๕๒๔) (กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์สำนักข่าวทางานิชย์ กรมพาณิชย์สัมพันธ์, ๒๕๑๙)

ประกันสุขภาพถ้วนหน้าขึ้นด้วยในปี พ.ศ. ๒๕๔๔ และก็ต่อเนื่องมาถึงปัจจุบัน

ผมคิดว่าโครงความคิดในลักษณะนี้จะช่วยให้เรา เห็นว่ามันมีพัฒนาการ แต่ว่าเรื่องราวเหล่านี้ก็จะมี เบื้องหลังที่เป็นความทรงจำที่มันไม่ได้ปรากฏอยู่ใน เอกสาร ถึงแม้ว่าจะไปค้นเจอโครงการสารภี โครงการ บ้านไผ่ โครงการลำปาง โครงการละเมิง อะไรก็แล้ว แต่ ก็จะไม่เห็นเบื้องหลังของความคิด แรงผลักดันที่เป็นแรงบันดาลใจจากคนรุ่นพ่อ รุ่นพี่ที่เคยไปบุกเบิก งานให้กับเรา มา ผมไปเป็นหมออยู่ที่โรงพยาบาลอำเภอ ชุมพวง^{๑๔} ก็ไปออกหน่วยถึงตำบลกระเบื้องนอก ซึ่ง อยู่ไกลสุดของอำเภอชุมพวง ไปถึงที่นั่นชาวบ้านก็พูด ถึงนายแพทย์คนหนึ่งคือ นายแพทย์มงคล ณ สงขลา ซึ่งชาวบ้านก็บอกว่าขี้อ้อนมาตรวจชาวบ้านแถวนั้น ผม คิดว่าสิ่งที่รุ่นพ่อรุ่นพี่ไปบุกเบิกเอาไว้ต้องมีแรงบันดาลใจ ที่ยิ่งใหญ่อยู่เบื้องหลัง แรงบันดาลใจเหล่านี้ก็ไม่เคย ถูกจดบันทึกไว้ในเอกสารวิชาการหรือเอกสารที่เป็น ทางการ ในวันที่ในตอนบ่ายเราจึงแบ่งออกเป็นสองห้อง เพื่อให้ผู้ที่ปฏิบัติและผู้ที่อยู่ในแวดวงในระดับต่างๆ กันได้พูดคุย แลกเปลี่ยนความทรงจำต่างๆ กันด้วย

ส่วนการที่จะได้ข้อมูลเพิ่มเติมอื่นๆ อีก ก็อยากจะ ขออนุญาตที่จะได้ไปสัมภาษณ์ หรือไปพบ เพื่อขอทั้ง เอกสารส่วนบุคคล ซึ่งเอกสารส่วนบุคคลที่จะได้รวบรวม ขึ้นมา เราก็จะขออนุญาตเข้าไปทำรายการก่อน โดย รายการที่ทำขึ้นก็จะขออนุญาตเจ้าของเอกสารว่า เอกสารไหนบ้างที่จะมอบให้มาเก็บไว้ที่หอจดหมายเหตุ ส่วนเอกสารบางชิ้นก็อาจจะมีความหมายสำหรับตัว บุคคลหรือว่าเป็นเอกสารส่วนตัวก็จะขอแยกเอาไว้ แล้วก็ให้ส่วนบุคคลนั้นเก็บรักษาเอาไว้เอง ทั้งหมดนี้ ก็จะเป็นเรื่องราวที่เราได้ดำเนินการ ซึ่งคิดว่าภายใน ๒ - ๓ ปีจากนี้ ก็น่าจะเป็นรูปร่างมากขึ้น และ

ก็น่าจะเป็นที่ทางทำให้คนรุ่นหลังได้เห็น ประวัติศาสตร์ความเป็นมาการสาธารณสุขและระบบ สุขภาพไทยได้ชัดเจนยิ่งขึ้นครับ

ผมคงจะขออนุญาตชี้แจงความเป็นมาเพียงเท่านี้ ครับ หลังจากนั้นไปก็ขอให้เข้าสู่กระบวนการพูดคุยโดย อยากรจะขอเริ่มที่คุณพอเสมอได้พูดถึงเรื่องราวที่มันเกิดขึ้นในยุคของการพัฒนาสาธารณสุขในขั้นต้น ผมได้ ทราบว่าคุณพอเสมอบอกว่า ถ้าจะเข้าใจเรื่องประวัติศาสตร์ การสาธารณสุข ก็ต้องไปเข้าใจประวัติศาสตร์ของมนุษย์ ๔ พันปีก่อน ในส่วนของ ๔ พันปีก่อนนี้คุณพอเสมอก็ได้ ทำเป็นเอกสารมาแจก^{๑๕} เราด้วยนะครับ แต่อยากจะ ขออนุญาตให้คุณพอเสมอได้เน้นลงไปทำงานบุกเบิก การสาธารณสุขในยุคแรกที่คนพอได้ไปริเริ่มขึ้นและ ก็ได้ไปพัฒนามาจนกระทั่งมาเป็นพื้นฐานให้กับพวก เรายุคนรุ่นหลัง ก่อนการเลิกสัมมนาในตอนเช้าก็จะขอ อนุญาตถ่ายรูปร่วมกันก่อนรับประทานอาหาร ซึ่งก็จะ มีการถ่ายรูปด้านหน้าของเวทีแล้วหลังจากนั้นก็จะเป็นการพักรับประทานอาหาร บางท่านอาจจะอยู่ได้ เพียงครึ่งวันตอนเช้า ตอนบ่ายเราก็จะยังมีกิจกรรมต่อ นะครับ เพราะฉะนั้นทั้งหมดก็จะเป็นเรื่องราวที่เกิดขึ้น ในอีก ๒ - ๓ ปีข้างหน้า และเราก็หวังว่าหอจดหมายเหตุ ก็จะมีความยั่งยืน เป็นที่ทางที่เก็บรักษาความทรงจำ และเอกสารสำคัญไม่ให้มันสูญหายไป ก่อนที่จะมา เป็นวันนี้เราก็ได้ไปศึกษาดูงานหอจดหมายเหตุหลาย แห่งด้วยกันครับ และก็คิดว่าภายในสิ้นปีนี้ก็ไปขอ ความร่วมมือจากมหาวิทยาลัยลอนดอน^{๑๖} เนื่องจากที่ ลอนดอนมีสถาบันชื่อว่า "Wellcome Institute" ซึ่งได้ ทำเรื่องเหล่านี้เยอะ ผมก็ได้พบกับผู้อำนวยการของที่ นั้นชื่อ โปรเฟสเซอร์ ฮาโรลด์ คุก^{๑๗} ซึ่งท่านก็มีความ กรุณามากครับ บอกว่าเรื่องการสัมมนาผู้รู้เห็นนั้นเป็น เรื่องที่ไม่เคยเกิดขึ้นในประเทศโลกที่สาม^{๑๘} จะมีบ้างก็ ถูกถ่ายทอดไปยังอเมริกา ออสเตรเลีย ต่างๆ เหล่านี้ก็

๑๔ ตั้งอยู่ในจังหวัดนครราชสีมา

๑๕ เอกสาร ค.พ. เสม พริ่งพวงแก้ว เรื่อง "โครงการสัมมนาผู้รู้เห็นประวัติศาสตร์ระบบสุขภาพไทย" มีความละเอียด กล่าวถึงพัฒนาการของมนุษย์ตั้งแต่สมัยก่อนประวัติศาสตร์และสมัยประวัติศาสตร์ ความเจริญทางวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีตั้งแต่ ๕๐๐ ปีที่แล้วมา โรงพยาบาลแห่งแรกของโลก แพทย์คนแรกของโลก ประวัติการแพทย์จีนโบราณ ประวัติการแพทย์อินเดียโบราณ ประวัติศาสตร์ไทยตามที่กล่าวไว้ในหนังสือของคุณลิขิต อนุตระกูล พ.ศ. ๒๕๔๔ ประวัติศาสตร์สาธารณสุขไทยสมัยรัตนโกสินทร์ แนวคิดสุขภาพดีถ้วนหน้าเมื่อ พ.ศ. ๒๕๔๑ การเปลี่ยนแปลงส่วน ราชการในกระทรวงสาธารณสุข อย่างไรก็ตาม เนื่องจากเนื้อหาส่วนใหญ่ของเอกสารชิ้นนี้ไม่ได้เกี่ยวข้องโดยตรงกับความทรงจำเรื่องพัฒนาการของระบบสาธารณสุขไทยที่นายแพทย์เสมมีส่วนร่วม โดยตรง บรรณาธิการจึงขออนุญาตไม่นำมาตีพิมพ์ในหนังสือเล่มนี้

๑๖ หมายถึง UCL - University College London เพราะ Wellcome Trust Centre for the History of Medicine อยู่ในสังกัดของ UCL

๑๗ Professor Harold Cook คือผู้อำนวยการของ The Wellcome Trust Centre for the History of Medicine แห่ง University College London

๑๘ ประเทศโลกที่สาม หมายถึงประเทศที่ยังด้อยการพัฒนา ซึ่งแตกต่างจากโลกตะวันตกที่แบ่งออกเป็นโลกเสรีกับโลกคอมมิวนิสต์ การกำหนดประเทศด้วยคำเรียกเช่นนี้เกิดขึ้นหลังสงครามโลกครั้งที่ ๒ ในช่วงสงครามเย็น โดยเฉพาะเมื่อสหรัฐฯ ใช้นโยบายการพัฒนาเป็นเครื่องมือสำคัญในการแย่งชิงมวลชนกับการเคลื่อนไหวของขบวนการคอมมิวนิสต์ในประเทศต่างๆ ในเอเชีย ละตินอเมริกา และ แอฟริกาที่ส่วนมากเพิ่งหลุดพ้นจากการตกเป็นอาณานิคมของตะวันตกมาไม่นาน ดูการวิเคราะห์ที่แหลมคมทางทฤษฎีเกี่ยวกับประเด็นเหล่านี้ได้ใน ไรย์เบิร์น เจริญสินโอฬาร, วาทกรรมกับการพัฒนา (กรุงเทพฯ: ศูนย์วิจัยและผลิตตำรา มหาวิทยาลัยอัสสัมชัญ, ๒๕๔๒).

มีการทำ เขาก็มีความยินดีมากกว่าประเทศไทยจะได้ทดลองทำเรื่องนี้ขึ้น ทีแรกก็คิดว่าจะไปดูงานของเขา มาก่อนแล้วก็ค่อยมาเริ่ม แต่พอนัดหมายกันไปจังหวัด ก็ไม่ลงตัวกัน ก็ได้ปรึกษาท่านว่า เราจะลุยกันดูเอง ก่อนหาประสบการณ์ของเราก่อน แล้วเอาประสบการณ์ของเราไปแลกเปลี่ยนกับเขา เพราะว่าบางที ทฤษฎีของเขาก็อาจจะใช้ไม่ได้กับของเราก็ได้นะครับ เพราะฉะนั้นในวันนี้ก็ขออนุญาตเรื่องการพูดคุย โดย ผมขอจะกราบเรียนเชิญคุณพ่อเสมอ ได้พูดถึงเรื่องของ ประสบการณ์ที่ผ่านมา เพื่อที่ลูกหลานในอนาคตจะได้ศึกษาเป็นบทเรียน กราบเรียนเชิญคุณพ่อครับ

ศ.นพ.เสมอ พริ้งพวงแก้ว : ขอบคุณที่ให้คนแก่ได้โอกาส ไม่อย่างงั้นมันอยู่ที่บ้านมันเหงามาก นั่งอยู่คนเดียว อ่านหนังสือพิมพ์ก็อ่านไม่ค่อยไหว เพราะ หนังสือพิมพ์มันอ่านแล้วไม่รู้ว่าเขาเขียนว่าอะไรบ้าง ไหนๆ โอกาสนี้ได้มาอย่างนี้ก็ขอบคุณมาก แล้วก็รู้ตัว ว่าตัวเองมันเพ้อเก่ง เพราะฉะนั้นเลยเขียนมาเป็นเรื่อง แล้ว ขอให้เปิดดูที่ผมส่งไปให้ว่ามีเรื่องราวอะไร^{๑๕} และก็เห็นจะไม่ต้องพูดอะไรมาก พูดก็ไม่ค่อยได้เรื่อง พูดก็เลอะๆ เขียนจดหมายก็เลอะๆ เลยต้องทำ เอกสารอย่างนี้มา ก็อยากจะขอเชิญให้คุณอาจารย์ ประเวศ ซึ่งเป็นผู้ที่จะต้องรับผิดชอบบ้านเมืองด้านการแพทย์ของบ้านเราต่อไป ก็ขอเชิญอาจารย์ ประเวศ

นพ.โกมาตร : คุณพ่อเริ่มเล่าในเรื่องประสบการณ์ส่วนตัว ก็ได้ครับคุณพ่อครับ เรื่องที่ได้ไปริเริ่มทำขึ้นและมีความคิดความอ่านอย่างไร สมัยโน้นมันคงจะทำงานได้ ยากลำบากสักนิดใช่ไหมครับคุณพ่อ เห็นว่าคุณพ่อไป ทำคลอดคนที่บึงบอระเพ็ดหรือครับคุณพ่อ

ศ.นพ.เสมอ : ขอขอบคุณครับ ก็เรื่องมันยาวครับ ผมอยากจะขอเรียนว่าอย่างนั้นครับ ตามอายุที่ผมผ่านมานะ อายุสิบขวบอาบน้ำบ่อนาว อายุสาวขวบกอดสาวบ่ เบื่อ อายุสามสิบตื่นเมื่อก่อนไก่ อายุสี่สิบมือไขว่หน้า

ผากคิ่ง อายุห้าสิบไปไกลบึงทอดนุ้ย อายุหกสิบ เปาขลุ่ยบ่ค่อยดัง อายุเจ็ดสิบตีฆ้องบ่ค่อยเหงง อายุแปดสิบเฮงบ่ขึ้น เรงยังงักไม่ขึ้นนะ อายุเก้าสิบขี้ไหล บ่สู้ตัว อายุร้อยหนึ่งก็บอว่าอีกซากก็ตายบ่อีกซากก็ตาย เพราะฉะนั้นขอเชิญอาจารย์ประเวศต่อดีกว่า

นพ.บรรลพ ศิริพานิช : อาจารย์ครับ อายุ ๘๐ อะไรนะครับ ฟังไม่ทัน

ศ.นพ.เสมอ : เฮง... เรงไม่ขึ้นแล้ว บอให้ทำอะไรให้เร็วก็ไม่เร็วแล้ว

ศ.นพ.ประเวศ วะสี : ผมอาจจะลองอย่างนี้ จะได้เป็นตัว กระตุ้นท่านทั้งหลาย ท่านทั้งหลายมีบทบาทเยอะ โดยเล่าสภาพที่ผมเห็นตอนเด็กๆ อยู่เมืองกาญจน์ [กาญจน์บุรี] ผมเกิดปี พ.ศ. ๒๔๗๔ ที่นี้ก็จะจำ ความได้ก็อายุหกขวบเจ็ดขวบ ก็เห็นสภาพของ เรื่องการสาธารณสุขที่นั่น และก็ต่อมามันเกิดอะไรขึ้น ประเดี๋ยวท่านทั้งหลายจะมีส่วนได้ทำให้มันเกิด ตอน นั้นที่เมืองกาญจน์ไม่มีหมอสักคนทั้งจังหวัด โรคภัยไข้ เจ็บมีเยอะ ผมอยู่โรงเรียนประชาบาลที่อยู่ในปี ผม ไม่ได้อยู่ในเมือง นักเรียนสักครึ่งหนึ่งเป็นคุดทะราด คือครึ่งหนึ่งของเพื่อนนักเรียน เราไม่ได้ใส่รองเท้ามา ก็เขาเรียกว่าเป็นหน่อ ที่เมืองกาญจน์ มันเป็นก้อนที่ เท้า พอเดินแล้วก็เจ็บ พอเดินแล้วก็ปวด เขาเรียก คุดทะราดเหยียบกรวด ชาวบ้านก็เจ็บป่วยต่างๆ เป็น ผีกันเยอะ สมัยนี้ไม่ค่อยเห็น และก็ปวดฟัน ปวดฟันก็ ไม่มียาอะไร พาราเซตามอล แอสไพรินอะไรไม่มี เขาก็บอให้เอาไฟลมาตำกับเกลือแล้วอม ผมก็อมนะแต่ มันไม่ค่อยหายปวดหรอก แล้วที่เป็นผีเนี่ยเขาบอให้ เอาใบบัวบกไปลนไฟแล้วก็ปิด มันก็ปิดไปยั้งจั้น เป็น คางทูมเขาก็เขียนเสือกกัน^{๑๖} แล้วชาวบ้านก็จะกลัวมาก เรื่องเป็นไส้ติ่ง เพราะถ้าพูดถึงใครเป็นไส้ติ่งก็จะตาย หมด จะกลัวกันมากเลย ผมเป็นนักเรียนได้ข่าวลวง นาค บอว่าลวงนาคเป็นไส้ติ่ง อ้ออ้อ... คนก็เรียกว่า

๑๕ ดูเชิงธรรมที่ ๑๕.

๑๖ เป็นความเชื่อของชาวบ้าน ถ้าหากเป็นโรคคางทูม หมอจีนและรักษาโดยเขียนตัวอักษรจีนที่มีความหมายว่า "เสือ" บนแก้ม ส่วนชาวบ้านก็จะเขียนภาพเสือให้ที่แก้ม ด้วยเชือกหนังจะทำให้หาย จากโรค

๑๗ ใน พ.ศ. ๒๔๗๔ กรมแพทย์จุฬาลงกรณ์ได้เปลี่ยนชื่อเป็นกรมแพทย์ทหารบกและตั้งโรงเรียนเสนาธิการขึ้น โดยรับผู้ที่มีความรู้ตั้งแต่ชั้นมัธยมปีที่ ๖ หลักสูตรการศึกษา ๓ ปี ใช้หลักสูตรวิชาพยาบาลแห่งโรงพยาบาลศิริราช ใช้เวลาฝึกทบทวนฝึกการใช้แปล และฝึกวิชาการสนามต่างๆ ๓ แห่งตามดุสิตดุสิต และยังคงได้วางระเบียบการฝึกสหเสนาธิการย์ แนวสอนวิชาต่างๆ สำหรับฝึก พลเสนาธิการย์และนักเรียนนายสิบเสนาธิการขึ้น ต่อมาใน พ.ศ. ๒๔๘๒ กรมแพทย์ทหารบกได้ขยายระยะเวลาหลักสูตรการเรียนแพทย์ออกเป็น ๔ ปี โดยเมื่อสำเร็จแล้ว จะต้องได้รับการฝึกเป็นแพทย์ ประจำบ้านอีก ๖ เดือน จึงจะได้รับพระราชทานยศเป็นว่าที่ร้อยตรี สามารถขึ้นทะเบียนโรคศิลปะ เป็นแพทย์แผนปัจจุบันชั้นหนึ่ง สาขาเวชกรรม โดยเปิดการศึกษาครั้งแรกเมื่อ ๒๓ พฤษภาคม ๒๔๘๓ ณ โรงพยาบาลอาสนวนมิตล จังหวัดลพบุรี ดูประวัติโรงเรียนเสนาธิการ กรมการแพทย์ทหารบก ได้ใน url: <http://www.ra.mi.th>

หมอดหวัง ไม่มีหวังจะรักษาอะไร แล้วก็ตายนะครับ แล้วก็ก็เป็นมาลาเรีย ผมเองก็เป็นตอนอายุเจ็ดขวบ สมัยอยู่เมืองกาญจน์ ก็เป็นมาลาเรียกัน ก็อาศัยหมอที่เขาเรียกว่าหมอสเนารักษ์^{๕๐} หมอสเนารักษ์เป็นนายสิบ พวกนายสิบก็รักษาโรคชาวบ้าน

ตอนนั้นไม่รู้ แต่ตอนหลังได้มาอ่านหนังสือ ซึ่งประเดี๋ยวท่านอาจารย์จะทราบดี มาอ่านหนังสือเจอว่า ช่วงรัฐบาลพลฯ^{๕๑} มีผู้แทนเสนอขึ้นในสภา ว่าราษฎรเจ็บป่วยไม่มีหมอรักษา ขอให้เกณฑ์ชาวบ้านมาเป็นทหารเสนารักษ์ แล้วปลดประจำการกลับไปอยู่ในพื้นที่ที่จะได้ช่วย ตอนผมเด็กๆ ผมได้อาศัยหมอสเนารักษ์ แต่ก็ไม่รู้หรอก ตอนนั้นไม่รู้ว่าเป็นนโยบายมีคนเสนอในสภาผู้แทนฯ อันนี้อาจจะไปค้นดู ย่าผมอายุ ๘๐ กว่า ก็ไม่ได้เป็นอะไรมานานะ ท้องเดิน เห็นท้องเดินน้อย แล้วก็ก็มีหมอบแบบหมอสเนารักษ์บอกให้ท่านไปตามสบายเถอะ ปล่อยให้ท่านไปตามสบายก็ได้ ย่าก็นอนเงียบๆ แล้วก็ตาย อายุ ๘๐ กว่า แต่เวลาย่าปวดท้อง ย่าจะปวดมาก ก็จะบอกให้ผมเด็กๆ ไปตามหมอบ หมอบก็คือนายสิบที่ว่ามาดุที่บ้านปวดท้อง ปวดท้องบ่อย แต่ไม่รู้ว่าเป็นอะไร เป็น "cramp" [ตะคริว] เป็นอะไรไม่รู้ จะทรมานมากเวลาย่าปวดท้องแต่ละที สภาพก็เป็นอย่างนั้นมาเรื่อยๆ แล้วตอนหลังก็มีสิ่งที่เขาเรียกว่าสุษศาลา^{๕๒} เกิดขึ้นในเมือง ที่เมืองกาญจน์ มีสุษศาลาเป็นหลังเล็กๆ ก็มีหมอมานั่งประจำอยู่ แต่เป็นหมอบประเภทอะไรก็ไม่ทราบ เขาเรียกขุนขจร ยังจำได้ มีขุนขจรมาอยู่ที่นั่น มาอยู่ที่สุษศาลา แล้วก็ต่อมาเมื่อผมโตขึ้นมาหน่อย จึงมีหมอบ

ที่เขาเรียนแพทย์ที่ลพบุรี^{๕๓} เป็นร้อยตรี ๒ คน คนหนึ่งชื่อ ร้อยตรีประชุม นามสกุลอะไรผมจำไม่ได้แล้ว มาอยู่ที่นั่น ที่ๆ ผมอยู่ที่กองผสมสัตว์ที่แควน้อย^{๕๔} ตอนหลังท่านย้ายไปอยู่ที่จังหวัดตาก ที่แม่สอด คนนั้นก็กินเหล้าเก่ง ผมเคยไปเจออีกทีที่แม่สอด แล้วก็ก็มีหมอบเกษม พังคานนท์ อีกคนหนึ่ง ทั้งคู่เรียนแพทย์ที่ลพบุรีก็ได้ช่วยประชาชนเยอะมากเลย ผมจำได้ตอนผมเป็นไข้มาลาเรีย สิบเอกบำรุงจิตยา "acuprine" ตัวเหลืองเลยตอนนั้น สภาพมันจะเป็นอย่างนั้น ที่เป็นดิฟธีเรีย [diphtheria-โรคคอตีบ] ไม่ต้องพูดถึง เป็นคอตีบก็ตาย หายใจไม่ออกอย่างงั้น ทีนี้ตอนหลังเท่าที่เราได้จากสภาพ... ประเดี๋ยวท่านทั้งหลายจะได้เติมได้ ท่านอาจารย์จะพูดว่าเออมันทำอะไรกัน ที่ผมเล่าเรื่องตอนเด็กขึ้นมาเนี่ย ตอนหลังก็มีโรงพยาบาล มีโรงพยาบาลจังหวัดเกิดขึ้น เขาเรียกว่าโรงพยาบาลพลพล พยุหเสนา เพราะว่าพันเอกพระยาพหลฯ เนี่ย ท่านไปเป็นทหารอยู่เมืองกาญจน์ แล้วก็ไปได้ภรรยาที่นั่น ภรรยาท่าน ชื่อ พิศิต คนแรก เป็นญาติกับย่า ตอนผมเด็กๆ ย่าก็คุยว่านายกรัฐมนตรียื่นเงินเดือน ๓๐๐ กว่า ผมก็เอ๊ะ ย่าไปรู้ได้อย่างไร ย่าไม่รู้หนังสือไม่รู้อะไรที่แท้คุณหญิงพิศิต ภรรยาพระยาพหลฯ เวลาไปเมืองกาญจน์ก็ไปคุยกับย่า ก็ไปคุยให้ย่าฟังว่านายกรัฐมนตรียื่นเงินเดือนสามร้อย ผมก็แปลกใจว่าย่าไปรู้ได้อย่างไร โรงพยาบาลจังหวัดกาญจน์บุรีชื่อโรงพยาบาลพลพลพยุหเสนา เพราะว่าพระยาพหลฯ ไปอยู่ที่นั่นก็มีโรงพยาบาลเกิดขึ้น หลังจากนั้น เดียวก็คงจะได้ฟัง เพราะว่าท่านทั้งหลายจะเกี่ยวข้องกับเขา ว่าโรคคุดทะราด ก็หมดไป ดิฟธีเรียก็หมดไป โปลิโอเมื่อก่อนเยอะมาก

๕๐ พันเอกพระยาพหลพยุหเสนา (แบบ พหลโยธิน) หัวหน้าคณะราษฎร ขึ้นดำรงตำแหน่งนายกรัฐมนตรีในช่วง พ.ศ. ๒๔๗๖ - ๘๐
๕๑ โครงการอนามัยในหัวเมือง ซึ่งตั้งขึ้นตามมติของคณะกรรมการพิจารณาการสาธารณสุขและการแพทย์เมื่อเดือนตุลาคม พ.ศ. ๒๔๗๘ ได้กำหนดให้มีสถานที่สำหรับ "การแพทย์และการสาธารณสุขซึ่งจัดทำในจังหวัดต่างๆ นอกจากอำเภอขึ้นในของจังหวัดพระนครและธนบุรี" โดยกำหนดให้ทุกจังหวัดมีคณะกรรมการอนามัย เพื่อช่วยเหลือกรมการจังหวัดในการส่งเสริมและประสานการแพทย์และการสาธารณสุขในจังหวัด นอกจากนี้กำหนดให้ทุกจังหวัดมี "สาธารณสุขจังหวัด" เพื่อคอยควบคุมกิจการด้านสาธารณสุขภายในจังหวัดแล้ว โครงการอนามัยในหัวเมืองยังได้กำหนดให้แต่ละจังหวัดมีหน่วยอนามัยอย่างน้อยหนึ่งในรูปแบบหน่วยอนามัย ๖ ประเภท คือ โรงพยาบาลชั้นที่ ๑ โรงพยาบาลชั้นที่ ๒ โรงพยาบาลชั้นที่ ๓ สุษศาลาชั้นที่ ๑ สุษศาลาชั้นที่ ๒ และหน่วยอนามัยเคลื่อนที่ โรงพยาบาลชั้นที่ ๑ คือโรงพยาบาลที่มีเตียงประมาณ ๒๐๐ เตียง และ "บริบูรณ์ด้วยเครื่องอุปกรณ์ทุกอย่าง รวมทั้งเครื่องเอกซเรย์และลาบอราตอรี และทำการรักษาโรคทั่วไป" โดยมีเจ้าหน้าที่ คือ แพทย์ ๔ คน, เภสัชกร ๒ คน, พยาบาล ๕๐ คน, พนักงานพัสดุ ๑ คน, เสมียน ๓ คน, คนงาน ๒๕ คน และคนครัว ๔ คน, และกำหนดให้โรงพยาบาลเหล่านี้ทำหน้าที่เป็น "โรงเรียนอบรมผู้ช่วยแพทย์ อนามัย พยาบาล และสารถีสุขาภิบาล" (ตามโครงการฯ) และจะกำหนดให้มีโรงพยาบาลชั้น ๑ จำนวน ๔ หน่วย คือ ที่ลำปางประจำภาคเหนือ, ที่นครสวรรค์ประจำภาคกลาง, ที่นครราชสีมาประจำภาคอีสาน, ที่สงขลาภาคใต้
โรงพยาบาลชั้นที่ ๒ คือโรงพยาบาลที่ "ตั้งขึ้นในจังหวัดทางไกล หรือที่ทางคมนาคมติดต่อกับโรงพยาบาลชั้นที่ ๑ ไม่สะดวก และตั้งอยู่ในย่านกลางระหว่างจังหวัดใกล้เคียงที่มีโรงพยาบาลชั้นที่ ๑" และเป็นโรงพยาบาลที่มีเตียงประมาณ ๑๐๐ เตียง, "มีเครื่องอุปกรณ์พร้อมด้วยเครื่องเอกซเรย์และลาบอราตอรี," มีแพทย์ ๔ คน, เภสัชกร ๑ คน, พยาบาล ๒๐ คน, พนักงานพัสดุ ๑ คน, เสมียน ๒ คน, คนงาน ๑๒, และคนครัว ๔ คน
โรงพยาบาลชั้นที่ ๓ หรือโรงพยาบาลที่ "ตั้งอยู่ในเมืองหรือที่ชุมชนซึ่งไม่มีโรงพยาบาล ชั้นที่ ๑ หรือชั้นที่ ๒," โดยมีเตียงประมาณ ๕๐ เตียง, มีแพทย์ ๓ คน, พยาบาล ๑๐ คน, เสมียน ๑ คน, คนงาน ๔ คน และคนครัว ๓ คน
สุษศาลาชั้นที่ ๑ หรือสถานพยาบาลซึ่ง "ตั้งอยู่ในท้องที่ซึ่งห่างไกลจากโรงพยาบาล" โดยมีเจ้าหน้าที่อย่างน้อยแพทย์ ๑ คน, อนามัยพยาบาล ๒ คน, สารถีสุขาภิบาล ๒ คน, คนงาน ๒ คน
สุษศาลาชั้นที่ ๒ หรือสถานพยาบาลซึ่ง "ตั้งอยู่ในท้องที่ซึ่งไม่มีสุษศาลาชั้นที่ ๑" โดยให้อยู่ในความควบคุมของสุษศาลาชั้นที่ ๑ หรือของโรงพยาบาล, และให้มีเจ้าหน้าที่อย่างน้อย คือ ผู้ช่วยแพทย์ ๑ คน, อนามัยพยาบาล ๑ คน, สารถีสุขาภิบาล ๑ คน, คนงาน ๑ คน
อย่างไรก็ตาม เนื่องจากยังไม่ได้มีการตั้งหน่วยอนามัยประจำท้องที่ให้ทั่วถึง จึงกรมอนามัยเคลื่อนที่ออกทำการป้องกันและบำบัดโรค และทำการรักษาตามท้องที่บางแห่ง, โดยให้มีเจ้าหน้าที่ของหน่วยอนามัยเคลื่อนที่ตามอัตรากิจการสุษศาลาชั้นที่ ๑ และ "สำหรับหมู่บ้านที่ไม่มีหน่วยอนามัยตั้งอยู่นั้น ควรจัดให้มีทีมเวชภัณฑ์เพื่อใช้ในการปฐมพยาบาล ทีมเวชภัณฑ์นี้ควรมอบไว้กับครูโรงเรียน หรือกำนันผู้ใหญ่บ้าน หรือผู้ที่มีความรู้ซึ่งได้รับคำชี้แจงถึงวิธีและกรณีซึ่งใช้ในการปฐมพยาบาล"
ศุภยาละเอียดใน ทีวีสัปดาห์ เมื่อกลม, เชื้อโรค ร่างกาย และรัฐเวชกรรม, ๒๕๖ - ๔.

เลย เมื่อก่อนตอนผมเรียนแพทย์ที่ศิริราชเนี่ย ก็มีเรียน
ชื่อดิพธีเรีย อาจารย์ยังจำได้ พี่โพโรจน์คงจำได้ เรียน
ก่อนผม มีเด็กเจาะ [คอ] กัน ยัวเยี้ยเลย หน้าเรื้อน
ดิพธีเรีย แล้วก็ตอนโปลิโอระบาด แรกๆ เนี่ย ต้องเอา
ปอดเหล็กมาตั้งที่เตียงเพราะหายใจไม่ออก ทีนี้ถ้ามา
ดูอย่างนั้นะ สภาพมันเปลี่ยนแปลงไปเยอะ ดิพธีเรียก็
หายไป โปลิโอก็หมดไป คุดทะราดไม่มี ขนาดผมกลับ
มาจากนอกใหม่ฯ ไปเรียนเมืองนอกมา ไปตรวจเลือด
ที่อีสาน โรคเรื้อนเต็มไปหมดเลย บางหมู่บ้าน จะเรียก
ว่าทั้งหมู่บ้านเป็นโรคเรื้อน เรียกว่าหมู่บ้านโรคเรื้อน
เดี๋ยวนี้ก็หายไปเกือบหมดไม่มีแล้ว เพราะฉะนั้นการที่
เรื่องต่างๆ มันพัฒนาขึ้นมาเนี่ย สำหรับความเห็นผม
แล้วมันมหาศาล ได้เห็นความเปลี่ยนแปลงตรงนี้ ก็
นึกถึงเห็นคุณค่าของหมออนามัยที่ทำงานต่างๆ แล้ว
ก็แพทย์รุ่นบุกเบิกที่ทำงานต่างๆ มากมายเหลือเกิน
เปลี่ยนจากที่ผมเห็นตอนเด็กๆ เดี่ยวนี้เป็นไส้ติ่งก็ไม่มี
ใครตายแล้ว ดิพธีเรีย ก็ไม่มีคนเป็น คุดทะราดก็หมด
ไปแล้ว อะไรต่ออะไรต่างๆ เนี่ย แล้วก็ตอนหลังผมมา
รู้เห็นความพยายามของกระทรวงสาธารณสุขที่
ทำงานหนัก ที่จะทำงานพวกนี้ แล้วก็มาเรียนทราบ
จากท่านอาจารย์เสมและท่านอื่นๆ อีกในช่วงที่เกิด
โรงพยาบาลจังหวัดขึ้นจนครบทุกจังหวัด เกิดอย่าง
รวดเร็วมากในช่วงเวลาไม่กี่ปีช่วงที่จอมพล ป. เป็น
นายก^{๒๕} จอมพล ป. ท่านชอบอาจารย์หลวงนิติย์^{๒๖} ซึ่ง
เป็นอธิบดีกรมการแพทย์ และท่านคุณหมอเสม ซึ่ง
ช่วยท่านอาจารย์หลวงนิติย์อยู่ ความที่จอมพล ป.
ชอบอาจารย์หลวงนิติย์ ถึงกับตั้งชื่อลูกคนหนึ่ง ชื่อ
นิติย์ จำได้ไหม คนที่เคยเป็นปลัดกระทรวงการต่าง

ประเทศ ชื่อ นิติย์ พิบูลสงคราม ทีนี้ เท่าที่ผมทราบ
จอมพล ป. ก็คอยถามอาจารย์หลวงนิติย์ ส่วนท่านไป
ชอบอาจารย์เสมยังไงเดี๋ยวจ้ให้ท่านเล่าเอง ท่าน
อาจารย์เสมอยู่เชียงใหม่ [จอมพล ป.] ขวนให้มาตั้ง
โรงพยาบาล ท่านนายก คือ จอมพล ป. ถามว่าคุณหลวง
อยากให้ผมทำอะไรบ้าง ทีนี้ทั้งสองท่านก็ใช้เป็น
โอกาสตั้งโรงพยาบาลจังหวัดขึ้นจนครบทุกจังหวัดใน
เวลารวดเร็วมาก^{๒๗} แล้วก็ต่อมาในเรื่องสถานื่อนามัย
เรื่องโรงพยาบาลอำเภอครบทุกอำเภอ ผมคิดว่า
โครงสร้างเราเต็มหมดเลย โรงพยาบาลประจำจังหวัด
ทุกจังหวัด โรงพยาบาลอำเภอทุกอำเภอ สถานื่อนามัย
อีก เป็นโครงสร้างมหาศาลที่เกิดขึ้น เสร็จแล้วก็มีย
อสม. [อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน] ยังไม่
นับพวกอะไรที่มันเกิดขึ้นอีก ผมถึงอยากเรียกมันว่า
มันเป็นมหากาพย์ มหากาพย์แห่งวงการสาธารณสุขไทย
มันมีตัวละครที่เกี่ยวข้องมากมาย มันน่าทำมหากาพย์
มากเลย ผมพูดนี้เพื่อปลุกเร้าให้อาจารย์ท่านอยาก
เล่าว่าอะไรที่เกิดขึ้น ซึ่งเป็นเรื่องที่เกี่ยวข้องกับเรื่อง
ที่ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงที่ผมพูดนั้น

นพ.บรรลุ ศิริพานิช : ผมขออนุญาต ผมดูแล้ว นอกจาก
อาจารย์เสมแล้ว ก็คงมีผมแก่กว่าเพื่อน รองจาก
อาจารย์เสม เพราะฉะนั้นผมก็ขอตามลำดับ

นพ.โกมาตร : อาจารย์ครับ ๘๐ นี้เร่งไม่ขึ้นแล้วนะครับ

นพ.บรรลุ : ผม ๘๓ ถึงถามว่าแปดสิบนั้นอะไรนะ แปดสิบ
นี้เร่งไม่ขึ้น หรืออะไรเร่งไม่ขึ้น ผมไม่ได้เตรียมมาพูด

๒๔ หมายถึง หมอทหารซึ่งจบหลักสูตรแพทย์ของกรมแพทย์ทหารบก ซึ่งจัดตั้งขึ้นสำหรับใช้ในความจำเป็นของราชการทหาร โดยเปิดการสอนขึ้น ณ โรงพยาบาลอาณานิคมนิล จังหวัดลพบุรี
๒๕ ปัจจุบันคือ กองการสัตว์และเกษตรกรรมที่ ๑ กรมการสัตว์ทหารบก ตั้งอยู่ในอำเภอเมือง จังหวัดกาญจนบุรี เดิมมีชื่อว่า ที่ทำการผสมสัตว์เขาปะรง มีภารกิจในการผลิตเสเบียงสัตว์และผสมสัตว์ ตั้ง
ขึ้นเมื่อวันที่ ๑ เมษายน พ.ศ. ๒๕๕๔ ณ บริเวณพุดา (เขาปะรง)
ปี พ.ศ. ๒๕๓๗ กรมการทหารม้ามีนโยบายที่จะผสมม้าขึ้นเองจึงเปิดกองผสมม้าขึ้นอีกกองหนึ่งในบริเวณที่ตั้งปัจจุบัน
ปี พ.ศ. ๒๕๔๐ มีการรวมกิจการของกองเสเบียงสัตว์และกองผสมม้าเป็นหน่วยเดียวกันยกฐานะเป็นแผนก ๕ กรมเสเบียงกายทหารบก
ปี พ.ศ. ๒๕๔๖ เปลี่ยนจากกองผสมสัตว์กาญจนบุรีเป็นแผนกผสมสัตว์กาญจนบุรี ขึ้นตรงกับกรมการสัตว์ทหารบก
ปี พ.ศ. ๒๕๐๙ เปลี่ยนเป็นแผนกผสมสัตว์ที่ ๑ ขึ้นตรงกับ กองการผสมสัตว์ กรมการสัตว์ทหารบก
ปี พ.ศ. ๒๕๒๔ ปรับเป็น กองการสัตว์และเกษตรกรรมที่ ๑ มาจวบจนถึงปัจจุบันนี้ มีพื้นที่รับผิดชอบโดยประมาณ ๔๙,๖๘๑ ไร่
๒๖ จอมพล ป. พิบูลสงคราม (หลวงพิบูลสงคราม หรือแปลก ชิดะสังคะ) สมาชิกคนสำคัญของคณะราษฎร ขึ้นดำรงตำแหน่งนายกรัฐมนตรียาวนานราว ๑๕ ปี (พ.ศ. ๒๔๘๑ - ๒๔๘๕ และ พ.ศ. ๒๔๙๐ -
๒๕๐๐) ปัจจุบันมีงานศึกษาเกี่ยวกับชีวิตและบทบาทของจอมพล ป. ออกมาจำนวนมาก งานที่ถือว่าให้ภาพอย่างกว้างๆ และรอบด้านของจอมพล ป. ตั้งแต่การขึ้นมามีอำนาจทางการเมือง และ นโยบาย
การปกครองต่างๆ โดยเฉพาะในช่วงที่ดำรงตำแหน่งนายกรัฐมนตรีในสมัยแรก ซึ่งเปลี่ยนโฉมหน้าประเทศไทยอย่างมากมาย คือ เทียมจันทร์ อำนวย, บทบาททางการเมืองการปกครองของจอมพล
ป. พิบูลสงคราม (พ.ศ. ๒๔๙๕ - พ.ศ. ๒๕๔๗) (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทระดับดุษฎีบัณฑิตกิตติมศักดิ์ สาขาประวัติศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, ๒๕๒๑) และงานศึกษาเกี่ยวกับจอมพล
ป. พิบูลสงครามที่สำคัญอีกเล่มหนึ่ง คือ Kobkua Suwannathai-Pian, Thailand's Durable Premier Phibun Through Three Decades, ๑๙๗๒ - ๑๙๘๗ (Kuala Lumpur Oxford University
Press, ๑๙๘๕)
๒๗ หมายถึง พันโทนายแพทย์นิติย์ เวชชีวิชัย อดีตอธิบดีกรมการแพทย์ พ.ศ. ๒๕๔๕ - ๒๕๕๐
๒๘ แม้ว่ารัฐบาลของคณะราษฎรจะมิมีนโยบายสร้างโรงพยาบาลให้ครบทุกจังหวัด แต่ในขั้นแรกกำหนดให้จัดตั้งขึ้นตามจังหวัดชายแดน ในช่วงหลังสงครามรัฐบาลของนายปรีดี พนมยงค์ที่มีอำนาจอยู่ใน
ช่วงสั้นๆ เมื่อ พ.ศ. ๒๕๔๙ มีนโยบายที่จะ "จัดสร้างโรงพยาบาลขึ้นใหม่ให้มีให้ทั่วถึงกันทุกจังหวัด" โดยกำหนดให้สร้างโรงพยาบาลประเภทบำบัดโรคทั่วไปให้ครบทุกจังหวัด และจัดสร้างโรงพยาบาล
บำบัดเฉพาะโรคขึ้นบางแห่งตามความจำเป็น "เพื่อแก้ปัญหาเฉพาะหน้า" (ดู บันทึกหลักการและนโยบายของรัฐบาล คณะกรรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, ๒๕ เมษายน พ.ศ. ๒๕๔๙, น.๖. (๒)
สร ๐๒๐๑ ๒๗/๒๔) โดยในขณะนั้นยังมีจังหวัดที่ยังไม่มีโรงพยาบาลเลยอีก ๑๗ จังหวัด คือ (ก)โรงพยาบาลบำบัดโรคทั่วไป ๑๖ แห่ง คือ โรงพยาบาลนครเขื่อนขันธ์, โรงพยาบาลเชลียงรายประจักษ์
เขราเวร์, โรงพยาบาลจันทบุรี, โรงพยาบาลนครพนม, โรงพยาบาลหนองคาย, โรงพยาบาลนครราชสีมา, โรงพยาบาลตาก, โรงพยาบาลปราจีนบุรี, โรงพยาบาลปัตตานี, โรงพยาบาลพระตะบอง,
โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา, โรงพยาบาลสุพรรณบุรี, พิษณุโลก, โรงพยาบาลระนอง, โรงพยาบาลร้อยเอ็ด, โรงพยาบาลสุรศักดิ์มนตรี ลานช้าง, โรงพยาบาลอุบลราชธานี, (ข)โรงพยาบาลโรคจิต
๔ แห่ง คือ โรงพยาบาลโรคจิตรัตนบุรี, โรงพยาบาลโรคจิต นันทบุรี, โรงพยาบาลโรคจิตลำปาง, และโรงพยาบาลโรคจิตสุราษฎร์ธานี, (ค)โรงพยาบาลลวรรณโรค ๑ แห่ง คือ โรงพยาบาลลวรรณโรค

เป็นเรื่องเป็นราว ผมอยากจะเล่าตามรอยหมอบระเวศ ผมเรียกคุณหมอบระเวศ ไม่เรียกอาจารย์ระเวศ เพราะคุณหมอบระเวศอายุน้อยกว่าผม ๕ ปี ผมรุ่น ๕๕ คุณหมอบระเวศรุ่น ๖๐ จากศิริราช ผมเกิดบ้านนอกเกิดที่จังหวัดร้อยเอ็ด คุณหมอบระเวศเกิดที่จังหวัดกาญจนบุรี แต่ผมโชคดีหน่อยที่เกิดในเมือง แต่ว่าในเมืองสมัยนั้นมันไม่เหมือนสมัยนี้ มันเป็นเมืองเล็กๆ จะเล่าช่วงหนึ่งให้ฟังเพื่อจะได้เข้าใจการรักษาพยาบาล ตอนนั้นผมอายุประมาณสัก... จำไม่ได้ว่าอายุเท่าไร แต่อยู่ ม.๑ ตอนนั้นมี ป.๑ ถึง ป.๕ แล้วก็ขึ้น ม.๑ ผมก็อยู่ ม.๑ ไม่รู้ว่าอายุเท่าไร บังเอิญบ้านผมเป็นบ้านใหญ่ เป็นบ้านครอบครัวขยาย อยู่ด้วยกันหลายๆ คน พ่อแม่ตายหมด พี่น้องอยู่ด้วยกัน เป็นบ้านหลังใหญ่ เหยิญผมเป็นคนสุดท้าย พ่อแม่มีลูก ๑๐ คน ผมเป็นคนที ๑๐ คนที่ ๑ ก็อยู่ด้วยกัน เป็นบ้านหลังใหญ่ คนที่หนึ่งที่สองก็มีครอบครัว ก็อยู่ด้วยกันหมด

แล้วมีคราวหนึ่งผมก็ป่วย ป่วยด้วยกัน ๓ คน ที่อยากเล่าให้ฟังเพราะว่าเป็นเรื่องประหลาด ผู้ป่วย ๓ คน ผมมีศักดิ์เป็นลูกของพ่อแม่สายตรง ส่วนอีก ๒ คน เป็นหลาน ๓ ฝ่าย ตัวผมนี้เขาไปเชิญหมอซินแสในตลาดมรกษา ส่วนอีกคนหนึ่งนั้นเขาไปเชิญหมอที่โสตศาลา แต่ก่อนเรียกโสตศาลา เชิญหมอโสตศาลามรกษา ส่วนอีกคนไปเชิญหมอบ้านมรกษา ทั้ง ๓ คน มีหมอบ ๓ ชนิด ส่วนผมที่ไปเชิญคุณหมอ

ซินแสมรกษา ก็คล้ายๆ ผมมีศักดิ์สูงหน่อย เป็นลูกคนสุดท้าย แล้วก็ไปเชิญหมอบจัน หมอบะมา เขาก็มาเมะๆ เสร็จเรียบร้อยก็เขียนใบสั่งยา แล้วก็ไปซื้อยาแล้วมาต้ม ต้มใส่น้ำสองถ้วยต้มให้เหลืออยู่ถ้วยหนึ่ง ก็กินยาต้ม ส่วนอีกคนซึ่งเป็นหลาน หลานคนนี้พ่อแม่เขาได้เรียนหนังสือเขาไปเชิญหมอโสตศาลามรกษา หมอโสตศาลาก็มา ผมกินนอนอยู่ ทั้ง ๓ คนนอนอยู่ด้วยกัน หมอบะมาเมะมาเมะกับผมแล้วก็ไป ส่วนอีกสองคนก็ไม่ได้ดูแล ส่วนหมอบอีกคนหนึ่งมาก็มาดูคนที่สอง นอนเรียงกันสามคนนี้แหละ หมอบจากโสตศาลาที่มานั้น ผมก็จำไม่ได้ว่าเป็นหมอบริญาหรือเปล่า เขาก็เอาปรอทวัด เมื่อวัดเสร็จเรียบร้อยแล้วก็ให้กินยาขวด ยาน้ำขวดหนึ่ง อันนี้คือหมอโสตศาลา ส่วนอีกคนหนึ่งก็ไปเชิญหมอบ้าน หมอบ้านมาก็มาดูมาถาม เสร็จเรียบร้อยแล้วก็ฝนยา เอาร่วมยามาร่วมยาอย่างนี้ เอามาฝนใสในหิน เอามาฝนๆ แล้วก็เอาน้ำใส่ขันรองหิน เสร็จแล้วก็เป่า ว่าคาถาเป่า เป่าจากหัวจนถึงเท้า เป่าแล้วก็ยังทำกระทงไปไหว้ผี สามคนก็รักษามาอย่างนี้เรื่อยเลย ถ้าผมจะเล่าให้มันสั้นขึ้น ก็คือหายทั้งสามคนนั้นแหละ แต่ว่านาน กว่าจะหายก็เกือบเดือน

ตัวผมเองนั้นจำตัวเองได้ คือ เส้นผมนี้หล่นหมดเลย แล้วก็ตัดเดินใหม่ เป็นไข่สูงเลย ผมเมื่อมาเรียนแพทย์เลยรู้ว่า อ้อ...เราเป็นไทฟอยด์ เป็น

กลาง นบพูนวิ, (๖)โรงพยาบาลโรคเรื้อน ๒ แห่ง คือ โรงพยาบาลโรคเรื้อนพระปดแดง และโรงพยาบาลโรคเรื้อนขอนแก่น, (๗)โรงพยาบาลเทศบาล ๑๖ แห่ง คือ โรงพยาบาลกลาง, โรงพยาบาลวชิระ, โรงพยาบาลเทศบาลนครเชียงใหม่, โรงพยาบาลเทศบาลเมืองนครสวรรค์, โรงพยาบาลเทศบาลนครศรีอยุธยา, โรงพยาบาลเทศบาลเมืองชลบุรี, โรงพยาบาลเทศบาลเมืองนครปฐม, โรงพยาบาลเทศบาลเมืองราชบุรี, โรงพยาบาลเทศบาลเมืองตรัง, โรงพยาบาลเทศบาลเมืองภูเก็ต, โรงพยาบาลเทศบาลเมืองนครราชสีมา, โรงพยาบาลเทศบาลเมืองสงขลา, โรงพยาบาลเทศบาลเมืองฉะเชิงเทรา, โรงพยาบาลเทศบาลเมืองลำปาง, โรงพยาบาลเทศบาลเมืองสุพรรณบุรี, และโรงพยาบาลเทศบาล(โรคติดต่อ)ธนบุรี, (๘)โรงพยาบาลที่อยู่ในความครอบครอง (ซึ่งมีมาจากราชวัติศิวินในช่วงสงคราม) ๙ แห่ง คือ โรงพยาบาลแมคคอร์มิค เชียงใหม่, โรงพยาบาลแวนแวนวูร์ด ลำปาง, โรงพยาบาลโอเวอ์บรุค เชียงราย, โรงพยาบาลมิชชันนารี น่าน, โรงพยาบาลเทศบาลมิชชันนารีแพร่, โรงพยาบาลมิชชันนารี ตรัง, โรงพยาบาลโรคเรื้อน เชียงใหม่, โรงพยาบาลโรคเรื้อน นครศรีธรรมราช, โรงพยาบาลศรีธรรมราชพยาบาลที่ระยอง (ดู บัญชีรายนามโรงพยาบาลของกรมการแพทย์, นพช. (๒)ศิริ ๐๒๐๑.๒๓.๒/๔)

กระทรวงการสาธารณสุขมีความเห็นว่า โรงพยาบาลประจำจังหวัดที่จัดสร้างขึ้นเหล่านี้ควรจัดสร้างเป็นโรงพยาบาลขนาดกลางที่มีเตียงรับผู้ป่วยไว้บำบัดภายในโดยอย่างน้อยเพียง ๕๐ เตียงก่อน และเห็นว่ายังไม่ควรจัดสร้างโรงพยาบาลขนาดเล็ก (มีเตียงอย่างน้อย ๒๕ เตียง) ประจำอำเภอในขณะนั้น แต่หากอำเภอใดที่มีชุมชนหนาแน่นก็ให้ขอคิดขยายอาคารชั้น ๑ หรือชั้น ๒ ซึ่งมีประจำอำเภออยู่แล้วเป็นโรงพยาบาลขนาดเล็กขึ้นต่อไปในอนาคต นอกจากนี้ กระทรวงการสาธารณสุขเห็นว่า ควรโอนโรงพยาบาลในส่วนที่เป็นของเทศบาลให้มาเป็นของรัฐบาลเสียทั้งหมด เพราะเกือบทั้ง ๑๕ แห่งอยู่ในสภาพเสื่อมโทรม ช่วยประชาชนได้ไม่เต็มที่ ขยายงานไม่ออก เทศบาลใดมีงบประมาณจำกัดก็ไปดูแลให้เจริญต่อไปได้ จึงขอมอบคืนให้ในโอกาสหน้า" (ดู ราชยาสุนทรพิพิธ รัฐมนตรีว่าการกระทรวงการสาธารณสุข ถึง นายกรัฐมนตรี เรื่องการบูรณะการโรงพยาบาล, ๓๐ เมษายน พ.ศ. ๒๔๘๙, นพช. (๒)ศิริ ๐๒๐๑.๒๓.๒/๔)

การเสนอให้โอนโรงพยาบาลที่อยู่ในความรับผิดชอบของเทศบาล (ซึ่งโอนไปภายหลัง พบ สาธารณสุข หลังพ.ศ. ๒๔๘๕) ทั้งในกรุงเทพฯ และหัวเมืองเนื่องจาก "ทุกไตรมาสและเสื่อมสภาพลงโดยทั่วไป...สมควรที่จะโอนโรงพยาบาลต่างๆ ซึ่งอยู่ในความควบคุมของเทศบาลทุกแห่งมาอยู่ในความควบคุมของกระทรวงการสาธารณสุข เพื่อแก้ไขปรับปรุงและฟื้นฟูงานให้ดียิ่งขึ้น สมเป็นโรงพยาบาลที่จะช่วยบำบัดความเจ็บไข้ได้อย่างเต็มที่ต่อไป" ได้ถูกกระทรวงสาธารณสุขนำกลับมาเสนอต่อคณะรัฐมนตรีอีกครั้งใน พ.ศ. ๒๔๙๐ โรงพยาบาลและศุภศาลของเทศบาลที่ถูกเสนอว่าจะถูกโอนไปยังกระทรวงการสาธารณสุข คือ โรงพยาบาลโรคติดต่อเทศบาลนครกรุงเทพฯ, โรงพยาบาลกลางเทศบาลนครกรุงเทพฯ, โรงพยาบาลวชิระเทศบาลนครกรุงเทพฯ, โรงพยาบาลเทศบาลเมืองฉะเชิงเทรา, โรงพยาบาลเทศบาลนครเชียงใหม่, โรงพยาบาลเทศบาลเมืองนครปฐม, โรงพยาบาลเทศบาลเมืองนครราชสีมา, โรงพยาบาลเทศบาลเมืองนครสวรรค์, โรงพยาบาลเทศบาลเมืองภูเก็ต, โรงพยาบาลเทศบาลเมืองราชบุรี, โรงพยาบาลเทศบาลเมืองลำปาง, โรงพยาบาลเทศบาลเมืองสงขลา, โรงพยาบาลเทศบาลเมืองนครศรีอยุธยา, ศุภศาลเทศบาลเมืองกาฬสินธุ์, ศุภศาลเทศบาลเมืองชัยภูมิ, ศุภศาลเทศบาลเมืองแม่ฮ่องสอน, ศุภศาลเทศบาลเมืองลำพูน, ศุภศาลเทศบาลเมืองสมุทรปราการ, ศุภศาลเทศบาลเมืองสุพรรณบุรี, ศุภศาลเทศบาลเมืองสุโขทัยามิต้องมาคณะรัฐมนตรีได้ประชุมเกี่ยวกับเรื่องนี้เมื่อวันที่ ๑๙ ธันวาคม พ.ศ. ๒๔๙๐ และมีมติ "ให้กระทรวงการสาธารณสุขไปทำความตกลงกับกระทรวงมหาดไทยก่อน" หลังจากนั้น จึงมีหนังสือจากกระทรวงสาธารณสุขถึงเลขาธิการคณะกรรมการสาธารณสุขได้ติดต่อกับความตกลงไปยังกระทรวงมหาดไทยแล้ว เป็นอันตกลงกันว่า โดยกระทรวงสาธารณสุขโอนโรงพยาบาลของเทศบาลทั้งในกรุงเทพฯ และหัวเมืองไปให้กระทรวงการสาธารณสุขดำเนินการชั่วคราว เมื่อจัดทึด้แล้วจะได้โอนคืนให้แก่เทศบาลภายหลัง การโอนโรงพยาบาลมาจัดทำ กระทรวงการสาธารณสุขจะต้องรับโอนทั้งสิทธิและหน้าที่ที่เทศบาลเคยมีอยู่ทั้งหมด และกระทรวงการสาธารณสุขจะต้องรับโอนพนักงานเทศบาลแห่งโรงพยาบาลที่ได้รับโอนมาบรรจทางกระทรวงสาธารณสุขด้วย เพื่อเป็นการช่วยเหลือพนักงาน แต่ในการโอนกิจการของโรงพยาบาลเทศบาลดังกล่าว ทางเทศบาลไม่ได้ให้เงินค่าใช้จ่ายตลอดจนเงินเดือนของพนักงานเจ้าหน้าที่มาด้วย" จึงเสนอให้คณะรัฐมนตรีรับหลักการ อย่างไรก็ตาม แม้คณะรัฐมนตรีจะรับหลักการในเรื่องนี้ แต่ปัญหาในเรื่องการออกพระราชบัญญัติการโอน การโอนพนักงานมานั้นจะได้รับบรรจุเป็นข้าราชการด้วยหรือไม่ เป็นต้น ได้กลายเป็นเรื่อง

ไทพอยด์ทั้งสามคนเลย แล้วก็รักษากันทั้งสามคน สามหมอก็หายทั้งสามคน แต่ว่ามันประหลาด มันตกลงอยู่ที่ว่า มันังคิดนี้ดู ผมทราบมากเพราะมันกินยาชม ต้มยากินยาชม โยัย..เบือเลย ส่วนอีกคนรักษาหมอโสดศาลา สบายได้กินยาน้ำเป็นขวด กินตามเวลา ส่วนอีกคนหนึ่งก็สบาย คือหมอก็มาเป่า กินยาน้ำขึ้น ก็อยู่อย่างนี้รักษากันเดือนหนึ่งหายหมด ที่จริงพอมารียนแพทย์ จึงรู้ว่า อ้อเราหายเอง

ผมยังจำได้นะ หมอจีนสั่งห้ามไม่ให้กินหลายอย่าง อย่างหนึ่งคือไม่ให้กินมะเฟือง ผมจำได้ แล้วบังเอิญว่าบ้านนอก เวลาปวดท้องก็ต้องไปส้วม ส้วมมันก็อยู่ไกลๆ แต่ก่อนนี้ไม่มีหมอกส้วมในบ้าน แล้วก็มันดันมะเฟืองอยู่ข้างส้วมที่บ้าน ดันมะเฟืองออกลูกสวยเลย ผมน้ำลายไหลเลยอยากกินมะเฟือง แต่หมอจีนห้ามไม่ให้กินมะเฟือง ไม่รู้เขาห้ามยังไง ผมก็ทนไม่ไหว ห้ามก็ห้าม ไปบิดมะเฟืองมากิน เอ๊... มันังดูมันก็ไม่เป็นไร ก็แอบกินเลย

แต่ว่าหมอชาวบ้านคนที่ผ่นยาเขาให้กินกับข้าวอังงังรู้ใหม่ คือ หมอจีนให้กินข้าวต้ม หมอโสดศาลากินอะไรก็ได้ไม่ว่า ส่วนหมอไทยขออย่างเดียวต้องกินปลา ปลาตุกบั้ง แล้วก็กินกล้วยน้ำว้า บ้านผมเรียกกล้วยอ้ออง คือกล้วยน้ำว้า ก็กินอย่างนี้มาเรื่อย ก็หายทั้งสามคน แต่มีข้อสังเกตอยู่ว่าหมอมักรักษา เขาไม่

เห็นทะเลาะกันเลยนะ ต่างคนต่างก็รักษากันไป ต่างว่ากันไป ข้อสังเกตที่ว่า หมอจีนที่รักษาผมมันรู้สึกเสียเงินมาก ผมจำไม่ได้แล้วว่าเสียเงินเท่าไร แต่รู้สึกจะเสียเงินมาก ส่วนหมอโสดศาลาก็เสียเงินแต่ไม่มาก แต่หมอพื้นบ้านนี้เสียเงินน้อย ไม่ได้เสียอะไรเลย บางทีผมนอนอยู่ ผมมีศักดิ์เป็นลูกคนโตผมก็มีสิทธิ์เวลาหมอชาวบ้านที่ผ่นยามารักษาอีกคนหนึ่ง ผมนอนอยู่ผมก็เห็นเขาเป่านะ ผมก็ไปบอกเป่าให้ผมบ้าง ซิ เขาก็เป่าให้ เวลาเป่ามันเป่าแรงนะครบเป่าตั้งแต่นหัวลงไป หัวอ้อ... รู้สึกมันเย็นดีเหมือนกัน มันเย็นดี นี่เล่าเรื่องแต่ก่อนนี้ให้ฟังนะ มีอีกอย่างหนึ่งก็คือว่า หมอชาวบ้านนี้ให้กินจิ้งจกนะ จิ้งจกที่อยู่ตามฝา ไปตีมาบั้งให้กิน ไม่ว่าง ไม่ว่าง ก็กิน คือมันแล้วแต่หมอสั่ง แต่ว่าทั้งหมดทั้งสามคนก็หาย นี่เล่าเรื่องตอนที่เด็กๆ ให้ฟัง

แต่กลับมาถึงอีกเรื่องหนึ่งที่คุณหมอโกมาตรวุฒถึงเรื่องว่าจะเก็บเอกสารในจดหมายเหตุ ผมก็นั่งคิด ฟังดูเมื่อกี้ก็นั่งคิด ผมเป็นคนชอบบันทึก ผมบันทึกของผมเรื่อย ผมเริ่มบันทึกตั้งแต่ผมเป็นนักเรียนแพทย์ ผมก็บันทึกตั้งแต่ปีที่ ๑ ไปชอบผู้หญิงก็บันทึก ดังนั้นผมจึงสงสัยจะไปเก็บเอกสารของผมมาไม่ได้มั้ง เพราะมันมีเรื่องส่วนตัวจริงๆ นะ คือผมใครใคร ผมก็มาบันทึกนะ ผมชอบใคร ผมก็มาบันทึกของผม ที่นี้ถ้าเมื่อเอาไอนั้นมาเก็บในหอสมุด มันจะเข้าที่หรือ ผม

ห้องเด็กหญิงกับเด็กผู้ชาย ๒ ปี จึงสามารถทำการโอนได้ และในที่สุดก็มีโรงพยาบาลเพียง ๖ แห่งและสุรศาลาเพียง ๔ แห่งเท่านั้นที่อยู่ในสังกัดเทศบาลที่ขอมไอนมาอยู่ในกระทรวงสาธารณสุข คือโรงพยาบาลของเทศบาลเมืองนครราชสีมา, โรงพยาบาลของเทศบาลเมืองนครสวรรค์, โรงพยาบาลของเทศบาลเมืองอุบลราชธานี, โรงพยาบาลของเทศบาลเมืองระยอง, โรงพยาบาลของเทศบาลเมืองลำปาง, โรงพยาบาลของเทศบาลเมืองสุพรรณบุรี, สุรศาลาของเทศบาลเมืองกาฬสินธุ์, สุรศาลาของเทศบาลเมืองอุทัยธานี, สุรศาลาของเทศบาลเมืองสมุทรปราการ, และสุรศาลาของเทศบาลเมืองศรีสะเกษ (ดูเอกสารเกี่ยวกับเรื่องนี้เป็นเพิ่ม นพ. (๒) สร ๐๒๐๑.๒๘.๒/๒๒ และความเห็นเกี่ยวกับสถานการณ์ของโรงพยาบาลในความดูแลของเทศบาลใน Ben Eiseman, "As I See It," (สำเนาเก่าป็นชื่อ "เท่าที่ข้าพเจ้าเห็นมา"), นพ. (๒) สร ๐๒๐๑.๒๘.๒/๒๒)

นโยบายการคลังสร้างโรงพยาบาลให้ครบทุกจังหวัดของรัฐบาลประธาธิบดีปรากฏออกมาเป็นรูปธรรมใน "โครงการจัดตั้งโรงพยาบาลและสุรศาลา กระทรวงสาธารณสุข" ใน พ.ศ. ๒๔๔๙ ซึ่งมีเป้าหมายที่จะขยายการจัดตั้งโรงพยาบาลตามจังหวัดและสุรศาลาตามท้องที่ให้แก่ประชาชน "เพื่อส่งเสริมช่วยเหลือให้ประชาชนตามท้องที่ต่างๆ ได้รับการบำบัดและป้องกันโรคโดยทั่วถึงยิ่งขึ้น" อย่างไรก็ตามเนื่องจากการจัดตั้งโรงพยาบาลหรือสุรศาลานั้นจำเป็นต้องใช้เงินจำนวนมาก ซึ่งรัฐบาลไม่สามารรถรองรับได้ แต่การสร้างโรงพยาบาลให้มีทุกจังหวัดเป็นสิ่งจำเป็นเพราะ "สงคามที่เพิ่มไปไม่ได้ทำให้เกิดโรคภัยไข้เจ็บนานาชนิดอย่างแพร่หลาย ทำให้ประชาชนพลเมืองได้รับความทุกข์ยากจากโรคภัยไข้เจ็บ และ การที่จะตั้งให้ราษฎรต้องมาอยู่กับโรคภัยไข้เจ็บเช่นนี้ย่อมเป็นการคัดค้านคำสั่งของประเทศชาติให้เสื่อมลงเป็นลำดับ" กระทรวงสาธารณสุขมีความเห็นว่า "สมควรและจำเป็นที่พวกเราจะต้องร่วมมือกันเพื่อจัดการบรรเทาภัยพิบัติของชาติในประการนี้ให้ลุกลงไปบนขั้นๆ ตามลำดับโดยจะเร่งรัดให้ได้แล้ว" และเสนอให้คณะกรรมการจังหวัด กรมการอำเภอ ช่วยกันพิจารณาเรื่องการจัดตั้งโรงพยาบาลประจำจังหวัดและสุรศาลาประจำอำเภอหรือกิ่งอำเภอ กล่าวคือ

- ๑) โรงพยาบาลประจำจังหวัด ถ้าจังหวัดใดยังไม่มีก็ควรจัดตั้งให้มีขึ้นหรือเพิ่มขึ้นแล้ว แต่สถานที่ยังไม่กว้างขวางพอแก่การ ก็สมควรจัดกรมต่อนิยมให้กว้างขวางกว่าเดิม
- ๒) สุรศาลาประจำอำเภอและกิ่งอำเภอ ปรากฏว่ามีอยู่ทั่วถึงแล้ว แต่ที่ประจำตามตำบลยังมีอยู่น้อยแห่งเห็นที่ แห่งจึงมีชุมชนใหญ่ๆ อยู่ก็มักที่ควรมีสุรศาลาประจำตำบลตั้งให้มี ศาลาพิจารณาคดีตั้งสุรศาลาขึ้นซึ่งที่เรียกว่า "สุรศาลาประจำตำบล" แต่มีได้หมายว่าจะต้องจัดตั้งขึ้นให้ครบทุกตำบลไว้ดี ควรมุ่งหมายจัดตั้งขึ้นในตำบลที่เป็นชุมชนใหญ่ๆ และ

ส่วนตำบลที่ติดต่อกับเมืองก็ควรจัดตั้งขึ้นไว้ร่วมกันได้ นอกจากนี้ กระทรวงสาธารณสุขยังได้เสนอให้แต่ละจังหวัดช่วยกันจัดตั้ง "องค์การกุศลสาธารณสุข" เพื่อช่วยเหลือสนับสนุนสำหรับจัดตั้งโรงพยาบาลและสุรศาลา โดย "อาศัยความตั้งใจร่วมมือของท้องถิ่นเป็นหลัก" กล่าวคือ เสนอให้แต่ละจังหวัดหรืออำเภอเป็นฝ่ายจัดการระดมทุนรอน เพื่อสมทบกับส่วนที่รัฐบาลจะช่วยเหลือให้เพียงพอแก่การที่จะจัดตั้งขึ้น โดยไม่ต้องระดมงบประมาณแผ่นดิน โดยให้มีการจัดตั้งองค์การกุศลขึ้นเป็นประจำสำหรับทำการหาเงินไว้เป็นทุนตามแบบ "องค์การกุศลสาธารณสุข" ซึ่งกระทรวงการสาธารณสุขจะจัดตั้งขึ้นในส่วนกลางองค์การหนึ่ง สำหรับหาทุนระดมช่วยเหลือจังหวัดต่างๆ ตามความจำเป็น และให้ต่างจังหวัดต่างจัดตั้งขึ้นเป็นประจำสำหรับจังหวัดนั้นๆ แต่ละจังหวัด เป็นส่วนหนึ่งของจังหวัดโดยคง องค์การกุศลสาธารณสุขที่ดำเนินควรจะประกอบด้วย บุคคลที่กระทรวงหรือจังหวัดแต่ละจังหวัดจะพิจารณาเชิญ แต่งตั้งให้เป็นกรรมการ เพื่อทำหน้าที่ให้คำปรึกษาในการจัดหาเงินทุนระดมโดยวิธีการต่างๆ ตลอดจนการพิจารณาคดีศาลาที่และ "ตลอดอยู่เกี่ยวกับธุรกิจการ" ของโรงพยาบาลหรือสุรศาลาในท้องถิ่นนั้นๆ โดยให้เชิญฝ่ายข้าราชการ พ่อค้า คนดีผู้มีทรัพย์สินศรัทธา สมาชิกสภาผู้แทนราษฎรและสมาชิกสภาอื่นๆ ตลอดจนพระสงฆ์ เป็นต้น ให้เป็นกรรมการ โดยไม่ให้เกิดการเลือกชาติ ชั้น วรรณะ เพศ และให้ถือเอาผู้มีจิตศรัทธาเป็นหลัก (พระยาสุนทรพิทยัง รัฐมนตรีว่าการกระทรวงการสาธารณสุข ถึง คณะกรรมการจังหวัดทุกจังหวัด, เรื่องการจัดตั้งโรงพยาบาลและสุรศาลา, ๒๑ สิงหาคม พ.ศ. ๒๔๔๙, นพ. (๒) สร ๐๒๐๑.๒๘.๒/๔; พระยาสุนทรพิทยัง รัฐมนตรีว่าการกระทรวงการสาธารณสุข ถึง นายกรัฐมนตรี, เรื่องนโยบายการสร้างโรงพยาบาลและสุรศาลา, ๑๑ สิงหาคม พ.ศ. ๒๔๔๙, นพ. (๒) สร ๐๒๐๑.๒๘.๒/๔; และระเบียบการองค์การกุศลสาธารณสุข, นพ. (๒) สร ๐๒๐๑.๒๘.๒/๔)

ปรึกษาและ แต่อีกประการหนึ่งที่ผมสนใจก็คือว่า สมุดบันทึกของผมมันสูงขนาดนี้ได้ละ ผมลองไปดูเล่มแรกๆ กระดาษมันเปื่อยแล้วนะ แล้วสีที่เขียนไว้ก็ชักจะเลือนๆ หดแล้ว เวลาจะเปิดออกมามันก็ต้องค่อยๆ เปิด พอผมไปเปิดดูครั้งสุดท้าย ผมก็มานั่งคิดของผมคนเดียวนะ ถ้าผมตายแล้ว ลูกเต๋ามันคงเอาไปขายแจกแจกเลย ไม่มีปัญหา แล้วถ้าคุณเอามาเก็บที่นั่นแล้วถ้าใครมาเปิด เอ๊ะ ผมดำคนโน้นคนนี้ มันก็แยชิ อย่างนี้จะเอาอย่างไร สุดท้ายมันก็อย่างที่คุณหมอประเวศว่า มันเป็นมหากาพย์ มันเขียนได้หมด ผมไปชอบใคร ผมไม่ชอบใคร ไปจับใครยังงั้น ผมเขียนของผมไว้หมด แล้วจะเอามาจดหมายเหตุมันไม่สมควร อย่างนี้มันจะได้หรือ

ไหนๆ คุยแล้ว ผมขอเพิ่มเติมอีกนิด ผมเห็นความสำคัญของการจดบันทึก เพราะผมบันทึกของผมมาเรื่อย พอผมอายุมากขึ้นๆ ความบันทึกนี้ก็ห่างออกไป เพราะรู้สึกว้า แต่ก่อนนี้เหตุการณ์ต่างเปลี่ยนแปลงไม่ค่อยเร็วนะ พอมาถึงเดี๋ยวนี้เหตุการณ์มันเปลี่ยนเร็วมันเร็วมาก บันทึกไม่ค่อยไหว เข้าตั้งนายกเย็นปลดละ มันบันทึกไม่ได้ คือแต่ก่อนเหตุการณ์มันชัดเจนไม่ค่อยเปลี่ยนเร็ว พอมาถึงสมัยนี้เหตุการณ์เปลี่ยนเร็ว เพราะฉะนั้นอาทิตย์หนึ่งบันทึกที่หนึ่ง เดือนหนึ่งบันทึกที่หนึ่งบางทีตอนท้ายๆ มานี้ประมาณ ๔-๕ เดือน ถึงจะบันทึก เพราะว่าเหตุการณ์มันเปลี่ยนบันทึกก็รีบ เดี่ยวมาเปลี่ยนละ แต่ยังไงก็ตามผมเห็นว่าบันทึกนี้ดี ผมเป็นผู้อำนวยการโรงพยาบาลสระบุรีมาเมื่อปี ๒๕๕๕ จนถึงปี ๒๕๖๖ ผมอยู่นานนะ มีผู้ว่าราชการจังหวัด ๘ - ๙ คน ผมเห็นความสำคัญของ

บันทึก ผมเลยทำ ผมใช้คำว่า "ปุ้ม" ป่อ-สระอุ-มอ คือผมเห็นเรือเขามี่ปุ้มเรือ เขามีบันทึกของเขาเป็นปุ้มเรือ ผมก็เลยตัดจริตเขียนว่า "ปุ้มโรงพยาบาลสระบุรี" ผมทำไว้อย่างดีเลยนะ สมุดก็ทำดี กระดาษก็อย่างดี เพราะผมดูของผมที่ผมเขียนของผมเอง กระดาษมันไม่ค่อยดี ผมเริ่มเอากระดาษดีๆ แล้วเขียนด้วย "อินเดียยอ้งค์" [Indian Ink] คำว่า "อินเดียยอ้งค์"^{๒๘} คนสมัยใหม่จะเข้าใจหรือเปล่าไม่ทราบนะ ผมเขียนแล้วผมก็แข่งไว้โน้นนั่นด้วยนะ คือผมบันทึกไว้แล้วก็แข่งว่า ผู้อำนวยการโรงพยาบาลต่อไปจะต้องมาบันทึกนะ ถ้าไม่มาบันทึกมันจะเป็นอย่างงั้นๆ ผมแข่งไว้ แต่ตอนท้ายๆ นะ ก็ไม่มีคนมาบันทึก ใจคำแข่งของผมคงไม่มีประโยชน์อะไร แต่ยังไงก็ตาม ที่เล่าเรื่องนี้ให้ฟังก็เพราะว่า พวกเขาไม่ชอบบันทึกจริงๆ ทั้งๆ ที่สั่งไว้แล้วว่า ผู้อำนวยการปีหนึ่งต้องบันทึกที่หนึ่งนะ ก็ไม่ค่อยบันทึก เพราะว่าเขามี่งานเยอะหรือยังงั้นไม่ทราบ ใจนั้นเป็นเรื่องบันทึกนะครับ

เมื่อตะกั้้นพูดถึงเรื่องจอมพลแปลก ผมบันทึกไว้ที่น่าสนใจคือ อย่างที่คุณหมอประเวศพูดว่า แต่ก่อนนี้โรงพยาบาลจังหวัดมีไม่ทุกจังหวัดหรอกก็ใช่ ตอนที่ผมไปเป็นผู้อำนวยการโรงพยาบาลมหาสารคามปี ๒๕๔๔ โรงพยาบาลจังหวัดยังมีไม่ครบทุกจังหวัดนะ มีเยอะแยะเลยที่ไม่มีโรงพยาบาล^{๒๙} ที่นี้จอมพลแปลกเป็นนายกรัฐมนตรี ถ้าใครเป็นนักเรียนสมัยจอมพลแปลกนี้จะเข้าใจนะ ตอนนั้นหนังสือพิมพ์ออกมาว่าเขาจะเขียน "เชื้อผู้นำชาติพันธุ์" จะเขียนไว้เลย "เชื้อผู้นำชาติพันธุ์ ผู้นำไปทางไหนเราไปทางนั้น" ต้องเชื้อผู้นำหมด แล้วจอมพลแปลกนี้ เขามาทำลัทธิ

สารคดีสุขภาพ ๑ ประวัติศาสตร์และความเป็นมา

๒๘ หมักสีสารชนิดหนึ่ง มีคุณสมบัติกันน้ำได้และสีเข้มชัด

๓๐ ในหนังสือจากรัฐมนตรีกระทรวงสาธารณสุขถึงรัฐมนตรีกระทรวงมหาดไทยเมื่อเดือนกรกฎาคม พ.ศ. ๒๕๓๐ ระบุว่าในขณะนั้นยังไม่มีโรงพยาบาลที่อยู่ในสังกัดกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข ที่เปิดรับบำบัดโรคทั่วไปอีก ๔๑ จังหวัด คือ กระบี่ กาญจนบุรี กำแพงเพชร ขอนแก่น ชัยนาท ชัยภูมิ ชุมพร ตราด นครนายก นครศรีธรรมราช นุรีรัมย์ ปทุมธานี ประจวบคีรีขันธ์ พังงา พัทลุง พิจิตร เพชรบุรี เพชรบูรณ์ มหาสารคาม แม่ฮ่องสอน ยะลา ระยอง ราชบุรี สทบุรี ลำปาง เลย ศรีสะเกษ สกลนคร ลุดจ ลุมพฐปราการ สมุทรสงคราม สมุทรสาคร สระบุรี สิงห์บุรี สุโขทัย สุราษฎร์ธานี สุรินทร์ อ่างทอง อุดรธานี อุตรดิตถ์ อุทัยธานี อุท ฑัฒนคัง เมื่อกสม. เชื้อโรค ร่างกาย และรัฐเวชกรรม. ๒๖๐ - ๑.

ภาวะขาดแคลนโรงพยาบาลตามหัวเมืองต่างจังหวัดทำให้รัฐบาลหลังสงครามโลกครั้งที่ ๒ พยายามผลักดันให้ท้องถิ่นช่วยกันจัดหาทุนเพื่อสร้างโรงพยาบาลประจำจังหวัดของรัฐบาล แต่ก็ไม่ได้ออกให้เกิดผลในทางปฏิบัติได้มากนัก เพราะในที่สุดแล้วสามารถจัดสร้างโรงพยาบาลประจำจังหวัดขึ้นโดยการช่วยกันจัดหาทุนของประชาชนในท้องถิ่นเองได้เพียง ๒ แห่ง คือ โรงพยาบาลสุโขทัย และโรงพยาบาลชลบุรี (พ.ศ. ๒๕๓๑) นอกจากนี้ ปรากฏว่าโรงพยาบาลประจำจังหวัดที่ถูกจัดตั้ง/จัดสร้างขึ้นมาหลังจากนั้นถ้าไม่ใช่เป็นการโอนบุคลากรหนึ่งหนึ่งของกรมสาธารณสุขมาดำเนินการยกฐานะขึ้นเป็นโรงพยาบาล (พ.ศ. ๒๕๓๒: โรงพยาบาลสมุทรสงคราม, โรงพยาบาลยะลา, โรงพยาบาลศรีสะเกษ, และโรงพยาบาลสะตูล) ก็เป็นโรงพยาบาลที่ได้รับงบประมาณจัดสร้างจากรัฐบาลเองทั้งสิ้น (ดู "ผลการปฏิบัติงานในด้านการบำบัดโรค" เอกสารแนบใน พระราชปริชัยเวชชการ รัฐมนตรีว่าการกระทรวงการสาธารณสุข ถึง เลขาธิการคณะรัฐมนตรี เรื่องผลการปฏิบัติงานในด้านสาธารณสุข. ๑๐ มิถุนายน พ.ศ. ๒๕๓๓, หน้า (๒)สร ๐๒๐๑.๒๓/๑๑) กล่าวคือใน พ.ศ. ๒๕๓๒ กระทรวงสาธารณสุขได้งบสร้างโรงพยาบาลเพิ่ม ๖ แห่ง คือ โรงพยาบาลเพชรบุรี, โรงพยาบาลระยอง, โรงพยาบาลมหาสารคาม, โรงพยาบาลสุรินทร์, โรงพยาบาลขอนแก่น, โรงพยาบาลอุตรดิตถ์; และใน พ.ศ. ๒๕๓๓ ได้งบสร้างโรงพยาบาลเพิ่มอีก ๔ แห่ง คือ โรงพยาบาลกระบี่, โรงพยาบาลชัยภูมิ, โรงพยาบาลตราด, และโรงพยาบาลอานันทโอรสหาร ราชบุรี แม้กระทั่งใน พ.ศ. ๒๕๓๓ จะยังไม่มีโรงพยาบาลครบในทุกจังหวัด แต่กล่าวได้ว่าสถานการณ์เกี่ยวกับกาขาดแคลนสถานพยาบาลในประเทศไทยได้เปลี่ยนแปลงไปอย่างมากจากสภาพก่อนหน้านั้น กล่าวคือ มีโรงพยาบาล ๒๔ แห่ง, สุขาศาลอื่น ๑ จำนวน ๑๐๒ แห่ง, สุขาศาลอื่น ๒ จำนวน ๔๕๕ แห่ง, แผนกสาธารณสุข ๗๑ แห่ง (ดู "บัญชีโรงพยาบาลและสุขาศาลที่เปิดวงเงินเชื้อ" เอกสารแนบใน พระราชปริชัยเวชชการ รัฐมนตรีว่าการกระทรวงการสาธารณสุข ถึง เลขาธิการคณะรัฐมนตรี เรื่องขอเพิ่มเงินทุนหมุนเวียนเวชภัณฑ์, ๔ พฤศจิกายน พ.ศ. ๒๕๓๓, หน้า (๒)สร ๐๒๐๑.๒๗/๓๓)

๓๑ นายขันธ์ ยุธานนท์ รัฐบาลได้ก่อตั้งขึ้นหน่วยขุนทหาร ขึ้นเมื่อ พ.ศ. ๒๕๓๗ โดยมีกระทรวงกลาโหมเป็นผู้รับผิดชอบบริหารทหารให้แก่กักขัง นิสิต นักศึกษา และเกิดเป็นกองกำลังทหารขึ้น ซึ่งเชื่อว่าเป็นนโยบายที่กระทำตามอย่างการฝึกขุนทหารของเยอรมันและอิตาลี. ดูรายละเอียดในเกี่ยวกับกาเป็นขุนทหารของนายแพทย์บรรลุ ศิริพานิช และบรรยาภาคในยุคาตินิยมของจอมพล ป. พิบูลสงครามได้ใน สันติสุข โกลนสิริ, ลูกผู้ชายชื่อบรรลุ (กรุงเทพฯ: มูลนิธิแพทย์ชนบท, ๒๕๔๘), ๙ - ๑๙

ชาตินิยม ค่อนข้างจะแรง ผมต้องเป็นยูวชนนะ^{๑๑}
นักเรียนตั้งแต่ ม.๑ ขึ้นมาจนถึง ม.๓ เป็นลูกเสือ จาก
ม.๓ ขึ้นมาถึง ม.๖ เป็นยูวชน แล้วพอมามาเข้า
มหาวิทยาลัยก็เป็นยูวชนนายทหาร ผมเป็นยูวชน
ตลอดเลย พอมามาเป็นนิสิตจุฬาฯ ก็เป็นยูวชนนาย
ทหาร ต้องรักชาติ ต้องเชื่อถือผู้นำ ที่นั่นเมื่อผู้นำไปทาง
ไหน เอาทางนั้นเลย แล้วตอนนั้นสงครามอินโดจีน
ด้วย^{๑๒} จำได้ไหม สงครามอินโดจีน ยิ่งปลุกเร้าความ
รักชาติขึ้นมา ผมก็เป็นยูวชนนายทหารตอนนั้นเป็น
ยูวชนทหารม้า จังหวัดร้อยเอ็ดมันมีม้า ก็เลยต้องไป
หัดขี่ม้า ถือปืนหัดขี่ม้า เรื่องนี้ก็ไม่น่าสำคัญ

จะเล่าเรื่องจอมพลแปลก แล้วมาเกี่ยวกับ
คุณหลวงนิศย์^{๑๓} คือจอมพลแปลกเนี่ยท่านเป็นนายก
รัฐมนตรี ท่านชอบคุณหลวงนิศย์ซึ่งเป็นหมอที่ชอบ
กันเพราะอะไรรู้ไหม เพราะชอบเล่นไพ่ ไพ่ตองนะ ผม
รู้ดี เพราะว่าเขาเล่นไพ่ตองกัน เล่นไปเล่นมาคุณหลวง
นิศย์ก็บอกจอมพลแปลกให้สร้างโรงพยาบาลมากขึ้น
ตอนนั้นอาจารย์เสมอยู่ที่เชียงใหม่ มันแปลกอยู่อย่าง
หนึ่งที่ว่า จอมพลแปลกเนี่ยเขาชาตินิยมมาก เขา
อยากให้ประเทศไทยเป็นประเทศมหาอำนาจ การที่
จะเป็นประเทศมหาอำนาจนั้นต้องมีพลเมืองเยอะๆ
จอมพลแปลกก็คิดว่า ประเทศเราตอนนั้นมีประชากร
ประมาณสิบกว่าล้าน ผมจำได้ ตอนเป็นนักเรียนดู
เหมือนจะมี ๗ - ๘ ล้านเท่านั้นเอง ที่จำได้เช่นนี้ก็
เพราะว่าตอนอยู่ต่างจังหวัดเขามีกงานฉลองรัฐธรรมนูญ
นะ แล้วโรงเรียนจะมาออกร้าน เขาทำคนหัวล้านแล้ว
ก็เขียนเลขเจ็ดว่ามีคนเจ็ดล้าน แต่ก่อนนี้มีคนน้อย
จอมพลแปลกนี้ชาตินิยมอยากจะให้ประเทศเป็น
ประเทศมหาอำนาจ เป็นประเทศมหาอำนาจต้องมี
พลเมืองมาก ที่นี้จะมีพลเมืองมากนั้นต้องเกิดแล้วไม่
ตาย เพราะเกิดแล้วมันตายเยอะ ตอนนั้นถ้าเกิดแล้ว
ไม่ตายก็ต้องสร้างโรงพยาบาลหญิงสิ ตอนนั้น
อาจารย์เสมอยู่ที่เชียงใหม่ คุณหมอลองนิศย์^{๑๔} กับ
จอมพลแปลกคิดกันเรื่องอยากให้มีพลเมืองมาก^{๑๕}

ผมจำได้เลยตอนนั้นนะ ข้าราชกากรวันพุธ แต่ตอน
นั้นผมยังไม่เป็นข้าราชกากร ข้าราชกากรวันพุธ เขาให้
หยุดเพื่อไปร่าง ให้ร่างเพื่อที่จะให้แต่งงานกัน เพื่อ
จะได้มีประชากรมากๆ ผมจำได้ก็เพราะพี่สาวผม พี่
สาวผมเป็นคนที่ ๑ ผมเป็นคนที่สิบ ๑๐ เพราะฉะนั้น
มันห่างกันยาวนะ พี่สาวผมได้รับรางวัลลูกมาก ถ้า
ใครมีลูกมากได้สิทธิหลายอย่างนะ หนึ่งในรุ่นพี่ก็ครั้ง
ราคา สองถ้าเกิดมีอะไรเขาก็ให้สิทธิ อยากจะให้คนมี
ลูกมากๆ ถ้าอยากให้คนมีลูกมากๆ^{๑๖} ก็ต้องทำโรง
พยาบาลแม่และเด็ก โรงพยาบาลหญิง และโรง
พยาบาลหญิงพอทำเสร็จก็เชิญอาจารย์เสมมาเป็นผู้
อำนวยการโรงพยาบาลหญิง อยากให้คนคลอดไม่
ตาย อยากให้มีคนมากๆ

ผมก็นั่งคิดดูนะ พอมามาเป็นหมอเข้า เอ... คนมัน
มากเข้ามากเข้า คิดๆ ดูแล้วเราเป็นหมอนี้มันเป็น
เหยื่อของผู้มีอำนาจนะ เขาอยากให้ทำอะไรก็ทำ เขา
อยากให้มีลูกมากก็เร่งๆ ให้มีลูกมาก พอมีลูกมากเข้า
ก็กลัวอีก พวกหมอชกักแล้วตอนนี้ เพราะว่ามิลูก
มาก ก็จะวางแผนครอบครัว ตอนนั้นผมเป็นหมอแล้ว
ผมเป็นหมอผมก็อยากจะวางแผน เอ มีลูกมากมันไม่
ไหว แต่รัฐบาลตอนนั้นเรื่อยมาจนถึงจอมพลประภาส
ใช้ใหม่ จอมพลประภาส จอมพลสฤษดิ์ เราก็ไปบอก
ว่าต้องวางแผนครอบครัว ต้องวางแผนครอบครัว
จอมพลประภาสบอกไม่ต้องวางแผนครอบครัวหรอก
เพราะแกบอกว่า จุลินทรีย์หรือแบคทีเรียถ้ามันอยู่
ด้วยกันมากมันก็กินกันหมด มันไม่มากหรอก มัน
วางแผนของมันเองใช้ใหม่ ผมยังจำได้ ไม่ต้อง
วางแผน คนมันมากมันฆ่ากันเอง ตายเองไม่ต้อง
วางแผน มันไม่มากหรอก แต่เราก็พยายามไปบอก
นักการเมืองว่า ต้องวางแผนครอบครัว ตอนนั้น
สุดท้ายฝ่ายเรา ฝ่ายหมอชนะ จนสุดท้ายมีการ
วางแผนครอบครัว^{๑๗} ที่ผมคิดเรื่องนี้ก็เพราะว่า เรายัง
มันบีบเขานะ เขาบอกให้ทำอะไรก็ทำ เขาบอกให้เพิ่มก็

๑๑ สงครามอินโดจีน ณ ที่นั่นหมายถึงสงครามที่ไทยประกาศสงครามกับฝรั่งเศสอย่างเป็นทางการในเดือนมกราคม พ.ศ. ๒๔๘๔ ในระหว่างกาการเกิดสงครามโลกครั้งที่ ๒ เพื่อเรียกร้องเอาดินแดนที่เคยเสีย
ไปในช่วงวิกฤตการณ์ ร.ศ. ๑๑๒ สมัยรัชกาลที่ ๕ คืนกลับมา ดูรายละเอียดได้ใน ซาลิ เขียมกระสุนส์, สิกอนโคจัน: กรณีศึกษาไทยกับอินโดจีนฝรั่งเศส พ.ศ. ๒๕๔๑ (กรุงเทพฯ: บริษัทต้นอ่อนแถมรัมย์,
๒๕๔๐) และภรณ์ี ร.ศ. ๑๒๒ สุ Thongchai Winchakul, Siam Mapped: A History of the Geo-Body of a Nation (Honolulu, University of Hawaii Press, ๑ ๙๙๔)

๑๒ หมายถึง พันโทนายแพทย์นิศย์ เวชวิศิษฐ์ อดีตอธิบดีกรมการแพทย์ พ.ศ. ๒๔๘๕ - ๒๕๐๑

๑๓ ดูทวีศักดิ์ เมื่อดอม, เชื้อโรค ร่างกาย และรัฐราชการ, ๑๙๖๖ - ๑๙๙๗

๑๔ ดูเบื้องการรณรงค์ให้มีลูกนากสมัย จอมพล ป. พิบูลสงครามใน กิ่งลลลล กวินกรกุล, "การสร้างร่างกายพลเมืองไทยในสมัยจอมพล ป. พิบูลสงคราม" (วิทยานิพนธ์สังคมวิทยาและมานุษยวิทยา
มหาบัณฑิต สาขาวิชามนุษยวิทยา, มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, ๒๕๔๕).

๑๕ ดูชัยวัฒน์ ประดิษฐ์ศิลป์, เศรษฐศาสตร์การเมืองของการปฏิวัติขนาดครอบครัวในประเทศไทย (กรุงเทพฯ : ศูนย์วิจัยและผลิตตำรา มหาวิทยาลัยเกริก, ๒๕๔๒).

ประเทศไทยกับอินโดจีน
๑๑๒

เพิ่ม พอเพิ่มเสร็จแล้วเขาบอก เอ้ย..คนมันจะมาก เอ้า วางแผน ก็วางแผน แล้วที่นี้ยังงี้ พวกหมอนั่นก็เป็น เบ๊เขา ไม่ใช่เป็นนายเขา เขาให้ทำอะไรก็ทำไปเรื่อย ด้วยความที่...ไม่รู้จะพูดยังไง

มีอีกตอนหนึ่งที่ผมคิดว่าน่าสนใจ ตอนนั้นผมเป็นนักเรียนแพทย์อยู่ชั้นปีที่ ๑ เป็นตอนที่ในหลวงถูกกระสุนปืน ในหลวงรัชกาลที่ ๘ สวรรคต ตอนนั้นเราก็ดกใจหมดเลยนะ ความรู้สึกคนไทยนี้แปลก พอบอกว่าพระเจ้าแผ่นดินสวรรคตก็ตกใจ จะอยู่ยังไง พอเข้าเรียนชั่วโมง "Anatomy" [กายวิภาคศาสตร์] อาจารย์หมอสุด^{๓๗} มาเล่าให้ฟัง บอกว่าได้เข้าไปชันสูตรในหลวงว่า ลูกกระสุนปืนตอนเข้านั้นมันเล็กตอนออกมันใหญ่ แล้วก็มียรอยของปากกระบอกปืนจ่ออยู่ ตอนนั้นผมเป็นนักเรียนแพทย์ไม่ค่อยรู้เรื่องอะไรเลย แต่รู้สึกว่าจะต้องรู้เรื่องนี้ แต่สุดท้ายก็ไม่รู้ จนปัจจุบันนี้หมอที่เข้าไปดูในหลวงตอนนั้นก็ยังมีอาจารย์หมอสุด อาจารย์หมออวย^{๓๘} ไม่ได้เข้าไป อาจารย์หลวงนิทย์ เขาก็เคยไปเป็นที่ปรึกษา และอีกคนอาจารย์หมอฝน^{๓๙} แต่โดยสรุปแล้วนักเรียนแพทย์ตอนนั้นนะ มานั่งคิดบ้างเถิดผมไปดูหนัง นักเรียนแพทย์อยู่ที่ศิริราชไม่มี "entertainment" อะไร ก็เลยต้องมาดูหนังเฉลิมกรุง ซ้ำมาฝากมากี่นั่งสามสี่มาเฉลิมกรุง มาดูหนังที่เฉลิมกรุง ธรรมดาเฉลิมกรุงเวลาจะฉายหนังนี้ ไม่รู้เดี๋ยวนี้เขาทำอย่างนั้นหรือเปล่า ฉายหนังมันต้องฉายสีต่างๆ ไซ้ใหม่ ฉายสีโน้นสีนี้สวย พอไฟดับมีดลงมาในศาลาเฉลิมกรุง มันมีคนตะโกนเลย "หลวงประดิษฐฯ มาในหลวง" มีคนตะโกน ผมก็เอ๊ะใครตะโกน แต่โดยสรุปก็คือ ช่วงนั้นจิตใจไม่ค่อยดีเลย ที่เล่าให้ฟังอย่างนี้ ก็เหมือนกับช่วงนี้นะจิตใจก็ไม่ค่อยดีเลย เหมือนกับแต่ก่อนนั่นเลย

ผมเล่าไม่ปะติดปะต่อนะคิดยังไงก็เล่าให้ฟัง ตามที่เล่าเรื่องนี้ก็เพราะว่า หลวงนิทย์สนิทกับจอมพล ป. จะเอาอะไรก็ได้ เพราะฉะนั้นก็กิจการบ้านเมืองนั้นสำคัญที่มีอำนาจจริงๆ นะ จอมพล ป. นั้นผมว่าท่านเป็นคนมีอารมณ์โรแมนติก ท่านชอบไปลพบุรีแล้วก็ผ่านมาที่พระพุทธบาท แล้วผ่านก็มาสระบุรี พอมาพระพุทธบาทท่านก็มาสร้างโรงพยาบาลพระพุทธบาท แล้วพอมาสระบุรี เห็นที่เขาถูกหนึ่งที่อยู่ตรงนั้น ท่านเป็นทหารท่านก็คิดแต่เรื่องป้องกัน ท่านบอกตรงนี้เป็นชัยภูมิสำคัญที่จะต่อสู้ให้กองทัพอยู่ตรงนั้น เวลาท่านเข้าสระบุรี เห็นใหม่มีกองทัพอยู่ตรงนั้น นี่มันเป็นเรื่องของผู้มีอำนาจในตอนนั้นนะครับ ผมคิดว่าผมคอแห้งแล้ว ผมให้คนอื่นพูดดีกว่า

นพ.โกมาตร : เสิญครับ อย่างไรก็ตามก็ได้ครับ ไม่ต้องเรียงก็ได้ครับ ใครคิดว่าอยากจะช่วยเสริมประวัติศาสตร์ความทรงจำในส่วนไหน ไม่ต้องลำดับเวลาก็ได้ครับ เดียวก็จะเอาไปเรียบเรียงกันขึ้นมาอีกทีหนึ่งครับ คุณพ่อเสมครับ สมัยที่ไปบุกเบิกโรงพยาบาลเชียงราย ไปทำงานกันยังไงครับสมัยนั้น คงจะห่างไกลการคมนาคมพอสมควรนะครับ

ศ.นพ.เสม : ผมเป็นคนเกิดกรุงเทพฯ เกิดที่ถนนรองเมือง ซอย ๔ แล้วในซอยที่ผมอยู่ก็มีหมอสำคัญอยู่ ๔ - ๕ ท่านด้วยกัน มีคุณพระชาญวิจิเวช^{๔๐} มีพระเชษฐ^{๔๑} ใจทยาการ^{๔๒} มีพระบรรจงพยาบาล^{๔๓} แล้วก็เลยทำให้เด็กๆ ในซอยอยากจะเป็นแพทย์

นพ.โกมาตร : อยู่ในซอยเดียวกันเลยหรือครับ

ศ.นพ.เสม : ไม่ใช่ครับ มันมี ๔ ซอย ถนนรองเมือง ซอย ๑ ซอย ๒ ซอย ๓ ซอย ๔ ผมอยู่ซอย ๔ พระชาญ ท่าน

๓๗ หมายถึง นายแพทย์สุด แสงวิเชียร ต่อมาในภายหลังนายแพทย์สุดได้ตีพิมพ์หนังสือเรื่อง เมื่อข้าพเจ้าเข้าไปเกี่ยวข้องกับกรณีสวรรคต (กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์บี.พี.เอส, ๒๕๒๗) และบุตรรองนายแพทย์สุด คือ สรรใจ แสงวิเชียร ก็ได้เขียนหนังสือเกี่ยวกับเรื่องนี้ออกมาเล่มหนึ่งร่วมกับ วิมลพรรณ ปิณฑรัชย์ เรื่อง กรณีสวรรคต ๔ มิถุนายน ๒๕๔๔ (กรุงเทพฯ: แสงพิมพ์เรือใบ, ๒๕๑๑).

๓๘ หมายถึง ศาสตราจารย์นายแพทย์อวย เกตุสิงห์

๓๙ หมายถึง ศาสตราจารย์นายแพทย์ฝน แสงสิงแก้ว

๔๐ พระเชษฐวิจิเวช หรือ นายแพทย์นายแพทย์แสง สุทธิพงษ์ อดีตอธิบดีกรมสาธารณสุข และอดีตรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข

๔๑ พระเชษฐใจทยาการ หรือ นายแพทย์ จิตะจิตต์ สำเร็จการศึกษาแพทย์จากศิริราชเมื่อ พ.ศ. ๒๔๕๔ ก่อนจะจบปริญญาเอกทางสาธารณสุขศาสตร์จากมหาวิทยาลัยจอร์จทาวน์ ออฟกินส์ เคยดำรงตำแหน่งหัวหน้ากองโรคระบาด อดีตอธิบดีกรมสาธารณสุข และต่อมาขึ้นดำรงตำแหน่งเป็นปลัดกระทรวงสาธารณสุข

๔๒ พระบรรจงพยาบาล เคยมาดำรงตำแหน่งเลขาธิการประกอบโรคศิลป์

อยู่ชอย ๑ พระบรรจงพยาบาลก็อยู่นั้น พระเชษฐ
ไวทยาการ อยู่ชอยเดียวกับผม เราก็เลยอยากจะเป็น
แพทย์ เพราะฉะนั้นเมื่อผมสำเร็จแพทยศาสตร์แล้ว
ผมก็บอกตัวเองว่า เราเกิดกรุงเทพฯ เห็นแต่กรุงเทพฯ
ที่อื่นไม่เคยเห็นเลย แล้วมันเกิดมาทำไมอย่างนี้ ไม่
ยุติธรรม อะไรก็มี สมัยผมเกิดมานั้นไม่มีไฟฟ้า ไม่มี
ประปา ไม่มีถนน ไปไหนก็ใช้เท้านี้แหละเดิน ธรรมดา
ผมเดินจากถนนรองเมืองไปศิริราช เดินทุกวันอย่าง
นั้นเวลาไปเรียนหนังสือ เพราะว่าไม่มีรถอะไรวิ่งไปที่
ตรงกันที่เราต้องการ ผมก็อาสาไปที่บ้านนอก

ตอนนั้นมันเกิดเปลี่ยนการปกครอง ๒๔๗๕ หลัก
ของการเปลี่ยนแปลงการปกครองเขาบอก หนึ่งต้องมี
อาหารกินให้ได้ ข้อนี้สำคัญมาก อันที่สองต้องมีงาน
ทำ อันที่สามต้องมีการศึกษา อันที่สี่ต้องมีการรักษา
พยาบาล อันที่ห้าถึงจะมาพูดเรื่องเสรีภาพ^{๔๑} มาใน
ปัจจุบันนี้ มันเอาเสรีภาพมาเป็นหนึ่งทีเดียว ชาว
ปลาอาหารมีกิน ไม่มีกินไม่สำคัญขอให้มีเสรีภาพ
อย่างเดียว อันนี้แหละครบน้องๆ ทั้งหลายขอให้คิดดู
นะ หลักของการเปลี่ยนแปลงการปกครองวันที่ ๒๔
มิถุนายน หลักเขาดีมากๆ แล้วคนที่จะทำการ
เปลี่ยนแปลงการปกครองตอนนั้นก็ ๓ ป. [คือ] หนึ่ง
ป. แปลก สอง ป. ปรีดี สาม ป. ประยูร ภมรมนตรี^{๔๒}
[ซึ่งเคยเป็น] รัฐมนตรีของเราคนหนึ่ง^{๔๓} เด็กสามคนนี้
ไปเรียนที่เมืองนอกได้ทุน ก็ไปอยู่ที่ประเทศฝรั่งเศส
พระองค์เจ้าจรูญฯ^{๔๔} เป็น "Ambassador"
[เอกอัครราชทูต] แล้วก็ลุงผมเป็นคนบันทึกให้
พระองค์เจ้าจรูญฯ ท่านก็เขียนจดหมายมาถึงรัชกาลที่
๖ ว่ามีเด็กสามคนนี้ต้องระงับมากนะ เด็กสามคนชื่อ
ป. มันจำง่ายจ่านะให้ระงับ แล้วก็ต้องระงับจริงๆ อย่าง
ที่ว่าด้วย เหตุการณ์มันก็จะเกิดขึ้นตอนนั้นนะ ความ
จริงเขาอยากจะทำวันที่เปิดสะพานข้ามแม่น้ำ
เจ้าพระยา คือวันที่ ๑ เมษายน ๒๔๗๕ เขามาถูกคิด

ว่า ตอนนั้นเหมือนรัชกาลที่ ๗ จะไปเปิดมันก็ต้องมี
ทหารมีอะไรคอยดูแลอยู่ มันต้องเสียเลือดเนื้อแน่นอน
เขาก็เลยเปลี่ยนมาเป็นวันที่ ๒๔ มิถุนายน ๒๔๗๕ ที่
เขาเปลี่ยนเพราะเหตุอย่างงี้ ที่นี้ในการที่เขาเปลี่ยน
ทั้งสามคนเขามีความเห็นว่าเขาควรพยายามที่จะทำ
อย่างไรหนอ ให้ทุกอย่างมันอยู่รุนแรง อย่าต้องมีเสีย
เลือดเสียเนื้อกัน เขาก็ได้คิดเมื่อ พ.ศ. ๒๔๗๕ เขามี
การเปลี่ยนการปกครองในประเทศไทย^{๔๕}

ตอนนี้ผมก็บอกว่า เอ... ผมเกิดในกรุงเทพฯ มีพี่
ชายน้องชาย อะไรต่างๆ เหล่านี้อยู่ที่นั่นนั้น ผมควร
จะออกไปรับราชการบ้านนอกดีกว่า ตอนนั้นถ้าผมเข้า
ทหารบก เขาให้ผมเรียนสองปีผมยังเรียนวิทยาศาสตร์
รุ่นแรกอยู่ ให้ [เรียน] สองปีแล้วให้เป็นร้อยตรี ถ้าผม
เข้าทหารเรือ เขาให้ผมสี่ปีถึงจะได้เรือตรีนะ เมื่อ
เข้าไปดู คนที่พาผมข้ามฟากไปอยากให้ผมไปอยู่
ทหารเรือ เขานั่งเรือจากท่าราชวรดิษฐ์ข้ามฟากไป
ฝั่งธนฯ เขาก็ให้ผมดูว่านี่พวกนี้เริ่มใหม่ เงินเดือน ๑๖๐
บาท ทหารบก ๘๐ บาท ทหารเรือ ๑๑๐ บาทเรียนสี่ปี
แต่เนี่ยมันเริ่มมาใหม่ให้ ๑๖๐ บาท เรามันก็นึกว่า เรา
มันยากจนกันไม่ได้รำรวย เงินเดือน ๑๖๐ บาท คง
สบายแน่ก็เลยอาสาสมัครไปเรียนที่นั่น เขาคัดเลือก
ทั้งหมดด้วยกัน ๖๐๐ คน แล้วก็สอบได้ ๖๐ คน ให้มา
เรียนแพทย์ พอเรียนสำเร็จขึ้นมาผมก็อยากไปบ้าน
นอก ก็ผมเห็นแต่กรุงเทพฯ เท่านั้น เห็นแต่คนนั้นคนนี้
บ้านนอกมันก็เป็นสิ่งที่น่าจะไปเหมือนกัน

ผมก็บอกเขา เขาก็บอกกรมสาธารณสุข กรม
สาธารณสุขเกิดขึ้นเมื่อปี ๒๔๕๙ - ๖๐ ที่ทำทั้งหมด
อ่านมันอยู่ในนี้ทั้งหมด มีรายละเอียด เพราะผมพูด
แล้วบางที เสียอย่างเดียวพอมันขึ้นเวทีมันไม่ยากลง
ใจ คนเขาเบื่อหน้าผม พูดอะไรก็ไม่รู้เลอะเทอะเประ
เปื้อน ผมก็สมัครไป เขาก็ให้ไปอยู่สมุทรสงคราม ไป

๔๑ ดูรายละเอียดในเชิงอรรถที่ ๔

๔๒ ทั้ง ๓ คน คือหนึ่งในบรรดาศาลาศึกษาผู้ริเริ่มก่อการเปลี่ยนแปลงการปกครอง พ.ศ. ๒๔๗๕ ในช่วงที่เป็นนักเขียนไทยอยู่ในฝรั่งเศส และได้พบปะรวมกลุ่มกับนักเขียนไทยที่ศึกษาอยู่ในยุโรปคนอื่นๆ ในช่วง
ปีการศึกษาที่กรุงปารีส ดูรายละเอียดใน เบนจามิน เอ. บัทสัน, อวสานสมบูรณาญาสิทธิราชย์ในสยาม, กทม. ๒๕๓๖, หน้า ๑๖๖-๑๖๗ และดู พงษ์เทพ เทพหัสดิน ณ อยุธยา, ๒๕๓๖, หน้า ๒๕๓-๒๕๔

๔๓ พลโทประยูร ภมรมนตรี ดำรงตำแหน่งรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข ช่วงระหว่างวันที่ ๑๕ พฤษภาคม ๒๔๗๕ - ๒๕ กุมภาพันธ์ ๒๕๐๐ ในรัฐบาลของจอมพล ป.พิบูลสงคราม

๔๔ พระองค์เจ้าจรูญศักดิ์กฤศดาการ ทรงรับราชการในตำแหน่งที่สำคัญต่างๆ ของกระทรวงต่างประเทศ อาทิเช่น อัครราชทูตไทยประจำกรุงปารีส มาดริส ลิซบอน และ อัครราชทูตพิเศษผู้มี
อำนาจเต็มประจำกรุงปารีส สิ้นพระชนม์เมื่อวันที่ ๕ ตุลาคม พ.ศ. ๒๔๙๑ ณ กรุงปารีส ในขณะที่ดำรงเอกอัครราชทูตไทยประจำประเทศฝรั่งเศสนั้น ก็ได้เป็นผู้ดูแลนักเขียนไทยด้วย

๔๕ การวางแผนก่อการเปลี่ยนแปลงการปกครองซึ่งนำโดย ร.อ.เหลือ ศรีจันทร์ ดังกล่าวรู้จักกันในชื่อว่า "กบฏ ร.ศ. ๑๓๐" ดูรายละเอียดใน นานา ดิศักดิ์, ค.ศ. นิธิ เอียวศรีวงศ์ รับผิดชอบว่า "ดีที่สุดในหนึ่ง
เดือนกับ ร.ศ. ๑๓๐ ไม่ว่าจะในภาษาไทย ในโลกนี้ก็ตาม" ของอรรถพร ภูมิพลชัย, กบฏ ร.ศ. ๑๓๐: กบฏเพื่อประชาธิปไตยแนวคิดทหารใหม่ (กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์อมรินทร์วิชาการ, ๒๕๔๐).

ปราบอหิวาต์ อยู่ ๒ ปี ก็ได้เห็นวิธีการที่คนบ้านนอก เขากินน้ำ เขากินกันยังไง คนที่แม่กลองจะกินน้ำต้อง เข็นเรือไปที่อัมพวา แล้วไปลมน้ำจืดจากอัมพวามา กิน เนี่ยอันตรายนอย่างหนึ่ง ซึ่งพวกเราไม่เห็น

อันที่สองก็คือการไปส้วม สมัยก่อนไม่มีที่สำหรับ ทำส้วม ทุกคนเรียกว่าไปส้วม เพราะฉะนั้นส้วมของเรา ก็คือปีระมิดนั่นเอง เขามีตามตลาดกับตามวัด เขา จะทำที่นั้งสูงขึ้นแล้วให้คนขึ้นไปนั่งข้างบน เสร็จแล้วก็ ถ่ายลงมา มันก็เป็นเรื่องของอาหารหมู อาหารหมา อาหารแมลงวัน แต่เขาก็ขึ้นไปอยู่บนยอดนั้น อย่าให้ เห็น เรื่องส้วมอย่างเดียวกันมันจะกินเวลาเป็นชั่วโมง มัน ไม่ใช่เรื่องง่ายๆ แล้วตอนนั้นเขาก็ให้ผมปราบอหิวาต์ฯ ผมก็ไปปราบอหิวาต์ เขาให้ล้งผมไปหนึ่ง กรม สาธารณสุขให้ล้งไปไปหนึ่ง ในนั้นก็มียังเกลืออยู่สอง สามขวด มียาเอสเซนเชียล [essensial oil] ให้ แล้ว เขาก็ให้ผมไปสมุทรสงคราม ผมก็ไปสมุทรสงคราม นั่งรถราง รถไฟราง จากโรงพยาบาลโรคจิตเดี่ยว มัน เป็นสถานีรถไฟ ไปลงสมุทรสาคร ที่นั่นก็มีที่ รูนที่ เป็น แพทย์รูนหนึ่งอยู่ที่นั่น เป็นพี่ชายท่านปลัดกระทรวง หนึ่งในที่มีชื่อเสียง แล้วก็ข้ามฟากไป ไปอยู่ที่แม่กลอง ที่ ที่แม่กลองเขาก็ให้เรานั่งเรือเข้าคลองไปถึงอัมพวา ไป ถึงอัมพวาเขาก็บอกว่า "เฮ้อ... คุณหมอมาทำไม" "เขาให้มาสร้างโรงพยาบาลเอกเทศ" "คุณหมอบอกว่า ไรนะ" ผมก็บอกว่า "กรมสาธารณสุขเขาให้ผมมา สร้างโรงพยาบาลเอกเทศ"^{๔๔} นายอำเภอก็บอกว่า "คุณหมอ ผมไม่เคยได้ยินชื่อคำว่าโรงพยาบาล เอกเทศ แต่ว่าผมมีศาลาเก่าๆ อยู่ คุณหมอบอกว่า ศาลานั่นได้นะ"

ผมก็ไปเปิดทำงานที่ศาลานั้น วันแรกก็ไม่มีคนมา วันที่สองไม่มา วันที่สาม ที่สี่ ที่ห้า ไม่มา วันที่เจ็ดที่ แปดก็มีคนหามา ผมก็ตั้งใจ ใ้มีคนไข้ เขาห้ามไปฝั่ง ไม่ให้มา ให้ผมรักษา ต่อมาเขาห้ามมาอีกเหมือนกัน เขาเห็นว่าใ้ไปไม่รอดแล้ว ไหนๆ จะตายลองให้ หมอดูซิ มันไม่ไหวจริงไหม เขาก็ให้ลองดูซิ เขาให้ล้ง

มาผมก็คลำชีพจรไม่ได้ ก็พยายามแทง เเคราะห์ดีมัน เข้าเส้นเลือด แล้วก็ให้น้ำเกลือ ให้น้ำเกลือไปสองขวด คนไข้มันล้มตามาขอน้ำกิน ใ้ใส เทานั้นแหละญาติๆ มันนึกว่าผมเป็นเทวดาแล้ว ตะกี้มันตายแล้วทำไม ทำได้ นี่แหละ มันเป็นเรื่องที่แปลกประหลาดที่มันไป เจออย่างนี้ แล้วตอนสุดท้ายมา ศาลาที่ท่านให้ผมไป รักษา นั้นเป็นที่ประสูติของรัชกาลที่ ๒ มีสวนพิธีอยู่ที่ อัมพวาเดี่ยวนี่ ที่ท่านประสูติจริงๆ คือที่โรงพยาบาล เอกเทศของผมแหละ นี่เป็นเรื่องที่พิเศษพิสดาร เสร็จ เรียบร้อย น้ำเกลือมันก็หมด เพราะมันถ่ายมากัน มากๆ เขาให้ผมป้องกันอย่าให้ขยายจากกาญจนบุรี เข้ามากรุงเทพฯ เป็นอันขาด ต้องไม่ให้มันผ่านเข้ามา ผมก็พยายามทำจนในที่สุดก็ต้องทำน้ำเกลือเอง ต้อง เอาโทรศัพท์ถึงโรงพยาบาลศิริราชว่า ผมรักษาคน เดี่ยวไม่ไหว คนไข้มันมหาศาล เพราะใ้คนไข้ผมรักษา มันเป็นนักเลงใหญ่ของสมุทรสงครามเขา เพราะ สมุทรสงคราม เวลาไปไหนมาไหนต้องถือดาบนะ ดาบมือหนึ่งหรือสองมือ ถ้าคุณไม่ถือดาบนะเขาถือว่า เธอเป็นนักเลง เขาอยากลองดูว่าเธอเป็นยังไงบ้าง

นี่แหละชีวิตจริงที่ไปอยู่บ้านนอก มันลำบากขนาด นี้ เสร็จเรียบร้อยแล้วเราก็พยายามที่จะช่วยคนไข้ให้ ได้มากที่สุดเท่าที่จะมากได้ น้ำเกลือมันหมด ผมก็ต้อง ทำด้วยวิธีที่เขาทำต้มเหล้าเถื่อน ก็เอาน้ำฝนมากลั่น เข้าแล้วก็มาทำเป็นน้ำเกลือรักษาคนไข้ ตอนแรกมาที่ ศิริราชขอใ้ส่งพวกหมอกับพยาบาลไป เขาก็ส่งขึ้นไป ใ้ผม ที่นี้ต้องทำงานตลอด ๒๔ ชั่วโมง เด็กที่ไปอยู่ กับผมที่นั่น วันหนึ่งเขาก็มาบอกผมว่า "พี่ครับ ผมไป นั้งที่ปลายนา ผมเห็นควายมันยิ้มกับผม" พอควายยิ้ม เรารู้แล้วว่า"ใ้นี้ไม่ไหวแล้ว" มันอยู่ไม่ไหวกับเรา แล้ว ต้องให้มันกลับมา นี่มันเป็นชีวิตที่เดือดร้อน ต้อง ทำ อีกอย่างหนึ่งคือวิธีที่เขากินน้ำ เขาทำไง เขาเอา เรือไปลมน้ำ ในคลองน้ำมันเค็ม ขึ้นไปที่อัมพวาเอาน้ำ เรือนั้นมา ใ้ น้ำเรื่อนั้นมันก็มีเชื้ออหิวาต์อยู่ด้วย แน่นอน อันที่สองสมัยนั้น ที่ผมเรียนมาหาที่ถ่าย เขาก็ ทำเป็นที่ศาลาส่ง ผมก็ป็นขึ้นไปแล้วก็ถ่าย มันก็เลย

^{๔๔} โรงพยาบาลเอกเทศ เป็นการสร้างสถานพยาบาลที่หน้าหน้าที่แยกผู้ติดเชื้อออกจากประชาชนอื่น ๆ และรักษาพยาบาลให้หายจากการติดเชื้อ กรมสาธารณสุขตั้งโรงพยาบาลเอกเทศขึ้นเพื่อพยายาม กักกันการระบาดของอหิวาต์โรคเอาไว้ไม่ให้แพร่ระบาดไปทั่วประเทศได้ ฐานเขียนของศาสตราจารย์นายแพทย์เสมอ พริ่งทองแก้ว เกี่ยวกับแนวคิดและการดำเนินการในการสร้างโรงพยาบาล เอกเทศเพื่อปราบอหิวาต์โรคในบทความเรื่อง "โรงพยาบาลเอกเทศกับการปราบอหิวาต์ในต่างจังหวัด" ใน เกียรติประวัติแพทย์ไทยฝากไว้ให้คนรุ่นหลัง: ชีวิตและงานของศาสตราจารย์ นายแพทย์เสมอ พริ่งทองแก้ว, ๕๐ - ๕๔.

กลายเป็นประมุขจตุรจักรเต็มไปหมด ซึ่งเขาไม่ถือว่า ตอนนั้นมันสำคัญ ต่อมาผู้คุมละครแสดงเป็นผู้ว่าราชการจังหวัดสวรรคโลก ท่านไปเห็นในส่วนที่ท่านอยู่นั้น มันมีแผ่นปูนตรงกลางมีรูเจาะห่างๆ ๔ อัน และมีที่น้ำไหล ท่านก็บอกว่าอันนี้เป็นที่ถ่ายของคนสมัยสุโขทัย เราก็เชื่อกันมา แล้วก็ทำล่วมขึ้นมาจากอันนี้แหละ จากวิธีนี้แหละซึ่งวิธีนี้มันหายาก ตอนหลังพอผมมาดูแลเหตุการณ์หลังสงครามโลก มาดูแลเหตุการณ์ที่กาญจนบุรี ผมไปเห็นที่พระสิงห์ ไปที่ศาลเสาชของพระสิงห์ไปเห็นล่วมแบบนี้เต็ม ผมเลยไม่เชื่อว่าอันนี้เป็นที่สำหรับฐานล่วม ก็ไปศึกษา ปรากฏว่าอันนี้มันใส่ศิวดะลิ่งตรงกลางแล้วเอาน้ำไปรดศิวดะลิ่งก็ไหล ผู้ว่าราชการฯเห็นมันไม่มีศิวดะลิ่ง มีแต่รู ก็เลยมาทำล่วมบริเวณนั้นด้วยวิธีนี้ มันก็ลำบากยากเย็นมาแล้ว แล้วก็มารู้ตอนหลังว่าล่วมมี ๓ วิธีสมัยผม วิธีหนึ่งไปนั่งข้างบนแล้วก็ถ่ายลงมา วิธีที่สองก็คือเกิดมีถังขึ้นมาที่ข้างใต้ วิธีที่สามก็คือ ขุดดิน เพราะฉะนั้นคนเรียนสุขาภิบาลต้องรู้เรื่องอย่างนี้ เรื่องทำล่วมทำอะไรต่างๆ เหล่านี้ ว่ามันมายังไงไปยังไงนะ เพราะฉะนั้นเวลาผมพูดมันเพื่อไม่ลงตรงไหน ทีนี้ขอให้เอาคนอื่นต่อเลย

นพ.โกมาตร : คุณพ่อครับ ยังไปไม่ถึงเชียงรายได้ครับ

ศ.นพ.เสมอ : ยังไม่ไปอยู่เชียงรายตอนนั้น แต่ไปอยู่นครสวรรค์ก่อน พอหิวขาดเสร็จ เขาก็ให้ไปอยู่นครสวรรค์ เขาสร้างโรงพยาบาลนครสวรรค์ขึ้นมา

แล้วก็ให้เราเป็นคนดูแล ก็มีคนบอกว่าโรงพยาบาลนครสวรรค์มันอยู่ห่างจากปากน้ำโพมาก ทำไมไม่ทำอย่างนั้น ทำไมไม่สร้างในเมือง เราก็บอกที่นั่นไม่ไกลเท่าไรนะ อยู่ที่นั่นผมทำงานตลอดวัน ก็เขาให้อยู่บ้านติดกับโรงพยาบาล พอเสร็จจากโรงพยาบาลแล้วผมก็มาทำให้โรงพยาบาลเองเหมือนกัน วันหนึ่งก็มีกระเป๋ามันหาย ตอนเย็นผมดูคนไข้ ผมก็พูดเท่านั้นนะ พอรุ่งเช้าก็มีกระเป๋ามาวางไว้ที่ๆ ผมดูแลคนไข้ คนทั้งหลายเลยบอกว่า ผมนี้เป็นนักเลง ไม่จั่งกระเป๋ามันกลับมาไม่ได้ หมอชาวบ้าน^{๕๐} เขาเอาไปลงว่า มีคนกล่าวหาว่าหมอเสมนี้เป็นนักเลง จากนั้นก็ไปเขียนรายชื่อยางก็ลำบากมาก

คำถามจากวงสัมมนา : เคยตีขโมยที่มาปล้นโรงพยาบาลเชียงรายไม่ใช่หรือครับ

ศ.นพ.เสมอ : อ้อที่มาปล้นตอนนั้นสงครามมันเสร็จแล้ว^{๕๑} นึกดูนะ เขาคงเอาใจกองทัพญี่ปุ่น เขาย้ายทหารทั้งหมด ๒ แสนนายขึ้นไปอยู่ทางเหนือเลย^{๕๒} ก็มีท่านแม่ทัพเสรีเจิงฤทธิ์ ผู้นำชัยนำทัพเข้าปราบซีฟิเลียส เอาทหารเข้าไปอยู่ที่นั่น ๒ แสนคน ที่ทำล่วมทำอะไรก็ไม่มี เรื่องก็ว่ารุ่น เสร็จแล้วพอสงครามเสร็จ ต่างคนต่างมา เหมือนผมขึ้นไป ต่างคนก็ค่อยเดินทางไป ขึ้นรถบ้าง เดินบ้าง นั่งเกวียนบ้าง ซี่ม้าบ้าง กว่าจะถึงเชียงราย พอจะกลับมาให้กลับมาเองไม่มีการดูแล

๕๐ ดูประวัติศาสตร์ร่วมในสังคมไทยใน มนฤทัย ไรชโยเศษ, "ประวัติศาสตร์สังคมไทย: ส่วนและเครื่องประดับในประเทศไทย (พ.ศ. ๒๔๔๐ - ๒๕๔๐)" (วิทยานิพนธ์มหาวิทยาลัยศิลปากร สาขาประวัติศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, ๒๕๔๒).

๕๑ นิคมสาร หมอชาวบ้าน

๕๒ หมายถึง สงครามโลกครั้งที่ ๒ ในช่วงสงครามรัฐบาลไทยประกาศเป็นพันธมิตรกับญี่ปุ่น ทั้งยังได้ปลุกระดมความรู้สึกชาตินิยมอย่างหนัก จนถึงกับจัดส่งกองทัพไปยึดครองเชียงตุงเพื่อแผ่ขยายมหาอาณาจักรไทย คุรยละเอียดใน ชนิดา พรหมพิริยะ เมื่อกลม, การเมืองในประวัติศาสตร์ของชาติไทย (กรุงเทพฯ สำนักพิมพ์ มติชน, ๒๕๔๖), ๑๔๘ - ๒๐๓

๕๓ หลังจากรัฐบาลจอมพล ป. ได้ลงนามยอมให้ญี่ปุ่นเดินทัพผ่านไทยแล้วก็ได้ย้ายกองทหารส่วนใหญ่ขึ้นไปอยู่ในภาคเหนือ โดยมีศูนย์ปฏิบัติการกองทัพอากาศที่เชียงราย

๕๓ เมื่อมีการประกาศใช้พระราชบัญญัติการสาธารณสุข พ.ศ. ๒๔๗๗ ซึ่งกำหนดให้มีการจัดตั้งเทศบาลขึ้นทั่วประเทศแทนสุขาภิบาล รัฐมนตรีว่าการกระทรวงมหาดไทยก็ได้มีคำสั่งให้กรมสาธารณสุขจัดทำโครงการสร้างโรงพยาบาลขึ้นทั่วทุกจังหวัด โดยในขั้นต้นกำหนดให้สร้างขึ้นตามชายแดน เพื่อ "แสดงเกียรติภูมิของชาติไทยแก่ประเทศเพื่อนบ้านที่เป็นอาณานิคมของชาติตะวันตก" โดยถือว่าเป็นนโยบาย "อวดคง" ซึ่งได้มีการสร้างโรงพยาบาลบางแห่งขึ้นตามนโยบายดังกล่าว คือ โรงพยาบาลประจำจังหวัดอุบลราชธานี, จังหวัดหนองคาย, จังหวัดนครพนม และโรงพยาบาลเชียงใหม่ประชานุเคราะห์ ดู สันติ ตั้งพิทักษ์, ชีวิตที่ลำบากเป็นชีวิตที่เจริญ: ชีวิตประวัติศาสตร์อาจารย์อานแพทยเสมอ พึ่งพวงแก้ว นายแพทย์ผู้ปฏิบัติคนเพื่อวางรากฐานทางการแพทย์และสาธารณสุข (กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์ลายธาร, ๒๕๔๔), ๔๕ - ๖

อย่างไรก็ตาม มีการตั้งกระทรวงสาธารณสุขขึ้นใน พ.ศ. ๒๔๕๕ ก็ยังมีโรงพยาบาลทั่วทั้งประเทศอยู่เพียงไม่กี่จังหวัด, กรมการแพทย์ (ซึ่งมีหน้าที่ควบคุมดูแลโรงพยาบาล) มีกองอยู่ในสังกัด ๕ กอง (คือ สำนักงานเลขาธิการกรม, กองโรงพยาบาลส่วนภูมิภาค, กองโรงพยาบาลโรคจิต, โรงพยาบาลกลาง, และโรงพยาบาลวชิระ) และมีโรงพยาบาลบำบัดโรคทั่วไปอยู่ในสังกัดอยู่ก็เพียง ๒๓ แห่ง คือ โรงพยาบาลอุบลราชธานี, โรงพยาบาลหนองคาย, โรงพยาบาลนครพนม, โรงพยาบาลบดธานี, โรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์, โรงพยาบาลจันทบุรี, โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา, โรงพยาบาลปราจีนบุรี, โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก, โรงพยาบาลนครเขื่อนขันธ์, โรงพยาบาลนราธิวาส, โรงพยาบาลระนอง, โรงพยาบาลร้อยเอ็ด, โรงพยาบาลตาก, โรงพยาบาลพระตะบอง, โรงพยาบาลสุรศักดิ์มนตรี จังหวัดลำปาง, โรงพยาบาลอาทิตยพิทยานา จังหวัดน่าน, โรงพยาบาลทลโยธิน จังหวัดแพร่, โรงพยาบาลทับเที่ยง จังหวัดตรัง, โรงพยาบาลศรีธรรมราชระลึก จังหวัดนครศรีธรรมราช, โรงพยาบาลเสรีเจิงฤทธิ์ จังหวัดลำปาง) ให้เจ้าของเดิม (ดู "ผลการปฏิบัติงานในด้านการบำบัดโรค" เอกสารแนบใน พระยาปริชยเวชการ รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข ถึง เลขาธิการคณะรัฐมนตรี เรื่องผลการปฏิบัติงานในด้านสาธารณสุข, ๑๐ มิถุนายน พ.ศ. ๒๔๗๓, นพช (๒)สป ๐๒๐๑ ๒๗/๓๑)

เอาใจใส่ อันนี้คือความผิดพลาด มันไม่มีสแตงค์อะไร แล้วทีนี้ ผมเป็นโรงพยาบาลแห่งเดียวทางเหนือที่ไม่เก็บสแตงค์ไป เพราะว่าโรงพยาบาลเชียงราย ประชาชนเคราะห์มันเกิดขึ้นหลังจากที่เปลี่ยนการปกครอง รัฐบาลเข้าไปสร้างโรงพยาบาลประจำแห่ง อุบล หนองคาย นครพนม อยู่บนแม่น้ำแม่โขง เพื่อให้เห็นว่าเราสนใจในเรื่องเกี่ยวกับสุขภาพของคนไทย เรา^{๕๓} พอไปถึงเชียงรายเงินหมด ตอนนั้นเขาเปลี่ยนการปกครอง เอาเงินตลอดเตอะมาสร้างโรงพยาบาล ๓ แห่ง พอมาถึงเชียงรายเงินหมด ผู้ว่าราชการจังหวัด เคยเป็นผู้ว่าราชการจังหวัดทางอีสาน เขาบอกว่าหมอจะทำไม จะสร้างโรงพยาบาลได้ ผมก็มานึกว่า เรามีประชากร ตอนนั้นเชียงรายกับพะเยามันอยู่ในจังหวัดเดียวกัน มีประชากรแปดแสนคน ผมก็ถามว่าขอคนละ ๑๐ บาทได้ไหม ไม่มี เขาบอกมีคนละบาทได้ ผมบอกคนละบาทก็เอา ก็มีชาวบ้านออกมาสร้างโรงพยาบาล ค่าแรงผมก็ไม่ต้อง เพราะชาวบ้านเป็นช่างอย่าไปดูถูกชาวบ้านเป็นอันขาด มันเป็นช่างฝีมืออย่างดีทีเดียว ที่มันสร้างนครวัดได้ ไม่ใช่ไปหาช่างที่ไหนมา มันเอาชาวบ้านสร้างนครวัด ชัยวรมันที่ ๗ เมื่อปี พ.ศ. ๑๙๗๗ สร้างโรงพยาบาลขึ้น ๑๐๒ แห่ง จากนครวัดถึงพิมาย^{๕๔} แล้วที่มันสร้างด้วยมันนั้นไม่เหลือ เหลือแห่งเดียวขณะนี้ที่พิมาย นั่นคือโรงพยาบาลที่สร้างเมื่อปี ๑๙๗๗ ในสมัยของชัยวรมัน ชัยวรมันมองเห็นความตายว่า ต่อไปประเทศไทยจะมาแล้ว มันจะเป็นใหญ่ในแผ่นดิน เห็นมันเอาชะลอมส่งน้ำมาให้เรากินได้ แต่หารู้ไม่ว่าชะลอมที่ใส่น้ำได้นั้นเอาไปใส่ยางแล้ว น้ำจึงอยู่ได้ ฉะนั้นก็เลยคิดว่าต่อไปคนไทยจะเป็นใหญ่ในแผ่นดิน ก็ยกลูกสาวให้ขุนผาเมือง ขุนผาเมืองพอเปลี่ยนการปกครองที่นั่น

ขุนผาเมืองก็เข้าสู่ซัพPLY ได้^{๕๕} พอขุนบางกลางท่าวที่รัชกาลที่ ๔ เขียนว่าขุนบางกลางท่าว ที่จริงไม่ใช่คือขุนบางกลางท่าว คนไทยนี้ชอบน้ำสะอาดมาก ก็เลยต้องเอาน้ำกลางท่าวมาทำอะไรขึ้นมา ทีนี้ต่อมาเมื่อสร้างโรงพยาบาลเสร็จเรียบร้อยแล้ว ผมก็ไม่เอาเงินคืนให้กระทรวงการคลัง ไม่คืนให้ ปีแรกไม่เป็นไร ปีที่ ๒ ปีที่ ๓ เจ้าคุณเสนาบดี^{๕๖} ขึ้นไป ที่เป็นชื่อชอย สุขุมวิทอยู่เดี๋ยวนี้ ขึ้นไปทาบอกว่า คุณหมอเป็นข้าราชการรัฐนะว่าต้องส่งเงินให้กระทรวงการคลัง ทำไมคุณหมอไม่ส่งคุณหมอมีอำนาจพิเศษยังงี้บ้าง ผมก็บอกว่าท่านเจ้าคุณครับ โรงพยาบาลผมนี้รัฐบาลไม่เคยออกสัปดาห์หนึ่ง ถ้ารัฐบาลไม่ช่วยหาเงินให้แล้วจะเอาเงินไปให้กระทรวงการคลังเพราะเหตุใด เจ้าคุณไชยท่านก็ตอบไม่ได้ ต่อมาสามเดือนออกคำสั่งว่า เงินทุกบาททุกสตางค์ที่โรงพยาบาลหาได้ให้เป็นทุนสะสมให้โรงพยาบาลจนกระทั่งถึงวันนี้

เพราะฉะนั้นเมื่อเวลาเขาให้ทหารกลับ ผมเป็นแห่งเดียวที่มีเงินอยู่ในโรงพยาบาล มันก็จะปล้นผม จะปล้นโรงพยาบาล ผมก็ยอมที่จะต้อง... ผมก็บอกตกลง มันก็จะฆ่ากันด้วยวิธีนั้น เผอญผมมีคนใช้ที่เป็นทหาร เขาบอกเขาจะมาช่วย แล้วก็ผู้ว่าราชการจังหวัดมีปืนพาราเบลลัม [parabellum gun]^{๕๗} ก็จะมาช่วยผม เพราะฉะนั้นในคืนนั้นมันก็แตก เพราะเห็นว่าผมมีลูกศิษย์ลูกหาทั่วไปหมด ก็คอยบอกว่ามันมาแล้วครับ อยู่ห้องนี้ ผมก็เข้าไปหา มันก็เจอ บอกว่าที่มือถือมีอะไรให้ปลดมา มันก็ปลดลูกกระเบิดมือ ๒ อันลงที่พื้น ผมก็เลยเอาเข้ามาในโรงพยาบาล ผมมีปืนอยู่ ก็นั่งคุยกับเขาแล้วเอาปืนวางไว้ เขาก็บอก คุณหมอย่าเอาปากกระบอกปืนมาทางผมได้ไหม มัน

๕๔ ดูอมรา ศรีสุชาติ, "อโรคยศาล (โรงพยาบาล): ปฐมบท" ใน สารานุกรมวัฒนธรรมไทย ภาคอีสาน (กรุงเทพฯ: ธนาคารไทยพาณิชย์, ๒๕๔๒); รุ่งโรจน์ ภิรมย์อนุกุล, "อโรคยศาล: ความรู้ทั่วไปและข้อสังเกตเบื้องต้น," วารสารเมืองโบราณ ปีที่ ๓๐ ฉบับที่ ๓ (๒๕๔๓); กฤษ เหลือกลิ่น, "อโรคยศาลในอีสาน," วารสารเมืองโบราณ ปีที่ ๓๐ ฉบับที่ ๓ (๒๕๔๓); วิชญูศา ทองแคงและคณะ, "อโรคยศาล: โรงพยาบาลขอมในมณฑลลาวพวน," วารสารเมืองโบราณ ปีที่ ๓๐ ฉบับที่ ๓ (๒๕๔๓); ธาตุ สุทธิธรรม, "ภูมิที่ตั้งอโรคยศาล: ความสัมพันธ์กับบริบททางผังเมือง," วารสารเมืองโบราณ ปีที่ ๓๐ ฉบับที่ ๓ (๒๕๔๓)

๕๕ เนื้อหาในส่วนนี้เกี่ยวกับขุนบางกลางท่าวนี้ ค้นคว้าเรื่องมาจากเรื่องพระวังเมืองสุโขทัย ที่ปรากฏอยู่ในหนังสือ พงศาวดารเหนือ

๕๖ หมายถึง เจ้าคุณไวยยศสมบัติ รัฐมนตรีกระทรวงการคลังในสมัยนั้น

๕๗ ปืนพกสั้นระบบอัดไม่ติด ซึ่งทหารอเมริกันใช้ในสงครามโลกครั้งที่ ๑ และครั้งที่ ๒ ถือว่ามีความทันสมัยมากกว่าปืนพกในแบบเก่า ที่ทหารฝ่ายพันธมิตรใช้

๕๘ หมายถึง นายแพทย์ ไทโรจน์ นิงदानนท์

๕๙ หมายถึง มูลนิธิโรคกัฟเฟิลเลอร์ (Rockefeller Foundation) ซึ่งก่อตั้งโดย จอห์น เดวิส ร็อกกัฟเฟิลเลอร์ (John Davison Rockefeller) นักธุรกิจน้ำมันชาวอเมริกัน ในปี พ.ศ. ๒๔๕๖ เพื่อสร้างความกินดีอยู่ดีให้กับผู้คนทั้งหลายในโลก แม้ว่าจะมีงานศึกษาที่แสดงให้เห็นว่าการจัดตั้งมูลนิธิดังกล่าวมีเป้าหมายทางการเมืองและเศรษฐกิจแอบแฝงอยู่ด้วย, ดูการวิเคราะห์บทบาทของมูลนิธิโรคกัฟเฟิลเลอร์ในประเทศไทยได้ใน Wanya Sivasariyenon, "The Transfer of Medical Technology from the First World to the Third World: A Case Study of the Rockefeller Foundation's Role in a Thai Medical School (๑๙๒๓-๑๙๖๕)" (Unpublished Doctoral Dissertation, American Studies, University of Hawaii, ๑๙๙๔).

๖๐ ในช่วงที่เดินทางเข้ามาในประเทศไทยนั้น วิคเตอร์ ไฮเซล (Victor G. Heiser) ดำรงตำแหน่ง ผู้อำนวยการภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ใน คณะกรรมการสุขภาพนานาชาติ (International Health Board) อันเป็นหน่วยงานหนึ่งของมูลนิธิโรคกัฟเฟิลเลอร์. บันทึกการเดินทางไปยังประเทศต่างๆ ของวิคเตอร์ ไฮเซล ดู Victor G. Heise, An American Doctor's Odyssey (New York: W.W. Norton & Co., ๑๙๖๖)

เสียว ว่าฉันนะ เขารู้ว่าผมเป็นแพทย์ประจำคุกที่ เชียงรายด้วย แล้วถ้าเขาติดคุกแล้วถ้าเขาไม่ติดกับผม แล้ว มันตายง่าย ๆ ในคุก พอก่อนแค่นั้นนะ เรื่องนั้น เดี่ยวเอาใหม่ เดี่ยวค่อยคุยใหม่

ศ.นพ.ประเวศ : ผมคิดว่าพีไฟโรจน์^{๒๔} อยู่ตรงจุดหัวเลี้ยว หัวต่ออันหนึ่งซึ่งน่าจะให้ท่านคุยตรงนี้ครับ แต่ผม ย้อนไปนิดหนึ่ง ตอนที่ร็อกกีเฟลเลอร์^{๒๕} คิดจะมาช่วย เมืองไทย แต่จริงๆ แล้วมันมีเรื่องมาก่อน ท่าน อาจารย์เคยเล่าไว้ว่ามีหมอร็อกกีเฟลเลอร์ ชื่อวิกเตอร์ ไฮเซอร์ [Victor G. Heiser]^{๒๖} เขาเดินทางรอบโลก เทียวแวะเยี่ยมที่นั่นที่นี้ แล้วก็มาเข้าเฝ้ารัชกาลที่ ๖ ตอนนั้นมีโรงเรียนแพทย์ ท่านเรียกว่าเป็นโรงเรียน แพทย์ของท่านรัชกาลที่ ๖ ที่ศิริราช^{๒๗} ดอกเตอร์ ไฮเซอร์ก็ไปเข้าเฝ้า รัชกาลที่ ๖ รัชกาลที่ ๖ ก็ภูมิใจ มากในโรงเรียนแพทย์ของท่าน ก็บอกดอกเตอร์ ไฮเซอร์ว่า "What do you think of my medical school?" [ท่านคิดอย่างไรกับโรงเรียนแพทย์ของ ข้าพเจ้า?] ดอกเตอร์ ไฮเซอร์บอก อย่าให้พูดเลย ไม่ อยากรู้พูดเลย รัชกาลที่ ๖ บอกให้พูดมา เขาก็ไม่ยอม พูดต่อหน้าคนอื่น บอกให้คนอื่นออกหมด เหลือกัน เพียง ๒ คน คือรัชกาลที่ ๖ กับมิสเตอร์ไฮเซอร์ มิสเตอร์ ไฮเซอร์บอก "Your Majesty, your medical school is the worst in the world." [ฝ่าพระบาท โรงเรียน แพทย์ของพระองค์นั้นแย่ที่สุดในโลกทีเดียว] หลังจากนั้นรัชกาลที่ ๖ ก็ตกใจ เลยเกิดเจรจากันขึ้น ว่าร็อกกี เฟลเลอร์จะเข้ามาช่วย^{๒๘}

ที่นี้ตอนจะมาช่วยก็ "debate" [ถกเถียง] กัน มากกว่าจะช่วยทำอะไร อันนี้อยู่ใน "archives" [หอจดหมายเหตุ] ของร็อกกีเฟลเลอร์^{๒๙} ตอนหลังมีคนไป

ค้นแล้วเอามาเขียน ก็ "debate" ระหว่างสมเด็จพระราชบิดา^{๓๐} กับหม่อมเจ้าสกลวรรณการ^{๓๑} ซึ่งเป็น เจ้ากรมสาธารณสุข ไม่ใช่แพทย์นะหม่อมเจ้าสกลฯ เนี่ย "debate" กันว่า สมเด็จพระราชบิดามีความคิด ว่าควรจะทำกรแพทย์ชั้นหนึ่ง คุณภาพชั้นเยี่ยมแล้ว มันจะได้เป็นทุกอย่างทั่วประเทศ ท่านสกลฯ มองว่า ควรจะทำบุคลากรแบบหมออนามัยทั่วไป "debate" กันมาก^{๓๒}

แต่เสร็จแล้วทางสมเด็จพระราชบิดาก็รับดูแล ตัดสินใจทำเรื่องแพทย์ โรงเรียนแพทย์ที่ศิริราช แต่ว่า กระทรวงไม่รู้ยังงตรงนี้ ซึ่งผมคิดว่าเป็นนโยบาย สำคัญ เดี่ยวฟังพีไฟโรจน์ เพราะคิดว่าเป็นแนวคิดที่ แจ่มมากเลย ทำเรื่องผดุงครรภ์กับพนักงานอนามัย ผมคิดว่าเป็นจุดสำคัญเลยที่ได้ไปช่วย แล้วเป็นหมอ แนวหน้าที่ควบคุมโรคต่างๆ ที่ผมพูดเมื่อตอนต้น แล้ว พีไฟโรจน์เป็นผู้อำนวยความสะดวกกองฝึกที่ผลิตพวก ผดุงครรภ์กับพนักงานอนามัยอยู่ยาวนาน ท่านจะอยู่ตรง รอยต่อตรงนี้ ท่านจะรู้ว่ามันมายังไง แล้วตอนตั้ง มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ที่หาดใหญ่ กับ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ก็ตั้งขึ้นพร้อมกัน มีโรงเรียน แพทย์ ๒ แห่ง ตั้งขึ้นยังไม่มีใครเป็นคนบติ เขาก็มา ขวนพีไฟโรจน์ให้ไปเป็นคนบติ แล้วผมก็ห้ามพี ไฟโรจน์ไว้ว่า พี่ย่าไปเลย พี่ทำผดุงครรภ์กับพนักงาน อนามัยทำประโยชน์ได้มากเลย พี่ไปอยู่นั้น อีกก็ปีไม่รู้ ได้แพทย์มา ๓๐ คน ก็ไม่รู้ว่ามันจะทำอะไรได้บ้าง อะไรรอยางนี้ พี่ไฟโรจน์ลืมหรือยัง แล้วก็เห็น เรื่องที่ว่าโรคภัยไข้เจ็บเยอะแล้ว ตรงนี้มันขึ้นมานั้นมัน สามารถควบคุมโรคอะไรต่างๆ ได้ ผมว่าที่น่าจะคุย "concept" [แนวคิด] ผดุงครรภ์มันเกิดอะไรยังไงบ้าง เพราะผมคิดว่ามันสำคัญเหลือเกินตรงนี้

๒๔ โรงเรียนแพทย์สมัยใหม่ตั้งขึ้นเป็นครั้งแรกในประเทศไทยเมื่อ พ.ศ. ๒๔๑๒ ณ โรงเรียนพยาบาล เรียกกันภายหลังว่า "ศิริราชพยาบาล" หรือ "โรงเรียนแพทยากร" และต่อมาใน พ.ศ. ๒๔๔๑ ได้ เปลี่ยนชื่อเป็น "ราชแพทยาลัย" (Royal Medical College) จนกระทั่ง พ.ศ. ๒๔๖๐ พระบาทสมเด็จพระมงกุฎเกล้าเจ้าอยู่หัว ได้โปรดเกล้าฯ ให้รวมโรงเรียนข้าราชการพลเรือนเข้ากับราชแพทยาลัย แล้วสถาปนาเป็นจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ดูเพิ่มเติมใน วิกิล็อกซ์ พจนานุกรม (บรรณาธิการ), *ปฐมศตวรรษแห่งการศึกษาแพทยศาสตร์* (กรุงเทพฯ: คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล, ๒๕๓๓).

๒๕ ดร. วิกเตอร์ ไฮเซอร์ ได้ทำการสำรวจราชแพทยาลัย แล้วเขียนรายงานเสนอไปยังมูลนิธิร็อกกีเฟลเลอร์ เมื่อ ค.ศ. ๑๙๑๕ (พ.ศ. ๒๔๕๔) โดยสรุปภาพรวมว่าราชแพทยาลัยนั้นมีสภาพเหมือนกับ โรงเรียนแพทย์ชั้นต่ำ (the poorer grade medical school) ในสหรัฐฯ ดูรายงานฉบับนี้ได้ใน *นพ. ร.ค. /๑๙ RG ๑.๑ - ๒๑๗ - ๑-๒๓ Victor G. Heiser (Director for the East), "Report on Medical Education in Siam."*

๒๖ เอกสารในหอจดหมายเหตุของมูลนิธิร็อกกีเฟลเลอร์ที่เกี่ยวข้องกับประเทศไทยส่วนหนึ่ง ในปัจจุบันได้รับการทำสำเนาเอาไว้ให้บริการที่หอจดหมายเหตุแห่งชาติ กรมศิลปากร และหอจดหมายเหตุของโรงพยาบาลศิริราช

๒๗ คือ สมเด็จพระมหิตลาธิเบศร อดุลยเดชวิกรม พระบรมราชชนก ซึ่งขณะนั้นทรงดำรงพระยศ สมเด็จพระเจ้าน้องยาเธอ เจ้าฟ้ามหิตลลิตยกุลฯ กรมขุนสงขลานครินทร์ ขณะนั้นทรงรับมิดเรชบุดเกล้างาน ด้านแพทยศาสตร์ศึกษาของคณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล

๒๘ หมายถึง หม่อมเจ้าสกลวรรณการ วรพรณ ซึ่งขณะนั้นดำรงตำแหน่งอธิบดีกรมสาธารณสุข ในสังกัดกระทรวงมหาดไทย

๒๙ ดูการอภิปรายอย่างละเอียดถึงบทบาทเบื้องหลังเรื่องการมิดเรชบุดฯ ใน ๑ และ ๒ นี้ได้ใน Wariya Swasariyanon, "The Transfer of Medical Technology from the First World to the Third World: A Case Study of the Rockefeller Foundation's Role in a Thai Medical School (๑๙๑๓ - ๑๙๓๕)," Chapter V and Chapter VI และดูวิกิล็อกซ์ เนื้อสม, *เชื้อโรค ช่างทอง และรัฐเวชกรรม*, ๑๔๖ - ๑๕๖.

นพ.ไพโรจน์ นิงสานนท์ : เอาเรื่องโบราณมาพูด จำไม่ค่อยได้แล้ว เพราะว่าในขณะนั้นเจ้าหน้าที่การแพทย์ สาธารณสุขของเราน้อยมาก โดยเฉพาะการแพทย์น้อยมากเลย การสาธารณสุขนี่ก็เป็นเรื่องของชาวบ้านมาร่วมกันทำ ช่วยกัน แล้วการแพทย์ตอนนั้นมันมีทั้ง ๓ การแพทย์ คือ การแพทย์ปัจจุบัน การแพทย์จีน การแพทย์ไทย เพราะฉะนั้น ๓ อย่างนี้ ใจเราในขณะนั้นว่าการแพทย์ทั้งหลายน่าจะมาประสานกัน แล้วก็ลงในจุดประชาชน ลงในจุดพื้นที่ที่ประชาชนอยู่หนาแน่นหรือเบาบางอะไรก็แล้วแต่ เพื่อให้ลงบริการให้เขา โรคภัยไข้เจ็บน้อยลงมีกำลังกายกำลังใจที่จะทำงาน ใจในขณะนั้นคิดนะครับ เพราะฉะนั้นเรื่องการแพทย์ปัจจุบันเราไม่ต้องพูดถึงละ ซึ่งก็อำนวยความสะดวกโดยอาจารย์หลายท่านที่คุยกันอยู่นี้

รองลงมาอีกอันหนึ่งคือการแพทย์แผนไทย บังเอิญว่าผมเกิดมาจากแพทย์แผนไทย คุณตาผมนั่นคือหมอเพชรหมอลอย แล้วก็มีความรู้คุณอะไรอีกหลายคน แล้วในขณะเดียวกันเพื่อนคุณพ่อผมก็เป็นหมอจีน เพราะฉะนั้นเราได้รับรู้เรื่องหลายอันในเรื่องนี้ เราคิดว่าถูกที่สุดในระยะนี้น่าจะเป็นแพทย์แผนไทย แล้วก็ช่วยบริการหลายๆด้านให้ประชาชนให้มีร่างกายแข็งแรง โรคภัยไข้เจ็บลดน้อยลง เรามาคิดอย่างนั้น เพราะฉะนั้นการแพทย์แผนไทยเกิดขึ้นนั้น เราก็คิดว่า ก่อนนั้นเขาไม่เรียกการแพทย์แผนไทยนะครับ เขาเรียกการแพทย์โบราณ แพทย์แผนโบราณ เราก็บอก ผมไม่พูดถึงนะแพทย์แผนโบราณ ผมไม่เห็นด้วยต้องพูดแพทย์แผนไทยนะครับ เจาะจงเลย แล้วก็บังเอิญที่บ้านนี้หมอเพชรหมอลอย บ้าน

สี่พระยานี้ ทุกคนก็รู้แน่ครับว่าคุณตาผมทำอะไรบ้าง เราถืออันนี้มาผูกพันจนกระทั่งเกิดแพทย์แผนไทยขึ้นที่อภัยภูเบศร์ ก็หมอมที่เสียชีวิตไปแล้วนะครับที่ทำเรื่องนี้ คือ หมอเพ็ญญา^{๖๗} เป็นคนดึงมารวมกัน

เราก็มาคิดต่อไปว่า ถึงแม้จะเอาแพทย์แผนไทยเข้ามาแล้ว แต่แพทย์แผนปัจจุบันยังมีแพทย์ ผู้เชี่ยวชาญอยู่ตลอด มันก็ลงไม่ถึง ลงไม่ถึงชาวบ้าน เพราะฉะนั้นเราจะทำยังไงที่ที่เก่าเขามีแพทย์กับพยาบาลแล้ว เราก็คิดว่าน่าจะให้มีผดุงครรภ์และพนักงานอนามัยที่จะมาช่วย ผดุงครรภ์นี้เกิดก่อนแพทย์พยาบาล แล้วก็มาผดุงครรภ์แล้วถึงจะมาพนักงานอนามัย^{๖๘} พอผดุงครรภ์แล้วเราก็บอกว่า ผดุงครรภ์อย่างเดียวก็คงจะอยู่ในกรอบเท่านั้น มันลงลึกไม่ได้ ก็มีการผดุงครรภ์ การทำคลอดเท่านั้น มันเข้าไปสูขาภิบาลอะไรต่ออะไรไม่ได้เลย เราก็เลยเอาเอาพนักงานอนามัยอีกพวกหนึ่งเออะ ก็ทำโรงเรียนพนักงานอนามัยขึ้นมา เพื่อที่จะดำเนินการออกข้างนอกไป วางฐานให้หมด

นพ.โกมาตร : อาจารย์ครับ สมัยที่เริ่มคิดเรื่องผดุงครรภ์นี้ สมคบคิดอยู่กับใครครับอาจารย์

นพ.ไพโรจน์ : ตอนนั้นมีผดุงครรภ์ก่อนผมนะครับ ซึ่งเป็นรุ่นคุณอาคุณน้าผม เพราะคุณน้าผมเป็นพยาบาล ผดุงครรภ์ แต่พนักงานอนามัยก็มีเรา ๓ คน ที่เรียกว่าเถียงกันทะเลาะกันอยู่เรื่อย คือ อมร^{๖๙} วินิจ^{๗๐} และผผคงรู้จักนะครับ ก็มาคิดกันว่าควรจะทำพนักงานขึ้นมาใหม่สักคนหนึ่ง เป็นพนักงานอนามัย แล้วก็ให้มีผู้ช่วย

๖๗ หมายถึง แพทย์หญิงเพ็ญญา ทรัพย์เจริญ เสียชีวิตด้วยโรคมะเร็งถุงน้ำดีเมื่อวันที่ ๒ เมษายน ๒๕๕๐
 ๖๘ ภายหลังที่รัชกาลที่ ๘ ทรงโปรดเกล้าฯ ให้สถาปนากรมสาธารณสุขขึ้นในสังกัดกระทรวงมหาดไทยเมื่อ พ.ศ. ๒๔๖๑ แล้วก็ให้การสงเคราะห์แม่และเด็กมีฐานะเป็นกิจการอย่างหนึ่งของกรมสาธารณสุข ใน พ.ศ. ๒๔๖๔ โดยกำหนดให้มีตำแหน่ง “นางสงเคราะห์สูขาภิบาล” (ภายหลังการเปลี่ยนแปลงการปกครอง พ.ศ. ๒๔๗๕ และได้ยกฐานะสูขาภิบาลเป็นเทศบาลใน พ.ศ. ๒๔๗๘ ตำแหน่งนางสงเคราะห์สูขาภิบาลได้เปลี่ยนเป็น “นางสงเคราะห์เทศบาล” แทน) ต่อมาใน พ.ศ. ๒๔๘๔ กรมสาธารณสุขได้จัดตั้งโรงเรียนอบรมผดุงครรภ์ขึ้นลงทั้งในนครวิเศษพยาบาล จึงนับเป็นโรงเรียนผดุงครรภ์แห่งแรกของประเทศไทย โดยเปิดรับนักเรียนปีละ ๒๐ คน มีระยะเวลาการศึกษา ๑ ปี เมื่อจบการศึกษาแล้วจะได้รับประกาศนียบัตรผดุงครรภ์ชั้น ๒ ผู้เข้าอบรมนั้นคัดเลือกส่งมาจากอำเภอต่างๆ จากทั่วประเทศ และเมื่อจบการศึกษาแล้วกรมสาธารณสุขก็จัดส่งกลับไปปฏิบัติงานตามเดิมเพื่อช่วยเหลือในการคลอดบุตร และมารดาทารกสงเคราะห์ ตลอดจนงานสาธารณสุขอื่นๆ เช่น การปลูกฝี และการฉีดวัคซีน เป็นต้น หลังจากนั้นใน พ.ศ. ๒๔๘๑ กิจการสงเคราะห์แม่และเด็กโดยชายสวี้น โดยมีตำแหน่ง “นางผดุงครรภ์ ชั้น ๒” เหนือชั้น ส่วนตำแหน่ง “นางสงเคราะห์เทศบาล” ก็เปลี่ยนชื่อเป็น “นางสงเคราะห์” หรือพยาบาลอนามัย หลังจากนั้นใน พ.ศ. ๒๔๘๒ กิจการสงเคราะห์แม่และเด็กได้รับการยกฐานะขึ้นเป็น “แผนกสงเคราะห์แม่และเด็ก” และเปลี่ยนเป็น “กองสงเคราะห์แม่และเด็ก” ขึ้นกับกรมสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุขใน พ.ศ. ๒๔๘๕ ในระหว่าง พ.ศ. ๒๔๘๓ - ๘๕ กรมสาธารณสุขได้จัดตั้งหน่วยสงเคราะห์แม่และเด็กเคลื่อนที่ขึ้นจำนวน ๑๐ หน่วย โดยมีหน่วยรถยนต์ ๘ หน่วย และหน่วยเรือยนต์ ๑ หน่วย โดยครั้งหนึ่งได้รับความช่วยเหลือจากองค์การสหประชาชาติแห่งประเทศไทย (UNAC) และใน พ.ศ. ๒๔๙๕ ก็ได้ปรับปรุงหลักสูตรการศึกษา วิชาผดุงครรภ์ เป็น ๑ ปี ๖ เดือน โดยรับผู้สมัครที่ทันความรู้สำเนาเข้ามีรอบปีที่ ๓ หรือเทียบเท่า ปี ๗ และมีอายุระหว่าง ๑๙ - ๒๕ ปี และใน พ.ศ. ๒๔๙๖ ได้จัดให้มีการอบรมผู้ตรวจจากนางสงเคราะห์ มีระยะเวลา ๖ เดือน ณ โรงเรียนผดุงครรภ์วิเศษพยาบาล โดยผู้เข้ารับการอบรมรุ่นแรก มีจำนวน ๘ คน และเมื่อสำเร็จการศึกษาแล้วได้รับมอบหมายให้ไปปฏิบัติงานยังจังหวัดต่างๆ เพื่อให้คำแนะนำ และควบคุมการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่อนามัยและผู้มีหน้าที่เกี่ยวข้องกับด้านกรอนามัยแม่และเด็ก คือ พยาบาลอนามัย ผดุงครรภ์ เป็นต้น การอบรมเช่นนี้จัดทำขึ้นอีกครั้งในปีต่อมา แต่หลังจากนั้นตั้งแต่ พ.ศ. ๒๔๙๙ เป็นต้นมาก็เปลี่ยนเป็นการให้การศึกษารายวิชาผดุงครรภ์และอนามัย ปีละ ๕๐ รุ่น เพื่อผลิตพยาบาลอนามัย ออกประจำปฏิบัติงาน ณ สถานีอนามัยในจังหวัดต่างๆ ทั่วประเทศ ต่อมาการอบรมผู้ตรวจการนางสงเคราะห์ก็ได้ถูกนำกลับมาดำเนินการอีกครั้งตั้งแต่ปีงบประมาณ ๒๕๐๔ เป็นต้นมา โดยคัดเลือกพยาบาลอนามัยจากจังหวัดต่างๆ เข้ารับการอบรมปีละ ๑ รุ่นๆ ละ ๔๐ คน โดยมีวัตถุประสงค์ให้ผู้ที่จบการอบรมช่วยแบ่งเบาภาระของพยาบาลอนามัยผู้ปฏิบัติงานจากส่วนกลาง ดูข้อมูลประวัติสำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุขได้ที่ <http://hp.anamai.moph.go.th/about.php>
 ๖๙ นายแพทย์อมร นนทสูต อดีตอธิบดีกรมอนามัย และปลัดกระทรวงสาธารณสุข
 ๗๐ นายแพทย์วินิจ อิศวเสนา อดีตอธิบดีกรมควบคุมโรคติดต่อ และรองปลัดกระทรวงสาธารณสุข

ของพนักงานอนามัยที่จะมาทำงานทำทั้งด้านทั่วไป การป้องกันโรคทั่วไปแล้วก็ด้านสุขภาพิบาล เพราะฉะนั้นก็ทำอันนี้ขึ้นมา อันนี้ผมว่ามันได้ประโยชน์ เพราะว่าพอลงไป เราใช้เขาไม่ใช่เฉพาะสุขภาพิบาลเท่านั้น อย่างอื่นได้อีกหลายอันที่ให้เราทำ เพราะฉะนั้นขณะนี้เจ้าหน้าที่ ๒ ประเภทนี้ไปทำล้งลึกมาก แล้วผมอยากจะขอเรียนว่าพอลงไปลึกแล้วเราก็ไปสร้างสถานีอนามัยขึ้นมา เกิดสถานีอนามัยขึ้น ๑ ชั้น ๒ อะไรก็แล้วแต่ขึ้นเพื่อให้พวกนี้อยู่ ฉะนั้นเมื่อพวกนี้อยู่เราก็แทรกเข้าไป เอาผดุงครรภ์แทรกเข้าไป ก็บริการได้ทั้งหมด ไม่ใช่เฉพาะสุขภาพิบาลอย่างเดียว มีทั้งผดุงครรภ์และการรักษาพยาบาลชั้นแรกๆ ก็ทำได้

จนกระทั่งเมื่อเราสร้างอะไรเสร็จ มีพนักงานอนามัย มีสถานีอนามัยแล้ว วันหนึ่งพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวเสด็จมา แล้วทรงรับสั่งว่า หมอที่ทำอยู่นี้ดีแล้ว แต่ไม่พอหรอกนะ ที่มีพนักงานผดุงครรภ์ พนักงานอนามัยนี้ไม่พอ หมอต้องช่วยชาวบ้านเขาอีก เพราะท่านบอกว่าแค่นี้ไม่พอ น่าจะทำหน่วยเคลื่อนที่ คำว่าหน่วยเคลื่อนที่เกิดจากตอนนั้น ควรจะทำหน่วยเคลื่อนที่และเอาเจ้าหน้าที่ไปวางจุดให้ดี มันจะได้ทำให้เป็นกลุ่มเป็นก้อน ให้มี "area" [พื้นที่] มากขึ้น ให้ชาวบ้านได้รับมากขึ้น ถ้าพนักงานอนามัยอยู่ในสถานีอนามัยมันก็อยู่เท่านั้นแหละ เพราะฉะนั้นตรงนี้ก็เกิดขึ้นมา ผมขอเรียนว่าพอท่านรับสั่ง ท่านก็บอกว่า เอาเงินไป ๒๒,๐๐๐ บาท ตอนนั้นอยู่กรมอนามัยและไปทำหน่วยเคลื่อนที่ ท่านให้เงินเลย ๒๒,๐๐๐ บาท ให้ไปทำหน่วยเคลื่อนที่ กรมอนามัยจึงไปสร้างหน่วยเคลื่อนที่ขึ้นขึ้นมา^{๙๐} เพราะฉะนั้นเดี๋ยวนี้หน่วยเคลื่อนที่มันจะมากเกินแล้วขณะนี้ แต่ว่าอย่างไรก็ตาม ก็เป็นประโยชน์มาก นอกจากเราเอาวิชาการแท้เข้าไป เสร็จแล้วเราเอาหน่วยเสริมเข้าไปเพื่อให้บริการเท่าที่เจ้าหน้าที่ทำได้ ไม่ล้งลึกนัก ในขณะที่เดียวกันคือเรื่องแพทย์จีน ผมเกิดมาแพทย์ไทย แต่คุณพ่อผมเป็นเชื้อจีน พอไม่สบายอะไรก็เรียกหมอจีน "ตั้งอีกขอ" อยู่ที่สี่

ก๊กพระยาสี่ นั้นแหละเป็นหมอจีน เพราะฉะนั้นเราก็เห็นว่าทั้ง ๓ แพทย์เหมาะที่จะทำงาน แต่บังเอิญเรามุ่งเรื่องแพทย์แผนไทยและแพทย์แผนโบราณให้กระจายมากขึ้น แพทย์แผนจีนนี้เราก็ไม่อยากจะไปดึงเขามากนัก เขาอาสาที่จะมาช่วย เราก็ไม่อยากจะเขามา แต่แพทย์แผนจีนเขาก็ "offer" [เสนอตัว] และเขาเก่งทางด้านกระดูก อันนี้ผม "test" [ทดสอบ] ดู คุณน่าจะสว่นหมากที่สี่พระยา เราก็มีคุณน้ากับตัวเรา ถ้าคุณยายเราต้องการหมากก็บอกไฟโรจไม่ไปขึ้นหมาก ก็ต้องป็นขึ้นไป บางทีก็ใช้บันได บังเอิญนำตก ต้นหมากลงมาที่ดิน แล้วก็ตกน้ำ แต่ไม่มีใครเห็น เรา ก็บังเอิญคุณยายใช้ให้ไปป็นต้นหมากก็เจอใครร้องฮือๆ อยู่ ก็เจอน้ำอยู่ในน้ำ ดึงขึ้นมา เห็นกระดูกห้อยเลย ขาแขนห้อย ก็ไม่รู้ว่าจะทำอย่างไร ตอนนั้นโตแล้ว แต่ยังไม่ได้เข้าโรงเรียนแพทย์ ก็ไปบอกคุณพ่อ คุณพ่อเรียกแพทย์จีน เราแปลกใจมาก มาถึงก็จับและมัด แล้วก็กินยา และแกตั้งขึ้นจนกระทั่งเดี๋ยวนี้ ต่อมาแกไปตายตอนรดคว่ำ แต่ว่าตกต้นไม้ไม่ตาย ตรงนี้ผมแปลกใจมาก ผมถึงบอกว่า เราคิดว่าขณะนี้แพทย์แผนไทยนั้นดี แล้วก็มาแพทย์แผนปัจจุบัน และมาเจอแพทย์แผนจีน ผมคิดว่าถ้าเราเอา ๓ แพทย์มารวมกัน และใครเก่งทางไหนเอาทางนั้น ร่วมกันแล้ว มันก็จะดีสำหรับความคิดผมและเวลาอบรม มันก็ออกมาอย่าไปคำนึงว่าต้องมีดึกรี ดอกเตอร์ดึกรี มาสเตอร์ดึกรี ซึ่งผมเฉยๆ ในใจผมนั้น เราทำอย่างไรให้กว้างที่สุดเท่าที่กว้างได้ เราสนับสนุนช่วยประชาชนให้ดีที่สุด เราต้องการอย่างนั้น ส่วนจะลึกไปไหมนั้นอีกเรื่องหนึ่ง ถ้าเราวมกันทำได้ มีพวกน้องๆ หลายนคน และมีพวกแพทย์แผนไทยมาบอกว่า เราจะทำอย่างไรที่จะขยายเรื่องนี้ เพราะการสาธารณสุขจะพึ่งอันใดอันหนึ่งไม่ได้ สำหรับใจผมต้องตัวเขาเอง และเรื่องที่เขาสนใจทุกอย่าง ที่จะดูแลสุขภาพของเขาให้ดี บางคนชอบแพทย์แผนจีน บางคนชอบแพทย์แผนไทย อย่าไปเจาะจงแพทย์แผนปัจจุบัน อันนี้ผมไม่เห็นด้วย ถ้ารวมกันได้ เราเอาแพทย์แผนโบราณเข้า

๙๐ โนนที่ ๒ เรื่องระบบบริการสุขภาพนั้น นายแพทย์ไฟโรจ ระบุว่าหน่วยแพทย์เคลื่อนที่เกิดขึ้นครั้งแรกในช่วง พ.ศ. ๒๔๙๖ - ๗

๙๑ ม.ร.ว. คึกฤทธิ์ ปราโมช เป็นนายกรัฐมนตรีคนที่ ๑๓ ของไทย เป็นรัฐบาลในระหว่างเดือนมีนาคม พ.ศ. ๒๕๐๔ ถึงเดือนเมษายน พ.ศ. ๒๕๐๕ ออกนโยบาย "เงินฝืด" หรือการรั้งเงินงบประมาณลงไปในระบบ สร้างโครงการต่างๆ เช่นท่าอาน จุดคลอง สร้างสะพาน รวมทั้งมีนโยบายช่วยเหลือคนยากจนด้วยการรักษาพยาบาลฟรี เรียนฟรี ขึ้นรถเมล์ฟรี ปลูกพรวมนานาชาติ ม.ร.ว. คึกฤทธิ์ ในที่สุด พงษ์โพธิ์ และ ศิวดี เบคคอฟ เศรษฐกิจการเมืองไทยสมัยอภิมหาเศรษฐี (เชียงใหม่) สิลค์วอร์มบุ๊คส์, ๒๕๐๙, ๕๐๙ - ๕๑๐.

สถาบันราชภัฏนครราชสีมา
๒๕

มารวมกันได้ และถ้าจำเป็นจริงๆ ก็ลองดูว่าในชุมชน
ไหนมีคนเยอะก็ลองเอาตรงนี้เข้ามา ถ้าเราทำตรงนี้ได้
ผมว่าถูกก็ถูก กระจายก็ได้ดี สำหรับใจผมนะครับ

นพ.โกมาตร : สมัยผมไปเก็บข้อมูลทำวิจัยอยู่ที่สุรินทร์ ที่
นั่นมีสถานีอนามัย เขาบอกว่าสมัยนั้นทางการก็บอก
ให้คนตีบริจาที่ดิน และใครบริจาที่ดินก็ให้เอาลูก
มาเรียนเป็นผดุงครรภ์ และกลับไปประจำอยู่ในท้อง
ถิ่นของตัวเอง ซึ่งก็ทำได้ในระดับหนึ่ง ต่อมาภายหลัง
ในช่วงนโยบายรักษาพยาบาลฟรีของรัฐบาลของท่าน
คึกฤทธิ์^{๑๓} ทำให้ความต้องการทางการแพทย์เพิ่มมาก
ขึ้น ในช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ
นั้น ก็เริ่มที่จะมีการขยายระบบบริการสุขภาพเข้าไป
ในชนบทมากขึ้น ผมอยากจะฟังเรื่องราวของคุณ
พูลทรัพย์ ซึ่งเป็นคนดูแลการเงินอยู่ที่สำนักงาน
ประมาณ และเป็นกำลังสำคัญในการผลักดันให้บริการ
สุขภาพขยายตัวไปในชนบทได้กว้างขวาง ไม่ทราบว่า
คิดอะไรอย่างไรในตอนนั้นจึงทำการมีผลกระทบกว้าง
ขวางกับสังคมต่อมาอย่างมา

พูลทรัพย์ ปิยะอนันต์ : ผมรับงาน^{๑๔} ของกระทรวง
สาธารณสุขประมาณปลายปี ๒๕๒๒ ตั้งแต่ปี ๒๕๒๒
ถึง ๒๕๒๔ ต้องขอขอบคุณกระทรวงสาธารณสุขที่ได้พา
ผมไปดูงานต่างๆ ของกระทรวงสาธารณสุขในต่าง
จังหวัด ผมเห็นแล้วรู้สึกเห็นใจแพทย์มาก เห็นปัญหา
ของสาธารณสุขในชนบท และเมื่อผมเรียนทาง
เศรษฐศาสตร์มา ทางเศรษฐศาสตร์ที่เราเรียนเน้นทาง
เรื่องของการกระจายรายได้ เมื่อไปเห็นแล้วที่สำคัญก็
คือ เรื่องโรงพยาบาลอำเภอ ๑๐ เตียง แต่มีหมอคน
เดียว บางแห่งไม่มี[หมอ] เมื่อมีหมอคนเดียวก็ปรากฏ
ว่าต้องทำอะไรทุกอย่างหมด และก็เป็นที่ค้ำยา บาง
แห่งติดหนี้ตั้งหลายล้าน ถึงหกเจ็ดล้านก็มี บางคน
ยังจบมาใหม่ๆ จบมาปีสองปีก็เป็นหนี้ตั้งหลายล้าน
แล้ว เพราะว่าคนเก่าทำมาด้วย เมื่อเป็นเช่นนี้แล้วก็มี
ปัญหาต่อไปว่า หมอก็ไม่อยากไป หรือไปอยู่ก็อยาก
รีบกลับ เพราะฉะนั้นสาธารณสุขก็ยิ่งแย่ไปใหญ่

เรื่องที่ ๒ นอกจากเรื่องยากก็ยังมีเรื่องเกี่ยวกับ
ปัญหาของหมอที่ไม่สามารถส่งต่อคนไข้ได้เพราะว่า
ช่วงนั้นมีแต่หมอเดอร์ไซค์ โรงพยาบาล ๑๐ เตียงนั้น มี
แต่หมอเดอร์ไซค์ ก็ไปเห็นปัญหาในตอนนั้นราวปี
๒๕๒๒ - ๒๕๒๓ พอผมไปเห็นถ้าเราไม่แก้ โอกาสที่
เราจะทำให้หมอไปอยู่ในชนบทนั้นเป็นไปได้แน่ ผม
ก็เลยใช้ระบบของการกระจายทางงบประมาณ คือ
ผันเงินงบประมาณ ผมจึงเรียนมาทางกระทรวง
สาธารณสุข ทางสำนักงานปลัด (ส.ป.) ตอนนั้นคุณ
หมออูทัย^{๑๕} เป็นผู้อำนวยการกองสาธารณสุขภูมิภาค
หลังจากนั้นก็ได้คุยกันว่า ถ้ามีเงินอะไรที่สามารถผัน
มาได้ให้แฉ่งมาที่ผม ตอนนั้นเป็นซี ๗ แต่มีบทบาท
เยอะมาก เพราะงบประมาณทั้งกระทรวงสาธารณสุข
เราก็เห็นว่าถ้าทำมาเราจะรีบตอบสนองโดยเร็ว คือ

ประการแรก เพื่อที่จะให้แพทย์อยู่ให้ได้ สร้าง
ประสิทธิภาพของสาธารณสุขในชนบท โดยใช้วิธีการ
ทางด้านงบประมาณร่วมกับยุทธศาสตร์ทาง
สาธารณสุขที่ไปสู่ชนบท ถ้าทำเรื่องมาเราก็จะรีบ
เปลี่ยนแปลงเงินไม่ว่าเงินที่ไหนที่มีอยู่ เราก็จะ
เปลี่ยนแปลงไปเป็นเงินค้ำยาเพื่อลดหนี้ของเขา เขาก็
จะได้ไม่ต้องยุ่ง กังวลเรื่องของการเป็นหนี้ จะได้รักษา
คน[ไข้ได้เต็มที่]

ประการที่สอง ทำอย่างไรถึงจะสร้างความเป็นอยู่ที่ดี
ขึ้นและทำให้หมอสะดวกยิ่งขึ้น เพื่อให้มีกำลังใจที่จะ
อยู่ในชนบท ก็บอกว่าขอให้โอนเงินมาเถอะในการซื้อ
รถปิคอัพ เพราะว่าในสมัยนั้นถ้าให้ผมขี่มอเตอร์ไซค์
ผมก็ขี่ไม่ได้ และถ้าเราลองมานึกถึงใจเรา ถ้าเราเป็น
หมอก็ไปอยู่แบบนั้นอยู่ไม่ได้แน่ คนอยู่ก็ต้อง[มีใจ
สู้]เหลือเกิน เราคิดถึง[ตัวเขา]ตัวเรา เพราะฉะนั้นเมื่อ
ขอโอนเงินมาจะให้เปลี่ยนเป็นรถปิคอัพทันที เพื่อให้
เขาสามารถออกไปสู่โลกภายนอกได้สะดวก เพราะ
สมัยก่อนถนนไม่ค่อยจะดี โคลนก็เยอะแยะ เพราะ
ฉะนั้นชื่อออกมาข้างนอกลำบากมาก ก็ขอโอนเงินมา

๑๓ หมายถึง ได้รับมอบหมายให้ปฏิบัติงานงบประมาณของกระทรวงสาธารณสุข - พูลทรัพย์

๑๔ หมายถึง นายแพทย์อุทัย สุดสุข

๑๕ ดูรายละเอียดใน คณะอนุกรรมการวางแผนพัฒนาการสาธารณสุข สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, แผนพัฒนาการสาธารณสุข ตามแผนพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ ๕ (พ.ศ. ๒๕๒๕ - ๒๕๒๙) (กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์สำนักข่าววาณิชย์ กรมพาณิชย์สัมพันธ์, ๒๕๒๕) และ สำนักงานนโยบายและแผนสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข, ลมคมพัฒนาสังคม สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์, และมหาวิทยาลัยเอริก, สถานภาพของแผนพัฒนาการสาธารณสุขในอดีต - ปัจจุบัน ช่วงแผนพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ ๑ - ๘ (พ.ศ. ๒๕๐๕ - ๒๕๓๕) (กรุงเทพฯ: บริษัทเคอ เบสท์ กราฟิค ดีไซน์ จำกัด, ๒๕๓๗)

เพื่อ [ซื้อรถปิคอัพ] ให้เขาสามารถไปไหนได้ และยัง
สามารถส่งต่อคนไข้ได้ นอกจากนั้นแล้ว ผมยังมี
ความประทับใจว่าหมอในชนบทนั้น หมอเขามีคน
เดียว แต่ว่ามีเตียงคนไข้ ๑๐ เตียง แล้วเลือดก็ไม่มี
หากเผชิญคนไข้มาเลือดกรุ๊ปเดียวกับหมอ หมอก็
บริจาคเลือดเอง ผมเห็นอย่างนี้แล้วผมประทับใจเรื่อง
นี้มาก ผมคิดว่าต้องทำอะไรให้มากที่สุดเท่าที่ทำได้ใน
การที่จะสร้างศักยภาพและให้หมออยู่ในชนบทให้ได้
ตอนนั้นที่ ๗ เองนะครับ

หลังจากนั้นก็ได้มีการทำแผนสาธารณสุขแผนที่ ๕
ตั้งแต่ ๒๕๒๕ - ๒๕๒๙^{๓๖} รู้สึกว่าทำตั้งแต่ปี ๒๕๒๔
เพื่อจะใช้ปี ๒๕๒๕ - ๒๕๒๙ ในช่วงนั้นทางกระทรวง
สาธารณสุข [มีความสามารถในการวางแผนได้ดีมาก
อีกทั้งมีผู้ใหญ่ที่ดีมีความสามารถและมีจุดหมาย
กระจายการพัฒนาสาธารณสุขไปสู่ภูมิภาคและ
ชนบทอย่างจริงจัง นอกเหนือจากการพัฒนาการ
รักษาพยาบาลในกรุงเทพฯ - พูลทรัพย์] นอกจากนั้น
อีกเรื่องหนึ่ง คือเรื่องสาธารณสุขมูลฐาน^{๓๗} ได้ไปดูก็
ปรากฏว่ามีปัญหา คือ หลักการดีมากแต่วิธีการ
ปฏิบัติมีปัญหา เพราะสมัยก่อนเงินก็จำกัด มีกระเป๋
ยาแล้วก็ให้เงินไปพันบาท^{๓๘} รู้สึกว่าตอนนั้น อสม.
[อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน] หมู่บ้านหนึ่ง
มีอยู่คนเดียว รู้สึกว่าตอนนั้นยังไม่มี ผลส. [ผู้สื่อข่าว
สาธารณสุข]^{๓๙} ตอนนั้นก็ให้ไปหนึ่งพันบาทซื้อยา
ใส่กระเป๋าก็ไม่ได้แจกฟรีเพราะว่าเงินไม่มี^{๔๐} ถ้าคน
ไหนพอจ่ายได้ก็จ่าย จ่ายอย่างถูกๆ ไม่ก็บาท ๒-๓
บาท แต่ปรากฏว่าพอไปดูงานมีปัญหาผมไปกับคุณ
หมออุทัย ตอนนั้นกองสาธารณสุขมูลฐานยังไม่มี
ปรากฏว่าบางแห่งเงินเกือบหมดเพราะว่าแจกฟรีหมด
คนมีเงินก็ไม่เก็บ คนไม่มีเงินก็ไม่เก็บ เราก็คิดว่าเช่นนี้
เราคงหางบประมาณไม่ไหว ก็กลัวสาธารณสุข

มูลฐานจะล่มสลาย ก็เลยมานั่งคุยให้ความรู้แก่ อสม.
ทั้งหลายว่าต้องวางตามเกณฑ์ของเรา คือ ถ้าใครพอมี
เงินก็ให้เขาช่วยบ้าง เพื่อจะได้ช่วยคนอื่น และในส่วน
ที่ขาดเราจะมีงบประมาณ[เสริม]ให้ เช่น จะให้เป็น
เกณฑ์พันบาทจะขาดไปร้อยสองร้อยเราก็ตั้งงบ
ประมาณเสริมให้เพื่อที่จะดูแลคนชนบทในระดับล่าง
ได้ เป็น "primary health care" [การสาธารณสุข
มูลฐาน] เพื่อช่วยสนับสนุน "basic health care"
[การดูแลสุขภาพขั้นพื้นฐาน] "secondary health
care" [การดูแลสุขภาพ และ "tertiary health care"]
การดูแลสุขภาพ ต่อไป ถ้าไม่เช่นนั้นทำไม่ได้ พวกเรา
เห็นปัญหา เราได้แก้ไขไปในลักษณะที่เป็นปัญหา
เฉพาะหน้า^{๔๑}

นพ.โกมาตร : ที่เริ่มทำตอนที่ยังไม่เป็นแผนรารันดี หรือ
ว่ามีอุปสรรคในการนำแนวความคิดต่างๆ เหล่านี้ไป
ใส่ในระบบ

พูลทรัพย์ : ก็มี เพราะว่าตอนนั้น การที่จะผันเงินจากการ
ก่อสร้าง คือสมัยก่อนจะเป็นงบประมาณก่อสร้างเยอะ
ในการที่จะผันเงินการก่อสร้างจาก "hardware" มาสู่
"software" เหล่านี้ลำบากมาก เพราะคนจะเห็นแต่
ก่อสร้าง มีแนวความคิดเรื่อง "software" น้อยมาก
โดยเฉพาะที่ทำงานผมก็เป็นเช่นกัน เพราะฉะนั้น
ประสบความสำเร็จลำบากพอสมควรทีเดียว นอกจาก
นั้นยังมีปัญหาว่า ตอนที่เราทำงบประมาณ เราเห็น
ปัญหาในสาธารณสุขมีปัญหามาก^{๔๒} แต่ในกรุงเทพฯ
การก่อสร้างมีมากมายเหลือเกิน เราเคยพูดกันเล่นๆ
ว่าแถวอนุสาวรีย์ฯ แผ่นดินทรุดเยอะเพราะว่าสร้างกัน
จิง โรงพยาบาลเยอะแยะเลย ผมคิดว่าจะทำอย่างไร
เพราะงบประมาณมีจำกัด ถ้าเราจะเพิ่ม[งบประมาณ]
ก็จะเพิ่มได้นิดเดียว และไม่สามารถกระจาย

๓๖ กระทรวงสาธารณสุขได้เริ่มดำเนินการสาธารณสุขมูลฐานตั้งแต่แผนพัฒนาการสาธารณสุข ฉบับที่ ๕ (พ.ศ. ๒๕๒๐ - ๒๕๒๕) โดยเน้นการฝึกอบรม ครูฝึกสาธารณสุขมูลฐาน และการอบรมอาสาสมัครสาธารณสุข ได้แก่ ผู้สื่อข่าวสาธารณสุข (ผลส.) และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ให้ครอบคลุมร้อยละ ๕๐ ของหมู่บ้านในชนบท และสนับสนุนยา และเวชภัณฑ์ประจำหมู่บ้าน ต่อมาในแผนพัฒนาสาธารณสุข ฉบับที่ ๕ (พ.ศ. ๒๕๒๕ - ๒๕๒๙) กระทรวงสาธารณสุขได้ขยายการอบรม ผลส. และ อสม. ให้ครอบคลุม ๑๐๐ เปอร์เซ็นต์ ทุกพื้นที่ในเขตชนบท โดยให้มีการดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐาน ครอบคลุมองค์ประกอบสำคัญ ๔ ประการ อันได้แก่ การให้การศึกษา การโภชนาการ การส่งเสริมภูมิคุ้มกันโรค การให้การรักษายาบาลโรคต่างๆ ที่พบบ่อยในท้องถิ่น การสุขภาพสิ่งแวดล้อมและการจัดหาน้ำสะอาด การจัดหาที่จำเป็นให้ใช้ในหมู่บ้าน การอนามัยแม่และเด็ก การวางแผนครอบครัว การควบคุมโรคประจำท้องถิ่น

๓๗ เพื่อเป็นเงินหมุนเวียนซื้อยาใส่กระเป๋ายา

๓๘ ผู้สื่อข่าวสาธารณสุข (ผลส.) จะเป็นผู้นำที่เป็นศูนย์กลางของการสื่อสารข้อมูลทางด้านสาธารณสุขระหว่างเจ้าหน้าที่สาธารณสุขกับชาวบ้าน และสามารถให้ความช่วยเหลือและความสะดวกแก่เจ้าหน้าที่สาธารณสุขในการให้บริการสุขภาพต่างๆ แก่ชาวบ้าน และจะทำให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขของรัฐสามารถรับรู้และแก้ปัญหาสุขภาพของชาวบ้านได้ตรงจุดมากยิ่งขึ้น

๓๙ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) คือ ผลส. ที่ได้รับการฝึกอบรมเพิ่มเติมในการให้บริการดูแลสุขภาพขั้นพื้นฐาน หรือสามารถให้การรักษายาบาลโรคเจ็บป่วยแบบพื้นฐานให้แก่ชาวบ้านโดยคิดค่าบริการเพียงเล็กน้อยเท่านั้น ดูรายละเอียดได้ใน วิทยาทอง นงศิริวัฒน์ และคณะ. "โครงการสาธารณสุขมูลฐาน." (โครงการศึกษาเพื่อจัดเตรียมโครงการสำหรับแผนพัฒนาชนบทยกจน ดำเนินการโดยสมาคมกวีจันทรวิทย์วิทยายุทธ เลขที่ ๑๑๓ ถนนจันทน์ กรุงเทพมหานคร ๑๐๑๑๐๑) และดูพิศักดิ์ เมื่อนอกสม. เชื้อโรค ร่างกาย และรัฐสาธารณสุข. ๒๕๓๗ - ๒๕๔

๔๐ หมายถึง ในตอนแรกนั้นยังไม่ได้อาชีพที่ให้แก่ผู้ป่วยในหมู่บ้าน เพราะเงินงบประมาณยังไม่พอ - พูลทรัพย์

๔๑ ในภายหลังคุณพูลทรัพย์ขยายความเพิ่มเติมว่าหมายถึง การแก้ไขปัญหามาในเชิงระบบเป็นองค์รวมโดยบูรณาการด้านแผนและงบประมาณ มิใช่การดูแลแต่สิ่งที่ปัญหาเฉพาะหน้า - พูลทรัพย์

๔๒ หมายถึง งบประมาณด้านสาธารณสุขในภูมิภาคและชนบทมีปัญหามาก - พูลทรัพย์

สาธารณสุขได้เร็วเท่าที่ควร ก็เลยบอกว่าจะต้องคล้ายๆ กับผันเงินงบประมาณจากส่วนกลางไปสู่ชนบท ชะลอการก่อสร้างในกรุงเทพฯ ไว้บ้าง จากที่สร้างมากมาย เพื่อผันเงินไปสู่ชนบท

นพ.โกมาตร : เรียกว่าเปลี่ยนความคิดสวนกระแสหลักเลยนะครับ

พูลทรัพย์ : ครับ เปลี่ยนความคิดสวนกระแสหลักเลย เพราะผมมองเห็นว่า ถ้าหากเราไม่เปลี่ยนอย่างนี้ คนก็แห่เข้ากรุงเทพฯหมด พวกชาวชนบทก็จะแห่มารักษากรุงเทพฯ เพราะบริการสาธารณสุขไม่เพียงพอ และผมได้อ่านเอกสารของกระทรวงสาธารณสุข ที่ทำการศึกษาพบว่า คนต่างจังหวัดมารักษาที่กรุงเทพฯ บางที่ต้องขายควาย บางที่ต้องขายที่เป็นต้น ในขณะที่เขาก็ยากจนจะแะอยู่แล้วและต้องเป็นหนี้สินอีก ถ้าเราทำอย่างนี้ได้^{๔๒} ก็จะสามารถช่วย[พัฒนางาน]ภาคสาธารณสุข แล้วก็ช่วยให้เขาไม่เป็นหนี้และช่วยเขาให้มีชีวิตอยู่ได้พอสมควร นี่ก็เป็นเรื่องของการกระจาย[การสาธารณสุข]

นพ.โกมาตร : ช่วงนั้นงบประมาณในเมืองก็ชะลอลงมาก

พูลทรัพย์ : ไม่ชะลอครับ เพราะเราแค่ลดเรื่องของการก่อสร้าง และซื้อเครื่องมือที่แพงๆ ให้น้อยลง

นพ.โกมาตร : เห็นอาจารย์อารี^{๔๓} บอกว่าเวลาเจอคุณพูลทรัพย์นี้ตัวสั้นเลยครับ เพราะกลัวจะถูกตังบ

พูลทรัพย์ : เพราะการสร้างโรงพยาบาลรามธิบดีสมัยนั้นต้องสร้างใช้เงินมหาศาลเลย เป็นงบประมาณสูงมาก เพราะผมเองไม่ให้ความสำคัญเรื่องการก่อสร้างมากเกินไป ให้[ก่อสร้าง]เท่าที่จำเป็น แต่จะเน้นเรื่องคุณภาพของการรักษามากกว่า ตอนนั้นเมื่อเราลดเรื่องของการก่อสร้าง ลดเรื่องของวัสดุลง ก็สามารถ

ผันไปช่วยเรื่องของทางด้านการรักษา เรื่องของการป้องกันส่งเสริมสุขภาพ และตอนที่ทำนั้น ผมกับคุณหมอไพโรจน์ก็ได้คุยกันเรื่อย ว่าเราทำอะไรถึงจะปรับสัดส่วนในเรื่องของงบ “promotive - preventive” [เชิงการส่งเสริมและการป้องกัน] ให้เพิ่มขึ้นตลอดเวลา เพราะสมัยก่อน “curative” [เชิงการรักษา] นั้นมีสัดส่วนที่สูงมากในงบประมาณของกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งเราก็มามองแล้วว่าในเรื่อง “curative” นั้น ต่อให้เราเน้นมากๆ เท่าไรก็ไม่พอ ถ้าหาก “promotive - preventive” ไม่มาช่วย ก็พยายามทำเรื่องนี้ แต่ที่ได้มีผลมากที่สุดคือแผนสาธารณสุขฉบับที่ ๕ เพราะจากการที่พวกเราเริ่มต้นทำยุทธศาสตร์เหล่านี้ โดยเป็นยุทธศาสตร์ด้านสาธารณสุขร่วมกับยุทธศาสตร์ทางด้านงบประมาณ มาเป็นป่าทองโก้ โดยได้มาร่วมทำแผนพัฒนาการสาธารณสุขฉบับที่ ๕ ผมมานั่ง [ทำแผนและงบประมาณร่วมกันโดย] ใกล้ชิดที่กระทรวงสาธารณสุข ช่วยกันทำตลอดเวลา เพราะเห็นว่าถ้าแผนไม่ดียุทธศาสตร์ไม่ดี งบประมาณที่จะใช้ไม่เกิดประสิทธิภาพ[และประสิทธิผล] ผมไม่เอางบประมาณมาเป็นอำนาจ^{๔๔} ผมอยากจะเห็นว่าให้มียุทธศาสตร์ที่ดี หลักที่ดี แล้วเราจะ[จัดทำงบประมาณ]เสริมอย่างสุดหัวใจ คิดเช่นนี้ ก็เลยมาร่วมทำสาธารณสุข

เผชิญในช่วงนั้นผมไปเรียนที่เมืองนอกกลับมา ผมไปเรียนปริญญาโทด้าน “Public Administration” [การบริหารรัฐกิจ] ก็ได้มีการพูดถึงระบบงบประมาณแบบ “Planning, Programming, Budgeting” ตอนนั้นในตำรา มีและยกตัวอย่างกรณีโรเบิร์ต แม็คนามารา [Robert McNamara]^{๔๕} ซึ่งเป็นรัฐมนตรีกลาโหม แต่มาจากภาคธุรกิจ เขาก็ใช้ระบบงบประมาณแบบ “Planning, Programming, Budgeting” มาทำงบประมาณของกระทรวงกลาโหม โดยทำงบประมาณกลาโหมให้เกิดประโยชน์โดยสูงสุด โดยมองทางเลือกต่างๆ ในการใช้งบประมาณของเขา เมื่อผมได้เรียนรู้ทางนั้นกลับมา ก็ไม่มีโมเดล [model] ให้เห็นเลยว่าจะทำอะไร แต่รู้ว่าเป็นอย่างนี้ เผอิญเมื่อกลับมาและ

^{๔๒} หมายถึง การกระจายบริการสาธารณสุขไปสู่ชนบท - พูลทรัพย์

^{๔๓} ศาสตราจารย์เกียรติคุณนายแพทย์อารี วัลยะเสวี

^{๔๔} หมายถึง เอาแต่จัดงบประมาณ โดยไม่ร่วมจัดทำแผน - พูลทรัพย์

^{๔๕} โรเบิร์ต แม็คนามารา รัฐมนตรีกลาโหมคนที่ ๘ ของสหรัฐฯ ในช่วงระหว่าง ๒๐ มกราคม ค.ศ. ๑๙๖๑ ถึง ๒๙ กุมภาพันธ์ ค.ศ. ๑๙๖๘ ในสมัยของประธานาธิบดีจอห์น เอฟ. เคนเนดี (John F. Kennedy) และประธานาธิบดีลินดอน บี. จอห์นสัน (Lyndon B. Johnson)

^{๔๖} หมายถึง โดยการประยุกต์ระบบงบประมาณแบบ “Planning, Programming, Budgeting” กับหลักการและแนวคิดแบบเศรษฐศาสตร์สาธารณสุข - พูลทรัพย์

เมื่อทำแผนฯฉบับที่ ๕ ทางสาธารณสุขก็ยอดเยี่ยมที่มี ยุทธศาสตร์ที่ค่อนข้างดีมากมายที่เน้นในเรื่อง (๑) ทาง ด้านการป้องกัน และ (๒) การกระจายไปสู่ชนบท รวม กับยุทธศาสตร์หลายๆ อย่างที่สนับสนุนในเรื่องนี้ ผม ก็มาร่วมแล้วก็มาใส่แนวคิดเรื่องเศรษฐศาสตร์ สาธารณสุข^{๕๖} และอีก ๖ - ๗ ปีต่อมาเศรษฐศาสตร์ สาธารณสุข หรือ "Health Economic" เข้ามามี บทบาทมาก แต่ระยะหลังจะไปหมด ไม่สนใจ ใช้เงิน อย่างมหาศาลโดยไม่ได้ประโยชน์เท่าที่ควร

เผชิญผมเรียนด้านเศรษฐศาสตร์ แต่ไม่ได้เรียน เศรษฐศาสตร์สาธารณสุข แต่ "concept" [แนวคิด] ก็ คล้ายกัน ผมก็ได้ใช้แนวคิดทางด้านสาธารณสุขมา จับ [ในภาวะที่เรามีงบประมาณจำกัด - พูลทรัพย์] อย่างเช่นเรื่อง "marginal utility" อรรถประโยชน์ สุดท้าย คือ เมื่อใช้เงินเพิ่มขึ้นนั้น อรรถประโยชน์ สุดท้ายจะต้องคุ้มกว่าที่เราจ่ายเพิ่ม หรือเรื่อง "economies of scale" คือขนาดของการผลิตที่ ประหยัด ผมนำมาใช้กับโรงพยาบาล อย่างเช่นว่าใน กรณีโรงพยาบาลอำเภอ ๑๐ เติง ถ้าหากจะขยายจะ ต้องใช้ให้เกิดประสิทธิภาพเพราะลงทุนไปเยอะแยะ จะใช้ให้เกิดประโยชน์สูงสุดได้อย่างไร ก็หมายความว่า ถ้าสมมุติว่า ๑๐ เติง ๓๐ หรือ ๖๐ เติง ถ้า ไม่มีคนไข้มากกว่าร้อยเปอร์เซ็นต์ เกิน ๒ ปี เราจะไม่ ให้ขยาย[เตียง]เพราะว่าจะได้ "save" [ออมไว้] ไปทำ อย่างอื่น [ไม่ใช่] พอ [อัตราการครองเตียง] สัก ๙๐ เปอร์เซ็นต์ ก็สร้างแล้วขยาย [จำนวนเตียง] แล้ว [ใน ขณะนี้] หมอก็ไม่มี พยาบาลก็ไม่มี ที่เปิดใหม่ก็ยังไม่ หมอไม่ได้ โดยหลักทางด้านเศรษฐศาสตร์ ควรต้องมี คนไข้เกินร้อยเปอร์เซ็นต์สัก ๒ ปี เพื่อให้แน่ใจ เพราะ บางที่มันเปลี่ยนได้ เพราะพอสร้างที่อื่นเสร็จ^{๕๗} บางที่ มีการดึงคนไข้ พอ ๒ ปี ก็ขยายได้อย่างนี้เป็นต้น นี่คือ หลักของ "economies of scale" และหลักของ อรรถประโยชน์สุดท้าย เมื่อเราเพิ่มเงิน ผลประโยชน์ ต้องได้คุ้ม

ที่นี้การทำแผนพัฒนาสาธารณสุขฯ ฉบับที่ ๕ มัน จะต้องประมาณการงบประมาณ ๕ ปี [ให้สอดคล้อง กับแผน] เมื่อเราทำแผนแล้วผมถือหลักเลยว่า แผน นั้นต้องเป็นแผนที่ปฏิบัติได้จริง การจะทำให้แผน ปฏิบัติได้ก็คือ แผนกับงบประมาณต้องติดกันเป็นปาทองไก่เลย เพราะฉะนั้นจึงมาทำแผนร่วมกันตั้งแต่ แรก ก่อนหน้านั้นเวลากันงบประมาณก็ต้องเผื่อไว้^{๕๘} ก่อนมาร่วมสัมมนาได้ไปค้นหาของเก่ามาดู แฟ้มปี ๒๖ - ๒๗ ยังอยู่ เพราะทำด้วยความรักและด้วยความ จริงใจและทำให้มันดี ผมก็เก็บไว้ เพราะว่าเป็นสิ่งที่มี คุณค่า

นพ.โกมาตร : ขออนุญาตเอามาไว้ที่หอจดหมายเหตุด้วย นะครับ

พูลทรัพย์ : บางอัน^{๕๙} ก็เลื่อนๆ ไปแล้ว ตอนที่จัดทำบ งบประมาณ ๕ ปีล่วงหน้านั้นได้คิดอย่างหนักว่า แต่ว่า จะทำอะไรให้งบประมาณ ๕ ปี เป็นงบประมาณที่ ใกล้เคียงความเป็นจริงที่สุด เพราะไม่อย่างนั้น เวลาเขียน งบประมาณมันทำไม่ได้ เราก็จะถูกต่อว่าๆ ตั้งงบ งบประมาณบอกว่าจะใช้เท่านี้แล้วทำไมไม่ให้เท่านี้ เราก็ จะได้ทำเป็นกรอบไว้ ก็คิด model [แม่แบบ] โดย ทำการ "projection" [ประมาณการล่วงหน้า] งบ งบประมาณ ๕ ปี ของประเทศก่อน ว่าจากภาวะ เศรษฐกิจแบบนี้ ซึ่ง model นี้ไม่มีที่ไหนมี ผมคิดเอง ว่างบประมาณอีก ๕ ปี ข้างหน้า[ของประเทศ]นั้น งบ งบประมาณจะเป็นอย่างไรในแต่ละปี [ในระยะแผน พัฒนาสาธารณสุขฉบับที่ ๕ (พ.ศ. ๒๕๒๕ - ๒๕๒๙)] แล้วประมาณการล่วงหน้าสำหรับงบประมาณ กระทรวงสาธารณสุข - พูลทรัพย์]

ประการที่สอง ก็ดู "percentage share" [สัดส่วน ร้อยละ] ของ [งบประมาณสาธารณสุข] แต่ละปีว่า ควรจะเป็นเท่าไร และเมื่อไว้หน้อยหนึ่ง ให้มีความเป็น ไปได้ และเอายอดเงินนั้นเป็นภาพ "macro" [งบ

๕๗ หมายถึง โรงพยาบาลหรือขยายเตียงในจุดที่ไม่ห่างกันมาก - พูลทรัพย์

๕๘ คุณพูลทรัพย์อธิบายเพิ่มเติมว่า เมื่อก่อนเวลาทำงบประมาณมักจะขาดแนวทางที่ชัดเจน แต่เมื่อได้ร่วมทำแผนและจัดทำงบประมาณ ประมาณการล่วงหน้าควบคู่ไปด้วย ก็จะเกิดการบูรณาการ

๕๙ หมายถึง ตัวเลขบางตัวและบางข้อความ - พูลทรัพย์

ประมาณรวมของกระทรวงสาธารณสุขในระดับ
มหภาค] และก็มากำหนดภาพ “micro” [งบประมาณ
แยกตามหน่วยงานต่างๆ ในกระทรวงในระดับจุลภาค]
ทางด้านสาธารณสุขอีกครั้งว่า ถ้าจะทำงบประมาณนี้
ยุทธศาสตร์อย่างนี้จะต้องมีเป้าหมายประมาณเท่าไร
ปีหนึ่งโรงพยาบาลอำเภอ ๑๐ เตียง จะมีสักกี่แห่ง โรง
พยาบาล ๓๐ เตียงจะมีสักกี่แห่ง

ประการที่สาม เมื่อไล่ดูอย่างนี้แล้ว ผมก็ทำประมา
ดการงบประมาณ ๕ ปี ทั้งกระทรวง และประมาณการ
งบประมาณ ๕ ปี ของทุกกรม ทั้ง ๕ - ๖ กรม แต่ตอน
ที่ทำงานงบประมาณ ๕ ปีนั้น เรายึดหลักว่าเรื่อง
“promotive-preventive” ต้องมีความสำคัญสูงสุด
อย่างเช่น [การประมาณการ]งบประมาณปีแรกของ
แผนฯ เช่น ประมาณการปี ๒๕๒๕ งบประมาณเพิ่ม
ประมาณ ๑๕ เปอร์เซ็นต์ เราก็จะให้ อย่างเช่นของ
สป. [สำนักงานปลัดกระทรวง] ๑๕.๕ เปอร์เซ็นต์
เพราะมันมีงบผูกพันและยังปรับอะไรไม่ได้ แต่ว่าของ
อย. [สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา] นั้นให้
เยอะ [โดยจัดงบประมาณการงบประมาณ] ให้ ๑๖.๕
เปอร์เซ็นต์ เพราะว่ามัน “promotive-preventive”
อย่างนี้เป็นต้น เพราะเราจะดูทั้งหลักการเน้น
“promotive-preventive” มาจัด “priority” [ลำดับ
ความสำคัญก่อนหลัง] และสองเน้นว่า ความสำคัญ
เป็นอย่างไร [หากมีลำดับความสำคัญต่ำแต่] เรายัง
ลบไม่ได้^{๙๐} แต่ถ้าปีต่อไปไม่มีงบผูกพันปีหน้าก็จะ
[ปรับลดยอดของหน่วยงานและ/หรืองานของโครงการ
ที่มีความสำคัญต่ำ - พูลทรัพย์] เพื่อจะได้เน้น
“promotive-preventive” มากขึ้น

นพ.โกมาตร : ในระดับประเทศที่ทำช่วงแผนฯ ๔^{๙๐} แผนฯ
๕ จะเป็นช่วงของงานสาธารณสุขในระดับชุมชน และ
ตัวแผนมีเป้าหมายชัดเจนว่าเป็นแผนเพื่อที่จะพัฒนา
ชนบท มีเป้าหมายหลักอยู่ที่ชนบทยากจน ผมคิดว่า
ตรงนั้นอาจจะมีอาจารย์ หรือว่าคุณมองคล หรือ
อาจารย์อุทัย ช่วยเสริม แต่ตอนนี้ขอเรียนเชิญอาจารย์

อารี ว่าอาจารย์อยากจะเล่าความทรงจำส่วนตัวเกี่ยว
กับเรื่องประสบการณ์ที่อาจารย์ไปบุกเบิกเรื่อง
โภชนาการในชนบท เป็นช่วงที่ทำให้ทำงานในชนบทมี
ความชัดเจนขึ้น

ศ.นพ.อารี วัลยะเสวี : ผมตั้งแต่เริ่มเป็นนักเรียนมัธยมมา
ก็มีชีวิตอยู่ในกรุงเทพฯ ตลอด และยอมรับว่าได้พบ
ชีวิตที่นอกเหนือไปจากกรุงเทพฯ น้อยมาก แต่ผมได้
ไปเรียนรู้ในรูปแบบที่ว่า ช่างบ้านผมมีขุนโฮสดี ก็ได้มา
เรียนรู้จากท่านขุนโฮสดีในลักษณะค่อนข้างที่จะเป็น
แพทย์แผนโบราณมา นั่นก็ทำให้รู้สึกดีใจผมตั้งแต่
เป็นนักเรียน ว่าครอบครัวผมเป็นครอบครัวใหญ่ ผม
เป็นคนแรกคนโต ยังมีที่เหลืออีก ๙ คน มีสองแม่ ก็
ทำให้สอนผมว่า เราต้องช่วยดูแลญาติ ถ้าเราดูแล
ญาติเราไม่ได้ รู้สึกเป็นลักษณะที่ว่าน้องๆ เราคงแ
ยไม่รู้ว่าจะไปตามหาใคร เรื่องนั้นเรื่องนี้ต่างๆ ตรงนี้ไม่
ได้พูด “expose” ตัวเองกับส่วนภูมิภาค แต่เราเห็น
“need” ความต้องการของน้องของเรา นี่เป็นจุดเริ่ม
ต้นที่ผมสนใจทางด้านแพทย์เพื่อที่จะดูแลญาติพี่น้อง
ก่อน เพราะเราเห็นเลยว่าถ้ามันขาดมันยุ่งยากมาก
เพราะผมก็ไม่ได้ไปเห็นอะไร แต่ความจริงแล้วก็มี
ความรู้พอสมควร เพราะมีญาติแต่ครั้งโบราณที่
จังหวัดพุมธานีมาหาเป็นครั้งเป็นคราว ที่เขายากก็
อยากให้รู้สึก ว่าเราเข้าใจปัญหาสุขภาพในมุมมอง
เหล่านี้

ทีนี้เมื่อผมมาเริ่มเป็นนักศึกษาแพทย์และมาเรียน
อยู่ที่ศิริราช พอเริ่มสอบเข้ามาได้ ผมเขียนไว้ด้วยว่า ผู้
ที่ผมรู้จัก ๒ ท่านแรก คือ ท่านอาจารย์เสม กับท่าน
อาจารย์หมอลวิชัย^{๙๑} ตอนนั้นเท่าที่ผมทราบก็คือว่า
หมอทั้ง ๒ ท่านได้รับทุนไปต่างประเทศ ก็เลยให้ความ
สนใจทางด้าน “Surgery” [ศัลยกรรม] และท่านมา
สนใจทำงาน “Anatomy” อาจารย์ทั้ง ๒ ท่าน มาตั้ง
แต่ไก่ให้และกว่าจะกลับก็ไอ้โฮ... ผมเป็นนักเรียน
แพทย์ใหม่ ตอนนั้นเริ่มโรงเรียนแพทย์ มาคิดว่าเรา
ไหวหรือเปล่านี่ ตรงนี้เป็นจุดที่กระตุ้นผมมาก

^{๙๐} เพราะเป็นงบผูกพัน - พูลทรัพย์

^{๙๑} ดูรายละเอียดเพิ่มเติมใน กระทรวงสาธารณสุข, โครงการพัฒนาการสาธารณสุข ตามแผนพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ ๔ (พ.ศ. ๒๕๒๐ - ๒๕๒๔) (กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์สำนักงาน
พาณิชย์ กรมพาณิชย์สัมพันธ์, ๒๕๑๙)

^{๙๒} นายแพทย์ชวลิต ชูดีกร ดำรงตำแหน่งผู้อำนวยการโรงพยาบาลอุบลราชธานีอยู่ราว ๓๐ ปี ก่อนจะมาดำรงตำแหน่งรองอธิบดีกรมการแพทย์ และรองปลัดกระทรวงสาธารณสุข

^{๙๓} หลังจากบัณฑิตแพทย์สำเร็จการศึกษาออกมาและได้เพิ่มทุนทักษะตามจำนวนปีแพทย์กลายเป็นผู้ชำนาญแล้ว สามารถสมัครเพื่ออบรมเป็นแพทย์ประจำบ้าน (Resident) และเมื่อจบหลักสูตรการ
อบรมและสามารถสอบใบรับรองจากราชวิทยาลัยแพทย์ต่างๆ ได้แล้ว จึงจะเป็นแพทย์เฉพาะทางได้ต่อไป

อาจารย์ชวลิตวิชชาวุฒิจักอีกครั้งก็เมื่อผมไปทำงานร่วม
งานอยู่ด้วยที่จังหวัดอุบลราชธานี ท่านเป็นผู้อำนวยความสะดวก
การอยู่ต่อนั้น และเป็นคนหนึ่งที่กระตุ้นเรื่องนี้อย่างมาก
กระเพาะเขา ผมได้เรียนรู้ค่อนข้างมาก

พูดถึง “preventive-promotive” นั้นเกิดมาตั้งแต่
[ตอนที่ประจำบ้าน]^{๔๔} ตั้งแต่อยู่ที่ศิริราช อยู่ในทาง
“Pediatrics” [กุมารเวชศาสตร์] เรื่องที่พบมากคือ (๑)
พวก “malnutrition” [ทุพโภชนาการ] ตอนนั้นก็ไป
เรียนรู้เรื่อง “Poliomyelitis” [โรคโปลิโอ] ด้วย แต่ที่ไป
เรียนมากคือ “malnutrition” ผมมาเห็นภาพก็รู้สึกว่
ปล่อยไว้ไม่ได้ เพราะมันมี “effect” [ผลกระทบ]
นอกจากไม่สมบูรณ์แข็งแรงแล้ว ที่สำคัญที่สุดคือ
“brain development” [พัฒนาการของสมอง] อะไร
ต่างๆ คือเขาจะเป็นคนที่ไม่พร้อมในการมี “intelligent”
[สติปัญญา] ต่างๆต่อไป แล้วจะเป็นผู้ใหญ่ได้อย่างไร
อันนี้เป็นจุดเริ่มต้น ทำให้ผมเกิดความตื่นตัวในแง่ของ
“preventive-promotive” ตรงนี้มันกระตุ้นเรา

นพ.โกมาตร : ก็แสดงว่าประสบการณ์ในทางคลินิกพา
อาจารย์ไปหาชาวบ้าน

ศ.นพ.อารี : ใช่ ก็ไปปัญหาชาวบ้าน และอีกเรื่องที่กระตุ้น
มากคือเรื่องนิ้ว ก็ได้ทำงานเรื่องนี้นับ สก็อต ฮอลสเตด
[Scott Halstead]^{๔๕} โดยดู “factor” [ปัจจัย] ที่ทำให้
เกิดนิ้วหรือ “formative of calculi” นี้ก็มาเรียนรู้หลาย
อย่างระหว่างต่อนั้น คือไปเรียนรู้ความต้องการของ
คนในต่างจังหวัด

นพ.โกมาตร : เรื่องนิ้วก็มาโยงเรื่องอาหารของชาวบ้าน ใช่
ไหมครับอาจารย์

ศ.นพ.อารี : เราสามารถ “prove” [พิสูจน์] สาเหตุสำคัญที่
เรา “prove” ได้เลย ก็คืออาหารที่รับประทาน และสิ่ง
ที่ต่อนั้นที่เราว่ามันขาด สิ่งที่เรา “test” [ทดสอบ]
ได้ คือเรื่องของสารบางอย่างโดยเฉพาะ คือ ฟอสเฟต

[phosphate] ถ้าเขาได้รับฟอสเฟตเพียงพอ
“crystallization” [การตกผลึก] มันจะไม่เกิดตราบนี้ มัน
จะเกิดยากขึ้น นี่เป็นลักษณะการ “preventive-
promotive”

นพ.โกมาตร : อาจารย์ก็ได้ริเริ่มแผนงานโภชนาการที่มี
งานวิจัยหลายพื้นที่ในประเทศไทยไว้และทำให้เป็น
พื้นฐานของงานด้านโภชนาการต่อมา

ศ.นพ.อารี : ใช่ จากตรงนี้นำไปสู่เรื่องของ “malnutrition”
[ทุพโภชนาการ] ทำให้เกิด “intellectual” [สติปัญญา]
ที่สมองไม่พัฒนาเท่าที่ควร ต่ำกว่าธรรมดา อันนี้เป็น
“linkage” [ความเชื่อมโยงกัน] ที่ผมให้ความสนใจ
มาก ในระหว่างนั้นก็โชคดีที่ได้ไปเรียนรู้ในต่าง
ประเทศ ตอนนั้นไปเป็นเรสิเดนต์ [Medical Resident]
ที่ University of Pennsylvania ทางด้านนี้ และได้พบ
กับพอลกอกี้ หัวหน้าภาควิชากุมารเวชศาสตร์ ซึ่งเป็นผู้
เก่งมากทางด้านนี้ ผมก็ได้ไปเรียนรู้กับเขาด้วย ทาง
ด้านเรื่องอาหาร เรื่องโภชนาการต่างๆ คงไม่ต้องพูดที่นี่
และเอาไว้ที่หลังดีกว่า

นพ.โกมาตร : ครับ ก็พอได้โครงๆ ว่าริเริ่มเรื่องต่างๆ เหล่านี้

ศ.นพ.ประเวศ : แม้แต่ในโรงพยาบาลขนาดใหญ่ การเห็น
คนไข้ก็สะท้อนให้เห็น “public health” [การ
สาธารณสุข] ได้ตั้งที่อาจารย์เล่า และก็มีข้อเสนอว่า
ครูแพทย์ถ้าได้ไปเติม “field work” [งานภาคสนาม]
ก็จะดี ก็จะทำให้เข้าใจขึ้น ผมเองเข้าใจเรื่องผดุงครรภ์
เรียกว่าผมเป็น “superspecialist” ก็ได้ เพราะผมเป็น
อายุรแพทย์ก็เป็น “specialize” แล้วก็ “specialize”
ทางฮีมาโต [Haematology-โลหิตวิทยา] และ
“specialize” ทางธาลัสซีเมีย [Thalassemia] อีก แต่
ผมไปสำรวจ ธาลัสซีเมียในหมู่บ้านทั่วประเทศ และที่
นครชัยศรีนั้น เวลาไปสำรวจไปเจอผดุงครรภ์ที่ชื่อ
แสวง หมอแหวงนั้นมีคนรักแก่มาก และแกทำคลอด
ปลุกผี จิตยา รักษาปวดหัวตัวร้อน และใช้บ้านเป็น

^{๔๔} สก็อต ฮอลสเตด (Scott Halstead) เกิดในครอบครัวมิชชันนารีในเมืองลีดเนอร์ ประเทศอินเดีย เมื่อจบการศึกษาด้านแพทยศาสตร์แล้ว ก็เข้ารับราชการทหารในกองทัพสหรัฐฯ ซึ่งทำให้ได้เข้ามาตั้ง
ห้องทดลองด้านไวรัสในกรุงเทพฯ และเริ่มเกิดความสนใจเรื่องไข้เลือดออกต่อมากลางคริสต์ทศวรรษ ๑๙๕๐ ฮอลสเตดเคยดำรงตำแหน่งศาสตราจารย์ด้านจุลชีววิทยา (microbiology) ของคณะแพทยที่
มหาวิทยาลัยฮาวายและเคยเป็นเจ้าหน้าที่ของมูลนิธิโรคไข้เลือดออก ซึ่งทำให้ได้ริเริ่มโครงการวิจัยค้นคว้าเกี่ยวกับไข้เลือดออก นอกจากนี้ยังมีชื่อเสียงโด่งดังจากทฤษฎีการคิดเชื้อ ๒ ครั้งของโรคไข้เลือดออก
(dengue haemorrhagic fever)

ที่ทำการเรื่องผดุงครรภ์ ส่วนฐานะทางเศรษฐกิจ ชาวบ้านก็ให้ไก่ให้ข้าวและก็นับถือเป็นคนมีเกียรติ มันฝังใจผมมาเรื่อยในเรื่องผดุงครรภ์ ต่อมาก็มาคิดเรื่องของพยาบาลของชุมชน และไปสำรวจในพื้นที่ ผมเห็นมีข้อเสนอแนะว่าคนเป็น "clinician" [ผู้เชี่ยวชาญในการรักษาเฉพาะทาง] ควรจะไปทำงาน "fieldwork"

นพ.โกมาตร : เรามีเวลาจำกัดนิดหนึ่ง ตอนนั้นก็เลยเวลาเที่ยงแล้ว ผมยังอยากได้ฟังอาจารย์อุทัย อาจารย์ไพจิตร และพี่มงคล อย่างน้อยปูพื้นไว้วันหนึ่ง แล้วตอนบ่ายจะได้ลงไปคุยในกลุ่มเพิ่ม เพียงแต่อยากให้ออภาพข้างบนเชื่อมโยงไปจนถึงพื้นที่ที่เป็นภาคปฏิบัติในโครงการต่างๆ ในพื้นที่ได้

นพ.อุทัย สุตสุข : ก่อนอื่นก็ขอชมเชยคุณหมอโกมาตรที่มีความริเริ่มทำเรื่องนี้โดยวิธีการใหม่สุดที่เรียกว่า "Witness Seminar" ก็คงจะเป็นวิธีการที่ใช้ประโยชน์ในเรื่องอื่นๆ ได้ด้วย

สำหรับเรื่องของการพัฒนางานสาธารณสุขชุมชนนั้น เมื่อได้รับโจทย์จากคุณหมอโกมาตร ผมก็พยายามคิดว่าอะไรจะเข้าหลักเกณฑ์ที่เป็นสาธารณสุขชุมชน ผมก็คิดว่าน่าจะเป็น ๓ ภาคใหญ่ ภาคแรกก็คือสาธารณสุขชุมชนโดยประชาชน คือประชาชนช่วยตัวเอง และ อสม. ผสส. ช่วย ตรงนั้นเราก็น่าจะศึกษาให้ลึกลงไปว่ามันเกิดขึ้นอย่างไรบ้าง รวมทั้งหมอบ้านอะไรต่ออะไรที่ไฟโรจน์พูดถึงก็น่าจะลงลึกนะครับ

ภาคที่ ๒ ก็คือสาธารณสุขชุมชนโดยภาครัฐ คือเจ้าหน้าที่ต่างๆ เพราะในอดีตนั้นส่วนใหญ่รัฐก็จะเป็นผู้ให้บริการ โดยประชาชนเป็นผู้รับ แต่ตอนหลังเราก็ต้องเปลี่ยน "concept" ว่าที่จริงแล้วประชาชนก็ต้อง

เปลี่ยนเป็น "actor" [ผู้กระทำการ] และเราเป็น "supporter" [ผู้สนับสนุน] ทำนองนั้น

และส่วนภาคที่ ๓ ก็คือพวก "support" [สนับสนุน] ทั้งหมด ถ้าจะเรียกในสมัยนี้คือยุทธศาสตร์ซัพพอร์ต หรือ "supporting strategy" ซึ่งก็คือเรื่องของการบริหารจัดการที่มาจากผู้บริหารทั้งหลาย รวมทั้งจากนโยบายด้วย นี่ก็เป็นเรื่องสำคัญ โดยเฉพาะอย่างยิ่งที่ท่านอาจารย์พูลทรัพย์พูดถึงเรื่องงบประมาณที่มา "support" กลยุทธ์ของสาธารณสุข และได้ผลดีด้วย ก็เป็นตัวอย่งที่ดี ถ้า "support" ดีทุกอย่างก็จะดี

ในขณะที่เดียวกัน ในสมัยนั้นที่ทำงานร่วมกับทางสำนักงบประมาณ^{๕๕} ร่วมกับ ก.พ.^{๕๖} ร่วมกับกรมบัญชีกลาง^{๕๗} และร่วมกับสภาพัฒน์ฯ^{๕๘} สมัยอาจารย์อมร^{๕๙} ก็เป็นอันหนึ่งอันเดียวกันเลย ถึงกับแลกตัวคนกันเลย มีหมอบคนหนึ่งไปอยู่สภาพัฒน์ฯ^{๖๐} และมีเจ้าหน้าที่คนหนึ่งอยากให้มาอยู่กับเรา^{๖๑} แต่ว่าอยู่ไม่ได้ในเชิง "organization" [การจัดองค์กร] แต่ก็ประสานกันอย่างใกล้ชิด เช่น ตรงนี้เป็นตัวอย่างของการผลักดันนโยบายต่างๆ แผนต่างๆ ด้านสาธารณสุขในภาพรวม โดยเฉพาะอย่างยิ่งในสาธารณสุขชุมชน ถ้าไม่มีการผลักดันแรงๆ อย่างนี้ท่อน้ำก็จะไปไม่ถึงหมู่บ้าน

นพ.โกมาตร : อาจารย์ครับ ทำไมตอนนั้นมันถึงได้เกาะเกี่ยวกันมาเยอะขนาดนั้น อย่างเช่น สภาพัฒน์ ความจริงเราเชิญสภาพัฒน์ คือ พี่ณรงค์ นิตยาพร กับคุณโกมล ชอบชื่นชม มาด้วยและอยากจะได้ฟังว่าทำไมถึงผลมโยงกันได้เป็นเนื้อเดียวกัน พวกนี้ทำงาน

ศ.นพ.ประเวศ : เมื่ออาจารย์อมรไปคุยเรื่อง "social development" [การพัฒนาสังคม] พวกนัก

๕๕ สำนักงบประมาณ สังกัดสำนักนายกรัฐมนตรี

๕๖ สำนักงานคณะกรรมการข้าราชการพลเรือน

๕๗ กรมบัญชีกลาง สังกัดกระทรวงการคลัง

๕๘ สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ

๕๙ นายแพทย์อมร นนทสุด อดีตอธิบดีกรมอนามัย และปลัดกระทรวงสาธารณสุข

๖๐ หมายถึง นายแพทย์อำนาจ ไตรสภาค ไปทำงานอยู่ที่สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติประมาณ ๑ ปี โดยตั้งใจให้ออนไปอยู่ที่นั่นเลย - นพ. อุทัย

๖๑ หมายถึง คุณอรทัย อาชวิบูลย์กุล ซึ่งเคยทำงานอยู่กองโครงการสังคม ปัจจุบันเป็นนักวิเคราะห์นโยบายและแผนระดับชำนาญการพิเศษ สำนักยุทธศาสตร์ด้านนโยบายสาธารณะ สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ เป็นผู้ร่วมงานและตัวประสานงานกับทีมงาน จปฐ. อย่างใกล้ชิด โดยมีอาจารย์อมร นนทสุดเป็นหัวหน้าทีม และนายแพทย์ไพจิตร ประบุตรเป็นผู้จัดการภาคสนาม เริ่มที่จังหวัดนครราชสีมา - นพ. อุทัย

๖๒ นายแพทย์อมร นนทสุด จัดตั้ง "โครงการพัฒนาสังคม" ขึ้นในสำนักงานคณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ได้สำเร็จใน พ.ศ. ๒๕๒๕

เศรษฐศาสตร์เขายังหัวเราะแก่กันใหญ่ เพราะว่าเขาคูยแต่ "economic development" [การพัฒนาเศรษฐกิจ] อาจารย์อมรไป "lecture" [บรรยาย] ที่นั่น^{๑๐๓}

นพ.โกมาตร : แสดงว่าตอนที่ทำก็ไปเกาะเกี่ยวกับคนเหล่านี้มาเยอะนะครับ

พูลทรัพย์ : คือผมคิดว่าเป็นสปีริต [spirit-จิตวิญญาณ] ของคนยุคนั้น ไม่เหมือนคนสมัยนี้ คือสมัยนั้นพวกเขารักประเทศ เราอยากจะทำอะไรให้ประเทศมาก[เท่าที่จะทำได้] และคนทางสาธารณสุขก็เป็นคนดีน่าเลื่อมใส

นพ.โกมาตร : เหมือนเดี๋ยวนี้ไหมครับ คนสาธารณสุขก็ยังเป็นคนที่ดีอยู่

พูลทรัพย์ : ผมถือว่ายุคนั้นเป็นยุคทองของกระทรวงสาธารณสุข และเผอิญผมเองก็เป็นคนรุ่นนั้น คือมองแต่เพียงว่าจะทำอะไรให้ดีให้ชาติบ้านเมือง คุณหมอไม่ได้พูดถึงวิสุทธ์ กาญจนสุข^{๑๐๔} เขาทำแผนฯ ๕ ร่วมกับผม เขาอยู่สภาพัฒน์ฯ และเขาเป็น "classmate" [เพื่อนร่วมชั้น] ของผม เขาจบเศรษฐศาสตร์และเขาก็เป็นคนดี เขาก็เลยเป็นปาห้องโก้ใหญ่เลย ช่วยกันทำงาน นี่เป็นเบื้องหลังครับ

นพ.อุทัย : ตรงนี้มีเคล็ดลับอย่างหนึ่งก็คือว่าต้องเป็นกันเอง ต้องจริงใจต่อกัน จริงๆ แล้วมีแต่งงานทั้งสิ้น มีเลี้ยงดู แต่ปู่เสือไม่เคยเลย ทั้ง ๔ องค์กร ไม่เคยเลย ที่นี้ก็คือว่ามีการสื่อกันตลอด โดยเฉพาะตัวผมเองดูแลกองสาธารณสุขภูมิภาค ก็ต้องจัดเวทีให้ท่านเหล่านี้ได้ไปสัมผัสของจริงในพื้นที่เห็นปัญหา เห็นความทุกข์ยากของคนทำงาน เห็นความต้องการของประชาชน ด้วยความกรุณาของอาจารย์หมอเสม ท่านตั้งเป็นผู้อำนวยการกองสาธารณสุขภูมิภาค จาก

ชลบุรี และก็ไประยอง และเป็นผู้อำนวยการกองสาธารณสุขภูมิภาคอยู่ ๖ ปี เวลามผมเจอน้องๆ รุ่นหลังๆ ก็ให้ข้อคิดอยู่เสมอว่าจะต้อง "contact" [ติดต่อ] หน่วยงานเหล่านี้ ต้องพยายามพาท่านไปสมัยก่อนนั้น โดยเฉพาะเรื่องนวัตกรรมหรือ "policy" [นโยบาย] ใหม่ เราจะชวนท่านเหล่านี้ให้คิดคล้ายๆ กับเรา ถ้าท่านยังไม่คล้ายไปกับเราก็พาท่านไปดู แล้วเราจะไม่เกียจถ้าท่านไม่หึงบประมาณเรา เราจะไม่ทำ เราจะต้องสร้างงานขึ้นมาเพื่อให้ท่านเห็น ให้ท่านสนับสนุน โดยกลยุทธ์เหล่านี้ที่ทำให้เกิดขึ้น มีอยู่อย่างเดียวคือเราเหนื่อยน้อย สำนึกงบประมาณท่านก็อยากไปเที่ยวของท่าน ท่านไม่อยากไปกับหน่วยงานอื่น ก.พ.ท่านก็อยากไปเที่ยวของท่าน กรมบัญชีกลาง ท่านก็อยากไปเที่ยวของท่าน สภาพัฒน์ฯ ท่านก็อยากไปเที่ยวของท่าน แต่ว่าถ้าอยากให้ท่านร่วมมือกัน ๔ องค์กร เพื่อประหยัดเวลาเรา ก็ไม่ค่อยเกิดขึ้นเท่าไร^{๑๐๕}

ต่ออีกเรื่องของอาจารย์พูลทรัพย์พูดถึงว่าเรื่ององค์ประกอบ ๓ องค์ประกอบ ที่เรานำจะบันทึกเอาไว้ ทั้งภาคประชาชน ภาครัฐ ฝ่ายสนับสนุน ทั้ง ๓ ระดับ ต้องไม่ลืมพูดถึง คือในสาขาการสาธารณสุขเราต้องมีการบริการ มีวิชาการ และมีการบริหารจัดการ จะต้องไปพร้อมกัน เพราะฉะนั้นในการบันทึกประวัติของหอจดหมายเหตุจะต้องทำอย่างนี้ด้วย ส่วนสาขานั้น คุณหมอร่าบดีว่าต้องมีการส่งเสริมป้องกัน รักษาฟื้นฟูสมัยนี้ก็มีสุขภาพกาย จิต ปัญญาและสังคม อันนี้เป็นเรื่องบูรณาการมารวมอีกที ในเรื่องการวิวัฒนาการของงานชนบทที่จริงมันยาวมาก แต่จริงๆ จะฉายหนังตัวอย่างในเรื่องที่สำคัญ เฉพาะเรื่องที่สำคัญ คือในปี พ.ศ. ๒๕๑๘ ก็มีนโยบายใหญ่ คือมีนโยบายโรงพยาบาลทุกอำเภอ ผมก็มารับนโยบายนี้พอดี ต้องปรับปรุงศูนย์การแพทย์ขณะนั้น ๑๕๗ แห่ง ให้เป็น

๑๐๓ วิสุทธ์ กาญจนสุข จบการศึกษาจากคณะเศรษฐศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ และเศรษฐศาสตรมหาบัณฑิต (ทุนเอไอดี) จาก University of Colorado ณ เมืองโบลเดอร์ รัฐโคโลราโด เคยดำรงตำแหน่งเป็นผู้อำนวยการกองวางแผนเตรียมพร้อมด้านเศรษฐกิจ สภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ และเคยเป็นอาจารย์พิเศษที่สามพราน วิทยาลัยนานาชาติ รามคำแหง มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช ฯลฯ เคยแต่งตำราเกี่ยวกับการพัฒนาสังคมและแผนพัฒนาสังคมในประเทศไทยให้แก่มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราชในจุลวิชา สังคมไทย (พิมพ์ครั้งที่แรก พ.ศ. ๒๕๓๒)

๑๐๔ หมายถึง อยากรู้ให้ทั้ง ๔ หน่วยงานเดินทางไปดูงานพร้อมกันเพื่อจะได้ประหยัดเวลาของโครงการ แต่ทั้ง ๔ หน่วยงานก็ไม่ค่อยมีเวลาว่างตรงกัน จึงทำให้ออกเดินทางไปเยือนชมงานหลายครั้ง

๑๐๕ หมายถึง การเกิดสหพันธ์แพทย์ชนบท ซึ่งเป็นศูนย์กลางประสานงานแพทย์ระดับอำเภอทั่วประเทศ เพื่อแลกเปลี่ยนประสบการณ์ และความคิดเห็นในการปฏิบัติงานระหว่างกัน สหพันธ์แพทย์ชนบทต้องสลายไปด้วยเนื่องจากเกิดความวุ่นวายทางการเมืองในวาระ ๖ ตุลาคม ๒๕๑๔ ต่อมาในปี พ.ศ. ๒๕๒๑ ก็ได้ถือเป็นการรวมกลุ่มแพทย์ที่ปฏิบัติงานตามท้องถิ่นชนบทต่างๆ ขึ้นมาอีกครั้งหนึ่งภายใต้ชื่อชมรมแพทย์ชนบท

โรงพยาบาลชุมชน ๑๐ เตียง และก็ต่อมาก็ปรับมาเป็น ๓๐ - ๖๐ - ๙๐ - ๑๒๐ เตียง

นพ.โกมาตร : อาจารย์ครับ ปีเดียวกันนั้นก็เป็นที่ก่อตั้งชมรมแพทย์ชนบท^{๑๐๖}

นพ.อุทัย : ใช่ อันนี้เป็นเรื่องที่สำคัญว่า เมื่อมีโรงพยาบาลมันก็ต้องมีเรื่องแพทย์ เมื่อแพทย์น้อยก็จำเป็นต้องมีการรวมกลุ่มกันแบบพี่ช่วยน้อง เพราะคนที่ออกมาเป็นผู้อำนวยความสะดวกเลย ในขณะที่นั้นก็ไม่มีการประชุมพิเศษ ไม่มีคู่มือในการทำงาน ไปถึงก็เจออะไรก็ไม่รู้ ก็ได้ไปเจอทีมชนบทอาวุโส หมอวิชัย^{๑๐๖} หมออูเทน^{๑๐๗} และอีกหลายคน รวมทั้งท่านไพจิตรและท่านมงคลด้วย ต่อมาเรียกแพทย์ชนบท และก็มาเป็นชมรมแพทย์ชนบทซึ่งก็เหนียวแน่นและเข้มแข็งมาตลอด แล้วก็ได้ช่วยเฉพาะตัวจังหวัด แต่ช่วยข้ามจังหวัดเลย

นพ.โกมาตร : ตอนหลังมาช่วยกิจการของประเทศเยอะครับอาจารย์ เช่น ไล่วัฒนาการบ้างเป็นภารกิจเสริม

นพ.อุทัย : ถูกต้อง ในสมัยแรกทางทีมแพทย์ชนบทบอกว่ายังไม่ขอเกี่ยวโยงกับเรื่องของการเมือง เพราะขณะนั้นการเมืองมันนิ่งมาก มีแต่ทำงานอย่างเดียว เพราะครูบาอาจารย์เป็นรัฐมนตรีทั้งนั้นเลย เช่น อาจารย์อุดม^{๑๐๘} อาจารย์หมอมเสม^{๑๐๙} ก็สลายมากเพราะท่านให้โอกาสเราเต็มที่เลย อันนั้นเป็นเรื่องของโครงสร้างซึ่งเป็นการขยายโครงสร้างด้วย

นพ.โกมาตร : ปี พ.ศ. ๒๕๑๔ มีนโยบายให้มีโรงพยาบาลทุกอำเภอ

นพ.อุทัย : ใช่ จากนั้นก็เป็นฐานให้เกิดโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชในปี พ.ศ. ๒๕๑๙ จำนวน ๒๐ แห่ง ต่อมา

เพิ่มอีก ๑ แห่ง รวมเป็น ๒๑ แห่งก็หยุดแค่นั้น ขณะเดียวกันก็พัฒนาสถานีอนามัยควบคู่กันไป แต่ไม่ได้มีทศวรรษพัฒนาสถานีอนามัยจนกว่าปี ๒๕๓๔ - ๒๕๓๕ ซึ่งผมเป็นปลัดกระทรวงแล้วตอนนั้น ถึงได้มีนโยบาย นี่คือเรื่องวิวัฒนาการของโครงสร้าง

ขณะเดียวกันก็มีวิวัฒนาการทางด้านคุณภาพและเพิ่มศักยภาพ และขยายบริการควบคู่กันไป และเราก็มีหนังสือคู่มือการปฏิบัติงานโรงพยาบาลชุมชน [เป็นครั้งแรก - นพ.อุทัย] ซึ่งก็มีทั้งด้านบริหาร ด้านคลินิก อะไรต่างๆ หลายเล่ม ก็เกิดขึ้นจากฝีมือแพทย์ชนบททั้งนั้น ต่อมาเมื่อปี พ.ศ. ๒๕๒๔ ผมเป็นนายแพทย์ใหญ่ก็ได้ประสบการณ์จากกองสาธารณสุขภูมิภาค มาดูแลทางด้านพัฒนาบริการ [ทุกระดับของส่วนภูมิภาค - นพ.อุทัย] ก็เลยสนับสนุนให้มีคู่มือการปฏิบัติงานโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป เป็นเล่มแรกของประเทศไทย โดยตอนนั้นพี่น้อง^{๑๑๐} เป็นผู้อำนวยการกองโรงพยาบาลภูมิภาค ก็สนิทสนมกันดี เพราะเวลาไปต่างจังหวัด ไม่ว่าจะไปรัฐมนตรีไปหรือปลัดไป ทั้ง ๒ กองนี้ต้องตามทุกที่ ก็เข้าใจว่ามันน่าจะต้องมีคู่มือเกิดขึ้น สมัยหลังเมื่อประมาณปี พ.ศ. ๒๕๒๘ ก็เกิดโครงการ พบส. หรือโครงการพัฒนาเครือข่ายของระบบบริการสาธารณสุขภูมิภาคขึ้น^{๑๑๑} ก็มีการวางมาตรฐานคุณภาพของบริการขั้นต่ำเอาไว้ทุกระดับ โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน และสถานีอนามัย

ปีต่อไปเมื่อที่บรรลุปิดขอบในส่วนรองปลัดในด้านพัฒนาบริการ พี่บรรลุเขาก็มาเพิ่มเติมในเรื่องของการรับรองคุณภาพ ในสมัยนี้ก็คือ HA [Hospital Accreditation - การวัดมาตรฐานโรงพยาบาล] นั่นเอง อาจารย์บรรลุเรียกว่าการติดดาวให้กับโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไปเป็นการต่อยอดอีกที นี่ก็คือเรื่องของคุณภาพ^{๑๑๒}

๑๐๖ นายแพทย์วิชัย ไชศิริวัฒน์

๑๐๗ นายแพทย์อุเทน จารณศรี

๑๐๘ คาสตราจารย์นายแพทย์อุดม โปษะกฤษณะ ดำรงตำแหน่งเป็นรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข ในระหว่างวันที่ ๑๖ ตุลาคม ๒๕๑๖ - ๒๒ พฤษภาคม ๒๕๑๗ และตั้งแต่วันที่ ๓๐ พฤษภาคม ๒๕๑๗ - ๒๑ กุมภาพันธ์ ๒๕๑๘

๑๐๙ คาสตราจารย์นายแพทย์เสม พริ่งทองแก้ว ดำรงตำแหน่งรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข ในระหว่างวันที่ ๑๑ กุมภาพันธ์ ๒๕๒๓ - ๒๙ กุมภาพันธ์ ๒๕๒๓ และระหว่างวันที่ ๑๑ มีนาคม ๒๕๒๔ - ๗ พฤษภาคม ๒๕๒๖

๑๑๐ หมายถึง นายแพทย์ณรงค์ ฤกษ์อัครวิวัฒน์ ผู้อำนวยการกองโรงพยาบาลภูมิภาค

๑๑๑ โครงการพัฒนาระบบบริการของสถานบริการและหน่วยงานสาธารณสุขในส่วนภูมิภาค (พบส.) มีวัตถุประสงค์ที่จะพัฒนาคุณภาพของสถานบริการสาธารณสุขทุกระดับ เพื่อให้ประชาชนได้รับบริการด้านการรักษาพยาบาล ด้านส่งเสริมสุขภาพ และการป้องกันโรค อย่างทั่วถึงและมีคุณภาพ

๑๑๒ ศู สันติสุข โสภณศิริ, **ถูกผู้ชายซื้อบรรจุ**, ๒๒๓ - ๒๒๖.

๑๑๓ หมายถึง นายแพทย์มะลิ ไทยเหนือ เคยดำรงตำแหน่งรองอธิบดีกรมอนามัย และอดีตของปลัดกระทรวงสาธารณสุข ต่อมาลาออกจากราชการไทยไปทำงานที่ SEARO (South - East Asian Regional Office) หรือ องค์การอนามัยโลกภาคพื้นเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ และภายหลังได้เลื่อนตำแหน่งเป็นรองผู้อำนวยการภูมิภาค (Deputy Regional Director) ขององค์การอนามัยโลก

๑๑๔ หมายถึง สำนักงาน SEARO ขององค์การอนามัยโลกซึ่งตั้งอยู่ ณ กรุงนิวเดลี ประเทศอินเดีย - นพ.อุทัย

สุดท้ายก็เรื่องแผน ที่กระทรวงสาธารณสุขเรามีชื่อเสียงมากในประเทศไทย หรือที่จริงแล้วใน Southeast Asia [เอเชียตะวันออกเฉียงใต้] คือเพื่อนบ้านเราสู้เราไม่ได้ เนื่องจากผู้ใหญ่ของเรามีวิสัยทัศน์กว้างไกลในเรื่องของการทำงานต้องมีแผน โดยตอนแผนฯ ๑ และ ๒ ก็ทำแบบ “conventional” [ตามแบบแผน] ตามสภาพพัฒนาฯ แต่พอแผนฯ ๓ อาจารย์มะลิ^{๑๑๑} เป็น “Deputy R.D.” [Deputy Regional Director - รองผู้อำนวยการภูมิภาค] ที่ WHO^{๑๑๒} [องค์การอนามัยโลก] อาจารย์ก็ให้การสนับสนุนเรื่องการทำแผนฯ โดยเริ่มต้นจากแผนในระดับโปรเจกต์ในจังหวัดหนึ่งคือชลบุรี เรียกว่าใช้เทคนิคการทำแผน หรือ “planning methodology” เป็นแบบ “project system analysis” ซึ่งผมก็ไปร่วมกับกองแผนงานสาธารณสุข มีอาจารย์ยุทธนา^{๑๑๓} อาจารย์เฉลิมสุข^{๑๑๔} อาจารย์หมอดำรงค์^{๑๑๕} พวกนั้น ไปตามมา ๕ คน^{๑๑๖} [ทีมงานดังกล่าว] ไปกินไปนอนไปทำงานแผนอยู่ที่ชลบุรีประมาณ ๓ เดือนเศษ ก็ได้เป็น “provincial health plan” [แผนสาธารณสุขระดับจังหวัด]^{๑๑๗} ออกมาแล้วก็ “implement” [ประกาศใช้] เป็น “pilot project” [โครงการนำร่อง] จังหวัดแรกที่ชลบุรี แล้วพอดีจังหวัดนั้นประมาณปี พ.ศ. ๒๕๑๔ ต่อ ๒๕๑๕ ก็มีการ “reorganize” [ปรับโครงสร้าง] ครั้งแรกโดยมีอาจารย์หมอเสมเป็นหัวเรือใหญ่ที่ตั้งกองแผนงานขึ้นแล้วก็มีภาระเน้นเรื่องแผนนี้ด้วย แล้วเป็นจังหวัดที่จะต้องทำแผนฯ ๔ นะครับ ในช่วงปี พ.ศ. ๒๕๑๕ - ๒๕๑๙ ก็พอดีได้มีเทคนิคการวางแผนใหม่ในระดับชาติ “project system” นั่นก็เป็นโปรเจกต์ทั่วประเทศ^{๑๑๘} เรียกว่าเป็น “Country Health Programming Methodology” [ระเบียบวิธีการวางแผนสาธารณสุขระดับประเทศ] ในการทำก็ใช้ประสบการณ์ของกองแผนงานกับสาธารณสุขชลบุรีกับทีมงานที่เรา “recruit” [สรรหา] มาที่หลัง หลังจากนั้นก็ใช้ “Country Health Programming” มาประมาณ ๓ - ๔ แผน ต่อมาค่อยใช้เทคนิค “Managerial Process for

Health Development” [กระบวนการจัดการเพื่อพัฒนาสาธารณสุข] มาที่หลังอีกทีหนึ่งนะครับ มันมาอย่างนี้

ทั้งหลายทั้งแหล่งเกิดจากการทำแผนโดยมีกระบวนการ จากการคิดวิเคราะห์ปัญหา หาสาเหตุหาทางแก้ และสุดท้ายก็ระดมสมองกันว่าจะมีกลยุทธ์อย่างไร อันนี้ก็เป็นเรื่องที่อยากจะพูดไว้ในตอนแรกทีนี้จากแผน อะไรๆ ก็ตามมา เช่น งบประมาณก็สนับสนุนอย่างดี คนก็มาสนับสนุน แล้วเรื่องกรมบัญชีกลางอะไรต่างๆ ก็เข้ามาเนะครับ แล้วสภาพพัฒนาฯ ก็สนับสนุนและเป็นพี่เลี้ยงให้ในภาพรวม เรามีอะไรที่มีปัญหาขึ้นก็วิ่งไปหา ๔ หน่วยงานนี้ ยกตัวอย่างตัวอย่างหนึ่ง คืออาจารย์อมร^{๑๑๙} ตอนนั้นท่านเป็นปลัดฯ ท่านมุ่งงานเรื่องสาธารณสุขมูลฐานให้ดี ก็ให้นโยบายว่า โรงพยาบาลจะต้องสนับสนุน จะต้องผลิตยา ต้องสนับสนุนสาธารณสุขมูลฐาน เพราะมีกองทุนยาไว้ในหมู่บ้าน ถ้าซื้อจากองค์การเภสัชกรรมก็แพงประหยัดเงินเนะครับ ท่านก็ให้นโยบายมา ผมก็เป็นรองปลัดในขณะนั้น ก็วิ่งไปหาเรื่องระเบียบก่อนไปหากรมบัญชีกลางตอนนั้น อาจารย์ประพันธ์^{๑๒๐} เป็นรองอธิบดีว่าจะทำอย่างไรช่วยหน่อยท่านรองฯ นายสั่งอย่างนี้ทำไปจะสำเร็จ ก็มาเคลียร์เรื่องระบบระเบียบอะไรต่างๆ สุดท้ายวิ่งไปหาสำนักงบประมาณ อาจารย์พูลทรัพย์อยู่เนะครับ คน[ผลิต]ในขณะนั้นไม่ต้อง ไปขอ ก.พ.เพิ่ม เพราะมีคนในโรงพยาบาล มีเภสัชกรอยู่แล้วก็ไม่เป็นไรเนะครับ อันนี้เราสามารถผลิตยาได้ ๔ ขนาน ท่านไพจิตรคงจำได้ว่ามี (๑) พาราเซตามอล ที่ใช้บ่อยๆ (๒) วิตามินบีคอมเพล็กซ์ (๓) น้ำเกลือ (๔) โซดาไมนด์ สี่ห้าอย่างนี้เป็นต้น คือในขณะนั้นเราทำงานสนุกจริงๆ ครับ เมื่อคิดว่าอะไรคือ need [need] คือความต้องการ อะไรคือจะต้องแก้ปัญหา แล้วเราก็มักจะได้รับความร่วมมืออย่างดีครับ ก็อยากให้บรรยากาศในอดีตนั้นมันเกิดขึ้นในปัจจุบัน จะทำอย่างไรก็ช่วยกัน ก็ฝากน้องๆ ในปัจจุบันไว้ด้วยก็แล้วกันครับ ขอแค่นี้ก่อนเนะครับ

๑๑๕ นายแพทย์บุษณา ศุภสมิตี อดีตผู้อำนวยการกองแผนงานสาธารณสุข

๑๑๖ หมายถึง นายแพทย์หญิง ม.ร.ว.เฉลิมสุข บุญไทย

๑๑๗ หมายถึง นายแพทย์ดำรง บุญยืน อดีตอธิบดีกรมอนามัย

๑๑๘ หมายถึง นักวิชาการอื่นๆ โดยมีผู้เชี่ยวชาญจากสำนักงานในองค์การอนามัยโลก ณ กรุงเจนีวา จำนวน ๕ คนมาร่วมทำแผนด้วย - นพ.อุทัย

๑๑๙ หมายถึง โครงการศึกษาวิเคราะห์ระบบงานเพื่อการวางแผนระดับจังหวัด จังหวัดชลบุรี

๑๒๐ คือ แผนพัฒนาสาธารณสุขแห่งชาติฉบับที่ ๓ เป็นแผนทั้งประเทศโดยใช้เทคนิคการวางแผนที่ - นพ.อุทัย

๑๒๑ นายแพทย์อมร นนทกุล

๑๒๒ ศ. ประพันธ์ ศิริรัตนธำรง อดีตรองอธิบดีกรมบัญชีกลาง และอดีตผู้อำนวยการธนาคารออมสิน

นพ.โกมาตร : ขอบคุณครับอาจารย์ เรื่องแผนอาจจะเป็นอีกเรื่องหนึ่งที่คุณได้เยอะ อาจจะมี “section” หนึ่งที่จะพูดเฉพาะเรื่องแผน ในปัจจุบันนี้สถานะของแผนพัฒนาสาธารณสุขแห่งชาตินี้ก็ไม่เหมือนแต่ก่อน แต่ก่อนก็เขียนตามแผน ก็จะมีการทำงานตามแผนเยอะนะครับ เดี่ยวนี้แผนก็เป็นส่วนหนึ่ง การตัดสินใจเรื่องงบประมาณให้ไปอยู่ที่กรรมการ ก็ไป “defend” [อธิบายในมน้าว] กันตรงนั้น แล้วแต่ใครจะขงเข้าไปยังงี้ก็ไป “defend” อย่างนั้น ที่นี้ก็เป็นการนัดตอนหลังครับ แต่อยากจะฟังจากอาจารย์ไพจิตรนะครับ เนื่องจากว่าสมัยผมไปเป็นแพทย์ชนบทปีแรกเลย อาจารย์ไพจิตรเป็นนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด แล้วก็ได้เรียนรู้เรื่องการทำงานชนบทจากอาจารย์ จนกระทั่งต่อมาเป็น จปฐ. [การพัฒนาโดยใช้ความจำเป็นพื้นฐานเป็นตัววัด]^{๑๒๓} โครงการพัฒนาอะไรพวกนี้ครับ เชิญครับอาจารย์

ศ.นพ.ไพจิตร ประบุตร : ครับขอขอบคุณและขอชื่นชมหมอโกมาตร กราบเรียนท่านอาจารย์ ขอย้อนสั้นๆ เสริมที่อาจารย์พูดมาครับว่า ผมเข้ามาตอนปี พ.ศ. ๒๕๐๔ ไปพุทไธสง^{๑๒๔} ช่วงนั้นกำลังมีการพัฒนาต่างๆ อย่างที่ท่านอาจารย์เล่าแล้ว [อีก ๓ ปีต่อมา] ผมไปบ้านไผ่^{๑๒๕} เมื่อ พ.ศ. ๒๕๐๘ จบ ส.ม. [สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต] แล้ว พอดีช่วงที่ทำให้มีการเปลี่ยนแปลงมาก ผมว่าตอนที่อาจารย์คุณพ่อเสมเป็นรัฐมนตรี แล้วก็สามทหารเสือ คือ อาจารย์ไพโรจน์ อาจารย์อมร อาจารย์วินิจ สามทหารเสือนำการเปลี่ยนแปลง คือนำสิ่งที่แยกกันอยู่โดยอัตโนมัติของการแพทย์มารวมกัน คือรวม preventive กับ curative เข้าด้วยกัน สามทหารเอกและคุณพ่ออยู่ข้างบนนะครับ พวกผมก็อยู่ข้างล่างและทีมงาน อาจารย์อุทัยเป็นทีมงานอยู่แล้ว ผลสำเร็จ โชคดีที่สำเร็จตอนนั้นแล้วคนที่สำเร็จแปลก คือ คนที่คิดไม่สำเร็จ แต่คนสำเร็จไม่ได้คิด^{๑๒๖} แต่มีคุณธรรมดูแลพวกเรามา ก็ทำงานมันไปต่อไปได้ ผมวิเคราะห์อย่างนั้นนะครับ เพราะตอนนั้นจึงทำให้ทำงานของเราไปต่อได้ เพราะ

ฉะนั้นสาธารณสุขมูลฐานก็ต่อเนื่องเชื่อมโยงจากการที่รวม “preventive” กับ “curative” ทำให้พวกเราทำงานไปได้คล่องตัว [อันนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงต่างๆ ตามมา รวมทั้งสาธารณสุขมูลฐานและ จปฐ. ด้วย – นพ.ไพจิตร]

นพ.โกมาตร : ตอนอาจารย์ไปอยู่พุทไธสง ถูกส่งไปหรือไปเองครับ

ศ.นพ.ไพจิตร : ผมนี่คือว่าสมัครใจก็ได้ คือ มีที่ๆ กรมอนามัยให้ ๒๐ ที่ บังเอิญเรามีคนทั้งหมด ๒๐ คน อาจารย์บอกว่าเลือกอิสระเลยก็ได้ให้ครบ ๒๐ คนพอดี แต่ก็ต้องไปทั้งนั้นแหละ พอดีมีที่กันดารอยู่ ๖ แห่ง ผมก็เลยเลือกไปพุทไธสงซึ่งเป็นที่กันดารหนึ่งในหก ก็โอเค ที่จริงแล้วอยากไปอยู่ใกล้บ้าน อยู่ที่โขงเจียม บ้านผมอยู่ที่อำเภอตระการพืชผล อยู่ที่อุบลราชธานีนะครับ แต่ว่านายแพทย์ปรีชา ตีสวัสดิ์^{๑๒๗} เขาเก่งกว่าก็สมัครก่อน หมอปรีชาเขาสมัครไปอยู่ก่อน

ตอนนั้นที่คนกลัว [อำเภอโขงเจียม] เพราะหมอเราไปตายที่นั่นคนหนึ่งนะ หมอเรา ๒ คน ไปเกณฑ์ทหารขณะที่ท่านรองฯ ที่ทำโรงพยาบาลอุบลราชธานีเดี่ยวนี่คือท่านรองประเสริฐ^{๑๒๘} กับเพื่อนอีกคนหนึ่งไป [เป็นกองเกณฑ์ทหารร่วมกับฝ่ายบ้านเมือง – นพ.ไพจิตร] อันนี้ขอเล่าสั้นๆ ก็แล้วกัน เสียเวลาไม่ค่อยมี จะเล่าเรื่องนี้ว่าหมอเราตาย ทำไมถึงตาย ก็ไปดูเขาเล่นบิลเลียดหลังจากเกณฑ์ทหารเสร็จ ที่นี้โอเลี้ยงที่เขาจะสังหารคนนั้น เขาจะยื่นให้คนแรกที่[เป็นเป้าหมาย]ที่เขาจะสังหาร แต่ว่าคนแรกเป็นคนที่อาวุโสน้อยกว่าคุณหมอก็เลยยื่นต่อให้คุณหมอ ที่นี้คุณหมอก็กินโอเลี้ยงที่เขาจะสังหาร เขาใส่ยาพิษไว้แล้วครับ คุณหมอนั่นก็เลยต้องเสียชีวิต คุณหมอประเสริฐเองก็อยู่กับเพื่อน แต่สุดท้ายแล้วก็ช่วยอะไรไม่ได้

หมอปรีชา ตีสวัสดิ์ ก็สมัครไปอยู่ที่นั่น ผมก็เลยอดไป ก็เลยไปพุทไธสง ก็ขี้ม้า [แกลบ] เหมือนท่านมงคล

๑๒๓ คู่มือและเอกสารเรื่อง จปฐ. ใน เกียรติประวัติแพทย์ไทยฝากไว้ให้คนรุ่นหลัง. ชีวิตและงานของศาสตราจารย์นายแพทย์เสม พริ้งพวงแก้ว, ๑๙๖ - ๑๙๘.

๑๒๔ อำเภอพุทไธสง จังหวัดบุรีรัมย์

๑๒๕ อำเภอบ้านไผ่ จังหวัดขอนแก่น

๑๒๖ นายแพทย์ไพจิตรอธิบายเพิ่มเติมว่าหมายถึง คนที่คิดไม่ได้เป็นผู้บริหาร แต่คนมาเป็นผู้บริหารไม่ได้คิดเรื่อง reform

๑๒๗ นายแพทย์ปรีชา ตีสวัสดิ์ อดีตครองปลัดกระทรวงสาธารณสุข ผู้ริเริ่มโครงการสารภี จังหวัดเชียงใหม่ อันเป็นต้นฐานของแผนการสาธารณสุขมูลฐานในเวลาต่อมา เสียชีวิตด้วยอุบัติเหตุรถยนต์ ขณะเดินทางไปปฏิบัติหน้าที่ที่จังหวัดกำแพงเพชร เมื่อวันที่ ๒๔ ธันวาคม พ.ศ. ๒๕๓๒

๑๒๘ นายแพทย์ประเสริฐ สุวณัฐสร์ อดีตครองปลัดกระทรวงสาธารณสุข

๑๒๙ นายแพทย์กวี ไชยศิริ เกิดที่อำเภอประจักษ์ จังหวัดนครราชสีมา และรับตำแหน่งเป็นผู้อำนวยการโรงพยาบาลประจักษ์คนแรก

[ที่ไปอยู่พินาย] ก็อยู่ใกล้ๆ กัน แต่ไปก่อนหน้าหนึ่ง
ท่านมงคลค่อยตามไป ตอนที่ผมไปอยู่พุทโธสงฆ์
ต้องเดินทางผ่านบ้านของท่านกวี^{๑๑๑} นะครับ เมื่อกี้
อาจารย์พูดถึง diphtheria [โรคคอตีบ] สมัยนั้นยังมี
อยู่นะครับแต่ว่าตอนผมไปนั้น สสจ. [สำนักงาน
สาธารณสุขจังหวัด] โคราชไปเยี่ยมหมอกวี พอหลัง ๔
โมงครึ่งก็ไม่เจอท่าน เพราะว่าหลัง ๔ โมงครึ่ง ก็ขึ้นรถ
เข้าหมู่บ้าน สมัยนั้นเริ่มมีโรคคอตีบแล้วนะครับ ก็ขึ้น
รถไปฉีดวัคซีนชาวบ้าน เพราะโรงพยาบาลมหาราชที่
โคราช แต่สมัยก่อนยังไม่เป็นมหาราช คนไข้ที่นอนอยู่
ที่เป็น diphtheria นั้นไม่มีมาจากอำเภอประทาย ไม่มี
เพราะว่าท่าน [นายแพทย์กวี] จัดการมาเรียบร้อย
ส่วนท่านมงคล^{๑๑๒} นั้นโด่งดังมาก เพราะทำผ่าตัดดี ๓
ดี ๒ เพราะผ่าตัดมันวางแผนได้ ทำมันต้องปลุกมา
ทำก่อนดี ๒ ดี ๓ เสร็จแล้วต้องคุณไข้ ป้ายก็ต้องออก
พื้นที่ชุ่มน้ำ [เข้าหมู่บ้านไปบริการชาวบ้าน] ต่อไป ตอน
นั้นก็น่าสนุกดีครับ

นพ.โกมาตร : นำสงสารมานะครับ เพราะดูตัวรูปร่างของที
มมงคลแล้ว ม้าสมัยนั้นเป็นม้าแกลบด้วย ชาวบ้านเล่า
ให้ฟังว่าม้าตัวเล็กนิดเดียว กว่าจะไปถึงตำบล กระเบื้อง
นอกนี้หอบเลยนะครับม้า

ศ.นพ.ไพจิตร : ผมเองก็เกือบตกม้าทีหนึ่ง โชคดีหมอ
อนามัยไปด้วย คือไปชั้นสูตรศพนะครับ เรามีกติกาอยู่
ว่า ถ้านายอำเภอไป เราก็ก็น่าไป ถ้าวารวจไป เราก็ก็น่าไป
บังเอิญนายอำเภอไม่ไป ปลัดฯ ไป คือที่นั่นนาย
อำเภอเขาจบ ม.๖ นะครับ สมัยผมจบผมไปอยู่ที่นั่น
นายอำเภอจบ ม.๖ ศึกษาธิการก็จบ ม.๖ เท่านั้นเอง
มีเราเป็นหมอแล้วก็มีปริญญาไม่กี่คน แต่ว่าปลัดฯ
จบรัฐศาสตร์ไปเราไปด้วย แต่เราก็ก็น่าไปคนละทาง ไป
ชั้นสูตรศพ คดีก็น่าสงสารมาก คือเป็นมาลาเรีย
[Cerebral malaria] แล้วถูกหาว่าเป็นบ้าก็ผูกกับโซ่ตี
จนตาย ส่วนมากตีจนตายแล้วก็โศก เรื่องนี้เอาไว้แค
่นี้ก่อน แต่ชั้นสูตรศพทำให้เราได้กระดูกกะโหลกส่วน

โหลก พอชั้นสูตรมันก็ง่าย พอพอเขา [ซึ่งร่วมเดินทาง
ไปด้วย] เห็นกระดูกลูกก็รู้ว่าเป็นลูกแล้ว ตอนนี่ยังเก็บ
ไว้ที่ [โรงพยาบาล] พุทโธสงฆ์

อันนี้เป็นส่วนห้องที่นะครับ แต่สิ่งที่ท่านอาจารย์
พูดถึงระดับชาตินั้น ผมอยากเสริมนิดเดียวนะครับว่า
การที่เราทำสาธารณสุขมูลฐานโดยที่ท่านอาจารย์ทุก
ท่านมาช่วยกัน แล้วคุณหมอดำรงเป็นผู้อยู่เบื้องหลัง
เป็นหัวหน้าทีมทำงาน นายแพทย์ดำรง บุญยืน เป็น
ผู้อยู่เบื้องหลัง และทางฝ่ายสภาพัฒนฯ มีอีกคนหนึ่ง
ยังไม่ได้พูดถึง คือ ดร. สุเมธ ตันติเวชกุล เป็นหัวหน้า
ทีมเลขานุการ เพราะฉะนั้น ๔ กระทรวงหลักนั้นะครับก็
เกิดช่วงนั้น ที่นี้ท่านอาจารย์ไปสร้างทีมสภาพัฒนฯ
อย่างที่อาจารย์อุทัยเล่าแล้ว แล้วก็ ๔ ทีม ฝ่าย
[support] คือ ก.พ. สำนักงานประมาณ กรมบัญชี
กลาง แล้วก็สภาพัฒนฯ เป็นหน่วยงานหลักที่
ซัพพอร์ตพวกเรานะครับ เพราะฉะนั้นตรงนั้นในตอน
ที่อาจารย์อุทัยพูดถึงเรื่องโปรเจกต์ของชลบุรีนั้นมีความ
สำคัญมากนะครับ อันนี้ก็อยากให้ได้ศึกษาเพิ่มเติม
อีก เป็นสิ่งที่ทำให้ประเทศไทยได้รับความยอมรับจาก
WHO [องค์การอนามัยโลก]^{๑๑๓} ก่อนเรื่อง "Primary
Health Care" [สาธารณสุขมูลฐาน] คือเรื่องแผนการ
อันนี้^{๑๑๔} แล้วก็ CC^{๑๑๕} ทางด้านนี้ แล้วก็มีการ
อบรมเดือนหรือสามเดือนที่เมืองไทย และมีคนมา
เรียนที่นี่ แล้วก็ไปทำงานกันทั่วไป อันนี้เป็นเรื่อง
ที่สำคัญอันหนึ่งนะครับ

อีกอันหนึ่งคือเรื่องของ "Medical Education"
[แพทยศาสตร์ศึกษา] อยากให้บันทึกไว้เพราะว่ายังไม่
พูดกันนะครับ เรามีการประชุม "Medical
Education" มา ๗ - ๘ ครั้ง

นพ.โกมาตร : ครั้งนี้เป็นครั้งที่ ๘ ครับอาจารย์

ศ.นพ.ไพจิตร : แต่ที่จะเรียนนี้คือว่า อาจารย์ทองจันทร์^{๑๑๖}

๑๑๑ นายแพทย์มงคล ณ สงขลา อดีตรัฐมนตรีกระทรวงสาธารณสุขในสมัยรัฐบาลพลเอกสุรยุทธ์ จุลานนท์

๑๑๒ องค์การอนามัยโลก เป็นหนึ่งทบวงการชำนัญพิเศษ (Specialized Agency) ของสหประชาชาติ มีวัตถุประสงค์ให้ชาวโลกทั้งหมด โดยไม่คำนึงถึงเชื้อชาติ ศาสนา การเมือง เศรษฐกิจ หรือสังคม ให้
บรรลุถึงมาตรฐานสูงสุดของสุขภาพอนามัย ดังนั้นองค์การนี้จึงมีหน้าที่ช่วยเหลือและแนะนำแนวทางให้แก่ประเทศต่างๆ และประสานงานสาธารณสุขระหว่างประเทศ ประเทศไทยเข้าเป็นสมาชิกของ
องค์การอนามัยโลกเมื่อวันที่ ๒๖ กันยายน พ.ศ. ๒๕๑๕ ซึ่งเป็นปีแรกของการก่อตั้งองค์การนี้ขึ้นมา

๑๑๓ หมายถึง การจัดทำแผนงานระดับจังหวัด - นพ.ไพจิตร

๑๑๔ ศูนย์ความร่วมมือขององค์การอนามัยโลก (WHO CC - WHO Collaborating Centre)

๑๑๕ ศาสตราจารย์นายแพทย์ทองจันทร์ หงส์ลดารมภ์

เป็นหัวหน้าใหญ่ในการที่ไปเรียนจากซิดาโกมา แล้วก็มาทำเรื่องนี้อย่างจริงจัง แล้วก็ก็มีเครือข่ายที่ตามมาอะไรเยอะแยะจนจะครบ แล้วก็ เป็น CC ของ WHO เรื่อง "Medical Education" ก็เป็นเรื่องที่น่าจะศึกษาให้ละเอียดว่าเป็นความภาคภูมิใจ

นพ.โกมาตร : เรื่องแพทยศาสตร์ศึกษาก็คงจะมีวงขึ้นมาอีกเรื่องต่างหากครับ

ศ.นพ.ไพจิตร : อันนี้เรื่องที่เกี่ยวข้องกับชนบทในชุมชนสั้นๆ นิดเดียวจนจะครบว่า เรื่องกำลังคน โอเค เรื่องอาสาสมัครอะไรนั้นจะครบ^{๑๓๕} เราก็ทำกันอย่อย่างดีนะ ครับ บังเอิญผมเป็นหัวหน้าทีมครูฝึกสามสิบห้าอรหันต์นั้น^{๑๓๖} ก็ยังติดต่อกันอยู่บ้าน

นพ.โกมาตร : ซึ่งอาจารย์ไพโรจน์^{๑๓๗} กับพี่น้องรินทร์ [รินทร์ทิมา] เป็นลูกมืออาจารย์ไพโรจน์อยู่

ศ.นพ.ไพจิตร : อาจารย์รินทร์ทิมาเป็นมือขวาของอาจารย์ ๓๕ คน ก็แบ่งกันทำงานส่วนหนึ่ง ส่วนที่เกี่ยวข้องกับกรรมกรนั้นสำคัญ ได้ข่าวว่ากำลังจะรื้อฟื้นกรรมกรหมู่บ้าน ซึ่งผมเห็นด้วยนะครับ แต่ที่จริงแล้วทาง สสส. [สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ] ของเราทำเรื่องประชาคมไปได้ดีแล้ว คือระบบราชการนั้นจะต้องมีกรรมกรแบบนี้ แต่ทาง สสส. เขาไปประชาคม ประชาสังคมดี ๆ ก็ได้อยู่แล้ว ถ้าเชื่อมกันก็อาจจะไปด้วยกันกับทางนี้ได้เนาะครับ

อันสุดท้ายที่น่าสนใจมากเรื่องกองทุน ยังไม่ได้พูดกันนะครับ เรื่องกองทุนนั้นเมื่อแผนฯ ๔ ท่านอาจารย์อมรไปเอาเงิน WHO มา ให้ทำหนึ่งหมู่บ้าน ๑๐,๐๐๐ บาท เมื่อ ๓๐ ปีที่แล้ว เงิน ๑๐,๐๐๐ บาทให้หมู่บ้านเดียวจนครบ เพื่อไปพัฒนาหมู่บ้าน เพราะเรามี

ก.กำลังคน และ ก. กรรมกรหมู่บ้าน แต่เราไม่มีเงินสมัยก่อน ไม่มีเลยครับ ก็ได้เงินนี้มา เพราะฉะนั้นอันนี้จึงเป็นหัวใจที่จะได้เงินมาพัฒนาหมู่บ้าน [เป็นหลักการในการพัฒนางานสาธารณสุขมูลฐานและ จปฐ. - นพ.ไพจิตร]

นพ.โกมาตร : อาจารย์ครับ ตอนที่ไปเริ่มทดลองทำหนึ่งหมู่บ้านนั้น ทำที่ไหนครับ

ศ.นพ.ไพจิตร : ทำทั่วประเทศทั้ง ๑๒ เขต [เขตละ ๑ หมู่บ้าน - นพ.ไพจิตร] คุณระเด่น^{๑๓๘} อาจจะมีข้อมูลที่โคราชว่าทำที่ไหนอย่างไร แต่อย่างไรก็ตาม อันนี้ อาจารย์ท่านหนึ่งได้เข้ามาช่วยหมอปริชา^{๑๓๙} คือ อาจารย์นิตดา^{๑๔๐} เป็น "Project Director" [ผู้อำนวยการโครงการ] ของโครงการที่เรียกว่า TCDV^{๑๔๑} คือ ทำความร่วมมือระหว่างหมู่บ้าน

นพ.โกมาตร : วันนี้อาจารย์นิตดาได้รับนัดที่จะมา แต่ได้รับเชิญไปพูดอีกวงหนึ่งก็เลยไม่ได้มา

ศ.นพ.ไพจิตร : อันนี้ก็น่าสนใจเพราะเป็นที่มาของประกันสุขภาพ เพราะเป็นเรื่องของกองทุนแล้วมาคิดต่อเป็นเรื่องของกองทุนบัตรสุขภาพ ๓๐๐ บาท ๕๐๐ บาท แล้วก็อีกอันหนึ่ง อย่ยากให้หมอ[นายแพทย์โกมาตร] ซึ่งผมได้ขอข้อมูลแต่ยังไม่ได้จากสำนักงานประกันสังคม จริงๆ แล้วประกันสังคมมีกฎหมายออกมานานแล้วสัก ๓๐ - ๔๐ ปีแต่ไม่ได้ใช้ จนกระทั่งท่านเปรม^{๑๔๒} เป็นนายกรัฐมนตรี ท่านนายกฯเปรมก็ตั้งกรรมการขึ้นมาให้กระทรวงสาธารณสุขเป็นประธาน เพื่อที่จะคิดให้มีบัตรสุขภาพ^{๑๔๓} ท่านอาจารย์อมรบอกว่า ไพจิตรทำเรื่องกองทุนอยู่แล้วก็ให้ไปทำเรื่องนี้ ท่านอาจารย์ก็ช่วยกรุณาไปแนะนำ ก็เป็นจุดเริ่มให้รัฐบาลตัดสินใจทำประกันสังคมที่เจริญมาจนถึงทุกวันนี้เนาะครับ

๑๓๕ โดยให้ความรู้พื้นฐานเรื่องแพทยศาสตร์ศึกษาเป็นหลักในการพัฒนากำลัง - นพ.ไพจิตร
๑๓๖ มีอาจารย์หมอประพนธ์ ปิยะรัตน์ เป็นครูใหญ่ - นพ.ไพจิตร
๑๓๗ นายแพทย์ไพโรจน์ นิงสานนท์
๑๓๘ ระเด่น นิสิต สาธารณสุขอำเภอในไทย (เดิมคืออนามัยอำเภอ) จังหวัดนครราชสีมา สมัยที่เริ่มดำเนินโครงการสาธารณสุขมูลฐานขึ้นในเขตจังหวัดนครราชสีมาเมื่อ พ.ศ. ๒๕๒๐ ปัจจุบันเป็นข้าราชการบ้านญาติ
๑๓๙ นายแพทย์ปริชา ดิสวัสดิ์
๑๔๐ นายแพทย์นิตดา ศรียากัย
๑๔๑ TCDV - Technical Cooperation among Developing Villages ความร่วมมือทางเทคนิคระหว่างหมู่บ้านที่กำลังพัฒนา
๑๔๒ พลเอกเปรม ติณสูลานนท์
๑๔๓ หมายถึง เพื่อที่จะช่วยการประกันสังคม เพราะสาธารณสุขทำเรื่องบัตรสุขภาพอยู่แล้ว - นพ.ไพจิตร
๑๔๔ หมายถึง ศาสตราจารย์พิเศษนายแพทย์ไพจิตร ปวงบุตร
๑๔๕ หมายถึง นายบัณฑิตย์ ธนชัยเศรษฐวุฒิ นักวิชาการด้านสิทธิแรงงาน มูลนิธิอานนท์ พงศ์พันธ์

ศ.นพ.ประเวศ : ไปอยู่กระทรวงมหาดไทย ๓๐ ปี แล้วไม่
ออก ตอนหลังเวลาที่มาอยู่ที่กระทรวงสาธารณสุข และ
ผมจำได้ว่าไพจิตร^{๑๔๖} นั่งเป็นประธาน ตอนนั้นไป
กระทรวงมหาดไทยกัน ไปคุยกับคุณมาลัย อุวันนท์
สมัยปฏิวัติมีหมอบประสาน ต่างใจ แล้วใครอีกคน ไป
คุยเรื่องประกัน และเขาก็ชี้ให้ดูคุณบัณฑิต^{๑๔๗} ทำ ๓๐
ปีจนหัวล้านแล้วยังไม่ออกเลย ตอนหลังเวลาที่ย้ายแล้ว
มีอาจารย์นิคม^{๑๔๘} มาร่วมด้วย แล้วออกมาในที่สุด

ศ.นพ.ไพจิตร : เมื่อ พ.ศ. ๒๕๒๗ สงวน^{๑๔๙} ก็สนิทกับ
อาจารย์นิคม ก็ไปด้วยกัน สงวนก็ไปเรียนรู้จาก
อาจารย์เยอะ อันนี้ก็เป็นสิ่งที่น่าสนใจที่จะเสริมเพิ่ม
เต็มเท่านั้นเองครับ ส่วนเรื่องที่คุณมาลัยพูดนั้น
ผมก็อยากเสริมสั้นๆ เท่านั้นเองเรื่องปุมของอาจารย์
คือ ผมเข้ามาอยู่กรุงเทพฯ มาเป็นนายแพทย์ใหญ่ก็
เหมือนผู้ช่วยปลัดฯ อยู่กับท่านอาจารย์^{๑๕๐} ผมก็เรียนรู้
จากอาจารย์ ๒ ปี ท่านคงจำได้ สิ่งที่คุณมาลัยพูด คือ
HA ที่อาจารย์คิดไว้ใช้คำว่าติดดาวนะครับ อาจารย์
เชื่อไหมครับ อันนี้น่าสนใจว่าพวกเราไม่ยอมให้
ประเมินนะครับ มีโรงพยาบาลแห่งหนึ่งไม่ยอมให้
ประเมินเลย ผมก็ขออนุญาตอาจารย์ไปประเมิน
อาจารย์^{๑๕๑} ที่บ้านท่านก็แล้วกัน [ซึ่งก็สำเร็จได้ด้วยดี
- นพ.ไพจิตร]

นพ.โกมาตร : อาจารย์ครับ ปีนี้ HA จะครบ ๑๐ ปี
คุณหมอนุวัฒน์^{๑๕๒} ก็บอกว่าอยากจะขอตั้งวง "Witness
Seminar" เรื่อง HA สักวงหนึ่ง น่าจะทำได้เร็วๆ นี่นะครับ

ศ.นพ.ไพจิตร : อาจารย์ [บรรลุ] ส่งผมไปประเมินที่บ้าน
ท่าน [ผู้อำนวยการโรงพยาบาลแห่งนั้น] กินกาแฟ
บ้านท่านเรียบร้อย ตอนที่อาจารย์เกษียณก็ห่วงเรื่องนี้
อยากให้ทำต่อ แต่โชคดีที่หลายปีต่อมา คุณหมอน
ุวัฒน์ก็มีมารับไปเรียบร้อยแล้ว ซึ่งเป็นเรื่องที่ดี สรุป
แล้วพวกเราเป็น "subsystem" [ระบบย่อย] จริงๆ จน
กระทั่งมาปัจจุบัน ที่ท่านอาจารย์ผู้ใหญ่ของเรานำมา

อย่างที่ชูชัย^{๑๕๓} เข้ามา [อยู่องค์การอิสระ - นพ.ไพจิตร]
อย่างนั้นนะครับ อยู่ในระบบเป็น "subsystem" ก็จริง
อยู่ แต่ว่าโดยคนของเราขึ้นมาอยู่ในระดับที่ถ้าพูดไป
แล้วสังคมเขาฟัง นี่ก็เป็นสิ่งที่น่าเรียนรู้ต่อไปว่ารุ่นปู่รุ่น
พ่อเราเขาทำอย่างไร ลูกหลานควรจะทำอย่างไรต่อไป
นะครับ เพราะขณะนี้เรามีหลาย "ส" เหลือเกินนะครับ
กระทรวงเองก็เกรงใจนะครับ ว่าขณะนี้ท่านผู้ใหญ่
ช่วยกันว่าเราจะทำอย่างไรให้ทุกอย่างมันร่วมกันให้
มันดีต่อไปครับ ขอขอบคุณมากครับ

ศ.นพ.ประเวศ : ที่คิดเมื่อเข้านี้ที่คุยกันแต่ละเรื่องมันก็คุย
ได้สั้นๆ แต่มันก็ช่วยบอกว่าแต่ละเรื่องมันมี "root"
[ราก] ของมัน กว่าจะมาเป็นประกันสุขภาพ ต่อมา
HA ก็มาอีกแล้ว ผมอยู่ศิริราชไม่รู้อะไรหรอก พอมา
กระทรวงที่ไร เห็น "Country Health Programming"
ผมก็ไม่รู้ว่ามันคืออะไร แต่ผมจำได้ว่าเรื่องต่างๆ
แต่ละเรื่องมันมีที่มา และที่ว่าหมู่บ้านไหนที่ทำกองทุน
ครั้งแรก คุณหมอนอมรเคยชี้ให้ผมดูว่าหมู่บ้านหมอก
จำแป้ที่แม่ฮ่องสอน ตอนนั้นแกบอกว่าเนียได้ทดลอง
กองทุนเป็นครั้งแรก

นพ.โกมาตร : ปัจจุบันสถานีอนามัยหมอกจำแป้ก็ยัง
ทำงานชุมชนได้ดีอยู่ครับ ผมได้ไปเยี่ยมมาเมื่อสองปี
ที่แล้ว แต่เรื่องกองทุนก็มีความริเริ่มของอีสานกระจัด
กระจายอยู่ มีที่ชวลิต^{๑๕๔} ที่ไปเริ่มทำกองทุนที่กระนวน
เป็นสหกรณ์ยาที่กระนวน^{๑๕๕} ก็เป็นตัวอย่างให้เรา
ได้ไปทำงานต่อเนื่องไปด้วยเหมือนกัน เราจะคุยราย
ละเอียดภาคสนามในตอนปลายนะครับ ก็มีที่ฉวี พิชูชัย
และอีกหลายๆ คนจะร่วมกับเราในตอนปลาย ผมขอมา
ที่ฟังคลื่นนะครับ ก่อนจะได้ถ่ายรูปและรับประทาน
อาหารร่วมกัน

นพ.มงคล ณ สงขลา : ตอนนี่ก็เกือบบ่ายโมงแล้วนะครับ
อยากให้พิจารณาเรื่อง "keyword" [คำสำคัญ]
หลายๆ เรื่อง ผมคิดว่าน่าจะเป็นในเรื่องของคำที่เอ่ย

๑๔๖ หมายถึง ศาสตราจารย์นิคม จันทร์ทวีรุ ผู้เชี่ยวชาญเรื่องแรงงานและสวัสดิการสังคม

๑๔๗ นายแพทย์สงวน นิตยารัมภ์พงศ์

๑๔๘ หมายถึง นายแพทย์บรรลุ ศิริพานิช

๑๔๙ หมายถึง ผู้อำนวยการโรงพยาบาลนั้น - นพ.ไพจิตร

๑๕๐ นายแพทย์อนุวัฒน์ ศุภกิจกุล ผู้อำนวยการสถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (พพร.)

๑๕๑ นายแพทย์ชูชัย คุกวาน์

๑๕๒ นายแพทย์ชวลิต สันติกิจรุ่งเรือง อดีตผู้อำนวยการคนแรกของโรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธพรหมกระนวน จังหวัดขอนแก่น และอดีตผู้อำนวยการสถาบันการแพทย์ไทย - จีน เอเชียตะวันออกเฉียงใต้ กรม
พัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก

ขึ้นมาหลายๆ เรื่องทีเดียว ตั้งแต่ในเรื่องของโรงพยาบาลชุมชนที่เปลี่ยนจากสถานอนามัยมาเป็นศูนย์การแพทย์อนามัยมาเป็นโรงพยาบาลอำเภอ และมาเป็นโรงพยาบาลชุมชน เราเปลี่ยนป้ายกันไม่ทันเลยนะครับ ตอนหลังไม่เอาสังกะสีถาวรแล้วครับ ก็ไม่รู้จะเปลี่ยนเป็นอะไรอีก ตั้งแต่ปี พ.ศ. ๒๕๑๘ นะครับ ตรงนั้นมันเป็นคีย์เวิร์ดอันหนึ่ง คิดว่าตรงนี้น่าจะไปดูการเปลี่ยนแปลงช่วงนั้นให้ดีๆ นะครับ

ในช่วงใกล้เคียงกันนั้นสมัย นายแพทย์ชนะ คำบุญรัตน์ เป็นผู้อำนวยการกองสาธารณสุขภูมิภาค ตอนนั้นยังไม่เรียกกองสาธารณสุขภูมิภาค เรียกกองสุขภาพ คุณหมอมานิตย์ ประพันธ์สิน ที่ริเริ่มชมรมแพทย์ชนบท ไปขอประชุมครั้งแรกบนเขาใหญ่ แต่ไม่สำเร็จ ครั้งต่อมา ก็เริ่มเป็นเรื่องเป็นราว เป็นเรื่องนี้น่าติดตามเอามาร้อยเรียงให้เป็นเรื่องเป็นราวก็น่าจะดีมาก แล้วก็ผมเห็นด้วยทั้งหมดต่อการเปลี่ยนแปลงว่าทั้งหมดเป็นเรื่องของแผน สาธารณสุขเป็นเจ้าของแผนที่ใครต่อใครก็ยอมรับตั้งแต่เริ่มเลย และแผนในการดำเนินการทั้งหมดนั้น พืชพรรณที่คู่กับพีดำรงค์ ผมคิดว่ามีอะไรตรงนั้นที่จะช่วยเราเยอะเลย รับคำสั่งจากอาจารย์เสม รับคำสั่งจากอาจารย์ไพโรจน์ ใครต่อใครทั้งหลาย เสร็จแล้วก็เอาไปทำ ลั่นลงไปถึงระดับอำเภอระดับตำบลได้เป็นอย่างดี สองท่านนี้ผมคิดว่าเป็นคนซึ่งสร้างงานสร้างอะไรต่างๆ ขึ้นมาเยอะเลย

ในการที่ทำให้งานตรงนี้ไปถึงรากหญ้า ผมคิดว่ามันเป็นเรื่องที่น่าเน้นมากนะครับ โดยเฉพาะอย่างยิ่งจากการดำเนินการในเรื่อง อสม. แล้วก็ไปประจวบกับสมัยท่านเปรมที่เน้นหนักในเรื่องการแก้ไขปัญหาคความยากจน ในปี พ.ศ. ๒๕๒๕ มีการเฉพาะเจาะจงในการเลือกพื้นที่และลงเน้นหนักในตรงนั้น ทำให้งานสาธารณสุขของเราได้รับการดูแลช่วยเหลือทางด้านงบประมาณและทางด้านต่างๆ เน้นไปในพื้นที่ๆ เป็นพื้นที่ยากจนด้วยนะครับ เพราะฉะนั้นพื้นที่ยากจนก็

ไม่ได้มีแต่อาจสามารถ^{๑๕๓} อย่างที่ได้ยินได้รับฟังกันนะครับ มันมีมาแต่สมัยท่านเปรมแล้ว

ผมคิดว่าแม้แต่ในเรื่องของ อสม. ผสส. ผมให้ข้อมูลได้ ที่เราเปลี่ยน อสม. อย่างเดียวนะครับ เพราะทำมาก่อนตั้งแต่ พ.ศ. ๒๕๒๔ แล้วกระทรวงมารับทำนโยบายเมื่อปี พ.ศ. ๒๕๓๔ คือ ๑๐ ปีหลังจากนั้น แล้วก็ในเรื่องของศูนย์สาธารณสุขมูลฐานที่อาจารย์หมออูทัย^{๑๕๔} ได้ริเริ่มขึ้นมาในพื้นที่ ผมคิดว่าตรงนี้เป็นตัวเปลี่ยนเหมือนกันที่ให้งบประมาณลงไปในพื้นที่จุดละ ๑๐,๐๐๐ บาท แต่ก่อนก็ตำบลละ ๑๐,๐๐๐ ที่เลือกให้ ตอนหลังพอมีศูนย์สาธารณสุขมูลฐานขึ้นมาจุดละ ๑๐,๐๐๐ บาท ตอนนั้นมันเปลี่ยนการทำงานของ อสม. เราเยอะมากเลยทีเดียวนะ นั่นก็น่าศึกษา

ประจวบกับที่เมื่อ อสม. เข้มแข็งขึ้น เราจะมี การดำเนินการปรับเปลี่ยนสถานอนามัย สมัยก่อนเป็นสถานอนามัยอย่างที่คุณหมอเกรินตั้งแต่แรกว่ามันเป็นผลตุงครภ^{๑๕๕} ซึ่งพอแม่มีที่ดินแล้วก็รับปากว่าจะสร้างที่ทำงานให้ แล้วก็ให้ลูกมีโอกาสไปเรียนแล้ว พอถูกกลับมาพอแม่ก็ไม่มีเงินที่จะสร้างสถานอนามัยดี ก็ไปเอาถังระเบิดบ้าง อะไรต่างๆ จากค่ายทหารของอเมริกันสมัยก่อนมาสร้างเป็นสถานอนามัย มันก็เป็นสถานอนามัยที่ไม่น่าให้บริการเลย พอตอนหลังก็มีการพัฒนาอะไรต่างๆ มากมาย พอถึงอาจารย์หมออูทัย ก็กลายเป็นสถานอนามัยเฉลิมพระเกียรติฯ สถานอนามัยเปลี่ยนหน้าเปลี่ยนตาเปลี่ยนโฉมอะไรต่างๆ ไปเยอะแยะเลย ตรงนี้เป็นส่วนที่คิดว่า อสม. แข็งแข็งมา สถานอนามัยก็แข็งขึ้นมา และโรงพยาบาลชุมชนแข็งอยู่ก่อนแล้ว ทำให้งานสาธารณสุขในชนบทกลายเป็นปีกแผ่นแน่นหนาที่ดีมาก และก็มาเสริมด้วยช่วงนั้นที่เราพูดไปแล้ว

การทำงานโดยเฉพาะอย่างยิ่งงาน จปฐ. ที่เกิดขึ้นที่โคราชที่อาจารย์ไพจิตรพูดถึงเมื่อกี้ ตอนนั้นอาจารย์

๑๕๓ อำเภอกระนวน จังหวัดขอนแก่น

๑๕๔ หมายถึง อำเภออาจสามารถ จังหวัดร้อยเอ็ด ที่ถูกเลือกเป็นเขตต่อสู้กำจัดความยากจนในสมัยปลายรัฐบาล พ.ศ. ทักษิณ ชินวัตร

๑๕๕ นายแพทย์อุทัย กุดชู

๑๕๖ โครงการ "จังหวัดเร่งรัดพัฒนาคุณภาพชีวิตด้านสาธารณสุข" ๑๔ จังหวัด

สาขาสังคม ๐ ประวัติศาสตร์และความงาม

ประพันธ์ คิดว่าเรายังไม่ได้พูดถึงท่าน ท่านก็มีห้องทำงานอยู่ที่สหภาพฯ ลองคิดดูไม่ใช่ประสานกันเฉยๆ แต่มีห้องทำงานของอาจารย์ของเราที่ทำงานประสานกันอยู่ มีห้องทำงานอยู่ที่นั่นและประสานที่นั่นจึงทำให้งานเป็นเนื้อเดียวกัน เพื่อให้งานทั้งหมดที่เกิดขึ้นไม่ว่าจะเป็น “Mini Thailand”^{๑๕๖} เกิดอะไรต่างๆ ขึ้นมาจากอาจารย์อมร^{๑๕๗} เยอะแยะมากมาย พวกเราเองที่ทำงานก็ปรับตัวไม่ทันนะครับ แล้วก็มีทั้งบ่นทั้งอะไรตามประสา

นพ.โกมาตร : ถือว่าเป็นนโยบายรายวันครับ

นพ.มงคล : แต่ก็ถือว่าเป็นสิ่งที่ดี แต่พอถึงอาจารย์บรรลุผมจำได้ว่าเดี๋ยวต้องติดตามตรงโน้นติดตามตรงนี้ แล้วก็ไปประเมินยับเลย ประเมินทั้งเงิน การบริหารงานบุคลากร และประเมิน สสจ. [สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด] ด้วย ประเมินในสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดด้วย ไม่ใช่เฉพาะในโรงพยาบาลเท่านั้น เพราะฉะนั้นการกวนให้มันซับซ้อนนี้ ผมคิดว่าเป็นส่วนหนึ่งที่ทำให้ทุกคน “alen”^{๑๕๘} ต้นตัวอยู่ตลอดเวลาว่าเราจะต้องปรับต้องเปลี่ยน เราต้องแก้ปัญหาทั้งทางด้านชุมชน ทั้งปัญหาด้านสถานบริการ เพื่อให้ไปถึงจุดที่ดีจริงๆ แล้วก็คือเรื่องเดียวกัน จะยังงี้ก็แล้วแต่ อันนี้ก็เพื่อสุขภาพที่ดีของประชาชนทั้งนั้นเลย โดยผ่าน “mean” [วิธีการ] ต่างๆ

นพ.โกมาตร : อาจารย์ครับตอนสมัยที่อาจารย์ไปอยู่พินาย ตอนนั้นสภาพเป็นอย่างไรครับ

นพ.มงคล : ตอนนั้นไปไหนยังไม่ค่อยได้ โดยเฉพาะอย่างยิ่งไปเยี่ยมชาวบ้าน ตอนฝนตกหน่อยก็ไปไม่ได้แล้ว

นพ.โกมาตร : พินายเป็นพื้นที่อาณาเขตที่ใหญ่โตมากใช่ไหมครับ

นพ.มงคล : ตอนนั้นมีหมอทั้งจังหวัดโคราชอยู่ ๖ - ๗ คน ผมไปอยู่ตรงนั้นก็ดูแลทั้งชุมพวง ประทาย สูงเนิน ดูแลทั้งห้วยแถลงไปหมดเลย สมัยนั้นถ้าเผื่อว่ามีการตายที่รุนแรงขึ้นมาเคยขี่ม้าไม่ไหว เคยไปขอหอ [เฮลิคอปเตอร์] ด้วยเข้าไป บางครั้งบางครั้งเคยสนับสนุนให้หอไปลง แล้วก็ไปนอนอยู่ที่นั่น ไปอยู่ตามวัด เคยไปเล่าสิ่งเหล่านี้ให้เด็กฟัง ไปคุยให้หมอนักศึกษาแพทย์ใหม่ๆ ของศิริราชฟัง เขานั่งฟังแล้วเขานิ่งตาลอยเลยนะ เขานึกไม่ออกเหมือนกันว่ามันมีได้ยังไงในประเทศไทย เพราะเขาไม่มีโอกาสที่จะสร้างจินตนาการไปได้ว่ามันทุกขยากลำบากขนาดไหน แต่ก็ดีนะที่ได้ไปเล่าให้เขาฟัง หรือไม่ฟัง หรือฟังแล้วอาจไม่รู้เรื่องเลยก็ได้ แต่เราได้เล่า

นพ.ชูชัย ศุภวงศ์ : ขอเวลาหนึ่งนาทีครับ เพราะว่าตอนบายต้องไปประชุมเรื่องกระบวนการยุติธรรม ประเด็นที่พี่มงคลพูด ผมขอเสริมนิดเดียวครับว่าก่อน ๑๔ ตุลา ๒๕๑๖ มีการบังคับใช้ทุนแพทย์ให้ไปอยู่ในชนบท ผมคิดว่าจุดนั้นเป็นจุดที่ “break through” [จุดเปลี่ยนผ่านสำคัญ] ทำให้นักศึกษาแพทย์ต่างๆ รวมตัวกันคิดกันว่าไปใช้ทุน ๓๐:๗๐ มันเป็นการเลือกปฏิบัติ จึงขอให้ใช้ทุนทั้ง ๑๐๐ เปอร์เซ็นต์ แล้วก็ [ให้เวลาจาก ๕ ปี เหลือ] ๓ ปี ๑ ปีนั้นให้นับเป็นอินเทิร์น [intern-แพทย์ฝึกหัด] ด้วย [การรวมตัวในครั้งนั้น] นำมาสู่การก่อตั้งศูนย์นิสิตนักศึกษาแพทย์แห่งประเทศไทย [จึงเกิดแพทย์] ใช้ทุนรุ่นแรกในปี พ.ศ. ๒๕๑๕ ไปตรวจสอบเวลานิดหนึ่ง แล้วการที่แพทย์ออกไปสถานีอนามัยขั้นหนึ่ง ศูนย์การแพทย์อนามัย ตรงนั้นก็ทำให้เกิดผลสะท้อนสูงมากในเรื่องการบริการสุขภาพต่อมา หลังจากนั้นก็เกิดสหพันธ์แพทย์ชนบทก่อนช่วงตุลาคม ๒๕๑๙ และพอหลัง ๖ ตุลาคม ๒๕๑๙ ก็ยุติบทบาทลงไป ตอนหลังพอ [เหตุการณ์บ้านเมืองเป็นปกติ] พ.ศ. ๒๕๒๑ ก็เกิดชมรมแพทย์ชนบท พอ พ.ศ. ๒๕๒๔ ก็เกิดมูลนิธิแพทย์ชนบท ผมอยากพูดตรงนี้เพราะจะได้ “parallel” [เห็นภาพคู่ขนานไป] กับการ

๑๕๗ นายแพทย์อมร นนทสุต

๑๕๘ ประธานสมัชชาใหญ่องค์การอนามัยโลก ๑ สมัย คือ นายแพทย์ประกอบ ผู้จินดา

๑๕๙ ประธานกรรมการบริหารองค์การอนามัยโลก ๑ สมัย คือ นายแพทย์จุฑัย สุตสุท



พัฒนา[งานสาธารณสุข]ที่พี่มั่งคลุกคลีเอาไว้ แคนี่ก่อน
"resource person" [ผู้ที่ให้ข้อมูล] จะให้คุยกับใคร
ต่างๆ จะบอกทีหลังได้

นพ.อุทัย : ขอจุดประเด็นไว้หนึ่งนะครับ คือเรื่องการ
สาธารณสุขระหว่างประเทศของไทยเรา "outstanding"
[โดดเด่น] มากนะครับ เรามีถึงประธานสมัชชาใหญ่
องค์การอนามัยโลก^{๑๕} มีประธานกรรมการบริหาร
องค์การอนามัยโลก^{๑๖} เราเป็นประเทศเดียวซีได้รับ
มอบอำนาจจาก WHO ให้บริหารเงินของ WHO ใน
ประเทศไทยเอง ซึ่งก็มี [อาจารย์อมร] อาจารย์
ไพโรจน์ มีอาจารย์ประเวศ เป็นกรรมการร่วมด้วย อัน
นี้จุดประเด็นไว้เฉยๆ ค่อยเดินต่อนะครับ

นพ.โกมาตร : ผมคิดว่าประวัติศาสตร์ยาวนานเกือบ
ศตวรรษก็คงจะต้องคุยกันหลายรอบนะครับ ตอนนี้ก็
เลยเวลาที่เที่ยงมาเยอะมากแล้วนะครับ หลายท่านอาจ
จะต้องไป ก่อนจะไปยังไงก็ขออนุญาตถ่ายรูปร่วมกัน
ไว้เป็นที่ระลึกสักนิดหนึ่งนะครับ เพราะโอกาสที่จะได้

เรียนเชิญอาจารย์ผู้ใหญ่ทุกท่านมาพร้อมกันอย่างไร
วันนี้ก็ยากมากเลยนะครับ ส่วนท่านที่เชิญมาได้ก็
มีหลายท่านนะครับ อาจารย์นัดดาที่มาไม่ได้ แล้วก็พี่
ดำรงดี บุญยีน ก็ต้องจุดธูปมา เพราะเราจัดช้าเกินไป
นะครับ ส่วนอาจารย์ยุทธนา ก็เชิญด้วย แต่ก็ติดเรื่อง
ปัญหาสุขภาพก็เลยมาไม่ได้ แต่ถ้าหากไปคุยกันที่
บ้านท่านก็จะยินดีอยู่ อาจารย์อมรก็ได้รับเชิญไป
ประชุมเรื่องสาธารณสุขมูลฐานในอนาคตที่จังหวัด
อุดร ได้โทรศัพท์คุยกับอาจารย์ อาจารย์ก็ถามว่าแล้ว
เธอจะให้ผมทำอะไร ทางนั้นก็เอาอนาคต ทางนี้
ก็จะเอาอดีต ผมก็เลือกเอาอนาคตก่อน เตี่ยวอดีต
ค่อยคุยกันอีกทีหนึ่ง

ตอนบ่ายเป็นการลงรายละเอียดวงเล็ก แต่อยาก
ให้ตอนบ่ายเป็นเรื่องเล่าที่เป็นความประทับใจ เรื่อง
โครงสร้างต่างๆ อาจจะค้นคว้าได้เรื่องเล่าอย่าง
ที่อาจารย์ไพจิตรเล่าว่าไปกินน้ำ[ไอเลี้ยง]เข้าที่โต๊ะสนึก
อย่างนี้ก็เป็นประสบการณ์ของแพทย์ได้นะครับ การ
เป็นแพทย์ในชนบทนี้ก็หลากหลายเหลือเกิน
ประสบการณ์ต่างๆ เหล่านี้เป็นเรื่องที่หาบันทึกที่ไหน
ไม่มี ตอนบ่ายอยากจะได้ลงรายละเอียดต่างๆ เหล่า
นี้มากขึ้น ถ้าเกิดว่าท่านอาจารย์ไม่ติดอะไรก็อยากจะ
ขอเชิญลงไปฟังในกลุ่ม โดยเรามีการแบ่งเป็น ๒ กลุ่ม
ด้วยกัน กลุ่มหนึ่งจะอยู่ห้องนี้ อีกกลุ่มหนึ่งจะอยู่ห้อง
เลยไปฝั่งตรงข้ามกับตรงนี้ ส่วนห้องน้ำก็อยู่ตรงกลาง
นะครับ ตอนนี้นำกำลังจัดโต๊ะ รอสักนิดหนึ่งอีกประมาณ
๕ นาทีก็น่าจะเสร็จ หลังจากนั้นก็ขอเชิญถ่ายภาพ
ร่วมกันก่อนจะไปรับประทานอาหารด้วยกันครับ

การประชุมวิชาการ
๑๒
๑๓
๑๔
๑๕
๑๖
๑๗
๑๘
๑๙
๒๐
๒๑
๒๒
๒๓
๒๔
๒๕
๒๖
๒๗
๒๘
๒๙
๓๐
๓๑
๓๒
๓๓
๓๔
๓๕
๓๖
๓๗
๓๘
๓๙
๔๐
๔๑
๔๒
๔๓
๔๔
๔๕
๔๖
๔๗
๔๘
๔๙
๕๐

บทที่ 2

พัฒนาการระบบบริการสุขภาพในชนบท



นพ.โกมาตร : ผมขอเริ่มเลย เพราะอาจารย์ประเวศจะไม่ได้อยู่ด้วย อาจารย์เริ่มอะไรสักนิดไว้ก่อนไหมครับ เรื่องงานสาธารณสุขมูลฐาน คือ ห้องโน้นจะพูดเรื่องสาธารณสุขมูลฐาน ห้องเราพูดคุยเรื่องงานพัฒนาตัวระบบบริการ เช่น สถานีอนามัย สุขศาลา อาจจะไม่บอกเล่าเรื่องราวที่ได้ไปทำงาน ประสบการณ์เล็กๆ น้อยๆ ซึ่งไม่มีโอกาสได้จัดบันทึกในเอกสารที่เป็นทางการ เช่น ที่สุรเกียรติอาจจะเล่าเรื่องการทำงานที่บางปะอิน บ้างว่าไปริเริ่มอะไรยังไปบ้าง คิดยังไงถึงได้ไปอยู่ที่นั่นไปแล้วเจออะไร ทำไปทำมาถึงได้กลายเป็นหนังสือคู่มือตรวจรักษาโรคได้ อาจจะไม่ทำอะไรบ้างก็ได้ ผมใคร่ขอให้การพูดตอนบ่ายนี้ ใครคิดอยากจะพูดเสริมตอนไหนก็เสริมกันเป็นแบบวงสนทนา จะได้คุยกันแบบง่ายๆ

ตอนบ่ายนี้ก็มีคนมาเสริม ห้องนี้ก็มีคุณหมอสมาศักดิ์ ชุณห์ศรีมี ห้องโน้นก็มีพี่เมธิ ซึ่งร่วมตั้งสำนักงานสาธารณสุขมูลฐานขึ้น โดยยึดระเบียบชั้น ๔ เป็นที่ทำการโดยไม่มีที่ทำการเป็นกิจลักษณะ แล้วก็พัฒนามาเป็นนโยบายสาธารณสุขมูลฐาน

ขออนุญาตเริ่มแบบธรรมชาติ อาจารย์สุรเกียรติเริ่มเลยก็ได้ครับอาจารย์

ศ.นพ.ประเวศ : สุรเกียรติเป็นตัวเริ่มตั้งแต่เป็นนักศึกษาแพทย์ แล้วออกไปอยู่โกสุมพิสัย จังหวัดมหาสารคาม เขาเขียนจดหมายมาเล่าให้ผมฟัง

นพ.โกมาตร : อาจารย์ครับ จดหมายนั้นอาจารย์ยังเก็บไว้อยู่ไหมครับ? อันนี้ก็เป็น "personal papers" [เอกสารส่วนบุคคล] เหมือนกัน

นพ.สุรเกียรติ อาชานานุภาพ : ผมเป็นแพทย์ใช้ทุนรุ่นแรกของการบังคับใช้ทุน [ผมเป็นแพทย์] รามา รุ่นหนึ่ง คือแพทย์ใช้ทุนรุ่นแรก ตอนนั้น คือปี ๒๕๑๐ ผมเรียนอยู่ปี ๓ รัฐบาลได้ออกกฎให้แพทย์จบใหม่ใช้ทุน อยู่ดีๆ ก็

มีสัญญามาให้เซ็น พวกเราก็สู้ มีการรวมตัวกันของ [นักศึกษาแพทย์ทุกคนซึ่งต่อมาก่อตั้งเป็น] ศูนย์นิสิตนักศึกษาแพทย์แห่งประเทศไทย^๑ มีการทำหนังสือวารสารนักศึกษาแพทย์สัมพันธ์^๒ มีการจัดสัมมนาเรื่องปัญหาขาดแคลนแพทย์ชนบทในช่วงนั้น และได้จัดโครงการศึกษาดูงานโรงพยาบาลต่างจังหวัดเพื่อให้เข้าใจสภาพงานสาธารณสุขในชนบท

โดยส่วนตัว ผมสนใจงาน "psychiatry" [จิตเวชศาสตร์] อยากรับเป็น "psychiatrist" จิตแพทย์ ตอนที่จบแล้วใช้ทุน คิดว่าขอไปทำงานบ้านนอก ๒ ปี แล้วค่อยมาเรียนต่อ ตั้งใจจะไปเรียนรู้ปัญหาชนบทเสียก่อน คือไม่ได้ตั้งใจว่าจะเป็นหมอชนบท ตอนนั้นเพื่อนผมหลายคนพากันไปนอก ผมก็มีโอกาสไปนอก โดยได้ไปสอบผ่านเกณฑ์มาตรฐานวิชาแพทย์ที่สามารถสมัครไปทำงานที่สหรัฐอเมริกาได้ หากยอมใช้เงินสี่หมื่นบาทก็ไปนอกได้^๓ ในที่สุดก็คิดว่าเราไปเรียนรู้ประสบการณ์ในชนบทก่อนจะไปเป็น "psychiatrist"

นพ.โกมาตร : พอเซ็นสัญญาเขาก็บอกว่ามีเงินผูกพันไว้ ๔ หมื่นบาท

นพ.สุรเกียรติ : เขาให้เสียปีละหมื่น ๔ ปีคือสี่หมื่น ตั้งแต่ปี ๓ ถึงปี ๖ สี่ปีก็สี่หมื่น ถ้าเรามีเงินสี่หมื่นก็เป็นอิสระไปเลย [ส่วนแพทย์ที่เซ็นสัญญาใช้ทุน ถ้าหากไม่ไปใช้ทุน] ถูกปรับแค่ ๒ เท่า คือ ๘๐,๐๐๐ ซึ่ง [นับว่า] น้อยมากครับ เราสามารถให้ปรับได้ แต่เราเลือกไปทำงานที่ชนบทสักกระยะหนึ่งก่อน

นพ.โกมาตร : คนส่วนใหญ่จะคิดอย่างนี้ไหมครับอาจารย์ นักเรียนในรุ่นเดียวกับอาจารย์ เพราะช่วงนั้นเป็นช่วงของการตื่นตัวของขบวนการนักศึกษา^๔

นพ.สุรเกียรติ : [ตอนนั้นรัฐบาล] เปิดโควตา คือประมาณ ๒๐ - ๓๐ เปอร์เซ็นต์ สามารถเสียเงินเรียนได้ ที่เหลือ ๗๐ - ๘๐ เปอร์เซ็นต์ บังคับให้ใช้ทุน คือรับทุน ผมเลย

๑ ก่อตั้งขึ้นเมื่อปี พ.ศ. ๒๕๑๒
๒ นายแพทย์สุรเกียรติขยายความว่า จัดทำขึ้นเพื่อเผยแพร่จุดยืนและความคิดของนักศึกษาต่อปัญหา ซึ่งก็ได้มีการสัมภาษณ์อาจารย์แพทย์และแพทย์อากรุโสนหลายท่าน
๓ นายแพทย์สุรเกียรติอธิบายเพิ่มเติมในภายหลังว่า ในตอนนั้นถึงแม้จะมีสัญญาผูกมัดให้ต้องไปใช้ทุน แต่ก็ยังเปิดช่องให้มีการจ่ายเงินปีละหนึ่งหมื่นบาทสำหรับที่สุดท้ายของการเรียนแพทย์ รวมเป็นจำนวนสี่หมื่นบาท เมื่อจบแล้วก็สามารถเดินทางไปต่างประเทศได้โดย เพื่อนรุ่นเดียวกับนายแพทย์สุรเกียรติหลายคนก็เลือกใช้เงินแทนทำงานใช้ทุน
๔ การเติบโตของแนวความคิดสังคมนิยม การรับใช้มวลชน และการเคลื่อนไหวของขบวนการนักศึกษาในช่วงทศวรรษ ๒๕๑๐ ก่อนที่จะเกิดการเคลื่อนไหวครั้งใหญ่ของขบวนการนักศึกษาและประชาชนเพื่อเรียกร้องประชาธิปไตยในเหตุการณ์ ๑๔ ตุลา ๒๕๑๖ ใน ประจักษ์ ก้องกีรติ, และแล้วความเคลื่อนไหวก็ปรากฏ: การเมืองวัฒนธรรมของนักศึกษาและปัญญาชนก่อน ๑๔ ตุลา (กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, ๒๕๔๔).

ต่อสู้อาจให้บังคับทุกคนดีกว่า จนกระทั่งมาบังคับรุ่น ๗
หก รุ่นแรกใช้กฎเกณฑ์เก่า พอรุ่น ๗ เราต่อสู้เรื่องนี้จน
เป็นที่ยอมรับว่าทุกคน ๑๐๐ เปอร์เซ็นต์ ทุกคนบังคับ
ให้ใช้ทุน

นพ.โกมาตร : แสดงว่าตั้งแต่รุ่นหนึ่งถึงรุ่นหกเป็นการบังคับ
ใช้ทุนบางส่วน แทนที่เราจะต่อสู้เพื่อให้ออกเลิกการใช้
ทุน เราต่อสู้ให้ใช้ทุน ๑๐๐ เปอร์เซ็นต์

นพ. สุรเกียรติ : [ตอนนั้น] มี ๒ กระแส ด้านหนึ่งอยากจะ
ต่อสู้ไม่ยอมใช้ทุน แต่ผมเห็นว่าคือมติมหาชนไม่ได้^๕
เราควรจะต้องทำงานใช้ทุน เลยสู้กัน ทางกระแสผม
ชนะ มีการสัมมนา มีการทำประชาคมติโรงเรียนแพทย์
ตอนนั้นมี ๔ แห่ง^๖ ๘๐ - ๙๐ เปอร์เซ็นต์ [ของนัก
ศึกษาแพทย์] เห็นด้วยที่ว่าให้บังคับทุกคน มีการ
"survey" [สำรวจ] ประชาคมติในช่วงปี ๕ ปี ๖ [โดย
ก่อนหน้านั้นได้มีกิจกรรมที่จุดประกายความคิดหลาย
อย่าง เช่น มีการออกวารสาร]^๗ นักศึกษาแพทย์
สัมพันธ์ ออกวารสารปีละ ๔ เล่ม คือมี ๔ คณะๆ ละ
เล่มต่อปี แล้วตอน [ที่ผมอยู่] ปี ๕ [พ.ศ. ๒๕๑๒] ก็มา
จัดตั้ง "ศูนย์นิสิตนักศึกษาแพทย์แห่งประเทศไทย" มี
เรื่องการส่งนักศึกษาแพทย์ไปดูงานในชนบทตอนปิด
เทอม เพราะฉะนั้นเป็นครั้งแรกที่อาจารย์ [ในโรงเรียน
แพทย์และ] แพทย์ต่างจังหวัดรู้สึกที่นักศึกษาแพทย์
ตื่นตัวเรื่องชนบท เขาแปลกใจว่าทำไมสนใจมาดูงาน
ที่โรงพยาบาลต่างจังหวัด ไปกันเกือบ ๘๐ เปอร์เซ็นต์
ของนักศึกษา อยากรู้ว่าชนบทเป็นอย่างไร ก็จัด
โครงการช่วงปิดเทอม เป็นครั้งแรกที่นักศึกษาไปดู
งานที่ชนบทด้วยลักษณะนอกหลักสูตร จัดกันเอง

นพ.โกมาตร : เป็นประเพณีมาจนถึงรุ่นพวกผม ปิดเทอมก็
จะมีการออกค่ายอนามัยชนบทไปอยู่กับโรงพยาบาล
อำเภอ

นพ.สุรเกียรติ : ตอนนั้นเป็นโรงพยาบาลจังหวัด เพราะยัง
ไม่มีโรงพยาบาลอำเภอ ไปอยู่โรงพยาบาลจังหวัด

เมื่อใช้ทุนที่โกสมพิสัย คือ ดูตามแผนที่ เลือกใช้ทุน
โดยดูตามแผนที่ ไม่ได้รู้ว่าหน้าตาเป็นอย่างไร มีเพื่อน
๓ คน สนิทกัน เลือกกันคนละจุด คนหนึ่งอยู่
สุวรรณภูมิร้อยเอ็ด อีกคนอยู่ประโคนชัย [จังหวัด
บุรีรัมย์] ผมเลือกโกสมพิสัยอยู่ตรงกลางพอดี โดยดู
จากแผนที่ ช่วงนั้นทางกระทรวงดีใจมาก มีหมอลือต
ใหญ่เป็นลือตแรกที่มาอยู่อำเภอ ผมจำได้อาจารย์
ไพโรจน์ไป "orientation" [ปฐมนิเทศ] พวกเราที่ชลบุรี
อาจารย์ไพโรจน์ อาจารย์วินิจ เริ่มรู้จักผู้ที่เป็นใหญ่ใน
อนาคตหลายท่านไป "orientation" พวกเราอยู่

นพ.โกมาตร : แสดงว่าพอได้รับกับช่วงเมื่อเช้านี้ ที่บอกว่า
เริ่มไปสร้างหน่วยบริการไว้ แต่หาหมอไปไม่ค่อยได้ ก็
มาได้เป็นแพทย์ใช้ทุนรุ่น ๑ คือรุ่นอาจารย์

นพ.สุรเกียรติ : รุ่น ๑ จะบังคับเป็น "intern" [แพทย์ฝึกหัด]
๑ ปี ตัดไปเหลือ ๒ ปี ให้สลับระหว่างปี ๑ อยู่สถานี
อนามัย อีกปีอยู่โรงพยาบาล ซึ่งสังกัดคนละกรม
สถานีอนามัยสังกัดกรมอนามัย โรงพยาบาลจังหวัด
อยู่กรมการแพทย์ สลับกันอย่างละปี ผมแลกเปลี่ยน
ขออยู่สถานีอนามัย ๒ ปีเลย ปีแรกผมได้อยู่กรม
อนามัยก็เลยอยู่ชนบทที่โกสมพิสัย ตำแหน่งผมได้
มาก ตำแหน่งหัวหน้าแพทย์สถานีอนามัยชั้น ๑
ตำแหน่งที่เป็นทางการ คือ ตำแหน่งนายแพทย์
หัวหน้าสถานีอนามัยชั้น ๑ อำเภอโกสมพิสัย

นพ.โกมาตร : ตอนนั้นในเรื่องของสิ่งแวดล้อมทาง
กายภาพเป็นอย่างไรครับ?

นพ.สุรเกียรติ : [สถานี]อนามัยแบบรุ่นเก่าเป็นรูปตัวที [T]
ไม่มีเอกซเรย์ ไม่มีแล็บ เน้นงาน "prevention" [การ
ป้องกัน] ล้วนๆ มี [งบประมาณค่า] ยาให้ประมาณสี่
พันหรือห้าพันบาทจำไม่ได้ แต่งบประมาณค่ายา
แทบไม่มีเลยต้องหมุนเวียนกันเอง สมัยก่อนกรม
อนามัยไม่มีบทบาทหน้าที่ในการรักษาโรค หรือไม่ส่งเสริมให้ทำ ก็จะต้องไปบุกเบิกกันเอาเอง

๕ หมายถึง การที่มีคนจำนวนมากเรียกร้องให้แพทย์ออกมาใช้สังคม - นพ.สุรเกียรติ

๖ ได้แก่ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ และคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี
มหาวิทยาลัยมหิดล

๗ เพิ่มเติมโดยนายแพทย์สุรเกียรติ

นพ.โกมาตร : แสดงว่าสถานีนอนามัยสมัยนั้นก็สังกัดกรม
อนามัย กรมอนามัยทำงานด้านส่งเสริมป้องกันก็
ต้องทำงานเรื่องการรักษา

นพ.สุรเกียรติ : ใช่ แยกส่วนกันเลย ยกเว้นมีแพทย์รุ่นที่
บางท่านที่มีความสนใจเรื่อง "curative" [การรักษา]
อย่างรุ่นพี่ผม อาจารย์หมอบุระสพ พาลพ่าย ตอน
หลัง[นายแพทย์ประสพย้ายมา]อยู่บางปะอิน ผ่าตัด
ใช้ตะเกียงส่อง [เพราะ]ไม่มีไฟ ดมอีเทอร์^๔ ผมยังทัน
เห็น ตอนที่มาอยู่บางปะอิน ยังมาช่วยพี่ประสพทำ
ผ่าตัด นายแพทย์ประสพ พาลพ่าย เป็นนักบุกเบิก
ด้าน "curative care" คนหนึ่ง

ตอนอยู่โกสุมพิสัย ผมก็ตรวจ OPD [งานผู้ป่วย
นอก] แล้วก็ "admit" [ผู้ป่วยใน] นิดหน่อยไม่มาก แต่
ที่สนใจคือ พอไปอยู่ที่นั่นได้ประมาณ ๒ เดือนแรก
เขาก็ส่งนักเรียนพนักงานอนามัยมาฝึกเรื่องการรักษา
โรค

นพ.โกมาตร : แสดงว่านโยบายของอาจารย์ไพโรจน์เริ่ม
ออกฤทธิ์แล้ว คือได้เป็นพนักงานอนามัย มีโรงเรียน
พนักงานอนามัย แล้วส่งไปฝึกงานตามที่มีแพทย์
ประจำอยู่ตามสถานีนอนามัยชั้น ๑

นพ.สุรเกียรติ : ตอนส่งมาก็ไม่รู้วัตถุประสงค์คืออะไร เรา
ไม่รู้ รู้ว่ามาฝึกการรักษาพยาบาล ผมก็คิดหลักสูตร
ของผมเอง ผมก็จับมาเป็นลูกมือผม มานั่งดูคอ มา
ตรวจฟังปอด มาโอพีดีกับเรา ตกบ่ายก็สอนหนังสือ
ตอนกลางคืนก็สอนหนังสือครับ เป็นจุดเริ่มต้นของ
การถ่ายทอดความรู้ มันสำหรับแก้เหงาด้วยครับ มัน
ได้ทำอะไรเพลินๆ โดยส่วนตัวชอบสอนอยู่แล้ว ก็จับ
มาสอน กลุ่มละ ๔ คน ๖ คน ก็จับมาสอน

นพ.โกมาตร : แล้ว "staff" [เจ้าหน้าที่] มีกี่คนครับ?

นพ.สุรเกียรติ : แพทย์ ๑ คน เจ้าหน้าที่ประมาณ ๕ - ๖ คน
น้อยมาก มีพยาบาล ผดุงครรภ์ พนักงานอนามัย มีรถ
จี๊ปคันหนึ่ง สีเขียวของกระทรวง รถคันนี้คว่ำ ขับคว่ำ
ตั้งเยอะ ผมก็ขับคว่ำเหมือนกัน มันทรงตัวไม่ค่อยได้

นพ.โกมาตร : มันเป็นรถเหลือใช้จากการสงคราม^๕ ตามโรง
พยาบาลอำเภอยุคก่อนที่พิบูลทรัพย์จะจัดสรรงบประมาณไปซื้อรถให้ จะอาศัยรถเหลือจากสงครามทั้ง
นั้น โรงพยาบาลชุมพวงที่ผมทำอยู่ เขาเรียกว่ารถ
อเมริกัน พวกนี้ก็เป็นที่ใช้งานกันอยู่สมัยนั้น

นพ.สุรเกียรติ : ถ้ามีอะไรก็เขียนจดหมายมาตามอาจารย์
อรรถสิทธิ์บ้าง อาจารย์ประเวศบ้าง^๖ ก็เล่าเรื่อง
ประสบการณ์ที่ทำงาน ประมาณสัก ๘ เดือนครบปี
โดย ๔ เดือนแรกส่งไปดูงานที่ชุมพวง กับศูนย์อนามัย
แม่และเด็กยะลา ๔ เดือนแรกให้ดูงาน ทำงานแค่ ๘
เดือน พอครบ ๘ เดือนผมเลยย้ายมาอยู่บางปะอิน
แต่ยังเอาโควตาของอนามัยอยู่แลกกับเพื่อน คือ ผมมี
สิทธิ์ที่จะเข้ากรมการแพทย์ในปีที่ ๒ แต่ด้วยความเริ่ม
ติดใจ เริ่มไม่คิดเรียน Psychiatry แล้ว คิดว่าทางนี้
เป็นทางที่สนุก โดยบางปะอินเป็นจุดฝึกงานของ
[นักศึกษาคณะแพทยศาสตร์] โรงพยาบาลรามธิบดี
ในเรื่องเวชศาสตร์ชุมชนพอดี ไปอยู่โกสุมพิสัยแค่ ๘
เดือน หมอคนแรกที่โกสุมพิสัย คือ นายแพทย์ปรีชา
ดีสวัสดิ์^๗ เป็นนายแพทย์คนแรก อยู่ประมาณ ๒ ปี
ย้ายจากโขงเจียมมา แล้วชาวบ้านเขาเปรียบเทียบว่า
ผมเหมือนหมอปรีชา^๘ [ชาวบ้าน]เขาเปรียบเทียบว่า
ผมเป็นหมอปรีชาคนที่ ๑ ชาวบ้านเปรียบเทียบว่า
เหมือนใคร บอกว่าผมเหมือนหมอปรีชา อาจารย์อยู่ที่
โกสุมพิสัย เป็นผู้บุกเบิกคนแรก [ต่อมาเสียชีวิตก่อน
เกษียณ] ตายเพราะรถคว่ำ ขณะขับรถไปต่างจังหวัด

^๔ ดมยาสูบโดยวิธีเอาอีเทอร์หยดเข้าปากที่ครอบปากและจุ่ม - นพ.สุรเกียรติ

^๕ หมายถึง สงครามเวียดนาม หรือสงครามอินโดจีน (ครั้งที่สอง) ซึ่งประเทศไทยได้เข้าไปเกี่ยวข้องด้วยเนื่องจากสหรัฐอเมริกาต้องการที่จะปกป้องประเทศอินโดจีนไม่ให้กลายเป็นคอมมิวนิสต์ตาม
ทฤษฎีโดมิโน ดังนั้นใน พ.ศ. ๒๕๑๑ สหรัฐฯ ตัดสินใจว่าจะทำสงครามช่วยเหลือเวียดนามใต้ต่อต้านเวียดนามเหนือซึ่งเป็นคอมมิวนิสต์ และประเทศไทยก็มีนโยบายเป็นพันธมิตรของสหรัฐฯ เพื่อต่อต้าน
คอมมิวนิสต์ ทำให้มีกองทหารของสหรัฐฯ เข้ามาประจำการในประเทศไทย และไทยยังเป็นฐานทัพเพื่อให้สหรัฐฯ ส่งกองบินไปทำสงครามในเวียดนาม การเป็นพันธมิตรร่วมต่อต้านคอมมิวนิสต์ตั้ง
กล่าว ทำให้มีเงินช่วยเหลือจากสหรัฐฯ ผ่านมาทางองค์กรต่างๆ เพื่อช่วยในการพัฒนาประเทศ รวมทั้งมีการสะสมอาวุธยุทโธปกรณ์ทางทหารเอาไว้ในประเทศไทยมากมาย สงครามยืดเยื้อไปจนกระทั่ง
ทศวรรษ ๒๕๑๐ ทิศทางการเมืองระหว่างประเทศของสหรัฐฯ จึงเปลี่ยนแปลงไป สหรัฐฯ เริ่มเจรจากับจีนและเวียดนาม และใน พ.ศ. ๒๕๑๖ สภาองเกรสของสหรัฐฯ ต้องการให้ยุติสงครามใน
เวียดนาม เมื่อ ไซง่อนเมืองหลวงของเวียดนามใต้ถูกตีแตกใน พ.ศ. ๒๕๑๘ ไต้หวันหนีภัยในสงครามเวียดนามและรวมเวียดนามเป็นหนึ่งเดียวกันได้ สหรัฐฯ จึงถอนกำลังออกจากประเทศไทยจนหมด
สิ้นใน พ.ศ. ๒๕๑๘ เรื่องความสัมพันธ์ระหว่างไทยกับสหรัฐฯ ในการต่อต้านคอมมิวนิสต์และสงครามเวียดนาม ใน ราววิทยุ เกษตรศิริ, ประวัติการเมืองไทย (กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์ศอศกอนุภา,
๒๕๓๘), ๔๑๔ - ๔๒๓ และ ผาสุก พงษ์ไพจิตรและคริสโต เบเกอร์, เศรษฐกิจการเมืองไทยสมัยกรุงเก่า (เชียงใหม่: สิลค์เวอริบรูคส์, ๒๕๓๘), ๔๖๕ - ๔๖๘ และ ๕๕๐ - ๕๕๑.

^๖ หมายถึง ศาสตราจารย์เกียรติคุณนายแพทย์อรรถสิทธิ์ เวชชาชีวะ อดีตอธิการบดี มหาวิทยาลัยมหิดล และคณบดีคณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามธิบดี และเคยดำรงตำแหน่งรัฐมนตรีช่วยว่าการ
กระทรวงสาธารณสุข

นพ.บรรลु ศิริพานิช : หมอสูรเกียรติอยู่โกสุมพิสัย จังหวัดมหาสารคาม พ.ศ. ๒๕๑๕ ที่ผมถามคือ ผมนั้นอยู่มหาสารคาม พ.ศ. ๒๔๙๔ ที่หมอไปอยู่โกสุมพิสัย ซึ่งขึ้นกับอยู่กับมหาสารคาม พ.ศ. ๒๕๑๕ ที่หมอพูดมยาสลบ ต้องหยอดอีเทอร์ คือผมมันย้อนกลับไปอีกยาวเหลือเกิน ผมไปอยู่มหาสารคาม พ.ศ. ๒๔๙๔ บรรยากาศของอำเภอโกสุมพิสัยของคุณหมอต่อนั้นกับตัวจังหวัดแท้ๆ ยังสู้โกสุมไม่ได้หรอก คือมหาสารคามตอนที่ผมไปอยู่นั้นมันไม่มีโรงหนัง มันไม่มีทีวี โทรศัพท์ไม่ต้องพูด ประปาไม่ต้องพูด ไฟฟ้าก็ไม่ต้องพูด ที่บอกว่าผ่าตัดต้องจุดตะเกียง มันก็เหมือนกันนั่นแหละ ประปาไม่มีก็ต้องชุดบ่อ โรงพยาบาลก็มีบ่อน้ำ

ทีนี้ที่อยากจะเล่าให้ฟังนิดหนึ่งคือเป็นอย่างไร เห็นเขาพูดกันมากว่าชี้นำไปรักษา ผมจะเล่าเรื่องจริงให้ฟัง ผมไม่อยากจะคุยโม้ละนะ ผมไปอยู่มหาสารคาม พ.ศ. ๒๔๙๔ ก่อนที่ผมจะไป ผมจบแพทย์ปี พ.ศ. ๒๔๙๒ เป็นแพทย์ประจำบ้านอยู่ ๑ ปีที่ศิริราช ผมเป็นแพทย์ประจำบ้านแผนกศัลยกรรม แล้วผมก็ออกจากศิริราชไป ตอนที่ผมเรียนหนังสือมีโรงเรียนแพทย์แห่งเดียว มีมหาวิทยาลัยแห่งเดียว คือ มหาวิทยาลัยแพทยศาสตร์ ซึ่งเมื่อก่อนขึ้นกับกรมมหาวิทยาลัยแพทยศาสตร์ของกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุขมีกรมมหาวิทยาลัยแพทยศาสตร์ ก็มีคณะเดียว คือ คณะแพทยศาสตร์ [โรงพยาบาลศิริราช] เมื่อจบแล้วเขาจะต้องเป็นแพทย์ประจำบ้าน ถ้าใครไม่อยากจะไปเป็นแพทย์ประจำบ้านก็ไปเป็นหมอมหาสารคามหรือ [หรือหมอกระทรวงสาธารณสุข - นพ.บรรลุ] ตามอัธยาศัย

ผมสมัครเป็นแพทย์ประจำบ้าน ได้รับเลือกเป็นแพทย์ประจำบ้าน พอดครบเทอมแพทย์ประจำบ้าน ๑ ปี เขาก็จะเลือกเป็น “ซีเนียร์เฮาส์” [senior house] เลือกเป็นหัวหน้าแพทย์ประจำบ้าน ใครผ่านหัวหน้า

แพทย์ประจำบ้าน ปีต่อไปก็จะเป็นสต๊าฟในโรงพยาบาลศิริราช ก็อยู่เป็นอาจารย์ไปเรื่อยๆ ผมไม่สมัครเป็นหัวหน้าแพทย์ประจำบ้าน เพราะผมนิสัยไม่ดี ผมทะเลาะกับอาจารย์^{๑๑} ผมไม่สมัคร เมื่อผมไม่สมัคร เขาก็บอกว่าจะไปทำงานที่ไหน เมื่อก่อนโรงพยาบาลเอกชนไม่มี ก็มีทางเดียวไม่เป็นหมอมหาสารคามก็ไปเป็นหมอกระทรวงสาธารณสุข ก็มาสมัครเข้ากระทรวงสาธารณสุข ไปสมัครที่วังศุโขทัย แต่ก่อนสมัยโน้นที่ทำงานกระทรวงอยู่วังศุโขทัย ไปสมัครงานกับหลวงสนั่น แต่ก่อนมีหลวงมีขุนนะ เลขาฯ กรมชื่อขุนสงัด เป็นพ่อตาของหมอวิฑูร แต่ก่อนยังมีหลวงมีขุน ผมไปสมัครที่วังศุโขทัย เสร็จแล้วจากวังศุโขทัยก็ย้ายมาที่วังเทเวศน์

เขาก็บอกว่าจะไปอยู่ที่ไหนละ เขาก็เอา “list” [รายชื่อ] มาให้ดูชื่อโรงพยาบาล เยอะแยะ แต่โรงพยาบาลตอนนั้นไม่มีหรือโรงพยาบาลอำเภอ คำว่าแพทย์ชนบทก็ไม่มี แพทย์ใช้ทุนก็ไม่มี ใครจบหมอมาก็แล้วแต่ใครจะไปทางไหนก็ตามใจ ผมก็มาสมัครเข้ากระทรวงสาธารณสุข เขาถามว่าอยากจะไปไหน ผมก็บอกว่าจะไปไหนก็ได้ เขามีโรงพยาบาลว่างอยู่แห่งหนึ่ง คือ โรงพยาบาลมหาสารคาม คือที่หมอสูรเกียรติพูดนั่นแหละ เขาบอกว่า โรงพยาบาลมหาสารคามไปไหม ก็บอกว่าไปก็ได้ ไม่อยากเย็นอะไร

นพ.โกมาตร : อาจารย์รู้ไหมครับว่ามันอยู่ตรงไหนของประเทศไทย ?

นพ.บรรลุ : รู้สิเพราะผมเป็นหมอบ้านนอก บ้านผมอยู่ร้อยเอ็ด จะมาเรียนกรุงเทพฯ ต้องนั่งรถยนต์ผ่านมหาสารคาม มาบ้านไผ่ ขึ้นรถไฟบ้านไผ่มาเรียนหนังสือกรุงเทพฯ ผมทำไม่จะไม่รู้ เขาบอกไปอยู่มหาสารคามไหม ผมบอกไปก็ได้ เขาคือหมายถึงگونهจิตใจ เพราะว่าตอนนั้นเมื่อสร้างตึกอำนวยการเสร็จใหม่ๆ เขาก็จะส่งหมोजำเวณ เดียวนี้ชื่อหมอเล็ก จำ

๑๑ นายแพทย์วิชา ศิวาลักษณ์ อธิบดีกรมสาธารณสุข เป็นผู้มอบหมายสำคัญในการบุกเบิกงานสาธารณสุขในชนบทและโครงการสาธารณสุขมูลฐาน โดยเริ่มโครงการสารภี จังหวัดเชียงใหม่ อันเป็นพื้นฐานของแผนการสาธารณสุขมูลฐานในเวลาต่อมา เสียชีวิตด้วยอุบัติเหตุรถยนต์ เมื่อวันที่ ๒๔ ธันวาคม พ.ศ. ๒๕๓๐
๑๒ นายแพทย์สุรเกียรติ์อภัยเพิ่มเติมน่า หลังอาจารย์หมอบรรลุก็มีนายแพทย์มาประจำอีกท่านหนึ่ง หลังจากนั้นก็เว้นช่วงไปนานหลายปีจนถึงนายแพทย์สุรเกียรติ์เป็นแพทย์คนที่ ๓
๑๓ คุรยาจะเขียนเรื่องนี้เพิ่มเติมได้ไหม สันติสุข โสภณศิริ, คุรยาเขียนชื่อบรรลุ, ๓๔ - ๔๔

ไม่ได้แล้ว” [ไปเป็นผู้อำนวยความสะดวก] แต่ก่อน [หมอจำเวริญ] อยู่พิษณุโลก เขาก็จะส่งหมอจำเวริญไปเป็นผู้อำนวยความสะดวกโรงพยาบาลมหาสารคาม หมอจำเวริญก็บอกว่า อ้าวจะลาออกไป เขาก็เลยไม่เอา แต่ก่อนหมอหายาก เมื่อไม่ไป เขาก็ส่งหมออีกคนที่นามสกุลอะไรผมก็จำไม่ได้ละ” อยู่อยุธยาถูกย้ายไปอยู่มหาสารคาม แยกไป [ขึ้นรถไฟจากกรุงเทพฯ] ไปลงบ้านไผ่ นั่งรถยนต์ต่อเพื่อจะไปลงมหาสารคาม รถยนต์คันนี้จะเลยไปร้อยเอ็ด พอแยกไปถึงมหาสารคาม แยกที่หัวกระเปาะลง คนงานก็มารับ ตอนนั้นมีคนงานแล้ว แต่โรงพยาบาลยังไม่เปิดเพราะไม่มีหมอ คนงานแยกที่เอาระเปาะลงที่บ้านพักผู้อำนวยความสะดวก พอเอาระเปาะไปลงบ้านพัก ลักเดียวหนึ่งแยกก็บอกว่าไม่ต้องเปิดกระเปาะหรอก คอยตอนบ่ายฉันก็จะกลับแล้ว คือรถยนต์จากบ้านไผ่ต้องไปร้อยเอ็ดแล้ว คันเดียวกันั้นก็ต้องขับกลับจากร้อยเอ็ดมาบ้านไผ่ วันหนึ่งมี ๒ เทียวเท่านั้น คือมาแล้วก็กลับอีกที [ตอนบ่าย หมอประสงค์ก็ขึ้นรถกลับบ้านไผ่] เพื่อมาขึ้นรถไฟกลับกรุงเทพฯ มาบอกกองว่าผมไม่เอาแล้ว จะให้ผมออกผมก็ออก เขาก็ยอมย้ายแยกไปอยู่เพชรบุรี”

เขาบอกว่าให้หมอบรรลุไปมหาสารคาม ผมก็บอกว่าผมไปก็ได้ไม่เห็นยากเย็นอะไร ผมไปบ้านผมก็ผ่านมหาสารคาม ผมก็ไปอยู่มหาสารคาม ที่บอกว่ามหาสารคามตอนนั้นมันสู๊กสู่มพิสัยไม่ได้ ก็เพราะตัวจังหวัดแท้ๆ ทั้งจังหวัดมีรถยนต์อยู่คันเดียวเท่านั้นแหละ คือรถยนต์ของผู้ว่าราชการจังหวัด พอผมไปก็นั่งรถยนต์[โดยสาร]คันเก่าที่ว่านั้นแหละ ก็ไปลง ผมก็เอาระเปาะลง ให้คนงานมาหัวกระเปาะไป มันก็ถามว่า “คุณหมออยู่จริงๆ เหรอ” ผมก็บอกว่าอยู่จริงซิอะ ไม่เห็นจะยากเย็นอะไร ผมก็อยู่เรื่อยมา แต่ที่อยากจะเล่าให้ฟังมีอยู่ตอนหนึ่ง ผมมีเหตุสลดใจที่อยากจะเล่าให้ฟัง มันมีเหตุการณ์เยอะแยะแต่ผมไม่อยากจะเสียเวลา ตอนที่ไปอยู่ โรงพยาบาล ใหม่ๆ โรงพยาบาลก็ยังไม่เปิด ยาก็มีแล้ว เครื่องไม้เครื่องมือก็มีแล้ว ผมเป็นหมอผ่าตัดมาก่อน ผมก็อยากจะเปิดห้องผ่าตัด

ผ่านิว เมื่อก่อนเป็นนิวกันเยอะ คนมหาสารคาม คนกาฬสินธุ์นั้นต้องไป ผ่านิวที่ร้อยเอ็ด ผ่าไม่ได้แต่ก่อนนี้ ผ่าไม่ได้ ผมเป็นหมอผ่าตัด ขนาดเตรียมโน้นเตรียมนี้ อะไรเรียบร้อยแล้ว แต่โรงพยาบาลก็ยังไม่เปิด [พอจะผ่าตัดจริงๆ จึงรู้ว่าไม่มีเสื้อผ่าตัด ต้องเอาเสื้อเชิ้ตตัวโตๆ มาใส่ กลับหน้ากลับหลังแทนเสื้อผ่าตัด - นพ.บรรลุ]

[นอกจากนี้ ยังมีเหตุการณ์สำคัญ เหตุการณ์นี้ไม่เคยเล่าให้ใครฟัง แต่มันติดอยู่ในใจ ในจังหวัดมีหมออยู่ ๒ คน คือ หมออนามัย ชื่อ ชูหมักดีสุขกิจ ผมไปก็กลายเป็นหมอคนที่ ๒ ผู้ว่าราชการจังหวัดเขาก็ดีใจ เขาเอารถยนต์ เขามีรถคันเดียวทั้งจังหวัด เขาเอารถยนต์มารับไปกินข้าวที่บ้านด้วย เขาใจ เพราะตอนนั้นผมยังโสด เขาใจอยากจะให้อยู่นานๆ ผมก็สบาย

วันหนึ่งโรงพยาบาลก็ยังไม่เปิด ก็มีคนมาตามอนามัยจังหวัด ให้ไปดูคนไข้คลอดแล้วคลอดไม่ออก อนามัยจังหวัดแก่แล้ว ชื่อชูหมักดีสุขกิจ แกบอกมีหมอมานใหม่แล้ว ไปตามหมอคณนั้น เขาก็มาตามที่โรงพยาบาล โรงพยาบาลก็ยังไม่เปิด ผมก็ถามว่าเป็นอะไร เขาบอกเมียอยู่ที่อำเภอกันทรวิชัย ถ้าใครอยู่มหาสารคามต้องรู้จัก อยู่ทางกันทรวิชัย คลอดแล้วมันคลอดไม่ออก ผมก็บอกเขาไปก็ไป จะไปก็ไม่ต้องคอยรถยนต์ที่จะไปกาฬสินธุ์ ก็รถยนต์คันเก่ามันมี ๒ คัน คันหนึ่งไปร้อยเอ็ด คันหนึ่งไปกาฬสินธุ์ ถ้าใครเคยอยู่แถวนั้นจะต้องรู้จัก ก็ไปรดคันนั้นไปสุดที่กาฬสินธุ์ ผมก็เอาเครื่องมือไปนะ ผมมี “drum” [กล่องเครื่องมือแพทย์] ใส “forceps” [คีบคีบทารกเพื่อช่วยให้คลอด] เตรียมจะทำคลอดอย่างดีเลย ใสเครื่องมือเครื่องมือถือ “drum” ไปด้วย พอลงที่กันทรวิชัย ถ้าใครอยู่มหาสารคามต้องรู้จัก พอลงที่กันทรวิชัยเนี่ย บอกว่าไม่ได้หมอดูต้องขี่ม้าไปอีก อ้าว ขี่ม้าก็ขี่ม้าสิ ผมเคยเล่าให้ฟังแล้วใช่ไหม ผมเป็นยุวชนทหารม้า ตอนผมเป็นนักเรียนต้องเป็นยุวชนและเป็นยุวชนทหารม้า เพราะร้อยเอ็ดเป็นทหารม้า ผมขี่ม้าได้ บังเอิญผมขี่ม้าเก่ง

๑๔ นายแพทย์จำเวริญ เจริญบุตร - นพ. บรรลุ
 ๑๕ นายแพทย์ประสงค์ วิจิ่วโทยะ - นพ. บรรลุ
 ๑๖ คู่นี้มีเปรียบเทียบกับที่บันทึกไว้ใน สันติสุข โสภณศิริ, ผู้ถูกชายชื่อบรรลุ, ๔๖ - ๔๗
 ๑๗ Mehterin เป็นยาที่ทำให้อิ่มสบายเมื่อบริเวณคลอดหรือตัวเพื่อเร่งการคลอดในกรณีการคลอดใช้เวลามากกว่าปกติ หรือกรณีเมื่อคลอดหลังการคลอดเพื่อกระตุ้นให้คลอดหรือตัวและลดการกดเลือด - ครอบคลุมจากวิทยุ อุนดาสิงห์ ที่ให้ข้อมูล
 ๑๘ หมายถึง สิ่งแปลกปลอมที่เข้ามาอยู่ในร่างกาย หรือไม่ได้เป็นส่วนหนึ่งของร่างกายโดยธรรมชาติ

สมัยผมเป็นนักเรียน ผมขี่ม้าไปโรงเรียน อันนั้นมันธรรมดา ไม่มีตื่นเต้น ผมเคยเล่าเรื่องอย่างนี้ให้เด็กฟัง มันถามผมว่า อ๊ะ ขี่ม้าเป็นอย่างไร ขี่ม้านั้นมันธรรมดาไม่ใช่ของวิเศษอะไร เพราะเราขี่ม้าไปโรงเรียนอยู่แล้ว ก็ขี่ม้าถือ "drum" ไป แต่ที่ผมไม่ยอมเล่าให้ใครฟังคือมันติดอยู่ในใจในข้อที่ว่า พอเราไปเห็นคนขี่ปรากฏว่าคนขี่นั้น [เด็ก] ข้ามันออกแล้วหัวมันคา คือมันเอาตุตออก คาเลย เอ! ผมจะทำอย่างไร ผมก็เอา "forceps" ใส ผมไม่ใช่แพทย์ประจำบ้านสูติกรรม ผมเป็นแพทย์ประจำบ้านศัลยกรรม ผมไม่เก่งทางสูติกรรม ผมก็ใส่ "forceps" ใสก็หลุด ๒ อันนั้นมันติดกันใหม่ ใสไม่ติด ติดก็ตึงๆ เอ! จะทำอย่างไร ผมก็คิดว่าก่อนที่เราจะมาต่างจังหวัดก็ไปเรียนสูติกรรม ผมก็ฉีดยา ผมยังจำได้เลย ฉีด "Methergin"^{๑๑} เดียวนี้ยังใช้อยู่หรือเปล่าไม่รู้แน่ อยากรจะให้มดลูกมันบีบออกมา พอฉีดเข้าไปปรากฏว่า "cervix contract" เลย คนที่ไม่ใช่หมอจะอธิบายหน่อย "cervix contract" หมายความว่าคือปากมดลูกมันหดตัว พอมันหดตัวมันกดคอ เด็กมันตายแล้ว ตายมานานแล้ว พอมันหดคอก็ยังไม่ออก คิมก็ใส่ไม่ได้ ผมจะทำอย่างไร ผมก็ต้องตัดเด็ก ตัดคอตัดแขน พอตัดคอขาดบีบ หัวก็หลุดเข้าไปในโพรงมดลูกเลย ผมเล่าเรื่องนี้ให้ฟังเพราะผมยังติดใจ มันสลักใจอยู่ ผมนั่งคิดในใจว่าเรานี้มีความผิด เราไม่น่าไปฉีด "Methergin" พอฉีด "Methergin" แล้ว "cervix" [บริเวณคอมดลูก] มันจะ "cramp" [เกร็ง] พอ "cramp" แล้วหัวก็หลุดเข้าไป ตัวก็ขาดออกมา เอ! เราผิดแล้วนะ เราไม่ใช่หมอสุนัข แล้วมาทำ

ขณะที่ทำอย่างนี้ก็ใช้เวลาไปเป็นชั่วโมง ในขณะที่ใช้เวลาไปเป็นชั่วโมงก็ต้องคิดว่าจะกลับจังหวัดอย่างไรด้วย เพราะมันก็ไ้รถคันเก่า พอไปถึงที่กาฬสินธุ์มันก็ต้องกลับคืนมาบ้านไผ่ ก็มีรถคันเดียวราวๆ ประมาณบ่ายสามโมง รถคันนี้จะมาที่กันทรวิชัย ถ้าไม่ได้กลับรถคันนี้ก็ไม่รู้จะไปนอนที่ไหน ผมก็บอกญาติเขาว่า ผมก็ตัดเอาเด็กออกหมดแล้วนะ หัวมันคาอยู่ หัวมันอยู่ใน "uterus" [มดลูก] ตอนนั้นผมเป็นหมอ ผมก็รู้สึกไม่สบายใจ แต่ผมก็นั่งคิดอยู่ในใจว่า หัวมันเป็น "foreign body"^{๑๒} เป็นของแปลกปลอมอยู่ในมดลูก สักวันมันต้องบีบออกมาเอง เราจะมานั่งนอนดูคนใช้อยู่ได้อย่างไร เสร็จแล้วก็เลยไปบอกญาติ

คนไข้เขาก็ตื่นะ ทั้งๆ ที่ผมก็รู้สึกว่าผมไม่มีความสามารถ ผมอาจจะทำผิด ผมอาจจะทำกรรมวิธีผิด แต่ผมก็ต้องกลับมาโรงพยาบาล ก็เลยบอกญาติเขา ญาติเขาก็บอกว่าไม่เป็นไรหม่อ ถ้าคุณหมอบอกว่าสักวันหัวมันจะหลุดออกมาเองคุณหมอก็กลับเถอะ ผมก็ขี่ม้ากลับมาคอยรถคันเก่าที่จะกลับมาหาสารคาม

พอผมมาถึงผมนอนไม่หลับเลย ผมไม่ค่อยสบายใจ เอ.. เราทำงานไม่ได้ผล รู้สึกจะไม่ถูกวิธี แต่ก่อนกลับมาบอกสามีเขาว่า ถ้าหัวมันออกเมื่อไหร่ก็ไปส่งชาวหนองนะ ต้องส่งข่าว มันไม่มีมือถืออย่างทุกวันนี้ โทรศัพทสายมันก็ไม่มี ผมมาอยู่ที่โรงพยาบาลได้สามคืนสามวัน สามีเขาก็มาส่งข่าว เขาบอกคุณหม่อหัวมันออกเอง ผมก็ถามว่า หัวมันทำไมถึงออกล่ะ เพราะตอนผมดู "cervix" มันหดตัว มันไม่น่าจะออกได้ สามีเขาบอกว่า โอ๊ย...มันไม่ยากหรอกคุณหม่อ ผมไปตั้งศาลเจ้า เขาเรียกศาลเพียงตา หลังจากตั้งศาลเสร็จสักคืนหนึ่ง คืนรุ่งขึ้นมันก็ออกมาเอง ผมถามว่าแล้วคนไข้เป็นอย่างไร คนไข้ก็สบายดี ผมก็หายห่วง คล้ายๆ กับหมดทุกชีนใจ แต่ที่เล่าให้ฟังในใจไม่ได้อยากจะโอ้อวดอะไร บางทีเราเป็นหมอ บางทีเรานึกว่าเราเก่ง แต่เราไม่เก่ง บางทีเรานึกว่าเราทำถูก แต่บางทีมันผิด เรื่องนี้เล่าให้ฟังเพื่อจะบอกว่าบรรยากาศหรือสิ่งแวดล้อมมันเร็วกว่าชนบท แค่นั้นแหละ ขอขอบคุณ

นพ.โกมาตร : โชคดีนะอาจารย์ที่มีศาลเพียงตามาช่วย ไม่งั้นก็แย่เลยอาจารย์ หมอสูติก็จะเรียนสูติหัดถการ ทำลายเด็ก เป็นวิชาที่ต้องเรียนว่า ถ้าเด็กติดแล้วจะตัดอย่างไรถึงจะออก คนที่ไม่ได้เรียนทางด้านแพทย์ก็จะรู้สึกแปลกใจว่าทำไมไปตัดหัวเด็กขาด อาจารย์สุรเกียรติ์ฟังแล้วรู้สึกเป็นไงครับ?

นพ.สุรเกียรติ : โหดกว่าเราเยอะนะ แสดงว่ายุคผมคงดีขึ้น และยุคของผมก็แย่กว่าปัจจุบัน ผมเริ่มออกหน่วยที่สถานีอนามัย บ่ายๆ จะว่าง ก็จะออกหน่วยเคลื่อนที่ๆ สถานีอนามัยสักแห่งหรือสองแห่งที่อยู่ไกล

นพ.โกมาตร : แต่อาจารย์ก็ทำคลอดที่โรงพยาบาล

นพ.สุรเกียรติ : ทำคลอดน้อยมาก

นพ.โกมาตร : เขาไม่คลอดกับเรา หรืออย่างไร?

นพ.สุรเกียรติ : คนใช้ร่างหมอบไปหลายปี ส่วนใหญ่จะเน้นที่ OPD case [ผู้ป่วยนอก] มากกว่า

นพ.โกมาตร : แล้วเขาไปคลอดกันที่ไหนล่ะครับ ?

นพ.สุรเกียรติ : ไปขอนแก่น ไปมหาสารคาม

นพ.โกมาตร : หรือไม่ก็หมอบตำแยแบบนั้น?

นพ.สุรเกียรติ : ครับหมอบตำแยคงเยอะอยู่

นพ.โกมาตร : แล้วอาจารย์ก็มาอยู่ที่?

นพ.สุรเกียรติ : แล้วก็ย้ายมาบางปะอิน ตอนนั้นทางรามาฯชวนมา บอกว่าที่นั่นเป็นที่ฝึกงานของนักศึกษาแพทย์ ย้ายมาบางปะอินตั้งแต่ พ.ศ. ๒๕๑๖ อยู่ที่นั่นจนกระทั่ง พ.ศ. ๒๕๑๙ อยู่บางปะอินประมาณ ๔ ปีที่บางปะอินได้ทำเยอะทางด้าน “Curative” [การรักษาโรค] คือมีทีมแพทย์ ๒ คน ๓ คน เริ่มพัฒนาเป็นโรงพยาบาล พ.ศ. ๒๕๑๘ หรือ ๒๕๑๙ แต่ปี พ.ศ. ๒๕๑๗ เริ่มมีโครงการรณรงค์เกี่ยวกับส่งเสริมสุขภาพทำงานเชิงรุกในชุมชน เช่น โครงการสร้างล้าง ให้ชาวบ้านยืมเงินสร้างล้าง กระทรวงสาธารณสุขมีอยู่สมัยหนึ่งโปรโมตเรื่องล้าง ยุคนั้นมีส่วนร่วมใช้ประมาณไม่ถึง ๒๐ เปอร์เซ็นต์ ของจำนวนครัวเรือน เรื่องของรณรงค์ฉีดวัคซีนต่างๆ รวมทั้งบีซีจี [BCG]^{๑๙} ในหมู่บ้าน

นพ.โกมาตร : เรื่องรณรงค์สร้างล้างไปสัมพันธ์กับแผนงานเรื่องพยาธิปากขอใหม่ครับอาจารย์ หรือคนละกรรมกัน?

นพ.สุรเกียรติ : คนละกรรมกัน ประมาณ พ.ศ. ๒๕๑๖ ๒๕๑๗ ๒๕๑๘ มีเรื่องล้าง เรื่องวัคซีน ยังเห็นโรคระบาดกันทั้งหมู่บ้าน [เช่น ไอกรนระบาด] นำตื่นตื่น

มี “case” [ผู้ป่วย] มาทุกวันในหมู่บ้านเดียวกัน ไอแข่งกันทั้งคืน ไอจนตาปูดตาแดง ระบาดทั้งหมู่บ้าน แถวบางปะอิน ก็ได้รณรงค์ฉีดวัคซีนให้มากขึ้น รวมทั้งทำโครงการฟื้นฟูความรู้ให้แก่เจ้าหน้าที่อนามัย ประมาณ พ.ศ. ๒๕๑๗ หรือ ๒๕๑๘ โดยส่วนตัวผมมีความคิดมานานว่า เจ้าหน้าที่อนามัยก็คือหมอบของชาวบ้านนั่นแหละ คิดมานานตั้งแต่อยู่ปี ๖ ที่ออกค่ายอะไรต่างๆ ก็มีความคิดว่าปัญหาขาดแคลนแพทย์คงไม่สามารถสร้างแพทย์ได้ทัน ในยุคนั้นมีการเรียกร้องให้สร้างผู้ช่วยแพทย์ แต่ถูกแพทย์ด่านไม่ยอมให้มี ผมคิดว่าเราก็มีหมอบของชาวบ้านคือหมอบอนามัยนั่นแหละรักษาโรคอยู่แล้ว แต่เขาขาดการเรียนรู้ ขาดการส่งเสริม ตั้งแต่ผมไปดูงานที่ชุมพร [ตอนที่จบใหม่ๆ] ก็เห็นว่า แพทย์มักจะไปจับผิดเวลาไปนิเทศงาน จะไปดูว่าอนามัยมียาฉีดในกระเป๋ายาไหม ถ้ามีถือว่าเป็นความผิดร้ายแรง เพราะห้ามเจ้าหน้าที่รักษาโรค ห้ามถือ “สเต็ท” [Stethoscope-หูฟัง] แพทย์ [ที่ไปนิเทศงาน] ของอนามัยจะไปดูว่าบางคน^{๒๐} เขาแอบทำการรักษาโรคหรือเปล่า ก็พยายามจะห้าม แต่ผมคิดว่าเราน่าจะส่งเสริมเขามากกว่า จึงนำมาใช้ที่บางปะอินโดยเอาเจ้าหน้าที่อนามัยมาฟื้นฟูความรู้ ใช้หลักเดียวกัน ช่วงเข้ามาฝึกงานกับเรา ดู “case” [ผู้ป่วย] เป็นลูกมือเรา ช่วงบ่ายก็สอนทฤษฎี โดยเขียนเป็นเอกสารชุดหนึ่งขึ้นมา ชุดนั้นก็กลายเป็นตำราเล่มแรกของผม ก็พิมพ์เป็นตำราตรวจรักษาโรคเบื้องต้น^{๒๑} ที่ต้องทำตำราเพราะเป็นชีท “sheet” เอกสารชุดแรกที่จังหวัดต่างๆ ขอมมาเยอะมาก ก็เลยผลิตเป็นตำรา

นพ.โกมาตร : อาจารย์ครับ ตรงนี้อาจจะสะท้อนว่า ความรู้ทางการแพทย์การรักษาโรคแบบง่ายๆ แม้นแต่ในสมัยโน้นมันค่อนข้างจะไม่ใช่ที่เผยแพร่กว้างขวาง อาจจะมีลักษณะผูกขาดอยู่ในชนชั้นแพทย์เยอะสักชนิดหนึ่ง ชีทที่อาจารย์ทำขึ้นก็รับรู้ไปถึงโรงพยาบาลอื่นๆ แล้วเขาก็เขียนมาขอหรือครับ?

๑๙ วัคซีนป้องกันโรค

๒๐ หมายถึง หมอบอนามัย - นพ.สุรเกียรติ

๒๑ ตีพิมพ์เป็นหนังสือในชื่อ คู่มือการตรวจรักษาโรคเบื้องต้นและการส่งต่อผู้ป่วย (กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์และทำปกเจริญผล, ๒๕๑๗)

๒๒ หมายถึง แพทย์ประจำตำบล

๒๓ ดูรายละเอียดเรื่องการจัดตั้งหน่วยส่งเสริมแม่และเด็กเคลื่อนที่ในเชิงอรรถที่ ๖๔ ของบทที่ ๑

นพ.สุรเกียรติ : จริงๆ แล้วในขณะนั้นมีหมอชาวบ้าน หมอ
จิตยาเยอะเยอะ ขณะที่ห้ามหมออนามัยทำ ชาวบ้านก็
พึ่งพาหมอเถื่อน หมอเสนาณรงค์ต่างๆ หมอตำบล^{๒๒}
เจ้าหน้าที่[อนามัย]ก็แอบทำอยู่ คิดว่าต้องยอมรับ
บทบาทเขา คือให้ทำงานส่งเสริมป้องกันอย่างเดียวคง
ไม่ได้ ชาวบ้านต้องการเรื่องการรักษาด้วย เป็น
ธรรมชาติที่เราห้ามไม่ได้ ตอนนั้นกระทรวงสาธารณสุข
ยังไม่มีระเบียบ ระเบียบออกมา พ.ศ. ๒๕๑๘ ระเบียบ
เกี่ยวกับการมอบหมายการรักษาพยาบาล แต่
โครงการผมเกิดขึ้นก่อน ประมาณ พ.ศ. ๒๕๑๗ -
๒๕๑๘ พอปี พ.ศ. ๒๕๑๙ ก็มีหนังสือออกมาเล่มแรก
ก็เป็นที่ อือฮามาก

นพ.โกมาตร : ปัจจุบันยอดขายเป็นแสนละมังครับ?

นพ.สุรเกียรติ : ก็คงประมาณนั้น เพราะมันก็ออกมา ๓๒ ปี
แล้ว

นพ.โกมาตร : ฟังแล้วเป็นไงครับอาจารย์ ทำงานสนับสนุน
อยู่ในกระทรวงสาธารณสุข น้อยๆ ลุกๆ หลานๆ ออก
ไปทำงานข้างนอก คิดอะไรตอนนั้น เห็นอะไรครับ
อาจารย์?

นพ.ไพโรจน์ นิงสานนท์ : โดยมากพวกนักเรียนแพทย์จบ
แพทย์มา ความนึกคิดตรงกันทั้งนั้น ส่วนใหญ่ต้องการ
รักษาพยาบาล ใ้ที่ที่จะมาป้องกันไม่ชอบ แต่มีกลุ่มๆ
หนึ่งไม่ค่อยเห็นด้วยกับการรักษา เห็นด้วยกับการ
ป้องกัน มีพรรคพวกผม ๒ - ๓ คน คิดว่า เอ้ จบมาแล้ว
หมอก็มีเยอะเยอะแต่ไม่มีใครเลยไปดูแลประชาชน ให้
เขาดูแลรักษาตัวเองให้ได้ได้อย่างไร ให้ปลอดภัย
โรคได้อย่างไรนั้นไม่มี ดังนั้นในเมื่อมีแพทย์ออกมา
แล้ว ก็แพทย์อยู่โรงพยาบาล และก็แพทย์อยู่สถานี
อนามัย สมัยนั้นมี ๒ อัน คือ อนามัยอยู่กับกรม
อนามัย โรงพยาบาลอยู่กับกรมการแพทย์ บางคนเขาก็
ไปอยู่กรมการแพทย์อยู่โรงพยาบาล บางคนก็มาอยู่
กรมอนามัย แต่เราไม่คิดอย่างนั้น ผมบอกผมไม่เอา
ผมขี้เกียจอยู่เป็นที่ ผมอยู่หน่วยเคลื่อนที่ เป็นหน่วย
เคลื่อนที่แรกของกรมอนามัย อยู่ที่กองอนามัยแม่และ
เด็ก^{๒๓} เพราะฉะนั้นเลยไปสัมพันธ์กับการทำหน่วย
เคลื่อนที่หลายๆ อัน จนกระทั่งพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวเสด็จมาบอกว่า กระทรวงสาธารณสุข
ดีแล้วที่มีโรงพยาบาล สถานีอนามัยดูแล แต่ว่ามี

ความจำเป็นนะ ไม่เพียงพอหรอกที่เอาพนักงาน
อนามัยผดุงครรภ์ไปอยู่ แล้วมีแพทย์มีอะไรไม่เพียงพอ
ให้ทำหน่วยเคลื่อนที่ นี่คือปี พ.ศ. ๒๕๑๖ - ๑๗ ทำ
หน่วยเคลื่อนที่

นพ.โกมาตร : แสดงว่าถ้าเราพูดถึงบริการสุขภาพในชนบท
ก็ต้องพูดถึงเรื่องหน่วยเคลื่อนที่ด้วย เรามีหน่วย
เคลื่อนที่เหล่านี้ของเราเหล่านี้เยอะไหมครับอาจารย์?

นพ.ไพโรจน์ : ไม่มี ตอนนั้นไม่มี แต่มีโรงพยาบาลหลาย
แห่งที่ทำหน่วยเคลื่อนที่ในจังหวัดของตัวเอง

นพ.โกมาตร : แต่ก่อนหน้านั้นก็จะมีหน่วยงานเคลื่อนที่ของ
พวกกรมต่างๆ ไซ้ใหม่ครับ? เช่น หน่วยโรคเรื้อน
หน่วยมาเลเรีย

นพ.ไพโรจน์ : อันนี้เฉพาะโรค หน่วยโรคปอด หน่วยโรค
เรื้อน ได้เงินสนับสนุนจากฝรั่ง

นพ.โกมาตร : ผมเคยลงพื้นที่ไปอำเภอฤดูชุมเมื่อสัก ๒๐ ปี
ที่แล้ว ไปเจอชาวบ้านที่นั่น ถามเขาว่าประวัติศาสตร์
เกี่ยวกับเรื่องสุขภาพอนามัยท้องถิ่นเป็นอย่างไร เขาก็
เล่าเรื่องโรคต่างๆ ที่เขาเป็น เขาบอกว่าสมัยก่อนมีโรค
ไม่เหมือนทุกวันนี้ สมัยก่อนมีโรคที่เขาทราบมาก
ภาษาอีสานเรียกว่า "ซีโม" ซึ่งก็คือคุดทะราด เขาบอก
ว่าไอ้คุดทะราดมันทราบกันทั้งหมู่บ้าน เพราะมัน
รักษาไม่หาย พื้นบ้านถ้าจะมีโรคนี้ก็เอาจุณสีมาทาพอ
ให้มันอยู่ได้ แต่ก็ไม่หายปวดเท่าไร ต่อมาก็มีหมอฝรั่ง
มาฉีดยา เขาบอกว่าถ้ามีหมอฝรั่งมา ทางอำเภอจะ
เรียกไปบอก แล้วกำชับกับผู้ใหญ่บ้านว่า ถ้ามีหมอ
ฝรั่งมาฉีดยาให้ผู้ใหญ่บ้านส่งลูกบ้านไปปิ่นตัน
มะพร้าว ไปพื่นมะพร้าวมาทะเลาหนึ่ง แล้วเอา
มะพร้าวมาวางไว้ข้างหมอ ถ้าหมอหิวน้ำขึ้นมาเมื่อ
ไหร่ ไม่ให้กินน้ำอื่น ให้ดื่มเฉพาะน้ำจากลูกมะพร้าว
เท่านั้น เขาก็บอกว่า เดียวนี้ก็ยังเป็นการปฏิบัติว่า ถ้า
มีฝรั่งมา ห้ามไม่ให้กินน้ำในบ้าน เพราะจะเกิดโรค
"diarrhea" หรือโรคท้องร่วง แสดงว่าสมัยก่อนโน้นก็มี
หน่วยไปฉีดยาคุดทะราดบ้าง อันนี้สมัยไหนครับ
อาจารย์?

นพ.ไพโรจน์ : สมัยผมนี้แหละ มีโรคคุดทะราดกับโรคเรื้อน
ทำเป็นโครงการเลย ใช้เงินฝรั่ง เงิน WHO บ้าง เงิน

จาก USAID^{๒๔} บ้าง มาทำอันนี้ แล้วยังมีหน่วยเคลื่อนที่ไป ชาวบ้านรู้ดี ถ้ามีสองหน่วยนี้ไป ถ้ามีอยู่ทุกแห่งอันหนึ่ง [โรคเรื้อน] กับเป็นแผลอันหนึ่ง [คุดทะราด] เขารู้ว่าถ้าโครงการนี้ไป มีคนให้ความร่วมมือเยอะ เพราะพวกมีอยู่ทุกแห่งน่าสงสารมาก ก่อนนี้เราเลยไปอยู่หน่วยเคลื่อนที่ ซึ่งรวมสองอันนี้ด้วย มีหมอมียาไปตามหมู่บ้าน และท่านรับสั่งไว้ว่า ไปที่ไหนนั้นจากหน่วยประจำ ให้ทำหน่วยเคลื่อนที่เล็กๆ ด้วย ให้ลงไปตามหมู่บ้าน ไม่ใช่ไปตั้งหน่วยอยู่เฉยๆ จะได้ให้บริการชาวบ้านในละแวกนั้นได้ดี อันนี้เป็นหน่วยเคลื่อนที่แรกของกรมอนามัยโดยพระราชดำริของพระเจ้าอยู่หัวเอง

นพ.โกมาตร : เรียกว่าเป็นหน่วยเคลื่อนที่โดยพระราชดำริ และได้ทุนมา ๒๒,๐๐๐ บาท อาจารย์เป็นหัวหน้าหน่วยคนแรก

นพ.สุรเกียรติ : แล้วโรงพยาบาลจังหวัดเอาเงินมาจากไหน

นพ.ไพโรจน์ : มีงบประมาณ เขาตั้งงบประมาณเอาเอง เงินบำรุงไม่มีคนให้ ไม่ค่อยยอมใช้ อย่างหน่วยเคลื่อนที่ได้เงินบำรุงมา อนามัยจังหวัดหรือโรงพยาบาลเก็บเงินบำรุงของเขาไว้เพื่อใช้ของเขา ทั้งเงินบำรุงของโรงพยาบาล เงินบำรุงของกรมอนามัย แล้วเขามีหน่วยย่อยๆ ในละแวกของเขา

วิทย์ พงศ์พนิตานนท์ : อาจารย์คะ แล้วหน่วยเคลื่อนที่หน่วยแรกทำที่ไหนคะ?

นพ.ไพโรจน์ : หน่วยเคลื่อนที่ หมายถึงของกรมอนามัย อยู่จังหวัดเพชรบุรี - ประจวบฯ แล้วแต่ท่านจะสั่งให้ไปไหน

นพ.โกมาตร : ก็คือหน่วยเคลื่อนที่หน่วยแรกดูแลพื้นที่แถบเพชรบุรี - ประจวบฯ แล้วเวลาออกไปหน่วยนี้ อาจารย์ไปเจออะไรบ้าง?

นพ.ไพโรจน์ : ก็เจอโรคทั่วไป โรคหวัดมากที่สุด แล้วก็ไดอาร์เรีย [ท้องร่วง] แล้วคุดทะราดน้อย โรคเรื้อนนี่ไม่ค่อยเจอ

นพ.โกมาตร : โรคเรื้อนมันคงอยู่ในแถบ "leprosy belt" [หมายถึง แถบพื้นที่ที่มีโรคเรื้อนชุกชุม ซึ่งมักเป็นพื้นที่ที่ประชาชนมีฐานะทางเศรษฐกิจที่ยากจน เช่น เขตอีสานใต้ของไทย - นพ.โกมาตร] เส้นแบ่งอยู่แถบอีสาน

นพ.ไพโรจน์ : หมอไพโรจน์อีกคน คือ นายแพทย์ไพโรจน์ ประเสริฐศราวณี^{๒๕} รับคนโรคเรื้อน อยู่ที่จังหวัดขอนแก่น

นพ.โกมาตร : อาจารย์ครับ ตอนนั้นแนวคิดในการตั้งนิคมโรคเรื้อน^{๒๖} เช่นที่โนนสมบูรณ์นั้นเป็นผลผลิตมาจากอะไรครับ มาก่อนหรือหลังสถานีอนามัยและโรงพยาบาล

นพ.ไพโรจน์ : มาทีหลัง สถานีอนามัยมาก่อน แล้วก็เห็นแหล่งไหนมีโรคเรื้อนมาก ก็จะตั้งสำนักงานโรคเรื้อนขึ้นมาโดยขึ้นกับกองโรคเรื้อน ใช้เงินฝรั่งแต่เราทำตอนนั้นมีหน่วยของ USOM อะไรต่ออะไรมาช่วย หน่วยธรรมดาก็มี ไม่ใช่ของ USOM ก็มี

นพ.โกมาตร : อันนี้ก็แนวคิดของฝรั่ง ที่ตั้งเป็นนิคมขึ้นเป็น "asylum" [สถานบำบัด] ของพวกโรคจิต

นพ.ไพโรจน์ : นิคมไม่ใช่ฝรั่ง นิคมของเรา แต่หน่วยเคลื่อนที่ของฝรั่ง

นพ.โกมาตร : เหมอครับอาจารย์ เพราะเห็นต่างประเทศเขาทำเป็นพวกนิคม

นพ.ไพโรจน์ : นิคมโรคเรื้อนเนียเราตั้ง นิคมโรคอื่นๆ ไม่มี มีแต่โรคเรื้อน โรคเรื้อนทั้งนั้น

๒๔ USAID คือตัวย่อของ United States Agency for International Development หรือองค์การรัฐบาลสหรัฐฯ ที่ให้ความช่วยเหลือประเทศต่างๆ ไม่ว่าจะเป็นการสนับสนุนการเจริญเติบโตทางเศรษฐกิจ ช่วยส่งเสริมการเกษตรและการพาณิชย์ ส่งเสริมสุขภาพและสาธารณสุข สร้างความเข้มแข็งให้กับระบบประชาธิปไตย ช่วยยุติความขัดแย้ง และให้ความช่วยเหลือทางด้านมนุษยธรรมต่างๆ ก่อตั้งขึ้นตั้งแต่วันที่ ๓ พฤศจิกายน พ.ศ. ๒๕๐๔ (ค.ศ. ๑๙๖๑) ในทางการเมืองระหว่างประเทศ รัฐบาลสหรัฐฯ ใช้ USAID และองค์กรในลักษณะเดียวกันอีกหลายองค์กร คอยทำหน้าที่พัฒนา "ประเทศโลกที่สาม" เพื่อต่อต้านการขยายตัวของลัทธิคอมมิวนิสต์ที่นำโดยโซเวียตจีนและสาธารณรัฐประชาชนจีน ดู อาทิ Thomas Lobe, United States National Security Policy and AID to the Thailand Police (Monograph Series in World Affairs, University of Denver, ๑๙๗๗)

๒๕ เคยดำรงตำแหน่งผู้อำนวยการ "สถานพยาบาลโนนสมบูรณ์" จังหวัดขอนแก่น ให้การดูแลและบำบัดรักษาผู้ที่เป็นโรคเรื้อน ต่อมาพัฒนาเป็นนิคมโรคเรื้อนชื่อว่า "นิคมโนนสมบูรณ์"

๒๖ คูประวัติศาสตร์นิคมโรคเรื้อนในยุคกลางของยุโรปใน Michel Foucault, History of Madness, (translated by Jonathan Murphy and Jean Khallia (London and New York: Routledge, ๒๐๐๖).

๓ - ๘ ในกรณีประเทศไทย "รายงานการประชุมแพทย์ ปอดชากันด้วยเรื่องที่จะจัดโรงพยาบาล" เมื่อวันที่ ๒๑ สิงหาคม พ.ศ. ๒๔๔๖ (ค.ศ. ๑๙๐๓) ในสมัยรัชกาลที่ ๕ ระบุว่า เนื่องจากมีคนเป็น

ศาสตราจารย์นายแพทย์ วิชาญ วัฒนศิริ

นพ.โกมาต : อันนี้ก็กายหลังนะครับอาจารย์

นพ.ไพโรจน์ : แต่นิคมโรคเรื้อรังนี้ผมไม่ได้ทำ คนแรกคือ หมอไพโรจน์ ประเสริฐศราวณี

นพ.โกมาต : ไม่ใช่ไพโรจน์ 닝सानท์ นะครับอาจารย์

นพ.ไพโรจน์ : ไม่ใช่ คนนั้นละเป็นคนรับหน่วยเคลื่อนที่โรคเรื้อรังคนแรก ไปตั้งที่พระประแดง

นพ.โกมาต : ตอนหลังขยายไปอีกหลายแห่งไหมครับ อาจารย์?

นพ.ไพโรจน์ : หลายจังหวัด แต่ผมมีความเห็นว่า ใช้นโยบายเคลื่อนที่และงานที่ทำให้กับประชาชนในพื้นที่นั้น มันต้อง "integrate" [บูรณาการ] เข้าไปในพื้นที่ ไม่ใช่หน่วยเคลื่อนที่เท่านั้น ใจผมนะครับ เรามีหน่วยเคลื่อนที่เพื่อออกไป "survey" [สำรวจ] เท่านั้นว่าแหล่งไหนมีอะไรบ้าง เสร็จแล้วการวางแผนต้องวางให้ประจำไว้นะ จนกระทั่งหมดภาวะการแพร่เชื้อแล้ว มิฉะนั้นผมว่าไม่อยู่หรอกครับ ตอนหลังเราคิดอย่างนั้นแล้วเริ่มทำกัน กรมอนามัยกับกรมการแพทย์มาร่วมกันแล้วดำเนินการเข้าพื้นที่

นพ.โกมาต : เรียกว่าเปลี่ยนจาก "vertical program"^{๒๓} เป็น "community base" [มีฐานอยู่ในชุมชน] หรือเป็น "integrate" เริ่มต้นตั้งแต่สมัยอาจารย์เริ่มหน่วยเคลื่อนที่ก็เห็นข้อจำกัดนี้แล้ว

นพ.ไพโรจน์ : ใช่ เราเห็นอันนี้ เราพยายามทำ ไม่เช่นนั้น ผมว่าเราจะปลี่ยนคนเยอะ แล้วชาวบ้านก็ลำบาก

นพ.โกมาต : อาจารย์ครับ อย่างที่พี่สุรเกียรติบอกว่าไปเป็นแพทย์ก็ต้องไปสังกัดอยู่กรมอนามัยหรือมิเช่นนั้น ก็อยู่กรมการแพทย์ อันนี้ก็ขึ้นอยู่กับสรรคเหมือนกัน

นพ.ไพโรจน์ : ไม่เป็นอุปสรรค พอเข้าไป พวกนักเรียนแพทย์รู้แล้วว่า กรมการแพทย์รักษา กรมอนามัยป้องกัน เขารู้เลย

นพ.โกมาต : เขาก็เรียนมาแต่เรื่องรักษาที่รับอาจารย์

นพ.ไพโรจน์ : นักเรียนแพทย์เรียนเรื่องรักษา แต่ในขณะเดียวกันเขาก็เรียนป้องกันด้วย ไม่ใช่เรียนรักษาอย่างเดียว

นพ.โกมาต : เรียกว่าพอเรียนจบมาจะทำงานต้องเลือกเลยว่าจะไปกรมอนามัยหรือกรมการแพทย์

นพ.ไพโรจน์ : กรมอนามัยไม่ใช่ป้องกันเท่านั้น เขาต้องรักษาไปด้วย แต่ว่าขั้นตอนไม่ลึกซึ้งเท่ากรมการแพทย์หรือโรงพยาบาล มีสถานอนามัยสองแบบ คือแบบที่ ๑ สถานอนามัยชั้น ๑ ซึ่งมีรักษาพยาบาลด้วยไปช่วยกรมการแพทย์ และสถานอนามัยชั้น ๒ ไม่มีรักษาพยาบาลมีแต่สุขภาพิบาล คือมีสถานอนามัยชั้น ๑ กับสถานอนามัยชั้น ๒^{๒๔}

โรคเรื้อรัง ซึ่งเป็น "โรคอันน่ากลัวอย่างยิ่ง แลรักษาไม่หาย" อยู่เป็นจำนวนมากในกรุงเทพฯ คณะแพทย์จึงเสนอว่าน่าจะหามาตรการป้องกันบางอย่าง เพราะ "ถ้าไม่ได้จัดการป้องกันเสียแล้ว โรคเรื้อรังนี้ ก็คงจะทวีมากขึ้นในหมู่ประชาชนโดยแท้" โดยในภาพประชุมดังกล่าว นายแพทย์ยอร์ แมกฟาแลนด์ ได้ทำรายงานขึ้นเสนอต่อที่ประชุมแพทย์ดังกล่าวว่า

"แพทย์นับถือกันว่าโรคเรื้อรัง(sic)คิดกันได้...นักประพฤตินี้สืบเสาะหาเชื้อโรค พบเป็นต้น แต่ที่เริ่ม (sic) ซึ่งทำให้ปรากฏอาการฝ่ายผิวหนังให้หนักขึ้นหนา, บูน, สูงขึ้น แลได้กินสารลึกลับซึ่งอาจกรภายไม่มีได้เว้นแต่ ทำให้มีผลเบี่ยงเบนอย่างพิศดารมาก แต่ต้นเหตุเดิมของโรคนี้ ตกลงเป็นแน่แท้ว่ามีตัว แลตัวนี้มีเวลาทีหลุดปลิวจากคนที่เปื้อนอยู่นั้นถึงคนอื่น แลยังเป็นโรคที่รักษาไม่หาย จึงไม่มีวิธีที่จะป้องกันได้มิให้แพร่หลาย นอกจากวิธีคัดแยกคนที่เปื้อนนั้นออกต่างหาก มิให้อยู่อยู่กับคนอื่น...ควรที่รู้ว่โรคนี้คล้ายกับบรรณโรค เกิดขึ้นโดย ตัวที่ปลิว แต่เราไม่สามารถที่จะรู้ได้ว่าตัวเชื้อโรคนั้นเข้าทางผิวหนัง หรือเข้าทางแผลในผิวหนัง หรือโดยทางลมอากาศ หรือปนกับน้ำแลอาหารที่รับประทาน จะเข้าทางไหนเราก็ไม่คาดหมายที่จะรู้ได้ว่าตัวเชื้อโรคนั้นปลิวตามอากาศ ในที่แรกเกาะตามเยื่ออ่อนแห่งบุก แลเกิดเป็นแผลถลอกกว้างลึกในจุดออกไปทุกที่ จนจำกนั้นยูนหายหมดลง...ถ้าจะมีกฎหมายบังคับในข้อต่างๆ เหล่านี้ให้สำเร็จได้ แลให้ความรู้แห่งโรคแพร่หลาย ทั้งวิธีระวังตัว เพื่อจะกันมิให้โรคนี้เกิดขึ้นแล้ว ข้าพระหุขอเจ้าเห็นด้วยเกล้าฯ ว่า คงจะสำเร็จในการต่อสู้ ให้อาโรยระณะต่อโรคนี้ได้เป็นแน่" (ดู "ความเห็นด้วยเรื่องโรคเรื้อรังกับวิธีป้องกันมิให้โรคนี้แพร่หลาย" ของยอร์ แมกฟาแลนด์ ซึ่งทำขึ้นถวายพระเจ้าอนิงยาเอกรรรมนินวิวิธรรณปรีชา อธิบดีกรมพยาบาล, พ.ศ. ๘/๑๒๖)

ที่ประชุมของคณะแพทย์จึงเสนอวิธีการป้องกันที่จะไม่ให้โรคเรื้อรังแพร่หลายออกไปตามวิธีการที่รัฐบาลในยุโรปและอเมริกาได้ "จัดการแยกคนที่เปื้อนโรคเรื้อรังให้ไปอยู่ที่แห่งหนึ่งต่างหาก มิให้ปนคละอยู่กับคนดีเลย" คือให้จัดเลือกเกาะขึ้นมาเพื่อ "ให้คนไว้ที่เปื้อนโรคเรื้อรังตั้งบ้านเรือนอาศัยอยู่" แยกจากคนปกติ, ดู "รายงานการประชุมแพทย์ ปุจฉาขำกันด้วยเรื่องที่จะจัดโรงพยาบาล" ของ พระเจ้าน้อยยาเอกรรรมนินวิวิธรรณปรีชา อธิบดีกรมพยาบาล, วันที่ ๒๑ สิงหาคม ร.ศ. ๑๒๒, พ.ศ. ๘/๑๒๖

๒๓ คือโครงการที่แยกออกมาเฉพาะส่วนเพื่อป้องกันและดูแลรักษาโรคใดโรคหนึ่งโดยเฉพาะ

๒๔ สถานอนามัยประจำตำบลมีต้นกำเนิดมาจากศาลากลางจังหวัดที่ไม่มีแพทย์ประจำซึ่งได้รับการพัฒนาขึ้นเป็นสถานอนามัยขึ้นสองใน พ.ศ. ๒๔๙๕ และยกระดับเป็นสถานอนามัยใน พ.ศ. ๒๕๑๕ ขณะที่มีสถานอนามัยอยู่เพียง ๙,๓๕๐ แห่ง ใน ๒,๕๔๓ ตำบลเมื่อ พ.ศ. ๒๕๒๔ ใน พ.ศ. ๒๕๓๙ มีจำนวนสถานอนามัยเพิ่มขึ้นถึง ๙,๐๑๐ แห่งทั่วประเทศ โดยครอบคลุม ๙,๓๐๙ ตำบล และมีจำนวน ๒,๐๒๑ ตำบลที่มีสถานอนามัยมากกว่าหนึ่งแห่ง, ดู บุญเรียง ชูชัยแสงรัตน์ และคณะ, การพัฒนาของสถานอนามัยในเขตพื้นที่ทั่วไปและพื้นที่เฉพาะ เติม ๑ (กรุงเทพฯ: สำนักนโยบายและแผนสาธารณสุข, สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, ๒๕๓๙), ๑๒ - ๑๕

นพ.โกมาตร : ตอนหลังก็เลยมาคิด "integrate" กันให้เป็นหน่วยบริการที่ดูทุกเรื่องเลย

นพ.ไพโรจน์ : ใจผมนั้นคิดว่าไม่ควรที่จะมีแต่ละครม ใจผมในขณะนั้นคิดว่าน่าจะทำรวมกันเลย จากกระทรวงสาธารณสุขก็ไปหน่วยงาน ลงไปพื้นที่

นพ.โกมาตร : อาจารย์คิดแบบนี้ เขาเกลียดอาจารย์ใหม่ครับ?

นพ.ไพโรจน์ : ไม่เกลียด เขาถึงเรียก "ไอ้สามคน" คือ อมร^{๒๙} วินิจ^{๓๐} ผม

นพ.ไพโรจน์ : เป็นตัวก็ก่อการ?

นพ.ไพโรจน์ : เพราะว่าเราเห็นด้วย เรารวมกันอยู่ตลอดทั้ง ๓ คน

นพ.โกมาตร : อาจารย์ครับ จากสามมาเป็นปิยะเขียน แปดเขียน นี่เป็นอย่างไรครับ นี่เป็นอีกเรื่องหนึ่งใช่ไหมครับ อาจารย์?

นพ.ไพโรจน์ : นั่นอีกเรื่องหนึ่ง

นพ.โกมาตร : ลองขยายอีกนิดสิครับอาจารย์ เรื่องปิยะเขียนนะครับ

นพ.ไพโรจน์ : อย่าให้พูด เดี่ยวให้จรี^{๓๑} ขยายดีกว่า

นพ.โกมาตร : หนังสือหอมเสมไ้ฉบับที่ไว้ข้างแล้วครับ^{๓๒} ตอนนั้นก็มีความพยายามที่จะปรับปรุงเปลี่ยนแปลงโรงเรียนแพทย์

นพ.ไพโรจน์ : ร่วมกัน แล้วตัวเราเป็นตัวเชิด

นพ.โกมาตร : ตอนนั้นมีการตั้งศูนย์ประสานงานทางการแพทย์และสาธารณสุขขึ้นในกระทรวงสาธารณสุขที่จะทำงานร่วมระหว่างกระทรวงกับมหาวิทยาลัยใช่ไหมครับ? ตอนนั้นมีคุณหมอสมศักดิ์ ชุณหรัศมิ์ เป็นหัวหน้าสำนักงานด้วยใช่ไหมครับ ศูนย์ประสานงานทางการแพทย์และสาธารณสุข?

นพ.ไพโรจน์ : สมศักดิ์มาทีหลังนะ

นพ.โกมาตร : อ้อ หมอสมศักดิ์มาตอนอาจารย์ประเวศเป็นเลขาธิการศูนย์ สมัยนั้นศูนย์ฯ ก็มีที่ทำงานเป็นห้องเล็กๆ อยู่ที่กองแผนงาน

นพ.ไพโรจน์ : กองแผนงานนั้นมาทีหลังสุดเลย ด้วยเหตุว่า เราเห็นว่าการรักษาป้องกันอะไรต่ออะไร มันแตกกระจายหมด และคิดว่าเราจะมารวมกันใหม่ ให้เป็นกลุ่มเป็นก้อนขึ้นมา กองแผนงานถึงได้เกิดขึ้น

นพ.โกมาตร : ต่อจากที่อาจารย์อุทัยพูดนะครับ มาจาก "provincial plan" [แผนระดับจังหวัด] มาเป็น "national plan" [แผนระดับประเทศ]

นพ.ไพโรจน์ : เริ่มจากหมอยุทธนา^{๓๓} ก่อนถึงอาจารย์ดำรงค์^{๓๔} มาเป็นกองแผนงานสาธารณสุข

นพ.อุทัย สุตสุข : เสริมอีกนิดนะครับอาจารย์ อาจจะเริ่มต่อยอดจากเรื่องหน่วยเคลื่อนที่ของพี่ไพโรจน์ ว่าหลังจากที่ความนิยมและเป็นเรื่องจำเป็นที่จะต้องขยายการเข้าถึงบริการให้กว้างขวางขึ้น ก็เลยมีการขยายหน่วยแพทย์เคลื่อนที่ที่ออกมาจากหน่วยงานต่างๆ เยอะ ส่วนใหญ่ก็ยังไม่ได้จัดสรรงบประมาณ หลังจากที่ได้ทำขลุบุรี "Provincial Health Plan"^{๓๕} ดึงกลยุทธ์ในการเข้าถึงบริการนั้น คือจัดให้มีหน่วยสาธารณสุขเคลื่อนที่ ต่อมาเรียกหน่วยสาธารณสุขเคลื่อนที่ ซึ่งรวมทั้งทุกอย่างไม่ใช่เรื่องรักษาอย่างเดียว ก็เป็น

๒๙ นายแพทย์อมร นนทสูต
 ๓๐ นายแพทย์วินิจ อัครเสนา
 ๓๑ แพทย์หญิงจรี นิงสานนท์
 ๓๒ คู เกียรติประวัติแพทย์ไทยฝากไว้ให้คนรุ่นหลัง: ชีวิตและงานของศาสตราจารย์นายแพทย์เสมอ พริ้งพวงแก้ว บรรณาธิการโดย สันติสุข โสภณศิริ (กรุงเทพฯ: สำนักวิจัยสังคมและสุขภาพ (สวสส.) และสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ (สนย.), ๒๕๔๙), ๑๕๓ - ๑๖๒.
 ๓๓ นายแพทย์ยุทธนา ศุภสมิติ
 ๓๔ นายแพทย์ดำรงค์ บุญยอิน
 ๓๕ โครงการศึกษาวิเคราะห์ระบบงานเพื่อการวางแผนระดับจังหวัด จังหวัดชลบุรี

โมเดล [model] จากชลบุรี แล้วยืนยันอีกทีหลังจาก “implement” [ดำเนินการใช้] ตรงนั้นแล้ว ประมาณปีเศษๆ ก็เป็นการยืนยันว่ามันจำเป็น

ในระยะต่อมาก็ได้มีการได้รับงบประมาณสนับสนุนให้จัดตั้งหน่วยสาธารณสุขเคลื่อนที่ขึ้นในระดับทั่วประเทศ โดยกองสาธารณสุขภูมิภาคในขณะนั้น ประมาณ พ.ศ. ๒๕๑๙ หรือ ๒๕๒๐ ประมาณนั้น ได้รับงบประมาณซื้อรถตู้เป็นครั้งแรกสำหรับออกหน่วยแพทย์เคลื่อนที่ ซื้อให้ทุกจังหวัดเลยนะครับในปี พ.ศ. ๒๕๑๙ - ๒๕๒๐ ท่านพลตรีพญาอาจจะยังอยู่เมืองนอกอยู่ เพราะฉะนั้นตรงนั้นก็เป็นเรื่องที่หน่วยแพทย์เคลื่อนที่เกิดอย่างสมบูรณ์

นพ.โกมาตร : ทั้งประเทศเลยหรือครับอาจารย์ มีรถขึ้นมาสำหรับจังหวัด รถนั้นก็ออกหน่วยไป แล้วขายหนึ่งด้วยหรือเปล่าครับ?

นพ.อุทัย : ทั้งประเทศเลย ขายหนึ่งด้วย ใช่ แต่ก่อนนั้นใช้รถฝรั่ง ใช้สเตชันแวกอน [station wagon] สีเขียวๆ ต่อมาเป็นมิตรซูบิซีบ้าง อันนี้เป็นรถตู้เป็นครั้งแรก ซึ่งก็ใ้มากในขณะนั้น นั่นเป็นเรื่องหน่วยแพทย์เคลื่อนที่

นพ.โกมาตร : ผมถามเรื่องหน่วยแพทย์เคลื่อนที่เพิ่มเติมชนิดหนึ่ง คือ ผมไปเป็นแพทย์ที่โคราช เราก็ออกหน่วยกันบ่อย ที่ออกไปเราก็มีสื่อ สื่อที่ส่วนกลางจัดสรรไปให้ส่วนใหญ่จะเป็นภาพยนตร์ เช่น ภาพยนตร์เรื่องพยาธิบ้าง ภาพยนตร์เรื่องอาหารบ้าง พวกสื่อพวกนี้เท่าที่ดูไม่ใช่สื่อที่คนไทยทำ มันมาจากไหนครับอาจารย์?

นพ.อุทัย : เราอาศัยมือฝรั่ง USOM^{๑๖} มาช่วยงานเรา หน่วยที่ผลิตสื่อพวกนี้คือ USIS^{๑๗} ให้ทุนมาที่กองสุศึกษา เราก็ยังไม่สามารถผลิตสื่อพวกนี้ได้เอง ก็ต้องอาศัยเขาก่อน ต่อมาในระยะหลัง หลังจากมี “real reorganization” [การปรับองค์กรอย่างแท้จริง] แล้ว

ในปี พ.ศ. ๒๕๑๕ [และอีกครั้งในปี] ๒๕๑๗ เรียกร้อยแล้ว ทางเราก็โตขึ้นๆ ก็สามารถผลิตสื่อเหล่านี้ได้เอง เป็นสื่อประกอบ ก่อนหน้านั้นเรามากต้องพึ่ง USOM พึ่ง WHO พึ่งยูนิเซฟ [UNICEF]^{๑๘} ยูนิเซฟมีบทบาทมากในเรื่องของ MCH^{๑๙}

ที่นี้พูดถึงเรื่องบริการรักษาหรือการบริการสาธารณสุขสักนิด ในสมัยที่ผมออกไปเป็นครั้งแรกเมื่อ พ.ศ. ๒๕๑๙ หมอโกมาตรยังอยู่มัธยมอยู่หรือเปล่า?

นพ.โกมาตร : ผมยังอยู่ชาติก่อนอยู่เลยครับอาจารย์ ยังไม่เกิด

นพ.อุทัย : ผมเรียนจบก็ไปอยู่อำเภอภูเขียว จังหวัดชัยภูมิ มีเรื่องเกี่ยวกับให้บริการเล่าให้ฟังนิดหนึ่ง ในขณะนั้นก็เหมือนอย่างท่านที่ไปอยู่สถานีอนามัยชั้น ๑ สมัยนั้นเล่าให้ฟังมาแล้ว แต่ว่าผมตีนิสิตไม่ได้ใช้มา แต่ใช้จักรยานสองล้อกับเกวียน เจริญขึ้นหน่อย อย่างไรก็ตาม การเดินทางมาติดต่อหรือมาประชุมที่จังหวัดชัยภูมิมันมาสายตรงไม่ได้ จากภูเขียวมาทางตรงผ่านแก้งคร้อ ผ่านอะไรเนี่ยไม่ได้ ต้องอ้อมมาทางชุมแพ ขอนแก่น บัวใหญ่ มาติดต่อราชการที่ใช้เวลา ๓ วัน ๓ คืน มาถึงก็มานอนขอนแก่นที่หนึ่งก่อน มาถึงตัวจังหวัดก็บายๆ ก็อาจจะติดต่องานไม่ทันต่องนอนที่ตัวจังหวัด รุ่งขึ้นติดต่องาน ตอนบายๆ ก็กลับมาค้างที่ขอนแก่น แล้วก็ถึงภูเขียวในวันต่อมา ก็ตีหน่วยที่มีรถบรรทุกข้าว ผู้โดยสารก็ต้องนั่งบนกระสอบข้าว ไม้จันทน์ไม่ได้เพราะว่ามันกระโดดมาก เพราะถนนเป็นลูกระนาดมากสมัยโน้นนะครับ ถ้ารถหนักๆ ก็จะไปได้ไม่กระเทือนมาก

สมัยนั้นทางภูเขียวก็น่าจะคล้ายๆ อีสานอื่นเหมือนกัน คือนิยมการรักษาพยาบาลมากกว่าการป้องกัน แล้วมักจะชอบตามหมอไปตรวจรักษาที่บ้าน

๑๖ USOM ย่อมาจาก United States Operations Mission เรียกหน่วยงานสาขาของ USAID ที่อยู่ในประเทศไทย

๑๗ USIS ย่อมาจาก United States Information Service เป็นหน่วยงานประชาสัมพันธ์เพื่อเผยแพร่ข่าวสารและวัฒนธรรมอเมริกัน

๑๘ ยูนิเซฟ ปัจจุบันคือกองทุนเพื่อเด็กแห่งสหประชาชาติ (United Nations Children's Fund) หนึ่งหน่วยงานของสหประชาชาติเพื่อให้ความช่วยเหลือด้านมนุษยธรรม การพัฒนา สุขภาพอนามัย รวมถึงความเป็นอยู่ของแม่และเด็กในประเทศกำลังพัฒนา ก่อตั้งโดยสมัชชาสามัญแห่งสหประชาชาติเมื่อวันที่ ๑๑ ธันวาคม พ.ศ. ๒๕๑๙ ด้วยชื่อในขณะนั้นว่า United Nations International Children's Emergency Fund หรือ กองทุนฉุกเฉินสงเคราะห์เด็กแห่งสหประชาชาติ และใช้ชื่อย่อว่า UNICEF - ยูนิเซฟ อันเป็นที่รู้จักกันโดยทั่วไปในปัจจุบัน

๑๙ MCH [Mother and Child Health] - การอนามัยแม่และเด็ก

รายงานสุขภาพจิต ประชาสัมพันธ์และวารสาร

ไม่ไปก็ไม่ได้ บางทีแค่อยู่ในตลาดก็ยังคงตามหมอบไปดู

นพ.โกมาตร : แสดงว่าเป็นวิถีปฏิบัติเดิมหรือเปล่า เพราะแต่เดิมมาหมอยาที่อยู่ในชุมชน คือ เขามาตามตัวหมอบไปตรวจที่บ้านอยู่แล้ว

นพ.อุทัย : มันอาจจะติดพัน ก็อาจจะเป็นลักษณะนั้น เพราะฉะนั้นก็เลยต้องไปด้วย แต่ขณะเดียวกันก็มีคนมาที่สถานีนามัยชั้น ๑ เหมือนกัน

นพ.โกมาตร : เดียวนี้ก็กลับมานิยมใหม่ ให้ทำ "home visit" [การเยี่ยมผู้ป่วยถึงบ้าน] จะได้ไปดูชาวบ้านถึงบ้าน

นพ.อุทัย : แต่ว่าในขณะนั้นที่มันเสี่ยงมาก คือ หม้อหนึ่งที่ยูนิเซฟให้ไว้หม้อหนึ่งนั้น อยู่มาไม่กี่ปีก็เสีย เวลาจะทำ "sterile" [ทำให้ปลอดเชื้อ] ก็ใช้วิธีต้มเอา ถ้าอยู่ที่สถานีนามัยชั้น ๑ ก็ดี ต้มได้นานหน่อย แต่เวลาออกไปพื้นที่มันต้องใช้วิธี ลวก "ไซริงค์" [cylinder - กระบอกฉีดยา] ลวกเข็ม ถ้าเป็นขณะนี้ถ้าคนอ่อนแอ คงจะติดเชื้อมันหมด เป็นผีเป็นอะไรู้อุตลุเลย แต่ว่าก็โชคดีรอดตัว

นพ.โกมาตร : เรียกว่าเดินตามมีตามเกิดนะครับอาจารย์

นพ.อุทัย : ตามมีตามเกิด แล้วหม้อหนึ่งยี่ห้อ "Prestige" ในตอนหลังค่อยมีมา ก็ค่อยยังชั่วชนิดหนึ่ง ใช้แบบ "pressure cooker" [หม้ออัดแรงดัน] ก็ดีขึ้นหน่อย แต่ตอนอยู่ภูเขี้ยวไม่ได้ใช้เลย ลวกจิ้มเลย ไม่รู้รอดตัวมาได้อย่างไร

ที่นี้เรื่องคลอด ก็เจอ "case" ยากคล้ายๆ กับที่บรรลุ แต่พอดีไม่ถึงขั้นต้องตัดเด็กออกมาแล้วค้ำหัวไว้ แต่ต้องใช้ "forceps" บังเอิญตอนเรียนก็มีประสบการณ์ ๒ หรือ ๓ ราย ที่ช่วยอาจารย์ไปทำ

"forceps" ก็พอจำได้บ้าง สุดท้ายก็ต้องไปเปิดตำราที่ภูเขี้ยวทำ "forceps" ออกมา พอดีรอดตัว นั่นก็เป็นเรื่องเล่าเพิ่มเติม เรื่องการรักษาในภาคหนึ่งคือที่โรงพยาบาลหรือสถานีนามัยชั้น ๑ แต่อีกภาคหนึ่งก็คือแพทย์เรา ต้องยอมรับว่าเราต้องอยากจะทำอาชีพแพทย์ต่อเนื่อง กลัวจะล้ม เราจึงต้องไปเปิดคลินิกส่วนตัว "private clinic" [คลินิกส่วนตัว] ขึ้น ผมเองก็ถือปฏิบัติตลอดไม่ว่าอยู่ที่ไหน ก็จะต้องเปิดคลินิกทำเวลาออกราชการ

นพ.โกมาตร : คือเปิดที่ตัวเมืองที่เราไปอยู่ใช่ไหมครับ อาจารย์? ในเวลาราชการก็อยู่โรงพยาบาล เลิกงานก็ไปอยู่ดูแลคนไข้ที่คลินิก

นพ.อุทัย : เปิดตัวเมืองที่เราไปอยู่ ในกรณีของผมบังเอิญอยู่สถานีนามัยชั้น ๑ เพียงปีเดียว นอกนั้นก็ไปอยู่จังหวัด เป็นอนามัยจังหวัด ก็มีคลินิกทุกแห่งที่จังหวัดนั้นๆ พี่โรจน์ไปเยี่ยมก็ไปเจอที่คลินิกก็มีบางครั้ง ไม่งั้นก็ไม่พอกิน ไม่พอเลี้ยงลูกเลี้ยงเมีย เมียหนึ่งคนจริง แต่ลูกสี่คน ทำไปรอดคลินิกอยู่ต่ออีก ๒๖ ปี เป็น ๒๗ ปี ทั้งหมดทำ "clinical work" [งานตรวจรักษาผู้ป่วยในคลินิก] รวมแล้ว ๒๗ ปี จนกระทั่งเป็นรองปลัดกระทรวงสาธารณสุขในปี พ.ศ. ๒๕๒๖ ไม่ไหวทำไม่ไหว ก็เลยต้องเลิกไป

นพ.โกมาตร : อาจารย์เลิกทำคลินิกตอนเป็นรองปลัดฯ แสดงว่าฮึดนำดูนะครับ

นพ.อุทัย : ครับทำที่ชลบุรี

นพ.โกมาตร : สมัยเด็กที่ผมอยู่ที่สุรินทร์ ผมก็ไปตรวจที่คลินิกแพทย์บ่อย แพทย์ประจำบ้านของเราที่เราไปกันเป็นประจำ คืออาจารย์พีร์ คำทอง^{๔๐} ซึ่งมาเสียชีวิตที่จังหวัดร้อยเอ็ด หมอพีร์เปิดคลินิกเล็กๆ อยู่ในตลาด แล้วก็พวกเราไปตรวจ ผมเป็นไทพอยด์ก็ไปรักษากับอาจารย์ ตกกลางคืนบางทีมันปวดท้องมาก

^{๔๐} นายแพทย์พีร์ คำทอง เสียชีวิตจากการลอบสังหารขณะจับรบกับคนสลายมาลาคราน - ร้อยเอ็ด เมื่อวันที่ ๑๑ กันยายน ๒๕๒๔ ในขณะดำรงตำแหน่งผู้อำนวยการโรงพยาบาลร้อยเอ็ด โดยเชื่อว่าการกระทำดังกล่าวเป็นรองบุคคลผู้ที่เสียผลประโยชน์ เนื่องจากนายแพทย์พีร์ ได้มาดำรงตำแหน่งผู้อำนวยการโรงพยาบาลร้อยเอ็ด และทำการปราบปรามการทุจริตคอร์รัปชันในโรงพยาบาลแห่งนั้น

^{๔๑} M.P.H - Master of Public Health คือสาขารัฐศาสตร์มหาบัณฑิต

^{๔๒} มหาวิทยาลัยทูเลน (Tulane University) ตั้งอยู่ที่เมืองนิวออร์ลีนส์ รัฐลุยเซียนา สหรัฐอเมริกา

^{๔๓} นายแพทย์เอก ธนะศิริ เป็นนายแพทย์อนามัยจังหวัดนครราชสีมา ระหว่าง พ.ศ. ๒๕๔๗ - ๒๕๕๖ เป็นผู้อำนวยการสำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร และเป็นรองปลัดกรุงเทพมหานคร ระหว่าง พ.ศ. ๒๕๒๕ - ๒๕๒๗

กินไม่ได้เอาไปที่คลินิก อาจารย์ก็เอาเตียงผ้าใบมา
กางแล้วเปิดสายหยอดน้ำเกลือที่คลินิก น้ำเกลือไม่
หมดถุงก็เอารถเต่ามาส่งที่บ้าน ถ้าน้ำเกลือหมดเมื่อ
ไหร่ก็ให้แม่ถอดเข็มออกให้ ก็ไปตรวจกับหมอฟรี
ประจำ เพราะท่านมีคลินิกเล็กๆ ของท่าน คล้ายๆ กับ
อาจารย์อย่างนี้แหละครับ พอต่อมาหมอฟรีถูกยิงตาย
วันที่อาจารย์หมอฟรีถูกยิงตาย ผมก็ได้รับโทรศัพท์
จากแม่ เพราะแม่อ่านข่าวเจอแล้วโทรมาบอกว่า
อาจารย์หมอฟรีตายแล้ว แล้วท่านก็ยังถามต่อด้วย
ความเป็นห่วงอีกว่า มาเที่ยวเขียนมาพูดเรื่องคอร์ปชั่น
ระวังจะโดนยิงเหมือนอาจารย์หมอฟรีนะ สมัยก่อนก็
คงจะต้องเปิดคลินิก เพราะเงินเดือนทางราชการมัน
น้อยมาก

นพ.อุทัย : เงินเดือน ๑,๓๐๐ บาทครับ ไม่มีเบี้ยกัณฑ์
เหมือนสมัยต่อๆ มา ขอเพิ่มเติมอีกนิดหนึ่งเรื่องการ
ศึกษาแพทย์นะครับ ก็อาจจะเป็นเรื่องเก่าที่อาจจะมา
คิดใหม่ในขณะนี้เพื่อแก้ปัญหาบุคลากรขาดแคลนใน
"primary care" [การดูแลสุขภาพปฐมภูมิ] ของเรา
ซึ่งคุณหมอโกมาตรกับอาจารย์สุรเกียรติ์ก็อยู่ด้วยกัน
คือในสมัยที่ผมเรียนแพทย์ ทางกระทรวงสาธารณสุข
โดยกรมอนามัยมีทุนให้นักศึกษาแพทย์ ถ้าใครจะไป
อยู่กรมอนามัย อยู่ทางสายป้องกัน จะมีทุนให้เดือน
ละ ๒๕๐ บาท ก็ไม่เลวนะสมัยนั้น เดือนละ ๒๕๐
บาทเนี่ย ประมาณในราวปี พ.ศ. ๒๔๙๕ - ๒๔๙๙
ราวๆ นั้นที่ศิริราช

นพ.โกมาตร : ไม่สนใจเราเลย ไปสร้าง "incentive" [มีแรง
จูงใจ] เพิ่มขึ้นหรือครับ

นพ.อุทัย : เริ่มตั้งแต่ปี ๓ พอข้ามฟากแล้ว

นพ.โกมาตร : พอข้ามฟากแล้วต้องเลือกกรมแล้วว่าจะ
เกาะ

นพ. อุทัย : ก็ต้องเลือกแล้ว ๔ ปีหลังนี้ละครับ ก็เป็นอาว
อันหนึ่งที่น่าจะมาคิดทบทวนกัน อันที่สองก็คือ พอจบ
แล้วขณะนั้นต้องไปเป็นทหารก็ได้อนุญาตพิเศษให้ไป
ฝึก ๑ เดือน พอถือปืนเป็น เข้าแถวเป็น แล้วก็ต้องส่ง
คืนกระทรวงสาธารณสุข เพราะเป็นแพทย์ กระทรวง
สาธารณสุขไม่ยอม

ที่นี้ อีกตอนหนึ่งในเรื่องของกรม "promote" [ส่งเสริม]
ให้คนโดยเฉพาะหมอ สนใจทางด้านส่งเสริมป้องกัน
และบริหารจัดการ กรมอนามัยจะมีข้อปฏิบัติอยู่น
หนึ่ง คือหมอทุกคนถ้าอยู่สายกรมอนามัย หมอเมื่อไป
ทำงานใช้ทุนแล้ว ๒ ปี ขอให้กลับมารับเรียน ส.ม.
[สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต] คนสาธารณสุขเมื่อ
จบให้เงินเดือน ๒ ชั้น ปีเดียว มีสิทธิ์ที่จะเป็นผู้บริหาร
ในจังหวัดได้ เมื่อ พ.ศ. ๒๕๐๐ เริ่มแล้ว เลิกหลังจาก
นั้น[ประมาณ] ๒๐ ปี นอกจากนั้นยังติดต่อส่งไปเรียน
M.P.H^{๙๙} ที่ต่างประเทศด้วย

นพ.โกมาตร : ที่ไหนครับอาจารย์?

นพ.อุทัย : ส่วนใหญ่จะทูเลน [Tulane] สหรัฐอเมริกา^{๙๙}

นพ.โกมาตร : เพราะฉะนั้น รุ่นแรกของ "public health"
[สาธารณสุข] จะที่ทูเลนทั้งหมดใช่ไหมครับ? อาจารย์
คิดว่า ตัวหลักสูตร ส.ม. ที่ได้ทำ คล้ายๆ กับว่า
เนื่องจากแพทย์เรียนด้านการรักษาเยอะ พอมาเรียน
สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต จะได้แนวคิดทางด้าน
สาธารณสุข แล้วที่นี้ตั้งแต่ปี พ.ศ. ๒๕๐๐ มันคง
สะสมเชิงปริมาณไว้พอสมควร เป็นทุนสำหรับการ
ทำงานสาธารณสุขมูลฐานในยุคต่อมา คิดว่าตรงนั้น
จะมีส่วนที่สำคัญ

นพ.อุทัย : ประมาณรุ่นละ ๒๐ - ๓๐ คน เยอะนะ เพราะว่า
เป็น "incentive" และบังคับด้วย ถ้าไม่เข้าหลักสูตรนี้
จะไม่ได้เป็นอนามัยจังหวัด ไม่ได้ ๒ ชั้น ไม่ได้เป็น
อนามัยจังหวัด นอกนั้นก็คงจะเป็นเรื่องของกรมแก้ไข
ปัญหาเรื่องการขาดแคลนพยาบาล ซึ่งมีหลักสูตร
เวชปฏิบัติขึ้นมา โดยคณะสาธารณสุขศาสตร์ก็ช่วย
เรา สถาบันพระบรมราชชนก ตอนหลังสภาการ
พยาบาลกับวิทยาลัยพยาบาลของเราด้วย ก็สนับสนุน
เรื่องนี้ ตอนนั้นมาทำรื้อโรงพยาบาลชุมชน โดยเฉพาะ
อย่างยิ่งแก้ปัญหาโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชที่
ขาดแคลนมาก ในช่วงประมาณ พ.ศ. ๒๕๒๐ - ๒๕๒๔
ตอนนั้นเร่งผลิตรายมาก

ในขณะที่เดียวกันในด้านการสาธารณสุขในเขต
เมือง เราก็สนใจมาก อาจารย์หมอแจ่ม^{๙๙} อนามัย
จังหวัดโคราช ได้รับการเชิญไปเป็น ตอนนั้นเข้าใจว่า
เป็นผู้ช่วยการกองก่อน ไม่มีสำนักอนามัย เข้าใจว่า

เป็นผู้อำนวยความสะดวกสาธารณสุขของ กทม. ก็ไปจุดประกายที่นั่น ทำให้เกิดผลพวงในระยะหลังนี้ เราก็เห็นว่าในส่วนภูมิภาคนี้ “health indicator” [ดัชนีชี้วัดสุขภาพอนามัย] ต่างๆ มันดีขึ้นเยอะ แต่ว่าหันมาดูตัวเลขใน กทม. เนี่ยมันแค่ “EPI Coverage”^{๔๔} อะไรต่ออะไรก็แยะหมด เรื่องการกระจายของศูนย์บริการสาธารณสุขก็แยะ โดยเฉพาะอย่างยิ่งเมื่อมองไปดูที่เทศบาลต่างจังหวัด อันนี้เรียกว่าขาดมากๆ เลย แต่ว่าเราอนามัยจังหวัดในขณะนั้นก็ไม่ได้ควบคุมโดยตรง บางแห่งเทศบาลก็จ้าง ให้เงินเดือน ๑,๐๐๐ บาทต่อเดือน แล้วไปเป็นหมอเทศบาล เป็นเพียงตรวจสุขภาพคนงานให้เทศบาลเท่านั้นส่วนใหญ่ เพราะหยุกทำอะไรไม่มีเลย กับไปเป็นหมอเรือนจำเท่านั้นเอง

นพ.โกมาตร : แต่ในตัวเขตเมืองจะมีโรงพยาบาลจังหวัด อยู่แล้วใช้ไหมอาจารย์?

นพ.อุทัย : แต่ว่าทางด้าน “promotive-preventive” [การส่งเสริมและป้องกัน] จะน้อย

นพ.โกมาตร : จะน้อยเนื่องจากไปอยู่ในพื้นที่ของเทศบาล

นพ.อุทัย : ใช่ ในขณะที่นั้นโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไปก็ไม่ดูแลพื้นที่ ไม่ดูแลโพรมิทีฟ-พรีเวนทีฟของเทศบาล เพราะฉะนั้นทางเราในขณะนั้นโดยองสาธารณสุขภูมิภาค ก็จับมือกับกองราชการท้องถิ่นของกรมการปกครอง กับ กทม. ดึง กทม. เข้ามาช่วยด้วย ผลิตพนักงานอนามัยกับผดุงครรภ์ให้กับทางเทศบาล โดยคณะสาธารณสุขศาสตร์ [มหาวิทยาลัย] มหิดล เป็นผู้คิดหลักสูตรให้ และเป็นผู้ผลิตให้เรา แต่ส่วนใหญ่จะเน้นทางด้านพนักงานอนามัย เพราะทางเทศบาลเขาจะดูแลทางด้าน “sanitation” [สุขาภิบาล] อะไรต่ออะไรต่างๆ ความต้องการเขาไปทางนั้น ยกเว้นบางเทศบาลที่มีศูนย์สาธารณสุขอยู่ และมี

ความจำเป็นที่จะต้องมีพยาบาลกับผดุงครรภ์ก็ให้เราช่วยผลิตให้ นี่ก็เป็นอีกอันหนึ่งที่เป็นความพยายามที่จะดูพื้นที่ประเทศไทยทุกแห่ง ในขณะนั้นมันย้อนยุคสมัยอาจารย์แล้วไง สปสช. [สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ] กับกระทรวงสาธารณสุขขณะนั้นต้องมาดูเรื่อง “primary care” [สาธารณสุขมูลฐาน] ในเทศบาลด้วย

นพ.สมศักดิ์ ชุณหรัศมิ์ : อยากถามเรื่องช่วงที่เราเปลี่ยนสถานีอนามัยชั้น ๑ เป็น โรงพยาบาลอำเภอ จริงๆ แล้วมันเกิดจากอะไร เป็นการเมืองหรือฝั่งเราอย่างไร หรือเราคิดอย่างไร เพราะตอนนั้นพวกผมเข้ามาใหม่ๆ ก็มีแต่คำพูด “sarcastic” [เยาะเย้ยถากถาง] เช่นพีวิทย^{๔๕} บอกว่าเปลี่ยนแต่ป้ายอะไรอย่างนั้น จริงๆ แล้วตอนนั้นมันเป็นเรื่องของกระทรวงวางแผนไว้ คิดวิเคราะห์ไว้ หรือการเมืองเข้ามาสั่งเปลี่ยน

นพ.ไพโรจน์ : เป็นความคิดของกระทรวงสาธารณสุขแหละครับ ขณะนั้นเรามองการรักษากับการป้องกัน ฉีกไปจากกันเลย เพราะฉะนั้นมันไม่ควร มันควรกลมกลืนกัน คนที่รักษาก็ควรต้องป้องกันด้วย ต้องรู้กันด้วย เพราะฉะนั้นเราถึงจะมาคิดว่าที่ทำในเขตเทศบาลมันควรจะมียะไร สองอันนี้มันฉีกกันหรือเปล่า เพราะฉะนั้นเราควรมาประสานกัน ก่อนนั้นเรื่องการรักษาให้กรมการแพทย์ตลอด การป้องกันให้กรมอนามัยตลอด ตอนหลังบอกว่าไม่ได้แล้ว ถ้ากรมอนามัยควบคุมหรือดูแลพื้นที่ไหนที่มันกว้างขวางก็เอาการรักษาพยาบาลเข้าไปด้วย เพื่อให้เป็นไปตามที่เราต้องการ ให้มีทั้งคู่ มิเช่นนั้นมันลอย อันนี้เฉพาะเรื่องป้องกันเท่านั้น อันนี้เฉพาะรักษาเท่านั้น ถ้าด้านกรมการแพทย์ต้องมีหน่วยงานย่อยก็ต้องมีเหมือนกัน เพราะฉะนั้นมันถึงได้อินทิเกรต[บูรณาการ]ซึ่งกันและกัน ทำให้ดีขึ้นได้ สมัยก่อนกรมการแพทย์กับกรมอนามัย เหมือนที่เราทราบ กิจกรรมมันแยกจากกัน ตอนหลังก็ร่วมกัน

^{๔๔} Expanded Programme on Immunization Coverage คือ อัตราการให้บริการฉีดวัคซีนสร้างภูมิคุ้มกัน

^{๔๕} นายแพทย์วิชัย โชควิวัฒน์

^{๔๖} ศาสตราจารย์นายแพทย์อุดม โปชะกฤษณะ ดำรงตำแหน่งเป็นรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข ในระหว่างวันที่ ๑๖ ตุลาคม พ.ศ. ๒๕๑๖ - ๒๒ พฤษภาคม พ.ศ. ๒๕๑๗ และตั้งแต่วันที่ ๓๐ พฤษภาคม พ.ศ. ๒๕๑๗ - ๒๑ กุมภาพันธ์ พ.ศ. ๒๕๑๘

^{๔๗} นายถึง ศาสตราจารย์นายแพทย์จิตร สิทธิอมร เป็นคณบดีคนแรกของวิทยาลัยการสาธารณสุข เคยดำรงตำแหน่งหัวหน้าสาขาวิชาระบาดวิทยา ภาควิชาอายุรศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ และผู้อำนวยการสถาบันวิจัยวิทยาศาสตร์การแพทย์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

^{๔๘} นายแพทย์สมบุรณ์ วีระโรทัย

ว่าน่าจะต้องขยายบริการโรงพยาบาลไปในระดับอำเภอ^{๔๔} เราเห็นตรงนี้อยู่แล้ว แต่ว่ามันยังไม่พร้อม เมื่อมีรัฐบาลชุดใหม่เกิดขึ้น มีท่านคึกฤทธิ์เป็นนายก เขาก็จับความได้จากผู้ใหญ่พวกเราเนี่ยแหละ ถ้าอย่างนั้นเอาอย่างนี้ ตูมเลย ประกาศเป็นนโยบายเลย จะให้มีโรงพยาบาลทุกอำเภอ แล้วคนยากจนก็ให้รักษาฟรี คนจนขึ้นรถฟรี มันออกมาอย่างนั้นเลย พอดี “เงินมัน” ด้วย^{๔๕} พอดีผมเกี่ยวข้องกับโดยตรงเลย เพราะเป็นผู้รับนโยบาย อยู่กระทรวงพอดี เข้าไปปีแรกเลย และจับนโยบายนี้เลย วิธีทำก็จำเป็นว่านโยบายเป็น อย่างนั้น วิธีปฏิบัติก็คือยกของเดิมที่มีอยู่ขึ้นเป็น โรงพยาบาลอำเภอ ตอนแรกเรียกว่า โรงพยาบาลอำเภอ ก่อน ยกศูนย์การแพทย์และอนามัยขึ้นเป็น โรงพยาบาลอำเภอ ต่อมาสัก ๒ ปี ถึงเปลี่ยนเป็น โรงพยาบาลชุมชน เพื่อให้ “concept” [แนวคิด] มัน ลงไปถึงเรื่องส่งเสริมป้องกันด้วย

ไป ซึ่งก็เป็นวิวัฒนาการ ในขณะเดียวกัน มันก็จะ เหมือนกับที่พวกเรากำลังคิดอยู่ ณ ขณะนี้ ซึ่งที่จริง คิดมาก่อนแล้วสมัยที่เป็นปลัดและท่านเทอดพงษ์^{๔๖} เป็นรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข ท่านขยาย แพทย์ไปยังตำบลเป็นโรงพยาบาลสาขา คิดในตอน นั้น แล้วต่อมาก็มาต่อยอดโดยระบบ สปสช. [สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ] เป็นศูนย์การ แพทย์ชุมชน หรือ CMU [Community Medical Unit]^{๔๗} อย่างนี้เป็นต้น เพราะฉะนั้นถ้าจะพูดไปแล้ว ณ ขณะนี้มันน่าจะประกาศในระยะต่อไป จะเมื่อไหร่ไม่รู้ ว่าน่าจะมีศูนย์การแพทย์ชุมชนหรือโรงพยาบาล ชุมชนในทุกตำบลใหญ่ทุกตำบลในอนาคต มันจะต้อง เป็นไปอย่างนั้น มันดึงไม่อยู่ มันจะต้องไปอย่างนั้น เมื่อมีโรงพยาบาลประจำจังหวัดแล้วต่อไปก็ต้องไป อำเภอ เมื่อมีอำเภอแล้วต่อไปก็ต้องไปตำบล เพราะ คนมันมากขึ้น ความต้องการมากขึ้น

นพ.โกมาตร : ฉะนั้น ยุคแรกๆ ที่เริ่มพัฒนางบประมาณยังไม่ค่อยมี ก็เป็นอย่างว่าจริงสิครับ ก็แค่เปลี่ยนป้ายก็พอแล้ว

นพ.อุทัย : แต่ที่นี้เราก็มีหลักเหมือนกัน หลักก็คือว่า เราสร้างหลักเกณฑ์ขึ้น หลักเกณฑ์ในการยกฐานะยก ระดับศูนย์การแพทย์และอนามัยเป็นโรงพยาบาล ก็มี เช่น ต้องมีแพทย์อยู่ประจำ ต้องเป็นชุมชนขนาดใหญ่ ต้องอยู่ไกลไม่ใช้อยู่ใกล้จังหวัด อะไรพวกนี้ เราก็มีหลักเกณฑ์อยู่ รุ่นแรกก็พวกนั้นไปก่อน ต่อๆ มาก็ค่อยทยอยๆ ตอนหลังก็ยกหมดทั้ง ๑๕๗ แห่ง พอสร้างใหม่ อำเภอไหนจะสร้างใหม่ก็เป็นงบประมาณเต็มรูปแบบไปจาก ๑๐ เดียง ก็ขึ้นเป็น ๓๐, ๖๐, ๙๐, ๑๒๐

นพ.โกมาตร : บางทีชาวบ้านที่ตำบลน่าจะมีสิทธิ์ที่จะได้ตรวจกับแพทย์อยู่แล้วนะครับ ถ้าเขาเจ็บป่วยไม่ต้องเดินทางไกล ถ้าได้อย่างนั้นมันก็ดีขึ้น พี่สมศักดิ์ก็ไปอยู่หลังจากช่วงพีสุรเกียรติ์ไปอยู่ล่วงหน้าก่อนแล้ว สมัยที่พี่ไปทำตม พ.ศ. ๒๕๒๑ เป็นไงครับที่ทำตม? ความจริงเป็นบ้านเกิดผม ผมเกิดที่อุบลฯ แต่ว่ามาโตที่จังหวัดสุรินทร์ อำเภอเมือง สมัยนั้นทำตมก็ใช้ได้เหมือนกัน เพราะมีกลุ่มชาวเขมรกับชาวส่วยอยู่ เห็นว่าที่เป็นนักเรียนเกียรตินิยมหรือได้ทุนเล่าเรียนหลวงแล้วทำไมไม่เอา? ทำไมถึงได้ไปอยู่บ้านนอก แทนที่ไปเรียนเมืองนอก? อะไรอย่างนี้ คนสมัยนั้นเขาคิดอย่างนั้น หรือว่าพี่อาจจะผิดปกติ?

๔๔ หลังจากมีการจัดตั้งโรงพยาบาลขึ้นจนครบทุกจังหวัดในช่วง พ.ศ. ๒๔๙๔ - ๒๕๐๐ (คือสามารถจัดตั้งโรงพยาบาลจนครบทุกจังหวัดจำนวน ๗๗ แห่ง ใน ๗๒ จังหวัดภายใต้ความช่วยเหลือขององค์การให้ความช่วยเหลือของรัฐบาลสหรัฐอเมริกา หรือ USOM) แล้ว ต่อมาก็มีความพยายามที่จะให้มีการจัดตั้งโรงพยาบาลประจำอำเภอให้มีครบในทุกอำเภอ โดยโรงพยาบาลประจำอำเภอมีพัฒนาการมาจากสถานีอนามัยที่ได้รับการยกระดับขึ้นเป็นโรงพยาบาลที่ได้รับการพัฒนาขึ้นเป็นสถานีอนามัยขึ้นหนึ่งในช่วงปี พ.ศ. ๒๔๙๗, เป็นศูนย์การแพทย์อนามัยระบบบี พ.ศ. ๒๕๑๕, เป็นศูนย์การแพทย์และอนามัยบี พ.ศ. ๒๕๑๗, และยกระดับขึ้นเป็นโรงพยาบาลประจำอำเภอในที่สุด โดยตั้งแต่ปี พ.ศ. ๒๕๑๘ เป็นต้นมาเมื่อกระทรวงสาธารณสุขได้มีนโยบายอย่างชัดเจนที่จะพัฒนาระบบสาธารณสุขให้มีประสิทธิภาพครอบคลุมทุกอำเภอทั่วประเทศโดยได้รับเงินกู้จากธนาคารโลกร่วมกับเงินบริจาคของประชาชนเพื่อสร้างโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราช) อันนำไปสู่การขยายตัวอย่างรวดเร็วของโรงพยาบาลประจำอำเภอ ซึ่งเป็นโรงพยาบาลขนาดเล็กประมาณ ๑๐ - ๒๕ เตียง ทำให้เกิดการจัดตั้งโรงพยาบาลประจำอำเภอจำนวน ๓๑๗ แห่ง (จากจำนวนอำเภอทั้งหมด ๕๑๒ อำเภอ) ในช่วงต้นทศวรรษ ๒๕๒๐ เฉพาะในช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ ๕ (๒๕๒๕ - ๒๕๓๑) นั้นมีโรงพยาบาลประจำอำเภอเพิ่มขึ้นถึง ๒๒๙ แห่ง และเมื่อสิ้นสุดปี พ.ศ. ๒๕๒๙ แล้วมีอำเภอและกิ่งอำเภอที่มีโรงพยาบาลประจำกิ่ง ๖๖๖ แห่ง โดยยังคงเหลืออำเภอและกิ่งอำเภอที่ยังไม่มีโรงพยาบาลประเภทใดในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขอยู่เลยเพียง ๕๒ แห่งเท่านั้น. กรุณาดู สันติ ตั้งพิพากร, ชีวิตที่ลำบากเป็นชีวิตที่เจริญ, ๑๖๓ - ๑๖๕; ชัยยนต์ ประดิษฐ์ศิลป์, เศรษฐศาสตร์การเมืองของการปฏิวัติขนาดครอบครัวในประเทศไทย (กรุงเทพฯ: ศูนย์วิจัยและผลิตตำรา มหาวิทยาลัยเกริก, ๒๕๔๒), ๖๑; ทวีทอง หงษ์วิวัฒน์ และคณะ, “โรงพยาบาลอำเภอในประเทศไทย การศึกษาเชิงนโยบาย” (เอกสารนโยบายสาธารณสุข ศูนย์ศึกษานโยบายสาธารณสุข มหาวิทยาลัยมหิดล, ๒๕๒๕), น. ๔ - ๕; ทวีทอง หงษ์วิวัฒน์ และคณะ, “โครงการสาธารณสุขมูลฐาน” (โครงการศึกษาเพื่อจัดเตรียมโครงการสำหรับแผนพัฒนาชนบทยากจน ดำเนินการโดยสมาคมวิจัยมหาวิทยาลัยไทย, เล่มต่อสำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, ๒๕๒๔), ๔๖, และดู รายงานผลการวิจัยเอกสารเรื่องการประชุมความก้าวหน้าปีทศวรรษแรกแห่งการสาธารณสุขมูลฐานในประเทศไทย (พ.ศ. ๒๕๒๐ - ๒๕๓๐) (สำนักงานคณะกรรมการสาธารณสุขมูลฐาน, ๒๕๓๒), ๑๗ - ๒๒

๕๐ หม่อมราชวงศ์คึกฤทธิ์ ปราโมช เป็นรัฐบาลในระหว่างเดือนมีนาคม พ.ศ. ๒๕๑๘ ถึงเดือนมกราคม พ.ศ. ๒๕๑๙ ออกนโยบาย “เงินมัน” หรือการผันเงินงบประมาณจากส่วนกลางลงไปในชนบทโดยตรงเพื่อสร้างสาธารณูปโภค และพัฒนาชนบทในด้านต่างๆ

๕๑ นายเทอดพงษ์ ไชยนันทน์ ดำรงตำแหน่งระหว่างวันที่ ๕ สิงหาคม พ.ศ. ๒๕๒๙ - ๓ สิงหาคม พ.ศ. ๒๕๓๑

๕๒ ศูนย์การแพทย์ชุมชนเป็นการยกระดับสถานีอนามัย ให้เป็นศูนย์การแพทย์ชุมชน โดยให้มีแพทย์ดูแลประจำ ๑ คน พยาบาลวิชาชีพ ๓ - ๕ คน รวมทั้งทันตแพทย์พร้อมอุปกรณ์

นพ.สมศักดิ์ : อาจารย์บอกว่าตอนนั้นได้ทุน ๒๕๐ บาท พ.ศ. ๒๕๐๐ ผมได้ทุนเล่าเรียนหลวง ปี ๒๕๑๓ ได้เดือนละ ๑,๐๐๐ บาท จากทุนเล่าเรียนหลวง เงินหมื่นหนึ่งก็ไม่ได้จ่าย ผมเล่าสั้นๆ เป็น ๓ ส่วนเร็วๆ แล้วกันนะครับ

ผมเข้าใจว่าความเป็นนักศึกษาแพทย์สมัยนั้นของพวกผมมันเปลี่ยนไปเยอะ อย่างตัวผมเป็นตัวอย่าง ผมไม่เคยคิดที่จะไปอยู่บ้านนอก ตอนเรียนหมอนั้นรู้แล้วว่าเป็นรุ่นแรกที่ถูกบังคับใช้ทุน ๑๐๐ เปอร์เซนต์ ตอนได้ทุนเขาบอกว่าเขาจะจ่ายค่าเล่าเรียนให้ แต่ผมไม่ต้องจ่ายเพราะรัฐบาลไม่รับ ก็รู้แล้วว่ามันไม่มีประโยชน์ ได้ทุนก็เหมือนไม่ได้ทุน แต่กับออกตัวเองว่าเลือกจะเรียนรามาเพราะรามามันมาจากอเมริกา ยังไงๆ ความรู้เราก็มาตรฐานสากล ไม่คิดจะไปต่างจังหวัดหรอกครับ พอเข้าไปปีแรกมันเห็นบรรยากาศเลยครับ ตอนนั้นปี พ.ศ. ๒๕๑๓ บรรยากาศในมหาวิทยาลัยมันบอกให้นักศึกษารับผิดชอบต่อสังคมเยอะมากช่วงนั้น เพราะฉะนั้นผมเข้าใจว่ารุ่นพวกผมคงมีเหตุปัจจัยหลายๆ อย่างรวมกัน ฉะนั้นระหว่างเรียนก็ต้องอยากจะทำบ้านนอกเป็นอย่างไร

ประเด็นที่ ๒ ก็คือความที่มันมีความตื่นตัวมาก มันก็จะมีการคุยกันเยอะ ไปบ้านนอกไปทำอะไร ไปทำที่ไหน ยังไง ก็จะเริ่มรู้จักพวกนี้ สถาบันอนามัยชั้น ๑ ศูนย์การแพทย์อนามัย มีพีพีเชษฐ ๓๓๓ นาคเลขา^{๕๓} เขียนบทความว่ากระทรวงบ้าง มีพีพีชัยบ้าง อะไรอย่างนี้

นพ.บรรลพ : หมอคุณสมศักดิ์ เกิดที่ไหน?

นพ.สมศักดิ์ : เกิดที่กรุงเทพฯ โตที่กรุงเทพฯ ไปบ้านนอกก็ไปเที่ยวเฉยๆ ไม่ได้ไปอยู่

นพ.โกมาตร : อยู่ไม่ไกลจากรองเมืองของพ่อเสมเท่าไรครับ

นพ.สมศักดิ์ : อยู่หัวลำโพงครับอาจารย์ เกิดหัวลำโพง ที่ผมจะเล่าก็คือว่า จริงๆ แล้ว พอจบแล้วเราก็จะคิดคล้ายๆ กันคือไปอยู่บ้านนอก แต่ผมจะพิเศษหน่อย ตอนผมเป็นนักเรียนแพทย์ ผมจะทำกิจกรรมด้วย แล้วผมก็ตระกะกำลังบากพอสสมควร ไปเป็นนายกสโมสรนักศึกษารามารับดีปีสุดท้าย พ.ศ. ๒๕๒๐ ปี พ.ศ. ๒๕๑๙ เกิดเรื่อง มันก็รุ่นวายนิดหน่อย^{๕๔} ผมอินเทิร์น พ.ศ. ๒๕๒๐ เพราะฉะนั้นตอนนั้นก็ชัดเจนว่าต้องไปบ้านนอกแน่ๆ

ที่นี้ไปอยู่บ้านนอก ผมเข้าใจว่าสมัยนั้นก็ต้องแล้วแต่นักเรียนนะ แต่ว่าโรงพยาบาลอำเภอมีตำแหน่งผู้อำนวยการเยอะ เราก็อยากเป็นผู้อำนวยการโรงพยาบาลอำเภอ ผมเข้าใจว่าผมจะโชคดีมากที่สุดที่ได้ไปอยู่โรงพยาบาลอำเภอ เพราะไปถึงโรงพยาบาลก็แยๆ อย่างที่ว่า แต่ผมได้พบอย่างหนึ่งผมว่าระบบ "support" [สนับสนุน] ของกระทรวงดีมาก ดีมากคือถ้าหมอไม่ปล่อยปลดละเลย มากกระทรวงแล้วผู้ใหญ่ไม่เคยทิ้ง อันนี้เรื่องจริงเลยนะ ผมจำได้ว่าผมจะเปิด "OR" [Operating Room]^{๕๕} จะเปิด "OR" ได้อย่างไร มันไม่มีเครื่องมือ จะซื้อเครื่องมือก็ไม่มีเงินจะซื้อ ก็มีคนบอกว่าคุณหมอ ไม่เห็นยากเลย ก็ขับรถไปที่กระทรวงสาธารณสุข ไปที่กองสาธารณสุขภูมิภาค ไปขอเครื่องมือทำหมัน เขาก็บอกว่าเครื่องมือทำหมันไม่มี มันอยู่กรมอนามัย ก็มีคนบอกให้ผมไปกองอนามัยครอบครัว ก็ได้เครื่องมือทำหมันมา เข้ามาถึงกองอนามัยครอบครัว เขาให้ผมไป ๓ ลังเลย ๓ ถาด มันเป็นถาดและเครื่องมือพร้อม ห่อผ้าอย่างดี มีเครื่องมือพร้อมห่อผ้าอย่างดี แล้วเปิดโอ.อาร์.ได้เลย

ไปสักพักรถจี๊ปผมคิดว่า เพราะรถจี๊ปเก่าที่พี่สุรเกียรติว่า ก่อนคว่ามันเกียร์หลุดซะก่อน เราไม่รู้ว่ามันเป็นไฟริลใจ ผมมา ก.พ. มาหาพี่อรุณ [อรุณ บุญมาก] แกบบอกว่า อ้าวคุณหมออยู่ที่ไหน โรงพยาบาลจะได้งบประมาณตึกใหม่ นะ ไม่มีรถเหรห เตี่ยวเอารถกระบะไปให้ ผมก็ได้รถกระบะก่อนได้ตึกอีก

^{๕๓} รู้จักกันในชื่อ "หมอเมืองพร้าว" จากงานเขียนเรื่อง "จดหมายจากหมอเมืองพร้าว"

^{๕๔} หมายถึง ความวุ่นวายที่เกี่ยวข้องกับ เหตุการณ์ ๖ ตุลา ๒๕๑๙ ดูรายละเอียดเกี่ยวกับเรื่องนี้ในหนังสือ จาก ๑๔ ถึง ๖ ตุลา, บรรณาธิการ โดย ชาณุวิทย์ ปะเศศิริ และ อ่างศักดิ์ เพชรเลิศอนันต์ (กรุงเทพฯ:มูลนิธิโครงการตำราสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์, ๒๕๔๑); ๒๐ ปี ๖ ตุลา (กรุงเทพฯ: คณะกรรมการดำเนินงานรำลึกงาน ๒๐ ปี ๖ ตุลา มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, ๒๕๓๙) และ <http://www.๒๕๑๙.net>

^{๕๕} OR - operating room ห้องผ่าตัด

นพ.โกมาตร : นี่ก็อิทธิพลของพี่พลทรัพย์ครับ

นพ.สมศักดิ์ : ลูกน้องผมอยากเรียนพยาบาลเวชปฏิบัติ เพิ่งจบใช้ทุนปีแรก แต่ใช้นี่มันเก่งมากเลย ผมก็มาทำงาน ผมก็บอกภรรยาว่า มาหาอาจารย์ไฟโรจน์ อาจารย์ก็ว่า แกมาจากไหนเนี่ย พอถามไปถามมาก็รู้ว่าอยู่บ้านนอก อาจารย์ไฟโรจน์ก็อนุญาติให้เป็นกรณีพิเศษ ผมนี่ก็อยู่ตลอดเวลาว่ากระทรวงสุขภาพที่ดี นี่เป็นประเด็นที่ ๒

ประเด็นที่ ๓ ผมเข้าใจว่าโดยโครงสร้าง เรามีเงินบำรุง และงบประมาณมากขึ้นเรื่อยๆ มันก็เห็นชัดแล้วว่า กระทรวงสาธารณสุขก็มีข้อดีนะ คือ กระทรวงก็ปล่อยให้เรา “innovate” [คิดเรื่องใหม่] ให้ “initiate” [ริเริ่ม] ได้เยอะมาก

ผมอยากรู้มากเลยนะ เทียบหน้าผมอาจจะทำความเข้าใจประวัติเรื่องเงินบำรุงทุน ผมคิดว่าประวัติศาสตร์เรื่องเงินบำรุงมีความสำคัญมาก มันมี “up and down” [ลุ่มๆ ดอนๆ] อยู่หลายตอน และผมรู้สึกอยู่หลายตอนเพราะเป็นเงินบำรุง และอาจจะเห็นเพราะผู้ใหญ่ในกระทรวงอาจมีนโยบายอะไรบางอย่าง คือมันมีคำถามอยู่เรื่อยๆ ว่าทำไมกระทรวงสาธารณสุขกับกระทรวงศึกษาธิการไม่เหมือนกัน ผมก็ตอบว่ามี ๒ อย่างมั้ง อย่างที่หนึ่งคือ ระบบงบประมาณเงินบำรุง อย่างที่สองคือ ความสนิทชิดเชื้อของผู้ใหญ่กับคนข้างนอก เรามีความรู้สึกตลอดเวลาว่า สักเดี๋ยวก็น่าจะไปเยี่ยม เดี๋ยวก็น่าไปตาม เดี๋ยวก็น่ามีคนเรียกมาอบรม อบรมพวกในโรงพยาบาลอำเภอ ชัดเจนมาก ทำให้ผมเข้าใจว่าพวกนี้ทำให้เราอยู่บ้านนอกพัฒนาไปได้ เดี๋ยวก็น่าคิดเรื่อง “referral network” [โครงข่ายช่วยเหลือ] อะไรอย่างนั้นนะ เวิร์คบ้างไม่เวิร์คบ้าง ผมก็คิดว่ามันเป็นความพยายามที่จะพัฒนาระบบที่ต่อเนื่อง

ของกระทรวงสาธารณสุข ไม่ได้ปล่อยให้เด็กต่างคนต่างทำ แล้วเวลาทำที่บ้านนอกเขาจะรู้ เพราะมีบางตอนในชีวิตผมตอนอยู่บ้านนอกคือตอนที่ไปเป็นแพทย์ชนบท ที่คิดว่าน่าเล่า น่าศึกษาเหมือนกัน มันเป็นตัวทำให้ผมเองได้มีโอกาสเรียนรู้เยอะมากเลย

ขอเล่าสั้นๆ ก็แล้วกัน คืออย่างนี้ ตอนผมอยู่บ้านนอก ผมอยู่ท่าตม ถ้าอาจารย์จำได้ตอนนั้นพลเอกอาทิตย์ กำลังเอก ออกมาขัดพลเอกเปรม^{๕๖} ผมจำไม่ได้ว่าปีไหนแน่ ตอนนั้นลดค่าเงินบาทหรืออะไร ถ้าจำไม่ได้ ตอนนั้นผมอยู่บ้านนอก ที่เล่าเพราะผมรู้สึกว่าการรัฐบาลเปรมส่งเสริมการพัฒนาชนบทดีมาก เราอยู่บ้านนอกเราไม่ต้องกลัว คือ ผมกับสงวน^{๕๗} จะต่างกันนะ ต้องให้สงวนมาเล่า สงวนเล่าได้ เราอยู่ท่าตม เราไม่รู้สักอันตรายเลยนะ สงวนอยู่ราชโศภิต โดนคนเข้าไปนั่งไล่บี๊ว่าเป็นคอมมิวนิสต์ตลอดเวลา แล้วผมก็งงๆ นิดหน่อยตอนนั้น

นพ.โกมาตร : แต่ว่าท่าตมกับศรีสะเกษนั้น สายจัดตั้งมันแตกต่างกันนะครับ คือ ผิงสุรินทร์ เขมร สายจัดตั้งของ พคท. มันไม่แข็งแรงเท่าศรีสะเกษ

นพ.สมศักดิ์ : เป็นไปได้ แต่ผมมีความรู้สึกว่า พอคุณอาทิตย์มาออกข่าว ไข่ ถ้ามันเปลี่ยนรัฐบาล ผมลาออกเด็ดขาดเลย เพราะผมคงทำงานบ้านนอกไม่สนุกแน่ เพราะผมไม่ชอบเป็นหมอบ้านนอก แต่ผมอยากเป็น “neurologist” [แพทย์ที่เชี่ยวชาญเรื่องระบบประสาท] “psychiatrist” [จิตแพทย์] อะไรอย่างนี้ แต่ตอนนั้นมีอย่างหนึ่งที่ทำให้ผมอยากอยู่บ้านนอก คือ ชมรมแพทย์ชนบท ทำให้ผมรู้สึกว่า เราไม่ได้ทำงานคนเดียว มีพี่ๆ หลายคนเขาก็ทำงานเหมือนเรา แล้วเราก็เจอกันบ่อยๆ ทุกเดือนเลย แล้วสิ่งที่เราคิดสิ่งที่เราทำก็ดีนะ เราไม่ได้ “passive” [ตั้งรับ] เราก็มีแรง

^{๕๖} หมายถึง ตอนที่รัฐบาล พล.อ.เปรม ติณสูลานนท์ ประกาศลดค่าเงินบาทเมื่อ พ.ศ. ๒๕๒๘ เนื่องจากประเทศไทยกำลังเผชิญปัญหาเศรษฐกิจอันเป็นผลกระทบจากการที่สหรัฐฯ ประกาศขึ้นค่าเงินดอลลาร์ ทำให้ค่าเงินบาทของไทยที่ผูกติดกับดอลลาร์สูงขึ้นไปด้วย ทำให้การส่งออกสินค้าของไทยประสบปัญหา ในที่สุด พล.อ.เปรม ติณสูลานนท์ ก็ประกาศลดค่าเงินบาทลง จาก ๒๓ บาทเป็น ๒๘ บาทต่อดอลลาร์สหรัฐฯ เมื่อวันที่ ๒ พฤศจิกายน ๒๕๒๘ โดยแถลงเหตุผลต่อประชาชนว่าเพื่อส่งเสริมการส่งออก พล.อ.อาทิตย์ กำลังเอก ซึ่งในขณะนั้นดำรงตำแหน่งผู้บัญชาการทหารบกและมีการกิจอยู่ที่รัฐสภาฯ สหรัฐฯ ไม่เห็นด้วย จึงยกเลิกภารกิจและบินกลับประเทศไทย เมื่อไปตั้งหลักอยู่ที่กองทัพอากาศที่ ๒ แล้วก็ร่วมกับคณะทหารจำนวนหนึ่ง คือ พล.อ.ปฐม เสรินสิน (เสนาธิการทหาร) พล.อ.เทียนชัย สิริสัมพันธ์ (รองผู้บัญชาการทหารบก) พล.อ.บรรจบ นูนาค (เสนาธิการทหารบก) พล.ร.อ.นิพนธ์ ศิริธร (ผู้บัญชาการทหารเรือ) พล.อ.อ.ประพันธ์ อุปะเดมิย์ (ผู้บัญชาการทหารอากาศ) ทำหนังสือด่วนที่สุดถึงนายกรัฐมนตรีเมื่อวันที่ ๖ พฤศจิกายน ๒๕๒๘ แสดงความเป็นห่วงการลดค่าเงินบาท และแนะนำให้มีการปรับคณะรัฐมนตรี หลังจากนั้นอีกหนึ่งวัน คือ วันที่ ๘ พฤศจิกายน พล.อ.อาทิตย์ ก็ให้สัมภาษณ์ออกโทรทัศน์ช่อง ๕ กับช่อง ๗ วิจารณ์เรื่องการลดค่าเงินบาทอย่างดุเดือด เพราะการลดค่าเงินบาททำให้การใช้เงินของกองทัพมีข้อจำกัดมาก รู้สึกเสียใจจากที่รัฐบาลลดค่าเงินบาทจนคิดจะอยากลาออกจากราชการ เนื่องจากไม่มีความสามารถหัดทานมิให้รัฐบาลลดค่าเงิน จนเป็นเหตุให้ประชาชนกับกองทัพต้องเดือดร้อน ว่ากันว่า จุดเริ่มต้นของความขัดแย้งระหว่าง พล.อ.เปรม กับ พล.อ.อาทิตย์ ในครั้งนี้น่าใช่ พล.อ.เปรม มีคำสั่งปลด พล.อ.อาทิตย์ ออกจากตำแหน่งผู้บัญชาการทหารบกในเดือนพฤษภาคม ๒๕๒๘ ดูกองบรรณาธิการมติชน, ๒๕๔๔ ข้อ ๕๓ ๓ ทศวรรษหนังสือพิมพ์มติชน (กรุงเทพฯ สำนักพิมพ์มติชน, ๒๕๔๔)

เราก็มีกลุ่มคนที่พร้อมจะเปลี่ยนแปลงระบบได้ แล้วก็โชคดี พลเอกอาทิตย์เอกก็ได้ทำอะไรสำเร็จ พุดง่ายๆ คือบรรยากาศก็ต่อเนื่อง ชมรมก็เจริญเติบโต แล้วผมต้องชมอาจารย์หมอน่วม ตอนนั้นผมยังไม่เจออาจารย์หมอไพโรจน์ตอนบ้านนอกเท่าไร หมอน่วมเป็นคนที่เราเจอบ่อยที่สุดเลย

นพ.โกมาตร : หมอน่วมที่ว่านี้ คือ นายแพทย์หม่วม เศรษฐจันทร์

นพ.สมศักดิ์ : ครับหมอน่วม เศรษฐจันทร์ เป็นรองปลัดกระทรวงสมัยนั้น ผมมีความรู้สึกที่อาจารย์หมอน่วมเป็นผู้ใหญ่ คือแกไม่ได้ฟังเราทุกเรื่อง แต่ก็ไม่ได้ว่าเรา เวลาเราทะเลาะกับแก ก็ยอมให้เราทะเลาะด้วย แล้วชมรมก็ได้ประโยชน์จากตรงนั้นมาก กระทรวงก็ดึงพวกเรามาทำงาน มันก็ดี พุดง่ายๆ คือผมคิดว่าชมรมแพทย์ชนบทสมัยนั้นพยายามมุ่งเป้าพัฒนาโรงพยาบาลอำเภอเยอะมาก และก็มีโอกาสทำงานกับกระทรวงใกล้ชิด คือกระทรวงก็ส่งเสริม พุดง่ายๆ ส่งเสริมให้ “intellectual capital” [ทุนทางปัญญา] ของโรงพยาบาลอำเภอมันโต ก็มีคู่มือมีอะไรต่อมิอะไรมากมาย ฉะนั้น ผมก็รู้สึกว่าชมรมทำให้ผมได้เรียนรู้เยอะมาก จากการที่ต้องทำงานคนเดียวก็มี “network” [เครือข่าย] ตอนนั้นก็ยังคิดกับตัวเองเล่นๆ ว่า ถ้าไม่ได้ทำงานที่ชมรมก็จะกลับไปเรียน “specialist” [แพทย์เฉพาะทาง] แต่ก็ไม่ได้ไปเรียนสักที ติดพันมาเรื่อย จนกระทั่งได้ไปเมืองนอกตอนย้ายมาอยู่ที่ประทาย หลังจากอยู่ที่ท่าตูม ๓ ปีแล้วก็ย้ายมาที่ประทาย

นพ.โกมาตร : พี่ย้ายมาอยู่ที่ประทายต่อจากที่กวีไสใหม่ครับ?

นพ.ไพโรจน์ : เรื่องการรักษา ผมว่าก่อนนี้เราแยกกันมาตลอด ซึ่งผิด เพราะฉะนั้นทำไมถึงมารวมเป็นโรงพยาบาล ที่มารวมเป็นโรงพยาบาล [เพราะ] เรา

ต้องการทำรักษาป้องกันและอะไรทุกอย่าง เพราะฉะนั้น สถานีนอนามัยชั้น ๑ ชั้น ๒ มันเล็กแล้ว มันหมดสมัยแล้ว คุณจะป้องกันอยู่อย่างเดียวไม่ได้แล้ว เพราะฉะนั้นเราถึงต้องรวมมาให้มันเป็นโรงพยาบาล อย่างโรงพยาบาลอำเภอ ครั้งแรกเถียงกันมาเลยว่าเป็นสถานีนอนามัยอะไรต่ออะไร ผมบอกมันเรื่องอะไรละ มีโรงพยาบาลจังหวัด มีโรงพยาบาลอำเภอ พอแล้ว ไม่จำเป็นต้องสถานีนอนามัยชั้น ๑ ชั้น ๒ แต่จะอย่างไรให้คนเข้าใจ ว่าหน้าที่คุณไม่ใช่รักษาอย่างเดียว คุณต้องป้องกันด้วย และดูเขาด้วยว่าเขาเป็นอย่างไรบ้าง เราให้ความรู้ พวกเราให้บริการกับประชาชนหมด ไม่ใช่ว่ารอจนไม่สบายแล้วมารักษา ไม่ได้ป้องกันอะไรเลย มีหลายคนเป็นอย่างนั้น คิดว่าไม่ใช่หน้าที่ผม เพราะอย่างนั้นไม่ได้แล้ว ต่อไปนี้ไม่ได้

นพ.โกมาตร : มีความเห็นต่างอยู่ด้วย แล้วก็กลายมาเป็น พบส.^{๕๗} ในที่สุดตอนหลัง พุดถึงเรื่องชมรมแพทย์ชนบทที่พี่สมศักดิ์พุดถึง ก่อตัวขึ้นมาทางพี่สมศักดิ์ก็รู้สึกว่าในกระทรวงให้การสนับสนุนดี แต่ผมคิดว่าประวัติศาสตร์เรื่องนี้คงไม่สมบูรณ์ถ้าไม่ได้ฟังความเห็นของอาจารย์บรรลु ในฐานะผู้ที่เคยพาดพิงกับชมรมมาก่อน อาจารย์ครับ ตอนนั้นเป็นยังไงบ้างครับ บรรยากาศ?

นพ.บรรลุ : เท่าที่ฟังมาทั้งหมดเนี่ยนะ ผมเพิ่งเข้าใจนะว่า ผมอยู่นั้นฝ่ายกรมการแพทย์ แต่ไม่เป็นไรหรอก สุดท้ายดวงตาเห็นธรรมทั้งหมด ผมโตมาจากสายกรมการแพทย์ ที่อยากจะพุดคือที่หมอสมาศักดิ์ถามว่าจริงๆ แล้วโรงพยาบาลชุมชนมันมาจากไหนนั้น ในใจผม ผมว่าเหตุมันมาจากการเมืองจริงๆ เขาสั่งมาเลย ไม่ได้มาจากกระทรวงสาธารณสุขไปแหง ไม่ใช่ นี่เป็นอำนาจรัฐสั่งมาเลย เหมือนกับ สปสช. อำนาจรัฐสั่งมาเลยให้ทำ สปสช.^{๕๘} ผมไม่รู้เขาสั่งว่ายังไง แต่ผมเข้าใจว่า รัฐบาลสั่งมาว่าให้ทำโรงพยาบาลชุมชน เพราะว่า [เนื้อความช่วงนี้ไม่มีในบันทึกเสียง ทำให้เนื้อความไม่ต่อเนื่อง บรรณาธิการเก็บความจาก

๕๗ นายแพทย์สงวน นิตยารัมภ์พงศ์

๕๘ หมายถึง โครงการพัฒนาระบบบริการของสถานบริการและหน่วยงานสาธารณสุขในส่วนภูมิภาค (พบส.)

๕๙ (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ)

หนังสือเรื่อง ลูกผู้ชายชื่อบรรลู่ ซึ่งเขียนโดยสันติสุข โสภณศิริ มีเนื้อหาทำนองว่า ได้ความคิดเรื่องโรงพยาบาลชุมชนมาจากอเมริกา พร้อมกับยกตัวอย่างเมืองอีสตัน ซึ่งชาวเมืองสร้างโรงพยาบาลเอง โดยการขอบริจาค เมื่อสร้างโรงพยาบาลเสร็จก็ประกาศรับหมอ ใครต้องการมาเป็นแพทย์ก็สามารถมาสมัครได้] หมอตามเมืองต่างๆ ต้องการมาอยู่โรงพยาบาลนี้ ก็มาสมัครที่นี้ แล้วก็มีการบริหารงานที่จะจัดเงินเดือนให้ โรงพยาบาลนี้เป็นโรงพยาบาลชุมชน ไม่ใช่โรงพยาบาลหลวง^{๖๐}

นพ.สมศักดิ์ : สุดท้ายชุมชนก็ดูแลเอง ไม่ได้ให้รัฐบาลดูแล

นพ.บรรลู่ : ผมเคยตามโรงพยาบาลอีสตันที่ผมไปอยู่^{๖๑} ผมถามเขาว่า เอาเงินมาจากไหน เขาก็บอกว่าเอาเงินมาจากประชาชน มี "Blue Cross," "Blue Shield"^{๖๒} ทุกคนเขามี "Blue Cross" "Blue Shield" ใครเข้ามาก็เบิกเงินจาก "Blue Shield" หมอก็เอาไปเบิกจาก "Blue Cross"^{๖๓} นั่นคือ โรงพยาบาลชุมชน แต่ของเราไม่ใช่โรงพยาบาลชุมชน มันคือโรงพยาบาลหลวงซึ่งอยู่ระดับอำเภอ ถ้าจะทำโรงพยาบาลตำบลสักวันก็ถึงโรงพยาบาลตำบลก็เป็นโรงพยาบาลตำบล ไม่ใช่ "โรงพยาบาลชุมชน"

นพ.โกมาตร : แปลว่าจะตั้งชื่ออย่างนั้นก็ได้เป็นโรงพยาบาลชุมชนอย่างแท้จริง เราก็อาจจะคิดกันแบบนี้มาเรื่อย ต่อมาก็คิดเป็นโรงพยาบาลในกำกับรัฐ ผมเองอยากจะเห็นโรงพยาบาลในกำกับประชาชน แต่ก็ยังไม่ถึง ยังรอวันนั้นอยู่

นพ.บรรลู่ : ไหนๆ ได้พูดมาแล้ว ผมว่าก่อนจะถึงตรงนั้น ต้องอาศัยพื้นฐานทางเศรษฐกิจของบ้านเมืองของคนของเรา ถ้าคนของเราถึงระดับนั้น มันจะถึงโรงพยาบาลชุมชนทันที เพราะคนมีเงิน คนมีความเข้าใจ เขาก็ทำของเขาเอง แต่เดี๋ยวนี้คนของเรายัง

ไม่มีเงินไม่มีความเข้าใจ จะเอาแต่เสรีภาพ มันก็ยาก มันก็เป็นเช่นนั้นเอง

นพ.สมศักดิ์ : ประเด็นที่อาจารย์บรรลู่พูด เพื่อประโยชน์ของท็อปๆ จะต้องไปหา ๑๐ "event" [เหตุการณ์] ในร้อยพัน "event" ที่ว่า สำหรับผมแล้ว มีเหตุการณ์อยู่ ๓ เหตุการณ์สำคัญ ที่ผมคิดว่า น่าจะเป็น "document" [เอกสาร] ให้ชัดๆ ๑ ใน ๓ อาจารย์พูดไปแล้ว คือเรื่อง ๓๐ บาท เนื่องจากผมอยู่ในเหตุการณ์ เราก็จะรู้ว่า ๓๐ บาท แม้รัฐบาลจะประกาศเป็นนโยบาย แต่ไม่ได้มาจากรัฐบาล "อัญญาสิ"^{๖๔} เห็นประโยชน์แล้วคิดได้เองหมด มันมาจากการที่เราไปผลักดัน นายแพทย์ สงวน เป็นตัวผลักดันหลักแน่ๆ นี่เป็นตัวอย่าง ผมเข้าใจว่านโยบายโรงพยาบาลอำเภอนั้น อาจจะเป็น "in between" [ก้ำกึ่ง] กระทรวงก็อาจจะอยากทำ แต่ก็ไม่ได้คิดอะไรมาก การเมืองสังคมญี่ปุ่นก็เลยถือโอกาสทำเสียเลย ผมก็เดาต่อไปนะครับอาจารย์ ว่ามันมีเหตุปัจจัยจากโรงพยาบาลยุพราชด้วย ทำให้มันเติมพลังเข้ามา เป็นนโยบายรัฐบาลแห่งชาติ นโยบายธานินทร์แน่ๆ อันนี้ก็เป็นตัวอย่างอันที่ ๒

อันที่ ๓ คือ เรื่อง "primary health care" [สาธารณสุขมูลฐาน] ซึ่งเราก็เถียงกันเป็นระยะๆ ตกลง WHO ให้เราทำหรือว่าเราทำเอง แล้วเราก็บอกว่าประวัติศาสตร์ไทยบันทึกชัดเจนว่าประเทศไทยทำก่อนแน่ๆ และ WHO ได้ประโยชน์แน่

พูดอย่างนี้ผมคิดว่ามันน่าจะบันทึกเอาไว้ เพราะผมเองมีความรู้สึกตลอดเวลาที่ ถ้าจะบันทึกประวัติศาสตร์ระบบสาธารณสุขไทย มันมีคำถาม คำถามหนึ่งว่า "innovation" [นวัตกรรม] เกิดในระบบมากน้อยแค่ไหน ผมก็มีสมมติฐานของผมว่า ระบบสาธารณสุขไทยมันมี "somehow" มีอะไรสักอย่างที่น่าสนใจ แม้ไม่รู้อยู่ตรงไหน แต่มันมี "innovation" ตลอดเวลา อะไรเป็นตัวทำให้เกิด "innovation"

๖๐ หมายถึง โรงพยาบาลอีสตัน (Eason Hospital) ในเมืองอีสตัน รัฐเพนซิลเวเนีย สหรัฐอเมริกา
๖๑ นายแพทย์บรรลู่ เคยเป็นแพทย์ประจำบ้านทางด้านศัลยกรรมที่โรงพยาบาลอีสตัน
๖๒ Blue Cross - ภายทาสีน้ำเงิน
๖๓ Blue Shield - ใตสีน้ำเงิน
๖๔ คู่มือให้สัมภาษณ์ของนายแพทย์บรรลู่ เกี่ยวกับเรื่องโรงพยาบาลอีสตัน และระบบของโรงพยาบาลชุมชนในสหรัฐฯ อย่างละเอียดได้ใน สันติสุข โสภณศิริ, ลูกผู้ชายชื่อบรรลู่, ๔๔ - ๑๐๑
๖๕ ภาษาบาลี แปลได้ว่า "รุ่นแล้ว"

ตลอดเวลานั้นเป็นสิ่งที่น่าสนใจมาก แต่มันไม่ได้หยุด ที่ยุคโดยคนหนึ่ง มันต่อเนื่องตามสมควร แล้วเราก็จะเป็นห่วงมากกว่าเมื่อระบบมันเล็ก "innovate" [สร้างสิ่งใหม่] เมื่อไหร่มันจะลำบากมากเลยนะในระยะยาว เหมือนที่เราชอบพูดกันว่า ถ้ามันเหมือนกระทรวงมหาดไทยเมื่อไรเสร็จเลย เหมือนกระทรวงศึกษาธิการเมื่อไรเราตายเลยนะ แต่ "in so far" [มาจนถึงตอนนี้] ถ้าเราเทียบกันนะ เราก็กังคักว่าเยอะ แม้จะระบบราชการ เพราะมันมีคำถามตลอดเวลาว່าระบบราชการมัน "reinvent" [พัฒนา/สร้างใหม่] ตัวเองได้หรือเปล่า บางคนก็บอกว่าเอกชนมันดี มันจะได้ดูแลตัวเอง เพราะมันต้องเผชิญกับความไม่แน่นอน นี่เป็นโจทย์สำหรับผมในแง่การมองประวัติศาสตร์

นพ.บรรลพ : ผมจากจะเต็มสุดท้ายนะ หลังจากฟังมาก่อนข้างมาก หลังจากฟังมาทั้งหมด ผมมีความรู้สึกที่กระทรวงสาธารณสุขนี่ดีนะ ไม่ว่าจะเรื่องอะไรต่างๆ กระทรวงสาธารณสุขดี ไม่รู้จะพูดว่าอย่างไร ฟังจากคุณหมอทั้งหมด กระทรวงสาธารณสุขไม่เลวนะถ้าจะเปรียบกับอันอื่นๆ ผมดูตัวผมเองนะ ผมมาจากบ้านนอก ผมไม่มีเพื่อนฝูง ผมไม่มีญาติพี่น้องเป็นข้าราชการอะไร ผมยังมาเป็นรองปลัดกระทรวงฯ เลย ผมว่ากระทรวงสาธารณสุขนี่ดีนะ บางคนไม่ได้ทำงานกระทรวงสาธารณสุขเลย ไปทำงานอยู่ข้างนอก เขายังเป็นข้าราชการกระทรวงสาธารณสุข ไม่โดนไล่ออกนี่ไม่ได้แหวนะ เพราะเขายังได้ทำประโยชน์แก่บ้านเมือง

อีกประการหนึ่ง ถ้าสังเกตดู กระทรวงสาธารณสุขนั้นจะปรับตัวเข้ากับสิ่งแวดล้อมใหม่ แต่ก่อนนี้สมัยกรมการแพทย์ กรมอนามัย ยังไม่มีแผนอะไรสักอย่าง แผนเข้ามาเมื่อสมัยหมออุทธานไปเรียนเรื่องแผน พอไปเรียนเรื่องแผน กระทรวงสาธารณสุขเราทำแผนก่อนเพื่อน มีแผนมีอะไร พอมีแผนขึ้นมา แต่ก่อนภาษาไทยไม่มีคำว่า "สัมมนา" เชื่อกันเถอะไม่มี พอจะมีสัมมนา มีหมอคนหนึ่ง อาจารย์ที่เรารู้จัก นายแพทย์เชิด โทณะวณิก เป็นอธิบดี แกมาถามว่า ไร่สัมมนานี้มันอะไรกัน ทั้งนี้เพื่อที่จะแสดงว่ากระทรวงสาธารณสุขไม่เลวนะ มันปรับตัวเข้ากับสิ่งแวดล้อมใหม่เรื่อยๆ ดังนั้นใครอยู่กระทรวงสาธารณสุขนี้ก็ควรจะอยู่ต่อไป

นพ.สมศักดิ์ : เล่าเร็วๆ อาจารย์บรรลพพูดถึง จะอ้างอยู่เรื่อยๆ ว่าตัวเองอยู่บ้านนอก ทำงานปีแรกๆ ไม่รู้จักว่าแผนคืออะไร อาจารย์หมอบอานวย ไตรสุภา ผู้ตรวจฯ ไปเยี่ยมแล้วขอดูแผน โรงพยาบาลอำเภอผม ผมคิดว่าต้องมีผู้ใหญ่แบบนั้นนะ ผู้ใหญ่ที่ไปคาดคั้นเรียกร้องให้เด็กๆ ทำอะไรที่มันใหม่ๆ ที่น่าสนใจ ผมไม่รู้เรื่องเลยนะอาจารย์ ผมก็เลยต้องไปหาหนังสือมาอ่าน ก็ไปได้ซีทีที่ยุทธนามาอ่านสมัยนั้น ถึงได้รู้ว่าวางแผนแปลว่าอะไร แล้วผมก็ถามตัวเองอยู่เรื่อยๆ ว่า เอ้! เด็กสมัยนี้เวลาผู้ตรวจฯ ไปเยี่ยม ผู้ตรวจเป็น "inspiration" [แรงบันดาลใจ] ของเด็กได้แค่ไหน ให้เด็กๆ เกิดอยากเรียนรู้ ทำทนายเด็กๆ หรือไปไล่จับผิดเฉยๆ อันนี้ก็เป็นการถามที่ผมมีอยู่ในใจ

นพ.โกมาตร : นี่ก็อาจเป็นประเด็นที่น่าตามเหมือนกันว่าคือ วัฒนธรรมของการตรวจราชการไทยนั้น มันเปลี่ยนแปลงไปอย่างไรบ้าง เพราะเท่าที่ผมเคยฟังจากอาจารย์บรรลพ มันก็มีการเปลี่ยนแปลงไปหลากหลายลักษณะ อาจารย์อยากจะเล่าสักนิดใหม่ครับ ว่าที่อาจารย์เคยชื่นชม เคยคุยกับทางมหาดไทยอะไรพวกนี้

นพ.บรรลพ : ผมว่า ผู้ใหญ่หรือข้าราชการระดับสูงของเราค่อนข้างจะดี ยกตัวอย่างเมื่อผมเป็นผู้อำนวยการโรงพยาบาลสระบุรี มีปลัดกระทรวงไปเยี่ยม ปลัดกระทรวงคนนั้นชื่อฝน แสงสิงแก้ว ไปเยี่ยม ผมก็ตกใจธรรมดาปลัดกระทรวงฯ ก็ไม่ค่อยเยี่ยมโรงพยาบาลหรอก เราก็เตรียมการแล้วก็เชิญเจ้าหน้าที่มาเพื่อจะต้อนรับ คุณหมอฝน แสงสิงแก้ว ก็เข้าไปในที่ประชุม ผมก็เอ่ยต้อนรับท่านว่า เพื่อจะให้ข้าราชการทั้งหลายได้ทราบ คือขอแนะนำท่านปลัดกระทรวงซึ่งเป็นผู้บังคับบัญชาสูงสุดของกระทรวงฯ ผมพูดเพียงแค่นี้ คุณหมอฝน แสงสิงแก้ว บอกหยุดเลยคุณหมอ หยุดก่อน ผมก็ตกใจนะ เรื่องอะไร แกบอกว่า คุณหมอใช้คำผิด ผมไม่ใช่ผู้บังคับบัญชา ผมพูดเลยนะ ผมไม่ใช่ผู้บังคับบัญชาของท่านทั้งหลาย ผมเป็นแต่เพียงเพื่อนร่วมงาน ผมฟังแล้วขงลุก ตั้งแต่นั้นมาผมคิดในใจว่า ผู้หลักผู้ใหญ่ของเรานี่ดีนะ ยุคนั้นคุณหมอฝน พ.ศ. ไทน์ ผมจำไม่ได้ ผมอยู่สระบุรีเมื่อปี พ.ศ. ๒๕๓๕ - ๒๕๓๖ ช่วงนั้นนะ พอหลังจากนั้นมาผู้หลักผู้ใหญ่ก็แปรเปลี่ยนไปตามสิ่งแวดล้อม คิดอย่างนี้แล้วกันมอง

ในแง่ดีนะ แต่ส่วนใหญ่ก็ค่อนข้างจะดี ก็ธรรมดา ถ้าไม่ดีก็ถูกเขาตำบ้าง ก็ไม่รู้จะทำยังไง ก็ต้องยอมไป ไม่ได้ต่อสู้กันเหมือนกระทรวงอื่นๆ ผมมีความรู้สึกอย่างนั้น

นอกจากนั้น กระทรวงสาธารณสุขในระยะหลังๆ นั้นมันอย่างนี้ ผมจะเล่าเรื่องให้ฟัง ตอนผมไปเรียน วปอ. เมื่อไปเรียน วปอ.^{๖๖} ก็ไปดูงานทุกจังหวัด ไม่มีจังหวัดไหนไม่ได้ไป ผมก็แซวพวกมหาดไทยว่า ทำไมพวกเราไม่มีคนต้องมาต้อนรับเยอะแยะนักนะ แล้วผมก็แซวคนจากกระทรวงมหาดไทยว่า มหาดไทยเนี่ยพอเจ้านายมาก็มาต้อนรับเยอะๆ มาต้อนรับทำไม มาเข้าแถวกันทำไม ตอนนั้น พ.ศ. ๒๕๒๑ พอต่อมาสักประมาณ ๑๐ ปี เพื่อน วปอ. มาบอกผมว่า เฮ้ยมีงะมึงคูสิ พอข้าราชการกระทรวงสาธารณสุขมันมาเนี่ย ข้าราชการมันมาขึ้นต้อนรับเท่าไร มันตีผมกลับคืนแล้วนะตอนนั้น ผมก็ไม่รู้นะ แต่ผมคิดว่าส่วนใหญ่ยังดีมีแต่ส่วนน้อยและบางครั้งคราวเท่านั้น พอโดนสะกิดโดนกระแหม่ง มันก็ค่อยๆ เปลี่ยนตัว เนื้อแท้มันยังดีอยู่นะ แต่สิ่งแวดล้อมทำให้มันเปลี่ยนแปลงไป

นพ.โกมาตร : อาจารย์ก็ไม่ได้บอกทางมหาดไทยไปว่า ก็เพราะเรารู้จากคุณนั่นแหละ อาจจะเป็นอย่างงั้นก็ได้

ผมคิดว่าเราใช้เวลาเกิน ๔ โมงไปแล้ววันหนึ่งนะครับ ก็คิดว่าเป็นเซ็คชั่นที่ดี คิดว่าการคุยวันนี้ก็จะได้เรื่องราวที่ไม่เคยถูกจดบันทึกมากนัก จะได้เป็นประโยชน์ไป เมื่อสักพักก่อนที่จะเข้ามาตอนบ่าย ก็มีนักวิชาการประวัติศาสตร์บอกว่าอาจจะต้องตั้งเป็นวงช้อนกันหลายวง อย่างเช่น เรื่องต่างๆ ที่คุยกันในวงวันนี้ อาจจะมีเรื่องที่ช้อนกันอยู่ อย่างเช่นเรื่องคุณภาพโรงพยาบาล มันก็ช้อนกับเรื่องที่เราพูดกันนิดหนึ่ง ก็จะต้องไปตั้งอีกวงหนึ่ง ก็คิดว่า ถ้าเราพัฒนาวิธีการพูดคุยแบบนี้มากขึ้น ก็อาจจะช่วยเรารวบรวมข้อมูลได้จากหลายๆ วง แล้วก็มาประกอบกันเข้า ก็อาจจะ

ทำให้เราได้เนื้อหาของประวัติศาสตร์ความเป็นมาได้พอสมควร ก่อนที่จะเลิกอยากจะได้ฟังคำจากอาจารย์จรี^{๖๗} เพื่อเป็นมงคลกับพวกเราทุกๆ คน เบื้องหลังวีรบุรุษยอมจะมีวีรสตรียืนอยู่เสมอนะครับ

พญ.จรี นิงสานนท์ : รู้สึกคุณหมอจะยกย่องเกินไปนะคะ เพราะว่าที่มาวันนี้ไม่มีส่วนเกี่ยวข้องกับอะไรเลย เพียงแต่จะมาให้กำลังใจคุณหมอไพโรจน์เขาหน่อยว่าจะได้มาพบพวกน้องๆ พี่ๆ หรืออะไรก็ได้ร่วมงานกันมา เพราะว่าตอนนี้ก็ไม่ได้มีงานการอะไรที่ว่าจะมาเกี่ยวข้องกันมากมายแล้ว มารื้อความหลังมันก็เป็นความสุขอันหนึ่งใช่ไหมคะ ก็ขอให้เขามา ความจริงเขาก็รู้สึกว่าตัวเองไม่เหมาะที่จะมา เพราะว่าลืมนไปมาก อาจจะทำให้ข้อมูลถูกต้องหรืออะไร พี่ก็ได้พยายามว่ามาเถอะ มาพบกันก็แล้วกัน พูดไปในสิ่งที่เราจำได้ก็แล้วกัน ก็คงไม่ว่าอะไร ส่วนบันทึกก็มีอยู่แล้วในสมุดหลายๆ เล่ม ก็คงใช้ประกอบได้ ก็คิดเท่านั้นเอง ไม่ได้ตั้งใจจะมาเกี่ยวข้องกับทางนี้มากนัก เพราะการทำงานของคุณคนหนึ่งก็ทำงานในด้านวิชาการไปเฉยๆ ไม่คิดว่าจะมาลงลึกถึงขนาดที่คุยๆ กันอย่างนั้นะคะ แล้วตอนที่คุณหมอไพโรจน์รับหน้าที่อยู่ในกระทรวงฯ ก็ไม่ได้เกี่ยวข้องกับงานเขาสักนิดเลยงานโครงการมัน ไม่ได้บ่งชี้ว่าจะต้องทำอย่างโน้นอย่างนี้ แต่มีบางส่วนเหมือนกันที่รับรู้โดยไม่ได้ตั้งใจ คนโน้นพูดอย่างนี้ คนนี้พูดอย่างนั้น ก็ได้แต่มาแนะนำบ้างว่า เราไม่ควรทำอย่างนั้นนะ เราควรจะทำอย่างนี้นะ เท่านั้นที่อยู่เบื้องหลังนะคะ ไม่ได้เป็นผู้บังคับการเพราะฉะนั้น เรียนให้คุณหมอบทราบว่าไม่ได้เป็นใหญ่หรือบังคับอะไร ไม่ทราบว่าคุณหมอจะให้พูดอะไรอีก เพราะว่าคือมีประวัติบางสิ่งบางอย่างที่คุณหมอไพโรจน์จำไม่ได้ก็จะบอกประคอง เจ้าหน้าที่ให้เขาฟังบ้าง เขาคงจดบันทึกไว้แล้ว ก็คิดว่าคงจะมีเท่านี้ คือจะบอกจุดมุ่งหมายของตัวเองที่มาในเที่ยวนี้ ยังคิดอยู่เลยว่าจะมาดีไม่มาดี ก็คิดว่ามาเถอะเพราะเราก็วงการเดียวกัน คุณหมอสुरเกียรติก็ทำหน้าที่ได้ คู่กัน

๖๖ วิทยาลัยป้องกันราชอาณาจักร

๖๗ แพทย์หญิงจรี นิงสานนท์

๖๘ นางลาววิภีลย์ ทองศุภนิพนธ์ หัวหน้างานหอจดหมายเหตุและพิพิธภัณฑ์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล



มาก ตอนฝึกงานอะไรต่ออะไร ก็มาเจอกัน นานๆ ที่หนึ่งก็ดี ถ้าเมื่อเป็นงานอื่นก็ไม่กล้าไป ถ้าเป็นพวกแพทย์กันเองก็คิดว่ามาหนะ ไม่เป็นไร คิดอย่างนี้นะคะ ขอบคุณนะคะ

นพ.โกมาตร : ถ้าหากว่ามีเรื่องอะไรที่จะขอรบกวนก็จะไปพบกับอาจารย์อีก โดยเฉพาะเรื่องที่จะต้องรวบรวมเอกสารอะไรต่างๆ พวกผมเคยทำหนังสือประวัติพอเสมอเล่มที่แจกไปในกระเป๋า เล่มนั้นตอนทำขึ้นก็ไปคุยกับพอเสมอ พอเสมอบอกว่าไม่ให้ทำ ท่านบอกว่ามันจะเป็นตัวอย่างที่ต่อไปข้างหน้าเมื่อคนมีอำนาจก็อยากจะให้ทำแบบนี้ ท่านก็บอกว่าไม่ให้ทำ เราก็คิดว่ามันก็มีเหตุผลพอสมควรที่จะทำ ก็บอกกับท่านไปว่า ไม่ทำประวัติของท่าน เป็นการทำให้ประวัติสาธารณสุขไทย แล้วเราก็ให้คุณสันติสุข ไสภณศิริ ไปทำเก็บรวบรวม พอถามไปตามมาท่านคงรู้ทัน มันเป็นเรื่องของท่านเยอะ ท่านก็หยุดให้สัมภาษณ์ และไม่ให้ความร่วมมือในการค้นคว้า รูปภาพอะไรก็ไม่ให้เลย เราก็ใช้วิธีไปหาภรรยาของท่าน

ที่นี้ก็คิดว่า ถ้าติดต่อทางอาจารย์ไพโรจน์ อาจารย์อาจจะลืม หรืออาจารย์อาจจะมีการกิจหลายเรื่องหลายด้าน เราก็เข้าทางด้านหลังบ้าน ผมก็ขออนุญาตติดต่ออาจารย์

พญ.จรี : ยินดีคะ พูดถึงคุณสันติสุข ก็คุ้นกันดี เผอิญ ๘๐ ปี มีลูกศิษย์ลูกหาของคุณหมอไพโรจน์ก็อยากจะให้ทำประวัติของคุณหมอไพโรจน์ไว้บ้าง ซึ่งเราก็ไม่ต้องการเลยเหมือนกัน เขาก็บังคับให้ทำ ให้คุณสันติสุขมาเป็นคนมารวบรวม สัมภาษณ์ต่างๆ กว่ารวบรวมได้ก็ต้องอาศัยจรีนี่แหละเยอะเลย ก็เที่ยวไปค้นมา ประวัติส่วนตัวตั้งแต่สมัยไหนๆ ตั้งแต่เรายังไม่เคยรู้จักกัน ก็ต้องไปค้นมาให้คุณสันติสุข คุยกันก็เป็นเรื่องส่วนตัวที่สนุกสนาน ไม่มีวิชาการอะไรมากมาย ก็แทรกเป็นหัวข้อไว้ทำนองเอง ก็มีอยู่เหมือนกัน เล่มนั้นก็ให้คุณประคองไว้ เพื่อจะมีข้อความบางส่วนที่ใช้ได้ และคุณประคองบอกว่า พวกเจ้าหน้าที่บอกว่าอยากจะไปดูบ้านจริงๆ ของคุณหมอไพโรจน์เลยที่สี่พระยาเกี่ยวกับแพทย์แผนไทย โอเค ไปเมื่อไหร่จะพาไป

นพ.โกมาตร : ขออนุญาตถ่ายรูปถ่ายวีดีโอเก็บไว้ คนรุ่นหลังๆ ก็จะได้เรียนรู้ ส่วนข้อวิตกกังวลของอาจารย์บรรลุ ที่บอกว่าในนามของอาจารย์หรือในไดอารี่ของอาจารย์ อะไรก็จะเขียน รักใครก็เขียนเกลียดใครก็เขียน ก็เกรงว่าเอามาแล้วคนอ่านจะมีผลหรือเปล่า ก็มีวิธีการจัดการในทางจดหมายเหตุ อาจารย์วิภักดิ์ให้คำแนะนำไว้ว่า สามารถกำหนดเป็นเงื่อนไขไว้ว่า เอกสารนี้จะให้เปิดเผยเมื่อเราตายแล้วก็ให้ หรือ ๑๐ ปีจากนี้ เล่มนี้อีกเล่ม ๒๐ ปี ถึงตอนนั้นคุณกรณีก็น่าจะ

จะไม่อยู่แล้ว วิธีนี้ก็สามารรถช่วยจัดการได้ หรือไม่ก็สามารถจะเปิดเผยเป็นบางส่วนเช่นเดียวกัน แต่ผมคิดว่าสำหรับในกรณีของอาจารย์บรรลु เนื่องจากเป็นนักจดบันทึก ผมคิดว่ามันจะมีคุณค่ามหาศาลสำหรับการค้นคว้าต่อไป ของชีวิตการทำงาน ส่วนท่านอื่นๆ ก็ขออนุญาต ณ ที่นี้ด้วยเช่นเดียวกัน ตัว "personal paper" หรือเรียกว่าเป็น "collection" ส่วนบุคคลก็จะไม่เฉพาะแต่เอกสารที่จดบันทึกหรืออะไรเท่านั้น บางคนก็สะสมหนังสือไว้เป็นห้องสมุดส่วนตัวเลยที่เกี่ยวกับเรื่องการเรียนรู้ที่ได้ใช้ในชีวิตการทำงานมา ถ้าเราไปดูที่หอสมุดกรมพระยาดำรงฯ เราก็จะเห็นว่าทั้งหมดเป็นหนังสือจากบ้านของท่าน ว่าท่านได้ศึกษาค้นคว้าได้อ่านอะไรบ้าง ได้เก็บรวบรวมเอกสารที่ท่านเห็นว่ามีค่าอะไรบ้างมาเก็บไว้ เขาจะเก็บรวบรวมเป็น "collection" ซึ่งคนก็สามารถไปค้นไปคว้าได้ มีการจัดทำเป็นดัชนีให้ค้นคว้าง่าย มีการซ่อมบำรุงในส่วนที่เสื่อมหรือเสียไป ดังเช่นที่อาจารย์บรรลุพูดถึงว่ามันก็เริ่มกรอบแล้ว ที่นี้เมื่อเริ่มกรอบในทางจดหมายเหตุก็มีวิธีอนุรักษ์หลายแบบครับ ก็สามารถบำรุงรักษาไว้ให้มันอยู่ในสภาพที่ใช้อยู่ต่อไปได้อีกเป็นร้อยๆ ปีก็ได้ด้วยเช่นเดียวกัน นอกจากเอกสารที่เป็นสมุดหนังสือก็อาจจะรวมถึงภาพถ่าย เพราะอาจารย์ผู้ใหญ่จะเดินทางเยอะ ไปเยี่ยมที่โน่นที่นี้ หรือว่าเดินทางไปต่างประเทศ หรือว่าไปงานแต่งงาน งานบุญ งานบวช

งานประเพณี ก็จะมีรูปถ่าย พวกรูปถ่ายเหล่านี้จะเป็นส่วนหนึ่งของการเก็บรักษาได้ด้วย สไลด์ รูปถ่าย วีดีโอ หรือว่าอุปกรณ์ เหยี่ยงู เข็ม ของที่ระลึกจากการไปประชุมองค์การอนามัยโลก หรือไปรับเข็มเกียรติยศมาจากที่ต่างๆ เหล่านี้ ถ้าหากลูกหลานอยากจะเก็บไว้ก็เก็บไว้ได้ แต่ถ้าจะเอามาเก็บไว้ที่หอจดหมายเหตุ ก็จะมีระบบเก็บรักษา แล้วก็สามารถให้คนมาค้นคว้าต่อไปได้ นี่ก็คิดว่าเป็นสิ่งที่เราสามารถที่จะทำ และให้มีความต่อเนื่องไปได้ในอนาคต

สำหรับในวันนี้ ผมขออนุญาตขอบคุณอาจารย์ทุกท่านที่สละเวลามา เพื่อนๆ นักวิชาการที่ได้มาช่วยดูรวมทั้งทีมถ่ายทำและถ่ายภาพ ได้มาทดลองภารกิจอันนี้เป็นครั้งแรก เพราะต่อๆ ไปเราก็จะต้องทำแบบนี้อีกหลายๆ วง รวมถึงวงที่เราไปคุยกับชาวบ้านด้วยว่าชีวิตที่ผ่านมาสุขภาพอนามัยเขาเป็นอย่างไร คิดว่าจะเป็นการรวบรวมที่เป็นประโยชน์ไปในระยะยาว

ขอขอบพระคุณทุกท่าน และก็ขอยุติรายการในวันนี้เพียงเท่านี้ ขอบพระคุณครับ

บทที่ ๓

งานพัฒนาสุขภาพชุมชนและ

งานสาธารณสุขมูลฐาน



ศ.ดร.ทวิทอง หงษ์วิวัฒน์ : ผมอยากจะขอเรียนเกริ่นนำสักนิดนะครับ คือ หัวเรื่องที่เราได้รับมอบหมายมาพูดคุยกัน เข้าใจว่าส่วนใหญ่เป็นเรื่องที่เกี่ยวข้องกับสาธารณสุขมูลฐานเป็นหลัก โดยเฉพาะในส่วนที่วิวัฒนาการมาอะไรต่อมิอะไร จุดเน้นที่คุณหมอโกมาตร เน้นว่าอยากให้มีลักษณะที่พูดถึงความประทับใจ ที่จริงงานสาธารณสุขมูลฐานด้านที่พูดถึงประวัติการดำเนินการก็คงจะมีอยู่เยอะแยะมากมายนะครับ* แต่เพื่อให้เรื่องกระชับมากขึ้นก็อาจจะเลือกดูว่าแต่ละท่านประทับใจในจุดไหนมากเป็นพิเศษ อาจจะสักเรื่องหรือสองเรื่องก็แล้วแต่อาจจะเน้นในลักษณะอย่างนั้น ถ้าเป็นไปได้อยากให้ประชาชนพูดถึงเกี่ยวกับความประทับใจของเขากับงานสาธารณสุขมูลฐาน มีลักษณะที่สามารถจะนำไปสืบค้นต่อไปได้ ถ้าเป็นไปได้กรุณาพูดเชื่อมโยงด้วยว่าประเด็นที่ท่านประทับใจนั้นเชื่อมโยงกับคนอื่น ๆ เชื่อมโยงกับหน่วยงานอื่นๆ อะไรอย่างไรบ้าง จะได้เป็นประโยชน์ในการที่จะมีการสืบสาวกันอยู่

ในตอนแรกอยากเริ่มต้นที่คุณเมธีก่อนเพราะถือว่าเป็น "Key Person" [คนสำคัญ] คนหนึ่งในส่วนที่เป็นสำนักงานสาธารณสุขมูลฐาน เพราะฉะนั้นเริ่มที่คุณเมธีก่อน อาจจะช่วยเปิดประเด็นที่นอกเหนือไปจากความประทับใจ

ดร.เมธี จันทจักรุธรณ์ : เรียนท่านอาจารย์ที่เคารพทุกท่าน กระผมขออนุญาตเข้าไปในมุมประวัติศาสตร์ในส่วนของที่เริ่มเข้ามาทำงานในสำนักงาน [คณะกรรมการ] สาธารณสุขมูลฐาน ซึ่งในขณะนั้นสถานที่ทำงานยังไม่มี ขออนุญาตเล่าที่เป็นความประทับใจในเชิงโครงสร้างนิดหนึ่งว่า คุณหมอปริษา* เข้ามารับผิดชอบงานนี้ ตอนเริ่มต้นยังไม่มีทีมงานทำ ผมก็เลยมา สัมครกับคุณหมอปริษา เนื่องจากว่าตอนนั้นคำว่าสาธารณสุข

มูลฐาน สาธารณสุขเบื้องต้นสมัยนั้น ผมรู้จักเพราะว่ามันเป็น "theme" [แก่นเรื่อง] ในการจัดประชุมของกระทรวงหลายรอบ ผมอยู่ที่กรมอนามัยก็เลยมาสมัครกับคุณหมอปริษา ว่าผมขออนุญาตมาทำงานกับคุณหมอ หมอปริษาบอกว่าถ้าชอบเรื่องของชาวบ้านก็มาทำงานร่วมกันได้ ผมก็เลยมาทำงานกับหมอปริษาแล้วก็มีน้องอีกคน คือวรวรรณ [วรวรรณ ศรีเจริญ] เขาก็มาทำงานด้วย ตอนนั้นกระทรวงฯ ไม่มีที่ให้ในการทำงาน ก็อนุญาตให้ทำงานที่ชั้น ๔ ของกองงานพยาบาล ตึกกระทรวงเก่า บริเวณระเบียงของกองงานใต้เท้าอึ้งก็ยังไม่ มี ตอนนั้นได้ความกรุณาจากผู้อำนวยการกองสาธารณสุขภูมิภาค* คืออาจารย์หมอมุขชัย* อาจารย์หมอมุขชัยบอกว่าเมธีจะเอาโต๊ะก็ไปเอาที่กองได้ ไปเลือกเอาเลย ผมอยู่ชั้น ๔ กองงานอยู่ชั้น ๔ ก็ต้องมาลากโต๊ะเก้าอี้ขึ้นไปชั้น ๔ คุณหมอปริษาก็มาช่วยยกด้วย ก็จะเห็นว่าวิถีคิดในการทำงานของหมอปริษาขณะนั้นไม่ได้ถือว่าเป็นอะไรเลย ขอให้ทุกอย่างทำเพื่องาน มายกเก้าอี้ก็ยกเอง ผมยกตัวท่านยกตัว เก้าอี้ตัวเล็กตัวใหญ่ไม่สนใจขอให้มีที่นั่งได้ เลยได้เก้าอี้มา ๓ ชุด ก็มานั่งทำงาน

พอเรามาเริ่มงาน โทรศัพท์ที่กองงานจะตั้งอยู่ตลอดเวลา เจ้าหน้าที่ๆ กองงานใหม่ๆ จะรู้สึกรำคาญเพราะโทรศัพท์มาที่ก็หมอปริษาบ้าง เมธีบ้าง ไม่มีของกองงานพยาบาลเลย มีแต่ของ สสม. [สำนักงานสาธารณสุขมูลฐาน] หมด เพราะเราเริ่มงานการติดต่อก็ค่อนข้างเยอะ ชาวรู้สึกไม่พอใจว่าไปใช้โทรศัพท์เขาจะครบ ระยะเวลาๆ จะไม่เข้าใจ จนเราต้องไปทำความเข้าใจ ว่างานของเราเป็นงานที่เป็นประโยชน์ก็เลยเข้าใจ วันต่อมาก็เลยยกโทรศัพท์เบอร์นั้นให้ สสม. [สำนักงานสาธารณสุขมูลฐาน] เราก็เลยสะดวกสบายมากขึ้น

๑๐ โครงการสาธารณสุขมูลฐานมีที่มาจากโครงการทดลองอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในช่วงปลายทศวรรษ ๑๙๖๐ จนถึงต้นทศวรรษ ๑๙๗๐ ซึ่งเป็นความพยายามที่จะสร้าง ระบบการให้บริการสาธารณสุขในรูปแบบของการผสมผสานให้บริการต่างๆ ที่มีความเปลี่ยนแปลงน้อยให้เกิดขึ้น" โครงการนรกสุดที่มีการดำเนินงานในลักษณะนี้คือ โครงการพิษณุโลก (พ.ศ. ๒๕๐๔ - ๑๑) ซึ่งเป็นโครงการที่พยายามพัฒนา "ขีดความสามารถในการให้บริการของสถานบริการสาธารณสุขในระดับตำบล (ซึ่งก็คือศูนย์แพทย์และอนามัย และสถานีผดุงครรภ์)" แต่โครงการดังกล่าวได้รับความสำเร็จน้อยมาก โดยเฉพาะในด้านกรขยายบริการด้านการป้องกันโรคให้ครอบคลุมประชากรกลุ่มเป้าหมาย หลังจากโครงการพิษณุโลกก็มีโครงการสารภี (พ.ศ. ๒๕๑๑ - ๑๔) ซึ่งเป็นโครงการที่มีลักษณะคล้ายกับโครงการพิษณุโลกและประสบปัญหาคล้ายๆ กัน จึงทำให้เกิดข้อสรุปในการดำเนินโครงการว่า "การใช้อาสาสมัครสาธารณสุขที่คัดเลือกจากชาวบ้านมาช่วยเหลือในการดำเนินงานน่าจะเป็นคำตอบที่ถูกต้องที่จะสามารถขยายบริการสุขภาพให้ครอบคลุมประชาชนในชนบทอย่างแท้จริง" ข้อสรุปดังกล่าวได้ทำให้เกิดการก่อตั้งอาสาสมัครขึ้น ๒ ประเภทในโครงการสารภี คือ ผู้สื่อข่าวสาธารณสุข (นสส.) และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) โดยผู้สื่อข่าวสาธารณสุขจะเป็นผู้ทำหน้าที่เป็นศูนย์กลางของการสื่อสารข้อมูลทางด้านสาธารณสุขระหว่างเจ้าหน้าที่สาธารณสุขของรัฐกับชาวบ้าน และในขณะเดียวกันก็สามารถให้ความช่วยเหลือและความตักเตือนแก่เจ้าหน้าที่สาธารณสุขในการให้บริการสุขภาพต่างๆ แก่ชาวบ้าน และจะทำให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขของรัฐสามารถรับรู้และแก้ปัญหาสุขภาพของชาวบ้านได้ตรงจุดมากยิ่งขึ้น ส่วนอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านนั้นคือผู้สื่อข่าวสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่ได้รับการฝึกอบรมเพิ่มเติมในการให้บริการดูแลสุขภาพขั้นพื้นฐาน คือสามารถให้การรักษาอาการเจ็บป่วยแบบพื้นฐานให้แก่ชาวบ้านโดยคิดค่าบริการไม่แพง เมื่อโครงการสารภีประสบความสำเร็จเป็นอย่างดี "โดยสามารถเพิ่มอัตราการให้บริการทางด้านป้องกันและส่งเสริมสุขภาพของชาวบ้านได้" เป็นเหตุทำให้หลังจากนั้นเกิดโครงการทดลองในลักษณะเดียวกันอีกหลายโครงการ คือ โครงการโคกทราย (ที่อำเภอในนไทย), โครงการลำปาง (ที่จังหวัดลำปาง), โครงการละมิง (ที่อำเภอละมิง จังหวัดเชียงใหม่), และโครงการสงขลา (ที่อำเภอจะนะ), โดยเฉพาะ

ตอนนั้นเราไม่มีเงินเลย อาศัยเงินจากกอง
สาธารณสุขภูมิภาค ซึ่งอาจารย์หมออุทัย [เป็น
ผู้อำนวยการกอง] มีอีกอย่างที่ผมประทับใจ คือ [ประการ
แรก] เริ่มต้นของ สสม. เริ่มต้นจากพื้นฐาน จากติดดิน
จริงๆ จากที่ไม่มีอะไรเลยมีแต่แนว “concept [of]
health for all” [แนวความคิดเรื่องสุขภาพที่ดีถ้วนหน้า]

ประการที่ ๒ ประทับใจคุณหมอปริษา ที่ได้รับมอบ
หมายจากกระทรวงให้มารับผิดชอบในเรื่องนี้ หมอ
ปริษาเป็นคนที่คำนึงถึงงานเป็นหลักแล้วก็ทำงานไม่มี
วันหยุด พวกเขา ๒ - ๓ คน ก็ไม่มีวันหยุดไปด้วย เขาก็
มาเย็นก็กลับมืด เสาร์อาทิตย์ก็ทำงาน นั่นคือรูปแบบ
ของหมอปริษาซึ่งเราทำงานอยู่จนครบ ความประทับใจ
ในลักษณะของหมอปริษาว่าเป็นคนทำงานเพื่อส่วน
รวมจริงๆ ผมเคยถามหมอปริษาว่า หมอครับทำไมคุณ
หมอไปอธิบายให้คนอื่นฟัง คุณหมอพูดง่ายจัง ไม่ว่า
เป็นชาวต่างประเทศหรือคนธรรมดา หมอปริษบอก
ผมอยู่คำหนึ่งว่า เมธี เราต้องจริงจังกับเขาแล้วสิ่งที่
พูดคือต้องพูดความจริง เมื่อเราให้ความจริงใจกับ
เขาๆ ก็ตอบสนองความจริงกลับมาให้เรา และก็จะคิด
ช่วยเราอีก ถ้าเราอธิบายให้เขาฟัง เป็นสิ่งที่ทำให้งาน
ของเราดำเนินไปได้

ประการที่ ๓ การให้ความร่วมมือในระดับสูงจากคน
ต่างๆ ได้รับความร่วมมือให้การสนับสนุนตลอดเวลา
มีอยู่ครั้งหนึ่งที่ผมทำแผนงบประมาณของ สสม. เบื้องต้น
ผมคิดแผนงบประมาณ ท่านรองปลัดวิจิตร* ดูแล
เรื่องงบประมาณ ผมเป็นเด็ก ซี ๓ เดินขึ้นไปหาท่าน
รองปลัดฯ ไปในห้องอาจารย์ซึ่งเจียบจนอาจได้ยิน
เสียงเข็มหล่นได้ เดินไปด้วยความห้วนไหว เข้าไปหา
รองปลัดฯ ดูเรื่องงบประมาณเป็นเรื่องที่เด็กๆ กลัวใน
สมัยก่อน พอเข้าไปถึงผมก็นึกภาพว่าท่านรองปลัดฯ

จะต้องมีหน้าที่เครื่องขีมน่ากลัว พอเข้าไปถึงนั่งลง
ท่านอ่อนโยนมากและให้ผมพูดอธิบายประมาณ ๑๐
นาที ท่านบอกว่าเมธีต้องคิดใหม่ ท่านให้คำพูด
เหมือนเป็นทองคำเลยว่า ถ้าคุณคิดเรื่องสาธารณสุข
มูลฐานโดยพึ่งพิงเงินขององค์กรอนามัยโลกและ
ยูนิเซฟ [UNICEF]^๖ สสม. ก็ยังไม่สามารถยืนบนขาตัว
เองได้ ถ้าอย่างนั้นต้องคิดงบประมาณภายใต้เงินของ
กระทรวงเราเอง แล้วใช้เงินของยูนิเซฟกับ WHO
[องค์การอนามัยโลก] เสริม คำพูดนี้ทำให้งบประมาณ
สาธารณสุขมูลฐานเริ่มเป็นตัวของเราเองตั้งแต่บัดนั้น
เป็นต้นมา จึงได้บรรจุในแผนต่างๆ นั่นคือเหตุผลที่
รองปลัดวิจิตรฯ ให้คำแนะนำในการจัดทำแผน ก็เลย
เป็นความประทับใจที่ผมเห็นภาพในช่วงยุคแรก

ความประทับใจอีกประการหนึ่ง คือ แนวความคิด
สาธารณสุขมูลฐานสมัยนั้น อาจารย์หมอปริษากับ
อาจารย์ทั้งหลายที่ต้องไปอธิบายกับคนอื่นในความ
แตกต่างกันระหว่างความคิดในสมัยนั้น ทุกสถานที่ๆ
ไปจะมีคนแย้งเรื่องสาธารณสุขมูลฐานตลอด ไม่เห็น
ด้วย สร้างหมอเถื่อนบ้าง คำถามที่ไม่เห็นด้วยกับเรา
จะเยอะมาก แต่ในเวทีต่างๆ ที่ผมสังเกตดู เวทีสุดท้าย
ที่สุดของการสนทนาไม่ว่าจะเป็นที่ศิริราช รามาฯ ที่
โรงพยาบาลแพทย์ต่างๆ จบด้วยความรู้สึกที่ดีทุกแห่ง
เพราะวันที่ไปที่ศิริราช ผมจำวันไม่ได้ วันนั้นอาจารย์
หมอมานั่งเต็มไปหมดเลย แรกๆ นั้นค้านตลอดเวลา
เรื่องสาธารณสุขมูลฐาน แต่พอจบการประชุมก็เดิน
มาคุช- อาจารย์หมอทั้งหลาย อาจารย์หมอปริษากลับ
สนทนาด้วยความรู้สึกที่ดีมากกว่าอาจารย์ทั้งหลายที่
ศิริราชก็เข้าใจวิถีคิดแบบนี้ เลยเป็นแรงผลักดัน ผม
เลยมีความคิดว่า “character” ลักษณะการนำเสนอ
ของอาจารย์หมอปริษา อาจแสดงออกด้วยความจริงจัง
และจริงจังกับงาน ก็เป็นส่วนหนึ่งที่ทำให้งานไปได้

โครงการล่ารางวัลที่ถือกันว่า “เป็นโครงการที่มีความสำคัญมากที่สุด” เนื่องจากมีวัตถุประสงค์หลักในการพัฒนารูปแบบของระบบการให้บริการสุขภาพที่มีประสิทธิภาพ ราคาถูก และครอบคลุม
ประชากรกลุ่มเป้าหมายส่วนใหญ่ได้อย่างแท้จริง โดยให้ ผล. สสม., มูลนิธิกสิกรรม และกรมการเพื่อช่วยดำเนินงานในสถานีนอมนามียประจำตำบล ภายหลังจากความสำเร็จของโครงการล่ารางวัล ใน
ที่สุดในปี พ.ศ. ๒๕๒๐ กระทรวงสาธารณสุขก็ได้ประกาศใช้โครงการสาธารณสุขมูลฐานระดับชาติขึ้น โดยบรรจุไว้ในส่วนหนึ่งในแผนพัฒนาสาธารณสุข ๕ ฉบับที่ ๔ โดยให้ชื่อโครงการ ผล. และ
สสม. เป็น “หัวใจหลัก” ของการดำเนินงาน

กฤษณา ตรีทอง, นางวิวัฒน์ และคณะ, “โครงการสาธารณสุขมูลฐาน” (โครงการศึกษาเพื่อจัดเตรียมโครงการสำหรับแผนพัฒนาชนบทภาคเหนือ, สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคม
แห่งชาติ, ๒๕๒๔), หรือของ นางวิวัฒน์, “วิเคราะห์โครงการสาธารณสุขมูลฐานไทย,” สังคมศาสตร์การแพทย์, ปีที่ ๓ ฉบับที่ ๓ (ตุลาคม - ธันวาคม ๒๕๒๔) ๔ - ๕๔

๒ นายแพทย์ปริษา ศิลวรดี
๓ หมายถึง กองสาธารณสุขภูมิภาคขององค์การอนามัยโลก หรือ WHO - ดร. เมธี
๔ นายแพทย์อุทัย สุดสุข
๕ หมายถึง นายแพทย์วิจิตร อัครเสนา อดีตอธิบดีกรมควบคุมโรคติดต่อ และรองปลัดกระทรวงสาธารณสุข
๖ ปัจจุบันคือ United Nations Children's Fund หรือ กองทุนเพื่อเด็กแห่งสหประชาชาติ

ผมเข้ามาคิดหนึ่ง เรื่องความประทับใจเรื่องประวัติศาสตร์สุขภาพมูลฐาน สิ่งที่เป็นเรื่องสำคัญที่สุดคือ ผู้อำนวยการสำนักงานสมัยนั้น อาจารย์หมอปริชา อาจารย์หมอปรากรม อาจารย์หมोजำรูญ หรืออาจารย์หมอสมาทรวงก็ตาม ลักษณะของผู้บริหารสำนักงานสาธารณสุขมูลฐานในช่วงแรกอยู่ภายใต้การทำงานเป็นคณะกรรมการ ท่านผู้อำนวยการทุกท่านไม่ได้ตัดสินใจด้วยตัวท่านเอง แต่ฟังความคิดเห็นของคณะกรรมการที่ช่วยกันคิด แล้วผู้อำนวยการแต่ละท่านที่ผมเรียนมาจะมีความแตกต่างกันทุกคน แต่ทุกคนเอาความเด่นมาเสริมกับการทำงานสาธารณสุขมูลฐาน เพราะฉะนั้นในช่วง ๑๐ - ๒๐ ปีแรก นี่เฉพาะผู้อำนวยการกองนะครับ งานสามารถดำเนินต่อไปได้เพราะท่านเหล่านี้ให้การสนับสนุน สิ่งเหล่านี้เป็นเบื้องหลังที่เราไม่ได้เขียนอยู่ในตำรา ไม่ได้พูดถึงความสำเร็จจริงๆ ความสำเร็จพวกนี้จะอยู่ในการทำงาน เพราะฉะนั้นจะเห็นแนวความคิดที่เผยแพร่ไป พวกเหล่านี้ไม่ได้พูดถึงหรือปรากฏอยู่นะครับ

อีกนิคตหนึ่งในความประทับใจเรื่องสาธารณสุขมูลฐานในเชิงประวัติศาสตร์ก็คือ ประชาชนเมื่อเข้ามาเป็นอาสาสมัคร เขาคิดว่าเขาได้ทำประโยชน์ให้แก่ตนเอง ครอบครัว ชุมชน และให้กระทรวง ตรงนี้เป็นความรู้สึกของคนไทยที่เขาคิดอยู่นะครับ แต่ว่าความคิดแบบนี้บางคนก็มีมากน้อยไม่เท่ากัน เขาก็ภูมิใจที่เขาได้เป็นอาสาสมัคร ถึงแม้ตอนหลังจะมีการเปลี่ยนแปลงทางสังคมและมีรูปแบบต่างๆ ก็เป็นเรื่องที่เรายอมรับได้ในเรื่องของการเปลี่ยนแปลงทางสังคม

เพื่อให้เห็นภาพสะท้อนไปจุดอื่นนะครับ นวัตกรรมในงานสาธารณสุขมูลฐานมีมากมาย เช่น เรื่องกองทุนยา เรื่องกองทุนยาเป็นความคิดในเรื่องกองทุนคือการจัดการให้มีเอาไว้ใช้ในชุมชนเพราะฉะนั้นคำว่ากองทุนกระทรวงฯ เราเริ่มพูดก่อน กองทุนหมู่บ้าน ๑ ล้านบาท ในการที่เราคิดริเริ่มกองทุนเป็นความคิดที่ทันสมัยมากในสมัยนั้น วันนี้กองทุนทั้งหลายมันมาจากรากฐานที่เราได้ลองผิดลองถูกจากสมัยก่อนนะครับ ในเรื่องการจัดการของชุมชน กรรมการต่างๆ ที่เราทำอยู่สมัยนั้น วันนี้ก็กลายเป็นรากฐานของกรรมการกองทุนทั้งหลายในประวัติศาสตร์วันนี้ นี่คือรากฐานรวมทั้งหมู่บ้านที่ดีทั้งหมด ที่ผมดูหมู่บ้านในจังหวัดต่างๆ ก็เป็นรากฐานที่เราทำสาธารณสุข

มูลฐานจากสมัยก่อนเกือบทั้งสิ้นเลย รวมทั้งคนที่ไปปราศรัยชาวบ้าน คนที่ทำงานอยู่ในปัจจุบัน ถ้าไปสืบค้นดูจะเห็นว่าเป็นคนที่อยู่ในสาธารณสุขมูลฐานมาทั้งนั้น ผมคิดว่าคุณูปการการสาธารณสุขที่เราทำอยู่ก็เป็นเรื่องที่มาจริงๆ ผมขอจบตรงนี้ว่าในการสาธารณสุขมูลฐานที่ทำอยู่ได้สะท้อนไปยังกลุ่มประชากรต่างๆ ทั้งการบริหาร รวมทั้งรัฐธรรมนูญปี ๕๐ ได้บรรจุการมีส่วนร่วมของภาคประชาชนอยู่ด้วย เพราะฉะนั้นการมีส่วนร่วมสมัยนั้นจึงเห็นชัดในวันนี้คือในรัฐธรรมนูญปี ๕๐ ผมขออนุญาตสรุปเพียงเท่านี้ครับ

ศ.ดร.ทวิทอง : ผมว่าประเด็นที่สำคัญที่คุณเมธีพูดถึง คือ ประเด็นเรื่องความตั้งใจและความจริงใจของผู้นำกระทรวงสาธารณสุขในยุคนั้นในเรื่องของสาธารณสุขมูลฐาน โดยอย่างยิ่งคุณหมอปริชาในฐานะผู้นำคนแรกๆ ของตัวสำนักงาน คือจริงๆ แล้วผมเองก็อยู่ร่วมในเหตุการณ์ตอนนั้นพอสมควรนะ แล้วก็ผมเป็นประเภทที่ชอบวิพากษ์วิจารณ์ เพราะฉะนั้นผมจึงมีความเห็นที่แตกต่างแล้วก็เคยวิพากษ์วิจารณ์กันแบบว่า มันมีความเห็นที่แตกต่างแต่ก็ทำงานร่วมกันได้ ไม่ใช่วิจารณ์กันอะไรแบบแล้วมองหน้ากันไม่ได้ มันไม่ใช่แบบนั้น ผมยืนยันได้เพราะว่าเราสัมผัสได้จากความตั้งใจ ความจริงใจของงาน เราสัมผัสได้และก็วิจารณ์บนพื้นฐานของความจริงใจ คนที่ถูกวิจารณ์เขาก็สัมผัสได้ว่าหมอนี้มันจริงใจนะ เขาอาจจะเห็นด้วยหรือไม่เห็นด้วยก็แล้วแต่ในสิ่งที่เราพูดไป ความจริงใจมันก็เป็นพื้นฐานว่าเป็นเพื่อนของความเป็นกัลยาณมิตร ผมยืนยันได้ว่าจากความรู้สึกส่วนตัวที่ได้ผ่านมาได้ทำงานกับท่านทั้งหลายที่คุณเมธีได้เอ่ยถึง ก็ยืนยันได้เลยว่าตรงนี้เป็นเงื่อนไขเป็นลักษณะเฉพาะอะไรบางอย่างจริงๆ ที่ไม่มีการบันทึกเอาไว้

อีกประเด็นที่อยากสนับสนุน คือเรื่องที่คุณเมธีพูดบอกว่างานสาธารณสุขมูลฐาน งานพัฒนาสาธารณสุขอย่างอื่นที่มันสามารถดำเนินการต่อเนื่องได้เพราะผู้นำของกระทรวงสาธารณสุขมีสายตาวไกลพยายามเอาเงินงบประมาณมาต่อจากเงินช่วยเหลือจากต่างประเทศ อันนี้ทำให้ประเทศไทยถูกพูดถึงจริงๆ แล้วโครงการสำคัญๆ ของเราเริ่มต้นด้วยเงินจากต่างประเทศ แต่มันสามารถ "sustain" [ดำรงอยู่] ดำเนินต่อไปได้ เงื่อนไขที่สำคัญที่สุดคือเรื่องของงบ

ประมาณ และการใช้งบประมาณแผ่นดินมารองรับอย่าง USAID” เขาค่อนข้างแปลกใจมากกว่าทำไมการให้ความช่วยเหลือของ USAID ที่ให้กับการสาธารณสุขของประเทศไทยถึงสามารถดำเนินต่อไปได้ เขาเคยส่งทีมเข้ามาหาคำตอบเรื่องนี้ บังเอิญตอนนั้นมีผมคนหนึ่งที่เขาไปร่วมอยู่ในทีมนี้ด้วย คำตอบก็ออกมาอย่างชัดเจนเรื่องหนึ่งก็คือ ผู้นำกระทรวงสาธารณสุขสามารถจัดหางบประมาณเข้ามารองรับได้

ผมขอต่ออีกนิดหนึ่งว่า เรื่องของสาธารณสุขมูลฐาน เมื่อพูดถึง “health for all” [สุขภาพดีถ้วนหน้า] เราคงไม่พูดถึง ดร.มาร์เลอร์ [H. Mahler] ไม่ได้ ในฐานะที่เป็นผู้นำในระดับ “international” [นานาชาติ] ที่เป็นผู้นำสำคัญขององค์การอนามัยโลกที่ได้ขับเคลื่อนในเรื่องพวกนี้ ขออนุญาตพูดถึงความประทับใจจากท่านอาจารย์เสมอ เพราะท่านอาจารย์เสมอได้คุ้นเคยอย่างดีกับท่าน ดร.มาร์เลอร์ ก็เป็นอะไรอีกหลายอย่างที่พวกเราไม่รู้ และได้ฟังจากปากของท่านอาจารย์เองที่คุ้นเคยกับท่าน ดร.มาร์เลอร์ เชิญครับ

ศ.นพ.เสมอ พริ้งพวงแก้ว : ขอขอบพระคุณอย่างยิ่งนะครับที่ให้โอกาสผม ขณะนี้ผมมีอายุ ๙๘ ปี อยู่ที่บ้านไม่มีอะไรทำ นั่งๆ นอนๆ เดี่ยวหลับเดียวตื่น ผมมีโอกาสมาในวันนี้ถือว่ามีลาภอันประเสริฐ ประเสริฐคือได้แก่เหงา คนเราอยากมีอายุยืนยาวด้วยกันทุกคน แต่เมื่อถึงระยะเวลาหนึ่งมันจะมีอะไรแปลกๆ ที่เราไม่เข้าใจตัวเราเอง มันเบื่อ ที่บ้านผม ลูกผม ๕ คนมาอยู่ด้วยผลัดเวรมาอยู่ด้วยกันผม แต่ผมไม่ต้องการให้ใครมาอยู่ด้วย แต่เขาก็มาผลัดเวรกัน นั่นก็แสดงถึงความกตัญญูกตเวที ซึ่งมีความสำคัญมากในสังคมไทย

ท่านคงสงสัยว่าทำไม “health for all” เข้ามาในเมืองไทยง่ายๆ อย่างนั้น อันเองก็ไม่เห็นด้วย แต่ที่แปลกประหลาดสำหรับประเทศไทย คือเราเป็นคนที่มีโชคดี มีเชื้อชาติที่เก่าแก่ที่สุดมาแล้ว เราเคยอยู่ใน

ประเทศจีนมา ในหนังสือที่ผมเขียนไว้ สมัยพระเจ้าเหาก่อนพระพุทธศาสนา ๒,๐๐๐ กว่าปี เป็นเวลาไม่ใช่ร้อยตั้งแต่สมัยจีน มีบุคคลเหมือนเป็นพระเจ้าคือเซนนง [Shen Nung] ประเทศจีนถือว่าเซนนงเป็นเทพเจ้า ไม่ใช่คนธรรมดา ท่านผู้นี้มีความสามารถพิเศษอันหนึ่ง คือคิดทำลัทธิขึ้นมาลัทธิหนึ่ง พระพุทธเจ้าก็มาพบ หลัง ๒,๐๐๐ กว่าปี ลัทธินี้เป็นเครื่องยืนยันถึงปัญญาที่มีอยู่ตั้งแต่ดั้งเดิม เลยกยกย่องว่าท่านเป็นพระเจ้าองค์หนึ่ง เพราะโลกนี้ทั้งโลกมันอาศัยลัทธิจนบัดนี้ ดึกหลังนี้ก็ทำไม่ได้ถ้าไม่มีลัทธิ เพราะฉะนั้นจึงเป็นเรื่องที่แปลกประหลาดมาก เป็นเรื่องที่เก่าแก่นมนานมาแล้ว ท่านได้แต่งตำราแพทย์ของท่านเอาไว้ในสมัยของท่าน

ต่อมามีบุคคลคนหนึ่งซึ่งมีชื่อเสียงในประเทศจีนคือหวังตี้ [Hwangti] ท่านผู้นี้ก็เมื่อประมาณ ๔,๕๐๐ ไร่ยปีมาแล้ว หวังตี้มีเมียและเมียก็มีประวัติศาสตร์ที่น่าศึกษา เมียเขาเป็นคนที่รู้จักเลี้ยงไหม เรามีไหมใช้มาจนทุกวันนี้ก็เพราะภรรยาของหวังตี้ เพราะฉะนั้นประเทศในโลกนี้พูดถึงประวัติศาสตร์การอะไรก็ตามมันอดคิดถึงคนจีนคนนี้ไม่ได้ เขาทำอะไรที่พิเศษพิสดารมาก หวังตี้กับภรรยาเขา เขาเป็นคนแรกที่เห็นสังขรณ์ว่าทุกอย่างในโลกนี้มันคู่กัน ว่ามีขาวมีดำ ในเย็นมีร้อน มีทุกขมีสุข เป็นคนที่น่าสังขรณ์มาให้เราเรื่องนี้ จักรพรรดิหวังตี้ที่เรียกว่าเป็นตำราของทฤษฎีหยาง - หยิน เราก็ไม่รู้ว่ายาง - หยิน มาอย่างไร แต่มีท่านผู้นี้เป็นคนเริ่มต้น ที่นี้ทฤษฎีหยาง-หยินนี้มันเป็นสังขรณ์ที่พุทธศาสนาเรายกย่อง ว่าอย่างนั้น ผมจึงคิดว่าการพูดอะไร เราต้องพูดถึงเรื่องมนุษย์ ตามในหนังสือที่ผมให้ไป

เรื่องแพทย์ก็เรื่องมนุษย์ ในภาพจะเห็นเมื่อ ๔ ล้านปีมาแล้วอยู่บนต้นไม้เรียกว่าโฮมินิด [Hominid] โฮแปลว่ามนุษย์ โฮมินิด [คือ] มนุษย์วานร มนุษย์บนต้นไม้ ต่อมาก็เริ่มเป็นมนุษย์ที่ยืนตัวตรง รูปที่ ๒ เรียกว่าโฮโมอีเรคตัส [Homo erectus] โฮโมคือมนุษย์

อีเรคตัสคือยืนตัวตรง มนุษย์ที่ยืนตัวตรง เปรียบเทียบกับสัตว์ทั้งหลายแล้วท่านจะเห็นว่าสัตว์ทั้งหลายตัวจะขนานกับพื้นโลก แม้แต่โคโนเสารก็เหมือนกัน ตัวใหญ่แค่นั้นก็ขนานกับพื้นโลก ซ้างตัวใหญ่ก็ยืนขนานกับพื้นโลก แต่มนุษย์ยืนตัวตรง การที่ยืนตัวตรงทำให้ศีรษะสัมผัสกับจักรวาล และในการที่สัมผัสกับจักรวาลมันได้อะไรมา มันได้ปัญญา ซึ่งแตกต่างจากสัตว์ทั้งหลาย สัตว์ทั้งหลายมันไม่มีปัญญาอย่างมนุษย์ เพราะฉะนั้นขณะที่มันยืนตัวตรง มันก็มีปัญญาเข้ามา เมื่อยืนตัวตรงแล้วในมือก็ถือหิน เพราะในโลกนี้มันมีคนมีสัตว์อีกอันก็มีหิน มีเขาสัตว์ เขาอะไร ในการที่มีปัญญาก็ไปหาเครื่องมือมา ตอนแรกเครื่องมือที่หาได้ก็ไม่มีความสำคัญ ก็ไปเอาหินมา เพราะมันไม่ใช่สัตว์ที่จะกัดอะไรก็ได้ มนุษย์ต้องไปเอาหินที่แหลมมากริดลงบนหนังสัตว์แล้วก็กินเนื้อข้างใน เราก็กินเห็นว่าตามบ้านนอกที่ไปล่าหมูป่ามา พอฆ่าเสร็จก็กินที่นั่นเลย กินเลือดหมูป่า กินเนื้อหมูป่า เขามีดเขื่อนเขาหน่องออก อันนี้แหละที่ทำให้มันแตกต่างจากนั้น และกินแบบนี้มันก็เป็นโรค เราก็กินแล้วว่ามันเป็นโรคอะไร เพราะฉะนั้นการพูดถึงเรื่องโรค เรื่องยา "medicine" นี้มันเกี่ยวพันกับมนุษย์ ฉะนั้นต้องรู้เรื่องมนุษย์ให้ดี

เราแบ่งหินออกเป็น ๓ ระดับด้วยกัน ระดับที่ ๑ คือหินที่มันเคาะออกมาประมาณ ๔ - ๕ แสนปี ต่อมาก็คิดว่าจะทำไงให้มันคมมากขึ้น มันก็เป็นสมัยกลาง สมัยสุดท้ายที่เราเรียกกันว่าประมาณ ๑๐,๐๐๐ ปี มา นี้เอง เราเจริญมาประมาณ ๑๐,๐๐๐ ปี เท่านั้นเอง เราก็จะเห็นว่าสมัยหินต้นเดิมตั้งแต่ ๔ - ๕ แสนปี หินกลาง ๓ - ๔ แสนปี ต่อจากหินกลางก็มา ๑๐,๐๐๐ ปี เราเจริญมา ๑๐,๐๐๐ ปีเท่านั้นเอง ส่วนที่เป็นประวัติศาสตร์แท้ๆ ก็ประมาณ ๕,๐๐๐ ปี เท่านั้น

ตอนแรกสิ่งที่ได้ก็คือเอาไม้ไผ่มาทูลูเอา เอาสิ่งที่มีคมใส่เข้าไปแล้วเอาไปซุบกับยาง เช่น ยางน่อง เอาไปยิงสัตว์ สัตว์ไม่ตายแต่มันเดินไม่ได้ มัน "paralyze" [อัมพาต] ตัวมันเอง หรือมีฉะนั้นก็เอาเหล็กแหลมที่มีไปแทงสัตว์ ต่อมาเห็นว่าวิธีนั้นมันยากลำบาก ก็เลยไปทำคราด ต่อไปคือคราดขึ้นมา เห็นใหม่ แสดงว่าสมัยของการเพาะปลูกกันเองได้ การเพาะปลูกได้ก็เลี้ยงสัตว์ได้ เลี้ยงหมูเลี้ยงปลาได้ การที่มันเริ่มสามารถผลิต "production" [ผลิตผล] ขึ้นมา

ได้ มันก็มีของเหลือ มันก็เกิดการค้าขึ้นมาในระยะตอนนั้น มันรู้จักการค้าในระยะตอนที่มันมีของเหลือ เมื่อมีการค้ามันก็เหลือ เหลือก็ค้าขายกัน คนนั้นมีน้อยคนนี้มีมากก็เกิดการรบราฆ่าฟันแก่งแย่ง มันก็เหมือนเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในปัจจุบันนี้ ผู้ผลิตมีมากก็หาทางที่จะใช้ออกให้ได้หมด ต่อมาก็ถึงสมัยของเทคโนโลยี ความรู้ทางด้านวิทยาศาสตร์ซึ่งเกิดขึ้นมาประมาณเมื่อ ๕๐๐ ปีมานี้เอง รายละเอียดอยู่ในหนังสือที่ผมเขียน อะไรมันเกิดขึ้นในระยะนี้ อันนี้ที่ผมเป็นห่วงที่สุด อยากจะเตือนท่านทั้งหลายก็คือว่า คนสุดท้ายนั้นเสียผ้ามันก็ไม่ใส่ ท่านรู้ไหมว่าผมทำตลอดที่โรงพยาบาลหญิง คนที่ผมทำตลอดมันแก้ผ้าออกมาไม่ว่าผู้หญิงผู้ชาย ฉะนั้นอย่าไปนึกว่ามันเป็นมนุษย์ที่เจริญรุ่งเรือง เป็นโฮโมเซเปียน [Homosapien] ก็ยังไม่พอ เดิมเซเปียนเข้าไปอีกตัว [เป็นโฮโมเซเปียน เซเปียน Homosapien sapien] กลายเป็นมนุษย์ที่ฉลาดมาก มันฉลาดอย่างไรรู้ไหม มันออกมามันไม่มีอะไรขึ้นมาเลย เพราะฉะนั้น ท่านเกิดมาท่านไม่มีอะไรมาด้วย ตัวท่านไม่มีอะไรแก้ผ้าออกมาทั้งนั้น ท่านโตขึ้นท่านต้องสนุกใจ สุขใจ เมื่อท่านมาตัวเปล่าท่านจะเอาอะไร ฆาไปท่านก็ไปอย่างตัวเปล่าเหมือนกัน ท่านแก้ผ้าขณะที่จะตายนะ เพราะเผาแล้วผ้าก็ไหม้ไป แล้วเราก็เอาอังคารมาใช้เพราะฉะนั้นสิ่งที่เราเป็นห่วงก็คือว่า คนๆ นี้ คนสุดท้ายนี่คือพวกเรา ไซ้ใหม่ ก็มีอย่างที่เราเห็นในปัจจุบัน พวกเราทำงานการไม่ทำ จะทำอย่างไรอย่างเดียว จะทำอย่างไรถึงจะให้มันสดางค้ขึ้นมาคือหาเงินได้ แล้วอันตรายที่มากที่สุดที่ผมเห็น คือไอ้ที่เข้ามาประเทศไทยเมื่อประมาณ ๒๐ กว่าปีมานี้ เมื่อ พ.ศ. ๒๕๐๐ ที่มีเรื่องเกี่ยวกับคุณจำลองกับจอมพลคนหนึ่งทะเลาะวิวาทกัน ผมจำได้ว่า มันพูดในท้องสนามหลวง ไม่ได้ออกมามากมายเหมือนในปัจจุบัน พอถึงปัจจุบันก็มีคนหัวใสได้ความรู้ขึ้นมา เสร็จเรียบร้อยราคาก็แพงเหมือนกัน เป็นหมิ่นตอนแรก แต่มันคิดเรา ๓ - ๔ หมิ่นตอนแรกกว่าเราจะรู้สึกตัวที่แกก็รวยไม่รู้อะไร รวยจนไม่รู้จะอะไร เงินที่เขามีมาอย่างไร เรากว่าจะได้มานั่งแล็คเซอร์ ฟังเขาเมื่อกี้นี้ก็อยากทำบุญ หาวิธีใหม่ ไอ้ที่มันร่ำรวย แล้วในที่สุดมันมีทุกหมู่บ้าน แล้วทุกคนถามว่าทำไมต้องมี ไม่มีไม่ได้หมอ มันเสียหน้าเขา เราก็ได้มีโอกาสเห็นว่า ออ! มนุษย์ดีๆ เราเห็นหนอ พอมีไอ้ที่ขึ้นมาที่มาหัวรอต่อกระซิกคิกคักอยู่คนเดียว มันก็บ้าเราดีๆ นี้เอง แต่เราก็ยอมเป็นบ้า นี้เรามีไอ้ที่ใหม่

[โทรศัพท์มือถือ] ทุกคนต้องมี ตามว่าทำไมต้องมี ถ้าไม่มีเขาจะถูกผม ที่ผมพูดให้ฟังไม่ได้หลอกท่าน มันของจริงๆ ที่ผมเห็น

ฉะนั้นผมถึงเป็นห่วงตรงนี้ เมื่อ ๒ - ๓ วันมีหนังสือพิมพ์ลงว่าเขาไม่รู้จะหาอะไรมา เขาก็เอาผิดของเขาไปเจื่อนคอไอ้คนขับรถแท็กซี่ ไปเจื่อนเขาทำไม เขาไม่ได้มีเรื่องอะไรกับเรา จะไปฆ่าเขาเพราะคำสั่งที่อยู่ในคอมพิวเตอร์มันบอกให้ฆ่า แล้วต่อไปจะเอาอะไรข้างหน้า

ผมเป็นหมอยุโรพยาบาลหญิง ย้ายมาตอนแรกผมทำคลอดอาทิตย์ละวัน ทำคลอดคนหนึ่งต่อ ๑ วัน ตอนผมออกจากโรงพยาบาลหญิง ผมทำคลอดวันละ ๖๐ - ๗๐ คนต่อวัน แต่ก็ไม่เคยเห็นภาพอย่างนี้ออทิสติก [autistics] ไม่มีในสมัยผมนั้น หลังจาก พ.ศ. ๒๕๐๐ มาแล้ว ทุกอันสารพันเป็น กระเบื้องจะเฟื่องฟูลอย น้ำเต้าน้อยจะถอยจม ผู้ดีจะเดินในตรอก ซ้ำครอกจะเดินถนน ผมชอบเป็นซ้ำครอก ผมจะเดินบนถนน แล้วเป็นไงพ่อแม่เป็น Ph.D.^๔ แม่เป็นหมอพ่อเป็นหมอ แต่ลูกออทิสติก มีคนถามผมเพราะเหตุใด ผมบอกก็ไอ้อันเมื่อกี้ราคาไม่กี่พันบาท ของผมมันยี่ห้อที่ทำมาจากโนเกีย [Nokia] ลูกเขาซื้อให้ ผมไม่มีสตางค์ซื้อ เขาบอกยี่ห้อดีที่สุด โนเกียเป็นของฟินแลนด์ ฟินแลนด์นี่ภูมิลำเนาเคยดีเข้าไปในยุโรป และดีครั้งสุดท้ายที่ฟินแลนด์เลย มองไกลไม่เคยมาดีเรา จนปัจจุบันนี้เรายังคิดไม่ออก

เขาถามผมว่า ผมเป็นคุณหมอเนื่องมาจากอะไร ผมบอกว่าผมมีลูกขึ้นมา ผมต้องลูบคลำหน้าท้อง ภรรยาผม ต้องคอยดูแลว่าจะมีความเดือดร้อนอย่างไร เขาตื่นหรือเปล่า เขานั่งอย่างไรทำไหนอย่างไรบ้าง แต่มาถึงสมัยนี้พ่อเขาเป็น Ph.D. เป็นอาจารย์อยู่ในมหาวิทยาลัยนั่น แม่เขาก็เป็นผู้จัดการใหญ่ธนาคารชาติ ธนาคารของเขา เขาไม่มีเวลามานั่ง

จับท้อง เมื่อภรรยาเจ็บท้องขึ้นมาเขาไม่มีการมาจับท้องภรรยาของเขา เขาไม่มีเวลาจริงๆ ชีวิตเขาคือเงินอย่างเดียว ในการที่เขาทำสิ่งที่เกิดมาเป็นชีวิตแล้วไม่ได้รับการเอาใจใส่เลย เขาก็เลยมาเป็นคนนี้ เขาทำอะไรบ้างพฤติกรรมเขา ผมเลี้ยงข้าวที่บ้านอยู่ ผมดูแลคนใช้พวกนี้อยู่ ผมมีมูลนิธิ ในมูลนิธิของผมนั้นเป็นคนสมองเสียชะ ๑๐๐ คน เป็นออทิสติก ๕๐ คน ผมก็ถามแต่ละคนนี่ พ่อแม่เขาปัญญาดีทั้งนั้น เพราะเหตุใดหนอดังเป็นอย่างนี้ อันนี้ท่านทั้งหลายขอให้ไปบอกลูกหลานของท่านด้วย ว่าเมื่อลูกหลานมีท้องแล้วอย่าลืมอย่าทิ้งเขา เขาต้องการเราที่จะเข้าไปดูแลเขา แต่ถ้าเราเห็นแต่เรื่องเงินๆ อย่างเดียวมันก็ไม่เกิดอะไรขึ้นมา นอกจากนั้น เอกสารที่ผมแจกไปมีเรื่องของสมองเยอะแยะหมด

ศ.ดร.ทวีทอง : อยากให้เล่าเรื่อง ดร. มาร์ห์เลอร์ ให้ฟัง

ศ.นพ.เสม : ดร. มาร์ห์เลอร์ มีลักษณะเดียวกันนี้ เขาเป็นผู้อำนวยการองค์การอนามัยโลก^๕ เราได้ติดต่อกับองค์การอนามัยโลกหลังสงครามโลกครั้งที่ ๒ เสร็จสิ้นลง เมื่อวันที่ ๑๕ สิงหาคม พ.ศ. ๒๔๘๘ เราไปติดต่อกับต่างประเทศ เขาก็ส่งหัวหน้าต่างๆ มา ก็มีอันหนึ่งคือยูนิเซฟ มี "World Health"^๖ เข้ามาหลังปี พ.ศ. ๒๔๘๘ เข้ามาในเมืองไทย แล้วมาสอนเราในเรื่องเกี่ยวกับถ้อยคำต่างๆ จนกระทั่งมาถึงสมัยของมาร์ห์เลอร์เขาเข้ามา มาร์ห์เลอร์เป็นคนที่มีความแปลกประหลาด เป็นคนไม่ค่อยเชื่อคนง่ายๆ อย่างที่สองท่านแสดงตัวเมื่อกี้ นั่นคือ ดร. มาร์ห์เลอร์ ไม่ใช่ว่าคุณอย่างไร ผมก็ว่าตาม มันไม่ว่าตามคนที่พูดคนแรก มันมีความเห็นของมันต่างหาก เป็นคนที่แปลกประหลาดหน่อย พอเข้ามาในประเทศไทยแล้ว เขาเกิดไปประชุมในประเทศสวีเดนเมื่อ พ.ศ. ๒๕๒๑ ที่เมืองอัลมา อตา [Alma Ata]^๗ บอกวิธีการต่างๆ ที่คณะแพทย์ของโลกทำกันในช่วงหลังสงครามโลก อเมริกันบอกว่าวิธีของอังกฤษใช้ไม่ได้ มันจะเขียน

๔ Ph.D. - Doctor of Philosophy หมายถึงจบปริญญาเอก

๕ Dr. Halfdan T. Mahler เป็นผู้ว่าการใหญ่ขององค์การอนามัยโลกระหว่างปี พ.ศ. ๒๕๐๖ - ๒๕๓๑

๖ หมายถึง "World Health Organization" หรือองค์การอนามัยโลก

๗ ใน พ.ศ. ๒๕๒๑ เมืองอัลมา อตา อยู่ในสหภาพโซเวียต แต่ปัจจุบันเมืองนี้คือเมืองอมาตี [Amaty] เมืองที่สำคัญและเป็นของประกาศศาสตร์ศาสนา

ป้ายมึมาตามหัวมุมที่ต่างๆ “We don’t like the British” รักษาดูแลฟรีไม่ต้องการ อเมริกันภูมิใจเรื่องเกี่ยวกับ “insurance” [การประกันภัย] จะมีบริษัท “insurance” เยอะแยะไปหมดเลย แล้วมาวันนั้นบริษัท “insurance” ใหญ่โตแห่งหนึ่งเริ่มจะพัง มันเริ่มว่ารุ่นอีกแล้ว

เสร็จแล้ว มาเลอริบบอกว่า วิธีการของโลกขณะนี้มันใช้ไม่ได้ มันต้องพยายามหาวิธี ช่วยกันคิดปรึกษาเอาประเทศต่างๆ มานั่งปรึกษากันที่เมืองอัลมา อตาของรัสเซีย ทำไมต้องประชุมที่รัสเซีย เพราะรัสเซียมันเข้ากับคนอื่นไม่ได้ ประชุมเสร็จแล้วประเทศต่างๆ ก็รวบรวมกัน เสร็จเรียบร้อยก็มองเห็นว่า ทางที่ดีที่สุดนั้นจะต้องเขียนคำให้เป็นที่ประทับใจคนว่า “Health for All by the Year ๒๐๐๐” [สุขภาพดีถ้วนหน้าภายในปี ๒๐๐๐] เขามาเมืองไทยก็มาพูดกับผม ผมก็บอกว่าดี วิธีของคุณดีมาก จะมีประโยชน์มาก แต่คุณบอกว่า “by the year ๒๕๔๓” [ภายใน พ.ศ. ๒๕๔๓] ผมบอกต่อนั้นผมอายุ ๗๐ แล้ว ผมคงอยู่ไม่ถึงดูให้เห็น พ.ศ. ๒๕๔๓ ก็ขออวยพรให้เธอและคณะจงสำเร็จ เสร็จเรียบร้อย พอถึง พ.ศ. ๒๕๒๑ - ๒๕๒๒ เขาไปประชุมที่ประเทศจีน ขณะนั้นจีนเป็นคอมมิวนิสต์ แล้ววิธีการดูแลคนเจ็บป่วยของคอมมิวนิสต์นั้นดีกว่า ที่เรียกว่ามีหมอเท้าเปล่า เขาก็เชิญผมไปประชุมด้วยที่ประเทศจีน เราก็ไปนั่งประชุมกันมีหลายสิบชาติและได้ตกลงกันว่าวิธีที่ดีที่สุดคือวิธีที่เรียกว่า “primary health care” [สาธารณสุขมูลฐาน] ทุกคนพอว่า “primary” [มูลฐาน] มันก็ไม่ชอบเหมือนอย่างที่สองคนพูดเมื่อกี้นี้ ไม่เห็นด้วย เริ่มตันมานานจนเป็นมหาประเทศยังจะใช้คำว่า “primary” อีก มันก็ไม่ค่อยเห็นด้วยกับเรา แล้วก็เอาเราไปประชุมที่ด้านเหนือของเมืองชานตุง อยู่ห่างจากปักกิ่ง รถไฟเดินทาง ๑ วันกับ ๑ คืน พอถึงเมืองนี้ เขาก็พาเราไปหาหมอเท้าเปล่า เราก็นึกในใจว่ามันไม่เห็นเท้าเปล่า มันก็ใส่รองเท้ากันทุกคน ในที่สุดลงเอยว่า “primary health care” แปลว่า “Care” [การดูแล

เอาใจใส่] ที่ทำได้โดยวิธีง่ายๆ โดยตนเอง แต่ละประเทศมี “primary health care” ไม่เหมือนกัน ของพอมิ ๑๐ ประการ” ของคนอื่นอาจจะ ๘ หรือ ๙ ก็แล้วแต่ แต่แล้วพอถึง พ.ศ. ๒๕๔๓ พอมิยังไม่ตาย คุณหมอมาร์เลอร์กับอาจารย์อาวโลก็นั่งประชุมด้วย เขามาถึงก็โยนหนังสือโครมต่อหน้าประเทศ” บอกว่าไปนั่งคุมมันทำไม ไอ้ประเทศนี้มันคิดของมันเองได้ ก็ให้มันคิดเองสิ มันไม่ต้องมาคุม เราก็เลยฟรี [free] เป็นประเทศแรกที่มีมันไม่คุมเราเลย” มันให้เราทำอะไรทำอะไรไป เราก็ทำอะไรไปละๆ เอะๆ อย่างที่เห็นจนกระทั่งถึงวันนี้ เราก็นึกว่าถึงวันนี้เราก็ควรจะตายได้แล้ว

ศ.ดร. ทวีทอง : จริงๆ แล้ว ผมคิดว่าเรื่องความประทับใจของผู้คนที่เกี่ยวข้องกับเรื่องของการสาธารณสุขมูลฐาน ตั้งแต่ระดับผู้ใหญ่อย่างอาจารย์เสม จนกระทั่งถึงพวกเราทั้งหมดที่นั่งอยู่ตรงนี้และไม่ได้นั่งอยู่ตรงนี้ มันขับเคลื่อนด้วยอุดมคติหรืออุดมการณ์อะไรบางอย่าง ทุกคนที่อยู่ตรงนี้เหมือนลงเรือลำเดียวกัน ต้องการที่จะให้สิ่งดีๆ เกิดขึ้นกับวงการสาธารณสุขไทย

ผมเรียนอาจารย์ตรงนี้เลยว่า ตอนนั้นผมกลับมาไม่กี่ปี ตอนนั้นสภาพพัฒน์มีแผนพัฒนาชนบทยากจนหนาแน่น แล้วก็ “primary health care” [สาธารณสุขมูลฐาน] กับ โรงพยาบาลอำเภอ ๓๐ เตียง เป็นโครงการใหญ่ ๒ โครงการที่อยู่ในแผนพัฒนายากจน ผมถูกมอบหมายให้ไปศึกษา “feasibility” [ความเป็นไปได้] ของแผน ๒ แผนนี้ คือ “primary health care” กับโรงพยาบาลชุมชน

พอผมทำงานเสร็จก็ส่งไปให้รัฐมนตรีสาธารณสุขอ่านด้วย เผื่อท่านจะอ่าน ก็ไม่คิดว่าท่านจะอ่าน รัฐมนตรีสาธารณสุขท่านที่อ่านนี้ คือท่านอาจารย์เสม และเป็นความประทับใจมากเลยเพราะ หลังจากที่ผมส่งไปไม่กี่วัน ปรากฏว่าท่านอาจารย์ก็ให้เลขาฯ โทรมา ขอเชิญให้ผมพบท่านรัฐมนตรีหน่อย ทั้งที่ผมไม่รู้

๑๒ คือ ๑) การให้การศึกษา, ๒) การโภชนาการ, ๓) สุขาภิบาลสิ่งแวดล้อม โดยเฉพาะน้ำสะอาด, ๔) การมารดาทารกเสาะหะ รวมทั้งการวางแผนครอบครัว, ๕) การให้ภูมิคุ้มกัน, ๖) การควบคุมโรคประจำท้องถิ่น, ๗) การจัดหาหลัก รวมทั้งสมุนไพร, ๘) การให้บริการพื้นฐานสาธารณสุข โดยเฉพาะจากอาสาสมัคร, ๙) ทันตสาธารณสุข, ๑๐) สุขาภิบาลจิต

๑๓ ศาสตราจารย์เกียรติคุณนายแพทย์ประเวศ วะสี

๑๔ ระเบียบการขอใช้เงินงบประมาณช่วยเหลือขององค์การอนามัยโลกนั้น แต่ละประเทศจะต้องเสนอขอไปยังสำนักงานภูมิภาค (ของภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ ตั้งอยู่ที่กรุงนิวเดลี ประเทศอินเดีย) แต่ประเทศไทยขององค์การอนามัยโลกสนับสนุนให้ใช้เงินช่วยเหลือได้อย่างเป็นอิสระ ดูเพิ่มเติมใน เกียรติประวัติแพทย์ไทยฝากไว้ให้คนรุ่นหลัง : ชีวิตและงานของศาสตราจารย์นายแพทย์เต็มพริ้งพวงแก้ว บรรณาธิการโดย สันติสุข โลกอนศิริ (กรุงเทพฯ สำนักวิจัยสังคมและสุขภาพ (สวสส) และสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ (สนย), ๒๕๔๙, ๒๐๒ - ๒๐๕

จักอะไรส่วนตัวกับท่านอาจารย์เลย ผมก็สงสัยจะเชิญให้เข้าพบเรื่องอะไร พอเข้าไปพบท่านอาจารย์ ท่านก็บอกว่าไหนลองเล่าให้ฟังหน่อยสิว่าโรงพยาบาลอำเภอที่ไปวิจัยมาเนี่ยว่าอย่างไร ปรากฏว่าท่านก็พูดจาให้กำลังใจอย่างมากเกี่ยวกับเรื่องงานที่ทำอะไรแบบนี้ ตั้งแต่วันนั้นมา ท่านอาจารย์ก็จำผมได้ตลอดไม่ว่าในงานไหนอะไรยังไง นี่เป็นความประทับใจว่าเหมือนมีผู้ใหญ่เหมือนเป็นเสาหลักให้กำลังใจกับคนรุ่นหลังที่เข้ามาทำ เกิดเป็นกำลังใจ ทุกคนที่เข้ามาทำก็มาร่วมด้วยความตั้งใจ ก็ซบเคลื่อนไปได้ สถานการณ์ในอดีตเป็นอย่างดีจริงๆ แต่ปัจจุบันนี้สถานการณ์อย่างนี้อาจจะเป็นเรื่องที่หายากมากขึ้นเรื่อยๆ ก็เป็นประเด็นที่อาจารย์มีความกังวลตรงนี้อยู่

ที่นี้ย้อนกลับไปถึงเรื่องสาธารณสุขมูลฐานจริงๆ แล้วข้อเท็จจริงมันอยู่ในสนาม ผมว่าคุณระเด่น หัสดี เป็นท่านหนึ่งที่บุกเบิกงานสาธารณสุขมูลฐานในสนามมา ขอเชิญคุณระเด่นเล่าความประทับใจของคุณระเด่นครับ

ระเด่น หัสดี : คนที่ทำให้ผมทำงานสาธารณสุขมูลฐาน ประสบผลสำเร็จ คือ อาจารย์หมอไพจิตร* [ผมเริ่มรับราชการครั้งแรกเมื่อปี พ.ศ. ๒๕๐๗ - ระเด่น] ครั้งแรกผมทำงาน "pilot project" [โครงการนำร่อง] วัคซีนโรคชนบ อยู่ที่สถานีอนามัย ตอนนั้นเป็นสถานีอนามัยชั้น ๑ และเป็นโรงพยาบาลปากช่องนานาในตอนนั้น [ทำหน้าที่] ค้นหาผู้ป่วยวัณโรคโดยตรวจเสมหะ สมัยนั้นปี พ.ศ. ๒๕๐๗ หาผู้ป่วยวัณโรคอยู่ที่ปากช่อง** จนถึงปี พ.ศ. ๒๕๑๔ เข้ามาอยู่ในศูนย์วัณโรค ทำงานวัณโรคมาตลอด เป็น "pilot project" ค้นหาผู้ป่วยแล้วก็จ่ายยา ติดตามผู้ป่วย โดยให้มีอาสาสมัครในเรื่องของวัณโรค เกิดขึ้นแล้วละ ในหมู่บ้านในอะไรต่างๆ จนปี พ.ศ. ๒๕๑๔ ย้ายมาอยู่

สำนักงานสาธารณสุขนครราชสีมา [คือย้าย] จากปากช่อง แล้วอยู่ศูนย์วัณโรคก่อนเมื่อปี พ.ศ. ๒๕๑๒ ช่วงที่มาอยู่สาธารณสุขนครราชสีมา อาจารย์หมอศิริพันธ์^{๑๕} เป็นนายแพทย์สาธารณสุข พ.ศ. ๒๕๑๔ ไปเป็นหัวหน้าฝ่าย จนถึงปี พ.ศ. ๒๕๒๐ อาจารย์หมอไพจิตรย้ายมา ผมได้ย้ายไปเป็นสาธารณสุขอำเภอ [ในไทย]^{๑๖} เริ่มงานสาธารณสุขมูลฐานจริงๆ แล้วเริ่มช่วงที่อยู่ปากช่องนั้น ก็ทำงานที่เรียกว่าอนามัยอเนกประสงค์ มีอาสาสมัครเหมือนกัน เป็นอาสาสมัครสาธารณสุข คล้ายๆ ประชาชนชาวบ้านเริ่มมีแล้ว มีผู้ที่เก่งในเรื่องของงานสาธารณสุข เป็นคนอาสาสาธารณสุข ป้าชั้นทองอะไรอย่างนั้นนะครับ มีแล้ว

สมัยที่เป็นอนามัยอเนกประสงค์ก็มีจุดนัดพบ คือ ในรอบเดือนหนึ่ง สถานีอนามัยจะออกหน่วยเคลื่อนที่ไปและจะมีจุดนัดพบ จะนัดให้ประชาชนมารับการรักษาตรงนั้น ช่วงนั้นยังไม่มีหมอ จุดนัดพบก็จะให้วัดซินเด็กและตรวจผู้ใหญ่ ทั้งงานค้นหาวัณโรคด้วย นัดพบคนที่มีอาการไอเรื้อรังตั้งแต่ ๓ สัปดาห์ขึ้นไป สมัยนั้น เสร็จแล้วก็จ่ายยาแล้วก็มาขึ้นทะเบียนรักษาวัณโรค

จนย้อนมาอีกทีเมื่อปี พ.ศ. ๒๕๒๐ อาจารย์หมอไพจิตรมาเป็นนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา ผมก็เป็นสาธารณสุขอำเภอ(ในไทย) ช่วงเป็นสาธารณสุขอำเภอ งานโครงการสาธารณสุขมูลฐานจะเริ่มพอดี เริ่มปี-พ.ศ. ๒๕๒๐ จะมีการคัดเลือก ผสส. [และ] อสม. เกิดขึ้น ช่วงนั้นมีงาน "ในไทย โปรเจกต์" เกิดขึ้น ให้มีกองทำงานสาธารณสุขมูลฐานเต็มรูปแบบขึ้นในหมู่บ้าน

การทำงานสาธารณสุขมูลฐานในขณะนั้น สถานีอนามัยมีเจ้าหน้าที่อยู่คนเดียว อย่างมากมีสองคน^{๑๗} ผมอยู่ในไทยมี ๑๒ ตำบล มีสถานีอนามัย ๗ แห่ง มี

๑๕ คอลเลจวารแพทย์ไพจิตร ปวธบุตร

๑๖ ตำแหน่งหมอบอกได้ผู้ป่วยวัณโรคขึ้นทะเบียนจ่ายยารักษา ติดตามผู้ป่วยให้มารับยาตามกลุ่ม และกำหนดให้มีอาสาสมัครวัณโรคประจำหมู่บ้าน ค้นหาผู้ป่วยไอเรื้อรังเกิน ๓ สัปดาห์ และติดตามผู้ป่วยวัณโรคที่ขาดยา - ระเด่น

๑๗ นายแพทย์ศิริพันธ์ จากอุดรฤกษ์

๑๘ โดยสรุป ในปี พ.ศ. ๒๕๑๒ ย้ายไปประจำสถานตรวจโรคปอดนครราชสีมา ทำหน้าที่ผู้แทนงานวัณโรคประจำเขต ในปี ๒๕๑๔ โอนไปเป็นหัวหน้าฝ่ายควบคุมโรค สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา สมัยนายแพทย์ศิริพันธ์ จากอุดรฤกษ์ เป็นนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด จนกระทั่งปี พ.ศ. ๒๕๒๐ นายแพทย์ไพจิตร ปวธบุตร ย้ายมาดำรงตำแหน่งนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา จึงให้ไปเป็นสาธารณสุขอำเภอในไทย ในช่วงเวลานั้นไม่มีโรงพยาบาลชุมชน ไม่มีแพทย์ ได้เริ่มงานอนามัยอเนกประสงค์ ในแต่ละหมู่บ้านมีประชกชาวบ้านและผู้ทีชาวบ้านตรวจนับ ก็เป็นอาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้าน ในรอบเดือนแต่ละสัปดาห์จะมีจุดอนามัยนัดพบชาวบ้านแต่ละหมู่บ้าน สถานีอนามัยจะเคลื่อนย้ายไปให้บริการ รักษาผู้ป่วย และบริการวัคซีนในเด็กเล็ก พร้อมทั้งค้นหาผู้ป่วยไอเรื้อรังเกิน ๓ สัปดาห์ขึ้นไป นัดตรวจเสมหะพบผู้ป่วยจะขึ้นทะเบียนรักษา - ระเด่น

๑๙ การทำงานสาธารณสุขมูลฐาน ในช่วงนั้นมีบุคลากรจำกัด มีเจ้าหน้าที่ประจำสถานีอนามัยแห่งละ ๑ - ๒ คน อำเภอมี ๑๒ ตำบล สถานีอนามัยมีเพียง ๗ แห่ง ไม่มีโรงพยาบาลชุมชน - ระเด่น

เจ้าหน้าที่รับผิดชอบคนเดียว อย่างมากมีสองคน ช่วงนั้นมี “โนนไทย โปรเจกต์” [โครงการโนนไทย] ให้ทำงานสาธารณสุขมูลฐานด้วย มีการเอาชาวบ้านมาคัดเลือก ผสส. อสม. เกิดขึ้นมา การเลือกสมัยนั้นเป็นการเลือกหมู่บ้านที่มีศักยภาพที่จะประสบผลสำเร็จก่อน ไม่ใช่เลือกครั้งเดียวหมดเลย^{๒๐} คล้ายๆ หาศักยภาพในหมู่บ้านที่มีแนวโน้มจะประสบความสำเร็จ ดูอย่างไร ดูความร่วมมือของการไปประชุม ดูความร่วมมือของประชาชนในหมู่บ้านว่าเป็นอย่างไรบ้าง อันที่สองช่วงนั้นคณะกรรมการหมู่บ้านเริ่มเกิดขึ้น เป็นกรรมการหมู่บ้านฝ่ายต่างๆ แต่ยังไม่จริงจังอะไร พัฒนาการจังหวัด ตอนนั้นเรียกกรมพัฒนาการของมหาดไทยมีคณะกรรมการเกิดขึ้น แล้วแต่หมู่บ้านใหญ่หมู่บ้านเล็ก หมู่บ้านละ ๗ - ๑๒ คน คนที่เป็นกรรมการโดยตำแหน่ง คือ ผู้ใหญ่บ้าน ผู้ช่วย ๒ คน นอกนั้นมีฝ่ายต่างๆ จากที่เราทำที่โนนไทยคัดเลือก ผสส. อสม. แล้ว พร้อมกับนั้น เราเห็นศักยภาพของ ผสส. อสม. จะสำเร็จได้ดินนั้นจะต้องมีคณะกรรมการหมู่บ้านให้การสนับสนุน เราก็เลยคัดเลือกคณะกรรมการหมู่บ้านเกิดขึ้นด้วยพัฒนาด้วย ผูกอบรมคณะกรรมการหมู่บ้านไปด้วย แล้วก็เป็นการกระทำโดยร่วมกัน ๔ กระทรวงหลัก คือกระทรวงเกษตร[และสหกรณ์] กระทรวงมหาดไทย กระทรวงสาธารณสุข และกระทรวงศึกษาธิการ

ช่วงนั้นก่อนที่เราจะไปทำหมู่บ้านไหน เราจะทำความเข้าใจใน ๔ กระทรวงหลักให้รู้เรื่องให้เข้าใจก่อน บังเอิญผมเป็นสาธารณสุขอำเภอในช่วงนั้นก็ได้เกษตรอำเภอดี พัฒนาการอำเภอดี ช่วยกันเรื่องคณะกรรมการหมู่บ้าน ขณะเดียวกันนั้น เราก็มีอาสาสมัครเกิดขึ้น ขยายไปจนครบหมดทั้งอำเภอ ใช้เวลา ๒ ปี คือ พ.ศ. ๒๕๒๑ ถึง พ.ศ. ๒๕๒๒ ครบหมดเลย และก็มิกองทุน[หมู่บ้าน]เกิดขึ้น สมัยนั้นที่ อสม. แต่ละ

หมู่บ้านจะได้เงิน ๑,๐๐๐ บาท เราเห็นว่าเงินไม่พอ ขณะเดียวกันนั้นมีข่าวเรื่องกองทุนยาเกิดขึ้น^{๒๑} เรียไรเงินกันทำเป็นกองทุนยา คนละ ๑๐ บาท ไปไว้ในหมู่บ้านนั้น แล้วก็ไปซื้อยาไปช่วยคนจนบ้างด้วยยาในกองทุนในหมู่บ้าน พอมีกองทุนยาแล้ว ขณะนั้นก็มีข่าวของอาจารย์อารี^{๒๒} เป็นโภชนาการ เราก็ทำกองทุนโภชนาการ เพราะเด็กในหมู่บ้านมีปัญหาขาดสารอาหารเยอะ เริ่มมี อสม. ค้นหาเด็กขาดสารอาหาร อาจารย์ก็คิดสูตรพอดี ผมมาฟังอาจารย์พูด เอาไปดัดแปลงไปเรียกว่า “หัวอาหาร” แล้วเอาหัวอาหารไปในหมู่บ้าน โดยชั่งน้ำหนักเด็ก เด็กขาดอาหารก็เลี้ยงอาหาร ชาวบ้านก็ซื้อหัวอาหาร คนมีเงินหรือไม่มีไม่เป็นไร แต่จะช่วยเหลือซึ่งกันและกัน ขณะเดียวกันนั้นทางการเกษตรเขาก็มีธนาคารข้าว ในเรื่องของประกันสุขภาพเกิดขึ้น โดยอาจารย์หมอมร^{๒๓}

ทั้งหมดเกิดขึ้นมาพร้อมๆ กัน โดยกองทุนยาเกิดขึ้นจากรู้ข่าวว่ามีที่แม่ฮ่องสอน เราก็มาทำที่โนนไทยพร้อมๆ กัน แต่การทำที่โนนไทยได้รับการสนับสนุนจากอาจารย์ เนื่องจากผมจบสาธารณสุขศาสตร์ มีคนช่วยเยอะ อาจารย์เมธี [ดร.เมธี จันท์จารุภรณ์] ก็มาช่วยเลยพัฒนาไปได้เร็ว สมัยนั้นการทำงานไม่มีเหนื่อย เพราะสาธารณสุขจังหวัดไม่เหนื่อย สนุกสนาน มาก คิดอะไรทำอะไรกันสนุกสนานมากเลย คนไปดูงานไม่ขาด ทั้งไทยทั้งเทศทุกวัน ทางอำเภอมีนายอำเภอและมี ๔ กระทรวงหลัก เป็นปลัดอาวุโสไปเป็นวิทยากรได้ทั่ว เป็นความประทับใจตลอดเวลา

ขณะนั้นอาจารย์เสมเป็นรัฐมนตรีกระทรวงสาธารณสุขพอดี ผมตั้งชมรมสาธารณสุขอำเภอ มีข่าวทางกระทรวงฯว่าจะไม่ให้มีสาธารณสุขอำเภอ จะเอาหมอมเป็นสาธารณสุขอำเภอ ครั้งนั้น ทางผมก็ไม่ยอม ต่อสู้กันจนอาจารย์^{๒๔} เรียกผมกับหมอวิชัยไป

๒๐ โดยดำเนินการไปที่ละหมู่บ้านจนครบทุกตำบลในอำเภอ - ระเด่น
 ๒๑ ข่าวเรื่องจังหวัดแม่ฮ่องสอนมีสหกรณ์ยา - ระเด่น
 ๒๒ ศาสตราจารย์เกียรติคุณนายแพทย์อารี วัลยะเสวี
 ๒๓ นายแพทย์อมร นนทสูต
 ๒๔ หมายถึง นายแพทย์เสม พริ้งพวงแก้ว
 ๒๕ นายแพทย์อุทัย สุกสุธา
 ๒๖ โดยกรมเจ้าหน้าสาธารณสุขชุมชนที่สำเร็จ ม.๓ (สมัยก่อน) มาศึกษาต่อเนื่องให้สำเร็จปริญญาตรีปริญญาโท - ระเด่น
 ๒๗ หมายถึง กระทรวงสาธารณสุข - ระเด่น
 ๒๘ นายแพทย์สงวน นิตยารักษ์พงศ์
 ๒๙ หมายถึง ศาสตราจารย์พิเศษนายแพทย์ไพจิตร ปะบุต
 ๓๐ หมอเท้าเปล่า เป็นนโยบายที่จะขยายระบบบริการสุขภาพลงไปยังชนบทที่ห่างไกลของสาธารณรัฐประชาชนจีน ที่เกิดขึ้นในราวศวรรษ ๑๙๖๐ ขณะอยู่ภายใต้การปกครองในระบบคอมมิวนิสต์ของเหมาเจ๋ตุง ชื่อหมอ “เท้าเปล่า” หมายถึง ชาวนาซึ่งทำงานในนาโดยไม่สวมรองเท้า รัฐบาลจีนนำชาวนามารับการฝึกอบรมทางการแพทย์ในขั้นพื้นฐานที่สุด แล้วส่งไปทำงานตามหมู่บ้านชนบทที่

พบ บอกว่าเป็นลูกทั้งคู่ คนหนึ่งเป็นแขนซ้ายแขนขวา
ตั้งแต่นั้นมาก็ไม่มีอะไร

เมื่อมีชมรมแพทย์ชนบทเกิดขึ้น เราก็ตั้งชมรม
สาธารณสุขอำเภอเกิดขึ้นช่วงนั้นเหมือนกันทั่วประเทศ
พ.ศ. ๒๕๒๕ เริ่มที่จังหวัดเชียงใหม่และได้พัฒนาไป
ใหญ่โต สมัยก่อนเจ้าหน้าที่สาธารณสุข [ประจำสถานี
อนามัย] ไม่มีใครสำเร็จปริญญา [ทางด้านสาธารณสุข]
เลย จนตอนหลังเมื่ออาจารย์ไพจิตร เป็นปลัด
กระทรวงจนถึงอาจารย์อุทัย^{๒๕} ผมจึงขอต่อรองกับ
คณะสาธารณสุขศาสตร์ [มหาวิทยาลัยมหิดล] ขอ
ขยายเป็นปริญญาตรี โดยไม่ต้องสำเร็จ ม.๖ คือ ม.๓
นี่แหละ^{๒๖} ทำงานไปก็สำเร็จปริญญาตรีเลย ก็เลยมี
คนเก่งมากมาย

สิ่งที่ประทับใจคือ ประกัน ๓๐ บาทรักษาทุกโรค
เริ่มจากเรา^{๒๗} แน่นนอน ตอนนั้นคุณหมอสงวน^{๒๘} ยัง
ช่วยไปดูแล ไปช่วยกัน [ดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐาน
เรื่องประกันสุขภาพที่ในไทย - ระเด่น] เตรียมทำ
พร้อมกันเพื่อขยายออกไปทั่วประเทศ ช่วงนั้นนอกจาก
ในไทย เรายังรวมไปถึงอำเภอโคกชัยอีกครับ และ
หลายอำเภอ[ในจังหวัดนครราชสีมา] ขยายไปทั่ว มา
ดูงาน การทำงานสมัยก่อนมันมีกำลังใจจากอาจารย์
อย่างใกล้ชิด^{๒๙} อาจารย์มีอะไรก็เรียกมาพบ มีอะไรก็
เรียกไปพบ ทางโรงพยาบาลรามาริบัติก็ให้ความ
สนับสนุนอย่างดีเยี่ยม มันเชื่อมโยงไปหมด ประเด็น
หนึ่ง จุดสำเร็จของกระทรวงสาธารณสุขเรา อาจารย์
หมออุทัยบอกแล้วว่า เราทำงานนั้นอะไรที่เป็นเรื่อง
ใหม่ เราจะเชิญสถาปนิก สถาปนิกงบประมาณ ไป
ดูงานตลอด และสิ่งที่เราขาดไม่ได้ คือผู้สื่อข่าว ทั้งผู้
สื่อข่าวหนังสือพิมพ์ ทั้งทีวีอะไรต่างๆ เราดูแลให้อย่าง
ดีเลย ผมว่างานสาธารณสุขสมัยนั้นมันถึงพัฒนาไปได้

ศ.นพ.อารี วัลยะเสวี : พอคิดว่าตอนนั้นมีเรื่องเหมาเซตง
หมอเท้าเปล่าก็เริ่มขึ้นมาที่ทางจีน ผมเป็นนักเรียน
แพทย์อยู่ เหมาเซตง ทางจีนบอกว่าถ้าเผื่อจะเอาให้
ได้เท้าเปล่าก็เอามาเถอะ ถ้ามันแก้ไขได้ปัญหาต่างๆ
ได้ด้วย "barefoot doctors" [หมอเท้าเปล่า]^{๓๐} ก็
ทำให้มี "motivation" [ความกระตือรือร้น] อย่างมาก
ท่านอาจารย์เสมเป็นประธานตอนนั้นจัดการเสร็จ ใคร
จะเอาอะไร อันโน้นก็ได้อันนี้ก็ได้ แล้วมันก็ได้ผล ได้
เห็นการขาดสารอาหารตอนนั้นมันลดลงมาจากเมื่อ
ก่อน ๔๐ - ๕๐ เปอร์เซ็นต์ มันลงมาเลย ๒๐
เปอร์เซ็นต์ หลังสุดถึง ๑๐ เปอร์เซ็นต์ กว่าเท่านั้น จาก
การทำท่านอาจารย์เป็นตัวสำคัญที่ทำให้การเคลื่อนไหว
ต่างๆ เกิดขึ้น ตั้งแต่นั้นมาก็ดีขึ้นเรื่อยๆ หมอพื้นบ้าน
เราก็ทำบุญชื่อกันแล้วนะตอนนั้น

ศ.นพ.ไพจิตร ปวะบุตร : นึกถึงวันที่อาจารย์ทวีทองมา
ประชุมกับเราที่กองฝึกอบรมที่ คุณชัยรัตน์^{๓๑} อยู่ เมื่อ
แรกๆ อาจารย์จบมาใหม่ๆ ทำให้นึกถึงว่า คือผม
ทำงานกับบ้านนอกมาตลอด อยู่กับชาวบ้านมา แล้ว
บังเอิญอนุสาวรีย์หน้ากระทรวงสาธารณสุขเราก็ไม่ใช่
หมอครับ เพราะกรมพระยาไชยนาท^{๓๒} ท่านไม่ใช่
MD^{๓๓} ท่านเป็นนักปรัชญานักการศึกษา หรือแม้แต่
สมเด็จพระบรมราชาชนกเอง ตอนที่มาพัฒนาการ
สาธารณสุขท่านก็ไม่ได้เป็นแพทย์^{๓๔} เพราะฉะนั้นผม
คิดว่า งานที่พวกเราทำที่จะสร้างคน เป็นเรื่องซึ่งบางที
เราเผลอไปบางที ทำให้ขัดกับเพื่อนแพทย์เรา ที่เป็น
เพื่อน เป็นผู้บังคับบัญชาเรา ทำให้มีปัญหาเหมือนกัน
บางที เพราะฉะนั้นการทำงานของพวกเราที่ผ่านตรงนี้
มาได้ก็ถือว่ามีความอุปการะจากครูบาอาจารย์เป็นที่ยึด
อย่างที่ผมเรียนแล้ว ผมอยู่บ้านนอก สูงสุดก็คือ
อาจารย์เสมและอาจารย์อุดม^{๓๕} มากู้กัน สามทหาร
เสือท่าน ไพโรจน์ อมร วิจิตร ส่วนทางโรงเรียนแพทย์

ห่างไกล โดยมีบทบาททั้งการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การวางแผนครอบครัว รวมทั้งการรักษาโรคทั่วไป และประยุกต์ใช้ทั้งการแพทย์แบบตะวันตกและการแพทย์แบบจีน ดู V. W. Sidell, "The Barefoot Doctors of the People's Republic of China," *New England Journal of Medicine*, ๒๘๖ (๑๙๗๒): ๑๒๖๒ - ๑๓๐๐.

๓๑ ชัยรัตน์ พัฒนเจริญ เจ้าหน้าที่กองฝึกอบรม นักวิชาการสาธารณสุขด้านส่งเสริมพัฒนา กระทรวงสาธารณสุข มีงานวิจัยเกี่ยวกับการสาธารณสุขมูลฐานและหน่วยบริการ เช่น ชัยรัตน์ พัฒนเจริญ, "การพัฒนาโมบายและแผนสาธารณสุขมูลฐานในประเทศไทย" (ศูนย์ฝึกอบรมและพัฒนาการสาธารณสุขมูลฐาน ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ เอกสารอัครสัจนา, ๒๕๓๕); ชัยรัตน์ พัฒนเจริญและคณะ, "รายงานวิจัยเรื่อง การกระจายอำนาจการบริหารงานสาธารณสุขมูลฐานสู่องค์การบริหารส่วนตำบล" (กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ที่.เอ็น. การพิมพ์, ๒๕๔๐).

๓๒ เมื่อพระบาทสมเด็จพระมงกุฎเกล้าเจ้าอยู่หัว รัชกาลที่ ๖ มีประกาศพระบรมราชโองการตั้งกรมสาธารณสุข เมื่อ พ.ศ. ๒๔๖๑ นั้น ได้โปรดเกล้าฯ ให้สมเด็จพระยาไชยนาถเรนทร ซึ่งพระยศในขณะนั้นคือ พระเจ้าบรมวงศ์เธอกรมหมื่นไชยนาถเรนทร อธิบดีกรมมหาวิทยาลัย ให้ดำรงตำแหน่งอธิบดีกรมสาธารณสุขคนแรก ควบบาทหลวงสมเด็จพระยาไชยนาถเรนทรที่มีต่อการแพทย์และการสาธารณสุขไทยโดยละเอียดได้ใน สุวีริยา สวัสดิ์, "บทบาทของสมเด็จพระเจ้าบรมวงศ์เธอ กรมพระยาไชยนาถเรนทรต่อการแพทย์และการสาธารณสุข (พ.ศ. ๒๔๕๖ - ๒๔๖๔)" (วิทยานิพนธ์อักษรศาสตรมหาบัณฑิต สาขาประวัติศาสตร์, มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, ๒๕๑๐).

๓๓ MD - Doctor of Medicine แพทย์ศาสตรบัณฑิต

๓๔ สมเด็จพระมหิตลาธิเบศร อดุลยเดชวิกรม พระบรมราชชนก นั้นทรงสำเร็จวิชาทหารจากเยอรมัน และเมื่อกลับมายังสยามทรงรับราชการในกระทรวงทหารเรือ ก่อนที่จะทรงรับหน้าที่ติดต่อประสานงานกับมูลนิธิโรคกีฬาสเลอวินเรื่องแพทยศาสตรศึกษา แล้วจึงทรงเข้าศึกษาวิชาสาธารณสุขที่มหาวิทยาลัยฮาร์วาร์ด สหรัฐอเมริกา เมื่อ พ.ศ. ๒๔๖๐

๓๕ นายแพทย์อุดม ปะกะคุณณะ

ท่านเข้าใจกัน ผมผ่านเรื่องของ "innovation" [นวัตกรรม] ตลอด เข้ามาใหม่ๆ ก็เจอร์รวมกรมยุบกรม"^{๓๖} เราก็เป็นทหารบ้านนอก ก็ช่วยกันไปเชียร์กันไป ก็ทราบแต่ว่าครูบาอาจารย์ก็เจ็บปวดกันไป แต่ว่าสุดท้ายประชาชนก็ได้รับประโยชน์ เพราะฉะนั้นมันก็ต่อเนื่องเชื่อมโยง

หลายเรื่องที่มีมันก่อมา อย่างที่คุณระเด่นประทับใจ มันเป็นเรื่อง "vertical program"^{๓๗} อย่างเรื่อง "nutrition" [โภชนาการ] ของอาจารย์[อารี] เมื่อผมอยู่บ้านไผ่ ผมมีครัวกลาง มีอาหารเสริมของเกษตรกรเขา อาจารย์ [อารี]^{๓๘} ทำที่อุบลราชธานี เกษตรกรวิจัยมาทำต่อ มีอาหารโปรตีน ในหลวงท่านพระราชทานทรัพย์สินมาที่เกษตร แล้วผมก็ไปทำครัว ไปทำศูนย์เด็ก ศูนย์เด็กทำคู่กับพัฒนาชุมชนแล้วทำได้ดีเป็นศูนย์โภชนาการ เพราะฉะนั้นที่ท่านระเด่นภูมิใจมากก็คือตอนที่ท่านทำกองทุนอำเภอ เพราะตอนนั้นกองทุนหมู่บ้านก็คุ้ยาก ที่โคราชที่ผมเป็นสาธารณสุขจังหวัดกองทุนยาทำได้ไม่ถึง ๕% ไม่ก็ ๑๐ แห่งเท่านั้น แต่หมอสงวนอยู่ராซีโคลทำได้เต็ม ๑๐๐ เปอร์เซ็นต์ ผมบอก ไอ้โฮ ทำได้อย่างไร ก็ได้เรียนรู้ซึ่งกันและกัน นื่องๆ เขาอยู่อำเภอ ตอนหลังมาอยู่โคราชด้วยกัน

ส่วนที่โคราชเอง เนื่องจากโคราชเองเป็นดักศิลาอยู่แล้ว มันมีอาคารฝรั่งร่วมมือกับสหรัฐฯ คือ USAID เขาช่วยอยู่แล้ว และอาจารย์ศิริพันธ์^{๓๙} ก็เป็นมือของกรมอนามัยอยู่แล้ว แต่ท่านไม่สบาย "accident" [ประสบอุบัติเหตุ] เพราะกรมอนามัยใช้ท่านมากเหลือเกิน เรียกไปประชุม เข้าท่านขับรถมาเอง ท่านบังเอิญเกรงใจคนขับ ขับรถมาประชุมกรม ประชุมเสร็จ เย็น ขับรถกลับบ้านคนเดียว ชนท้ายรถโต จนกระทั่งหมออูเทน^{๔๐} อยู่ปากช่องดู อ้าวลูกพี่ตัวเองหน้าตาไม่เหลือ แต่เห็นแหวน [แล้วจำได้] เพราะฉะนั้นเวลาผมไปอยู่ที่นั่นเพื่อไม่ให้เปลืองทั้ง สสจ. [สาธารณสุขจังหวัด] และ

คนขับ จึงมีคนขับ ๒ คน คนหนึ่งขับอีกคนหนึ่งนอน ช่วงนั้นเป็นช่วงพัฒนา เป็นช่วงซึ่งการพัฒนามันเร็วมากจริงๆ อย่างที่เมื่อเช้าพวกเราพูดกัน แต่เรามีทีมนี้ของโรงพยาบาลอำเภอน่ารักมาก ผมประชุมประจำเดือนประชุมใหญ่เป็นประชุมร่วม แต่ประชุมวิชาการจะแยกไป ที่โรงพยาบาลอำเภอ ผมเป็นประธานเดือนเดียว เพื่อเลือกเลขาฯ เดือนต่อไปเลขาฯ เป็นประธานเลือกเลขาฯ ใหม่แล้วผมก็เป็นที่ปรึกษานั่งฟัง ส่วนสาธารณสุขอำเภอก็ฟิต [fit - ชยันชันแข็ง] ถูกเรียกมาพบก็คิดว่าจะโดนเรื่องอะไรหนอ แต่เขามีใจ เขาก็ภูมิใจวันนี้คุณหาญชัย^{๔๑} ไม่ได้มา เขามีใจและภูมิใจ อย่างหาญชัยเค้าจบ ม.๓ ธรรมดา ไม่จบ ม.๖ ตอนนี้ได้ซี ๙ กำลังจะจบปริญญาเอก มีลูกจบหมอลแล้ว เขาก็ภูมิใจว่านอกจากเขาจะทำงานช่วยชาวบ้านแล้ว เขายังได้พัฒนาตนเอง

อีกประเด็นหนึ่ง ท่านอาจารย์อุทัยพูดไว้ก็ขอพูดต่อเพื่อจะได้เห็นภาพว่า "international health" ของเราไปไกล ท่านอาจารย์เสมเริ่มงานไว้ตั้งแต่ ดร. มาเลอรี่ มาพบสมัยนั้น แล้วท่านปลัดสาธารณสุขสมัยนั้น อาจารย์ประกอบ ตูจินดา ไปเป็นประธาน "World Health Assembly" [สมัชชาอนามัยโลก]^{๔๒} อาจารย์อุทัย^{๔๓} ก็เป็น "Chairman Executive Board" [ประธานคณะกรรมการบริหาร]^{๔๔} และที่เรากลุ่มใจคือเราได้รวม ๔ กระทรวงหลักไปประชุมเจนีวา มีรองปลัดกระทรวงศึกษา รองปลัดกระทรวงมหาดไทย กระทรวงเกษตรไม่ไป เราเชิญแต่ไม่ได้ไป ติดอะไรไม่ทราบ ซึ่งเป็นเรื่องที่ผมเป็นเด็กก็เห็นผู้ใหญ่ทำก็ภูมิใจมากเลย ท่านอาจารย์เชิญพวกนี้ไปประชุมด้วย เขาก็ภูมิใจ แต่ก่อนหน้านั้นท่านก็ส่งผมไปก่อน ส่งไปทำงานก่อน ว่าด้วย "intersector" [การทำงานแบบผสมผสาน] เป็น "intersectoral collaboration" แต่ของไทยเราเป็น "intersector

๓๖ คู่มือละเอียดเรื่องการบริหารงานของกระทรวงสาธารณสุขได้ใน เกียรติประวัติแพทย์ไทยฝากไว้ให้คนรุ่นหลัง: ชีวิตและงานของศาสตราจารย์นายแพทย์เสม พริ้งพวงแก้ว, ๑๖๓ - ๑๖๕.
 ๓๗ Vertical program คือโครงการที่แยกออกมาเฉพาะส่วนเพื่อป้องกันและดูแลรักษาโรคใดโรคหนึ่งโดยเฉพาะ
 ๓๘ นายถึง ค.น.ท. อารี วัลยะเสวี
 ๓๙ นายแพทย์ศิริพันธ์ จากรงค์กุล
 ๔๐ นายถึง นายแพทย์อุเทน จารณศิริ อดีตผู้อำนวยการศูนย์การแพทย์และอนามัยปากช่อง และอดีตผู้อำนวยการโรงพยาบาลปากช่องนานา นายแพทย์อุเทนดำรงตำแหน่งเป็นประธานชั่วคราวของสหพันธ์แพทย์ชนบทในช่วง พ.ศ. ๒๕๑๙ และต่อมาใน พ.ศ. ๒๕๒๑ เมื่อได้มีการฟื้นสหพันธ์แพทย์ชนบทขึ้นใหม่โดยเปลี่ยนชื่อเป็นชมรมแพทย์ชนบท นายแพทย์อุเทนก็ได้รับเลือกให้เป็นประธานคนแรกของชมรมแพทย์ชนบท
 ๔๑ นายถึง นายหาญชัย พันธุ์งาม นักวิชาการสาธารณสุขด้านส่งเสริมพัฒนา
 ๔๒ ศาสตราจารย์นายแพทย์ประกอบ ตูจินดา เคยดำรงตำแหน่งสถาบันวิจัยไวรัส อธิบดีกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ ปลัดกระทรวงสาธารณสุข และประธานของสมัชชาอนามัยโลก (World Health Assembly) ครั้งที่ ๓๒ ที่กรุงเจนีวา เมื่อเดือนพฤษภาคม พ.ศ. ๒๕๒๒ ซึ่งสมัชชาอนามัยโลกนั้นถือเป็นองค์กรสูงสุดขององค์การอนามัยโลก อันประกอบด้วยผู้แทนจากรัฐสมาชิกอย่างมาประเทศละ ๑ คน และมีคะแนนเสียงหนึ่งคะแนนเสียงต่อหนึ่งประเทศเท่านั้น การประชุมสมัชชาจัดขึ้นปีละครั้งเพื่อกำหนดนโยบาย อนุมัติโครงการและพิจารณางบประมาณประจำปี. และสมัชชาอนามัยโลกครั้งที่ ๓๒ นี้เองที่องค์การอนามัยโลกได้ออกคำประกาศว่าสาธารณสุขมูลฐานเป็นกฎเกณฑ์นำไปสู่การมีสุขภาพที่ดีถ้วนหน้า ดู Marcos Cueto, "The Origins of Primary Health Care and Selective Primary Health Care," American Journal of Public Health, Vol ๙๕, No. ๑๑ (November ๒๐๐๕) ๑๖๕๙ - ๑๖๖๕

collaboration action for quality of life” คือเราก้าวไปอีก “step” [ขั้น] หนึ่งกว่าองค์การอนามัยโลกเขา องค์การอนามัยโลกทำเรื่อง “health” [สุขภาพ] แต่เราทำเรื่องคุณภาพชีวิต ซึ่งหมายถึงมากกว่าหนึ่ง อย่างที่อาจารย์ประเทศพยายามจะให้ มีเรื่องสังคมและปัญญา ช่วงนั้นมันนุ่มจริงๆ เมืองไทย เขามีประชุม “technical discussion” [การประชุมในเชิงเทคนิค] กับประชุมบริหาร ประชุมเทคนิคคัล ปี ค.ศ. ๑๙๘๒ - ๑๙๘๓ ราว พ.ศ. ๒๕๒๕ - ๒๕๓๐ ดร. มีชัย วีระไวทยะ ได้รับการ “accept” [ยอมรับ] ทั้งโลก เป็นประธานระดับโลกเลย ท่านอาจารย์ [มหาวิทยาลัย] ก็ไปอยู่ด้านเทคนิคเคิล [technical] ทางด้านวิจัยอะไรต่างๆ มีอาจารย์หลายท่านทำวิจัย อาจารย์ประเทศ อาจารย์อารี หลายๆ ท่าน อาจารย์มีชัย วีระไวทยะ นี่เก่งมาก และได้รับการยอมรับ เพราะฉะนั้นอย่างเช่น นายแพทย์สำลี เปลี่ยนบางช้าง ตอนนั้นก็เป็นผู้อำนวยการระดับภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ขององค์การอนามัยโลก] เทอมที่สอง^{๔๕} ก็เป็นสิ่งที่ภูมิใจ และทราบว่าขณะนั้นคุณหมอสุวิทย์^{๔๖} ก็กำลังไปได้ดีมาก และคุณหมอวิโรจน์^{๔๗} ก็กำลังไปได้ดี

แต่สิ่งที่จะกราบเรียนเพื่อจะนำมาสู่ปัจจุบัน ก็คือประสบการณ์จากสาธารณสุขมูลฐาน ที่ผมเป็นครูพี่เลี้ยงไปสอนทั่วประเทศกับงานปัจจุบันที่เรากำลังทำเรื่องที่เราเรียกว่า งานยูซี [UC-Universal Coverage] หรือประกันสุขภาพถ้วนหน้า ซึ่งสงวน^{๔๘} ทุ่มเททั้งชีวิตของท่าน อันหนึ่งซึ่งเราไม่ได้ทำ คือเวลามันต่างกัน ไม่ใช่ว่าดีไม่ตี สมัยนั้นเราทำเรื่องครูฝึก เรื่องการสอนเราถือ “literacy” [การรู้หนังสือ] เป็น “the must” [คือ] ต้องทำ การเรียนการสอนนั้นจะแบ่งออกเป็น ๓ แบบ คือ สอนในระบบ สอนนอกระบบ และสอนตามอัธยาศัย ขณะนี้พวกเราจะเล่นตามอัธยาศัยกับนอกระบบเสียมาก ในระบบน้อย จะเห็นว่าขณะนี้ครู

อาจารย์โรงเรียนแพทย์ โรงเรียนพยาบาลต่างๆ ก่อนข้างจะมาสนใจที่เรากำลังทำอยู่น้อยมาก เพราะฉะนั้นเราต้อง “re-oriented” [ปรับทิศทาง] สูงมาก เราช่วยกันทำหรือแม้แต่สอนนอกระบบบางที ขณะนี้ KM^{๔๙} กำลังมาดี แต่ว่าบางครั้งบางอย่างบางเรื่องเราไม่มี “direction” [ทิศทาง] ที่ชัดเจน ซึ่งก็กำลังคุยกันอยู่ ซึ่งต่างจากสาธารณสุขมูลฐาน คือตำราสอน อาจารย์ประพนธ์ ปิยรัตน์^{๕๐} ให้เราไปเขียนเองนะครับ หลายท่านอาจารย์จบดอกเตอร์มาใหม่ๆ เอาตำรามาเถียงสู้กัน อาจารย์ก็นั่งหัวเราะยิ้มเฉย สุดท้ายก็มีข้อสรุป ตำราก็เขียนกันเอง สมัยก่อนโรงแรมไม่มี ต้องไปที่สวางคินิวาส^{๕๑}

และที่ประทับใจสูงสุดอันหนึ่ง คือได้มาร่วมทีมทำโครงการบ้านไผ่ ผมอยู่ขอนแก่นได้มาร่วมทีม อาจารย์ปรีชา ตีสวัสดิ์ ก็ได้ไปร่วมทีม ก็ทำให้เห็นว่าคุณครูอาจารย์เราได้สร้างพวกเขา ให้พวกเขาทำงาน เพิ่มความรู้ให้เรา แล้วก็เอาเรามาคิดงานต่อโดยให้พวกเขาทำกันเอง ให้เรามาเขียนตำรา สอน ๕ วัน เขียนตำรา ๒ อาทิตย์นะครับ ๓๕ คน มาเขียนตำรา ว่าทำอย่างไรจึงจะให้คนเข้าใจงานสาธารณสุขมูลฐานคืออะไร อีกภาคหนึ่งคือเรื่องการเป็นครู มีตำราวิธีเป็นครู อาจารย์ประพนธ์เก่งมาก เราเรียกว่าเป็นครูใหญ่ อาจารย์อมรเป็นผู้อำนวยการโรงเรียน ท่านอาจารย์เสมอยู่กระทรวงฯ เป็นผู้จัดการใหญ่สั่งการลงไป ปี พ.ศ. ๒๕๑๙ เป็นปีแรกของแผน ๔ ซึ่งอยู่ในปลายแผน ๓ ต่อแผน ๔ ทำให้พวกเราซึ่งกับงานและเข้าใจระบบและการจัดการเรียนการสอนที่จะให้คุณค่าแก่ประชาชน สมัยก่อนการสอนยังไม่มีคำว่าเรียนการสอนเท่าไร มีแต่สอน มีแต่ครูบอกวิชา แต่เราทำทั้งคู่ทั้งเรียนทั้งสอน อันนี้เป็นอันหนึ่งที่โครงการ ๓๐ บาท ซึ่งทางพรรคไทยรักไทยเขาเอามาแล้วก็ไปเวียน นายแพทย์สงวนเองก็รับนโยบายก็ดี ต้องเร็ว เพราะ

๔๕ นายแพทย์จุฑิต์ สุกสุ
 ๔๖ คณะกรรมการบริหาร (Executive Board) ขององค์การอนามัยโลกทำหน้าที่ดำเนินการตามนโยบายและข้อตกลงของสมัชชาอนามัยโลก รวมทั้งจัดทำโครงการและงบประมาณประจำปีเสนอต่อสมัชชาอนามัยโลก ซึ่งคณะกรรมการบริหารนั้นคัดเลือกมาจากประเทศภาคีสมาชิก
 ๔๗ นายแพทย์สำลี เปลี่ยนบางช้าง ได้รับเลือกเป็นผู้อำนวยการขององค์การอนามัยโลกประจำภาคพื้นเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ สมัยระหว่าง พ.ศ. ๒๕๓๑ - พ.ศ. ๒๕๓๒ และได้รับเลือกให้ดำรงตำแหน่งนี้อีกหนึ่งสมัยเมื่อเดือนกันยายน พ.ศ. ๒๕๓๑ โดยจะดำรงตำแหน่งสมัยที่สอง ในระหว่าง พ.ศ. ๒๕๓๒ - พ.ศ. ๒๕๓๔
 ๔๘ นายแพทย์สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ
 ๔๙ นายแพทย์วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร
 ๕๐ ศาสตราจารย์นายแพทย์ประพนธ์ ปิยรัตน์ อดีตรัฐมนตรีช่วยว่าการกระทรวงสาธารณสุข
 ๕๑ สถานพักฟื้นของสมาชิกชาติไทย อยู่ที่ตำบลทะเล อำเภอมะนัง จังหวัดสมุทรปราการ

ไม่เร็วก็ทำไม่ได้ แต่ว่าช่วงต่อเนื่งการเมืองไม่ค่อยคิดเหมือนเรา เขาได้แล้วเขาก็จบ เขาได้ประโยชน์แล้ว มันกินใจชาวบ้านแล้วก็จบ จริงๆ แล้วเนื้อหาสาระต้องทำอีกเยอะเลย วิชาการต้องตามอีกมากมาย ขณะนี้ผมเองก็อยู่ในบอร์ดี ก็ลำบากระดับหนึ่ง นายแพทย์สงวนก็สิ้นไปแล้ว ชอบคุณครับที่ท่านอาจารย์ทวิทองได้กรุณา และได้สรุปไว้ ๓ - ๔ ข้อ ก็ขอขอบคุณ ถ้าจะมีการซักถามเพิ่มเติมก็ยินดี ตอนนี้อย่างขออภัย ต้องไปขึ้นเครื่องบินไปอบลุข

ศ.ดร.ทวิทอง : ผมชอบใจที่อาจารย์ใช้คำว่า โคราชเป็นดักศิลาของสาธารณสุขมูลฐาน คือเห็นภาพ ที่จริงนอกจากที่โคราชแล้วก็ยังมีอีกหลายจังหวัดที่มีเป็นลักษณะของดักศิลาเรื่องสาธารณสุขมูลฐาน [เช่น] ที่อบลุขภายใต้การนำของอาจารย์อารี และอย่างโครงการลำปางถือว่าเป็นโครงการ "pioneer" [บุกเบิก] มากเหมือนกัน*๒ ถ้าผมจำไม่ผิด เพราะช่วงนั้นมันเหมือนกับดอกไม้ร้อยดอกมันบานสะพรั่ง มีหลายที่อาจจะเกิดขึ้นมาไล่ๆ กัน แต่ละที่จะมีประสบการณ์เฉพาะของตัวเอง โครงการลำปางก็ถือว่าเป็นโครงการหนึ่งที่ได้รับการสนับสนุนจาก USAID และเป็นโครงการที่ใหญ่โครงการหนึ่ง อาจารย์เบญจาถือว่าเป็นนักสังคมศาสตร์ เรียกว่าเป็นคนแรกๆ ที่เข้าไปยุ่งเกี่ยวกับเรื่องของสาธารณสุขมูลฐาน ก็ขอให้อาจารย์เบญจาสะท้อนความประทับใจของอาจารย์ให้พวกเราฟัง

รศ.ดร.เบญจา ยอดดำเนิน-อئيةตติง : ต้องกราบขอบพระคุณอาจารย์ทุกท่าน เพราะว่าได้เรียนรู้จากท่านทุกคน ต้องเรียนให้ทราบว่าตอนเรียนปริญญาโทจบ แล้วกลับไปลำปางเพราะบ้านอยู่ลำปาง ช่วงนั้นเป็นช่วงที่โครงการลำปางกำลังเกิดขึ้นพอดี ก็เลยได้ทำงานในฐานะที่เป็นนักมานุษยวิทยาประจำโครงการ ตอนนั้นก็เป็นเพื่อนตัวเล็กๆ แต่ความประทับใจก็คือ ตอนนั้นไม่รู้จักและไม่ทราบว่าโครงการนี้เป็นโครงการ

ที่นำเอาคนที่มีความคิดดี มีความสัมพันธ์ที่ดีแล้วเอามาอยู่รวมกัน เมื่อรวมตัวกันขึ้น จึงทำให้เกิดนวัตกรรมที่ดึงามและส่งผลต่อประชาชน

โครงการลำปางเป็นโครงการที่ครอบคลุมทั้งอำเภอห้างฉัตร จังหวัดลำปาง และข้อสำคัญคือ วิธีการค้นหาอาสาสมัคร[สาธารณสุข]เกิดขึ้นที่นั่น พวกเราเป็นคนที่ทำ "questionnaire" [แบบสอบถาม] ไม่ใช่เป็นคนต้นคิด ต้นคิดคือตั้งแต่ท่านอาจารย์หมอสมบุรณ์ วัชรโรทัย ที่ท่านสิ้นไปแล้ว และท่านอาจารย์หมอปรีชา ดีสวัสดิ์ ท่านก็สิ้นไปแล้วเหมือนกัน มีท่านอาจารย์หมอบำรุง มีชานอน อีกท่าน ตอนนั้นได้เรียนรู้ไม่ใช่เฉพาะวิชาการหรือเรื่องการสาธารณสุขมูลฐาน แต่ได้เรียนรู้วิธีการทำงานของท่านด้วย

ตรงนั้นมันเหมือนกับเมล็ดพันธุ์พืชที่เข้ามาอยู่ในตัวเองโดยที่ไม่รู้ตัว แต่พอโตขึ้นมาทำงานแล้วถึงได้รู้ว่าการที่เราได้ทำงานตอนโครงการลำปางนั้นช่วยให้เราเข้าใจอะไรมาตรงนี้เอง ตอนนั้นมันมีแบบสอบถามที่เรียกว่า "sociogram" [สังคมมิติ]*๓ ซึ่งจริงๆ แล้วมันเป็นพื้นฐานของเรื่อง "social network" [เครือข่ายทางสังคม] แท้ๆ เป็นเรื่องของเครือข่าย เป็นเรื่องของความช่วยเหลือ เป็นเรื่องของการป้องกันด้วยซ้ำไป ตอนนั้นไม่เข้าใจ ทราบแต่ว่าเราจะต้องหาคนที่มาเป็นอาสาสมัคร อสม. [และผู้สื่อข่าวสาธารณสุข (ผลส.)] แล้วเราก็ต้องปรับแก้กันเยอะมาก โดยมีท่านอาจารย์หมอปิเยร เขียววนิช เป็นคนดูแลเราอยู่*๔ เราแค่คนช่วยทำงาน รายชื่อที่ออกมาที่เราจะเลือกเป็นอสม. ส่วนใหญ่เป็นวัยรุ่นอายุ ๑๗ - ๑๘ ปี เราก็เลยสงสัยว่าแล้วจะพูดให้คนเชื่อได้อย่างไร เพราะยังไม่มีประสบการณ์ยังไม่ทำอะไรเลย เราจึงต้องมาวิเคราะห์ดูว่าทำไมผลถึงออกมาแบบนี้ [คือ] ที่คนมักจะไปหาเขา เราก็มาค้นพบว่า เป็นเพราะอายุของคนที่เป็นอาสาสมัคร เพราะฉะนั้นมันดึงดูดกัน คนที่อายุน้อยก็จะดึงดูดกัน แล้วคิดว่าน่าจะเป็นกลุ่มเพื่อนของเขาเอง กว่าที่ปรับ

๕๒ ศู Ministry of Public Health, The Lampang Health Development Project: Thailand's Fresh Approach to Rural Primary Health Care (Monograph No.๑, Chiangmai, ๑๙๗๗).
๕๓ ดูรายละเอียดเรื่องการศึกษาเลือกอาสาสมัครโดยวิธี "sociogram" หรือสังคมมิติใน เบญจา ยอดดำเนิน, "การสาธารณสุขเบื้องต้นของไทย ช่องว่างระหว่างทฤษฎีกับการปฏิบัติ," วารสารสังคมศาสตร์ การแพทย์ ปีที่ ๑ ฉบับที่ ๓ (๒๕๒๑): ๓๒ - ๔๓.
๕๔ หมายถึง คอบทำหน้าที่เป็นที่ปรึกษาคอยให้คำชี้แนะ - รศ.ดร.เบญจา

กว่าจะแก้ตัว “concept” [แนวคิด] ของ อสม. การทำงานแบบอาสาสมัคร[สาธารณสุข] จึงเกิดขึ้นจากโครงการนำร่องที่จังหวัดลำปางก่อน แต่อิทธิพลความคิด[เกี่ยวกับเรื่องนี้]น่าจะมาจากที่อื่นก่อนแล้ว

ท่านอาจารย์หมอปริชานันท์ทำงาน[โครงการคล้ายๆ กัน]อยู่ที่พิษณุโลกก่อน แล้วจึงทำงานที่โครงการสารภี [อำเภอสารภี จังหวัดเชียงใหม่] พอมาอยู่ที่ลำปาง ท่านก็เอาแนวคิดนี้มาด้วย ก็เลยมีความรู้สึก ว่า จริงๆ แล้วความคิดที่ดีที่อาจารย์ ดร.ทวีทอง พูดถึง ความตั้งใจที่จะทำงานมันมากับคน แล้วยิ่งมาเจอ สมมติว่าเป็นเมล็ดพันธุ์พืช แล้วเนื้อดินตรงนั้นเหมาะที่จะขึ้น มันจะงอกเงยได้อย่างดี เนื้อดินตรงนี้มี ความหมายอย่าง ที่ทุกท่านพูดคือ เครือข่าย เพื่อนที่ เข้าใจกัน ข้อสำคัญคือคนที่มีแนวความคิดเดียวกัน และสำคัญที่สุดก็คือมีคนเชื่อมประสาน ถ้าไม่มีคน เชื่อมตัวเชื่อมมันก็อาจจะเดินช้าหน่อย แต่พอทุกอย่างลงตัวมันก็ไปได้เร็วมากและไปได้ไกลมาก

ตอนนั้นทำงานได้ปีเดียวแล้วมาทำงานที่มิดล ก็ยังไม่ตกผลึกความคิดจนกระทั่งได้ไปทำงานร่วมกับ โภชนาการ สถาบันวิจัยโภชนาการ เพราะของ อาจารย์มีโครงการหนองไฮ มีศูนย์ปฏิบัติการที่จังหวัด อุบลราชธานี ตรงนั้นมันคือ “community lab” [ศูนย์ปฏิบัติการชุมชน] ที่จะช่วยดูว่าคนเขาจะดูแลตัวเองอย่างไร ชุมชนจะดูแลตนเองอย่างไร แล้วก็คิดว่า โครงการลำปางถึงแม้จะเป็นโครงการนำร่อง แต่ก็คือ “community lab” เหมือนกัน แต่ตอนนั้นไม่เข้าใจไม่ทราบ กว่าที่ความรู้จะเข้ามาฝังอยู่ในตัวเราแล้ว ตกผลึกก็ใช้เวลานานพอสมควร โครงการหนองไฮ และศูนย์วิจัยโภชนาการที่จังหวัดอุบลราชธานีก็ เป็นต้นแบบของ “community lab” แม้แต่ของคณะ สาธารณสุขก็มีศูนย์ปฏิบัติการที่สูงเนิน ตรงนี้ถือเป็น “community lab” แท้ๆ ที่จะต้อง “strengthen” [ทำให้เข้มแข็ง] แล้วของเราตอนนี้มีที่กาญจนบุรี** ก็ได้โอเคโดยตรงนี้ไปทำนะคะ

โครงการของเราที่จังหวัดกาญจนบุรีทำทั้งจังหวัด แต่เป็นโครงการ [ศึกษาวิจัยระยะยาว] ที่เรียกว่า การเฝ้าระวังประชากร พอมารับหน้าที่ตรงนี้ก็เลยไป “check” [ตรวจสอบ] ดูว่าต้นกำเนิดมาจากไหน เรื่อง การศึกษาระยะยาวนี่ก็พบว่า จริงๆ แล้วมันมาจาก ๓ กระแส กระแสแรกคือระบาดวิทยา ที่ตอนแรก “focus” [มุ่งเน้น] ที่โรค แต่ตอนหลังถึง “shift” [เปลี่ยนเคลื่อน] มา “focus” ที่คนและที่ “community” [ชุมชน] แล้วกระแสอีกกระแสหนึ่งที่ ท่านพูดถึง คือหมอเท้าเปล่าที่ประเทศจีนที่เป็นต้นแบบของสาธารณสุขมูลฐาน แล้วก็มารวมตัวกับการศึกษาของประชากรที่ดูเรื่องการเกิด การตาย การย้ายถิ่น เป็น ๓ กระแส มารวมกัน แล้วมาตกผลึกเป็นโครงการที่ในประเทศไทย** มันเป็นการตกผลึกความคิดอันหนึ่ง บางทีเราก็เอา “concept” มาจากต่างประเทศ แต่เสร็จแล้วพอมายังจริงๆ แล้วกลายเป็นของไทย เพราะเราก็มาปรับเปลี่ยนมาทำให้มันงอกงามกลายเป็นต้นไม้ของไทย แล้วใช้กับประเทศไทยได้ ตรงนี้เพิ่งได้ความคิดว่า ทำไมเขาถึงชอบเอาประเทศไทยเป็นตัวอย่างในหลายๆ เรื่อง ทั้งๆ ที่ “concept” นั้นมาจากต่างประเทศ ก็ได้ความคิดจาก อาจารย์ทวีทองและหลายๆ ท่านว่า “เริ่มต้นเป็นมะลิซ้อน แต่แตกใบอ่อนเป็นมะลิลา” นี่เป็นความประทับใจที่ได้ทำงานสาธารณสุขมูลฐานมาตั้งแต่ต้น

อยากจะเรียนสรุปว่า ถ้าพูดถึงความตั้งใจ ความ เป็นเครือข่าย ความจริงใจทั้งหมด ถ้าคนเดียวมันไปไม่รอดเหมือนกัน แต่เมื่อไรมีการรวมตัวกันแล้วมีคน เชื่อม มีคนนำมัน มันไปได้ดีมากจริงๆ ที่ประทับใจก็คือ ไม่ได้เรียนรู้เฉพาะความรู้ที่ว่าจริงๆ แล้วคนในชุมชนเขาก็สามารถดูแลตัวเองได้ ดูแลครอบครัวเขาได้ เมื่อไม่ไหวแล้วถึงให้คนอื่นดูแล แต่ได้เรียนรู้วิธีการทำงาน ตัวเล็กๆ ที่เพิ่งเรียนจบปริญญาโทมายังไม่เคยมีประสบการณ์ แต่ได้พบท่านอาจารย์หมอสมบูรณ วัชรโรทัย ซึ่งตอนนั้นท่านน่าจะเป็นอธิบดีกรมอนามัย แล้วท่านทำงานร่วมกับอาจารย์จำรูญ

๕๕ หมายถึง โครงการกาญจนบุรีของสถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล - รศ.ดร. เบญจมา

๕๖ หมายถึง โครงการศึกษาวิจัยระยะยาว (longitudinal study) ที่สถาบันวิจัยประชากรและสังคมนำมาใช้และเรียกว่าการเฝ้าระวังทางประชากร - รศ.ดร.เบญจมา

มีখনอน ท่านศาสตราจารย์จังหวัดคืออาจารย์หมอ
 ปรีชา และยังมีอาจารย์หมอลาหลายๆ ท่าน^{๕๓} ที่
 ประกอบขึ้นเป็นโครงการใหญ่ไม่ใช่โครงการเล็กๆ เลย
 ถึงแม้ว่าจะไม่ได้ตั้งใจเรียนรู้จริงๆ แต่ [ความรู้ที่
 ได้]มันซึมซับเข้าไปและติดตัวมาจนกระทั่งถึงทุกวันนี้
 แล้วที่ตกผลึกอีกอันคือ [ขณะนี้] ต้องไปทำโครงการ
 มาลาเรียที่ชุมชนชาวกะเหรี่ยงที่สังขละบุรี [จังหวัด
 กาญจนบุรี] ที่เขาอยู่ตามรอยตะเข็บชายแดน ตอน
 แรกก็สงสัยว่าทำไมมาลาเรียยังอยู่และเพิ่มขึ้นด้วย
 อัตราการตายลดลงจริง แต่ว่าอัตราการเจ็บป่วยมัน
 ยิ่งขึ้นๆ ลงๆ ก็ปรากฏว่า เพราะเขายังขำมันไปมา
 ระหว่างชายแดนได้ ตอนแรกที่ทำก็คิดว่าจะหาทาง
 แยกอยู่กับคน ดูสิว่าจะทำอย่างไรไม่ให้คนกับยุงเจอ
 กันได้แต่ไม่สำเร็จ จนบัดนี้ก็ได้จากการที่ทำงานร่วม
 กับเขาเอง^{๕๔} ก็ค้นพบว่า คงจะต้องให้เขาสรางภูมิ
 ด้านทานโดยอาหารของเขาเอง ตอนนั้นก็นึกถึง
 โภชนาการอีกแล้ว แต่ขั้นนี้ยังไม่ถึง ตรงนี้ก็กลับมา
 ที่จุดเดิมที่เริ่มต้นจากโครงการลำปาง คือใช้เป็น
 "community lab" ไม่ใช่เราคิดอยากได้อะไร เราก็ใส่
 เข้าไป ใสใหม่ เราคงต้องไปทำงานร่วมกันกับเขาแล้ว
 ก็เรียนรู้จากเขา เพิ่งจอตออยู่แค่รู้ว่าจะต้องเอาภูมิ
 ปัญญาท้องถิ่นของเขามาใช้แล้ว "repackage"
 [เปลี่ยนรูปแบบการนำเสนอ] ใส่กลับเข้าไป แต่ว่ายัง
 ไปไม่ถึงว่าจะสำเร็จหรือเปล่า^{๕๕} แต่ทั้งหมดก็เป็น
 ความประทับใจที่ได้เริ่มมาค่ะ

ดร.เมธี : ผมอยู่กับงานมาในช่วง ๓๐ ปี ตั้งแต่ตอนนั้นถึง
 ตอนนี้ จะสะท้อนให้เห็นภาพว่า ในประการที่ ๑ ที่งาน
 นี้ยังสามารถเดินได้มาถึงทุกวันนี้ภายใต้ความสำเร็จ
 และอุปสรรคบ้าง ประการที่ ๑ เป็นความชัดเจนของ
 เนื้อหาของเรื่องนี้ ที่เน้นเรื่องการพึ่งตนเองของ
 ประชาชนเป็นเรื่องสำคัญ พูดถึงเรื่องการมีส่วนร่วม
 ของประชาชนในการทำงาน พูดถึงเรื่องของจิตสำนึก
 สาธารณะในการมีอาสาสมัคร ทุกนวัตกรรมที่คิด คิด
 เพื่อประโยชน์ต่อสุขภาพดีของประชาชนทุกเรื่อง ไม่ว่าจะ
 จะเป็นเรื่องโภชนาการ เรื่องยา เรื่องอะไร ผมมีความ

คิดว่านี่คือเนื้อแท้ นี่คือทองคำแห่งที่มันชัดเจน มันถึง
 ได้ยั่งยืนมาถึงทุกวันนี้ได้จากประเด็นของตัวมันเอง

ประการที่ ๒ ที่ผมเห็นว่าสิ่งเหล่านี้สามารถผลักดัน
 และขับเคลื่อนมาเป็นเวลา ๓๐ ปี ได้ [เพราะ]นโยบาย
 ผู้บริหารกระทรวงฯ ระยะเวลาแรกผมคิดว่าชัดเจนมาก
 ๒๐ ปีแรกนี่ชัดเจนมาก แต่จะเรียกว่าแผ่วหรือการ
 เปลี่ยนแปลงทางระบบก็ได้ เพราะแผน[พัฒนาการ
 เศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่] ๔, ๕, ๖, ๗ มีแผน
 สาธารณสุขมูลฐานชัดเจน พอแผน ๘, ๙, ๑๐ ไม่เขียน
 คำนี้แล้ว^{๕๖} แต่มันเข้าไปอยู่ในแผนของชาติไป ในความ
 หมายหลายๆ คำเรื่องคนเป็นศูนย์กลาง ในช่วงแผน ๘
 พูดเรื่องบูรณาการ เรื่อง "holistic" [องค์รวม] อะไรนี้
 มันเข้ามาอยู่ในแผนใหญ่ของประเทศ ถ้าคิดว่ามันเข้า
 ไปแล้วก็โอเค แต่ในเชิงของแผนกระทรวงสาธารณสุข
 ตรงนี้ไม่ได้ระบุแล้วตั้งแต่แผน ๘ เป็นต้นมา

ประการที่ ๓ ที่เห็นชัดเจนสอดคล้องกับอาจารย์
 หมอไพจิตร คือ เรามีทรัพยากรบุคคลที่เราทำไว้ตั้งแต่
 สมัยนั้นที่เข้มแข็งมาตลอด ตั้งแต่ครูฝึกต่างๆ การมีครู
 ฝึกตั้งแต่รุ่น ๓๕ คน ที่หมอไพจิตรเป็นรุ่น ๑ ทำไปทั่ว
 ประเทศทุกจังหวัด สาธารณสุขอำเภอ ท่านหัวหน้าฝ่าย
 คนเหล่านั้นเป็นกำลังสำคัญของงานในส่วนภูมิภาค
 แทบทั้งสิ้น แล้วคนเหล่านั้นในขณะนั้นตำแหน่งจะยังไม่
 มากนัก แต่เมื่อเวลาผ่านไป ๑๐ ปี ๒๐ ปี พวกเขาขึ้น
 เป็นผู้บริหารกระทรวงฯ ขึ้นเป็นผู้บริหารหมดเลย ไม่
 ว่าจะเป็นทางวิชาการ หรือคุณหมอสงวน ทางกลุ่ม
 แพทย์ต่างๆ ที่โรงพยาบาลชุมชนก็เป็นผู้บริหาร
 กระทรวงสาธารณสุขหมด เพราะฉะนั้น โดยอัตโนมัติ
 ที่งานนี้มันเดินไปโดยไม่ต้องไปเริ่มต้นใหม่สำหรับคน
 เหล่านี้ ดังนั้นนี่เป็นกลไกที่สำคัญ ทำให้พอมาถึงทีม
 อย่างคุณหมอสงวนรุ่นนั้นเข้ามาในกระทรวงมาเป็นผู้
 บริหารกระทรวงฯ การแตกหน่อในเรื่องต่างๆ ก็สามารถ
 แยกได้โดยอัตโนมัติและไปได้อย่างมีคุณภาพด้วย
 เรื่องนี้ก็เป็นเรื่องที่สำคัญ

๕๓ รวมทั้ง ศพ เพียร เขียววนิช จากคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ - รศ ดร เบญจา

๕๔ หมายถึง การทำงานร่วมกับคนในชุมชน - รศ ดร เบญจา

๕๕ ขณะนี้อยู่ในกระบวนการค้นหาคำว่ารู้ท้องถิ่น เพื่อส่งป้อนกลับเข้าไปใหม่ รศ ดร เบญจา

๕๖ ดูรายละเอียดแผนพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับสมบูรณ์แต่ละฉบับได้ในเว็บไซต์สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ <http://www.nesdb.go.th>

ประการที่ ๔ รูปแบบของการทำงานในชุมชน นวัตกรรม ต่างๆ หลายเรื่องสามารถต่อได้ หลายเรื่องก็หายไป อย่างกองทุนยาแรกๆ นูมนมาก ๒ - ๓ หมื่นแห่งเชิงปริมาณไปได้ดี คุณภาพก็ดีบางส่วน แต่บางพื้นที่มีประโยชน์สำหรับประชาชนมาก เพราะฉะนั้น [โดยรวม]มีประโยชน์สำหรับประชาชนมาก ที่ใดที่เป็นประโยชน์ ที่นั่นคือเราประสบความสำเร็จ แต่ถ้ามันไม่สำเร็จก็ไม่เป็นไรก็พัฒนากันไป แต่วันนี้กองทุนยาในหมู่บ้านก็ไม่มีแล้ว ถ้าเรียกในเชิงของราชการเราก็เหลือเพียงแต่เป็นตุ๊กตาเล็กๆ อยู่ในหมู่บ้าน มีคนซื้อคนขาย แต่ไม่มีการจัดการอย่างที่พูดกันเมื่อสมัย ๒๐ ปีที่แล้ว ความคิดเรื่องเหล่านี้ก็กลายเป็นอย่างอื่นไป แต่ที่ยังคงอยู่ทุกวันนี้ คือ รูปแบบของ อสม. ที่อาสาสมัครตัวนี้ยังคงอยู่ ตั้งแต่อาจารย์ทำ "sociogram" คิดเลือกมาอันนี้ จนถึงบัดนี้ยังมี อสม. อยู่ เพราะฉะนั้น อสม. เป็นกำลังคนภาคประชาชนที่กระทรวงสาธารณสุขจัดตั้งเอาไว้ เรียกจัดตั้งได้เพราะเราพัฒนาเป็นเชิงระบบเหมือนราชการจนเกินไป ทำให้ระบบมันคงอยู่ได้ แต่ภายใต้การจัดตั้งอย่างเข้มแข็งของกระทรวงสาธารณสุขแบบนี้ มันก็มีจุดอ่อนของตัวเอง เพราะระบบอาสาสมัครก็จะพึ่งพิงกระทรวงในความคิดความเห็นต่างๆ วันนี้ไปบอกรัฐมนตรีสาธารณสุขว่า อสม. ให้เขาเข้มแข็งโดยตัวของเขาเองได้ไหม รัฐมนตรีบอกว่าอย่าพึ่งเลย ขอขึ้นต่อตัวเองก่อน ขอสั่งการเองก่อน ถ้าไปตามท่านปลัดกระทรวง บอกว่าไม่ได้ต้องขึ้นกับกระทรวงสาธารณสุข ถ้า อสม. ไปทำงานพัฒนาด้านอื่น บอกอย่าไปทำมากทำสาธารณสุขก่อน นี่ก็เป็นปกติของวิถีคิดเชิงนี้ยังคงอยู่ แต่ อสม. วันนี้ปริมาณมีทุกหมู่บ้านประมาณ ๘๐๐,๐๐๐ คน แล้วทุกวันนี้ ฉะนั้น ๘๐๐,๐๐๐ คน มีมากที่ไปเป็น อบต. อย่างที่โคราชสมัยที่มี อบต. รุ่นที่ ๑ ผมพัฒนา อสม. ไปเป็น อบต. เกือบ ๕๐ เปอร์เซนต์ทุก อบต. มี อสม. หมดเลย แต่ช่วงหลังๆ เป็นน้อยลง เพราะว่าต้องใช้เงิน อสม. ไม่มีเงิน ไม่มีเงินไปเลือก อบต. ต้องใช้เงินเยอะ ก็เป็นแค่กรรมกรผู้ทรงคุณวุฒิ

ประจำหมู่บ้าน ก็เลยไม่มีบทบาททางการบริหาร อบต. เพราะไม่มีเงินไปสู่ วันนี้โลกมันเปลี่ยนไป

ประการสุดท้าย คือ ในส่วนของการปฏิรูปที่เกิดขึ้นทางการปฏิรูปของระบบสุขภาพทั้งหมดในช่วงหลังที่เรา มี ส. ต่างๆ เกิดขึ้นโดยการเปลี่ยนทางสังคม การเปลี่ยนแปลงเหล่านี้เป็นการเปลี่ยนแปลงที่มองไปข้างหน้าในเรื่องสุขภาพ แต่ทั้งหลายทั้งปวงมีสาธารณสุขมูลฐานเป็นฐาน ผมเสียดายอยู่ชนิดหนึ่งเรื่องหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าที่เราไม่ได้ใช้สาธารณสุขมูลฐานเป็นฐาน เราไปใช้การบริการเป็นฐาน ซึ่ง ๒ ตัวนี้ไม่เชื่อมกัน พี่ระเด่นพูดถึงเรื่องกองทุนโภชนาการ และกองทุนบัตรสุขภาพเมื่อสมัยก่อนเราใช้ชุมชนเป็นฐาน ฉะนั้นถ้าใช้ชุมชนเป็นฐานแล้ว "refer" [ส่งต่อ] มาสูงขึ้น ชุมชนก็ได้คัดกรองได้ดู แต่วันนี้พอเราเอาเงินไปไว้ที่สถานบริการเป็นหลัก ชุมชนไม่มีฐานมันเลยขาดการเชื่อมต่อ แต่ สปสช."^{๖๑} ก็แก้ไขโดยการเอาเงิน "P&P"^{๖๒} บาทกว่า ซึ่งเป็นเงินส่งเสริมป้องกัน หยิบมาให้ท้องถิ่นกับอนามัยได้ใช้ในการทำงาน ก็เลยเงินไหลกลับเข้ามาให้ทำงานอีก ฉะนั้นจึงทำให้งานส่งเสริมและป้องกันเราจึงอ่อนกำลังลงไปช่วงนี้ นี่เป็นเพราะระบบมันเปลี่ยนไป เราต้องทบทวนกันในช่วงนี้

ศ.ดร.ทวีทอง : มีใครอยากที่จะเพิ่มเติมไหมครับ? เชิญครับ อาจารย์

รศ.ดร.เบญจ : ขอเพิ่มเติมอีกประเด็นเดียว ที่ท่านทั้งหลายพูดทั้งหมดระบบสาธารณสุขมูลฐานและตัว อสม. จริงๆ แล้วในความรู้สึกของตัวเอง คือการสร้างเขี้ยวเล็บเสริมให้คนเขามีทักษะ มีศักยภาพเพิ่มขึ้น เพราะพอเขาเป็น อสม. เขาต้องหาทางเรียนรู้เพิ่มองค์ความรู้ของเขาเพื่อเขาจะได้นำไปช่วยเหลือคนอื่นได้ หรือแม้แต่เราเอาความรู้ไปให้เขา นี่เป็น [กระบวนการ] การสร้างความเข้มแข็ง [ให้แก่ประชาชนและชุมชน] ที่ชัดเจนมากที่สุดเลย

๖๑ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

๖๒ เงินงบประมาณกองทุนสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

ศ.ดร.ทวีทอง : ผมเองโดยส่วนตัวจะเสริมประเด็นหนึ่งคือในช่วงแผน ๔ แผน ๕^{๖๓} อาจจะรวมแผน ๖ ด้วย สิ่งที่ผมคิดว่ามีค่อนข้างชัดเจนคือ กระทรวงสาธารณสุขมี "leadership" [ความเป็นผู้นำ] ในเรื่องของการพัฒนาสาธารณสุขในทางวิชาการค่อนข้างชัดเจน คือ "มีวิชาการ" ที่มีจริงๆ แล้วก็ไม่ได้แปลกแยกจากมหาวิทยาลัยเท่าไร เพราะเห็นได้ชัด อาจารย์อาวุโส อาจารย์ประพนธ์ อีกหลายคนก็เข้าไปทำงานร่วมกับกระทรวงสาธารณสุขในเรื่อง "primary health care" [สาธารณสุขมูลฐาน] คือพูดไปแล้ว ผมว่าแทบจะทั้งหมดที่เข้าไปร่วม ไม่ใช่เป็นนักปฏิบัติธรรมดาจะเป็นนักวิชาการด้วย อย่างท่านอาจารย์อมร มีบางคนบอกว่าทำไมคิดโครงการรายวัน ผมยังแหย่เลยว่าคุณคิดโครงการไม่ต่ำกว่า ๕ โครงการอะไรอย่างนี้ แต่ผมเรียนนิพนธ์หนึ่งว่า อย่างท่านอาจารย์อมร ผมก็ประทับใจ เพราะผมไปวิจารณ์ท่านมาก แต่ท่านก็ไม่เคยโกรธคือทุกคนก็มาด้วยความรู้สึก "sincere" [จริงใจ] ด้วยความตั้งใจ นี่ก็คือลักษณะของผู้ใหญ่ที่จะนำพาสังคมให้ดีขึ้น ทุกวันนี้ยังคิดถึงผู้ใหญ่เหล่านี้อยู่ เรียกว่าท่านมีบทบาทที่สำคัญค่อนข้างมาก เพราะเรื่องทางวิชาการสมัยก่อนนั้น ผมคิดว่าทุกคนจะคุยจะแลกเปลี่ยนกัน

แต่บรรยากาศเก่าๆ แบบนี้ในทุกวันนี้เราจะไม่ค่อยได้เห็นแล้ว สิ่งที่เราทำไปหลายๆ อย่างมันก็จะเปลี่ยนแปลงรูป เปลี่ยนเงื่อนไขไปตามสภาพของสังคม ผมคิดว่ามันซับซ้อนมากขึ้น คือทุกวันนี้เงินก็ไม่ใช่เงินมันมากขึ้น และความซับซ้อนของผู้คน ความซับซ้อนของสังคม ทางเลือกต่างๆ ที่ผู้คนจะเลือกได้ในสังคมเรามันก็เยอะแยะไปหมด หลายอย่างก็ควบคุมไม่ได้จริงๆ อย่างโทรศัพท์มือถือที่ท่านอาจารย์เสมได้ยกตัวอย่าง นี่ก็ชัดเจนว่านี่มันเป็นสิ่งที่เรียกว่าทุนนิยม

โลก เป็นกระแสโลกาภิวัตน์ที่เราไม่สามารถควบคุมมันได้ ความซับซ้อนอันนี้ ความรู้สึกของผมมันคิดว่าจริงๆ แล้วสาธารณสุขมูลฐานก็ต้องปรับตัวกับความซับซ้อนของสังคม กับความซับซ้อนของเทคโนโลยีที่เปลี่ยนแปลงด้วย อย่างที่อาจารย์เสมยกตัวอย่างเรื่องมือถือหรือยกตัวอย่างเรื่องออดิโอสติก ผมก็จะเกิดรู้สึกขึ้นมาทันทีว่า เฮ้! สาธารณสุขมูลฐานของเราจริงๆ แล้วมันก็ต้องปรับตัวให้เข้าใจปรากฏการณ์เช่นนี้ด้วยคือสามารถปรับตัวให้สามารถหาทางแก้ไขหรือป้องกันสิ่งเหล่านี้ด้วย

เพราะฉะนั้นปรากฏการณ์ที่เมื่อก่อนเรามี อสม. แค่เพียง ๑ คนต่อหมู่บ้าน ตอนหลังอาจจะปรับขึ้นมาเป็น ๑๐ คน^{๖๔} อันนี้ก็คือลักษณะของการปรับ และที่จริงแล้วสมัยหนึ่งผมฟังคุณหมอมอมน ผมยังแอบนึกหัวเราะว่าอาจารย์ช่างฝันเหลือเกินที่บอกว่าต้องมี อสม. ประจำครอบครัวหรืออะไรเช่นนี้ จริงๆ แล้วเราไปติดกับคำว่า อสม. แต่จริงๆ แล้ว อสม. เป็นแค่นามสมมุติ ความจริงก็คือความรู้เรื่องของสุขภาพมันจะต้องไปถึงครอบครัว จะต้องไปถึงแต่ละคน เมื่อเราเข้าใจเช่นนี้แล้ว งาน "primary health care" มันจะไม่มีวันจบ เพราะมันจะต้องทำงานอะไรที่ยากและซับซ้อนมากขึ้นเรื่อยๆ ฉะนั้นผมเองส่วนตัวก็รู้สึกเหมือนกันว่า พลวัตที่ว่า "primary health care" คืออะไร และจะต้องปรับตัวอย่างไร ปรับวิธีการดำเนินงานอย่างไรกับสังคมที่มันซับซ้อนมากขึ้น ตรงนี้ที่ผมคิดว่ามันอาจจะยังล่าช้าอยู่

ก็คิดว่าคงพอสมควรแล้ว ควรจะต้องยุติลงตรงนี้ขอขอบคุณทุกท่านครับ

๖๓ ฐานยะเยียดใน กระทรวงสาธารณสุข, โครงการพัฒนาการสาธารณสุข ตามแผนพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ ๔ (พ.ศ. ๒๕๒๐ - ๒๕๒๔) (กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์สำนักข่าวทางวิทยุ กรมพณิชยสัมพันธ์, ๒๕๑๙); คณะอนุกรรมการวางแผนพัฒนาการสาธารณสุข สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, แผนพัฒนาการสาธารณสุข ตามแผนพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ ๕ (พ.ศ. ๒๕๒๕ - ๒๕๒๙) (กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์สำนักข่าวทางวิทยุ กรมพณิชยสัมพันธ์, ๒๕๒๔); และ สำนักนโยบายและแผนสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข, สหภาพพัฒนาสังคม สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์ และมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ, สถานภาพของแผนพัฒนาการสาธารณสุขในอดีต - ปัจจุบัน ช่วงแผนพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ ๑ - ๗ (พ.ศ. ๒๕๑๔ - ๒๕๑๘) (กรุงเทพฯ: บริษัท เดอะเบสท์ กราฟิค ดีไซน์ จำกัด, ๒๕๑๘)

๖๔ เมื่อสิ้นสุดแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ ๔ (พ.ศ. ๒๕๒๐ - ๒๔) แล้วสามารถสร้างองค์การอาสาสมัครสาธารณสุขและจัดระบบโครงสร้างสาธารณสุขในระดับหมู่บ้านได้ครอบคลุม ๖๔ จังหวัด, ๔,๔๐๐ อำเภอ, ๒๔,๐๐๐ หมู่บ้าน หรือประมาณร้อยละ ๕๐ ของหมู่บ้านในชนบท โดยครอบคลุมประชากรในเขตชนบทประมาณ ๑๔.๕ ล้านคน ตลอดจนมอบเจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับจังหวัด อำเภอ ตำบล ให้ทำหน้าที่ครูฝึกได้ครบถ้วนในทุกพื้นที่, เพิ่มขึ้นเป็น ๗๒ จังหวัด, ๖๙๖ อำเภอ, ๖,๑๘๔ ตำบล และ ๔๔,๐๐๐ หมู่บ้าน โดยครอบคลุมประชากรประมาณ ๓๗ ล้านคนเมื่อสิ้นสุดแผนพัฒนาฯ ฉบับที่ ๕ (พ.ศ. ๒๕๒๕ - ๒๕๒๙) สามารถสร้างองค์การอาสาสมัครสาธารณสุขและจัดระบบโครงสร้างสาธารณสุขมูลฐานในระดับหมู่บ้านได้ครอบคลุมทุกหมู่บ้านทั้งในเขตชนบทและเขตเมือง ตลอดจนพื้นที่เฉพาะ โดยมีจำนวนอาสาสมัครสาธารณสุขทั้งสิ้น ๖๒๗,๕๐๐ คน เมื่อสิ้นสุดแผนพัฒนาฯ ฉบับที่ ๖ (พ.ศ. ๒๕๓๐ - ๓๔) เมื่อสิ้นสุดแผนพัฒนาฯ ฉบับที่ ๗ (พ.ศ. ๒๕๓๕ - ๓๙) สร้าง อสม. และศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน (คสมช.) ได้เพิ่มขึ้นทั่วประเทศ โดยมี อสม. จำนวน ๖๕๓,๒๖๒ คน (๖๓๑,๖๔๓ คนในเขตชนบท และ ๒๑,๕๑๙ คนในเขตเมือง) และมี คสมช. จำนวน ๖๔,๘๘๒ แห่งทั่วประเทศ มีจำนวนหมู่บ้านที่บรรลุเกณฑ์สุขภาพดีถ้วนหน้า ๕๔,๕๒๑ แห่ง และชุมชนเทศบาลอีก ๘๑๒ ชุมชน และในช่วงปลายของแผนพัฒนาฯ ฉบับที่ ๘ (พ.ศ. ๒๕๔๐ - ๔๔) สามารถทำให้ประชาชนมีสุขภาพดีถ้วนหน้าแบบอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านได้ทั้งสิ้น ๗๑๑,๕๒๓ คน, มีกองทุนยาและเวชภัณฑ์ประจำหมู่บ้านที่ยังดำเนินการอยู่จำนวน ๔๔,๒๑๔ แห่ง, คสมช. ในเขตชนบท ๖๗,๑๑๒ แห่ง, คสมช. ในเขตเมือง ๒,๙๖๒ แห่ง, มีหมู่บ้านที่บรรลุเกณฑ์สุขภาพดีถ้วนหน้าในเขตชนบทจำนวน ๖๕,๘๕๑๑ หมู่บ้าน และชุมชนในเขตเมืองจำนวน ๑,๗๑๑ ชุมชน, ๓๖ วิทยาลัยการฝึกหัดครู, ๒๐ ปีของเส้นทางสู่การมีสุขภาพดีถ้วนหน้าของประชาชน (สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการสาธารณสุขมูลฐาน กระทรวงสาธารณสุข, ๒๕๔๓), ๔๑ - ๗

ภาคผนวก

บทสัมภาษณ์

นายแพทย์นัดดา ศรียาภัย

ก่อนการสัมมนาผู้รู้เห็นประวัติศาสตร์ฯ ครั้งที่ ๑ ในวันที่ ๑๙ กันยายน พ.ศ. ๒๕๕๑ สำนักวิจัยสังคมและสุขภาพ (สวสส.) ได้จัดส่งเจ้าหน้าที่ ได้แก่ นางวิวรรณ เสถียรกาล นางสาวปารณัฐ สุขสุทธิ และนายประคอง แก้วนัย ไปขอ สัมภาษณ์นายแพทย์นิตดา ศรียากย์ เมื่อวันที่ ๑๒ กันยายน พ.ศ. ๒๕๕๑ เนื่องจากอาจารย์นายแพทย์นิตดา ศรียากย์ ติดภารกิจไม่ได้เข้าร่วมการสัมมนา และบทสัมภาษณ์ชิ้นนี้น่าจะมีประโยชน์ตามสมควรในฐานะเอกสารความทรงจำด้าน ประวัติศาสตร์การแพทย์ชิ้นหนึ่ง จึงควรตีพิมพ์เผยแพร่ไปในคราวเดียวกันนี้

นพ.นิตดา : เมื่อ พ.ศ. ๒๔๙๐ เรียนแพทยศาสตร์ก่อนที่จุฬาฯ ๒ ปี แล้วถึงต้องข้ามฝากไปเรียนวิชาแพทยศาสตร์แท้ๆ ที่ ศิริราชอีก ๔ ปี สมัยนั้นยังใช้ปริญญา MB [Bachelor of Medicine] แล้วตอนหลังก็เพิ่มงานหลักสูตรฝึกงานอีกปีหนึ่ง เป็น ๕ ปี แล้วค่อยได้ปริญญา MD [Doctor of Medicine] ตามมาทีหลัง

สวสส. : อาจารย์เรียนสายอะไรมาครับ อายุกรรมหรือรวมๆ?

นพ.นิตดา : ๔ ปีนี้มันเรียนรวมกันหมด ๒ ปีนี้จะเป็นเรื่อง "pathology" [พยาธิวิทยา] อะไรต่อไปเนี่ย แล้ว ๒ ปีหลังค่อยไป เรียนกับคนไข้ มีไม่แยกมาแต่นั้น เป็น "medicine" ทั้งหมด ไม่มีการแยกนอกจากจะมีการกำหนดให้ไปทำงาน บางคน จะไปอยู่ที่หน่วยแพทย์บริการของโรงพยาบาล บางคนได้ไปดูงานประเภทคนไข้ผ่าตัดและก็ช่วยหมอผ่าตัดบ้างอะไร พวกนั้น ไม่ได้แยกเป็นแบบเฉพาะเจาะจง

สวสส. : ช่วงที่คุณหมอเรียนแพทย์ คุณหมอมองแรงบันดาลใจเรื่องของการเจ็บป่วยหรือเห็นอะไรที่ทำให้เราสนใจ?

นพ.นิตดา : ตรงข้ามเลย ผมไม่ได้ต้องการเรียนแพทย์เลย สมัยนั้นเขานิยมเรียนกฎหมายกัน พ่อของผมเรียนกฎหมาย อยู่ เนติบัณฑิตใหญ่ แต่ตัวเองอยากเป็นแพทย์ แต่ความนิยมมันไม่ให้ และมันแพงที่สุดด้วย ทั้งหมดที่เรียนแพทย์กว่าจะ จบก็ใช้เวลา ๘-๙ ปี ตอนเรียนเตรียมอุดมศึกษานั้น ผมเรียนวิทยาศาสตร์ แต่พ่ออยากให้ไปเป็นแพทย์ ตอนที่อยู่เตรียม ตอนเรียนเตรียมอุดมศึกษา มัธยมศึกษาตอนปลายถึงไปเรียนแพทย์ ที่จุฬาฯ ไปเรียนวิทยาศาสตร์อยู่ ๒ ปีก่อนอยู่ที่ คณะวิทยาศาสตร์ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

สวสส. : ต้องไปเรียนจุฬาฯ ก่อน แล้วค่อยมาเรียนที่ศิริราช

นพ.นิตดา : เขาเรียกข้ามฝาก ศิริราชตอนนั้นเป็นโรงเรียนแพทย์ ขึ้นอยู่กับกระทรวงสาธารณสุข ขึ้นอยู่กับมหาวิทยาลัย แพทยศาสตร์ ซึ่งสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ยังไม่แยกออกมาเป็นทบวงมหาวิทยาลัย

สวสส. : ท่านอาจารย์ได้เรียนแล้ว เปลี่ยนแปลงไหมคะ?

นพ.นิตดา : ด้านฟิสิกส์คำนวณผมรู้ว่าสู้ไม่ไหว แต่เรียนแพทย์ส่วนใหญ่มันใช้การจำ

สวสส. : พอเรียนแล้วอาจารย์สนใจเรื่องอะไรเป็นพิเศษไหมคะ?

นพ.นิตดา : คือปกติเรียนแพทย์จบสมัยนั้นมันไม่เหมือนสมัยนี้ ที่เขาจัดให้มี "practice skill" [การฝึกปฏิบัติ] ให้เป็นปีที่ ๕ แต่สมัยนั้นเขามีที่เรียกว่า "แพทย์ประจำบ้าน" เป็นลูกจ้างที่มีอายุการทำงาน ๑ ปี ยังไม่ได้เป็นข้าราชการ แต่ถ้า ทำงานดี โรงเรียนแพทย์หรือคณะแพทยศาสตร์เขาก็อาจจะให้เป็นที่ ต่อ เขาเรียก "แพทย์ประจำบ้านอาวุโส"

สวสส. : ท่านอาจารย์ทำงานที่ศิริราชนานเท่าไรคะ?

นพ.นิตดา : ปีเดียว คือปีแรกผมไม่ได้เป็น ผมสมัครเข้าไปเหมือนกัน แต่มันติดอยู่นิดหนึ่ง เขามีกรรมการเลือก แต่ผมไม่มี "recommendation" [ใบรับรอง] ของผู้ใหญ่ ผมเลยไปเป็นแพทย์คลินิกเอกชนที่เยาวราชสมัยนั้น แต่พอทำงานไปได้ ๔ - ๕ เดือน อาจารย์ที่ศิริราชก็ขอให้ไปสมัครอีกครั้งหนึ่ง เพราะปีที่แล้วนั้นเลือกผิดไปแล้ว ท่านว่าอย่างนั้น ความจริงเป็นปีที่ ๒ ที่ผมจบนะ ผมก็เลยสมัครเป็นแพทย์ประจำบ้าน รุ่นผมเขาได้เป็นปีแรกเลยนะ แต่ผมเป็นปีที่ ๒ หลังจากที่ยัง

สวสส. : ตอนที่อาจารย์ไปเป็นแพทย์ประจำบ้านที่ศิริราชนั้น อาจารย์ได้สนใจหรือดูแลเรื่องโรคภัยไข้เจ็บ?

นพ.นิตดา : มันก็ต้องทำหมดทุกอย่าง

สวสส. : งานคนไข้เยอะหรืองานจะหนักเหมือนตอนนี้ไหมคะ?

นพ.นิตดา : มีโอกาสได้ใช้ "practice" [ฝึกปฏิบัติ] ต้องใช้การวินิจฉัยโรค มีโอกาสได้ไต่ยา รวมทั้งเรื่อง "emergency" [ฉุกเฉิน] ทั้งหมด คือได้ดูแลทุกโรคเลย แผนกศัลยกรรมก็มีนะ แต่ผมไม่ได้สนใจที่จะไปเป็นศัลยแพทย์ ก็ยังสนใจเรื่อง "medicine" เพราะแม้จะเป็นศัลยแพทย์ที่มีชื่อดังก็ตาม ก็จะต้องมีอายุรแพทย์นั้นเป็น "base" [ฐาน]

สวสส. : แล้วที่ไปทำงานที่กองควบคุมโรคนั้นช่วงไหน?

นพ.นิตดา : ตอนนั้นยังไม่มีกองควบคุมโรคนะ พอจบจากแพทย์ประจำบ้านแล้ว อาจารย์เขาก็อยากจะได้แพทย์ประจำบ้านอายุรฯ แต่ผมเห็นว่าเป็นอีกปี ไปก็ยังไม่ตำแหน่ง คือเป็นลูกจ้างชั่วคราวต่อไป เพราะฉะนั้นก็จะเสียเวลาไปอีกปี พอดีว่ามีผู้ใหญ่ที่รู้จักกับที่บ้าน รู้จักกับที่บ้านเพราะว่าเคยไปคุณน้าที่บ้าน คือคุณหมอบุญส่ง เลขะกุล นี่แหละ ท่านเป็นศัลยแพทย์

สวสส. : ตอนที่ท่านเป็นอธิบดีกรมควบคุมโรค ตอนนั้นกรมควบคุมโรคนี้อยู่ตรงไหน?

นพ.นิตดา : ตอนนั้นกระทรวงสาธารณสุขยังอยู่ที่เทเวศร์อยู่เลย กระทรวงใหม่ที่อยู่เดี๋ยวนี้ยังสร้างไม่เสร็จ

สวสส. : บรรยากาศเป็นอย่างไรบ้างคะที่วังเทเวศร์?

นพ.นิตดา : มันค่อนข้างจะแน่นหน่อยครับ มีแค่ตึกเก่าๆ สองตึก แต่มีแค่สองสามชั้น ก็อาศัยตึกนั้นเป็นที่ทำงานของกรมของกอง ค่อนข้างจะอัดเยียด แต่ว่างานมันก็ยังน้อย แล้วผู้ใหญ่ที่ว่า คืออาจารย์สมบุญ ผ่องอักษร* ท่านเป็น "surgeon" [ศัลยแพทย์] อยู่ก่อนนะครับ แล้วรับทุนไปศึกษาที่สหรัฐอเมริกา และได้รับปริญญาเอกทางด้านระบาดวิทยาของวัดโรค ท่านกลับมาที่เรียกผมไปพบ ก็ชวนให้ไปเข้ารับราชการ บอกว่าเวลานี้วัดโรคมีความก้าวหน้าไปพอสมควร อยากมาให้ช่วยทำงานเกี่ยวกับเรื่องการรักษาวัดโรคและโดยเฉพาะการควบคุมโรค พุดสีบนานที่ผมก็มาเลย สมัยนั้นไม่มีใครชอบหรือกลัวรักษาวัดโรค และโรคเรื้อน

สวสส. : โรคเรื้อนเป็นโรคติดต่อที่ร้ายแรง

๑ นายแพทย์สมบุญ ผ่องอักษร อดีตรัฐมนตรีช่วยว่าการกระทรวงสาธารณสุข ระหว่างวันที่ ๑๑ มีนาคม พ.ศ. ๒๕๑๒ - ๑๗ พฤศจิกายน พ.ศ. ๒๕๑๔ และวันที่ ๑๙ ธันวาคม พ.ศ. ๒๕๑๕ - ๑๔ ตุลาคม พ.ศ. ๒๕๑๖ ในสมัยรัฐบาลจอมพล ถนอม กิตติขจร

นพ.นิตดา : ไม่เป็นโรคที่ร้ายแรง แต่ว่าเป็นโรคที่ทำให้คนรังเกียจ

สวสส. : อาจารย์บอกว่าพูดสิบนาทีแล้วอาจารย์มาเลย เพราะอะไร?

นพ.นิตดา : เพราะผมเห็นว่ามันมีอะไรที่ก้าวหน้าขึ้น การตรวจรักษาใหม่ๆ ทำให้ผมมีโอกาสทำงานมากขึ้น เพราะยังไม่มีใครทำ คุณหมอสมนัญญ์ก็ตั้งเป็นสถานตรวจโรคปอดที่ยศเส ที่นั่นเคยเป็นที่ของสภาอากาศชาติไทย แต่ตอนนี้รื้อไปหมดแล้ว เคยเป็นสถานีอนามัยชั้น ๑ ของสภาอากาศ เขาใช้รักษาโรคอยู่ แล้วชั้นหนึ่งนั่นแพทยสมาคมแห่งกรุงสยามก็ได้เปิดสาขาเพื่อจะตรวจรักษาวัณโรค และได้ขอใช้สถานที่นี้จากสภาอากาศเพื่อใช้ในการรักษาวัณโรค ตอนนั้นเมื่อ พ.ศ. ๒๔๗๘ รัฐบาลยังไม่มีการดูแลเรื่องวัณโรคเลย

สวสส. : เป็นความก้าวหน้าทางการแพทย์ในสมัยนั้นด้วยใช่ไหมคะ?

นพ.นิตดา : ก็ไม่ค่อยก้าวหน้าเท่าไรหรอกนะ ไม่มีโรงพยาบาล รักษาด้วยยาซึ่งสมัยนี้เขาก็คงไม่ใช่แล้ว

สวสส. : เป็นช่วงรัฐบาลไหนครับ?

นพ.นิตดา : สมัยตอนหลังสงครามโลกครั้งที่ ๒

สวสส. : ตอนนั้นอาจารย์เริ่มมีบทบาทอย่างไรบ้าง?

นพ.นิตดา : ผมเข้าไปทำงานอยู่ในสถานตรวจโรคปอด ที่เดิมเป็นสถานีอนามัยที่ ๑ ของสภาอากาศ ผมแปลกใจที่ผมผ่านมาทางนั้นตอนหลัง คือสภาอากาศได้เรียกคืนไป เขาจะนำไปพัฒนาเพื่อจัดหาเงิน ตอนนั้นเราเช่าเขาปีละ ๑๒ บาท มันมีโรงเรียนติดอยู่โรงเรียนหนึ่ง เขารื้อหมดเลย เขาทำร้านค้าขายของใหญ่โต เขาพัฒนากิจกรรมหาเงินเข้าสภาอากาศ เขาสร้างเป็นเรือนไม้ มันคล้ายๆ กับสถานีอนามัยชั้น ๑ ที่เราเคยไปใช้ ไม่รู้เขาคิดอย่างไรก็ไม่รู้ แล้วก็มีความรู้สึกว่าเคยมีสถานีอนามัยเป็นแห่งแรก

ตอนนั้นงานสาธารณสุขอยู่กับกระทรวงมหาดไทยเป็นกรมสาธารณสุขขึ้นอยู่กับกระทรวงมหาดไทย กระทรวงมหาดไทยอาจจะรู้สึกเป็นความคิดของจอมพล ป. จัดสร้างโรงพยาบาลแห่งแรกขึ้นมาในรัฐบาล ก็ที่เป็นสถาบันโรคทรวงอกเดี๋ยวนี้ใกล้ๆ กับแคราย แต่ก่อนชื่อว่า “โรงพยาบาลวัณโรคกลาง” ตอนแรกก็มีเตียงเดียว มีเตียงอยู่ ๒๕ เตียง ตอนหลังรู้สึกว่าพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวรัชกาลที่ ๘ ท่านบริจาคเงินสร้างขึ้นอีกหลังหนึ่งสำหรับให้รักษาภิกษุที่ป่วยเป็นวัณโรค รวมแล้วก็มีเตียงไม่เกิน ๕๐ เตียง คนไม่ค่อยมี ไม่มีใครอยากไปเล่นกับวัณโรค พยาบาลหรือแพทย์ก็เคยเป็นวัณโรคแล้วค่อยยังชั่วแล้วก็ไปอยู่ แต่ที่อื่นมันแยกกัน เพราะตอนนั้นพอตั้งกระทรวงสาธารณสุขขึ้นมา ก็โอนจากสังกัดของกระทรวงมหาดไทย มาขึ้นกับกระทรวงสาธารณสุข ขึ้นอยู่กับกรมการแพทย์ก็ตั้งโรงพยาบาลวัณโรคกลางขึ้น ของผมเป็นสถานตรวจโรคปอดขึ้นอยู่กับแผนกควบคุมโรคติดต่อ ขึ้นอยู่กับกรมอนามัยรับโรคติดต่อ แยกกับกรมการแพทย์ กรมการแพทย์รักษาโรคทั่วไป เขาจะไม่รักษาโรคติดต่อเลย สำหรับกรมการแพทย์แล้วก็ยกฐานะขึ้นเป็นกองควบคุมวัณโรคในปลายปี พ.ศ. ๒๔๙๒

สวสส. : แสดงว่าพอยกฐานะเป็นกองควบคุมวัณโรคเขาก็ได้เชิญอาจารย์ไป?

นพ.นิตดา : ผมเข้าไป ผมก็เข้าไปอยู่สถานตรวจโรคปอด มันขึ้นอยู่กับกรมอนามัย เดิมชื่อกรมสาธารณสุข

สวสส. : ในช่วงนั้นเป็นอย่างไบบ้าง?

นพ.นิตดา : มันก็มีติดกับไม้ ข้างล่างเป็นตึก ข้างบนเป็นไม้เกร็ดๆ แบบโบราณ คนเรียกว่าสถานตรวจโรคปอดยุคเส

สวสส. : แสดงว่ามีงานรักษาด้วย

นพ.นิตดา : พอเสร็จสงครามแล้ว ยูนิเซฟ ก็ให้ "streptomycin" มา แต่ตอนนั้นยังไม่รู้ว่าการใช้ยาที่ถูกต้องเป็นอย่างไร ก็ฉีดทุกวัน ทีละ ๑ เดือน ถ้าดีขึ้นก็หยุดไป แล้วในหลวงท่านอยู่ที่สวีตเซอร์แลนด์ ท่านได้ซื้อยา "paraaminosalicylic acid" หรือ PAS มีลักษณะเป็นเกล็ด ท่านก็ซื้อส่งมาให้เรา ๒ กิโล ผมไปอยู่ใหม่ ก็มีการต่อเติมให้ตึกยาวข้างหลังอีก ๑ ชั้น มีทางเดินตรงกลาง สำหรับเครื่องเอกซเรย์ประจำที่ และมีสำหรับห้องยา ห้องตรวจคนไข้ แล้วก็ตอนนั้นยังไม่มีแล็บ "lab" แต่ยูนิเซฟให้รถเอกซเรย์เคลื่อนที่มาคันหนึ่ง และเริ่มมีที่ปรึกษาองค์การอนามัยโลกทีละ ๒ - ๓ คน

สวสส. : ไม่ทราบว่ามีภาพใหม่ ในสิ่งที่อาจารย์เล่า มองเห็นภาพเก่าๆ?

นพ.นิตดา : มีนะ ต้องไปค้นดู และเราก็เคยพิมพ์เป็นหนังสือเปิดตึก ภาพสถานตรวจโรคปอด และภาพที่เราสร้างตึกขึ้นมาใหม่สองชั้น เดียวนี้หรือไปแล้ว สมัยนั้นวัดโรคนี้ถือว่าน่ากลัวมาก ต้องรักษาในโรงพยาบาล ต้องกักตัวไว้ในโรงพยาบาล พุดง่ายๆ แยกจากสังคมหรือชุมชน แล้วก็ลองคิดดูสิ ในโรงพยาบาลที่สร้างไว้ก็มีคนไข้อยู่เต็ม โดยมากไม่ค่อยรอด ไม่มีการรักษาที่แน่นอน เรามีเอกซเรย์แล้ว แต่แล็บยังไม่มี ถ้าเอกซเรย์แล้วตรวจพบ TB ในปอดก็ให้เป็นคนไข้ นอก อยู่เป็น ๒ อาทิตย์ ๓ อาทิตย์ มีหน่วยพยาบาลออกไปเยี่ยมที่บ้าน ออกไปเยี่ยมที่บ้านก็ลำบาก เพราะบ้านเขาอาจจะไม่ยอมให้เยี่ยมก็ได้ เพราะกลัวชาวบ้านรู้ว่าบ้านนี้เป็นวัดโรค ก็แต่งตัวธรรมดา ก็ไม่มีอะไรมาก

สวสส. : ท่านอาจารย์ไปเยี่ยมส่วนใหญ่นานไหนคะ?

นพ.นิตดา : หมอไม่ได้ออกไปเยี่ยม สงพยาบาลไป ไม่ได้เยี่ยมเฉพาะทุกราย เยี่ยมเฉพาะเวลาที่มีปัญหา เช่นกินยาไม่ได้ อะไรมากกว่า เรื่องวิธีการรักษายังไม่...

สวสส. : เรื่องการรักษายังไม่แบบแผนชัด?

นพ.นิตดา : ที่แรกก็ฉีดยาสเตปโตมัยซินให้แล้วก็ให้กิน PAS ก็ไม่รู้ว่าเมื่อไรจะหาย มันไม่มีหลักเกณฑ์อะไรว่าเมื่อไรจะได้กลับ

สวสส. : ได้ผลไหม?

นพ.นิตดา : ได้ผลสิ มันดีขึ้น ยาสเตปโตมัยซินเป็นยาฉีดขนานแรก อเมริกันพบตอนปลายสงคราม เดียวนี้ก็ยังใช้ยาสเตปโตมัยซิน แต่วิธีการเปลี่ยนไปเยอะ ที่นี้ที่อื่นเขาก็ว่าทำไมพอเราตรวจคนไข้วัดโรคแล้วไม่เอาเข้าโรงพยาบาล ก็วันๆ มีคนไข้มา ๒๐ - ๓๐ คนที่ตรวจพบ แล้วก็ก็มีโรงพยาบาลอยู่แห่งเดียว และมีเตียงแค่ ๕๐ เตียง ก็เต็มไปหมด เราก็ยกฐานะขึ้นเป็นกองควบคุมวัดโรค และยูนิเซฟก็มาช่วยสร้างแล็บตรวจเชื้อวัดโรคให้หลังหนึ่ง เป็นตัวหลักที่จะตรวจเสมหะแล้วพบเชื้อวัดโรค แล้วก็เพาะเชื้อด้วย เราก็ต้องทำตามแนวทาง เราจะต้องตรวจเสมหะด้วย อาจจะเป็น

ทุกสองเดือนสามเดือน เพราะการประเมินผลการรักษาถ้าใช้ภาพเอกซเรย์ไม่ค่อยแน่ เปรียบเทียบภาพเอกซเรย์มันไม่แน่ บางทีมันอ่านผิด การตรวจเช็อง่ายกว่าเยอะเลย ถ้าอาการดีขึ้น คนไข้มารับยาสม่ำเสมอ ภายในเดือนสองเดือน เชื้อที่ตรวจพบจะค่อยๆ หายไป ตอนนั้นเราเป็นการที่เขาเรียกว่าการควบคุมรักษาโรคติดต่อแบบ “vertical program” แนวตั้ง โครงการที่มีเจ้าหน้าที่พิเศษทำโดยเฉพาะโรค

ต่อมาเขาพบว่า มีทางที่จะใช้ยาสเตปโตมัยซิน และยาอีกขนานที่ดีมาก เป็นยาที่ถูกมากด้วย และคนไข้กินก็ไม่ค่อยแพ้ด้วย แต่วิธีการรักษามันเยอะเหลือเกิน กินคู่กับพีเอเอส สามารถรักษาให้หายได้ในเวลา ๑ ปี ที่สำคัญทำให้เสมหะนั้นเปลี่ยนเป็นลบไปเลยค่อนข้างจะเร็ว

ตอนนั้นเริ่มมีการรักษาแบบผ่าตัด หมอสมบุญไปดูงานเพิ่มเติม สำหรับรายที่รักษาด้วยยากี่เต็มที่แล้วมันยังเหลือ เช่นว่ายังมีแผลโพรงอยู่ ถ้ารักษาต่อไปอาจจะไม่หายขาด ก็ผ่าตัดเอาแผลโพรง หรือให้กระบังลมได้มีโอกาสพัก มันก็ช่วยให้แผลโพรงปิดได้บ้างบางราย ควบคู่กับยาที่มีเพิ่มขึ้น เราก็ใช้อยู่หลายปี เราทำการผ่าตัดปีหนึ่งเกือบสองร้อยสามร้อย อีกอันก็เป็นกรผ่าตัดเอาซี่โครงบางซี่ออก เพื่อที่จะยุบผนังทรวงอกให้ปอดข้างล่างนี้ยุบเลย หรืออีกอันก็ใส่วัสดุที่เป็นโฟมเป็นพลาสติก ใส่เข้าไปที่ตรงยอดให้มันดันให้ปอดข้างล่างมัน “collapse” [ยุบลง] ถาวรเลย บางคนทำ ๒ ข้าง ผ่าตัดข้างหนึ่งอีกข้างหนึ่งใส่ “collapse” มีอยู่คนหนึ่งยังอยู่เลยเป็นศิลปิน ผมก็ไม่อยากจะเอ่ย เพราะเราไม่ได้รับอนุญาตจากเขา เป็นคนที่ทำทั้ง ๒ ข้างเลย เดียวนี้ก็ยังอยู่ ยังเห็นชื่อเลย

สวสส. : แล้วตอนนั้นมีแพทย์ที่สนใจเรื่องวัณโรคหลายคนไหมคะ?

นพ.นิตดา : เมื่อตอนนั้น เนื่องจากว่าองค์การอนามัยโลกได้แนะนำให้อินโรงพยาบาลวัณโรคกลาง ซึ่งขึ้นอยู่กับกรมการแพทย์ ให้มาขึ้นเป็นกองโรงพยาบาลวัณโรค ทำงานประสานงานกับกองควบคุมวัณโรค สังกัดกรมอนามัยเหมือนกัน ตอนนั้นเรามีแพทย์หลายคน แพทย์ที่สถานตรวจโรคปอดและสถานควบคุมวัณโรคมีอยู่ ๔ - ๕ คนได้ ที่โรงพยาบาลก็มีหลายคน อีกสี่ห้าคน เพราะมีโรคอื่นที่ไม่ใช่วัณโรค มีโรคหลอดลมพองและโรคมะเร็งปอดพวกนี้ด้วยอีกหลายคน เราก็มีการ “Exchange conference” ผลัดกัน อาทิตย์หนึ่งแพทย์ทางโน้นก็มาเข้า เรียกโรงพยาบาลโรคปอดก็มา “conference” กับกองควบคุมวัณโรค และก็นำมาดูว่ามีเคส “case” ใดที่จะต้องส่งไปผ่าตัด อีกอาทิตย์หนึ่งพวกที่อยู่ทางนี้ก็ไป “conference” กับพวกที่อยู่ทางโน้น สมัยโน้นมันยากกว่าสมัยนี้เยอะ

สวสส. : คุณหมอสมบุญหายไปไหนแล้ว?

นพ.นิตดา : ท่านเสียไปหลายปีแล้ว ท่านเคยเป็นรองปลัดกระทรวง ท่านเคยเป็นรัฐมนตรีช่วยว่าการกระทรวง เขาให้ท่านไปดูเรื่องการควบคุมโรคไข้มาลาเลียที่ได้รับการช่วยเหลือจาก USAID

สวสส. : ไม่ทราบว่ามีใครเป็นผู้นำผู้บุกเบิกด้านวัณโรค?

นพ.นิตดา : ก็มี ตอนนั้นผมเพิ่งเข้ามาทีหลัง มีหมออยู่สองคนที่เข้ามาก่อนผม ตอนนั้นก็ไม่มีอยู่แล้วทั้งคู่ ไปเรียนที่อินเดีย ตอนนั้นเพิ่งตั้งเกี่ยวกับการควบคุมโรคขึ้นมาใหม่ ผมเข้ามาทีหลัง คุณหมอสมบุญ ผ่องอักษร เป็นผู้อำนวยการสถานตรวจโรคปอด และต่อมาเป็นผู้อำนวยการกองควบคุมโรค ตอนนั้นผมเข้าไปใหม่ๆ ก็ช่วยตรวจดู เขาส่งให้ไปเรียนเอกซเรย์แผนกเอกซเรย์ ที่ศิริราช ไปเรียนเอกซเรย์ปอดอยู่ ๒ - ๓ ปี แล้วก็ส่งไปเรียนปริญญาโทสาขาสาธารณสุขศาสตร์ ซึ่งตอนนั้นสังกัดอยู่กับคณะสาธารณสุขศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข ขึ้นอยู่กับมหาวิทยาลัยแพทยศาสตร์ ตอนนั้นที่ขึ้นอยู่กับการกระทรวงสาธารณสุขก็มีคณะสาธารณสุขศาสตร์

ตอนนั้นเราก็เริ่มแผนจะขยายงาน คือเราเห็นแล้วว่า การควบคุมตรวจรักษาวัณโรคไม่สามารถหาเงินมาสร้างโรงพยาบาลตรวจรักษาวัณโรคได้เป็นหลายๆ ร้อยเตียง ก็เป็นคนไข้นอกเสียส่วนใหญ่ บางคนก็ไม่เข้าใจว่าทำไมรักษา นอกโรงพยาบาล ตอนหลังเรามีการศึกษาคัดค้นยารักษาวัณโรคให้มากยิ่งขึ้น ก็พบว่าการผ่าตัดไม่จำเป็น ยา "Isoniazid" ร่วมกับ PAS รวบรวมหนึ่งหรือปีครึ่งก็หายแล้ว ก็มีการศึกษาทดลองที่เมืองมัทราส [Madras] ประเทศ อินเดีย ตอนนั้นสถาบันวิจัยทางการแพทย์ของอังกฤษสาขาวัณโรคไปศึกษาการใช้ยารักษาวัณโรคหลายแห่ง รวมถึง ศูนย์ที่มัทราส อินเดีย เพราะตอนนั้นอินเดียเพิ่งเป็นเอกราชใหม่ๆ เขาก็พูดกันรู้เรื่อง ของเราเขายังไม่เคยมา เพราะเรา เพิ่งเริ่มมาทำ แต่ที่โน้นเป็นศูนย์ที่ดูแลโดยอังกฤษอยู่แล้ว ขณะนี้ยังเป็นอยู่เป็นศูนย์กลางศึกษา ไม่ทราบว่าจะเปลี่ยนชื่อ ว่าเป็นอะไรแล้ว เขาศึกษาทดลองที่มัทราส ค.ศ. ๑๙๗๖ แบ่งคนไข้ออกเป็น ๒ กลุ่ม คนไข้ทั้งหมด ๑๖๐ คน กลุ่มที่ ๑ ให้อยู่กับสถานพักฟื้นอยู่โรงพยาบาลรักษาวัณโรค อีกกลุ่มหนึ่งให้อยู่ที่บ้านเหมือนเดิม ซึ่งการโภชนาการก็ไม่ค่อยดี แล้วก็แออัด แต่มีพยาบาลและหมอมไปเยี่ยมเดือนละ ๒ - ๓ ครั้ง แล้วก็ไปเอายามากินที่บ้านอาทิตย์ละครั้งและให้คน เข้ามาดูด้วยว่ากินยาหรือเปล่า คนที่โรงพยาบาลก็สบาย ได้โภชนาการจากโรงพยาบาล เขาก็ให้พักอยู่สี่ห้าเดือนใน "sanitarium" [โรงพักฟื้น] เขาก็ให้คนไข้มาพักอยู่ นอนอยู่ไม่ให้กระดิกตัวเลยวันๆ หนึ่งและไม่ให้ไปห้องน้ำเลย

สวสส. : ทำไมละคะอาจารย์?

นพ.นัสดา : ก็ยึดการพักผ่อน ให้อบอุ่นพัก ให้อุ่นเคลื่อนไหวน้อยที่สุด ถ้ามันดีขึ้นก็ไปห้องน้ำเองได้อะไรบ้าง เพราะฉะนั้น เอมามาเทียบกัน ปรากฏว่าพวกที่อยู่โรงพยาบาลและพวกที่อยู่ที่บ้าน ผลการรักษาไม่ต่างกันเลย นี่เป็น evidence ที่ ค่อนข้างจะ solid มาก คนไข้ที่รับการรักษาไปแล้ว ๕ ปีก็ไม่มีใครกลับมาเป็นใหม่ นับว่าเป็น evidence ที่ solid มากกว่าสามารถรักษาวัณโรคแบบคนไข้นอกได้แบบไม่ต้องเข้าโรงพยาบาล สักวันก็มีโอกาสหายเท่ากับคนที่ โรงพยาบาล ยิ่งกว่านั้น คนที่เป็นผู้สัมผัสโรคที่บ้านก็ไม่ปรากฏว่าติดเชื้อขึ้นมามากกว่าคนที่โรงพยาบาลเลย ก็มีการ ศึกษาเพิ่มขึ้นว่า ถ้าคนไข้วัณโรคมีการใช้ยาที่เหมาะสม ถ้าตรวจพบเชื้อเป็นบวกเสมหะเป็นบวก ๒ สัปดาห์ไปแล้ว จะไม่ สามารถจะ infect คนอื่นได้ ถึงแม้ว่าจะมีเชื้ออยู่บ้าง แต่ก็ไม่แพร่เชื้อให้กับผู้ที่สัมผัสโรค ถึงแม้ว่าจะอยู่บ้านเดียวกัน

สวสส. : คนที่ทำงานร่วมกับอาจารย์ในสมัยนั้นยังพอจะเล่าเรื่องราวได้ไหมครับอาจารย์?

นพ.นัสดา : ก็มีอยู่ไม่กี่คน ก็มีเพื่อนอยู่ คือหมอบัญญัติ ปริชญานนท์" จริงๆ เขาอยู่ทางฝ่ายของโรงเรียนแพทย์ที่ศิริราช เป็น ครูสอน ตอนหลังก็เข้ามาเกี่ยวกับการควบคุมด้วย เพราะการควบคุมวัณโรค ไม่ใช่ตรวจพบและก็ให้ยาไป ส่วนที่เป็น สาธารณสุขก็คือให้ยาไปและต้องกินยาครบทุกมื้อ เพราะฉะนั้นหมอมไม่มีเวลาจะช่วยดูว่าคนไข้ต้องกินยา จะต้องมีคน ช่วยมาเป็นอาสาสมัครอบรมให้เขาดูแลคนไข้กินยาให้ครบทุกมื้อ อันนี้สำคัญที่สุด

สวสส. : อาจารย์คะเท่าที่ฟัง อาจารย์จะมีความสนใจ อาจารย์จะมีบทบาททางด้านงานควบคุมวัณโรคมาก ถ้าสมมุติว่า เราจะมาสัมภาษณ์หรือมาปรึกษาอาจารย์เพิ่มที่เราจะจัดทำพิพิธภัณฑ์เกี่ยวกับเรื่องนี้เกี่ยวกับในแง่ของการควบคุม วัณโรค ซึ่งได้สัมภาษณ์อาจารย์มาแล้วบางส่วน แต่อย่างอื่น [เช่น] ห้องแล็บ วิธีการตรวจ อุปกรณ์

นพ.นิตดา : คือมีเหลืออยู่บ้าง แต่ของพวกนี้ไม่ได้ใช้ ก็นำเสียดาย ตอนที่เราย้ายจากยศเส มันมีเครื่องอัดลมอยู่สองสามเครื่อง ไม่รู้มันหายไปไหนหมด ยังเหลืออยู่บ้างที่สมาคมปราบวัณโรค และยังมีกล้องจุลทรรศน์ ซึ่งก็เป็นเครื่องมือที่สำคัญที่สุดในการตรวจหาผู้ป่วย และคิดว่าผู้ป่วยคนนั้นแพร่เชื้อมากหรือน้อย สำหรับดูว่าเสมหะพวกมันลดลงแค่ไหน

สวสส. : อยากจะขอเอกสารหรือสิ่งของที่อาจารย์ไม่ใช้แล้ว เราจะได้นำไปทำ collection เพื่อให้นักอื่นมาสืบค้น คือจะทำ ๒ ส่วนนะคะ คือถ้าเราจะรวบรวมเรื่องงานเกี่ยวกับการควบคุมวัณโรคผ่านประสบการณ์ชีวิตของอาจารย์ให้เห็นความเชื่อมโยงและพัฒนาการของงาน แล้วพอจะทราบว่ามีเอกสาร อุปกรณ์ หรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง พอเราได้ เราก็จะเก็บเป็นแฟ้มเอกสารและรวบรวมเป็นแบบดิจิทัล [digital] ด้วยเพื่อไว้สืบค้น และเราก็จะมีเอกสารตรงนี้ให้เขาได้เข้ามาอ่าน เพื่อทำงานวิจัย ให้เขาได้ค้นคว้าเรื่องนี้เพิ่มขึ้น ตามที่ท่านอาจารย์บอกไว้เมื่อกี้

นพ.นิตดา : มีเอกสารเราทำ และผมเขียน เกี่ยวกับวิวัฒนาการของการรักษาวัณโรค ก็มีอย่างมากมายเลยนะ ตอนที่เราย้ายออกจากที่ยศเส ทางกาชาดก็ไม่ให้ค่าชดเชยอะไรสักอย่าง แต่โชคดีที่มูลนิธิผู้ป่วยวัณโรคมีเงินอยู่ เขาก็นำเงินจากงบประมาณมาเปิดตึกนี้ เคราะห์ดีที่เราได้งบประมาณมาแล้วก็มีคนไข้อยู่คนหนึ่งเป็นทนายความ แล้วแกเป็นวัณโรค แกก็บริจาคที่ดินใหญ่มาเลย คือที่นี้ ให้แกกองวัณโรค และเราก็ไม่มีงบประมาณที่จะมาสร้าง เราก็เลยไปขอให้ทางกรมธนารักษ์ที่เป็นเจ้าของที่ดิน ช่วยจัดการดูแล คล้ายกับว่ามีร้านค้า ขอให้เขาจัดการดูแล เขาก็สร้างถนนผ่านที่แห่งนี้ที่ใหญ่มาก ต่อจากนั้นก็มีคนมาอยู่ ตอนแรกมีคนมาบุกรุกเข้าอาศัยอยู่ตลอด เราก็ไม่สามารถจะไล่เขา จะฟ้องก็พอดีที่เราได้เงินจากการอนุเคราะห์ของผู้ป่วยอยู่หลายล้านบาท ก็ไปขออนุมัติจากคณะกรรมการ ขอให้ช่วยเหลือพวกนี้ออกไป เสียเงินไปเท่าไร รู้สึกว่าจะเป็นแสนเดียว จำไม่ได้แล้ว แสนหรือสองแสนไม่รู้ สองวันหมดเลย พวกที่บุกรุกที่ไม่ยอมออกไป หมดเกลี้ยงเลย เราก็ได้สร้าง เสร็จพอดีตอนเศรษฐกิจลูกโป่งแตก เราได้เชิญสมเด็จพระเทพฯ มาเป็นประธาน และก็มีห้องที่ท่านเคยมาประทับ ผมก็มีหนังสือวารสารที่ผมรับเอง หนังสือตำราเกี่ยวกับวัณโรค ผมก็เลยบริจาคให้ที่ห้องสมุด ก็เลยขออนุมัติกรมให้ตั้งชื่อผมเป็นห้องสมุดชั้นสาม ถ้ามีหนังสือเล่มที่ว่า รู้สึกว่าจะมีเหลืออยู่ หนังสือชื่อว่า "จากยศเสไปถึงบางโพ" แล้วก็มีการพิมพ์สมเด็จพระเทพฯ แล้วก็มีการถ่ายที่ยศเสด้วย เมื่อเราเริ่มขยายไปในภูมิภาค ไปเปิดสถานตรวจโรคปอดขึ้นเป็นแห่งแรกที่เชียงใหม่ ตอนนั้นยังเป็น "vertical program" อยู่ ตอนหลังเราได้สร้างการจัดการเป็นผู้ป่วยนอก อย่างผู้ป่วยนอกก็รักษาได้เลยโดยไม่ต้องไปอยู่ที่โรงพยาบาล ขยายไปที่ละภาคทีละภาค ตอนนั้นก็ ๑๑ เขต แบ่งออกเป็นสำนัก ตอนนั้นแทนที่จะเป็นศูนย์วัณโรคเฉยๆ เขาก็ให้พวกกลุ่มโรคอื่นด้วย จากโรคติดต่อเป็นโรคไม่ติดต่อด้วย งานนี้ชื่อว่า "สำนักงานควบคุมโรคระดับเขต"

มีอีกอันหนึ่งที่สำคัญอีกตอนหนึ่ง ตอน พ.ศ. ๒๕๓๒ ตอนนั้นวัณโรคระบาดขึ้นมาเป็นการใหญ่ ตอนที่เขาทำในปีแรก ตั้งแต่ปี พ.ศ. ๒๕๐๘ เราขยายไปต่างจังหวัดโดยฝึกอบรมตั้งสุขาภิบาล ให้ตรวจเสมหะ ดูกล้องได้ จ่ายยาได้ ไปให้จังหวัดละ ๒ คน ๓ คน ทั้งหมด เขาก็ทำได้ คนไข้จะมาตรวจ ตอนนั้นยังไม่มีโรงพยาบาลประจำจังหวัด มีแต่สถานอนามัยชั้น ๑ เท่านั้นเอง โรงพยาบาลชุมชนก็ยังไม่มี ตอนนั้นเขาเรียกว่าแผนงานวัณโรคแห่งชาติ ภาษาอังกฤษย่อว่า NTP หรือ National Tuberculosis Program

สวสส. : ช่วงที่อาจารย์เป็นอนุกรรมการการพัฒนาแผนแห่งชาติ

นพ.นิตดา : ผมไม่ได้เป็นกรรมการเกี่ยวกับแผนงานของสาธารณสุข กระทรวงเขาตั้งกลุ่ม กลุ่มละ ๕ ปี

สวสส. : พอทำมาได้ ๒๕ ปี เราลดการเป็นวัณโรคได้ครึ่งหนึ่ง มันก็เหมือนเพิ่มขึ้นอีกครั้งหนึ่ง มันระบาดใหญ่

นพ.นัดดา : มีเกิดระบาดใหญ่ขึ้นมา เมื่อองค์การอนามัยโลกมีการประชุมในปี ค.ศ. ๑๙๙๑ สมัชชาอนามัยโลกประจำปี [World Health Assembly] ครั้งที่ ๔๔ ปรากฏว่าวัณโรคกลับขึ้นมาระบาดอีกครั้งหนึ่ง ใหญ่เลย เพราะความละเลยทั้งหมดในโลกนี้ โดยเฉพาะตัวอย่างของอเมริกัน เขานึกว่าวัณโรคเหลือชนิดเดียว เขาก็เห็นว่าโรคนี้หมดแล้ว เขาก็ตัดงบประมาณ ตัดหมดเลยสำหรับที่จะตั้งสิ่งที่เคยตรวจรักษาวัณโรค เอาจบประมาณไปให้จังหวัดใช้ทั่วๆ ไป วัณโรคไม่สนใจ มันก็เกิดขึ้นมาใหม่

ปรากฏว่าคนที่อยู่ในประเทศที่มีวัณโรคเยอะๆ อพยพเข้าไปอยู่ในอเมริกา ประเทศอุตสาหกรรมทั้งหลายเหมือนกันหมดเลยนะฮะ อพยพไปอยู่ที่เอาวัณโรคไปด้วย ทำให้วัณโรคไประบาดตามเมืองใหญ่ๆ นิวยอร์ก ไมอามี อะไรรเนี่ย ทางยุโรป เหมือนกันหมดเลย เพราะการละเลยอย่างที่ว่า ที่นั่นอเมริกันก็ท่วมเทกันขนานใหญ่เลย ปี ค.ศ. ๑๙๙๑ - ๑๙๙๒ ตอนนั้นขึ้นพรวดๆ เขาคิดว่า ค.ศ. ๑๙๘๕ คิดว่าจะลง ปรากฏว่าหลัง ๑๙๘๕ มันขึ้นมา ๒๐ เปอร์เซ็นต์ ในปี ๑๙๙๐ - ๑๙๙๒ เพิ่มขึ้นมา ๒๐,๐๐๐ ราย และการรักษาที่ไม่ได้ความ ไม่ได้มีใครสนใจ คนไข้ไม่ค่อยกินยา และเริ่มมีการดื้อยาอเมริกันต้องทุ่มเงินอีกครั้งหนึ่งเป็นการใหญ่ ๑,๑๐๐ ล้านดอลลาร์ ถึงเอาอยู่ภายใน ๕ - ๖ ปี

เขาเองก็เริ่มคิดได้ว่า แม้เขาจะรวบขนาดนี้ก็ไม่สามารถควบคุมวัณโรคไม่ให้ติดต่อไปได้ ยกเว้นจะต้องดูแลปัญหาวัณโรคทั้งโลกด้วย พอถึงตอนนี้ก็มี "สหพันธ์ต่อต้านวัณโรคนานาชาติ" เขาทำวิจัยเกี่ยวกับโรควัณโรคอยู่เรื่อย เขาก็ให้ตีออกเตอร์ที่เก่งเรื่องวัณโรคมาก เป็นพวกชาวเช็ก* และชาวรัสเซีย ตอนนั้นมีการค้นพบยารักษาโรคที่เยี่ยมที่สุด เดียวนี้ก็เยี่ยมที่สุดคือ "Rifampicin" แล้วทางคณะกรรมการวิจัยของอังกฤษก็ดูเรื่องการทดสอบเรื่องการรักษาวัณโรคด้วยยามาตลอดตั้งแต่ต้น ปรากฏว่าเอายาเก่ามาผสมให้เป็น ๓ อย่าง ๔ อย่าง ก็สามารถลดเวลาที่จะรักษาวัณโรคไปได้ คือลดเวลาในการรักษาแต่ก่อนนี้ ๑ ปี ถึง ๑ ปีครึ่ง ก็มีปัญหาอีกกลัวยานี้มันก็มีราคาแพง ก็เอาไปลองที่แอฟริกาที่มีเอดส์ระบาดเยอะ แต่ก็เอาไปลอง ตอนนั้นแย่มาก สถานที่คล้ายสถานีนอนามัยถึงโรงพยาบาล ก็เอาไปให้คนไข้ที่อยู่โรงพยาบาลไม่เกิน ๒ เดือน หมายความว่าให้เอายานี้กินต่อหน้า ก็ได้ผลการรักษาดี จากที่ตอนนั้นผลการรักษาไม่ถึง ๕๐ เปอร์เซ็นต์ ขึ้นมาเป็น ๘๐ เปอร์เซ็นต์ เพราะฉะนั้นองค์การอนามัยโลกใช้โอกาสปี ๑๙๙๑ - ๑๙๙๓ นี้ เขาตั้งว่าใช้ระบบยาใหม่ เขาเรียกว่าเป็น "Directly Observed Treatment, Short-course" ตัวย่อ DOTS* เป็นตัว "strategy" ที่จะเอามาเล่นงานกับพวกวัณโรค ผลงานที่แกวิจารณ์ในงานประชุมวัณโรคในปี พ.ศ. ๒๕๒๖ ท่านคนนี้มีคนไปฟังเยอะเลย แกเตือนไว้ว่าระบบยานี้ไม่ควรให้ยาคนไข้ไปกินเองโดยเด็ดขาด ต้องมีคนดูแลให้กิน ไม่งั้นจะทำให้เกิดการดื้อยาขึ้นอย่างมากมายขึ้น [เนื่องจาก] ไม่ฟังอาจารย์คนนี้ ก็ปรากฏว่าเป็นความจริง ที่พวกเราเรียกว่า MDR - TB* เพราะมันดื้อกับยา

พอแค่นี้ก่อนนะครับ

* หมายถึงชาว Czechoslovakia ก่อนจะแบ่งออกเป็น Czech Republic กับ Slovakia ใน ค.ศ. ๑๙๙๓
* ดูรายละเอียดของยุทธศาสตร์การรักษวัณโรค DOTB ได้ใน <http://www.tbalert.org/worldwide/DOTS.php>
* ตัวย่อของ Multi-Drug Resistant Tuberculosis

นามานุกรม

นายแพทย์กี ไชยศิริ

เกิดเมื่อ พ.ศ. ๒๔๙๒ สำเร็จการศึกษาแพทยศาสตรบัณฑิต รุ่นที่ ๓ จาก คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล พ.ศ. ๒๕๑๖ หลังจากนั้นเป็นแพทย์ประจำบ้านภาควิชากุมารเวชกรรมที่คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ๑ ปี พ.ศ. ๒๕๑๗ เป็นผู้อำนวยการโรงพยาบาล ประทาย จังหวัดสุรินทร์ ในช่วงปี พ.ศ. ๒๕๓๖ - ๒๕๔๐ เป็นผู้อำนวยการ โรงพยาบาลยโสธร เมื่อ พ.ศ. ๒๕๒๓ ได้รับรางวัลแพทย์ชนบทดีเด่น ระหว่างปี พ.ศ. ๒๕๔๑ - ๒๕๕๑ เป็นผู้อำนวยการโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ จังหวัด อุบลราชธานี และ พ.ศ. ๒๕๕๒ ย้ายไปเป็นผู้อำนวยการโรงพยาบาลมหาราช จังหวัดนครราชสีมา จนถึงปัจจุบัน อายุ ๖๐ ปี



นายแพทย์โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์

เกิดเมื่อ พ.ศ. ๒๕๐๒ สำเร็จการศึกษาหลักสูตรแพทยศาสตรบัณฑิต จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย พ.ศ. ๒๕๒๖ สำเร็จปริญญาดุษฎีบัณฑิตสาขา มานุษยวิทยา (Ph.D. Social Anthropology) จากมหาวิทยาลัยฮาร์วาร์ด สหรัฐอเมริกา พ.ศ. ๒๕๔๑ ในช่วงปี พ.ศ. ๒๕๒๘ - ๒๕๓๐ เป็นแพทย์ประจำ โรงพยาบาลชุมชนชุมพวง อำเภอชุมพวง จังหวัดนครราชสีมา พ.ศ. ๒๕๓๐ - ๒๕๔๖ ดำรงตำแหน่งเจ้าหน้าที่วิเคราะห์นโยบายและแผน ในสำนักนโยบายและ ยุทธศาสตร์ (เดิมชื่อกองแผนงานสาธารณสุข) สำนักงานปลัดกระทรวง สาธารณสุข ระหว่างปี พ.ศ. ๒๕๔๑ - ๒๕๔๖ เป็นหัวหน้ากลุ่มนโยบายสังคมและ สุขภาพ สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ และตั้งแต่ พ.ศ. ๒๕๔๗ ถึง ปัจจุบัน เป็น ผู้อำนวยการสำนักวิจัยสังคมและสุขภาพ สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข อายุ ๕๐ ปี



นายแพทย์ชูชัย ศุภวงศ์

เกิดเมื่อ พ.ศ. ๒๔๙๖ สำเร็จการศึกษาแพทยศาสตรบัณฑิต จาก จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย พ.ศ. ๒๕๒๐ ปริญญาพยาบาลทางด้านอาชีวอนามัย จาก Harvard University สหรัฐอเมริกา ปี พ.ศ. ๒๕๓๔ และสำเร็จการศึกษา สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิตปี พ.ศ. ๒๕๓๕ มีประสบการณ์เป็นผู้อำนวยการ โรงพยาบาลชุมชนมา นานกว่า ๑๐ ปี และใน พ.ศ. ๒๕๒๘ ได้รับรางวัลแพทย์ดี เด่นจากสมาคมวิทยาลัยคัลยแพทย์นานาชาติ ระหว่างปี พ.ศ. ๒๕๒๙ - ๒๕๓๐ เป็นประธานชมรมแพทย์ชนบทสองสมัย เคยดำรงตำแหน่งผู้อำนวยการสำนักงาน สนับสนุนและพัฒนาการกระจายอำนาจด้านสุขภาพ (สพกส.) เป็นนักวิชาการ สาธารณสุขระดับ ๑๐ ผู้เชี่ยวชาญ (ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม) และเคยดำรง ตำแหน่งเลขาธิการคณะกรรมการสิทธิมนุษยชนแห่งชาติ ปัจจุบันเป็นที่ปรึกษา ประจำสำนักงานคณะกรรมการสิทธิมนุษยชนแห่งชาติ อายุ ๕๖ ปี



ศาสตราจารย์เกียรติคุณ ดร.ทวิทอง หงษ์วิวัฒน์

เกิดเมื่อ พ.ศ. ๒๔๙๑ สำเร็จการศึกษารัฐศาสตรบัณฑิต (การคลัง) จาก จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย พ.ศ. ๒๕๑๓ ปริญญาศิลปศาสตรมหาบัณฑิต (ภาษาอังกฤษ) มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ พ.ศ. ๒๕๑๕ และสำเร็จการศึกษาระดับปริญญาเอกทางด้านสังคมศาสตร์จาก Syracuse University สหรัฐอเมริกา เมื่อ พ.ศ. ๒๕๑๙ ในช่วงปี พ.ศ. ๒๕๒๕ - ๒๕๓๙ ดำรงตำแหน่งผู้อำนวยการศูนย์ศึกษานโยบายสาธารณสุข คณะสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล ใน พ.ศ. ๒๕๑๖ ได้รับแต่งตั้งให้เป็นศาสตราจารย์เกียรติคุณ คณะสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล ปัจจุบันเป็นกรรมการบริหารบริษัทสำนักพิมพ์แสงแดด อายุ ๖๑ ปี



นายแพทย์นัดดา ศรียาภัย

เกิดเมื่อ พ.ศ. ๒๔๖๖ สำเร็จการศึกษาแพทยศาสตรบัณฑิต คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยแพทยศาสตร์ ใน พ.ศ. ๒๔๙๐ หลังจากนั้นเป็นแพทย์ประจำบ้าน คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล ในระหว่างปี พ.ศ. ๒๕๑๑ - ๒๕๑๓ เป็นผู้อำนวยการโรงพยาบาลโรคทรวงอก ในช่วงปี พ.ศ. ๒๕๑๓ - ๒๕๑๔ เป็นผู้อำนวยการกองควบคุมวัณโรค กรมการแพทย์ พ.ศ. ๒๕๒๓ - ๒๕๒๖ ดำรงตำแหน่งอธิบดีกรมควบคุมโรคติดต่อ กระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. ๒๕๔๕ เป็นนายกสมาคมปราบวัณโรคแห่งประเทศไทย และเป็นที่ปรึกษาองค์การอนามัยโลกประจำประเทศไทยเรื่องวัณโรค สำนักผู้แทนองค์การอนามัยโลกประจำประเทศไทย และ พ.ศ. ๒๕๕๐ เป็นผู้ทรงคุณวุฒิของสมาคมปราบวัณโรคแห่งประเทศไทย ปัจจุบันเป็นนายกนิคมไพรสมาคม (พ.ศ. ๒๕๕๑) อายุ ๘๖ ปี



นายแพทย์บรรลु ศิริพานิช

เกิดเมื่อ พ.ศ. ๒๔๖๘ สำเร็จการศึกษาแพทยศาสตรบัณฑิต แผนกคัลยกรรม มหาวิทยาลัยแพทยศาสตร์ พ.ศ. ๒๔๙๒ เป็นผู้อำนวยการโรงพยาบาลมหาสารคามคนแรกใน พ.ศ. ๒๔๙๔ ต่อมาในปี พ.ศ. ๒๔๙๕ ย้ายมาเป็นผู้จัดการโรงพยาบาลสระบุรี พ.ศ. ๒๔๙๙ ได้รับทุนการศึกษาวิชาศัลยกรรมที่ประเทศสหรัฐอเมริกา เป็นเวลา ๒ ปี พ.ศ. ๒๕๐๑ เป็นแพทย์ประจำบ้านที่โรงพยาบาลอีสตัน ประเทศสหรัฐอเมริกา พ.ศ. ๒๕๒๒ เป็นรองอธิบดีกรมการแพทย์ และใน พ.ศ. ๒๕๒๖ ดำรงตำแหน่งรองปลัดกระทรวงสาธารณสุข ปัจจุบันเป็นนายกสมาคมผู้สูงอายุแห่งประเทศไทย อายุ ๘๔ ปี



ศาสตราจารย์เกียรติคุณ ดร.ทวิทอง หงษ์วิวัฒน์

รองศาสตราจารย์ ดร.เบญจฯ ยอดดำเนิน - แอ็คติวิสต์

เกิดเมื่อ พ.ศ. ๒๔๘๘ สำเร็จการศึกษารัฐศาสตรบัณฑิต สาขา สังคมวิทยา มานุษยวิทยา จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย พ.ศ. ๒๕๑๑ ได้รับปริญญา มหบัณฑิตทางมานุษยวิทยาการแพทย์ เมื่อ พ.ศ. ๒๕๑๗ และปริญญาเอกทาง ด้านมานุษยวิทยาจาก University of Illinois ใน พ.ศ. ๒๕๒๘ ระหว่างปี พ.ศ. ๒๕๑๒ - ๒๕๑๓ ร่วมจัดทำโครงการสาธารณสุขสารภี จังหวัดเชียงใหม่ ในช่วงปี พ.ศ. ๒๕๑๗ - ๒๕๑๘ ร่วมจัดทำโครงการพัฒนาสาธารณสุขลำปาง จังหวัด ลำปาง พ.ศ. ๒๕๑๙ เป็นอาจารย์ประจำสถาบันวิจัยประชากรและสังคม ต่อมา ระหว่างปี พ.ศ. ๒๕๓๙ - ๒๕๔๗ ดำรงตำแหน่งผู้อำนวยการสถาบันวิจัยประชากร และสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล ปัจจุบันเป็นอาจารย์ (พิเศษ) ประจำสถาบันวิจัย ประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล อายุ ๖๔ ปี



ศาสตราจารย์เกียรติคุณนายแพทย์ประเวศ วัชรสี

เกิดเมื่อ พ.ศ. ๒๔๗๔ สำเร็จการศึกษาแพทยศาสตรบัณฑิต มหาวิทยาลัยแพทยศาสตร์ (มหิดล) เมื่อ พ.ศ. ๒๔๙๘ สำเร็จปริญญาเอกจาก มหาวิทยาลัยโคโลราโด สหรัฐอเมริกา พ.ศ. ๒๕๐๓ จบหลักสูตรมนุษยพันธุ ศาสตร์ (Human Genetics) มหาวิทยาลัยลอนดอน ประเทศอังกฤษเมื่อ พ.ศ. ๒๕๐๔ ต่อมาในปี พ.ศ. ๒๕๒๔ ได้รับรางวัลแมกไซไซ สาขาบริการรัฐ ระหว่างปี พ.ศ. ๒๕๒๘ - ๒๕๓๐ ดำรงตำแหน่งหัวหน้าภาควิชาอายุรศาสตร์ คณะ แพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล เคยเป็นผู้อำนวยการศูนย์ประสานงานทางการ แพทย์และสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข และเป็นประธานคณะกรรมการวิจัย สุขภาพ องค์การอนามัยโลก ภูมิภาคเอเชียอาคเนย์ ปัจจุบันเป็นศาสตราจารย์ เกียรติคุณ ภาควิชา อายุรศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล อายุ ๗๘ ปี



นายพลทฤษฎ์ ปิยะอนันต์

เกิดเมื่อ พ.ศ. ๒๔๘๕ สำเร็จการศึกษาเศรษฐศาสตรบัณฑิต มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ปี พ.ศ. ๒๕๐๖ และ Master of Public Administration University of Colorado ประเทศสหรัฐอเมริกา พ.ศ. ๒๕๑๐ ในปี พ.ศ. ๒๕๒๗ เป็นผู้อำนวยการกองงบประมาณฝ่ายสาธารณสุขและสาธารณสุขการ พ.ศ. ๒๕๓๒ เป็นผู้อำนวยการกองงบประมาณฝ่ายเศรษฐกิจ ๓ พ.ศ. ๒๕๓๕ เป็นผู้ช่วย ผู้อำนวยการสำนักงานประมาณ พ.ศ. ๒๕๓๗ เป็นที่ปรึกษาสำนักงานประมาณ พ.ศ. ๒๕๔๒ เป็นผู้อำนวยการสำนักงานประมาณ และระหว่างปี พ.ศ. ๒๕๔๕ - ๒๕๕๑ เป็นผู้ตรวจการแผ่นดินของรัฐสภา ปัจจุบัน เป็นที่ปรึกษาด้านนโยบายและแผน งานโครงการในคณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล อายุ ๖๗ ปี



ศาสตราจารย์พิเศษนายแพทย์ไพจิตร ปวะบุตร

เกิดเมื่อ พ.ศ. ๒๔๗๗ สำเร็จการศึกษาแพทยศาสตรบัณฑิต คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยแพทยศาสตร์ และสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยแพทยศาสตร์ พ.ศ. ๒๕๐๘ ต่อมาใน พ.ศ. ๒๕๒๕ ได้รับความปริญญาดุษฎีในสาขา Health Planning จากมหาวิทยาลัย Johns Hopkins สหรัฐอเมริกา ปี พ.ศ. ๒๕๑๗ ได้รับรางวัลแพทย์ชนบทดีเด่น ในช่วงปี พ.ศ. ๒๕๒๑ - ๒๕๒๕ เป็นนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดพัทลุงและจังหวัดนครศรีธรรมราช ปี พ.ศ. ๒๕๒๖ - ๒๕๒๙ เป็นนายแพทย์ใหญ่ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ปี พ.ศ. ๒๕๓๑ - ๒๕๓๔ เป็นรองปลัดกระทรวงสาธารณสุข ปี พ.ศ. ๒๕๓๔ - ๒๕๓๕ เป็นอธิบดีกรมอนามัย ระหว่าง พ.ศ. ๒๕๓๕ - ๒๕๓๗ ดำรงตำแหน่งปลัดกระทรวงสาธารณสุข และในปี พ.ศ. ๒๕๓๗ - ๒๕๔๖ เป็นที่ปรึกษาอธิการบดี มหาวิทยาลัยนเรศวร และคณบดีคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร ปัจจุบัน อายุ ๗๕ ปี



นายแพทย์ไพโรจน์ นิงสานนท์

เกิดเมื่อ พ.ศ. ๒๔๗๑ สำเร็จการศึกษาแพทยศาสตรบัณฑิต เมื่อ พ.ศ. ๒๔๙๖ และได้รับปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต จากมหาวิทยาลัยแพทยศาสตร์ เมื่อ พ.ศ. ๒๔๙๘ หลังจากนั้นสำเร็จการศึกษาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต จาก North Carolina University ประเทศสหรัฐอเมริกา เมื่อ พ.ศ. ๒๕๐๒ ในปี พ.ศ. ๒๕๑๘ เป็นรองอธิบดีกรมอนามัย ปี พ.ศ. ๒๕๒๓ เป็นรองปลัดกระทรวงสาธารณสุข และ พ.ศ. ๒๕๓๐ ดำรงตำแหน่งปลัดกระทรวงสาธารณสุข และในระหว่างปี พ.ศ. ๒๕๓๔ - ๒๕๓๕ ดำรงตำแหน่งรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข ปัจจุบัน อายุ ๘๑ ปี



นายแพทย์มงคล ณ สงขลา

เกิดเมื่อ พ.ศ. ๒๔๘๕ สำเร็จการศึกษาแพทยศาสตรบัณฑิต คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล เมื่อ พ.ศ. ๒๕๑๓ ได้รับปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต (M.P.H. Netherlands) จาก Tropical Institute กรุงฮัมสเตอร์ดัม ประเทศเนเธอร์แลนด์ พ.ศ. ๒๕๒๕ ในปี พ.ศ. ๒๕๒๐ เป็นผู้อำนวยการโรงพยาบาลพิมาย จังหวัดนครราชสีมา ระหว่าง พ.ศ. ๒๕๒๗ - ๒๕๓๒ เป็นนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่ จังหวัดลำปางและจังหวัดนครราชสีมา ต่อมา พ.ศ. ๒๕๓๘ เป็นรองปลัดกระทรวงสาธารณสุข และ พ.ศ. ๒๕๓๙ เป็นอธิบดีกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ ปี พ.ศ. ๒๕๔๐ ดำรงตำแหน่งเลขาธิการคณะกรรมการอาหารและยา ปี พ.ศ. ๒๕๔๒ ดำรงตำแหน่งอธิบดีกรมการแพทย์ พ.ศ. ๒๕๔๓ เป็นปลัดกระทรวงสาธารณสุข และในช่วงปี พ.ศ. ๒๕๔๙ - ๒๕๕๐ ดำรงตำแหน่งรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข ปัจจุบัน อายุ ๖๗ ปี



ประเทศไทย ๑๐๕
ประวัติศาสตราจารย์

ดร.เมธิ จันทจารุภรณ์

เกิดเมื่อ พ.ศ. ๒๕๑๓ สำเร็จการศึกษาระดับปริญญาตรี (สาขา สาขาวิชา) จากคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล ปี พ.ศ. ๒๕๓๖ และปริญญาโทด้านพัฒนาบริหารศาสตร์ คณะพัฒนาสังคม สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์ ปี พ.ศ. ๒๕๑๘ จากนั้นสำเร็จปริญญาโทบริหารศาสตร์จาก University of Northern Philippines พ.ศ. ๒๕๔๙ ในช่วงปี พ.ศ. ๒๕๒๘ - ๒๕๔๒ ดำรงตำแหน่งผู้อำนวยการศูนย์ฝึกอบรมและพัฒนากิจการสาธารณสุขมูลฐานภาคกลาง จังหวัดชลบุรี ระหว่าง พ.ศ. ๒๕๔๒ - ๒๕๔๖ เป็นผู้อำนวยการสำนักงานคณะกรรมการการสาธารณสุขมูลฐาน ปี พ.ศ. ๒๕๔๗ เป็นผู้เชี่ยวชาญด้านสาธารณสุขมูลฐาน ปัจจุบันเป็นที่ปรึกษาระดับกระทรวง สำนักวิชาการสาธารณสุขสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข อายุ ๕๙ ปี



นายระเด่น หัสดี

เกิดเมื่อ พ.ศ. ๒๕๔๒ ได้รับอนุปริญญาวิชาการสาขาวิชา สาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยแพทยศาสตร์ พ.ศ. ๒๕๐๗ ปริญญาวิทยาศาสตรบัณฑิต สาธารณสุขศาสตร์ (โภชนาวิทยา) ปี พ.ศ. ๒๕๑๒ และวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาธารณสุขศาสตร์ (สุขศึกษา) มหาวิทยาลัยมหิดล พ.ศ. ๒๕๒๖ ระหว่างปี พ.ศ. ๒๕๐๗ - ๒๕๑๑ เป็นพนักงานอนามัยตรี สถานีอนามัยชั้นหนึ่ง (โรงพยาบาลปากช่องนานา) อ.ปากช่อง จังหวัดนครราชสีมา และปี พ.ศ. ๒๕๒๐ เป็นอนามัยอำเภอโนนไทย จ.นครราชสีมา ระหว่าง พ.ศ. ๒๕๒๕ - ๒๕๓๑ เป็นผู้อำนวยการสำนักงานส่งเสริมวิชาการและบริการสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา จังหวัดนครนายกและจังหวัดนครราชสีมา พ.ศ. ๒๕๓๓ ดำรงตำแหน่งผู้อำนวยการกองสุขศึกษา และในช่วงปี พ.ศ. ๒๕๓๙ - ๒๕๔๔ เป็นผู้ทรงคุณวุฒิด้านวิจัยโรคติดต่อ กรมควบคุมโรคติดต่อ กระทรวงสาธารณสุข ปัจจุบัน อายุ ๗๐ ปี



นายแพทย์สมศักดิ์ ชุณหรัศมิ์

เกิดเมื่อ พ.ศ. ๒๕๑๖ สำเร็จการศึกษาแพทยศาสตรบัณฑิต คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล เมื่อ พ.ศ. ๒๕๒๐ และปริญญาโทด้านสาธารณสุขศาสตร์ จาก Royal Tropical Institute อัมสเตอร์ดัม ประเทศเนเธอร์แลนด์ เมื่อ พ.ศ. ๒๕๒๖ ในระหว่างปี พ.ศ. ๒๕๒๑ - ๒๕๒๔ ดำรงตำแหน่งผู้อำนวยการโรงพยาบาลท่าตม จังหวัดสุรินทร์ พ.ศ. ๒๕๒๔ - ๒๕๒๘ เป็นผู้อำนวยการโรงพยาบาลประทาย จังหวัดนครราชสีมา ต่อมาในช่วง พ.ศ. ๒๕๓๓ - ๒๕๓๕ เป็นผู้อำนวยการกองสถิติสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. ๒๕๓๕ - ๒๕๔๑ เป็นผู้อำนวยการสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข เมื่อ พ.ศ. ๒๕๔๒ เป็นผู้อำนวยการสำนักนโยบายและแผนสาธารณสุข และปี พ.ศ. ๒๕๔๓ เป็นผู้ช่วยปลัดกระทรวงสาธารณสุข ปัจจุบัน เป็นนักวิชาการสาธารณสุข ๑๐ (ผู้เชี่ยวชาญ) ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม อายุ ๕๖ ปี



รองศาสตราจารย์นายแพทย์สุรเกียรติ์ อาชานานุภาพ

เกิดเมื่อ พ.ศ. ๒๔๙๐ สำเร็จการศึกษาแพทยศาสตรบัณฑิต จากคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล เป็นรุ่นแรก ปี พ.ศ. ๒๕๑๔ และต่อมาสำเร็จการศึกษาปริญญาสาทรณสุขศาสตรมหาบัณฑิต (M.P.H) จาก Institute of Tropical Medicine, Antwerp ประเทศเบลเยียม ปี พ.ศ. ๒๕๒๕ หลังจบการศึกษา พ.ศ. ๒๕๑๔ ได้ไปเป็นแพทย์ฝึกหัดที่โรงพยาบาลส่วนกลางของกรมการแพทย์ ในปี พ.ศ. ๒๕๑๕ เป็นนายแพทย์หัวหน้าสถานีอนามัยชั้น ๑ อำเภอโกสุมพิสัย จังหวัดมหาสารคาม จากนั้นระหว่าง พ.ศ. ๒๕๑๖ - ๒๕๑๙ เป็นแพทย์ประจำโรงพยาบาลบางปะอิน จังหวัดพระนครศรีอยุธยา ซึ่งเป็นช่วงที่ได้บุกเบิกการผลิตตำราทางการแพทย์สำหรับบุคลากรที่ปฏิบัติงานสุขภาพชุมชน และตั้งแต่ พ.ศ. ๒๕๒๑ จนเกษียณอายุเมื่อ พ.ศ. ๒๕๕๐ เข้ารับราชการตำแหน่งอาจารย์ประจำคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล ปัจจุบันเป็นประธานกรรมการมูลนิธิหมอชาวบ้านและบรรณาธิการนิตยสารหมอชาวบ้านและวารสารคลินิก อายุ ๖๒ ปี



ศาสตราจารย์นายแพทย์เสม พริ้งพวงแก้ว

เกิดเมื่อ พ.ศ. ๒๔๕๔ สำเร็จการศึกษาแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เมื่อ พ.ศ. ๒๔๗๘ ในช่วงปี พ.ศ. ๒๔๗๘ - ๒๔๗๙ เป็นแพทย์ฝึกหัดและตั้งโรงพยาบาลเอกเทศ อำเภออัมพวา จังหวัดสมุทรสงคราม ได้ปราบอหิวาตกโรคที่กำลังระบาดเป็นผลสำเร็จ และเป็นแพทย์ประจำที่วชิรพยาบาลกรุงเทพมหานคร ต่อมาระหว่าง พ.ศ. ๒๔๗๙ - ๒๔๘๐ ย้ายมาเป็นนายแพทย์เทศบาลเมืองนครสวรรค์ พ.ศ. ๒๔๘๐ - ๒๔๙๔ เป็นผู้บุกเบิกและเป็นผู้อำนวยการโรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์ จากนั้นระหว่าง พ.ศ. ๒๔๙๔ - ๒๕๐๖ เป็นผู้อำนวยการโรงพยาบาลหญิง โรงพยาบาลเด็ก และวิทยาลัยพยาบาล และเมื่อ พ.ศ. ๒๕๑๖ - ๒๕๑๘ ดำรงตำแหน่งรัฐมนตรีช่วยว่าการกระทรวงสาธารณสุข ปี พ.ศ. ๒๕๒๓ - ๒๕๒๖ ดำรงตำแหน่งรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข และเป็นประธานกรรมการคณะแพทย์ผู้ถวายการรักษาพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวฯ ปัจจุบัน อายุ ๙๘ ปี



ศาสตราจารย์เกียรติคุณนายแพทย์อารี วัลยะเสวี

เกิดเมื่อ พ.ศ. ๒๔๖๘ สำเร็จการศึกษาแพทยศาสตรบัณฑิต คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยแพทยศาสตร์ พ.ศ. ๒๔๙๔ ได้รับปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการแพทย์ จาก University of Pennsylvania สหรัฐอเมริกา เมื่อ พ.ศ. ๒๕๐๐ และปริญญาดุษฎีบัณฑิต สาขาการแพทย์ จาก University of Pennsylvania ประเทศสหรัฐอเมริกา ใน พ.ศ. ๒๕๐๔ หลังจากนั้นระหว่าง พ.ศ. ๒๕๑๒ - ๒๕๑๘ เป็นหัวหน้าภาควิชากุมารเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี ปี พ.ศ. ๒๕๑๑ - ๒๕๒๑ ดำรงตำแหน่งคณบดีคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล ในช่วงปี พ.ศ. ๒๕๒๑ - ๒๕๓๐ เป็นผู้อำนวยการสถาบันวิจัยโภชนาการ มหาวิทยาลัยมหิดล และใน พ.ศ. ๒๕๓๓ - ๒๕๓๙ เป็นคณบดีคนแรกของคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ปัจจุบัน อายุ ๘๔ ปี



นายแพทย์อุทัย สุตสุข

เกิด พ.ศ. ๒๔๗๔ สำเร็จการศึกษาแพทยศาสตรบัณฑิต ในปี พ.ศ. ๒๔๙๙ และปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยแพทยศาสตร์ (มหาวิทยาลัยมหิดล) ใน พ.ศ. ๒๕๐๒ สำเร็จปริญญาโททางสาธารณสุขศาสตร์ ที่มหาวิทยาลัยลอนดอน ประเทศอังกฤษ เมื่อ พ.ศ. ๒๕๐๙ และสาธารณสุขศาสตร์ ดุษฎีบัณฑิตกิตติมศักดิ์ มหาวิทยาลัยมหิดล พ.ศ. ๒๕๓๕ ในปี พ.ศ. ๒๔๙๙ เป็นนายแพทย์หัวหน้าสถานีอนามัยชั้น ๑ อำเภอภูเขียว จังหวัดชัยภูมิ พ.ศ. ๒๕๐๓ เป็นนายแพทย์อนามัยจังหวัดพัทลุง พ.ศ. ๒๕๑๘ เป็นผู้อำนวยการกองสาธารณสุขภูมิภาค พ.ศ. ๒๕๒๔ เป็นนายแพทย์ใหญ่สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. ๒๕๒๖ ดำรงตำแหน่งเป็นรองปลัดกระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. ๒๕๓๐ ดำรงตำแหน่งอธิบดีกรมควบคุมโรคติดต่อ และ พ.ศ. ๒๕๓๓ - ๒๕๓๕ เป็นปลัดกระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. ๒๕๓๑ ได้รับเหรียญรางวัลผู้นำสุขภาพดีเด่นหน้าดีเด่น ขององค์การอนามัยโลก ปัจจุบัน อายุ ๗๘ ปี



การรวบรวมประสบการณ์และความทรงจำของบุคคลที่มีบทบาทในการบุกเบิกงานสาธารณสุขในชนบท
ผ่านการสัมภาษณ์ผู้รู้เห็นเป็นอีกวิธีการหนึ่งที่เราเห็นถึงการปะทะ/ประสานของอำนาจ วัฒนธรรม
และการคลี่คลายของแนวคิดการพัฒนาที่ยังคงดำเนินไปอยู่
ในการเมืองเรื่องสุขภาพและการแพทย์ในปัจจุบัน



เรื่องราวจากประวัติศาสตร์บอกเล่าที่รวบรวมผ่านกระบวนการสัมภาษณ์ผู้รู้เห็นนี้
สามารถเสริมและเพิ่มเติมให้กับข้อมูลเอกสารทางประวัติศาสตร์
และช่วยให้เราเข้าใจความเป็นมาและความเป็นอยู่ของงาน
สาธารณสุขไทยได้ชัดเจนยิ่งขึ้น

พืชมงคล ๓๐๐ ปี สม หวังพวงแก้ว



00003155

หอจดหมายเหตุและพิพิธภัณฑ์ระบบสุขภาพไทย สำนักวิจัยสังคมและสุขภาพ

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กระทรวงสาธารณสุข, ตึกคณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, ชั้น ๓, ถนนวิภาวดีรังสิต แขวง
จตุจักร เขตจตุจักร กรุงเทพฯ 10210 โทร. ๐๒-๒๕๖๒๕๓๓ โทรสาร ๐๒-๒๕๖๒๕๓๓
Website: www.ahp.or.th E-mail: jhm@mahiduland@gmail.com