

สาธารณสุขชุมชน ประวัติศาสตร์และความทรงจำ

ทวีศักดิ์ เพื่อกสม
บรรณาธิการ



สาธารณสุขชุมชน ประวัติศาสตร์และความทรงจำ จากยุคบุกเบิกถึงสิ้นแผนพัฒนาการสาธารณสุข ฉบับที่ 5

รายงานการสัมมนาผู้รู้เห็นประวัติศาสตร์ระบบสุขภาพไทย ครั้งที่ 1
วันศุกร์ที่ 19 เดือนกันยายน 2551
ณ ห้องประชุม 801 อาคาร 8 ชั้น 8
กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข

ทวีศักดิ์ เผือกสม
บรรณาธิการ

ชุดเอกสารประวัติศาสตร์และความทรงจำระบบสุขภาพไทย ส 01 (พิมพ์ครั้งที่ 2)
หอจดหมายเหตุสาธารณสุขแห่งชาติ
สำนักวิจัยสังคมและสุขภาพ (สวสส.) สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์
กระทรวงสาธารณสุข และ สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.)



● **สาธารณสุขชุมชน ประวัติศาสตร์และความทรงจำ
จากยุคบุกเบิกถึงสิ้นแผนพัฒนาการสาธารณสุข ฉบับที่ 5**

● **บรรณาธิการ**

ทวีศักดิ์ เผือกสม

● **กองบรรณาธิการ การพิมพ์ครั้งที่ 1**

โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์

วีรวรรณ เสถียรกาล ปารณัฐ สุขสุทธิ ประคอง แก้วนัย

● **กองบรรณาธิการ การพิมพ์ครั้งที่ 2**

โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์

ปารณัฐ สุขสุทธิ นานาท อนุพงศ์พัฒน์ ดรณ์ แก้วนัย

● **อำนวยการ**

ภาวินี สวัสดิमानนท์ รัชนุช จุฑามณี

● **จัดพิมพ์ครั้งที่ 2**

กันยายน ปี พ.ศ. 2559 จำนวน 5,000 เล่ม

● **พิสูจน์อักษร**

รุ่งทิวา นงนุช วรรณวิภา สอาดจิตต์

● **ภาพ**

หอจดหมายเหตุสาธารณสุขแห่งชาติ กระทรวงสาธารณสุข

● **สนับสนุนโดย**

สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

● **จัดพิมพ์โดย**

สำนักวิจัยสังคมและสุขภาพ (สวสส.) สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

ชั้น 3 อาคาร 88/37 สาธารณสุข 6 กระทรวงสาธารณสุข

ถ.ติวานนท์ ต.ตลาดขวัญ อ.เมือง จังหวัดนนทบุรี 11000

โทรศัพท์ 0 2590 1352 โทรสาร 0 2590 1498

Website: www.shi.or.th, www.nham.or.th

E-mail : nham.thailand@gmail.com

ข้อมูลทางบรรณานุกรมของหอสมุดแห่งชาติ

สาธารณสุขชุมชน--นนทบุรี

สำนักวิจัยสังคมและสุขภาพ, 2559

1. สาธารณสุข - ไทย -- ประวัติ. 2. การแพทย์ - ไทย -- ประวัติ. 3. สุขภาพ

I. ชื่อเรื่อง

614.09593

ISBN 987-974-642-047-1

● **ออกแบบ, พิมพ์: บริษัท หนังสือดีวัน จำกัด**

ถ้อยแถลง การจัดพิมพ์ ครั้งที่ 2

หนังสือ “สาธารณสุขชุมชน ประวัติศาสตร์และความทรงจำ” นี้เป็นผลลัพธ์จากกระบวนการ “สัมมนาผู้รู้เห็น” หรือ Witness seminar ซึ่งเป็นรูปแบบการศึกษาวิจัยทางประวัติศาสตร์โดยอาศัยประสบการณ์และคำบอกเล่าจากผู้ร่วมรู้เห็นที่มีชีวิตและการทำงานอยู่ร่วมยุคสมัยที่เกิดเหตุการณ์เหล่านั้นขึ้น

กระบวนการสัมมนาผู้รู้เห็นได้รับการพัฒนาและถูกใช้เพื่อบันทึกและศึกษาปรากฏการณ์ที่มีความสำคัญทางประวัติศาสตร์ในหลายประเทศ แต่การสัมมนาผู้รู้เห็น “สาธารณสุขชุมชน” นี้ถือเป็นครั้งแรกของการใช้วิธีการนี้อย่างเต็มรูปแบบในการบันทึกและศึกษาประวัติศาสตร์สาธารณสุขไทย โดยมีการเรียบเรียงและจัดพิมพ์เป็นเอกสารวิชาการที่มีหลักฐานอ้างอิงอย่างเป็นระบบ เมื่อหนังสือเล่มนี้ถูกจัดพิมพ์เผยแพร่ จึงได้รับความสนใจและเป็นที่ต้องการอย่างกว้างขวาง

ในวาระการเฉลิมฉลอง 100 ปีการสาธารณสุขไทย (พ.ศ. 2461-2561) ในปี พ.ศ. 2561 อันเป็นโอกาสสำคัญในการทบทวนความเป็นมาของงานสาธารณสุขไทย เพื่อนำบทเรียนจากอดีตมาปรับใช้กับปัจจุบันและวางแผนการทำงานในอนาคต กระทรวงสาธารณสุขจึงดำริให้มีการจัดพิมพ์หนังสือเล่มนี้เป็นครั้งที่ 2 โดยในการจัดพิมพ์ครั้งนี้ กองบรรณาธิการได้แก้ไขข้อผิดพลาดและปรับปรุงเล่มให้เหมาะสมขึ้น รวมทั้งได้จัดหารูปภาพการทำงานสาธารณสุขชุมชนในอดีตจากกองสุขศึกษา ซึ่งหอจดหมายเหตุสาธารณสุขแห่งชาติได้เก็บรักษาไว้มาประกอบเพิ่มเติมด้วย เพื่อให้เห็นภาพการทำงานในยุคบุกเบิกที่คนรุ่นหลังอาจไม่เคยได้รับรู้มาก่อน

นอกจากนั้น ในวาระ 100 ปีการสาธารณสุขไทย (พ.ศ. 2461-2561) นี้ กระทรวงสาธารณสุขยังได้เห็นชอบการดำเนินงาน “หอจดหมายเหตุสาธารณสุขแห่งชาติ” เพื่อวางรากฐานการเรียนรู้จากประวัติศาสตร์การสาธารณสุข สุขภาพและการแพทย์ไทย โดยดำเนินงานต่อเนื่องจากโครงการหอจดหมายเหตุและพิพิธภัณฑ์สุขภาพไทย ที่สำนักวิจัยสังคมและสุขภาพได้ดำเนินการมาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2551 ภารกิจต่างๆ ของหอจดหมายเหตุและพิพิธภัณฑ์สุขภาพไทยจึงจะดำเนินงานภายใต้ชื่อ “หอจดหมายเหตุสาธารณสุขแห่งชาติ” นับตั้งแต่นี้เป็นต้นไป

การจัดพิมพ์หนังสือ “สาธารณสุขชุมชน ประวัติศาสตร์และความทรงจำ” จากยุคบุกเบิก ถึงสิ้นแผนพัฒนาการสาธารณสุข ฉบับที่ 5 จึงเป็นส่วนหนึ่งของกิจกรรมการเฉลิมฉลอง 100 ปี การสาธารณสุขไทย (พ.ศ. 2461-2561) เพื่อส่งเสริมให้เกิดความรู้ความเข้าใจด้านประวัติศาสตร์ สาธารณสุขของยุคที่สำคัญที่สุดที่มีการบุกเบิกการสาธารณสุขไทยในชนบทจนกลายเป็นรากฐานที่ แข็งแกร่งของระบบสาธารณสุขไทยในปัจจุบัน

ในการจัดพิมพ์งานครั้งนี้ผู้จัดพิมพ์ขอขอบพระคุณผู้รู้เห็นที่ร่วมในการสัมภาษณ์ทุกท่าน แม้ผู้รู้เห็นอาวุโสบางท่านได้สิ้นอายุขัยไปแล้ว แต่ประสบการณ์และความทรงจำของท่านที่ได้รับ การบันทึกรวบรวมไว้นี้ จะยังเป็นประโยชน์ต่อการเรียนรู้สำหรับคนรุ่นต่อไป

ด้วยจิตคารวะ

นายแพทย์โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์
ผู้อำนวยการสำนักวิจัยสังคมและสุขภาพ
สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์

งานสาธารณสุขชุมชนเป็นบทหนึ่งของประวัติศาสตร์ระบบสุขภาพไทยที่น่าสนใจด้วยเหตุผลสำคัญอย่างน้อย 3 ประการด้วยกันคือ **ประการแรก** การบุกเบิกงานสาธารณสุขในชนบทเป็นภาพสะท้อนการขยายบทบาทของรัฐไทยออกไปสู่ชุมชนท้องถิ่น จึงเป็นส่วนหนึ่งของประวัติศาสตร์การสถาปนาอำนาจรัฐที่ทำให้รัฐราชการไทยมีบทบาทในการจัดการกับชีวิตและร่างกายของประชากรโดยตรงอย่างไม่เคยมีมาก่อน

ประการที่สอง การดำเนินงานสาธารณสุขในระดับชุมชนท้องถิ่นเป็นรูปธรรมการเผชิญหน้าระหว่างวัฒนธรรมทางการแพทย์สมัยใหม่ วัฒนธรรมราชการและวัฒนธรรมท้องถิ่น ที่สำคัญคือเป็นการเผชิญหน้าที่สัมพันธ์เกี่ยวโยงกับชีวิต ความเจ็บป่วยและความตาย จึงเป็นประวัติศาสตร์ของการต่อสู้ ต่อรองและต่อต้านทางวัฒนธรรมที่น่าศึกษาทำความเข้าใจเป็นอย่างยิ่ง

ประการสุดท้าย งานสาธารณสุขชุมชนสะท้อนถึงการต่อรอง/ต่อสู้ในทางการเมืองของแนวคิดในการพัฒนาสุขภาพอนามัยซึ่งมีความขัดแย้งแตกต่างภายในภาคการแพทย์สาธารณสุขไทยระหว่างแนวคิดที่ต้องการสร้างระบบการแพทย์สมัยใหม่ที่เท่าเทียมมาตรฐานขั้นสูงสุดของการแพทย์แบบตะวันตก ซึ่งเน้นการสร้างโรงพยาบาลขนาดใหญ่และศูนย์กลางทางการแพทย์ที่ทันสมัยในเขตเมือง กับอีกแนวคิดหนึ่งที่ต้องการระบบบริการทางการแพทย์ที่เป็นธรรม เท่าเทียมและกระจายไปสู่ชุมชนท้องถิ่นโดยเฉพาะในชนบทที่ห่างไกลอย่างทั่วถึง เป็นความขัดแย้งทางแนวคิดที่ยังดำรงอยู่และจำเป็นต้องทำความเข้าใจผ่านการคลี่คลายทางประวัติศาสตร์

การรวบรวมประสบการณ์และความทรงจำของบุคคลที่มีบทบาทในการบุกเบิกงานสาธารณสุขในชนบทผ่านการสัมภาษณ์ผู้รู้เห็นเป็นอีกวิธีหนึ่งที่ช่วยให้เราเห็นถึงการปะทะ/ประสานของอำนาจวัฒนธรรมและการคลี่คลายของแนวคิดการพัฒนาที่ยังคงดำเนินไปอยู่ในการเมืองเรื่องสุขภาพและการแพทย์ในปัจจุบัน ผู้อ่านจะเห็นอย่างชัดเจนว่าเรื่องราวจากประวัติศาสตร์บอกเล่าที่รวบรวมผ่านกระบวนการสัมภาษณ์ผู้รู้เห็นนี้สามารถเสริมและเพิ่มเติมให้กับข้อมูลเอกสารทางประวัติศาสตร์และช่วยให้เราเข้าใจความเป็นมาและความเป็นอยู่ของงานสาธารณสุขไทยได้ชัดเจนยิ่งขึ้น

การสัมมนาผู้รู้เห็นทางประวัติศาสตร์เป็นกิจกรรมหนึ่งของหอจดหมายเหตุสาธารณสุขแห่งชาติ สำนักวิจัยสังคมและสุขภาพ นอกเหนือจากการสัมมนาที่ได้รับความร่วมมือเป็นอย่างดีจากผู้รู้เห็นที่เข้าร่วมแบ่งปันประสบการณ์อย่างกระตือรือร้นแล้ว การดำเนินการเพื่อให้ได้รายงานการสัมมนาที่สมบูรณ์ฉบับนี้ยังได้รับความร่วมมืออย่างดีเยี่ยมจาก รศ.ดร.ทวิศักดิ์ เผือกสม ที่ทำหน้าที่ตรวจสอบความถูกต้องและจัดทำเอกสารอ้างอิงให้เป็นต้นฉบับในการจัดพิมพ์ ขอขอบคุณเป็นอย่างยิ่งสำหรับความทุ่มเทและความใส่ใจในรายละเอียด นอกจากนี้ ขอขอบคุณ คุณวีรวรรณ เสถียรกาล คุณประคอง แก้วนัย และคุณปารณัฐ สุขสุทธิ ที่ได้ดำเนินการจนรายงานฉบับนี้สำเร็จเป็นรูปเล่มอย่างสมบูรณ์

นายแพทย์โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์
ผู้อำนวยการสำนักวิจัยสังคมและสุขภาพ
สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์

การอ้างอิงถึงการสัมภาษณ์ผู้รู้เห็นควรใช้รูปแบบดังต่อไปนี้

ชื่อของผู้ให้ข้อมูล, ใน **ชื่อเอกสาร**, ชื่อการสัมภาษณ์ผู้รู้เห็นและวันที่จัดสัมภาษณ์, สำนักวิจัยสังคมและสุขภาพ, ปีที่ตีพิมพ์, ที่อยู่ของเว็บไซต์ของการสัมภาษณ์ที่แสดงไว้บนระบบอินเทอร์เน็ต [ถ้ามี], เลขหน้าที่แสดงอยู่บนหัวกระดาษของเอกสารที่ใช้อ้างอิง.

ตัวอย่างเช่น

ความทรงจำของนายแพทย์บรรลุ ศิริพานิช เกี่ยวกับสภาพของโรงพยาบาลในจังหวัดมหาสารคาม ควรเขียนระบบอ้างอิงดังนี้

นายแพทย์บรรลุ ศิริพานิช, ใน **สาธารณสุขชุมชน: ประวัติศาสตร์และความทรงจำ**, การสัมภาษณ์ผู้รู้เห็นประวัติศาสตร์ระบบสุขภาพไทย ครั้งที่ 1 เมื่อวันที่ 19 กันยายน พ.ศ. 2551, พิมพ์ครั้งที่ 2, สำนักวิจัยสังคมและสุขภาพ, 2559, หน้า **.

สำหรับระบบการอ้างอิงแบบฮาร์วาร์ด ให้ใช้ (ชื่อเอกสาร, ปีที่พิมพ์, เลขหน้า) แทรกเข้าไปในเนื้อหาของเอกสาร และให้เขียนรายการอ้างอิงในบรรณานุกรมดังนี้

ชื่อเอกสาร, ชื่อการสัมภาษณ์ผู้รู้เห็นและวันที่จัดสัมภาษณ์, สำนักวิจัยสังคมและสุขภาพ, ปีที่ตีพิมพ์, พิมพ์ครั้งที่, ที่อยู่ของเว็บไซต์ของการสัมภาษณ์ที่แสดงไว้บนระบบอินเทอร์เน็ต [ถ้ามี].

ตัวอย่างเช่น

สาธารณสุขชุมชน: ประวัติศาสตร์และความทรงจำ, การสัมภาษณ์ผู้รู้เห็นประวัติศาสตร์ระบบสุขภาพไทย ครั้งที่ 1 เมื่อวันที่ 19 กันยายน พ.ศ. 2551, พิมพ์ครั้งที่ 2, สำนักวิจัยสังคมและสุขภาพ, 2559, หน้า **.



เจ้าหน้าที่ออกเยี่ยมชาวบ้านเพื่อปลูกฝิ่นป้องกัน ไข้ทรพิษ ราวปี พ.ศ.2504

คำนำ

สัมมนาผู้รู้เห็นประวัติศาสตร์และ ความทรงจำ¹

“ขณะที่ระบบสาธารณสุข/ระบบสุขภาพไทย” กำลังก้าวเดินผ่านช่วงเวลาสำคัญแห่งการปฏิรูป ครั้งมหิพาร์ในช่วง 3 ทศวรรษที่ผ่านมา แต่ การค้นคว้าวิจัยด้านประวัติศาสตร์การแพทย์ และระบบสาธารณสุขของไทยก็มีอยู่ค่อนข้าง จำกัด ทั้งงานส่วนใหญ่มุ่งเน้นไปที่การแพทย์ สมัยใหม่ยุคแรกโดยเฉพาะในช่วงปฏิรูปประเทศ ของพระบาทสมเด็จพระจุลจอมเกล้าเจ้าอยู่หัว ในช่วงปลายคริสต์ศตวรรษที่ 19 จนถึงช่วงหลัง สิ้นสงครามโลกครั้งที่ 2 เป็นหลัก² ความยาก ลำบากประการแรกสุดต่อการทำความเข้าใจ ปรากฏการณ์อันสำคัญยิ่งवादต่อสังคมไทยดังกล่าว คือ การขาดแคลนข้อมูลเอกสารที่เกี่ยวข้อง กับกระทรวงสาธารณสุขอย่างเป็นทางการ จนกระทั่ง หอจดหมายเหตุแห่งชาติก็ยังไม่ปราศจากเอกสาร ในหมวดกระทรวงสาธารณสุขให้ค้นคว้าได้อย่าง เป็นเอกเทศ และเอกสารส่วนใหญ่ที่สามารถเปิดให้ นักวิจัยค้นคว้าได้ก็สิ้นสุดลงในราวปีถึงพุทธกาล

“ส่วนหนึ่งเป็นเพราะข้อจำกัดด้านหลักฐาน หรือข้อมูลทางด้านเอกสารที่จะใช้ศึกษา



สื่อการเรียนรู้ชุดสไลด์เพื่อการศึกษา
จัดทำโดยกองสุขศึกษา

เป็นสิ่งที่ยังค้นหาได้ยากมาก ทั้งนี้กระทรวง สาธารณสุขเป็นกระทรวงเดียวที่ไม่มีเอกสาร ทางราชการหรือเอกสารขั้นต้นเก็บรักษา ไว้อย่างเป็นทางการในหอจดหมายเหตุแห่ง ชาติหรือที่อื่นใดสำหรับการค้นคว้าของ นักประวัติศาสตร์ อีกทั้งการย้ายที่ทำการ กระทรวงสาธารณสุขจากวังเทเวศร์มามายัง สถานที่ใหม่ที่ถนนพหลโยธิน ยังได้ทำให้เอกสาร ต่างๆ สูญเสียและสูญหายไปอย่างประมาด ค่าไม่ได้ นอกจากนี้ เอกสารด้านการ เปลี่ยนแปลงนโยบายสาธารณะด้านสุขภาพ และการปฏิรูปต่างๆ ที่อยู่นอกกระทรวง

1 การเลือกใช้คำว่า “ระบบสาธารณสุข/ระบบสุขภาพไทย” วางคู่กันโดยใช้เครื่องหมาย / คั่นกลางนั้น มีเป้าหมายเพื่อแสดงให้เห็นถึงความแตกต่าง ไม่ลงรอยเทียบกันได้สนิท หรือมีความหมายแทนกันได้ระหว่างคำ 2 คำนี้ รวมถึงการต่อสู้ขัดแย้งเชิงกรอบคิดในช่วงระยะแห่งการเปลี่ยนผ่านสำคัญของ ระบบสาธารณสุขไทยเมื่อเข้าสู่ยุคแห่งการปฏิรูปตั้งแต่ปลายทศวรรษ 2530 เป็นต้นมา โดยคำว่าระบบสาธารณสุขหมายถึงระบบการแพทย์และการดูแลสุขภาพในกรอบคิดของการป้องกันและการดูแลสุขภาพอนามัยของประชากรในฐานะบริการสาธารณะที่รัฐต้องรับผิดชอบ ส่วนคำว่าระบบสุขภาพหมายถึงระบบการดูแลสุขภาพที่มีความหมายกว้างครอบคลุมไปถึงบทบาทของภาคประชาชนในการจัดการกับสุขภาพพลานามัยของตัวเอง อันตกมีลักษณะอยู่ในพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 ซึ่งกำหนดนิยามว่าระบบสุขภาพหมายถึงระบบความสัมพันธ์ทั้งหมดที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ

2 ดูการสำรวจสถานการณ์การวิจัยด้านประวัติศาสตร์วิทยาศาสตร์ การแพทย์และเทคโนโลยีในประเทศไทยในประวัติศาสตร์นิพนธ์ไทยได้ ในงานวิจัยของ ฉลอง สุนทรวาณิชย์ และสุวิมล รุ่งเจริญ, “สถานการณ์ของความรู้ทางประวัติศาสตร์ของวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีไทย” (โครงการประเมินผลความรู้เพื่อการพัฒนาศาสตร์ การวิจัยประวัติศาสตร์ไทย, สำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย, 2541)



การสาธิตสร้างส้วมโดยใช้แบบหล่อส้วม
ในช่วงรณรงค์โครงการพัฒนาการอนามัยท้องถิ่น

สาธารณสุขก็ไม่มีกรเก็บรวบรวมไว้เป็นระบบ เช่นเดียวกัน”³

ผลก็คือ ดูเหมือนว่านักประวัติศาสตร์ส่วนใหญ่ไม่ค่อยให้ความสนใจต่อประเด็นเรื่องประวัติศาสตร์การแพทย์และการปฏิรูประบบสาธารณสุข/ระบบสุขภาพไทยที่กำลังดำเนินไปอย่างคึกคัก งานวิจัยทางด้านประวัติศาสตร์การแพทย์และสาธารณสุขในประเทศไทยที่มุ่งพิจารณาในกรอบของช่วงเวลาหลังจากนั้นจึงมีอยู่น้อยชิ้นมาก เช่น วิทยานิพนธ์ของวิวรรณ เอกรินทรากุล เรื่อง “การบริหารงานสาธารณสุขในประเทศไทย พ.ศ. 2501-2520”⁴ และวิทยานิพนธ์ของมนฤทัย ไชยวิเศษ เรื่อง “ประวัติศาสตร์สังคมไทย: ส้วมและเครื่องสุขภัณฑ์ในประเทศไทย (พ.ศ. 2440-2540)”⁵ เป็นต้น นอกจากนี้ส่วนใหญ่อีกงานวิจัยที่แม้จะสัมพันธ์กับการดูแลสุขภาพอนามัยหรืออิทธิพลทางความคิดของการแพทย์ต่อสังคมการเมืองและวัฒนธรรม แต่ก็ได้ไม่ได้เกี่ยวกับประวัติศาสตร์การแพทย์หรือ

การสาธารณสุขโดยตรง เช่น วิทยานิพนธ์ของชาติชาย มุกสง เรื่อง “น้ำตาลกับวัฒนธรรมการบริโภคสหวานในสังคมไทย พ.ศ. 2504-2539”⁶ หรือวิทยานิพนธ์เกี่ยวกับวัฒนธรรมการโฆษณาแนวคิดด้านสุขอนามัยในประเทศไทยในช่วงทศวรรษ 1940 ถึงต้นทศวรรษ 1980 ของวิลลา วิลัยทอง เรื่อง “A Cultural History of Hygiene Advertising in Thailand, 1940s-early 1980s”⁷ เป็นต้น

ความขาดแคลนระบบเอกสารทำให้ผู้สนใจและนักเรียนประวัติศาสตร์บางคนที่มีความสนใจในประวัติศาสตร์การแพทย์และระบบสาธารณสุข/ระบบสุขภาพไทยอยู่บ้างต้องเสาะแสวงหาจากเอกสารสาธารณะอื่นๆ ที่สามารถเข้าถึงได้ เช่น หนังสือพิมพ์ นิตยสาร ชีวประวัติ ฯลฯ ซึ่งมีอยู่กระจัดกระจายไม่เป็นระบบ สำนักวิจัยสังคมและสุขภาพได้เล็งเห็นถึงปัญหาและความสำคัญของกระบวนการปฏิรูประบบสาธารณสุข/ระบบสุขภาพดังกล่าว จึงได้ดำเนินโครงการจัดตั้งหอจดหมายเหตุและพิพิธภัณฑ์สุขภาพไทย เพื่อเป็นแหล่งรวบรวมและทำนุบำรุงรักษาเอกสารที่มีคุณค่าทางประวัติศาสตร์ และเพื่อให้เป็นแหล่งข้อมูลวิชาการสนับสนุนการศึกษา วิจัย ค้นคว้าเพื่อการพัฒนาประบบสาธารณสุข/ระบบสุขภาพไทย นอกเหนือจากการเก็บรวบรวมเอกสารหลักฐานต่างๆ เพื่อจัดตั้งหอจดหมายเหตุแล้ว โครงการจัดตั้งหอจดหมายเหตุฯ ยังได้ริเริ่มให้มีการจัดสัมมนาผู้รู้เห็น (Witness Seminar) ขึ้นเพื่อบันทึกความ

3 หลักการและเหตุผลใน “โครงการสัมมนาผู้รู้เห็นประวัติศาสตร์ระบบสุขภาพไทย” ซึ่งจัดขึ้นเป็นครั้งที่ 1 เมื่อวันที่ 19 กันยายน พ.ศ. 2551 ณ กระทรวงสาธารณสุข
4 วิวรรณ เอกรินทรากุล, “การบริหารงานสาธารณสุขในประเทศไทย พ.ศ. 2501-2520” (วิทยานิพนธ์มหาบัณฑิต สาขาประวัติศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2547).
5 มนฤทัย ไชยวิเศษ, “ประวัติศาสตร์สังคมไทย: ส้วมและเครื่องสุขภัณฑ์ในประเทศไทย (พ.ศ. 2440-2540)” (วิทยานิพนธ์มหาบัณฑิต สาขาประวัติศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, 2542).
6 ชาติชาย มุกสง, “น้ำตาลกับวัฒนธรรมการบริโภคสหวานในสังคมไทย พ.ศ. 2504-2539” (วิทยานิพนธ์มหาบัณฑิต สาขาประวัติศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, 2548).
7 Villa Vilaithong, “A Cultural History of Hygiene Advertising in Thailand, 1940s-early 1980s” (Ph.D. thesis, National University of Australia, 2006).

ทรงจำของบรรดาผู้ที่มีบทบาทสำคัญและมีส่วนร่วมในการบุกเบิกและพัฒนาาระบบสาธารณสุข/ระบบสุขภาพไทยตั้งแต่กระบวนการกำหนดนโยบาย การขยายตัวของระบบการแพทย์และระบบสาธารณสุขออกไปยังชุมชน ตลอดจนประสบการณ์ของผู้คนในสังคมที่เป็นส่วนหนึ่งในช่วงระยะเวลาแห่งความเปลี่ยนแปลงต่างๆ ของระบบสาธารณสุข/ระบบสุขภาพไทย เพื่อให้เป็นเอกสารอ้างอิงสำหรับการค้นคว้าวิจัยเกี่ยวกับประวัติศาสตร์ระบบสาธารณสุข/ระบบสุขภาพไทย

สัมมนาผู้รู้เห็น (Witness Seminar) คือวิธีการสร้างและจารึกข้อมูลของเหตุการณ์หรือพัฒนาการทางประวัติศาสตร์ซึ่งได้เกิดขึ้นในช่วงระยะเวลาที่ผู้คนที่มีส่วนร่วมอยู่ในเหตุการณ์นั้นๆ ยังคงมีชีวิตอยู่ อันอาจเรียกให้หรูหราได้ว่าเป็นความทรงจำที่ยังมีชีวิต (living memory) หรือเรียกอีกอย่างหนึ่งว่า ประวัติศาสตร์บอกเล่า (oral history) โดยให้ผู้มีบทบาทสำคัญในเหตุการณ์ใดเหตุการณ์หนึ่งได้มาพบปะกันบนโต๊ะสัมมนาเพื่ออภิปราย ถกเถียง และแลกเปลี่ยนข้อมูลความทรงจำของตนเกี่ยวกับเหตุการณ์นั้นๆ อันได้กำหนดหัวข้อหรือประเด็นเนื้อหาไว้ สัมมนาผู้รู้เห็นจึงเป็นเสมือนการสัมภาษณ์กลุ่มคณะบุคคลที่เกี่ยวข้องกับเหตุการณ์นั้นๆ โดยมีนักวิชาการผู้เชี่ยวชาญในเรื่องนั้นเป็นผู้ดำเนินการควบคุมประเด็นการสนทนา พร้อมทั้งให้การบันทึกเสียงและภาพเอาไว้และให้มีการถอดเสียงบันทึกข้อมูลเหล่านั้นไว้อย่างเป็นระบบ โดยมีการทำคำอธิบายเพิ่มเติมและใส่รายการอ้างอิงสำหรับประโยชน์ในการค้นคว้าศึกษาของนักวิจัยต่อไป⁸

การสัมมนาผู้รู้เห็นได้รับการพัฒนาขึ้นอย่างเป็นระบบโดยสถาบันประวัติศาสตร์อังกฤษร่วมสมัย (Institute of Contemporary British History-ICBH) ซึ่งก่อตั้งขึ้นเมื่อ ค.ศ. 1986 (พ.ศ. 2529) และต่อมาในปัจจุบันได้พัฒนาเป็นศูนย์ประวัติศาสตร์อังกฤษร่วมสมัย (Centre for Contemporary British History) ซึ่งเน้นการรวบรวมบันทึกความทรงจำเกี่ยวกับประวัติศาสตร์อังกฤษร่วมสมัยในรูปแบบของประวัติศาสตร์บอกเล่า โดยเชื้อเชิญให้คนที่มีบทบาทเกี่ยวข้องมาร่วมสัมมนาแลกเปลี่ยนความทรงจำ เพื่อผลิตหลักฐานสำคัญทางประวัติศาสตร์ร่วมสมัยที่ยังอยู่ในห้วงความทรงจำของผู้ที่เกี่ยวข้อง การสัมมนาผู้รู้เห็นของสถาบันประวัติศาสตร์อังกฤษร่วมสมัยจึงได้รับการยอมรับนับถือในหมู่นักประวัติศาสตร์และนักสังคมศาสตร์ในปัจจุบันว่าเป็นรูปแบบใหม่ๆ ของประวัติศาสตร์บอกเล่าอันมีคุณูปการอย่างใหญ่หลวง ทั้งยังพิสูจน์ให้เห็นได้ว่ามีประโยชน์ยิ่งกว่าการสัมภาษณ์แบบตัวต่อตัว เนื่องจากช่วยกระตุ้นให้เกิดการแลกเปลี่ยนและปฏิสัมพันธ์ระหว่างประจักษ์พยานผู้รู้เห็นเหล่านั้นขึ้นในระหว่างการอภิปราย กระทั่งทำให้วิธีการสัมมนาผู้รู้เห็นนี้ได้ถูกนำไปใช้อย่างกว้างขวางในสถาบันอื่นๆ ทั้งในอังกฤษและประเทศอื่นๆ

ทางด้านประวัติศาสตร์การแพทย์นั้น ใน ค.ศ. 1990 (พ.ศ. 2533) กองทุนเวลคัม (Wellcome Trust) ได้ก่อตั้งกลุ่มศึกษาประวัติศาสตร์การแพทย์ในคริสต์ศตวรรษที่ 20 ขึ้นโดยให้อยู่ในสังกัดหน่วยวิชาการของสถาบันเวลคัมเพื่อประวัติศาสตร์การแพทย์ (Wellcome Institute for the History of Medicine)⁹ เพื่อนำเอาบรรดา

8 คำอธิบายเหล่านี้ได้ในเว็บไซต์ของศูนย์ประวัติศาสตร์อังกฤษร่วมสมัย www.ccbh.ac.uk/witnessseminars.php

9 ต่อมาใน ค.ศ. 1999 ได้เปลี่ยนเป็นศูนย์กองทุนเวลคัมเพื่อการศึกษาประวัติศาสตร์การแพทย์ (Wellcome Trust Centre for the History of Medicine) ณ University College London-UCL



การสัมมนาผู้รู้เห็นประวัติศาสตร์สุขภาพไทยครั้งที่ 1

แพทย์ นักวิทยาศาสตร์ นักประวัติศาสตร์ และ ผู้ที่สนใจในประวัติศาสตร์การแพทย์ร่วมสมัยมา ทำงานศึกษาค้นคว้าวิจัยเกี่ยวกับพัฒนาการของ การแพทย์ในศตวรรษที่เพิ่งผ่านพ้นไป และได้เลือก เอรูปแบบของการสัมมนาผู้รู้เห็นซึ่งได้ริเริ่มขึ้นโดย สถาบันประวัติศาสตร์อังกฤษร่วมสมัยเป็นแม่แบบ เพื่อส่งเสริมให้เกิดการปฏิสัมพันธ์ระหว่างกลุ่มนัก วิชาการต่างๆ หลากหลายสาขาเหล่านี้ โดยเล็ง เห็นถึงคุณูปการที่จะบังเกิดขึ้นจากการทำงานร่วม กัน และเพื่อกระตุ้นให้เกิดการสร้างสรรคเอกสาร ในรูปแบบเอกสารจดหมายเหตุ (Archival sources) สำหรับใช้ค้นคว้าวิจัยต่อไปข้างหน้า ในการประชุม กันแต่ละครั้งของกองทุนเวลด์มเพื่อการศึกษา ประวัติศาสตร์การแพทย์นั้นจะมีการบันทึกเสียงไว้ ทั้งหมด ก่อนจะทำเป็นเอกสารบันทึกการสัมมนามี การส่งเอกสารที่ถอดคำพูดนี้ไปให้ผู้ร่วมสัมมนาได้อ่าน เพื่อให้ตรวจสอบในส่วนที่ตัวเองอภิปรายแลกเปลี่ยน จากนั้นจึงเพิ่มเติมข้อมูลและการอ้างอิง ให้สมบูรณ์ ให้พร้อมดำเนินการจัดพิมพ์เผยแพร่ สำหรับการค้นคว้าวิจัยต่อไปได้¹⁰

สำหรับการสัมมนาผู้รู้เห็นประวัติศาสตร์ ระบบสุขภาพไทย ครั้งที่ 1 เรื่อง งานสาธารณสุข

ชุมชน: ประวัติศาสตร์และความทรงจำ นี้ สำนักวิจัยสังคมและสุขภาพได้จัดขึ้นเมื่อวันที่ 19 กันยายน พ.ศ. 2551 ณ ห้องประชุม 801 อาคาร 8 ชั้น 8 กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข โดยได้เชิญนายแพทย์รุ่งน อากุโสและผู้มีบทบาทสำคัญในระบบสาธารณสุข ยุคแรก ดังรายชื่อและประวัติย่อในนามานุกรม ท้ายเอกสาร ซึ่งเคยมีบทบาทสำคัญทั้งในด้านการ กำหนดนโยบายและการออกไปทำงาน บุคคลในงานสาธารณสุขชุมชนในพื้นที่ต่างๆ ของ สังคมไทย

การสัมมนาแบ่งเป็นสองช่วงด้วยกัน โดย ในช่วงเช้า ตั้งแต่เวลา 09.15-12.30 น. เป็นการ สัมมนาในหัวข้อ “ประวัติศาสตร์และความทรง จำ: งานสาธารณสุขชุมชน จากยุคบุกเบิกถึงสั นแผนพัฒนาการสาธารณสุขฉบับที่ 5” ดำเนิน การอภิปรายโดย นายแพทย์โกมาตร จึงเสถียร ทรัพย์ และในช่วงบ่าย เวลา 14.45-16.00 น. ได้ แบ่งการสัมมนาออกเป็นห้องย่อยสองห้องด้วย กัน โดยในห้องย่อยที่ 1 ได้สัมมนาในประเด็น เรื่อง “พัฒนาการระบบบริการสุขภาพในชนบท” ดำเนินการอภิปรายโดย นายแพทย์โกมาตร

10 กรณาดูคำนำใน Public Health in the 1980s and 1990s: Decline and Rise? Witness Seminar on 12 October 2004, Wellcome Trust Centre for the History of Medicine at UCL, London, edited by V. Berridge, D.A. Christie and E.M. Tansey, Volume 26, 2006.

จึงเสถียรทรัพย์สิน และในห้องย่อยที่ 2 ได้เน้นในประเด็นเรื่อง “งานพัฒนาสุขภาพชุมชนและงานสาธารณสุขมูลฐาน” ดำเนินการอภิปรายโดย ศ.ดร. ทวีทอง หงษ์วิวัฒน์

ผู้เข้าร่วมการสัมมนาประกอบด้วยผู้รู้เห็นประวัติศาสตร์สาธารณสุขชุมชน ผู้สังเกตการณ์และผู้จัดการสัมมนา คือ ศาสตราจารย์นายแพทย์เสมอ พริ้งพวงแก้ว, ศาสตราจารย์เกียรติคุณ นายแพทย์ประเวศ วะสี, ศาสตราจารย์เกียรติคุณ นายแพทย์อารี วัลยะเสวี, นายแพทย์ไพโรจน์ ینگสานนท์, นายแพทย์บรรลุ ศิริพานิช, ศาสตราจารย์พิเศษ นายแพทย์ไพจิตร ปวะบุตร, นายแพทย์มงคล ณ สงขลา, นายแพทย์อุทัย สุดสุข, นายแพทย์กวี ไชยศิริ, นายแพทย์ชูชัย ศุภวงศ์, นายแพทย์สมศักดิ์ ชุณหรัศมิ์, นายแพทย์สุรเกียรติ์ อาชานานูภาพ, นายพูลทรัพย์ ปิยะอนันต์, รองศาสตราจารย์ ดร.เบญจายอดดำเนิน-แอ็ดติงก์, ดร.สมล ปวีตรานนท์, นายระเด่น หัสดี, ดร.เมธี จันทจักรุภรณ์¹¹

เอกสารสัมมนาผู้รู้เห็นฉบับนี้แบ่งออกเป็น 3 บท โดยในบทแรกนำมาจาก การสัมมนาในช่วงเช้าซึ่งพูดถึงภาพของสาธารณสุขชุมชนในยุคบุกเบิกเป็นต้นมา ในบทที่ 2 กล่าวถึงพัฒนาการของระบบบริการสุขภาพในชนบทในยุคแรกเริ่มเมื่อมีการขยายบริการสุขภาพออกไปสู่ระดับชุมชนและประสบการณ์ของแพทย์ยุคแรกที่เข้าไปทำงานประจำอยู่ตามโรงพยาบาลจังหวัดและโรงพยาบาลประจำอำเภอซึ่งเรียกกันต่อมาว่าโรงพยาบาลชุมชน ส่วนในบทที่ 3 กล่าวถึงงาน

พัฒนาสุขภาพชุมชนและงานสาธารณสุขมูลฐาน ในการบรรณาธิกรนั้น บรรณาธิกรพยายามแก้ไขเนื้อหาให้น้อยที่สุด คือให้พออ่านได้เท่านั้น การแทรกเนื้อความหรือคำอธิบายจะทำอยู่ในเครื่อง [...] เพื่อรักษาเนื้อความเดิมที่มาจาก การถอดเสียงการสัมมนา ส่วนการอธิบายเพิ่มเติมของผู้เข้าร่วมสัมมนา จะใส่ไว้ในเชิงอรรถเป็นหลัก หรือแทรกเพิ่มในเครื่องหมาย [...] เช่นเดียวกันในกรณีที่ทำให้ความหรือรูปประโยคมีความชัดเจนขึ้น หรือมีความจำเป็นต่อความเข้าใจเนื้อความ

อย่างไรก็ตาม เอกสารชิ้นนี้ไม่ได้เป็นคำอธิบายทางประวัติศาสตร์โดยตัวมันเอง แต่มีเป้าหมายเพื่อผลิตหลักฐานจากคำบอกเล่าของผู้รู้เห็นหรือผู้มีส่วนเกี่ยวข้องกับเหตุการณ์โดยการเก็บบันทึกหลักฐานทั้งในรูปแบบที่กึ่งเสียงและการถอดเสียง ซึ่งผู้ค้นคว้าสามารถเข้ามาขอใช้บริการได้ต่อไปในฐานะเอกสารชิ้นต้นหรือข้อมูลดิบที่ใครก็สามารถหยิบไปใช้ได้ในงานวิจัยตามสาขาวิชาของตน แต่ไม่ใช่ในฐานะงานเขียนทางประวัติศาสตร์ที่ต้องมีกระบวนการวิพากษ์หลักฐาน ตลอดจนการวิเคราะห์ตีความและสร้างชุดคำอธิบายของข้อมูลต่างๆ ให้สอดคล้องกับหลักฐานแวดล้อมอื่นๆ อย่างเป็นทางการประวัติศาสตร์มักเรียกกันจนติดปากว่าวิธีการทางประวัติศาสตร์¹²

ความพยายามที่จะเก็บรวบรวมเอกสารและหลักฐานต่างๆ เกี่ยวกับพัฒนาการของระบบสาธารณสุข/ระบบสุขภาพในประเทศไทย

11 ผู้สังเกตการณ์ได้แก่ ญ.กรณิการ์ ตันประเสริฐ, นางสาววิภัลย์ พงศ์พินิตานนท์, นายแพทย์อุกฤษฏ์ มลิณทรานุกูร, นางสาวสุนีย์ สุขสว่าง, นายธนาวงศ์ เสี่ยงยม, นายภานาท อนุพงศ์พัฒน์, นายชาติชาย มุกสง, นางสาวนิลบล คุณวัฒน์, นางสาวกฤษณภักดิ์ บุญยธาดา, นางสาวสุกัญญา ภัทระวิมล, นางประภาพร โพธิ์ทอง, นางสาวอรุณา มานะใจจายนนท์, นายสมบุญ ทรัพย์พุ่ม, นางนิษฐา ธรรมเสนห์, นายศิริพงษ์ เข้มเจริญ, นางสาววิญญา ทวีวงศ์, นางสาวกัมมล ครุฑขันธ์, นางราวีไพ แก้ววิเชียร, นางจรรยา จิ่งเสถียรทรัพย์สิน โดยมีผู้จัด คือ นางวิวรรณ เสถียรภาพ, นายประสงค์ แก้วน้อย, นางสาวภาวินี สวัสดิ์มานนท์, นางสาวอรุณวรรณ สาระรัมย์, นางสาวอวัลกร อินอุตร, นางสาวกณิศร เต็งรัง และมีบรรณาธิกรเป็นผู้ร่วมสังเกตการณ์

12 คู่มือพื้นฐานเกี่ยวกับวิธีการทางประวัติศาสตร์ในงานของ นิธิ เอียวศรีวงศ์และอคม พัลยยะ, **หลักฐานประวัติศาสตร์ในประเทศไทย** (กรุงเทพฯ: บรรณกิจ, 2525)

ตลอดจนการจัดให้มีโครงการสัมมนาผู้รู้เห็น และการจัดพิมพ์เอกสารสัมมนาผู้รู้เห็น จึงน่าจะก่อให้เกิดบรรยากาศอันดีคึกคักในการวิจัยด้านประวัติศาสตร์ เนื่องจากเปิดให้เห็นข้อมูลหรือแง่มุมใหม่ๆ ด้านการแพทย์และระบบสาธารณสุข/ระบบสุขภาพในประเทศไทย และเท่ากับเป็นการเชื้อเชิญให้เกิดการตั้งคำถามในการวิจัยใหม่ๆ ด้านประวัติศาสตร์การแพทย์และระบบสาธารณสุข/ระบบสุขภาพในประเทศไทยในหลากหลายแง่มุมไม่เพียงแต่กระบวนการกำหนดนโยบายหรือความเคลื่อนไหวเปลี่ยนแปลงในส่วนของผู้มีบทบาทในการปฏิบัติงานเท่านั้น แต่น่าจะรวมถึงผลกระทบต่อสังคมและผู้คนในระดับล่าง รวมถึงวิถีคิด ญาณวิทยา วาทกรรม และการครอบงำของการแพทย์และระบบสาธารณสุข/ระบบสุขภาพในสังคมไทยที่ดำรงอยู่ในปัจจุบัน

อย่างไรก็ตาม นอกจากการรวบรวมและจัดระบบเอกสารเพื่อให้สะดวกต่อการค้นคว้าวิจัยต่อไปแล้ว การพยายามเปิดกว้างให้มีการค้นหาโครงเรื่องหรือกรอบความคิดใหม่ๆ ในการอธิบายก็น่าจะมีส่วนสำคัญช่วยให้การวิจัยด้านประวัติศาสตร์การแพทย์และระบบสาธารณสุข/ระบบสุขภาพที่จะเกิดขึ้นมีชีวิตชีวาและมีพลังในการอธิบาย หลุดพ้นจากการครอบงำทางความคิดสำเร็จรูปของใครหรือสำนักใดเพียงหนึ่งเดียว ดังกรณีงานวิจัยใหม่ๆ บางชิ้น เช่น กรณีวิทยานิพนธ์ของชาติชาย มุกสงและวิทยานิพนธ์ปริญญาเอกของวิลลา วิลัยทอง เป็นต้น ได้แสดงให้เห็นถึงสีสันและทิศทางใหม่ๆ ในการวิจัย

ประวัติศาสตร์การแพทย์และระบบสาธารณสุข/ระบบสุขภาพในวงวิชาการไทย เนื่องจากมีโครงเรื่องที่แตกต่างอย่างสิ้นเชิงจากคำอธิบายก่อนหน้านี้ที่มีมักผูกอยู่กับโครงเรื่องแม่บทของประวัติศาสตร์ชาติ¹³ ซึ่งเน้นการยกย่องเชิดชูบทบาทของชนชั้นนำยิ่งกว่ามุ่งทำความเข้าใจความเป็นจริงทางประวัติศาสตร์อย่างรอบด้านหรือพยายามทำความเข้าใจต่อปัจจัยและพลังอื่นๆ ที่มีส่วนสำคัญต่อการเปลี่ยนแปลง กระทั่งกล่าวได้ว่า การสร้างโครงเรื่องใหม่ที่มุ่งพิจารณาปัจจัยหรือแง่มุมอื่นๆ คือการดิ้นรนให้หลุดพ้นจากกรงขังทางความคิดของโครงเรื่องแม่บทของประวัติศาสตร์ชาติ และสะท้อนให้เห็นการคลี่คลายของปมเรื่องสำนึกความเป็นชาติที่เริ่มมีนิยามเปิดกว้างหรือเปิดให้มีจินตภาพที่แตกต่างหลากหลายออกไปจากในวาทกรรมความเป็นชาติกระแสหลัก¹⁴

หากพิจารณาถึงบทบาทของการแพทย์สมัยใหม่ในดินแดนอาณานิคมหลายแห่ง การแพทย์คือพื้นที่ของการปะทะและเป็นเครื่องมือทางอำนาจของจักรวรรดินิยม¹⁵ ดังนั้นประวัติศาสตร์แห่งความรุ่งเรืองและความสำเร็จของวิทยาศาสตร์การแพทย์ในการพิชิตการระบาดของโรคคอตีบในฟิลิปปินส์ เมื่อช่วงต้นคริสต์ศตวรรษที่ 20 จึงไม่ได้เป็นเพียงแค่ประวัติศาสตร์ของ “ชัยชนะแห่งความเป็นเหตุผลและวิทยาศาสตร์ที่มีต่อความเชื่อในเรื่องเหนือธรรมชาติและความมกมายด้นทรวงของชาวฟิลิปปินส์” แต่คือเครื่องมือของจักรวรรดินิยมอเมริกาในการสยบการต่อต้านและควบคุมดิน

13 ดูการวิพากษ์แม่บทของประวัติศาสตร์ชาติใน นิธิ เอียวศรีวงศ์, “200 ปีของการศึกษาประวัติศาสตร์ไทยและทางข้างหน้า,” กรุงเทพฯ, พระเจ้าตากฯ และประวัติศาสตร์ไทย: ว่าด้วยประวัติศาสตร์และประวัติศาสตร์นิพนธ์ (กรุงเทพฯ: มติชน, 2538), 1-41 และ ธงชัย วินิจจะกูล, “ประวัติศาสตร์ไทยแบบราชาชาตินิยม,” ศิลปวัฒนธรรม, ปีที่ 23, ฉบับที่ 1 (พฤศจิกายน 2544): 56-65.

14 ดูวาทกรรมความเป็นชาติกระแสหลักในงานวิจัยของสายชล สัตยานุรักษ์ เรื่อง ความเปลี่ยนแปลงในการสร้างชาติไทยและความเป็นไทย โดยหลวงวิจิตรวาทการ (กรุงเทพฯ: มติชน, 2545) และ คึกฤทธิ์กับประดิษฐ์กรรม “ความเป็นไทย”, 2 เล่ม (กรุงเทพฯ: มติชน, 2550)

15 ดู David Arnold (ed.), Imperial Medicine and Indigenous Societies (Manchester and New York: Manchester University Press, 1988).

แดนอาณานิคมที่เพิ่งถูกพิชิตให้หมอบเขื่องอยู่ภายใต้อำนาจ โดยทำให้ชนชั้นนำตามหัวเมืองต่างๆ ถูกกลืนเข้าเป็นส่วนหนึ่งของจักรวรรดิในการต่อต้านโรคระบาด และสลายกลุ่มกำลังต่อต้านให้กลายเป็นส่วนประกอบสำคัญในการจัดตั้งรัฐอาณานิคมของสหรัฐฯ ขึ้นในฟิลิปปินส์¹⁶ ในท่วงทำนองเดียวกันนั้น การแพทย์ก็เป็นเครื่องมือที่สำคัญไม่น้อยกว่ากันในการเปลี่ยนรูปแบบจารีตที่เคยผูกพันกันอยู่อย่างหลวมๆ ให้กลายเป็นรัฐไทยที่มีอาณาเขตดินแดนและอำนาจอธิปไตยเหนือเขตแดนเหล่านั้นโดยสมบูรณ์ตามคติของรัฐสมัยใหม่¹⁷ จนกล่าวได้ว่า การแพทย์เป็นกลไกสำคัญในการก่อรูปรัฐไทยสมัยใหม่ทำให้ความคิดเรื่องประชากรปรากฏชัดขึ้นมาในจินตภาพและเป็นเครื่องมือทำให้ประชากรกลายเป็นพลังการผลิตสำคัญในการสร้างความเป็นชาติ¹⁸

ประชากรจึงกลายเป็นเป้าหมายสูงสุดของการปกครอง วิธีการและหนทางต่างๆ ของรัฐไม่ว่าจะโดยตรงหรือโดยอ้อม โดยรู้ตัวหรือไม่รู้ตัวนั้นทั้งหมดล้วนแต่เป็นไปเพื่อเป้าหมายสุดท้ายอยู่ที่ความผาสุก ความมั่งคั่ง สภาพชีวิตที่ดีขึ้น และการมีชีวิตที่ยืนยาวแข็งแรงของประชากร เพื่อนำไปใช้ในการพัฒนาประเทศได้ต่อไป¹⁹ ทั้งหมดนี้จึงเป็นเรื่องของอรรถประโยชน์ในการผลิตของร่างกาย เพราะการเป็นพลังในการผลิตทำให้ร่างกายถูกครอบควบคุมอยู่ด้วยความสัมพันธ์เชิงอำนาจและการครอบงำ และความเป็นพลัง



หม่อมเจ้าสกลวรรณกร วรวรรณ

การผลิตของร่างกายจะเป็นไปได้หรือจะถูกนำไปใช้ได้ก็ต่อเมื่อมันต้องถูกทำให้เชื่องลงด้วยระบบการควบคุม ดังนั้นร่างกายจะกลายเป็นพลังที่มีอรรถประโยชน์ขึ้นมาได้ก็ต่อเมื่อร่างกายนั้นทั้งเป็นร่างกายที่มีประสิทธิภาพในการผลิตและเป็นร่างกายที่สยบระย่อต่ออำนาจ หรือร่างกายนั้นจะต้องถูกทำให้เชื่องลงเสียก่อน เพราะเรือนร่างที่ถูกทำให้เชื่องลงแล้วเท่านั้นจึงจะเป็นเรือนร่างที่ถูกสยบใช้งาน เปลี่ยนแปลง และปรับปรุงขัดเกลาได้ตามความปรารถนา²⁰ เพื่อให้บรรลุถึงเป้าหมายดังกล่าว “การแพทย์จึงเป็นภารกิจหลักอันหนึ่งของชาติ”²¹ ดังที่หม่อมเจ้าสกลวรรณกร วรวรรณ (อธิบดีกรมสาธารณสุข ระหว่าง พ.ศ. 2469-2474)

16 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, 1997), 110.

17 คูารอภิปรายเกี่ยวกับเรื่องนี้โดยพิศดารได้ใน Thongchai Winichakul, *Siam Mapped: A History of the Geo-body of a Nation* (Honolulu: Hawaii University Press, 1994).

18 คูารอภิปรายเรื่องนั้นในงานของทวีศักดิ์ เนื้อถนอม, *เชื้อโรค ร่างกาย และรัฐเวชกรรม: ประวัติศาสตร์การแพทย์สมัยใหม่ในสังคมไทย* (กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2550), 176-99 และวิทยานิพนธ์ของ ก้องสกุล กวินวิฑูล เรื่อง “การสร้างร่างกายพลเมืองไทยในสมัยจอมพล ป. พิบูลสงคราม พ.ศ. 2481-2487” (วิทยานิพนธ์สังคมวิทยาและมานุษยวิทยามหาบัณฑิต สาขามานุษยวิทยา, มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, 2545).

19 Michel Foucault, “Governmentality,” in *Power: Essential Works of Foucault 1954-1984, Volume 3*, edited by James D. Faubian (London: Penguin Books, 2001), 216-7.

20 Michel Foucault, *Discipline and Punish: the Birth of the Prison*, translated by Alan Sheridan (London: Penguin Books, 1977), 25-6 and 136.

21 Michel Foucault, *The Birth of Clinic: an Archaeology of Medical Perception*, translated by A. Sheridan (London: Routledge, 1973), 19.

เคยนำเสนอไว้อย่างคมคายว่า “[การสาธารณสุข คือ] วิธีการอันทรงประสิทธิภาพที่สุดในการสร้างความมั่งคั่งให้แก่ชาติ”²²

การกำหนดโครงเรื่องใหม่ๆ ในงานวิจัยด้านประวัติศาสตร์การแพทย์และระบบสาธารณสุข/ระบบสุขภาพไทย เพื่อให้หลุด

พ้นจากกรอบคิดของโครงเรื่องแม่บทแห่งประวัติศาสตร์ชาติ และเพื่อให้เกิดจินตภาพหรือคำถามใหม่ๆ จึงอาจมีความสำคัญในระดับเดียวกับการทุ่มเทพลังให้แก่การเก็บรวบรวมข้อมูลอันไพศาล เพราะความจริงย่อมมีหลายด้านและการควบคุมกำหนดความจริงย่อมเป็นอนิจจัง

22 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, 1930), 182 and 204.

ถ้อยแถลงการจัดพิมพ์ ครั้งที่ 2	
ถ้อยแถลงและกิตติกรรมประกาศ	i
คำแนะนำสำหรับการอ้างอิง	iii
คำนำ	v
บทนำ	1
บทที่ 1 งานสาธารณสุขชุมชน: จากยุคบุกเบิกจนถึงสิ้นแผนพัฒนาการสาธารณสุข ฉบับที่ 5	7
บทที่ 2 พัฒนาการระบบบริการสุขภาพในชนบท	55
บทที่ 3 งานพัฒนาสุขภาพชุมชนและงานสาธารณสุขมูลฐาน	87
ภาคผนวก	
บทสัมภาษณ์นายแพทย์นัลดดา ศรียามัย	111
นามานุกรม	123



พื้นที่และอาคารที่ทำการกระทรวงสาธารณสุขในสมัยที่ย้ายมาอยู่ที่วังโขทัย ปี 2485

เอกสารสัมมนา ผู้รู้เห็นประวัติศาสตร์ การแพทย์และระบบสาธารณสุข/ระบบสุขภาพ ไทยขึ้นนี้มุ่งนำเสนอข้อมูลจากความทรงจำของผู้มีส่วนเกี่ยวข้องกับการพัฒนาการของระบบสาธารณสุขไทยตั้งแต่ช่วงหลังการเปลี่ยนแปลงการปกครอง เมื่อ พ.ศ. 2475 เป็นต้นมา จนถึงช่วงสิ้นสุดแผนพัฒนาสาธารณสุขฉบับที่ 5 ก่อนจะดำเนินเข้าสู่ยุคแห่งการปฏิรูประบบสุขภาพในเวลาต่อมา

ในช่วงก่อนหน้านั้น ตั้งแต่การปฏิรูประบบราชการในรัชสมัยของพระบาทสมเด็จพระจุลจอมเกล้าเจ้าอยู่หัว จนถึงการเปลี่ยนแปลงการปกครอง พ.ศ. 2475 ระบบการแพทย์และสาธารณสุขของไทยมีการพัฒนาในหลายด้าน ตั้งแต่เริ่มมีการจัดตั้งโรงเรียนแพทย์ขึ้นเมื่อ พ.ศ. 2429 การจ้างฝรั่งชาวตะวันตกชาติต่างๆ เข้ามาทำงานด้านการดูแลรักษาและการป้องกันโรค การจัดตั้งโรงเรียนแพทย์ที่ริเริ่มให้มีการสอนวิชาการด้านแพทยศาสตร์ “แบบตะวันตก” ขึ้น การจัดให้มีระบบสุขภาพเพื่อรองรับการขยายตัวของเมืองที่กำลังเติบโต การจัดตั้งกรมพยาบาลเพื่อจัดการเรื่องการสร้างโรงพยาบาลในกรุงเทพฯ เมื่อ พ.ศ. 2431 ตลอดจนถึงการปรับปรุงโรงเรียนแพทย์ให้ทันสมัยแบบตะวันตกโดยการสนับสนุน

ของมูลนิธิโรคคักิเฟลเลอร์ ในช่วงสมัยรัชกาลที่ 6 ฯลฯ อย่างไรก็ตาม การเปลี่ยนแปลงเกือบทั้งหมดเกิดขึ้นเฉพาะในบริเวณกรุงเทพฯ และปริมณฑล เป็นด้านหลัก การขยายระบบบริการสาธารณสุขออกไปยังหัวเมืองนั้นยังไม่ได้ทำอย่างเต็มที่ เนื่องจากเงื่อนไขต่างๆ ตั้งแต่การขาดแคลนงบประมาณจนถึงการขาดแคลนแพทย์ที่จะออกไปประจำการ¹

ความสนใจของรัฐในการสร้างโรงพยาบาลในช่วงแรกนี้จึงจำกัดอยู่เฉพาะในปริมณฑล กรุงเทพฯ เท่านั้น ดังจะเห็นได้จากกรณีเมื่อมีการเรียกร้องให้สร้างโรงพยาบาลตามหัวเมือง รัฐบาลก็ไม่ได้แสดงความสนใจ ทั้งยังถือว่าเป็นผลประโยชน์และหน้าที่รับผิดชอบของเอกชนหรือของท้องถิ่นเอง โรงพยาบาลและแพทย์สมัยใหม่แบบตะวันตกที่ออกไปทำงานอยู่ตามหัวเมืองส่วนใหญ่จึงเป็นโรงพยาบาลของคณะมิชชันนารี ที่ออกไปตั้งคณะเผยแผ่ศาสนาและจัดตั้งโรงพยาบาลให้บริการแก่ประชาชนเพื่อเป็นการดึงดูดให้ผู้คนหันมานับถือศาสนา เช่น โรงพยาบาลมิชชันนารีในจังหวัดเพชรบุรี (พ.ศ. 2423), โรงพยาบาลแมคคอร์มิคในจังหวัดเชียงใหม่ (พ.ศ. 2431), โรงพยาบาลแวนแซนดูร์ดีในจังหวัด

1 ดูรายละเอียดของพัฒนาการทางการแพทย์และสาธารณสุขในช่วงนี้ได้ในงานของ เพ็ญศรี กวีวงศ์ประเสริฐ, “บทบาทของรัฐต่อปัญหาสุขภาพของประชาชน (พ.ศ. 2325-หลังการเปลี่ยนแปลงการปกครอง พ.ศ. 2475)” (วิทยานิพนธ์มหาบัณฑิต สาขาสังคมศาสตร์การแพทย์และสาธารณสุข มหาวิทยาลัยมหิดล, 2528); ยุวดี ตปนิยากร, “วิวัฒนาการของการแพทย์ไทยตั้งแต่สมัยเริ่มต้น จนถึงสิ้นสุทธรัชกาลพระบาทสมเด็จพระจุลจอมเกล้าเจ้าอยู่หัว” (วิทยานิพนธ์อักษรศาสตรมหาบัณฑิต สาขาประวัติศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2521); สุกิจ ด้านยุทธศิลป์, “การสาธารณสุขแบบสมัยใหม่ในรัชสมัยพระบาทสมเด็จพระมงกุฎเกล้าเจ้าอยู่หัว (พ.ศ. 2453-2468)” (วิทยานิพนธ์มหาบัณฑิตสาขาประวัติศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร, 2534); สุวีริณี สวัสดิ์, “บทบาทของสมเด็จพระเจ้าบรมวงศ์เธอ กรมพระยาชัยนาทนเรนทร ต่อการแพทย์และการสาธารณสุข (พ.ศ. 2456-2468)” (วิทยานิพนธ์อักษรศาสตรมหาบัณฑิต สาขาประวัติศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, 2531); Wariya Siwasariyanon, “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 (1923-1935)” (Ph.D. Dissertation, American Studies, University of Hawaii, 1984) เป็นต้น

ลำปาง (พ.ศ. 2428), โรงพยาบาลศรีธรรมราช ระลึกในจังหวัดนครศรีธรรมราช (พ.ศ. 2446) เป็นต้น²

นโยบายด้านสาธารณสุขที่มุ่งดูแลสุขภาพพลานามัยของพลเมืองตามหัวเมืองต่างๆ เกิดขึ้นอย่างจริงจังภายหลังการประกาศใช้พระราชบัญญัติการสาธารณสุข พ.ศ. 2477 ซึ่งกำหนดให้มีการจัดตั้งเทศบาลขึ้นทั่วประเทศแทนสุขาภิบาล และมีการกำหนดให้กรมสาธารณสุขจัดทำโครงการสร้างโรงพยาบาลขึ้นทั่วทุกจังหวัด โดยในขั้นต้นกำหนดให้สร้างขึ้นตามชายแดน เพื่อ “แสดงเกียรติภูมิของชาติไทยแก่ประเทศเพื่อนบ้านที่เป็นอาณานิคมของชาติตะวันตก” โดยถือว่าเป็นนโยบาย “อวดธง” และได้มีการสร้างโรงพยาบาลบางแห่งขึ้นตามนโยบายดังกล่าว คือ โรงพยาบาลประจำจังหวัดอุบลราชธานี จังหวัดหนองคาย จังหวัดนครพนม และโรงพยาบาลเชียงรายประจัญคราะห์³ อย่างไรก็ตาม จนกระทั่งเมื่อมีการตั้งกระทรวงสาธารณสุขขึ้นใน พ.ศ. 2485 แล้ว ก็ยังมีโรงพยาบาลทั่วทั้งประเทศอยู่เพียงไม่กี่จังหวัด กล่าวคือ กรมการแพทย์ ซึ่งมีหน้าที่ควบคุมดูแลโรงพยาบาล นอกจากโรงพยาบาลโรคจิต โรงพยาบาลกลาง และโรงพยาบาลวชิระแล้ว ก็มีโรงพยาบาลบำบัดโรคทั่วไปอยู่ในสังกัดอยู่อีกเพียง 23 แห่ง คือ โรงพยาบาลอุบลราชธานี, โรงพยาบาลหนองคาย, โรงพยาบาลนครพนม, โรงพยาบาลปัตตานี,

โรงพยาบาลเชียงรายประจัญคราะห์, โรงพยาบาลจันทบุรี, โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา, โรงพยาบาลปราจีนบุรี, โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก, โรงพยาบาลนครเชียงใหม่, โรงพยาบาลนราธิวาส, โรงพยาบาลระนอง, โรงพยาบาลร้อยเอ็ด, โรงพยาบาลตาก, โรงพยาบาลพระตะบอง, โรงพยาบาลสุรศักดิ์มนตรี จังหวัดลำปาง, โรงพยาบาลอาทิตยทิพอาภา จังหวัดน่าน, โรงพยาบาลพลโยธิน จังหวัดแพร่, โรงพยาบาลทับเที่ยง จังหวัดตรัง, โรงพยาบาลศรีธรรมราชระลึก จังหวัดนครศรีธรรมราช, โรงพยาบาลเสรีเรืองฤทธิ์ จังหวัดลำปาง, โรงพยาบาลนครเชียงใหม่⁴

รัฐบาลช่วงหลังสงครามของนายปรีดี พนมยงค์ ซึ่งมีอำนาจอยู่ในช่วงระยะเวลาเพียงไม่กี่เดือนใน พ.ศ. 2489 จึงมีนโยบาย “จัดสร้างโรงพยาบาลขึ้นใหม่ให้มีให้ทั่วถึงกันทุกจังหวัด” โดยกำหนดให้สร้างโรงพยาบาลประเภทบำบัดโรคทั่วไปให้ครบทุกจังหวัด และจัดสร้างโรงพยาบาลบำบัดเฉพาะโรคขึ้นบางแห่งตามความจำเป็นเพื่อแก้ปัญหาเฉพาะหน้า⁵ โดยขณะนั้นยังมีจังหวัดที่ยังไม่มีโรงพยาบาลเลยอีก 37 จังหวัด⁶ กระทรวงการสาธารณสุขมีความเห็นว่า โรงพยาบาลประจำจังหวัดที่จะจัดสร้างขึ้นเหล่านี้ควรจัดสร้างเป็นโรงพยาบาลขนาดกลางที่มีเตียงรับผู้ป่วยไว้บำบัดภายในได้อย่างน้อยเพียง 50 เตียงก่อน และเห็นว่ายังไม่ควร

2. ดุจนาวิชัยของประสิทธิ์ พงษ์อุดม เรื่อง “มิชชันนารีอเมริกันกับการสร้างชุมชนชาวคริสต์ในล้านนาช่วงสมัยของการเปลี่ยนแปลงทางสังคม พ.ศ. 2410-2476” (วิทยานิพนธ์อักษรศาสตร์ระดับบัณฑิต สาขาวิชาประวัติศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย) เป็นต้น

3. สันติสุข โสภณศิริ, เกียรติประวัติแพทย์ไทยฝ่าไฟให้คนรุ่นหลังชีวิตและผลงานของศาสตราจารย์นายแพทย์ เสม พั้งพวงแก้ว, พิมพ์ครั้งที่ 3. นนทบุรี : สำนักวิจัยสังคมและสุขภาพ, 2555, หน้า 67-68.

4. “ผลการปฏิบัติงานในด้านกาบำบัดโรค” เอกสารแนบใน พระยาปริวัชเวชการ รัฐมนตรีว่าการกระทรวงการสาธารณสุข ถึง เลขาธิการคณะรัฐมนตรี เรื่อง ผลการปฏิบัติงานในด้านสาธารณสุข, 10 มิถุนายน พ.ศ. 2493, หจข. (2)สร 0201.27/31. ในช่วงหลังสงครามโลกครั้งที่ 2 รัฐบาลต้องคืนโรงพยาบาลนครเชียงตุงแก่เจ้าของเดิม (มิชชันนารี) เมื่อ พ.ศ. 2488, คืนโรงพยาบาลสุรศักดิ์มนตรี จังหวัดลำปางกับโรงพยาบาลพระตะบองให้รัฐบาลฝรั่งเศสในอินโดจีน ใน พ.ศ. 2489, และคืนโรงพยาบาลของมิชชันนารีจำนวน 6 แห่ง (คือ โรงพยาบาลอาทิตยทิพอาภา จังหวัดน่าน, โรงพยาบาลพลโยธิน จังหวัดแพร่, โรงพยาบาลทับเที่ยง จังหวัดตรัง, โรงพยาบาลศรีธรรมราชระลึก จังหวัดนครศรีธรรมราช, โรงพยาบาลเสรีเรืองฤทธิ์ จังหวัดลำปาง) ให้เจ้าของเดิม

5. บันทึกหลักการณิรณะการโรงพยาบาล ของกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, 24 เมษายน พ.ศ. 2489, หจข. (2)สร 0201. 27/28

6. บัญชีรายนามโรงพยาบาลของกรมการแพทย์, หจข. (2)สร 0201.27/28

จัดสร้างโรงพยาบาลขนาดเล็ก (มีเตียงอย่างน้อย 25 เตียง) ประจำอำเภอในขณะนั้น แต่หากอำเภอใดที่มีชุมชนหนาแน่นก็ให้ค่อยคิดขยายสุขศาลาชั้น 1 หรือชั้น 2 ซึ่งมีประจำอำเภออยู่แล้วเป็นโรงพยาบาลขนาดเล็กขึ้นต่อไปในอนาคต นอกจากนี้ กระทรวงการสาธารณสุขยังเห็นว่า ควรโอนโรงพยาบาลในส่วนที่เป็นของเทศบาลให้มาเป็นของรัฐบาลเสียทั้งหมด⁷ เพราะเกือบทุกแห่ง “อยู่ในสภาพเสื่อมโทรม ช่วยประชาชนได้ไม่เต็มที่ ขยายงานไม่ออก เทศบาลใดมีเงินคงสามารถจะรับคืนไปดูแลให้เจริญต่อไปได้ จึงค่อยมอบคืนให้ในโอกาสหน้า”⁸

กระนั้น เมื่อดำเนินมาถึง พ.ศ. 2490 ประเทศไทยก็ยังมีอยู่อีก 14 จังหวัดที่ยังไม่มีโรงพยาบาลในสังกัดกรมการแพทย์ที่เปิดรับบำบัดโรคทั่วไป คือ กระบี่, กาญจนบุรี, กำแพงเพชร, ขอนแก่น, ชัยนาท, ชัยภูมิ, ชุมพร, ตราด, นครนายก, นครศรีธรรมราช, บุรีรัมย์, ปทุมธานี, ประจวบคีรีขันธ์, พังงา, พัทลุง, พิจิตร, เพชรบุรี, เพชรบูรณ์, มหาสารคาม, แม่ฮ่องสอน, ยะลา, ระยอง, ราชบุรี, ลพบุรี, ลำพูน, เลย, ศรีสะเกษ, สกลนคร, สตูล, สมุทรปราการ, สมุทรสงคราม, สมุทรสาคร, สระบุรี, สิงห์บุรี, สุโขทัย, สุราษฎร์ธานี, สุรินทร์, อ่างทอง, อุตรดิตถ์, อุทัยธานี⁹

ภาพของความทรงจำในช่วงแรกๆ
เมื่อเริ่มมีการขยายตัวของระบบสาธารณสุข

ออกไปสู่ชุมชนตามหัวเมืองต่างๆ ดังที่ปรากฏอยู่ในเอกสารสัมมนาผู้รู้เห็นชั้นนี้ จึงดำรงอยู่ในบริบทของสภาพการเปลี่ยนแปลงต่างๆ ที่เกิดขึ้นในช่วงเวลานี้ ทั้งบางคนยังมีบทบาทในพัฒนาการดังกล่าวมาตั้งแต่ก่อนช่วงสงคราม คือ บทบาทของนายแพทย์เสม พริ้งพวงแก้ว โดยเฉพาะในการบุกเบิกสร้างโรงพยาบาลขึ้นในจังหวัดเชียงรายตามนโยบาย “อวดคง” ของรัฐบาลจอมพล ป. พิบูลสงคราม อย่างไรก็ตาม ภาพที่เห็นได้ชัดเจนนั้นคือ การพัฒนาของระบบสาธารณสุขในช่วงหลังสงครามโลกครั้งที่ 2 เมื่อประเทศได้เข้าร่วมเป็นพันธมิตรกับสหรัฐฯ ในการต่อต้านการแพร่ขยายของลัทธิคอมมิวนิสต์ในเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ โดยยอมให้สหรัฐฯ เข้ามาตั้งฐานทัพเพื่อส่งทหารเข้าไปรบหรือส่งเครื่องบินไปทิ้งระเบิดในอินโดจีน แลกกับการได้รับเงินช่วยเหลือต่างๆ ในการพัฒนาประเทศจำนวนมหาศาล เช่น การขยายระบบการศึกษาและการตั้งมหาวิทยาลัยในภูมิภาคเพื่อรองรับการขยายตัวของระบบเศรษฐกิจที่เบนเข็มมุ่งไปสู่การเป็นประเทศอุตสาหกรรม การตัดถนนผ่านไปยังพื้นที่ที่อยู่ภายใต้อิทธิพลของกองทัพปลดแอกประชาชนแห่งประเทศไทย ฯลฯ¹⁰ รวมทั้งความช่วยเหลือด้านการแพทย์และสาธารณสุข ผ่านองค์การอย่าง USOM (United States Operations Mission หรือหน่วยปฏิบัติการของสหรัฐฯ) อันเป็นหน่วยงานในสังกัด USAID (United States Agency for International Development

7 โรงพยาบาลเทศบาล 16 แห่ง คือ โรงพยาบาลกลาง, โรงพยาบาลวชิระ, โรงพยาบาลเทศบาลนครเชียงใหม่, โรงพยาบาลเทศบาลเมืองนครสวรรค์, โรงพยาบาลเทศบาลเมืองพระนครศรีอยุธยา, โรงพยาบาลเทศบาลเมืองชลบุรี, โรงพยาบาลเทศบาลเมืองนครปฐม, โรงพยาบาลเทศบาลเมืองราชบุรี, โรงพยาบาลเทศบาลเมืองตรัง, โรงพยาบาลเทศบาลเมืองภูเก็ต, โรงพยาบาลเทศบาลเมืองนครราชสีมา, โรงพยาบาลเทศบาลเมืองสงขลา, โรงพยาบาลเทศบาลเมืองฉะเชิงเทรา, โรงพยาบาลเทศบาลเมืองลำปาง, โรงพยาบาลเทศบาลเมืองสุพรรณบุรี, และโรงพยาบาลเทศบาล (โรคติดต่อ) อนุบุรี

8 พระยาสุนทรพิพิธ รัฐมนตรีว่าการกระทรวงการสาธารณสุข ถึง นายกรัฐมนตรี เรื่องการบูรณะการโรงพยาบาล, 30 เมษายน พ.ศ. 2489, หจข. (2) สร 0201.27.2/8

9 นายแพทย์แสง สุทธิพงษ์ รัฐมนตรีว่าการกระทรวงการสาธารณสุข ถึง รัฐมนตรีว่าการกระทรวงมหาดไทย, เรื่องการป้องกันโรคและการสร้างโรงพยาบาล, 3 กรกฎาคม พ.ศ. 2490, หจข. มท. 0201.2.1.10/7

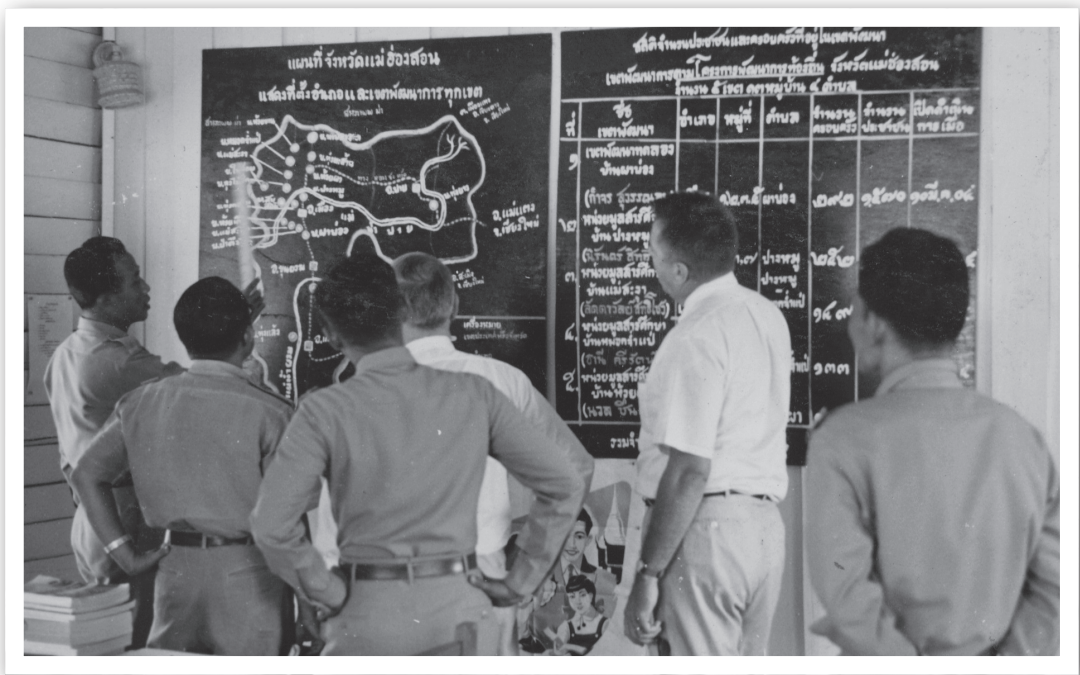
10 ดู ผาสุก พงษ์ไพจิตรและคริส เบเคอร์, **เศรษฐกิจการเมืองไทยสมัยกรุงเทพฯ** (กรุงเทพฯ: ชิลด์เวอร์มบีค, 2539), 465-9 และดู Benedict Anderson, “Withdrawal Symptoms: Social and Cultural Aspects of the October 6 Coup,” *Bulletin of Concerned Asian Scholars*, Vol. 9, No.3 (1977).

หรือหน่วยงานเพื่อการพัฒนาระหว่างประเทศของสหรัฐอเมริกา) และ USIS (United States Information Service หรือหน่วยงานประชาสัมพันธ์เพื่อเผยแพร่ข่าวสารและวัฒนธรรมของสหรัฐอเมริกา) อันเป็นหน่วยงานของรัฐบาลสหรัฐฯ ที่ประจำอยู่ในประเทศไทย¹¹ ความช่วยเหลือดังกล่าวได้นำไปสู่การพัฒนาาระบบสาธารณสุขในหลายด้าน เช่น หน่วยแพทย์เคลื่อนที่ การรณรงค์ฉีดวัคซีนป้องกันโรคต่างๆ การจัดทำสื่อเผยแพร่ความรู้ในเรื่องสุขภาพอนามัยและเพศศึกษา รวมทั้งการสร้างโรงพยาบาลจนครบทั้ง 72 จังหวัดภายใต้ความช่วยเหลือของ USOM¹² ฯลฯ อย่างไรก็ตาม องค์การที่มีบทบาทสำคัญต่อการพัฒนาของระบบสาธารณสุขในภูมิภาคหรือหัวเมืองจังหวัดต่างๆ อย่างกว้างขวางและเป็นจุดเน้นสำคัญอย่างหนึ่งในการสัมมนาครั้งนี้ คือ องค์การอนามัยโลก หรือ WHO (World Health Organization) ซึ่งการให้ความช่วยเหลือต่างๆ ทำให้เกิดนวัตกรรมสำคัญในระบบสาธารณสุขไทย คือ การจัดทำแผนพัฒนาสาธารณสุขและการจัดทำโครงการต่างๆ อันนำไปสู่โครงการสาธารณสุขมูลฐาน

ความทรงจำเกี่ยวกับประสบการณ์ต่างๆ ที่ยังพรึงพร้อออกมาส่วนใหญ่ในการสัมมนาจึงเป็นภาพความทรงจำที่สัมพันธ์อย่างแนบแน่นกับการขยายตัวของระบบสาธารณสุขออกไปยังชนบทหัวเมืองต่างๆ อันเกิดขึ้นในช่วงที่มีการขยายตัวของโรงพยาบาลไปยังจังหวัดต่างๆ จนครบทุกจังหวัด ก่อนจะขยายลงไปจนถึงระดับโรงพยาบาลอำเภอในช่วงต้นทศวรรษที่ 2520 โดยมีแพทย์หลายท่านเป็นผู้บุกเบิกในช่วงตั้งโรงพยาบาลจังหวัดและโรงพยาบาลอำเภอเหล่านั้นขึ้น ทั้งยังเดินคู่ขนานไปกับกระบวนการจัดทำโครงการสาธารณสุขมูลฐาน จนอาจกล่าวได้ว่าระบบสาธารณสุขในสังคมไทยได้คลี่คลายขยายตัวจากศูนย์กลางในเมืองหลวงลงไปจนถึงระดับชุมชนหมู่บ้านครอบคลุมทุกพื้นที่ทั่วประเทศ ก่อนระบบสาธารณสุขไทยจะเดินเข้าสู่อีกหน้าหนึ่งในประวัติศาสตร์ คือ ยุคแห่งการปฏิรูประบบสุขภาพซึ่งมุ่งไปสู่การดูแลสุขภาพในจิตสำนึกของพลเมืองในระดับปัจเจกของประชากร โดยมีเป้าหมายสูงสุดเพื่อทำให้ประชากรเป็นพลังการผลิตที่มีศักยภาพของประเทศ ภายใต้คำขวัญ “สุขภาพดีถ้วนหน้า”

11 กฤษณาอุ Thomas Lobe, *United States National Security Policy and AID to the Thailand Police* (Monograph Series in World Affairs, University of Denver, 1977).

12 ชัยยนต์ ประดิษฐ์ศิลป์, *เศรษฐศาสตร์การเมืองของการปฏิวัติชนวนครวัในประเทศไทย* (กรุงเทพฯ: ศูนย์วิจัยและผลิตตำรา มหาวิทยาลัยเกริก, 2542), 61.



การใช้แผนที่และสำรวจปัญหาเพื่อดำเนินโครงการพัฒนาการอนามัยท้องถิ่น ในช่วงที่มีองค์การช่วยเหลือระหว่างประเทศให้ความสนใจและสนับสนุน ปี 2503



1	
2	3
4	

1. เจ้าหน้าที่ออกไปปลุกผีให้ชาวบ้าน
2. หน่วยรถพยาบาลกรมอนามัยเตรียมออกไป รณรงค์ป้องกันอหิวาตกโรค
3. ผู้เชี่ยวชาญชาวต่างชาติเยี่ยมโครงการพัฒนาอนามัยในชนบท
4. การให้บริการที่สถานีอนามัยชั้นสอง อำเภอแม่สาย ซึ่งในสมัยนั้นยังอยู่ในความดูแลของกรมอนามัย

บทที่ 1

งานสาธารณสุขชุมชน:
จากยุคบุกเบิกถึงสิ้นแผนพัฒนาการสาธารณสุข ฉบับที่ 5

นพ.โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์¹ : ขออนุญาตเริ่มการสนทนาของเราเลย โดยผมจะขอชี้แจงเรื่องความเป็นมาสักเล็กน้อยนะครับ และขอใช้โอกาสนี้อธิบายที่มาที่ไปของงานที่เราจัดขึ้นด้วยนะครับ

กิจกรรมที่เราเรียกชื่อว่า “การสัมมนาผู้รู้เห็น” เป็นการนำเอาระเบียบวิธีการศึกษาทางประวัติศาสตร์มาจากทางประเทศอังกฤษ ซึ่งได้พัฒนาวิธีการศึกษาประวัติศาสตร์ร่วมสมัยนี้ขึ้นโดยในภาษาอังกฤษเรียกว่า “Witness Seminar” วัตถุประสงค์หลักก็คือ จะรวบรวมประวัติศาสตร์ที่เป็นความทรงจำของผู้เข้าร่วมเหตุการณ์หรือร่วมรู้เห็นสิ่งที่เกิดขึ้น ที่ยังอยู่ในช่วงชีวิตของคนที่ได้ร่วมในงานต่างๆ เหล่านั้นอยู่ กิจกรรมนี้เป็นส่วนหนึ่งของการจัดตั้งสิ่งที่เราเรียกว่า หอจดหมายเหตุและพิพิธภัณฑ์สุขภาพไทย ซึ่งผมจะขออนุญาตชี้แจงเรื่องหอจดหมายเหตุและพิพิธภัณฑ์สักเล็กน้อยนะครับ เพื่อจะได้เห็นว่าการดำเนินการอะไร และการสัมมนาผู้รู้เห็นนี้เป็นส่วนหนึ่งของหอจดหมายเหตุนี้อย่างไรบ้างนะครับ

โครงการจัดตั้งหอจดหมายเหตุนี้เป็น การสนับสนุนจากกระทรวงสาธารณสุข และสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ หรือ สช. และ สข. ได้จัดสรรพื้นที่ชั้น 1 ที่ตึกหลังใหม่ชื่ออาคารสุขภาพแห่งชาติ มีพื้นที่ประมาณ 400 ตารางเมตร ให้เป็นพื้นที่จัดแสดงนิทรรศการประวัติศาสตร์การแพทย์การสาธารณสุขและสุขภาพไทย โดยจะมีการนำเอาเอกสารสำคัญๆ อันเป็นส่วนหนึ่งของหอจดหมายเหตุฯ ไปจัด

แสดงด้วย เพราะฉะนั้น หอจดหมายเหตุฯ จึงได้กำหนดวัตถุประสงค์ขึ้น 4 ข้อ

ข้อแรกก็คือ รวบรวมและทำนุบำรุงเอกสารหลักฐานทางประวัติศาสตร์ที่เกี่ยวข้องกับระบบสุขภาพไทยไว้ให้เป็นระบบ

อันที่สอง ให้เป็นแหล่งข้อมูลทางวิชาการ เพื่อจะได้เป็นแหล่งศึกษาเรียนรู้

อันที่สาม เพื่อส่งเสริมการวิจัย ค้นคว้า ให้เข้าใจมิติทางประวัติศาสตร์และมิติทางสังคมของสุขภาพและการแพทย์

อันสุดท้ายก็คือ เพื่อปลูกฝังสำนึกด้านประวัติศาสตร์ ซึ่งจะทำให้เกิดความภาคภูมิใจและความศรัทธาในการทำงานและการพัฒนาระบบสุขภาพในอนาคต ซึ่งอันนี้ก็เป็นที่ไปตามคำขวัญที่คุณพ่อเสมอ² ได้ให้ไว้ตลอดว่า ให้เห็นอดีตเพื่อที่จะเห็นอนาคตได้ชัดเจนขึ้น³

เป้าหมายหลักก็มีอยู่ 5 ข้อคือ พัฒนาระบบงานที่รองรับการเก็บข้อมูลจดหมายเหตุให้ทันกับสถานที่ ซึ่งปัจจุบันกำลังก่อสร้างและจะแล้วเสร็จภายในประมาณอีก 800 วันต่อจากนี้ กิจกรรมที่จะดำเนินการไปล่วงหน้าก็จะเป็นไปเพื่อสิ่งนั้น และก็ให้มีการรวบรวมเอกสารสำคัญเพียงพอที่จะให้บริการด้านการศึกษาค้นคว้าได้ พร้อมกับให้มีวัตถุประสงค์ฐานทางประวัติศาสตร์สุขภาพพร้อมที่จะแสดง รวมทั้งมีการพัฒนาวิธีการและเนื้อหาการสัมมนาผู้รู้เห็น อย่างที่ได้จัดขึ้นในวันนี้เป็นครั้งแรก และประการสุดท้ายก็คือ พัฒนาสื่อเอกสารด้านประวัติศาสตร์สุขภาพเพื่อเผยแพร่ต่อไปในอนาคตด้วย

1 นายแพทย์โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ ปัจจุบันดำรงตำแหน่งผู้อำนวยการสำนักวิจัยสังคมและสุขภาพ สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข
2 หมายถึง ศาสตราจารย์นายแพทย์เสมอ ทวีรังพวงแก้ว
3 เป็นคติพจน์ที่นำมาจากคำกล่าวของเซอร์วินสตัน เชอร์ชิลล์ อดีตนายกรัฐมนตรี ประเทศอังกฤษ ที่บอกว่า “The longer you can look backward, the further you look forward” ดู “คำนำ” ในหนังสือเรื่อง **เกียรติประวัติแพทย์ไทยฝากไว้ให้คนรุ่นหลัง: ชีวิตและผลงานของศาสตราจารย์นายแพทย์เสมอ ทวีรังพวงแก้ว** บรรณาธิการโดย สันติสุข โสภณสิริ (กรุงเทพฯ: สำนักวิจัยสังคมและสุขภาพ (สวสส.) และสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ (สนย.), 2549).

การดำเนินการจัดตั้งหอจดหมายเหตุนี้ อาศัยความร่วมมือจากหลายฝ่าย และได้มีคณะกรรมการอำนวยการขึ้นมาคณะหนึ่ง ซึ่งได้มีการประชุมกันไปแล้ว และได้ให้ข้อเสนอแนะในการจัดการหลายๆ อย่าง ในปัจจุบันก็กำลังดำเนินการไป โดยสถานที่เก็บเอกสารก็ได้พัฒนาขึ้นมาจนเรียบร้อย และได้เวียนเรื่องราวให้กับบุคคลและองค์กรต่างๆ ว่าเอกสารประวัติศาสตร์ต่างๆ ซึ่งเราก็สูญเสียเอกสารเหล่านี้ไปมากเมื่อครั้งที่กระทรวงสาธารณสุขย้ายจากวังเทเวศร์มาที่กระทรวงสาธารณสุขใหม่⁴ มีการทิ้งเอกสารที่เห็นว่าไม่จำเป็นไปเป็นจำนวนมาก รวมทั้งเอกสารต่างๆ ก็ไม่ได้ถูกจัดเก็บอย่างเป็นระบบ ครั้นเมื่อมาสืบหากันก็มักหากันไม่ค่อยเห็น เพราะฉะนั้นก็คิดว่าการจัดตั้งหอจดหมายเหตุอันนี้ขึ้นก็จะช่วยให้เรื่องราวเหล่านี้ถูกเก็บรวบรวมเป็นระบบขึ้นในระยะยาว

นอกเหนือจากหอจดหมายเหตุหลักซึ่งจะรวบรวมเอกสารจากหน่วยงานต่างๆ แล้ว ก็ยังมีการรวบรวมเอกสารส่วนบุคคลนะครับ ซึ่งในระบบของหอจดหมายเหตุเรียกว่าเป็น “personal paper” [เอกสารส่วนบุคคล] หรือเป็น “personal collection” [ชุดแฟ้มเอกสารส่วนบุคคล] ซึ่งท่านทั้งหลายที่เข้ามาร่วมประชุมสัมมนาคราวนี้ก็จะเป็นผู้ที่เราระบุชื่อว่าคุณต้องขออนุญาตรบกวนว่า มีเอกสารส่วนบุคคลต่างๆ ที่เกี่ยวกับพัฒนาการของระบบสุขภาพไทย โดยจะมีการเก็บรวบรวมขึ้น จะได้ประมวลกันเข้ามาเก็บไว้ในต่างประเทศ ก็จะมีเป็นคอลเลกชันของคุณคนไปเลย เช่น สมมติว่ามีเอกสารของอาจารย์ไพโรจน์ นิงสานนท์ ตั้งแต่สมุห์มนตรีหมาย ลายมือ จดหมายถึงใครต่อใคร หรือว่าสมุห์มนตรีที่ส่วนตัว หรืออะไรต่างๆ

เหล่านี้ ก็จะถือว่าเป็นเอกสารประวัติศาสตร์ซึ่งจะสามารถเอามารวบรวมเอาไว้ด้วย ในตัวเอกสารที่แจกในกระเป๋า ก็จะมีหลักเกณฑ์การรวบรวมเอกสารส่วนบุคคลอยู่ด้วย ซึ่งหลังจากการดำเนินการในวันนี้แล้ว ก็จะมีทีมงานของมติดิตต่อไปยังทุกท่าน เพื่อจะขออนุญาตดูว่ามีเอกสารส่วนใดบ้างที่จะเอามาเก็บรักษาไว้ ซึ่งการนำมาเก็บรักษาไว้ที่หอจดหมายเหตุนี้จะมีประโยชน์สำคัญอยู่ 3 ประการ

ประการแรกคือ การเก็บจะเก็บตลอดไป ไม่มี “discharge” [จำหน่ายออกจากบัญชีหรือทำลาย] ทั้ง ประการที่สองก็คือ การเก็บจะเก็บเพื่อไม่ให้มันเสื่อม ก็จะมีการรักษาอุณหภูมิรักษาเรื่องความชื้น และก็ไม่ได้ถูกแสงซึ่งอาจจะทำลายตัววัสดุได้ และจะมีการทำนุบำรุงรักษาด้วย ประการสุดท้ายก็คือ มีการจัดบริการให้มาใช้ประโยชน์ หมายความว่า ถ้าหากเอกสารเหล่านี้ไปเก็บอยู่เป็นส่วนบุคคล นักวิจัยก็จะเข้าไม่ถึง เพราะฉะนั้นในส่วนนี้ก็จะมีการทำระบบที่รองรับจดหมายเหตุของคุณคนขึ้นมาด้วย ระหว่างนี้ขณะที่ตัวอาคารกำลังก่อสร้างอยู่ก็จะได้ดำเนินการสิ่งเหล่านี้ล่วงหน้าไปก่อนเลย เพื่อที่จะรวบรวมขึ้นมาสำหรับการจัดทำส่วนจัดแสดงที่อาคารใหม่ที่กำลังก่อสร้างอยู่นั้น สิ่งที่จะรวบรวมนั้นนอกจากเอกสารที่เป็นลายลักษณ์ ก็ยังมีวัตถุจดหมายเหตุอื่นๆ ไม่ว่าจะเป็นภาพถ่าย สไลด์ ภาพยนตร์วีดีโอ แผนที่ แผนที่ ธง สื่อสัญลักษณ์อื่นๆ หรือแม้แต่ข้าวของเครื่องใช้ ก็สามารถรวบรวมเพื่อใช้จัดแสดงให้คนได้เห็น ว่า พัฒนาการของสุขภาพไทย ตั้งแต่อดีตจนถึงปัจจุบันมีอะไรเกิดขึ้นบ้าง แล้วก็สามารถปลูกฝังเด็กรุ่นใหม่ๆ ได้เห็นภารกิจการทำงานในอดีตที่ผ่านมาได้ด้วย

4 กระทรวงสาธารณสุขก่อตั้งขึ้นเมื่อวันที่ 10 มีนาคม พ.ศ. 2485 โดยใช้อาคารภายในกระทรวงมหาดไทยเป็นที่ทำการอยู่ 2 เดือน แล้วจึงย้ายไปอยู่วังสุโขทัยอีกประมาณ 8 ปี จากนั้นในวันที่ 14 พฤศจิกายน พ.ศ. 2493 จึงได้ย้ายที่ทำการของกระทรวงฯ มาตั้งอยู่ ณ วังเทเวศร์ ต่อมาใน พ.ศ. 2533 กรมบางกรมในกระทรวงสาธารณสุขได้เริ่มทยอยย้ายไปตั้งอยู่ ณ ที่ทำการกระทรวงฯ แห่งใหม่ ณ ถนนติวานนท์ จังหวัดนครราชสีมาและมีพิธีเปิดที่ทำการแห่งใหม่นี้อย่างเป็นทางการในวันที่ 10 มีนาคม พ.ศ. 2540

ตัวอย่างของบุคคลที่มีคุณภาพการต่อระบบสุขภาพไทย ซึ่งเราตั้งใจว่าจะรวบรวมเอามา ก็มีทั้งในส่วนบุคลากรทางการแพทย์ในระบบราชการ ไล่เรื่อยไปถึงหมอพื้นบ้านที่คิดว่ามีบทบาทสำคัญในการดูแลสุขภาพของคนในท้องถิ่นนะครับ เราได้ริเริ่มเรื่องนี้ขึ้นในช่วงประมาณปีเศษที่ผ่านมา แต่ก็เป็นการริเริ่มที่ช้าพอสมควรครับ อย่างน้อยคนในรายชื่อนี้ 2 รายชื่อ คือ อาจารย์หมอดำรงค์⁵ และคุณหมอสงวน⁶ ก็ได้เสียชีวิตไปก่อนที่จะจะเริ่มมีการประชุมครั้งนี้นี่ขึ้น

การรวบรวมเอกสารสำคัญของหน่วยงานต่างๆ เอกสารที่รวบรวมก็มีทั้งที่เป็นทางการและไม่เป็นทางการนะครับ ก็จะรวบรวมเพื่อที่จะให้เป็นแหล่งค้นคว้าได้ในอนาคต ชาวของเครื่องใช้อุปกรณ์การแพทย์ เครื่องมือทางการแพทย์แผนโบราณ รวมถึงเรื่องการเตรียมตัวที่จะออกแบบพิพิธภัณฑสถานสุขภาพไทยที่จะจัดแสดงก็จะดำเนินการในช่วง 3 ปี นับจากนี้ไป

สื่ออื่นๆ ที่เราจะพัฒนาขึ้นก็คือ ในส่วนที่ได้จากการสัมภาษณ์ผู้รู้เห็น ซึ่งครั้งนี้เป็นการจัดขึ้นครั้งแรกนะครับ ก็ตั้งใจว่าจะจัดทั้งหมด 6 ครั้งด้วยกัน ตั้งแต่ในระดับประเทศไปจนกระทั่งถึงการสัมภาษณ์ผู้รู้เห็นในระดับชาวบ้าน โดยเรามีแผนที่จะไปเก็บข้อมูลเรื่องประวัติศาสตร์ความเจ็บป่วยของคนในท้องถิ่น ยกตัวอย่างเช่นว่าสมัยก่อนบางพื้นที่เมื่อมีโรคระบาดเกิดขึ้นก็ต้องอพยพผู้คนไปตั้งถิ่นฐานในที่ใหม่ เขาเผชิญกับวิกฤตเรื่องโรคระบาดยังไง เขาอยู่รอดมาได้ยังไง เขามีประสบการณ์ยังไง สิ่งเหล่านี้จะสะท้อนคุณค่าของการพัฒนาสาธารณสุขในช่วงต่อๆ มา

ที่ได้ช่วยทุเลาเบาบางความทุกข์ของประชาชนเหล่านี้ให้กับคนได้เห็นด้วย

ในส่วนของการสัมภาษณ์ผู้รู้เห็นในวันนี้ก็จะมีการบินที่กวีตีโตนตลอดงาน โดยเรามีทีมงานที่จะบันทึกและก็จะนำไปเป็นวัตถุดิบในการศึกษาค้นคว้าต่อไปในอนาคตด้วย มีการอัดเสียงซึ่งเสียงเหล่านี้ก็จะสามารถไปขึ้นสื่ออินเทอร์เน็ตซึ่งเราจะทำเป็นฐานข้อมูลให้คนเข้าถึงได้ และเอกสารจากการสัมภาษณ์ก็จะได้ถอดและเรียบเรียงขึ้นเป็นสิ่งพิมพ์เพื่อเผยแพร่ต่อไปด้วยในอนาคตซึ่งระเบียบวิธีในการทำนั้น ทางประเทศอังกฤษได้พัฒนาจนมีแบบแผนที่ชัดเจน เช่นว่า เมื่อเราสนทนากันในห้องสัมภาษณ์ผู้รู้เห็นอย่างนี้มีการพูดพาดพิงไปถึงใคร ในบางกรณีที่มีผู้อ่านรุ่นหลังๆ ก็อาจจะไม่รู้จัก ว่าชื่อคนนั้นคนนี้ที่พูดถึงเป็นใคร นักวิชาการก็ต้องทำการอ้างอิงไปยังแหล่งอ้างอิงอื่นที่ผู้ศึกษาวิจัยจะได้ไปศึกษาค้นคว้าต่อหรือว่าใส่ “foot note” [เชิงอรรถ] เพื่อบอกว่าที่พูดถึงนั้นมีความเป็นมาอย่างไร เป็นต้น เพราะฉะนั้นก็คิดว่าจะสามารถทำให้เราได้ข้อมูล โดยเฉพาะอย่างยิ่งข้อมูลในส่วนที่ไม่มีกระดาษบันทึกเป็นลายลักษณ์อักษร เพราะฉะนั้นในวันนี้ก็อยากจะชี้แจงกับผู้เข้าร่วมการสัมมนาทุกท่านว่า เรื่องราวที่พูดคุยก็จะเป็นลักษณะที่พูดคุยแบบไม่เป็นทางการจะเน้นความทรงจำที่คิดว่าไม่มีการจดบันทึกเป็นลายลักษณ์อักษร ถ้าหากว่ามีการบันทึกไว้เป็นลายลักษณ์อักษรก็ขอให้ได้พูดถึงว่ามีหนังสือเล่มนั้นเล่มนี้ที่สำคัญ ซึ่งในประสบการณ์ของประเทศอังกฤษนั้นก็บอกว่า นอกจากการได้ข้อมูลจากการสัมภาษณ์ผู้รู้เห็นซึ่งเป็นข้อมูลความทรงจำและไม่มีการบันทึกเป็นลายลักษณ์อักษรแล้ว การพูดคุยกันในลักษณะนี้ก็จะช่วยบอกได้ด้วยว่า

5 หมายถึง นายแพทย์ดำรงดี บุญเย็น อดีตอธิบดีกรมอนามัย ได้ถึงแก่กรรมด้วยโรคมะเร็งต่อมน้ำเหลือง เมื่อวันศุกร์ที่ 18 เมษายน 2551 ขณะอายุ 68 ปี
6 หมายถึง นายแพทย์สงวน นิตยารัมภ์พงศ์ เลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติคนแรก ซึ่งถึงแก่กรรมด้วยโรคมะเร็งปอด เมื่อวันที่ 18 มกราคม พ.ศ. 2551 ขณะดำรงตำแหน่งเลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สมัยที่ 2

หนังสือหรือเอกสารต่างๆ ที่มีอยู่นั้นขึ้นไต่บ้างที่มีความสำคัญมากกว่าชิ้นอื่นๆ หรือชิ้นไต่บ้างที่มีการใช้ประโยชน์อ้างอิงกันในยุคสมัยของการทำงาน เนื่องจากเอกสารก็จะมีมาก และเอกสารบางชิ้นก็อาจจะมีความค่าทางประวัติศาสตร์ที่แตกต่างกันตามแต่การใช้ประโยชน์ เพราะฉะนั้นในต่างประเทศก็จะพูดถึงว่า การสัมมนาผู้รู้เห็นก็จะมีส่วนช่วยให้ประวัติศาสตร์ที่เป็นลายลักษณ์อักษรมีชีวิตชีวาขึ้น และก็ไต่รู้ว่าอะไรที่อยู่อากหลังของการสนทนา มีพัฒนาความเป็นมาอย่างไร เพราะหลายเรื่องที่เกิดขึ้นในพัฒนาการเกิดขึ้นจากความไม่เป็นที่ทาง การ และความไม่เป็นที่ทางนั้นก็มักจะไม่มีทางจดบันทึกไว้เป็นลายลักษณ์อักษร เพราะฉะนั้นในวันนี้จะมีการสัมมนาก็อาจจะขอเชิญให้ผู้เข้าร่วมทุกท่านอาจารย์ทุกท่าน ไต่พูดถึงเรื่องของความเป็นมาเกี่ยวกับการพัฒนาการสาธารณสุขในชนบทตามความทรงจำที่คิดไต่ไม่มีทางจดบันทึกไว้ และก็ถ้าหากไต่ไม่มีทางพูดหรือรวบรวมไว้ในตอนนี้ไต่ไปก็อาจจะหาไต่ไม่ได้ ส่วนถ้าเป็นข้อมูลความรู้อื่น ๆ ที่เป็นเรื่องที่น่าสนใจ เราก็จะมีทีมของเราไปสัมภาษณ์แต่ละท่านที่บ้านนะครั้บ อาจต้องใช้เวลาเป็นวัน ก็คือให้เล่าในเรื่องอื่นๆ ที่คิดไต่สำคัญที่ควรจะจดบันทึกไว้ เป็นกิจกรรมเสริมขึ้นมา เพื่อที่จะไต่ข้อมูลเพิ่มเติมในส่วนที่เวลาจำกัดในการสัมมนาไต่ไม่สามารถที่จะไปถึงไต่ เพราะฉะนั้นวันนี้ประเด็นที่ไต่ตั้งไว้ก็ไต่เป็นประเด็นที่ทาง

คณะกรรมการอำนวยการหอจดหมายเหตุ ไต่เสนอไว้จะครั้บว่า ให้เรามองถึงเรื่องบนเส้นทางสู่สุขภาพดีถ้วนหน้าของไทย ว่ามีเรื่องอะไรบ้าง โดยการสัมมนาในวันนี้จะแบ่งออกเป็น 2 ช่วงด้วยกันนะครั้บ

ช่วงแรกในตอนเช้าก็จะเป็นการพูดคุยของผู้บุกเบิกรุ่นแรก ซึ่งทำงานด้านสุขภาพในชนบทมา เรากำหนดช่วงเวลาดั้งแต่ยุคบุกเบิกจนกระทั่งถึงสิ้นแผนฯ 5 เป็นเบื้องต้นว่า จะประมาณถึงสิ้นแผนฯ 5⁷ ในตอนเช้าจะเป็นวงในซึ่งจะเป็นอาจารย์ผู้ใหญ่ที่มีบทบาทสำคัญในการผลักดันเรื่องเหล่านี้ ไต่ช่วยกันเล่าถึงความทรงจำต่างๆ ที่คิดไต่ไต่ไม่ได้มีการจดบันทึกไว้ หรือเป็นเรื่องที่ไม่เป็นที่ทางแต่ไต่มีความสำคัญที่ไต่จะเข้าใจประวัติศาสตร์ความเป็นมา

ส่วนในตอนบ่ายก็จะมีทางแบ่งออกเป็น 2 กลุ่มย่อย รายชื่อกลุ่มย่อยก็จะมีอยู่ในเอกสาร แต่ถ้าหากว่าท่านไต่คิดว่ากลุ่มที่จัดไว้ให้ไต่ไม่เหมาะก็สามารถที่จะปรับเปลี่ยนไต่ได้ โดยในตอนบ่ายแบ่งออกเป็นสองกลุ่มด้วยกัน

กลุ่มที่ 1 เป็นกลุ่มที่พูดถึงการพัฒนาาระบบบริการสุขภาพ เช่น อาจะตั้งแต่ไอศตศาลาจนกระทั่งถึงสถานเอนามัย โรงพยาบาลอำเภอ ในช่วงแผนฯ 5

7 หมายถึงแผนพัฒนาการสาธารณสุขฉบับที่ 5 (2525-2529)แผนพัฒนาการสาธารณสุข เป็นแผนกลยุทธ์ในการพัฒนาสาธารณสุขระดับชาติ ที่หน่วยงานที่เกี่ยวข้องทั้งภาครัฐและเอกชนใช้เป็นแนวทางในการดำเนินการพัฒนาสาธารณสุข เพื่อให้การพัฒนาสาธารณสุขดำเนินไปในทิศทางเดียวกันและส่งผลกระทบต่อประชาชนอย่างเสมอภาคและเป็นธรรม แผนพัฒนาการสาธารณสุขมาถือกำเนิดขึ้นพร้อมกับกำหนดให้มีแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ซึ่งเริ่มประกาศใช้เป็นครั้บแรกเมื่อ พ.ศ. 2504 ในสมัยรัฐบาลของจอมพลสฤษดิ์ ธนะรัชต์ ๒๒ ความ "วิวัฒนาการของนโยบายและแผนพัฒนาการสาธารณสุขของประเทศไทย," ใน กระทรวงสาธารณสุข, 45 ปี กระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2485-2530 (กรุงเทพฯ: กระทรวงสาธารณสุข, 2530); คณะอนุกรรมการวางแผนพัฒนาการสาธารณสุข สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, **แผนพัฒนาการสาธารณสุข ตามแผนพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 5 (พ.ศ. 2525-2529)** (กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์สำนักข่าวพาณิชย์กรมพาณิชย์สัมพันธ์, 2524); สำนักนโยบายและแผนสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข, สมาคมพัฒนาสังคม สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์ และมหาวิทยาลัยเอริก, **สถานภาพของแผนพัฒนาการสาธารณสุขในอดีต-ปัจจุบัน ช่วงแผนพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 1-7 (พ.ศ. 2504-2539)**(กรุงเทพฯ: บริษัท เดอะเบสท์ กราฟิค ดีไซน์จำกัด, 2539) และดูบริบททางเมืองเกี่ยวกับแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติใน ทักษ์ เฉลิมเกียรติ, **การเมืองระบบพหุอนุถัมภ์แบบเผด็จการ**, แปลโดย พรรณี ฉัตรพลรักษ์และ ม.ว.ว.ประกายทอง สิริสุข (กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, 2526), 291-308.

ส่วนกลุ่มที่ 2 พุดถึงการพัฒนาสุขภาพเชิงรุกในชุมชน เช่น งานในชุมชนที่ต่อเนื่องมาจนเป็นงานสาธารณสุขมูลฐาน ซึ่งก่อนหน้านี้จะมีงานสาธารณสุขมูลฐานก็มีงานเชิงรุกในชุมชนต่างๆ อยู่บ้าง อาจจะเป็นงานที่เรียกว่าเป็น “vertical program”⁸ บ้าง เหล่านี้ก็อยากให้มีมีการเข้าถึงความเป็นมา ผมก็ได้ทดลองรวบรวมเป็นคล้ายๆ กับเส้นทางประวัติศาสตร์ให้ชื่อว่า บนเส้นทางสู่สุขภาพดีถ้วนหน้าของไทย จะเห็นได้ว่า พัฒนาการของระบบบริการสุขภาพสมัยใหม่เริ่มปรากฏมีตั้งแต่ในคำประกาศของคณะราษฎรที่จะให้ราษฎรทั่วทั้งประเทศได้รับการดูแลทั่วถึง⁹ แล้วก็มีพัฒนาการต่อมา คือ มีโครงการวัดโบสถ์¹⁰ มีแผนควบคุมโรคต่างๆ เช่น พยาธิปากขอ มาลาเรียต่างๆ เหล่านี้ก็เกิดขึ้นมาเป็นระยะ มีโครงการทดลองต่างๆ เช่น โครงการสารภี โครงการบ้านไผ่ เริ่มสร้างสถานีอนามัยขึ้น มีโครงการลำปาง โครงการสะเมิง โครงการโนนไทย¹¹ มีการรับเอาแผนแนวคิดสาธารณสุข

มูลฐานเข้าประเทศไทยในปี พ.ศ. 2521¹² ซึ่งเป็นปีแรกของแผนพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 4 [พ.ศ. 2520-2524]¹³ แล้วก็มาเกิด สสม. [สำนักงานคณะกรรมการสาธารณสุขมูลฐาน] ขึ้นในปี พ.ศ. 2524 ซึ่งเป็นความคิดที่ได้มาจากทั้งองค์การอนามัยโลก ผ่านประสบการณ์ของจีนซึ่งมีหมอเท้าเปล่า ส่วนของไทยก็ผ่านประสบการณ์การทำอาสาสมัครมาลาเรีย เป็นต้น มีโครงการบัตรสุขภาพเกิดขึ้นในปี พ.ศ. 2528 ต่อมาก็เกิดทศวรรษการพัฒนาสถานีอนามัยขึ้นแล้วก็ต่อเนื่องมาเรื่อยๆ จนกระทั่งมีนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า และในที่สุดก็เกิดสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) ขึ้น และก็มาเกิดนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าขึ้นด้วยในปี พ.ศ. 2544 และก็ต่อเนื่องมาถึงปัจจุบัน

ผมคิดว่าโครงความคิดในลักษณะนี้จะช่วยให้เราเห็นว่ามันมีพัฒนาการ แต่ว่าเรื่องราว

- 8 คือโครงการที่แยกออกมาเฉพาะส่วนเพื่อป้องกันและดูแลรักษาโรคใดโรคหนึ่งโดยเฉพาะ ซึ่งแม้จะมีหน่วยกระจายไปตามภูมิภาค แต่การควบคุมบังคับบัญชาควบคุมอยู่ที่ยังส่วนกลาง ตัวอย่างเช่น โครงการดูแลเรื่อง โรคมาลาเรีย โรคคุดทะราด หรือโรคเท้าช้าง.
- 9 หมายถึง คำประกาศของคณะราษฎรซึ่งเป็นการรวมกลุ่มกันของทหาร ตำรวจ และข้าราชการพลเรือน ทำการเปลี่ยนแปลงการปกครองของสยามจากระบบสมบูรณาญาสิทธิราชย์มาเป็นระบอบประชาธิปไตย เมื่อวันที่ 24 มิถุนายน 2475ซึ่งในเช้าวันที่ 24 มิถุนายน 2475ณ ลานพระบรมรูปทรงม้า ได้มีการอ่านประกาศคณะราษฎร ฉบับที่ 1 อันมีความตอนหนึ่งกล่าวถึงหลัก 6 ประการ ของคณะราษฎร ได้แก่
 - 1) จะต้องรักษาความเป็นเอกราชทั้งหลาย เช่น เอกราชในการเมือง ในทางศาล ในทางเศรษฐกิจ ฯลฯ ของประเทศไว้ให้มั่นคง
 - 2) จะต้องรักษาความปลอดภัยให้ประเทศ ให้การประทุษร้ายต่อกันลดน้อยลงให้มาก
 - 3) จะต้องบำรุงความสุขสมบูรณ์ของราษฎรในทางเศรษฐกิจ โดยรัฐบาลใหม่จะหางานให้ราษฎรทุกคนทำ จะวางโครงการเศรษฐกิจแห่งชาติ ไม่ปล่อยให้ราษฎรอดอย
 - 4) จะต้องให้ราษฎรได้มีสิทธิเสมอภาคกัน (ไม่ใช่ให้พวกเจ้ามีสิทธิยิ่งกว่าราษฎรเช่นที่เป็นอยู่)
 - 5) จะต้องให้ราษฎรได้มีเสรีภาพ มีความเป็นอิสระ เมื่อเสรีภาพนี้ไม่ขัดต่อหลัก 4 ประการ ดังกล่าวข้างต้น
 - 6) จะต้องให้การศึกษาอย่างเต็มที่แก่ราษฎร
- 10 ดูประกาศคณะราษฎรฉบับเต็มได้ใน ชาญวิทย์ เกษตรศิริ, 2475 **การปฏิวัติสยาม**, พิมพ์ครั้งที่ 2 (กรุงเทพฯ: มูลนิธิโครงการตำราสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์, 2543) และดูงานศึกษาประวัติศาสตร์การเปลี่ยนแปลงการปกครองเมื่อ พ.ศ. 2475 ฉบับที่ตีพิมพ์ครั้งแรกใน นครินทร์ เมฆไตรรัตน์, **การปฏิวัติสยาม พ.ศ. 2475** (กรุงเทพฯ: มูลนิธิโครงการสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์ ร่วมกับฝ่ายสิ่งพิมพ์ โครงการ 60 ปีประชาธิปไตย, 2535).
- 11 หมายถึง โครงการส่งเสริมบริการอนามัยชนบท วิจัยโดยนายแพทย์สมบูรณ วัฒนาโรทัย ที่อำเภอวัดโบสถ์ จังหวัดพิษณุโลก (พ.ศ. 2509-2511) ซึ่งเป็นโครงการที่พยายามพัฒนา “ขีดความสามารถในการให้บริการของสถานบริการสาธารณสุขในระดับตำบล (ซึ่งก็คือศูนย์การแพทย์และอนามัย และสถานีผดุงครรภ์)” ดู ทวีศักดิ์ เมื่อกสม, **เชื้อโรค ร่างกาย และรัฐเวชกรรม: ประวัติศาสตร์การแพทย์สมัยใหม่ในสังคมไทย** (กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2550), 249-250.
- 12 โครงการส่งเสริมบริการอนามัยชนบท จังหวัดพิษณุโลก, โครงการบ้านไผ่ จังหวัดขอนแก่น, โครงการสะเดา จังหวัดสงขลา, โครงการสารภี-โครงการสะเมิง จังหวัดเชียงใหม่, โครงการศึกษาวิเคราะห์ระบบงานเพื่อการวางแผนระดับจังหวัด จังหวัดชลบุรี, โครงการลำปาง จังหวัดลำปาง, และ โครงการโนนไทย จังหวัดนครราชสีมาเป็นโครงการทดลองที่สำคัญ อันนำไปสู่การเกิด “แผนงานสาธารณสุขมูลฐาน” ในแผนพัฒนาการสาธารณสุข ฉบับที่ 4
- 12 ดูพัฒนาการของโครงการสาธารณสุขมูลฐานใน ทวีศักดิ์ เมื่อกสม, **เชื้อโรค ร่างกาย และรัฐเวชกรรม**, 247-254.
- 13 ดู กระทรวงสาธารณสุข, **โครงการพัฒนาการสาธารณสุขตามแผนพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 4 (พ.ศ. 2520-2524)** (กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์สำนักงานพาณิชย์ กรมพาณิชย์สัมพันธ์, 2519).

เหล่านี้ก็จะมีเบื้องหลังที่เป็นความทรงจำที่มันไม่ได้ปรากฏอยู่ในเอกสาร ถึงแม้ว่าจะไปค้นเจอโครงการสารภี โครงการบ้านไม้ โครงการลำปาง โครงการสะเมิง อะไรก็แล้วแต่ ก็จะไม่เห็นเบื้องหลังของความคิด แรงผลักดันที่เป็นแรงบันดาลใจจากคนรุ่นพ่อ รุ่นพี่ที่เคยไปบุกเบิกงานให้กับเรา มา ผมไปเป็นหมออยู่ที่โรงพยาบาลอำเภอชุมพวง¹⁴ ก็ไปออกหน่วยถึงตำบลกระเบื้องนอก ซึ่งอยู่ไกลสุดของอำเภอชุมพวง ไปถึงที่นั่นชาวบ้านก็พูดถึงนายแพทย์คนหนึ่งคือ นายแพทย์มงคล ณ สงขลา ซึ่งชาวบ้านก็บอกว่าซีม่ามาตรวจชาวบ้านแถวนั้น ผมคิดว่าสิ่งที่รุ่นพ่อรุ่นพี่ไปบุกเบิกเอาไว้ต้องมีแรงบันดาลใจที่ยิ่งใหญ่อยู่เบื้องหลัง แรงบันดาลใจเหล่านี้ก็ไม่เคยถูกจดบันทึกไว้ในเอกสารวิชาการหรือเอกสารที่เป็นทางการ ในวันนี้ในตอนบ่ายเราจึงแบ่งออกเป็นสองห้อง เพื่อให้ผู้ที่ปฏิบัติและผู้ที่อยู่ในแวดวงในระดับต่างๆ กันได้พูดคุย แลกเปลี่ยนความทรงจำต่างๆ กันด้วย

ส่วนการที่จะได้ข้อมูลเพิ่มเติมอื่นๆ อีกก็อยากจะขออนุญาตที่จะได้ไปสัมภาษณ์ หรือไปพบ เพื่อขอทั้งเอกสารส่วนบุคคล ซึ่งเอกสารส่วนบุคคลที่จะได้รวบรวมขึ้นมา เราก็จะขออนุญาตเข้าไปทำรายการก่อน โดยรายการที่สร้างขึ้นก็จะขออนุญาตเจ้าของเอกสารว่า เอกสารไหนบ้างที่จะมอบให้มาเก็บไว้ที่หอจดหมายเหตุ ส่วนเอกสารบางชิ้นก็อาจจะมีความหมายสำหรับตัวบุคคล หรือว่าเป็นเอกสารส่วนตัวก็จะขอแยกเอาไว้ แล้วก็ให้ส่วนบุคคลนั้นเก็บรักษาเอาไว้เอง ทั้งหมดนี้ก็จะเป็นเรื่องราวที่เราได้ดำเนินการ ซึ่งคิดว่า

ภายใน 2-3 ปีจากนี้ ก็น่าจะมีความเป็นรูปร่างมากขึ้น และก็น่าจะเป็นที่ทางทำให้คนรุ่นหลังได้เห็นประวัติศาสตร์ความเป็นมา การสาธารณสุขและระบบสุขภาพไทยได้ชัดเจนยิ่งขึ้นครับ

ผมคงจะขออนุญาตชี้แจงความเป็นมาเพียงเท่านี้ครับ หลังจากนั้นไปก็ขอให้เข้าสู่กระบวนการพูดคุยโดยอยากที่จะขอเริ่มที่คุณพ่อเสมอได้พูดถึงเรื่องราวที่มันเกิดขึ้นในยุคของการพัฒนาสาธารณสุขในขั้นต้น ผมได้ทราบว่า คุณพ่อเสมอบอกว่า ถ้าจะเข้าใจเรื่องประวัติศาสตร์ การสาธารณสุข ก็ต้องไปเข้าใจประวัติศาสตร์ของมนุษย์ 4 พันปีก่อน ในส่วนของ 4 พันปีก่อนนี้ คุณพ่อเสมอก็ได้ทำเป็นเอกสารมาแจก¹⁵ เราด้วยนะครับ แต่อยากที่จะขออนุญาตให้คุณพ่อเสมอได้เน้นลงไปทำงานบุกเบิกการสาธารณสุขในยุคแรกที่คุณพ่อได้ไปริเริ่มขึ้นและก็ได้ไปพัฒนา มาจนกระทั่งมาเป็นพื้นฐานให้กับพวกเราในรุ่นหลังก่อนการเลิกสัมมนาในตอนเช้าก็จะขออนุญาตถ่ายรูปร่วมกันก่อนรับประทานอาหาร ซึ่งก็จะมี การถ่ายรูปด้านหน้าของเวทีแล้วหลังจากนั้นก็จะเป็นการพักรับประทานอาหาร บางท่านอาจจะอยู่ได้เพียงครึ่งวันตอนเช้า ตอนบ่ายเราก็จะยังมีกิจกรรมต่อนะครับ เพราะฉะนั้นทั้งหมดก็จะ เป็นเรื่องราวที่เกิดขึ้นในอีก 2-3 ปีข้างหน้า และเราก็หวังว่า หอจดหมายเหตุ ก็จะมี ความยั่งยืนเป็นที่ทางที่เก็บรักษาความทรงจำและเอกสารสำคัญไม่ให้มันสูญหายไป ก่อนที่จะมาเป็นวันนี้เราก็ได้ไปศึกษาดูงานหอจดหมายเหตุหลายแห่งด้วยกันครับ และก็คิดว่าภายในสิ้นปี นี้ก็จะไปขอความร่วมมือจากมหาวิทยาลัย

14 ตั้งอยู่ในจังหวัดนครราชสีมา

15 เอกสาร ศ.นพ. เสม พริ่งพวงแก้ว เรื่อง “โครงการสัมมนาผู้รู้เห็นประวัติศาสตร์ระบบสุขภาพไทย” มีความสังเขป กล่าวถึงพัฒนาการของมนุษย์ตั้งแต่สมัยก่อนประวัติศาสตร์ และสมัยประวัติศาสตร์ความเจริญทางวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีตั้งแต่ 500 ปีที่แล้วมา โรงพยาบาลแห่งแรกของโลก แพทย์คนแรกของโลก ประวัติการแพทย์จีนโบราณ ประวัติการแพทย์อินเดียโบราณ ประวัติศาสตร์ไทยตามที่กล่าวไว้ในหนังสือของคุณลิขิตขุนตระกูล พ.ศ. 2494 ประวัติศาสตร์สาธารณสุขไทยสมัยรัตนโกสินทร์ แนวคิดสุขภาพที่ถ่วงหน้าเมื่อ พ.ศ. 2543 การเปลี่ยนแปลงส่วนราชการในกระทรวงสาธารณสุข อย่างไรก็ตาม เนื่องจากเนื้อหาส่วนใหญ่ของเอกสารชิ้นนี้ไม่ได้เกี่ยวข้องโดยตรงกับความทรงจำเรื่องพัฒนาการของระบบสาธารณสุขที่นายแพทย์เสมอมีส่วนร่วมโดยตรง บรรณาธิการจึงขออนุญาตไม่นำมาตีพิมพ์ในหนังสือเล่มนี้

ลอนดอน¹⁶ เนื่องจากที่ลอนดอนมีสถาบันชื่อว่า “Wellcome Institute” ซึ่งได้ทำเรื่องเหล่านี้เยอะ ผมก็ได้พบกับผู้อำนวยการของที่นี่ชื่อ โปรเฟสเซอร์ ฮาร์โรลด์ คูก¹⁷ ซึ่งท่านก็มีความกรุณามากครับ บอกว่าเรื่องการสัมภาษณ์ผู้รู้เห็นนั้นเป็นเรื่องที่ไม่เคยเกิดขึ้นในประเทศโลกที่สาม¹⁸ จะมีบ้างก็ถูกถ่ายทอดไปยังอเมริกา ออสเตรเลีย ต่างๆ เหล่านี้ก็มีการทำ เขาก็มีความยินดีมากกว่าประเทศไทยจะได้ทดลองทำเรื่องนี้ขึ้น ที่แรกก็คิดว่าจะไปดูงานของเขามาก่อนแล้วก็ค่อยมาเริ่ม แต่พอนัดหมายกันไปจังหวัดก็ไม่ลงตัวกัน ก็ได้ปรึกษาท่านว่า เราจะลุยกันดูเองก่อนหาประสบการณ์ของเราก่อน แล้วเอาประสบการณ์ของเราไปแลกเปลี่ยนกับเขา เพราะว่าบางทีทฤษฎีของเขาก็อาจจะใช้ไม่ได้กับของเราก็ได้นะครับ เพราะฉะนั้นในวันนั้นก็ขออนุญาตเรื่องการพูดคุย โดยผมขอจะกราบเรียนเชิญคุณพ่อเสมอ ได้พูดถึงเรื่องของประสบการณ์ที่ผ่านมา เพื่อที่ลูกหลานในอนาคตจะได้ศึกษาเป็นบทเรียน กราบเรียนเชิญคุณพ่อครับ

ศ.นพ.เสมอ พริ้งพวงแก้ว : ขอบคุณที่ให้คนแก่ได้โอกาส ไม่อย่างนั้นมันอยู่ที่บ้านมันเหงามาก นั่งอยู่คนเดียว อ่านหนังสือพิมพ์ก็อ่านไม่ค่อยไหว เพราะหนังสือพิมพ์มันอ่านแล้วไม่รู้ว่าเขาเขียนว่าอะไรบ้าง ไหนๆ โอกาสนี้ได้มาอย่างนี้ก็ขอบคุณมาก แล้วก็รู้ว่าตัวเองมันเพ้อเก่ง เพราะฉะนั้นเลยเขียนมาเป็นเรื่องแล้ว ขอให้เปิดดูที่ผมส่งไปให้ว่ามีเรื่องราวอะไร¹⁹ และก็เห็นจะไม่ต้องพูดอะไรมาก พูดก็ไม่ค่อยได้เรื่อง พูดก็เลอะๆ เขียน

จดหมายก็เลอะๆ เลยต้องทำเอกสารอย่างนี้มาก็อยากขอเชิญให้คุณอาจารย์ประเวศ ซึ่งเป็นผู้ที่ต้องรับผิดชอบบ้านเมืองด้านการแพทย์ของบ้านเราต่อไป ก็ขอเชิญอาจารย์ประเวศ

นพ.โกมาตร : คุณพ่อเริ่มเล่าในเรื่องประสบการณ์ส่วนตัวก็ได้รับคุณพ่อครับ เรื่องที่ได้ไปริเริ่มทำขึ้นและมีความคิดความอ่านยังไง สมัยโน้นมันคงจะทำงานได้ยากลำบากสักนิดใช่ไหมครับ คุณพ่อ เห็นว่าคุณพ่อไปทำคลอดคนที่บึงบอระเพ็ด เหมอครับคุณพ่อ

ศ.นพ.เสมอ : ขอขอบคุณครับ ก็เรื่องมันยาวครับ ผมอยากขอเรียนว่าอย่างนั้นะครับ ตามอายุที่ผมผ่านมานะ อายุสิบขวบอาบน้ำน่าบหนาว อายุซาวขวบกอดสาวบเปื้อ อายุสามสิบตื่นเมื่อก่อนไก่ อายุสี่สิบมือไขว่หน้าผากคนึง อายุห้าสิบไปไกลบถึงทอดหุ่ย อายุหกสิบเป่าขลุ่ยบ่ค่อยดัง อายุเจ็ดสิบตีฆ้องบ่ค่อยเฮง อายุแปดสิบเฮงบ่ขึ้น เร่งยังงี้ก็ไม่ขึ้นนะ อายุเก้าสิบขี้ไหลบ่สู้ตัว อายุร้อยหนึ่งกับบอกว่าฮักฮักก็ตายบ่ฮักฮักก็ตาย เพราะฉะนั้นขอเชิญอาจารย์ประเวศต่อดีกว่า

นพ.บรรลุ ศิริพานิช : อาจารย์ครับ อายุ 80 อะไรนะครับ ฟังไม่ทัน

ศ.นพ.เสมอ : เร่งไม่ขึ้นแล้ว บอกให้ทำอะไรให้เร็วก็ไม่เร็วแล้ว

ศ.นพ.ประเวศ วะสี : ผมอาจจะลองอย่างนี้

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

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

18 ประเทศโลกที่สาม หมายถึงประเทศที่ยังด้อยการพัฒนาซึ่งแตกต่างจากโลกตะวันตกที่แบ่งออกเป็นโลกเสรีกับโลกคอมมิวนิสต์ การกำหนดประเภทด้วยคำเรียกเช่นนี้เกิดขึ้นหลังสงครามโลกครั้งที่ 2 ในช่วงสงครามเย็น โดยเฉพาะเมื่อสหรัฐฯ ใช้นโยบายการพัฒนาเป็นเครื่องมือสำคัญในการแย่งชิงมวลชนกับการเคลื่อนไหวของขบวนการคอมมิวนิสต์ในประเทศต่างๆ ในเอเชีย ละตินอเมริกา และแอฟริกาที่ส่วนมากเพิ่งหลุดพ้นจากการตกเป็นอาณานิคมของตะวันตกมาไม่นาน การวิเคราะห์ที่แหลมคมทางทฤษฎีเกี่ยวกับประเด็นเหล่านี้ได้ใน ไชยรัตน์ เจริญสินโอฬาร, **วาทกรรมกับการพัฒนา** (กรุงเทพฯ: ศูนย์วิจัยและผลิตตำรา มหาวิทยาลัยเกริก, 2542).

19 ดูเชิงอรรถที่ 15.

จะได้เป็นตัวกระตุ้นท่านทั้งหลาย ท่านทั้งหลาย มีบทบาทเยอะ โดยเล่าสภาพที่ผมเห็นตอนเด็กๆ อยู่เมืองกาญจน์ [กาญจน์บุรี] ผมเกิดปี พ.ศ. 2474 ที่นี้กว่าจะจำความได้ก็อายุหกขวบเจ็ดขวบ ก็จะเห็นสภาพของเรื่องการสาธารณสุขที่นั่น และก็ต่อมามันเกิดอะไรขึ้น ประเด็นท่านทั้งหลายจะมีส่วนได้ทำให้มันเกิด ตอนนั้นที่เมืองกาญจน์ไม่มีหมอสักคนทั้งจังหวัด โรคภัยไข้เจ็บมีเยอะ ผมอยู่โรงเรียนประชาบาลที่อยู่ในป่า ผมไม่ได้อยู่ในเมือง นักเรียนสักครึ่งหนึ่งเป็นคุดทะราด คือครึ่งหนึ่งของเพื่อนนักเรียน เราไม่ได้ใส่รองเท้ามา ก็เขาเรียกว่าเป็นหน่อ ที่เมืองกาญจน์ มันเป็นก้อนที่เท้า พอเดินแล้วก็เจ็บ พอเดินแล้วก็ปวด เขาเรียกคุดทะราดเหียบกรวด ชาวบ้านก็เจ็บป่วยต่างๆ เป็นฝีกันเยอะ สมัยนี้ไม่ค่อยเห็น และก็ปวดฟัน ปวดฟันก็ไม่มียาอะไร พาราเซตามอล แอสไพรินอะไรไม่มี เขาก็บอกให้เอาไพลมาตำกับเกลือแล้วอม ผมก็อมนะแต่มันไม่ค่อยหายปวดหรอก แล้วก็เป็นที่นี้เหียบเขาบอกให้เอาใบบัวบกไปลนไฟแล้วก็ปิด มันก็ปิดไปยั้งนั้น เป็นคางทูมเขาก็เขียนเสียกัน²⁰ แล้วชาวบ้านก็จะกลัวมากเรื่องเป็นไส้ติ่ง เพราะถ้าปวดถึงใครเป็นไส้ติ่งก็จะตายหมด จะกลัวกันมากเลย ผมเป็นนักเรียนได้ข่าวลุงนาค บอกว่าลุงนาคเป็นไส้ติ่ง อ้อฮ้อ... คนก็เรียกว่าหมอดหวัง ไม่มีหวังจะรักษาอะไร แล้วก็

ตายนะครับ แล้วก็มาเป็นมาลาเรีย ผมเองก็เป็นตอนอายุเจ็ดขวบสมัยอยู่เมืองกาญจน์ ก็เป็นมาลาเรียกัน ก็อาศัยหมอที่เขาเรียกว่าหมอมเสนารักษ์²¹ หมอมเสนารักษ์เป็นนายสิบ พวกนายสิบก็รักษาโรคชาวบ้าน

ตอนนั้นไม่รู้ แต่ตอนหลังได้มาอ่านหนังสือซึ่งประเด็นท่านอาจารย์จะทราบดี มาอ่านหนังสือเจอว่า ช่วงรัฐบาลพลช²² มีผู้แทนเสนอขึ้นในสภา ว่าราษฎรเจ็บป่วยไม่มีหมอมรักษา ขอให้เกณฑ์ชาวบ้านมาเป็นทหารเสนารักษ์ แล้วปลดจากประจำการกลับไปอยู่ในพื้นที่ที่จะได้ช่วย ตอนผมเด็กๆ ผมได้อาศัยหมอมเสนารักษ์ แต่ว่าไม่รู้หรอก ตอนนั้นไม่รู้ว่าเป็นนโยบาย มีคนเสนอในสภาผู้แทนฯ อันนี้อาจจะไปค้นดู ย่าผมอายุ 80 กว่าก็ไม่ได้เป็นอะไรมากนักะ ท้องเดิน เห็นท้องเดินหน่อย แล้วก็ก็มีหมอบแบบหมอมเสนารักษ์บอกว่าให้ท่านไปตามสบายเถอะ ปล่อยให้ท่านไปตามสบายก็ได้ ย่าก็นอนเงิบๆ แล้วก็ตาย อายุ 80 กว่า แต่เวลาอย่าปวดท้อง ยาจะปวดมาก ก็จะบอกให้ผมเด็กๆ ไปตามหมอม หมอมก็คือนายสิบที่ว่ามาตุที่บ้าน ปวดท้อง ปวดท้องบ่อย แต่ไม่รู้ว่าเป็นอะไร เป็น "cramp" [ตะคริว] เป็นอะไรไม่รู้จะทรมานมาก เวลาอย่าปวดท้องแต่ละที สภาก็เป็นอย่างนั้นมาเรื่อยๆ แล้วตอนหลังก็มีสิ่งที่เขาเรียกว่าสุขศาลา²³

20 เป็นความเชื่อของชาวบ้าน ถ้าหากเป็นโรคคางทูม หมอจีนแสะจะรักษาโดยเขียนตัวอักษรจีนที่มีความหมายว่า "เสีย" บนแก้มส่วนชาวบ้านก็อาจจะเขียนภาพเสือไว้ที่แก้ม ด้วยเชื่อกันว่าจะทำให้หายจากโรค

21 ใน พ.ศ. 2479 กรมแพทย์สุขาภิบาลทหารบกได้เปลี่ยนชื่อเป็นกรมแพทย์ทหารบกและตั้งโรงเรียนเสนารักษ์ขึ้น โดยรับผู้ที่มีความรู้ตั้งแต่ชั้นมัธยมปีที่ 6 หลักสูตรการศึกษา 3 ปีใช้หลักสูตรเดียวกับหลักสูตรวิชาพยาบาลแห่งโรงพยาบาลศิริราชใช้เวลาฝึกทํารับ ฝึกการให้แปล และฝึกวิชาการสนามต่างๆ เทนวิชาผดุงครรภ์ และยังได้วางระเบียบการฝึกพลเสนารักษ์ แนวสอนวิชาต่างๆ สำหรับฝึกพลเสนารักษ์และนักเรียนนายสิบเสนารักษ์ขึ้นต่อมาใน พ.ศ. 2482กรมแพทย์ทหารบกได้ขยายระยะเวลาหลักสูตรการเรียนแพทย์ออกเป็น 4 ปีโดยเมื่อสำเร็จแล้ว จะต้องได้รับการฝึกเป็นแพทย์ประจำบ้านอีก 6 เดือน จึงจะได้รับพระราชทานยศเป็นว่าที่ร้อยตรี สามารถขึ้นทะเบียนโรคศิลปะ เป็นแพทย์แผนปัจจุบันชั้นหนึ่ง สาขาเวชกรรม โดยเปิดการศึกษารุ่นแรกเมื่อ 23 พฤษภาคม 2483 ณ โรงพยาบาลอนันตมหิตล จังหวัดลพบุรี ดูประวัติโรงเรียนเสนารักษ์ กรมการแพทย์ทหารบก ได้ใน url: <http://www.rta.mi.th>

22 พันเอกพระยาพลพลพยุหเสนา (แนบ พลโยธิน) หัวหน้าคณะราษฎรขึ้นดำรงตำแหน่งนายกรัฐมนตรีในช่วง พ.ศ. 2476-80

23 โครงการอนามัยในหัวเมือง ซึ่งตั้งขึ้นตามมติของคณะกรรมการพิจารณาการสาธารณสุขและการแพทย์เมื่อเดือนตุลาคม พ.ศ. 2477 ได้กำหนดให้ทุกจังหวัดมีคณะกรรมการอนามัย เพื่อช่วยเหลือกรมการจังหวัดในการส่งเสริมและประสานการแพทย์และการสาธารณสุขในจังหวัดนั้นแต่ละจังหวัด ทุกจังหวัดมี "สาธารณสุขจังหวัด" เพื่อคอยควบคุมกิจการด้านสาธารณสุขภายในจังหวัดแล้วโครงการอนามัยในหัวเมืองยังได้กำหนดให้แต่ละจังหวัดมีหน่วยอนามัยอย่างใดอย่างหนึ่งในรูปแบบหน่วยอนามัย 6 ประเภท คือ โรงพยาบาลชั้นที่ 1 โรงพยาบาลชั้นที่ 2 โรงพยาบาลชั้นที่ 3 สุขศาลาชั้นที่ 1 สุขศาลาชั้นที่ 2 และหน่วยอนามัยเคลื่อนที่

เกิดขึ้นในเมือง ที่เมืองกาญจน์ มีสุศาลาเป็นหลังเล็ก ๆ ก็มีหมอมมาประจำอยู่ แต่เป็นหมอประเภทอะไรก็ไม่ทราบ เขาเรียกขุนขจร ยังจำได้ มีขุนขจรมาอยู่ที่นั่น มาอยู่ที่สุศาลา แล้วก็ต่อมาเมื่อผมโตขึ้นมาหน่อย จึงมีหมอที่เขาเรียนแพทย์ที่ลพบุรี²⁴ เป็นร้อยตรี 2 คน คนหนึ่งชื่อ ร้อยตรีประชุม นามสกุลอะไรผมจำไม่ได้แล้ว มาอยู่ที่นั่น ที่ๆ ผมอยู่ที่กองผสมสัตว์ที่แควน้อย²⁵ ตอนหลังท่านย้ายไปอยู่ที่จังหวัดตาก ที่แม่สอด คนนี้กินเหล้าเก่ง ผมเคยไปเจออีกทีที่แม่สอด แล้วก็ยังมีหมอเกษม พังคานนท์อีกคนหนึ่ง ทั้งคู่เรียนแพทย์ที่ลพบุรี ก็ได้ช่วยประชาชนเยอะมากเลย ผมจำได้ตอนผมเป็นไข้มาลาเรีย ลิบเอกบำรุงฉีดยา "acuprine" ตัวเหลืองเลยตอนนั้น สภาพมันจะเป็นอย่างนั้น ที่เป็นดิฟธีเรีย [diphtheria-โรคคอตีบ] ไม่ต้องพูดถึง เป็นคอตีบก็ตาย หายใจไม่ออกอย่างงั้น นี่ตอนหลังเท่าที่เรารู้จากสภาพ... ประเดี๋ยว

ท่านทั้งหลายจะได้เติมได้ ท่านอาจารย์จะพูดว่าเออมันทำอะไรกัน ที่ผมเล่าเรื่องตอนเด็กขึ้นมาเนี่ย ตอนหลังก็มีโรงพยาบาล มีโรงพยาบาลจังหวัดเกิดขึ้น เขาเรียกว่าโรงพยาบาลพลพล พยุหเสนา เพราะว่าพันเอกพระยาพลข ณีเย ท่านไปเป็นทหารอยู่เมืองกาญจน์ และก็ไปได้ภรรยาที่นั่น ภรรยาท่าน ชื่อ พิพิศ คนแรก เป็นญาติกับย่า ตอนผมเด็กๆ ย่าก็คุยว่านายกรัชมุนตรีเงินเดือน 300 กว่า ผมก็เอ๊ะ ย่าไปรู้ได้อย่างไร ย่าไม่รู้หนังสือไม่รู้อะไร ที่แท้คุณหญิงพิพิศ ภรรยาพระยาพลข เวลาไปเมืองกาญจน์ก็ไปคุยกับย่า ก็ไปคุยให้ย่าฟังว่านายกรัชมุนตรีเงินเดือนสามร้อย ผมก็แปลกใจว่าย่าไปรู้ได้อย่างไร โรงพยาบาลจังหวัดกาญจนบุรีชื่อโรงพยาบาลพลพลพยุหเสนา เพราะว่าพระยาพลข ไปอยู่ที่นั่น ก็มีโรงพยาบาลเกิดขึ้น หลังจากนั้น เดี่ยวก็คงจะได้ฟังเพราะว่าท่านทั้งหลายจะเกี่ยวข้อง

โรงพยาบาลชั้นที่ 1 คือโรงพยาบาลที่มีเตียงประมาณ 200 เตียง และ "บริบูรณ์ด้วยเครื่องอุปกรณ์ทุกอย่าง รวมทั้งเครื่องเอกซเรย์และลาบอราตอรี และทำการรักษาโรคทั่วไปโดยมีเจ้าหน้าที่ คือ แพทย์ 8 คน, เภสัชกร 2 คน, พยาบาล 40 คน, พนักงานพัสดุ 1 คน, เสมียน 3 คน, คนงาน 24 คน และคนครัว 8 คน," และกำหนดให้โรงพยาบาลเหล่านี้ทำหน้าที่เป็น "โรงเรียนอบรมผู้ช่วยแพทย์อนามัย พยาบาล และสารวัตรสุขาภิบาล" (ตามโครงการฯ แล้วจะกำหนดให้มีโรงพยาบาลชั้น 1 จำนวน 4 หน่วย คือ ที่ลำปางประจำภาคเหนือ, ที่นครสวรรค์ประจำภาคกลาง, ที่นครราชสีมาประจำภาคอีสาน, ที่สงขลาภาคใต้)

โรงพยาบาลชั้นที่ 2 คือโรงพยาบาลที่ "ตั้งขึ้นในจังหวัดห่างไกล หรือที่ทางคมนาคมติดต่อกับโรงพยาบาลชั้นที่ 1 ไม่สะดวก และตั้งอยู่ในย่านกลางระหว่างจังหวัดใกล้เคียงที่มีโรงพยาบาลชั้นที่ 3" และเป็นโรงพยาบาลที่มีเตียงประมาณ 100 เตียง, "มีเครื่องอุปกรณ์พร้อมด้วยเครื่องเอกซเรย์และลาบอราตอรี," มีแพทย์ 4 คน, เภสัชกร 1 คน, พยาบาล 20 คน, พนักงานพัสดุ 1 คน, เสมียน 2 คน, คนงาน 12, และคนครัว 4 คน

โรงพยาบาลชั้นที่ 3 หรือโรงพยาบาลที่ "ตั้งอยู่ในเมืองหรือที่ชุมนุมชนซึ่งไม่มีโรงพยาบาล ชั้นที่ 1 หรือชั้นที่ 2," โดยมีเตียงประมาณ 50 เตียง, มีแพทย์ 3 คน, พยาบาล 10 คน, เสมียน 1 คน, คนงาน 8 คน และคนครัว 3 คน

สุศาลาชั้นที่ 1 หรือสถานพยาบาลซึ่ง "ตั้งอยู่ในท้องที่ซึ่งห่างไกลจากโรงพยาบาลโดยมีเจ้าหน้าที่อย่างน้อยแพทย์ 1 คน, อนามัยพยาบาล 2 คน, สารวัตรสุขาภิบาล 2 คน, คนงาน 2 คน

สุศาลาชั้นที่ 2 หรือสถานพยาบาลซึ่ง "ตั้งอยู่ในท้องที่ซึ่งไม่มีสุศาลาชั้นที่ 1" โดยให้อยู่ในความควบคุมของสุศาลาชั้นที่ 1 หรือของโรงพยาบาล, และมีเจ้าหน้าที่อย่างน้อย ผู้ช่วยแพทย์ 1 คน, อนามัยพยาบาล 1 คน, สารวัตรสุขาภิบาล 1 คน, คนงาน 1 คน.

อย่างไรก็ตามเนื่องจากยังไม่ได้มีการตั้งหน่วยอนามัยประจำท้องที่ให้ทั่วถึง จึงควรมีหน่วยอนามัยเคลื่อนที่ออกทำการป้องกันและบำบัดโรค และทำการสุศึกษาตามท้องที่บางแห่ง, โดยให้มีเจ้าหน้าที่ของหน่วยอนามัยเคลื่อนที่ตามอัตราสุศาลาชั้นที่ 1 และ "สำหรับหมู่บ้านที่ไม่มีหน่วยอนามัยตั้งอยู่นั้น ควรจัดให้มีเห็บเวชภัณฑ์เพื่อใช้ในการปฐมพยาบาลเห็บเวชภัณฑ์นี้ควรมอบให้กับครูโรงเรียน หรือกำนันผู้ใหญ่บ้าน หรือผู้เฒ่าผู้แก่ซึ่งได้รับคำสั่งจนถึงวิธีและกรณีอื่นพึงใช้ในการปฐมพยาบาล"

ดูรายละเอียดใน ทวีศักดิ์ เมื่อกทม, **เชื้อโรค ร่างกาย และรัฐเวชกรรม**, 236-8.

24 หมายถึงหมอมหาสารคามหรือหมอมหาสารคามแพทย์ทหารบก ซึ่งจัดตั้งขึ้นสำหรับใช้ในความจำเป็นของราชการทหาร โดยเปิดการสอนชั้น ณ โรงพยาบาลอนันตมหิตล จังหวัดลพบุรี

25 ปัจจุบันคือ กองการสัตว์และเกษตรกรรมที่ 1 กรมการสัตว์ทหารบก ตั้งอยู่ในอำเภอเมือง จังหวัดกาญจนบุรีเดิมมีชื่อว่า **ที่ทำการผสมสัตว์เขาปะกง** มีภารกิจในการผลิตเสี้ยสัตว์และผสมสัตว์ ตั้งขึ้นเมื่อวันที่ 1 เมษายน พ.ศ. 2459 ณ บริเวณพุดา (เขาปะกง)

ปี พ.ศ. 2479 กรมจเรทหารม้ามีนโยบายที่จะผสมม้าขึ้นเองจึงเปิดกองผสมม้าขึ้นอีกกองหนึ่งในบริเวณที่ตั้งปัจจุบัน

ปี พ.ศ. 2480 มีการรวมกิจการของกองเสี้ยสัตว์และกองผสมม้าเป็นหน่วยเดียวกันยกฐานะเป็นแผนก 4 กรมเกียกกายทหารบก

ปี พ.ศ. 2496 เปลี่ยนจากกองผสมสัตว์กาญจนบุรีเป็นแผนกผสมสัตว์กาญจนบุรี ขึ้นตรงกับกรมการสัตว์ทหารบก

ปี พ.ศ. 2509 เปลี่ยนเป็นแผนกผสมสัตว์ที่ 1 ขึ้นตรงกับ กองการผสมสัตว์ กรมการสัตว์ทหารบก

ปี พ.ศ. 2528 ปรับเป็น กองการสัตว์และเกษตรกรรมที่ 1 มาจวบจนถึงปัจจุบันนี้ มีพื้นที่รับผิดชอบโดยประมาณ 49,683 ไร่

เยอะ ว่าโรคคุดทะราดก็หมดไป ดิพธิ์เรียก็หมดไป โปลิโอเมื่อก่อนเยอะมากเลย เมื่อก่อนตอนผมเรียนแพทย์ที่ศิริราชเนี่ย ก็มีเรือนชื่อดิพธิ์เรีย อาจารย์ยังจำได้ พี่โพรจน์คงจำได้ เรียนก่อนผมมีเด็กเจาะ [คอ] กันยัวเยี้ยเลย หน้าเรือนดิพธิ์เรีย แล้วก็ตอนโปลิโอระบาด แรกๆ เนี่ย ต้องเอาปอดเหล็กมาตั้งที่เตียงเพราะหายใจไม่ออก ทีนี้ถ้ามาดูอย่างนั้นะ สภาพมันเปลี่ยนแปลงไปเยอะ ดิพธิ์เรียก็หายไป โปลิโอก็หมดไป คุดทะราดไม่มี ขนาดผมกลับมาจากนอกใหม่ๆ ไปเรียนเมืองนอกมา ไปตรวจเลือดที่อีสาน โรคเรื้อนเต็มไปหมดเลย บางหมู่บ้าน จะเรียกว่าทั้งหมู่บ้านเป็นโรคเรื้อน เรียกว่าหมู่บ้านโรคเรื้อน เดียวนี้ก็หายไป เกือบหมดไม่มีแล้ว เพราะฉะนั้นการที่เรื่องต่างๆ มันพัฒนาขึ้นมา นั้น สำหรับความเห็นผมแล้วมันมหาศาล ได้เห็นความเปลี่ยนแปลงตรงนี้ ก็นึกถึงเห็นคุณค่าของหมออนามัยที่ทำงานต่างๆ แล้วก็แพทย์รุ่นบุกเบิกที่ทำงานต่างๆ มากมายเหลือเกิน เปลี่ยนจากที่ผมเห็นตอนเด็กๆ เดียวนี้เป็นได้ตั้งก็ไม่มีใครตายแล้ว ดิพธิ์เรียก็ไม่มีคนเป็น คุดทะราดก็หมดไปแล้ว อะไรต่ออะไรต่างๆ เนี่ย แล้วก็

ตอนหลังผมมารู้เห็นความพยายามของกระทรวงสาธารณสุขที่ทำงานหนัก ที่จะทำงานพวกนี้ แล้วก็มาทราบจากท่านอาจารย์เสมและท่านอื่นๆ อีก ในช่วงที่เกิดโรงพยาบาลจังหวัดขึ้นจนครบทุกจังหวัด เกิดอย่างรวดเร็วมากในช่วงเวลาไม่กี่ปี ช่วงที่จอมพล ป. เป็นนายก²⁶ จอมพล ป. ท่านชอบอาจารย์หลวงนิติธัย²⁷ ซึ่งเป็นอธิบดีกรมการแพทย์ และท่านคุณหมอเสม ซึ่งช่วยท่านอาจารย์หลวงนิติธัยอยู่ ความที่จอมพล ป. ชอบอาจารย์หลวงนิติธัย ถึงกับตั้งชื่อลูกคนหนึ่ง ชื่อนิติธัย จำได้ไหมคนที่เคยเป็นปลัดกระทรวงการต่างประเทศ ชื่อนิติธัย พิบูลสงคราม ทีนี้ เท่าที่ผมทราบ จอมพล ป. ก็คอยถามอาจารย์หลวงนิติธัย ส่วนท่านไปชอบอาจารย์เสมยังไงเดี๋ยวจ้ให้ท่านเล่าเอง ท่านอาจารย์เสมอยู่เชียงใหม่ [จอมพล ป.] ชวนให้มาตั้งโรงพยาบาล ท่านนายก คือ จอมพล ป. ถามว่าคุณหลวงอยากให้ผมทำอะไรบ้าง ทีนี้ทั้งสองท่านก็ใช้เป็นโอกาสตั้งโรงพยาบาลจังหวัดขึ้นจนครบทุกจังหวัดในเวลารวดเร็วมาก²⁸ แล้วก็ต่อมาในเรื่องสถานีอนามัย เรื่องโรงพยาบาลอำเภอครบทุกอำเภอ ผมคิดว่าโครงสร้างเราเต็มหมดเลย

26 จอมพล ป.พิบูลสงคราม (หลวงพิบูลสงคราม หรือแปลก ชีตตะสังคะ) สมาชิกคนสำคัญของคณะราษฎร ขึ้นดำรงตำแหน่งนายกรัฐมนตรียาวนานราว 15 ปี (พ.ศ. 2481-2485 และ พ.ศ. 2490-2500)ปัจจุบันมีงานศึกษาเกี่ยวกับชีวิตและบทบาทของจอมพล ป. ออกมาจำนวนมาก งานที่ถือว่าเ็นภาพอย่างกว้างๆ และรอดด้านของจอมพล ป. ตั้งแต่การขึ้นมามีอำนาจทางการเมือง และนโยบายการปกครองต่างๆ โดยเฉพาะในช่วงที่ดำรงตำแหน่งนายกรัฐมนตรีในสมัยแรก ซึ่งเปลี่ยนโฉมหน้าประเทศไทยอย่างมากมาย คือ เทียมจันทร์อำแหง, “บทบาททางการเมืองการปกครองของจอมพล ป. พิบูลสงคราม (พ.ศ. 2475-พ.ศ. 2487)” (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารศึกษาด้านประวัติศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2521)และงานศึกษาเกี่ยวกับจอมพล ป. พิบูลสงครามที่สำคัญอีกเล่มหนึ่ง คือ Kobkua Suwannathat-Plan, Thailand's Durable Primier: Phibun Through Three Decades, 1932-1957 (Kuala Lumpur: Oxford University Press, 1995).

27 หมายถึง พันโทนายแพทย์นิติธัย เวชเวชวิศิษฎ์ อธิบดีอธิบดีกรมการแพทย์ พ.ศ. 2485-2501

28 แม้ว่ารัฐบาลของคณะราษฎรจะมีนโยบายสร้างโรงพยาบาลให้ครบทุกจังหวัดแต่ในขั้นแรกกำหนดให้จัดตั้งขึ้นตามจังหวัดชายแดนในช่วงหลังสงคราม รัฐบาลของนายปรีดี พนมยงค์ที่มีอำนาจอยู่ในช่วงสั้นๆ เมื่อ พ.ศ. 2489 มีนโยบายที่จะ “จัดสร้างโรงพยาบาลขึ้นใหม่ให้มีให้ทั่วถึงกันทุกจังหวัด” โดยกำหนดให้สร้างโรงพยาบาลประเภทบำบัดโรคทั่วไปให้ครบทุกจังหวัด และจัดสร้างโรงพยาบาลบำบัดเฉพาะโรคขึ้นบางแห่งตามความจำเป็น “เพื่อแก้ปัญหาเฉพาะหน้า” (ดูบันทึกหลักการณิคมุขะการโรงพยาบาล ของกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, 24 เมษายน พ.ศ. 2489, หขช. (2)สร 0201. 27.2/8)โดยในขณะนั้นยังมีจังหวัดที่ยังไม่มีโรงพยาบาลเลยอีก 37 จังหวัด คือ (ก)โรงพยาบาลบำบัดโรคทั่วไป 16 แห่ง คือ โรงพยาบาลนครเชียงใหม่, โรงพยาบาลเชียงใหม่, โรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์, โรงพยาบาลจันทบุรี, โรงพยาบาลนครพนม, โรงพยาบาลหนองคาย, โรงพยาบาลนครราชสีมา, โรงพยาบาลตาก, โรงพยาบาลปราจีนบุรี, โรงพยาบาลปัตตานี, โรงพยาบาลพระตะบอง, โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา, โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก, โรงพยาบาลระนอง, โรงพยาบาลร้อยเอ็ด, โรงพยาบาลสุรศักดิ์มนตรี ลานช้าง, โรงพยาบาลอุบลราชธานี; (ข)โรงพยาบาลโรคจิตต์ 4 แห่ง คือ โรงพยาบาลโรคจิตต์ธรมบุรี, โรงพยาบาลโรคจิตต์ นนทบุรี, โรงพยาบาลโรคจิตต์ลำปาง, และโรงพยาบาลโรคจิตต์สุราษฎร์ธานี; (ค)โรงพยาบาลลววรรณโรค 1 แห่ง คือ โรงพยาบาลลววรรณโรคกลาง นนทบุรี; (ง)โรงพยาบาลโรคเรื้อน 2 แห่ง คือ โรงพยาบาลโรคเรื้อนพระประแดง และโรงพยาบาลโรคเรื้อนขอนแก่น; (จ)โรงพยาบาลเทศบาล 16 แห่ง คือ โรงพยาบาลกลาง, โรงพยาบาลวชิระ, โรงพยาบาลเทศบาลนครเชียงใหม่, โรงพยาบาลเทศบาลเมืองนครสวรรค์, โรงพยาบาลเทศบาลเมืองพระนครศรีอยุธยา, โรงพยาบาลเทศบาลเมืองชลบุรี, โรงพยาบาลเทศบาลเมืองนครปฐม, โรงพยาบาลเทศบาลเมืองราชบุรี, โรงพยาบาลเทศบาลเมืองตรัง, โรงพยาบาลเทศบาลเมืองภูเก็ต, โรงพยาบาลเทศบาลเมืองนครราชสีมา, โรงพยาบาลเทศบาลเมืองสงขลา, โรงพยาบาลเทศบาลเมืองระยองเชิงเขา, โรงพยาบาลเทศบาลเมืองลำปาง, โรงพยาบาลเทศบาลเมืองสุพรรณบุรี, และโรงพยาบาลเทศบาล(โรคติดต่อ)ธนบุรี;

โรงพยาบาลประจำจังหวัดทุกจังหวัด โรงพยาบาล
อำเภอทุกอำเภอ สถานีอนามัยอีก เป็นโครงสร้าง
มหาศาลที่เกิดขึ้นเสร็จแล้วก็มี อสม. [อาสาสมัคร
สาธารณสุขประจำหมู่บ้าน] ยังไม่นับพวกอะไร
ที่มันเกิดขึ้นอีก ผมถึงอยากเรียกมันว่า มันเป็น
มหากาพย์ มหากาพย์แห่งวงการสาธารณสุข
ไทย มันมีตัวละครที่เกี่ยวข้องมากมาย มันน่าทำ
มหากาพย์มากเลย ผมพูดนี้เพื่อปลุกเร้าให้อาจารย์
ท่านอยากเล่าว่าอะไรที่เกิดขึ้น ซึ่งเป็นเรื่อง
เกี่ยวข้องกับเรื่องที่ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงที่
ผมพูดนั้น

นพ.บรรลุ ศิริพานิช : ผมขออนุญาต ผมดูแล้ว
นอกจากอาจารย์เสมแล้ว ก็คงมีผมแก่กว่าเพื่อน
รองจากอาจารย์เสม เพราะฉะนั้นผมก็ขอตามลำดับ

นพ.โกมาตร : อาจารย์ครับ 80 นี้เร่งไม่ขึ้นแล้ว
นะครับ

นพ.บรรลุ : ผม 83 ถึงถามว่าแปดสิบนั้นอะไร
นะ แปดสิบนี้เร่งไม่ขึ้น หรืออะไรเร่งไม่ขึ้น ผมไม่
ได้เตรียมมาพูดเป็นเรื่องเป็นราว ผมอยากจะเล่า
ตามรอยหมอประเวศ ผมเรียกคุณหมอประเวศ ไม่
เรียกอาจารย์ประเวศ เพราะคุณหมอประเวศอายุ
น้อยกว่าผม 5 ปี ผมรุ่น 55 คุณหมอประเวศรุ่น 60
จากศิริราช ผมเกิดบ้านนอกเกิดที่จังหวัดร้อยเอ็ด
คุณหมอประเวศเกิดที่จังหวัดกาญจนบุรี แต่ผม
โชคดีหน่อยที่เกิดในเมือง แต่ว่าในเมืองสมัยนั้น
มันไม่เหมือนสมัยนี้ มันเป็นเมืองเล็กๆ จะเล่า
ช่วงหนึ่งให้ฟังเพื่อจะได้เข้าใจการรักษายาบาล
ตอนนั้นผมอายุประมาณสัก... จำไม่ได้ว่าอายุ

(๑)โรงพยาบาลที่อยู่ในความครอบครอง (ซึ่งยึดมาจากชาติศัตรูในช่วงสงคราม) 9 แห่ง คือ โรงพยาบาลแมคคอร์มิค เชียงใหม่, โรงพยาบาลแวนแชนนัวร์
ลำปาง, โรงพยาบาลโอเวอร์บรูค เชียงราย, โรงพยาบาลมิชชันนารี น่าน, โรงพยาบาลเทศบาลมิชชันนารีแพร่, โรงพยาบาลมิชชันนารี ตรัง, โรงพยาบาล
โรคเรื้อรัง เชียงใหม่, โรงพยาบาลโรคเรื้อรัง นครศรีธรรมราช, โรงพยาบาลศรีธรรมราชพยาบาลที่ระยอง (ดู บัญชีรายนามโรงพยาบาลของกรมการแพทย์,
พ.ช. (2)สร 0201.27.2/8)

กระทรวงการสาธารณสุขมีความเห็นว่า โรงพยาบาลประจำจังหวัดที่จะจัดสร้างขึ้นเหล่านี้ควรจัดสร้างเป็นโรงพยาบาลขนาดกลางที่มีเตียงรับผู้ป่วยไว้
บำบัดภายในได้อย่างน้อยเพียง 50 เตียงก่อน และเห็นว่ายังไม่ควรจัดสร้างโรงพยาบาลขนาดเล็ก (มีเตียงอย่างน้อย 25 เตียง) ประจำอำเภอในขณะ
นั้น แต่หากอำเภอใดที่มีชุมชนหนาแน่นก็ให้ค่อยขยายขนาดชั้น 1 หรือชั้น 2 ซึ่งมีประจำอำเภออยู่แล้วเป็นโรงพยาบาลขนาดเล็กขึ้นต่อไปใน
อนาคตนอกจากนี้กระทรวงการสาธารณสุขเห็นว่า ควรโอนโรงพยาบาลในส่วนของเทศบาลให้มาเป็นของรัฐบาลเสียทั้งหมดเพราะ “เกือบทั้ง 15
แห่งอยู่ในสภาพเสื่อมโทรม ช่วยประชาชนได้ไม่เต็มที่ ขยายงานไม่ออก เทศบาลใดมั่นคงสามารถจะรับคืนไปดูแลให้เจริญต่อไปได้ จึงค่อยมอบคืนให้
ในโอกาสหน้า” (ดู พระยาสุนทรพิพิธ รัฐมนตรีว่าการกระทรวงการสาธารณสุข ถึง นายกรัฐมนตรี เรื่องการบูรณะกรมโรงพยาบาล, 30 เมษายน พ.ศ.
2489, พ.ช. (2)สร 0201.27.2/8)

การเสนอให้โอนโรงพยาบาลที่อยู่ในความรับผิดชอบของเทศบาล (ซึ่งโอนไปภายหลัง พรบ.สาธารณสุข หลังพ.ศ. 2475) ทั้งในกรุงเทพฯ และหัวเมือง
เนื่องจาก “ทุกโทรหมและเสื่อมสภาพลงโดยทั่วไป...สมควรที่จะโอนโรงพยาบาลต่างๆ ซึ่งอยู่ในความควบคุมของเทศบาลทุกแห่งมาอยู่ในความ
ควบคุมของกระทรวงการสาธารณสุข เพื่อแก้ไขปรับปรุงและฟื้นฟูงานให้ดียิ่งขึ้น สมเป็นโรงพยาบาลที่จะช่วยบำบัดความเจ็บไข้ได้อย่างเต็มที่ต่อไป”
ได้ถูกกระทรวงสาธารณสุขนำกลับมาเสนอต่อคณะรัฐมนตรีอีกครั้งใน พ.ศ. 2490โรงพยาบาลและสุขาศาลาของเทศบาลที่ถูกเสนอว่าถูกโอนไปยัง
กระทรวงการสาธารณสุข คือ โรงพยาบาลโรคติดต่อเทศบาลนครกรุงเทพ, โรงพยาบาลกลางเทศบาลนครกรุงเทพ, โรงพยาบาลวชิระเทศบาลนคร
กรุงเทพ, โรงพยาบาลเทศบาลเมืองฉะเชิงเทรา, โรงพยาบาลเทศบาลนครเชียงใหม่, โรงพยาบาลเทศบาลเมืองนครปฐม, โรงพยาบาลเทศบาลเมือง
นครราชสีมา, โรงพยาบาลเทศบาลเมืองนครสวรรค์, โรงพยาบาลเทศบาลเมืองภูเก็ต, โรงพยาบาลเทศบาลเมืองราชบุรี, โรงพยาบาลเทศบาลเมือง
ลำปาง, โรงพยาบาลเทศบาลเมืองสงขลา, โรงพยาบาลเทศบาลเมืองนครศรีอยุธยา, สุขาศาลาเทศบาลเมืองกาฬสินธุ์, สุขาศาลาเทศบาลเมืองชัยภูมิ,
สุขาศาลาเทศบาลเมืองเมืองสงขลา, สุขาศาลาเทศบาลเมืองลำพูน, สุขาศาลาเทศบาลเมืองสมุทรปราการ, สุขาศาลาเทศบาลเมืองสุพรรณบุรี, สุขาศาลา
เทศบาลเมืองอุทัยธานี

ต่อมาคณะรัฐมนตรีได้ประชุมเกี่ยวกับเรื่องนี้เมื่อวันที่ 19 ธันวาคม พ.ศ. 2490 และมีมติ “ให้กระทรวงการสาธารณสุขไปทำความตกลงกับกระทรวง
มหาดไทยก่อน” หลังจากนั้น จึงมีหนังสือจากกระทรวงสาธารณสุขถึงเลขาธิการคณะรัฐมนตรีว่า “กระทรวงการสาธารณสุขได้ติดต่อทำความตกลง
ไปยังกระทรวงมหาดไทยแล้ว เป็นอันตกลงกันว่า โดยเฉพาะการขอรับโอนโรงพยาบาลของเทศบาลทั้งในกรุงเทพฯ และหัวเมืองไปให้กระทรวงการ
สาธารณสุขจัดทำเป็นการชั่วคราว เมื่อจัดทำดีแล้วจะได้โอนคืนให้แก่เทศบาลภายหลังการโอนโรงพยาบาลมาจัดทำ กระทรวงการสาธารณสุขจะต้อง
รับโอนทั้งสิทธิและหน้าที่ที่เทศบาลเคยมีอยู่ทั้งหมด และกระทรวงการสาธารณสุขจะต้องรับโอนพนักงานเทศบาลแห่งโรงพยาบาลที่ได้รับโอนมาบรรจุ
ทางกระทรวงสาธารณสุขด้วย เพื่อเป็นการช่วยเหลือพนักงานแต่ในการโอนกิจการของโรงพยาบาลเทศบาลดังกล่าวทางเทศบาลไม่ให้เงินค่าใช้จ่าย
ตลอดจนเงินเดือนของพนักงานเจ้าหน้าที่มาด้วย” จึงเสนอให้คณะรัฐมนตรีรับหลักการ. อย่างไรก็ตาม แม้คณะรัฐมนตรีจะรับหลักการในเรื่องนี้แต่ปัญหา
ในเรื่องการออกพระราชบัญญัติการโอน การโอนพนักงานมานั้นจะได้รับบรรจุเป็นข้าราชการด้วยหรือไม่ เป็นต้น ได้กลายเป็นเรื่องที่ต้องถกเถียงกันยื
เยื้องว่า 2 ปี จึงสามารถทำการโอนได้ และในที่สุดก็มีโรงพยาบาลเพียง 6 แห่งและสุขาศาลาเพียง 4 แห่งเท่านั้นที่อยู่ในสังกัดเทศบาลที่ยอมโอนมาอยู่
ในกระทรวงสาธารณสุข คือ โรงพยาบาลของเทศบาล

เท่าไร แต่อยู่ ม.1 ตอนนั้นมี ป.1 ถึง ป.4 แล้วก็ขึ้น
ม.1 ผมก็อยู่ ม.1 ไม่รู้ว่าอายุเท่าไร บังเอิญบ้าน
ผมเป็นบ้านใหญ่ เป็นบ้านครอบครัวขยาย อยู่
ด้วยกันหลายๆ คน พ่อแม่ตายหมด พี่น้องอยู่ด้วย
กัน เป็นบ้านหลังใหญ่ เผอิญผมเป็นคนสุดท้าย
พ่อแม่มีลูก 10 คน ผมเป็นคนที่ 10 คนที่ 1 ก็อยู่
ด้วยกัน เป็นบ้านหลังใหญ่ คนที่หนึ่งที่สองก็มี
ครอบครัว ก็อยู่ด้วยกันหมด

แล้วมีครวหนึ่งผมก็ป่วย ป่วยด้วยกัน 3 คน
ที่ยากเล่าให้ฟังเพราะว่าเป็นเรื่องประหลาด ผู้ป่วย
3 คน ผมมีศักดิ์เป็นลูกของพ่อแม่สายตรง ส่วน
อีก 2 คน เป็นหลาน 3 ฝ่าย ตัวผมนี่เขาไปเชิญ
หมอซินแสในตลาดมารักษา ส่วนอีกคนหนึ่งนั้น
เขาไปเชิญหมอที่โอสถศาลา แต่ก่อนเรียกโอสถ

ศาลา เชิญหมอโอสถศาลามารักษา ส่วนอีกคน
ไปเชิญหมอบ้านมารักษา ทั้ง 3 คน มีหมอ 3 ชนิด
ส่วนผมที่เขาไปเชิญคุณหมอซินแสมารักษา ก็
คล้ายๆ ผมมีศักดิ์สูงหน่อย เป็นลูกคนสุดท้าย
แล้วก็ไปเชิญหมอจีน หมอแะมา เขาก็มาแะมา
เสร็จเรียบริ้อยก็เขียนใบสั่งยา แล้วก็ไปซื้อยาแล้ว
มาต้ม ต้มใสน้ำสองถ้วยต้มให้เหลืออยู่ถ้วยหนึ่ง
ก็กินยาต้ม ส่วนอีกคนซึ่งเป็นหลาน หลานคนนี้
พ่อแม่เขาได้เรียนหนังสือเขาไปเชิญหมอโอสถ
ศาลามารักษา หมอโอสถศาลาก็มา ผมก็นอน
อยู่ ทั้ง 3 คนนอนอยู่ด้วยกัน หมอแะเมื่อมาแะ
กับผมแล้วก็ไป ส่วนอีกสองคนก็ไม่ได้ดูแล ส่วน
หมออีกคนหนึ่งมาก็มาดูคนที่สอง นอนเรียงกัน
สามคนนี้แหละ หมอจากโอสถศาลาที่มานั้น ผม
ก็จำไม่ได้ว่าเป็นหมอปริญญาหรือเปล่า เขาก็เอา

เมืองนครราชสีมา, โรงพยาบาลของเทศบาลเมืองนครสวรรค์, โรงพยาบาลของเทศบาลเมืองภูเก็ต, โรงพยาบาลของเทศบาลเมืองฉะเชิงเทรา, โรงพยาบาลของเทศบาลเมืองลำปาง, โรงพยาบาลของเทศบาลเมืองสุพรรณบุรี, สุขศาลาของเทศบาลเมืองกาฬสินธุ์, สุขศาลาของเทศบาลเมืองอุทัยธานี, สุขศาลาของเทศบาลเมืองสมุทรปราการ, และสุขศาลาของเทศบาลเมืองตรัง(ดูเอกสารเกี่ยวกับเรื่องนั้นในแฟ้ม หจข. (2) สร 0201.27.2/22 และดูความเห็นเกี่ยวกับสถานภาพของโรงพยาบาลในความดูแลของเทศบาลใน Ben Eiseman, "As I See It," (สำเนาคำแปลชื่อ "เท่าที่ข้าพเจ้าเห็นมา"), หจข. (2) สร 0201.27.2/32)

นโยบายการจัดสร้างโรงพยาบาลให้ครบทุกจังหวัดของรัฐบาลปรีดีปรากูออกมาเป็นรูปธรรมใน "โครงการจัดตั้งโรงพยาบาลและสุขศาลากระทรวงสาธารณสุข" ใน พ.ศ. 2489 ซึ่งมีเป้าหมายที่จะขยายการจัดตั้งโรงพยาบาลตามจังหวัดและสุขศาลาตามท้องที่ให้แก่พรหลาย "เพื่อส่งเสริมช่วยเหลือให้ประชาชนตามท้องที่ต่างๆ ได้รับการบำบัดและป้องกันโรคโดยทั่วถึงยิ่งขึ้น" อย่างไรก็ตามเนื่องจากการจัดตั้งโรงพยาบาลหรือสุขศาลานั้นจำเป็นต้องใช้เงินจำนวนมาก ซึ่งรัฐบาลไม่สามารถรองรับได้ แต่การสร้างโรงพยาบาลให้มีทุกจังหวัดเป็นสิ่งจำเป็นเพราะ "สงครามที่เพิ่งผ่านไปได้ทำให้เกิดโรคภัยไข้เจ็บนานาชนิดอย่างแพร่หลาย ทำให้ประชาชนพลเมืองได้รับความทุกข์ยากจากโรคภัยไข้เจ็บ และ "การที่จะทิ้งไว้ราษฎรต้องผจญกับโรคภัยอยู่เช่นนี้ย่อมเป็นการตัดหนอกำลังของประชาชาติให้เสื่อมลงเป็นลำดับ" กระทรวงสาธารณสุขมีความเห็นว่า "สมควรและจำเป็นที่พวกเราจะต้องร่วมมือกันเพื่อจัดการบรรเทาภัยพิบัติของชาติในประการนี้ให้ลุล่วงไปเป็นขั้นๆ ตามลำดับ โดยจะเร่งรัดไว้มิได้แล้ว" และเสนอให้คณะกรรมการจังหวัด กรมการอำเภอ ช่วยกันพิจารณาเรื่องการจัดตั้งโรงพยาบาลประจำจังหวัดและสุขศาลาประจำอำเภอหรือกิ่งอำเภอ กล่าวคือ

- (1) โรงพยาบาลประจำจังหวัด ถ้าจังหวัดใดยังไม่มีการจัดตั้งให้มีขึ้นหรือที่มีอยู่แล้วแต่สถานที่ยังไม่กว้างขวางพอแก่การ ก็สมควรจัดการต่อเติมให้กว้างขวางพอควรแก่การ
- (2) สุขศาลาประจำอำเภอและกิ่งอำเภอ ปรากฏว่ามีอยู่ทั่วถึงแล้วแต่ที่ประจำตามตำบลยังมีอยู่น้อยแห่งเต็มที่แท้จริงมีชุมชนใหญ่ อยู่อีกมากที่ควรจะมีสุขศาลาประจำแต่ยังไม่มีการจัดตั้งสุขศาลาขึ้นตั้งที่เรียกว่า "สุขศาลาประจำตำบล" แต่มีได้หมายว่าจะต้องจัดตั้งขึ้นให้ครบทุกตำบลมิได้ควรมุ่งหมายจัดตั้งขึ้นในตำบลที่เป็นชุมชนขนาดใหญ่ และส่วนตำบลที่ติดต่อกันใกล้เคียงกันก็ควรจะอาศัยใช้ร่วมกันได้"

นอกจากนี้กระทรวงสาธารณสุขได้เสนอให้แต่ละจังหวัดช่วยกันจัดตั้ง "องค์การกุศลสาธารณสุข" เพื่อช่วยระดมทุนสำหรับจัดตั้งโรงพยาบาลและสุขศาลา โดย "อาศัยความตั้งใจร่วมมือของท้องถิ่นเป็นสำคัญ" กล่าวคือ เสนอให้แต่ละจังหวัดหรืออำเภอเป็นฝ่ายจัดการระดมทุนรอน เพื่อสมทบกับส่วนที่รัฐบาลจะช่วยเหลือให้เพียงพอแก่การที่จะจัดตั้งขึ้น โดยไม่ต้องรบกวนงบประมาณแผ่นดินโดยให้มีการจัดตั้งองค์การกุศลขึ้นเป็นประจำสำหรับการหาเงินให้เป็นทุนตามแบบ "องค์การกุศลสาธารณสุข" ซึ่งกระทรวงการสาธารณสุขจะจัดตั้งขึ้นในส่วนกลางองค์การหนึ่ง สำหรับหาทุนระดมให้ช่วยเหลือจังหวัดต่างๆ ตามความจำเป็น และให้ต่างจังหวัดต่างจัดตั้งขึ้นเป็นประจำสำหรับจังหวัดนั้นๆ แต่ละจังหวัด เป็นส่วนหนึ่งของจังหวัดโดยตรงองค์การกุศลสาธารณสุขที่ว่านี้ควรจะประกอบด้วยบุคคลที่กระทรวงหรือจังหวัดแต่ละจังหวัดจะพิจารณาเชื้อเชิญ แต่งตั้งให้เป็นกรรมการ เพื่อทำหน้าที่ให้คำปรึกษาในการจัดหาเงินทุนระดมโดยวิธีการต่างๆ ตลอดจนการพิจารณาจัดสร้างสถานที่และ "สอดส่องอุปถัมภ์บำรุงกิจการ" ของโรงพยาบาลหรือสุขศาลาในท้องถิ่นนั้นๆ โดยให้เชิญฝ่ายข้าราชการ พ่อค้า คหบดีผู้มีทรัพย์สินหรือ สมาชิกสภาผู้แทนราษฎรและสมาชิกสภาอื่น ๆ ตลอดจนพระสงฆ์ เป็นต้น ให้เป็นกรรมการ โดยไม่ให้มีการเลือกชาติ ชั้น วรรณะ เพศ และให้ถือเอาผู้มีจิตศรัทธาเป็นหลัก (พระยาสุนทรพิพิธ รัฐมนตรีว่าการกระทรวงการสาธารณสุข ถึง คณะกรรมการจังหวัดทุกจังหวัด, เรื่องการจัดตั้งโรงพยาบาลและสุขศาลา, 21 สิงหาคม พ.ศ. 2489, หจข. (2) สร 0201.27.2/8; พระยาสุนทรพิพิธ รัฐมนตรีว่าการกระทรวงการสาธารณสุข ถึง นายกรัฐมนตรี, เรื่องนโยบายการสร้างโรงพยาบาลและสุขศาลา, 31 สิงหาคม พ.ศ. 2489, หจข. (2) สร 0201.27.2/8; และดูระเบียบการองค์การกุศลสาธารณสุข, หจข. (2) สร 0201.27.2/8)

ปรอทวัด เมื่อวัดเสร็จเรียบร้อยแล้วก็ให้กินยาขวด ยาน้ำขวดหนึ่ง อันนี้คือหมอโอสถศาลา ส่วนอีก คนหนึ่งก็ไปเชิญหมอบ้าน หมอบ้านมาก็มาดูมาถาม เสร็จเรียบร้อยแล้วก็ฝนยา เอาข้อมายามา ร่วม ยายาอย่างนี้ เอามาฝนใส่ในหิน เอามาฝนๆ แล้วก็ เอาน้ำใส่ขันรองหิน เสร็จแล้วก็เป่า ว่าคาถาเป่า เป่าจากหัวจนถึงเท้า เป่าแล้วก็ยังทำกระหงไป ให่วีผี สามคนก็รักษามายาอย่างนี้เรื่อยเลย ถ้าผมจะ เล่าให้มันสั้นขึ้น ก็คือหายทั้งสามคนนั้นแหละ แต่ ว่านาน กว่าจะหายก็เกือบเดือน

ตัวผมเองนั้นจำตัวเองได้ คือ เส้นผมนี้ หล่นหมดเลย แล้วก็ต้องตัดเดินใหม่ เป็นไขสูง เลย ผมเมื่อมาเรียนแพทย์เลยรู้ว่า อ้อ...เราเป็น ไทพอยด์ เป็นไทพอยด์ทั้งสามคนเลย แล้วก็รักษากันทั้งสามคน สามหมอก็หายทั้งสามคน แต่ว่ามัน ประหลาด มันตกลงอยู่ที่ว่า มานั่งคิดนี้ดู ผมทรมาน มากเพราะมันกินยาขม ต้มยากินยาขม โอ๊ย..เปื้อน เลย ส่วนอีกคนรักษาหมอโอสถศาลา สบายได้ กินยาน้ำเป็นขวด กินตามเวลา ส่วนอีกคนหนึ่ง ก็สบาย คือหมอก็กินยาเป่า กินยาน้ำขัน ก็อยู่อย่าง นี้รักษากันเดือนหนึ่งหายหมด ที่จริงพอมารเรียน แพทย์ จึงรู้ว่า อ้อเราหายเอง

ผมยังจำได้นะ หมอจีนสั่งห้ามไม่ให้กิน หลายอย่าง อย่างหนึ่งคือไม่ให้กินมะเฟือง ผมจำ ได้ แล้วบังเอิญว่าบ้านนอก เวลาปวดท้องก็ต้อง ไปส้วม ส้วมมันก็อยู่ไกลๆ แต่ก่อนนี้ไม่มีหอรอก ส้วมในบ้าน แล้วก็มันมีต้นมะเฟืองที่บ้านอยู่ข้าง ส้วม ต้นมะเฟืองออกลูกสวยเลย ผมน้ำลายไหล เลยอยากกินมะเฟือง แต่หมอจีนห้ามไม่ให้กิน มะเฟือง ไม่รู้เขาห้ามยังไง ผมก็ทนไม่ไหว ห้าม ก็ห้าม ไปปิดมะเฟืองมากิน เอ้... มานั่งดูมันก็ไม่ เป็นไร ก็แอบกินเลย

แต่ว่าหมอชาวบ้านคนที่ฝนยาเขาให้กิน

กับข้าวยังงៃรู้ใหม่ คือ หมอจีนให้กินข้าวต้ม หมอ โอสถศาลากินอะไรก็ได้ไม่ว่า ส่วนหมอไทยขอ อย่างเดียวต้องกินปลา ปลาตุ๋นบั้ง แล้วก็กิน กล้วยน้ำว่า บ้านผมเรียกกล้วยอี๋อ่อง คือกล้วย น้ำว่า ก็กินอย่างนี้มาเรื่อย ก็หายทั้งสามคน แต่มี ข้อสังเกตอยู่ว่าหมอที่มารักษา เขาไม่เห็นทะเลาะ กันเลยนะ ต่างคนต่างก็รักษากันไป ต่างว่ากันไป ข้อสังเกตที่ว่า หมอจีนที่รักษามันรู้ว่าเสียเงิน มาก ผมจำไม่ได้แล้วว่าเสียเงินเท่าไร แต่รู้สึกละ เสียเงินมาก ส่วนหมอโอสถศาลาก็เสียเงินแต่ไม่ มาก แต่หมอพื้นบ้านนี้เสียเงินน้อยไม่ได้เสียอะไร เลย บางที่ผมนอนอยู่ ผมมีศักดิ์เป็นลูกคนโตผมก็ มีสิทธิ์ เวลาหมอชาวบ้านที่ฝนยามารักษาอีกคน หนึ่ง ผมนอนอยู่ผมก็เห็นเขาเป่านะ ผมก็ไปบอก เป่าให้ผมบ้างซิ เขาก็เป่าให้ เวลาเป่ามันเป่าแรง นะครับเป่าตั้งแต่หัวลงไป หัวอ้อ... รู้สึกมันเย็นดี เหมือนกัน มันเย็นดี

นี่เล่าเรื่องแต่ก่อนนี้ให้ฟังนะ มีอีกอย่าง หนึ่งก็คือว่า หมอชาวบ้านนี้ให้กินจิ้งจกนะ จิ้งจก ที่อยู่ตามฝา ไปตีมาบั้งให้กิน ไม่วาไม่วา ก็กิน คือ มันแล้วแต่หมอสั่ง แต่ว่าทั้งหมดทั้งสามคนก็หาย นี่เล่าเรื่องตอนที่เป่าเด็กๆ ให้ฟัง

แต่กลับมาถึงอีกเรื่องหนึ่งที่คุณหมอโกมาตร พูดถึงเรื่องว่าจะเก็บเอกสารในจดหมายเหตุ ผมก็นั่งคิด ฟังดูเมื่อก็ก็นั่งคิด ผมเป็นคนชอบ บันทึก ผมบันทึกของผมเรื่อย ผมเริ่มบันทึกตั้งแต่ ผมเป็นนักเรียนแพทย์ ผมก็บันทึกตั้งแต่ปีที่ 1 ไป ชอบผู้หญิงก็บันทึก ดังนั้นผมจึงสงสัยจะไปเก็บ เอกสารของผมมาได้มัน เพราะมันมีเรื่องส่วนตัว จริงๆ นะ คือผมโกธรใคร ผมก็มาบันทึกนะ ผมชอบใคร ผมก็มาบันทึกของผม ที่นี้ถ้าเผื่อเอา ใ้อันนี้มาเก็บในหอสมุด มันจะเข้าที่หรือ ผมปรึกษา นะ แต่อีกประการหนึ่งที่ผมสนใจก็คือว่า ใ้อสมุด บันทึกของผมมันสูงขนาดนี้ได้ละ ผมลองไปดูเล่ม

แรกๆ กระดาษมันเปื่อยแล้วนะ แล้วสีที่เขียนไว้ก็
ซึกจะเลือนๆ หดแล้ว เวลาจะเปิดออกมามันก็
ต้องค่อยๆ เปิด พอผมไปเปิดดูครั้งสุดท้าย ผมก็
มานั่งคิดของผมคนเดียวนะ ถ้าผมตายแล้ว ลูก
เต๋ามันคงเอาไปขายแจ็กแฉๆ เลยไม่มีปัญหา แล้ว
ถ้าคุณเอามาเก็บที่นี้แล้วถ้าใครมาเปิด เอ๊ะ ผมดำ
คนโน้นคนนี้ มันก็แยช อย่างนี้จะเอาอย่างไร สุดท้าย
มันก็อย่างที่คุณหอมประเวศว่า มันเป็นมหากาพย์
มันเขียนได้หมด ผมไม่ชอบใคร ผมไม่ชอบใคร ไป
จับใครยังงั้น ผมเขียนของผมไว้หมด แล้วจะเอามา
จดหมายเหตุมันไม่สมควร อย่างนี้มันจะได้หรือ

ไหนๆ คุณแล้ว ผมขอเพิ่มเติมอีกนิด ผม
เห็นความสำคัญของการจดบันทึก เพราะผม
บันทึกของผมมาเรื่อย พอผมอายุมากเข้าๆ
การบันทึกนี้ก็ห่างออกๆ เพราะรู้สึกว้า แต่ก่อน
นี่เหตุการณ์ต่างเปลี่ยนแปลงไม่ค่อยเร็วนะ พอ
มาถึงเดี๋ยวนี้เหตุการณ์มันเปลี่ยนเร็ว มันเร็วมาก
บันทึกไม่ค่อยไหว เข้าตั้งนายกเย็นปลดละ มัน
บันทึกไม่ได้ คือแต่ก่อนเหตุการณ์มันชัดเจน ไม่
ค่อยเปลี่ยนแปลง พอมาถึงสมัยนี้เหตุการณ์เปลี่ยน
เร็ว เพราะฉะนั้นอาทิตย์หนึ่งบันทึกทีหนึ่ง เดือน
หนึ่งบันทึกทีหนึ่งบางทีตอนท้ายๆ มานี้ประมาณ
4-5 เดือน ถึงจะบันทึก เพราะว่าเหตุการณ์มัน
เปลี่ยน บันทึกปุ๊บ เดียวมาเปลี่ยนละ แต่ยังไง
ก็ตามผมเห็นว่า บันทึกนี้ดี ผมเป็นผู้อำนวยการ
โรงพยาบาลสระบุรีมาเมื่อปี 2495 จนถึงปี 2516
ผมอยู่นานนะ มีผู้ว่าราชการจังหวัด 8-9 คน ผม

เห็นความสำคัญของบันทึก ผมเลยทำ ผมใช้คำ
ว่า “ปุม” ปอ-สระ-อุ-มอ คือผมเห็นเรือเขามีปุมเรือ
เขามีบันทึกของเขาเป็นปุมเรือ ผมก็เลยดัดจริต
เขียนว่า “ปุมโรงพยาบาลสระบุรี” ผมทำไว้อย่าง
ดีเลยนะ สมุดก็ทำดี กระดาษก็อย่างดี เพราะ
ผมดูของผมที่ผมเขียนของผมเอง กระดาษมัน
ไม่ค่อยดี ผมเริ่มเอากระดาษดีๆ แล้วเขียนด้วย
“อินเดียอินค” [Indian Ink]²⁹ คำว่า “อินเดีย
อินค” คนสมัยใหม่จะเข้าใจหรือเปล่าไม่ทราบนะ
ผมเขียน แล้วผมก็แข่งไว้โน้นนั่นด้วยนะ คือผม
บันทึกไว้แล้วก็แข่งว่า ผู้อำนวยการโรงพยาบาล
ต่อไปจะต้องมาบันทึกนะ ถ้าไม่มาบันทึกมันจะ
เป็นอย่างงั้นๆ ผมแข่งไว้ แต่ตอนท้ายๆ นะ ก็ไม่มี
คนมาบันทึก ใจคำแข่งของผมคงไม่มีประโยชน์
อะไร แต่ยังไงก็ตาม ที่เล่าเรื่องนี้ให้ฟังก็เพราะว่า
พวกเราไม่ชอบบันทึกจริงๆ ทั้งๆ ที่สั่งไว้แล้วว่า
ผู้อำนวยการปีหนึ่งต้องบันทึกทีหนึ่งนะ ก็ไม่ค่อย
บันทึก เพราะว่าเขามีงานเยอะหรือยังไงไม่ทราบ
ไฉนนั้นเป็นเรื่องบันทึกนะครับ

เมื่อตะกี้ี้พูดถึงเรื่องจอมพลแปลก ผม
บันทึกไว้ ที่น่าสนใจคือ อย่างที่คุณหอมประเวศ
พูดว่า แต่ก่อนนี้โรงพยาบาลจังหวัดมีไม่ทุก
จังหวัดหรอกก็ใช่ ตอนที่ผมไปเป็นผู้อำนวยการ
โรงพยาบาลมหาสารคามปี 2494 โรงพยาบาล
จังหวัดยังมีไม่ครบทุกจังหวัดนะ มีเยอะแยะเลย
ที่ไม่มีโรงพยาบาล³⁰ ที่นี้จอมพลแปลกเป็นนายกรัฐมนตรี ถ้าใครเป็นนักเรียนสมัยจอมพลแปลก

29 หมึกสีดำชนิดหนึ่ง มีคุณสมบัติกันน้ำได้และสีเข้มชัด

30 ในหนังสือจากรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขถึงรัฐมนตรีว่าการกระทรวงมหาดไทยเมื่อเดือนกรกฎาคม พ.ศ. 2490 ระบุว่าในขณะนั้นยังไม่มี
โรงพยาบาลที่อยู่ในสังกัดกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข ที่เปิดรับบำบัดโรคทั่วไปอีก 41 จังหวัด คือ กระบี่ กาญจนบุรี กำแพงเพชร ขอนแก่น
ชัยนาท ชัยภูมิ ชุมพร ตราด นครนายก นครศรีธรรมราช บุรีรัมย์ ปทุมธานี ประจวบคีรีขันธ์ พังงา พัทลุง พิจิตร เพชรบุรี เพชรบูรณ์ มหาสารคาม
แม่ฮ่องสอน ยะลา ระยอง ราชบุรี ลพบุรี ลำพูน เลย ศรีสะเกษ สกลนคร สตูล สมุทรปราการ สมุทรสงคราม สมุทรสาคร สระบุรี สิงห์บุรี สุโขทัย
สุราษฎร์ธานี สุรินทร์ อ่างทอง อุตรดิตถ์ อุทัยธานี, อุทัยศักดิ์ เนืออกสม, **เชื้อโรค ร่างกาย และรัฐเวชกรรม**, 260-1.

ภาวะขาดแคลนโรงพยาบาลตามหัวเมืองต่างจังหวัดทำให้รัฐบาลหลังสงครามโลกครั้งที่ 2 พยายามผลักดันให้ท้องถิ่นช่วยกันจัดหาทุนเพื่อสร้างโรง
พยาบาลประจำจังหวัดของรัฐบาลแต่ก็ไม่ได้ก่อให้เกิดผลในทางปฏิบัติได้มากนักเพราะในที่สุดแล้วสามารถจัดสร้างโรงพยาบาลประจำจังหวัดขึ้นโดย
การช่วยกันจัดหาทุนของประชาชนในท้องถิ่นเองได้เพียง 2 แห่ง คือ โรงพยาบาลสุโขทัย และโรงพยาบาลชลบุรี (พ.ศ. 2491)นอกจากนี้ปรากฏว่าโรง
พยาบาลประจำจังหวัดที่ถูกจัดตั้ง/จัดสร้างขึ้นภายหลังจากนั้นถ้าไม่ใช่เป็นการโอนสวคาลาชั้นหนึ่งของกรมสาธารณสุขมาดำเนินการยกฐานะขึ้นเป็น
โรงพยาบาล (พ.ศ. 2492: โรงพยาบาลสมุทรสงคราม, โรงพยาบาลยะลา, โรงพยาบาลศรีสะเกษ, และโรงพยาบาลสตูล)ก็เป็นโรงพยาบาลที่ได้รับการ

นี้จะเข้าใจนะ ตอนนั้นหนังสือพิมพ์ออกมา เขาจะเขียน “เชื้อผู้นำชาติพันธุ์” จะเขียนไว้เลย “เชื้อผู้นำชาติพันธุ์ ผู้นำไปทางไหนเราไปทางนั้น” ต้องเชื้อผู้นำหมด แล้วจอมพลแปลกนี้ เขามาทำลัทธิชาตินิยม ค่อนข้างจะแรง ผมต้องเป็นยุวชนนะ³¹ นักเรียนตั้งแต่ ม.1 ขึ้นมาจนถึง ม.3 เป็นลูกเสือ จาก ม.3 ขึ้นมาถึง ม.6 เป็นยุวชน แล้วพอมามาเข้ามหาวิทยาลัยก็เป็นยุวชนนายทหาร ผมเป็นยุวชนตลอดเลย พอมามาเข้าเป็นนิสิตจุฬาฯ ก็เป็นยุวชนนายทหาร ต้องรักชาติ ต้องเชื่อถือผู้นำที่นี้เมื่อผู้นำไปทางไหน เอาทางนั้นเลย แล้วตอนนั้นสงครามอินโดจีนด้วย³² จำได้ไหม สงครามอินโดจีน ยิ่งปลุกเร้าความรักชาติขึ้นมา ผมก็เป็นยุวชนนายทหารตอนนั้นเป็นยุวชนทหารม้า จังหวัดร้อยเอ็ดมันมีม้า ก็เลยต้องไปหัดขี่ม้า ถือปืนหัดขี่ม้า เรื่องนี้ก็สำคัญ

จะเล่าเรื่องจอมพลแปลก แล้วมาเกี่ยวกับคุณหลวงนิത്യ³³ คือจอมพลแปลกเนี่ยท่านเป็นนายกรัฐมนตรี ท่านชอบคุณหลวงนิത്യซึ่งเป็นหมอที่ชอบกันเพราะอะไรรู้ไหม เพราะชอบเล่นไพ่ ไพ่ตองนะ ผมรู้ดี เพราะว่าเขาเล่นไพ่ตองกันเล่นไปเล่นมาคุณหลวงนิത്യก็บอกจอมพลแปลก

ให้สร้างโรงพยาบาลมากขึ้น ตอนนั้นอาจารย์เสมอยู่ที่เชียงใหม่ มันแปลกอยู่อย่างหนึ่งที่ว่าจอมพลแปลกเนี่ยเขาชาตินิยมมาก เขาอยากให้ประเทศไทยเป็นประเทศมหาอำนาจ การที่จะเป็นประเทศมหาอำนาจนั้นจะต้องมีพลเมืองเยอะๆ จอมพลแปลกก็คิดว่า ประเทศเราตอนนั้นมีประชากรประมาณสิบล้าน ผมจำได้ ตอนนี้เป็นนักเรียนดูเหมือนจะมี 7-8 ล้านเท่านั้นเอง ที่จำได้เช่นนี้ก็เพราะว่าตอนอยู่ต่างจังหวัดเขาเมืองฉลองรัฐธรรมนูญ แล้วโรงเรียนจะมาออกบ้านเขาทำคนหัวล้านแล้วก็เขียนเลขเจ็ดว่ามีคนเจ็ดล้าน แต่ก่อนนี้มีคนน้อย จอมพลแปลกนี้ชาตินิยมอยากจะทำให้ประเทศเป็นประเทศมหาอำนาจ เป็นประเทศมหาอำนาจต้องมีพลเมืองมาก ที่นี้จะมีพลเมืองมากนั้นต้องเกิดแล้วไม่ตาย เพราะเกิดแล้วมันตายเยอะ ตอนนั้นถ้าเกิดแล้วไม่ตายก็ต้องสร้างโรงพยาบาลหญิงลี ตอนนั้นอาจารย์เสมอยู่ที่เชียงราย คุณหมอลวงนิത്യฯ กับจอมพลแปลกคิดกันเรื่องอยากจะทำให้มีพลเมืองมาก³⁴

ผมจำได้เลยตอนนั้นนะ ข้าราชกรวันพุธ แต่ตอนนั้นผมยังไม่เป็นข้าราชการ ข้าราชกรวันพุธ เขาให้หยุดเพื่อไปร่วาง ให้ร่วางเพื่อที่จะให้

ประมาณจัดสร้างจากรัฐบาลเองทั้งสิ้น (ดู “ผลการปฏิบัติงานในด้านการบำบัดโรค” เอกสารแนบใน พระยาภิรักษ์เวษชกร รัฐมนตรีว่าการกระทรวงการสาธารณสุข ถึง เลขาธิการคณะรัฐมนตรี เรื่องผลการปฏิบัติงานในด้านสาธารณสุข, 10 มิถุนายน พ.ศ. 2493, หจข. (2)สร 0201.27/31) กล่าวคือใน พ.ศ. 2492 กระทรวงสาธารณสุขได้งบประมาณสร้างโรงพยาบาลเพิ่ม 6 แห่ง คือ โรงพยาบาลเพชรบุรี, โรงพยาบาลระยอง, โรงพยาบาลมหาสารคาม, โรงพยาบาลสุรินทร์, โรงพยาบาลขอนแก่น, โรงพยาบาลอุดรธานี; และใน พ.ศ. 2493 ได้งบประมาณสร้างโรงพยาบาลเพิ่มอีก 4 แห่ง คือ โรงพยาบาลกระบี่, โรงพยาบาลชัยภูมิ, โรงพยาบาลตราด, และโรงพยาบาลอำเภอโพธาราม ราชบุรีแม้กระทั่งใน พ.ศ. 2493 จะยังไม่มีโรงพยาบาลครบในทุกจังหวัดแต่กล่าวได้ว่าสถานการณ์เกี่ยวกับโรคขาดแคลนสถานพยาบาลในประเทศไทยได้เปลี่ยนแปลงไปอย่างมากจากสภาพก่อนหน้านั้น กล่าวคือ มีโรงพยาบาล 24 แห่ง, สุขศาลาชั้น 1 จำนวน 102 แห่ง, สุขศาลาชั้น 2 จำนวน 445 แห่ง, แผนกสาธารณสุข 71 แห่ง (ดู “บัญชีโรงพยาบาลและสุขศาลาที่เปิดวงเงินเชื่อ” เอกสารแนบใน พระยาภิรักษ์เวษชกร รัฐมนตรีว่าการกระทรวงการสาธารณสุข ถึง เลขาธิการคณะรัฐมนตรี เรื่องขอเพิ่มเงินทุนหมุนเวียนเวชภัณฑ์, 8 พฤศจิกายน พ.ศ. 2493, หจข. (2)สร 0201.27.3/3)

31 หมายถึง ยุวชนทหารรัฐบาลได้ก่อตั้งขึ้นหน่วยยุวชนทหาร ขึ้นเมื่อ พ.ศ. 2479 โดยมีกระทรวงกลาโหมเป็นผู้รับผิดชอบฝึกวิชาทหารให้แก่ นักเรียน นิสิต นักศึกษา และเกิดเป็นกองกำลังทั้งทหารขึ้นซึ่งเชื่อว่า เป็นนโยบายที่กระทำตามอย่างการฝึกยุวชนนาซีของเยอรมนีและอิตาลี. ดูรายละเอียดเกี่ยวกับการเป็นยุวชนทหารของนายแพทย์บรรลุ ศิริพานิช และบรรณาการในยุวชาตินิยมของจอมพล ป. พิบูลสงครามได้ในสันติสุข โสภณสิริ, **ลูกผู้ชายชื่อ บรรลุ** (กรุงเทพฯ: มูลนิธิแพทย์ชนบท, 2548), 9-19.

32 สงครามอินโดจีน ณ ที่นี้หมายถึงสงครามที่ไทยประกาศสงครามกับฝรั่งเศสอย่างเป็นทางการในเดือนมกราคม พ.ศ. 2484 ในระหว่างการเกิดสงครามโลกครั้งที่ 2 เพื่อเรียกร้องเอาดินแดนที่เคยเสียไปในช่วงวิกฤตการณ์ ร.ศ.112 สมัยรัชกาลที่ 5 คืนกลับมา ดูรายละเอียดได้ใน ชาลี เอี่ยมกระสินธุ์, **ศึกอินโดจีน: กรณีพิพาทไทยกับอินโดจีนฝรั่งเศส พ.ศ. 2483** (กรุงเทพฯ: บริษัทต้นอ่อนแกรมี่, 2540) และกรณี ร.ศ.122 ดู Thongchai Winichakul, **Siam Mapped: A History of the Geo-Body of a Nation** (Honolulu: University of Hawaii Press, 1994).

33 หมายถึง พันโทนายแพทย์นิത്യ เวชชวิศิษฎ์ อดีตอธิบดีกรมการแพทย์ พ.ศ. 2485-2501

34 ดู ทวีศักดิ์ เผือกสม, **เชื้อโรค ร่างกาย และรัฐเวชกรรม**, 176-199.

แต่งงานกัน เพื่อจะได้มีประชากรมากๆ ผมจำได้ก็ เพราะพี่สาวผม พี่สาวผมเป็นคนหนึ่ง ผมเป็นคน ที่ลืบ เพราะฉะนั้นมันห่างกันยาวนาน พี่สาวผมได้ รับรางวัลมีลูกมาก ถ้าใครมีลูกมากได้สิทธิหลาย อย่างนะ หนึ่งในรถไฟก็ครั้งราคา สองถ้าเกิดมี อะไรเขาก็ให้สิทธิ อยากจะให้คนมีลูกมากๆ³⁵ ถ้าอยากให้คนมีลูกมากๆ ก็ต้องทำโรงพยาบาล แม่และเด็ก โรงพยาบาลหญิง และโรงพยาบาล หญิงพอทำเสร็จก็เชิญอาจารย์เสมมาเป็น ผู้อำนวยการโรงพยาบาลหญิง อยากให้คนคลอด ไม่ตาย อยากให้มีคนมากๆ

ผมก็นั่งคิดดูนะ พอมาเป็นหมอเช้า เอ... คนมันมากเข้ามาเข้ามา คิดๆ ดูแล้วเราเป็นหมอนี้มันเป็นเหยื่อของผู้มีอำนาจนะ เขาอยากให้ ทำอะไรก็ทำ เขาอยากให้มีลูกมากก็เร่งๆ ให้มี ลูกมาก พอมีลูกมากเข้าก็กลัวอีก พวกหมอชัก กลัวแล้วตอนนั้น เพราะว่ามีลูกมาก ก็จะวางแผน ครอบครัวยุค ตอนนั้นผมเป็นหมอแล้ว ผมเป็นหมอ ผมก็อยากจะวางแผน เอ มีลูกมากมันไม่ไหว แต่ รัฐบาลตอนนั้นเรื่อยมาจนถึงจอมพลประภาส ไซ ไหม จอมพลประภาส จอมพลสฤษดิ์ เราก็ไปบอก ว่าต้องวางแผนครอบครัว ต้องวางแผนครอบครัว จอมพลประภาสบอกไม่ต้องวางแผนครอบครัว หรืออก เพราะแกบอกว่า จุลินทรีย์หรือแบคทีเรีย ย้ำมันอยู่ด้วยกันมากมันก็กินกันหมด มันไม่มาก หรือก มันวางแผนของมันเองไซ้ไหม ผมยังจำได้ ไม่ต้องวางแผน คนมันมากมันฆ่ากันเอง ตายเอง ไม่ต้องวางแผน มันไม่มากหรือก แต่เราก็พยายาม

ไปบอกนักการเมืองว่า ต้องวางแผนครอบครัว ตอน นั้นสุดท้ายฝ่ายเรา ฝ่ายหมอชนะ จนสุดท้ายมีการ วางแผนครอบครัว³⁶ ที่ผมคิดเรื่องนี้ก็เพราะว่า เรา นั้นมันเบ๊เขาอะ เขาบอกให้ทำอะไรก็ทำ เขาบอกให้ เพิ่มก็เพิ่ม พอเพิ่มเสร็จแล้วเขาบอก เอ้ย..คนมันจะ มาก เอ้าวางแผน ก็วางแผน แล้วที่นี้ยังงัย พวกหมอนั้นก็เป็นเบ๊เขา ไม่ใช่เป็นนายเขา เขาให้ทำอะไรก็ ทำไปเรื่อย ด้วยความที่...ไม่รู้จะพูดงัย

มีอีกตอนหนึ่งที่ผมคิดว่าน่าสนใจ ตอน นั้นผมเป็นนักเรียนแพทย์อยู่ชั้นปีที่ 1 เป็นตอนที่ ในหลวงถูกกระสุนปืน ในหลวงรัชกาลที่ 8 สวรรคต ตอนนั้นเราก็ตกใจหมดเลยนะ ความ รู้สึกคนไทยนี้แปลก พอบอกว่าพระเจ้าแผ่นดิน สวรรคตก็ตกใจ จะอยู่งัย พอเข้าเรียน ชั่วโมง “Anatomy” [กายวิภาคศาสตร์] อาจารย์ หมอสุด³⁷ มาเล่าให้ฟัง บอกว่าได้เข้าไปชันสูตร ในหลวงว่า ลูกกระสุนปืนตอนเข้านั้นมันเล็กตอน ออกมันใหญ่ แล้วก็มือของปากกระบอกปืนจ่อ อยู่ ตอนนั้นผมเป็นนักเรียนแพทย์ไม่ค่อยรู้เรื่อง อะไรเลย แต่รู้สึกว่าจะต้องรู้เรื่องนี้ แต่สุดท้ายก็ ไม่รู้ จนปัจจุบันนี้หมอมือที่เข้าไปดูในหลวงตอนนั้นก็มี อาจารย์หมอสุด อาจารย์หมอมวย³⁸ ไม่ได้เข้าไป อาจารย์หลวงนิติเวชก็เคยไปเป็นที่ปรึกษา และ อีกคนอาจารย์หมอฝน³⁹ แต่โดยสรุปแล้วนักเรียน แพทย์ตอนนั้นนะ มานั่งคิด บังเอิญผมไปดูหนัง นักเรียนแพทย์อยู่ที่ศิริราชไม่มี “entertainment” อะไร ก็เลยต้องมาดูหนังเฉลิมกรุง ซ้ำมพากมาก ี่นั่งสามล้อมาเฉลิมกรุง มาดูหนังที่เฉลิมกรุง

35 ดูเรื่องการณรงค์ให้มีลูกมากสมัย จอมพล ป. พิบูลสงครามใน ก้องสกุล กวินวิฑูล, “การสร้างร่างกายพลเมืองไทยในสมัยจอมพล ป. พิบูลสงคราม” (วิทยานิพนธ์สังคมวิทยาและมานุษยวิทยาฉบับต้นติง สาขาวิชามานุษยวิทยา, มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, 2545).

36 ดู ชัยยนต์ ประดิษฐ์ศิลป์, **เศรษฐศาสตร์การเมืองของการปฏิวัติขนาดครอบครัวในประเทศไทย** (กรุงเทพฯ: ศูนย์วิจัยและผลิตตำรา มหาวิทยาลัย เกริก, 2542).

37 หมายถึงนายแพทย์สุด แสงวิเชียร ต่อมาในภายหลังนายแพทย์สุดได้ตีพิมพ์หนังสือเรื่อง **เมื่อข้าพเจ้าเข้าไปเกี่ยวข้องกับกรณีสวรรคต** (กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์พี.พี.ที.เอส, 2529) และบุตรของนายแพทย์สุด คือ สรรใจ แสงวิเชียร ก็ได้เขียนหนังสือเกี่ยวกับเรื่องนี้ต่อมาเล่มหนึ่งร่วมกับ วิมลพรรณ ปัดธวัชชัย เรื่อง **กรณีสวรรคต 9 มิถุนายน 2489** (กรุงเทพฯ: แหล่งพิมพ์เสรีโบ, 2517).

38 หมายถึง ศาสตราจารย์นายแพทย์อวย เกตุสิงห์

39 หมายถึง ศาสตราจารย์นายแพทย์ฝน แสงสิงแก้ว

ธรรมดาเฉลิมกรุงเวลาจะฉายหนังนี้ ไม่รู้ได้ยวนี้ เขาทำอย่างนั้นหรือเปล่า ฉายหนังมันต้องฉายสีต่างๆ ไซ้ใหม่ ฉายสีโน้นสีนี้สวย พอไฟดับมีดลงมาในศาลาเฉลิมกรุง มันมีคนตะโกนเลย “หลวงประดิษฐไพเราะ ในหลวง” มีคนตะโกน ผมก็เอ๊ะใครตะโกน แต่โดยสรุปก็คือ ช่วงนั้นจิตใจไม่ค่อยดีเลยที่เล่าให้ฟังอย่างนี้ก็เหมือนกับช่วงนั้นะจิตใจก็ไม่ค่อยดีเลย เหมือนกับแต่ก่อนนั่นเลย

ผมเล่าไม่ปะติดปะต่อนะคิดยังไงก็เล่าให้ฟัง ตามที่เล่าเรื่องนี้ก็เพราะว่า หลวงนิเวศน์สนิทกับจอมพล ป. จะเอาอะไรก็ได้ เพราะฉะนั้นกิจการบ้านเมืองนั่นสำคัญที่ผู้มีอำนาจจริงๆ นะ จอมพล ป. นั่นผมว่าท่านเป็นคนมีอารมณ์โรแมนติก ท่านชอบไปลพบุรีแล้วก็ผ่านมาที่พระพุทธรบาท แล้วผ่านก็มาสระบุรี พอมาพุทธรบาทท่านก็มาสร้างโรงพยาบาลพุทธรบาท แล้วพอมาสระบุรีเห็นที่เขาถูกหนึ่งที่อยู่ตรงนั้น ท่านเป็นทหารท่านก็คิดแต่เรื่องป้องกัน ท่านบอกตรงนี้เป็นชัยภูมิสำคัญที่จะต่อสู้ให้กองทัพอยู่ตรงนั้น เวลาท่านเข้าสระบุรี เห็นใหม่มีกองทหารอยู่ตรงนั้น นี่มันเป็นเรื่องของผู้มีอำนาจในตอนนั้นนะครับ ผมคิดว่าผมคอแห้งแล้ว ผมให้คนอื่นพูดดีกว่า

นพ.โกมาตร : เชิญครับ อย่างไรก็ตามก็ได้ครับ ไม่ต้องเรียงก็ได้ครับ ใครคิดว่าอยากจะช่วยเสริมประวัติศาสตร์ความทรงจำในส่วนไหน ไม่ต้องลำดับเวลาก็ได้ครับ เดียวก็จะเอาไปเรียบเรียงกันขึ้นมาอีกทีหนึ่งครับ คุณพ่อเสมครับ สมัยที่ไปบุกเบิกโรงพยาบาลเสวยราย ไปทำงานกันยังงี้ครับสมัยนั้น คงจะห่างไกลการคมนาคมพอสมควรครับ

ศ.นพ.เสมอ : ผมเป็นคนเกิดกรุงเทพฯ เกิดที่ถนนรองเมือง ซอย 4 แล้วในซอยที่ผมอยู่ก็มีหมอสำคัญอยู่ 4-5 ท่านด้วยกัน มีคุณพระชาญวิเวชช⁴⁰ มีพระเชษฐวาท⁴¹ มีพระบรรจงพยาบาล⁴² แล้วก็เลยทำให้เด็ก ๆ ในซอยอยากจะเป็นแพทย์

นพ.โกมาตร : อยู่ในซอยเดียวกันเลยหรือครับ

ศ.นพ.เสมอ : ไม่ใช่ครับ มันมี 4 ซอย ถนนรองเมือง ซอย 1 ซอย 2 ซอย 3 ซอย 4 ผมอยู่ซอย 4 พระชาญ ท่านอยู่ซอย 1 พระบรรจงพยาบาลก็อยู่นั้น พระเชษฐวาทอยู่ซอยเดียวกับผม เราก็เลยอยากจะเป็นแพทย์ เพราะฉะนั้นเมื่อผมสำเร็จแพทยศาสตร์แล้ว ผมก็บอกตัวเองว่า เราเกิดกรุงเทพฯ เห็นแต่กรุงเทพฯ ที่อื่นไม่เคยเห็นเลย แล้วมันเกิดมาทำไมอย่างนี้ ไม่ยุติธรรม อะไรก็มี สมัยผมเกิดมานั้นไม่มีไฟฟ้า ไม่มีประปา ไม่มีถนน ไปไหนก็ใช้เท้านี้แหละเดิน ธรรมดา ผมเดินจากถนนรองเมืองไปศิริราชเดินทุกวันอย่างนั้นเวลาไปเรียนหนังสือ เพราะว่าไม่มีรถอะไรวิ่งไปที่ตรงกับที่เราต้องการ ผมก็อาสาไปที่บ้านนอก

ตอนนั้นมันเกิดเปลี่ยนการปกครอง 2475 หลักของการเปลี่ยนแปลงการปกครองเขาบอกหนึ่งต้องมีอาหารกินให้ได้ ข้อนี้สำคัญมาก อันที่สองต้องมีงานทำ อันที่สามต้องมีการศึกษา อันที่สี่ต้องมีการรักษาพยาบาล อันที่ห้าถึงจะมาพูดเรื่องเสรีภาพ⁴³ มาในปัจจุบันนี้ มันเอาเสรีภาพมาเป็นหนึ่งทีเดียว ข้าวปลาอาหารมีกิน ไม่มีกินไม่สำคัญขอให้เสรีภาพอย่างเดียว อันนี้

40 พระชาญวิเวชช หรือ นายแพทย์แสง สุทธิพงษ์ อดีตอธิบดีกรมสาธารณสุข และอดีตรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข

41 พระเชษฐวาทหรือ นายแพทย์ ศีตะจิตต์ สำเร็จการศึกษาแพทย์จากศิริราชเมื่อ พ.ศ. 2458 ก่อนจะจบปริญญาเอกทางสาธารณสุขศาสตร์จากมหาวิทยาลัยจอนส์ ฮอปกินส์ เคยดำรงตำแหน่งหัวหน้ากองโรคระบาด อดีตอธิบดีกรมสาธารณสุข และต่อมาขึ้นดำรงตำแหน่งเป็นปลัดกระทรวงสาธารณสุข

42 พระบรรจงพยาบาล เคยมาดำรงตำแหน่งเลขาธิการกองการประกอบโรคศิลปะ

43 ดูรายละเอียดในเชิงอรรถที่ 9

แหละครับน้องๆ ทั้งหลายขอให้คิดดูนะ หลักของการเปลี่ยนแปลงการปกครองวันที่ 24 มิถุนายน หลักเขาดีมากๆ แล้วคนที่จะทำการเปลี่ยนแปลงการปกครองตอนนั้นก็มี 3 ป. [คือ] หนึ่ง ป. แปลก สอง ป. ปรีดี สาม ป. ประยูร ภมรมนตรี⁴⁴ [ซึ่งเคยเป็น] รัฐมนตรีของเราคนหนึ่ง⁴⁵ เด็กสามคนนี้ไปเรียนที่เมืองนอกได้ทุน ก็ไปอยู่ที่ประเทศฝรั่งเศส พระองค์เจ้าจรูญฯ⁴⁶ เป็น “Ambassador” [เอกอัครราชทูต] แล้วก็ถึงผมเป็นคนบันทึกให้พระองค์เจ้าจรูญฯ ท่านก็เขียนจดหมายมาถึงรัชกาลที่ 6 ว่ามีเด็กสามคนนี้ต้องระวังมากนะ เด็กสามคนชื่อ ป. มันจ้ำจายจ้ำนะให้ระวัง แล้วก็ต้องระวังจริงๆ อย่างที่ว่าด้วย เหตุการณ์มันก็จะเกิดขึ้นตอนนั้นนะ ความจริงเขาอยากจะทำวันที่เปิดสะพานข้ามแม่น้ำเจ้าพระยา คือวันที่ 1 เมษายน 2475 เขามาคิดคิดว่า ตอนนั้นเหมือนรัชกาลที่ 7 จะไปเปิดมันก็ต้องมีทหารมีอะไรคอยดูแลอยู่ มันต้องเสียเลือดเนื้อแน่นอน เขาก็เลยเปลี่ยนมาเป็นวันที่ 24 มิถุนายน 2475 ที่เขาเปลี่ยนเพราะเหตุอย่างว่านี่ ที่นี้ในกาที่เขาย้าย ทั้งสามคนเขามีความเห็นว่าเขาควรพยายามที่จะทำอะไรหนอให้ทุกอย่างมันอย่างรุนแรง อย่าต้องมีเสียเลือดเสียเนื้อกัน เขาก็ได้คิดเมื่อ พ.ศ. 2454 เขามีการเปลี่ยนแปลงการปกครองในประเทศไทย⁴⁷

ตอนนี้ผมก็บอกว่าเอ... ผมเกิดในกรุงเทพฯ มีพี่ชายน้องชาย อะไรต่างๆ เหล่านี้อยู่ที่นี้ทั้งนั้น ผมควรจะออกไปรับราชการบ้านนอกดีกว่า ตอน

นั้นถ้าผมเข้าทหารบก เขาให้ผมเรียนสองปีผมยังเรียนวิทยาศาสตร์รุ่นแรกอยู่ ให้ [เรียน] สองปีแล้วให้เป็นร้อยตรี ถ้าผมเข้าทหารเรือ เขาให้ผมสี่ปีถึงจะได้เรือตรีนะ เมื่อเข้าไปดู คนที่พาผมข้ามฟากไปอยากให้ผมไปอยู่ทหารเรือ เขานั่งเรือจากท่าราชวรดิษฐ์ข้ามฟากไปฝั่งธนฯ เขาชี้ให้ผมดูว่านี่พวกนี้เริ่มใหม่ เงินเดือน 160 บาท ทหารบก 80 บาท ทหารเรือ 110 บาทเรียนสี่ปี แต่นั่นมันเริ่มมาใหม่ให้ 160 บาท เรามันก็กินกว่า เรามันยากจนกันไม่ได้รัวเลย เงินเดือน 160 บาท คงสบายแน่ก็เลยอาสาสมัครไปเรียนที่นั่น เขาคัดเลือกทั้งหมดด้วยกัน 600 คน แล้วก็สอบได้ 60 คน ให้มาเรียนแพทย์ พอเรียนสำเร็จขึ้นมาผมก็อยากไปบ้านนอก ก็ผมเห็นแต่กรุงเทพฯ เท่านั้น เห็นแต่คนนั้นคนนี่ บ้านนอกมันก็เป็นสิ่งที่น่าจะไปเหมือนกัน

ผมก็บอกเขา เขาก็บอกกรมสาธารณสุข กรมสาธารณสุขเกิดขึ้นเมื่อปี 2459-60 ที่ท่านทั้งหลายอ่านมันอยู่ในนี้ทั้งหมด มีรายละเอียดเพราะผมพูดแล้วบางที เสียอย่างเดียวมันขึ้นเวทีมันไม่อย่างลงใจ คนเขาเบื่อหน้าผม พูดอะไรก็ไม่รู้เลอะเทอะเปรอะเปื้อน ผมก็สมัครไป เขาก็ให้ไปอยู่สมุทรสงคราม ไปปราบอหิวาต์ อยู่ 2 ปีก็ได้เห็นวิธีการที่คนบ้านนอกเขากินน้ำ เขากินกันยังไง คนที่แม่กลองจะกินน้ำต้องเข็นเรือไปที่อัมพวา แล้วไปลมน้ำจืดจากอัมพวามากิน เนี่ย อันตรายอย่างหนึ่ง ซึ่งพวกเราไม่เห็น

44 ทั้ง 3 คน คือหนึ่งในบรรดาสมาชิกผู้ริเริ่มก่อการเปลี่ยนแปลงการปกครอง พ.ศ. 2475 ในช่วงที่เป็นนักเรียนไทยอยู่ในฝรั่งเศส และได้พบรวมกลุ่มกับนักเรียนไทยที่ศึกษาอยู่ในยุโรปคนอื่นๆ ในช่วงปิดภาคเรียนที่กรุงปารีส ดูรายละเอียดใน เบนจามิน เอ. บัทสัน, **อวสานสมบูรณาญาสิทธิราชย์ในสยาม**, กาญจนี ละอองศรี และยุพา ชุมจันทร์ บรรณาธิการแปล (กรุงเทพฯ: มูลนิธิโครงการตำราสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์, 2543).

45 พลโท ประยูร ภมรมนตรีดำรงตำแหน่งรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข ช่วงระหว่างวันที่ 15 พฤษภาคม 2497-25 กุมภาพันธ์ 2500 ในรัฐบาลของจอมพล ป. พิบูลสงคราม

46 พระวรวงศ์เธอ พระองค์เจ้าจรูญศักดิ์ฤกษ์ดาการทรงรับราชการในตำแหน่งที่สำคัญต่างๆ ของกระทรวงต่างประเทศ อาทิเช่น อัครราชทูตไทยประจำกรุงปารีส มาดริด ลิซบอน และ อัครราชทูตพิเศษผู้เฝ้าอำนาจเต็มประจำกรุงปารีส สิ้นพระชนม์เมื่อวันที่ 5 ตุลาคม พ.ศ. 2471 ณ กรุงปารีส ในขณะที่ดำรงตำแหน่งเอกอัครราชทูตไทยประจำประเทศฝรั่งเศสนั้น ก็ได้เป็นผู้ดูแลนักเรียนไทยด้วย

47 การวางแผนก่อการเปลี่ยนแปลงการปกครองซึ่งนำโดย ร.อ. เสด็จ ศรีจันทร์ ดังกล่าวรู้จักกันในชื่อว่า “กบฏ ร.ศ. 130” ดูรายละเอียดในงานศึกษาที่ ศ.ดร. นิธิ เอียวศรีวงศ์ รับประทาน ว่า “ดีที่สุดในหนึ่งเกี่ยวกับ ร.ศ. 130 ไม่ว่าจะในภาษาใดๆ ในโลกนี้ก็ตาม” ของอัจฉราพร กุญพิพัฒน์, **กบฏเพื่อประชาธิปไตยแนวคิดทหารใหม่** (กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์อมรินทร์วิชาการ, 2540).

อันที่สองก็คือการไปสวม สมัยก่อนไม่มีที่สำหรับทำสวม ทุกคนเรียกว่าไปสวม เพราะฉะนั้นสวมของเราคือประมิตนั่นเอง เขามีตามตลาดกับตามวัด เขาจะทำที่นึ่งสูงขึ้นแล้วให้คนขึ้นไปนั่งข้างบน เสร็จแล้วก็ถ่ายลงมา มันก็เป็นเรื่องของอาหารหมู อาหารหมา อาหารแมลงวัน แต่เราก็นั่งไปอยู่บนยอดนั้น อย่าให้เห็น เรื่องสวมอย่างเดียวกันมันจะกินเวลาเป็นชั่วโมง มันไม่ใช่เรื่องง่ายๆ แล้วตอนนั้นเขาก็ให้ผมไปสอบหิววัดๆ ผมก็ไปสอบหิววัด เขาให้หลังผมไปหนึ่ง กรมสาธารณสุขให้หลังไปอีกหนึ่ง ในนั้นก็มึ้นน้ำเกลืออยู่สองสามขวด มียาเอสเซนเชียล [essential oil] ให้ แล้วเขาก็ให้ผมไปสมุทรสงคราม ผมก็ไปสมุทรสงคราม นั่งรถราง รถไฟราง จากโรงพยาบาลโรคจิต มันเป็นสถานีรถไฟ ไปลงสมุทรสาคร ที่นั่นก็มีพี่ รุ่งพีเป็นแพทย์รุ่นหนึ่งอยู่ที่นั่น เป็นพี่ชายท่านปลัดกระทรวงคนหนึ่งที่มึ้นชื่อเสียง แล้วก็ข้ามฟากไป ไปอยู่ที่แม่กลอง ที่แม่กลองเขาก็ให้เรานั่งเรือเข้าคลองไปถึงอัมพวา ไปถึงอัมพวาเขาก็บอกว่า “อ้า... คุณหมอมาท่าไม” “เขาให้มาสร้างโรงพยาบาลเอกเทศ”⁴⁸ “คุณหมอพูดว่าไงนะ” ผมก็บอกว่า “กรมสาธารณสุขเขาให้ผมมาสร้างโรงพยาบาลเอกเทศ” นายอำเภอ ก็บอกว่า “คุณหมอ ผมไม่เคยได้ยินชื่อคำว่าโรงพยาบาลเอกเทศ แต่ว่าผมมีศาลาเก่าๆ อยู่ คุณหมออาศัยศาลานั้นได้นะ”

ผมก็ไปเปิดทำงานที่ศาลานั้น วันแรกก็ไม่มีคนมา วันที่สองไม่มา วันที่สาม ที่สี่ ที่ห้า ไม่มา วันที่เจ็ดที่แปดก็มีคนหามา ผมก็ดีใจ ใ้มี คนไข้ เขาหามาไปฝั่ง ไม่ใช่มาให้ผมรักษา ต่อมา เขาหามาอีกเหมือนกัน เขาเห็นว่าอันนี้ไปไม่รอด

แล้ว ไหนๆ จะตายลองให้หมอดูซิ มันไม่ไหวจริงไหม เขาก็ให้ลองดูซิ เขาลงมาให้ผมก็คล้ำชีพจรไม่ได้ ก็พยายามแทง เเคราะห์ดีมันเข้าเส้นเลือด แล้วก็ให้น้ำเกลือ ให้น้ำเกลือไปสองขวด คนไข้มันลืมาขอน้ำกิน โอ้โฮ เท่านั้นแหละญาติๆ มันนึกว่าผมเป็นเทวดาแล้ว ตะกั้มันตายแล้วทำไมทำได้ นี่แหละ มันเป็นเรื่องที่แปลกประหลาดที่มันไปเจออย่างนี้ แล้วตอนสุดท้าย ศาลาที่ท่านให้ผมไปรักษานั้นเป็นที่พระราชสมภพของรัชกาลที่ 2 เป็นอุทยานอยู่ที่อัมพวาเดี๋ยวนี คือที่โรงพยาบาลเอกเทศของผมแหละ นี่เป็นเรื่องที่พิเศษพิสดาร เสร็จเรียบร้อย น้ำเกลือมันก็หมด เพราะมันถ่ายมากันมากๆ เขาให้ผมป้องกันอย่าให้ขยายจากกาญจนบุรีเข้ามากรุงเทพฯ เป็นอันขาด ต้องไม่ให้มันผ่านเข้ามา ผมก็พยายามทำจนในที่สุดก็ต้องทำน้ำเกลือเอง ต้องเอาโทรศัพท์ถึงโรงพยาบาลศิริราชว่า ผมรักษาคนเดียวไม่ไหว คนไข้ มันมหาศาล เพราะใ้คนที่ผมรักษามันเป็นนักเลงใหญ่ของสมุทรสงครามเขา เพราะสมุทรสงครามเวลาไปไหนมาไหนต้องถือดาบนะ ดาบมือหนึ่งหรือสองมือ ถ้าคุณไม่ถือดาบนะเขาถือว่าเขาเป็นนักเลง เขาอยากลองดีว่าเธอเป็นยังงี้บ้าง

นี่แหละชีวิตจริงที่ไปอยู่บ้านนอก มันลำบากขนาดนี้ เสร็จเรียบร้อยแล้วเราก็พยายามที่จะช่วยคนไข้ให้ได้มากที่สุดเท่าที่จะมากได้ น้ำเกลือมันหมด ผมก็ต้องทำด้วยวิธีที่เขาทำต้มเหล้าเถื่อน ก็เอาน้ำฝนมากลั่นเข้าแล้วก็มาทำเป็นน้ำเกลือรักษาคนไข้ ตอนแรกมาที่ศิริราชขอให้ส่งพวกหมอกับพยาบาลไป เขาก็ส่งขึ้นไปให้ผม ที่นี้ต้องทำงานตลอด 24 ชั่วโมง เด็กที่ไปอยู่กับผมที่นั่น วันหนึ่งเขาก็มาบอกผมว่า “พี่ครับ ผม

48 โรงพยาบาลเอกเทศ เป็นการสร้างสถานพยาบาลที่ทำหน้าที่แยกผู้ติดเชื้อออกจากประชาชนอื่นๆ และรักษาพยาบาลให้หายจากการติดเชื้อ กรมสาธารณสุขตั้งโรงพยาบาลเอกเทศขึ้นเพื่อพยายามกักกันการระบาดของโรคหัดโรคเอาไว้ไม่ให้แพร่ระบาดไปทั่วประเทศได้ดูงานเขียนของศาสตราจารย์นายแพทย์เสม พริ้งพวงแก้ว เกี่ยวกับแนวคิดและการดำเนินการในการสร้างโรงพยาบาลเอกเทศเพื่อปราบโรคหัดได้ในบทความเรื่อง “โรงพยาบาลเอกเทศกับการปราบโรคหัดในต่างจังหวัด” ใน *เกียรติประวัติแพทย์ไทยฝากไว้ให้คนรุ่นหลัง: ชีวิตและงานของศาสตราจารย์นายแพทย์เสม พริ้งพวงแก้ว*, 50-58.

ไปนั่งที่ปลายนา ผมเห็นควายมันยิ้มกับผม” พอควายยิ้ม เราก็รู้แล้วว่า”ไอนี้ไม่ไหวแล้ว” มันอยู่ไม่ไหวกับเราแล้ว ต้องให้มันกลับมา นี่มันเป็นชีวิตที่เดือดร้อน ต้องทำ

อีกอย่างหนึ่งคือวิธีที่เขากินน้ำ เขาทำไง เขาเอาเรือไปลมนมา ในคลองน้ำมันเค็ม ขึ้นไปที่อัมพวาเอาน้ำเรือ้นนั้นมา ไอน้ำเรือ้นนั้นมันก็มีเชื้ออหิวาต์อยู่ด้วยแน่นอน อันที่สองสมัยนั้น ที่ผมเรียนมาหาที่ถ่าย เขาก็ทำเป็นที่ศาลาสูง ผมก็ปีนขึ้นไปแล้วก็ถ่าย มันก็เลยกลายเป็นปีระมิด อุจจาระเต็มไปหมด ซึ่งเขาไม่ถือว่าตอนนั้นมันสำคัญ ต่อมาเมื่อผู้คุมละครแสดงเป็นผู้ว่าราชการจังหวัดสวรรคโลก ท่านไปเห็นในส่วนที่ท่านอยู่นั้น มันมีแผ่นปูนตรงกลางมีรูเจาะต่างๆ 4 อัน แล้วมีที่น้ำไหล ท่านก็บอกว่าอันนี้เป็นที่ถ่ายของคนสมัยสุโขทัย เราก็เชื่อกันมา แล้วก็ทำส้มซิมมาจากอันนี้แหละ จากวิธีนี้แหละซึ่งวิธีนี้มันหายาก ตอนหลังพอผมมาดูเหตุการณ์หลังสงครามโลก มาดูเหตุการณ์ที่กาญจนบุรี ผมไปเห็นที่พระสิงห์ไปที่ศาลเสาชองพระสิงห์ไปเห็นส้มแบบนี้เต็มผมเลยไม่เชื่อว่าไอนี้เป็นที่สำหรับฐานส้ม ก็ไปศึกษา ปรากฏว่าไอนี้มันใส่ศิวดวงตรงกลาง แล้วเอาน้ำไปราดศิวดวงก็ไหล ผู้ว่าราชการเห็นมันไม่มีศิวดวง มีแต่รู ก็เลยมาทำส้มบริเวณนั้นด้วยวิธีนี้ มันก็ลำบากยากเย็นมาแล้ว แล้วก็มารู้ตอนหลังว่าส้มมี 3 วิธีสมัยผม วิธีหนึ่งไปนั่งข้างบนแล้วก็ถ่ายลงมา วิธีที่สองก็คือเกิดมีถังขึ้นมาก็ใช้ถัง วิธีที่สามก็คือ ขุดดิน เพราะฉะนั้นคนเรียนสุขภาพีบาลต้องรู้เรื่องอย่างนี้ เรื่องทำส้มทำอะไรต่างๆ เหล่านี้ ว่ามันมายังไงไปยังไงนะ⁴⁹ เพราะ

ฉะนั้น เวลาผมพูดมันเพื่อไม่ลงตรงไหน ที่นี้ขอให้อาคนอื่นต่อเลย

นพ.โกมาตร : คุณพ่อครับ ยังไปไม่ถึงเชียงรายเลยครับ

ศ.นพ.เสม : ยังไม่ไปอยู่เชียงรายตอนนั้น แต่ไปอยู่นครสวรรค์ก่อน พออหิวาต์เสร็จ เขาก็ให้ไปอยู่นครสวรรค์ เขาสร้างโรงพยาบาลนครสวรรค์ขึ้นมา แล้วก็ให้เราเป็นคนดูแล ก็มีคนบอกว่าโรงพยาบาลนครสวรรค์มันอยู่ห่างจากปากน้ำโพมากทำไมไม่ทำอย่างนั้น ทำไมไม่สร้างในเมือง เราก็บอกที่นั่นไม่ไกลเท่าไหร่นะ อยู่ที่นั่นผมทำงานตลอดวัน ก็เขาให้อยู่บ้านติดกับโรงพยาบาล พอเสร็จจากโรงพยาบาลแล้วผมก็มาทำที่โรงพยาบาลเองเหมือนกัน วันหนึ่งก็มีกระเป๋ากองฝรั่งที่เดินทางจากพิษณุโลกมานครสวรรค์ กระเป๋ามันหาย ตอนเย็นผมดูคนไข้ ผมก็บอกเมื่อคืนนี้มันมีกระเป๋ากองฝรั่งหาย ผมก็พูดเท่านั้นนะ พอรุ่งเช้าก็มีกระเป๋ามาวางไว้ที่ๆ ผมดูแลคนไข้ คนทั้งหลายเลยบอกว่า ผมนี่เป็นนักเลงไม่จั้นกระเป๋ามันกลับมาไม่ได้ **หมอชาวบ้าน**⁵⁰ เขาเอาไปลงว่า มีคนกล่าวหาว่าหมอเสมนี่เป็นนักเลง จากนั้นก็ไปเชียงราย เชียงรายก็ลำบากมาก

คำถามจากวงสัมมนา : เคยตีขโมยที่มาปล้นโรงพยาบาลเชียงรายไม่ใช่หรือครับ

ศ.นพ.เสม : อ้อที่มาปล้นตอนนั้นสงครามมันเสร็จแล้ว⁵¹ นี้ก็ดูนะ เขาคงเอาใจกองทัพญี่ปุ่น เขาย้ายทหารทั้งหมด 2 แสนนายขึ้นไปอยู่ทางเหนือ

49 ดูประวัติศาสตร์สังคมในสังคมไทยใน มนฤทัย ไชยวิเศษ, “ประวัติศาสตร์สังคมไทย: สังคมและเครื่องสุขภักดิ์ในประเทศไทย (พ.ศ. 2440-2540)” (วิทยานิพนธ์มหาบัณฑิต สาขาประวัติศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, 2542).

50 นิตยสาร **หมอชาวบ้าน**

51 หมายถึงสงครามโลกครั้งที่ 2 ในช่วงสงครามรัฐบาลไทยประกาศเป็นพันธมิตรกับญี่ปุ่น ทั้งยังได้ปลุกระดมความรู้สึกชาตินิยมอย่างหนัก จนถึงกับจัดส่งกองทัพไปยึดครองเชียงตุงเพื่อแผ่ขยายมหาอาณาจักรไทยดูรายละเอียดยุทธศาสตร์ใน ชนิตดา พรหมพยัคฆ์ เผือกสม, **การเมืองในประวัติศาสตร์ประเทศไทย** (กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์ มติชน, 2546), 187-203.

เลย⁵² ก็มีท่านแม่ทัพเสรีเริงฤทธิ์ ผู้นำชัยนำทัพเข้าปราบซีพิลิส เอาทหารเข้าไปอยู่ที่นั่น 2 แสนคนที่ทำส่วนทำอะไรก็ไม่มี เรื่องก็ว่าวุ่น เสร็จแล้วพอสงครามเสร็จ ต่างคนต่างมา เหมือนผมขึ้นไปต่างคนก็ค่อยเดินทางไป ขึ้นรถบ้าง เดินบ้าง นั่งเกวียนบ้าง ซี่ม้ายบ้าง กว่าที่จะถึงเชียงราย พอจะกลับมาให้กลับมาเองไม่มีการดูแลเอาใจใส่ อันนี้คือความผิดพลาด มันไม่มีสตางค์อะไร แล้วที่นี้ ผมเป็นโรงพยาบาลแห่งเดียวทางเหนือที่ไม่เก็บสตางค์ไป เพราะว่าโรงพยาบาลเชียงรายประชาชนเคราะห์มันเกิดขึ้นหลังจากที่เปลี่ยนการปกครอง รัฐบาลเข้าไปสร้างโรงพยาบาลประจำแห่งอุบล หนองคาย นครพนม อยู่บนแม่น้ำโขงเพื่อให้เห็นว่าเราสนใจในเรื่องเกี่ยวกับสุขภาพของคนไทยเรา⁵³ พอไปถึงเชียงรายเงินหมด ตอนนั้นเขาเปลี่ยนการปกครอง เอาเงินลอตเตอร์มาสร้างโรงพยาบาล 3 แห่ง พอมาถึงเชียงรายเงินหมด ผู้ว่าราชการจังหวัดเคยเป็นผู้ว่าราชการจังหวัดทางอีสาน เขาบอกว่าหมอมจะทำไง จะ

สร้างโรงพยาบาลได้ ผมก็มานึกว่า เรามีประชากรตอนนั้นเชียงรายกับพะเยามันอยู่ในจังหวัดเดียวกัน มีประชากรแปดแสนคน ผมก็ถามว่าขอคนละ 10 บาทได้ไหม ไม่มี เขาบอกมีคนละบาทได้ ผมบอกคนละบาทก็เอา ก็มีชาวบ้านออกมาสร้างโรงพยาบาล ค่าแรงผมก็ไม่ต้อง เพราะชาวบ้านเป็นช่างอย่าไปดูถูกชาวบ้านเป็นอันขาดมันเป็นช่างฝีมืออย่างดีที่สุดเดียว ที่มันสร้างนครวัดได้ ไม่ใช่ไปหาช่างที่ไหนมา มันเอาชาวบ้านสร้างนครวัด ชัยวรมันที่ 7 เมื่อปี พ.ศ. 1777 สร้างโรงพยาบาลขึ้น 102 แห่ง จากนครวัดถึงพิมาย⁵⁴ แล้วที่มันสร้างด้วยมันนั้นไม่เหลือ เหลือแห่งเดียวขณะนี้ที่พิมาย นั่นคือโรงพยาบาลที่สร้างเมื่อปี 1777 ในสมัยของชัยวรมัน ชัยวรมันมองเห็นความตายว่า ต่อไปนี้ประเทศไทยจะมาแล้ว มันจะเป็นใหญ่ในแผ่นดิน เห็นมันเอาชะลอมส่งน้ำมาให้เรากินได้ แต่หารู้ไม่ว่าชะลอมที่ใส่น้ำได้นั้นเอาไปใส่ยางแล้ว น้ำจึงอยู่ได้ ฉะนั้นก็เลยคิดว่า ต่อไปนี้คนไทยจะเป็นใหญ่ในแผ่นดิน ก็ยกลูกสาวให้

52 หลังจากรัฐบาลจอมพล ป. ได้ลงนามยอมให้ญี่ปุ่นเดินทัพผ่านไทยแล้วก็ได้ย้ายกองทหารส่วนใหญ่ขึ้นไปอยู่ในภาคเหนือ โดยมีศูนย์ปฏิบัติการกองทัพอยู่ที่เชียงราย

53 เมื่อมีการประกาศใช้พระราชบัญญัติการสาธารณสุข พ.ศ. 2477 ซึ่งกำหนดให้มีการจัดตั้งเทศบาลขึ้นทั่วประเทศแทนสุขาภิบาลรัฐมนตรีว่าการกระทรวงมหาดไทยก็ได้มีคำสั่งให้กรมสาธารณสุขจัดทำโครงการสร้างโรงพยาบาลขึ้นทั่วทุกจังหวัด โดยในขั้นต้นกำหนดให้สร้างขึ้นตามชายแดน เพื่อ “แสดงเกียรติภูมิของชาติไทยแก่ประเทศเพื่อนบ้านที่เป็นอาณานิคมของชาติตะวันตก” โดยถือว่าเป็นนโยบาย “อวดธง” ซึ่งได้มีการสร้างโรงพยาบาลบางแห่งขึ้นตามนโยบายดังกล่าว คือ โรงพยาบาลประจำจังหวัดอุบลราชธานี, จังหวัดหนองคาย, จังหวัดนครพนม และโรงพยาบาลเชียงรายประชาชนเคราะห์คู่กันตั้งระพีพากร, **ชีวิตที่ลำบากเป็นชีวิตที่เจริญ: ชีวประวัติศาสตราจารย์นายแพทย์เสม พริ้งพวงแก้ว นายแพทย์นักสู้ผู้พิศมัยเพื่อวางรากฐานทางการแพทย์และสาธารณสุข** (กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์สายธาร, 2544), 85-7

อย่างไรก็ตามมีการตั้งกระทรวงสาธารณสุขขึ้นใน พ.ศ. 2485 ก็ยังมีโรงพยาบาลทั่วทั้งประเทศอยู่เพียงไม่กี่จังหวัด, กรมการแพทย์ (ซึ่งมีหน้าที่ควบคุมดูแลโรงพยาบาล) มีกองอยู่ในสังกัด 5 กอง (คือ สำนักงานเลขานุการกรม, กองโรงพยาบาลสวนกุฎุมงคล, กองโรงพยาบาลโรคจิต, โรงพยาบาลกลาง, และโรงพยาบาลวชิระ) และมีโรงพยาบาลบำบัดโรคทั่วไปอยู่ในสังกัดอยู่ก็เพียง 23 แห่ง คือ โรงพยาบาลอุบลราชธานี, โรงพยาบาลหนองคาย, โรงพยาบาลนครพนม, โรงพยาบาลปัตตานี, โรงพยาบาลเชียงรายประชาชนเคราะห์, โรงพยาบาลจันทบุรี, โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา, โรงพยาบาลปราจีนบุรี, โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก, โรงพยาบาลนครเชียงใหม่, โรงพยาบาลนาทวี, โรงพยาบาลระนอง, โรงพยาบาลร้อยเอ็ด, โรงพยาบาลตาก, โรงพยาบาลพระตะบอง, โรงพยาบาลสุศักดิ์มนตรี จังหวัดลำปาง, โรงพยาบาลอหิตยพิพอลา จังหวัดน่าน, โรงพยาบาลพลโยธิน จังหวัดแพร่, โรงพยาบาลห้วยทราย จังหวัดตรัง, โรงพยาบาลศรีธรรมราชระลึก จังหวัดนครศรีธรรมราช, โรงพยาบาลเสรีเริงฤทธิ์ จังหวัดลำปาง, โรงพยาบาลนครเขื่อนขันธ์กาบแก้วบัวบาน จังหวัดขอนแก่น, โรงพยาบาลนครเขื่อนขันธ์กาบแก้วบัวบาน จังหวัดขอนแก่น (มิชชันนารี) เมื่อ พ.ศ. 2488, คินโรงพยาบาลสุศักดิ์มนตรี จังหวัดลำปางร่วมกับโรงพยาบาลพระตะบองให้รัฐบาลฝรั่งเศสในอินโดจีนใน พ.ศ. 2489 และคินโรงพยาบาลของมิชชันนารีจำนวน 6 แห่ง (คือ โรงพยาบาลอหิตยพิพอลา จังหวัดน่าน, โรงพยาบาลพลโยธิน จังหวัดแพร่, โรงพยาบาลห้วยทราย จังหวัดตรัง, โรงพยาบาลศรีธรรมราชระลึก จังหวัดนครศรีธรรมราช, โรงพยาบาลเสรีเริงฤทธิ์ จังหวัดลำปาง) ให้เจ้าของเดิม (ดู “ผลการปฏิบัติงานในด้านกาบำบัดโรค” เอกสารแนบใน พระยาปริชยเวชชการ รัฐมนตรีว่าการกระทรวงการสาธารณสุข ถึง เลขาธิการคณะรัฐมนตรี เรื่องผลการปฏิบัติงานในด้านสาธารณสุข, 10 มิถุนายน พ.ศ. 2493, หจข. (2)สร 0201.27/31)

54 ดู อมา ศรีสวัสดิ์, “อโรคยศาล (โรงพยาบาล): ปากสาหิน” ใน **สารานุกรมวัฒนธรรมไทย ภาคอีสาน** (กรุงเทพฯ: ธนาคารไทยพาณิชย์, 2542); รุ่งโรจน์ ภิรมย์อนุกูล, “อโรคยศาล: ความรู้ทั่วไปและข้อสังเกตเบื้องต้น,” **วารสารเมืองโบราณ** ปีที่ 30 ฉบับที่ 3 (2547); กฤษ เหลือลมัย, “อโรคยศาลในอีสาน,” **วารสารเมืองโบราณ** ปีที่ 30 ฉบับที่ 3 (2547); วิชุดา ทองแดงและศรีณีย์ ทองปาน, “30 อโรคยศาล: โรงพยาบาลขอมในมุมมองชาวบ้าน,” **วารสารเมืองโบราณ** ปีที่ 30 ฉบับที่ 3 (2547); ธาดา สุทธิธรรม, “ภูมิที่ตั้งอโรคยศาล: ความสัมพันธ์กับบริบททางผังเมือง,” **วารสารเมืองโบราณ** ปีที่ 30 ฉบับที่ 3 (2547)

ขุนผาเมือง ขุนผาเมืองพอเปลี่ยนการปกครองที่
นั้น ขุนผาเมืองก็เข้าสู่โซทัยได้⁵⁵ พอขุนบางกลาง
ท้าวที่รัชกาลที่ 4 เขียนว่าขุนบางกลางท้าว ที่จริง
ไม่ใช่คือขุนบางกลางท้าว คนไทยนี้ชอบน้ำสะอาด
มาก ก็เลยต้องเอาน้ำกลางท้าวมาทำอะไรขึ้นมา

ที่นี้ต่อมาเมื่อสร้างโรงพยาบาลเสร็จ
เรียบร้อยแล้ว ผมก็ไม่เอาเงินคืนให้กระทรวงการ
คลัง ไม่คืนให้ ปีแรกไม่เป็นไร ปีที่ 2 ปีที่ 3 เจ้า
คุณเสนาบดี⁵⁶ ขึ้นไป ที่เป็นชื่อชอยสุชุมวิทอยู่
เดี๋ยวนี้ ขึ้นไปท่านบอกว่า คุณหมอเป็นข้าราชการ
รัฐนะว่าต้องส่งเงินให้กระทรวงการคลัง ทำไมคุณ
หมอไม่ส่งคุณหมอมืออำนาจพิเศษยังงี้บ้าง ผมก็
บอกว่าท่านเจ้าคุณครับ โรงพยาบาลผมนี้รัฐบาล
ไม่เคยออกสักบาทหนึ่ง ถ้ารัฐบาลไม่ช่วยหาเงิน
ให้แล้วจะเอาเงินไปให้กระทรวงการคลังเพราะ
เหตุใด เจ้าคุณไชยท่านตอบก็ไม่ได้ ต่อมาสามเดือน
ออกคำสั่งว่า เงินทุกบาททุกสตางค์ที่โรงพยาบาล
หาได้ให้เป็นทุนสะสมให้โรงพยาบาลจนกระทั่ง
ถึงวันนี้

เพราะฉะนั้นเมื่อเวลาเขาให้ทหารกลับ
ผมเป็นแห่งเดียวที่มีเงินอยู่ในโรงพยาบาล มัน
ก็จะปล้นผม จะปล้นโรงพยาบาล ผมก็ยอมที่
จะต้อง... ผมก็บอกตกลง มันก็จะฆ่ากันด้วยวิธี

นั้น เฝอญมมีคนใช้ที่เป็นทหาร เขาบอกเขา
จะมาช่วย แล้วก็ผู้ว่าราชการจังหวัดมีปืนพารา
เบลลัม [parabellum gun]⁵⁷ ก็จะมาช่วยผม
เพราะฉะนั้นในคืนนั้นมันก็แตก เพราะเห็นว่าผมมี
ลูกศิษย์ลูกหาทั่วไปหมด ก็คอยบอกว่ามันมาแล้ว
ครับ อยู่ห้องนี้ ผมก็เข้าไปหามัน ก็เจอ บอกว่าที่
มือถือมีอะไรให้ปลดมา มันก็ปลดลูกกระเบิดมือ
2 อันลงที่พื้น ผมก็เลยเอาเข้ามาในโรงพยาบาล
ผมมีปืนอยู่ ก็นั่งคุยกับเขาแล้วเอาปืนวางไว้ เขาก็
บอก คุณหมอย่าเอาปากกระบอกปืนมาทางผม
ได้ไหม มันเสียว วาจันนะ เขารู้ว่าผมเป็นแพทย์
ประจำคุกที่เชียงใหม่ด้วย แล้วถ้าเขาติดคุกแล้ว
ถ้าเขาไม่ดีกับผมแล้ว มันตายง่าย ๆ ในคุก พอก่อน
แค่นั้นนะ เรื่องนั้นเดี๋ยวเอาใหม่ เดี่ยวค่อยคุยใหม่

ศ.นพ.ประเวศ : ผมคิดว่าที่ไฟโรจน์⁵⁸ อยู่ตรง
จุดหัวเลี้ยวหัวต่ออันหนึ่งซึ่งน่าจะให้ท่านคุย
ตรงนี้ครับ แต่ผมย้อนไปนิดหนึ่ง ตอนที่ร็อกกี้
เฟลเลอร์⁵⁹ คิดจะมาช่วยเมืองไทย แต่จริงๆ แล้ว
มันมีเรื่องมาก่อน ท่านอาจารย์เคยเล่าไว้ว่ามี
หมอร็อกกี้เฟลเลอร์ ชื่อ วิคเตอร์ ไฮเซอร์ [Victor
G. Heiser]⁶⁰ เขาเดินทางรอบโลก เทียบแวะเยี่ยม
ที่นั่นที่นี้ แล้วก็มาเข้าเฝ้ารัชกาลที่ 6 ตอนนั้นมี
โรงเรียนแพทย์ ท่านเรียกว่าเป็นโรงเรียนแพทย์
ของท่านรัชกาลที่ 6 ที่ศิริราช⁶¹ ดอกเตอร์ไฮเซอร์ก็

55 เนื้อหาในส่วนนี้เกี่ยวกับขุนบางกลางท้าวนี้ ต้นเค้าเรื่องมาจากเรื่องพระร่วงเมืองสุโขทัย ที่ปรากฏอยู่ในหนังสือ **พงศาวดารเหนือ**

56 หมายถึง พระยาไชยยศสมบัด รัฐมนตรีว่าการกระทรวงการคลังในสมัยนั้น

57 ปืนพกสั้นระบบอัดไม่ตีซึ่งทหารเยอรมันนิยมใช้ในช่วงสงครามโลกครั้งที่ 1 และครั้งที่ 2 ถือว่ามีความทันสมัยมากกว่าปืนพกลูกไม่แบบเก่า ที่ทหารฝ่ายพันธมิตรใช้

58 หมายถึงนายแพทย์ไฟโรจน์ นิงสานนท์

59 หมายถึง มูลนิธิร็อกกี้เฟลเลอร์ (Rockefeller Foundation) ซึ่งก่อตั้งโดย จอห์น เดวิส ร็อกกี้เฟลเลอร์ (John Davison Rockefeller) นักธุรกิจน้ำมันชาวอเมริกัน ในปี พ.ศ. 2456 เพื่อสร้างความดีอยู่ดีให้กับผู้คนทั้งหลายในโลกแม้ว่าจะมีงานศึกษาที่แสดงให้เห็นว่าการจัดตั้งมูลนิธิดังกล่าวมีเป้าหมายทางการเมืองและเศรษฐกิจแอบแฝงอยู่ด้วย, ดูการวิเคราะห์บทบาทของมูลนิธิร็อกกี้เฟลเลอร์ในประเทศไทยได้ใน Wariya Siwasariyanon, "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 (1923-1935)" (Unpublished Doctoral Dissertation, American Studies, University of Hawaii, 1984).

60 ในช่วงที่เดินทางเข้ามาในประเทศไทยนั้น วิคเตอร์ ไฮเซอร์ (Victor G. Heiser) ดำรงตำแหน่ง ผู้อำนวยการภาคตะวันออก ใน คณะกรรมการสุขภาพนานาชาติ (International Health Board) อันเป็นหน่วยงานหนึ่งของมูลนิธิร็อกกี้เฟลเลอร์. บันทึกการเดินทางไปยังประเทศต่างๆ ของวิคเตอร์ ไฮเซอร์ ดู Victor G. Heise, *An American Doctor's Odyssey* (New York: W.W. Norton & Co., 1936).

61 โรงเรียนแพทย์สมัยใหม่ตั้งขึ้นเป็นครั้งแรกในประเทศไทยเมื่อ พ.ศ. 2432 ณ โรงเรียนศิริราชพยาบาล เรียกกันภายหลังว่า "ศิริราชแพทยากร" หรือ "โรงเรียนแพทยากร" และต่อมาใน พ.ศ. 2443 ได้เปลี่ยนชื่อเป็น "ราชแพทยาลัย" (Royal Medical College) จนกระทั่ง พ.ศ. 2460 พระบาทสมเด็จพระมงกุฎเกล้าเจ้าอยู่หัว ได้โปรดเกล้าฯ ให้รวมโรงเรียนข้าราชการพลเรือนเข้ากับราชแพทยาลัย แล้วสถาปนาเป็นจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยดูเพิ่มเติมในวิกิภัย พงศพิธานนท์ (บรรณาธิการ), **ปฐมศตวรรษแห่งการศึกษาแพทยศาสตร์** (กรุงเทพฯ: คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล, 2533).

ไปเข้าเฝ้าฯ รัชกาลที่ 6 รัชกาลที่ 6 ก็ภูมิใจมากในโรงเรียนแพทย์ของท่าน ก็บอกดอกเตอร์ไฮเซอร์ว่า “What do you think of my medical school?” [ท่านคิดอย่างไรกับโรงเรียนแพทย์ของข้าพเจ้า?] ดอกเตอร์ไฮเซอร์บอก อย่าให้พูดเลย ไม่อยากพูดเลย รัชกาลที่ 6 บอกให้พูดมา เขาก็ไม่อยากพูดต่อหน้าคนอื่น บอกให้คนอื่นออกหมด เหลือกันเพียง 2 คน คือรัชกาลที่ 6 กับมิสเตอร์ไฮเซอร์ มิสเตอร์ไฮเซอร์ บอก “Your Majesty, your medical school is the worst in the world.” [ฝ่าพระบาทโรงเรียนแพทย์ของพระองค์นั้นแย่ที่สุดในโลกทีเดียว] หลังจากนั้นรัชกาลที่ 6 ก็ตกใจ เลยเกิดเจรจากันขึ้น ว่าโรคคักเฟลเลอร์จะเข้ามาช่วย⁶²

ที่นี้ตอนจะมาช่วยก็ “debate” [ถกเถียง] กันมากกว่าจะช่วยทำอะไร อันนี้อยู่ใน “archives” [หอจดหมายเหตุ] ของโรคคักเฟลเลอร์⁶³ ตอนหลังมีคนไปค้นแล้วเอามาเขียน ก็ “debate” ระหว่างสมเด็จพระราชาธิบดี⁶⁴ กับหม่อมเจ้าสกลวรรณการ⁶⁵ ซึ่งเป็นเจ้ากรมสาธารณสุข ไม่ใช่แพทย์นะหม่อมเจ้าสกลฯ เนี่ย “debate” กันว่า สมเด็จพระราชาธิบดีมีความคิดว่าควรจะทำกรแพทย์ชั้นหนึ่ง คุณภาพชั้นเยี่ยมแล้วมันจะได้เป็นทุกอย่างทั่วประเทศ ท่านสกลฯ มองว่าควรจะทำบุคลากรแบบหมออนามัยทั่วไป “debate” กันมาก⁶⁶

แต่เสร็จแล้วทางสมเด็จพระราชาธิบดีก็รับดูแลตัดสินใจทำเรื่องแพทย์ โรงเรียนแพทย์ที่

ศิริราช แต่ว่ากระทรวงไม่รู้ยังงตรงนี้ ซึ่งผมคิดว่าเป็นนโยบายสำคัญ เดี่ยวฟังพีไฟโรจน์ เพราะคิดว่าเป็นแนวคิดที่แจ่มมากเลย ทำเรื่องผดุงครรภ์กับพนักงานอนามัย ผมคิดว่าเป็นจุดสำคัญเลยที่ได้ไปช่วย แล้วเป็นหมอนวชนหน้าที่ควบคุมโรคต่างๆ ที่ผมพูดเมื่อตอนต้น แล้วพีไฟโรจน์เป็นผู้อำนวยความสะดวกกองฝึกรวมที่ผลิตพวกผดุงครรภ์กับพนักงานอนามัยอยู่นาน ท่านจะอยู่ตรงรอยต่อตรงนี้ ท่านจะรู้ว่ามันมาอย่างไร แล้วตอนตั้งมหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ที่หาดใหญ่ กับมหาวิทยาลัยขอนแก่นนี้ ก็ตั้งขึ้นพร้อมกัน มีโรงเรียนแพทย์ 2 แห่ง ตั้งขึ้นยังไม่มีใครเป็นคนบด เขาก็มาชวนพีไฟโรจน์ให้ไปเป็นคนบด แล้วผมก็ห้ามพีไฟโรจน์ไว้ว่า พี่อย่าไปเลย พี่ทำผดุงครรภ์กับพนักงานอนามัยทำประโยชน์ได้มากเลย พี่ไปอยู่นั้น อีกก็ปีไม่รู้ได้แพทย์มา 30 คน ก็ไม่รู้ว่ามันจะทำอะไรได้บ้าง อะไรอย่างนั้นะ พีไฟโรจน์ล้มหรือยัง แล้วก็ทันเห็นเรื่องที่ว่าโรคภัยไข้เจ็บเยอะแล้ว ตรงนี้มันขึ้นมา มันสามารถควบคุมโรคอะไรต่างๆ ได้ ผมว่าพี่น่าจะคุย “concept” [แนวคิด] ผดุงครรภ์มันเกิดอะไรยังงั้นบ้าง เพราะผมคิดว่ามันสำคัญเหลือเกินตรงนี้

นพ.ไฟโรจน์ นิงสานนท์ : เอาเรื่องโบราณมาพูด จำไม่ค่อยได้แล้ว เพราะว่าในขณะนั้นเจ้าหน้าที่การแพทย์สาธารณสุขของเราน้อยมาก โดยเฉพาะการแพทย์น้อยมากเลย การสาธารณสุขนี่ก็เป็นเรื่องของชาวบ้านมาร่วมกันทำ ช่วยกัน

62 ดร. วิกเตอร์ไฮเซอร์ได้ทำการสำรวจราชวิทยาลัย แล้วก็เขียนรายงานเสนอไปยังมูลนิธิโรคคักเฟลเลอร์ เมื่อ ค.ศ. 1915 (พ.ศ. 2458) โดยสรุปภาพรวม ราชวิทยาลัยนั้นมีสภาพเหมือนกับโรงเรียนแพทย์ชั้นต่ำ (the poorer grade medical school) ในสหรัฐอเมริกา รายงานฉบับนี้ได้ตีพิมพ์ใน **นพข. RAC /34 RG 1.1-617-9-63** Victor G. Heiser (Director for the East), “Report on Medical Education in Siam”.

63 เอกสารในหอจดหมายเหตุของมูลนิธิโรคคักเฟลเลอร์ที่เกี่ยวข้องกับประเทศไทยส่วนหนึ่ง ในปัจจุบันได้รับการทำสำเนาเอาไว้ให้บริการที่หอจดหมายเหตุแห่งชาติ กรมศิลปากร และหอจดหมายเหตุโรงพยาบาลศิริราช

64 คือสมเด็จพระมหิตลาธิเบศร อดุลยเดชวิกรม พระบรมราชชนก ซึ่งขณะนั้นทรงดำรงพระยศ สมเด็จพระเจ้าน้องยาเธอ เจ้าฟ้ามหิตลอดุลยเดช กรมขุนสงขลานครินทร์ ขณะนั้นทรงรับผิดชอบดูแลงานด้านแพทยศาสตร์ศึกษาของคณะแพทยศาสตร์และศิริราชพยาบาล

65 หมายถึง หม่อมเจ้าสกลวรรณการ วรวรรณ ซึ่งขณะนั้นดำรงตำแหน่งอธิบดีกรมสาธารณสุข ในสังกัดกระทรวงมหาดไทย

66 ดูการอภิปรายอย่างละเอียดถึงกรณียกเรื่องการผลิตแพทย์ชั้น 1 และชั้น 2 นี้ได้ใน Wariya Siwasariyanon, “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 (1923-1935),” Chapter V and Chapter VI และดูทวีตคัก เฟลเลอร์, **เชื้อโรค ร่างกาย และรัฐเวชกรรม**, 146-156.

แล้วการแพทย์ตอนนั้นมันมีทั้ง 3 การแพทย์ คือ การแพทย์ปัจจุบัน การแพทย์จีน การแพทย์ไทย เพราะฉะนั้น 3 อย่างนี้ ใจเราในขณะนั้นว่าการแพทย์ทั้งหลายน่าจะมาประสานกันแล้วก็ลงในจุดประชาชน ลงในจุดพื้นที่ที่ประชาชนอยู่หนาแน่นหรือเบาบางอะไรก็แล้วแต่ เพื่อให้ลงบริการให้เขา โรคภัยไข้เจ็บน้อยลงมีกำลังกายกำลังใจที่จะทำงาน ใจในขณะนั้นคิดนะครับ เพราะฉะนั้นเรื่องการแพทย์ปัจจุบันเราไม่ต้องพูดถึงละ ซึ่งก็อำนวยความสะดวกโดยอาจารย์หลายท่านที่คุยกันอยู่นี้

รองลงมาอีกอันหนึ่งคือการแพทย์แผนไทย บังเอิญว่าผมเกิดมาจากแพทย์แผนไทย คุณตามผมนั่นคือหมอเพ็ชรหมอลอย แล้วก็มีความปู่คุณอะไรอีกหลายคน แล้วในขณะเดียวกันเพื่อนคุณพ่อผมก็เป็นหมอจีน เพราะฉะนั้นเราได้รับรู้เรื่องหลายอันในเรื่องนี้ เราคิดว่าถูกที่สุดในระยะนั้นน่าจะเป็แพทย์แผนไทย แล้วก็ช่วยบริการหลายๆ ด้านให้ประชาชนให้มีร่างกายแข็งแรง โรคภัยไข้เจ็บลดน้อยลง เรามาคิดอย่างนั้น เพราะฉะนั้นการแพทย์แผนไทยเกิดขึ้นนั้น เราก็คิดว่าก่อนนั้นเขาไม่เรียกการแพทย์แผนไทยนะครับ

เขาเรียกการแพทย์โบราณ แพทย์แผนโบราณ เราก็บอก ผมไม่พูดถึงนะแพทย์แผนโบราณ ผมไม่เห็นด้วยต้องพูดแพทย์แผนไทยนะครับ เจาะจงเลย แล้วก็บังเอิญที่บ้านนี้หมอเพ็ชรหมอลอยบ้านสี่พระยานี้ ทุกคนก็รู้แหละครับว่าคุณตาผมทำอะไรบ้าง เราก็เอาอันนี้มาผูกพันจนกระทั่งเกิดแพทย์แผนไทยขึ้นที่รอกัญญเบศร ก็หมอที่เสียชีวิตไปแล้วนะครับที่ทำเรื่องนี้ คือ หมอเพ็ญภา⁶⁷ เป็นคนดั้งเดิมรวมกัน

เราก็มาคิดต่อไปว่า ถึงแม้จะเอาแพทย์แผนไทยเข้ามาแล้ว แต่แพทย์แผนปัจจุบันยังมีแพทย์ ผู้เชี่ยวชาญรออยู่ตลอด มันก็ถึงไม่ถึงถึงไม่ถึงชาวบ้าน เพราะฉะนั้นเราจะทำยังไงก็มี เก่าเขามีแพทย์กับพยาบาลแล้ว เราก็คิดว่าน่าจะมีส่วนครุฑและพนักงานอนามัยที่จะมาช่วย ผดุงครุฑนี้เกิดก่อนแพทย์ พยาบาล แล้วก็มาผดุงครุฑแล้วถึงจะมาพนักงานอนามัย⁶⁸ พอผดุงครุฑแล้วเราก็บอกว่า ผดุงครุฑอย่างเดียวก็คงจะอยู่ในกรอบเท่านั้น มันลงลึกไม่ได้ ก็มีการผดุงครุฑ การทำคลอดเท่านั้น มันเข้าไปสูขาภิบาลอะไรต่ออะไรไม่ได้เลย เราก็เลยเอา

67 หมายถึงแพทย์หญิงเพ็ญภา ทรัพย์เจริญ เสียชีวิตด้วยโรคมะเร็งน้ำดี เมื่อวันที่ 2 เมษายน 2551

68 ภายหลังที่รัชกาลที่ 7 ทรงโปรดเกล้าฯ ให้สถาปนากรมสาธารณสุขขึ้นในสังกัดกระทรวงมหาดไทยเมื่อ พ.ศ. 2461 แล้วก็ให้กรมสงเคราะห์แม่และเด็กมีฐานะเป็นกิจการอย่างหนึ่งของกรมสาธารณสุขใน พ.ศ. 2469 โดยกำหนดให้มีตำแหน่ง “นางสงเคราะห์สูขาภิบาล” (ภายหลังการเปลี่ยนแปลงการปกครอง พ.ศ. 2475 และได้ยกฐานะสูขาภิบาลเป็นเทศบาลใน พ.ศ. 2478 ตำแหน่งนางสงเคราะห์สูขาภิบาลได้เปลี่ยนเป็น “นางสงเคราะห์เทศบาล” แทน) ต่อมาใน พ.ศ. 2474 กรมสาธารณสุขได้จัดตั้งโรงเรียนอบรมผดุงครุฑขึ้นในวชิรพยาบาล ซึ่งเป็นป็นโรงเรียนผดุงครุฑแห่งแรกของประเทศไทยโดยเปิดรับนักเรียนปีละ 20 คน มีระยะเวลาการศึกษา 1 ปี เมื่อจบการศึกษาแล้วจะได้รับประกาศนียบัตรผดุงครุฑชั้น 2 ผู้เข้าอบรมนั้นคัดเลือกส่งมาจากอำเภอต่างๆ จากทั่วประเทศและเมื่อจบการศึกษาแล้วกรมสาธารณสุขก็จัดส่งกลับไปยังภูมิลำเนาเดิมเพื่อช่วยเหลือในการคลอดบุตร และมารดาทารกสงเคราะห์ ตลอดจนงานสาธารณสุขอื่นๆ เช่น การปลูกฝี และการฉีดวัคซีน เป็นต้นหลังจากนั้นใน พ.ศ. 2481 กิจการสงเคราะห์แม่และเด็กได้ขยายตัวขึ้น โดยมีตำแหน่ง “นางผดุงครุฑ ชั้น 2” เพิ่มขึ้นส่วนตำแหน่ง “นางสงเคราะห์เทศบาล” ก็เปลี่ยนชื่อเป็น “นางสงเคราะห์” หรือพยาบาลอนามัย หลังจากนั้นใน พ.ศ. 2482 กิจการสงเคราะห์แม่และเด็กก็ได้รับการยกฐานะขึ้นเป็น “แผนกสงเคราะห์แม่และเด็ก” และเปลี่ยนเป็น “กองสงเคราะห์แม่และเด็ก” ขึ้นกับกรมสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุขใน พ.ศ. 2485 ในระหว่าง พ.ศ. 2493-95 กรมสาธารณสุขได้จัดตั้งหน่วยสงเคราะห์แม่และเด็กเคลื่อนที่ขึ้นจำนวน 10 หน่วย โดยมีหน่วยรถยนต์ 9 หน่วย และหน่วยเรือยนต์ 1 หน่วย โดยครั้งหนึ่งได้รับความช่วยเหลือจากองค์การสงเคราะห์เด็กแห่งประเทศไทย (UNAC) และใน พ.ศ. 2494 ก็ได้ปรับปรุงหลักสูตรการศึกษา วิชาผดุงครุฑ เป็น 1 ปี 6 เดือน โดยรับผู้สมัครที่พื้นความสำเร็จชั้นมัธยมปีที่ 3 หรือเทียบเท่า ป. 7 และมีอายุระหว่าง 19-25 ปีและใน พ.ศ. 2496 ได้จัดให้มีการอบรมผู้ตรวจการนางสงเคราะห์ มีระยะเวลา 6 เดือน ณ โรงเรียนผดุงครุฑวชิรพยาบาลโดยผู้เข้ารับการอบรมรุ่นแรก มีจำนวน 8 คน และเมื่อสำเร็จการศึกษาแล้วได้รับมอบหมายให้ไปปฏิบัติงานยังจังหวัดต่างๆ เพื่อให้คำแนะนำ และควบคุมการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่อนามัยและผู้มีหน้าที่เกี่ยวข้องในด้านการอนามัยแม่และเด็ก คือพยาบาลอนามัย ผดุงครุฑ เป็นต้นการอบรมเช่นนี้ได้จัดทำขึ้นอีกครั้งในปีต่อมาแต่หลังจากนั้นตั้งแต่ พ.ศ. 2497 เป็นต้นมาก็เปลี่ยนเป็นการให้ทุนการศึกษาวิชาพยาบาลผดุงครุฑและอนามัย ปีละ 50 ทุน เพื่อผลิตพยาบาลอนามัย ออกประจำปฏิบัติงาน ณ สถานีอนามัยในจังหวัดต่างๆ ทั่วประเทศ ต่อมาการอบรมผู้ตรวจการนางสงเคราะห์ก็ได้ถูกนำกลับมาดำเนินการอีกครั้งตั้งแต่ปีงบประมาณ 2508 เป็นต้นมา โดยคัดเลือกพยาบาลอนามัยจากจังหวัดต่างๆ เข้ารับการอบรมปีละ 1 รุ่น ละ 80 คน โดยมีวัตถุประสงค์ให้ผู้ซึ่งจบการอบรมช่วยแบ่งเบาภาระของพยาบาลอนามัยผู้หนึ่งคนจากส่วนกลางข้อมูลประวัติสำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุขได้ที่ <http://hp.anamai.moph.go.th/about.php>

พนักงานอนามัยอีกพวกหนึ่งเถาะ ก็ทำโรงเรียน พนักงานอนามัยขึ้นมา เพื่อที่จะดำเนินการออกข้างนอกไป วางฐานให้หมด

นพ.โกมาตร : อาจารย์ครับ สมัยที่เริ่มคิดเรื่อง ผดุงครรภ์นี้ผมคบคิดอยู่กับใครครับอาจารย์

นพ.ไพโรจน์ : ตอนนั้นมีผดุงครรภ์ก่อนผมนะ ครับ ซึ่งเป็นรุ่นคุณอาคุณน้าผม เพราะคุณน้าผมเป็นพยาบาลผดุงครรภ์ แต่พนักงานอนามัยก็มีเรา 3 คน ที่เรียกว่าเถียงกันทะเลาะกันอยู่เรื่อย คือ อมร⁶⁹ วินิจ⁷⁰ และผม คงรู้จักนะครับ ก็มาคิดกันว่าควรจะทำงานขึ้นมาใหม่สักคนหนึ่ง เป็นพนักงานอนามัย แล้วก็ให้มีผู้ช่วยของพนักงานอนามัยที่จะมาทำงานทำทั้งด้านทั่วไป การป้องกันโรคทั่วไปแล้วก็ด้านสุขภาพ เพราะฉะนั้นก็ทำอันนี้ขึ้นมา อันนี้ผมว่ามันได้ประโยชน์ เพราะว่าพอลงไป เราใช้เขาไม่ใช่เฉพาะสุขภาพเท่านั้น อย่างอื่นได้อีกหลายอันที่ให้เราทำ เพราะฉะนั้นขณะนี้เจ้าหน้าที่ 2 ประเภทนี้ไปทำลงลึกมาก แล้วผมอยากจะขอเรียนว่าพอลงไปลึกแล้วเราก็ไปสร้างสถานอนามัยขึ้นมา เกิดสถานอนามัยชั้น 1 ชั้น 2 อะไรก็แล้วแต่ขึ้นเพื่อให้พวกนี้อยู่ ฉะนั้นเมื่อพวกนี้อยู่เราก็แทรกเข้าไปเอาผดุงครรภ์แทรกเข้าไป ก็บริการได้ทั้งหมด ไม่ใช่เฉพาะสุขภาพอย่างเดียว มีทั้งผดุงครรภ์และการรักษาพยาบาลขั้นแรกๆ ก็ทำได้

จนกระทั่งเมื่อเราสร้างอะไรเสร็จ มีพนักงานอนามัย มีสถานอนามัยแล้ว วันหนึ่งพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัว รัชกาลที่ 9 เสด็จมา แล้วทรงรับสั่งว่า หมอที่ทำอยู่นี้ดีแล้ว แต่ไม่พอหรอกนะ ที่มีพนักงานผดุงครรภ์ พนักงานอนามัย

นี้ไม่พอ หมอต้องช่วยชาวบ้านเขาอีก เพราะท่านบอกว่าแค่นี้ไม่พอ น่าจะทำหน่วยเคลื่อนที่ คำว่าหน่วยเคลื่อนที่ที่เกิดจากตอนนั้น ควรจะทำหน่วยเคลื่อนที่และเอาเจ้าหน้าที่ไปวางจุดให้ดี มันจะได้ทำให้เป็นกลุ่มเป็นก้อน ให้มี “area” [พื้นที่] มากขึ้นให้ชาวบ้านได้รับมากขึ้น ถ้าพนักงานอนามัยอยู่ในสถานอนามัยมันก็อยู่เท่านี้แหละ เพราะฉะนั้นตรงนี้ก็เกิดขึ้นมา ผมขอเรียนว่าพอท่านรับสั่ง ท่านก็บอกว่าเอาเงินไป 22,000 บาท ตอนนั้นอยู่กรมอนามัยและไปทำหน่วยเคลื่อนที่ ท่านให้เงินเลย 22,000 บาท ให้ไปทำหน่วยเคลื่อนที่ กรมอนามัยจึงไปสร้างหน่วยเคลื่อนที่นี้ขึ้นมา⁷¹ เพราะฉะนั้นเดี๋ยวนี้หน่วยเคลื่อนที่มันจะมากเกินแล้วขณะนี้ แต่ว่าอย่างไรก็ตาม ก็เป็นประโยชน์มาก นอกจากเราเอาวิชาการแท้เข้าไป เสร็จแล้วเราเอาหน่วยเสริมเข้าไปเพื่อให้บริการเท่าที่เจ้าหน้าที่ทำได้ไม่ลงลึกนัก ในขณะที่เดียวกันคือเรื่องแพทยจีน ผมเกิดมาแพทย์ไทย แต่คุณพ่อผมเป็นเชื้อจีน พอไม่สบายอะไรก็เรียกหมोजิน “ตั้งอีกซอ” อยู่ที่สี่กั๊กพระยาศรี นั่นแหละเป็นหมोजิน เพราะฉะนั้นเราก็เห็นว่าทั้ง 3 แพทย์เหมาะที่จะทำงาน แต่บังเอิญเรามุ่งเรื่องแพทย์แผนไทยและแพทย์แผนโบราณให้กระจายมากขึ้น แพทย์แผนจีนนี้เราก็ไม่อยากจะไปดึงเขามากนัก เขาอาสาที่จะมาช่วย เราก็ไม่อยากจะดึงเขามา แต่แพทย์แผนจีนเขาก็ “offer” [เสนอตัว] และเขาเก่งทางด้านกระดูก อันนี้ผม “test” [ทดสอบ] ดู คุณน้าทำสวนหมากที่สี่พระยา เขาก็มีคุณน้ากับตัวเรา ถ้าคุณยายเราต้องการหมากก็บอกไพโรจน์ไปขึ้นหมาก ก็ต้องปีนขึ้นไป บางทีก็ใช้บันได บังเอิญน้ำตกต้นหมากลงมาที่ดิน แล้วก็ตกน้ำ แต่ไม่มีใครเห็น เขาก็บังเอิญคุณยายใช้ให้ไปปีนต้นหมากก็เจอใครร้องฮือๆ

69 นายแพทย์อมร นนทสุด อดีตอธิบดีกรมอนามัย และปลัดกระทรวงสาธารณสุข

70 นายแพทย์วินิจ อัศวเสนา อดีตอธิบดีกรมควบคุมโรคติดต่อ และรองปลัดกระทรวงสาธารณสุข

71 ในบทที่ 2 เรื่องระบบบริการสุขภาพพื้นบ้าน นายแพทย์ไพโรจน์ ระบุว่าหน่วยแพทย์เคลื่อนที่เกิดขึ้นครั้งแรกในช่วง พ.ศ. 2496-7

อยู่ ก็เจอน้ำอยู่ในน้ำ ดิ่งขึ้นมา เห็นกระดูกห้อย
เลย ขาแขนห้อย ก็ไม่รู้ว่าจะทำอย่างไร ตอนนั้น
โตแล้ว แต่ยังไม่เข้าโรงเรียนแพทย์ ก็ไปบอก
คุณพ่อ คุณพ่อเรียกแพทย์จีน เราแปลกใจมาก
มาถึงก็จับและมัด แล้วก็กินยา และแกดี่ขึ้นจน
กระทั่งเดี๋ยวนี้ ต่อมาแกไปตายตอนรถคว่ำ แต่
ว่าตกต้นไม้ไม่ตาย ตรงนี้ผมแปลกใจมาก ผม
ถึงบอกว่า เราคิดว่าขณะนี้แพทย์แผนไทยนั้นดี
แล้วก็มาแพทย์แผนปัจจุบัน และมาเจอแพทย์
แผนจีน ผมคิดว่าถ้าเราเอา 3 แพทย์มารวมกัน
และใครเก่งทางไหนเอาทางนั้น ร่วมกันแล้วมัน
ก็จะดีสำหรับความคิดผมและเวลาอบรม มันก็
ออกมาอย่าไปคำนึงว่าต้องมีดีกรี ดีออกเตอร์ดีกรี
มาสเตอร์ดีกรี ซึ่งผมเฉยๆ ในใจผมนั้น เราทำ
อย่างไรให้กว้างที่สุดเท่าที่กว้างได้ เราสนับสนุน
ช่วยประชาชนให้ดีที่สุด เราต้องการอย่างนั้น
ส่วนจะลึกไปไหนอันอื่นอีกเรื่องหนึ่ง ถ้าเรา
รวมกันทำได้ มีพวกน้องๆ หลายคน และมีพวก
แพทย์แผนไทยมาบอกว่า เราจะทำอย่างไรที่จะ
ขยายเรื่องนี้ เพราะการสาธารณสุขจะพึ่งอันใดอัน
หนึ่งไม่ได้ สำหรับใจผมต้องตัวเขาเอง และเรื่อง
ที่เขาสนใจทุกอย่าง ที่จะดูแลสุขภาพของเขาให้
ดี บางคนชอบแพทย์แผนจีน บางคนชอบแพทย์
แผนไทย อย่าไปเจาะจงแพทย์แผนปัจจุบัน อัน
นี้ผมไม่เห็นด้วย ถ้ารวมกันได้ เราเอาแพทย์แผน
โบราณเข้ามารวมกันได้ และถ้าจำเป็นจริงๆ ก็
ลองดูว่าในชุมชนไหนมีคนเยอะก็ลองเอา
ตรงนี้เข้ามา ถ้าเราทำตรงนี้ได้ผมว่าถูกก็ถูก
กระจายก็ได้ดี สำหรับใจผมนะครับ

นพ.โกมาตร : สมัยผมไปเก็บข้อมูลทำวิจัยอยู่ที่
สุรินทร์ ที่นั่นมีสถานีอนามัย เขาบอกว่าสมัย

เน้นทางการก็บอกให้คนหัดบริจาคที่ดิน และ
ใครบริจาคที่ดินก็ให้เอาลูกมาเรียนเป็นผดุงครรภ์
และกลับไปประจำอยู่ในท้องถิ่นของตัวเอง ซึ่งก็
ทำได้ในระดับหนึ่ง ต่อมาภายหลังในช่วงนโยบาย
รักษาพยาบาลฟรีของรัฐบาลของท่านคึกฤทธิ์⁷²
ทำให้ความต้องการทางการแพทย์เพิ่มมากขึ้น ใน
ช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาตินั้น
ก็เริ่มที่จะมีการขยายระบบบริการสุขภาพเข้าไป
ในชนบทมากขึ้น ผมอยากจะฟังเรื่องราวของคุณ
พลทรัพย์ ซึ่งเป็นคนดูแลการเงินอยู่ที่สำนักงาน
ประมาณ และเป็นกำลังสำคัญในการผลักดันให้
บริการสุขภาพขยายตัวไปในชนบทได้กว้างขวาง
ไม่ทราบว่าคุณคิดอะไรอย่างไรในตอนนั้นจึงทำการ
มีผลกระทบกว้างขวางกับสังคมต่อมาอย่างมาก

พลทรัพย์ ปิยะอนันต์ : ผมรับงาน⁷³ของกระทรวง
สาธารณสุขประมาณปลายปี 2522 ตั้งแต่ปี 2522
ถึง 2524 ต้องขอขอบคุณกระทรวงสาธารณสุขที่ได้
พาผมไปดูงานต่างๆ ของกระทรวงสาธารณสุขใน
ต่างจังหวัด ผมเห็นแล้วรู้สึกเห็นใจแพทย์มาก เห็น
ปัญหาของสาธารณสุขในชนบท และเผชิญผม
เรียนทางเศรษฐศาสตร์มา ทางเศรษฐศาสตร์ที่เรา
เรียนเน้นเรื่องของการกระจายรายได้ เมื่อไป
เห็นแล้วที่สำคัญก็คือ เรื่องโรงพยาบาลอำเภอ 10
เตียงแต่มีหมอคนเดียว บางแห่งไม่มี[หมอ] เมื่อมี
หมอคนเดียวก็ปรากฏว่าต้องทำเองทุกอย่างหมด
และก็เป็นหนี้ค่ายา บางแห่งติดหนี้ตั้งหลาย
ล้าน ถึงหกเจ็ดล้านก็มี บางคนยังจบมาใหม่ๆ จบ
มาปีสองปีก็เป็นหนี้ตั้งหลายล้านแล้ว เพราะว่า
คนเก่าทำมาด้วย เมื่อเป็นเช่นนี้แล้วก็มีปัญหาต่อ
ไปว่า หมอก็ไม่อยากไป หรือไปอยู่ก็อยากรีบกลับ
เพราะฉะนั้นสาธารณสุขก็ยิ่งแย่ไปใหญ่

72 ม.ร.ว. คึกฤทธิ์ ปราโมช เป็นนายกรัฐมนตรีคนที่ 13 ของไทยเป็นรัฐบาลในระหว่างเดือนมีนาคม พ.ศ. 2518 ถึงเดือนมกราคม พ.ศ. 2519 ออกนโยบาย "เงินผัน" หรือการผันเงินงบประมาณลงไปชนบท สร้างโครงการต่างๆ เช่น ทำถนน ขุดคลอง สร้างสะพานรวมทั้งมีนโยบายช่วยเหลือคนยากจนด้วยการรักษาพยาบาลฟรีขึ้นรถเมล์ฟรี ดูภาพรวมในสมัยรัฐบาล ม.ร.ว. คึกฤทธิ์ ใน ผาสุก พงษ์ไพจิตร และ คริส เบเคอร์, **เศรษฐกิจการเมืองไทย สมัยกรุงเก่า** (เชียงใหม่ : ซิลค์เวอร์มบุ๊คส์, 2539), 514-516.

73 หมายถึงได้รับมอบหมายให้ปฏิบัติงานงบประมาณของกระทรวงสาธารณสุข-พลทรัพย์

เรื่องที่ 2 นอกจากเรื่องยา ก็ยังมีเรื่องเกี่ยวกับปัญหาของหมอที่ไม่สามารถส่งต่อคนไข้ได้ เพราะช่วงนั้นมีแต่มอเตอร์ไซค์ โรงพยาบาล 10 เตียงนั้น มีแต่มอเตอร์ไซค์ ก็ไปเห็นปัญหาในตอนนั้นราวปี 2522-2523 พอผมไปเห็นถ้าเราไม่แก้ โอกาสที่เราจะทำให้หมอไปอยู่ในชนบทนั้น เป็นไปไม่ได้แน่ ผมก็เลยใช้ระบบของการกระจายทางงบประมาณ คือผันเงินงบประมาณ ผมจึงเรียนมาทางกระทรวงสาธารณสุข ทางสำนักงานปลัด (สปล.) ตอนนั้นคุณหมออุทัย⁷⁴ เป็นผู้อำนวยการกองสาธารณสุขภูมิภาค หลังจากนั้นก็ได้คุยกันว่า ถ้ามีเงินอะไรที่สามารถผันมาได้ให้แจ่มมาที่ผม ตอนนั้นเป็นปีที่ 7 แต่มีบทบาทเยอะมาก เพราะดูงบประมาณทั้งกระทรวงสาธารณสุข เราก็เห็นว่าถ้าทำมาเราจะรีบตอบสนองโดยเร็ว คือ

ประการแรก เพื่อที่จะให้แพทย์อยู่ให้ได้ สร้างประสิทธิภาพของสาธารณสุขในชนบท โดยใช้วิธีการทางด้านงบประมาณร่วมกับวิทยาศาสตร์ทางสาธารณสุขที่ไปสู่ชนบท ถ้าทำเรื่องมาเราก็จะรีบเปลี่ยนแปลงเงินไม่ว่าเงินที่ไหนที่มีอยู่ เราก็จะเปลี่ยนแปลงไปเป็นเงินค่ายาเพื่อลดหนี้ของเขา เขาก็จะได้ไม่ต้องยุ่ง กังวลเรื่องของการเป็นหนี้ จะได้รับการรักษา [ใช้ได้เต็มที่]

ประการที่สอง ทำอย่างไรถึงจะสร้างความเป็นอยู่ที่ดีขึ้นและทำให้หมอสะดวกยิ่งขึ้น เพื่อให้มีกำลังใจที่จะอยู่ในชนบท ก็บอกว่าขอให้ออนเงินมาเถอะในการซื้อรถปิคอัพ เพราะว่า

ในสมัยนั้นถ้าให้ผมขี่มอเตอร์ไซค์ ผมก็ขี่ไม่ได้ และถ้าเราลองมานึกถึงใจเรา ถ้าเราเป็นหมอที่ไปอยู่แบบนั้นอยู่ไม่ได้แน่ คนอยู่ได้ต้องมีใจสู้ เหลือเกิน เราคิดถึงตัวเรา ตัวเขา เพราะฉะนั้นเมื่อขอเงินมาจะทำให้เปลี่ยนเป็นรถปิคอัพทันที เพื่อให้เขาสามารถออกไปสู่โลกภายนอกได้สะดวก เพราะสมัยก่อนถนนไม่ค่อยจะดี โคลนก็เยอะแยะ เพราะฉะนั้นที่ออกมาข้างนอกลำบากมาก ก็ขอเงินมาเพื่อ[ซื้อรถปิคอัพ]ให้เขาสามารถไปไหนได้ และยังสามารถส่งต่อคนไข้ได้ นอกจากนั้นแล้ว ผมยังมีความประทับใจว่าหมอในชนบทนั้น หมอเขามีคนเดียว แต่ว่ามีเตียงคนไข้ 10 เตียง แล้วเลือดก็ไม่มี หากเผอิญคนไข้มาเลือดกรุปเดียวกับหมอ หมอก็บริจาคเลือดเอง ผมเห็นอย่างนี้แล้วผมประทับใจเรื่องนี้มาก ผมคิดว่าต้องทำอะไรให้มากที่สุดเท่าที่ทำได้ในการที่จะสร้างศักยภาพและให้หมออยู่ในชนบทให้ได้ ตอนนั้นที่ 7 เองนะครับ

หลังจากนั้นก็ได้มีการทำแผนสาธารณสุขแผนที่ 5 ตั้งแต่ 2525-2529⁷⁵ รู้สึกว่าทำตั้งแต่ปี 2524 เพื่อจะใช้ปี 2525-2529 ในช่วงนั้นทางกระทรวงสาธารณสุข มีความสามารถในการวางแผนได้ดีมาก อีกทั้งมีผู้ใหญ่ที่ดีมีความสามารถและมีจุดหมายกระจายการพัฒนาทางสาธารณสุขไปสู่ภูมิภาคและชนบทอย่างจริงจัง นอกเหนือจากการพัฒนาการรักษาพยาบาลในกรุงเทพฯ-ปทุมธานี] นอกจากนั้นก็มีอีกเรื่องหนึ่งคือเรื่องสาธารณสุขมูลฐาน⁷⁶ ได้ไปดูก็ปรากฏว่า

74 หมายถึงนายแพทย์อุทัย สุดสุข

75 ดูรายละเอียดใน คณะอนุกรรมการวางแผนพัฒนาการสาธารณสุข สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, **แผนพัฒนาการสาธารณสุข ตามแผนพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 5 (พ.ศ. 2525-2529)**(กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์สำนักข่าวพิเศษ กรมพาณิชย์สัมพันธ์, 2524) และ สำนักนโยบายและแผนสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข, **สมาคมพัฒนาสังคม, สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์, และมหาวิทยาลัยเกริก, สถานภาพของแผนพัฒนาการสาธารณสุขในอดีต-ปัจจุบัน ช่วงแผนพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 1-7 (พ.ศ. 2504-2539)** (กรุงเทพฯ: บริษัทเดอะ เบสท์ กราฟิค ดีไซน์ จำกัด, 2539).

76 กระทรวงสาธารณสุขได้เริ่มดำเนินการสาธารณสุขมูลฐานตั้งแต่แผนพัฒนาการสาธารณสุข ฉบับที่ 4 (พ.ศ. 2520-2525) โดยเน้นการฝึกอบรม คุรุฝึกสาธารณสุขมูลฐาน และการอบรมอาสาสมัครสาธารณสุข ได้แก่ ผู้สื่อข่าวสาธารณสุข (ผสส.) และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ให้ครอบคลุมร้อยละ 50 ของหมู่บ้านในชนบท และสนับสนุนยา และเวชภัณฑ์ประจำหมู่บ้าน

มีปัญหา คือ หลักการดีมากแต่วิธีการปฏิบัติมีปัญหา เพราะสมัยก่อนเงินก็จำกัด มีกระเป๋ายาแล้วก็ให้เงินไปพันบาท⁷⁷ รู้สึกว่าตอนนั้น อสม. [อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน] หมู่บ้านหนึ่งมีอยู่คนเดียว รู้สึกว่าตอนนั้นยังไม่มี ผสส. [ผู้สื่อข่าวสาธารณสุข]⁷⁸ ตอนนั้นก็ให้ไปหนึ่งพันบาทซื้อยาใส่กระเป๋าก็ไม่ได้แจกฟรีเพราะว่าเงินไม่มี⁷⁹ ถ้าคนไหนพอจ่ายได้ก็จ่าย จ่ายอย่างถูกๆ ไม่กี่บาท 2-3 บาท แต่ปรากฏว่าพอไปดูงานมีปัญหาผมไปกับคุณหมออุทัย ตอนนั้นกองสาธารณสุขมูลฐานยังไม่มี ปรากฏว่าบางแห่งเงินเกือบหมดเพราะว่าแจกฟรีหมด คนมีเงินก็ไม่เก็บ คนไม่มีเงินก็ไม่เก็บ เราก็คิดว่าเช่นนี้เราคงหางบประมาณไม่ไหว ก็กลัวสาธารณสุขมูลฐานจะล่มสลาย ก็เลยมานั่งคุยให้ความรู้แก่ อสม.ทั้งหลายว่าต้องวางตามเกณฑ์ของเรา คือ ถ้าใครพอมีเงินก็ให้เขาช่วยบ้าง เพื่อจะได้ช่วยคนอื่น และในส่วนที่ขาดเราจะมึงงบประมาณ[เสริม]ให้ เช่น จะให้เป็นเกณฑ์พันบาทจะขาดไปร้อยสองร้อยเราก็ตั้งงบประมาณเสริมให้เพื่อที่จะดูแลคนชนบทในระดับล่างได้ เป็น “primary health care” [การสาธารณสุขมูลฐาน] เพื่อช่วยสนับสนุน “basic health care” [การดูแลสุขภาพขั้นพื้นฐาน] “secondary health care” [การดูแลสุขภาพ และ “tertiary health care”] การดูแลสุขภาพ ต่อไป

ถ้าไม่เช่นนั้นทำไม่ได้ พวกเราเห็นปัญหา เราได้แก้ไขไปในลักษณะที่เป็นปัญหาเฉพาะหน้า⁸⁰

นพ.โกมาตร: เริ่มทำตอนที่ยังไม่เป็นแผนรพารินทร์ดี หรือว่ามีอุปสรรคในการนำแนวความคิดต่างๆ เหล่านี้ไปใส่ในระบบ

พูลทรัพย์: ก็มี เพราะว่าตอนนั้น การที่จะผันเงินจากการก่อสร้าง คือสมัยก่อนจะเป็นงบประมาณก่อสร้างเยอะ ในการที่จะผันเงินการก่อสร้างจาก “hardware” มาสู่ “software” เหล่านี้ลำบากมาก เพราะคนจะเห็นแต่ก่อสร้าง มีแนวความคิดเรื่อง “software” น้อยมาก โดยเฉพาะที่ทำงานผมก็เป็นเช่นกัน เพราะฉะนั้นประสบความยากลำบากพอสมควรทีเดียว นอกจากนั้นยังมีปัญหาว่า ตอนที่เราทำงบประมาณ เราเห็นปัญหาในสาธารณสุข มีปัญหา⁸¹ แต่ในกรุงเทพฯ การก่อสร้างมีมากมายเหลือเกิน เราเคยพูดกันเล่นๆ ว่าแถวอนุสาวรีย์ฯ แผ่นดินหลุดเยอะเพราะว่าสร้างกันจิง โรงพยาบาลเยอะแยะเลย ผมคิดว่าจะทำอย่างไร เพราะงบประมาณมีจำกัด ถ้าเราจะเพิ่ม [งบประมาณ]ก็จะเพิ่มได้นิดเดียว และไม่สามารถกระจายสาธารณสุขได้เร็วเท่าที่ควร ก็เลยบอกว่าจะต้องคล้ายๆ กับผันเงินงบประมาณจากส่วนกลางไปสู่ชนบท ชะลอการก่อสร้างในกรุงเทพฯ

ต่อมาในแผนพัฒนาสาธารณสุข ฉบับที่ 5 (พ.ศ. 2525-2529) กระทรวงสาธารณสุขได้ขยายการอบรม ผสส. และ อสม. ให้ครอบคลุม 100 เปอร์เซ็นต์ทุกพื้นที่ในเขตชนบท โดยให้มีการดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐาน ครอบคลุมองค์ประกอบสำคัญ 8 ประการ อันได้แก่ การให้ศึกษา การโภชนาการ การสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค การให้การรักษายาบาลโรคต่างๆ ที่พบบ่อยในท้องถิ่น การสุขภาพสิ่งแวดล้อมและการจัดหาน้ำสะอาด การจัดหาที่ที่จำเป็นไว้ใช้ในหมู่บ้าน การอนามัยแม่และเด็ก การวางแผนครอบครัว การควบคุมโรคประจำท้องถิ่น

77 เพื่อเป็นเงินหมุนเวียนซื้อยาใส่กระเป๋าคือ พูลทรัพย์

78 ผู้สื่อข่าวสาธารณสุข (ผสส.) จะเป็นผู้ที่ทำหน้าที่เป็นศูนย์กลางของการสื่อสารข้อมูลทางด้านสาธารณสุขระหว่างเจ้าหน้าที่สาธารณสุขกับชาวบ้าน และสามารถให้ความช่วยเหลือและความสะดวกแก่เจ้าหน้าที่สาธารณสุขในการให้บริการสุขภาพต่างๆ แก่ชาวบ้านและจะทำให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขของรัฐสามารถรับรู้และแก้ปัญหาสุขภาพของชาวบ้านได้ตรงจุดมากยิ่งขึ้น

อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) คือ ผสส. ที่ได้รับการฝึกอบรมเพิ่มเติมในการให้บริการดูแลสุขภาพขั้นพื้นฐาน หรือสามารถให้การรักษายาบาลเจ็บป่วยแบบพื้นฐานให้แก่ชาวบ้านโดยคิดค่าบริการเพียงเล็กน้อยเท่านั้น ดูรายละเอียดได้ใน ทวีทอง ทรงวิวัฒน์ และคณะ, “โครงการสาธารณสุขมูลฐาน,” (โครงการศึกษาเพื่อจัดเตรียมโครงการสำหรับแผนพัฒนาชนบทยกจน ดำเนินการโดยสมาคมนักวิจัยมหาวิทยาลัยไทย เสนอต่อสำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, 2524) และดูทวีศักดิ์ เมื่อกสม, **เชื้อโรค ร้างกรม และรัฐราชการกรม**, 247-254.

79 หมายถึงในตอนแรกนั้นยังไม่ได้จ่ายยาฟรีให้แก่ผู้ป่วยในหมู่บ้านเพราะเงินงบประมาณยังไม่พอ-พูลทรัพย์

80 ในภายหลังคุณพูลทรัพย์ขยายความเพิ่มเติมว่าหมายถึง การแก้ไขปัญหาในเชิงระบบเป็นองค์รวมโดยบูรณาการด้านแผนและงบประมาณ มิใช่การดูแลแต่สิ่งที่เป็นปัญหาเฉพาะหน้า-พูลทรัพย์

81 หมายถึงงบประมาณด้านสาธารณสุขในภูมิภาคและชนบทมีปัญหามาก-พูลทรัพย์

ไว้บ้าง จากที่สร้างมากมาย เพื่อผันเงินไปสู่ชนบท

นพ.โกมาตร : เรียกว่าเปลี่ยนความคิดสวนกระแสหลักเลยนะครับ

พูลทรัพย์ : ครับ เปลี่ยนความคิดสวนกระแสหลักเลย เพราะผมมองเห็นว่า ถ้าหากเราไม่เปลี่ยนอย่างนี้ คนก็แห่เข้ากรุงเทพฯ หมด พวกเขาชนบทก็จะแห่มารักษากรุงเทพฯ เพราะบริการสาธารณสุขไม่เพียงพอ และผมได้อ่านเอกสารของกระทรวงสาธารณสุขที่ทำการศึกษพบว่า คนต่างจังหวัดมารักษาที่กรุงเทพฯ บางที่ต้องขายควาย บางที่ต้องขายที่ เป็นต้น ในขณะที่เขาก็ยากจนจะแะอยู่แล้วและต้องเป็นหนี้สินอีก ถ้าเราทำอย่างนี้ได้⁸² ก็จะสามารถช่วย[พัฒนา]งานภาคสาธารณสุข แล้วก็ช่วยให้เขาไม่เป็นหนี้และช่วยเขาให้มีชีวิตอยู่ได้พอสมควร นี่ก็เป็นเรื่องของการกระจาย[การสาธารณสุข]

นพ.โกมาตร : ช่วงนั้นงบประมาณในเมืองก็ชะลอลงมาก

พูลทรัพย์ : ไม่ชะลอครับ เพราะเราแค่ลดเรื่องของการก่อสร้าง และซื้อเครื่องมือที่แพงๆ ให้น้อยลง

นพ.โกมาตร : เห็นอาจารย์อารี⁸³ บอกว่าเวลาเจอคุณพูลทรัพย์นี้ตัวสั่นเลยครับ เพราะกลัวจะถูกตัดงบประมาณ

พูลทรัพย์ : เพราะการสร้างโรงพยาบาลรามธิบดีสมัยนั้นต้องสร้างใช้เงินมหาศาลเลย เป็นงบประมาณสูงมาก เพราะผมเองไม่ให้ความสำคัญเรื่องการก่อสร้างมากเกินไป ให้[ก่อสร้าง]เท่า

ที่จำเป็น แต่จะเน้นเรื่องคุณภาพของการรักษา มากกว่า ตอนนั้นเมื่อเราลดเรื่องของการก่อสร้างลดเรื่องของวัตถุดิบ ก็สามารถผันไปช่วยเรื่องของการด้านการรักษา เรื่องของการป้องกันส่งเสริมสุขภาพ และตอนที่ทำนั้น ผมกับคุณหมอไพโรจน์ก็ได้คุยกันเรื่อง ว่าเราทำอย่างไรถึงจะปรับสัดส่วนในเรื่องของงบ “promotive-preventive” [การส่งเสริมและการป้องกัน] ให้เพิ่มขึ้นตลอดเวลา เพราะสมัยก่อน “curative” [การรักษา] นั้นมีสัดส่วนที่สูงมากในงบประมาณของกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งเราก็มามองแล้วว่าในเรื่อง “curative” นั้น ต่อให้เราเน้นมากๆ เท่าไหร่ก็ไม่พอ ถ้าหาก “promotive-preventive” ไม่มาช่วย ก็พยายามทำเรื่องนี้ แต่ที่ได้มีผลมากที่สุดคือแผนสาธารณสุขฉบับที่ 5 เพราะจากการที่พวกเราเริ่มต้นที่ทำยุทธศาสตร์เหล่านี้ โดยเป็นยุทธศาสตร์ด้านสาธารณสุขร่วมกับยุทธศาสตร์ทางด้านงบประมาณ มาเป็นป่าทองไก่ โดยได้มาร่วมทำแผนพัฒนาการสาธารณสุขฉบับที่ 5 ผมมานั่ง [ทำแผนและงบประมาณร่วมกันโดย] ใกล้ชิดที่กระทรวงสาธารณสุข ช่วยกันทำตลอดเวลา เพราะเห็นว่าถ้าแผนไม่ดียุทธศาสตร์ไม่ดี งบประมาณที่จะใช้ไม่เกิดประสิทธิภาพ [และประสิทธิผล] ผมไม่เอางบประมาณมาเป็นอำนาจ⁸⁴ ผมอยากจะเห็นว่าให้มียุทธศาสตร์ที่ดีหลักที่ดี แล้วเราจะ[จัดทำงบประมาณ]เสริมอย่างสุดหัวใจ คิดเช่นนี้ ก็เลยมาร่วมทำสาธารณสุข

เผชิญในช่วงนั้นผมไปเรียนที่เมืองนอกกลับมา ผมไปเรียนปริญญาโทด้าน “Public Administration” [การบริหารรัฐกิจ] ก็ได้มีการพูดถึงระบบงบประมาณแบบ “Planning, Programming, Budgeting” ตอนนั้นในตำรา

82 หมายถึงการกระจายบริการสาธารณสุขไปสู่ชนบท-พูลทรัพย์
83 ศาสตราจารย์เกียรติคุณ นายแพทย์อารี วัลยะเสวี
84 หมายถึงเอาแต่จัดทำงบประมาณโดยไม่ร่วมจัดทำแผน-พูลทรัพย์

มี และยกตัวอย่างกรณีโรเบิร์ต แม็คนามารา [Robert McNamara]⁸⁵ ซึ่งเป็นรัฐมนตรีกลาโหม แต่มาจากภาคธุรกิจ เขาก็ใช้ระบบงบประมาณแบบ “Planning, Programming, Budgeting” มาทำงานงบประมาณของกระทรวงกลาโหม โดยทำงานงบประมาณกลาโหมให้เกิดประโยชน์โดยสูงสุด โดยมองทางเลือกต่างๆ ในการใช้งบประมาณของเขา เมื่อผมได้เรียนรู้ทางนั้นกลับมา ก็ไม่มีโมเดล [model] ให้เห็นเลยว่าทำอย่างไร แต่รู้ว่าเป็นอย่างไร เฝื่อนเมื่อกลับมาและเมื่อทำแผนฯ ฉบับที่ 5 ทางสาธารณสุขก็อดเยี่ยมที่มียุทธศาสตร์ที่ค่อนข้างดีมากมายที่เน้นในเรื่อง (1) ทางด้านการป้องกัน และ (2) การกระจายไปสู่ชนบท รวมกับยุทธศาสตร์หลายๆ อย่างที่สนับสนุนในเรื่องนี้ ผมก็มาร่วมแล้วก็มีมาใส่แนวคิดเรื่องเศรษฐศาสตร์สาธารณสุข⁸⁶ และอีก 6-7 ปีต่อมาเศรษฐศาสตร์สาธารณสุข หรือ “Health Economic” เข้ามา มีบทบาทมาก แต่ระยะหลังและไปหมด ไม่สนใจใช้เงินอย่างมหาศาลโดยไม่ได้ประโยชน์เท่าที่ควร

เฝื่อนผมเรียนด้านเศรษฐศาสตร์ แต่ไม่ได้เรียนเศรษฐศาสตร์สาธารณสุข แต่ “concept” [แนวคิด] ก็คล้ายกัน ผมก็ได้ใช้แนวคิดทางด้านสาธารณสุขมาจับ [ในภาวะที่เราเริ่มงบประมาณจำกัด-พลุทรัพย์] อย่างเช่นเรื่อง “marginal utility” อรรถประโยชน์สุดท้าย คือ เมื่อใช้เงินเพิ่มขึ้นนั้น อรรถประโยชน์สุดท้ายจะต้องคุ้มกว่าที่เราจ่ายเพิ่ม หรือเรื่อง “economies of scale” คือ ขนาดของการผลิตที่ประหยัด ผมนำมาใช้กับโรงพยาบาล อย่างเช่นว่าในกรณีโรงพยาบาลอำเภอ 10 เตียง ถ้าหากจะขยายจะต้องใช้ให้เกิด

ประสิทธิภาพเพราะลงทุนไปเยอะแยะ จะใช้ให้เกิดประโยชน์สูงสุดได้อย่างไร ก็หมายความว่า ถ้าสมมุติว่า 10 เตียง 30 หรือ 60 เตียง ถ้าไม่มีคนไข้มากกว่าร้อยเปอร์เซ็นต์เกิน 2 ปี เราจะไม่ให้ขยาย[เตียง] เพราะว่าจะได้ “save” [ออมไว้] ไปทำอย่างอื่น [ไม่ใช่] พอ [อัตราการครองเตียง] สัก 90 เปอร์เซ็นต์ ก็สร้างแล้วขยาย[จำนวนเตียง]แล้ว [ในขณะที่] หมอก็ไม่มี พยาบาลก็ไม่มี ที่เปิดใหม่ ก็ยังหาหมอไม่ได้ โดยหลักทางด้านเศรษฐศาสตร์ ควรต้องมีคนไข้เกินร้อยเปอร์เซ็นต์สัก 2 ปี เพื่อให้แน่ใจ เพราะบางที่มันเปลี่ยนได้ เพราะพอสร้างที่อื่นเสร็จ⁸⁷ บางทีมีการดึงคนไข้ พอ 2 ปี ก็ขยายได้อย่างนี้เป็นต้น นี่คือหลักของ “economies of scale” และหลักของอรรถประโยชน์สุดท้าย เมื่อเราเพิ่มเงิน ผลประโยชน์ต้องได้คุ้ม

ที่นี้การทำแผนพัฒนาสาธารณสุขฯ ฉบับที่ 5 มันจะต้องประมาณการงบประมาณ 5 ปี [ให้สอดคล้องกับแผน] เมื่อเราทำแผนแล้วผมถือหลักเลยว่า แผนนั้นต้องเป็นแผนที่ปฏิบัติได้จริง การจะทำให้แผนปฏิบัติได้ก็คือ แผนกับงบประมาณต้องติดกันเป็นป่าทอโกเลย เพราะฉะนั้นจึงมาทำแผนร่วมกันตั้งแต่แรก ก่อนหน้านั้นเวลาทำงบประมาณก็ต้องเผื่อๆ ไว้⁸⁸ ก่อนมาร่วมสัมมนาได้ไปค้นหาของเก่ามาดู แฟ้มปี 2526-2527 ยังอยู่ เพราะทำด้วยความรักและด้วยความจริงใจและทำให้มันดี ผมก็เก็บไว้ เพราะว่าเป็นสิ่งที่มีคุณค่า

นพ.โกมาตร : ขออนุญาตเอามาไว้ที่หอจดหมายเหตุด้วยนะครับ

85 โรเบิร์ต แม็คนามารา รัฐมนตรีกลาโหมคนที่ 8 ของสหรัฐฯ ในช่วงระหว่าง 21 มกราคม ค.ศ. 1961 ถึง 29 กุมภาพันธ์ ค.ศ. 1968 ในสมัยของประธานาธิบดีจอห์น เอฟ. เคนเนดี (John F. Kennedy) และประธานาธิบดีลินดอน บี. จอห์นสัน (Lyndon B. Johnson)
86 หมายถึงโดยการประยุกต์ระบบงบประมาณแบบ “Planning, Programming, Budgeting” กับหลักการและแนวคิดแบบเศรษฐศาสตร์สาธารณสุข-พลุทรัพย์
87 หมายถึงโรงพยาบาลหรือขยายเตียงในจุดที่ไม่ห่างกันมาก-พลุทรัพย์
88 คุณพลุทรัพย์อธิบายเพิ่มเติมว่า เมื่อก่อนเวลาทำงานประมาณมักจะขาดแนวทางที่ชัดเจน แต่เมื่อได้ร่วมทำแผนและจัดทำงบประมาณ ประมาณการล่วงหน้าควบคู่ไปด้วย ก็จะเกิดการบูรณาการ

พลทรัพย์ : บางอัน⁸⁹ก็เลื่อนๆ ไปแล้ว ตอนที่จัดทำงานประมาณ 5 ปีล่วงหน้ามันได้คิดอย่างหนักว่า แต่จะทำอย่างไรให้งบประมาณ 5 ปีเป็นงบประมาณที่ใกล้ความเป็นจริงที่สุด เพราะไม่อย่างนั้น เวลาเขียนงบประมาณมันทำไม่ได้ เราก็จะถูกต่อว่าๆ ตั้งงบประมาณบอกว่าจะใช้เท่านี้แล้วทำไมไม่ให้เท่านี้ เราก็จะได้ทำเป็นกรอบไว้ ก็คิด model [แม่แบบ] โดยทำการ “projection” [ประมาณการล่วงหน้า] งบประมาณ 5 ปี ของประเทศก่อน ว่าจากภาวะเศรษฐกิจแบบนี้ ซึ่ง model นี้ไม่มีที่โหม่ ผมคิดเอง ว่างบประมาณอีก 5 ปี ข้างหน้า [ของประเทศ] นั้น งบประมาณจะเป็นอย่างไรในแต่ละปี [ในระยะแผนพัฒนาสาธารณสุขฉบับที่ 5 (พ.ศ. 2525-2529) แล้วประมาณการล่วงหน้าสำหรับงบประมาณกระทรวงสาธารณสุข-พลทรัพย์]

ประการที่สอง ก็ดู “percentage share” [สัดส่วนร้อยละ] ของ [งบประมาณสาธารณสุข] แต่ละปีว่าควรจะเป็นเท่าไร และเมื่อไว้หน่วยหนึ่ง ให้มีความเป็นไปได้ และเอายอดวงเงินนั้นเป็นภาพ “macro” [งบประมาณรวมของกระทรวงสาธารณสุขในระดับมหภาค] และก็มากำหนดภาพ “micro” [งบประมาณแยกตามหน่วยงานต่างๆ ในกระทรวงในระดับจุลภาค] ทางด้านสาธารณสุขอีกครั้งว่า ถ้าจะทำงบประมาณนี้ ยุทธศาสตร์อย่างนี้จะต้องมีเป้าหมายประมาณเท่าไร ปีหนึ่งโรงพยาบาลอำเภอ 10 เตียง จะมีสักกี่แห่ง โรงพยาบาล 30 เตียงจะมีสักกี่แห่ง

ประการที่สาม เมื่อไล่ดูอย่างนี้แล้ว ผมก็ทำ[ประมาณการ]งบประมาณ 5 ปี ทั้งกระทรวง

และประมาณการงบประมาณ 5 ปี ของทุกกรม ทั้ง 5-6 กรม แต่ตอนที่ทำงานประมาณ 5 ปีนั้น เรายึดหลักว่าเรื่อง “promotive-preventive” ต้องมีความสำคัญสูงสุด อย่างเช่น[การประมาณการ]งบประมาณปีแรกของแผนฯ เช่น ประมาณการปี 2525 งบประมาณเพิ่มประมาณ 15 เปอร์เซ็นต์ เราก็จะให้ อย่างเช่นของ สป. [สำนักงานปลัดกระทรวง] 15.5 เปอร์เซ็นต์ เพราะมันมีงบผูกพัน และยังปรับอะไรไม่ได้ แต่ว่าของ อย. [สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา] นั้นให้เยอะ [โดยจัดงบประมาณการงบประมาณ]ให้ 16.5 เปอร์เซ็นต์ เพราะว่าเน้น “promotive-preventive” อย่างนี้เป็นต้น เพราะเราจะดูทั้งหลักการเน้น “promotive-preventive” มาจัด “priority” [ลำดับความสำคัญก่อนหลัง] และสองเน้นว่า ความสำคัญเป็นอย่างไร [หากมีลำดับความสำคัญต่ำแต่]เรายังลบไม่ได้⁹⁰ แต่ถ้าไปต่อไปไม่มีงบผูกพันปีหน้าก็จะ [ปรับลดยอดของหน่วยงานและ/หรืองานของโครงการที่มีความสำคัญต่ำ-พลทรัพย์] เพื่อจะได้เน้น “promotive-preventive” มากขึ้น

นพ.โกมาตร : ในระดับประเทศที่ทำช่วงแผนฯ 4⁹¹ แผนฯ 5 จะเป็นช่วงของงานสาธารณสุขในระดับชุมชน และตัวแผนมีเป้าหมายชัดเจนว่าเป็นแผนเพื่อที่จะพัฒนาชนบท มีเป้าหมายหลักอยู่ที่ชนบทยากจน ผมคิดว่าตรงนั้นอาจจะมีอาจารย์ หรือว่าคุณหมอมงคล หรืออาจารย์อุทัยช่วยเสริม แต่ตอนนี้ขอเรียนเชิญอาจารย์อารี ว่าอาจารย์อยากจะทำแล้วความทรงจำส่วนตัวเกี่ยวกับเรื่องประสบการณ์ที่อาจารย์ไปบุกเบิกเรื่องโภชนาการในชนบท เป็นช่วงที่ทำให้งานในชนบทมีความชัดเจนขึ้น

89 หมายถึงตัวเลขบางตัวและบางข้อความ-พลทรัพย์

90 เพราะเป็นงบผูกพัน-พลทรัพย์

91 ดูรายละเอียดเพิ่มเติมใน กระทรวงสาธารณสุข, *โครงการพัฒนาการสาธารณสุข ตามแผนพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 4 (พ.ศ. 2520-2524)* (กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์สำนักข่าวพาณิชย์ กรมพาณิชย์สัมพันธ์, 2519)

ศ.นพ.อารี วัลยะเสวี : ผมตั้งแต่เริ่มเป็นนักเรียนมัธยมมาก็มีชีวิตอยู่ในกรุงเทพฯ ตลอด และยอมรับว่าได้พบชีวิตที่นอกเหนือไปจากกรุงเทพฯ น้อยมาก แต่ผมได้ไปเรียนรู้อีกในรูปที่ว่า ช่างบ้านผมมีซุนโฮสถ ก็ได้มาเรียนรู้อีกจากท่านซุนโฮสถ ในลักษณะค่อนข้างที่จะเป็นแพทย์แผนโบราณมา นั่นก็ทำให้รู้สึกตั้งใจผมตั้งแต่เป็นนักเรียนว่า ครอบครัวยุคผมเป็นครอบครัวใหญ่ ผมเป็นคนแรก คนโต ยังมีที่เหลืออีก 9 คน มีสองแม่ ก็ทำให้สอนผมว่า เราต้องช่วยดูแลญาติ ถ้าเราดูแลญาติเราไม่ได้ รู้สึกเป็นลักษณะที่วุ่นๆ เราคงแย้ไม่รู้ว่าจะไปตามหาใคร เรื่องนั้นเรื่องนี้ต่างๆ ตรงนี้ไม่ได้พูด “expose” ตัวเองกับส่วนภูมิภาค แต่เราเห็น “need” ความต้องการของน้องของเรา นี่เป็นจุดเริ่มต้นที่ผมสนใจทางด้านแพทย์เพื่อที่จะดูแลญาติพี่น้องก่อน เพราะเราเห็นเลยว่าถ้ามันขาดมันยุ่งยากมาก เพราะผมก็ไม่ได้ไปเห็นอะไร แต่ความจริงแล้วก็มีความรู้พอสมควร เพราะมีญาติแต่ครั้งโบราณที่จังหวัดปทุมธานีมาหาเป็นครั้งเป็นคราว ที่เอ่ยมาก็อยากให้อีกว่า เราเข้าใจปัญหาสุขภาพในมุมมองเหล่านี้

ที่นี่เมื่อผมมาเริ่มเป็นนักศึกษาแพทย์ และมาเรียนอยู่ที่ศิริราช พอเริ่มสอบเข้ามาได้ ผมเขียนไว้ด้วยว่า ผู้ที่ผมรู้จัก 2 ท่านแรก คือ ท่านอาจารย์เสม กับท่านอาจารย์หมอลวิชช⁹² ตอนนั้นเท่าที่ผมทราบก็คือว่าหมอลวิชช⁹² ท่านได้รับทุนไปต่างประเทศ ก็เลยให้ความสนใจทางด้าน “Surgery” [ศัลยกรรม] และท่านมาสนใจทำงาน “Anatomy” อาจารย์ทั้ง 2 ท่าน มาตั้งแต่ใก่ให้

และกว่าจะกลับก็โอโฮ... ผมเป็นนักเรียนแพทย์ใหม่ ตอนนั้นเริ่มโรงเรียนแพทย์ มาคิดว่าเราไหวหรือเปล่านี่ ตรงนี้เป็นจุดที่กระตุ้นผมมาก อาจารย์ชลวิชชมารู้จักอีกครั้งก็เมื่อผมไปทำงานร่วมงานอยู่ด้วยที่จังหวัดอุบลราชธานี ท่านเป็นผู้อำนวยการอยู่ตอนนั้น และเป็นคนหนึ่งกระตุ้นเรื่องนี้ว่า ในกระเพาะเบา ผมได้เรียนรู้ค่อนข้างมาก

พูดถึง “preventive-promotive” นั้นเกิดมาตั้งแต่ตอนที่ประจำบ้าน⁹³ ตั้งแต่อายุที่ศิริราช อยู่ในทาง “Pediatrics” [กุมารเวชศาสตร์] เรื่องที่พบมากคือ (1) พวก “malnutrition” [ทุพโภชนาการ] ตอนนั้นก็ไปเรียนรู้เรื่อง “Poliomyelitis” [โรคโปลิโอ] ด้วย แต่ที่ไปเรียนมากคือ “malnutrition” ผมมาเห็นภาพก็รู้สึกว่ามันหายไปไม่ได้ เพราะมันมี “effect” [ผลกระทบ] นอกจากไม่สมบูรณ์แข็งแรงแล้ว ที่สำคัญที่สุดคือ “brain development” [พัฒนาการของสมอง] อะไรต่างๆ คือเขาจะเป็นคนที่ไม่พร้อมในการมี “intelligent” [สติปัญญา] ต่างๆ ต่อไป แล้วจะเป็นผู้ใหญ่ได้อย่างไร อันนี้เป็นจุดเริ่มต้น ทำให้ผมเกิดความตื่นตัวในแง่ของ “preventive-promotive” ตรงนี้มันกระตุ้นเรา

นพ.โกมาตร : ก็แสดงว่าประสบการณ์ในทางคลินิกพาอาจารย์ไปหาชาวบ้าน

ศ.นพ.อารี : ใช่ ไปหาปัญหาชาวบ้าน และอีกเรื่องที่กระตุ้นมากคือเรื่องนี้ ก็ได้ทำงานเรื่องนี้กับ สก็อต ฮอลสเต็ด [Scott Halstead]⁹⁴ โดยดู “factor” [ปัจจัย] ที่ทำให้เกิดนี้หรือ “formative of

92 นายแพทย์ชลวิชช ชูติกร ดำรงตำแหน่งผู้อำนวยการโรงพยาบาลอุบลราชธานีอยู่ราว 30 ปี ก่อนจะมาดำรงตำแหน่งรองอธิบดีกรมการแพทย์ และรองปลัดกระทรวงสาธารณสุข
93 หลังจากที่ย้ายมาศิริราชแล้วก็ได้เพิ่มทุนที่ขณะตามจำนวนปีที่แพทย์สภาเป็นผู้กำหนดแล้ว สามารถสมัครเพื่ออบรมเป็นแพทย์ประจำบ้าน (Resident) และเมื่อจบหลักสูตรการอบรมและสามารถสอบไปรับรองจากราชวิทยาลัยแพทย์ต่างๆ ได้แล้ว จึงจะเป็นแพทย์เฉพาะทางได้ต่อไป
94 สก็อต ฮอลสเต็ด (Scott Halstead) เกิดในครอบครัวมิชชันนารีในเมืองลีดส์นาร์ ประเทศอินเดียเมื่อจบการศึกษาด้านแพทยศาสตร์แล้ว ก็เข้ารับราชการทหารในกองทัพสหรัฐฯ ซึ่งทำให้ได้เข้ามาตั้งห้องทดลองด้านไวรัสในกรุงเทพฯ และเริ่มเกิดความสนใจเรื่องไข้เลือดออกต่อมาตลอดชีวิต ฮอลสเต็ดเคยดำรงตำแหน่งศาสตราจารย์ด้านจุลชีววิทยา (microbiology) ของคณะแพทยที่มหาวิทยาลัยฮาวายและเคยเป็นเจ้าหน้าที่ของมูลนิธิโรคไข้เลือดออก ซึ่งทำให้ได้ริเริ่มโครงการวัคซีนสำหรับเด็กขึ้นจากนั้นก็ยังมีชื่อเสียงโด่งดังจากทฤษฎีการติดเชื้อ 2 ครั้งของโรคไข้เลือดออก (dengue haemorrhagic fever)

calculi” นี่ก็มาเรียนรู้หลายอย่างระหว่างตอนนั้น คือไปเรียนรู้ความต้องการของคนในต่างจังหวัด

นพ.โกมาตร : เรื่องนี้ก็มาโยงเรื่องอาหารของชาวบ้าน ใช้ใหม่ครับอาจารย์

ศ.นพ.อารี : เราสามารถ “prove” [พิสูจน์] สาเหตุสำคัญที่เรา “prove” ได้เลย ก็คืออาหารที่รับประทาน และสิ่งที่ตอนนั้นที่เรารู้ว่ามันขาดสิ่งที่เรา “test” [ทดสอบ] ได้ คือเรื่องของสารบางอย่างโดยเฉพาะ คือ ฟอสเฟต [phosphate] ถ้าเขาได้รับฟอสเฟตเพียงพอ “crystallization” [การตกผลึก] มันจะไม่เกิดตรงนี้ มันจะเกิดยากขึ้น นี่เป็นลักษณะการ “preventive-promotive”

นพ.โกมาตร : อาจารย์ก็ได้ริเริ่มแผนงานโภชนาการที่มีงานวิจัยหลายพื้นที่ในประเทศไทยไว้และทำให้เป็นพื้นฐานของงานด้านโภชนาการต่อมา

ศ.นพ.อารี : ใช่ จากตรงนี้นำไปสู่เรื่องของ “malnutrition” [ทุพโภชนาการ] ทำให้เกิด “intellectual” [สติปัญญา] ที่สมองไม่พัฒนาเท่าที่ควร ต่ำกว่าธรรมดา อันนี้เป็น “linkage” [ความเชื่อมโยงกัน] ที่ผมให้ความสนใจมาก ในระหว่างนั้นก็โชคดีที่ได้ไปเรียนรู้ในต่างประเทศ ตอนนั้นไปเป็นเรสิเดนต์ [Medical Resident] ที่ University of Pennsylvania ทางด้านนี้ และได้พบกับหัวหน้าภาควิชากุมารเวชศาสตร์ ซึ่งเป็นผู้ที่เก่งมากทางด้านนี้ ผมก็ได้ไปเรียนรู้กับเขาด้วยทางด้านเรื่องอาหาร เรื่องโภชนาการต่างๆ คงไม่ต้องพูดที่นี่ และเอาไว้ที่หลังดีกว่า

นพ.โกมาตร : ครับ ก็พอได้โครงๆ ว่าริเริ่มเรื่องต่างๆ เหล่านี้

ศ.นพ.ประเวศ : แม้แต่ในโรงพยาบาลขนาดใหญ่ การเห็นคนไข้ก็สะท้อนให้เห็น “public health” [การสาธารณสุข] ได้ตั้งที่อาจารย์เล่า และก็มีข้อเสนอว่าครูแพทย์ถ้าได้ไปเติม “field work” [งานภาคสนาม] ก็จะได้ ก็จะทำให้เข้าใจขึ้น ผมเองเข้าใจเรื่องผดุงครรภ์ เรียกว่าผมเป็น “super specialist” ก็ได้ เพราะผมเป็นอายุรแพทย์ก็เป็น “specialize” แล้วก็ “specialize” ทางฮีมาโต [Haematology-โลหิตวิทยา] และ “specialize” ทางธาลัสซีเมีย [Thalassemia-ธาลัสซีเมีย] อีก แต่ผมไปสำรวจธาลัสซีเมียในหมู่บ้านทั่วประเทศ และที่นครชัยศรีนั้น เวลาไปสำรวจไปเจอผดุงครรภ์ที่ชื่อแสง หมอแหงนั้นมีความรักแก่มาก และแกทำคลอดปลุกผี ฉีดยา รักษาปวดหัวตัวร้อน และใช้บ้านเป็นที่ทำการเรื่องผดุงครรภ์ ส่วนฐานะทางเศรษฐกิจ ชาวบ้านก็ให้ไก่ให้ข้าวและก็นับถือเป็นคนมีเกียรติ มันฝังใจผมมาเรื่อยในเรื่องผดุงครรภ์ ต่อมาก็มาคิดเรื่องของพยาบาลของชุมชน และไปสำรวจในพื้นที่ ผมเห็นมีข้อเสนอแนะว่าคนเป็น “clinician” [ผู้เชี่ยวชาญในการรักษาเฉพาะทาง] ควรจะไปทำงาน “fieldwork”

นพ.โกมาตร : เรามีเวลาจำกัดนิดหนึ่ง ตอนนั้นก็เลยเวลาเที่ยงแล้ว ผมยังอยากได้ฟังอาจารย์อุทัย อาจารย์ไพจิตร และพี่มิ่งคล อย่างน้อยปูพื้นไว้นิดหนึ่ง แล้วตอนบ่ายจะได้ลงไปคุยในกลุ่มเพิ่ม เพียงแต่อยากให้ต่อภาพข้างบนเชื่อมโยงไปจนถึงพื้นที่ที่เป็นภาคปฏิบัติในโครงการต่างๆ ในพื้นที่ได้

นพ.อุทัย สุธสุข : ก่อนอื่นก็ขอชมเชยคุณหมอโกมาตรที่มีความริเริ่มทำเรื่องนี้โดยวิธีการใหม่สุดที่เรียกว่า “Witness Seminar” ก็คงจะเป็นวิธีการที่ใช้ประโยชน์ในเรื่องอื่นๆ ได้ด้วย

สำหรับเรื่องของการพัฒนางานสาธารณสุขชุมชนนั้น เมื่อได้รับโจทย์จากคุณหมอโกมาตร

ผมก็พยายามคิดว่าอะไรจะเข้าหลักเกณฑ์ที่เป็นสาธารณสุขชุมชน ผมก็คิดว่าน่าจะเป็น 3 ภาคใหญ่ ภาคแรกก็คือสาธารณสุขชุมชนโดยประชาชน คือประชาชนช่วยตัวเอง และ อสม. ผสส. ช่วย ตรงนั้นเราก็น่าจะศึกษาให้ลึกลงไปว่า มันเกิดขึ้นอย่างไรบ้าง รวมทั้งหอพื้นบ้านอะไรต่ออะไรที่ไฟโรจน์พูดถึงก็น่าจะลงลึกนะครับ

ภาคที่ 2 ก็คือสาธารณสุขชุมชนโดยภาครัฐ คือเจ้าหน้าที่ต่างๆ เพราะในอดีตนั้นส่วนใหญ่รัฐก็จะเป็นผู้ให้บริการ โดยประชาชนเป็นผู้รับ แต่ตอนหลังเราก็ต้องเปลี่ยน “concept” ว่าที่จริงแล้วประชาชนก็ต้องเปลี่ยนเป็น “actor” [ผู้กระทำการ] และเราเป็น “supporter” [ผู้สนับสนุน] ทำนองนั้น

และส่วนภาคที่ 3 ก็คือพวก “support” [สนับสนุน] ทั้งหมด ถ้าจะเรียกในสมัยนี้คือยุทธศาสตร์ซัพพอร์ต หรือ “supporting strategy” ซึ่งก็คือ เรื่องของการบริหารจัดการที่มาจากผู้บริหารทั้งหลาย รวมทั้งจากนโยบายด้วย นี่ก็เป็นเรื่องสำคัญ โดยเฉพาะอย่างยิ่งที่ท่านอาจารย์ พูลทรัพย์พูดถึงเรื่องงบประมาณที่มา “support” กลยุทธ์ของสาธารณสุขและได้ผลดีด้วย ก็เป็นตัวอย่งที่ดี ถ้า “support” ดี ทุกอย่างก็จะดี

ในขณะที่เดียวกัน ในสมัยนั้นที่ทำงานร่วมกับทางสำนักงานประมาณ⁹⁵ ร่วมกับ ก.พ.⁹⁶ ร่วม

กับกรมบัญชีกลาง⁹⁷ และร่วมกับสภาพัฒน์⁹⁸ สมัยอาจารย์อมร⁹⁹ ก็เป็นอันหนึ่งอันเดียวกันเลย ถึงกับแลกตัวคนกันเลย มีหมอคคนหนึ่งไปอยู่สภาพัฒน์¹⁰⁰ และมีเจ้าหน้าที่คนหนึ่งอยากให้มาอยู่กับเรา¹⁰¹ แต่ว่าอยู่ไม่ได้ในเชิง “organization” [การจัดองค์กร] แต่ก็ประสานกันอย่างใกล้ชิด เช่น ตรงนี้เป็นตัวอย่างของการผลักดันนโยบายต่างๆ แผนต่างๆ ด้านสาธารณสุขในภาพรวม โดยเฉพาะอย่างยิ่งในสาธารณสุขชุมชน ถ้าไม่มีการผลักดันแรงๆ อย่างนี้ที่อาน้ำก็จะไปไม่ถึงหมู่บ้าน

นพ.โกมาตร : อาจารย์ครับ ทำไมตอนนั้นมันถึงได้เกาะเกี่ยวกันมาเยอะขนาดนั้น อย่างเช่นสภาพัฒน์ฯ ความจริงเราเชิญสภาพัฒน์ฯ คือ พี่ณรงค์ นิตยาพร กับคุณโกมล ชอบชื่นชม มาด้วยและอยากจะได้ฟังว่าทำไมถึงผสมโรงกันได้ เป็นเนื้อเดียวกัน พวกทำงาน

ศ.นพ.ประเวศ : เมื่ออาจารย์อมรไปคุยเรื่อง “social development” [การพัฒนาสังคม] พวกนักเศรษฐศาสตร์เขายังหัวเราะแกล้งใหญ่ เพราะว่าเขาคุยแต่ “economic development” [การพัฒนาเศรษฐกิจ] อาจารย์อมรไป “lecture” [บรรยาย] ที่นั่น¹⁰²

นพ.โกมาตร : แสดงว่าตอนที่ทำก็ไปเกาะเกี่ยวกับคนเหล่านี้มาเยอะนะครับ

95 สำนักงานประมาณ สังกัดสำนักนายกรัฐมนตรี

96 สำนักงานคณะกรรมการข้าราชการพลเรือน

97 กรมบัญชีกลาง สังกัดกระทรวงการคลัง

98 สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ

99 นายแพทย์อมร นนทสุดอดิธธิกรมอนามัย และปลัดกระทรวงสาธารณสุข

100 หมายถึงนายแพทย์อานวย ไตรสภา ไปทำงานอยู่ที่สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติประมาณ 1 ปีโดยตั้งใจให้ออนไปอยู่ที่นั่นเลย-น.อุทัย

101 หมายถึงคุณอรทัย อาชววิบูลโยบล ซึ่งเคยทำงานอยู่กองโครงการสังคม ปัจจุบันเป็นนักวิเคราะห์นโยบายและแผนระดับชำนาญการพิเศษ สำนักยุทธศาสตร์ด้านนโยบายสาธารณะ สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ เป็นผู้ร่วมงานและตัวประสานงานกับทีมงาน จปร. อย่างใกล้ชิด โดยมีนายแพทย์อมร นนทสุดเป็นหัวหน้าทีม และนายแพทย์ไพจิตร ปวงบุตรเป็นผู้จัดการภาคสนาม เริ่มที่จังหวัดนครราชสีมา-น.อุทัย

102 นายแพทย์อมร นนทสุด จัดตั้ง “โครงการพัฒนาสังคม” ขึ้นในสำนักงานคณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ได้สำเร็จใน พ.ศ. 2525

พลุทรัพย์ : คือผมคิดว่าเป็นสปิริต [spirit-จิตวิญญาณ] ของคนยุคนั้น ไม่เหมือนคนสมัยนี้ คือสมัยนั้นพวกเรารักประเทศ เราอยากจะทำอะไรให้ประเทศมาก[เท่าที่ทำได้] และคนทางสาธารณสุขก็เป็นคนดีน่าเลื่อมใส

นพ.โกมาตร : เหมือนเดี๋ยวนี้นี้ใหม่ครับ คนสาธารณสุขก็ยังเป็นคนที่ดีอยู่

พลุทรัพย์ : ผมถือว่าคุณนั้นเป็นยุคทองของกระทรวงสาธารณสุข และเผอิญผมเองก็เป็นคนรุ่นนั้น คือมองแต่เพียงว่าจะทำอะไรให้ดีให้ชาติบ้านเมือง คุณหมอไม่ได้พูดถึงวิสุทธิ กาญจนสุข¹⁰³ เขาทำแผน 5 ร่วมกับผม เขาอยู่สภาพัฒน์ฯ และเขาเป็น “classmate” [เพื่อนร่วมชั้น] ของผม เขาจบเศรษฐศาสตร์และเขาก็เป็นคนดี เขาก็เลยเป็นป่าทอ้งโกใหญ่เลย ช่วยกันทำงาน นี่เป็นเบื้องหลังครับ

นพ.อุทัย : ตรงนี้มีเคล็ดลึกลับอย่างหนึ่งก็คือว่าต้องเป็นกันเอง ต้องจริงใจต่อกัน จริงๆ แล้วมีแต่งงานทั้งสิ้น มีเลี้ยงดู แต่ปู่เสียไม่เคยเลย ทั้ง 4 องค์กรไม่เคยเลย ที่นี้ก็คือน่าจะมีการสื่อกันตลอด โดยเฉพาะตัวผมเองดูแลกองสาธารณสุขภูมิภาค ก็ต้องจัดเวทีให้ท่านเหล่านี้ได้ไปสัมผัสของจริงในพื้นที่เห็นปัญหา เห็นความทุกข์ยากของคนทำงาน เห็นความต้องการของประชาชน ด้วยความกรุณาของอาจารย์หมอเสม ท่านตั้งเป็นผู้อำนวยการกองสาธารณสุขภูมิภาค จากชลบุรี และก็ไประยอง และเป็นผู้อำนวยการกองสาธารณสุขภูมิภาคอยู่ 6 ปี เวลาผมเจอน้องๆ รุ่นหลังๆ ก็

ให้ข้อคิดอยู่เสมอว่าจะต้อง “contact” [ติดต่อ] หน่วยงานเหล่านี้ ต้องพยายามพาท่านไป สมัยก่อนโน้น โดยเฉพาะเรื่องนวัตกรรมหรือ “policy” [นโยบาย] ใหม่ เราจะชวนท่านเหล่านี้ให้คิดค่อยไปกับเรา ถ้าท่านยังไม่ค่อยไปกับเราก็พาท่านไปดู แล้วเราจะไม่เถียงว่าถ้าท่านไม่หิ้งงบประมาณเรา เราจะไม่ทำ เราจะต้องสร้างงานขึ้นมาเพื่อให้ท่านเห็น ให้ท่านสนับสนุน โดยกลยุทธ์เหล่านี้ที่ทำให้เกิดขึ้น มีอยู่อย่างเดียวคือเราเหนื่อยหน่อย สำคัญงบประมาณท่านก็อยากไปเดี่ยวของท่าน ท่านไม่อยากไปกับหน่วยงานอื่น ก.พ.ท่านก็อยากไปเดี่ยวของท่าน กรมบัญชีกลาง ท่านก็อยากไปเดี่ยวของท่าน สภาพัฒน์ฯ ท่านก็อยากไปเดี่ยวของท่าน แต่ว่าถ้าอยากให้ท่านร่วมมือกัน 4 องค์กร เพื่อประหยัดเวลาเรา ก็ไม่ค่อยเกิดขึ้นเท่าไร¹⁰⁴

ต่ออีกเรื่องของอาจารย์พลุทรัพย์พูดถึงว่าเรื่ององค์ประกอบ 3 องค์ประกอบ ที่เราน่าจะบันทึกเอาไว้ ทั้งภาคประชาชน ภาครัฐ ฝ่ายสนับสนุน ทั้ง 3 ระดับ ต้องไม่ลืมพูดถึง คือในสาขาการสาธารณสุขเราต้องมีการบริการ มีวิชาการ และมีการบริหารจัดการ จะต้องไปพร้อมกัน เพราะฉะนั้นในการบันทึกประวัติของหอจดหมายเหตุ น่าจะต้องทำอย่างนี้ด้วย ส่วนสาขานั้นคุณหมอบทราบดีว่าจะต้องมีการส่งเสริมป้องกัน รักษาฟื้นฟู สมัยนี้ก็มีสุขภาพกาย จิต ปัญญาและสังคม อันนี้เป็นเรื่องบูรณาการมาอีกทีในเรื่องการวิวัฒนาการของงานชนบทที่จริงมันยาวมาก แต่จริงๆ จะฉายหนึ่งตัวอย่างในเรื่องที่สำคัญ โดยเฉพาะเรื่องที่สำคัญ คือในปี พ.ศ. 2518 ก็มีนโยบายใหญ่

103 วิสุทธิ กาญจนสุข จบการศึกษาจากคณะเศรษฐศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ และเศรษฐศาสตรมหาบัณฑิต (ทุนเอไอดี) จาก University of Colorado ณ เมืองโบโลเดอร์ รัฐโคโลราโด เคยดำรงตำแหน่งเป็นผู้อำนวยการกองวางแผนเตรียมพร้อมด้านเศรษฐกิจสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติและเคยเป็นอาจารย์พิเศษที่สามพราน โรงเรียนนายร้อยตำรวจสามพราน มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช ฯลฯ เคยแต่งตำราเกี่ยวกับการพัฒนาสังคมและแผนพัฒนาสังคมในประเทศไทยให้แก่มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราชในชุดวิชา **สังคมไทย** (พิมพ์ครั้งแรก พ.ศ. 2532)

104 หมายถึงอยากให้ทั้ง 4 หน่วยงานเดินทางไปดูงานพร้อมกันเพื่อจะได้ประหยัดเวลาของโครงการฯ แต่ทั้ง 4 หน่วยงานก็ไม่ค่อยมีเวลาว่างตรงกัน จึงทำให้ต้องแยกกันเดินทางไปเยี่ยมชมงานหลายครั้ง

คือมีนโยบายโรงพยาบาลทุกอำเภอ ผมก็มารับนโยบายนี้พอดี ต้องปรับปรุงศูนย์การแพทย์ขณะนั้น 157 แห่ง ให้เป็นโรงพยาบาลชุมชน 10 แห่ง และก็ต่อมาก็ปรับมาเป็น 30-60-90-120 แห่ง

นพ.โกมาตร : อาจารย์ครับ ปีเดียวกันนั้นก็เป็นที่ก่อตั้งชมรมแพทย์ชนบท¹⁰⁵

นพ.อุทัย : ใช่ อันนี้เป็นเรื่องที่สำคัญว่า เมื่อมีโรงพยาบาลมันก็ต้องมีเรื่องแพทย์ เมื่อแพทย์น้อยก็จำเป็นต้องมีการรวมกลุ่มกันแบบที่ช่วยน้อง เพราะคนที่ออกมาก็เป็นผู้อำนวยการเลย ในขณะที่นั้นก็ไม่มีการประชุม niente ไม่มีคู่มือในการทำงาน ไปถึงก็เจออะไรก็ไม่รู้ ก็ได้ไปเจอทีมชนบทอาวุโส หมอวิชัย¹⁰⁶ หมออุเทน¹⁰⁷ และอีกหลายคน รวมทั้งท่านไพจิตรและท่านมงคลด้วย ต่อมาเรียกแพทย์ชนบท และก็มาเป็นชมรมแพทย์ชนบทซึ่งก็เหนียวแน่นและเข้มแข็งมาตลอด แล้วก็ไม่ได้ช่วยเฉพาะตัวจังหวัด แต่ช่วยข้ามจังหวัดเลย

นพ.โกมาตร : ตอนหลังมาช่วยกิจการของประเทศเยอะครับอาจารย์ เช่น ไลรัฐบาลบ้างเป็นภารกิจเสริม

นพ.อุทัย : ถูกต้อง ในสมัยแรกทางทีมแพทย์ชนบทบอกว่ายังไม่ขอเกี่ยวกับเรื่องของการเมือง เพราะขณะนั้นการเมืองมันนิ่งมาก มีแต่ทำงานอย่างเดียว เพราะครูบาอาจารย์เป็นรัฐมนตรีทั้งนั้นเลย เช่น อาจารย์อุดม¹⁰⁸ อาจารย์หมอเสม¹⁰⁹

ก็สบายมากเพราะท่านให้โอกาสเราเต็มที่เลย อันนั้นเป็นเรื่องของโครงสร้าง ซึ่งเป็นการขยายโครงสร้างด้วย

นพ.โกมาตร : ปี พ.ศ. 2518 มีนโยบายให้มีโรงพยาบาลทุกอำเภอ

นพ.อุทัย : ใช่ จากนั้นก็เป็นฐานให้เกิดโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชในปี พ.ศ. 2519 จำนวน 20 แห่ง ต่อมาเพิ่มอีก 1 แห่ง รวมเป็น 21 แห่งก็หยุดแค่นั้น ขณะเดียวกันก็พัฒนาสถานีอนามัยควบคู่กันไป แต่ไม่ได้มีทิศวิวัฒนาการ สถานีอนามัยจนกว่าปี 2534-2535 ซึ่งผมเป็นปลัดกระทรวงแล้วตอนนั้น ถึงได้มีนโยบาย นี่คือเรื่องวิวัฒนาการของโครงสร้าง

ขณะเดียวกันก็มีวิวัฒนาการทางด้านคุณภาพและเพิ่มศักยภาพ และขยายบริการควบคู่กันไป และเราก็มีหนังสือคู่มือการปฏิบัติงานโรงพยาบาลชุมชน [เป็นครั้งแรก-นพ.อุทัย] ซึ่งก็มีทั้งด้านบริหาร ด้านคลินิก อะไรต่างๆ หลายเล่ม ก็เกิดขึ้นจากฝีมือแพทย์ชนบททั้งนั้น ต่อมาเมื่อปี พ.ศ. 2524 ผมเป็นนายแพทย์ใหญ่ก็ได้ประสบการณ์จากกองสาธารณสุขภูมิภาค มาดูแลทางด้านพัฒนาบริการ [ทุกระดับของส่วนภูมิภาค-นพ.อุทัย] ก็เลยสนับสนุนให้มีคู่มือการปฏิบัติงานโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป เป็นเล่มแรกของประเทศไทย โดยตอนนั้น พี่ณรงค์¹¹⁰ เป็นผู้อำนวยการกองโรงพยาบาล

105 หมายถึงการเกิดสหพันธ์แพทย์ชนบท ซึ่งเป็นศูนย์กลางประสานงานแพทย์ระดับอำเภอทั่วประเทศ เพื่อแลกเปลี่ยนประสบการณ์ และความคิดเห็นในการปฏิบัติงานระหว่างกัน สหพันธ์แพทย์ชนบทต้องสลายไปด้วยเนื่องจากเกิดความวุ่นวายทางการเมืองในกรณี 6 ตุลา 2519 ต่อมาในปี พ.ศ. 2521 ก็ได้รื้อฟื้นการรวมกลุ่มแพทย์ที่ปฏิบัติงานตามท้องถิ่นชนบทต่างๆ ขึ้นมาอีกครั้งหนึ่งภายใต้ชื่อชมรมแพทย์ชนบท

106 นายแพทย์วิชัย โชควิวัฒน์

107 นายแพทย์อุเทน จารณศรี

108 ศาสตราจารย์นายแพทย์อุดม โปะะกะฤษณะ ดำรงตำแหน่งเป็นรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข ในระหว่างวันที่ 16 ตุลาคม 2516-22 พฤษภาคม 2517 และตั้งแต่วันที่ 30 พฤษภาคม 2517-21 กุมภาพันธ์ 2518

109 ศาสตราจารย์นายแพทย์เสม พริ้งพวงแก้ว ดำรงตำแหน่งรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข ในระหว่างวันที่ 11 กุมภาพันธ์ 2523-29 กุมภาพันธ์ 2523 และระหว่างวันที่ 11 มีนาคม 2524-7 พฤษภาคม 2526

110 หมายถึงนายแพทย์ณรงค์ สดุดี อดีตผู้อำนวยการกองโรงพยาบาลภูมิภาค

ภูมิภาค ก็สนิทสนมกันดี เพราะเวลาไปต่างจังหวัด ไม่ว่าจะป็นรัฐมนตรีไปหรือปลัดไป ทั้งสองกองนี้ต้องตามทุกที่ ก็เข้าใจว่ามันน่าจะต่องมีคู่มือเกิดขึ้น สมัยหลังเมื่อประมาณปี พ.ศ. 2528 ก็เกิดโครงการ พบส. หรือโครงการพัฒนาเครือข่ายของระบบบริการสาธารณสุขภูมิภาคขึ้น¹¹¹ ก็มีการวางมาตรฐานคุณภาพของบริการขั้นต่ำเอาไว้ทุกระดับ โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน และสถานีอนามัย

ปีต่อไปเมื่อที่บรรลुरुบผิดชอบในส่วนรองปลัดในด้านพัฒนาบริการที่บรรลुरुเขาก็มาเพิ่มเติมในเรื่องของการรับรองคุณภาพ ในสมัยนี้ก็คือ HA [Hospital Accreditation-การวัดมาตรฐานโรงพยาบาล] นั่นเอง อาจารย์บรรลुरुเรียกว่าการติดตามให้กับโรงพยาบาลศูนย์โรงพยาบาลทั่วไป เป็นการต่อยอดอีกที นี่ก็คือเรื่องของคุณภาพ¹¹²

สุดท้ายก็เรื่องแผน ที่กระทรวงสาธารณสุขเรามีชื่อเสียงมากในประเทศไทย หรือที่จริงแล้วใน Southeast Asia [เอเชียตะวันออกเฉียงใต้] คือเพื่อนบ้านเราสู้เราไม่ได้ เนื่องจากผู้ใหญ่ของเรามีวิสัยทัศน์กว้างไกลในเรื่องของการทำงานต้องมีแผน โดยตอนแผนฯ 1 และ 2 ก็ทำแบบ “conventional” [ตามแบบแผน] ตามสภาพพัฒนาฯ แต่พอแผน 3 อาจารย์มะลิ¹¹³ เป็น “Deputy R.D.” [Deputy Regional

Director-รองผู้อำนวยการภูมิภาค] ที่ WHO¹¹⁴ [องค์การอนามัยโลก] อาจารย์ก็ให้การสนับสนุนเรื่องการทำแผนโดยเริ่มต้นจากแผนในระดับโปรเจกต์ในจังหวัดหนึ่ง คือชลบุรี เรียกว่าใช้เทคนิคการทำแผน หรือ “planning methodology” เป็นแบบ “project system analysis” ซึ่งผมก็ไปพร้อมกับกองแผนงานสาธารณสุข มีอาจารย์ยุทธนา¹¹⁵ อาจารย์เฉลิมสุข¹¹⁶ อาจารย์หมอดำรงค์¹¹⁷พวกนั้น ไปตามมา 5 คน¹¹⁸ [ที่มงานดังกล่าว] ไปกินไปนอนไปทำงานแผนอยู่ที่ชลบุรี ประมาณ 3 เดือนเศษ ก็ได้เป็น “provincial health plan” [แผนสาธารณสุขระดับจังหวัด]¹¹⁹ ออกมาแล้วก็ “implement” [ประกาศใช้] เป็น “pilot project” [โครงการนำร่อง] จังหวัดแรกที่ชลบุรี แล้วพอดีจังหวัดนั้นประมาณปี พ.ศ. 2514 ต่อ 2515 ก็มีการ “reorganize” [ปรับโครงสร้าง] ครั้งแรกโดยมีอาจารย์หมอเสมเป็นหัวเรือใหญ่ที่ตั้งกองแผนงานขึ้น แล้วก็มีการเน้นเรื่องแผนนี้ด้วย แล้วเป็นจังหวัดที่จะต้องทำแผน 4 นครศรี ในช่วงปี พ.ศ. 2515-2519 ก็พอดีได้มีเทคนิคการวางแผนใหม่ในระดับชาติ “project system” นั่นก็เป็นโปรเจกต์ทั่วประเทศ¹²⁰ เรียกว่าเป็น “Country Health Programming Methodology” [ระเบียบวิธีการวางแผนสาธารณสุขระดับประเทศ] ในการทำก็ใช้ประสบการณ์ของกองแผนงานกับสาธารณสุขชลบุรีกับที่มงานที่เรา “recruit” [สรรหา] มาทีหลัง หลังจากนั้นก็ใช้

111 โครงการพัฒนาระบบบริการของสถานบริการและหน่วยงานสาธารณสุขในส่วนภูมิภาค (พบส.) มีวัตถุประสงค์ที่จะพัฒนาคุณภาพของสถานบริการสาธารณสุขทุกระดับเพื่อให้ประชาชนได้รับบริการด้านการรักษาพยาบาล ด้านส่งเสริมสุขภาพ และการป้องกันโรค อย่างทั่วถึงและมีคุณภาพ

112 คู่มือสุขภาพ ไลกอนสิริ, ลูกผู้ชายชื่อบรรลुरु, 223-226.

113 หมายถึงนายแพทย์มะลิ ไทยเหนือ เคยดำรงตำแหน่งรองอธิบดีกรมอนามัย และอดีตรองปลัดกระทรวงสาธารณสุขต่อมาลาออกจากราชการไทยไปทำงานที่ SEARO (South-East Asian Regional Office) หรือ องค์การอนามัยโลกภาคพื้นเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ และภายหลังได้เลื่อนตำแหน่งเป็นรองผู้อำนวยการภูมิภาค (Deputy Regional Director) ขององค์การอนามัยโลก

114 หมายถึงสำนักงาน SEARO ขององค์การอนามัยโลกซึ่งตั้งอยู่ ณ กรุงนิวเดลี ประเทศอินเดีย-นพ.อุทัย

115 นายแพทย์ยุทธนา สุขสมมติ อดีตผู้อำนวยการกองแผนงานสาธารณสุข

116 หมายถึงแพทย์หญิง ม.ร.ว.เฉลิมสุข บุญไทย

117 หมายถึงนายแพทย์ดำรงค์ บุญยีน อดีตอธิบดีกรมอนามัย

118 หมายถึงนักวิชาการอื่นๆ โดยมีผู้เชี่ยวชาญจากสำนักงานใหญ่องค์การอนามัยโลก ณ กรุงเจนีวา จำนวน 5 คนมาร่วมทำแผนด้วย- นพ.อุทัย

119 หมายถึง โครงการศึกษาวิเคราะห์ระบบงานเพื่อการวางแผนระดับจังหวัด จังหวัดชลบุรี

120 คือแผนพัฒนาการสาธารณสุขแห่งชาติฉบับที่ 3 เป็นแผนทั้งประเทศโดยใช้เทคนิคการวางแผน-นพ.อุทัย

“Country Health Programming” มาประมาณ 3-4 แผน ต่อมาค่อยใช้เทคนิค “Managerial Process for Health Development” [กระบวนการจัดการเพื่อพัฒนาการสาธารณสุข] มาที่หลังอีกทีหนึ่งนะครับ มันมาอย่างนี้

ทั้งหลายทั้งหลั่เกิดจากการทำแผนโดยมีกระบวนการ จากการคิดวิเคราะห์ปัญหา หาสาเหตุหาทางแก้ และสุดท้ายก็ระดมสมองกันว่าจะมีกลยุทธ์อย่างไร อันนี้ก็เป็นเรื่องที่ยากจะพูดไว้ในตอนแรก ที่นี้จากแผน อะไรๆ ก็ตามมา เช่น งบประมาณก็สนับสนุนอย่างดี คนก็มาสนับสนุน แล้วเรื่องกรมบัญชีกลางอะไรต่างๆ ก็เข้ามานะครับ แล้วสภาพพัฒนาก็สนับสนุนและเป็นพี่เลี้ยงให้ในภาพรวม เรามีอะไรที่มีปัญหาขึ้นก็วิ่งไปหา 4 หน่วยงานนี้ ยกตัวอย่างตัวอย่างหนึ่ง คือ อาจารย์อมร¹²¹ ตอนนั้นท่านเป็นปลัดฯ ท่านมุ่งงานเรื่องสาธารณสุขมูลฐานให้ดี ก็ให้นโยบายว่าโรงพยาบาลจะต้องสนับสนุน จะต้องผลิตยา ต้องสนับสนุนสาธารณสุขมูลฐาน เพราะมีกองทุนยาไว้ในหมู่บ้าน ถ้าซื้อจากองค์การเภสัชกรรมก็แพงประหยัดเงินนะครับ ท่านก็ให้นโยบายมา ผมก็เป็นรองปลัดในขณะนั้น ก็วิ่งไปหาเรื่องระเบียบก่อนไปหากรมบัญชีกลางตอนนั้น อาจารย์ประพันธ์¹²² เป็นรองอธิบดีว่าจะทำอย่างไรช่วยหน่อยท่านรองฯ นายสั่งอย่างนี้ทำไงจะสำเร็จ ก็มาเคลียร์เรื่องระบบระเบียบอะไรต่างๆ สุดท้ายวิ่งไปหาสำนักงบประมาณ อาจารย์พูลทรัพย์อยู่ นะครับ คน[ผลิต]ในขณะนั้นไม่ต้องไปบอกทำเพิ่ม] เพราะมีคนในโรงพยาบาล มีเภสัชกรอยู่แล้วก็ไม่เป็นไรนะครับ อันนี้เราสามารถผลิตยาได้ 4 ขนาน ท่านไพจิตรคงจำได้ว่ามี (1) พาราเซตามอล ที่ใช้บ่อยๆ (2) วิตามินบีคอมเพล็กซ์ (3) น้ำเกลือ

(4) โซดาไมนด์ สีห้าอย่างนี้เป็นต้น คือในขณะนั้นเราทำงานสนุกจริงๆ ครับ เมื่อคิดว่าอะไรคือ Need [need] คือความต้องการ อะไรคือจะต้องแก้ปัญหา แล้วเราก็มักจะได้รับความร่วมมืออย่างดีครับ ก็ยากให้บรรยากาศในอดีตนั้นมันเกิดขึ้นในปัจจุบัน จะทำยังไงก็ช่วยกัน ก็ฝากน้องๆ ในปัจจุบันไว้ด้วยก็แล้วกันครับ ขอแค่นี้ก่อนนะ ครับ

นพ.โกมาตร : ขอบขอบคุณอาจารย์ เรื่องแผน อาจจะเป็นอีกเรื่องหนึ่งที่คุยได้เยอะ อาจจะมี “section” หนึ่งที่จะพูดเฉพาะเรื่องแผน ในปัจจุบันนี้สถานะของแผนพัฒนาสาธารณสุขแห่งชาติก็ไม่เหมือนแต่ก่อน แต่ก่อนก็เขียนตามแผน ก็จะมีการทำงานตามแผนเยอะนะครับ เดี่ยวนี้แผนก็เป็นส่วนหนึ่ง การตัดสินใจเรื่องงบประมาณให้ไปอยู่ที่กรมการ ก็ไป “defend” [อธิบายโน้มน้าว] กันตรงนั้น แล้วแต่ใครจะขงเข้าไปยังงี้ก็ไป “defend” อย่างนั้น ที่นี้ก็สถานการณ่ตอนหลังครับ แต่อยากฟังจากอาจารย์ไพจิตรนะครับ เนื่องจากว่าสมัยผมไปเป็นแพทย์ชนบทปีแรกเลย อาจารย์ไพจิตรเป็น นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด แล้วก็ได้เรียนรู้เรื่องการทำงานชนบทจากอาจารย์ จนกระทั่งต่อมาเป็น จปฐ. [การพัฒนาโดยใช้ความจำเป็นพื้นฐานเป็นตัววัด]¹²³ โคราชพัฒนาอะไรพวกนี้ครับ เทียบกับอาจารย์

ศ.นพ.ไพจิตร ประบุตร : ครับขอขอบคุณและขอชื่นชมหมอมโกมาตร กราบเรียนท่านอาจารย์ ขอย้อนสั้นๆ เสริมที่อาจารย์พูดมาครับว่า ผมเข้ามาตอนปี พ.ศ. 2504 ไปพุกไธสง¹²⁴ ช่วงนั้นกำลังมีการพัฒนาต่างๆ อย่างที่ท่านอาจารย์เล่าแล้ว

121 นายแพทย์อมร นนทสุด
122 ศ. ประพันธ์ ศิริวัฒน์ดำรง อดีตรองอธิบดีกรมบัญชีกลาง และอดีตผู้อำนวยการธนาคารออมสิน
123 คูรายละเอียดเรื่อง จปฐ. ใน **เกียรติประวัติแพทย์ไทยฝากไว้ให้คนรุ่นหลัง: ชีวิตและงานของศาสตราจารย์นายแพทย์เสม พริ้งพวงแก้ว, 196-198.**
124 อำเภอพุกไธสง จังหวัดบุรีรัมย์

[อีก 3 ปีต่อมา] ผมไปบ้านไผ่¹²⁵เมื่อ พ.ศ. 2508 จบ ส.ม. [สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต] แล้วพอดีช่วงที่ทำให้มีการเปลี่ยนแปลงมาก ผมว่าตอนที่ อาจารย์คุณพ่อเสมเป็นรัฐมนตรี แล้วก็ก็มีสามทหารเสือ คือ อาจารย์ไพโรจน์ อาจารย์อมร อาจารย์วินิจ สามทหารเสือนี่นำการเปลี่ยนแปลง คือนำสิ่งที่แยกกันอยู่โดยอัตโนมัติของการแพทย์มารวมกัน คือรวม preventive กับ curative เข้าด้วยกัน สามทหารเอกและคุณพ่ออยู่ข้างบนนะครับ พวกผมก็อยู่ข้างล่างและทีมงาน อาจารย์อุทัยเป็นที่งานอยู่แล้ว ผลสำเร็จ โชคดีที่สำเร็จ ตอนนั้นแล้วคนที่สำเร็จแปลก คือ คนที่คิดไม่สำเร็จ แต่คนสำเร็จไม่ได้คิด¹²⁶ แต่มีคุณธรรมดูแลพวกเรา มา ก็ทำให้งานมันไปต่อไปได้ ผมวิเคราะห์อย่างนั้นนะครับ เพราะตอนนั้นจึงทำให้งานของเราไปต่อไปได้ เพราะฉะนั้นสาธารณสุขมูลฐานก็ต่อเนื่องเชื่อมโยงจากการที่รวม “preventive” กับ “curative” ทำให้พวกเราทำงานไปได้คล่องตัว [ฉันนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงต่างๆ ตามมา รวมทั้งสาธารณสุขมูลฐานและ จปฐ. ด้วย-นพ.ไพจิตร]

นพ.โกมาตร : ตอนอาจารย์ไปอยู่พุทไธสง ถูกส่งไปหรือไปเองครับ

ศ.นพ.ไพจิตร : ผมนี่คือว่าสมัครใจก็ได้ คือ มีที่ๆ กรมอนามัยให้ 20 ที่ บังเอิญเรามีคนทั้งหมด 20 คน อาจารย์บอกว่าเลือกอิสระเลยก็ได้ให้ครบ 20 คนพอดี แต่ก็ต้องไปทั้งนั้นแหละ พอดีมีที่กันดารอยู่ 6 แห่ง ผมก็เลยเลือกไปพุทไธสงซึ่งเป็นทั้งกันดารหนึ่งในหก ก็โอเค ที่จริงแล้วอยาก

ไปอยู่ใกล้บ้าน อยู่ที่เชิงเขียม บ้านผมอยู่ที่อำเภอตระการพืชผล อยู่ที่อุบลราชธานีนะครับ แต่ว่า นายแพทย์ ปรีชา ดีสวัสดิ์¹²⁷ เขาเก่งกว่าก็สมัครก่อน หมอปรีชาเขาสมัครไปอยู่ก่อน

ตอนนั้นที่คนกลัว [อำเภอเชิงเขียม] เพราะหมอเราไปตายที่นั่นคนหนึ่งนะ หมอเรา 2 คน ไปเกณฑ์ทหาร ขณะที่ท่านรองฯ ที่ทำโรงพยาบาลยุพราชเดี๋ยวนี้ คือ ท่านรองประเสริฐ¹²⁸ กับเพื่อนอีกคนหนึ่งไป [เป็นกองเกณฑ์ทหารร่วมกับฝ่ายบ้านเมือง-นพ.ไพจิตร] อันนี้ขอเล่าสั้นๆ ก็แล้วกัน เสียเวลาไม่ค่อยมี จะเล่าเรื่องนี้ว่าหมอเราตาย ทำไม่ถึงตาย ก็ไปดูเขาเล่นบิลเลียดหลังจากเกณฑ์ทหารเสร็จ ที่นี้โอเลี้ยงที่เขาจะสังหารคนนั้น เขาจะยื่นให้คนแรกที่ [เป็นเป้าหมายที่] เขาจะสังหาร แต่ว่าคนแรกเป็นคนที่อาวุโสน้อยกว่าคุณหมอก็เลยยื่นต่อให้คุณหมอ ที่นี้คุณหมอก็กินโอเลี้ยงที่เขาจะสังหาร เขาใส่ยาพิษไว้แล้วครับ คุณหมอก่อนนั้นก็เลยต้องเสียชีวิต คุณหมอประเสริฐเองก็อยู่กับเพื่อน แต่สุดท้ายแล้วก็ช่วยอะไรไม่ได้

หมอปรีชา ดีสวัสดิ์ ก็สมัครไปอยู่ที่นั่นผมก็เลยอดไป ก็เลยไปพุทไธสง ก็ขี่ม้า [แกลบ] เหมือนท่านมงคล [ที่ไปอยู่พิมาย] ก็อยู่ใกล้ๆ กัน แต่ไปก่อนหน่อยหนึ่ง ท่านมงคลค่อยตามไป ตอนที่ผมไปอยู่พุทไธสงนั้นต้องเดินทางผ่านบ้านของท่านกี¹²⁹ นะครับ เมื่อกี้อาจารย์พูดถึง diphtheria [โรคคอตีบ] สมัยนั้นยังมีอยู่นะครับ แต่ว่าตอนผมไปนั้น สสจ. [สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด] โคราชไปเยี่ยมหมอกวี พอ

125 อำเภอบ้านไผ่ จังหวัดขอนแก่น

126 นายแพทย์ไพจิตรอธิบายเพิ่มเติมว่าหมายถึง คนที่คิดไม่ได้เป็นผู้บริหารแต่คนมาเป็นผู้บริหารไม่ได้คิดเรื่อง reform

127 นายแพทย์ปรีชา ดีสวัสดิ์ อดีตรองปลัดกระทรวงสาธารณสุขผู้ริเริ่มโครงการสภากี จังหวัดเชียงใหม่ อันเป็นพื้นฐานของแผนกสาธารณสุขมูลฐานในเวลาต่อมา เสียชีวิตด้วยอุบัติเหตุรถยนต์ ขณะเดินทางไปปฏิบัติหน้าที่ที่จังหวัดกำแพงเพชร เมื่อวันที่ 28 ธันวาคม พ.ศ. 2532

128 นายแพทย์ประเสริฐ สุวันณาสดี อดีตรองปลัดกระทรวงสาธารณสุข

129 นายแพทย์กี ไซยศิริ เกิดที่อำเภอประทาย จังหวัดนครราชสีมาและรับตำแหน่งเป็นผู้อำนวยการโรงพยาบาลประทายคนแรก

หลัง 4 โมงครึ่งก็ไม่เจอท่าน เพราะว่าหลัง 4 โมงครึ่ง ก็ขึ้นรถเข้าหมู่บ้าน สมัยนั้นเริ่มมีรถปิคอัพแล้วนะครับ ก็ขึ้นรถไปซื้อผักขึ้นชาวบ้าน เพราะโรงพยาบาลมหาราชที่โคราช แต่สมัยก่อนยังไม่เป็นมหาราช คนไข้ที่นอนอยู่ที่ เป็น diphtheria นั้นไม่มีมาจากอำเภอประทาย ไม่มีเพราะว่าท่าน [นายแพทย์กวี] จัดการมาเรียบร้อย ส่วนท่านมงคล¹³⁰ นั้นโด่งดังมาก เพราะทำผ่าตัดตี 3 ตี 2 เพราะผ่าตัดมันวางแผนได้ ทำหมันต้องปลูกมาทำก่อนตี 2 ตี 3 เสร็จแล้วต้องคุณไข้ ป้ายก็ต้องออกพื้นที่ขี้มั่ว [เข้าหมู่บ้านไปบริการชาวบ้าน] ต่อไป ตอนนั้นก็ว่าสนุกดีครับ

นพ.โกมาตร : น่าสงสารมานะครับ เพราะดูตัวรูปร่างของพี่มงคลแล้ว มันสมัยนั้นเป็นม้าแกลบด้วย ชาวบ้านเล่าให้ฟังว่าม้าตัวเล็กนิดเดียว กว่า จะไปถึงตำบลกระเบื้องนอกนี่หอบเลยนะครับม้า

ศ.นพ.ไพจิตร : ผมเองก็เกือบตกม้าทีหนึ่ง โชคดีหมอนอนมาไปด้วย คือไปชันสูตรศพนะครับ เรามีภักติกายอยู่ว่า ถ้านายอำเภอไป เราก็ไป ถ้าตำรวจไป เราก็ไป บังเอิญนายอำเภอไม่ไป ปลัดฯ ไป คือที่นั่นนายอำเภอเขาจบ ม.6 นะครับ สมัยผมจบผมไปอยู่ที่นั่น นายอำเภอจบ ม.6 ศึกษาธิการก็จบ ม.6 เท่านั้นเอง มีเราเป็นหมอแล้วก็ปริญาไม่กี่คน แต่ว่าปลัดฯ จบรัฐศาสตร์ไปเอาไปด้วย แต่เราก็ไปคนละทาง ไปชันสูตรศพ คดีก็น่าสงสารมาก คือเป็นมาลาเรีย [Cerebral malaria] แล้วถูกหาว่าเป็นบ้าก็ผูกกับโซ่ตีจนตาย ส่วนมากตีจนตายแล้วก็โอด เรื่องนี้เอาไว้แค่นั้นก่อน แต่ชันสูตรศพทำให้เราได้กระดูกกะโหลกสีโหนก พอชันสูตร

มันก็ง่าย พอพอเขา [ซึ่งร่วมเดินทางไปด้วย] เห็นกระดูกลูกก็รู้ว่า เป็นลูกแล้ว ตอนนี่ยังเก็บไว้ที่ [โรงพยาบาล] พุทโธสงอยู่

อันนี้เป็นส่วนท้องที่นะครับ แต่สิ่งที่ท่านอาจารย์พูดถึงระดับชาตินั้น ผมอยากเสริมนิดเดียวนะครับว่า การที่เราทำสาธารณสุขมูลฐาน โดยที่ท่านอาจารย์ทุกท่านมาช่วยกัน แล้วคุณหมอดำรงค์เป็นผู้อยู่เบื้องหลัง เป็นหัวหน้าทีมทำงาน นายแพทย์ดำรงค์ บุญยยืน เป็นผู้อยู่เบื้องหลัง และทางฝ่ายสภาพัฒน์ฯ มีอีกคนหนึ่งที่ยังไม่ได้พูดถึง คือ ดร. สุเมธ ตันติเวชกุล เป็นหัวหน้าทีมเลขาฯ เพราะฉะนั้น 4 กระทรวงหลักนี้ะครับก็เกิดช่วงนั้น ที่ท่านอาจารย์ไปสร้างทีมสภาพัฒน์ฯ อย่างที่อาจารย์อุทัยเล่าแล้ว แล้วก็ 4 ทีม ฝ่าย[support] คือ ก.พ. สำนักงานประมาณ กรมบัญชีกลาง แล้วก็สภาพัฒน์ฯ เป็นหน่วยงานหลักที่ซัพพอร์ตพวกเรานะครับ เพราะฉะนั้นตรงนั้นในตอนนี้อาจารย์อุทัย พูดถึงเรื่องโปรเจกต์ของชลบุรีนั้นมีความสำคัญมากนะครับ อันนี้ก็อยากให้ได้ศึกษาเพิ่มเติมอีก เป็นสิ่งที่ทำให้ประเทศไทยได้รับความยอมรับจาก WHO [องค์การอนามัยโลก]¹³¹ ก่อนเรื่อง “Primary Health Care” [สาธารณสุขมูลฐาน] คือเรื่องแผนการอันนี้¹³² แล้วก็ CC¹³³ ทางด้านนี้แล้ว ก็มีการอบรมเดือนหรือสามเดือนที่เมืองไทย และมีคนมาเรียนที่นี้ แล้วก็ไปทำงานกันทั่วไป อันนี้เป็นเรื่องที่สำคัญอันหนึ่งนะครับ

อีกอันหนึ่งคือเรื่องของ “Medical Education” [แพทยศาสตร์ศึกษา] อยากให้บันทึกไว้เพราะว่า

130 นายแพทย์มงคล ณ สงขลา อธิบดีรัฐมนตรีกระทรวงสาธารณสุขในสมัยรัฐบาลพลเอกสุรยุทธ์ จุลานนท์

131 องค์การอนามัยโลก เป็นหนึ่งทบวงการชำนัญพิเศษ (Specialized Agency) ของสหประชาชาติ มีวัตถุประสงค์ให้ชาวโลกทั้งหมด โดยไม่คำนึงถึงเชื้อชาติ ศาสนา การเมือง เศรษฐกิจ หรือสังคม ให้บรรลุถึงมาตรฐานสูงสุดของสุขภาพอนามัย ดังนั้นองค์กรนี้จึงมีหน้าที่ช่วยเหลือและแนะนำแนวทางให้แก่ประเทศต่างๆ และประสานงานสาธารณสุขระหว่างประเทศประเทศไทยเข้าเป็นสมาชิกขององค์การอนามัยโลกเมื่อวันที่ 26 กันยายน พ.ศ. 2491 ซึ่งเป็นปีแรกของการก่อตั้งองค์กรนี้ขึ้นมา

132 หมายถึงการจัดทำแผนงานระดับจังหวัด-นพ.ไพจิตร

133 ศูนย์ความร่วมมือขององค์การอนามัยโลก (WHO CC-WHO Collaborating Centre)

ยังไม่พูดกันนะครับ เรามีการประชุม “Medical Education” มา 7-8 ครั้ง

นพ.โกมาตร : ครั้งนี้เป็นครั้งที่ 8 ครับอาจารย์

ศ.นพ.ไพจิตร : แต่ที่เรียนนี่คือว่า อาจารย์ทองจันทร์¹³⁴ เป็นหัวหน้าใหญ่ในการที่ไปเรียนจาก ซิดาโกมา แล้วก็มาทำเรื่องนี้อย่างจริงจัง แล้วก็มีการขยายที่รามฯ อะไรเยอะี่วะนะครับ แล้วก็ เป็น CC ของ WHO เรื่อง “Medical Education” ก็เป็นเรื่องที่น่าจะศึกษาให้ละเอียดว่าเป็นความ ภาควิชาใจ

นพ.โกมาตร : เรื่องแพทยศาสตร์ศึกษาก็คงจะมี วงขึ้นมาอีกเรื่องต่างหากครับ

ศ.นพ.ไพจิตร : อันนี้เรื่องที่เกี่ยวข้องกับชนบทใน ชุมชนสั้นๆ นิดเดียวจะครับว่า เรื่องกำลังคน โอคเ เรื่องอาสาสมัครอะไรนี่นะครับ เราก็ก่อนอย่างดี นะครับ¹³⁵ บังเอิญผมเป็นหัวหน้าทีมครูฝึกสามสิบห้าอัตรานั้น¹³⁶ ก็ยังติดต่อกันอยู่บ้าง

นพ.โกมาตร : ซึ่งอาจารย์ไพโรจน์¹³⁷ กับพีรรินทร์ [รินทร์ ทิมา] เป็นลูกมืออาจารย์ไพโรจน์อยู่

ศ.นพ.ไพจิตร : อาจารย์นรินทร์ที่มาเป็นมือขวา ของอาจารย์ 35 คน ก็แบ่งกันทำงานส่วนหนึ่ง ส่วนที่เกี่ยวกับกรรมกรนั้นสำคัญ ได้ข่าวว่า กำลังจะรื้อฟื้นกรรมกรหมู่บ้าน ซึ่งผมเห็นด้วย นะครับ แต่ที่จริงแล้วทาง สสส. [สำนักงาน

กองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ] ของเรา ทำเรื่องประชาคมไปได้ดีแล้ว คือ ระบบราชการ นั้นจะต้องมีกรรมการแบบนี้ แต่ทาง สสส. เขาไป ประชาคม ประชาสังคมดี ๆ ก็คืออยู่แล้ว ถ้าเชื่อมกัน ก็อาจจะไปด้วยกันกับทางนี้ได้ครับ

อันสุดท้ายที่น่าสนใจมากเรื่องกองทุน ยังไม่ได้พูดกันนะครับ เรื่องกองทุนนั้นเมื่อแผน 4 ท่านอาจารย์อมรไปเอาเงิน WHO มา ให้ ทำหนึ่งหมู่บ้าน 10,000 บาท เมื่อ 30 ปีที่แล้ว เงิน 10,000 บาทให้หมู่บ้านเดียวจะครับ เพื่อ ไปพัฒนาหมู่บ้าน เพราะเรามี ก.กำลังคน และ ก. กรรมการหมู่บ้าน แต่เราไม่มีเงินสมัยก่อน ไม่มีเลยครับ ก็ได้เงินนี้มา เพราะฉะนั้นอันนี้จึง เป็นหัวใจที่จะได้เงินมาพัฒนาหมู่บ้าน [เป็นหลัก การในการพัฒนางานสาธารณสุขมูลฐานและ จปฐ.-นพ.ไพจิตร]

นพ.โกมาตร : อาจารย์ครับ ตอนทีไปเริ่มทดลอง ทำหนึ่งหมู่บ้านนั้น ทำที่ไหนครับ

ศ.นพ.ไพจิตร : ทำทั่วประเทศทั้ง 12 เขต [เขต ละ 1 หมู่บ้าน-นพ.ไพจิตร] คุณระเด่น¹³⁸ อาจจะมีข้อมูลที่ใครหาว่าทำที่ไหนอย่างไร แต่อย่างไร ก็ตาม อันนี้อาจารย์ท่านหนึ่งได้เข้ามาช่วยมอบ ปรึกษา¹³⁹ คือ อาจารย์นิตดา¹⁴⁰ เป็น “Project Director” [ผู้อำนวยการโครงการ] ของโครงการ ที่เรียกว่า TCDV¹⁴¹ คือทำความร่วมมือระหว่าง หมู่บ้าน

134 ศาสตราจารย์ นายแพทย์ทองจันทร์ หงส์ถาวรภัก

135 โดยใช้ความรู้พื้นฐานเรื่องแพทยศาสตร์ศึกษาเป็นหลักในการพัฒนากำลังคน-นพ.ไพจิตร

136 มีอาจารย์หมอ ประพนธ์ ปิยะรัตน์ เป็นครูใหญ่-นพ.ไพจิตร

137 นายแพทย์ไพโรจน์ นิงสานนท์

138 ระเด่น หัสดี อดีตสาธารณสุขอำเภอปากช่อง จังหวัดนครราชสีมา สมัยที่เริ่มดำเนินโครงการสาธารณสุขมูลฐานขึ้นในเขตจังหวัดนครราชสีมาเมื่อ พ.ศ. 2520 ปัจจุบันเป็นข้าราชการบำนาญ

139 นายแพทย์ปรีชา ตีสวัสดิ์

140 นายแพทย์นิตดา ศิริยาภัย

141 TCDV-Technical Cooperation among Developing Villages ความร่วมมือทางเทคนิคระหว่างหมู่บ้านที่กำลังพัฒนา

นพ.โกมาต : วันนี้อาจารย์นัดดาได้รับนัดที่จะมา แต่ได้รับเชิญไปพูดอีกวงหนึ่งก็เลยไม่ได้มา

ศ.นพ.ไพจิตร : อันนี้ก็น่าสนใจเพราะเป็นที่มาของประกันสุขภาพ เพราะเป็นเรื่องของกองทุนแล้วมาคิดต่อเป็นเรื่องของกองทุนบัตรสุขภาพ 300 บาท 500 บาท แล้วก็อีกอันหนึ่ง อยากให้หมอ[นายแพทย์โกมาต] ซึ่งผมได้ขอข้อมูลแต่ยังไม่ได้จากสำนักงานประกันสังคม จริงๆ แล้วประกันสังคมมีกฎหมายออกมานานแล้วสัก 30-40 ปีแต่ไม่ได้ใช้ จนกระทั่งท่านเปรม¹⁴² เป็นนายกรัฐมนตรี ท่านนายกฯเปรมก็ตั้งกรรมการขึ้นมาให้กระทรวงสาธารณสุขเป็นประธาน เพื่อที่จะคิดให้มีบัตรสุขภาพ¹⁴³ ท่านอาจารย์อมรบอกว่า ไพจิตรทำเรื่องกองทุนอยู่แล้วก็ให้ไปทำเรื่องนี้ ท่านอาจารย์ก็ช่วยกรุณาไปแนะนำ ก็เป็นจุดเริ่มให้รัฐบาลตัดสินใจทำประกันสังคมที่เจริญมาจนถึงทุกวันนี้ครับ

ศ.นพ.ประเวศ : ไปอยู่กระทรวงมหาดไทย 30 ปี แล้วไม่ออก ตอนหลังเวที่มาอยู่ที่กระทรวงสาธารณสุข และผมจำได้ว่าไพจิตร¹⁴⁴นั่งเป็นประธาน ตอนนั้นไปกระทรวงมหาดไทยกัน ไปคุยกับคุณมาลัย อุนันท์ สมัยปฏิวัติมีหมอประสานต่างใจ แล้วใครอีกคน ไปคุยเรื่องประกัน และเขาก็ชี้ให้คุณบัณฑิต¹⁴⁵ ทำ 30 ปีจนหัวล้านแล้วยังไม่ออกเลย ตอนหลังเวที่ย้ายแล้ว มีอาจารย์นิคม¹⁴⁶มาร่วมด้วย แล้วออกมาในที่สุด

ศ.นพ.ไพจิตร : เมื่อ พ.ศ. 2527 สงวน¹⁴⁷ก็สนิทกับอาจารย์นิคม ก็ไปด้วยกัน สงวนก็ไปเรียนรู้จากอาจารย์เยอะ อันนี้ก็เป็นที่น่าสนใจที่จะเสริมเพิ่มเติมเท่านั้นเองครับ ส่วนเรื่องที่อาจารย์บรรลุพูดนั้น ผมก็อยากเสริมสั้นๆ เท่านั้นเองเรื่องปมของอาจารย์ คือ ผมเข้ามาอยู่กรุงเทพฯ มาเป็นนายแพทย์ใหญ่ก็เหมือนผู้ช่วยปลัดฯ อยู่กับท่านอาจารย์¹⁴⁸ ผมก็เรียนรู้จากอาจารย์ 2 ปี ท่านคงจำได้ สิ่งที่อาจารย์ฝาก คือ HA ที่อาจารย์คิดไว้ใช้คำว่าติดตามนะครับ อาจารย์เชื่อไหมครับ อันนี้น่าสนใจว่าพวกเราไม่ยอมให้ประเมินนะครับ มีโรงพยาบาลแห่งหนึ่งไม่ยอมให้ประเมินเลย ผมก็ขออนุญาตอาจารย์ไปประเมินอาจารย์¹⁴⁹ที่บ้านท่านก็แล้วกัน [ซึ่งก็สำเร็จได้ด้วยดี-นพ.ไพจิตร]

นพ.โกมาต : อาจารย์ครับ ปีนี้ HA จะครบ 10 ปี คุณหมอมอญวัฒน์¹⁵⁰ก็บอกว่าอยากจะขอตั้งวง “Witness Seminar” เรื่อง HA สักวงหนึ่ง น่าจะทำได้เร็วๆ นี้ครับ

ศ.นพ.ไพจิตร : อาจารย์ [บรรลุ] ส่งผมไปประเมินที่บ้านท่าน [ผู้อำนวยการโรงพยาบาลแห่งนั้น] กินกาแฟบ้านท่านเรียบร้อย ตอนที่อาจารย์เกษียณก็ห่วงเรื่องนี้อยากให้ทำต่อ แต่โชคดีที่หลายปีต่อมา คุณหมอมอญวัฒน์ก็มารับไปเรียบร้อยแล้ว ซึ่งเป็นเรื่องที่ดี สรุปแล้วพวกเราเป็น “subsystem” [ระบบย่อย] จริงๆ จนกระทั่งมาปัจจุบัน ที่ท่านอาจารย์ผู้ใหญ่ของเรานำมา อย่างที่ชูชัย¹⁵¹เข้ามา [อยู่องค์การอิสระ-นพ.ไพจิตร] อย่างนี้นะครับ อยู่

142 พลเอกเปรม ติณสูลานนท์

143 หมายถึง เพื่อที่จะช่วยการประกันสังคมเพราะสาธารณสุขทำเรื่องบัตรสุขภาพอยู่แล้ว-นพ.ไพจิตร

144 หมายถึง ศาสตราจารย์ (พิเศษ) นายแพทย์ไพจิตร ปวะบุตร

145 หมายถึง นายบัณฑิตย์ ธนชัยเศรษฐวุฒิ นักวิชาการด้านสิทธิแรงงาน มูลนิธิธรรมาภรณ์ พงศ์พันธ์

146 หมายถึงศาสตราจารย์นิคม จันทรวีฑูร ผู้เชี่ยวชาญเรื่องแรงงานและสวัสดิการสังคม

147 นายแพทย์สงวน นิตยารัมภ์พงศ์

148 หมายถึงนายแพทย์บรรลุ ศิริพานิช

149 หมายถึง ผู้อำนวยการโรงพยาบาลนั้น-นพ.ไพจิตร

150 นายแพทย์อญวัฒน์ ศุภชติกุล ผู้อำนวยการสถาบันรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (สรพ.)

151 นายแพทย์ชูชัย ศุภวงค์

ในระบบเป็น “subsystem” ก็จริงอยู่ แต่ว่าโดยคนของเราขึ้นมาอยู่ในระดับที่ถ้าพูดไปแล้วสังคมเขาฟัง นี่ก็เป็นสิ่งที่น่าเรียนรู้ต่อไปว่ารุ่นปู่รุ่นพ่อเราเขาทำยังไง ลูกหลานควรจะทำอย่างไรต่อไปนะครับ เพราะขณะนี้เรามีหลาย “ส” เหลือเกินนะครับ กระทรวงเองก็เกรงใจนะครับ ว่าขณะนี้ท่านผู้ใหญ่ช่วยกันว่าจะทำอย่างไรให้ทุกอย่างมันร่วมกันให้มันดีต่อไปครับ ขอขอบคุณมากครับ

ศ.นพ.ประเวศ : ที่คิดเมื่อเข้านี้ที่คุยกันแต่ละเรื่องมันก็คุยได้สั้นๆ แต่มันก็ช่วยบอกว่าแต่ละเรื่องมันมี “root” [ราก] ของมัน กว่าจะมาเป็นประกันสุขภาพต่อมา HA ก็มาอีกแล้ว ผมอยู่ศิริราชไม่รู้อะไรหรอก พอมากระทรวงก็ไป เห็น “Country Health Programming” ผมก็ไม่รู้ว่ามันคืออะไร แต่ผมจำได้ว่าเรื่องต่างๆ แต่ละเรื่องมันมีที่มา และที่ว่าหมู่บ้านไหนที่ทำกองทุนครั้งแรก คุณหมอมอบเหรียญให้ผมดูว่าหมู่บ้านหมอกจำแป่ที่แม่ฮ่องสอน ตอนนั้นแกบอกว่ายี่สิบได้ทดลองกองทุนเป็นครั้งแรก

นพ.โกมาตร : ปัจจุบันสถานีอนามัยหมอกจำแป่ก็ยังทำงานชุมชนได้ดีอยู่ครับ ผมได้ไปเยี่ยมมาเมื่อสองปีที่แล้ว แต่เรื่องกองทุนก็มีความริเริ่มของอีสานกระจัดกระจายอยู่ มีพี่ชวลิต¹⁵² ที่ไปเริ่มทำกองทุนที่กระนวน¹⁵³ เป็นสหกรณ์ยาที่กระนวน ก็เป็นตัวอย่างให้เราได้ไปทำงานต่อเนื่องไปด้วยเหมือนกัน เราจะคุยรายละเอียดภาคสนามในตอนบ่ายนะครับ ก็มีพี่กี พี่ชูชัย และอีกหลายๆ คนจะร่วมกับเราในตอนบ่าย ผมขอมาที่พี่มิ่งคุณนะครับ ก่อนจะได้ถ่ายรูปและรับประทานอาหารร่วมกัน

นพ.มงคล ณ สงขลา : ตอนนี้ก็เกือบบ่ายโมงแล้วนะครับ อยากให้พิจารณาเรื่อง “keyword”

[คำสำคัญ] หลายๆ เรื่อง ผมคิดว่าน่าจะเป็นในเรื่องของคำที่เอ่ยขึ้นมาหลายๆ เรื่องที่เดียว ตั้งแต่ในเรื่องของโรงพยาบาลชุมชนที่เปลี่ยนจากสถานีอนามัยมาเป็นศูนย์การแพทย์อนามัยมาเป็นโรงพยาบาลอำเภอ และมาเป็นโรงพยาบาลชุมชน เราเปลี่ยนป้ายกันไม่ทันเลยนะครับ ตอนหลังไม่เอาสังกะสีถาวรแล้วครับ ก็ไม่รู้จะเปลี่ยนเป็นอะไรอีก ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2518 นะครับ ตรงนั้นมันเป็นศิษย์เวิร์ดอันหนึ่ง คิดว่าตรงนี้น่าจะไปดูการเปลี่ยนแปลงช่วงนั้นให้ดีๆ นะครับ

ในช่วงใกล้เคียงกันนั้นสมัย นายแพทย์ชนะ คำบุญรัตน์ เป็นผู้อำนวยการกองสาธารณสุขภูมิภาค ตอนนั้นยังไม่เรียกกองสาธารณสุขภูมิภาค เรียกกองสุขภาพ คุณหมอมานิตย์ ประพันธ์สิน ที่ริเริ่มชมรมแพทย์ชนบท ไปขอประชุมครั้งแรกบนเขาใหญ่ แต่ไม่สำเร็จ ครั้งต่อมาก็เริ่มเป็นเรื่องเป็นราว เป็นเรื่องนี้น่าติดตามเอามาร้อยเรียงให้เป็นเรื่องเป็นราวก็น่าจะดีมาก แล้วก็ผมเห็นด้วยทั้งหมดต่อการเปลี่ยนแปลงว่าทั้งหมดเป็นเรื่องของแผน สาธารณสุขเป็นเจ้าของแผนที่ใครต่อใครก็ยอมรับตั้งแต่เริ่มเลย และแผนในการดำเนินการทั้งหมดนั้น พี่ยุทธนาที่คู่กับพี่ดำรงค์ ผมคิดว่ามีอะไรตรงนั้นก็จะช่วยเราเยอะเลย รับคำสั่งจากอาจารย์เสม รับคำสั่งจากอาจารย์ไพโรจน์ ใครต่อใครทั้งหลาย เสร็จแล้วก็เอาไปทำ ลั่นลงไปถึงระดับอำเภอระดับตำบลได้เป็นอย่างดี สองท่านนี้ผมคิดว่าเป็นคนซึ่งสร้างงานสร้างอะไรต่างๆ ขึ้นมาเยอะเลย

ในการที่ทำให้งานตรงนี้ไปถึงรากหญ้า ผมคิดว่ามันเป็นเรื่องที่น่าเน้นมากนะครับ โดยเฉพาะอย่างยิ่งจากการดำเนินการในเรื่อง อสม. แล้วก็

152 นายแพทย์ชวลิต สันติกิจรุ่งเรือง อดีตผู้อำนวยการคนแรกของโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชกระนวน จังหวัดขอนแก่น และอดีตผู้อำนวยการสถาบันการแพทย์ไทย-จีน เอเชียตะวันออกเฉียงใต้ กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก

153 อำเภอกระนวน จังหวัดขอนแก่น

ไปประจวบกับสมัยท่านเปรมที่เน้นหนักในเรื่อง การแก้ไขปัญหาความยากจน ในปี พ.ศ. 2525 มีการเฉพาะเจาะจงในการเลือกพื้นที่และลงเน้นหนักในตรงนั้น ทำให้งานสาธารณสุขของเราได้รับการดูแลช่วยเหลือทางด้านงบประมาณและทางด้านต่างๆ เน้นไปในพื้นที่ๆ เป็นพื้นที่ยากจน ด้วยนะครับ เพราะฉะนั้นพื้นที่ยากจนก็ไม่ได้มีแต่ อาจสามารถ¹⁵⁴ อย่างที่ได้ยินได้รับฟังกันนะครับ มันมีมาแต่สมัยท่านเปรมแล้ว

ผมคิดว่าแม้แต่ในเรื่องของ อสม. ผสส. ผมให้ข้อมูลได้ ที่เราเปลี่ยน อสม. อย่างเดียวนะ ครับ เพราะทำมาก่อนตั้งแต่ พ.ศ. 2528 แล้วกระทรวงมารับทำนโยบายเมื่อปี พ.ศ. 2538 คือ 10 ปีหลังจากนั้น แล้วก็ในเรื่องของศูนย์สาธารณสุขมูลฐานที่อาจารย์หมออุทัย¹⁵⁵ ได้ริเริ่มขึ้นมาในพื้นที่ ผมคิดว่าตรงนี้เป็นตัวเปลี่ยนเหมือนกันที่ให้งบประมาณลงไปในพื้นที่จุดละ 10,000 บาท [แต่ก่อนก็ตำบลละ 10,000 บาท] ที่เลือกให้ ตอนหลังพอมีศูนย์สาธารณสุขมูลฐานขึ้นมา จุดละ 10,000 บาท ตอนนี้มีมันเปลี่ยนการทำงาน ของ อสม. เรา เยอะมากเลยที่เดียวนะ นั่นก็น่าศึกษา

ประจวบกับที่เมื่อ อสม. เข้มแข็งขึ้น เรา จะมีการดำเนินการปรับเปลี่ยนสถานีนามัย สมัยก่อนเป็นสถานีนามัยอย่างที่คุ้นเคยกัน ตั้งแต่แรกว่ามันเป็นผดุงครรภ์ ซึ่งพ่อแม่มีที่ดิน แล้วก็รับปากว่าจะสร้างที่ทำงานให้ แล้วก็ให้ลูก มีโอกาสไปเรียนแล้ว พอลูกกลับมาพ่อแม่ก็ไม่มีเงินที่จะสร้างสถานีนามัยดีๆ ก็ไปเอาถังระเบิด บ้าง อะไรต่างๆ จากค่ายทหารของอเมริกันสมัย ก่อนมาสร้างเป็นสถานีนามัย มันก็เป็นสถานีนามัยที่ไม่น่าให้บริการเลย พอตอนหลังก็มีการ

พัฒนาอะไรต่างๆ มากมาย พอถึงอาจารย์หมอ อุทัย ก็กลายเป็นสถานีนามัยเฉลิมพระเกียรติฯ สถานีนามัยเปลี่ยนหน้าเปลี่ยนตาเปลี่ยนโฉม อะไรต่างๆ ไปเยอะแยะเลย ตรงนี้เป็นส่วนที่คิดว่า อสม. แข็งแข็งขึ้นมา สถานีนามัยก็แข็งแข็งมา และโรงพยาบาลชุมชนแข็งแรงก่อนแล้ว ทำให้งานสาธารณสุขในชนบทกลายเป็นปีกแผ่นแน่นหนา ที่ดีมาก และก็มาเสริมด้วยช่วงนั้นที่เราพูดไปแล้ว

การทำงานโดยเฉพาะอย่างยิ่งงาน จปฐ. ที่เกิดขึ้นที่โคราชที่อาจารย์ไพจิตรพูดถึงเมื่อกี้ ตอนนั้นอาจารย์ประพันธ์ คิดว่าเรายังไม่ได้พูด ถึงท่าน ท่านก็มีห้องทำงานอยู่ที่สภาพัฒนาฯ ลอง คิดดูไม่ใช่ประสานกันเฉยๆ แต่มีห้องทำงานของ อาจารย์ของเราที่ทำงานประสานกันอยู่ มีห้อง ทำงานอยู่ที่นั่นและประสานที่นั่นจึงทำงานเป็น เนื้อเดียวกัน เพื่อให้งานทั้งหมดที่เกิดขึ้นไม่ว่าจะเป็น “Mini Thailand”¹⁵⁶ เกิดอะไรต่างๆ ขึ้นมา จากอาจารย์อมร¹⁵⁷ เยอะแยะมากมาย พวกเรา เองที่ทำงานก็ปรับตัวไม่ทันนะครับ แล้วก็ยังมีบ่น ทั้จะอะไรตามประสา

นพ.โกมาตร : ถือว่าเป็นนโยบายรายวันครับ

นพ.มงคล : แต่ก็ถือว่าเป็นสิ่งที่ดี แต่พอถึง อาจารย์บรรลุ ผมจำได้ว่าเดี๋ยวต้องติดตาม ตรงนั้นติดตามตรงนี้ แล้วก็ไปประเมินยับเลย ประเมินทั้งเงิน การบริหาร งานบุคลากร และ ประเมิน สสจ. [สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด] ด้วย ประเมินในสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดด้วย ไม่ใช่เฉพาะในโรงพยาบาลเท่านั้น เพราะฉะนั้น การกวนให้มันชุ่นอย่างนี้ ผมคิดว่าเป็นส่วนหนึ่งที่ทำให้ทุกคน “alert” ตื่นตัวอยู่ตลอดเวลาว่าเราจะ

154 หมายถึงอำเภออาจสามารถ จังหวัดร้อยเอ็ด ที่ถูกเลือกเป็นเขตต่อสู้กำจัดความยากจนในสมัยปลายรัฐบาล พ.ศ.ท. ทักษิณ ชินวัตร

155 นายแพทย์อุทัย สุตสุข

156 โครงการ “จังหวัดเร่งรัดพัฒนาคุณภาพชีวิตด้านสาธารณสุข” 14 จังหวัด

157 นายแพทย์อมร นนทสูต

ต้องปรับต้องเปลี่ยน เราต้องแก้ปัญหาทั้งทางด้านชุมชน ทั้งปัญหาด้านสถานบริการ เพื่อให้ไปถึงจุดที่ดีจริงๆ แล้วก็คือเรื่องเดียวกัน จะยังงี้ก็แล้วแต่ อันนี้ก็เพื่อสุขภาพที่ดีของประชาชนทั้งนั้นเลย โดยผ่าน “mean” [วิธีการ] ต่างๆ

นพ.โกมาตร : อาจารย์ครับตอนสมัยที่อาจารย์ไปอยู่พิมาย ตอนนั้นสภาพเป็นอย่างไรครับ

นพ.มงคล : ตอนนั้นไปไหนยังไม่ค่อยได้ โดยเฉพาะอย่างยิ่งไปเยี่ยมชาวบ้าน ตอนฝนตกหน่อยก็ไปไม่ได้แล้ว

นพ.โกมาตร : พิมายเป็นพื้นที่อาณาเขตที่ใหญ่โตมากใช่ไหมครับ

นพ.มงคล : ตอนนั้นมีหมอทั้งจังหวัดโคราชอยู่ 6-7 คน ผมไปอยู่ตรงนั้นก็ดูแลทั้งชุมพวง ประทาย สูงเนิน ดูแลทั้งห้วยแถลงไปหมดเลย สมัยนั้นถ้าเผื่อว่ามีคนตายที่รุนแรงขึ้นมาคงที่มาไม่ไหว เคยไปขอฮอส [เฮลิคอปเตอร์] ด้วยซ้ำไป บางครั้งบางครั้งเคยสนับสนุนให้ฮอสไปลง แล้วก็ไปนอนอยู่ที่นั่น ไปอยู่ตามวัด เคยไปเล่าสิ่งเหล่านี้ให้เด็กฟังไปคุยให้หมอนักศึกษาแพทย์ใหม่ๆ ของศิริราชฟัง เขานั่งฟังแล้วเขานั่งตาลอยเลยนะ เขานึกไม่ออกเหมือนกันว่ามันมีได้ยังไงในประเทศไทย เพราะเขาไม่มีโอกาสที่จะสร้างจินตนาการไปได้ว่ามันทุกซี่ยากลำบากขนาดไหน แต่ก็ดีนะที่ได้ไปเล่าให้เขาฟัง หรือไม่ฟัง หรือฟังแล้วอาจไม่รู้เรื่องเลยก็ได้ แต่เราได้เล่า

นพ.ชูชัย ศุภวงศ์ : ขอเวลาหนึ่งนาทีครับ เพราะว่าตอนบ่ายต้องไปประชุมเรื่องกระบวนการยุติธรรม ประเด็นที่พี่มงคลพูด ผมขอเสริมนิด

เดียวครับว่าก่อน 14 ตุลา 2516 มีการบังคับใช้ทุนแพทย์ให้ไปอยู่ในชนบท ผมคิดว่าจุดนั้นเป็นจุดที่ “break through” [จุดเปลี่ยนผ่านสำคัญ] ทำให้นักศึกษาแพทย์ต่างๆ รวมตัวกันคัดค้านว่าไปใช้ทุน 30:70 มันเป็นการเลือกปฏิบัติ จึงขอให้ใช้ทุนทั้ง 100 เปอร์เซ็นต์ แล้วก็ [ให้เวลาจาก 5 ปี เหลือ] 3 ปี 1 ปีนั้นให้นับเป็นอินเทิร์น [intern-แพทย์ฝึกหัด] ด้วย [การรวมตัวในครั้งนั้น] นำมาสู่การก่อตั้งศูนย์นิสิตนักศึกษาแพทย์แห่งประเทศไทย [จึงเกิดแพทย์] ใช้ทุนรุ่นแรกในปี พ.ศ. 2515 ไปตรวจสอบเวลานิดหนึ่ง แล้วการที่แพทย์ออกไปสถานีอนามัยชั้นหนึ่ง ศูนย์การแพทย์อนามัย ตรงนั้นก็ทำให้เกิดผลสะท้อนสูงมากในเรื่องการบริการสุขภาพต่อมา หลังจากนั้นก็เกิดสหพันธ์แพทย์ชนบทก่อนช่วงตุลาคม 2519 และพอหลัง 6 ตุลาคม 2519 ก็ยุติบทบาทลงไป ตอนหลังพอ [เหตุการณ์บ้านเมืองเป็นปกติ] พ.ศ. 2521 ก็เกิดชมรมแพทย์ชนบท พอ พ.ศ. 2524 ก็เกิดมูลนิธิแพทย์ชนบท ผมอยากพูดตรงนี้เพราะจะได้ “parallel” [เห็นภาพคู่ขนานไป] กับการพัฒนา [งานสาธารณสุข] ที่พี่มงคลพูดเอาไว้ แคนี่ก่อน “resource person” [ผู้ที่จะให้ข้อมูล] จะให้คุยกับใครต่างๆ จะบอกที่หลังได้

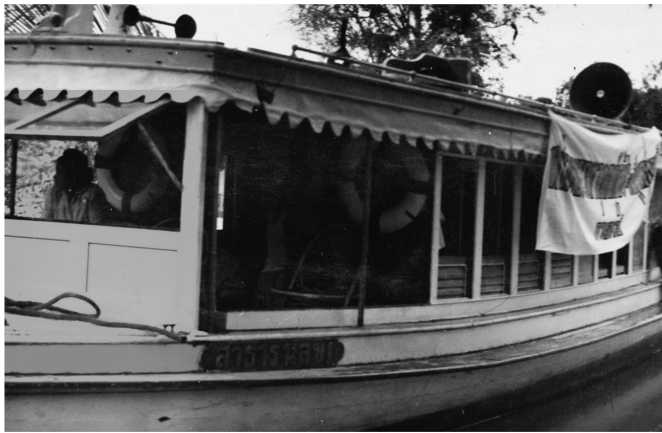
นพ.อุทัย : ขอจุดประเด็นไว้หนึ่งนะครับ คือเรื่องการสาธารณสุขระหว่างประเทศของเรา “outstanding” [โดดเด่น] มากนะครับ เรามีถึงประธานสมัชชาใหญ่องค์การอนามัยโลก¹⁵⁸ มีประธานกรรมการบริหารองค์การอนามัยโลก¹⁵⁹ เราเป็นประเทศเดียวที่ได้รับมอบอำนาจจาก WHO ให้บริหารเงินของ WHO ในประเทศไทยเอง ซึ่งก็มี [อาจารย์อมร] อาจารย์ไพโรจน์ มีอาจารย์ประเวศ เป็นกรรมการร่วมด้วย อันนี้จุดประเด็นไว้เฉยๆ ค่อยเดินต่อหน้าครับ

158 ประธานสมัชชาใหญ่องค์การอนามัยโลก 1 สมัย คือ นายแพทย์ประกอบ ตูจันดา

159 ประธานกรรมการบริหารองค์การอนามัยโลก 1 สมัย คือ นายแพทย์อุทัย สุดสุข

นพ.โกมาตร : ผมคิดว่าประวัติศาสตร์ยาวนานเกือบศตวรรษก็คงจะต้องคุยกันหลายรอบนะครับ ตอนนี้ก็เลยเวลาที่ยังมาเยอะมากแล้วนะครับ หลายท่านอาจจะต้องไป ก่อนจะไปยังไงก็ขออนุญาตถ่ายรูปร่วมกันไว้เป็นที่ระลึกสักหนึ่งนะครับ เพราะโอกาสที่จะได้เรียนเชิญอาจารย์ผู้ใหญ่ทุกท่านมาพร้อมกันอย่างในวันนี้ก็ยากมากเลยนะครับ ส่วนท่านที่เชิญมาไม่ได้ก็มีหลายท่านนะครับ อาจารย์นัดดา ก็ไม่ได้ แล้วก็พี่ดำรงค บุญยืน ก็ต้องจตุฐปมา เพราะเราจัดช้าเกินไปนะครับ ส่วนอาจารย์ยุทธนา ก็เชิญด้วย แต่ก็ติดเรื่องปัญหาสุขภาพก็เลยมาไม่ได้ แต่ถ้าหากไปคุยกันที่บ้านท่านก็จะยินดีอยู่ อาจารย์อมรก็ได้รับเชิญไปประชุมเรื่องสาธารณสุขมูลฐานในอนาคตที่จังหวัดอุดร ได้โทรศัพท์คุยกับอาจารย์ อาจารย์ก็ถามว่าแล้วเธอจะให้ผมทำอย่างไร ทางนั้นก็เอาอนาคต ทางนี้ก็เอาอดีต ผมก็เลือกเอาอนาคตก่อน เดี่ยวอดีตค่อยคุยกันอีกทีหนึ่ง

ตอนบ่ายเป็นการลงรายละเอียดวงเล็ก แต่อยากให้ตอนบ่ายเป็นเรื่องเล่าที่เป็นความประทับใจ เรื่องโครงสร้างต่างๆ อาจจะค้นคว้าได้เรื่องเล่า อย่างที่อาจารย์ไพจิตรเล่าว่าไปกินน้ำ[โถเลี้ยง] เข้าที่โต๊ะสนุก อย่างนี้ก็เป็นการสนทนาของแพทย์ได้นะครับ การเป็นแพทย์ในชนบทนี้ก็หลากหลายเหลือเกิน ประสบการณ์ต่างๆ เหล่านี้เป็นเรื่องที่หาบันทึกที่ไหนไม่มี ตอนบ่ายอยากจะได้ลงรายละเอียดต่างๆ เหล่านี้มากขึ้น ถ้าเกิดว่าท่านอาจารย์ไม่ติดอะไรก็อยากจะขอเชิญลงไปฟังในกลุ่ม โดยเรามีการแบ่งเป็น 2 กลุ่มด้วยกัน กลุ่มหนึ่งจะอยู่ห้องนี้ อีกกลุ่มหนึ่งจะอยู่ห้องเลยไปฝั่งตรงข้ามกับตรงนี้ ส่วนห้องน้ำก็อยู่ตรงกลางนะครับ ตอนนี้กำลังจัดโต๊ะ รอสักหนึ่งอีกประมาณ 5 นาทีก็น่าจะเสร็จ หลังจากนั้นก็จะขอเชิญถ่ายภาพร่วมกันก่อนจะไปรับประทานอาหารด้วยกันครับ



1	2
	3
4	

1. การตั้งสถานีอนามัยชั้น 1 ได้รับการผลักดันในสมัย นายแพทย์กักร สุวรรณกิจ เป็นอธิบดีกรมอนามัย (พ.ศ. 2501-2509)
2. การออกทำงานในพื้นที่ทุรกันดารและไม่มีทางเดินรถ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขจึงต้องใช้ม้าเป็นพาหนะ
3. ราว พ.ศ. 2500 ถึง 2505 กรมอนามัยออกหน่วยบรรเทาทุกข์ผู้ประสบอุทกภัยทางเรือ ในพื้นที่จังหวัดกาญจนบุรี
4. นายแพทย์กักร สุวรรณกิจ อธิบดีกรมอนามัยออกตรวจราชการที่สถานีอนามัยชั้น 2 ต.วังทอง อ.วังทอง จังหวัดพิษณุโลก ซึ่งปรับเปลี่ยนจากเดิมคือสุขศาลา

บทที่ 2

พัฒนาการระบบบริการสุขภาพในชนบท

นพ.โกมาตร : ผมขอเริ่มเลย เพราะอาจารย์
ประเวชจะไม่ได้อยู่ด้วย อาจารย์เริ่มอะไรสักนิด
ไว้ก่อนไหมครับ เรื่องงานสาธารณสุขมูลฐาน
คือ ห้องโน้นจะพูดเรื่องสาธารณสุขมูลฐาน ห้อง
เราพูดคุยเรื่องงานพัฒนาตัวระบบบริการ เช่น
สถานีนามัย สุขศาลา อาจะบอกเล่าเรื่องราว
ที่ได้ไปทำงาน ประสบการณ์เล็กๆ น้อยๆ ซึ่งไม่มี
โอกาสได้จัดบันทึกในเอกสารที่เป็นทางการ เช่น
พี่สุรเกียรติอาจะเล่าเรื่องการทำงานที่บางปะอิน
บ้างว่าไปริเริ่มอะไรยังงัยบ้าง คิดยังงัยถึงได้ไปอยู่
ที่นั่น ไปแล้วเจออะไร ทำไปทำมาถึงได้กลายเป็น
หนังสือคู่มือตรวจรักษาโรคได้ อาจะเล่าอะไร
บ้างก็ได้ ผมใคร่ขอให้การพูดตอนบ่ายนี้ ใครคิด
อยากจะทำเสริมตอนไหนก็เสริมกันเป็นแบบวง
สนทนา จะได้คุยกันแบบง่าย ๆ

ตอนบ่ายนี้ก็มีคนมาเสริม ห้องนี้ก็มีคุณ
หมอสุมศักดิ์ ชุณหรัศมิ์ ห้องโน้นก็มีพี่เมธี ซึ่ง
ร่วมตั้งสำนักงานคณะกรรมการการสาธารณสุข
มูลฐานขึ้น โดยยึดระเบียบชั้น 8 เป็นที่ทำการ คือ
ไม่มีที่ทำการเป็นกิจลักษณะ แล้วก็พัฒนามาจน
เป็นนโยบายสาธารณสุขมูลฐาน

ขออนุญาตเริ่มแบบธรรมชาติ อาจารย์
สุรเกียรติเริ่มเลยก็ได้ครับอาจารย์

ศ.นพ.ประเวช : สุรเกียรติเป็นตัวเริ่มตั้งแต่เป็น
นักศึกษาแพทย์ แล้วออกไปอยู่โกสุมพิสัย จังหวัด
มหาสารคาม เขาเขียนจดหมายมาเล่าให้ผมฟัง

นพ.โกมาตร : อาจารย์ครับ จดหมายนั้นอาจารย์
ยังเก็บไว้ใช่ไหมครับ? อันนี้ก็เป็น “personal pa-
pers” [เอกสารส่วนบุคคล] เหมือนกัน

นพ.สุรเกียรติ อาชานานุภาพ : ผมเป็น
แพทย์ใช้ทุนรุ่นแรกของการบังคับใช้ทุน [ผมเป็น
แพทย์] รามารุ่นหนึ่ง คือ แพทย์ใช้ทุนรุ่นแรก มี
ผู้ที่ต้องการให้ใช้ทุนตั้งแต่อยู่ปี 3¹ อยู่ดี ๆ ก็มี
สัญญามาให้เซ็น พวกเราก็อึ้ง มีการรวมตัวกัน
ของ [นักศึกษาแพทย์ทุกคนซึ่งต่อมาก่อตั้ง
เป็น] ศูนย์นิสิตนักศึกษาแพทย์แห่งประเทศไทย²
มีการทำหนังสือวารสารนักศึกษาแพทย์สัมพันธ์³
ซึ่งรู้จักอาจารย์ทุกคน เคยสัมภาษณ์อาจารย์
มีการจัดสัมมนาเรื่องปัญหาขาดแคลนแพทย์
ชนบทในช่วงนั้น⁴

โดยส่วนตัว ผมสนใจงาน “psychiatry”
[จิตเวชศาสตร์] อยากเป็น “psychiatrist”
จิตแพทย์ ตอนที่จบแล้วใช้ทุน คิดว่าขอไปทำงาน
บ้านนอก 2 ปี แล้วค่อยมาเรียนต่อ ตั้งใจจะไป
เรียนรู้ปัญหาชนบทเสียก่อน คือไม่ได้ตั้งใจว่าจะ
เป็นหมอชนบท แล้วเพื่อนผมก็ไปนอก ผมก็มี
โอกาสไปนอก ถ้าไปสอบ Psy.D. Ph.D. ได้⁵ ใคร
ยอมใช้เงินสี่หมื่นบาทก็ไปนอกได้⁶ เพียงแต่คิดว่า
เราไปเรียนรู้ประสบการณ์ในชนบทก่อนจะไปเป็น
“psychiatrist”

นพ.โกมาตร : พอเซ็นสัญญาเขาก็บอกว่ามีเงิน
ผูกพันไว้ 4 หมื่นบาท

1 ตอนนั้น คือปี 2510 ผมเรียนอยู่ปี 3 รัฐบาลได้ออกกฎหมายบังคับให้แพทย์จบใหม่ใช้ทุน-นพ.สุรเกียรติ

2 ก่อตั้งขึ้นเมื่อปี พ.ศ. 2512

3 นายแพทย์สุรเกียรติขยายความว่า จัดทำขึ้นเพื่อเผยแพร่จุดยืนและความคิดของนักศึกษาต่อปัญหาที่ ซึ่งก็ได้มีการสัมภาษณ์อาจารย์แพทย์และแพทย์
อาวุโสหลายท่าน

4 รวมทั้งจัดโครงการศึกษาคูณงานโรงพยาบาลต่างจังหวัดเพื่อให้เข้าใจสภาพงานสาธารณสุขในชนบท -นพ.สุรเกียรติ

5 Psy.D. Ph.D. หมายถึง Doctor of Psychology

6 นายแพทย์สุรเกียรติอธิบายเพิ่มเติมในภายหลังว่า ในตอนนั้นถึงแม้จะมีสัญญาผูกมัดให้ต้องใช้ทุน แต่ยังมีเปิดช่องให้ใช้เงินคืนเป็นจำนวนสี่หมื่นบาท
เมื่อจบแล้วก็สามารถเดินทางไปต่างประเทศได้เลย เพื่อนรุ่นเดียวกับนายแพทย์สุรเกียรติหลายคนก็เลือกใช้เงินแทนทำงานใช้ทุน

นพ.สุรเกียรติ : เขาให้เสียปีละหมื่น 4 ปีคือสี่หมื่น ตั้งแต่ปี 3 ถึงปี 6 สี่ปีก็สี่หมื่น ถ้าเรามีเงินสี่หมื่นก็เป็นอิสระไปเลย [ส่วนแพทย์ที่เซ็นต์สัญญาใช้ทุน ถ้าหากไม่ไปใช้ทุน] ถูกปรับแค่ 2 เท่า คือ 80,000 ซึ่ง[นับว่า]น้อยมากครับ เราสามารถให้ปรับได้ แต่เราเลือกไปทำงานที่ชนบทสักระยะหนึ่งก่อน

นพ.โกมาตร : คนส่วนใหญ่จะคิดอย่างนี้ไหมครับ อาจารย์ นักเรียนในรุ่นเดียวกับอาจารย์ เพราะช่วงนั้นเป็นช่วงของการตื่นตัวของขบวนการนักศึกษา⁷

นพ.สุรเกียรติ : [ตอนนั้นรัฐบาล]เปิดโควต้า คือประมาณ 20-30 เปอร์เซนต์ สามารถเสียเงินเรียนได้ ที่เหลือ 70-80 เปอร์เซนต์ บังคับให้ใช้ทุน คือรับทุน ผมเลยต่อสู้อาจารย์ให้บังคับทุกคนดีกว่า จนกระทั่งมาบังคับรุ่น 7 รุ่นแรกใช้กฎเกณฑ์เก่า พอรุ่น 7 เราต่อสู้เรื่องนี้จนเป็นที่ยอมรับว่าทุกคน 100 เปอร์เซนต์ บังคับทุกคนให้ใช้ทุน

นพ.โกมาตร : แสดงว่าตั้งแต่รุ่นหนึ่งถึงรุ่นหกเป็นการบังคับใช้ทุนบางส่วน แทนที่เราจะต่อสู้เพื่อหย่อนเลิกการใช้ทุน เราต่อสู้ให้ใช้ทุน 100 เปอร์เซนต์

นพ. สุรเกียรติ : [ตอนนั้น]มี 2 กระแส ด้านหนึ่งอยากจะทำต่อสู้อย่างไม่ยอมใช้ทุน แต่ผมเห็นว่าคือมติมหาชนไม่ได้⁸ เราควรจะทำงานใช้ทุนเลยสู้กัน ทางกระแสผมชนะ มีการสัมมนา มีการทำประชามติ โรงเรียนแพทย์ตอนนั้นมี 4 แห่ง⁹ 80-90เปอร์เซนต์ [ของนักศึกษาแพทย์] เห็นด้วย

ที่ว่าให้บังคับทุกคน มีการ “survey” [สำรวจ] ประชาชนในช่วงปี 5 ปี 6 [โดยก่อนหน้านั้นได้มีกิจกรรมที่จุดประกายความคิดหลายอย่าง เช่น มีการออกวารสาร]¹⁰ **นักศึกษาแพทย์สัมพันธ์** ออกวารสาร[ปีละ] 4 เล่ม คือมี 4 คนๆ ละเล่ม ต่อปี แล้วตอน[ที่ผมอยู่] ปี 5 [พ.ศ. 2512] ก็มาจัดตั้ง “ศูนย์นิสิตนักศึกษาแพทย์แห่งประเทศไทย” มีเรื่องการส่งนักศึกษาแพทย์ไปปฏิบัติงานในชนบท ตอนเปิดเทอม เพราะฉะนั้นเป็นครั้งแรกที่อาจารย์ [ในโรงเรียนแพทย์และ] แพทย์ต่างจังหวัดรู้สึกว่ นักศึกษาแพทย์ตื่นตัวเรื่องชนบท เขาแปลกใจว่าทำไมสนใจมาดูงานที่โรงพยาบาลต่างจังหวัด ไปกันเกือบ 80 เปอร์เซนต์ ของนักศึกษา อยากรู้ว่าชนบทเป็นอย่างไร ก็จัดโครงการช่วงปิดเทอม เป็นครั้งแรกที่นักศึกษาไปดูงานที่ชนบทด้วยลักษณะนอกหลักสูตร จัดกันเอง

นพ.โกมาตร : เป็นประเพณีมาจนถึงรุ่นพวกผม ปิดเทอมก็จะมีการออกค่ายอนามัยชนบทไปอยู่กับโรงพยาบาลอำเภอ

นพ.สุรเกียรติ : ตอนนั้นเป็นโรงพยาบาลจังหวัด เพราะยังไม่มีโรงพยาบาลอำเภอ ไปอยู่โรงพยาบาลจังหวัด เมื่อใช้ทุนที่โกสุมพิสัย คือ ดูตามแผนที่ เลือกใช้ทุนโดยดูตามแผนที่ ไม่ได้รู้ว่าหน้าตาเป็นอย่างไร มีเพื่อน 3 คน สนทนกัน เลือกกันคนละจุด คนหนึ่งอยู่สุวรรณภูมิร้อยเอ็ด อีกคนอยู่ประโคนชัย [จังหวัดบุรีรัมย์] ผมเลือกโกสุมพิสัยอยู่ตรงกลางพอดี โดยดูจากแผนที่ ช่วงนั้นทางกระทรวงดีใจมาก มีหมอลือตใหญ่

7 ดูการเติบโตของแนวคิดสังคมนิยม การรับใช้มวลชน และการเคลื่อนไหวของขบวนการนักศึกษาในช่วงทศวรรษ 2510 ก่อนที่จะเกิดการเคลื่อนไหวครั้งใหญ่ของขบวนการนักศึกษาและประชาชนเพื่อเรียกร้องประชาธิปไตยในเหตุการณ์ 14 ตุลา 2516 ใน ประจักษ์ ก้องกีรติ, **และแล้วความเคลื่อนไหวก็ปรากฏ: การเมืองวัฒนธรรมของนักศึกษาและปัญญาชนก่อน 14 ตุลา** (กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, 2548).

8 หมายถึงการที่มีคนจำนวนมากเรียกร้องให้แพทย์ออกมารับใช้สังคม-นพ.สุรเกียรติ

9 ได้แก่ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล, คณะแพทยศาสตร์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, คณะแพทยศาสตร์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ และคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

10 เพิ่มเติมโดยนายแพทย์สุรเกียรติ

เป็นลีดแรกที่มาอยู่อำเภอ ผมจำได้ว่าอาจารย์ไฟโรจน์ไป “orientation” [ปฐมนิเทศ] พวกเราที่ชลบุรี อาจารย์ไฟโรจน์ อาจารย์วิจิตร เริ่มรู้จักผู้ที่เป็นใหญ่ในอนาคตหลายท่านไป “orientation” พวกเราอยู่

นพ.โกมาตร : แสดงว่าพอดีรับกับช่วงเมื่อเช้าที่บอกว่าเริ่มไปสร้างหน่วยบริการไว้ แต่หาหมอไปไม่ค่อยได้ ก็มาได้เป็นแพทย์ใช้ทุนรุ่น 1 คือรุ่นอาจารย์

นพ.สุรเกียรติ : รุ่น 1 จะบังคับเป็น “intern” [แพทย์ฝึกหัด] 1 ปี ตัดไปเหลือ 2 ปี ให้สลับระหว่างปี 1 อยู่อนามัย อีกปีอยู่โรงพยาบาล ซึ่งสังกัดคนละครึ่ง อนามัยสังกัดกรมอนามัย โรงพยาบาลจังหวัดอยู่กรมการแพทย์ สลับกันอย่างไร ปีแรกผมแลกเปลี่ยนเพื่อนขออยู่อนามัย 2 ปีเลย ปีแรกผมได้อยู่กรมอนามัยก็เลยอยู่ชนบทที่โกสุมพิสัย ตำแหน่งผมไ้ม่มาก ตำแหน่งหัวหน้าแพทย์สถานีอนามัยชั้น 1 ตำแหน่งที่เป็นทางการ คือ ตำแหน่งนายแพทย์หัวหน้าสถานีอนามัยชั้น 1 อำเภอโกสุมพิสัย

นพ.โกมาตร : ตอนนั้นในเรื่องของสิ่งแวดล้อมทางกายภาพเป็นอย่างไรครับ?

นพ.สุรเกียรติ : [สถานี]อนามัยแบบรุ่นเก่า เป็นรูปตัวที [T] ไม่มีเอ็กซ์เรย์ ไม่มีแล็บ เน้นงาน “prevention” [การป้องกัน] ล้วนๆ มีงบประมาณ ค่ายาให้ประมาณสี่พันหรือห้าพันบาทจำไม่ได้ แต่งบประมาณค่ายาแทบไม่มีเลย ต้องหมุนเวียนกันเอง สมัยก่อนกรมอนามัยไม่มีบทบาทหน้าที่ในการรักษาโรค หรือไม่ส่งเสริมให้ทำ ก็จะต้องไปบุกเบิกกันเอง

นพ.โกมาตร : แสดงว่าสถานีอนามัยสมัยนั้นก็สังกัดกรมอนามัย กรมอนามัยทำงานด้านส่งเสริมป้องกันก็ต้องทำงานเรื่องการรักษา

นพ.สุรเกียรติ : ใช่ แยกส่วนกันเลย ยกเว้นมีแพทย์รุ่นพี่บางท่านที่มีความสนใจเรื่อง “curative” [การรักษา] อย่างรุ่นพี่ผม อาจารย์หมอประสพ พาลพ่าย ตอนหลัง[นายแพทย์ประสพ ย้ายมา]อยู่ บางปะอิน ผ่าตัดใช้ตะเกียงส่อง [เพราะ]ไม่มีไฟ ดมอีเทอร์¹¹ ผมยังทันเห็น ตอนที่มาอยู่บางปะอิน ยังมาช่วยพี่ประสพทำผ่าตัด นายแพทย์ประสพ พาลพ่าย เป็นนักบุกเบิกด้าน “curative care” คนหนึ่ง

ตอนอยู่โกสุมพิสัย ผมก็ตรวจ OPD [งานผู้ป่วยนอก] แล้วก็ “admit” [ผู้ป่วยใน] นิดหน่อยไม่มาก แต่ที่สนใจคือ เขาส่งนักเรียนพนักงานอนามัยมาประมาณ 2 เดือนแรก ส่งนักเรียนพนักงานอนามัยมาฝึกเรื่องการรักษาโรค

นพ.โกมาตร : แสดงว่านโยบายของอาจารย์ไฟโรจน์เริ่มออกฤทธิ์แล้ว คือได้เป็นพนักงานอนามัย มีโรงเรียนพนักงานอนามัย แล้วส่งไปฝึกงานตามที่มีแพทย์ประจำอยู่ตามสถานีอนามัยชั้น 1

นพ.สุรเกียรติ : ตอนส่งมาก็ไม่รู้วัตถุประสงค์คืออะไร เราไม่รู้ รู้ว่ามาฝึกการรักษาพยาบาล ผมก็คิดหลักสูตรของตัวเอง ผมก็จับมาเป็นลูกมือผมมานั่งดูคอ มาตรวจฟังปอด มาไอพีดีกับเรา ตกบ่าก็สอนหนังสือ ตอนกลางคืนก็สอนหนังสือครับ เป็นจุดเริ่มต้นของการถ่ายทอดความรู้ มันสำหรับแก้เหงาด้วยครับ มันได้ทำอะไรเพลินๆ โดยส่วนตัวชอบสอนอยู่แล้ว ก็จับมาสอน 4 คน กลุ่มละ 4 คน 6 คน ก็จับมาสอน

11 ดมยาสลบโดยวิธีเอาอีเทอร์หยดเข้าหน้าอกที่ครอบปากและจมูก-นพ.สุรเกียรติ

นพ.โกมาตร : แล้ว “staff” [เจ้าหน้าที่] มีกี่คนครับ?

นพ.สุรเกียรติ : แพทย์ 1 คน เจ้าหน้าที่ประมาณ 5-6 คน น้อยมาก มีผดุงครรภ์ มีรถจี๊ปคันหนึ่ง สีเขียวของกระทรวง รถคันนี้คิดว่า ขับคว่ำตั้งเยอะ ผมงก็ขับคว่ำเหมือนกัน มันทรงตัวไม่ค่อยได้

นพ.โกมาตร : มันเป็นรถเหลือใช้จากการสงคราม¹² ตามโรงพยาบาลอำเภอยุคก่อนที่พี่พูลทรัพย์จะจัดสรรงบประมาณไปซื้อรถให้ จะอาศัยรถเหลือจากสงครามทั้งนั้น โรงพยาบาลชุมพวงที่ผมทำอยู่ เขาเรียกว่ารถอเมริกัน พวกนี้ก็เป็นที่ใช้งานกันอยู่สมัยนั้น

นพ.สุรเกียรติ : ถ้ามีอะไรก็เขียนจดหมายมาถาม อาจารย์อรรถสิทธิ์บ้าง¹³ อาจารย์ประเวศบ้าง ก็เล่าเรื่องประสบการณ์ที่ทำงาน ประมาณสัก 8 เดือนครบปี โดย 4 เดือนแรกส่งไปดูงานที่ชุมพวงกับศูนย์อนามัยแม่และเด็กจังหวัดยะลา 4 เดือนแรกให้ดูงาน ทำงานแค่ 8 เดือน พอครบ 8 เดือนผมเลยย้ายมาอยู่บางปะอิน แต่ยังไม่เอาโควตาของอนามัยอยู่แลกกับเพื่อน คือ ผมมีสิทธิ์ที่จะเข้ากรมการแพทย์ในปีที่ 2 แต่ด้วยความเริ่มติดใจ เริ่มไม่

คิดเรียน Psychiatry แล้ว คิดว่าทางนี้เป็นทางที่สนุก โดยบางปะอินเป็นจุดฝึกงานของ [นักศึกษา คณะแพทยศาสตร์] โรงพยาบาลรามธิบดีในเรื่องเวชศาสตร์ชุมชนพอดี ไปอยู่โกสุมพิสัยแค่ 8 เดือน หมอคนแรกที่โกสุมพิสัย คือ นายแพทย์ปรีชา ดีสวัสดิ์¹⁴ เป็นนายแพทย์คนแรก อยู่ประมาณ 2 ปี ย้ายจากโขงเจียมมา แล้วชาวบ้านเขาเปรียบเทียบว่าผมเหมือนหมอปรีชา¹⁵ [ชาวบ้าน] เขาเปรียบเทียบว่าผมเป็นหมอปรีชาคนที่ 1 ชาวบ้านเปรียบเทียบว่าเหมือนใคร บอกว่าผมเหมือนหมอปรีชา อาจารย์อยู่ที่โกสุมพิสัย เป็นผู้บุกเบิกคนแรก [ต่อมาเสียชีวิตก่อนเกษียณ] ตายเพราะรถคว่ำ ขับรถไปทำงานครับ หมอปรีชาตายระหว่างปฏิบัติหน้าที่

นพ.บรรลु ศิริพานิช : หมอสุรเกียรติอยู่โกสุมพิสัย จังหวัดมหาสารคาม พ.ศ. 2515 ที่ผมถามคือ ผมนั้นอยู่มหาสารคาม พ.ศ. 2494 ที่หมอไปอยู่โกสุมพิสัย ซึ่งขึ้นกับอยู่กับมหาสารคาม พ.ศ. 2515 ที่หมอพูดว่าดมยาสลบ ต้องหยอดอีเทอร์ คือผมมันย้อนกลับไปอีกยาวเหลือเกิน ผมไปอยู่มหาสารคาม พ.ศ. 2494 บรรยากาศของอำเภอโกสุมพิสัยของคุณหมอต่อนั้นกับ

12 หมายถึงสงครามเวียดนาม หรือสงครามอินโดจีน (ครั้งที่สอง) ซึ่งประเทศไทยได้เข้าไปเกี่ยวข้องกับเรื่องมาจากสหรัฐอเมริกาต้องการที่จะปกป้องประเทศในอินโดจีนไม่ให้กลายเป็นคอมมิวนิสต์ตามทฤษฎีโดมิโน ดังนั้นใน พ.ศ. 2493 สหรัฐฯ ตัดสินใจว่าจะทำสงครามช่วยเหลือเวียดนามใต้ต่อต้านเวียดนามเหนือซึ่งเป็นคอมมิวนิสต์ และประเทศไทยก็มีนโยบายเป็นพันธมิตรของสหรัฐฯ เพื่อต่อต้านคอมมิวนิสต์ ทำให้มีกองทหารของสหรัฐฯ เข้ามาประจำการในประเทศไทย และไทยยังเป็นฐานทัพเพื่อให้สหรัฐฯ ส่งกองบินไปทำสงครามในเวียดนาม การเป็นพันธมิตรร่วมต่อต้านคอมมิวนิสต์ดังกล่าว ทำให้มีเงินช่วยเหลือจากสหรัฐฯ ผ่านมาทางองค์กรต่างๆ เพื่อช่วยในการพัฒนาประเทศ รวมทั้งมีการระดมอาสาสมัครโรดทรอปกรณทหารเอาไว้ในประเทศไทยมากมาย สงครามยืดเยื้อไปจนกระทั่งทศวรรษ 2510 ทิศทางการเมืองระหว่างประเทศของสหรัฐฯ จึงเปลี่ยนแปลงไป สหรัฐฯ เริ่มเจรจากับจีนและเวียดนาม และใน พ.ศ. 2516 สภาคอนเกรสของสหรัฐฯ ต้องการให้ยุติสงครามในเวียดนาม เมื่อ ไร่องนเมืองหลวงของเวียดนามได้ถูกตีแตกใน พ.ศ. 2518 โฮจิมินห์ชัยในสงครามเวียดนามและรวมเวียดนามเป็นหนึ่งเดียวกันได้ สหรัฐฯ จึงถอนกำลังออกจากประเทศไทยจนหมดสิ้นใน พ.ศ. 2519 ดู เรื่องราวความสัมพันธ์ระหว่างไทยกับสหรัฐฯ ในการต่อต้านคอมมิวนิสต์และสงครามเวียดนาม ใน ชาอุทวิทย์ เกษตรศิริ, **ประวัติศาสตร์การเมืองไทย** (กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์ดอกหญ้า, 2538), 414-423 และ ผาสุก พงษ์ไพจิตรและคริส เบเคอร์, **เศรษฐกิจการเมืองไทยสมัยกรุงเก่า** (เชียงใหม่: ซิลค์เวอร์มบุ๊คส์, 2539), 465-469 และ 550-551.

13 หมายถึงศาสตราจารย์เกียรติคุณ นายแพทย์อรรถสิทธิ์ เวชชาชีวะ อดีตอธิการบดีมหาวิทยาลัยมหิดล และคนบังคับคณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามธิบดี และเคยดำรงตำแหน่งรัฐมนตรีช่วยว่าการกระทรวงสาธารณสุข

14 นายแพทย์ปรีชา ดีสวัสดิ์ อดีตรองปลัดกระทรวงสาธารณสุข เป็นผู้มอบหมายสำคัญในการบุกเบิกงานสาธารณสุขในชนบทและโครงการสาธารณสุขมูลฐาน โดยริเริ่มโครงการสาร์วิ จังหวัดเชียงใหม่ อันเป็นพื้นฐานของแผนการสาธารณสุขมูลฐานในเวลาต่อมา เสียชีวิตด้วยอุบัติเหตุรถยนต์ ขณะเดินทางไปปฏิบัติหน้าที่ที่จังหวัดกำแพงเพชร เมื่อวันที่ 28 ธันวาคม พ.ศ. 2532

15 นายแพทย์สุรเกียรติอธิบายเพิ่มเติมว่า หลังอาจารย์หมอปรีชาที่มียาแพทย์มาประจำอีกท่านหนึ่ง หลังจากนั้นก็เว้นช่วงไปนานหลายปีจนถึงนายแพทย์สุรเกียรติคนเป็นแพทย์คนที่ 3

ตัวจังหวัดแท้ๆ ยังสู้โกสุม [พิสัย] ไม่ได้หรอก คือมหาสารคามตอนที่ผมไปอยู่นั้นมันไม่มีโรงหนัง มันไม่มีทีวี โทรทัศน์ไม่ต้องพูด ประปาไม่ต้องพูด ไฟฟ้าก็ไม่ต้องพูด ที่บอกว่าผ้าตัดต้องจุดตะเกียง มันก็เหมือนกันนั่นแหละ ประปาไม่มีก็ต้องชุดบ่อ โรงพยาบาลก็มีบ่อน้ำ

ที่นี้ที่อยากจะเล่าให้ฟังนิดหนึ่งคือเป็น อย่างนี้ เห็นเขาพูดกันมากว่าขึ้นมาไปรักษา ผมจะเล่าเรื่องจริงให้ฟัง ผมไม่อยากจะคุยไม้ละนะ ผมไปอยู่มหาสารคาม พ.ศ. 2494 ก่อนที่ผมจะไป ผมจบแพทย์ปี พ.ศ. 2492 เป็นแพทย์ประจำบ้านอยู่ 1 ปีที่ศิริราช ผมเป็นแพทย์ประจำบ้านแผนกศัลยกรรม แล้วผมก็ออกจากศิริราชไป ตอนที่ผมเขียนหนังสือมีโรงเรียนแพทย์แห่งเดียว มีมหาวิทยาลัยแห่งเดียว คือ มหาวิทยาลัยแพทยศาสตร์ซึ่งเมื่อก่อนขึ้นกับกรมมหาวิทยาลัย แพทยศาสตร์ของกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุขมีกรมมหาวิทยาลัยแพทยศาสตร์ ก็มีคณะเดียว คือ คณะแพทยศาสตร์ [โรงพยาบาลศิริราช] เมื่อจบแล้วเขาจะต้องเป็นแพทย์ประจำบ้าน ถ้าใครไม่ยอมเป็นแพทย์ประจำบ้านก็ไปเป็นหมอมารบก หมอมารถเรือ [หรือหมอกระทรวงสาธารณสุข-นพ.บรรล] ตามอัยาศัย

ผมสมัครเป็นแพทย์ประจำบ้าน ได้รับเลือกเป็นแพทย์ประจำบ้าน พอครบเทอมแพทย์ประจำบ้าน 1 ปี เขาก็จะเลือกเป็น “ซีเนียร์เฮ้าส์” [senior house] เลือกเป็นหัวหน้าแพทย์ประจำบ้าน ใครผ่านหัวหน้าแพทย์ประจำบ้าน ปีต่อไปก็จะเป็นสต๊าฟในโรงพยาบาลศิริราช ก็อยู่เป็นอาจารย์ไปเรื่อย ๆ ผมไม่สมัครเป็นหัวหน้าแพทย์ประจำบ้าน เพราะผมนิสัยไม่ดี ผมทะเลาะกับอาจารย์¹⁶ ผมไม่สมัคร เมื่อผมไม่สมัคร เขาก็

บอกว่าจะไปทำงานที่ไหน เมื่อก่อนโรงพยาบาลเอกชนไม่มี ก็มีทางเดียวไม่เป็นหมอมารถก็เป็นหมอกระทรวงสาธารณสุข ก็มาสมัครเข้ากระทรวงสาธารณสุข ไปสมัครที่วังสุโขทัย แต่ก่อนสมัยนั้นที่ทำงานกระทรวงอยู่วังสุโขทัย ไปสมัครงานกับหลวงสนั่น แต่ก่อนมีหลวงมีขุนนะ เลขาฯ กรมซื้อขุนสังกัด เป็นพ่อตาของหมอวิฑูร [แสงสิงแก้ว] แต่ก่อนยังมีหลวงมีขุน ผมไปสมัครที่วังสุโขทัย เสร็จแล้วจากวังสุโขทัยก็ย้ายมาที่วังเทเวศร์

เขาก็บอกว่าหมออยากไปอยู่ที่ไหนละ เขาก็เอา “list” [รายชื่อ] มาให้ดูชื่อโรงพยาบาล เยอะแยะ แต่โรงพยาบาลตอนนั้นไม่มีหรอก โรงพยาบาลอำเภอ คำว่าแพทย์ชนบทก็ไม่มี แพทย์ใช้ทุนก็ไม่มี ใครจบหมอมาก็แล้วแต่ใครจะไปทางไหนก็ตามใจ ผมก็มาสมัครเข้ากระทรวงสาธารณสุข เขาถามว่าอยากจะไปไหน ผมก็บอกว่าจะไปไหนก็ได้ เขามีโรงพยาบาลว่างอยู่แห่งหนึ่ง คือ โรงพยาบาลมหาสารคาม คือที่หมอสุรเกียรติพุดนั้นแหละ เขาบอกว่า โรงพยาบาลมหาสารคามไปไหม ก็บอกว่าไปก็ได้ ไม่อยากเย็นอะไร

นพ.โกมาตร : อาจารย์รู้ไหมครับว่ามันอยู่ตรงไหนของประเทศไทย?

นพ.บรรล : รู้สิเพราะผมเป็นหมอบ้านนอก บ้านผมอยู่ร้อยเอ็ด จะมาเรียนกรุงเทพฯ ต้องนั่งรถยนต์ผ่านมหาสารคาม มาบ้านไผ่ ขึ้นรถไฟบ้านไผ่มาเรียนหนังสือกรุงเทพฯ ผมทำไมจะไม่รู้ เขาบอกไปอยู่มหาสารคามไหม ผมบอกไปก็ได้ เขาคือหมายถึงกองนะดีใจ เพราะว่าตอนนั้นเมื่อสร้างตึกอำนวยการเสร็จใหม่ ๆ เขาก็จะส่งหมอเจริญ เดียวนี้ชื่อหมอเล็ก จำไม่ได้แล้ว¹⁷ [ไปเป็นผู้

16 ดูรายละเอียดเรื่องนี้เพิ่มเติมได้ใน สันติสุข โสภณศิริ, ลูกผู้ชายชื่อบรรล, 34-44.

17 นายแพทย์จำเริญ เขจรรบุตร-นพ.บรรล

อำนวยการ] แต่ก่อน[หมอเจริญ]อยู่พิษณุโลก เขาก็จะส่งหมอเจริญไปเป็นผู้อำนวยการโรงพยาบาลมหาสารคาม หมอเจริญก็บอกว่า อ้าวจะลาออกไปไม่ไป เขาก็เลยไม่เอา แต่ก่อนหมอหายาก เมื่อไม่ไป เขาก็ส่งหมออีกคนที่นามสกุลอะไรผมก็จำไม่ได้นะ¹⁸ อยู่อยุธยาถูกย้ายไปอยู่มหาสารคาม แกก็ไป [ขึ้นรถไฟจากกรุงเทพฯ] ไปลงบ้านไผ่ นั่งรถยนต์ต่อเพื่อจะไปลงมหาสารคาม รถยนต์คันนี้จะเลยไปร้อยเอ็ด พอแกไปถึงมหาสารคาม แกก็หัวกระเป่าลง คนงานก็มารับ ตอนนั้นมีคนงานแล้ว แต่โรงพยาบาลยังไม่เปิดเพราะไม่มีหมอ คนงานแกก็เอากระเป่าลงที่บ้านพักผู้อำนวยการ พอเอากระเป่าไปลงบ้านพัก สักเดี๋ยวหนึ่งแกก็บอกว่าไม่ต้องเปิดกระเป่าหรอก คอยตอนบ่ายฉันก็จะกลับแล้ว คือรถยนต์จากบ้านไผ่ต้องไปร้อยเอ็ดแล้ว คันเดียวกันนั้นก็ต้องขับกลับจากร้อยเอ็ดมาบ้านไผ่ วันหนึ่งมี 2 เทียบเท่านั้น คือมาแล้วก็กลับอีกที [ตอนบ่าย หมอประสงค์ก็ขึ้นรถกลับบ้านไผ่] เพื่อมาขึ้นรถไฟกลับกรุงเทพฯ มาบอกกองว่าผมไม่เอาแล้ว จะให้ผมออกผมก็ออก เขาก็ยอมย้ายแกไปอยู่เพชรบุรี¹⁹

เขาบอกว่าให้หมอบรรลุไปมหาสารคาม ผมก็บอกว่าผมไปก็ได้ไม่เห็นยากเย็นอะไร ผมไปบ้านผมก็ผ่านมหาสารคาม ผมก็ไปอยู่มหาสารคาม ที่บอกว่ามหาสารคามตอนนั้นมันสู้โกสุมพิสัยไม่ได้ ก็เพราะตัวจังหวัดแท้ๆ ทั้งจังหวัดมีรถยนต์อยู่คันเดียวเท่านั้นแหละ คือรถยนต์ของผู้ว่าราชการจังหวัด พอผมไปก็นั่งรถยนต์ [โดยสาร]คันเก่าที่ว่่านั้นแหละ ก็ไปลง ผมก็เอากระเป่าลง ให้คนงานมาหัวกระเป่าไป มันก็ถามว่า “คุณหมออยู่จริงๆ เหรอ” ผมก็บอกว่าอยู่จริงซิอะไม่เห็นจะยากเย็นอะไร ผมก็อยู่เรื่อยมา แต่ที่อยากจะเล่าให้ฟังมีอยู่ตอนหนึ่ง ผมมีเหตุผล

ใจที่อยากจะเล่าให้ฟัง มันมีเหตุการณ์เยอะเยาะแต่ผมไม่อยากจะเสียเวลา ตอนที่ไปอยู่ โรงพยาบาลใหม่ โรงพยาบาลก็ยังไม่เปิด ยาก็มีแล้ว เครื่องไม้เครื่องมือก็มีแล้ว ผมเป็นหมอผ่าตัดมาก่อน ผมก็อยากจะเปิดห้องผ่าตัด ผ่านิว เมื่อก่อนเป็นนิวกันเยอะ คนมหาสารคาม คนกาฬสินธุ์นั้นต้องไป ผ่านิวที่ร้อยเอ็ด ผ่านิวไม่ได้แต่ก่อนนี้ผ่านิวไม่ได้ ผมเป็นหมอผ่าตัด ขนาดเตรียมโน้นเตรียมนี่อะไรเรียบร้อยแล้ว แต่โรงพยาบาลก็ยังไม่เปิด [พอจะผ่าตัดจริงๆ จึงรู้ว่าไม่มีเสื้อผ่าตัด ต้องเอาเสื้อเชิ้ตตัวโตๆ มาใส่ กลับหน้ากลับหลังแทนเสื้อผ่าตัด-นพ.บรรลุ]

[นอกจากนี้ ยังมีเหตุการณ์สำคัญ] เหตุการณ์นี้ไม่เคยเล่าให้ใครฟัง แต่มันติดอยู่ในใจ ในจังหวัดมีหมออยู่ 2 คน คือ หมออนามัย ชื่อขุนภักดีสุขกิจ ผมไปก็กลายเป็นหมอคนที่ 2 ผู้ว่าราชการจังหวัดเขาก็ดีใจ เขาเอารถยนต์ เขามีรถคันเดียวทั้งจังหวัด เอารถยนต์มารับไปกินข้าวที่บ้านด้วย เอาใจ เพราะตอนนั้นผมยังโสด เอาใจอยากจะให้อยู่นานๆ ผมก็สบาย

วันหนึ่งโรงพยาบาลก็ยังไม่เปิด ก็มีคนมาตามอนามัยจังหวัด ให้ไปดูคนไข้คลอดแล้ว คลอดไม่ออก อนามัยจังหวัดแก่แล้ว ชื่อขุนภักดีสุขกิจ แกบอกมีหมอมานใหม่แล้ว ไปตามหมอนั้น เขาก็มาตามที่โรงพยาบาล โรงพยาบาลก็ยังไม่เปิด ผมก็ถามว่าเป็นอะไร เขาบอกเมียอยู่ที่อำเภอกันทรวิชัย ถ้าใครอยู่มหาสารคามต้องรู้จัก อยู่ทางกันทรวิชัย คลอดแล้วมันคลอดไม่ออก ผมก็บอกเอาไปก็ไป จะไปก็ต้องคอยรถยนต์ที่จะไปกาฬสินธุ์ ก็รถยนต์คันเก่ามันมี 2 คัน คันหนึ่งไปร้อยเอ็ด คันหนึ่งไปกาฬสินธุ์ ถ้าใครเคยอยู่แถว นั้นจะต้องรู้จัก ก็ไปรดคันนั้นไปสุดที่กาฬสินธุ์ ผม

18 นายแพทย์ประสงค์ วีระไวทยะ-นพ.บรรลุ

19 ดูเรื่องนี้เปรียบเทียบกับที่บันทึกไว้ใน สันติสุข โสภณศิริ, ลูกผู้ชายชื่อบรรลุ, 46-47.

ก็เอาเครื่องมือไปนะ ผมมี “drum” [กล่องเครื่องมือแพทย์] ใส “forceps” [คีบคีบทารกเพื่อช่วยให้คลอด] เตรียมจะทำคลอดอย่างดีเลย ใสเครื่องมือ เครื่องมือ ถือ “drum” ไปด้วย พอลงที่กันทรวิชัย ถ้าใครอยู่มหาสารคามต้องรู้จัก พอลงที่กันทรวิชัยเนี่ย บอกว่าไม่ได้หมอต้งขี่ม้าไปอีก อ้าว ขี่ม้าก็ขี่ม้าสิ ผมเคยเล่าให้ฟังแล้วไซ้ใหม่ ผมเป็นยุวชนทหารม้า ตอนผมเป็นนักเรียนต้องเป็นยุวชน และเป็นยุวชนทหารม้า เพราะร้อยเอ็ดเป็นทหารม้า ผมขี่ม้าได้ บังเอิญผมขี่ม้าเก่ง สมัยผมเป็นนักเรียน ผมขี่ม้าไปโรงเรียน อันนี้มันธรรมดาไม่มีตื่นเต้น ผมเคยเล่าเรื่องอย่างนี้ให้เด็กฟัง มันถามผมว่า อ๊ะ ขี่ม้าเป็นอย่างไร ขี่ม้านั้นมันธรรมดาไม่ใช่ของวิเศษอะไร เพราะเราขี่ม้าไปโรงเรียนอยู่แล้ว ก็ขี่ม้าถือ “drum” ไป แต่ที่ผมไม่ยอมเล่าให้ใครฟังคือมันติดอยู่ในใจในข้อที่ว่า พอเราไปเห็นคนขี่ ปรากฏว่าคนขี่นั้น [เด็ก] ข้ามันออกแล้วหัวมันคา คือมันเอาตุตดอก คาเลย เอ! ผมจะทำอย่างไร ผมก็เอา “forceps” ใส ผมไม่ใช่แพทย์ประจำบ้านสูติกรรม ผมเป็นแพทย์ประจำบ้านศัลยกรรม ผมไม่เก่งทางสูติกรรม ผมก็ใส่ “forceps” ใสก็หลุด 2 อันนี้มันติดกันไซ้ใหม่ ใสไม่ติด ติดก็ตึงๆ เอ! จะทำอย่างไร ผมก็คิดว่าก่อนที่เราจะมาต่างจังหวัดก็ไปเรียนสูติกรรม ผมก็ขีดยาผมยังจำได้เลย ฉีด “Methegin”²⁰ เดียวนี้ยังใช้อยู่หรือเปล่าไม่รู้นะ อยากจะให้มดลูกมันบีบออกมา พอฉีดเข้าไปปรากฏว่า “cervix contract” เลย คนที่ไม่ใช่หมอมจะอธิบายหน่อย “cervix contract” หมายความว่าที่คอปากมดลูกมันหดตัว พอมันหดตัวมันกดคอ เด็กมันตายแล้ว ตายมานานแล้ว พอมันหดคอก็ยังไม่ออก คีมก็ใสไม่ได้ ผมจะทำอย่างไร ผมก็ต้องตัดเด็ก ตัดคอตัดแขน พอตัดคอขาดปั๊บ หัวก็หลุดเข้าไปในโพรงมดลูกเลย ผม

เล่าเรื่องนี้ให้ฟังเพราะผมยังติดใจ มันสลักใจอยู่ ผมนั่งคิดในใจว่าเราที่มีความผิด เราไม่น่าไปฉีด “Methegin” พอฉีด “Methegin” แล้ว “cervix” [บริเวณคอมดลูก] มันจะ “cramp” [เกร็ง] พอ “cramp” แล้วหัวก็หลุดเข้าไป ตัวก็ขาดออกมา เอ! เราผิดแล้วนะ เราไม่ใช่หมอสูติฯ แล้วมาทำ

ขณะที่ทำอย่างนี้ก็ใช้เวลาไปเป็นชั่วโมง ในขณะที่ใช้เวลาไปเป็นชั่วโมงก็ต้องคิดว่าจะกลับจังหวัดอย่างไรด้วย เพราะมันก็ไถ่รถคันเก่า พอไปถึงที่กาฬสินธุ์มันก็ต้องกลับคืนมาบ้านไผ่ ก็มีรถคันเดียว รวาวๆ ประมาณบ่ายสามโมง รถคันนี้จะมาที่กันทรวิชัย ถ้าไม่ได้กลับรถคันนี้ก็ไม่มีจะไปนอนที่ไหน ผมก็บอกญาติเขาว่า ผมก็ตัดเอาเด็กออกหมดแล้วนะ หัวมันคาอยู่ หัวมันอยู่ใน “uterus” [มดลูก] ตอนนั้นผมเป็นหมอม ผมก็รู้สึกไม่สบายใจ แต่ผมก็นั่งคิดอยู่ในใจว่าหัวมันเป็น “foreign body”²¹ เป็นของแปลกปลอมอยู่ในมดลูก สักวันมันต้องปีบออกมาเอง เราจะมานั่งนอนดูคนใช้อยู่ได้อย่างไร เสรีแล้วก็เลยไปบอกญาติ คนไข้เขาก็ตื่นะ ทั้งๆ ที่ผมก็รู้สึกที่ผมไม่มีความสามารถ ผมอาจจะทำผิด ผมอาจจะทำกรรมวิธีผิด แต่ผมก็ต้องกลับมาโรงพยาบาล ก็เลยบอกญาติเขา ญาติเขาก็บอกว่าไม่เป็นไรหมอม ถ้าคุณหมอบอกว่าสักวันหัวมันจะหลุดออกมาเอง คุณหมอมก็กลับเถอะ ผมก็ขี่ม้ากลับมาคาออยรถคันเก่าที่จะกลับมามหาสารคาม

พอผมมาถึงผมนอนไม่หลับเลย ผมไม่ค่อยสบายใจ เอ.. เราทำงานไม่ได้ผล รู้สึกจะไม่ถูกวิธี แต่ก่อนกลับมาก็บอกสามีเขาว่า ถ้าหัวมันออกเมื่อไหร่ก็ไปส่งข่าวหน่อยนะ ต้องส่งข่าว มันไม่มีมือถือน้อย่างทุกวันนี้ โทรศัพท์สายมันก็ไม่มี ผม

20 Methegin เป็นยาที่ทำให้กล้ามเนื้อบริเวณมดลูกหดตัวเพื่อเร่งการคลอดในกรณีที่การคลอดใช้เวลานานกว่าปกติ หรือกรณีมีเลือดออกหลังการคลอดเพื่อกระตุ้นให้มดลูกหดตัวและลดการตกเลือด-ขอขอบคุณชาวภูววิทย์ อุณาสิงห์ที่ให้ข้อมูล

21 หมายถึงสิ่งแปลกปลอมที่เข้ามาอยู่ในร่างกาย หรือไม่ได้เป็นส่วนหนึ่งของร่างกายโดยธรรมชาติ

มาอยู่ที่โรงพยาบาลได้สามคืนสามวัน สามี่เขาก็มาส่งข่าว เขาบอกคุณหมอมันมันออกเอง ผมก็ถามว่า อ้าวมันทำไมถึงออกล่ะ เพราะตอนผมดู “cervix” มันหดตัว มันไม่น่าจะออกได้ สามี่เขาบอกว่า โอ๊ย...มันไม่ยากหรอกคุณหมอม ผมไปตั้งศาลเจ้า เขาเรียกศาลเพียงตา หลังจากตั้งศาลเสร็จสักคืนหนึ่ง คืนรุ่งขึ้นมันก็ออกมาเอง ผมถามว่าแล้วคนไข้เป็นอย่างไร คนไข้ก็สบายดี ผมก็หายห่วง คล้ายๆ กับหมดทุกข์ในใจ แต่ที่เล่าให้ฟังในใจไม่ได้อยากจะโอ้อวดอะไร บางทีเราเป็นหมอ บางทีเรานึกว่าเราเก่ง แต่เราไม่เก่ง บางทีเรานึกว่าเราทำถูก แต่บางทีมันผิด เรื่องนี้เล่าให้ฟังเพื่อจะบอกว่า บรรยากาศหรือสิ่งแวดล้อมมันเร็วกว่าชนบท แค่นั้นแหละ ขอขอบคุณ

นพ.โกมาตร : โชคดีนะอาจารย์ที่มีศาลเพียงตามาช่วย ไม่งั้นก็แย่เลยอาจารย์ หมอสูติก็จะเรียนสูติหัตถการทำลายเด็ก เป็นวิชาที่ต้องเรียนว่า ถ้าเด็กติดแล้วจะตัดอย่างไรถึงจะออก คนที่ไม่ได้เรียนทางด้านแพทย์ก็จะรู้สึกแปลกใจว่าทำไมไปตัดหัวเด็กขาด อาจารย์สุรเกียรติ์ฟังแล้วรู้สึกเป็นไงครับ?

นพ.สุรเกียรติ์ : โหดกว่าเราเยอะนะ แสดงว่ายุคผมคงดีขึ้น และยุคของผมก็แย่กว่าปัจจุบัน ผมเริ่มออกหน่วยที่สถานีอนามัย ปายๆ จะว่าง ก็จะทำออกหน่วยเคลื่อนที่ๆ สถานีอนามัยสักแห่งหรือสองแห่งที่อยู่ไกล

นพ.โกมาตร : แต่อาจารย์ก็ทำคลอดที่โรงพยาบาล

นพ.สุรเกียรติ์ : ทำคลอดน้อยมาก

นพ.โกมาตร : เขาไม่คลอดกับเรา หรืออย่างไร?

นพ.สุรเกียรติ์ : คนไข้ร้างหมอบไปหลายปี ส่วนใหญ่จะเน้นที่ OPD case [ผู้ป่วยนอก] มากกว่า

นพ.โกมาตร : แล้วเขาไปคลอดกันที่ไหนล่ะครับ?

นพ.สุรเกียรติ์ : ไปขอนแก่น ไปมหาสารคาม

นพ.โกมาตร : หรือไม่ก็หมอต้าแยแบบนั้น?

นพ.สุรเกียรติ์ : ครัวหมอต้าแยคงเยอะอยู่

นพ.โกมาตร : แล้วอาจารย์ก็มาอยู่ที่?

นพ.สุรเกียรติ์ : แล้วก็ย้ายมาบางปะอิน ตอนนั้นทางรามาฯชวนมา บอกว่าที่นั่นเป็นที่ฝึกงานของนักศึกษาแพทย์ ย้ายมาบางปะอินตั้งแต่ พ.ศ. 2516 อยู่ที่นั่นจนกระทั่ง พ.ศ. 2519 อยู่บางปะอินประมาณ 4 ปี ที่บางปะอินได้ทำเยอะทางด้าน “Curative” [การรักษาโรค] คือมีทีมแพทย์ 2 คน 3 คน เริ่มพัฒนาเป็นโรงพยาบาล พ.ศ. 2518 หรือ 2519 แต่ปี พ.ศ. 2517 เริ่มมีโครงการรณรงค์เกี่ยวกับส่งเสริมสุขภาพ ทำงานเชิงรุกในชุมชน เช่น โครงการสร้างส้วม ให้ชาวบ้านยืมเงินสร้างส้วม กระทรวงสาธารณสุขมีอยู่สมัยหนึ่งโปรโมทเรื่องส้วม ยุคนั้นมีส้วมใช้ประมาณไม่ถึง 20 เปอร์เซ็นต์ ของจำนวนครัวเรือน เรื่องของรณรงค์ฉีดวัคซีนต่างๆ รวมทั้งบีซีจี [BCG]²² ในหมู่บ้าน

นพ.โกมาตร : เรื่องรณรงค์สร้างส้วมไปสัมพันธ์กับแผนงานเรื่องพยาธิปากขอไหมครับอาจารย์หรือคนละครึ่งกัน?

นพ.สุรเกียรติ์ : คนละครึ่งกัน ประมาณ พ.ศ. 2516, 2517, 2518 มีเรื่องส้วม เรื่องวัคซีน ยังเห็น

โรคระบาดกันทั้งหมู่บ้าน [เช่น โอลิครนระบาด] นำต้นตอ มี “case” [ผู้ป่วย] มาทุกวันในหมู่บ้านเดียวกัน ไอแฉ่งกันทั้งคืน ไอจนตาปูดตาแดง ระบาดทั้งหมู่บ้านแถวบางปะอิน ก็ได้รณรงค์ฉีดวัคซีนให้มากขึ้น รวมทั้งทำโครงการฟื้นฟูความรู้ให้แก่เจ้าหน้าที่อนามัยประมาณ พ.ศ. 2517 หรือ 2518 โดยส่วนตัวผมมีความคิดมานานว่า เจ้าหน้าที่อนามัยก็คือหมอของชาวบ้านนั่นแหละ คิดมานานตั้งแต่อยู่ปี 6 ที่ออกค่ายอะไรต่างๆ ก็มีความคิดว่าปัญหาขาดแคลนแพทย์คงไม่สามารถสร้างแพทย์ได้ทัน ในยุคนั้นมีการเรียกร้องให้สร้างผู้ช่วยแพทย์ แต่ถูกแพทย์ต้านไม่ยอมให้มี ผมคิดว่าเราก็มีหมอของชาวบ้านหมออนามัยนั่นแหละรักษาโรคอยู่แล้ว แต่เขาขาดการเรียนรู้ ขาดการส่งเสริม ตั้งแต่ผมไปดูงานที่ชุมพร[ตอนที่จบใหม่ๆ] ก็เห็นว่า แพทย์มักจะไปจับผิดเวลาไปนิเทศงาน จะไปดูว่าอนามัยมียาฉีดในกระเป๋าไหม ถ้ามีถือว่าเป็นความผิดร้ายแรง เพราะห้ามเจ้าหน้าที่รักษาโรค ห้ามถือ “สเตท” [Stethoscope-หูฟัง] แพทย์[ที่ไปนิเทศงาน]ของอนามัยจะไปดูว่าบางคน²³เขาแอบทำการรักษาโรคหรือเปล่า ก็พยายามจะห้าม แต่ผมคิดว่าเราน่าจะส่งเสริมเขามากกว่า จึงนำมาใช้ที่บางปะอิน โดยเอาเจ้าหน้าที่อนามัยมาฟื้นฟูความรู้ ใช้หลักเดียวกัน ช่วงเข้ามาฝึกงานกับเรา ดู “case” [ผู้ป่วย] เป็นลูกมือเรา ช่วงบ่ายก็สอนทฤษฎี โดยเขียนเป็นเอกสารชุดหนึ่งขึ้นมา ชุดนั้นก็กลายเป็นตำราเล่มแรกของผม ก็พิมพ์เป็นตำราตรวจรักษาโรคเบื้องต้น²⁴ ที่ต้องทำตำราเพราะเป็นซีท “sheet” เอกสารชุดแรกที่จังหวัดต่างๆ ขอมายเยอะมาก ก็เลยผลิตเป็นตำรา

นพ.โกมาตร : อาจารย์ครับ ตรงนี้อาจจะสะท้อนว่า ความรู้ทางการแพทย์การรักษาโรคแบบง่ายๆ

แม้แต่ในสมัยโน้นมันค่อนข้างจะไม่ใช่ที่เผยแพร่กว้างขวาง อาจจะมีลักษณะผูกขาดอยู่ในชนชั้นแพทย์เยอะสักชนิดหนึ่ง ซีทที่อาจารย์ทำขึ้นก็รับรู้ไปถึงโรงพยาบาลอื่นๆ แล้วเขาก็เขียนมาขอหรือครับ?

นพ.สุรเกียรติ : จริงๆ แล้วในขณะนั้นมีหมอชาวบ้าน หมอฉีดยาเยาะเยาะ ขณะที่ห้ามหมออนามัยทำ ชาวบ้านก็พึ่งพาหมอเถื่อน หมอเสนาธิกร์ต่างๆ หมอตำบ²⁵ เจ้าหน้าที่[อนามัย]ก็แอบทำอยู่ คิดว่าต้องยอมรับบทบาทเขา คือให้ทำงานส่งเสริมป้องกันอย่างเดียวคงไม่ได้ ชาวบ้านต้องการเรื่องการรักษาด้วย เป็นธรรมชาติที่เราห้ามไม่ได้ ตอนนั้นกระทรวงสาธารณสุขยังไม่มีระเบียบระเบียบออกมา พ.ศ. 2518 ระเบียบเกี่ยวกับการมอบหมายการรักษาพยาบาล แต่โครงการผมเกิดขึ้นก่อน ประมาณ พ.ศ. 2517-2518 พอปี พ.ศ. 2519 ก็มีหนังสือออกมาเล่มแรก ก็เป็นที่ฮือฮามาก

นพ.โกมาตร : ปัจจุบันยอดขายเป็นแสนเล่มครับ?

นพ.สุรเกียรติ : ก็คงประมาณนั้น เพราะมันก็ออกมา 32 ปีแล้ว

นพ.โกมาตร : ฟังแล้วเป็นไงครับอาจารย์ทำงานสนับสนุนอยู่ในกระทรวงสาธารณสุข น่องๆ ลูกๆ หลานๆ ออกไปทำงานข้างนอก คิดอะไรตอนนั้นเห็นอะไรครับอาจารย์?

นพ.ไพโรจน์ นิงสานนท์ : โดยมากพวกนักเรียนแพทย์จบแพทย์มา ความนึกคิดตรงกันทั้งนั้น ส่วนใหญ่ต้องการรักษาพยาบาล ใ้ที่ที่จะมาป้องกันไม่ชอบ แต่มีกลุ่มๆ หนึ่งไม่ค่อยเห็นด้วยกับการรักษา

23 หมายถึงหมออนามัย-นพ.สุรเกียรติ

24 ตีพิมพ์เป็นหนังสือชื่อ คู่มือการตรวจรักษาโรคเบื้องต้นและการส่งต่อผู้ป่วย (กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์และทำปกเจริญผล, 2519).

25 หมายถึงแพทย์ประจำตำบล

เห็นด้วยกับการป้องกัน มีพรรคพวกผม 2-3 คน คิดว่า เอ๋ จบมาแล้ว หมอกก็มีเยอะแยะแต่ไม่มีใครเลยไปดูแลประชาชน ให้เขาดูแลรักษาตัวเองให้ดีได้อย่างไร ให้ปลอดภัยจากโรคได้อย่างไรนั้น ไม่มี ดังนั้นในเมื่อมีแพทย์ออกมาแล้ว ก็แพทย์อยู่โรงพยาบาล และก็แพทย์อยู่สถานีนอนามัย สมัยนั้นมี 2 อัน คือ นอนามัยอยู่กับกรมอนามัย โรงพยาบาลอยู่กับกรมการแพทย์ บางคนเขาก็ไปอยู่กรมการแพทย์อยู่โรงพยาบาล บางคนก็มาอยู่กรมอนามัย แต่เราไม่คิดอย่างนั้น ผมบอกผมไม่เอา ผมซีเกียจอยู่เป็นที่ ผมอยู่หน่วยเคลื่อนที่ เป็นหน่วยเคลื่อนที่แรกของกรมอนามัย อยู่ที่กองอนามัยแม่และเด็ก²⁶ เพราะฉะนั้นเลยไปสัมพันธ์กับการทำหน่วยเคลื่อนที่หลายๆ อัน จนกระทั่งพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวเสด็จมาบอกว่า กระทรวงสาธารณสุขดีแล้วที่มีโรงพยาบาล สถานีนอนามัยดูแล แต่ว่ามีเรื่องจำเป็นนะ ไม่เพียงพอหรอกที่เอาพนักงานอนามัยผดุงครรภ์ไปอยู่ แล้วมีแพทย์มีอะไรไม่เพียงพอ ให้ทำหน่วยเคลื่อนที่ นี้คือปี พ.ศ. 2496-97 ทำหน่วยเคลื่อนที่

นพ.โกมาตร : แสดงว่าถ้าเราพูดถึงบริการสุขภาพในชนบทก็ต้องพูดถึงเรื่องหน่วยเคลื่อนที่ด้วย เรามีหน่วยเคลื่อนที่เหล่านี้ของเราเหล่านี้ เยอะไหมครับอาจารย์?

นพ.ไพโรจน์ : ไม่มี ตอนนั้นไม่มี แต่มีโรงพยาบาลหลายแห่งที่ทำหน่วยเคลื่อนที่ในจังหวัดของตัวเอง

นพ.โกมาตร : แต่ก่อนหน้านั้นก็จะมีหน่วยงานเคลื่อนที่ของพวกกรมต่างๆ ใช่ไหมครับ? เช่น

หน่วยโรคเรื้อน หน่วยมาเลเรีย

นพ. ไพโรจน์ : อันนี้เฉพาะโรค หน่วยโรคปอด หน่วยโรคเรื้อน ได้เงินสนับสนุนจากฝรั่ง

นพ.โกมาตร : ผมเคยลงพื้นที่ไปอำเภอภูซุ่มเมื่อสัก 20 ปีที่แล้ว ไปเจอชาวบ้านที่นั่น ถามเขาว่าประวัติศาสตร์เกี่ยวกับเรื่องสุขภาพอนามัยท้องถิ่นเป็นอย่างไร เขาก็เล่าเรื่องโรคต่างๆ ที่เขาเป็น เขาบอกว่าสมัยก่อนมีโรคไม่เหมือนทุกวันนี้ สมัยก่อนมีโรคที่เขาทรมาณมาก ภาษาอีสานเรียกว่า “หิโม” ซึ่งก็คือคุดทะราด เขาบอกว่าไอ้คุดทะราดมันทรมาณกันทั้งหมู่บ้าน เพราะมันรักษาไม่หาย พื้นบ้านถ้าจะมีโรคนี้ก็เอาจุนสีมาทาพอให้มันอยู่ได้ แต่ก็ไม่หายปวดเท่าไร ต่อมาก็มีหมอฝรั่งมาชิตยา เขาบอกว่าถ้ามีหมอฝรั่งมาทางอำเภอจะเรียกไปบอก แล้วก็กำชับกับผู้ใหญ่บ้านว่า ถ้ามีหมอฝรั่งมาชิตยาให้ผู้ใหญ่บ้านสั่งลูกบ้านไปปิ่นต้นมะพร้าว ไปพินมะพร้าวมาทะเลยหนึ่ง แล้วเอามะพร้าวมาวางไว้ข้างหมอ ถ้าหมอหิวน้ำขึ้นมาเมื่อไหร่ ไม่ให้กินน้ำอื่น ให้ดื่มเฉพาะน้ำจากลูกมะพร้าวเท่านั้น เขาก็บอกว่า เดียวนี้ก็ยังเป็นการปฏิบัติว่า ถ้ามีฝรั่งมา ห้ามไม่ให้กินน้ำในบ้าน เพราะจะเกิดโรค “diarrhea” หรือโรคท้องร่วง แสดงว่าสมัยก่อนโน้นก็มีหน่วยไปชิตยา คุดทะราดบ้าง อันนี้สมัยไหนครับอาจารย์?

นพ.ไพโรจน์ : สมัยผมนี้แหละ มีโรคคุดทะราดกับโรคเรื้อน ทำเป็นโครงการเลย ใช้เงินฝรั่ง เงิน WHO บ้าง เงินจาก USAID บ้าง²⁷ มาทำอันนี้ แล้วก็ยังมีหน่วยเคลื่อนที่ไป ชาวบ้านรู้ดี ถ้ามีสองหน่วยนี้

26 ดูรายละเอียดเรื่องการจัดตั้งหน่วยสงเคราะห์แม่และเด็กเคลื่อนที่ในเชิงอรรถที่ 68 ของบทที่ 1

27 USAID คือตัวย่อของ United States Agency for International Development หรือองค์การของรัฐบาลสหรัฐฯ ที่ให้ความช่วยเหลือประเทศต่างๆ ไม่ว่าจะเป็นการสนับสนุนการเจริญเติบโตทางเศรษฐกิจ ช่วยส่งเสริมการเกษตรและการพาณิชย์ ส่งเสริมสุขภาพและสาธารณสุข สร้างความเข้มแข็งให้กับระบบประชาธิปไตย ช่วยยุติความขัดแย้ง และให้ความช่วยเหลือทางด้านมนุษยธรรมต่างๆ ก่อตั้งขึ้นตั้งแต่วันที่ 3 พฤศจิกายน พ.ศ. 2504 (ค.ศ. 1961) ในทางการเมืองระหว่างประเทศ รัฐบาลสหรัฐฯ ใช้ USAID และองค์การในลักษณะเดียวกันอีกหลายองค์กร คอยทำหน้าที่พัฒนา “ประเทศไทยที่สาม” เพื่อต่อต้านการขยายตัวของลัทธิคอมมิวนิสต์ที่นำโดยโซเวียตรัสเซียและสาธารณรัฐประชาชนจีน ดู อาทิ Thomas Lobe, United States National Security Policy and Aid to the Thailand Police (Monograph Series in World Affairs, University of Denver, 1977).

ไป ถ้ามีออกแต่กุดอันหนึ่ง [โรคเรื้อน] กับเป็นแผล อันหนึ่ง [คุดทะราด] เขารู้ดีว่าถ้าโครงการนี้ไป มีคนให้ความร่วมมือเยอะ เพราะพวกมีออกแต่กุด นำสงสารมาก ก่อนนี้เราเลยไปอยู่หน่วยเคลื่อนที่ ซึ่งรวมสองอันนี้ด้วย มีหมอมียาไปตามหมู่บ้าน และท่านรับสั่งไว้ว่า ไปที่ไหนนั้นจากหน่วยประจำ ให้ทำหน่วยเคลื่อนที่เล็กๆ ด้วย ให้ลงไป ตามหมู่บ้าน ไม่ใช่ไปตั้งหน่วยอยู่เฉยๆ จะได้ให้บริการชาวบ้านในละแวกนั้นได้ดี อันนี้เป็นหน่วยเคลื่อนที่แรกของกรมอนามัยโดยพระราชดำริส ของพระเจ้าอยู่หัวเอง

นพ.โกมาตร : เรียกว่าเป็นหน่วยเคลื่อนที่โดยพระราชดำริ และได้ทุนมา 22,000 บาท อาจารย์เป็นหัวหน้าหน่วยคนแรก

นพ.สุรเกียรติ : แล้วโรงพยาบาลจังหวัดเอาเงินมาจากไหน

นพ.ไพโรจน์ : มีงบประมาณ เขาตั้งงบประมาณเอง เงินบำรุงไม่มีคนให้ ไม่ค่อยยอมให้ อย่างหน่วยเคลื่อนที่ได้เงินบำรุงมา อนามัยจังหวัดหรือโรงพยาบาลเก็บเงินบำรุงของเขาไว้เพื่อใช้ของเขา ทั้งเงินบำรุงของโรงพยาบาล เงินบำรุงของกรมอนามัย แล้วเขามีหน่วยย่อยๆ ในละแวกของเขา

วิทย์ พงศ์พนิตานนท์ : อาจารย์คะ แล้วหน่วยเคลื่อนที่หน่วยแรกทำที่ไหนคะ?

นพ.ไพโรจน์ : หน่วยเคลื่อนที่ หมายถึงของกรมอนามัย อยู่จังหวัดเพชรบุรี-ประจวบฯ แล้วแต่ท่าน

จะสั่งให้ไปไหน

นพ.โกมาตร : ก็คือหน่วยเคลื่อนที่หน่วยแรกดูแลพื้นที่แถบเพชรบุรี-ประจวบฯ แล้วเวลาออกไปหน่วยนี้ อาจารย์ไปเจออะไรบ้าง?

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

นพ.โกมาตร : โรคเรื้อนมันคงอยู่ [หมายถึงถึงแถบพื้นที่ที่มีโรคเรื้อนชุกชุม ซึ่งมักเป็นพื้นที่ที่ประชาชนมีฐานะทางเศรษฐกิจที่ยากจน เช่น เขตอีสานใต้ของไทย-นพ.โกมาตร] เส้นแบ่งอยู่แถบอีสาน

นพ.ไพโรจน์ : หมอไพโรจน์อีกคน คือ นายแพทย์ไพโรจน์ ประเสริฐศราวดี²⁸ รับคนโรคเรื้อน อยู่ที่จังหวัดขอนแก่น

นพ.โกมาตร : อาจารย์ครับ ตอนนั้นแนวคิดในการตั้งนิคมโรคเรื้อน²⁹ เช่นที่โนนสมบูรณนั้นเป็นผลผลิตมาจากอะไรครับ มาก่อนหรือหลังสถานีอนามัยและโรงพยาบาล

นพ.ไพโรจน์ : มาทีหลัง สถานีอนามัยมาก่อน แล้วก็เห็นแหล่งไหนมีโรคเรื้อนมาก ก็ตั้งสำนักงานโรคเรื้อนขึ้นมาโดยขึ้นกับกองโรคเรื้อน ใช้เงินฝรั่งแต่เราทำ ตอนนั้น มีหน่วยของ USOM อะไรต่ออะไรมาช่วย หน่วยธรรมดาก็มี ไม่ใช่ของ USOM ก็มี

28 เคยดำรงตำแหน่งผู้อำนวยการ “สถานพยาบาลโนนสมบูรณ” จังหวัดขอนแก่น ให้การดูแลและบำบัดรักษาผู้ที่เป็นโรคเรื้อน ต่อมาพัฒนาเป็นนิคมโรคเรื้อนชื่อว่า “นิคมโนนสมบูรณ”

29 คูประวัติศาสตรนิคมโรคเรื้อนในยุคกลางของยุโรปใน Michel Foucault, *History of Madness*, translated by Jonathan Murphy and Jean Khalfa (London and New York: Routledge, 2006), 3-8. ในกรณีประเทศไทยนั้น “รายงานการประชุมแพทย์ ปรากฏกันด้วยเรื่องที่จะจัดโรงพยาบาล” เมื่อวันที่ 21 สิงหาคม พ.ศ. 2446 (ค.ศ. 1903) ในสมัยรัชกาลที่ 5 ระบุว่า เนื่องจากมีคนเป็นโรคเรื้อน ซึ่งเป็น “โรคอันน่ากลัวอย่างยิ่ง แลรักษาไม่หาย” อยู่เป็นจำนวนมากในกรุงเทพฯ คณะแพทย์จึงเสนอว่าน่าจะหามาตรการป้องกันบางอย่าง เพราะ “ถ้าไม่ได้จัดการป้องกันเสียแล้ว โรคเรื้อนนี้ก็จะทวีมากขึ้นในหมู่ประชาชนโดยแท้” โดยในการประชุมดังกล่าว นายแพทย์ยอช แมกฟาแลนด์ ได้ทำรายงานขึ้นเสนอต่อที่ประชุมแพทย์ดังกล่าวว่า

นพ.โกมาตร : อันนี้ก็แนวคิดของฝรั่ง ที่ตั้งเป็น นิคมขึ้น เป็น “asylum” [สถานบำบัด] ของพวก โรคจิต

นพ.ไพโรจน์ : นิคมไม่ใช่ฝรั่ง นิคมของเรา แต่ หน่วยเคลื่อนที่ของฝรั่ง

นพ.โกมาตร : เหมอครับอาจารย์ เพราะเห็นต่าง ประเทศเขาทำเป็นพวกนิคม

นพ.ไพโรจน์ : นิคมโรคเรื้อนเนี่ยเราตั้ง นิคม โรคอื่นๆ ไม่มี มีแต่โรคเรื้อน โรคเรื้อนทั้งนั้น

นพ.โกมาตร : อันนี้ก็มาภายหลังนะครับอาจารย์

นพ.ไพโรจน์ : แต่นิคมโรคเรื้อนนี้ผมไม่ได้ทำ คน แรกคือหมอไพโรจน์ ประเสริฐสุรวุฒิ

นพ.โกมาตร : ไม่ใช่ไพโรจน์ ینگสานนท์ นะครับ อาจารย์

นพ.ไพโรจน์ : ไม่ใช่ คนนั้นละเป็นคนรับหน่วย เคลื่อนที่โรคเรื้อนคนแรก ไปตั้งที่พระประแดง

นพ.โกมาตร : ตอนหลังขยายไปอีกหลายแห่ง ไหมครับอาจารย์?

นพ.ไพโรจน์ : หลายจังหวัด แต่ผมมีความเห็นว่า ให้อหน่วยเคลื่อนที่และงานที่ทำให้กับประชาชนใน พื้นที่นั้น มันต้อง “integrate” [บูรณาการ] เข้าไป ในพื้นที่ ไม่ใช่หน่วยเคลื่อนที่เท่านั้น ใจผมนะครับ เรามีหน่วยเคลื่อนที่เพื่อออกไป “survey” [สำรวจ] เท่านั้นว่าแหล่งไหนมีอะไรบ้าง เสร็จแล้วการ วางแผนต้องวางให้ประจำไว้ละ จนกระทั่งหมด ภาวะการแพร่เชื้อแล้ว มิฉะนั้นผมว่าไม่อยู่หรือก ลับ ตอนหลังเราคิดอย่างนั้นแล้วเริ่มทำกัน กรม อนามัยกับกรมการแพทย์มาร่วมกันแล้วดำเนิน การเข้าพื้นที่

นพ.โกมาตร : เรียกว่าเปลี่ยนจาก “vertical program”³⁰ เป็น “community base” [มีฐานอยู่ใน ชุมชน] หรือเป็น “integrate” เริ่มต้นตั้งแต่สมัย อาจารย์เริ่มหน่วยเคลื่อนที่ก็เห็นข้อจำกัดนี้แล้ว

นพ.ไพโรจน์ : ใช่ เราเห็นอันนี้ เราพยายามทำ ไม่ เช่นนั้นผมว่าเราจะปลื้มคนเยอะ แล้วชาวบ้านก็ ลำบาก

นพ.โกมาตร : อาจารย์ครับ อย่างที่พี่สุรเกียรติ บอกว่าไปเป็นแพทย์ก็ต้องไปสังกัดอยู่กรม อนามัยหรือมิเช่นนั้นก็อยู่กรมการแพทย์ อันนี้ก็ เป็นอุปสรรคเหมือนกัน

“แพทย์นับถือกันว่าโรคเรื้อน[sic]ติดกันได้...นักปราชญ์ได้สืบเสาะหาเชื้อโรค พบเป็นตัว แบคทีเรีย [sic] ซึ่งทำให้ปรากฏอาการฝายผิวหนังให้หนึ่ง นั้นหนา, นูน, สูงขึ้น แลได้กินลามลึกถึงอวัยวะในมิได้วันเลย ทำให้มีแผลเปื่อยเน่าอย่างพิศดารมาก แต่ต้นเหตุเดิมของโรคนี้ ตกลงเป็นแน่แท้ว่ามีตัว แลตัวนั้นมิเวลาทีหลุดปลิวจากคนที่เป็นอยู่หนึ่งถึงคนอื่น แลยังเป็นโรคที่รักษาไม่หาย จึงไม่มีวิธีซึ่งจะป้องกันได้มิให้แพร่หลาย นอกจากวิธีคิดแยก คนที่เป็นนั้นออกต่างหาก มิให้อยู่ปนกับคนอื่น...ควรที่รู้ว่าโรคนี้คล้ายกับวัณโรค เกิดขึ้นโดย ตัวที่ปลิว แต่เราไม่สามารถที่จะรู้ได้ว่าตัวเชื้อโรคนั้นเข้า ทางผิวหนัง หรือเข้าทางแผลในผิวหนัง หรือโดยทางลมอากาศ หรือปนกับน้ำแลอาหารที่รับทาน จะเข้าทางไหนเราก็ไม่สามารถที่จะรู้ได้ แลไม่มีแผล ในที่แรกเกิดของโรคนี้ด้วย...ตัวเชื้อโรค นี้เมื่อปลิวมาตามอากาศ ในที่แรกเกาะตามเยื่ออ่อนแห่งจมูก แลเกิดเป็นแผลกินกว้างลึกใหญ่ออกไปทุกที จน จมูกนั้นยุบหายหมดลง...ถ้าจะมีกฎหมายบังคับในข้อต่างๆ เหล่านี้ให้สำเร็จได้ แลให้ความรู้แห่งโรคแพร่หลาย ทั้งวิธีระงับตัว เพื่อจะกันมิให้โรคนี้เกิดขึ้นแล้ว ข้าพระพุทธเจ้าเห็นด้วยเกล้าฯ ว่า คงจะสำเร็จในการต่อสู้ ให้เอาโรยชนะต่อโรคนี้ได้เป็นแน่” (ดู “ความเห็นด้วยเรื่องโรคเรื้อนกับวิธีป้องกันมิ ให้โรคนี้แพร่หลาย” ของยอช แมกฟาแลนด์ ซึ่งทำขึ้นถวายพระเจ้าน้องยาเธอกรมหมื่นวิวิธวรรณปรีชา อธิบดีกรมพยาบาล, หจช. ศร. 8/ 126) ที่ประชุมของคณะแพทย์จึงเสนอวิธีการป้องกันที่จะไม่ให้โรคเรื้อนแพร่หลายออกไปตามวิธีการที่รัฐบาลในยุโรปและอเมริกาได้ “จัดการแยกคนที่เป็น โรคเรื้อนให้อยู่เสียที่แห่งหนึ่งต่างหาก มิให้ปนคละอยู่กับคนดีเลย” คือให้จัดเลือกเกาะขึ้นมาเพื่อ “ให้คนไข้ที่เป็นโรคเรื้อนตั้งบ้านเรือนอาศัยอยู่” แยกจากคนปกติ, ดู “รายงานการประชุมแพทย์ ปกฤษากันด้วยเรื่องที่จะจัดโรงพยาบาล” ของ พระเจ้าน้องยาเธอกรมหมื่นวิวิธวรรณปรีชา อธิบดีกรม พยาบาล, วันที่ 21 สิงหาคม ร.ศ.122, หจช. ศร. 8/126

30 คือโครงการที่แยกออกมาเฉพาะส่วนเพื่อป้องกันและดูแลรักษาโรคใดโรคหนึ่งโดยเฉพาะ

นพ.ไพโรจน์ : ไม่เป็นอุปสรรค พอเข้าไป พวกนักเรียนแพทย์รู้แล้วว่า กรมการแพทย์รักษา กรมอนามัยป้องกัน เขารู้เลย

นพ.โกมาตร : เขาก็เรียนมาแต่เรื่องรักษาที่รับอาจารย์

นพ.ไพโรจน์ : นักเรียนแพทย์เรียนเรื่องรักษา แต่ในขณะที่เดียวกันเขาก็เรียนป้องกันด้วย ไม่ใช่เรียนรักษาอย่างเดียว

นพ.โกมาตร : เรียกว่าพอเรียนจบมาจะทำงานต้องเลือกเลยว่าจะไปกรมอนามัยหรือกรมการแพทย์

นพ.ไพโรจน์ : กรมอนามัยไม่ใช่ป้องกันเท่านั้น เขาต้องรักษาก่อนด้วย แต่ว่าขั้นตอนไม่ลึกซึ้งเท่ากรมการแพทย์หรือโรงพยาบาล มีสถานีนอนามัยสองแบบ คือ แบบที่ 1 สถานีนอนามัยชั้น 1 ซึ่งมีรักษาพยาบาลด้วยไปช่วยกรมการแพทย์ และสถานีนอนามัยชั้น 2 ไม่มีรักษาพยาบาลมีแต่สุขภาพิบาล คือมีสถานีนอนามัยชั้น 1 กับสถานีนอนามัยชั้น 2³¹

นพ.โกมาตร : ตอนหลังก็เลยมาคิด “integrate” กันให้เป็นหน่วยบริการที่ดูทุกเรื่องเลย

นพ.ไพโรจน์ : ใจผมนั้นคิดว่าไม่ควรที่จะมีแต่ละกรม ใจผมในขณะที่นั้นคิดว่าน่าจะทำรวมกันเลย

จากกระทรวงสาธารณสุขก็ไปหน่วยงาน ลงไปพื้นที่

นพ.โกมาตร : อาจารย์คิดแบบนี้ เขาเกลียดอาจารย์ไหมครับ?

นพ.ไพโรจน์ : ไม่เกลียด เขาถึงเรียก “ไอ้สามคน” คือ อมร³² วินิจ³³ ผม

นพ.ไพโรจน์ : เป็นตัวก็ก่อการ?

นพ.ไพโรจน์ : เพราะว่าเราเห็นด้วย เราชวมกันอยู่ตลอดทั้ง 3 คน

นพ.โกมาตร : อาจารย์ครับ จากสามมาเป็นปิยะเชียน แปดเชียน นี่เป็นอย่างไรครับ นี่เป็นอีกเรื่องหนึ่งใช่ไหมครับอาจารย์?

นพ.ไพโรจน์ : นั่นอีกเรื่องหนึ่ง

นพ.โกมาตร : ลองขยายอีกนิดสิครับอาจารย์ เรื่องปิยะเชียนนะครับ

นพ.ไพโรจน์ : อย่าให้พูด เดี่ยวให้จู้³⁴ขยายดีกว่า

นพ.โกมาตร : หนังสือหอมเสมได้บันทึกไว้บ้างแล้วครับ³⁵ ตอนนั้นก็เป็นการพยายามที่จะปรับปรุงเปลี่ยนแปลงโรงเรียนแพทย์

31 สถานีนอนามัยประจำตำบลมีพัฒนาการมาจากสุขศาลาชั้นสองที่ไม่มีแพทย์ประจำซึ่งได้รับการพัฒนาขึ้นเป็นสถานีนอนามัยชั้นสองใน พ.ศ. 2495 และยกระดับเป็นสถานีนอนามัยใน พ.ศ. 2515 ขณะที่มีสถานีนอนามัยอยู่เพียง 7,340 แห่งใน 6,183 ตำบลเมื่อ พ.ศ. 2528 ใน พ.ศ. 2539 มีจำนวนสถานีนอนามัยเพิ่มขึ้นถึง 9,010 แห่งทั่วประเทศ โดยครอบคลุม 7,307 ตำบล และมีจำนวน 2,021 ตำบลที่มีสถานีนอนามัยมากกว่าหนึ่งแห่ง, ดู บุญเรียง ชูชัยแสงรัตน์ และคณะ, การพัฒนาของสถานีนอนามัยในเขตพื้นที่ทั่วไปและพื้นที่เฉพาะ เล่ม 3 (กรุงเทพฯ: สำนักนโยบายและแผนสาธารณสุข, สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2539), 12-15.

32 นายแพทย์อมร นนทสูต

33 นายแพทย์วินิจ อัครวสนา

34 แพทย์หญิงจรัส นิงสานนท์

35 ดู เกียรติประวัติแพทย์ไทยฝากไว้ให้คนรุ่นหลัง: ชีวิตและงานของศาสตราจารย์นายแพทย์เสม พริ้งพวงแก้ว บรรณาธิการโดย สันติสุข โสภณศิริ (กรุงเทพฯ: สำนักวิจัยสังคมและสุขภาพ (สวสส) และสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ (สนย), 2549), 153-162.

นพ.ไพโรจน์ : ร่วมกัน แล้วตัวเราเป็นตัวเซิด

นพ.โกมาตร : ตอนนั้นมีการตั้งศูนย์ประสานงานทางการแพทย์และสาธารณสุขขึ้นในกระทรวงสาธารณสุขที่จะทำงานร่วมระหว่างกระทรวงกับมหาวิทยาลัยใช้ไหมครับ? ตอนนั้นมีคุณหมอสมศักดิ์ ชุณหรัศมิ์ เป็นหัวหน้าสำนักงานด้วยใช้ไหมครับ ศูนย์ประสานงานทางการแพทย์และสาธารณสุข?

นพ.ไพโรจน์ : สมศักดิ์มาทีหลังนะ

นพ.โกมาตร : อ้อ หมอสมศักดิ์มาตอนอาจารย์ประเวศเป็นเลขาธิการศูนย์ฯ สมัยนั้นศูนย์ฯ ก็มีที่ทำงานเป็นห้องเล็กๆ อยู่ที่กองแผนงาน

นพ.ไพโรจน์ : กองแผนงานนั้นมาทีหลังสุดเลยด้วยเหตุว่า เราเห็นว่าการรักษาป้องกันอะไรต่ออะไร มันแตกกระจายหมด และคิดว่าเราจะมาร่วมกันใหม่ ให้เป็นกลุ่มเป็นก้อนขึ้นมา กองแผนงานถึงได้เกิดขึ้น

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

นพ.ไพโรจน์ : เริ่มจากหมออุทวนา³⁶ ก่อนถึงอาจารย์ดำรงศักดิ์³⁷ มาเป็นกองแผนงานสาธารณสุข

นพ.อุทัย สุขสุข : เสริมอีกนิดนะครับ อาจารย์ อาจจะเริ่มต่อยอดจากเรื่องหน่วยเคลื่อนที่ของไพโรจน์ ว่าหลังจากที่ความนิยมและเป็นเรื่องจำเป็นที่จะต้องขยายการเข้าถึง

บริการให้กว้างขวางขึ้น ก็เลยมีการขยายหน่วยแพทย์เคลื่อนที่ที่ออกมาจากหน่วยงานต่างๆ เยอะ ส่วนใหญ่ก็ยังไม่ได้จัดสรรงบประมาณ หลังจากที่ได้ทำชลบุรี “Provincial Health Plan”³⁸ ดึงกลยุทธ์ในการเข้าถึงบริการนั้น คือจัดให้มีหน่วยสาธารณสุขเคลื่อนที่ ต่อมาเรียกหน่วยสาธารณสุขเคลื่อนที่ ซึ่งรวมทั้งทุกอย่างไม่ใช่เรื่องรักษาอย่างเดียว ก็เป็นโมเดล [model] จากชลบุรี แล้วยืนยันอีกทีหลังจาก “implement” [ดำเนินการใช้] ตรงนั้นแล้ว ประมาณปีเศษๆ ก็เป็นการยืนยันว่ามันจำเป็น

ในระยะต่อมาก็ได้มีการได้รับงบประมาณสนับสนุนให้จัดตั้งหน่วยสาธารณสุขเคลื่อนที่ขึ้นในระดับทั่วประเทศ โดยกองสาธารณสุขภูมิภาคในขณะนั้น ประมาณ พ.ศ. 2519 หรือ 2520 ประมาณนั้น ได้รับงบประมาณซึ่งรถตู้เป็นครั้งแรกสำหรับออกหน่วยแพทย์เคลื่อนที่ ชื่อให้ทุกจังหวัดเลยนะครับในปี พ.ศ. 2519-2520 ท่านพลุทรัพย์อาจจะยังอยู่เมื่องนอกอยู่ เพราะฉะนั้นตรงนั้นก็เป็นเรื่องที่หน่วยแพทย์เคลื่อนที่ที่เกิดอย่างสมบูรณ์

นพ.โกมาตร : ทั้งประเทศเลยหรือครับอาจารย์มีรถขึ้นมาสำหรับจังหวัด รถนี้ก็ออกหน่วยไป แล้วฉายหนังด้วยหรือเปล่าครับ?

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

36 นายแพทย์อุทวนา สุขสมิติ

37 นายแพทย์ดำรงศักดิ์ บุญยืน

38 โครงการศึกษาวิเคราะห์ระบบงานเพื่อการวางแผนระดับจังหวัด จังหวัดชลบุรี

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

นพ.อุทัย : เราอาศัยมือฝรั่ง USOM³⁹ มาช่วยงานเรา หน่วยที่ผลิตสื่อพวกนี้คือ USIS⁴⁰ ให้ทุนมาที่กองสุขศึกษา เราก็ยังไม่สามารถผลิตสื่อพวกนี้ได้เอง ก็ต้องอาศัยเขาก่อน ต่อมาในระยะหลัง หลังจากมี “real reorganization” [การปรับองค์กรอย่างแท้จริง] แล้ว ในปี พ.ศ. 2515 [และอีกครั้งในปี] 2517 เรียบร้อยแล้ว ทางเราก็ตีขึ้นๆ ก็สามารถผลิตสื่อเหล่านี้ได้เอง เป็นสื่อประกอบก่อนหน้านั้นเรามาถึงต้องพึ่ง USOM พึ่ง WHO พึ่ง ยูนิเซฟ [UNICEF]⁴¹ ยูนิเซฟมีบทบาทมากในเรื่องของ MCH⁴²

ที่นี้พูดถึงเรื่องบริการรักษาหรือการบริการสาธารณสุขสักนิด ในสมัยที่ผมออกไปเป็นครั้งแรกเมื่อ พ.ศ. 2499 หมอโกมาตรยังอยู่มัธยมอยู่หรือเปล่า?

นพ.โกมาตร : ผมยังอยู่ชาติก่อนอยู่เลยครับ อาจารย์ ยังไม่เกิด

นพ.อุทัย : ผมเรียนจบก็ไปอยู่อำเภอภูเขียว จังหวัดชัยภูมิ มีเรื่องเกี่ยวกับให้บริการเล่าให้ฟังนิดหนึ่ง ในขณะนั้นก็เหมือนอย่างท่านที่ไปอยู่

สถานีอนามัยชั้น 1 สมัยนั้นเล่าให้ฟังมาแล้ว แต่ว่าผมตื่นิดไม่ได้ใช้嘛 แต่ใช้จักรยานสองล้อกับเกวียนเจริญขึ้นหน่อย อย่างไรก็ตาม การเดินทางมาติดต่อหรือมาประชุมที่จังหวัดชัยภูมิมันมาสายตรงไม่ได้ จากภูเขียวมาทางตรงผ่านแก้งคร้อ ผ่านอะไรเนี่ยไม่ได้ ต้องอ้อมมาทางชุมแพ ขอนแก่น บัวใหญ่ มาติดต่อราชการที่ใช้เวลา 3 วัน 3 คืน มาถึงก็มานอนนอนแค้นที่หนึ่งก่อน มาถึงตัวจังหวัดก็ป่วยๆ ก็อาจจะติดต่องานไม่ทันตั้งนอนที่ตัวจังหวัด รุ่งขึ้นติดต่องาน ตอนบ่ายๆ ก็กลับมาค้างที่ขอนแก่น แล้วก็ถึงภูเขียวก่อนวันต่อมา ก็ดีหน่อยที่มีรถบรรทุกข้าว ผู้โดยสารก็ต้องนั่งบนกระสอบข้าว ไม่งั้นก็ไม่ได้เพราะว่ามันกระโดดมาก เพราะถนนเป็นลูกระนาดมากสมัยโน้นนะครับ ถ้ารถหนักๆ ก็จะไปไม่ได้ไม่กระเทือนมาก

สมัยนั้นทางภูเขียวก็น่าจะคล้ายๆ อีสานอื่นเหมือนกัน คือนิยมการรักษาพยาบาลมากกว่าการป้องกัน แล้วมักจะชอบตามหมอไปตรวจรักษาที่บ้าน ไม่ไปก็ไม่ได้ บางทีแค่อยู่ในตลาดก็ยังคงตามหมอไปดู

นพ.โกมาตร : แสดงว่าเป็นวิถีปฏิบัติเดิมหรือเปล่า เพราะแต่เดิมมาหมอยาที่อยู่ชุมชน คือเขามาตามตัวหมอไปตรวจที่บ้านอยู่แล้ว

นพ.อุทัย : มันอาจจะติดพัน ก็อาจจะเป็นลักษณะนั้น เพราะฉะนั้นก็เลยต้องไปด้วย แต่ขณะเดียวกันก็มีคนมาที่สถานีอนามัยชั้น 1 เหมือนกัน

39 USOM ย่อมาจาก United States Operations Mission เรียกหน่วยงานสาขาของ USAID ที่อยู่ในประเทศไทย

40 USIS ย่อมาจาก United States Information Service เป็นหน่วยงานประชาสัมพันธ์เพื่อเผยแพร่ข่าวสารและวัฒนธรรมอเมริกัน

41 ยูนิเซฟ ปัจจุบันคือกองทุนเพื่อเด็กแห่งสหประชาชาติ (United Nations Children's Fund) หนึ่งหน่วยงานของสหประชาชาติเพื่อให้ความช่วยเหลือด้านมนุษยธรรม การพัฒนา สุขภาพอนามัย รวมถึงความเป็นอยู่ของแม่และเด็กในประเทศกำลังพัฒนา ก่อตั้งโดยสมัชชาสามัญแห่งสหประชาชาติเมื่อวันที่ 11 ธันวาคม พ.ศ. 2489 ด้วยชื่อในขณะนั้นว่า United Nations International Children's Emergency Fund หรือ กองทุนฉุกเฉินสงเคราะห์เด็กแห่งสหประชาชาติ และให้ชื่อย่อว่า UNICEF-ยูนิเซฟ อันเป็นที่รู้จักกันโดยทั่วไปในปัจจุบัน

42 MCH [Mother and Child Health]-การอนามัยแม่และเด็ก

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

นพ.อุทัย : แต่ว่าในขณะนั้นที่มันเสี่ยงมาก คือหม้อหนึ่งที่ยูนิเซฟให้ไว้หม้อหนึ่งนั้น อยู่มาไม่กี่ปีก็เสีย เวลาจะทำ “sterile” [ทำให้ปลอดเชื้อ] ก็ใช้วิธีต้มเอา ถ้าอยู่ที่สถานีอนามัยชั้น 1 ก็ดี ต้มได้นานหน่อย แต่เวลาออกไปพื้นที่มันต้องใช้วิธีลวก ลวก “ไซริงค์” [cylinder-กระบอกฉีดยา] ลวกเข็ม ถ้าเป็นขณะนี้ถ้าคนอ่อนแอคงจะติดเชื้อมันสุดสุด เป็นผีเป็นอะไรสุดสุดเลย แต่ว่าก็โชคดีรอดตัว

นพ.โกมาตร : เรียกว่าดินรนตามมีตามเกิดนะ ครับอาจารย์

นพ.อุทัย : ตามมีตามเกิด แล้วหม้อหนึ่งยี่ห้อ “Prestige” ในตอนหลังค่อยมีมา ก็ค่อยยังชั่วชนิดหนึ่ง ใช้แบบ “pressure cooker” [หม้ออัดแรงดัน] ก็ดีขึ้นหน่อย แต่ตอนอยู่ภูเขียวนไม่ได้ใช้เลย ลวกจิ้มเลย ไม่รู้รอดตัวมาได้ยังไง

ที่นี้เรื่องคลอด ก็เจอ “case” ยากคล้ายๆ กับพี่บรรลุ แต่พอดีไม่ถึงขั้นต้องตัดเด็กออกมาแล้วคาหัวไว้ แต่ต้องใช้ “forceps” บังเอิญตอนเรียนก็มีประสบการณ์ 2 หรือ 3 ราย ที่ช่วยอาจารย์ไปทำ “forceps” ก็พอจำได้บ้าง สุดท้ายก็ต้องไปเปิดตำราที่ภูเขียวนทำ “forceps” ออกมา พอดีรอดตัว นั่นก็เป็นเรื่องเล่าเพิ่มเติม

เรื่องการรักษานั้น ในภาคหนึ่งคือที่โรงพยาบาลหรือสถานีอนามัยชั้น 1 แต่อีกภาคหนึ่งก็คือแพทย์เรา ต้องยอมรับว่าเราต้องอยากจะทำ

อาชีพแพทย์ต่อเนื่อง กลัวจะลืม เราจึงต้องไปเปิดคลินิกส่วนตัว “private clinic” [คลินิกส่วนตัว] ขึ้น ฝมองก็ถือปฏิบัติตลอดไม่ว่าอยู่ที่ไหน ก็จะต้องเปิดคลินิกทำเวลาอนกกราชการ

นพ.โกมาตร : คือเปิดที่ตัวเมืองที่เราไปอยู่ ใช่ไหมครับอาจารย์? ในเวลาราชการก็อยู่โรงพยาบาล เลิกงานก็ไปอยู่ดูแลคนไข้ที่คลินิก

นพ.อุทัย : เปิดตัวเมืองที่เราไปอยู่ในกรณีของ ผมบังเอิญอยู่สถานีอนามัยชั้น 1 เพียงปีเดียวนอกนั้นไปอยู่จังหวัด เป็นอนามัยจังหวัด ก็มีคลินิกทุกแห่งที่จังหวัดนั้นๆ พี่ไปไหนไปเยี่ยมก็ไปเจอที่คลินิกก็มีบางครั้ง ไม่งั้นก็ไม่พอกิน ไม่พอเลี้ยงลูกเลี้ยงเมีย เมียหนึ่งคนจริงแต่ลูกสี่คน ทำไปเวตคลินิกอยู่ต่ออีก 26 ปี เป็น 27 ปี ทั้งหมดทำ “clinical work” [งานตรวจรักษาผู้ป่วยในคลินิก] รวมแล้ว 27 ปี จนกระทั่งเป็นรองปลัดกระทรวงสาธารณสุขในปี พ.ศ. 2526 ไม่ไหวทำไมไหว ก็เลยต้องเลิกไป

นพ.โกมาตร : อาจารย์เลิกทำคลินิคตอนเป็นรองปลัดฯ แสดงว่าอึดน้ำดูนะครับ

นพ.อุทัย : ครับทำที่ชลบุรี

นพ.โกมาตร : สมัยเด็กที่ผมอยู่ที่สุรินทร์ ผมก็ไปตรวจที่คลินิกแพทย์บ่อย แพทย์ประจำบ้านของพวกเราไปกันเป็นประจำ คืออาจารย์พีร์ คำทอน⁴³ ซึ่งมาเสียชีวิตที่จังหวัดร้อยเอ็ด หมอพีร์เปิดคลินิกเล็กๆ อยู่ในตลาด แล้วก็พวกเราไปตรวจ ผมเป็นไทพอยด์ก็ไปรักษากับอาจารย์ ตกกลางคืนบางที่มันปวดท้องมาก กินไม่ได้เอาไป

43 นายแพทย์พีร์ คำทอน เสียชีวิตจากการลอบสังหารขณะขับรถบนถนนสายมหาสารคาม-ร้อยเอ็ด เมื่อวันที่ 11 กันยายน 2528 ในขณะดำรงตำแหน่งผู้อำนวยการโรงพยาบาลร้อยเอ็ด โดยเชื่อว่าภรรยากระทำดังกล่าวเป็นของบุคคลผู้เสียหายผลประโยชน์ เนื่องจากนายแพทย์พีร์ได้มาดำรงตำแหน่งผู้อำนวยการโรงพยาบาลร้อยเอ็ด และทำการปราบปรามการทุจริตคอร์รัปชันในโรงพยาบาลแห่งนั้น

ที่คลินิก อาจารย์ก็เอาเตียงผ้าใบมาวางแล้วเปิดสายหยอดน้ำเกลือที่คลินิก น้ำเกลือไม่หมดถุงก็เอารถเต๋ามาส่งที่บ้าน ถ้าน้ำเกลือหมดเมื่อไหร่ก็ให้แม่ถอดเข็มออกให้ก็ไปตรวจกับหมอประจำ เพราะท่านมีคลินิกเล็กๆ ของท่าน คล้ายๆ กับอาจารย์อย่างนี้แหละครับ พอต่อมาหมอผีรื้อถูกยิงตาย วันที่อาจารย์หมอผีรื้อถูกยิงตาย ผมก็ได้รับโทรศัพท์จากแม่ เพราะแม่อ่านข่าวเจอแล้วโทรมาบอกว่า อาจารย์หมอผีรื้อตายแล้ว แล้วท่านก็ยังถามต่อด้วยความเป็นห่วงอีกว่า มาเที่ยวเขียนมาพูดเรื่องคอร์ปชั่นระวังจะโดนยิงเหมือนอาจารย์หมอผีรื้อนะ สมัยก่อนก็คงจะต้องเปิดคลินิก เพราะเงินเดือนทางราชการมันน้อยมาก

นพ.อุทัย : เงินเดือน 1,300 บาทครับ ไม่มีเบี้ยกันดารเหมือนสมัยต่อๆ มา ขอเพิ่มเติมอีกนิดหนึ่ง เรื่องการศึกษาแพทย์นะครับ ก็อาจจะเป็นเรื่องเก่าที่อาจจะมาคิดใหม่ในขณะนี้เพื่อแก้ปัญหาบุคลากรขาดแคลนใน “primary care” [การดูแลสุขภาพปฐมภูมิ] ของเรา ซึ่งคุณหมอโกมาตรกับอาจารย์สุรเกียรติก็อยู่ด้วยกัน คือในสมัยที่ผมเรียนแพทย์ทางกระทรวงสาธารณสุขโดยกรมอนามัยมีทุนให้นักศึกษาแพทย์ ถ้าใครจะไปอยู่กรมอนามัยอยู่ทางสายป้องกัน จะมีทุนให้เดือนละ 250 บาท ก็ไม่เลวนะสมัยนั้น เดือนละ 250 บาทเนี่ย ประมาณในราวปี พ.ศ. 2495-2499 ราวๆ นั้นที่ศิริราช

นพ.โกมาตร : ไม่สนใจเราเลย ไปสร้าง “incentive” [มีแรงจูงใจ] เพิ่มขึ้นหรือครับ

นพ.อุทัย : เริ่มตั้งแต่ปี 3 พอข้ามฟากแล้ว

นพ.โกมาตร : พอข้ามฟากแล้วต้องเลือกกรมแล้วว่าเงินเยอะ

นพ. อุทัย : ก็ต้องเลือกแล้ว 4 ปีหลังนี่ละครับ ก็ เป็นอาวุธอันหนึ่งที่น่าจะมาคิดทบทวนกัน อันที่สองก็คือ พอจบแล้วขณะนั้นต้องไปเป็นทหารก็ได้ อนุญาตพิเศษให้ไปฝึก 1 เดือน พอถือป็นเป็น เข้าแถวเป็น แล้วก็ต้องส่งคืนกระทรวงสาธารณสุข เพราะเป็นแพทย์ กระทรวงสาธารณสุขไม่ยอม

ที่นี้อีกตอนหนึ่งในเรื่องของการ “promote” [ส่งเสริม] ให้คน โดยเฉพะหมอ สนใจทางด้านส่งเสริมป้องกันและบริหารจัดการ กรมอนามัย จะมีข้อปฏิบัติอยู่อันหนึ่ง คือหมอทุกคนถ้าอยู่สายกรมอนามัย หมอเมื่อไปทำงานใช้ทุนแล้ว 2 ปี ขอให้กลับมาเรียน ส.ม. [สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต] คนสาธารณสุขเมื่อจบให้เงินเดือน 2 ขั้น ปีเลย มีสิทธิ์ที่จะเป็นผู้บริหารในจังหวัดได้ เมื่อ พ.ศ. 2500 เริ่มแล้ว เลิกหลังจากนั้น [ประมาณ] 20 ปี นอกจากนั้นยังติดต่อส่งไปเรียน M.P.H⁴⁴ ที่ต่างประเทศด้วย

นพ.โกมาตร: ที่ไหนครับอาจารย์?

นพ.อุทัย : ส่วนใหญ่จะทูเลน [Tulane] สหรัฐอเมริกา⁴⁵

นพ.โกมาตร : เพราะฉะนั้น รุ่นแรกของ “public health” [สาธารณสุข] จะที่ทูเลนทั้งหมดใช้ไหมครับ? อาจารย์คิดว่า ตัวหลักสูตร ส.ม. ที่ได้ทำคล้ายๆ กับว่าเนื่องจากแพทย์เรียนด้านการรักษาเยอะ พอมาเรียนสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต จะได้แนวคิดทางด้านสาธารณสุข แล้วที่นี้ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2500 มันคงสะสมเชิงปริมาณไว้พอสมควร เป็นทุนสำหรับการทำงานสาธารณสุขมูลฐานในยุคต่อมา คิดว่าตรงนี้น่าจะมีส่วนที่สำคัญ

44 M.P.H-Master of Public Health คือสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต

45 มหาวิทยาลัยทูเลน (Tulane University) ตั้งอยู่ที่เมืองนิวออร์ลีนส์ รัฐหลุยเซียนา สหรัฐอเมริกา

นพ.อุทัย : ประมาณรุ่นละ 20-30 คน เยอะนะ เพราะว่า เป็น “incentive” และบังคับด้วย ถ้าไม่เข้าหลักสูตรนี้จะไม่ได้ออนามัยจังหวัด ไม่ได้ 2 ชั้น ไม่ได้เป็นอนามัยจังหวัด นอกนั้นก็คงจะเป็นเรื่องของการแก้ไขปัญหาเรื่องการขาดแคลนพยาบาล ซึ่งมีหลักสูตรเวชปฏิบัติขึ้นมา โดยคณะสาธารณสุขศาสตร์ก็ช่วยเรา สถาบันพระบรมราชชนก ตอนหลังสภาการพยาบาลกับวิทยาลัยพยาบาลของเราด้วย ก็สนับสนุนเรื่องนี้ ตอนนี้นำทำรุ่นโรงพยาบาลชุมชน โดยเฉพาะอย่างยิ่งแก้ปัญหาโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชที่ขาดแคลนมาก ในช่วงประมาณ พ.ศ. 2520-2524 ตอนนั้นเร่งผลิตมาก ๆ

ในขณะที่เดียวกันในด้านการสาธารณสุขในเขตเมือง เราก็สนใจมาก อาจารย์หมอแจ็ก⁴⁶ อนามัยจังหวัดโคราช ได้รับการเชิญไปเป็น ตอนนั้นเข้าใจว่าเป็นผู้อำนวยการกองก่อน ไม่มีสำนักอนามัย เข้าใจว่าเป็นผู้อำนวยการกองสาธารณสุขของ กทม. ก็ไปจุดประกายที่นั่น ทำให้เกิดผลพวงในระยะหลังนี้ เราก็เห็นว่าในส่วนภูมิภาคนี้ “health indicator” [ดัชนีชี้วัดสุขภาพอนามัย] ต่างๆ มันดีขึ้นเยอะ แต่ว่าหันมาดูตัวเลขใน กทม. เนี่ยมันแย่ “EPI Coverage”⁴⁷ อะไรต่ออะไรก็แย่มาก เรื่องการกระจายของศูนย์บริการสาธารณสุขก็แย่ โดยเฉพาะอย่างยิ่งเมื่อมองไปดูที่ตัวเทศบาลต่างจังหวัด อันนี้เรียกว่าขาดมากเลย แต่ว่าเราอนามัยจังหวัดในขณะนั้นก็ไม่ได้ควบคุมโดยตรง บางแห่งเทศบาลก็จ้าง ให้เงินเดือน 1,000 บาทต่อเดือน แล้วไปเป็นหมอเทศบาล เป็นเพียงตรวจสุขภาพคนงานให้เทศบาลเท่านั้นส่วนใหญ่ เพราะหูกยาอะไรไม่มีเลย กับไปเป็นหมอเรือนจำเท่านั้นเอง

นพ.โกมาตร : แต่ในตัวเขตเมืองจะมีโรงพยาบาลจังหวัดอยู่แล้วใช่ใหมอาจารย์?

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

นพ.โกมาตร : จะน้อยเนื่องจากไปอยู่ในพื้นที่ของเทศบาล

นพ.อุทัย : ใช่ ในขณะที่นั้นโรงพยาบาลศูนย์โรงพยาบาลทั่วไปก็ไม่ดูแลพื้นที่ ไม่ดูแลโพรมีทีฟ-ฟรีเวนท์ฟของเทศบาล เพราะฉะนั้นทางเราในขณะนั้นโดยกองสาธารณสุขภูมิภาคก็จับมือกับกองราชการท้องถิ่นของกรมการปกครอง กับ กทม. ดึง กทม. เข้ามาช่วยด้วย ผลิตพนักงานอนามัยกับผดุงครรภ์ให้กับทางเทศบาล โดยคณะสาธารณสุขศาสตร์ [มหาวิทยาลัย] มหิดล เป็นผู้คิดหลักสูตรให้ และเป็นผู้ผลิตให้เรา แต่ส่วนใหญ่จะเน้นทางด้านพนักงานอนามัย เพราะทางเทศบาลเขาจะดูแลทางด้าน “sanitation” [สุขาภิบาล] อะไรต่ออะไรต่างๆ ความต้องการเขาไปทางนั้น ยกเว้นบางเทศบาลที่มีศูนย์สาธารณสุขอยู่ และมีความจำเป็นที่จะต้องมีพยาบาลกับผดุงครรภ์ก็ให้เราช่วยผลิตให้ นี่ก็เป็นอีกอันหนึ่งที่เป็นความพยายามที่จะดูพื้นที่ประเทศไทยทุกแห่ง ในขณะนั้นมันย้อนยุคสมัยอาจารย์แล้วไง สปสช. [สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ] กับกระทรวงสาธารณสุขขณะนั้นต้องมาดูเรื่อง “primary care” [สาธารณสุขมูลฐาน] ในเทศบาลด้วย

นพ.สมศักดิ์ ชุณหรัศมิ์ : อยากถามเรื่องช่วงที่เราเปลี่ยนสถานีอนามัยชั้น 1 เป็น โรงพยาบาล

46 นายแพทย์แจ็ก ธนะศิริ เป็นนายแพทย์อนามัยจังหวัดนครราชสีมา ระหว่าง พ.ศ. 2497-2506 เป็นผู้อำนวยการสำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร และเป็นรองปลัดกรุงเทพมหานคร ระหว่าง พ.ศ. 2524-2529

47 Expanded Programme on Immunization Coverage คือ อัตราการให้บริการฉีดวัคซีนสร้างภูมิคุ้มกัน

อำเภอ จริงๆ แล้วมันเกิดจากอะไร เป็นการเมือง หรือฝั่งเราอย่างไร หรือเราคิดอย่างไร เพราะตอนนั้นพวกผมเข้ามาใหม่ๆ ก็มีแต่คำพูด “sarcastic” [เยาะเย้ยถากถาง] เช่นพี่วิชัย⁴⁸บอกว่าเปลี่ยนแต่ป้ายอะไรอย่างนั้น จริงๆ แล้วตอนนั้นมันเป็นเรื่องของกระทรวงวางแผนไว้ คิดวิเคราะห์ไว้ หรือการเมืองเข้ามาสั่งเปลี่ยน

นพ.ไพโรจน์ : เป็นความคิดของกระทรวงสาธารณสุขแหละครับ ขณะนั้นเรามองการรักษา กับการป้องกันก็ไปจากกันเลย เพราะฉะนั้นมันไม่ควร มันควรกลมกลืนกัน คนที่รักษาก็ควรต้องป้องกันด้วย ต้องรู้กันด้วย เพราะฉะนั้นเราถึงจะมาคิดว่าที่ทำในเขตเทศบาลมันควรจะมีอะไร สองอันนี้มันฉีกกันหรือเปล่า เพราะฉะนั้นเราควรมาประสานกัน ก่อนนั้นเรื่องการรักษาให้ กรมการแพทย์ตลอด การป้องกันให้กรมอนามัยตลอด ตอนหลังบอกว่าไม่ได้แล้ว ถ้ากรมอนามัยควบคุมหรือดูแลพื้นที่ไหนที่มันกว้างขวางก็เอาการรักษาพยาบาลเข้าไปใส่ด้วย เพื่อให้เป็นไปตามที่เราต้องการ ให้มีทั้งคู่ มีเขื่อนั้นมันล่อย อันนี้เฉพาะเรื่องป้องกันเท่านั้น อันนี้เฉพาะรักษาเท่านั้น ถ้าด้านกรมการแพทย์ต้องมีหน่วยงานย่อยก็ต้องมีเหมือนกัน เพราะฉะนั้นมันถึงได้อินทิเกรต[บูรณาการ]ซึ่งกันและกัน ทำให้ดีขึ้นได้ สมัยก่อนกรมการแพทย์กับกรมอนามัย เหมือนที่เราทราบ กิจกรรมมันแยกจากกัน ตอนหลังก็ร่วมกัน

นพ.สมศักดิ์ : เท่าที่ผมทราบในประวัติศาสตร์ มุมมองผมสมัยเป็นนักเรียนแพทย์ก็คือว่า ตอนเป็นนักเรียนแพทย์ยังไม่มีโรงพยาบาลอำเภอ ก่อนใกล้ๆ จะจบถึงจะมีโรงพยาบาลอำเภอ เท่าที่รัฐบาลศึกษาศึกษาเป็นคนสั่งเปลี่ยน ตอนนั้นได้อ่านบทความของพี่วิชัยว่าเปลี่ยนแต่ป้ายไม่เห็นมีอะไรเปลี่ยนเลย ผมทำงานใหม่ๆ ใน พ.ศ. 2521

มันก็ยังเพิ่งเริ่มได้ 3 ปีเอง [เพราะ]รัฐบาลศึกษาศึกษา ในปี พ.ศ. 2518 ออกมาไปใหม่ๆ ก็เข้ารูปตัวที่เหมือนพี่สุรเกียรติเล่า ตอนนั้นก็ได้งบแล้ว ตอนนั้นอยู่อำเภอท่าตูม จังหวัดสุรินทร์ งบก็มีอยู่นิดเดียว ที่นี้ก็มีคนพูดอยู่เรื่อยๆ ว่าเรื่องนี้เป็นเรื่องการเมือง แต่ผมก็รู้สึกตลอดเวลามันก้าวหน้าเร็วมาก ถ้าการเมืองมันก็คงสั่งแล้วทิ้ง แล้วศึกษาศึกษาแล้วก็ไป ก็คงไม่มีอะไร แล้วเอ...ข้างหลังมันเป็นอย่างไร

นพ.ไพโรจน์ : ก็เรามาที่นี่ ก่อนหน้านี้เรามีสถานอนามัย อำเภอมีสถานอนามัยทั้งนั้น ไม่มีโรงพยาบาล ตอนหลังถึงบอกว่าไม่ได้หรือต้องดูพื้นที่ จะต้องทำยังไง อันนี้ควรจะเป็นโรงพยาบาล อันนี้ควรเป็นสถานอนามัยเท่านั้น

นพ.โกมาตร : แต่เราก็ปรับเป็นสถานอนามัยชั้น 1 ก่อนหรือครับ?

นพ.ไพโรจน์ : ชั้นหนึ่งก่อน เป็นศูนย์การแพทย์ และอนามัย ก่อนนี้เป็นอนามัยชั้น 1 ชั้น 2

นพ.โกมาตร : เป็นไงครับพี่สุรเกียรติ?

นพ.สุรเกียรติ : ตอนผมอยู่โกสุมพิสัยเป็นสถานอนามัยชั้น 1 พอตอนมาอยู่บางปะอิน พ.ศ. 2517 เป็นศูนย์การแพทย์และอนามัย แล้วพอ พ.ศ. 2518 ก็เป็นโรงพยาบาลอำเภอ

นพ.โกมาตร : แสดงว่าพี่กินประวัติศาสตร์คนเดียว 3 ยุคเลยนะครับ

นพ.ไพโรจน์ : ตอนนั้นกรมอนามัยเอาสถานอนามัยชั้น 1 แ่่งการรักษาเข้ามานิดหน่อย แต่งบประมาณน้อยมาก เพราะเราใช้เงินจาก USOM

ด้วย เพราะเงิน USOM เป็นรูปหนึ่ง ป้องกันก็ต้อง ป้องกัน รักษาต้องรักษาสัมพันธ์

นพ.โกมาตร : เรียกได้ว่าสถานีอนามัยธรรมดา เมื่อมีแพทย์ไปอยู่ก็จะเป็นสถานีอนามัยชั้น 1 เมื่อเป็นสถานีอนามัยชั้น 1 แล้ว มีความพยายามที่จะ บูรณาการงานด้านการรักษาซึ่งเป็นงานของกรม การแพทย์กับงานด้านการส่งเสริมป้องกันที่เป็น งานของกรมอนามัย ก็เลยเรียกชื่อรวมว่า “ศูนย์ การแพทย์และอนามัย” เพื่อจะได้ไม่ต้องเกี่ย กันว่าจะตั้งชื่อว่าอะไร แล้วทำไมไม่เรียกว่าโรง พยาบาลชะเลยครับอาจารย์?

นพ.ไพโรจน์ : ต้องท่านผู้ใหญ่ ต้องเรื่องของท่าน อธิบัติ ตอนนั้นผมเป็นรองอธิบดีเท่านั้นเพราะว่า มันไม่พอ ทางฝ่ายรัฐบาลเขามองด้วยว่าควรจะ ต้องแยกกัน ทางนี้อยู่ดี ๆ แล้วจะทำอะไรสองอัน เราก็ต้องเถียงเขาว่าแพทย์คนหนึ่งไม่ใช่รักษา เท่านั้นมีความรู้ป้องกันด้วย เขาจะเอารักษา ก็ รักษา ป้องกันก็ป้องกัน เขาจะแยกกัน เราไม่เห็น ด้วย เพราะฉะนั้นพอขัดแย้งกัน มันก็มีปัญหา ครั้งแรก ตอนหลังมันก็คลายลงว่า อันนี้เป็น โรงพยาบาลอำเภอละ ไม่ใช่เป็นชั้น 1 คล้ายๆ เช่นนี้

นพ.สมศักดิ์ : เวลาที่เรามีศูนย์การแพทย์และ อนามัย เพื่อจะเอาทั้งการรักษาและการป้องกัน มาไว้ด้วยกัน ที่นี้บุคลากรแยกมาหรือเปล่าครับ?

นพ.ไพโรจน์ : ไม่แยก บุคลากรเป็นของกรม อนามัยหมดเลย แต่อบรมเอา

นพ. โกมาตร : แสดงว่า กรมอนามัยได้รับคน เข้ามาอยู่ในศูนย์การแพทย์โดยมีแพทย์เข้ามาอยู่ ในกรมอนามัยเยอะขึ้นสิครับอาจารย์?

นพ.อุทัย : ขอตอบคำถามคุณหมอสมาศักดิ์นิด หนึ่งครับ ที่จริงมันก็เป็นวิวัฒนาการของการที่ จะให้บริการเรื่องการรักษาพยาบาลและบริการ สาธารณสุขให้ลงไปใกล้ประชาชน ผู้ใหญ่ของเรา มีวิสัยทัศน์กว้างไกล ในขณะที่นั้นก็อาจารย์หมอ อุดม⁴⁹เป็นรัฐมนตรี อาจารย์เสมเป็นรัฐมนตรีช่วย อาจารย์หมोजิตร⁵⁰ ท่านอาจารย์สมบูรณ⁵¹ พวก นี้อาจารย์ผู้ใหญ่ ก็มีความคิดว่าน่าจะต้องขยาย บริการโรงพยาบาลไปในระดับอำเภอ⁵² เราเห็น ตรงนี้อยู่แล้ว แต่มันยังไม่พร้อม เมื่อมีรัฐบาล ชุดใหม่เกิดขึ้น มีท่านคึกฤทธิ์เป็นนายก เขาก็จับ ความได้จากผู้ใหญ่พวกเราเนียแหละ ถ้าอย่าง นั้นเอาอย่างนี้ ตุมเลย ประกาศเป็นนโยบายเลย

49 ศาสตราจารย์ นายแพทย์ อุดม โปะะภทขณะ ดำรงตำแหน่งเป็นรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข ในระหว่างวันที่ 16 ตุลาคม พ.ศ. 2516-2522 พฤษภาคม พ.ศ. 2517 และตั้งแต่วันที่ 30 พฤษภาคม พ.ศ. 2517-2521 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2518

50 หมายถึงศาสตราจารย์ นายแพทย์จิตร สิทธิอมร เป็นคนบังคับคนแรกของวิทยาลัยการสาธารณสุข เคยดำรงตำแหน่งหัวหน้าสาขาวิชาระบาดวิทยาภาค วิชาอายุรศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ และผู้อำนวยการสถาบันวิจัยวิทยาศาสตร์การแพทย์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

51 นายแพทย์สมบูรณ วัชรโรทัย

52 หลังจากมีการจัดตั้งโรงพยาบาลขึ้นจนครบทุกจังหวัดในช่วง พ.ศ. 2494-2500 (คือสามารถจัดตั้งโรงพยาบาลจนครบทุกจังหวัดจำนวน 77 แห่งใน 72 จังหวัดภายใต้ความช่วยเหลือขององค์การให้ความช่วยเหลือของรัฐบาลสหรัฐอเมริกา หรือ USOM) แล้ว ต่อมาก็มีความพยายามที่จะให้มีการจัดตั้งโรงพยาบาลประจำอำเภอให้มีครบในทุกอำเภอ โดยโรงพยาบาลประจำอำเภอมีพัฒนาการมาจากสุศาลาที่ไม่ได้รับการยกระดับขึ้นเป็นโรงพยาบาลที่ได้รับการพัฒนาขึ้นเป็นสถานีอนามัยชั้นหนึ่งในช่วงปี พ.ศ. 2497, เป็นศูนย์การแพทย์อนามัยชนบทปี พ.ศ. 2515, เป็นศูนย์การแพทย์และอนามัยปี พ.ศ. 2517, และยกระดับขึ้นเป็นโรงพยาบาลประจำอำเภอในที่สุด โดยตั้งแต่ปี พ.ศ. 2518 เป็นต้นมา เมื่อกระทรวงสาธารณสุข ได้มีนโยบายอย่างชัดเจนที่จะพัฒนาระบบสาธารณสุขให้มีประสิทธิภาพครอบคลุมทุกอำเภอทั่วประเทศโดยได้รับเงินกู้จากธนาคารโลกร่วมกับเงินบริจาคของประชาชนเพื่อสร้างโรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธ) อันนำไปสู่การขยายตัวอย่างรวดเร็วของโรงพยาบาลประจำอำเภอ ซึ่งเป็นโรงพยาบาลขนาดเล็กประมาณ 10-25 เตียง ทำให้เกิดการจัดตั้งโรงพยาบาลประจำอำเภอจำนวน 317 แห่ง (จากจำนวนอำเภอทั้งหมด 532 อำเภอ) ในช่วงต้นทศวรรษ 2520 เฉพาะในช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 5 (2525-2529) นั้นมีโรงพยาบาลประจำอำเภอเพิ่มขึ้นถึง 229 แห่ง และเมื่อสิ้นสุดปี พ.ศ. 2529 แล้วมีอำเภอและกิ่งอำเภอที่มีโรงพยาบาลประจำกิ่ง 616 แห่ง โดยยังคงเหลืออำเภอและกิ่งอำเภอที่ยังไม่มีโรงพยาบาลประเภทใดในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขอยู่เลยเพียง 52 แห่งเท่านั้น, กรรณาดู สันติ ตั้งรัพีพากร, **เศรษฐศาสตร์การเมืองของการปฏิวัตินาครอบคัวในประเทศไทย** (กรุงเทพฯ: ศูนย์วิจัยและผลิตตำรา มหาวิทยาลัยเอกริก, 2542), 61; ทวีทอง หงษ์วิวัฒน์ และคณะ, “โรงพยาบาลอำเภอในประเทศไทย: การศึกษาเชิงนโยบาย” (เอกสารนโยบายสาธารณสุข ศูนย์ศึกษานโยบายสาธารณสุข มหาวิทยาลัยมหิดล, 2525),

จะให้ให้มีโรงพยาบาลทุกอำเภอ แล้วคนยากจนก็ให้รักษาฟรี คนจนขึ้นรถฟรี มันออกมาอย่างนั้นเลยพอดี “เงินผัน” ด้วย⁵³ พอดีผมเกี่ยวข้องโดยตรงเลย เพราะเป็นผู้รับนโยบาย อยู่กระทรวงพอดี เข้าไปปีแรกเลยและจับนโยบายนี้เลย วิธีทำก็จำเป็นว่านโยบายเป็นอย่างไร วิธีปฏิบัติก็คือยกของเดิมที่มีอยู่ขึ้นเป็นโรงพยาบาลอำเภอ ตอนแรกเรียกว่า โรงพยาบาลอำเภอก่อน ยกศูนย์การแพทย์และอนามัยขึ้นเป็นโรงพยาบาลอำเภอ ต่อมาอีก 2 ปี ถึงเปลี่ยนเป็นโรงพยาบาลชุมชน เพื่อให้ “concept” [แนวคิด] มันลงไปถึงเรื่องส่งเสริมป้องกันด้วย

นพ.โกมาตร : ฉะนั้น ยุคแรกๆ ที่เริ่มพัฒนา งบประมาณยังไม่ค่อยมี ก็เป็นอย่างไรบ้างจริงสิครับ ก็แค่เปลี่ยนป้ายก็พอแล้ว

นพ.อุทัย : แต่ที่นี้เราก็มีหลักเหมือนกัน หลักก็คือว่า เราสร้างหลักเกณฑ์ขึ้น หลักเกณฑ์ในการยกฐานะยกระดับศูนย์การแพทย์และอนามัยเป็นโรงพยาบาล ก็มีเช่น ต้องมีแพทย์อยู่ประจำ ต้องเป็นชุมชนขนาดใหญ่ ต้องอยู่ไกลไม่ใช่อยู่ใกล้จังหวัดอะไรพวกนี้ เราก็มีหลักเกณฑ์อยู่ รุ่นแรกก็พวกนั้นไปก่อน ต่อๆ มาก็ค่อยทยอยๆ ตอนหลังก็ยกหมดทั้ง 157 แห่ง พอสร้างใหม่ อำเภอไหนจะสร้างใหม่ก็ขึ้นงบประมาณเต็มรูปแบบไปจาก 10 เตียง ก็ขึ้นเป็น 30, 60, 90, 120 ไป ซึ่งก็เป็นวิวัฒนาการในขณะเดียวกัน มันก็จะเหมือนกับที่พวกเรากำลังคิดอยู่ ณ ขณะนี้ ซึ่งที่จริงคิดมาก่อนแล้วสมัยที่

เป็นปลัดและท่านเทอดพงษ์⁵⁴ เป็นรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข ท่านขยายแพทย์ไปยังตำบลเป็นโรงพยาบาลสาขา คิดในตอนนั้น แล้วต่อมาก็มาต่อยอดโดยระบบ สปสช. [สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ] เป็นศูนย์การแพทย์ชุมชน หรือ CMU [Community Medical Unit]⁵⁵ อย่างนี้เป็นต้น เพราะฉะนั้นถ้าจะพูดไปแล้ว ณ ขณะนี้มันน่าจะประกาศในระยะต่อไป จะเมื่อไหร่ไม่รู้ว่าน่าจะมีศูนย์การแพทย์ชุมชนหรือโรงพยาบาลชุมชนในทุกตำบลใหญ่ทุกตำบลในอนาคต มันจะต้องเป็นไปอย่างนั้น มันดิ่งไม่อยู่ มันจะต้องไปอย่างนั้น เมื่อมีโรงพยาบาลประจำจังหวัดแล้วต่อไปก็ต้องไปอำเภอ เมื่อมีอำเภอแล้วต่อไปก็ต้องไปตำบล เพราะคนมันมากขึ้น ความต้องการมากขึ้น

นพ.โกมาตร : บางทีชาวบ้านที่ตำบลน่าจะมึนสิทธ์ที่จะได้ตรวจกับแพทย์อยู่แล้วนะครับ ถ้าเขาเจ็บป่วยไม่ต้องเดินทางไกล ถ้าได้อย่างนั้นมันก็ดีขึ้น พี่สมศักดิ์ก็ไปอยู่หลังจากช่วงที่สุรเกียรติ์ไปอยู่ล่วงหน้าก่อนแล้ว สมัยที่พี่ไปทำตุ้ม พ.ศ. 2521 เป็นไงครับที่ทำตุ้ม? ความจริงเป็นบ้านเกิดผม ผมเกิดที่อุบลฯ แต่ว่ามาโตที่จังหวัดสุรินทร์ อำเภอเมือง สมัยนั้นทำตุ้มก็ใช้ได้เหมือนกัน เพราะมีกลุ่มชาวเขมรกับชาวส่วยอยู่ เห็นว่าพี่เป็นนักเรียนเกียรตินิยมหรือได้ทุนเล่าเรียนหลวงแล้วทำไมไม่เอา? ทำไมถึงได้ไปอยู่บ้านนอก แทนที่ไปเรียนเมืองนอก? อะไรอย่างนี้ คนสมัยนั้นเขาคิดอย่างนั้น หรือว่าพี่อาจจะผิดปกติ?

น. 4-5; ทวีทอง หงษ์วิวัฒน์ และคณะ, “โครงการสาธารณสุขมูลฐาน” (โครงการศึกษาเพื่อจัดเตรียมโครงการสำหรับแผนพัฒนาชนบทยากจน ดำเนินการโดยสมาคมนักวิจัยมหาวิทยาลัยไทย, เสนอต่อสำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, 2524), 46; และดู รายงานผลการวิจัยเอกสารเรื่องการประเมินความก้าวหน้าในทศวรรษแรกแห่งการสาธารณสุขมูลฐานในประเทศไทย (พ.ศ. 2521-2530) (สำนักงานคณะกรรมการสาธารณสุขมูลฐาน, 2532), 17-22.

53 หม่อมราชวงศ์คึกฤทธิ์ ปราโมช เป็นรัฐบาลในระหว่างเดือนมีนาคม พ.ศ. 2518 ถึงเดือนมกราคม พ.ศ. 2519 ออกนโยบาย “เงินผัน” หรือการผันเงินงบประมาณจากส่วนกลางลงไปในพื้นที่โดยตรง เพื่อสร้างสาธารณูปโภค และพัฒนาชนบทในด้านต่างๆ

54 นายเทอดพงษ์ ไชยนันทน์ ดำรงตำแหน่งระหว่างวันที่ 5 สิงหาคม พ.ศ. 2529 ถึงวันที่ 3 สิงหาคม พ.ศ. 2531

55 ศูนย์การแพทย์ชุมชนเป็นการยกระดับสถานีอนามัย ให้เป็นศูนย์การแพทย์ชุมชน โดยให้มีแพทย์ดูแลประจำ 1 คน พยาบาลวิชาชีพ 3-5 คน รวมทั้งทันตแพทย์พร้อมอุปกรณ์

นพ. สมศักดิ์ : อาจารย์บอกว่าตอนนั้นได้ทุน 250 บาท พ.ศ. 2500 ผมได้ทุนเล่าเรียนหลวง ปี 2513 ได้เดือนละ 1,000 บาท จากทุนเล่าเรียนหลวง เงินหมื่นหนึ่งก็ไม่ได้จ่าย ผมเล่าสั้นๆ เป็น 3 ส่วนเร็วๆ แล้วกันนะครับ

ผมเข้าใจว่าความเป็นนักศึกษาแพทย์สมัยนั้นของพวกเขาผมมันเปลี่ยนไปเยอะ อย่างตัวผมเป็นตัวอย่าง ผมไม่เคยคิดที่จะไปอยู่บ้านนอก ตอนเรียนหมอนั้นรู้แล้วว่าเป็นรุ่นแรกที่ถูกบังคับให้ทุน 100 เปอร์เซนต์ ตอนได้ทุนเขาบอกว่าเขาจะจ่ายค่าเล่าเรียนให้ แต่ผมไม่ต้องจ่ายเพราะรัฐบาลไม่รับ ก็รู้แล้วว่ามันไม่มีประโยชน์ ได้ทุนก็เหมือนไม่ได้ทุน แต่ก็บอกตัวเองว่าเลือกจะเรียนรามา เพราะรามามันมาจากอเมริกัน ยังไงๆ ความรู้เราก็คือมาตรฐานสากล ไม่คิดจะไปต่างจังหวัดหรือครับ พอเข้าไปปีแรกมันเห็นบรรยากาศเลยครับ ตอนนั้นปี พ.ศ. 2513 บรรยากาศในมหาวิทยาลัยมันบอกให้นักศึกษารับผิดชอบต่อสังคมเยอะมาก ช่วงนั้น เพราะฉะนั้นผมเข้าใจว่ารุ่นพวกผมคงมีเหตุปัจจัยหลายๆ อย่างรวมกัน ฉะนั้นระหว่างเรียนก็ต้องอยากจะทำบ้านนอกเป็นอย่างไร

ประเด็นที่ 2 ก็คือความที่มันมีความตื่นตัวมาก มันก็จะมีการคุยกันเยอะ ไปบ้านนอกไปทำอะไร ไปทำที่ไหน ยังไง ก็จะเริ่มรู้จักพวกนี้ สถาบันอนามัยชั้น 1 ศูนย์การแพทย์อนามัย มีฟิสิกส์เชษฐี นาคเสนา⁵⁶ เขียนบทความว่ากระทรวงบ้าง มีฟิสิกส์วิจัยบ้าง อะไรอย่างนี้

นพ. บรรลุ : คุณหมอสมศักดิ์ เกิดที่ไหน?

นพ. สมศักดิ์ : เกิดที่กรุงเทพฯ โตที่กรุงเทพฯ ไปบ้านนอกก็ไปเที่ยวเฉยๆ ไม่ได้ไปอยู่

นพ. โกมาตร : อยู่ไม่ไกลจากรองเมืองของพ่อเสมอเท่าไรครับ

นพ. สมศักดิ์ : อยู่หัวลำโพงครับอาจารย์ เกิดหัวลำโพง ที่ผมจะเล่าก็คือว่า จริงๆ แล้ว พอจบแล้วเราก็จะคิดคล้ายๆ กันคือไปอยู่บ้านนอก แต่ผมจะพิเศษหน่อย ตอนผมเป็นนักเรียนแพทย์ ผมจะทำกิจกรรมด้วย แล้วผมก็ตระกะกำล่าปากพอสมควร ไปเป็นนายกสโมสรนักศึกษาธรรมารามธิบดีปีสุดท้าย พ.ศ. 2520 ปี พ.ศ. 2519 เกิดเรื่อง มันก็วุ่นวายนิดหน่อย⁵⁷ ผมอินเทิร์น พ.ศ. 2520 เพราะฉะนั้นตอนนั้นก็ชัดละว่าต้องไปบ้านนอกแน่ๆ

ที่นี้ไปอยู่บ้านนอก ผมเข้าใจว่าสมัยนั้นก็ต้องแล้วแต่นักเรียนนะ แต่ว่าโรงพยาบาลอำเภอมีตำแหน่งผู้อำนวยการเยอะ เราก็อยากเป็นผู้อำนวยการโรงพยาบาลอำเภอ ผมเข้าใจว่าผมจะโชคดีมากที่สุดที่ได้ไปอยู่โรงพยาบาลอำเภอ เพราะไปถึงโรงพยาบาลก็แยๆ อย่างที่ว่า แต่ผมได้พบอย่างหนึ่งผมว่าระบบ “support” [สนับสนุน] ของกระทรวงดีมาก ดีมากคือถ้าหมอมไม่ปล่อยปละละเลย มากระทรวงแล้วผู้ใหญ่ไม่เคยทิ้ง อันนี้เรื่องจริงเลยนะ ผมจำได้ว่าผมจะเปิด “OR” [Operating Room]⁵⁸ จะเปิด “OR” ได้อย่างไร มันไม่มีเครื่องมือ จะซื้อเครื่องมือก็ไม่มีเงินจะซื้อ ก็มีคนบอกว่าคุณหมอ ไม่เห็นอยากเลย ก็ขี้อวดไปที่กระทรวงสาธารณสุข ไปที่กองสาธารณสุข ภูมิภาค ไปขอเครื่องมือทำหมัน เขาก็บอกว่าเครื่องมือทำหมันไม่มี มันอยู่กรมอนามัย ก็มีคน

56 นายแพทย์พิเศษภู นาคเสนา รู้จักกันในชื่อ “หมอเมืองพร้าว” จากงานเขียนเรื่อง “จดหมายจากหมอเมืองพร้าว”

57 หมายถึงความวุ่นวายที่เกี่ยวข้องกับ เหตุการณ์ 6 ตุลาคม 2519 ดูรายละเอียดเกี่ยวกับเรื่องนี้ในหนังสือ จาก 14 ถึง 6 ตุลาคม, บรรณาธิการ โดย ชาลววิทย์ เกษตรศิริและอรรถศักดิ์ เพชรเลิศอนันต์ (กรุงเทพฯ:มูลนิธิโครงการตำราสังคมศาสตร์และ มนุษยศาสตร์, 2541); 20 ปี 6 ตุลาคม (กรุงเทพฯ: คณะกรรมการดำเนินการจัดงาน 20 ปี 6 ตุลาคม มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, 2539) และ <http://www.2519.net>

58 OR-operating room ห้องผ่าตัด

บอกให้ผมไปกองอนามัยครอบครัว ก็ได้เครื่องมือ ทำหมันมา เข้ามาถึงกองอนามัยครอบครัว เขาให้ผมไป 3 ดั่งเลย 3 ถาด มันเป็นถาดและเครื่องมือพร้อม ห่อผ้าอย่างดี มีเครื่องมือพร้อมห่อผ้าอย่างดี แล้วเปิดโอ.อาร์.ได้เลย

ไปสักพักรถจี๊ปผมคว่ำ เพราะรถจี๊ปเก่าที่พี่สุรเกียรติว่า ก่อนคว่ำมันเกียร์หลุดซะก่อน เราไม่รู้ว่ามันเป็นไฟรวิลิง ผมมา ก.พ. มาหาพี่อรุณ [อรุณ บุญมาก] แกบอกว่า อ้าวคุณหมอยู่ที่ไหน โรงพยาบาลจะไ้ตั้งบสร้างตึกใหม่ซะ ไม่มีรถเหอ เดี่ยวเอารถกระบะไปให้ ผมก็ได้รถกระบะก่อนได้ตึกอีก

นพ.โกมาตร : นี่ก็อิทธิพลของพี่พลุทรัพย์ครับ

นพ.สมศักดิ์ : ลูกน้องผมอยากเรียนพยาบาล เวชปฏิบัติ เพิ่งจบใช้ทุนปีแรก แต่ใ้มันมันเก่งมากเลย ผมก็มาทำงาน ผมก็บอกมากระทรวงสิ มาหาอาจารย์ไฟโรจน์ อาจารย์ก็ว่า แกมาจากไหน เนี่ย พอลถามไปถามมาก็คือว่าอยู่บ้านนอก อาจารย์ไฟโรจน์ก็อนุญาติให้เป็นกรณีพิเศษ ผมนี่อยู่ตลอดเวลาว่ากระทรวงสุขภาพที่ดี นี่เป็นประเด็นที่ 2 ประเด็นที่ 3 ผมเข้าใจว่าโดยโครงสร้าง เรามีเงินบำรุงและงบประมาณมากขึ้นเรื่อยๆ มันก็เห็นชัดแล้วว่ากระทรวงสาธารณสุขก็มีข้อดีนะ คือกระทรวงก็ปล่อยให้เรา “innovate” [คิดเรื่องใหม่] ให้ “initiate” [ริเริ่ม] ได้เยอะมาก

ผมอยากรู้มากเลยนะ เทียบหน้าผมอาจจะทำความสำเร็จเรื่องเงินบำรุงทุน ผมคิดว่า

ประวัติศาสตร์เรื่องเงินบำรุงมีความสำคัญมาก มันมี “up and down” [ลุ่มๆ ดอนๆ] อยู่หลายตอน และผมรู้สึกอยู่หลายตอนเพราะเป็นเงินบำรุง และอาจจะเป็นเพราะผู้ใหญ่ในกระทรวงอาจมีนโยบายอะไรบางอย่าง คือมันมีคำถามอยู่เรื่อยๆ ว่าทำไมกระทรวงสาธารณสุขกับกระทรวงศึกษาธิการไม่เหมือนกัน ผมก็ตอบว่ามี 2 อย่างมั้ง อย่างที่หนึ่งคือ ระบบงบประมาณเงินบำรุง อย่างที่สอง คือ ความสนิทชิดเชื้อของผู้ใหญ่กับคนข้างนอก เรามีความรู้สึกตลอดเวลาว่า สักเดี๋ยวก็นักไปเยี่ยม เดี๋ยวก็นักไปตาม เดี๋ยวก็นักเรียกมาอบรม อบรมพวกในโรงพยาบาล อำเภอ ชัดเจนมาก ทำให้ผมเข้าใจว่าพวกนี้ทำให้เราอยู่บ้านนอกพัฒนาไปได้ เดี๋ยวก็นักเรื่อง “referral network” [โครงข่ายช่วยเหลือ] อะไรอย่างนี้นะ เวิร์คบ้างไม่เวิร์คบ้าง ผมก็คิดว่าเป็นความพยายามที่จะพัฒนาระบบที่ต่อเนื่องของกระทรวงสาธารณสุข ไม่ได้ปล่อยให้เด็กต่างคนต่างทำ แล้วเวลาทำที่บ้านนอกเขาจะรู้ เพราะมีบางตอนในชีวิตผมตอนอยู่บ้านนอกคือตอนที่ เป็นแพทย์ชนบท ที่คิดว่าน่าเล่าน่าศึกษาเหมือนกัน มันเป็นตัวทำให้ผมเองได้มีโอกาสเรียนรู้เยอะมากเลย

ขอเล่าสั้นๆ ก็แล้วกัน คืออย่างเงี๊ย ตอนผมอยู่บ้านนอก ผมอยู่ท่าตม ถ้าอาจารย์จำได้ตอนนั้นพลเอกอาทิตย์ กำลังเอก ออกมาขัดพลเอกเปรม⁵⁹ ผมจำไม่ได้ว่าปีไหนแน่ ตอนนั้นลดค่าเงินบาทหรืออะไร ถ้าจำไม่ผิด ตอนนั้นผมอยู่บ้านนอก ที่เล่าเพราะผมรู้สึกว่ารัฐบาลเปรมส่งเสริมการพัฒนาชนบทดีมาก เราอยู่บ้านนอกเราไม่

59 หมายถึงตอนที่รัฐบาล พล.อ.เปรม ติณสูลานนท์ ประกาศลดค่าเงินบาทเมื่อ พ.ศ. 2527 เนื่องจากประเทศไทยกำลังเผชิญปัญหาเศรษฐกิจอันเป็นผลกระทบจากการที่สหรัฐฯ ประกาศขึ้นค่าเงินดอลลาร์ ทำให้ค่าเงินบาทของไทยที่ผูกติดกับดอลลาร์สูงขึ้นไปด้วย ทำให้การส่งออกสินค้าของไทยประสบปัญหา ในที่สุด พล.อ.เปรม ติณสูลานนท์ ก็ประกาศลดค่าเงินบาทลง จาก 23 บาทเป็น 27 บาทต่อดอลลาร์สหรัฐฯ เมื่อวันที่ 2 พฤศจิกายน 2527 โดยแถลงเหตุผลต่อประชาชนว่าเพื่อส่งเสริมการส่งออก พล.อ.อาทิตย์ กำลังเอก ซึ่งในขณะนั้นดำรงตำแหน่งผู้บัญชาการทหารบกและมีการกิจอยู่ที่รัฐสภาฯ ไม่เห็นด้วย จึงยกเลิกภารกิจและบินกลับประเทศไทย เมื่อไปตั้งหลักอยู่ที่กองทัพภาคที่ 2 แล้วก็ร่วมกับคณะทหารจำนวนหนึ่ง คือ พล.อ.ปฐม เสริมสิน (เสนาธิการทหาร) พล.อ.เทียนชัย สิริสัมพันธ์ (รองผู้บัญชาการทหารบก) พล.อ.บรรจบ บุณนาท (เสนาธิการทหารบก) พล.ร.อ.นิพนธ์ ศิริธร (ผู้บัญชาการทหารเรือ) พล.อ.อ.ประพันธ์ ฐปะเดมิย์ (ผู้บัญชาการทหารอากาศ) ทำหนังสือด่วนที่สุดถึงนายกรัฐมนตรีเมื่อวันที่ 6 พฤศจิกายน

ต้องกลัว คือ ผมกับสงวน⁶⁰จะต่างกันนะ ต้องให้สงวนมาแล้ว สงวนแล้วได้ เธออยู่ท่าตม เราไม่รู้สักอันตรายเลยนะ สงวนอยู่ราชสีห์ ไสล โดนคนเข้าไปนั่งไล่บี๊ว่าเป็นคอมมิวนิสต์ตลอดเวลา แล้วผมก็งงๆ นิดหน่อยตอนนั้น

นพ.โกมาตร : แต่ว่าท่าตมกับศรีสะเกษนั้น สายจัดตั้งมันแตกต่างกันนะครับ คือ ผังสุรินทร์ เขมรสายจัดตั้งของ พคท. มันไม่แข็งแรงเท่าศรีสะเกษ

นพ.สมศักดิ์ : เป็นไปได้ แต่ผมมีความรู้สึกว่าคุณอาทิตย์มาออกข่าว ไร่ ถ้ามันเปลี่ยนรัฐบาลผมลาออกเด็ดขาดเลย เพราะผมคงทำงานบ้านนอกไม่สนุกแน่ เพราะผมไม่อยากเป็นหมอบ้านนอก แต่ผมอยากเป็น “neurologist” [แพทย์ที่เชี่ยวชาญเรื่องระบบประสาท] “psychiatrist” [จิตแพทย์] อะไรอย่างนี้ แต่ตอนนั้นมีอย่างหนึ่งที่ทำให้ผมอยากอยู่บ้านนอก คือชมรมแพทย์ชนบท ทำให้ผมรู้สึกว่า เราไม่ได้ทำงานคนเดียว มีพี่ๆหลายคนเขาก็ทำงานเหมือนเรา แล้วเขาก็เจอกันบ่อยๆ ทุกเดือนเลย แล้วสิ่งที่เราคิดสิ่งที่เราทำก็คือนะ เราไม่ได้ “passive” [ตั้งรับ] เราก็มีแรง เราก็มีกลุ่มคนที่พร้อมจะเปลี่ยนแปลงระบบได้ แล้วก็โชคดี พลเอกอาทิตย์เขาก็ไม่ได้ทำอะไรสำเร็จ พุดง่าย ๆ คือบรรยากาศที่ต่อเนื่อง ชมรมก็เจริญเติบโต แล้วผมต้องชมอาจารย์หมอน่วม ตอนนั้นผมยังไม่เจออาจารย์หมอไพโรจน์ตอนบ้านนอกเท่าไร หมอน่วมเป็นคนที่เราเจอบ่อยที่สุดเลย

นพ.โกมาตร : หมอน่วมที่เวลานี้ คือ นายแพทย์น่วม เศรษฐจันทร์

นพ.สมศักดิ์ : ครับหมอน่วม เศรษฐจันทร์ เป็นรองปลัดกระทรวงสมัยนั้น ผมมีความรู้สึกที่อาจารย์หมอน่วมเป็นผู้ใหญ่ คือแกไม่ได้ฟังเราทุกเรื่อง แต่ก็ไม่ได้ว่าเรา เวลาเราทะเลาะกับแกก็ยอมให้เราทะเลาะด้วย แล้วชมรมก็ได้ประโยชน์จากตรงนั้นมาก กระทรวงก็ดึงพวกเรามาทำงาน มันก็ดี พุดง่าย ๆ คือผมคิดว่า ชมรมแพทย์ชนบทสมัยนั้นพยายามมุ่งเป้าพัฒนาโรงพยาบาลอำเภอเยอะมาก และก็มีโอกาสทำงานกับกระทรวงใกล้ชิด คือกระทรวงก็ส่งเสริม พุดง่าย ๆ ส่งเสริมให้ “intellectual capital” [ทุนทางปัญญา] ของโรงพยาบาลอำเภอมันโต ก็มีคู่มือมีอะไรต่อมิอะไรมากมาย ฉะนั้น ผมก็รู้สึกว่าชมรมทำให้ผมได้เรียนรู้เยอะมาก จากการทำงานคนเดียวก็มี “network” [เครือข่าย] ตอนนั้นก็ยังคิดกับตัวเองเล่น ๆ ว่า ถ้าไม่ได้ทำงานที่ชมรมก็จะกลับไปเรียน “specialist” [แพทย์เฉพาะทาง] แต่ก็ไม่ได้อ่านไปเรียนสักที ติดพันมาเรื่อย จนกระทั่งได้ไปเมืองนอกตอนย้ายมาอยู่ที่ประทาย หลังจากอยู่ที่ท่าตม 3 ปีแล้วก็ย้ายมาที่ประทาย

นพ.โกมาตร : พี่ย้ายมาอยู่ที่ประทายต่อจากพี่วีใช้ไหมครับ?

นพ.ไพโรจน์ : เรื่องการรักษา ผมว่าก่อนนี้เราแยกกันมาตลอด ซึ่งคิด เพราะฉะนั้นทำไม่ถึงมารวมเป็นโรงพยาบาล ที่มารวมเป็นโรงพยาบาล [เพราะ]เราต้องการทำรักษาป้องกันและอะไรทุกอย่าง เพราะฉะนั้น สถานีอนามัยชั้น 1 ชั้น 2 มันเล็กแล้ว มันหมดสมัยแล้ว คุณจะป้องกันอยู่อย่างเดียวไม่ได้แล้ว เพราะฉะนั้นเราถึงต้องรวมมาให้

2527 แสดงความเป็นห่วงการลดค่าเงินบาท และแนะนำให้มีการปรับคณะรัฐมนตรี หลังจากนั้นอีกหนึ่งวัน คือ วันที่ 7 พฤศจิกายน พ.ศ. 2527 ก็ให้สัมภาษณ์ออกโทรทัศน์ช่อง 5 กับช่อง 7 วิจารณ์เรื่องการลดค่าเงินบาทอย่างดุเดือด เพราะการลดค่าเงินบาททำให้การใช้จ่ายของกองทัพมีข้อจำกัดมาก รู้สึกเสียใจมากที่รัฐบาลลดค่าเงินบาทจนคิดจะโยกออกจากราชการ เนื่องจากไม่มีความสามารถที่ทานมิให้รัฐบาลลดค่าเงิน จนเป็นเหตุให้ประชาชนกับกองทัพต้องเดือดร้อน ว่ากันว่า จุดเริ่มต้นของความขัดแย้งระหว่าง พ.อ.เปรม กับ พ.อ.อาทิตย์ ในครั้งนั้นทำให้ พ.อ.เปรม มีคำสั่งปลด พ.อ.อาทิตย์ ออกจากตำแหน่งผู้บัญชาการทหารบกในเดือนพฤษภาคม 2529 ดูกองบรรณาธิการมติชน, 289 **ข่าวดัง 3 ทศวรรษหนึ่งสีพิมพ์มติชน** (กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์มติชน, 2549).

60 นายแพทย์สงวน นิตยารัมภ์พงศ์

เป็นโรงพยาบาล อย่างโรงพยาบาลอำเภอ ครั้งแรก
เถียงกันมาเลยว่าเป็นสถานีนามัยอะไรต่ออะไร
ผมบอกมันเรื่องอะไรละ มีโรงพยาบาลจังหวัด
มีโรงพยาบาลอำเภอพอแล้ว ไม่จำเป็นต้องสถานีนามัย
ชั้น 1 ชั้น 2 แต่จะทำอะไรให้คนเข้าใจว่า
หน้าที่คุณไม่ใช่รักษาอย่างเดียว คุณต้องป้องกัน
ด้วย และดูเขาด้วยว่าเขาเป็นอย่างไรบ้าง เราให้
ความรู้ พวกเราให้บริการกับประชาชนหมด ไม่ใช่
ว่ารอจนไม่สบายแล้วมารักษา ไม่ได้ป้องกันอะไร
เลย มีหลายคนเป็นอย่งนั้น คิดว่าไม่ใช่หน้าที่ผม
เพราะอย่างนั้นไม่ได้แล้ว ต่อไปนี้ไม่ได้

นพ.โกมาตร : มีความเห็นต่างอยู่ด้วย แล้วก็
กลายมาเป็น พบส.⁶¹ ในที่สุดตอนหลัง พูดถึง
เรื่องชมรมแพทย์ชนบทที่พี่สมศักดิ์พูดถึง ก่อตัว
ขึ้นมาทางพี่สมศักดิ์ก็รู้สึกว่ในกระทรวงให้การ
สนับสนุนดี แต่ผมคิดว่าประวัติศาสตร์ครั้งนี้คงไม่
สมบูรณ์ถ้าไม่ได้ฟังความเห็นของอาจารย์บรรลู่
ในฐานะผู้ที่เคยพาดพิงกับชมรมมาก่อน อาจารย์
ครับ ตอนนั้นเป็นยังไงบ้างครับบรรยากาศ?

นพ.บรรลู่ : เท่าที่ฟังมาทั้งหมดเนี่ยนะ ผมเพิ่ง
เข้าใจนะว่าผมอยู่นั้นฝ่ายกรรมการแพทย์ แต่ไม่
เป็นไรหรอก สุดท้ายดวงตาเห็นธรรมทั้งหมด ผม
โตมาจากสายกรรมการแพทย์ ที่อยากจะพูดคือ
ที่หมอสมศักดิ์ถามว่าจริงๆ แล้วโรงพยาบาล
ชุมชนมันมาจากไหนนั้น ในใจผม ผมว่าเหตุมัน
มาจากการเมืองจริงๆ เขาสั่งมาเลย ไม่ได้มาจาก
กระทรวงสาธารณสุขไปแหง ไม่ใช่ นี่เป็นอำนาจ
รัฐสั่งมาเลย เหมือนกับ สปสช.⁶² อำนาจรัฐสั่ง

มาเลยให้ทำ สปสช. ผมไม่รู้จะเขาสั่งว่ายังไง แต่
ผมเข้าใจว่า รัฐบาลสั่งมาว่าให้ทำโรงพยาบาล
ชุมชน เพราะว่า [เนื้อความช่วงนี้ไม่มีในบันทึก
เสียง ทำให้เนื้อความไม่ต่อเนื่อง บรรณาธิการ
เก็บความจากหนังสือเรื่อง **ลูกผู้ชายชื่อบรรลู่** ซึ่ง
เขียนโดยสันติสุข ไสภณศิริ มีเนื้อหาทำนองว่า ได้
ความคิดเรื่องโรงพยาบาลชุมชนมาจากอเมริกา
พร้อมกับยกตัวอย่างเมืองอีสตัน ซึ่งชาวเมืองสร้าง
โรงพยาบาลเอง โดยการขอบริจาค เมื่อสร้างโรง
พยาบาลเสร็จก็ประกาศรับหมอ ใครต้องการมา
เป็นแพทย์ก็สามารถมาสมัครได้] หมอตามเมือง
ต่างๆ ต้องการมาอยู่โรงพยาบาลนี้ ก็มาสมัคร
ที่นี้ แล้วก็มีการบริหารงานที่จะจัดเงินเดือนให้
โรงพยาบาลนี้เป็นโรงพยาบาลชุมชน ไม่ใช่โรง
พยาบาลหลวง⁶³

นพ.สมศักดิ์ : สุดท้ายชุมชนก็ดูแลเอง ไม่ได้ให้
รัฐบาลดูแล

นพ.บรรลู่ : ผมเคยถามโรงพยาบาลอีสตันที่
ผมไปอยู่⁶⁴ ผมถามเขาว่า เอาเงินมาจากไหน
เขาก็บอกว่าเอาเงินมาจากประชาชน มี “Blue
Cross,”⁶⁵ “Blue Shield”⁶⁶ ทุกคนเขามี “Blue
Cross” “Blue Shield” ใครเข้ามาก็เบิกเงิน
จาก “Blue Shield” หมอก็เอาไปเบิกจาก “Blue
Cross”⁶⁷ นั่นคือ โรงพยาบาลชุมชน แต่ของเรา
ไม่ใช่โรงพยาบาลชุมชนมันเป็นโรงพยาบาลหลวง
ซึ่งอยู่ระดับอำเภอ ถ้าจะทำโรงพยาบาลตำบลสัก
วันก็ถึง โรงพยาบาลตำบลก็เป็นโรงพยาบาล
ตำบล ไม่ใช่ “โรงพยาบาลชุมชน”

61 หมายถึงโครงการพัฒนาระบบบริการของสถานบริการและหน่วยงานสาธารณสุขในส่วนภูมิภาค (พบส.)

62 สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

63 หมายถึงโรงพยาบาลอีสตัน (Easton Hospital) ในเมืองอีสตัน รัฐเพนซิลเวเนีย สหรัฐอเมริกา

64 นายแพทย์บรรลู่ เคยเป็นแพทย์ประจำบ้านทางด้านศัลยกรรมที่โรงพยาบาลอีสตัน

65 Blue Cross-กากบาทสีน้ำเงิน

66 Blue Shield-โล่สีน้ำเงิน

67 ตุลากรให้สัมภาษณ์ของนายแพทย์บรรลู่ เกี่ยวกับเรื่องโรงพยาบาลอีสตัน และระบบของโรงพยาบาลชุมชนในสหรัฐฯ อย่างละเอียดได้ใน สันติสุข ไสภณศิริ, **ลูกผู้ชายชื่อบรรลู่**, 99-101.



สถานพยาบาลเอกเทศเป็นหน่วยบริการสาธารณสุขเฉพาะกิจที่ตั้งขึ้นในช่วงที่เกิดโรคระบาด โดยใช้สถานที่ในหมู่บ้านตั้ง เช่น วัด โรงเรียน บ้านผู้ใหญ่บ้าน

นพ.โกมาตร : แปลว่าจะตั้งชื่ออย่างนั้นก็ได้ เป็นโรงพยาบาลชุมชนอย่างแท้จริง เราก็อาจจะ คิดกันแบบนี้มาเรื่อย ต่อมาก็คิดเป็นโรงพยาบาล ในกำกับรัฐ ผมเองอยากจะเห็นโรงพยาบาลใน กำกับประชาชน แต่ก็ยังไม่ถึง ยังรอวันนั้นอยู่

นพ.บรรลุ : ไหนๆ ได้พูดมาแล้ว ผมว่าก่อนจะถึง ตรงนั้นต้องอาศัยพื้นฐานทางเศรษฐกิจของบ้าน เมืองของคนของเรา ถ้าคนของเราถึงระดับนั้น มัน จะถึงโรงพยาบาลชุมชนทันที เพราะคนมีเงิน คนมี ความเข้าใจ เขาก็ทำของเขาเอง แต่เดี๋ยวนี้คนของ เรายังไม่มีเงินไม่มีความเข้าใจ จะเอาแต่เสรีภาพ มันก็ยาก มันก็เป็นเช่นนั้นเอง

นพ.สมศักดิ์ : ประเด็นที่อาจารย์บรรลุพูด เพื่อ ประโยชน์ของทีออปฯ จะต้องไปหา 10 “event” [เหตุการณ์] ในร้อยพัน “event” ที่ว่า สำหรับผม แล้ว มีเหตุการณ์อยู่ 3 เหตุการณ์สำคัญ ที่ผมคิด ว่า น่าจะเป็น “document” [เอกสาร] ให้ชัดๆ 1 ใน 3 อาจารย์พูดไปแล้ว คือเรื่อง 30 บาท เนื่องจาก

ผมอยู่ในเหตุการณ์ เราก็จะรู้ว่า 30 บาท แม้ รัฐบาลจะประกาศเป็นนโยบาย แต่ไม่ได้มาจาก รัฐบาล “อัญญาสิ”⁶⁸ เห็นประโยชน์แล้วคิดได้เอง หหมด มันมาจากการที่เราไปผลักดัน นายแพทย์ สงวนเป็นตัวผลักดันหลักๆ นี่เป็นตัวอย่าง ผม เข้าใจว่านโยบายโรงพยาบาลอำเภอ นั้น อาจ จะ “in between” [ก้ำกึ่ง] กระทรวงก็อาจจะ อยากทำ แต่ก็ไม่ได้คิดอะไรมาก การเมืองสั่งตูม ปู่ก็เลยถือโอกาสทำเสียเลย ผมก็เดาต่อไปนะ ครบอาจารย์ ว่ามันมีเหตุปัจจัยจากโรงพยาบาล ยุพราชด้วย ทำให้มันเติมพลังเข้ามา เป็นนโยบาย รัฐบาล นโยบายถาวรแน่ๆ อันนี้ก็เป็นอย่าง อันที่ 2

อันที่ 3 คือ เรื่อง “primary health care” [สาธารณสุขมูลฐาน] ซึ่งเราก็เถียงกันเป็น ระยะเวลา ตกลง WHO ให้เราทำหรือว่าเราทำเอง แล้วเราก็บอกว่าประวัติศาสตร์ไทยบันทึกชัดเจนว่า ประเทศไทยทำก่อนแน่ๆ และ WHO ได้ประโยชน์ แน่

68 ภาษีบาลี แปลได้ว่า “รู้แล้ว”

พูดอย่างนี้ผมคิดว่ามันน่าจะบันทึกเอาไว้ เพราะผมเองมีความรู้สึกตลอดเวลาว่า ถ้าจะบันทึกประวัติศาสตร์ระบบสาธารณสุขไทย มันมีคำถามคำถามหนึ่งว่า “innovation” [นวัตกรรม] เกิดในระบบมากน้อยแค่ไหน ผมก็มีสมมติฐานของผมว่า ระบบสาธารณสุขไทยมันมี “some-how” มีอะไรสักอย่างที่น่าสนใจ แม้ไม่รู้ที่อยู่ตรงไหน แต่มันมี “innovation” ตลอดเวลา อะไรเป็นตัวทำให้เกิด “innovation” ตลอดเวลานั้นเป็นตัวที่น่าสนใจมาก แต่มันไม่ได้หยุดที่ยุคใดยุคหนึ่ง มันต่อเนื่องตามสมควร แล้วเราก็จะเป็นห่วงมากกว่าเมื่อระบบมันเล็ก “innovate” [สร้างสิ่งใหม่] เมื่อไหร่มันจะลำบากมากเลยนะในระยะยาว เหมือนที่เราชอบพูดกันว่า ถ้ามันเหมือนกระทรวงมหาดไทยเมื่อไรเสร็จเลย เหมือนกระทรวงศึกษาธิการเมื่อไรเราตายเลยนะ แต่ “in so far” [มาจนถึงตอนนี้] ถ้าเราเทียบกันนะ เราก็ยังดีกว่าเยอะ แม้จะระบบราชการ เพราะมันมีคำถามตลอดเวลาว่าระบบราชการมัน “reinvent” [พัฒนา/สร้างใหม่] ตัวเองได้หรือเปล่า บางคนก็บอกว่าเอกชนมันดี มันจะได้ดูแลตัวเอง เพราะมันต้องเผชิญกับความไม่แน่นอน นี่เป็นโจทย์สำหรับผมในแง่การมองประวัติศาสตร์

นพ.บรรลุ : ผมจากจะเดิมสุดท้ายนะ หลังจากฟังมาก่อนข้างมาก หลังจากฟังมาทั้งหมด ผมมีความรู้สึกว่ากระทรวงสาธารณสุขนี่ดิฉันไม่ว่าเรื่องอะไรต่างๆ กระทรวงสาธารณสุขดีไม่รู้จักพูดว่าอย่างไร ฟังจากคุณหมอทั้งหมด กระทรวงสาธารณสุขไม่เลวนะถ้าจะเปรียบกับอันอื่นๆ ผมดูตัวผมเองนะ ผมมาจากบ้านนอก ผมไม่มีเพื่อนฝูง ผมไม่มีญาติ พี่น้องเป็นข้าราชการอะไร ผมยังมาเป็นรองปลัดกระทรวงฯ เลย ผมว่ากระทรวงสาธารณสุขนี่ดิฉันบางคนไม่ได้ทำงานกระทรวงสาธารณสุขเลย ไปทำงานอยู่ข้างนอก เขายังเป็นข้าราชการกระทรวงสาธารณสุข ไม่โดนไล่ออก นี่ไม่ได้แซวนะ เพราะ

เขายังได้ทำประโยชน์แก่บ้านเมือง

อีกประการหนึ่ง ถ้าสังเกตดู กระทรวงสาธารณสุขนั้นจะปรับตัวเข้ากับสิ่งแวดล้อมใหม่ แต่ก่อนนี้สมัยกรมการแพทย์ กรมอนามัย ยังไม่มีแผนอะไรสักอย่าง แผนเข้ามาเมื่อสมัยหมอยุทธนาไปเรียนเรื่องแผน พอไปเรียนเรื่องแผน กระทรวงสาธารณสุขเราทำแผนก่อนเพื่อน มีแผนมีอะไร พอมีแผนขึ้นมา แต่ก่อนภาษาไทยไม่มีคำว่า “สัมมนา” เชื่อกันว่าไม่มี พอจะมีสัมมนา มีหมอกคนหนึ่ง อาจารย์ที่เรารู้จัก นายแพทย์เชิด โทณะวณิก เป็นอธิบดี แก่มาถามว่า ไอ้สัมมนานี้มันอะไรกัน ทั้งนี้เพื่อที่จะแสดงว่า กระทรวงสาธารณสุขไม่เลวนะ มันปรับตัวเข้ากับสิ่งแวดล้อมใหม่เรื่อยๆ ดังนั้นใครอยู่กระทรวงสาธารณสุขนี้ก็ควรจะอยู่ต่อไป

นพ.สมศักดิ์ : เล่าเร็วๆ อาจารย์บรรลุพูดถึง จะอ้างอยู่เรื่อยๆว่าตัวเองอยู่บ้านนอก ทำงานปีแรกๆ ไม่รู้จักว่าแผนคืออะไร อาจารย์หมอกำนวย ไตรสุภา ผู้ตรวจฯ ไปเยี่ยมแล้วขอดูแผน โรงพยาบาลอำเภอผม ผมคิดว่าต้องมีผู้ใหญ่แบบนี้นะ ผู้ใหญ่ที่ไปคาดคั้นเรียกร้องให้เด็กๆ ทำอะไรที่มันใหม่ๆ ที่น่าสนใจ ผมไม่รู้เรื่องเลยนะอาจารย์ ผมก็เลยต้องไปหาหนังสือมาอ่าน ก็ไปได้ซีท [sheet] พู่ยุทธนามาอ่านสมัยนั้น ถึงได้รู้ว่าวางแผนแปลว่าอะไร แล้วผมก็ถามตัวเองอยู่เรื่อยๆว่า เอ้! เด็กสมัยนี้เวลาผู้ตรวจฯ ไปเยี่ยม ผู้ตรวจเป็น “inspiration” [แรงบันดาลใจ] ของเด็กได้แค่ไหน ให้เด็กๆ เกิดอยากเรียนรู้ ทำทายเด็กๆ หรือไปไล่จับผิดเฉยๆ อันนี้ก็คำถามที่ผมมีอยู่ในใจ

นพ.โกมาตร : นี่ก็อาจเป็นประเด็นที่น่าตาม เหมือนกันก็คือ วัฒนธรรมของการตรวจราชการไทยนั้น มันเปลี่ยนแปลงไปอย่างไรบ้าง เพราะเท่าที่ผมเคยฟังจากอาจารย์บรรลุ มันก็มีการ

เปลี่ยนแปลงไปหลากหลายลักษณะ อาจารย์อยากจะได้สักนิดใหม่ครับว่าที่อาจารย์เคยชื่นชม เคยคุยกับทางมหาดไทยอะไรพวกนี้

นพ.บรรล : ผมว่า ผู้ใหญ่หรือข้าราชการระดับสูงของเราค่อนข้างจะดี ยกตัวอย่างเมื่อผมเป็นผู้อำนวยการโรงพยาบาลสระบุรี มีปลัดกระทรวงไปเยี่ยม ปลัดกระทรวงคนนั้นชื่อฝน แสงสิงแก้ว ไปเยี่ยม ผมก็ตกใจ ธรรมดาปลัดกระทรวงฯ ก็ไม่ค่อยเยี่ยมโรงพยาบาลหรอก เรายกเตรียมการแล้วก็เชิญเจ้าหน้าที่มาเพื่อจะต้อนรับ คุณหมอฝน แสงสิงแก้ว ก็เข้าไปในที่ประชุม ผมก็เอ่ยต้อนรับท่านว่า เพื่อจะให้ข้าราชการทั้งหลายได้ทราบคือขอแนะนำท่านปลัดกระทรวงซึ่งเป็นผู้บังคับบัญชาสูงสุดของกระทรวงฯ ผมพูดเพียงแค่นี้ คุณหมอฝน แสงสิงแก้ว บอกหยุดเลยคุณหมอ หยุดก่อน ผมก็ตกใจนะ เรื่องอะไร แกบอกว่าคุณหมอใช้คำผิด ผมไม่ใช่ผู้บังคับบัญชา ผมพูดเลยนะ ผมไม่ใช่ผู้บังคับบัญชาของท่านทั้งหลาย ผมเป็นแต่เพียงเพื่อนร่วมงาน ผมฟังแล้วขงลุก ตั้งแต่นั้นมาผมคิดในใจว่า ผู้หลักผู้ใหญ่ของเรานี่ดีนะ ยุคนั้นคุณหมอฝน พ.ศ. ไหน ผมจำไม่ได้ ผมอยู่สระบุรีเมื่อปี พ.ศ. 2495-2516 ช่วงนั้นนะ พอหลังจากนั้นมาผู้หลักผู้ใหญ่ก็แปรเปลี่ยนไปตามสิ่งแวดล้อมคิดอย่างนี้แล้วกันมองในแง่ดีนะ แต่ส่วนใหญ่ก็ค่อนข้างจะดี ก็ธรรมดา ถ้าไม่ดีก็ถูกเขาตำบ้าง ก็ไม่รู้จะทำยังไง ก็ต้องยอมไปไม่ได้ต่อสู้อันเหมือนกระทรวงอื่นๆ ผมมีความรู้สึกอย่างนั้น

นอกจากนั้น กระทรวงสาธารณสุขในระยะหลังๆ นั้นมันอย่างนี้ ผมจะเล่าเรื่องให้ฟัง ตอนผมไปเรียน วปอ.⁶⁹ เมื่อไปเรียน วปอ. ก็ไปดูงานทุกจังหวัด ไม่มีจังหวัดไหนไม่ได้ไป ผมก็แซวพวกมหาดไทยว่า ทำไมพวกเราไม่มีคนต้องมาต้อนรับ

เยอะแยะนักนะ แล้วผมก็แซวคนจากกระทรวงมหาดไทยว่า มหาดไทยเนีย พอเจ้านายมาก็มาต้อนรับเยอะๆ มาต้อนรับทำไม มาเข้าแถวกันทำไม ตอนนั้น พ.ศ. 2521 พอต่อมาสักประมาณ 10 ปี เพื่อน วปอ. มาบอกผมว่า เฮ้ยมีงนะ มีงดูสิ พอข้าราชการกระทรวงสาธารณสุขมันมาเนีย ข้าราชการมันมาเ็นต้อนรับเท่าไร มันดีผมกลับคืนแล้วนะตอนนี้ ผมก็ไม่รู้นะ แต่ผมคิดว่าส่วนใหญ่ยังดี มีแต่ส่วนน้อยและบางครั้งคราวเท่านั้น พอโดนสะกิดโดนกระแหนม้ง มันก็ค่อยๆ เปลี่ยนตัว เนื้อแท้มันยังดีอยู่นะ แต่สิ่งแวดล้อมทำให้มันเปลี่ยนแปลงไป

นพ.โกมาตร : อาจารย์ก็ไม่ได้บอกทางมหาดไทยไปว่า ก็เพราะเรารู้จากคุณนั้นแหละ อาจจะเป็นอย่างนั้นก็ได้อ

ผมคิดว่าเราใช้เวลาเกิน 4 โมงไปแล้วนิดหนึ่งนะครับ ก็คิดว่าเป็นเซ็คชั่น "section" ที่ดี คิดว่าการคุยวันนี้ก็จะได้เรื่องราวที่ไม่เคยถูกจดบันทึกมากนัก จะได้เป็นประโยชน์ไป เมื่อสักพักก่อนที่จะเข้ามาตอนบ่าย ก็มีนักวิชาการประวัติศาสตร์บอกว่าอาจจะต้องตั้งเป็นวงซ้อนกันหลายวง อย่างเช่น เรื่องต่างๆ ที่คุยกันในวงวันนี้อาจจะมีเรื่องที่ซ้อนกันอยู่ อย่างเช่นเรื่องคุณภาพโรงพยาบาล มันก็ซ้อนกับเรื่องที่เราพูดกันนิดหนึ่ง ก็จะต้องไปตั้งอีกวงหนึ่ง ก็คิดว่า ถ้าเราพัฒนาวิธีการพูดคุยแบบนี้มากขึ้น ก็อาจจะช่วยเรารวบรวมข้อมูลได้จากหลายๆ วง แล้วก็มาประกอบกันเข้า ก็อาจจะทำให้เราได้เนื้อหาของประวัติศาสตร์ความเป็นมาได้พอสมควร ก่อนที่จะเลิกอยากจะได้ฟังคำจากอาจารย์จวี⁷⁰ เพื่อเป็นมงคลกับพวกเราทุกๆ คน เบื้องหลังวีรบุรุษย่อมจะมีวีรสตรียืนอยู่เสมอนะครับ

69 วิทยาลัยป้องกันราชอาณาจักร

70 แพทย์หญิงจวี นิงสานนท์

พญ.จรี นิงสานนท์ : รู้สึกคุณหมอมองจะยกย่องเกินไปนะคะ เพราะว่าที่ผ่านวันนี้ไม่มีส่วนเกี่ยวข้องกับอะไรเลย เพียงแต่จะมาให้กำลังใจคุณหมอไฟโรจน์เขาหน่อย ว่าจะได้มาพบพวกน้องๆ พี่ๆ หรืออะไรที่ได้ร่วมงานกันมา เพราะว่าตอนนี้ก็ไม่ได้มีงานการอะไรที่ว่าจะมาเกี่ยวข้องกันมากมายแล้ว มารื้อความหลังมันก็เป็นความสุขอันหนึ่งใช่ไหมคะ ก็ขอให้เขามา ความจริงเขาก็รู้สึกส่วนตัวเองไม่เหมาะที่จะมา เพราะว่าลี้มเลื่อนไปมาก อาจจะทำให้ข้อมูลถูกต้องหรืออะไรที่ก็ได้พยายามว่ามาเถอะ มาพบกันก็แล้วกัน พูดไปในสิ่งที่เราจำได้ก็แล้วกัน ก็คงไม่ว่าอะไร ส่วนบันทึกก็มีอยู่แล้วในสมุดหลายๆ เล่ม ก็คงใช้ประกอบได้ ก็คิดเท่านั้นเอง ไม่ได้ตั้งใจจะมาเกี่ยวข้องกับทางนี้มากนัก เพราะการทำงานของหมอมคนหนึ่งก็ทำงานในด้านวิชาการไปเฉยๆ ไม่ได้คิดว่าจะมาลงลึกถึงขนาดที่คุยๆ กันอย่างนี้นะคะ แล้วตอนที่คุณหมอไฟโรจน์รับหน้าที่อยู่ในกระทรวงฯ ก็ไม่ได้เกี่ยวข้องกับงานเขาสักนิดเลย งานโครงการมัน ไม่ได้บ่งชี้ว่าจะต้องทำอย่างโน้นอย่างนี้ แต่มีบางส่วนเหมือนกันที่รับรู้โดยไม่ได้ตั้งใจ คนโน้นพูดอย่างนี้ คนนี้พูดอย่างนั้น ก็ได้แต่มาแนะนำบ้างว่า เราไม่ควรทำอย่างนี้นะ เราควรจะทำอย่างนี้นะ เท่านั้นที่อยู่เบื้องหลังนะคะ ไม่ได้เป็นผู้บังคับการ เพราะฉะนั้น เรียงให้คุณหมอรอบว่าไม่ได้เป็นใหญ่หรือบังคับอะไร ไม่ทราบว่าคุณหมอมจะให้พูดอะไรอีก เพราะว่าคือมีประวัติบางสิ่งบางอย่างที่คุณหมอไฟโรจน์จำไม่ได้ก็จะบอกประคอง เจ้าหน้าที่ให้เขาฟังบ้าง เขาคงจดบันทึกไว้แล้ว ก็คิดว่าคงจะมีเท่านั้น คือจะบอกจุดมุ่งหมายของตัวเองที่มาในตอนนี้ ยังคิดอยู่เลยว่า จะมาดีไม่มาดี ก็คิดว่ามาเถอะเพราะเรากังวลการเดียวกัน คุณหมอสรุเกี่ยวกับก็ทำหน้าที่ คำนึงมาก ตอนฝึกงานอะไรต่ออะไร ก็มาเจอกัน นานๆ ที่หนึ่งก็ดี ถ้าเผื่อเป็นงานอื่นก็ไม่กล้าไป ถ้าเป็นพวกแพทย์กันเองก็คิดว่ามาหนะ ไม่เป็นไร คิดอย่างนี้นะคะ ขอบคุณนะคะ

นพ.โกมาตร : ถ้าหากว่ามีเรื่องอะไรที่จะขอรวบรวมก็จะไปพบกับอาจารย์อีก โดยเฉพาะเรื่องที่เราจะต้องรวบรวมเอกสารอะไรต่างๆ พวกผมเคยทำหนังสือประวัติพอสมควร เล่มที่แจกไปในกระเป๋าค่ะ เล่มนั้นตอนทำขึ้นก็ไปคุยกับพอเสมอ พอเสมอบอกว่าไม่ให้ทำ ท่านบอกว่ามันจะเป็นตัวอย่างที่ต่อไปข้างหน้าเมื่อคนมีอำนาจก็อยากจะทำแบบนี้ ท่านก็บอกว่าไม่ให้ทำ เราก็คิดว่ามันก็มีเหตุผลพอสมควรที่จะทำ ก็บอกกับท่านไปว่า ไม่ทำประวัติของท่าน เป็นการทำให้ประวัติสาธารณสุขไทย แล้วเราก็ให้คุณสันติสุข โสภณศิริ ไปทำเก็บรวบรวม พอถามไปถามมาท่านคงรู้ทัน มันเป็นเรื่องของท่านเยอะ ท่านก็หยุดให้สัมภาษณ์ และไม่ให้ความร่วมมือในการค้นคว้ารูปภาพอะไรก็ไม่ให้เลย เราก็ใช้วิธีไปหาภรรยาของท่าน

ที่นี้ก็คิดว่า ถ้าติดต่อทางอาจารย์ไฟโรจน์ อาจารย์อาจจะลี้ม หรืออาจารย์อาจจะมีการกิจหลายเรื่องหลายด้าน เราก็เข้าทางด้านหลังบ้าน ผมก็ขออนุญาตติดต่ออาจารย์

พญ.จรี : ยินดีคะ พูดถึงคุณสันติสุข ก็คุ้นกันดี เผลอ 80 ปี มีลูกศิษย์ลูกหาของคุณหมอไฟโรจน์ ก็อยากจะให้ทำประวัติของคุณหมอไฟโรจน์ไว้บ้าง ซึ่งเราก็ไม่ต้องการเลยเหมือนกัน เขาก็บังคับให้ทำ ให้คุณสันติสุขมาเป็นคนมารวบรวมสัมภาษณ์ต่างๆ กว่าจะรวบรวมได้ก็ต้องอาศัยจรีนี่แหละเยอะเลย ก็เที่ยวไปค้นมา ประวัติส่วนตัว ตั้งแต่สมัยไหนๆ ตั้งแต่เรายังไม่เคยรู้จักกัน ก็ต้องไปค้นมาให้คุณสันติสุข คุยกันก็เป็นเรื่องส่วนตัวที่สนุกสนานไม่มีวิชาการอะไรมากมาย ก็แทรกเป็นหัวข้อไว้เท่านั้นเอง ก็มีอยู่เหมือนกัน เล่มนั้นก็ให้คุณประคองไว้ เพื่อจะมีข้อความบางส่วนที่ใช้ได้ และคุณประคองบอกว่า พวกเจ้าหน้าที่บอกว่าอยากจะไปดูบ้านจริงๆ ของคุณหมอไฟโรจน์เลย

ที่สี่พระยาเกี่ยวกับแพทย์แผนไทย โอเค ไปเมื่อไหร่จะพาไป

นพ.โกมาตร : ขออนุญาตถ่ายรูปถ่ายวีดีโอเก็บไว้ คนรุ่นหลังๆ ก็จะได้เรียนรู้ ส่วนข้อวิตกกังวลของอาจารย์บรรลु ที่บอกว่าในปมของอาจารย์หรือในไดอารี่ของอาจารย์ อะไรก็จะเขียน รักใครก็เขียนเกลียดใครก็เขียน ก็เกรงว่าเอามาแล้วคนอ่านจะมีผลหรือเปล่า ก็มีวิธีการจัดการในทางจดหมายเหตุ อาจารย์วิภักดิ์⁷¹ ให้คำแนะนำไว้ว่า สามารถกำหนดเป็นเงื่อนไขไว้ว่า เอกสารนี้จะให้เปิดเผยเมื่อเราตายแล้วก็ได้ หรือ 10 ปีจากนี้ เล่มนี้อีกเล่ม 20 ปี ถึงตอนนั้นคู่มือก็อาจจะไม่อยู่แล้ว วิธีนี้ก็สามารถช่วยจัดการได้หรือไม่ก็สามารถจะเปิดเผยเป็นบางส่วนเช่นเดียวกัน แต่ผมคิดว่าสำหรับในกรณีของอาจารย์บรรลุ เนื่องจากเป็นนักจดบันทึก ผมคิดว่ามันจะมีคุณค่ามหาศาลสำหรับการค้นคว้าต่อไป ของชีวิตการทำงาน ส่วนท่านอื่นๆ ก็ขออนุญาต ณ ที่นี้ด้วยเช่นเดียวกัน ตัว “personal paper” หรือเรียกว่าเป็น “collection” ส่วนบุคคลก็จะไม่เฉพาะแต่เอกสารที่จดบันทึกหรืออะไรเท่านั้น บางคนก็สะสมหนังสือไว้เป็นห้องสมุดส่วนตัวเลยที่เกี่ยวข้องกับเรื่องการเรียนรู้ที่ได้ใช้ในชีวิตการทำงานมา ถ้าเราไปดูที่หอสมุดกรมพระยาดำรงฯ เราก็จะเห็นว่าทั้งหมดเป็นหนังสือจากบ้านของท่าน ว่าท่านได้ศึกษาค้นคว้าได้อ่านอะไรบ้าง ได้เก็บรวบรวมเอกสารที่ท่านเห็นว่ามีความอะไรบ้างมาเก็บไว้ เขาจะเก็บรวบรวมเป็น “collection” ซึ่งคนก็สามารถไปค้นไปคว้าได้ มีการจัดทำเป็นดัชนีให้ค้นคว้าง่าย มีการซ่อมบำรุงในส่วนที่เสื่อมหรือเสียไป ดัง

เช่นที่อาจารย์บรรลุพูดถึงว่ามันก็เริ่มกรอบแล้ว ที่นี้เมื่อเริ่มกรอบในทางจดหมายเหตุก็มีวิธีอนุรักษ์หลายแบบครับ ก็สามารถบำรุงรักษาไว้ให้มันอยู่ในสภาพที่ใช้อยู่ต่อไปได้อีกเป็นร้อยๆ ปีก็ได้ด้วยเช่นเดียวกัน นอกจากเอกสารที่เป็นสมุดหนังสือก็อาจจะรวมถึงภาพถ่าย เพราะอาจารย์ผู้ใหญ่จะเดินทางเยอะ ไปเยี่ยมที่โน่นที่นี่ หรือว่าเดินทางไปต่างประเทศ หรือว่าไปงานแต่งงาน งานบุญ งานบวช งานประเพณี ก็จะมีรูปถ่าย พวกรูปถ่ายเหล่านี้จะเป็นส่วนหนึ่งของการเก็บรักษาได้ด้วย สไลด์รูปถ่าย วีดีโอ หรือว่าอุปกรณ์ เหยียบ เข็ม ของที่ระลึกจากการไปประชุมองค์การอนามัยโลก หรือไปรับเข็มเกียรติยศมาจากที่ต่างๆ เหล่านี้ ถ้าหากลูกหลานอยากจะได้เก็บไว้ก็เก็บไว้ได้ แต่ถ้าจะเอามาเก็บไว้ที่หอจดหมายเหตุ ก็จะมีระบบเก็บรักษาแล้วก็สามารถให้คนมาค้นคว้าต่อไปได้ นี่ก็คิดว่าเป็นสิ่งที่เราสามารถที่จะทำ และให้มีความต่อเนื่องไปได้ในอนาคต

สำหรับในวันนี้ ผมขออนุญาตขอบคุณอาจารย์ทุกท่านที่สละเวลามา เพื่อนๆ นักวิชาการที่ได้มาช่วยดู รวมทั้งทีมถ่ายทำและถ่ายภาพ ได้มาทดลองภารกิจอันนี้เป็นครั้งแรก เพราะต่อไปเราก็จะต้องทำแบบนี้อีกหลายๆ วง รวมถึงวงที่เราไปคุยกับชาวบ้านด้วยว่า ชีวิตที่ผ่านมาสุขภาพอนามัยเขาเป็นอย่างไร คิดว่าจะเป็นการรวบรวมที่เป็นประโยชน์ไปในระยะยาว

ขอขอบพระคุณทุกท่าน และก็ขอยุติรายการในวันนี้เพียงเท่านี้ ขอบพระคุณครับ



1	
2	4
3	

1. สำนักงานหน่วยควบคุมโรคเรื้อน แต่เดิมเรียกกันว่า สถานีอนามัยศรีฐาน จ.ขอนแก่น ตั้งขึ้นในปี 2478
2. การอบรมพยาบาลดุงครรภ์ในสมัยก่อน
3. การบุกเบิกงานประปาหมู่บ้านในยุคเริ่มแรก
4. การออกหน่วยแพทย์เคลื่อนที่เพื่อปลูกฝีป้องกันไข้ทรพิษให้ชาวบ้านในชนบท

บทที่ 3

งานพัฒนาสุขภาพชุมชนและ
งานสาธารณสุขมูลฐาน

ศ.ดร.ทวีทอง หงษ์วิวัฒน์ : ผมอยากที่จะขอเรียนเกริ่นนำสักนิดนะครับ คือ หัวเรื่องที่เราได้รับมอบหมายมาพูดคุยกัน เข้าใจว่าส่วนใหญ่เป็นเรื่องที่เกี่ยวข้องกับสาธารณสุขมูลฐานเป็นหลัก โดยเฉพาะในส่วนที่วิวัฒนาการมา อะไรต่อมิอะไร จุดเน้นที่คุณหมอโกมาตรเน้นว่าอยากจะทำให้มีลักษณะที่พูดถึงความประทับใจ ที่จริงงานสาธารณสุขมูลฐานด้านที่พูดถึงประวัติการดำเนินการก็คงจะมีอยู่เยอะแยะมากมายนะครับ¹ แต่เพื่อให้เรื่องกระชับมากขึ้นก็อาจจะเลือกดูว่าแต่ละท่านประทับใจในจุดไหนมากเป็นพิเศษ อาจจะสักเรื่องหรือสองเรื่อง ก็แล้วแต่อาจจะเน้นในลักษณะอย่างนั้น ถ้าเป็นไปได้อยากให้ประชาชนพูดถึงเกี่ยวกับความประทับใจของเขากับงานสาธารณสุขมูลฐาน มีลักษณะที่สามารถจะนำไปสืบค้นต่อไปได้ ถ้าเป็นไปได้กรุณาพูดเชื่อมโยงด้วยว่าประเด็นที่ท่านประทับใจนั้นเชื่อมโยงกับคนอื่น ๆ เชื่อมโยงกับหน่วยงานอื่นๆ อะไรอย่างไบบ้าง จะได้เป็นประโยชน์ในการที่จะมีการสืบสาวกันอยู่

ในตอนแรกอยากเริ่มต้นที่คุณเมธีก่อน เพราะถือว่าเป็น “Key Person” [คนสำคัญ] คนหนึ่งในส่วนที่เป็นสำนักงานสาธารณสุขมูลฐาน เพราะฉะนั้นเริ่มที่คุณเมธีก่อน อาจจะช่วยเปิดประเด็นที่นอกเหนือไปจากความประทับใจ

ดร.เมธี จันทจารุภรณ์ : เรียนท่านอาจารย์ที่เคารพทุกท่าน กระผมขออนุญาตเข้าไปในมุมประวัติศาสตร์ในส่วนของที่เริ่มเข้ามาทำงานในสำนักงาน[คณะกรรมการ]สาธารณสุขมูลฐาน ซึ่งในขณะนั้นสถานที่ทำงานยังไม่มี ขออนุญาตเล่าที่เป็นความประทับใจในเชิงโครงสร้างนิดหนึ่งว่า คุณหมอปรีชา² เข้ามารับผิดชอบงานนี้ ตอนเริ่มต้นยังไม่มีทีมงานทำ ผมก็เลยมาสมัครกับคุณหมอปรีชา เนื่องจากว่าตอนนั้นคำว่าสาธารณสุขมูลฐาน สาธารณสุขเบื้องต้นสมัยนั้นผมรู้จักเพราะว่ามันเป็น “theme” [แก่นเรื่อง] ในการจัดประชุมของกระทรวงหลายรอบ ผมอยู่ที่กรมอนามัยก็เลยมาสมัครกับคุณหมอปรีชา ว่าผมขออนุญาตมาทำงานกับคุณหมอ หมอปรีชา

1 โครงการสาธารณสุขมูลฐานมีที่มาจากโครงการทดลองอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในช่วงปลายทศวรรษ 1960 จนถึงต้นทศวรรษ 1970 ซึ่งเป็นความพยายามที่จะสร้าง “ระบบการให้บริการสาธารณสุขในรูปแบบของการผสมผสานให้บริการต่างๆ ที่มีความสิ้นเปลืองน้อยให้เกิดขึ้น” โครงการแรกสุดที่มีกรมดำเนินการในลักษณะนี้คือ โครงการพิษณุโลก (พ.ศ. 2509-11) ซึ่งเป็นโครงการที่พยายามพัฒนา “ขีดความสามารถในการให้บริการของสถานบริการสาธารณสุขในระดับตำบล (ซึ่งก็คือศูนย์การแพทย์และอนามัย และสถานีผดุงครรภ์)” แต่โครงการดังกล่าวได้รับความสำเร็จอย่างมาก โดยเฉพาะในด้านการขยายบริการด้านการป้องกันโรคให้ครอบคลุมประชากรกลุ่มเป้าหมาย หลังจากโครงการพิษณุโลกก็มีโครงการสารภี (พ.ศ. 2511-14) ซึ่งเป็นโครงการที่มีลักษณะคล้ายกับโครงการพิษณุโลกและประสบปัญหาคล้ายๆ กัน จึงทำให้เกิดข้อสรุปในการดำเนินโครงการว่า “การใช้อาสาสมัครสาธารณสุขที่คัดเลือกจากชาวบ้านมาช่วยเหลือในการดำเนินงาน น่าจะเป็นคำตอบที่ถูกต้องที่จะสามารถขยายบริการสุขภาพให้ครอบคลุมประชาชนในชนบทอย่างแท้จริง” ข้อสรุปดังกล่าวได้ทำให้เกิดการก่อตั้งอาสาสมัครขึ้น 2 ประเภทในโครงการสารภี คือ ผู้สื่อข่าวสาธารณสุข (ผสส.) และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) โดยผู้สื่อข่าวสาธารณสุขจะเป็นผู้ทำหน้าที่เป็นศูนย์กลางของการสื่อสารข้อมูลทางด้านสาธารณสุขระหว่างเจ้าหน้าที่สาธารณสุขของรัฐกับชาวบ้าน และในขณะเดียวกันก็สามารถให้ความช่วยเหลือและความสะดวกแก่เจ้าหน้าที่สาธารณสุขในการให้บริการสุขภาพต่างๆ แก่ชาวบ้าน และจะทำให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขของรัฐสามารถรับรู้และแก้ปัญหาสุขภาพของชาวบ้านได้ตรงจุดมากยิ่งขึ้น ส่วนอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านนั้นคือผู้สื่อข่าวสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่ได้รับการฝึกอบรมเพิ่มเติมในการให้บริการดูแลสุขภาพขั้นพื้นฐาน คือ สามารถให้การรักษาอาการเจ็บป่วยแบบพื้นฐานให้แก่ชาวบ้านโดยคิดค่าบริการไม่แพง เมื่อโครงการสารภีประสบความสำเร็จเป็นอย่างดี “โดยสามารถเพิ่มอัตราการให้บริการทางด้านป้องกันและส่งเสริมสุขภาพของชาวบ้านได้” เป็นเหตุทำให้หลังจากนั้นเกิดโครงการทดลองในลักษณะเดียวกันอีกหลายโครงการ คือ โครงการโคราช (ที่อำเภอโนนไทย), โครงการลำปาง (ที่จังหวัดลำปาง), โครงการสงเมียง (ที่อำเภอสงเมียง จังหวัดเชียงใหม่), และโครงการสงขลา (ที่อำเภอจะนะ), โดยเฉพาะโครงการลำปางที่ถือกันว่า “เป็นโครงการที่มีความสำคัญมากที่สุด” เนื่องจากมีวัตถุประสงค์หลักในการพัฒนารูปแบบของระบบการให้บริการสุขภาพที่มีประสิทธิภาพ ราคาถูก และครอบคลุมประชากรกลุ่มเป้าหมายส่วนใหญ่ได้อย่างแท้จริง โดยใช้ ผสส., อสม., ผดุงครรภ์โบราณ และการฝึกเวชกรที่ช่วยดำเนินงานในสถานีอนามัยประจำตำบล ภายหลังความสำเร็จของโครงการลำปาง ในที่สุดในปี พ.ศ. 2520 กระทรวงสาธารณสุขก็ได้ประกาศใช้โครงการสาธารณสุขมูลฐานระดับชาติขึ้น โดยบรรจุไว้เป็นส่วนหนึ่งในแผนพัฒนาสาธารณสุข 5 ปีฉบับที่ 4 โดยให้ยึดโครงการ ผสส. และ อสม. เป็น “หัวใจหลัก” ของการดำเนินงาน

กฤษณา ดู ทวีทอง หงษ์วิวัฒน์ และคณะ, “โครงการสาธารณสุขมูลฐาน” (โครงการศึกษาเพื่อจัดเตรียมโครงการสำหรับแผนพัฒนาชนบทยากจน, สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, 2524); ทวีทอง หงษ์วิวัฒน์, “วิเคราะห์โครงการสาธารณสุขมูลฐานไทย,” **สังคมศาสตร์การแพทย์**, ปีที่ 3 ฉบับที่ 3 (ตุลาคม-ธันวาคม 2524): 8-54.

2 นายแพทย์ปรีชา ศิวาลัย

บอกว่าถ้าชอบเรื่องของชาวบ้านก็มาทำงานร่วมกันได้ ผมก็เลยมาทำงานกับหมอปริชา แล้วก็ยังมีน้องอีกคน คือวรวรรณ [วรวรรณ ศรีเจริญ]เขาก็มาทำงานด้วย ตอนนั้นกระทรวงฯ ไม่มีที่ให้ในการทำงาน ก็อนุญาตให้ทำงานที่ชั้น 8 ของกองงานพยาบาล ตึกกระทรวงเก่า บริเวณระเียงของกองงาน โต๊ะเก้าอี้ก็ยังไม่ดี ตอนนั้นได้ความกรุณาจากผู้อำนวยการกองสาธารณสุขภูมิภาค³ คืออาจารย์หมออุทัย⁴ อาจารย์หมออุทัยบอกว่าเมธีจะเอาโต๊ะก็ไปเอาที่กองได้ ไปเลือกเอาเลย ผมอยู่ชั้น 4 กองงานอยู่ชั้น 8 ก็ต้องมาลากโต๊ะเก้าอี้ขึ้นไปชั้น 8 คุณหมอปริชาก็มาช่วยยกด้วย ก็จะเห็นว่าวิธีคิดในการทำงานของหมอปริชาขณะนั้นไม่ได้ถือว่าเป็นอะไรเลย ขอให้ทุกอย่างทำเพื่องาน มายกเก้าอี้ก็ยกเอง ผมยกตัวท่านยกตัว เก้าอี้ตัวเล็กตัวใหญ่ไม่สนใจขอให้มันที่นั่งได้ เลยได้เก้าอี้มา 3 ชุด ก็มานั่งทำงาน

พอเราเริ่มงาน โทรศัพท์ที่กองงานจะดังอยู่ตลอดเวลา เจ้าหน้าที่ๆ กองงานใหม่ๆ จะรู้สึกรำคาญ เพราะโทรศัพท์มาก็ที่หมอปริชาบ้าง เมธีบ้าง ไม่มีของกองงานพยาบาลเลย มีแต่ของ สสม. [สำนักงานคณะกรรมการการสาธารณสุขมูลฐาน]หมด เพราะเราเริ่มงาน การติดต่อก็ค่อนข้างเยอะ เขารู้สึกไม่พอใจว่าไปใช้โทรศัพท์เขาอะครับ ระเบียบแรกๆ จะไม่เข้าใจ จนเราต้องไปทำความเข้าใจว่างานของเราเป็นงานที่เป็นประโยชน์ก็เลยเข้าใจ วันต่อมาก็เลยยกโทรศัพท์เบอร์นั้นให้ สสม. เราก็เลยสะดวกสบายมากขึ้น

ตอนนั้นเราไม่มีเงินเลย อาศัยเงินจากกองสาธารณสุขภูมิภาค ซึ่งอาจารย์หมออุทัย [เป็นผู้อำนวยการกอง] มีอีกอย่างที่ผมประทับใจ

คือ [ประการแรก] เริ่มต้นของ สสม. เริ่มต้นจากพื้นฐาน จากติดดินจริงๆ จากที่ไม่มีอะไรเลยมีแต่แนว “Concept [of] Health for All” [แนวคิดเรื่องสุขภาพดีถ้วนหน้า]

ประการที่ 2 ประทับใจคุณหมอปริชา ที่ได้รับมอบหมายจากกระทรวงให้มารับผิดชอบในเรื่องนี้ หมอปริชาเป็นคนที่คำนึงถึงงานเป็นหลักแล้วก็ทำงานไม่มีวันหยุด พวกเรา 2-3 คนก็ไม่มีวันหยุดไปด้วย เขาก็มาเย็นก็กลับมืด เสาร์อาทิตย์ก็ทำงาน นั่นคือรูปแบบของหมอปริชาซึ่งเราทำงานอยู่นะครับ ความประทับใจในลักษณะของหมอปริชาว่าเป็นคนทำงานเพื่อส่วนรวมจริงๆ ผมเคยถามหมอปริชาว่า หมอครับทำไมคุณหมอไปอธิบายให้คนอื่นฟัง คุณหมอพูดง่ายจัง ไม่ว่าเป็นชาวต่างประเทศหรือคนธรรมดา หมอปริชาบอกผมอยู่ค่าหนึ่งว่า เมธี เราต้องจริงจังกับเขาแล้วสิ่งที่พูดคือต้องพูดความจริง เมื่อเราให้ความจริงจังกับเขาๆ ก็ตอบสนองความจริงกลับมาให้เรา และก็คิดช่วยเราอีก ถ้าเราอธิบายให้เขาฟังเป็นสิ่งที่ทำให้งานของเราดำเนินไปได้

ประการที่ 3 การให้ความร่วมมือในระดับสูงจากคนต่างๆ ได้รับความร่วมมือให้การสนับสนุนตลอดเวลา มีอยู่ครั้งหนึ่งที่ผมทำแผนงบประมาณของ สสม. เบื้องต้นผมคิดแผนงบประมาณ ท่านรองปลัดวิจิตร⁵ ดูแลเรื่องงบประมาณ ผมเป็นเด็ก ซี 3 เดินขึ้นไปหาท่านรองปลัดฯ ไปในห้องอาจารย์ซึ่งเงียบจนอาจได้ยินเสียงเข็มหล่นได้ เดินไปด้วยความห้วนไหว เข้าไปหาท่านรองปลัดฯ ดูเรื่องงบประมาณเป็นเรื่องที่เด็กๆ กลัวในสมัยก่อน พอเข้าไปถึงผมก็นึกภาพว่าท่านรองปลัดฯ จะต้องมึนหน้าทีเครื่องขีมน่ากลัว พอ

3 หมายถึงกองสาธารณสุขภูมิภาคขององค์การอนามัยโลก หรือ WHO-ตร.เมธี
4 นายแพทย์อุทัย สุดสุข
5 หมายถึงนายแพทย์วิจิตร อัครเสนา อธิบดีอธิบดีกรมควบคุมโรคติดต่อ และรองปลัดกระทรวงสาธารณสุข

เข้าไปถึงนั่งลง ท่านอ่อนโยนมากและให้ผมพูดอธิบายประมาณ 10 นาที ท่านบอกว่าเมื่อดูต้องคิดใหม่ ท่านให้คำพูดเหมือนเป็นทองคำเลยว่า ถ้าคุณคิดเรื่องสาธารณสุขมูลฐานโดยพึ่งพิงเงินขององค์กรอนามัยโลกและยูนิเซฟ [UNICEF]⁶ สสม. ก็ไม่สามารถยืนบนขาตัวเองได้ ถ้าอย่างนั้นต้องคิดงบประมาณภายใต้เงินของกระทรวงเราเอง แล้วใช้เงินของยูนิเซฟกับ WHO [องค์กรอนามัยโลก] เสริม คำพูดนี้ทำให้งบประมาณสาธารณสุขมูลฐานเริ่มเป็นตัวของเราเองตั้งแต่บัดนั้นเป็นต้นมา จึงได้บรรจุในแผนต่างๆ นั่นคือเหตุผลที่รื่องปลัดวิจิตรฯ ให้คำแนะนำในการจัดทำแผน ก็เลยเป็นความประทับใจที่ผมเห็นภาพในช่วงยุคแรก

ความประทับใจอีกประการหนึ่ง คือ แนวความคิดสาธารณสุขมูลฐานสมัยนั้น อาจารย์หมอปริชาท์กับอาจารย์ทั้งหลายที่ต้องไปอธิบายกับคนอื่นในความแตกต่างกันระหว่างความคิดในสมัยนั้น ทุกสถานที่ๆ ไปจะมีคนแย้งเรื่องสาธารณสุขมูลฐานตลอด ไม่เห็นด้วย สร้างหม้อเถื่อนบ้าง คำถามที่ไม่เห็นด้วยกับเราจะเยอะมาก แต่ในเวทีต่างๆ ที่ผมสังเกตดู เวทีสุดท้ายที่สุดของการสนทนาไม่ว่าจะเป็นที่ศิริราช ราชามาที่โรงพยาบาลแพทย์ต่างๆ จบด้วยความรู้สึกที่ดีทุกแห่ง เพราะวันที่ไปที่ศิริราช ผมจำวันไม่ได้ วันนั้นอาจารย์หมอมานั่งเต็มไปหมดเลย แรกๆ นั้น ค้านตลอดเวลาเรื่องสาธารณสุขมูลฐาน แต่พอจบการประชุมก็เดินมาคุย อาจารย์หมอทั้งหลาย อาจารย์หมอปริชาท์กลับสนทนาด้วยความรู้สึกที่ดีมากกว่าอาจารย์ทั้งหลายที่ศิริราชก็เข้าใจวิถีคิดแบบนี้ เลยเป็นแรงผลักดัน ผมเลยมีความคิดว่า “character” ลักษณะการนำเสนอของอาจารย์หมอปริชาท์ อาจแสดงออกด้วยความจริงจังและจริงจังกับงาน ก็เป็นส่วนหนึ่งที่ทำให้งานไปได้

ผมข้ามมานิดหนึ่ง เรื่องความประทับใจเรื่องประวัติศาสตร์สาธารณสุขมูลฐาน สิ่งที่เป็นเรื่องสำคัญที่สุด คือ ผู้อำนวยการสำนักงานสมัยนั้น อาจารย์หมอปรีชา อาจารย์หมอปรากรม อาจารย์หมอจำรูญ หรืออาจารย์หมอสมทรง ก็ตาม ลักษณะของผู้ผู้อำนวยการสำนักงานคณะกรรมการสาธารณสุขมูลฐานในช่วงแรก อยู่ภายใต้การทำงานเป็นคณะกรรมการ ท่านผู้อำนวยการทุกท่านไม่ได้ตัดสินใจด้วยตัวท่านเอง แต่ฟังความคิดเห็นของคณะกรรมการที่ช่วยกันคิด แล้วผู้อำนวยการแต่ละท่านที่ผมเรียนมาจะมีความแตกต่างกันทุกคน แต่ทุกคนเอาความเด่นมาเสริมกับการทำงานสาธารณสุขมูลฐาน เพราะฉะนั้นในช่วง 10-20 ปีแรก นี้เฉพาะผู้อำนวยการกองนะครับ งานสามารถดำเนินต่อไปได้เพราะท่านเหล่านี้ให้การสนับสนุน สิ่งเหล่านี้เป็นเบื้องหลังที่เราไม่ได้เขียนอยู่ในตำรา ไม่ได้พูดถึงความสำเร็จจริงๆ ความสำเร็จพวกนี้จะอยู่ในการทำงาน เพราะฉะนั้นจะเห็นแนวความคิดที่เผยแพร่ไปพวกเหล่านี้ไม่ได้พูดถึงหรือปรากฏอยู่นะครับ

อีกนิดหนึ่งในความประทับใจเรื่องสาธารณสุขมูลฐานในเชิงประวัติศาสตร์ก็คือ ประชาชนเมื่อเข้ามาเป็นอาสาสมัคร เขาคิดว่าเขาได้ทำประโยชน์ให้แก่ตนเอง ครอบครัว ชุมชน และให้กระทรวง ตรงนี้เป็นความรู้สึกของคนไทยที่เขาคิดอยู่นะครับ แต่ว่าความคิดแบบนี้บางคนก็มีมาน้อยไม่เท่ากัน เขาก็ภูมิใจที่เขาได้เป็นอาสาสมัคร ถึงแม้ตอนหลังจะมีการเปลี่ยนแปลงทางสังคมและมีรูปแบบต่างๆ ก็เป็นเรื่องที่เรายอมรับได้ในเรื่องของการเปลี่ยนแปลงทางสังคม

เพื่อให้เห็นภาพสะท้อนไปจุดอื่นนะครับ นวัตกรรมในงานสาธารณสุขมูลฐานมีมากมาย เช่น เรื่องกองทุนยา เรื่องกองทุนยาเป็นความคิด

6 ปัจจุบันคือ United Nations Children's Fund หรือ กองทุนเพื่อเด็กแห่งสหประชาชาติ

ในเรื่องกองทุน คือการจัดการ [ให้มีเอาไว้ใช้] ในชุมชนเพราะฉะนั้นคำว่ากองทุนกระทรวงฯ เราเริ่มพูดก่อน กองทุนหมู่บ้าน 1 ล้านบาท ในกรณีที่เราคิดริเริ่มกองทุนเป็นความคิดที่ทันสมัยมากในสมัยนั้น วันนี้กองทุนทั้งหลายมันมาจากรากฐานที่เราได้ลองผิดลองถูกจากสมัยก่อนนะครับ ในเรื่องการจัดการของชุมชน กรรมการต่างๆ ที่เราทำอยู่สมัยนั้น วันนี้ก็กลายเป็นรากฐานของกรรมการกองทุนทั้งหลายในประวัติศาสตร์วันนี้ นี่คือรากฐานรวมทั้งหมู่บ้านที่ดีทั้งหมด ที่ผมดูหมู่บ้านในจังหวัดต่างๆ ก็เป็นรากฐานที่เราทำ สาธารณสุขมูลฐานจากสมัยก่อนเกือบทั้งสิ้นเลยรวมทั้งคนที่เป็นปราชญ์ชาวบ้าน คนที่ทำงานอยู่ในปัจจุบัน ถ้าไปสืบค้นดูจะเห็นว่าเป็นคนที่อยู่ใน สาธารณสุขมูลฐานมาทั้งนั้น ผมคิดว่าคุณูปการ การสาธารณสุขที่เราทำอยู่ก็เป็นเรื่องที่มา กายจริงๆ ผมขอจบตรงนี้ว่าในการสาธารณสุข มูลฐานที่ทำอยู่ได้สะท้อนไปยังกลุ่มประชากร ต่างๆ ทั้งการบริหาร รวมทั้งรัฐธรรมนูญปี 2550 ได้บรรจุการมีส่วนร่วมของภาคประชาชนอยู่ด้วย เพราะฉะนั้นการมีส่วนร่วมสมัยโน้นจึงเห็นชัดใน วันนี้คือในรัฐธรรมนูญปี 2550 ผมขออนุญาตสรุป เพียงเท่านี้ครับ

ศ.ดร.ทวิทอง : ผมว่าประเด็นที่สำคัญที่คุณ เมธีพูดถึง คือประเด็นเรื่องความตั้งใจและความจริงใจของผู้นำกระทรวงสาธารณสุขในยุคนั้นใน เรื่องของสาธารณสุขมูลฐาน โดยอย่างยิ่งคุณหมอ ปรีชาในฐานะผู้นำคนแรกๆ ของตัวสำนักงาน คือจริงๆ แล้วผมเองก็อยู่ร่วมในเหตุการณ์ตอนนั้น พอสมควรนะ แล้วที่ผมเป็นประเภทที่ขอวิพากษ์ วิจารณ์ เพราะฉะนั้นผมจึงมีความเห็นที่แตกต่าง แล้วก็เคยวิพากษ์วิจารณ์กันแบบว่า มันมีความเห็น ที่แตกต่างแต่ก็ทำงานร่วมกันได้ไม่ใช่ว่าวิจารณ์กัน อะไรแบบแล้วมองหน้ากันไม่ได้ มันไม่ใช่แบบนั้น

ผมยืนยันได้เพราะว่าเราสัมผัสได้จากความตั้งใจ ความจริงใจของงาน เราสัมผัสได้และก็วิจารณ์ บนพื้นฐานของความตั้งใจ คนที่ถูกวิจารณ์เขาก็ สัมผัสได้ว่าหมอนี้มันจริงใจนะ เขาอาจจะเห็นด้วย หรือไม่เห็นด้วยก็แล้วแต่ในสิ่งที่เขาพูดไป ความจริงใจมันก็เป็นพื้นฐานว่าเป็นเพื่อนของความเป็น กัลยาณมิตร ผมยืนยันได้ว่าโดยจากความรู้สึก ส่วนตัวที่ได้ผ่านมาก็ได้ทำงานกับท่านทั้งหลายที่คุณ เมธีได้เอ่ยถึง ก็ยืนยันได้เลยว่าตรงนี้เป็นเงื่อนไข เป็นลักษณะเฉพาะอะไรบางอย่างจริงๆ ที่ไม่มีการ บันทึกเอาไว้

อีกประเด็นที่อยากสนับสนุน คือเรื่อง ที่คุณเมธีพูดบอกว่าการสาธารณสุขมูลฐาน งานพัฒนาสาธารณสุขอย่างอื่นที่มันสามารถ ดำเนินการต่อเนื่องได้เพราะผู้นำของกระทรวง สาธารณสุขมีสายตาที่ยาวไกล พยายามเอา เงินงบประมาณมาจากเงินช่วยเหลือจากต่าง ประเทศ อันนี้ทำให้ประเทศไทยถูกพูดถึง จริงๆ แล้วโครงการสำคัญๆ ของเราเริ่มต้นด้วยเงินจาก ต่างประเทศ แต่มันสามารถ “sustain” [ดำรง อยู่] ดำเนินต่อไปได้ เงื่อนไขที่สำคัญที่สุดคือเรื่อง ของงบประมาณ และการใช้งบประมาณแผ่นดิน มารองรับอย่างUSAID⁷ เขาค่อนข้างแปลกใจมาก ว่าทำไมการให้ความช่วยเหลือของ USAID ที่ให้ กับการสาธารณสุขของประเทศไทยถึงสามารถ ดำเนินต่อไปได้ เขาเคยส่งทีมเข้ามาหาคำตอบ เรื่องนี้ บังเอิญตอนนั้นมีผมคนหนึ่งเข้าไปร่วม อยู่ในทีมนี้ด้วย คำตอบก็ออกมาอย่างชัดเจนเรื่อง หนึ่งก็คือ ผู้นำกระทรวงสาธารณสุขสามารถจัดหา งบประมาณเข้ามารองรับได้

ผมขอต่ออีกนิดหนึ่งว่า เรื่องของสาธารณสุข มูลฐาน เมื่อพูดถึง “health for all” [สุขภาพดีถ้วน หน้า] เราคงไม่พูดถึง ดร.มาห์เลอร์ [H. Mahler]

7 USAID-United States Agency for International Development องค์การให้ความช่วยเหลือเพื่อการพัฒนาของรัฐบาลสหรัฐฯ

ไม่ได้ ในฐานะที่เป็นผู้นำในระดับ “international” [นานาชาติ] ที่เป็นผู้นำสำคัญขององค์การอนามัยโลกที่ได้ขับเคลื่อนในเรื่องพวกนี้ ขออนุญาตพูดถึงความประทับใจจากท่านอาจารย์เสมอ เพราะท่านอาจารย์เสมอได้คุ้นเคยอย่างดีกับท่าน ดร.มาห์เลอร์ ก็เป็นอะไรอีกหลายอย่างที่พวกเราไม่รู้ และได้ฟังจากปากของท่านอาจารย์เองที่คุ้นเคยกับท่าน ดร.มาห์เลอร์ เชิญครับ

ศ.นพ.เสมอ พริ่งพวงแก้ว : ขอขอบพระคุณอย่างยิ่งนะครับที่ให้โอกาสผม ขณะนี้ผมมีอายุ 98 ปี อยู่ที่บ้านไม่มีอะไรทำ นั่งๆ นอนๆ เดี่ยวหลับเดี่ยวตื่น ผมมีโอกาสมาในวันนี้ถือว่ามีส่วนอันประเสริฐ ประเสริฐคือได้แก่เงา คนเราอยากมีอายุยืนยาวด้วยกันทุกคน แต่เมื่อถึงระยะเวลาหนึ่งมันจะมีอะไรแปลกๆ ที่เราไม่เข้าใจตัวเราเอง มันเปื้อนที่บ้านผม ลูกผม 5 คนมาอยู่ด้วย ผลัดเวรมาอยู่ด้วยกันผม แต่ผมไม่ต้องการให้ใครมาอยู่ด้วยแต่เขาก็มาผลัดเวรกัน นั่นก็แสดงถึงความกตัญญู กตเวทิตี ซึ่งมีความสำคัญมากในสังคมไทย

ท่านคงสงสัยว่าทำไม “health for all” เข้ามาในเมืองไทยง่ายๆ อย่างนั้น ฉันทเองก็ไม่เห็นด้วย แต่ที่แปลกประหลาดสำหรับประเทศไทย คือเราเป็นคนที่มีโชคดี มีเชื้อชาติที่เก่าแก่ที่สุดมาแล้ว เราเคยอยู่ในประเทศจีนมา ในหนังสือที่ผมเขียนไว้ สมัยพระเจ้าเหาก่อนพระพุทธศาสนา 2,000 กว่าปี เป็นเวลาไม่ใช่น้อยตั้งแต่สมัยจีน มีบุคคลเหมือนเป็นพระเจ้า คือเชนงู [Shen Nung] ประเทศจีนถือว่าเชนงูเป็นเทพเจ้า ไม่ใช่คนธรรมดา ท่านผู้ที่มีความสามารถพิเศษอันหนึ่ง คือคิดทำล้อนขึ้นมาล้อนหนึ่ง พระพุทธเจ้าก็มาพบ หลัง 2,000 กว่าปี ล้อนนั้นเป็นเครื่องยืนยันถึงปัญญาที่มีอยู่ตั้งแต่ดั้งเดิม เลยยกย่องว่าท่านเป็นพระเจ้าองค์หนึ่ง เพราะโลกนี้ทั้งโลกมันอาศัยล้อนฉบับนี้ ตึกหลังนี้ก็ทำไม่ได้ถ้าไม่มีล้อน เพราะฉะนั้นจึง

เป็นเรื่องที่แปลกประหลาดมาก เป็นเรื่องที่เก่าแก่นมนานมาแล้ว ท่านได้แต่งตำราแพทย์ของท่านเอาไว้ในสมัยของท่าน

ต่อมามีคนคนหนึ่งซึ่งมีชื่อเสียงในประเทศจีน คือหวังตี้ [Hwangti] ท่านผู้นี้ก็เมื่อประมาณ 4,500 ร้อยปีมาแล้ว หวังตี้มีเมียและเมียก็มีประวัติศาสตร์ที่น่าศึกษา เมียเขาเป็นคนรู้จักเลี้ยงไหม เรามีไหมใช้มาจนทุกวันนี้ก็เพราะภรรยาของหวังตี้ เพราะฉะนั้นประเทศในโลกนี้พูดถึงประวัติศาสตร์การอะไรก็ตาม มันอดคิดถึงคนจีนคนนี้ได้ เขาทำอะไรที่พิเศษพิสดารมาก หวังตี้กับภรรยาเขา เขาเป็นคนแรกที่เห็นสังขรณ์ว่าทุกอย่างในโลกนี้มันคู่กัน ว่ามีขามีดำ ไนเย็นมีร้อน มีทุกขมีสุข เป็นคนที่น่าสังขรณ์มาให้เรา เรื่องนี้ จักรพรรดิหวังตี้ที่เรียกว่าเป็นตำราของทฤษฎีหยาง-หยิน เราก็ไม่รู้ว่ายาง-หยิน มาอย่างไร แต่มีท่านผู้นี้เป็นคนเริ่มต้น ที่นี้ทฤษฎีหยาง-หยินนี้มันเป็นสังขรณ์ที่พุทธศาสนาเรา ยกย่อง ว่าอย่างนั้น ผมจึงคิดว่าการพูดจาอะไรเราต้องพูดถึงเรื่องมนุษย์ ตามในหนังสือที่ผมให้ไป

เรื่องแพทย์ก็เรื่องมนุษย์ ในภาพจะเห็นเมื่อ 4 ล้านปีมาแล้วอยู่บนต้นไม้เรียกว่าโฮมินิด [Hominid] โฮ แปลว่ามนุษย์ โฮมินิด [คือ] มนุษย์วานร มนุษย์บนต้นไม้ ต่อมาก็เริ่มเป็นมนุษย์ที่ยืนตัวตรง รูปที่ 2 เรียกว่าโฮโมอีเรคตัส [Homo erectus] โฮโมคือมนุษย์ อีเรคตัสคือยืนตัวตรง มนุษย์ที่ยืนตัวตรง เปรียบเทียบกับสัตว์ทั้งหลายแล้วท่านจะเห็นว่าสัตว์ทั้งหลายตัวจะขนานกับพื้นโลก แม้แต่ไดโนเสาร์ก็เหมือนกัน ตัวใหญ่แค่ไหนก็ขนานกับพื้นโลก ข้างตัวใหญ่ก็ยืนขนานกับพื้นโลก แต่มนุษย์ยืนตัวตรง การที่ยืนตัวตรงทำให้ศีรษะสัมผัสกับจักรวาล และในการที่สัมผัสกับจักรวาลมันได้อะไรมา มันได้ปัญญา ซึ่งแตกต่าง

จากสัตว์ทั้งหลาย สัตว์ทั้งหลายมันไม่มีปัญญา อย่างมนุษย์ เพราะฉะนั้นขณะที่มันยืนตัวตรง มันก็มีปัญญาเข้ามา เมื่อยืนตัวตรงแล้วในมือก็ถือหิน เพราะในโลกนี้มันมีคนมีสัตว์อีกอันก็มีหิน มีเขา สัตว์ เขาอะไร ในการที่มีปัญญาก็ไปหาเครื่องมือ มา ตอนแรกเครื่องมือที่หาได้ก็ไม่มีอะไรที่มีความสำคัญ ก็ไปเอาหินมา เพราะมันไม่ใช่สัตว์ที่จะกัดอะไรก็ได้ มนุษย์ต้องไปเอาหินที่แหลมมากกรีดลงบนหนังสัตว์แล้วก็กินเนื้อข้างใน เราก็ยังเห็นตามบ้านนอกที่ไปฆ่าหมูป่ามา พอฆ่าเสร็จก็กินที่นั่นเลย กินเลือดหมูป่า กินเนื้อหมูป่า เอาเม็ดเจียนเอาหนังออก อันนี้แหละที่ทำให้มันแตกต่างจากนั้น และกินแบบนั้นมันก็เป็นโรค เราก็เห็นแล้วว่ามันเป็นโรคอะไร เพราะฉะนั้นการพูดถึงเรื่องโรค เรื่องยา “medicine” นี้มันเกี่ยวข้องกับมนุษย์ ฉะนั้นต้องรู้เรื่องมนุษย์ให้ดี

เราแบ่งหินออกเป็น 3 ระดับด้วยกัน ระดับที่ 1 คือหินที่มันเคาะออกมาประมาณ 4-5 แสนปี ต่อมาก็คิดว่าจะทำไงให้มันคมมากขึ้น มันก็เป็นสมัยกลาง สมัยสุดท้ายที่เราเรียกกันว่าประมาณ 10,000 ปี มาเนี่อง เราเจริญมาประมาณ 10,000 ปี เท่านั้นเอง เราก็จะเห็นว่าสมัยหินต้นเดิมตั้งแต่ 4-5 แสนปี หินกลาง 3-4 แสนปี ต่อจากหินกลางก็มา 10,000 ปี เราเจริญมา 10,000 ปี เท่านั้นเอง ส่วนที่เป็นประวัติศาสตร์แท้ๆ ก็ประมาณ 5,000 ปี เท่านั้น

ตอนแรกสิ่งๆ ที่ทำได้คือเอาไม้ไผ่มาทะลุเอาเอาสิ่งๆ ที่มีคมใส่เข้าไปแล้วเอาไปชูปกับยาง เช่น ยางน่อง เอาไปยิงสัตว์ สัตว์ไม่ตายแต่มันเดินไม่ได้ มัน “paralyze” [อัมพาต] ตัวมันเอง หรือมี ฉะนั้นก็เอาเหล็กแหลมที่มีไปแทงสัตว์ ต่อมาเห็น ว่าวิธีนั้นมันยากลำบาก ก็เลยไปทำคราด ต่อไปคือคราดขึ้นมา เห็นไหม แสดงว่าสมัยของการเพาะปลูกกันเองได้ การเพาะปลูกได้ก็เลี้ยงสัตว์ได้ เลี้ยงหมูเลี้ยงปลาได้ การที่มันเริ่มสามารถผลิต

“production” [ผลิตผล] ขึ้นมาได้ มันก็มีของเหลือ มันก็เกิดการค้าขึ้นมาในระยะตอนนั้น มันรู้จักการค้าในระยะตอนที่มันมีของเหลือ เมื่อมีการค้ามันก็เหลือ เหลือก็ค้าขายกัน คนนั้นมีน้อยคนนี้มีมากก็เกิดการรบฆ่าฟันแก่งแย่ง มันก็เหมือนเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในปัจจุบันนี้ ผู้ผลิตมีมากก็หาทางที่จะใช้ช้ออกให้ได้หมด ต่อมาก็ถึงสมัยของเทคโนโลยี ความรู้ทางด้านวิทยาศาสตร์ซึ่งเกิดขึ้นมาประมาณเมื่อ 500 ปีมาเนี่อง รายละเอียดอยู่ในหนังสือที่ผมเขียน อะไรมันเกิดขึ้นในระยะนี้ อันนี้ที่ผมเป็นห่วงที่สุด อยากจะเตือนท่านทั้งหลายก็คือว่า คนสุดท้ายนั้นเสียผ้ามันก็ไม่ใส่ ท่านรู้ไหมว่าผมทำคลอดที่โรงพยาบาลหญิง คนที่ผมทำคลอดมันแก้ผ้าออกมาไม่ว่าผู้หญิงผู้ชาย ฉะนั้นอย่าไปนึกว่ามันเป็นมนุษย์ที่เจริญรุ่งเรือง เป็นโฮโมเซเปียน [Homo sapien] ก็ยังไม่พอ เติมเซเปียนเข้าไปอีกตัว [เป็นโฮโมเซเปียน เซเปียน Homo sapien sapien] กลายเป็นมนุษย์ที่ฉลาดมาก มันฉลาดอย่างไรรู้ไหม มันออกมามันไม่มีอะไรขึ้นมาเลย เพราะฉะนั้น ท่านเกิดมาท่านไม่มีอะไรมาด้วย ตัวท่านไม่มีอะไรแก้ผ้าออกมาทั้งนั้น ท่านโตขึ้นท่านต้องสนุกใจ สนุกใจ เมื่อท่านมาตัวเปล่าท่านจะเอาอะไร ฆาไปท่านก็ไปอย่างตัวเปล่าเหมือนกัน ท่านแก้ผ้าขณะที่ตายนะ เพราะเผาแล้วผ้าก็ไหม้ไป แล้วเราก็เอาอังคารมาใช้ เพราะฉะนั้นสิ่งที่เราเป็นห่วงก็คือว่า คนๆ นี้ คนสุดท้ายนี่คือพวกเราใช้ไหม ก็มีอย่างที่เราเห็นในปัจจุบัน พวกเราทุกๆ งานการไม่ทำ จะทำอย่างไร อย่างเดียว จะทำอย่างไรถึงจะให้มันสตาบิลขึ้นมา คือหาเงินได้ แล้วอันตรายที่มากที่สุดที่ผมเห็น คือไอ้ที่เข้ามาประเทศไทยเมื่อประมาณ 20 กว่าปี มาเนี่ เมื่อ พ.ศ. 2500 ที่มีเรื่องเกี่ยวกับคุณจำลอง กับจอมพลคนหนึ่งทีทะเลาะวิวาทกัน ผมจำได้ว่า มันพูดในท้องสนามหลวง ไม่ได้ออกมามากมาย เหมือนในปัจจุบัน พอถึงปัจจุบันก็มีคนหัวใสได้ ความรู้ขึ้นมา เสร็จเรียบร้อยราคาก็แพงเหมือนกัน

เป็นหมิ่นตอนแรก แต่มันคิดเรา 3-4 หมิ่นตอนแรกกว่าเราจะรู้สึกตัวพีแก็กรวยไม่รู้จะว่าอย่างไร รวยจนไม่รู้จะว่าอะไร เงินที่เขามีมาอย่างไร เรากว่าจะได้มา มานั่งแล็คเซอร์ ฟังเขาเมื่อกี้นี้อยากทำบุญ หารู้ไหมว่าไอ้มันร่ำรวย แล้วในที่สุดมันมีทุกหมู่บ้าน แล้วทุกคนถามว่าทำไมต้องมี ไม่มีไม่ได้หม่อ มันเสียหน้าเขา เราก็ได้มีโอกาสเห็นว่า ออ! มนุษย์ดี ๆ เรายื่นหน่อ พอมีไอ้ขึ้นมาก็มาหัวร่อ ต่อกะซิกคิกคักอยู่คนเดียว มันก็บ้าเราดี ๆ นี่เอง แต่เราก็ยอมเป็นบ้า นี่เรามีไอ้ใหม่ [โทรศัพท์มือถือ] ทุกคนต้องมี ถ้าถามว่าทำไมต้องมี ถ้าไม่มีเขาดูถูกผม ที่ผมพูดให้ฟังไม่ได้หลอกท่าน มันของจริง ๆ ที่ผมเห็น

ฉะนั้นผมถึงเป็นท่งตรงนี้ เมื่อ 2-3 วันมีหนังสือพิมพ์ลงว่าเขาไม่รู้จะหาอะไรมา เขาก็เอาเม็ดของเขาไปเจียนคอไอ้คนขับรถแท็กซี่ ไปเจียนเขาทำไม เขาไม่ได้มีเรื่องอะไรกับเรา จะไปฆ่าเขาเพราะคำสั่งที่อยู่ในคอมพิวเตอร์มันบอกให้ฆ่า แล้วต่อไปจะเอาอะไรข้างหน้า

ผมเป็นหม่ออยู่โรงพยาบาลหญิง ย้ายมาตอนแรก ผมทำคลอดอาทิตย์ละวัน ทำคลอดคนหนึ่งต่อ 1 วัน ตอนผมออกจากโรงพยาบาลหญิง ผมทำคลอดวันละ 60-70 คนต่อวัน แต่ก็ไม่เคยเห็นภาพอย่างนี้ ออทิสติก [autistics] ไม่มีในสมัยผมนั่น หลังจาก พ.ศ. 2500 มาแล้ว ทุกอันสารพันเป็น กระเบื้องจะเฟื่องฟูลอย น้ำเต้าน้อยจะถอยจม ผู้ดีจะเดินในตรอก ชีครอกจะเดินถนน ผมชอบเป็นชีครอก ผมจะเดินบนถนน แล้วเป็นไงพอแม่เป็น Ph.D.⁸ แม่เป็นหม่อพ่อเป็นหม่อ แต่ลูกออทิสติก มีคนถามผมเพราะเหตุใด ผมบอกก็อันเมื่อกี้นี้ราคาไม่กี่พันบาท ของผมมันยี่ห้อที่ทำมาจากโนเกีย [Nokia] ลูกเขาซื้อให้ ผมไม่มีสตางค์

ซื้อ เขาบอกยี่ห้อดีที่สุด ในเกียเป็นของฟินแลนด์ ฟินแลนด์นี้ถูกไล่อานเคยตีเข้าไปในยุโรป และตีครั้งสุดท้ายที่ฟินแลนด์เลย มองไกลไม่เคยมาตีเราจนปัจจุบันนี้เรายังคิดไม่ออก

เขากถามผมว่า ผมเป็นคุณหม่อเนื่องมาจากอะไร ผมบอกว่าผมมีลูกขึ้นมา ผมต้องดูปลาค้างน้ำ ท้องภรรยาผม ต้องคอยดูแล้วจะมีความเดือดร้อนอย่างไร เขาตื่นหรือเปล่า เขานั่งอย่างไรทำโน่นอย่างโน้นบ้าง แต่มาถึงสมัยนี้พ่อเขาเป็น Ph.D. เป็นอาจารย์อยู่ในมหาวิทยาลัยโน้น แม่เขาก็เป็นผู้จัดการใหญ่ธนาคารชาติ ธนาคารของเขา เขาไม่มีเวลามานั่งจับท้อง เมื่อภรรยาเจ็บท้องขึ้นมาเขาไม่มีเวลามาจับท้องภรรยาของเขา เขาไม่มีเวลาจริงๆ ชีวิตเขาคือเงินอย่างเดียว ในการที่เขาทำสิ่งที่เกิดมาเป็นชีวิตแล้วไม่ได้รับการเอาใจใส่เลย เขาก็เลยมาเป็นคนนี้ เขาทำอะไรบ้างพฤติกรรมเขา ผมเลี้ยงข้าวที่บ้านอยู่ ผมดูแลคนไข้พวกนี้อยู่ ผมมีมูลนิธิ ในมูลนิธิของผมนั่นเป็นคนสมองเสียชะ 100 คน เป็นออทิสติก 50 คน ผมก็ถามแต่ละคนนี้ พ่อแม่เขาปัญญาดีทั้งนั้น เพราะเหตุใดหน่อถึงเป็นอย่างนี้ อันนี้ท่านทั้งหลายขอให้ไปบอกลูกหลานของท่านด้วย ว่าเมื่อลูกหลานมีท้องแล้วอย่าลืมหยาทั้งเขา เขาต้องการเราที่จะเข้าไปดูแลเขา แต่ถ้าเราเห็นแต่เรื่องเงินๆ อย่างเดียวมันก็ไม่เกิดอะไรขึ้นมา นอกจากนั้น เอกสารที่ผมแจกไปมีเรื่องของสมองเยอะเยอะหมด

ศ.ดร.ทวีทอง : อยากให้เล่าเรื่อง ดร. มาร์ห์เลอร์ ให้ฟัง

ศ.นพ.เสมอ : ดร. มาร์ห์เลอร์ มีลักษณะเดียวกันนี้ เขาเป็นผู้อำนวยการองค์การอนามัยโลก⁹ เราได้ติดต่อกับองค์การอนามัยโลกหลังสงครามโลก

8 Ph.D.-Doctor of Philosophy หมายถึงจบปริญญาเอก

9 Dr. Halfdan T. Mahler เป็นผู้อำนวยการใหญ่ขององค์การอนามัยโลกระหว่างปี พ.ศ. 2516-2531

ครั้งที่ 2 เสร็จสิ้นลง เมื่อวันที่ 15 สิงหาคม พ.ศ. 2488 เราไปติดต่อกับต่างประเทศ เขาก็ส่งหัวหน้าต่างๆ มา ก็มีอันหนึ่งคือยูนิเซฟ มี “World Health”¹⁰ เข้ามาหลังปี พ.ศ. 2488 เข้ามาในเมืองไทย แล้วมาสอนเราในเรื่องเกี่ยวกับถ้อยคำต่างๆ จนกระทั่งมาถึงสมัยของมาร์เลออร์เขาเข้ามา มาร์เลออร์เป็นคนที่มีความแปลกประหลาด เป็นคนไม่ค่อยเชื่อคนง่ายๆ อย่างที่สองท่านแสดงตัวเมื่อที่นี่ นั่นคือ ดร. มาร์เลออร์ ไม่ใช่ว่าคุณจะอย่างไร ผมก็ว่าตาม มันไม่ว่าตามคนที่พูดคนแรก มันมีความเห็นของมันต่างหาก เป็นคนที่แปลกประหลาดหน่อย พอเข้ามาในประเทศไทยแล้ว เขาเกิดไปประชุมในประเทศรัสเซียเมื่อ พ.ศ. 2521 ที่เมืองอัลมา อตา [Alma Ata]¹¹ บอกวิธีการต่างๆ ที่คณะแพทย์ของโลกทำกันในช่วงหลังสงครามโลก อเมริกันบอกว่าวิธีของอังกฤษใช้ไม่ได้ มันจะเขียนป้ายมหรืมาตามหัวมุมที่ต่างๆ “We don't like the British” รักษาดูแลฟรีไม่ต้องการ อเมริกันภูมิใจเรื่องเกี่ยวกับ “insurance” [การประกันภัย] จะมีบริษัท “insurance” เยอะแยะไปหมดเลย แล้วมาวันนี้บริษัท “insurance” ใหญ่โตแห่งหนึ่งเริ่มจะพัง มันเริ่มว่าวุ่นอีกแล้ว

เสร็จแล้ว มาร์เลออร์บอกว่า วิธีการของโลกขณะนี้มันใช้ไม่ได้ มันต้องพยายามหาวิธี ช่วยกันคิดปรึกษา เอาประเทศต่างๆ มา นั่งปรึกษากันที่เมืองอัลมา อตาของรัสเซีย ทำไม่ต้องประชุมที่รัสเซีย เพราะรัสเซียมันเข้ากับคนอื่นไม่ได้ ประชุมเสร็จแล้วประเทศต่างๆ ก็รวบรวมกัน เสร็จเรียบร้อย ก็มองเห็นว่า ทางที่ดีที่สุดนั้นจะต้องเขียนคำให้เป็นที่ประทับใจคนว่า “Health for All by the Year

2000” [สุขภาพดีถ้วนหน้าภายในปี 2000] เขามาเมืองไทยก็มาพูดกับผม ผมก็บอกว่าดี วิธีของคุณดีมาก จะมีประโยชน์มาก แต่คุณบอกว่า “by the year 2543” [ภายใน พ.ศ. 2543] ผมบอกตอนนั้นผมอายุ 70 แล้ว ผมคงอยู่ไม่ถึงดูให้เห็น พ.ศ. 2543 ก็ขออวยพรให้เธอและคณะจงสำเร็จ เสร็จเรียบร้อย พอถึง พ.ศ. 2521-2522 เขาไปประชุมที่ประเทศจีน ขณะนั้นจีนเป็นคอมมิวนิสต์ แล้ววิธีการดูแลคนเจ็บป่วยของคอมมิวนิสต์นั้นดีกว่า ที่เรียกว่ามีหมอเท้าเปล่า เขาก็เชิญผมไปประชุมด้วยที่ประเทศจีน เราก็ไปนั่งประชุมกันมีหลายสัญชาติ และได้ตกลงกันว่าวิธีที่ดีที่สุดคือวิธีที่เรียกว่า “primary health care” [สาธารณสุขมูลฐาน] ทุกคนพอว่า “primary” [มูลฐาน] มันก็ไม่ชอบเหมือนอย่างที่สองคนพูดเมื่อที่นี่ ไม่เห็นด้วย เริ่มต้นมานมนานจนเป็นมหาประเทศยังจะมาใช้คำว่า “primary” อีก มันก็ไม่ค่อยเห็นด้วยกับเรา แล้วก็เอาเราไปประชุมที่ด้านเหนือของเมืองซานตง อยู่ห่างจากปักกิ่ง รถไฟเดินทาง 1 วันกับ 1 คืน พอถึงเมืองนี้ เขาก็พาเราไปหาหมอเท้าเปล่า เราก็นึกในใจว่ามันไม่เห็นเท้าเปล่า มันก็ใส่รองเท้ากันทุกคน ในที่สุดลงเอยว่า “primary health care” แปลว่า “Care” [การดูแลเอาใจใส่] ที่ทำได้โดยวิธีง่ายๆ โดยตนเอง แต่ละประเทศมี “primary health care” ไม่เหมือนกัน ของพ้อมี 10 ประการ¹² ของคนอื่นอาจจะมี 8 หรือ 9 ก็แล้วแต่ แต่แล้วพอถึง พ.ศ. 2543 พ่อก็ยังไม่ตาย คุณหมอมาร์เลออร์ก็บอจารย์อาดูโลก็นั่งประชุมด้วย เขามาถึงก็โยนหนังสือโครมต่อหน้าประเวศ¹³ บอกว่าไปนั่งคุมมันทำไม ใต้ประเทศนี้มันคิดของมันเองได้ ก็ให้มันคิดเองสิ มันไม่ต้องมาคุม เราก็เลยฟรี [free] เป็นประเทศแรกที่มันไม่คุม

10 หมายถึง “World Health Organization” หรือองค์การอนามัยโลก
 11 ใน พ.ศ. 2521 เมืองอัลมา อตา ยังอยู่ในสหภาพโซเวียต แต่ปัจจุบันเมืองนี้คือเมืองอมาตี [Amaty] เมืองที่สำคัญและเคยของประเทศคาซัคสถาน
 12 คือ 1)การให้สุขศึกษา, 2)การโภชนาการ, 3)สุขภาพบาลลังแวดล้อม โดยเฉพาะน้ำสะอาด, 4)การมารดาทารกสงเคราะห์ รวมทั้งการวางแผนครอบครัว, 5)การให้ภูมิคุ้มกัน, 6)การควบคุมโรคประจำท้องถิ่น, 7)การจัดหายาหลัก รวมทั้งสมุนไพร, 8)การให้บริการพื้นฐานสาธารณสุข โดยเฉพาะจากอาสาสมัคร, 9)ทันตสาธารณสุข, 10) สุขภาพจิต
 13 ศาสตราจารย์เกียรติคุณนายแพทย์ประเวศ วะสี

เราเลย¹⁴ มันให้เราทำวาระ อยากทำอะไรทำไป เราก็ทำอะไรไปเลอะๆ เทอะๆ อย่างที่เห็นจนกระทั่งถึงวันนี้ เราก็นึกว่าถึงวันนี้เราก็ควรจะตายได้แล้ว

ศ.ดร.ทวิทอง : จริงๆ แล้ว ผมคิดว่าเรื่องความประทับใจของผู้คนที่เกี่ยวข้องกับในเรื่องของสาธารณสุขมูลฐาน ตั้งแต่ระดับผู้ใหญ่อย่างอาจารย์เสม จนกระทั่งถึงพวกเราทั้งหมดที่นั่งอยู่ตรงนี้และไม่ได้นั่งอยู่ตรงนี้ มันขับเคลื่อนด้วยอุดมคติหรืออุดมการณ์อะไรบางอย่าง ทุกคนที่อยู่ตรงนี้เหมือนลงเรือลำเดียวกัน ต้องการที่จะให้สิ่งดีๆ เกิดขึ้นกับวงการสาธารณสุขไทย

ผมเรียนอาจารย์ตรงนี้เลยว่า ตอนนั้นผมกลับมาไม่กี่ปี ตอนนั้นสภาพพัฒนาชนบทยากจนหนาแน่น แล้วก็ “primary health care” [สาธารณสุขมูลฐาน] กับโรงพยาบาลอำเภอ 30 เตียง เป็นโครงการใหญ่ 2 โครงการที่อยู่ในแผนพัฒนายากจน ผมถูกมอบหมายให้ไปศึกษา “feasibility” [ความเป็นไปได้] ของแผน 2 แผนนี้คือ “primary health care” กับโรงพยาบาลชุมชน

พอผมทำงานเสร็จก็ส่งไปให้รัฐมนตรีสาธารณสุขอ่านด้วย เพื่อท่านจะอ่าน ก็ไม่คิดว่าท่านจะอ่าน รัฐมนตรีสาธารณสุขท่านที่ว่านี้ คือท่านอาจารย์เสม และเป็นความประทับใจมากเลยเพราะ หลังจากที่ผมส่งไปไม่กี่วัน ปรากฏว่าท่านอาจารย์ก็ให้เลขขา โทรมา ขอเชิญให้ผมพบท่านรัฐมนตรีหน่อย ทั้งที่ผมไม่รู้จักอะไรส่วนตัวกับท่านอาจารย์เลย ผมก็สงสัยจะเชิญให้เข้าพบเรื่องอะไร พอเข้าไปพบท่านอาจารย์ ท่านก็

บอกว่าไหนลองเล่าให้ฟังหน่อยสิว่าโรงพยาบาลอำเภอที่ไปวิจัยมาเนี่ยว่าอย่างไร ปรากฏว่าท่านก็พูดจาให้กำลังใจอย่างมากเกี่ยวกับเรื่องงานที่ทำอะไรแบบนี้ ตั้งแต่วันนั้นมา ท่านอาจารย์ก็จำผมได้ตลอด ไม่ว่าในงานไหนอะไรยังไง นี่เป็นความประทับใจว่าเหมือนมีผู้ใหญ่เหมือนเป็นเสาหลักให้กำลังใจกับคนรุ่นหลังที่เข้ามาทำ เกิดเป็นกำลังใจ ทุกคนที่เข้ามาพร้อมกับร่วมด้วยความตั้งใจ ก็ขับเคลื่อนไปได้ สถานการณ์ในอดีตเป็นอย่างไรจริงๆ แต่ปัจจุบันนี้สถานการณ์อย่างนี้อาจจะเป็นเรื่องที่หายากมากขึ้นเรื่อยๆ ก็เป็นประเด็นที่อาจารย์มีความกังวลตรงนี้อยู่

ที่นี้ย้อนกลับไปถึงเรื่องสาธารณสุขมูลฐานจริงๆ แล้วข้อเท็จจริงมันอยู่ในสนาม ผมว่าคุณระเด่น หัสดี เป็นท่านหนึ่งที่บุกเบิกงานสาธารณสุขมูลฐานในสนามมา ขอเชิญคุณระเด่นเล่าความประทับใจของคุณระเด่นครับ

ระเด่น หัสดี : คนที่ทำให้ผมทำงานสาธารณสุขมูลฐานประสบผลสำเร็จ คือ อาจารย์หมอไพจิตร¹⁵ [ผมเริ่มรับราชการครั้งแรกเมื่อปี พ.ศ. 2507-ระเด่น] ครั้งแรกผมทำงาน “pilot project” [โครงการนำร่อง] วัดโรคชนบท อยู่ที่สถานีอนามัย ตอนนั้นเป็นสถานีอนามัยชั้น 1 และเป็นโรงพยาบาลปากช่องนานาในตอนนั้น [ทำหน้าที่] ค้นหาผู้ป่วยวัดโรคโดยตรวจเสมหะ สมัยนั้นปี พ.ศ. 2507 หาผู้ป่วยวัดโรคอยู่ที่ปากช่อง¹⁶ จนถึงปี พ.ศ. 2518 เข้ามาอยู่ในศูนย์วัดโรค ทำงานวัดโรคมาตลอด เป็น “pilot project” ค้นหาผู้ป่วย แล้วก็จ่ายยา ติดตามผู้ป่วย โดยให้มีอาสาสมัคร

14 ระเบียบการขอใช้เงินงบประมาณช่วยเหลือขององค์การอนามัยโลกนั้น แต่ละประเทศจะต้องเสนอขอไปยังสำนักงานภูมิภาค (ของภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ ตั้งอยู่ที่กรุงนิวเดลี ประเทศอินเดีย) แต่ประเทศไทยองค์การอนามัยโลกกลับอนุมัติให้ใช้เงินช่วยเหลือได้อย่างเป็นอิสระ ดูเพิ่มเติมใน *เกียรติประวัติแพทย์ไทยฝากไว้ในคนรุ่นหลัง : ชีวิตและงานของศาสตราจารย์นายแพทย์เสม พริ้งพวงแก้ว บรรณาธิการโดย สันติสุข โสภณศิริ* (กรุงเทพฯ: สำนักวิจัยสังคมและสุขภาพ (สวสส.) และสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ (สนย.), 2549), 202-205.

15 ศาสตราจารย์ (พิเศษ) นายแพทย์ไพจิตร ปะบุตร

16 ถ้าผลเสมหะบอกได้ผู้ป่วยวัดโรคขึ้นทะเบียนจ่ายยารักษา ติดตามผู้ป่วยให้มารับยาสม่ำเสมอ และกำหนดให้มีอาสาสมัครวัดโรคประจำหมู่บ้านขึ้น ทำหน้าที่ค้นหาผู้ป่วยไอเรื้อรังเกิน 3 สัปดาห์ และติดตามผู้ป่วยวัดโรคที่ขาดรับยา-ระเด่น

ในเรื่องของวัณโรค เกิดขึ้นแล้วละ ในหมู่บ้านใน
อะไรต่างๆ จนปี พ.ศ. 2518 ย้ายมาอยู่สำนักงาน
สาธารณสุขนครราชสีมา [คือย้าย]จากปากช่อง
แล้วอยู่ศูนย์วัณโรคก่อนเมื่อปี พ.ศ. 2512 ช่วง
ที่มาอยู่สาธารณสุขนครราชสีมา อาจารย์หมอศิริ
พันธ์¹⁷ เป็นนายแพทย์สาธารณสุข พ.ศ. 2518 ไป
เป็นหัวหน้าฝ่าย จนถึงปี พ.ศ. 2520 อาจารย์หมอ
ไพจิตรย้ายมา ผมได้ย้ายไปเป็นสาธารณสุขอำเภอ
[โนนไทย]¹⁸ เริ่มงานสาธารณสุขมูลฐานจริงๆ แล้ว
เริ่มช่วงที่อยู่ปากช่องนั้น ก็ทำงานที่เรียกว่าอนามัย
อเนกประสงค์ มีอาสาสมัครเหมือนกัน เป็นอาสา
สมัครสาธารณสุข คล้ายๆ ประชาชนชาวบ้านเริ่ม
มีแล้ว มีผู้ที่เกี่ยวข้องในงานสาธารณสุข เป็น
คนอาสาสาธารณสุข ป้าขันทองอะไรอย่างนั้นนะ
ครับ มีแล้ว

สมัยที่เป็นอนามัยอเนกประสงค์ก็มีจุดนัด
พบ คือในรอบเดือนหนึ่ง สถานีอนามัยจะออก
หน่วยเคลื่อนที่ไปและจะมีจุดนัดพบ จะนัดให้
ประชาชนมารับการรักษาดังนั้น ช่วงนั้นยังไม่มี
หมอ จุดนัดพบก็จะให้วัคซีนเด็กและตรวจผู้ใหญ่
ทั้งงานค้นหาวัณโรคด้วย นัดพบคนที่มีอาการไอ
เรื้อรังตั้งแต่ 3 สัปดาห์ขึ้นไป สมัยนั้น เสร็จแล้วก็
จ่ายยาแล้วก็มาขึ้นทะเบียนรักษาวัณโรค

จนย้อนมาอีกทีเมื่อปี พ.ศ. 2520 อาจารย์
หมอไพจิตรมาเป็น นายแพทย์สาธารณสุข
จังหวัดนครราชสีมา ผมก็เป็นสาธารณสุขอำเภอ
[โนนไทย] ช่วงเป็นสาธารณสุขอำเภอ งาน

โครงการสาธารณสุขมูลฐานจะเริ่มพอดี เริ่มปี
พ.ศ. 2520 จะมีการคัดเลือก ผสส. [และ]อสม.
เกิดขึ้น ช่วงนั้นมีงาน “โนนไทย โปรเจคต์” เกิดขึ้น
ให้หมอกองทำงานสาธารณสุขมูลฐานเต็มรูปแบบ
ขึ้นในหมู่บ้าน

การทำงานสาธารณสุขมูลฐานในขณะนั้น
สถานีอนามัยมีเจ้าหน้าที่อยู่คนเดียว อย่างมาก
มีสองคน¹⁹ ผมอยู่โนนไทยมี 12 ตำบล มีสถานี
อนามัย 7 แห่ง มีเจ้าหน้าที่รับผิดชอบคนเดียว
อย่างมากมายสองคน ช่วงนั้นมี “โนนไทย โปรเจคต์”
[โครงการโนนไทย] ให้ทำงานสาธารณสุขมูลฐาน
ด้วย มีการเอาชาวบ้านมาคัดเลือก ผสส. อสม.
เกิดขึ้นมา การเลือกสมัยนั้นเป็นการเลือกหมู่บ้าน
ที่มีศักยภาพที่จะประสบผลสำเร็จก่อน ไม่ใช่
เลือกครั้งเดียวหมดเลย²⁰ คล้ายๆ หาศักยภาพ
ในหมู่บ้านที่มีแนวโน้มจะประสบความสำเร็จ ดู
อย่างไร ดูความร่วมมือของการไปประชุม ด้ว
ความร่วมมือของประชาชนในหมู่บ้านว่าเป็นอย่างไร
บ้าง อันที่สองช่วงนั้นคณะกรรมการหมู่บ้านเริ่ม
เกิดขึ้น เป็นกรรมการหมู่บ้านฝ่ายต่างๆ แต่ยังไม่
จริงจังอะไร พัฒนาการจังหวัด ตอนนั้นเรียกกรม
พัฒนาการ ของมหาดไทยมีคณะกรรมการเกิดขึ้น
แล้วแต่หมู่บ้านใหญ่หมู่บ้านเล็ก หมู่บ้านละ 7-12
คน คนที่เป็นกรรมการโดยตำแหน่ง คือ ผู้ใหญ่
บ้าน ผู้ช่วย 2 คน นอกนั้นมีฝ่ายต่างๆ จากที่เราทำ
ที่โนนไทยคัดเลือก ผสส. อสม. แล้ว พร้อมกันนั้น
เราเห็นศักยภาพของ ผสส. อสม. จะสำเร็จได้ดีนั้น
จะต้องมีคณะกรรมการหมู่บ้านให้การสนับสนุน

17 นายแพทย์ศิริพันธ์ จาตุรงคกุล

18 โดยสรุป ในปี พ.ศ. 2512 ย้ายไปประจำสถานตรวจโรคปอดนครราชสีมา ทำหน้าที่ผู้นิเทศงานวัณโรคประจำเขต ในปี 2518 โอนไปเป็นหัวหน้าฝ่ายควบคุม
โรค สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา สมัยนายแพทย์ศิริพันธ์ จาตุรงคกุล เป็นนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด จนกระทั่งปี พ.ศ. 2520 นายแพทย์
ไพจิตร ปวงบุตร ย้ายมาดำรงตำแหน่งนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา จึงให้ไปเป็นสาธารณสุขอำเภอโนนไทย ในช่วงเวลานั้นไม่มีโรงพยาบาล
ชุมชน ไม่มีแพทย์ ได้เริ่มงานอนามัยอเนกประสงค์ ในแต่ละหมู่บ้านมีประชาชนชาวบ้านและผู้ทีชาวบ้านเคารพนับถือเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้าน
ในรอบเดือนแต่ละสัปดาห์จะมีจุดอนามัยนัดพบชาวบ้านแต่ละหมู่บ้าน สถานีอนามัยจะเคลื่อนย้ายไปให้บริการ รักษาผู้ป่วย และบริการวัคซีนในเด็กเล็ก
พร้อมทั้งค้นหาผู้ป่วยไอเรื้อรังเกิน 3 สัปดาห์ขึ้นไป นัดตรวจเสมหะพบผู้ป่วยจะขึ้นทะเบียนรักษา-ระเด่น

19 การทำงานสาธารณสุขมูลฐาน ในช่วงนั้นมีบุคลากรจำกัด มีเจ้าหน้าที่ประจำสถานีอนามัยแต่ละ 1-2 คน อำเภอมี 12 ตำบล สถานีอนามัยมีเพียง 7
แห่ง ไม่มีโรงพยาบาลชุมชน-ระเด่น

20 โดยดำเนินการไปที่ละหมู่บ้านจนครบทุกตำบลในอำเภอ-ระเด่น

เราก็เลยคัดเลือกคณะกรรมการหมู่บ้านเกิดขึ้น ด้วยพัฒนาด้วย ผีกรอบมคณะกรรมหมู่บ้านไปด้วย แล้วก็เป็นการกระทำโดยร่วมกัน 4 กระทรวงหลัก คือกระทรวงเกษตร[และสหกรณ์] กระทรวงมหาดไทย กระทรวงสาธารณสุข และกระทรวงศึกษาธิการ

ช่วงนั้นก่อนที่เราจะไปทำหมู่บ้านไหน เราจะทำความเข้าใจ ใน 4 กระทรวงหลักให้รู้เรื่อง ให้เข้าใจก่อน บังเอิญผมเป็นสาธารณสุขอำเภอ ในช่วงนั้นก็ได้เกษตรอำเภอดี พัฒนาการอำเภอดี ช่วยกันเรื่องคณะกรรมการหมู่บ้าน ขณะเดียวกันนั้น เราก็มีอาสาสมัครเกิดขึ้น ขยายไปจนครบหมุดทั้งอำเภอ ใช้เวลา 2 ปี คือ พ.ศ. 2521 ถึง พ.ศ. 2522 ครบหมุดเลย และก็มีการกองทุน[หมู่บ้าน]เกิดขึ้น สมัยนั้นที่ อสม. แต่ละหมู่บ้านจะได้เงิน 1,000 บาท เราเห็นว่าเงินไม่พอ ขณะเดียวกันนั้นมีข่าวเรื่องกองทุนยาเกิดขึ้น²¹ เรียกรวมกันทำเป็นกองทุนยา คนละ 10 บาท ไปไว้ในหมู่บ้านนั้น แล้วก็ไปซื้อยาไปช่วยคนจนบ้างด้วยยาในกองทุนในหมู่บ้าน พอมีกองทุนยาแล้ว ขณะนั้นก็มีข่าวของอาจารย์อารี²² เป็นโภชนาการ เราก็ทำกองทุนโภชนาการ เพราะเด็กในหมู่บ้านมีปัญหาขาดสารอาหารเยอะ เริ่มมี อสม. ค้นหาเด็กขาดสารอาหาร อาจารย์ก็คิดสูตรพอดี ผมมาพึ่งอาจารย์พูด เอาไปดัดแปลงไปเรียกว่า “หัวอาหาร” แล้วเอาหัวอาหารไปในหมู่บ้าน โดยชั่งน้ำหนักเด็กเด็กขาดอาหารก็เลี้ยงอาหาร ชาวบ้านก็ซื้อหัวอาหาร คนมีเงินหรือไม่มีไม่เป็นไร แต่จะช่วยเหลือซึ่งกันและกัน ขณะเดียวกันนั้นทางการเกษตรเขาก็มีธนาคารข้าว ในเรื่องของประกันสุขภาพเกิดขึ้น โดยอาจารย์หมอมาร²³

ทั้งหมดเกิดขึ้นมาพร้อมๆ กัน โดยกองทุนยาเกิดขึ้นจากรู้ข่าวว่ามีแม่ฮ่องสอน เราก็มาทำที่โนนไทยพร้อมๆ กัน แต่การทำที่โนนไทยได้รับการสนับสนุนจากอาจารย์ เนื่องจากผมจบสาธารณสุขศาสตร์ มีคนช่วยเยอะ อาจารย์เมธี [ดร.เมธี จันทจักรภรณ์] ก็มาช่วยเลยพัฒนาไปได้เร็ว สมัยนั้นการทำงานไม่มีเหนื่อย เพราะสาธารณสุขจังหวัดไม่เห็น้อย สนุกสนานมาก คิดอะไรทำอะไรกันสนุกสนานมากเลย คนไปดูงานไม่ขาด ทั้งไทยทั้งเทศทุกวัน ทางอำเภอมีนายอำเภอและมี 4 กระทรวงหลัก เป็นปลัดอาวุโสไปเป็นวิทยากรได้ทั่ว เป็นความประทับใจตลอดเวลา

ขณะนั้นอาจารย์เสมเป็นรัฐมนตรีกระทรวงสาธารณสุขพอดี ผมตั้งชมรมสาธารณสุขอำเภอ มีข่าวทางกระทรวงฯ ว่า จะไม่ให้มีสาธารณสุขอำเภอ จะเอาหมอบเป็นสาธารณสุขอำเภอ ครั้งนั้น ทางผมก็ไม่ยอม ต่อสู้กับจนอาจารย์²⁴ เรียกผมกับหมอวิชัยไปพบ บอกว่าเป็นลูกทั้งคู่ คนหนึ่งเป็นแขนซ้ายแขนขวา ตั้งแต่นั้นมาก็ไม่มีอะไร

เมื่อมีชมรมแพทย์ชนบทเกิดขึ้น เราก็ตั้งชมรมสาธารณสุขอำเภอเกิดขึ้นช่วงนั้นเหมือนกันทั่วประเทศ พ.ศ. 2525 เริ่มที่จังหวัดเชียงใหม่ และได้พัฒนาไปใหญ่โต สมัยก่อนเจ้าหน้าที่สาธารณสุข[ประจำสถานีอนามัย]ไม่มีใครสำเร็จปริญญา[ทางด้านสาธารณสุข]เลย จนตอนหลังเมื่อ อาจารย์ไพจิตร เป็นปลัดกระทรวงจนถึง อาจารย์อุทัย²⁵ ผมจึงขอต่อรองกับคณะสาธารณสุขศาสตร์[มหาวิทยาลัยมหิดล] ขอขยาย

21 ข่าวเรื่องจังหวัดแม่ฮ่องสอนมีสหกรณ์ยา-ระเด่น
22 ศาสตราจารย์เกียรติคุณนายแพทย์อารี วัลยะเสวี
23 นายแพทย์อมร นนทสุด
24 หมายถึงนายแพทย์เสม พริ้งพวงแก้ว
25 นายแพทย์อุทัย สุดสุข

เป็นปริญญาตรี โดยไม่ต้องสำเร็จ ม.6 คือ ม.3 นี้แหละ²⁶ ทำงานไปก็สำเร็จปริญญาตรีเลย ก็เลยมีคนเก่งมากมาย

สิ่งที่ประทับใจคือ ประกัน 30 บาทรักษาทุกโรคเริ่มจากเรา²⁷ แนนอน ตอนนั้นคุณหมอสงวน²⁸ ยังช่วยไปดูแล ไปช่วยกัน [ดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐานเรื่องประกันสุขภาพที่โนนไทย-ระเด่น] เตรียมทำพร้อมกันเพื่อขยายออกไปทั่วประเทศ ช่วงนั้นนอกจากโนนไทย เรายังรวมไปถึงอำเภอโชคชัยอีกครับ และหลายอำเภอ[ในจังหวัดนครราชสีมา] ขยายไปทั่ว มาดูงาน การทำงานสมัยก่อนมันมีกำลังใจจากอาจารย์อย่างใกล้ชิด²⁹ อาจารย์มีอะไรก็เรียกมาพบ มีอะไรก็เรียกไปพบทางโรงพยาบาลรามาริบัติก็ให้ความสนับสนุนอย่างดีเยี่ยม มันเชื่อมโยงไปหมด ประเด็นหนึ่ง จุดสำเร็จของกระทรวงสาธารณสุขเรา อาจารย์หมออุทัยบอกแล้วว่า เราทำงานนั้นอะไรที่เป็นเรื่องใหม่ เราจะเชิญสภาพัฒนาฯ เชิญสำนักงบประมาณ ไปดูงานตลอด และสิ่งที่เราขาดไม่ได้ คือผู้สื่อข่าว ทั้งผู้สื่อข่าวหนังสือพิมพ์ ทั้งทีวีอะไรต่างๆ เราดูแลให้อย่างดีเลย ผมว่างานสาธารณสุขสมัยนั้นมันถึงพัฒนาไปได้

ศ.นพ.อารี วัลยะเสวี : พอที่ว่าตอนนั้นที่มีเรื่องเหมาเซตุง หมอเท้าเปล่าก็เริ่มขึ้นมาที่ทางจีน ผมเป็นนักเรียนแพทย์อยู่ เหมาเซตุง ทางจีนบอกว่าถ้าเผื่อจะเอาให้ได้เท้าเปล่าก็เอามาเถอะ ถ้ามันแก้ไขได้ปัญหาต่างๆ ได้ด้วย “barefoot doctors” [หมอเท้าเปล่า]³⁰ ก็ทำให้มี “motivation” [ความกระตือรือร้น] อย่างมาก ท่านอาจารย์เสมเป็นประธานตอนนั้นจัดการเสร็จ ใครจะเอาอะไร อันโน้นก็ได้อันนี้ก็ได้ แล้วมันก็ได้ผล ได้เห็นการขาดสารอาหารตอนนั้นมันลดลงมาจากเมื่อก่อน 40-50 เปอร์เซ็นต์ มันลงมาเลย 20 เปอร์เซ็นต์ หลังสุดถึง 10 เปอร์เซ็นต์ กว่าเท่านั้น จากการทำท่านอาจารย์เป็นตัวสำคัญที่ทำให้การเคลื่อนไหวต่างๆ เกิดขึ้น ตั้งแต่นั้นมาก็ดีขึ้นเรื่อยๆ หมอพื้นบ้านเราก็ทำบัญชีกันแล้วว่ะตอนนั้น

ศ.นพ.ไพจิตร ปวะบุตร : นึกถึงวันที่อาจารย์ทวีทองมาประชุมกับเราที่กองฝึกอบรมที่ คุณชัยรัตน์³¹ อยู่ เมื่อแรกๆ อาจารย์จบมาใหม่ๆ ทำให้นึกถึงว่า คือผมทำงานกับบ้านนอกมาตลอด อยู่กับชาวบ้านมา แล้วบังเอิญอนุสาวรีย์หน้ากระทรวงสาธารณสุขเราก็ไม่ใช่หมอครับ เพราะกรมพระยาชัยนาท³² ท่านไม่ใช่ MD³³

26 โดยกานำเจ้าหน้าที่สาธารณสุขชุมชนที่สำเร็จ ม.3 (สมัยก่อน) มาศึกษาต่อเพื่อให้สำเร็จปริญญาตรี/ปริญญาโท-ระเด่น

27 หมายถึงกระทรวงสาธารณสุข-ระเด่น

28 นายแพทย์สงวน นิตยารัมภ์พงศ์

29 หมายถึงนายแพทย์ไพจิตร ปวะบุตร

30 หมอเท้าเปล่า เป็นนโยบายที่จะขยายระบบบริการสุขภาพลงไปยังชนบทที่ห่างไกลของสาธารณรัฐประชาชนจีนที่เกิดขึ้นในราวทศวรรษ 1960 ขณะอยู่ภายใต้การปกครองในระบบคอมมิวนิสต์ของเหมาเซตุง ชื่อหมอ “เท้าเปล่า” หมายถึง ชาวชนบทที่ทำงานในไร่นาโดยไม่สวมรองเท้า รัฐบาลจีนนำชาวนามารับการฝึกอบรมทางการแพทย์ในขั้นพื้นฐานที่สุด แล้วส่งไปทำงานตามหมู่บ้านชนบทที่ห่างไกล โดยมีบทบาททั้งการส่งเสริมสุขภาพอนามัย การป้องกันโรค การวางแผนครอบครัว รวมทั้งการรักษาโรคทั่วไป และประยุกต์ใช้ทั้งการแพทย์แบบตะวันตกและการแพทย์แบบจีน ดู V. W. Sidel, “The Barefoot Doctors of the People’s Republic of China,” *New England Journal of Medicine*, 286 (1972): 1292-1300.

31 ชัยรัตน์ พัฒนเจริญ เจ้าหน้าที่กองฝึกอบรม นักวิชาการสาธารณสุขด้านส่งเสริมพัฒนา กระทรวงสาธารณสุข มีงานวิจัยเกี่ยวกับการสาธารณสุขมูลฐานเผยแพร่หลายเรื่อง เช่น ชัยรัตน์ พัฒนเจริญ, “การพัฒนา นโยบายและแผนสาธารณสุขมูลฐานในประเทศไทย” (ศูนย์ฝึกอบรมและพัฒนาการสาธารณสุขมูลฐาน ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ เอกสารอัดสำเนา, 2539); ชัยรัตน์ พัฒนเจริญและคณะ, “รายงานวิจัยเรื่อง การกระจายอำนาจการบริหารงานสาธารณสุขมูลฐานสู่องค์กรบริหารส่วนตำบล” (กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์พี.เอ็น. การพิมพ์, 2540).

32 เมื่อพระบาทสมเด็จพระมงกุฎเกล้าเจ้าอยู่หัว รัชกาลที่ 6 มีประกาศพระบรมราชโองการตั้งกรมสาธารณสุข เมื่อ พ.ศ. 2461 นั้น ได้โปรดเกล้าฯ ให้สมเด็จพระยาชัยนาทเรนทร ซึ่งพระยศในขณะนั้นคือ พระเจ้าน้องยาเธอพระยาชัยนาทเรนทร อธิบดีกรมมหาวิทยาลัย ให้ดำรงตำแหน่งอธิบดีกรมสาธารณสุขคนแรก ควบบทบาทของสมเด็จพระยาชัยนาทเรนทรที่มีต่อการแพทย์และการสาธารณสุขไทยโดยเฉพาะได้ ใน สุวีริยา สวัสดิ์, “บทบาทของสมเด็จพระเจ้าบรมวงศ์เธอ กรมพระยาชัยนาทนเรนทรต่อการแพทย์และการสาธารณสุข (พ.ศ. 2456-2468)” (วิทยานิพนธ์อักษรศาสตรมหาบัณฑิต สาขาประวัติศาสตร์, มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, 2531).

33 MD-Doctor of Medicine แพทยศาสตรบัณฑิต

ท่านเป็นนักปรัชญานักการศึกษา หรือแม้แต่สมเด็จพระบรมราชชนกเอง ตอนที่มาพัฒนาการสาธารณสุขท่านก็ไม่ได้เป็นแพทย์³⁴ เพราะฉะนั้นผมคิดว่า งานที่พวกเราทำที่จะสร้างคนเป็นเรื่องซึ่งบางที่เราเผลไปบางที่ ทำให้ขัดกับเพื่อนแพทย์เรา ที่เป็นเพื่อน เป็นผู้บังคับบัญชาเรา ทำให้มีปัญหาเหมือนกันบางที่ เพราะฉะนั้นการทำงานของพวกเราก็ผ่านตรงนี้มาได้ก็ถือว่า มีคุณูปการจากครูบาอาจารย์เป็นที่ยึด อย่างที่ผมเรียนแล้ว ผมอยู่บ้านนอก สูงสุดก็คืออาจารย์เสม และอาจารย์อุดม³⁵ มาคู่กัน สามทหารเสือท่าน ไพโรจน์ อมร วิจิตร ส่วนทางโรงเรียนแพทย์ท่านเข้าใจกัน ผมผ่านเรื่องของ “innovation” [นวัตกรรม] ตลอด เข้ามาใหม่ๆ ก็เจอรวมกรมยุบกรม³⁶ เราก็เป็นทหารบ้านนอก ก็ช่วยกันไปเชียร์กันไป ก็ทราบแต่ว่าครูบาอาจารย์ก็เจ็บปวดกันไป แต่ว่าสุดท้ายประชาชนก็ได้รับประโยชน์ เพราะฉะนั้นมันก็ต่อเนื่องเชื่อมโยง

หลายเรื่องที่ยันก่อนมา อย่างที่คุณระเด่นประทับใจ มันเป็นเรื่อง “vertical program”³⁷ อย่างเรื่อง “nutrition” [โภชนาการ] ของอาจารย์ [อารีย์]³⁸ เมื่อผมอยู่บ้านไผ่ ผมมีครัวกลาง มีอาหารเสริมของเกษตรเขา อาจารย์ [อารีย์] ทำที่อุบลราชธานี เกษตรก็วิจัยมาทำต่อ มีอาหารโปรตีน ในหลวงท่านพระราชทานทรัพย์มาให้เกษตร แล้วผมก็ไปทำครัว ไปทำศูนย์เด็ก ศูนย์

เด็กทำคู่กับพัฒนาชุมชนแล้วทำได้ดีเป็นศูนย์โภชนาการ เพราะฉะนั้นที่ท่านระเด่นภูมิใจมากก็คือตอนที่ท่านทำกองทุนอำเภอ เพราะตอนนั้นกองทุนหมู่บ้านก็คุ้ยาก ที่โคราชที่ผมเป็นสาธารณสุขจังหวัด กองทุนยาทำได้ไม่ถึง 5% ไม่กี่ 10 แห่งเท่านั้น แต่หมอสงวนอยู่ราษีไศลทำได้เต็ม 100 เปอร์เซ็นต์ ผมบอก ไฉไล ทำได้อย่างไรก็ได้เรียนรู้ซึ่งกันและกัน นื่องๆ เขาอยู่อำเภอ ตอนหลังมาอยู่โคราชด้วยกัน

ส่วนที่โคราชเอง เนื่องจากโคราชเองเป็นตักศิลาอยู่แล้ว มันมีอาคารฝรั่งร่วมมือกับสหรัฐฯ คือ USAID เขาช่วยอยู่แล้ว และอาจารย์ศิริพันธ์³⁹ ก็เป็นมือของกรมอนามัยอยู่แล้ว แต่ท่านไม่สบาย “accident” [ประสบอุบัติเหตุ] เพราะกรมอนามัยใช้ท่านมากเหลือเกิน เรียกไปประชุมเข้าท่านขับรถมาเอง ท่านบังเอิญเกรงใจคนขับขับรถมาประชุมกรม ประชุมเสร็จ เย็นขับรถกลับคนเดียว ชนท้ายรถไถ จนกระทั่งหมอกูเทน⁴⁰ อยู่ปากช่องดู อ้าวลูกพี่ตัวเองหน้าตาไม่เหลือ แต่เห็นแหวน [แล้วจำได้] เพราะฉะนั้นเวลาผมไปอยู่ที่นั่น เพื่อไม่ให้เปลืองทั้ง สสจ. [สาธารณสุขจังหวัด] และคนขับ จึงมีคนขับ 2 คน คนหนึ่งขับอีกคนหนึ่งนอน ช่วงนั้นเป็นช่วงพัฒนา เป็นช่วงซึ่งการพัฒนามันเร็วมากจริงๆ อย่างที่เมื่อเช้าพวกเราพูดกัน แต่เรามีทีม นื่องโรงพยาบาลอำเภอน่ารักมาก ผมประชุมประจำเดือนประชุมใหญ่

34 สมเด็จพระมหิตลาธิเบศร อดุลยเดชวิกรม พระบรมราชชนก นั้นทรงสำเร็จวิชาทหารจากเยอรมัน และเมื่อกลับมาถึงสยามทรงรับราชการในกระทรวงทหารเรือ ก่อนที่จะทรงรับหน้าที่ติดต่อกับประธานาธิบดีวูดโรวฮิลล์ในเรื่องแพทยศาสตร์ศึกษา แล้วจึงทรงเข้าศึกษาวิชาสาธารณสุขที่มหาวิทยาลัยฮาร์วาร์ด สหรัฐอเมริกา เมื่อ พ.ศ. 2460

35 นายแพทย์อุดม โปะชะกฤษณะ

36 ดูรายละเอียดเรื่องการปรับปรุงการบริหารงานของกระทรวงสาธารณสุขได้ใน เกียรติประวัติแพทย์ไทยฝากไว้ให้คนรุ่นหลัง: ชีวิตและงานของศาสตราจารย์นายแพทย์เสม พริ้งพวงแก้ว, 163-184.

37 Vertical program คือโครงการที่แยกออกมาเฉพาะส่วนเพื่อป้องกันและดูแลรักษาโรคใดโรคหนึ่งโดยเฉพาะ

38 หมายถึง ศ.นพ.อารีย์ วัลยะเสวี

39 นายแพทย์ศิริพันธ์ จาตุรงค์กุล

40 หมายถึงนายแพทย์อุเทน จารณศิริ อดีตผู้อำนวยการศูนย์การแพทย์และอนามัยปากช่อง และอดีตผู้อำนวยการโรงพยาบาลปากช่องนานา นายแพทย์อุเทนดำรงตำแหน่งเป็นประธานชั่วคราวของสหพันธ์แพทย์ชนบทในช่วง พ.ศ. 2519 และต่อมาใน พ.ศ. 2521 เมื่อได้มีการรื้อฟื้นสหพันธ์แพทย์ชนบทขึ้นใหม่โดยเปลี่ยนชื่อเป็นชมรมแพทย์ชนบท นายแพทย์อุเทนก็ได้รับเลือกให้เป็นประธานคนแรกของชมรมแพทย์ชนบท

เป็นประชุมร่วม แต่ประชุมวิชาการจะแยกไป ที่โรงพยาบาลอำเภอ ผมเป็นประธานเดือนเดียวเพื่อเลือกเลขาฯ เดือนต่อไปเลขาฯ เป็นประธานเลือกเลขาฯ ใหม่แล้วผมก็เป็นที่ปรึกษานั่งฟัง ส่วนสาธารณสุขอำเภอก็ฟิต [fit-ขยันขันแข็ง] ถูกเรียกมาพบก็คิดว่าจะโดนเรื่องอะไรหนอ แต่เขามีใจ เขาภูมิใจ วันนี้คุณหาญชัย⁴¹ ไม่ได้มา เขามีใจและภูมิใจ อย่างหาญชัยเค้าจบ ม.3 ธรรมดาไม่จบ ม.6 ตอนนี้ได้ซี 9 กำลังจะจบปริญญาเอกมีลูกจบหมอลแล้ว เขาก็ภูมิใจว่านอกจากเขาจะทำงานช่วยชาวบ้านแล้ว เขายังได้พัฒนาตนเอง

อีกประเด็นหนึ่ง ท่านอาจารย์อุทัยพูดไว้ก็ขอพูดต่อ เพื่อจะได้เห็นภาพว่า “international health” ของเราไปไกล ท่านอาจารย์เริ่มงานไว้ตั้งแต่ ดร. มาห์เลอร์มาพบสมัยนั้น แล้วท่านปลัดสาธารณสุขสมัยนั้น อาจารย์ประกอบ ตูจินดา ไปเป็นประธาน “World Health Assembly” [สมัชชาอนามัยโลก]⁴² อาจารย์อุทัย⁴³ ก็เป็น “Chairman Executive Board” [ประธานคณะกรรมการบริหาร]⁴⁴ และที่เราภูมิใจคือ เราได้รวม 4 กระทรวงหลักไปประชุมเจเนวา มีรองปลัดกระทรวงศึกษา รองปลัดกระทรวงมหาดไทย กระทรวงเกษตรไม่ไป เราเชิญแต่ไม่ได้ไป ติดอะไรไม่ทราบ ซึ่งเป็นเรื่องที่ผมเป็นเด็กก็เห็นผู้ใหญ่ทำก็ภูมิใจมากเลย ท่านอาจารย์เชิญพวก

นี้ไปประชุมด้วย เขาก็ภูมิใจ แต่ก่อนหน้านั้นท่านก็ส่งผมไปก่อน ส่งไปทำงานก่อน ว่าด้วย “intersector” [การทำงานแบบผสมผสาน] เป็น “intersectoral collaboration action for health” แต่ของไทยเราเป็น “intersector collaboration action for quality of life” คือเราก้าวไปอีก “step” [ขั้น] หนึ่งกว่าองค์การอนามัยโลกเขา องค์การอนามัยโลกทำเรื่อง “health” [สุขภาพ] แต่เราทำเรื่องคุณภาพชีวิต ซึ่งหมายถึงมากกว่าหนึ่ง อย่างที่อาจารย์ประเทศพม่าจะให้มีเรื่องสังคมและปัญญา ช่วงนั้นมันบูมจริงๆ เมืองไทย เรามีประชุม “technical discussion” [การประชุมในเชิงเทคนิค] กับประชุมบริหาร ประชุมเทคนิคคัลปี ค.ศ.1982-1983 ราว พ.ศ. 2529-2530 ดร. มีชัย วีระไวทยะ ได้รับการ “accept” [ยอมรับ] ทั่วโลก เป็นประธานระดับโลกเลย ท่านอาจารย์ [มหาวิทยาลัย] ก็ไปอยู่ด้านเทคนิคคัลปี [technical] ทางด้านวิจัยอะไรต่างๆ มีอาจารย์หลายท่านทำวิจัย อาจารย์ประเทศ อาจารย์อารี หลายๆ ท่าน อาจารย์มีชัย วีระไวทยะ นี่เก่งมากและได้รับการยอมรับ เพราะฉะนั้นอย่างเช่นนายแพทย์ สำลี เปลี่ยนบางช้าง ตอนนี่ก็เป็นผู้อำนวยการระดับภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ขององค์การอนามัยโลก] เทอมที่สอง⁴⁵ ก็เป็นสิ่งที่ภูมิใจ และทราบว่าคุณหมอสุวิทย์⁴⁶ ก็กำลังไปได้ดีมาก และคุณหมอวิโรจน์⁴⁷ ก็กำลังไปได้ดี

41 หมายถึงนายหาญชัย พันธุ์งาม นักวิชาการสาธารณสุขด้านส่งเสริมพัฒนา

42 ศาสตราจารย์นายแพทย์ประกอบ ตูจินดา เคยดำรงตำแหน่งสถาบันวิจัยไวรัส อธิบดีกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ ปลัดกระทรวงสาธารณสุข และประธานของสมัชชาอนามัยโลก (World Health Assembly) ครั้งที่ 32 ที่กรุงเจนีวา เมื่อเดือนพฤษภาคม พ.ศ. 2522 ซึ่งสมัชชาอนามัยโลกนั้นถือเป็นองค์กรสูงสุดขององค์การอนามัยโลก อันประกอบด้วยผู้แทนจากรัฐสมาชิกอย่างมาประมาณละ 3 คน และมีคะแนนเสียงหนึ่งคะแนนเสียงต่อหนึ่งประเทศเท่านั้น การประชุมสมัชชาจัดขึ้นปีละครั้งเพื่อกำหนดนโยบาย อนุมัติโครงการและพิจารณางบประมาณประจำปี. และสมัชชาอนามัยโลกครั้งที่ 32 นี้เองที่องค์การอนามัยโลกได้ออกคำประกาศว่าสาธารณสุขมูลฐานเป็นกุญแจนำไปสู่การมีสุขภาพที่ดีถ้วนหน้า ดู Marcos Cueto, “The Origins of Primary Health Care and Selective Primary Health Care,” *American Journal of Public Health*, Vol. 94, No. 11 (November 2004): 1864-1874.

43 นายแพทย์อุทัย สุดสุข

44 คณะกรรมการบริหาร (Executive Board) ขององค์การอนามัยโลกทำหน้าที่ดำเนินการตามนโยบายและข้อตกลงของสมัชชาอนามัยโลก รวมทั้งจัดทำโครงการและงบประมาณประจำปีเสนอต่อสมัชชาอนามัยโลก ซึ่งคณะกรรมการบริหารนั้นคัดเลือกมาจากประเทศภาคีสมาชิก

45 นายแพทย์สำลี เปลี่ยนบางช้างได้รับเลือกเป็นผู้อำนวยการองค์การอนามัยโลกประจำภาคพื้นเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ สมัยแรกระหว่าง พ.ศ. 2547-พ.ศ. 2552 และได้รับเลือกให้ดำรงตำแหน่งนี้อีกหนึ่งสมัยเมื่อเดือนกันยายน พ.ศ. 2551 โดยจะดำรงตำแหน่งสมัยที่สอง ในระหว่าง พ.ศ. 2552-พ.ศ. 2557

46 นายแพทย์สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ

47 นายแพทย์วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร

แต่สิ่งที่จะกราบเรียนเพื่อจะนำมาสู่ปัจจุบัน ก็คือประสบการณ์จากสาธารณสุขมูลฐาน ที่ผมเป็นครูที่เลี้ยงไปสอนทั่วประเทศกับงานปัจจุบันที่เรากำลังทำเรื่องที่เราเรียกว่า งานยูซี [UC-Universal Coverage] หรือประกันสุขภาพถ้วนหน้า ซึ่งสงวน⁴⁸ ทุ่มเททั้งชีวิตของท่าน อันหนึ่งซึ่งเราไม่ได้ทำ คือเวลามันต่างกันไม่ใช่ว่าดีไม่ดี สมัยนั้นเราทำเรื่องครูปัก เรื่องการสอน เราถือ “literacy” [การรู้หนังสือ] เป็น “the must” [คือ] ต้องทำ การเรียนการสอนนั้นจะแบ่งออกเป็น 3 แบบ คือ สอนในระบบ สอนนอกระบบ และสอนตามอัธยาศัย ขณะนี้พวกเราจะเล่นตามอัธยาศัยกับนอกระบบเสียมาก ในระบบน้อย จะเห็นว่าขณะนี้ครูอาจารย์โรงเรียนแพทย์ โรงเรียนพยาบาลต่างๆ คอนข้างจะมาสนใจที่เรา กำลังทำอยู่น้อยมาก เพราะฉะนั้นเราต้อง “re-oriented” [ปรับทิศทาง] สูงมาก เราช่วยกันทำหรือแม้แต่สอนนอกระบบบางที่ ขณะนี้ KM⁴⁹ กำลังมาได้ดี แต่ว่าบางครั้งบางอย่างบางเรื่องเราไม่มี “direction” [ทิศทาง] ที่ชัดเจน ซึ่งก็กำลังคุยกันอยู่ ซึ่งต่างจากสาธารณสุขมูลฐาน คือตำราสอน อาจารย์ประพนธ์ ปิยรัตน์⁵⁰ ให้เราไปเขียนเองนะครับ หลายท่านอาจารย์จบดอกเตอร์มาใหม่ๆ เอาตำรามามาเถียงสู้กัน อาจารย์ก็นั่งหัวเราะยิ้มเฉยสุดท้ายก็มีข้อสรุป ตำราก็เขียนกันเอง สมัยก่อนโรงแรมไม่มี ต้องไปที่สรวงคนิวาส⁵¹

และที่ประทับใจสูงสุดอันหนึ่ง คือได้มาร่วมทีมทำโครงการบ้านแฝด ผมอยู่ขอนแก่นได้มาร่วมทีมอาจารย์ปรีชา ดีสวัสดิ์ก็ได้ไปร่วมทีม ก็ทำให้เห็นว่าครูอาจารย์เราได้สร้างพวกเรา ให้พวกเราทำงานเพิ่มความรู้ให้เขา แล้วก็เอาเรามาคิดงานต่อโดยให้

พวกเราทำกันเอง ให้เรามาเขียนตำรา สอน 5 วัน เขียนตำรา 2 อาทิตย์นะครับ 35 คน มาเขียนตำราว่าทำอะไรจึงจะให้คนเข้าใจงานสาธารณสุขมูลฐานคืออะไร อีกภาคหนึ่งคือเรื่องการเป็นครูมีตำราวิธีเป็นครู อาจารย์ประพนธ์ เก่งมาก เราเรียกว่าเป็นครูใหญ่ อาจารย์อมรเป็นผู้อำนวยการโรงเรียน ท่านอาจารย์เสมออยู่กระทรวงฯ เป็นผู้จัดการใหญ่ส่งการลงไป ปี พ.ศ. 2519 เป็นปีแรกของแผน 4 ซึ่งอยู่ในปลายแผน 3 ต่อแผน 4 ทำให้พวกเราซึ่งกับงานและเข้าใจระบบและการจัดการเรียนการสอนที่จะให้คุณค่าแก่ประชาชน สมัยก่อนการสอนยังไม่มีคำว่า การเรียนการสอนเท่าไรมีแต่สอน มีแต่ครูบอกวิชา แต่เราทำทั้งคู่ทั้งเรียนทั้งสอน อันนี้เป็นอันหนึ่งที่โครงการ 30 บาท ซึ่งทางพรรคไทยรักไทยเขาเอามาแล้วก็ไปเร็ว นายแพทย์สงวนเองก็รับนโยบายก็ดี ต้องเร็ว เพราะไม่เร็วกก็ทำไม่ได้ แต่ว่าช่วงต่อนี้การเมืองไม่ค่อยคิดเหมือนเรา เขาได้แล้วเขาก็จบเขาได้ประโยชน์แล้ว มันกินใจชาวบ้านแล้วก็จบจริงๆ แล้วเนื้อหาสาระต้องทำอีกเยอะเลยวิชาการต้องตามอีกมากมาย ขณะนี้ผมเองก็อยู่ในบอร์ด ก็ลำบากระดับหนึ่ง นายแพทย์สงวนก็สิ้นไปแล้ว ขอบคุณครับที่ท่านอาจารย์ทวีทองได้กรุณา และได้สรุปไว้ 3-4 ข้อ ก็ขอขอบคุณ ถ้าจะมีการซักถามเพิ่มเติมก็ยินดี ตอนนี้อยู่ขออภัย ต้องไปขึ้นเครื่องไปอุปบลฯ

ศ.ดร.ทวีทอง : ผมขอใจที่อาจารย์ใช้คำว่า โคราชเป็นตักศิลาของสาธารณสุขมูลฐาน คือเห็นภาพ ที่จริงนอกจากที่โคราชแล้วก็ยังมีอีกหลายจังหวัดที่มีเป็นลักษณะของตักศิลาเรื่องสาธารณสุขมูลฐาน [เช่น] ที่อุบลภายใต้การนำของอาจารย์อารี และอย่างโครงการลำปางถือว่า

48 นายแพทย์สงวน นิตยารัมภ์พงศ์ เลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ซึ่งถึงแก่กรรมด้วยโรคมะเร็งปอด ขณะดำรงตำแหน่ง เลขาธิการสำนักงาน หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สมัยที่ 2 เมื่อวันที่ 18 มกราคม พ.ศ. 2551
49 KM-knowledge management คือ การจัดการความรู้
50 ศาสตราจารย์นายแพทย์ประพนธ์ ปิยรัตน์ อดีตรัฐมนตรีช่วยว่าการกระทรวงสาธารณสุข
51 สถานที่พำนักของสภาภษาคาชาดไทย อยู่ติดชายหาดเอ อ่าเภอเมือง จังหวัดสมุทรปราการ

เป็นโครงการ “pioneer” [บุกเบิก] มากเหมือนกัน⁵² ถ้าผมจำไม่ผิด เพราะช่วงนั้นมันเหมือนกับดอกไม้ร้อยดอกมันบานสะพรั่ง มีหลายที่อาจจะเกิดขึ้นมาได้ๆ กัน แต่ละทีจะมีประสบการณ์เฉพาะของตัวเอง โครงการลำปางก็ถือว่าเป็นโครงการหนึ่งที่ได้รับการสนับสนุนจาก USAID และเป็นโครงการที่ใหญ่โครงการหนึ่ง อาจารย์เบญจาถือว่าเป็นนักสังคมศาสตร์ เรียกว่าเป็นคนแรกๆ ที่เข้าไปยุ่งเกี่ยวกับเรื่องของสาธารณสุขมูลฐาน ก็ขอให้อาจารย์เบญจาสะท้อนความประทับใจของอาจารย์ให้พวกเราฟัง

รศ.ดร.เบญจา ยอดดำเนิน-แอ็ดติงก์ : ต้องกราบขอบพระคุณอาจารย์ทุกท่าน เพราะว่าได้เรียนรู้จากท่านทุกคน ต้องเรียนให้ทราบว่าตอนเรียนปริญญาโทจบ แล้วกลับไปลำปางเพราะบ้านอยู่ลำปาง ช่วงนั้นเป็นช่วงที่โครงการลำปางกำลังเกิดขึ้นพอดี ก็เลยได้ทำงานในฐานะที่เป็นนักมานุษยวิทยาประจำโครงการ ตอนนั้นก็เรียนเฟื่องตัวเล็กๆ แต่ความประทับใจก็คือ ตอนนั้นไม่รู้จักและไม่ทราบว่าโครงการนี้เป็นโครงการที่นำเอาคนที่มีความคิดดี มีความสัมพันธ์ที่ดีแล้วเอามาอยู่รวมกัน เมื่อรวมตัวกันขึ้น จึงทำให้เกิดนวัตกรรมที่ดีงามและส่งผลกระทบต่อประชาชน

โครงการลำปางเป็นโครงการที่ครอบคลุมทั้งอำเภอห้างฉัตร จังหวัดลำปาง และข้อสำคัญคือ วิธีการค้นหาอาสาสมัคร[สาธารณสุข]เกิดขึ้นที่นั่น พวกเราเป็นคนที่ทำ “questionnaire” [แบบสอบถาม] ไม่ใช่เป็นคนต้นคิด ต้นคิดคือตั้งแต่ท่านอาจารย์หมอมสมบูรณ์ วัชรโรทัย ที่ท่านสิ้นไปแล้ว และท่านอาจารย์หมอมปรีชา ดีสวัสดิ์

ท่านก็สิ้นไปแล้วเหมือนกัน มีท่านอาจารย์หมอมจัญญ มีชนอน อีกท่าน ตอนนั้นได้เรียนรู้ไม่ใช่เฉพาะวิชาการหรือเรื่องการศึกษาสาธารณสุข แต่ได้เรียนรู้วิธีการทำงานของท่านด้วย

ตรงนี้มันเหมือนกับเมล็ดพันธุ์พืชที่เข้ามาอยู่ในตัวเองโดยที่ไม่รู้ตัว แต่พอโตขึ้นมาทำงานแล้วถึงได้รู้ว่า การที่เราได้ทำงานตอนโครงการลำปางนั้นช่วยให้เราเข้าใจอะไรมาตรงนี้เอง ตอนนั้นมันมีแบบสอบถามที่เรียกว่า “sociogram” [สังคมมิติ]⁵³ ซึ่งจริงๆ แล้วมันเป็นพื้นฐานของเรื่อง “social network” [เครือข่ายทางสังคม] แท้ๆ เป็นเรื่องของเครือข่าย เป็นเรื่องของความช่วยเหลือ เป็นเรื่องของการป้องกันด้วยซ้ำไป ตอนนั้นไม่เข้าใจ ทราบแต่ว่าเราจะต้องหาคนที่มาเป็นอาสาสมัคร อสม. [และผู้สื่อข่าวสาธารณสุข (ผสส.)] แล้วเราก็ต้องปรับแก้กันเยอะมาก โดยมีท่านอาจารย์หมอมเพียร เขียววนิช เป็นคนดูแลเราอยู่⁵⁴ เราแค่คนช่วยทำงาน รายชื่อที่ออกมาที่เราจะเลือกเป็น อสม. ส่วนใหญ่เป็นวัยรุ่นอายุ 17-18 ปี เราก็เลยสงสัยว่าแล้วจะพูดให้คนเชื่อได้อย่างไร เพราะยังไม่มีประสบการณ์ ยังไม่มีอะไรเลย เราจึงต้องมาวิเคราะห์ดูว่าทำไมผลถึงออกมาแบบนี้ [คือ] ที่คนมักจะไปหาเขา เราก็มาค้นพบว่าเป็นเพราะอายุของคนที่ไปถาม เพราะฉะนั้นมันดึงดูดกัน คนที่อายุน้อยก็จะดึงดูดกัน แล้วคิดว่าน่าจะเป็นกลุ่มเพื่อนของเขาเอง กว่าจะปรับ กว่าจะแก้ตัว “concept” [แนวคิด] ของ อสม. การทำงานแบบอาสาสมัคร [สาธารณสุข] จึงเกิดขึ้นจากโครงการนำร่องที่จังหวัดลำปางก่อน แต่อิทธิพลความคิด[เกี่ยวกับเรื่องนี้]น่าจะมาจากที่อื่นก่อนแล้ว

52 ดู Ministry of Public Health, The Lampang Health Development Project: Thailand's Fresh Approach to Rural Primary Health Care (Monograph No.1, Chiangmai, 1979).

53 ดูรายละเอียดเรื่องการคัดเลือกอาสาสมัครโดยวิธี “sociogram” หรือสังคมมิติใน เบญจา ยอดดำเนิน, “การสาธารณสุขเบื้องต้นของไทย: ช่องว่างระหว่างทฤษฎีกับการปฏิบัติ,” วารสารสังคมศาสตร์การแพทย์ ปีที่ 1 ฉบับที่ 3 (2521): 32-43.

54 หมายถึงคอยทำหน้าที่เป็นที่ปรึกษาคอยให้คำชี้แนะ-รศ.ดร.เบญจา

ท่านอาจารย์หมอปริชานันท์ทำงาน[โครงการคล้ายๆกัน]อยู่ที่พิษณุโลกก่อน แล้วจึงทำงานที่โครงการสารภี [อำเภอสารภี จังหวัดเชียงใหม่] พอมาอยู่ที่ลำปาง ท่านก็เอาแนวคิดนี้มาด้วย ก็เลยมีความรู้สึกว่จริงๆ แล้วความคิดที่ดีที่อาจารย์ ดร.ทวีทอง พูดถึง ความตั้งใจที่จะทำงาน มันมากับคน แล้วยิ่งมาเจอ สมมติว่าเป็นเมล็ดพันธุ์พืช แล้วเนื้อดินตรงนั้นเหมาะที่จะขึ้น มันจะออกงอกได้อย่างดี เนื้อดินตรงนี้มีความหมายอย่างที่ว่าทุกท่านพูดคือ เครือข่าย เพื่อนที่เข้าใจกัน ข้อสำคัญคือคนที่มีแนวความคิดเดียวกัน และสำคัญที่สุดก็คือมีคนเชื่อมประสาน ถ้าไม่มีคนเชื่อมตัวเชื่อมมันก็จะอาจจะเดินช้าหน่อย แต่พอทุกอย่างลงตัวมันก็ไปได้เร็วมากและไปได้ไกลมาก

ตอนนั้นทำงานได้ปีเดียวแล้วมาทำงานที่มิดล ก็ยังไม่ตกผลึกความคิดจนกระทั่งได้ไปทำงานร่วมกับโภชนาการ สถาบันวิจัยโภชนาการ เพราะของอาจารย์มีโครงการหนองไฮ มีศูนย์ปฏิบัติการที่จังหวัดอุบลราชธานี ตรงนั้นมันคือ “community lab” [ศูนย์ปฏิบัติการชุมชน] ที่จะช่วยดูว่าคนเขาจะดูแลตัวเองอย่างไร ชุมชนจะดูแลตนเองอย่างไร แล้วก็คิดว่าโครงการลำปางถึงแม้จะเป็นโครงการนำร่อง แต่ก็คือ “community lab” เหมือนกัน แต่ตอนนั้นไม่เข้าใจไม่ทราบกว่าที่ความรู้จะเข้ามาฝังอยู่ในตัวเราแล้วตกผลึกก็ใช้เวลานานพอสมควร โครงการหนองไฮและศูนย์วิจัยโภชนาการที่จังหวัดอุบลราชธานีก็เป็นต้นแบบของ “community lab” แม้แต่ของคณะสาธารณสุข[ศาสตร์]ก็มีศูนย์ปฏิบัติการที่สูงเนิน ตรงนี้ถือเป็น “community lab” แท้ๆ ที่จะต้อง “strengthen” [ทำให้เข้มแข็ง] แล้วของเราตอนนี้มีที่กาญจนบุรี⁵⁵ ก็ได้เออเดียตรงนี้ไปทำนะคะ

โครงการของเราที่จังหวัดกาญจนบุรีทำทั้งจังหวัด แต่เป็นโครงการ [ศึกษาวิจัยระยะยาว] ที่เรียกว่า การเฝ้าระวังประชากร พอมารับหน้าที่ตรงนี้ก็เลยไป “check” [ตรวจสอบ] ดูว่าต้นกำเนิดมาจากไหน เรื่องการศึกษาในระยะยาวนี้ก็พบว่า จริงๆ แล้วมันมาจาก 3 กระแส กระแสแรกคือระบาดวิทยา ที่ตอนแรก “focus” [มุ่งเน้น] ที่โรค แต่ตอนหลังถึง “shift” [เปลี่ยนเคลื่อน] มา “focus” ที่คนและที่ “community” [ชุมชน] แล้วกระแสอีกกระแสหนึ่งที่ท่านพูดถึงคือหมอเท้าเปล่าที่ประเทศจีนที่เป็นต้นแบบของสาธารณสุขมูลฐาน แล้วก็มารวมตัวกับการศึกษาของประชากรที่ดูเรื่องการเกิด การตาย การย้ายถิ่น เป็น 3 กระแส มารวมกัน แล้วมาตกผลึกเป็นโครงการที่ในประเทศไทย⁵⁶ มันเป็นการตกผลึกความคิดอันหนึ่ง บางทีเราก็เอา “concept” มาจากต่างประเทศ แต่เสร็จแล้วพอมมาถึงจริงๆ แล้วกลายเป็นของไทย เพราะเราก็มาปรับเปลี่ยนมาทำให้มันงอกงามกลายเป็นต้นไม้ของไทย แล้วใช้กับประเทศไทยได้ ตรงนี้ฟังได้ความคิดว่าทำไมเขาถึงชอบเอาประเทศไทยเป็นตัวอย่างในหลายๆ เรื่อง ทั้ๆ ที่ “concept” นั้นมาจากต่างประเทศ ก็ได้ความคิดจากอาจารย์ทวีทองและหลายๆ ท่านว่า “เริ่มต้นเป็นมะลิซ้อน แต่แตกใบอ่อนเป็นมะลิลา” นี่เป็นความประทับใจที่ได้ทำงานสาธารณสุขมูลฐานมาตั้งแต่นั้น

อยากจะเรียนสรุปว่า ถ้าพูดถึงความตั้งใจ ความเป็นเครือข่าย ความจริงใจทั้งหมด ถ้าคนเดียวกันไปไม่รอดเหมือนกัน แต่เมื่อไรมีการรวมตัวกันแล้วมีคนเชื่อม มีคนนำมัน มันไปได้ดีมากจริงๆ ที่ประทับใจก็คือ ไม่ได้เรียนรู้เฉพาะความรู้ที่ว่าจริงๆ แล้วคนในชุมชนเขาก็สามารถดูแลตัวเอง

55 หมายถึงโครงการกาญจนบุรีของสถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล - รศ.ดร. เบญจมา

56 หมายถึงโครงการศึกษาวิจัยระยะยาว (longitudinal study) ที่สถาบันวิจัยประชากรและสังคมนำมาใช้และเรียกว่าการเฝ้าระวังทางประชากร - รศ.ดร. เบญจมา

ได้ดูแลครอบครัวเขาได้ เมื่อไม่ไหวแล้วถึงให้คนอื่นดูแล แต่ได้เรียนรู้วิธีการทำงาน ตัวเล็กๆ ที่เพิ่งเรียนจบปริญญาโทมายังไม่เคยมีประสบการณ์ แต่ได้พบท่านอาจารย์หมอมสมบุรณ์ วัชรโรทัย ซึ่งตอนนั้นท่านน่าจะจะเป็นอธิบดีกรมอนามัย แล้วท่านทำงานร่วมกับอาจารย์จำรูญ มีখনอน ท่านสาธารณสุขจังหวัดคืออาจารย์หมอบริษา และยังมีอาจารย์หมอลหลายๆ ท่าน⁵⁷ ที่ประกอบขึ้นเป็นโครงการใหญ่ไม่ใช่โครงการเล็กๆ เลย ถึงแม้ว่าจะไม่ได้ตั้งใจเรียนรู้จริงๆ แต่[ความรู้ที่ได้]มันซึมซับเข้าไปและติดตัวมาจนกระทั่งถึงทุกวันนี้ แล้วที่ตกผลึกอีกอันคือ [ขณะนี้]ต้องไปทำโครงการมาลาเรียที่ชุมชนชาวกะเหรี่ยงที่สังขละบุรี [จังหวัดกาญจนบุรี] ที่เขาอยู่ตามรอยตะเข็บชายแดน ตอนแรกก็สงสัยว่าทำไมมาลาเรียยังอยู่และเพิ่มขึ้นด้วย อัตราการตายลดลงจริง แต่ว่าอัตราการเจ็บป่วยมันยังขึ้นๆ ลงๆ ก็ปรากฏว่า เพราะเขายังข้ามถิ่นไปมาระหว่างชายแดนได้ ตอนแรกที่ทำก็คิดว่าจะหาทางแยกยุ่งกับคน ดูสิว่าจะทำอะไรไม่ให้คนกับยุ่งเจอกันได้แต่ไม่สำเร็จ จนบัดนี้ก็ได้จากการที่ทำงานร่วมกับเขาเอง⁵⁸ ก็ค้นพบว่า คงจะต้องให้เขาสร้างภูมิคุ้มกันโดยอาหารของเขาเอง ตอนนั้นก็นึกถึงโภชนาการอีกแล้ว แต่ขั้นนี้ยังไม่ถึง ตรงนี้ก็กลับมาที่จุดเดิมที่เริ่มต้นจากโครงการลำปาง คือใช้ “community lab” ไม่ใช่เราคิดอยากได้อะไร เราก็ใส่เข้าไป ใช่ไหม เราคงต้องไปทำงานร่วมกันกับเขา แล้วก็เรียนรู้จากเขา เพิ่งจอตออยู่แค่รู้ว่าจะต้องเอาภูมิปัญญาท้องถิ่นของเขามาใช้แล้ว “repackage” [เปลี่ยนรูปแบบการนำเสนอ] ใส่กลับเข้าไป แต่ว่ายังไม่ถึงว่าจะสำเร็จหรือเปล่า⁵⁹ แต่ทั้งหมดก็เป็นความประทับใจที่ได้เริ่มมาค่ะ

ดร. เมธิ : ผมอยู่กับงานมาในช่วง 30 ปี ตั้งแต่ตอนนั้นถึงตอนนี้ จะสะท้อนให้เห็นภาพว่า ในประการที่ 1 ที่งานนี้ยังสามารถเดินได้มาถึงทุกวันนี้ภายใต้ความสำเร็จและอุปสรรคบ้าง ประการที่ 1 เป็นความชัดเจนของเนื้อหาของเรื่องนี้ ที่เน้นเรื่องการพึ่งตนเองของประชาชนเป็นเรื่องสำคัญ พูดถึงเรื่องการมีส่วนร่วมของประชาชนในการทำงาน พูดถึงเรื่องของจิตสำนึกสาธารณะในการมีอาสาสมัคร ทุกนวัตกรรมที่คิด คิดเพื่อประโยชน์ต่อสุขภาพดีของประชาชนทุกเรื่อง ไม่ว่าจะเป็นเรื่องโภชนาการ เรื่องยา เรื่องอะไร ผมมีความคิดว่าเป็นเรื่องคือเนื้อแท้ นี่คือทองคำแท้ที่มันชัดเจน มันถึงได้ยั่งยืนมาถึงทุกวันนี้ได้จากประเด็นของตัวมันเอง

ประการที่ 2 ที่ผมเห็นว่าสิ่งเหล่านี้สามารถผลักดันและขับเคลื่อนมาเป็นเวลา 30 ปี ได้ [เพราะ]นโยบายผู้บริหารกระทรวงฯ ระยะแรกผมคิดว่าชัดเจนมาก 20 ปีแรกนี้ชัดเจนมาก แต่จะเรียกว่าแผ่วหรือการเปลี่ยนแปลงทางระบบก็ได้ เพราะแผน[พัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่] 4, 5, 6, 7 มีแผนสาธารณสุขมูลฐานชัดเจน พอแผน 8, 9, 10 ไม่เขียนคำนี้แล้ว⁶⁰ แต่มันเข้าไปอยู่ในแผนของชาติไป ในความหมายหลายๆ คำเรื่องคนเป็นศูนย์กลาง ในช่วงแผน 8 พูดเรื่องบูรณาการ เรื่อง “holistic” [องค์รวม] อะไรนี้ มันเข้ามาอยู่ในแผนใหญ่ของประเทศ ถ้าคิดว่ามันเข้าไปแล้วก็โอเค แต่ในเชิงของแผนกระทรวงสาธารณสุขตรงนี้ไม่ได้ระบุแล้วตั้งแต่แผน 8 เป็นต้นมา

ประการที่ 3 ที่เห็นชัดเจนสอดคล้องกับอาจารย์หมอไพจิตร คือ เรามีทรัพยากรบุคคลที่

57 รวมทั้ง ศ.นพ.เพียร เขียววิษ จากคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ – รศ.ดร.เบญจจา

58 หมายถึงการทำงานร่วมกับคนในชุมชน – รศ.ดร.เบญจจา

59 ขณะนี้ยังอยู่ในกระบวนการค้นหาความรู้ท้องถิ่น เพื่อส่งป้อนกลับเข้าไปใหม่ – รศ.ดร.เบญจจา

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

เราทำไว้ตั้งแต่สมัยนั้นที่เข้มแข็งมาตลอด ตั้งแต่ครูฝึกต่างๆ การมีครูฝึกตั้งแต่รุ่น 35 คน ที่หมอไพจิตรเป็นรุ่น 1 ทำไปทั่วประเทศทุกจังหวัด สาธารณสุขอำเภอ ท่านหัวหน้าฝ่าย คนเหล่านั้นเป็นกำลังสำคัญของงานในส่วนภูมิภาคแทบทั้งสิ้น แล้วคนเหล่านั้นในขณะนั้นตำแหน่งจะยังไม่มาก แต่เมื่อเวลาผ่านไป 10 ปี 20 ปี พวกเขาขึ้นเป็นผู้บริหารกระทรวงฯ ขึ้นเป็นผู้บริหารหมดเลย ไม่ว่าจะทางวิชาการ หรือคุณหมอสงวน ทางกลุ่มแพทย์ต่างๆ ที่โรงพยาบาลชุมชนก็เป็นผู้บริหารกระทรวงสาธารณสุขหมด เพราะฉะนั้นโดยอัตโนมัติที่งานนั้นมันเดินไปโดยไม่ต้องไปเริ่มต้นใหม่สำหรับคนเหล่านี้ ดังนั้นนี่เป็นกลไกที่สำคัญ ทำให้พอมารวมทีมอย่างคุณหมอสงวนรุ่นนั้นเข้ามาในกระทรวงมาเป็นผู้บริหารกระทรวงฯ การแตกหน่อในเรื่องต่างๆ ก็สามารถแตกได้โดยอัตโนมัติและไปได้อย่างมีคุณภาพด้วย เรื่องนี้ก็เป็นเรื่องที่สำคัญ

ประการที่ 4 รูปแบบของการทำงานในชุมชน นวัตกรรมต่างๆ หลายเรื่องสามารถต่อได้หลายเรื่องก็หายไป อย่างกองทุนยาแรกๆ นู่มาก 2-3 หมื่นแห่ง เชิงปริมาณไปได้ดี คุณภาพก็ดีบางส่วน แต่บางพื้นที่มีประโยชน์สำหรับประชาชนมาก เพราะฉะนั้น[โดยรวม]มีประโยชน์สำหรับประชาชนมาก ที่ใดที่เป็นประโยชน์ ที่นั่นคือเราประสบความสำเร็จ แต่ถ้ามันไม่สำเร็จก็ไม่เป็นไรก็พัฒนากันไป แต่วันนี้กองทุนยาในหมู่บ้านก็ไม่มีแล้ว ถ้าเรียกในเชิงของราชการเราก็เหลือเพียงแต่เป็นตุ๋ยาเล็กๆ อยู่ในหมู่บ้าน มีคนซื้อคนขาย แต่ไม่มีการจัดการอย่างที่พูดกันเมื่อสมัย 20 ปีที่แล้ว ความคิดเรื่องเหล่านี้ก็กลายเป็นอย่างอื่นไป แต่ที่ยังคงอยู่ทุกวันนี้ คือ รูปแบบของ อสม. ที่อาสาสมัครตัวนี้ยังคงอยู่ ตั้งแต่อาจารย์ทำ "sociogram" คัดเลือกมาอันนี้ จนถึงบัดนี้ยังมี อสม. อยู่ เพราะฉะนั้น อสม. เป็นกำลังคน

ภาคประชาชนที่กระทรวงสาธารณสุขจัดตั้งเอาไว้ เรียกจัดตั้งได้เพราะเราพัฒนาเป็นเชิงระบบเหมือนราชการจนเกินไป ทำให้ระบบมันคงอยู่ได้ แต่ภายใต้การจัดตั้งอย่างเข้มแข็งของกระทรวงสาธารณสุขแบบนี้ มันก็มีจุดอ่อนของตัวเองของมันเอง เพราะระบบอาสาสมัครก็จะพึ่งพิงกระทรวง ในความคิดความเห็นต่างๆ วันนี้ไปบอกรัฐมนตรีสาธารณสุขว่า อสม. ให้เขาเข้มแข็งโดยตัวของเขาเองได้ไหม รัฐมนตรีบอกว่าอย่าพึ่งเลย ขอขึ้นต่อตัวเองก่อน ขอสั่งการเองก่อน ถ้าไปถามท่านปลัดกระทรวง บอกว่าไม่ได้ต้องขึ้นกับกระทรวงสาธารณสุข ถ้า อสม. ไปทำงานพัฒนาด้านอื่น บอกอย่าไปทำมากทำสาธารณสุขก่อน นี่ก็เป็นปกติของวิถีคิดเชิงนี้ยังคงอยู่ แต่ อสม. วันนี้ปริมาณมีทุกหมู่บ้านประมาณ 800,000 คน แล้วทุกวันนี้ ฉะนั้น 800,000 คน มีมากที่ไปเป็น อบต. อย่างที่โคราชสมัยที่มี อบต. รุ่นที่ 1 ผมพัฒนา อสม. ไปเป็น อบต. เกือบ 50 เปอร์เซนต์ ทุก อบต. มี อสม. หมดเลย แต่ช่วงหลังๆ เป็นน้อยลงเพราะว่าต้องใช้เงิน อสม. ไม่มีเงิน ไม่มีเงินไปเลือก อบต. ต้องใช้เงินเยอะ ก็เป็นแค่กรรมการผู้ทรงคุณวุฒิประจำหมู่บ้าน ก็เลยไม่มีบทบาททางการบริหาร อบต. เพราะไม่มีเงินไปสู้ วันนี้โลกมันเปลี่ยนไป

ประการสุดท้าย คือ ในส่วนของการปฏิรูปที่เกิดขึ้นทางการปฏิรูปของระบบสุขภาพทั้งหมดในช่วงหลังที่เรามี ส. ต่างๆ เกิดขึ้นโดยการเปลี่ยนทางสังคม การเปลี่ยนแปลงเหล่านี้เป็นการเปลี่ยนแปลงที่มองไปข้างหน้าในเรื่องสุขภาพ แต่ทั้งหลายทั้งปวงมีสาธารณสุขมูลฐานเป็นฐาน ผมเสียดายอยู่นิดหนึ่งเรื่องหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าที่เราไม่ได้ใช้สาธารณสุขมูลฐานเป็นฐาน เราไปใช้การบริการเป็นฐาน ซึ่ง 2 ตัวนี้ไม่เชื่อมกัน พี่ระเด่นพูดถึงเรื่องกองทุนโภชนาการและกองทุนบัตรสุขภาพเมื่อสมัยก่อนเราใช้ชุมชนเป็นฐาน

ฉะนั้นถ้าใช้ชุมชนเป็นฐานแล้ว “refer” [ส่งต่อ] มาสูงขึ้น ชุมชนก็ได้คัดกรองได้ดู แต่วันนี้พอเราเอาเงินไปไว้ที่สถานบริการเป็นหลัก ชุมชนไม่มีฐานมันเลยขาดการเชื่อมต่อ แต่ สปสช.⁶¹ ก็แก้ไขโดยการเอาเงิน “P&P”⁶² 37 บาทกว่า ซึ่งเป็นเงินส่งเสริมป้องกัน หยิบมาให้ท้องถิ่นกับอนามัย ได้ใช้ในการทำงาน ก็เลยเงินไหลกลับเข้ามาให้ทำงานอีก ฉะนั้นจึงทำให้งานส่งเสริมและป้องกันเราจึงอ่อนกำลังลงไปช่วงนี้ นี่เป็นเพราะระบบมันเปลี่ยนไป เราต้องทบทวนกันในช่วงนี้

ศ.ดร.ทวิทอง : มีใครอยากที่จะเพิ่มเติมไหมครับ? เชิญครับอาจารย์

รศ.ดร.เบญจา : ขอเพิ่มเติมอีกประเด็นเดียวที่ท่านทั้งหลายพูดทั้งหมดระบบสาธารณสุขมูลฐานและตัว อสม. จริงๆ แล้วในความรู้สึกของตัวเอง คือการสร้างเครือข่ายเสริมให้คนเรามีทักษะ มีศักยภาพเพิ่มขึ้น เพราะพอเขาเป็น อสม. เขาต้องหาทางเรียนรู้เพิ่มองค์ความรู้ของเขาเพื่อเขาจะได้นำไปช่วยเหลือคนอื่นได้ หรือแม้แต่เราเอาความรู้ไปให้เขา นี่เป็น[กระบวนการ]การสร้างเสริมความเข้มแข็ง [ให้แก่ประชาชนและชุมชน] ที่ชัดเจนมากที่สุดเลย

ศ.ดร.ทวิทอง : ผมเองโดยส่วนตัวจะเสริมประเด็นหนึ่ง คือในช่วงแผน 4 แผน 5⁶³ อาจรวมแผน 6 ด้วย สิ่งที่ผมคิดว่ามีค่อนข้างชัดเจนคือ กระทรวงสาธารณสุขมี “leadership” [ความเป็นผู้นำ] ในเรื่องของการพัฒนาสาธารณสุขใน

ทางวิชาการค่อนข้างชัดเจน คือ “มีวิชาการ” ที่มีจริงๆ แล้วก็ไม่ได้แปลกแยกจากมหาวิทยาลัยเท่าไร เพราะเห็นได้ชัด อาจารย์อารี อาจารย์ประพนธ์ อีกหลายคนก็เข้าไปทำงานร่วมกันกับกระทรวงสาธารณสุขในเรื่อง “primary health care” [สาธารณสุขมูลฐาน] คือพูดไปแล้ว ผมว่าแทบจะทั้งหมดที่เข้าไปร่วม ไม่ใช่เป็นนักปฏิบัติธรรมดา จะเป็นนักวิชาการด้วย อย่างท่านอาจารย์อมร มีบางคนบอกว่าทำไมคิดโครงการรายวัน ผมยังสงสัยเลยว่า คิดโครงการไม่ต่ำกว่า 5 โครงการอะไรอย่างนี้ แต่ผมเรียนนิดหนึ่งว่า อย่างท่านอาจารย์อมร ผมก็ประทับใจ เพราะผมไปวิจารณ์ท่านมาก แต่ท่านก็ไม่เคยโกรธ คือทุกคนก็มาด้วยความรู้สึก “sincere” [จริงใจ] ด้วยความตั้งใจ นี่คือลักษณะของผู้ใหญ่ที่จะนำพาสังคมให้ดีขึ้น ทุกวันนี้ยังคิดถึงผู้ใหญ่เหล่านี้อยู่ เรียกว่าท่านมีบทบาทที่สำคัญค่อนข้างมาก เพราะเรื่องทางวิชาการสมัยก่อนนั้น ผมคิดว่าทุกคนจะคุยจะแลกเปลี่ยนกัน

แต่บรรยากาศเก่าๆ แบบนี้ในทุกวันนี้เราจะไม่ค่อยได้เห็นแล้ว สิ่งที่เราทำไปหลายๆ อย่างมันก็คงจะเปลี่ยนรูป เปลี่ยนเงื่อนไขไปตามสภาพของสังคม ผมคิดว่ามันซับซ้อนมากขึ้น คือทุกวันนี้เงินก็ไม่ใช่น้อย เงินมันมากขึ้น และความซับซ้อนของผู้คน ความซับซ้อนของสังคม ทางเลือกต่างๆ ที่ผู้คนจะเลือกได้ในสังคมเรานั้นก็เยอะแยะไปหมด หลายอย่างก็ควบคุมไม่ได้จริงๆ อย่างโทรศัพท์มือถือที่ท่านอาจารย์เสมได้ยกตัวอย่างนี้ก็ชัดเจนว่ามันเป็นสิ่งที่เรียกว่าทุนนิยมโลก

61 สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

62 เงินงบประมาณกองทุนสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

63 คุราชะเอียดใน กระทรวงสาธารณสุข, *โครงการพัฒนาการสาธารณสุข ตามแผนพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 4 (พ.ศ. 2520-2524)* (กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์สำนักข่าวพาณิชย์ กรมพาณิชย์สัมพันธ์, 2519); คณะอนุกรรมการวางแผนพัฒนาการสาธารณสุข สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, *แผนพัฒนาการสาธารณสุข ตามแผนพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 5 (พ.ศ. 2525-2529)* (กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์สำนักข่าวพาณิชย์ กรมพาณิชย์สัมพันธ์, 2524); และ สำนักงานนโยบายและแผนสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข, สภาสมาคมพัฒนาสังคม สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์ และมหาวิทยาลัยเอริก, *สถานภาพของแผนพัฒนาการสาธารณสุขในอดีต-ปัจจุบัน ช่วงแผนพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 1-7 (พ.ศ. 2504-2539)* (กรุงเทพฯ: บริษัท เดอะเบสท์ กราฟิค ดีไซน์ จำกัด, 2539)

เป็นกระแสโลกาภิวัตน์ที่เราไม่สามารถควบคุมมันได้ ความซับซ้อนอันนี้ ความรู้สึกของผมนั้นคิดว่าจริงๆ แล้วสาธารณสุขมูลฐานก็ต้องปรับตัวกับความซับซ้อนของสังคม กับความซับซ้อนของเทคโนโลยีที่เปลี่ยนแปลงด้วย อย่างที่อาจารย์เสมยกตัวอย่างเรื่องมือถือหรือยกตัวอย่างเรื่องออสติก ผมก็จะเกิดรู้สึกขึ้นมาทันทีว่า เอ๊ะ! สาธารณสุขมูลฐานของเราจริงๆ แล้วมันก็ต้องปรับตัวให้เข้าใจปรากฏการณ์เช่นนี้ด้วย คือสามารถปรับตัวให้สามารถหาทางแก้ไขหรือป้องกันสิ่งเหล่านี้ด้วย

เพราะฉะนั้นปรากฏการณ์ที่เมื่อก่อนเรามี อสม. แค่เพียง 1 คนต่อหมู่บ้าน ตอนหลังอาจจะปรับขึ้นมาเป็น 10 คน⁶⁴ อันนี้คือลักษณะของการปรับ และที่จริงแล้วสมัยหนึ่งผมฟังคุณหมออมร

ผมยังแอบนึกหัวเราะว่าอาจารย์ข้างฝันเหลือเกิน ที่บอกว่าต้องมี อสม. ประจำครอบครัวหรืออะไร เช่นนี้จริงๆ แล้วเราไปติดกับคำว่า อสม. แต่จริงๆ แล้ว อสม. เป็นแค่นามสมมุติ ความจริงก็คือความรู้เรื่องของสุขภาพมันจะต้องไปถึงครอบครัว จะต้องไปถึงแต่ละคน เมื่อเราเข้าใจเช่นนี้แล้ว งาน “primary health care” มันจะไม่มีความจำเป็นจะต้องทำงานอะไรที่ยากและซับซ้อนมากขึ้นเรื่อยๆ ฉะนั้นผมเองส่วนตัวก็รู้สึกเหมือนกันว่า พลวัตที่ว่า “primary health care” คืออะไร และจะต้องปรับตัวอย่างไร ปรับวิธีการดำเนินงานอย่างไรกับสังคมที่มันซับซ้อนมากขึ้น ตรงนี้ที่ผมคิดว่ามันอาจจะยังล่าช้าอยู่

ก็คิดว่าคงพอสมควรแล้ว ควรจะต้องยุติลงตรงนี้ ขอขอบคุณทุกท่านครับ

64 เมื่อสิ้นสุดแผนพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 4 (พ.ศ. 2520-2524) แล้วสามารถสร้างองค์การสาธารณสุขมูลฐานและจัดระบบโครงสร้างสาธารณสุขในระดับหมู่บ้านได้ครอบคลุม 68 จังหวัด, 4,800 อำเภอ, 24,000 หมู่บ้าน หรือประมาณร้อยละ 50 ของหมู่บ้านในชนบท โดยครอบคลุมประชากรในเขตชนบทประมาณ 18.5 ล้านคน ตลอดจนอบรมเจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับจังหวัด อำเภอ ตำบล ให้ทำหน้าที่ครูฝึกได้ครบถ้วนในทุกพื้นที่; เพิ่มขึ้นเป็น 72 จังหวัด, 696 อำเภอ, 6,184 ตำบล และ 48,000 หมู่บ้าน โดยครอบคลุมประชากรประมาณ 37 ล้านคนเมื่อสิ้นสุดแผนพัฒนาฯ ฉบับที่ 5 (พ.ศ. 2525-2529) สามารถสร้างองค์การสาธารณสุขและจัดระบบโครงสร้างสาธารณสุขมูลฐานในระดับหมู่บ้านได้ครอบคลุมทุกหมู่บ้านทั้งในเขตชนบทและเขตเมือง ตลอดจนพื้นที่เฉพาะ โดยมีจำนวนอาสาสมัครสาธารณสุขทั้งสิ้น 627,500 คน เมื่อสิ้นสุดแผนพัฒนาฯ ฉบับที่ 6 (พ.ศ. 2530-2534) เมื่อสิ้นสุดแผนพัฒนาฯ ฉบับที่ 7 (พ.ศ. 2535-2539) สร้าง อสม. และศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน (ศสมช.) ได้เต็มพื้นที่ทั่วประเทศ โดยมี อสม. จำนวน 653,262 คน (631,683 คนในเขตชนบท และ 21,579 คนในเขตเมือง) และมี ศสมช. จำนวน 64,832 แห่งทั่วประเทศ มีจำนวนหมู่บ้านที่บรรลุเกณฑ์สุขภาพดีถ้วนหน้า 54,521 แห่ง และชุมชนเทศบาลอีก 812 ชุมชน และในช่วงปลายของแผนพัฒนาฯ ฉบับที่ 8 (พ.ศ. 2540-2544) สามารถทำให้ประชาชนมีส่วนร่วมในรูปแบบอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านได้ทั้งสิ้น 711,423 คน, มีกองทุนยาและเวชภัณฑ์ประจำหมู่บ้านที่ยังดำเนินการอยู่จำนวน 49,218 แห่ง, ศสมช. ในเขตชนบท 67,192 แห่ง, ศสมช. ในเขตเมือง 2,962 แห่ง, มีหมู่บ้านที่บรรลุเกณฑ์สุขภาพดีถ้วนหน้าในเขตชนบทจำนวน 65,851 หมู่บ้าน และชุมชนในเขตเมืองจำนวน 1,791 ชุมชน, ดู รัตติยา ศิลสารรุ่งเรือง, 20 ปีของเส้นทางสู่อสมสุขภาพดีถ้วนหน้าของประชาชน (สำนักงานคณะกรรมการการสาธารณสุขมูลฐาน กระทรวงสาธารณสุข, 2543), 41-7.





ภาคผนวก

บทสัมภาษณ์
นายแพทย์ นัสดา ศรียาภัย



ก่อนจะมีการสัมมนาประวัติศาสตร์ผู้รู้เห็นครั้งที่ 1 ในวันที่ 20 กันยายน พ.ศ. 2551 สำนักวิจัยสังคมและสุขภาพ (สวสส.) ได้จัดส่งเจ้าหน้าที่ ได้แก่ นางวีรวรรณ เสถียรกาล นางสาวปารณัฐ สุขสุทธิและนายประคอง แก้วนัย ไปขอสัมภาษณ์นายแพทย์นัดดา ศรียาภัย เมื่อวันที่ 12 กันยายน พ.ศ. 2551 เนื่องจากอาจารย์นายแพทย์นัดดา ศรียาภัย ติดภารกิจไม่ได้เข้าร่วมการสัมมนา และบทสัมภาษณ์ชิ้นนี้น่าจะมีประโยชน์ตามสมควรในฐานะเอกสารความทรงจำด้านประวัติศาสตร์การแพทย์ชิ้นหนึ่ง จึงควรตีพิมพ์เผยแพร่ไปในคราวเดียวกันนี้

นพ.นัดดา : เมื่อ พ.ศ. 2490 เรียนแพทยศาสตร์ก่อนที่จุฬาฯ 2 ปีแล้วถึงต้องข้ามฟากไปเรียนวิชาแพทยศาสตร์แท้ๆ ที่ศิริราชอีก 4 ปี สมัยนั้นยังใช้ปริญญา MB [Bachelor of Medicine] แล้วตอนหลังก็เพิ่มงานหลักสูตรฝึกงานอีกปีหนึ่งเป็น 5 ปี แล้วค่อยได้ปริญญา MD [Doctor of Medicine] ตามมาทีหลัง

สวสส. : อาจารย์เรียนสายอะไรมาครับ อายุรกรรมหรือรวมๆ?

นพ.นัดดา : 4 ปีนี้มันเรียนรวมกันหมด 2 ปีนี้จะเป็นเรื่อง “pathology” [พยาธิวิทยา] อะไรต่อไปเฉย แล้ว 2 ปีหลังค่อยไปเรียนกับคนไข้ มีไม่แยกมาแต่นั้น เป็น “medicine” ทั้งหมด ไม่มีการแยกนอกจากว่ามีกำหนดให้ไปทำงาน บางคนจะไปอยู่ที่หน่วยแพทย์บริการของโรงพยาบาล บางคนได้ไปดูงานประเภทคนไข้ผ่าตัดและก็ช่วยหมอผ่าตัดบ้างอะไรพวกนั้น ไม่ได้แยกเป็นแบบเฉพาะเจาะจง

สวสส. : ช่วงที่อาจารย์เรียนแพทย์ อาจารย์มีแรงบันดาลใจเรื่องของการเจ็บป่วยหรือเห็นอะไร

ที่ทำให้เราสนใจ?

นพ.นัดดา : ตรงข้ามเลย ผมไม่ได้ต้องการเรียนแพทย์เลย สมัยนั้นเขานิยมเรียนกฎหมายกัน พ่อของผมเรียนกฎหมาย อยู่เนติบัณฑิตใหญ่ แต่ตัวเองอยากเป็นแพทย์ แต่ความนิยมมันไม่ให้ และมันแพงที่สุดด้วย ทั้งหมดที่เรียนแพทย์กว่าจะจบก็ใช้เวลา 8-9 ปี ตอนเรียนเตรียมอุดมศึกษานั้นผมเรียนวิทยาศาสตร์ แต่พ่ออยากให้ไปเป็นแพทย์ตอนที่อยู่เตรียมตอนเรียนเตรียมอุดมศึกษามัธยมศึกษาตอนปลายถึงไปเรียนแพทย์ ที่จุฬาฯ ไปเรียนวิทยาศาสตร์อยู่ 2 ปีก่อนอยู่ที่คณะวิทยาศาสตร์ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

สวสส. : ต้องไปเรียนจุฬาฯ ก่อน แล้วค่อยมาเรียนที่ศิริราช

นพ.นัดดา : เขาเรียกข้ามฟาก ศิริราชตอนนั้นเป็นโรงเรียนแพทย์ ขึ้นอยู่กับกระทรวงสาธารณสุข ขึ้นอยู่กับมหาวิทยาลัยแพทยศาสตร์ ซึ่งสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ยังไม่แยกออกมาเป็นทบวงมหาวิทยาลัย

สวสส. : ท่านอาจารย์ได้เรียนแล้ว เปลี่ยนแปลงใหม่คะ?

นพ.นัดดา : ด้านฟิลิซส์ค่านอนผมรู้ว่าสู้ไม่ไหว แต่เรียนแพทย์ส่วนใหญ่มันใช้การจำ

สวสส. : พอเรียนแล้วอาจารย์สนใจเรื่องอะไรเป็นพิเศษใหม่คะ?

นพ.นัดดา : คือปกติเรียนแพทย์จบสมัยนั้นมันไม่เหมือนสมัยนี้ ที่เขาจัดให้มี “practice skill” [การฝึกปฏิบัติ] ให้เป็นปีที่ 5 แต่สมัยนั้นเขามีที่เรียกว่า “แพทย์ประจำบ้าน” เป็นลูกจ้างที่มีอายุ

การทำงาน 1 ปี ยังไม่ได้เป็นข้าราชการ แต่ถ้าทำงานดี โรงเรียนแพทย์หรือคณะแพทยศาสตร์เขาก็อาจจะให้เป็นต่อ เขาเรียก “แพทย์ประจำบ้านอาวุโส”

สวสส. : ท่านอาจารย์ทำงานที่ศิริราชนานเท่าไรคะ?

นพ.นิตดา : ปีเดียว คือปีแรกผมไม่ได้เป็น ผมสมัครเข้าไปเหมือนกัน แต่มันติดอยู่ชนิดหนึ่ง เขามีกรรมการเลือก แต่ผมไม่มี “recommendation” [ใบรับรอง] ของผู้ใหญ่ ผมเลยไปเป็นแพทย์คลินิกเอกชนที่เยาวราชสมัยนั้น แต่พอทำงานไปได้ 4-5 เดือน อาจารย์ที่ศิริราชก็ขอให้ไปสมัครอีกครั้งหนึ่ง เพราะปีที่แล้วนั้นเลือกผิดไปแล้ว ท่านว่าอย่างนั้นความจริงเป็นปีที่ 2 ที่ผมจบนะ ผมก็เลยสมัครเป็นแพทย์ประจำบ้าน รุ่นผมเขาได้เป็นปีแรกเลยนะ แต่ผมเป็นปีที่ 2 หลังจากทีจบ

สวสส. : ตอนที่อาจารย์ไปเป็นแพทย์ประจำบ้านที่ศิริราชนั้น อาจารย์ได้สนใจหรือดูแลเรื่องโรคภัยไข้เจ็บ?

นพ.นิตดา : มันก็ต้องทำหมดทุกอย่าง

สวสส. : งานคนไข้เยอะหรืองานจะหนักเหมือนตอนนี้ไหมคะ?

นพ.นิตดา : มีโอกาสได้ใช้ “practice” [ฝึกปฏิบัติ] ต้องใช้การวินิจฉัยโรค มีโอกาสได้ช่วยารวมทั้งเรื่อง “emergency” [ฉุกเฉิน] ทั้งหลาย คือได้ดูแลทุกโรคเลย แผนกศัลยกรรมก็มีนะ แต่ผมไม่ได้สนใจที่จะไปเป็นศัลยแพทย์ ก็ยังสนใจเรื่อง “medicine” เพราะแม้จะเป็นศัลยแพทย์ที่มีชื่อ

ดังก็ตาม ก็จะต้องมีอายุรแพทย์นั้นเป็น “base” [ฐาน]

สวสส. : แล้วที่ไปทำงานที่กองควบคุมโรคนั้นช่วงไหน?

นพ.นิตดา : ตอนนั้นยังไม่มีกองควบคุมโรคนะ พอจบจากแพทย์ประจำบ้านแล้ว อาจารย์เขาก็อยากจะได้แพทย์ประจำบ้านอาวุโส แต่ผมเห็นว่าเป็นอีกปีไปก็ยังไม่มีความหมาย คือเป็นลูกจ้างชั่วคราวต่อไป เพราะฉะนั้นก็จะเสียเวลาไปอีกปี พอดีว่ามีผู้ใหญ่ที่รู้จักกับที่บ้าน รู้จักกับที่บ้าน เพราะว่าเคยไปดูคนไข้ที่บ้าน คือคุณหมอบุญส่ง เลชะกุล นี่แหละ ท่านเป็นศัลยแพทย์

สวสส. : ตอนที่ท่านเป็นอธิบดีกรมควบคุมโรค ตอนนั้นกรมควบคุมโรคนี้อยู่ตรงไหน?

นพ.นิตดา : ตอนนั้นกระทรวงสาธารณสุขยังอยู่ที่ทะเลเวสต์มีอยู่เลย กระทรวงใหม่ที่อยู่นี้ยังสร้างไม่เสร็จ

สวสส. : บรรยากาศเป็นอย่างไรบ้างที่วังทะเลเวสต์?

นพ.นิตดา : มันค่อนข้างจะแน่นหน่อยครับ มีแค่ตึกเก่าๆ สองตึก แต่มีแค่สองสามชั้น ก็อาศัยตึกนั้นเป็นที่ทำงานของกรมของกองค่อนข้างจะยัดเยียด แต่ว่างานมันก็ยังน้อย แล้วผู้ใหญ่ที่ว่า คืออาจารย์สมบุญ ผ่องอักษร¹ ท่านเป็น “surgeon” [ศัลยแพทย์] อยู่ก่อนนะครับ แล้วรับทุนไปศึกษาที่สหรัฐอเมริกา และได้รับปริญญาเอกทางด้านระบาดวิทยาของวันโรค ท่านกลับมา ก็เรียกผมไปพบ ก็ชวนให้ไปเข้ารับราชการ บอก

1 นายแพทย์สมบุญ ผ่องอักษร อธิบดีรัฐมนตรีช่วยว่าการกระทรวงสาธารณสุข ระหว่างวันที่ 11 มีนาคม พ.ศ. 2512-17 พฤศจิกายน พ.ศ. 2514 และ วันที่ 19 ธันวาคม พ.ศ. 2515-14 ตุลาคม พ.ศ. 2516 ในสมัยรัฐบาลจอมพลถนอม กิตติขจร

ว่าเวลานี้วัดโรคมีความก้าวหน้าไปพอสมควร
อยากมาให้ช่วยทำงานเกี่ยวกับเรื่องการรักษา
วัดโรคและโดยเฉพาะการควบคุมโรค พุดสปีนาที่
ผมก็มาเลย สมัยโน้นไม่มีใครชอบหรือเข้ารับรักษา
วัดโรค และโรคเรื้อน

สวสส. : เป็นโรคติดต่อที่ร้ายแรง?

นพ.นิตดา : ไม่เป็นโรคที่ร้ายแรง แต่ว่าเป็นโรคที่
ทำให้คนรังเกียจ

สวสส. : อาจารย์บอกว่าพุดสปีนาที่แล้วอาจารย์
มาเลย เพราะอะไร?

นพ.นิตดา : เพราะผมเห็นว่ามันมีอะไรที่ก้าวหน้า
ขึ้นการตรวจรักษาใหม่ๆ ทำให้ผมมีโอกาสทำ
มากขึ้น เพราะยังไม่มีใครทำ คุณหมอสมนบุญก็ตั้ง
เป็นสถานตรวจโรคปอดที่ยศเส ที่นั่นเคยเป็นที่ของ
สภากาชาดไทย แต่ตอนนี้รื้อไปหมดแล้ว เคยเป็น
สถานเอนามัยที่ 1 ของสภากาชาด เขาใช้รักษาโรค
อยู่ แล้วชั้นหนึ่งนั่นแพทยสมาคมแห่งกรุงสยาม
ก็ได้เปิดสาขาเพื่อจะตรวจรักษาวัดโรค และได้ขอ
ใช้สถานที่นั้นจากสภากาชาดเพื่อใช้ในการรักษา
วัดโรค ตอนนั้นเมื่อ พ.ศ. 2478 รัฐบาลยังไม่มีการ
ดูแลเรื่องวัดโรคเลย

สวสส. : เป็นความก้าวหน้าทางการแพทย์ในสมัย
นั้นด้วยใช่ไหมคะ?

นพ.นิตดา : ก็ไม่ค่อยก้าวหน้าเท่าไรหรอกนะ
ไม่มีโรงพยาบาล รักษาด้วยยาซึ่งสมัยนี้เขาก็คง
ไม่ใช้แล้ว

สวสส. : เป็นช่วงรัฐบาลไหนครับ?

นพ.นิตดา : สมัยตอนหลังสงครามโลกครั้งที่ 2

สวสส. : ตอนนั้นอาจารย์เริ่มมีบทบาทอย่างไร
บ้าง?

นพ.นิตดา : ผมเข้าไปทำงานอยู่ในสถาน
ตรวจโรคปอด ที่เดิมเป็นสถานีกาชาดที่ 1 ของ
สภากาชาดไทย ผมแปลกใจที่ผมผ่านมาทางนั้น
ตอนหลัง คือสภากาชาดได้เรียกคืนไป เขาจะนำ
ไปพัฒนาเพื่อจัดหาเงิน ตอนนั้นเราเช่าเขาปีละ
12 บาท มันมีโรงเรียนติดอยู่โรงเรียนหนึ่ง เขาซื้อ
หมดเลย เขาทำร้านค้าขายของใหญ่โต เขาพัฒนา
ทำหาเงินเข้าสภากาชาด เขาสร้างเป็นเรือนไม้ มัน
คล้ายๆ กับสถานีเอนามัยที่ 1 ที่เราเคยไปใช้ ไม่รู้
เขาคิดอย่างไรก็ไม่รู้ แล้วก็เหมือนสุวรรณีย์ว่าเคยมี
สถานเอนามัยเป็นแห่งแรก

ตอนนั้นงานสาธารณสุขอยู่กับกระทรวง
มหาดไทยเป็นกรมสาธารณสุขขึ้นอยู่กับกระทรวง
มหาดไทย กระทรวงมหาดไทยอาจจะรู้สึกเป็น
ความคิดของจอมพล ป. จัดสร้างโรงพยาบาล
แห่งแรกขึ้นมาในรัฐบาล ก็ที่เป็นสถาบันโรค
ทรวงอกเดี๋ยวนี้ใกล้ๆ กับแคระย แต่ก่อนชื่อว่า
“โรงพยาบาลวัดโรคกลาง” ตอนแรกก็มีตึกเดียว
มีเตียงอยู่ 25 เตียง ตอนหลังรู้สึกว่าจะพระบาท
สมเด็จพระเจ้าอยู่หัวรัชกาลที่ 8 ท่านบริจาคเงิน
สร้างขึ้นอีกหลังหนึ่งสำหรับให้รักษาภิกษุที่ป่วย
เป็นวัดโรค รวมแล้วก็มีเตียงไม่เกิน 50 เตียง
คนไม่ค่อยมี ไม่มีใครอยากไปเล่นกับวัดโรค
พยาบาลหรือแพทย์ก็เคยเป็นวัดโรคแล้วค่อยยัง
ชั่วแล้วก็ไปอยู่ แต่ที่อื่นนี่มันแยกกัน เพราะตอน
นั้นพอดั่งกระทรวงสาธารณสุขขึ้นมา ก็โอนจาก
สังกัดของกระทรวงมหาดไทย มาขึ้นกับกระทรวง
สาธารณสุข ขึ้นอยู่กับกรมการแพทย์ก็ตั้งโรง
พยาบาลวัดโรคกลางขึ้น ของผมสถานตรวจโรค
ปอดขึ้นอยู่กับแผนกควบคุมโรคติดต่อ ขึ้นอยู่กับ
กรมอนามัยรับโรคติดต่อ แยกกับกรมการแพทย์
กรมการแพทย์รักษาโรคทั่วไป เขาจะไม่รักษาโรค

ติดต่อเลยสำหรับกรรมการแพทย์ แล้วก็ยกฐานะขึ้นเป็นกองควบคุมวัณโรคในปลายปี พ.ศ. 2492

สวสส. : แสดงว่าพอยกฐานะเป็นกองควบคุมวัณโรคเขาก็ได้เชิญอาจารย์ไป?

นพ.นัดดา : ผมเข้าไป ผมก็เข้าไปอยู่สถานตรวจโรคปอด มันขึ้นอยู่กับการอนามัย เดิมชื่อกรมสาธารณสุข

สวสส. : ในช่วงนั้นเป็นอย่างไรมั่ง?

นพ.นัดดา : มันก็มีตึกกับไม้ ข้างล่างเป็นตึก ข้างบนเป็นไม้เกร็ดๆ แบบโบราณ คนเรียกว่าสถานตรวจโรคปอด ยศเส

สวสส. : แสดงว่ามีงานรักษาด้วย

นพ.นัดดา : พอเสร็จสงครามแล้ว ยูนิเซฟ² ก็ให้ “streptomycin” มา แต่ตอนนั้นยังไม่รู้ว่าการใช้ยาที่ถูกต้องเป็นอย่างไร ก็ฉีดทุกวัน ทีละ 1 เดือน ถ้าดีขึ้นก็หยุดไป แล้วในหลวงท่านอยู่ที่สวิตเซอร์แลนด์ ท่านได้ซื้อยา “Paraaminosalicylic acid” หรือ PAS มีลักษณะเป็นเกล็ด ท่านก็ซื้อส่งมาให้เรา 2 กิโล [กรัม] ผมไปอยู่ใหม่ ก็มีการต่อเติมให้ตึกยาวข้างหลังอีก 1 ชั้น มีทางเดินตรงกลาง สำหรับเครื่องเอกซเรย์ประจำที่ และมีสำหรับห้องยา ห้องตรวจคนไข้ แล้วก็ตอนนั้นยังไม่มีแล็บ “lab” แต่ยูนิเซฟให้รถเอกซเรย์เคลื่อนที่มาคันหนึ่ง และเริ่มมีที่ปรึกษาองค์การอนามัยโลกทีละ 2-3 คน

สวสส. : ไม่ทราบว่ามีภาพใหม่ ในสิ่งที่อาจารย์เล่าภาพเก่าๆ?

นพ.นัดดา : มีนะ ต้องไปค้นดู และเราก็เคยพิมพ์

เป็นหนังสือเปิดตึก ภาพสถานตรวจโรคปอด และภาพที่เราสร้างตึกขึ้นมาใหม่สองชั้น เดี่ยวนี้รู้ไปแล้ว สมัยนั้นวัณโรคนี้ถือว่าน่ากลัวมาก ต้องรักษาในโรงพยาบาล ต้องกักตัวไว้ในโรงพยาบาล พุดง่ายๆ แยกจากสังคมหรือชุมชน แล้วก็ลองคิดดูสิ ในโรงพยาบาลที่สร้างไว้ก็มีคนไข้อยู่เต็ม โดยมาไม่ค่อยรอดไม่มีการรักษาที่แน่นอน เรามีเอ็กซ์เรย์แล้ว แต่แล็บยังไม่มี ถ้าเอ็กซ์เรย์แล้วตรวจพบ TB ในปอดก็ให้เป็นคนไข้ นอก อยู่เป็น 2 อาทิตย์ 3 อาทิตย์ มีหน่วยพยาบาลออกไปเยี่ยมที่บ้าน ออกไปเยี่ยมที่บ้านก็ลำบาก เพราะบ้านเขาอาจจะไม่ยอมให้เยี่ยมก็ได้ เพราะกลัวชาวบ้านรู้ว่าบ้านนี้เป็นวัณโรค ก็แต่งตัวธรรมดา ก็ไม่มีอะไรมาก

สวสส. : ท่านอาจารย์ไปเยี่ยมส่วนใหญ่นานไหน?

นพ.นัดดา : หมอไม่ได้ออกไปเยี่ยม ส่งพยาบาลไป ไม่ได้เยี่ยมเฉพาะทุกราย เยี่ยมเฉพาะเวลาที่มีปัญหา เช่นว่ากินยาไม่ได้อะไรมากกว่า เรื่องวิธีการรักษายังไม่...

สวสส. : เรื่องการรักษายังไม่มีแบบแผนชัด?

นพ.นัดดา : ที่แรกก็ฉีดยาสเตรปโตมัยซินให้แล้ว ก็ให้กิน PAS ก็ไม่รู้ว่าเมื่อไรจะหาย มันไม่มีหลักเกณฑ์อะไรว่าเมื่อไรจะได้กลับ

สวสส. : ได้ผลไหม?

นพ.นัดดา : ได้ผลสิ มันดีขึ้น ยาสเต็ปโตมัยซินเป็นยาฉีดขนานแรก อเมริกันพบตอนปลายสงคราม เดี่ยวนี้ก็ยังใช้อยู่สเตรปโตมัยซิน แต่วิธีการเปลี่ยนไปเยอะ ทีนี้ที่อื่นเขาก็ว่าทำไมพอเราตรวจคนไข้วัณโรคแล้วไม่เอาเข้าโรงพยาบาล ก็วันๆ มีคนไข้มา 20-30 คนที่ตรวจพบ แล้วก็

โรงพยาบาลอยู่แห่งเดียว และมีเตียงแค่ 50 เตียง ก็เต็มไปหมด เราก็กยกฐานะขึ้นเป็นกองควบคุม วัณโรค และยูนิเซฟก็มาช่วยสร้างแล็บตรวจเชื้อ วัณโรคให้หลังหนึ่ง เป็นตัวหลักที่จะตรวจเสมหะ แล้วพบเชื้อวัณโรค แล้วก็เพาะเชื้อด้วย เราก็ ต้องทำตามแนวทาง เราจะต้องตรวจเสมหะด้วย อาจจะเป็นทุกสองเดือนสามเดือน เพราะการ ประเมินผลการรักษาถ้าใช้ภาพเอกซเรย์ไม่ค่อย แน่ เปรียบเทียบภาพเอกซเรย์มันไม่แน่ บางทีมัน อ่านผิด การตรวจเชื้อง่ายกว่าเยอะเลย ถ้าอาการ ดีขึ้น คนไข้มารับยาสามสี่เดือน ภายในเดือนสอง เดือน เชื้อที่ตรวจพบจะค่อยๆ หายไป ตอนนั้นเรา เป็นการทำงานที่เรียกว่าการควบคุมรักษาโรคติดต่อ แบบ “vertical program” แนวตั้ง โครงการที่มีเจ้า หน้าทีพิเศษทำโดยเฉพาะโรค

ต่อมาเขาพบว่า มีทางที่จะใช้ยาสเตอโรยโด มัยซิน และยาอีกขนานที่ดีมาก เป็นยาที่ถูกมาก ด้วย และคนไข้กินก็ไม่ค่อยแพ้ด้วย แต่วิธีการ รักษา มันเยอะเหลือเกิน กินคู่กับพีเอเอส สามารถ รักษาให้หายได้ในเวลา 1 ปี ที่สำคัญทำให้เสมหะ นั้นเปลี่ยนเป็นลบไปเลยค่อนข้างจะเร็ว

ตอนนั้นเริ่มมีการรักษาแบบผ่าตัด หมอสมบุญไป ดูงานเพิ่มเติม สำหรับรายที่รักษาด้วยยากก็เต็มที่ แล้วมันยังเหลือ เช่นว่ายังมีแผลโพรงอยู่ ถ้ารักษา ต่อไปอาจจะไม่หายขาด ก็ผ่าตัดเอาแผลโพรง หรือให้กระบังลมได้มีโอกาสพัก มันก็ช่วยให้แผล โพรงปิดได้บ้างบางราย ควบคู่กับยาที่มีเพิ่มขึ้น เราก็ใช้อยู่หลายปี เราทำการผ่าตัดปีหนึ่งเกือบ สองร้อยสามร้อย อีกอันก็เป็นการผ่าตัดเอาซี่โครง บางซี่ออก เพื่อที่จะยุบผนังทรวงอกให้ปอดข้าง ล่างนี้ยุบเลย หรืออีกอันก็ใส่วัสดุที่เป็นโฟมเป็น พลาสติก ใส่เข้าไปที่ตรงยอดให้มันดันให้ปอดข้าง ล่างมัน “collapse” [ยุบลง] ถาวรเลย บางคนทำ 2 ข้าง ผ่าตัดข้างหนึ่งอีกข้างหนึ่งใส่ “collapse” มี

อยู่คนหนึ่งยังอยู่เลยเป็นศิลปิน ผมก็ไม่อยากจะ เหยื่อ เพราะเราไม่ได้รับอนุญาตจากเขา เป็นคนที่ ทำทั้ง 2 ข้างเลย เดี่ยวนี้ก็ยังมีอยู่ ยังเห็นชื่อเลย

สวสส. : แล้วตอนนั้นมีแพทย์ที่สนใจเรื่องวัณโรค หลายคนไหมคะ?

นพ.นิตดา : เมื่อตอนนั้น เนื่องจากว่าองค์การ อนามัยโลกได้แนะนำให้โอนโรงพยาบาลวัณโรค กลาง ซึ่งขึ้นอยู่กับกรมการแพทย์ ให้มาขึ้นเป็น กองโรงพยาบาลวัณโรค ทำงานประสานงานกับ กองควบคุมวัณโรค สังกัดกรมอนามัยเหมือนกัน ตอนนั้นเรามีแพทย์หลายคน แพทย์ที่สถานตรวจ โรคปอดและสถานควบคุมวัณโรคมีอยู่ 4-5 คน ได้ ที่โรงพยาบาลก็มีหลายคน อีกสี่ห้าคน เพราะ มีโรคอื่นที่ไม่ใช่วัณโรค มีโรคหลอดลมพองและ โรคมะเร็งปอดพวกนี้ด้วยอีกหลายคน เราก็มีการ “Exchange conference” ผลัดกัน อาทิตย์หนึ่ง แพทย์ทางโน้นก็มาเข้า เรียกโรงพยาบาลโรคปอด ก็มา “conference” กับกองควบคุมวัณโรค และ ก็นำมาดูว่ามีเคส “case” ใดที่จะต้องส่งไปผ่าตัด อีกอาทิตย์หนึ่งพวกที่อยู่ทางนี้ก็ไป “conference” กับพวกที่อยู่ทางโน้น สมัยโน้นมันยากกว่าสมัย นี้เยอะ

สวสส. : คุณหมอสมบุญหายไปแล้ว?

นพ.นิตดา : ท่านเสียไปหลายปีแล้ว ท่านเคย เป็นรองปลัดกระทรวง ท่านเคยเป็นรัฐมนตรีช่วย ว่าการกระทรวง เขาให้ท่านไปดูเรื่องการควบคุม โรคไข้มาลาเรียที่ได้รับการช่วยเหลือจาก USAID

สวสส. : ไม่ทราบว่ามีใครเป็นผู้นำผู้บุกเบิกด้าน วัณโรค?

นพ.นิตดา : ก็มี ตอนนั้นผมเพิ่งเข้ามาทีหลัง มี

หมอบอยู่สองคนที่เข้ามาก่อนผม ตอนนั้นก็ไม่มีอยู่แล้ว ทั้งคู่ ไปเรียนที่อินเดีย ตอนนั้นเพิ่งตั้งเกี่ยวกับการควบคุมโรคขึ้นมาใหม่ ผมเข้ามาทีหลัง คุณหมอบสมบุญ ผ่องอักษร เป็นผู้อำนวยความสะดวกตรวจโรคปอด และต่อมาเป็นผู้อำนวยความสะดวกโรค ตอนนั้นผมเข้าไปใหม่ๆ ก็ช่วยตรวจดู เขาส่งให้ไปเรียนเอกซ์เรย์ แผนกเอกซเรย์ ที่ศิริราช ไปเรียนเอกซเรย์ปอดอยู่ 2-3 ปี แล้วก็ส่งไปเรียนปริญญาโทสาขาสาธารณสุขศาสตร์ ซึ่งตอนนั้นสังกัดอยู่กับคณะสาธารณสุขศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข ขึ้นอยู่กับมหาวิทยาลัยแพทยศาสตร์ ตอนนั้นที่ขึ้นอยู่กับกระทรวงสาธารณสุขก็มีคณะสาธารณสุขศาสตร์

ตอนนั้นเราก็เริ่มแผนจะขยายงาน คือเราเห็นแล้วว่า การควบคุมตรวจรักษาวัณโรคไม่สามารถหาเงินมาสร้างโรงพยาบาลตรวจรักษาวัณโรคได้เป็นหลาย ๆ ร้อยเตียง ก็เป็นคนไข้นอกเสียส่วนใหญ่ บางคนก็ไม่เข้าใจว่าทำไมรักษานอกโรงพยาบาล ตอนหลังเขามีการศึกษาคิดค้นยารักษาวัณโรคให้มากยิ่งขึ้น ก็พบว่าการผ่าตัดไม่จำเป็น ยา "Isoniazid" ร่วมกับ PAS รวบรวมหนึ่งหรือปีครึ่งก็หายแล้ว ก็มีการศึกษาทดลองที่เมืองมัทราส [Madras] ประเทศอินเดีย ตอนนั้นสถาบันวิจัยทางการแพทย์ของอังกฤษสาขาวัณโรคไปศึกษาการให้ยารักษาวัณโรคหลายแห่งรวมถึงศูนย์ที่มัทราสอินเดีย เพราะตอนนั้นอินเดียเพิ่งเป็นเอกราชใหม่ๆ เขาก็พูดกันรู้เรื่อง ของเราเขายังไม่เคยมา เพราะเราเพิ่งเริ่มมาทำ แต่ที่โน่นเป็นศูนย์ที่ดูแลโดยอังกฤษอยู่แล้ว ขณะนี้ยังเป็นอยู่เป็นศูนย์กลางศึกษา ไม่ทราบว่าจะเปลี่ยนชื่อว่าเป็นอะไรแล้ว เขาศึกษาทดลองที่มัทราส ค.ศ. 1976 แบ่งคนไข้ออกเป็น 2 กลุ่ม คนไข้ทั้งหมด 160 คน กลุ่มที่ 1 ให้ออกไปสถานพักฟื้นอยู่โรงพยาบาลรักษาวัณโรค อีกกลุ่มหนึ่งให้อยู่ที่

บ้านเหมือนเดิม ซึ่งการโภชนาการก็ไม่ค่อยดี แล้วก็แออัด แต่มีพยาบาลและหมอบไปเยี่ยมเดือนละ 2-3 ครั้ง แล้วก็ไปเอายามากินที่บ้านอาทิตย์ละครั้งและให้คนเข้ามาดูด้วยว่ากินยาหรือเปล่า คนที่โรงพยาบาลก็สบาย ได้โภชนาการจากโรงพยาบาล เขาก็ให้พักอยู่ที่ห้าเดือนใน "sanitarium" [โรงพักฟื้น] เขาก็ให้คนไข้มาพักอยู่นอนอยู่ไม่ให้กระดิกตัวเลยวันๆ หนึ่งและไม่ให้ไปห้องน้ำเลย

สวสส. : ทำไมละคะอาจารย์?

นพ.นิตดา : ก็ยึดการพักผ่อน ให้ปอดมันพัก ให้มันเคลื่อนไหวน้อยที่สุด ถ้ามันดีขึ้นไปห้องน้ำเองได้อะไรบ้าง เพราะฉะนั้นเอามาเทียบกันปรากฏว่าพวกที่อยู่โรงพยาบาลและพวกที่อยู่ที่บ้าน ผลการรักษาไม่ต่างกันเลย นี่เป็น evidence ที่ค่อนข้างจะ solid มาก คนไข้ที่รับการรักษาไปแล้ว 5 ปีก็ไม่มีใครกลับมาเป็นใหม่ นับว่าเป็น evidence ที่ solid มากกว่าสามารถรักษาวัณโรคแบบคนไข้นอกได้แบบไม่ต้องเข้าโรงพยาบาลสักวันก็มีโอกาสหายเท่ากับคนที่โรงพยาบาล ยิ่งกว่านั้น คนที่เป็นผู้สัมผัสโรคที่บ้านก็ไม่ปรากฏว่าติดเชื้อขึ้นมามากกว่าคนที่โรงพยาบาลเลย ก็มีการศึกษาเพิ่มขึ้นว่า ถ้าคนไข้วัณโรคมีการใช้ยาที่เหมาะสม ถ้าตรวจพบเชื้อเป็นบวกเสมหะเป็นบวก 2 สัปดาห์ไปแล้ว จะไม่สามารถจะ infect คนอื่นได้ ถึงแม้ว่าจะมีเชื้ออยู่บ้าง แต่ก็ไม่แพร่เชื้อให้กับผู้สัมผัสโรค ถึงแม้ว่าจะอยู่บ้านเดียวกัน

สวสส. : คนที่ทำงานร่วมกับอาจารย์ในสมัยนั้นยังพอจะเล่าเรื่องราวได้ไหมครับอาจารย์?

นพ.นิตดา : ก็มีอยู่ไม่กี่คน ก็มีเพื่อนอยู่ คือหมอบัญญัติ ปริชญาณนท์³ จริงๆ เขาอยู่ทางฝ่ายของ

โรงเรียนแพทย์ที่ศิริราช เป็นครูสอน ตอนหลังก็เข้ามาเกี่ยวกับการควบคุมด้วย เพราะการควบคุมโรค ไม่ใช่ตรวจพบและก็ให้ยาไป ส่วนที่เป็นสาธารณสุขก็คือให้ยาไปและต้องกินยาครบทุกมือ เพราะฉะนั้นหมอไม่มีเวลาจะช่วยดูว่าคนไข้ต้องกินยา จะต้องมีคนช่วยมาเป็นอาสาสมัครอบรมให้เขาดูแลคนไข้กินยาให้ครบทุกมือ อันนี้สำคัญที่สุด

สวสส. : อาจารย์คะเท่าที่ฟัง อาจารย์จะมีความสนใจ อาจารย์จะมีบทบาททางด้านงานควบคุมโรคมาก ถ้าสมมุติว่า เราจะมาสัมภาษณ์หรือมาปรึกษาอาจารย์เพิ่มที่เราจะจัดทำพินิจภัณฑ์เกี่ยวกับเรื่องนี้เกี่ยวกับในแง่ของการควบคุมโรค ซึ่งได้สัมภาษณ์อาจารย์มาแล้วบางส่วน แต่อย่างอื่น [เช่น] ห้องแล็บ วิธีการตรวจ อุปกรณ์

นพ.นิตดา : คือมีเหลืออยู่บ้าง แต่ของพวกนี้ไม่ได้ใช้ ก็น่าเสียดาย ตอนที่เราย้ายจากยศเส มันมีเครื่องอัตโนมัติอยู่สองสามเครื่อง ไม่รู้มันหายไปไหนหมด ยังเหลืออยู่บ้างที่สมาคมปราบโรค และยังมีกล่องจุลทรรศน์ ซึ่งก็เป็นเครื่องมือที่สำคัญที่สุดในการตรวจหาผู้ป่วย และดูว่าผู้ป่วยคนนั้นแพร่เชื้อมากหรือน้อย สำหรับดูว่าเสมหะบวมมันลดลงแค่ไหน

สวสส. : อยากจะขอเอกสารหรือสิ่งของที่อาจารย์ไม่ใช่แล้ว เราจะได้นำไปทำ collection เพื่อให้คนอื่นมาสืบค้น คือจะทำ 2 ส่วนนะคะ คือถ้าเราจะรวบรวมเรื่องงานเกี่ยวกับการควบคุมโรคผ่านประสบการณ์ชีวิตของอาจารย์ให้เห็นความเชื่อมโยงและพัฒนาการของงาน แล้วพอจะทราบว่ามีเอกสาร อุปกรณ์ หรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง พอเราได้ เราก็จะเก็บเป็นแฟ้มเอกสารและรวบรวมเป็นแบบดิจิทัล [digital] ด้วยเพื่อไว้สืบค้น และเราก็จะมีเอกสารตรงนี้ให้เขาได้เข้ามาอ่าน เพื่อ

ทำงานวิจัย ให้เขาได้ค้นคว้าเรื่องนี้เพิ่มขึ้น ตามที่ท่านอาจารย์บอกไว้เมื่อกี้

นพ.นิตดา : มีเอกสารเราทำ และผมเขียน เกี่ยวกับวิวัฒนาการของการรักษาโรค ก็มีอย่างมากมายนะ ตอนที่เราย้ายออกจากที่ยศเส ทางภาคก็ไม่ให้ค่าชดเชยอะไรสักอย่าง แต่โชคดีที่มูลนิธิผู้ป่วยโรคมีเงินอยู่ เขาก็อนุมัติเงินจากงบประมาณมาเปิดตึกนี้ เพราะหัดดีที่เราได้งบประมาณมาแล้วก็มีคนไข้อยู่คนหนึ่งเป็นทนายความ แล้วแกเป็นโรค แกก็บริจาคที่ดินใหญ่มาเลย คือที่นี่ ให้แก่กองโรค และเราก็ไม่มีงบประมาณที่จะมาสร้าง เราก็เลยไปขอให้ทางกรมธนารักษ์ที่เป็นเจ้าของที่ดิน ช่วยจัดการดูแล คล้ายกับว่ามีร้านค้า ขอให้เขาจัดการดูแล เขาก็สร้างถนนผ่านที่แห่งนี้ที่ใหญ่มาก ต่อจากนั้นก็มีคนมาอยู่ ตอนแรกมีคนมานุกรุกเข้าอาศัยอยู่ตลอด เราก็ไม่สามารถจะไล่เขา จะฟ้อง ก็พอดีที่เราได้เงินจากการอนุเคราะห์ของผู้ป่วยอยู่หลายล้านบาท ก็ไปขออนุมัติจากคณะกรรมการขอให้ช่วยไล่พวกนี้ออกไป เสียเงินไปเท่าไร รู้สึกว่าจะเป็นแสนเดียว จำไม่ได้แล้ว แสนหรือสองแสนไม่รู้ สองวันหมดเลย พวกที่นุกรุกที่ไม่ยอมออกไป หมดเกลี้ยงเลย เราก็ได้สร้าง เสร็จพอดีตอนเศรษฐกิจลูกโป่งแตก เราได้เชิญสมเด็จพระเทพฯ มาเป็นประธาน และก็มีห้องที่ท่านเคยมาประทับ ผมก็มีหนังสือวารสารที่ผมรับเอง หนังสือตำราเกี่ยวกับโรค ผมก็เลยบริจาคให้ที่ห้องสมุด ก็เลยขออนุมัติกรมให้ตั้งชื่อผมเป็นห้องสมุดชั้นสาม ถ้ามีหนังสือเล่มที่ว่า รู้สึกว่าจะมีเหลืออยู่หนังสือชื่อว่า “จากยศเสไปถึงบางโพ” แล้วก็มีรูปสมเด็จพระเทพฯ แล้วก็รูปถ่ายที่ยศเสด้วย เมื่อเราเริ่มขยายไปในภูมิภาค ไปเปิดสถานตรวจโรคปอดขึ้นเป็นแห่งแรกที่เชียงใหม่ ตอนนั้นยังเป็น “vertical program” อยู่ ตอนหลังเราได้สร้างการจัดการเป็นผู้ป่วยนอก อย่างผู้ป่วยนอกก็รักษา

ได้เลยโดยไม่ต้องไปอยู่ที่โรงพยาบาล ขยายไปที่
ละภาคทีละภาค ตอนนี้มี 11 เขต แบ่งออกเป็น
สำนัก ตอนนั้นแทนที่จะเป็นศูนย์โรคเฉยๆ เขา
ก็ให้พวกกลุ่มโรคอื่นด้วย จากโรคติดต่อเป็นโรค
ไม่ติดต่อด้วย งานนี้ชื่อว่า “สำนักงานควบคุมโรค
ระดับเขต”

มีอีกอันหนึ่งที่สำคัญอีกตอนหนึ่ง ตอน
พ.ศ. 2532 ตอนนั้นโรคระบาดขึ้นมาเป็นการ
ใหญ่ ตอนที่เขาทำในปีแรก ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2508
เราขยายไปต่างจังหวัดโดยฝึกอบรมตั้งสุขภาพิบาล
ให้ตรวจเสมหะ ดูกล้องได้ จ่ายยาได้ ไปให้จังหวัด
ละ 2 คน 3 คน ทั้งหมด เขาก็ทำได้ คนไข้จะมา
ตรวจ ตอนนั้นยังไม่มีโรงพยาบาลประจำจังหวัด
มีแต่สถานีอนามัยชั้น 1 เท่านั้นเอง โรงพยาบาล
ชุมชนก็ยังไม่ มี ตอนนั้นเขาเรียกว่าแผนงาน
วัณโรคแห่งชาติ ภาษาอังกฤษย่อว่า NTP หรือ
National Tuberculosis Program

สวสส. : อาจารย์เป็นกรรมการแผน?

นพ. นัสดา : ผมไม่ได้เป็นกรรมการเกี่ยวกับแผน
งานของสาธารณสุข กระทรวงเขาตั้งกลุ่ม กลุ่มละ
5 ปี

สวสส. : พอทำได้ 25 ปี เบาลดการเป็นวัณโรค
ได้ครั้งหนึ่ง มันก็เหมือนเพิ่มขึ้นอีกครั้งหนึ่ง มัน
ระบาดใหญ่

นพ. นัสดา : มีเกิดระบาดใหญ่ขึ้นมา เมื่อองค์การ
อนามัยโลกมีการประชุมในปี ค.ศ. 1991 สมัชชา
อนามัยโลกประจำปี [World Health Assembly]
ครั้งที่ 44 ปรากฏว่าวัณโรคกลับขึ้นมาระบาดอีก
ครั้งหนึ่ง ใหญ่เลย เพราะความละเลยทั้งหมดใน
โลกนี้ โดยเฉพาะตัวอย่างของอเมริกัน เขานึกว่า

วัณโรคเหลือชนิดเดียว เขาก็เห็นว่าโรคนี้หมดแล้ว
เขาก็ตัดงบประมาณ ตัดหมดเลยสำหรับที่จะตั้ง
สิ่งที่เคยตรวจรักษาวัณโรค เองงบประมาณไปให้
จังหวัดใช้ทั่วๆ ไป วัณโรคไม่สนใจ มันก็เกิดขึ้น
มาใหม่

ปรากฏว่าคนที่อยู่ในประเทศที่มีวัณโรค
เยอะๆ อพยพเข้าไปอยู่ในอเมริกา ประเทศ
อุตสาหกรรมทั้งหลายเหมือนกันหมดเลยนะฮะ
อพยพไปอยู่ที่เอาวัณโรคไปด้วย ทำให้วัณโรคไป
ระบาดตามเมืองใหญ่ๆ นิวยอร์ก ไมอามี อะโอะเนีย
ทางยุโรป เหมือนกันหมดเลย เพราะการละเลย
อย่างที่ว่า ที่นี้อเมริกันก็ท่วมเทกันขนานใหญ่เลย
ปี ค.ศ. 1991-1992 ตอนนั้นขึ้นพรวดๆ เขาคิดว่า
ค.ศ. 1985 คิดว่าจะลง ปรากฏว่าหลัง 1985 มัน
ขึ้นมา 20 เปอร์เซ็นต์ ในปี 1990-1992 เพิ่มขึ้น
มา 20,000 รายและการรักษาที่ไม่ได้ความ ไม่
ได้มีใครสนใจ คนไข้ไม่ค่อยกินยา และเริ่มมีการ
ดื้อยา อเมริกันต้องทุ่มเงินอีกครั้งหนึ่งเป็นการ
ใหญ่ 1,100 ล้านเหรียญ ถึงเอาอยู่ภายใน 5-6 ปี

เขาเองก็เริ่มคิดได้ว่า แม้เขาจะรวบขนาด
นี้ก็ไม่สามารถควบคุมวัณโรคไม่ให้ติดต่อไปได้
ยกเว้นจะต้องดูแลปัญหาวัณโรคทั่วโลกด้วย พอตี
ตอนนี้มี “สหพันธ์ต่อต้านวัณโรคนานาชาติ” เขา
ทำวิจัยเกี่ยวกับโรควัณโรคอยู่เรื่อย เขาก็ให้ตีอก
เตอร์ที่เก่งเรื่องวัณโรคมาก เป็นพวกชาวเช็ก⁴ และ
ชาวรัสเซีย ตอนนั้นมีการค้นพบยารักษาโรคที่
เยี่ยมที่สุด เดียวนี้ก็เยี่ยมที่สุดคือ “Rifampicin”
แล้วทางคณะกรรมการวิจัยของอังกฤษก็ดูเรื่อง
การทดสอบเรื่องการรักษาวัณโรคด้วยยามา
ตลอดตั้งแต่ต้น ปรากฏว่าเอายาเก่ามาผสมให้
เป็น 3 อย่าง 4 อย่าง ก็สามารถลดเวลาที่รักษา
วัณโรคไปได้ คือลดเวลาในการรักษาแต่ก่อนนี้
1 ปี ถึง 1 ปีครึ่ง ก็มีปัญหาอีกจะว่ายานี้มันก็จะ

4 หมายถึงชาว Czechoslovakia ก่อนจะแบ่งออกเป็น Czech Republic กับ Slovakia ใน ค.ศ.1993

ราคาแพง ก็เอาไปลองที่แอฟริกาที่มีเอดส์ระบาด เยอะ แต่ก็เอาไปลอง ตอนนั้นแย่มาก สถานที่ คล้ายสถานเอนามัยกึ่งโรงพยาบาล ก็เอายาไปให้ คนไข้ที่อยู่โรงพยาบาลไม่เกิน 2 เดือน หมายความว่าให้เอายานี้กินต่อหน้า ก็ได้ผลการรักษาดี จากที่ตอนนั้นผลการรักษาไม่ถึง 50 เปอร์เซ็นต์ ชี้ขึ้นมา เป็น 80 เปอร์เซ็นต์ เพราะฉะนั้นองค์การอนามัย โลกให้โอกาสปี 1991-1993 นี้ เขาตั้งว่าใช้ระบบ ยาใหม่ เขาเรียกว่าเป็น “Directly Observed Treatment, Short-course” ตัวย่อ DOTS⁵ เป็นตัว

“strategy” ที่จะเอามาเล่นงานกับพวกวัณโรค ผล งานที่แกวิจารณ์ในงานประชุมวัณโรคในปี พ.ศ. 2526 ท่านคนนี้มีคนไปฟังเยอะเลย แกเตือนไว้ ว่าระบบยานี้ไม่ควรให้ยาคนไข้ไปกินเองโดยเด็ด ขาด ต้องมีคนดูแลให้กิน ไม่งั้นจะทำให้เกิดการ ดื้อยาขึ้นอย่างมากมายขึ้น [เนื่องจาก] ไม่ฟัง อาจารย์คนนี้ ก็ปรากฏว่าเป็นความจริง ที่พวกเรา เรียกว่า MDR-TB⁶ เพราะมันดื้อกับยา พอแค่นี้ ก่อนนะครับ

5 ดูรายละเอียดของยุทธศาสตร์การรักษาวัณโรค DOTS ได้ใน <http://www.tbalert.org/worldwide/DOTS.php>

6 ตัวย่อของ Multi-Drug Resistant Tuberculosis



กระทรวงสาธารณสุข ในสมัยที่ตั้งอยู่ที่วังเทวะเวสม์ ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2493
และย้ายมาจังหวัดนนทบุรีเป็นทางการในปี พ.ศ. 2537



นามานุกรม

นายแพทย์กี ไชยศิริ



เกิดเมื่อ พ.ศ. 2492 สำเร็จการศึกษาแพทยศาสตรบัณฑิต รุ่นที่ 3 จากคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล พ.ศ. 2516 หลังจากนั้นเป็นแพทย์ประจำบ้านภาควิชากุมารเวชกรรมที่คณะแพทยศาสตร์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย 1 ปี พ.ศ. 2517 เป็นผู้อำนวยการโรงพยาบาลประทาย จังหวัดสุรินทร์ ในช่วงปี พ.ศ. 2536-2540 เป็นผู้อำนวยการโรงพยาบาลยโสธร เมื่อ พ.ศ. 2523 ได้รับรางวัลแพทย์ชนบทดีเด่น ระหว่างปี พ.ศ. 2542-2551 เป็นผู้อำนวยการโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ จังหวัดอุบลราชธานี และ พ.ศ. ๒๕๕๒ ย้ายไปเป็นผู้อำนวยการโรงพยาบาลมหาราช จังหวัดนครราชสีมา

ดร. นายแพทย์โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์



เกิดเมื่อ พ.ศ. 2502 สำเร็จการศึกษาหลักสูตรแพทยศาสตรบัณฑิต จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย พ.ศ. 2526 สำเร็จปริญญาดุษฎีบัณฑิตสาขามานุษยวิทยา (Ph.D. Social Anthropology) จากมหาวิทยาลัยฮาร์วาร์ด สหรัฐอเมริกา พ.ศ. 2541 ในช่วงปี พ.ศ. 2528-2530 เป็นแพทย์ประจำโรงพยาบาลชุมพวง อำเภอชุมพวง จังหวัดนครราชสีมา พ.ศ. 2530-2546 ดำรงตำแหน่งเป็นนักวิเคราะห์นโยบายและแผน สำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์ (เดิมชื่อ กองแผนงานสาธารณสุข) สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ระหว่างปี พ.ศ. 2541-2546 จัดตั้งและเป็นหัวหน้ากลุ่มนโยบายด้านสังคมและสุขภาพ สำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์ และตั้งแต่ พ.ศ. 2547 ถึง ปัจจุบัน เป็นผู้อำนวยการสำนักวิจัยสังคมและสุขภาพ สำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข จนถึงปัจจุบัน

นายแพทย์ชูชัย ศุภวงศ์



เกิดเมื่อ พ.ศ. 2496 สำเร็จการศึกษาแพทยศาสตรบัณฑิต จากจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย พ.ศ. 2520 ปริญญาหมาบัณฑิต ทางด้านอาชีวอนามัยจาก มหาวิทยาลัยฮาร์วาร์ด สหรัฐอเมริกา ปี พ.ศ. 2534 และสำเร็จการศึกษาด้านสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต ปี พ.ศ. 2535 มีประสบการณ์เป็นผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมชนมานานกว่า 10 ปี และใน พ.ศ. 2528 ได้รับรางวัลแพทย์ดีเด่น จากสมาคมวิทยาลัยศิษย์แพทย์นานาชาติ ระหว่างปี พ.ศ. 2529-2530 เป็นประธานชมรมแพทย์ชนบทสองสมัย เคยดำรงตำแหน่งผู้อำนวยการสำนักงานสนับสนุนและพัฒนาการกระจายอำนาจด้านสุขภาพ (สพกส.) นักวิชาการสาธารณสุขระดับ 10 ผู้เชี่ยวชาญ (ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม) และเคยดำรงตำแหน่ง เลขาธิการคณะกรรมการสิทธิมนุษยชนแห่งชาติ เป็นที่ปรึกษาประจำสำนักงานคณะกรรมการสิทธิมนุษยชนแห่งชาติ อดีตสมาชิกสภาร่างรัฐธรรมนูญ

ศาสตราจารย์เกียรติคุณ ดร.ทวีทอง หงษ์วิวัฒน์



เกิดเมื่อ พ.ศ. 2491 สำเร็จการศึกษารัฐศาสตรบัณฑิต (การคลัง) จากจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย พ.ศ. 2513 ปริญญาศิลปศาสตรมหาบัณฑิต (ภาษาอังกฤษ) มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ พ.ศ. 2515 และสำเร็จการศึกษาระดับปริญญาเอกทางด้านสังคมศาสตร์จาก Syracuse University สหรัฐอเมริกา เมื่อ พ.ศ. 2519 ในช่วงปี พ.ศ. 2525-2539 ดำรงตำแหน่งผู้อำนวยการศูนย์ศึกษานโยบายสาธารณสุข คณะสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล ใน พ.ศ. 2516 ได้รับแต่งตั้งให้เป็นศาสตราจารย์เกียรติคุณ คณะสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล ศาลาเยา และท่านลาออกจากราชการ ปัจจุบันเป็นกรรมการบริหาร บริษัทสำนักพิมพ์แสงแดด จำกัด

นายแพทย์นัดดา ศรียาภัย



เกิดเมื่อ พ.ศ. 2466 สำเร็จการศึกษาแพทยศาสตรบัณฑิต คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยแพทยศาสตร์ ใน พ.ศ. 2490 หลังจากนั้นเป็นแพทย์ประจำบ้าน คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล ในระหว่างปี พ.ศ. 2511-2513 เป็นผู้อำนวยการโรงพยาบาลโรคทรวงอก ในช่วงปี พ.ศ. 2513-2518 เป็นผู้อำนวยการกองควบคุมวัณโรค กรมการแพทย์ พ.ศ. 2523-2526 ดำรงตำแหน่งอธิบดีกรมควบคุมโรคติดต่อ กระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2545 เป็นนายกสมาคมปราบวัณโรคแห่งประเทศไทย และเป็นที่ปรึกษาองค์การอนามัยโลกประจำประเทศไทยเรื่องวัณโรค สำนักผู้แทนองค์การอนามัยโลกประจำประเทศไทย และ พ.ศ. 2550 เป็นผู้ทรงคุณวุฒิของสมาคมปราบวัณโรคแห่งประเทศไทย ปัจจุบันเป็นนายกนิยมไพโรสสมาคม (พ.ศ. 2551) ท่านได้เสียชีวิตไปเมื่อปี พ.ศ. 2557

นายแพทย์บรรลุ ศิริพานิช



เกิดเมื่อ พ.ศ. 2468 สำเร็จการศึกษาแพทยศาสตรบัณฑิต แผนกศัลยกรรม มหาวิทยาลัยแพทยศาสตร์ พ.ศ. 2492 เป็นผู้อำนวยการโรงพยาบาลมหาสารคามคนแรกใน พ.ศ. 2494 ต่อมาในปี พ.ศ. 2495 ย้ายมาเป็นผู้อำนวยการโรงพยาบาลสระบุรี พ.ศ. 2499 ได้รับทุนการศึกษาวิชาศัลยกรรมที่ประเทศสหรัฐอเมริกา เป็นเวลา 2 ปี พ.ศ. 2501 เป็นแพทย์ประจำบ้านที่โรงพยาบาลอีสตัน ประเทศสหรัฐอเมริกา พ.ศ. 2522 เป็นรองอธิบดีกรมการแพทย์ และใน พ.ศ. 2526 ดำรงตำแหน่งรองปลัดกระทรวงสาธารณสุข อดีตประธานสภาผู้สูงอายุแห่งประเทศไทย

รองศาสตราจารย์ ดร.เบญจา ยอดดำเนิน - แอ็คติวิสต์



เกิดเมื่อ พ.ศ. 2488 สำเร็จการศึกษารัฐศาสตรบัณฑิต สาขา สังคมวิทยา มานุษยวิทยา จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย พ.ศ. 2511 ได้รับปริญญาโทบัณฑิตทางมานุษยวิทยาการแพทย์ เมื่อ พ.ศ. 2517 และปริญญาเอกทางด้านมานุษยวิทยาจาก University of Illinois ใน พ.ศ. 2528 ระหว่างปี พ.ศ. 2512-2513 ร่วมจัดทำ โครงการสาธารณสุขสารภี จังหวัดเชียงใหม่ ในช่วงปี พ.ศ. 2517-2518 ร่วมจัดทำโครงการพัฒนาสาธารณสุขลำปาง จังหวัดลำปาง พ.ศ. 2519 เป็นอาจารย์ประจำสถาบันวิจัยประชากรและสังคม ต่อมาระหว่างปี พ.ศ. 2539-2547 ดำรงตำแหน่งผู้อำนวยการ สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล เป็นอาจารย์ (พิเศษ) ประจำสถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล หลังเกษียณอายุราชการ

ศาสตราจารย์เกียรติคุณ นายแพทย์ประเวศ วะสี



เกิดเมื่อ พ.ศ. 2474 สำเร็จการศึกษาแพทยศาสตรบัณฑิต มหาวิทยาลัยแพทยศาสตร์ (มหิดล) เมื่อ พ.ศ. 2498 สำเร็จปริญญาเอกจากมหาวิทยาลัยโคโลราโด สหรัฐอเมริกา พ.ศ. 2503 จบหลักสูตรมนุษยพันธุศาสตร์ (Human Genetics) มหาวิทยาลัยลอนดอน ประเทศอังกฤษเมื่อ พ.ศ. 2504 ต่อมาในปี พ.ศ. 2524 ได้รับรางวัลแมกไซไซ สาขาบริการรัฐ ระหว่างปี พ.ศ. 2528-2530 ดำรงตำแหน่งหัวหน้าภาควิชาอายุรศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล เคยเป็นผู้ผู้อำนวยการศูนย์ประสานงานทางการแพทย์และสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข และเป็นประธานคณะกรรมการวิจัยสุขภาพ องค์การอนามัยโลก ภูมิภาคเอเชียอาคเนย์ เป็นศาสตราจารย์เกียรติคุณ ภาควิชาอายุรศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาลมหาวิทยาลัยมหิดล ท่านเป็นแพทย์ นักวิชาการและนักคิดผู้มีบทบาทของสังคมไทย

นายพลทรัพย์ ปิยะอนันต์



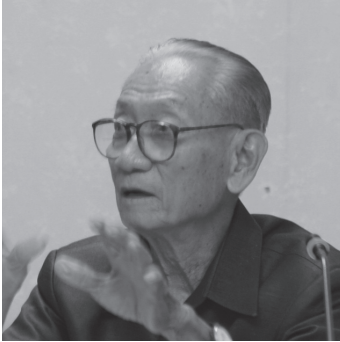
เกิดเมื่อ พ.ศ. 2485 สำเร็จการศึกษาเศรษฐศาสตรบัณฑิต มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ปี พ.ศ. 2506 และ Master of Public Administration University of Colorado ประเทศสหรัฐอเมริกา พ.ศ. 2510 ในปี พ.ศ. 2527 เป็นผู้อำนวยการกองงบประมาณฝ่ายสาธารณสุขและสาธารณสุขการ พ.ศ. 2532 เป็นผู้อำนวยการกองงบประมาณฝ่ายเศรษฐกิจ 3 พ.ศ. 2535 เป็นผู้ช่วยผู้อำนวยการสำนักงบประมาณ พ.ศ. 2537 เป็นที่ปรึกษาสำนักงบประมาณ พ.ศ. 2542 เป็นผู้อำนวยการสำนักงบประมาณ และระหว่างปี พ.ศ. 2545-2551 เป็นผู้ตรวจการแผ่นดินของรัฐสภา เคยเป็นที่ปรึกษาด้านนโยบายและแผนงานโครงการในคณะแพทยศาสตร์ ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล

ศาสตราจารย์พิเศษนายแพทย์ ไพจิตร ปวะบุตร



เกิดเมื่อ พ.ศ. ๒๔๗๗ สำเร็จการศึกษาแพทยศาสตรบัณฑิต คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยแพทยศาสตร์ และสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยแพทยศาสตร์ พ.ศ. 2508 ต่อมาใน พ.ศ. 2525 ได้รับประกาศนียบัตรในสาขา Health Planning จากมหาวิทยาลัย Johns Hopkins สหรัฐอเมริกา ปี พ.ศ. 2517 ได้รับรางวัลแพทย์ชนบทดีเด่น ในช่วงปี พ.ศ. 2521-2525 เป็นนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดพัทลุงและจังหวัดนครราชสีมา ปี พ.ศ. 2526-2529 เป็นนายแพทย์ใหญ่สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ปี พ.ศ. 2531-2534 เป็นรองปลัดกระทรวงสาธารณสุขปี พ.ศ. 2534-2535 เป็นอธิบดีกรมอนามัย ระหว่าง พ.ศ. 2535-2537 ดำรงตำแหน่งปลัดกระทรวงสาธารณสุข และในปี พ.ศ. 2537-2546 เคยเป็นที่ปรึกษาอธิการบดีมหาวิทยาลัยนเรศวร และคณบดีคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร

นายแพทย์ไพโรจน์ นิงสานนท์



เกิดเมื่อ พ.ศ. 2471 สำเร็จการศึกษาแพทยศาสตรบัณฑิต เมื่อ พ.ศ. 2496 และได้รับปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต จากมหาวิทยาลัยแพทยศาสตร์ เมื่อ พ.ศ. 2498 หลังจากนั้นสำเร็จ การศึกษาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต จาก North Carolina University ประเทศสหรัฐอเมริกา เมื่อ พ.ศ. 2502 ในปี พ.ศ. 2518 เป็นรองอธิบดีกรมอนามัย ปี พ.ศ. 2523 เป็นรองปลัดกระทรวง สาธารณสุข และ พ.ศ. 2530 เคยดำรงตำแหน่งปลัดกระทรวง สาธารณสุขและในระหว่างปี พ.ศ. 2534-2535

นายแพทย์มงคล ณ สงขลา



เกิดเมื่อ พ.ศ. 2485 สำเร็จการศึกษาแพทยศาสตรบัณฑิต คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล เมื่อ พ.ศ. 2513 ได้รับปริญญา สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต (M.P.H. Netherlands) จาก Tropical Institute กรุงอัมสเตอร์ดัม ประเทศเนเธอร์แลนด์ พ.ศ. 2525 ในปี พ.ศ. 2520 เป็นผู้อำนวยการโรงพยาบาลพิมาย จังหวัด นครราชสีมา ระหว่าง พ.ศ. 2527-2532 เป็นนายแพทย์สาธารณสุข จังหวัดเชียงใหม่ จังหวัดลำปางและจังหวัดนครราชสีมา ต่อมา พ.ศ. 2538 เป็นรองปลัดกระทรวงสาธารณสุข และ พ.ศ. 2549 เป็นอธิบดีกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ ปี พ.ศ. 2550 ดำรง ตำแหน่งเลขาธิการคณะกรรมการอาหารและยา ปี พ.ศ. 2542 ดำรงตำแหน่งอธิบดีกรมการแพทย์ พ.ศ. 2543 เป็นปลัดกระทรวง สาธารณสุข ท่านเป็นอดีตรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข ระหว่างปี พ.ศ. 2549-2550



เกิดเมื่อ พ.ศ. 2493 สำเร็จการศึกษาระดับปริญญาตรี (สาขาสุขาภิบาล) จากคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล ปี พ.ศ. 2536 และปริญญาโทบริหารศาสตรศาสตร คณะพัฒนาสังคม สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร ปี พ.ศ. 2518 จากนั้นสำเร็จปริญญาโทบริหารศาสตร จาก University of Northern Philippines พ.ศ. 2549 ในช่วงปี พ.ศ. 2528-2542 ดำรงตำแหน่งผู้อำนวยการศูนย์ฝึกอบรมและพัฒนาการสาธารณสุขมูลฐานภาคกลาง จังหวัดชลบุรี ระหว่าง พ.ศ. 2542-2546 เป็นผู้อำนวยการสำนักงานคณะกรรมการการสาธารณสุขมูลฐาน ปี พ.ศ. 2547 เป็นผู้เชี่ยวชาญด้านสาธารณสุขมูลฐาน เคยเป็นที่ปรึกษาระดับกระทรวง สำนักวิชาการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข



เกิดเมื่อ พ.ศ. 2482 ได้รับอนุปริญญาวิชาการสาขาภิบาล คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยแพทยศาสตร์ พ.ศ. 2507 ปริญญาวิทยาศาสตรบัณฑิต สาธารณสุขศาสตร์ (โภชนวิทยา) ปี พ.ศ. 2512 และวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาธารณสุขศาสตร์ (สุขศึกษา) มหาวิทยาลัยมหิดล พ.ศ. 2526 ระหว่างปี พ.ศ. 2507-2511 เป็นพนักงานอนามัยตรี สถานีอนามัยชั้นหนึ่ง (โรงพยาบาลปากช่องนานา) อ.ปากช่อง จังหวัดนครราชสีมา และปี พ.ศ. 2520 เป็นอนามัยอำเภอโนนไทย จ.นครราชสีมา ระหว่าง พ.ศ. 2528-2531 เป็นผู้อำนวยการสำนักงานส่งเสริมวิชาการและบริการสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา จังหวัดนครนายกและจังหวัดนครราชสีมา พ.ศ. 2533 ดำรงตำแหน่งผู้อำนวยการกองสุขศึกษา และในช่วงปี พ.ศ. 2539-2544 เคยเป็นผู้ทรงคุณวุฒิด้านวิจัยโรคติดต่อ กรมควบคุมโรคติดต่อ กระทรวงสาธารณสุข



เกิดเมื่อ พ.ศ. 2496 สำเร็จการศึกษาแพทยศาสตรบัณฑิต คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล เมื่อ พ.ศ. 2520 และปริญญาวิทยาศาสตรบัณฑิต ด้านสาธารณสุขศาสตร์ จาก Royal Tropical Institute อัมสเตอร์ดัม ประเทศเนเธอร์แลนด์ เมื่อ พ.ศ. 2526 ในระหว่างปี พ.ศ. 2521-2524 ดำรงตำแหน่งผู้อำนวยการโรงพยาบาลท่าตุม จังหวัดสุรินทร์ พ.ศ. 2524-2528 เป็นผู้อำนวยการโรงพยาบาลประทาย จังหวัดนครราชสีมา ต่อมาในช่วง พ.ศ. 2533-2535 เป็นผู้อำนวยการกองสถิติสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2535-2541 เป็นผู้อำนวยการสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข เมื่อ พ.ศ. 2542 เป็นผู้อำนวยการสำนักนโยบายและแผนสาธารณสุข และปี พ.ศ. 2543 เคยเป็นผู้ช่วยปลัดกระทรวงสาธารณสุข อดีตเลขาธิการมูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย และมูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ อดีตรัฐมนตรีช่วยว่าการกระทรวงสาธารณสุขในรัฐบาลพลเอกประยุทธ์ จันทร์โอชา

รองศาสตราจารย์ นายแพทย์สุรเกียรติ์ อาชานานุกภาพ



เกิดเมื่อ พ.ศ. 2490 สำเร็จการศึกษาแพทยศาสตรบัณฑิต จากคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล เป็นรุ่นแรก ปี พ.ศ. 2514 และต่อมา สำเร็จการศึกษาปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต (M.P.H) จาก Institute of Tropical Medicine, Antwerp ประเทศเบลเยียม ปี พ.ศ. 2525 หลังจบการศึกษา พ.ศ. 2514 ได้ไปเป็นแพทย์ฝึกหัดที่โรงพยาบาลส่วนกลางของกรมการแพทย์ ในปี พ.ศ. 2515 เป็นนายแพทย์หัวหน้าสถานีอนามัยชั้น 1 อำเภอโกสุมพิสัย จังหวัดมหาสารคาม จากนั้นระหว่าง พ.ศ. 2516-2519 เป็นแพทย์ประจำโรงพยาบาลบางปะอิน จังหวัดพระนครศรีอยุธยา ซึ่งเป็นช่วงที่ได้บุกเบิกการผลิตตำราทางการแพทย์สำหรับบุคลากรที่ปฏิบัติงานสุขภาพชุมชน และตั้งแต่ พ.ศ. 2521 จนเกษียณอายุเมื่อ พ.ศ. 2550 เข้ารับราชการตำแหน่งอาจารย์ประจำคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล เคยเป็นประธานกรรมการมูลนิธิหมอชาวบ้านและบรรณาธิการนิตยสารหมอชาวบ้านและวารสารคลินิก

ศาสตราจารย์ นายแพทย์เสมอ พริ้งพวงแก้ว



เกิดเมื่อ พ.ศ. 2454 สำเร็จการศึกษาแพทยศาสตรบัณฑิต จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เมื่อ พ.ศ. 2478 ในช่วงปี พ.ศ. 2478-2479 เป็นแพทย์ฝึกหัดและตั้งโรงพยาบาลเอกเทศ อำเภออัมพวา จังหวัดสมุทรสงคราม ได้ปราบอหิวาตกโรคที่กำลังระบาดเป็นผลสำเร็จ และเป็นแพทย์ประจำที่วชิรพยาบาลกรุงเทพมหานคร ต่อมาระหว่าง พ.ศ. 2479-2480 ย้ายมาเป็นนายแพทย์เทศบาล เมืองนครสวรรค์ พ.ศ. 2480-2494 เป็นผู้บุกเบิกและเป็นผู้ดำเนินการโรงพยาบาลเชียงใหม่ประชานุเคราะห์ จากนั้น ระหว่าง พ.ศ. 2504-2506 เป็นผู้อำนวยการโรงพยาบาลหญิง โรงพยาบาลเด็ก และวิทยาลัยพยาบาล และเมื่อ พ.ศ. 2516-2518 ดำรงตำแหน่งรัฐมนตรีช่วยว่าการกระทรวงสาธารณสุข ปี พ.ศ. 2523 และปี พ.ศ. 2524-2526 ได้รับตำแหน่งรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข ทำนอมรณะเมื่อปี พ.ศ. 2554


ศาสตราจารย์เกียรติคุณ นายแพทย์อารี วัลยะเสวี




เกิดเมื่อ พ.ศ. ๒๔๖๘ สำเร็จการศึกษาแพทยศาสตรบัณฑิต คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยแพทยศาสตร์ พ.ศ. 2494 ได้รับปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการแพทย์ จาก University of Pennsylvania สหรัฐอเมริกา เมื่อ พ.ศ. 2500 และปริญญาดุษฎีบัณฑิต สาขาการแพทย์ จาก University of Pennsylvania ประเทศสหรัฐฯ ใน พ.ศ. 2504 หลังจากนั้นระหว่าง พ.ศ. 2512-2518 เป็นหัวหน้าภาควิชากุมารเวชศาสตร์คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี ปี พ.ศ. 2511-2521 ดำรงตำแหน่งคณบดีคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล ในช่วงปี พ.ศ. 2521-2530 เป็นผู้อำนวยการสถาบันวิจัยโภชนาการ มหาวิทยาลัยมหิดล และใน พ.ศ. 2533-2539 อดีตท่านเป็นคณบดีคนแรกของคณะแพทยศาสตร์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์



เกิด พ.ศ. 2474 สำเร็จการศึกษาแพทยศาสตรบัณฑิต ในปี พ.ศ. 2499 และปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยแพทยศาสตร์ (มหาวิทยาลัยมหิดล) ใน พ.ศ. 2502 สำเร็จปริญญาโท ทางสาธารณสุขศาสตร์ที่มหาวิทยาลัยลอนดอน ประเทศอังกฤษ เมื่อ พ.ศ. 2403 และสาธารณสุขศาสตร์ดุซงฎิบัณฑิตกิตติมศักดิ์ มหาวิทยาลัยมหิดล พ.ศ. 2535 ในปี พ.ศ. 2499 เป็นนายแพทย์หัวหน้าสถานีอนามัยชั้น 1 อำเภอภูเขียว จังหวัดชัยภูมิ พ.ศ. 2503 เป็นนายแพทย์อนามัยจังหวัดพัทลุง พ.ศ. 2518 เป็นผู้อำนวยการกองสาธารณสุขภูมิภาค พ.ศ. 2524 เป็นนายแพทย์ใหญ่สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข พ.ศ.2526 ดำรงตำแหน่งเป็นรองปลัดกระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2530 ดำรงตำแหน่งอธิบดีกรมควบคุมโรคติดต่อ และ พ.ศ. 2533-2535 เป็นปลัดกระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2531 ได้รับเหรียญรางวัลผู้นำสุขภาพดีถ้วนหน้าดีเด่น จากองค์การอนามัยโลก อดีตประธานคณะกรรมการบริหารองค์การอนามัยโลก และประธานมูลนิธินายแพทย์อุทัย สูดสุข



ในวาระเฉลิมฉลอง 100 ปีการสาธารณสุขไทย (พ.ศ. 2461-2561) นี้
กระทรวงสาธารณสุขเห็นชอบการดำเนินงาน
“หอจดหมายเหตุสาธารณสุขแห่งชาติ”
เพื่อวางรากฐานการเรียนรู้จากประวัติศาสตร์การสาธารณสุข
สุขภาพและการแพทย์ไทย โดยดำเนินงานต่อเนื่องจาก
โครงการหอจดหมายเหตุและพิพิธภัณฑ์สุขภาพไทย
ที่สำนักวิจัยสังคมและสุขภาพได้ดำเนินการมาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2551
ภารกิจต่างๆ ของหอจดหมายเหตุและพิพิธภัณฑ์สุขภาพไทย
จะดำเนินงานภายใต้ชื่อ “หอจดหมายเหตุสาธารณสุขแห่งชาติ”
นับตั้งแต่นี้เป็นต้นไป





การรวบรวมประสบการณ์และความทรงจำของบุคคล
ที่มีบทบาทในการบุกเบิกงานสาธารณสุขในชนบท
ผ่านการสัมภาษณ์ผู้รู้เห็นเป็นวิธีการหนึ่งที่เราเห็นถึง
การปะทะ/ประสานของอำนาจ วัฒนธรรมและการคลี่คลายของแนวคิดการพัฒนา
ที่ยังคงดำเนินไปอยู่ในการเมืองเรื่องสุขภาพและการแพทย์ในปัจจุบัน

เรื่องราวจากประวัติศาสตร์บอกเล่าที่รวบรวมผ่านกระบวนการ
การสัมภาษณ์ผู้รู้เห็นนี้สามารถเสริมและเพิ่มเติมให้กับข้อมูลเอกสารทางประวัติศาสตร์
และช่วยให้เราเข้าใจความเป็นมาและความเป็นอยู่ของงานสาธารณสุขไทย
ได้ชัดเจนยิ่งขึ้น

