

จุดแข็ง ระบบสุขภาพไทย

นายแพทย์อำพล จินดาวัฒนะ สมาชิกวุฒิสภา 2564

พิมพ์ครั้งที่ 1 : กรกฎาคม 2564

จำนวนพิมพ์ : 1,000 เล่ม

ISBN

บรรณาธิการ : บุษยรัตน์ กาญจนดิษฐ์ / นางลักษณ์ ยอดมงคล

ไม่สงวนลิขสิทธิ์ : กรุณาอ้างอิง หากนำไปใช้ต่อ

ออกแบบ : อนันท์ วรสิทธิ์สิน

พิมพ์ที่

บริษัท พิมพ์ดี จำกัด

30/2 ถ.เกษภาวิถี นิคมอุตสาหกรรมสินสาคร

ตำบลโคกขาม อำเภอเมืองสมุทรสาคร จังหวัดสมุทรสาคร 74000

โทร. 02-401-9401

จัดพิมพ์โดย

สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ

88/39 หมู่ 4 ซอยติวานนท์ 14 ถ.ติวานนท์

ต.ตลาดขวัญ อ.เมือง จ.นนทบุรี

โทร. 02 832 9013







คำนิยม โดย นายเอกพงษ์ ไชยหนัก สมาชิกสภาผู้แทนราษฎร อดีตรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข



▶ ภาพปี 2530 ธีรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่

เมื่อมีวิกฤติภัยย่อมมีโอกาส

ภายใต้วิกฤติโควิด-19 ก็มีโอกาที่ทำให้คนไทยและคนทั่วโลกได้รู้จักงาน
การแพทย์การสาธารณสุขไทยได้อย่างดียิ่ง

เป็นที่ยอมรับขององค์การอนามัยโลกและนานาชาติต่างยอมรับว่าไทย
เป็นลำดับต้นๆ ของการแพทย์ การสาธารณสุขของโลก

คนไทยมีความภาคภูมิใจในการป้องกันรักษาโควิด-19 ของไทย ที่มีกรกล่าวขวัญถึง หลายคนยังสงสัยในงานการแพทย์ การสาธารณสุขไทยว่าดีจริงหรือหรืออาจมาจากโชคช่วย เพราะเราอยู่มาด้วยความเคยชินกับงานการแพทย์และสาธารณสุขที่มีมา ไม่เคยเทียบเคียงใคร เลยดูเป็นธรรมดา

คุณหมออำพล จินดาวัฒนะ ท่านเป็นนักวิชาการแพทย์การสาธารณสุขที่ทำงานคลุกคลีมาตลอด มีทั้งความรู้ ประสบการณ์มากมาย ได้รวบรวมคำตอบว่างานการแพทย์ การสาธารณสุขที่ดีมาได้ทุกวันนี้ไม่ได้มาจากเหตุบังเอิญ หรือเป็นไปตามธรรมดา แต่ได้ก่อรากสร้างฐานมาอย่างมั่นคงมาแต่อดีตพัฒนามาจนส่งผลถึงปัจจุบัน

หนังสือ **จุดแข็งระบบสุขภาพไทย** ที่ท่านได้เขียนนี้ คุณหมอได้รวบรวมเรื่องราวมาให้เห็นการพัฒนาการการแพทย์ การสาธารณสุขที่ทำให้เรารับมือกับโควิด-19 ได้อย่างดี

ในหนังสือได้เขียนความเป็นมาในแต่ละตอนในการวางรากฐานสำคัญของงานแพทย์และสาธารณสุข จนทำให้เข้าใจสถานการณ์การแพทย์และการสาธารณสุขไทยในปัจจุบัน

นอกจากนี้ยังได้รวบรวมความรู้งานสาธารณสุขในอดีตสู่ปัจจุบันในแง่มุมต่างๆ ทำให้มองภาพงานแพทย์สาธารณสุขไทยชัดเจนขึ้น

จากความรู้รอบด้าน จากประสบการณ์จริงของคุณหมออำพล ทำให้หนังสือเล่มนี้เป็นหนังสือที่มีคุณค่า เหมาะสำหรับผู้สนใจงานการแพทย์การสาธารณสุขและบุคคลทั่วไป ที่จะได้อ่าน ศึกษาต่อไปเป็นอย่างดี

เทอดพงษ์ ไชยพันธ์

มีนาคม 2564

คำนำ

หมายเหตุอำพล จินดาวัฒน์

ผมรับราชการในกระทรวงสาธารณสุข ทำงานทั้งในส่วนภูมิภาคและส่วนกลาง ตั้งแต่ปี พ.ศ.2520-2551 ก่อนลาออกจากราชการ มาทำหน้าที่เลขาธิการคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (คสช.) อีก 8 ปี และมีโอกาสทำงานอื่นๆ ควบคู่กันไปทั้งด้านนโยบาย นิติบัญญัติ สังคมและชุมชน

คุ้นเคยและผูกพันกับงานในระบบสาธารณสุขและระบบสุขภาพมาก่อนชีวิตทุกวันนี้ ก็ยังมีงานที่เชื่อมโยงกันอยู่ตลอดเวลา มองเห็นเรื่องราวความเป็นมาเป็นไปมาหลายทศวรรษ

ช่วงปี 2560 เป็นต้นมา หลังพ้นหน้าที่จากงานประจำ ได้รับเชิญให้ไปแสดงปาฐกถาและเขียนบทความพิเศษในโอกาสต่างๆ บ้าง จนกระทั่งปี 2563 เมื่อเราเจอสงครามโควิดระส่ำระสายกันทั่วโลก ในขณะที่ประเทศไทยชวนเซเพียงเล็กน้อย

มีน้องๆ ขอสัมภาษณ์เกี่ยวกับมุมมองต่อระบบสุขภาพของไทย แล้วก็พี่น้องๆ ช่วยถอดคำสัมภาษณ์ เรียบเรียงใหม่ แล้วก็ไปค้นบทปาฐกถา และบทความต่างๆ ที่ยังไม่ล้าสมัยจนเกินไป รวมได้ 5 ชิ้นงาน

ผมเห็นว่าน่าจะเป็นประโยชน์ แบบที่เรียกว่า

“ดีกว่าอยู่เปล่าๆ”

ก็เลยเกิดเป็นหนังสือ “จุดแข็งระบบสุขภาพไทย” เล่มนี้ขึ้น

ขอขอบพระคุณ ท่านเทอดพงษ์ ไชยนันทน์ อธิบดีรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข (สมัยที่ผมยังเป็นข้าราชการละอ่อน ทำงานอยู่ต่างจังหวัด ซึ่งท่านได้กลายมาเป็นกัลยาณมิตรผู้อาวุโสของผมและเพื่อนในเวลาต่อมาจนถึงปัจจุบัน) ที่ท่านกรุณาเขียนคำนิยมให้ ซึ่งทำให้หนังสือเล่มนี้มีคุณค่าเพิ่มขึ้นเป็นอย่างมาก

ขอบคุณทุกท่านที่ช่วยให้ผมได้ทำงานต่างๆ ได้ร่วมเรียนรู้ ได้ประสบการณ์ ได้เพิ่มพูนสติปัญญาตามลำดับ และขอบคุณทุกท่านที่ช่วยทำหนังสือนี้จนสำเร็จเรียบร้อยครับ



นายแพทย์ อังพศ จินดาวงศ์

สมาชิกวุฒิสภา

มีนาคม 64

ศูนย์เฝ้าระวัง ติดตามและ
เตือนภัยสุขภาพ

ศูนย์สารานุกรมสุขภาพ ชุมชนสามดวงสามัคคี

บริการ : ตรวจวัดความดัน, วัดส่วนสูง
น้ำหนัก, เจาะเลือดคัดกรองเบาหวาน
ทุกวันเสาร์ เวลา 10.00 น. - 12.00 น.
กองทุนหลักประกันสุขภาพเทศบาลนครลำปาง
ประจำปีงบประมาณ 2564



สารบัญ

- 1 เจ็ดจุดแข็งระบบ
สาธารณสุขไทย
เบื้องหลังความสำเร็จ
ในการรับมือกับวิกฤติ
โควิด-19** 12

เรียบเรียงจากการสัมภาษณ์
รายการ 3 วัยใสโควิด online
วันที่ 5 พฤษภาคม 2563
และการสัมภาษณ์วิทยุรัฐสภา
วันที่ 7 พฤษภาคม 2563
- 2 จากสาธารณสุขชุมชน
สู่การพิชิตที่ยั่งยืน** 30

ปาฐกถา “ณัฐ ภมรประวัติ”
ครั้งที่ 29 วันที่ 23 กรกฎาคม 2562
- 3 คุณค่าสาธารณสุขไทย** 56

บทความอันเนื่องมาจากโอกาส
เป็นผู้ได้รับพระราชทานรางวัล
“นักรบสาธารณสุขดีเด่นด้านบริหาร”
รางวัลชัชานาทนเรนธร ปี 2559
- 4 ยับเคสื้อน พ.ร.บ.สุขภาพ
สู่สังคมสุขภาพะ
ด้วยศาสตร์พระราชา** 78

ปาฐกถาในการประชุม
สมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ 10
วันที่ 21 ธันวาคม 2560
- 5 สาธารณสุขสงะโว
เก่าที่รู้ เก่าที่เห็น
ที่ปิโนป** 88

บทความพิเศษหนังสือ
จากวังนารายณ์สู่สาธารณสุขลพบุรี 4.0
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลพบุรี
พ.ศ.2561





1

เจ็ดจุดแข็ง ระบบสาธารณสุขไทย เมืองแห่งความสำเร็จ ในการรับมือกับ วิกฤติโควิด-19



เรียบเรียงจากบทสัมภาษณ์ **นพ.อำพล จินดาวัฒนะ** สมาชิกวุฒิสภา

โดย **นพ.วิชัย เกษมทรัพย์** และ **พญ.สุนพร จันทร์โรหิต**

เมื่อวันที่ 5 พฤษภาคม 2563 ในรายการ **“สามวัย ไล่โควิด”**

ทาง [www.Facebook.com /AIHD.MU](http://www.Facebook.com/AIHD.MU) และยูทูป ช่อง MAPC Mahidol





ทำไมระบบบริการสาธารณสุขไทยจึงสามารถรับมือกับโควิด-19 ได้ดีจนเป็นที่ขอมริบไปทั่วโลก?

ขอไม่มองเพียงแค่ระบบบริการสาธารณสุข แต่ขอมองระบบสาธารณสุขและระบบสุขภาพ ที่ใหญ่กว่าระบบบริการสาธารณสุข

ขอเปรียบเทียบว่า เมื่อเราเห็นเครื่องบิน ที่บินอยู่บนท้องฟ้า เราจะเห็นเพียงว่า มันบินไปสู่จุดหมายปลายทางได้อย่างราบรื่น แต่ในขณะที่ทำการบิน แน่แน่นอนว่าเครื่องบินต้องฝ่าฟันพายุ ฝนฟ้าหรือมีอะไรเกิดขึ้นระหว่างทางมากมาย ซึ่งแสดงให้เห็นถึงสมรรถนะการบินว่ามีสูงมาก

ถ้าเรามองผิวเผิน อาจเห็นเพียงว่าเครื่องบิน บินไปได้ราบรื่นดี แต่แท้ที่จริงแล้วเครื่องบินที่มีสมรรถนะสูง ประกอบไปด้วยหลายระบบย่อย ทั้งเรื่องเทคโนโลยี เรื่องคน เรื่องการจัดการ

เทียบได้กับระบบสาธารณสุขของไทยที่สามารถฝ่าอุปสรรค เหตุการณ์ต่างๆ รับมือสงครามโควิดมาได้ค่อนข้างดี ในขณะที่มีองค์ประกอบระบบย่อยๆ อื่นเข้ามาประกอบกัน

ดังนั้นการอธิบายว่าทำไมระบบสาธารณสุขของไทยเราจึงรับมือกับโควิด-19 ได้ดี จึงต้องมององค์ประกอบต่างๆ ให้เห็นว่า เรามีจุดแข็งอย่างน้อย 7 ประการ ดังนี้

ประการที่ 1 โครงสร้างดี

ระบบสาธารณสุขในบ้านเรามีโครงสร้างที่ออกแบบไว้ครอบคลุมพื้นที่ทุกอณูของประเทศไทย เรามีโรงเรียนแพทย์ โรงพยาบาลเฉพาะทาง โรงพยาบาลที่มีความเชี่ยวชาญเป็นเลิศ ทั้งรัฐและเอกชน ในกรุงเทพฯ และเมืองใหญ่

ไล่เรียงไปในทุกจังหวัด เรามีโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป และมีโรงพยาบาลชุมชนทุกอำเภอทั่วประเทศ มีโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพสต.) ทุกตำบลทั่วประเทศ

โครงสร้างแบบนี้สมัยที่ผมทำงานอยู่ในระบบ เวลาพบกับชาวต่างชาติมาดูงาน เขาประทับใจมาก ว่าเราวางระบบบริการสาธารณสุขได้ครอบคลุมดีอย่างนี้ได้อย่างไร?

เรื่องนี้ ต้องให้เครดิตครูบาอาจารย์ ผู้หลักผู้ใหญ่ในอดีตที่ได้วางโครงสร้างเหล่านี้ไว้อย่างชาญฉลาดมาก

ถ้าเราพัฒนาประเทศ โดยเน้นให้มีเฉพาะระบบและโครงสร้างที่เก่งๆ ใหญ่ๆ อยู่ใน เมืองหลวงหรือเมืองใหญ่เท่านั้น ปล่อยให้ส่วนภูมิภาค ในชนบทขาดแคลนระบบ บริการสาธารณสุข ประชาชนเข้าถึงบริการที่ตีได้ยาก เวลามีปัญหาแบบที่เราเจอโควิด ระบาด เราจะรับมือได้ยาก ต่างจังหวัดจะลำบากมาก ถึงขั้นเอาไม่อยู่แน่ๆ

เราจะเห็นว่าในหลายประเทศที่พัฒนาแล้ว เขามีระบบบริการมีโรงพยาบาล อยู่แต่ในเมือง เวลาเจอโควิด รับมือไม่ไหวเลย แต่ในบ้านเรา รับมือโควิดได้ที่ รพสต., รพช. และโรงพยาบาลที่จัดหัดสบายๆ ไม่ต้องปล่อยให้ต้องเข้ามาล้นมือที่กรุงเทพฯ

โดยปกติเวลาพูดถึงเรื่องระบบบริการหรือระบบสาธารณสุข ส่วนใหญ่มักจะ มองไปที่ตัวเลขของแพทย์เทียบกับจำนวนประชากร ว่าต้องมีมาตรฐานขั้นต่ำเท่านั้นเท่านั้น เช่น ประเทศในยุโรปหลายประเทศ มีแพทย์ 1 คน ต่อประชากรประมาณ 400-500 คน ของไทยเรา มีแพทย์ 1 คน ต่อประชากร 1,500 คน แต่กลับพบว่าประเทศเหล่านั้น หรือแม้แต่ในอเมริกาเอง โรงพยาบาลต่างๆ รับมือกับโควิดไม่ไหว เพราะล้น โรงพยาบาลใหญ่ๆ ในเมือง

หมายความว่า การดูแลคนไข้ ไม่ได้ขึ้นอยู่กับสัดส่วนของบุคลากรเทียบกับ ประชาชนเท่านั้น

การวางระบบสาธารณสุขของเรา จัดวางระบบและโครงสร้าง ที่ให้ความสำคัญกับ ส่วนภูมิภาค และชุมชนท้องถิ่น จึงเป็นจุดแข็งที่สำคัญมากของระบบสาธารณสุขไทย ประการสำคัญ

ประการที่ ๒ การแพทย์

เรามีระบบการแพทย์ที่ได้มาตรฐาน ได้รับการยอมรับว่ามีความเก่งและความเชี่ยวชาญในระดับโลก หรือ World Class เรามีแพทย์ที่มีฝีมือดี มีความเชี่ยวชาญด้านต่างๆ ไม่ยิ่งหย่อนกว่าใคร

เรามีการแพทย์ที่ดี ทั้งส่วนกลางและภูมิภาค มีโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน และ รพสต. และโรงพยาบาลอยู่ในสังกัดอื่นๆ อีก ทั้งในมหาวิทยาลัย ในหน่วยงานอื่น เชื่อมโยงเป็นเครือข่ายต่างระดับขนาดใหญ่มาก

รวมไปถึงโรงพยาบาลเอกชน ที่เรากลายเป็น Medical Hub ซึ่งเป็นที่ยอมรับของต่างประเทศ

ถ้าย้อนไปดูในอดีต ก็จะทำให้เห็นว่าผู้บริหารในอดีต ได้ให้ความสำคัญกับพัฒนาการแพทย์อย่างก้าวหน้า ได้มาตรฐานสากล มานานเป็นร้อยปีแล้ว เป็นที่ยอมรับทั้งในและต่างประเทศ

นี่คือจุดแข็งสำคัญประการที่สอง



ประกาศที่ 3 สาธารณสุขดี

เรามีระบบสาธารณสุข (Public Health) ที่ดูแลงานส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และภัยคุกคามสุขภาพ ที่เข้มแข็ง ควบคู่กับระบบการแพทย์ที่ก้าวไปแล้ว

ระบบสาธารณสุขของไทยเรา อยู่แนวหน้าทีเดียว เราได้รับการยกย่องเป็นระดับ 6 ของโลก ทั้งเรื่องการคุ้มครองสุขภาพ การจัดการโรคภัยไข้เจ็บต่างๆ หรือเรื่องสุขภาพเด็ก เราไม่เคยทิ้งเรื่องการพัฒนาการสาธารณสุข

ถ้าเปรียบระบบการแพทย์เป็นเหมือนแขนขวา เราพัฒนาระบบสาธารณสุข เป็นแขนซ้าย ถ้าเรามีแขนเดียว คงไม่แข็งแรงได้ขนาดนี้

เรามีระบบสาธารณสุขที่เชี่ยวชาญเข้มแข็ง ไม่ว่าจะเป็นการเฝ้าระวังโรค การระบาดวิทยา การจัดการสุขภาพภิบาล อนามัยสิ่งแวดล้อม อนามัยแม่และเด็ก คุ้มครองผู้บริโภค ฯลฯ เราทำงานทั้งในประเทศและเชื่อมโยงกับนานาชาติอย่างใกล้ชิด เอาชนะโรคภัยไข้เจ็บต่างๆ ไปได้มาก

นายแพทย์อัปพล จินตาวิน
สมาชิกวุฒิสภา และอธิการบดี
คณะกรรมาธิการสุขภาพแห่งชาติ (สช.)

นพ.วีชัย เทกบุตรพิฒ
ผู้อำนวยการ
Gen X

นพ.พร จินทรรัตน์
ผู้อำนวยการ
Gen Y

3วัย
ปลอดภัย

'ปลดล็อก 7 กลไก
พาสารานสุขไทยสู้ภัยโควิด'

รับชมพร้อมกัน
วันที่ 18 พฤษภาคม 2563
เวลา 18.05 น.

ทุกวันจันทร์ พุธ ศุกร์
เวลา 18.05 น. ทางช่อง

f LIVE www.facebook.com/AIHD.MU

▶ MAPC Mahidol

SSI
มหาวิทยาลัยมหิดล
ม.ป.ช.

โควิดเริ่มต้นระบาดที่อุฮั่น เรามีขีดความสามารถตรวจพบและรายงานผู้ป่วยนอกประเทศจีนเป็นรายแรกของโลกได้

เราผลิตบุคลากรสาธารณสุขหลายประเภท ทั้งระดับวิชาชีพและทีมงาน ให้ไปดูแลอยู่ในพื้นที่ทั่วประเทศ เป็นโครงข่ายสาธารณสุขที่เข้มแข็งมาก

หากวันนี้เรามีแต่แขนขาคือการแพทย์ แต่อ่อนแอในเรื่องสาธารณสุขเมื่อเจอโควิด เราคงระเนระนาดไม่เป็นท่าไปแล้ว

แต่เพราะวันนี้เรามี 2 แขนที่เข้มแข็ง ที่ทำงานประสานกันอย่างดี

ในทางการแพทย์ พบผู้ป่วยก็ส่งเข้าโรงพยาบาล มีระบบการรักษาที่ดี ไม่ว่าจะป่วยมาก ป่วยน้อย หรือจนถึงต้องเข้าห้องไอซียู เรามีระบบรองรับและมีความเชี่ยวชาญทางการแพทย์มากพอ

ในด้านการสาธารณสุข เราก็มีจุดเด่นมากมาย เช่น มีนักระบาดวิทยาภาคสนาม ซึ่งเราเตรียมไว้นานหลายสิบปีแล้ว มีไม่กี่ประเทศที่มีแบบเรา และไม่ใช่นักระบาดวิทยาระดับผู้เชี่ยวชาญที่เป็นแพทย์ หรือเป็นผู้เชี่ยวชาญชั้นสูงเท่านั้น แต่เรายังได้ถ่ายทอดความเชี่ยวชาญเรื่องการเฝ้าระวัง การคัดกรอง การเผชิญเหตุทั้งหลายลงไปถึงระบบสาธารณสุขข้างล่างด้วย ทำกันมานานแล้ว

สมัยที่เป็นนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด ต้องอ่านรายงานสอบสวนโรคที่ต้องเฝ้าระวังรายสัปดาห์ที่เราทำกันเป็นปกติธรรมดา เราสร้างนักการสาธารณสุข นักสอบสวนโรคที่ไม่ใช่แพทย์กระจายอยู่ทุกพื้นที่ทั่วประเทศ นี่คือระบบสาธารณสุขที่ยอดเยี่ยมมาก

เมื่อถึงวันนี้ เมื่อเกิดโรคระบาดเกิดขึ้น โครงข่ายเหล่านี้สามารถทำงานสอดประสานกันได้อย่างดีมาก คนก็ประหลาดใจมากกว่า ทำไมเราจึงสามารถไปไล่สอบสวนโรค จากคนๆ หนึ่งไปได้อีกเป็นสิบๆ คน ทำให้ค้นพบผู้สัมผัส ค้นพบผู้ป่วยได้หมดเลย

ที่จริงแล้ว ระบบสาธารณสุขของเราที่ทำงานส่งเสริมสุขภาพ ควบคุม ป้องกันโรคและภัยสุขภาพต่างๆ ทำงานดีๆ สำเร็จมาแล้วมากมาย

ประกาศที่ 4 คำสังคหะย่อ

เรามีบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขที่มีคุณภาพสูง มีระบบการผลิตและพัฒนาที่ได้มาตรฐานสากลมานานแล้ว

เรามีสัดส่วนแพทย์ 1 คน ต่อประชากรประมาณ 1,500 คน ยังสู้มาเลเซีย สิงคโปร์ไม่ได้ แต่นั่นไม่ใช่ปัญหา เพราะคุณภาพบริการไม่ได้อยู่ที่สัดส่วนแพทย์กับประชากรเท่านั้น เรามีระบบและโครงสร้างข้อที่ 1, 2, 3 เรามีบุคลากรชั้นนำที่เข้ามาอยู่ในสาขาวิชาชีพการแพทย์และสาธารณสุขจำนวนมาก

และจุดแข็งอย่างหนึ่งที่คนส่วนใหญ่ไม่ทราบ คือ เรามีนโยบายที่ทำกันมานาน 40-50 ปี คือการคัดเลือกนักเรียนในจังหวัดต่างๆ เข้ามาเรียนพยาบาล และสาธารณสุข ที่เรียกว่า Local Recruitment ถือเป็นความช่วยเหลือความเหลื่อมล้ำทางการศึกษาไปในตัวด้วย ให้โอกาสสอบเข้ามา แล้วส่งไปเรียนตามวิทยาลัยพยาบาล วิทยาลัยการสาธารณสุขทั่วประเทศ เรียกว่า Regional Training เรียนจบแล้วก็บรรจุให้กลับไปเป็นบุคลากรสาธารณสุข ทำงานอยู่ในพื้นที่ของตนเอง ทั้งในจังหวัด อำเภอ และตำบล (Hometown Placement)

ด้วยวิธีนี้ เราจึงมีบุคลากรสาธารณสุขที่กระทรวงสาธารณสุขผลิต เป็นคนพื้นที่ ได้กลับไปอยู่บ้านเกิด หรืออย่างน้อยก็ภูมิภาคของตน

นี่ก็เป็นจุดแข็งที่ใหญ่มาก ซึ่งระบบงานสาขาอื่นในบ้านเรามีอย่างน้อย

ระบบสาธารณสุขได้วางกลไกนี้ไว้ พบว่ามีคุณประโยชน์และมีคุณค่ามาก เพราะเขาก็ไม่ทิ้งถิ่น เป็นกำลังคนที่สำคัญมาก วันนี้เราจึงมีบุคลากรสาธารณสุข นับแสนคน กระจายอยู่เต็มพื้นที่

ซึ่งตรงข้าม ถ้าเราใช้ระบบส่งเสริมให้คนเก่งแข่งขันเข้ามาเรียนแล้วเอาโอกาสนั้นไป เมื่อต้องไปอยู่ต่างจังหวัด ในชนบท ก็อยู่ไม่ได้นาน ก็ต้องขอย้ายกลับเข้าเมือง

นโยบายและแนวทางที่กระทรวงสาธารณสุขไทยทำมาอย่างนี้ ทำให้เรามีพยาบาล มีนักระบาดวิทยาเพิ่มขึ้น และอยู่ติดพื้นที่ยาวนาน เพราะเป็นบ้านของเขา ท้องถิ่นของเขาเอง

ต่อมาเราขยายการผลิตแพทย์เพิ่มในแนวทางนี้อีกด้วย เราจึงมีบุคลากรสาธารณสุขกระจายเต็มประเทศ จึงนับเป็นจุดแข็งประการที่ 4

ประการที่ 5 หลักประกันสุขภาพดี

เรามีระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ทำให้คนไทยทุกคนมีหลักประกันด้านบริการสาธารณสุข ซึ่งก็คือโครงการ 30 บาทรักษาทุกโรคเดิม หรือที่เรียกทางวิชาการว่า UC ; Universal Coverage

วันนี้เรามี 3 ระบบหลัก คือ ระบบสวัสดิการข้าราชการ และรัฐวิสาหกิจ, ระบบประกันสังคม และระบบหลักประกันสุขภาพ

ฉะนั้นพูดได้เลยว่าร้อยละ 99.99 ของคนไทย มีระบบสวัสดิการรองรับเมื่อเจ็บป่วย คือเมื่อมีปัญหาอะไรที่จะต้องเข้าถึงบริการสาธารณสุขที่จำเป็น (Minimal Essential Packages) ก็เข้าถึงบริการเหล่านั้นได้ โดยไม่ต้องมีอุปสรรคจากการไม่มีเงิน

ในสหรัฐอเมริกา ประชากร 350 ล้านคน มีคนที่ไม่ได้หลักประกันสุขภาพมากถึง 40 ล้านคน เวลาเจ็บป่วยจึงต้องคิดถึงเงินก่อนเสมอ เพราะไปรักษาแล้วแพงมาก แทบสิ้นเนื้อประดาตัว ดูข่าวโควิดระบาดในอเมริกา มีคนอเมริกันเข้าไม่ถึงการบริการทางการแพทย์จำนวนมาก

แต่ที่บ้านเรา มีระบบหลักประกันสุขภาพรองรับ เมื่อโควิดระบาด ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเข้ามารับผิดชอบดูแลในเรื่องการค้นหา กายรักษาผู้ป่วย การดูแลเรื่องต่างๆ แม้กระทั่งกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับตำบลก็ยังเข้าไปช่วยเหลือชุมชนในด้านต่างๆ เช่น การจัดหาวัสดุอุปกรณ์ป้องกันและคัดกรองโรค เป็นต้น

ระบบหลักประกันสุขภาพของไทย จึงเป็นจุดแข็งสำคัญประการที่ 5



ประการที่ 6 อาสาสมัครและสุขภาพภาคประชาชน

ประเทศไทยเรารับแนวทางการสาธารณสุขมูลฐานมาทำตั้งแต่ปี 2520 เรามองเห็นว่าลำพังแพทย์และบุคลากรสาธารณสุขไม่มาทางที่จะดูแลสุขภาพของประชาชนได้เพียงพอ ทัวถึง และที่สำคัญคือ สุขภาพอยู่ที่ประชาชน ที่บ้าน ที่ชุมชน ไม่ใช่ที่โรงพยาบาล เราจึงส่งเสริมให้ภาคประชาชนเข้ามาร่วมเป็นคนทำงานเรื่องสุขภาพ ร่วมกับบุคลากรสาธารณสุขด้วย

จากวันนั้น ถึงวันนี้ เรามีอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) นับล้านคน กระจายอยู่ทุกพื้นที่ทั่วประเทศ ทั้งในชนบทและในเมือง และยังมีเครือข่ายภาคประชาชนที่ทำงานด้านสุขภาพอีกเป็นจำนวนมาก ถือเป็นจุดแข็งที่ยิ่งใหญ่

วันนี้มีคนพูดถึง อสม. กันมาก แต่ในความเป็นจริง ไม่ใช่มีแค่ อสม. แต่เป็นการทำงานร่วมกันเป็นทีม ระหว่างบุคลากรสาธารณสุข อสม.ในพื้นที่ เครือข่ายภาคประชาชนและบุคลากรในภาคส่วนต่างๆ รวมกันเป็นกำลังคนจำนวนมาก

วันนี้เรามีโรงพยาบาลชุมชนในระดับอำเภอ มากกว่า 700 แห่ง มี รพสต. ที่ระดับตำบลนับหมื่นแห่ง มีบุคลากรวิชาชีพอยู่ในนั้นกว่า 2 แสนคน ทำงานร่วมกับอาสาสมัครและภาคประชาชนอย่างใกล้ชิด จึงทำได้เข้มแข็งมาก

ถ้าเราพัฒนาบุคลากรวิชาชีพอย่างเดียว เวลาเผชิญปัญหาใหญ่แบบวิกฤติ โควิดนี้ เรารับมือไม่อยู่แล้วๆ

ประเทศเราโชคดีที่ผู้ใหญ่ในอดีตคิดและวางยุทธศาสตร์ไว้ตั้งแต่ก่อนมีนโยบายสาธารณสุขมูลฐาน เมื่อปี 2520 เสียด้วยซ้ำ

ยุทธศาสตร์ที่วันนี้คือ การมองว่าเรื่องสุขภาพเป็นของประชาชนทุกคน ประชาชนทุกคนจึงต้องเข้ามามีส่วนร่วมในเรื่องสุขภาพ

หลังๆ นี้เราเรียกว่าทุกภาคส่วนต้องเป็น “หุ้นส่วนสุขภาพ”

เห็นไหมครับ โควิดมา ทุกคนรู้จักสวมหน้ากากอนามัยเอง ล้างมือบ่อยๆ เอง รักษาระยะห่างเอง ลดกิจกรรมทางสังคมเอง กักตัวเองหากมีความเสี่ยง ช่วยกันเฝ้าระวังโรคในชุมชนกันเอง ฯลฯ แพทย์พยาบาล บุคลากรสาธารณสุขทำแทนไม่ได้



นี่ก็ชัดเจนว่าทุกคนต้องเป็นส่วนสุขภาพ ซึ่งในยุคประมาณ 20 ปี
หลังๆ มา นี้ที่เราเรียกว่ายุค “การปฏิรูประบบสุขภาพ” ได้มีการขยายความหมาย
ของคำว่า “สุขภาพ” ก็น่าสนใจเรื่อง “สุขภาพะ” ที่เป็นองค์รวม ต่อยอดจาก
ยุคสาธารณสุขมูลฐานเดิม ต่อยอดจากที่องค์การอนามัยโลกบอกว่า ต้องทำให้เกิด
“สุขภาพถ้วนหน้า” (Health for All) บ้านเราขยายว่าจะต้องทำให้ “ทุกภาคส่วน
มีส่วนทำงานเพื่อสุขภาพ” (All for Health) คือต้องเปิดพื้นที่ เปิดบทบาท
ให้ทุกภาคส่วนมาร่วมทำงานเพื่อสุขภาพ ประเทศไทยเราจึงภาคีสุขภาพมากมาย
และหลากหลายมาก ซึ่ง อสม. คือส่วนหนึ่งที่สำคัญในนั้น

วันนี้เรามีประชากร 65 ล้านคน มี อสม.อยู่ 1 ล้านคนเศษ อสม. 1 คน จะรู้จัก
และดูแลเพื่อนบ้านประมาณ 60 คน ก็ประมาณ 10-12 หลังคาเรือน รู้จักหมดว่าใคร
อยู่บ้านไหน ใครไปทำงานที่อื่นกลับมาบ้าน จะมีปัญหาเล็กน้อยก็ในชุมชนเมือง
ที่ต่างคนต่างอยู่ เป็นหมู่บ้านแบบเมือง ที่การทำงานแบบหุ้นส่วนเกิดได้ยากสักหน่อย

ในบ้านเรา ไม่ได้มีหุ้นส่วนสุขภาพแค่ อสม. เรายังมีเครือข่ายสุขภาพอื่นๆ อีก
เช่น เครือข่ายสร้างเสริมสุขภาพ เครือข่ายหลักประกันสุขภาพ เครือข่ายคุ้มครอง
ผู้บริโภคด้านสุขภาพ เครือข่ายสมัชชาสุขภาพ เครือข่ายชุมชนกลุ่มต่างๆ ฯลฯ เข้ามา
ร่วมทำงานเกี่ยวกับสุขภาพ คุณภาพชีวิต และสุขภาพะ เชื่อมโยงเหมือนใยแมงมุม
เต็มไปหมด

อีกทั้งเราไม่ได้มีแค่กระทรวงสาธารณสุขทำงานเกี่ยวกับสุขภาพ เรายังมี
หน่วยงาน องค์กรอื่นๆ ช่วยกันทำงานหนุนเสริมหุ้นส่วนสุขภาพในด้านต่างๆ อีก
มากด้วย เช่น สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.), สำนักงาน
หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.), สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ
(สช.) กระทรวงต่างๆ และหน่วยงานอื่นๆ เป็นต้น

เมื่อเป็นดังนี้ ก็จะเห็นได้ว่า กำลังคนด้านสุขภาพ ไม่ใช่มีแค่บุคลากรสาธารณสุข
4-5 แสนคน เรายังมีเพื่อนภาคีสุขภาพอีกนับเป็นล้านๆ คน

เมื่อเข้าสู่สังคมโรคโควิด เราจึงมีกำลังพลของกองทัพจำนวนมาก ทั้งทัพหน้า ทัพหลัง ทัพหนุนเข้าร่วมรบกันเต็มไปหมดเลย

นี่จึงเป็นจุดแข็งสำคัญประการที่ 6 ครับ

ประการที่ ๗ เครดิตทางสังคม (Social Credit)

โดยปกติสถาบัน องค์กรหรืองานสาขาใดๆ มีองค์ประกอบสำคัญอยู่ 3 ประการ คือ (1) บทบาทหน้าที่ต่อสังคม (Role and Authority) (2) อำนาจตามกฎหมาย (Legitimacy) และ (3) การยอมรับของสังคม (Acceptability)

จาก 3 องค์ประกอบนี้ รวมกันเข้าจะเกิดเป็น “เครดิตทางสังคม” (Social Credit) ซึ่งมีแตกต่างกัน

จะเห็นว่าสถาบันหรือองค์กรสาธารณะบางแห่ง มีบทบาทหน้าที่ที่สำคัญมาก มีกฎหมายรองรับให้อำนาจไว้มาก แต่การทำงานไม่เป็นที่ยอมรับของประชาชนมากนัก ผลรวมออกมา ก็มีเครดิตทางสังคมต่ำ

แต่งานสาธารณสุข ทำงานเกี่ยวกับสุขภาพ เป็น “งานพระคุณ” ต้องบอกว่าทำงานได้ดีทีเดียว สังคมยอมรับ นี่ประเมินเองนะ อาจมองว่าเข้าของพวกกันเองก็ว่าได้ ระบบสาธารณสุขของเรา ในเวลาที่สงบ ก็มีความขัดแย้งกันเองอยู่บ้าง เป็นธรรมดา สังคมก็มีความไม่พอใจในนี้บ้างเป็นธรรมดา แต่ภาพรวม นับว่ายังมีเครดิตทางสังคมสูงพอสมควร คนยังฟังยังเชื่อแพทย์ และบุคลากรสาธารณสุขที่อยู่

เมื่อมีโรคระบาดใหญ่ คนในระบบสาธารณสุขให้ข้อมูลอะไร แนะนำอะไร ไปทางไหน ก็มักจะได้รับความเชื่อถือ ได้รับการยอมรับ เรียกว่าสังคมให้เกียรติ และเมื่อคนในระบบสาธารณสุขมุ่งมั่นตั้งใจทำงานกันเต็มกำลัง และงานได้ผลดี สังคมก็ชื่นชมยินดี และให้กำลังใจกันเต็มที่ด้วย

หัตถ์จุดแข็งประการที่ ๑ ที่เป็นนามธรรม

ดังที่กล่าวไว้ตอนต้นว่า เมื่อเห็นเครื่องบิน บินฝ่ามารุมไปได้อย่างราบรื่น ต้องมองให้ครบทุกระบบ ไม่ใช่มองแค่นักบินเก่ง ลูกเรือเก่งเท่านั้น ต้องมองให้เห็นทุกส่วนประกอบ และก็ไม่ใช่แค่เครื่องบิน ยังมีหอบังคับการบิน แผนการบิน สนามบิน น้ำมันเชื้อเพลิง และการบริหารจัดการต่างๆ อีกมากมายประกอบเข้าด้วยกัน

ปิดท้าย

ในฐานะที่ผมเป็นคนหนึ่งที่เคยทำงานอยู่ในระบบสาธารณสุขหรือระบบสุขภาพมานานพอสมควร จนเรียกได้ว่าเป็น “ทหารผ่านศึก” แล้ว ก็มีความภาคภูมิใจเป็นธรรมดา ที่รู้สึกประทับใจและชื่นชมอย่างมากก็คือ การที่ผู้ใหญ่ทุกฝ่ายในอดีต ทั้งฝ่ายนโยบาย ฝ่ายบริหาร ฝ่ายปฏิบัติการต่างๆ ได้จัดวางองค์ประกอบต่างๆ ของระบบไว้ดีมาก ซึ่งไม่ใช่เรื่องบังเอิญ แต่เป็นความตั้งใจ บนความคิดที่หลักแหลม มีหลักวิชาการ มองคนไทยทั้งแผ่นดิน ไม่ใช่มองแค่คนข้างบน แล้ววางรากฐานที่สำคัญไว้

คือการวางฐานระบบสาธารณสุขที่ให้ความสำคัญกับประชาชนในพื้นที่และคนเล็กคนน้อยทั่วประเทศ

จึงออกแบบและพัฒนาระบบสาธารณสุขแบบ

“กระจายมากกว่าระจุก”

ไม่ใช่พัฒนาแบบหัวโตแขนขาเล็ก

วันนี้เมื่อโควิดเกิดขึ้นที่ตำบล ที่อำเภอ ราชสว. ช่วยติดตาม คัดกรอง ค้นหา กักตัว ฯลฯ โรงพยาบาลชุมชนมีแพทย์พยาบาลสนับสนุน และดูแลรักษาได้ดีทีเดียว ชาวบ้านไม่จำเป็นต้องหอบหิ้วกันเข้ามาในเมืองใหญ่ๆ หรือโรงพยาบาลใหญ่ๆ

โรงพยาบาลใหญ่ๆ ก็เวลาดูแลผู้ป่วยที่ยากๆ ช่วยเหลือเกื้อกูลกัน ผนึกกำลังกัน ทั้งองคาพยพ เป็นระบบสุขภาพที่ใหญ่



นี่คือความงดงามของระบบสุขภาพของไทยที่ไม่ทอดทิ้งใครไว้ข้างหลังจริงๆ
อย่างไรก็ตาม ในความเป็นจริงที่ระบบสาธารณสุขมีจุดแข็งต่างๆ ดังที่ได้กล่าว
ไปแล้ว ก็เชื่อว่าทุกอย่างดีไปหมด ยังมีปัญหาที่ต้องแก้ไข มีเรื่องที่ต้องพัฒนาต่อไปอีก
มากมาย ไม่รู้จบ

เราจะดีใจและภูมิใจ แล้วหยุดนิ่งอยู่กับที่ไม่ได้เลย เพราะทุกสิ่งเปลี่ยนแปลง
ไปตลอดเวลา โรคภัยไข้เจ็บและภัยคุกคามสุขภาพรูปแบบใหม่ๆ เกิดขึ้นและเข้ามา
ทำลายเราอยู่ตลอดเวลา





2

จาก สารานุกรมสุขุมสุวาน สู่การพัฒนา ที่ยั่งยืน



ปาฐกถาหัวข้อ กรมประวัตติ
ครั้งที่ 29 วันที่ 23 กรกฎาคม 2562



เกริ่นนำ

ผมเริ่มทำงานเป็นแพทย์ในชนบท เมื่อปี 2520 ซึ่งตรงกับห้วงเวลาที่ต้องคัดกรองอนามัยโลกขับเคลื่อนให้มีการประกาศยุทธศาสตร์ “การสาธารณสุขมูลฐาน” หรือ “Primary Health Care” พอดี

ยุทธศาสตร์การสาธารณสุขมูลฐาน จำแนกแก่นแกนสำคัญได้เป็นสองส่วน คือ **หนึ่ง** มุ่งเน้นการบริการหรือการดูแลทางการแพทย์และสาธารณสุข (Essential Medical and Health Service) ด้วยเทคโนโลยีและค่าใช้จ่ายที่เหมาะสม

สอง มุ่งการดำเนินงานสาธารณสุข (Public Health Interventions) ที่เน้นการมีส่วนร่วมของประชาชนและชุมชน

ถึงวันนี้ เวลาผ่านมา 4 ทศวรรษแล้ว บริบทสังคม โลก และสภาพแวดล้อมต่างๆ เปลี่ยนไปมาก ยุทธศาสตร์การทำงานด้านสุขภาพก็ปรับเปลี่ยนไปเป็นพลวัต ผมมีโอกาสทำงานอยู่ในกระแสธารเหล่านั้นมาตลอด จึงอนุมานได้ว่า น่าจะอยู่ในฐานะ “พยาน” รู้เห็นและร่วมขับเคลื่อนงานบางส่วนบางเสี้ยว

ต่อไปนี่ จึงถือว่าเป็น “*คำให้การของพยาน*” ในฐานะนักการสาธารณสุขร่วมสมัยคนหนึ่ง

ก่อนจะเข้าสู่เนื้อหาโดยตรง ผมขอกล่าวถึงสังขรณ์สำคัญประการหนึ่งก่อน นั่นคือ

“**ปฏิจจสมุปบาท**” ซึ่งเป็นข้อธรรมที่ความหมายว่า สิ่งต่างๆ ล้วนอิงอาศัยกันเกิดขึ้น ดังที่ว่า “....เมื่อมีสิ่งนี้ สิ่งนี้จึงเกิดขึ้น....”

นั่นก็คือ ไม่มีอะไรที่เกิดขึ้นอย่างลอยๆ โดดๆ ทุกอย่างย่อมมีเหตุปัจจัยหนุนเนื่องกันเสมอ

เมื่อเราพูดถึงการสาธารณสุขมูลฐาน จึงไม่ใช่เรื่องที่เกิดขึ้นลอยๆ และก็ไม่ใช่เรื่องที่จับหายไปเฉยๆ หากแต่เกิดจากปัจจัยหรืองานอื่นๆ ที่มีมาก่อนหน้านั้น จนกระทั่งเกิดมาเป็นคำประกาศ Alma-Ata เมื่อปี 2521 และเมื่อวันเวลาผ่านไป การสาธารณสุขมูลฐานก็ปรับตัวเปลี่ยนรูปร่างหน้าตา เปลี่ยนวาทะกรรมปรับตัวกลายเป็นยุทธศาสตร์ใหม่ๆ หนุนเนื่องกันไป หากแต่ “ดีเอ็นเอ.” ของการสาธารณสุขมูลฐานไม่ได้หายไปไหน เหมือน ดีเอ็นเอ.ของพ่อแม่ เมื่อท่านสิ้นไป ดีเอ็นเอ.ก็ไปอยู่ในลูก ส่งต่อไปยังหลาน หนุนเนื่องไปตามลำดับ



มหาวิทยาลัยมหิดล
สถาบันพัฒนาสุขภาพอาเซียน



ปาฐกถา “วิถี กมประ-วัติ” ครั้งที่ 29
**จากสาธารณสุขมูลฐาน
สู่การพัฒนาที่ยั่งยืน
PHC towards SDGs**

โดย นายแพทย์อำพล จินดาวัฒนะ

สมาชิกวุฒิสภา ผู้ทรงคุณวุฒิด้านสุขภาพและสังคม
นิกการสาธารณสุขดีเด่น ประเภทบริหาร รางวัลชัยนาทเกษมร พ.ศ. 2559

วันที่ 23 กรกฎาคม 2562 ณ หอประชุมวิถี กมประ-วัติ
สถาบันพัฒนาสุขภาพอาเซียน มหาวิทยาลัยมหิดล

ดังนั้น เมื่อพูดถึงการสาธารณสุขมูลฐาน เราต้องจับแก่นแกนให้ได้ ไม่ยึดติดที่วาทะกรรมหรือรูปแบบวิธีการที่มีการจำแนกแยกแยะ และลงหลักปักฐานไว้เมื่อครั้งอดีตอย่างตายตัว เราก็จะเห็นมุมที่เป็นการพัฒนาสาธารณสุขมูลฐานที่ก้าวหน้าและเป็นพลวัตเรื่อยมา

ก่อนมาถึงสาธารณสุขมูลฐาน

หลายทศวรรษก่อนยุคสาธารณสุขมูลฐาน การแพทย์แผนปัจจุบันหรือการแพทย์แผนตะวันตก (Modern/Western Medicine) เจริญก้าวหน้าเป็นอย่างมาก ด้วยวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีด้านชีวการแพทย์ (Biomedical science & technology) สามารถเอาชนะโรคติดต่อ โรคติดเชื้อและปัญหาการเจ็บป่วยด้วยโรคเดิมๆ ไปได้มาก

การแพทย์ (Medicine) พัฒนาควบคู่ไปกับการสาธารณสุข (Public Health) และการพัฒนาสาขาอื่นๆ ในส่วนของการสาธารณสุข มีการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันควบคุมโรค รักษาพยาบาล และฟื้นฟูสมรรถภาพ เป็น 4 แนวทางหลัก

เมื่อเรียกรวมๆ กัน ก็เรียกว่า **“การบริการทางการแพทย์และสาธารณสุข”** ซึ่งส่วนใหญ่จัดบริการโดยบุคคลากรวิชาชีพและภาครัฐเป็นหลัก

ผลดีต่อสุขภาพพลโลกเกิดขึ้นอย่างเห็นได้ชัด ยืนยันได้ด้วยตัวชี้วัดต่างๆ แต่ปรากฏว่า ยังมีประชากรในประเทศต่างๆ จำนวนมาก เข้าไม่ถึงบริการเหล่านั้น สถานะสุขภาพยังคงย่ำแย่ ผู้คนเจ็บป่วยล้มตายด้วยโรคร้ายๆ ที่มีวิธีรักษาได้ง่ายแล้ว โดยเฉพาะอย่างยิ่งคนจน คนด้อยโอกาส และคนในชนบทห่างไกล และในประเทศด้อยพัฒนา ประเทศโลกที่สาม เนื่องจากบริการการแพทย์และสาธารณสุขต้องอาศัยวิทยาการและเทคโนโลยีขั้นสูงและบริการทางวิชาชีพที่เข้าถึงได้ยาก ซึ่งมักกระจุกตัวอยู่ในที่เจริญ ดังนั้นความเหลื่อมล้ำ ความไม่เป็นธรรมทางสุขภาพจึงแผ่กระจายไปทั่ว

มีเรื่องจริงเล่าว่า หญิงชาวอีสาน หอบหิ้วสามมีที่ป่วยหนักจากชนบทที่ห่างไกล เดินทางเข้ามาถึง โรงพยาบาลใหญ่ในเมืองกรุงด้วยความยากลำบาก เมื่อแพทย์เฉพาะทางตรวจแล้ว สั่งรับไว้รักษาในโรงพยาบาล ภรรยาส่งสามมีเข้าตึก แล้วพูดกับสามมีว่า

“ฉันส่งแกถึงมือหมอแล้ว ฉันต้องกลับไปดูแลลูกและงานที่บ้าน อยู่เฝ้าแกไม่ได้ ถ้าหมอรักษาเกหาย เกหาทางกลับบ้านเอาเอง แล้วเราก็จะได้พบกันอีก แต่ถ้าเกตาย เราก็จากกันเพียงเท่านี้....”

การแพทย์การสาธารณสุขแบบกระจุก ไม่ใช่คำตอบของการมีสุขภาพดีของคนทั้งมวลอย่างแน่นอน

ประเทศไทย ในยุคก่อนสาธารณสุขมูลฐานหลายสิบปี ด้วยวิสัยทัศน์อันยาวไกลของผู้ใหญ่รุ่นครูอาจารย์ ผู้บริหารสาธารณสุขและรัฐบาล จึงได้กำหนดนโยบายและยุทธศาสตร์การพัฒนาสุขภาพของประชาชนไว้อย่างแยบคาย ตู๋ๆ ไปแล้ว เป็นการวางดีเอนเอ.การสาธารณสุขมูลฐานก่อนที่องค์การอนามัยโลกจะประกาศยุทธศาสตร์นี้เสียด้วยซ้ำ

ในขณะที่ประเทศไทยสนับสนุนพัฒนาการแพทย์และสาธารณสุขขั้นสูงให้ก้าวหน้าอย่างต่อเนื่องนั้น รัฐบาลไทยโดยกระทรวงสาธารณสุขได้วางนโยบายมุ่งเน้นพัฒนาการแพทย์และสาธารณสุขไปสู่หัวเมืองอย่างจริงจังด้วย

เริ่มด้วยการกระจายโรงพยาบาลไปยังทุกจังหวัด จากนั้นก็กระจายไปทุกอำเภอ กระจายสถานีอนามัยไปทุกตำบลทั่วไทย มีกระทั่งสำนักงานผดุงครรภ์ในระดับหมู่บ้าน โดยให้ผู้นำชุมชนสร้างสำนักงานผดุงครรภ์บริจาคให้ราชการ แล้วอนุญาตให้ส่งลูกหลานเข้าเรียนเป็นผดุงครรภ์ บรรจุให้เป็นข้าราชการกลับไปทำงานที่สำนักงานผดุงครรภ์ที่บ้าน เพื่อให้ประชาชนเข้าถึงบริการการแพทย์และสาธารณสุขได้ง่าย และทั่วถึงให้มากที่สุด

มีการผลิตผู้ช่วยพยาบาล พยาบาล พนักงานอนามัย บุคลากรสาธารณสุขอื่นๆ โดยคัดเลือกจากนักเรียนในจังหวัดต่างๆ เรียนแล้วให้กลับไปทำงานในท้องถิ่น ปรับระบบบริการสาธารณสุขจากโครงการแนวตั้ง (Vertical Program) ที่ให้บริการเฉพาะโรค เฉพาะเรื่อง ให้เป็น **“บริการสาธารณสุขแบบผสมผสาน” (Integrated Health Service)** คือ การให้บริการรักษาพยาบาลขั้นพื้นฐาน การสร้างเสริมสุขภาพ อันได้แก่ งานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค งานอนามัยโรงเรียน งานอนามัยแม่และเด็ก งานโภชนาการ งานวางแผนครอบครัว งานสุขศึกษา งานเฝ้าระวังโรค งานควบคุมป้องกันโรค งานพัฒนาสุขภาพิบาลและอนามัยสิ่งแวดล้อม ส้วม น้ำ ความสะอาด ฯลฯ เรียกว่าบริการทุกอย่างในอันที่จะทำให้ประชาชนมีสถานะสุขภาพที่ดี รอดพ้นจากโรคติดต่อพื้นฐานและการเจ็บป่วยล้มตายด้วยโรคเดิมๆ ที่การแพทย์และสาธารณสุขพอจะเอาชนะได้

ในขณะที่เดียวกันก็ขยายงานไปถึงการพัฒนาคนในพื้นที่ ไม่ว่าจะเป็นหมอตำแย พนักงานเยี่ยมบ้าน พนักงานสุขภาพชุมชน อบรมชาวบ้านในท้องถิ่นต่างๆ ให้มีความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับเรื่องสาธารณสุข เพื่อกลับไปอยู่ดูแลสุขภาพของพี่น้องในพื้นที่ห่างไกลหรือพื้นที่เป้าหมายเฉพาะ ทดลองอบรมอาสาสมัครเพื่อช่วยบุคลากรสาธารณสุขทำงานในชุมชน ทดลองรูปแบบการทำงานพัฒนาสุขภาพชุมชน โดยเน้นการมีส่วนร่วมของประชาชนในพื้นที่ ทั้งด้านการเงินและการจัดการ เช่น การทำถังเก็บน้ำฝน การทำส้วม การพัฒนาสุขภาพิบาล การพัฒนากองทุนสุขภาพชุมชน กองทุนโภชนาการ ฯลฯ

นี่คือตัวอย่างบางส่วนของงานที่เป็นตีเอนเอ.การสาธารณสุขมูลฐานที่ประเทศไทยลงมือทำมาก่อนหน้ายุคการสาธารณสุขมูลฐานนานหลายสิบปี



การสาธารณสุขมูลฐาน

ช่วงปี 2520-2521 องค์การอนามัยโลกผลักดันให้เกิด “ยุทธศาสตร์การสาธารณสุขมูลฐาน” (Primary Health Care) ตามประกาศ Alma-Ata 1978 ให้ความหมายไว้ว่า

“การสาธารณสุขมูลฐาน คือการดูแลสุขภาพที่จำเป็น ตั้งอยู่บนฐานของการปฏิบัติโดยใช้เทคโนโลยีที่ถูกต้องตามหลักวิทยาศาสตร์และเป็นที่ยอมรับโดยทั่วไปในสังคม เพื่อเป็นหลักการทั่วไป ใช้ในการดูแลสุขภาพบุคคล ครอบครัว และคนในชุมชน โดยผ่านการยอมรับของชุมชน และค่าใช้จ่ายในระดับที่ชุมชนยอมรับได้ โดยในทุกขั้นตอนของการพัฒนา ต้องมีการรับฟังความคิดเห็นของคนในชุมชน”

เมื่อพิจารณาให้ถี่ จะพบว่ายุทธศาสตร์ตามประกาศนี้ คือสิ่งที่ประเทศไทยใช้พัฒนาการสาธารณสุขมาก่อนแล้ว ซึ่งมีลักษณะสำคัญทั้งสองประการดังกล่าวไว้แล้ว ตอนต้น คือ **หนึ่ง** การบริการ/การดูแลทางการแพทย์ (Essential Medical Service/Care) ด้วยวิทยาการและเทคโนโลยีและค่าใช้จ่ายที่เหมาะสม เป็นที่ยอมรับของสังคม/ชุมชน **สอง** การดำเนินงานสาธารณสุข (Public Health Interventions) ที่เน้นการมีส่วนร่วมของประชาชนและชุมชน (Community Participation/Involvement)

ประเทศสมาชิกองค์การอนามัยโลก สามารถนำไปปรับใช้ให้สอดคล้องกับบริบทของประเทศตนเองได้

ประเทศทางยุโรปและประเทศที่พัฒนาไปมากแล้ว มักจะนำ ดีเอนเอ.ส่วนแรกไปปรับใช้กันมากกว่าส่วนที่สอง เพราะสถานการณ์งานด้านสาธารณสุขไปได้อ่อนข้างดีอยู่แล้ว

สำหรับประเทศที่กำลังพัฒนาทั้งหลาย มักจะนำ ดีเอนเอ.ใส่ส่วนที่สองไปปรับใช้กันมาก เพราะสถานการณ์งานด้านสาธารณสุขและสังคมยังอ่อนข้างย่ำแย่ โดยมีการพัฒนาดีเอนเอ.ส่วนแรกควบคู่กันไปตามสถานการณ์และความพร้อมของแต่ละประเทศ

สำหรับประเทศไทย ยุทธศาสตร์สาธารณสุขมูลฐานไม่ใช่เรื่องใหม่ แต่เป็นการต่อยอดงานเดิมมากกว่า โดยในยุคแรกนั้น เราเน้นพัฒนางานสาธารณสุขมูลฐานไปในส่วนที่สอง เกิดกิจกรรมและรูปธรรมขึ้นมากมาย ที่พูดกันติดปากติดหูก็คือ “งาน 3 ก.” คือ การพัฒนางานสาธารณสุขชุมชนที่เน้น หนึ่ง การพัฒนา**กองทุน** (กองทุนสุขภาพ/ทรัพยากร) สอง การพัฒนา**กรรมการ** (คน/การมีส่วนร่วมอย่างเป็นรูปธรรม) และสาม **การจัดการ**

มีการคัดเลือก ผสส. อสม. อบรมเกี่ยวกับเรื่องสุขภาพให้แก่คนในชุมชนและพื้นที่เฉพาะต่างๆ เปิดช่องทางให้คนในชุมชนท้องถิ่นต่างๆ เข้ามาเป็น “ผู้เล่น” ในงานสาธารณสุขร่วมกับบุคลากรสาธารณสุขมากมาย เพิ่มขึ้นจากที่ทำกันอยู่เดิมไม่ว่าจะเป็นเรื่องบทบาทของ ผสส. อสม.ในการร่วมเฝ้าระวังโรค การสื่อข่าวสารสาธารณสุข การให้สุขศึกษา การทำกิจกรรมชุมชน กองทุนโภชนาการชุมชน การสร้างส้วม ถึงเก็บน้ำฝน การพัฒนากองทุนสุขภาพชุมชน กองทุนบัตรสุขภาพ (ซึ่งเป็นบททดลองต้นๆ อันเป็นอิฐก้อนแรกๆ ของการสร้างระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในประเทศไทยในเวลาต่อมา) ฯลฯ

มีการพัฒนางานสาธารณสุขตามองค์ประกอบความจำเป็นขั้นพื้นฐาน 10 ประการ ซึ่งต่อมาได้ขยายเพิ่มขึ้นไปอีก โดยมีการตั้งเป้าหมายพัฒนางานเพื่อให้บรรลุ

“สุขภาพดีถ้วนหน้า ปี 2543” (Health for All by the year 2000)

อันเป็นเป้าหมายเชิงสัมพัทธ์ ที่กำหนดตัวชี้วัดไว้ให้เป็นกรอบการทำงาน ซึ่งประเทศไทยสามารถทำได้เกินเป้าหมายกลางในทุกๆ ด้านได้ไม่ยาก

ในช่วงหลังของทศวรรษการสาธารณสุขมูลฐาน ประเทศไทยเราขยับยกระดับงานพัฒนาสาธารณสุขไปถึง “**การพัฒนาคุณภาพชีวิต**” (QOL: Quality of Life) โดยสาธารณสุขจับมือทำงานข้ามสาขา (Inter-Sectoral Collaboration) ทำงานพัฒนาคุณภาพชีวิตร่วมกับ 4 กระทรวงหลัก (มหาดไทย ศึกษา เกษตร สาธารณสุข) ซึ่งภายหลังขยายเป็น 6 กระทรวงหลัก ผ่านการทำงานโดยใช้ “**จปฐ.**” (ความจำเป็นขั้นพื้นฐาน) เป็นเครื่องมือวัดระดับพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชนในชนบทและในเมือง ขยายงาน



ด้านสาธารณสุขออกไปครอบคลุมมิติด้านสังคม สิ่งแวดล้อมและเรื่องปากท้องมากขึ้น ซึ่งนับเป็นความก้าวหน้าอย่างมากในยุคสมัยนั้น

ยุคนั้นสถานะประเทศไทยยังเป็นประเทศอ่อนด้อยทั้งด้านเศรษฐกิจและสังคม แต่ประเทศไทยได้พัฒนางานต่างๆ มากมาย โดยยึด ตีเอนเอ.สาธารณสุขมูลฐาน มาปรับใช้อย่างจริงจัง มีความคิดริเริ่มใหม่ๆ มากมายเกิดขึ้น ต่อยอดจากงานเดิม ขยายผลเพิ่มขึ้น รวมไปถึงการกระจายบริการการแพทย์และสาธารณสุขออกไปถึง อำเภอ ตำบล และชุมชนท้องถิ่นอย่างเป็นระบบและเป็นรูปธรรม ไม่ยอมให้ การแพทย์และสาธารณสุขกระจุกตัวอยู่แค่เมืองหลวงและเมืองใหญ่ เท่านั้น ทำให้ ชาวบ้านเข้าถึงบริการแพทย์และสาธารณสุขพื้นฐานได้ครอบคลุมทั่วถึงมากขึ้นอย่าง รวดเร็ว ลดปัญหาการเจ็บป่วยล้มตายจากโรคภัยเดิมาๆ อย่างเป็นผลอายุคาดเฉลี่ย คนไทยยืนยาวขึ้น อัตราป่วยตายด้วยโรคเดิมาๆ ลดลงอย่างมีนัยยะสำคัญ

ในขณะเดียวกันนั้น ถ้าได้สังเกตให้ดี จะเห็นได้ว่าประเทศไทยเริ่มมีการศึกษา ทดลองและเตรียมความพร้อมทั้งด้านวิชาการและคน เพื่อการเปลี่ยนแปลงใหญ่ ในระบบบริการการแพทย์และสาธารณสุข คือการเตรียมการสร้างระบบหลักประกัน สุขภาพ (Universal Coverage: UC) ซึ่งจะเป็นเครื่องมือเชิงระบบที่สำคัญต่อการ พัฒนาสุขภาพประชาชนตามตีเอนเอ.สาธารณสุขมูลฐานด้วย

การขับเคลื่อนงานต่างๆ เหล่านี้ ประเทศไทยได้รับการกล่าวถึงและชื่นชมไป ทั่วโลก

ยุคนั้น ตรงกับช่วงที่พลเอกเปรม ติณสูลานนท์ อดีตรองนายกรัฐมนตรีและ รัฐบุรุษ เป็นนายกรัฐมนตรี ท่านเข้าใจและสนับสนุนการพัฒนาสาธารณสุขและ คุณภาพชีวิตด้วยหลักการสาธารณสุขมูลฐานอย่างเต็มที่

ผลพวงอีกประการหนึ่งของการใช้ยุทธศาสตร์การสาธารณสุขมูลฐานในยุคนั้น ทำให้มีการเปิดโอกาส สนับสนุน และสร้างเสริมการพัฒนาศักยภาพภาคประชาชน ให้เข้ามามีบทบาทสำคัญในการดำเนินงานที่เกี่ยวกับสุขภาพ จนทำให้ภาคประชาสังคม ที่ทำงานเกี่ยวกับสุขภาพเติบโตและมีบทบาทสำคัญในงานสุขภาพอย่างมากมาจนถึง ทุกวันนี้



ในสมัยนั้น มีการเปิดให้ภาคประชาชนเข้ามาทำงานสาธารณสุขร่วมกับบุคคลากรสาธารณสุขในพื้นที่และในระดับชาติ มีการส่งเสริมบทบาทประชาชนสังคมด้านสาธารณสุขถึงขนาดที่กระทรวงสาธารณสุขตั้งงบประมาณสนับสนุนภาคประชาสังคม มีการตั้งเครือข่ายคณะกรรมการประสานงานองค์กรสาธารณสุขประโยชน์ด้านสาธารณสุข (คปอ.ส.) เพื่อร่วมกันพัฒนาศักยภาพและทำงานร่วมกัน ภาคประชาสังคมมีบทบาทเข้าช่วยงานด้านการวางแผนครอบครัว การพัฒนาการเข้าถึงยาจำเป็นของประชาชน การแก้ปัญหาโรคเอดส์ การคุ้มครองผู้บริโภคด้านสาธารณสุขการสร้างหลักประกันสุขภาพ การควบคุมการบริโภคยาสูบและเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ฯลฯ ซึ่งเติบโตแตกกิ่งก้านสาขามากมาย มาไกลจนถึงทุกวันนี้ด้วย

หลังการสาธารณสุข

คงเป็นเพราะมนุษย์เพื่อความจำง่าย นักวิชาการและองค์การอนามัยโลกก็เบื่อง่าย หรืออาจเป็นเพราะบริบทของโลกเปลี่ยนแปลงเร็วมาก ตามพลวัตรของสรรพสิ่ง องค์การอนามัยโลกจึงไม่เคยหยุดที่จะออกยุทธศาสตร์ใหม่ๆ มาเรื่อยๆ

แต่ถ้ามองให้ดี สังเกตหรือวิเคราะห์ให้ลึก จะพบว่าสิ่งที่น่าสนใจออกมาใหม่ๆ ล้วนเป็นการต่อยอดตีเอนเอ.เดิมทั้งนั้น

สำหรับประเทศไทย ต้องเรียกได้ว่าเป็น “เนชั่นาดี” องค์การอนามัยโลกเสนออะไรออกมาอย่างไร เรานำมาปรับใช้ ต่อยอดขยายผลเจริญงอกงามได้ทั้งนั้น ทั้งนี้อาจเป็นเพราะประเทศของเรา ไม่ว่าจะประเทศจะพัฒนาไปในทิศทางใด ตรงบ้าง เหน็บ้าง แต่สำหรับการทำงานด้านสุขภาพ/สาธารณสุข เรามีการตั้ง “**สัมมาเป้าหมาย**” ทำงานอย่างมี “**สัมมาทัศนะ**” ที่ให้ความสำคัญกับการพัฒนาสุขภาพของประชาชน และชุมชนท้องถิ่นเป็นศูนย์กลาง บางครั้งอาจมีอะไรที่ผิดพลาดคลาดเป้าไปบ้าง แต่ก็ไม่ถึงกับผิดทิศทางไปเสียทั้งหมด

ปี 2529 เกิด Ottawa Charter ว่าด้วย “**การสร้างเสริมสุขภาพ**” (Health Promotion Strategy) เสนอยุทธศาสตร์ 5 ประการ สำหรับการทำงานสร้างเสริมสุขภาพ ได้แก่



สร้างนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ

หนึ่ง การพัฒนานโยบายสาธารณะที่เอื้อต่อสุขภาพ (Healthy Public Policy Development) ให้ความสำคัญกับการพัฒนานโยบายทุกเรื่องที่เป็นคุณต่อสุขภาพ ผลกระทบจากนโยบายสาธารณะด้านต่างๆ ที่กระทบด้านลบต่อสุขภาพ ไม่ใช่มองสุขภาพเพียงแค่เรื่องกำหนดนโยบายสาธารณสุข (Public Health Policy) ที่ดีเท่านั้น ซึ่งย่อมไม่เพียงพอต่อการมีสุขภาพดีของสมาชิกในชุมชนและสังคม

สอง การสร้างเสริมชุมชนสุขภาพ (Healthy Community Strengthening) ให้ความสำคัญต่อการพัฒนาชุมชนท้องถิ่นที่เอื้อต่อการมีสุขภาพที่ดี ซึ่งการมีส่วนร่วมของชุมชนก็อยู่ในส่วนนี้

สาม การสร้างเสริมสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ (Healthy Environment Strengthening) ให้ความสำคัญต่อการพัฒนาสิ่งแวดล้อมที่เป็นคุณต่อสุขภาพ ทั้งสิ่งแวดล้อมด้านกายภาพ อากาศ น้ำ ฯลฯ รวมไปถึงสภาพแวดล้อมอื่นๆ เช่น ระบบต่างๆ ในสังคม ปัจจัยทางสังคมอื่นๆ ที่ล้วนมีผลกระทบต่อสุขภาพไม่ทางตรงก็ทางอ้อมด้วย

สี่ การพัฒนาทักษะส่วนบุคคลด้านสุขภาพ (Personal Skill Development) การให้ความสำคัญกับการพัฒนาความรู้และทักษะประชาชนเกี่ยวกับเรื่องสุขภาพ ซึ่งถือเป็นพื้นฐานที่สำคัญของการปฏิบัติเพื่อการมีสุขภาพที่ดีของปัจเจก ครอบครัว และชุมชน

ห้า การปรับระบบบริการการแพทย์และสาธารณสุข (Health Service System Re-orientation) ให้เป็นระบบที่ให้ความสำคัญต่อการสร้างเสริมสุขภาพ นำหน้าหรืออย่างน้อยก็ควบคู่ไปกับการรักษาพยาบาล

ถ้าจะว่าไปแล้ว ยุทธศาสตร์การสร้างเสริมสุขภาพนี้ก็คือ **“การสาธารณสุขมูลฐานระดับมัธยม”** ที่ต่อยอดการทำงานพัฒนาสาธารณสุขในยุคประถม ตามบริบทสังคมที่เปลี่ยนไป ไม่ย่อทำอยู่กักที่ให้ความสำคัญกับเรื่องนโยบายสาธารณะ เรื่องชุมชน และสิ่งแวดล้อมในมิติที่กว้างกว่าเดิม รวมไปถึงการปรับระบบบริการแพทย์และสาธารณสุข ที่พยายามผลักดันให้โน้มไปในทิศทางสร้างสุขภาพมากกว่าการตั้งรับ เพื่อให้เป็นระบบสุขภาพแบบ **“สร้างนำซ่อม”**



ไล่หลังมาตึกๆ ในช่วง 2-3 ทศวรรษที่ผ่านมา องค์กรอนามัยโลกออกยุทธศาสตร์ใหม่ๆ วาทกรรมใหม่ๆ ไม่เคยหยุด ได้แก่เรื่อง **ปัจจัยทางสังคมที่กำหนดสุขภาพ** หรือ **Social Determinants of Health** (2552) เปิดมุมมองเรื่องสุขภาพคิดถึงปัจจัยทางสังคมที่กระทบต่อสุขภาพ ทั้งที่เกี่ยวข้องกับด้านคน/พฤติกรรม/วิถีชีวิต/สิ่งแวดล้อม/สภาพแวดล้อม นโยบายสาธารณะและระบบต่างๆ ซึ่งเป็นการเปลี่ยนกรอบคิดด้านสุขภาพไปเชื่อมโยงกับประเด็นทางสังคม เศรษฐกิจ สิ่งแวดล้อมและการดำเนินงานในสาขาอื่นๆ

นอกจากนี้ก็มีการออกแนวทาง **“ทุกนโยบายห่วงใยสุขภาพ”** หรือ **“Health in All Policies : HiAP.”** (2557) เน้นให้ความสำคัญกับการพัฒนานโยบายสาธารณะที่ต้องให้ความสำคัญกับประเด็นสุขภาพ เป็นการมองเรื่องการพัฒนาสุขภาพเข้าไปผสมบูรณาการอยู่ในการพัฒนาทุกเรื่องทุกสาขา

เหล่านี้เป็นการตอกย้ำความสำคัญของยุทธศาสตร์การสร้างเสริมสุขภาพ ที่สืบมาจากยุทธศาสตร์การสาธารณสุขมูลฐาน เนื่องจากสถานการณ์เกี่ยวกับโรคภัย การเจ็บป่วย ปัญหาสุขภาพและสถานการณ์ของโลกเปลี่ยนไป จากการเจ็บป่วยล้มตายด้วยโรคและปัญหาติดเชื่อเดิมๆ โรคที่เอาชนะได้ด้วยวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีทางการแพทย์ และการเข้าถึงบริการพื้นฐานด้านสาธารณสุข ฯลฯ มาสู่ยุคโลกและสังคมสลับซับซ้อน สาเหตุของการเสียชีวิตส่วนใหญ่เกิดจากรโรคไม่ติดต่อ โรคภัยที่เกิดจากปัจจัยทางสังคม และส่วนมากเกิดจากหลายปัจจัยที่เป็นผลพวงของการพัฒนาด้านต่างๆ

ดังนั้นการดำเนินงานด้านสุขภาพและสาธารณสุขจึงต้องปรับทั้งกระบวนการทัศน์ระบบ กลไกและวิธีดำเนินการใหม่ เพื่อให้เท่าทันการเปลี่ยนแปลงเหล่านั้น ถึงขั้นที่เรียกว่าจำเป็นต้องมีการ **“ปฏิรูประบบสุขภาพ” (Health Systems Reform)** กันเลยทีเดียว

ดังนั้นจะเห็นได้ว่า 4-5 ทศวรรษมานี้ ประเทศไทยของเราขานรับยุทธศาสตร์แนวคิด แนวทางของสากลเหล่านั้น มาปรับใช้กับการทำงานพัฒนาสุขภาพตลอดเวลาไม่ว่าจะเป็น การขับเคลื่อนจนเกิด **“การสร้างระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ” (2544)** ทำให้ประชาชนคนไทยมีหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (เสริมเข้ากับระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ พนักงานของรัฐและครอบครัว และระบบประกันสังคม) นำมาสู่การเข้าถึงบริการการแพทย์และสาธารณสุขที่จำเป็น (Essential Packages) อย่างทั่วถึง ในระดับคุณภาพมาตรฐานที่รับได้และราคาไม่แพงสังคมยอมรับได้ (ดีเอนเอ.การสาธารณสุขมูลฐานส่วนที่หนึ่ง) (เรื่องนี้มีความเป็นมาเป็นไปตามหลักปรัชญาสุขภาพที่ยาวและน่าสนใจมาก ไม่ขอกล่าวในบทความนี้)

มีการจัดตั้ง **สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ หรือ สสส.** (2544) มีกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ ออกกฎหมายดึงเงินเพิ่มจากภาษีบุหรี่และเครื่องดื่มแอลกอฮอล์มาสนับสนุนทุกภาคส่วนร่วมทำงานสร้างเสริมสุขภาพอย่างกว้างขวาง ทั้งมิติทางกาย ใจ สังคม และจิตวิญญาณ ส่งผลสะท้อนไปทั่วทำงานควบคุมป้องกันปัญหาและผลกระทบด้านสุขภาพที่เกิดจากการบริโภคยาสูบ เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ปัญหาสุขภาพที่เกิดปัจจัยทางสังคมที่กระทบต่อสุขภาพ ฯลฯ อย่างจริงจังมาตามลำดับ

ในเวลาไล่เลี่ยกัน (2543) มีการขับเคลื่อนการปฏิรูประบบสุขภาพของประเทศ เพื่อสร้างระบบสุขภาพที่เน้นการมีส่วนร่วมและปรับกระบวนการทัศน์ด้านสุขภาพจาก **“ชีวการแพทย์” (Bio-Medical)** มาเป็น **“ชีวสังคม” (Bio-Social)** ให้สอดคล้องกับสถานการณ์จริงของสังคมและโลกที่เปลี่ยนแปลงไปมากดังที่กล่าวมาข้างต้น



พระราชบัญญัติ
สุขภาพแห่งชาติ

พ.ศ. ๒๕๕๐



ได้มีการออก พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ (2551) เพื่อเป็นกฎหมายแม่บทด้านสุขภาพ ขยายความระบบสุขภาพออกไปกว้างขวางกว่าระบบสาธารณสุขเดิม กำหนดว่า “ระบบสุขภาพ หมายถึง ระบบความสัมพันธ์ทั้งหมดที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ” วางโครงสร้างและระบบสุขภาพที่เน้นการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน และให้ความสำคัญกับการขับเคลื่อนงานด้านสุขภาพที่กว้างกว่าการแพทย์และสาธารณสุข ไปสู่การร่วมมือกันเพื่อสร้างสังคมสุขภาวะ 4 มิติ (กาย-ใจ-จิตวิญญาณ/ปัญญา-สังคม) มี คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (คสช.) เป็นกลไกแกนประสานกลาง มีนายกรัฐมนตรีเป็นประธาน รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขเป็นรองประธาน กรรมการมาจากทั้งภาครัฐ เอกชน วิชาการวิชาชีพ และภาคประชาสังคม สนับสนุนงานพัฒนาสุขภาพทุกมิติ เน้นการมีส่วนร่วมด้วยระบบและการกระบวนการพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ ทั้งระดับชาติ พื้นที่และท้องถิ่น เช่น สมัชชาสุขภาพแห่งชาติ สมัชชาสุขภาพเฉพาะพื้นที่ สมัชชาสุขภาพเฉพาะประเด็น ธรรมนูญสุขภาพแห่งชาติ ธรรมนูญสุขภาพพื้นที่ การประเมินผลกระทบด้านสุขภาพที่เกิดจากนโยบายสาธารณะ (HIA) เป็นต้น





โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

ในส่วนของกระทรวงสาธารณสุข มีการปรับเปลี่ยนยกระดับสถานีอนามัยทั่วประเทศ พัฒนาเป็น “**โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล**” (2555) หรือ “**รพสต.**” เพื่อส่งสัญญาณและปรับการทำงานในทิศทางสร้างเสริมสุขภาพและการสาธารณสุขมูลฐานยุคใหม่ ที่ต้องไปให้ไกลกว่าเรื่องการสร้างการมีส่วนร่วม พัฒนางานสาธารณสุขชุมชนแบบเดิม เมื่อ 40-50 ปีก่อน ต้องปรับยุทธวิธี

การทำงานมาจัดการกับการควบคุมป้องกันโรคไม่ติดต่อ โรคเรื้อรัง เบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรคหลอดเลือดหัวใจและสมอง การบาดเจ็บล้มตตามจากอุบัติเหตุจราจร ฯลฯ โรคและปัญหาที่เกี่ยวกับปัจจัยและเรื่องที่อยู่นอกระบบสาธารณสุข ต้องทำงานกับทุกสาขา ทุกภาคส่วน ปัญหาอนามัยแม่และเด็กเปลี่ยนไป งานวางแผนครอบครัวเปลี่ยนไป ไม่ใช่เรื่องการเข้าไม่ถึงบริการ ไม่ใช่เรื่องการคุมกำเนิด แต่กลายเป็นเรื่องแม่วัยใส คนพร้อมไม่ยอมมีลูก และสังคมสูงวัยที่มีปัญหาทั้งเรื่องสุขภาพ สังคม เศรษฐกิจและสิ่งแวดล้อมสัมพันธ์เชื่อมโยงกันไปหมด

เรื่องการพัฒนาสุขภาพตำบล อนามัยสิ่งแวดล้อม ส้วม น้ำ ความสะอาดไม่ใช่แบบเดิม แต่มีปัญหาเรื่องขยะล้นเมืองและชนบท ปัญหาแย่งชิงทรัพยากร ปัญหาผลกระทบด้านสุขภาพจากนโยบายสาธารณะด้านต่างๆ และการทำโครงการพัฒนานอกสาขาสุขภาพ เกี่ยวพันกับนโยบายสาธารณะและการมีส่วนร่วมของชุมชนในรูปแบบและวิธีการใหม่ๆ ที่แตกต่างกับยุคสมัยเดิมอย่างสิ้นเชิง เป็นต้น

นอกจากนี้ ยังมีการพัฒนาให้เกิดระบบและกลไกใหม่ๆ ที่เข้ามาร่วมทำงานพัฒนาสุขภาพที่เน้นการมีส่วนร่วมที่หลากหลาย ได้แก่ **กองทุนสุขภาพตำบล** (ชื่อจริงคือ กองทุนหลักประกันสุขภาพตำบล (2544) สนับสนุนโดยสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ หรือสปสช. ทำให้เกิดการร่วมจัดการงานพัฒนาสุขภาพในพื้นที่โดยทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้อง, **คณะกรรมการเขตสุขภาพเพื่อประชาชน หรือ กขป.** (2555) สนับสนุนโดยสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ เพื่อเป็น

กลไกสานพลังขับเคลื่อนงานพัฒนาสุขภาพในระดับเขต (กลุ่มจังหวัด) ที่สอดคล้องกับพื้นที่หลากหลายมิติ, คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ หรือ พขอ. (2561) สนับสนุนโดยกระทรวงสาธารณสุข มีนายอำเภอเป็นประธานกรรมการจากหลายภาคส่วนในพื้นที่ ทำงานพัฒนาสุขภาพประชาชน แก้ปัญหาที่กระทบกับสุขภาพข้ามสาขา เลยไปถึงการพัฒนาคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวข้องกับประเด็นทางสังคม และความมั่นคงของมนุษย์ เป็นต้น

ถ้ามองให้ดี จะคล้ายกับว่าการทำงานเกี่ยวกับสุขภาพ ได้พัฒนามาถึงยุค
“ทุกภาคส่วน เพื่อสุขภาพของคนทั้งมวล”
“All for Health for All”

โดยมีระบบ โครงสร้าง กลไกและกระบวนการทำงานที่หลากหลายมาก ไม่ใช่การทำงานเฉพาะภายใต้สาขาสาธารณสุขเท่านั้น

การปรับระบบ กลไก และวิธีทำงานที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพที่กล่าวมาเหล่านี้ ก็คือการปฏิรูประบบสุขภาพในหลายระดับ เพื่อให้การทำงานพัฒนาสุขภาพสอดคล้องและเท่าทันสภาพสังคม โลก และโรคที่เปลี่ยนไปนั่นเอง



กระแสสากลในปัจจุบัน

สำหรับการขับเคลื่อนการสาธารณสุขมูลฐานในระดับสากล เพิ่งเกิดขึ้นสดๆ ร้อนๆ ในการประชุมสมัชชาอนามัยโลก ครั้งที่ 72 (ล่าสุด) เมื่อเดือนพฤษภาคม 2562 มีการรับรอง “ปฏิญญาอัสตานา ว่าด้วยการพัฒนาสาธารณสุขมูลฐานยุคใหม่ รองรับการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าและการพัฒนาที่ยั่งยืน” (Second International Conference on PHC towards UC and SDGs 2015-2030) ประกาศเจตนารมณ์สำคัญ 4 ประการ คือ

- หนึ่ง ภาครัฐและสังคมต้องร่วมกันส่งเสริมและคุ้มครองสุขภาพของประชาชน
- สอง พัฒนาการสาธารณสุขมูลฐานและบริการสุขภาพที่มีคุณภาพประชาชนเข้าถึงได้ในราคาที่เหมาะสม
- สาม เสริมสร้างพลังประชาชนและชุมชนให้มีส่วนร่วมในการจัดการสุขภาพ
- สี่ ส่งเสริมนโยบายสาธารณะที่เอื้อให้ประชาชนมีคุณภาพชีวิตที่ดีและยั่งยืน

เมื่อนำมาเทียบกับการขับเคลื่อนงานด้านสุขภาพของประเทศไทย จะเห็นได้ชัดเจนว่า ประเทศไทยเราพัฒนางานตรงตามเจตนารมณ์ทั้ง 4 ประการนี้ มีองค์กรหน่วยงาน และระบบย่อยต่างๆ รองรับการขับเคลื่อนงานอย่างหลากหลาย และชัดเจนมาก เป็นแบบอย่างให้กับประเทศต่างๆ ได้เป็นอย่างดี เนื่องจากว่าในระยะเวลา 40-50 ปีที่ผ่านมา เรามีการพัฒนางานด้วย “ดีเอ็นเอ.การสาธารณสุขมูลฐาน” อย่างต่อเนื่อง จนถึงระดับที่เรียกกันได้ว่า เป็น “การปฏิรูประบบสุขภาพ” กันเลยทีเดียว

สู่การพัฒนาที่ยั่งยืน

เมื่อปี 2558 สหประชาชาติได้ผลักดันแนวทางการพัฒนาที่ยั่งยืน หรือ “Sustainable Development Goals : SDGs” เพื่อให้ทุกประเทศทั่วโลกใช้เป็นกรอบและทิศทางการพัฒนาร่วมกัน เพื่อผลักดันให้เกิดการพัฒนาทุกมิติอย่างสมดุลและเป็นองค์รวม เพราะการพัฒนาในห้วงที่ผ่านมา ทำให้โลกเสียสมดุลในหลายมิติ จำเป็นต้องช่วยกันดึงกลับมาให้ถูกทาง



เรื่องการพัฒนาทางด้านสุขภาพหรือสาธารณสุข ถ้ามองอย่างผิวเผิน จะเห็นว่า เป็นเพียง 1 ใน 17 กรอบ คืออยู่ในส่วนของ “การมีชีวิตที่มีคุณภาพ และส่งเสริมสุขภาพ ภาวะที่ดีของคนทุกเพศทุกวัย” (Good Health and Well-being) แต่หากวิเคราะห์ ให้ลึก จะพบว่าประเด็นงานที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ กระจายอยู่ในกรอบอื่นๆ อีกมาก เช่น การจัดการความอดอยาก, การสร้างความมั่นคงด้านอาหาร, การสร้างความเท่าเทียม ของเพศสตรีและเด็กหญิง, การจัดการน้ำอย่างยั่งยืนและพร้อมใช้สำหรับทุกคน, การส่งเสริมการใช้ประโยชน์ที่ยั่งยืนของระบบนิเวศ เป็นต้น จะเรียกว่าสอดแทรกอยู่ในทุกกรอบก็ว่าได้ ซึ่งดีเอ็นเอ.การสาธารณสุขมูลฐานก็ได้สอดแทรกฝังอยู่ในกรอบ การพัฒนาที่ยั่งยืนเหล่านั้นด้วย

ดังได้กล่าวไปแล้วว่า เรื่องสุขภาพเป็นผลรวมของการพัฒนาทุกด้าน มีผลกระทบ ทั้งบวกและลบจากการพัฒนาสาขาต่างๆ ดังนั้น ถ้ากรอบการพัฒนาสาขาต่างๆ เดินไปได้ดี สุขภาพก็จะได้รับผลกระทบด้านดีไปด้วย การกำหนดกรอบการพัฒนา อย่างยั่งยืนเช่นนี้จึงเป็นเรื่องดี

ส่งท้าย

การสาธารณสุขมูลฐาน ตั้ง “หลักคิด และ หลักทำ” ไว้ดี ที่สำคัญคือ “ดีเอนเอ.” ชัดเจน แม้เวลาล่วงเลยมานานถึง 40 ปีเศษ ก็ไม่ได้ล้าสมัย เพียงแต่ว่าทฤษฎี รูปแบบ วิธีการ และกิจกรรมต่างๆ เปลี่ยนไปตามธรรม

ท้ายที่สุดนี้ เราควรน้อมไปพิจารณา พระปฐมบรมราชโองการ ของ พระบาทสมเด็จพระวชิรเกล้าเจ้าอยู่หัว เมื่อวันที่ 5 พฤษภาคม 2562 ที่ว่า

“เราจะสืบสาน รักษา และต่อยอด
และครองแผ่นดินโดยธรรม
เพื่อประโยชน์สุขแห่งอาณาราษฎรตลอดไป”

พวกเราจึงควรทำงานพัฒนาสุขภาพ/สาธารณสุข สนองพระองค์ท่าน เพื่อประโยชน์สุขแห่งอาณาราษฎร...โดยเน้นสืบสาน รักษา และต่อยอด “ดีเอนเอ. การสาธารณสุขมูลฐาน” ให้วิวัฒน์พัฒนาก้าวหน้า ทันยุคทันสมัย รับผิดชอบต่อประชาชน ให้ได้ผลจริงกันต่อไป

โดยไม่ปล่อยให้ยึดติดอะไรที่ตายตัวหรืออาจล้าสมัยไปแล้ว

อย่างไรก็ดี ควรมีการศึกษา วิเคราะห์ สังเคราะห์ สร้างการเรียนรู้และพัฒนาทางปัญญาให้ลึกซึ้งและกว้างขวางออกไปอีก เพื่อนำไปสู่การสืบสาน รักษาและต่อยอดงานสาธารณสุขมูลฐานให้ก้าวหน้าได้อย่างแยบคาย





3

คุณค่า สารเภสัชไทย



เกริ่นนำ

ต้นไม้ไม่ว่าเล็กหรือใหญ่ ล้วนมีราก จึงสามารถเจริญเติบโตได้ คนก็เช่นกัน มีที่มาที่ไป เจตีย์ที่ยอดสวยงาม ก็ย่อมมีรากฐานที่มั่นคงแข็งแรง องค์กรหรือสถาบันต่างๆ ก็ล้วนมีที่มาที่ไป มีประวัติศาสตร์ที่สืบทอดกันมาทั้งสิ้น

สถาบันสาธารณสุขไทย ที่มีกระทรวงสาธารณสุขเป็นแกนกลาง ก็มีประวัติศาสตร์ ความเป็นมายาวนาน สะสมเรื่องราว คุณค่า ความดีงาม ความสำเร็จไว้มากมาย เราจึงควรได้หยุดมองย้อนอดีต เพื่อเป็นการเรียนรู้สู่ออนาคต และเป็นพลังใจให้ก้าวเดินหน้าต่อไป

บทความชิ้นนี้ เขียนขึ้นหลังจากที่ผมได้เข้ารับพระราชทานรางวัลชัชยาทนเรนทร “นักรงสาธารณสุขดีเด่น ประเภทบริหาร ปี 2559” จากสมเด็จพระเจ้าอยู่หัว รัชกาลที่ 10 เมื่อวันที่ 8 เมษายน 2560 ซึ่งนับเป็น พระมหากรุณาธิคุณหาที่สุดมิได้

ด้วยผลงานของผม ที่คณะกรรมการมูลนิธิสมเด็จพระเจ้าบรมวงศ์เธอ กรมพระยา ชัชยาทนเรนทร ได้พิจารณาให้เป็นผู้สมควรได้รับรางวัลดังกล่าว ก่อเกิดจากการร่วมกัน ทำงานของบุคลากรสาธารณสุข เพื่อนภาควิชาและผู้คนอีกเป็นจำนวนมาก มิใช่ จากผมคนเดียว ผมจึงขอถือโอกาสนี้ นำเสนองานดีๆ ในแวดวงสาธารณสุขไทยไว้เป็น ประจักษ์หลักฐาน

ประกอบกับปี 2561 ที่จะถึงในเร็วๆนี้ จะเป็นปีที่กระทรวงสาธารณสุขมีอายุ ครบ 100 ปี นับตั้งแต่วันที่ 27 พฤศจิกายน พ.ศ. 2461 ที่มีการจัดตั้ง “กรมสาธารณสุข” ขึ้นในกระทรวงมหาดไทย โดยมี **พระเจ้าบรมวงศ์เธอ กรมหมื่นชัชยาทนเรนทร** ทรงเป็นอธิบดีคนแรก

“ความภาคภูมิใจในคุณค่า คุณงามความดี ย่อมเป็นกำลังใจในการก้าวเดินต่อไป ข้างหน้าได้เสมอ”

ผมจึงเขียนบทความนี้ขึ้น ด้วยสังเคราะห์แบบรวมยอด สรุปคุณค่า **สาธารณสุขไทย** ได้ดังนี้



หนึ่ง เจ้าหยกให้ความสำคัญ

หากมองย้อนอดีตไปถึงสมัยกรุงสุโขทัย กรุงศรีอยุธยา จะพบว่าสถาบันกษัตริย์ทุกช่วงสมัย ล้วนให้ความสำคัญกับการพัฒนาการแพทย์และการสาธารณสุขเพื่อแก้ปัญหาการเจ็บไข้ได้ป่วยของอาณาประชาราษฎร์เสมอมา มากบ้างน้อยบ้างตามสถานการณ์ในยุคนั้นๆ

ในสมัยอยุธยาที่มีการพัฒนาไม่น้อย แต่เมื่อเสียกรุงครั้งที่ 2 มีผลทำให้เราสูญเสียตำรา ความรู้และภูมิปัญญาการแพทย์ของไทยไปมาก แต่เมื่อเข้าสู่ยุคกรุงรัตนโกสินทร์ รัชกาลที่ 1 ทรงโปรดให้รวบรวมตำรายาไทยเพื่อรื้อฟื้นภูมิปัญญาแพทย์แผนไทยให้กลับมาใหม่ มีการโปรดให้ “ตั้งตำรายาแลฤกษ์จัดตุนไว้เป็นทาน” ที่วัดโพธาราม (วัดพระเชตุพนวิมลมังคลาราม ที่ชาวบ้านเรียกกันว่า “วัดโพธิ์”)

ในช่วงรัชกาลต่อๆ มา ก็ทรงให้ความสำคัญต่อการพัฒนางานด้านการแพทย์ ทั้งการรักษาและการป้องกันโรค ซึ่งสมัยนั้นยังไม่มีการใช้คำว่าสาธารณสุข มีแพทย์ชาวตะวันตกเข้ามาทำงานในราชสำนักและในประเทศไทยเป็นระยะๆ มาโดยตลอด แต่ส่วนใหญ่ยังเป็นการรักษาและการป้องกันโรค

ในช่วงรัชกาลที่ 3 การแพทย์แผนไทยเจริญก้าวหน้ามากชัดเจน และในรัชสมัยของรัชกาลที่ 5 การแพทย์ตะวันตกลงหลักปักฐาน มีการสร้างโรงพยาบาลศิริราช เมื่อปี 2431 และเมื่อมีการปฏิรูประบบบริหารราชการแผ่นดินให้ทันสมัย มีการตั้งกรมพยาบาล เริ่มมีการผลิตแพทย์ผดุงครรภ์ ตั้งสภาอากาศ กรมสุขาภิบาล พัฒนาการผลิตหนองฝีป้องกันไข้ทรพิษ พัฒนาการปะปา พัฒนาโอสถศาลาตั้งสุขาภิบาลแห่งแรกที่ท่าฉลอม เป็นต้น

มีการส่งเจ้านายไปศึกษาด้านการแพทย์และสาธารณสุขที่ประเทศตะวันตกที่เราทราบกันดี คือ *กรมหลวงสงขลานครินทร์* ซึ่งพระองค์ท่านสำเร็จการศึกษาทั้งแพทยศาสตร์และสาธารณสุขศาสตร์ พระองค์ได้รับการยกย่องว่าทรงเป็น **“พระบิดาการแพทย์แผนปัจจุบัน”**

สำหรับ*กรมพระยาชัยนาทนเรนทร* ทรงเป็นผู้บุกเบิกงานด้านสาธารณสุข การผลิตยาและการผลิตบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขให้ทันสมัย ทรงเป็นผู้ผลักดันให้มูลนิธิรีอ็อคกี้ เฟลเลอร์ เข้ามาช่วยพัฒนาการผลิตแพทย์ของไทย จนกระทั่งได้มาตรฐานสากลสืบมา

ช่วงสมัยจากรัชกาลที่ 5 มีการพัฒนาการแพทย์และสาธารณสุข (การอนามัย) ก้าวหน้าต่อเนื่อง ทั้งการผลิตบุคลากรสาขาต่างๆ การผลิตยาและเวชภัณฑ์ การกระจายหน่วยบริการออกไปสู่ภูมิภาค ทั้งระดับโรงพยาบาล ออกไปถึงสุขศาลาในชนบท การควบคุมป้องกันโรคติดต่อสำคัญ การให้สุขศึกษาเพื่อพัฒนาความรู้และการปฏิบัติเกี่ยวกับสุขภาพอนามัยของประชาชนตามลำดับ (*อ่านเพิ่มเติมได้จาก “รอยเวลาเส้นทางประวัติศาสตร์สุขภาพไทย” ของหอจดหมายเหตุและพิพิธภัณฑ์สุขภาพไทย พ.ศ. 2556*)

ในรัชสมัยของรัชการที่ 9 ก็ทรงส่งเสริมสนับสนุนการพัฒนาด้านการแพทย์และสาธารณสุขไทยก้าวหน้าต่อเนื่อง มีงานสำคัญ ได้แก่ การตั้งหน่วยแพทย์เคลื่อนที่พระราชทาน, หน่วยแพทย์ พอ.สว. การตั้งราชประชาสมาสัยดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อน มีผลทำให้โรคเรื้อนไม่เป็นปัญหาใหญ่ของคนไทย และผู้ป่วยโรคเรื้อนไม่ถูกรังเกียจจากสังคมอีกต่อไป การพัฒนามาตรฐานวิชาชีพด้านสุขภาพสาขาต่างๆ การกระจายบริการการแพทย์และสาธารณสุขสู่ชนบทครอบคลุมทุกพื้นที่ทั่วประเทศ การตั้งโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราช อันมีผลทำให้เกิดการพัฒนาคุณภาพมาตรฐานงานสาธารณสุขแบบผสมผสานของโรงพยาบาลอำเภอ (โรงพยาบาลชุมชน) ทั่วประเทศ รวมไปถึงการจัดประชุมวิชาการนานาชาติรางวัลเจ้าฟ้ามหิดล และการมอบรางวัลมหิดลให้แก่บุคลากรแพทย์และสาธารณสุขที่มีผลงานดีเด่นด้านต่างๆ ทั่วโลก เป็นการยกระดับการสาธารณสุขไทยก้าวไกลเชื่อมโลก เป็นต้น (อ่านเพิ่มเติมได้จาก “พระบาทสมเด็จพระปรมินทรมหาภูมิพลอดุลยเดช กับสุขภาพคนไทย” ใน รายงานสุขภาพคนไทย พ.ศ.2560 สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล)

สอง การแพทย์ก้าวหน้า

เมื่อกว่า 200 ปีก่อน เรื่องสุขภาพยึดโยงอยู่กับการแพทย์ไทยและการแพทย์พื้นบ้านซึ่งเป็นกิจการเชิงวัฒนธรรมและมนุษยธรรม สัมพันธ์อยู่กับวิถีชีวิตและชุมชน เป็นวิทยาศาสตร์ระดับปฏิบัติการ ทดลอง สังเกต บันทึก บอกเล่า เป็นภูมิปัญญาพื้นบ้านเรียบง่าย เป็นการพึ่งพาช่วยเหลือเกื้อกูลกัน

เมื่อมีการพัฒนาการแพทย์ตะวันตกที่เป็นงานเชิงวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีเพิ่มขึ้น ก็มีผลกระทบต่อพัฒนาการแพทย์ไทย การแพทย์พื้นบ้านอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้

ในระยะแรกๆ ที่มีการผลิตแพทย์สมัยใหม่ ยังมีการเรียนทั้งการแพทย์แผนตะวันตกและการแพทย์แผนไทยควบคู่กันไป แต่ผลปรากฏว่า ดูแลเรื่องคุณภาพไม่ได้ ผู้เรียนสับสนในศาสตร์ที่แตกต่าง จนในที่สุด สมเด็จพระยาชัยนาทนเรนทร ทรงให้ยุติการเรียนแพทย์แผนไทยในหลักสูตรแพทยศาสตร์



ในเวลาไล่เรี่ยกัน มีความร่วมมือจากมูลนิธิรีอ็อคกีเฟลเลอร์เข้ามาช่วยพัฒนาแพทยศาสตร์ศึกษาไทย จนผลสุดท้ายทำให้การแพทย์แผนปัจจุบันพัฒนาอย่างก้าวหน้า ได้มาตรฐานสากล เป็นที่ยอมรับของนานาชาติ วงการแพทย์ไทยเป็นที่เชิดหน้าชูตา ซึ่งเป็นคุณค่าสำคัญประการหนึ่งของสังคมไทยมาจนถึงทุกวันนี้

ในขณะที่งานสาธารณสุขด้านอื่นๆ ก็พัฒนาไปพร้อมๆ กัน

กล่าวสำหรับการแพทย์แผนไทยและการแพทย์พื้นบ้านที่หดหายไปมากในช่วงเติบโตของการแพทย์แผนตะวันตก ซึ่งเป็นช่วงที่มีกฎหมายเกี่ยวกับการประกอบโรคศิลปะ (ประกอบวิชาชีพ) การแพทย์แผนไทยและการแพทย์พื้นบ้านกลายเป็นการแพทย์แบบหลบซ่อน หรือการแพทย์เถวหลัง

แต่ด้วยวิสัยทัศน์ของผู้นำในแวดวงการสาธารณสุขไทย ที่มองเห็นว่าการแพทย์แผนไทยมีจุดแข็งอยู่ในตัว สามารถพัฒนาและต่อยอดนำกลับมาใช้เพื่อการบำบัดเยียวยารักษาสุขภาพของประชาชนได้อีกมาก โดยเฉพาะอย่างยิ่งที่เกี่ยวกับโรคและปัญหาสุขภาพแบบเรื้อรังที่มีเพิ่มมากขึ้น

จึงเกิดการหวนกลับคืนมาของการแพทย์แผนไทย พ.ศ.2496 มีการแต่งตั้งรายนายอรรถ เถื่อนการผลิดอยุรเวทที่ศิริราช (ปัจจุบันเป็นการผลิตแพทย์แผนไทยประยุกต์) ในแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 4 (พ.ศ.2520-2524) เริ่มนโยบายส่งเสริมการใช้สมุนไพรเพื่อการพึ่งตนเอง เรื่องการแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้าน การนวดไทย และเรื่องสมุนไพรมีการกล่าวถึงและพัฒนาขึ้นตามลำดับ

จวบจนปี พ.ศ.2536 กระทรวงสาธารณสุขตั้งสถาบันการแพทย์แผนไทย ซึ่งปรับเป็นกรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกในเวลาต่อมา มีการออกกฎหมายเกี่ยวกับภูมิปัญญาไทย กฎหมายวิชาชีพแพทย์แผนไทย มีการจัดทำแผนยุทธศาสตร์สุขภาพวิถีไทย ธรรมนูญสุขภาพว่าด้วยการแพทย์แผนไทย แผนแม่บทสมุนไพรแห่งชาติ ฯลฯ มีการผลิตบุคลากรและพัฒนางานด้านการแพทย์แผนไทยที่หลากหลายและกระจายในหลายภาคส่วน แต่ก็ยังไม่ทัดเทียมกับการแพทย์แผนตะวันตก

นอกจากนี้ การนวดแผนไทยเพื่อการรักษาและเพื่อสุขภาพได้เติบโตและกระจายอย่างกว้างขวาง ปัจจุบันมียุทธศาสตร์แห่งชาติว่าด้วยการส่งเสริมการพัฒนาสมุนไพร ทั้งที่เกี่ยวกับการรักษาโรค และที่เกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพด้วย

สาม การสาธารณสุขผสมผสาน

การทำงานด้านสุขภาพ มี 2 สิ่งที่เป็นเสมือนแขนขาและแขนซ้าย คือ งานด้านการแพทย์ (Medicine) และงานด้านสาธารณสุข (Public Health) ถ้าแยกส่วนกันมาก ก็ทำงานประสบความสำเร็จได้น้อย หากเน้นพัฒนาแต่เฉพาะด้านการแพทย์ ก็ต้องใช้ทรัพยากรมาก แต่ได้ผลลัพธ์ด้านสุขภาพไม่มาก (High Cost, Low Return) จึงควรเน้นงานด้านสาธารณสุข (Low Cost, High Return) ควบคู่กันไปด้วย

ความงดงามของไทย คือ ความพยายามสร้างสมดุลของงานทั้งแขนขาและแขนซ้าย มีการพัฒนาการแพทย์ทั้งเชิงปริมาณ คุณภาพและการกระจายอย่างต่อเนื่อง โดยไม่ทิ้งการพัฒนาทางด้านสาธารณสุข

มีผลทำให้การแพทย์ของไทยเจริญก้าวหน้ามาก ได้มาตรฐานระดับสากลเป็นที่ยอมรับอย่างกว้างขวาง

อีกด้านหนึ่ง ที่นับว่าโดดเด่นเคียงคู่กันมายาวนาน คือ การพัฒนางานสาธารณสุข มุ่งเน้นที่การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกัน ควบคุม และกำจัดโรคและภัยสุขภาพ เริ่มตั้งแต่การโครงการควบคุมโรคที่เป็นปัญหาสำคัญในยุคต่างๆ ได้แก่ อหิวาตกโรค โรคเรื้อน ไข้ทรพิษ คุดทะราด วัณโรค มาลาเรีย ไอกรน คอตีบ บาดทะยัก โปлиоเอตส์ เป็นต้น ซึ่งในยุคแรกๆ ดำเนินงานในรูปแบบโครงการเฉพาะ (Vertical Program) ซึ่งต่อมาได้ปรับปรุงบูรณาการเข้ากับการทำงานการแพทย์และสาธารณสุข ที่เรียกว่า “การบริการสาธารณสุขผสมผสาน” (Integrated Health Services) ทำให้งานประสบความสำเร็จเป็นอย่างดี ตัวอย่างเช่น การจัดการกับปัญหาโรคเรื้อน วัณโรค โรคมาลาเรีย โรคที่ป้องกันได้ด้วยวัคซีน เป็นต้น จนทำให้หลายโรคหมดไป หรือลดลงจนไม่เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญอีกต่อไป



นอกจากงานที่ยืดตัวอย่างข้างต้น ระบบสาธารณสุขยังได้บูรณาการงานพัฒนาสาธารณสุขและงานอนามัยด้านต่างๆ เข้าในระบบเดียวกัน ไม่แยกส่วนกัน คิดและทำ ได้แก่ งานสุขาภิบาลและอนามัยสิ่งแวดล้อม งานวางแผนครอบครัว งานโภชนาการ งานอนามัยโรงเรียน งานสุขศึกษา งานอนามัยครอบครัวและชุมชน งานระบาดวิทยา งานควบคุมป้องกันโรคและปัจจัยคุกคามสุขภาพอื่นๆ ด้วย

การทำงานแบบผสมผสาน คือ การทำงานสาธารณสุขอย่างครบวงจร 4 ด้าน ทั้งการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพ การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสุขภาพ

โดยกระทรวงสาธารณสุขออกแบบระบบและโครงสร้างบริหารงานสอดคล้องกับแนวคิดดังกล่าวเป็นอย่างดี คือมีสำนักงานปลัดกระทรวงฯ ทำหน้าที่เป็นแกนนโยบาย และปฏิบัติการ ตั้งแต่ระดับชาติลงถึงระดับชุมชน มีกรมต่างๆ ทำหน้าที่สนับสนุน การพัฒนาวิชาการและบุคลากร สนับสนุนการทำงานในด้านอื่นๆ ทำให้การทำงาน มีเอกภาพ ไม่แยกส่วนกันทำเหมือนกับงานในสาขาอื่นๆ

สี่ บริการเพื่อมหาชน

เมื่อมีการลงหลักปักฐานโรงพยาบาลแผนตะวันตกที่ศิริราชเมื่อกว่า 100 ปีที่แล้ว มีการกระจายงานการแพทย์และสาธารณสุขออกสู่ส่วนภูมิภาค ตามโครงการต่างๆ มีการกระจายยาและเวชภัณฑ์ รวมไปถึงการควบคุมป้องกันโรคสำคัญต่างๆ สู่ประชาชน ในภูมิภาคตามลำดับ

นอกจากการตั้งโรงพยาบาลในพระนครเพิ่มขึ้นแล้ว ก็มีการตั้งโรงพยาบาล ในส่วนภูมิภาค พ.ศ.2480 ตั้งโรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์เพื่อเป็นหลัก สำหรับรัฐไทยในภาคเหนือ และมีนโยบายสร้างโรงพยาบาลประจำจังหวัดจนครบ ทุกจังหวัด ซึ่งเป็นนโยบายที่ให้ความสำคัญกับประชาชนในส่วนภูมิภาคทั่วประเทศ อย่างเป็นทางการ

โรงพยาบาลประจำจังหวัด (รพจ.) มีการพัฒนามาเป็นโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไปในปัจจุบัน มีการพัฒนาคุณภาพและมาตรฐานก้าวหน้าตามลำดับ ทำให้ประชาชนในส่วนภูมิภาคเข้าถึงบริการการแพทย์ได้ดีขึ้น

ในขณะเดียวกันมีการพัฒนางานด้านสาธารณสุขในส่วนภูมิภาคควบคู่กันไป มีการตั้งสถานีอนามัยชั้น 1 และชั้น 2 ในชนบท เพื่อทำงานบริการด้านอนามัยแม่และเด็ก งานส่งเสริมสุขภาพ งานรักษาพยาบาล ควบคุมป้องกันโรคและงานสุขาภิบาล มีอนามัยจังหวัดทุกจังหวัดดูแลงานด้านนี้ ต่อมาพัฒนาเป็นสาธารณสุขจังหวัดกำกับดูแลงานผสมผสานทั้งด้านการแพทย์และสาธารณสุขครอบคลุมทุกพื้นที่ทั่วประเทศ

จนถึงทศวรรษ 2510 รัฐบาลมีนโยบายกระจายความเจริญสู่ชนบท กระทรวงสาธารณสุขใช้เป็นโอกาสยกระดับสถานีอนามัยในระดับอำเภอพัฒนาขึ้นเป็นศูนย์การแพทย์และอนามัย และเป็นโรงพยาบาลอำเภอในเวลาต่อมา (ภายหลังเปลี่ยนชื่อเป็นโรงพยาบาลชุมชน) มีภารกิจให้บริการสาธารณสุขแบบผสมผสานทั้งการรักษาพยาบาล การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันควบคุมโรคและการฟื้นฟูสุขภาพ มีเป้าหมายจัดตั้งให้ครบทุกอำเภอทั่วประเทศ ปัจจุบันมีมากกว่า 800 แห่ง

นอกจากนั้นยังพัฒนาโรงพยาบาลชุมชนในพื้นที่ห่างไกลทุรกันดารขึ้นเป็นโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราช ซึ่งมีการพัฒนาคุณภาพและมาตรฐานงานได้ดีมาก

ในปี 2535 เริ่มโครงการพัฒนาสถานีอนามัยทั่วประเทศที่ตั้งอยู่ในระดับตำบลและหมู่บ้านบางแห่ง มากกว่า 1 หมื่นแห่ง เพื่อเพิ่มคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุขผสมผสาน โดยปรับเปลี่ยนเป็นโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ในปัจจุบัน

ทั้งหมดนี้ คือโครงสร้างการจัดบริการสาธารณสุขที่ให้ความสำคัญกับประชาชนทั่วประเทศ ซึ่งมีการทำงานเชื่อมโยงกับงานพัฒนาคุณภาพชีวิตและสิ่งแวดล้อมด้วย

แม้ว่าโรงพยาบาลและโครงสร้างหลักเหล่านี้เป็นหน่วยงานราชการ แต่การบริหารมีความคล่องตัวในระดับหนึ่ง เป็นที่ทำงานของผู้มีความรู้ความสามารถ จำนวนเป็นแสนคน ทำงานบำบัดทุกข์ บำรุงสุขให้กับประชาชนอย่างเป็นรูปธรรม จึงมีเครดิตทางสังคมสูง นับเป็นคุณค่าสำคัญประการหนึ่งของระบบสาธารณสุขไทย

ทิศทางเช่นนี้ไม่เพียงแต่เป็นทิศทางการพัฒนาสาธารณสุขที่ดีของประเทศเท่านั้น หากแต่ยังเป็นแนวทางการพัฒนาประเทศที่ให้ความสำคัญกับ “การลดความเหลื่อมล้ำ เพิ่มความเป็นธรรม” ที่เป็นรูปธรรมด้วย

ห้า สุกชาวบ้านเพื่อชาวบ้าน

นับตั้งแต่อดีตกาลเรื่อยมา การพัฒนาและกระจายบริการทางการแพทย์และสาธารณสุข ให้ความสำคัญกับการผลิตและพัฒนาบุคลากรให้มีความรู้ความชำนาญในงานด้านต่างๆ ตั้งแต่ยุคการแพทย์พื้นบ้าน ผดุงครรภ์ พยาบาล การแพทย์ตะวันตก การสาธารณสุข การควบคุมป้องกันโรค การอนามัยและสุขาภิบาล ฯลฯ

ในยุคต้นของการสาธารณสุขเมื่อร้อยปีก่อน การผลิตและพัฒนาบุคลากรรวมกันอยู่ในหน่วยงานของระบบสาธารณสุข ต่อมาค่อยๆ แยกตัวไปอยู่กักระบบการศึกษาและมหาวิทยาลัย ในขณะที่มีการออกกฎหมายเกี่ยวกับการประกอบวิชาชีพเพิ่มขึ้น ทำให้การผลิตและพัฒนาบุคลากรเริ่มแยกออกจากกัน

แต่ด้วยวิสัยทัศน์และความกล้าหาญของผู้นำด้านสาธารณสุขในยุคนั้น ที่มุ่งมั่นขยายบริการสาธารณสุขเพื่อประชาชนในส่วนใหญ่ภูมิภาคและในชนบท ซึ่งจำเป็นต้องมีบุคลากรที่เหมาะสมไปทำงานในพื้นที่ทั่วประเทศ จึงยังคงขยายงานการผลิตและพัฒนาบุคลากรสาธารณสุขภายใต้การบริหารของกระทรวงสาธารณสุขเรื่อยมา เพื่อให้มีบุคลากรที่มีขีดความสามารถในการทำงานที่เหมาะสมและสอดคล้องกับความเป็นจริง และมีจำนวนที่มากพอ มิใช่คำนึงถึงแต่ด้านมาตรฐานทางวิชาการเพียงอย่างเดียว

การที่กระทรวงสาธารณสุขเปิดโรงเรียน/วิทยาลัยพยาบาล ผดุงครรภ์ พนังงานอนามัย/สาธารณสุข รับนักเรียนจากพื้นที่จังหวัดต่างๆ เข้ามาเรียนในวิทยาลัยเหล่านั้น ที่มีมากกว่า 40 แห่ง กระจายอยู่ในหลายสิบจังหวัดทั่วประเทศ ให้มีความรู้ความสามารถเป็นบุคลากรสาธารณสุขที่เหมาะสมกับการทำงานในภูมิภาคและชนบท จบแล้วให้กลับไปบรรจุเป็นบุคลากรสาธารณสุขทำงานในพื้นที่ภูมิลำเนา แม้ว่าต้องฟันฝ่ากระแสโจมตีว่าผลิตบุคลากรสาธารณสุขไม่ได้มาตรฐาน

นับถึงปัจจุบัน กระทรวงสาธารณสุขผลิตบุคลากรสาธารณสุขเอง ส่งกลับไปทำงานในส่วนใหญ่ภูมิภาคและในชนบทมาแล้วเป็นเรือนแสน ซึ่งต่อมาได้ขยายแนวคิดนี้ไปสู่การผลิตแพทย์เพื่อชาวชนบทที่มีดำเนินการมานานกว่า 20 ปีแล้ว

นโยบายที่เกิดขึ้นจากวิสัยทัศน์และความกล้าหาญนี้ เป็นจุดเด่นของระบบสาธารณสุขไทย ดังนี้

หนึ่ง ทำให้กระทรวงสาธารณสุขสามารถผลิตบุคลากรที่มีสมรรถนะสอดคล้องกับการทำงานจริงในพื้นที่ มีความรู้ความสามารถด้านวิชาการในระดับที่เหมาะสม โดยมีความสามารถในการปฏิบัติงานสูง (Competency Excellence) สามารถแก้ปัญหาการขาดแคลนบุคลากรสาธารณสุขในภูมิภาคและชนบทได้เป็นอย่างดี การที่กระทรวงสาธารณสุขสามารถขยายงานบริการสาธารณสุขผสมผสานระดับจังหวัด อำเภอและตำบลอย่างได้ผล ก็เพราะมีบุคลากรที่ผลิตได้เองไปทำงานสามารถเอาชนะปัญหาโรคติดต่อ แก้ปัญหาทางอนามัยแม่และเด็ก แก้ปัญหาเกี่ยวกับอนามัยและสุขาภิบาล ฯลฯ

สอง เป็นการลดความเหลื่อมล้ำ เพิ่มความเป็นธรรมที่เป็นรูปธรรม กล่าวคือ ทำให้เด็กนักเรียนลูกชาวบ้านในภูมิภาค/ชนบททั่วประเทศมีโอกาสสอบแข่งขันกันเองเข้าศึกษาแล้วกลับไปบรรจุเป็นข้าราชการ/พนักงานของรัฐ ทำงานเพื่อพี่น้องประชาชนในชนบท แทนที่จะต้องเข้าไปแข่งขันกับนักเรียนในเมืองหลวงหรือในเมืองใหญ่ ซึ่งมักจะไม่กลับไปทำงานในพื้นที่เดิม

สาม เมื่อได้บุคลากรสาธารณสุขที่มาจากลูกชาวบ้าน กลับไปทำงานตามภูมิลำเนาหรือภูมิภาคของตนซึ่งมีความคุ้นเคยมากกว่าคนที่ไปจากต่างถิ่น ทำให้สามารถอยู่ทำงานในระบบได้ยาวนาน ไม่ไหลออกเหมือนกับบุคลากรในสาขาอื่นๆ ที่มีระบบการรับและการผลิตแบบรวมศูนย์ ปรากฏการณ์นี้ มีข้อมูลเชิงประจักษ์ แม้กระทั่งกับสาขาแพทย์ที่ปกติจะไหลออกจากภูมิภาคและชนบทกลับเข้าเมืองอย่างมาก แต่กับโครงการผลิตแพทย์เพื่อชาวชนบทของกระทรวงสาธารณสุข พบว่าอัตราการไหลเข้ากรุงเทพฯและเมืองใหญ่ต่ำกว่าแพทย์ที่สำเร็จการศึกษาจากระบบปกติ



အား တွေ့ရှိ
ကံ ကောင်းပုံစံ

หก ปัญหาใหญ่ คู่ความดี มีความหลากหลาย

การสาธารณสุขไทยจากอดีตจนถึงทุกวันนี้ มีการพัฒนาต่อเนื่องไม่เคยหยุดนิ่ง เรื่องดีงามหลายอย่างเกิดขึ้นจากวิสัยทัศน์และความกล้าหาญของผู้นำ และคนรุ่นเก่าที่ตัดสินใจทำ หรือไม่ทำเรื่องต่างๆ โดยยึดถือประโยชน์ของประชาชนเป็นที่ตั้งเรื่อยมา นับว่าเป็นความโชคดีที่ประเทศไทยมีผู้นำ ครูอาจารย์และบุคลากรสาธารณสุขจำนวนมากที่เป็นเช่นนั้น เมื่อมองกลับไปที่คุณค่าสาธารณสุขซึ่งกล่าวไปแล้วข้างต้น จะเห็นได้อย่างชัดเจน

แต่คุณค่าสำคัญอีกประการหนึ่งที่ควรกล่าวไว้คือ การพัฒนาการสาธารณสุขไทยของคนรุ่นก่อนๆ วางอยู่บนฐานปัญญาและความรู้ นำ ไม่ใช่ฐานอำนาจนำ เนื่องจากการทำงานด้านสาธารณสุขให้สำเร็จ ต้องใช้ปัญญา วิชาความรู้ และความร่วมมือจากทุกฝ่าย ใช้อำนาจทำไม่สำเร็จ เรามีคนรุ่นครู รุ่นพี่ที่เก่ง ที่กล้า และมุ่งมั่นทำเพื่อประชาชนเป็นจำนวนมาก

มีการทำงานกันจริงจัง มีปัญหาอุปสรรคมากเพียงใดก็ไม่ย่อท้อ ยากล้าบากแคไหนก็อดทน มีการนำแนวคิด ทฤษฎีและองค์ความรู้ต่างๆ ทั้งระดับสากลและระดับท้องถิ่นมาใช้ มาทดลองและพัฒนาไม่หยุด ทั้งการพัฒนาแบบแผนวิธีทำงาน และการปรับเปลี่ยนระบบและโครงสร้างให้เหมาะสมเท่าทันสถานการณ์อยู่ตลอดเวลาจนเป็นที่ยกย่องจากสากลอยู่เสมอ

ทุนทางปัญญาในระบบสาธารณสุขไทย จึงเป็นทุนทางสังคมที่มีคุณค่าสูงมาก อีกประการหนึ่ง



จิต สุขภาพโดยคนทั้งหมด

เนื่องจากสุขภาพไม่ใช่เป็นของหมอ ของพยาบาลหรือเป็นแค่เรื่องมดหมอ ทยุกยาเท่านั้น แต่สุขภาพเป็นเรื่องที่กว้างกว่านั้น เป็นเรื่องของทุกคน การสาธารณสุข เป็นเพียงตัวช่วยสร้างเสริม ป้องกัน ช่วยเหลือให้คนไม่เสียสุขภาพ หรือที่เสียสุขภาพ แล้วก็สามารถเยียวยาให้กลับคืนมาได้อย่างดี

การมีระบบสาธารณสุขที่ดี มีโรงพยาบาลหลายๆ มีหมอมีพยาบาลและบุคลากร สาธารณสุขที่เก่งและดีจำนวนมากๆ มีบริการสาธารณสุขที่ดี มีคุณภาพและเข้าถึง ได้ง่าย เป็นเพียงปัจจัยหนึ่งที่ช่วยให้ประชาชนมีสุขภาพดี แต่ไม่ใช่ทั้งหมด เพราะสุขภาพของประชาชนจะดีหรือเสีย นอกจากเกิดจากโรคและภัยสุขภาพต่างๆ แล้ว ยังเกิดจากกรรมพันธุ์ ความเชื่อ พฤติกรรม วิถีชีวิต สิ่งแวดล้อมทางกายภาพ ชีวภาพ สภาพแวดล้อมและระบบต่างๆ ในสังคม ที่ภาควิชาการเรียกว่าเป็น “ปัจจัยทางสังคม ที่กำหนดสุขภาพ” (Social Determinants of Health)

ด้วยตระหนักรู้ถึงความจริงเช่นนี้ การทำงานของระบบสาธารณสุขจึงมีการปรับตัวให้เท่าทันมาโดยตลอด ในยุคการพัฒนาต่างๆ ที่ประชาชนคนไทยส่วนใหญ่ยังเจ็บป่วยเสียสุขภาพด้วยโรคติดต่อ การสุขาภิบาลอนามัยสิ่งแวดล้อมไม่ดี การอนามัยแม่และเด็กไม่ทั่วถึงและขาดคุณภาพ ความรู้เรื่องสุขภาพของประชาชนไม่ดี ก็มีการพัฒนาบริการสาธารณสุขไปในทิศทางมุ่งกระจายบริการออกไปให้ครอบคลุมทั่วถึงประชาชนทั่วประเทศ ก็สามารถเอาชนะโรคภัยไข้เจ็บแบบเดิมๆ อย่างได้ผลดี

แต่ระบบการสาธารณสุขไม่ได้หยุดอยู่เพียงเท่านั้น มีการรับเอาแนวคิดเรื่องสาธารณสุขมูลฐานมาใช้ โดยให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมและมีบทบาทในการทำงานด้านสุขภาพระดับชุมชนมากขึ้นตามลำดับ จนปัจจุบันมีอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) จำนวนเป็นล้านคน ทำงานเกี่ยวกับการสาธารณสุขชุมชนร่วมกับบุคลากรสาธารณสุขอย่างได้ผล

ในขณะเดียวกันก็ส่งเสริมสนับสนุนให้ภาคประชาสังคมด้านสุขภาพเข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนินงานสาธารณสุข ไม่ว่าจะการดำเนินงานเกี่ยวกับการวางแผนครอบครัวที่ประสบความสำเร็จเป็นอย่างดีในอดีต การดำเนินงานพัฒนาสุขาภิบาลและอนามัยสิ่งแวดล้อม การทำงานคุ้มครองผู้บริโภค การดำเนินงานควบคุมป้องกันโรคเอดส์ เป็นต้น ซึ่งการทำงานขององค์กรภาคประชาสังคมมีพัฒนาการและเติบโตเป็นพลังสำคัญของประเทศเพิ่มขึ้นตามลำดับ

ในห้วงเวลาประมาณ 2 ทศวรรษที่ผ่านมา ระบบสาธารณสุขไทยได้ปรับตัวก้าวหน้าไปไกลกว่านั้นอีก มีการปฏิรูประบบทำให้มีกลไกและเครื่องมือทำงานเกี่ยวกับสุขภาพที่เน้นบทบาทและการมีส่วนร่วมของประชาชนและภาคส่วนอื่นๆ ไม่ใช่งานที่บุคลากรสาธารณสุขจะทำเองเพียงลำพังอีกต่อไป

การเกิดขึ้นของ สสส., สข., สปสช., สพฉ. เป็นต้น ล้วนเป็นการปรับระบบเปิดให้เรื่องสุขภาพเป็นเรื่องของทุกคน ทุกภาคส่วน มีผู้คนต่างๆ เข้ามาร่วมกันทำงานกับคนในระบบสาธารณสุข เพื่อเอาชนะปัญหาสุขภาพหน้าใหม่ๆ ที่เกิดจากเหตุปัจจัยที่หลากหลาย เอาชนะได้ยากด้วยวิทยาการและเทคโนโลยีด้านการแพทย์และสาธารณสุขเพียงลำพัง นอกจากเป็นการคืนสุขภาพให้แก่ประชาชนแล้ว ยังสร้างโอกาสและช่องทางให้ประชาชนและทุกภาคส่วนเข้ามามีส่วนร่วมรับผิดชอบและทำงานสร้างเสริมสุขภาพร่วมกันอย่างเป็นรูปธรรม

ซึ่งเป็นการทำงานตามแนวคิดที่ว่า “สุขภาพโดยคนทั้งหมด เพื่อคนทั้งหมด”
(All for Health towards Health for All)

พร้อมๆ กันนี้ ระบบสาธารณสุขไทยได้พัฒนาก้าวหน้าไปสู่เรื่องสุขภาพในเชิงสิทธิและความเป็นธรรม ไม่ใช่แค่เรื่องการสงเคราะห์ช่วยเหลือแบบในอดีตเพียงเท่านั้น ที่นับว่ามีการพัฒนาไปไกลมากก็คือ การขยายขอบเขตเรื่องสุขภาพไปเป็นเรื่องสุขภาพ 4 มิติ ที่เป็นองค์รวม ทั้งด้านกาย ใจ จิตวิญญาณ (ปัญญา) และสังคม ทำให้การทำงานสาธารณสุขต้องไปเชื่อมโยงเกี่ยวข้องกับการทำงานสาขาอื่นๆ มากยิ่งขึ้น

ทั้งหมดนี้คือการปรับตัวของระบบสาธารณสุขไทย บน “กระบวนทัศน์สาธารณสุขใหม่” (New Public Health Paradigm) ที่นับได้ว่าเป็นคุณค่าสำคัญอีกประการหนึ่ง

สู่อนาคต

เมื่อวันเวลาเปลี่ยนไป สังคมเปลี่ยนไปเป็นธรรมดา โลกวันนี้เปลี่ยนแปลงมากและเร็ว สังคมก็เปลี่ยนแปลงมากและเร็วตามไปด้วย ระบบสาธารณสุขไทยมีปัจจัยใหม่ๆ เข้ามาท้าทายหลายประการ ได้แก่

ความท้าทายระดับความคิด เมื่อสุขภาพมีความหมายกว้าง เกี่ยวโยงเรื่องสุขภาพกาย ใจ จิตวิญญาณและสังคม ผู้เกี่ยวข้องมีทุกภาคส่วน ทุกสาขา สุขภาพไม่ใช่แค่เรื่องการแพทย์และสาธารณสุข แนวคิดสุขภาพโดยคนทั้งหมด เพื่อคนทั้งหมด ต้องถูกผลักดันให้เป็นรูปธรรมมากยิ่งขึ้น

ระบบสาธารณสุขยังคงมีความสำคัญสูง ในฐานะเป็นแกนกลางของระบบที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ ซึ่งต้องปรับตัวเป็นทั้งระบบบริการและระบบพัฒนาสาธารณสุขที่ใช้ศาสตร์และศิลป์ทางชีวการแพทย์เป็นหลักเช่นเดิม แต่ยังคงปรับทำหน้าที่ผู้ส่งเสริมสนับสนุนให้ทุกภาคส่วนเข้ามาร่วมทำงานเกี่ยวกับสุขภาพในทิศทาง “สร้างนำซ่อม” ด้วยศาสตร์และศิลป์ด้านชีวสังคมและด้านอื่นๆ เหมือนเป็นการทำหน้าที่รวมแสงเล็กแสงน้อยให้เป็นลำแสงเลเซอร์ที่มีพลังสูง

การปรับตัวเช่นนี้ นับเป็นความท้าทายระดับกรอบคิดสำหรับการทำงานของระบบสาธารณสุขในยุคที่หลีกเลี่ยงไม่ได้

ความท้าทายด้านมนุษยและเทคโนโลยี งานสาธารณสุขเป็นงานเกี่ยวข้องกับชีวิต เลือดเนื้อ และความเป็นมนุษย์ เชื่อมโยงกับทุกมิติทางสังคม ในขณะที่ต้องสัมพันธ์กับความเจริญก้าวหน้าของวิทยาการและเทคโนโลยีอย่างแยกกันไม่ได้

การทำงานด้านสาธารณสุขเป็นความสัมพันธ์ระหว่างประชาชนและบุคลากรวิชาชีพ ซึ่งในอดีตเป็นความสัมพันธ์เชิงอุปถัมภ์ที่พึ่งพาอาศัย และเป็นความสัมพันธ์ที่ค่อนข้างดีต่อกัน ปัจจุบันมีแนวโน้มเป็นความสัมพันธ์เชิงสิทธิ มีความอ่อนไหวและกำลังกลายเป็นปัญหามากขึ้นตามลำดับ นับเป็นความท้าทายที่ใหญ่ ในการสานสร้างระบบความสัมพันธ์ใหม่ให้เป็นแบบหุ้นส่วนที่ดีต่อกัน ให้เป็นจริงและยั่งยืน

การสร้างสมดุลระหว่างการใช้วิทยาการและเทคโนโลยีที่ก้าวหน้ารวดเร็วอย่างยิ่งยวดกับการใช้ศาสตร์และศิลป์ด้านมนุษยและสังคม ก็เป็นความท้าทายสำคัญมากอีกประการหนึ่ง

ความท้าทายเชิงระบบและโครงสร้าง ระบบสาธารณสุขสถาปนามานานนับร้อยปี ผูกโยงอยู่กับระบบราชการรวมศูนย์และมีฝ่ายวิชาชีพเป็นผู้เล่นหลัก ทำงานได้ผลดีเป็นที่ประจักษ์เรื่อยมา เมื่อสังคมยุคต่อไปมีความสลับซับซ้อนสูงมาก การทำงานแบบรวมศูนย์จะได้ผลน้อยลง จำเป็นต้องอาศัยความร่วมมือทุกภาคส่วน ทุกระดับ และยังคงให้ความสำคัญกับสถานการณ์เชิงพื้นที่ที่มีความแตกต่างหลากหลาย รวมทั้งการอภิบาลสังคมก็เปลี่ยนไปด้วย

ระบบและโครงสร้างเดิม จึงจำเป็นต้องปรับตัวเปลี่ยนแปลงให้เท่าทันสถานการณ์ใหม่ และการแสดงบทบาทใหม่ๆ ที่แตกต่างไปจากเดิมอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ ความท้าทายระดับปฏิบัติ การทำงานสาธารณสุขยุคเดิม เน้นระบบอำนาจรัฐและอำนาจทางวิชาชีพ นโยบายและทรัพยากรรวมศูนย์ การบริหารจัดการแบบราชการ

ใน 10 กว่าปีที่ผ่านมา มีการปรับการบริหารงบประมาณบริการสาธารณสุขผ่านระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ซึ่งเน้นที่สิทธิประชาชนและความเป็นธรรม ใช้ระบบการจัดการทรัพยากรแบบมีส่วนร่วม ซึ่งเกิดความไม่ลงตัวกับระบบบริการสาธารณสุขเดิม เรื่อยมาจนถึงปัจจุบัน

เป็นความท้าทายใหญ่ที่ระบบสาธารณสุขและผู้เกี่ยวข้องทุกฝ่ายต้องร่วมกัน
หาทางออกที่เหมาะสมให้ได้

ปิดท้าย

บทความนี้เขียนขึ้นด้วยสำนึกถึงบุญคุณของระบบสาธารณสุข ในฐานะที่ได้มี
โอกาสทำงานอยู่ในระบบนี้หลายสิบปี มองเห็นคุณค่าความงามที่มีอยู่มาก ซึ่งควรเป็น
กำลังใจให้ก้าวเดินหน้าให้มากกว่าเดิม ในท่ามกลางความท้าทายใหม่ๆ ที่เขามาทดสอบ
มากขึ้นด้วย

“มองให้เป็น เห็นคุณค่า
ใช้ปัญญา ร่วมต่อเสริม
ความดีงาม ช่วยกันเติม
จากจุดเริ่ม จะยั่งยืน”







4

ขับเคลื่อน พ.ร.บ.สุขภาพ สู่สังคมสุขภาวะ ด้วยศาสตร์พระราชา





ท่านผู้มีเกียรติ สมาชิกสมัชชาสุขภาพแห่งชาติทุกท่าน

ขอขอบคุณคณะกรรมการจัดสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ปี 2560 ที่ให้เกียรติเชิญผมมาแสดงปาฐกถาในวันนี้

ท่านผู้มีเกียรติครับ ประเทศไทยของเรามีประวัติศาสตร์มายาวนานหลายร้อยปี มาจนถึงวันนี้ ประเทศมีพัฒนาการก้าวหน้ามาตามลำดับ ไม่น้อยหน้านานอารยประเทศ กล่าวสำหรับช่วงเวลา 70 ปี ที่ประเทศไทยมีพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวปรมินทรมหาภูมิพลอดุลยเดช รัชกาลที่ 9 แห่งราชวงศ์จักรี ทรงครองแผ่นดิน พระองค์ท่าน ทรงทุ่มเทพระปัญญา ความคิดและการกระทำเพื่อประโยชน์สุขของมหาชนชาวสยาม อย่างเป็นที่ประจักษ์ พระองค์ทรงเป็นนักปราชญ์และนักพัฒนาที่ยิ่งใหญ่ของไทย และของโลก

พระราชกรณียกิจของพระองค์ท่านสามารถสังเคราะห์ออกมาเป็นคำสอนที่เรียกว่า “ศาสตร์พระราชา” หรือที่บางคนเรียกว่า “ภูมิพลศาสตร์” ที่ทรงคุณค่าอย่างยิ่ง

งานขับเคลื่อนการปฏิรูประบบสุขภาพของเราที่ผ่านมา นานกว่า 2 ทศวรรษ โดยจะรู้หรือไม่รู้ตัว พวกเราได้ใช้ศาสตร์ของพระองค์ท่านในการทำงานมาแล้วมากมาย

ท่ามกลางเกียรติยศ

ก่อนจะพูดถึงเรื่องการปฏิรูประบบสุขภาพ ผมขอกล่าวถึงระบบประชาธิปไตย ก่อนว่าในความหมายที่แท้จริง หมายถึง ระบบที่เกี่ยวกับความเป็นอยู่ร่วมกันของคน ในสังคม การประสานผลประโยชน์ การมีส่วนร่วมกันในทุกเรื่อง ทุกมิติ ทุกระดับ ไม่ใช่แค่ระบบการเมืองแบบตัวแทนที่มีการเลือกตั้ง มีนักการเมือง มีระบบบริหารราชการแผ่นดิน และระบบต่างๆ ที่เกี่ยวกับการปกครองหรือการบริหารกิจการ บ้านเมืองเท่านั้น

แต่เวลาเรานึกถึงระบบประชาธิปไตย เรามักเผลอคิดแบบย่อส่วนให้ความสำคัญ กันที่ระบบการเมืองที่มีการเลือกตั้งและระบบบริหารราชการ มักลืมหรือละเลย ระบบการเมืองภาคพลเมือง ระบบการเมืองแบบมีส่วนร่วม และระบบประชาธิปไตย ในชีวิตจริงกันไป

ระบบการศึกษาก็เช่นกัน มนุษย์มีพลังและศักยภาพในการเรียนรู้มหาศาล ตั้งแต่เกิดจนตาย การศึกษาเรียนรู้เกิดขึ้นได้ตลอดเวลาในชีวิตจริง ในทุกที่ ในทุกเรื่อง แต่เมื่อเราสถาปนาระบบการศึกษาขึ้น นานๆ ไปเรามักมุ่งที่เรื่องการศึกษาริเริ่ม ในระบบการศึกษาเท่านั้น ฝากความหวังไว้กับการจัดการเรียนการสอนตามหลักสูตร เป็นหลัก แล้วลดทอนความสำคัญของระบบการศึกษาเรียนรู้ในชีวิตจริงกันไปมา ดังนั้นการปฏิรูปการศึกษาและการเรียนรู้ที่ถูกต้อง จึงต้องมองที่กรอบคิดที่กว้างตาม ความเป็นจริง

กล่าวสำหรับเรื่องสุขภาพ ซึ่งเป็นเรื่องสุขภาพของคน ครอบครัว ชุมชนและสังคม เป็นเรื่องที่เกี่ยวข้องชีวิตและการอยู่ร่วมกันอย่างดีมีสุข ไม่ใช่แค่เรื่องเจ็บไข้ได้ป่วย หรือเรื่องมดหมอหยูกยาเท่านั้น แต่เวลาเราพูดเรื่องระบบสุขภาพ ถ้าไม่ระวัง เราก็มักจะ ย่อส่วนให้แคบเหลือเพียงเรื่องระบบการแพทย์และสาธารณสุขเท่านั้น

ดังนั้นเป้าหมายของการปฏิรูประบบสุขภาพของประเทศไทยเรา จึงไม่ใช่เรื่องที่ พูดกันอยู่แต่ในระบบการแพทย์และสาธารณสุข ไม่ใช่เรื่องแค่ว่าเพียงการพยายามทำให้ คนไทยเข้าถึงบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขที่จำเป็น มีคุณภาพ มีประสิทธิภาพ

อย่างทั่วถึงและเป็นธรรมเท่านั้น แต่เราชวนกันมองไปไกลถึงการปรับกระบวนการทัศน์ของเรื่องสุขภาพ ขยายให้เห็นว่าเรื่องสุขภาพเป็นเรื่องสุขภาพที่เป็นองค์รวมทั้งมิติทางกาย ทางใจ ทางจิตวิญญาณ (ปัญญา) และทางสังคม

เรามุ่งเป้าหมายที่การคืนเรื่องสุขภาพให้เป็นเรื่องของคน ทั้งสังคม และเป็นบทบาทหน้าที่ของทุกคนทุกภาคส่วนร่วมกันทำการมีสุขภาพดี

หรือที่เรียกว่า “สุขภาพโดยคนทั้งหมด เพื่อคนทั้งหมด” (All for Health towards Health for All)



มีการสร้างระบบ กลไก กระบวนการและเครื่องมือเปิดให้ทุกภาคส่วนเข้ามาร่วมกันขับเคลื่อนงานเกี่ยวกับสุขภาพในทิศทาง “สร้างนำซ่อม” อย่างเป็นระบบและเป็นรูปธรรม เพื่อสุขภาพของทุกคนในสังคม ทั้งที่ผ่านการทำงานภายใต้ พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2550, พ.ร.บ.กองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ พ.ศ.2544, พ.ร.บ.หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2545, งานของกระทรวงหน่วยงานและองค์กรต่างๆ อีกมากมาย

ที่อำเภอท่าศาลา จังหวัดนครศรีธรรมราช มีการประเมินผลกระทบด้านสุขภาพระดับชุมชน (Community Based Health Impact Assessment: CHIA) โดยชุมชน จนมีผลทำให้ธุรกิจพลังงานข้ามชาติขนาดใหญ่ยอมยุติโครงการที่จะส่งผลกระทบต่อสุขภาพของชุมชนในที่สุด

ที่หมู่บ้านคลองอาราง จังหวัดสระแก้ว มีการจัดทำธรรมนูญสุขภาพชุมชน (Community Health Statue) เพื่อใช้เป็นกติกาสร้างสุขภาพของชุมชน และป้องกันปัญหาที่จะกระทบกับสุขภาพของชุมชน โดยชุมชน เพื่อชุมชนกันเอง เกิดผลดีอย่างเป็นรูปธรรม

ที่จังหวัดอุบลราชธานี มีการใช้กระบวนการสมัชชาสุขภาพ (Area Based Health Assembly) พัฒนาและขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพแบบมีส่วนร่วม เพื่อมุ่งลดผลกระทบด้านสุขภาพของประชาชนจากการใช้สารเคมีในการเกษตร จนเป็นที่มาของการเพิ่มพื้นที่เกษตรอินทรีย์อย่างเป็นรูปธรรม

ที่ตำบลต่างๆ ทั่วประเทศ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ท้องที่ ภาคประชาสังคม และอื่นๆ มีการร่วมกันบริหารจัดการกองทุนสุขภาพที่สนับสนุนโดย พ.ร.บ.หลักประกันสุขภาพ ดำเนินกิจกรรมสร้างสุขภาพ ป้องกันโรคและภัยคุกคามสุขภาพอย่างต่อเนื่องมานานกว่า 10 ปีแล้ว

ที่ระดับตำบลเช่นเดียวกัน มีการดำเนินโครงการตำบลสุขภาพะ ชวนทุกภาคส่วน เข้ามาร่วมกันทำงานสร้างสุขภาพะอย่างเป็นองค์รวม สนับสนุนโดยกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ ระดมพลังทุกภาคส่วนขับเคลื่อนกิจกรรมที่ดีต่อการสร้างสุขภาพลดผลกระทบจากพิษภัยเหล่า บุหรี่และปัจจัยทางสังคมอื่นๆ ได้อย่างเห็นผล

ที่ระดับหมู่บ้าน กระทรวงสาธารณสุขผลักดันการขับเคลื่อนโครงการหมู่บ้านสุขภาพดี โดยมีอาสาสมัครสาธารณสุข บุคลากรสาธารณสุขและภาคส่วนต่างๆ เข้าร่วมงานอย่างหลากหลาย

ในขณะที่กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ก็มีการสนับสนุนงานสร้างชุมชนเข้มแข็ง งานสร้างเสริมสุขภาพะในกลุ่มเด็ก เยาวชน สตรี ผู้พิการ ผู้สูงอายุและกลุ่มด้อยโอกาสต่างๆ ไปพร้อมๆ กัน

นี่เป็นตัวอย่างเพียงน้อยนิดที่แสดงให้เห็นว่า ประเทศไทยมีการขับเคลื่อนงานด้านสุขภาพกว้างขวาง หลากหลาย ทั้งงานในระดับปฏิบัติการ งานสร้างเสริมชุมชนเข้มแข็ง งานสร้างสภาพแวดล้อมทางสังคม งานพัฒนาและขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ รวมไปถึงการปรับระบบบริการสาธารณสุขให้สอดคล้องกับบริบทของสังคมที่เปลี่ยนไปตลอดเวลา

ทั้งหมดนี้ สอดคล้องกับยุทธศาสตร์การสร้างเสริมสุขภาพ (Health Promotion Strategy) แนวคิดเรื่องปัจจัยทางสังคมที่กระทบกับสุขภาพที่เป็นเรื่องกว้างกว่า เชื้อโรคและเรื่องชีวการแพทย์ (Social Determinants of Health) ซึ่งผลักดันโดยองค์การอนามัยโลก

กล่าวสำหรับ พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ ที่นับอายุถึงวันนี้ได้ 10 ปีพอดี ไม่นับรวมเวลาขับเคลื่อนการจัดทำอีก 7 ปี ถือเป็นประกาศอย่างเป็นทางการของประเทศไทยรับรองว่าเรื่อง “สุขภาพ” เป็นเรื่อง “สุขภาพะ 4 มิติ” เป็นความก้าวหน้าระดับนำของโลก ที่มีฐานกฎหมายรองรับนิยามสุขภาพแบบองค์รวมที่กว้าง แต่ก็ไม่ได้ละเลยหรือลดความสำคัญของระบบการแพทย์และสาธารณสุขที่จะยังต้องเป็นแกนของระบบสุขภาพแห่งชาติต่อไป แต่เป็นการให้ความสำคัญกับระบบอื่นๆ และภาคส่วนอื่นๆ ควบคู่ไปด้วย

พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ จัดให้มีกลไกคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (คสช.) ที่มีนายกรัฐมนตรีเป็นประธาน มีองค์ประกอบจากทั้งภาครัฐ ท้องถิ่น วิชาชีพ วิชาการ เอกชนและประชาสังคม มาร่วมกันทำหน้าที่สนับสนุนการพัฒนาและขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพที่เน้นการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน สอดคล้องกับแนวคิดเรื่อง “ทุกนโยบายห่วงใยสุขภาพ” (Health in All Policies: HiAP)

สอดคล้องกับแนวคิดใหม่ของการอภิบาลสังคม (Governance) ที่หมายถึง “การปฏิสัมพันธ์กันของทั้งภาครัฐ เอกชน ประชาสังคม และอื่นๆ เพื่อสร้างสรรค์สิ่งดีให้กับสังคม และแก้ปัญหาต่างๆ ในสังคมร่วมกัน” ซึ่งก็คือแนวทางการสร้างสุขภาวะแบบมีส่วนร่วมนั่นเอง

กล่าวอีกนัยหนึ่ง กลไกและเครื่องมือการทำงานที่รองรับการพัฒนาและการขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ ตาม พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ เป็นเสมือนการสร้างระบบการทำงานแบบร่วมกัน “ถักทอผ้าให้เป็นผืน”

คือ การเชื่อมผลงานเส้นด้ายแนวตั้ง ซึ่งหมายถึงภาครัฐ ราชการ ท้องถิ่น เข้ากับเส้นด้ายแนวนอน ซึ่งหมายถึงภาคสังคม เอกชน และภาคส่วนต่างๆ เข้าด้วยกัน ให้เป็นผืนผ้า หรือเป็นพลังเดียวกัน

การทำงานเพื่อสุขภาพตามแนวทางนี้ เป็นการทำงานที่เห็นผลช้า เพราะแต่ละเรื่องที่ทำล้วนเป็นเรื่องยาก มีหลายปัจจัยที่เกี่ยวข้อง และมีความสลับซับซ้อน ยากกว่าการใช้ศาสตร์สาขาเดียว หรือใช้การทำงานโดยสาขาใดเพียงลำพัง

การทำงานในแนวทางนี้ ต้องอาศัยการเรียนรู้ร่วมกันของทุกฝ่าย ตลอดกระบวนการทำงานร่วมกัน ต้องมีการพัฒนา “ความไว้วางใจ” พัฒนา “ปัญญา” พัฒนา “วิธีการทำงาน” ไปตลอดเวลา หยุดนิ่งไม่ได้เลย

10 ปี ที่ผ่านมา มีผู้คน ภาคส่วนต่างๆ เข้ามาทำงานเพื่อสุขภาพโดยใช้เครื่องมือตาม พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติเพิ่มมากขึ้นตามลำดับ แต่ก็ยังไม่มากเท่าที่ควร การขับเคลื่อนงานต่างๆ เป็นไปอย่างช้าๆ ไม่ค่อยโดดเด่น หรือหวา ซึ่งก็เหมือนเรื่องดีๆ อีกมากในสังคม ที่เชื่อว่าต้องเดิ่นดั่งเสมอไป

การทำงานขับเคลื่อนการปฏิรูประบบสุขภาพ ด้วยเครื่องมือต่างๆ ที่กล่าวไปแล้ว เป็นการทำงานแบบวิ้งมาราธอน หรือเปรียบเสมือนการเดินทางไกลสู่ยอดเขา ต้องมีศรัทธาและความเชื่อมั่นว่าสุขภาพหรือสุขภาพจะสร้างได้ ด้วยการร่วมตัวร่วมคิดร่วมทำ ทำไปเรียนรู้ไป มีความสุขกับความสำเร็จเล็กๆ น้อยๆ ที่พบเห็นบนเส้นทางการเดินทาง ทำให้พัฒนาไป มีความเพียรเป็นที่ตั้ง

10 ปี ที่เดินมาด้วยกัน เป็นเวลาไม่นาน เรายังมีเส้นทางที่ต้องพากันเดินไปอีกไกล เราจึงต้องเดินไปด้วยกัน ปล่อยมือทิ้งกันไม่ได้ครับ



ท่านผู้มีเกียรติครับ

ตั้งที่ผมขึ้นต้นการพูดในวันนี้ว่า งานที่เราขับเคลื่อนกันมานี้ เราได้ใช้ศาสตร์พระราชามาโดยที่รู้ตัวหรือไม่รู้ตัวนั้น ผมขอเรียนว่า ถ้าใครได้ศึกษาศาสตร์พระราชามาให้กระจ่าง จะเห็นว่าพวกเราได้ใช้ศาสตร์ที่พระองค์ท่านทรงสอนด้วยการปฏิบัติให้เราเห็นชัดเจนมากมาย ได้แก่

“การระเบิดจากภายใน” นี่สำคัญที่สุด เพราะงานที่พวกเราทำกันมาเราชวนกันมาร่วมคิด ร่วมทำ ร่วมแลกเปลี่ยนเรียนรู้เพื่อพัฒนาความคิด ความรู้ ความเข้าใจเรื่องสุขภาพแบบองค์รวมและมีการปฏิบัติร่วมกัน เราต้องก้าวข้ามความคิด ความเชื่อแบบเดิมๆ ซึ่งต้องอาศัยการระเบิดจากภายใน จึงจะเป็นการรู้และเข้าใจอย่างลึกซึ้ง

“การทำงานแบบองค์รวม” เราขับเคลื่อนเรื่องสุขภาพด้วยเรื่องสุขภาพแบบองค์รวม แต่ก็ไม่ได้ทิ้งความสำคัญของภาคส่วนหรือสาขาต่างๆ ที่มีการจำแนกและสถาปนาลงหลักปักฐานไปแล้ว

“การยึดประโยชน์ส่วนรวม” การทำงานปฏิรูประบบสุขภาพ ไม่ว่าเรื่องใด มิติใด ล้วนมองประโยชน์ที่สุขภาพของส่วนรวมเป็นเป้าหมายเสมอ

“การมีส่วนร่วม” งานที่เราทำกันมาตลอด เราเน้นการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน อย่างเต็มที่ ทางการบ้าง ไม่ทางการบ้างมากบ้าง น้อยบ้าง เราได้ใช้ศาสตร์พระราชานี้ ชัดเจนมาก

“การพึ่งตนเอง” ในการทำงานพัฒนาและขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ หนึ่งในแนวทางที่เราผลักดันเสมอก็คือการพึ่งตนเองมากกว่าที่จะรอพึ่งผู้อื่น หรือสิ่งอื่น นี่เป็นเหมือนการทวนกระแสคิดหลักในสังคม ที่พระองค์ท่านทรงชี้แนะ มาโดยตลอด

“ความซื่อสัตย์สุจริต จริ่งใจต่อกัน” การทำงานแบบหุ้นส่วน หรือแบบภาคี เครือข่ายที่เราทำกัน การสร้างความไว้วางใจต่อกันสำคัญที่สุด นี่ก็คือการใช้ ศาสตร์พระราชานี้ นั่นนั่นเอง

“รู้-รัก-สามัคคี” เป็นศาสตร์พระราชานี้ที่เราใช้เสริมสร้างการทำงานแบบ หุ้นส่วนหรือแบบเครือข่าย คิดต่าง คิดเหมือน เราทำงานด้วยกันได้ เป็นเพื่อนกัน ได้ทั้งนั้น

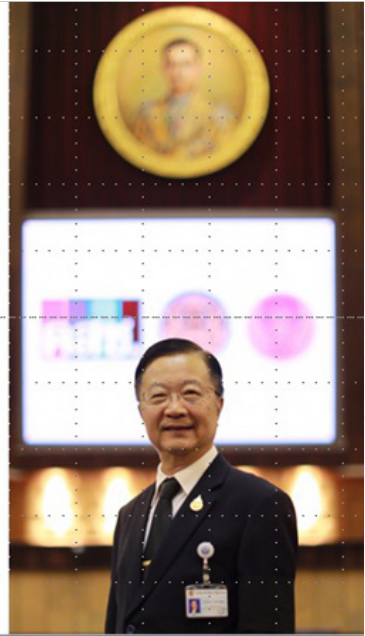
“ทำงานอย่างมีความสุข” การทำงานเรื่องสุขภาพหรือสุขภาพ ไม่ใช่ว่าการรอ ผลลัพธ์สุดท้ายปลายทาง แต่เป็นการสร้างความสุขตลอดเส้นทางการทำงาน เราคิดและทำกันมาอย่างนี้ ตรงกับศาสตร์พระราชานี้ชัดเจน

“ความเพียร” การทำงานขับเคลื่อนการปฏิรูประบบสุขภาพ ต้องนำไปสู่ ปรับเปลี่ยนทั้งความคิด ความเชื่อ ระบบงานต่างๆ และพฤติกรรมเดิมๆ ไปสู่แนวทาง **“สร้างนำซ่อม”** เป็นการ **“ทวนกระแส”** ความเคยชินเดิมๆ **เราจึงต้องอาศัย ความเพียรอย่างที่สุด** แม้ไม่เห็นฝั่ง หรือรู้ว่าฝั่งยังอยู่ไกล **เราก็ต้องพากันว่ายน้ำไม่หยุด โดยหวังว่าสักวันหนึ่งจะถึงฝั่ง**

เหล่านี้คือตัวอย่างของศาสตร์พระราชานี้ ที่พวกเรานำมาใช้ในการทำงาน ขับเคลื่อนงานปฏิรูปสุขภาพตลอดมา

ประชุมวิชาการเพื่อ
 “ขับเคลื่อนทางสุขภาพ ผู้ใจสุขภาวะ ด้วยศาสตร์พระราช”
 โดย
 พล.เอก ชูชีพ ชูชีพ
 กรรมการปฏิรูปประเทศด้านสังคม, ผู้ริเริ่มและกรรมการบริหารโครงการแม่เหล็กสุขภาพดี ๒๐
 ปี งานวิจัยสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ ๑๐
 วันพฤหัสบดีที่ ๒๓ ธันวาคม ๒๕๖๐

Keynote Address
 "Driving the National Health  toward Society of Wellbeing
 through H.M. King Bhumibol's Philosophy"

ท่าแห่งผู้มีเกียรติครับ

สุขภาพดีหรือสุขภาวะที่ดีของคน ครอบครัว ชุมชนและสังคม เป็นเป้าหมายใหญ่ เป็นความฝันของคนไทย เราทุกคน ทุกองค์กร ทุกภาคส่วนจึงต้องร่วมกันสร้างเสริม และช่วยกันขจัดปัญหาอุปสรรคที่จะทำให้เราไปไม่ถึง ประเทศไทยเราโชคดีที่มีชัยภูมิที่ดี มีสิ่งดีงามอันเป็นทุนทางสังคมอยู่มาก และเรามีเครื่องมือต่างๆ ไม่น้อย

พร.บ.สุขภาพแห่งชาติ เป็นเพียงเครื่องมือเล็กๆ ชิ้นหนึ่งของคนไทย สามารถเป็น เจ้าของร่วมกัน ใช้ร่วมกัน ทำร่วมกัน เพื่อพากันเดินไปสู่ปลายทาง โดยมีความศาสตร์พระราช ของพระบาทสมเด็จพระปรมินทรมหาภูมิพลอดุลยเดช เป็นเครื่องมือกำกับนำทาง

จับมือกันไว้ แล้วไปด้วยกันครับ

5

สาธารณสุขะโ้ว เท่าที่รู้ เท่าที่เห็น ที่เป็นไป





ผมจบไปทำงานเป็นแพทย์ชนบทที่ลพบุรี เมื่อปี 2520 จนถึงปี 2529 แล้วย้ายไปทำงานที่พิษณุโลก

หลังจากนั้นยังคงทำงานอยู่ในแวดวงสาธารณสุข สุขภาพและสังคม ยาวนานรวมแล้วมากกว่า 40 ปี

ได้รู้ ได้เห็นความเป็นไปของงานสาธารณสุขลพบุรี ทั้งระยะใกล้ตัวและไกลตัว แต่ไม่เคยไกลใจ

เมื่อย้อนทบทวนกลับไป มองเห็นเรื่องราวที่ขอเขียนเป็นบันทึกไว้ 3 เรื่อง ดังนี้

หนึ่ง การสาธารณสุขลพบุรี มิได้ก่อกำเนิดสมัยก่อตั้งกระทรวงสาธารณสุขหรือช่วงการสาธารณสุข 100 ปีที่ผ่านมาเท่านั้น หากแต่ดินแดนแห่งนี้ เคยเป็นถิ่นฐานของมนุษย์ยุคก่อนประวัติศาสตร์ อายุราว 2,500-3,000 ปี มีประจักษ์หลักฐานอยู่ที่บ้านโป่งมะนาว ตำบลห้วยขุนราม อำเภอพัฒนานิคม ดินแดนที่ผมเคยอยู่ทำงาน แต่ตอนนั้นไม่รู้เรื่องราวเหล่านั้นเลย

แน่นอนว่า เมื่อดินแดนถิ่นนี้เคยเป็นที่อยู่อาศัยของมนุษย์ ก็ย่อมมีเรื่องราวเกี่ยวกับเรื่องสุขภาพอนามัย เพียงแต่เราคนรุ่นหลังไม่รู้และไม่ได้สนใจศึกษากัน

ถ้าขยับเข้ามาใกล้ขึ้น ราว 300 ปีในอดีต ก็เป็นสมัยสมเด็จพระนารายณ์มหาราช กษัตริย์พระองค์ที่ 27 แห่งอยุธยา มีการสร้าง “วังนารายณ์ราชนิเวศน์” ที่ละโว้หรือลพบุรีในปัจจุบัน ถึงวันนี้ยังมีโบราณสถานให้ศึกษาเรียนรู้ ท่องเที่ยวและเชื่อมโยงกับละครบุพเพสันนิวาสอยู่ได้

ยุคนั้นการสาธารณสุขก็มีพัฒนาการตามยุคสมัย มีชาวตะวันตกหลายชาติหลายภาษา เข้ามาค้าขาย อยู่อาศัยและทำงาน ที่ทั้งร่องรอยอยู่ก็ ได้แก่ ระบบการประปา การใช้ส้วม เป็นต้น และมีการพัฒนาตำรายาที่ผสมผสานการแพทย์ตะวันตกกับการแพทย์พื้นบ้านไทย ที่เรารู้จักกันในชื่อว่า

“พระโอสถพระนารายณ์”

มี 81 ตำรับ ด้วยยามากกว่า 300 ชนิด

สิ่งเหล่านี้มีความสำคัญต่อการพัฒนาการสาธารณสุขในยุคต่อๆ มา

ขยับขึ้นมาราว 80 ปี ยุคที่ประเทศไทยสถาปนาระบบการแพทย์และสาธารณสุขแผนใหม่แล้ว แต่ในส่วนใหญ่ภาคและชนบทยังขาดแคลนบริการสาธารณสุข ประชาชนคนไทยยังมีสุขภาพอนามัยที่ไม่ดี การกระจายบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขมีไปยังหัวเมืองบางเมืองเท่านั้น ยังไม่ทั่วถึง

สมัยนั้นการทหารยังนำหน้าการพัฒนา เมื่อโลกเข้าสู่ภาวะสงคราม ประเทศไทยก็ได้รับผลกระทบตามไปด้วย

ในด้านสาธารณสุข มีโครงการผลิตแพทย์เสนารักษหลักสูตร 4 ปี 6 เดือน เพื่อเพิ่มจำนวนแพทย์สำหรับกองทัพและบริการประชาชนทั่วไป ทำอยู่ได้ 4 รุ่นก็ยุติไป โดยในช่วงนั้น (พ.ศ.2481) มีการก่อตั้งโรงพยาบาลทหารชื่อ

“โรงพยาบาลอานันทมหิดล”

ขึ้นที่ลพบุรี เพื่อดูแลกำลังพลและครอบครัวซึ่งย้ายฐานมาจากกรุงเทพฯ มาตั้งที่ลพบุรี และให้บริการประชาชนทั่วไปในพื้นที่ลพบุรีและจังหวัดข้างเคียง เช่น สิงห์บุรี สระบุรี ซึ่งสมัยนั้นยังไม่มีโรงพยาบาลจังหวัด

โดยในช่วงเดียวกันนั้น (รัฐบาลจอมพล ป. พิบูลย์สงคราม) ก็มีนโยบายจัดตั้งโรงพยาบาลจังหวัดให้ครบทุกจังหวัดทั่วประเทศ เป็นที่มาของการกระจายบริการ การแพทย์และสาธารณสุขสู่ภูมิภาค เป็นนโยบายที่มีผลดีต่อประชาชนอย่างมาก ไม่มุ่งการพัฒนาประเทศอยู่แค่เฉพาะในกรุงเทพฯ

อาจารย์หมอประเวศ วะสี เคยเล่าว่า สมัยทำงานเป็นหมอหนุ่มอยู่ที่ศิริราช พบผู้ป่วยมะเร็ง เดินทางมาจากจังหวัดทางอีสาน ผัวเป็นโรคตับ เมียชอบที่มารักษาที่ศิริราช สมัยนั้นโรงพยาบาลจังหวัดต่างๆ ยังมีไม่ครบ ที่มีก็ยังไม่เข้มแข็ง โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยในภูมิภาคอีสานยังไม่มี หมอรับผู้ป่วยรักษาต่อในโรงพยาบาล เมียบอกกับผัวว่า

“แกอยู่รักษาตัวไป ถ้าแกหายก็หาทางกลับบ้านเอาเอง ถ้าแกตาย เราก็จากกันเพียงเท่านี้”

เมียต้องเดินทางกลับไปก่อน เพื่อไปดูผลการงานและลูกๆ ที่ทิ้งไว้ที่บ้าน นโยบายการกระจายบริการการแพทย์และสาธารณสุขสู่ภูมิภาคและชนบท จึงเป็นนโยบายที่มีคุณค่าต่อชีวิตมนุษย์และสังคมสูงมาก

โรงพยาบาลอานันทมหิดล เปิดให้บริการเรื่อยมา เน้นการดูแลกำลังพลของกองทัพ แต่ก็ให้บริการประชาชนทั่วไปด้วย ปัจจุบันเป็นโรงพยาบาลขนาด 320 เตียง มีขนาดเป็นอันดับ 3 ของกองทัพบก ถัดลงมาจาก โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า และโรงพยาบาลค่ายสุรนารี ที่นครราชสีมา

จึงขอกล่าวไว้เพื่อจะได้เป็นหลักฐานว่า เมื่อกล่าวถึงการสาธารณสุขจังหวัดลพบุรี อย่าได้เผลอคิดถึงกันแต่เฉพาะงานภายใต้โครงสร้างของกระทรวงสาธารณสุขเพียงเท่านั้น

ที่จริงแล้ว ยังมีพัฒนาการงานเกี่ยวกับสุขภาพอนามัยของประชาชนอีกมากมาย ไม่ว่าจะเป็นการอนามัยพื้นบ้าน (Folk Health System) การแพทย์แผนไทย ร้านขายยา คลินิก ฯลฯ ที่มีพัฒนาการต่อเนื่อง เป็นระบบสุขภาพนอกรัฐอีกมากมาย ซึ่งไม่สามารถหาข้อมูลและเขียนบันทึกได้ในเวลาจำกัด สมควรที่สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสนับสนุนให้มีการศึกษาให้ลึกซึ้งในโอกาสต่อไป เพื่อบันทึกไว้ให้คนรุ่นหลังได้เรียนรู้ด้วย

สอง พัฒนาการสาธารณสุขได้รณรงค์กระทรวงสาธารณสุข มีผลทำให้ โครงสร้างระบบสาธารณสุขของภาครัฐดีขึ้น

จากนโยบายจัดให้มีโรงพยาบาลประจำจังหวัดให้ครบทุกจังหวัด ลพบุรีจึงเกิดโรงพยาบาลลพบุรี ขึ้นเมื่อปี 2500 เดิมเรียกว่าเป็น โรงพยาบาลประจำจังหวัด (รพจ.) ต่อมามีการจัดระดับโรงพยาบาล ก็กลายเป็นโรงพยาบาลทั่วไป (รพท.) ปัจจุบันได้รับชื่อพระราชทานจากในหลวงรัชการที่ 9 ว่า “โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช” เป็นโรงพยาบาลทั่วไปขนาด 444 เตียง

ตอนผมไปทำงานอยู่ที่ลพบุรีช่วงปี 2520-2529 มีอาจารย์หมอส่ง ศรีสุภาพ เป็นผู้อำนวยการ ท่านเป็นผู้ใหญ่จิตใจดี ดูแลช่วยเหลือน้องๆ ดีมาก

ซึ่งนอกจาก รพท.ลพบุรีแล้ว อำเภอบ้านหมี่ ยังมีโรงพยาบาลบ้านหมี่ เป็น รพท. แห่งที่ 2 ของจังหวัดลพบุรีอีกด้วย

แต่เนื่องจากผมทำงานหลักที่ รพ.พัฒนานิคม ซึ่งมีพื้นที่ติดต่อกับ รพ.พระพุทธบาท ของจังหวัดสระบุรี ซึ่งเป็น รพ.ทั่วไปแห่งที่ 2 ของสระบุรี และใกล้กับ โรงพยาบาลศูนย์สระบุรี ซึ่งมีการส่งผู้ป่วยไปรักษาต่อที่ รพ. 2 แห่งนี้มากกว่าส่งไป รพ.ลพบุรี จึงคุ้นเคยกับโรงพยาบาลทั้ง 2 แห่งของสระบุรีอย่างมาก สมัยนั้น รพศ. สระบุรี มีอาจารย์หมอแถม ทัญญุต์พิจารณ์ เป็นผู้อำนวยการ ที่ รพ.พระพุทธบาท มีอาจารย์หมอชลิตร ธรรมรักษา เป็นผู้อำนวยการ ทั้งสองท่านล้วนเป็นผู้ใหญ่ใจดี มีเมตตาสูง ช่วยเหลือน้องๆ และพัฒนาบริการเพื่อประชาชนดีเยี่ยม

ส่วนในระดับชนบทนอกตัวเมืองของจังหวัด กระทรวงสาธารณสุขสนับสนุนการพัฒนาสุขภาพอนามัยของประชาชนผ่านระบบสาธารณสุขผสมผสาน มาก่อนหน้านั้นแล้ว มีการจัดตั้งสำนักงานผดุงครรภ์ในพื้นที่ห่างไกล ผลิตผดุงครรภ์ส่งไปทำงานประจำเพื่อดูแลการคลอดและงานอนามัยแม่และเด็ก ซึ่งสมัยอดีตเป็นปัญหาสาธารณสุขขนาดใหญ่ ประชาชนเข้าถึงการคลอดและการดูแลแม่และเด็กในระดับโรงพยาบาลได้น้อยมาก

กระทรวงมีนโยบายให้กำนันส่งลูกหลานเป็นทุนผูกพันไปเรียนผดุงครรภ์ พร้อมกับก่อสร้างสำนักงานผดุงครรภ์ให้กับราชการ แล้วกระทรวงบรรจุให้เป็นผดุงครรภ์ทำงานที่สำนักงานผดุงครรภ์ที่บ้าน (นโยบายนี้ประมาณปี พ.ศ.2497) และมีสำนักงานผดุงครรภ์แบบที่ไม่มีนักเรียนทุนผูกพันด้วย

นั่นเป็นนโยบายการทำงานแบบ “ประชารัฐ” ที่เป็นรูปธรรม ซึ่งมีมานานแล้ว ต่อมาราวปี 2525 มีการยกฐานะสำนักงานผดุงครรภ์ทั่วประเทศเป็น “สถานีอนามัย” เหมือนกับสถานีอนามัยทั่วไปทั้งหมด

ผมออกไปทำงานปี 2520 ก็ยังพบสำนักงานผดุงครรภ์อยู่บ้าง แต่ส่วนมากมีสถานีอนามัยที่ระดับตำบล

ผมโชคดีที่ได้ทำงานคลุกคลีกับหมออนามัย ผดุงครรภ์ พยาบาลประจำสำนักงานผดุงครรภ์และสถานีอนามัยมากมาย จนกลายเป็นเครือข่ายร่วมทำงานมายาวนานหลายสิบปี



งานของพวกเขาเหล่านี้ เป็นงานแนวหน้าในภาคสนามที่แท้จริง ทำงานเชิงรุกบุกถึงทุกบ้าน ทำงานส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรคและปัญหาสุขภาพ งานพัฒนาสุขภาพิบาล อนามัยสิ่งแวดล้อม งานให้การรักษายาบาลพื้นฐานซึ่งช่วยประชาชนตามชนบทได้มากมาย ในรูปของการบริการสาธารณสุขแบบผสมผสาน (Integrated Health Care) ซึ่งกล่าวว่า งานพัฒนาอนามัยในอดีตที่ประสบความสำเร็จ เอาชนะโรคภัยปัญหาสาธารณสุขหลายประเภท พัฒนาสุขภาพอนามัยประชาชนในชนบท ก็ด้วยฝีมือและผลงานของพวกเขาเหล่านี้เป็นสำคัญเลยทีเดียว

ผมเคยจัดงานศพให้หมออนามัยชื่อบุญช่วย ทำงานที่สถานีอนามัยห้วยขุนรามอำเภอพัฒนานิคม เขาถูกยิงตายระหว่างออกไปทำงานในพื้นที่ ผมนำธงชาติคลุมโลงศพให้เขาโดยไม่ได้ขออนุญาตใคร เพราะเห็นว่าเขาตายในหน้าที่

ตอนทำงานที่สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลพบุรี ช่วงปี 2528-2529 ได้มีโอกาสออกไปเยี่ยมเยียนสถานีอนามัยทุกแห่งทั่วจังหวัดลพบุรี ประมาณ 100 แห่ง ทำบันทึกข้อมูลไว้ทุกแห่ง เอกสารประวัติศาสตร์เล่มนั้น ผมส่งให้หอจดหมายเหตุและประวัติสุขภาพไทยไปแล้ว

ระหว่างออกเยี่ยมสถานีอนามัยทั้งจังหวัด ผมเคยเขียนร้อยกลองให้พวกเขาไว้ว่า
“สถานีอนามัยใกล้ชาวบ้าน บริการประชาพาสุขศรี
ขจัดโรคบำรุงสุขทุกชีวี สุขภาพดีคือสิ่งหวังเราตั้งใจ
ยอมเหน็ดเหนื่อยตรากตรำทำหน้าที่ แม้ว่าชีเราจะดันไม่หวั่นไหว
เราขอทำเพื่อราษฎร์เพื่อชาติไทย ขอน้ำใจจากท่านเท่านั้นพอ”

ปี 2535 ผมได้รับมอบหมายจากกระทรวงสาธารณสุขให้เป็นผู้จัดทำ “โครงการทศวรรษแห่งการพัฒนาสถานีอนามัย”

ก็ได้อาศัยประสบการณ์และสิ่งซึมซับจากอดีตมาเป็นฐานในการทำโครงการนี้ด้วย

ถึงวันนี้สถานีอนามัยทุกแห่ง ยกฐานะเป็น “โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล” (รพ.สต.) ไปหมดแล้ว ซึ่งก็คงมีการพัฒนาก้าวหน้าต่อไป เพราะสรรพสิ่งล้วนเปลี่ยนแปลง ไม่มีอะไรหยุดนิ่งคงที่ ตายตัว

ที่นี้มาเล่าถึงไซ้ช้อกลาง ระหว่างโรงพยาบาลจังหวัด กับสถานีนอนามัย ก็ต้องขึ้นชมครูอาจารย์ผู้บริหารสาธารณสุขในอดีต ได้กำหนดนโยบายยกฐานะสถานีนอนามัยชั้น 1 (มีแพทย์ประจำ) ซึ่งเรียกชื่อว่าศูนย์การแพทย์และอนามัย ที่ตั้งอยู่ตามอำเภอต่างๆ ขึ้นเป็น

“โรงพยาบาลอำเภอ” (รพอ.)

มีการจัดตั้ง รพอ.ตามอำเภอต่างๆ พร้อมจัดระบบและโครงสร้างการทำงาน บริการการแพทย์และสาธารณสุขผสมผสาน ที่ต้องอาศัยความรู้ความสามารถและสมรรถนะสูงกว่าสถานีนอนามัยทั่วไป ทำหน้าที่เป็น “ไซ้ช้อกลาง” เชื่อมระหว่างสถานีนอนามัยกับโรงพยาบาลใหญ่ในจังหวัด แพทย์ใช้ทุนของรัฐบาลที่จบใหม่ มีเป้าหมายให้ไปทำงานที่โรงพยาบาลอำเภอ

โดยมีเป้าหมายจัดตั้งให้ครบทุกอำเภอทั่วประเทศ ปัจจุบันมีประมาณ 750 แห่งทั่วประเทศ ทำให้ระบบบริการการแพทย์และสาธารณสุขของประเทศไทยมีความครอบคลุม 3 ระดับ ทุกตารางนิ้วของแผ่นดินไทย

คือ มี รพศ./รพท. ทุกจังหวัด มี รพอ./รพช. ทุกอำเภอ มีสถานีนอนามัย (รพ.สต.) ทุกตำบล ปัจจุบันมีบุคลากรทำงานอยู่ในทุกระดับรวมกันหลายแสนคน *นับเป็นโครงสร้างที่ดีเยี่ยม ไม่มีระบบบริการของรัฐสาขาใดที่ดีเช่นนี้อีกแล้ว*

สมัยผมไปทำงานที่ รพอ.พัฒนานิคม แกะป้ายศูนย์การแพทย์และอนามัย พัฒนานิคมออก แล้วเขียนป้ายใหม่ว่า “โรงพยาบาลอำเภอ” ซึ่งภายหลังเปลี่ยนชื่อเรียกอีกครั้ง ว่าเป็น

“โรงพยาบาลชุมชน”(รพช.)

ก็แกะกล่องเครื่องมือแพทย์ เตียงผ่าตัด ฯลฯ จัดอุปกรณ์การแพทย์ ทยุกยาเวชภัณฑ์ จัดระบบบริการ ระบบบริหาร และพัฒนางานด้านต่างๆ กันเองทั้งหมด

ผมเคยเขียนคู่มือการเปิดโรงพยาบาลอำเภอใหม่ให้แพทย์รุ่นน้องๆ ได้เรียนรู้ และเขียนบทความต่างๆ ที่เกี่ยวข้องเผยแพร่ไปนานแล้ว นั่นเป็นยุค 2.0 ทุกอย่างเป็นอดีตไปหมดแล้ว

วันนี้พวกเขาต้องหาทางไปให้ไกลถึง 4.0 กันแล้ว!



ตอนนั้นลพบุรีมีโรงพยาบาลอำเภอ 2 แห่ง ที่ชัยบาดาล มีพีทมอสสุริย์ เป็น ผอ. ผมเคยไปเรียนรู้การจัดการจัดระบบบริการ ระบบบริหาร มาปรับใช้ และ รพ.โคกสำโรง มีพีทมอมารุต วันแต่ง เป็น ผอ.

รพ.พัฒนานิคมเป็น รพอ.สร้างใหม่ เปิดใหม่เป็นแห่งที่ 3 ผมเป็นน้องใหม่ ไปทำงาน พี่ก็ส่งเสริมสนับสนุนช่วยเหลือ สมัยนั้นความเป็นพี่เป็นน้องดีเยี่ยม ใจกว้าง เป็นธุระ ช่วยเหลือกันเป็นเรื่องธรรมดา

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดก็ใช้งานเราเยอะ ให้ช่วยดูแลการทำแผนทำงาน พัฒนาเรื่องนั้นเรื่องนี้ คงเห็นว่าเราจบมาไม่นาน ยังมีไฟแรง แต่หาฐู้ไม่ว่าเรื่องที่ใช้งานเรา เราไม่เคยเรียน ไม่เคยอบรมความรู้มาจากไหน ก็อาศัยทำไปเรียนรู้ไป โชคดีที่มีเพื่อนพี่น้องพี่เครือข่ายแพทย์ชนบทที่รวมตัวเชื่อมโยงช่วยเหลือกันและกัน พัฒนากันและกัน ทำให้พอเอาตัวรอดมาได้

นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดคนแรกที่ผมไปทำงานด้วย คือ อาจารย์หมอ ประกอบ บุญมงคล ท่านถัดมาคืออาจารย์หมอปัญญา รื่นวงษา และนายแพทย์เรืองฤทธิ์ เกษมทรัพย์ ทุกท่านเป็นหัวหน้า เป็นครูและเป็นพี่ที่ดีมาก

ยุคต่อมามีการก่อสร้างโรงพยาบาลอำเภอเพิ่มขึ้นตามลำดับ ก็มี รพ.ท่าม่วง, รพ.สระโบสถ์, รพ.ท่าหลวง, รพ.ลำสนธิ ททยอยเกิดขึ้นตามมา

สมัยนั้น โรงพยาบาลอำเภอยายามพัฒนาระดับงานบริการทุกด้านมากขึ้น เนื่องจากผู้ป่วยเดินทางเข้าเมืองยากลำบาก บางคนเรารักษาไม่ได้ ขอส่งตัวไป รพ.ใหญ่ เขาขอไม่ไป ขอตายอยู่กับเราก็มั ไร้อันที่ต้องรักษาจนตายคามือจึงมีเป็นธรรมดา ไม่มีว่ากัน ไม่มีฟ้องร้องกัน

ห้องผ่าตัดเล็กๆ เราพัฒนาจนผ่าตัดไส้ติ่งอักเสบ ผ่าเอาเด็กออกทางหน้าท้อง ผ่าช่องท้อง ฯลฯ แต่ปัจจุบันสถานการณ์เปลี่ยนไปหมดแล้ว ทราบว่าโรงพยาบาล อำเภอแทบจะไม่มีงานผ่าตัดใหญ่แล้ว นอกจากทำหมัน เย็บแผล ผ่าฝี

แต่โรงพยาบาลอำเภอหลายแห่ง ก็มีพัฒนางานดีๆ รองรับสถานการณ์สุขภาพ แบบใหม่ เช่นที่ ลำสนธิ มีสร้างรูปแบบการบริการสุขภาพผู้สูงอายุ รองรับสังคมสูงวัย จนเลื่องชื่อไประดับประเทศ เป็นที่น่าชื่นชม

ล่าสุดเมื่อเดือนพฤษภาคม 2561 ผมไปชวนน้องๆ ทำโครงการปลูกต้นไม้ เพื่อแผ่นดิน ตามรอยพ่อ ที่เขื่อนป่าสักชลสิทธิ์ อำเภอพัฒนานิคม เห็นพี่น้อง ชาวโรงพยาบาลและสาธารณสุขอำเภอ รวมไปถึงเพื่อนจากอำเภออื่นด้วย เกาะเกี่ยว เชื่อมโยงกันเป็นเครือข่ายกับภาคประชาชน อสม.และภาคส่วนต่างๆ ทำงาน สาธารณะร่วมกันแล้วชื่นใจ ได้เห็นพลังของชาวสาธารณสุขที่ลพบุรีที่เข้มแข็งและ แผ่กว้างขึ้น

งานสาธารณสุข ไม่งานแค่การรักษาบำบัดการป่วยไข้ โรคภัยไข้เจ็บเท่านั้น แต่เป็นงานสร้างเสริมสุขภาพหรือสุขภาวะทั้งมิติกาย ใจ จิตวิญญาณและสังคม จึงเป็นงานที่กว้างกว่างานภายใต้ขอบเขตงานของกระทรวงสาธารณสุข การเชื่อมโยง สานพลังทุกภาคส่วนเข้าด้วยกัน จึงเป็นแนวทางสำคัญและถูกต้อง

ทั้งหมดที่เล่าในข้อสองนี้ เพื่อให้เห็นพัฒนาการและบรรยากาศบางส่วน ในยุคนั้น พอเป็นกระสาย

แต่ทุกอย่างเปลี่ยนไปและพัฒนาไปตามธรรมชาติ ไม่ต้องไปยึดติดกับอดีตครับ

สาม สาธารณสุขสร้างคนในท้องถิ่นเพื่อท้องถิ่น เป็นการลดความเหลื่อมล้ำ สร้างความเป็นธรรมทางสังคมมาช้านาน และมีผลต่อการพัฒนางานแบบยั่งยืน ที่ลพบุรีมีเรื่องราวที่ต้องบันทึกไว้

วันที่เขียนบทความมาถึงตรงนี้ เห็นข่าวทางสื่อมวลชนนำเสนอเรื่องราวที่ จังหวัดแม่ฮ่องสอน บอกขาดแคลนครูอย่างมาก เพราะคนที่มาบรรจุเกือบทั้งหมด เป็นคนจากที่อื่น เมื่อทำงานได้ปีสองปีก็ขอย้ายเข้าเมืองใหญ่หรือกลับบ้าน คนใน ท้องถิ่นก็ไม่มีโอกาสแข่งขันไปเรียนครูกลับมาพัฒนาเมืองเกิด เป็นปัญหามาช้านาน แก้ไม่เคยได้

ดูข่าวแล้วก็สะท้อนใจ ทำทำไมไม่ดูสาธารณสุขเป็นแบบอย่าง!

ผมกำลังจะเขียนเล่าเรื่องนี้นี้อยู่พอดี

ต้องขอชื่นชมสติปัญญา วิสัยทัศน์และความกล้าหาญของครูบาอาจารย์ ผู้บริหารกระทรวงสาธารณสุขในอดีต ที่นอกจากท่านแน่วแน่ทำนโยบายกระจาย บริการสาธารณสุขสู่จังหวัด อำเภอ ตำบล ทั่วประเทศแล้ว ท่านยังกล้าหาญทำนโยบาย รับนักเรียนในพื้นที่ถิ่นเข้ามาเรียนเป็นผดุงครรภ์ พนักงานอนามัย ผู้ช่วยพยาบาล พยาบาล ฯลฯ โดยกำหนดโควตาแล้วให้มีการสอบคัดเลือกกันเองที่จังหวัด ไม่ต้องไป แข่งขันกับคนทั้งประเทศ ซึ่งคนในเมือง ลูกคนมีโอกาสด้านสังคมก็ชนะเสมอ

ด้วยนโยบายและวิธีการนี้ ทำให้คนในพื้นที่จังหวัดทุกจังหวัด มีโอกาส สอบแข่งขันกันเอง เข้าศึกษาเป็นบุคลากรสาธารณสุข ไปเรียนที่วิทยาลัยที่กระทรวง สาธารณสุขผลิตเอง ซึ่งตั้งอยู่ในส่วนภูมิภาคเกือบทั้งหมด จึงผลิตคนได้สอดคล้องกับ การทำงานจริงในพื้นที่ต่างๆ เมื่อเรียนจบก็ให้กลับไปบรรจุเป็นข้าราชการทำงานใน จังหวัดภูมิลำเนา

ภาษาอังกฤษ เรียกว่าเป็นระบบ “Local Recruitment, Regional Training and Hometown Placement”

นโยบายนี้ กระทรวงสาธารณสุขทำมายาวนานหลายสิบปีแล้ว สามารถ คัดคนในพื้นที่มาเรียนแล้วกลับไปทำงานตามภูมิลำเนาแล้วหลายแสนคน รุ่นแรกๆ ทำงานในพื้นที่ จนเกษียณอายุราชการไปทำงานเป็นแกนนำ เป็นพลังของชุมชน ท้องถิ่นมากมายในปัจจุบัน

สมัยผมไปทำงานที่ลพบุรี แต่ละปีก็มีหน้าที่ช่วยงานสำนักงานสาธารณสุข จังหวัด จัดสอบคัดเลือกนักเรียนในจังหวัดเข้าศึกษาในวิทยาลัยพยาบาล วิทยาลัย สาธารณสุขต่างๆ ทุกปี ปีละเป็นร้อยคน ตามประเภทและโควตาที่กระทรวง จัดสรรให้ เป็นงานที่เหนื่อย สนุก ได้ประสบการณ์ และภาคภูมิใจที่ได้มีโอกาสอำนวยความสะดวก และเสริมสร้างโอกาสให้กับเยาวชนในพื้นที่ ลดความเหลื่อมล้ำ ทางการศึกษาและทางสังคมได้อย่างยั่งยืน

ที่ว่าเหนื่อยเพราะสมัยนั้นยังไม่มีคอมพิวเตอร์ใช้ การทำงานทุกอย่าง ทุกขั้นตอนจึงต้องใช้ระบบ Manual ทั้งหมด ไม่ว่าจะตรวจข้อสอบการเรียงลำดับ คะแนน ฯลฯ

เคยมีพยาบาลคนท้องถิ่นที่สอบไปเรียนพยาบาลกลับมาบรรจุทำงานที่โรงพยาบาลอำเภอบ้านตัวเอง มาปรึกษาผมว่า ลูกสาวจะจบมัธยมปลายแล้ว ลูกหมอว่าควรให้ไปสอบเรียนอะไรดี ได้แนะนำไปว่า ถ้าอยากให้ลูกทำงานที่บ้านเกิด เพื่อบ้านเกิด หรืออยากให้ไปเรียนแล้วหายเข้ากลีบเมฆ ลองคิดเอาเอง ถ้าอยากให้อยู่พื้นถิ่น ทำงานที่บ้านเกิด เพื่อบ้านเกิด ทำงานสร้างสุขภาพ สร้างสังคมแบบแม่ ก็ลองไปสอบของกระทรวงสาธารณสุข ถ้าไม่เช่นนั้นก็ให้ไปสอบเข้ามหาวิทยาลัย ตามระบบกระแสหลัก

หลายปีผ่านไป ผมไปลพบุรี มีพยาบาลเด็กๆ มากมมือไหว้ แนะนำว่าหนูคือเด็ก คนที่แม่เคยปรึกษาลูกหมอ วันนี้หนูจบพยาบาลมาทำงานอยู่ที่รพ.ชุมชนแล้ว อีกไม่กี่ปี แม่ก็จะเกษียณแล้ว หนูก็จะทำงานต่อไป

ไม่เพียงเท่านั้น ที่ลพบุรีมีเรื่องราวดีๆ ที่ดงงามเกิดขึ้นอีก กล่าวคือ เมื่อราว 40 ปีก่อน มหาวิทยาลัยมหิดลมีความร่วมมือกับกระทรวงสาธารณสุขในการพยายามแก้ปัญหาขาดแคลนแพทย์ในชนบท ซึ่งนอกจากรัฐบาลมีนโยบายให้แพทย์จบใหม่ทุกคนไปทำงานชดใช้ทุนคนละ 3 ปีแล้ว ก็มีการทำโครงการคัดเลือกนักเรียนมัธยมปลายที่เป็นเด็กประพฤติดีและเรียนดีในบางจังหวัด เข้าเรียนแพทย์ที่รามธิบดี และศิริราช หนึ่งในนั้นคือจังหวัดลพบุรี วิธีการคัดเลือกทำกันอย่างประณีตมาก นอกจากดูผลการเรียน ความประพฤติ สัมภาษณ์แล้ว ยังมีกรรมการลงดูถึงบ้าน และชุมชนข้างเคียง สัมภาษณ์คนข้างบ้าน ฯลฯ แต่ละปีคัดเลือกเพียง 1-2 คน ต่อจังหวัด เรียนจบแล้วต้องกลับมาบรรจุทำงานใช้ทุนที่โรงพยาบาลชุมชนจังหวัดภูมิลำเนา

ตั้งแต่ผมไปทำงานปีแรก ได้พบน้องนักเรียนแพทย์ตามโครงการนี้ ซึ่งเขาต้องกลับไปฝึกงานกับรุ่นพี่ที่โรงพยาบาลชุมชนในช่วงหยุดเทอมของทุกปี

ทำให้ผมคุ้นเคยกับน้องๆ แพทย์ชนบททุนลพบุรีกลุ่มนี้หลายคนเรื่อยมา ยาวนาน ซึ่งแต่ละคนได้พิสูจน์ให้เห็นถึงความมุ่งมั่นตั้งใจทำงานเพื่อบ้านเกิดอย่างจริงจังและต่อเนื่อง หลายคนเป็นแพทย์ทำงานในจังหวัดอย่างยาวนาน ไม่ทิ้งถิ่น หนีไปไหน หลายคนเติบโตเป็นนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด บางคนเติบโตไปถึง รองปลัดกระทรวงก็มี

อยากจะบอกว่า แนวคิดปรัชญาของโครงการชัดเจนดีมาก คุณอาจารย์ คัดคนไม่ผิด ผลของโครงการในระยะยาวสำเร็จงดงาม แต่น่าเสียดายที่โครงการดีๆ อย่างนี้ได้เลิกไปนานแล้ว

แต่ต่อมามีการพัฒนาแนวคิดไปสู่โครงการผลิตแพทย์เพิ่มเพื่อชาวชนบท ซึ่งผมได้มีโอกาสเข้าไปร่วมผลักดันนโยบายและการปฏิบัติอยู่ 4-5 ปี และมีโครงการอื่นๆ ตามมา ซึ่งไม่ขอกล่าวถึงในบทความนี้

ถ้าเรามองในภาพใหญ่ จะเห็นได้ว่า การที่กระทรวงสาธารณสุขตัดสินใจคัดเลือกเด็กในพื้นที่ไปเรียนแพทย์ พยาบาล สาธารณสุขสาขาต่างๆ แล้วส่งกลับไปทำงานในพื้นที่หลายสิบปีที่ผ่านมาจนถึงวันนี้ ผลิตคนไปทำงานเป็นเรือนแสนแล้ว เป็นความสำเร็จที่งดงาม เป็นงานที่ยิ่งใหญ่มาก

ความสำเร็จของงานพัฒนาสาธารณสุขมากมาย การเอาชนะโรคภัยไข้เจ็บ และปัญหาสาธารณสุขสำคัญๆ มากมาย ส่วนหนึ่งก็เป็นผลจากนโยบายเรื่องการสร้างคนของชุมชนท้องถิ่น เพื่อชุมชนท้องถิ่นเอง

**บทเรียนดีๆ อย่างนี้ การปฏิรูปประเทศ
เพื่อลดความเหลื่อมล้ำ เพิ่มความเป็นธรรม
ทำไมไม่นำไปพัฒนาต่อยอด
ทำไมยังมุ่งที่ระบบแพ็คตออก ระบบที่ให้คนมีโอกาสมากกว่า
คนในเมืองใหญ่ ในเมืองหลวงได้โอกาสมากขึ้นไปอีก?**

บทความพิเศษ

โดย นายแพทย์อำพล จินดาวัฒนะ: อดีตเลขาธิการคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ

ลพบุรี ที่รู้ ที่เห็น ที่เป็นไป

มองไปที่งานเป็นแพทย์ชนบทที่ลพบุรี เมื่อปี พ.ศ.2520 จนถึงปี พ.ศ.2529 แล้วย้ายไปทำงานที่พิษณุโลก หลังจากนั้นยังคงทำงานอยู่ในแวดวงสาธารณสุข สุขภาพ และสังคม ยาวนานรวมแล้วมากกว่า 40 ปี ได้รู้ได้เห็นความเป็นไปของงานสาธารณสุขลพบุรี ทั้งระยะใกล้ตัว และไกลตัว แต่ไม่เคยไกลใจ...

เมื่อย้อนทบทวนกลับไป มองเห็นเรื่องราวที่ขอเขียนเป็นบันทึกไว้ 3 เรื่อง ดังนี้

หนึ่ง การสาธารณสุขลพบุรีมิได้ก่อกำเนิดสมัยก่อตั้งกระทรวงสาธารณสุขหรือช่วงการสาธารณสุข 100 ปีที่ผ่านมาเท่านั้น หากแต่ดินแดนแห่งนี้เคยเป็นถิ่นฐานของมนุษย์ยุคก่อนประวัติศาสตร์ อายุราว 2500-3000 ปี มีประจักษ์หลักฐานอยู่ที่บ้านโป่งมะนาว ตำบลห้วยขุนราม อำเภอพัฒนานิคม ดินแดนที่ผมเคยอยู่ทำงาน แต่ตอนนั้นไม่รู้เรื่องราวเหล่านั้นเลย แน่ใจว่า เมื่อดินแดนถิ่นนี้เคยเป็นที่อยู่อาศัยของมนุษย์ ก็ย่อมมีเรื่องราวเกี่ยวกับเรื่องสุขภาพอนามัย เขียนแต่ราคนรุ่นหลังไม่รู้และไม่ไดสนใจศึกษากัน ถ้าย้ายเข้ามาใกล้ขึ้น ราว 300 ปีในอดีต ก็เป็นสมัยสมเด็จพระนารายณ์มหาราช กษัตริย์พระองค์ที่ 27 แห่งอยุธยา มีการสร้าง "วังนเรนทรราชนิเวศน์" ที่ลพบุรี หรือ ลพบุรีในปัจจุบัน ถิ่นนี้ยังมีโบราณสถานให้ศึกษาเรียนรู้ ท่องเที่ยว และเชื่อมโยงกับละครบุพเพสันนิวาสอยู่ได้

สังคาย

ด้วยระบบการอภิบาลประเทศไทยแบบรัฐเดี่ยว ละโว้หรือลพบุรี ก็เป็นส่วนหนึ่งของประเทศไทย ดั่งนั้นนโยบาย เรื่องราว และงานต่างๆ ส่วนมากแยกกันได้อย่างกับงานในภาพใหญ่ของประเทศ แต่ลพบุรีก็เหมือนจังหวัดอื่นๆ ที่ย่อมมีความแตกต่างในรายละเอียดบางเรื่องบางด้าน เมื่อมองแบบมี “พื้นที่เป็นฐาน”

การที่ผมได้มีโอกาสไปทำงานที่ลพบุรีระยะหนึ่ง มีโอกาสทำงานที่กระทรวงสาธารณสุขและทำงานปฏิรูประบบสุขภาพและสังคมมานานพอสมควร และยังคงมีความคุ้นเคยเชื่อมโยงกับเพื่อนพ้องน้องพี่ภาคีเครือข่ายในลพบุรีอยู่บ้าง จึงไม่ถือว่าตัดรากขาดจากกันอย่างสิ้นเชิง ก็ทำให้รำลึกถึงลพบุรีอยู่เสมอ แบบที่เรียกว่า

“ไม่เคยไกลใจ”

บทความนี้จึงเขียนแบบรำพึงรำพัน ถึงลพบุรีบ้าง นอกลพบุรีบ้าง ตามที่น้องๆ บังคับให้เขียน ชอบไม่ชอบก็ไม่ว่ากันนะครับ

เกี่ยวกับผู้เขียน นายแพทย์อำพล จินดาวัฒนะ

เป็นลูกนายทหารที่มาจากชั้นประทวน จบชั้นประถมที่ผดุงศิษย์พิทยาลงกรณ์, จบม.ต้น และม.ปลาย ที่โยธินบูรณะ, จบแพทยศาสตร์ที่ศิริราช, จบปริญญาโท สาธารณสุข ที่มหิดล และที่สถาบันโรคเขตร้อน ประเทศเบลเยียม, ผู้เชี่ยวชาญสาขา เวชศาสตร์ป้องกัน และสาขาเวชศาสตร์ครอบครัว จากแพทยสภา (เทียบเท่า ปริญญาเอก)

เคยเป็นหัวหน้ากลุ่มอาสาและค่ายอาสา ม.มหิดล, ประธานชมรม แพทย์ชนบท, อดีต ผอ.โรงพยาบาลชุมชน 2 แห่ง ที่ลพบุรี (พัฒนานิคม และโคกสำโรง) ผอ.สำนักส่งเสริมวิชาการและบริการสาธารณสุข 2 จังหวัด (ลพบุรี และพิษณุโลก), นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด 3 จังหวัด (ยโสธร, พิษณุโลก และอุตรธานี), ผอ.กอง การสาธารณสุขต่างประเทศ

เคยเป็นนายแพทย์ใหญ่ กรมควบคุมโรคติดต่อ, ผอ.สถาบันพระบรมราชชนก เพื่อการพัฒนากำลังคนด้านสาธารณสุข, นักพัฒนาทรัพยากรบุคคล ระดับ 10, โฆษกกระทรวงสาธารณสุข, ผอ.สำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพ (สปรส.), เลขาธิการ คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ, นักวิชาการสาธารณสุข ระดับ 11,

เคยเป็นเลขาธิการรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข, สมาชิกสภานิติบัญญัติ แห่งชาติ (สนช.), กรรมการกองทุนพัฒนาการเมือง, กรรมการสถาบันการเรียนรู้ เพื่อปวงชน (มหาวิทยาลัยชีวิต), ประธานกรรมการบริหาร องค์การเภสัชกรรม,

เคยเป็นสมาชิกสภาปฏิรูปแห่งชาติ (สปช.) และประธานกรรมาธิการ การปฏิรูปด้านสังคมและชุมชน, สมาชิกสภาขับเคลื่อนการปฏิรูปประเทศ (สปท.), ผู้ทรงคุณวุฒิในคณะกรรมการปฏิรูปประเทศ ยุทธศาสตร์ชาติและการปรองดอง (ปยป.), กรรมการปฏิรูปประเทศด้านสังคม, ประธานอนุกรรมการติดตามการ ขับเคลื่อนนโยบายรัฐบาลเชิงพื้นที่



สมเด็จพระเจ้าอยู่หัว พระราชทานพระราชโองการให้ ส.น.ส.กรม ทวีทรัพย์จิ๋ว นำ นักร้องสาธารณสุขดีเด่น ประจำ ปี 2559 จำนวน 5 คน เข้าเฝ้าฯ รับพระราชทานรางวัลชันทนเรนทร ณ พระที่นั่งอัมพรสถาน พระราชวังดุสิต เมื่อวันก่อน

► หนังสือพิมพ์ไทยรัฐ 12 เมษายน 2560

เป็นสมาชิกวุฒิสภา (2562-ปัจจุบัน)

เคยได้รับรางวัลศิษย์เก่าดีเด่น และศิษย์เก่าเกียรติยศ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล, ดุษฎีบัณฑิตกิตติมศักดิ์ มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงราย และ นักร้องสาธารณสุขดีเด่น (ด้านบริหาร) รางวัลชันทนเรนทร

เป็นนักบริหารกิจการสาธารณะ, ผู้ทรงคุณวุฒิด้านสาธารณสุข, สังคมและชุมชน ประชาสังคม งานรัฐสภา และการปฏิรูป

ภรรยา คือ คุณวงเดือน (แฝงสีคำ) จินดาวัฒนะ นักวิเคราะห์นโยบายและแผนเชี่ยวชาญพิเศษหัวหน้ากลุ่มงานพัฒนาระบบบริหาร กรมการแพทย์แผนไทย

บุตรสาว แพทย์หญิงอิชฎา (จินดาวัฒนะ) กุลกลการ

บุตรชาย นายแพทย์ชยุรงค์ จินดาวัฒนะ