



บนเส้นทางสามพราน...กับ
กระบวนการพัฒนา
และขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะ

นายแพทย์วิชัย โชควิวัฒน์



กลุ่มสามพราน : แล่งบ่มเพาะ “การขับเคลื่อนความรู้” หรือ “สัมมาทิฐิ” ที่สำคัญในขบวนการปฏิรูประบบสุขภาพของไทย

๓๗ ปี บนเส้นทางสามพราน...กับ
กระบวนการพัฒนา
และขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะ



นายแพทย์วิชัย โชควิวัฒน์
ประธานกรรมการบริหาร
สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ





๓๗ ปี บนเส้นทางสามพราน...กับ
**กระบวนการพัฒนา
และขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะ**
นายแพทย์วิชัย โชควิวัฒน์

พิมพ์ครั้งที่ ๑

จำนวนพิมพ์

๒,๕๐๐ เล่ม

ISBN

978-616-569-022-5

บรรณาธิการ

วิชัย โชควิวัฒน์

คณะทำงาน

นิรชา อัครวีระกุล
สุภาภรณ์ บุญปก
วันเพ็ญ ทินนา

ออกแบบปก-รูปเล่ม

ไพโรจน์ ชินศิริประภา

โทรศัพท์ ๐๘๑ ๓๔๓ ๑๕๕๔

พิมพ์ที่

บริษัท พิมพ์ดี จำกัด

จัดพิมพ์โดย

สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ

ชั้น ๓ อาคารสุขภาพแห่งชาติ เลขที่ ๘๘/๓๔

ซอยติวานนท์ ๑๔ ถนนติวานนท์ ตำบลตลาดขวัญ

อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี ๑๑๐๐๐

โทรศัพท์ ๐ ๒๘๓๒ ๙๐๐๐

โทรสาร ๐ ๒๘๓๒ ๙๐๐๑-๒

<http://www.nationalhealth.or.th>

<http://infocenter.nationalhealth.or.th>



สำนักงานคณะกรรมการ
สุขภาพแห่งชาติ

สารบัญ

คำนิยาม ศ.บพ.วิจารณ์ พานิช	๕
คำนิยาม นายพิภพ ธงไชย	๙
คำนำ นพ.ประทีป ธนกิจเจริญ	๑๒
คำนำผู้เขียน	๑๖
บทนำ	๒๑
ปัญหาความเหลื่อมล้ำในระบบสุขภาพ	๒๕
ความพยายามในการแก้ปัญหา ความขาดแคลนและความเหลื่อมล้ำ	๒๙
การก่อเกิดของ “ขบวนการแพทยชนบท”	๓๓
เมื่อท้องฟ้าสีทองส่องอำไพ	๓๙
ความหวังหลัง ๑๔ ตุลา ในอาณาบริเวณสาธารณสุข	๔๓
ฤดูกาลอันแสนสั้น	๔๗
นกฟีนิกซ์แห่งขอบฟ้าสาธารณสุข	๕๑
ผลงานของชมรมแพทยชนบทโดยเฉพาะ ในช่วงก่อนการก่อเกิด “กลุ่มสามพราน”	๕๕
ใครเป็นใคร ในขบวนการแพทยชนบท	๗๑
การก่อเกิด “กลุ่มสามพราน”	๘๓

สารบัญ

ผลิดอก ออกผล	๙๙
๑. การรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่	๑๐๑
๒. การรณรงค์อีสานไม่กินปลาทับ	๑๐๖
๓. คณะกรรมการระดับชาติ	๑๐๗
๔. การพัฒนาวิชาการด้านเศรษฐศาสตร์สาธารณสุข	๑๐๘
๕. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข	๑๑๕
๖. การพัฒนาระบบบริการการแพทย์ในระบบประกันสังคม	๑๑๖
๗. การผลิตแพทย์เพิ่ม โดยโครงการผลิตแพทย์เพิ่ม เพื่อชาวชนบท	๑๒๓
๘. พ.ร.บ. กองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ พ.ศ. ๒๕๔๔ และ พ.ร.บ. หลักประกันสุขภาพ แห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๔๕	๑๒๔
๙. การปฏิรูปการเมือง พ.ศ. ๒๕๔๐	๑๒๖
๑๐. การเปิดโปงกรณีทุจริทยา ๑,๔๐๐ ล้าน	๑๒๘
๑๑. การก่อตั้งสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ	๑๓๓
๑๒. การก่อตั้งไทยพีบีเอส	๑๓๖
๑๓. การก่อตั้งกองทุนเพื่อความเสมอภาคทางการศึกษา	๑๔๑
๑๔. การก่อตั้งสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ	๑๔๙
๑๕. การก่อตั้งสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล	๑๕๖
<hr/>	
บทสรุป	๑๖๕
<hr/>	
ภาคผนวก : สิทธิบัตรยาและการใช้สิทธิกับสิทธิบัตรยา	๑๖๙
<hr/>	

คำนิยาม



นี่คือหนังสือที่สะท้อนเส้นทางของการสร้างสรรค์ สังคม และ
ธำรงพลังอุดมการณ์ ที่ต่อยอดจากพลังปัญญาระดับธรรมดาๆ
สู่ปัญญาสูงส่งหรืออุดมการณ์ ที่เลยจากปัญญาเพื่อตนเองหรือกลุ่ม
ตน สู่ผลประโยชน์สาธารณะ ที่อาจเรียกในชื่ออื่นๆ ว่า **สัมมาทิฐิ**
เป้าหมายยิ่งใหญ่ (purpose) หรือ **Transcendent wisdom**
ที่ผู้อ่านจะได้รับพลังนี้

พลังดังกล่าวนี้ ไม่มีใครสร้างได้ มันเป็นสิ่งที่มียู่ตามธรรมชาติ
แต่แฝงอยู่ในความซับซ้อนยิ่งในโลกยุค VUCA, BANI, หรือ wicked
problems อย่างในปัจจุบัน ยังมีพลังแฝงมาก ทั้งด้านดีและด้านร้าย
สังคมที่ดีต้องมีกลไกหนุนเสริมให้พลังแฝงด้านดีที่มีอยู่แล้วออกมา
กระทำการ

นพ. วิชัย โชควิวัฒน์ ได้รวบรวมเรื่องราวในสังคมไทยเป็น เวลาเกือบหนึ่งศตวรรษ ในส่วนที่เกี่ยวข้องกับพัฒนาการของระบบ สุขภาพไทย และชี้ให้เห็นความเชื่อมโยงหรือปฏิสัมพันธ์ของความ ซ้ำซ้อนนั้น นำมาเสนอให้เห็นว่าการขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะ เป็นสิ่งที่ซับซ้อนยิ่ง ชี้ให้เห็นความสำคัญของระบบความรู้ที่ต้อง ต่อยอดไปสู่ปัญญาที่เป็นสัมมาทิฐิ

ความรู้ที่สร้างกัน ไม่ว่าจะโดยวิธีใด ยังไม่นำไปสู่ปัญญา หากขาด การนำไปปฏิบัติ แล้วหมุนวงจรเรียนรู้ร่วมกันจากการปฏิบัติหลายๆ รอบ จนได้หลักการที่ชัดเจน หนักแน่น มั่นคง หลักการนั้นคือปัญญา เพราะนำไปใช้ได้ได้ในสถานการณ์ในอนาคตที่ไม่รู้ว่าจะเป็นอย่างไร ได้ ที่เรียกว่า future skills หรือ future competencies หรือ transferable skills

การประชุมกลุ่มสามพราน เป็นกลไกส่วนหนึ่งของการสร้าง ปัญญาในระบบสุขภาพ หรือสุขภาวะ คือเป็น “พื้นที่เรียนรู้” (learning space) ของการเรียนรู้จากการปฏิบัติของหลากหลาย ฝ่าย ทั้งในระบบสุขภาพและระบบอื่นๆ ในสังคม ที่มีส่วนเชื่อมโยง กับระบบสุขภาวะของผู้คนในสังคมไทย

การประชุมกลุ่มสามพราน เป็น “พื้นที่เรียนรู้ด้วยการ สะท้อนคิด” (reflective learning space) โดยใช้ข้อมูลจาก การปฏิบัติจริง หรือจากประสบการณ์ การประชุมนี้จึงเป็นส่วนหนึ่ง ของ “พื้นที่เรียนรู้จากประสบการณ์” (experiential learning space) ของผู้นำกลุ่มหนึ่งในระบบสุขภาพ

พลังสำคัญยิ่งมาจากการปฏิบัติตาม **อธิปไตยธรรม** คือมีการประชุมอย่างสม่ำเสมอทุกเดือน และมาจากพลังผู้นำอุดมการณ์ของ **ศ.นพ. ประเวศ วะสี** ที่มีอุดมการณ์เพื่อสังคมอย่างมั่นคง ไม่คลอนแคลน แม้จะมีแรงกระเพื่อมในลักษณะ “การเมืองเรื่องผลประโยชน์” ของบางคน หรือบางกลุ่ม ก็ไม่ท้อถอย เรื่องการฟันฝ่า “มารผจญ” ของขบวนการสามพรานนี้ **นพ. วิชัย โชควิวัฒน์** ไม่ได้นำมาเล่า ผมขอตีความว่าท่านอาจารย์หมอประเวศใช้หลัก **อหิงสธรรม**

เพื่อประโยชน์ต่อเนื้อที่ยั่งยืนในอนาคตของขบวนการพัฒนาระบบสุขภาพ และของระบบอื่นๆ ในสังคมไทย ผมขอสะท้อนคิดตีความเชื่อมโยงจากสาระในหนังสือเล่มนี้สู่เรื่องการเรียนรู้เชิงระบบ เน้นระบบที่ “ซับซ้อนและเป็นพลวัต” (complex-adaptive systems) ว่า ขบวนการกลุ่มสามพรานเป็นตัวอย่างของ “พลังอ่อน” (soft power) ของการเรียนรู้และพัฒนาเชิงระบบ ที่ทำหน้าที่เชื่อมโยงพลังอื่นๆ เข้าด้วยกัน

ตลอดเวลา ๓๗ ปีของ **การประชุมกลุ่มสามพราน ศ.นพ. ประเวศ วะสี** ย้ำแล้วย้ำอีก เรื่องธรรมชาติความเป็นองค์รวม (Holism หรือ Wholeness) ของระบบสุขภาพและของสรรพสิ่ง การประชุมกลุ่มสามพรานจึงเป็นเสมือนกลไกหนุนการประกอบ ส่วนขององค์รวม ของระบบสุขภาพ ที่สมาชิกและผู้เกี่ยวข้อง ได้เรียนรู้และนำไปปฏิบัติ

อาจกล่าวได้ว่า **การประชุมกลุ่มสามพราน** เป็นเสมือน “สติ” ของการพัฒนาาระบบสุขภาพไทย ให้ไม่คิดและไม่ดำเนินการแบบ

แยกส่วน ศ.นพ.ประเวศ วะสี เองได้กล่าวว่า การประชุมกลุ่มสามพราน เป็น “กลไกความต่อเนื่องทางปัญญา” (continuity of wisdom) ที่เอาความจริงเป็นตัวตั้ง ไม่ใช่เอาวิชาการเป็นตัวตั้ง เพราะวิชาการมีธรรมชาติแยกเป็นส่วนๆ (fragmented) โดยที่ความจริงมาจากการปฏิบัติ ที่ประชุมกลุ่มสามพรานเป็นกลไกให้ผู้ปฏิบัติในระบบสุขภาพเอาข้อมูลจากประสบการณ์มาแลกเปลี่ยนเรียนรู้และตีความร่วมกัน เกิดการเรียนรู้โดยใช้ข้อมูลหลักฐานจากโลกแห่งความเป็นจริง ที่สมัมนี้ยอมรับกันว่าเป็นข้อมูลหลักฐานที่มีค่า เรียกชื่อทางวิชาการว่า **real-world evidence**

นพ.วิชัย โชควิวัฒน์ มีความจำดีเยี่ยมและมีปัญญาสูงส่งสามารถนำเรื่องราวในอดีตมาปะติดปะต่อเป็นเรื่องราวที่เชื่อมโยงกัน อ่านแล้วได้เรียนรู้ทั้งเรื่องราวและประเทืองปัญญา ผมขอขอบคุณ นพ.วิชัย โชควิวัฒน์ ที่ให้เกียรติผมเขียนคำนิยาม จึงขอตีความหาความหมายหรือคุณค่าของ การประชุมกลุ่มสามพราน ยกกระดับสู่การตกลึกหลักการว่า *การประชุมกลุ่มสามพรานมีความหมายต่อระบบสุขภาพไทยในลักษณะที่ช่วยให้เป็นระบบที่มีการเรียนรู้จากการปฏิบัติ ตามด้วยการสะท้อนคิดสู่หลักการเป็นวงจรหรือเกลียวของการเรียนรู้ยกกระดับปัญญาปฏิบัติอย่างต่อเนื่องไม่มีสิ้นสุด •*

วิจารณ์ พานิช

๖ กรกฎาคม ๒๕๖๖

คำนิยม

หมอวิชัย...ที่ผมรู้จัก กับหนังสือที่ดีที่สุดเล่มหนึ่ง



เรารู้จักกันมานานมาก จนกลายเป็นเพื่อนและพัฒนาเป็น “กัลยาณมิตร” ตามหลักธรรมในพุทธศาสนา ตัวอาจารย์สุลักษณ์ ศิวรักษ์ ตั้งใจให้เป็นกลุ่มกัลยาณมิตร แต่เรียกเพื่อเตือนสติว่า “Gang of Four” มี วิชัย โชควิวัฒน์, เทพศิริ สุขโสภา, อุทัย ดุยเกษม และ พิภพ ธงไชย หลังกลับจากดูงานพัฒนาชนบทที่ สรรโวทัย ประเทศศรีลังกา เมื่อปี ๒๕๑๗

ในกลุ่ม วิชัยเป็นคนอ่านหนังสือมากกว่าเพื่อน ทั้งอ่านเร็ว ทั้งจำได้มาก จนสามารถนำมาเขียนหนังสือได้มากเล่ม สามารถวิเคราะห์และเชื่อมโยงได้เป็นฉากๆ

วิจัยไม่ได้ทำตัวเป็นปัญญาชนบนหอคอยงาช้าง แต่เอาตัวลงมาเข้าแลกในการต่อสู้กับความไม่เป็นธรรมมาตั้งแต่สมัย ๑๔ ตุลา ๑๖ จนติดคุกในช่วงทำงานที่อำเภอพยัคฆภูมิพิสัย จังหวัดมหาสารคาม ในสมัย ๖ ตุลา ๑๙ เมื่อสู้กับทุจริตยาในกระทรวงสาธารณสุข ก็ตกเป็นจำเลย อันมีรายละเอียดในหนังสือเล่มนี้

ความอัศจรรย์ของ “กลุ่มสามพราน” ที่วิจัยฉายภาพให้เห็นประกอบไปด้วยแพทย์ชนบทและแพทย์นักรับบริหาร ทำให้เกิดปัญญาจากประสบการณ์ ที่นำไปก่อรูปความคิด กำหนดทิศทางสาธารณสุขไทย ที่ก้าวหน้าและเป็นประโยชน์ต่อประชาชน ที่ทุกรัฐบาลต้องนำไปกำหนดเป็นนโยบาย ออกพระราชบัญญัติตามมา

ตัวอย่าง “๓๐ บาทรักษาทุกโรค” ที่แพทย์หนึ่งใน “กลุ่มสามพราน” สู้จนเป็นนโยบายพรรคการเมือง และนำไปสู่ชัยชนะทางการเมืองที่ landslide ครั้งแรก และมีอีกหลายนโยบายที่เกิดจากการเคลื่อนไหวของกลุ่มสามพรานนี้

การเคลื่อนไหวนั้นอยู่บนทฤษฎี “สามเหลี่ยมเขยื้อนภูเขา” อันลือชื่อของ อาจารย์นายแพทย์ประเวศ วะสี นักคิด นักวางหมากกล กำหนดยุทธศาสตร์ วางยุทธวิธี ที่หมอกกลุ่มสามพรานนำไปปฏิบัติการณ์ และนำศักยภาพบนความดี ความงาม ความมีคุณธรรม ออกมาใช้

“กลุ่มสามพราน” ทำการสำเร็จเพราะมีองค์ประกอบครบ เป็นคนเก่งจากความเป็นนักเรียนแพทย์ มีปัญญา แสวงหาความรู้เป็นนิจ สนทนาธรรมกันเป็นประจำ มีผู้นำทิศทาง และทุกคนมีพื้นที่ที่นำไปปฏิบัติการณ์ได้ทันที ยากที่กลุ่มคนอาชีพอื่นจะทำตามได้ แต่ก็ไม่ใช่จะทำไม่ได้ ถ้าสร้างเงื่อนไขครบเช่น “กลุ่มสามพราน”

วันนี้ มีกลุ่มการเมืองที่เป็นพรรคการเมืองของคนหนุ่มสาว ปฏิบัติการเชิงปัญญาแบบเดียวกับกลุ่มสามพราน นำไปกำหนดนโยบาย ขายให้กับประชาชน ด้วยยุทธศาสตร์ ด้วยยุทธวิธี อันแยบยล จนเกิด landslide อีกรอบหนึ่ง และก่อให้เกิดความกลัวต่อสังคมไทยที่มีความเป็นอนุรักษ์นิยมสูง

กลับมาที่หนังสือเล่มนี้ “๓๗ ปี บนเส้นทางสามพราน กับกระบวนการพัฒนาและขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะ” ที่เขียนโดย นายแพทย์วิชัย โชควิวัฒน์ ได้สรุปความสำเร็จไว้ ๔ ประการ โดยใช้หลักอริยสัจ ๔ ใช้ความเชื่อมโยงเครือข่ายกัลยาณมิตร จาก ๓ ภาคส่วน ด้วยการนำทางปัญญาและจิตวิญญาณของ **นายแพทย์ประเวศ วะสี** ใช้ทฤษฎีสามเหลี่ยมเขยื้อนภูเขา ที่แพทย์ชนบทและกลุ่มสามพรานนำไปปฏิบัติการได้ โดยกลุ่มนี้ทำให้กลุ่มเป็นองค์กรเวทีทางปัญญาและเวทีปฏิบัติการที่เป็นจริง

การที่กลุ่มสามพรานยึดธรรมะที่นำไปสู่ “กุศลกรรมร่วม” ในความเป็นกัลยาณมิตร ที่มีเป้าหมายลดความเหลื่อมล้ำ ให้ความสำคัญเป็นธรรมในระบบสุขภาพ เป็นหัวใจของความสำเร็จ

นับเป็นหนังสือที่ถือได้ว่าเป็น “คู่มือปฏิบัติการทางสังคม” ได้ในทุกวงการ ทุกวิชาชีพ โดยผู้เขียน **นายแพทย์วิชัย โชควิวัฒน์** ที่มีประสบการณ์สูง มีคุณธรรม มีความดี มีความงาม ยึดความถูกต้องและมีความเสียสละ อยู่ในตัวเองมายาวนาน เป็นผู้เขียน •

พิภพ ธงไชย

๑๐ กรกฎาคม ๒๕๖๖

คำนำ



เป็นที่ทราบกันดีว่า กระบวนการปฏิรูประบบสุขภาพของประเทศไทย ได้มีการดำเนินการมาอย่างต่อเนื่องและประสบความสำเร็จเป็นอย่างมาก และได้ส่งผลต่อการพัฒนาที่ไปถึงประชาชนได้อย่างเป็นรูปธรรม ทั้งการปฏิรูปโครงสร้างพื้นฐานระบบบริการ การปฏิรูประบบการสร้างเสริมสุขภาพ การปฏิรูประบบการเงินการคลังด้านสุขภาพ การปฏิรูประบบคุณภาพสถานพยาบาล การปฏิรูประบบการแพทย์ฉุกเฉิน การแก้ปัญหาโรคติดต่อและโรคไม่ติดต่อเรื้อรังอุบัติใหม่และโรคอุบัติซ้ำ ฯลฯ อีกทั้ง มีพัฒนาตามแนวคิดการปฏิรูประบบสุขภาพที่เปลี่ยนจากการมุ่ง “ซ่อมสุขภาพ” เป็น “การสร้างสุขภาพ” การขยายขอบเขตและปรับกรอบคิดเรื่อง “ระบบสาธารณสุข” ให้เป็นเรื่อง “ระบบสุขภาพโดยรวม (Total Health System)” และ การปรับเปลี่ยนกระบวนการกำหนด “นโยบาย

“**สาธารณะด้านสุขภาพจากที่จัดทำโดยภาครัฐเป็นหลัก**” มาเป็น “**การมีส่วนร่วมอย่างเข้มแข็งจากทุกภาคส่วน**” มากขึ้น ซึ่งการเปลี่ยนผ่านเหล่านี้ยังคงดำเนินต่อไปอย่างต่อเนื่องและจะเป็นโอกาสในการพัฒนาระบบสุขภาพโดยรวมของประเทศ

ความสำเร็จที่เกิดขึ้นส่วนหนึ่งมาจาก **การสานพลังความร่วมมือและเสริมศักยภาพกัน** ระหว่างภาครัฐ/การเมือง ภาควิชาการ และภาคประชาสังคม/เอกชน ที่มีความเข้มแข็ง เอาใจจริง เอาใจอย่างต่อเนื่อง และ **บทบาทการเป็นพื้นที่กลางที่สำคัญในการแลกเปลี่ยนและผลักดันให้เกิดการปฏิรูป** ทั้งในกระทรวงสาธารณสุขและการปฏิรูปทางสังคม ที่เกิดการเชื่อมโยงกันเป็นเครือข่ายความร่วมมือแนวราบ มีอิสระในการคิด การแลกเปลี่ยนเรียนรู้เพื่อให้เกิดประโยชน์ร่วมกัน “**วงประชุมเครือข่ายกลุ่มสามพรานของกลุ่มแพทย์และนักสาธารณสุขทั้งจากภายในและภายนอกกระทรวงสาธารณสุข**” เป็นพื้นที่กลางหนึ่งที่ได้แสดงบทบาทการแลกเปลี่ยนเรียนรู้จากการปฏิบัติจริงของเครือข่ายที่หลากหลาย มีกระบวนการทำงานได้อย่างมีพลัง ทั้งจากกระทรวงสาธารณสุข โรงเรียนแพทย์ และกลุ่มแพทย์ชนบท ที่มีส่วนเชื่อมโยงกับระบบสุขภาพของผู้คนในสังคมไทย

หนังสือ “**๓๗ ปี บนเส้นทางสามพราน กับกระบวนการพัฒนาและขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะ**” เล่มนี้ ได้สะท้อนการเชื่อมโยงพลังการแลกเปลี่ยนเรียนรู้และพลังทางสังคมอื่นๆ ร่วมกัน อย่างเป็น “**กัลยาณมิตร**” กลุ่มสามพราน ยังคงมีบทบาทในการขับเคลื่อนระบบสุขภาพให้มีความเป็นธรรม และลดความเหลื่อมล้ำในสังคมต่อไป ซึ่ง **อาจารย์หมอวิชัย โชควิวัฒน์** ได้รวบรวมและ

เขียนเรื่องราวบทบาทและพัฒนาการในอดีตที่ผ่านมา รวมทั้งบทบาทของกลุ่มสามพรานที่เป็นกลไกส่วนหนึ่งของการสร้างปัญญาในระบบสุขภาพหรือสุขภาวะ ที่มีการประชุมอย่างสม่ำเสมอทุกเดือน มาอย่างยาวนานถึง ๓๗ ปี เพื่อบรรยายในการประชุมของกลุ่มสามพราน เมื่อวันที่ศุกร์ที่ ๙ มิถุนายน ๒๕๖๖

ในโอกาสที่มีการประชุม กลุ่มสามพราน ครั้งนี้ สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.) ได้ขอให้ผู้เข้าร่วม “หลักสูตรการสร้างและพัฒนาศักยภาพเครือข่ายนักสานพลังสร้างสุขภาวะในพื้นที่ (คนส.) รุ่นที่ ๑” เข้าร่วมเรียนรู้ด้วย และทุกคนสะท้อนว่าได้รับความรู้ เป็นประโยชน์ และสามารถนำไปประยุกต์ใช้จริงได้ ซึ่งหลักสูตรการสร้างและพัฒนาศักยภาพเครือข่ายนักสานพลังสร้างสุขภาวะในพื้นที่ (คนส.) ได้ต่อยอดจากหลักสูตรนักสานพลังขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพแบบมีส่วนร่วมและการพัฒนาสังคมสุขภาวะ (นนส.) ที่ผ่านมาของ สช. ที่เน้นการเรียนรู้และการสร้างเครือข่ายของผู้เข้าร่วมหลักสูตร โดยออกแบบ ดำเนินการอย่างยืดหยุ่นต่อเนื่องระยะยาว คือ มีการพัฒนาหลักสูตรให้สอดคล้องกับสถานการณ์และความต้องการเรียนของผู้เข้าร่วม โดย มีทิศทางที่มุ่งพัฒนาศักยภาพของเครือข่ายที่มีอยู่ให้เกิดการสานพลังข้ามภาคส่วนต่างๆ และนำไปสู่การพัฒนาประเด็นนโยบายสาธารณะที่สำคัญของประเทศร่วมกันต่อไป โดยจะดำเนินการอย่างต่อเนื่องทุกปี เริ่มรุ่นแรกในปี ๒๕๖๖ เพื่อให้เกิดการพัฒนาศักยภาพของภาคีเครือข่ายจากหลายภาคส่วนจำนวนมาก และสามารถนำไปปฏิบัติเพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงสู่การสร้างสุขภาวะในพื้นที่ได้จริง ต่อไป

สข. ขอขอบคุณ อาจารย์หมอวิชัย โชควิวัฒน์ ที่ได้ใช้ความรู้ ประสบการณ์ และความอุตสาหะในการรวบรวม เรียบเรียงจนได้เป็นหนังสือ “๓๗ ปี บนเส้นทางสามพราน กับกระบวนการพัฒนาและขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะ” เล่มนี้ และขอขอบคุณผู้ทรงคุณวุฒิอีกหลายท่านที่ได้ให้คำแนะนำในการจัดทำหนังสือเล่มนี้ เพื่อเผยแพร่สื่อสารสังคมได้เกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ดังคำกล่าว ที่ว่า “ยิ่งเรียนรู้ประวัติศาสตร์มากเท่าใด จะยิ่งรู้อนาคตมากยิ่งขึ้นเท่านั้น” และคาดหวังว่า การขยายแนวคิดทิศทางการต่างๆ ในหนังสือเล่มนี้จะได้นำไปสู่การพัฒนากำลังคน กลไกเครือข่ายองค์กรและหน่วยงานต่างๆ อย่างเป็นกัลยาณมิตร และเกิดการพัฒนางานอย่างเป็นระบบที่กว้างขวางและต่อเนื่องในอนาคตต่อไป •

ด้วยความขอบคุณและปรารถนาดีอย่างยิ่ง

นพ.ประทีป ธนกิจเจริญ

เลขาธิการคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ

๑๕ กรกฎาคม ๒๕๖๖

คำนำผู้เขียน



หนังสือเล่มนี้เกิดจาก นายแพทย์ประทีป ธนกิจเจริญ เลขาธิการคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ ได้เชิญผู้เขียนไปบรรยาย ในการประชุมของ “กลุ่มสามพราน” เมื่อวันที่ศุกร์ที่ ๙ มิถุนายน ๒๕๖๖; โดยแจ้งว่าจะขอให้ผู้เข้ารับการอบรมใน “โครงการสร้างและ พัฒนาศักยภาพเครือข่ายนักสานพลังสร้างสุขภาวะในพื้นที่ (คนส.) รุ่นที่ ๑” ที่สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพจัดขึ้นเข้าฟังด้วย; และหลังจากนั้นจะถอดเทปคำบรรยายเพื่อพิมพ์เผยแพร่ โดยแจ้งล่วงหน้า ประมาณ ๓ สัปดาห์. ผู้เขียนได้สอบถามถึงกลุ่มผู้เข้ารับการฝึกอบรมว่าเป็นใครบ้าง เพื่อจะได้เตรียมการบรรยายได้อย่างเหมาะสม.

เมื่อได้ข้อมูลเบื้องต้นแล้ว ผู้เขียนตัดสินใจเขียนเล่าเรื่องราวนี้ เพื่อใช้เป็นเอกสารประกอบการบรรยาย. เพราะเรื่องราวของ “กลุ่มสามพราน” มีความเป็นมายาวนานถึง ๓๗ ปีแล้ว เวลาประมาณ ๒ ชั่วโมงที่กำหนดให้ย่อมสั้นเกินกว่าที่จะนำเสนอสาระสำคัญได้

ครบถ้วน. ข้อสำคัญหากมีการถอดเทปคำบรรยายออกมาพิมพ์เผยแพร่ จะทำให้ “เสียวรรณรส” ไปมาก เพราะภาษาพูดกับภาษาเขียนมีความแตกต่างกันมาก. หนังสือเล่มนี้จึงเกิดขึ้น. โดยผู้เขียนได้เจียดเวลาจากงานประจำที่มากกว่าครึ่งยังรับราชการ เขียนออกมาเป็นบทความโดยเขียนจากความทรงจำเป็นส่วนใหญ่ มีเวลาตรวจสอบข้อมูลไม่มากนัก. เบื้องต้นออกมาเป็นบทความ ๓๑ หน้ากระดาษ A4 ทันแจกให้ผู้เข้าร่วมประชุมได้ “ติดไม้ติดมือ” ไปอ่านเพิ่มเติม. เพราะเวลาที่กำหนดให้สามารถนำเสนอเนื้อหาได้บางส่วนเท่านั้น.

หลังจากนั้น ผู้เขียนได้ตรวจสอบข้อมูลและเพิ่มเติมเนื้อหา ที่เห็นว่าสำคัญ โดยตรวจสอบทั้งจากเอกสารและ “ตัวละคร” หลายคนที่ยังมีชีวิตอยู่. รวมทั้งได้ขอให้ “ประจักษ์พยาน” (witness) ในเหตุการณ์บางท่านได้ช่วยอ่านและให้ข้อเสนอแนะด้วย. ซึ่งนายแพทย์ **อำพล จินตาวัฒน์** ได้อ่านอย่างละเอียดและขอแก้ไขเพิ่มเติมในหลายจุด ทำให้เนื้อหาสาระของหนังสือเล่มนี้ถูกต้องสมบูรณ์ยิ่งขึ้น. ขอขอบคุณมา ณ ที่นี้. โดยเฉพาะเรื่องการบังคับใช้สิทธิ์เหนือสิทธิบัตรยาซึ่งเป็นประวัติศาสตร์สำคัญเรื่องหนึ่งของระบบสาธารณสุขไทย. เรื่องดังกล่าวนี้ ผู้เขียนได้เขียนสรุปไว้แล้วในบทความวิชาการเรื่อง “เศรษฐศาสตร์การเมืองกับระบบยา”. บทความดังกล่าวตีพิมพ์เผยแพร่ใน “รายงานระบบยาของประเทศไทย ๒๕๖๓ (Thai Drug System 2020)” มีเนื้อหายาวถึง ๔๑ หน้า ในหนังสือขนาด ๘ หน้ายก. ผู้สนใจสามารถติดตามอ่านได้. ในที่นี้ได้ตัดตอนมาลงพิมพ์เฉพาะเรื่องการบังคับใช้สิทธิ์เหนือสิทธิบัตรยาเท่านั้น โดยแยกไว้เป็นภาคผนวก.

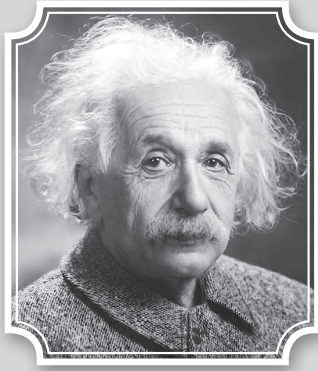
ขอขอบคุณ คุณหมอประทีป ธนกิจเจริญ ที่ทำให้เกิดงานชิ้นนี้. ขอขอบคุณ ท่านอาจารย์นายแพทย์วิจารณ์ พานิช ที่เขียน

“คำนิยม” อันทรงคุณค่ายิ่ง. ขอขอบคุณ **คุณพิภพ รงไชย** กัลยาณมิตร ที่คบหากันมายาวนานถึง ๕๗ ปี ที่เขียนคำนิยมจากมุมมอง “วงนอก” ของปัญญาชนคนสำคัญของเมืองไทย. ขอขอบคุณ **คุณสุภาภรณ์ บุญปก** ที่เป็นผู้พิมพ์บทความ ซึ่งมีการแก้ไขเพิ่มเติมไม่ต่ำกว่า ๕๐ ครั้ง รวมทั้งพิมพ์สไลด์ประกอบคำบรรยาย โดยต้องใช้เวลาทั้งนอกเวลาราชการและวันหยุด. ขอขอบคุณ **คุณวันเพ็ญ ทินนา** ที่ช่วยหาภาพประกอบมาตกแต่งสไลด์ประกอบคำบรรยายให้ได้ เนื้อหาสาระเพิ่มเติมตามหลักการ “ภาพหนึ่งภาพ มีค่าเสมอคำพันคำ” ซึ่งภาพเหล่านั้นมาปรากฏในหนังสือเล่มนี้ด้วย. ขอขอบคุณ “ครูตึง” **ไพโรจน์ ชินศิริประภา** ที่ตั้งใจทำอาร์ตเวิร์กในหนังสือทุกเล่มของผู้เขียน ด้วยความรัก จินตนาการน่าอ่านเสมอ.

ผู้เขียนตั้งใจทำงานอย่างหามรุ่งหามค่ำ ทั้งๆ ที่อยู่ในวัย ๗๖ ปี เต็มแล้ว. โดยแรกเริ่ม ตั้งใจเพียงให้เป็น “สิ่งที่เหลืออยู่” สำหรับผู้ฟังคำบรรยาย ตามนิยามหนึ่งของการศึกษาที่ไอเอสไต้น์กล่าวไว้ว่า “การศึกษา คือสิ่งที่เหลืออยู่หลังจากสิ่งที่ได้เรียนไปหมดแล้ว”. หวังว่าหนังสือนี้จะเป็นประโยชน์แก่ผู้สนใจตามสมควร. หากมีความผิดพลาดบกพร่องใดๆ ขอได้โปรดกรุณาแนะนำ ทิดิจ เพื่อจักได้แก้ไขในการพิมพ์เผยแพร่ครั้งต่อไป.

อนึ่งเพื่อความชัดเจน ไม่ทำให้เกิดความเข้าใจผิด ผู้เขียนได้ใช้เครื่องหมายวรรคตอนตามรอยพระยุคลบาทของพระมหา-
 ธีรราชเจ้า และท่านพุทธทาสภิกขุ ที่วงวิชาการภาษาไทยยังไม่ค่อย
 ยอมรับ จนเกิดปัญหาอยู่เสมอ. ขอขอบคุณล่วงหน้ามา ณ ที่นี้. •

วิชัย โขควิวัฒน์



“Education is what remains
after one has forgotten
what one has learned in school.”

“การศึกษาคืออะไรก็ตาม
ที่เหลืออยู่หลังจากที่คุณลืม
เรื่องที่คุณเรียนไปหมดแล้ว”

- Albert Einstein -



บทนำ



ประเทศไทยประสบความสำเร็จอย่างสูงในการปฏิรูประบบสุขภาพ ในบริบทของประเทศที่ “ล้มลุกคลุกคลาน” ในการพัฒนาประชาธิปไตยและการปฏิรูปสาขาอื่นๆ เช่น การปฏิรูประบบการเมืองการปกครอง การปฏิรูปการศึกษา การปฏิรูประบบยุติธรรม ฯลฯ ความสำเร็จในการปฏิรูประบบสุขภาพ มีรูปธรรม เช่น การปฏิรูปโครงสร้างพื้นฐานระบบบริการ การปฏิรูประบบการสร้างเสริมสุขภาพ การปฏิรูประบบการเงินการคลังด้านสุขภาพ การปฏิรูประบบคุณภาพสถานพยาบาล การปฏิรูประบบการแพทย์ฉุกเฉิน การแก้ปัญหาโรคติดต่อและโรคไม่ติดต่อ บางโรค. ความสำเร็จเหล่านี้ย่อมมีเหตุปัจจัยหลายประการสรุปได้ตาม **ยุทธศาสตร์สามเหลี่ยมเขยื้อนภูเขา** ของ **ศาสตราจารย์ นายแพทย์ประเวศ วะสี** ได้แก่

- (๑) การขับเคลื่อนความรู้
- (๒) การขับเคลื่อนสังคม
- (๓) การขับเคลื่อนนโยบาย.

ยุทธศาสตร์ดังกล่าวที่เริ่มต้นที่การขับเคลื่อนเรื่องความรู้ สอดคล้องกับหลักปรัชญาปฏิบัติ หรือทางสายกลางในพระพุทธศาสนา นั่นคือ **มรรค ๘** ซึ่งต้องเริ่มที่ **สัมมาทิฐิ** ความเห็นชอบ. แหล่งบ่มเพาะ “**การขับเคลื่อนความรู้**” หรือ “**สัมมาทิฐิ**” ใน ขบวนการปฏิรูประบบสุขภาพของไทยที่สำคัญ คือ **กลุ่มสามพราน** ซึ่งดำเนินการต่อเนื่องมาเป็นปีที่ ๓๗ แล้ว. จึงน่าสนใจที่จะได้ ศึกษา วิเคราะห์ กลุ่มสามพราน เพื่อจารึกไว้เป็นบทเรียนสำหรับ อนาคต.

บทความนี้เป็นมุมมองจากมุมเดียว โดยมีข้อจำกัดเรื่อง เวลา สังขาร ที่อยู่ในระยะของการ “**ฟื้นไข้**” จึงย่อมมีความคับแคบ ขาด ตกบกพร่อง และอคติไม่มากนักน้อย จึงต้องการการเติมเต็มจาก กัลยาณมิตร เพื่อความถูกต้อง สมบูรณ์ และเป็นประโยชน์ยิ่งขึ้นไป •

แหล่งบ่มเพาะ
“การขับเคลื่อนความรู้” หรือ “สัมมาทิฐิ”
ในขบวนการปฏิรูประบบสุขภาพของไทย
ที่สำคัญ คือ กลุ่มสามพราน
ซึ่งดำเนินการต่อเนื่องมาเป็นปีที่ ๓๗ แล้ว.



ขณะที่ประเทศ
ประสบความสำเร็จพอสมควร
ในการสร้างโรงพยาบาลครบทุกจังหวัด
แต่ในระดับอำเภอและตำบล
ซึ่งอยู่ในความรับผิดชอบของกรมอนามัย
กลับมีสภาพเหมือน “ลูกเมียน้อย”
จึงไม่สามารถสร้าง
สถานอนามัยขึ้นได้มากนัก.



ปัญหาความเหลื่อมล้ำ ในระบบสุขภาพ



๑. ปัญหาใหญ่ของระบบสุขภาพของประเทศไทย สรุปได้
เป็น ๒ ปัญหา คือ

(๑) ปัญหาความขาดแคลนทรัพยากร และ

(๒) ปัญหาความเหลื่อมล้ำระหว่างเมืองหลวง เมืองใหญ่
และชนบท.

ก่อนเปลี่ยนแปลงการปกครอง พ.ศ. ๒๔๗๕ บริการ
สาธารณสุขของประเทศไทยมีเฉพาะในเมืองหลวงและเมืองใหญ่
บางเมืองเท่านั้น. ในการเปลี่ยนแปลงการปกครอง คณะราษฎรมิได้
ให้ความสำคัญกับเรื่องการสาธารณสุข ดังไม่ปรากฏเรื่องนี้ใน
หลัก ๖ ประการของคณะราษฎร. ผู้ที่ตระหนักถึงความสำคัญของ
เรื่องนี้ และดำเนินการอย่างจริงจัง คือ **จอมพล ป.พิบูลสงคราม**
ที่ก่อตั้งกระทรวงสาธารณสุขขึ้นเมื่อวันที่ ๑๐ มีนาคม พ.ศ. ๒๔๘๕
โดยใช้เวลาในการก่อตั้งจนมีกฎหมายรองรับเพียง ๙ วัน ท่ามกลาง
บรรยากาศสงครามโลกครั้งที่ ๒ หลังไทยประกาศสงครามกับ
อังกฤษและสหรัฐฯ ๑ เดือนครึ่ง และตลอดระยะเวลาราว ๑๕ ปี

หลังจากนั้น รัฐบาลได้สร้างโรงพยาบาลขึ้นจนครบทุกจังหวัดท่ามกลางความขาดแคลน. ส่วนหนึ่งเป็นเพราะนโยบายอันแน่วแน่ของผู้นำประเทศ คือ จอมพล ป. พิบูลสงคราม ที่ดำรงตำแหน่งนายกรัฐมนตรียาวนานราว ๑๒ ปี ในช่วงนั้น และมีข้าราชการที่มีความรู้ความสามารถสูง สามารถแปลงนโยบายสู่การปฏิบัติเป็นผลสำเร็จอย่างเป็นรูปธรรมหนึ่งในจำนวนนั้นคือ ศาสตราจารย์ นายแพทย์เสม พริ้งพวงแก้ว.

๒. ขณะที่ประเทศประสบความสำเร็จพอสมควรในการสร้างโรงพยาบาลครบทุกจังหวัด ในระดับอำเภอและตำบลซึ่งอยู่ในความรับผิดชอบของกรมอนามัย มีสภาพเหมือน “ลูกเมียน้อย” จึงสามารถสร้างสถานีอนามัยขึ้นได้ไม่มากนัก. ในราวปี พ.ศ. ๒๕๑๒ ผู้เขียนรับหน้าที่สารานุกรสโมสรมนักศึกษาแพทย์ศิริราช ได้เขียนบทความลงในหนังสือรับน้องใหม่ แสดงให้เห็นความขาดแคลนบริการสาธารณสุขในชนบทอย่างรุนแรง และความแตกต่างเหลื่อมล้ำอย่างมาก ระหว่างเมืองหลวง เมืองใหญ่ กับชนบท. ตลอดช่วงสงครามเย็นจนกระทั่งประเทศอินโดจีนพ่ายแพ้แก่คอมมิวนิสต์ ยุทธวิธีหนึ่งในการ “ทำสงครามแย่งชิงประชาชน” คือ “การออกหน่วยแพทย์เคลื่อนที่”.

๓. ปัญหาซ้ำเติมที่ทำให้การขาดแคลนแพทย์ในชนบทรุนแรงขึ้น คือ ปัญหาแพทย์ไปนอก ซึ่งเกิดจากสงครามเวียดนามทำให้สหรัฐฯ ขาดแคลนแพทย์ จึงออกกฎหมายเปิดทางให้แพทย์ในประเทศต่างๆ เข้าไปทำงานในสหรัฐฯ ง่ายขึ้น และแพทย์ไทยจำนวนไม่น้อยก็พากันหลั่งไหลไปสู่สหรัฐฯ ทำให้ปัญหาความขาดแคลนและเหลื่อมล้ำรุนแรงยิ่งขึ้น.

ตารางที่ ๑. ภาวะสมองไหลในประเทศไทย พ.ศ. ๒๕๐๖-๒๕๐๘

ปี พ.ศ.	จำนวนแพทย์จบใหม่	จำนวนแพทย์ที่ไปทำงานในต่างประเทศ	ร้อยละของภาวะสมองไหล
๒๕๐๖	๒๓๓	๕๖	๒๔
๒๕๐๗	๒๓๖	๘๑	๓๔
๒๕๐๘	๒๗๖	๑๔๐	๕๒
รวม	๗๔๕	๒๗๗	๓๗



■ สถานีอนามัยชั้นหนึ่ง อำเภอเสลภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด (เคยเป็นอำเภอหนึ่งในจังหวัดกาฬสินธุ์)



■ สถานีอนามัยชั้น ๒ ที่อำเภอวังทอง จังหวัดพิษณุโลก (ปัจจุบันถูกรื้อถอนไปจนหมดแล้ว)

ความพยายาม ในการแก้ปัญหาความขาดแคลน และความเหลื่อมล้ำ



๑. กระทรวงสาธารณสุขได้พยายามแก้ปัญหาความขาดแคลนและความเหลื่อมล้ำโดยการสร้าง “สถานีอนามัย” และยกระดับสถานีอนามัยในระดับอำเภอ. แต่เพราะจำนวนอำเภอและตำบลมีมาก จึงขยายการครอบคลุมได้อย่างเชื่องช้า. ประมาณปี พ.ศ. ๒๕๑๔ มีอำเภอ “รอบนอก” ราว ๕๐๐ กว่าอำเภอ มีสถานีอนามัยที่มีแพทย์ประจำราว ๑๕๐ แห่ง มีแพทย์ประจำเพียงแห่งละ ๑ คน. มีเพียงแห่งเดียวที่มีแพทย์ประจำ ๒ คน เป็นสามี-ภรรยา คือ อำเภอแก่งคอย สระบุรี. และกรมอนามัยได้รับงบประมาณยกระดับสถานีอนามัยขึ้นเป็นสถานีอนามัยชั้นหนึ่งที่มีแพทย์ประจำเพียงปีละ ๒ แห่ง ฉะนั้นต้องใช้เวลาราว ๒๐๐ ปี จึงจะมีแพทย์ไปอยู่ประจำครบทุกอำเภอ.

๒. กรมอนามัยมีมาตรการดึงดูดแพทย์ไปรับราชการโดยให้ “ทุนหมออนามัย” แก่นักศึกษาแพทย์เดือนละ ๒๐๐ บาท โดยมีเงื่อนไขว่าจบแล้ว ต้องไปรับราชการในหน่วยงานสังกัดกรมอนามัย. ถ้าจบแล้วไม่ไปรับราชการตามเงื่อนไข กรมอนามัยจะรับคืนเงิน

ทุนที่ได้รับไปโดยไม่คิดค่าปรับ และไม่คิดดอกเบี้ยด้วย แม้กระนั้น ก็มีนักศึกษาแพทย์ที่รับทุนดังกล่าวไป “ใช้ทุน” จริงน้อยมาก ดังรุ่น **นายแพทย์มรกต กรเกษม** ราว ๑๕๐ คน ที่คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล เป็นชายราว ๑๒๐ คน หญิงราว ๓๐ คน “รับทุน” ราว ๒๐ คน แต่ไป “ขาดใช้ทุน” เพียง ๓



■ นายแพทย์มรกต กรเกษม

คน อีก ๒ คนคือ **นายแพทย์สมควร ฉ่ำพืง** ไปขาดใช้ทุนที่ภาคใต้ ตอนบน **นายแพทย์มานพ กุลสุจริต** ไปรับราชการที่ อ.เวียงสา จ.น่าน. นายแพทย์มรกตเรียนจบใน พ.ศ. ๒๕๐๑ เริ่มไปปฏิบัติงานที่กองอนามัยแม่และเด็ก กรมอนามัย ก่อนไปทำหน้าที่เป็น “หัวหน้าหน่วยพระราชทานรักษาประชาชน” ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ. หน่วยดังกล่าวเกิดจากรัฐบาลฝรั่งเศสถวายรถยนต์ขนาดใหญ่ยี่ห้อโรแลนด์แต่พระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวฯ รัชกาลที่ ๙ จำนวน ๒ คัน ซึ่งทรงพระราชทานให้กระทรวงสาธารณสุขมาจัดทำหน่วยแพทย์เคลื่อนที่ ๒ หน่วย. หน่วยภาคตะวันออกเฉียงเหนือ มีหัวหน้าหน่วยคนแรก คือ **นายแพทย์มบุญ ฤทธิสิทธิ์**. นายแพทย์มรกตเป็นหัวหน้าหน่วยคนที่ ๒ เริ่มไปปฏิบัติการที่ จ.ศรีสะเกษ ซึ่งขณะนั้นโรงพยาบาลจังหวัดมีแพทย์ประจำเพียง ๒ คน. และมีสถานีอนามัยชั้นหนึ่งที่มีแพทย์ประจำเพียงแห่งเดียวที่ อ.กันทรลักษ์ คือ **นายแพทย์บุญยั้ง วัดแก้ว**. นายแพทย์มรกตออก “หน่วยแพทย์เคลื่อนที่” ทุกอำเภอ ยกเว้น อ.ราชสีห์ เพราะที่อำเภอนั้นมี

ลำห้วยกัน ไม่มีสะพานข้าม รถจะข้ามไปได้เฉพาะช่วงหน้าแล้ง. นายแพทย์มรกตไปปฏิบัติงานช่วงหน้าฝน จึง “ข้ามไปไม่ได้” เสร็จภารกิจที่ศรีสะเกษ นายแพทย์มรกต “ข้าม” มาปฏิบัติภารกิจที่ จ.บุรีรัมย์ ที่นั่นพบแพทย์ท่านหนึ่งแนะนำว่าที่ อ.นางรอง สร้างสถานือนามัยขึ้นหนึ่งแล้วหลายปี ไม่มีแพทย์ไปประจำ. อำเภอนางรอง เป็นอำเภอที่ “ดินดำน้ำชุ่ม” อุดมสมบูรณ์ดี นายแพทย์มรกตจึงสมัครไปรับราชการที่นั่น (*สัมภาษณ์นายแพทย์มรกต ករុក្ខម อดีตรัฐมนตรีช่วยว่าการกระทรวงสาธารณสุข หนึ่งในผู้รับทุนกรมอนามัย*).

๓. ในกองทัพก็ขาดแคลนแพทย์ในต่างจังหวัดจำนวนมาก. กรมแพทย์ทหารบกมีความพยายามแก้ปัญหาโดยการส่งนักศึกษาโควตาพิเศษเข้ามาเรียนในโรงเรียนแพทย์ ก็ถูกต่อต้านว่าเป็นการใช้อภิสิทธิ์ จนต่อมามีการสร้างโรงเรียนแพทย์ขึ้นเอง. นอกจากนี้มีการจูงใจให้นักศึกษาแพทย์ปีที่ ๕-๖ ออกไปดูงานของกรมแพทย์ทหารบก ผู้เขียนได้สมัครไป “ดูงาน” ได้ขึ้นเครื่องบินและเฮลิคอปเตอร์ไปศึกษาดูงานที่ อ.ห่มสัก จ.เพชรบูรณ์ ซึ่งมีการสู้รบรุนแรง แต่มีแพทย์จบใหม่ไปสมัครเข้ารับราชการในกองทัพก็ไม่มากนัก.

๔. เมื่อมีปัญหาแพทย์ไปนอกจำนวนมากขึ้นๆ กระทรวงสาธารณสุขจึงใช้ “ยาแรง” คือให้นักศึกษาแพทย์ทำสัญญา “รับทุน” โดยใช้วิธีการที่ “ชาญฉลาด” เริ่มให้ทำสัญญาขณะเรียนปี ๑ ของโรงเรียนแพทย์ หรือปี ๓ ของหลักสูตร ๖ ปี โดยกำหนดให้ชดใช้ทุนเพียง ๓ ปี. การกำหนด “เส้นตาย” ให้เซ็นสัญญารับทุนเป็นวันก่อนวันสอบไล่ปลายภาคเพียง ๑ วัน ทำให้นักศึกษา

“จำยอม” รั้งทุน. ระยะแรกบังคับเพียง ๗๐%. และเมื่อมีการต่อต้านก็ยอมนับระยะเวลาช่วงเป็นแพทย์ฝึกหัด (intern) เป็นระยะเวลาชดใช้ทุนด้วย และต่อมาจึงขยายให้รับทุนทั้งหมดตามการเรียกร้องของนักศึกษาแพทย์ที่ระบุเหตุผลเพื่อความ “เสมอภาค”.

มาตรการบังคับรับทุนนี้ ต่อมาขยายการบังคับกับทันตแพทย์และเภสัชกรด้วย แต่ทำได้ไม่นานราชการก็ไม่มี “ตำแหน่งรองรับ” จึงต้องทยอยเลิกไป.

มาตรการ “ยาแรง” นี้เอง ทำให้เกิด “ขบวนการแพทย์ชนบท” โดยเริ่ม “ก่อหวอด” ในปี พ.ศ. ๒๕๑๑ •

การก่อเกิดของ “ขบวนการแพทย์ชนบท”



๑. สัญญาบังคับรับทุน ทำให้นักศึกษาแพทย์ต้อง “คิด” และ “พยายาม” “เตรียมพร้อม” เพื่อออกไปอยู่ชนบท จึงเกิดโครงการ “สัมพันธ์ชนบท”. โครงการดังกล่าวมีการออกไป “ศึกษาดูงาน” โรงพยาบาลในต่างจังหวัด ทำให้เกิดการรวมกลุ่มซึ่งต่อมา ก่อตั้งเป็น **ศูนย์นิสิตนักศึกษาแพทย์แห่งประเทศไทย** มีการจัดทำข้อเสนอเพื่อให้กระทรวงสาธารณสุขเตรียมการรองรับการออกไปปฏิบัติงานของ “แพทย์รับทุน”.

โครงการสัมพันธ์ชนบท ก่อให้เกิด “เรื่องดีดี” เช่น กรณี นายแพทย์คณิต ต้นตติศิริวิทย์ แพทย์รับทุนรุ่น ๒ ได้ไปพบนายแพทย์ บุญยงค์ วงศ์รักมิตร ผู้อำนวยการโรงพยาบาลน่าน ทำให้นายแพทย์ คณิตประทับใจมากและเลือกไปปฏิบัติงานที่ รพ.น่าน จนเกษียณอายุและอยู่ต่อมาหลังเกษียณอายุราว ๑๕ ปี ใน พ.ศ. ๒๕๖๖ ทั้งๆ ที่ จ.น่าน เป็นจังหวัดที่ห่างไกลทุรกันดาร จนมีเรื่องเล่าว่า เดิมเมืองนี้ชื่อ “น่าน” มาเปลี่ยนชื่อเป็น “น่าน” โดยแลกไม้เอกกับ “เมืองงั่ว” ที่ จ.ลำปาง เหลือเป็นเมืองงาว.

ปีแรก กระทรวงสาธารณสุขให้แพทย์ใช้ทุนออกไปปฏิบัติ
งานเลย โดยถือหลัก “ให้โยนลงไปในน้ำ แล้วเขาจะว่ายน้ำเป็นเอง”
แต่ถูกวิพากษ์วิจารณ์มาก.

ปีต่อมา กระทรวงสาธารณสุขได้พยายามเตรียมการโดยการ
จัดหลักสูตร “ปฐมนิเทศ” แพทย์รับทุนให้เข้ารับการฝึกอบรมและ
ไป “ศึกษาดูงาน” ในหน่วยงานต่างๆ พร้อมการจัดทำเอกสาร
รวบรวมระเบียบราชการต่างๆ มอบให้ โดยระยะ “ปฐมนิเทศ”
ยาวนานถึง ๕ เดือนเศษ แต่มิได้มีการ “ปรับโครงสร้าง” และ
“พัฒนาระบบ” ต่างๆ รองรับ ทำให้แพทย์รับทุนรุ่นแรกๆ ส่วนใหญ่
“ทนทำงาน” รอเวลาให้หมดสัญญา. ส่วนใหญ่แยกย้ายกันไป
เรียนต่อเพื่อเป็นแพทย์ผู้เชี่ยวชาญต่อไป หลังหมด “สัญญารับทุน”.

๒. นายแพทย์มานิตย์ ประพันธ์ศิลป์ แพทย์ใช้ทุนรุ่น ๓
เป็นบุคคลแรกที่พยายามจะ “รวมตัว” แพทย์ชนบทเพื่อปฏิรูปรู
บบ โดยการออกตระเวนไปชักชวนแพทย์โรงพยาบาลอำเภอ
โดยเฉพาะในภาคอีสานได้จำนวนหนึ่ง และได้ไปขอ “บารมี”
แพทย์ชนบทอาวุโส คือ นายแพทย์อุเทน จารณศรี ผู้อำนวยการ
โรงพยาบาลปากช่องให้รับเป็น “แม่งาน” จัดการประชุมที่เขา
ใหญ่. มีคนไปร่วมราว ๕๐ คน ได้ข้อยุติสำคัญคือการก่อตั้ง
“สหพันธ์แพทย์ชนบท” ขึ้น. ประเด็นสำคัญที่ถกเถียงกันคือ:

(๑) วัตถุประสงค์ขององค์กร เพื่อชาวชนบทหรือเพื่อแพทย์
ชนบท ที่สุดมุ่งเน้นเพื่อชาวชนบทเป็นวัตถุประสงค์หลัก



■ นายแพทย์มานิตย์ ประพันธ์ศิลป์



■ นายแพทย์อุเทน จารณศรี

(๒) ระหว่างชื่อ “สหพันธ์แพทย์ชนบท” กับชื่อ “ชมรมแพทย์ชนบท” เสียงก้ำกึ่งกัน แต่สุดท้ายเลือกชื่อแรก เพราะดูมีพลังดี และไม่ใช่ว่า “เป็นชัย” เนื่องจากเยอรมนีตะวันตกขณะนั้นก็ชื่อ “สหพันธ์สาธารณรัฐเยอรมนี”

ผู้เขียนพยายามปูพื้นแนวคิดสำคัญมาตั้งแต่ต้น ๒ เรื่องได้แก่ :

๑) ต้อง “เคารพผู้อาวุโส” ตามหลักอภิธานิยธรรม. การประชุมครั้งต่อมาจึงไปประชุมที่ บางละมุง ชลบุรี ซึ่งผู้อำนวยการโรงพยาบาลที่นั่นคือ พันโทนายแพทย์คม บ็องขันธุ์ แพทย์เสนารักษ์ รุ่งอาวุโส รับเป็นเจ้าภาพ และลงมติเลือก นายแพทย์ประสพ พาลพ่าย ผู้อำนวยการโรงพยาบาลบางปะอิน จ.พระนครศรีอยุธยา เป็นประธาน เพราะเป็นแพทย์ชนบทอาวุโสกว่าเพื่อนในขณะนั้น และยินดีรับเป็นประธานตามการขอร้องของพวกเรา.

๒) ต้องเรียนรู้จาก **มหาตมะ คานธี** ผู้นำ “**ขบวนการกู่เอกราช**” ของอินเดีย. โดยสหพันธ์แพทย์ชนบท มีสถานภาพเป็น “**ขบวนการ**” มุ่งทำงานเพื่อ “**อุดมการณ์**” หรือ “**เป้าหมาย**” คือเพื่อชาวชนบท มิใช่ “**สถาบัน**” ที่มักมุ่งทำงานเพื่อความเติบโตขององค์กร. ในภาษาอังกฤษก็คือ เป็น “**movement**” มิใช่ “**establishment**”. คานธีเตือนไว้ว่า “**ขบวนการ**” **เมื่อเริ่มก่อเกิด** จะไม่มีใครรู้จักหรือยอมรับ. **ระยะที่ ๒** จะเริ่มถูกระแวงจะต้องระวังให้ดี ถ้าเริ่มเข้มแข็งจะเข้าสู่ **ระยะที่ ๓** ที่เริ่มมีบทบาทและอาจไปกระทบผลประโยชน์ของผู้อื่นก็จะเริ่มถูกทำลาย. ฉะนั้นจะต้องทำทุกอย่างอย่างโปร่งใส ไม่มีระเบียบวาระซ่อนเร้น (hidden agenda). กลุ่มผู้ริเริ่มผลักดันขององค์กรเป็นคนหนุ่มสาว จะมีภาพของความ “**ร้อนแรง**” และ “**รุนแรง**” ฉะนั้นต้อง “**เคารพผู้อาวุโส**” ตามหลักอุปทานิยมธรรม และต้อง “**เข้าหา**” ผู้ใหญ่เพื่ออธิบายให้เกิดความไว้วางใจ จะทำให้เรา “**ปกครองตัว**” ฟันฝ่าอุปสรรคต่างๆ ไปได้. **ระยะที่ ๔** ขบวนการจะเริ่มมี “**อิทธิพล**” ต้องระวังอย่าให้ใครมาฉกฉวยโอกาสใช้เป็นเครื่องมือ. และ **ระยะที่ ๕** ถ้าขบวนการเข้มแข็งมากๆ อาจจะ “**แปรธาตุเปลี่ยนสี**” เป็น “**สถาบัน**” ที่มุ่งทำงานเพื่อตนเอง แทนที่จะมุ่งทำงานเพื่อ “**อุดมการณ์**” หรือ “**เป้าหมาย**” ก็จะ “**เสื่อมสถานะ**” ลง จึงจำเป็นต้องดำรงสถานะเป็น “**ขบวนการ**” ไว้ให้มั่นคงต่อไป. ช่วงนั้น เป็นช่วงที่สถานการณ์การเมืองร้อนแรงมาก (พ.ศ. ๒๕๑๙) แต่พวกเรา ก็ฟันฝ่ามาได้ โดยผู้ใหญ่ในกระทรวงสาธารณสุข เป็นผู้คอยปกป้องพวกเรา เช่น **ท่านอาจารย์นายแพทย์ไพโรจน์ นิงสานนท์** ได้เคยเขียนไว้เป็นลายลักษณ์อักษรว่า

ครั้งที่กลุ่มหมอหนุ่มสาวในชนบท เขารวมตัวกันเป็น “สหพันธ์แพทย์ชนบท” เมื่อราวปี พ.ศ. ๒๕๑๙ ผมเป็นผู้บริหารกระทรวงสาธารณสุขคนหนึ่งที่สนับสนุนการรวมตัวกัน จนมีผู้บริหารบางคนถามว่า “ทำไมไปสนับสนุนแก๊งอั้งยี้”



■ นพ.โพโรจน์ นิงสานนท์

ผมตอบไปว่า “น้องๆ พวกนี้ มีอุดมการณ์แรงกล้า และกระทรวงสาธารณสุขต้องการกำลังสำคัญในการบุกเบิกงานสาธารณสุขในชนบท ผู้บริหารในกระทรวงสาธารณสุขควรจะต้องหนุนให้เขารวมตัวกันหาความรู้โดยเฉพาะการบริหารจัดการ ช่วยกันพัฒนางาน พัฒนาวิชาการ และพัฒนาตัวเองในการทำงานเป็นคณะ ผมมั่นใจว่าเขาไม่ใช่แก๊งอั้งยี้ที่จะมากดดันต่อรองเอาผลประโยชน์ส่วนตัวแน่ๆ”

เวลา ๒๕ ปีผ่านไป น้องๆ ทั้งหลายก็พิสูจน์ว่าความเข้าใจของผมไม่ได้ผิดพลาด*

* (คำนำ แพทย์ชนบท - กัลยาณมิตรของการสาธารณสุขไทย. ๒๕ ปี ขบวนการแพทย์ชนบทกับแผ่นดินไทย. สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ บรรณาธิการ. กรุงเทพฯ : องค์การอนามัยโลก, ๒๕๔๖)

เมื่อท้องฟ้าสีทองผ่องอำไพ
ประชาชนย่อมเป็นใหญ่ในแผ่นดิน

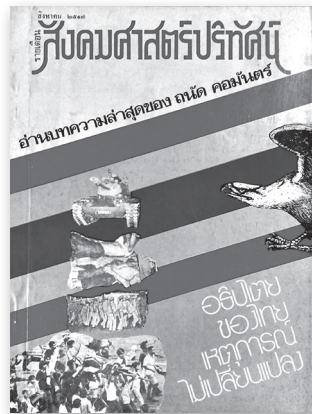
- วิสา คัญทัพ -

เมื่อทองฟ้า สีทองผ่องอำไพ



นอกจากสถานการณ์ “บีบบังคับ” จากเรื่องสัญญาบังคับ
รับทุนแล้ว ยังมีสถานการณ์ที่เอื้ออำนวยจากการ “ตื่นตัว” ของ
นักศึกษาและปัญญาชน หลังจากถูก “ต้อน” เข้าไปอยู่ในรั้ว
มหาวิทยาลัย และการปกครองโดยระบอบเผด็จการยาวนานของ
ระบอบสฤษดิ์-ถนอม ตั้งแต่ พ.ศ. ๒๕๐๐. การเริ่มต้นตัวของ
นักศึกษาประชาชนเริ่มโดยลำดับ ดังนี้ :

๑. กำเนิดของนิตยสาร “สังคม-
ศาสตร์ปริทัศน์” ตั้งแต่ช่วงปลาย
สมัยของจอมพลสฤษดิ์ ธนะรัชต์
เมื่อ พ.ศ. ๒๕๐๖ เริ่มการวิพากษ์
วิจารณ์สังคม และสถาบันการศึกษา
และต่อมามี “สังคมศาสตร์ปริทัศน์
ฉบับนิสิตนักศึกษา”.



๒. ภายในมหาวิทยาลัย มีจุลสาร/วารสาร เล่มละ ๑ บาท เขียนบทกวีและบทความ ซึ่งส่วนหนึ่งมีการวิพากษ์วิจารณ์ชีวิตในมหาวิทยาลัย เช่น :

บทกวี เพลงเถื่อนแห่งสถาบัน ของ วิทยากร เชียงกูล ที่มีวรรคทองว่า

ฉันเยาว์ ฉันเขลา ฉันทึ่ง
ฉันจึงมาหาความหมาย
ฉันหวังเก็บอะไรไปมากมาย
สุดท้ายให้กระต๊ากฉันแผ่นเดียว

และบทกวี “กูเป็นนิสิต
นักศึกษา” ของ สัจจิตต์ วงษ์เทศ

กูเป็นนิสิตนักศึกษา
วาสนาสูงส่งสโมสร
ย่ำค่ำกูจะย่ำไปงานบอล
เสฟเสนทร์เกษรสุมาลี....

๓. การรวมตัวของนักศึกษา
๗ มหาวิทยาลัยออกหนังสือพิมพ์
รายสะดวก “เจ็ดสถาบัน”.

๔. การสัมมนาระหว่าง
นักศึกษาปัญญาชนครั้งแรกที่สำนัก
กลางนักเรียนคริสเตียน เมื่อ พ.ศ.
๒๕๐๙ เรื่อง “ความรับผิดชอบทาง



จริยธรรมเป็นความจำเป็นในการพัฒนาประเทศ”.

๕. การประกาศใช้รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. ๒๕๑๑ เมื่อวันที่ ๒๐ มิถุนายน พ.ศ. ๒๕๑๑ และการเดินขบวนต่อต้านการขึ้นค่าโดยสารรถเมล์ในวันที่ ๒๑ มิถุนายน พ.ศ. ๒๕๑๑.

๖. การเลือกตั้งทั่วไป เมื่อ พ.ศ. ๒๕๑๒ และการก่อตั้งกลุ่มนิสิตนักศึกษาสังเกตการณ์เลือกตั้ง และการก่อตั้ง ศูนย์กลางนิสิตนักศึกษาแห่งประเทศไทย ในเวลาต่อมา.

๗. รัฐประหาร ๑๗ พฤศจิกายน ๒๕๑๔ ทำให้เกิดขบวนการต่อต้าน ได้แก่ :

- จดหมายนายเข้ม เย็นยิ่ง ถึง ผู้ใหญ่ท่านุ เกียรติกิจอง
 - การประท้วงกฎหมายโบท่า
 - ข่าวย้อฉาวเรื่องการล่าสัตว์ป่าที่ทุ่งใหญ่
 - การชุมนุมคัดค้านการลอบฆือนักศึกษารามคำแหง
- เมื่อ ๒๑-๒๒ มิถุนายน ๒๕๑๖ เป็นการประท้วง “ข้ามคืน” ครั้งแรก

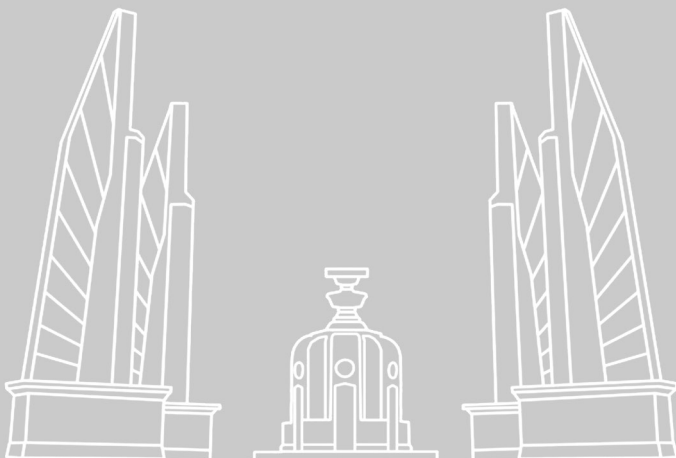
๘. เหตุการณ์ ๑๔ ตุลาคม ๒๕๑๖ ที่ทำให้เกิดความหวังอันเรื่องรองว่า

เมื่อท้องฟ้าสีทองส่องอำไพ

ประชาชนย่อมเป็นใหญ่ในแผ่นดิน •

๑๔ ตุลาคม ๒๕๑๖ มีจุดเริ่มต้นจากการเรียกร้อง รัฐธรรมนูญตามความเชื่อว่า รัฐธรรมนูญ คือสัญลักษณ์และหลักประกันแห่งระบอบ ประชาธิปไตย.

สำหรับ “โลกสาธารณสุข” จึงต้องสร้าง บทบัญญัติขึ้นไว้ในรัฐธรรมนูญที่จะมีการ ร่างขึ้น ในที่สุดก็เกิด “พรรคทอง” ของ สาธารณสุขในรัฐธรรมนูญไทย พ.ศ. ๒๕๑๗ นั่นคือ มาตรา ๙๒



ความหวังหลัง ๑๔ ตุลา ในอาณาบริเวณสาธารณสุข



๑๔ ตุลา ๒๕๑๖ ส่งผลต่อระบบสาธารณสุขที่สำคัญ ได้แก่

๑. ๑๔ ตุลา ๒๕๑๖ มีจุดตั้งต้นจากการเรียกร้องรัฐธรรมนูญ ตามความเชื่อว่า รัฐธรรมนูญคือสัญลักษณ์และหลักประกัน แห่งระบอบประชาธิปไตย.

สำหรับ “โลกสาธารณสุข” จึงต้องสร้างบทบัญญัติขึ้นไว้ ในรัฐธรรมนูญที่จะมีการร่างขึ้น ในที่สุดก็เกิด “วรรคทอง” ของ สาธารณสุขในรัฐธรรมนูญไทย พ.ศ. ๒๕๑๗ นั่นคือ

มาตรา ๗๒ รัฐพึงส่งเสริมการสาธารณสุขตลอดถึงการ
อนามัยครอบครัว และพึงคุ้มครองสุขภาพของบุคคล และ
สนับสนุนให้ประชาชนมีส่วนร่วมด้วย

รัฐพึงให้การรักษาพยาบาลแก่ผู้ยากไร้โดยไม่คิดมูลค่า

การป้องกันและควบคุมโรคติดต่ออันตราย รัฐจะต้องกระทำ
ให้แก่ประชาชนโดยไม่คิดมูลค่า

บทบัญญัติมาตรา ๙๒ นี้ อยู่ในหมวด “แนวนโยบายแห่งรัฐ” ซึ่งเดิมรัฐธรรมนูญ ฉบับ พ.ศ. ๒๕๑๑ เขียนไว้ในมาตรา ๙๖ เพียงว่า “รัฐพึงส่งเสริมการสาธารณสุข” เท่านั้น.

ความในมาตรา ๙๒ นี้ คงอยู่ในรัฐธรรมนูญทุกฉบับ และเป็นรากฐานสำคัญที่ทำให้เกิด นโยบายรักษาฟรี ซึ่งพัฒนาต่อมาเป็นระบบบัตรทอง และพรรคสามมีผลสำคัญทำให้ประเทศไทยสามารถควบคุม โควิด-๑๙ ได้ดีพอสมควร โดยเฉพาะปีแรกของการระบาด.

๒. ทำให้เกิดการปฏิรูปโครงสร้างครั้งใหญ่ในกระทรวงสาธารณสุข (จากที่ทำให้บิดเบี้ยวไปโดยคณะรัฐประหาร ๒๕๑๔) ในปี ๒๕๑๗ ซึ่งทำให้เกิดเอกภาพของงานด้านรักษาและป้องกันทั้งในส่วนกลางและส่วนภูมิภาค และทำให้ “มหาบุรุษแห่งวงการสาธารณสุข” คือ **ท่านอาจารย์เสม พริ้งพวงแก้ว** ได้กลับเข้ามา สร้างคุณูปการมากมายให้แก่วงการสาธารณสุขไทย.



■ ศ.นพ.เสม พริ้งพวงแก้ว

๓. ภาพความขาดแคลนและความเหลื่อมล้ำในระบบสาธารณสุขที่มีการ “ตีแม่” มาระยะหนึ่ง ทำให้พรรคกิจสังคม มี นโยบายสำคัญ ๒ เรื่อง คือ ก. นโยบายรักษาฟรี และ ข. นโยบายสร้างโรงพยาบาลอำเภอให้ครบทุกอำเภอในประเทศไทย. เมื่อ

ม.ร.ว. คึกฤทธิ์ ปราโมช ได้เป็นผู้นำจัดตั้งรัฐบาล ก็ดำเนินการอย่างจริงจังกับทั้ง ๒ นโยบายนี้.

ช่วงนั้น เราเห็นชัดเจนว่านโยบายสร้างโรงพยาบาลให้ครบทุกอำเภอ “เป็นไปได้ไม่ได้” เพราะทั้งประเทศมีเพียงอำเภอเดียวที่มีแพทย์อยู่ ๒ คน สามิ-ภรรยา แต่เราก็ไม่คัดค้าน เพราะมองเห็นประโยชน์ว่านโยบายดังกล่าวเป็น “เจตจำนงทางการเมือง” (Political will) ที่ดี ควรสนับสนุน ไม่ควรมุ่ง “จับผิด” หรือ “อวดรู้” ในลักษณะ “ร้อนวิชา” . •



สหพันธ์แพทย์ชนบท
ก่อตั้งขึ้นเมื่อราวต้นปี พ.ศ. ๒๕๑๙
และถึงแก่กาลล่มสลาย
หลังเหตุการณ์ ๖ ตุลาคม ๒๕๑๙.
ผลงานสำคัญของสหพันธ์แพทย์ชนบท
คือการผลักดันให้กระทรวงสาธารณสุข
จัดประชุมผู้อำนวยการโรงพยาบาลอำเภอ
ทั่วประเทศที่หอประชุมโรงพยาบาลสงขล.



ฤดูกาลอันแสนสั้น



สหพันธ์แพทย์ชนบท ก่อตั้งขึ้นเมื่อราวต้นปี พ.ศ. ๒๕๑๘ และถึงแก่กาลล่มสลายหลังเหตุการณ์ ๖ ตุลาคม ๒๕๑๙. ผลงานสำคัญของสหพันธ์แพทย์ชนบทคือการผลักดันให้กระทรวงสาธารณสุขจัดประชุมผู้อำนวยการโรงพยาบาลอำเภอทั่วประเทศที่หอประชุมโรงพยาบาลสงฆ์. ระหว่างการประชุมมีการจัดเลี้ยงที่โรงแรมเอเชีย ราชเทวี มีการเชิญ **ศาสตราจารย์นายแพทย์กำธร สุวรรณกิจ** อดีตอธิบดีกรมอนามัย (ช่วง พ.ศ.๒๕๐๑-๒๕๐๙) มาร่วมงานเลี้ยงและกล่าวปราศรัยกับแพทย์ชนบท. ศ.นพ.กำธร เป็นอดีตอธิบดีกรมอนามัยที่เป็นที่เคารพนับถือของ “หมออนามัย” เพราะเป็นนักเรียนนอกจากฮาร์วาร์ดและคอร์เนล และมีภาวะผู้นำสูง. เวลานั้นอาจารย์กำธรอยู่ในวัย ๗๐ ปี



■ ศ.นพ.กำธร สุวรรณกิจ

เศษ แต่ยังมีสุขภาพและบุคลิกภาพ
เข้มแข็งมาก. ท่านอาจารย์กำธร
เล่าว่าเป็นผู้ริเริ่มผลักดันให้เกิด
ระบบเงินบำรุงขึ้นในสถานีนามัย.
ในวัย ๗๐ ปีเศษ ท่านยังมี “ไฟ”
ที่ปลุกพลังและเป็นไอดอล (Idol)
ให้แก่ แพทย์โรงพยาบาลอำเภอ
วัยหนุ่มสาวได้อย่างมาก.



■ พระพนมนครานุรักษ์

“ระบบเงินบำรุง” ในกระทรวงสาธารณสุขทางสาย “กรม
การแพทย์” เกิดจากกรณีที่ท่านอาจารย์เสม พริ้งพวงแก้ว
ไปร่วมกับ พระพนมนครานุรักษ์ ผู้ว่าราชการจังหวัดเชียงราย
(อดีตผู้ว่าราชการจังหวัดนครพนม ผู้เคยสร้างโรงพยาบาลนครพนม
สำเร็จมาแล้ว) “เสียใจ” เงินประชาชน “คนละบาท” สร้างโรงพยาบาล
เชียงรายประชาชนุเคราะห์ขึ้นจนสำเร็จ โดยไม่มีงบประมาณ “ลัก
บาทเดียว” จากกระทรวงสาธารณสุข และไม่มีการดำเนินการด้วย.
อาจารย์เสมจึงใช้วิธีการเก็บเงินค่ารักษาจากคนไข้เหมือนระบบใน
“โฮงยาฝรั่ง” ที่จังหวัดเชียงราย คือ โรงพยาบาลโอเวอร์บู้ด
แล้วใช้เงินนั้นซื้อยาและเวชภัณฑ์มาหมุนเวียนให้บริการแก่คนไข้
จนถูกอธิบดีกรมบัญชีกลาง กระทรวงการคลังให้ “ชี้แจง” เพราะ
โรงพยาบาลเชียงรายเป็นโรงพยาบาลของรัฐ บรรดาเงินทั้งปวง
ที่เรียกเก็บได้จะต้อง “ส่งคลังเป็นรายได้แผ่นดิน”. โชคดี ที่อธิบดี
กรมบัญชีกลางสมัยนั้นเข้าใจเหตุผลความจำเป็น จึงนอกจากจะไม่
“เอาโทษ” แล้ว ยังออกระเบียบรองรับให้ถูกต้องตามกฎหมาย
เกิดระบบเงินบำรุงโรงพยาบาลขึ้น. ระเบียบดังกล่าวต่อมาเมื่อมี



■ โรงพยาบาลไอเวอร์จู๊ด

การจัดตั้งสำนักงบประมาณขึ้นตามคำแนะนำของทีมผู้เชี่ยวชาญจากธนาคารโลก โดยตราเป็นพระราชบัญญัติวิธีการงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๐๒ ได้มีบทบัญญัติกำหนดให้สถานพยาบาลและสถานศึกษาของทางราชการ สามารถมีเงินบำรุงได้โดยรายได้จากการให้บริการหรือเงินบริจาคไม่ต้องส่งคลังเป็นรายได้แผ่นดิน และให้นำไปใช้ได้ตามระเบียบที่สำนักงบประมาณ และกระทรวงการคลังให้ความเห็นชอบสืบมาจนปัจจุบันบทบัญญัติดังกล่าวก็ยังคงอยู่ในพระราชบัญญัติวิธีการงบประมาณฉบับใหม่ พ.ศ. ๒๕๖๐.

อธิบดีกรมบัญชีกลางขณะนั้น คือ **พระยาไชยยศสมบัติ (เสริม กฤษณามระ)** ต่อมาได้เป็นรัฐมนตรีว่าการกระทรวงการคลัง มีบุตรคนหนึ่งที่มีบทบาทสำคัญในวงการเงินของประเทศ จนถึงทุกวันนี้คือ **คุณหญิงชฎา วัฒนศิริธรรม.**

ผลงานที่เป็นรูปธรรมอีกชิ้นหนึ่งของสหพันธ์แพทย์ชนบท คือ “วารสารแพทย์ชนบท” ซึ่งต่อมาเมื่อสหพันธ์แพทย์ชนบท “เกิดใหม่” เป็น “ชมรมแพทย์ชนบท” ก็ถือว่าเอกสารสิ่งพิมพ์เป็น “เครื่องมือสำคัญ” ในการสื่อสารความคิด และสื่อข่าวสารถึงกัน เพราะขณะนั้นโทรศัพท์ยังมีจำกัดมาก และสื่อสังคมออนไลน์ยังไม่เกิด โดยมีการจัดทำสื่อสิ่งพิมพ์เป็น ๓ ลักษณะ ได้แก่



■ พระยาไชยยศสมบัติ

- (๑) วารสารวิชาการ
- (๒) จดหมายข่าว
- (๓) จุลสารเฉพาะเรื่อง. •

นกฟีนิกซ์ แห่งขอบฟ้าสาธารณสุข



เหตุการณ์ ๖ ตุลาคม ๒๕๑๙ ทำให้เกิดการ “แตกกระสาน
ซ่านเซ็น” ของคนหนุ่มสาวจำนวนมาก. ผู้เขียนถูกจับกุมข้อหา
“ภัยสังคม” ถูกคุมขังอยู่ ๒๙ วัน และถูก “ย้ายออกจากพื้นที่”
เข้ามาอยู่ที่โรงพยาบาลสามพราน จังหวัดนครปฐม ซึ่งเป็นอำเภอ
ที่ตั้งของโรงเรียนนายร้อยตำรวจ และเข้ามาอยู่ “ใกล้หูใกล้ตา”
ผู้ใหญ่ในกระทรวงสาธารณสุข.

นายแพทย์มานิตย์ ประพันธ์ศิลป์ ผู้ก่อตั้ง “สหพันธ์แพทย์
ชนบท” ที่ลาออกจากราชการหลังเหตุการณ์ ๖ ตุลาคม ๒๕๑๙
ได้กลับเข้ารับราชการไปอยู่โรงพยาบาลประโคนชัย บุรีรัมย์.

นายแพทย์สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ จบแพทย์จากรามาธิบดี
และ “ปฏิเสธ” ทูนอนันท์มหิตล สมัครไป “ทำงานใช้ทุน” โดย
จับฉลากได้ไปอยู่ที่โรงพยาบาลบ้านกรวด บุรีรัมย์ ซึ่งเป็นอำเภอ
ชายแดนด้านกัมพูชา เมื่อ พ.ศ.๒๕๒๐.



■ นพ.มานิตย์ ประพันธ์ศิลป์



■ นพ.สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ

นายแพทย์ชัย กฤตยาภิ-
ชาติกุล ยังคง “ปักหลัก” อยู่ได้
ที่โรงพยาบาลราชสีไศล จังหวัด
ศรีสะเกษ ฯลฯ.

นายแพทย์มานิตย์ ออก
ตระเวนชักชวนสมาชิกสหพันธ์
แพทย์ชนบทไปประชุมกันที่
โรงแรมขอนแก่นโฮเต็ล จังหวัด

ขอนแก่น เมื่อ พ.ศ.๒๕๒๑ มีนายแพทย์ชัย กฤตยาภิชาติกุล
เป็นประธานการประชุมระดมความคิดเห็นจากทุกคนรอบห้อง
ประชุม ซึ่งมีประมาณ ๒๐ คน ได้ข้อสรุปชัดเจนว่า

(๑) ควรมีการรวมตัวของแพทย์ชนบทขึ้นใหม่

(๒) ยึดหลักการ และจุดมุ่งหมายเดิมของสหพันธ์แพทย์

ชนบท



■ นพ.ชัย กฤตยาภิชาติกุล



(๓) ตั้งชื่อใหม่ให้ลดความร้อนแรงลงว่า “ชมรมแพทย์ชนบท”

ชมรมแพทย์ชนบท จึงเป็น “นกกินีแห่งขอบฟ้าสาธารณสุข” ที่ฟื้นคืนชีพขึ้นด้วยจิตวิญญาณ เพื่อชาวชนบทลดความเหลื่อมล้ำเหมือนเดิม.

นกกินีไผ่ผินบินจากกองเพลิงของเหตุการณ์ ๖ ตุลาคม ๒๕๑๙ ที่กำลังจะมอดดับ เพราะ พลเอกเกรียงศักดิ์ ชมะนันทน์ หนึ่งในแกนนำคณะรัฐประหารโค่นล้มรัฐบาลชาวจัด “ธานินทร์ กรัยวิเชียร” และขึ้นดำรงตำแหน่งนายกรัฐมนตรี เพื่อเอาชนะใน “สงครามเย็น” ด้วยยุทธศาสตร์และยุทธวิธีที่ชาญฉลาดกว่า “แนวทางชาวจัด” คือ “การเมืองนำการทหาร”

เป็นนกกินีแห่ง “ขอบฟ้าสาธารณสุข” เพราะพวกเราส่วนใหญ่ยังอยู่ใน “ชายขอบแห่งอาณาจักรสาธารณสุข” ของประเทศ •

มนุษย์นั้นแตกต่างจากสัตว์อื่น
โดยมีโอกาสดังถึง ๓ ครั้ง.
ครั้งแรก เกิดจากกรรมมารดา.
ครั้งที่สอง เกิดทางพุทธรูปัญญา
มองเห็นความทุกข์ยาก
และมองเห็น “ทางบรรเทาทุกข์”

...

และการอุทิศชีวิต
เพื่อการพ้นทุกข์ของเพื่อนมนุษย์.
ผู้นั้นก็มีโอกาส “*เกิดครั้งที่สาม*”
คือ “เกิดในประวัติศาสตร์”



ผลงานของชมรมแพทย์ชนบท โดยเฉพาะในช่วงก่อนการ ก่อเกิด “กลุ่มสามพราน”



แม้สหพันธ์แพทย์ชนบทจะถึงกาลล่มสลาย แต่จิตวิญญาณของแพทย์ชนบทที่มุ่งมั่นไม่เคย “แตกสลาย” ยังคงมุ่งมั่นทำงานอย่างต่อเนื่อง เพราะมนุษย์นั้นแตกต่างจากสัตว์อื่น โดยมีโอกาสเกิดถึง ๓ ครั้ง.

ครั้งแรก เกิดจากกรรมมารดา.

ครั้งที่สอง เกิดทางพุทธิปัญญา มองเห็นความทุกข์ยากและมองเห็น “ทางบรรเทาทุกข์” จึงเลือกทางเดินได้ ๒ ทาง คือ การพ้นทุกข์เฉพาะตน และการอุทิศชีวิตเพื่อการพ้นทุกข์ของเพื่อนมนุษย์. ถ้าเลือกเส้นทางหลัง และได้ทุ่มเทอุทิศตนจนสร้างคุณูปการให้แก่เพื่อนมนุษย์ และจากโลกนี้ไปในช่วงวัยอันรุ่งโรจน์ ผู้นั้นก็มีโอกาส “เกิดครั้งที่สาม” คือ “เกิดในประวัติศาสตร์” เช่น **นายแพทย์สงวน นิตยารัมภ์พงศ์** ผู้มีบทบาทสำคัญในการผลักดันและสร้าง “ระบบบัตรทอง” จนประดิษฐานมั่นคงบนผืนแผ่นดินไทย เป็นที่ยกย่องอย่างกว้างขวางในนานาอารยประเทศ และ

จากโลกนี้ไปในวัยเพียง ๕๕ ปี โดยมุ่งมั่นทำงานหนักแม้ในช่วง ๕ ปีสุดท้ายของชีวิตที่รู้ตัวแล้วว่าเป็นมะเร็งร้าย ชนิดที่ไม่มี “อัตราการรอดใน ๕ ปี” (5 year survival rate).

แพทย์ชนบทหลายคนยังทำงานต่อเนื่องตั้งแต่ก่อนก่อเกิดสหพันธ์แพทย์ชนบท ช่วงสุญญากาศ หลังเหตุการณ์ ๖ ตุลาคม ๒๕๑๙ และหลังจากนั้น ดังนี้ :



■ นพ.สงวน นิตยารัมภ์พงศ์

๑. หลังรัฐบาล **ม.ร.ว.คึกฤทธิ์ ปราโมช** ประกาศนโยบายรักษาฟรี และนโยบายสร้างโรงพยาบาลอำเภอจนครบทุกอำเภอ โดยนโยบายดังกล่าวนี้ยังคงดำรงคงอยู่ต่อเนื่องสืบมา. กระทรวงสาธารณสุขได้แต่งตั้ง **นายแพทย์อุทัย สุตสุข** นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดชลบุรี เข้ามาดำรงตำแหน่งผู้อำนวยการกองสาธารณสุขภูมิภาคเพื่อ “สนองนโยบายสร้างโรงพยาบาลอำเภอครบทุกอำเภอ.” นายแพทย์อุทัยทำงานนี้อย่างเป็นระบบโดยเริ่มจากการจัดกลุ่มโรงพยาบาลอำเภอเป็น ๓ ขนาด ๑๐, ๓๐ และ ๖๐ เตียง กำหนดกรอบมาตรฐานอาคารสถานที่ เนื้อที่ กรอบอัตรากำลัง กรอบมาตรฐาน ครุภัณฑ์และ



■ นพ.อุทัย สุตสุข

ยานพาหนะ เพื่อให้สามารถของบประมาณจัดหาสถานที่ ออกแบบ และดำเนินการก่อสร้างพร้อมกันไปได้จำนวนมาก มิใช่การออกแบบสร้างทีละแห่งซึ่งจะล่าช้ามาก.

ช่วงนั้น รัฐบาล ม.ร.ว.คึกฤทธิ์ พ้นไปแล้ว ได้รัฐบาลใหม่ นำโดย **ม.ร.ว.เสนีย์ ปราโมช** ซึ่งอยู่ได้ประมาณ ๕ เดือน ก็ถูกโค่นล้มโดยคณะรัฐประหาร ๖ ตุลาคม ๒๕๑๙ เกิด “**รัฐบาลหอย**” ซึ่งยังคงนโยบายนี้ต่อไป เพราะเป็น ๑ ในยุทธศาสตร์เพื่อเอาชนะ “**สงครามเย็น**”.

พวกเราหลายคน ได้รับการเชิญเข้ามาร่วมในการจัดทำ “**คู่มือโรงพยาบาลอำเภอ**” โดยเริ่มตั้งแต่การกำหนด “**นิยาม**” คำว่าโรงพยาบาลอำเภอ ซึ่งมีสาระสำคัญคือ นอกจากเป็น “**โรงพยาบาล**” ขนาดย่อมตามความหมายทั่วไปแล้ว ยังให้ทำหน้าที่เป็น “**โรงพยาบาลชุมชน**” มี “**พื้นที่ดูแลรับผิดชอบ**” (Catchment area) และเชื่อมโยงกับงานของสาธารณสุขอำเภอ ทั้งอำเภอด้วย.

แนวคิดเรื่องให้โรงพยาบาลอำเภอต้องมีพื้นที่ดูแลรับผิดชอบนี้ คือแนวคิดของการเป็น “**โรงพยาบาลชุมชน**” (Community Hospital) นั่นเอง. และต่อมาไม่นาน ก็มีการเปลี่ยนชื่อ “**โรงพยาบาลอำเภอ**” (District Hospital) เป็น “**โรงพยาบาลชุมชน**” อย่างเป็นทางการ โดยแรกๆ เรียกชื่อย่อว่า “**รพ.ชช.**” แต่ท่าน **อาจารย์วิจิตร อิศวเสนา** รองปลัดกระทรวงสาธารณสุข “**ฟื้นธง**” ให้เรียกให้กระชับว่า “**รพช.**” ซึ่งเป็นชื่อย่ออย่างเป็นทางการสืบมา.

เหตุการณ์นี้เกิดขึ้นในช่วง พ.ศ. ๒๕๒๐ ก่อนการ “ฟื้นคืนชีพ” ของชมรมแพทย์ชนบทในปี พ.ศ. ๒๕๒๑.

ช่วงนั้น นายแพทย์พิสุทธ์ อุตตะโมต หัวหน้าสำนักตรวจ-ราชการกระทรวงสาธารณสุข ได้เข้าเรียน วปอ. และทำสารนิพนธ์



■ นพ.พิสุทธ์ อุตตะโมต

เรื่อง “โรงพยาบาลอำเภอกับความมั่นคงของประเทศ” มีพวกเรา ๓ คนที่มีส่วนช่วยเหลือในการทำงานวิชาการชิ้นนี้คือ ผู้เขียน, นายแพทย์ชัย กฤตยาภิชาติกุล ผู้อำนวยการโรงพยาบาลราชสีเสล จ.ศรีสะเกษ และนายแพทย์ปราโมทย์ ชูดำ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลควนขนุน จังหวัดพัทลุง เพื่อนร่วมรุ่นของนายแพทย์ชัย.

๒. รัฐบาล นายธานินทร์ กรัยวิเชียร มีโครงการจัดสร้างอนุสรณ์สถานในวโรกาสที่สมเด็จพระบรมโอรสาธิราชสยามมกุฎราชกุมารทรงอภิเษกสมรส โดยการรับบริจาคจากพสกนิกรทั่วประเทศเพื่อสร้าง “โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราช” ขึ้น. ปรากฏว่าประชาชนบริจาคเงินจำนวนมาก สามารถสร้างโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชในเขตชนบทห่างไกลทุกภาคของประเทศได้ถึง ๒๑ แห่ง. กระทรวงสาธารณสุขได้สนองนโยบายนี้อย่างชาลฉลาด โดยผนวกโครงการนี้เข้ากับแผนงานจัดสร้างโรงพยาบาลอำเภอ และให้โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราช เป็น “โรงพยาบาลต้นแบบ” ของโรงพยาบาลอำเภอขนาด ๓๐ เตียง ทำให้พระบารมีแผ่ไพศาล

ไปทั่วประเทศ. เพราะโรงพยาบาลอำเภอทั่วประเทศจะได้โอนಿಸงส์จากโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชที่หน่วยงานที่มีอำนาจหน้าที่ในการกำหนด “กรอบ” ต่างๆ เช่น สำนักงาน ก.พ., สำนักงานประมาณ, ต้องกำหนดกรอบให้ “สมพระเกียรติ” แก่พระนาม “สมเด็จพระยุพราช” มิใช่มุ่งแต่จะ “ตีกรอบ” เพื่อบีบบังประมาณเท่านั้น.

นอกจากการเตรียมการเรื่องการก่อสร้างแล้ว กระทรวงสาธารณสุขต้องเตรียมการด้านบุคลากร โดยเฉพาะการเตรียม “ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราช” ทำให้ต้องมีการจัดทำหลักสูตรฝึกอบรมระยะเวลา ๑ เดือน เพื่อเป็นหลักประกันเบื้องต้นว่า การบริการของโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชทั้ง ๒๑ แห่ง จะไม่เกิดเหตุการณ์ที่ไม่เหมาะสมแก่พระเกียรติยศและพระบารมี. ผู้มีบทบาทสำคัญในการร่างหลักสูตรฝึกอบรมนี้ คือนายแพทย์เมืองทอง แคมมณี แห่งคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์.

พวกเราหลายคนได้รับเชิญเข้ามาช่วยในงานนี้ ทั้งในการพัฒนาหลักสูตร และร่วมเป็นวิทยากร. หลักสูตรฝึกอบรมผู้อำนวยการโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชนี้ ต่อมาพวกเราได้นำไป “ปรับปรุง” ให้เหลือเพียงระยะเวลา ๕ วัน โดยมีพวกเราเป็น



■ นพ.เมืองทอง แคมมณี

วิทยาการคู่กับผู้เชี่ยวชาญในแต่ละเรื่องโดยตรง และกำหนดให้ “ผู้อำนวยการโรงพยาบาลอำเภอจอมใหม่” เข้ารับการอบรมหลังจากออกไปทำงานเผชิญปัญหาแล้วราว ๒ เดือน “หลักสูตรปรับปรุง” นี้ ใช้อบรมผู้อำนวยการโรงพยาบาลอำเภอใหม่อยู่หลายปี.

๓. หลังการฟื้นคืนชีพของ **ชมรมแพทย์ชนบท** พวกเราเห็นว่า นอกจาก “คู่มือโรงพยาบาลอำเภอ” ซึ่งเนื้อหาสาระ เป็น “คู่มือการจัดสร้างโรงพยาบาลอำเภอ” แล้ว ควรมี “คู่มือปฏิบัติงานในโรงพยาบาลอำเภอ” ทั้งด้านการบริหาร การรักษาพยาบาล การส่งเสริมสุขภาพ การสุขภาพและการป้องกันโรค งานเภสัชกรรม และงานทันตสาธารณสุข เพื่อให้ผู้ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลชุมชนใช้เป็น “ตำราอ้างอิง” ในการทำงาน. ความคิดดังกล่าว กองสาธารณสุขภูมิภาคเห็นด้วย และให้การสนับสนุนอย่างเต็มที่. งานนี้เป็นงานใหญ่ ต้องแบ่งงานกันเป็นทีม ไปศึกษา วางกรอบเนื้อหา และเขียนออกมาโดยใช้เวลาแรมปี ในที่สุดก็สำเร็จ. คู่มือเหล่านี้แพทย์จบใหม่ที่ต้องออกไปเป็น “ผู้อำนวยการโรงพยาบาลอำเภอ” รวมทั้งทีมงานทุกคนสามารถใช้เป็น “ตำราอ้างอิง” ได้อย่างดี หลายคนบอกว่าคู่มือเหล่านี้สามารถตอบปัญหาโรงพยาบาลอำเภอได้ราว ๘๐% ที่เหลือเป็นปัญหายากๆ ที่ต้องอาศัยการปรึกษาหารือจากพี่ๆ เป็นการเฉพาะราย.

ปัญหา “ยากๆ” เฉพาะราย เช่น กรณีบ้านพักแพทย์โรงพยาบาลอำเภอแห่งหนึ่งในภาคเหนือถูกไฟไหม้ ทางจังหวัดสอบสวนแล้วเห็นว่าเป็นเหตุสุดวิสัย แต่กรมบัญชีกลางถือว่า เป็นการประมาทเลินเล่ออย่างร้ายแรง ต้องชดใช้เงินแก่ทาง

ราชการราว ๘ หมื่นเศษ. ผู้เขียนได้ติดตามหาทางแก้ปัญหาโดยนายอำานวย ยศสุข รัฐมนตรีช่วยว่าการกระทรวงสาธารณสุข รับผิดชอบ และมอบให้ **นายแพทย์ชัชชัย มุ่งการดี** ผู้ตรวจราชการเขตนั้นดำเนินการ โดยลงไปศึกษาปัญหา หาทางออก โดยอ้างอิงหลักวิชาการอย่างแข็งขัน. ในที่สุดกระทรวงการคลังยอมกลับมติให้เป็นเหตุสุดวิสัย ไม่ต้องชดใช้เงิน.



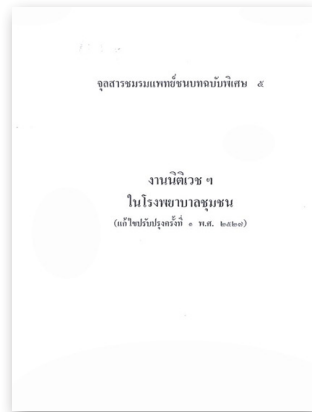
■ นพ.ชัชชัย สุกวงค์

อีกเรื่องคือกรณี **นายแพทย์บุญถิ่น สำราญบำรุง** ผู้อำนวยการโรงพยาบาลแม่ลาน้อย จังหวัดแม่ฮ่องสอน กระโดดหน้าผาฆ่าตัวตายที่ออบหลวง จ.เชียงใหม่ ด้วยเหตุที่เสียใจ กรณีตัวเองขับรถไปออกหน่วยแพทย์เคลื่อนที่ แล้วประสบอุบัติเหตุ ทำให้พยาบาลคนหนึ่งต้องบาดเจ็บสาหัส และถูกกดดันหลายด้าน นายแพทย์สุวิทย์ขณะนั้นเป็น ผอ.รพ.ฮอด อยู่ไม่ไกลนัก ได้ติดต่อขอให้ตำรวจตระเวนชายแดน ไรยตัวลงไปในหุบเหวเพื่อช่วยชีวิต แต่พบว่าช่วยไม่ได้ ต้องกลับขึ้นมา โดยปล่อยให้ “สิ้นลม” ไป โดยหวังว่าจะไม่มีสัตว์ร้ายมาทิ้งกินซากศพ. ผู้เขียนได้เขียนบทความ “เสียงตะโกนจากคุณหมอบุญถิ่น ใครจะมารับ” ลงในหนังสือพิมพ์มติชน ผู้ใหญ่ในกระทรวงสาธารณสุขเชิญผู้เขียนไปพบ จนเป็นส่วนหนึ่งที่ทำให้เกิดโครงการฝึกอบรมผู้อำนวยการโรงพยาบาลอำเภอจปใหม่ และโครงการพัฒนาโรงพยาบาลอำเภอ

๔. ก่อนหน้าการจัดทำ “คู่มือปฏิบัติงานโรงพยาบาลอำเภอ” ผู้เขียนได้เขียนและพิมพ์เผยแพร่ “จุลสารชมรมแพทย์ชนบท” ออกมาหลายเล่ม และชักชวนให้ “ผู้ที่มีแวว” ช่วยกันเขียนออกมาด้วย. คนที่มีฝีมือดีในงานนี้คือ นายแพทย์อำพล จินตาวัณณะ จำได้ว่าผู้เขียนเขียนคู่มือการบริหารงานบุคคล นายแพทย์อำพลเขียนคู่มืองานนิติเวชโรงพยาบาลอำเภอ และคู่มือการเปิดโรงพยาบาลอำเภอใหม่. คู่มือเหล่านี้ แรกๆ พิมพ์เป็นขนาด ๑๖ หน้ายก ปกสีขาวย่นต่อมาพิมพ์เป็นขนาด ๘ หน้ายก ปกสีบานเย็นสดใส



■ นพ.อำพล จินตาวัณณะ



๕. ระหว่างการประชุมใหญ่ประจำปี ๒๕๒๓ ของชมรมแพทย์ชนบท ซึ่งจัดเป็นประจำปีที่ห้องประชุมจางจินต์ คณะแพทยศาสตร์รามาธิบดี เกิด “วิกฤตการณ์การเมือง” รัฐบาล พลเอกเกรียงศักดิ์ ชมะนันทน์ ประสบปัญหาวิกฤตเศรษฐกิจเนื่องจากกลุ่ม “โอเปค” สามารถรวมตัวกันได้ และขึ้นราคาน้ำมันดิบจน สูงลิบลิ่ว. พลเอกเกรียงศักดิ์ลาออกจากตำแหน่งนายกรัฐมนตรีกลางสภา. “กลุ่มยังเติร์ก” หนุน พลเอกเปรม ติณสูลานนท์ ขึ้นเป็นนายกรัฐมนตรี. จึงเกิด “ระบอบประชาธิปไตย”

แทรกขึ้นอภิปรายกันในที่ประชุมชมรมแพทย์ชนบท. มีข้อเสนอให้ลงชื่อเสนอพลเอกเปรมให้ **อาจารย์นายแพทย์เสม พริ้งพวงแก้ว** เป็นรัฐมนตรีสาธารณสุขต่อไป. ที่ประชุมมีความเห็นแยกเป็น ๒ ฝ่าย ฝ่ายหนึ่งเห็นว่าชมรมไม่ควร “ยุ่งเกี่ยว” กับการเมือง อีกฝ่ายหนึ่งเห็นว่า “ต้องแสดงเจตจำนง”. เสียงก้ำกึ่งกัน. ผู้เขียนเสนอว่าไม่ต้องลงมติ แต่ให้ร่างหนังสือขึ้น ผู้ใดเห็นด้วยกับการเสนอก็ลงชื่อไม่เห็นด้วยก็ไม่ต้องลงชื่อ. ในที่สุดก็ได้รายชื่อมาจำนวนหนึ่ง มอบให้ **นายแพทย์มานิตย์ ประพันธ์ศิลป์** ประธานชมรมฯ ในขณะนั้นนำไปยื่นต่อพลเอกเปรม.

ไม่ทราบว่าเป็นหนังสือฉบับนั้นมีผลใดๆ หรือไม่ แต่พลเอกเปรมได้ทูลเกล้าฯ เสนอแต่งตั้งท่านอาจารย์เสมเป็นรัฐมนตรีสาธารณสุขและเกิดนโยบายสำคัญอย่างยิ่งต่อระบบสาธารณสุขของประเทศในเวลาต่อมา. นั่นคือ ขณะนั้นประเทศไทยประสบภาวะวิกฤตเศรษฐกิจจนต้องประกาศลดค่าเงินบาท และขอกู้เงินจากกองทุนการเงินระหว่างประเทศ หรือไอเอ็มเอฟ (IMF) แต่รัฐบาลพลเอกเปรมได้ประกาศนโยบายสร้างโรงพยาบาลอำเภอครบทุกอำเภอและสร้างสถานีอนามัยครบทุกตำบล และรัฐบาลต่อๆ มาได้ดำเนินการจนประสบความสำเร็จ เป็นรากฐานสำคัญทำให้ประชาชนโดยเฉพาะในชนบทเข้าถึงบริการได้มากขึ้น สามารถ “ลดความเหลื่อมล้ำ” ลงได้อย่างมาก. นโยบายดังกล่าวมีความชัดเจนและ “แน่วแน่” เพราะในช่วง ๕ ปีแรก ได้กำหนดให้ชะลอการสร้างโรงพยาบาลในเมืองหลวงและเมืองใหญ่ด้วย. ช่วงนั้น โรงพยาบาลผลิตสินเสนอของงบประมาณสร้างตึกผู้ป่วยนอกราคา ๗๐๐ ล้านบาท เราคัดค้านกันแข็งแรงแเพราะเงิน ๗๐๐ ล้านบาทสร้างตึกผู้ป่วยนอก

ในกรุงเทพฯ เกือบไม่เพิ่มการเข้าถึงบริการของประชาชนเลย. แต่เงิน ๗๐๐ ล้านบาท สามารถนำไปสร้างโรงพยาบาลชุมชนขนาด ๑๐ เตียง ได้นับสิบแห่ง เพิ่มการเข้าถึงของประชาชนในชนบท และลดความเหลื่อมล้ำลงได้อย่างมาก. ควรบันทึกไว้ด้วยว่า ผู้ที่ส่งข่าวเรื่องการของบประมาณสร้างตึกผู้ป่วยนอก ๗๐๐ ล้านบาทให้พวกเราทราบ เป็นผู้อำนวยการกองท่านหนึ่งในสำนักงานประมาณ คือ **นายพูนทรัพย์ ปิยะอนันต์**. ท่านส่งข่าวเพราะเห็นด้วยกับนโยบายของเรา โดยท่านอ่านจากบทความใน “แพทยสภาสาร” เป็นประจำ เพราะภรรยาท่านเป็นอาจารย์แพทย์ที่ศิริราช รุ่นเดียวกับผู้เขียน.



■ นายพูนทรัพย์ ปิยะอนันต์

๖. เพื่อส่งเสริมให้แพทย์จบใหม่ที่ต้องออกไปทำตามสัญญา “รับทุน” ในโรงพยาบาลอำเภอ ผู้เขียนได้เขียนบทความชุด “ทัศนะใหม่ในการปฏิบัติงานในโรงพยาบาลอำเภอ”. บทความชุดนี้มี ๑๐ ตอน เช่น การทำงานในโรงพยาบาลอำเภอเปรียบเสมือน “การวิ่งมาราธอน” ไม่ใช่ “วิ่งร้อยเมตร” ; การทำงานกับคนต้องมองคนทำงานด้วยทฤษฎีวาย มิใช่ทฤษฎีเอ็กซ์ ; เมื่อมีปัญหาต้องสู้ (Fight) ไม่หนี (Flight) ฯลฯ. บทความชุดนี้เผยแพร่ในแพทยสภาสาร และต่อมาได้รวมเป็นเล่มส่งให้ทุกโรงพยาบาลชุมชน โดยผู้เขียนได้ขอให้ **นายแพทย์บุญยงค์ วงศ์รักมิตร** ผู้อำนวยการโรงพยาบาลน่าน เป็นผู้เขียนคำนำให้.



■ นพ.บุญยงค์ วงศ์รักมิตร



■ ดร.วรรณวิไล จันทราภา

๗. กองการพยาบาล โดยผู้อำนวยการกอง คือ **ดร.วรรณวิไล จันทราภา** ได้ทำโครงการพัฒนาโรงพยาบาลอำเภอร่วมกับพวกเรา มีการลงพื้นที่ในโรงพยาบาลอำเภอหลายแห่ง ดำเนินการอย่างเป็นระบบ โดยทีมงานในกองการพยาบาล มีความเข้มแข็งมาก มีส่วนสำคัญในการพัฒนาโรงพยาบาลอำเภอ ทั้งเฉพาะแห่งและนโยบายในภาพรวม.

๘. เมื่อราว พ.ศ. ๒๕๒๐ องค์การอนามัยโลกประกาศเป้าหมาย “สุขภาพดีถ้วนหน้าเมื่อ ๒๕๔๓” และ **พลเอกเกรียงศักดิ์ ชมะนันทน์** นายกรัฐมนตรีไปลงนามให้สัตยาบันเรื่องนี้ในปี พ.ศ. ๒๕๒๑ กระแสดังกล่าวเป็นผลดีต่ออุดมการณ์และเป้าหมายของชมรมแพทย์ชนบท

ต่อมามีการประชุมเพื่อกำหนดยุทธศาสตร์เพื่อบรรลุเป้าหมายสุขภาพดีถ้วนหน้า เมื่อ ๒๕๔๓ ที่กรุงอัลมาอะตา รัฐคาซัคสถาน สหภาพโซเวียตรัสเซีย ประกาศแนวทางการสาธารณสุขมูลฐาน

ซึ่งส่งเสริมบทบาทของโรงพยาบาลชุมชนอย่างมาก. รัฐบาลไทยได้ส่งผู้แทนไปร่วมประชุม มี **รองศาสตราจารย์นายแพทย์ ประพนธ์ ปิยรัตน์** จากคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ รัฐมนตรีช่วยว่าการกระทรวงสาธารณสุข เป็นหัวหน้าคณะไปร่วมประชุม. รศ.นพ.ประพนธ์เป็นผู้สนใจเรื่องแพทยศาสตร์ศึกษา และได้เข้ามาร่วมงานในกระทรวงสาธารณสุข โดยการชักชวนของ **นายแพทย์อมร นนทสุด** ซึ่งเป็นเพื่อนร่วมรุ่น จึงเข้าใจงานสาธารณสุขดี. การประชุมที่อัลมาอะตา มีการแบ่งการประชุมเป็น ๓ กลุ่ม อาจารย์ประพนธ์ได้รับมอบหมายเป็นเลขานุการ (Rapporteur) ในกลุ่มหนึ่ง จึงมีบทบาทสูงมากในการประชุมนั้น และประเทศไทยได้ดำเนินการเรื่องนี้ต่อมาอย่างจริงจัง. ชมรมแพทย์ชนบทได้ร่วมในการขับเคลื่อนนโยบายและแนวทางนี้อย่างต่อเนื่อง.

๙. บทบาทของชมรมแพทย์ชนบททำให้เรื่องสาธารณสุขในชนบทเป็นระเบียบวาระสำคัญของประเทศ เพราะชมรมแพทย์ชนบทเป็นตัวกลางสำคัญในการผลักดันให้เกิดการปฏิรูปทั้งในกระทรวงสาธารณสุขและโรงเรียนแพทย์ รวมทั้งมีบทบาทแข็งขันในการประชุมอบรมศึกษาแพทยศาสตร์แห่งชาติครั้งที่ ๕ ซึ่งมีสาระสำคัญมุ่งเน้นการปฏิรูปหลักสูตรและการเรียนการสอน เพื่อให้แพทย์มีความพร้อมมากขึ้นในการปฏิบัติงานในโรงพยาบาลชุมชน. การประชุมครั้งนั้น มีการกำหนดให้การผลิตแพทย์ให้มีความรู้ความสามารถ ๔ ด้าน คือ ก. เป็นแพทย์ ข. เป็นครู ค. เป็นหัวหน้าทีมสาธารณสุข และ ง. เป็นผู้นำชุมชน จนมีผู้เขียนการ์ตูนล้อเป็นภาพแพทย์มี ๔ กร ตั้งชื่อว่า **“แพทยาวตาร”**.

๑๐. การผลักดันให้พรรค การเมืองประกาศ “นโยบาย
สาธารณสุข” โดยการเชิญตัวแทนพรรคการเมืองมาเสนอ
นโยบายในที่ประชุมประจำปีชมรมแพทย์ชนบท ซึ่งในครั้งนั้นมี
นักการเมืองคนสำคัญอย่าง **นายสมิคร สุนทรเวช** แต่ผู้ที่ทำให้การ
ประชุมครั้งนั้นกลายเป็น “ข่าวใหญ่”
คือการ “ปาฐกถาพิเศษ” ของ
พลเอกอาทิตย์ กำลังเอก ที่เป็น
“แม่ทัพปราบกบฏ” “เมฆาฮาวาย”
สำเร็จ โดยผู้ที่สามารถเชิญพลเอก
อาทิตย์มาได้คือ **นายแพทย์ศิริวัฒน์
ทิพย์ธราดล** เพราะไปเรียนปริญญา
โท คณะสาธารณสุขศาสตร์ ที่
มหาวิทยาลัยมหิดล รุ่นเดียวกับ
ลูกสาวพลเอกอาทิตย์.



■ นพ.ศิริวัฒน์ ทิพย์ธราดล

๑๑. การเข้าไปมีบทบาทในองค์กรวิชาชีพ คือแพทยสภา
โดย **นายแพทย์มานิตย์ ประพันธ์ศิลป์** และ **นายแพทย์สุวิทย์
วิบูลผลประเสริฐ** ได้ลงสมัครครั้งแรก ในปี ๒๕๒๑ แต่ไม่ได้รับ
เลือก. สมัยต่อมาทั้ง ๒ ท่าน ลงสมัครอีกและได้รับเลือกในปี
๒๕๒๕. ต่อมาเป็นผู้สมัครและได้รับเลือกเพิ่มขึ้น ตั้งแต่ช่วงปี ๒๕๒๘
จนถึงช่วงปี ๒๕๓๘ และได้เข้าไปมีบทบาทในการบริหารสำนักงาน
เลขาธิการแพทยสภา โดยนายแพทย์สุวิทย์ วิบูลผลประเสริฐ
ได้เป็น **เลขาธิการแพทยสภาคนแรกที่เป็นแพทย์ชนบท** มีการ
ปฏิรูปการทำงานสำนักงานครั้งใหญ่. เป็นครั้งแรกที่มีแผนการ
ดำเนินงานแพทยสภา และยกสถานภาพแพทยสภาให้เป็นที่

ยอมรับของประชาชนมากขึ้น. แพทย์ชนบทที่เป็นเลขาธิการ **แพทยสภาต่อมา คือ นายแพทย์ชูชัย ศุภวงศ์** และผู้เขียน. แต่โดยสภาพที่เป็นองค์กรวิชาชีพ ที่มุ่งทำงานเพื่อวิชาชีพมากกว่า การคุ้มครองสวัสดิภาพของประชาชน ทำให้แพทย์ชนบทหมดความสนใจที่จะทำงานในกลไกนี้ในระยะเวลาต่อมา. ประกอบกับสมาชิกที่มุ่งประโยชน์ทางวิชาชีพมากขึ้น ทำให้แพทย์ชนบทได้รับการเลือกตั้งน้อยลง จน “สูญพันธุ์” ในคณะกรรมการแพทยสภาไปในที่สุด.

สำหรับแพทยสมาคมฯ ผู้เขียนได้เข้าไปร่วมงาน ทำให้สามารถ “ระดม” แพทย์จบใหม่ให้สมัครเป็นสมาชิกได้ปีละราว ๒๐๐ คน จากเดิมที่มีผู้สมัครราวปีละ ๒๐ คน และแพทยสมาคมฯ ได้เข้ามามีส่วนร่วมในการจัดปฐมนิเทศแพทย์จบใหม่ด้วย. เป็นครั้งแรกที่แพทยสภา แพทยสมาคมฯ มูลนิธิแพทย์ชนบท และชมรมแพทย์ชนบท ได้จัดทำหนังสือ “แต่หมอใหม่” แจกแพทย์จบใหม่ทุกคน. เนื้อหานอกจากมีกฎหมายและข้อบังคับต่างๆ ของแพทยสภา บทความเกี่ยวกับปัญหาสาธารณสุข จรรยาแพทย์ และอื่นๆ ที่แพทย์จบใหม่ควรรู้. เลขาธิการแพทยสภาช่วงนั้นคือ นพ.สุวิทย์. ผู้เขียนในฐานะรองเลขาธิการ เป็น ผู้จัดทำ. ประธานชมรมแพทย์ชนบทขณะนั้น คือ **นพ.ชูชัย ศุภวงศ์**





■ นพ.ไพโรจน์ นิงสานนท์



■ พล.อ.อนพ.ประกอบ บุรพรัตน์

ประธานมูลนิธิแพทย์ชนบท คือ ศ.นพ.เสม พริ้งพวงแก้ว นายก-
แพทยสภา คือ นพ.ไพโรจน์ นิงสานนท์ และนายกแพทยสมาคมฯ
คือ พลอากาศเอกนายแพทย์ประกอบ บุรพรัตน์.

๑๒. **ชมรมแพทย์ชนบท** นอกจากทำงานตามวัตถุประสงค์
หลักแล้ว ยังเป็นที่ก่อเกิดขององค์กรต่างๆ ได้แก่ :

๑. การก่อตั้ง “กลุ่มสามพราน” ในปี พ.ศ. ๒๕๒๘
๒. การก่อตั้ง **มูลนิธิแพทย์ชนบท** ในปี พ.ศ. ๒๕๓๔ •

ในทุกสังคมย่อมมีกลุ่มคน
ที่ปรารถนาดีต่อชาติบ้านเมือง
และมีความมุ่งมั่น กุุ่มเท เพียรพยายาม
สร้างระบบงานและองค์กรของตน
เพื่อฝากผลงานและส่งต่อสังคม
ที่ดีกว่าให้แก่คนรุ่นต่อไป.
ในวงการสาธารณสุขก็เช่นเดียวกัน.



ใครเป็นใคร ในขบวนการแพทย์ชนบท



๑. ในทุกสังคมย่อมมีกลุ่มคนที่ปรารถนาดีต่อชาติบ้านเมือง และมีความมุ่งมั่น ท่วมเท เพียรพยายามสร้างระบบงานและองค์กรของตน เพื่อฝากผลงานและส่งต่อสังคมที่ดีกว่าให้แก่คนรุ่นต่อไป. ในวงการสาธารณสุขก็เช่นเดียวกัน. บุคคลและกลุ่มบุคคลที่มีความเพียรพยายามจนก่อให้เกิดเป็น “ขบวนการแพทย์ชนบท” ประกอบด้วยคน ๓ กลุ่ม ได้แก่

- (๑) กลุ่มผู้อาวุโสในกระทรวงสาธารณสุข
- (๒) กลุ่มคนรุ่นใหม่ที่กำลังก่อตัวเป็น “ขบวนการแพทย์ชนบท”
- (๓) กลุ่มอาจารย์โรงเรียนแพทย์.

๒. กลุ่มผู้อาวุโสในกระทรวงสาธารณสุข เป็นกลุ่มที่ทำงานมายาวนาน เพื่อสร้างระบบสาธารณสุขในประเทศ โดยเฉพาะการสาธารณสุขในชนบท. สายกรมการแพทย์ เช่น หลวงนิติเวช-วิศิษฐ์ ที่ จอมพล ป.พิบูลสงคราม ใ่วางใจมาก, อาจารย์เสมพรึ้งพวงแก้ว ผู้มีบทบาทในการสร้างโรงพยาบาลจังหวัดและ



■ หลวงนิตย์เวชวิชิตฐ์



■ ศ.นพ.กัาธร สุวรรณกิจ

โรงเรียนพยาบาล. สายกรมอนามัย เช่น ศ.นพ.กัาธร สุวรรณกิจ, นายแพทย์สมบุรณ์ วัชโรทัย, นายแพทย์อมร นนทสุต, นายแพทย์ไพโรจน์ นิงสานนท์, นายแพทย์ชนะ คำบุญรัตน์. รุ่นต่อมา เช่น นายแพทย์ณรงค์ สดุดี, นายแพทย์ยุทธนา ศุขสมิติ, นายแพทย์ดำรงค์ บุญยีน.

(๓) กลุ่มอาจารย์โรงเรียนแพทย์ เช่น ศ.นพ.อุดม โปษะกฤษณะ, ศ.นพ.สุต แสงวิเชียร, ศ.นพ. เปรม บุรี, ศ.นพ. อารี วัลยะเสวี, ศ.นพ.ประเวศ วะสี, ศ.นพ.ทองจันทร์ หงส์ลดารมภ์, ศ.นพ.สันต์ หัตถิรัตน์. กลุ่มอาจารย์เหล่านี้ มีความพยายามในการปฏิรูปโรงเรียนแพทย์ และองค์กรวิชาชีพแพทย์ ทั้งแพทยสมาคมฯ และแพทยสภา. บุคคลสำคัญที่สุดที่เข้ามาเชื่อมระหว่างโรงเรียนแพทย์และกระทรวงสาธารณสุข คือ ศ.นพ.ประเวศ วะสี โดยเป็นผู้ไปเชื่อเชิญท่านอาจารย์เสมามาเป็นหัวหน้ากลุ่ม และต่อมาได้ “โอบยีน” ขยายขอบเขตงานออกนอกระบบสุขภาพ สู่สังคม



■ ศ.นพ.อุดม โปะะกฤษณะ



■ ศ.นพ.สุต แสงวีเชียร

ภายนอก จนสามารถปฏิรูปการเมืองสำเร็จ เกิดรัฐธรรมนูญฉบับประชาชน พ.ศ. ๒๕๔๐.

อิทธิพลทางความคิดสำคัญคือ นิตยสารสังคมศาสตร์ปริทัศน์ และ “*กัลยาณมิตร*” คนสำคัญคือ **สุลักษณ์ ศิวรักษ์**. ทั้งนี้ผู้เขียนเป็นผู้ “*เชื่อม*” ท่านอาจารย์ประเวศและอาจารย์สุลักษณ์ โดยการพาอาจารย์สุลักษณ์ไปให้อาจารย์ประเวศ ตรวจรักษา.

(๔) **กลุ่มแพทย์ชนบท** จุดตั้งต้นสำคัญในการรวมตัวเป็นสหพันธ์แพทย์ชนบท คือ **นายแพทย์มานิตย์ ประพันธ์ศิลป์**. และเมื่อมีความพยายามฟื้นตัวเป็นชมรมแพทย์ชนบทยังคงเป็นนายแพทย์มานิตย์ ประพันธ์ศิลป์ ซึ่งช่วงของการฟื้นตัวนี้ได้ “*คู่หู*” คือ **นายแพทย์สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ** แพทย์ใช้ทุนรุ่น ๖ จากรามาริบัติ ที่เริ่มออกไปทำงาน “*ชดใช้ทุน*” เมื่อ พ.ศ. ๒๕๒๐ ที่โรงพยาบาลบ้านกรวด จ.บุรีรัมย์ ที่นายแพทย์มานิตย์เคยอยู่. รุ่น ๖ จากศิริราช คือ **นายแพทย์อำพล จินดาวัฒนะ** ไปอยู่ที่

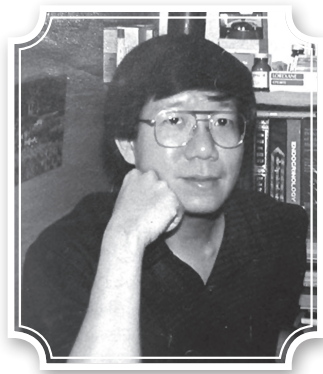
โรงพยาบาลพัฒนานิคม จ.ลพบุรี ส่วน **นายแพทย์ศิริวัฒน์ ทิพย์ธราดล** รุ่นเดียวกับนายแพทย์อำพล ที่ศิริราช ไปอยู่ที่ รพ.อุทุมพรพิสัย จ.ศรีสะเกษ. ปีต่อมา “**แพทย์ใช้ทุนรุ่น ๗**” ออกไปทำงาน และเป็นกลุ่มใหญ่ที่เป็นกำลังสำคัญของชมรมแพทย์ชนบทต่อมา เช่น **นายแพทย์สงวน นิตยารัมภ์พงศ์** ไปอยู่ที่โรงพยาบาลราชโสต จ.ศรีสะเกษ ที่เวลานั้นมี **นายแพทย์มัญญ จิรัฏฐิการกิจ** เป็นผู้อำนวยการ, **นายแพทย์สมศักดิ์ ชุณหรัศมิ์** จากรามาริบัติ ไปอยู่ที่โรงพยาบาลประทาย จ.นครราชสีมา, **นายแพทย์ชูชัย ศุภวงศ์** จากจุฬาฯ จบมัธยมศึกษา รุ่นเดียวกับนายแพทย์สุวิทย์ แต่จบเป็นแพทย์ใช้ทุนรุ่น ๗ ไปอยู่ที่โรงพยาบาลท่าอุเทน จ.นครพนม. ส่วนนายแพทย์วีรพันธุ์ สุพรรณไชยมาตย์ รุ่น ๗ จากจุฬาฯเช่นเดียวกับนายแพทย์ชูชัย ไปอยู่ที่นาแก จ.นครพนม. ปีต่อมาแพทย์ใช้ทุนรุ่น ๘ เช่น **นายแพทย์สำเร็จ แหงงกระโทก** จากรามาริบัติ ไปอยู่ที่โรงพยาบาลสูงเนิน จ.นครราชสีมา, **นายแพทย์ทรงกิจ อติวณิชย์พงศ์** จากรามาริบัติ ไปอยู่ที่โรงพยาบาลพนมทวน จ.กาญจนบุรี, **นายแพทย์สมชัย ศิริกนกวิไล** จากศิริราช ไปอยู่ที่โรงพยาบาลชุมพวง จ.นครราชสีมา ซึ่ง **นายแพทย์โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์** แพทย์ใช้ทุนรุ่น ๑๓ จากจุฬาฯ ก็ไปอยู่ที่ชุมพวงในปี ๒๕๒๗. ส่วน **นายแพทย์ประทีป ธนกิจเจริญ** แพทย์รับทุนรุ่น ๑๑ ไปเป็นอินเทิร์นที่โรงพยาบาลจันทบุรี



■ นพ.ประทีป ธนกิจเจริญ



■ นพ.ไพจิตร ปวะบุตร



■ นพ.อภิเชษฐ์ นาคเลขา

ตั้งใจจะเป็นศัลยแพทย์ แต่ “เบนเข็ม” ไปอยู่โรงพยาบาลราชสีห์ ศรีสะเกษ จาก “จดหมายชักชวน” ไป “ร่วมทีม” ของ นายแพทย์ สงวน นิตยารัมพงศ์ เมื่อปี ๒๕๒๕.

แพทย์ชนบทกลุ่มใหญ่จึงมาจาก ๓ แหล่ง คือ บุรีรัมย์ ศรีสะเกษ และนครราชสีมา โดยต่อมา นายแพทย์ สงวน ย้ายจาก โรงพยาบาลราชสีห์ มาเป็นผู้อำนวยการโรงพยาบาลบัวใหญ่ จ.นครราชสีมา ซึ่งมี “แพทย์ชนบท” อาวุโส เป็น “แม่ทัพ” คือ นายแพทย์ไพจิตร ปวะบุตร ซึ่งเติบโตต่อมาเป็นปลัดกระทรวงสาธารณสุข.

“แพทย์ชนบท” บางคนมีบทบาทโดดเด่น แต่ไม่ได้มาร่วม “ขบวนการ” เช่น นายแพทย์อภิเชษฐ์ นาคเลขา ผู้อำนวยการ โรงพยาบาลพร้าว จ.เชียงใหม่. ส่วน นายแพทย์มงคล ณ สงขลา ที่มีผลงานโดดเด่นที่โรงพยาบาลพิมาย จ.นครราชสีมา และเป็นนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดหลายจังหวัด เข้ามา “ลุ่มหัวจมท้าย”

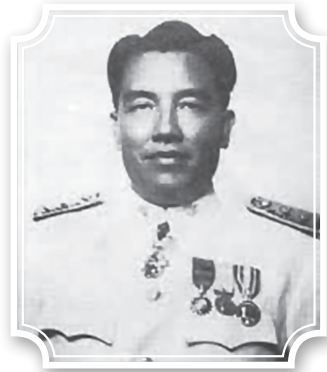
กับขบวนการแพทย์ชนบท เมื่อเข้ามารับราชการในส่วนกลาง โดยเริ่มต้นที่ตำแหน่งรองเลขาธิการคณะกรรมการอาหารและยา ที่มี **นายแพทย์มรกต กรเกษม** เป็นเลขาธิการ. นายแพทย์มรกตเป็น “แพทย์รับทุนกรมอนามัย” ร่วมรู้กับนายแพทย์ไพจิตรไปรับราชการครั้งแรกในจังหวัดเดียวกันคือบุรีรัมย์ โดยนายแพทย์ไพจิตรซึ่งเรียบจบหลัง ๑ ปี ไปอยู่ที่ อ.พุทไธสง ส่วนนายแพทย์มรกตไปอยู่ที่ อ.นางรอง และช่วงที่นายแพทย์มงคลมาเป็นรองเลขาธิการ อย. นั้น มี “แพทย์ชนบท” หัวก้าวหน้าที่สุดที่นายแพทย์มรกตชักชวนมาเป็นผู้อำนวยการกองวิชาการ คือ **นายแพทย์สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ**. นายแพทย์มรกตเล่าว่าชวนนายแพทย์มงคล มาเป็น “ฝ่ายบู๊” ส่วนนายแพทย์สุวิทย์ เป็น “ฝ่ายบุ๋น” โดยคงไม่รู้ว่แท้จริงแล้วคนหลังนั้น “บู๊ยิ่งกว่า”.



■ น.พ.มงคล ณ สงขลา

ชมรมแพทย์ชนบทเป็น “ตัวจักร” สำคัญในการผลักดันและขับเคลื่อนนโยบายขยายบริการสาธารณสุขสู่ชนบท เพื่อสร้างความเป็นธรรม ลดความเหลื่อมล้ำ โดยผลักดันผ่านการเชื่อมโยงกับ “มวลวิกฤต” (critical mass) ทั้งในกระทรวงสาธารณสุขและโรงเรียนแพทย์. โดยทำงานต่อเนื่องตั้งแต่ก่อนเหตุการณ์ ๑๔ ตุลาคม ๒๕๑๖ และหลังเหตุการณ์ ๖ ตุลาคม ๒๕๑๙ โดยการ “ผูกมิตร” กับ “ผู้ใหญ่” ทั้งในกระทรวงสาธารณสุขและในโรงเรียนแพทย์.

โชคดีของประเทศไทย ที่มี “ผู้ใหญ่” ในทุกวงการที่ “เข้าใจ” คนหนุ่มคนสาวที่มีความ “ร้อนแรง” และ “รุนแรง” ด้วยเมตตาธรรมที่เปี่ยมล้น. ตัวอย่างที่ดีมาก คือ กรณีของ นายแพทย์น่วม เศรษฐจันทร์ รองปลัดกระทรวงสาธารณสุข ที่มาจาก “สายกรมการแพทย์”.



■ นพ.น่วม เศรษฐจันทร์

ท่านมองแพทย์ชนบท “หนุ่มสาว” ที่มีความ “ร้อนแรง” และบ่อยครั้งที่มีความ “ก้าวร้าว” ว่า “พวกนี้ พุดจา รุนแรง แต่ทุกคนทำงานดี ๆ ทั้งนั้น”. และท่านก็ให้ความเมตตา และให้การสนับสนุนแพทย์ชนบทมาอย่างดีโดยตลอด. ภูมิหลังของ “แพทย์ผู้ใหญ่” ท่านนี้คือ ท่านเป็นอดีตผู้อำนวยการโรงพยาบาลนครราชสีมาอยู่ยาวนานมาก. ซึ่งนอกจากจะมีโรงพยาบาลที่ทั้งนักเรียนพยาบาลและพยาบาลในโรงพยาบาล ทุกคนเรียกท่านว่า “คุณพ่อ” แล้วโรงพยาบาลนครราชสีมายังเป็นโรงพยาบาลจังหวัดที่รับฝึกอบรม “แพทย์ฝึกหัด” มาตั้งแต่ช่วงแรกๆ. ทำให้ท่านมีโอกาสได้สัมผัสกับหมอ “เด็ก ๆ” เหล่านี้มายาวนาน โดยแพทย์ฝึกหัดปีละราว ๑๐ คน ที่ไปอยู่ที่นั่น เป็น “กำลังสำคัญ” ในการให้บริการของโรงพยาบาล เพราะในปี พ.ศ. ๒๕๑๓-๒๕๑๔ ที่ผู้เขียนไปเป็นอินเทิร์นที่นั่น ทั้งโรงพยาบาลมีแพทย์ประจำราว ๒๐ คนเท่านั้น.

แพทย์อาวุโสอีกท่านหนึ่งที่ควรกล่าวถึงคือ นายแพทย์ บรรลุ ศิริพานิช ซึ่งมาจากสาย “กรมการแพทย์” เช่นเดียวกัน.

ท่านผู้นี้มีเกียรติประวัติความเป็น “นักเลง” ตั้งแต่ครั้งเป็นผู้อำนวยการโรงพยาบาลสระบุรี. ท่านเป็นเพื่อนกับนายทหารที่นั่นที่ต่อมาเติบโตและมีตำแหน่งใหญ่โต คือ พลเอกเปรม ติณสูลานนท์ นายกรัฐมนตรี ประธานองคมนตรีและรัฐบุรุษ. เคยขี่ม้าเล่นด้วยกัน และท่านเคย “ตักม้า” มาแล้วด้วย.



■ นพ.บรรลุ ศิริพานิช

ท่านอาจารย์บรรลุเคยถึงขั้นเตรียมวางแผนจะ “ชกหน้า” ผู้ว่าราชการจังหวัดที่ “โยกโย้” แสดงอำนาจ ไม่ยอมผ่านเรื่องให้ แต่ “เคราะห์ดี” ถึงเวลาจริง ผู้ว่าฯ ผ่านเรื่องให้โดยดี จึงไม่ “เกิดเรื่อง”.

แพทย์สายกรมการแพทย์ที่ “เลื้อยรื้อน” ถึงขั้นชกหน้าผู้ว่าราชการจังหวัด เกิดขึ้นจริงที่จังหวัดนครพนม. ศัลยแพทย์หนุ่มคนหนึ่งออกจากห้องผ่าตัด ชกหน้าผู้ว่าที่ “เมา” แล้วเข้าไป “เบง” ในโรงพยาบาล แล้วกลับเข้าไปในห้องผ่าตัดทำการผ่าตัด คนไข้ที่บาดเจ็บจากการปะทะกับผู้ก่อการร้ายจนเรียวร้อย และกรมการแพทย์รีบส่งย้ายด่วนแพทย์ผู้นั้นเข้ากระทรวงทันที ทำให้เรื่องคลี่คลายไปได้.

แพทย์หนุ่มเลื้อยรื้อนอีกคน ถึงขั้นยิงปืนใส่แพทย์อีกคนที่เข้าไป “เจรจา” ขอให้ยินยอมกรณี “ปฏิรูปโครงสร้าง” กระทรวงสาธารณสุขเมื่อราว พ.ศ. ๒๕๑๔ กระสุนข้ามศีรษะไปนิดเดียว. ครั้งนั้น เรื่องสงบลงเมื่ออธิบดีกรมการแพทย์ (นายแพทย์เชิด

โทณวนิก) “ใจดีสู้เสือ” เดินเข้าห้องไปเจอจาด้วยตนเอง จนแพทย์ผู้นั้นยินยอมวางปืน และสงบสติอารมณ์ลงได้. แพทย์ผู้นี้เสียชีวิตก่อนอธิบดีท่านนั้น ตั้งศพทำพิธีที่วัดสังเวชวิศยาราม. อธิบดีเจ็ดวัย ๘๐ ปีเศษ ไปงานสวดศพ เล่าถึงเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นที่หัวหิน และบอกว่า “ผมต้องมางานสวดศพเขา เพื่อขออโหสิกรรม”.

กรณีท่านอาจารย์บรรลุ ศิริพานิช ท่านเป็นรองปลัดกระทรวงสาธารณสุขที่มีอำนาจมาก. เพราะท่าน **อาจารย์อมร นนทสุต** ปลัดกระทรวงสาธารณสุขเวลานั้นเป็นนักวิชาการ. บนโต๊ะทำงานท่านแทบไม่มีแฟ้มเอกสารเลย มีแต่ Text Books งานบริหารท่านมอบให้อาจารย์บรรลุทั้งหมด. บนโต๊ะของอาจารย์บรรลุจึงมีแฟ้มเอกสารกองพะเนินเทินทึก.



■ นพ.อมร นนทสุต

ช่วงนั้น ชมรมแพทย์ชนบทเสนอโครงการจัดประชุมผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมชนทั่วประเทศ เรื่องไป “ติด” ที่ท่านอาจารย์บรรลุ ซึ่งตั้งคำถามว่า “ชมรมเป็นใคร มีอำนาจอะไรมาสั่งกระทรวง”. ผู้เขียนในฐานะประธานชมรมจึงต้องขอไปพบเพื่อ “ชี้แจง”. ท่านอาจารย์บรรลุนัดให้ไปพบตอน ๔ โมงเย็น. ไปถึงท่านก็บอกว่า “มีอะไรก็พูดมา ผมให้เวลา ๒๐ นาที” พร้อมเหลือบไปมองแฟ้มที่ยังเหลืออยู่กองพะเนิน. ผู้เขียนพยายามสรุปสั้นๆ แต่มีคำถาม “สวน” กลับมาเป็นระยะๆ. จาก ๒๐ นาที ไปจบที่

๒ ชั่วโมง. จากท่าทีที่ไม่เป็นมิตร อาจารย์บรรลุบอกว่า “เอาละ ผมเข้าใจแล้ว ผมจะอนุมัติและจะไปเป็นประธานปิดประชุมให้ด้วย”.

วันปิดประชุม อาจารย์บรรลุเตรียมคำกล่าวปิดไปเองตามสไตล์ของอาจารย์ เนื้อหากระชับ ตรงไปตรงมา ภาษาเฉียบขาด และเฉียบคมตามลักษณะของ “ศิลาแพทย์”. ท่านบอกว่า “แต่ก่อนผมไม่เข้าใจชมรม บัดนี้ผมเข้าใจแล้ว และเห็นว่าชมรมมีวัตถุประสงค์ที่ดี มีผลงานดี ผมยินดีสนับสนุนเต็มที่ ...”

ที่ประชุมวันนั้น เงียบสงบ ทุกคนฟังคำพูดของอาจารย์บรรลุ ทุกคำ และปรบมือเสียงดังกึกก้องเมื่อจบ. เป็นจุดตั้งต้นของมิตรภาพอันยาวนาน トラบจนทุกวันนี้.

เมื่อเกิดกรณีทุจริตยา ๑,๔๐๐ ล้านบาท **อาจารย์ประเวศ วะสี** แนะนำผ่านสื่อให้เชิญอาจารย์บรรลุมาเป็นประธานสอบ. พวกเราไปชักชวน อาจารย์ก็ยินดี. ทีแรก กระทรวงจะตั้งอาจารย์บรรลุเป็นกรรมการคนหนึ่งในคณะที่มีผู้ตรวจราชการกระทรวงเป็นประธาน. พวกเราเห็นว่า จะ “เสียของ” จึงต้องให้ท่านอาจารย์เป็นประธาน ท่านก็เห็นด้วย ยืนยันจะต้องเป็นประธาน ซึ่งผลการทำงานครั้งนั้น ทำให้ท่านได้รับฉายา “เป่าปุ่นจีน” แห่งวงการสาธารณสุขไทย. ต่อมาเกิดข่าวอื้อฉาวกรณีโครงการไทยเข้มแข็ง พวกเราเรียกร้องให้นายกฯ อภิสิทธิ์ เวชชาชีวะ ตั้งอาจารย์บรรลุเป็นประธานกรรมการสอบข้อเท็จจริง เวลานั้นท่านอายุราว ๘๒ ปีแล้ว ท่านก็รับ และโทรศัพท์มาบอกผู้เขียนให้มาเป็นกรรมการ และเลขานุการให้ท่าน. ผู้เขียนก็ตอบคำเดียวว่า “ครับ” โดยรับรู้ ว่าต้องเจอกับ “งานหนัก” และต้องเตรียมเป็น “จำเลย” อีกหลาย

คดี เพราะกรณีทุจริตยา ๑,๔๐๐ ล้านบาท ผู้เขียนก็เจอ ๑ คดี ต้องต่อสู้อย่างแทบจะ “โดดเดี่ยว” อยู่กว่า ๔ ปี. ครึ่งนี้ต้องทำงานหนักอยู่ ๖๙ วัน ได้นอนคืนละ ๓-๔ ชั่วโมงเท่านั้น. ผลสอบสวนทำให้รัฐมนตรีสาธารณสุขทั้ง ๒ ท่านลาออก. รัฐมนตรีใหม่ประกาศให้กระทรวงสาธารณสุขทำตามข้อเสนอในรายงานการสอบข้อเท็จจริงทั้งหมด ทำให้การก่อสร้างและการจัดซื้อครุภัณฑ์ต่างๆ ได้ของดี ราคาสมควรทั้งหมด.

แต่คณะกรรมการถูกฝ่ายตรงข้ามโจมตี ได้แย้งอย่างรุนแรง และถูกฟ้องรวม ๓ คดี เป็นคดีอาญา ๒ คดี คดีแพ่ง ๑ คดี. คดีอาญา ๑ คดี ไปดำเนินคดีในท้องที่ภายใต้อิทธิพลของนักการเมืองที่สูญเสียอำนาจ แต่ในที่สุดศาลยกฟ้องทุกคดี คดีถึงที่สุด.

คดีอาญาในเขตอิทธิพลที่กล่าว ศาลยกฟ้องและแจ้งว่าคดีนี้ควรยกฟ้องแต่แรก เพราะเข้าลักษณะการฟ้องซ้ำ ต้องห้ามตามคำพิพากษาศาลฎีกาแต่การดำเนินคดีที่ผ่านมาทั้งหมด “เป็นของเจ้าของคดีคนก่อน”.

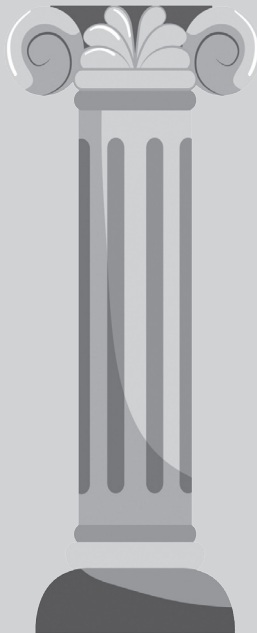
ตอนที่ผู้เขียนไปรอพบท่านอาจารย์บรรลु ตอนนั้นไปคนเดียว เพราะพวกเราแพทย์ชนบทอยู่กันในที่ไกลๆ และทุกคนมีภารกิจสำคัญคือการดูแลประชาชน ผู้เขียนตั้งสติและถือคติ ๒ ข้อ :

ข้อหนึ่ง คือ สุนทรพจน์ของ **ประธานาธิบดีจอห์น เอฟ. เคนเนดี** ที่จารึกอยู่ที่อนุสรณ์สถานที่อาร์ลิงตันว่า “เราไม่กลัวที่จะเจรจา และจะเจรจาด้วยความไม่กลัว”

ข้อสอง คือ บทกวีของสุนทรภู่ใน **เพลงยาวถวายโอวาท** บทที่ว่า “ปรารภนาสารพัดในปฐพี เอาไมตรีแลกได้ตั้งใจง”. •

จยยืนอยู่ด้วยกัน แต่อย่าใกล้กันนัก
เพราะเสาของวิหารนั้น ก็อยู่ห่างกัน
และต้นโอ๊กต้นไซเพรส
ก็มีอากาศใบโตใต้อร่มเงาของกันได้

- คาลิล ยิบราน -



การก่อเกิด “กลุ่มสามพราน”



๑. ความขัดแย้งเป็นธรรมชาติของสังคมมนุษย์. แม้แต่สังคม
ปฐมฐานของมนุษย์คือครอบครัวก็ยังมี ความขัดแย้ง ซึ่งบางครั้ง
รุนแรงถึงขั้นวิวาทและฆ่าฟันกัน. ยิ่งในสังคมวงกว้างมากเท่าไร
ยิ่งมีโอกาสขัดแย้งสูง. จึงเป็นหน้าที่ของผู้นำในสังคมจะต้องมี
แนวทางในการจัดการความขัดแย้งในหมู่ประชาชนอย่างถูกต้อง.

ผู้นำขบวนการที่ยิ่งใหญ่
อย่าง **เหมาเจ๋อตุง** ให้ความสำคัญ
กับเรื่องนี้อย่างสูง จึงเสนอบท
นิพนธ์ “**ว่าด้วยความขัดแย้ง**”
และใช้แนวทางดังกล่าวเป็นเครื่อง
มีผู้นำขบวนการจนได้ชัยชนะ. แต่
หลังจากได้อำนาจรัฐแล้วก็เกิด
ความขัดแย้งรุนแรงต่อเนื่อง จนสิ้น
ยุคของเหมาเจ๋อตุง ซึ่งจบชีวิตไป
ในท่ามกลางความขัดแย้งอย่างรุนแรงของการปฏิวัติวัฒนธรรม



■ เหมาเจ๋อตุง



■ นพ.สมศักดิ์ ชุณหรัศมิ์



■ นพ.ดำรงค์ บุญยสิน

ที่ยาวนานถึงกว่า ๑๑ ปี สร้างความเสียหายให้แก่ประเทศอย่างมาก และทำให้มีคนเสียชีวิตไปนับสิบล้านคน.

นักศึกษาปัญญาชนไทย รวมทั้งผู้นำในขบวนการแพทย์ชนบท มีจำนวนไม่น้อยที่เติบโตในบรรยากาศที่ขบวนการนักศึกษาปัญญาชนเห็นดีเห็นงามไปกับการปฏิวัติวัฒนธรรมและนิยมชมชอบกับบรรยากาศของการ “วิจารณ์-สามัคคี-วิจารณ์” แทนที่จะยึดแนวทาง “สามัคคี-วิจารณ์-สามัคคี.” ต่อมาภายหลังจึงรู้จักกับกระบวนการ “สุนทรียสนทนา” (Dialogue).

๒. สำหรับกลุ่มแพทย์ชนบท โดยที่มี “พื้นที่ทำงาน” กระจัดกระจายและห่างไกลกัน โอกาสเกิดกระทบกระทั่งกันจึงน้อย.

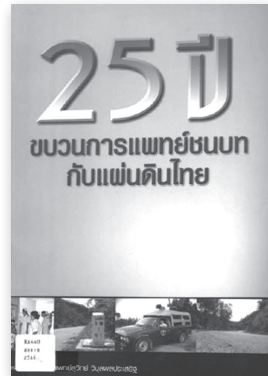
จนกระทั่ง พ.ศ. ๒๕๒๗ แพทย์ชนบทบางคนเริ่มเข้ามาทำงานในส่วนกลาง เช่น นายแพทย์สมศักดิ์ ชุณหรัศมิ์ เข้ามาอยู่ที่กองแผนงานสาธารณสุข ที่มี นายแพทย์ดำรงค์ บุญยสิน เป็นผู้อำนวยการกอง

นายแพทย์สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ เข้ามาอยู่ที่กองแผนงานสาธารณสุข ตามคำชักชวนของ อาจารย์อมร นนทสูต ให้มาเป็นหัวหน้าฝ่ายแผนงานและประเมินผล เมื่อ พ.ศ. ๒๕๒๘

นายแพทย์สงวน นิตยารัมภ์พงศ์ เข้ามาอยู่ที่สำนักงานคณะกรรมการการสาธารณสุขมูลฐาน ซึ่งมี นายแพทย์ปรากรม วุฒิพงศ์ เป็นผู้อำนวยการ



■ นพ.ปรากรม วุฒิพงศ์



■ หนังสือ ๒๕ ปี ขบวนการแพทย์ชนบทกับแผ่นดินไทย

หนังสือ “๒๕ ปี ขบวนการแพทย์ชนบทกับแผ่นดินไทย”
บันทึกวิเคราะห์ปัญหาไว้อย่างชัดเจนว่า

แพทย์ชนบท เมื่อทำงานในโรงพยาบาลอำเภอต่างก็มีพื้นที่ของตนเอง และมีอิสระในการดำเนินงาน จะร่วมกันคิดร่วมกันทำ ก็เมื่อเป็นการทำงานร่วมกันเป็นขบวนการแพทย์ชนบท เช่น ในชมรมแพทย์ชนบท ในมูลนิธิแพทย์ชนบทหรือในโครงการพิเศษ

จึงเป็นความสัมพันธ์ในแนวราบที่ค่อนข้างอิสระและ แม้จะมีความคิดต่างกันบ้าง แต่ก็ไม่ได้เกิดช่องว่างหรือ ความขัดแย้งมากนัก และเมื่อยังอยู่ในชนบท มีอิสระ ห่างไกลจากระบบอำนาจแนวดิ่ง ก็ไม่มีความอึดอัด กับระบบอำนาจในแนวดิ่ง

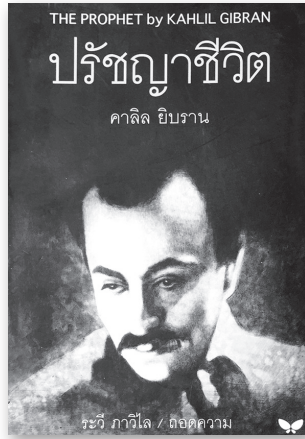
ครั้นเมื่อทำงานภายใต้โครงสร้างราชการแนวดิ่งในส่วนกลาง ก็เริ่มเกิดปัญหาความอึดอัด จากระบบบริหารในแนวดิ่งและการขาดความเป็นอิสระ รวมทั้ง ความไม่เข้าใจระหว่างแพทย์ชนบทที่ทำงานส่วนกลางด้วยกัน (เพราะต่างสังกัด ต่างความรับผิดชอบ) และเห็นห่างจากแพทย์ชนบทในพื้นที่ ด้วย สถานการณ์ดังกล่าวได้สร้างความอึดอัดใจให้แก่ แพทย์ชนบทที่เข้ามาทำงานส่วนกลางพอสมควร

ผู้เขียนทราบปัญหานี้แล้วคิดถึงบทนิพนธ์ในหนังสือ “ปรัชญาชีวิต” ของ คาลิล ยิบราน จึงนำบทนิพนธ์นี้มาเผยแพร่ ให้น้องๆ หลายคนอ่าน

เธอจะอยู่ด้วยกันแม้เมื่อปีกขาวของความตาย
ปิดกวดวันคืนของเธอให้กระจัดกระจายไป

ถูกแล้ว เธอจะอยู่ด้วยกัน แม้ในความทรงจำ
อันสัจด์ของพระเป็นเจ้า

แต่ขอให้มียช่องว่างในการอยู่ด้วยกันของเธอ
และขอให้กระแสนแห่งสวรรค์โอบกโบายไปมา
ระหว่างเธอ



จงรักกันและกัน แต่อย่าสร้างพันธะแห่งความรัก
และขอให้ความรักนั้นเป็นเสมือนหนึ่งห้วง
สมุทรอันเคลื่อนไหวอยู่ระหว่างฝั่งแห่งวิญญาณของ
เธอทั้งสอง

จงเติมถ้วยของกันและกัน แต่อย่าดื่มจากถ้วย
เดียวกัน

จงให้ขนมปังแก่กัน แต่อย่ากัดกินจากก้อน
เดียวกัน

จงร้องและเรไร่ด้วยกัน และจงมีความบันเทิง
แต่ขอให้แต่ละคนได้มีโอกาสอยู่โดดเดี่ยว

ดังเช่นสายพิณนั้น ต่างอยู่โดดเดี่ยว ทว่าสั่น-
สะเทือนด้วยทำนองดนตรีเดียวกัน

จงมอบดวงใจ แต่มิใช่ต่ออีกฝ่ายหนึ่ง

เพราะหัตถ์แห่งชีวิตอมตะเท่านั้นที่จะรับ
ดวงใจของเธอไว้
และจงยืนอยู่ด้วยกัน แต่อย่าใกล้กันนัก
เพราะเสาของวิหารนั้น ก้อยู่ห่างกัน
และต้นโอ๊กต้นไซเปรส ก็มีอาจเติบโตได้ร่มเงา
ของกันได้

บทกวีนี้ เป็นที่ยอมรับระดับหนึ่ง เมื่อเกิดมี “วิวาทะ” หรือ
เรื่องกระทบกระทั่งกันขึ้น หลายคนจะกระเสาะว่า “เสาววิหาร”

แต่เรื่องเช่นนี้ก็เกิดขึ้นเรื่อยๆ คนที่ค่อนข้างจะมีอารมณ์ขัน
น้อย และจริงจังกับเรื่องนี้มาก คือ นพ.สงวน นิตยรัมภ์พงศ์
จึงมีความพยายามจะแก้ปัญหาอย่างจริงจัง โดย

ในราวกลางปี พ.ศ. ๒๕๒๙ นพ.สงวน จึงได้
ปรึกษากับ ศ.นพ.ประเวศ วะสี ว่าอยากจะจัดให้มี
การพูดคุยกันระหว่างแพทย์ชนบทในส่วนกลาง
ด้วยกัน และแพทย์ชนบทในส่วนภูมิภาค เพื่อเคลียร์
ความเข้าใจ และปัญหาข้อขัดแย้งที่เห็นไม่ตรงกัน และ
ขอให้ ศ.นพ.ประเวศ วะสี เป็นที่ปรึกษา

“เป็นที่ปรึกษา” คือให้ “นั่งหัวโต๊ะ” และทำ
หน้าที่เป็น “ท้าวมาลีวราช” ทำการ “หย่าศึก” แต่
ท่านอาจารย์ประเวศมีความเข้าใจในธรรมชาติของ
มนุษย์ลึกถึกล้ำกว่านั้นมาก.

ศ.นพ.ประเวศ วะสี ได้ให้คำแนะนำว่า คนเรา
ไม่จำเป็นต้องเข้าใจเหมือนกันก็รักกันได้ การไป

พยายามปรับให้เข้าใจเหมือนกันเสียอีก บางครั้ง ยิ่งปรับยิ่งไม่เข้าใจ และจะก่อให้เกิดการไม่รักกัน จุดสำคัญคือ การยอมรับความแตกต่างหลากหลาย ไม่ควรจัดประชุมเคลียร์กัน มันเคลียร์กันไม่ได้หรอก จัดเป็นเวทีวิชาการดีกว่า ทุกคนมาประชุมเพื่อสร้างปัญญา แล้วความไม่เข้าใจกันก็จะลดลงไปเอง ความรู้ทำให้เกิดความสุขได้ในความรู้มีความงาม มีปัญญา และมีจิตวิญญาณ ถ้าความรู้นั้นเป็นไป เพื่อให้เพื่อนมนุษย์หรือส่วนรวมดีขึ้น

กลุ่มสามพราน จึง “ก่อกำเนิด” ขึ้น โดยการเตรียมการ และดำเนินการอย่างเป็นขั้นตอน นั่นคือ

ในช่วงดังกล่าว พอดีกับที่ นพ.สุวิทย์ วิบุลผล-ประเสริฐ กลับจากการศึกษาต่อที่สหรัฐอเมริกา และกลับมาทำงานที่กองแผนงานสาธารณสุข รวมทั้งประสานงานกับองค์การอนามัยโลกด้วย นพ.สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ และ นพ.สมศักดิ์ ชุณหรัศมิ์ จึงได้ร่วมกันทำโครงการจัดเวทีทางวิชาการ โดยจัดตั้งเป็นคณะทำงานวิชาการสนับสนุนการประสานนโยบายระบบบริหารและบริการสาธารณสุข ภายใต้คณะกรรมการศูนย์ประสานงานทางการแพทย์และสาธารณสุข ซึ่งมี นพ.สมศักดิ์ ชุณหรัศมิ์ เป็นผู้อำนวยการของศูนย์ฯ และขอรับการสนับสนุนงบประมาณจากสำนักงานองค์การอนามัยโลก

ประจำประเทศไทย เพื่อเป็นค่าใช้จ่ายในการจัดเวที
วิชาการเป็นประจำทุกเดือน และได้ตกลงเลือก
สถานที่จัดประชุมกันที่สวนสามพราน จึงเป็นที่มา
ของชื่อ “กลุ่มสามพราน”

เหตุที่เลือกสวนสามพราน เพราะเป็นที่ที่ไม่ไกล
กรุงเทพฯ มากนัก ทุกคนสามารถมาได้สะดวกทั้ง
ชาวกรุงเทพฯ และต่างจังหวัด เป็นที่สงบ ไม่พลุกพล่าน
มีสิ่งอำนวยความสะดวกในการประชุมอย่างครบครัน
หลังทานอาหารเที่ยงแล้ว ก็มีที่ให้เดินเล่นพักผ่อน
พูดคุยกัน สร้างความสัมพันธ์ และปรึกษาประเด็น
อื่นๆ นอกห้องประชุม

ครั้งแรกมีการเสนอให้จัดในกรุงเทพฯ หรือ
ในกระทรวงสาธารณสุข แต่เกรงว่าจะทำให้แพทย์
ชนบทที่ทำงานในส่วนกลาง ไม่สามารถเข้าร่วม
อย่างต่อเนื่องได้ เพราะอาจต้องเข้าประชุมเรื่องอื่นๆ
หรือถูกผู้บังคับบัญชาเรียกตัว

การประชุมเกิดขึ้นครั้งแรกเดือนสิงหาคม พ.ศ.๒๕๒๙
และประชุมต่อเนื่องกันมาทุกเดือน

อีกเหตุผลหนึ่งในการเลือกสามพราน เพราะผู้เขียนถูกย้าย
มาอยู่ที่สามพรานตั้งแต่เดือนธันวาคม พ.ศ. ๒๕๑๙ น้อยๆ บางคน
ที่ “จริต” ไกลเคียงกันได้ไปนอนค้างที่สามพรานเป็นบางครั้ง
เพื่อหาโอกาสไป “คุยกันยาวๆ” จนเป็นข่าว “กระเส็นกระสาย”



■ โรงแรมโรสการ์เดน สวนสามพราน

ออกไป. ทำให้สามพรานเป็นที่แรกๆ ที่อยู่ในความสนใจ. ไปประชุมกันครั้งแรกที่ห้อง “มุกดาหาร” โรงแรมโรสการ์เดน สวนสามพราน ซึ่งพบว่าเป็นที่ “สัปปายะ” เพราะมีทั้งห้องพัก ห้องประชุม บรรยากาศร่มรื่น อยู่ริมแม่น้ำนครชัยศรี อาหารอร่อย ราคาพอสมควร. หลังประชุมในช่วงเช้า กินอาหารกลางวัน แล้วมีเวลาเดินออกกำลังกาย “ย่อยอาหาร” คุยกันยาวๆ แล้วกลับมาประชุมกันต่อในช่วงบ่าย ทำให้เรื่องที่น่าเสนอได้รับการ “บดละเอียด” จนมีความชัดเจนเพียงพอ. และยังมีประเด็น “นอกรอบ” ที่สามารถเดินคุยกันเป็นกลุ่มๆ ได้ด้วย.

สวนสามพรานจึงเป็นจุดที่เหมาะสม ลงตัว.

๓. เพื่อให้สมาชิกกลุ่มมีการพัฒนาศักยภาพ และเพื่อให้ใช้พลังในทางสร้างสรรค์อย่างแท้จริงในการประชุมปรึกษาหารือครั้งแรก จึงกำหนดให้สมาชิกกลุ่มเป็นผู้นำเสนอ แทนการเชิญวิทยากรจากภายนอก เป็นลักษณะ **การเรียนรู้เชิงรุก (active learning)** ไม่ใช่ **เรียนรู้แบบคอยรับ (passive learning)** การ **ป้อนจากครูบาอาจารย์ (spoon feeding)**

ตอนนั้นนายแพทย์สุวิทย์เพิ่งกลับจากไปศึกษาที่คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยทูเลน ด้วยทุนฮิวเบิร์ต ฮัมฟรีย์ ซึ่งเป็นทุนแบบเปิดรับทั่วไป มีเงื่อนไขเฉพาะในแวดวงสาธารณสุข. คนที่สอบได้ต้องเก่งจริง และเป็นการเรียนเพื่อเพิ่มพูนความรู้และประสบการณ์ จึงไม่กำหนดให้ต้องเรียนเพื่อสอบ



■ ศ.นพ.อรรถสิทธิ์ เวชชาชีวะ

รับปริญญา (non-degree program). นายแพทย์สุวิทย์เพิ่งไปเรียนนอกครั้งแรก ภาษาอังกฤษยังไม่แข็งแรงนัก แต่ความเก่งของนายแพทย์สุวิทย์ ทำให้ต้องรับหน้าที่เป็น “ติวเตอร์” ให้เพื่อนนักเรียนร่วมชั้น ซึ่งมีทั้งคนอเมริกันและนักเรียนต่างชาติ เพราะนายแพทย์สุวิทย์เป็นคนที่ **ศ.นพ.อรรถสิทธิ์ เวชชาชีวะ** อดีตคณบดีคณะแพทยศาสตร์รามธิบดีเคยบอกว่า “**ในบรรดาศิษย์เก่ารามฯ ราวสามพันคน สุวิทย์ฉลาด (bright) ที่สุด**”.

ในการนำเสนอในที่ประชุมกลุ่มสามพรานครั้งแรก นายแพทย์

สุวิทย์รับเป็นผู้นำเสนอ โดยมีเวลาเตรียมตัวราว ๑ เดือน. สุวิทย์มานำเสนอโดยเตรียมเอกสารโรเนียวขนาด เอ ๔ ราว ๕๐ หน้า จึงเป็นบรรทัดฐานที่สูงมาก สำหรับผู้ที่จะมาแนะนำเสนอคนต่อไป. กลุ่มสามพรานเข้มแข็งมาจนทุกวันนี้ ปัจจัยหนึ่งเกิดจากอัจฉริยภาพของอาจารย์ประเวศ ที่เปลี่ยนพลังจากแนวทาง “วิจารณ์-สามัคคี-วิจารณ์” ที่ทำให้เกิดการกระทบกระทั่ง มาเป็นพลังสร้างสรรค์ และทำให้สมาชิกที่มีพลังสูง ใช้พลังมาทำงานสร้างสรรค์ในการทุ่มเททำงานให้มีคุณภาพสูง และต้องการความช่วยเหลือจากเพื่อนสมาชิก แทนการใช้พลังไปในการ “วิจารณ์” หรือ “จับผิด” เพื่อนสมาชิก.

อุปนิสัย (habit) ในลักษณะ “วิจารณ์-สามัคคี-วิจารณ์” ซึ่งบ่อยครั้งเป็นลักษณะการ “จับผิด” ถูกบ่มเพาะมาจนเป็น “วัฒนธรรมการเรียนรู้” ในโรงเรียนแพทย์ทุกแห่ง. ในการประชุมวิชาการทุกครั้ง อาจารย์หลายท่านจะวิจารณ์ในลักษณะ “จับผิด” “เชือดเฉือน” และ “ยกตนข่มท่าน” กันอย่างเต็มที่ ซึ่งนักเรียนแพทย์จะนั่งฟังอย่าง “สนุกสนาน” และ “เมามัน”. เมื่อนักเรียนจะต้อง “นำเสนอ” ในชั้น หรือในกลุ่มก็มักจะถูกอาจารย์วิจารณ์อย่าง “จับผิด” เพื่อให้มีการ “กล่อมเกล่า” หรือ “ตบแต่ง” ทั้งด้วยมือ และ “แป้นไม้” แบบของช่างปั้นหม้อ. บรรยากาศเช่นนั้นเป็นที่ยอมรับหรือ “จำยอม” เพราะทุกคนต้องพยายามเรียนให้จบ หรือได้รับการยอมรับในที่ทำงานและวงวิชาชีพ. แต่เมื่อนำมาใช้ในวงงานราชการ ที่ต้องการ “สังคหวัตถุ ๔” คือ ทาน ปิยวาจา อตถจริยา และสมานัตตตา จึงมักเกิดผลในทางลบ ทำให้เกิดการแตกร้าวมากกว่า “หม้อที่ตั้งงามไม่มีที่ตี”.

๔. ท่านอาจารย์ประเวศ แนะนำให้ใช้หลักธรรมะในการประชุมของกลุ่มสามพราน คือ **อปริทานิยธรรม** ซึ่งพจนานุกรมพุทธศาสนา ฉบับประมวลศัพท์ของ **สมเด็จพระพุทธโฆษาจารย์ (ป.อ.ปยุตฺโต)** ได้ให้นิยามไว้อย่างกระชับ งดงาม ดังนี้

อปริทานิยธรรม ธรรมอันไม่เป็นที่ตั้งแห่งความเลื่อม, ธรรมที่ทำให้ไม่เลื่อม เป็นไปเพื่อความเจริญฝ่ายเดียว มี ๗ ข้อที่ตรัสสำหรับภิกษุ (ภิกษุ อปริทานิยธรรม) ยกมาแสดงหมวดหนึ่ง ดังนี้ ๑. หมั่นประชุมกันเนื่องนิത്യ ๒. เมื่อประชุมก็พร้อมเพรียงกันประชุม เมื่อเลิกประชุมก็พร้อมเพรียงกันเลิก และพร้อมเพรียงช่วยกันทำกิจที่สงฆ์จะต้องทำ ๓. ไม่บัญญัติสิ่งทีพระพุทเจ้าไม่บัญญัติขึ้น ไม่ถอนสิ่งที่พระองค์บัญญัติไว้แล้ว สมาทานศึกษาอยู่ในสิกขาบทตามที่พระองค์ทรงบัญญัติไว้ ๔. ภิกษุเหล่าใด เป็นผู้ใหญ่เป็นประธานในสงฆ์ เคารพนับถือภิกษุเหล่านั้น เชื่อฟังถ้อยคำของท่าน ๕. ไม่ลุ่มอำนาจแก่ความอยากที่เกิดขึ้น ๖. ยินดีในเสนาสนะป่า ๗. ตั้งใจอยู่ว่า เพื่อนภิกษุสามเณรซึ่งเป็นผู้มีศีล ซึ่งยังไม่มาสู่อาวาส ขอให้มา ที่มาแล้วขอให้อยู่เป็นสุข

อปริทานิยธรรมที่ตรัสแก่กษัตริย์วัชชี (วัชชี อปริทานิยธรรม) สำหรับผู้รับผิดชอบต่อบ้านเมือง มีอีกหมวดหนึ่งคือ

๑. หมั่นประชุมกันเนืองนิตย์
๒. พร้อมเพรียงกันประชุม พร้อมเพรียงกันเล็กประชุม พร้อมเพรียงกันทำกิจที่พึงทำ
๓. ไม่ถืออำนาจใจบัญญัติสิ่งที่มีได้บัญญัติไว้ ไม่ล้มล้างสิ่งที่ได้บัญญัติ ถือปฏิบัติมันตามวัชชีธรรม
๔. ท่านเหล่าใดเป็นผู้ใหญ่ในชนชาววัชชี เคารพนับถือท่านเหล่านั้น เห็นถ้อยคำของท่านว่าเป็นสิ่งอันพึงรับฟัง
๕. บรรดากุลสตรีกุลกุมารีทั้งหลายมิให้อยู่อย่างถูกข่มเหงรังแกนัก
๖. เคารพสักการบูชาเจดีย์ของวัชชีทั้งภายในและภายนอก ไม่ละเลยการทำธรรมิกพลี
๗. จัดให้ความอารักขาคุ้มครองป้องกันอันชอบธรรมแก่พระอรหันต์ (หมายถึงบรรพชิตที่เป็นหลักใจของประชาชน) ตั้งใจให้ท่านที่ยังมิได้มาพึงสู่ว่านแคว้นที่มาแล้วพึงอยู่โดยผาสุก

๕. นอกจากหลักอปริหายธรรมแล้ว ธรรมะอีกหมวดหนึ่ง ที่เน้นกันมาก คือ **กัลยาณมิตรธรรม** ซึ่งพจนานุกรมพุทธศาสตร์ ได้นิยามไว้ ดังนี้

กัลยาณมิตรธรรม หรือหลักธรรมของกัลยาณมิตร ๗ ประการ คือ

๑. **ปิโย** น่ารัก ด้วยมีเมตตา เป็นที่สบายจิตสนิทใจ ชวนให้อยากเข้าไปหา

๒. ครู นำเคารพ ด้วยความประพุดติหนักแน่น เป็นที่พึ่งอาศัยได้ ให้รู้สึกอบอุ่นใจ

๓. ภาวนีโย นำเจริญใจ ด้วยความเป็นผู้ฝึกฝน ปรับปรุงตน ควรเอาอย่าง ให้ระลึกและเอ่ยอ้างด้วย ซาบซึ่งภูมิใจ

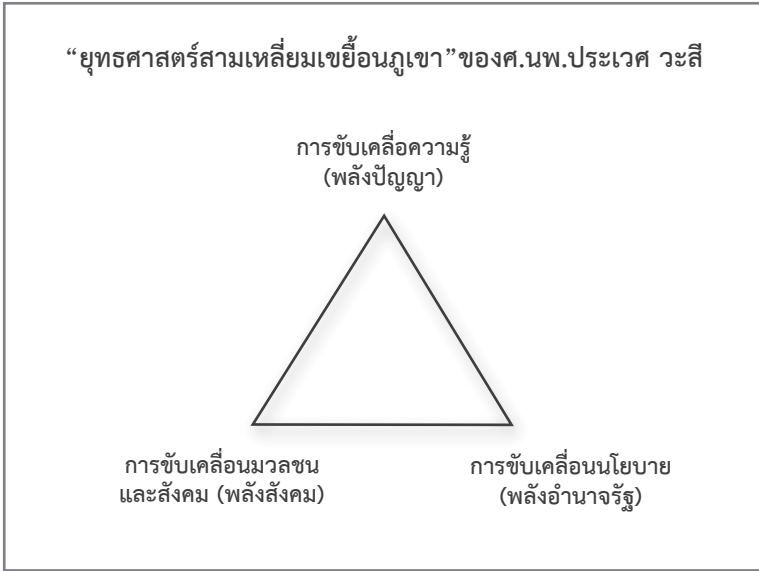
๔. วัตตา รู้จักพูดให้ได้ผล รู้จักชี้แจงแนะนำ เป็นที่ปรึกษาที่ดี

๕. วจนักขโม อดทนต่อถ้อยคำ พร้อมทั้งจะรับ ฟังคำปรึกษาซักถาม ตลอดจนคำเสนอแนะวิพากษ์วิจารณ์

๖. คัมภีร์ จะ กัง กัดตา แดงเรื่องล้าลึกได้ สามารถอธิบายเรื่องยุ่งยากซับซ้อนให้เข้าใจและสอน ให้เรียนรู้เรื่องราวที่ลึกซึ้งยิ่งขึ้นไป

๗. โน จัฎฐาเน นิโยชเย ไม่ชักนำในอฐาน คือ ไม่ชักจูงไปในทางเสื่อมเสียหรือเรื่องเหลวไหล ไม่สมควร

๖. หลักการสำคัญข้อหนึ่งของกลุ่มสามพราน คือ การดำรงสถานะเป็น “เวทีสร้างความรู้” มิใช่ “เวทีขับเคลื่อน” จึงกำหนดให้สมาชิกกลุ่มไปขับเคลื่อนโดยกลไกอื่น ไม่อ้างเครดิตของกลุ่ม. หลักการข้อนี้ทำให้กลุ่มสามพราน ไม่เป็น “เป้า” ของการทำลายจากผู้ถูกกระทบ หลักการข้อนี้ทำให้กลุ่มสามพรานดำรงอยู่ได้อย่างยืนยาว.



ต่อมาท่านอาจารย์ประเวศ วะสี ได้เสนอ “ยุทธศาสตร์สามเหลี่ยมเขยื้อนภูเขา” ทำให้เห็นภาพและแนวทางชัดเจนว่า กลุ่มสามพรานจะทำหน้าที่ของมุมที่หนึ่ง คือ การขับเคลื่อนความรู้ ส่วนมุมที่สองคือการขับเคลื่อนมวลชนและสังคม และมุมที่สามคือการขับเคลื่อนนโยบาย จะต้องไปใช้กลไกอื่น. •

“กลุ่มสามพราน” กลายเป็น
“ฐานที่มั่นทางปัญญาและจิตวิญญาณ”
ที่มั่นคง ปลอดภัย ไม่เป็นเป้าให้ถูกทำลาย
จึงสามารถดำรงอยู่และทำหน้าที่
สืบต่อมาได้อย่างยาวนาน
เพราะมีหลักการสำคัญ ๔ ประการ



ผลดอก ออกผล



๑. การกำหนดหลักการชัดเจนว่า **กลุ่มสามพราน** จะเป็น
เวทีทำหน้าที่

(๑) เป็นเวทีวิชาการ แลกเปลี่ยนเรียนรู้

(๒) เป็นกลไกของความต่อเนื่องทางปัญญา (Continuity of Wisdom) ของแพทย์ชนบท ที่ไม่ว่าจะโยกย้ายไปรับตำแหน่ง
ใด เวทีสามพรานก็จะเป็นเวที “แสวงหาปัญญา แสวงหาข้อมูล
ของความรู้ และรักษาความสัมพันธ์ซึ่งกันและกันไว้” และเป็นเวที
สำหรับคนที่ “ยังมีไฟ” ต้องมีที่ให้ใช้ไฟให้เกิดพลังงานอย่างอื่น

(๓) ไม่มีวัตถุประสงค์ที่จะสร้างผลต่อเนื่องโดยกลุ่ม
สามพรานโดยตรง

(๔) เป็น “ที่พัก” (sanctuary) และ “พัฒนามิติทางจิต
วิญญาณของแพทย์ชนบท ไม่ว่าจะอยู่แห่งหนตำบลใด”

หลักการสำคัญ ๔ ประการนี้ ทำให้กลุ่มสามพรานกลายเป็น
เป็น “ฐานที่มั่นทางปัญญาและจิตวิญญาณ” ที่มั่นคง ปลอดภัย
ไม่เป็นเป้าให้ถูกทำลาย จึงสามารถดำรงอยู่และทำหน้าที่สืบต่อ
มาได้อย่างยาวนาน

๒. จุดศูนย์รวมทางปัญญาและจิตวิญญาณของกลุ่มสามพราน คือ **ศ.นพ.ประเวศ วะสี** ผู้ทำหน้าที่

(๑) เชื่อมโยงแพทย์ชนบทกับอาจารย์ที่มีอุดมการณ์เดียวกันในโรงเรียนแพทย์ และแพทย์ผู้ใหญ่ที่ “ใหญ่จริง” ในกระทรวงสาธารณสุขจำนวนมากให้มาจับบทบาทเป็น “มวลวิกฤต” (critical mass) ในการปฏิรูประบบสุขภาพ.

(๒) เป็นศูนย์รวมทางปัญญา ความดีงาม และความรักของกลุ่มเทียบได้กับ “พระปริษุทธิคุณ พระปัญญาคุณ และพระมหากรุณาธิคุณ” แห่งองค์พระสัมมาสัมพุทธเจ้า เป็น “โพธิสัตว์” แห่งวงการสุขภาพ และสังคมไทย. ศ.นพ.ประเวศ มาร่วมประชุมทำหน้าที่ “นั่งหัวโต๊ะ” เกือบทุกครั้ง แทบไม่เคยขาด เป็นไปตามหลักข้อแรกแห่ง **อปริทานิยธรรม** และได้ทำหน้าที่ทุกข้อแห่งธรรมะหมวดนี้ รวมทั้งเป็นแบบอย่างแห่ง **กัลยาณมิตร** โดยแท้จริง จึงทำให้กลุ่มสามพรานสามารถออกงานและผลิตดอกออกผล สร้างคุณูปการแก่ระบบสุขภาพไทย และสังคมไทยมาอย่างยาวนาน.

๓. ผู้นำเสนอคนแรกในกลุ่มคือ **นายแพทย์สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ** ได้วาง (set) มาตรฐาน ของการนำเสนอไว้อย่างสูงยิ่ง สมกับที่เพิ่งไป “ซบตัว” จากสหรัฐอเมริกาใหม่ๆ และมาทำงานกับ “นักคิดผู้ลุ่มลึก” อย่างนายแพทย์ดำรงค์ บุญเย็น. การนำเสนอครั้งนั้น นายแพทย์สุวิทย์เตรียมเอกสารขนาดเอ ๔ โรเนียวมาแจกหนาราว ๕๐ หน้า เสนอภาพรวมอย่างเป็นระบบ เป็นการ “ปูพื้น” ให้สมาชิกสามารถ “เจาะลึก” ในแต่ละเรื่อง ตามความสนใจ และความถนัด แยกแขนงออกไปได้มากมาย.

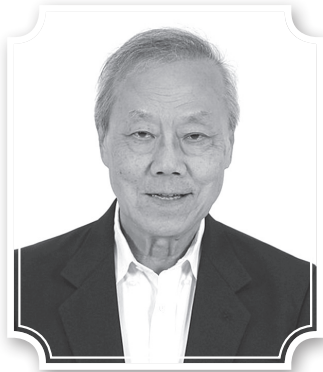
ในปี ๒๕๒๙ ผู้เขียนได้รับคัดเลือกเป็น “แพทย์ชนบทดีเด่น” ของคณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล ได้แสดงปาฐกถาเรื่อง “ทิศทางการสาธารณสุขไทย” ก็ได้เอกสารฉบับนี้ และนายแพทย์ สุวิทย์ ช่วย “วิพากษ์” และปรับปรุงแก้ไขให้อย่างดี.

๔. เรื่องที่กลุ่มสามพราน ประชุมปรึกษาหารือกันและนำไป “ขับเคลื่อนขยายผล” มีมากมาย เช่น :

๑. การรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่

แต่ก่อนบุหรี่เป็น “อุปกรณ์คล้ายเครื่องครัว” และเป็น “สิ่งโก้เก๋” เพราะอิทธิพลของการโฆษณา. สังคมเริ่มตระหนักถึงพิษภัยของ บุหรี่ เมื่อ “ศัลยแพทย์ใหญ่” (Surgeon General) ของสหรัฐอเมริกา ประกาศว่า “บุหรี่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ” หลังรายงานการศึกษา ทางระบาดวิทยา พบความสัมพันธ์ชัดเจนระหว่างบุหรืกับมะเร็ง ปอด และการวิจัยในสัตว์พบว่า “น้ำมันดิน” (Tar) จากควันบุหรื ทำให้เกิดมะเร็งผิวหนังของสัตว์ทดลอง. ประเทศไทยโดยศัลยแพทย์ ทรวงอก และแพทยสมาคมแห่งประเทศไทยฯ ได้รณรงค์เรื่องนี้ แต่สามารถผลักดันให้มีคำเตือนตัวเล็กข้างของบุหรืว่า “**บุหรือาจ เป็นอันตรายต่อสุขภาพ**” โดยแนวคิดในการรณรงค์ช่วงนั้นคือ “**การรณรงค์ต่อต้านการสูบบุหรี่**” (Anti-Smoking campaign)

ท่านอาจารย์ประเวศ เป็นผู้นำสำคัญในเรื่องนี้และได้ “แจก การบ้าน” ให้ทุกคนคือ “**ศ.นพ.ประกิต วาทีสาธกกิจ**” ซึ่งเป็น อายุรแพทย์โรคระบบทางเดินหายใจ และในกระทรวงสาธารณสุข



■ ศ.นพ.ประกิต วาทีสารกกิจ



■ นพ.หทัย ชิตานนท์

ก็ได้ นายแพทย์หทัย ชิตานนท์ ผู้เชี่ยวชาญทางประสาทวิทยาจาก กรมการแพทย์เป็นกำลังสำคัญ. การรณรงค์ในกลุ่มใหม่นี้เปลี่ยนแนวจากการรณรงค์ต่อต้านการสูบบุหรี่ เป็น “การรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่” (No-Smoking Campaign) ซึ่งเป็นแนวทางที่ “ดีกว่า” และ “ฉลาดกว่า” เพราะแทนที่จะมองผู้สูบบุหรี่เป็น “ผู้ร้าย” ต้องต่อต้าน กลับมองอย่าง “เมตตา” ที่จะช่วยให้เลิกบุหรี่. การรณรงค์นี้ ทำอย่างเป็นระบบและจริงจัง จึงมีการก่อตั้ง “มูลนิธิรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่” ขึ้น มี คุณบังอร ฤทธิภักดี อักษรศาสตร์บัณฑิต ที่ไปร่วมทีมงานสาธารณสุขกับแพทย์ชนบทที่โรงพยาบาลชุมพวง จ.นครราชสีมา มาเป็นกำลังสำคัญ ซึ่งเข้ามาทำงานนี้เป็น “งานชีวิต”.



■ คุณบังอร ฤทธิภักดี



■ ศ.นพ.อุดมศิลป์ ศรีแสงนาม



■ นพ.กฤษดา บานชื่น

ผู้เขียนได้รับการชักชวนไปร่วมประชุมที่มูลนิธิครั้งนี้ครั้งหนึ่ง จึงเริ่มสนใจเรื่องนี้และนำเรื่องนี้ไปปรึกษาหารือในกลุ่มสามพราน ช่วงท้ายของการประชุมคราวหนึ่ง ซึ่งที่ประชุมเห็นว่าเรื่องนี้สำคัญ และมอบหมายให้ **นายแพทย์ชูชัย ศุภวงศ์** ประธานชมรมแพทย์ชนบทสมัยที่ ๙-๑๐ ในช่วงนั้น (พ.ศ. ๒๕๒๙-๒๕๓๑) เป็น “เจ้าของเรื่อง” ในการทำโครงการมาเสนอเพื่อ “**ปรึกษาหารือ**” วางแผนดำเนินการต่อไป.

ช่วงนั้นแพทย์ชนบทกำลังตื่นตัวในเรื่องการวิ่งเพื่อสุขภาพ ที่มี “ผู้มีอิทธิพลทางความคิด” (Influencer) ที่สำคัญคือ **ศ.นพ. อุดมศิลป์ ศรีแสงนาม** และ **นายแพทย์กฤษดา บานชื่น**. นายแพทย์ชูชัยได้นำเรื่องรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่และการวิ่ง ออกกำลังกายมาผสมผสานกันอย่างดี เป็นโครงการ “**วิ่งรณรงค์ เพื่อการไม่สูบบุหรี่**” จาก “**๕ ภาค**” ของแพทย์ชนบท เพื่อรวบรวมรายชื่อประชาชนตามเส้นทางนำมามอบให้ **นายชวน หลีกภัย**



ประธานสภาผู้แทนราษฎร. โดยกำหนดจุดรับมอบที่ศาลาว่าการ กรุงเทพมหานคร ที่ผู้ว่าราชการ กทม. ขณะนั้นคือ พล.ต.จำลอง ศรีเมือง ขวัญใจประชาชน ที่เสนอตัวสมัครรับเลือกตั้งแบบสมัครใจ “แบกะดิน” แต่ขณะผู้สมัครจากพรรคการเมืองเก่าแก่อย่างถล่ม ทลาย.

การวิ่งช่วงนั้น ใช้เวลา ๑ สัปดาห์ สายเหนื่อจากเชียงใหม่ สายใต้จากสวนโมกข์ สายตะวันออกจากตราด สายอีสานจาก อุบลราชธานีและหนองคาย. นายแพทย์ชูชัยเตรียมการนี้อย่างดี สำรวจเส้นทางทุกสายอย่างละเอียด ขอความร่วมมือจากโรงพยาบาลและหน่วยงานต่างๆ ในการปักค้ำคืนตลอดทุกเส้นทาง. สื่อมวลชนทุกแขนง โดยเฉพาะโทรทัศน์หลายช่องติดตามทำข่าว อย่างต่อเนื่องทุกวัน สามารถรวบรวมรายชื่อได้ประมาณ ๖ ล้าน รายชื่อ นำมามอบให้ประธานสภาผู้แทนราษฎร และมอบให้ กรุงเทพมหานครเก็บรักษารายชื่อไว้ ในเวลา “แดดร้อนลมตกร” ที่

ศาลาว่าการ กทม. เสาชิงช้า. เป็นภาพที่งดงามและทรงพลังอย่างยิ่งและเป็นพลังสำคัญช่วยให้การรณรงค์เรื่องบุหรี่ยุคใหม่ของประเทศไทยประสบความสำเร็จอย่างงดงาม. ไม่ “พ่ายแพ้” แก่ธุรกิจบุหรี่ยุคข้ามชาติอย่าง ๓ ประเทศเอเชีย ที่พ่ายแพ้อย่าง “ราบคาบ” ในเวลาต่อมา คือ ญี่ปุ่น เกาหลีใต้ และไต้หวัน.

การวิงรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่ของแพทย์ชนบท เป็นการ “ขับเคลื่อนสังคม” ตามยุทธศาสตร์ที่ ๒ ของยุทธศาสตร์สามเหลี่ยมเขยื้อนภูเขา ทำให้เมื่อสหรัฐอเมริกา บีบบังคับให้ไทยต้องเจรจาเพื่อเปิดตลาดเสรีให้แก่บุหรี่ยุคใหม่ คณะผู้เจรจาฝ่ายไทยซึ่งมี **นายพชร อิศรเสนา** ปลัดกระทรวงพาณิชย์ เป็นหัวหน้าทีม มี **นายการุณ กิตติสถาพร** และ **นายเกริกไกร จิระแพทย์** เป็นกำลังสำคัญ. ฝ่ายสาธารณสุขมี **นายแพทย์หทัย ชิดานนท์** ร่วมทีม. มีภาคประชาชนเป็น “ผนังทองแดงกำแพงเหล็ก” ช่วยให้ไทยไม่ “เพลี่ยงพล้ำ”. จึงแม้ไทยจะ “พ่ายแพ้” ต้อง “เปิดประตูให้แก่บุหรี่ยุคใหม่” แต่เราก็ชนะเพราะสามารถออกกฎหมายปกป้องประชาชนได้โดยอิสระ เพียงแต่ต้องไม่เลือกปฏิบัติกับบุหรี่ยุคใหม่. ในที่สุดประเทศไทยก็สามารถออกกฎหมายบุหรี่ยุคใหม่ที่ออกมา ๒ ฉบับ ในปี พ.ศ. ๒๕๓๕ โดยผู้เป็น “แชมเปียน” ในเรื่องนี้ นอกจาก **นายแพทย์หทัย ชิดานนท์** แล้ว คือ **ศาสตราจารย์ นายแพทย์ประกิจ วาทีสารกกิจ** ซึ่งยังทำงานนี้อย่างต่อเนื่องและเข้มแข็งมาก มาจนทุกวันนี้.



๒. การรณรงค์อีสานไม่กินปลาดิบ

งานนี้ผู้นำเสนอคือ นายแพทย์สุริยะ วงศ์คงคาเทพ ซึ่งมีการทำงานต่อเนื่องต่อมา แต่ได้ผลน้อย เพราะเป็นเรื่องที่เกี่ยวข้องกับวิถีชีวิต ความเชื่อ และพฤติกรรม โดยเป็นปัญหา “เฉพาะถิ่น” แตกต่างจากการรณรงค์เรื่องบุหรี่ที่มีกระแสสากลสนับสนุน และเทคโนโลยีที่นำมาใช้ได้มีการพัฒนาน้อย เพราะเป็นปัญหาของคนยากคนจนเป็นส่วนใหญ่.

โครงการนี้ ต่อมานักวิชาการในพื้นที่คือ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น มีผู้ทุ่มเททำงานอย่างต่อเนื่องคือ ศาสตราจารย์นายแพทย์ณรงค์ ขันตีแก้ว ผู้อำนวยการสถาบันวิจัยพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี มหาวิทยาลัยขอนแก่น และมีการพัฒนาเทคโนโลยีการวินิจฉัยโรคจากการตรวจอุจจาระ ซึ่งมีความไว (Sensitivity) ต่ำ และตรวจยาก มาเป็นการตรวจปัสสาวะแบบง่ายๆ. งานนี้มีแนวโน้มจะประสบความสำเร็จ แต่ยังคงต้องใช้ความพยายามต่อไปอีกไม่น้อย.



■ ศ.นพ.ประเวศ วะสี



■ พญ.จันทร์เพ็ญ ชูประภาวรรณ

๓. คณะกรรมการระดับชาติ

ด้วยความช่วยเหลือของมูลนิธิร็อกกี้เฟลเลอร์ กระทรวงสาธารณสุขได้แต่งตั้งคณะกรรมการระดับชาติขึ้น เมื่อ พ.ศ. ๒๕๓๐ มี ศาสตราจารย์นายแพทย์ประเวศ วะสี เป็นประธาน มีแพทย์ชนบทที่เข้าไปทำงาน ได้แก่ แพทย์หญิงจันทร์เพ็ญ ชูประภาวรรณ, นายแพทย์สมศักดิ์ ชุนทรศรี, นายแพทย์สงวน นิตยารัมภ์พงศ์ มีแพทย์อาวุโสที่เข้าไปเป็นกำลังสำคัญคือ นายแพทย์หทัย ชิตานนท์. คณะกรรมการนี้มุ่งเน้นงานวิชาการ. แต่นายแพทย์หทัย ชิตานนท์ ซึ่ง “จริงจัง” กับการรณรงค์เรื่องบุหรี่มาก และมีการให้สัมภาษณ์ “พาดพิง” ถึงรัฐมนตรีสาธารณสุข ทำให้คณะกรรมการนี้ถูกรัฐมนตรีท่านนั้น “ยุบเลิก”. แต่ “องค์กร” นี้ ก็กลายเป็น “นักฟิสิกส์” คือ มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติในเวลาต่อมา โดยมี นายแพทย์สงวน, นายแพทย์สุวิทย์, แพทย์หญิงวันเพ็ญ, นายแพทย์สมศักดิ์, นายแพทย์ไพบุลย์ สุริยะวงศ์ไพศาล เป็น “กำลังคนหนุ่มสาว”. และมีผู้สนับสนุน

คนสำคัญ คือ นายแพทย์ไพโรจน์ นิงสานนท์ อดีตปลัดกระทรวงสาธารณสุขที่ต่อมาได้รับโปรดเกล้าฯ แต่งตั้งเป็นรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขในรัฐบาล นายอภิรักษ์ ปันยารชุน ทำให้มูลนิธินี้ได้ชื่อว่าเป็น “มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ” ได้ โดยการยินยอมโดยคุณิ.

๔. การพัฒนาวิชาการด้านเศรษฐศาสตร์สาธารณสุข

ศาสตร์แขนงหนึ่งซึ่งมีความสำคัญต่อการพัฒนาระบบสุขภาพ คือ เศรษฐศาสตร์สาธารณสุข. กระทรวงสาธารณสุขเริ่มตระหนักถึงความสำคัญของศาสตร์แขนงนี้ เมื่อทศวรรษ ๒๕๒๐ หลังมีโครงการสงเคราะห์ผู้มีรายได้น้อยด้านการรักษาพยาบาล ตามนโยบายรักษาฟรีของ ม.ร.ว.คึกฤทธิ์ ปราโมช โดยได้รับการสนับสนุนจากองค์การอนามัยโลก ส่งผู้เชี่ยวชาญคือ ศ.แอนน์ มิลล์ (Dame Anne Jane Mills) นักเศรษฐศาสตร์จากคณะสาธารณสุขศาสตร์และเวชศาสตร์เขตร้อน มหาวิทยาลัยลอนดอนมาเป็นที่ปรึกษา โดยมาปฏิบัติงานที่กองแผนงานสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. จึงทำให้เกิดโครงการฝึกอบรมด้านเศรษฐศาสตร์สาธารณสุขขึ้น โดยความร่วมมือจากคณะเศรษฐศาสตร์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. มีอาจารย์ที่มาทำการฝึกอบรม คือ ดร.สมคิด แก้วสนธิ และ ดร.เทียนฉาย กิรินันท์ เป็นต้น. ทำให้แพทย์ชนบทจำนวนหนึ่งได้รับความรู้แขนงนี้ และเริ่มมีการวางระบบงานด้านนี้ขึ้นในโรงพยาบาลต่างๆ รวมทั้งโรงพยาบาลชุมชน. แพทย์ชนบทคนสำคัญที่เข้ามาร่วม เช่น นายแพทย์วิโรจน์ ตั้งเจริญสุทธีร นายแพทย์ศุภสิทธิ์ พรรณารุโณทัย นายแพทย์



■ ศ.แอนน์ มิลล์



■ นพ.วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร



■ นพ.ศุภสิทธิ์ พรรณารุโณทัย



■ นพ.ถาวร สกุกพานิชย์

ถาวร สกุกพานิชย์. นายแพทย์วิโรจน์เป็นคนหนึ่งที่มีผลงาน น่าสนใจในโรงพยาบาลชุมชน. จึงเมื่อมูลนิธิรีร็อกกี้เฟลเลอร์ มีทุนให้ ไปศึกษาระดับปริญญาเอกที่มหาวิทยาลัยลอนดอน ท่านอาจารย์ ประเวศแจ้งข่าวนี้ในการประชุมกลุ่มสามพรานคราวหนึ่ง เพื่อหา ผู้ที่สมควร “รับทุน” นี้. นายแพทย์สุวิทย์เสนอชื่อนายแพทย์วิโรจน์ ซึ่งขณะนั้นดำรงตำแหน่งผู้อำนวยการโรงพยาบาลอำนาจเจริญ

ที่เวลานั้นยังอยู่ในจังหวัดอุบลราชธานี. วันนั้น นายแพทย์วิโรจน์ เดินทางไปราชการที่จังหวัดเลย. นายแพทย์สุวิทย์โทรศัพท์ไป ชักชวน ซึ่งนายแพทย์วิโรจน์ตอบรับ. นายแพทย์วิโรจน์จำได้ว่า วันนั้นฝนตกฟ้าผ่า เพราะเป็นช่วงฤดูฝน เดือนกรกฎาคม พ.ศ. ๒๕๓๐. นายแพทย์วิโรจน์เรียนจบปริญญาเอกโดยวิทยานิพนธ์ ได้รับรางวัลดีเด่น Woodruff Medal 1991. นายแพทย์วิโรจน์ เป็นคนไทยคนเดียวที่ได้รับรางวัลนี้ โดยได้รับเป็นลำดับที่ ๘ จากจำนวนผู้ได้รับรางวัล ๒๓ คน ในช่วง พ.ศ. ๒๕๒๗-๒๕๔๖. ต่อมายังได้รับรางวัลทรงเกียรติจากคณะสาธารณสุขศาสตร์ และเวชศาสตร์เขตร้อน มหาวิทยาลัยลอนดอน คือ **รางวัลเอ็ดวิน แซตวิก (Edwin Chadwick Medal)** ซึ่งตั้งขึ้นเพื่อเป็นเกียรติแก่ **เซอร์เอ็ดวิน แซตวิก** ผู้วางรากฐานการสาธารณสุขสมัยใหม่ (modern public health) ของโลก. และต่อมายังได้รับรางวัล “ผู้นำ สุขภาพของผู้อำนวยการใหญ่ องค์การอนามัยโลก” (WHO Director-General’s Health Leaders Award) ขององค์การอนามัยโลก เมื่อ พ.ศ. ๒๕๖๒.



■ เซอร์เอ็ดวิน แซตวิก

นายแพทย์วิโรจน์เป็นผู้มี บทบาทสำคัญในการวางระบบ เหมาจ่ายรายหัวในระบบประกัน สังคมและระบบบัตรทอง รวมทั้งงานด้านเศรษฐศาสตร์สาธารณสุข จำนวนมากในประเทศไทย. เมื่อครั้ง **ดร.โกร ฮาร์เลม บรินด์แลนด์**

ได้รับคัดเลือกเป็นผู้อำนวยการใหญ่องค์การอนามัยโลก นายแพทย์
 วิโรจน์ได้รับเชิญให้ไปร่วมในคณะทำงานกำหนดวิสัยทัศน์และ
 แผนงานให้ดร.บรินด์แลนด์ รวมทั้งได้รับการเชิญชวนให้รับ
 ตำแหน่งผู้ช่วยผู้อำนวยการใหญ่องค์การอนามัยโลก ซึ่งจะได้รับ
 เงินเดือนมากกว่าที่ได้รับในประเทศไทยราว ๑๐ เท่า. นายแพทย์
 วิโรจน์ปฏิเสธ เพราะต้องการทำงานในประเทศไทย. **นี่คือหนึ่ง
 แบบอย่างของ “แพทย์ชนบท” ของแท้.**

ช่วง ๑๐ กว่าปีแรก หลังนายแพทย์วิโรจน์จบการศึกษา
 ระดับปริญญาเอก ได้ทำหน้าที่เป็นนักวิจัยหลักอยู่ที่สถาบันวิจัย
 ระบบสาธารณสุข. หลังร่วมให้กำเนิดระบบบัตรทองแล้วนายแพทย์
 วิโรจน์ ได้มีส่วนสำคัญในการให้กำเนิดองค์กรด้านเศรษฐศาสตร์
 สาธารณสุขอีก ๒ องค์กร ได้แก่ :

(๑) **สำนักพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ**
 (International Health Policy Program: IHPP) เริ่มจากการรวม
 โครงการเมธีวิจัยอาวุโส (Senior Research Scholar : SRS)
 ที่นายแพทย์วิโรจน์รับการสนับสนุนจากสำนักงานกองทุนสนับสนุน
 การวิจัย (สกว.) กับโครงการ “**เมธีสุขภาพระหว่างประเทศ**”
 (International Health Scholar : IHS) ในสำนักงานปลัด
 กระทรวงสาธารณสุขเข้าด้วยกัน. สำนักงานนี้ทำหน้าที่พัฒนา
 ชีตความสามารถด้านการวิจัยระบบและนโยบายสาธารณสุข
 รวมทั้งชีตความสามารถด้านนโยบายสุขภาพโลกอย่างเป็นระบบ
 ตามหลักของโครงการพัฒนาแห่งสหประชาชาติ (United
 Nations Development Program : UNDP) ซึ่งมีหลักการ คือ

ให้พัฒนา ๔ ด้านไปพร้อมกัน ได้แก่

- (๑) การพัฒนาบุคคล (Individual : I)
- (๒) การพัฒนาองค์กร (Node : N)
- (๓) การพัฒนาเครือข่าย (Network : N)
- (๔) การพัฒนาระบบนิเวศ (Ecology : E)

รวมเป็น INNE. เมื่อพัฒนาครบทั้ง ๔ อย่าง จะเกิดขีดความสามารถที่มีพละานุภาพสูงสุด. เปรียบเสมือนสมองมนุษย์ที่มีเซลล์สมองทำงานร่วมกันเป็นกลุ่ม เชื่อมโยงเป็นเครือข่าย และอยู่ในร่างกายที่แข็งแรงสมบูรณ์ สมองก็จะทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพสูงสุด. องค์กรแห่งนี้สร้างทั้งผลงานวิจัยระดับชาติและนานาชาติ และสร้างนักวิจัยคุณภาพ โดยมีวัฒนธรรมองค์กรที่ดีเยี่ยม มีบรรยากาศขององค์กรการวิจัยที่เข้มแข็ง เป็นแบบอย่างที่น่าชื่นชม. องค์กรนี้มีการตั้งโจทย์วิจัยทั้งโดยคาดการณ์ปัญหาที่จะต้องมีการเตรียมการไว้สำหรับอนาคต และมีศักยภาพในการรองรับสถานการณ์ฉุกเฉินอย่างกรณีระบาดใหญ่ของโควิด-19 ก็สามารถวิจัยผลกระทบของนโยบาย และมาตรการต่างๆ ของภาครัฐให้ได้ “ความรู้” ว่าประชาชนเดือดร้อนอะไร และควรปรับเปลี่ยนนโยบายให้มีประสิทธิผลและประสิทธิภาพยิ่งขึ้นได้อย่างไร. องค์กรแห่งนี้สร้างนักวิจัยจำนวนมาก จนสามารถ “โบายบิน” (spin off) ออกไปตั้งองค์กรใหม่ที่เข้มแข็งและทรงคุณค่า คือ

(๒) โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ (Health Intervention and Technology Assessment Program) ที่ย่อคือ HITAP (ไฮแทป). ผู้มีบทบาทสำคัญในการ

ก่อตั้งคือ **นายแพทย์ยศ ตีระ-
วัฒนานนท์** ศิษย์เอกคนหนึ่งของ
นายแพทย์วิโรจน์. องค์กรแห่งนี้
สามารถทำหน้าที่ได้เสมอหน่วยงาน
อย่างสถาบันแห่งชาติเพื่อความ
เป็นเลิศด้านสุขภาพและการรักษา
(National Institute for Health and
Clinical Excellence : NICE) ของ
สหราชอาณาจักร ; คณะกรรมการ
ที่ปรึกษาด้านสิทธิประโยชน์เกี่ยวกับเภสัชภัณฑ์ (Pharmaceuti-
cal Benefits Advisory Committee : PBAC) ของออสเตรเลีย
และองค์กรประสานด้านบริการสุขภาพอิงหลักฐานแห่งชาติ
(National Evidence-Based Health Care Collaborating
Agency : NECA) ของสาธารณรัฐเกาหลี หรือเกาหลีใต้.



■ นพ.ยศ ตีระวัฒนานนท์

ไฮแทป ทำงานอย่าง “มีออซีฟ” โดยวางยุทธศาสตร์ไว้
๕ ประการ ได้แก่

- (๑) การวิจัยและพัฒนาฐานรากของการประเมินเทคโนโลยี
และนโยบายด้านสุขภาพ
- (๒) การพัฒนาศักยภาพ (Capacity) และขีดความสามารถ
(Capability) ทั้งระดับบุคคล องค์กร และบริบทของระบบสุขภาพ
- (๓) การมุ่งประเมินเพื่อตอบสนองความต้องการของสังคม
- (๔) การจัดการความรู้และเชื่อมโยงผลงานวิจัยสู่นโยบาย
และการปฏิบัติของผู้ประกอบวิชาชีพและสาธารณสุข
- (๕) การพัฒนาระบบบริหารภายใน จัดตั้งและพัฒนาเครือข่าย

วิชาการที่ทำการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพในประเทศไทย.

ระบบบัตรทอง เริ่มจากการกำหนดสิทธิประโยชน์ที่สำคัญและจำเป็น. หลังจากนั้นวงวิชาการทั่วโลก มีการพัฒนาเทคโนโลยีราคาแพงจำนวนมาก จำเป็นต้องมีการประเมินทั้งด้านความปลอดภัย ประสิทธิภาพ ความคุ้มค่า (Cost-effectiveness) และภาระงบประมาณอย่างเป็นระบบ โดยการอิงหลักฐาน (evidence-based) อย่างแท้จริง. ไฮแทป ได้ทำหน้าที่อย่างมืออาชีพ กลั่นกรองเทคโนโลยีเพื่อให้ประชาชนไทยได้รับประโยชน์อย่างเหมาะสม และคุ้มค่าอย่างแท้จริงเพื่อให้งบประมาณของประเทศสามารถแบกรับได้อย่างเหมาะสมและยั่งยืน. ผลงานดังกล่าวมีส่วนทำให้ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพของประเทศไทย ยังอยู่ที่ประมาณร้อยละ ๔ ของผลิตภัณฑ์มวลรวมในประเทศ (Gross Domestic Product : GDP) ขณะที่ของสหราชอาณาจักรและญี่ปุ่นเกินร้อยละ ๑๐ แล้ว และสหรัฐฯ ใช้จ่ายสูงถึงร้อยละ ๑๗.๙ โดยมีประชากรชาวอเมริกันกว่า ๒๐ ล้าน ที่ยังไม่มีหลักประกันสุขภาพ.

ศาสตราจารย์แอนน์ มิลส์ แม้กลับไปมหาวิทยาลัยลอนดอนแล้ว ยังเป็นกัลยาณมิตรของคนไทยจำนวนมาก นักศึกษาไทยหลายคนได้ไปเรียนรู้จากท่านที่มหาวิทยาลัยลอนดอน. ท่านทำงานวิชาการและสามารถให้ “บริการวิชาการ” จนมีผลงานโดดเด่น และได้รับรางวัลเจ้าฟ้ามหิตล เมื่อ พ.ศ. ๒๕๕๒ จากผลงานการพัฒนาเศรษฐศาสตร์สาธารณสุข และการวิจัยระบบสาธารณสุขในแอฟริกาและเอเชีย.

ในกระทรวงศึกษาธิการ ก็มี “ผู้เชี่ยวชาญ” จากธนาคารโลก ท่านหนึ่งมาเป็นที่ปรึกษาอยู่ถึง ๙ ปี คือ **นิโคลัส เป็นเน็ตต์**. ท่านผู้นี้มีประวัติชีวิตที่น่าศึกษามาก. เมื่ออายุ ๑๗ ปี ท่านเดินทางออกจากกรุงลอนดอนไป “แสวงหาประสบการณ์ชีวิต” ในแอฟริกาหลายประเทศ โดยไม่มีเงินติดตัวเลย. ท่าน “เร่ร่อน” ไป “นอนในหมู่บ้าน ในที่จอตลอดบรรทุกของเมือง ท่ามกลางโคลงข้างและฝูงยุง” ไปติดคุกอยู่ที่มีลี้ก่อนสถานทูตจะคืนหนังสือเดินทางให้ พร้อมประทับตรา “ไม่ให้ผ่านให้ออกจากประเทศวันนี้”. หลังกลับอังกฤษท่านไปศึกษาจนจบปริญญาสาขาเศรษฐศาสตร์และการพัฒนาเมื่ออายุ ๒๒ ปี ได้เข้าทำงานกับธนาคารโลก โดยไปทำหน้าที่เป็นที่ปรึกษาให้แก่รัฐบาลที่ได้รับเงินกู้จากธนาคารโลก. นิโคลัส เป็นเน็ตต์ เริ่มงานในยูกันดา ช่วง พ.ศ. ๒๕๐๗-๒๕๑๑ หลังจากนั้นไปอยู่ปารีส ๒ ปี ก่อนมาอยู่ในเมืองไทยยาวนานถึง ๙ ปี ช่วงปี พ.ศ. ๒๕๑๓-๒๕๒๒. จึงผ่านประสบการณ์ทั้ง ๑๔ ตุลาคม ๒๕๑๖ และ ๖ ตุลาคม ๒๕๑๙. นอกจากบทบาทด้านการศึกษแล้ว บทบาทสำคัญของนิโคลัส เป็นเน็ตต์ คือ การเป็น “ผู้บุกเบิกงานด้านสันติวิธีในสังคมไทย” นิโคลัสเสียชีวิต เมื่อ พ.ศ. ๒๕๕๓.

๕. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข

เริ่มจาก ศาสตราจารย์นายแพทย์ประเวศ วะสี ซึ่งเข้าไปร่วมกับองค์การอนามัยโลกในการ “วิจัยระบบสุขภาพ” และพบว่า ประเทศไทยให้ความสนใจเรื่องนี้น้อย ทั้งๆ ที่มีความสำคัญ. เพราะ “ระบบสุขภาพ” เป็นเรื่องที่มีความจำเพาะเจาะจงกับ “บริบท” ของแต่ละประเทศ ต่างจากการวิจัยทางการแพทย์ที่

เป็นการวิจัยในตัว “มนุษย์” ซึ่งมีความเป็นธรรมชาติพื้นฐานเหมือนกันทั่วโลก ผลการวิจัยทางการแพทย์ในประเทศเจริญแล้วสามารถนำมาใช้ในประเทศไทยได้แทบทั้งหมด. แต่ “ระบบสาธารณสุข” เป็นเรื่องจำเพาะเจาะจง. ท่านอาจารย์ประเวศจึงได้นำเรื่องนี้มาปรึกษาหารือในกลุ่มสามพราน และเห็นว่าควรผลักดันให้เกิดขึ้นเป็นรูปธรรม นายแพทย์สงวนเป็นผู้รับไป “ทำต่อ” และผลักดันจนเป็นกฎหมาย “ฉบับสุดท้าย” ที่ผ่านสภานิติบัญญัติแห่งชาติในสมัยรัฐบาล “อานันท์ ๑” โดยเมื่อสภา “รับหลักการ” ในวาระแรกแล้ว นายแพทย์สงวนได้ประสานกับนักกฎหมาย “มือดี” จากสำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา ใช้เวลาเพียงวันเดียว นำกลับเข้าพิจารณาในที่ประชุมสภานิติบัญญัติแห่งชาตินัดสุดท้ายออกมาเป็น พ.ร.บ. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข พ.ศ. ๒๕๓๕ ได้สำเร็จ.

๖. การพัฒนาระบบบริการการแพทย์ในระบบประกันสังคม

เมื่อมีการตราพระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. ๒๕๓๓ ระยะแรก กำหนดให้มีการกำหนดสิทธิประโยชน์เพียง ๔ เรื่อง คือ

- (๑) การรักษาพยาบาลกรณีเจ็บป่วยที่มีใช้จากการทำงาน
- (๒) กรณีคลอดบุตร
- (๓) กรณีตาย
- (๔) กรณีทุพพลภาพ

โดยให้เรียกเก็บเงินสมทบจากผู้ประกันตน นายจ้างและรัฐบาลในอัตราร้อยละ ๑.๕ ของค่าจ้าง แต่ไม่เกินเดือนละ ๕๐๐ บาท.

เงินในกองทุนประกันสังคมจึงจำกัดมาก จำเป็นต้องวางแผนค่าใช้จ่ายให้เหมาะสม เพื่อให้เพียงพอแก่ค่าใช้จ่าย และยังมีเงินเหลือในกองทุนประกันสังคมพอหนุนขึ้นเรื่อยๆ. ศาสตราจารย์ ดร.นิคม จันทรวิทุร ทราบดีว่ารายจ่ายตามสิทธิประโยชน์ข้อ (๑) คือการรักษาพยาบาลกรณีเจ็บป่วยที่มีค่าใช้จ่าย



■ ศ.ดร.นิคม จันทรวิทุร

การทำงาน เป็นรายจ่ายก้อนใหญ่ที่สุด ถ้าไม่มีการวางแผนให้ตีค่าใช้จ่ายจะ “บานปลาย” จนทำให้กองทุนนอกจากไม่เติบโตแล้วยังอาจถึงขั้นล้มละลาย หรือต้องแก้กฎหมายกำหนดอัตราการเรียกเก็บสูงขึ้น ซึ่งจะกระทบทุกฝ่าย. ศาสตราจารย์ ดร.นิคม ได้ติดต่อนายแพทย์สงวนให้เข้าไปช่วย “ออกแบบ” ระบบในส่วนนี้.

นายแพทย์สงวนและทีมงาน ได้แก่ นายแพทย์วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร นายแพทย์ถาวร สกุลพาณิชย์ เป็นต้น ได้ศึกษาเรื่องนี้จากประสบการณ์ของต่างประเทศแล้ว พบว่ามีประเด็นสำคัญที่ต้องชี้ขาดอยู่ ๒ เรื่อง เรื่องแรก คือ หน่วยบริการ คือ โรงพยาบาล มีบางแนวคิดต้องการให้สร้าง “โรงพยาบาลประกันสังคม” ขึ้น ซึ่งจะต้องลงทุนสูงมาก และไม่คุ้มค่ากับการลงทุน. ทั้งนี้เพราะระยะแรก พ.ร.บ. ประกันสังคมยังบังคับใช้เฉพาะสถานประกอบการที่มีผู้ประกันตน ๒๐ คนขึ้นไป ซึ่งทั่วประเทศครอบคลุมประชากรราว ๒.๕ ล้านคนเท่านั้น. ผู้ประกันตนเหล่านี้กระจุกตัวอยู่ในกรุงเทพฯ และปริมณฑล แต่ก็กระจุกกระจายอยู่

ทั่วประเทศด้วย. ฉะนั้น การลงทุนสร้างโรงพยาบาลขึ้นให้บริการเองจึงไม่คุ้มค่า และขาดประสิทธิภาพอย่างมาก. นายแพทย์สงวนและทีมงานเสนอให้ใช้โรงพยาบาลที่มีอยู่แล้วทั่วประเทศเป็นผู้ให้บริการ ซึ่งจะไม่ต้องลงทุนเพิ่ม เพียงแต่ให้สำนักงานประกันสังคมเป็นผู้จัดการเรื่องการ “ซื้อบริการ” ให้ผู้ประกันตน เท่านั้น.

เรื่องที่สอง ระบบการจ่ายค่าบริการ. ระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ ใช้ระบบ “จ่ายตามการบริการ” (Fee-For-Service) ซึ่งหากใช้ระบบนี้จะแพงมาก จนทำให้กองทุนล้มละลายได้. นายแพทย์สงวนและทีมงานเสนอให้ใช้ระบบ “เหมาจ่ายรายหัว” (Capitation) ซึ่งจะสามารถ “ควบคุมค่าใช้จ่าย” ได้ดี. แต่โรงพยาบาลผู้ให้บริการ “ไม่ชอบระบบเหมาจ่ายรายหัว” เพราะ “คาดว่า” จะทำกำไรได้น้อย และต้อง “ร่วมเสี่ยง” ที่อาจจะ “ขาดทุน” ด้วย เพราะไม่รู้ว่าผู้ประกันตนจะ “แห่” ไปใช้บริการมากหรือไม่ และอาจมีบางรายที่ค่าใช้จ่าย “บานปลาย” กรณีที่ค่ารักษาแพงมาก.

โดยที่กลไกในการตัดสินใจเรื่องนี้ตาม พ.ร.บ. ประกันสังคม คือ

(๑) คณะกรรมการการแพทย์ ที่จะเป็นผู้ “เสนอ”

(๒) คณะกรรมการประกันสังคมที่ประกอบด้วยไตรภาคี คือ ตัวแทนลูกจ้าง ตัวแทนนายจ้าง และตัวแทนภาครัฐ จะเป็นผู้ตัดสินใจ.

ศาสตราจารย์ ดร.นิคม ได้ขอให้ นายแพทย์สงวนเข้าไปวางรูปแบบ “จัดตั้ง” “คณะกรรมการการแพทย์”. นายแพทย์สงวน



■ นพ.รุ่งธรรม ลัดพลี



■ นพ.อรุณ เผ่าสวัสดิ์

ได้ประสานงานขอให้ **อาจารย์ไพโรจน์ นิงสานนท์** ปลัดกระทรวงสาธารณสุข รับเป็นประธาน. องค์ประกอบอื่นได้แก่ เจ้ากรมแพทย์จาก ๓ เหล่าทัพ, นายแพทย์ใหญ่กรมตำรวจ, ผู้บริหารฝ่ายการแพทย์ใน กทม., อาจารย์ “ผู้ใหญ่” ในโรงเรียนแพทย์ เช่น **อาจารย์รุ่งธรรม ลัดพลี** **อาจารย์อรุณ เผ่าสวัสดิ์** โดยนายแพทย์สงวนได้เข้าไปเป็นกรรมการการแพทย์คนสำคัญ และ “ชักชวน” ผู้เขียนเข้าไปร่วมเป็นกรรมการด้วย. นายแพทย์สงวนได้ทำงาน “ความคิด” กับกรรมการในคณะกรรมการการแพทย์ จน “เห็นพ้องต้องกัน” ว่า

(๑) จะไม่มีการสร้างโรงพยาบาลของประกันสังคมขึ้นเอง.

(๒) จะใช้ระบบ “เหมาจ่ายรายหัว”. ปัญหาต่อไปคือ จะตั้งอัตราเหมาจ่ายรายหัว “ปีละเท่าไร” จึงจะ “จูงใจ” ให้โรงพยาบาลรับทำสัญญาให้บริการกับประกันสังคม.

ช่วงนั้น นายแพทย์วิโรจน์เพิ่งจบปริญญาเอกทางเศรษฐศาสตร์สาธารณสุข กลับมาประเทศไทยในเดือนธันวาคม พ.ศ. ๒๕๓๓.

นายแพทย์วิโรจน์ได้เข้าร่วมกับนายแพทย์สงวน ศึกษาเรื่องนี้ และได้ไปพบเลขาธิการประกันสังคมคนแรกคือ **นายอำพล สิงห์โกวินท์** ช่วงเดือนมกราคม พ.ศ. ๒๕๓๔. นายแพทย์วิโรจน์ แสดงให้เห็นประโยชน์ของระบบเหมาจ่ายรายหัว ว่าดีกว่าระบบจ่ายตามการบริการหลายประการ. นอกจากเรื่อง “การควบคุมค่าใช้จ่าย” แล้วยังมี “ข้อดี” หลายข้อ ได้แก่ :

(๑) ลดภาระการเบิกจ่ายของสำนักงานประกันสังคมลงได้มากจึงไม่ต้องจ้างคนมากมายเข้ามาเพื่อตรวจสอบการเบิกจ่าย.

(๒) โรงพยาบาลได้เงินล่วงหน้าก่อนการให้บริการตามสัดส่วนของจำนวนผู้ประกันตน.

(๓) ผู้ประกันตนไม่ต้องมีภาระในการ “จ่ายค่าบริการ” ไปก่อนแล้วมาเบิกคืนภายหลัง กรณีเป็นผู้ป่วยนอก และไม่ต้องเป็นภาระในการมาขอ “ใบส่งตัว” กรณีเป็นผู้ป่วยใน. สำหรับอัตรา ค่าเหมาจ่ายรายหัว นายแพทย์วิโรจน์เสนออัตรา ๗๕๐ บาท ต่อคนต่อปี. ตัวเลขนี้ส่วนหนึ่งคำนวณจากอัตราการให้บริการของโรงงานขนาดใหญ่ของบริษัทปูนซิเมนต์ไทยที่สระบุรี. เลขาธิการประกันสังคมพอใจกับเหตุผลเหล่านี้มาก และขอปรับตัวเลขลงเหลือ ๗๐๐ บาท ด้วยเหตุผลว่า “ผู้ประกันตนของผมส่วนใหญ่เป็นวัยแรงงาน ไม่ใคร่เจ็บป่วยหรอก และถ้าเจ็บป่วย ‘จากการทำงาน’ ก็เบิกจากอีกกองทุน คือ ‘กองทุนเงินทดแทน’ กรณีคลอดก็จ่ายเพิ่มต่างหากแล้ว.” ตัวเลขจึง “ลงตัว” ที่ ๗๐๐ บาท ต่อคนต่อปี. ตัวเลขนี้ ทั้งสำนักงานประกันสังคม และคณะกรรมการการแพทย์เห็นตรงกัน จึงเสนอต่อคณะกรรมการประกันสังคม ซึ่งเห็นชอบตามนี้.

ระหว่างการพิจารณา นายกสมาคมโรงพยาบาลเอกชน ขณะนั้น เห็นว่าตัวเลขดังกล่าว โรงพยาบาลจะขาดทุน จึงติดต่อ “วิ่งเต้น” กับนายแพทย์สงวน ขอเพิ่มเป็น ๑,๒๐๐ บาท โดยขู่ว่า ถ้าไม่ได้ ๑,๒๐๐ บาท สมาชิกสมาคมโรงพยาบาลเอกชนจะไม่เข้าร่วม. นายแพทย์สงวนยืนยันตัวเลข ๗๐๐ บาท ว่า “มีกำไร” พอสมควร. เมื่อผลออกมาที่ ๗๐๐ บาท โรงพยาบาลที่เป็นสมาชิกสมาคมโรงพยาบาลเอกชนไม่มีแห่งใดเข้าร่วม. ปัญหาคือ จะต้องให้โรงพยาบาลรัฐทุกแห่งเข้าร่วมเพื่อให้ผู้ประกันตนเข้าไปใช้บริการได้สะดวก.

ผู้เขียนได้รับมอบหมายจากคณะกรรมการการแพทย์ให้ไปชี้แจงต่อคณะรัฐมนตรี ให้มีมติให้โรงพยาบาลรัฐทุกแห่งเข้าร่วมเป็นผู้ให้บริการในระบบประกันสังคม. ช่วงนั้น เป็นช่วงหลังการรัฐประหาร ๒๓ กุมภาพันธ์ พ.ศ. ๒๕๓๔ นายอานันท์ ปันยารชุน ได้รับโปรดเกล้าฯ แต่งตั้งให้เป็นนายกรัฐมนตรี. นายอานันท์ได้สร้างนวัตกรรมการบริหารของคณะรัฐมนตรี คือให้มีการประชุม “คณะรัฐมนตรีถนัดมือ” คือ “คณะรัฐมนตรีเศรษฐกิจ” และ “คณะรัฐมนตรีสังคม” ในวันจันทร์ก่อนการประชุมคณะรัฐมนตรีในวันอังคาร. ผู้เขียนร่วมกับเจ้าหน้าที่สำนักงานประกันสังคม ๒-๓ คน ไป “ชี้แจง” ต่อ “กรม.สังคม” ที่มี พลเอกวิมล วงศ์วานิช เป็นประธาน ใช้เวลาชี้แจงไม่ถึง ๑๐ นาที ที่ประชุมก็ “เห็นชอบ”. หลังจากนั้น ผู้เขียนต้องกลับมาเขียน “หลักเกณฑ์การใช้จ่ายเงินรายได้จากประกันสังคม” โดยกำหนดให้เงินรายได้จากประกันสังคมเป็น “เงินบำรุง” แบ่งเงินครึ่งหนึ่งไปเป็นค่าใช้จ่ายในการให้บริการ และการพัฒนาโรงพยาบาล ส่วนอีกครึ่งหนึ่งสามารถ

นำมาเป็น “คำตอบแทน” ผู้ให้บริการ โดยกำหนดอัตราให้. ปรากฏว่าโรงพยาบาลรัฐทุกแห่งต้องเข้าร่วมกับประกันสังคม ตามมติคณะรัฐมนตรี. และเจ้าหน้าที่ทั้งผู้บริการและผู้บริหาร เต็มใจเข้าร่วมเพราะมีเม็ดเงินก้อนใหญ่นำไปใช้ได้ทั้งการพัฒนา โรงพยาบาลและเป็นคำตอบแทนเจ้าหน้าที่.

การไม่สร้างโรงพยาบาลขึ้นเป็นการเฉพาะ การใช้ระบบ เหม่าจ่ายรายหัว และการตั้งตันที่อัตรา ๗๐๐ บาท ต่อปี เป็น “การ ตัดกระตุ้มเม็ดแรก” ที่ถูกต้อง ทำให้กองทุนประกันสังคมเติบโต ขึ้นเรื่อยๆ โดยไม่ต้องเพิ่มอัตราเรียกเก็บ. จึงเป็นรากฐานสำคัญที่ ทำให้สามารถสร้างระบบบัตรทอง ที่มีทั้งคุณภาพและประสิทธิภาพ เป็นที่ยกย่องทั่วโลกในเวลาต่อมา. สำหรับโรงพยาบาลเอกชนที่ ตัดสินใจเข้าร่วมกับประกันสังคมตั้งแต่ต้น แทบทั้งหมดสามารถ สร้างรายได้อย่างเป็นกอบเป็นกำ โดยอัตรา ๗๐๐ บาท ยืนอยู่ ตลอด ๔ ปีที่นายแพทย์สงวนและผู้เขียนเป็นกรรมการใน คณะกรรมการการแพทย์จนครบ ๒ สมัย ตามที่กฎหมายกำหนด. ทั้งนี้ ผู้เขียนได้รับมอบหมายเป็น ประธานคณะกรรมการข้อมูล ข่าวสาร มี นายแพทย์อนุวัฒน์ ศุภชุตินกุล เป็นอนุกรรมการร่วมด้วย ได้ไปศึกษาข้อมูลของโรงพยาบาล ประกันสังคมแห่งหนึ่งย่านบางนา ซึ่งรับผู้ประกันตนราว ๕ หมื่นคน. ปีแรกให้บริการเพียง ๗ เดือน ช่วง



■ นพ.อนุวัฒน์ ศุภชุตินกุล

มิถุนายน-ธันวาคม พ.ศ. ๒๕๓๔ ได้รับค่าเหมาจ่ายรายหัวไปราว ๑๙ ล้าน มีค่าใช้จ่ายในการให้บริการเพียง ๓ ล้านบาทเท่านั้น. จึงแทนที่จะ “ขาดทุน” ตามที่นายกสมาคมโรงพยาบาลเอกชนเวลานั้นคาด กลับได้กำไร “ก้อนโต”. โรงพยาบาลแห่งนี้สามารถนำรายได้จากประกันสังคมไปสร้างโรงพยาบาลในเครือเพิ่มขึ้นหลายแห่ง จนสามารถเข้าตลาดหลักทรัพย์สืบมาจนทุกวันนี้.

๗. การผลิตแพทย์เพิ่ม โดยโครงการผลิตแพทย์เพิ่มเพื่อชาวชนบท

นายแพทย์สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ และ นายแพทย์อภพล จินดาวัฒนะ ๒ แกนนำแพทย์ชนบท จับมือกันทำตอนเป็น ผอ. สำนักนโยบายและแผน (สนผ.) และ ผอ.สถาบันพระบรมราชชนก (สบช.) ตามลำดับ ประมาณปี ๒๕๓๘ - ๒๕๔๐ โดยใช้ทั้งกุศโลบายการทำงานวิชาการรองรับ และการประสานสืบทอด มีอาจารย์แพทย์อาวุโสช่วยให้คำปรึกษาแนะนำ ได้แก่ ศ.นพ.จรัส สุวรรณเวลา เป็นต้น.

โดยผลักดันให้มีการตั้งงบประมาณหมวดอุดหนุนเพื่อผลิตแพทย์หัวละ ๓ แสนบาทต่อปี ทั้งการผลิตแพทย์ตามระบบปกติ และการผลิตแพทย์เพื่อชาวชนบท ซึ่งเป็นเครื่องมือทางนโยบายที่สำคัญที่ทำให้สามารถทำงานนี้ได้สำเร็จ. งบประมาณ “หัวละ ๓ แสน” สามารถขับเคลื่อนการพัฒนาโรงพยาบาลศูนย์ (รพศ.) ให้เป็น “ศูนย์แพทยศาสตรศึกษาชั้นคลินิก” (Medical Education Center : MEC.) ทำหน้าที่สอนนักศึกษาแพทย์ชั้นคลินิก (ปี ๔-๖)

โดยปี ๑-๓ เรียนสมทบกับมหาวิทยาลัยต่างๆ เริ่มต้น ๑๐ รพศ. ปัจจุบันขยายเพิ่มเป็นราว ๕๐ แห่ง.

ในขณะเดียวกันก็ทำโครงการผลิตแพทย์เพิ่มเพื่อชาวชนบท รับนักเรียนจากภูมิภาคตามโควตาที่กำหนดให้เข้าเรียนแพทย์ เมื่อจบแล้วให้กลับไปรับราชการในชนบท เหมือนระบบ “*นักเรียนทุน*” ของกระทรวงสาธารณสุข เช่น พยาบาล เจ้าหน้าที่สาธารณสุข. ถึงปัจจุบันสามารถผลิตแพทย์เพิ่มเพื่อชาวชนบทไปแล้วหลายพันคน. แพทย์ในโครงการนี้ คงอยู่ทำงานในส่วนใหญ่ภูมิภาคได้นานกว่าแพทย์ตามระบบปกติ เป็นการลดความเหลื่อมล้ำทางการศึกษา และการจัดบริการสาธารณสุขเพื่อชนบทไปพร้อมๆ กัน.

สำหรับการผลักดันให้ รพศ. เป็นศูนย์แพทยศาสตรศึกษา ชั้นคลินิก มีผลทำให้โรงพยาบาลขนาดใหญ่ของกระทรวงสาธารณสุขมีการพัฒนาทั้งด้านบุคลากร ระบบและคุณภาพ มาตรฐานบริการก้าวหน้าสูงขึ้นเป็นอย่างมาก ด้วยเงินอุดหนุนการผลิตแพทย์รายหัว งบประมาณสนับสนุนอื่นๆ และด้วยสภาพที่ต้องเป็นโรงพยาบาลที่ต้องทำหน้าที่สอนนักศึกษาแพทย์ (Teaching Hospital).

๘. พ.ร.บ. กองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ พ.ศ. ๒๕๔๔ และ พ.ร.บ. หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๔๕

หลังกฎหมายบุหรี ๒ ฉบับออกมาในปี พ.ศ. ๒๕๓๕ ศาสตราจารย์นายแพทย์ประกิจ วาทีสารกกิจ และ นายแพทย์



หทัย ขิตานนท์ เห็นว่าแม้จะได้ “กฎหมายที่ดี” ออกมาแล้ว แต่กลไกการทำงานที่มีอยู่ในระบบราชการ ไม่สามารถทำงานได้ เพราะธุรกิจบุหรี่ยังสามารถ “เตะตัดขา” ได้อย่างง่ายดาย โดย “บอนไซ” หน่วยงานราชการที่ทำหน้าที่ตามกฎหมายบุหรี. จึงจำเป็นต้องสร้างกลไกนอกกระบบราชการขึ้น และเกิดการผลักดันจนเกิด “คณะทำงาน” เพื่อเป้าหมายนี้ขึ้นคณะหนึ่ง. คณะทำงานชุดนี้มีเป้าหมายหลัก ๒ เรื่อง ได้แก่ ก. การผลักดันองค์กรที่ต่อมาเป็น สสส. ข. การผลักดันองค์กรที่ต่อมาเป็น สปสช.

สสส. เกิดจากแนวคิด “การคลังเพื่อสุขภาพ” (social financing) โดยศึกษาแบบอย่างจากบางรัฐในออสเตรเลียและสหรัฐอเมริกา ใช้เวลา ๘ ปี จึงเกิด พ.ร.บ. กองทุนการสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ พ.ศ.๒๕๔๔. แพทย์ชนบทที่ “รับทำงาน” นี้อย่างต่อเนื่อง คือ **นายแพทย์สุกร บัวสาย** โดยใช้



■ นพ.สุกร บัวสาย

สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข เป็นฐานปฏิบัติการ. สสส. ได้สร้างคุณูปการมากมายในระบบสุขภาพ จะได้กล่าวถึงต่อไปในบางเรื่อง.

สปสข. เกิดจากความ “ไฝ่ฝัน” ของ นายแพทย์สงวน นิตยารัมภ์พงศ์ โดยการทำงานวิชาการอย่างต่อเนื่องของ นายแพทย์ วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร. ที่สำคัญ คือการ “วิจัยระบบ” อย่างต่อเนื่อง โดยทุนสนับสนุนก้อนใหญ่จาก สหภาพยุโรป. จนประสบความสำเร็จ เมื่อ พ.ศ. ๒๕๔๔-๒๕๔๕. รายละเอียดบางส่วนอ่านได้จาก “ตำนานบัตรทอง” ของผู้เขียน ซึ่งมีเผยแพร่อย่างกว้างขวางทาง สื่ออิเล็กทรอนิกส์แล้ว



■ นพ.วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร

๙. การปฏิรูปการเมือง พ.ศ. ๒๕๔๐

เมื่อ พ.ศ. ๒๕๓๗ ร.ต.ฉลาด วรฉัตร ประกาศอดอาหารจนตายที่หน้ารัฐสภา “ถ้าไม่มีการร่างรัฐธรรมนูญฉบับประชาชน”. นายมารุต บุญนาค ประธานสภาผู้แทนราษฎรและประธานรัฐสภา ได้แต่งตั้ง ศาสตราจารย์นายแพทย์ประเวศ วะสี เป็นประธาน “คณะกรรมการพัฒนาประชาธิปไตย”. ภาคประชาชน “ตามไม่ทัน” วิพากษ์วิจารณ์ตำหนิว่า “อ.ประเวศ ทำไมไปรับใช้พรรค...”. แต่ท่าน อ.ประเวศ เดินหน้าทำงานจนสำเร็จ โดยใช้ “แพทย์ชนบท” เข้าไปช่วยทำงาน ด้วยการแต่งตั้งนายแพทย์ชูชัยและผู้เขียน เป็นกรรมการในการขับเคลื่อนทั้งทางวิชาการ และการขับเคลื่อนสังคม. ทางวิชาการคือ การศึกษาวิจัยเพื่อกำหนดให้เกิดกลไกขององค์การอิสระต่างๆ เช่น ก.ก.ต., ศาล

รัฐธรรมนูญ, ศาลปกครอง. งานนี้ได้รับการสนับสนุนทุนเริ่มต้นจากสำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย ซึ่งขณะนั้น **ศ.นพ.วิจารณ์ พานิช** เป็นผู้อำนวยการ. การขับเคลื่อนสังคม คือ การเปิดเวทีขับเคลื่อนองค์กรต่างๆ เช่น กองทัพ สื่อมวลชน สถาบันการศึกษา. ในที่สุดสามารถขับเคลื่อนทางนโยบายสำเร็จ ผ่านการจัดตั้งสภาร่างรัฐธรรมนูญ และในที่สุดรัฐสภาก็ผ่านร่างรัฐธรรมนูญฉบับประชาชน พ.ศ. ๒๕๕๐ ออกมาเป็นผลสำเร็จ.

ต่อมาในราวปี พ.ศ. ๒๕๕๒ รัฐบาลได้แต่งตั้ง **คณะกรรมการปฏิรูป** และ **คณะกรรมการสมัชชาปฏิรูป** มีอดีตนายกรัฐมนตรี **อานันท์ ปันยารชุน** และ **ศาสตราจารย์นายแพทย์ ประเวศ วะสี** เป็นประธานตามลำดับ. โดยสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.) ได้ตั้งสำนักงานปฏิรูปขึ้นเป็นหน่วยเลขานุการ มี **นายแพทย์อำพล จินดาวัฒนะ** เลขาธิการ คสช. เป็นแม่ข่ายหลัก. คณะกรรมการทั้ง ๒ ชุด มีแพทย์



■ ศ.นพ.ประเวศ วะสี

ชนบทเข้าไปช่วยทำงานอย่างแข็งขัน ผู้เขียนได้รับการแต่งตั้งเป็นกรรมการทั้ง ๒ คณะ คณะกรรมการสมัชชาปฏิรูป มีกิจกรรมดำเนินการอย่างแข็งขัน แต่สำเร็จเฉพาะการขับเคลื่อนความรู้เท่านั้น.

๑๐. การเปิดโปงกรณีทุจริตยา ๑,๔๐๐ ล้าน

ขบวนการแพทย์ชนบทให้ความสำคัญกับการต่อต้านการทุจริตมาอย่างต่อเนื่อง เพราะประเทศไทยมีทรัพยากรจำกัด ถ้าเกิดการรั่วไหลมากเท่าใด ประชาชนก็จะได้ประโยชน์จากงบประมาณน้อยลงเท่านั้น โดยเฉพาะในชนบท. การ “ต่อสู้” กับการทุจริตคอร์รัปชันจึงเป็น “ระเบียบวาระ” สำคัญของพวกเรา ดังกรณีการต่อสู้เรื่อง “เทเลเมดิซิน” ของ นายแพทย์สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ จนเกิด “การปะทะรุนแรง” เมื่อ “ผู้ใหญ่” ในกระทรวงสาธารณสุข ออกมาเป็น “หนังหน้าไฟ” ให้แก่นักการเมืองที่ฉ้อฉล.

เรื่องที่เป็นมหากาพย์ที่ต้องบันทึกไว้ คือ กรณีทุจริตยา ๑,๔๐๐ ล้าน ซึ่งเกิดขึ้นหลังวิกฤตเศรษฐกิจ เมื่อ ปี พ.ศ. ๒๕๔๐.

ผู้ที่ออกมาเปิดโปงเรื่องนี้เป็นคนแรก คือ นายแพทย์ประวิทย์ ลีสถาพรวงศา ผู้อำนวยการโรงพยาบาลอุทัย จ.พระนครศรีอยุธยา อดีตประธานชมรมแพทย์ชนบท ช่วง พ.ศ. ๒๕๓๗-๒๕๓๘ แต่ร้อง-ปลัดกระทรวงสาธารณสุข ๒ คน ออกมาให้ข่าวปฏิเสธ. (อำเภอกุทัย จ.พระนครศรีอยุธยา เป็นถิ่นกำเนิด



■ นพ.ประวิทย์ ลีสถาพรวงศา

ของพันโทประเสริฐ สุดบรรทัด ส.ส. สระบุรี บิดาของ รศ.สุมน อมรวิวัฒน์. นามสกุล “สุดบรรทัด” เป็นชื่อถนน “แก่งคอย-

ปากช่อง” ก่อนจะเปลี่ยนเป็น “ถนนมิตรภาพ” ในภายหลัง.)

ผู้เขียนหาข้อมูลเบื้องต้นแล้วพบว่า เป็น “เรื่องจริง” และทำกันอย่างกว้างขวาง โดยนักการเมืองและฝ่ายประจำให้ความ “ร่วมมือ”. จึงชวนนายแพทย์อำพลและนายแพทย์ชูชัยไป “กินข้าว” ที่ห้องนายแพทย์สุวิทย์ เพื่อ “ซักชวน” ให้ออกมา “ช่วยน้องๆ” ต่อสู้. นายแพทย์สุวิทย์ตอบด้วย “มธุรสวาจา” ว่า “พี่ออกไปเลย बादเจ็บมาผมจะกระแทบซ้ำ” ผู้เขียนตัดสินใจว่า “เป็นไงเป็นกัน” นายแพทย์อำพลโทรมาสอบถามว่า “พี่จะออกไปจริงๆ เหมอ” เมื่อผู้เขียนยืนยัน นายแพทย์อำพลก็ส่งข่าวถึง นายแพทย์ยงยศ **ธรรมวุฒิ** ประธานชมรมแพทย์ชนบทในขณะนั้น ซึ่งโทรหาผู้เขียนทันทีแล้วบอกว่า “งั้นผมออก (รบ) ด้วย”

“ธงรบ” จึงถูกชักขึ้นในวันนั้น และ “จุดติด” ในเวลาอันรวดเร็ว จนรัฐบาลทนนิ่งเฉยไม่ได้ ต้องยอมตั้งคณะกรรมการขึ้นมาเพื่อ “สอบสวนข้อเท็จจริง”.



■ นพ.ยงยศ ธรรมวุฒิ

อาจารย์บรรลุ ศิริพานิช รับเป็นประธานสอบสวนข้อเท็จจริง

ราว ๓ สัปดาห์ อาจารย์บรรลุเปิดแถลงข่าวที่ห้องประชุมกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ ยืนยันว่ามีการทุจริตจริง. และ **นายชวน หลีกภัย** นายกรัฐมนตรี ได้ตั้งคณะกรรมการสอบสวน มี **นายอดุล จันทรงค์ดี** ผู้อำนวยการสำนักวินัยและคุณธรรม

ของสำนักงาน ก.พ. เป็นกรรมการและเลขานุการ.

รัฐมนตรีสาธารณสุขแสดง “ความรับผิดชอบ” ด้วยการลาออก. ส่วนรัฐมนตรีช่วยว่าการกระทรวงสาธารณสุขยังไม่ยอมลาออก นายแพทย์ชัชชัยให้สัมภาษณ์กตัตัน จนลาออกในที่สุด.

ผลการสอบสวนพบการทุจริตมากมายเป็นขบวนการ มีนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดถูกไล่ออกจากราชการไปหลายคน. ผู้อำนวยการกองสาธารณสุขภูมิภาค และผู้ช่วยปลัดกระทรวงสาธารณสุขถูกไล่ออก. เรื่องลามไปถึงรองปลัดกระทรวงสาธารณสุข และปลัดกระทรวงสาธารณสุข. จนมีการออกคำสั่งให้ปลัดกระทรวงสาธารณสุขไปปฏิบัติงานที่สำนักนายกรัฐมนตรี และลาออกจากราชการไปในที่สุด.

นายกร ทัพพะรังสี รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข คนใหม่ แต่งตั้งคณะกรรมการสอบข้อเท็จจริงในส่วนที่เกี่ยวข้องกับองค์การเภสัชกรรม โดยมีผู้เขียนเป็นประธาน นายแพทย์สุวิทย์ เป็นกรรมการและเลขานุการ. มี **นายแพทย์จักรธรรม ธรรมศักดิ์** เป็นกรรมการคนหนึ่งด้วย. มีเอกสารใบสั่งซื้อที่ต้องตรวจสอบกว่า ๗ หมื่นฉบับ. ต้องตั้ง “เซฟเฮ้าส์” ไปตรวจสอบทุกแผ่นทุกรายการ. ใช้เวลาหลายเดือน จึงได้รายงาน “ฉบับประวัติศาสตร์” ที่ **อาจารย์ วิรัตน์ วัฒนศิริธรรม** ประธาน



■ นพ.จักรธรรม ธรรมศักดิ์

คณะอนุกรรมการได้สวนของ ป.ป.ช. บอกว่าเป็น “มาสเตอร์พีซ” เพราะเป็น “หลักฐานสำคัญ” ที่ชี้ชัดว่ากระทรวงสาธารณสุข “เสียหาย” เป็นมูลค่าเท่าไร สามารถดำเนินคดีถึงนักรการเมืองที่เกี่ยวข้องได้.

รายงานชิ้นนี้ รองปลัดกระทรวงสาธารณสุข (นายแพทย์ สุวิทย์) บันทึกลงเสนอต่อปลัดกระทรวงสาธารณสุข คือ **นายแพทย์ วินัย วิริยะกิจจา** ส่ง ป.ป.ช. มีผลให้อัยการสั่งฟ้องต่อศาลฎีกาแผนกคดีอาญาผู้ดำรงตำแหน่งทางการเมือง ซึ่งมีคำพิพากษาจำคุก **นายรักเกียรติ สุขธนะ** อดีตรัฐมนตรีสาธารณสุข ในคดีนี้ ๑๕ ปี.



■ นพ.วินัย วิริยะกิจจา

ผู้เขียนต้องไปเป็นพยานในคดีนี้ และถูกข่มขู่ในศาล. และถูกฟ้องข้อหาหมิ่นประมาทโดยอดีตปลัดกระทรวงสาธารณสุข ต้องสู้คดีอยู่หลายปี. ได้ขออนุญาตศาลเป็นผู้ซักพยานเองหลายครั้ง เพราะคดีมีความซับซ้อนเกี่ยวกับข้อกฎหมาย และระบบระเบียบราชการมาก ยากที่ทนายความจะซักพยานจนกระจ่างได้.

พยานบางปาก “ถอดใจ” ขอไม่ไปให้การ.

ผู้เขียนร่าง “คำแถลงปิดคดี” ด้วยตนเอง ความยาวเกือบ ๕๐ หน้า เพราะเชื่อว่าคดีจะต้องขึ้นสู่ศาลสูง ทั้งชั้นอุทธรณ์ และฎีกา. นักกฎหมาย ๓ คน ช่วยตรวจสำนวนแล้ว ๒ ท่าน “ไม่ตัด

หรือแก้แม่แต่คำเดียว” อีกท่านขอเพิ่มข้อความในกฎหมายเพื่อความชัดเจนขึ้น.

วันที่ศาลชั้นต้นตัดสินคดี นอกจากเตรียมเอกสารราชการเพื่อใช้ “ประกันตัว” ในฐานะเป็นข้าราชการระดับ ๑๐ แล้ว ผู้เขียนได้เตรียมเงิน ๕๐,๐๐๐ บาท ไปสำรองไว้เตรียมประกันตัวด้วย.

นายแพทย์สุวิทย์ ซึ่งบอกไว้แต่ต้นว่า “ขาดเจ็บมาผมจะกระที่บขี้” นอกจากไปเป็นพยานให้การยืนยันอย่างแข็งขันแล้วยังเป็นคนเดียวที่ไปเป็นเพื่อนในวันฟังคำพิพากษาด้วย. ระหว่างฟังศาลอ่านคำพิพากษา นายแพทย์สุวิทย์ถามว่า “พี่เตรียมเงินมาประกันตัวหรือเปล่า”. เมื่อทราบที่ผู้เขียนเตรียมเงินไว้ ๕ หมื่น นายแพทย์สุวิทย์บอกว่า “ผมเตรียมมาอีก ๕ หมื่น”.

โชคดี คดีนี้ศาลชั้นต้นยกฟ้อง คดีถึงที่สุด. ศาลอุทธรณ์ และศาลฎีกา พิพากษายืนตามศาลชั้นต้น.

คดีนี้มีมูลค่าคดีมีมูลค่า “๑,๔๐๐ ล้านบาท”

ต่อมาผู้เขียนเป็นกรรมการสอบข้อเท็จจริงคดีไทยเข้มแข็งร่วมกับอาจารย์บรรลุ คดีนี้มีมูลค่าถึง ๘๖,๐๐๐ ล้านบาท. เมื่อส่งรายงานถึง นายอภิสิทธิ์ เวชชาชีวะ นายกรัฐมนตรี ในวันจันทร์ รุ่งขึ้นรัฐมนตรีสาธารณสุขลาออกก่อนการประชุมคณะรัฐมนตรี. รัฐมนตรีช่วยไม่ยอมลาออก นายอภิสิทธิ์ออกมาให้สัมภาษณ์กดดันในที่สุดจึงลาออกราว ๑ สัปดาห์หลังจากนั้น. กรณีนี้คณะกรรมการถูกฟ้องคดีอาญา ๒ คดี คดีแพ่ง ๑ คดี ศาลยกฟ้องทั้งหมด.

ตลอดการต่อสู้คดีอันยาวนาน สิ่งที่เกิดขึ้นเป็นไปตามที่ **เชกสเปียร์** ระบายไว้ในบทละครเรื่อง **เวนิสวานิช** ที่ว่า

“ในกระแสแห่งยุดิธรรมา ยากจะหาความเกษมเปรมใจ”

โชคดีตลอด “**เส้นทางต่อสู้**” อันยืดเยื้อยาวนาน ผู้เขียนไม่เคยรู้สึก “ทุกข์” หรือ “ท้อแท้” โดยยอมรับในหลักของ “**พระไตรลักษณ์**” ที่ว่า “ชีวิต” กับ “ความทุกข์” เป็นของคู่กัน และ ยึดหลักว่า เมื่อจะต้องต่อสู้ “**ต้องต่อสู้ให้สนุก**”.

คดีนี้ผู้เขียนบอกกับน้องๆ ในขบวนการแพทย์ชนบททุกคน เสมอ เมื่อเผชิญกับเหตุร้าย และต้องลงสนาม “**ต่อสู้**” ว่าจะต้องต่อสู้ “**ให้สนุก**”

๑๑. การก่อกำเนิดสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ

สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ ตัวย่อ คือ **สข.** เกิดจากแนวคิดในการ “**ปฏิรูประบบสุขภาพ**” ใน ๓ เรื่องใหญ่ ได้แก่

(๑) เปลี่ยนจากการมุ่ง “**ซ่อมสุขภาพ**” เป็น “**สร้างสุขภาพ**” ตามสโลแกน “**สร้าง นำ ซ่อม**”

(๒) ขยายขอบเขตงานจาก “**สาธารณสุข**” เป็นเรื่อง “**สุขภาพ**” โดยรวม ปรับกรอบคิดเรื่องระบบสาธารณสุขให้เป็นเรื่องระบบสุขภาพรวม (Total Health Systems) ที่กว้างกว่า และ

(๓) ปรับเปลี่ยนกระบวนการกำหนดนโยบายสาธารณะด้านสุขภาพ จากเดิมจัดทำโดยภาครัฐ เป็นการมีส่วนร่วมอย่าง



เข้มแข็งจากทุกภาคส่วน เป็นการทำงานต่อยอดจากรายงานระบบสุขภาพประเทศไทย ข้อเสนอสืบเนื่องจากรัฐธรรมนูญ พ.ศ. ๒๕๕๐ ของคณะกรรมการมาธิการสาธารณสุขของวุฒิสภา ที่มี **สวรส.** ไปเป็นเลขานุการวิชาการจัดทำขึ้น มีนักวิชาการคนสำคัญ คือ **นายแพทย์วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร.**

มูลเหตุสำคัญ เกิดจากค่าใช้จ่ายด้านรักษาพยาบาล หรือด้านการ “**ซ่อมสุขภาพ**” เพิ่มสูงขึ้นเรื่อยๆ จากการ “**พัฒนา**” เทคโนโลยี และ “**การเพิ่มการเข้าถึง**” มากขึ้นๆ จนระบบงบประมาณของประเทศอาจ “**รับไม่ไหว**”. โดยเฉพาะระบบการดูแลรักษาพยาบาลในช่วงปีสุดท้ายของชีวิตซึ่งมีส่วนหนึ่งเป็นการ “**ยืดชีวิต**” และมุ่ง “**ยืดความตาย**” ออกไปมากกว่าการ “**ยืดชีวิต**” โดยเพิ่มทั้งภาระงบประมาณ และความทุกข์ทรมานของทั้งผู้ให้บริการ ผู้ป่วย และญาติ.

งานนี้เริ่มต้น เมื่อ พ.ศ. ๒๕๔๓ ซึ่งเป็นปีเป้าหมาย “สุขภาพดีถ้วนหน้า” ขององค์การอนามัยโลก โดย ท่านอาจารย์ประเวศ ได้ “แจกการบ้าน” นี้ให้ นายแพทย์อำพล จินดาวัฒนะ. กลวิธีคือการกำหนดให้มี “สำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพ” ตัวย่อคือ

“สปรส.” ขึ้นตามระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรี โดยกำหนดเวลาทำให้ออกมาเป็นพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติภายใน ๓ ปี. งานนี้เริ่มจากการทำงานร่วมกับ ๓ ภาคส่วน คือ ภาครัฐ ภาควิชาการ และภาคประชาชน. มี นายแพทย์ ไผ่โรจน์ นิงสานนท์ เป็นแกนนำอาวุโสคนสำคัญ มีการประชุม



■ นพ.อำพล จินดาวัฒนะ

ปรึกษาหารือ รับฟังความคิดเห็นจากรอบด้าน นับร้อยเวที จนเกิดธรรมนูญสุขภาพแห่งชาติขึ้น แต่ไปติด “ปม” สำคัญ ๒ เรื่อง ได้แก่

(๑) การกำหนดให้มีการประเมินผลกระทบต่อสุขภาพ (Health Impact Assessment : HIA) เพิ่มเติมจากการประเมินผลกระทบต่อสิ่งแวดล้อม (Environment Impact Assessment : EIA) ซึ่งกระทบต่อภาคธุรกิจ โดยเฉพาะภาคอุตสาหกรรมอย่างมาก

(๒) เนื้อหาในธรรมนูญกระทบต่อวิชาชีพและธุรกิจโรงพยาบาลเอกชนหลายเรื่อง. ปมดังกล่าวทำให้กฎหมายฉบับนี้ถูก “เตะถ่วง” ไว้เป็นเวลาราว ๔ ปี ต่อจากกำหนดเดิม ๓ ปี จึงสามารถผลักดันออกมาเป็นกฎหมายได้ เมื่อ พ.ศ. ๒๕๕๐ ในรัฐบาล พลเอกสุรยุทธ์ จุลานนท์ โดยนายแพทย์อำพลต้องชี้

“ลีลา” และ “กุศโลบาย” มากมาย ในฐานะที่เป็นทั้งเลขานุการรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข และเป็นสมาชิกสภานิติบัญญัติแห่งชาติด้วย. สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติจึงเป็นกลไกสำคัญในระบบสุขภาพแห่งชาติ โดยมีเครื่องมือและกลไกที่สำคัญ ได้แก่ :

(๑) การรับรองสิทธิและหน้าที่ด้านสุขภาพ.

(๒) สมัชชาสุขภาพ ๓ รูปแบบ คือ สมัชชาสุขภาพแห่งชาติ สมัชชาสุขภาพเฉพาะพื้นที่ และสมัชชาสุขภาพเฉพาะประเด็น.

(๓) ธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ .

(๔) การประเมินผลกระทบด้านสุขภาพสำหรับโครงการขนาดใหญ่. และได้ปักหลักสิทธิด้านสุขภาพที่สำคัญไว้ ๖-๗ ประการ หนึ่งในนั้นคือ สิทธิปฏิเสธรักษาพยาบาลที่ยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิต (Living Will) ในมาตรา ๑๒ ของ พ.ร.บ. ฉบับนี้. ในช่วงการระบาดใหญ่ของโควิด-๑๙ และการเลือกตั้งทั่วไปใน พ.ศ. ๒๕๖๖ สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ มีบทบาทสำคัญในการจัดเวทีให้ภาคส่วนต่างๆ สามารถเคลื่อนไหวได้อย่างมีพลัง.

๑๒. การก่อกำเนิดไทยพีบีเอส

โลกปัจจุบัน พัฒนาจากยุคเกษตรกรรม และอุตสาหกรรม เข้าสู่ยุคข้อมูลข่าวสารมานานหลายทศวรรษแล้ว. สื่อมวลชนของรัฐในประเทศไทย เริ่มจากวิทยุและโทรทัศน์ซึ่งทำหน้าที่ “สื่อสารประชาสัมพันธ์” ตามบทบาทหน้าที่. โดยหลักการ สื่อของรัฐควรทำหน้าที่เพื่อ “ประโยชน์สุขของมหาชน” ตามพระปฐมบรม-

ราชโองการของพระบาทสมเด็จพระบรมชนกาธิเบศรมหาภูมิพลอดุลยเดชมหาราช บรมนาถบพิตร. แต่สื่อของรัฐในอดีตมักทำหน้าที่เป็น “ปากกระบอกเสียง” ของรัฐบาล ดั้งหน่วยงานหลักที่รับผิดชอบภารกิจนี้เมื่อแรกก่อตั้ง ชื่อว่า “กรมโฆษณาการ” (Department of Propaganda). ภายหลังจึงเปลี่ยนชื่อเป็น “กรมประชาสัมพันธ์” (Department of Public Relation). หน่วยงานดังกล่าวในบางครั้งจึงทำหน้าที่เป็น “กระทรวงแห่งความจริงผู้มีหน้าที่แถลงข่าวเท็จ” ตามที่ปรากฏในนวนิยายเรื่อง “1984” ของ จอร์จ ออร์เวลล์ นักประพันธ์ชาวอังกฤษผู้มีชื่อเสียง. เมื่อเกิดเหตุการณ์ ๑๔ ตุลาคม ๒๕๑๖ กรมประชาสัมพันธ์จึงเป็นเป้าถูก “มวลชนที่โกรธแค้น” เผา และต่อมาก็ถูกเผาอีก จนต้องย้ายที่ตั้งไปอยู่ในซอยราชครู.

หลังเหตุการณ์ ๑๔ ตุลา ๒๕๑๖ ท่านอาจารย์ป๋วย อึ๊งภากรณ์ เดินทางกลับประเทศไทย ได้ปรารภว่าประเทศไทยควรคิดหาทางให้เกิดสื่อที่ทำหน้าที่ให้ข้อมูลข่าวสารแก่ประชาชน อย่างเป็นกลาง เพื่อประโยชน์ของประชาชนและประเทศชาติ อย่างแท้จริง อย่าง บีบีซี. ของอังกฤษ. ผู้ที่ร่วมรับฟังความคิดเห็นนี้ต่างเห็นพ้องด้วย แต่ช่วงนั้นมีเรื่องราวที่ต้องแก้ไขมากมาย แนวคิดดังกล่าวจึงไม่มีใครสานต่อ. และต่อมายัง



■ ดร.ป๋วย อึ๊งภากรณ์

เกิดเหตุการณ์ ๖ ตุลาคม ๒๕๑๙ ความคิดนี้จึงยังไม่มีใครนำไปทำ.

ต่อมาเกิดความรุนแรงเข้ากรณีพฤษภาคม ๒๕๓๕ ทำให้เกิดความพยายามผลักดันจนเกิดสถานีโทรทัศน์ที่ไม่ใช่ของรัฐบาล คือ **ไอทีวี** (itv : independent TV.) ที่มีชื่อรองว่า “สื่อเสรี” หมายความว่า เป็นสื่อที่จะไม่ถูกรองรับโดยรัฐ. แต่ไอทีวีก็ประสบปัญหาเพราะต้องดำรงอยู่ด้วยการโฆษณาและการแข่งขันในระบบทุนนิยม.

สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ หรือ **สสส.** โดยผู้จัดการขณะนั้นคือ นายแพทย์สุภกร บัวสาย ได้สนับสนุนให้ **ดร.สมเกียรติ ตั้งกิจวานิชย์** และคณะ ทำการศึกษาวิจัยสื่อที่เป็นของประชาชนอย่างแท้จริง โดยศึกษาจากต่างประเทศหลายแห่ง ได้แก่ **บีบีซี** ของอังกฤษ, **พีบีเอส** (PBS : Public Broadcasting Service) ของสหรัฐฯ, **เอ็นเอชเค** (NHK) ของญี่ปุ่น เป็นต้น พร้อมกับศึกษาสถานภาพของ **ไอทีวี** เพื่อดูความเป็นไปได้ในการ “แปรรูป” เป็นทีวีสาธารณะ. ดร.สม



■ ดร.สมเกียรติ ตั้งกิจวานิชย์

เกียรติและทีมงานทำงานวิจัยขึ้นนี้อย่างดีเยี่ยม และต่อมายังได้เตรียมร่างกฎหมายรอไว้โดยขอให้นักกฎหมายจากสำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกาเป็นผู้ร่าง เพื่อว่าเมื่อร่างกฎหมายเข้าสู่การพิจารณาของคณะกรรมการกฤษฎีกาจะได้ “ผ่านง่าย”. งานศึกษา



■ อาจารย์ไพบูลย์ วัฒนศิริธรรม



■ ทันตแพทย์กฤษดา เรืองอารีรัชต์

ชุดนี้ได้เก็บ “ชิ้นหิ้ง” ไว้รอ “หน้าต่างแห่งโอกาส” ที่จะทำการ “ขับเคลื่อน” ต่อไป.

หน้าต่างแห่งโอกาสเปิดขึ้นเมื่อ อาจารย์ไพบูลย์ วัฒนศิริธรรม ได้รับโปรดเกล้าฯ แต่งตั้งเป็นรองนายกรัฐมนตรีในรัฐบาล พลเอกสุรยุทธ์ จุลานนท์. นายแพทย์สุภกรได้ส่ง ทันตแพทย์กฤษดา เรืองอารีรัชต์ รองผู้จัดการ สสส. ไปปฏิบัติหน้าที่ “รองเลขาธิการนายกรัฐมนตรี” กับอาจารย์ไพบูลย์. ทันตแพทย์กฤษดา “รับ” งานนี้โดยต้อง “เสียสละ” เพราะต้องลดเงินเดือนลงไม่น้อย. และได้นำเรื่องการสร้าง “สื่อสาธารณะของประชาชน” ที่ได้ “ศึกษารอไว้แล้ว” เข้าสู่การพิจารณาของคณะรัฐมนตรี ในที่สุดก็ออกมาเป็น “พระราชบัญญัติองค์การกระจายเสียงและแพร่ภาพสาธารณะแห่งประเทศไทย พ.ศ. ๒๕๕๑” โดยผู้ขับเคลื่อนคนสำคัญคือ ดร.สมเกียรติ ตั้งกิจวานิชย์. ในที่สุด จึงเกิด ไทยพีบีเอส ที่เป็น ที่รู้จักกันทุกวันนี้



หลักการสำคัญของไทยพีบีเอส คือ ให้สื่อมุ่งทำงานเพื่อประโยชน์สุขของประชาชน โดยไม่ถูกครอบงำโดยอำนาจรัฐ และผลประโยชน์ทางธุรกิจ. **วิธีการสำคัญ** คือ :

(๑) กำหนดให้ได้รายได้จากค่าธรรมเนียมสมาชิกสรรมิตจากสุราและบุหรี่เหมือน สสส. แต่อัตราต่ำกว่า เพียงร้อยละ ๑.๕ และกำหนดเพดานไว้ไม่เกินปีละ ๒ พันล้านบาท.

(๒) กำหนดให้มีคณะกรรมการนโยบายที่เป็นอิสระโดยเข้มงวดเรื่องต้องไม่มีผลประโยชน์ทับซ้อน.

(๓) มีกลไกเชื่อมโยงกับประชาชนโดยมี “สภาผู้ชม” เหมือนบีบีซีของอังกฤษ.

(๔) สถานะขององค์กรเป็นองค์การมหาชนที่ผู้บริหารมาจากการสรรหา.

ทั้งนี้ให้ก่อตั้งองค์กรใหม่โดยรับโอนทรัพย์สินหนี้สินมาจากไอทีวี.

ช่วงแรกให้มีคณะผู้บริหารเพื่อวางรูปแบบและระบบบริหารขององค์กร โดย **ท่านอดีตนายกรัฐมนตรีอานันท์ ปันยารชุน** ได้ทาบทาม **อาจารย์มิชัย วีระไวทยะ** อดีตรัฐมนตรีในรัฐบาลของ

ท่านมาทำหน้าที่ แต่อาจารย์มีชัย
ไม่รับ ด้วยเหตุผลด้านสุขภาพ.
ท่านนายกฯ อานันท์ได้ติดต่อขอให้
ผู้เขียนไปรับหน้าที่นี้ แต่ผู้เขียนไม่
สามารถรับได้ เพราะขณะนั้นได้รับ
แต่งตั้งเป็นประธานองค์การ
เภสัชกรรม เพื่อเข้าไป “ทำงาน
ใหญ่” คือ การทำซีแอลยา.



■ ดร.วิสาลินี พิพิธกุล

ไทยพีบีเอสได้พัฒนาองค์กรจนเติบโตเข้มแข็ง โดยเฉพาะ
ในยุคที่ **ดร.วิสาลินี พิพิธกุล** นักสื่อสารมวลชน “มืออาชีพ” ที่
เติบโตมาจาก สสส. มาทำหน้าที่บริหาร. ในช่วงการเลือกตั้งทั่วไป
เมื่อวันที่ ๑๔ พฤษภาคม ๒๕๖๖ มีผู้เข้าชมการนำเสนอของไทย
พีบีเอสสูงถึง ๒๑ ล้านวิว.

๑๓. การก่อกำเนิดกองทุนเพื่อความเสมอภาค ทางการศึกษา

ประเทศไทยประกาศใช้ พ.ร.บ. การศึกษาแห่งชาติ ตั้งแต่
พ.ศ.๒๕๖๖ และในการเปลี่ยนแปลงการปกครอง พ.ศ.๒๕๓๕
การศึกษาก็เป็น ๑ ในหลัก ๖ ประการของคณะราษฎร. อย่างไรก็ตาม
ก็ตามปัญหาการศึกษาเป็นปัญหาใหญ่ของชาติมาโดยต่อเนื่อง.
ใน “ยุคพัฒนาการ” สมัยจอมพลสฤษดิ์ ธนะรัชต์ มีการสร้าง
กลไกสำคัญ คือ **สภาการศึกษาแห่งชาติ** และต่อมาก็มีโครงการ
พัฒนามหาวิทยาลัย มีประธานเป็นนักการศึกษาคนสำคัญคือ

ดร.ลีปพนนท์ เกตุทัต. แต่ระบบการศึกษาของชาติก็ยังคงต้องการการแก้ไขถึงขั้นปฏิรูปมาอย่างต่อเนื่อง. เมื่อมีการประกาศ พ.ร.บ. การศึกษาแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๔๒ ก็มีบทบัญญัติให้จัดตั้ง “สำนักงานปฏิรูปการศึกษา” ขึ้น โดยประกาศในราชกิจจานุเบกษา เมื่อวันที่ ๒๕ พฤศจิกายน ๒๕๔๒ แต่ก็ไม่มีการปฏิรูปอะไรที่สืบหน้าเป็นมรรคเป็นผล ต่อมา เมื่อมีการแต่งตั้ง “คณะกรรมการปฏิรูป” ขึ้นเมื่อ พ.ศ. ๒๕๕๓ ตามระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยการปฏิรูป โดยมี นายอานันท์ ปันยารชุน อดีตนายกรัฐมนตรีเป็นประธาน มี “นักการศึกษา” คนสำคัญหลายคนในคณะกรรมการดังกล่าว. คณะกรรมการมีการศึกษาวิเคราะห์ปัญหาการศึกษาแล้ว ก็มี “ข้อคิดเห็น” ว่า สิ่งหนึ่งที่ต้องทำคือ



■ ดร.ลีปพนนท์ เกตุทัต

“เอากระทรวงศึกษาคืนไป เอาการศึกษาคืนมา”.

เมื่อมีการก่อตั้ง สสส. ขึ้น ก็ได้กำหนดให้มีผู้แทนกระทรวงศึกษาธิการเป็น ๑ ในกรรมการตัวแทนจาก “หน่วยงานสำคัญ” ที่เกี่ยวข้อง. หลัง สสส. ดำเนินการไปช่วงหนึ่ง ปรากฏผลสำเร็จที่เป็นรูปธรรมหลายเรื่องทำให้เกิดแนวคิดที่ว่า ในระบบการศึกษาก็ควรจะมี “สสส. การศึกษา” เหมือนที่มี สสส. ในระบบสุขภาพ. การจะทำเช่นนั้นได้ ต้องมี “คนที่เหมาะสม” “รับไปทำ”. “หวย”

มาตที่ นายแพทย์สุภกร บัวสาย ผู้จัดการ สสส. ที่กำลังจะทำหน้าที่ครบ ๒ วาระ และต้องพ้นตำแหน่งไปตามที่กฎหมายกำหนด. โดยท่านอาจารย์ประเวศ “มอบการบ้าน” ให้นายแพทย์สุภกรที่กำลังจะ “ว่างงาน” รับงานนี้. นายแพทย์สุภกรไม่กล้าปฏิเสธ แต่ก็ไม่กล้า “ตกลปากรับคำ” เพราะเป็น “คนนอกวงการศึกษา” ถ้า “ผลิผลาม” รับปาก ก็จะตกอยู่ในสภาพ “เลื้อยข้ามห้วย” ที่สும்เสียงสูงที่จะทำงานไม่สำเร็จ และอันตรายด้วย.

แต่ประสบการณ์ ๘ ปี ที่ สสส. นายแพทย์สุภกรมีส่วนสำคัญในการ “คิดนอกรอบ” และ “สร้างนวัตกรรมการบริหารกองทุน” ไปได้เป็นอย่างดี. โดยแท้ที่จริงแล้ว นายแพทย์สุภกรมีบทบาทสำคัญในการ “ร่วมสร้าง” สสส. โดยใช้เวลาราว ๘ ปี ตั้งแต่ พ.ศ. ๒๕๓๖ จนเกิด พ.ร.บ. กองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ ในปี พ.ศ. ๒๕๔๔. นายแพทย์สุภกรจึงมี “ต้นทุนทางปัญญา” มากพอสมควร. อนึ่ง ควรบันทึกไว้ด้วยว่าในช่วงนั้นนายแพทย์สุภกรได้รับการทาบทามจากองค์การอนามัยโลกให้ไปทำงานด้วย แต่นายแพทย์สุภกรตัดสินใจ “รับการบ้าน” ของอาจารย์ประเวศ มาทำและเริ่ม “คลำทาง” จนค่อยๆ “เห็นทาง” โดยได้ไป “นำเสนอ” ใน “กลุ่มสามพราน” เพื่อรับฟังความคิดเห็นและข้อเสนอแนะก่อนจะไป “ตั้งต้น” ทำงาน.

“จุดตั้งต้น” ก็คือการทำงานร่วมกับ “สภาพัฒน์” โดยการสนับสนุนของ ดร.สุวรรณี คำมั่น รองเลขาธิการ ซึ่งเข้ามาเป็นกรรมการอยู่ใน สสส. นำเสนอคณะรัฐมนตรี ซึ่งนายกรัฐมนตรี ขณะนั้น คือ นายอภิสิทธิ์ เวชชาชีวะ ซึ่งให้ความสำคัญสูงกับงาน

ด้านสังคม โดยมานั่งเป็นประธานการประชุมคณะกรรมการ สสส. ด้วยตนเองทุกครั้ง จึงเข้าใจความสำคัญของเรื่องนี้ดี. คณะรัฐมนตรีจึงเห็นชอบออก ระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยการส่งเสริมสังคมแห่งการเรียนรู้และคุณภาพเยาวชน (สสค.) เพื่อให้ทำหน้าที่เสนอร่างกฎหมายจัดตั้ง “สสส. การศึกษา” ขึ้น. ร่างกฎหมายดังกล่าวเข้าสู่การพิจารณาของสภาแล้ว แต่นายกฯ อภิสิทธิ์ประกาศยุบสภา และแพ้เลือกตั้ง กฎหมายดังกล่าวจึงตกไป. แต่นายแพทย์สุภกรและทีมงานยังคงทำงานเรื่องนี้มาโดยต่อเนื่อง. โดย “เลือก” ทำเรื่องที่กระทรวงศึกษาธิการไม่ได้ทำหรือไม่ให้ความสำคัญ เพื่อมิให้เกิดความขัดแย้งหรือเกิดอาการ “แย่งชิง” กัน.



■ ดร.สุวรรณี คำมั่น

เรื่องแรก คือ เรื่องคุณภาพการศึกษา โดย “จับจุดสำคัญ” คือการส่งเสริมครูด้วยการจัดทำโครงการคัดเลือกและส่งเสริม “ครูสอนดี”. วิธีการคัดเลือกแทนที่จะให้ครูเขียนผลงานให้ผู้บังคับบัญชาพิจารณาตามลำดับขั้น ก็สร้างกลไกให้คนรอบๆ ตัวครูมีส่วนสำคัญในการเสนอและพิจารณา ทั้งนักเรียน พ่อแม่ผู้ปกครองนักเรียน เพื่อนครู ผู้บริหารท้องถิ่น ผู้นำชุมชน. ที่สำคัญคือแทนที่จะ “คัดเลือก” จำนวนหลักสิบหรือหลักร้อย ก็มอบรางวัลคราวเดียวราว ๒ หมื่นคน. งานนี้มีอุปสรรคพอสมควร จึงทำได้หนเดียว.

เรื่องที่สอง เรื่องการลดความเหลื่อมล้ำ โดยระยะแรกทำกับกลุ่มเด็กด้อยโอกาส และขยายกลุ่มเป้าหมายโดยท่านอาจารย์ประเทศไปเป็นประธานการประชุมทุกเดือน มีการศึกษาจากประสบการณ์ต่างประเทศ เช่น บราซิล ซึ่งมีปัญหาความเหลื่อมล้ำสูงกว่าเรามาก.

เมื่อเกิดรัฐประหาร พ.ศ. ๒๕๕๗ นายแพทย์สุภกรเชื่อว่า ในโลกยุคโลกาภิวัตน์ คณะรัฐประหาร ย่อมไม่สามารถดำรงอยู่ได้นาน จะต้องมีการร่างรัฐธรรมนูญและจัดให้มีการเลือกตั้งไม่ช้าก็เร็ว. นายแพทย์สุภกร ได้ส่ง **ดร.ไกรยศ ภัทราวาท** ผู้ร่วมทีมงานคนสำคัญไป “ทำงาน”



■ ดร.ไกรยศ ภัทราวาท

กับประธานกรรมการธิการร่างรัฐธรรมนูญ จนในที่สุดก็เกิดบทบัญญัติในรัฐธรรมนูญในมาตรา ๕๔ วรรคหก ดังนี้

ให้จัดตั้งกองทุนเพื่อช่วยเหลือผู้ขาดแคลนทุนทรัพย์ เพื่อลดความเหลื่อมล้ำในการศึกษา เพื่อเสริมสร้างและพัฒนาคุณภาพและประสิทธิภาพของครู โดยให้รัฐจัดสรรงบประมาณให้แก่กองทุน หรือใช้มาตรการหรือกลไกทางภาษีรวมทั้งการให้ผู้บริจาคทรัพย์สินเข้ากองทุนได้รับประโยชน์ในการลดหย่อนภาษีด้วย ทั้งนี้ ตามที่กฎหมายบัญญัติ ซึ่งกฎหมายดังกล่าวอย่างน้อยต้องกำหนดให้การบริหารจัดการ

*กองทุนเป็นอิสระและกำหนด ให้มีการใช้จ่ายเงิน
กองทุนเพื่อบรรลุมัตถุประสงค์ดังกล่าว*

ต่อมาก็มีการตราพระราชบัญญัติกองทุนเพื่อความเสมอภาคทางการศึกษา พ.ศ. ๒๕๖๑ ขึ้น โดยประกาศในราชกิจจานุเบกษา เมื่อวันที่ ๑๓ พฤษภาคม ๒๕๖๑. ทั้งนี้ ก่อนกฎหมายนี้จะเข้าสู่การพิจารณาของสภานิติบัญญัติแห่งชาติ เพียงวันเดียว **พล.อ.อ.ประจิน จั่นตอง** รองนายกรัฐมนตรีได้ติดต่อนายแพทย์สุภกร ให้รับเข้าไป “ดูแล” องค์กรที่จะจัดตั้งขึ้นตาม พ.ร.บ. นี้. นายแพทย์สุภกรไม่ปฏิเสธ แต่ขอต่อรองให้เพิ่มบทบาทหน้าที่ขององค์กรนี้ให้มีบทบาทหน้าที่ในการศึกษาวิจัยด้วย ตามแนวคิดให้องค์กรสามารถทำหน้าที่คล้าย “**สวรส. การศึกษา**” หรือ “**สวรส.**” คือ การ “**วิจัยระบบ**” ซึ่งเป็นเรื่องสำคัญ. พล.อ.อ.ประจินรับข้อเสนอ และได้มีการเพิ่มเติมบทบาทหน้าที่ของ “**กองทุนเพื่อความเสมอภาคทางการศึกษา**” ในมาตรา ๕ (๖) และ (๗) ให้ทำหน้าที่เรื่องการวิจัยด้วย.

กองทุนเพื่อความเสมอภาคทางการศึกษา จึงมีหน้าที่สำคัญครบทั้ง ๓ ประการ คือ

- (๑) การลดความเหลื่อมล้ำ [มาตรา ๕ (๑) (๒) (๔)]
- (๒) เสริมสร้างและพัฒนาคุณภาพครู [มาตรา ๕ (๓) (๕)]
- (๓) การศึกษาวิจัย [มาตรา ๕(๖)(๗)] ดังนี้

มาตรา ๕ ให้จัดตั้งกองทุนขึ้นกองทุนหนึ่ง เรียกว่า “**กองทุนเพื่อความเสมอภาคทางการศึกษา**” มีวัตถุประสงค์เพื่อสร้างความเสมอภาคทางการ

ศึกษา รวมทั้งมีวัตถุประสงค์ ดังต่อไปนี้

(๑) ส่งเสริม สนับสนุน และให้ความช่วยเหลือหน่วยงานที่เกี่ยวข้องไม่ว่าจะเป็นภาครัฐ ภาคเอกชน หรือภาคประชาสังคม เพื่อให้เด็ก โดยเฉพาะอย่างยิ่ง เด็กปฐมวัย ได้รับการพัฒนาทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ วินัย อารมณ์ สังคม และสติปัญญาที่เหมาะสมกับวัย

(๒) ให้ความช่วยเหลือ ส่งเสริม พัฒนา และสนับสนุนเงินและค่าใช้จ่ายให้แก่เด็กและเยาวชน ซึ่งขาดแคลนทุนทรัพย์หรือด้อยโอกาส และผู้ด้อยโอกาส จนสำเร็จการศึกษาขั้นพื้นฐาน

(๓) เสริมสร้างและพัฒนาคุณภาพและประสิทธิภาพครูให้มีความสามารถในการจัดการเรียนการสอน สามารถพัฒนาเด็กและเยาวชนตามพื้นฐานและศักยภาพที่แตกต่างกัน

(๔) ส่งเสริม สนับสนุน และให้ความช่วยเหลือผู้ขาดแคลนทุนทรัพย์ และผู้ด้อยโอกาสให้ได้รับการศึกษาหรือพัฒนา เพื่อให้มีความรู้ความสามารถในการประกอบอาชีพตามความถนัดและมีศักยภาพที่จะพึ่งพาตนเองในการดำรงชีวิตได้

(๕) ส่งเสริม สนับสนุน และให้ความช่วยเหลือสถานศึกษา เพื่อให้มีการเรียนการสอนที่ทำให้ผู้เรียนสามารถรู้และพัฒนาได้ตามความถนัดและศักยภาพของตน

(๖) ดำเนินการหรือจัดให้มีการศึกษา วิจัย หรือ ค้นคว้าแนวทางในการพัฒนาครูให้มีจิตวิญญาณ ของความเป็นครู มีคุณธรรม มีจริยธรรม มีความรู้ และมีความสามารถในการจัดการเรียนการสอนและ การพัฒนาผู้เรียนเพื่อลดความเหลื่อมล้ำในการศึกษา โดยมีแรงจูงใจที่เหมาะสม รวมทั้งส่งเสริมหรือ สนับสนุนให้มีการจัดตั้งสถาบันต้นแบบในการผลิต และพัฒนาครู

(๗) ดำเนินการหรือจัดให้มีการศึกษา วิจัย และ พัฒนาองค์ความรู้เพื่อพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ ตลอดจน ส่งเสริมและสนับสนุนการนำองค์ความรู้ดังกล่าว ไปใช้เพื่อลดความเหลื่อมล้ำในการศึกษา สนองความ ต้องการทางด้านกำลังแรงงาน และการยกระดับ ความสามารถของคนไทย

อนึ่ง ระหว่างการ “เปลี่ยนผ่าน” ก่อนการประกาศใช้ รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. ๒๕๖๐ มีคณะกรรมการ ที่ดูแลเรื่องการ “ปฏิรูป” การศึกษา มี ศาสตราจารย์นายแพทย์ จรัส สุวรรณเวลา เป็นประธาน. ท่านอาจารย์ประเวศได้มี จดหมายถึงท่านอาจารย์จรัสให้สนับสนุนในเรื่องนี้. และเมื่อมีการ ตรา พ.ร.บ. กองทุนเพื่อความเสมอภาคทางการศึกษาออกมา ก็ได้ นายประสาร ไตรรัตน์วรกุล อดีตผู้ว่าการธนาคารแห่งประเทศไทย ซึ่งอยู่ในคณะของท่านอาจารย์จรัสอยู่แล้วมาเป็นประธาน จึง สามารถวางระบบงานของกองทุนแห่งนี้ โดยมีนายแพทย์สุภกร ซึ่งมีประสบการณ์จากการวางระบบกองทุน สสส. มาเป็นผู้ดูแล



■ ศ.นพ.จรัส สุวรรณเวลา



■ นายประสาร ไตรรัตนารกุล

รับผิดชอบ. กองทุนเพื่อความเสมอภาคทางการศึกษาจึงสามารถทำงานได้อย่างมีธรรมาภิบาล ข้อสำคัญคือสามารถบรรลุเป้าหมายภารกิจทั้ง ๓ ประการได้ดีพอสมควร.

๑๔. การก่อกำเนิดสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ

ผู้เขียนเคยเขียนเรื่องนี้ไว้ ขอยกมาบางส่วน ดังนี้

บริการการแพทย์ฉุกเฉิน (Emergency Medical Service หรือ EMS) คือ บริการการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินตั้งแต่ ณ จุดเกิดเหตุจนถึงโรงพยาบาล

การเจ็บป่วยฉุกเฉินครอบคลุมทั้งอุบัติเหตุ (Accident) ภัยนภัย (Mass casualty) และการเจ็บป่วยจากโรคร้ายไข้เจ็บ เช่น หมดสติจากหลอดเลือดในสมองแตก หัวใจวายจากหัวใจขาดเลือด ช็อกจากการตกเลือดหรือท้องร่วงอย่างแรง เป็นต้น

ระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินที่ดี มีคุณภาพ และประสิทธิภาพจะช่วยลดการสูญเสียจากควมพิการหรือการตายลงได้มาก เพราะสามารถให้การปฐมพยาบาลอย่างถูกต้อง นำส่งโรงพยาบาลอย่างถูกต้องและรวดเร็ว มีการประสานกับโรงพยาบาลให้เตรียมรับผู้ป่วยอย่างเหมาะสมแต่เนิ่นๆ

ตัวอย่างเช่น นักกีฬาบาดเจ็บจากการปะทะ มีกระดูกสันหลังหักแต่กระดูกยังไม่หักทำให้ไขสันหลัง วิธีการช่วยเหลือที่มักกระทำกันแต่ก่อนคือ เข้าไปอุ้มนักกีฬาออกจากสนาม ซึ่งมีโอกาสสูงที่กระดูกสันหลังที่หักจะไปหักทำให้ไขสันหลังจนทำให้เกิดอัมพาตทันที จึงเป็นสิ่งต้องห้าม การช่วยเหลือที่ถูกต้องจะป้องกันโรคแทรกซ้อนที่เป็นอันตรายร้ายแรงได้

คริสโตเฟอร์ รีฟว์ ดาราผู้แสดงเป็นซูเปอร์แมน ประสบอุบัติเหตุตกม้า คอหัก กระดูกคอที่หักหักทำให้ไขสันหลังตรงต้นคอจนเกือบขาด เขาหมดสติและหยุดหายใจไปประมาณ ๒-๓ นาที แต่ได้รับการช่วยเหลือจากทีมกู้ชีพอย่างถูกต้อง ทำให้รอดชีวิตมาได้ และยังสามารถทำประโยชน์ได้มากมาย ทั้งสร้างและกำกับภาพยนตร์ และรณรงค์หาทุนทำงานกุศลสาธารณประโยชน์เพื่อวงการแพทย์และสาธารณสุขมากมายได้อีกราว ๙ ปี จึงเสียชีวิต

เมื่อราวสามสิบกว่าปีมาแล้ว ผู้เขียนไปศึกษา
ดูงานที่ญี่ปุ่น ได้ไปดูบริการการแพทย์ฉุกเฉินด้วย
พบว่าญี่ปุ่นสร้างระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินไว้
อย่างดียิ่ง มีโรงพยาบาลพร้อมอุปกรณ์ คนขับ และ
พนักงานกู้ชีพ พร้อมให้บริการตลอด ๒๔ ชั่วโมง
ทุกวัน กระจายอยู่ทั่วประเทศ โดยอยู่กับสถานี
ดับเพลิง โรงพยาบาลเหล่านี้เรียกใช้ได้ง่ายและ
รวดเร็วกว่าเรียกรถแท็กซี่เสียอีก

ประเทศไทย มีความพยายามในการสร้าง
ระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินมานาน โดยมีบริการ
หลักใน ๓ ส่วน คือ

๑) บริการรถพยาบาลของโรงพยาบาลซึ่ง
มักทำหน้าที่ “ส่งต่อผู้ป่วย” (Refer) เป็นหลัก
ทำหน้าที่ “การแพทย์ฉุกเฉิน” (Emergency Medical
Service หรือ EMS) บ้าง

๒) บริการของมูลนิธิสาธารณกุศล เช่น
ปอเต็กตึ๊ง, ร่วมกตัญญู ซึ่งส่วนใหญ่ให้บริการการ
แพทย์ฉุกเฉิน เช่นเดียวกัน

๓) บริการขององค์กรในพื้นที่ เช่น อปพร.
บริการเหล่านี้ช่วยบรรเทาปัญหาได้ระดับหนึ่ง แต่ยัง
ต้องพัฒนาอีกมากในเรื่องต่างๆ เช่น

๑. การครอบคลุมพื้นที่ทั่วประเทศ

๒. คุณภาพของรถพยาบาล อุปกรณ์ และบุคลากรกู้ชีพประจำรถ

๓. การเชื่อมโยงประสานกับโรงพยาบาลที่รับส่งต่อ

๔. ปัญหาธรรมาภิบาลของระบบ เช่น การเลือกส่งผู้ป่วยเข้าโรงพยาบาลที่มีการจ่ายใต้โต๊ะ แทนที่จะส่งโรงพยาบาลที่ใกล้ที่สุด และการที่โรงพยาบาลไม่ยอมรับผู้ป่วย อ้างเหตุ “เตียงเต็ม” เป็นต้น

กระทรวงสาธารณสุขก็ได้มีความพยายามขยายระบบ “รถพยาบาล” เป็นระบบ “การแพทย์ฉุกเฉิน” โดยการตั้ง “ศูนย์เรนทร” ซึ่งให้บริการประชาชนได้ดีพอสมควร แต่อยู่ในวงจำกัด

เมื่อเกิดระบบ “บัตรทอง” และ สปสช. ขึ้น ผู้ที่ทำงานเรื่องนี้มานานเห็นเป็น “โอกาส” ที่จะพัฒนาระบบนี้ให้สมบูรณ์ยิ่งขึ้น จึงมีการเสนอขอใช้งบประมาณจากระบบบัตรทองเพื่อนำไปพัฒนาระบบนี้ แต่เนื่องจากเมื่อเริ่มระบบบัตรทองใหม่ๆ รัฐบาลตกลงให้ค่าบริการ “เหมาจ่ายรายหัว” เพียง ๑,๒๐๒.๔๐ บาท ซึ่งนักเศรษฐศาสตร์คนสำคัญบางท่านวิจารณ์ว่าต่ำเกินไป ไม่เพียงพอ อาจทำให้คุณภาพบริการตกต่ำ แต่โชคดี ที่ขณะนั้นนายแพทย์สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ ได้รับความไว้วางใจทั้งจาก



ฝ่ายการเมือง และฝ่ายข้าราชการประจำให้มีบทบาทสำคัญในการพัฒนาระบบบัตรทอง จึงเสนอให้ “เจียดเงิน” จากค่าเหมาจ่ายรายหัวไปคนละ ๑๐ บาท ซึ่งทุกฝ่ายไม่มีใครขัดข้อง เพราะเห็นว่า “แค่ ๑๐ บาท เท่านั้น” แต่เมื่อคุณจำนวนประชากรราว ๔๕ ล้านคน ทุนประเดิมสำหรับงานนี้จึงเป็นกอบเป็นกำถึงราว ๔๕๐ ล้านบาท

ปัญหาแรกที่เกิดขึ้น คือ “การต่อสู้อองแนวทาง” ระหว่างกระทรวงสาธารณสุขที่ต้องการเป็น “พระเอก” สร้างระบบรพพยาบาล “ชั้นเลิศ” ขึ้น กับ สปสช. ซึ่งต้องการสร้าง “ความเป็นธรรม”(Equity) ด้วยการพัฒนาระบบพื้นฐานให้กระจายไปทั่วประเทศ

แนวคิดของกระทรวงสาธารณสุข คือ มุ่งจัดหา

รพพยาบาลตามมาตรฐาน “สากล” ทั้งตัวรถ อุปกรณ์ และบุคลากร ซึ่งคงทำได้จำนวนไม่มาก ให้บริการ คนใช้ได้จำกัด ข้อสำคัญจะผูกโยงระบบไว้กับ โรงพยาบาล เป็นหลัก นอกจากนี้ยังมีความพยายาม จากฝ่ายการเมืองที่จะนำเงินไปซื้อเรือ “โอเวอร์ คราฟท์” ราคาร่วมร้อยล้าน เพื่อให้บริการที่เกาะ แห่งหนึ่งด้วย ขณะนั้นทางฝ่าย สปสช. คือ นายแพทย์ สงวน นิตยารัมภ์พงศ์ ไม่เห็นด้วยกับแนวทางดังกล่าว เพราะเห็นว่าจะมีผลเพียงการสร้างภาพลักษณ์หรือ โฆษณาหาเสียงเป็นหลัก แต่บริการประชาชนได้ จำนวนน้อย เป็นผลให้ปีแรก งบประมาณที่เจียดมา เพียงหัวละ ๑๐ บาท ใช้ไปเพียง ๖ บาท เท่านั้น และเป็นเช่นนั้นถึง ๓ ปี ติดต่อกัน

โครงการจัดการรพพยาบาลของกระทรวง สาธารณสุข ในที่สุดก็ “หางโผล่” มีการทุจริต “ลือกลสเป็ก” เป็นข่าวฉาวโฉ่ จนต้องมีการล้มเลิก การจัดซื้อครั้งนั้นและจัดซื้อใหม่ โดยพยายาม “ปลดลือก” ให้มีการแข่งขันได้ แต่ผู้เสียผลประโยชน์นั้นก็กลับมาขัดขวางในลักษณะ “ขโมย รื่องจับขโมย” กล่าวหาผู้ที่พยายามจัดซื้ออย่าง โปร่งใสว่าจะซื้อรพพยาบาลมาตรฐานต่ำ จนเกิดการร้องเรียนวุ่นวายกันอยู่นานกว่าเรื่องจะยุติ เรื่องดังกล่าวชมรมแพทย์ชนบทได้ออก “สมุด ปกแดง” สรุปรื่องราวและเสนอหลักฐานเอกสาร

การลือสเป็กอย่างชัดเจน แต่เรื่องก็เงียบหายไป จนบัดนี้

นายแพทย์สงวนและทีมงาน ยึดแนวทางการมุ่งพัฒนาระบบการแพทย์ฉุกเฉินจน “ลงรากปักฐาน” สามารถแก้ปัญหาาระบบส่งต่อได้อย่างดี. แต่ผลประโยชน์ดังกล่าวตกอยู่กับประชากรในระบบบัตรทองราว ๔๘ ล้านคนเท่านั้น. เพื่อให้ได้ประโยชน์แก่ประชาชนทั้งประเทศ ระบบนี้จึง “โอบยบิน” (spin off) ออกไปโดยการตราพระราชบัญญัติการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๑ เกิด “องค์การมหาชน” ในระบบสุขภาพขึ้นมาอีกองค์กรหนึ่งที่ดูแลเรื่องนี้โดยเฉพาะ. ช่วงที่เกิด “มหาอุทกภัย” ในปี ๒๕๕๔ ระบบการแพทย์ฉุกเฉินได้ช่วยขนส่งคนไข้ฉุกเฉินได้จำนวนมาก ทั้งทางรถทางเรือ และทางอากาศ. ที่สนามกีฬาของกระทรวงสาธารณสุข มีเฮลิคอปเตอร์ของทางราชการหลายลำไปจอดคอยให้บริการ.

อย่างไรก็ดี ระบบการดูแลผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินยังมี “ช่องว่าง” ให้พัฒนา. ในราว พ.ศ. ๒๕๕๕ โดยการริเริ่มของ นายแพทย์พีรพล สุทธิวิเศษศักดิ์ รองเลขาธิการ สปสช. ได้ริเริ่มระบบ “อุบัติเหตุฉุกเฉิน เข้าได้ทุกที่ ฟรีทุกสิทธิ์” เริ่มจากโครงการให้ สปสช. เป็นผู้เบิกจ่ายกรณีฉุกเฉินครอบคลุม ทั้ง ๓ กองทุน



■ นพ.พีรพล สุทธิวิเศษศักดิ์

คือ บัตรทอง ประกันสังคม และสวัสดิการรักษายาบาล
ข้าราชการ คือ “โครงการเจ็บป่วยฉุกเฉินถึงแก่ชีวิต ไม่ถามสิทธิ์
ใกล้ที่ไหน ไปที่นั่น” มีชื่อย่อว่า “เอ็มโก” (EMCO : Emergency
Claim Online) ซึ่งยังมีปัญหา “ขลุกขลัก” และพัฒนาต่อมาเป็น
“โครงการเจ็บป่วยฉุกเฉินวิกฤตมีสิทธิทุกที่” หรือ “ยูเซป”
(UCEP : Universal Coverage for Emergency Patients) ซึ่ง
ค่อนข้าง “ลงตัว” แล้ว.

๑๕. การก่อกำเนิดสถาบันรับรองคุณภาพ สถานพยาบาล

ผู้เขียนเคยเขียนเรื่องนี้ไว้ ขอยกมาเพียงบางส่วน ดังนี้

บุคคลที่มีส่วนสำคัญในการสร้างระบบการ
รับรองโรงพยาบาลจนเป็นที่ยอมรับอย่างกว้างขวาง
ก่อประโยชน์ให้แก่ทั้งผู้ให้บริการ และประชาชนผู้รับ
บริการในประเทศไทยได้อย่างมากมาย สมควรจารึก
ชื่อไว้ คือ นายแพทย์อนุวัฒน์ ศุภชุติกุล

นายแพทย์อนุวัฒน์จบการศึกษาจากคณะ
แพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี ไปปฏิบัติงาน
خذใช้ทุนครั้งแรกที่โรงพยาบาลเวียงสา จังหวัดน่าน
ต่อมาได้ศึกษาต่อเป็นผู้เชี่ยวชาญทางศัลยศาสตร์
ออร์โธปิดิกส์ และไปปฏิบัติงานที่โรงพยาบาล
ศูนย์อุดรธานี นายแพทย์อนุวัฒน์สนใจงานด้าน
เศรษฐศาสตร์สาธารณสุข โดยศึกษาจากตำราเล่มโต



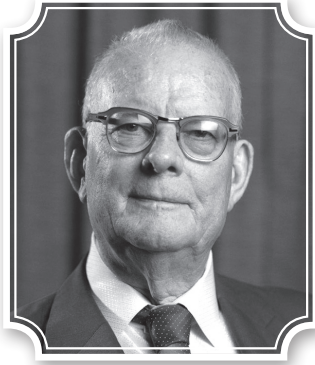
■ นพ.อนูวัฒน์ สุขชุติกุล



■ ดร.อะวิวา รอน

ที่นายแพทย์วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร นำไปมอบให้ และได้นำความรู้ไปใช้งานโดยการไปร่วม เติริมระบบประกันสังคมกับผู้เชี่ยวชาญจากองค์การแรงงานระหว่างประเทศ คือ ดร.อะวิวา รอน (Dr. Aviva Ron) และ นายแพทย์สุรเดช วลีอิทธิกุล ต่อมาได้เข้าไปช่วยงานโครงการบัตรสุขภาพที่ นายแพทย์สงวน นิตยารัมภ์พงศ์ ดูแลอยู่ และได้ทุนจีทีแซด (GTZ) ไปศึกษาด้านเศรษฐศาสตร์ สาธารณสุขที่วิทยาลัยสาธารณสุขและเวชศาสตร์เขตร้อนมหาวิทยาลัยลอนดอน จนได้ปริญญาโทกลับมา ได้มีโอกาสเข้าไปร่วมงานของประกันสังคม โดยเป็นอนุกรรมการในคณะกรรมการ ด้านข้อมูลข่าวสาร (ร่วมกับผู้เขียน)

จุดเริ่มต้นสำคัญที่เข้ามาเกี่ยวข้องกับการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลคือการได้พบกับ ดร.ไก โรแลนด์



■ ดร.เอ็ดเวิร์ดส เดมิง



■ ดร.แอนโทนี่ เวจเมคเกอร์

(Dr.Kai Roland) ผู้เชี่ยวชาญด้านการพัฒนาคุณภาพจากออสเตรเลีย ดร.ไกเป็นลูกศิษย์ของ ดร.เอ็ดเวิร์ดส เดมิง (Dr.Edwards Deming) มีประสบการณ์และเขียนตำราไว้มากมาย ในการไปศึกษาดูงานที่ออสเตรเลียครั้งหนึ่ง นายแพทย์อนุวัฒน์ได้คู่มือและตำราราว ๒๐ เล่มจากดร.ไก นำกลับมาศึกษาอย่างเอาใจจริงเอาใจจั่ง และได้เริ่มโครงการนำร่องในโรงพยาบาล ๘ แห่ง ได้แก่ โรงพยาบาลนพรัตนราชธานี โรงพยาบาลสมุทรปราการ โรงพยาบาลสมุทรสาคร โรงพยาบาลบ้านหมี่ โรงพยาบาลโคกสำโรง เป็นต้น โดยเชิญ ดร.ไก มาเป็นวิทยากรหลักด้วย

แม้จะได้ทุ่มเทศึกษาอย่างเป็นระบบ ได้วิทยากรมือดีที่รู้จักจริงมาทำงานให้ แต่งานก็ไม่คืบหน้าเท่าที่ควร

ปัญหาสำคัญคือ วิธีการดังกล่าวไม่สามารถตอบโจทย์ของโรงพยาบาลในการแก้ปัญหาเรื่องคุณภาพบริการได้อย่างแท้จริง

จนกระทั่งได้พบกับบุคคลสำคัญอีกคนหนึ่งคือ **ดร.แอนโทนี เวจเมคเกอร์ (Dr. Anthony Wage-makers)** จากแคนาดา ดร.แอนโทนีเริ่มชีวิตการทำงานจากการ เป็นพนักงานเปลในโรงพยาบาล ได้ศึกษาและพัฒนาตนเองจนได้เป็นผู้อำนวยการโรงพยาบาลรุ่นแรกๆ ที่มีไข้แพทย์ และประสบความสำเร็จอย่างมากในการบริหารและพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล ประชญาสำคัญที่ ดร.โทนี “พลิก” ความคิดเรื่องการพัฒนาและรับรองโรงพยาบาล คือ **ระบบรับรองคุณภาพโรงพยาบาลต้องไม่มุ่งเน้นเรื่องการตรวจสอบ แต่ต้องเป็นกระบวนการเรียนรู้ร่วมกันของคนในองค์กร**

นายแพทย์อนุวัฒน์ได้มีโอกาสดำเนินการศึกษาดูงานที่แคนาดา โดยการสนับสนุนจากผู้อำนวยการกองโรงพยาบาลภูมิภาคขณะนั้น คือ **แพทย์หญิงมาลินี สุขเวชกรกิจ** ซึ่งต่อมาเป็นสมาชิกวุฒิสภา และรองผู้ว่า กทม. ฝ่ายสาธารณสุข ความรู้และประสบการณ์ต่างๆ ที่บ่มเพาะ ทำให้ในที่สุดก็สามารถพัฒนาระบบการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลจนเป็นรูปธรรม เมื่อนำเสนอต่อ “ผู้ใหญ่” ในวงการ



■ พญ.มาลินี สุขเวชวรกิจ

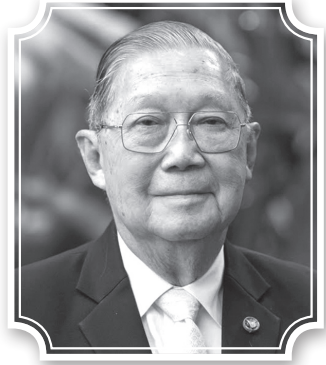


■ นพ. ไพโรจน์ นิงสานนท์

สาธารณสุข ทุกคนพากันตื่นเต้น และต่างช่วยหาทางสนับสนุน เช่น นายแพทย์ไพโรจน์ นิงสานนท์ อดีตปลัดกระทรวงและรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข แนะนำให้ตั้งเป็นสถาบันลูก ในเครือสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข ศ.นพ.วิจารณ์ พานิช ผู้อำนวยการสำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย หรือ สกว. แนะนำให้ไปเชิญ “ผู้มีบารมี” ที่แท้จริงที่จะช่วยให้งานยากๆ เช่นนี้สำเร็จได้ คือ ศ.นพ.จรัส สุวรรณเวลา มาเป็นประธานสถาบัน ซึ่ง ศ.นพ.จรัส ก็รับด้วยความยินดีและได้เข้ามาช่วยผลักดันจนทำให้งานดำเนินมาได้ด้วยดี แน่นนอน ศ.นพ.ประเวศ วะสี ก็ให้คำแนะนำและสนับสนุนทั้งเรื่องแนวคิดและแหล่งทุน ในที่สุดงานนี้ก็เริ่มต้นขึ้นได้ โดยทุนสนับสนุนส่วนหนึ่งจาก สกว. และส่วนหนึ่งจาก สวรส.



■ ศ.นพ.วิจารณ์ พานิช



■ ศ.นพ.จรัส สุวรรณเวลา

เริ่มต้นจากทีมงานที่มีกันเพียง ๒ คน คือ นพ. อนุวัฒน์ และลูกน้องเพียงคนเดียว งานได้ลงราก ปักฐานและเจริญก้าวหน้า จนสามารถ “โบยบิน” (Spin Off) จาก สวรส. เป็นองค์การมหาชนตาม พระราชกฤษฎีกา ที่ออกตาม พ.ร.บ. องค์การมหาชน เมื่อ พ.ศ. ๒๕๕๒ เป็น “สถาบันรับรองคุณภาพ สถานพยาบาล” หรือ สรพ.



ปัจจุบัน สรพ. ได้รับการยอมรับอย่างกว้างขวาง ทั้งจาก รพ. รัฐ และเอกชน ทุกปีที่ สรพ. จัดประชุม วิชาการ จะมีเจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาลทั่วประเทศราว ๖-๗ พันคน สมัครเข้ามาร่วมประชุม โดยแต่ละโรงพยาบาลจะยกทีมกันมา มีการวางแผนล่วงหน้าว่าใครจะฟังห้องไหน และถ่ายภาพการนำเสนอที่เป็นโปสเตอร์นำกลับไปใช้ประโยชน์กันอย่างเต็มที่ หลายทีมมีการประชุม “ทบทวนหลังปฏิบัติงาน” (After Action Review หรือ AAR) เพื่อให้เพื่อนร่วมทีมได้ประโยชน์อย่างเต็มที่ เป็นการประชุมที่ได้ประโยชน์คุ้มค่าอย่างยิ่ง แตกต่างจากการประชุมของหน่วยงานราชการโดยมาก ที่มีผู้เข้าประชุมมาก เฉพาะวันแรก วันต่อๆ ไป “โหล่งโหล่ง” และสิ่งที่ได้กลับไปไม่ใช่ความรู้ แต่คือ สิ่งของที่นำไปขายกันมากมายหน้าห้องประชุม

นอกจากการประชุมวิชาการประจำปี นายแพทย์ **อนุวัฒน์** ได้เขียนบทความเรื่องนี้เผยแพร่เป็นประจำในวารสาร *Medical Times* และ *Quality Care* จนรวบรวมเป็นเล่มในชื่อ “หวิวหวิว” ว่า “**เลื่อนไหล เลียบเลาะ เจาะลึก**” ที่มีคุณค่าอย่างยิ่ง เพราะได้รวบรวมทั้งปรัชญา แนวคิด วิธีการ ในการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลไว้อย่างลุ่มลึกแต่เรียบง่าย จากคนรู้จริงและจากประสบการณ์จริง

แน่นอนว่า “ทางไปสู่เกียรติศักดิ์ จักประดับ
ด้วยดอกไม้ หอมหวานยวนจิตไซ้ไร้ ไปมี” ตลอด
เส้นทางการทำงาน สรพ. ประสบอุปสรรคขวากหนาม
มากมาย บางปีงบประมาณถูกผู้บริหารระดับ
รองปลัดกระทรวง “เบียด” เอาไปใช้ในงานอื่นตื้อๆ
และซื้อสถาบันตามกฎหมายก็ต้องตัดเรื่องการ
“พัฒนาคุณภาพ” ออก เพื่อไม่ให้มีปัญหาเกี่ยวกับบาง
หน่วยงานในกระทรวงสาธารณสุข ที่แท้จริงแล้ว
แทบไม่มีบทบาทในเรื่องการพัฒนาคุณภาพสถาน-
พยาบาลแต่อย่างใด •

“กลุ่มสามพราน” ยึดธรรมะ
คือ อปริหานิยธรรม
ในการมาพบปะเพื่อสร้าง
“กุศลกรรมร่วม” มาตั้งแต่ต้น
ธรรมะหมวดนี้เป็นหลักคำยืนยัน
ให้องค์กร เครือข่าย ขบวนการ ไม่เสื่อม
และต่ายังคงยึดมั่นในธรรมะหมวดนี้อย่างมีนัย
โดยมีนัยในหลัก “กัลยาณมิตร”
กลุ่มสามพรานก็จะยังคงมีบทบาท
ในการขับเคลื่อนระบบสุขภาพ
ให้มีความเป็นธรรม
และลดความเหลื่อมล้ำได้สืบต่อไป.



บทสรุป



ปัญหาใหญ่ของประเทศไทย คือปัญหาความเหลื่อมล้ำระหว่างเมืองหลวง เมืองใหญ่และชนบท. **ขบวนการแพทย์ชนบท** เกิดขึ้นเพื่อลดปัญหาเหล่านี้ โดยมีกลไกสำคัญคือ **ชมรมแพทย์ชนบท** และ **กลุ่มสามพราน** ที่สามารถสร้างผลงานที่น่าพอใจมาได้พอสมควร.

กลุ่มสามพราน ทำหน้าที่เสมือนเป็นศูนย์กลางการประสานงาน (hub) ของ “องค์กร” (node) ต่างๆ ในเครือข่ายงานด้านสุขภาพและสังคมที่มีความมุ่งมั่น แนวคิดและแนวทางการทำงานบนคลื่นความถี่ที่ใกล้เคียงกัน คือการลดความเหลื่อมล้ำ เพิ่มความเป็นธรรมทางสุขภาพและสังคม ซึ่งมีการเชื่อมโยง เกาะเกี่ยวกันอย่างต่อเนื่องยาวนาน

เหตุปัจจัยสำคัญของความสำเร็จ สามารถสรุปได้ ดังนี้



■ ศ.นพ.ประเวศ วะสี

๑. มีการวิเคราะห์ปัญหา คือ “ทุกข์” ได้ตรงจุด โดยมีการวิเคราะห์ความซับซ้อนของปัญหาแต่ละเรื่องได้ชัดเจนพอสมควร สามารถกำหนด “นิโรธ” คือ เป้าหมายของแต่ละปัญหา และกำหนด “มรรควิธี” ได้ชัดเจนพอสมควร.

๒. สามารถเชื่อมโยงเครือข่ายของกัลยาณมิตร จาก ๓ ภาคส่วน มาผนึกกำลังกันเป็น “ขบวนการ” ทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ ทั้งจากกระทรวงสาธารณสุข โรงเรียนแพทย์ และกลุ่มแพทย์ชนบท โดยมี “ผู้นำทางปัญญา” และ “ผู้นำทางจิตวิญญาณ” คือ ศาสตราจารย์นายแพทย์ประเวศ วะสี ผู้มี “องค์คุณ” ของพระโพธิสัตว์ ทั้ง ปัญญาคุณ บริสุทธิคุณ และมหากรุณาธิคุณ.

๓. ชมรมแพทย์ชนบท และกลุ่มสามพราน เป็น “องค์กร” และ “เวที” ที่มีบทบาทหน้าที่ชัดเจน ตาม “ยุทธศาสตร์สามเหลี่ยมเขยื้อนภูเขา”.

๔. กลุ่มสามพรานยึดธรรมะ คือ อปริหานิยธรรม ในการมาพบปะเพื่อสร้าง “กุศลกรรมร่วม” มาตั้งแต่ต้น ธรรมะหมวดนี้เป็นหลักค้ำยันให้องค์กร เครือข่าย ขบวนการ ไม่เสื่อม และถ้ายังคงยึดมั่นในธรรมะหมวดนี้อย่างมั่นคง โดยมั่นคงในหลัก “กัลยาณมิตร” กลุ่มสามพรานก็จะยังคงมีบทบาทในการขับเคลื่อนระบบสุขภาพให้มีความเป็นธรรมและลดความเหลื่อมล้ำได้สืบต่อไป.

เอวัง ก็มี ด้วยประการฉะนี้ •

การใช้สิทธิกับสิทธิบัตรยาในประเทศไทย
ใช้ข้อยืดหยุ่นข้อ ๓๑ b คือ “การใช้สิทธิโดยรัฐ
ซึ่งมิใช่เพื่อผลประโยชน์ทางการค้า” เท่านั้น
ยังมีข้อยืดหยุ่นอื่นๆ อีกหลายข้อ
ที่สามารถใช้ประโยชน์ได้
ในการแปลรายงานเป็นภาษาไทย จึงตั้งชื่อว่า
“ใครว่าไทยละเมิดสิทธิบัตรยา
ที่จริงเราขังไม่ได้ทำอีกหลายอย่าง”.



ภาคผนวก

สิทธิบัตรยา และการใช้สิทธิกับสิทธิบัตรยา*



๑. สิทธิบัตรยา

ประเทศไทยเริ่มระบบสิทธิบัตรครั้งแรก เมื่อ พ.ศ. ๒๕๒๒^(๑) โดยให้มีสิทธิบัตรเฉพาะสิทธิบัตรกระบวนการผลิต. หลังจากนั้น มีแรงกดดันจากสหรัฐอเมริกา โดยเฉพาะธุรกิจยา ให้รับสิทธิบัตรผลิตภัณฑ์ด้วย โดยภาคประชาสังคมมีการต่อต้านมาโดยตลอด เพราะมีหลักฐานชัดเจนว่าจะทำให้ยาราคาแพง ทำให้ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพของประชาชนสูงมากจนเกินกว่าจะแบกรับได้ เพราะสิทธิบัตรย้อมทำให้เกิดการผูกขาด และสามารถกำหนดราคายาได้ตามอำเภอใจ.

เมื่อรัฐบาลถูกบีบจากสหรัฐฯ ให้แก้ไข พ.ร.บ. สิทธิบัตร รัฐมนตรีช่วยว่าการกระทรวงสาธารณสุข สมัยนั้นคือ ศาสตราจารย์ นายแพทย์อรรถสิทธิ์ เวชชาชีวะ เห็นว่าประเทศไทยจะเสีย

* คัดจาก “เศรษฐกิจสาธารณสุขการเมืองกับระบบยา” โดย วิชัย โชควิวัฒน์ ในหนังสือ ระบบยาของประเทศไทย ๒๕๖๓ วิชัย โชควิวัฒน์ บรรณาธิการ สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข มกราคม ๒๕๖๔

ประโยชน์อย่างมาก และจะเป็นภาระอย่างมากในด้านงบประมาณของกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งเวลานั้นต้องเผชิญกับปัญหาการแพร่ระบาดของโรคเอดส์ จึงมอบให้เลขาธิการคณะกรรมการอาหารและยา (นายแพทย์มรกต กรเกษม) พร้อมด้วยเลขานุการรัฐมนตรีช่วยว่าการกระทรวงสาธารณสุข (นายแพทย์จักรธรรมธรรมศักดิ์) และผู้อำนวยการกองวิชาการ สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา (นายแพทย์สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ) เข้าพบชี้แจงต่อนายกรัฐมนตรีว่าราคาจะแพงขึ้นเท่าใด จะเป็นภาระงบประมาณเท่าใด โดยเฉพาะกับยาต้านไวรัสเอดส์. แต่นายกรัฐมนตรียืนยันเหตุผลความจำเป็นที่จะต้องยอมตามสหรัฐฯ เพราะสหรัฐฯ ใช้ พ.ร.บ. การค้ามาตรา ๓๐๑ เลื่อนไทยจากที่อยู่ในบัญชีประเทศที่จับตามองเป็นพิเศษ (Priority Watch List: PWL) ให้ไปอยู่ในบัญชีที่ร้ายแรงที่สุด คือ ประเทศที่ต้องดำเนินการโดยเร่งด่วน (Priority Foreign Country: PFC) ตั้งแต่ พ.ศ.๒๕๓๔ ซึ่งมีมาตรการการลงโทษ คือ การยกเลิกสิทธิพิเศษทางภาษีศุลกากรที่เรียกว่า จีเอสพี (GSP : Generalized Systems of Preference) ซึ่งจะกระทบรุนแรงต่อการค้าของประเทศ ที่ขณะนั้นต้องพึ่งตลาดสหรัฐฯ ถึงร้อยละ ๔๐. นายกรัฐมนตรีได้ให้สัญญาว่า ถ้ากระทรวงสาธารณสุขได้รับผลกระทบก็จะจัดสรรงบประมาณเพิ่มให้ แต่ “ถูกสวน” ว่าถึงตอนนั้นท่านก็พ้นจากหน้าที่ไปแล้ว.

ในที่สุดก็มีการแก้ไขเพิ่มเติม พ.ร.บ. สิทธิบัตร เมื่อ พ.ศ. ๒๕๓๕^(๒) ครอบคลุมสิทธิบัตรผลิตภัณฑ์ก่อนที่องค์การการค้าโลก กำหนดไว้ ๘ ปี คือ พ.ศ.๒๕๔๓ และยาที่ติดสิทธิบัตรก็ราคาแพง

ขึ้นจริง จนนำไปสู่การใช้สิทธิกับสิทธิบัตรยา ๗ รายการ (Compulsory Licensing) ในเวลาต่อมา.

๒. การใช้สิทธิกับสิทธิบัตรยา

ประเทศไทยเป็นประเทศแรกในเอเชียที่โรคเอดส์แพร่ระบาดรวดเร็วและรุนแรงที่สุด. เมื่อมีการจดสิทธิบัตรยาดีไอโอ ซึ่งเป็นยาต้านไวรัสเอดส์ตัวที่ ๒ ซึ่งน่าจะขาดคุณสมบัติในการจดสิทธิบัตร เพราะขาดความใหม่ (novelty) ที่แท้จริง ผู้ติดเชื้อเอดส์และภาคประชาสังคมได้เคลื่อนไหวให้เพิกถอนสิทธิบัตร โดยมีการชุมนุมข้ามคืนที่หน้ากระทรวงสาธารณสุข รวมทั้งเรียกร้องให้ใช้สิทธิกับสิทธิบัตรยาดังกล่าว เมื่อ พ.ศ. ๒๕๔๒ แต่กระทรวงสาธารณสุขไม่สนองตามข้อเรียกร้องนั้น.

การใช้สิทธิกับสิทธิบัตรยาคั้งแรกในประเทศไทย ดำเนินการเมื่อปลายปี พ.ศ.๒๕๔๙ ต่อดันปี พ.ศ.๒๕๕๐ ในสมัยที่ **นายแพทย์มงคล ณ สงขลา** เป็นรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข และ **พล.อ.สุรยุทธ์ จุลานนท์** เป็นนายกรัฐมนตรี โดยดำเนินการกับยาต้านไวรัส ๒ ชนิด และยารักษาโรคหัวใจ ๑ ชนิด และต่อมาในช่วงรัฐบาลรักษาการได้ดำเนินการกับยาต้านมะเร็ง ๔ ชนิด เมื่อต้นปี พ.ศ. ๒๕๕๑ โดยมีประเด็นที่ควรกล่าวถึง ได้แก่

- (๑) หลักการและเหตุผล
- (๒) ความชอบด้วยกฎหมาย
- (๓) การประชาสัมพันธ์เชิงรุก
- (๔) การจัดหา

- (๕) การควบคุมคุณภาพยา
- (๖) การกระจายยา
- (๗) การติดตามและประเมินผล

ซึ่งมีสาระสำคัญโดยสังเขป ดังนี้:

๒.๑ หลักการและเหตุผล

การดำเนินการใช้สิทธิกับสิทธิบัตรกับยาทั้ง ๗ ชนิด ได้แสดงหลักการและเหตุผลไว้ในประกาศเรื่อง “การใช้สิทธิตามสิทธิบัตรด้านยาและเวชภัณฑ์” ของยาแต่ละชนิด เช่น กรณียาเอพาวีเรนซ์ ได้แสดงเหตุผลความจำเป็น ดังนี้

“เป็นที่ทราบกันดีว่า การระบาดของเชื้อไวรัสเอชไอวี (เอดส์) เป็นปัญหาสำคัญด้านสาธารณสุข โดยถึงขณะนี้ประมาณ ได้ว่ามีคนไทยมากกว่าหนึ่งล้านคนแล้วที่ติดเชื้อเอชไอวี และในจำนวนนี้ยังมีชีวิตอยู่มากกว่าห้าแสนคน ซึ่งในระยะยาวจำเป็นต้องใช้ยาต้านไวรัสเพื่อการดำรงชีพปกติเฉกเช่นผู้อื่น ในขณะที่งบประมาณสำหรับจัดบริการสุขภาพแก่ผู้ติดเชื้อเอชไอวี / ผู้ป่วยเอดส์ในระบบหลักประกันสุขภาพปีงบประมาณ ๒๕๔๙ มีเพียง ๒,๓๔๖.๒ ล้านบาท สำหรับเป้าหมาย จำนวน ๘๒,๐๐๐ คนเท่านั้น

“แม้ในปัจจุบัน จะมียาต้านไวรัสเอชไอวีที่มีประสิทธิผลในเชิงประจักษ์ ซึ่งสามารถยืดอายุผู้ติดเชื้อเอชไอวีได้อย่างแท้จริง และรัฐบาลไทยได้ประกาศนโยบายที่จะให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีความจำเป็นต้องใช้ยาต้านไวรัสเอชไอวีสามารถเข้าถึงยาได้ทุกคน ตั้งแต่วันที่ ๑ ตุลาคม ๒๕๔๖ เป็นต้นมา และได้จัดสรรงบประมาณ

เพื่อการนี้เป็นการเฉพาะ แต่ยังมียาต้านไวรัสเอชไอวีบางชนิดที่ยากต่อการเข้าถึง ทั้งที่จำเป็นต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวี เพราะมีประสิทธิภาพดีและผลข้างเคียงไม่สูง ทั้งนี้เพราะยาเหล่านี้เป็นยาที่มีสิทธิบัตรคุ้มครอง ตามพระราชบัญญัติสิทธิบัตรดังกล่าว ทำให้สามารถทำการตลาดโดยปราศจากการแข่งขัน จึงมีราคาสูงเป็นอุปสรรคต่อการเข้าถึงยาด้านไวรัสของผู้ป่วยที่รัฐจะจัดให้ได้

“ยา Efavirenz ได้รับการพิสูจน์แล้วในระยะเวลาที่ผ่านมาว่าเป็นยาด้านไวรัสเอชไอวีชนิดหนึ่งที่มีประสิทธิภาพสูงในการรักษา มีพิษภัย และอาการแทรกซ้อนจากการใช้ยาไม่มาก และจัดอยู่ในสูตรยา ในระบบหลักประกันการเข้าถึงยาเอดส์แห่งชาติ แต่เนื่องจากยาชนิดนี้มีสิทธิบัตรคุ้มครอง ทำให้องค์การเภสัชกรรมหรือผู้ผลิตรายอื่นไม่สามารถผลิต หรือนำเข้ามาจำหน่ายเพื่อแข่งขันในตลาดได้ ราคายาในประเทศไทยจึงสูงกว่ายาชนิดเดียวกันที่เป็นยาชื่อสามัญในประเทศอินเดียถึงสองเท่า งบประมาณที่รัฐจัดสรรสำหรับใช้จัดหายานี้จึงครอบคลุมผู้ป่วยได้เพียงบางส่วนเท่านั้น ผู้ป่วยที่เหลือจำเป็นต้องใช้ยาอื่นที่ไม่มีสิทธิบัตรคุ้มครอง เพราะมีราคาถูกกว่า แม้จะได้ผล แต่ก็มีอัตราการเกิดผลข้างเคียงที่รุนแรงสูงกว่าสูตรยา Efavirenz หลายเท่า

“ภายใต้ปฏิญญาโดฮาที่ว่าด้วยทริปส์กับการสาธารณสุข (Doha Declaration) มีข้อความระบุไว้ว่า ประเทศสมาชิกมีสิทธิที่จะปกป้องการสาธารณสุข โดยเฉพาะอย่างยิ่งในการส่งเสริมการเข้าถึงยาอย่างถ้วนหน้า ด้วยการบังคับใช้สิทธิในกรณีที่มีความจำเป็นเร่งด่วน รวมทั้งที่เป็นประโยชน์สาธารณะ โดยเฉพาะ

ยาที่จำเป็นต่อการบำบัดรักษาโรคเอดส์ วัณโรค มาลาเรีย และโรคระบาดอื่นๆ อีกทั้งภายใต้กฎหมายว่าด้วยสิทธิบัตรของไทยได้บัญญัติให้กระทรวง ทบวง กรม ใช้สิทธิตามสิทธิบัตรได้ ทั้งนี้เพื่อประโยชน์สาธารณะที่มีใช้ประโยชน์ในเชิงพาณิชย์ดังกล่าวแล้ว”^(๓)

กรณียาโคลพิโดเกรลและยามะเร็ง ได้แสดงเหตุผลความจำเป็นไว้ คล้ายคลึงกัน.^(๔)

๒.๒ ความชอบด้วยกฎหมาย

ประกาศการใช้สิทธิตามสิทธิบัตรด้านยาและเวชภัณฑ์ทั้ง ๗ ฉบับ เป็นการใช้สิทธิตามพระราชบัญญัติสิทธิบัตร พ.ศ. ๒๕๒๒ แก้ไขเพิ่มเติมโดยพระราชบัญญัติสิทธิบัตร (ฉบับที่ ๒) พ.ศ. ๒๕๓๕ และพระราชบัญญัติสิทธิบัตร (ฉบับที่ ๓) พ.ศ. ๒๕๔๒. โดยเป็นการใช้สิทธิโดยรัฐตามมาตรา ๕๑ จึงเป็นการใช้สิทธิตามกฎหมายของไทย และเป็นไปตามความตกลงว่าด้วยสิทธิในทรัพย์สินทางปัญญาที่เกี่ยวข้องกับการค้า (Agreement on Trade-Related Aspects of Intellectual Property Rights : TRIPs Agreement) ขององค์การการค้าโลก มาตรา ๓๑ (b) ซึ่งว่าด้วยความยืดหยุ่นของข้อตกลงดังกล่าว (TRIPs Flexibility) ซึ่งให้กระทำได้ในกรณีภาวะฉุกเฉิน หรือความจำเป็นอย่างยิ่ง หรือเป็นการดำเนินการโดยรัฐซึ่งมิใช่เพื่อประโยชน์ทางการค้า (in cases of public non-commercial use)^(๕) ซึ่งมีสาระสำคัญตรงกันกับ มาตรา ๕๑ ของพระราชบัญญัติสิทธิบัตรของไทย. นอกจากนี้ยังเป็นไปตามปฏิญญาโดฮา คือ ปฏิญญาว่าด้วยข้อตกลงทริปส์กับการสาธารณสุขที่ประกาศเมื่อวันที่ ๑๔ พฤศจิกายน พ.ศ. ๒๕๔๔.^(๖)

การดำเนินการใช้สิทธิกับสิทธิบัตรยาของไทยจึงชอบด้วย ทั้งปฎิญาสาสกลและกฎหมายไทยทุกประการ.

๒.๓ การประชาสัมพันธ์เชิงรุก

การใช้สิทธิกับสิทธิบัตร เป็นการท้าทายธุรกิจยาข้ามชาติ และมีผลประโยชน์ทางการค้ามูลค่ามหาศาลเป็นเดิมพัน หากดำเนินการไม่ถูกต้อง เตรียมการไม่ดี และไม่สามารถสื่อสารให้ประชาชนในประเทศ และสังคมนานาชาติเข้าใจได้ นอกจากจะไม่ประสบความสำเร็จแล้วยังอาจทำให้เกิดความเสียหายแก่ประเทศชาติอย่างร้ายแรง. นายินดีที่ทีมงานที่ดำเนินการเรื่องนี้ มีการเตรียมการอย่างดียิ่ง ไม่ตื่นตกใจเมื่อเผชิญกับการต่อต้าน และสามารถประชาสัมพันธ์เชิงรุกได้อย่างดี โดยมาตรการและวิธีการต่างๆ ที่สำคัญ ได้แก่:

(๑) การจัดทำเอกสารชี้แจงประเด็นที่อาจเป็นคำถามออกมาในจังหวะที่เหมาะสม ตอบทุกประเด็นคำถามทั้งที่เกิดขึ้นแล้ว และที่คาดว่าจะเกิดขึ้นได้อย่างหมดจด คือเอกสาร “ข้อมูลความจริง ๑๐ ประเด็นร้อน การใช้สิทธิโดยรัฐต่อสิทธิบัตรยา ๓ รายการ ในประเทศไทย” ตีพิมพ์เมื่อกุมภาพันธ์ พ.ศ. ๒๕๕๐ และ “คำตอบต่อ ๑๐ ประเด็นสำคัญในเรื่องการใช้สิทธิโดยรัฐต่อยาต้านโรคมะเร็งที่มีสิทธิบัตรทั้ง ๔ รายการ” ตีพิมพ์เมื่อเดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ. ๒๕๕๑ โดยมีฉบับภาษาอังกฤษตามออกมาในระยะใกล้ๆ ด้วย.

(๒) การออกไปชี้แจงผู้เกี่ยวข้องในสหรัฐฯ ทั้งผู้ที่ต่อต้าน

และสนับสนุน เช่น รัฐมนตรีว่าการกระทรวงพาณิชย์ สำนักงานผู้แทนการค้าของสหรัฐ (USTR) ประธานสภาผู้แทนสหรัฐ สภาธุรกิจการค้าสหรัฐ-อาเซียน หนังสือพิมพ์วอชิงตันโพสต์ มูลนิธิคลินตัน โดยมีการแถลงข่าวสดๆ จากสหรัฐมาประเทศไทยทุกวัน ซึ่งได้รับความร่วมมือเป็นอย่างดีจากสถานทูตไทยในสหรัฐฯ กระทรวงการต่างประเทศ กระทรวงพาณิชย์ และสื่อมวลชนในประเทศทุกแขนง ซึ่งสามารถสร้างความเข้าใจและได้รับการสนับสนุนทั้งจากในสหรัฐฯ และประเทศไทย โดยฝ่ายต่อต้านไม่สามารถสร้างข่าวลบให้เกิดผลกระทบสำคัญได้.

(๓) การทำหนังสือชี้แจงนายกรัฐมนตรี^(๗) เพื่อสร้างความเข้าใจอย่างแท้จริงว่าการดำเนินการใช้สิทธิกับสิทธิบัตรยาเป็นการดำเนินการที่เป็นประโยชน์ต่อประชาชนและประเทศชาติ ถูกต้องตามหลักมนุษยธรรม และสิทธิมนุษยชน รวมทั้งถูกต้องตามกฎหมายการค้าของสากล และกฎหมายของประเทศไทย.

(๔) การจัดตั้งคณะกรรมการร่วมระหว่างผู้แทนกระทรวงสาธารณสุขกับผู้แทนสมาคมผู้วิจัยและผลิตเภสัชภัณฑ์ เพื่อพัฒนาระบบบริการสาธารณสุขอย่างยั่งยืน^(๘) ซึ่งสามารถป้องกันและแก้ไขปัญหายาจากกลุ่มธุรกิจยาข้ามชาติในประเทศไทยอย่างได้ผล.

๒.๔ การจัดหา

ประกาศการใช้สิทธิโดยรัฐทั้ง ๗ ฉบับ มอบให้องค์การเภสัชกรรมเป็นผู้จัดหาารวม ๖ รายการ ซึ่งองค์การเภสัชกรรมสามารถจัดหาทั้ง ๖ รายการ ได้จากประเทศอินเดีย. อินเดีย

มีอุตสาหกรรมยาที่ก้าวหน้ามาก มีโรงงานยาจำนวนมากที่สามารถผลิตยาได้ตามหลักเกณฑ์การผลิตที่ดี (Good Manufacturing Practice : GMP) ขององค์การอนามัยโลก สหรัฐฯ และยุโรป รวมทั้งประเทศพัฒนาแล้วอื่นๆ; โดยสามารถจำหน่ายให้ได้ในราคาถูกกว่ายาที่ติดสิทธิบัตรมาก. ทั้งนี้กฎหมายสิทธิบัตรของอินเดียในขณะนั้นยังไม่ต้องรับรองสิทธิบัตรผลิตภัณฑ์ ซึ่งเป็นไปตามข้อกำหนดขององค์การการค้าโลก ที่กำหนดให้อินเดียแก้ไข พ.ร.บ. สิทธิบัตรครอบคลุมผลิตภัณฑ์ภายในปี พ.ศ. ๒๕๔๘ และขยายได้อีก ๕ ปี จนถึงปี พ.ศ. ๒๕๕๓.

ยาทั้ง ๖ รายการ มีราคาแตกต่างจากยาที่ติดสิทธิบัตรมาก เช่น ยาโคลพิโดเกรล ยาสิทธิบัตรราคาเม็ดละ ๗๐ บาท ซื้อจากโรงงานยาในอินเดียได้ในราคา ๑.๐๖ บาท ยาโดซีแทกเซล จากเข็มละ ๒๕,๐๐๐ บาท ซื้อได้ในราคาเข็มละ ๑,๒๔๕ บาท ยาเลโทโรซอล จากราคาเม็ดละ ๒๓๐ บาท เหลือเม็ดละ ๖-๗ บาท.

๒.๕ การควบคุมคุณภาพยา

นอกจากการจัดซื้อยาจากโรงงานที่ได้มาตรฐานจีเอ็มพีขององค์การอนามัยโลกแล้ว ยาทุกรายการต้องขึ้นทะเบียนกับสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา ซึ่งจะต้องมีการตรวจสอบคุณภาพมาตรฐานอย่างเข้มงวด ทั้งโรงงานที่ผลิตวัตถุดิบ ผลิตภัณฑ์สำเร็จรูป วิธีการวิเคราะห์และการประเมินคุณภาพ รวมทั้งการกำกับดูแลหลังการนำไปใช้ในระบบสุขภาพ โดยกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ ได้เข้ามามีส่วนร่วมอย่างสำคัญในการตรวจสอบ.

โดยที่องค์การเภสัชกรรมสามารถจัดซื้อยาได้ในราคาถูกอย่างมาก ผู้เสียผลประโยชน์จึงมีขบวนการทำลายความน่าเชื่อถือด้านคุณภาพยา; โดยวิธีการทั้งการโฆษณาข้อมูลเท็จ โดยซื้อหน้าโฆษณาในหนังสือพิมพ์ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ และใช้สื่ออิเล็กทรอนิกส์โจมตีกล่าวหาว่าด้านไวรัสเอดส์ที่องค์การเภสัชกรรมผลิตว่า คุณภาพต่ำและทำให้มีอัตราตัวยาส่งที่สูงที่สุดในโลก โดยบิดเบือนข้อมูลการตัวยาจากหน่วยงานที่ตรวจการตัวยา ซึ่งตรวจเฉพาะกรณีผู้ป่วยมีอาการตัวยาแล้ว จึงพบอัตราการตัวยาในเปอร์เซ็นต์สูง แต่เมื่อคำนวณจากผู้ป่วยที่เข้ายาทั้งหมด จะพบอัตราการตัวยาไม่แตกต่างจากผู้ป่วยที่เข้ายาดั้งเดิม. กรณีดังกล่าวองค์การเภสัชกรรมได้ทำการตอบโต้อย่างรวดเร็ว ทำให้ความพยายามที่จะทำลายความน่าเชื่อถือประสบความสำเร็จล้มเหลว ต่อมา องค์กรที่ใช้ชื่อว่า USA for Innovation ก็ไม่มีการโฆษณาในหนังสือพิมพ์อีก และหายตัวไป.

๒.๖ การกระจายยา

โดยที่การใช้สิทธิกับสิทธิบัตรยาทั้ง ๗ รายการ เป็นการใช้สิทธิโดยรัฐ ต้องไม่เอื้อประโยชน์ทางการค้า. จึงจำเป็นต้องควบคุมอย่างเข้มงวดมิให้ยาราคาถูกดังกล่าวถูกนำไปใช้เพื่อประโยชน์ทางการค้า. ซึ่งยาที่จัดซื้อภายใต้การใช้สิทธิโดยรัฐให้แก่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เป็นการซื้อรวมโดยองค์การเภสัชกรรม และกระจายยาในระบบการจัดการที่เรียกว่า “วีเอ็มไอ” (VMI : Vender-Managed Inventory) โดยองค์การเภสัชกรรมเป็นผู้จัดหาและกระจายส่งให้ตามความจำเป็นของแต่ละโรงพยาบาล

โดยควบคุมระดับสูงสุด-ต่ำสุด ของสต็อก และไม่ปรากฏว่ามีการรั่วไหลของยาออกนอกระบบเลย.

๒.๗ การติดตามและประเมินผล

มีการดำเนินการ สรุปได้ ดังนี้:

(๑) หลังการดำเนินการได้ประมาณ ๒ ปี ได้มีการประเมินผลกระทบโดยทีมงานจากโครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ (Health Intervention and Technology Assessment Program : HITAP) ซึ่งพบว่าการใช้สิทธิโดยรัฐกับสิทธิบัตรยาสามารถเพิ่มการเข้าถึงยาของผู้ป่วยได้จำนวนมาก ทำให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น และมีอายุยืนยาวขึ้น คิดเป็นมูลค่า ๑๓๒ ล้านเหรียญสหรัฐ (๔,๓๒๘ ล้านบาท). ด้านสังคมจิตวิทยาพบว่าทั้งชาวไทยและชาวต่างประเทศเห็นด้วยกับการใช้สิทธิกับสิทธิบัตรยาต้านไวรัสเอชไอวี. ด้านผลกระทบทางการค้า พบว่าสหรัฐฯ มีการตัดจีเอสพีกับสินค้า ๓ รายการจากไทย ได้แก่ อัญมณีที่ทำด้วยทองคำ เม็ดพลาสติก และทีวีสี่จอแบน ซึ่งน่าจะไม่เกี่ยวข้องกับการใช้สิทธิกับสิทธิบัตรยา เพราะสินค้าทั้ง ๓ รายการขาดคุณสมบัติที่จะได้จีเอสพี เนื่องจากส่งเข้าสหรัฐฯ เกินมูลค่าที่กำหนด คือ ๑๒๕ ล้านเหรียญสหรัฐฯ.^(๔)

การประเมินผลกระทบโดยทีมงานจากโครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ ดำเนินการอย่างมีคุณภาพสูง ทั้งการตั้งประเด็น การกำหนดระเบียบวิธี การสร้างเครื่องมือ การดำเนินการ และการเสนอรายงาน นับเป็นตัวอย่างที่ดีของการประเมินผล.

(๒) หลังการใช้สิทธิกับสิทธิบัตรยาของไทยไม่กี่เดือน องค์การอนามัยโลก มีมติในการประชุมสมัชชาอนามัยโลกที่ ๖๐.๓๐ เมื่อเดือนพฤษภาคม พ.ศ.๒๕๕๐ ให้ผู้อำนวยการใหญ่ องค์การอนามัยโลก “จัดเตรียม... (โดยความร่วมมือขององค์การระหว่างประเทศอื่นๆ) ให้การสนับสนุนทางวิชาการและนโยบาย แก่ประเทศต่างๆ ที่ประสงค์จะใช้ประโยชน์จากข้อยืดหยุ่นต่างๆ ของข้อตกลงทริปส์ (TRIPs Flexibility) และข้อตกลงระหว่างประเทศอื่นๆ เพื่อส่งเสริมการเข้าถึงเภสัชภัณฑ์ต่างๆ.” กระทรวงสาธารณสุขได้เชิญให้องค์การอนามัยโลกส่งคณะผู้เชี่ยวชาญเข้ามาดำเนินการตามมติดังกล่าวในประเทศไทย. ซึ่งคณะผู้เชี่ยวชาญ ประกอบด้วยตัวแทนจากสำนักงานใหญ่ องค์การอนามัยโลก เป็นหัวหน้าคณะ, สำนักงานภูมิภาคเอเชียอาคเนย์ ๒ คน, ตัวแทนจากสำนักโครงการพัฒนาแห่งสหประชาชาติ (UNDP) ๑ คน, จากองค์การประชุมสหประชาชาติว่าด้วยการค้าและการพัฒนา (UNCTAD) ๑ คน, องค์การการค้าโลก ๑ คน, และที่ปรึกษาชั่วคราว องค์การอนามัยโลก จากมหาวิทยาลัย Pompeu Fabra เมืองบาร์เซโลนา.

คณะผู้เชี่ยวชาญดังกล่าวได้เดินทางมาประเทศไทยอย่างเป็นทางการระหว่างวันที่ ๓๑ มกราคม - ๖ กุมภาพันธ์ พ.ศ. ๒๕๕๑ และได้จัดทำรายงานแนะนำในเรื่องต่างๆ รวม ๖ เรื่อง ได้แก่

- ๑) 'กลไกต่างๆ ในการควบคุมราคาเภสัชภัณฑ์
- ๒) แง่มุมและวิธีปฏิบัติในการใช้สิทธิโดยไม่สมัครใจเพื่อประโยชน์ของรัฐ

- ๓) ข้อยืดหยุ่นอื่นๆในข้อตกลงทริปส์ที่ส่งเสริมการเข้าถึงยา
- ๔) ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับประสบการณ์การใช้ข้อ ยืดหยุ่นของข้อตกลงทริปส์เพื่อคุ้มครองการสาธารณสุขและเพื่อการเข้าถึงยา
- ๕) แนวทางและเครื่องมือในการใช้ข้อยืดหยุ่นตามข้อตกลงทริปส์เพื่อส่งเสริมการเข้าถึงยา และ
- ๖) ข้อสังเกตปิดท้าย โดยสาระสำคัญ โดยเฉพาะเรื่องที่ ๒) ซึ่งให้เห็นชัดเจนว่าการดำเนินการของประเทศไทยในเรื่องนี้ถูกต้องตามกฎหมายของไทยและข้อตกลงทริปส์ในทุกขั้นตอน.

รายงานดังกล่าว ชื่อ Improving Access to Medicines In Thailand : The use of TRIPs Flexibilities ซึ่งสาระสำคัญชี้ให้เห็นข้อยืดหยุ่นอย่างกว้างขวางของข้อตกลงทริปส์ ซึ่งการใช้สิทธิกับสิทธิบัตรยาในประเทศไทยใช้ข้อยืดหยุ่นข้อ ๓๑ b คือ “การใช้สิทธิโดยรัฐซึ่งมิใช่เพื่อผลประโยชน์ทางการค้า” เท่านั้น ยังมีข้อยืดหยุ่นอื่นๆ อีกหลายข้อที่สามารถใช้ประโยชน์ได้ ในการแปลรายงานเป็นภาษาไทย จึงตั้งชื่อว่า “ใครว่าไทยละเมิดสิทธิบัตรยา ที่จริงเรายังไม่ได้ทำอีกหลายอย่าง.”^(๑๐)

(๑) การประเมินผลของสังคมไทย

ภายหลังจากที่สื่อทุกแขนงติดตามทำข่าวใหญ่อย่างต่อเนื่องยาวนานหลายเดือน ในเวลาต่อมาเครือข่ายธุรกิจเพื่อสังคม (Social Venture Network : SVN) ได้มอบรางวัลแก่ผู้มีบทบาทสำคัญในการดำเนินการใช้สิทธิกับสิทธิบัตรยา ได้แก่

- ๑) นายแพทย์มงคล ณ สงขลา รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข
- ๒) นายแพทย์วิชัย โชควิวัฒน์ ประธานกรรมการองค์การเภสัชกรรม
- ๓) นายแพทย์ศิริวัฒน์ ทิพย์ธราดล เลขาธิการคณะกรรมการอาหารและยา และ
- ๔) นายแพทย์สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ มั่นสมองคนสำคัญของเรื่องนี้.

พิธีมอบรางวัลกระทำที่สยามสมาคมเมื่อวันที่ ๒๔ มกราคม พ.ศ. ๒๕๕๑ ผู้มาเป็นประธานมอบฯ คือ นายอานันท์ ปันยารชุน อดีตนายกรัฐมนตรี ช่วง พ.ศ. ๒๕๓๔ - ๒๕๓๕ ผู้ตัดสินใจยอมให้ แก่ไข พ.ร.บ. สิทธิบัตรให้ครอบคลุมผลิตภัณฑ์ซึ่งรวมถึงยา เพื่อป้องกันปัญหาร้ายแรงทางการค้าและเศรษฐกิจของประเทศ. •

เอกสารอ้างอิง

- (๑) พระราชบัญญัติสิทธิบัตร พ.ศ. ๒๕๒๒ ราชกิจจานุเบกษา เล่ม ๙๖ ตอน ๓๕ ฉบับพิเศษ หน้า ๑. ๑๖ มีนาคม ๒๕๒๒.
- (๒) พระราชบัญญัติสิทธิบัตร (ฉบับที่ ๒) พ.ศ. ๒๕๓๕ ราชกิจจานุเบกษา เล่ม ๑๐๙ ตอนที่ ๓๔ หน้า ๑. ๓ เมษายน ๒๕๓๕.
- (๓) กระทรวงสาธารณสุข และสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.). ข้อมูลความจริง ๑๐ ประเด็นร้อนการใช้สิทธิโดยรัฐต่อยาที่มีสิทธิบัตร ๓ รายการในประเทศไทย. กุมภาพันธ์ ๒๕๕๐.
- (๔) กระทรวงสาธารณสุข และสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.). คำตอบต่อ ๑๐ ประเด็นสำคัญในเรื่องการใช้สิทธิโดยรัฐต่อยาต้านโรคมะเร็งที่มีสิทธิบัตรทั้ง ๔ รายการ. กุมภาพันธ์ ๒๕๕๑.
- (๕) อ้างแล้วใน (๒) น. ๒๒
- (๖) อ้างแล้วใน (๒) น. ๒๓-๒๔
- (๗) หนังสือกระทรวงสาธารณสุขที่ สธ.๐๑๐๐ / ๔.๑.๗ เรื่อง ข้อมูลความจริงเกี่ยวกับการใช้สิทธิตามสิทธิบัตร โดยรัฐของกระทรวงสาธารณสุข. ลงวันที่ ๕ กุมภาพันธ์ ๒๕๕๐.
- (๘) ประกาศที่ ๑/๒๕๕๐ เรื่องแต่งตั้งคณะกรรมการร่วมระหว่างผู้แทนกระทรวงสาธารณสุขและผู้แทนสมาคม

ผู้วิจัย และผลิตภัณฑ์ เพื่อพัฒนาระบบบริการสุขภาพที่มีคุณภาพอย่างยั่งยืน. ลงวันที่ ๑๗ ธันวาคม พ.ศ. ๒๕๕๐.

- (๙) อินทิรา ยมาภัย, อดุลย์ โมฮารรา, วันดี กริชอนันต์, ศักนางค์ ไชยศิริ, ศรีเพ็ญ ตันติเวสส, ยศ ตีระวัฒนานนท์. **การประเมินผลกระทบจากมาตรการการใช้สิทธิตามสิทธิบัตรยาในประเทศไทย ระหว่างปี ๒๕๔๙-๒๕๕๑.** นนทบุรี : โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ, มีนาคม ๒๕๕๒.
- (๑๐) รายงานของคณะผู้เชี่ยวชาญจากองค์การอนามัยโลก (WHO) สำนักงานโครงการพัฒนาแห่งสหประชาชาติ (UNDP) องค์การการประชุมสหประชาชาติว่าด้วยการค้าและการพัฒนา (UNCTAD) องค์การการค้าโลก เรื่องการพัฒนาระบบการเข้าถึงยาในประเทศไทย : การใช้ข้อยืดหยุ่นต่างๆ ของข้อตกลงทริปส์ (กรุงเทพฯ ๓๑ มกราคม - ๖ กุมภาพันธ์ ๒๕๕๑). **“ใครว่าไทยละเมิดสิทธิบัตรยา ที่จริงเรายังไม่ได้ทำอีกหลายอย่าง”.** กรุงเทพฯ : สสส., สปสช., มิถุนายน ๒๕๕๑.

“

ปัญหาใหญ่ของประเทศไทย
คือปัญหาความเหลื่อมล้ำระหว่าง
เมืองหลวง เมืองใหญ่ และชนบท.
ขบวนการแพทย์ชนบทเกิดขึ้น
เพื่อลดปัญหาเหล่านี้ โดยมีกลไกสำคัญคือ
“ชมรมแพทย์ชนบท” และ “กลุ่มสามพราน”
ที่สามารถสร้างผลงานเป็นที่น่าพอใจ ...

หนังสือเล่มนี้เป็นหนังสือที่นำเสนอ
การศึกษา วิเคราะห์ “กลุ่มสามพราน”
เพื่อจารึกไว้เป็นบทเรียนสำหรับอนาคต.

วิชัย โชควิวัฒน์

ประธานกรรมการบริหาร
สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ

”

