

หลัก
ประกัน
สุขภาพ
ที่รัก



นายแพทย์ประเสริฐ
ผลิตผลการพิมพ์



หลัก
ประกัน
สุขภาพ
ที่รัก



หลักประกันสุขภาพที่รัก



เขียน

นายแพทย์ประเสริฐ ผลิตผลการพิมพ์

พิมพ์ครั้งแรก ฉบับอิเล็กทรอนิกส์

กันยายน 2563

พิมพ์ครั้งแรก ฉบับสิ่งพิมพ์

มีนาคม 2564

บรรณาธิการบริหาร

วิโรจน์ สุขพิศาล ปกป้อง จันวิทย์

บรรณาธิการ

วจนา วรรณยางกูร

บรรณาธิการศิลปกรรม

กฤตพร โทจันทร์ ภาพิมล หล่อตระกูล

ภาพประกอบ

กฤตพร โทจันทร์ ภาพิมล หล่อตระกูล ธนภรณ์ สร้อยภูระยา

จัดทำโดย
สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.)

ดำเนินการผลิต
บริษัท ดี วันโอวัน เปอร์เซนต์ จำกัด

ข้อมูลทางบรรณานุกรมของหอสมุดแห่งชาติ

ประเสริฐ ผลิตผลการพิมพ์.

หลักประกันสุขภาพที่รัก-- กรุงเทพฯ :
สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2563.
288 หน้า.

1. ระบบประกันสุขภาพแห่งชาติ. I.

กฤตพร โทจันทร์, ผู้วาดภาพประกอบ. II. ชื่อเรื่อง.

368.42

ISBN 978-616-490-037-0



101

สารบัญ



3 ปีหรือ 33 ปีที่สูญหาย?	16
คุมครองคนที่คุมครองตนเองไม่ได้	24
อำนาจของบัตรสงเคราะห์	30
สงครามฝิ่นและข้อมูล	38
ผู้หญิงเข้าโครยาแตะ	44
เสียงที่ดังกว่า	50
หลักประกันมีค่ารถไปโรงพยาบาล	56
พลเมืองที่มีคุณภาพ	62
ผิดประเภทหรือผิดวิธี	68
ไต่สวนบ้านนาย	72
การร่วมจ่าย	80
ร่วมจ่ายทำไม	84
ไม่รู้ไม่จัดการ ไม่เท่าเทียม	88
'Cause of Death: Unknown' ตอนที่ 1	94
'Cause of Death: Unknown' ตอนที่ 2	100
'Cause of Death: Unknown' ตอนที่ 3	106
'Cause of Death: Unknown' ตอนที่ 4	112
ทุกข์ของเขตสุขภาพ	120

คำตอบอยู่ที่เจ้าหน้าที่ รพ.สต.	124
สังคมที่พร้อมจะสร้างคนป่วย	130
นักโทษที่เจ็บป่วยทางจิต	134
ผู้ต้องขังอีกครั้งหนึ่ง	138
ผู้เสพหรือผู้ติด	144
ผู้เสพ ผู้ติด หรือผู้ค้า	148
ใครๆ ก็ทำผิดกฎหมายทั้งนั้น เพียงแต่ไม่ถูกจับได้	152
ฝุ่นควัน ซอมบี้ เลือกตั้ง	158
อุดมการณ์ ตอนที่ 1	162
อุดมการณ์ ตอนที่ 2	166
หนักแผ่นดิน	170
หมอกควันเป็นปัญหาระดับชาติ	176
ความเข้าอกเข้าใจร่วมกัน	184
จากฟรอยด์ถึงคุณหมอสงวน	188
ฟรอยด์ ย้ำคิดย้ำทำ และ 30 บาทรักษาทุกโรค	194
5 ปีที่สูญหาย	202
ออสเลอร์และจริยธรรมทางการแพทย์ ตอนที่ 1	206
ออสเลอร์และจริยธรรมทางการแพทย์ ตอนที่ 2	212
ออสเลอร์และจริยธรรมทางการแพทย์ ตอนที่ 3	218
ออสเลอร์และจริยธรรมทางการแพทย์ ตอนที่ 4	224
วิ่งเพื่อการเปลี่ยนแปลง	232
เรื่องเล่าจากอังกฤษ	236
ปรากฏการณ์อุดมคติ ตอนที่ 1	242

ปราการอุตมคติ ตอนที่ 2	248
ปราการอุตมคติ ตอนที่ 3	252
หลักประกันสุขภาพแห่งชาติของอังกฤษ ตอนที่ 1	256
หลักประกันสุขภาพแห่งชาติของอังกฤษ ตอนที่ 2	260
หลักประกันสุขภาพแห่งชาติของอังกฤษ ตอนที่ 3	264
หลักประกันสุขภาพแห่งชาติของอังกฤษ ตอนที่ 4	268
ผู้สังคัมผู้สูงอายุ Amour	274
ผู้สังคัมสมองเสื่อม Still Alice	280
ตอนอวสาน	284

คำนิยม



ธรรมชาติของโลกคือการเปลี่ยนแปลง และทุก ๆ การเปลี่ยนแปลงจะนำไปสู่ 'สิ่งที่ดีกว่า' บนคุณภาพใหม่

เช่นเดียวกับระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ แม้ว่าจะหยั่งรากอย่างมั่นคงมาตลอด 18 ปี หากแต่ระหว่างทางก็เกิดความเปลี่ยนแปลงขึ้นนับครั้งไม่ถ้วน ซึ่งการเปลี่ยนแปลงแต่ละครั้งได้ทำให้ระบบหลักประกันสุขภาพฯ ก้าวไปสู่คุณภาพใหม่เสมอ

ในที่นี้หมายถึงขอบเขตความครอบคลุม สิทธิประโยชน์ความคุ้มครอง กระบวนการการมีส่วนร่วม ตลอดจนมาตรฐานของระบบบริการ ซึ่งทั้งหมดมีจุดหมายปลายทางแห่งหนึ่งเดียวกัน นั่นคือคุณภาพชีวิตที่ดีของคนบนผืนแผ่นดินไทย

ย้อนกลับไปในยุคแรกเริ่ม นับตั้งแต่ที่ นพ.สงวน นิตยารัมภ์พงศ์ พร้อมด้วยกัลยาณมิตร ได้ทุ่มเทแรงกายแรงใจจนก่อกำเนิดเป็นระบบหลักประกันสุขภาพฯ จะพบว่าในขณะนั้น ระบบถูกท้าทายอย่างหนักทั้งในแง่ความเชื่อมั่นและความไว้วางใจ ผู้บริหารสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) จึงได้รับรางวัลเป็นก้อนอิฐมากกว่าดอกไม้

แต่ด้วยความเด็ดเดี่ยวของ นพ.สงวน และการอุทิศตนให้กับระบบหลักประกันสุขภาพฯ ด้วยการทำงานอย่างไม่หยุดพัก ได้จุดประกายการขับเคลื่อนจนทำให้ระบบหลักประกันสุขภาพฯ ข้ามผ่านกาลเวลาจนกลายมาเป็น 'ทรัพย์สินมบัติ' ของคนในชาติ เป็นที่ยอมรับของนานาชาติ และกลายเป็นต้นแบบให้คนทั่วโลกเรียนรู้ร่วมกัน

อย่างไรก็ตาม ในเมื่อความเป็นจริงของโลกคือไม่มีสิ่งใดหยุดนิ่งอยู่กับที่ ตลอดไป นั้นหมายความว่าระบบหลักประกันสุขภาพฯ ก็ต้องเผชิญกับความท้าทายอย่างไม่หยุดหย่อน ตัวอย่างที่ชัดเจนคือการแพร่ระบาดของโควิด-19

แม้ว่าทั่วโลกจะเห็นพ้องเป็นเสียงเดียวกันว่า ระบบหลักประกันสุขภาพฯ คือเครื่องมือสำคัญที่ช่วยให้แต่ละประเทศรับมือโรคระบาดได้อย่างดีเยี่ยม โดยเฉพาะประเทศไทยที่มีการจัดสรรและกระจายงบประมาณไว้อย่างเป็นระบบ จนสามารถบริหารจัดการได้เท่าทันสถานการณ์

หากแต่ระบบหลักประกันสุขภาพฯ ก็ยังต้องปรับตัวและต้องเตรียมพร้อมสำหรับเผชิญหน้ากับวิกฤตการณ์ระลอกใหม่อยู่เสมอ

ในโลกยุคใหม่ที่เต็มไปด้วยคลื่นความเปลี่ยนแปลง การสื่อสารเกิดขึ้นเพียงปลายนิ้วสัมผัส เทคโนโลยีถูกนำมาใช้ตอบสนองความต้องการทั้งในแง่ความสะดวกสบาย ประสิทธิภาพ ความแม่นยำ ฯลฯ นั้นเป็นเรื่องที่ระบบหลักประกันสุขภาพฯ ให้ความสำคัญ

ขณะนี้ สปสช. มีความพยายามจะนำ ‘เทเลเฮลท์’ โทรเวชกรรม-การรักษาทางไกล เข้ามาเสริมศักยภาพการรักษา แต่นั่นก็ยังไม่ปรากฏเป็นที่แน่ชัดว่าจะตอบโจทย์ได้มากน้อยเพียงใด ยังไม่นับสภาพสังคมไทยที่มีความเหลื่อมล้ำ คนจำนวนหนึ่งไม่สามารถเข้าถึงเทคโนโลยีและนวัตกรรมทันสมัย

ประเด็นปัญหาเหล่านี้ คือคำถามตัวโตที่จำเป็นต้องให้ทุกภาคส่วนเข้ามาช่วยกันคิด เข้ามามีส่วนร่วมในการหาคำตอบ

อย่างไรก็ดี นับเป็นโชคดีของระบบหลักประกันสุขภาพฯ ที่คุณหมอประเสริฐ ผลิตผลการพิมพ์ นายแพทย์ผู้เป็นทั้งนักคิด-นักเขียน ได้รวบรวมจากตอนของความเปลี่ยนแปลง สภาพความเป็นจริงของปัญหาอุปสรรคหน้างาน ตลอดจนแนวทางแก้ไข ไว้ในคอลัมน์ ‘หลักประกันสุขภาพที่รัก’ ซึ่งเผยแพร่ทางเว็บไซต์ *The101.world* ระหว่างปี พ.ศ. 2561-2563

ข้อเขียนดังกล่าว นอกจากจะอัดแน่นไปด้วยเนื้อหาสาระแล้ว ยังถูกถ่ายทอดด้วยชั้นเชิงและลีลาเฉพาะตัวอย่างออกอรรถรส

คุณประโยชน์ของข้อเขียนอันทรงคุณค่าของคุณหมอประเสริฐ คือแนวทาง
และภาพสะท้อนที่จะช่วยให้เราทุกคนหาคำตอบข้างต้นได้อย่างตรงจุด นั่นจึง
เป็นที่มาที่ สปสช. ขอความอนุเคราะห์จากคุณหมอประเสริฐ เพื่อนำข้อเขียน
มาตีพิมพ์เป็นหนังสือ 'หลักประกันสุขภาพที่รัก' เล่มนี้

ผมเชื่อมั่นโดยบริสุทธิ์ใจว่า เนื้อหาในหนังสือเล่มนี้仍将ประโยชน์ให้กับ
ผู้อ่านทุกท่าน

นายแพทย์ศักดิ์ชัย กาญจนวัฒนา

เลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

คำนำ



ขณะเขียนคำนำนี้คือเดือนสิงหาคม พ.ศ. 2563 ยังมีวิวาทะเรื่องควรให้ผู้ป่วยที่ทำตัวเอง เช่น เมาแล้วขับ ต้มเหล้าแล้วดับแข็ง แม้กระทั่งสูบบุหรี่และใช้ยาเสพติด ต้องจ่ายค่ารักษาเอง การพูดคุยกันเรื่องหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าจึงยังคงต้องมีต่อไป

การพูดคุยเรื่องหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าทำกันมาตั้งแต่เริ่มต้นเวลานั้นคุณหมอสงวน นิตยารัมภ์พงศ์ ออกทีวีด้วยตนเอง เขียนบทความและขึ้นเวทีทุกแห่ง ผมจำได้ว่ามีสามคำที่ได้ยินประจำคือ “เฉลี่ยทุกข์เฉลี่ยสุข” “ใกล้บ้านใกล้ใจ” และ “กัดไม่ปล่อยอย่างอุเบกขา”

หลายปีที่ผ่านมา แม้ว่าคุณหมอสงวนจะล่วงลับไปแล้ว สามคำนี้ยังคงอยู่และผมพบว่าเรายังคงต้องกัดไม่ปล่อยอย่างอุเบกขาจริงๆ ด้วย

เมื่ออาจารย์ปกป้อง จันวิทย์ ขอให้เขียนเรื่องหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าเผยแพร่เป็นตอนๆ ใน *The101.world* ทุกสองสัปดาห์ ปฏิบัติแรกของผมคือจะเขียนเข้าไปได้อย่างไรในเมื่อเราพูดกันหมดทุกเรื่องแล้ว เขียนอีกก็ซ้ำอีกยังไม่แน่ว่าผมเขียนไปมากแล้วในหนังสือพิมพ์มติชนรายวัน เว็บไซต์ประชาไทและวารสารก้าวใหม่ของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) แต่ก็รับปากด้วยเล็งเห็นว่า เฉลี่ยทุกข์เฉลี่ยสุขยังไม่ดีที่สุด ใกล้บ้านใกล้ใจยังไม่สมบูรณ์ และวิวาทะบางเรื่องยังไม่หมดไปทั้งที่ควรจะหมดไปนานแล้วตามวุฒิภาวะของสังคม

แต่จะเขียนอย่างไร? ว่าแล้วจึงเริ่มต้นด้วยสไลด์เขียนทุกเรื่องจากทุกทิศทาง กล่าวคือที่แท้แล้วระบบสุขภาพเป็นองค์รวมอยู่แล้วโดยธรรมชาติ ดังนั้นเราไปเริ่มที่ตรงไหนก็ได้ในจักรวาลนี้ล้วนสามารถตีวงเข้ามาหา

หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าวันยังค่ำ เพราะหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า มีลักษณะเป็นองค์รวมโดยธรรมชาติเช่นกัน และเรื่องทุกอย่างเชื่อมโยงถึงกันหมด จุดศูนย์กลางของเรื่องนี้คือประชาชนคนไทยทุกคนไม่ว่ายากดีมีจน มีสิทธิเข้าถึงการรักษาพยาบาลที่ได้มาตรฐานโดยเท่าเทียมกัน

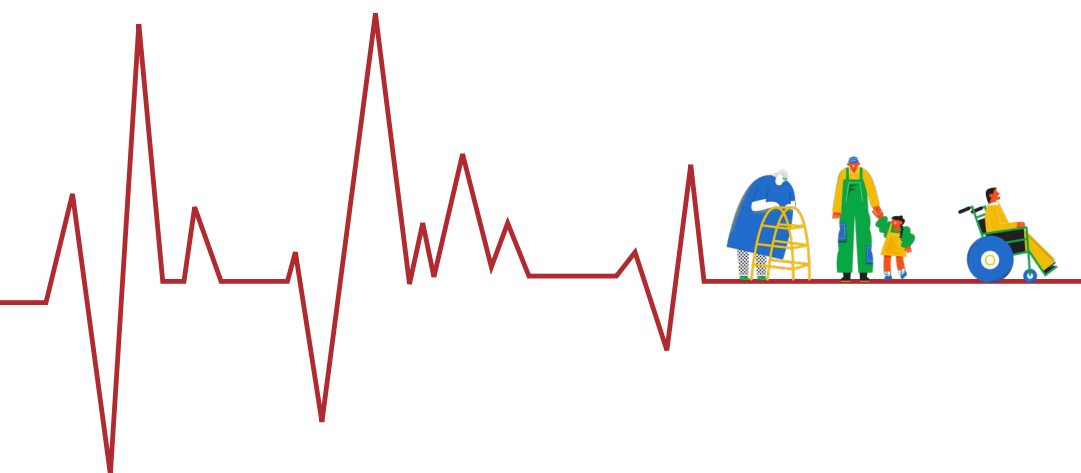
ทำไมต้องเท่าเทียม? เพราะทรัพยากรมีจำกัด ไม่ว่าจะเป็นเงินของประเทศ หรือทรัพยากรด้านสุขภาพ หากเราปล่อยให้ผู้มีเงินมากกว่าซื้อทรัพยากรสุขภาพตามใจชอบเพื่อความเป็นเลิศให้แก่ตนเอง สุดท้ายเราจะได้ชนชั้นอภิชนชนชั้นกลุ่มน้อยที่เงินซื้อได้ทุกอย่าง แม้กระทั่งซื้อพันธุกรรมที่ดีที่สุดซึ่งทำได้ด้วยเทคโนโลยีชีวภาพสมัยใหม่ แล้วละทิ้งประชาชนธรรมดาจำนวนมากเอาไว้ในสังคมให้ทนทุกข์ทรมานกับความเจ็บป่วยพื้นฐานที่รักษาได้ คำว่าเฉลี่ยทุกข์เฉลี่ยสุขจึงเป็นคำที่หนึ่งเสมอ อย่างที่เรียกว่า Prime Directive

ใกล้บ้านใกล้ใจก็เป็นอีกเรื่องหนึ่งที่ยากต่อการจัดการ ด้วยความที่รัฐไทยเป็นรัฐรวมศูนย์ ความคิดวิไลซ์นั้นรวมอยู่ที่ตัวอำเภอ ตัวจังหวัด หัวเมืองใหญ่ และกรุงเทพมหานครจริงๆ ลำพังการกระจายแพทย์และพยาบาล รวมทั้งบุคลากรทุกระดับให้มีอัตรากำลังที่เหมาะสมโดยสม่ำเสมอ จึงเป็นเรื่องที่ยากต่อการจัดการ และต้องจัดการไปเรื่อยๆ ไม่สิ้นสุด ภายใต้ข้อเท็จจริงที่ว่าแม้ค่ารักษาจะฟรี แต่ค่ารถ ค่าโรงแรม ค่าอาหารระหว่างเดินทางข้ามอำเภอหรือข้ามจังหวัดไปหาหมอ - ไม่ฟรี การที่ผู้ป่วยจำนวนมากขาดการติดตามการรักษาเพราะไม่มีค่ารถ ยังคงเป็นปัญหาอยู่

ผมขอขอบคุณอาจารย์ปกป้องที่กิดผมไม่ปล่อยอย่างอุเบกขาให้เขียนหนังสือเล่มนี้ และขอบคุณคุณหมอดักดิชัย กาญจนวัฒนา เลขานุการ สปสช. ที่แสดงความสนใจที่จะพิมพ์หนังสือเล่มนี้ในทันทีที่ผมติดต่อไป ด้วยหวังว่านักอ่านรุ่นใหม่ ๆ ที่โตไม่ทันการก่อตั้ง ‘30 บาทรักษาทุกโรค’ จะได้อ่านเรื่องราวทั้งหมดอีกครั้งหนึ่ง

นายแพทย์ประเสริฐ ผลิตผลการพิมพ์
สิงหาคม 2563





01



3 ปี หรือ 33 ปีที่สูญหาย?

หลังปฎิวัติ 2557 ผมเดิมคำว่า “ไม่เอาปฎิวัติ” หลังบทความการตุ๋นที่รัก
ที่จะส่งตีพิมพ์สัปดาห์นั้น พร้อมทั้งแก้ไขย่อหน้าสุดท้าย

แทนที่บทความจะจบลงด้วยเรื่องพัฒนาการเด็กตามที่เราควรจะเป็น
ก็เปลี่ยนเป็นเรื่อง “เราโตเองได้” แล้วกดเอนเทอร์ส่งไป

บรรณาธิการมติชนสุดสัปดาห์เวลานั้นเขียนบทบรรณาธิการให้

ก่อนการปฏิวัติไม่นาน เพื่อนๆ รอบตัวหลายคนขึ้นเวทีขับไล่รัฐบาล
เพื่อความยุติธรรมเราก็ไม่อาจล่วงรู้ว่าใครคิดอะไร แต่ที่เห็นคือขึ้นเวที
ไม่ว่าจะเป็นเพื่อนที่โรงพยาบาล ที่กระทรวงสาธารณสุข เอ็นจีโอสาย
สุขภาพ มูลนิธิที่ตนเองทำงานอยู่ และผู้บริหารโรงพยาบาลในนามชมรม
โรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป รวมถึงสมาคมแพทย์ทั้งที่เป็นทางการ
และโรงพยาบาลเอกชน

โดยส่วนตัว เชื่อว่าประชาธิปไตยไม่มีทางสมบูรณ์ มีแต่พัฒนาอย่างต่อเนื่อง
ตัวประชาธิปไตยที่ไม่นิ่งนั่นเองคือเรื่องที่ดี トラบเทาที่ไม่มีใครผูกขาดมากเกินไป
ประชาชนโดยเฉพาะอย่างยิ่งประชาชนในชนบทก็ยังพอมีทางได้อะไรบ้าง

เหมือนการไปหาหมอ เราควรมีทางเลือกหรือต่อรองได้บ้าง

ผมจบแพทย์แล้วมาทำงานที่จังหวัดเชียงรายตั้งแต่ปี พ.ศ. 2526 หากนึกไม่ออก คือปี Return of the Jedi, 007 Never Say Never Again และ 007 Octopussy

คือยุคสามล้อหน้าโรงพยาบาลขายเลือดและกระดูกซี่โครง เขตเมืองมีตู้โทรศัพท์สาธารณะแบบหยอดเหรียญ 2 ตู้ และทีวีมีช่อง 7 สี เพียงช่องเดียว ชาวบ้านอุ้มลูกจับหัตถ์นั่งรถจากอำเภอเชียงของมาถึงห้องฉุกเฉินตอนตีสองในฤดูหนาว ซึ่งหนาวเป็นบ้าเป็นหลัง และคนส่วนใหญ่ยังต้องอาบน้ำในตูมรวมทั้งผู้เขียนด้วย

เครื่องทำน้ำร้อนไกลเกินเอี่ยมสำหรับเงินเดือน 3,000 กว่าบาท

คือยุคบัตรสงเคราะห์และรุ่งอรุณของสิ่งที่เรียกว่า ‘บัตรสุขภาพ’

คือวันเวลาที่ชาวบ้านอยู่ต่ำกว่าคำว่า ‘สงเคราะห์’ และนอนกันรอบโรงพยาบาลเมื่อเราไม่สามารถหาเตียงให้ได้

นโยบายเวลานั้นของผู้อำนวยการชัดเจนคือต้องหาเตียงให้ได้ มองมุมหนึ่งเพื่อให้ชาวบ้านได้นอน อีกมุมหนึ่งคือเพื่อทำยอดผู้ป่วยล้นโรงพยาบาลให้ผู้ใหญ่กระทรวงสาธารณสุขเห็น จำนวนเตียงที่ล้นตามทางเดินในโรงพยาบาล ตากฝนในฤดูฝนและตากหมอกในฤดูหนาว อัตราการครองเตียงที่เกิน 100 เปอร์เซ็นต์ จะเป็นตัวชี้วัดให้โรงพยาบาลได้ยกระดับ นั่นหมายถึงระดับของผู้บริหารโรงพยาบาลและงบประมาณด้วย

ผมเป็นแพทย์จบใหม่ สมองว่างเปล่าทำแต่งงาน แต่ได้ยินการถกเถียงเรื่องนี้ในที่ประชุม เวลานั้นคิดว่าการถกเถียงควรยุติ มีพระเอกและผู้ร้าย ก่อนที่จะค่อยๆ รู้ในเวลาต่อมาอีก 33 ปี จนกระทั่งออกจากราชการแล้ววันนี้ว่า การถกเถียงและวิวาทะที่ไม่จบมักเป็นเรื่องดี มันทำให้ตัวระบบเป็นพลวัต ไม่นิ่ง ไม่แข็งกระด้างจนเกินไป มีความยืดหยุ่น และไม่ถูกผูกขาดมากเกินไป

จากยุคบัตรสงเคราะห์ บัตรสุขภาพ พญาบาทมัพ ประกันสังคม วิฤต ตัมยักัง พัฒนาคุณภาพ HA (Hospital Accreditation) สงครามยาเสพติด

30 บาทรักษาทุกโรค โครงการผลิตแพทย์เพิ่มฯ และ สสส. มาจนถึงยุคถดถอยทางปัญญาอย่างต่อเนื่องเวลานี้ ผมอยู่ในเหตุการณ์เหล่านั้นเสมอมา มากบ้างน้อยบ้าง แต่ไม่มีครั้งใดเลยที่จะรู้สึกถึงวิกฤตศรัทธาเท่าครั้งนี้

บรรณาธิการเว็บไซต์ *The101.world* ชวนให้เขียนบันทึกอะไรบางอย่างในฐานะคนที่เห็นความเปลี่ยนแปลงในส่วนภูมิภาค และพบว่าการเปลี่ยนแปลงหลายครั้งนั้น นอกเหนือจากเรื่อง 30 บาทรักษาทุกโรคแล้ว ชาวบ้านไม่ได้อะไรจากนโยบายพัฒนามากนัก บางครั้งเราเป็นฝ่ายเสีย

ส่วนกลางมักไม่เชื่อว่าส่วนท้องถิ่นเติบโตเองได้ มีคำเยาะเย้ยเหยียดหยามหรือถากถางเสมอว่าเราใช้งบประมาณไม่เป็น ว่าทำเป็นแค่สร้างถนนกับตึก ว่าเล่นพรรคเล่นพวก ว่าไม่มีการศึกษา ซึ่งเรารู้้อยู่ว่าถากถางเหล่านี้ - ไม่จริง

ผู้เขียนยืนยันตามคำโปรยของบทความการตื่นที่รักชิ้นนี้ นั่นคือ “เราโตเองได้” และปิดท้ายข้อเขียนตอนแรกนี้ด้วยบทวิจารณ์การตื่นที่รักเรื่องนี้

“ไม่ไม่ ไม่เอาปฎิวัติ เราโตเองได้”

Mai Mai Miracle เราโตเองได้ ไม่เอาปญฺิวัติ



นี่คือการตูนญี่ปุ่นระดับดีมากที่เล่าเรื่องสะเปะสะปะ

‘มหัศจรรย์ไม้ไม’ หรือ ‘ไม้ไม ชินโกะ กับมนตราพันปี’ ในชื่อภาษาญี่ปุ่น เป็นหนังการ์ตูนปี พ.ศ. 2552 สร้างจากงานเขียนกึ่งอัตชีวประวัติของโนบุโกะ ทาคากิ (2489-) กำกับโดยซุนาโอะ คะตะบุชิ เจ้าของผลงาน Princess Arete

เป็นฤดูใบไม้ผลิปี พ.ศ. 2498 ที่เขตชนบทรอบเมืองเล็กๆ แห่งหนึ่งในเขต จังหวัดยามากุจิ ทางตะวันตกเฉียงใต้ของญี่ปุ่น

เล่าเรื่องเด็กหญิงอายุ 9 ขวบชื่อ ชินโกะ อะโอกิ ซึ่งใช้ชีวิตอยู่ตามทุ่งนา ค้นดิน หนองน้ำ ใต้ต้นไม้



ในตอนต้นเรื่องดูเหมือนเธอจะมีแต่แม่ ไม่ทราบว่าคุณพ่อหายไปไหน เธอมีน้องสาวจอมกวนเป็นคู่ปรับอยู่คนหนึ่ง

ชินโกะมักเห็นอะไรบางอย่างวิ่งไปตามยอดข้าว เธอพยายามวิ่งไล่อะไรบางอย่างนั้นด้วยความสนุกสนาน แต่ก็ไม่เคยทันเสียที เธอเชื่อว่าที่ตนเองเห็นได้เพราะสัมผัสพิเศษที่มากับ 'ไมไม' คือขวัญกลางหน้าผากของเธอ

วันหนึ่งมีนักเรียนหญิงชาวกรุงย้ายเข้ามาใหม่ เธอชื่อ คิโอะ ชิมาสุ เธอเป็นเด็กเรียบร้อย น่ารัก แต่งกายดี คุณพ่อเป็นหมอที่ย้ายมาทำงาน เธอเพิ่งเสียคุณแม่ไปจึงทำให้ดูเศร้าๆ ไม่ร่าเริง มีหน้าขำยังขี้อาย แต่ชินโกะและพรรคพวกก็ให้การต้อนรับสมาชิกใหม่อย่างดี เพียงไม่นานแก๊งเด็ก ๆ ก็เที่ยวเล่นไปตามท้องนาด้วยกันอย่างรื่นรมย์

ชินโกะและเพื่อนๆ ส่วนใหญ่เป็นครอบครัวชาวนา เสื้อผ้าจึงเก่าๆ ไม่ใส่รองเท้า บ้านไม้ชั้นเดียว ไม่มีโทรทัศน์หรือตู้เย็น ในขณะที่คิโอะมีบ้านสวยงาม โทรทัศน์ และตู้เย็นเพียบพร้อม แต่นั่นไม่ใช่ปัญหาสำหรับเด็กๆ วัย 8-9 ขวบ

ในหมู่เด็กประถมนี้ยังมีเด็กมัธยมคนหนึ่งชื่อทตสึชิโร เขาสวมหมวกและถือดาบไม้อยู่ตลอดเวลา และชอบนั่งเงียบๆ อย่างโดดเดี่ยวตามหนองน้ำหรือคันนา ทตสึชิโรมีพ่อเป็นตำรวจซึ่งมีฝีมือทางเคนโดด้วย อย่างไรก็ตาม เราไม่เห็นแม่ แต่เห็นความมีนตึงระหว่างพ่อลูกคู่นี้

ชินโกะ คิโอะ และเพื่อนๆ ชวนกันสร้างเขื่อนกันสายน้ำเล็กๆ ทตสึชิโรช่วยขยายเขื่อนเล็กเป็นเขื่อนใหญ่ เขื่อนใหญ่ช่วยกักน้ำเหนือเขื่อนกลายเป็นแอ่งน้ำขนาดเล็กกลางท้องนา แอ่งน้ำนี้กลายเป็นศูนย์รวมของเด็กๆ ไปโดยปริยาย บ้างมานั่งเล่น บ้างมานั่งกินขนม หลายต่อหลายคนมาเล่นกันเป็นหมู่คณะ

ชินโกะฝันกลางวันถึงเรื่องราวรอบบริเวณนี้เมื่อหนึ่งพันปีก่อน คุณปู่ของเธอชี้ให้ดูทางน้ำที่ยังคงอยู่ในสภาพเดิม บอกว่าที่แห่งนี้เคยเป็นเมืองหลวงของจังหวัดซุโอะ นักโบราณคดีที่มาขุดค้นบริเวณนั้นบอกเธอว่า ขุนนางคนหนึ่งที่รับราชการอยู่ที่นครแห่งนี้มีลูกสาวอายุรุ่นราวคราวเดียวกับเธออยู่คนหนึ่ง ชินโกะถามหาตุ๊กตาโบราณ นักขุดค้นตอบว่าของแบบนี้ไม่มีหรอก



ชินโกะรับรู้เรื่องราวที่เกิดขึ้นกับเด็กสาวเมื่อพันปีก่อนผ่านทางไมไม เด็กสาวเมื่อพันปีก่อนคนนั้นชื่อนากิโกะ คิโยะฮาระ

นากิโกะเป็นเด็กหญิงแสนเหงา เธอมีตุ๊กตามากมายแต่ไม่มีใครเล่นด้วย เธอชอบออกมาเที่ยวนอกกำแพงใหญ่กับเด็กรับใช้ได้เห็นวิถีชาวบ้านและเด็กๆ รื่นราวดร่าเริงด้วยกันเล่นด้วยกันอย่างสนุกสนาน เธอสังเกตเห็นเด็กสาวชาวบ้านคนหนึ่งทำงานหนักทุกวัน ใบหน้าไม่เคยยิ้ม แต่ก็ดึงดูดความสนใจจากเธอได้ ทุกๆ ครั้ง

นากิโกะเล่นคนเดียวและใช้ชีวิตแสนเหงาเช่นนี้ทุกๆ วัน ในขณะที่ชินโกะ สนุกสนานรำเริงกับคิอิโกะและเพื่อนๆ ได้ทุกวันเช่นกัน

พวกเด็กๆ ได้ปลาทองมาตัวหนึ่งจึงนำมาปล่อยไว้ในแอ่งน้ำที่พวกเขาสร้างขึ้น พวกเขาช่วยกันนำดอกไม้และก้อนหินสวยๆ มาตกแต่งหนองน้ำเล็กๆ นั้น จนสวยงามดั่งมณีเหมือนสระน้ำขุนนาง คิอิโกะไม่ทันระวัง ทำขวิดน้ำหอมเก่าของคุณแม่ที่ล่องลပ်ไปแล้วตกลงไปในหนองน้ำ น้ำหอมที่เล็ดจากขวดมีมากพอที่จะทำให้ปลาทองตายในวันต่อมา

ชินโกะชวนเพื่อนๆ จัดพิธีศพให้แก่ปลาทองอย่างยิ่งใหญ่ตามประสาเด็กๆ จากนั้นชวนกันค้นหาปลาทองตัวใหม่ตามร่องน้ำ แต่คิอิโกะพูดขึ้นอย่างโกรธขี้ใจว่า “ไม่มีใหม่หรอก (คน) ที่ตายแล้วจะไม่มีความใหม่มาชดเชยได้อีก”

เท่านี้ยังไม่พอ พ่อของทตสึชิโรซึ่งเป็นตำรวจแขวนคอตายในวันเดียวกันนั้นทำให้ทตสึชิโรหมกตัวอยู่แต่ในบ้านและหัวฟัดหัวเหวี่ยงกับเรื่องราวที่เกิดขึ้น เสียงเล่าลือว่าพ่อพัวพันกับสาวบาร์ ยากูซ่า และการพนัน ถึงตอนนี้เรายังไม่รู้ ว่าแม่ของเขาหายไปไหน

จุดไคลแมกซ์ ชินโกะชวนทตสึชิโรเข้าเมืองบูกบาร์แคลิฟอร์เนียด้วยกัน เด็กสองคนกับดาบไม้หนึ่งด้ามเดินขึ้นบันไดในตรอกแคบๆ สกปรกเพื่อเผชิญ ยากูซ่า

เมื่อหนึ่งพันปีก่อน นากิโกะชวนเด็กรับใช้สองคนหนีออกจากกำแพง เพื่อตามหาบ้านของเด็กสาวชาวบ้านหน้าตาเคร่งขรึมคนนั้น หลังจากที่



สังเกตว่าเธอหายหน้าไปหลายวัน นากิโกะเดินทางมาถึงเขตเสื่อมโทรมอย่างที่สุด ที่ซึ่งมารดาของเด็กสาวยากจนล้มป่วยอยู่ เธอเอาตุ๊กตามามอบให้เด็กสาวด้วย

โปรดหาตอนจบมาดู

หนังสือของซูนาโอะ คะตะบุชิเรื่องนี้ถูกนำไปเปรียบเทียบกับผลงานอมตะ My Neighbor Totoro ของฮายาโอะ มิยาซากิ อย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ ด้วยความเป็นหนึ่งเล่าเรื่องราวในชีวิตธรรมดาๆ ของเด็กนักเรียนชั้นประถมช่วงก่อนวัยรุ่นที่กำลังจะเป็นวัยรุ่นกันในปีถัดมา หนังสือเล่าเรื่องราวด้านที่สดใสของชีวิตแต่ก็ค่อยๆ เติมเหตุการณ์ที่ไม่สดใสเข้ามาเป็นระยะๆ นี่คือช่วงเวลาที่ยัยเด็กอันบริสุทธิ์กำลังจะผ่านพ้นไป เด็กๆ เริ่มต้นเผชิญด้านทุกข์ยากของชีวิตที่ไม่มีใครหลีกเลี่ยงความไม่มั่นใจ ความกลัว ความไม่สมหวัง และที่สำคัญที่สุดคือความตายของคนที่คุณรัก ไม่ว่าจะเป็นปลาทอง แม่ หรือพ่อ

การเจริญเติบโตของเด็กๆ เป็นเช่นนั้นมานับพันปี รวมทั้งก่อนหน้านี้ที่บุตรธิดาของขุนนางจะต้องเผชิญ

หนังสือเล่าเรื่องราวสะเปะสะปะ ดัดสลับไปมาหลายเรื่องราวทั้งอดีตและปัจจุบัน เรื่องของคนนั้นคนนี้ ทั้งเด็ก ผู้ใหญ่ และคนแก่

เรื่องราวเกิดขึ้นหลังสงครามโลกครั้งที่สองปิดฉากไปสิบปีโดยที่ญี่ปุ่นพ่ายแพ้อย่างย่อยยับ นี่คือนิทรรศการให้เห็นการปะทะกันของแนวรบหลายด้านพร้อมกัน เด็กโตกำลังปะทะการเปลี่ยนแปลงครั้งใหญ่ของชีวิต อดีตอันขมขื่นกำลังปะทะอนาคตที่กำลังพุ่งเข้ามา ชนบทญี่ปุ่นเผชิญหน้าการรุกรานของตะวันตก หนังสือมีโจทย์ต้องแก้มากมายเต็มไปด้วยหมดจิ้งเต็มไปด้วยสัญลักษณ์

ผีที่วิ่งไปมาในห้องนา ปลาทอง และตุ๊กตา รวมทั้งไม้โม

พ่อของชินโกะโผล่มาในตอนท้าย ไม่นานหลังจากนั้นครอบครัวของเธอก็ย้ายไปติดตามทาสีโรที่คุนแม่มารับตัวไปหลังจากเกิดโศกนาฏกรรมครั้งนั้น กลายเป็นเด็กสาวผู้ดีคิโกะที่ยังคงอยู่ในหมู่บ้านชนบทแห่งนี้คอยเฝ้าดู



การเปลี่ยนแปลงที่จะมาถึง

คิอิโกะไม่รู้ว่าท่ามกลางความหลากหลายของเรื่องราวที่มีสุขทุกข์ระคนกัน
พวกเธอจะไม่ใช่เป็นอะไร ประเทศของเธอจะพลิกผันเป็นประเทศที่พัฒนาแล้ว
และมีความเป็นอยู่ของประชาชนดีที่สุดในโลกแห่งหนึ่ง

ขอเพียงแค่นิยามปล่อยให้เด็ก ๆ เติบโตเท่านั้น





คุ้มครอง คนที่คุ้มครองตนเองไม่ได้

ความพยายามที่จะลดกรอบอัตรากำลังบุคลากรทางจิตเวชในโรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไปที่เป็นอยู่ ณ ตอนนี้ ชวนให้นึกถึงพัฒนาการงานด้านจิตเวช

ตอนที่หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าเริ่มต้นในชื่อ ‘30 บาทรักษาทุกโรค’ เมื่อปี พ.ศ. 2545 สิทธิประกันสังคมยังไม่ครอบคลุมโรคจิตเภท (Schizophrenia) อย่างดีที่สุด ลูกจ้างประกันสังคมที่ป่วยด้วยโรคจิตเภทเวลานั้นมีสิทธิเบิกค่ารักษาพยาบาลผู้ป่วยในเพียงครั้งละ 15 วัน ในขณะที่ ‘30 บาทรักษาทุกโรค’ ครอบคลุมทั้งหมดโดยไม่มีเงื่อนไข

หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าเป็นการเฉลี่ยทุกข์เฉลี่ยสุขตั้งแต่แรก

สภาวะที่ลูกจ้างประกันสังคมได้รับสิทธิเบิกค่ารักษาพยาบาลผู้ป่วยในเพียง 15 วันทำให้ลูกจ้างจำนวนหนึ่งสมัครใจลาออกจากงานที่ทำ เพื่อให้ตนเองไม่ทำงานทำเสียยังจะดีกว่า ทั้งที่ในความเป็นจริงแล้ว จิตแพทย์สามารถรักษาให้พวกเขาทุเลาลงได้มากและกลับไปทำงานได้ เพียงแต่เราประกันไม่ได้ว่าเมื่อสิ่งแวดล้อมเปลี่ยนแปลงไป พวกเขาอาจจะป่วยหนักได้อีก และจำเป็นต้องเข้าโรงพยาบาลเป็นบางครั้ง

สิ่งที่คนส่วนใหญ่ไม่ทราบอีกข้อหนึ่งคือ ผู้ป่วยโรคจิตเภทควรมีโอกาสรับการ รักษาตัวเป็นผู้ป่วยในบ้างบางครั้ง เพื่อฟื้นฟูตัวเองด้วยกระบวนการทางสังคม และที่สำคัญมากกว่าคือเพื่อแยกผู้ป่วยออกจากญาติชั่วคราว ให้ญาติได้มีเวลา พักผ่อนจิตใจตัวเอง หยุดเป็นเกลียวกับผู้ป่วยบ้าง

อันที่จริงผู้ป่วยจิตเวชมีสถานะเป็นบุคคลชั้นสองตั้งแต่แรกเริ่ม อย่างน้อย ที่สุดก็ไล่อันหลังไปได้ไกลถึงคริสต์ทศวรรษที่ 1980 คำพูดประเภท “คนที่ฆ่า ตัวตายทำตัวเอง ไม่ควรเบิกได้” หรือ “ผู้ติดสุราเรื้อรังแล้วเจ็บป่วยไม่ควร เบิกได้” ยังมีให้ได้ยินในที่ประชุมของหน่วยงานสาธารณสุขหรือหน่วยงาน ประกันเป็นระยะๆ

ครั้งที่โรคเอดส์โจมตีภาคเหนือตอนบนเป็นครั้งแรกในคริสต์ทศวรรษ 1990 เวลานั้น ที่เชียงรายเด็กหนุ่มๆ ตายเป็นใบไม้ร่วงอยู่ช่วงหนึ่ง ก่อนที่จะลามมา ถึงพ้อบ้าน แล้วตามด้วยแม่บ้านในเวลาต่อมา คือนั่นหนึ่งผมไปร่วมงานศพของผู้ป่วยหนุ่มรายหนึ่งที่เพิ่งจะเสียชีวิตตามพี่ชายสองคนไป เพื่อนหลายคนที่เป็น แม่บ้านธรรมดาๆ ก็เสียชีวิตด้วยโรคเอดส์ ปีนั้นคำพูดประเภท “โรคเอดส์เป็น โรคที่หามาเอง ไม่สมควรเบิกได้” ก็มีให้ได้ยินในที่ประชุมอีกเช่นกัน

(ข้อมูลจากรายงานสถิติสาธารณสุข สำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข อัตราการตายด้วยโรคเอดส์ต่อประชากรแสนคนในระดับ ประเทศ เพิ่มขึ้นจาก 1.3 ในปี พ.ศ. 2537 เป็น 16.8 ในปี พ.ศ. 2546 ปรับปรุง รายงานล่าสุดเมื่อวันที่ 29 พฤศจิกายน 2560)

คริสต์ทศวรรษ 1990 เราเริ่มกันด้วย Pretty Woman หนังสือที่มีหญิงพีเป็น นางเอก และ Back to the Future ภาค 3 ซึ่งหากเราทำได้จริง คงจะเป็นลม เมื่อได้ยินคำพูดเหล่านั้นในครั้งแรก และทอม แฮงส์ รับบทผู้ป่วยโรคเอดส์ใน Philadelphia ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2536 แล้ว

จะเห็นว่าความรู้ความเข้าใจและทัศนคติที่ดีต่อผู้ป่วยหลากหลายประเภท ในบ้านเราดีขึ้นมากในปัจจุบัน เราเดินทางมาไกลมากแล้ว โดยที่หลักประกัน สุขภาพถ้วนหน้าเป็นกลไกหนึ่งที่กวาดรวมเอาผู้ป่วยเหล่านี้เข้ามาไว้ได้รอมเงา โดยไม่ต้องคำถาม เพราะคนไทยทุกคนมีสิทธิ

จิตเวชศาสตร์รู้มาก่อนแล้วว่าพฤติกรรมฆ่าตัวตายเป็นพยาธิสภาพ ผู้ป่วยทำไปเพราะโรคทางจิตเวชบางอย่างหนึ่งย่นำให้ผู้ป่วยทำ พฤติกรรมติดสุรา เชื้อรังก้เป็นโรคชนิดหนึ่งและถ่ายทอดได้ทางพันธุกรรม เช่นเดียวกับพฤติกรรมฆ่าตัวตาย สองกรณีนี้ ผู้ป่วยเป็นผู้ป่วย และมีสิทธิอันชอบธรรมที่จะได้รับหลักประกันสุขภาพ

หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าเป็นสิทธิพื้นฐานที่ผู้ป่วยได้โดย ‘มีจำเป็นต้องร้องขอ’ เป็นการเคารพศักดิ์ศรีและความเป็นมนุษย์อย่างดีที่สุดเท่าที่ประเทศหนึ่งควรปฏิบัติต่อพลเมือง ต่างจากหลักประกันอื่นที่ผู้ป่วยต้องร้องขอ เช่น ร้องขอด้วยใบรับรองแพทย์ เป็นต้น

เวลาลูกจ้างประกันสังคมป่วยด้วยโรคจิตเภท หลายครั้งที่ผู้ป่วยต้องขอใบรับรองแพทย์ไปประกอบหลักฐานการเบิกจ่าย ที่ประชาชนมักไม่ทราบคือ ใบรับรองแพทย์ใดๆ เป็นดาบสองคม

ใบรับรองแพทย์โรคทางจิตเวชศาสตร์เป็นดาบหลายคม

ผู้ป่วยของเรามักไร้เตียงสาหรือสุขภาพเกินกว่าจะตั้งคำถามว่า ใบรับรองแพทย์ที่ระบุว่าเขาเป็นโรคอะไรนั้นจะเดินทางผ่านสายตาใครบ้าง ไปสิ้นสุดที่โต๊ะไหน และจะมีผลต่อการประเมินผลการปฏิบัติงานหรือการจ้างงานมากน้อยเพียงใด ที่จริงก็ไม่ใช่ความรู้เตียงสาหรือสุขภาพหรืออก แต่เป็นความกลัวตามธรรมชาติของประชาชนที่เคยชินอยู่ใต้ระบอบอำนาจนิยมของระบบราชการ

ไม่ว่าวันนักศึกษามหาวิทยาลัยหรือนักเรียนระดับมัธยมศึกษาที่ป่วยด้วยโรคทางจิตเวชแล้วจำเป็นต้องขาดเรียนบ้างเป็นบางครั้ง นักศึกษาหรือนักเรียนเหล่านี้ รวมทั้งคุณพ่อคุณแม่ มักไม่ระวังว่ากระดาษที่ระบุชื่อโรคนั้นจะเดินทางไปไหน ใครจะอ่าน และจะส่งผลกระทบต่ออนาคตของเด็กๆ อย่างไรบ้าง

ทั้งนี้ยังไม่นับเรื่องข้อมูลที่ปรากฏบนฐานข้อมูลออนไลน์ ซึ่งบางครั้งดูเหมือนจะอวดอ้างว่าออนไลน์ทั่วประเทศ

ระหว่างทำงาน ผมมักจะไม่เขียนใบรับรองแพทย์ให้ผู้ป่วยในทันที ต้องใช้เวลาพูดคุยกับผู้ป่วยเองหรือกับญาติให้แน่ใจก่อนว่าผู้ป่วยจำเป็นต้อง

ต้องใช้กระดาษใบนี้จริง ๆ และตกลงกันก่อนว่าเราควรใช้ถ้อยคำอะไรในใบรับรองแพทย์ จำเป็นต้องระบุชื่อโรคหรือไม่ และหากต้องระบุ เราควรระบุให้ชัดเจนมากน้อยเพียงใด ใช้ภาษาอย่างไรให้ดีที่สุดเพื่อป้องกันผู้ป่วยเป็นสำคัญ

ผู้ป่วยในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าไม่เคยต้องขอใบรับรองแพทย์เพื่อการเบิกจ่าย

จะเห็นได้ว่างานของบุคลากรทางจิตเวช ซึ่งก็คือจิตแพทย์ จิตแพทย์เด็ก และวัยรุ่น นักจิตวิทยา นักสังคมสงเคราะห์ รวมถึงพยาบาลจิตเวช เป็นงานละเอียดอ่อนที่ใช้เวลามากในแต่ละขั้นตอนสำหรับผู้ป่วยแต่ละคน ตั้งแต่การตรวจรักษาไปจนถึงการดูแลอย่างต่อเนื่องระยะยาว ลำพังการตรวจผู้ป่วยจำนวนหลายสิบคนจนถึงร้อยคนต่อวันในแต่ละโรงพยาบาลในสถานการณ์ปัจจุบันถือว่าเป็นงานหนักเกินกำลังอยู่แล้ว ข้าราชการลดกรอบอัตรากำลังจึงสร้างความห่วงใให้กับคนทำงาน

จำนวนผู้ป่วยจิตเวชในทุกโรงพยาบาลเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องทุกปี มีใช่เพราะรักษาฟรีจึงมาแน่ ๆ ใครกันที่อยากได้ชื่อว่าเป็นผู้ป่วยของแผนกจิตเวช ป่วยด้วยโรคจิตหรือโรคประสาท เพียงเพราะว่ารักษาฟรี?

หลักประกันสุขภาพมิใช่สาเหตุของการเพิ่มจำนวนผู้ป่วย หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าทำให้ผู้ป่วยกลุ่มนี้ ซึ่งทั้งหมดเป็นผู้ป่วยเรื้อรัง ได้รับการคุ้มครองโดยไม่เลือกปฏิบัติ

จำนวนผู้ป่วยที่ล้นเกินมิได้หลายสาเหตุ หนึ่งในหลายสาเหตุคือหน่วยงานด้านจิตเวชในส่วนภูมิภาคขาดอิสระในการจัดการและบริหารงบประมาณด้วยตนเอง สิ่งที่เกิดขึ้นทุกวันนี้คือหน่วยงานจิตเวชส่วนภูมิภาคเป็นฝ่ายตั้งรับแผนงาน โครงการ คำสั่ง งานพิเศษต่าง ๆ นานา และตัวชี้วัดที่ไม่เป็นจริงจำนวนมากเกินกำลังที่ส่งมาจากกระทรวงสาธารณสุข

สถานการณ์เป็นเช่นนี้มานานแล้ว และยังคงเป็นอยู่ต่อไป โดยมีได้ดูจำนวนบุคลากรที่ทำงานอยู่จริงตั้งแต่แรก หากวิธีทำงานของฝ่ายนโยบายยังคงเป็นแบบที่เป็นอยู่ คือคิดเอาเองแล้วสั่งงาน ก็เชื่อได้ว่าถึงเพิ่มกรอบอัตรากำลังมากเท่าใดก็ไม่พอทำงาน

เรื่องที่หน่วยงานจิตเวชส่วนภูมิภาคควรทำมากกว่าคือ การค้นหาหนทางที่จะทำให้ตนเองสามารถจัดการงานและงบประมาณได้เองอย่างเป็นอิสระ ตนเองคือคนอยู่ในพื้นที่ คือผู้รู้ดีที่สุดว่าปัญหาของพื้นที่คืออะไร และควรทำอะไรมากกว่าเรื่องอะไร ทำเรื่องอะไรก่อนเรื่องอะไร จะรักษาสมดุลระหว่างงานตรวจรักษากับงานเชิงรุกด้วยวิธีของตนเองอย่างไร รวมทั้งหากมีเงินอยู่ก่อนหนึ่งจะลงทุนเรื่องอะไรถึงเป็นยุทธศาสตร์ที่ดีที่สุดของท้องถิ่นของเรา

หน่วยงานจิตเวชจัดการตนเองคือคำตอบที่ดีกว่า

ค่อยๆ พัฒนาไป เราโตเองได้



อำนาจของบัตรสงเคราะห์

ปีที่เรียนจบแพทย์เพื่อนสนิทเกือบทุกคนได้ฝึกงานที่โรงพยาบาลศิริราช บ้างได้ที่โรงพยาบาลวชิระ เวลานั้นหลักสูตรแพทย์ยังเป็น 6 ปี แล้วเป็นแพทย์ฝึกหัดอย่างที่เราว่าอินเทิร์นในปีที่ 7 ตอนนั้นโลกยังไม่มีสิ่งที่เรียกว่า ‘เอ็กซ์เทิร์น’

สมัยที่เรียนแพทย์ สโมสรนักศึกษาแพทย์ขยันขันแข็ง พุดกันเรื่องอุดมการณ์ คืออุดมการณ์แพทย์ชนบท เรียนหมอเพื่อออกไปช่วยคน เป็นโลกหลัง 14 ตุลาฯ ยังไม่นานนัก ชื่อ ‘จิตร ภูมิศักดิ์’ และอีกหลายคน วนเวียนให้ได้ยินสองฝั่งแม่น้ำเจ้าพระยา

รวมทั้ง ‘สีเหวินเฉิง’ เจ้าพ่อเซี่ยงไฮ้ และ ‘ฮั่นปวยเอี้ยง’ กระบี่ไร้เทียมทาน สองคนนี้ตายในวันที่ใกล้จบแพทย์ ร้านอาหารทั่วทั้งท่าพระจันทร์และพรานนก เฝ้ารอสนธิ แพทยศาสตรศึกษาอยู่เคียงคู่คำว่าคุณธรรมเสมอมา

ไม่ทราบเหมือนกันว่าทุกวันนี้สโมสรนักศึกษาแพทย์ทำอะไรเป็นหลัก

เพื่อนๆ ได้ที่อยู่ในโรงพยาบาลขนาดใหญ่ของกรุงเทพมหานคร ในขณะที่ผู้เขียนเบื่อการจราจรในกรุงเทพฯ แล้ว ชีวิตบนรถเมล์วันละ 2 ชั่วโมงตั้งแต่ชั้นประถมศึกษาปีที่ 3 จนกระทั่งเรียนจบแพทย์มิใช่เรื่องสนุก แม้ว่าช่วงเรียน

แพทย์สองปีสุดท้ายจะมีได้ต้องกลับบ้านบ่อยครั้งแล้วก็ตาม ความตั้งใจเวลานั้นคือต้องออกไปบ้านนอกให้ได้ เพื่อหนีโรคติดคือเหตุผลหนึ่ง

จังหวัดเชียงรายเปิดรับสมัครแพทย์ฝึกหัดเป็นครั้งแรก ผมเลือกโดยไม่ดูเลย ว่าที่นั่นมีอะไร ไปก็ไม่เคยไป เพียงเพราะเห็นว่าเป็นจังหวัดที่มีพื้นที่บนแผนที่ประเทศไทยใหญ่ดี อันที่จริงตอนที่ยังรวมอยู่กับจังหวัดพะเยาถือว่ากว้างใหญ่ไพศาลมาก เวลานั้นเคยไปเชียงใหม่เพียง 1 ครั้ง ซึ่งคือสวรรคบันดินดึ่งนี้เอง หากเชียงใหม่ปีนั้นเป็นสวรรคบันดิน เชียงรายจะเป็นอะไรได้นอกจากทิพย์วิมาน

ผู้เขียนไปเป็นแพทย์ฝึกหัดที่เชียงรายเพราะไม่มีคนไป ไม่ต้องจับสลาก ไม่ต้องคัดสรร นิ้วจิ้มลงบนแผนที่แล้วไปได้เลย เวลานั้นหากคิดเป็นแพทย์ฝึกหัดที่โรงพยาบาลประจำจังหวัดอื่นๆ ยังต้องแย่งที่นั่งกัน แต่ที่โรงพยาบาลจังหวัดเชียงรายบริสุทธิมาก ไม่มีใครเหลียวแล เป็นโชคดีของเราที่ใครๆ ก็สายตาสั้น ฮา ฮา

ขึ้นรถทัวร์ไปกับเพื่อนในคืนหนึ่ง ชีวิตตอนนั้นเหมือนแดนสนธยา ไม่รู้ว่าตัวเองทำอะไรอยู่ ไปเพราะไม่มีที่ให้ไปมากกว่าอย่างอื่น มิใช่เรื่องอุดมการณ์ แต่เพียงอย่างเดียวแม้ว่าจะมีอยู่บ้าง ‘หมอมืองพรวัว’ อยู่แถวๆ นั้นแหละ ‘เขาชื่อกานต์’ ตายก่อนหน้านั้นหลายปีแล้ว เป็นไปได้ว่าเพราะสิ้นไร้ไม้ตอกหาที่ฝังงานไม่ได้จึงไป แล้วอ้างกับตัวเอง (rationalization-กลไกทางจิตชนิดหนึ่ง) ว่าอยากไปเพื่อเป็นหมอบ้านนอก ก็เป็นไปได้

โรงพยาบาลเชียงรายตั้งอยู่กลางหมอกหนาตอนเช้า แม้ว่าเวลานั้นจะเป็นกลางเดือนมีนาคมแล้วก็ตาม เป็นภาพที่ไม่เคยลืม หากฟิล์มถ่ายรูปราคาไม่แพง ก็คงได้เก็บภาพนั้นไว้ด้วยกล้องกระป๋องอัดโนมิตโกดักคู่ใจ กล้องที่ใครๆ เรียกว่ากล้องปัญญ่อ่อนทำให้เราปรับอะไรไม่ได้นอกจากมองแล้วกด แต่เพราะทำอะไรไม่ได้นั่นเอง จึงกลายเป็นคนที่ใครๆ ชมว่าวางองค์ประกอบของรูปภาพ (composition) ได้สวยมากกว่าคนอื่น แล้วก็กวาดรางวัลเวทีเล็กๆ เพียงเพราะวางองค์ประกอบดี ๆ แล้วถ่ายรูปที่มั่วๆ ตั้งแต่แรก เช่น หมอกยามเช้าส่งประกวด ฮา ฮา

ด้วยทรัพยากรที่จำกัด คนเราจำเป็นต้องพัฒนาความสามารถอื่นทดแทนเสมอ (compensation-เป็นกลไกทางจิตชนิดหนึ่ง)

โรงพยาบาลเชียงรายมีชื่อว่า โรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์ สร้างด้วยเงินชาวบ้าน ที่ดินได้จากคหบดี ปีนั้นคือปี พ.ศ. 2526 มีหมอ 11 คน ไม่มีสิ่งมีชีวิตที่เรียกว่าสเปเชียลลิสต์หรือแพทย์เฉพาะทาง มีแพทย์ใช้ทุนอยู่ 4 คน แล้วก็พวกเรานั้เรืร 6 คนจากกรุงเทพ และอีก 2 คนจากที่อื่น คือวันเวลาที่แพทย์รุ่นพี่ 11 คนนั้นตรวจทุกอย่าง ผ่าทุกคน และอยู่เวรห้องฉุกเฉิน แม้ว่าจะมีการแบ่งแผนกบ้างแล้วก็ตาม

โลกยังไม่มีหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า เรายังอยู่ห่างไกลสิ่งที่เรียกว่า ‘30 บาทรักษาทุกโรค’ อีกประมาณ 20 ปี ผู้ป่วยยากจน ผู้ป่วยชาวเขา (ยังไม่มีคำศัพท์ว่า ‘ชาติพันธุ์’) หรือผู้ป่วยไม่มีเงินจ่าย มีระบบบัตรสงเคราะห์รองรับแล้ว แต่หมอมีอำนาจที่จะเขียนคำว่า ‘ฟรี’ ให้ใครก็ได้ด้วยตามที่เราเห็นสมควร

จากนักศึกษาแพทย์ที่ถูกกีดกันอย่างหนักจากโรงเรียนแพทย์ขนาดยักษ์ มาสู่วิมานกลางสายหมอก แพทย์รุ่นพี่ 11 คนใจกว้างเหมือนสายน้ำ แพทย์ใช้ทุน 4 คนใจดีเหมือนไอติม มีบ้านพักที่มีตุ่มอาบน้ำเป็นของตัวเองเสียที และเสื้อที่แม่ให้มา 1 ผืน (ผู้เขียนชอบนอนเสื้อ) สภาพเหมือนปล่อยเสื้อเข้าปายยังงั้น

จากที่เคยไปไหนมาไหนในกรุงเทพฯ ด้วยรถเมล์นานครึ่งละ 1 ชั่วโมง เปลี่ยนเป็นชีวิตที่ไปไหนมาไหนด้วยจักรยานสองล้อในเวลาไม่เกิน 10 นาที มีชาวบ้านตาต่างๆ เสื้อขาดๆ มาเรียกว่า ‘คุณหมอ’ มีหน้าขำมีอำนาจมหาศาลที่จะทำอะไรก็ได้ แม้กระทั่งสถาปนาตัวเองเป็นนักบุญที่มีแต่ ‘ให้’ คือเซ็นฟรีให้ใครก็ได้

ขอให้ม้ออำนาจเถอะ รับประกันเรื่องไม่เข้าใครออกใคร

ผู้เขียนและคนรักมีโอกาสติดรถรุ่นพี่ขึ้นดอยตุงไปเที่ยวไร่ผื่นในวันที่ดอกฝิ่นบานทั่วทั้งหุบเขา นี่กระมังคือบรรยากาศของสิ่งที่เรียกว่า ‘พิชิตตะวันตก’ (How the West Was Won) คือจิตใจของนักบุกเบิกที่ได้ไปถึง ‘สถานที่ที่ไม่เคยมีใครไปมาก่อน’ (Where No One Has Gone Before) ได้เห็นพรมแดนที่น้อยคนจะได้เห็น ในวันเวลาที่ใกล้จะสิ้นสุด

บนยอดเขาที่สูงที่สุดลูกหนึ่งคือดอยตุง เป็นวันเวลาที่พื้นดินส่วนใหญ่เป็น
ทราย พระธาตุดอยตุงตั้งอยู่บนเนินทรายที่มีทิวทัศน์กว้างใหญ่สุดลูกหูลูกตา
โดยรอบ แทบไม่มีต้นไม้ใหญ่ สมเด็จพระเจ้าอยู่หัวมหาวชิราลงกรณ
ไปสักครู่หนึ่งจึงเข้าเขตไร่ฝิ่นซึ่งไม่มีใครรู้จักจริงว่าเป็นเขตประเทศไหนกันแน่
ด้วยมีแต่ชาวเขา ไม่มีทหารไทยหรือทหารพม่า คือส่วนหนึ่งที่ต่อเนื่องจาก
หลังคาโลกในทิเบตลงมาถึงรัฐฉาน พม่า ลาว ฝิ่นน้ำ และถนนธงชัย ที่มี
ผู้คนหลายเผ่าพันธุ์อาศัยอยู่มาแต่โบราณและเดินทางไปมาโดยไม่รู้จักคำว่า
'เขตแดน'



เมื่อขึ้นมาถึงยอดเขา โดยเฉพาะในวันที่ขึ้นมามากหน่วยแพทย์เคลื่อนที่
อำนาจของ 'คุณหมอ' ยังคงมีอยู่เสมอและมีมากกว่าอยู่บนพื้นราบ แต่หารู้ไม่ว่า
พระธาตุดอยตุงที่เห็นนั้นมีอำนาจที่เหนือกว่าทุกสิ่ง 'ครอบ' อยู่

พระธาตุดอยตุงที่เห็นนั้นมีการบูรณะเมื่อปี พ.ศ. 1920 โดยพญาก่อนนาแห่ง
ราชวงศ์มังรายโดยไม่ทราบว่าจะสร้างเมื่อไรแน่ มีกษัตริย์ราชวงศ์มังรายบูรณะ

มาเรื่อย ๆ จนกระทั่งถึงพระเมืองเกษแก้วที่มีหลักฐานว่าทรงบูรณะพระธาตุ
ดอยตุงเป็นทรงระฆังแปดเหลี่ยม ครูปาศรีวิชัยได้ขึ้นมาบูรณะอีกครั้งในปี พ.ศ.
2470 ก็ยังเป็นพระธาตุทรงระฆังแปดเหลี่ยม มีอายุอย่างน้อย 550 ปีแล้ว
นับจากการบูรณะครั้งแรก

เมื่อถึงปี พ.ศ. 2516 รัฐบาลจอมพลถนอม กิตติขจร ให้สร้างเจดีย์ทรง
ปราสาทยอดครอบทับพระธาตุองค์เดิม “เป็นรูปทรงที่สะท้อนให้เห็นถึง
สัญลักษณ์ของอาณาจักรสุโขทัยที่ศักดิ์สิทธิ์ยิ่ง” (เพ็ญสุภา สุขคตะ ใจอินทร์.
2554, 3-9 มิถุนายน. มติชนสุดสัปดาห์. 31 (1607).

วันที่ผมขึ้นไปพระธาตุดอยตุงเป็นครั้งแรก องค์พระธาตุเป็นเจดีย์ทรง
ปราสาทยอดตามแบบศิลปะกรุงรัตนโกสินทร์ไปแล้ว และไม่มีใครรู้ว่าข้างใต้
นั้นมีพระธาตุองค์เดิมซ่อนอยู่ เมื่อนึกถึงถนนขึ้นดอยตุงเวลานั้นที่ทั้งสูงชันแคบ
และผ่านถนนดินแดงเป็นบางช่วง เชื่อได้ว่ามีคนเรียงรายไม่มากที่เคยเห็น
พระธาตุองค์เดิม

แล้วรูปทรงของพระธาตุองค์เดิมก็เลื่อนหายไปจากจิตใจของคนทั่วไป
คนรุ่นหลังคิดว่าที่เห็นคือพระธาตุดอยตุง จนกระทั่งมาถึงการบูรณะครั้งล่าสุด
เมื่อประมาณไม่ถึงสิบปีที่ผ่านมาได้เปิดพระธาตุทรงระฆังแปดเหลี่ยมตามแบบ
ล้านนาออกมาให้โลกเห็นอีกครั้งหนึ่ง



เปรียบเทียบรูปถ่ายเมื่อปี พ.ศ. 2526 รูปวาดเมื่อปี พ.ศ. 2543 และรูปถ่ายเมื่อปี พ.ศ. 2558

ปี พ.ศ. 2526 คือเวลา 20 ปีก่อนที่ นพ.สงวน นิตยารัมภ์พงศ์ จะก่อร่างสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า คือเวลา 35 ปีก่อนหน้าวันนี้ เรามีชาวเขาและชาวบ้านที่ยากจนมากมาย คนเหล่านี้เป็นบุคคลชั้นล่างสุดของโครงสร้างสังคม พวกเขาไม่รู้ว่าความเจ็บป่วยเป็นสิทธิมนุษยชนที่เขาควรได้รับการรักษาฟรี เป็นสิทธิที่ก้าวข้ามพรมแดนรัฐชาติ

เขามีสิทธิพูดว่า “ไม่มีเงิน” และมีสิทธิ ‘ร้องขอ’ บัตรสงเคราะห์จากรัฐ ‘ด้วยกติกาที่เป็นธรรม’ ในทางตรงข้ามคุณหมอเช่นผมไม่มีสิทธิอ้างว่าตัวเองมีอำนาจดลบันดาลให้ใครได้ฟรี

เพราะที่แท้แล้วมันคือ ‘หน้าที่’







สงครามฝันและข้อมูล

“หมอเขียนตัวเลขอะไรก็ได้ให้มันเต็มๆ”

ผู้ตรวจราชการจากกระทรวงฯ คงจะรำคาญผู้เขียนเต็มๆ ที่พยายามอธิบายให้ฟังว่าตัวชี้วัดงานด้านยาเสพติดที่ส่วนกลางส่งมาให้กรอกนั้นใช้ไม่ได้ จังหวัดเชียงรายเป็นพื้นที่สูงเกือบครึ่ง บางอำเภอ เช่น แม่สรวย เป็นพื้นที่สูงครึ่งหนึ่ง อำเภอแม่ฟ้าหลวงเป็นพื้นที่สูงทั้งหมด และประชาชนเป็นชาวเขาทั้งหมด

ตัวชี้วัดที่นักวิชาการกรุงเทพมหานครคิดมานั้นอาจจะใช้ได้บางเขตของกรุงเทพมหานคร แต่ใช้ที่นี่ไม่ได้แน่ๆ

นั่นคือปี พ.ศ. 2546

คือปีสงครามยาเสพติด หนึ่งในหลักไมล์สำคัญที่ทำให้ผู้เขียนตาสว่างกับระบบราชการ และมั่นใจว่าประเทศของเรากำลังพัฒนาบนข้อมูลที่ผิดตั้งแต่แรกอย่างน้อยที่สุดก็หนึ่งกระทรวง และปัจจุบันก็ยังคงเป็นเช่นนั้นอยู่

ยุทธภูมิบ้านหินแตกเกิดขึ้นเมื่อเดือนมกราคม 2525 เมื่อรัฐบาลโรนัลด์ เรแกน และนานาชาติกดดันรัฐบาลพลเอกเปรม ติณสูลานนท์ ว่าไม่จริงจังกับการแก้ไขปัญหายาเสพติด โดยเฉพาะการค้าฝิ่นและเฮโรอีนบริเวณสามเหลี่ยมทองคำ บางกระแสข่าวถึงกับกล่าวหาทางการไทยว่าให้ความร่วมมือกับขุนสำ ราชายาเสพติดเวลานั้น

พลเอกชวลิต ยงใจยุทธ ผู้บัญชาการทหารบก ได้ส่งหน่วยปฏิบัติการลับ เข้าสู่เทือกเขาอันเป็นที่ตั้งของบ้านหินแตก กองกำลังต้องเดินเท้าหลายเดือน หลบหลีกข้าศึกศัตรูว่าจะถึงเป้าหมาย คือเขตบ้านเทอดไทย อำเภอแม่ฟ้าหลวง จังหวัดเชียงรายในปัจจุบัน

วันนี้ขั้บรถขึ้นเขาไป 70 กิโลเมตร ใช้เวลา 1 ชั่วโมงก็ถึง



ถนนไปบ้านหินแตก ปี พ.ศ. 2526

เมื่อนึกถึงว่าภรรยาในอนาคตและผมขึ้นไปเที่ยวไร่ฝิ่นเมื่อกลางปี พ.ศ. 2526 ก็อดแปลกใจไม่ได้ว่าทำไมไร่ฝิ่นยังอยู่ และใครปลูก ไหน่ที่บ้านหินแตกนั้น แตกแล้ว ขุนส่าหรือจางซีฟู ผู้นำขบวนการกู้ชาติไทยใหญ่ก็หนีเข้าเขตพม่า ไปแล้ว แล้วใครยังปลูกฝิ่นมากมายให้พวกเราได้ถ่ายรูปดอกไม้แสนสวยงาม

ทั้งนี้ยังไม่นับว่าตลอดปี พ.ศ. 2526 ที่พวกเราเป็นแพทย์ฝึกหัดที่โรงพยาบาลเชียงรายฯ มีอยู่หลายครั้งที่เฮลิคอปเตอร์ส่งทหารบาดเจ็บบาดเจ็บมาลงที่สนามฟุตบอลโรงเรียนบ้านสันโค้ง ซึ่งตั้งอยู่ด้านข้างโรงพยาบาล จากนั้นชนคนเจ็บขึ้นรถต่อมาโรงพยาบาล เวลานั้นโรงพยาบาลมีแพทย์ศัลยกรรมทั่วไป 3 คน แพทย์ศัลยกรรมกระดูก 2 คน จำได้ว่าทุกคนเข้าห้องผ่าตัดหมด และเป็นโอกาสทองของแพทย์ฝึกหัดที่จะได้เข้าช่วย

อันที่จริงผู้เขียนจำรายละเอียดของผู้ป่วยไม่ได้มากนักว่า ผู้ป่วยเหล่านั้นคือใครบ้าง เราเพิ่งไปเป็นแพทย์ฝึกหัดได้ไม่นาน ห้องผ่าตัดซุลมุน วิสัญญีพยาบาลซุลมุน มีเลือดอยู่ทั่วไป และขาที่ถูกตัดทิ้งเหนือเข่าจำนวนหนึ่ง เราไม่รู้ด้วยซ้ำว่าใครรบกับใคร เมื่อถามก็ตอบว่าบ้านหินแตก แต่ที่จริงยุทธภูมิบ้านหินแตกจบไปหนึ่งปีแล้ว

ชวนให้คิดถึงกระแสข่าวอีกเรื่องที่ตั้งพอๆ กันกับเรื่องทางการเมืองให้การสนับสนุนการค้าฝิ่น นั่นคือซีไอเอต่างหากที่สนับสนุนการค้าเฮโรอีน อันนี้สร้างหนังได้หลายเรื่อง

วันนี้ หากใครได้ขับรถขึ้นไปเที่ยวบ้านหินแตก จะได้พบค่ายขุนส่าที่อนุรักษ์ไว้ให้นักท่องเที่ยวชม ได้เห็นห้องนอน โรงครัว ห้องกินข้าว ห้องประชุมวางแผน โรงพยาบาล และลานฝึกทหารของขุนส่า มีแผนผังหมู่บ้านและกิจกรรมที่หมู่บ้านจัดแสดงให้ดู ผู้ชายทำอะไร และผู้หญิงทำอะไร ซึ่งควรจะเดาได้ว่าผู้หญิงคือกองกำลังสำคัญที่อยู่ข้างหลังขบวนการก๊วนาติรัฐฉาน

มีสะเก็ดระเบิดวันหินแตกปี พ.ศ. 2525 ตั้งอยู่ด้วย ขนาดใหญ่เขียว

แต่ที่ชอบที่สุดคือมีห้องหนึ่งที่ใช้ออร์ตขนาดใหญ่ติดรูปถ่ายขนาดโปสเตอร์จำนวนเป็นพันๆ ใบละลานตา แสดงให้เห็นว่าขุนส่ามีแขกมาเยือนมากมายเพียงใด ทั้งที่มีหน้าตาเป็นเอเชีย ผิวดำ ผมดำ เหมือนคนเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ รวมทั้งบ้านเรา (เวลานั้นคำศัพท์ ‘อุซาคเนย์’ น่าจะยังไม่เป็นที่แพร่หลาย) และฝรั่งผิวขาวผมทองก็มากมาย อันหลังนี้สีทำจะเป็นซีไอเอแน่ๆ

ผู้เขียนเดินดูภาพถ่ายเหล่านี้เมื่อหลายปีก่อน ไม่ทราบว่ามันเก็บขึ้นหรือยัง เดินดูไปที่ละภาพๆ เพื่อหาคนที่เราอาจจะรู้จัก หมายถึงบุคคลที่คนไทยน่าจะรู้จัก

ที่อดขำไม่ได้คือพบว่าผู้มาเยือนบางกลุ่มใส่สูทและแว่นดำ เหมือนในหนัง เจ้าพ่อจากฮ่องกงเช่นนั้นเลยทีเดียว ยิ่งมีกำลังใจเดินหาไปที่ละรูปๆ เผื่อพบ โจวเหวินเฟะ หลิวเต๋อหัว หรือเลสลี่ จาง แต่ก็ไม่พบ

เมื่อมาไล่อ่านข้อมูลต่างๆ ภายหลัง จึงพบว่าขุนสำเพ็งอพยพครอบครัว และครัวเรือนต่างๆ ออกจากเขตแดนไทยเข้าไปในเขตแดนพม่าเท่านั้น แต่ยังคงทำการค้ายาเสพติดบริเวณสามเหลี่ยมทองคำเพื่อหาทุนให้ขบวนการ กูชาดิรัฐนาน หรือ Shan United Army (SUA) ต่อไป ก่อนที่จะยอมวางอาวุธต่อ รัฐบาลพม่าในปี พ.ศ. 2539 และถึงแก่กรรมที่ย่างกุ้งเมื่อปี พ.ศ. 2550

เมื่อพูดถึงขุนสำ คนไทยส่วนหนึ่งแม้กระทั่งคนเชียงรายเอมก็เอาไปปะปน กับกองทัพทหารจีนคณะชาติก๊กมินตั๋งที่เข้ามาตั้งฐานที่พำนักบนดอยแม่สลอง ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2504 ที่เรียกกันสั้นๆ ว่า กองพล 93 ของนายพลตันซีเหมิน และได้ ช่วยเหลือทางการไทยในการสู้รบกับคอมมิวนิสต์ในเวลาต่อมาโดยเฉพาะอย่างยิ่ง ที่ผาตั้ง เขตชายแดนลาว ซึ่งปัจจุบันกลายเป็นแหล่งท่องเที่ยวพญาเสือโคร่งที่สวยงามมากไปแล้ว

อันที่จริงการรบกับคอมมิวนิสต์ช่วงท้ายๆ ยังคงมีอยู่ระหว่างปี พ.ศ. 2524-2526 ดังนั้นทหารที่บาดเจ็บเข้ามาในโรงพยาบาลเวลานั้นจึงน่าจะเป็นการรบ คอมมิวนิสต์เสียมากกว่า

“ทางฝ่ายคอมมิวนิสต์ก็อาศัยผืนเป็นปัจจัยในการทำสงครามเช่นเดียวกับ ฝ่ายก๊กมินตั๋ง โดยใช้ปริมาณการผลิตฝิ่นในรัฐนาน ซึ่งขยายพื้นที่เข้าไปยัง ดินแดน 3 ประเทศ ไทย-ลาว-พม่า” (พ.อ.กาญจนะ ประกาศวุฒิสาร. เสธ.เงิน โหมว ชิว มังกรดอยแห่งกองทัพก๊กมินตั๋ง. เชียงใหม่: สยามรัตนพรินต์ติ้ง, 2548. อ้างถึง WcCoy, Alfred. **The Politics of Heroin in Southeast Asia**. New York: Harper&Row, 2515. อันเป็นหนังสือเกี่ยวกับยาเสพติดที่ดีที่สุด เล่มหนึ่ง)

“แต่ที่ต้องทำ เพราะความจำเป็นที่ต้องเลี้ยงกองทัพ และหาเงินมาใช้ใน กองทัพต่อสู้คอมมิวนิสต์ พร้อมๆ กับเสริมสร้างกองทัพเพื่อความสมดุลกับ ชนกลุ่มน้อย เช่น ขุนส่าและโลซิงอันที่เติบโตใหญ่” ทางกองพล 93 อ้างว่าได้เลิกค้าฝิ่นตั้งแต่ปี พ.ศ. 2514 แล้ว หลังเหตุการณ์สงครามฝิ่น ที่บ้านกว๊านกับขุนส่าเมื่อปี พ.ศ. 2510 (อ้างอิงบทสัมภาษณ์เสธ.เงิน ในหนังสือเล่มเดียวกัน) ความบาดหมางระหว่างขบวนการกู้ชาติจีนและ ขบวนการกู้ชาติไทยใหญ่ยืดเยื้อมาจนเป็นที่เลื่องลือ รวมทั้งความพยายาม ที่จะลอบสังหารในเขตจังหวัดเชียงใหม่ในอีกหลายปีต่อมา



ดอยแม่สลอง ปี พ.ศ. 2526

ทุกวันนี้ ขั้บรถจากบ้านเทอดไทยไปกินหมั่นโถวที่คุ้มนายพลถ้วน ใช้เวลา 30 นาที

จะเห็นว่าทั้งสามฝ่ายคือกองพล 93 ขุนส่า และทางการไทยเวลานั้น ต่างมีอุดมการณ์ร่วมกับซีไอเอในการรบกับคอมมิวนิสต์ตั้งแต่แรก ยังไม่นับว่า คอมมิวนิสต์ก็ใช้เงินทุนจากการค้าฝิ่นด้วย



ผู้หญิงไข้โครยาตะ

เจ้าแม่นางแก้ว

สำหรับคนที่ขับรถใช้เส้นทางเชียงราย-เชียงใหม่แต่โบราณจะคุ้นเคยกับ ดอยนางแก้วเป็นอย่างดี คือชื่อเรียกยอดดอยที่เป็นส่วนหนึ่งของเทือกเขา ผิปันน้ำ

ชวนให้นึกถึงครั้งที่เรียนวิชาภูมิศาสตร์ชั้นประถมศึกษา หนังสือแผนที่ เวลานั้นจะวาดรูปหนอนยี่ก้อยต่างภูเขา ภูเขาสองลูกที่ผมสนใจเพราะชื่อเพราะดี คือถนนธงชัยและผิปันน้ำ โดยเฉพาะอย่างยิ่งผิปันน้ำ ฟังดูน่าค้นหา

ว่าที่จริงแล้วชื่อของภูเขาทั้งสองลูกนี้คือหนึ่งในสาเหตุที่ผมเลือกมาเป็น แพทย์ฝึกหัดที่จังหวัดเชียงราย นอกเหนือจากเหตุผลที่ว่า หากมาที่นี่จะไม่ต้อง จีบสลาก จิ้มแล้วมาได้เลย

บนดอยนางแก้ว มีศาลเจ้าแม่นางแก้ว

เวลาขับรถผ่าน รถจะบีบแตรเสียงดังทุกคัน ปี พ.ศ. 2526 ที่ตนเองมาเป็น แพทย์ฝึกหัดนั้น ดอยนางแก้วยังสูงมาก ถนนชันและแคบ เป็นป่ารกทั้งสอง ข้างทาง ไม่มีบ้านเรือนปรากฏริมถนน บรรยากาศวังเวง และหากผ่านมาหน้า หนาวหรือหน้าฝนจะยิ่งวังเวงเป็นพิเศษ เมื่อได้ขับรถผ่านดอยนางแก้วด้วย ตนเองก็บีบแตรเช่นกัน

วันนี้ ปี พ.ศ. 2561 ไม่มีใครบีบแตรอีกแล้ว



ก่อนที่จะมีรถของตัวเอง จะไปเชียงใหม่ต้องนั่งรถเมล์ไป ไม่มีแอร์ นั่งนานมากกว่า 3 ชั่วโมง เวลานั้นยังมีข่าวการดักปล้นกลางทางเป็นระยะๆ พยาบาลที่เคยประสบเหตุเล่าให้ฟังว่าผู้ร้ายลั้มน้ำขวางถนน แล้วถือปืนขึ้นมาปลดทรัพย์คนบนรถ จากนั้นก็จากไป

สนุกที่สุดคือเรื่องเล่าเกี่ยวกับภาพถ่ายบริเวณศาลเจ้าแม่นางแก้ว พยาบาลอีกคนหนึ่งพยายามอย่างยิ่งที่จะนำภาพถ่ายนี้ให้หมอ คนที่ดูแล้วบอกว่าเป็นภาพเด็กหนุ่มสาวกลุ่มหนึ่งที่มีเงาหนึ่งเดินตามหลัง เป็นแพทย์ฝึกหัดชีวิตก็เครียดมากพอแล้ว หากต้องเดินตามตีกลุ่มวัยรุ่นกลางดึกคนเดียวโดยมีภาพถ่ายใบนั้นติดตาทำจะไม่ดีเป็นแน่แท้

ดอยนางแก้วเป็นส่วนหนึ่งของฝั่ปันน้ำ น้ำแม่กวงไหลลงเชียงใหม่ น้ำแม่ลาวไหลลงเชียงราย บนยอดดอยสายน้ำทั้งสองมีขนาดไม่ใหญ่ ประมาณลำธารเล็กๆ หน้าแล้งแทบมองไม่เห็นน้ำ หน้าฝนน้ำไหลเชี่ยวกรากโครมคราม สายน้ำเล็กน้อยนี้แหละพอไปถึงข้างล่างท่วมอำเภอเวียงป่าเป้าและอำเภอแม่สรวย จนถึงตัวเมืองเชียงรายมาแล้ว

ดอยนางแก้วขึ้นชื่อเรื่องรถคว่ำหางย້อ เพราะทางลงที่ลาดชันและคดเคี้ยว ว่ากันว่ารถแตะเบรกในหน้าฝนมีโอกาสหางย້อสูงมาก ถึงวันนี้

ปี พ.ศ. 2561 รถก็ยังหนายท้องกันเรื่อย ๆ แม้ว่าความลาดชันจะปรับแล้วและ
ผิวถนนกว้างขวางมากมายแล้วก็ตาม นักขับรถปล่อยความเร็วมากกว่าเดิม
ตามสมรรถนะรถที่ซื้อ และผิวถนนที่ดีขึ้น

หรือว่าเพราะไม่บีบแตร

ปี พ.ศ. 2546 อันเป็นช่วงเวลาที่รัฐบาลทักษิณ ชินวัตร ประกาศสงคราม
ยาเสพติด มีคราวหนึ่งที่ส่วนกลางเรียกประชุมที่จังหวัดเชียงใหม่ทุกสัปดาห์
เพื่อ 'แสดง' ความเอาใจจริงเอาใจตอบสนองนโยบายรัฐบาล ครั้นนี้ยาเสพติดต้อง
เหี้ยนไปจากประเทศไทยเป็นแน่แท้ เวลานั้นผู้เขียนขับรถเชียงใหม่-เชียงใหม่
ไปกลับทุกสัปดาห์ ออกจากบ้านเช้ามีดกลับถึงบ้านค่ำมีด อีกทั้งเป็นฤดูฝน
จะพบเห็นรถยนต์หนายท้องบนดอยนางแก้วทุกเที่ยวไม่มีพลาด ในใจอดคิดมิได้
เสมอว่าเจ้าแม่นางแก้วจะดูอะไรปานนั้น

ว่าแล้วก็บีบแตร



ปี พ.ศ. 2546 นั้นเองที่ใครบางคนเสนอชื่อผู้เขียนไปเป็นคณะกรรมการ
ควบคุมคุณภาพและมาตรฐานของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติใน
ตำแหน่งผู้ทรงคุณวุฒิทางจิตเวช

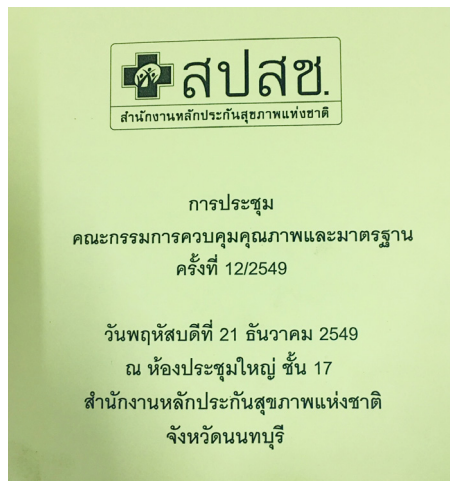
สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติตั้งขึ้นตามพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 ให้มีคณะกรรมการ 2 คณะ คือ คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติและคณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐาน เฉพาะคณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานนี้มีสมาชิก 35 คน มากกว่าครึ่งหนึ่งเป็นผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมในฐานะตัวแทนจากองค์กรวิชาชีพต่างๆ ประกอบด้วยแพทย์ พยาบาล เภสัชกร เทคนิคการแพทย์ ต่างๆ นานา เฉพาะแพทย์นั้นมีประมาณหนึ่งในสาม

ตัวแทนภาคประชาชนเป็นเสียงส่วนน้อย

วันแรกที่เปิดประชุม อาจารย์ชั้นผู้ใหญ่ 2 ท่านได้เข้ามาหาเป็นการส่วนตัวเพื่อขอให้ลงคะแนนเลือกประธานคณะกรรมการซึ่งเป็นตัวแทนสมาคมโรงพยาบาลเอกชน ท่านให้เหตุผลว่าพวกเราคือตัวแทนองค์กรและสมาคมแพทย์ ต้องร่วมมือกันป้องกันอันตรายที่จะเกิดจากตัวแทนเอ็นจีโอ

ท่านยืนไม่ตรี ผู้เขียนปฏิเสธไม่ตรีนั่นไป

นับจากนี้เป็นเวลาสี่ปี ฝ่ายวิชาชีพและภาคประชาชนจะทำสงครามกันอย่างไม่ลดราวาศอกทุกๆ เดือนในที่ประชุมนี้



ผู้เขียนเคยคาดหวังว่าคณะกรรมการชุดนี้จะทำงานเชิงระบบ นั่นคือพัฒนา
กลไกระดับประเทศและ/หรือระดับท้องถิ่นเพื่อให้เกิดมาตรฐานการรักษา
พยาบาลที่ดีที่สุดและเท่าเทียม คอยดูแลมาตรฐานขั้นต่ำที่สุดของโรงพยาบาล
แต่ละแห่งว่าควรทำอะไรได้หรือไม่ได้ ไปจนถึงพัฒนาระบบส่งต่อ

ดังที่ทราบกันว่าบ้านเรามีปัญหากับระบบส่งต่อมาก ผู้ป่วยใส่ดิ่งอีกเสบ
ในเขตกรุงเทพมหานครและปริมณฑลถูกปฏิเสธจากโรงพยาบาลแต่ละแห่ง
ด้วยเหตุผลว่าไม่มีเตียง แล้วส่งต่อไปเรื่อยๆ จนกระทั่งใส่ดิ่งแตก เหตุการณ์นี้
เกิดเป็นประจำเวลานั้น ไม่ทราบว่าเป็นเวลาที่ยังเป็นอยู่หรือไม่

แต่ตลอดระยะเวลาสี่ปีที่ผ่านมาประชุม ฝ่ายวิชาชีพและภาคประชาชนดู
เหมือนทำเรื่องหลักเพียงเรื่องเดียวคือการพิจารณาจัดเพื่อบังคับใช้มาตรา 41
นั่นคือการจ่ายเงินช่วยเหลือขั้นต้นในกรณีที่ผู้ป่วยได้รับความเสียหายจากการ
รักษาพยาบาล และด้วยความที่ฝ่ายวิชาชีพเกรงว่าการจ่ายครั้งนี้จะนำไปสู่
การฟ้องร้องไม่สิ้นสุดแม้กระทั่งประชาชนอาจจะนำเงินที่ได้ไปตั้งทนาย
เพื่อการฟ้องร้องต่อไป การอภิปรายในแต่ละคดีจึงวนเวียนไปมากกับการกล่าวหา
การแก้ต่างจบลงด้วยคำว่า‘เหตุสุดวิสัย’แล้วโหวตทุกครั้งไป จำนวนของ
ฝ่ายวิชาชีพที่มากกว่าทำให้ชนะการโหวตได้ทุกครั้ง

กรณีคลาสสิกคือเรื่องการผ่าตัดยกเอามดลูกและรังไข่ทั้งสองข้างออก
ทั้งหมดโดยไม่บอกกล่าวและมีได้ให้ผู้ป่วยลงนามยินยอมไว้ก่อน กรณีแบบนี้มี
เกิดขึ้นบ้างนานๆ ครั้ง และว่าที่จริงแล้วทุกวันนี้ก็ยังเกิดอยู่เรื่อยๆ ในประเทศ
ด้อยพัฒนาหรือโรงพยาบาลที่ไม่ผ่านการพัฒนาคุณภาพ

ว่าที่จริงกรณีเช่นนี้เกิดขึ้นด้วยความหวังดีของแพทย์ที่เห็นสัญญาณ
อันตรายหรือเนื้อร้ายหรืออาจจะร้าย แล้วยกอวัยวะสืบพันธุ์ของสตรีออกทั้ง
ระบบ แต่กรณีเช่นนี้เกิดจากความใจเร็วของแพทย์ด้วยที่ไม่บอกกล่าวผู้ป่วยไว้
ล่วงหน้า หรือไม่มีเวลาบอก หรือลืมบอก ไม่หยุดการผ่าตัดเพื่อบอกกล่าวญาติ
หรือสามีก่อน ไปจนถึงไม่รอฟังผลชิ้นเนื้อซึ่งโรงพยาบาลแต่ละแห่งมีศักยภาพ
ที่จะตรวจให้ได้เร็วหรือช้าต่างกัน ความหวังดีกลับกลายเป็นโทษต่อตนเอง

จิตวิทยาว่าด้วยการเจริญพันธุ์นั้นซับซ้อน สตรีวัยสาวคนหนึ่งที่ยังไม่เคยมีบุตรสามารถสร้างกลไกทางจิตมากมายขึ้นมาป้องกันความเสียหายแก่จิตใจของตนเองที่ตื่นจากการดมยาสลบด้วยความรู้ที่ว่าตนเองจะมีบุตรไม่ได้อีกเลย และบางครั้งกลไกป้องกันตัวนั้นแปรเปลี่ยนเป็นความก้าวร้าวต่อผู้กระทำ

จิตวิทยาของผู้เป็นสามีก็ซับซ้อน และบางครั้งนำครอบครัวนี้ไปสู่อนาคตที่ไม่มีทางออก

ผู้เขียนเป็นแพทย์ ถ้าผู้ป่วยไม่ไวใจแพทย์ พุดตรงๆ เราก็กังหันต่อลำบาก เราต้องการให้ผู้ป่วยและญาติไวใจเรา เราจึงจะทำงานได้ดี แต่ครั้นไวใจแล้วกลายเป็นหน้าที่ที่เราต้องรักษาความไว้วางใจนั้นได้ด้วย

ผู้ที่กระทำการด้วยความเร็วเกินเหตุจนกระทั่งอาจจะสร้างความเสียหายทางร่างกายหรือชีวิตแก่คนผู้อื่นจึงมักถูกเสกให้รุดคว่าหงายท้องเสียก่อนดังที่ผู้เขียนพบเห็นบนดอยนางแก้วเสมอๆ

หมายเหตุ - “ประเด็นที่น่าสนใจคือการระบุว่าฤๅษีวาสุเทพเป็นลูกของ ‘ปู่แสะย่าแสะ’ ปู่แสะย่าแสะคือใคร สังคมดั้งเดิมพื้นบ้านมักกล่าวถึงชาวลัวะตีกลองร้องเรียก ‘นางแก้ว’ ออกมา มีการสังเวียงนางแก้วลงหลุม หักคอเพื่อความอุดมสมบูรณ์เป็นนัยของคำสาปแช่ง เรื่องราวการสาปแช่งมีอยู่เดิมก่อนการเข้ามาของพุทธ-พราหมณ์แล้ว อย่างน้อยก็ยังมีเรื่องเล่าตลกคางเกี่ยวกับการที่ลูกตีแม่แล้วแผ่นดินยุบในสมัยฤๅษีวาสุเทพทุกพื้นที่ ...

“...ในอุษาคเนย์จะมีตำนานเรื่องนางแก้วเสมอ กระจายอยู่ทั่วทั้งในเชียงตุง เวียงจันทน์ พุกาม ล้านนา ไม่ว่าจะใช้ชื่อผู้หญิงตัวละครหลักชื่อใดก็ตาม แต่โดยรวมแล้วต้องมีเรื่องที่คล้ายๆ กัน นั่นคือกำหนดให้ผู้หญิงอกหัก ถูกทิ้ง ในที่สุดก็ฆ่าตัวตาย ก่อนตายได้สาปแช่งผู้ชาย ผ่านการลงโทษสังคมบันดาลให้ฝนแล้ง ไม่มีความอุดมสมบูรณ์”

เพ็ญสุภา สุขดตะ. (2561, 16-22 กุมภาพันธ์). “ล้านนาศึกษา” ใน “ไทศึกษา” ครั้งที่ 13 (19) เจ้าแม่แห่งล้านนา จาก “นางแก้ว” ถึง “จามเทวี”. มติชนสุดสัปดาห์. 38(1957).



เสียงที่ดังกว่า

พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 ให้จัดตั้งคณะกรรมการ 2 ชุด คือ คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และคณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุข

ผู้เขียนอยู่ในคณะกรรมการชุดหลัง

โดยรวมๆ คือฝ่ายวิชาชีพมีมากกว่าฝ่ายประชาชนประมาณ 2 ต่อ 1

ฝ่ายวิชาชีพกินความทั้งภาคเอกชนและราชการ รวมทั้งฝ่ายวิชาการ เป็นนายแพทย์มากที่สุด ตามด้วยพยาบาล และบุคลากรอื่น เช่น ทันตแพทย์ เภสัชกร รังสีเทคนิค วิทยาศาสตร์การแพทย์ เป็นต้น

ฝ่ายประชาชน ได้แก่ ตัวแทนองค์กรภาคประชาชน ทั้งที่เป็นเอ็นจีโอและราชการ รวมถึงปราชญ์ชาวบ้าน

ตลอดสี่ปีที่นั่งตำแหน่งนี้ มีการประชุมรวม 48 ครั้งโดยประมาณ เราทะเลาะกันทุกเดือน เรามีได้อภิปรายด้วยความสงบเช่นผู้เจริญแล้ว หลายครั้งภาคประชาชนขึ้นเสียงด้วยอารมณ์ขุ่นมัว หลายครั้งประธานที่ประชุมสั่งให้หยุดพูดด้วยเสียงดังและดูต้นน้ำเกรงขาม การอภิปรายไม่มีทางออก ไม่มีทางประนีประนอม ไม่ใช่วิวาทะที่ดีที่นำไปสู่นวัตกรรมเพื่อยกระดับการประชุม ไปจนถึงยกระดับการปฏิบัติตามมาตรา 41 ให้เป็นประโยชน์ต่อทั้งสองฝ่าย

สองฝ่ายที่ว่าเป็นคือหมอและผู้ป่วย

วิวาทะที่ดีควรนำไปสู่ปัญญาและนวัตกรรม คือ win-win

แต่การประชุมนี้นำไปสู่การชนะกินรวบ

แต่ละกรณี มีควรเรียกว่าแต่ละคดี เพราะคุณหมอยังไม่ได้ทำผิด ส่วนมากเป็นระบบของโรงพยาบาลที่บกพร่อง จะจบลงด้วยการโหวต และฝ่ายวิชาชีพชนะทุกครั้งไป

หลายครั้งที่ตัวแทนภาคประชาชนจะยกมือในตอนท้ายแล้วขอให้บันทึกเสียงส่วนน้อย ซึ่งเวลานั้นฟังดูดี แต่พอถึงวันนี้ก็ไม่แน่ใจว่าจะบันทึกไปทำไม เพราะที่บันทึกไปไม่เกิดผลกระทบต่ออะไรเลยในเวลาต่อมา กลายเป็นว่าบันทึกเพื่อป้องกันตัวมากกว่าอย่างอื่นดังที่ฝ่ายวิชาชีพพหุหา

ประเด็นที่อยากเล่าคือ ลำพังจำนวนฝ่ายวิชาชีพที่เหนือกว่าก็สามารถชนะทุกกรณีได้อย่างง่ายดาย แต่ที่ควรตั้งข้อสังเกตคือ แม้ว่าจำนวนนับนี้จะไม่เหนือกว่า ลำพังเสียงของฝ่ายวิชาชีพ 3-4 คนก็ดังกว่าอยู่แล้ว

นั่นคือคน 3 คน เสียงดังกว่าทุกคน

วัฒนธรรมบ้านเราเป็นเช่นนี้เอง และเป็นทุกระบบ ทุกหน่วยราชการ รวมทั้งที่ประชุมต่างๆ ทั้งภาครัฐและเอกชน คนที่อยู่ในสถานะทางสังคมสูงกว่ามีเสียงดังกว่าเสมอ เราปฏิเสธเรื่องนี้ได้ยาก

คนที่เรียนสูงกว่ามักจะเสียงดังกว่า

คนที่มีสถานะสูงกว่ามักจะเสียงดังกว่า

คนที่รวยกว่ามักจะเสียงดังกว่า

คนที่แก่กว่ามักจะเสียงดังกว่า

เหล่านี้เป็นความไม่ปกติของสังคมที่ศิวิไลซ์ เราไม่สามารถแลกเปลี่ยนเรียนรู้เพื่อก้าวไปข้างหน้าได้บนฐานแห่งความเหลื่อมล้ำที่อ่อนแอ

ทำได้แค่บันทึกเสียงส่วนน้อยไว้

ในฝ่ายวิชาชีพ มีบางตำแหน่งที่ควรยกมือให้ภาคประชาชน เช่น ตำแหน่งที่ว่าด้วยงานพัฒนาคุณภาพ หรือตำแหน่งที่ว่าด้วยการออกใบอนุญาตการรักษ แต่ยกมือให้ฝ่ายวิชาชีพทุกครั้งไป แล้วปล่อยให้ประชาชนรับความเสี่ยงต่อไป ด้วยความหวังและความฝันว่าอะไรๆ จะเป็นบทเรียนแก่โรงพยาบาล แล้วทุกอย่างจะดีขึ้น

การแพทย์แผนปัจจุบันเป็นของมีคุณค่าสูง แพทย์ที่มีฝีมือเป็นบุคคลที่น่ายกย่องมาก สามารถทำสิ่งที่คนอื่นทำไม่ได้ สามารถทำสิ่งที่แพทย์ที่ไม่มีฝีมือทำไม่ได้ ทั้งที่จริงเรื่องพวกนี้ไม่ได้ยากอะไรในตอนแรก เพียงทำตามมาตรฐานและระเบียบปฏิบัติ (guideline & protocol) การรักษาก็ประกันความสำเร็จและความปลอดภัยมากแล้ว

อย่างไรก็ตาม การโต้เถียงมิได้อยู่ที่เรื่องนี้เท่าไรนัก การโต้เถียงมักจะไปอยู่ที่เรื่องแพทย์ทำงานหนักเกินไป ผู้ป่วยมากเกินไป และแพทย์เหนื่อยเกินไปกว่าจะทำอะไรได้ทันและดีด้วย ซึ่งทั้งหมดนี้เป็นความจริง

อย่างไรก็ดี ชุดความคิดที่มีอยู่ตอนนี้คือ แพทย์ทำงานหนักเพราะ 30 บาท รักษาทุกโรค ผู้ป่วยชอบมาโรงพยาบาลเพราะ 30 บาทรักษาทุกโรค แพทย์เหนื่อยเกินไปเพราะ 30 บาทรักษาทุกโรค แต่ถ้าย้อนไปในปี พ.ศ. นั้น ยังไม่มีชุดความคิดว่าโรงพยาบาลขาดทุนเพราะ 30 บาทรักษาทุกโรค

ผ่านมา 15 ปี ชุดความคิดเหล่านี้ไม่พัฒนาเลย

ชวนให้สงสัยมากกว่าฝ่ายบริหารโรงพยาบาลต่างๆ ทำได้เท่าที่เห็นจริงๆ หรือ

เพราะผู้รับเคราะห์กรรม ได้แก่ แพทย์ คือคนที่ทำงานหนัก และผู้ป่วย คือคนที่ได้รับความเสียหายโดยไม่จำเป็น

ในที่ประชุมทำแผนยุทธศาสตร์ของโรงพยาบาลศูนย์ครั้งหนึ่ง ประธานเปิดประชุมว่า ศัตรูของเราคือ 30 บาทรักษาทุกโรค

เสียงภาคประชาชนในที่ประชุมเบากว่าเสมอมา แต่ที่ชวนแปลกใจคือ ภาคประชาชนนั่นเองที่ขึ้นเวทีทางการเมืองโดยอ้างว่าร่วมขบวนเรียกร้อง

ประชาธิปไตย พูดเรื่องคนไม่เท่ากัน แม้ว่าจะมีบางคนถอนตัวออกทันที แต่ส่วนใหญ่เข้ารับตำแหน่งหลังจากเหตุการณ์สงบราบคาบ

ไม่ว่าแม้แต่องค์กรอิสระที่เคียงข้างประชาชนเสมอมา มีเพียงคนจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ที่เห็นชัดๆ คือ เลขาธิการและรองเลขาธิการเวลานั้นที่สงวนท่าทีไม่ฝักฝ่ายฝ่ายใดเอาไว้

ชุดความคิดที่ก่อปัญหาให้ประเทศยังคงอยู่และเหนียวแน่นมากกว่าเดิม เราจะไม่หนีทางออก หากผู้อาวุโสที่มีชุดความคิดตายตัวไม่ยอมถอย

เป็นเวลาของคนรุ่นใหม่จริงๆ ทั้งหมดรุ่นใหม่และเอ็นจีโอรุ่นใหม่

หมายเหตุ

1. รายละเอียดเกี่ยวกับคณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุข

มาตรา 38 ให้มีคณะกรรมการคณะหนึ่งเรียกว่า 'คณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุข' ประกอบด้วย

(1) อธิบดีกรมการแพทย์ เลขาธิการคณะกรรมการอาหารและยา ประธานสถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล และผู้อำนวยการกองการประกอบโรคศิลปะ

(2) ผู้แทนแพทยสภา ผู้แทนสภาการพยาบาล ผู้แทนทันตแพทยสภา ผู้แทนสภาเภสัชกรรม และผู้แทนสหภาพนายความ

(3) ผู้แทนโรงพยาบาลเอกชนที่เป็นสมาชิกของสมาคมโรงพยาบาลเอกชนหนึ่งคน

(4) ผู้แทนเทศบาลหนึ่งคน องค์การบริหารส่วนจังหวัดหนึ่งคน องค์การบริหารส่วนตำบลหนึ่งคน และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นรูปแบบอื่นหนึ่งคน โดยให้ผู้บริหารองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นแต่ละประเภทคัดเลือกตนเอง

(5) ผู้แทนผู้ประกอบการวิชาชีพการพยาบาลและผดุงครรภ์ ทันตกรรม และเภสัชกรรม วิชาชีพละหนึ่งคน

(6) ผู้แทนราชวิทยาลัยแพทย์เฉพาะทางสาขาสูตินรีเวช สาขาศัลยกรรม สาขาอายุรกรรม และสาขากุมารเวชกรรม สาขาละหนึ่งคน

(7) ผู้แทนผู้ประกอบโรคศิลปะสาขาการแพทย์แผนไทยประยุกต์ สาขากายภาพบำบัด สาขาเทคนิคการแพทย์ สาขารังสีเทคนิค สาขากิจกรรมบำบัดสาขาเทคโนโลยีหัวใจและทรวงอก และสาขาการแก้ไขความผิดปกติของการสื่อความหมาย สาขาละหนึ่งคน และให้ผู้แทนดังกล่าวคัดเลือกกันเองให้เหลือจำนวนสามคน



(8) ผู้แทนองค์กรเอกชนซึ่งมีวัตถุประสงค์ที่มีใช่เป็นการแสวงหาผลกำไร และดำเนินกิจกรรมดังต่อไปนี้ องค์กรละหนึ่งคน โดยการคัดเลือกกันเองในแต่ละกลุ่มให้เหลือกลุ่มละหนึ่งคน และให้ผู้แทนดังกล่าวคัดเลือกกันเองให้เหลือจำนวนห้าคน

(ก) งานด้านเด็กหรือเยาวชน

(ข) งานด้านสตรี

(ค) งานด้านผู้สูงอายุ

(ง) งานด้านคนพิการหรือผู้ป่วยจิตเวช

(จ) งานด้านผู้ติดเชื้อเอชไอวีหรือผู้ป่วยเรื้อรังอื่น

(ฉ) งานด้านผู้ใช้แรงงาน

(ช) งานด้านชุมชนแออัด

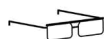
(ซ) งานด้านเกษตรกร

(ณ) งานด้านชนกลุ่มน้อย

(9) ผู้ทรงคุณวุฒิซึ่งคณะรัฐมนตรีแต่งตั้งจำนวนหกคน โดยในจำนวนนี้ให้เป็นผู้เชี่ยวชาญสาขาเวชศาสตร์ครอบครัว สาขาจิตเวช และสาขาการแพทย์แผนไทย สาขาละหนึ่งคน

2. เนื้อหาเกี่ยวกับมาตรา 41 ว่าด้วยเงินช่วยเหลือเบื้องต้นแก่ผู้ป่วย

มาตรา 41 ให้คณะกรรมการกันเงินจำนวนไม่เกินร้อยละหนึ่งของเงินที่จะจ่ายให้หน่วยบริการไว้เป็นเงินช่วยเหลือเบื้องต้นให้แก่ผู้รับบริการ ในกรณี que ผู้รับบริการได้รับความเสียหายที่เกิดขึ้นจากการรักษาพยาบาลของหน่วยบริการ โดยหาผู้กระทำผิดมิได้ หรือหาผู้กระทำผิดได้แต่ยังไม่ได้รับค่าเสียหายภายในระยะเวลาอันสมควร ทั้งนี้ ตามหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขที่คณะกรรมการกำหนด





หลักประกัน มีค่ารถไปโรงพยาบาล

ภรรยาและผมมักใช้เวลาวันอาทิตย์ขับรถออกจากซูเปอร์ไฮเวย์
จังหวัดเชียงรายเสมอๆ

เป้าหมายคือหาวัดเล็กๆ สักหนึ่งวัดนอกเส้นทางเพื่อทำบุญ มิได้ทำบุญ
อะไรมากมาย เพียงแค่ไหว้พระพุทธรูป ใส่ธนบัตรลงในกล่องอะไรก็ได้บริเวณนั้น
แล้วก็ถอยออกมา

เราพยายามหลีกเลี่ยงไม่พบเจ้าอาวาส มิเช่นนั้นจะยาว

หลายครั้งที่ประตูโบสถ์ปิด ซึ่งส่วนใหญ่จะปิดหากมิใช่วันพระ วัดส่วนมาก
มีวิหารกลางแจ้งและพระพุทธรูปอื่นให้กราบไหว้ แต่ส่วนใหญ่ไม่ตั้งกล่องทำบุญ
ไว้กลางแจ้ง ยกเว้นวัดทันสมัยน้อยวางตู้ไปรษณีย์บุญตู้เบ้อเรอเอาไว้เลย
มีหลายช่องให้เลือกว่าอยากทำบุญให้ใคร บรรพบุรุษ นักเรียนยากจน หรือช่วย
จ่ายค่าไฟค่าน้ำให้วัด ไปจนถึงช่วยค่าเล่าเรียนเนร หรือซ่อมหลังคาซื้อกระเบื้อง
บางตู้มีเกือบยี่สิบช่อง

เรียกว่ามีเป็นปีก็ใส่หมดได้ในตู้เดียว สบาย วัดยังรู้จักอำนวยความสะดวก

วัดที่หาตัวไม่ได้เลย ผมจะวางธนบัตรสักใบไว้ที่แท่นบูชา เอากระถางรูปทับไว้ แล้วรีบเดินออกมา

ทุกครั้งที่เราออกนอกเส้นทางปกติ จากซูเปอร์ไฮเวย์สายหลักเข้าสู่ทางน้อย สองเลนลัดเลาะไปตามหมู่บ้าน เราจะพบโลกใหม่ คือจังหวัดเชียงรายที่ไม่เคยพบเห็นมาก่อน ตลอดเวลา 30 กว่าปีที่ทำแต่งงานไม่เคยมีเวลาเลี้ยวออกจากเส้นทางหลักมาพบจังหวัดเชียงรายจริงๆ คนจริงๆ หมาจริงๆ หนองน้ำที่ถูกปล่อยทิ้งไว้ให้ดูแลตัวเองตามธรรมชาติ ที่ดินผืนใหญ่ๆ สุดลูกหูลูกตาที่นายทุนลือมั่วไว้ บ้านคนชั้นกลางที่ปลูกเอาไว้หลายปีแล้วตั้งแต่ที่ดินยังไม่มีเอกสารสิทธิ์

และบ้านชาวบ้านแท้ๆ ยากจน

มีคำถามในใจเสมอเวลาเห็นบ้านชาวบ้านแท้ๆ ที่อยู่ลึกเข้าไปตามถนนสองเลนที่เชื่อมระหว่างหมู่บ้านว่าพวกเขาไปหาหมอที่โรงพยาบาลกันอย่างไร

เวลาตรวจผู้ป่วยแล้วจ่ายยา แล้วนัดให้มาพบในอีกสองสัปดาห์ พวกเขาต้องออกจากบ้านตีเท่าไรในความมืด มีรถกระบะส่วนตัวหรือเปล่า ถ้าไม่มีใช้รถอะไรออกไปที่ปากทาง ยืนรอรถเมล์นานเท่าไรกว่าจะผ่านมา ถึงท่ารถในตัวเมืองแล้วทำอะไรต่อ ใช้รถอะไรไปให้ถึงประตูหน้าโรงพยาบาล แล้วไปเสียเวลารอคิวยืนบัตรนานเท่าไร ก่อนที่จะไปรอคิวตรวจหน้าห้องตรวจของเรา

ทั้งหมดนี้นานเท่าไรและกี่บาท ถ้าผู้ป่วยเดินทางคนเดียวไม่ได้ ผู้ติดตามมีกี่คนแล้วจะหมดอีกกี่บาทต่อการนัดหนึ่งครั้ง

แพทย์มีมาตรฐานในการทำงาน ภาวะหรือโรคที่ยังไม่สงบ อาการยังไม่ดีขึ้น นัดดีเพื่อดูการเปลี่ยนแปลง ส่วนภาวะหรือโรคที่สงบพอสมควรแล้ว เราอาจจะนัดห่างขึ้นเพียงเพื่อรับยาเดิม จะเป็นแบบไหนก็ตามหากชาวบ้านมิได้มีรถส่วนตัวเหมือนเรา เขาเดินทางอย่างไรเป็นเรื่องที่ตนเองคิดถึงเสมอ

เรื่องผู้ป่วยโรคจิตมีอะไรสนุกๆ เล่ามาก แต่จะเล่าเรื่องของรุ่นพี่คนหนึ่งก่อน

วันหนึ่ง เด็กคนหนึ่งมาจากอำเภอเชียงของ ลำพังคำว่าเชียงของคืออำเภอชายแดนลาวติดลำน้ำของเขตลำปาวบึง นั่นก็มากกว่าหนึ่งร้อยกิโลเมตร ขับริดไม่ประมาททั้งสองชั่วโมงเข้าไปแล้ว

เด็กคนนี้และพ่อที่ดูมอมแมมพอๆ กับลูก อยู่บ้านไหนก็ไม่รู้ ที่ตำบลอะไรสักอย่าง นอกตัวอำเภอเขียงของออกไปอีก พวกเขามาร่วมสองคน มีเงินพอค่ารถเท่านั้น

เด็กเป็นหนูน้ำหนวกรื้อรัง หนองไหลออกมาเป็นทาง เห็นจะๆ

รุ่นพี่จ่ายยาปฏิชีวนะอย่างดีและแรงไปตัวหนึ่ง แล้วให้ยาไปหนึ่งเดือน

“นัดมัยคะ” พยาบาลหน้าห้องตรวจถามให้แน่ใจด้วยเกรงว่าคุณหมอจะลืม

“ไม่นัด” รุ่นพี่ตอบสั้นๆ รีบตรวจผู้ป่วยคนอื่นต่อ มันเยอะ จะตรวจไม่ทัน

ผมทราบเรื่องนี้ภายหลังเพราะพยาบาลท่านนั้นมาเล่าให้ฟัง เมื่อมีโอกาสดูจึงสอบถามว่าพี่คิดอะไรถึงจ่ายยาขั้นสุดยัดไปนาน 30 วันโดยไม่นัดเลย

รุ่นพี่ตอบว่านัดก็ไม่มา หายชั่วคราว

คำอธิบายคือเมื่อคุณหมอดูสภาพของเด็กและพ่อเด็กแล้ว พอทำนายได้ว่าบ้านไกลมาก งานยุ่งมาก ต้องทำมาหากิน ค่ารถก็ไม่ใช่น้อยแน่ๆ การเดินทางยากลำบาก หากเป็นผู้ป่วยในเขตอำเภอเมืองใกล้โรงพยาบาลคุณหมอมอาจจะให้ยาปฏิชีวนะตามมาตรฐานนาน 7 วันแล้วนัดมาดูอาการ ส่งช่องหูเพิ่มเติม ตรวจต่อมน้ำเหลืองบริเวณศีรษะ หรือเอ็กซเรย์เพิ่มเติมหากพบว่าอาจจะมีภาวะแทรกซ้อน นี่คือมาตรฐาน

มาตรฐานที่ทำร้ายผู้ป่วยมาแล้วนักต่อนัก

รุ่นพี่คิดว่าหายชั่วคราว เพราะนัดก็ไม่มาแน่นอน หายหัวหายหูไปเลย หากให้ยาปฏิชีวนะธรรมดาไปแล้วพบเชื้อดื้อยา หรือให้ยาไปเพียง 7-14 วันแล้วไม่มาตรวจต่อตามนัด อีก 3 เดือนเป็นได้กลับมาอีกครั้งด้วยภาวะฝักกั้นใหญ่ในสมองแน่ๆ เด็กเสี่ยงชีวิตหรือเสียอนาคตเปล่าๆ

ทิ้งระเบิดนาปาล์มดีกว่า

นี่คือการทำงานสูงกว่ามาตรฐาน โดยคุณหมอที่มิใช่เพียงมีฝีมือแต่มีจริยธรรมด้วย สามารถมองข้าม 2-3 ข้อต่อไปที่อนาคตได้เลย

“พี่ทำงานไม่ตรงซีพีจีนะ พวกตรวจคุณภาพจะเล่นงาน” ซีพีจีคือ Clinical Practice Guideline : CPG เป็นมาตรฐานการรักษาเฉพาะโรค

“ช่างมารดามันเถอะ” สบถ

“They must consider that great responsibility follows inseparably from great power.” - French National Convention May 8, 1793

“พลังอำนาจที่ยิ่งใหญ่ต้องการความรับผิดชอบที่ยิ่งใหญ่”

วินสตัน เชอร์ชิล และ ธีโอดอร์ รูสเวลต์ เคยพูดอะไรคล้ายๆ แบบนี้ แต่ที่ประโยคนี้อาจกันทั่วโลกต้องยกให้เขา สไปเดอร์แมน

พักเรื่องการตรวจคุณภาพที่มีเรื่องน่าคุยกันอีกมากไว้ก่อน วันนี้เราจะคุยเรื่องการคมนาคม

หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าช่วยให้พ่อลูกคู่นี้ไม่ต้องจ่ายเงินค่ายา มูลค่ายาที่คุณหมอให้ในวันนั้นเป็นหลักพันบาท เนื่องจากยาปฏิชีวนะที่ให้ไปเป็นยาต่างประเทศ รุ่นพี่เขาตั้งใจปิดบัญชีไปเลยจริงๆ

หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าไม่ได้ช่วยค่ารถ ซึ่งเรื่องนี้เป็นปัญหาใหญ่มากของชาวบ้าน เราแก้ไขหรือป้องกันการล้มละลายเพราะค่ายาและค่ารักษาอื่นๆ ไม่ได้มากแล้วก็จริง แต่เราไม่มีค่ารถให้เขา

หากจะพูดกันแบบหาเรื่องสักหน่อย ซึ่งผมพูดประจำ “น่าจะมี 30 บาท ขึ้นรถทุกคันด้วยนะ”

เรียกว่าหลักประกันขนส่งสาธารณะถ้วนหน้า รถไฟฟ้าคือคำตอบ แต่ใช้ทางลูกรังไปก่อน

นี่คงจะมีใช้ภารกิจของหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า เอ๊ะ หรือว่าใช่ แต่เป็นงานของส่วนท้องถิ่น ภายใต้ข้อเท็จจริงที่ว่าส่วนกลางไม่มีปัญหาทำ



ถนนเส้นเล็กๆ ที่เราขับรถชอกซอนไปตามบ้านชาวบ้านยากจน ทั่วเล็กๆ เก่าๆ ที่เป็นสถานที่ช่วยเหลือจิตวิญญาณชาวบ้านแท้ๆ โดยไม่มีเงินทำหลังคา อุโบสถ ถนนเหล่านี้ บ้านเหล่านี้ ความยากจนเหล่านี้ ไม่มีผู้ว่าราชการจังหวัด เคยเห็นแน่นอน ต่อให้เห็นก็ไม่มีความเข้าใจ

ถนนเหล่านี้เคยเป็นถนนลูกรัง ซูเปอร์ไฮเวย์เคยเป็นถนนลาดยางสองเลนที่ส่วนกลางช่วยทำคือบูรณะและขยายถนนลูกรังเป็นทางหลวงชนบทที่มีผิวถนนดี และขยายซูเปอร์ไฮเวย์เป็นซูเปอร์ไฮเวย์แปดเลนผ่ากลางหมู่บ้านของเขา ทำเอาไม่มีใครข้ามถนนได้อีกเลย ญาติพี่น้องแตกเป็นสองซีก คนเฒ่าคนแก่เลิกไปวัดฟังตรงข้าม และหมาสองข้างถนนไม่คุยกันอีก

แต่ชาวบ้านก็ไม่มีค่าวันยังค่ำ และไม่มีต่อไป ร้านสะดวกซื้อรุกเข้ามา นายทุนรุกเข้ามา การค้าท้องถิ่นเสียหาย ที่นาถูกยึดไป ลูกหลานไปอยู่หอพักในตัวเมืองเพื่อเรียนไม่เก่ง

แล้วไงครับ

คือการพัฒนาที่มีแต่ทรุดและทรุด แล้วทรุดลงอย่างต่อเนื่อง

หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าอย่างเดียวยังไม่พอ เราได้ช่วยกันสร้างหลักประกันที่ดีที่สุด ผุดขึ้นมาท่ามกลางความยากจนที่ไม่มีทางออก คือ ดอกบัว ที่งดงามมากที่สุดดอกหนึ่งเท่าที่ประเทศเคยมีมา

รักษาไว้



พลเมืองที่มีคุณภาพ

“อบต. ไม่ได้เรื่อง ทำเป็นแค่สร้างถนน”

“อบจ. ทำอะไรไม่เป็น ได้แต่เล่นพรรคเล่นพวก”

มีคำกล่าวดูหมิ่นองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเสมอๆ และใช้คำดูหมิ่นนี้เป็นเหตุผลไม่ให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นจัดการท้องถิ่นด้วยตนเองอย่างเป็นอิสระเรื่อยมา

มักเพิ่มเติมด้วยว่า “เราต้องพัฒนาองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นก่อน”

“ผู้ชายที่ไม่มีเวลาให้ครอบครัว ไม่ใช่ลูกผู้ชาย” - วิโต คอร์เลโอเน

มีคำกล่าวว่าหนัง The Godfather ภาคแรกปี พ.ศ. 2515 มีใช้หนังแก๊งสเตอร์เท่านั้น แต่เป็นหนังครอบครัวด้วย มีตอนหนึ่งที่ ดอน วิโต คอร์เลโอเน สอนลูกชายคนโต ซันนี เรื่องการทอดทิ้งภรรยาไปมีหญิงอื่น

อันที่จริง ไมเคิล คอร์เลโอเน ก็ทอดทิ้งภรรยาไปทำแต่งงาน เจ้าพ่อที่แท้และยังยืนต้องดูแลภรรยาและครอบครัวให้ได้ด้วย มิเช่นนั้นก็จะอยู่ไม่ได้

องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นบางแห่งถูกกล่าวหาว่าเป็นมาเฟีย มาเฟียที่แท้ต้องดูแลลูกบ้านดีๆ เพราะหากดูแลไม่ดีก็จะอยู่ได้ไม่นาน ลูกบ้านเองก็ดูแลมาเฟียได้ และทำได้ง่ายกว่าการจัดการมาเฟียจากส่วนกลาง อย่างหลังนี้เราทำอะไรไม่ได้เลย ได้แต่นั่งดูตาปริบๆ

“อบต. ไม่ได้เรื่อง ทำเป็นแค่สร้างถนน” สมัยที่ยังทำงานราชการมีเหตุให้ผมต้องออกจากเส้นทางหลักของจังหวัดเข้าสู่ถนนเส้นเล็กเป็นระยะๆ อยู่บ้างด้วยการออกหน่วยแพทย์เคลื่อนที่ พอ.สว. ไม่มี อบต. ก็ไปไม่ได้ละเนี่ย

ครั้งหนึ่งนานมาแล้ว ก่อนที่โลกจะมีกาแฟปางซอน หน่วย พอ.สว. ของเราออกรถจากโรงพยาบาลในเมืองตั้งแต่เช้ามืดตีห้า ขับรถผ่านไปทางสิงห์ปาร์ค ทุกวันนี้ เจียดวัดร่องขุนครั้งที่ยังเป็นวัดของชาวบ้าน มิใช่วัดของทัวริสต์แล้วเลยขวามุ่งสู่ น้ำตกขุนกรณ์ น้ำตกขนาดกลางที่มีน้ำไหลแรงตลอดปีของจังหวัดเชียงราย

ระหว่างทางที่กำลังนั่งเพลินๆ นั้นเอง รถออกหน่วยของเราก็หักขวาออกจากถนนสองเลนเส้นเล็กๆ เข้าหาพุ่มไม้ แล้วพุ่มชนพุ่มไม้ข้างทางที่ขวางหน้าเหมือนในหนังเลย

หน่วยแพทย์ พอ.สว. สมัยก่อนใช้รถขับเคลื่อนสี่ล้อ รถขนาดยักษ์หนักหน่วงทะลวงพุ่มไม้เป็นรูผลุบเข้าสู่แดนสนธยา หายไปจากปัจจุบัน

หลังพุ่มไม้นั้นเอง รถเริ่มต้นหันหัวขึ้นท้องฟ้าเป็นมุมชัน ขับขึ้นเนินดินที่มีขนาดกว้างกว่าความกว้างของรถเล็กน้อย ด้านซ้ายเป็นหน้าผาดินรอล่มในหน้าฝน ด้านขวาเป็นหุบเหวรอรรถตกลงไป รถสูงขึ้นเรื่อยๆ ไม่หยุดยั้งเหวด้านขวาลึกลงไปทุกทีๆ นานๆ มีชาวเขาเดินผ่านเราไป บ้างหอบของบนหลัง บ้างกระเตงลูกที่หน้าอก นานๆ จึงมีสักคนขี่รถเครื่องสวนทางเราลงไป หมวกกันน็อคไม่มี ทุกวันนี้ก็ไม่มี สสส. มาไม่ถึง

เวลาผ่านไปนานมากกว่าสองชั่วโมง รถของเราจึงถึงพื้นที่ราบแห่งหนึ่ง เป็นที่ราบกว้างใหญ่ แห้งแล้ง สามารถมองรอบทิศได้ 360 องศาเป็นพาโนรามา อากาศบริสุทธิ์ ไม่รู้อยู่ที่ใดบนโลก รู้เพียงว่าเรียกว่า ห้วยชมภู เขตอำเภอเมือง จังหวัดเชียงราย

เนี่ยนะ! อำเภอเมือง

สมัยที่กฎหมายชั้นสูตรพลิกศพออกมาใหม่ๆ จิตแพทย์ก็ออกมาชั้นสูตรพลิกศพที่ห้วยชมภูนี้ด้วย เห็นแต่ศพ ไม่เห็นอะไรเลยเพราะมาตอนกลางคืน

เข้าวันนั้นมีชาวเขาเผ่าเย้า ปัจจุบันเรียกว่าเมี่ยน จำนวนประมาณ 400 คน รอยุ่ มีโซ่มาทั้งหมู่บ้าน แต่มาทั้งเทือกเขากระมิง

แพทย์คนเดียวตรวจผู้ป่วย 400 คนในหนึ่งวัน เราได้รับการบอกกล่าวแล้วว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่มิได้ป่วย เพียงแค่มาขอยาไปเก็บไว้ ดังนั้นไม่ต้องตรวจอะไรละเอียดมากนัก แต่พอนั่งลงตรวจจริง หนึ่งร้อยคนแรกก็ผ่านไปด้วยความพิศพิศัน มากกว่าครึ่งมาด้วยอาการปวดนั้นปวดนี้ เจ็บนี้เจ็บนั้น หรือเป็นหวัด คัดจมูกแพ้อากาศจริงๆ เราก็ตรวจและให้ยา

แต่สามร้อยคนหลังเราไม่มีแรงเหลือเท่าไรนัก ด้วยไม่ยอมแรงสำหรับการทำงานมาราธอนตั้งแต่แรก คุณภาพการตรวจจึงลดลง ไม่ใช่ซูเปอร์แมนนี้เอาหูฟังขึ้นแต่หน้าอกผู้ป่วยแต่ละครั้งเริ่มไม่ได้ยินเสียงอะไร อย่างว่าแต่เสียงลมหายใจ เสียงหัวใจก็ไม่ได้ยิน ทั้งที่จำนวนคนเบาบางลงกว่าเมื่อตอนเช้า แต่ก็ยังคงหลังไหลลงมาจากยอดเขาหรือไต่ขึ้นมาจากหุบเหวไม่ขาดสาย อย่างน่ามหัศจรรย์ มองไปรอบๆ แล้วชวนหลงตนเองเป็นอันมาก ทั้งภูเขา ลมมาหาเรา

คลั่งยาที่นำไปด้วยร้อยหรือสอง เมื่อถึงร้อยคนสุดท้ายจึงต้องปันส่วนยากัน มิเช่นนั้นจะมีได้รับยากลับบ้านกันทุกๆ คน จะอย่างไรก็ต้องให้ยาติดมือบ้างไม่ให้อะไรเลยก็ไร้หน้าใจเกินไป

นี่ถึงผู้ป่วยเหล่านี้เดินทางสามชั่วโมงไปรอคิวพบแพทย์ที่โรงพยาบาล แพทย์จบใหม่ก็เถรตรงกับวิชาการบางท่านให้ยาแก้ปวดลดไข้พาราเซตามอล 10 เม็ด เพราะตรวจไม่พบอะไร ชาวบ้านชาวเขาโกรธมากไปร้องเรียน

จะเห็นว่าการประกอบโรคเป็นศิลปะ เรายังขาดสมดุระหว่างความช่วยเหลือผู้ป่วยทั้งร่างกายและจิตใจกับการตรวจรักษาตามมาตรฐาน นี่คือการศิลปะ ดังที่ว่าๆ กัน

ในที่ประชุมคณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐาน สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ช่วงที่ผมนั่งประชุมอยู่ 4 ปีนั้น มีมากกว่า 2-3 ครั้งที่จะได้ยินอาจารย์ชั้นผู้ใหญ่สักคนพูดว่า การประกอบโรคศิลปะนั้น ซื่อบอก

อยู่แล้วว่าเป็นศิลปะ จึงไม่สามารถใช้มาตรฐานมาตรวจจับได้ อาจารย์ท่านนี้พูดประโยคนี้ตอนที่เห็นอยู่ว่าแพทย์บางคนละทิ้งหน้าที่จากโรงพยาบาลรัฐไปทำงานที่โรงพยาบาลเอกชนจริงๆ นั้นสร้างความเป็นเดือดเป็นแค้นให้แก่ภาคประชาชนได้ทุกครั้ง

หมอพันธ์ไปออกหน่วยกับเรามากเป็นคนทำงานหนักที่สุด ถอนฟันกันมือหึงงอ เลือดไหลนองเต็มถึง ดูได้การไถ่งานเป็นอันมาก เสร็จงานแล้วต้องช่วยกันจับนิ้วมือท่านออก

เภสัชกรและคนจัดยาที่ไปกับเราก็คงเช่นกัน นับเม็ดยากันไม่หวาดไม่ไหวมิได้หนึ่งเลย

ทั้งหน่วยดูเหมือนจะมีแต่ผู้เขียนกระมังที่สบายกว่าเพื่อน นั่งตรวจคนไป 400 คนอย่างไม่ยากเย็นอะไร เมื่อยมือตรงไหน 400 ครั้งและยกหูฟังขึ้นลง 400 ครั้งเสียมากกว่า

อย่างไรก็ตาม ในจำนวนคน 400 คนนั้นมีไม่น้อยที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังเวลานั้นยังพบโรคเรื้อรัง ซึ่งน่าตื่นเต้นมาก เพราะเคยเห็นแต่ที่โรงพยาบาลศิริราชสมัยเรียนแพทย์ และที่หุบเขาโรคเรื้อรังในหนัง Ben-Hur ฉบับปี พ.ศ. 2502 เมื่อชาร์ลสตัน เฮสตันปีนลงไปตามหาแม่และน้องสาว นอกจากนี้ยังมีแผลเรื้อรังแบบอื่นๆ

ที่สำคัญคือวัณโรค เอเซียรวมทั้งประเทศไทยเป็นถุงใส่วัณโรคมาช้านาน และทุกวันนี้ก็ยังเป็นเช่นนั้นอยู่ แม้ว่าเราจะออกมาตรการจัดการเชื้อวัณโรคตัวยามาแล้วหลายสิบปี แต่เราก้ยังไม่สามารถหยุดยั้งเชื้อวัณโรคได้ เรามีระบบราชการที่ใช้การไม่ได้มานานมาก และยังคงเป็นอยู่ต่อไป

เราก้ทำได้เพียงแค่ทำตามคำสั่งที่ผู้หลักผู้ใหญ่ในห้องประชุมที่กรุงเทพฯ ส่งมา คิดอะไรเองไม่ได้

ต่อกระจก ต้อหิน เบาหวานขาดยา ความดันสูงขาดยา เหล่านี้เป็นปัญหาสาธารณสุขเสมอมา นานๆ ครั้งหนึ่งจึงมีทีมจักษุแพทย์จากส่วนกลางมาผ่าตัดต่อกระจกให้แก่ผู้ป่วยครั้งละมากๆ ทุกวันนี้ก็ยังคงทำเช่นนั้นอยู่

ด้วยความช่วยเหลือของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติที่ตั้งเป้าจะ
กวาดล้างต่อกระดูกให้หมดไปสักวันหนึ่ง เป็นเป้าหมายที่ชัดเจน

เราอยู่ภายใต้โครงสร้างที่ส่วนกลางมาช่วยเหลือส่วนภูมิภาคมานานมาก
และไม่สามารถดึงหลุดออกไปง่ายๆ ด้วยเหตุผลเดิมๆ คือส่วนภูมิภาคหรือ
ส่วนท้องถิ่นไม่เก่งพอ

แล้วพิษสุนัขบ้าก็กลับมาระบาดอีกครั้งหนึ่งอย่างน่ามหัศจรรย์

หน่วยแพทย์ พอ.สว. เตรียมอาหารกลางวันไปเสมอ กว่าพวกเราจะได้กิน
อาหารก็เย็นชืด แต่อาหารที่เตรียมไปก็ทำไว้เพื่อให้กินตอนเย็นชืดอยู่แล้ว
นี่เป็นเรื่องหนึ่งที่น่าประทับใจ นั่นคือหน่วยของเราไม่รบกวนเจ้าบ้าน
เปรียบเทียบกับ การมาถึงของข้าราชการชั้นผู้ใหญ่จากส่วนกลาง
แม้กระทั่งการออกหน่วยผ่าตัดของโรงเรียนแพทย์จากส่วนกลางบางแห่ง
เจ้าบ้านต้องเตรียมอาหารกลางวัน อาหารเย็น งานเลี้ยงกลางคืน สถานที่
ห้องเที่ยว และของฝาก

บนดอยสูงท่ามกลางอากาศบริสุทธิ์ เชื้อวัณโรค และกลิ่นเสื้อผ้าชาวเขา
ที่ลอบบอบวลไปทั่วบริเวณ มีหลายๆ เรื่องที่สะท้อนระบบบริการสาธารณสุข
และความเป็นพลเมืองของประเทศ (citizenship) เรื่องราวหลากหลาย
นับร้อยเรื่องสานกันเป็นร่างแหอย่างซับซ้อน เกือบจะเหมือนหรือเหมือน
ปมกอร์เดียนที่พระเจ้าอเล็กซานเดอร์มหาราชฟันขาด กล่าวคือส่วนกลาง
อย่างอเล็กซานเดอร์ก็แก้ไม่ได้ ทำได้เพียงแค่ทำลาย คือปีที 333
ก่อนคริสตกาล เมื่ออเล็กซานเดอร์เดินทัพถึงกอร์เดียน เมืองหลวงของ
อาณาจักรเปอร์เซีย เห็นเกวียนเทียมวัวถูกมัดเอาไว้กับเสาด้วยปมเชือกที่
มัดซ้อนกันหลายชั้น มีคำทำนายว่าปมนี้จะถูกแก้ด้วยผู้พิชิตเอเชียเท่านั้น
อเล็กซานเดอร์จึงชักดาบฟันขาด

คน 400 คนนี้เป็นประชาชนชายขอบ เราทำเพียงเอามาให้ แต่เรามีได้คิด
จะพัฒนาพวกเขาเป็นพลเมืองเท่าไรนัก เรารับภาระเลี้ยงดูพวกเขาไปเรื่อยๆ
เพียงเพื่อธำรงอำนาจของเราเองให้คงอยู่ หรือว่าเราควรทุ่มงบประมาณให้
พวกเขาเป็นพลเมือง พลเมืองจึงมีคุณภาพ ย้อนกลับมาทำประโยชน์แก่
ประเทศชาติ

เรื่องจะวนกลับไปที่ว่าทรมานเดิมอีก มีคนไทยยากจนอีกมากรองรับประมาณ
และความช่วยเหลืออยู่ จะเอาเงินมาใช้กับคนชายขอบที่มีใช้คนไทยได้อย่างไร

แล้วด้วยวาทกรรมทำนองนี้นั่นเอง ทุกวันนี้เราจึงรับลงทะเบียนแรงงาน
ต่างดาวกันทั้งวันทั้งคืนแทบทุกจังหวัด เพียงเพื่อตีตราให้อยู่หมัด ติดตามและ
ควบคุมให้ใกล้ชิด แต่ไม่เคยคิดเรื่องความเป็นพลเมือง

กว่าเราจะได้ลงจากตอยในวันนั้นก็บ่ายคล้อย มัดโซ่เข้ากับล้อรถแล้ว
ขับลงมา กว่าถึงบ้านก็สี่ทุ่ม เทียบกับชาวเขาบนดอยเราก็เหมือนส่วนกลาง
ที่ชอบ ‘เอาของไปให้’ ไม่รู้จักจบสิ้น

แล้วเราก็ตูรุดลงทุกวัน หลังแอ่น



ผิดประเภทหรือผิดวิธี

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติถูกต่อว่าว่าใช้เงินผิดประเภท

ผิดประเภทจริงหรือเปล่า เข้าใจว่าอยู่ระหว่างการตรวจสอบ แต่เท่าที่เคยได้ยินรุ่นพี่ที่เคยพุดมา “เมื่อคนที่มึนหน้าที่ได้รับผิดชอบไม่มีความสามารถจะทำงานเชิงรุกหรือเชิงระบบ เราก็ทำเอง”

ไม่ว่าจะเป็นกระทรวงหรือเอ็นจีโอ รวมทั้งองค์กรนอกระบบ ต่างทำงานเชิงรุกไม่เป็น เพราะไม่เคยเห็นส่วนท้องถิ่นหรือประชาชนในพื้นที่อยู่ในสายตา

หากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติจะพิสูจน์ว่าตนเองใช้เงินเป็นทำงานเชิงรุกเป็น ทำงานส่งเสริมป้องกันเป็น ก็ไม่ควรเจริญรอยตามแนวคิดเดิมนั้นคือส่วนกลางรู้ดีกว่าใคร

ช่วงปีสงครามยาเสพติดสมัยนายกรัฐมนตรีทักษิณ ชินวัตร ส่วนกลางโดยสามกรมสี่กระทรวง ห้ามมหาวิทยาลัยฉายาหน้าลงพื้นที่จังหวัดเชียงรายเพื่อหาผลงาน เรื่องหนึ่งที่คุณเขียนจำได้เสมอมาคือเรื่อง ‘ตัวชีวิต’ ที่มีเรื่องเล่าข่าวชนชนวนน้ำตากดหลายสิบเรื่อง แต่ละเรื่องสะท้อนความไม่รู้ของส่วนกลาง

ตัวชีวิตหนึ่งที่ส่วนกลางกำหนดมาคือ ให้ผู้ติดยารายงานตัวทุกสองสัปดาห์เพื่อรับยาเมธาโดน (Methadone) สารเคมีที่ใช้ทดแทนเฮโรอีน (Heroin)

เมื่อตัวชีวิตนี้ใช้บนพื้นราบ อาจจะใช้การได้อยู่บ้าง แต่พอใช้ตัวชีวิตนี้บนภูเขาที่การคมนาคมยังยากลำบาก ไม่ใช่เพราะเรามีแต่ถนนลูกรังโดยไม่มีรถไฟ แต่เพราะกว่าที่ชาวเขาหรือชาติพันธุ์จะเดินทางจากบ้านมายังสถานีอนามัยเพื่อรายงานตัว ตรวจปัสสาวะและรับยาเมธาโดนงวดถัดไป

พวกเขาเดินทางข้ามเขามากี่ลูกก็ไม่ทราบ

มิใช่แค่เราเดินภูเขาไม่เป็น เรานับจำนวนภูเขายังไม่เป็นเลย 'ไม่รู้หรือที่นี่ไม่มีภู มีแต่ดอย



ชาวเขานดอยช้าง ภาพสีน้ำ ปี พ.ศ. 2542

สถานีอนามัยมักมีเจ้าหน้าที่ที่ทำงานดี ขยัน รู้งาน และรู้ควรไม่ควร แม้จะเปลี่ยนชื่อและผลาญเงินทำป้ายหน้าสำนักงานเป็นโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลไปมากแล้ว แต่เจ้าหน้าที่ส่วนใหญ่ยังคงเป็นบุคลากรที่ขยัน อดทนสูง สู้งานหนัก และไม่ลืกลอก

เจ้าหน้าที่สถานีอนามัยคนหนึ่งบนดอยสูง ผู้เขียนยังจำวันที่นั่งฟังเธอเล่าเรื่องนี้ได้เป็นอย่างดี ความรักที่มีต่องาน ความคับแค้นที่ได้รับ

เธอเล่าเรื่องการเดินทางข้ามดอยมารับเมธาโดน ชาวเขาใช้เวลาเดินทางนานมาก เสียค่าเดินทางด้วย เสียเวลาทำมาหากินด้วย เดินทางมาหนึ่งคนเสียแรงงานไปหนึ่งคน แต่ทุกคนก็พาซื้อเดินทางมารายงานตัวตามกฎหมาย รู้ทั้งรู้ว่าเงินทองจะหมดไปเพราะการนี้

แล้ววันหนึ่งเป็นเจ้าหน้าที่ของเราเองที่อดรันทดไม่ได้ ใช้วิธีให้ชาวเขาส่งตัวแทนมาหนึ่งคนเพื่อรับยาเมธาโดนแทนคนอื่นๆ ที่หมู่บ้าน แล้วนำกลับไปแจกจ่ายบนดอยของตัวเอง แน่نونว่าปฏิบัติการนี้ผิดมาตรฐานทุกข้อ

ทั้งนี้ยังไม่นับข้อกล่าวหาที่ร้ายแรงคือ รู้ได้อย่างไรว่าชาวเขาคนนั้นไม่นำเมธาโดนไปขายต่อ

จะเห็นว่าการทำตามมาตรฐานทำร้ายประชาชนมาก เรื่องราวขัดแย้งเช่นนี้เกิดที่ส่วนภูมิภาคอยู่ตลอดเวลาแทบจะในทุกพื้นที่การทำงานของทุกกระทรวงด้วยชุดเหตุผลเดิมๆ คือส่วนกลางรู้ดีที่สุด และมีความซื่อสัตย์สุจริตมากที่สุด

รู้ดีที่สุดและซื่อสัตย์สุจริตมากที่สุดจริงหรือเปล่าไม่ทราบ แต่ยาเสพติดยังมากมาย ปาไม่หมดภูเขา มลพิษทางอากาศครอบคลุมภาคเหนือตอนบนมาสิบปีและมากขึ้นอย่างต่อเนื่อง พิษสุนัขบ้ากลับมาระบาด วัณโรคยังอยู่ การติดเชื้อเอชไอวีและดื้อดาร์วินไม่พร้อมสูงขึ้น นักเรียนถูกคัดออกจากโรงเรียนกลางคัน และชาวบ้านยากจนยิ่งกว่าเดิม

ทั้งหมดนี้คือผลผลิตและผลลัพธ์ (output & outcome)

ระยะหลังได้ยินว่าเงินจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติส่งตรงลงไปที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ซึ่งเป็นเรื่องดี แต่เข้าใจว่าการรีดนาทาเร้นตัวชีวิตยังไม่ผ่อนปรน หรือไม่ให้ออกสคนในพื้นที่ได้เป็นผู้กำหนดวิธีทำงานเอง แล้ววัดเองด้วยสมมติฐานของตนเอง

ที่อีกดอยหนึ่ง เจ้าหน้าที่สถานีอนามัยปีนั้นเล่าอีกเรื่องหนึ่งที่ผู้เขียนจำได้ไม่ลืมเช่นกัน เขาเล่าว่าตนเองได้จ้างล่ามชาวเขาคอยแปลให้เวลาทำงานด้านยาเสพติด

วิธีการคือให้ล่ามของสถานีอนามัยนั่งซ้อนหลังตู้คอยแอบฟัง

เพราะผู้ติดยาที่มารายงานตัวและรับเมธาโดนมักมีล้ามมาด้วย บ่อยครั้งที่ผู้ติดยาและล้ามส่วนตัวพูดคุยกันนานสองนานแต่ล้ามของเขาแปลกออกมาได้สันนิษฐานได้ว่า ทำให้เราไม่ไว้วางใจ (distrust) ทั้งล้ามและผู้ติดยา ปรากฏว่าล้ามหลังตู้ที่หามาได้ก็ยากมากที่จะแปลภาษาได้หลายเผ่าพร้อมๆ กัน

เรื่องเล่านี้สะท้อนถึงสิ่งที่เรียกว่าจริยธรรมวิชาชีพ

ล้ามเป็นวิชาชีพ (professionals) จึงควรมีจริยธรรมกำกับ (ethical codes) จริยธรรมวิชาชีพเป็นหลักประกันว่าวิชาชีพจะทำเรื่องที่ถูกต้องเสมอ ไม่ว่าจะเกิดอะไรขึ้น ดีที่สุดเท่าที่จะดีได้แล้วแต่ความใจถึงของแต่ละคน

สำหรับวิชาชีพด้านสุขภาพ โดยเฉพาะด้านสุขภาพจิต จริยธรรมวิชาชีพข้อหนึ่งคือเรื่องความไว้วางใจ (trust) เราควรไว้วางใจผู้ป่วยของเราโดยไม่มีเงื่อนไขแล้วความไว้วางใจนั้นจะนำพาเราไปสู่ความไว้วางใจซึ่งกันและกันในที่สุดเสมอ อันจะส่งผลต่อการรักษาที่ดีที่สุด

สมัยผู้เขียนอายุน้อย ไม่เข้าใจไปจนถึงไม่เชื่อความซื่อสัตย์เท่าใดนัก แต่ประสบการณ์การทำงานจนกระทั่งเกษียณอายุราชการก่อนกำหนดวันนี้สอนให้รู้ว่าความไว้วางใจผู้ป่วยเป็นเรื่องสำคัญสูงสุด ไว้วางใจเขาก่อนแล้วเขาจะดีขึ้น ซึ่งก็คือหน้าที่ของเรา

ตามหลักจิตวิเคราะห์ ผู้ให้บริการคือแพทย์ไปจนถึงเจ้าหน้าที่สถานีนอนมัยเป็นผู้เหนือกว่า (above) ในขณะที่ผู้รับบริการหรือผู้ป่วย รวมทั้งผู้ติดยาเป็นผู้อยู่ต่ำกว่า (below)

ผู้เหนือกว่าทำได้ทุกอย่างอยู่แล้ว แต่ที่ขาดไม่ได้คือความไว้วางใจ ความไว้วางใจจึงนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงหลายสิ่งหลายอย่าง

ส่วนกลางคือผู้เหนือกว่า ไม่เคยไว้วางใจส่วนท้องถิ่น ทุกอย่างจึงย่ำอยู่กับที่หลายทศวรรษ

สปสช. อย่าทำผิดซ้ำ มันน่าเบื่อ



ไถวายบ้านวาย

“ปีสุดท้ายแล้วค่ะ” คุณณภวารรณกล่าว เธอเป็นนักศึกษามหาวิทยาลัยแห่งหนึ่งในภาคเหนือตอนบน

เธอป่วยด้วยโรคเอสแอลอี (SLE) ตามด้วยไถวายตั้งแต่ครั้งเรียนปี 1 เธอเรียนแพทย์แผนจีน ตอนที่มาพบผมครั้งแรกเป็นคุณพ่อพามา เธอซึมเศร้ามาก ท้อใจ ไม่มีกะจิตกะใจจะทำอะไรอีก ไม่อยากเรียนและไม่อยากมีชีวิตอยู่

เธอฆ่าตัวตายแล้วสองครั้ง ครั้งแรกกินยาเกินขนาด ล้างท้องแล้วก็กลับบ้าน ไม่ได้พบนักจิตวิทยา เธอกระโดดตึกในครั้งที่สอง ไม่ตายแต่แขนหัก ใส่เฝือกอยู่นาน วันที่พ่อพาเธอมา เธอยังไม่ถอดเฝือก

โรคซึมเศร้าคือโรคซึมเศร้าวันยังค่ำไม่ว่าจะเกิดจากอะไร เป็นเองจากพันธุกรรม จากเอสแอลอี หรือจากไถวาย ความหมายคือผู้ป่วยมิใช่คุณณภวารรณคนเดิม เธอเป็นผู้ป่วย การที่เธออยากตายแล้วลงมือมิได้ แปลว่าไม่เข้มแข็ง แต่เพราะสารเซโรโทนิน (Serotonin) ที่อยู่ในช่องว่างระหว่างจุดเชื่อมต่อประสาทขาดหายไปมาก

ต่อให้เป็น บรูซ เวйн ก็ต้องฆ่าตัวตาย

คุณณภวารรณอยู่ในคิวรอผ่าตัดเปลี่ยนไต ระหว่างรอนั้นเองที่ระดับครีเอตินินในกระแสเลือดสูงขึ้นอย่างมาก ลำพังไถวายประการเดียวเธอก็เข้าสู่

โหมตโรคซึมเศร้าเต็มรูปแบบได้แล้ว ทั้งนี้ยังไม่รู้ว่าเธอเป็นเอสแอลอี และมีประวัติพันธุกรรม คุณอาของเธอบริเวณคอตาย และตาย

ผมให้ยาต้านอารมณ์เศร้าแก่เธอ และให้ยาหยุดการฆ่าตัวตายโดยเฉพาะ

ไม่มีหอรอกครับ ยาหยุดการฆ่าตัวตาย การรักษาด้วยไฟฟ้าหรือแม่เหล็กไฟฟ้าจึงหยุดการฆ่าตัวตายได้ชะงัด ผมเพียงให้ยาเสริมยาต้านอารมณ์เศร้าเพื่อหยุดอารมณ์เศร้าและความคิดฆ่าตัวตายให้เร็วที่สุดเท่านั้น จำได้ว่าให้ยาในขนาดสูง พูดคุยกับคุณพ่อและคุณนภาวรรณอย่างชัดเจนว่าขอให้ทนายทนายข้างเคียงของยาให้ได้กลักรีนกินยาทุกมื้อ โยนยาเข้าปากและดื่มน้ำตามทุกเม็ดรับรองว่าดี

เมื่อยาที่ให้ไหลลงกระเพาะอาหาร สลายเป็นผงแล้วถูกละลายด้วยน้ำย่อย จากนั้นดูดซึมเข้าสู่กระแสเลือด ยาถูกแปรรูปแล้วเดินทางขึ้นบนผ่านเส้นเลือดคาโรติดที่คอสู่อสมอง ผ่านปลัดเบรนแบรีเอร์เข้าสู่ระบบประสาทส่วนกลาง ตัวยาซึมเข้าไปในบริเวณช่องว่างระหว่างจุดเชื่อมต่อของเซลล์ประสาทแล้วเข้าไปปิดกั้นประตูน้ำ มิให้เซโรโตนินถูกดูดกลับเข้าไปในเซลล์ ผลที่ได้คือระดับเซโรโตนินที่สูงขึ้นอย่างรวดเร็วในช่องว่างนี้

แล้วผู้ป่วยก็อารมณ์ดีขึ้นอย่างน่ามหัศจรรย์

“คุณหมอถูกตัดดอกเตอร์หรือเปล่านั้น” คุณนภาวรรณถามผมในสามปีต่อมา

“เปล่า หนึ่งซีรียส์หรือ ซีรียส์อะไร เกาหลีหรือ”

“ไม่ใช่ค่ะ ซีรียส์ฝรั่ง หนูชอบ ดูแล้วคิดถึงคุณหมอ”

อันที่จริงผมไม่ถูกเท่าไรหรอกนะ เวลาเหนื่อยแล้วต้องมาพบญาติผู้ป่วยประเภท ‘เหลือกิน’ ผมก็ดูไม่ยิ่งเหมือนกัน แต่กับผู้ป่วยผมมักโอนอ่อนได้มากกว่า เพราะจะอย่างไรเขาก็เป็นผู้ป่วย คือเพราะไม่รู้เสียมาก แต่ถ้าดีมากเกินไปเพราะนิสัยเสียก็จะถูกดูเช่นกัน

“มีข่าวดีหรือยัง” ผมหมายถึงการผ่าตัดเปลี่ยนไต

“ยังค่ะ” เธอตอบเศร้าๆ

วันนี้คุณนภาวรรณล้างไตหน้าท้องด้วยตนเอง โดยใช้สิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า แม้ว่าหลายอย่างจะไม่ต้องเสียค่าใช้จ่าย แต่อีกหลายอย่างต้องเสียค่าใช้จ่าย

“ประมาณสามพันบาทต่อเดือนค่ะ” เธอบอก

“มากขนาดนั้นเลยหรือ ไหนว่าสามสิบบาท” ผมถามด้วยความไม่รู้จริง ๆ

สามปีเต็มที่คุณนภาวรรณล้างไตด้วยตัวเอง เคยติดเชื้อสองครั้ง เธอเศร้าทั้งสองครั้ง ตอนที่ติดเชื้อ และโรคซึมเศร้ากำเริบทำให้ต้องเพิ่มขนาดยา ที่ทุกท่านควรรู้คือ อารมณ์เศร้ามกำเริบเพราะติดเชื้อ มิใช่เพราะเธอท้อใจ นี่เป็นเรื่องอธิบายยาก ระดับเซโรโตนินในช่องว่างระหว่างจุดเชื่อมต่อประสาทขาดหายไปมากยิ่งขึ้น เพราะเชื้อแบคทีเรีย

คุณนภาวรรณเรียนมาถึงปีสี่แล้ว เธอยังไม่ตายแม้ว่าจะผอมลงมาก ยิ้มแย้มแจ่มใสมาพบผมเดือนละครั้ง มีความหวังรอการผ่าตัด แม้ว่าจะไม่มีความหวังเท่าไรนักก็ตาม

หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าช่วยให้เธอยังมีชีวิตอยู่ เรียนใกล้จบแล้ว จะได้เป็นหรือได้ทำแพทย์แผนจีนหรือแปลามีใช้ประเด็น

ประเด็นคือหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าช่วยหนึ่งชีวิต

“ล้ากว่าบาทค่ะ คุณหมอ” คุณประไพพรรณบอกผมเมื่อถูกถามว่า พอกเลือดคุณพ่อหมดไปกี่แสน นี่ก็ถามด้วยความไม่รู้อีกเช่นกัน

หลังจากเงินหมดบ้าน คุณประไพพรรณจึงพาพ่อเข้าสู่ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าแล้วล้างไตหน้าท้องด้วยตนเอง แต่เพราะเธอเป็นพยาบาล เธอจึงทำให้พ่อได้

แต่แล้ววันหนึ่งคุณตาก็ล้มป่วยด้วยโรคซาร์อีกคนหนึ่ง นอนติดเตียงมีแผลกดทับ คุณประไพพรรณมีลูกชายหนึ่งคน อายุสองขวบที่ขาดพ่อไปไม่มีวันกลับ

สถานการณ์รอบด้านถ้าโถมจนกระทั่งเธอป่วยด้วยโรคซึมเศร้า ไม่อยากอยู่
อยากตาย ฆ่าตัวตายมาแล้วสองครั้ง และคิดเรื่องเอาลูกไปโลกหน้าด้วย

เธอมีพันธุกรรม คุณปู่ยิ่งตัวตาย

โรคซึมเศร้าเกือบทั้งหมดยกเว้นทอดทางพันธุกรรม อยู่ที่ใกล้เรามาก
เพียงใด มรสุมชีวิตคนเรามีกันทุกๆ คน แต่จะโค้นต้นไม้ล้มหรือเปล่าขึ้นกับ
พันธุกรรมด้วย

คุณประไพพรรณลาออกจากงานรายได้งามที่กรุงเทพฯ เธอกลับบ้านเกิด
แบกภาระคุณพ่อ คุณตาและลูกชายวัยติดด้วยตัวคนเดียว เงินเก็บหลักล้านหมด
ไปแล้วกับการฟอกไตโรงพยาบาลเอกชน เธอเศร้าและเริ่มต้นรักษาโรคซึมเศร้า
ที่โรงพยาบาลเอกชนด้วยค่าใช้จ่ายมากกว่าหนึ่งหมื่นบาทต่อเดือน

“ยาของคุณหมอดีเหมือนที่โรงพยาบาลเอกชนมัยคะ” เธอถาม

“ดีกว่า” ผมตอบหน้าซื่อ

ยาต้านอารมณ์เศร้าในบัญชียาหลักแห่งชาตินั้นดีมากและรักษาได้ทุกคน
อยู่ที่ฝีมือ สำคัญกว่าคือจะพูดคุยอย่างไร ค่ารักษา 10,000-30,000 บาทต่อเดือน
เพราะยาอิมพอร์ตนั้น เราลดเหลือศูนย์บาทได้สบายมากด้วยหลักประกัน
สุขภาพถ้วนหน้า

“คุณตาได้ยารักษาอัลไซเมอร์มาด้วยคะ” คุณประไพพรรณว่าต่อ

“ก็บาท” ผมหน้าด้านถาม “ไหนๆ ก็ไหนๆ

“สองหมื่นกว่าคะ เป็นยานอกทั้งนั้น ใช้รักษาอัลไซเมอร์”

ผมทำให้ค่าใช้จ่ายของเธอเหลือศูนย์บาทด้วยยาบัญชียาหลักแห่งชาติใน
ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าอีกคน ด้วยการพูดคุย อธิบาย และช่วยกัน
กำหนดเป้าหมายของการรักษาโรคชราเสียใหม่

เงินที่เธอประหยัดขึ้นมาได้ เธอเอาไปปรับปรุงห้องน้ำให้คุณตาและคุณพ่อ
ซื้อเตียงผู้ป่วยที่ดีมีคุณภาพให้แก่คุณตา และยังมีเหลือจ้างผู้ช่วยดูแลคุณตา
อีกหนึ่งคน โดยเริ่มต้นที่ค่าแรง 12,500 บาทต่อเดือน

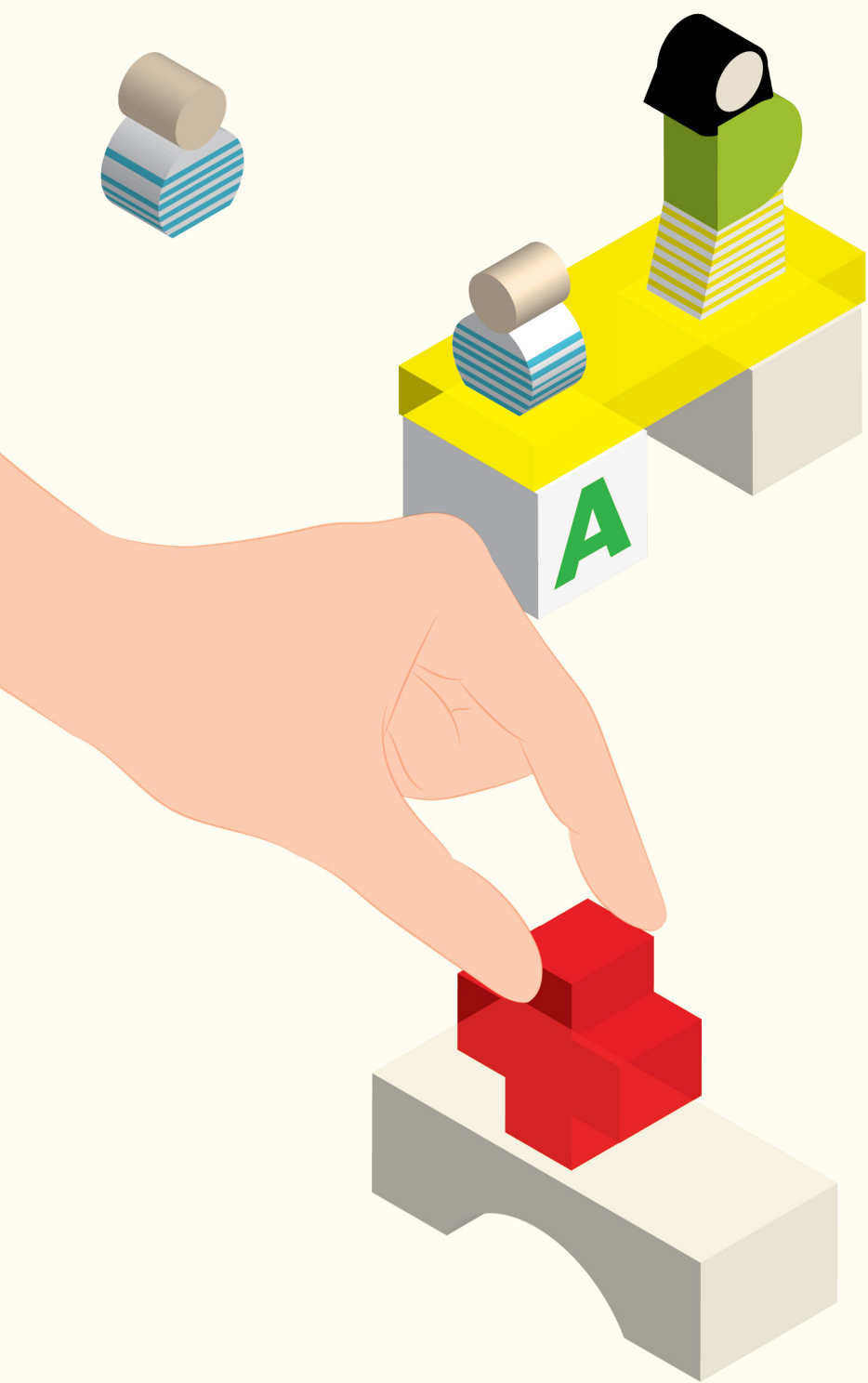
“คุณพ่อมีคิวผ่าตัดเปลี่ยนไตมั้ยครับ” ถามไปเรื่อย ต้องการแสดงความใส่ใจมากกว่าต้องการคำตอบ

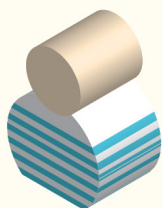
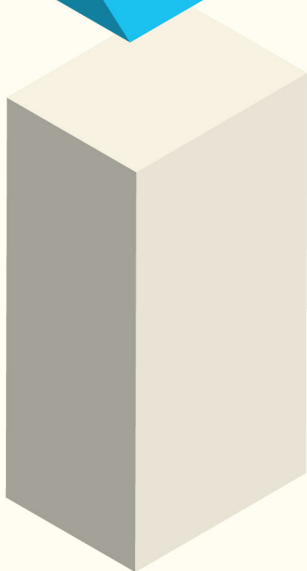
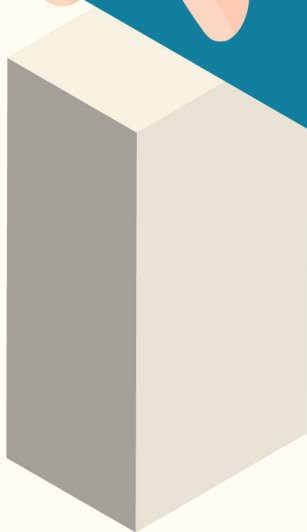
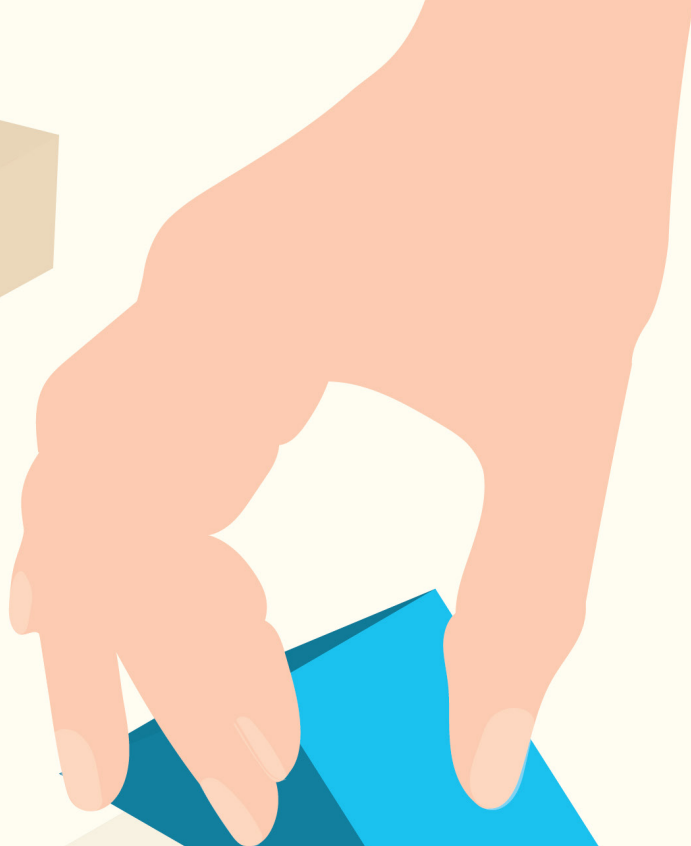
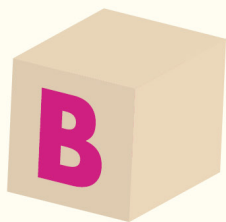
“ไม่ค่ะ แก่เกินไปค่ะ”

“จะเรียนจบแล้วสินะ” ผมชวนคุณนภาวรรณคุยครั้งล่าสุดที่เธอมาพบ

“ใช่ค่ะ หนูดีใจมาก” เธอยิ้ม “คุณหอมดุกู้ดอกเตอร์รึยัง”

ย៉าง! เกรย์อโนโตมีชีชี้นสิบสามยังไม่จบเลย เหนื่อย!







การร่วมจ่าย

“คุณหมอพูดเหมือนคอมพิวเตอร์”

อาจารย์ชั้นผู้ใหญ่ท่านหนึ่งพูดถึงตัวผมในที่ประชุมร่วมคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติและคณะกรรมการควบคุมคุณภาพมาตรฐานเมื่อประมาณปี พ.ศ. 2546 ณ โรงแรมชายทะเลแห่งหนึ่ง จังหวัดภูเก็ต

ก่อนที่จะทันลุกขึ้นตอบโต้เพราะมัวแต่ช็อกอยู่ นายแพทย์พงษ์พิสุทธิ์ จงอุดมสุข ผู้ลวงลับไปแล้ว สั่งปิดประชุมในทันที ทุกวันนี้ยังเสียใจอยู่ว่าไม่ได้ต่อว่าคุณหมอพงษ์ให้หน้าใจ ท่านก็ด่วนจากไปเสียก่อน นับเป็นการสูญเสียบุคลากรคนสำคัญที่สุดคนหนึ่งของระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

หากจะจารึกชื่อใครสักคนนอกจากคุณหมอสงวนที่เป็นกลจักรสำคัญในการผลักดันให้ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าตั้งมั่นในประเทศไทย คุณหมอพงษ์เป็นอีกคนหนึ่ง

ขุนพลตายไปแล้วสอง

หลังประชุมวันนั้น คุณหมอสงวน นิตยารัมภ์พงศ์ มาสอบถามเรื่องราวที่เกิดขึ้น ผมจึงเล่าให้ฟัง

ที่ประชุมบ่ายวันนั้น เราคุยกันเรื่องการร่วมจ่าย หรือที่เรียกว่า co-payment ผมเป็นคนหนึ่งที่คัดค้านการร่วมจ่ายมาตั้งแต่แรก ด้วยเห็นว่าการร่วมจ่าย เฉพาะการร่วมจ่าย ณ จุดบริการ จะทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถเป็นตัวของตัวเอง สามารถถูกโน้มน้าวด้วยความกลัวของตัวเองที่จะจ่ายเพื่อให้ได้บริการที่ดีที่สุด หรือเพื่อให้บุคคลอันเป็นที่รัก คือ สามี ภรรยา ลูก หรือพ่อแม่บุพการี ได้รับ สิ่งที่ดีที่สุด

อันนี้พูดแค่เรื่องจิตวิทยาของผู้ป่วยอย่างเดียว ยังมีพักต้องพูดถึง ความฉ้อฉลของระบบ

ล้าพังความกลัวเจ็บ กลัวพิการ กลัวตาย กลัวยากลำบาก ผู้ป่วยก็ยินดีจ่าย โดยไม่ต้องมีใครร้องขออยู่แล้ว แต่ในความเป็นจริงคือไม่มีใครรู้จริงว่าอะไรที่ เรียกว่า ‘บริการที่ดีที่สุด’ ความจริงข้อนี้นายแพทย์รู้อยู่แก่ใจ การจัดบริการที่ มากที่สุดให้แก่ผู้ป่วยนั้นทำได้ ให้ไปเรื่อยๆ ให้ทุกอย่าง แต่มีใช้ดีที่สุดแน่นอน ความอยากได้บริการไม่รู้จักของผู้ป่วยเองนั่นแหละคือตัวปัญหา โดยเฉพาะ ผู้ป่วยที่มีกำลังจ่าย แต่ความอยากลักษณะนี้ไม่เข้าใครออกใคร สามารถลามไป สู่ชนชั้นกลางที่มีเงินออมพอจ่ายและยินดีทุ่มหมดตัว รวมทั้งลามไปสู่คนยากจน ที่พร้อมจะขายที่นาสักผืนเพื่อแลกกับการฟอกไต

“หมอไปดูที่กันมัย แปดไร่ริมคลอง มีบ่อน้ำแล้ว หมอไปดูมัย” ญาติของ ผู้ป่วยฟอกไตคนหนึ่งถามผมเมื่อปีที่แล้วนี้เอง

“ที่ไหน เจ้าของเขาทำไม่อยากขาย”

“ห่วยสักนี้เอง เข้าไปน้อยเดียว เลยไรทำνωไม่ไกล มีใบเรียบริ้อย หมอดู โจนดมัยเดียวหนุจะเอามาให้ดู พี่เขาจะให้พ่อฟอกไต ร่อนเงินอยู่”

“เขาบอกเท่าไร”

“ล้านห้าหม่อ ไปดูมัย”

เป็นที่ดินรูปตัวแอล ห่างจากถนนใหญ่เพียงสามร้อยเมตร มีร่องน้ำ ผ่านตลอดแนวยาวของที่ รั่มรื่นมาก เจ้าของเดิมทำนาและขุดบ่อน้ำเลี้ยงปลา

เอาไว้แล้ว ที่ดินผืนนี้เป็นผืนที่พ่อถางมากับมือ แล้วยกให้ลูก ลูกๆ คิดว่า
เอามาขายเพื่อช่วยชีวิตพ่อเป็นเรื่องถูกต้อง เป็นความมกัตถุญ

และเป็นกตเวทิตา

ถ้าผู้ป่วยขายที่ดินของตัวเองให้แก่แพทย์เจ้าของไข้ ผิดจริยธรรมแน่นอน
เป็น unethical

ถ้าญาติผู้ป่วยขายที่ดินของตัวเองให้แก่แพทย์เจ้าของไข้ หมิ่นเหม่
จริยธรรม เป็น problematic ในบางประเทศเป็นผิดจริยธรรม เป็น unethical

ญาติผู้ป่วยขายที่ดินของตัวเองให้แก่แพทย์ที่มีได้มีส่วนเกี่ยวข้องกับ
ผู้ป่วย คิดว่าอย่างไร

จะเห็นว่าความเจ็บป่วยถึงตายนำมาซึ่งการตัดสินใจที่หมิ่นเหม่หลายสิ่ง
หลายอย่างไม่มากนักน้อย ลำพังความต้องการของผู้ป่วยเองที่อยากรอดชีวิต
หรือของญาติที่ต้องการแสดงความกตัญญูอย่างมากที่สุด ก็สามารถทำให้
ชาวบ้านจำนวนมากมายพร้อมที่จะทุ่มหมดตัว และการแพทย์เราสามารถให้
สิ่งที่ดีที่สุดได้คือการฟอกไต

แต่อาจจะไม่ใช่สิ่งที่ดีที่สุด

หันกลับมาทางผู้ให้บริการ คือนายแพทย์และโรงพยาบาลเอกชน การเสนอ
วิธีรักษาที่ 'ดีที่สุด' เป็นเรื่องที่สร้างปัญหาเสมอมา ตัวอย่างที่พบบ่อยคือการ
เอ็กซเรย์คอมพิวเตอร์ (CT) หรือเอ็กซเรย์แม่เหล็กไฟฟ้า (MRI) ดังที่ทราบกัน
ว่าประเทศไทยมีเครื่องเอ็กซเรย์สองประเภทนี้มากที่สุดในภูมิภาค ลำพังใน
กรุงเทพฯ ที่เดียวมีมากกว่าที่หลายประเทศพัฒนาเข้ามิกัน ชาวบ้านเราชอบ
เอ็กซเรย์และโรงพยาบาลของเราก็พร้อมให้เอ็กซเรย์ โดยมีפקพุดถึงค่าคอมมิชชั่นที่
เข้ากระเป๋ใคร เช่นนี้แล้วเราจะวางใจระบบได้อย่างไรว่าสามารถมอบการรักษา
ที่ดีที่สุด มีใช้มากที่สุด

การร่วมจ่ายที่จุดบริการ คือสถานที่ที่ต่อรองได้ แต่เนื่องจากร้านค้านี้มีชื่อ
ว่าโรงพยาบาล การต่อรองจึงมิใช่การต่อรองสินค้า แต่เป็นการต่อรองความตาย

คุณภาพชีวิต ความมั่งคั่ง และความพึงพอใจอันหาที่สุดมิได้ของมนุษย์ เช่นนี้ เราจะจัดระบบต่อรองอย่างไร

อาจารย์ผู้ใหญ่นั้นพูดในที่ประชุมว่า “เราควรเสนอผู้ป่วยว่าเรามียาแก้ปวดกลัมนี้อีก 2 ชนิด ชนิดที่หนึ่งคือ Diclofenac ยาตัวนี้ฟรีใช้สิทธิ 30 บาทได้ แต่กักระเพาะอาหารรุนแรงและสามารถทำให้กระเพาะทะลุได้ กับมียาอีกตัวหนึ่งชื่อ COX-2 Inhibitor ตัวนี้ไม่กักระเพาะเลยและออกฤทธิ์เร็วกว่ามากหายปวดรวดเร็ว แต่ต้องจ่ายเพิ่มในราคาเม็ดละ 30 บาท (ราคาเมื่อปี พ.ศ. 2546) เราให้ผู้ป่วยเลือกว่าอยากใช้ยาตัวไหน เป็นสิทธิผู้ป่วย”

เมื่อผมค้านและพยายามอธิบายเรื่องอำนาจต่อรองของผู้ป่วยที่จุดบริการ ซึ่งไม่น่าจะมี จึงได้ข้อหาคอมมิวนิสต์มาโดยไม่ทันระวัง

ว่าที่จริงสามสิบปีก่อนหน้าเหตุการณ์วันนั้น ผมได้ข้อหาว่าเป็นพวก ‘ปฏิกริยา’ มาก่อนแล้วจากโรงเรียนมัธยมปีที่พวกเราเผาวรรณคดีกลางสนามฟุตบอลของโรงเรียนประมาณช่วงวิกฤตการณ์เดือนตุลา นี่ก็ไม่ถึงเลยว่าเป็นสามสิบปีจะถูกกล่าวหาเป็นคอมมิวนิสต์ไปเสียได้



ร่วมจ่ายทำไม

การร่วมจ่าย (co-payment) ที่ต้องการทำอ้างว่าเพื่อประโยชน์สองข้อ

ข้อแรกคือเพื่อป้องกันมิให้ประชาชนมาใช้บริการเกินจำเป็น

ความข้อนี้ตั้งอยู่บนสมมติฐานว่า “ของฟรีทำให้ประชาชนมาใช้บริการเกินจำเป็น” เป็นอะไรเล็กๆ น้อยๆ ก็มา และไม่พยายามช่วยเหลือตัวเอง

มีเรื่องควรพิจารณา 2-3 ประเด็น

ประเด็นแรกน่าจะสำคัญที่สุด ไม่มีหลักฐานจากประเทศใดว่าการร่วมจ่ายทำให้ประชาชนมาใช้บริการน้อยลง เรื่องนี้สามารถค้นเอกสารอ้างอิงได้หากแคลงใจ

แต่ค่ารักษาพยาบาลที่สูงเกินไปของโรงพยาบาลเอกชนทำให้ผู้ป่วยไปโรงพยาบาลน้อยลงแน่

“ก๊ิบา” ผมถามผู้ป่วยรายหนึ่งที่เพิ่งรับการผ่าตัดไส้ติ่งที่โรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่งในจังหวัดหนึ่งของภาคเหนือตอนบนที่มีใช้จังหวัดเชียงใหม่หรือเชียงราย

“แปดหมื่นบาทค่ะ” ผู้ป่วยตอบ

“นอนกัวันครับ เสียแปดหมื่น”

“สามวันคะ ผ่าเสร็จพักสองคืนแล้วได้กลับบ้านเลย”

นั่นสำหรับการผ่าตัดไส้ติ่งอีกเสบที่ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ไส้ติ่งไม่แตกและไม่นอนโรงพยาบาลมากไปกว่าสามวัน ไม่มีชาวบ้านที่ไหนจะจ่ายเงินแปดหมื่นโดยไม่สะดุ้งสะเทือน และว่าที่จริงแล้วไม่มีคนชั้นกลางที่ไหนจะจ่ายเงินเท่านี้โดยไม่ทำประกันอะไรบางอย่างเอาไว้ก่อน จำนวนเงินที่ต้องจ่ายมากหรือน้อยมีผลต่อการตัดสินใจยับยั้งผู้ป่วยมิให้ไปโรงพยาบาลแน่

ขอให้สังเกตการใช้คำศัพท์ ‘ประชาชน’ และ ‘ผู้ป่วย’

นั่นนำไปสู่ประเด็นที่สอง ขณะที่ไม่มีหลักฐานว่าการร่วมจ่ายทำให้ประชาชนไปโรงพยาบาลน้อยลง แต่การจ่ายมากทำให้ผู้ป่วยไปโรงพยาบาลน้อยลงแน่

ประเด็นที่สามคือเรื่องที่ผมอยากพูดมานาน เราไม่สามารถแยกเรื่องนี้ออกจากบริบทของสังคมได้ คือสังคมที่อุดมไปด้วยคำโฆษณาเชิญชวน “มีอะไรให้รีบไปหาหมอ” แล้วตามด้วย “ทิ้งไว้อาจจะอันตรายถึงตาย”

ที่จริงถ้อยคำตามหน้าหนังสือพิมพ์ โทรทัศน์ เว็บไซต์ เพจ และสื่อออนไลน์ต่างๆ มิได้ชัดเจนเพียงนี้แต่ก็ส่งสัญญาณประมาณนี้ ปวดศีรษะระวังเนื่องอกให้ไปเอ็มอาร์ไอ มีน้ำมูกระวังไซนัสอักเสบเรื้อรังให้รีบไปโรงพยาบาล เวียนศีรษะระวังเนื่องอกอีกให้ไปเอ็มอาร์ไอ วิตกกังวลให้ระวังโรคซึมเศร้าและฆ่าตัวตาย ให้ไปพบจิตแพทย์ ไขมันสูงให้รีบไปกินยาลดไขมันมิเช่นนั้นเส้นโลหิตสมองจะตีบเจ็บหน่ออกให้รีบไปสวนหัวใจมิเช่นนั้นหัวใจจะวาย ปวดท้องให้ระวังกรดไหลย้อนและมะเร็งกระเพาะอาหาร เป็นต้น

จะเห็นว่าโรงพยาบาลของรัฐทุกแห่งแออัดไปด้วยความเจ็บป่วยเล็กๆ น้อยๆ โดยไม่มีด้านคัดกรองที่มีประสิทธิภาพ แพทย์และพยาบาลในโรงพยาบาลของรัฐทำงานหนัก แพทย์หลายท่านตรวจผู้ป่วยมากกว่าหนึ่งร้อยคนต่อวัน พยาบาลหลายท่านไม่สามารถลาพักร้อนหรือลากิจต้องขึ้นเวรทำงานเกือบตลอดเวลา ปรากฏการณ์เช่นนี้เกิดจากการระดมยิงข่าวสารที่เกินเลยด้วย แต่ก็เกิดจากการล่มสลายของระบบคัดกรองและระบบส่งต่อด้วย

ระบบคัดกรองที่ควรจะเป็นงานของพยาบาลวิชาชีพเวชปฏิบัติทั่วไป เจ้าหน้าที่สถานอนามัย แพทย์ทั่วไปโรงพยาบาลชุมชน หรือด่านคัดกรองใน ตัวโรงพยาบาลศูนย์หรือโรงพยาบาลทั่วไปเองไม่สามารถ ‘ฟังกันชน’ ได้ เพราะ ความอ่อนด้อยของฝีมือผู้บริหารกระทรวงสาธารณสุขทุกๆ รุ่นที่ผ่านมา

ข้ออ้างที่สองของการร่วมจ่ายคือเพื่อให้มีเงินเข้าโรงพยาบาล

เรื่องเงินเข้าโรงพยาบาลนี้มีข้อโต้เถียงไม่รู้จักจบคือเพราะอะไรเงินถึงไม่พอ เหตุที่เงินไม่พอถูกโจมตีด้วย 2-3 สาเหตุหลักเสมอมา

หนึ่งคือรัฐจัดสรรงบประมาณน้อยเกินไป ปัญหาคือรัฐจัดสรรงบประมาณตามข้อมูล แต่ข้อมูลของประเทศเรายังอยู่ในขั้นตอนพัฒนา แพทย์พยาบาล จำนวนมากทำงานหนักเกินกว่าจะมานั่งลงข้อมูล ไม่นับว่าไม่มีแรงเหลือมา เรียนรู้วิธีลงข้อมูล อันนี้เป็นทุกข์ของแพทย์พยาบาลที่ยืนดูคนไข้จริงๆ อยากรู้ ก็ตามประเทศพัฒนาแล้วล้วนผ่านเส้นทางขรุขระนี้

อีกหนึ่งคือโรงพยาบาลใช้จ่ายเกินเลยจากตัวระบบเอง กล่าวคือโรงพยาบาล ที่มีจำนวนประชากรรับผิดชอบน้อยเป็นหลักแสนแต่จ้างนายแพทย์ไว้หลายร้อยคน เช่นนี้เงินก็มีแนวโน้มไม่พอใช้ เพราะเงินส่วนหนึ่งต้องเสียไปกับเงินเดือน ทั้งนี้ยังไม่นับเงินเดือนพยาบาล ทันตแพทย์ เภสัชกร เจ้าหน้าที่ห้องปฏิบัติการ เจ้าหน้าที่รังสี ฯลฯ รวมถึงค่าตอบแทนพิเศษต่างๆ นานาที่กระทรวงฯ สร้างสรรค์มาให้วิชาชีพต่างๆ แยกคอกันเอง

ยังมีสาเหตุซ้ำเติมอีกว่าบุคลากรที่เป็นต้นเหตุของค่าใช้จ่ายเหล่านี้ว่างงาน แอบแฝงเสียก็มาก แพทย์และพยาบาลจำนวนก็คนที่ทำงานบริหารโดยไม่ ทำงานบริการเลย แพทย์ก็คนที่ทำงานไม่ถึงครึ่งของวันทำการ อัตราการใช้ หอผู้ป่วยบางหอที่มีผู้ป่วยนอนไม่ถึงครึ่ง อัตราการใช้ห้องผ่าตัดที่ไม่สม่ำเสมอ และไม่มีธรรมาภิบาล เหล่านี้ล้วนเป็นต้นทุนแอบแฝงที่ภาครัฐปล่อยเอาไว้ ให้รั่วไหลไปเรื่อยๆ โดยไม่สามารถบริหาร เพราะผู้บริหารระดับสูงเองก็ไม่มี ธรรมาภิบาล

ยังมีอีกที่บางโรงพยาบาลจ่ายเงินไปกับการอื่นมากมายอันไม่เป็นประโยชน์ ต่อผู้ป่วย จะว่าไปสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติก็ถูกขอกกล่าวหานี้

แต่อย่างน้อยก็จ่ายไปเพื่องานวิจัยด้านส่งเสริมป้องกันเสียมาก หรือมีบ้างที่จ่ายให้บุคลากรเกินเลย แต่โรงพยาบาลในส่วนภูมิภาคมี 'ภาษีสังคม' ต้องจ่ายมากกว่ามาก ลำพังงบเลี้ยงดูข้าราชการชั้นผู้ใหญ่จากกระทรวงสาธารณสุขก็ปิดไม่มิดแล้ว พนักงานขับรถหรือเด็กเสิร์ฟตามร้านอาหารยามค่ำคืนในต่างจังหวัด รู้ตัวเลขดี บางร้านมีบัญชีเครื่องดื่มที่ทานขึ้นชอบอีกด้วย

ทำงานหนักไม่พอยังต้องต้อนรับผู้ใหญ่อีกด้วย ไม่ใช่เทศกาลก็จะจุต โคมลอย

“ก๊ีบาท” ผมถามผู้ป่วยรายหนึ่งที่เพิ่งผ่าตัดไส้ติ่งที่โรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่งย่านฝั่งธนบุรี

“แปดหมื่นครับ” ราคาเท่ากับภาคเหนือตอนบนเลย ศักดิ์ศรีเท่ากรุงธนบุรี

“ทำไมไม่ใช่ 30 บาทรักษาทุกโรค” ผ่าตัดไส้ติ่งอีกเสบเป็นเรื่องที่คาดหวังว่าโรงพยาบาลชุมชนควรทำได้ หรืออย่างน้อยที่สุดภายใต้ข้อครหาว่าโรงพยาบาลชุมชนปิดห้องผ่าตัดหมดแล้ว โรงพยาบาลจังหวัดควรทำได้ ไม่นับว่ามีโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลขนาดยักษ์รอบปริมณฑลกรุงเทพฯ อีกนับสิบที่ทำได้

“ไปแล้วครับ โรงพยาบาลเขาไม่ผ่า เขาส่งต่อไปโรงพยาบาลศูนย์ XXX ไกลๆ โรงพยาบาลศูนย์ว่าไม่มีเตียงว่างเลยส่งมาที่โรงพยาบาล XXX อีก ถึงตอนนั้นแม่ไม่ยอมไปต่อ พาเข้าโรงพยาบาลนี้ก่อน”

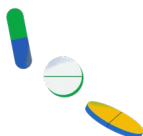
“เบิกได้บ้างหรือเปล่า”

“ไม่ได้ครับ เราไม่มีประกันอะไร พ่อแม่ว่าเสียเท่าไรเท่ากัน ขอให้ผมได้ผ่าตัดก่อน”

จะเห็นว่าสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติจะทำเพียงคำนวณแล้วแจกเงินนั้นไม่พอ เพราะในความเป็นจริงเราไม่มีใครจัดการระบบได้เลย

หากระบบรั่วไหล แจกเท่าไรก็หมด

13



ไม่รู้ ไม่จัดการ ไม่เท่าเทียม

“เหมือนปาฏิหาริย์เลย โยม” เป็นพระรูปหนึ่งบนดอยเล็ก ๆ ข้างซูเปอร์ไฮเวย์ระหว่างทางจากตัวเมืองเชียงรายไปแม่สายเล่าให้ผู้เขียนฟัง

คือวัดสันขวาง



พระพุทธรูปที่วัดสันขวาง

วัดสันขวางเดิมเป็นวัดเล็กๆ ที่ขึ้นอยู่กับวัดหลวงที่พื้นราบไม่มีพระอยู่ประจำ ผู้เขียนเลยรุดขึ้นไปดูในปีหนึ่งด้วยเห็นพระธาตุเรืองรองสะท้อนแสงยามเช้า ครึ่งทางขึ้นคดายเป็นพระพุทธรเจ้าห้าพระองค์สร้างหันหน้าไปทางทิศตะวันออกสวยงามมาก แต่น่าเสียดายที่ไม่มีใครดูแลบริเวณโดยรอบ ถูกปล่อยทิ้งให้เสื่อมโทรม

ข้างบนวัดยังเสื่อมโทรม มีสิ่งก่อสร้างทิ้งๆ ขว้างๆ และขยะมากมาย ห้องน้ำที่เคยสร้างไว้ดีแล้วปรักหักพัง ตัดกันกับพระธาตุ พระพุทธร พระทันใจ และพระนอนที่สูงงดงาม ‘ไม่’ สมส่วนเป็นธรรมชาติตามฝีมือสล่าชาวบ้าน มีคุณค่าควรแก่การอนุรักษ์และปิดกวดทำความสะอาดรอแขกแก้วมาเยือน

แล้ววันหนึ่งก็มีพระมาอยู่ ท่านว่าท่านมาจากเชียงใหม่ วัดก็สะอาดสะอาดอันไหนใด ผู้เขียนยังคงขึ้นไปไหว้พระทำบุญเป็นบางเวลาและยื่นขึ้นชมเชียงรายจากที่สูงเป็นครั้งๆ

แต่แล้ววันหนึ่งพระท่านก็พูดไม่ได้ แขนขาอ่อนแรง ชาวบ้านที่พบพาไปโรงพยาบาลเชียงรายในตัวเมืองซึ่งห่างออกไป 20 กิโลเมตรทันที โรงพยาบาลได้รับการสนับสนุนยาลละลายลิ่มเลือดจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ อยู่แล้วตามโครงการโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตัน (Stroke Fast Track) ที่ผู้ป่วยหลอดเลือดสมองตีบจะต้องได้รับยาลละลายลิ่มเลือด rt-PA ภายในเวลา 4 ชั่วโมง

แล้วผลลัพธ์เป็นอย่างที่พระท่านเล่า “เหมือนปาฏิหาริย์เลย โยม” พูดได้และแขนขากลับมาดีดังเดิมทันตา

ไม่เหมือนบิดาของผู้เขียนเมื่อสามสิบปีก่อน ท่านทนทุกข์ทรมานด้วยอัมพาตครึ่งซีกอยู่นานสามปีก่อนจะถึงแก่กรรมด้วยสมัยนั้นยังไม่มียาตัวนี้ และว่าที่จริงถึงจะมีก็ไม่มีปัญญาจ่าย อย่าวาแต่ร่วมจ่าย

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติจัดสรรงบประมาณเพื่อการนี้ให้แก่โรงพยาบาลประมาณ 60,000 บาท ในปีที่เปิดโครงการ ก่อนที่จะปรับเป็น 49,000 บาทในเวลาต่อมา อย่างไรก็ตามเราควรยกเครดิตให้คุณหมอและทีม

ทีมที่วินิจัยเบื้องต้นได้รวดเร็ว คุณหมอมที่วินิจัยยืนยันได้เจ็บขาดแล้ว
ไม่ลังเลสั่งการรักษาทันที่

“ลุงตายแล้วเนอ” เป็นคนรู้จักกันมานานโทรศัพท์มาหาจากอำเภอหนึ่ง
ริมแม่น้ำโขง

เมื่อสอบถามจึงรู้ว่าลุงเป็นอัมพฤกษ์พูดไม่ได้แขนขาอ่อนแรงมาได้สอง
ปีแล้ว วันที่เป็นใหม่ ๆ เมียก็พาไปโรงพยาบาลในทันที แล้วคุณหมอก็รับไว้
สังเกตอาการอยู่ 3-4 วัน ก่อนที่จะให้กลับบ้านแล้วนัดมาทำกายภาพบำบัด
แล้วชาวบ้านก็ไม่สามารถไปโรงพยาบาลทำกายภาพบำบัดได้ตามที่คุณหมอ
นัดเสียมาก บ้านห่างไกลเข้าไปตามถนนเส้นน้อยที่แยกจากทางหลวง บวกกับ
ความไม่มีเวลาของญาติๆ ที่ต้องทำมาหากิน จึงว่าถึงมี 30 บาทรักษาทุกโรค
ครอบคลุมเวชศาสตร์ฟื้นฟูก็มีได้ใช้ เพราะไม่มีปัญญาจะหาค่ารถไปใช้

กรณีนี้เราไม่ทราบรายละเอียดว่าคุณหมอมได้ส่งตัวคุณลุงไปโรงพยาบาล
จังหวัดเพราะไม่รู้หรือเพราะติดข้อบ่งชี้อื่นๆ เพราะว่าที่จริงแล้วโครงการนี้
ดำเนินมานานกว่าสองปีแล้ว

“นี่ถ้าเป็นผมจะได้ยาตัวนี้มัยนี้” ผู้เขียนถามแพทย์รุ่นน้องที่ทำงานที่
โรงพยาบาลโคราชเมื่อประมาณ 5 ปีก่อน คุณหมอมมีอาการแขนอ่อนแรงข้างหนึ่ง
อย่างเฉียบพลันระหว่างขับรถอยู่ในกรุงเทพฯ เพื่อนแพทย์แนะนำให้วรกรเข้า
โรงพยาบาลรามาริบัติโดยด่วนที่สุดและได้รับยาทันที่

คนบดียีกอย่างน้อยสองคนที่ผู้เขียนรู้จักได้รับยาตัวนี้ แล้วทั้งสองท่านก็ยัง
ทำงานอยู่จนถึงทุกวันนี้

“เฮ้ย ผู้อำนวยการ กูปากเบี้ยว” คุณหมอมอีกคนหนึ่งที่โรงพยาบาลเกิดอาการ
พูดไม่ชัดกะทันหันและมีแขนขาอ่อนแรงเล็กน้อย เป็นเพราะมีเพื่อนผู้ระดับ
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลขนาดยักษ์ในเขตกรุงเทพมหานครอีกเช่นเดียวกันที่
ช่วยให้ได้รับยาในเวลาที่รวดเร็วมาก แล้วสามารถกลับมาทำงานต่อได้อีกหลัง
จากพักฟื้นช่วงเวลาหนึ่ง

“เขาคิดหกล้มหน้าบาศรี เบิกได้สองหมื่น” เป็นข้าราชการภูธรอำเภอนิ่ง ถูกเข็นเข้าโรงพยาบาลเอกชนแถวบ้าน ดังที่ทราบว่าคุณโรงพยาบาลเอกชนนั้น ไม่ยาว ถึงจะยาวก็เร็ว ระยะเวลาก่อนที่รถพยาบาลจะนำคุณฉุกเฉินไปจนถึงผู้ป่วยได้ พบแพทย์นับกันเป็นนาทีและเป็นตัวชี้วัดคุณภาพหนึ่งของโรงพยาบาล บางคน เรียกว่า Door to Doctor Time (D2DT) ตัวเลขนี้จะถูกประกันเอาไว้สำหรับ โรคที่ต้องการการรักษาด้วยความเร็วสูง เช่น โรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย เป็นต้น

อีกโครงการหนึ่งที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติให้การสนับสนุน คือโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิดที่มีการยกขึ้นของคลื่นไฟฟ้า ส่วน ST (ST-Elevation Myocardial Infarction Fast Track) เรียกย่อว่า STEMI เหมจ่ายรายละ 49,000 บาทเช่นกัน (ตัวเลขปี พ.ศ. 2561)

ที่โรงพยาบาลรัฐ บางที่อายุรแพทย์ของเราทำงานได้ไม่ถนัดด้วยตัวชี้วัดนี้ ใช้เวลานานมาก เริ่มตั้งแต่รถหาทางเข้าโรงพยาบาล หาที่จอด ดีหน่อยก็ตรงไป ห้องฉุกเฉินแต่ทางไปถึงห้องฉุกเฉินก็มีรถหนาแน่นอีก รอเวลาเวรเปล เคลื่อนเปลมาหาก็เร็วหรือช้าตามภาระงานเวลานั้น ฝ่าความแออัดของห้อง ฉุกเฉิน ขั้นตอนการบำบัด รวมทั้งความเร็วในการตามแพทย์ ความเร็วในการส่งปรึกษาอายุรแพทย์ ความเร็วของการมาถึงห้องฉุกเฉินของอายุรแพทย์ หรือหากโชคไม่ดีโรงพยาบาลจัดระบบให้ผู้ป่วยไปถึงหอผู้ป่วยก่อนแล้ว ค่อยตามอายุรแพทย์ ผู้ป่วยจะต้องรอเวลาเคลียร์สิทธิหรือเวรเปลอีกหนึ่งรอบ รอคิวที่ลิฟต์ส่งผู้ป่วย รอเคลียร์เตียงว่าง รอพยาบาลซึ่งอัตรากำลังไม่พอเพียงพอแล้วโดยเฉพาะในหอผู้ป่วยอายุรกรรมของแทบทุกโรงพยาบาลรัฐ ซึ่งน่าจะมีสภาพเหมือนสนามรบมากกว่าที่จะเป็นสถานพยาบาล

‘โรงฆ่าสัตว์’ เป็นเพื่อนชาวตะวันตกคนหนึ่งพูดกับพี่เขียนเมื่อเดือนที่แล้ว เมื่อเขาได้เห็นสภาพของหอผู้ป่วยอายุรกรรมในโรงพยาบาลจังหวัดแห่งหนึ่ง ยุ่งเหยิง วุ่นวาย และพยาบาลทำงานสายตัวแทบขาดด้วยค่าตอบแทนน้อยนิด ห้าหมื่น และห้าหมื่น

ทั้งนี้ยังไม่แน่ว่าอายุรแพทย์จะต้องส่งตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์สมองอีก ทั้งหมดนี้ต้องแล้วเสร็จในเวลา 4 ชั่วโมงเพื่อให้ผลลัพธ์ของการฉีดยาละลาย

ล้มเลือดดีที่สุด จะเห็นว่า D2DT เป็นตัวชีวิตที่ช่วยชีวิตคนคนหนึ่งให้เปลี่ยนสภาพจากผักเป็นคนได้ในเวลาเป็นนาที อยู่ที่ระบบคุณภาพของโรงพยาบาลนั้นจะดีมากพอที่อายุรแพทย์จะทำงานได้หรือเปล่า

แต่ระบบคุณภาพที่มีอยู่ทุกวันนี้ก็ดูเหมือนว่าจะใช้อายุรแพทย์ไปทำเอกสารคุณภาพเสียมากกว่าอยู่ดี

“หาห้องพิเศษให้หน่อยสิ” ภรรยาของผู้ป่วยโทรศัพท์มาขอความช่วยเหลือในวันเดียวกับที่ได้ยาละลายล้มเลือด ภาวะฉุกเฉินผ่านไปได้ด้วยดีด้วยฝีมือโรงพยาบาลเอกชนและระบบเบิกของข้าราชการ ตอนนี้งี้เวลาประหยัดค่าใช้จ่าย และหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าช่วยได้

“คุณลุงตายแล้วเนอ” แทบจะวันเดียวกันที่บ้านเราได้รับข่าวคนรู้จักที่อำเภอติดชายแดนแห่งหนึ่ง ผู้ป่วยคนนี้ได้ไปโรงพยาบาลด้วยซ้ำไป หลังจากมีอัมพฤกษ์แล้วก็นอนอยู่บ้านเป่าน้ำมนต์ไปเรื่อย ๆ จนตาย ทั้งที่โรงพยาบาลชุมชนต้นสังกัดอยู่ห่างจากโรงพยาบาลจังหวัดเพียง 60 กิโลเมตร

เขียนเท่านี้คนเชียงรายก็จะรู้กันที่กำลังพูดถึงอำเภออะไร คืออำเภอแม่สายที่ซึ่งเด็ก ๆ ติดอยู่ในถ้ำหลวง 10 วัน กว่าจะช่วยเหลือออกมาได้

การจัดการสิ่งกีดขวางในถ้ำเพื่อนำเด็กออกมาต้องการเทคโนโลยีที่ดี การจัดการที่ดี และอาจจะต้องการพลังความรู้หรือพลังความเชื่อของชาวบ้านด้วย จะขาดส่วนใดส่วนหนึ่งก็ไม่สามารถช่วยเหลือเด็กได้สำเร็จ

การจัดสิ่งกีดขวางในเส้นเลือดสมองหรือเส้นเลือดหัวใจก็เช่นกัน



‘Cause of Death: Unknown’ ตอนที่ 1

Cause of Death: Unknown เป็นหนังสือสารคดีปี พ.ศ. 2560 จากนอร์เวย์ของผู้สร้างและผู้กำกับสตรี แอนนิเกิล โฮเอล (Annikel Hoel) ซึ่งได้สืบค้นและสอบสวนการตายของพี่สาวของเธอซึ่งป่วยเป็นโรคจิตเภท

“แหวนวงนี้เป็นของพี่สาวของฉัน เธอใส่ในวันที่เธอตาย อายุ 35 ปีเท่านั้น สาเหตุการตาย-ไม่ทราบ” หนังสือขึ้นต้นด้วยคำบอกเล่าของแอนนิเกิล

ผู้ป่วยตายในโรงพยาบาลจิตเวชหลังจากที่ได้รับยาจิตเวชหลายตัวในขนาดสูงหนึ่งเปิดเผยชื่อยาหลายตัวและบริษัทยาหลายบริษัทที่ผลิตยาเหล่านั้น

เป็นเมืองหนึ่งในนอร์เวย์ ที่สวยงามเล็กๆ มีแผ่นป้ายหลุมศพของเรเนต โฮเอล (Renate Hoel) หิมะโปรยปราย ดนตรีอ้อยอิ่ง แอนนิเกิลเล่าถึงวันที่พ่อของเธอมาแจ้งข่าวการตายของพี่สาว เธอกลับไปห้องของพี่สาวเพื่อถ่ายรูปข้าวของเครื่องใช้ส่วนตัว นั่นเป็นปี พ.ศ. 2548 ฉากนี้เพื่อเตือนผู้ชมว่าคนตายนั้นมีอยู่จริง และมีชีวิต มีของใช้ มีรูปถ่าย เหมือนพวกเรา

จากต่อมาในปี พ.ศ. 2549 แอนนิเกิลนั่งลงข้างหน้าต่าง จดบุหรืสูบ ถอนหายใจ ค่อยๆ พุดถึงมูลเหตุจูงใจที่เธอสร้างหนังสือนี้ พี่สาวของเธอตายในสถาบันจิตเวช ป่วยด้วยโรคจิตเภท ร่างกายแข็งแรงดี ทุกอย่างเรียบร้อยดี

หนังสือที่กรอบรูปเด็กหญิง 3 คน พี่สาวคือเรนเนตเป็นคนโต แอนนิเกลเป็นคนสุดท้อง หนังสือภาพชีวิตวัยเด็กของเด็กหญิงทั้งสาม แอนนิเกลเล่าว่า เธอเรียกพี่สาวว่า ‘ดาดา’ เสมอ แต่ในหนังสือนี้เธอจะใช้ชื่อจริงคือเรนเนต มีประโยคหนึ่งเธอพูดว่า เธอเฝ้าน้ำดูพี่สาวเสมอ เธอชอบใส่เสื้อของพี่ และเล่นเป็นพี่ ถึงตอนนี้หนังสือผ่านไปแล้วหกนาที่เพื่อสร้างเรนเนตที่มีอยู่จริงขึ้นมาในใจคนดู

จากถัดมาแอนนิเกลสัมภาษณ์เจ้าหน้าที่ที่พบศพเรนเนตเป็นคนแรก เรนเนตตายในทำนองบนเก้าอี้ ร่างค่อมลง เธอตายตั้งแต่วันเสาร์ตอนบ่าย แต่ว่านักสืบจะพบศพก็เป็นวันจันทร์ เจ้าหน้าที่เล่าว่าเรนเนตเป็นผู้ป่วยที่น่ารัก เขาพยายามกลั่นน้ำตา แอนนิเกลเล่าต่อไปว่าพี่สาวถูกพบในชุดสีดำ ไม่ใช่รองเท้า เธอฝันถึงพี่สาวในชุดดำนี้ติดต่อกันหลายคืน จากนั้นเธอเล่าขณะยืนบนดาดฟ้าในยามค่ำคืน แสงเหนือสวยงามปรากฏขึ้นบนท้องฟ้า สั่นไหวพลั้วไปมา เสมือนหนึ่งวิญญาณจะนั้น

หนังสือเรื่องจริง ๆ เมื่อประมาณวันที่ 10 เมื่อแอนนิเกลเริ่มค้นประวัติการรักษาของพี่สาว แล้วพบว่าพี่รับยา 5 ตัว โดยมีบางตัวที่ได้รับในขนาดสูงถึงสูงมาก เธอได้ค้นคว้าต่อไปแล้วพบว่ายาเหล่านี้มีคำเตือนเรื่อง sudden death คือการตายอย่างเฉียบพลันอยู่ก่อนแล้ว เธอจึงโทรศัพท์ไปถามแพทย์เจ้าของไข้เพื่อสอบถามว่ารู้เรื่องนี้หรือไม่ คุณหมอบอกว่ายาทุกตัวในกลุ่มยาจิตเวชสามารถทำให้เกิดภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะได้ทั้งนั้น แต่ถึงกับทำให้เกิดการตายอย่างเฉียบพลันนี้เขาไม่ทราบ

“คุณเป็นจิตแพทย์หรือไม่” เธอถามคุณหมอมองทางโทรศัพท์

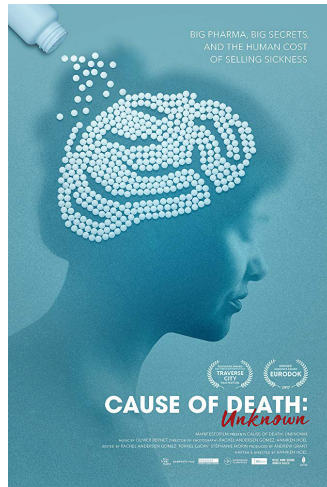
ท่าทีที่แอนนิเกลพูดกับคุณหมอ ว่ากันตามธรรมเนียมบ้านเราก็คงต้องว่าไม่สุภาพ ในขณะที่น้ำเสียงของคุณหมอที่ตอบมาทางโทรศัพท์ถือว่าราบเรียบและอาจถูกตีความได้ว่าเฉยเมย เรื่องคุณหมอบปฏิเสธว่าไม่รู้ความจริงเรื่องการตายอย่างเฉียบพลันนี้ จะเป็นคำพูดที่เธอใช้บอกใครต่อใครและอ้างอิงไปอีกหลายครั้งตลอดทั้งเรื่อง เป็นเสมือนชั้ยชนะยิ่งใหญ่ครั้งแรกและเป็นธงนำทางคล้ายกับแหวนของพี่สาวที่เธอใส่อยู่แล้วกล้องจะจับภาพเป็นระยะ ๆ ประกอบดนตรีอ้อยอิ่ง

หนังสือออกแนวชวนเชื่อ และหลายครั้งที่ชวนเชื่ออย่างโจ่งแจ้งซึ่งทำให้อุดตระแวงข้อมูลที่น่าเสนอต่อๆ มามีได้ การทำเช่นนี้เป็นข้อเสียต่อผู้สร้างเอง เพราะแม้ข้อมูลก็ตามมาจะถูกต้อง แต่ก็ทำให้น้ำหนักเบาลงไป เหตุที่กล่าวว่าหนังสือเพราะตลอด 90 นาทีที่นั่งดูนั้น ไม่มีฝ่ายที่ถูกกล่าวหาออกมาอธิบายเลย ซึ่งเป็นเรื่องที่น่าเสียดายมาก

แอนนิเกลไปหาผู้เชี่ยวชาญในวงการยาหลายคนเพื่อสัมภาษณ์ เรื่องที่คนส่วนใหญ่ควรทราบอยู่แล้วคือเรื่องสิทธิบัตรยา สิทธิบัตรยาใหม่มีอายุของตัวเองอาจเป็น 10 ปี หรือ 20 ปี แล้วจะตกเป็นของสาธารณะ ระยะเวลาที่บริษัทยาถือครองสิทธิบัตรยาจึงเป็นนาทีทองที่บริษัทรู้ว่าตนเองกำลังผูกขาดการค้ายา บริษัทขายได้อยู่คนเดียวและทำกำไรมากมายได้เท่าที่ต้องการ

ตัวอย่างคลาสสิกคือ ยาโปรแซค (Prozac) ชื่อสามัญคือฟลูออกซีทีน (Fluoxetine) การวางตลาดของโปรแซคในคริสต์ทศวรรษที่ 1980 เป็นประวัติศาสตร์หน้าใหม่ของวงการจิตเวชศาสตร์ นอกเหนือจากนี้คือยารักษาที่ใช้รักษาโรคซึมเศร้าแล้ว ยังเป็นครั้งแรกที่ยาได้กระจายตัวออกไปอย่างกว้างขวาง ข้ามพรมแดนของจิตแพทย์ไปสู่แพทย์ทั่วไป พุดง่ายๆ ว่าคุณหมอคนไหนก็สั่งยาโปรแซคได้ การแพร่ระบาดของโปรแซคไปทั่วสหรัฐอเมริกาทำให้เกิดวัฒนธรรมโปรแซค กล่าวคือ ขอเพียงเศร้าก็กินโปรแซค

ปัญหาของการทำตลาดโปรแซคคือ บริษัทได้โฆษณาข้อบ่งชี้ของโปรแซคเกินจริง กล่าวคือนอกเหนือจากที่ใช้รักษาโรคซึมเศร้าแล้ว บริษัทยังทำตลาดโปรแซคด้วยการสื่อให้จิตแพทย์และแพทย์ทั่วไปทราบว่ายาโปรแซคยังใช้ในโรคอื่นๆ ด้วย โดยที่ข้อบ่งชี้เหล่านี้ องค์การอาหารและยาสหรัฐอเมริกา (FDA) มิได้รับรอง



จากบรรทัดนี้ไปไม่ได้อยู่ในหนัง เป็นประสบการณ์ส่วนตัวและข้อคิดเห็นของผู้เขียนเอง โพรแซคได้ขยายข้อบ่งชี้ไปที่โรคดังต่อไปนี้ คือ กลัวสังคม อารมณ์หงุดหงิดขณะมีประจำเดือน ย้ำคิดย้ำทำ รวมทั้งแพนิค บางโรคไม่มีข้อบ่งชี้ในเวลาที่โพรแซควางตลาดใหม่ๆ แต่จะมีข้อบ่งชี้ในเวลาต่อมา

อย่างไรก็ตาม มีคำถามเสมอมาว่าบริษัทได้ถ่วงน้ำหนักงานวิจัยที่ทำโดยอาจารย์แพทย์มหาวิทยาลัยทั้งในต่างประเทศและประเทศไทยมากมายเพียงใด

ในความเป็นจริง โพรแซคเป็นยาที่ใช้ง่ายและสะดวกจริง ก่อนหน้ายาตัวนี้จิตแพทย์ใช้ยาในกลุ่ม Tricyclic Antidepressant ซึ่งแม้ยาจะได้ผลดีมาก แต่ต้องใช้ในขนาดสูงถึงสูงมาก นำมาซึ่งฤทธิ์ข้างเคียงมากมายเกินกว่าที่ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าบางคนจะทนได้ฝีมือการเพิ่มระดับยา (วงการแพทย์เรียกว่า titrate) จึงขึ้นกับจิตแพทย์เสียมาก และขึ้นกับการรักษาด้วยจิตบำบัดด้วย

ครั้นโลกมีโพรแซค แพทย์คนไหนบนโลกก็สั่งยานี้ได้ เพราะยาแทบจะไม่มีฤทธิ์ข้างเคียงเลยนอกจากความง่วงเล็กน้อยในตอนแรกๆ แต่ที่มหัศจรรย์มากกว่าคือยาออกฤทธิ์ในเวลา 14 วันเท่านั้น ซึ่งถือว่าเร็วมากเมื่อเทียบกับยารุ่นเก่าที่จะออกฤทธิ์ใน 2 เดือน

โปรแซคจึงมีความผิดอยู่ข้อหาเดียว นั่นคือบริษัทได้โฆษณาเกินจริง แต่เรื่องฤทธิ์ข้างเคียงยังไม่มีข้อกล่าวหาอะไรในตอนแรกๆ อย่างไรก็ตาม โปรแซคเป็นต้นแบบที่แสดงให้เห็นว่ายารุ่นเก่า ไม่ว่าจะเป็นยาต้านอารมณ์เศร้า หรือยารักษาโรคจิต แม้ว่าจะมีฤทธิ์ข้างเคียงมาก ปรับระดับยาก และออกฤทธิ์ช้า แต่ยารุ่นเก่าเหล่านี้การแพทย์รู้จักและใช้มาตั้งแต่คริสต์ทศวรรษ 1950 พุดง่าย ๆ คือหลังสงครามโลกครั้งที่สองไม่นาน ถึงวันนี้เรารู้จักยารุ่นเก่าเหล่านี้ กระຈ้างเหมือนฝ่ามือ เรารู้ฤทธิ์ข้างเคียงทุกตัว ทั้งระยะสั้นและระยะยาว จนกระทั่งไม่มีอะไรที่เราไม่รู้จักอีกเลย ดังนั้นในแง่ความปลอดภัยระยะยาวแล้ว ยารุ่นเก่าถือว่าปลอดภัยมากกว่ายารุ่นใหม่ๆ มาก

ทว่าโปรแซคจะแสดงให้เห็นฤทธิ์ข้างเคียงอันร้ายแรงในเวลาต่อมา

ตอนที่โปรแซควางตลาดใหม่ๆ ราคายาเม็ดละ 90 บาท เทียบกับ ยาต้านอารมณ์เศร้ารุ่นเก่าซึ่งหากเป็นยาอิมพอร์ต ราคาจะอยู่ที่เม็ดละ 3-5 บาท แต่ถ้าเป็นยาในชื่อสามัญซึ่งผลิตด้วยโรงงานยาในประเทศ ราคาจะอยู่ที่เม็ดละ 25-50 สตางค์ ผู้เขียนจำได้ว่าการจ่ายโปรแซคยังทำได้ยาก ด้วยราคาแพง เม็ดละเกือบร้อยบาท ซึ่งเกินจินตนาการของผู้เขียนเวลานั้น ผู้แทนยาลเวลานั้น ก็ทำการตลาดอย่างดุเดือดด้วยการวางยาตัวอย่างมากมายแก่แพทย์ รวมทั้งสนับสนุนให้แพทย์ไปเที่ยวสหรัฐอเมริกาเป็นหมู่คณะ

ตอนที่โปรแซคพ้นสิทธิบัตรยา เวลานั้นระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ได้เริ่มต้นในประเทศไทยแล้ว โปรแซคถูกเรียกขานด้วยชื่อใหม่คือ ฟลูออกซิทีน อันเป็นชื่อสามัญทางยา แล้วราคาลดลงจากเม็ดละมากกว่าหนึ่งร้อยบาท เมื่อเทียบกับเม็ดละ 90 บาทในเดือนที่วางตลาดใหม่ๆ ลงเหลือเม็ดละ 1-2 บาท แล้วบรรจุในบัญชียาหลักแห่งชาติ สามารถใช้สิทธิ 30 บาทรักษาทุกโรคได้ ตั้งแต่เริ่มต้น

นี่เป็นเรื่องใหญ่โตมากของวงการจิตเวชศาสตร์ประเทศไทย ผู้เขียน เชื่อว่า ในเวลาต่อมาผู้ป่วยจิตเวชหลายแสนคนและหลายล้านคนเข้าถึง ฟลูออกซิทีนได้โดยที่ตัวเองไม่รู้มาก่อนว่าเรากำลังเข้าถึงยาที่ดีที่สุดตัวหนึ่งในหน้าประวัติศาสตร์

จนถึงทุกวันนี้ แม้ว่ายาฟลูออกซิทีนจะถูกบ่อนแะจากบริษัทยาหลายบริษัทที่วางตลาดและถือสิทธิบัตรยารุ่นใหม่ๆ มากมายเกิน 10 ตัว ญกวิพากษ์ว่าเป็นยาที่ไร้ประสิทธิภาพ ในขณะที่ยาด้านอารมณ์เศร้ารุ่นใหม่ๆ เหล่านั้นซึ่งราคาขายเม็ดละ 25-100 บาทมีประโยชน์มากกว่า แต่โปรแซคหรือฟลูออกซิทีนยังคงเป็นยาอันดับหนึ่งของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่ใช้หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าและใช้ได้ผลดีถึงดีมากอยู่

และถ้าใช้ร่วมกับยาเสริมบางตัวแล้ว ผู้ป่วยเกือบทั้งหมดก็หายจากโรคซึมเศร้าได้โดยไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายเดือนละ 10,000-30,000 บาทให้แก่ยารุ่นใหม่ๆ เลย



‘Cause of Death: Unknown’ ตอนที่ 2

เมื่อ ‘โปรแซค’ หลุดพ้นจากสิทธิบัตรยาไปเสียแล้ว กำไรของบริษัทลดฮวบในระดับที่ผู้บริหารบริษัทและผู้ถือหุ้นหันหัวเหว บริษัททางยาตัวใหม่ที่กำลังความตื่นตะลึงแก่วงการไม่เป็นรองโปรแซค นั่นคือ ‘ไซเปรกซา’ (Zyprexa) ซึ่งเป็นยาที่ตีมากในการรักษาผู้ป่วยโรคจิตเภท

ปรากฏการณ์ไซเปรกซาที่ซ้ารอยโปรแซค แม้จะไม่ฮือฮาเท่าแต่ก็ไม่เบา บริษัทผูกขาดสิทธิบัตรยาอยู่นานหลายปี แต่เนื่องจากราคาแพงมหาศาล เมื่อเทียบกับโปรแซคซึ่งว่าแพงแล้ว บริษัทใช้กลยุทธ์เดิมคือขยายพรมแดนการส่งออกไปมากกว่าข้อบ่งชี้แรกคือโรคจิตเภท

ถึงตอนนี้หนังฉายให้เราเห็นโฆษณาที่บริษัทใช้ในการขยายฐานผู้ป่วย กล่าวคือ ชวนให้จิตแพทย์และแพทย์ทั่วไปเชื่อว่าโรคซึมเศร้าที่ผู้ป่วยเป็นอยู่ไม่ใช่โรคซึมเศร้า แต่เป็นเพียง ‘ครั้งเดียวที่เราเห็น’ นั่นคือเป็นเพียงระยะซึมเศร้าของโรคที่น่ากลัวมากกว่า คือโรคไบโพลาร์ (Bipolar Disorder) ซึ่งทำความเสียหายให้แก่ตัวผู้ป่วยและครอบครัวอย่างหนัก

บัดนี้คำตอบของการรักษาที่ง่าย ดี เร็ว ไม่มีฤทธิ์ข้างเคียงได้เกิดขึ้นแล้ว นั่นคือไซเปรกซา

ต่อไปนี้เป็นผู้เขียนเขียนเพิ่มเติมจากที่เห็นในหนัง

ที่จริงแล้วกระแสนิยมเป็นโรคไบโพลาร์ในบ้านเรากว่าวันนี้นี้ มีไข้มีมือของบริษัหรือไฮเพรกชา แต่เป็นไข้มีมือของหลายๆ องค์กรรร่วมกันตั้งแต่มกรมสุขภาพจิต โรงพยาบาลเอกชน นิตยสารสุขภาพ และรายการโทรทัศน์ด้านสุขภาพจิต ซึ่งเป็นไปตามชนบทปกติของทุนนิยม นั่นคือเมื่อผลิตยามาแล้วจะอย่างไรรักต้องขายให้ได้ และจะขายให้ได้ก็จะต้องเพิ่มฐานลูกค้าให้มากพอ

ยาไฮเพรกชานี้ราคาเม็ดละ 300-400 บาทในปีที่วางตลาดใหม่ๆ คือประมาณ 20 ปีก่อน เป็นยารักษาโรคจิตที่ออกฤทธิ์เร็ว แรง ชะงัด และไม่มีฤทธิ์ข้างเคียงเลยเหมือนโปรแซคตอนแรกๆ เทียบกับยารักษาโรคจิตรุ่นเก่าที่เรารู้จักมา 50 ปีตั้งแต่หลังสงครามโลกครั้งที่สองเช่นกัน

ยารุ่นเก่ามีฤทธิ์ข้างเคียงมากกว่ามาก ที่พบบ่อยคือวงง ปากแห้ง ท้องผูก แต่ที่เป็นปัญหามากที่สุดคือฤทธิ์ข้างเคียงที่เรียกว่า Extrapyrarnidal Symptoms ได้แก่ อาการมือสั่น ตัวแข็งทื่อ ตาเหลือกขึ้น คอแข็งงน น้ำลายไหล และชอยเท้าอยู่กับที่ (Akathisia) แม้ว่าฤทธิ์ข้างเคียงนี้จะไม่มีอันตรายอะไรเลย ผู้ป่วยไม่เจ็บปวดแต่อย่างใด และมียาแก้หรือยาป้องกันมิให้เกิด แต่ก็ใช่นุอุปสรรคต่อการปรับยาขึ้นไปในขนาดสูงถึงขนาดรักษาผู้ป่วยโรคจิตเภท

ทั้งนี้ยังไม่นับว่าญาติผู้ป่วยมักสติแตกไปก่อนผู้ป่วย เมื่อเห็นผู้ป่วย 'ชัก' จากยารุ่นเก่า

แต่ไฮเพรกชาไม่มีฤทธิ์ข้างเคียงอย่างที่ว่าเลย เจียบสนิท ดิมห้ศจรรยั ผลการรักษาก็ดีมาก ยาสามารถให้ในขนาดรักษาได้ทันทีโดยไม่ต้องเสียเวลาปรับขนาด และผู้ป่วยส่วนหนึ่งดีขึ้นใน 14 วัน สมคำโฆษณา

ครั้งที่ผู้เขียนบินไปประชุมจิตแพทย์โลกที่กรุงปราก สาธารณรัฐเช็ก ด้วยทุนส่วนตัวพร้อมภรรยา ผู้เขียนพบแพทย์จำนวนมากไปประชุมด้วยทุนบริษัท แต่เรื่องนี้มิได้จำเพาะเกิดกับบ้านเรา

ที่บริเวณโงงชั้นล่างของห้องศูนย์ประชุมที่ปราก ซึ่งตั้งอยู่ใกล้กับกำแพงโบราณขนาดยักษ์ของปรากทางทิศใต้ บริษัทปิดห้องเลี้ยงไวน์แก่ผู้เข้าร่วมประชุมทุกๆ คน บริเวณนั้นประดับประดาด้วยคัตเอาต์โทนสีม่วง อันเป็นสีประจำตัวของไฮเพรกชา

จำได้ว่าปีนั้น มีบุตรของบริษัทยาบางบริษัทได้ขึ้นคำเตือนว่า ห้ามแพทย์จากประเทศดังมีรายชื่อต่อไปนี้ หรือบางมลรัฐของบางประเทศดังมีรายชื่อต่อไปนี้ รับของกำนัลใดๆ จากบริษัทฯ ด้วยกฎหมายจิตความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์และบริษัทบางฉบับใช้ในบางมลรัฐหรือบางประเทศแล้ว แม้แต่ปากกาที่รับไม่ได้ นั่นคือช่วงเริ่มต้นของสหัสวรรษ

ไซเปรกซาเป็นยาที่แท้จริงสำหรับผู้ป่วยโรคจิตเภท แม้วันนี้ก็ยังดีอยู่ และเป็นเช่นเดียวกับยาใหม่ๆ ทุกตัว กล่าวคือฤทธิ์ข้างเคียงที่โฆษณาว่าไม่มีในตอนแรก จะค่อยๆ เปิดเผยมออกมาในภายหลัง ไซเปรกซาทำให้ผู้ป่วยของเรา ‘บางคน’ อ้วนถึงอ้วนมากในเวลาอันรวดเร็ว แน่หนอนว่ามีได้เกิดแก่ผู้ป่วยทุกคน แต่เมื่อเกิดขึ้นที่ ทั้งผู้ป่วยและผู้เขียนกุมขมับมากยิ่งขึ้นกว่าการใช้ยารุ่นเก่าที่ทำให้ตัวแข็งที่อนั้นเสียอีก

เพราะเรื่องตัวแข็งที่อนั้นช่วยได้ แต่เรื่องอ้วนนี้โลกแทบแตกเอาเลยทีเดียว

ไซเปรกซาหลุดสิทธิบัตรยาแล้วในปัจจุบัน ทำให้ราคายาอิมพอร์ตที่เม็ดละ 400 กว่าบาท ลดเหลือเม็ดละ 10-20 บาท สำหรับชื่อสามัญคือ Olanzapine ซึ่งผลิตในประเทศ

อย่างไรก็ตาม ยามีได้ใช้มากมายเหมือนโปรแซคหรือฟลูออกซิทีน ขณะเดียวกันก็มียารักษาโรคจิตตัวใหม่ๆ จากอีกหลายบริษัทที่เข้ามาแชร์ส่วนแบ่งการตลาด ซึ่งหนึ่งเรื่องนี้ก็สับยับทุกตัวไป

กลับมาที่หนึ่ง บริษัทถูกฟ้องเรื่องการโฆษณาเกินจริง และศาลสูงสหรัฐฯ ตัดสินให้บริษัทจ่ายค่าปรับเป็นเงิน 2 พันล้านดอลลาร์ หนึ่งโปกส์ไปที่ผู้เชี่ยวชาญอีกครั้งหนึ่งว่า เงินสองพันล้านดอลลาร์เทียบกับผลกำไรหลายพันล้านดอลลาร์ที่บริษัทได้ไปแล้ว นับเป็นต้นทุนที่ต้องจ่ายตั้งแต่แรกอยู่แล้ว มิใช่เรื่องใหญ่แต่อย่างใด

ไซเปรกซาไม่ฮือฮาเท่าโปรแซคก็จริง แต่ก็เหมือนโปรแซคในแง่ที่ว่า เป็นยารักษาโรคจิตเภทรุ่นใหม่ที่จะออกวิ่งไปก่อนและทำกำไรมหาศาลไปก่อน คล้ายๆ ไวอากร้าที่ออกตัวก่อนและชนะถล่มทลาย

หนึ่งเล่าต่อไปถึงยาตัวที่สอง โดยขึ้นต้นด้วยโฆษณาแบ่งเด็ก จอห์นสัน-แอนด์จอห์นสัน ที่คุ้นเคย ยาต้านโรคจิตรุ่นใหม่ตัวที่สองที่ออกมาทำตลาดเป็นของจอห์นสันแอนด์จอห์นสัน ชื่อว่า ริสเพอดาล (Risperdal) มีชื่อสามัญทางยาว่า Risperidone







'Cause of Death: Unknown'

ตอนที่ 3

หนังสือต่อไปถึงยาตัวที่สอง ยาต้านโรคจิตรุ่นใหม่ตัวที่สองที่ออกมา ทำตลาดเป็นของจอห์นสันแอนด์จอห์นสัน ชื่อว่า ริสเพอดาล

ยาใหม่นี้มีข้อบ่งชี้ในการรักษาโรคจิตเภทตั้งแต่แรก และมีข้อบ่งชี้ในการรักษาโรคไบโพลาร์ระยะแมเนียตั้งแต่แรกด้วย ราคาอย่าไม่สูงมากนัก เพียงเม็ดละไม่กี่สิบบาทในตอนแรก และมีฤทธิ์ข้างเคียงตามสมควรไม่แตกต่างจากยารุ่นเก่าเท่าใดนัก แม้ว่าจะน้อยกว่าบ้าง

อย่างไรก็ตาม จอห์นสันแอนด์จอห์นสันก็ทำการตลาดแบบขยายข้อบ่งชี้ ออกไปเกินกว่าที่ FDA อนุญาต แล้วก็ถูกปรับไปอีกพันล้านดอลลาร์ ปัจจุบัน ยาตัวนี้หลุดสิทธิบัตรแล้วเช่นเดียวกัน และสามารถใช้ได้ด้วยสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

หนังสือให้เห็นการทำตลาดของยามหัศจรรย์ 2 ตัวคือ โพรแซคและไซเปรกซา กับยาดีที่ต่อมเนื้ออ่อนตัวอีกหนึ่งตัวคือ ริสเพอดาล ที่หนึ่งไม่พูดคือยาสามตัวนี้ดีจริง ช่วยเหลือผู้ป่วยได้มากมายจริง มีผู้ป่วยหลายล้านคนทั่วโลกที่มีอาการทางจิตดีขึ้นจากยาสามตัวนี้ หนังสือไม่ได้บอกว่าคุณป่วยรอดพ้นการฆ่าตัวตายไปได้มากมายเพียงใด แม้กระทั่งไซเปรกซาและริสเพอดาลก็เป็นยาที่ใช้ขจัดความคิดฆ่าตัวตายออกไปจากหัวได้ถ้าใช้ถูกวิธี มากไปกว่านี้

ที่หนึ่งไม่บอกคือ ยาสามตัวนี้ได้ช่วยเหลือครอบครัวของผู้ป่วยไปมาก จนประเมินค่ามิได้ โดยเฉพาะครอบครัวของผู้ป่วยโรคจิตเภท

ไซเปรกซาและริสเพอดาลช่วยให้ผู้ป่วยโรคจิตเภทอาการดีขึ้นอย่างชัดเจน การที่ผู้ป่วยอาการดีขึ้นทำให้ครอบครัวของผู้ป่วยเข้าสู่สมดุล ทุกคนมีความสุขมากขึ้น ความรักกลับคืนมา และที่ไม่มีใครอยากพูดถึง คือยาสองตัวนี้ลดความก้าวร้าวของผู้ป่วยลงไปมาก ทำให้สมาชิกครอบครัวลดพินการถูกทำร้ายมากขึ้น

ข้อดีมหาศาลเหล่านี้มิได้ถูกหยิบยกขึ้นมาพูดหรือย้ำในหนังสือนี้แต่เรื่องการตายกะทันหัน เพราะแอนนิเกลไปสัมภาษณ์ผู้เชี่ยวชาญด้านสถิติการตายพบว่าตัวเลขของการรายงานภาวะตายกะทันหันหลังใช้ยารักษาโรคจิตเภทกลุ่มใหม่ๆ นี้ทั่วโลก อยู่ที่ร้อยละ x คน แต่อัตราการรายงานอยู่ที่ร้อยละ y ดังนั้นตัวเลขที่แท้จริงสูงมาก จะเห็นว่าหนังสือเจตนาวาดภาพให้ผู้ชมเห็นชัดๆ ว่ายาน่ากลัว

ผู้เขียนบทความนี้เป็นคนหนึ่งที่ว่ายาเหล่านี้่น่ากลัว แต่ว่าไปแล้ว ยารักษาโรคทุกชนิดบนโลกนี้น่ากลัว แต่เราไม่มีหนทางใดจะช่วยผู้ป่วยได้เลย หากไม่ใช้ยาเหล่านี้ เพราะที่แท้แล้วไม่มีหนทางอื่นเลย

ดังนั้น จิตแพทย์สมัยใหม่ทุกคนจะใช้ยาเหล่านี้ด้วยความระมัดระวัง และผู้เขียนเชื่อว่าจิตแพทย์จำนวนมากอยู่แกล้งว่าตัวเองกำลังเสี่ยง แม้ต้องเสี่ยงรักษาด้วยยาอันตราย แต่เมื่อประโยชน์ผู้ป่วยมาก่อนประโยชน์ส่วนตน และเป็นการเสี่ยงที่วางบนรากฐานวิชาการที่ดีและเวชปฏิบัติที่ดี เราก็คงต้องยอมเสี่ยงเพื่อให้ผู้ป่วยมีอาการดีขึ้น และครอบครัวได้รับประโยชน์จากยานั้น

ไม่ต่างอะไรจากศัลยแพทย์ฝีมือดีที่ยอมเสี่ยงตัวเองผ่าตัดยากๆ เพื่อช่วยชีวิตคน ทั้งที่คุณหมอสามารถปฏิเสธไม่ผ่าตัดโดยไม่มีความรู้ หรืออายุรแพทย์ที่ยินดีใช้ยาช่วยชีวิตที่มีฤทธิ์ข้างเคียงน่ากลัว ทั้งที่คุณหมอจะหลบไปตอนไหนก็ได้ หรือเพลย์เซฟไว้ก่อนก็ได้ แต่ก็ไม่ได้ทำ เหล่านี้คือจริยธรรมวิชาชีพที่แพทย์ที่ดีและกล้าหาญจะอ้างเอาไว้

จะว่าไปก็เหมือนนายแพทย์แฮริส จากออสเตรเลีย ที่ตัดสินใจใช้ยา Ketamine และ Alprazolam ทั้งที่ถูกโต้แย้ง แต่คุณหมอก็ใช้ยาทั้งสองตัวด้วยความระมัดระวัง เพราะเป็นทางเลือกที่เป็นไปได้ในการช่วยชีวิตเด็ก 13 คน ออกจากถ้ำหลวงก่อนถึงเวลาวิกฤต

ผู้ป่วยที่รักษาง่ายๆ หรือที่เราเรียกว่าเคสง่าย ๆ แพทย์ที่ไหนก็ทำได้ แต่เคสยาก ๆ มีแต่แพทย์ที่กล้าหาญและมีวิชาการจึงทำได้ และถ้าต้องทำโดยไม่ต้องคำนึงถึงค่าใช้จ่ายก็จะดีมาก เพราะเราเรียนมาเพื่อรักษา มิได้เรียนมาเพื่อคิดค่าใช้จ่าย หลักประกันสุขภาพจะช่วยแบ่งเบาภาระทางใจของแพทย์ไปได้มาก

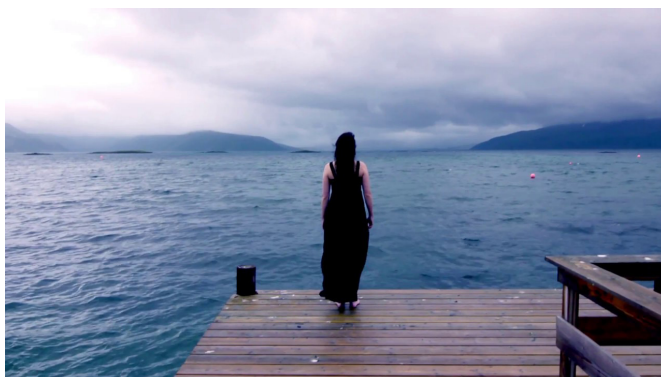
ผู้ป่วยควรไว้วางใจแพทย์ (trust) เราจึงจะทำงานได้ดีที่สุด ในขณะเดียวกันระบบควรจ่ายเงินแทนผู้ป่วย นั่นทำให้เราทำงานง่ายมากขึ้นไปอีก นี่คือหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า



กลับมาที่หนัง ช่วงต่อไปแอนนิเกลสยบมาหาโรคที่ทำให้ลาตได้มากอีกโรคหนึ่งคือ PTSD หรือ Post-Traumatic Stress Disorder โรคนี้เป็นที่กล่าวขวัญถึงมากเมื่อทหารผ่านศึกจำนวนมากกลับจากสงครามอ่าวเปอร์เซียและอิรัก หนังพาเราไปรู้จักครอบครัวของทหารหนุ่มหน้าตาดีผู้เสียชีวิตจากยาในกลุ่มนี้

PTSD เคยเป็นที่รู้จักในชื่อว่า Shell-Shock Syndrome คือภาวะที่ทหารผ่านศึกสงครามโลกครั้งที่หนึ่งมีอาการแพลงแบ็กเหมือนกลับสู่สนามรบอีกครั้ง อาการนี้เป็นได้ในตอนกลางวันแสบๆ ตามด้วยฝันร้ายเมื่อนอนหลับ หลังจากสงครามโลกครั้งที่หนึ่ง ผ่านสงครามโลกครั้งที่สอง โรคนี้เคลื่อนตัวมาครอบคลุมประชาชนทั่วไปที่ผ่านภัยอันตรายร้ายแรง ทั้งที่เป็นหายนะภัยขนาดใหญ่ หรือวินาศภัยขนาดเล็ก ไปจนถึงเรื่องราวแรงส่วนบุคคล เช่น การถูกข่มขืน หรือรอดจากอุบัติเหตุรถยนต์ร้ายแรง

เช่นเดียวกับโรคซึมเศร้าและโรคจิต โรค PTSD ถูกอธิบายว่าเกิดจากสารเคมีในสมองที่เสียสมดุล และยาต้านอารมณ์เศร้า เช่น โพรแซค รวมถึงยาด้านโรคจิต เช่น ซิเปรกซาและริสเพอดาล ช่วยได้ รวมถึงยารุ่นใหม่ตัวอื่นๆ อีกหลายตัว นั่นทำให้การตลาดของยากลุ่มนี้ขยายฐานลูกค้าเพิ่มขึ้น



แอนนิเกลได้ไปพบครอบครัวของทหารผ่านศึกคนหนึ่งที่น่าอนหลับตาย เขาเป็นเด็กหนุ่มร่างกายแข็งแรง เขาได้ยารักษา คือ Seroquel ในขนาด 1,600 mg/D นั่นคือขนาดสองเท่าของการรักษา ชวนให้นึกถึงครั้งที่ผู้เขียนเป็นแพทย์ประจำบ้าน เวลานั้นแพทย์โรงพยาบาลศรีธัญญาได้เสนอผลงานวิชาการสาธิตให้เห็นผู้ป่วยโรคจิตเภทที่กินยา Chlorpromazine ในขนาด 1,500 mg/D สร้างความตื่นตกใจให้แก่อาจารย์แพทย์จากโรงเรียนแพทย์ทั้งห้องประชุม

ด้วยพวกอาจารย์ไม่เคยมีประสบการณ์เช่นนี้มาก่อน ในขณะที่แพทย์ในโรงพยาบาลจิตเวชทั่วไปจ่ายยาต้านโรคจิตในขนาดสูงกันเป็นธรรมดา ด้วยเหตุผลที่ว่าผู้ป่วยจำนวนหนึ่งมีพฤติกรรมก้าวร้าวและเป็นอันตรายต่อผู้อื่นอย่างน่ากลัวแน่นอนเราไม่มีทางพิสูจน์ได้ว่ามีผู้ป่วยนอนหลับตายปีละกี่คนในยุคสมัยนั้น

หนังสือเรากลับไปพบเรเนตอีกครั้งหนึ่ง หนังสือว่าเธอเริ่มไม่สบายตอนอายุ 20 ปี แอนนิเกลคือน้องสาวคนเล็กอายุ 10 ปี เรเนตเริ่มมีอาการด้วยการใช้ผ้าพันศีรษะเอาไว้ตลอดเวลา เมื่อถามว่าพันทำไม เธอตอบว่าพระเจ้าสั่ง และถ้าใครไม่ทำตามที่พระเจ้าสั่งจะต้องถูกลงโทษ

แอนนิเกลเล่าต่อไปว่าเรเนตใช้เวลา 14 ปีหลังจากนั้น เข้าออกโรงพยาบาลหลายครั้ง และบางครั้งด้วยความไม่สมัครใจ เธอมีความรัก แต่งงานเมื่ออายุ 25 ปี และมีบุตร 1 คน หนังสือเตือนเราเป็นระยะๆ ว่าเธอมีชีวิต จับภาพที่แหวนของเธอเป็นระยะๆ เช่นเดียวกับตอนแรก

จากนั้นแอนนิเกลก็เล่าวิธีที่บริษัทฯ เข้าควบคุมธุรกิจครบวงจร โดยชี้ให้เห็นและสัมภาษณ์บุคคลที่เกี่ยวข้องในแต่ละขั้นตอน นั่นคือ ควบคุมงานวิจัย ควบคุมคู่มือวินิจฉัยโรค และควบคุมรัฐสภาแห่งยุโรป



‘Cause of Death: Unknown’ ตอนที่ 4

ด้วยฉากที่เป็นที่กังขา แอนนิเกลโทรศัพท์ถึงสถาบันสุขภาพจิตแห่งชาติ (National Institute of Mental Health : NIMH) เพื่อขอรายงานวิจัยที่ชี้ให้เห็นว่ายาต้านโรคจิตมีประโยชน์จริง เธอเล่าว่า NIMH ไม่สามารถหาได้ในทางตรงข้ามกลับส่งรายงานที่ดีพิมพ์ในวารสารการแพทย์ Journal of Clinical Psychiatry ที่สรุปผลการศึกษายาต้านโรคจิต 4 ตัว พบว่าไม่มีประโยชน์และไม่ปลอดภัย

หนึ่งพาเราไปสัมภาษณ์ผู้เชี่ยวชาญ 2 คน คนแรกพูดชัดเจนว่าคำอธิบายที่จิตแพทย์ให้แก่ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในปัจจุบันนี้-ผิด จิตแพทย์มักพูดว่าสมองของเราขาดซีโรโตนิน (serotonin) เราจึงเป็นโรคซึมเศร้า ดังนั้นเราจ่ายยาต้านอารมณ์เศร้าให้แก่คุณเพื่อเพิ่มซีโรโตนิน แต่ในความเป็นจริงแล้ว เราไม่มีข้อพิสูจน์ว่าระดับซีโรโตนินในผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามลดลง

ย่อหน้าต่อไปนี้เป็นของผู้เขียน ตอนที่โปรแซคออกวางตลาดใหม่ๆ ยาตัวนี้มาพร้อมมกลไกใหม่ คือ Serotonin reuptake blocker อธิบายว่าโปรแซคจะไปยับยั้งการดูดกลับของซีโรโตนินที่จุดเชื่อมต่อระหว่างเซลล์ประสาท (synapses) ผลคือทำให้ระดับของซีโรโตนินสูงขึ้นแล้วผู้ป่วยหายจากโรคซึมเศร้า คำอธิบายนี้ถูกต้องในระยะเริ่มแรก ก่อนที่เราจะพบในเวลาต่อมาว่า ซีโรโตนินมิใช่สารสื่อประสาทเพียงหนึ่งเดียวที่รับผิดชอบกลไกการเกิดโรค ที่จริงแล้ว

ยังมีสารสื่อประสาทอีกหลายตัว รวมถึงสมมติฐานการเกิดโรคที่นอกเหนือจากเรื่องพันธุกรรมและชีววิทยาที่หนึ่งมิได้กล่าวถึง

เป็นความจริงว่าเมื่อถึงวันนี้มียาต้านอารมณ์เศร้าวางตลาดอีกหลายสิบขนาน ที่อ้างว่าออกฤทธิ์ต่อตัวรับสารสื่อประสาท (receptors) ต่างๆ นานาจริงหรือไม่ตั้งคำถามได้ แต่มีใช้ว่าจะไม่จริงไปเสียทั้งหมด

ในผู้ป่วยที่ฆ่าตัวตายสำเร็จ เราพบว่าระดับของสาร 5-HIAA ซึ่งเป็นผลิตภัณฑ์ของซีโรโทนินลดต่ำลงอย่างมีนัยสำคัญ

ถัดจากผู้เชี่ยวชาญคนแรก เคลื่อนไปที่ผู้เชี่ยวชาญคนที่สองที่เล่าว่าการแพทย์พยายามพิสูจน์เสมอมาว่า โรคจิตเกิดจากปัจจัยทางชีววิทยาในสมองและระบบประสาทส่วนกลาง คำบรรยายตอนนี้มาพร้อมภาพการผ่าเนื้อสมองผู้ตายด้วยมีดบางๆ บนเขียง และแผนภาพที่แสดงให้เห็นการสอดแท่งเหล็กเข้าไปในโพรงงูมถึงสมองส่วนหน้า ซึ่งเป็นหนึ่งในแผนภูมิที่มีชื่อเสียงที่สุดในวงการแพทย์

เมื่อเราพยายามหารอยโรคของอาการทางจิต และรักษารอยโรคนั้นที่สมองส่วนหน้าของมนุษย์ ภาพประกอบสองภาพนี้ช่วยตอกย้ำว่าจิตแพทย์ไม่สนใจเรื่องทางจิตใจแล้วหรืออย่างไร ทว่าสนใจอยู่เพียงเรื่องใช้ยาอะไร ซึ่งเป็นข้อกล่าวหาที่ต่อให้ถูกต้องกับจิตแพทย์จำนวนหนึ่ง แต่ไม่ถูกต้องกับจิตแพทย์ทั้งหมด

จากนั้นแอนนิเกลนำผู้ชมไปสู่ข้อสรุปที่ 1 คือบริษัทยาเป็นเจ้าของงานวิจัยร้อยละ 50 ที่มีอยู่ ดังนั้นงานวิจัยที่ชี้ให้เห็นข้อเสียของยาจะถูกเก็บขึ้นแล้วปล่อยให้มีการตีพิมพ์เฉพาะงานวิจัยที่ชี้ให้เห็นประโยชน์ของยา หนึ่งตอนนี้เปิดเผยชื่อวารสารการแพทย์ที่มีชื่อเสียงระดับโลกคือ BMJ, Lancet, JAMA, NEJM นับว่าผู้สร้างหนังสือนี้ทำงานมาดี เพราะเธออ้างถึงวารสารระดับท็อปจริงๆ

ผู้เชี่ยวชาญเล่าต่อไปว่า บริษัทยาเห็นช่องทางสำคัญที่จะเข้าควบคุมวารสารเหล่านี้ ถึงกับจัดให้มีนักเขียนผี (ghost writer) ช่วยเขียนบทคัดย่อและสรุปบทคัดย่อในทางที่เป็นประโยชน์ต่อยา ด้วยรู้ว่าแพทย์ส่วนใหญ่ในโลกมีงานยุ่ง

เกินกว่าจะอ่านงานวิจัยฉบับเต็ม จึงมักจะอ่านเฉพาะประโยคสรุปของบทคัดย่อ นั่นคือยานี้มีสัญญาณที่บ่งว่าใช้ได้ดี ยิ่งไปกว่านั้นบริษัทยังซื้อหน้าโฆษณา และจัดหน้าโฆษณาให้แพทย์อ่านง่ายอีกด้วย

ตัวแทนที่แท้จริงของบริษัทาคือนายแพทย์ ด้วยการควบคุมวารสารที่มีชื่อเสียง นายแพทย์จำนวนมากจะเชื่อโดยไม่ตั้งคำถาม ดังนั้นเรื่องนี้ไปไกลกว่าการใช้ตัวแทนยาเพื่อขายยา หรือการเสนอสินน้ำใจ เพราะแม้แต่แพทย์ที่มีจริยธรรมที่ดีที่สุดก็ไปไม่พ้นวงการขายนี้ แพทย์ที่ไม่เคยไปดินเนอร์กับบริษัทฯ ไม่เคยพบผู้แทนยา ไม่เคยรับอะไรจากบริษัทฯ ก็สามารถถูกชักจูง (manipulated) ได้โดยไม่รู้ตัว

จากเรื่องวารสารการแพทย์ไปที่เรื่องตัวแทนยา บริษัทฯจ้างตัวแทนยาเพื่อเข้าถึงตัวแพทย์ เชิญแพทย์ไปประชุมวิชาการ เป็นสปอนเซอร์อาหาร และวางเอกสารโปรโมทยา ตัวแทนยาไม่จำเป็นต้องเรียนรู้เรื่องยา แต่เรียนรู้เรื่องวิทยากรก็พอ และบริษัทก็ได้จัดสร้างเครื่องมือที่ช่วยเหลือตัวแทนยามากมาย เช่น แผ่นพับที่บอกอาการของผู้ป่วย

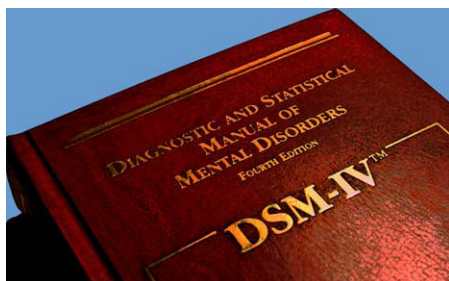
แอนนิเกลไปสัมภาษณ์ตัวแทนยาคนหนึ่ง เธอเล่าว่าพวกเธอไม่คุยกับแพทย์เรื่องการวินิจฉัยโรค พวกเธอเพียงคุยเรื่องอาการ เช่น เราไม่ถามว่า คุณหมอมียุผู้ป่วยไบโพลาร์หรือเปล่า แต่จะถามว่าคุณหมอมพบผู้ป่วยมีอาการแบบนี้บ้างไหม พร้อมวางแผ่นพับรูปผู้ป่วยที่เล่าอาการของตนเอง เข้าใจว่านี่เป็นกลยุทธ์สำหรับแพทย์ทั่วไปที่มีจิตใจแพทย์ซึ่งเป็นตลาดใหญ่กว่า แอนนิเกลถึงกับใช้คำศัพท์ว่า Zyprexa patient ในหนังสือ นั่นคือวินิจฉัยอะไร-ไม่สำคัญ มีอาการอะไร-ไม่สำคัญ ที่สำคัญคือการติดตามผู้ป่วยให้เป็นผู้ป่วยไซเปรกซาให้ได้

ตัวแทนยาผู้นี้เปิดคำให้สัมภาษณ์ได้น่าตื่นตะลึง เมื่อเธอเล่าถึงอำนาจของแพทย์ที่พร้อมจะทำอะไรตามความเชื่อของตัวเอง “ถ้าคุณหมอคิดว่าใช้โปรแซคเพื่อรักษาเชื้อราที่เล็บได้ เขาก็จะจ่าย”

จากเรื่องตัวแทนยาไปที่เรื่องการขายโรค (selling sickness) วิทยายาที่ได้ผลคือขายโรค ทำให้ประชาชนเชื่อว่าตัวเองป่วยให้ได้ก่อน โรคทางจิตเวช

กลายเป็นโรคที่ขายง่าย เพราะทุกโรคเป็นเพียงอาการภายใน ไม่ว่าจะเป็นไบโพลาร์ สมาธิสั้น โรคซึมเศร้า หรือ PTSD

ในวงการจิตเวชศาสตร์มีคัมภีร์สำคัญในการวินิจฉัยและจำแนกโรคคือ DSM ซึ่งจัดทำโดยสมาคมจิตแพทย์อเมริกัน (APA) และมีอิทธิพลต่อจิตแพทย์ทั่วโลก วิธีสร้างโรคหรือขายโรคทำได้ด้วยการเปลี่ยนคำนิยามและข้อบ่งชี้ตัวโรคให้กว้างขวางมากขึ้น เป็นกันง่ายขึ้น และเป็นเช่นนี้ทุกครั้งที่มีการทบทวน DSM ฉบับเก่าแล้วออกฉบับใหม่ มีโรคใหม่บรรจุเข้ามา และมีข้อบ่งชี้ใหม่ๆ ที่ง่ายกว่าเดิมสำหรับโรคเก่า



หนังสือคู่มือสองในสามของผู้จัดทำ DSM มีความเกี่ยวข้องกับบริษัทยาด้วยกลไกนี้ จำนวนผู้ป่วยจิตเวชเพิ่มจาก 1.25 ล้านคนในปี 2530 เป็น 4 ล้านคนในปี พ.ศ. 2550 และมูลค่ายาเพิ่มจาก 800 ล้านดอลลาร์เป็น 40,000 ล้านดอลลาร์ มากไปกว่านี้คือการทำงานนอกเหนือ DSM เช่น การบัญญัติโรค Childhood Bipolar Disorder ขึ้นมาใหม่ นั้นทำให้สามารถกวาดต้อนเด็กชนหรือกัวร้ายอีกจำนวนมหาศาลเข้ามาเป็นผู้ป่วย

ต่อไปนี้เป็นของผู้เขียน ที่จริงอธิบายขายโรคมิได้ใช้กับวงการจิตเวชศาสตร์เท่านั้น แต่ใช้กับแพทย์สาขาอื่นได้แทบทุกสาขา ที่ใช้มากคือโรคหัวใจและโรคกระเพาะอาหาร การขายความรู้สึกว่าประชาชนเป็นโรค ทำให้ได้ฐานคนไข้เพิ่มขึ้นมหาศาล ยอดการขายยาที่สูงที่สุดในโลก 3 อันดับแรก คือ โรคหัวใจ

โรคกระเพาะอาหาร และโรคทางจิตเวช นอกจากนี้การสร้างโรคใหม่ การสร้างชื่อโรคใหม่ๆ ซึ่งเปรียบเสมือนการบรรจุผลิตภัณฑ์ใหม่ ก็พบในแพทยสาขาอื่นเช่นเดียวกัน เรามีชื่อโรคใหม่และตัวย่อใหม่เสมอๆ

อย่างไรก็ดี การครอบงำ APA และ DSM ก็อาจมิใช่ข้อกล่าวหาเดียว ผู้เขียนรู้สึกมานานแล้วตั้งแต่อ่านรายงานของ WHO ที่แจกจ่ายโดยกรมสุขภาพจิตเมื่อสามสิบปีก่อนว่า โรคซึมเศร้าเป็นปัญหาสำคัญที่สุดของโลกอนาคต นี่ก็เป็นส่วนหนึ่งของอุปายบายโรค และดูเหมือนว่าอาจจะเป็นจริงในวันนี้ ถ้าเป็นเช่นนั้น แปลว่า WHO และ ICD ไม่ต่างอะไรจาก APA และ DSM ตัวอย่างล่าสุดคือการบรรจุโรคใหม่ใน ICD11 ที่กำลังถกเถียงกันคือโรคติดเกมหรือ Gaming Disorder ซึ่งเกมเมอร์ทั่วโลกกำลังต่อต้าน รวมทั้งจิตแพทย์ที่เป็นเกมเมอร์ด้วย ในขณะที่จิตแพทย์ทุกคนก็พบว่ามียุวเด็กหรือผู้ใหญ่บางคนใช้ชีวิตกับเกมจนชีวิตส่วนตัว ครอบครัว หน้าที่การงานเสียหายหมดทุกด้านอยู่จริง

จากเรื่องอุปายบายโรค มาที่เรื่องผู้ดูแลกติกา (regulator) ในยุโรปผู้นุมัติยา คือ European Medicine Agency (EMA) ภายใต้ EU ผู้แทนสหภาพยุโรปเหล่านี้ทำหน้าที่เพียงแค่การทบทวนเอกสารแล้วยกมือโหวต ภายใต้ฐานคิดว่า “ประโยชน์ของยามีมากกว่าโทษหรือไม่”

หนึ่งเล่าว่าไซเปรกซาผ่านการโหวตด้วยงานวิจัยเพียง 4 ชิ้นที่ทำในเวลาเพียง 6 สัปดาห์ หลังจากยารวางตลาดนานพอสมควรเลยทีเดียวดีกว่ารายงานเรื่องฤทธิ์ข้างเคียงต่างๆ นานา รวมทั้งเรื่องความอ้วน จะหลังไหลเข้ามา ดังนั้นในทางปฏิบัติแล้ว ประชาชนจึงเป็นหนูทดลองของบริษัทยา บริษัทยาใช้งบประมาณมหาศาลผ่านนักล็อบบี้ รวมทั้งให้การสนับสนุน EMA อีกด้วย

ต่อไปนี้เป็นของผู้เขียน จากประสบการณ์พบว่ามักมีตัวแทนยานำเอกสารสำรวจประโยชน์และโทษของยามาให้จิตแพทย์ที่ทำงานในต่างจังหวัดช่วยกรอกเสมอ ทั้งแบบมีและไม่มีคำตอบแทนต่อเอกสารที่ส่งคืนแต่ละฉบับ เอกสารเหล่านี้ผ่านการตรวจสอบ แปลไทย และตรวจสอบอีกครั้งโดยอาจารย์จากโรงเรียนแพทย์

ผู้เขียนปฏิเสธงานเช่นนี้ทุกครั้ง ด้วยเห็นว่าผู้ออกแบบสอบถามหรือผู้แจกแบบสอบถามอยู่ใต้การควบคุมของบริษัทยาตั้งแต่แรก อย่างไรก็ตาม แม้ว่าแอนนิเกลจะฉายภาพฤทธิ์ข้างเคียงของไซเปรกซาหลายสิบคำ ก็นั่นก็หลายบรรทัด เมื่อเทียบกับประโยชน์ของยาเพียงบรรทัดเดียว แต่ผู้เขียนพบด้วยประสบการณ์ของตัวเองว่ายาตัวนี้ใช้การได้ดี และหากใช้เพื่อช่วยเหลือผู้ป่วยให้กลับเป็นปกติ มีชีวิตครอบครัวที่ดี ไปทำงานได้ การแลกกับฤทธิ์ข้างเคียงหลายสิบข้อนั้นก็เป็นเรื่องที่ยอมรับได้ อดทนได้ แก้ไขได้ ไปจนถึงชินได้

อันที่จริงแพทย์แทบทุกสาขาและทุกคน ต่างทำงานบนการชั่งน้ำหนักนี้ อยู่แล้ว คือคอยดูแลให้ benefits มีมากกว่า harms โดยประเมินทั้ง volume duration และที่สำคัญคือ severity โดยเฉพาะอย่างยิ่งประการหลัง คือเรื่อง ความรุนแรง ความรุนแรงของโรคที่ถึงตายกับความรุนแรงของฤทธิ์ข้างเคียงที่ถึงตาย อะไรสำคัญกว่ากัน นี่คือหน้าที่ของแพทย์ที่มีวิชาการและกล้าหาญ

ครึ่งชั่วโมงสุดท้ายของหนัง เอ่ยชื่อผู้บริหาร FDA ที่ตัดสินใจให้ยา Seroquel มีความปลอดภัยต่อการใช้รักษาผู้ป่วยโรคซึมเศร้าและวิตกกังวล ทั้งที่มีเสียงลงคะแนนยับยั้งของกรรมการที่มากกว่า ผู้บริหารคนนั้นลาออกในเวลาต่อมา แล้วเข้าทำงานเป็นที่ปรึกษาบริษัทยาข้ามชาติถึงสองแห่ง คอยช่วยเหลือบริษัทให้รู้วิธีนำยาผ่านการรับรองของ FDA

หนังบอกว่านี่มิใช่คนเดียวที่เมื่อออกจากงานแล้วไปทำงานให้บริษัทยาที่แก้แล้วหลายคนเคยทำงานบริษัทยามาก่อนที่จะมาทำงานที่ FDA

ถัดจากผู้คุมกติกาเลื่อนไปที่การเมืองระดับสภา หนังบอกว่าธุรกิจที่มีมูลค่าสูงสุดคือธุรกิจล็อบบี้ยิสต์ การเมืองสหรัฐฯ ทั้งของสมาชิกรัฐสภาและประธานาธิบดีวางอยู่บนการทำงานของล็อบบี้ยิสต์

แอนนิเกลเดินทางไปพบอดีตเจ้าหน้าที่ทบทวนพิษของยาที่เคยทำงานกับ FDA นานสิบปี เขาบอกว่ามีเจ้าหน้าที่ดีๆ หลายคน ที่ FDA แต่พวกเขาทำอะไรไม่ได้ คนที่ปิดปากเงียบและก้มหัวให้ต่ำลงจึงจะอยู่รอดทำงานต่อไปได้

มีคนเคยได้ยินผู้บริหาร FDA ตะโกนบนทางเดินด้วยซ้ำไปว่า “งานของเราคือให้การรับรอง”

เมื่อแอนนิเกลไปพบลีโอ บีเยสต์คินหนึ่ง เขาบอกว่าลำพังยาตัวเดียวที่เขาเคยเห็น ก็มีรายงานการตาย 83,000 คนแล้ว!

หนังสือปิดท้ายด้วยฉากการเดินทางบนต่อต้านยาและจิตเวชศาสตร์ ซึ่งไม่ทราบเหมือนกันว่ามีขนาดใหญ่เพียงไร และสร้างความเคลื่อนไหวได้มากเพียงไร จากนั้นจึงจบลงอย่างแท้จริงด้วยคำกล่าวอำลาเรเนต และสุขภาพของเหยื่อและพยานผู้เกี่ยวข้องพร้อมข้อจรรยาบรรณทั้งหมด





ทุกข์ของเบตสุขภาพ

ตามีและยายมา นามสมมติ เพิ่งเดินทางกลับจากโรงพยาบาลขนาดยักษ์ของจังหวัดหนึ่ง

“ทำไมกลับมาล่ะ คุณหมอเขียนใบส่งตัวไปเรียบร้อยแล้ว” เจ้าหน้าที่หน้าห้องตรวจถาม

“คุณหมอใหญ่ให้กลับมาตรวจเพิ่มเติม ว่าที่นี่ยังตรวจไม่หมด เอ็กซเรย์ที่ให้ไปก็ไม่ใช่ ให้กลับมาทำใหม่ มีใบมาด้วยจ้า” ยายมาตอบ

“หือ? อย่างนี้ทุกทีเลย” เจ้าหน้าที่ดูเหมือนไม่แปลกใจนัก เพราะนี่มีไข้ครั้งแรก “ไหน เอาใบมาดูซิ”

ตามีมีก้อนที่ขาหนีบด้านขวา ศัลยแพทย์โรงพยาบาลจังหวัดได้ตรวจแล้วไม่แน่ใจว่าเป็นก้อนอะไรกันแน่เพราะคลำไม่ชัด จึงส่งเอ็กซเรย์ซีทีสแกนพบก้อนมีขอบเขตไม่ชัดเจน แผ่กิ่งก้านสาขาไปทั่ว รอยปื้นสีขาวบดบังเส้นเลือดและบางส่วนของผนังหลอดเลือด จึงเขียนใบส่งตัวให้ตามีไปโรงพยาบาลขนาดยักษ์ที่อีกจังหวัดหนึ่ง

ตามีและยายมาต้องมาหาที่พักในตัวเมืองก่อน อาศัยนอนที่ท่ารถแล้วขึ้นรถเมล์คันแรกไปตั้งแต่เช้ามืด รถเมล์นั้นข้ามเขาไปสี่ชั่วโมงเพราะเป็นฤดูฝน

เมื่อถึงท่ารถของจังหวัดขนาดใหญ่ที่เป็นจุดหมายการเดินทาง ฟาสว่างมาก แล้วจึงอาศัยรถสองแถวไปที่โรงพยาบาล เดินถามทางไปเรื่อยๆ มีเจ้าหน้าที่ใจดีชี้ทางบ้าง มีเจ้าหน้าที่ที่กำลังหุงดองไล่ไปต่อท้ายแถวบ้าง แถวอะไรยังไม่รู้เลย ตามียืนต่อแถวไปอีกครั้งชั่วโหม่งจึงรู้ว่าผิดแถว

สุดท้ายตามีมายาขึ้นลิฟต์มาได้ถึงชั้นแปด นั่งรอไปอีกสามชั่วโหม่ง ผ่านตอนเที่ยงถึงตอนบ่ายจึงได้พบแพทย์

แพทย์ที่มาตรวจตามีเป็นคนใจดี ตรวละเอียด พินิจพิเคราะห์แล้วรู้วก่อนที่เห็นนี้มีไข้เรื่องดีแน่ๆ แต่ภาพซีทีสแกนที่ส่งมาชัดเจนไม่เพียงพอ อาจเพราะเครื่องที่โรงพยาบาลจังหวัดห่วยจนคุณภาพ หรือเจ้าหน้าที่ถ่ายภาพดัดสแกนได้ไม่ดีพอ คุณหมอไม่สามารถวางแผนรักษาต่อได้ จึงได้เขียนใบส่งตัวส่งตามีกลับบ้านให้ไปเอ็กซเรย์มาใหม่ ให้เจาะเลือดเพิ่มเติม ทำอัลตราซาวด์เพิ่มเติม และถ้าทำได้ให้ทำเอ็มอาร์ไอและเจาะดูตื้นขึ้นเนื้อส่งตรวจก่อนให้เรียบร้อย

“หมอจะผ่าตัดให้ตานะ แต่ตอนนี้ตาต้องกลับไปก่อน เอาใบนี้ไปยื่นที่คุณหมอคนเดิม ตรวทุกอย่างให้เรียบร้อยแล้วค่อยกลับมาอีกครั้งหนึ่ง”

กว่าตามีมายาจะลงมาจากชั้นแปดได้ก็เย็นค่ำมากแล้ว สองคนมีนั่งและเหนื่อยล้าเกินกว่าจะทำอะไรต่อได้ จึงทำได้เพียงแค่ว่าที่นั่งเปิดสำหรับกับข้าวกินกัน ไม่มีเกจติดใจว่าจะทำอะไรต่อ จะกลับบ้านดีหรือจะค้างสักคืนแล้วรอกลับตอนเช้า ครั้นแต่จะข้ามถนนยังยากเลย หากกลับบ้านตอนนี้กว่าจะถึงท่ารถที่บ้านก็ตึกแล้ว ไม่สามารถหารถเล็กกลับอำเภอยูดี

คนชั้นกลางหาโรงแรมนอนได้ ซึ่งมีใช้สบาย คนป่วยจากบ้านมานอนโรงแรมต่างถิ่นเพื่อรอคิวพบแพทย์เป็นทุกข์ ใครไม่เคยประสบจะไม่เคยรับรู้ความทุกข์นี้ สำหรับคนชั้นล่าง ค่าโรงแรมคืนละ 800-1000 บาทมีใช้เรื่องเล่นๆ พวกเขานอนที่ไหนก็ได้ ยุงมีไข้เรื่องใหญ่ เป็นเช่นนั้นจริงๆ

“พอแล้วมัย ไม่กลับไปแล้วมัย ไม่อยากไปแล้ว” ตามีเปรยกับยายมาเมื่อคุณหมอเจ้าของไข้คนแรกที่บ้านนัดตรวจอัลตราซาวด์ เอ็มอาร์ไอ และเจาะเลือดเพิ่มเติม แต่เรื่องเจาะดูตื้นขึ้นเนื้อนั้นไม่สามารถทำให้ได้ จะอย่างไรก็ต้องกลับไปโรงพยาบาลขนาดยักษ์ ให้คุณหมอใหญ่ที่นั่นทำให้

“ไม่ทำแล้วจะอย่างไร จะนอนปวดไปอย่างนี้ล่ะหรือ คุณหมอมที่นุ่่นว่าจะผ่าตัดให้” ยายมาว่า

“มันเหนียวเกินไป เหนียวจนหัวใจจะหลุดจากร่างเลยหนา” ตามีว่า

“แล้วจะมตายจากกันแบบนี้หรือ จะทิ้งกันตอนนี้หรือ” ยายมาว่าอีก

ถึงตอนนีเจ้าหน้าทีที่สังเกตว่าตามีน้ำตาารัน นิ่งนิ่งไม่พูดจา รอคณหมอเขียนใบสั่งตรวจให้เรียบร้อย คิวตรวจทุกอย่างกว่าจะได้ก็อีกเดือนหนึ่งเป็นอย่างรวดเร็ว อยู่กันมาสองคนจนแก่เฒ่า คนที่ตายก่อนไปสบายก่อน คนที่เหลืออยู่จะลำบากเพียงใดใครๆ ก็คิดออก

ก่อนเนื้อที่เห็นนั้นขอบเขตไม่ชัดเจน ทำให้มีโอกาที่จะเป็นเนื้อร้าย ยิ่งไปกว่านั้นก้อนเนื้อยังอยู่ใกล้เส้นเลือดใหญ่ต้นขามาก และดูเหมือนจะเกาะเกี่ยวเอ็นต้นขาเอาไว้ด้วย การผ่าตัดใหญ่เพื่อเอาก้อนเนื้อนี้ออกมิใช่ของง่าย ต้องใช้ศัลยแพทย์ฝีมือดีค่อยๆ เลาะ ศัลยแพทย์อโรปิติกส์และศัลยแพทย์หลอดเลือดต้องช่วยกันทำอย่างประณีต ระวังเส้นเอ็นและเส้นประสาทขา ระวังผนังหลอดเลือดใหญ่ อาจจะต้องใช้หลอดเลือดเทียมช่วย การผ่าตัดจะใช้เวลานานมากกว่า 3 ชั่วโมง จึงต้องการห้องผ่าตัดและวิสัญญีแพทย์ที่ได้มาตรฐาน

เรื่องเหล่านี้ทำไม่ได้เลยก่อนยุคหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ตามีตายสถานเดียว

ว่าที่จริงเรียกตามียายมานี้เรียกตามมาตรฐานบ้านนอก คนทำนา กลางแดดไม่ใช้ครีมกันแดดและล้งโคม หน้ามักเหี่ยวเร็วมาก ตามียายมาอายุ 55-56 ปีเท่านั้นเอง แต่ใบหน้าเหมือนตายายจริงๆ

“หากเป็นข้าราชการ ทางนั้นเขาทำให้เลย ไม่ต้องส่งกลับมา” เจ้าหน้าทีคนที่หนึ่งบอกเจ้าหน้าทีคนที่สอง

“นั่นสิ พอใช้สิทธิบัตรทองที่ไรส่งกลับมาทุกที” เจ้าหน้าทีคนที่สองว่า

ตามีและยายมาไม่รู้เลยว่าตัวเองควรได้รับอะไร และไม่เคยคิดจะเรียกร้องอะไร หากตามียายมาทำงานโรงพยาบาลเหมือนเจ้าหน้าทีที่สองคนนี้

หรือคุณหมอเจ้าของไข้ จะได้ยินคำว่า 4.0 และเขตสุขภาพเสมอๆ มีผู้ใหญ่
นำเสนอพาวเวอร์พอยต์สวยๆ มานานสี่ปีแล้ว

ตามีมายมาคงไม่รู้ว่าจะอะไร



คำตอบอยู่ที่เจ้าหน้าที่ รพ.สต.

เรามีโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล หรือ รพ.สต. ทั่วประเทศ เป็นโครงสร้างประเทศที่เข้มแข็ง แม้จะมีข้อคำถามว่า รพ.สต. ควรทำหน้าที่อะไร ส่งเสริมป้องกันตามชื่อ หรือตรวจรักษาตามที่โรงพยาบาลขนาดใหญ่ส่งมามีหน้าที่เยี่ยมบ้าน หรือรอกกข้อมูลแลกเงินจาก สปสช. หรือแลกตำแหน่งจาก สธ.

ชื่อ 'สถานีนามัย' ฟังดูใกล้ชิดชาวบ้านมากกว่าชื่อใหม่สไตส์ขุนนางนี้มาก

เรามีโรงพยาบาลชุมชน หรือ รพช. ทั่วประเทศ ปีที่ผมจบแพทย์ รพช. เป็นโรงพยาบาลอำเภอ ส่วนใหญ่ยังมี 10 เตียง มีแพทย์คนเดียว วันนี้มี 60-100 เตียง และมีแพทย์เฉพาะทางแล้ว

คำถามที่ยังอยู่คือ เพราะอะไรชาวบ้านยังคงถูกส่งต่อเป็นทอดๆ จำนวนมากจากโรงพยาบาลชุมชนไปโรงพยาบาลศูนย์ หรือ รพศ. แล้วข้ามจังหวัดไปโรงพยาบาลของโรงเรียนแพทย์ตามหัวเมืองใหญ่ และจำนวนไม่น้อยต้องไปศิริราชรามฯ หรือจุฬาฯ

เราควรให้ความสำคัญกับแพทย์ทั่วไปหรือแพทย์เฉพาะทางมากกว่ากัน ทำอย่างไรชาวบ้านจึงจะได้สถานพยาบาลใกล้บ้านใกล้ใจเสียที

หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าจะพบความยากลำบากเรื่อยไป หากเราไม่สามารถวางโครงสร้างการพบแพทย์ที่เหมาะสมกับความเจ็บป่วยแพทย์ทั่วไปไม่ได้รับการให้เกียรติหรือค่าตอบแทนที่เหมาะสม แพทย์เฉพาะทางต้องตรวจผู้ป่วยวันละร้อยจนหมดแรงและเวลาที่จะได้ใช้วิชาฝีมือไปจัดการเคสยากๆ ซึ่งมีแต่เพียงแพทย์เฉพาะทางเท่านั้นที่รักษาได้ แพทย์เฉพาะทางเรียนมาเพื่อจัดการเคสยาก

แพทย์ทั่วไปถูกกล่าวหาว่าเอาแต่ส่งต่อ แพทย์เฉพาะทางถูกกล่าวหาว่าว่างงานแอบแฝง เรื่องทำนองนี้ไม่จบเสียที แต่ในขณะเดียวกัน เขตสุขภาพและสาธารณสุข 4.0 ไม่มีผลผลิตอะไรเป็นชิ้นเป็นอัน

น.ส.สัมพันธ์เป็นผืนคันทั่วตัวอย่างรุนแรง ไปพบแพทย์ที่คลินิก ได้ยาแก้แพ้และสเตียรอยด์มากินก็หายใน 2 วัน สบายมาก

เมื่อ น.ส.สัมพันธ์ไปเรียนต่อที่ประเทศอังกฤษ เธอมีผื่นทั่วตัวตอนที่เดินทางไปถึงใหม่ๆ ระบบสุขภาพของอังกฤษมิให้ผู้ป่วยพบแพทย์เฉพาะทางในทันที เธอต้องผ่านพยาบาลเวชปฏิบัติทั่วไป 1-2 ครั้ง เมื่ออาการไม่ดีขึ้นจึงพบแพทย์ทั่วไป เวลาผ่านไปสามสัปดาห์อาการก็ยังไม่หายไป เธอจึงได้พบแพทย์เฉพาะทาง ไม่มีใครจ่ายสเตียรอยด์ให้เธอง่ายๆ เหมือนเมืองไทย

ระบบประกันสุขภาพของอังกฤษก่อตั้งมาได้ 70 ปีแล้ว และการเจรจาต่อรองก็ยังคงดำเนินอยู่ แพทย์และพยาบาลทำงานหนัก ระบบคัดกรองชัดเจน คิวพบแพทย์เฉพาะทางยาว แต่ประชากรทุกคนจะได้พบพยาบาลเวชปฏิบัติทั่วไป แพทย์ทั่วไป และแพทย์เฉพาะทาง ตามข้อบ่งชี้และมาตรฐาน เป็นที่ยอมรับว่าถึงจะไม่ดีที่สุดแต่ดีกว่าที่สหรัฐอเมริกามาก ที่ซึ่งคนรวยเข้าถึงบริการที่ดีกว่าและง่ายกว่าคนยากจน

ชอบหรือไม่ชอบ เห็นด้วยหรือไม่เห็นด้วย คำตอบอยู่ที่ รพ.สต. และเขตสุขภาพ ปัญหาอยู่ที่เราจะทำได้อย่างไร ปล่อยกระทรวงสาธารณสุขทำไม่ได้แน่ๆ

เราต้องการนักการเมืองที่มีวิสัยทัศน์ชัดเจน เห็นแก่ระบบสุขภาพที่เอื้อต่อคนหมู่มาก และสามารถจัดการข้าราชการประจำได้

วิธีทำงานของบ้านเรามักเป็นบนลงล่าง เมื่อจะทำงานกับ รพ.สต. เราเริ่มด้วยการประชุมอบรม การประชุมอบรมมี 2 แบบใหญ่ๆ 1. ฟังผู้ใหญ่ กล่าวรายงานผู้ใหญ่ยิ่งกว่า 2. ฟังผู้ใหญ่ยิ่งกว่าบรรยายพาวเวอร์พอยต์ ที่มีคนเตรียมให้ 3. ฟังนักวิชาการบรรยายเป็นคนๆ ไป

หรือไม่ก็แบ่งกลุ่มย่อย ให้คุยตามหัวข้อ ได้ข้อสรุปบนฟลิปชาร์ตตามผนัง ห้องโรงแรม ส่งตัวแทนขึ้นไปบรรยายตอนจะปิดประชุม

จะเห็นว่าแม้เป็นแบบที่สองก็ยังคงเป็นบนลงล่าง แล้วล่างเสนอขึ้นบน แล้วไปไหนไม่ทราบ ทราบแต่ว่าการประชุมแบบที่ 1-2 นี้หมุนเวียนมา 30 ปี เท่าชีวิตทำงานของผู้เขียน

ไม่มีใครกล้าพูดเรื่องการกระจายอำนาจให้ รพ.สต. หรือพยายามคืนอำนาจ การจัดการให้ รพ.สต. เลย ไม่มีใครยอมเชื่อว่าเจ้าหน้าที่ รพ.สต. เป็นบุคลากร ที่สามารถเริ่มงานด้วยตนเองได้ งานอะไร? กิจงานพัฒนาระบบสุขภาพใกล้บ้าน ใกล้ใจ

ที่ รพช. รพศ. และ สธ. ควรทำ คือ นั่งดู ฟัง ส่งเสริม แล้วคอยดูทิศทางก็พอ

เรามีเงินและเวลาให้เสีย เราควรใจเย็นรอ รพ.สต. ทำงานและเข้มแข็งขึ้นเรื่อยๆ ได้ แต่เราไม่เคยยอมเสียอำนาจ เป็นเรื่องใหญ่ที่ขวางทางเรื่องดีๆ

เขตสุขภาพเป็นชื่อที่ดี แต่ทำกันเหมือนเล่นละคร เขตสุขภาพที่ทำกัน ก็เป็นการจัดประชุมจากบนลงล่าง จาก สธ. ถึง รพศ. ถึง รพช. ดีบ้างไม่ดี บ้าง พัฒนาบ้างไม่พัฒนาบ้าง คำถามคือชาวบ้านเช่นตามิยาจะมาป่วยที่ไหน เดินทางไกลแค่ไหน ใช้เวลาเท่าไรกว่าจะถึงแพทย์ ‘ที่รักษาได้’ หากผลลัพธ์นี้ ไม่ดี จะพูดอะไรก็ไม่มีผลลัพธ์วันยังค่ำ

ไม่มีใครพูดเรื่องการกระจายอำนาจให้ผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมชน หรือ พยายามคืนอำนาจการจัดการให้ รพช. หรืออย่างน้อยที่สุดไม่มีใครพยายาม รวมที่มจังหวัดให้เป็นหนึ่งและเท่าเทียม กล่าวคือแพทย์ รพศ. และแพทย์ รพช. เท่าเทียมกัน ช่วยกันวางข้อมูลตามที่เป็นอย่างจริง ใครทำอะไรได้ ใครทำอะไรไม่ได้ โดยเฉพาะข้อหลัง ใครทำอะไรไม่ได้

และที่สำคัญที่สุดคือ เราจะแบ่งเงินกันอย่างไรเพื่อให้ชาวบ้านได้ และแพทย์
พยาบาลเจ้าหน้าที่ทุกระดับได้ด้วย

ในระบบราชการเรามักพูดว่าทำได้ ทั้งที่ความจริงเราทำไม่ได้ แล้วก็อยู่ๆ
กันไป เรามักยินยอมลดมาตรฐานเพื่อให้ผู้ใหญ่ได้ผลงาน

อำนาจการจัดการจำเป็นต้องไปอยู่ที่ปลายทาง คือ รพ.สต. และ รพช.
เราถึงจะมีโอกาสได้เขตสุขภาพที่ดีที่สุดเท่าที่จังหวัดหนึ่งจะมีได้ในตอนเริ่มต้น
ตามที่เป็นจริง จากนั้นจึงจะพัฒนาต่อไปได้







สังคมที่พร้อมจะสร้างคนป่วย

คำพูดประเภทชาวบ้านไม่ดูแลตัวเองเพราะได้รักษาฟรีดูเหมือนจะกลับมาให้ได้ยินอีกแล้ว

แล้วแนวคิดในการแก้ปัญหาระบบสุขภาพกำลังจะกลับไปเป็นการรวมศูนย์อำนาจหนักกว่าเดิม ด้วยการตั้งซูเปอร์บอร์ดที่มีสัดส่วนข้าราชการประจำมากกว่าภาคประชาชนมากยิ่งขึ้นกว่าเดิม

เป็นที่ประจักษ์ว่าหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าช่วยให้คนยากจนซึ่งเป็นคนส่วนใหญ่ของประเทศลดค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ มีเงินเหลือไปช่วยเรื่องอื่นๆ ของครอบครัว คนไทยทุกคนควรดีใจที่เรามีสังคมเฉลี่ยทุกข์เฉลี่ยสุข คิดดีๆ ว่าหากสังคมมีคนยากจนมากกว่าที่เป็นอยู่ คนที่พอมีจะมีความสุขได้อย่างไร

หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าช่วยให้ชนชั้นกลางที่ทำงานหนักทั้งชีวิตไม่ยากจนเฉียบพลัน ชนชั้นกลางในประเทศนี้กว่าจะผ่อนรถและบ้านเสร็จก็อายุ 50 ปีแล้ว ป่วยด้วยเส้นเลือดสมองแตก โรคไต หรือมะเร็ง เงินที่สะสมทั้งหมดหายได้อย่างรวดเร็ว หากไม่มีหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

ถ้าฟังคนสองกลุ่มนี้ที่ระบบได้เข้ามาช่วยเหลือ ก็ทำให้สังคมไทยน่าอยู่มากแล้ว

ที่ทำงานหนักคือแพทย์ พยาบาล และบุคลากรทุกฝ่าย จะว่าเพราะผู้รับบริการมากขึ้นก็ใช่ แต่เพราะเราเองที่กระจายคนไม่ดีก็ใช่ด้วย

ไม่ใช่เพียงแค่คนที่เรากะจ่ายไม่ดี เงินและทรัพยากรอื่นๆ เราก็กะจ่ายไม่ดี กระจุกตัว รวมศูนย์ สั่งการจากบนลงล่างโดยไม่มีความรู้ความเข้าใจส่วนภูมิภาค ระบบจึงตึงเครียดมาก

เราจะโยนบาปให้ผู้ป่วยคงไม่ได้ จะโยนบาปให้เจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานจริงในพื้นที่ก็ไม่ได้ด้วย เจ้าหน้าที่จำนวนมากทำงานหนักจริง โดยเฉพาะอย่างยิ่ง พยาบาลโรงพยาบาลรัฐทั่วประเทศ ที่กำลังทำงานหนักเกินกว่าจะแบกรับโดยไม่สูญเสียคุณภาพชีวิตส่วนตัว

จำนวนผู้ป่วยที่มากขึ้นเกิดจากสังคมที่เปราะบาง สังคมของเราสร้างผู้ป่วยจากครรภ์มารดาถึงเชิงตะกอน

1. สตรีตั้งครรภ์ไม่พร้อม 2. ทารกขาดผู้ดูแลหลัก 3. การศึกษาปฐมวัย ทำลายสมองและสุขภาพจิตเด็กเล็ก เป็นสามเรื่องแรกของชีวิตที่สร้างประชากรไม่มีคุณภาพเพื่อรอป่วยจำนวนมาก เด็กจำนวนมากไม่แข็งแรงทั้งกายและใจตั้งแต่เริ่มต้น ครั้นโตพอจะได้เล่นตามวัยเพื่อสร้างสมองและพัฒนาการที่ดี กลับถูกพลัดพรากจากพ่อแม่ไปเร่งเรียนเขียนอ่านคิดเลขเร็วอย่างหนัก จนกระทั่งมีผู้ป่วยจิตเวชเด็กคิวยาวข้ามปีในทุกโรงพยาบาลของรัฐ

4. ครูไม่มีคุณภาพ 5. คริวเรือนที่รายได้ไม่พอรายจ่าย 6. อุบัติเหตุบนท้องถนนเป็นอีกสามเรื่องถัดมาที่สร้างผู้ป่วยทั้งด้านร่างกายและจิตใจทุกเมื่อเชื่อวันและรุ่นต่อรุ่น ครูที่ไม่มีคุณภาพทำให้เราไม่ได้คนรุ่นใหม่ที่มีคุณภาพมากพอเศรษฐกิจตกต่ำถวนหน้าทำให้ระดับความเครียดของผู้คนสูงขึ้นส่งผลกระทบต่อร่างกาย ท้องถนนและการคมนาคมที่มีอันตรายสูง ทำคนตายและพิการได้ทุกวันตั้งแต่เด็กเล็กจนถึงคนชรา

เป็นสังคมที่ตัวใครตัวมันโดยแท้ ไม่มีตาข่ายความปลอดภัย (safety net) รองรับ คนที่รอดก็รอดด้วยความเหนื่อยล้า แต่คนจำนวนมากไปไม่รอดต้องป่วยแน่นอนไม่โรคใดก็โรคหนึ่ง

7. โภชนาการเป็นพิษ 8. สิ่งแวดล้อมเป็นพิษ 9. บุหรี่และยาเสพติดมากมาย เป็นอีกสามเรื่องที่โจมตีเด็ก วัยรุ่น วัยผู้ใหญ่ วัยกลางคน ไปจนถึงวัยชรา อย่างเสมอภาคทั่วทั้งประเทศ กินอาหารสามมื้อเฉยๆ ก็ป่วยได้ ออกนอกบ้าน พบระบบกำจัดขยะที่ไร้ระเบียบและหมอกควันพิษก็ป่วยได้ บุหรี่และยาเสพติด ไม่มีที่ทำลดลงแต่อย่างใด ประชากรทุกคนป่วยได้หมดเพียงเพราะตื่นเช้าแล้ว มีชีวิตอยู่ แค่กินข้าวและหายใจก็ป่วยแล้ว

ใครที่ทำงานส่งเสริมสุขภาพอยู่ควรรู้ตัวว่างานล้นเหลือ

ประเทศที่พัฒนาแล้วมีตาข่ายความปลอดภัยรองรับประชากรจากครรภ์ มารดาถึงเชิงตะกอน สตรีตั้งครรภ์ ทารกขวบปีแรก ระบบดูแลเด็กเล็ก โภชนาการเด็ก อุบัติเหตุเด็ก เหล่านี้รัฐได้วางโครงสร้างที่ดี สามารถป้องกัน ความเจ็บป่วยไว้แล้วระดับหนึ่ง ทั้งนี้ยังไม่เน้นการศึกษาที่สร้างประชากร คุณภาพตั้งแต่ปฐมวัย

สังคมที่ปลอดภัยมีระบบดูแลอาหาร น้ำดื่ม อากาศ ที่อยู่อาศัย ยารักษาโรค ค่าใช้จ่ายด้านการศึกษา การคมนาคมที่มีคนตายและบาดเจ็บน้อยมาก และ ระบบยุติธรรมที่เสมอภาค

บ้านเราไม่มีอะไรเลยนอกจากหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ที่เข้ามาช่วย ประกันค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ แต่เรื่องอื่นๆ ควรยอมรับว่ายังมีรอยร้าวอยู่มาก

บ้านเราไม่มีแม้แต่สวัสดิการสังคมที่พอเพียง ชีวิตตัวใครตัวมันตั้งแต่เกิด

อันที่จริงมีความพยายามที่จะสร้างตาข่ายความปลอดภัยในทุกเรื่อง ที่ว่ามา แต่ควรยอมรับว่าล้นเหลือทุกเรื่อง ความเสี่ยงด้านอาหาร น้ำดื่ม อากาศ ที่อยู่อาศัย ออกจากการศึกษากลางคัน เรียนจบแต่ทำงานไม่เป็น ตายและ พิการบนท้องถนน ยาเสพติดที่หาง่ายนักหนา คนจนเท่านั้นติดคุก ทั้งหมดนี้ ไม่มีอะไรที่เรียกว่าปลอดภัยได้เลย แต่ละครัวเรือนต้องทำเองและป้องกันตัวเอง เหนื่อยกันทุกบ้าน

การรวมศูนย์อำนาจเป็นต้นเหตุของความล้นเหลือในทุกเรื่อง หากไม่ยอมรับ ข้อนี้ บ้านเมืองจะพัฒนาต่อไปได้ลำบาก ที่แท้แล้วบ้านเรามีเงินมากพอที่จะให้ ส่วนท้องถิ่นเติบโตและพัฒนา

นอกเหนือจากเรื่องความไม่ลงรอยระหว่างกระทรวงสาธารณสุขและสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติที่มีมาช้านานและเป็นที่ยุติกันทั่วไปแล้ว เรื่องการรวมศูนย์อำนาจและเล่นการเมืองของกระทรวงสาธารณสุขเป็นปัญหาที่ทับถมให้ทุกอย่างแก้ไขได้ยากมากขึ้นไปอีก ภาคประชาชนอ่อนกำลังลง ทุกที่ๆ และคงจะตายจากไปในไม่ช้าด้วยซูเปอร์บอร์ດด้านสุขภาพที่กำลังจะเกิดขึ้น

โรงพยาบาลเอกชนและคลินิกแพทย์เป็นทางเลือกของผู้ที่กำลังจ่าย หากอยากจ่าย แต่สำหรับประชากรทุกคนแล้วประเทศควรมีระบบหลักประกันสุขภาพที่ไม่ต้องร่วมจ่าย ณ จุดบริการ วางไว้เป็นตาข่ายความปลอดภัยของชีวิต แม้วาระบบบริการในโรงพยาบาลของรัฐยังไม่ดีเท่าไรนัก แต่ชาวบ้านที่ไม่มีเงินจะอย่างไรก็ต้องไปรับการรักษา ก็ยังดีกว่าปล่อยพวกเขาไปตายที่อื่น การร่วมจ่าย ณ จุดบริการจึงไม่ควรเกิดขึ้น รอยรั่วของเงินในระบบใหญ่เกินกว่าการร่วมจ่ายจะแก้ปัญหาได้

ต่อให้ร่วมจ่ายได้แต่บริหารด้วยการรวมศูนย์อำนาจเช่นนี้ จะอย่างไรก็เจ๊งเหมือนเดิม

“กินเหล้าจนตับแข็ง ไม่สมควรรักษาฟรี”

“ฆ่าตัวตายมาเอง ไม่สมควรให้เบิก”

“ใช้ยาเสพติดแล้วป่วย สมควรต้องจ่ายเอง”

“ติดเชื้อเอดส์เพราะหามาเอง สมควรต้องร่วมจ่าย”

ผมเคยอยู่ในที่ประชุมที่มีการถกเถียงเรื่องแบบนี้ ทั้งระดับโรงพยาบาลและระดับกระทรวงๆ แต่นั่นเป็นเมื่อปี พ.ศ. 2526-2540

เราอยากกลับไปจุดเดิมกันจริงหรือ



นักโทษที่เจ็บป่วยทางจิต

ระบบตรวจคุณภาพเคลื่อนตัวเข้าสู่โรงพยาบาลเมื่อประมาณปี พ.ศ. 2540 โรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์ จังหวัดเชียงราย โดยแพทย์หญิงเรณู ศรีสมิต ผู้อำนวยการเวลานั้น เป็นหนึ่งในโรงพยาบาลที่เข้าร่วมงานวิจัยในระยะแรก กล่าวคือเข้าร่วมกระบวนการพัฒนาคุณภาพและขอตรวจรับรองคุณภาพตั้งแต่แรก

เป็นวันเวลาที่คนในโรงพยาบาล ยังไม่เคยได้ยินคำว่ามาตรฐานและคุณภาพสำหรับโรงพยาบาล รวมทั้งความจำเป็นที่ต้องตรวจ หลายคนคิดว่าเรามีตำราแพทย์แล้ว ทำตามตำราแพทย์คือทำตามมาตรฐาน

เวลานั้นเราไม่เข้าใจคำว่าวิสัยทัศน์ พันธกิจ เข้มมุ่ง ปรัชญา และคำศัพท์ด้านคุณภาพอีกหลายคำที่ติดตามมา สำนักงานพัฒนาและรับรองคุณภาพเวลานั้นได้พยายามจัดฝึกอบรม เยี่ยมสำรวจ และอธิบายซ้ำแล้วซ้ำเล่า กว่าที่คนจำนวนหนึ่งจะพอเข้าใจว่ามาตรฐานคืออะไร คุณภาพคืออะไร และเพราะอะไรเราจำเป็นต้องเข้าสู่กระบวนการนี้

ลำพังตำราแพทย์นั้นไม่พอ บัดนี้เรามีสิ่งที่เรียกว่า กลุ่มมีมาตรฐานและคุณภาพ

บทหนึ่งของกลุ่มมีมาตรฐานและคุณภาพเขียนเรื่องจริยธรรมองค์กรสร้างความไม่เข้าใจมากพอๆ กับคำว่าวิสัยทัศน์และพันธกิจ จริยธรรมองค์กร

คืออะไร และในทำนองเดียวกัน แพทย์และพยาบาลมีจริยธรรมวิชาชีพกำหนด อยู่แล้ว ทำไมจะต้องมีจริยธรรมองค์กรอีก

จริยธรรมองค์กร หมายถึงจริยธรรมขององค์กร กล่าวคือโรงพยาบาลนั่นเอง ที่ควรมีจริยธรรม เห็นแก่ประโยชน์ส่วนรวมก่อนส่วนโรงพยาบาล เห็นประชาชน ที่ป่วยไว้สำคัญกว่าประโยชน์ของโรงพยาบาล

ความหมายที่กว้างขึ้นคือ โรงพยาบาลนั่นเองที่จะสร้างระบบซึ่งไม่เปิด โอกาส ไปจนถึงไม่อนุญาตให้บุคลากรทำผิดจริยธรรมได้โดยง่าย ดีกว่านั้นคือ ต่อให้อยากทำผิด ก็ทำผิดได้ยากไปจนถึงทำไม่ได้ ระบบที่ว่านั้นจะมีหน้าตา เป็นอย่างไร คู่มือมาตรฐานและคุณภาพมีได้บอก เป็นหน้าที่ของโรงพยาบาล และบุคลากรของโรงพยาบาลจะเรียนรู้และช่วยกันสร้าง

ก่อนหน้าที่โรงพยาบาลเชียงรายฯ จะเข้าสู่กระบวนการพัฒนาคุณภาพ นักโทษจากเรือนจำกลางจังหวัดใส่โซ่ตรวนมาตรวจที่โรงพยาบาล พวกเขา นั่งปะปนกับประชาชนที่มารอตรวจโดยมีผู้คุมหนึ่งด้วย อาจทิ้งระยะห่างจาก ประชาชนคนอื่นเล็กน้อย เขาเป็นใครหน้าตาอย่างไรจึงเป็นที่เปิดเผย

นักโทษที่มีอาการทางจิตก็เช่นเดียวกัน ใส่โซ่ตรวนมาพร้อมผู้คุม 1-2 คน เกือบทั้งหมดป่วยด้วยโรคจิตเภท มีอาการทางจิต เสียสติหรือคลุ้มคลั่ง จึงจะพามา ผู้ป่วยวิตกกังวลหรือซึมเศร้ามาได้มาบ่อยนัก แม้แต่ผู้ป่วยที่พยายาม ฆ่าตัวตายก็ไม่เคยมาถึงห้องตรวจจิตเวชเลย เป็นเวลาที่อะไรต่อมิอะไร ยังไม่เข้าสู่รูปเข้ารอย

เพราะบทที่ว่าด้วยจริยธรรมองค์กรนั่นเอง ที่ทำให้ผู้เขียนรู้สึกที่เราทำไม่ถูก ที่ปล่อยให้ให้นักโทษใส่โซ่ตรวนมาเดินในโรงพยาบาล มานั่งรอหน้าห้องตรวจ และพบปะเห็นหน้าค่าตากับบุคคลทั่วไป ลำพังเป็นผู้ป่วยจิตเวช หลายคนก็ อายุอยู่แล้ว นี่ใส่ชุดนักโทษพร้อมเครื่องผูกมัด หากบังเอิญพบคนรู้จักจะรู้สึก อย่างไร

โรงพยาบาลที่มีจริยธรรมควรอ่อนไหวกับเรื่องทำนองนี้ ผู้เขียนจึงเริ่มเดิน ทางไปตรวจผู้ป่วยถึงในเรือนจำด้วยตัวเอง ผู้อำนวยการเวลานั้นอนุมนิตริบสง และค่ายาทั้งหมด จำได้ว่ากรมราชทัณฑ์เวลานั้นยังมีได้ขยับตัวอะไร

หลังจากใช้รถโรงพยาบาลรับส่งได้ไม่นาน ผู้เขียนพบว่าการมาขึ้นรถพยาบาลแต่ละครั้งเสียเวลานานมาก เวลาที่เสียนั้นควรตรวจผู้ป่วยไปได้อีกหลายคน จึงเจรจาขอให้รถเรือนจำมารับ ปรากฏว่ายิ่งเสียเวลาหนักกว่าเดิม ยืนรอนานกว่าเดิม ทั้งขาไปและขากลับ เพียงไม่กี่ครั้งผมก็เริ่มต้นขับรถส่วนตัวไปตรวจนักโทษด้วยตัวเอง แม้จะมีผู้เตือนว่าอย่าทำ

ในตอนแรกมีจำนวนนักโทษมาให้ตรวจไม่มาก แต่เพียงไม่นานพยาบาลประจำสถานพยาบาลในเรือนจำกลางก็เริ่มคัดกรองผู้ป่วยที่มีอาการทางจิต คำสั่งที่ผมให้คือขอให้คัดกรองเฉพาะที่มีอาการเสียสติชัดเจน คลุ้มคลั่ง มีประสาทหลอนหรือหวาดระแวง เอะอะอาละวาดหรือก้าวร้าว โดยคาดการณ์ล่วงหน้าว่าเหล่านี้คือผู้ป่วยโรคจิตเภท ซึ่งจำเป็นต้องได้รับยาจิตและยากินที่ถูกต้อง ส่วนผู้ป่วยประเภทอื่นๆ ให้ชะลอไว้ก่อน

จำนวนผู้ป่วยที่ขึ้นอย่างรวดเร็ว พยาบาลมีความสุขที่ผู้ป่วยเหล่านี้ได้รับการบริการเสียที ผู้เขียนเองก็มีความสุขที่ได้ช่วยเหลือผู้ป่วยจิตเภทได้อีกเดือนละหลายสิบคนทุกเดือน คำยาทั้งหมดผู้อำนวยการโรงพยาบาลเชื่อนุมนัติให้ฟรี

หลังจากหลายปีผ่านไป ผมพบว่านักโทษที่ป่วยด้วยโรคจิตเภทเหล่านี้หลายคนถูกตัดสินแล้วว่ามีสติและรับโทษ บางคนผ่านกระบวนการยุติธรรมและตัดสินให้บังคับรักษา แต่หลายคนไม่เคยแม้แต่จะผ่านกระบวนการยุติธรรมสำหรับผู้มีอาการทางจิตเลย กล่าวคือไม่เคยมีการเรียกตัวจิตแพทย์ในฐานะพยานผู้เชี่ยวชาญขึ้นให้การ เหตุการณ์เป็นเช่นนี้นานนับสิบปี

หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าเริ่มต้นเมื่อปี พ.ศ. 2546 มิได้ครอบคลุมเข้ามาถึงเขตเรือนจำในทันที ผู้อำนวยการยังคงอนุมนัติตำรวจฟรีโดยมิได้ตั้งคำถาม เพราะนี่คือจริยธรรมองค์กร องค์กรมีหน้าที่ทำเรื่องถูกต้อง

เวลาผ่านไปสิบปี ผมยังคงขับรถไปเรือนจำเดือนละหนึ่งครั้ง เพื่อตรวจผู้ป่วยโรคจิตเภท รวมทั้งโรคซึมเศร้า นับเฉพาะที่พยาบาลประจำสถานพยาบาลฝากให้ช่วยดู ยอดผู้ป่วยแต่ละครั้งประมาณ 50 คน ด้วยวงรอบการนัด 1-4 เดือน ยอดสะสมทั้งหมดอยู่ที่ประมาณ 300-400 คนสม่ำเสมอ

ผลการรักษาผู้ป่วยจิตเภทในเรือนจำนั้นดีมาก และมากยิ่งขึ้นกว่าเดิมเมื่อเทียบกับผลการรักษาที่โรงพยาบาล เหตุเพราะระบบควบคุมดูแลการฉีดยาและกินยานั้นเข้มงวด ผู้ป่วยได้รับยาฉีดยาทุกวันไม่เคยขาด ยา กินทุกเม็ดไม่เคยพลาด เป็นหลักฐานยืนยันว่าโรคจิตเภทเป็นโรคที่รักษาได้ถ้าขนาดของยาสูงพอ เหตุที่ผลการรักษาโรคจิตเภทในประชาชนทั่วไปไม่ดีนัก เพราะผู้ป่วยมักได้ยาไม่ครบตามที่แพทย์สั่งและผัดนัดบ่อยครั้ง ไปจนถึงเรื่องการลดยาเองหรือหยุดยาเองก่อนกำหนด

ไม่กี่ปีก่อนที่ผู้เขียนจะออกจากราชการ หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าจึงเข้าสู่เรือนจำ เป็นอีกหนึ่งในการกิจเฉลี่ยทุกข์เฉลี่ยสุข ส่วนเรื่องใกล้บ้านใกล้ใจนั้นนายแพทย์จำเริญต้องสละเวลาไปตรวจถึงที่

วันนี้ ผู้เขียนขับรถกลับไปบริเวณเรือนจำ มิได้เพื่อไปตรวจ แต่เพื่อไปนั่งกินกาแฟบนต้นไม้ใหญ่ที่หน้าเรือนจำ มีผู้ต้องขังทำหน้าที่บริกรคนหนึ่งนั้นเคยมีอาการทางจิต วันนี้เขาดีขึ้นมากแล้ว เสรีฟกาแฟได้ ดูละลุการค้าและความสะอาดของโต๊ะอาหารได้

เรามีวันนี้ได้เพราะสถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล ผู้อำนวยการโรงพยาบาลที่ชื่อ เรณู ศรีสมิต และหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

บริกรคนที่เห็นน่าจะพ้นโทษในเวลาไม่นาน หวังว่าเขาจะเห็นประโยชน์ของยาที่ได้รับ และตั้งใจรักษาตัวเองโดยมิต้องมีใครมาบังคับต่อไป



ผู้ต้องขังอีกครั้งหนึ่ง

ไม่ทราบว่ามีผู้ต้องขังที่มีอาการทางจิตกี่คนที่มิได้ผ่านกระบวนการยุติธรรมตามที่เคยเรียนมา

หลักๆ คือประมวลกฎหมายอาญา มาตรา 65 และประมวลกฎหมายวิธีพิจารณาความอาญา มาตรา 14

หลังรัฐประหาร เข้าใจว่ามีผู้ป่วยจิตเภทที่ต้องขังโดยผ่านกระบวนการไม่ครบมากกว่าเดิม นอกเหนือจากกลุ่มนักกฎหมายหนุ่มสาวที่มีอุดมการณ์ที่เข้ามาช่วยเหลือตามกำลังความสามารถแล้ว ก็ไม่เห็นองค์กรทางราชการหรือองค์กรวิชาการใดๆ ขยับ

กรมสุขภาพจิตเจียบสนิน

ครั้งล่าสุดที่ผู้เขียนพยายามให้การนอกเหนือคำถามที่อัยการถาม ได้ถูกขอให้หยุดพูดกะทันหัน

เวลาผู้เขียนต้องไปขึ้นศาล ไม่ว่าจะในสถานะพยานผู้เชี่ยวชาญ (expert witness) ในคดีอาญา หรือพยานคดีอื่นๆ เช่น ผู้ไร้ความสามารถและผู้ดูแลเป็นต้น จำได้ว่าชีวิตส่วนตัวเป็นทุกข์

ทุกข์ 1 คือจำเป็นต้องทิ้งผู้ป่วยที่ไอพีดีไปให้การ แต่ละครั้งเราไปตรงเวลา แต่ต้องไปนั่งรอเวลาเปิดพิจารณาครั้งละไม่ต่ำกว่า 1 ชั่วโมง สมัยโลกไม่มีสมาร์ทโฟน อ่านหนังสือจบเป็นเล่มๆ สมัยใหม่เขียนเฟซบุ๊กไปเรื่อยๆ

การไปนั่งรอแต่ละครั้ง ปลอดภัยตนเองเสมอว่าเป็นกรรมตามสนอง พวกเรา ออกไอพีดีช้า คนอื่นก็ออกบัลลังก์ช้าได้เหมือนกัน ประชาชนรับกรรมที่ทุก กระทรวงทำไว้เสมอหน้ากัน

ว่าแล้วชวนให้นึกถึงเวลาไป ‘ตานขันข้าว’ ที่วัด โดยเฉพาะในวันเทศกาล ปีใหม่ในเมืองของภาคเหนือตอนบน พระท่านจะออกไอพีดีเร็ว วัดที่ชาวบ้านมารอตานขันข้าวแน่นขนัด พระท่านจะมาช่วยกันออกไอพีดีพร้อมๆ กันหลายรูป แต่ละท่านอ่านหนังสือกันไม่คล่องหรือก ไม่ว่าจะจะเป็นพระเด็กหรือพระผู้ใหญ่ สระกับวรรณยุกต์นี้ไม่ต้องพูดถึง อ่านกันผิดๆ ถูกๆ ตอนสวดอุทิศส่วนกุศล ไม่รู้ที่ตานกันจะไปถึงอยู่ที่เราต้องการหรือเปล่า

แต่พระท่านก็มาออกไอพีดีตามหน้าที่ หน้าที่ของผู้ให้การรักษาทางจิต วิญญาณ ซึ่งจิตแพทย์เก่งภาษาไทยทำไม่ได้

ทุกข์ 2 คือหลังจากเราให้การแล้ว เราต้องรีบขับรถกลับไปโรงพยาบาล เพื่อตรวจผู้ป่วยนับร้อยที่รอ ตอนมาศาลเราเป็นประชาชน จอตรึมถนแล้ว เดิน เพราะด้านในมีหมายเลขทะเบียนรถครอบครองหมดสิ้นแล้ว ครั้นกลับมา โรงพยาบาล เราเป็นเจ้า(หน้า)ที่ มีที่จอดรถ สถานที่ราชการห้ามจอดรถ ประชาชนไปหาจอดกันเองด้านนอกเช่นกัน

ผู้ป่วยแต่ละคนก็เหลือเกิน รอได้รอดีไม่ยอมกลับไปก่อน จะอะไรกันนักหนา มากันเพราะรักษาฟรีใช่ไหม ดูเหมือนผู้หลักผู้ใหญ่ในบ้านเมืองนี้จะกล่าวไว้ อัน 30 บาทนั้นรักษาทุกโรคได้จริง แต่ไม่ได้ครอบคลุมค่าโรงแรมหรือเรือนพัก ญาติ และของกิน จะยังงี้ก็ต้องรอตรวจแล้วกลับบ้านทันรถเที่ยวสุดท้ายให้ จังได้

ทุกข์ 3 คือเวลาผู้ป่วยรอนานและแออัด นอกเหนือจากเราเหนื่อยกลับมา จากศาลแล้ว อากาศก็ร้อนเพราะห้องตรวจไม่ติดแอร์ หากติดแอร์เจ้าหน้าที่และ ตัวเรามีโอกาสมากที่จะป่วยด้วยวัณโรค ติดกันไปหลายคนแล้ว จึงกล่าวได้ว่า

พวกเราคนโรงพยาบาลทำงานในสนามรบจนตัวตาย และถ้าโชคร้ายเป็นวัณโรค สายพันธุ์ดื้อยา ที่ซึ่งเอเชียและประเทศไทยได้ชื่อว่าเป็นศูนย์กลางเชื้อแห่งเอเชีย รับรองว่าครอบครัวของคุณพยาบาลเองจะทุกข์หนักไปอีกหลายปี

รอนานและแออัดทำให้ญาติผู้ป่วยบางท่านหงุดหงิดง่าย ร้องเรียนง่าย ผู้ป่วยโรคจิตบางคนทนเสียงบ่นด่าจากญาติไม่ไหว ยกเก้าอี้ทุบใส่กันก็มี

มีครั้งหนึ่งนานมาแล้ว ผู้เขียนกลับมาช้า ผู้ป่วยรายหนึ่งมือกุมท้องเลือดโชก มานั่งรอพบจิตแพทย์เพราะแท้งตัวเองมา (เรื่องนี้เกิดก่อนยุคพัฒนาคุณภาพ HA) นึกแล้วชีวิตผู้เขียนช่างน่าอึดหนาระอาใจ

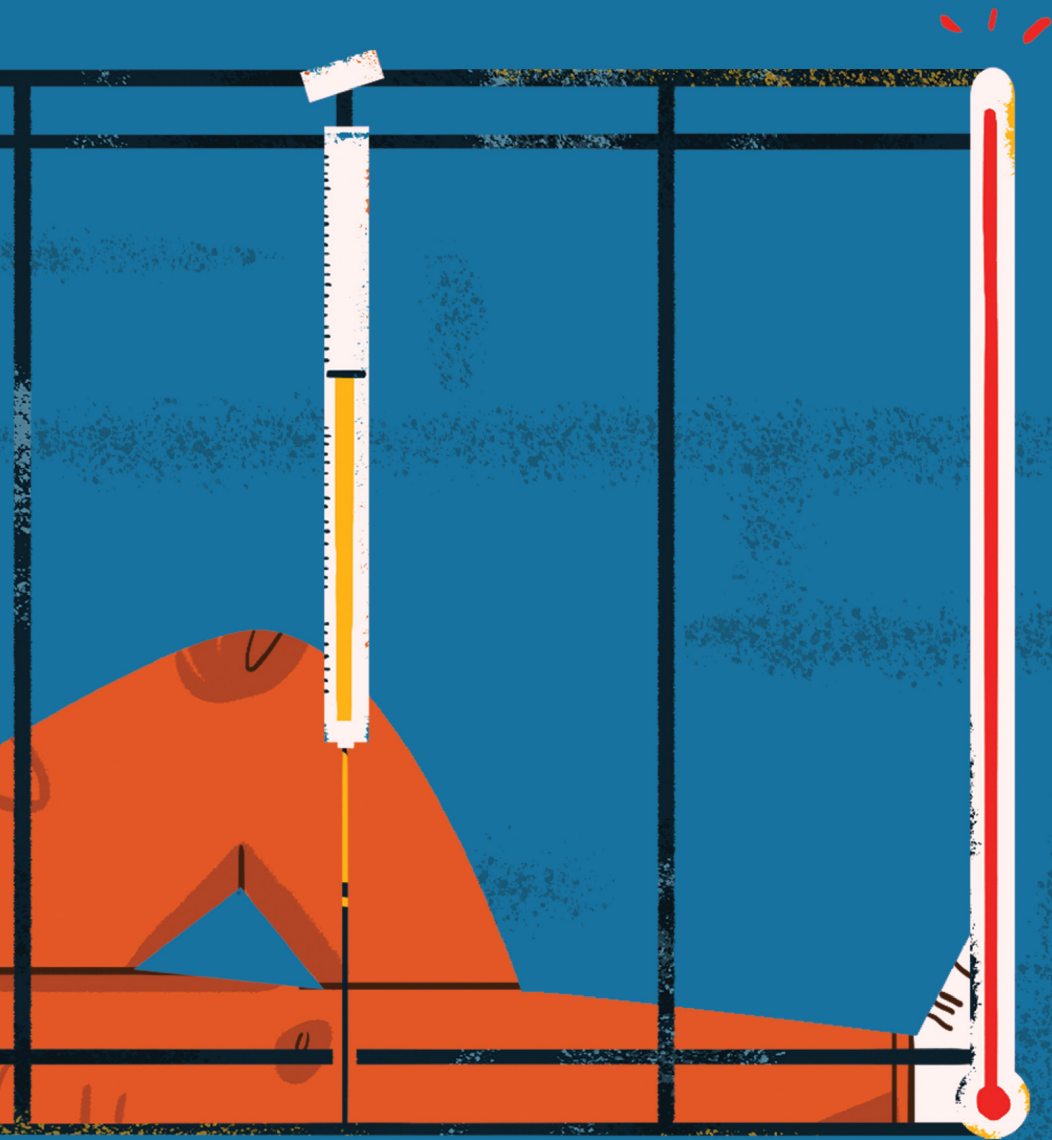
กลับไปทีเรือนจำ ผู้ป่วยคนหนึ่งซึ่งเคยบวชเรียนแล้วใช้ขวานจามหัวเจ้าอาวาส ตอนนี้อาการทางจิตดีแล้ว พยายามถามว่ากระบวนการพิจารณาคดีถึงไหน เขาว่าเสร็จแล้วมั้งครับ หันไปถามพยาบาลในเรือนจำ ก็ได้คำตอบเดียวกัน ครั้นขอให้ไปตรวจสอบสำนวนมา ปรากฏว่าไม่มีกลไกที่ทำได้

ผู้ป่วยหญิงที่ทำลายชีวิตบุตรในท้อง ด้วยมีดปักลงไปแล้วคว้านออกมา บัดนี้อาการดีแล้ว ใครไม่รู้ประวัติจะไม่เห็นร่องรอยความผิดปกติของเธอ ไม่ทราบเหมือนกันว่าเธอผ่านกระบวนการครบถ้วนเพียงใด แต่ที่แน่ๆ คือผมมิได้เป็นพยานผู้เชี่ยวชาญในคดีนี้

ยังมีคดีเด็กชาติพันธุ์อายุ 8 ปีเผ่าธงชาติ เด็กคนเมืองอายุ 12 ปีชายชาติเดือน ชายหญิงที่ต้องคดี 112 เหล่านี้คดีจบลงด้วยการรับสารภาพทุกคน โดยที่ยังไม่ได้เรียกพยานผู้เชี่ยวชาญเลย

ประเทศเรามีเรื่องราวมากมายรอการสะสาง แต่มีเรื่องหนึ่งที่ ‘ประเทศกูมี’ คือหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า และพวกเราที่อยู่ในวิชาชีพ มีหน้าที่รักษาสุดฝีมือท่ามกลางแรงกดดันรอบด้าน โดยที่กระทรวงสาธารณสุขไม่เคยแสดงตัวว่าจะพัฒนาระบบใดๆ เลย







ผู้เสพหรือผู้ติด

เมื่อรัฐบาลทักษิณ ชินวัตร ประกาศสงครามยาเสพติด เวลานั้น หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้ากำลังเริ่มต้น เป็นนโยบายสองเรื่องที่รัฐบาลเริ่มงานทันทีที่เข้ารับตำแหน่ง

เป็นสองนโยบายสำคัญที่ได้รับทั้งดอกไม้และก้อนอิฐ หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าน่าจะได้รับดอกไม้มากกว่าก้อนอิฐ เป็นยุคใหม่ของระบบสาธารณสุข ชาวบ้านได้เงยหน้าอ้าปากเมื่อค่าใช้จ่ายก้อนใหญ่ในครัวเรือนคือค่ารักษาพยาบาลถูกเอาออกไป

มีความพยายามล้มหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าตลอดมา แต่ผลลัพธ์และผลกระทบ (outcome & impact) ที่ตกแก่ประชาชนนั้นชัดเจนและมากมาย จนปฏิเสธมิได้ แม้รัฐบาลที่มีอำนาจล้นฟ้าในมือก็ยังทำอะไรไม่ถนัดนัก ตอนนี้ถึงฤดูเลือกตั้งแล้ว เข้าใจว่าขบวนการล้มหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าจะรามือไปอีกครั้งหนึ่ง

อยากเห็นพรรคการเมืองขุนนโยบายไม่เอาหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าอยู่เหมือนกัน ประชาธิปไตยแม้จะไม่ใช่ว่าเรื่องที่ดีที่สุด แต่แสงสว่างออกไปมากกว่าระบบอื่น ใครจะทำอะไรก็ต้องออกมาทำกลางแจ้ง

สงครามยาเสพติดทำให้รัฐบาลเวลานั้นได้ก๊อมน้ำมันมากกว่าดอกไม้ สงครามเกิดขึ้นใน 2 ระดับ ระดับแรกคือสงครามกับพ่อค้ายา นำมาซึ่งการสังหารผู้ต้องสงสัยประมาณ 2,000 คน ตามตัวเลขประมาณการเวลานั้น เป็นการสังหารที่ว่ากันว่า มีทั้งใช่และไม่ใช่ ที่ว่าไม่ใช่ไม่มีทั้งที่กระทำโดยบ้านเมืองและพ่อค้ายาด้วยกันเอง

หากประเมินผลลัพธ์และผลกระทบระยะสั้น การค้ายาเสพติดเจ็บหายไปเลยจริงๆ พ่อแม่ที่มีลูกติดยาหรือชุมชนที่ถูกรบกวนด้วยการค้ายาได้อยู่กันสงบสุข มีการยึดทรัพย์พ่อค้าและคบหาดีบางคนที่ถูกซื้อหาว่าค้ายา ไม่ว่าจะเป็นบ้าน รถยนต์ หรือโรงงาน เป็นที่สะใจแก่คนดู แต่ฝ่ายที่ดูแลกระบวนการยุติธรรมส่ายหัวด้วยความไม่สบายใจ เพราะบางเรื่องก็ผิดขั้นตอน นายตำรวจและข้าราชการกระทรวงสาธารณสุขบางคนเวลานั้น เป็นนักการเมืองฝ่ายนิยมรัฐประหารในวันนี้

ยังมีสงครามระดับที่ 2 คือสงครามกับผู้ติดยา ซึ่งเป็นส่วนที่ผมได้เข้าไปเกี่ยวข้องด้วยตั้งแต่ก่อนเริ่มสงคราม จนกระทั่งค่อยๆ ถอนตัวออกมาก่อนลาออกจากราชการ

เริ่มตั้งแต่คำสะกด ‘ยาเสพติด’ หรือ ‘ยาเสพติด’ และ ‘เสพติด’ หรือ ‘เสพติด’ หากยึดเอาพจนานุกรมเป็นที่ตั้ง คำสะกดที่ถูกต้องคือคำว่า ‘ยาเสพติด’ และ ‘เสพติด’ กล่าวคือเมื่อเป็นคำนามจึงมี ย ยักษ์ การันต์ แต่ถ้าเป็นคำกริยาไม่มี ย ยักษ์ การันต์

วิวาทะเรื่องนี้ไม่มีมาก เดว่าคนส่วนใหญ่ขี้เกียจเขียนหรือพิมพ์ ย ยักษ์ การันต์ อยู่ก่อนแล้ว คำว่ายาเสพติดจึงกลายเป็นยาเสพติดในทุกวันนี้ด้วยความยินยอมพร้อมใจของทุกฝ่าย

วิวาทะเล็กๆ อีกเรื่องหนึ่งคือ ยาบ้าหรือยาม้า คนรุ่นผมโตมากับคำว่ายาม้า คือยาที่คนขับรถทัวร์และรถบรรทุกกินเพื่อให้ขับรถได้ข้ามคืน สมัยนั้นเวลารถทัวร์หรือรถบรรทุกคว่ำ ข้อสันนิษฐานแรกๆ คือใช้ยาม้า แล้ววันหนึ่งใครบางคนก็เปลี่ยนคำว่ายาม้าเป็นยาบ้า ด้วยเหตุผลที่ให้ต่อสาธารณชนว่ายาบ้าทำให้บ้า

แล้วอย่างไรไม่ทราบ ยาบ้าก็ขยับขึ้นเป็นยาเสพติดร้ายแรงประเภทที่ 1 การครอบครอง การเสพ และการค้ามีโทษระดับสูงสุด ในเวลาเดียวกันกับการค้ายาบ้าแผ่ขยายอย่างกว้างขวาง สารตั้งต้นถูกไล่เลียงลงมาจากตอนเหนือของเอเชีย เข้าสู่ชายแดนไทยทุกด้านเหมือนน้ำป่า เยาวชนและชายวัยทำงานจำนวนมากเข้าสู่วงจรยา ทั้งที่เป็นผู้ครอบครอง ผู้เสพ และผู้ค้า บางคนรวยขึ้นทันตา คนในสำนักงานที่ทำงานด้วยกัน แผลอแผลบเดียวออกรถคันใหม่ทั้งที่เงินเดือนไม่มาก แล้วหลังจากนั้นอีกไม่นานก็หายไปจากที่ทำงาน

ตอนที่พายุโรคเอดส์พัดกระหน่ำจังหวัดเชียงราย เมื่อปี พ.ศ. 2535 ผู้คนล้มตายหลายครัวเรือน เพื่อนที่ทำงานบางคนหายไป เมื่อสงครามยาเสพติดเริ่มขึ้นในปี พ.ศ. 2546 คนบางคนตายทันทีและคนบางคนหายไปเลย พบอีกครั้งหนึ่งก็อยู่ในเรือนจำกลางเสียแล้ว วิวาทะเรื่องใครเป็นผู้ค้า สงครามที่ทำให้ไปสังหารได้แต่ผู้ค้ารายย่อย กระบวนการยุติธรรมถูกละเลย เป็นประเด็นโต้เถียงที่ได้ยินอยู่เสมอ

แต่บ้านที่ลูกหลานติดยา จะภักดีต่อพรรคไทยรักไทยจนวันนี้

ผมมิได้มีส่วนได้ส่วนเสียกับวิวาทะหลายประเด็นข้างต้น แต่มีส่วนได้ส่วนเสียกับวิวาทะอีกหลายประเด็นในระดับรองลงมา เช่น ยาบ้าเสพติดจริงหรือไม่ วิธีรักษาที่ส่วนกลางกำหนดมาให้ใช้ได้ผลจริงหรือเปล่า และสุดท้ายคือ ใครจ่าย?

อย่าลืมว่า 30 บาทรักษาทุกโรคเวลานั้น ยังจัดการฐานข้อมูลบัตรประชาชนไม่เรียบร้อยเลย

สมัยที่คนขับรถบรรทุกใช้ยาม้า ยาม้าใช้กิน กลืนลงท้อง รอเวลาย่อยสลาย แล้วดูดซึมเข้าสู่กระแสเลือด อนุพันธ์ของยาม้าคือแอมเฟตามีน ลอยละล่องผ่านร่างแหเส้นเลือดดำรอบกระเพาะอาหาร เข้าสู่ระบบไหลเวียน จากระบบหลอดเลือดดำไปจนถึงหัวใจ หัวใจบีบยาเข้าสู่ระบบหลอดเลือดแดงสองข้างของลำคอ ขึ้นสู่สมอง แล้วออกฤทธิ์ทำให้ผู้ใช้ชัณ ยาม้าจึงมีอีกชื่อหนึ่งว่าเป็นยาชัณ แต่ไม่ค่อยมีใครทราบว่าทำให้เสียสติได้ด้วย หากเสพมากเกินไปหรือนานเกินไป

บางทีลำพังชั้นเกินเหตุ พุดไม่หยุด เดินผ่านไปทั่ว และเช็คชั่งก็ดู
ใกล้เคียงคนเสียสติเข้าไปแล้ว

ในวันเวลาที่ยามักกลายเป็นยาบ้านั่นเอง กลุ่มเป้าหมายและพฤติกรรม
การเสพของคนเราก็เปลี่ยนไป จากที่เคยกินยาทั้งเม็ดลงท้อง เปลี่ยนเป็น
การจุกไฟเผาแล้วสูดควัน

ด้วยวิธีนี้ อนุพันธ์ของแอมเฟตามีนเข้าสู่โพรงจมูก ซึมผ่านระบบไหลเวียน
ของโพรงจมูก ลัดเข้าสู่สมองส่วนหน้าที่ตั้งห่างออกไปเพียงไม่กี่เซนติเมตร
สร้างความสุขสดชื่นและล่องลอยให้แก่เยาวชนและวัยทำงานในเวลาอันเป็น
วินาที เร็วกว่าครึ่งกลืนลงท้อง ซึ่งใช้เวลากว่าจะออกฤทธิ์หลายนาที

อะไรที่เร็วกว่าจะมีศักยภาพเสพติดได้ง่ายกว่า อย่างว่าแต่เรื่องยาเสพติดเลย
อ่านเฟซบุ๊กดูเรื่องเร็วกว่าอ่านหนังสือหนาๆ สักเล่ม อาการติดเฟซบุ๊กจึงมี
มากกว่าติดหนังสือ เล่นเกมสร้างความสนุกมากกว่าท่องหนังสือสอบ อาการ
ติดเกมจึงมากกว่าติดหนังสือสอบ อะไรที่สุขเร็วกว่า นำมาซึ่งความพึงพอใจ
มากกว่าและเสพติดได้เร็วกว่า ยาม้าหรือยาขยัน เปลี่ยนตัวเองเป็นยาบ้าพร้อม
กรรมวิธีที่ใช้เสพ จึงสร้างปัญหาการเสพติดระบดไปทั่วอย่างรวดเร็ว

แต่วิาทะยาบ้าเป็นยาเสพติดจริงหรือก็ยังไม่อยู่ เหตุผลหนึ่งคือ ยาบ้ามัก
ไม่สร้างอาการถอนยาทางร่างกาย แตกต่างจากผงขาวหรือเฮโรอีนที่มีอาการ
ลงแดงชัดเจนเมื่อขาดยา แม้ว่าแอมเฟตามีนจะถูกจัดอยู่ในหมวดสารเสพติด
ทั้งจากการจำแนกโรคทางจิตเวช โดยองค์การอนามัยโลกระบบ ICD หรือ
การจำแนกโรคโดยสมาคมจิตแพทย์อเมริกา DSM แล้วก็ตาม ยาบ้าไม่สร้าง
อาการถอนยาทางร่างกาย ไม่แม้แต่สร้างอาการถอนยาทางจิตใจ

เด็กนักเรียน นักศึกษา และเยาวชนที่ใช้ยาบ้าทุกคน จะพูดว่าตนเองไม่ติดยา
เพราะเขาเลิกได้ตลอดเวลาจริงๆ โดยไม่มีอาการถอนยาเลย

แต่หวนกลับไปใช้ได้ทันทีเหมือนกัน เมื่อทุกคนผลอ

คำถามคือเขาเป็นผู้เสพหรือผู้ติด สงครามยาเสพติดมาพร้อมกฎหมาย
ฉบับใหม่ที่กระทำกับคนสองจำพวกนี้แตกต่างกัน



ผู้เสพ ผู้ติด หรือผู้ค้า

ปีสงครามยาเสพติดมาพร้อมกับพระราชบัญญัติฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด พ.ศ. 2545 เมื่อวันที่ 27 กันยายน พ.ศ. 2545 ก่อนหน้าพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 เมื่อวันที่ 11 พฤศจิกายน พ.ศ. 2545

กฎหมายใหม่สองฉบับในรัฐบาลไทยรักไทยเวลานั้น นำมาซึ่งการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างการทำงานครั้งใหญ่ในกระทรวงสาธารณสุขและโรงพยาบาล

มาตรา 12 ของ พ.ร.บ.ฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด ให้คณะกรรมการพิจารณาแต่งตั้งคณะอนุกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดในเขตพื้นที่ต่างๆ ตามความเหมาะสม ประกอบด้วยผู้แทนกระทรวงยุติธรรมเป็นประธาน คณะอนุกรรมการ แพทย์หนึ่งคน นักจิตวิทยาหนึ่งคน นักสังคมสงเคราะห์หนึ่งคน ผู้ทรงคุณวุฒิซึ่งมีคุณสมบัติตามที่กำหนดในกฎกระทรวงไม่เกินสองคน เป็นอนุกรรมการ และให้ผู้แทนกรมคุมประพฤติหนึ่งคนเป็นอนุกรรมการและเลขานุการ

แพทย์ตามวรรคหนึ่งให้พิจารณาแต่งตั้งจากจิตแพทย์ ถ้าไม่อาจแต่งตั้งจิตแพทย์ให้แต่งตั้งจากแพทย์อื่นที่เหมาะสม

นอกจากนี้จากที่ผมได้รับคัดเลือกให้เป็นผู้ทรงคุณวุฒิในคณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติแล้วยังจำเป็นต้องรับตำแหน่งผู้ทรงคุณวุฒิในคณะกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดระดับจังหวัดด้วย เท่ากับว่าได้เข้าไปเป็นส่วนหนึ่งของการทำงานใหม่ทั้ง 2 ชั้นในระยะเริ่มต้น

เดิมงานยาเสพติดของหลายโรงพยาบาลมิได้เป็นของฝ่ายจิตเวช หลายโรงพยาบาลวางงานนี้อาไว้กับฝ่ายเวชกรรมสังคม ซึ่งทำหน้าที่ดูแลเรื่องการส่งเสริม ป้องกัน และชุมชน ก่อนหน้าสงครามยาบ้าหรือแอมเฟตามีนประเทศไทยมีปัญหาเรื่องผงขาวหรือเฮโรอีนมากกว่า ยาบ้าหรือยาบ้ามิได้มีปัญหามากมายนัก

ครั้นกฎหมายใหม่ออก พร้อมการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างการทำงานครั้งใหญ่ ฝ่ายจิตเวชของทุกโรงพยาบาลต้องเข้ารับงานยาเสพติดมาทำเพิ่มขึ้นเป็นที่ลำบากใจเพราะเราต้องทิ้งผู้ป่วยจิตเวชที่มารอตรวจไปออกพื้นที่เพื่อทำงานด้านยาเสพติด แต่ก็น่าดีใจอยู่บ้างที่การทำงานด้านยาเสพติดมีโครงสร้างที่ชัดเจนมากกว่าสมัยก่อน

ที่น่าชมเชยคือเป็นครั้งแรกที่มีการตั้งงบประมาณด้านการบำบัดรักษา ยาเสพติดขึ้นอย่างจริงจังเสียที เดิมโรงพยาบาลเป็นผู้รับผิดชอบค่าใช้จ่ายด้านการบำบัดรักษาผู้ติดยา ซึ่งส่วนมากเป็นผู้ใช้ผงขาวทั้งเสฟและฉีด บัดนี้กรมราชทัณฑ์โดยสำนักงานคุมประพฤติเป็นผู้ตั้งงบประมาณเพื่อการนี้โดยเฉพาะ เงินไหลมาจากกรุงเทพมหานครเช่นเดิม แม้ว่าจะมาช้ามากในแต่ละปี แต่ก็มาถึงโรงพยาบาลและค่ายบำบัดผู้ติดยา

ดังที่เขียนไว้ครั้งที่แล้ว สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติและงานหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าก็กำลังตั้งหลักเช่นกัน อย่าว่าแต่ฐานข้อมูลผู้ติดยาเลยฐานข้อมูลประชาชนและฐานข้อมูลข้าราชการก็ยังไม่เรียบร้อย คุณหมอสงวน นิตยารัมภ์พงศ์ พูดกับผมเป็นการส่วนตัวว่า

“ขอตัวเลขจำนวนข้าราชการไปนานสองนาน มีคำตอบกลับมาว่าหาไม่ได้” และ “ขอทราบจำนวนคนที่มียัตรประชาชนทั้งหมดของประเทศ เขาตอบว่าไม่ทราบ”

มักมีคนกล่าวหาสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติว่าทำงานที่มีใช้ของตัว ปัญหาที่มาตั้งแต่แรกคือเจ้าของงานไม่ทำงาน แต่คุณหมอสงวนเป็นบุคคลอย่างที่เราเรียกว่า pragmatism คือเอาการปฏิบัติงานสำเร็จเป็นตัวตั้ง งานที่ไม่ทำแล้วงานไม่เดินจึงต้องทำ และหากเจ้าของงานไม่ทำ คุณหมอสงวนทำเอง

ในเมื่อไม่มีใครยับยั้งเรื่อง 30 บาทรักษาทุกโรคง่าย ๆ แม้กระทั่งปลัดกระทรวงสาธารณสุขทุกยุคสมัยก็ไม่ยอมยับยั้งง่าย ๆ เรื่อยมา สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติก็จะทำเองเสมอ ซึ่งนำไปสู่การคานอำนาจที่เสียหาย

คล้าย ๆ สำนักงานพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลที่ทำหน้าที่เป็นทั้งผู้พัฒนา ผู้ตรวจ และผู้อนุมัติตราคุณภาพเสร็จสรรพในหน่วยงานเดียว นำมาซึ่งความเสียหายของการคานอำนาจหน้าที่เช่นเดียวกัน แต่ก็อาจจะเถียงแทนได้อยูบ้าง นั่นคือ ณ เวลานั้น ๆ ไม่มีใครยอมทำอะไรเลย

ผู้เขียนเข้าไปเป็นส่วนหนึ่งของคณะผู้ตรวจคุณภาพในระยะแรก ๆ พบว่าสำนักงานได้พยายามอย่างยิ่งที่จะธำรงมาตรฐานการตรวจมิให้เสียหาย แต่สมดุลของการคานอำนาจที่เสียหายตั้งแต่แรก นำมาซึ่งผลลัพธ์ที่ไม่พึงปรารถนาจนได้

เป็นรุ่งอรุณของงานยาเสพติดในประเทศไทยและระดับโรงพยาบาล ผู้ป่วยยาเสพติดซึ่งทำนายได้ว่าเกือบทั้งหมดไม่มีเงินจ่ายค่ารักษาพยาบาล (นำมาสู่คำพูดที่ว่าใครทำตัวเองให้จ่ายเอง เช่นเดียวกับกรณีผู้ป่วยเอดส์แล้วเกิดอุบัติเหตุ หรือผู้ป่วยที่ทำร้ายตัวเองไปจนถึงฆ่าตัวตาย) บัดนี้โรงพยาบาลได้เงินมาใช้จ่ายเพื่อการนี้แล้ว และถ้ามีผู้ติดตามคนใดหลุดรอดกฎหมายฟื้นฟูยาเสพติดปี พ.ศ. 2545 นั่นคือกรมราชทัณฑ์ไม่ตั้งงบประมาณรอไว้ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติโดยกฎหมายหลักประกันปี พ.ศ. 2545 จะเข้ามารองรับให้แทน

นี่คือเฉลี่ยทุกข์เฉลี่ยสุข ถึงแม้ว่าทุกข์นั้นจะเป็นผู้ใช้ยาเสพติดก็ตาม

กฎหมายลูกที่ติดตามกฎหมายใหญ่ปี พ.ศ. 2545 นำมาซึ่งหลักปฏิบัติในการจำแนกผู้ค้า ผู้ติด และผู้เสพยาออกจากกัน เฉพาะผู้ติดและผู้เสพยาก็มีเรื่องสนุกสนานให้ทำงานหลายเรื่อง กล่าวอย่างง่ายคือ ผู้ติดจะได้รับงบประมาณจาก

กรมราชทัณฑ์ แล้วกระทรวงสาธารณสุขเอาไปรักษา ในขณะที่ผู้เสพจะได้รับงบประมาณจากสำนักงานคุมประพฤติ แล้วเอาไปคุมประพฤติ ส่วนผู้ค้าก็เข้าคุก

ปัญหาคือใครกันแน่ที่ เป็นผู้ค้า ผู้ติด หรือผู้เสพ ?



ใครๆ ก็ทำผิดกฎหมายทั้งนั้น เพียงแต่ไม่ถูกจับได้

พระราชบัญญัติฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด พ.ศ. 2545 นำมาซึ่งกฎหมายลูกที่มีหลักปฏิบัติเกี่ยวกับการจำแนกผู้ค้า ผู้ติด และผู้เสพ

การครอบครองเกินกว่า 5 เม็ดในขณะที่จับกุม ถือเป็นผู้ค้า อำนาจเบ็ดเสร็จนี้อยู่ในมือของผู้รักษากฎหมาย เพียงเริ่มต้นความชัดเจนก็สิ้นคลอนเสียแล้ว

แต่ถ้าเข้าจับกุมแล้วพบว่าผู้ครอบครองมีไม่เกิน 5 เม็ด จะเป็นเพียงผู้ติดหรือไม่ก็ผู้เสพ ผู้ต้องหาจะเป็นภาระของสำนักงานคุมประพฤติจังหวัด ขั้นตอนต่อไปคือการส่งตัวผู้ต้องหาไปรับการตรวจพิสูจน์ที่โรงพยาบาลด้วยการตรวจปัสสาวะ

แต่โรงพยาบาลหลายแห่งไม่สามารถตรวจปัสสาวะในระยะแรกเริ่มที่กฎหมายทำงาน ที่ตรวจได้ก็ใช้เครื่องมือตรวจขั้นต้นที่สร้างผลบวกลวงจำนวนมากพอสมควร ดังที่ทราบกันว่ายาแก้หวัดและ/หรือยาขยายหลอดลมบางประเภทสร้างผลบวกลวงได้ ก่อนที่ยาแก้หวัดบางประเภคนั้นจะถูกถอนออกจากตลาดร้านขายยา และคลินิกแพทย์ แล้วยกระดับขึ้นไปเป็นยาเสพติดประเภท 2 ในที่สุด สร้างความเดือดร้อนให้แก่กุมารแพทย์และแพทย์หู คอ จมูก เป็นอันมากสืบมาเพราะไม่มียาจะใช้

กว่าโรงพยาบาล (ขนาดใหญ่) จะมีเครื่องมือตรวจทันสมัยที่สามารถตรวจได้ โดยปราศจากผลบวกлож เวลาที่ผ่านมาเป็นปี หนึ่งปีนั้นผู้ต้องหาที่เสียชีวิต อันควรจะมีไปจำนวนหนึ่ง

ยังไม่นับเรื่องการคานอำนาจการตรวจพิสูจน์ หลายท้องที่เรื่องนี้มีปัญหา มาก ใครเป็นผู้เก็บตัวอย่างปัสสาวะ ตำรวจหรือเจ้าหน้าที่ห้องปฏิบัติการ ใครควบคุมความถูกต้องของตัวอย่างปัสสาวะ ไปจนถึงใครถือผลตรวจปัสสาวะ เอาไว้ก่อนที่จะแพทย์จะได้อ่านผล น่ากลุ้มใจเป็นอันมาก

จำได้ว่าเวลานั้น มีเทคนิคการเปลี่ยนผลปัสสาวะออกมามากมาย ทั้งนี้ รวมถึงเทคนิคการกินสารอะไรบางอย่างเพื่อเปลี่ยนสีน้ำปัสสาวะมิให้ตรวจจับได้ว่าเสพยา มา สนุกสนานเป็นอย่างยิ่ง

และบางครั้งการจับกุมเกิดขึ้นในตอนเย็นวันศุกร์ การตรวจปัสสาวะในตอน เริ่มต้นทำไม่ได้ในวันหยุดราชการ คิดว่าผู้ต้องขังจะไปนอนไหนได้ นอนโรงพัก ก็ยังดี แต่ความโกลาหลของงานนั้นบางคนลัดชั้นตอนไปนอนเรือนจำได้เลย เป็นการชั่วคราว ก่อนที่จะเบิกตัวออกมาตรวจปัสสาวะในเช้าวันจันทร์ ภายใต้ การตั้งสมมติฐานว่าไอ้หมอนี้เสพมาแน่ๆ รับรองไม่ผิดตัว

เมื่อขึ้นตอนการตรวจพิสูจน์ผ่านไป ผลการตรวจจะมาถึงห้องประชุม อนุกรรมการระดับจังหวัด ซึ่งมีกรรมการ 6 คนดังที่เขียนเอาไว้ในกฎหมาย คือ อัยการจังหวัดเป็นประธาน ผู้อำนวยการสำนักงานคุมประพฤติเป็น เลขานุการ มีจิตแพทย์ นักจิตวิทยา นักสังคมสงเคราะห์ และตัวแทนภาค ประชาชนอีก 2 คน เป็นกรรมการ มีหน้าที่ประชุม อภิปราย แล้วตัดสินว่าใครติด หรือใครเสพ ส่วนใครค่านั้นถูกแยกตัวไปก่อนแล้ว

ผลการตรวจปัสสาวะจะมาพร้อมผลการตรวจทางจิตวิทยาขึ้นต้น ซึ่ง นักจิตวิทยาไทยควรประวั่งเป็นอันมาก

กรมสุขภาพจิตเวลานั้นได้ออกแบบทดสอบทางจิตวิทยาเป็นข้อคำถาม 20 ข้อ เพื่อให้สำนักงานคุมประพฤติใช้คัดกรองผู้เสพและผู้ติด ภายใต้นิยามว่า ผู้เสพไม่ติด และผู้ติดนั้นติด

บางพื้นที่ลงรายละเอียดกันเองมากขึ้นอีกนิด คือผู้เสฟไม่มีอาการถอนยา ส่วนผู้ติดมีอาการถอนยา ปัญหาคือผู้ขายยาไม่มีอาการถอนยาทางร่างกาย ที่เห็นเด่นชัด เหมือนอาการถอนยาแล้วลงแดงในผู้ใชผงขาว แม้ว่าจะมีการถอนยาทางจิตใจอยู่บ้าง เช่น กระวนกระวาย แต่อาการนั้นเกิดไม่นาน และไม่มีทางเลยที่ผู้ตรวจจะตรวจจับได้หากผู้เสฟไม่บอกเอง

คำถาม 20 ข้อนั้นมีข้อหนึ่งที่ถามว่า ท่านคิดหรือไม่ว่าใครๆ ก็ทำผิด กฎหมาย เพียงแต่ไม่ถูกจับได้

หากตอบว่าใช่ ได้ 1 คะแนน หากตอบว่าไม่ใช่ ได้ 0 คะแนน

ผมพบว่านักเรียนที่มาจากโรงเรียนในเมืองตอบได้ 0 คะแนนกันทุกคน แสดงถึงความมีจริยธรรมที่หลงเหลืออยู่ เมื่อผลรวมคะแนน 20 ข้อไม่ถึงตามที่กำหนด ผู้ต้องหาจะได้รับการตัดสินเพียงแต่ถูกคุมประพฤติ หรือไปรักษาเป็นผู้ป่วยนอกที่โรงพยาบาล แต่ถ้าคะแนนรวมสูงเกินกว่าที่กำหนด จะได้เป็นผู้ติดแล้วเก็บของไปเข้าค่ายบำบัดยาเสพติดนาน 4 เดือน นำไปสู่อุปการการณืต่างๆ นอกออกจากบ้านเพิ่มขึ้นอีกจำนวนหนึ่ง

สำหรับผู้ตอบแบบสอบถาม 20 ข้อที่เป็นชาติพันธุ์ เราพบว่าจำนวนมากที่ไม่รู้ภาษาไทย เป็นเจ้าหน้าที่สำนักงานคุมประพฤติอ่านให้ฟังแล้วรอฟังคำตอบ แต่จำนวนผู้ถูกจับกุมในระยะ 2-3 ปีแรกหลังการประกาศกฎหมายนั้นมีจำนวนมากมายล้นโรงพัก เรือนจำ โรงพยาบาล และสำนักงานคุมประพฤติ เรียกว่าไม่มีที่ที่จะยืน นำไปสู่การที่เจ้าหน้าที่ช่วยตอบให้เสร็จ มิเช่นนั้นงานจะไม่เสร็จ แล้วจะไม่มีรายงานหรือตัวเลขส่งส่วนกลาง

“คุณหมอเขียนตัวเลขอะไรลงไปก็ได้ อย่าอธิบายมาก” ผู้ตรวจจากกระทรวงสาธารณสุขสั่งผมในวันหนึ่ง

มีครั้งหนึ่งที่ผมเข้าไปตรวจผู้ป่วยที่ถูกจับกุมมาใหม่ และถูกฝากขังเอาไว้ในแดนหนึ่งของเรือนจำกลาง นี่เป็นเพียงขั้นตอนการตรวจพิสูจน์ ทั้งหมดที่เห็นเป็นผู้ต้องหา กฎหมายเขียนให้การตรวจพิสูจน์ต้องแล้วเสร็จใน 48 ชั่วโมง

แต่ละวันมีผู้ต้องหาอมผมไปตรวจวันละเกือบร้อย สถิติสูงสุดคือ 400 กว่าคน ในวันเดียว

บรรยายกาศหนักอึ้ง กลิ่นเหม็นอวลคลุ้ง ครึ่งหนึ่งเป็นชายฉกรรจ์ถอดเสื้อ เหลือลายสักเต็มตัว ครึ่งหนึ่งเป็นชาติพันธุ์ มีทั้งวัยหนุ่มและผู้สูงอายุที่คะเนว่าอายุมากกว่า 70 จำนวนมาก และอีกส่วนหนึ่งที่เป็นนักเรียนนักศึกษา

ทั่วทั้งแดนมีผู้คุมเพียง 2-3 คน คนหนึ่งเป็นสุภาพสตรีในเครื่องแบบกรมราชทัณฑ์ที่สวยงาม เธอสวยมากและเครื่องแบบดูดีมากด้วย เป็นภาพคอนทราสต์ที่ผมเสียดายจนถึงทุกวันนี้ว่ามีได้วาดเอาไว้ ตั้งใจว่าจะวาดจากความทรงจำสักคราวหนึ่งเวลานั้นก็มาไม่ถึงเสียที

ตนเองมิได้ดีกว่าแบบทดสอบ 20 ข้อที่ออกมาให้สำนักงานคุมประพฤติทำงาน เวลา 3 ชั่วโมงสำหรับการตรวจคน 400 คนแค่พูดสวัสดิ์ยังไม่ทันเลยจะให้ตรวจอะไร

เราเป็นดินแดนที่พร้อมจะทำงานตามที่ส่วนกลางสั่งโดยไม่ตั้งคำถาม แม้ทุกคนจะรู้อยู่แก่ใจว่าไม่มีมนุษยชนใดทำงานเหล่านี้ได้ ไม่มีสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดใดๆ ที่มีตัวเลขผลงานสวยหรูแบบที่เห็นได้ เพราะเราเป็นมนุษย์ที่ต้องนอนวันละ 6 ชั่วโมงเหมือนกัน

แต่เรามีผลงานส่งส่วนกลางและไต่สวนกันทุกเดือน







ฝุ่นควัน ซอมบี้ เลือกตั้ง

ปัญหาเรื่องฝุ่นมิได้มีแค่เรื่องมะเร็ง ดังที่ทราบกันแล้วว่า ฝุ่นขนาดเล็กสามารถเล็ดลอดเข้าไปในถุงลมขนาดเล็กแล้วเข้าสู่กระแสเลือดได้โดยตรงก่อนที่จะเดินทางไปทำร้ายอวัยวะส่วนต่างๆ ของร่างกาย

ที่ไม่มีคนพูดถึงมากนักคือฝุ่นขนาดเล็กอาจจะทำให้เกิดการผ่าเหล่าของเซลล์สืบพันธุ์ในผู้ที่กำลังอยู่ในวัยเจริญพันธุ์ เป็นปรากฏการณ์ที่การเปลี่ยนแปลงของสิ่งแวดล้อมมีผลกระทบต่อดีเอ็นเอดังที่เคยเกิดขึ้นกับมนุษย์หลายรอบ สร้างโรคใหม่ๆ ที่ไม่เคยสร้างมาก่อน น่าสนใจว่าคนรุ่นต่อไปจะมีโรคอะไรเพิ่มมากขึ้นและมีโรคอะไรใหม่ๆ เกิดขึ้นได้อีกบ้าง

ทารกที่เกิดในภาคเหนือตอนบนเมื่อประมาณ 10-12 ปีก่อน บัดนี้เรียนจบประถม 4 กันแล้ว พวกเขาสูดฝุ่นเหล่านี้ปีละ 3 เดือนอย่างสม่ำเสมอจนถึงวันนี้เรายังไม่เห็นหลักประกันว่าทารกกรุงเทพฯ วันนี้จะไม่ประสบชะตากรรมเดียวกัน

ว่าที่จริงนี่เป็นโอกาสอันดีที่พรรคการเมืองจะได้แสดงวิสัยทัศน์เรื่องการจัดการฝุ่น รวมทั้งวิสัยทัศน์ต่อหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า แล้วรีบจัดการเลือกตั้งโดยเร็ว

เป็นที่น่าสังเกตว่าปัญหาฝุ่นควันที่ภาคเหนือตอนบน เกิดขึ้นใกล้เคียงความวุ่นวายทางการเมืองในทศวรรษที่ผ่านมา เรามีรัฐประหารและรัฐบาลเปลี่ยนหน้ากันหลายครั้ง แต่แต่ละครั้งไม่ทันทำอะไรก็เปลี่ยนอีก

ว่ากันว่าฝุ่นที่ภาคเหนือตอนบนเกิดจากการเผาไร่ ซึ่งเป็นขั้นตอนหนึ่งของอุตสาหกรรมอาหารสัตว์ เฉพาะจังหวัดเชียงใหม่เข้าใจว่าการจราจรเป็นส่วนหนึ่งด้วย การเผาไม้ได้เกิดขึ้นเพียงในเขตประเทศไทยแต่เกิดขึ้นในประเทศเพื่อนบ้านด้วย ฝุ่นที่ภาคใต้ซึ่งเกิดขึ้นอย่างรุนแรงเป็นบางครั้งก็เกิดขึ้นเพราะการเผาในประเทศเพื่อนบ้านเช่นกัน

ถึงวันนี้ ว่ากันว่าฝุ่นกรุงเทพฯ เกิดจากการจราจร การก่อสร้าง และบางเสียงว่าเกิดจากการเผาในเขมร เราจะได้อ่านเรื่องทำนองนี้ทุกปี ปีละ 2-3 เดือนไปอีกหลายปี และหากไม่มีการเลือกตั้งก็จะได้อ่านไปอีกนาน ด้วยสมมติฐานที่ว่าน่าจะมีแต่รัฐบาลประชาธิปไตยที่พอจะมีศักยภาพเจรจากับนานาชาติเรื่องชั้นบรรยากาศที่เราใช้ร่วมกัน

ทั้งนี้ยังไม่นับรวมเรื่องบทบาทขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ฝุ่นเชียงใหม่และเชียงรายแก้ไขได้ด้วยส่วนท้องถิ่นเช่นไร ฝุ่นกรุงเทพฯ ก็ไม่ต่างกัน การเลือกตั้งไม่เพียงต้องเกิดในระดับประเทศ แต่ควรเกิดขึ้นในระดับส่วนท้องถิ่นด้วย ให้ประชาชนได้พัฒนาฝีมือเลือกตั้งเพื่อให้ได้มาซึ่งนักการเมืองที่ช่วยเหลือเขาได้

ที่ภาคเหนือตอนบนมีจำนวนผู้ป่วยโรคปอดและระบบทางเดินหายใจเพิ่มจำนวนขึ้นเพราะฝุ่นทุกปี คนกรุงเทพฯ ก็น่าจะเป็นเช่นเดียวกัน ส่วนการเพิ่มขึ้นเพราะโรคอื่นๆ แม้จะมีมาก แต่น่าจะต้องรอการพิสูจน์เชื่อมโยงอีกระยะหนึ่งว่าเกิดจากฝุ่นควันจริงหรือเปล่า จะอย่างไรก็ตามทุกครัวเรือนที่อยู่ใต้ชั้นบรรยากาศหนาที่บนี้ มีค่าใช้จ่ายสุขภาพมากขึ้นแน่นอน ที่เกิดไปแล้วทันทีคือค่าหน้ากากและค่าแอร์คอนดิชัน

หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าประกันค่ารักษาพยาบาลให้ได้ แต่ดูเหมือนมิได้ประกันค่าหน้ากากและมีได้ประกันค่าแอร์ รวมทั้งค่าเสื่อมทางสุขภาพจิตสามอย่างนี้ประชาชนต้องจัดการเอง เพราะรัฐบาลที่เป็นอยู่วันนี้ทำให้ไม่ได้

หลังจากนี้น่าจะมีฝุ่นควันมาเยือนทุกปี หากไม่มีเงินจ่ายค่าไฟฟ้าที่สูงขึ้นจากค่าแอร์ ก็ควรไปอาศัยอยู่ตามห้าง หากมีลูกเล็กถึงเวลาก็กาลูกไปเล่นที่สนามเด็กเล่นในห้าง นี่เป็นโอกาสทองของร้านไอติมข้างสนามเด็กเล่นในห้าง และโอกาสทองของห้างที่จะเก็บค่าใช้สนามเพื่อเอามาจ่ายค่าไฟ

การออกกำลังกายในที่โล่งเป็นเรื่องทำไม่ได้ ฟิตเนสเซ็นเตอร์ควรขายดีมากขึ้น แต่เรื่องจะง่ายกว่ามาก หากทุกบ้านวางแผนล่วงหน้าว่าเราจะใช้ห้องใดเป็นที่อยู่อาศัยมากที่สุด เพื่อประหยัดค่าไฟมากที่สุด

กิน นอน ดูเน็ตฟลิกซ์ และออกกำลังกายในห้องเดียวกันทั้งวันคือนานสามเดือน การออกกำลังกายสมัยนี้ไม่ยาก เพียงเปิดคลิปก็ก็นั่นตามได้แล้ว มีไลฟ์โค้ชและแอโรบิกโค้ชมากมายทั้งฟรีและไม่ฟรี ไม่จำเป็นต้องลากลู่วิ่งเข้ามา กินเนื้อที่ในห้องหลบภัยประจำบ้าน

คุณภาพชีวิตจะอยู่ในมือเรา หากเราใช้ชีวิตในห้องนี้แล้วเปิดแอร์ทั้งวันทั้งคืน หากมีเงินมากพอจ่ายค่าแอร์ ให้ทำแอร์และเครื่องดูดอากาศในห้องครัวอีกที่หนึ่ง อย่าลืมวางตู้เย็นทั้งที่ห้องอยู่อาศัยและวางอีกตัวหนึ่งที่ห้องครัวแยกจากกัน ชีวิตจะมีความสุขมาก

ตอนที่ฝุ่นภาคเหนือหนักหนาสาหัส คนสูงอายุและผู้ป่วยที่มีโรคเรื้อรังจำนวนหนึ่ง จะมีอาการทรุดลงโดยหาสาเหตุเด่นชัดไม่ได้ รู้แต่ว่าเมื่อฝุ่นจางก็ดีขึ้น และถ้าใช้ชีวิตในห้องแอร์นานพอก็มักจะดีขึ้น ผู้ป่วยโรคมะเร็งก็เช่นกัน มีผู้ป่วยโรคมะเร็งปอดหนึ่งมาตายสำเร็จหลังจากเขียนจดหมายลาตายทิ้งไว้ข้อความในจดหมายตอนหนึ่งพูดถึงความทุกข์ทรมานที่เกิดจากฝุ่นควัน



อุดมการณ์ ตอนที่ 1

ก่อนที่จะพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าจะถือกำเนิดขึ้นเมื่อปี พ.ศ. 2545 คนไทยใช้สวัสดิการบัตรสงเคราะห์และบัตรสุขภาพ ภายใต้กระบวนการทัศนสังคมสงเคราะห์ นั่นคือสังคมจนเจือผู้มีรายได้น้อย

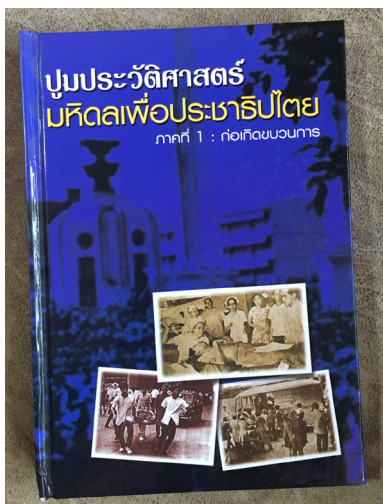
กระบวนการนี้มิใช่ไม่ดี คนจนจ่ายน้อยหรือไม่ต้องจ่ายเลย คนรวยจ่ายค่ารักษาเอง แต่ระบบได้เอื้อให้เกิดกรณีคนจนไม่กล้าไปโรงพยาบาล และคนรวยรวมทั้งญาติสามารถถือครองบัตรสุขภาพหรือแม้กระทั่งบัตรสงเคราะห์

ผมจบแพทย์จากคณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล ไปเป็นแพทย์ฝึกหัดที่โรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์ จังหวัดเชียงราย เมื่อปี พ.ศ. 2526 พบด้วยสายตาตัวเองว่า คนรวยถือบัตรสงเคราะห์และบัตรสุขภาพ ในขณะที่คนจนนอนป่วยบนเตียงผ้าใบตากฝนอยู่ตามทางเดินในคันทนาเหินบ คนรวยนอนห้องพิเศษแต่มีสิทธิรักษาฟรี

นายแพทย์สงวน นิตยารัมภ์พงศ์ เขียนเรื่องเล่าที่ว่าคนจนไม่ยอมไปโรงพยาบาล ซึ่งเป็นที่รู้จักกันดี วันหนึ่งนั่งรถกลับมาจากโรงพยาบาล พบหญิงชาวบ้านอุ้มลูกที่กำลังป่วยเดินไปในทิศทางตรงข้ามกับโรงพยาบาล เหตุเพราะไม่มีเงินจะเข้าไป

“อดีตผู้นำนักศึกษาผู้หนึ่ง เคยกล่าวไว้อย่างน่าฟังว่า คนเราเกิดได้สามครั้ง ครั้งแรกเกิดจากครรภ์มารดา ครั้งที่สองเกิดในจิตสำนึกต่อสังคม และครั้งสุดท้ายเกิดในประวัติศาสตร์” นายแพทย์สงวน ชื่นตันย่อนหน้าแรกของบทนำในหนังสือ ปุ่มประวัติศาสตร์มหิดลเพื่อประชาธิปไตย ภาคที่ 1: ก่อเกิดขบวนการ เอาไว้เมื่อเดือนเมษายน พ.ศ. 2546 ในฐานะบรรณาธิการหนังสือ

หนังสือเล่มนี้เล่าเรื่องเหตุการณ์บ้านเมืองตั้งแต่ พ.ศ. 2500-2516 อันเป็นจุดเริ่มต้นของกระแสสำนึกประชาธิปไตยและการก่อกำเนิดขบวนการนักศึกษา ซึ่งสโมสรศึกษามหาวิทยาลัยมหิดลเป็นส่วนหนึ่ง ก่อนที่จะเกิดเหตุรุนแรงในปี 2516 และ 2519 ต่อมา



นายแพทย์สงวนเขียนต่อไปว่า “เพื่อต้องการให้ผู้คนในรุ่นที่พาดพิงถึง ผู้คนในรุ่นปัจจุบัน และผู้คนในรุ่นต่อไป ได้ทราบที่มาที่ไปของเหตุการณ์ต่างๆ ที่เกิดขึ้น ในช่วงที่นักศึกษามหาวิทยาลัยมหิดลได้เข้าร่วมในการกิจพัฒนาประชาธิปไตยและพัฒนาสังคมในอดีต เพื่อจะให้เกิดการเรียนรู้ร่วมกันถึงแรงบันดาลใจ อันเป็นที่มาของจิตสำนึกต่อสังคมของนักศึกษาในรุ่นนั้นๆ”

แรงบันดาลใจคืออะไร จิตสำนึกต่อสังคมมาจากไหน กระแสสำนึก
ประชาธิปไตยสร้างได้อย่างไร คือประเด็นที่เราจะพูดคุยกันในตอนต่อไป แต่
ก่อนที่จะถึงจุดนั้น เรามาดูว่าเกิดเหตุการณ์อะไรขึ้นบ้างในอดีต

เพราะอดีตคือกองทรายที่เรานั่งทับอยู่ แล้วหลายครั้งเรามิได้เหลียวดู

หนังสือที่นายแพทย์สงวนเป็นบรรณาธิการนี้ ได้บันทึกเอาไว้ว่า นายแพทย์
วีระศักดิ์ จงสู่วิวัฒน์วงศ์ แพทย์รามาฯ รุ่นที่ 4 ได้กล่าวไว้ในปาฐกถารจิต บุรี
ครั้งที่ 13 เมื่อวันที่ 2 พฤษภาคม 2545 ว่า “อาจารย์กลุ่มผู้นำในรามาริบัติ
อันได้แก่อาจารย์จิต อาจารย์อาร์ อาจารย์เปรม ได้กำหนดทิศทางไว้ชัดเจนว่า
การตั้งโรงเรียนแห่งใหม่นี้ ก็เพื่อผลิตแพทย์ไปสู่ชนบท เพื่อแก้ไขการขาดแคลน
แพทย์” นี่คือการประสงค์ของคณะแพทยศาสตร์รามาธิบดี

ศาสตราจารย์นายแพทย์เปรม บุรี เป็นเสรีไทยสายอังกฤษเช่นเดียวกับ
ดร.ป๋วย อึ๊งภากรณ์ ทั้งคู่ได้กระโดดร่มที่จังหวัดชัยนาทเพื่อประสานงาน
กับขบวนการเสรีไทยในประเทศไทย ภายใต้การนำของนายปรีดี พนมยงค์
เมื่อปี พ.ศ. 2487 หลังสงคราม ศาสตราจารย์นายแพทย์อาร์ วัลยะเสรี ชักชวน
ให้มาร่วมก่อตั้งคณะแพทยศาสตร์รามาธิบดี และเป็นกำลังสำคัญในการจัดตั้ง
โครงการเวชศาสตร์ชุมชน อาจารย์เปรมศึกษาดูงานกับร็อดกีเฟลเลอร์ในหลาย
ประเทศ ก่อนจะทำโครงการเสนอนายแพทย์ฝน แสงสิงแก้ว ปลัดกระทรวง
สาธารณสุขขณะนั้น ซึ่งก็เห็นดีด้วย

“แต่ตอนนั้นก็น้อยใจมาก เพราะมีการเตะถ่วงจากพวกที่ไม่เห็นด้วย
จนแทบน้ำตาตก บางคนถึงกับบอกว่าเวชศาสตร์ชุมชนสอนให้คนเป็นหมอ
เถื่อน มีการเขียนประจานกันก็มี” อาจารย์เปรมได้บันทึกเอาไว้ และเริ่มโครงการ
พานักศึกษาแพทย์รามาธิบดีปี 3 ไปที่บางปะอิน ซึ่งมีสถานื่อนามัย แต่ไม่มี
โรงพยาบาลและไม่มีแพทย์

อ่านถึงตรงนี้ก็ควรหยุดอ่านแล้วหวนรำลึกถึงวันที่บางปะอินไม่มีแพทย์
เหตุการณ์นี้เพิ่งผ่านมาประมาณ 50 ปี “ตอนแรกนักศึกษายังไม่เข้าใจอะไร
เขาถือว่าไปฝึกนิก”

นายแพทย์สุรเกียรติ์ อาชานุกาพ นักศึกษาแพทย์เวลานั้น และเป็นบุคคล
สำคัญของงานเวชศาสตร์ชุมชนในเวลาต่อมาอีกหลายสิบปี ให้ความเห็นว่า

โครงการนี้มีค่าใช้จ่ายเดียวที่สร้างแกนนำแพทย์ชนบท และเชื่อว่าคนเหล่านั้นน่าจะตื่นตัวจากกระแสทางการเมืองในช่วงหลังเหตุการณ์ 14 ตุลาคม 2516 มากกว่าแต่การนำนักศึกษาแพทย์ไปรับรู้ของจริง เห็นปัญหาในชนบทที่โหดร้ายจริง นับว่าได้ผลในระดับหนึ่ง

“แต่พอกลับมาเรียนต่อก็ลืมกันหมด” อาจารย์เปรมว่าไว้

เรื่องเหล่านี้มีความซับซ้อน นายแพทย์สงวนเป็นบรรณาธิการที่ไถ่บันทึกเหตุการณ์ คำบอกเล่า และเอกสาร เหตุการณ์เหล่านี้เริ่มในรัฐบาลจอมพลถนอม กิตติขจร ลัทธิคอมมิวนิสต์ และคำเล่าลือเรื่องการทำงานของบุคลากรจาก ร็อคกี้เฟลเลอร์ ที่สำนักงานองค์การสนธิสัญญาป้องกันเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ ภายใต้การกระทำที่เป็นประโยชน์สูงต่อสังคม ไม่เคยมีเรื่องอะไรที่เกิดขึ้นโดยไร้คำอธิบาย เพียงแต่เรายังไม่สามารถอธิบาย

จะเห็นว่าแนวคิดเรื่องการช่วยเหลือผู้ป่วยยากจนมิได้เกิดขึ้นลอยๆ รวมทั้งนายแพทย์สงวน นิติยารัมภ์พงศ์ ก็มิได้ลอยลงมาจากฟ้า แต่เป็นสังคมที่เริ่มต้นงานนี้ตั้งแต่ยุคเผด็จการ ในรูปของการทำงานเพื่อชนบท ซึ่งอย่าว่าแต่ไม่มีเงินไปหาหมอ แม้แต่หมอก็ไม่มี และมากกว่านั้นคือหมอที่อยากจะออกไปทำงานในชนบทก็ไม่มี

อุดมการณ์ (ideality) มิใช่ของเลิศเลอลอยบนฟ้าดังที่คนส่วนใหญ่เข้าใจ อุดมการณ์เป็นเพียงขั้นหนึ่งของพัฒนาการบุคลิกภาพ (personality development) ของมนุษย์ อุดมการณ์มิได้มีความหมายด้านบวกเพียงอย่างเดียว อุดมการณ์ด้านลบก็มี อีกทั้งอุดมการณ์มิใช่เรื่องของปัจเจกบุคคลแต่เป็นเรื่องของสังคมโดยรวม

เรายังมีอุดมการณ์เรื่องหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าไม่มากพอ

อาจารย์อารียังมีชีวิตอยู่ ท่านชรามากแล้ว และได้รับการรักษาตัวในห้องใดห้องหนึ่งที่โรงพยาบาลรามาริบัติ

โครงการพานักศึกษาแพทย์ นักศึกษาทันตแพทย์ นักศึกษาเภสัชกร และนักศึกษาพยาบาลไปชนบทของรามาริบัติ ทุกวันนี้ก็ยังคงอยู่

เหล่านี้คือกองทรายที่ยังไม่ปลิวหาย



อุดมการณ์ ตอนที่ 2

“การที่ประเทศไทยอยู่ภายใต้การปกครองในระบอบเผด็จการทหารมายาวนานเกือบ 2 ทศวรรษ แม้จะถูกกดขี่ข่มเหงโดยไม่เป็นธรรมอย่างไร หรือชีวิตความเป็นอยู่จะฝืดเคืองแร้นแค้นอย่างไร ประชาชนก็ไม่อาจจะลุกขึ้นมาเรียกร้องหาความเป็นธรรมและชีวิตที่ดีกว่าได้ เพราะเกรงจะได้รับอันตรายจากการคุกคามของอำนาจเผด็จการดังกล่าว อย่างไรก็ตามเมื่อกระแสความไม่พอใจสะสมมากขึ้น ก็ค่อยปะทุออกมาเป็นการเคลื่อนไหวทางสังคมในประเด็นต่างๆ อย่างมีพลัง และกล้าท้าทายอำนาจรัฐเผด็จการมากขึ้น โดยที่มีขบวนการนักศึกษาเป็นหัวขบวน”

นี่คือข้อความในหน้า 243 จากหนังสือ ปุ่มประวัติศาสตร์มหิดลเพื่อประชาธิปไตย ภาคที่ 1: ก่อเกิดขบวนการ บรรณาธิการโดยนายแพทย์สงวน นิตยารัมภ์พงศ์ ตีพิมพ์เมื่อเดือนเมษายน 2546

ปี พ.ศ. 2515 ประเทศไทยขาดดุลการค้าญี่ปุ่นมหาพาร ขบวนการนักศึกษาเป็นแกนนำในการประท้วงที่หน้าห้างสรรพสินค้าโตมารุ ราชประสงค์ และรณรงค์ให้คนไทยใช้ผ้าดิบแทนผ้าใยสังเคราะห์จากโรงงานญี่ปุ่น พร้อมทั้งยื่นข้อเรียกร้องจากรัฐบาลจำนวน 10 ข้อ ใจความสำคัญคือให้คุ้มครองแรงงานไทย จำกัดการนำเข้าสินค้าญี่ปุ่น และมีให้ขยายสาขาของห้างสรรพสินค้าญี่ปุ่น

มานั่งอ่านข้อเสนอ 10 ข้อวันนี้แล้วซ้ำ

ธีรยุทธ บุญมี เป็นเลขาธิการศูนย์กลางนิสิตนักศึกษาแห่งประเทศไทย
เวลานั้น หนังสือเล่มนี้พาดพิงชื่อนักศึกษาแพทย์หนึ่งคนที่เป็นนักการเมือง
พรรคไทยรักไทยในเวลาต่อมา และชื่อนักศึกษาพยาบาลคนหนึ่งที่จะเป็นภริยา
ของรัฐมนตรีในรัฐบาล คสช. ในเวลาต่อมา

อุดมการณ์คืออะไร?

อุดมการณ์เป็นพัฒนาการของวิธีคิดระดับสูง เป็นส่วนต่อเนื่องหรือ
ส่วนขยายของวิธีคิดเชิงนามธรรมหรือ formal operation ตามทฤษฎีของ
ฌอง เพียเจต์ (Jean Piaget 2439-2523) เมื่อวัยรุ่นคนหนึ่งผ่านพ้นพัฒนาการ
วิธีคิดเชิงรูปธรรมมาสู่นามธรรมและสูงขึ้นไป พวกเขาจะมาถึงอุดมคติและ
อุดมการณ์

วิธีคิดเชิงนามธรรมช่วยให้นักศึกษามองโลกด้วยสัญลักษณ์ สินค้าญี่ปุ่น
เป็นสัญลักษณ์ของการรุกราน การต่อต้านสินค้าญี่ปุ่นเท่ากับการต่อต้าน
การรุกราน แต่การรุกรานนั้นมีได้มาจากภายนอกเท่าที่ตาเห็น ที่แท้
การรุกรานมาจากเผด็จการทหารซึ่งอยู่ภายใน สินค้าญี่ปุ่นทำหน้าที่เป็น
สัญลักษณ์ของเผด็จการทหารด้วย

อุดมการณ์หรืออุดมคติมีได้ลอยลงมาจากฟ้า อุดมการณ์หรืออุดมคติ
ไม่จำเป็นที่จะต้องดูดีดังที่คนเข้าใจ ที่แท้แล้วอุดมการณ์เป็นได้ทั้งสองทิศทาง
นักศึกษากลุ่มหนึ่งมีอุดมการณ์ต่อต้านเผด็จการทหาร ในขณะที่นักศึกษาอีก
กลุ่มหนึ่งมีอุดมการณ์ปกป้องชาติ ศาสน์ กษัตริย์ และนักศึกษาอีกกลุ่มหนึ่งมี
อุดมการณ์ขับมอเตอร์ไซด์ด้วยความเร็วสูงสุดบนท้องถนน ทั้งสามกลุ่มล้วนมี
อุดมการณ์ และมีพลังที่จะทำสิ่งที่ตนเองสนใจไปให้ถึงขีดสุดคืออุดมคติ

มากกว่านี้คือบ่อยครั้งที่อุดมการณ์พัดไปตามหัวน้ำแก้ง ตามทฤษฎี
พัฒนาการบุคลิกภาพ วัยรุ่นมักจะถูกดึงดูดเข้าหาแก๊งที่อนุญาตให้ตัวเอง
ได้แสดงตัวตน ศูนย์กลางนิสิตนักศึกษาแห่งประเทศไทยเป็นหัวน้ำแก้งใน
เวลานั้น ครั้นถึงวันนี้เราได้เห็นแล้วว่าสมาชิกแก๊งแตกเป็นสองเสี่ยง ผังหนึ่ง
เชิดชูประชาธิปไตย อีกผังหนึ่งชื่นชมเผด็จการ

อุดมการณ์จึงเป็นเรื่องชั่วคราว

หลังการประท้วงต่อต้านสินค้าญี่ปุ่น ขบวนการนักศึกษาเวลานั้นได้ประท้วงประกาศคณะปฏิวัติฉบับที่ 299 ซึ่งจอมพลถนอม กิตติขจร ได้ออกคำสั่งแก้ไขให้รัฐมนตรีว่าการกระทรวงยุติธรรมเป็นประธานคณะกรรมการตุลาการ เพื่อกำกับการใช้อำนาจบริหารก้าวก้าวอำนาจตุลาการ ตามด้วยเหตุการณ์เปิดโปงการล่าสัตว์ที่ทุ่งใหญ่นเรศวร เมื่อคณะนายทหาร ตำรวจชั้นผู้ใหญ่ และพลเมืองจำนวนประมาณ 60 คน ใช้อาวุธยุทโธปกรณ์ไปล่าสัตว์ จนเป็นเหตุให้เฮลิคอปเตอร์ตกที่ อ.บางเบน นครปฐม มีผู้เสียชีวิต 6 คน

เป็นยุคสมัยที่นักศึกษาสนใจปัญหาของบ้านเมืองมากมาย ก่อนที่นายแพทย์สงวน นิตยารัมภ์พงศ์ จะดำรงตำแหน่งนายกสโมสรมหาวิทยาลัยมหิดล ในปี พ.ศ. 2519 แล้วองค์กรนักศึกษาทั้งหมดถูกยุบตามคำสั่งหัวหน้าคณะปฏิรูปการปกครองแผ่นดินในปี พ.ศ. 2520

เวลาผ่านไป 40 ปี จนผู้คนลืมเลือนไปแล้วว่านักศึกษาเคยกระทำการยิ่งใหญ่เพียงใด

การเคลื่อนไหวทางการเมืองเป็นเรื่องใหญ่เมื่อเทียบกับการเคลื่อนไหวเพื่อให้แพทย์ไปสู่ชนบทเพื่อรักษาคนยากจน แม้ว่าขบวนการทางการเมืองจะถูกทำลายในเวลาต่อมา แต่ขบวนการแพทย์ชนบทยังดำเนินต่อไปได้อีกนับสิบปีจนถึงยุคของผู้เขียน

อย่างไรก็ตาม กระแสการไปทำงานเป็นแพทย์ชนบทก็ยังคงอยู่ภายใต้ทฤษฎีพัฒนาการบุคลิกภาพ นั่นคืออุดมการณ์เป็นเพียงส่วนหนึ่งของพัฒนาการ การเรียนจบแล้วไปทำงานเป็นแพทย์ชนบท เป็นเลี้ยวเดียวของพัฒนาการบุคลิกภาพทั้งหมด เราจึงได้เห็นการทำงานของแพทย์ในชนบทเพียงชั่วครั้งคราว ก่อนที่จะไหลกลับเข้ากรุงเทพมหานครหรือโรงพยาบาลเอกชนที่เหลื่ออยู่มักเป็นแพทย์ที่มีภูมิลำเนาในท้องที่ก่อนไปเรียนแพทย์เสียมากกว่า

วันหนึ่ง ฝนตกหนัก คุณหมอสงวนนั่งรถพยาบาลกลับโรงพยาบาล พบแม่คนหนึ่งอุ้มลูกยืนตากฝนรอรถโดยสารผ่านมา เมื่อหยุดรถสอบถามจึง

พบว่าเด็กนั้นมีอาการหายใจหอบ คุณหมอสงวนให้คุณแม่นำเด็กขึ้นรถไปด้วยกัน

“เมื่อรถไปถึงโรงพยาบาล ผมก็พบกับสิ่งที่คาดไม่ถึง คือแทนที่จะได้เห็นเธออุ้มลูกมาให้หมอตรวจ เธอกลับอุ้มลูกเดินออกจากโรงพยาบาลโดยไม่ยอมเข้ามารับบริการ ผมจึงเดินไปถามว่ามาถึงโรงพยาบาลแล้วทำไมไม่พาลูกไปให้หมอตรวจ ...

“จึงได้ความว่าเธอมีเงินพกติดตัวมาทั้งหมดเพียง 30 บาท ตั้งใจจะนำเด็กไปฉีดยากับหมอเสนาธิราชที่อยู่ไม่ไกลจากโรงพยาบาลเท่าใดนัก ซึ่งโดยปกติเขาจะคิดค่ารักษาเพียง 20 บาท อีก 10 บาทที่เหลือนั้นจะเก็บไว้เป็นค่าโดยสารกลับบ้าน”

คุณหมอสงวนเขียนเรื่องนี้ไว้ในหนังสือ บนเส้นทางสู่หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า สำนักพิมพ์มติชน ตีพิมพ์ในปี พ.ศ. 2549 หน้า 34

ประสบการณ์ตรงจะเป็นปัจจัยสำคัญที่ช่วยให้อุดมการณ์ใดๆ มิใช่เรื่องชั่วคราว การได้พบเห็นความยากลำบากด้วยตา สามารถกระตุ้นให้เกิดความเข้าใจในความทุกข์ของเพื่อนมนุษย์ คือ empathy แล้วจิตจะป้องกันตัวด้วยการใช้กลไกที่เรียกว่า altruism คือการทำประโยชน์ให้แก่เพื่อนมนุษย์เพื่อปิดเป้าความไม่สบายใจที่เกิดขึ้น

นักศึกษาแพทย์ยังมีความจำเป็นต้องออกไปดูแลรักษาชาวบ้านที่เจ็บป่วยและไม่มีค่ารักษาพยาบาล เพราะอุดมการณ์ในห้องปรับอากาศที่กรุงเทพมหานครนั้นไม่พอ



หนักแผ่นดิน

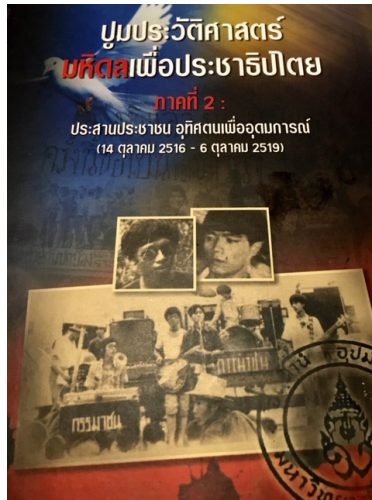
ตอนที่ข้ามฟากไปเรียนที่ศิริราช เวลานั้นอุดมการณ์แพทย์ชนบท เริ่มขึ้นแล้ว ศิริราชมีสโมสรนักศึกษาที่ได้ชื่อว่าเป็นที่ชุมนุมของนักศึกษา หัวก้าวหน้า มีนักคิด นักเขียน และนักพูดหลายคน มีคำพูดสวยๆ ฟังแล้วเคลิ้ม จำนวนมาก มีมรดกทางความคิดที่ตกทอดมาจากนักศึกษาแพทย์รุ่นก่อนๆ ที่เพิ่งผ่านพ้นเหตุการณ์ตุลาคม 2516 และ 2519 มาไม่นาน

แต่ละท่านเอ่ยชื่อวันนี้ก็จะเห็นจริงถึงสิ่งที่เรียกว่าอุดมการณ์

อุดมการณ์มากับวัยหนุ่มสาว เป็นการพุ่งขึ้นของความคิดเชิงนามธรรม ไปสู่ระดับสูงสุดถึงอุดมคติ เป็นหมอต้อตองออกไปช่วยคนจนในชนบท จะซื้อรถมอเตอร์ไซด์ต้องตีโค้งด้วยความเร็วสูงสุดอย่างสง่างามโดยไม่ล้ม ทั้งสองประการไม่ต่างกัน นั่นคืออุดมการณ์

เมื่อเวลาผ่านไปหลายปี เราจึงได้เห็นการกลับทิศของนักศึกษาหัวก้าวหน้า ที่ว่าจำนวนมากในวันนี้ เมื่ออุดมการณ์เป็นได้แค่ความสง่างาม

การพูดถึงคนตายแล้วจะปลอดภัยกว่ามาก



ศาสตราจารย์นายแพทย์อารี วัลยเสวี ท่านยังอยู่แต่ชราภาพมากแล้ว และยังพักรักษาตัวอยู่ที่โรงพยาบาลรามาริบัติ ท่านเขียนคำนำให้แกหนังสือ ปมประวัติศาสตร์หิดลเพื่อประชาธิปไตย ภาคที่ 2: 14 ตุลาคม 2516 - 6 ตุลาคม 2519 เมื่อเดือนตุลาคม 2547 ความว่า

“...จึงทำให้นักศึกษาเหล่านี้ถูกเรียกเป็นฝ่ายซ้าย โดยอีกกลุ่มที่อยู่ขวาก็มองอีกพวกหนึ่งเป็นซ้าย ผมก็พูดอย่างเป็นกลางว่าทุกคนก็พยายามจะให้ความยุติธรรมในสังคม ทั้งนี้เพื่อให้สามารถอยู่ร่วมกันได้ดี ... นักศึกษาหัวก้าวหน้าเหล่านี้ ส่วนใหญ่เมื่อเขาสำเร็จไปจากมหาวิทยาลัย มักจะเป็นผู้ที่สนใจกับปัญหาสุขภาพและปัจจัยที่เกี่ยวกับสังคม”

นายแพทย์สงวน นิตยารัมภ์พงศ์ บรรณาธิการหนังสือ เขียนคำนำ ดังนี้

“น้องรักก้าวเดิน ก้าวมา

ศึกษาทุกสิ่งที่นี่

ก้าวกลับพร้อมด้วยจิตพลี

เพื่อพี่เพื่อน้องมองไทย”

นักศึกษาหัวก้าวหน้าเวลานั้นก็ประมาณนี้ละครับ เขียนภาษาไทยดีๆ ไม่ค่อยเป็น ต้องเว้นวรรคแปลกๆ ขาดเป็นช่วงๆ เสมอ

“บทกลอนในลักษณะนี้มีปรากฏออกมาตลอดระยะเวลาในช่วงปี พ.ศ. 2516-2519 อันเป็นช่วงที่ประชาธิปไตยเริ่มผลิบาน หลังจากต้องอยู่ใต้ระบอบเผด็จการมายาวนาน ทั้งในมหาวิทยาลัยมหิดลและในอีกหลายๆ มหาวิทยาลัย เพื่อต้อนรับน้องใหม่ที่เพิ่งเดินเข้ามา”

หลังเหตุการณ์ 14 ตุลาคม 2516 เพียงเดือนเศษ มีการสัมมนา ‘โครงการพัฒนามหาวิทยาลัยมหิดล’ ที่ อ.สูงเนิน นครราชสีมา ระหว่างวันที่ 8-10 ธันวาคม 2516 ซึ่งเป็นที่รู้จักกันในเวลาต่อมาว่า ‘สัมมนาสูงเนิน’

เป็นครั้งแรกที่นักศึกษาขอมีส่วนร่วมแสดงความคิดเห็นต่อการผลิตแพทย์ และขอมีส่วนร่วมกับมหาวิทยาลัยในการผลักดันแนวทางสาธารณสุขเพื่อประชาชน โดยเรียกร้องให้มหาวิทยาลัยมหิดลปรับปรุงหลักสูตรเพื่อสนองตอบประชาชน ผู้ด้อยโอกาสในสังคมมากขึ้น เรียกร้องให้สร้างจิตสำนึกรับใช้สังคม รวมทั้งปรับทิศและโครงสร้างกิจกรรมนักศึกษาให้มีบทบาทเพื่อสังคมมากขึ้น

14 ตุลาคม นำความเปลี่ยนแปลงมาสู่มหิดลด้วยสัมมนาสูงเนินครั้งนี้

งานสัมมนาที่สูงเนินเป็นเวทีที่ได้ชื่อว่ามีโอกาสมากที่สุดครั้งหนึ่ง ข้อเรียกร้องมีตั้งแต่การปรับปรุงหลักสูตรไปจนถึงการเปลี่ยนวาทปฏิบัติของอาจารย์แพทย์เวลานั้น ซึ่งก็น่าจะทำนายได้ว่าสร้างความไม่พอใจแก่ผู้หลักผู้ใหญ่จำนวนมากในขณะเดียวกันนักศึกษาก็มีวาทก้าวร้าวจนกระทั่งทำให้อาจารย์แพทย์เสียใจเสียน้ำตาเช่นกัน

อย่างไรก็ตาม การที่เราได้เห็นนักศึกษากล้าแสดงออก กล้าตะตองชนที่ล่าหลัง และกล้าพูดถึงสังคมในอุดมคติเพื่อคนยากจนและผู้ด้อยโอกาส เหล่านี้เป็นเรื่องดีในตัวของมันเอง

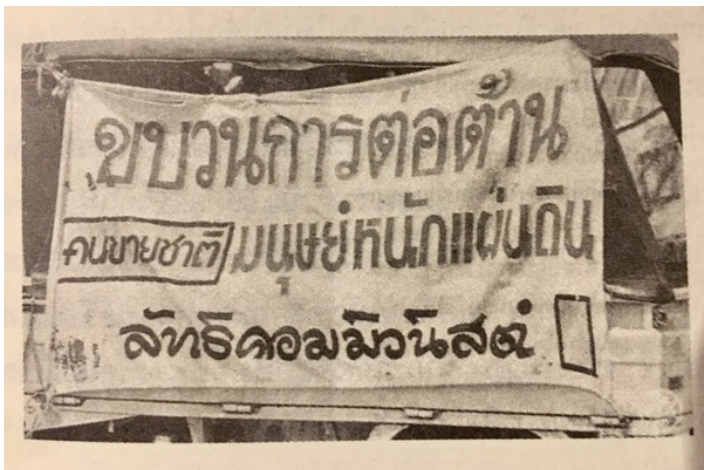
ผู้ใหญ่จะฟังได้หรือไม่ได้ ไร้ค่อยๆ ค่อยกัน ก็เหมือนที่นักศึกษาบางคนเวลานี้ตั้งคำถามถึงพิธีกรรมหมอบคลานที่มีมานาน ลองพูดขึ้นเมื่อไรก็งัดแค้น

บทบาทนักศึกษาในทางสังคมสูงมากขึ้นเรื่อย ๆ หลังจากนั้น มีบันทึกว่า สหพันธ์นักศึกษามหาวิทยาลัยมหิดลในยุคที่นายแพทย์สงวนดำรงตำแหน่ง ประธานสหพันธ์ ถูกติดตามจับตามองโดยฝ่ายความมั่นคงตลอดมา เริ่มมีการกล่าวหาว่านักศึกษาตกอยู่ใต้อิทธิพลของคอมมิวนิสต์เวียดนาม และมี ญวนเข้าแทรกซึม

รายงานข่าวจากกรมประมวลข่าวกลางแจ้งว่า “ขณะนี้ชาวญวนได้เข้ามา มีบทบาททางการเมืองแล้ว”

หลังจากนั้นมีการตายไม่ทราบสาเหตุของนักศึกษา ที่เป็นข่าวมากคือกรณี อมเรศ ไชยสะอาด นักศึกษาชั้นปีที่ 4 คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล อุปนายกสหพันธ์นักศึกษามหาวิทยาลัยมหิดลและกรรมการศูนย์กลางนิสิตนักศึกษาแห่งประเทศไทย ถูกยิงเสียชีวิตระหว่างการฝึกภาคสนาม ก่อนจบการศึกษาที่ อ.ด่านขุนทด จ.นครราชสีมา เมื่อวันที่ 18 กุมภาพันธ์ 2519

แล้วเหตุการณ์ 6 ตุลาคม ก็เกิดขึ้นตามมาในปีเดียวกันดังที่ทราบกันแล้ว หรือว่าไม่ทราบ?



การล้อมปราบนักศึกษาในมหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์วันนั้นเป็นการกำจัดศัตรูของชาติคือนักศึกษาที่หนักแผ่นดิน แต่ควรรู้ว่าพวกหนักแผ่นดินที่วันนั้นเรียกร้องความยุติธรรมและความเป็นอยู่ที่ดีขึ้นให้แก่ชาวบ้านเสมอมาที่นำขึ้นชมมากคือพวกเขาเป็นนักศึกษา และเป็นธรรมชาติของคนอายุน้อยเท่านั้นที่จะขบถต่อพ่อแม่และผู้ใหญ่ รวมทั้งหลายครั้งก็อาจจะข้ามเส้น ไม่มีสัมมาคารวะ

เห็นวัยรุ่นและคนรุ่นใหม่วันนี้สนใจการเลือกตั้งมากกว่าที่คาด เป็นเรื่องที่เราสมควรยินดีมากกว่าปรามาส นานมากแล้วที่เราไม่ได้เห็นนักศึกษาสนใจบ้านเมืองมากมายเท่านี้ ได้แต่ภาวนาว่าความน่ารักของเขาวันนี้ จะเอาชนะใจผู้หลักผู้ใหญ่ได้มากกว่านักศึกษาเมื่อ 40 กว่าปีก่อน

งานสาธารณสุขและการศึกษาของประเทศวันนี้อยู่ในภาวะย่ำแย่มากถึงมากที่สุด และไม่มีทางเลยที่คนสูงอายุในกระทรวงสาธารณสุขหรือกระทรวงศึกษาธิการจะทำอะไรได้

โลกใหม่ต้องการสมองใหม่ๆ ความซื่อสัตย์จะเข้าใจได้ไม่ยาก

30



หมอกควัน เป็นปัญหาระดับชาติ

ข้อเขียนนี้เขียนจากความทรงจำอันงดงามต่อแผ่นดินอันเป็นที่รัก

ตอนที่ผู้เขียนเดินทางมาทำงานที่จังหวัดเชียงรายครั้งแรก คือปี พ.ศ. 2526
เวลานั้นทุกๆ หนาวร้อน ท้องฟ้าเป็นสีเหลือง เราเรียกว่าฟ้าหลัว



เวลาล้างรถสะอาดๆ มักจะมีซี้ถ้าเป็นแผ่นๆ ลอยลงมาบนตัวรถเสมอ แผ่นขนาด 0.5-1 เซนติเมตร เห็นได้เป็นธรรมดา ตามชาวบ้านก็ว่าเกิดจากการเผา มีทั้งเผาป่าและเผาใบไม้ตามบ้าน

เรื่องเผาใบไม้ตามบ้านนี้ออกจะเป็นเรื่องธรรมดา ใบไม้แต่ละบ้านนั้นมีมากมาย ขับรถไปตามหมู่บ้านก็จะเห็นว่ากองพะเนิน ไม่เผาก็ต้องฝัง แรงงานที่จะขุดฝังนั้นมีใช้น้อย ใครแรงเยอะก็มาขุดเถอะ เผ่าง่ายกว่ากันมาก บ้านขนาดใหญ่มีกองใบไม้แห้งหลายสิบกอง ไม่มีใครมีแรงงานที่จะขุด

ผู้เขียนเป็นหมอ ถือหูฟังได้ แต่ใช้จอบขุดหลุมขนาดใหญ่หนึ่งหลุม มีใช้ใครๆ ก็ทำได้

ผู้เขียนเป็นคนกรุงเทพฯ มาอยู่ต่างจังหวัดครั้งแรก แคเห็นซี้ถ้าเป็นแผ่นลอยลงมาจากท้องฟ้าสีเหลืองในยามเย็นก็โรแมนติกันดู ดึกว่าฝุ่นควันจากการจราจรในกรุงเทพฯ ที่ผู้เขียนโหนรถเมล์ตั้งแต่จำความได้จนกระทั่งจบแพทยศาสตรบัณฑิต ที่นี้เป็นเมืองสวรรค์จริงๆ นี่เอง

อ่านหนังสือพิมพ์ อ่านหนังสือ อ่านเฟซบุ๊ก ส่วนใหญ่ให้ข้อมูลว่าชาวเขาเป็นพวกทำไร่เลื่อนลอย ทำเสร็จก็เผา นี่เป็นข้อมูลจากหนังสือ หลายปีให้หลังมีนักวิชาการอธิบายเรื่องนี้ไว้แล้ว และสถานการณ์ปัจจุบันของชาวเขาก็เปลี่ยนไปแล้ว พวกเขามีใช้ชาวเขาป่าเถื่อน เป็นคนดอย ชนเผ่า และชาติพันธุ์ ประเด็นนี้รื้อให้นักวิชาการด้านชาติพันธุ์มาช่วยอธิบาย พวกเขาทำไร่อย่างไร ไร่เลื่อนลอยคืออะไร และพวกเขาเผาอะไร ทำไม อย่างไร และเมื่อไร

พอถึงปี พ.ศ. 2550 ผู้เขียนจำได้แม่น เพราะเป็นปีที่ลูกชายเดินทางไปเรียนที่กรุงเทพฯ เป็นปีแรก สถานการณ์หมอกควันเริ่มก่อตัว ซี้ถ้าเป็นแผ่นเริ่มหายไป อากาศรอบตัวเป็นสีขาวขุ่นทั่วไปตลอดทั้งวัน นักวิชาการมหาวิทยาลัยเชียงใหม่อธิบายว่าเกิดจากการเผาป่า เผาใบไม้ เกษตรกรรมเชิงเดี่ยวเพื่อป้อนอุตสาหกรรมอาหารสัตว์ หากเป็นภาคอื่นเพื่อป้อนอุตสาหกรรมน้ำตาล สำหรับเชียงใหม่มีเพิ่มว่าเกิดจากการจราจรและสภาพภูมิประเทศที่เป็นแอ่งด้วย

ปีถัดๆ มา เริ่มมีความรู้เรื่องฝุ่นที่เรียกว่า PM10 ซึ่งมีลักษณะเป็นอนุภาคคอลลอยด์ (colloidal particle) เป็นอนุภาคแขวนลอยในอากาศ มีขนาดเล็ก

มากกว่าฝุ่นทั่วไป สามารถเข้าไปได้ถึงถุงลมขนาดเล็กที่สุดทางของปอด ขณะเดียวกันมีข้อมูลเผยแพร่เรื่องราวเกี่ยวกับเกษตรกรรมพันธสัญญา และการทำไร่ข้าวโพดเพื่อขายคืนแก่นายทุน เมื่อเก็บเกี่ยวข้าวโพดแล้วก็จะตามด้วยการเผา เพราะไม่มีทางเลือกอื่น

มีนักวิชาการพูดว่ารัฐและธุรกิจที่ได้กำไรจากการนี้ ควรเป็นผู้ลงทุน ด้านการกำจัดซังข้าวโพด อาจจะช่วยการขุดบ่อแล้วกลบฝัง หรือทำโรงเผาให้ได้มาตรฐาน จะทั้งภาระนี้ให้ชาวบ้านมิได้

นักภาพพูดว่าต้องใช้หลุมขนาดเท่าไรเพื่อฝังทั้งหมด ชาวบ้านจะใช้แรงงานที่ไหนขุด

ปีถัดๆ มา มีรายงานผู้ป่วยโรคปอดและมะเร็งปอดสูงขึ้นในภาคเหนือตอนบน โดยเฉพาะอย่างยิ่งที่จังหวัดเชียงใหม่ น่าจะเป็นเพราะมีโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยตั้งอยู่จึงมีระบบข้อมูลที่ดีกว่า จะเห็นว่าหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าเริ่มมาก่อนหน้านั้นแล้ว ถึงตอนนั้นคือเวลาที่รัฐจ่ายเงินเพื่อซ่อมสุขภาพ

จำได้ว่า สสส. มาจัดประชุมครั้งหนึ่ง แต่ก็เป็นเช่นเคยกับการจัดประชุมของภาครัฐทั่วไป การประชุมจบลงที่บันทึกการประชุม ไม่มีผลผลิตและผลลัพธ์ ไร่ข้าวโพดแผ่ขยายสุดลูกหูลูกตาข้ามดอยเป็นลูกๆ ครั้งหนึ่งผู้เขียนขับรถจากตัวเมืองพะเยา ผ่านดอกคำใต้เพื่อไปจังหวัดน่าน จำได้ว่าภูมิทัศน์รอบตัวเต็มไปด้วยไร่ข้าวโพด ไม่มีอะไรนอกจากไร่ข้าวโพด

นักวิชาการและนายแพทย์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ เริ่มพูดถึงฝุ่นที่ขนาดเล็กคือ PM2.5 บางท่านอธิบายเรื่องขนาดของอนุภาคที่สามารถผ่านผนังหลอดเลือดเข้าสู่กระแสเลือดได้เลย โดยไม่ต้องผ่านถุงลมปอดอีกต่อไป อนุภาคนี้นี้ไปได้ทั่วร่างกายและทำร้ายได้ทุกอย่างวะ ไม่จำเพาะแต่ปอด มากกว่านี้คือการผ่าเหล่า (mutation) เป็นไปตามศาสตร์ที่เรียกว่าอีพิพันธุกรรม (epigenetics) เมื่อสิ่งแวดล้อมทำให้สเปิร์มและไข่ของวัยเจริญพันธุ์เกิดการเปลี่ยนแปลง

เด็กภาคเหนือตอนบนเกิดทุกวัน เติบโตขึ้นมาท่ามกลางหมอกควันปีละ 3 เดือน เด็กโตเข้าสู่วัยเจริญพันธุ์แลกเปลี่ยนโครโมโซมกันเรื่อยๆ คนสูงอายุป่วยด้วยโรคปอดมากขึ้น

นักวิชาการพูดถึงการเผาในประเทศเพื่อนบ้าน มีทั้งเรื่องการเผาป่าและเกษตรกรรมเชิงเดี่ยวเช่นกัน นายทุนขยายธุรกิจไปสู่ประเทศเพื่อนบ้านด้วย และบ้างว่าหมอกควันในกรุงเทพฯ ช่วง 2-3 ปีที่ผ่านมา ส่วนหนึ่งมาจากการเผาในประเทศเพื่อนบ้าน แม้ว่าจะมีหลักฐานไม่ชัดเจนมากเท่ากับเรื่องการจราจร การก่อสร้าง และโรงงานอุตสาหกรรม หลายคนไม่อยากพูดถึง รัฐไม่อยากพูดถึง

โรงงานอุตสาหกรรมปฏิเสธว่าไม่ใช่ต้นเหตุ แต่นักวิชาการกรุงเทพฯ บอกว่าโรงงานจำนวนมากในประเทศไม่มีเครื่องมือตรวจจับที่ถูกต้อง แม่นยำ ได้มาตรฐาน หรือวางในตำแหน่งที่ถูกต้อง

จำได้ว่าช่วงกลางๆ ของวิกฤตการณ์ ฝุ่นองที่กรุงเทพฯ ขอให้ผู้เชี่ยวชาญ ลุกๆ ย้ายกลับกรุงเทพฯ ด้วยนักวิชาการท่านหนึ่งจาก สวทช. ได้บอกว่าเป็นปัญหาระดับนานาชาติ และเป็นปัญหาระดับชั้นบรรยากาศ ต้องการรัฐบาลที่มีฝีมือในการเจรจาข้ามชาติอย่างมาก และควรเป็นรัฐบาลที่ไม่มีส่วนได้ส่วนเสีย ในธุรกิจที่ก่อให้เกิดหมอกควันด้วย ไม่ว่าจะเป็นธุรกิจการคมนาคม การก่อสร้าง การอุตสาหกรรม รวมทั้งอุตสาหกรรมอาหารสัตว์หรือน้ำตาล



ปีที่แล้ว พวกเขาบอกว่าดีแล้วที่ไม่หลงเชื่อให้ย้ายกลับกรุงเทพฯ เพราะพวกเขาต่างหากที่ควรย้ายออกจากกรุงเทพฯ ในขณะที่ผู้เขียนตั้งใจที่ลุกๆ ไปจากเชียงใหม่รายวันเวลา ถึงวันนี้เราไม่แน่ใจนักว่าใครสาหัสกว่าใคร

ตอนนี้เด็กๆ ภาคเหนือตอนบนที่เกิดในปี พ.ศ. 2550 อายุ 13 ปีแล้ว ขึ้น ม.1 เรียบร้อย ปีนี้ชื้อออกคลิปรื่องฝุ่น PM2.5 ที่สามารถผ่านกระแสน้ำเลือด ลัดเข้าสู่สมองส่วนหน้า Prefrontal Cortex ตรงๆ แล้วทำลายเซลล์สมองได้ทันที คลิปสวยมาก หากไม่ใช่ไอคิวลดลงในวันนี้ก็อัลไซเมอร์กินในวันนี้หน้า

ถึงวันนี้ นักวิชาการกรุงเทพมหานครออกมาพูดอะไรที่นักวิชาการเชียงใหม่พูดมา 12 ปีแล้ว ช้าแทบทุกประเด็น และปีหน้าจะพูดอีก

จะเห็นว่าปัจจัยก่อโรคอยู่ในระดับชั้นบรรยากาศ และก่อโรคได้หลายจังหวัด

รวมทั้งอีกหลายจังหวัดในอีสานที่ไม่เป็นข่าว เพราะไม่มีปากเสียง

เช่นเดียวกับภาคใต้ เมื่อหมอกควันลอยมาจากสุมาตรา ซึ่งไม่มีปากเสียงเช่นกัน

13 ปีนั้นนานพอที่จะสรุปว่ารัฐมิได้ใส่ใจ และถึงแม้ว่าจะใส่ใจ ก็อาจไม่มีความสามารถแก้ปัญหาทั้งในระดับประเทศและระดับนานาชาติ

อีกเหตุหนึ่งคือเราไม่มีรัฐบาลที่มั่นคงพอจะทำงานมานานมากแล้ว เราหมดเวลาไปกับการทำรัฐประหารซ้ำๆ จนกระทั่งจะรัฐบาลไหนก็ไม่มีเวลาทำอะไรทั้งนั้น

ทางออกที่เป็นไปได้มากกว่า คือประชาชนช่วยเหลือตัวเอง กองทุนสุขภาพท้องถิ่นควรขยับตัวช่วยเหลือชาวบ้าน การกระจายอำนาจการจัดการเรื่องหมอกควันควรเริ่มต้นได้อย่างจริงจัง เพราะรัฐอาจมีขนาดใหญ่เกินกว่าจะขยับตัว

แต่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติที่รัก มีขนาดเล็กมากพอที่จะขยับตัว

จ่ายวันนี้ ดีกว่าจ่ายหมดตัวในวันหน้า







ความเข้าใจร่วมกัน

ความเข้าใจร่วมกันที่ว่านี่คืออะไร

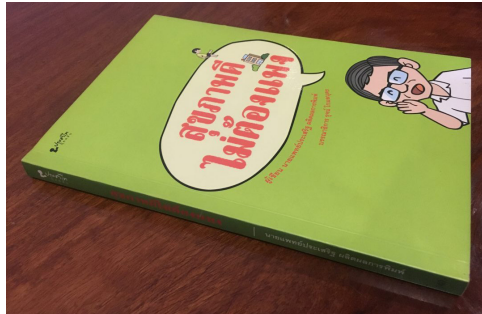
1. การที่ประชาชนทุกคนมีหลักประกันสุขภาพ เป็นความงดงามอย่างหนึ่งของสังคม ซึ่งแสดงให้เห็นถึงอารยธรรมของสังคมนั้นๆ ว่า มีการเผื่อแผ่เอาใจใส่เกื้อกูลกัน ไม่ยอมที่จะทอดทิ้งให้คนหนึ่งคนใดในสังคม ต้องทนทุกข์ทรมานโดยไร้คนช่วยเหลือดูแล อย่างน้อยก็ในตอนที่เจ็บไข้ได้ป่วย ผู้คนที่เกิดมาในสังคมที่มีหลักประกันสุขภาพจะมีความภาคภูมิใจในสังคมที่ตนเองอยู่ว่าเมื่อใดที่ตนเองเจ็บไข้ได้ป่วยปางตาย อย่างน้อยก็ยังมีคนช่วยเหลือให้การช่วยเหลือ ดังนั้นการสร้างหลักประกันสุขภาพที่ดีให้เกิดขึ้นจึงเป็นทั้ง ‘หน้าที่’ และ ‘สิทธิ’ ของผู้คนทุกคนในสังคม

2. การจะทำให้เกิดความงดงามของสังคมที่ทุกคนอยากให้เกิดขึ้น ทุกคนก็ต้องพร้อมใจที่จะ ‘ให้’ พร้อมๆ กับการ ‘รับ’ มีการ ‘ให้’ และ ‘รับ’ ของผู้คนในสังคมร่วมกัน ผู้ใดมีฐานะ ‘มาก’ ก็ให้มาก ผู้ใดมีฐานะ ‘น้อย’ ก็ให้น้อย ผู้ใดยากจนข้นแค้นไม่มีจะกินเลยก็ไม่จำเป็นต้องให้ ในยามที่ตนเองสดชื่นแข็งแรง ก็ถือว่าการให้เป็นการช่วยเหลือเกื้อกูลผู้อื่นที่เจ็บไข้ได้ป่วย ในยามที่ตนเองเจ็บไข้ได้ป่วยก็ ‘รับ’ จากคนอื่นที่สดชื่นแข็งแรง เพื่อมาช่วยเหลือตนเอง

หากมี ‘ความเข้าใจร่วมกัน’ เช่นนี้แล้ว ปัญหาเรื่องโรคไต ซึ่งผู้ป่วยไตวายระยะสุดท้ายยังไม่ได้รับการช่วยเหลือจากสังคมในปัจจุบัน ก็จะเป็น

ประเด็นที่เมื่อทุกคนตระหนักก็จะช่วยกันแก้ไข ปัญหาหมอลาออกเพราะกลัวคนไข้วีฬอง ก็จะเกิดความรู้สึกร่วมกันว่า อยู่ร่วมกันด้วยความรัก ความเข้าใจ เกื้อกูลกันและกันดีกว่าหวาดกลัวซึ่งกันและกัน เป็นต้น

ทั้งหมดที่ยกมานี้เป็นข้อความที่นายแพทย์สงวน นิตยารัมภ์พงศ์ เขียน คำนยมิให้แกหนังสือ สุขภาพดีไม่ต้องแพง สำนักพิมพ์ประชาไท พ.ศ. 2548



หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าเป็นเรื่องดีที่สุุดเรื่องหนึ่งของวงการ สาธารณสุขและของสังคม

เพราะหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าเป็นการปฏิรูประบบสุขภาพ เปลี่ยนแปลงโครงสร้างของการบริหารและบริการระบบสุขภาพ เป็นการ เปลี่ยนแปลงที่จะให้ประโยชน์แก่ทุกคน ไม่ว่ารวยหรือจน

ไม่ใช่แกปัญหาเฉพาะหน้าไปทีละเรื่อง ทีละโครงการ ทีละวัน ทีละเดือน เหมือนในอดีตที่ผ่านมา แต่เป็นการเปลี่ยนแปลงเรื่องใหญ่ๆ เพื่อนำไปสู่ การเปลี่ยนแปลงเรื่องเล็กๆ แล้วนำไปสู่มาตรฐานและคุณภาพของการรักษา พยาบาลที่ดีขึ้นในที่สุด

ดีที่สุุดเรื่องหนึ่งคือหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้ามิใช่การสังคมสงเคราะห์

คนจนไม่ควรยินดีปลาบปลื้มกับการถูกสงเคราะห์ คนรวยไม่ควรพึงพอใจ กับบุญที่ได้จากการสงเคราะห์ผู้อื่น โดยเฉพาะเรื่องการรักษาพยาบาล

ที่คนจนคนรวยควรทำคือช่วยกันก่อสร้างระบบที่ช่วยให้ทุกคนได้รับสิ่งที่ดีที่สุดในเรื่องการรักษาพยาบาล

สิ่งที่ดีที่สุดที่ย่อมมิใช่ความเป็นอมตะ เทคโนโลยีชั้นเลิศ หรือยาราคาแพง

อย่างไรๆ สิ่งที่ดีที่สุดก็ยังคงเป็นความพอเพียง ความสมดุลของร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ ดังที่มีคำพูดกล่าวว่า บ่วยก็ได้ ตายก็ได้ ขอเพียงจิตวิญญาณสงบ และมีความสุขกับความเจ็บป่วยและความตายนั้น

หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าจะช่วยให้สังคมเดินทางไปสู่ความพอเพียงนั้น

ไม่ยากที่สังคมใดๆ จะได้มาซึ่งหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า แต่มีไว้ว่าเป็นไปไม่ได้

ไม่มีผู้มีอำนาจใดๆ จะยินดีมอบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าให้ใครง่ายๆ เช่นกัน มีแต่ผู้คนในสังคมนั้นเองที่ต้องเห็นความสำคัญและค้นหาหนทางเอามันมา

หนังสือเล่มนี้คาดหวังให้ผู้คนเห็นความสำคัญของหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ค้นหาหนทางเอามันมา เพื่อประโยชน์ของลูกหลานในวันข้างหน้า

วันข้างหน้า เมื่อลูกหลานของเราเจ็บป่วย เขาควรได้รับการรักษาพยาบาลที่ดีที่สุด ไม่ว่าเขาจะเป็นข้าราชการหรือไม่ก็ตาม รวยหรือไม่ก็ตาม จนหรือไม่ก็ตาม มีญาติเป็นหมอหรือมีญาติอยู่ในโรงพยาบาลหรือไม่ก็ตาม คนทุกคนควรได้รับการรักษาพยาบาลที่ดีที่สุด โดยไม่มีข้อแม้

เมื่อผมเรียนจบหมอ ผมไม่เคยมีความคิดเหล่านี้ ได้แต่ตรวจรักษาผู้ป่วยไปวันๆ วันนี้ตรวจหมด พรุ่งนี้มาใหม่อีกเป็นร้อย ผมไม่เคยได้ยินเรื่องหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า จนกระทั่งได้อ่านพบในหนังสือพิมพ์เช่นเดียวกับคนไทยทั่วไป ผม 'รู้สึก' ว่า นี่คือการที่ดี แม้ว่าจะไม่รู้รายละเอียดใดๆ

ขอเพียงเป็นเรื่องที่ดีก็พอแล้ว จะหาเหตุผลอะไรมากมาย หากมันใจว่านี่คือเรื่องที่ดี ใดๆ ก็ต้องฝ่าฟันอุปสรรคไปให้ได้

จากนี้ไปหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าคงไม่มีวันอยู่นิ่งๆ แต่จะมีพัฒนาการเรื่อยไป ระบบสุขภาพเดิมนั้นนิ่ง (static) จนน่ากลัว อะไรที่อยู่นิ่งจะพังพินาศ

ในตอนท้าย วันนี้ยังคงมีความขัดแย้งในเรื่องหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า แต่ความขัดแย้งนั้นเป็นพลวัต (dynamic) ตราบเท่าที่ระบบยังเป็นพลวัต ระบบจะสามารถดำเนินไปได้

ขอให้สังคมช่วยกันดูแลหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ขอให้ยินดีและ มีกำลังใจที่ยังคงมีความขัดแย้งอยู่เรื่อยๆ เพราะนั่นแปลว่า ตัวระบบยังมีชีวิต

ความมีชีวิต คือข้อดีอีกข้อหนึ่งของหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

ที่ยกมาตอนที่สองนี้ คือคำนำที่ผมเขียนเองในหนังสือเล่มเดียวกัน

เวลาผ่านมาสิบกว่าปีแล้ว เมื่อนำมาออกมาอ่านใหม่ก็ตระหนักว่าความคิด ตั้งต้นของตนเองไม่เปลี่ยนแปลงเป็นไปตามที่เขียนทุกประการ ทำไม การเจ็บป่วยต้องทำคนเราล้มละลาย นี่เป็นสังคมที่ไม่ดี การเจ็บป่วยไม่ควร ทำให้คนเราล้มละลาย คนจำนวนหนึ่งที่ต้องการบริการขั้นหนึ่ง จะยังคงไป โรงพยาบาลเอกชน หรือโรงพยาบาลของรัฐที่สร้างหน่วยบริการขั้นหนึ่งสำหรับผู้ต้องการจ่าย แต่คนอีกจำนวนมากในบ้านเรา จะอย่างไรก็ไม่มีเงิน แต่เขาควรมีที่ไป ง่ายๆ แค่นี้เอง

เมื่อเห็นคุณหญิงสุตารัตน์ เกยุราพันธุ์ จ่อคิวนายกรัฐมนตรี แม้จะทำนายว่า ท่านไม่มีทางไปถึง แต่ก็ชวนให้นึกถึงวันที่ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า เริ่มก่อตั้งเมื่อปี พ.ศ. 2545 คุณหญิงสุตารัตน์ คุณหมอสุรพงษ์ (สีบวงศ์ลี) และ คุณหมอสงวน ถูกต่อว่าด้วยคำหยาบคายอย่างสาหัสเสียเลยทีเดียว ด้วยถ้อยคำลามก อูจาตในแซตดูม นั่นคือวันเวลาที่อินเทอร์เน็ตมีสายและเกมยังออฟไลน์ ไวไฟยังไม่มา เพชฌัญยังไม่โต แต่แล้วระบบก็ยังตั้งมั่นอยู่ได้เรื่อยมา

ผมเองได้ลูกหลงคำหยาบและลามกไปมากในปีนั้น แต่ไม่มากเท่าสามท่านนี้ ทั้งที่เวลานั้นไม่เคยรู้จักหรือพูดคุยกับสามท่านนี้เลย

แค่รู้สึกว่าเรื่องนี้ดีต่อคนส่วนใหญ่ เท่านั้นเองจริงๆ



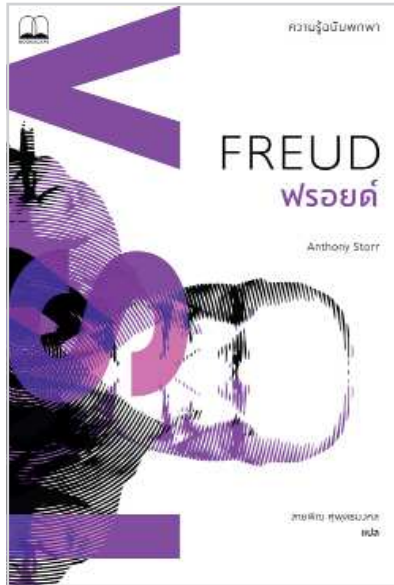
จากฟรอยด์ถึงคุณหมอสงวน

คุณหมอสงวนและผมไม่เคยรู้จักกันมาก่อน จนกระทั่งผมได้เป็นคณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานฯ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเมื่อปี พ.ศ. 2546 หลังจากนั้นเราจึงได้พบกันอีกหลายครั้งที่จังหวัดเชียงรายเป็นการส่วนตัว

คุณหมอสงวนเป็นผู้เสียสละเวลาส่วนตัวและเวลาของครอบครัว จนกระทั่งท้ายที่สุดคือเสียสละสุขภาพส่วนตัวเพื่อให้หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าลงหลักปักฐานบนประเทศไทยอย่างแข็งแกร่งที่สุดก่อนจากไป เพราะอะไรคนหนึ่งถึงเสียสละได้มากมายเท่านี้ เราอธิบายได้ด้วยจิตวิเคราะห์

เราจะพูดถึงจิตวิเคราะห์ด้วยหนังสือเล่มเล็กชื่อ *ฟรอยด์: ความรู้ฉบับพกพา* จากหนังสือ *Freud: A Very Short Introduction* เขียนโดย Anthony Storr แปลโดย สายพิน ศุภุทธมงคล สำนักพิมพ์ bookscape พ.ศ. 2562

หนังสือเล่มเล็กนี้อ่านง่าย แต่เดาว่ายังคงอ่านยาก ขอบเขตต่อไปนี้เป็นการศึกษาหนังสือเล่มนี้เพื่อให้เข้าใจได้ง่ายขึ้น โดยจะยกมาเฉพาะบทที่ 12 ซึ่งเป็นบทสุดท้าย



มีผู้บอกว่าปรอยด์เป็นผู้ค้นพบจิตใต้สำนึก แต่ที่จริงแล้วอาจจะมีผู้พูดถึงจิตใต้สำนึกมาก่อนหน้าปรอยด์แล้วตั้งแต่ประมาณปี ค.ศ. 1700 เป็นที่ถกเถียงมากขึ้นประมาณปี ค.ศ. 1800 และปรอยด์เป็นผู้ได้ชื่อว่าจะสามารถอธิบายและนำไปใช้งานได้เมื่อประมาณปี ค.ศ. 1900

หนังสือเล่มเล็กนี้ได้ให้เอกสารอ้างอิงต่อคำกล่าวอ้างนี้ หากทั้งหมดนี้เป็นเรื่องจริง เราควรจะให้เครดิตแก่ปรอยด์ในฐานะที่นำเรื่องจิตใต้สำนึกและจิตวิเคราะห์มาสู่การรับรู้ของสาธารณชน และเป็นหลักฐานสำคัญว่าจิตใต้สำนึกน่าจะมีอยู่จริง เพราะมีใช้เขาที่พูดอยู่คนเดียว

มีคนพูดมาก่อน และมีคนพูดตามเขามากกว่ามาก

นักเขียนหลายคนให้ความเห็นว่างานของปรอยด์น่าจะได้รับการอิทธิพลจากไซเพนฮาวเออร์และนิตซ์เช่ เป็นที่เชื่อได้ว่าปรอยด์น่าจะได้อ่านงานของไซเพนฮาวเออร์และนิตซ์เช่หรือได้รับฟังการอภิปรายดุเดือดถึงแนวคิดของสองนักคิดนี้มาก่อนแล้ว แต่ได้หลงลืมไปซึ่งก็อาจจะเป็นเรื่องธรรมดา

โซเปนฮาวเออร์เขียนถึงเรื่องศาสนา ในขณะที่นิคซ์เซ่เขียนเรื่องอิด (Id)

นักคิดคนหนึ่งย่อมไม่สามารถทราบได้ด้วยตนเองว่าเขานำความคิดตั้งต้นมาจากไหน และหากจิตวิเคราะห์ถูกต้อง ที่แท้แล้วเป็นจิตใต้สำนึกของฟรอยด์เองที่จ้องใจสิ่งงานของโซเปนฮาวเออร์และนิคซ์เซ่ไปเสีย เขาจึงจะได้เป็นคนแรกอย่างแท้จริง

นักเขียนอีกหลายคนยกให้งานของฟรอยด์เทียบเท่ากับงานของดาร์วินและมาร์กซ์ เป็นสามนักคิดแห่งศตวรรษที่ 20 ดาร์วินลากมนุษย์ลงมาจากความสูงส่งสู่เรื่องสัญชาตญาณสัตว์ ช่างคล้ายคลึงกับที่ฟรอยด์เขียนถึงจิตใต้สำนึกของมนุษย์ว่าเริ่มต้นจากสัญชาตญาณเช่นกัน ยิ่งไปกว่านั้นความรู้เรื่องโครงสร้างของสสารที่กำลังเฟื่องฟูในเวลานั้นทำให้ฟรอยด์อธิบายโครงสร้างของจิตใต้สำนึกขึ้นด้วย กล่าวคือฟรอยด์สามารถชำแหละจิตใจออกเป็นส่วนๆ ได้เสมือนจิตใจมีเนื้อหนังของตนเอง

อย่างง่ายที่สุด ฟรอยด์ทำให้เรารู้จัก อิด อีโก้ และซูเปอร์อีโก้ รวมทั้งรู้จักจิตใต้สำนึก จิตก่อนสำนึก และจิตสำนึก การแบ่งสิ่งที่มองไม่เห็นด้วยตาเปล่าให้มองเห็นได้ด้วยตานี้ทำให้เรามองข้ามความไม่สมบูรณ์ในงานของฟรอยด์ไปได้โดยง่าย ฟรอยด์จัดความสัมพันธ์ระหว่างโครงสร้างนี้กับพัฒนาการของสัญชาตญาณทางเพศได้อย่างน่าอัศจรรย์โดยไม่จำเป็นต้องพิจารณาปัจจัยทางสังคมเลย เช่นนี้จะไม่ยกย่องเขาได้อย่างไรแม้ว่างานของเขาจะไม่สมบูรณ์แบบจริงๆ ก็ตาม

จิตวิเคราะห์ลดทอนความจำเป็นพื้นฐานของมนุษย์หลายข้อลงหมด เหลือเป็นเพียงเรื่องของจิตใต้สำนึกแล้วกุมความลับนี้ไว้ในสถานะผู้เหนือกว่าความหมายคือคุณจะต้องเถียงอะไรกับนักจิตวิเคราะห์ คุณก็แพ้วันยังค่ำ เพราะคุณเป็นผู้ป่วยโรคประสาท จะว่าไปแล้วจิตวิเคราะห์ก็ออกจะขี้โกงอยู่ไม่น้อย

ฟรอยด์เป็นแพทย์ด้านประสาทวิทยาแล้วเขาพยายามพูดเสมอว่าจิตวิเคราะห์เป็นวิทยาศาสตร์แต่เราจำเป็นต้องยอมรับตามที่หนังสือเล่มนี้เขียนเอาไว้ นั่นคือจิตวิเคราะห์ห่างไกลวิทยาศาสตร์มาก เพราะเราพิสูจน์ไม่ได้เลย

แต่ที่หนังสือเขียนว่าใช้ทำนายอะไรไม่ได้ด้วยนั้นน่าจะมีข้อโต้แย้ง เหตุเพราะ จิตวิเคราะห์ใช้ทำนายได้บ้าง ไปจนถึงทำนายได้มาก โดยเฉพาะอย่างยิ่ง กับผู้ป่วย เช่นเดียวกันกับกลไกของจิตวิเคราะห์ข้างต้น กล่าวคือสมมติว่า นักจิตวิเคราะห์ทำนายผิด ข้อแก้ตัวคือเพราะผู้ป่วยให้ข้อมูลที่สำคัญน้อยเกินไป

เข้าใจว่าความหลังของจิตวิเคราะห์นี้เองที่มีคนเทียบจิตวิเคราะห์เข้าใกล้ ศาสนา เมื่อลูกศิษย์ของ فروยด์ มีข้อโต้แย้ง فروยด์ มากเสียจนอยู่ร่วมสำนัก มิได้ มีทางเดียวให้ออกคือไปตั้งสำนักใหม่ นี่คือการเกิดของนิกายต่างๆ ใน ศาสนาต่างๆ มิใช่หรือ นอกจากโต้เถียงไม่ได้แล้วยังอาจจะถูกลงโทษอย่างหนัก ความข้อนี้คล้ายคลึงกับการอ่านงานของมาร์กซ์ เราเถียงมาร์กซ์ได้ยาก มาก เถียงเมื่อไรก็ถูกต้อนไปอยู่ฝั่งตรงข้ามได้ทันที

فروยด์ และสาวกทำเช่นเดียวกัน ผู้บงอาจตั้งข้อสงสัยและพยายาม ปรับเปลี่ยนจิตวิเคราะห์ดั้งเดิมจะถูกขับออกไปและบางครั้งถึงกับจ้อง ทำลายกัน แต่ فروยด์ เองเป็นผู้เดียวที่ปรับแต่งงานของตนเองได้และทำให้ มันไร้ผู้เทียมทานได้อย่างแท้จริง แม้แต่นักจิตวิเคราะห์ฝรั่งเศสที่มีชื่อเสียง มากที่สุดคนหนึ่งคือ ฌาคส์ ลากอง ก็ทำได้เพียงใช้ภาษาที่ยอดเยี่ยมในการ ปรับแต่งงานของ فروยด์ และเอาตัวรอดไปได้

فروยด์ ถูกมองได้จากทั้งสองมุม มุมหนึ่งเขาทำให้พวก ‘คนดี’ และ ‘ศีลธรรมจัด’ สั่นคลอน แท้จริงแล้วเป็นไปได้ว่าการทำคุณแก่ผู้อื่นนั้นเป็นไปได้เพื่อปกปิด จิตใต้สำนึกบางส่วน จากอีกมุมหนึ่ง فروยด์ ได้เปิดทางให้ริ้วรอยเพศที่มียืนใน สถานะที่เป็นส่วนหนึ่งของพัฒนาการมนุษย์ทุกคนโดยที่ไม่มีใครทันท่วงตัว ว่าได้ติดกับงานของ فروยด์ เข้าไปเสียแล้ว นอกจากนั้น فروยด์ ยังทำให้เรา เข้าอกเข้าใจอาชญากรรมมากกว่าเดิม

ถึงวันนี้แม้ว่าจิตวิเคราะห์ไม่สามารถรักษาผู้ป่วยให้หายจากความเจ็บป่วย ได้ทั้งหมด แต่เป็นที่ยอมรับว่าจิตวิเคราะห์ได้ช่วยให้ผู้ป่วยมีที่ยืน ยอมรับตนเอง ไปจนถึงรู้สึกดีต่อตนเองมากกว่าเดิม ความข้อนี้เป็นความจริงอย่างแน่นอน

فروยด์ ได้สร้างสมมติฐานจำนวนมหาศาลให้ผู้คนถกเถียงกันมากกว่าร้อยปี เราไม่อาจจะปฏิเสธความสามารถระดับนี้ได้ นำไปสู่ข้อความในหน้าสุดท้ายของ หนังสือเล่มนี้ซึ่งควรอ่านอย่างยิ่ง

ข้อเขียนต่อจากนี้มิได้ปรากฏในหนังสือ

ฟรอยด์เป็นผู้เขียนเรื่องจิตใต้สำนึก ตามด้วยเรื่องกลไกป้องกันตัวเองทางจิต กลไกป้องกันตัวเองทางจิตมีสองพวก พวกหนึ่งไม่ดี ใช้แล้วมักเกิดโรคทางจิต อีกพวกหนึ่งเป็นเรื่องดี ใช้แล้วเจ้าตัวมีความสุข

คนบางคนทนไม่ได้ที่เห็นความทุกข์ยากของเพื่อนมนุษย์ เห็นความ อยุติธรรมที่เกิดขึ้นดำดา เห็นความเหลื่อมล้ำเชิงโครงสร้างที่ไม่มีทางออก คนเหล่านี้เห็นได้เพราะเขามีความสามารถที่เรียกว่า เอ็มพาที (empathy) คือ เข้าถึงและเข้าใจความทุกข์ยากของผู้คนรวมทั้งสรรพสัตว์ พวกเขาเครียดและ จะเก็บกดความเครียดนั้นลงจิตใต้สำนึก แต่การเก็บกด (repression) เป็นกลไก ไม่ดี ใช้ไปนานก็จะก่อโรค ไม่นับว่าใช้ไปนานๆ จะอ่อนกำลังลง คนส่วนใหญ่มัก ดึงกลไกป้องกันตัวทางจิตที่เป็นพยาธิสภาพมากกว่าเข้ามาช่วย

แต่สำหรับคนที่มีเอ็มพาทีดีกว่า มักมีโอกาสมากกว่าที่จะดึงกลไกป้องกัน ตัวที่ดีเข้ามาช่วย หนึ่งในกลไกที่ดีนั้นคือ อัลtruอิซึม (altruism) หมายถึง การทำประโยชน์แก่ผู้อื่นทำแล้วตนเองสบายใจ หายทุกข์ใจ คลายความ เก็บกดลงอย่างน้อยก็ชั่วคราว

คุณหมอสงวนใช้กลไกนี้อยู่นาน แต่หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าก็พบแรง ต่อต้านอย่างต่อเนื่องยาวนาน ในที่สุดกลไกป้องกันตัวก็อ่อนกำลังลงจนได้



ฟรอยด์ ย้ำคิดย้ำทำ และ 30 บาทรักษาทุกโรค

ข้อมูลจากหนังสือ *ฟรอยด์: ความรู้ฉบับพกพา* โดย สายพิน ศุภุทธมมงคล สำนักพิมพ์ bookscape พ.ศ. 2562 แปลจากต้นฉบับ *Freud: A Very Short Introduction* เขียนโดย Anthony Storr บทที่ 1 ชีวิตและบุคลิกภาพ ระบุว่า ฟรอยด์เกิดเมื่อปี ค.ศ. 1856 ที่เมืองฟรายแบร์กในออสเตรีย ปัจจุบันคือ เมืองปธิบอร์ สาธารณรัฐเช็ก เขาย้ายไปอยู่เวียนนาเมื่ออายุ 3 ขวบและอาศัยอยู่ที่เวียนนานาน 79 ปี ก่อนที่จะลี้ภัยนาซีไปอยู่ที่ลอนดอนเมื่อปี ค.ศ. 1938 และเสียชีวิตเมื่อปี ค.ศ. 1939 หลังฮิตเลอร์บุกโปแลนด์ไม่นาน

ผมเคยไปดูบ้านเกิดของฟรอยด์ที่เมืองปธิบอร์ ปีนั้นมีการจัดประชุมจิตแพทย์โลกที่กรุงปราก ผมเดินทางไปประชุมกับภรรยาด้วยทุนส่วนตัว เข้าประชุมเฉพาะรายการที่ต้องการฟังและหาเวลาไปนอกเมืองบ้าง วันหนึ่งเราไปที่บ้านเกิดของฟรอยด์ซึ่งต้องนั่งรถออกไปไกลมากทางทิศตะวันออก

บ้านเกิดของฟรอยด์วันนี้ทำเป็นพิพิธภัณฑ์ขนาดเล็ก คนไม่มาก มีข้าวของเครื่องใช้สมัยนั้นตั้งอยู่พร้อมประวัติของเขา มีเก้าอี้นอนสำหรับผู้ป่วยคือ couch ตั้งแสดงอยู่ตัวหนึ่ง พิพิธภัณฑ์ค่อนข้างเงียบเหงา



บ้านของฟรอยด์ เมื่อปี ค.ศ. 2008

ฟรอยด์เป็นยิว เขาเชื่อว่าตนเองถูกเหยียดชาติ ประสบความสำเร็จค้า และชุมชนวิชาการไม่ต้อนรับ แต่เขาปฏิบัติหน้าที่ของชาวยิวตามสมควร ยกเว้นพิธีกรรมทางศาสนา ซึ่งก็เป็นไปตามที่เขาเขียนเสนอนั้นคือศาสนาเป็น ภาพลวงตาที่มนุษย์สร้างขึ้น หนังสือวงเล็บตรงนี้ว่า illusion

คำว่า illusion หมายถึงประสาทหลอนที่เกิดกับวัตถุที่มีอยู่จริง เช่น กรณีผู้ป่วยสูงอายุที่นอนในโรงพยาบาลนานๆ มองเห็นเสาน้ำเกลือเป็นคนยืนอยู่ หรือเห็นแผ่นผ้าก๊อชปิดแผลเป็นแมงมุม เสาน้ำเกลือและแผ่นผ้าก๊อชมีอยู่จริง แต่ผู้ป่วยแปลภาพผิดไปจนถึงสร้างภาพขึ้นมาใหม่ คำนี้ต่างจากคำว่า hallucination หมายถึงประสาทหลอนที่ผู้ป่วยสร้างขึ้นจากอากาศธาตุล้วนๆ ไม่มีอะไรอยู่ที่ตรงนั้นเลย

ประเด็นคือมีอะไรบางอย่างอยู่จริง ๆ แล้วมนุษย์เองที่สร้างภาพลวงตาจาก สิ่งนั้นก่อนที่จะขนานนามว่า ‘ศาสนา’ จะเห็นว่าฟรอยด์ไปพันศาสนาระดับ หนึ่งอยู่ก่อนแล้ว นั่นทำให้อาการย้ำคิดย้ำทำของเขาในภายหลังไม่น่ากลัวมาก เท่ากับผู้ป่วยโรคย้ำคิดย้ำทำในปัจจุบัน ความละเอียดจะกล่าวต่อไป

กลับมาที่บทที่หนึ่งของหนังสือเล่มนี้อีกครั้ง ฟรอยด์เรียนเก่งและเป็นที่รักมากของแม่ซึ่งมีบุตรทั้งหมด 7 คน นั่นเป็นเหตุหนึ่งที่ทำให้เขามีความเชื่อมั่นในตนเองสูง นอกเหนือจากที่พยายามเอาชนะความเป็นยิวของตัวเอง เขาเข้าเรียนแพทย์เมื่อปี ค.ศ. 1873-1881 เขาสนใจที่จะเป็นแพทย์ทางระบบประสาทก่อนที่จะหันเหความสนใจมาที่โรคประสาทในปี ค.ศ. 1886 คือเมื่ออายุ 30 ปี และตีพิมพ์ผลงานด้านจิตวิเคราะห์เล่มแรกในปี ค.ศ. 1895 คืออายุ 39 ปี เท่านั้นเอง

คำว่าแพทย์ทางระบบประสาท มาจากคำว่า neurologist เป็นแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านประสาทวิทยา (neurology) ทำหน้าที่ตรวจรักษาผู้ป่วยโรคทางระบบประสาท (neurological disorder) เป็นสาขาหนึ่งของอายุรแพทย์ ที่ดูแลโรคทางสมองและระบบประสาททั้งหมด



บ้านของฟรอยด์ เมื่อปี ค.ศ. 2008

ฟรอยด์เบนเข็มจากความสนใจผู้ป่วยโรคทางระบบประสาทมาที่โรคประสาท ซึ่งมาจากคำว่า neuroses เป็นโรคทางจิตเวชชนิดหนึ่ง ซึ่งแบ่งย่อยออกได้หลายชนิด โรคย้ำคิดย้ำทำหรือ Obsessive-Compulsive Neuroses จัดอยู่ในกลุ่มนี้ ปัจจุบันเปลี่ยนเป็นใช้คำว่า Obsessive-Compulsive Disorder

หนังสือบทที่หนึ่งเล่าเรื่องบุคลิกภาพของฟรอยด์ว่าเป็นพวกหมกมุ่น แล้ววงเล็บคำว่า obsession เอาไว้ พร้อมขยายความต่อไปว่า “ละเอียดรอบคอบ แม่นยำ เชื่อถือได้ ชัดตรง ใส่ใจกับความสะอาด การควบคุม และความเป็นระเบียบ” จะเห็นว่าคำบรรยายเหล่านี้เป็นคุณสมบัติที่ดี ใครๆ ก็ควรอยากได้ แต่ “เมื่อมีคุณสมบัติที่น่าชื่นชมเหล่านี้เข้มข้นเกินพอดี เขาจึงจะเป็นโรคย้ำคิดย้ำทำ”

ฟรอยด์ยอมรับว่าตนเองมีบุคลิกภาพชนิดนี้ เขาเขียนคำบรรยายว่า “มีระเบียบ ตระหนี่ และดื้อรั้นเป็นอย่างยิ่ง” หนังสือใช้เนื้อที่หลายหน้า ขยายความบุคลิกภาพของเขา ตั้งแต่เรื่องความพิถีพิถันในรูปลักษณะ และการแต่งกายความลุ่มหลงในตัวเลข ไปจนถึงการติดชิการ์และการสะสม ศิลปวัตถุ ซึ่งจะเห็นว่าไม่มีลักษณะใดที่บ่งชี้ว่าเขาเป็นผู้ป่วย ความย้ำคิดของเขา เป็นเพียงระดับบุคลิกภาพเท่านั้น

อย่างไรก็ตาม บุคลิกภาพนี้ทำให้เขา “ดื้อรั้นเป็นอย่างยิ่ง” ไม่รับคำโต้แย้ง แม้ว่าเขาจะขัดเกลางานด้านจิตวิเคราะห์ของตนเองตลอดมา ทำให้เขาสูญเสียมิตรไปหลายคนระหว่างทางและนำไปสู่ “ข้อสังเกตเกี่ยวกับการสรุปเกินข้อเท็จจริง” ในงานของเขา

แม้ว่าเขาจะสรุปเกินข้อเท็จจริงและบุคลิกภาพที่เขาเป็นจะสร้างความเสียหายบางประการแก่ชีวิตและงาน แต่เขาก็มีได้ไปไกลถึงระดับเป็นโรคอยู่ดี

โรคย้ำคิดย้ำทำแบ่งเป็น 2 ชนิด ชนิดที่พบบ่อยคือชนิดย้ำทำ (compulsion) ผู้ป่วยมักมีอาการทำซ้ำบ่อยครั้งจนตนเองเลือกทน เช่น ล้างมือไม่หยุด อาบน้ำนานมาก เช็กกลอนประตูอยู่นั้นแล้วจนไปไหนไม่ได้ เป็นต้น อีกชนิดที่พบน้อยกว่าคือชนิดย้ำคิด (obsession) เช่น คิดลามกเมื่อเดินผ่านสิ่งศักดิ์สิทธิ์ โบสถ์ วิหาร รูปเคารพ หรือนักบวช เป็นต้น

อาการย้ำคิดเรื่องเลวทรามต่ำช้าต่อสิ่งศักดิ์สิทธิ์นี้อาจจะพบน้อยกว่าความเป็นจริง ด้วยเหตุผลที่ผู้ป่วยจำนวนมากไม่ยอมมาพบแพทย์ หรือแม้ว่าจะมาพบแพทย์ด้วยเรื่องอื่น ก็จะไม่ยอมเปิดเผยเรื่องน่ายำนึก

จนกว่าจะสร้างความไว้วางใจกันได้ระดับหนึ่งอาการย้ำคิดนี้สร้างความรู้สึก
ผิดบาปรุนแรงโดยเฉพาะต่อผู้เคร่งศาสนา แต่สำหรับผู้ไม่เคร่งศาสนา เช่น
พรอยด์ แม้จะมีหรือไม่มีอาการนี้ก็ไม่ได้แตกต่างกันเท่าไรนัก

ก่อนที่จิตเวชศาสตร์จะเข้าสู่ยุคใหม่ซึ่งใช้ยารักษาเป็นหลัก โรคย้ำคิดย้ำทำ
เป็นกรณีคลาสสิกที่จิตวิเคราะห์ใช้เป็นกรณีศึกษาและพยายามรักษาอย่าง
เข้มข้น มีรายงานหลายฉบับที่แสดงผลสัมฤทธิ์การรักษาหลังจากผู้ป่วยผ่าน
ชั่วโมงจิตบำบัดไปมากกว่า 200-400 ครั้ง มีทั้งที่อ้างว่าผู้ป่วยมีอาการดีขึ้น
ไปจนถึงไม่ดีขึ้น แต่ถึงแม้จะเป็นกรณีหลัง ผู้ป่วยก็เข้าใจตนเองมากขึ้นและ
ยอมรับพฤติกรรมผิดพลาดของตนเองมากขึ้น

เมื่อจิตเวชศาสตร์เข้าสู่ยุคสมัยใหม่ ผลการรักษาโรคย้ำคิดย้ำทำอยู่ในระดับ
ดีมากจนน่าตื่นตะลึง ผู้ป่วยเกือบทั้งหมดตอบสนองต่อยา Clomipramine
ในระดับที่ดีมาก อาการย้ำคิดย้ำทำลดน้อยลงจนเกือบหมดหรือหมดไปได้
แม้ว่าผู้ป่วยจะไม่สามารถหยุดยาได้ ผู้ป่วยส่วนใหญ่ลดขนาดยาลงได้มาก
แต่ก็หยุดยาได้ยาก

ครั้งที่ยา Clomipramine วางตลาดใหม่ๆ เป็นของบริษัทชิบาไกกิในชื่อการค้า
ว่า Anafranil ผมจบจิตเวชศาสตร์ในปีที่ยังไม่พ้นสิทธิบัตร การจ่ายยาใน
ผู้ป่วยยากไร้จึงทำได้ยากด้วยราคายาที่สูงมาก จนกระทั่งเมื่อยาพ้นสิทธิบัตร
ในเวลาต่อมา สถานการณ์ของผู้ป่วยยากจนจึงดีขึ้นบ้าง แต่ยั้งติดขัดที่ผู้ป่วย
มากกว่ามากที่ไม่รู้ว่ามิโรคชนิดนี้อยู่บนโลกมนุษย์จริง ๆ และรักษาได้

เมื่อระบบสาธารณสุขเข้าสู่ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในชื่อ 30 บาท
รักษาทุกโรค คือปีที่ผมมีความสุขมากเพราะข้อจำกัดในการใช้ยาด่วนนี้หมดไป
อย่างสิ้นเชิง ยาถูกบรรจุเข้าสู่บัญชียาหลักแห่งชาติตั้งแต่แรก เพราะมีหลักฐาน
เชิงประจักษ์แน่นอนจนถึงประสิทธิผลของการรักษา นโยบาย 30 บาทรักษาทุกโรค
ได้พาผู้ป่วยจำนวนหนึ่งออกจากที่ซ่อนตัวเข้าสู่ระบบรักษา และหนึ่งในจำนวน
นั้นคือผู้ป่วยโรคย้ำคิดย้ำทำ

ตอนที่นโยบาย 30 บาทรักษาทุกโรคเริ่มต้น มีบริษัทยาน้อยมากที่ผลิต
ยาตัวนี้แม้ว่าจะพ้นสิทธิบัตรแล้ว แต่ด้วยความกรุณาของผู้เฝ้าวยการ

โรงพยาบาลเวลานั้นให้ใช้ยาในชื่อการค้า Anafranil แก่ผู้ป่วยที่ต้องใช้ได้ทุกคนโดยไม่ต้องคำนึงถึงความยากดีมีจน ในฐานะแพทย์ทำให้เรารักษาผู้ป่วยได้เต็มกำลังความสามารถอย่างไม่เคยเป็นมาก่อน นั่นคือเราทำหน้าที่ทางวิชาชีพของเราอย่างดีที่สุด

ถึงวันนี้ผู้ป่วยกลุ่มนี้ปรากฏตัวขึ้นมากกว่ามาก บริษัทยาในประเทศที่ผลิตยาตัวนี้ก็มีหลายบริษัทแล้ว ราคาขายลดลงมหาศาล ต่อให้ฟรียัดป่วยแล้วมารักษา เราก็สามารถรักษาได้สบายมาก







5 ปีที่สูญหาย

ขณะเขียนต้นฉบับนี้ คุณหญิงสุตารัตน์ เกยุราพันธ์ อดีตรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขในยุคเริ่มต้นหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ประกาศไม่รับตำแหน่งนายกรัฐมนตรี เพื่อเปิดโอกาสให้ประเทศไทยกลับคืนสู่ระบอบประชาธิปไตย

วันที่ 11 เมษายน 2557 ขบวนประท้วงรัฐบาลยิ่งลักษณ์ ชินวัตร เดินทางถึงกระทรวงสาธารณสุข โดยมีปลัดกระทรวงสาธารณสุขและข้าราชการจำนวนมากให้การต้อนรับ มีนายแพทย์จากชมรมโรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไปปรากฏให้เห็นในภาพข่าว และมีนายแพทย์ชั้นผู้ใหญ่จากแพทยสมาคมทั้งตัวแทนสภาการพยาบาลอยู่ที่ห้องประชุมด้วย (ไทยโพสต์, คมชัดลึก 11 เมษายน 2557)

รายงานข่าวว่ามีการมอบนกหวีดทองคำ ดำหัวเนื่องในเทศกาลสงกรานต์ ปลัดกระทรวงเสนอแผนปฏิรูประบบสาธารณสุข ปฏิรูปประเทศ และการสร้างความเข้มแข็งระบบราชการ

ไม่เห็นแพทย์จากชมรมแพทย์ชนบท แพทย์จากตระกูล ส. และเอ็นจีโอสายสุขภาพในภาพข่าววันนั้น แต่เป็นที่ปรากฏว่ามีตัวแทนจากทั้งสามหน่วยนี้ขึ้นเวที กปปส. สม่่าเสมอ

สองข้อตรงข้ามของระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ข้อหนึ่งคือกระทรวงสาธารณสุข ชมรมโรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป และแพทยสภาซึ่งมีส่วนหนึ่งเป็นตัวแทนโรงพยาบาลเอกชน อีกข้อหนึ่งคือชมรมแพทย์ชนบท เอ็นจีโอสายสุขภาพ และแพทย์ตระกูล ส. ซึ่งทั้งสองข้อเคยโต้เถียงกันเรื่องหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้ามาโดยตลอด แต่บัดนี้ได้จับมือกันขับไล่รัฐบาลยิ่งลักษณ์

อาจเป็นเพราะรัฐบาลได้กระทำการอันปล่อยไว้ไม่ได้ และศัตรูของศัตรูคือมิตรของเรา ที่เป็นเรื่องน่าแปลกใจคือชมรมแพทย์ชนบท เอ็นจีโอสายสุขภาพ และแพทย์ตระกูล ส. มีส่วนร่วมในการเชื้อเชิญอำนาจนอกรัฐธรรมนูญเข้ามาแก้ไขปัญหา

จนกระทั่งเกิดปัญหาใหม่ที่เรื้อรังมานาน 5 ปี

ตลอดระยะเวลา 5 ปีที่ผ่านมา มีตระกูล ส. หน่วยเดียวที่ไม่แสดงออกทางการเมือง คือสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ซึ่งมีหน้าที่รับผิดชอบงานหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าโดยตรง และมีนายแพทย์มงคล ณ สงขลา เพียงคนเดียวที่ได้ออกมากล่าวคำขอโทษต่อสาธารณะ

เวลาที่มีการประชุมคณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานสถานบริการสาธารณสุข ของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ฝ่ายวิชาชีพและฝ่ายเอ็นจีโออยู่คนละฟากเสมอ มีการลอบบี้และลือกโหวตในการพิจารณาเรื่องร้องเรียนโรงพยาบาลที่เข้ามาอยู่เรื่อยๆ เอ็นจีโอสายสุขภาพแพ้โหวตอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอด้วยจำนวนมือน้อยกว่า อย่างไรก็ตามกระบวนการเหล่านี้อยู่ในวิถีประชาธิปไตย

เวลาที่มีการทำแผนยุทธศาสตร์โรงพยาบาล ในขั้นตอนการวิเคราะห์สวท (SWOT analysis) เมื่อถึงการกำหนดภาวะคุกคาม คือ T-Threats ผู้อำนวยการโรงพยาบาลหลายแห่งให้บรรจุหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าไว้ที่ช่องภาวะคุกคาม บางท่านพูดว่า “สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเป็นศัตรูของเรา” การชี้แนะเช่นนี้เป็นที่ยอมรับได้ เพราะจะอย่างไรก็ตาม เรื่องนี้อยู่ในวิถีประชาธิปไตย

แต่หากโรงพยาบาลเอาเรื่องความเท่าเทียมและการเข้าถึงบริการเป็นตัวตั้งหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าควรจะย้ายไปอยู่ที่ช่องโอกาส คือ O-Opportunity เพราะนี่คือโอกาสที่โรงพยาบาลจะได้แสดงตนให้ท้องถิ่นและประชาชนรอบโรงพยาบาลเห็นว่าเรา “ถือผลประโยชน์ส่วนตัวเป็นที่สอง ประโยชน์ของเพื่อนมนุษย์เป็นกิจที่หนึ่ง” ดังพระราชดำรัสของพระบิดา



พระราชดำรัส สมเด็จพระมหิตลาเบศร อดุลยเดชวิกรม พระบรมราชชนก

หากเอาการเงินของโรงพยาบาลเป็นตัวตั้ง สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า และผู้ป่วยบัตรทอง ย่อมเป็นภาวะคุกคาม และว่าที่จริงแล้วลูกจ้างตามกฎหมายประกันสังคมเป็นภาวะคุกคามมากยิ่งขึ้น แผนยุทธศาสตร์ร่างขึ้นเพื่อขจัดหรือลดความเสียหายจากภาวะคุกคาม เป็นโชคคิของผู้ป่วยบัตรทองที่ยังมีเอ็นจีโอสายสุขภาพอีกจำนวนหนึ่งคอยเฝ้าระวัง การบริการจึงมิได้แย่มากนัก แต่สำหรับลูกจ้างประกันสังคมเป็นที่ลี้วรู้กันว่าสถานการณ์ลำบากกว่ากันมาก

นโยบายประหยัดรายจ่ายถูกนำมาใช้กับผู้ป่วย แทนที่จะใช้กับนโยบายต่างประเทศ การท่องเที่ยวดูงาน การเลี้ยงรับรองข้าราชการชั้นผู้ใหญ่ การจัดเลี้ยงเกษียณดั่งการกินพอเพียง เป็นต้น

หากเงินโรงพยาบาลไม่พอบริการประชาชน เรื่องที่ควรจัดการก่อนกลับ เป็นเรื่องรั่วไหลทางอื่นซึ่งมีอยู่มากมาย เป็นไปตาม “ข้อสำคัญเราจะต้องรู้จักใช้ทรัพยากรทั้งนั้นอย่างฉลาด คือไม่นำมาทุ่มเทให้ใช้สิ้นเปลืองไปโดยไร้ประโยชน์ หรือได้ประโยชน์ไม่คุ้มค่า” ดังพระราชดำรัสพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวภูมิพลอดุลยเดช

โอกาสอีกข้อหนึ่งคืองานส่งเสริมป้องกัน ดังที่ทุกคนรู้อยู่แก่ใจว่างานรักษา ใช้เงินมาก งานส่งเสริมป้องกันใช้เงินน้อยกว่า แต่ถ้าทำสำเร็จจะช่วยลดจำนวนผู้ป่วยได้ นำมาซึ่งการประหยัดงบประมาณด้านรักษาพยาบาลครั้งใหญ่ แต่งานส่งเสริมป้องกันที่ทำกันไม่พ้นการทำแผ่นพับแจก บรรยายสุขภาพ ถือป้ายเดินรณรงค์ และออกหน่วยเยี่ยมบ้าน ไม่มีงานส่งเสริมป้องกันระดับเปลี่ยนแปลงระบบ

งานส่งเสริมป้องกันเป็นงานที่ทำได้ยาก ทำเชิงระบบยิ่งยาก เหตุเพราะส่วนท้องถิ่นไม่มีอิสระในการจัดการตนเองมากพอ ไม่ว่าจะเป็นการจัดการตนเอง เรื่องงบประมาณหรือวิธีการ หากคิดจะปฏิรูปประเทศไทยจริงก็ควรทำเรื่องท้องถิ่นจัดการตนเองก่อน แต่ดูเหมือนงานปฏิรูปที่ว่ากันกลับเห็นดีเห็นงามกับอำนาจนอกระบบไปเสียได้

ฝุ่นควันพิษในภาคเหนือตอนบนเป็นตัวอย่างล่าสุด โดยเฉพาะที่จังหวัดเชียงใหม่ซึ่งยอดผู้ป่วยและผู้ตายสูงขึ้น รวมทั้งที่อำเภอแม่สาย จังหวัดเชียงราย ที่ค่าฝุ่นละอองทะลุเพดานความปลอดภัยไปไกลมาก บางวันมองไม่เห็นอีกฟากของถนน นักวิชาการและแพทย์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ได้พยายามสุดฝีมือที่จะช่วยเหลือตนเองมานานนับสิบปีโดยไร้ผล เพราะขาดอิสระในการจัดการตนเอง

ขนาดของปัญหาที่ควรแก้ไขด้วยการทำงานด้านส่งเสริมป้องกันกำลังมีขนาดใหญ่มากขึ้นทุกขณะ และระบบสาธารณสุขที่เป็นอยู่ไม่สามารถทำอะไรได้เลย อันจะเป็นภาวะคุกคามต่อหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าได้ในที่สุด



ออสเลอร์และจริยธรรมทางการแพทย์ ตอนที่ 1

เราควรปล่อยเสรีการใช้กัญชาเพื่อรักษาผู้ป่วยเพียงไร?

ข้อมูลการเจ็บป่วยทางจิตเวชของประชาชนควรบรรจุลงในบัตรประชาชนแบบสมาร์ทการ์ดหรือไม่?

ผู้ป่วยหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าไปตรวจโรงพยาบาลของรัฐนอกเวลาราชการต้องจ่ายเงินหรือไม่?

ทั้งนี้ยังไม่นับปัญหาทางจริยธรรมอีกมากมายที่ปรากฏอยู่ในงานบริการประชาชนทุกวัน นำไปสู่คำถามที่ว่าจริยธรรมทางการแพทย์คืออะไร? จากคำถาม 2-3 ข้อที่ยกตัวอย่าง เราจะได้เห็นการเปลี่ยนผ่านของการแพทย์โดยชุมชนเพื่อชุมชน (ปลูกกัญชาเพื่อบำบัดตนเอง) สู่อการแพทย์แผนปัจจุบันยุคไอที (บรรจุข้อมูลการเจ็บป่วยทางจิตเวชลงในสมาร์ทการ์ด) ไม่ว่าเราจะพัฒนาอะไรเราก็ติดข้อจำกัดมากมายไปหมดจนไม่สามารถถอยได้ง่ายๆ

ระบบการแพทย์แผนปัจจุบันที่เราเห็นอยู่ทุกวันนี้เริ่มต้นอย่างไร? เรามาถึงจุดนี้ได้อย่างไร?

เพื่อจะตอบคำถามเหล่านี้เราเริ่มด้วยประวัติของบิดาการแพทย์สมัยใหม่ วิลเลียม ออสเลอร์ (William Osler) ซึ่งเป็น 1 ใน 4 ของผู้ก่อตั้งโรงพยาบาล

จอห์นส์ ฮอปกินส์ (Johns Hopkins Hospital) และเป็นบุคคลสำคัญที่วางรากฐาน
แพทยศาสตรศึกษาระดับมหาวิทยาลัยที่ยังคงอยู่จนถึงทุกวันนี้

“Listen to your patient, he is telling you the diagnosis.”

“ฟังผู้ป่วยของคุณ เขากำลังบอกการวินิจฉัยโรคแก่คุณ”

นี่เป็นเพียงหนึ่งในวาทะมากมายนับร้อยของเซอร์วิลเลียม ออสเลอร์ที่ถูก
พูดถึงและพูดต่อๆ กันมากกว่าหนึ่งร้อยปี

ผู้ป่วยทุกคนอยากจะพูด และสิ่งที่เขาพูดมากมายนั้นที่แท้แล้วคือ
‘การวินิจฉัยโรค’ พวกเขาพยายามบอกเราซึ่งเป็นหมอว่าเขาป่วยเป็นอะไร
แน่นอนว่าเขาไม่ใช่หมอและมีใช้นักศึกษาแพทย์ ดังนั้นเขาจึงมิได้พูดศัพท์
แพทย์ แต่กลับใช้ภาษาชาวบ้านที่เขาถนัด

“เป็นหยังมา?” หมอที่ภาคเหนือตอนบนถามผู้ป่วย

“เมย์ กัดต้อง ไค่ฮาก” ชาวบ้านตอบ

ในประเทศไทย ชาวบ้านแต่ละภาคมีภาษาของตนเอง คำว่า ‘ไข้ ปวดท้อง
คลื่นไส้ อาเจียน ฯลฯ เหล่านี้คนภาคเหนือ ใต้ กลาง อีสาน ชายทะเลตะวันออก
และชาติพันธุ์ต่างๆ พูดต่างกัน นักศึกษาแพทย์รวมทั้งคุณหมอในประเทศไทย
ประสบปัญหาถึงสองต่อ ต่อที่หนึ่งคือแน่ใจได้อย่างไรว่าผู้ป่วยพูดว่า ‘เมย์’
หมายถึง ‘ไข้’ ต่อที่สองคือแล้วแน่ใจได้อย่างไรว่าตรงกับศัพท์แพทย์ที่เรียกว่า
‘fever’ เพียงเท่านี้ชีวิตการเป็นนักศึกษาแพทย์หรือคุณหมอมือใหม่ก็ยุ่งยาก
มากแล้ว (ไม่ว่าจะรู้ตัวหรือไม่ก็ตาม)

ยิ่งไปกว่านั้น ผู้ป่วยส่วนใหญ่พูดยาว พูดนอกเรื่อง ในขณะที่คุณหมอส่วนมาก
ไม่มีเวลาที่จะฟังทั้งหมดนั้นได้ เพราะภาระงานที่รัดตัว ดังนั้นคุณหมอส่วนใหญ่
มักจะ ‘ขัดกระแสดำพูด’ ของผู้ป่วยกลางคันแล้วพยายามที่จะค้นข้อมูลของ
ผู้ป่วยประเภทที่ ‘ใช้การได้’ ออกมาให้เร็วที่สุด

ที่น่าหนักใจพอๆ กับน่าขาคือ ผู้ป่วยทุกคนเล่าอาการไม่สบายของตนเอง
ไม่เป็นระบบตามที่นักศึกษาแพทย์เรียนมา ในขณะที่นักศึกษาแพทย์จำเป็นต้อง
เขียนรายงานความเจ็บป่วยส่งอาจารย์อย่างเป็นระบบ ดังนั้นนักศึกษาแพทย์

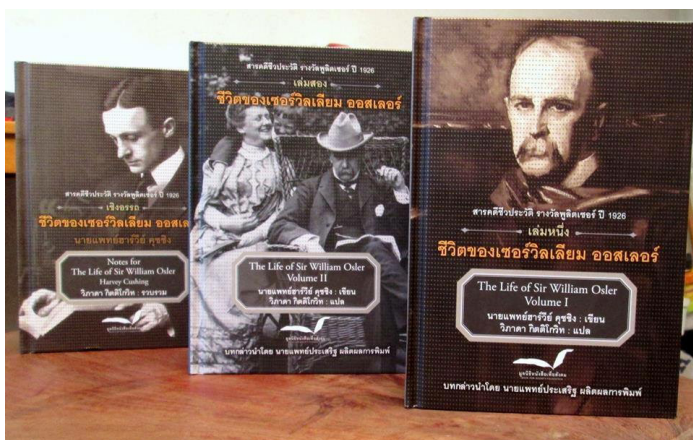
จึงต้องเข้าขัดขวางกระแสคำพูดของผู้ป่วยกลางคันแล้วพยายามจะถามนำอย่าง
เป็นระบบทุกครั้งไป

จะเห็นว่าในขณะที่ผู้ป่วยพูด แพทย์กลับไม่ฟังแล้วเข้าสกัด ความสัมพันธ์
ระหว่างแพทย์และผู้ป่วยเสียหายตั้งแต่ 2-3 นาทีแรก

ในทางตรงข้าม แพทย์ที่รู้จักนั่งฟังผู้ป่วยพูด พูดยาวเกินไปบ้าง พูดนอกเรื่อง
บ้าง กลับได้สัมพันธภาพที่ดีแต่ต้นมือ และจะพบว่าข้อมูลที่ใช้การได้มักตามมา
ในเวลาหลังจากนั้นไม่นานนัก อีกทั้งการสืบค้นต่อไปก็ทำได้โดยง่ายเพราะเรา
ได้สร้างสัมพันธภาพที่ดีเอาไว้แล้วเป็นทุน

ประโยคสั้นๆ เพียงว่า “ฟังผู้ป่วยของคุณ เขากำลังบอกการวินิจฉัยโรคแก่คุณ”
ของเซอร์วิลเลียม ออสเลอร์ จึงเป็นประโยคที่รวมทุกอย่างของวิชาชีพแพทย์
เข้าไว้ด้วยกัน ไม่ว่าจะเป็นเรื่องความรู้ทางวิชาการของแพทย์ จริยธรรม
แพทย์ และศิลปะในการตรวจรักษาผู้ป่วย อีกทั้งเป็นประโยคที่พิสูจน์ว่า
เซอร์วิลเลียม ออสเลอร์ มีประสบการณ์มากมายเพียงใดจึงบรรลุความจริงแห่ง
วิชาชีพข้อนี้ได้

แต่ประโยคดีๆ นี้เองที่สร้างแบบฟอร์มจำนวนมากให้แพทย์แผนปัจจุบัน
ทำงาน



เซอร์วิลเลียม ออสเลอร์ (12 กรกฎาคม 1849 - 29 ธันวาคม 1919) เป็นลูกชายคนสุดท้ายในจำนวนเก้าคน เกิดที่บอนด์เฮด ในบ้านพักพระไกล์ชายป่าบริเวณแคนาดาตอนบน

บิดาของวิลเลียม ออสเลอร์เป็นนักบวชโปรเตสแตนต์ บ้านพักอาศัยในปีแรกๆ นั้นห่างจากที่ทำการไปรษณีย์และท่าเรือ 12 ไมล์ ห่างจากหมอกที่อยู่ใกล้ที่สุด 15 ไมล์ ห่างจากช่างตีเหล็ก 6 ไมล์ ถนนหนทางไม่สามารถใช้ได้ตลอดเวลา สภาพความเป็นอยู่ยากลำบาก

“การอบรมสั่งสอนส่วนใหญ่ที่ให้แก่เด็กๆ เหล่านี้เกิดขึ้นบนตักของแม่” เป็นข้อความที่เล่าถึงพื้นฐานการอ่านของออสเลอร์ “แม้การอ่านหนังสือวันอาทิตย์จะถูกจดจำในฐานะที่เป็นการทรมานอย่างหนึ่ง แต่ต่อมาเกือบชั่วชีวิต เมื่อได้เห็นคนอ่านนิยายในวันสะบาโต จะทำให้เขาคิดถึงการอบรมสั่งสอนในวัยเด็กเสมอ”

ดังที่ทราบกันว่าการอ่านนั้นเป็นยาขม ไม่สนุกในครั้งแรกๆ และเด็กส่วนใหญ่มักยอมแพ้ก่อนที่จะก้าวข้ามกำแพงไปสู่ความปิติที่เกิดจากการอ่าน โดยเฉพาะอย่างยิ่งในโลกยุคข้อมูลข่าวสาร เมื่อเทียบการอ่านกับการเล่นเกมหรืออบายมุขที่มากับเครื่องมือไอทีสมัยใหม่ จะพบว่าอย่างหลังให้ความสุขแก่เด็กๆ รวดเร็วกว่ามาก

แต่แท้จริงแล้วการอ่านไม่เพียงสร้างความปิติให้แก่ผู้อ่านทุกคน การอ่านเป็นพื้นฐานแข็งแกร่งให้แก่การทำงานและการดำรงชีวิตของคนทุกคน รวมทั้งของออสเลอร์ในช่วงชีวิตที่เหลือตลอดไป

ถึงปี ค.ศ. 1857 เมื่อออสเลอร์อายุได้แปดปี ครอบครัวย้ายไปอยู่ที่ดันดัส “สุดปลายด้านตะวันตกของทะเลสาบออนแทรีโอซึ่งงดงามที่สุด” หนังสือเล่าต่อไปถึงพฤติกรรมซุกซนเกินเด็กคนอื่นของออสเลอร์ ซึ่งจบลงด้วย “เขาโบกมือจากหลังม้าให้เธอ ตะโกนอย่างร่าเริงว่า แซ่ดดี ฉันถูกไล่ออกแล้ว!” หมายถึง ถูกไล่ออกจากโรงเรียนนั่นเอง

ความซนอาจจะมีหลายอย่าง ที่แน่ๆ คือความซนเกิดขึ้นจากการที่พฤติกรรมของเด็กคนหนึ่งล้ำเกินกฎ กติกา มารยาทที่ผู้ใหญ่หรือสังคมกำหนด ที่จริงแล้วเด็กทุกคนมีหน้าที่ทดสอบและท้าทายกฎเท่าที่ความสามารถของเขา

จะทำได้ เพราะนี่คือธรรมชาติของพัฒนาการเด็ก ไม่ว่าจะเป็นความสามารถทางสติปัญญา แขน ขา หรือวาจา การที่เด็กคนหนึ่งจนจึงเป็นธรรมชาติของเด็กคนนั้นที่ 'พร้อม' จะทดลองและเรียนรู้

เมื่อถึงปี ค.ศ. 1864 ออสเลอร์จึงถูกส่งไปโรงเรียนประจำที่บาร์รี “แต่ไม่ว่าเขาจะเหลวไหลในการปฏิบัติตามกฎระเบียบเพียงใด ก็เป็นเด็กที่มีความรัก กล้า และใจกว้าง ไม่มีปัญหาในการเรียน ขณะเดียวกันก็เป็นเลิศด้านกีฬา เด็กเช่นนี้กลายเป็นผู้นำไม่ว่าจะไปอยู่ที่ใดและมีเพื่อนอย่างรวดเร็ว” รายละเอียดเหล่านี้ถูกปูพื้นเอาไว้ก่อน เพื่อแสดงให้เห็นว่าความสามารถของออสเลอร์ในเวลาต่อมา มีที่มาที่ไป ทั้งนี้เพราะเขาชอบทดลองทำนั้นและสรุปผลการทดลองหรือการกระทำที่ทำไป ความสามารถมิได้เกิดขึ้นได้เองเพราะเป็นอัจฉริยะหรือคนเก่งดังที่สังคมไทยมักด่วนสรุปเอา

ออสเลอร์ถึงกับเป็น ‘เด็กเกรงแห่งบาร์รี’ ร่วมกับเพื่อนสนิทสองสามคน การเล่นเพลงๆ ของเขาและเพื่อนมิใช่การเล่นชนตามสามัญสำนึกของคนส่วนใหญ่ บางครั้งพวกเขาถึงกับบุกรุกกินแดนเมลอนของคนอื่น เอาแผ่นกระดาษวางบนปล่องไฟเพื่อกุเรื่องเพลิงไหม้ หรือปลอมเป็นผู้หญิงเพื่อตบตาผู้คน การเล่นเพลงๆ ในระดับนี้หากเป็นปัจจุบันสามารถเป็นต้นเหตุให้ถูกนำส่งพบจิตแพทย์โดยง่าย

สรุปชีวิตวัยเด็กของเซอร์วิลเลียม ออสเลอร์ เขาเกิดในดินแดนไกลโพนของแคนาดาแต่ได้รับการปลูกฝังให้รักการอ่านโดยคุณแม่ นี่คือคุณสมบัติประการที่หนึ่ง

เขาได้เล่น ไม่ต้องไปโรงเรียน ได้เล่นเพลงๆ ไปจนถึงขีดสุดเท่าที่เด็กคนหนึ่งจะเล่นได้ โดยไม่ถูกจับไปพบจิตแพทย์เสียก่อน นี่คือคุณสมบัติประการที่สอง

ลำพังการอ่านและการเล่นเพียงสองอย่าง พัฒนาการด้านการคิด (cognitive development) ของเขาก็ได้รับการวางรากฐานเอาไว้อย่างดี เสมือนต้นไม้ที่มีรากแข็งแรง หลังจากนั้นพัฒนาการไปสู่ความคิดเชิงอุดมคติและจริยธรรม (moral development) ก็จะติดตามมา

หมายเหตุ - เนื้อหาประวัติของเซอร์วิลเลียม ออสเลอร์ อ้างอิงจากหนังสือ *ชีวิตของเซอร์วิลเลียม ออสเลอร์* สองเล่มจบ และรวมเชิงอรรถอีกหนึ่งเล่ม นายแพทย์ฮาร์วีย์ คัชชิง เขียน วิภาดา กิตติโกวิท แปล คำนำเสนอโดยนายแพทย์ประเสริฐ ผลิตผลการพิมพ์ สำนักพิมพ์หมอชาวบ้าน พ.ศ. 2558



ออสเลอร์และจริยธรรมทางการแพทย์ ตอนที่ 2

ระหว่าง 5 ปีที่สูญหาย และไม่รู้ว่าจะต้องรออีกนานเท่าไรกว่าจะมี
รัฐบาลใหม่ที่เข้าใจเป้าหมายที่แท้จริงของหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า เราลองมา
ทำความเข้าใจคำว่า ‘จริยธรรมทางการแพทย์’ ต่อไปพลางๆ

จริยธรรมทางการแพทย์มิได้เบ็ดเสร็จในตนเอง ที่แท้แล้วจริยธรรมมีความ
เป็นพลวัต มีพัฒนาการมาจากการเรียนรู้ความแตกต่างระหว่างเรื่องที่เราควรทำ
ออกจากเรื่องที่ไม่ควรทำ

ลอว์เรนซ์ โคลเบิร์ก (Lawrence Kohlberg 1927-1987) นักจิตวิทยา
ชาวอเมริกัน เขียนโครงร่างพัฒนาการทางจริยธรรมว่าเด็กเล็กกลัวถูกทำโทษ
(จากเรื่องที่ไม่ควรทำ) เด็กโตทำเพราะอยากได้รางวัล (จากเรื่องที่เราควรทำ)
และวัยรุ่นทำความดีเพราะสังคมคาดหวัง ไปจนถึงเพราะเป็นอุดมคติ

อย่างไรก็ตาม ‘ความดี’ มิได้เบ็ดเสร็จในตัวเองอีกเช่นกัน

เซอร์วิลเลียม ออสเลอร์ พัฒนาจริยธรรมส่วนบุคคลจากการลองผิดลองถูก
เช่นเดียวกับเด็กทั่วไป เขาเคยถูกทำโทษถึงขั้นติดคุก ในขณะที่เดียวกันก็ได้รับ
โอกาสที่จะเรียนรู้จากธรรมชาติด้วยจิตใจที่เปิดกว้าง นั่นเป็นรากฐานที่ดีของ
การเรียนรู้จริยธรรมบนสังคมที่เป็นจริง นั่นคือที่ที่ความดีและความชั่วปะทะกัน

อยู่ตลอดเวลาโดยไม่รู้เส้นแบ่งแยกที่ชัดเจน บางครั้งเราต้องใช้เทววิทยาหรือศาสนาช่วยตัดสิน แต่บางครั้งเราใช้เพียงสามัญสำนึกและอุดมคติก็พอ

“จากบาร์รี เขาถูกส่งไปเรียนที่เวสต์ตัน ที่นั่นเองที่เขาจะได้พบ ‘ครูที่แท้จริงคนหนึ่ง’ นั่นคือ สาธุคุณวิลเลียม อาร์เธอร์ จอห์นสัน ซึ่งจะเป็นบุคคลแรกที่มีอิทธิพลต่อการคิดอ่านและวิถีชีวิตของออสเลอร์มากมายในเวลาต่อมา ...”

ตอนนั้นเป็นปี ค.ศ. 1866 ออสเลอร์อายุ 17 ปี และเพราะอายุ 17 ปีนั่นเอง จึงเป็นเวลาสุกสมที่เด็กชนร่ายกาจคนหนึ่งกำลังไขว่คว้าหาที่เกาะเกี่ยวทางจิตวิทยาในการพัฒนาตนเองต่อไป

เช่นนี้แล้ว ประดาครูบาอาจารย์ของวัยรุ่นทั้งหลายพึงใส่ใจว่าหน้าที่ของตนมิใช่เพียงการสอน แต่เป็นเข็มทิศชี้แนวทางเยาวชน ซึ่งหน้าที่ประการหลังสำคัญกว่าหน้าที่การสอนอย่างเทียบไม่ติด อย่างไรก็ตาม ชีวิตเล่นชนและกลั่นแกล้งผู้คนของออสเลอร์มิใช่จบลงชั่วข้ามคืนโดยไร้เหตุผล ที่เวสต์ตันนี้เขาและเพื่อนๆ ไปไกลถึงกับถูกตัดสินให้ “เข้าไปอยู่ในคุกที่ไทรอนโตสามสัปดาห์” ด้วยเจ้าทุกข์ไม่อาจยอมความโดยง่าย

เช่นนั้นแล้วชีวิตที่ออสเลอร์เคยเขียนบันทึกว่า “ผมก็พยศมาก” เปลี่ยนแปลงไปได้อย่างไร

คำตอบคือ “เพราะแนวคิดด้านการศึกษาของสาธุคุณ ดับบลิว. เอ. จอห์นสันนั้นไม่ได้อยู่ที่การอัดข้อเท็จจริงลงไปในตัวเด็กๆ ให้ได้มากที่สุด แต่อยู่ที่ความคิดต่างๆ ซึ่งจะออกมาจากเด็กๆ ภายใต้สิ่งกระตุ้นหลากหลายอันไม่จำเป็นต้องอยู่ในห้องเรียน”

จะเห็นว่าการเรียนการสอนแก่นักเรียนที่แท้นั้นอยู่ข้างนอก และหากสามารถให้เสรีภาพแก่นักเรียนมากพอ ครูทุกคนสามารถเปลี่ยนแปลงเด็กทุกคนได้เสมอ ไม่ว่าเด็กนั้นจะร่ายกาจเพียงใด ดังที่ออสเลอร์ปาฐกถาถึงจอห์นสันครั้งหนึ่งว่า “เป็นผู้รู้เรื่องวิถีโคจรของหมู่ดาวและบอกเชื่อมั่นให้เราๆ เป็นผู้เร่ร่อนในป่าแห่งฤดูใบไม้ผลิ สอนให้เรารู้จักกลุ่มไขกบ หนอนของแมลงปีกคู่ และเป็นผู้ที่อ่านกิลเบิร์ต ไวต์ กับ เกลาคัส ของคิงสลีย์ ให้เราฟังตอนค่ำ

เป็นผู้ให้เราเห็นหยดน้ำสกปรกจากสระในกล่องจุลทรรศน์ และเป็นผู้ที่พาเราเดินท่องขึ้นไปตามแม่น้ำในวันเสาร์”

นี่คือภาพของจอห์นสันที่เป็นนักธรรมชาติวิทยา และใช้กล่องจุลทรรศน์เป็นเครื่องมือในการนำชีวิตทั้งของตนเองและเด็กๆ ที่เขารับผิดชอบ

เราจะอ่านพบในภายหลังว่าออสเลอร์มีความหลงใหลในอุปกรณ์ที่เรียกว่า ‘กล่องจุลทรรศน์’ อย่างมากในเวลาต่อมา และใช้อุปกรณ์ชิ้นนี้ในการพัฒนาแพทยศาสตรศึกษาในระยะแรกอย่างสำคัญ

“ไม่ต้องสงสัยว่า ทั้งสองถูกดึงเข้าหากันด้วยความสนใจร่วมกันในวิทยาศาสตร์ธรรมชาติ ซึ่งก็คือชีววิทยา” และ “แม้จะเป็นเด็กฝึกคนองและเป็นหัวใจในการกระทำที่โศกโณมากมาย ออสเลอร์ก็ได้รับการกล่าวขานถึงจากเพื่อนร่วมรุ่นว่าเป็นคนเปิดเผยตรงไปตรงมา มีความเป็นลูกผู้ชายและซื่อสัตย์มาก ตัวอย่างไม่वादไม่เสแสร้งทำเป็นคนดีมีศีลธรรม”

จะเห็นว่าพัฒนาการทางจริยธรรมของวัยรุ่นนั้นสามารถเกิดขึ้นได้เองโดยธรรมชาติเมื่อถึงเวลา เหตุเพราะวัยรุ่นทุกคนตามแนวคิดของนักจิตวิทยา ลอร์เรนซ์ โคลเบิร์ก มีความใฝ่ดีเป็นทุนด้วยกันหมดทั้งสิ้น

ในระยะแรกของชีวิตเท่านั้นที่พวกเขาต้องถูกทำโทษบ้าง ต้องการคำชมเชยบ้าง ครั้นเมื่อถึงวัยรุ่นความใฝ่ดีที่ต้องการทำดีเพื่อความดีในตนเองจึงจะเริ่มต้นขึ้น แต่ทั้งนี้ทั้งนั้น วัยรุ่นคนนั้นต้องไม่ถูกสังคมกระทำให้เสียหายไปเสียก่อน โดยเฉพาะอย่างยิ่งการทำให้วัยรุ่นเสียหายที่ได้ผลมากที่สุด คือการตีตราหรือตราหน้าว่าเขาเป็นคนเลว

ในฤดูใบไม้ร่วงคราวหนึ่ง ออสเลอร์บาดเจ็บจากการเตะลูบอนรักบี้ “ซึ่งหนักจนต้องนอนยาวหลายสัปดาห์เพราะกระดูกอักเสบ” และ “ระหว่างหลายสัปดาห์ที่ถูกบังคับให้อยู่นิ่งนั้น เวลาส่วนใหญ่เขาจะไปนั่งในห้องทำงานของอนุศาสก จัดเตรียมตัวอย่างสำหรับส่องกล้องจุลทรรศน์” และ “เขากับคุณพ่อจอห์นสันคงได้คุยกันมากถึงอนาคตของเขา และเห็นได้ชัดว่าเขาตัดสินใจไปเรียนต่อที่ทรินิตีคอลเลจ โดยหวังจะบวชเป็นพระ”

ณ ตอนนั้นเป็นปี ค.ศ. 1867 “สหพันธรัฐแคนาดาถือกำเนิดขึ้น ไม่นาน
อนแตร็โอบกับควิเบกก็มาแทนแคนาดาตอนบนและแคนาดาตอนล่าง ความรู้สึก
เป็นชาติเดียวกันเริ่มขึ้นเป็นครั้งแรก แม้จะอยู่ในส่วนเล็กที่สุดของชุมชนใน
เครือจักรภพอังกฤษ”

ความเจ็บป่วยร้ายแรง และโอกาสที่ได้อยู่หนึ่งๆ เพราะความเจ็บป่วย หลายครั้ง
เป็นคุณในตัวของมันเอง เป็นเวลาที่คนเราโดยเฉพาะผู้ที่มีความคิดอ่านและ
มูมานะเป็นทุนเดิม มักได้ทบทวนตนเองแล้วคิดออกได้เองว่าชีวิตควรดำเนิน
ไปอย่างไร

ออสเลอร์ถูกกำหนดให้เป็นนักบวชตามบิดาและตามความปรารถนา
อันแรงกล้าของมารดาตั้งแต่ต้นมือ แต่พยศของเขาถูกปราบลงด้วย
ธรรมชาติวิทยาในเวลาเดียวกันกับที่ความสนใจในชีวิตวิทยาก็พอกพูนขึ้น
การที่ต้องนั่งนอนรอเวลาอะไรสักอย่างนั้น เวลาที่มีเคຍหยุดนิ่งเฉย
ดังที่คนส่วนใหญ่รวมทั้งคนเจ็บป่วยมักรู้สึก

แท้จริงแล้ว มีเหตุการณ์ใหม่เกิดขึ้นและบริบทเปลี่ยนแปลงตลอดเวลา
ความเปลี่ยนแปลงบางเรื่องดูเหมือนไกลตัว แต่กลับส่งผลกระทบต่อวิถีชีวิตโดย
ไม่รู้ตัว กำเนิดของแคนาดาเป็นตัวอย่างหนึ่งของความเคลื่อนไหว
ความเคลื่อนไหวนี้กระทบต่อการแพทย์แคนาดา เวลานั้นออสเลอร์อายุ 18 ปี
พอดี

จริยธรรมทางการแพทย์เป็นผลรวมของการใคร่ครวญปัจจัยย่อย 4 ประการ
ได้แก่

1. ผู้ป่วยเป็นตัวของตัวเอง (autonomy)
2. ประโยชน์ของผู้ป่วย (beneficence)
3. ไม่ทำร้ายผู้ป่วย (first do no harm)
4. ความเท่าเทียม (equity)

เวลาพบโจทย์ปัญหาจริยธรรมทางการแพทย์ เราก่อยออกมาพิจารณาแต่ละ
องค์ประกอบเสมอ แล้วจะพบว่าแต่ละองค์ประกอบจะขัดแย้งกันเองเป็นประจำ

การตัดสินใจครั้งสุดท้ายจึงกลับมาที่แพทย์วันยังค่ำ นั่นแปลว่าพื้นฐานด้านการไคร่ครวญโรคภัยที่มีทางออกหลายทางเป็นเรื่องสำคัญมาก

ตัวอย่างคลาสสิกคือผู้ป่วยไม่สมัครใจอยู่โรงพยาบาล เมื่อลองทำแบบฝึกหัดด้วยการแยกออกเป็นเรื่อง ผู้ป่วยสามารถเป็นตัวของตัวเอง แต่แพทย์มีหน้าที่ทำประโยชน์สูงสุดโดยไม่ทำร้ายผู้ป่วย และแพทย์จะพิจารณาข้อกำหนดทั้งหมดนี้ต่อผู้ป่วยทุกชั้นวรรณะด้วยความเท่าเทียม จะพบว่าคำตอบของผู้ป่วยแต่ละคนไม่เหมือนกัน บางครั้งคุณหมอให้ออกจากโรงพยาบาล แต่บางครั้งคุณหมอมิให้ออก

ตัวแปรหนึ่งในโลกสมัยใหม่คือค่ารักษาพยาบาล ระหว่างผู้ป่วยที่จ่ายค่ารักษาเองและผู้ป่วยที่มีหลักประกันสุขภาพ การตัดสินใจของผู้ป่วยเองที่จะออกจากโรงพยาบาลและการตัดสินใจของแพทย์ที่จะให้ออกหรือไม่ออกจะยังคงเหมือนเดิมอยู่หรือไม่

ออสเลอร์เข้าศึกษาที่ทรีนีตีในฤดูใบไม้ร่วงปี ค.ศ. 1867 โดยมีทุนเรียนดีจากเวสต์นสับสนุน

“เวลานั้นเขายังมีความคิดที่จะศึกษาศาสนศาสตร์อยู่ อาจกล่าวได้ว่า เป็นธรรมดาที่ทรีนีตีคอลเลจจะถูกถือเป็นอนุบาลของคณะศาสนศึกษา” แต่ “มีไม่น้อยในหมู่นักบวชเหล่านี้ที่สนใจศึกษาวิทยาศาสตร์ตามแบบอย่างผู้มีชื่อเสียง” และ “ทั้งสนใจปรากฏการณ์ธรรมชาติไม่น้อยไปกว่า ดับบลิว. เอ. จอห์นสันเอง” รวมทั้ง “เหล่านักบวชผู้สนใจวิทยาศาสตร์ธรรมชาติ โดยเฉพาะในยุคที่วิลเบอร์ฟอร์ซกับอัครศิษย์เป็นตัวแทนสองขั้วของความคิดและจิตใฝ่มนุษย์ที่สร้างความสับสนอย่างมากต่อความเชื่อเรื่องบาปกำเนิดและตำแหน่งแห่งที่ของมนุษย์ในธรรมชาติตามทฤษฎีของดาร์วินนั้น” และ “เป็นเวลาเก้าปีตั้งแต่การตีพิมพ์หนังสือ *The Origin of Species* ของดาร์วิน ที่จอห์นสันได้คุยกับลูกศิษย์คนโปรด ในขณะที่เขาเองก็เผชิญหน้ากับการถกเถียงโต้แย้งแห่งยุคนี้อย่างไม่หวั่นเกรง”

ออสเลอร์เติบโตมาถึงช่วงหัวเลี้ยวหัวต่อของชีวิต เป็นอายุที่ต้องตัดสินใจเลือกอาชีพและอนาคต เป็นเวลาที่สภาพภูมิรัฐศาสตร์ของแคนาดาเปลี่ยนแปลง

เป็นยุคสมัยที่วิทยาศาสตร์ท้าทายศรัทธาทางศาสนา นี่คือเสน่ห์ของหนังสือชุดนี้ตั้งแต่ที่กล่าวแล้ว นั่นคือออสเลอร์มิได้เก่งมาจากที่ไหนโดยเอกเทศ เขาปะทะสังสรรค์กับสภาพแวดล้อมและสังคมตลอดเวลา

บทเรียนที่เราได้จากเซอร์วิลเลียม ออสเลอร์ คือเราสอนจริยธรรมตรงๆ มิได้ เราเริ่มที่แพทยศาสตร์หรือศาสนาก็มิได้ด้วย หนทางที่ทำได้คือเริ่มต้นที่ตัวผู้ป่วยเสมอ ผู้ป่วยสามารถเป็นตัวของตัวเอง ส่วนแพทย์ทำงานด้วยการคำนึงถึงประโยชน์สูงสุดและโทษที่น้อยที่สุดที่จะมีแก่ผู้ป่วย โดยไม่เลือกปฏิบัติ



ออสเลอร์และจริยธรรมทางการแพทย์ ตอนที่ 3

“คนเราไม่มีทางเท่ากันหรอกครับ หน้าตาก็ไม่เหมือนกันแล้ว แล้วสิ่งที่เรียกร้องกันว่ายากเท่าเทียมกัน การศึกษาก็ไม่ได้เท่ากัน การมีมนุษยสัมพันธ์ก็ไม่ได้เท่ากัน ไม่มีอะไรเท่ากันหรอกครับ”

องค์ประกอบของจริยธรรมทางการแพทย์ถูกเขียนไว้ในตำราแพทย์ทุกเล่มว่าประกอบด้วย 4 เรื่องที่ค่าน้ำหนักกันอยู่ตลอดเวลา คือ ผู้ป่วยเป็นตัวของตัวเอง (autonomy) ประโยชน์ของผู้ป่วย (beneficence) ไม่ทำร้ายผู้ป่วย (first do no harm) และความเท่าเทียม (equity)

เรามาอ่านประวัติของเซอร์วิลเลียม ออสเลอร์ต่อว่าท่านได้พูดหรือเขียนเกี่ยวกับเรื่องนี้ว่าอย่างไร

จากการศึกษาด้านธรรมชาติวิทยาและเทววิทยาในวัยหนุ่ม วิลเลียม ออสเลอร์ มีโอกาสที่ดีในการศึกษาวรรณกรรมและวรรณคดีอีกด้วย ดังที่ทราบกันว่าวรรณคดีมีคุณูปการมากที่สุดต่อการใช้ภาษาและอุปมาอุปไมย

“ถ้าอิทธิพลของจอห์นสันต่อเด็กหนุ่มนั้นว่าสูงแล้ว อิทธิพลของโบเวลล์ก็จะยิ่งมากกว่าและคงทนกว่า” เจมส์ โบเวลล์ จบแพทย์จากกลาสโกว์ เป็นผู้ร่วมก่อตั้งภาควิชาการแพทย์ที่ทรินิตี้คอลเลจ โรงเรียนแพทย์แห่งแคนาดาตอนบน ในเวลาต่อมาโบเวลล์เข้าร่วมงานที่คณะโรงเรียนแพทย์โทรอนโต

แต่สำหรับที่ทรีนีตี โบเวลล์มีตำแหน่งศาสตราจารย์ทางเทววิทยาธรรมชาติ
นี่คือบุคคลสำคัญอย่างสูงอีกคนหนึ่งที่ผ่านมาในชีวิตของออสเลอร์ช่วง
หัวเลี้ยวหัวต่อ “ที่ซึ่งเขาบรรยายเกี่ยวกับสรีรวิทยาและพยาธิวิทยาจนถึง
ปี ค.ศ. 1875 วิชาเฉพาะของเขาและเขาชอบคือสรีรวิทยาในเชิงสัมพันธ์กับ
แนวคิดทางเทววิทยา!”

จะเห็นว่าในที่สุดพยาธิวิทยาและเทววิทยาก็ได้เดินทางมาหาออสเลอร์
ในช่วงเวลาที่สำคัญ ความหลงใหลในกล้องจุลทรรศน์ พยาธิวิทยา เทววิทยา
และที่ขาดไม่ได้คือความเป็นนักอ่านในศาสตร์เทววิทยาอย่างลึกซึ้ง ทำให้
ออสเลอร์กลายเป็นนายแพทย์ที่มีหัวใจของความเป็นมนุษยมากที่สุดคนหนึ่งใน
อนาคต กลายเป็นสิ่งที่เรียกว่า “การประสานกันอย่างงดงามของแพทยศาสตร์
และเทววิทยา”

เมื่อถึงฤดูร้อนปี ค.ศ. 1868 “เขากลับทรีนีตีไปเรียนศิลปศาสตรบัณฑิตปีที่สอง
แต่หลังจากทนอยู่สี่ห้าวัน ก็ประกาศต่อพ่อแม่และอธิการบดีมหาวิทยาลัยว่า
ตัดสินใจจะหันไปเรียนด้านการแพทย์”

หนึ่งในตัวอย่างที่แสดงให้เห็นถึงสมองและจิตใจที่งดงามของเขา คือ
คุณสมบัติพื้นฐาน 4 ข้อของนักศึกษาแพทย์ที่เขาได้วางรากฐานเอาไว้ในเวลา
ต่อมา ได้แก่ 1. ศิลปะแห่งการวางเฉย (art of detachment) 2. ความถูกต้องของ
วิธีการ 3. คุณภาพของความละเอียดถี่ถ้วน และ 4. ความงามของการถ่อมตน

เซอร์วิลเลียม ออสเลอร์ ได้ชื่อว่าเป็นบิดาแห่งแพทยศาสตร์อเมริกัน
สมัยใหม่ เขาได้วางรากฐานสำคัญไว้หลายเรื่อง เช่น การสอนนักศึกษาแพทย์
การใช้ชุดกาวนสีขา การเดินตรวจผู้ป่วยตามเตียงเป็นกลุ่มอย่างที่เรียกว่า
แกรนด์ราวนด์ (grand round) รวมทั้งศิลปะแห่งการวางเฉย

ออสเลอร์เขียนว่าแพทย์จำเป็นต้องมีสิ่งที่เรียกว่า equanimity ในบทความปี
ค.ศ. 1910 เรื่อง *Aequanimitas* ของเขา “แพทย์ต้องพยายามควบคุมการแสดง
อารมณ์ทางร่างกายของเขามีสื่อผู้ป่วย” และ “เส้นโลหิตจะไม่หดตัว หัวใจจะ
ยังเต้นคงที่ แม้ว่าจะได้เห็นภาพน่าสะพรึงกลัว”

ชุดสีขาที่นายแพทย์สวมใส่และลักษณะการตั้งคำถามที่บางครั้งดูเหมือนนักสืบกำลังสอบสวน แม้แต่ความยาวของหูฟัง (stethoscope) เหล่านี้เป็นเครื่องมือทางกายภาพที่ทำให้ระยะห่างระหว่างนายแพทย์และผู้ป่วยคงที่ไม่ไกลเกินไปจนบดบังการตัดสินใจที่ดีของนายแพทย์ และไม่ห่างเกินไปจนนายแพทย์เฉยเมยมากเกินไป

นี่คือการรักษาสมดุลระหว่างมาตรฐานการแพทย์ที่ดีที่สุดกับความเห็นอกเห็นใจเพื่อนมนุษย์

ถึงปี ค.ศ. 1868 เขาจึงไปศึกษาต่อที่โรงเรียนแพทย์โทรอนโต จากนั้นไปเรียนต่อที่คณะแพทยมหาวิทยาลัยแมกิลล์ในมอนทรีออลเมื่อปี ค.ศ. 1870

ตอนนั้นเขาอายุ 21 ปี

“เมื่อผมเริ่มงานในปี ค.ศ. 1870 นั้น โรงพยาบาลทั่วไปมอนทรีออลเป็นอาคารเก่าๆ เป็นที่อยู่ของแบคทีเรียคอกคัสกับหนู แต่สิ่งที่มีค่าอย่างยิ่งสำหรับนักศึกษาหมออยู่สองอย่าง นั่นคือโรคร้ายแรง และอาจารย์แพทย์ที่เก่งมากกลุ่มหนึ่ง โรคปอดบวม วัณโรคปอด ภาวะพิษติดเชื้อ (Sepsis) และโรคบิดแพร่กระจายอยู่ทั่วไป”

“การสอนผู้ป่วยข้างเตียงนั้นยอดเยี่ยม และการบันทึกข้อมูลคนไข้ต้องทำจริงจัง”

“คนอย่างพาล์มเมอร์ โฮเวิร์ด ทำทุกอย่างที่ทำได้ในฐานะของเขา เขาทำงานหนักที่โรงพยาบาล ศิษยารรณคดี เขียนบทความชั้นเลิศ สอนด้วยความใส่ใจและความแม่นยำเป็นพิเศษ”

จะเห็นว่าบัดนี้ วิลเลียม ออสเลอร์ได้พบบุคคลที่เป็นแสงนำทางแห่งชีวิตคนที่สามคือ นายแพทย์พาล์มเมอร์ โฮเวิร์ด ซึ่งจะเป็นตัวอย่างของการเป็นอาจารย์แพทย์ที่ดี ชื่อน่าสังเกตคือบุคคลสำคัญในชีวิตสามคนแรกของเขา ล้วนมีความใส่ใจเป็นพิเศษในศาสตร์ที่ไม่น่าจะเกี่ยวข้องกับการแพทย์ จอห์นสันเป็นพระและนักธรรมชาติวิทยา โบเวลล์เป็นนักเทววิทยา ส่วนโฮเวิร์ดสนใจในวรรณคดี

ศาสตร์เหล่านี้มีผลต่อการกล่อมเกลাজิตใจและวิธีการทำงานของสมองทั้งสิ้น

สิ่งที่จดหมายฉบับหนึ่งจากจอห์นสันเขียนถึงออสเลอร์ในวันคริสต์มาส ปี ค.ศ. 1870 ที่ว่า “มอนทรีออลเหมาะกับเธออย่างแน่นอน คุณไม่อาจหาของขวัญ ที่ดีไปกว่างาน เช่น *Preparation for Death* (การเตรียมพร้อมสู่ความตาย) โดย อัลฟอนโซ บิชอป แห่งอาธาอีกแล้ว” และอีกข้อความหนึ่ง “วันแห่งการตาย ของคนคนหนึ่งนั้น ดีกว่าวันแห่งการเกิดของเขา”

ในฤดูร้อนปี ค.ศ. 1871 ออสเลอร์อยู่ที่มอนทรีออล “ระยะนี้เองที่เขาเริ่มสร้าง ความสัมพันธ์ฉันพ่อกับลูกกับพาล์มเมอร์ โฮเวิร์ด ซึ่งยกห้องสมุดให้เขา ใช้ได้อย่างเต็มที่” และ “ออสเลอร์หาเวลาอ่านวรรณกรรมทั่วไปจนกระทั่ง เชี่ยวชาญได้อย่างไรนั้นยังเป็นเรื่องลึกลับสำหรับเพื่อนจำนวนมากของเขา” และ “นักศึกษาแพทย์ส่วนใหญ่จะจมกับงานของตนมากเกินไปจนกว่าจะทำกิจกรรม ด้านวรรณกรรมแบบนี้”

วรรณคดีเป็นคลังคำที่ดีที่สุด คลังคำที่มากกว่าการช่วยให้นายแพทย์เข้าใจ ความรู้สึกนึกคิดและอารมณ์ของผู้ป่วยมากกว่า แต่ก็เกินไปตามที่ออสเลอร์เขียน เอาไว้ในภายหลัง คือเข้าใจแต่ไม่พัวพัน และมีแต่แพทย์ที่มีความนิ่งสงบของ อารมณ์เท่านั้นที่จะเข้าใจอารมณ์และความต้องการของผู้ป่วยตามที่เป็นจริง

วรรณคดีช่วยให้คนเราเข้าใจความคิดซับซ้อนของบุคคล “แล้วสอนว่าอย่า ไขว่ไขว่มนุษย์ มันแสนสุดลึกล้ำเหลือกำหนด” เป็นความจริงที่ว่าหลายต่อหลายครั้ง ที่คนเราไม่สามารถแสดงความต้องการที่แท้จริงในใจออกมาเป็นคำพูดได้

กลับไปทีตัวอย่างผู้ป่วยไม่สมัครใจอยู่โรงพยาบาลอีกครั้ง ผู้ป่วยจำนวนหนึ่ง ขอลกลับบ้าน ไม่ยอมรักษาต่อ ด้วยวาจาที่พูดออกมาว่า “ขอไปตายบ้าน” แต่บางครั้งโรคภัยที่เห็นอยู่นั้นรักษาได้ และแพทย์ก็รู้ดีว่ารักษาได้ เช่น หาก ตัดขาที่เนื้อตายแล้วทิ้งไป ก็จะช่วยชีวิตผู้ป่วยเอาไว้ได้ เป็นต้น

เช่นนี้นายแพทย์จะต้องชั่งน้ำหนักกระหว่างองค์ประกอบของจริยธรรม ทางการแพทย์ทั้งสิ้น คือ ผู้ป่วยมีสิทธิ ผู้ป่วยได้ประโยชน์สูงสุด ไม่ทำร้ายผู้ป่วย และตัดสินใจด้วยความเท่าเทียม นายแพทย์จะชั่งน้ำหนักได้ดีเมื่อตนเองไม่มี อารมณ์พัวพันกับผู้ป่วย อ้างมาตรฐานทางการแพทย์ ปรารถนาดีต่อผู้ป่วย อย่างถึงที่สุด แต่เท่านี้ก็ยังไม่เพียงพอ

ที่นายแพทย์จำเป็นต้องมีคือความสามารถที่จะล่วงรู้ว่ที่แท้แล้วผู้ป่วยต้องการอะไรกันแน่ ภายใต้ข้อเท็จจริงที่ว่ากลับบ้านคือตายแน่ ทั้งที่โรคร้ายนั้นยังมีหนทางรักษาอีกมาก

อีกข้อที่นายแพทย์จำเป็นต้องมี คือความเท่าเทียม

เวลานั้นออสเลอร์อายุ 22 ปี นอกเหนือจากที่กล่าวมาเขายังสนใจประวัติศาสตร์และการผ่าตัดอย่างลึกซึ้ง ดังที่ปรากฏให้เห็นในประวัติชีวิตตอนต้นของเขาหลายต่อหลายครั้ง

“สอบสวนสาเหตุการตาย ตรวจสอบอย่างละเอียดในสภาพอวัยวะ หลังจากการเปลี่ยนแปลงเช่นนี้ได้เกิดขึ้นในพวกมันจนทำให้การดำรงอยู่เป็นไปไม่ได้ และใช้ความรู้นี้ไปป้องกันและรักษาโรค นี่คือนี่หนึ่งในวัตถุประสงค์สูงสุดของแพทย์”

ออสเลอร์จบแพทย์ในปี ค.ศ. 1872 เมื่ออายุ 23 ปี หลังจากนั้นจึงเดินทางไปศึกษาต่อที่ลอนดอน เบอร์ลิน เวียนนา และได้รับตำแหน่งศาสตราจารย์ในปีต่อมา

“ฤดูร้อนปี ค.ศ. 1872 หลังการท่องเที่ยวระยะสั้นๆ รอบดับลิน กลาสโกว์ และเอдинบะระ ผมก็ปักหลักที่ห้องปฏิบัติการทางสรีรวิทยาแห่งมหาวิทยาลัยยูซีกับโปรเฟสเซอร์เบอร์ดอน แซนเดอร์สัน ผมอยู่ที่นั่นราวสิบห้าเดือน ศึกษาจุลกายวิภาคศาสตร์ด้านเนื้อเยื่อ (histology) กับสรีรวิทยา จากที่นั่นผมมองข้ามถนนไปยังโรงพยาบาล ผมเห็นระบบอังกฤษอันน่าชมดำเนิไปอย่างเต็มสูบ โดยมีงานวรรตที่ทำโดยนักศึกษาเองเป็นโครงหลัก”

นี่คือช่วงเวลาที่ออสเลอร์เฝ้ามองและเก็บเกี่ยวประสบการณ์จากการแพทย์ยุโรป ซึ่งจะเป็นฐานสำคัญในการวางรากฐานให้แก่การแพทย์อเมริกันในเวลาต่อมา

หมายเหตุ - เนื้อหาเรื่อง equanimity ของเซอร์วิลเลียม ออสเลอร์ เก็บความจากหนังสือ *From Detached Concern to Empathy* เขียนโดย Jodi Halpern สำนักพิมพ์ Oxford University Press ตีพิมพ์เมื่อปี พ.ศ. 2554



ออสเลอร์และจริยธรรมทางการแพทย์ ตอนที่ 4

รัฐที่ใช้การได้จะแก้ปัญหาเชิงระบบมิให้นายแพทย์ทำงานหนักจนตาย และจะพยายามแก้ปัญหาการเงินของระบบหลักประกัน แต่ตอนนี้พวกเราต้องรอดต่อไปก่อน

ในปี ค.ศ. 1873 ออสเลอร์เริ่มหันเหจากการเงินและฐานะ รวมทั้งคิดเรื่องการเรียนแพทย์เฉพาะทางด้านจักษุวิทยา จดหมายจากจอห์นสันที่เขียนถึงเขาเมื่อเดือนมกราคมมีความว่า “ไม่ต้องสงสัยว่าคำแนะนำของโฮเวิร์ดเพื่อนเธอ ที่ให้เธอทุ่มเทกับการเรียนเวชปฏิบัติทั่วไปนั้นเป็นคำแนะนำที่ดี” และ “อย่าได้คิดถึงความสำเร็จเฉพาะด้านจนกว่าเจ้าจะอายุสี่สิบ” และ “ถ้าเธออยู่ในฐานะที่มีรายได้ประจำถึงแม้จะน้อย ก็ดูให้ดีกว่านั้นจะทิ้งมันไปหาอนาคตที่อาจจะมีเงินเดือนมากขึ้นแต่ไม่แน่นอน เพราะนกตัวเดียวในมือย่อมดีกว่าสองตัวในพุ่มไม้”

ที่เบอร์ลิน ออสเลอร์เรียนรู้ ฝึกปรือและคร่ำเคร่งกับศาสตร์แห่งการผ่าตัด อย่างเอาเป็นเอาตาย ระหว่างนั้นมีเหตุการณ์สำคัญเกิดขึ้นแล้วคือ

“วันที่ 24 เดือนธันวาคมปีนั้น จอนส์ ฮอปกินส์ พ่อค้ามั่งคั่งคนหนึ่ง ที่บัลติมอร์ถึงแก่กรรม ทำพินัยกรรมยกมรดกให้ ‘อุปถัมภ์’ การศึกษาระดับอุดมศึกษา” นักศึกษาหนุ่มผู้เพิ่งไปอยู่ที่เบอร์ลินได้สามเดือนไม่อาจล่วงรู้เลยถึงบทบาทของตนในอีกสิบหกปีต่อมาในการสร้างคณะแพทย์ขึ้นภายใต้มูลนิธิอันยิ่งใหญ่แห่งนี้”

ปลายทางการฝึกงานในยุโรปที่เวียนนา

“ผมใช้เวลาสี่ห้าเดือนแรกของปี ค.ศ. 1874 ที่นี้” ออสเลอร์เขียนถึงเวียนนาอย่างพิสดารในจดหมายฉบับหนึ่งเพื่อแสดงให้เห็นอย่างลึกซึ้งว่าการแพทย์แห่งออสเตรียได้สร้างคุณูปการและส่งผลต่อพัฒนาการแพทย์ของโลกและสหรัฐอเมริกาอย่างไรในภายหลัง “ออสเตรียสามารถภูมิใจได้ในสิ่งที่โรงเรียนเวียนนาได้ทำเพื่อโลก และชื่อเสียงยังคงอยู่ แม้ไม่อาจปฏิเสธได้ว่าศูนย์กลางการแพทย์ได้ย้ายจากแม่น้ำดานูบไปแม่น้ำสปรี่แล้ว ทว่า นี่คือนั่นที่เกิดขึ้นทุกยุคทุกสมัย เทพีมีเนอร์วา เมดิกาไม่เคยมีวิหารหลักในประเทศใดประเทศหนึ่งนานเกินหนึ่งหรือสองชั่วอายุคน”

ออสเลอร์กลับแมกิลล์ในปี ค.ศ. 1874 ด้วยสภาพกระเป๋าแห้ง ถึงกระนั้นเขาก็สามารถรักษาสมดุลระหว่างการรักษาผู้ป่วย การสอน การวิจัย และการดำรงชีพได้อย่างน่าภาคภูมิใจ เขามีโอกาสได้อ่านเชกสเปียร์อย่างเต็มที่ และยังคงชั้นสูตรพลิกศพด้วยตนเองอย่างสม่ำเสมอ รวมทั้งช่วยเหลือศัลยแพทย์คนอื่นในการนุ่งกระบังโรงพยาบาลมอนทรีออล “หลีกเลี่ยงไม่ได้ที่ต้องตั้งตำแหน่งพยาธิแพทย์ให้แก่เขา”

“เขาปลูกเราให้พวกเขาของการอ่าน รักหนังสือ เข้าร่วมกับสังคมและหมั่นรายงานประสบการณ์” เป็นคำบรรยายเกี่ยวกับออสเลอร์และนักศึกษาแพทย์ “เขาอ้างถึงคำพูดของเซอร์โทมัส บราวน์ว่า ไม่มีใครควรเข้าสู่วิหารแห่งวิทยาศาสตร์ด้วยวิญญาณของพ่อค้าเงินตรา เขากล่าวถึงพันธะที่มีต่อคนจนถึงปัญหาการดำรงชีพ ความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์ และจบด้วยการละเว้นของมีนเมา”

แพทย์ทุกคนรวย ประโยคนี้มีส่วนจริงอยู่ไม่น้อย แม้นายแพทย์หลายคนจะพยายามปฏิเสธ แต่ก็ไม่สามารถลบความจริงนี้ออกไปได้ มีนายแพทย์ส่วนน้อยที่ไม่รวย วิชาชีพนายแพทย์นำมาซึ่งโอกาสที่สูงกว่าประชาชนทั่วไปมาก โดยเฉพาะอย่างยิ่งในประเทศไทย

เป็นความจริงว่าแพทย์โรงพยาบาลของรัฐทำงานหนักและหลายคนทำงานหนักเกินคน แต่เรามีโอกาสมากกว่าชาวนาที่กำลังรอฝนซึ่งไม่ยอมตกเสียที่

มากมายนัก แรงงานขั้นต่ำแบกหินชุดดินทั้งวันได้ 300 บาท นายแพทย์โรงพยาบาลเอกชนตรวจใช้หัตถ์ครั้งหนึ่งได้มากกว่า 300 บาท การได้เงินมิใช่เรื่องผิดในตัวเอง แต่ขอเพียงระลึกเรื่องเหล่านี้เอาไว้เสมอๆ เราก็จะธำรงจริยธรรมที่ดีเอาไว้ได้

ที่แมกกิลล์นี่เองที่ออสเลอร์ได้สร้างธรรมเนียมปฏิบัติที่จะสืบสานกันต่อไปทั่วโลกในโรงเรียนแพทย์ทุกแห่งจนกระทั่งเป็นมาตรฐานขั้นต่ำที่รู้จักกันทั่วไป นั่นคือ สโมสรวารสาร (journal club)

“สี่ปีในห้องชันสูตรศพของโรงพยาบาล กับงานคลินิกช่วงที่ใช้ทรัพย์สินระบาดดูเหมือนจะเป็นใบรับรองให้คณะกรรมการการกำกับนโยบายของโรงพยาบาลแต่งตั้งผมเป็นแพทย์เต็มขั้นในปี ค.ศ. 1878 ข้ามหัวบรรดาผู้ช่วยแพทย์ไป ตอนนั้นมันเป็นเรื่องน่าอายสำหรับผม”

จะเห็นว่าความถ่อมตนมักเป็นสมบัติพื้นฐานของคนขยันและความไม่สบายใจมักเกิดขึ้นแก่คนขยันเมื่อได้รับรางวัลอะไรบางอย่าง

“มีเรื่องที่น่าสังเกตเกี่ยวกับอาชีพพยาธิแพทย์ของออสเลอร์ ทั้งที่มอริอัลและฟีลาเดลเฟีย” และ “นั่นคือความเปิดเผยของเขาต่อความผิดพลาดในการวินิจฉัยของตนเอง เพราะถ้ามีสิ่งใดปรากฏออกมาว่าได้ถูกมองข้ามหรือเข้าใจผิดไป เขาจะพูดถึงมันเป็นพิเศษและเรียกทุกคนไปดู แต่กับความผิดพลาดของคนอื่นนั้น เขาไม่เคยมีความยินดีแม้แต่แต่น้อย”

ธรรมเนียมปฏิบัตินี้กลับถูกละเลยในระยะหลังทำให้สภาพการประชุมของโรงเรียนแพทย์รวมทั้งโรงพยาบาลบางแห่งกลายเป็นเวทีฉีกหน้าความผิดพลาดของกันและกัน โดยปราศจากการเรียนรู้จากข้อผิดพลาดไปเสีย

นอกเหนือจากใช้ทรัพย์สินที่ออสเลอร์ได้คลุกคลีอย่างใกล้ชิดที่มอริอัลแล้วอย่าลืมนั่นเป็นเวลาทำงานของลิสเตอร์ คือข และปาสเตอร์เพิ่งจะปรากฏความรู้ความเข้าใจเรื่องเชื้อโรคในวงการแพทย์เพิ่งจะเริ่มต้น ทั้งนี้ยังไม่นับเรื่องวัณโรคและโรคที่เกิดจากปรสิต ความท้าทายใหม่ๆ เหล่านี้ถูกออสเลอร์ทำให้กระจางด้วยการทำงานอย่างจริงจัง ฝ่าศพอย่างต่อเนื่อง ตรวจชันสูตรด้วยกล้องจุลทรรศน์อย่างสม่ำเสมอ จดบันทึกอย่างละเอียด เขียนงานวิชาการ

ตีพิมพ์วารสาร เข้าการประชุมวารสารสโมสรไม่เคยขาด และสอนนักศึกษา แพทย์ข้างเตียงไม่เคยเว้น

เดือนกรกฎาคม ปี ค.ศ. 1883 เขาได้รับเลือกเป็นสมาชิกผู้ทรงคุณวุฒิของ ราชวิทยาลัยอายุรแพทย์แห่งลอนดอน (Fellow of the Royal College of Physicians of London) ราชวิทยาลัยแห่งนี้ซึ่งเขาเป็นสมาชิกอยู่แล้วด้วย การสอบในปี ค.ศ. 1878 อาจเป็นสมาคมเก่าแก่ที่สุดของอายุรแพทย์ในยุโรป ธรรมเนียมได้รับการอนุมัติจากพระเจ้าเฮนรีที่แปดในปี ค.ศ. 1518 ก่อตั้งโดย อายุรแพทย์สามคนของกษัตริย์ ปฏิกริยาจากเพื่อนร่วมงานชาวแคนาดาของ เขาต่อการได้รับคัดเลือกครั้งนี้สะท้อนอยู่ในจดหมายมากมายตีพิมพ์ลงวารสาร ทุกฉบับของเขตปกครองอังกฤษ

ตำแหน่งที่ได้มาด้วยอายุยังน้อยและเป็นเพียงชาวแคนาดาหนึ่งในสองคน ที่ได้รับเกียรติประวัตินี้มีใช้ของเล่น ในการประชุมว่าด้วยจริยธรรมการแพทย์ ในแพทยสมาคมแคนาดาที่คิงสตันปรากฏเหตุการณ์ที่สะท้อนถึงหลักการของ ออสเลอร์ได้เป็นอย่างดี

“มี ดร. ดี คนหนึ่งอ่านรายงานเรื่อง ความประพฤติของบุคคลในการ แพทย์ต่อกันและกัน และคนไข้ของกันและกัน ซึ่งเขาเยาะเย้ยชนบทที่เรียกร้อง ให้ผู้มาใหม่ต้องไปหาผู้ที่อยู่มาก่อน อ้างว่ามันสมเหตุสมผลโดยสมบูรณ์ที่จะ รายงานเคสการผ่าตัดหรือเคสที่รักษาเป็นพิเศษในหนังสือพิมพ์ และกล่าวต่อว่า ‘เอาคนไข้ทุกคนที่คุณเอาได้ไป แล้วเก็บไว้เองถ้าคุณทำได้ โดยไม่จำเป็นต้อง อ้างอิงถึงผู้ดูแลคนก่อน’ มีไม่กี่ครั้งที่ออสเลอร์จะโกรธจัดด้วยเหตุผลอันควร และครั้งนี้ก็เป็นหนึ่งในนั้น เล่ากันว่า เมื่อถึงบทสรุปของรายงานอันน่าทึ่งนี้ เขา ลุกขึ้นแล้วโบกประมวลจรรยาบรรณ (Code of Ethics) ใส่หน้าคนอ่าน และ ประณามเขาอย่างเปิดเผยท่ามกลางการตกตะลึงของเพื่อนฝูง”

เป็นอีกหนึ่งธรรมเนียมปฏิบัติทางการแพทย์ที่เขาพยายามวางรากฐานไว้ แต่กาลเวลาได้พิสูจน์ว่าล้มเหลวในเวลาต่อมาเมื่อการแพทย์ในปัจจุบันแย่งชิง ผู้ป่วยกันเป็นว่าเล่นหากมีผลตอบแทนที่เข้ายวน

เกี่ยวกับการเมือง ออสเลอร์เขียนจดหมายฉบับหนึ่งสะท้อนปัญหาการต่อต้านยิวในเบอร์ลินความตอนหนึ่งว่า

“แต่เชื่อว่าจะไม่มีวิชาชีพใดไม่สูญเสียเพชรเม็ดงามที่สุดของตนไป และไม่มีความหวังว่าจะสามารถหาข้อมูลที่อ้างอิงได้เกี่ยวกับจำนวนที่แน่นอนของศาสตราจารย์และอาจารย์เชื้อสายยิวที่อยู่ในคณะแพทย์ต่างๆ ในเยอรมัน ซึ่งมีเป็นจำนวนมาก”

ปี ค.ศ. 1884 เป็นปีที่สำคัญปีหนึ่งของโลกการแพทย์เมื่อออสเลอร์จากมอนทรีออลไปฟิลาเดลเฟียเพื่อรับตำแหน่งศาสตราจารย์เกียรติยศทางเวชศาสตร์ทางคลินิกที่มหาวิทยาลัยเพนซิลวาเนีย สหรัฐอเมริกา เท่ากับเป็นการปิดฉากครึ่งชีวิตของเขาที่แคนาดาเมื่ออายุ 35 ปี แล้วเริ่มต้นครึ่งชีวิตที่เหลือกับงานที่ยิ่งใหญ่บนแผ่นดินสหรัฐอเมริกา นั่นคือเป็นส่วนหนึ่งของการก่อตั้งสถาบันจอห์นส์ ฮอปกินส์

เซอร์วิลเลียม ออสเลอร์เป็นแพทย์รุ่นก่อตั้งคนที่สองในจำนวนสี่คนของสถาบันจอห์นส์ ฮอปกินส์ เขาคือผู้ปฏิวัติหลักสูตรแพทยศาสตรศึกษาในสหรัฐอเมริกาและแคนาดาโดยดึงเอาส่วนที่ดีที่สุดของหลักสูตรแพทยศาสตรในอังกฤษและเยอรมันมาใช้

เซอร์วิลเลียม ออสเลอร์ คือผู้วางหลักการพื้นฐานของแพทยศาสตรศึกษานั้นคือต้องสอนนักศึกษาแพทย์ที่ข้งเตี้ย เขาเชื่อว่านักศึกษาแพทย์จะเรียนรู้ได้ดีที่สุดเมื่อเริ่มต้นที่ข้งเตี้ยคนไข้และจบที่ข้งเตี้ยคนไข้ ตำรับตำราและการฟังบรรยายเป็นเพียงส่วนประกอบเพื่อเป้าหมายสุดท้าย คือดูแลคนไข้ให้ดีที่สุด

เซอร์วิลเลียม ออสเลอร์ คือผู้เริ่มต้นหลักสูตรแพทย์ฝึกหัดหนึ่งปีหลังจากจบแพทย์ และหลักสูตรแพทย์ประจำบ้านหลังจากนั้น รวมทั้งกำหนดให้นักศึกษแพทยชั้นปีที่ 3 และ 4 ต้องขึ้นเรียนข้งเตี้ยกับผู้ป่วยเร็วที่สุด

เซอร์วิลเลียม ออสเลอร์ คือผู้วางรูปแบบการเดินราวน์ด์ที่มีนักศึกษาแพทย์กลุ่มเล็กๆ ติดตามอาจารย์หรือแพทย์ประจำบ้านไปตามหอผู้ป่วยในทุกๆ เช้า

เซอร์วิลเลียม ออสเลอร์ทำงานที่สถาบันจอห์นส์ ฮอปกินส์นาน 16 ปี ในปี ค.ศ. 1905 เขาได้รับตำแหน่งศาสตราจารย์เรเจียสทางแพทยศาสตร์ (Regius Professorship of Medicine) จากมหาวิทยาลัยออกซฟอร์ด ถึงแก่กรรมเมื่ออายุ 70 ปี

กลับไปทบทวนสำคัญของเขาในตอนต้นอีกครั้งหนึ่ง *“Listen to your patient, he is telling you the diagnosis.”* “ฟังผู้ป่วยของคุณ เขากำลังบอกการวินิจฉัยโรคแก่คุณ” วาเทนี้อาจตีความได้สองความหมาย ความหมายแรกตรงตามตัวอักษรนั่นคือขอให้แพทย์นั่งฟังผู้ป่วยเล่าประวัติของตนเองอย่างตั้งใจ การฟังอย่างตั้งใจนั้นเองที่จะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถบอกข้อมูลที่เป็นประโยชน์แท้จริง

ความหมายที่สองคือแพทย์อย่าได้ถือสาเรื่องราวจากปากผู้ป่วยที่มีก้ออ้อมค้อม นอกเรื่อง ไม่ตรงประเด็น หรือแม้กระทั่งฟังเผินๆ ออกจะไร้สาระ เพราะการฟังอย่างตั้งใจนั้นย่อมสร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้ป่วยและแพทย์ สัมพันธภาพที่ดีจะช่วยให้การตรวจค้นหรือสืบค้นต่อไปกระทำได้ง่ายยิ่งขึ้น อันจะนำมาซึ่งการวินิจฉัยที่ถูกต้องในตอนท้าย

เซอร์วิลเลียม ออสเลอร์ มีความสามารถหลายด้านก็จริง หนังสือชุดนี้เล่าเรื่องราวมากมายหลายด้านเหล่านั้นอย่างละเอียด อย่างไรก็ตามแพทย์ต้องไม่ละทิ้งเรื่องสำคัญที่สุดของความเป็นแพทย์ นั่นคือวินิจฉัยให้แม่นยำและรักษาผู้ป่วยเต็มความสามารถ

หากเราทำหน้าที่สองอย่างนี้อย่างดีที่สุดสุดท้ายได้ภาระงานหนักอึ้ง รายได้จะเข้ามาหาเอง แม้ประเทศจะมีหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าก็ตาม ไม่มี ความจำเป็นที่เราต้องคัดค้านหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าเพียงเพราะถือหุ้น ในโรงพยาบาลเอกชน เรามีได้รายน้อยลงสักเท่าไร ในทางตรงข้ามหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าทำให้เราสามารถใช้เวลาฝีมือสูงสุดความสามารถโดยไม่ต้องพะวง เรื่องการเงินของผู้ป่วย







วิ่งเพื่อการเปลี่ยนแปลง

แทนที่จะวิ่งเพื่อหาเงินให้แก่โรงพยาบาลตรง ๆ วิ่งเพื่อสร้างสวัสดิกภาพอาจจะเป็นการเสียสละและการลงทุนที่คุ้มค่ากว่า

สวัสดิกภาพเมื่อสิบปีก่อนอาจจะเป็นความเสี่ยง สร้างไปก็ขาดการดูแลไม่มีคนมาใช้ ขึ้นสนิมหยุดยั้ง เป็นที่สะสมยุ่งมากกว่าสะสมประชาชนที่รักสุขภาพ แต่วันนี้สถานการณ์เปลี่ยนไปแล้ว สวัสดิกภาพหรือศูนย์ออกกำลังกายตามจังหวัดต่างๆ มีผู้มาใช้บริการเยอะมาก โดยเฉพาะถ้ามีบริการครบวงจรตั้งแต่ฟิตเนสเซ็นเตอร์สมัยใหม่ ลู่วิ่งมาตรฐาน เครื่องออกกำลังกายทั้งในร่มและกลางแจ้ง ไปจนถึงอบไอน้ำหรือนวดแผนโบราณ แต่ละที่มีคนมาใช้บริการอุ่นหนาฝาคั่ง

โดยเฉพาะอย่างยิ่งหากให้โรงพยาบาลชุมชนเข้ามาบริหารเอง ชูประเด็นส่งเสริมสุขภาพอย่างชัดเจนมากกว่าการแข่งขันเพื่อการกีฬา เห็นแต่ละที่ประสบความสำเร็จงดงาม มีประชาชนทั้งที่ยังไม่เจ็บป่วยและเจ็บป่วยแล้วมาออกกำลังกายมากมาย

บางโรงพยาบาลจัดสถานที่สวยงามไม่ต่างจากรีสอร์ต บ้างมีภูมิทัศน์และสภาพแวดล้อมที่เป็นธรรมชาติอยู่แล้วยิ่งชักชวนให้ผู้คนมาใช้บริการ

สวนสุขภาพส่งผลกระทบต่อผู้มาใช้บริการโรงพยาบาลตรงๆ เวลา 1-3 ชั่วโมงที่ประชาชนมาใช้บริการสวนสุขภาพไม่เพียงพวกเขาได้ออกกำลังกาย แต่พวกเขายังได้พบปะพูดคุยแลกเปลี่ยน ทั้งเรื่องการดูแลสุขภาพก่อนเจ็บป่วย การดูแลสุขภาพหลังเจ็บป่วย แนะนำวิธียืดกล้ามเนื้อเพื่อบำบัดตนเอง การดูแลสุขภาพการกิน แม้กระทั่งแลกเปลี่ยนเทคนิคการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่บ้าน ฯลฯ ชุมชนแลกเปลี่ยนเรียนรู้ตามธรรมชาตินี้ได้ผลมากกว่ากลุ่มบำบัดในโรงพยาบาล

เวลา 1-3 ชั่วโมงที่ประชาชนมาใช้บริการนั้น พวกเขาได้หลีกเลี่ยงจากกิจวัตร ทำลายสุขภาพประจำวัน เช่น การทำงานล่วงเวลา การออกจากโรงงานที่เป็นมลพิษเร็วขึ้น เวลาตีหม้อหลังเสร็จงานลดลง การมั่วสุมเพื่อสูบบุหรี่ลดลง พุดง่าย ๆ ว่าเราเชิญมั่วสุมที่สวนสุขภาพแทน

แน่นอนว่าความท้าทายคือเรื่องการดูแลรักษาสุขภาพหรือศูนย์ออกกำลังกายให้ดูดี ทันสมัย เครื่องไม่เสียและมีความสะอาดอยู่เสมอ นี่คือส่วนที่ต้องใช้เงินและงบประมาณจึงกล่าวในตอนต้นว่า หากจะวิ่งหาเงินควรให้เงินมาลงที่โครงสร้างขนาดใหญ่ที่เป็นประโยชน์เชิงส่งเสริมป้องกันโรคแก่คนหนุ่มมากเงินก้อนแรกลงมาเพื่อการก่อสร้างและซื้ออุปกรณ์ เงินก้อนถัดๆ ไปลงมาเพื่อการบำรุงรักษา

เมื่อเงินลงไปที่อุปกรณ์การแพทย์ก็จะมีคำถามมากเรื่องความคุ้มค่า เป็นคำถามที่เราไม่ตอบ โดยเฉพาะอย่างยิ่งความคุ้มค่าระยะยาว มีคำถามเสมอว่าการจัดหางบประมาณด้านการรักษาพยาบาลเป็นหน้าที่ของกระทรวงสาธารณสุขและโรงพยาบาลอยู่แล้ว เพราะอะไรจึงไม่ทำ

เรามาดูยุคสมัยที่ตั้งคำถามได้ว่า ระหว่างการสร้างตึกผู้ป่วยใหม่กับการสร้างสวนสุขภาพทันสมัยครบวงจร เราควรลงทุนเรื่องอะไรมากกว่า ภายใต้ข้อเท็จจริงที่ว่าแต่ละโรงพยาบาลทั้งภาครัฐ เอกชน มหาวิทยาลัย สร้างตึกใหม่มากเพียงไร จำนวนผู้ป่วยมากขึ้นเท่านั้น มีหน้าซ้ำผู้ป่วยยังคงไปออกกันที่จังหวัดใหญ่ในขณะที่หลายตึกที่อำเภอมีผู้ป่วยใช้น้อยกว่าที่ศาลาการนัด

วัดเป็นโรงพยาบาลทางจิตวิญญาณ พระมีหน้าที่ออกโอฬิตีเพื่อรับการให้ทานและสวดแผ่ส่วนกุศล กระบวนการนี้ช่วยเยียวยาชาวบ้านได้มาก

การบริจาคเงินให้วัดเพื่อช่วยให้วัดและพระทำหน้าที่นี้เป็นเรื่องที่น่าเข้าใจได้ แต่การบริจาคเงินเพื่อสร้างสิ่งก่อสร้างใหญ่โตอลังการเกินสายกลางสำหรับ วัดหลายๆ เริ่มมีคำถาม

โรงพยาบาลให้การรักษาทางกายและใจโดยตรง การบริจาคเงินให้โรงพยาบาลที่ขาดแคลนเป็นเรื่องเข้าใจได้ แต่เราไม่สามารถตอบคำถามได้อย่างมั่นใจว่า เพราะอะไรจึงขาดแคลนตลอดปีตลอดชาติ ทั้งนี้ยังไม่นับว่า หลายโรงพยาบาลที่ได้เงินจากการวิ่งไวนั้นมีเงินส่วนตัวของโรงพยาบาลเหลืออีกมากมาย

หลักประกันสุขภาพมีจุดอ่อนที่การส่งเสริมป้องกันเสมอมา งบประมาณที่ได้รับจัดสรรในแต่ละปี รวมทั้งที่มีรายงานออกมาในปี พ.ศ. 2563 นี้ ก็ยังคงมีสัดส่วนของเงินส่วนที่ใช้ส่งเสริมป้องกันน้อยมาก พูดง่ายๆ ว่าไม่มีใครทำงานนี้ อย่างจริงจัง ไม่ว่าจะเป็นโรงพยาบาล สำนักงานหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า หรือสสส. ซึ่งใช้เงินไปมากมาย ควรถึงเวลาที่ประชาชนหรือองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นจะลุกขึ้นทำงานนี้ด้วยตนเอง ด้วยเงินของตนเอง

การวิ่งเพื่อสุขภาพนั้นเริ่มต้นด้วยการวิ่งเพื่อตนเอง คนวิ่งเป็นคนใดใครไม่วิ่งก็ไม่ได้ อย่างไรก็ตาม หากคิดจะวิ่งเพื่อคนอื่น หาเงินให้คนอื่น ควรถามให้มากว่าเงินไปไหน เงินควรไปในที่ที่เกิดประโยชน์ระยะยาวต่อคนหมู่มากและอย่างยั่งยืนมากกว่าจะเป็นไปได้หรือไม่

การวิ่งเพื่อการเปลี่ยนแปลงเป็นเรื่องทำได้ เราไม่จำเป็นต้องวิ่งเพื่อเงินเท่านั้น

40



เรื่องเล่าจากอังกฤษ

บนถนนมอร์นิ่งไซด์ บริเวณตะวันตกของกรุงเอдинบะระในระยะเวลาเดินทางด้วยรถบัส 15 นาที มีคลินิกแพทย์ที่ทำงานกับระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (National Health Security: NHS) ตั้งอยู่หนึ่งแห่ง มีแพทย์ตรวจโรคทั่วไปทำงานอยู่

ประชาชนบริเวณนี้ส่วนใหญ่ขึ้นทะเบียนกับหน่วยรักษานี้ มีบางที่ไปขึ้นทะเบียนกับหน่วยอื่น เช่น เลือกว่าที่ใกล้ที่ทำงานหรือใกล้สถานศึกษาของตนเอง การเจ็บป่วยขั้นต้นมาที่นี้ก่อน นี่คือนิยามของคลินิกแพทย์ที่ใกล้บ้านใกล้ใจ และไม่มีการเก็บค่ารักษาพยาบาล

มีแพทย์ทั่วไปประจำที่คลินิกนี้ 3 คน แต่ละคนมีเวลาทำการของตนเอง ผู้ป่วยไม่แออัดเพราะมีคลินิกทำนองนี้กระจายทั่วมือง เราสามารถเดินไปตรวจรักษาหรือนัดเวลาก็ได้ แพทย์มีความสามารถมากกว่าคำว่าแพทย์ทั่วไปที่เรา ‘รู้สึก’ กัน พวกเขารักษาโรคยากๆ ได้ตามสมควร รวมทั้งสามารถช่วยติดตามการรักษาต่อเนื่องแก่ผู้ป่วยที่แพทย์ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะด้านส่งมาให้ช่วยเหลือดูแลต่อ



ในกรณีที่ยากเกินการรักษาหรือจำเป็นต้องรับการตรวจพิเศษ เช่น การเจาะเลือดเพื่อค้นหาสาเหตุเป็นพิเศษหรือเพื่อให้มั่นใจว่าไม่มีโรคร้ายแรงอื่นซ่อนอยู่ รวมทั้งการตรวจพิเศษอื่นๆ เช่น เอ็กซเรย์ เอ็กซเรย์ซีที เอ็กซเรย์เอ็มอาร์ไอ หรือตรวจหัวใจด้วยวิธีพิเศษ แพทย์จะส่งไปตรวจที่โรงพยาบาลหรือนัดพบผู้เชี่ยวชาญเฉพาะด้านได้ตามความจำเป็น

คิวการตรวจพิเศษมีได้ยาวจนเกินไป และคิวการรอฟบแพทย์ผู้เชี่ยวชาญที่โรงพยาบาลก็มีได้ยาวเกินไป เหตุผลสำคัญคือแพทย์ทั่วไปที่คลินิกใกล้บ้านใกล้ใจมีความสามารถสูงและทำงานตามมาตรฐานการแพทย์ นั่นคือไม่ส่งตรวจอะไรที่มากมายเกินความจำเป็น และไม่มีค่าคอมมิชชั่นจากการส่งตรวจพิเศษใดๆ

ในกรณีที่เป็นโรคเรื้อรัง เช่น โรคผิวหนังเรื้อรังบางชนิด แพทย์ทั่วไปที่คลินิกแห่งนี้เป็นผู้รักษาด้วยตัวเอง แต่มีการส่งตัวผู้ป่วยไปโรงพยาบาลเพื่อตรวจพิเศษเพิ่มเติมตามมาตรฐานเพื่อให้แน่ใจว่าไม่มีโรคอันตรายซ่อนเร้นอยู่ หลังจากนั้นแพทย์ทั่วไปเป็นผู้เขียนใบสั่งยาทั้งยากิน ยาทาผิวหนัง และยาสระผมแล้วนัดมาตรวจต่อ

เมื่อถึงวันนัด ผู้ป่วยไปรอคิวตามนัด ซึ่งผู้ป่วยมีไม่มาก ด้วยเหตุผลที่ว่า มีการกระจายของแพทย์ค่อนข้างดีในระแวกนี้ เมื่อผู้ป่วยน้อย ระบบนัดก็ง่าย แพทย์ก็สามารถทำงานเต็มประสิทธิภาพ

ในกรณีโรคผิวหนังซึ่งมักต้องใช้ยาต่อเนื่องเป็นเวลาหลายเดือนโดยที่ไม่จำเป็นต้องพบแพทย์อีก ผู้ป่วยสามารถแสดงความจำนงที่เจ้าหน้าที่พยาบาลของคลินิกเพื่อขอใบสั่งยาโดยไม่ต้องพบแพทย์แล้วนำไปสั่งยาไปขึ้นยาที่ร้านยาได้เลย จะเห็นว่าระบบได้แยกอำนาจและหน้าที่ของแพทย์ พยาบาล และเภสัชกรออกจากกันเรียบร้อยแล้ว

วันหนึ่ง ผู้ป่วยโรคผิวหนังคนหนึ่งมีก้อนขนาดเล็กขึ้นที่ขา แพทย์ทั่วไปที่คลินิกแห่งนี้ก็ผ่าออกให้แล้วส่งชิ้นเนื้อตรวจ ผลชิ้นเนื้อได้มาใน 7 วัน ไม่มีเนื้อร้ายแต่อย่างใด ผู้ป่วยสบายใจเพราะใกล้บ้านใกล้ใจ

บนถนนเส้นนี้ซึ่งยาวต่อเนื่องไปบนถนนโคมิสตัน มีคลินิกทันตกรรมตั้งอยู่อีกแห่งหนึ่งซึ่งทำงานร่วมกับ NHS ด้วยเช่นกัน ยังไม่พบผู้ป่วยที่มีประสบการณ์มารับบริการทันตกรรมที่แห่งนี้ หากพบเมื่อไรจะมาเล่าสู่กันฟังอีกครั้งหนึ่ง

ออกไปนอกกรุงลอนดอน ไม่ไกลจากออกซฟอร์ด มีสถานที่ท่องเที่ยวที่มีชื่อเสียงมากแห่งหนึ่งเรียกว่า Cotswold

ที่ Cotswold นี้มีเมืองตั้งอยู่ห่างกันในระยะขับรถได้หลายเมือง แต่ละเมืองเป็นชุมชนเจียบสงบ มีชิต์เซนต์เตอร์ โบสถ์ ตลาด โรงแรม ร้านอาหาร ร้านสะดวกซื้อ ซูเปอร์มาร์เก็ต และร้านค้าที่จำเป็นครบครัน บางเมืองเล็ก บางเมืองใหญ่ ระหว่างเมืองมีหมู่บ้านกระจัดกระจายทั่วไป

บ้านในหมู่บ้านต่างๆ หลายสิบแห่งบริเวณนี้สร้างด้วยหิน อายุประมาณ 300-700 ปี แต่ละบ้านมีรั้วหินที่ใช้หินเป็นก้อนๆ วางซ้อนกัน แล้วตามด้วยหินที่มีลักษณะเป็นแผ่นๆ ตั้งชิดกันอย่างแน่นหนาที่ชั้นบนสุด ซึ่งมีความสูงประมาณเอว (แต่ประมาณหน้าอกของคนเอเชีย)



รอบหมู่บ้านเป็นฟาร์มสุดลูกหูลูกตา มีแกะและวัวกระจัดกระจาย ถนนที่เชื่อมระหว่างหมู่บ้านต่างๆ แคบแต่ผิวถนนดีมาก นานๆ จึงมีรถขับสวนมาคันหนึ่ง ก็สามารถหลบกันได้ไม่ยาก สภาพแวดล้อมโดยทั่วไปของบริเวณ Cotswold นี้เงียบสงบเสียจนได้ยินเสียงหายใจของตนเอง

ยกเว้นบริเวณแหล่งท่องเที่ยว แหล่งท่องเที่ยวยอดนิยมที่สุดและมีวิมวหาชนที่ใครมาก็ต้องไปถ่ายรูปและเช็คอินน่าจะเป็นที่ Bibury บริเวณนี้มีคลองน้ำใสพร้อมพืชไต้้น้ำและฝูงหงส์ มีต้นไม้วรุ่มร้นและบ้านหินที่ตั้งเรียงรายเป็นทิวแถวลดหลั่นกันอย่างงดงาม เสมือนทิวพยวิมานมากกว่าที่จะมีอยู่จริง อย่างไรก็ตามจำนวนรถบัสและนักท่องเที่ยวชาวเอเชียที่ทวีจำนวนมากขึ้นก็ทำให้จ้อแจได้อย่างรวดเร็ว

แต่พอพ้นออกจากบริเวณนี้แล้ว มีอีกหลายหมู่บ้านที่เราสามารถจ้อตรถเดินชมธรรมชาติ นั่งจิบเบียร์เย็นๆ แล้วนั่งคุยกันไปเรื่อยๆ ลมพัดเย็นๆ ฝูงแกะในสายตา คอยยิ้มตอบชาวบ้านที่ผ่านเราไปมา

เวลากลางคืนที่นี้เงียบเสียจนได้ยินเสียงจิตวิญญาณของตนเอง เมื่อฟ้ามืดก็แทบไม่เห็นมนุษย์อีกเลยวันแต่เราจะออกไปนั่งดื่มต่อที่ผับ การดื่มที่นี้

มิใช่บาป ไม่ใช่คนเลว ไม่ถูกสาปแช่ง เหตุหนึ่งเพราะกฎหมายเมาห้ามขับที่นี้เข้มงวด การถูกยึดใบขับซึ่งเป็นเรื่องรุนแรงมากและสร้างความเสียหายแก่ชีวิตอย่างมาก ทำให้การซื้อไวน์เป็นของฝากให้แก่นักหรือถือติดไม้ติดมือไปบ้านไหนมิใช่เรื่องน่ารังเกียจ เป็นวัฒนธรรม

คืนวันหนึ่ง ชายคนหนึ่งที่พักอยู่คนเดียวในบ้านใกล้เรือนเคียงเกิดอุบัติเหตุใบเลื่อยฟันถูกคอของตัวเองเลือดไหลโชก วันนั้นรถทุกชนิดมาถึงในเวลาสี่นาทีก่อนแจ้งเหตุ ได้แก่ รถพยาบาล รถดับเพลิง และรถตำรวจ หน่วยกู้ภัยมักเป็นหน่วยเดียวกันกับพนักงานดับเพลิง แต่บางแห่งก็เป็นคนละหน่วย

หลังจากนั้นไม่นานเฮลิคอปเตอร์ก็มาถึง ร่อนลงที่ฟาร์มข้างบ้าน และพาผู้ป่วยที่มีแผลฉกรรจ์ที่คอไปโรงพยาบาลอย่างรวดเร็ว

ทั้งหมดนี้ไม่มีค่าใช้จ่าย

ไม่ใช่รัฐหรือ NHS ที่ดูแลทุกอย่าง แต่เป็นการทำงานประสานกันระหว่างโรงพยาบาลในท้องที่ หน่วยดับเพลิงหรือหน่วยกู้ภัยของท้องถิ่น และเจ้าหน้าที่ตำรวจ รวมทั้งเฮลิคอปเตอร์ของโรงพยาบาล ค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นในบางท้องที่มีมูลนิธิบางแห่งเข้ามาช่วยเหลือ เมื่อถามว่าใครเป็นผู้ตัดสินใจเรียกเฮลิคอปเตอร์คำตอบคือมิใช่ชาวบ้าน เป็นวิชาชีพที่เข้าถึงที่เกิดเหตุตัดสินใจ นี่คือการเสียทุกข์เฉลี่ยสุข

กลับไปถนนมอร์นิ่งไซด์ ถนนสั้นๆ สายนี้มีร้านขายของเก่าเพื่อหาทุนเข้ามูลนิธิต่างๆ มากมายเกือบสิบแห่งหรืออาจจะมากกว่า เช่น เด็ก สุนัขและแมว คนจรจัด โรคหัวใจ โรคไต โรคเอดส์ ที่มีชื่อเฉพาะก็มีเช่น มารี คูรี อ็อกแฟม หรือกาซาด ร้านขายของเหล่านี้มีขายตั้งแต่ชุดชั้นในสตรี เสื้อผ้า ของเล่นเด็ก นิทาน หนังสือ ดีวีดี แผ่นเพลง ไปจนถึงของเก่า ของวินเทจ และเฟอร์นิเจอร์ สนนราคาไม่แพงเลยและมีของใหม่ (ที่เก่า) เข้ามาทุกสัปดาห์ เรียกว่าใครไม่อยากจะเสียเงินซื้อของใหม่ใช้แต่ของเซกันด์แฮนด์ และไม่รังเกียจหนังสือเก่า แผ่นดีวีดีเก่า สามารถดำรงชีวิตอยู่ได้สบายๆ ด้วยค่าใช้จ่ายที่น้อยมากของทุกชั้นคุณภาพดี เฉพาะหนังสือวรรณกรรมระดับโลกเห็นแล้วก็น้ำลายหก

ราคาถูกเหลือเกิน ทั้งนี้ยังไม่นับว่าห้องสมุดประชาชนบนถนนมอร์นิ่งไซด์นี้
ดีมากด้วยเช่นกัน แผนกนิทานสำหรับเด็กหรือหนังสือเสียงสำหรับคนตาบอด
มีมากมายหลายร้อยพันเล่มจนไม่น่าเชื่อสายตา

บ้านเมืองที่ดีไม่สามารถได้มาฟรีๆ เราสร้างได้ด้วยระบอบประชาธิปไตยที่
กระจายอำนาจการจัดการตนเองไปจนถึงส่วนท้องถิ่นอย่างแท้จริง ที่เล่ามาได้
แปลว่าเรื่องดีๆ เหล่านี้เกิดขึ้นทั่วสหราชอาณาจักร บางแห่งแพทย์และพยาบาล
ทำงานหนักโดยที่บริการด้านการแพทย์ก็ได้ดีนัก แต่โดยรวมคือเขามีบริการ
ใกล้บ้านใกล้ใจและเฉลี่ยทุกข์เฉลี่ยสุขจริงๆ โดยที่การพัฒนา ยังคงต้องกระทำ
อย่างต่อเนื่องเป็นธรรมดา

กลับมาบ้านเราเมื่อสัปดาห์ที่แล้ว ผู้ป่วยโรคผิวหนังคนหนึ่งมีก้อนที่ขา นักรอ
พบแพทย์ที่โรงพยาบาลรัฐขนาดใหญ่ตั้งแต่บ่ายสองโมงถึงสี่โมงเย็น แพทย์ก็
ไม่มา จากนั้นผู้ป่วยทุกคนถูกย้ายไปรอตรวจต่อที่โอพีดีฟรีเมียมเพื่อรอแพทย์
พิเศษ จ่ายค่าตรวจคนละ 300 บาท

แพทย์จบใหม่ดูก่อนที่ขาแล้วแจ้งว่าจะผ่าตัดออกให้โดยคิดค่าใช้จ่าย
2,000 บาท เมื่อผู้ป่วยไม่ยินยอมจ่ายจึงต้องกลับบ้านแล้วมารอตรวจใหม่ใน
วันรุ่งขึ้น เมื่อรอจนกระทั่งได้พบแพทย์แล้วจึงได้รับคิวนัดผ่าตัดในอีก 3 เดือน
ทั้งที่โรงพยาบาลรัฐขนาดใหญ่มีแพทย์จำนวนไม่น้อย

ที่เล่ามานี้เป็นเรื่องเล็กๆ ที่ไม่ควรนำมาทำให้ระบบหลักประกันสุขภาพ
สั่นคลอน เป็นเรื่องที่เราควรช่วยกันค่อยๆ แก้ไขกันไป จะแก้ได้สักวันหนึ่ง
หากโครงสร้างใหญ่คือระบบรักษาพยาบาลใกล้บ้านใกล้ใจและเฉลี่ยทุกข์
เฉลี่ยสุขยังคงอยู่



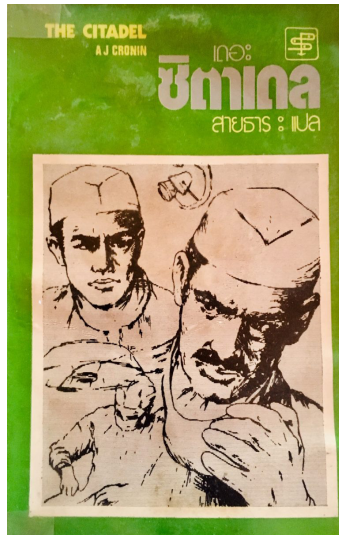
ปรากฏการณ์ ตอนที่ 1

เราเคยได้ยินเสมอมาว่าระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติของอังกฤษ (NHS) ได้รับแรงบันดาลใจมาจากหนังสือเล่มหนึ่ง ความข้อนี้ปรากฏในหนังสือที่เขียนเล่าเรื่องประวัติการก่อตั้ง NHS หลายเล่ม รวมทั้งวารสารการแพทย์

หนังสือเล่มนั้นคือ *The Citadel* เขียนโดยนายแพทย์สก็อต เอ.เจ. โครนิน (A. J. Cronin, 19 กรกฎาคม 1896 - 6 มกราคม 1981) ตีพิมพ์ครั้งแรก ปี ค.ศ. 1937 ฉบับแปลไทยเท่าที่ทราบมี 2 ส่วน

ส่วนแรกเป็นของสำนักพิมพ์ประพันธ์สาส์น แปลจากฉบับย่อโดยสายธาร ใช้ชื่อไทยว่า *เดอะซิตาเดล* ฉบับที่ผมอ่านเป็นฉบับพิมพ์ครั้งที่ 1 พ.ศ. 2520 ปกอ่อนเล่มละ 15 บาทเท่านั้น ได้อ่านตอนเรียนแพทย์ พลั้วผ่านมากตั้งแต่นั้น เป็นต้นมา

ส่วนที่สองเป็นของมูลนิธิหนังสือเพื่อสังคม แปลจากฉบับสมบูรณ์โดยเจริญเกียรติ ธนสุขถาวร พ.ศ. 2558 ปกแข็งราคา 695 บาท เพิ่งจะนำมาอ่านก่อนการเขียนบทความนี้



The Citadel เป็นหนังสือที่ได้รับการพูดถึงอย่างกว้างขวางเมื่อออกจำหน่าย ตั้งแต่ครั้งแรก ด้วยเนื้อหาเล่าถึงปัญหาทางจริยธรรมในวงการแพทย์อังกฤษ อย่างไม่เกรงใจ

มีตอนหนึ่งที่ได้เล่าถึงการรวมตัวกันเรื่องประกันสุขภาพของคนงานเหมือง ถ่านหิน ซึ่งตรงนี้เองเป็นต้นแบบที่นักการเมืองพรรคแรงงานได้นำไปสร้าง NHS ในเวลาต่อมา ซึ่งก็คือหลังสงครามโลกครั้งที่สองไม่นาน คือเวลาที่อังกฤษ ไม่มีเงิน สงครามเพิ่งจะจบลง แต่เพราะไม่มีเงินนั้นแหละจึงต้องทำ ก่อนที่ ประเทศชาติจะหมดตัวไปมากกว่านั้น

ไม่ใช่มีเงินแล้วจึงจะมาทำ

หนังสือถูกนำไปสร้างหนังอย่างฉับไวในปีต่อมาคือปี ค.ศ. 1938 โดย King Vidor ผู้กำกับกับการแสดงที่มีชื่อเสียงมากที่สุดคนหนึ่งในเวลานั้น ผลงานที่ คนรุ่นหลังอาจจะพอรู้จักบ้าง คือหนังปี ค.ศ. 1959 ที่สร้างจากไบเบิล Solomon and Sheba นำแสดงโดย Yul Brynner และ Gina Lollobrigida หนังดังและมีชื่อเสียง เมื่อนักกลับมาฉายซ้ำผู้เขียนได้ดูในโรงหนังในเวลา ต่อมาด้วย

หนัง The Citadel ฉบับปี ค.ศ. 1938 นำแสดงโดย Robert Donat และ Rosalind Russell เข้าชิงรางวัลออสการ์ 4 สาขา คือ หนังสืยอดเยี่ยม นักแสดงนำฝ่ายชาย ผู้กำกับการแสดง และบทภาพยนตร์ดัดแปลง หนังสืไปคว้ารางวัลหนังสืยอดเยี่ยมจากเวที New York Film Critics Circle และ National Board of Review เป็นหนึ่งในหนังสืยอดเยี่ยมตลอดกาล 1,000 เรื่อง ของนิวยอร์กไทมส์ หลังจากนั้นมีการสร้างหนังเรื่องนี้่อีก 2 ครั้งคือเป็นหนังสืทีวี ในปี ค.ศ. 1960 และเป็นมินิซีรีส์ในปี ค.ศ. 1983



ชีวิตจริงของนายแพทย์โครนินได้ไปทำงานตรวจรักษาคณนางเหมือง ถ่านหินในเวลส์ และได้ทำการวิจัยความสัมพันธ์ระหว่างผงถ่านกับโรคปอดที่ เกิดแก่คณนาง มีช่วงหนึ่งที่เขาทำงานที่เมืองเทรตการ์ ทางตะวันตกเฉียงใต้ของ เวลส์ โดยทำงานร่วมกับ Tredegar Medical Aid Society ที่ Cottage Hospital ซึ่งจะเป็นต้นแบบของ NHS ในเวลาต่อมา

นวนิยายเริ่มเรื่องในเดือนตุลาคม ปี ค.ศ. 1924 นายแพทย์หนุ่มจบใหม่ แอนดรูว์ แมนสัน เดินทางด้วยรถไฟเพื่อไปทำงานที่เมืองดรีเนฟฟีทาง ตอนใต้ของเวลส์

“...จะได้เป็นนายแพทย์เป็นครั้งแรก ซึ่งเขาจะได้ทำหน้าที่อยู่ในเมืองที่ ประหลาดและป่าเถื่อนแห่งนี้” สำนวนของสายธาร

“เมื่อเขานึกถึงตำแหน่งหน้าที่แรกของเขาชีพแพทย์ที่รอเขาอยู่ในชนบท ซึ่งมีสภาพเสื่อมโทรมและแปลกตาแห่งนี้” ส่วนงานแปลของเจริญเกียรติ ธนสุขถาวร

หมอแอนดรูว์ แมนสัน เดินทางมาทำงานกับคุณหมอเพจด้วยค่าตอบแทนน้อยนิด ไม่นับว่าถูกรายชของคณหมอเพจหักค่าหัวคิว ยิ่งไปกว่านั้นเขาเพิ่งจะพบว่าสุขภาพร่างกายของคุณหมอเพจทรุดโทรมอย่างหนักจนทำงานไม่ได้ อีกแล้ว งานทั้งหมดกำลังจะเป็นภาระของเขาคนเดียว

เป็นเมืองที่สภาพทั่วไปอยู่ในภาวะย่ำแย่ ระบบสุขภาพีบาลและน้ำสะอาดใช้การไม่ได้ มีผู้ป่วยโรคไทฟอยด์อยู่เรื่อย ๆ แอนดรูว์ได้พบกับนายแพทย์ฟิลิป เคนนี หมอฟิลิปดื่มจัด มีชื่อเสียงไม่สู้ดีนัก สองคนไม่ชอบหน้ากันในตอนแรก ก่อนที่หมอฟิลิปจะยอมรับว่าหมอใหม่คนนี้มีดีอยู่ในตัว เขาชวนแอนดรูว์ไประเบิดท่อระบายน้ำเก่าคร่ำคร่าของเมืองด้วยกัน ด้วยทางการไม่ยอมแก้ไขปรับปรุงหรือสร้างให้ใหม่เสียที่

แอนดรูว์และฟิลิปเป็นหมอที่ดี พวกเขารักษาผู้ป่วยยากจนโดยไม่เลือกชั้นวรรณะและด้วยความเมตตา เป็นที่ไม่ต้องตาต้องใจของหมอคนอื่น ๆ ในละแวกนั้น รวมทั้งภรรยาหมอเพจซึ่งสนิทชิดเชื้อกับนายธนาคาร แอนดรูว์พบรักกับครูโรงเรียนประถมคริสติน บาร์โล ในเวลาต่อมา

หลังจากสู้รบปรบมือกับคุณนายเพจ หมอต้องถึน รวมทั้งระบบค่าตอบแทนของนายแพทย์ซึ่งสมัครสามัคคีกับนายธนาคารอย่างใกล้ชิด แอนดรูว์ก็ลาออกจากงานที่เมืองนี้ไปสมัครงานที่ชุมชนเหมืองถ่านหินอเบรลอร์ซึ่งจะรับเฉพาะแพทย์ที่มีครอบครัวแล้วเท่านั้น เขาจึงขอคริสตินแต่งงาน

แอนดรูว์เป็นเหมือนแพทย์หนุ่มทั่วไปที่ทำงานหนักโดยไม่ได้สังเกตโลกภายนอก วันหนึ่งเขาได้เดินทางไปประชุมวิชาการทางการแพทย์จึงพบว่าเพื่อนของเขาหลายคนร่ำรวยและมีชื่อเสียง พวกเขามีคนไข้มากและเก็บค่ารักษาพยาบาลได้มาก ยิ่งไปกว่านั้นพวกเขายังมีเครือข่ายของการส่งต่อผู้ป่วยให้กันและกันเพื่อรักษาโรคเล็กๆ น้อยๆ แต่เก็บค่ารักษาพยาบาลเกินกว่าที่ควรจะเป็น

ตอนนี้หมอแอนดรูว์เริ่มไขว่ไขว ในขณะที่ยังมีคริสตินภรรยาผู้แสนดีไม่ชอบใจ
เรื่องที่เห็นหรือได้ยินเอาเสียเลย

ที่อเบอร์ลอร์นี่เองมีคนไข้หลายคนเป็นโรคปอด พวกเขาส่วนมากทำงาน
เหมืองถ่านหิน นั่นทำให้เขาได้โอกาสทำวิจัยเรื่องนี้และได้รับเกียรติคุณ
จากเรื่องนี้ตามสมควรแม้ว่าจะถูกปล้นเอาไปจากแพทย์ผู้ใหญ่ในเวลาต่อมา
ในที่สุดเขาลาออกจากงานแล้วย้ายไปลอนดอนด้วยความไม่เต็มใจของคริสติน

ที่ลอนดอนเขาได้รู้จักกับเพื่อนๆ ที่เคยชวนเขาทำงานด้วยกันครั้งที่พบปะ
กันในงานประชุมวิชาการ บัดนี้เขาพบว่าภาระเงินจากผู้ป่วยซึ่งกังวลนั้นง่ายมาก
ไม่ว่าจะเป็นโรคต่างๆ หรือการผ่าตัดที่ไม่จำเป็น พวกเขาส่งต่อผู้ป่วยกลับไปมา
และร่ำรวยขึ้นอย่างรวดเร็ว แอนดรูว์ไม่เคยพบเงินเท่านี้และมีชีวิตสุขสบาย
เท่านี้มาก่อน

แต่ชีวิตครอบครัวไม่เป็นไปตามคาด คริสตินไม่ชอบการกระทำเหล่านี้
สองคนมีปากเสียงบ่อยครั้ง แอนดรูว์กล่าวหาว่าภรรยาขัดขวางความก้าวหน้า
และความสุขของเขา จนกระทั่งวันหนึ่งเขาได้พบเห็นเพื่อนศัลยแพทย์ลงมือ
ผ่าตัดผู้ป่วยรายหนึ่งด้วยความไม่รู้ เขาตระหนักในตอนนั้นว่าเพื่อนเป็น
หมอผ่าตัดที่ไม่มีความสามารถตามที่กล่าวอ้าง นี่เป็นการหลอกลวงอัน
ไม่สามารถยอมรับได้ เขาได้สติและปรับความเข้าใจกับคริสติน ดูเหมือน
ทุกอย่างกำลังจะไปด้วยดี

แล้วคริสตินก็ถูกรถชนตาย

แอนดรูว์ได้พบกับนายแพทย์ชาวอเมริกัน ริชาร์ด สติลแมน ในเวลาต่อมา
หมอริชาร์ดรักษาผู้ป่วยวัณโรคด้วยวิธีใหม่ซึ่งยังไม่เป็นที่ยอมรับทางการแพทย์
ลำพังเรื่องเท่านั้นไม่อาจจะสร้างปัญหามากหากไม่เป็นเพราะว่าเขาได้เปิดโปง
การกระทำอันผิดจริยธรรมของเพื่อนแพทย์ด้วยกัน นำไปสู่การพิจารณาคดี
เพื่อกดดันความเป็นแพทย์ของเขาในตอนท้าย

เรื่องคนงานเหมืองถ่านหินจ่ายส่วนหนึ่งของค่าจ้างเพื่อประกันสุขภาพ
ได้รับการรักษาฟรีและทำศพฟรีในกรณีเสียชีวิตจะมีรายละเอียดที่น่าสนใจ
และเป็นแรงบันดาลใจให้ฝ่ายการเมืองก่อตั้งระบบประกันสุขภาพแห่งชาติใน
เวลาต่อมา



ปรากฏการณ์ ตอนที่ 2

เอ.เจ. โครนิน (1896-1981) เขียนนวนิยายเรื่อง **The Citadel** วิพากษ์การแพทย์อังกฤษออกวางตลาดเมื่อปี ค.ศ. 1937 ว่ากันว่าเป็นหนังสือที่ส่งผลต่อการเลือกตั้งทั่วไปในปี ค.ศ. 1945 หลังสงครามโลกครั้งที่สองสงบลงพรรคแรงงานได้รับชัยชนะนำไปสู่การเริ่มต้นหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (NHS) ของอังกฤษในปี ค.ศ. 1948

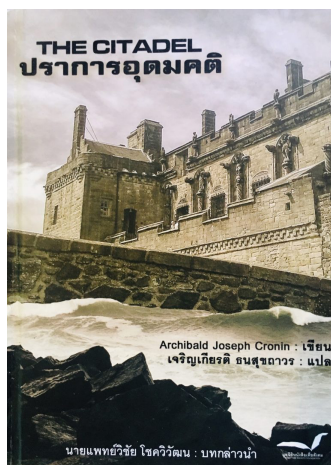
อย่างไรก็ตาม มีข้อสงสัยว่าคำกล่าวอ้างนี้เป็นความจริงมากน้อยเพียงใด

โครนินเขียนประเด็นทางการแพทย์ในเชิงสังคม แต่เขาไม่ได้บอกว่าให้มีหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

เอ.เจ. โครนิน เกิดที่เมืองคาร์ตรอสส์ สกอตแลนด์ ปี ค.ศ. 1896 บิดาเป็นไอริชคาทอลิก มารดาเป็นโปรเตสแตนต์ บิดาถึงแก่กรรมเมื่อเขาอายุ 7 ปี โครนินเป็นเด็กเรียนดีกีฬาเยี่ยม ได้ทุนคาร์เนกีไปเรียนแพทย์ที่มหาวิทยาลัยกลาสโกว์จนกระทั่งจบแพทย์ในปี ค.ศ. 1910 แล้วไปทำงานที่เวลส์ตอนใต้ ก่อนจะย้ายมาเปิดคลินิกในลอนดอน

แม้ว่าคลินิกจะประสบความสำเร็จ เขาขายคลินิกไปเมื่ออายุ 30 กว่าแล้วเริ่มเขียนนวนิยายเรื่องแรก ชื่อ **Hatter's Castle** ส่งให้สำนักพิมพ์เป็นครั้งแรกและได้รับการตอบรับในทันทีกลายเป็นหนังสือขายดีเล่มหนึ่ง เขาเขียนนวนิยายตามออกมาอีก 2 เล่มทันทีคือ **The Stars Look Down** และ **The Citadel**

โครินประสบความสำเร็จในฐานะนักเขียนค่อนข้างเร็ว เดอะซีตาเดลถูกนำไปสร้างหนังสือและประสบความสำเร็จอย่างงดงาม เขาย้ายไปอยู่สหรัฐอเมริกาช่วงสงครามแล้วย้ายไปอยู่สวีตเซอร์แลนด์ในที่สุด แม้ว่าเขาจะเขียนหนังสืออีกหลายเล่มจนถึงคริสต์ทศวรรษที่ 1970 แต่ไม่มีเล่มใดประสบความสำเร็จมากเท่าทศวรรษที่ 1930 พล็อตเรื่องที่เขาเขียนบ่อยคือเรื่องราวการต่อสู้ของคาทอลิกเพื่อที่จะยืนหยัดในสังคม ต่อสู้กับตนเองทางจริยธรรม ผ่านอุปสรรคและความเย้ายวนของเงินตราและอิสตรี ก่อนที่จะได้สำนึกและได้บาปสำเร็จในตอนท้ายคือโครงเรื่องของเดอะซีตาเดลนั่นเอง



เดอะซีตาเดลเล่าเรื่องหมอบใจใหม่ แอนดรูว์ แมนสัน ซึ่งไปทำงานที่เมืองเล็กๆ เมืองหนึ่งในเวลส์ตอนใต้ ก่อนที่จะพบความฉ้อฉลของวงการแพทย์ในระดับต่างๆ ตั้งแต่เมืองบ้านนอกจนถึงกรุงลอนดอนที่ซึ่งเขาหลงไหลในเงินตราเฉกเช่นเดียวกับเพื่อนแพทย์คนอื่นๆ เขาสูญเสียภรรยาที่รักซึ่งคาดหวังให้เขายึดมั่นในจริยธรรมเสมอมา นำไปสู่การต่อสู้ของเขากับวงการแพทย์ในชั้นศาลเมื่อเรื่องดำเนินมาถึงตอนท้าย ความโดยย่อได้เล่าให้ฟังเมื่อตอนที่แล้ว

อังกฤษมี National Insurance Act ตั้งแต่ปี ค.ศ. 1911 แล้ว คนงานที่มีรายได้น้อยสามารถเข้ารับการรักษารักษาฟรี แต่เป็นที่รู้กันในเวลาต่อมาว่ากฎหมายนี้ไม่ได้ช่วยอะไรมากนัก คนงานรายได้น้อยได้รับบริการไม่มีคุณภาพ โรงพยาบาลต่างๆ พัฒนาตนเองด้วยอัตราเร่งที่ไม่เท่ากัน ความเจริญกระจุกอยู่ในลอนดอนโดยเฉพาะอย่างยิ่งโรงเรียนแพทย์ ในขณะที่บริการสาธารณสุขทั่วประเทศอยู่ในสภาพย่ำแย่ คนรวยได้รับบริการที่ดีกว่า คนจนได้รับบริการไม่มีคุณภาพ

หนังสือเดอะซิตาเดลออกวางจำหน่ายในปี ค.ศ. 1937 ขายได้ 150,000 เล่มในสามเดือนแรกและขายได้สัปดาห์ละ 10,000 เล่มตลอดปีแรกที่วางจำหน่าย หนังสือประสบความสำเร็จอย่างสูงทั้งในยุโรปและสหรัฐอเมริกา แม้กระทั่งรัสเซียและเยอรมัน คอมมิวนิสต์ยุโรปตะวันออกขึ้นชมหนังสือเล่มนี้ นาซีใช้หนังสือเล่มนี้ในการโฆษณาชวนเชื่อเพื่อการโจมตีอังกฤษ

อ่านถึงตรงนี้ ชวนคิดถึงวันที่นายแพทย์ชันผู้ใหญ่โจมตีคนที่เห็นด้วยกับหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าว่าเป็นคอมมิวนิสต์

หนังสือเดอะซิตาเดลประสบความสำเร็จทางการตลาดด้วยฝีมือของผู้จัดทำจำหน่าย Victor Gollancz เขาได้วางแผนประชาสัมพันธ์ล่วงหน้าอย่างดี โดยพุ่งเป้าไปที่การโจมตีระบบและสถาบัน เขานำหนังสือเล่มนี้เข้าสู่บู๊กคลับของเขาเอง และแพร่หลายไปสู่บู๊กคลับอื่นๆ รวมทั้งสถานีวิทยุทั่วทั้งอังกฤษ หนังสือสร้างเป็นหนังในปี ค.ศ. 1938 โดยผู้กำกับ King Vidor ชนะ 4 รางวัลออสการ์ รวมทั้งหนังยอดเยี่ยม หนังสือประสบความสำเร็จสูงสุดในอังกฤษเมื่อปี ค.ศ. 1939

Sir Victor Gollancz (1893-1967) เป็นผู้พิมพ์และจัดทำจำหน่ายชาวอังกฤษซึ่งได้ชื่อว่าเป็นฝ่ายซ้าย เขาเรียกตนเองเป็นสังคมนิยมคาทอลิก สโมสรหนังสือที่เขาก่อตั้งมีชื่อว่า Left Book Club และหนึ่งในหนังสือที่ได้รับการเชิดชูคือเดอะซิตาเดล

King Wallis Vidor (1894-1982) เป็นผู้กำกับการแสดงชาวอเมริกันที่มีชื่อเสียงที่สุดคนหนึ่ง เขาได้รับการเสนอชื่อชิงออสการ์ 5 ครั้ง และได้รับรางวัลระดับนานาชาติมากมาย เขาเป็นรีพับลิกันและเป็นหนึ่งในฮอลลีวูดที่ต่อต้านการกระทำอันเป็นคอมมิวนิสต์เมื่อปี ค.ศ. 1944

แม้ว่าหนังสือเดอะซิตาเดลจะถูกกลุ่มแพทย์ต่อว่าว่าเขียนความด้านเดียว ไม่คำนึงถึงความยากลำบากของแพทย์ที่ทำงานหนักโดยเฉพาะอย่างยิ่งในที่แรนแด้น แต่หนังสือได้ส่งผลกระทบต่อทางเลือกตั้งในปี ค.ศ. 1945 ทำให้เคลเมนต์ แอดลี หัวหน้าพรรคแรงงาน เอาชนะวินสตัน เชอร์ชิล ได้ในที่สุด และผ่านกฎหมาย NHS ได้สำเร็จเมื่อปี ค.ศ. 1948

หนึ่งในผู้มีส่วนผลักดันคือ อนิวรีน บีแวน (Aneurin Bevan) ซึ่งเกิดที่เมืองเทรดการ์ สถานที่ซึ่งคนงานเหมืองจ่ายบางส่วนของค่าจ้างเพื่อประกันสุขภาพ โครนินเคยทำงานที่เมืองนี้นาน 3 ปี และใช้เป็นฉากหลังของเมืองอเบรลอร์วิน เดอะซิตาเดล ส่วนบีแวนได้ขยายโครงสร้างประกันสุขภาพของคนงานเหมืองไปทั่วทั้งประเทศ

"We are going to 'Tredegarise' you." บีแวนพูดประโยคนี้ในครั้งหนึ่ง

ไม่เป็นที่ปรากฏชัดเจนว่าบีแวนเคยพบกับโครนินหรือเปล่า แต่ความลงรอยของแนวคิดของคนทั้งสองชวนให้เชื่อว่าพวกเขาน่าจะเคยพบกัน

ที่จริงแล้วโครนินไม่ใช่สังคมนิยม เขาเคยบอกว่าผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาฟรีไม่เห็นคุณค่าของสิ่งที่ได้ด้วยซ้ำ อย่างไรก็ตามคริสต์ทศวรรษที่ 1930 และสงครามโลกครั้งที่สองเป็นเวลาที่สูงงอม ในขณะที่ความก้าวหน้าด้านวิทยาศาสตร์การแพทย์เป็นที่ปรากฏมากขึ้นเรื่อยๆ แต่การแพทย์อังกฤษยังเป็นการแพทย์ยุควิกตอเรีย ไม่เป็นวิทยาศาสตร์งมาย เห็นแก่ประโยชน์ส่วนตนและฉ้อฉล แพทย์ในกรุงร่ำรวย แพทย์ทั่วไปรักษาผู้ป่วยตามมีตามเกิด หมอเถื่อนมากมาย เป็นเดอะซิตาเดลที่พูดเรื่องการแพทย์ที่เป็นวิทยาศาสตร์ภาษาสมัยใหม่เรียกว่ามีหลักฐานเชิงประจักษ์

โครนินเขียนเรื่องงานวิจัยโรคปอดของคนงานเหมือง การวินิจฉัยโรคจิตที่เกิดจากภาวะพร่องฮอร์โมนไทรอยด์ (ซึ่งคนไข้เกือบถูกส่งไปโรงพยาบาลบ้าหากมิใช่หมอแอนดรูว์ แมนสันวินิจฉัยได้) เรื่องไข้ไทฟอยด์ การทำคลอดความเสี่ยงสูง การใช้สัตว์ทดลองไปจนถึงการรักษาวัณโรค เขาย้ำเรื่องการศึกษาต่อเนื่องของแพทย์ซึ่งยังไม่เป็นที่รู้จักกันทั่วไป



ปรากฏการณ์ ตอนที่ 3

เอ.เจ. โครนินมิใช่ นักเขียนที่มีฝีมืออะไรมากมายนัก เป็นที่วิพากษ์ในภายหลังว่าหนังสือเดอะชิตาเดลนี้ขายดีเพราะ 1. ออกมาถูกเวลา 2. โครนินเล่าเรื่องความผิดพลาดในการรักษาผู้ป่วยและระบบการแพทย์ให้เข้าใจง่าย 3. ฝีมือการโหมโรงของผู้พิมพ์และจำหน่ายคือ Victor Gollancz ซึ่งนิยมขายเขาได้ส่งหนังสือตัวอย่างไปให้สมาคมแพทย์ในอังกฤษมากกว่า 200 แห่งโดยไม่คิดมูลค่า ซึ่งแน่นอนว่าสร้างความเคลื่อนไหวได้สำเร็จแน่ๆ

โครนินนำเรื่องของตัวเองมาเขียนหลายจุด นอกจากการทำงานที่เหมืองถ่านหินช่วงหนึ่งแล้วยังมีเรื่องที่เขายุติอาชีพแพทย์ก่อนเวลานานมาก เหตุหนึ่งเป็นเพราะเขามีฐานะการเงินดีแล้วจากการเขียนหนังสือขายดีและมีการนำไปสร้างเป็นหนังสือประสบความสำเร็จดี ๆ กัน อีกเหตุหนึ่งคือเพราะตัวเขาเองมิได้รักอาชีพแพทย์นี้เท่าไรนัก บ้างว่าเขาไม่รักอาชีพนี้เพราะเขาไม่เก่งพอ แต่บ้างก็ว่าเพราะความฉ้อฉลในระบบที่ทำให้เขาอยู่ได้ไม่นาน

บทพูดของหมอแอนดรูว์ แมนสัน ในตอนจบของเดอะชิตาเดลต่อไปนี้นำมาจากหนังสือ *ปรากฏการณ์* แปลจากฉบับสมบูรณ์โดย เจริญเกียรติ ธนสุขถาวร พ.ศ. 2558 มूलนิพนธ์เพื่อสังคม

“ไปที่จุดเริ่มต้น นึกถึงการฝึกฝนอบรมที่หมอได้รับแบบขาดตกบกพร่อง อย่างน่าผิดหวัง เมื่อผมจบการศึกษา ผมเป็นภัยต่อสังคมมากกว่าอย่างอื่น ทั้งหมดที่ผมรู้คือชื่อโรคไม่ก็โรคและยาที่ผมควรให้เพื่อรักษาโรคนั้น” คำพูดนี้ เท่ากับตีแสกหน้าสมาคมการแพทย์และประธานแพทยศาสตรศึกษาที่พวกเขา รับผิดชอบอยู่ เป็นประโยคที่ยังคงมีมูลความจริงในหลายประเทศทุกวันนี้

“... ผมเรียนรู้สิ่งต่างๆ เองตั้งแต่นั้น แต่มีหมอสักกี่คนที่จะเรียนรู้อะไร นอกเหนือจากเรื่องพื้นฐานธรรมดาที่ได้จากการปฏิบัติงาน พวกเขาไม่มีเวลา คนที่น่าสงสารเหล่านี้ พวกเขาต้องวิ่งวนหาแทบชีวิต นั่นคือจุดที่ทำให้องค์กร ของเราทั้งหมดเสื่อมโทรม...” คำพูดนี้ยังคงมีมูลความจริงในอีกหลายประเทศ เช่นกัน

“... ควรมีชั้นเรียนระดับหลังปริญญาภาคบังคับ เพื่อขจัดความคิดสั่งจ่าย ยาขาดแบบเก่าให้ผู้ปฏิบัติงานทุกคนมีโอกาสศึกษา และร่วมมือกันในงานวิจัย แล้วความคิดแบบพาณิชย์นิยมนั้นเล่า การรักษาเพื่อมุ่งหาเงินแบบไร้ประโยชน์ การผ่าตัดโดยไม่จำเป็น ยาปลอมไร้คุณภาพที่ไม่บอกส่วนผสมจำนวนมาก ที่เราใช้ นี่ไม่ใช่เวลาที่จะกำจัดสิ่งเหล่านี้ออกไปบ้างแล้วหรือ”

คำพูดนี้ยังส่งเสียงก้องมาถึงเวชปฏิบัติไม่จำเป็นที่เกิดขึ้นในปัจจุบัน ได้แก่ การสั่งจ่ายยาที่ไม่จำเป็น

การสั่งจ่ายยาภายใต้อิทธิพลหรือการโน้มน้าวของบริษัทยา

การส่งตรวจพิเศษหรือการผ่าตัดที่ได้รับส่วนแบ่งจากบริษัทขายเครื่องมือ

รวมทั้งการไม่ควบคุมเขตแดนการเบิกจ่ายของสวัสดิการข้าราชการซึ่งใน ความเป็นจริงแล้วก็ได้รับยาที่ไม่จำเป็นไปจำนวนมากกว่ามากตลอดมา

“ผู้คนในวงการวิชาชีพนี้มีความคิดคับแคบและหลงตัวเองมากเกินไป เราหยุดนิ่งในแง่ของโครงสร้าง เราไม่เคยคิดพัฒนาและเปลี่ยนแปลงระบบ เราบอกว่าจะทำโน่นทำนี่แต่เราไม่ทำ หลายปีมาแล้วที่เราพร่ำบ่นถึงสภาพ การทำงานที่เหนื่อยยากของพยาบาลของเรา เงินเดือนอันน้อยนิด อย่างน่าเวทนาที่จ่ายให้พวกเธอ ใช่ไหมครับ พวกเธอยังคงทำงานหนัก”

หากจะมีพยาบาลสักคนอ่านอยู่ เธอคงเป็นพยานได้ว่าที่โครนินเขียนเกี่ยวกับพยาบาลเมื่อ 90 ปีก่อนยังคงเป็นจริงวันนี้

จะเห็นได้ว่าโครนินมิได้พูดถึงหลักประกันสุขภาพเท่าไรนักนอกเหนือจากเรื่องการจ่ายล่วงหน้าเพื่อประกันสุขภาพที่เหมือนถ่านหินตอนกลางเรื่องที่เขาพูดมากกว่าคือเรื่องจริยธรรมและความล้าหลังของวงการแพทย์ ซึ่งจะว่าไปก็มีผลกระทบโดยตรงต่องบประมาณสุขภาพหากไม่จัดการให้ดีกว่าที่เป็นอยู่

ที่โครนินเน้นย้ำมากที่สุดน่าจะเป็นเรื่องการแพทย์ที่เป็นวิทยาศาสตร์ ควรมีหลักฐานเชิงประจักษ์ และควรมีการศึกษาแพทยศาสตร์ต่อเนื่อง แพทย์ควรทำงานเคียงบ่าเคียงไหล่กัน ลดช่องว่างระหว่างแพทย์ทั่วไปและผู้เชี่ยวชาญ เฉพาะ และการแพทย์ไม่ควรเป็นไปเพื่อการค้า จะเห็นว่าทั้งหมดนี้คือรากฐานของหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้านั่นเอง

โครนินเขียนหนังสือได้น่าอ่าน มีตัวละคร มีพัฒนาการของตัวละคร มีความขัดแย้ง และมีส่วนที่เป็นเมโลดราม่า แต่ทุกอย่างนั้นดำเนินไปตามแบบฉบับอย่างง่าย ๆ เสมือนนักเขียนหน้าใหม่ หนังสือเดอะซิดาเดล รวมทั้งเล่มอื่นๆ ของเขาจึงอ่านง่ายแต่มีได้รับคำชื่นชมในแง่คุณค่าของงานวรรณกรรมเท่าไรนัก เป็นนวนิยายที่เรียบง่ายและธรรมดาตามากเสียจนเป็นที่กังขาว่ามีผลกระทบต่อระบบสุขภาพอังกฤษได้อย่างไร

เวลาหลังสงครามโลกครั้งที่สองที่คนอังกฤษได้ผ่านความทุกข์ถ้วนหน้าร่วมกัน รวมทั้งความทุกข์ทางการแพทย์ เมื่อพรรคแรงงานชนะการเลือกตั้ง จึงไม่รีรอที่จะเริ่มต้นสร้างระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติขึ้น คนสำคัญคือ อันวรีน บีแวน เป็นนักการเมืองที่มีบุคลิกที่น่านิยม เขาสามารถโน้มน้าวให้คลินิกแพทย์และทันตแพทย์ทั่วประเทศทำงานร่วมกับ NHS และก้าวข้ามการต่อต้านของสมาคมแพทย์อังกฤษได้สำเร็จ



หลักประกันสุขภาพแห่งชาติของอังกฤษ ตอนที่ 1

หลักประกันสุขภาพแห่งชาติของอังกฤษถือกำเนิดเมื่อวันที่ 5 กรกฎาคม ปี ค.ศ. 1948 คือหลังสงครามโลกครั้งที่สองสงบได้ 3 ปี ภาพถ่ายที่เป็นประวัติศาสตร์ของอังกฤษและของโลกคือภาพอนิวรีน บีแวน รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขเวลานั้นเยี่ยมไข้เด็กหญิงคนหนึ่งที่โรงพยาบาลปาร์ก เดวีฮิลล์ ใกล้แมนเชสเตอร์

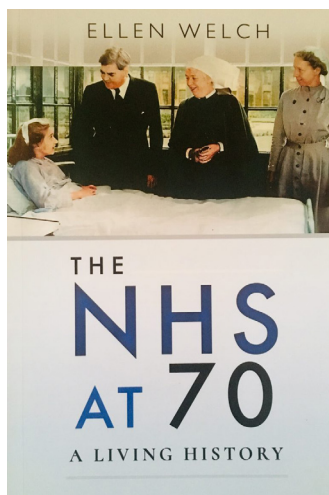
เด็กหญิงคนนี้ชื่อ ซิลเวีย ดิกกอรี่ อายุ 13 ปี นับเป็นคนไข้คนแรกของหลักประกันสุขภาพแห่งชาติอังกฤษ (NHS) เธอเล่าในภายหลังหลายปีว่า “มิสเตอร์บีแวนถามหนูว่าหนูเข้าใจความสำคัญของเหตุการณ์ครั้งนี้หรือไม่ หนูนี่คือหลักไมล์สำคัญในประวัติศาสตร์ เป็นก้าวอย่างแห่งความเป็นอารยะของประเทศชาติหนึ่ง จะเป็นวันที่หนูไม่ลืมอีกเลย แล้วก็เป็นอย่างนั้นจริงๆ ค่ะ”

คือวันที่อังกฤษเริ่มต้น Health for All สุขภาพเพื่อคนทั้งมวล

อนิวรีน บีแวน เกิดเมื่อปี ค.ศ. 1897 ในชุมชนคนทำเหมืองของแคว้นเวลส์ตอนใต้ เขายากจน ครอบครัวของเขาผจญโรคภัยไข้เจ็บสารพัด และพี่น้องสามคนในเก้าคนเสียชีวิตเพราะความเจ็บป่วย พ่อของบีแวนเป็นคนงานเหมือง บีแวนออกจากโรงเรียนตั้งแต่อายุ 13 ปีเพื่อทำงานเหมืองถ่านหินเช่นเดียวกับพ่อ

เขาเป็นผู้นำการประท้วงของคนงานเหมืองถ่านหินเมื่อปี ค.ศ. 1926 แล้วได้เป็นสมาชิกสภาผู้แทนราษฎรพรรคแรงงานในเวลาต่อมา เขาเป็นที่นิยมของชนชั้นแรงงานและเป็นนักพูดที่น่าเลื่อมใสในสภา หลังพรรคแรงงานชนะการเลือกตั้งในปี ค.ศ. 1945 นายกรัฐมนตรีเคลเมนต์ แอตลี ได้เสนอตำแหน่งรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขให้แก่เขา เขาเสนอโครงการปฏิรูประบบสุขภาพครั้งยิ่งใหญ่ด้วยความเชื่อว่า “สุขภาพคือกุญแจสำคัญที่จะไขไปสู่การลดความเหลื่อมล้ำในสังคม”

ซึ่งเป็นความจริง



แม้ว่าวินสตัน เชอร์ชิล จะนำพาอังกฤษผ่านความยากลำบากและเอาชนะนาซีได้ในสงครามโลกครั้งที่สอง เป็นวีรบุรุษของชาติ แต่เขาก็พ่ายแพ้การเลือกตั้งแก่พรรคแรงงานซึ่งมีนโยบายเพื่อสังคมที่ชัดเจนมากกว่า ดังที่รู้กันว่าอังกฤษบอบช้ำมากที่สุดแม้ว่าจะเอาชนะได้ หากไม่จัดการงบประมาณด้านสุขภาพในตอนนั้นให้เรียบร้อยแล้วจะไปจัดการเมื่อไร หลักประกันสุขภาพแห่งชาติถือกำเนิดขึ้นไม่เพียงช่วยเหลือคนยากจนให้รอดชีวิตอย่างเสมอหน้า

ช่วยเหลือชนชั้นกลางและชนชั้นสูงให้รอดชีวิตอย่างไม่เลือกที่รักมักที่ชัง
หลักประกันสุขภาพแห่งชาติยังทำให้ประเทศชาติรอดพ้นจากการล่มละลายทั้ง
ทางเศรษฐกิจและสังคมด้วย

นั่นคือสิ่งที่ประเทศไทยทำเมื่อปี พ.ศ. 2545 หลังชัยชนะของพรรค
ไทยรักไทย โดยมีคุณหญิงสุตารัตน์ เกยุราพันธ์กับนายแพทย์สุรพงษ์ สืบวงศ์ลี
เป็นรัฐมนตรีว่าการและรัฐมนตรีช่วยว่าการกระทรวงสาธารณสุขตามลำดับ
จะชอบหรือไม่ชอบพรรคไทยรักไทยก็เปลี่ยนชื่อรัฐมนตรีในประวัติศาสตร์ได้

หลักประกันสุขภาพแห่งชาติอังกฤษมีได้ลอยลงมาจากอากาศธาตุ อังกฤษ
เริ่มต้นดูแลคนยากจนตั้งแต่ยุควิกตอเรียด้วยโครงการให้วัคซีนและศึกษา
ระบาติวิทยาของโรคต่างๆ เมื่อถึงตอนต้นคริสต์ศตวรรษที่ 20 พรรคเสรีนิยม
ก็มีได้หนึ่งนอใจ เสนอโครงการตรวจสุขภาพนักเรียนตามโรงเรียนต่างๆ และให้
อาหารกลางวัน รวมทั้งเริ่มระบบเยี่ยมบ้าน ลอยด์ จอร์จ เริ่มโครงการประกัน
สังคมให้แก่คนงาน แต่ทั้งหมดนี้ก็ยังไม่สามารถแก้ไขปัญหาสำคัญที่สุดข้อหนึ่ง
คือการเข้าไม่ถึงบริการ โดยเฉพาะอย่างยิ่งภรรยาและบุตรของคนงาน

ชวนให้นึกถึงเรื่องเล่าของคุณหมอสงวนเรื่องที่ท่านไปพบหญิงสาวทำเงิน
30 บาทอุ้มลูกที่เจ็บป่วยเดินห่างออกจากโรงพยาบาลแทนที่จะเดินเข้าหา
โรงพยาบาล

กระทรวงสาธารณสุขอังกฤษเมื่อปี ค.ศ. 1918 ประกาศว่า “สุขภาพเป็น
หน้าที่ของรัฐ” และเป็นความรับผิดชอบของรัฐ

จะเห็นว่าเส้นทางที่หลักประกันสุขภาพแห่งชาติอังกฤษถือกำเนิดมาได้
ต่างจากบ้านเรา เพียงแต่ทั้งหมดที่เราทำทุกวันนี้พวกเขาทำแล้วตอนเริ่มต้น
ศตวรรษที่ 20 เช่น โครงการให้อาหารกลางวัน เป็นต้น บทเรียนที่สำคัญคือ
แม้ว่าทั้งหมดที่ทำไปนั้นเป็นเรื่องถูกต้องแต่ไม่เคยเพียงพอ (non-adequate)
ประเทศชาติที่มีอารยะควรก้าวกระโดดครั้งใหญ่เพื่อลดความเหลื่อมล้ำของ
ประชาชน นั่นคือรัฐเข้ามา ‘จัดการ’ ระบบสุขภาพ

แม้ว่าสุขภาพจะเป็นเรื่องส่วนตัว อยากแข็งแรงต้องอาบน้ำ แปร่งฟัน และออกกำลังกาย เป็นต้น แต่สุขภาพเป็นความรับผิดชอบของรัฐด้วย หากรัฐไม่ทำ บังคับบุคคลก็จะไปไม่รอด แล้วในที่สุดประเทศชาติก็จะไปไม่รอดด้วยเช่นกัน

ตั้งแต่ปี ค.ศ. 1890 ที่ร้อยละ 88 ของงบประมาณของโรงพยาบาลใน อังกฤษได้จากเงินบริจาค แล้วลดลงเหลือร้อยละ 35 ในคริสต์ทศวรรษที่ 1930 โรงพยาบาลหลายแห่งปิดตัวลงเพราะแบกรับค่าใช้จ่ายไม่ไหว การสำรวจในปี ค.ศ. 1938 พบว่าโรงพยาบาลต่างๆ มีเตียงไม่พอ บุคลากรไม่พอ และผู้ป่วยเข้าไม่ถึงบริการ การกระจายของแพทย์ผู้เชี่ยวชาญไม่ทั่วถึงและถึงแม้โรงพยาบาล ท้องถิ่นสักแห่งจะมีแพทย์ผู้เชี่ยวชาญแต่ก็ไม่มีอุปกรณ์ที่จำเป็น ภาระงานของ พยาบาล 1 คนดูแลผู้ป่วย 60 เตียง การบริหารเตียงสับสนอลหม่าน ผู้ป่วย สมองเสมือนในวัยชราอนปะปนกับผู้ป่วยเด็ก ค่ารักษาพยาบาลสูงเกินเอื้อม สำหรับประชาชนทั่วไป

สมาคมแพทย์แห่งสหราชอาณาจักรเสนอแผนปฏิรูปในปี ค.ศ. 1930 ด้วยการจัดระบบโรงพยาบาลท้องถิ่นใหม่ และให้ประกันสุขภาพ (health insurance coverage) สมาคมแพทย์โซเชี่ยลลิสต์ไปไกลกว่าคือเสนอแผนหลักประกัน สุขภาพถ้วนหน้า (for all) ไม่เสียค่าบริการที่จุดรับบริการ (free at the point of use) แผนนี้เข้าสู่นโยบายของพรรคแรงงานในเวลาต่อมา

คล้ายกับที่ นายแพทย์สงวน นิตยารัมภ์พงศ์ ยื่นข้อเสนอทั้งหมดต่อพรรค ไทยรักไทย

หน้าตาของระบบสุขภาพอังกฤษหลังสงครามใต้หลักประกันสุขภาพ แห่งชาติในระยะเริ่มต้นสามารถดูได้จากหนังสือของบีบีซีเรื่อง Call the Midwife

หนังสือสนุกและน่ารักมาก

หมายเหตุ - อ้างอิงจากหนังสือ *The NHS at 70: A Living Story* เขียนโดย Ellen Welch สำนักพิมพ์ Pen&Sword History ตีพิมพ์เมื่อปี พ.ศ. 2561



หลักประกันสุขภาพแห่งชาติของอังกฤษ ตอนที่ 2

“บริการทางการแพทย์ควรให้แก่คนรวยและคนจนเหมือนกัน ด้วยข้อบ่งชี้ทางการแพทย์เท่านั้น โดยไม่มีข้อบ่งชี้อื่น บริการสุขภาพที่ดีคือ คนรวยและคนจนได้รับการปฏิบัติที่เหมือนกัน ความจนมิใช่ข้อจำกัด และความรวยมิใช่ข้อได้เปรียบ” อนิเวิร์ธ ปีแวน ปี ค.ศ. 1948

เมื่อเริ่มวันใหม่หลังเที่ยงคืนวันที่ 5 กรกฎาคม 1948 แพทย์ ทันตแพทย์ พยาบาล เภสัชกร จักษุกร และบุคลากรหลายวิชาชีพได้ร่วมกันเริ่มต้น หลักประกันสุขภาพแห่งชาติของอังกฤษ ซึ่งเมื่อนับถึงปัจจุบันเป็นระบบ หลักประกันสุขภาพแห่งชาติที่เก่าแก่ที่สุด และมีอายุมากเกิน 70 ปีแล้วในวันนี้

วันนี้หลักประกันสุขภาพแห่งชาติอังกฤษเผชิญความท้าทายครั้งใหญ่ เช่นเดียวกับประเทศไทยงบประมาณไม่พอ บุคลากรทำงานหนัก และค่าใช้จ่ายของการรักษาสัมัยใหม่ที่สูงขึ้น จากวันที่อังกฤษสามารถฉีดวัคซีนเพื่อกำจัดหัด หัดเยอรมัน คางทูม คอตีบ ไอกรณ บาดทะยัก และโปลิโอ ไม่นับเรื่องการกวาดล้างพิษสุนัขบ้าจนหมดสิ้น มาจนถึงการแพทย์ระดับพันธุกรรม การเปลี่ยนอวัยวะ และเทคโนโลยีขั้นสูงในการรักษาโรคมะเร็ง เด็กไม่ตายง่าย ๆ แล้วผู้สูงอายุก็ไม่ตายง่าย ๆ ด้วย มีความพยายามโจมตีหลักประกันสุขภาพที่เป็นอยู่และเปลี่ยนรูปแบบให้มีการร่วมจ่ายตามความต้องการของ

ผู้รับบริการและแพทย์มากกว่าเดิม ด้วยจุดประสงค์ให้การเงินของระบบพอเพียงมีประสิทธิภาพดีขึ้น และบุคลากรทำงานได้ดีขึ้น

แม้ว่าสถานการณ์วันนี้คล้ายกัน แต่ตอนเริ่มต้นไม่เหมือนกัน

หลักประกันสุขภาพแห่งชาติอังกฤษมีรากฐานมาจากการบริการการแพทย์ฉุกเฉินช่วงสงครามโลกครั้งที่สอง เวลานั้นโรงพยาบาลทุกแห่งอำนวยการตนเองเพื่อเตรียมรองรับผู้บาดเจ็บจากภัยสงครามทั้งที่กลับจากสมรภูมิและการทิ้งระเบิด มีการเพิ่มแพทย์ผ่าตัด ศัลยแพทย์ทางสมอง และพัฒนาศัลยกรรมตกแต่งเพื่อรองรับ มีระบบประสานงานทุกองคาพยพอย่างมีประสิทธิภาพ เรียกว่า Emergency Medical Service (EMS) เพื่อรองรับอุบัติเหตุหมู่ เป็นครั้งแรกที่ประชาชนอังกฤษเข้าถึงบริการอย่างเสมอหน้ากันอย่างไม่เคยได้มาก่อน

คนรวยและคนจนถูกระเบิดได้เท่าๆ กัน

สำนึกความเท่าเทียมนี้ถูกปลุกฝังระดับชาติจากการเผชิญภัยร่วมกัน จะมากหรือน้อยความรับรู้ถึงภัยพิบัติที่จะเกิดขึ้นถ้วนหน้าหากไม่ช่วยเหลือกันเมื่ออยู่ลึกกว่า คล้ายๆ กับที่ญี่ปุ่นและเยอรมนีพบหลังสงคราม ต่างจากของเราที่มีได้ผ่านความทุกข์ร่วมกันมากพอ คนชั้นกลางยังพอได้ผ่านความทุกข์จากความเจ็บป่วยบ้าง นั่นคือความจนเฉียบพลันจากการเจ็บป่วยร้ายแรงที่สามารถผลาญเงินเก็บทั้งชีวิตหมดได้ในเวลาไม่กี่เดือน แต่กับชนชั้นสูงนั้นเราไม่เคยมีชะตากรรมร่วมกันเลย การแพทย์ของคนรวยกว่าควรจะดีกว่าจึงยังเป็นเรื่องที่หลายคนฝันถึง

อนิวัน บีแวน ได้ชื่อว่าเป็นสถาปนิกของหลักประกันสุขภาพตั้งแต่แรก เขาวางแผนโครงสร้างไว้ 3 ส่วน ส่วนที่หนึ่งคือการแบ่งเขตโรงพยาบาลทั่วประเทศออกเป็น 14 เขต ส่วนที่สองคือบุคลากรทั้งหมดรับค่าตอบแทนจากโรงพยาบาลโดยตรงหรือส่วนท้องถิ่น ส่วนที่สามคือบริการพื้นฐานเป็นหน้าที่ของส่วนท้องถิ่น ได้แก่ บริการผดุงครรภ์ การเยี่ยมบ้าน บริการสุขภาพโรงเรียน บริการรพ.พยาบาล การให้วัคซีน และบริการส่งเสริมสุขภาพ เหล่านี้เป็นความรับผิดชอบของส่วนท้องถิ่นมาตั้งแต่แรกเริ่ม

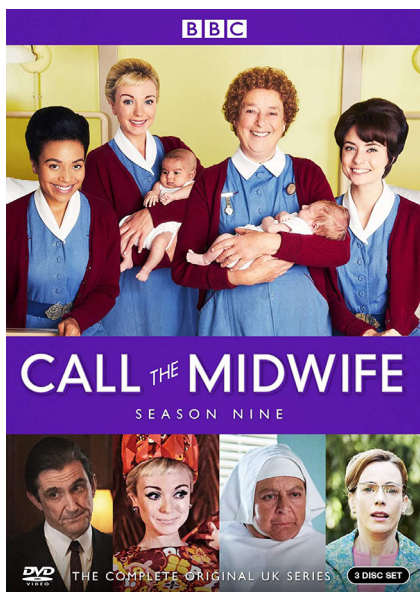
จะเห็นว่านี่เป็นโครงสร้างที่ไม่เหมือนบ้านเรา โรงพยาบาลของเรา มีไข้ของท้องถิ่น บุคลากรของเราจึงมิได้รับค่าตอบแทนจากส่วนท้องถิ่น พุดง่าย ๆ ว่าส่วนท้องถิ่นมิใช่เจ้านาย เจ้านายที่แท้คือกระทรวงสาธารณสุขซึ่งอยู่ที่กรุงเทพมหานคร ไกลจากที่ทำงานของเรามาก แม้ว่าทุกวันนี้บุคลากรรับเงินเดือนจากงบประมาณด้านหลักประกันสุขภาพ แต่ผู้ให้ทุนให้โทษยังคงเป็น กระทรวงสาธารณสุข

ส่วนบริการพื้นฐานยังเห็นได้ชัดว่าเกือบทั้งหมดรวมศูนย์ที่โรงพยาบาล บ้านเรายังห่างไกลจากคำว่ากระจายอำนาจมาก

เมื่อจุดเริ่มต้นต่างกัน คือพวกเขาเริ่มจากการได้ร่วมทุกข์ร่วมสุขตอน สงคราม และบริการพื้นฐานต่างกัน คือพวกเขามีการกระจายอำนาจตั้งแต่แรก แม้ว่าวันนี้เราวิวาทะเรื่องคล้าย ๆ กัน คือระบบหลักประกันขาดแคลน งบประมาณและบุคลากรทำงานหนัก แต่ที่แท้เรากำลังวิวาทะเรื่องคล้ายกัน ที่มีรากฐานจากคนละทิศทาง พุดง่าย ๆ คือที่ว่าเราขาดแคลนงบประมาณนั้น เป็นความจริงมากน้อยเพียงใด? และที่ว่าบุคลากรของเราขาดแคลนมีที่มา ที่ไปอย่างไร?

สมาคมแพทย์สหราชอาณาจักรคัดค้านและต่อต้านบีแวนตั้งแต่เริ่มแรก มีบ้างถึงกับเรียกเขาวานาซี แพทย์ส่วนใหญ่ไม่สบายใจที่ต้องรับค่าตอบแทน จากรัฐหรือรับค่าตอบแทนจากส่วนท้องถิ่นแทนที่จะเก็บเงินเข้ากระเป๋าตนเอง ได้ง่าย ๆ เหมือนที่ผ่านมา ที่หนักหนาที่สุดคือบีแวนได้สร้างระบบแพทย์ ผู้เชี่ยวชาญและการจ่ายค่าตอบแทนผู้เชี่ยวชาญขึ้นมาในหลักประกัน สุขภาพด้วย

ชวนให้นึกถึงการทำงานของสูติแพทย์ในซีรีส์ของบีบีซีเรื่อง *Call the Midwife* ตอนหนึ่ง ด้านหน้าของงานสูติกรรมในอังกฤษหลังสงครามคือพยาบาล ผดุงครรภ์ที่ถีบจักรยานไปให้บริการการคลอดถึงบ้าน รวมทั้งบริการที่เกี่ยวข้องทั้งหมด พยาบาลเหล่านี้มีความสามารถสูงมาก ทำได้ตั้งแต่การทำคลอด ทำยากไปจนถึงการตรวจหาซิฟิลิส ทั้งหมดนี้มีสูติแพทย์อยู่หนึ่งคนที่คอยรับ ประึกษา เข้าช่วยเหลือเมื่อถูกเรียก และรับส่งต่อกรณีรักษายากหรือต้องผ่าตัดที่ โรงพยาบาลท้องถิ่น สูติแพทย์นี้รับค่าตอบแทนเป็นเงินเดือนพร้อมค่าตอบแทน ตามภาระงาน



ซีรีส์ Call the Midwife สร้างจากหนังสือนวนิยายขายดีของอดีตพยาบาล ผดุงครรภ์อาวุโส Jennifer Worth เล่าเรื่องการทำงานของพยาบาลผดุงครรภ์ในเขตอีสต์เอนด์ของลอนดอนซึ่งเป็นเขตยากจนเมื่อคริสต์ทศวรรษ 1950 หลังการเริ่มต้นหลักประกันสุขภาพไม่นาน เราจะได้เห็นบริการใกล้บ้านใกล้ใจ (ด้วยจักรยาน) และเฉลี่ยทุกข์เฉลี่ยสุข (ด้วยบริการที่เท่าเทียมตามข้อบ่งชี้ทางการแพทย์) รวมทั้งระบบส่งตัวผู้ป่วยและการส่งปรึกษาแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ

หนังสนุก เบาสมอง ชวนให้เห็นด้านดีงามเหลือเกินของวิชาชีพแพทย์และพยาบาล สร้างมาตั้งแต่ปี ค.ศ. 2012 ถึงวันนี้เป็นฤดูกาลที่ 8 แล้ว ใส่ใจ Grey's Anatomy เข้าไปเรื่อย ๆ หากดูทั้งสองเรื่องพร้อมกันจะได้ภาพคอนทราสต์ที่น่าสนใจ และชวนคิดคำนึงได้มาก



หลักประกันสุขภาพแห่งชาติของอังกฤษ ตอนที่ 3

วันที่ 5 กรกฎาคม 1948 อังกฤษเริ่มต้นหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (NHS) ด้วยคำพูดของรัฐมนตรีปีแวนที่ว่า “นี่คือก้าวอย่างแห่งอารยะที่ยิ่งใหญ่ที่สุดเท่าที่ประเทศชาติหนึ่งจะทำได้” นับจากวันนั้นคนอังกฤษทุกคนได้รับการรักษาโรครฟรี ไม่มีค่าใช้จ่าย “สงครามทำให้พวกเราทุกคนตระหนักว่าเราเป็นเพื่อนบ้านกัน”

ดังที่บันทึกไว้ว่าหลักประกันสุขภาพแห่งชาติอังกฤษเริ่มต้นขึ้นจากรากฐานของการร่วมทุกข์ช่วงสงครามโลกครั้งที่สอง คนรวยคนจนถูกระเบิดพิกการและตายได้เท่าๆ กัน ระบบการแพทย์ฉุกเฉินหรือที่เรารู้จักกันวันนี้ในชื่อ EMS และรถ EMS ก็เริ่มขึ้นในเวลานั้น โดยไม่มีค่าใช้จ่าย

นายแพทย์ พยาบาล ทันตแพทย์ และบุคลากรทุกคนออกจากบ้านไปทำงานในตอนเช้าวันที่ 5 กรกฎาคม 1948 เหมือนทุกวัน แต่ที่ต่างกันคือวันนี้ไม่เก็บเงิน พวกเขาพบในทันทีว่าผู้ป่วยกลุ่มแรกที่หลั่งไหลมาโรงพยาบาลคือชนชั้นกลาง ซึ่งเคยต้องจ่าย

ประมาณการงบประมาณก่อนเริ่มต้นหลักประกันอยู่ที่ 170 ล้านปอนด์ แต่เพียงปีแรกปีเดียวงบประมาณที่ใช้ไปทั้งหมดเท่ากับ 305 ล้านปอนด์

แพทย์เคยเขียนใบสั่งยาเดือนละ 7 ล้านใบเมื่อปี ค.ศ. 1947 ก่อนการเริ่มต้นหลักประกัน พอถึงปี ค.ศ. 1951 แพทย์เขียนใบสั่งยาเดือนละ 19 ล้านใบ

มีเรื่องที่ไม่น่าเชื่อเกี่ยวกับอังกฤษที่น่าแปลกใจ หลักประกันสุขภาพในตอนเริ่มต้นนี้รวมค่าวัดสายตาและตัดแว่นด้วย!

งบประมาณที่ตั้งไว้สำหรับงานวัดสายตาและตัดแว่นอยู่ที่ 1 ล้านปอนด์ในปีที่หนึ่ง ปรากฏว่ามีการสั่งตัดแว่นจำนวน 5.25 ล้านอัน ใช้งบประมาณไป 32 ล้านปอนด์!

หลังสงครามโลกครั้งที่สอง สุขภาพสายตาของคนอังกฤษอยู่ในมือจักษุกรมากกว่าจักษุแพทย์ด้วยจำนวนจักษุแพทย์ที่มีน้อยมาก ทำให้จักษุกรทั้งหมดยินดีมากที่จะได้เข้าร่วมกับหลักประกันสุขภาพ แม้ว่าพวกเขาจะต้องเข้ารับการศึกษาเพื่อสร้างมาตรฐานเพิ่มเติมและมีการควบคุมคุณภาพในระดับเดียวกับนายแพทย์ เมื่อถึงปี ค.ศ. 1950 คิวการรอแว่นตาอยู่ที่ 18 เดือนซึ่งกว่าจะถึงเวลานั้นสายตาของผู้ป่วยเปลี่ยนไปอีก ไม่นับว่าประชาชนจำนวนมากต้องการแว่นตาแม้ว่าสายตาจะเป็นปกติดี งบประมาณด้านนี้อยู่ที่ 22 ล้านปอนด์ต่อปีเมื่อสิ้นทศวรรษ

การวัดสายตาและตัดแว่นฟรีจึงถูกตัดออกจากหลักประกันสุขภาพแห่งชาติตั้งแต่ปี ค.ศ. 1951 สามปีหลังการเริ่มต้นระบบ

ปี ค.ศ. 1949 บทวิจารณ์ในวารสารการแพทย์ British Journal of Medicine (BMJ) ทำนายว่าหลักประกันสุขภาพแห่งชาติจะนำมาซึ่งความล่มจมของประเทศ ด้วยเหตุผลว่าหลักประกันสุขภาพแห่งชาติไม่ได้คำนวณปัจจัยด้านอายุของคนอังกฤษที่จะยืนยาวขึ้น และได้คำนึงถึงนิยามของคำว่าความเจ็บไข้ อธิบายว่าก่อนหน้านี้ประชาชนจะพบแพทย์ด้วยเรื่องความเจ็บป่วยเล็กๆ น้อยๆ เท่านั้น พวกที่ป่วยหนักมักจะไม่มา แต่วันนี้พวกที่ป่วยหนักก็มาถึงโรงพยาบาลได้แล้วด้วย ทำให้การคำนวณงบประมาณผิดความจริงไปมาก

ปี ค.ศ. 1948 อายุขัยเฉลี่ยของชาวอังกฤษสำหรับผู้ชาย 66 ปี ผู้หญิง 71 ปี และปี ค.ศ. 2018 ผู้ชาย 79.2 ปี ผู้หญิง 82.9 ปี ความแตกต่างที่มากถึง

10 ปี นี้อธิบายว่าเกิดจากเทคโนโลยีการแพทย์ที่ก้าวหน้าและการเข้าถึงบริการสุขภาพที่เท่าเทียม เหตุที่ใช้คำว่าเท่าเทียมเพราะตัวเลขนี้เป็นค่าเฉลี่ย หากลำพังคนรวยที่เข้าถึงเทคโนโลยีขั้นสูงแล้วคนจนเข้าไม่ถึง ตัวเลขค่าเฉลี่ยย่อมไม่ออกมาในลักษณะนี้

อย่างไรก็ตาม ความท้าทายใหม่ๆ กำลังเริ่มต้น ในขณะที่หลักประกันสุขภาพยังไม่ครอบคลุมถึงการตรวจและรักษาทางพันธุกรรม เป็นไปได้ว่าคนรวยจะเข้าถึงการดัดแปลงพันธุกรรมได้เร็วกว่าและมากกว่า บางทีในอนาคตเราอาจจะต้องแบ่งตัวเลขอายุขัยนี้ออกเป็น 2 กลุ่ม คือกลุ่มที่เข้าถึงการรักษาพันธุกรรมกับกลุ่มที่ไม่ได้รับการรักษาพันธุกรรม นี่คือรูปแบบหนึ่งของ genetic divided หรือการแบ่งชั้นทางพันธุกรรม

ปี ค.ศ. 1950 นายกรัฐมนตรีแอตลีแห่งอังกฤษ เกิดสเคล เข้ามาช่วยดูแลงบประมาณ เขาเสนอให้มีการเก็บค่าบริการสำหรับบริการทันตกรรมและบริการด้านสายตา นั่นทำให้ปีแวนลาออกจากคณะรัฐมนตรีในทันที

การเก็บค่าบริการจำนวน 1 ชิลลิงต่อครั้งเริ่มต้นในปี ค.ศ. 1952 และปรับขึ้นเรื่อยๆ จนถึงทุกวันนี้ อย่างไรก็ตามค่าบริการนี้ยกเว้นให้แก่สตรีมีครรภ์ นักเรียนนักศึกษา ผู้รับเงินบำนาญ คนยากจนและผู้ป่วยเรื้อรัง นั่นเท่ากับมากกว่าครึ่งหนึ่งของทั้งหมด

ก่อนปี ค.ศ. 1948 แพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป (General Practitioner: GP) เก็บเงินผู้ป่วยโดยตรงหรือจากหลักประกันสุขภาพส่วนท้องถิ่นที่ลอยด์ จอร์จทำไว้ตั้งแต่ปี ค.ศ. 1911 แต่หลังจากปี ค.ศ. 1948 แพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปขึ้นทะเบียนกับหลักประกันสุขภาพแห่งชาติแล้วให้ประชาชนลงทะเบียนกับแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปซึ่งจะหาหน้าที่เป็นด่านหน้าก่อนส่งปรึกษา ระบบส่งปรึกษาระหว่างแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปกับแพทย์ผู้เชี่ยวชาญที่โรงพยาบาลก็อยู่ในการบริหารของหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเช่นกัน

แพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปจะได้รับเงินจากรัฐบาลตามรายหัวของประชาชนที่มาลงทะเบียน แต่ค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นเป็นเรื่องที่แพทย์ต้องจัดการกันเอง

หลักประกันสุขภาพแห่งชาติมีแนวคิดและคาดหวังไปจนถึงส่งเสริมให้แพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปทำเรื่องส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคให้มากกว่าการรักษาด้วยจะเห็นว่าเป็นแนวคิดสากล

ซึ่งไม่ง่ายเลยเมื่อถึงเวลาปฏิบัติจริง

ปี ค.ศ. 1948 อัตราการตายของทารกแรกเกิดเท่ากับ 34.5 ต่อ 1,000 ลดลงเป็น 3.7 ในวันนี้ อัตราการสูบบุหรี่ร้อยละ 65 ลดลงเป็นร้อยละ 20 ในวันนี้ และเมื่อคำนวณงบประมาณต่อหัวตลอดชีวิต ตัวเลขในปี ค.ศ. 1948 เท่ากับ 200 ปอนด์ เพิ่มขึ้นเป็น 2,106 ปอนด์ในวันนี้



หลักประกันสุขภาพแห่งชาติของอังกฤษ ตอนที่ 4

ลูกหมาตัวหนึ่งอายุ 5 เดือน ป่วยด้วยลิ่มหัวใจร้ายได้ยินเสียงฟู่ชัดเจน และจะต้องตายในเวลาไม่เกินสามเดือนนับจากนี้ สัตวแพทย์ในบริเวณใกล้เคียงไม่มีใครมีความสามารถมากพอที่จะผ่าตัดรักษากรณีเช่นนี้ได้ จึงได้ส่งปรึกษาสัตวแพทย์ที่ลอนดอนซึ่งยินดีบินมาเพื่อผ่าตัดด้วยเครื่องมือพิเศษผ่านทางหลอดเลือดแดงใหญ่ที่ขาหนีบ (femoral artery) การผ่าตัดประสบความสำเร็จด้วยดีเมื่อวันที่ 30 ตุลาคม 2562 ด้วยค่าใช้จ่าย 4,500 ปอนด์

สัตวแพทย์ส่วนใหญ่ในประเทศพัฒนาแล้วทำคลินิกส่วนตัว อาจจะทำงานคนเดียวหรือทำร่วมกับเพื่อน เจ้าของสัตว์เป็นผู้จ่ายค่ารักษาพยาบาล ค่ารักษาพยาบาลแปรตามความยากง่ายของสัตว์เลี้ยงที่ป่วย ประสบการณ์ของหมอ สิ่งอำนวยความสะดวก และชื่อเสียงของแพทย์ ช่วงปีหลังๆ เริ่มมีการรวมตัวเป็นบริษัท และทำงานเป็นชน

เรื่องนี้เกี่ยวข้องกับหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (ของคน) เมื่อแปดปีที่แล้ว ดินันได้อาสาเข้าไปทำงานเพื่อการกุศล และได้เห็นความคล้ายคลึงระหว่างการรักษาสัตว์กับการรักษาคน มีบทเรียนที่ได้จากเชกเดอร์เล็กๆ นี้ นั่นคืองานอาสาสมัครรักษาสัตว์ป่วย

ดิฉันอาสาทำงานนี้เพื่อช่วยเหลือผู้ป่วย (สัตว์) ที่ยากจนในอังกฤษ เราพยายามขอให้บริจาคแต่ก็เป็นเหมือนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติที่ลงเอยด้วยการรักษาฟรีเสียมาก ลูกค้าของเราคิดถึงบริการของเราเหมือนหลักประกันสุขภาพแต่ทุนทั้งหมดของเรามาจากการบริจาคทั้งสิ้น ไม่มีทุนจากรัฐบาล ในฐานะคุณหมอเรากำลังใช้เงินของคนอื่น เหมือนหมอในระบบหลักประกันสุขภาพ เรามีข้อผูกพันที่จะใช้เงินนี้อย่างคุ้มค่ามากที่สุด

ประสบการณ์การทำงานรักษาสัตว์ในภาคเอกชนสอนให้ดิฉันรู้ว่า เรากำลังตีค่าความเป็นความตายทางเศรษฐกิจ ชีวิตและความตายมีมูลค่าเป็นตัวเงิน การประกันสุขภาพสัตว์มิได้เป็นเรื่องบังคับ เจ้าของสัตว์เลี้ยงที่มีไม่ได้ทำประกันหรือทำน้อยเกินไปจะต้องเผชิญความหวาดกลัวที่เราจะไม่สามารถจ่ายเพื่อสัตว์เลี้ยงของเขา การส่งปรึกษาของเราคือสงครามระหว่างเรื่องที่เราทำได้กับเรื่องที่เราควรทำโดยต่างไม่ยอมลดราวาคอกันง่ายๆ การถกเถียงเรื่องค่ารักษาพยาบาลเจ็ดร่างที่นอนอยู่ของสัตว์เลี้ยงไปมา ความท้าทายที่จะรักษาไว้ซึ่งมาตรฐานการรักษาและความมั่นคงทางจริยธรรมเป็นเรื่องที่ยากที่สุดในงานของเรา เรื่องอาจจะจบลงที่วิธีรักษาที่ห่างจากมาตรฐานมาก

หรือจบลงที่การรณยุทธสัตว์ด้วยเหตุผลด้านการเงิน

เคสที่ดิฉันจำได้ดีเป็นหมาเยอรมันเชิร์ทเทอร์เรียชื่อเบตตี มันอยากเป็นเพื่อนกับแมว แต่แมวไม่ได้อยากเป็นเพื่อนกับมัน แล้วครั้งหนึ่งเรื่องก็จบลงด้วยรอยข่วนที่ตากลายเป็นบาดแผลใหญ่ การรักษาขั้นต้นไม่ได้ผล ขึ้นต่อไปคือควักลูกตาออก แม้ว่าจะคิดค่ารักษาแบบเท่าทุนแล้วเจ้าของก็ไม่มีจ่าย เรื่องจึงจบลงด้วยการทำให้มันตายอย่างสงบ เป็นประสบการณ์ที่เจ็บปวดมากทั้งกับเจ้าของและหมอ อะไรที่ควรทำได้กลับทำไม่ได้เพราะไม่มีเงิน การทำให้ฟรีอาจจะช่วยเรื่องมโนธรรมแต่ไม่ดีต่อธุรกิจในระยะยาว

สถานการณ์แบบเบตตีสามารถก่อให้เกิดความรู้สึกผิดและความโกรธ ดิฉันเคยพบเหตุการณ์ที่เพื่อนร่วมงานถูกเรียกว่าฆาตกรและถูกทำร้ายทั้งทางวาจาหรือทางร่างกาย มีบางครั้งที่เราจ่ายเงินส่วนตัวเพื่อผู้ป่วยของเรา ผู้ป่วยของเราอดโดยเหลือสามขาหรือตาข้างเดียว แต่น่าเสียดายเราทำแบบนี้ไม่ได้

ทุกครั้ง ความสูญเสีย ความเห็นอกเห็นใจ ความเอื้ออาทร และมือของหมอที่ถือเข็มเดินยาให้สัตว์ตายอย่างสงบเป็นเรื่องที่จะถูกกลืนเลือนไปในที่สุด

เหตุผลนี้ทำให้ดิฉันออกจากงานคลินิกส่วนตัวมาที่เชกเตอร์งานอาสาสมัคร และพบปัญหาเรื่องการใช้งบประมาณจากเงินทุนที่มี คือสถานการณ์เดียวกันกับระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ดิฉันพบว่ามาตรฐานการรักษาของเราอยู่ในเกณฑ์ดีและกรณีอย่างเบตตี้ไม่เกิดขึ้น เรารักษาผู้ป่วยแบบเบตตี้วันละหลายสิบตัวทุกวัน ชวนให้คิดถึงระบบสุขภาพของคอนอริกกันว่า มีผู้ป่วย ญาติ และหมอมากเท่าไรที่พบปัญหาด้านการเงิน ขอขอบคุณหลักประกันสุขภาพแห่งชาติที่ช่วยเรา เมื่อนึกถึงว่าเรื่องทำนองนี้เกิดกับญาติของเรา เป็นเรื่องที่ไม่กล้าคิดถึงเอาเลย

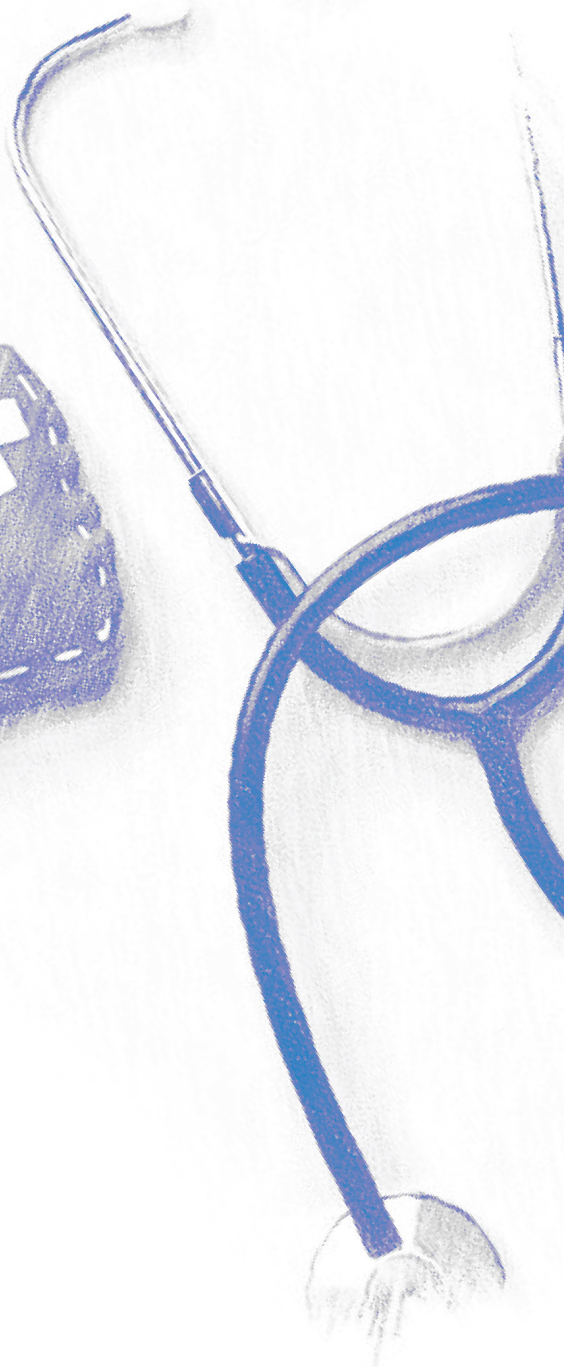
บิลค่ารักษาสัตว์สูงขึ้นมาก มันสูงขึ้นมากขนาดนี้ได้อย่างไร อุปกรณ์และเวชภัณฑ์ที่สัตวแพทย์ใช้ไม่ต่างจากของคนเท่าไรนัก เราส่งเลือดไปตรวจห้องปฏิบัติการในลักษณะเดียวกัน ดิฉันยังจำได้ถึงวันเวลาที่เครื่องเอ็กซเรย์ MRI ยังไม่แพร่หลายในงานสัตวแพทย์ พวกเรานักศึกษาหลบเข้าไปใช้เครื่อง MRI บนถนนคราวน์ ลีเวอร์พูล เพื่อสแกนสัตว์ป่วยของเราเมื่อคนกลับไปหมดแล้ว เรารู้หรือไม่ว่าต้นทุนของ MRI เท่าไร ของเอ็กซเรย์ธรรมดาเท่าไร สรีระบำบัดเท่าไร เราได้ยินคนบ่นเรื่องบิลค่ารักษามาก บางทีถ้าประชาชนรู้ต้นทุนของค่ารักษาพยาบาล อะไรที่ได้นั้นแทบจะเหมือนการลักขโมยเลยทีเดียว เหมือนที่ความคาดหวังสูงทำให้เจ้าของสัตว์เลี้ยงเรียกร้องการรักษามาตรฐานสูงโดยไม่ติดป้ายราคา

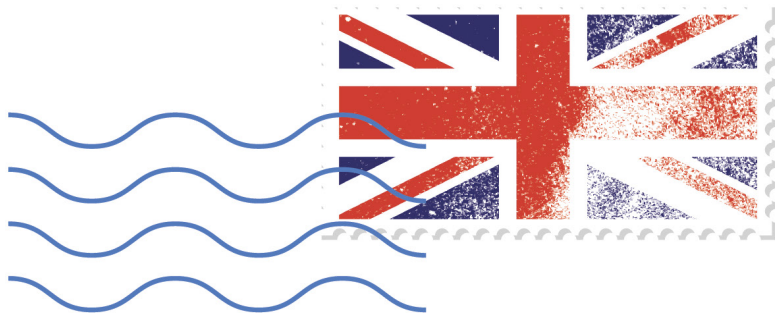
ในงานที่ดิฉันทำ เราสรุปค่ารักษาพยาบาลสัตว์ให้เจ้าของทราบล่วงหน้า ให้เขารู้ว่าการรักษาของเราสมเหตุผลและเป็นการกระตุ้นให้เกิดการบริจาค บางทีการกระทำเช่นนี้แก่ผู้ป่วยในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติอาจจะช่วยให้ผู้ป่วยตระหนักถึงมูลค่าของการรักษาพยาบาลมากขึ้น

ดิฉันรู้สึกสำนึกในบุญคุณของหลักประกันสุขภาพแห่งชาติมาก และสำนึกในการทำงานหนักของบุคลากรที่อยู่ในระบบวันต่อวัน แม้ว่าวันนี้เราจะมืองค์กร

การกุศลมากมายเข้ามาช่วยเหลือทั้งผู้ป่วยสัตว์และคน แต่ถ้าขาดหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ องค์กรการกุศลสำหรับสัตว์ที่ดิฉันทำงานอยู่ก็อาจจะกลายเป็นผู้สมควรได้รับความช่วยเหลือมากที่สุดไปด้วย

เคท คาวานาห์ ศัลยสัตวแพทย์ชาวอังกฤษ เขียนไว้ในหนังสือ *The NHS at 70: A Living History* ของ Ellen Welch สำนักพิมพ์ Pen and Sword ตีพิมพ์เมื่อปี พ.ศ. 2561





NHS



สู่สังคมผู้สูงอายุ Amour

ในสังคมผู้สูงอายุ เราจะได้พบสถานการณ์นี้กันทุกคน ไม่เป็นคนใด
ก็คนหนึ่ง

คำแนะนำอย่างสั้นที่สุดคือถ้ามีเงินสักก้อนให้เก็บไว้ปรับปรุงสถานที่และจ้าง
พี่เลี้ยงช่วยดูแล ไม่เสียเงินไปกับการซื้อยาที่ไม่มีประโยชน์ราคาแพง

หนังฝรั่งเศสปี พ.ศ. 2555 ชื่อฝรั่งเศส *Amour* แปลว่า Love กำกับการแสดง
โดย Michael Haneke นำแสดงโดยนักแสดงที่มีชื่อเสียงที่สุดของฝรั่งเศสสามคน
คือ Jean-Louis Trintignant, Emmanuelle Riva และ Isabelle Huppert

ฌอง หลุยส์ ตรินติยอง เป็นนักแสดงชายอายุ 82 ปีในปีที่แสดงหนังเรื่องนี้
เป็นที่รู้จักดีจากหนังดังหลายเรื่องรวมทั้ง *A Man and A Woman* ปี พ.ศ. 2509 และ
A Man and a Woman: 20 Years Later ปี พ.ศ. 2529 ส่วนเอ็มมานูเอล ริวา
เป็นที่รู้จักมากที่สุดจากหนังดังปี พ.ศ. 2502 *Hiroshima Mon Amour*
เธออายุมากกว่านักแสดงฝ่ายชาย 3 ปี สำหรับนักแสดงคนที่สาม อีซาเบล ฮูปเปอร์
นักดูหนังสมัยนี้รู้จักเธอดีอยู่แล้ว

หนังคว้ารางวัลปาล์มทองคำจากคานส์และรางวัลออสการ์สาขาหนัง
ต่างประเทศ รวมทั้งเข้าชิง 4 สาขาหลักคือหนังยอดเยี่ยม นักแสดงนำฝ่ายหญิง
บทภาพยนตร์ และผู้กำกับ หนังกวาดรางวัลแทบทุกเวทีในยุโรปจารึกกัน

ไม่หวาดไม่ไหว ลำพังริวคนเดียว เธอเข้าชิงบทนักแสดงนำฝ่ายหญิงมากกว่า 30 เวที คว่ารางวัลไปเป็นครั้ง



หนังเปิดฉากด้วยหน่วยตำรวจจับเพลิงและเจ้าหน้าที่สาธารณสุขพ่วงห้องพักห้องหนึ่งในย่านที่อยู่อาศัยกลางกรุงปารีส ห้องปิดตายมาหลายวันมีกลิ่นศพอบอวล บนเตียงในห้องนอนเป็นร่างหญิงชราคนหนึ่งที่ยืดแข็งแล้วเจ้าหน้าที่ช่วยกันเปิดหน้าต่างเพื่อระบายกลิ่นและอากาศเหม็นอับออกไป

หนังเข้าสู่เนื้อเรื่อง เป็นฉากโรงละครที่มองเชลีเซ่ หนังตั้งกล้องที่หน้าต่างที่หันไปทางผู้ชมมากมายที่นั่งรอชมการแสดง หลายคนกำลังทยอยเดินเข้ามาหาที่นั่ง บางคนนั่งเปิดสูจิบัตรอ่าน บางคนนั่งนิ่งๆ มองมาที่เวที หนังถ่ายภาพนี้นานมานานเสียจนนักดูหนังที่รู้จักนักแสดงน่าจะเห็นเขาทั้งสอง

เหมือนบอกว่านับจากนี้ไปเราจะเป็นผู้สังเกตการณ์

การแสดงคืนนั้นจบแล้ว จอร์จและแอนน์กลับมาบ้าน คือบ้านที่พนักงานดับเพลิงพ่วงเข้ามาตอนต้นเรื่อง คืนนั้นมีรอยจัดแวงประตู แอนน์ไม่สบายใจที่มีรอยจัดแวงประตู เธอพูดซ้ำๆ ว่าไม่สบายใจ มีวายจอร์จจะปลอบใจหรือเปลี่ยนเรื่องพูด เธอจะหวนกลับมาพูดเรื่องรอยจัดแวงที่ประตูอีก

นี่คือการ Perseveration เป็นสัญญาณเตือนของผู้ป่วยที่มีรอยโรคในสมอง คือพูดซ้ำหรือทำซ้ำ

เช้าวันถัดมา สองสามีภรรยาสูงวัยกินอาหารเช้าด้วยกันในห้องครัว และคุยกันเรื่องสัพเพเหระ จู่ๆ แอนน์ก็นั่งไปเหม่อมองผ่านตัวจอร์จ ตามอะไรก็ไม่ตอบ ตอนแรกจอร์จคิดว่าเธอแกล้งเล่น ครั้นรู้ว่าเธอไม่เล่นก็ถอนหายใจ สีน้หน้าเหมือนรับรู้ว่โลกแตกสลายแล้ว เขาลุกไปเอาผ้าขนหนูผืนเล็กรองน้ำจากน้ำก๊อกในครัวไปเช็ดหน้าภรรยา เมื่อพบว่าไม่เป็นผลจึงลุกไปอีกห้องเพื่อเปลี่ยนเสื้อผ้า

ระหว่างที่กำลังเปลี่ยนเสื้อผ้าเพื่อเตรียมพาแอนน์ไปโรงพยาบาล จอร์จได้ยินเสียงอะไรบางอย่างจึงเดินย้อนกลับมาที่ครัว พบแอนน์นั่งกินอาหารเป็นปกติพร้อมกับพูดขึ้นว่า “เปิดน้ำก๊อกทิ้งเอาไว้ทำไม” จอร์จโมโหมากที่เธอเล่นพิธีเพรทแบบนี้ ก่อนที่จะรู้ว่าเธอมีได้เล่นในอีกไม่กี่นาทีต่อมา

หนังตัดฉากไปที่ อีวา ลูกสาวซึ่งอาศัยอยู่กับสามีชาวอังกฤษที่ลอนดอน มาเที่ยวหา จอร์จเล่าเรื่องให้ฟัง กังวลใจแต่ก็ให้ความมั่นใจว่าพวกเขาสองคนจะผ่านไปได้ ครั้งนี้เป็นเรื่องใหม่ที่ไม่เคยพบมาก่อน

ใช่แล้ว นี่คือการใหม่ที่ไม่เคยพบมาก่อน แต่ทุกคนจะได้พบแน่ถ้ารักษาสุขภาพดีมากจนถึงวัยชราที่สมองไปก่อนร่างกาย แทนที่จะตายไปเสียก่อนวัยชรา

แอนน์เข้ารับการรักษาตัดสมอง แล้วก็ถึงวันกลับบ้าน เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลเซ็นรถขึ้นมาส่งถึงบนห้องพัก หลังจากนั้นจะเป็น 3-4 ฉากที่แสดงให้เห็นว่า พายุร้ายกำลังก่อตัว สำหรับจอร์จที่บอกลูกสาวว่านี่เป็นเรื่องใหม่ และสำหรับคนที่ไม่เคยมีประสบการณ์ดูแลบุพการีแก่เฒ่าที่ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ จะไม่มีทางเข้าใจเลยว่าฉากที่เห็นนี้น่าหวาดหวั่นเพียงใด

แอนน์เป็นอัมพาตครึ่งด้านขวา เธอลุกจากล้อเข็นเพื่อเปลี่ยนไปนั่งเก้าอี้ด้วยตนเองไม่ได้ จอร์จต้องคอยๆ ประคองเธอลุกซ้ๆ แล้วอุ้มอุ้มกึ่งเล็กน้อยให้เธอขยับไปนั่งเก้าอี้

พลันที่แอนน์นั่งเก้าอี้ได้ เธอพูดว่า “สัญญาว่าจะไม่พาดินเข้าโรงพยาบาลอีก”

เมื่อผู้เป็นสามีไม่ยอมให้สัญญา เธอก็ห้ามสามีพูดอะไรอีก อย่าพูดและอย่าพยายามอธิบายอะไร

คืนนั้นจอร์จพาแอนน์ขึ้นนอนเตียง ด้วยความยากลำบากอีกเช่นกัน จากนั้นเปิดไฟหัวเตียง จัดหมอนให้เรียบร้อย แอนน์บอกแก่สามีว่าปล่อยเธออยู่คนเดียวได้ เธอจะอ่านหนังสือและไม่ต้องมานั่งด้วยกัน เธอกำลังขอให้เขาใช้ชีวิตของตัวเองได้

เช้าวันถัดมา จอร์จยืนสูบบุหรี่ที่หน้าต่าง เมื่อแอนน์ปล่อยทุกข์แล้วก็ร้องขอความช่วยเหลือ จอร์จเข้าไปในห้องส้วม ประคองเธอจากทำนองบนชักโครกให้ยืนขึ้น ด้วยมุกกล้อเราจะรู้ว่าแอนน์เปลือยท่อนล่าง กางเกงอยู่ที่พื้น สำหรับท่านที่ผ่านเหตุการณ์นี้มาแล้ว ไม่มีอะไรน่าสะเทือนใจมากไปกว่าการที่คนเราช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ระหว่างการปลดทุกข์ ครึ่งนี้เพิ่งจะเป็นครั้งแรก คนที่รักกันมาช้านานจะแบกรับภาระนี้ได้นานเพียงใด

นี่คือหนังสือของขวัญ

แล้วเวลาก็ผ่านไป ปัญหาทางอารมณ์ก็มาเยือนอย่างเลี่ยงไม่ได้ ไม่มีใครต้านทานได้

คืนวันหนึ่งจอร์จกลับจากไปงานศพ พบแอนน์นั่งอยู่กับพื้นในความมืด จอร์จต้องก้มลงยกเธอขึ้นมานั่งบนล้อเซ็น เชื่อได้ว่าแอนน์มีกำลังขาอยู่บ้าง มิเช่นนั้นไม่มีทางเลยที่คนแก่อย่างจอร์จจะยกภรรยาขึ้นจากทำนองบนพื้นได้ ครั้นแอนน์นั่งล้อเซ็นเรียบร้อยแล้วไปที่ห้องนั่งเล่น เธอขอให้สามีเล่าเรื่องถึงงานศพให้ฟัง จอร์จเหนื่อยแล้วแต่พยายามเล่า แอนน์ก็พูดจาท้าเธอเป็นเรื่องเป็นระยะๆ

วันหนึ่ง จอร์จพบแอนน์นอนกองที่พื้นข้างเตียง แทนที่จะแสดงอาการห่วงใย เป็นปฏิกิริยาแรก เขากลับพูดว่า “นี่เธอทำอะไร” แล้วตามด้วย “ทีหลังต้องการอะไรก็เรียก เห็นไหมว่าโคมไฟแตก” แอนน์ได้แต่พรีคำขอโทษ จอร์จอุ้มเธอขึ้นมานอนบนเตียงด้วยตัวคนเดียวอีกครั้งหนึ่ง ใครเคยยกผู้ป่วยจะรู้สึกได้ว่าหนักทำให้ดูง่ายตายเกินไป

น้ำหนักของคนคนหนึ่งนั้นหนักมาก แต่น้ำหนักในจิตใจนั้นหนักมากกว่า

อีวา ลูกสาวมาเยี่ยมอีกครั้งพร้อมสามี วันที่เธอมา แอนน์มีอาการทนต์หนักไปอีกชั้นหนึ่งแล้ว บัดนี้เธอพูดไม่ชัด นั่นทำให้อีวาหงุดหงิดพื่อที่ไม่พาแม่ไปรักษาเป็นเรื่องราว แต่จอร์จก็พยายามอธิบายว่าคุณหมอสองท่านบอกแล้วว่าทำได้เท่านี้ อะไรที่ทำได้ที่โรงพยาบาลได้คือทำที่บ้านได้ และพอสัญญากับแม่แล้วจะไม่พาไปโรงพยาบาลอีก ตอนนี้จะจ้างพยาบาลมาช่วยดูแลสัปดาห์ละ 3 วัน

อะไรที่ทำได้ที่โรงพยาบาลได้คือทำที่บ้านได้ แต่ต้องการลูกหลานที่บริหารระบบเป็น

คืนนั้นจอร์จฝันร้าย เขาเดินออกมานอกบ้านพบทางเดินที่ผู้พังกำลังซ่อมแซม มีน้ำท่วมเจ็งบอง บรรยากาศมืดทึม แล้วจู่ๆ ก็มีมือข้างเดียวมาอุดปากเขาไว้ เขากรีตร้องสะดุ้งตื่น

จอร์จต้องสระผมให้ภรรยา เปลี่ยนผ้าปูเวลาที่เธอทำเปียก ป้อนข้าวให้เธอ กินทีละคำอย่างเชื่องช้า ป้อนน้ำดื่มแล้วไหลออกทางมุมปาก พยายามฟังเธอพูดโดยไม่เข้าใจ บางฉากถ่ายทำใช้เวลาเกือบเท่าเวลาจริง นั่นชวนให้อึดอัดและเป็นทุกข์อย่างยิ่ง คนแก่ที่เดินเหินกระเຍ่งกระเຍ่งต้องคอยดูแลคนแก่ที่ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้เลย คือหนังเรื่องนี้ และคืออนาคตที่ทุกคนจะได้พบไม่ในสถานะใดก็สถานะหนึ่ง

จากพยาบาลหนึ่งคนเพิ่มเป็นสองคน ถึงตอนนี้หน้าที่อาบน้ำผู้ป่วยเป็นของพยาบาล ในขณะที่แอนน์เริ่มมีอาการเจ็บปวดตามร่างกายเพิ่มมากขึ้น ไม่ว่าจะเป็นตอนที่นั่งบนล้อเข็นอาบน้ำหรือนอนเฉยๆ บนเตียงนอน ภายในเวลาไม่นาน จอร์จก็ไล่พยาบาลออกหนึ่งคนฐานที่ปฏิบัติต่อผู้ป่วยไม่ดี

เหตุการณ์ดำเนินต่อไป วันหนึ่งในขณะที่จอร์จพยายามป้อนน้ำแอนน์ แต่แอนน์บิปากอยู่ตลอดเวลา เมื่อจอร์จพยายามจัดปากเธอขึ้นเพื่อให้ดื่มน้ำ แม้ว่าเธอจะยอมดื่มแต่ก็ไม่ยอมกลืน ครั้นจอร์จสั่งเธอกลืน เธอพ่นน้ำออกพรวดปากจนหมด นั่นทำให้จอร์จตบหน้าเธอไปหนึ่งที

ชีวิตสมรสห้าสิบปีพังไปในวินาทีเดียว



ผู้สังคมมองเสื่อม Still Alice

ผู้ป่วยบ้านเราส่วนใหญ่เป็นโรคสมองเสื่อมในวัยชรา ส่วนมากเกิดจากพยาธิสภาพของหลอดเลือดสมองที่มีปัญหาจากโรคความดันโลหิตสูง เบาหวาน รวมทั้งการสูบบุหรี่

ไม่แน่ใจว่ามีโรคอัลไซเมอร์จริงๆ มากเพียงใด การตลาดขายยารักษาโรคอัลไซเมอร์รุกรานก่เสียนกระทั่งเกิดข้อแคลงใจต่อตัวเลขอุบัติการณ์ของโรคอัลไซเมอร์



Still Alice เป็นหนังสือปี พ.ศ. 2557 เขียนเรื่องและกำกับโดย Richard Glatzer และ Wash Westmoreland จากนวนิยายชื่อเดียวกันปี พ.ศ. 2550 ของ Lisa Genova นำแสดงโดย จูเลียน มัวร์ ซึ่งได้รับรางวัลออสการ์และรางวัลลูกโลกทองคำในสาขานักแสดงหญิงยอดเยี่ยมประจำปี บวกรางวัลจากอีกหลากหลายเวที

ไปหามาดูเถอะ เธอแสดงได้ดีจริงๆ

หนังสือเรื่องโรคอัลไซเมอร์ชนิดที่ถ่ายทอดได้ทางพันธุกรรม จูเลียน มัวร์ รับบท ‘อลิซ ฮาวแลนด์’ อาจารย์ด้านภาษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยโคลัมเบีย ที่เริ่มป่วยตั้งแต่ตอนอายุ 50 อเล็ก บอลด์วิน รับบท ‘จอห์น’สามีซึ่งเป็นแพทย์ ทั้งสองมีลูกสามคน คนโตชื่อแอนนา เป็นนักกฎหมาย แต่งงานแล้วและตั้งครุฑ์ครองชื่อทอมกำลังเรียนแพทย์ คนสุดท้องชื่อลิเดีย รับบทโดย คริสเตน สจ๊วต สาวทไวไลท์คนนั้น

ลิเดียจบไฮสคูล ไม่เรียนต่อ เธอรักการเล่นละครเวที

หนังฉายให้เห็นการเริ่มต้นของโรคอัลไซเมอร์ทีละนิดๆ อลิซกำลังบรรยายแล้ว ‘หยุด’ ไป นึกคำศัพท์ไม่ออก ต่อมาเธอวิ่งออกกำลังกายแล้ว ‘หาย’ ไป ไม่รู้ว่าตนเองอยู่ที่ไหน ทั้งสองอาการเกิดขึ้นเพียงชั่วครู่ ต้องขอเตือนว่าอาการทั้งสองอย่างมิใช่ข้อบ่งชี้ว่าความจำเสื่อมเสมอไป

อลิซไปพบแพทย์ทางประสาทวิทยาซึ่งทำงานอย่างมืออาชีพจริงๆ ตรวจอย่างละเอียด ทดสอบการทำงานของสมอง ตามด้วยการตรวจทางรังสีวิทยาตามลำดับขั้น สำหรับคนดูที่เป็นแพทย์จะพบว่าเขาไม่ตรวจข้ามขั้นตอนเลย

อลิซพบว่าตนเองมีอาการมากขึ้นตามลำดับ เธอใช้ไอโฟนเล่นอักษรไขว้ ใช้ไอโฟนเช็คความจำและความรู้ทั่วไปของตนเอง รวมทั้งใช้คอมพิวเตอร์บันทึกคำสั่งฆ่าตัวตายในขณะที่สติสัมปชัญญะยังดีอยู่ หนังสือสนุกมาก มีรายละเอียดน่าสนใจมากมาย

บทความนี้จะชี้ให้เห็นเรื่องเดียวคือเรื่องร้องไห้

อลิซร้องไห้หนักๆ 3 ครั้ง แต่ทุกครั้งมัวร์แสดงได้ดีเหลือเชื่อ เป็นการร้องให้ที่กระแทกกระทั้นคนดูอย่างแรง สำหรับคนที่มีคนรัก รับประกันว่าน้ำตาซึม

อลิซร้องไห้ครั้งแรกเมื่อเธอปลุกจอร์จนผู้เป็นสามีขึ้นมาตอนตีสองเพื่อแจ้งข่าวร้าย เธอไปพบแพทย์โดยไม่บอกสามี เมื่อแพทย์ยืนยันการวินิจฉัยแล้ว เธอก็นอนไม่หลับ จอร์จนฟัง 'ได้นิน' แต่ไม่มีสิ่งที่เรียกว่า 'empathy' คือร่วมรู้สึก เขาได้แต่พูดว่าไม่มีอะไรหรอก เป็นไปได้อย่างไร ไม่น่าเป็นไปได้ อะไรๆ จะผ่านไปด้วยดี สุดท้ายอลิซระเบิดอารมณ์อย่างรุนแรงว่าทำไมไม่ฟังกันเลย แล้วร้องไห้อย่างสิ้นหวัง

เวลาคนรักพูด ควรตั้งใจฟัง

อลิซร้องไห้อีกครั้งเมื่อเรียกประชุมลูกสามคนพร้อมลูกเขยเพื่อแจ้งข่าวว่า อัลไซเมอร์ที่เธอเป็นนั้นเป็นชนิดถ่ายทอดได้ทางพันธุกรรม ตามหลักการแล้ว ลูกทั้งสามคนมีสิทธิตรวจทางพันธุกรรมหรือไม่ตรวจก็ได้ แอนนาเลือกที่จะตรวจเพราะเธอกำลังตั้งครรภ์ เธอเป็นประเภทใส่ใจ ในขณะที่ลิลีเดียเป็นประเภทไม่สนใจและไม่แคร์ ตอนอลิซแจ้งข่าว เห็นใบหน้าซีดเผือดของลูกทั้งสามคน เธอควบคุมความเสียใจไม่ได้และกล่าวโทษตนเอง “แม่ขอโทษ” พร้อมร้องไห้

เป็นฉากสั้นๆ ที่แสดงให้เห็นความซับซ้อนของสิ่งที่เรียกว่าข้อมูลทางพันธุกรรม น่าดูมาก

อลิซร้องไห้อีกครั้งเมื่อเธอหาห้องน้ำในบ้านไม่พบ เธอเดินไปเดินมา เดินขึ้นเดินลงจนกระทั่งยืนจ๋ารดตรงนั้น ใบหน้าที่สมเพชตนเอง ความอับอายที่สูญเสียความเป็นมนุษย์ ใบหน้าของสามีที่เดินมาพบ ทั้งหมดนี้เกินคำบรรยาย ไม่มีอะไรที่ทำให้มนุษย์อับอายได้เท่าการปล่อยของเสียออกจากตัวต่อหน้าสาธารณะ

เป็นประเด็นที่วิชาชีพควรระวังป้องกันมิให้เกิดในหอผู้ป่วยใดๆ เลย

อลิซมีปากเสียงกับลิลีเดียลูกคนเล็กที่ไม่ยอมเรียนต่อเสมอๆ ในขณะที่จอร์จนผู้เป็นพ่อเข้าอกเข้าใจมากกว่า เมื่ออาการของอลิซทรุดลงเรื่อยๆ จอร์จนจำเป็น

ต้องจากไปรับงานใหม่ที่ต่างเมือง แผนของเขาคือจะเอาภรรยาไปด้วย เขาไม่คิดจะทิ้งภรรยาให้เป็นภาระแก่ลูกคนใด

จอห์นพาอลิซไปนั่งกินไอศกรีม เขาชี้ชวนให้ดูตึกสูงของมหาวิทยาลัยโคลัมเบียฝั่งตรงข้าม บอกภรรยาว่าเธอเคยสอนที่นั่น เป็นอาจารย์ที่เก่งที่สุดด้วย

“ยังอยากอยู่ต่อมั๊ย” จอห์นถาม

“ชั้นยังไม่เสร็จเลย ต้องไปแล้วหรือ” อลิซเงยหน้าตอบ

ไม่มีใครรู้ว่าจอห์นหมายถึงอะไร กินไอศกรีมเสร็จจึยง หรือจะย้ายกันไปเมืองใหม่อียง หรือพร้อมที่จากไปรียง

พอๆ กับไม่มีใครรู้ว่าอลิซตอบเช่นนั้นหมายถึงอะไร

เป็นหนังสือเล่มล่ำลือ มีประเด็นมากมายที่สะท้อนถึงระบบสุขภาพ โดยเฉพาะอย่างยิ่งประเด็นการดูแลผู้ป่วยที่หมดทางรักษา บางคนอาจจะจับประเด็นที่โรคสมองเสื่อมในวัยชรา บางคนอาจจะจับประเด็นที่โรคอัลไซเมอร์จริงๆ จะอย่างไรก็ตามเรากำลังเผชิญอนาคตที่คนไม่ตายแต่สุขภาพไม่ดี

สปีซของอลิซในที่ประชุมอัลไซเมอร์ตอนเกือบท้ายเรื่องเป็นสปีซของ ‘ผู้ป่วย’ ที่ดีที่สุดครั้งหนึ่ง

หาตอนจบมาดูเอง และลองวิเคราะห์ชื่อเรื่อง ‘ยังเป็นอลิซอยู่’ หมายถึงอะไร

50



ตอนอวสาน

นายแพทย์สงวน นิตยารัมภ์พงศ์ ถึงแก่กรรมเมื่อวันที่ 18 มกราคม พ.ศ. 2551

ในตอนแรกไม่เคยรู้จักคุณหมอสงวนเป็นการส่วนตัว เมื่อรู้ว่าพรรคไทยรักไทยมีนโยบาย 30 บาทรักษาทุกโรค ตนเองเขียนเขียนนโยบายนี้ลงหนังสือพิมพ์มติชนรายวันหลายครั้ง โดยไม่เคยพบพี่สงวนหรือสนใจพรรคไทยรักไทยมากมาย

ด้วยเหตุผลเดียว คือมันดีต่อชาวบ้าน

ส่วนเรื่องเราทำงานหนัก คำตอบคือเราเรียนหนังสือมา รับเงินเดือนมาไม่ทำงานหนักแล้วจะเรียนมาทำไม

ส่วนเรื่องผู้ป่วยคลินิกจะลดลง มีคำตอบตั้งแต่แรกว่าจะไม่ลดลง จะมีคนกลุ่มหนึ่งเลือกไปคลินิกและโรงพยาบาลเอกชนเสมอตราบเท่าที่เขามีกำลังจ่าย

สมมติว่าเขาไม่มีกำลังจ่าย เขาเคยรวยแต่จนเฉียบพลันเพราะมะเร็งหรือไ้ตาย ยิ่งสมควรที่ประเทศไทยจะมีหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

กระบวนการสังคมสงเคราะห์จะหมดไป กระบวนการสิทธิในการเข้าถึงการรักษาพยาบาลเป็นกระบวนการที่ใหม่ที่ดีกว่า

เมื่อเราเปลี่ยนตัวแปร (parameter) ในการจัดสรรงบประมาณจากจ่ายตามจำนวนเตียงมาเป็นจำนวนประชากร กระบวนทัศน์ใหม่ (paradigm) จึงจะเกิดขึ้น



ภาพจากหอจดหมายเหตุหลักประกันสุขภาพไทยออนไลน์ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

ผมพบพี่สงวนครั้งแรกที่ชายหาดหัวหิน พี่นั่งนวดเท้าหลังเสร็จจากการวิ่งเราคุยกันช่วงสั้นๆ พี่เขารู้จักชื่อผมจากบทความในมติชน

พบพี่สงวนอีกหลายครั้งในการประชุมประจำเดือนที่กรุงเทพฯ มีครั้งหนึ่งที่มีประชุมกลุ่มย่อย ในขณะที่ผมหงุดหงิดกับการฉ้อฉลในระบบหลักประกันฯ พี่สงวนกลับพูดว่าใจเย็นๆ ทะเลาะกันไปแบบนี้ดีแล้ว ดีกว่าระบบที่แข็งแกร่งและเงิบสงบดังที่เคยเป็น

พบพี่สงวนอีกที่ชายหาดภูเก็ต พี่สงวนปลอบใจเรื่องที่อาจารย์แพทย์ชั้นผู้ใหญ่พูดว่าผมเป็นคอมมิวนิสต์ในที่ประชุม วันนั้นคุณหมอพงษ์พิสุทธิ์ จงอุดมสุข เป็นประธาน

ได้พูดคุยกับพี่สงวนมากขึ้นครั้งไปดูงานที่มูลนิธิจี้ด้วยกัน และอีกบางครั้งที่พี่สงวนมาเชียงรายเพื่อพักผ่อน ในช่วงท้ายๆ พี่พาคครอบครัวมาเที่ยวหาที่บ้าน

มีเรื่องหนึ่งที่ยืนยันได้ พี่สงวนบริสุทธิ์ใจต่อสิ่งที่ทำจริง ๆ ไม่โกธเคืองฝ่ายต่อต้านหรือบุคคลที่กล่าวร้ายเลย พี่สงวนพูดคำว่า “อุเบกขา” หลายครั้ง ไม่ว่าจะเป็นเรื่องงาน หรือเรื่องผลกระทบที่ได้รับเป็นส่วนตัว

พี่สงวนมิใช่พระ เวลามาเชียงรายก็ดูสนุกสนานร่าเริงเหมือนคนที่รักโลก โกรธหลงทั่วไป พี่เป็นห่วงครอบครัวและลูก ๆ เหมือนคนทั่วไป แต่จะอย่างไร ท่านก็แน่วแน่กับหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้ามาก และพร้อมเผชิญหน้าทุกคนด้วยเหตุผล แม้ว่าหลายครั้งผมคิดว่าพี่ควรลุยมากกว่าใช้เหตุผล

หากจะมีอะไรเรื่องหนึ่งที่ดีที่สุดที่เกิดขึ้นกับประเทศไทย ในยุคสมัยที่วิปริตมากที่สุดเช่นวันนี้ นั่นคือหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

คนหลายคน บ้านหลายบ้าน ยังไม่ตายเพราะหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า เป็นหน้าที่ของคนทุกคนที่เห็นศักดิ์ศรีของเพื่อนมนุษย์ด้วยกันจะช่วยกันรักษาหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าไว้ ด้วยปรัชญาดั้งเดิม 2 ข้อ

เฉลี่ยทุกข์เฉลี่ยสุข

ใกล้บ้านใกล้ใจ

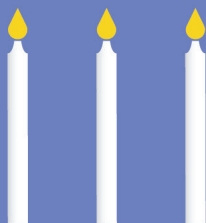
แต่คุณหมอสงวน นิตยารัมภ์พงศ์



ภาพจากหอจดหมายเหตุหลักประกันสุขภาพไทยออนไลน์ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ



หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าเป็นสิทธิพื้นฐานที่ผู้ป่วยได้
โดย 'มีจำเป็นต้องร้องขอ' เป็นการเคารพศักดิ์ศรี
และความเป็นมนุษย์อย่างดีที่สุด
เท่าที่ประเทศหนึ่งควรปฏิบัติต่อพลเมือง



หากจะมีอะไรเรื่องหนึ่งที่ดีที่สุดที่เกิดขึ้นกับประเทศไทย
ในยุคสมัยที่วิปริตมากที่สุดเช่นวันนี้ นั่นคือ หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า
เป็นหน้าที่ของทุกคนที่เห็นศักดิ์ศรีของเพื่อนมนุษย์ด้วยกัน
จะช่วยกันรักษาไว้ ด้วยปรัชญาดั้งเดิม 2 ข้อ
เฉลี่ยทุกข์เฉลี่ยสุข
ใกล้บ้านใกล้ใจ



- นายแพทย์ประเสริฐ ผลิตผลการพิมพ์ -