เหลียวหลังแลหน้า 14 ตุลา 2516

ในสถานการณ์โควิด-19

นายแพทย์วิชัย โชควิวัฒน

ปาฐกถา 14 ตุลา ครั้งที่ 20

วันพฤหัสบดี ที่ 14 ตุลาคม พ.ศ. 2564 ณ ห้องประชุม 14 ตุลา กรุงเทพฯ

AW-□□□□□□ 14 □□□□ - □□□□□□□□□□□□□□□□-edit.indd 1 24/11/2564 BE 09:07

“เหลียวหลังแลหน้า 14 ตุลา 2516 : ในสถานการณ์โควิด-19”

นายแพทย์วิชัย โชควิวัฒน

สงวนลิขสิทธิ์ พ.ศ.2564
เนื้อหาของปาฐกถาเป็นความคิดเห็นอิสระของผู้เขียน
มูลนิธิ 14 ตุลาไม่จำเป็นต้องเห็นด้วยเสมอไป
ผู้ประสงค์จะนำข้อความไปพิมพ์เผยแพร่ต้องได้รับการอนุญาตจากผู้เขียนก่อน
ยกเว้นเพื่อการศึกษาอ้างอิงทางวิชาการ

ISBN	978-616-8294-01-7
พิมพ์ครั้งแรก	พฤศจิกายน 2564
จำนวน	1,000 เล่ม
บรรณาธิการ	รศ.สุรัสวดี หุ่นพยนต์ , สันติสุข โสภณสิริ , สุนี ไชยรส
เลขานุการ	เศรษฐวัฒน์ สุรินทร์คำ
ออกแบบปกและรูปเล่ม	โรงพิมพ์เดือนตุลา
จัดพิมพ์และจำหน่ายโดย	มูลนิธิ 14 ตุลา เลขที่ 14/16 ถนนราชดำเนินกลาง
	แขวงบวรนิเวศ เขตพระนคร กรุงเทพฯ 10200
	โทรศัพท์ 0-2622-1014-5 โทรสาร 0-2622-1016
	อีเมล์ oct14_f@hotmail.com เว็บไซต์ www.14tula.com
พิมพ์ที่	โรงพิมพ์เดือนตุลา
	โทรศัพท์ 0-2996-7392-4 โทรสาร 0-8996-7395
ราคา	100 บาท

คำนิยม

เหลียวหลังแลหน้า 14 ตุลา 16 : ในสถานการณ์โควิด-19

นายแพทย์วิชัย โชควิวัฒน

แสดงปาฐกถา 14 ตุลาคม 2564

ณ อนุสรณ์สถาน 14 ตุลา

ปาฐกถาประจำปีครั้งนี้ นับเป็นปาฐกถาที่สำคัญมาก ในรอบ 48 ปี เหตุการณ์ 14 ตุลา 16 เพราะเป็นบทที่เชื่อมโยงการต่อสู้ของนิสิตนักศึกษา ประชาชน ในการเรียกร้องรัฐธรรมนูญในครั้งกระโน้นโดยนำสาระในเนื้อหาของรัฐธรรมนูญทุกฉบับที่ผ่านมาวิเคราะห์ว่ามีสาระสำคัญต่อการพัฒนาประชาธิปไตยอย่างไร โดยเฉพาะการพัฒนาด้านสุขภาพของประชาชนมาเข้ากับสถานการณ์การระบาดใหญ่ของไวรัสโควิด-19 ในคราวนี้

นี่นับเป็นครั้งแรกที่มีผู้สนใจเนื้อหาสาระของรัฐธรรมนูญในแต่ละฉบับ ว่ามีส่วนเกี่ยวข้องกับการพัฒนาสังคมไทย ถึงแม้ผู้แสดงปาฐกถาจะจับเฉพาะประเด็นการพัฒนาสุขภาพเป็นหลักก็ตาม แต่ก็ใช้เป็นตัวอย่างได้ว่าถ้านักคิด นักเคลื่อนไหว นักวิชาการ ในสาขาต่างๆ มาจับเนื้อหาสาระที่มีอยู่ในรัฐธรรมนูญว่ามีส่วนพัฒนาสังคมด้านต่างๆ อย่างไร เช่น ด้านการศึกษา ด้านเศรษฐกิจ ด้านสิทธิเสรีภาพ ด้านความเสมอภาค ด้านความยุติธรรม และด้านการเมือง ซึ่งส่วนใหญ่เรามักจะสนใจประเด็นการเมืองกันเป็นประเด็นหลัก

AW-□□□□□□ 14 □□□□ - □□□□□□□□□□□□□□□□-edit.indd 3 24/11/2564 BE 09:07

โดยละทิ้งการพัฒนาด้านอื่นๆ ที่ถูกเขียนในรัฐธรรมนูญ ทำให้ความสมดุลที่เป็นองค์ประกอบทางสังคมที่มีอยู่ในรัฐธรรมนูญไม่พัฒนาไปด้วยกัน

นายแพทย์วิชัย โชควิวัฒน ผู้แสดงปาฐกถาในปีนี้ เป็นผู้มีประสบการณ์ด้านการพัฒนาสาธารณสุขมาตลอดชีวิตตั้งแต่สมัยเป็นนักเรียนแพทย์ที่มีจิตสำนึกทางการเมืองและสังคม ที่กล้าแหวกแนว ตั้งแต่การทำหนังสือประจำปีในสมัยเป็นนักเรียนแพทย์เมื่อปี พ.ศ. 2513 เมื่อมีโอกาสเคลื่อนไหวทางการเมืองในยุคนั้น ก็เข้าร่วมเป็น 1 ในร้อย ลงชื่อเรียกร้องรัฐธรรมนูญท้าทายเผด็จการทหาร ยุค 3 ทรราช โดยการนำของนายธีรยุทธ บุญมี

ยุคนั้น เรานิสิตนักศึกษาประชาชน มีความต้องการรัฐธรรมนูญ โดยไม่เคยตั้งคำถามว่าเนื้อหาสาระจะเขียนกันอย่างไร มาวันนี้ ผู้แสดงปาฐกถาประจำปี กลับมาชี้ให้เห็นว่า เนื้อหาสาระในรัฐธรรมนูญนั้นมีความสำคัญอย่างยิ่ง โดยเฉพาะในส่วนเป็นธงนำ ไปส่งเสริมการพัฒนาระบบสาธารณสุขของชาติ จนวันนี้สามารถต่อกรกับสงครามไวรัสได้อย่างมีประสิทธิภาพที่ทำให้ประชาชนไม่ล้มตายไปมากกว่านี้ จนได้รับการยกย่องจากนานาชาติเป็นอย่างมากในยกแรก

คงไม่ใช่ว่าเนื้อหาในรัฐธรรมนูญเท่านั้น ที่ช่วยให้ประสิทธิภาพของระบบสาธารณสุขเดินไปด้วยดี ตัวบุคลากรทางการแพทย์ ก็มีส่วนสำคัญที่สังคมเราจับคนเรียนเก่งไปกองไว้ที่การแพทย์การสาธารณสุข ด้วยค่านิยมทางสังคม ทำให้มีครูหมอชั้นเยี่ยมนำพาลูกศิษย์สร้างระบบที่มีประสิทธิภาพขึ้นมาได้

คนเก่งเหล่านี้ได้ช่วยกันสร้างระบบที่ดีขึ้นมา ถึงแม้ตัวผู้แสดงปาฐกถาจะไม่ได้ให้รายละเอียดในเรื่องนี้ไว้ แต่ผู้อ่านบทปาฐกถาก็จับได้ว่า

AW-□□□□□□ 14 □□□□ - □□□□□□□□□□□□□□□□-edit.indd 4 24/11/2564 BE 09:07

เมื่อตัวรัฐธรรมนูญเขียนเปิดทางไว้ ตัวบุคคลที่เป็นแพทย์ในกระทรวงสาธารณสุข ก็สามารถนำไปสานต่อสร้างระบบที่มีประสิทธิภาพรองรับได้

ผิดกับคนในระบบอื่น ในกระทรวงอื่น ที่แม้ตัวรัฐธรรมนูญจะเขียนรองรับเปิดทางเป็นธงนำไว้ให้ไปพัฒนาต่อได้ ตัวบุคลากรในสายนั้นๆ ก็ไม่สามารถนำไปทำได้ เพราะขาดคนมีคุณภาพ ตัวอย่างเช่นคนในระบบการศึกษา ที่สมัยหนึ่ง ดร.ป๋วย อึ๊งภากรณ์ สร้างสภาการศึกษาแห่งชาติขึ้นมาเพื่อเป็นเครื่องมือพัฒนาการศึกษาของชาติ ก็ล้มเหลวไม่เป็นท่า ทำให้การศึกษาของชาติตกต่ำถึงขีดสุด จนไปกระทบกับคุณภาพคนไทยโดยรวม

แต่ความล้มเหลวก็ทำให้เกิดการรวมตัวเพื่อปฏิรูปการศึกษาโดยอาศัยการใส่เนื้อหาในรัฐธรรมนูญ ฉบับปี 2540 และฉบับปี 2550 ทำให้เกิดคำว่า “การศึกษาทางเลือก-Alternative Education” โยงมาถึง “การศึกษาในบ้าน-Homeschool” และมีผลต่อมาถึงรัฐธรรมนูญ 2560 ทำให้นำการปฏิรูปใน 2 เรื่องใหญ่ คือตำรวจและการศึกษา ไปกำหนดบังคับไว้ในรัฐธรรมนูญ แต่ก็เกิดความล้มเหลวเพราะการบริหารงานของรัฐ

เสียดายที่ผู้แสดงปาฐกถาไม่ได้เชื่อมโยงระหว่างสุขภาพทางร่างกายกับขบวนการศึกษาทั้งในระบบและนอกระบบ ทั้งที่มีอยู่ในรัฐธรรมนูญหลายฉบับ นับตั้งแต่ ฉบับ 2475 เป็นต้นมา โดยรวมทั้งการเรียนฟรีกับการรักษาฟรีเข้าด้วยกัน จะทำให้ประชาชนคนไทยได้พัฒนาทางสุขภาพและสติปัญญาไปพร้อมกัน

กลับมาที่บทปาฐกถาชุดนี้ ซึ่งผู้แสดงปาฐกถาสามารถเชื่อมโยงเนื้อหารัฐธรรมนูญกับการพัฒนาระบบสาธารณสุขได้เป็นอย่างดีแล้ว ยังเชื่อมโยงไปสู่ประเด็นการพัฒนาเรื่องอื่นๆ ด้วย เพียงแต่ไม่ได้ให้ราย

AW-□□□□□□ 14 □□□□ - □□□□□□□□□□□□□□□-edit.indd 5 24/11/2564 BE 09:07

ละเอียดขยายความไว้อย่างเพียงพอ น่าที่จะมีการสานต่อเนื้อหารัฐธรรมนูญตั้งแต่ 2475 มาถึง รัฐธรรมนูญ 2560 ว่าได้กำหนดทิศทางเรื่องต่างๆ ไว้อย่างไร ทำไมจึงไม่สามารถพัฒนาต่อได้ เพราะสิ่งที่แสดงไว้ในบทปาฐกถาคราวนี้ เปรียบเสมือนเป็นบทคัดย่อ ที่สามารถขยายความเป็นวิทยานิพนธ์ระดับปริญญาเอกต่อไปได้

ผู้เขียนเชื่อว่า นายแพทย์วิชัย โชควิวัฒน ผู้แสดงปาฐกถา เป็นผู้มีความสามารถสูง เป็นผู้เข้าใจงานวิจัยเพื่อการพัฒนาดีเยี่ยมคนหนึ่ง ด้วยเป็นนักอ่านตัวยง ที่มีความจำเป็นเลิศ สามารถคิดวิเคราะห์และลำดับความเนื้อหาสาระต่างๆ ได้ดี จึงขอเสนอสนับสนุนให้ขยายเนื้อหาในรัฐธรรมนูญทุกฉบับ มาวิเคราะห์ว่าในจุดที่ดีที่สุดของรัฐธรรมนูญ ทำไมจึงนำไปปฏิบัติการไม่ได้ และในจุดที่เลวที่สุดของรัฐธรรมนูญ ได้สร้างความเสียหายให้ประเทศชาติอย่างใหญ่หลวงเพียงใด

ถ้าเราจะพลิกฟื้นประเทศกันใหม่ นับจากการรัฐประหารซ้ำซาก แบบที่ประเทศเยอรมนีได้พลิกฟื้นประเทศหลังความเสียหายอย่างยับเยินจากสงครามโลกครั้งที่ 2 โดยทำ 3 เรื่องใหญ่ คือ

1. ทำการเมืองให้เป็นประชาธิปไตย
2. ทำเศรษฐกิจให้เป็นประชาธิปไตย ไม่เกิดการผูกขาด
3. ทำการศึกษาให้เป็นประชาธิปไตย สร้างประชาชนให้เป็นพลเมือง (Civic Education)

ก็คงไม่สายเกินไปซึ่งนายแพทย์วิชัย โชควิวัฒน มีความสามารถที่จะขยายบทปาฐกถาชิ้นนี้ ให้เป็นงานเขียนที่เปลี่ยนประเทศไทยได้อย่าง

AW-□□□□□□ 14 □□□□ - □□□□□□□□□□□□□□□□-edit.indd 6 24/11/2564 BE 09:07

แน่นอน โดยใช้เนื้อหาที่พัฒนาจากรัฐธรรมนูญฉบับแรก ดังที่แสดงไว้ในบทปาฐกถาคราวนี้ ก็จะเป็นงานชิ้นสำคัญที่นำไปต่อยอดเพื่อการเปลี่ยนแปลงสังคมในยุคใหม่ ดังที่นายแพทย์ประเวศ วะสี อาจารย์ผู้มีพระคุณต่อผู้แสดงปาฐกถาครั้งนี้ เคยทำไว้เป็นรากฐานให้เกิดรัฐธรรมนูญ 2540

งานเขียนชิ้นนี้ อาจมีผลต่อการสร้างจิตสำนึกใหม่ให้ประชาคมคนไทย ดังเช่นงานเขียนเรื่อง "สัญญาประชาคม-The Social Contract" ของ Jean-Jacques Rousseau ที่ก่อให้เกิดการเปลี่ยนใหม่ๆ ของโลกตามมา

และถ้าจะสืบต่อภารกิจจากเหตุการณ์ 14 ตุลา 16 คงไม่ควรไปให้เป็นภารกิจของ "คนเดือนตุลา" แต่ควรนำเจตนารมณ์ของมวลชนคนเดือนตุลา สร้างฝันให้เป็นจริง เพราะถ้าไปยึดติดกับ "คนเดือนตุลา." ไม่ว่าจะ 100 คน ที่เป็นหัวหมู่ทะลวงฟัน หรือมวลชนเรือนแสนเรือนล้านย่อมผันแปรไปตามสภาพสังคม การเมือง เศรษฐกิจ การศึกษา ในรอบ 48 ปี แต่เจตนารมณ์ที่มีคุณค่าต่อระบบประชาธิปไตยต่างหาก ที่ควรสานต่อเฉกเช่นเดียวกับเจตนารมณ์ 2475 ที่เป็นการ "อภิวัฒน์" ครั้งแรกของสยามที่ควรถูกสานต่อให้วิวัฒนาการไป ไม่มีที่สิ้นสุด

พิภพ ธงไชย

22 พฤศจิกายน 2564

AW-□□□□□□ 14 □□□□ - □□□□□□□□□□□□□□□□-edit.indd 7 24/11/2564 BE 09:07

สารบัญ

คำนิยม..... 3

เหลียวหลังแลหน้า 14 ตุลา 16 : ในสถานการณ์โควิด-19.... 11

การระบาดใหญ่ของโควิด-19 12

อานิสงส์จาก 14 ตุลา 2516 17

“ความเชื่อและความฝันที่ยังไม่เป็นจริงของ 14 ตุลา 2516” 27

ความผิดพลาดในการบริหารวัคซีน 34

บทสรุป 42

บทส่งท้าย 43

ปัจฉิมกถา..... 47

ประวัตินายแพทย์วิชัย โชควิวัฒน..... 51

Freeze
จัดโดย
งานรำลึก
และปาฐกถา
14 ตุลา
ประจำปี 2564
14 พฤหัสบดี ตุลาคม
ปาฐกถา 14 ตุลาประจำปี 2564 หัวข้อ
"เหลียวหลังแลหน้า 14 ตุลา 2516
: ในสถานการณ์โควิด-19"
โดย นายแพทย์วัชรพล โพคาวัฒน
สอบถามเพิ่มเติมโทร 02-622-1014-5
อีเมล oct14_f@hotmail.com
เว็บไซต์ www.14tula.com

ปาฐกถา 14 ตุลาคม 2564

เรื่อง

เหลียวหลังแลหน้า 14 ตุลา 16 : ในสถานการณ์โควิด-19

โดย นายแพทย์วิชัย โชควิวัฒน

ประธานมูลนิธิ 14 ตุลา

ท่านผู้มีเกียรติที่เคารพทุกท่าน

สถานการณ์การแพร่ระบาดของโควิด-19 ในประเทศไทยอยู่ในขั้นรุนแรงมาตั้งแต่เดือนมิถุนายน 2564 ทำให้การเตรียมการเพื่อจัดงานรำลึก 14 ตุลาปีนี้ประสบปัญหาและทำให้ผมในฐานะประธานมูลนิธิ 14 ตุลา ต้องมาเป็นปาฐกด้วยตนเอง โดยคณะกรรมการมูลนิธิเห็นพ้องกันกับแนวคิดของผมที่จะพูดถึงสถานการณ์ โควิด-19 ที่เชื่อมโยงกับ 14 ตุลา ปาฐกถาวันนี้จึงชื่อเรื่องว่า **เหลียวหลังแลหน้า 14 ตุลา 16 : ในสถานการณ์โควิด-19** เพราะเหตุการณ์วันที่ 14 ตุลาคม 2516 มีผลอย่างสำคัญต่อสถานการณ์การแพร่ระบาดของโควิด-19 ในประเทศไทย

AW-□□□□□□ 14 □□□□ - □□□□□□□□□□□□□□□□-edit.indd 11 24/11/2564 BE 09:07

การระบาดใหญ่ของโควิด-19

โควิด-19 น่าจะระบาดประปรายในประเทศจีนตั้งแต่เดือนพฤศจิกายน พ.ศ. 2562 โดยน่าเชื่อว่าโรคนี้เป็นโรคติดต่อจากสัตว์สู่คน (Zoonosis) คล้ายโรคซาร์ส ซึ่งแพร่ระบาดเมื่อ พ.ศ. 2545-2546 สัตว์ที่เป็นรังโรคคือค้างคาว เพราะลักษณะพันธุกรรมเชื่อมโยงกัน

คนไข้รายแรกที่ยืนยันได้ เรียกว่า คนไข้หมายเลข 0 (Patient Zero) สืบย้อนไปได้ถึงวันที่ 8 ธันวาคม 2562 เชื้อโรคนี้เป็นเชื้อไวรัสโคโรนาที่ทำให้เกิดอาการต่อระบบหายใจคล้ายไข้หวัดใหญ่ ผู้ที่มีอาการรุนแรงจะมีภาวะปอดบวม ที่เรียกว่า “ปอดบวมนอกแบบ” (Atypical Pneumonia) ซึ่งสามารถลุกลามทำลายปอดได้อย่างรวดเร็ว จนระบบหายใจล้มเหลว (Respiratory Failure) ทำให้เสียชีวิตได้

การเกิดโรคในลักษณะนี้ เรียกว่าโรคติดเชื้ออุบัติใหม่ (Emerging Infectious Disease) ซึ่งหากโรคติดต่อระหว่างคนถึงคนได้ง่าย จะเป็นปัญหาร้ายแรง เพราะร่างกายมนุษย์ทั่วโลกจะยังไม่เคยรู้จัก และยังไม่มีภูมิต้านทาน เชื้อโรคจะติดต่อถึงคนได้ทุกคน และคนที่จะมีอาการรุนแรงคือคนสูงอายุ ซึ่งภูมิต้านทานจะลดลงโดยธรรมชาติ และผู้ที่มีโรคประจำตัวซึ่งก็จะมีภูมิต้านทานโรคลดลง ทำให้ป่วยหนักและเสียชีวิตได้โดยง่าย

AW-□□□□□□ 14 □□□□ - □□□□□□□□□□□□□□□□-edit.indd 12 24/11/2564 BE 09:07

มนุษย์ต้องหายใจเข้าออกวันละประมาณ 2 หมื่นครั้ง โอกาสติดโรคจึงมีสูง และโรคก็แพร่ระบาดไปทั่วโลกอย่างรวดเร็ว ทำให้มีผู้ติดเชื้อแล้วนับร้อยล้าน และเสียชีวิตไปแล้วหลายล้าน ทั้งนี้เพราะเชื้อโรคไม่รู้จักคำว่าพรมแดน โดยเฉพาะในยุคปัจจุบันที่การเดินทางติดต่อถึงกันเป็นไปอย่างรวดเร็วมาก

โรคนี้เริ่มแพร่ระบาดในนครอู่ฮั่น สาธารณรัฐประชาชนจีนโดยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญโรคระบบทางเดินหายใจพบผู้ป่วยเริ่มจาก 3 ราย ในครอบครัวเดียวกัน เข้าลักษณะเป็นโรคติดเชื้ออุบัติใหม่และพบเพิ่มขึ้นเข้าลักษณะ “การระบาด” (Outbreak) ช่วงปลายเดือนธันวาคม 2562 และจีนได้รายงานอย่างเป็นทางการต่อองค์การอนามัยโลก เมื่อวันที่ 31 ธันวาคม 2562 ซึ่งนับว่าเป็นการตรวจพบการระบาดและรายงานต่อองค์การอนามัยโลกได้อย่างรวดเร็วมาก โดยจีนสามารถตรวจพบสาเหตุของโรคว่าเกิดจากเชื้อไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่ (novel Coronavirus : nCoV) และแจ้งต่อชาวโลกเมื่อวันที่ 7 มกราคม 2563 และพอวันที่ 11 มกราคม 2563 ก็สามารถถอดรหัสพันธุกรรมของเชื้อได้ และเผยแพร่ต่อธนาคารพันธุกรรมโลกได้เมื่อวันที่ 11 มกราคม 2563 ในด้านการแพร่ระบาดพอถึงวันที่ 3 มกราคม 2563 ก็พบผู้ป่วยเพิ่มขึ้นเป็น 44 คน พอถึงวันที่ 18 มกราคม 2563 ก็เพิ่มเป็น 204 คน จนในที่สุดจีนประกาศปิด (lockdown) นครอู่ฮั่นเมื่อวันที่ 23 มกราคม 2563 ต่อมามีผู้ติดเชื้อในจีนเพิ่มเป็นหลักหมื่นและตายหลักพัน แพทย์และบุคลากรสาธารณสุขติดเชื้อกว่า 3 พันคน เสียชีวิตไปในช่วงนั้น 23 คน รวมผู้ติดเชื้อในจีนจนถึงปลายเดือนกันยายน 2564 จำนวน 95,894 คน เสียชีวิต 4,636 คน ถือว่าจีนประสบความสำเร็จอย่างสูงในการควบคุมและป้องกันโรคนี้

AW-□□□□□□ 14 □□□□ - □□□□□□□□□□□□□□□□-edit.indd 13 24/11/2564 BE 09:07

แต่หลายประเทศ ไม่เป็นเช่นนั้น

อิตาลี อังกฤษ อิหร่าน เป็นประเทศแรกๆ ที่โรคแพร่ระบาดไปอย่างรวดเร็ว จนระบบสาธารณสุขรองรับไม่ไหว ทำให้คนตายมากมายจนฝังศพไม่ทัน สหรัฐซึ่งเป็นประเทศที่เจริญก้าวหน้าทางวิทยาการมากที่สุด ร่ำรวยที่สุด และเป็นมหาอำนาจอันดับหนึ่งของโลก แต่เชื้อโรคไม่กลัวอำนาจ และไม่กลัวเงินตรา สหรัฐจึงกลายเป็นประเทศที่ติดเชื้อมากที่สุดและเสียชีวิตมากที่สุด แม้แต่ประธานาธิบดีโดนัลด์ ทรัมป์ ก็ติดเชื้อ ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ซึ่งแม้จะหายป่วย แต่ก็ต้องพ่ายแพ้การเลือกตั้ง โดยเชื่อว่าสาเหตุหลักเพราะล้มเหลวในการต่อสู้กับโควิด-19 ทำให้คนอเมริกันเสียชีวิตมากกว่าประเทศใดในโลก

แต่สำหรับประเทศไทย เกือบตลอดปี 2563 เราประสบความสำเร็จอย่างสูงในการแก้ปัญหาโรคระบาดนี้ และส่วนหนึ่งซึ่งมีความสำคัญไม่น้อยเป็นผลพวงมาจากเหตุการณ์เมื่อวันที่ 14 ตุลาคม 2516

ความสำเร็จของประเทศไทย เริ่มจากเราสามารถตรวจพบผู้ติดเชื้อรายแรกที่เข้ามาในประเทศก่อนประเทศใดในโลก โดยตรวจพบผู้ต้องสงสัยว่าติดเชื้อเมื่อวันที่ 8 มกราคม 2563 และสามารถตรวจพบเชื้อไวรัสต้นเหตุของโรค โดยประกาศอย่างเป็นทางการได้เมื่อวันจันทร์ที่ 13 มกราคม 2563

ประเทศที่เจริญก้าวหน้ากว่าประเทศไทยมาก เช่น อังกฤษ อิตาลี และสหรัฐ พบการแพร่ระบาดของโรคนี้เมื่อโรคแพร่ไปอย่างกว้างขวาง เข้าไปยังกลุ่มประชากร “เปราะบาง” คือ คนสูงอายุและผู้มีโรคประจำตัวจำนวนมาก ทำให้มีผู้ป่วยหนักต้องเข้าโรงพยาบาลจนโรงพยาบาลรับมือไม่ไหว และ

AW-□□□□□□ 14 □□□□ - □□□□□□□□□□□□□□□□-edit.indd 14 24/11/2564 BE 09:07

เสียชีวิตจำนวนมาก **ไม่มีประเทศใดในกลุ่มนี้ และน่าจะไม่มีประเทศใดในโลก ที่พบผู้ติดเชื้อรายแรกที่เข้าไปในประเทศ จากที่สนามบิน ส่วนมากจะพบเมื่อล้มป่วยและเข้าไปรักษาในโรงพยาบาลแล้วแทบทั้งสิ้น**

การที่เราสามารถพบผู้ติดเชื้อรายแรกจากสนามบิน เพราะหัวหน้าทีมแพทย์ที่ตรวจพบเป็นผู้มีความรู้ความสามารถสูง ตั้งใจและทุ่มเททำงานอย่างมืออาชีพ โดยเป็นผู้มีประสบการณ์พบผู้ป่วยโรคเมอร์สรายแรกในประเทศไทย เมื่อ พ.ศ. 2555

โรคเมอร์ส (MERS) คือโรคระบบหายใจตะวันออกกลาง (Middle East Respiratory Syndrome) เกิดจากไวรัสโคโรนาที่มีความร้ายแรงสูง อัตราตายสูงถึง 36.2% การพบผู้ป่วยและวินิจฉัยได้ นำเข้าสู่ระบบการดูแล ควบคุมป้องกันอย่างดี ณ โรงพยาบาลบำราศนราดูร ทำให้เราสามารถควบคุมป้องกันโรคดังกล่าวได้ดี ไม่มีผู้ใดเสียชีวิตจากโรคเมอร์สในประเทศไทย

ครั้งนี้ นายแพทย์ผู้นี้ พบผู้ต้องสงสัยว่าติดเชื้อโควิด-19 ได้นำตัวขึ้นรถไปยังโรงพยาบาลบำราศนราดูร สวอบเชื้อด้วยตนเอง นำส่งห้องแล็บ 3 แห่ง ที่มีการเตรียมการประสานงานไว้ล่วงหน้า และนักวิทยาศาสตร์ของเราสามารถตรวจพบเชื้อและถอดรหัสพันธุกรรมยืนยันได้ว่าเป็นเชื้อชนิดเดียวกับที่แพร่ระบาดในจีน ทำให้เราสามารถแถลงได้ด้วยความมั่นใจ และดำเนินมาตรการควบคุมป้องกันโรคได้อย่างรัดกุม จนสามารถควบคุมการแพร่ระบาดได้อย่างดีเกือบตลอดปี 2563

การตรวจหาเชื้อโรคต้นเหตุ จนสามารถถอดรหัสพันธุกรรมเทียบกับที่พบในจีนได้ ต้องทำงานกันแบบหามรุ่งหามค่ำ ช่วงศุกร์-เสาร์-อาทิตย์ และประกาศได้อย่างมั่นใจในวันจันทร์ที่ 13 มกราคม 2563

AW-□□□□□□ 14 □□□□ - □□□□□□□□□□□□□□□□-edit.indd 15 24/11/2564 BE 09:07

ต่อมาเมื่อมีคลัสเตอร์ใหญ่ของการแพร่ระบาดจากสนามมวยลุมพินี ซึ่งมีผู้สัมผัสโรคถึง 4,500 คน เมื่อวันที่ 6 มีนาคม 2563 ระบบก็ยังทำงานได้ดี **โดยก่อนหน้านั้น เราสามารถรับคนไทย 138 คน จากอู่ฮั่นกลับบ้านได้ เมื่อวันที่ 4 กุมภาพันธ์ 2563 หลังอู่ฮั่นประกาศปิดเมืองเมื่อวันที่ 23 มกราคม 2563 โดยสามารถเข้าสู่ระบบการกักกันโรค และสามารถควบคุมโรคได้ดี**

การรับคนไทยที่ "ตกทุกข์ได้ยาก" กลับสู่มาตุภูมิเป็นหน้าที่ของรัฐบาลที่จะต้องกระทำ และรัฐบาลก็ดำเนินการด้วยดีมาอย่างต่อเนื่อง ยกเว้นกรณีคนงานไทยในเกาหลี ที่ "ถูกกระทำ" อย่างไม่เหมาะสม ทั้งการนำเข้าสู่ระบบการกักกันโรค และการเรียกคนเหล่านี้ในลักษณะดูแคลนว่า "ผีน้อย" ซึ่งเป็นการละเมิดศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ที่รัฐธรรมนูญรับรองไว้ตั้งแต่ฉบับ พ.ศ. 2540

ตั้งแต่ช่วงกลางเดือนพฤษภาคม 2563 มีรายงานการตรวจพบผู้ติดเชื้อประปรายต่อเนื่อง แต่แทบทั้งหมดเป็นคนไทยที่เดินทางกลับจากต่างประเทศทั้งสิ้น ไม่มีรายงานการแพร่เชื้อภายในประเทศเลย ทำให้ถึงปลายเดือนพฤศจิกายน 2563 มีผู้ติดเชื้อยืนยันทั้งสิ้นเพียง 3,398 ราย เสียชีวิตรวม 60 คน นับเป็นประเทศที่ได้รับยกย่องว่าสามารถควบคุมป้องกันโควิด-19 ได้ดีเป็นอันดับต้นๆ ของโลก

ความสำเร็จของประเทศไทยในงานนี้ ส่วนหนึ่งเป็นอานิสงส์จากเหตุการณ์วันที่ 14 ตุลาคม 2516

AW-□□□□□□ 14 □□□□ - □□□□□□□□□□□□□□□□-edit.indd 16 24/11/2564 BE 09:07

อานิสงส์จาก 14 ตุลา 2516

ประเด็นสำคัญที่จุดประกายนำไปสู่เหตุการณ์ 14 ตุลา 2516 คือ การเรียกร้องรัฐธรรมนูญ

รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทยฉบับแรก ที่มีหมวดว่าด้วย “แนวนโยบายแห่งรัฐ” คือ ฉบับ พ.ศ. 2492 ซึ่งบัญญัติไว้ในมาตรา 72 ดังนี้

มาตรา 72 รัฐพึงส่งเสริมการสาธารณสุขตลอดถึงการมารดาและทารกสงเคราะห์ การป้องกันและปราบปรามโรคระบาดรัฐจะต้องกระทำให้แก่ประชาชนโดยไม่คิดมูลค่า

ความในมาตรานี้ ยังคงไว้ในรัฐธรรมนูญฉบับ พ.ศ. 2475 แก้ไขเพิ่มเติม พ.ศ. 2495 โดยบัญญัติไว้ในมาตรา 43 แต่ในฉบับ พ.ศ. 2511 คงเหลือสั้นๆ ในมาตรา 69 *รัฐพึงส่งเสริมการสาธารณสุข* เท่านั้น

หลังเหตุการณ์ 14 ตุลา 2516 พวกเราในสายสาธารณสุขได้พยายามผลักดันจนได้บทบัญญัติใน มาตรา 92 ของรัฐธรรมนูญฉบับ พ.ศ. 2517 ดังนี้

มาตรา 92 รัฐพึงส่งเสริมการสาธารณสุขตลอดถึงการอนามัยครอบครัว และพึงคุ้มครองสุขภาพของบุคคล และสนับสนุนให้ประชาชนมีส่วนร่วมด้วย

AW-□□□□□□ 14 □□□□ - □□□□□□□□□□□□□□□□-edit.indd 17 24/11/2564 BE 09:07

รัฐพึงให้การรักษาพยาบาลแก่ผู้ยากไร้โดยไม่คิดมูลค่า

การป้องกันและปราบปรามโรคติดต่ออันตราย รัฐจะต้องกระทำให้แก่ประชาชนโดยไม่คิดมูลค่า

นับว่า เราสามารถนำสาระสำคัญเรื่องการป้องกันและปราบปรามโรคติดต่ออันตราย ให้รัฐต้องกระทำแก่ประชาชนโดยไม่คิดมูลค่า กลับคืนมาได้ และยังเพิ่มเรื่องการให้การรักษาพยาบาลให้แก่ผู้ยากไร้โดยไม่คิดมูลค่าด้วย ซึ่งสำหรับพวกเราชาวสาธารณสุขแล้ว หลักประกันเหล่านี้นับว่ามีความสำคัญมาก

น่ายินดีที่สาระสำคัญเหล่านี้ ยังคงปรากฏอยู่ในรัฐธรรมนูญฉบับต่อๆ มาทุกฉบับ โดยมีเนื้อหาสาระบางประการเพิ่มเติมขึ้นด้วย ได้แก่ ฉบับ พ.ศ. 2521 อยู่ในมาตรา 69 และ 73; ฉบับ พ.ศ. 2534 อยู่ในมาตรา 79 และ 83; ฉบับแก้ไขเพิ่มเติม (ฉบับที่ 5) พ.ศ. 2538 อยู่ในมาตรา 87 และ 89; ฉบับ พ.ศ.2540 อยู่ในมาตรา 52 และมาตรา 82; ฉบับ พ.ศ. 2550 อยู่ในมาตรา 51 และมาตรา 80(2) และฉบับ พ.ศ. 2560 อยู่ในมาตรา 4 มาตรา 47 มาตรา 55 และมาตรา 258 ช(4)(5) ดังนี้

มาตรา 4 ศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ สิทธิ เสรีภาพและความเสมอภาคของบุคคลย่อมได้รับความคุ้มครอง

ประชาชนชาวไทยย่อมได้รับความคุ้มครองตามรัฐธรรมนูญเสมอกัน

มาตรา 47 บุคคลย่อมมีสิทธิได้รับบริการสาธารณสุขของรัฐ

บุคคลผู้ยากไร้ย่อมมีสิทธิได้รับบริการสาธารณสุขของรัฐโดยไม่เสียค่าใช้จ่ายตามที่กฎหมายบัญญัติ

AW-□□□□□□ 14 □□□□ - □□□□□□□□□□□□□□□□-edit.indd 18 24/11/2564 BE 09:07

บุคคลย่อมมีสิทธิได้รับการป้องกันและขจัดโรคติดต่ออันตรายจากรัฐโดยไม่เสียค่าใช้จ่าย

มาตรา 54 รัฐต้องดำเนินการให้ประชาชนได้รับบริการสาธารณสุขที่มีประสิทธิภาพอย่างทั่วถึง เสริมสร้างให้ประชาชนมีความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค และส่งเสริมและสนับสนุนให้มีการพัฒนาภูมิปัญญาด้านแพทย์แผนไทยให้เกิดประโยชน์สูงสุด

บริการสาธารณสุขตามวรรคหนึ่ง ต้องครอบคลุมการส่งเสริมสุขภาพ การควบคุม และป้องกันโรค การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสุขภาพด้วย

รัฐต้องพัฒนาการบริการสาธารณสุขให้มีคุณภาพและมีมาตรฐานสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง

มาตรา 258 ให้ดำเนินการปฏิรูปประเทศอย่างน้อยในด้านต่างๆ ให้เกิดผล ดังต่อไปนี้

ช. ด้านอื่นๆ

(4) ปรับระบบหลักประกันสุขภาพให้ประชาชนได้รับสิทธิและประโยชน์จากการเข้าถึงบริการที่มีคุณภาพและสะดวกทัดเทียมกัน

(5) ให้มีระบบการแพทย์ปฐมภูมิที่มีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว ดูแลประชาชนในสัดส่วนที่เหมาะสม

สาระสำคัญในเรื่องการส่งเสริมการสาธารณสุข การรักษาพยาบาลผู้ยากไร้โดยไม่คิดมูลค่า และให้เป็นหน้าที่ของรัฐในการควบคุมและป้องกันโรคติดต่ออันตรายโดยไม่คิดมูลค่า เป็นหลักประกันทำให้

AW-□□□□□□ 14 □□□□ - □□□□□□□□□□□□□□□□-edit.indd 19 24/11/2564 BE 09:07

ภาครัฐ ภาคประชาสังคม และภาคประชาชน สามารถผลักดันให้เกิดการพัฒนาระบบบริการสาธารณสุข ระบบการเงินการคลัง และระบบการป้องกันและควบคุมโรคอย่างต่อเนื่อง จนเกิดเป็นสวัสดิการสังคมที่สร้างประโยชน์สุขให้แก่ประชาชนถ้วนหน้าได้อย่างมีคุณภาพ เข้มแข็ง และยั่งยืน เป็นที่ยอมรับและยกย่องไปทั่วโลก และเมื่อเกิดภัยพิบัติร้ายแรงอย่างโควิด-19 ระบบก็สามารถทำงานได้อย่างดียิ่ง ยาวนานเกือบตลอดปี 2563

ผลพวงจากเหตุการณ์ 14 ตุลาคม 2516 ในด้านการสาธารณสุข นอกจากบทบัญญัติในรัฐธรรมนูญที่สร้างผลทั้งระยะสั้นและระยะยาวสืบต่อมาจนกระทั่งทุกวันนี้แล้ว รัฐบาลอาจารย์สัญญา ธรรมศักดิ์ ซึ่งเป็นรัฐบาล “พระราชทาน” ให้เข้ามาปกครองประเทศ ยังได้ปฏิรูปโครงสร้างการบริหารกระทรวงสาธารณสุขครั้งใหญ่ ที่สำคัญที่จะต้องกล่าวถึงคือ (1) การรวมงานด้านการรักษาและป้องกันเข้าไว้ด้วยกัน อยู่ภายใต้สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ทำให้เกิดเอกภาพขององค์กรทั้งในส่วนกลางและส่วนภูมิภาค สามารถทำงานได้อย่างมีประสิทธิผลและประสิทธิภาพสืบต่อมาจนถึงปัจจุบัน และ (2) การตั้งกรมควบคุมโรคติดต่อจากเดิมเป็นงานในระดับกอง ทำให้เกิดองคาพยพที่เพียงพอในการต่อสู้เอาชนะโรคติดต่อที่นับวันจะอุบัติขึ้นใหม่ และแพร่ระบาดได้รวดเร็วขึ้นตามความเจริญของการเดินทางทั้งในประเทศและระหว่างประเทศ ทำให้เราสามารถต่อสู้เอาชนะโรคระบาดร้ายแรง เช่น เอดส์, ไข้หวัดนก, ซาร์ส, เมอร์ส, ไข้หวัดใหญ่ 2009 และไวรัสซิก้ามาได้อย่างต่อเนื่อง

สำหรับบทบัญญัติด้านสาธารณสุขในรัฐธรรมนูญ 2517 เป็นข้ออ้างอิงสำคัญในการทำงานสร้างความเข้มแข็งให้แก่ระบบสาธารณสุข

AW-□□□□□□ 14 □□□□ - □□□□□□□□□□□□□□□□-edit.indd 20 24/11/2564 BE 09:07

ซึ่งก่อให้เกิด “ประโยชน์สุข” แก่ประชาชนได้อย่างเป็นรูปธรรม เพิ่มพูนขึ้นอย่างต่อเนื่อง

รูปธรรมแรก คือ นโยบายรักษาฟรี และนโยบายสร้างโรงพยาบาลอำเภอให้ครบทุกอำเภอในประเทศไทย ของรัฐบาล ม.ร.ว. คึกฤทธิ์ ปราโมช ซึ่งเป็นรัฐบาลแรกที่ผ่านการเลือกตั้งและได้เข้าบริหารประเทศตามรัฐธรรมนูญ พ.ศ. 2517

นโยบายรักษาฟรี ทำให้งบประมาณด้านสาธารณสุขของประเทศเพิ่มขึ้นอย่างก้าวกระโดด โรงพยาบาลอำเภอที่เคยได้รับงบประมาณค่ายาปีละ 1 หมื่นบาท เพิ่มขึ้นเป็นประมาณ 4 แสนบาท เป็นการเพิ่มขึ้นถึง 40 เท่า หรือ 4 พันเปอร์เซ็นต์อย่างฉับพลันทันที ทำให้ประชาชนคนยากจนได้ประโยชน์อย่างมาก นับเป็นนโยบายที่ “โดนใจ” ประชาชนอย่างยิ่ง ทำให้ทุกรัฐบาลต่อมา นอกจากไม่กล้าล้มเลิกนโยบายนี้แล้ว ยังเพิ่มสิทธิประโยชน์ให้แก่ประชาชนอย่างต่อเนื่อง ที่สำคัญคือมีการพัฒนาระบบจนกลายเป็นระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ หรือระบบบัตรทองที่ครองใจประชาชนส่วนใหญ่ของประเทศ และเป็นระบบที่ได้รับยกย่องอย่างสูงจากนานาอารยประเทศ รวมทั้งองค์การอนามัยโลกและสหประชาชาติ ตลอดจนนักเศรษฐศาสตร์รางวัลโนเบลอย่าง อมาตยา เซน

ระบบบัตรทองนอกจากเป็นหลักประกันสุขภาพพื้นฐานให้ประชาชนคนไทยทุกคนสามารถเข้าถึงบริการสุขภาพที่จำเป็นที่มีคุณภาพและมาตรฐานได้โดยปราศจากกำแพงเงินขวางกั้น ไม่ว่าจะเจ็บป่วยด้วยโรคร้ายที่ต้องรักษาด้วยราคาแพงเพียงใด โดยสามารถบริหารจัดการระบบได้อย่างมีธรรมาภิบาล นั่นคือ นอกจากเป็นผลดีแก่ประชาชนอย่างชัดเจน

AW-□□□□□□ 14 □□□□ - □□□□□□□□□□□□□□□□-edit.indd 21 24/11/2564 BE 09:07

แล้ว ยังมีประสิทธิภาพสูง โปร่งใส ตรวจสอบได้ ประชาชนมีส่วนร่วมในการบริหารระบบอย่างมีนัยสำคัญทุกขั้นตอน มีการรับฟังความคิดเห็นของประชาชนอย่างกว้างขวางเป็นประจำทุกปี โดยให้บริการครอบคลุมทั้งด้านการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค รักษาพยาบาล และฟื้นฟูสภาพ รวมทั้งเมื่อประชาชนได้รับความเสียหายจากการรักษาพยาบาลก็สามารถได้รับความช่วยเหลือเบื้องต้นในเวลาอันรวดเร็วราว 1-2 เดือน เท่านั้น ไม่ต้องมีการฟ้องร้อง ซึ่งก่อให้เกิดความบาดหมาง และทุกข์ทรมานยาวนานบางรายนานกว่าสิบปี โดยโอกาสที่ประชาชนจะชนะยังต่ำมากด้วย

เมื่อโควิด-19 ระบาด ระบบบัตรทองสามารถเข้ามาช่วยแก้ปัญหาได้ตั้งแต่ต้น โดยอ้างอิงบทบัญญัติตามรัฐธรรมนูญในฉบับ พ.ศ. 2517 ที่ยังมีเนื้อหาเช่นเดียวกันอยู่ในรัฐธรรมนูญ พ.ศ. 2560 มาตรา 47 วรรคสาม

"บุคคลย่อมมีสิทธิได้รับการป้องกันและขจัด
โรคติดต่ออันตรายจากรัฐโดยไม่เสียค่าใช้จ่าย"

คงจำได้ว่า เมื่อโรคนี้เริ่มแพร่ระบาดเข้ามาในประเทศไทย ประชาชนจำนวนมากมีปัญหา เพราะค่าตรวจหาเชื้อ (โดยวิธี RT-PCR : Real Time-Polymerase Chain Reaction) สูงถึง 3 พันบาท และโรงพยาบาลเอกชนบางแห่งตั้งราคาถึง 9 พันบาท แต่เราได้อ้างบทบัญญัติรัฐธรรมนูญมาตรานี้ หลังจากกระทรวงสาธารณสุขประกาศให้โควิด-19 เป็นโรคติดต่ออันตราย เมื่อวันที่ 26 กุมภาพันธ์ 2563 และคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติก็มีมติให้โควิด-19 อยู่ในขอบเขตบริการของระบบบัตรทองเมื่อวันที่ 2 มีนาคม 2563 สองวันต่อมา กระทรวงสาธารณสุข

AW-□□□□□□ 14 □□□□ - □□□□□□□□□□□□□□□-edit.indd 22 24/11/2564 BE 09:07

ก็ได้ออกประกาศให้โควิด-19 เป็น “การเจ็บป่วยฉุกเฉินขอรับการรักษาพยาบาลได้ทุกแห่ง” เมื่อวันที่ 4 มีนาคม 2563

มาตรการที่ออกมารับรองสิทธิที่รัฐธรรมนูญบัญญัติไว้นี้ มีผลสำคัญต่อการป้องกันและควบคุมโควิด-19. ประเทศจีน แต่เดิมก็ไม่มีหลักประกันเช่นนี้ แต่ทันทีที่ประกาศล็อคดาวน์อู่ฮั่น เมื่อวันที่ 23 มกราคม 2563 จีนก็ประกาศให้ประชาชนได้รับสิทธินี้ในวันเดียวกัน และประชาชนที่เสียเงินไปแล้วก่อนหน้านั้นก็ให้ไปเบิกคืนได้ มาตรการนี้จึงเป็นมาตรการหนึ่งที่ทำให้จีนสามารถควบคุมการแพร่ระบาดได้ดีด้วย

ตรงข้ามกับสหรัฐ ซึ่งระบบประกันสุขภาพเป็นแบบ “ตัวใครตัวมัน” ไม่ใช่ระบบ “หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ” เหมือนของเรา จึงมีประชาชนนับสิบล้านที่ไม่มีหลักประกันนี้ ซึ่งส่วนใหญ่เป็นคนยากจนหรือมีโรคประจำตัวที่บริษัทประกันกำหนดเบี้ยประกันอัตราสูง จึงมีคนจำนวนไม่น้อยที่เสียชีวิตเพราะขาดหลักประกันเช่นนี้

ขณะที่ประเทศไทย เมื่อเกิดการระบาดใหญ่ในระลอกสาม จนโรงพยาบาลไม่สามารถรับผู้ติดเชื้อทุกรายเข้าไปดูแลรักษาในโรงพยาบาลได้ แต่ต้องเข้าสู่ระบบการแยกกักที่บ้าน (Home Isolation : HI) หรือการแยกกักในชุมชน ที่เรียกว่า “ศูนย์พักคอย” (Community Isolation : CI) ระบบบัตรทองสามารถส่งยา อุปกรณ์ตรวจวัดออกซิเจน และอาหารสามมื้อให้ถึงบ้านหรือศูนย์พักคอยได้

เมื่อมีการฉีดวัคซีนให้แก่ประชาชน โดยที่วัคซีนทุกชนิดที่อนุญาตให้ฉีดแก่ประชาชน แม้ผ่านการศึกษาวิจัยมาตามระบบทุกขั้นตอน และผ่านการพิจารณารับรองของสำนักงานอาหารและยามาอย่างเข้มงวดแล้ว

AW-□□□□□□ 14 □□□□ - □□□□□□□□□□□□□□□□-edit.indd 23 24/11/2564 BE 09:07

แต่วัคซีนทุกชนิดล้วนได้รับอนุญาตในเงื่อนไข "การอนุญาตให้ใช้กรณีฉุกเฉิน" (Emergency Use Authorization : EUA) ยังมิใช่การอนุญาตในระบบปกติ แม้จะผ่านการพิจารณาด้านความปลอดภัย (Safety) มาแล้วว่าไม่มี "ผลข้างเคียง" (side effects) หรือ "อาการไม่พึงประสงค์" (adverse reactions) ที่ร้ายแรง (serious) แต่เป็นการพิจารณาข้อมูลจากการวิจัยในระยะสั้นเท่านั้น และในจำนวน "ตัวอย่าง" (sample) หลักพันรายเท่านั้น แต่ต้องนำไปฉีดให้ประชาชนนับล้านรายในแต่ละประเทศ แน่นอนว่า แม้มาตรฐานความปลอดภัยจะอยู่เกณฑ์ที่ยอมรับได้ตามมาตรฐานสากล แต่บุคคลแต่ละคนย่อมมีการตอบสนองต่อ "วัคซีน" (immune response) และ "การฉีดวัคซีน" แตกต่างกัน ระบบบัตรทองก็ได้เตรียมการทั้งด้านระบบการพิจารณาช่วยเหลือและงบประมาณไว้รองรับอย่างดี นับถึงสิ้นเดือนกันยายน มีผู้ได้รับการพิจารณาให้ได้รับการช่วยเหลือเบื้องต้นจากการฉีดวัคซีนไปแล้วกว่า 3 พันราย เป็นเงินรวมกว่า 200 ล้านบาท

ในด้านงบประมาณค่าใช้จ่าย ก่อนเหตุการณ์ 14 ตุลาคม 2516 รัฐบาลจัดสรรงบประมาณค่ายาให้แก่โรงพยาบาลระดับอำเภอ เพียงปีละ 1 หมื่นบาท ผมเป็นผู้อำนวยการโรงพยาบาลอำเภอแห่งหนึ่งในภาคอีสาน ดูแลประชากรราว 8 หมื่นคน จึงได้รับงบประมาณค่ายาให้ประชาชนเพียงคนละ 0.125 บาท ต่อปีเท่านั้น รัฐบาล ม.ร.ว. คึกฤทธิ์ เพิ่มให้เป็น 4 แสน จึงเท่ากับคนละ 5 บาทต่อปี ปัจจุบัน อัตราเหมาจ่ายต่อหัวประชากรในระบบบัตรทอง พ.ศ. 2564 คือ 3,365 บาท จึงสูงกว่าก่อนเหตุการณ์ 14 ตุลาคม 2516 ราว 26,920 เท่า

แต่ตัวเลขค่าใช้จ่ายนี้ อย่าเข้าใจผิดว่าเป็นการจ่ายอย่างฟุ่มเฟือยเกินความจำเป็น แท้จริงแล้วเป็นค่าใช้จ่ายที่จำเป็นแก่ชีวิต เพราะการเจ็บป่วย

AW-□□□□□□ 14 □□□□ - □□□□□□□□□□□□□□□□-edit.indd 24 24/11/2564 BE 09:07

เป็นธรรมดาของทุกคน และระบบบัตรทองเป็นระบบที่มีประสิทธิภาพสูงสุดเทียบกับระบบสวัสดิการรักษาพยาบาลข้าราชการ ซึ่งแพงกว่า 4 เท่า และระบบของญี่ปุ่นแพงกว่าราว 30 เท่า โดยผลการสำรวจความพึงพอใจของประชาชนต่อระบบบัตรทองสูงกว่า 90% อย่างต่อเนื่องมากว่า 10 ปีแล้ว ขณะที่ความพึงพอใจของคนญี่ปุ่นต่อระบบประกันสุขภาพของเขาอยู่ราวร้อยละ 65

ในด้านสถานบริการ การที่รัฐบาล ม.ร.ว.คึกฤทธิ์ ปราโมช ประกาศนโยบายจะสร้างโรงพยาบาลระดับอำเภอให้ครบทุกอำเภอ เพราะขณะนั้นประเทศไทยมีอำเภอราว 6 ร้อยกว่าอำเภอ เป็นอำเภอเมืองส่วนหนึ่ง ที่เหลือ 5 ร้อยกว่าอำเภอเป็นอำเภอรอบนอก ซึ่งมี “โรงพยาบาล” ตั้งอยู่ราว 10 แห่ง เท่านั้น นอกนั้น มีเพียงร้อยกว่าอำเภอที่มี “สถานีอนามัยชั้นหนึ่ง”ที่มีแพทย์ประจำ เพียง 1 คน มีเพียงอำเภอเดียวที่มีแพทย์ประจำ 2 คน คือ อำเภอแก่งคอย สระบุรี ประชาชนในอำเภอจึงลำบากมากถ้าต้องการไปพบแพทย์ และก่อนหน้านั้น รัฐบาลก็มีนโยบายสร้างสถานีอนามัยชั้นหนึ่งราวปีละ 2-3 แห่งเท่านั้น เพราะหาแพทย์ไปประจำไม่ใคร่ได้ ถ้าไม่มีนโยบายชัดเจนเรื่องนี้ อาจต้องใช้เวลาถึง 2 ร้อยปี จึงจะมี “สถานีอนามัยชั้นหนึ่ง” ให้ครบทุกอำเภอ ยังเรียกว่า “โรงพยาบาล” ไม่ได้ด้วยซ้ำ เพราะคำว่า “โรงพยาบาล” แปลว่าต้องมีแพทย์ประจำอย่างน้อย 2 คน ซึ่งยากจะทำได้ ฉะนั้น การประกาศนโยบายจะสร้างโรงพยาบาลให้ครบทุกอำเภอ จึงเป็นการแสดงเจตจำนงทางการเมืองที่สำคัญ

แน่นอนว่า นโยบาย “เงินผัน” ก็ดี นโยบายรักษาฟรีก็ดี นโยบายสร้างโรงพยาบาลให้ครบทุกอำเภอก็ดี ล้วนเป็นนโยบาย “แย่งชิงประชาชน”

AW-□□□□□□ 14 □□□□ - □□□□□□□□□□□□□□□□-edit.indd 25 24/11/2564 BE 09:07

ในยุคสงครามเย็น ในช่วงที่สหรัฐอเมริกากำลังถอนตัวออกจากเวียดนาม และภูมิภาคนี้กำลังอยู่ใน “ทางสองแพร่ง” ว่าจะเป็นไปตาม “ทฤษฎีโดมิโน” หรือไม่

นโยบายสร้างโรงพยาบาลให้ครบทุกอำเภอและนโยบายรักษาฟรีล้วนเป็นนโยบายเชิงยุทธศาสตร์ เพื่อครองความจงรักภักดีของประชาชนมิให้ออกห่างไปจากรัฐบาล เป็นนโยบายที่ “สำคัญ” และ “จำเป็น” ของรัฐบาล และทุกรัฐบาลก็ดำเนินนโยบายทั้ง 2 เรื่องนี้มาอย่างต่อเนื่อง

เช่นเดียวกับนโยบายรักษาฟรีที่เป็นจุดตั้งต้นที่สำคัญ และต้องมีการพัฒนาต่อเนื่อง และอย่างถูกต้องสืบต่อมา นโยบายสร้างโรงพยาบาลให้ครบทุกอำเภอ ไม่มีทางทำสำเร็จในเวลาเพียงปีเศษตามอายุของรัฐบาล ม.ร.ว. คึกฤทธิ์ ปราโมช แต่ทุกรัฐบาลต่อๆ มายังคงนโยบายเรื่องนี้เรื่อยมา โดยรัฐบาลธานินทร์ กรัยวิเชียร ได้ริเริ่มโครงการโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชในวโรกาสพระราชพิธีอภิเษกสมรสของสมเด็จพระบรมโอรสาธิราชสยามมกุฎราชกุมาร ซึ่งเดิมจะสร้างเพียงแห่งเดียว แต่ความรักและศรัทธาในสถาบันพระมหากษัตริย์ของปวงชนชาวไทย ทำให้มีผู้บริจาคสร้างถึง 21 แห่ง ในอำเภอห่างไกลในทั้ง 4 ภาค

โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชได้สร้างอานิสงส์แก่โรงพยาบาลอำเภอทั่วประเทศ เพราะต้องกำหนดมาตรฐานของอาคารสถานที่ เครื่องมืออุปกรณ์ และบุคลากร ให้สมพระเกียรติแก่พระนามสมเด็จพระยุพราช

นโยบายสร้างโรงพยาบาลให้ครบทุกอำเภอมาสำเร็จในสมัย พล.อ.เปรม ติณสูลานนท์ โดยเป็นการตัดสินใจทางนโนบายที่สำคัญ 3 เรื่อง ได้แก่ (1) เป็นการตัดสินใจ “ลงทุนสร้างความเข้มแข็งทางสาธารณสุข”

AW-□□□□□□ 14 □□□□ - □□□□□□□□□□□□□□□□-edit.indd 26 24/11/2564 BE 09:07

หลังเกิดภาวะวิกฤตเศรษฐกิจจากวิกฤตการณ์พลังงาน ทำให้ประเทศไทยถึงขั้นต้องลดค่าเงินบาทและกู้เงินจากไอเอ็มเอฟมากู้วิกฤต (2) นอกจากสร้างโรงพยาบาลให้ครบทุกอำเภอแล้ว ยังมีนโยบายสร้างสถานีอนามัยให้ครบทุกตำบลด้วย (3) เพื่อให้นโยบายนี้บรรลุผลสำเร็จจึงมีนโยบายชะลอการก่อสร้างโรงพยาบาลขนาดใหญ่ในเมืองหลวงและเมืองใหญ่ เป็นเวลา 5 ปี

นับเป็นการตัดสินใจทางนโยบายที่สำคัญ ทำให้ระบบบริการสาธารณสุขของรัฐ กระจายอย่างทั่วถึงทั่วประเทศ โดยมีการพัฒนาระบบอาสาสมัครสาธารณสุขขึ้นทั่วประเทศ จนมีอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) กว่า 1 ล้านคนทำงานอย่างเข้มแข็งต่อมา ระบบบริการและระบบอาสาสมัครสาธารณสุขเหล่านี้ เป็นกระดูกสันหลังสำคัญรองรับการแก้ปัญหาการระบาดของโควิด-19 ได้อย่างดี ทำให้สามารถประคับประคองสถานการณ์ผ่านมาได้

กล่าวมาถึงตอนนี้ คงจะมีคำถามใหญ่ว่าหลายอย่างดูดีไปหมด แล้วทำไมเกิดการระบาดใหญ่ขึ้นจนเป็นประเด็นอภิปรายไม่ไว้วางใจรัฐบาลถึงสองสมัยติดต่อกัน จนมีผู้ติดเชื้อวันละนับหมื่น ตายวันละนับร้อย คำตอบสั้นๆ คือเป็นเพราะ :

“ความเชื่อและความฝันที่ยังไม่เป็นจริงของ 14 ตุลา 2516”

ความเชื่อของคนเดือนตุลา 2516 คือ เชื่อว่ารัฐธรรมนูญคือหลักประกันขั้นพื้นฐานของประชาธิปไตย การ “ฉีกรัฐธรรมนูญ” เมื่อวันที่ 17 พฤศจิกายน 2514 เป็นสิ่งที่ยอมรับไม่ได้ แม้รัฐธรรมนูญฉบับนั้นจะเป็นเพียงรัฐธรรมนูญฉบับ “ฟันปลอม” ตามที่ ม.ร.ว. เสนีย์ ปราโมช ตั้งฉายา และเปรียบเทียบไว้อย่างเป็นรูปธรรมว่า เหมือนมีที่ดิน 100 ตารางวา รัฐธรรมนูญ

AW-□□□□□□ 14 □□□□ - □□□□□□□□□□□□□□□□-edit.indd 27 24/11/2564 BE 09:07

ฉบับ พ.ศ. 2511 กำหนดให้ผู้มีอำนาจสร้างบ้านบนเนื้อที่ 90 ตารางวา เหลือพื้นที่เพียง 10 ตารางวา ให้ผู้แทนราษฎรที่ประชาชนเลือกเข้ามาได้มีบทบาท โดยห้ามเข้าไปในบ้าน การฉีกรัฐธรรมนูญฉบับ พ.ศ. 2511 คือการไล่ให้ประชาชนพ้นไปจากเนื้อที่ 10 ตารางวานั้น จึงเป็นสิ่งที่ยอมรับไม่ได้ ฉะนั้นเสียงเรียกร้องรัฐธรรมนูญจึงคุกรุ่นขึ้น โดยหวังให้เป็นจุดตั้งต้นที่ประชาชนจะกลับมามีบทบาทในฐานะเจ้าของประเทศ

ความเชื่อดังกล่าวนี้ ผู้มีอำนาจเวลานั้นดูจะไม่ยอมรับ

ส่วน**ความฝัน** คือ สังคมไทยที่งดงาม โดยช่วงนั้นมีภาพฝันสำคัญอย่างน้อย 2 ภาพ ได้แก่ (1) “ปฏิทินแห่งความหวัง จากครรภ์มารดาถึงเชิงตะกอน” ของ อ.ป๋วย อึ๊งภากรณ์ ที่เผยแพร่สู่สาธารณะเมื่อวันที่ 18 ตุลาคม 2516 หลังเหตุการณ์ 14 ตุลา 2516 เพียง 4 วัน [เดิมเป็นบทความภาษาอังกฤษที่ อ.ป๋วย เสนอต่อที่ประชุมคณะกรรมการที่ปรึกษาด้านการพัฒนาเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ (Southeast Asian Development Advisory Group : SEADAG)] และ (2) “ความสำเร็จ” ของสังคมนิยมจีน ซึ่งช่วงนั้นเป็นช่วงหลังของการปฏิวัติวัฒนธรรม ซึ่งมีคนจำนวนไม่น้อยในเวลานั้นเชื่อว่าเป็นสังคมที่พึงปรารถนา และต่อมาพบว่าเป็นเพียง “มายาคติ” (Myth)

แม้รัฐธรรมนูญที่ได้มา คือ ฉบับ พ.ศ. 2517 จะมีบทบัญญัติที่งดงามจำนวนมาก โดยเฉพาะในเรื่องสิทธิ เสรีภาพ และแนวนโยบายแห่งรัฐ ข้อสำคัญคือเป็นกติกาให้ระบอบประชาธิปไตยตั้งต้นและดำเนินไปตามครรลองได้ และข้อสำคัญคือ เจตนารมณ์ 14 ตุลาคม 2516 ที่มีคนจำนวนมากมายออกมาเรียกร้องสิทธิเสรีภาพ เสมอภาพ และภราดรภาพ โดยได้

AW-□□□□□□ 14 □□□□ - □□□□□□□□□□□□□□□□-edit.indd 28 24/11/2564 BE 09:07

แสดงออกอย่างชัดเจนถึงความกล้าหาญ ไม่กลัวตาย แม้หลังจากนั้นจะมีเหตุการณ์คุกคาม ข่มขู่ และการสังหารเข่นฆ่าอย่างต่อเนื่อง แต่ก็มีคนที่พร้อมต่อสู้จำนวนมาก เมื่อเกิดเหตุการณ์รุนแรงครั้งใหญ่เมื่อ 6 ตุลาคม 2519 ก็มีคนจำนวนมากตัดสินใจจับอาวุธลุกขึ้นสู้ โดยออกไปเผชิญความลำบากยากแค้นแสนสาหัสและเสี่ยงชีวิตอยู่ในเขตป่าเขา เมื่อไม่ประสบความสำเร็จ ต้องหวนกลับ "จากวนาสู่นาคร" คนส่วนใหญ่ก็ยังต่อสู้ต่อไปในทิศทางหรือแนวทางใหม่จนเกิดการ "ลุกขึ้นสู้" ครั้งสำคัญเมื่อกลางเดือนพฤษภาคม 2535 และการรวมตัวกันต่อสู้ต่อเนื่องมาสู่คนรุ่นใหม่ในปัจจุบัน

แน่นอนกลุ่มคนเดือนตุลาคมย่อมมีหลากหลายความคิด ความเชื่อและแนวทางการต่อสู้ ทำให้เกิดภาวะ "แม่น้ำแยกสาย" "ไผ่แยกกอ" บางคนกลายเป็นขั้วตรงข้าม แต่จิตวิญญาณที่ไม่ยอมแพ้ และความพร้อมต่อสู้ บวกกับสภาพสังคมโลก ช่วงแรกที่ยังอยู่ในภาวะสงครามเย็นต่อเนื่องมาอีกนานนับทศวรรษ ทำให้ผู้มีอำนาจต้องมีความยืดหยุ่นและผ่อนคลายเพื่อรักษาประเทศชาติให้อยู่รอด และเพื่อให้ตนยังคงธำรงรักษาอำนาจไว้ได้

ดังนั้น เมื่อรัฐบาลธานินทร์ กรัยวิเชียร ประกาศขั้นตอนการ "พัฒนาประชาธิปไตย" 12 ปี และเดินแนวทาง "สายเหยี่ยว" ก็เกิดการยึดอำนาจและเดินแนวทางผ่อนคลายมากขึ้น มีการนิรโทษกรรมให้แก่ผู้ต้องหาคดี 6 ตุลา 19 การเปลี่ยนผู้นำเป็น พล.อ. เปรม ติณสูลานนท์ ที่สามารถปราบกบฏได้ถึง 2 ครั้ง ปลดนายทหาร "ผู้ค้ำบังลังก์" ตนเองลงได้ และฟื้นฟูเศรษฐกิจของประเทศ พัฒนาประเทศจาก 2.0 เป็น 3.0 จนสำเร็จ

เมื่อเกิดรัฐประหาร 23 กุมภาพันธ์ 2534 ผู้นำรัฐประหารก็ยอมแต่งตั้งนักบริหาร "มืออาชีพ" อย่างนายอานันท์ ปันยารชุน มาบริหาร

AW-□□□□□□ 14 □□□□ - □□□□□□□□□□□□□□□□-edit.indd 29 24/11/2564 BE 09:07

ประเทศในระยะเปลี่ยนผ่าน และหลังรัฐประหาร 19 กันยายน 2549 ก็ยึดอำนาจไว้เพียงปีเดียวเท่านั้น

แนวคิด ยุทธศาสตร์และยุทธวิธีดังกล่าวของผู้มีอำนาจเป็นไปตามบทกวีของลีโอ ตอลสตอย ที่กล่าวถึงเรื่องคนที่นั่งไปบนหลังคนที่พยายามบอกคนที่แบกเขาว่าจะทำทุกอย่างเพื่อให้คนที่แบกเขารับน้ำหนักน้อยที่สุด รู้สึกว่าสบายที่สุด แต่สิ่งที่เขาจะไม่ทำ คือ ลงจากการขี่หลังเท่านั้น

หลังการเลือกตั้งครั้งแรกตามรัฐธรรมนูญ ฉบับ พ.ศ. 2540 เมื่อต้นปี พ.ศ. 2544 เป็นต้นมา ไม่นานการต่อสู้ของภาคประชาชนมีการแตกเป็น 2 ขั้ว ชัดเจน และต่างทอนกำลังซึ่งกันและกัน และต่างถูกผู้มีอำนาจใช้กฎหมายสร้างชนักจนอ่อนล้า หมดแรง รวมทั้งถูกจับกุมคุมขัง ทำให้การยึดอำนาจเมื่อพฤษภาคม 2557 สามารถรักษาอำนาจมาได้อย่างยาวนาน ระบบการเมืองการปกครองจึงอยู่ในวังวนของ "วงจรอุบาทว์" (vicious cycle) และยังไม่เห็นทางออกไปจากวังวนนี้

ประเทศไทย อยู่ในสภาพภูมิศาสตร์ที่ดี มีความอุดมสมบูรณ์ มีภัยธรรมชาติที่รุนแรงไม่มาก ขนาดและจำนวนประชากรพอเหมาะ ประชาชนส่วนใหญ่มีภาษา วัฒนธรรม และความเชื่อที่คล้ายคลึงกัน แตกต่างกันไม่มาก พุทธศาสนาซึ่งเป็นศาสนาของคนส่วนใหญ่สอนให้เชื่อในกฎแห่งกรรม ทำให้ผู้คนมีเมตตาธรรมและขันติธรรมสูง รวมทั้งเชื่อในหลักอนิจจัง จึงไม่ปฏิเสธการเปลี่ยนแปลงและยอมรับการพัฒนา การพัฒนาเศรษฐกิจ และสังคมอย่างมีแผน ซึ่งดำเนินการมาอย่างต่อเนื่องตั้งแต่ พ.ศ. 2504 ภาคธุรกิจมีการพัฒนามาด้วยดี ทั้งภาคอุตสาหกรรมและ

AW-□□□□□□ 14 □□□□ - □□□□□□□□□□□□□□□□-edit.indd 30 24/11/2564 BE 09:07

ภาคบริการ ประเทศไทยจึงควรพัฒนาให้เจริญก้าวหน้า และประชาชนอยู่กันอย่างร่มเย็นเป็นสุข

แต่เพราะระบบการเมืองการปกครองที่อ่อนแอ วนเวียนอยู่ในวงจรอุบาทว์ ทำให้ประเทศไทยยังติดอยู่ในกลุ่มประเทศรายได้ปานกลาง (Middle Income Trap) และมีจุดเปราะบาง (vulnerability) อยู่มากมายที่พร้อมจะทำให้เกิดการระบาดใหญ่ของโควิด-19 นั่นคือ

- ระบบเศรษฐกิจยังต้องพึ่งพาแรงงานราคาถูกจำนวนมากจากประเทศเพื่อนบ้าน
- สวัสดิการแรงงานต่ำ แรงงานจำนวนมากอยู่กันอย่างแออัด ไม่ถูกสุขอนามัย ทั้งแรงงานอพยพ แรงงานก่อสร้าง และอื่นๆ
- ช่องว่างทางสังคมยังสูง ประชาชนจำนวนมากยังยากจน และต้องพึ่งพิงการสงเคราะห์จากรัฐ
- ชุมชนแออัดยังมีอยู่เป็นจำนวนมาก
- มีนักโทษในเรือนจำจำนวนมาก อยู่กันอย่างแออัด ผิดสุขลักษณะ รวมทั้งผู้ต้องขังในสถานีตำรวจและศาล
- ระบบเศรษฐกิจยังต้องพึ่งพาเศรษฐกิจนอกระบบ ทั้งบ่อนการพนัน สถานบริการทางเพศ และสถานบันเทิงที่ผิดกฎหมาย

ปัญหาต่างๆ เหล่านี้ล้วนเป็นจุดเปราะบาง ที่จะทำให้เกิดการระบาดขึ้นได้โดยง่าย และยากแก่การควบคุม

ความจริง มีการเข้าไปวางระบบป้องกันในเรือนจำ ในช่วงแรกของการระบาดในปี พ.ศ. 2563 แต่ระบบดังกล่าวมีความหย่อนยานลงในเวลา

AW-□□□□□□ 14 □□□□ - □□□□□□□□□□□□□□□□-edit.indd 31 24/11/2564 BE 09:07

ต่อมา ส่วนในชุมชนของแรงงานข้ามชาติถูกปล่อยปละละเลย เพราะไม่อยู่ในความคุ้มครองของรัฐธรรมนูญ ทำให้อยู่นอกความรับผิดชอบของระบบบัตรทอง ที่ถูกจำกัดขอบเขตให้ดูแลเฉพาะบุคคลสัญชาติไทยที่ไม่อยู่ภายใต้สวัสดิการรักษาพยาบาลข้าราชการและประกันสังคม เท่านั้น

การเข้าออกของแรงงานอพยพจากประเทศเพื่อนบ้าน ซึ่งส่วนหนึ่งอยู่ภายใต้อิทธิพลของขบวนการค้ามนุษย์ ในปีแรก การระบาดของโควิด-19 ในประเทศเพื่อนบ้านยังอยู่ในวงจำกัด จึงยังไม่มีการแพร่ระบาดข้ามชายแดนมายังประเทศไทย แต่ช่วงปลายปีเมียนมามีการระบาดรุนแรง ทำให้ระบาดเข้ามาสู่แรงงานอพยพชาวเมียนมาที่สมุทรสาคร แต่ยังไม่ปรากฏเป็นข่าวจนลุกลามเข้าสู่ประชาชนคนไทย ทำให้เป็นจุดเริ่มต้นของการระบาดระลอกที่ 2 เพราะสมุทรสาครเป็นแหล่งกระจายอาหารทะเลสู่จังหวัดต่างๆ โดยรอบ ทำให้เกิดคลัสเตอร์ของการแพร่ระบาดกระจายไปหลายจังหวัด บวกกับการระบาดที่เริ่มต้นจากบ่อนพนันที่จังหวัดระยอง

การระบาดระลอกสอง อัตราการติดเชื้อวันละหลักร้อย และยังไม่ทันควบคุมได้ ก็เกิดการแพร่ระบาดระลอกที่สาม ซึ่งเริ่มต้นจากสถานบันเทิงย่านถนนทองหล่อ การระบาดเป็นไปอย่างกว้างขวางและรวดเร็ว เพราะสถานบันเทิงดังกล่าวเป็นจุดเชื่อมต่อของประชาชนกลุ่มเปราะบางที่ไปขายบริการและให้บริการต่างๆ ที่มีจำนวนมาก พำนักอาศัยในชุมชนแออัดย่านคลองเตย และที่อื่นๆ รวมทั้งการแพร่ระบาดเข้าไปในแคมป์คนงานก่อสร้าง และเรือนจำ การแพร่ระบาดจึงรวดเร็ว ประกอบกับเชื้อโรคมีการกลายพันธุ์เป็นสายพันธุ์เดลต้าที่มีอัตราการแพร่เชื้อ [Infectivity rate คือค่า R0 (อาร์ศูนย์)] เพิ่มจากเดิมราว 1.6 เป็นมากกว่า 8 อัตราการติดเชื้อ

AW-□□□□□□ 14 □□□□ - □□□□□□□□□□□□□□□□-edit.indd 32 24/11/2564 BE 09:07

จึงเพิ่มขึ้นเป็นวันละหลักพันจนเป็นหลักหมื่น และจำนวนการตายเพิ่มเป็นวันละหลักสิบและหลักร้อย ทำให้จำนวนผู้ติดเชื้อสะสมเพิ่มถึงหลักล้าน เมื่อวันที่ 20 สิงหาคม 2564

การติดเชื้อที่เพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว ประกอบกับมาตรการการแก้ปัญหาที่ไม่เข้มแข็งเพียงพอ โดยเฉพาะความผิดพลาดในการบริหารวัคซีน ทำให้มีผู้ป่วยหนักจำนวนมาก จนแทบจะเกินกำลังของระบบบริการ และทำให้จำนวนการตายสูงเกินสมควร

AW-□□□□□□ 14 □□□□ - □□□□□□□□□□□□□□□□-edit.indd 33 24/11/2564 BE 09:07

ความผิดพลาดในการบริหารวัคซีน

ประเทศไทยเคยมีประสบการณ์ที่ดีในเรื่องการบริหารวัคซีนอย่างน้อย 2 เรื่อง

เรื่องที่หนึ่ง นักวิทยาศาสตร์ไทย เคยไปรับการฝึกอบรมเรื่องการผลิตวัคซีนป้องกันไข้ทรพิษชนิดหนองฝีแห้ง (Freeze-dried vaccine) จากสถาบันลิสเตอร์ (Lister Institute) ที่อังกฤษ และได้รับความไว้วางใจจากองค์การอนามัยโลก ให้เป็นผู้ฝึกอบรมเทคนิคนี้แก่ประเทศต่างๆ ในเอเชียตะวันออก ซึ่งญี่ปุ่นก็มาเรียนรู้เทคโนโลยีนี้จากไทย และประเทศไทยก็สามารถใช้วัคซีนนี้เป็นเครื่องมือสำคัญในการขจัดกวาดล้างไข้ทรพิษจนหมดไปจากประเทศ ก่อนการประกาศความสำเร็จนี้ขององค์การอนามัยโลกหลายปี

เรื่องที่สอง เมื่อเกิดการระบาดของไข้หวัดนก และต่อมาไข้หวัดใหญ่ 2009 ประเทศไทยเป็นผู้นำในการริเริ่มผลักดันให้มีการถ่ายทอดเทคโนโลยีการผลิตวัคซีนไข้หวัดใหญ่ชนิดเชื้อเป็น ให้แก่ประเทศกำลังพัฒนา โดยการสนับสนุนขององค์การอนามัยโลกจนสำเร็จ และได้ลงทุนก่อสร้างโรงงานผลิตวัคซีนไข้หวัดใหญ่ระดับอุตสาหกรรมที่องค์การเภสัชกรรมมาตั้งแต่ พ.ศ. 2552 และได้จัดทำ “ยุทธศาสตร์การเตรียมพร้อมด้านวัคซีนไข้หวัด

AW-□□□□□□ 14 □□□□ - □□□□□□□□□□□□□□□□-edit.indd 34 24/11/2564 BE 09:07

ใหญ่ กรณีเกิดการระบาดใหญ่ของประเทศไทย” ไว้แล้ว ตั้งแต่ พ.ศ. 2550

โควิด-19 มีลักษณะคล้ายคลึงกับไข้หวัดใหญ่มาก มาตรการในการควบคุมป้องกันโรคก็ละม้ายคล้ายคลึงกัน และยุทธศาสตร์ด้านวัคซีนก็นำมาใช้ได้ แต่ความผิดพลาดก็เกิดขึ้นจนได้

ประการแรก เป็นความล้มเหลวด้านการพัฒนาวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี

เช่นเดียวกับเรื่องการสาธารณสุข รัฐธรรมนูญฉบับแรกที่มีบทบัญญัติส่งเสริมในเรื่องนี้ คือ ฉบับ พ.ศ.2492 ดังนี้

มาตรา 65 รัฐพึงสนับสนุนการค้นคว้าในทางศิลปศาสตร์ และวิทยาศาสตร์

รัฐธรรมนูญฉบับ พ.ศ.2517 ขยายความเพิ่มขึ้น ดังนี้

มาตรา 74 รัฐพึงสนับสนุนการวิจัยในศิลปะและวิทยาการต่างๆ พึงส่งเสริมการสถิติ และพึงใช้วิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีในการพัฒนาประเทศ

เนื้อหาสาระเรื่องนี้ในรัฐธรรมนูญฉบับ พ.ศ. 2492 คล้ายคลึงกับส่วนแรกบทบัญญัติหมวด 1 มาตรา 8 วรรคแปด ในรัฐธรรมนูญของสหรัฐ ซึ่งร่างขึ้นตั้งแต่ พ.ศ. 2330 (To promote the Progess of Science and useful Arts, by securing for limited times to Authors and Inventors the exclusive Right to their respective Writings and Discoveries : ส่งเสริมความก้าวหน้าทางวิทยาศาสตร์และ

AW-□□□□□□ 14 □□□□ - □□□□□□□□□□□□□□□□-edit.indd 35 24/11/2564 BE 09:07

ศิลปศาสตร์ที่มีประโยชน์โดยให้เอกสิทธิ์ในเวลาที่จำกัดแก่ผู้ประพันธ์และผู้ค้นพบผลงานการประพันธ์และการค้นพบของพวกเขา) โดยประเทศไทยได้เปิดรับวิทยาการตะวันตกมาอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะครั้งรัชกาลที่ 4 ถึงขั้นที่ทรงสามารถคำนวณการเกิดสุริยุปราคาได้อย่างถูกต้องและแม่นยำ คณะวิทยาศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยก็สถาปนามาแล้วกว่าร้อยปี สภาวิจัยแห่งชาติก็ตั้งขึ้นมาตั้งแต่ พ.ศ. 2499 และในสมัยรัฐบาลท่านนายกฯ อานันท์ ปันยารชุน ได้ตั้งกองทุนสนับสนุนการวิจัย (สกว.) และสำนักงานพัฒนาวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีแห่งชาติ (สวทช.) ขึ้น แต่การพัฒนาด้านวิทยาศาสตร์ และเทคโนโลยียังดูจะล้าหลังกว่าการพัฒนาด้านไสยศาสตร์และโหราศาสตร์

นักวิทยาศาสตร์ไทยและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง มีความพยายามที่จะพัฒนาวัคซีนโควิด-19 ขึ้นใช้ในประเทศไทย แต่ยังไม่ประสบความสำเร็จ ทำให้ประเทศไทยยังต้องพึ่งพาวัคซีนจากต่างประเทศทั้งหมด ทั้งๆ ที่ประเทศไทยมีการวางรากฐานด้านวิทยาศาสตร์เทคโนโลยีมายาวนานพอสมควร และมียุทธศาสตร์เรื่องวัคซีนสำหรับโรคระบาดลักษณะนี้มายาวนานกว่าหนึ่งทศวรรษ

สาเหตุสำคัญเพราะ (1) ประเทศไทยไม่ส่งเสริมการวิจัยและการพัฒนาทางด้านวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีอย่างจริงจัง ระบบงานด้านนี้ต้องปฏิรูปใหม่ทั้งหมด ไม่เช่นนั้นเราจะต้องประสบปัญหาเช่นนี้ซ้ำแล้วซ้ำเล่า รายละเอียดเรื่องนี้มีมาก จะยกไว้ไม่กล่าวในที่นี้ (2) นักวิทยาศาสตร์และหน่วยงานในประเทศไทย ไม่ได้วิเคราะห์ปัญหาและเลือกยุทธศาสตร์การวิจัยและพัฒนาวัคซีนอย่างถูกต้อง มุ่งวิจัยไปตามความถนัด หรือ ความ

AW-□□□□□□ 14 □□□□ - □□□□□□□□□□□□□□□□-edit.indd 36 24/11/2564 BE 09:07

"คิดฝัน" โดยไม่อยู่ในโลกแห่งความเป็นจริง เลือกวิจัยและพัฒนาวัคซีนที่ใช้เทคโนโลยีระดับสูงมาก เกินขีดความสามารถ เช่น การวิจัยวัคซีนชนิดเอ็มอาร์เอ็นเอ หรือวัคซีนที่สร้างจากหน่วยย่อยของโปรตีน โดยไม่มีธุรกิจยาในประเทศที่จะสามารถนำไปพัฒนาต่อ แทนที่จะวิจัยและพัฒนาวัคซีนชนิดที่ใช้เทคโนโลยีจากเชื้อตาย ซึ่งวิจัยและพัฒนาง่ายกว่า โดยประเทศไทยก็มีโรงงานที่ลงทุนสร้างไว้แล้ว ดังในที่สุดวัคซีนชนิดแรกที่ประเทศไทยนำมาใช้ก็คือวัคซีนชนิดเชื้อตายนี้เอง ซึ่งเป็นวัคซีนที่มีความมั่นใจเรื่องความปลอดภัยได้มากกว่าทั้งในระยะสั้นและระยะยาว

ประการที่สอง ความผิดพลาดในการบริหารความเสี่ยง

เมื่อประเทศไทย ไม่สามารถพึ่งตนเองด้านวัคซีน จึงจำเป็นต้องเตรียมจัดซื้อจากต่างประเทศ

ใน **ยุทธศาสตร์การเตรียมพร้อมด้านวัคซีนไข้หวัดใหญ่ ในกรณีเกิดการระบาดใหญ่ของประเทศไทย** ที่มีการเขียน และพิมพ์เผยแพร่ตั้งแต่ พ.ศ. 2550 ได้เขียนไว้อย่างชัดเจนว่า

ยุทธศาสตร์นี้มีข้อพิจารณาทั้งทางด้านเทคนิคและการบริหารจัดการ ข้อพิจารณาด้านเทคนิคคือ ชนิดและสายพันธุ์ของวัคซีน และด้านการบริหารจัดการนั้นต้องมีการทำความเข้าใจกับหน่วยงานด้านการเงินการคลังให้ตระหนักถึงความสำคัญและประโยชน์ของการซื้อวัคซีนสำรองซึ่งมีลักษณะเหมือนเป็นการซื้อประกัน กล่าวคือต้องมีการลงทุนซื้อวัคซีนที่อาจจะไม่ได้นำมาใช้จริง ลักษณะดังกล่าวอาจจะคล้ายการลงทุนที่สูญเปล่า แต่โดยความเป็นจริงแล้วเป็นการซื้อหลักประกันที่จะต้องใช้เพื่อควบคุมการระบาดใหญ่ให้ใช้ได้ตั้งแต่ในระยะเริ่มต้นหรือเพื่อซื้อเวลาในการชะลอการแพร่ระบาด

AW-□□□□□□ 14 □□□□ - □□□□□□□□□□□□□□□□-edit.indd 37 24/11/2564 BE 09:07

ของโรค ***นอกจากนี้การเจรจาต่อรองกับผู้ผลิตวัคซีนถึงเงื่อนไขการซื้อวัคซีนจะมีลักษณะที่แตกต่างจากการซื้อวัคซีนที่ใช้กันในสถานการณ์ปกติ***

ถ้ามีการศึกษา และนำยุทธศาสตร์นี้มาใช้อย่างถูกต้อง จะไม่เกิดปัญหาดังกรณีที่เกิดขึ้นกับกรณีวัคซีนโควิด-19 ซึ่งเกิดความผิดพลาดในทั้ง 2 ประเด็น

ประเด็นแรก เรื่องระเบียบการจัดซื้อ ข้อจำกัดของ พ.ร.บ. การจัดซื้อจัดจ้างภาครัฐ ที่กำหนดให้ต้องจัดซื้อวัคซีนที่ปลอดภัยและได้ผล ในราคาที่เหมาะสม **ซึ่งเป็นสินค้าที่ไม่มีในโลก** เพราะช่วงเตรียมการจัดซื้อ วัคซีนทุกชนิดล้วนอยู่ในช่วงของการพัฒนา ยังไม่มีข้อพิสูจน์ใดๆ ทั้งเรื่องความปลอดภัยและได้ผล เรื่องราคาก็กำหนดโดยผู้ขาย ข้อจำกัดนี้ทำให้เสียเวลาไปไม่น้อยกว่า 2 เดือน ซึ่งก็ทำให้ประชาชนชาวไทยเสียโอกาสได้รับวัคซีนล่าช้าไปไม่น้อยกว่า 2 เดือน จากข้อจำกัดในเรื่องนี้

ประเด็นที่สอง เราตัดสินใจพึ่งพิงวัคซีนชนิดเดียวของบริษัทแอสตราเซเนกาจากโรงงานบริษัทสยามไบโอไซเอนซ์ ซึ่งการตัดสินใจอยู่บนเหตุผลที่ดีมาก นั่นคือ (1) วัคซีนมีราคาถูกตามนโยบาย “ไม่เอากำไรไม่ขาดทุน” ที่ผู้วิจัยวัคซีนนี้ คือ ดร.ซาราห์ กิลเบิร์ต (Dr Sarah Gilbert) แห่งสถาบันเจนเนอร์ มหาวิทยาลัยออกซฟอร์ดเป็นผู้กำหนด และบริษัทแอสตราเซเนกาก็ได้รับเงินสนับสนุนจาก**แผนปฏิบัติการความเร็วเหนือแสง** (Operation Warp Speed) ของสหรัฐ ในการสั่งจองวัคซีนล่วงหน้าถึง 1,200 ล้านดอลลาร์ ทำให้ขายวัคซีนได้ในราคาถูกมาก เมื่อเทียบกับวัคซีนอื่นที่กำหนดราคาในช่วงนั้น ระหว่าง 15-30 ดอลลาร์/โดส แต่วัคซีนนี้ประเทศไทยสามารถสั่งจองได้ในราคาเพียงโดสละ 5 ดอลลาร์เท่านั้น (2) ประเทศไทย

AW-□□□□□□ 14 □□□□ - □□□□□□□□□□□□□□□-edit.indd 38 24/11/2564 BE 09:07

จะได้รับการถ่ายทอดเทคโนโลยีการผลิตนี้จากบริษัทแอสตราเซเนกา จึงเป็นโอกาสอันหาได้ยากของประเทศไทย และ (3) วัคซีนที่โรงงานแห่งนี้ผลิตจะมีจำนวนมากพอสมควร นอกจากเพียงพอกับความต้องการที่ประเทศไทยกำหนดแล้ว อีก 2 ใน 3 จะส่งขายให้แก่ประเทศในภูมิภาคอาเซียน ทำให้สามารถนำเงินตราเข้าประเทศได้ด้วย

เหตุผลดังกล่าวล้วน "ดีมาก" แต่เป็นเหตุผลที่ดีสำหรับสถานการณ์ "ปกติ" จึง "ผิดฝาผิดตัว" เมื่อนำมาใช้ในสถานการณ์ที่ "ไม่ปกติ"

จุดอ่อนสำคัญ คือ โรงงานแห่งนี้ไม่เคยผลิตวัคซีนมาก่อน ตามแผนจึงจะสามารถส่งมอบวัคซีนให้ได้ในช่วงเดือนมิถุนายน 2564 จึงช้าไปมาก เมื่อวัคซีนชนิดแรกของโลกสามารถฉีดให้แก่ประชาชนได้ตั้งแต่วันที่ 8 ธันวาคม 2563 และโรงงานของบริษัทสถาบันซีรัมแห่งอินเดีย (Serum Institute of India : SII) ซึ่งทำสัญญากับแอสตราเซเนกาแบบเดียวกัน แต่เป็นโรงงานวัคซีนชั้นนำของโลก สามารถผลิตวัคซีนฉีดให้แก่คนอินเดียได้ตั้งแต่วันที่ 16 มกราคม 2564

จุดอ่อนสำคัญอีกประการหนึ่ง คือ ขณะลงนามในสัญญากับแอสตราเซเนกา ยังไม่รู้ว่าวัคซีนนี้จะปลอดภัยและได้ผลหรือไม่ เพียงใด การเตรียมสำรองวัคซีนไว้จากแหล่งเดียว จึงเป็นการบริหารความเสี่ยงในลักษณะที่ "สุ่มเสี่ยงอย่างยิ่ง"

ประการที่สาม การฉีดวัคซีนไม่เป็นไปตามลำดับกลุ่มเป้าหมาย

ต้องชื่นชมกระทรวงสาธารณสุขที่สามารถจัดหาวัคซีนมาฉีดให้ประชาชนได้ตั้งแต่ปลายเดือนกุมภาพันธ์ 2564 ทั้งๆ ที่ตามแผนจะได้วัคซีน

AW-□□□□□□ 14 □□□□ - □□□□□□□□□□□□□□□□-edit.indd 39 24/11/2564 BE 09:07

จากโรงงานของบริษัทสยามไบโอไซเอนซ์ในเดือนมิถุนายน 2564 และมีการกำหนดกลุ่มเป้าหมายไว้อย่างถูกต้อง ที่จะฉีดให้แก่ประชากรตามลำดับ **กลุ่มแรก** คือบุคลากรสาธารณสุขด่านหน้า เพื่อรักษาระบบให้สามารถบริการผู้ป่วยได้ **กลุ่มที่สอง** คือ ผู้สูงอายุและผู้มีโรคประจำตัว 7 กลุ่มโรค ซึ่งหากได้รับเชื้อจะมีโอกาส มีอาการรุนแรง และเสียชีวิตสูง

แต่การตัดสินใจนี้ ถูกเปลี่ยนมือจากกระทรวงสาธารณสุขไปเป็นของศูนย์บริหารสถานการณ์โควิด-19 (ศบค.) ซึ่งได้นำวัคซีนไปกระจายให้แก่ประชากรกลุ่มอื่นตามเสียงเรียกร้องและแรงกดดันต่างๆ เช่น บุคลากรในมหาวิทยาลัย จังหวัดที่จะเปิดการท่องเที่ยว แรงงาน ฯลฯ ซึ่งล้วนมี "เหตุผลและความจำเป็น" แต่ทำให้วัคซีนที่มีน้อยอยู่แล้ว กลายเป็น "เบี้ยหัวแตก" ไม่สามารถป้องกันการเจ็บป่วยรุนแรงและการเสียชีวิตได้ ไม่ต้องพูดถึง "ภูมิคุ้มกันหมู่" (Herd Immunity) ที่ไม่มีทางจะเกิดขึ้นได้ ผลก็เกิดขึ้นดังที่ปรากฏแล้ว

น่าเสียดาย ที่ประเทศไทยไม่สามารถพัฒนาจนแก้ปัญหาโควิด-19 ได้ดีกว่านี้ แต่สถานการณ์ของประเทศไทยก็นับว่าไม่เลวร้ายนักเมื่อเปรียบเทียบกับหลายๆ ประเทศ เช่น มาเลเซีย อินโดนีเซีย อินเดีย หรือแม้แต่สหรัฐอเมริกา ซึ่งเมื่อครั้งไข้หวัดใหญ่สเปนระบาดไปทั่วโลก ช่วง พ.ศ. 2461-2463 จุดตั้งต้นของการระบาดเกิดขึ้นที่สหรัฐอเมริกา ที่เริ่มการพัฒนาด้านการแพทย์และสาธารณสุขอย่างเป็นระบบ มีการพัฒนาและใช้หน้ากากอนามัยอย่างกว้างขวาง การระบาดครั้งนั้นประมาณการว่ามีผู้ป่วยทั่วโลกถึง 500 ล้านคน จากประชากรทั่วโลกเพียง 1,840 ล้านคน เสียชีวิตไปราว 50 ล้านคน นับว่าอัตราป่วย-ตายสูงมากถึงราวร้อยละ 10 แต่ในสหรัฐมีข้อมูล

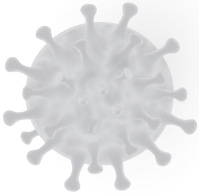
AW-□□□□□□ 14 □□□□ - □□□□□□□□□□□□□□□□-edit.indd 40 24/11/2564 BE 09:07

สถิติพบว่ามีผู้เสียชีวิตไปราว 675,000 คนเท่านั้น ขณะที่ในอินเดียประมาณการว่าเสียชีวิตไปถึงราว 20 ล้านคน

การระบาดของโควิด-19 ครั้งนี้ ไม่น่าเชื่อว่าสหรัฐมีผู้ติดเชื้อมากที่สุด และเสียชีวิต ณ วันที่ 22 กันยายน 2564 ไปแล้วถึง 676,092 คน สูงกว่าจำนวนผู้เสียชีวิตในสหรัฐจากไข้หวัดใหญ่สเปนไปแล้ว

สำหรับประเทศไทย ข้อมูล ณ วันที่ 4 ตุลาคม 2564 มีผู้ติดเชื้อสะสม 1,647,362 คน เสียชีวิตสะสม 17,111 คน เทียบกับสถิติการระบาดของไข้หวัดใหญ่สเปนตามรายงานของเสนาบดีกระทรวงมหาดไทย เมื่อวันที่ 14 กรกฎาคม 2462 ขณะนั้นประเทศไทยแบ่งเป็น 17 มณฑล 78 จังหวัด มีประชากรทั้งสิ้น 8,478,566 คน ป่วยถึง 2,317,662 คน และเสียชีวิตถึง 80,223 คน

AW-□□□□□□ 14 □□□□ - □□□□□□□□□□□□□□□□-edit.indd 41 24/11/2564 BE 09:07



บทสรุป

สถานการณ์การระบาดของโควิด-19 ในปัจจุบันทั่วโลก หลายประเทศสามารถควบคุมได้ แม้เชื้อจะมีการกลายพันธุ์ และยังไม่มียารักษาที่พิสูจน์แล้วว่า ได้ผลดี โดยวัคซีนทำให้การแพร่เชื้อชะลอตัวลง และความรุนแรงของผู้ติดเชื้อลดลง อัตราตายลดลงเรื่อยๆ ยาตัวแรกที่มีข่าวว่าสามารถลดอัตราตายได้ถึง 50% ทำให้ “หุ้นขึ้น” ก็ยังต้องติดตามต่อไป

ในระยะยาว คาดว่าโรคนี้จะลดความรุนแรง กลายเป็นโรคประจำถิ่น (Endemic disease) คล้ายไข้หวัดใหญ่ ซึ่งเป็นโรคที่อยู่ร่วมกับมนุษย์ได้ เพราะความรุนแรงลดลง อัตราตายต่ำ มียาที่บรรเทาหรือรักษาได้ หลายประเทศเริ่มประกาศแนวทางอยู่ร่วมกับโควิด-19 แล้ว

สำหรับประเทศไทย ความเชื่อและความฝันของคนที่ออกมาแสดงเจตนารมณ์เรียกร้องรัฐธรรมนูญเมื่อเดือนตุลาคม 2516 หลายสิ่งปรากฏเป็นจริง สังคมไทยมีความเจริญพัฒนาขึ้นมาก แต่หลายส่วนยังต้องการการพัฒนาต่อไป โดยเฉพาะระบบการเมืองการปกครองที่ยังอยู่ในวังวนของวงจรอุบาทว์ที่ทำให้ประเทศไทยยังติดอยู่ในกับดักรายได้ปานกลาง ที่ช่องว่างรายได้ของประชาชนยังห่างกันมาก ระบบเศรษฐกิจยังต้องพึ่งพาแรงงานราคาถูก สวัสดิการแรงงานต่ำ ความเป็นอยู่ของคนจำนวนมากยังต้องอยู่ในที่แออัด สุขอนามัยไม่ดี และยังต้องพึ่งพิงเศรษฐกิจนอกระบบอันนำไปสู่อาชญากรรม ทำให้คนจำนวนมากต้องเข้าไปอยู่ในเรือนจำที่ไร้อิสรภาพ แล้วยังต้องอยู่กันอย่างแออัดยัดเยียดอย่างมาก

AW-□□□□□□ 14 □□□□ - □□□□□□□□□□□□□□□-edit.indd 42 24/11/2564 BE 09:07

บทส่งท้าย

ชัดเจนว่า ความฝันวันที่ 14 ตุลา 2516 หลายอย่างเป็นจริงแล้ว หลายอย่างยังไม่เป็นจริง โดยเฉพาะระบบการเมืองการปกครองที่ยังอยู่ในวังวนของวงจรอุบาทว์

วงจรอุบาทว์ที่นำพาประเทศไทยเดินทางมาถึงปากเหว หรือ "จุดพลิกผัน" (Tipping points) ที่ ดร. วิรไท สันติประภพ อดีตผู้ว่าการธนาคารแห่งประเทศไทยเพิ่งเตือนไว้ ถึง 7 ปัญหาใหญ่ ได้แก่ (1) ภาครัฐที่โตจนเกินไป และเป็นอุปสรรคใหญ่ของการพัฒนา (2) ความเหลื่อมล้ำ (3) ความสามารถในการแข่งขันของประเทศ (4) ความเห็นที่แตกต่างอย่างมากระหว่างคนรุ่นใหม่กับคนรุ่นเก่า (5) ระบบการศึกษาที่ล้าหลัง (6) ความล้าหลังด้านวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี และ (7) ปัญหาการทุจริตคอรัปชั่น ในขณะที่สมรรถภาพของภาครัฐที่วัดจากผลงานด้านการฟื้นตัวทางเศรษฐกิจจากวิกฤตโควิด-19 จากการประเมินของนิกเกอิ เอเชีย เราอยู่ในอันดับ 119 จาก 120 ประเทศ

คงไม่สามารถตั้งความหวังกับ "คนเดือนตุลา" ได้มากนัก เพราะส่วนมากอยู่ในวัยชรา หลายคน อ่อนล้าและสังขารร่วงโรย ความหวังคงต้องอยู่กับคนรุ่นใหม่เป็นหลัก ความหวังที่พอจะตั้งได้สำหรับคนเดือนตุลาคือทำอย่างไรจะยุติความแตกแยก กลับมาผนึกกำลังเพื่อเป็นแรงหนุนให้คนรุ่นใหม่รับไม้ต่อ ต่อไป

AW-□□□□□□ 14 □□□□ - □□□□□□□□□□□□□□□□-edit.indd 43 24/11/2564 BE 09:07

จากซ้ายไปขวา

นางสุนทรี เซ็งกิ่ง, นายรัษฎา มนูรัษฎา, นายเมธา มาสขาว, นายชัยวัฒน์ สุรวิชัย, นายสถาพร ลิ้มมณี, นายประสาร มฤคพิทักษ์, นพ.วิชัย โชควิวัฒน

จากซ้ายไปขวา

นายพิภพ ธงไชย, นางสุนี ไชยรส, รศ.สุรัสวดี หุ่นพยนต์, น.ส.ศยามล ไกยูรวงศ์, น.ส.ลัดดาวัลย์ ตันติวิทยาพิทักษ์, นายปรีดา เตียสุวรรณ์, นายสันติสุข โสภณสิริ

ปัจฉิมกถาในงานปาฐกถา 14 ตุลาคม 2564

สมเกียรติ ตั้งกิจวานิชย์

ประธานมูลนิธิสถาบันเพื่อการพัฒนาประเทศไทย

จิตวิญญาณ 14 ตุลาคมคือจิตวิญญาณของคนหนุ่มสาวและประชาชนที่ต้องการเปลี่ยนแปลงการเมืองของไทยให้เป็นประชาธิปไตยเพื่อแก้ไขปัญหาของประเทศและประชาชนเอง

ปาฐกถา 14 ตุลาคม 2564 เรื่อง “เหลียวหลังแลหน้า 14 ตุลาคม 2516 : ในสถานการณ์โควิด-19”โดยนายแพทย์วิชัย โชควิวัฒน ประธานมูลนิธิ 14 ตุลา ได้ฉายภาพอย่างน่าสนใจว่า อานิสงส์จากเหตุการณ์ 14 ตุลา 2516 ยังส่งผลมาต่อเนื่องจนถึงปัจจุบัน โดยการที่ประเทศไทยประสบความสำเร็จอย่างสูงในการแก้ปัญหาการระบาดโควิด-19 ในช่วงปี 2563 มีที่มาส่วนหนึ่งอันเป็นผลพวงมาจากเหตุการณ์ 14 ตุลาคม 2516 ซึ่งเริ่มต้นจากการเรียกร้องรัฐธรรมนูญ และในที่สุดคนไทยก็ได้มาซึ่งรัฐธรรมนูญที่มีบทบัญญัติที่มีความก้าวหน้าด้านสุขภาพจากการที่กำหนดให้รัฐต้องป้องกันและปราบปรามโรคติดต่ออันตราย และต้องให้มีการรักษาพยาบาลให้แก่ผู้ยากไร้โดยไม่คิดค่าใช้จ่าย

AW-□□□□□□ 14 □□□□ - □□□□□□□□□□□□□□□□-edit.indd 47 24/11/2564 BE 09:07

นายแพทย์วิชัย โชควิวัฒน ปาฐกของงานปาฐกถา 14 ตุลาคม 2564 ยังชี้ให้เห็นว่า บทบัญญัติดังกล่าวของรัฐธรรมนูญปรากฏผลเป็นรูปธรรมในภายหลัง จากการที่รัฐบาล ม.ร.ว.คึกฤทธิ์ ปราโมช ซึ่งเป็นเป็นรัฐบาลแรกที่ผ่านการเลือกตั้งและได้เข้าบริหารประเทศตามรัฐธรรมนูญ พ.ศ. 2517 ได้มีนโยบายสร้างโรงพยาบาลครบทุกอำเภอและในภายหลังรัฐบาลทักษิณ ชินวัตรก็ได้ต่อยอดพัฒนาระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ หรือระบบบัตรทองที่ได้รับยกย่องอย่างสูงจากนานาประเทศ พัฒนาการเหล่านี้เป็นรากฐานที่ทำให้เกิดโครงการสร้างพื้นฐานด้านสุขภาพที่ทำให้ประเทศไทยสามารถรับมือกับปัญหาการระบาดโควิด-19 ในช่วงปี 2563

ประชาธิปไตยจึงเป็นสิ่งที่ “กินได้” โดยทำให้เกิดสวัสดิการต่าง ๆ แก่ประชาชน โดยเฉพาะผู้ด้อยโอกาส การวิจัยของผมเองเรื่อง “เศรษฐศาสตร์การเมืองของระบบสวัสดิการ” ก็ให้ข้อสรุปเดียวกันว่าสวัสดิการที่สำคัญส่วนใหญ่ในประเทศไทยเกิดขึ้นในช่วงที่การเมืองเป็นประชาธิปไตย

อย่างไรก็ตาม ลำพังประชาธิปไตยอย่างเดียวก็ยังไม่สามารถคุ้มครองประชาชนจากความเสี่ยงต่าง ๆ ได้ โดยเฉพาะความเสี่ยงที่เกิดขึ้นจากการคุกคามของรัฐเอง ที่สำคัญประชาธิปไตยในประเทศไทยได้ประสบปัญหามาตั้งแต่ก่อนการรัฐประหารเมื่อปี 2557 และเสื่อมถอยลงครั้งใหญ่หลังจากนั้น ทำให้เกิดการละเมิดสิทธิเสรีภาพในวงกว้างต่อประชาชนที่มีความคิดเห็นแตกต่างจากรัฐบาล

ในยุคสมัยที่เต็มไปด้วยความเสี่ยงต่าง ๆ ทั้งความเสี่ยงทางเศรษฐกิจ ความเสี่ยงจากภัยธรรมชาติ เช่นน้ำท่วม ความเสี่ยงจากโรคระบาดใหม่ ตลอดจากความเสี่ยงอื่น ๆ อีกมากมาย เราต้องการรัฐที่ต้องตอบสนอง

AW-□□□□□□ 14 □□□□ - □□□□□□□□□□□□□□□□-edit.indd 48 24/11/2564 BE 09:07

(responsive) และมีความสามารถในการตอบสนอง (capable) ต่อความต้องการของประชาชนในการแก้ไขปัญหาต่าง ๆ ในขณะที่ไม่ละเมิดสิทธิเสรีภาพหรือไปสร้างความเสี่ยงให้แก่ประชาชนเสียเอง

การมีรัฐบาลที่ตอบสนองต่อประชาชนจำเป็นที่ประเทศไทยต้องกลับไปสู่ประชาธิปไตย (democratization) อีกครั้งหนึ่ง และพัฒนาต่อไปให้ประชาธิปไตยของไทยลงหลักปักฐานอย่างมั่นคง (democratic consolidation) ส่วนการที่รัฐจะสามารถตอบสนองต่อความต้องการของประชาชนได้เพียงใด ก็ขึ้นอยู่กับขีดความสามารถของภาครัฐ (state capacity) โดยรัฐที่จะสามารถคุ้มครองและให้บริการประชาชนได้ดี ก็ต้องมีระบบราชการที่มีประสิทธิภาพ ในขณะที่การป้องกันไม่ให้รัฐละเมิดสิทธิเสรีภาพหรือสร้างความเสี่ยงเพิ่มเติมให้แก่ประชาชนเสียเอง ก็จำเป็นต้องสร้างหลักประกันแห่งการมีนิติรัฐ (rule of law)

ตัวอย่างของสหรัฐชี้ให้เห็นว่าลำพังการมีประชาธิปไตยไม่เพียงพอต่อการแก้ไขปัญหาโควิด-19 เนื่องจากระบบการปกครองของสหรัฐกระจายอำนาจไปยังมลรัฐและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในระดับต่าง ๆ โดยขาดกลไกในการประสานงานกันเพื่อรับมือกับการระบาดของโควิด-19 ซึ่งเป็นปัญหาระดับชาติและระดับโลก และเกินกว่าขีดความสามารถของมลรัฐหรือท้องถิ่นใดจะสามารถรับมือได้ตามลำพัง ในขณะที่กลไกในการรับมือกับวิกฤตสุขภาพของรัฐบาลสหรัฐเองก็อ่อนแอลงจากการที่ฝ่ายการเมืองเข้าแทรกแซงหน่วยงานที่สำคัญเช่น Centers for Disease Control and Prevention (CDC) ที่เคยเป็นอิสระ

AW-□□□□□□ 14 □□□□ - □□□□□□□□□□□□□□□□-edit.indd 49 24/11/2564 BE 09:07

ตัวอย่างของจีนชี้ในทางตรงกันข้ามว่า การขาดประชาธิปไตยและนิติรัฐ นำมาสู่การปิดกั้นข่าวสารซึ่งทำให้โควิด-19 แพร่ระบาดออกไปอย่างรวดเร็ว จนกลายเป็นโรคระบาดระดับโลก อย่างไรก็ตามระบบราชการที่มีประสิทธิภาพสูงของจีน ก็สามารถควบคุมการระบาดขนานใหญ่ได้อย่างรวดเร็ว จากการดำเนินมาตรการปิดเมือง ติดตามและควบคุมผู้ติดเชื้ออย่างใกล้ชิดอย่างที่สหรัฐไม่สามารถทำได้ แต่ก็ต้องแลกมาด้วยการละเมิดสิทธิเสรีภาพของประชาชนในวงกว้าง

ในกรณีของประเทศไทย การมีโครงสร้างพื้นฐานด้านสุขภาพที่เข้มแข็งและมีบุคลากรด้านสุขภาพด่านหน้าที่มีขีดความสามารถสูง ทั้งในระดับโรงพยาบาลและระบบสาธารณสุขของจังหวัดต่าง ๆ ทำให้ประเทศไทยประสบความสำเร็จอย่างสูงในการแก้ไขปัญหาการระบาดของโควิด-19 ในช่วงต้น แต่การถดถอยของประชาธิปไตยและความอ่อนแอของระบบราชการในด้านอื่น ๆ ทำให้การให้ความช่วยเหลือด้านเศรษฐกิจและด้านสังคมแก่ประชาชนเต็มไปด้วยปัญหา ทั้งมาตรการช่วยเหลือที่ไม่ตรงจุดและไม่คำนึงถึงความรู้สึกของประชาชน ทำให้เกิดทั้งการตกหล่นและความสูญเปล่าขนาดใหญ่ในเวลาเดียวกัน ในขณะที่นโยบายจัดหาและบริหารจัดการวัคซีนก็ทำให้เกิดความสูญเสียมหาศาลที่ควรหลีกเลี่ยงได้

14 ตุลาคม 2516 ช่วยสร้างประชาธิปไตยให้แก่ประเทศไทย เราจึงต้องสืบสานจิตวิญญาณแห่ง 14 ตุลาเพื่อนำประชาธิปไตยกลับมาอีกครั้งหนึ่ง ในขณะเดียวกัน เราก็ต้องตระหนักว่า การที่ประชาธิปไตยจะสามารถลงหลักปักฐานได้อย่างมั่นคงและสามารถตอบสนองต่อประชาชนได้อย่างแท้จริง ยังต้องการทั้งนิติรัฐและรัฐที่มีขีดความสามารถสูงควบคู่ไปด้วย

AW-□□□□□□ 14 □□□□ - □□□□□□□□□□□□□□□□-edit.indd 50 24/11/2564 BE 09:07

นายแพทย์วิชัย โชควิวัฒน

การศึกษา

- ปริญญาตรี สาขาแพทยศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล สำเร็จการศึกษา พ.ศ.2513

- ปริญญาโท สาขา Public Health ณ Tulane University สหรัฐอเมริกา สำเร็จการศึกษา พ.ศ. 2522

- หนังสืออนุมัติ สาขาเวชศาสตร์ป้องกัน แขนงเวชศาสตร์ป้องกันคลินิก และแขนงสาธารณสุขศาสตร์ จากแพทยสภา พ.ศ. 2530

- วิทยาศาสตรดุษฎีบัณฑิตกิตติมศักดิ์ สาขาวิชาแพทย์แผนไทย มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงราย พ.ศ. 2549 และ ปริญญาดุษฎีกิตติมศักดิ์ สาขาการแพทย์แผนไทย มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลอีสาน พ.ศ. 2554

ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทางสาขา ผู้ทรงคุณวุฒิด้านส่งเสริมสุขภาพ (นายแพทย์ 11)

ตำแหน่งงานด้านจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

- พ.ศ. 2543 - 2551	รองประธานชมรมส่งเสริมจริยธรรมการวิจัยในคน ในประเทศไทย 3 สมัย (Forum for Ethical Review Committees in Thailand : FERCIT)
- พ.ศ. 2543 - 2553	ประธานชมรมจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ในภูมิภาคเอเชียและแปซิฟิกตะวันตก (Chairman, Forum for Ethical Review Committees in Asia and Western Pacific : FERCAP)

AW-□□□□□□ 14 □□□□ - □□□□□□□□□□□□□□□-edit.indd 51 24/11/2564 BE 09:07

- พ.ศ. 2545 - ปัจจุบัน	ประธาน เครือข่ายพัฒนาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ (Chairman, Strategic Initiative for Developing Capicity in Ethical Review : SIDCER)
- พ.ศ. 2546 - ปัจจุบัน	ประธานคณะกรรมการพิจารณาการศึกษาวิจัยในคนด้านการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก ใน กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก
- พ.ศ. 2550 – ปัจจุบัน	ประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ใน สำนักพัฒนาการคุ้มครองการวิจัยในมนุษย์ (สคม.) สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข
- พ.ศ. 2557 - 2563	ประธานคณะกรรมการพัฒนาส่งเสริมและสนับสนุนจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ในสำนักงานพัฒนาวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีแห่งชาติ (สวทช.)
- พ.ศ. 2559 - ถึงปัจจุบัน	ประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยราชภัฏจันทรเกษม
- พ.ศ. 2559 – ปัจจุบัน	กรรมการในคณะกรรมการพิจารณาการศึกษาวิจัยในคนในกระทรวงสาธารณสุข

ตำแหน่งหน้าที่อื่น ๆ เฉพาะที่สำคัญ

- กรรมการผู้แทนผู้สูงอายุ	คณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุข กองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2557 – ปัจจุบัน
- กรรมการผู้ทรงคุณวุฒิ	สภามหาวิทยาลัยราชภัฏจันทรเกษม พ.ศ. 2546 – ปัจจุบัน

AW-□□□□□□ 14 □□□□ - □□□□□□□□□□□□□□□□-edit.indd 52 24/11/2564 BE 09:07

- กรรมการผู้ทรงคุณวุฒิ สภามหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ พ.ศ. 2560 – ปัจจุบัน

ตำแหน่งในองค์กรภาคประชาสังคม

- ประธานมูลนิธิโกมลคีมทอง พ.ศ. 2549 – ปัจจุบัน
- ประธานสมาคมสภาผู้สูงอายุแห่งประเทศไทยใน พระบรมราชูปถัมภ์สมเด็จพระศรีนครินทราบรมราชชนนี พ.ศ. 2550 – ปัจจุบัน
- ประธานมูลนิธิ 14 ตุลา พ.ศ. 2550 – ปัจจุบัน
- ประธานมูลนิธิแพทย์ชนบท พ.ศ. 2550 – มี.ค.64
- ประธานมูลนิธิสุวรรณนิมิต พ.ศ. 2552 – ปัจจุบัน
- ประธานมูลนิธิมิตรภาพบำบัด พ.ศ. 2551 – ปัจจุบัน
- ประธานมูลนิธิพัฒนาเครือข่ายเอดส์ พ.ศ. 2550 – ปัจจุบัน (ปัจจุบันเปลี่ยนชื่อเป็นมูลนิธิพัฒนาเครือข่ายสุขภาพ)
- รองประธานมูลนิธิเด็ก พ.ศ. 2555 – ปัจจุบัน

เกียรติประวัติ/ตำแหน่งพิเศษ

ตำแหน่งสำคัญในอดีต

- เลขาธิการคณะกรรมการอาหารและยา พ.ศ. 2543 - 2545
- อธิบดีกรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก พ.ศ. 2545 - 2550
- ประธานคณะกรรมการองค์การเภสัชกรรม พ.ศ. 2550 - 2555
- ผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2542 - 2543
- ผู้ทรงคุณวุฒิ กรมควบคุมโรคติดต่อ พ.ศ. 2539 – 2542
- รองอธิบดีกรมควบคุมโรคติดต่อ พ.ศ. 2540 - 2542
- ผู้อำนวยการกองระบาดวิทยา กระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2533 – 2534
- นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดสุพรรณบุรี พ.ศ. 2530 – 2533

AW-□□□□□□ 14 □□□□ - □□□□□□□□□□□□□□□□-edit.indd 53 24/11/2564 BE 09:07

ตำแหน่งพิเศษ

- รองเลขาธิการแพทยสภา 2 สมัย	พ.ศ. 2530-2534
- เหรัญญิกแพทยสภา 3 สมัย	พ.ศ. 2540-2546
- เลขาธิการแพทยสภา 1 สมัย	พ.ศ. 2534-2536
- กรรมการแพทยสภาจากการเลือกตั้ง ติดต่อกัน 9 สมัย	พ.ศ. 2528-2546
- กรรมการแพทย์ ประกันสังคม 5 วาระ	พ.ศ. 2534-2538 พ.ศ. 2544-2546 และ พ.ศ. 2552-2556
- ประธานกรรมการวิชาชีพแพทย์แผนไทย 2 วาระ	พ.ศ. 2546-2552
- ประธานคณะกรรมการสนับสนุนการดำเนินงาน เกี่ยวกับการใช้สิทธิตามสิทธิบัตรโดยรัฐ	พ.ศ. 2550-2551
- กรรมการ คณะกรรมการปฏิรูป	พ.ศ. 2553 - 2554
- กรรมการคณะกรรมการสมัชชาปฏิรูป	พ.ศ. 2553 – 2556
- กรรมการผู้ทรงคุณวุฒิและรองประธาน กรรมการคนที่สอง สสส.	พ.ศ. 2548 – 2557
- กรรมการผู้ทรงคุณวุฒิ และประธานกรรมการ บริหารสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ	พ.ศ. 2546 – 2554 และพ.ศ. 2563 - ปัจจุบัน
- กรรมการผู้ทรงคุณวุฒิ คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ	พ.ศ. 2549 – 2557

เหรียญ/เครื่องราชอิสริยาภรณ์ที่ได้รับ

- ตริตาภรณ์มงกุฎไทย (ต.ม.)	5 ธ.ค. 2522
- ทวีติยาภรณ์มงกุฎไทย (ท.ม.)	5 ธ.ค. 2526
- ทวีติยาภรณ์ช้างเผือก (ท.ช.)	5 ธ.ค. 2531
- ประถมาภรณ์มงกุฎไทย (ป.ม.)	5 ธ.ค. 2535

AW-□□□□□□ 14 □□□□ - □□□□□□□□□□□□□□□-edit.indd 54 24/11/2564 BE 09:07

- ประถมาภรณ์ช้างเผือก (ป.ช.) 5 ธ.ค. 2538
- มหาวชิรมงกุฎ (ม.ว.ม.) 5 ธ.ค. 2541
- เหรียญจักรพรรดิมาลา (ร.จ.พ.) 5 ธ.ค. 2541
- มหาปรมาภรณ์ช้างเผือก (ม.ป.ช.) 5 ธ.ค. 2546

รางวัลที่ได้รับ

- แพทย์ชนบทดีเด่น คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล ม.มหิดล พ.ศ. 2529
- ศิษย์เก่าดีเด่น สมาคมนิสิตเก่าคณะวิทยาศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย พ.ศ.2546
- ศิษย์เก่าดีเด่น โรงเรียนบ้านนา "นายกพิทยากร" จ.นครนายก พ.ศ.2546
- เหรียญเกียรติยศ The Belgian Royal Academy of Medicine สำหรับผู้แสดงปาฐกถาพิเศษประจำปี The Joseph J. Hoet Lecture on Ethics พ.ศ. 2547
- รางวัลเชิดชูเกียรติ "เพชรสยาม" สาขาพัฒนาสังคมด้านสาธารณสุข ของสำนักศิลปะและวัฒนธรรม มหาวิทยาลัยราชภัฏจันทรเกษม พ.ศ. 2550
- โล่เกียรติยศ การต่อต้านคอรัปชั่น จากคณะกรรมการประชาสังคมต่อต้านคอรัปชั่น พ.ศ. 2550
- โล่เกียรติยศ ในการดำเนินการใช้สิทธิกับสิทธิบัตรยา จากเครือข่ายธุรกิจเพื่อสังคม (Social Venture Network : SVN) พ.ศ. 2551
- รางวัลเชิดชูเกียรติ บุคคลที่ทำคุณประโยชน์ให้แก่วงการแพทย์แผนจีนในประเทศไทย ประจำปี พ.ศ. 2555 (รางวัลซุนซือเหมี่ยว)
- รางวัลบุคคลเกียรติยศ ในโอกาสครบรอบ 60 ปี มหาวิทยาลัยแพทย์แผนจีนเฉิงตู สาธารณรัฐประชาชนจีน พ.ศ. 2558
- รางวัลนักสิทธิมนุษยชนดีเด่น พ.ศ. 2561
- เกียรติบัตร รางวัลผู้มีคุณูปการต่อวงการแพทย์แผนจีน จากสมาคมแพทย์แผนจีนแห่งประเทศไทย พ.ศ. 2563

AW-□□□□□□ 14 □□□□ - □□□□□□□□□□□□□□□-edit.indd 55 24/11/2564 BE 09:07

ผลงานวิชาการ

1. หนังสือที่เป็นผู้เขียน

(1) **จริยธรรมสาธก** สำนักงานเลขาธิการแพทยสภา 2543

(2) **ปริทัศน์โรคติดต่อ** สถาบันพระบรมราชชนก 2544

(3) **เอดส์ปริทัศน์** สถาบันพระบรมราชชนก 2543

(4) **เอดส์ 2000 ที่เดอร์บัน : ความหวังของคนจนยังหม่นมัว** มูลนิธิการแพทย์แผนไทยพัฒนา 2543

(5) **ยาพีพีเอ (Phenylpropanolamine) เรื่องจริงที่ต้องรู้** สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา 2544

(6) **วิวาทะเรื่องยาพีพีเอ** สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา 2545

(7) **จดหมายเหตุการใช้สิทธิกับสิทธิบัตรยาของประเทศไทย** สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข 2551

(8) **เล่าให้ลึก เล่ม 1**, จัดพิมพ์โดย : สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.), พิมพ์ครั้งแรก : กุมภาพันธ์ 2554.

(9) **เล่าให้ลึก เล่ม 2**, จัดพิมพ์โดย : สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.), เมษายน 2555.

(10) **เล่าให้ลึก เล่ม 3**, จัดพิมพ์โดย : สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.), พิมพ์ครั้งแรก : พฤษภาคม 2557.

(11) **เล่าให้ลึก เล่ม 4**, จัดพิมพ์โดย : สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.), พิมพ์ครั้งแรก : พฤษภาคม 2557.

(12) **เล่าให้ลึก เล่ม 5**, จัดพิมพ์โดย : สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.), พิมพ์ครั้งแรก : สิงหาคม 2558.

(13) **เล่าให้ลึก เล่ม 6**, จัดพิมพ์โดย : สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.), พิมพ์ครั้งแรก : สิงหาคม 2559.

(14) **ฉือจี้ เล่ม 1,** จัดพิมพ์โดย : สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.), พิมพ์ครั้งแรก : ตุลาคม 2553.

AW-□□□□□□ 14 □□□□ - □□□□□□□□□□□□□□□-edit.indd 56 24/11/2564 BE 09:07

(15) **ฉือจี้ เล่ม 2**, จัดพิมพ์โดย : สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.), พิมพ์ครั้งแรก : ตุลาคม 2555.

(16) **ห้าชีวิต กระตุกคิด สะกิดปัญญา**, จัดพิมพ์โดย : พี่น้องตระกูลโชควิวัฒน, พิมพ์ครั้งแรก : กุมภาพันธ์ 2556.

(17) **10 ชีวิต 10 แรงบันดาลใจ**, จัดพิมพ์โดย : สถาบันสร้างเสริมสุขภาพคนพิการ (สสพ.), พิมพ์ครั้งแรก : กุมภาพันธ์ 2556.

(18) **บันทึกมหาอุทกภัย 2554**, จัดพิมพ์โดย : สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.), พิมพ์ครั้งแรก : กันยายน 2555.

(19) **มองอนาคตหลักประกันสุขภาพแห่งชาติด้วยความห่วงใย**, จัดพิมพ์โดย : สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.), พิมพ์ครั้งแรก : สิงหาคม 2555.

(20) **ตุลาการภิวัฒน์ในสหรัฐอเมริกา**, จัดพิมพ์โดย : สำนักงานประสานการพัฒนาสังคมสุขภาวะ (สปพส.), พิมพ์ครั้งแรก : มีนาคม 2558.

(21) **การปฏิรูปกฎหมายทำแท้งในอังกฤษ**, จัดพิมพ์โดย : สำนักงานประสานการพัฒนาสังคมสุขภาวะ (สปพส.).

(22) **สี่เรื่องร้อนสาธารณสุข**, จัดพิมพ์โดย : มูลนิธิแพทย์ชนบท กระทรวงสาธารณสุข, พิมพ์ครั้งแรก : ตุลาคม 2557.

(23) **ความจริงเรื่องตระกูล ส.**, จัดพิมพ์โดย : สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.), พิมพ์ครั้งแรก : เมษายน 2557.

(24) **ตำนานความขัดแย้งในวงการสาธารณสุข**, จัดพิมพ์โดย : สำนักงานประสานการพัฒนาสังคมสุขภาวะ (สปพส.), พิมพ์ครั้งแรก : มกราคม 2559.

(25) **เหตุเกิดที่องค์การเภสัชกรรม**, พิมพ์ครั้งแรก : พฤษภาคม 2556.

(26) **เส้นทางการพัฒนาวัคซีนไข้หวัดใหญ่ 2009 ในประเทศไทย**, จัดพิมพ์โดย : องค์การเภสัชกรรม กระทรวงสาธารณสุข

(27) **โรงพยาบาลเอกชนค่ารักษาแพง : ปัญหาและทางออก**, จัดพิมพ์โดย : สำนักงานประสานการพัฒนาสังคมสุขภาวะ (สปพส.)

(28) **ตำนานบัตรทอง**, จัดพิมพ์โดย : มูลนิธิมิตรภาพบำบัด, พิมพ์ครั้งแรก : พฤศจิกายน 2558

AW-□□□□□□ 14 □□□□ - □□□□□□□□□□□□□□□□-edit.indd 57 24/11/2564 BE 09:07

(29) **แลระบบประกันสุขภาพของญี่ปุ่น**, จัดพิมพ์โดย : สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.), พิมพ์ครั้งแรก : พฤษภาคม 2557.

(30) **คำอภิปรายนอกสภา เรื่อง การใช้สิทธิตามสิทธิบัตรยา**, พิมพ์ครั้งแรก : พฤษภาคม 2550.

(31) **จดหมายเหตุ การใช้สิทธิกับสิทธิบัตรยาของประเทศไทย**, จัดพิมพ์โดย : แผนพัฒนาศักยภาพและสมรรถนะด้านการสร้างเสริมสุขภาพของไทย (TGLIP) สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล (ศาลายา), พิมพ์ครั้งแรก : มีนาคม 2551

(32) **Development Route of Influenza Vaccine 2009 in Thailand**, องค์การเภสัชกรรม พิมพ์ครั้งแรก : กันยายน 2556.

(33) **วิสาหกิจเพื่อสังคม** สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพและมูลนิธิพัฒนาศักยภาพผู้นำการสร้างสุขภาวะ พ.ศ.2560

(34) **จริยธรรมการวิจัยในมนุษย์** สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2560

(35) **ปรากฏการณ์ตูนบอดี้สแลม** สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2561

(36) **ข้อเข่าเสื่อมรักษาได้โดยไม่ต้องใช้ยา : บทวิจารณ์คำพิพากษาศาลปกครองคดีกลูโคซามีน** ศูนย์วิชาการเฝ้าระวังและพัฒนาระบบยา (กพย.) และคณะ 2561

(37) **40 ปี การสาธารณสุขมูลฐาน** สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2562

(38) **เรียนรู้จากญี่ปุ่น : ระบบการดูแลผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียง** สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2562

(39) **บทวิจารณ์การเมืองไทยสมัยพระเจ้ากรุงธนบุรี ของนิธิ เอียวศรีวงศ์** มูลนิธิโกมลคีมทอง 2562

(40) **ศาลเจ้าวังต้น** พิมพ์ดี สมุทรสาคร 2562 368 หน้า

AW-□□□□□□ 14 □□□□ - □□□□□□□□□□□□□□□□-edit.indd 58 24/11/2564 BE 09:07

(41) **เหลียวหลังแลหน้าไวรัสโคโรนา 2019** สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ 2563

(42) **ของฝากจากอินเดีย** สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ 2564

(43) **โควิด-19 มหันตภัยเขย่าโลก : วิเคราะห์เจาะลึกหนึ่งปีแรก** สำนักพิมพ์เสมสิกขาลัย และสำนักพิมพ์เคล็ดไทย 2564

2. หนังสือที่เป็นผู้แปล / บรรณาธิการ

(1) **กระชากหน้ากากธุรกิจยาข้ามชาติ** สำนักพิมพ์หมอชาวบ้าน 2549

(2) **อุบายขายโรค** สำนักพิมพ์หมอชาวบ้าน 2550

(3) **กฎนูเรมเบิร์ก Nuremberg code (1947)**, จัดพิมพ์โดย : สถาบันพัฒนาการคุ้มครองการวิจัยในมนุษย์, พิมพ์ครั้งแรก : สิงหาคม พ.ศ. 2552.

(4) **ปฏิญญาเฮลซิงกิ ของแพทยสมาคมโลก (ค.ศ.2008)** หลักการจริยธรรมสำหรับการศึกษาวิจัยทางการแพทย์ ที่เกี่ยวข้องกับมนุษย์ Declaration of Helsinki, จัดพิมพ์โดย : สถาบันพัฒนาการคุ้มครองการวิจัยในมนุษย์, พิมพ์ครั้งแรก : มิถุนายน พ.ศ. 2553.

(5) **รายงานเบลมองต์ The Belmont Report**, จัดพิมพ์โดย : สถาบันพัฒนาการคุ้มครองการวิจัยในมนุษย์, พิมพ์ครั้งแรก : มิถุนายน พ.ศ. 2551.

(6) **แนวทางการดำเนินการสำหรับคณะกรรมการด้านจริยธรรม ผู้มีหน้าที่ทบทวนพิจารณาการศึกษาวิจัยทางชีวเวชศาสตร์ Operational Guideline for Ethics Committees That Review Biomedical Research**, จัดพิมพ์โดย : สถาบันพัฒนาการคุ้มครองการวิจัยในมนุษย์, พิมพ์ครั้งแรก : ปี พ.ศ. 2543.

(7) **แนวทางจริยธรรมสากล สำหรับการวิจัยในมนุษย์ ของ สภาองค์การสากลด้านวิทยาศาสตร์การแพทย์ร่วมกับองค์การอนามัยโลก International Ethical Guidelines for Biomedical Research Involving Human Subjects Prepared by the Council for International Organizations of Medical Sciences (CIOMS) in Collaboration with the World Health Organization (WHO)**, จัดพิมพ์โดย : สถาบันพัฒนาการคุ้มครองการวิจัยในมนุษย์, พิมพ์ครั้งแรก : สิงหาคม พ.ศ. 2552.

AW-□□□□□□ 14 □□□□ - □□□□□□□□□□□□□□□-edit.indd 59 24/11/2564 BE 09:07

(8) **จริยธรรมในการวิจัยการดูแลสุขภาพในประเทศกำลังพัฒนา คณะกรรมการชีวจริยธรรมนัฟฟีลด์ Nuffield Council on Bioethics**, จัดพิมพ์โดย : สถาบันพัฒนาการคุ้มครองการวิจัยในมนุษย์, พิมพ์ครั้งแรก : กันยายน พ.ศ. 2552.

(9) **แนวทางดำเนินการ การจัดตั้งและทำหน้าที่ของ คณะกรรมการกำกับดูแลข้อมูลและความปลอดภัย ของคณะกรรมการกำกับดูแลข้อมูลและความปลอดภัยหรือดีเอสเอ็มบีOperational Guidelines for the Establishment and Functioning of Data and Safety Monitoring Boards (DSMB)**, จัดพิมพ์โดย : สถาบันพัฒนาการคุ้มครองการวิจัยในมนุษย์, พิมพ์ครั้งแรก : เมษายน พ.ศ. 2551.

(10) **คำแนะนำแนวทางปฏิบัติ : ข้อมูลที่จำเป็นเพื่อสนับสนุนการทดสอบทางคลินิกของผลิตภัณฑ์สมุนไพร Operational guidance : Information Needed to support clinical trials of herbal products**, จัดพิมพ์โดย : สถาบันพัฒนาการคุ้มครองการวิจัยในมนุษย์, พิมพ์ครั้งแรก : มีนาคม พ.ศ. 2554.

(11) **แบบแผนการเขียนองค์การอนามัยโลก WHO-Style Guide**, จัดพิมพ์โดย : สถาบันพัฒนาการคุ้มครองการวิจัยในมนุษย์, พิมพ์ครั้งแรก : พฤษภาคม พ.ศ. 2556.

(12) **มาตรฐานและแนวทางการดำเนินการสำหรับการทบทวนพิจารณาจริยธรรมการวิจัยทางสุขภาพที่กระทำในมนุษย์ Standards and Operational Guidance for Ethics Review of Health-Related Research with Human Participants**, จัดพิมพ์โดย : สถาบันพัฒนาการคุ้มครองการวิจัยในมนุษย์, พิมพ์ครั้งแรก : กันยายน พ.ศ. 2556.

(13) **หลักเกณฑ์การศึกษาวิจัยทางคลินิกที่ดีสำหรับการทดสอบเภสัชภัณฑ์ องค์การอนามัยโลก Guideline for good clinical practice (GCP) for trials on pharmaceutical products**, จัดพิมพ์โดย : สถาบันพัฒนาการคุ้มครองการวิจัยในมนุษย์, พิมพ์ครั้งแรก : พฤษภาคม พ.ศ. 2555.

(14) **แนวทางจริยธรรมสากลสำหรับการวิจัยที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพในมนุษย์ 2559 (CIOMS' Guidelines 2016)** วารสารการแพทย์แผนไทยและและการแพทย์ทางเลือกฉบับเสริม พฤษภาคม-สิงหาคม 2561

AW-□□□□□□ 14 □□□□ - □□□□□□□□□□□□□□□-edit.indd 60 24/11/2564 BE 09:07

(15) **นโยบายและวิธีดำเนินงาน แผนงานคุ้มครองการวิจัยในมนุษย์ ศูนย์การแพทย์บอสตันและวิทยาเขตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยบอสตัน** (332 หน้า 104)

3. บรรณาธิการ

(1) **วารสารการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก** (TCI กลุ่ม 1 และ ACI) เริ่ม ปี พ.ศ. 2555 – ปัจจุบัน

(2) **ระบบยาของประเทศไทย 2545** สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข. นนทบุรี : 2545

(3) **ระบบยาของประเทศไทย 2563** สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข. นนทบุรี : 2563. 720 หน้า

(4) **รอยเวลา : เส้นทางประวัติศาสตร์สุขภาพกรุงเทพฯ :** สุขศาลา, 2556; 343 หน้า

4. กองบรรณาธิการ

วารสารวิชาการ กสทช.

5. ประธานคณะทำงานจัดทำ

(1) พจนานุกรมศัพท์แพทย์และเภสัชกรรมแผนไทย ฉบับราชบัณฑิตยสถาน

(2) ตำราอ้างอิงสมุนไพรไทย เล่ม 1 – เล่ม 4 กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก

6. บทความวิชาการ (บางเรื่อง)

(1) **ทิศทางสาธารณสุขไทย**, สารศิริราช 2529

(2) **ไหลตาย หรือ ใหลตาย**, นสพ.มติชน

(3) **เจ้าฟ้ากุ้งประชวรด้วยพระโรคใดกันแน่**, วารสารศิลปวัฒนธรรม

(4) **ปราชญ์ผู้อยู่เบื้องหลังการจัดทำพจนานุกรมออกซฟอร์ด**, *วารสารศิลปวัฒนธรรม*

(5) **แพทยาสังการ. ด้วยรักและหวัง เล่ม 3**, ชมรมแพทย์ชนบท 2548

AW-□□□□□□ 14 □□□□ - □□□□□□□□□□□□□□□□-edit.indd 61 24/11/2564 BE 09:07

(6) **สมุนไพรในเวชปฏิบัติ : นโยบายและการสนับสนุนการผลิตสมุนไพรของกระทรวงสาธารณสุข**, วารสารคลินิก ปีที่ 19 ฉบับที่ 9 กันยายน 2546

(7) **ประวัติการแพทย์แผนจีนโดยสังเขป**, วารสารการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก ปีที่ 1 ฉบับที่ 1 ตุลาคม 2546

(8) **คุณอานันท์ ปันยารชุน กับงานด้านสาธารณสุข**, ขอคุยกับคุณอานันท์ สำนักพิมพ์มติชน 2547

(9) **เครื่องพะโล้ "โป๊ยกั๊ก" รักษาไข้หวัดนกได้จริงหรือ**, นิตยสารคู่สร้างคู่สม

(10) **เคล็ดหาคู่ครอง : ประสบการณ์ของแพทย์หญิงคนหนึ่ง**, นิตยสารคู่สร้างคู่สม

(11) **The Contribution of National and InternationalOvesight to Human Subject Protections : Clinical Research Oversight as a Shared Ethical Engagement,** The Joseph J. Hoet Lecture on Ethics in Clinical Reasearch with the Honorary Patronage of Engagement Belgian Royal Academy of Medicine.Brussels, Belgium. Tuesday 30th March 2004

(12) **จากไซล็อคถึงไอน์สไตน์**, แรงบันดาลใจจากไอน์สไตน์ สำนักพิมพ์มติชน 2548

(13) **การแพทย์แผนไทยในยุคประเทศไทย 4.0 ภายใต้ยุทธศาสตร์ 20 ปี**, วารสารการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก ปีที่ 15 ฉบับที่ 3 ก.ย.-ธ.ค. 60 น. 277-285

(14) **กฎหมายเกี่ยวกับโรคเอดส์ในประเทศไทย,** วารสารวิชาการสาธารณสุข Vol4 (ก.ค.-ก.ย.) 2538 : 261-268

(15) **National Ethical Review Board Framework**, HIV Vaccine Research and Development in Thailand. Faculty Of Tropical Medicine, Mahidol University. 2006, p. 103-114

AW-□□□□□□ 14 □□□□ - □□□□□□□□□□□□□□□-edit.indd 62 24/11/2564 BE 09:07

(16) **พระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวภูมิพลอดุลยเดชมหาราชกับการสาธารณสุขไทย**, รายงานสุขภาพคนไทย 2560 สถาบันวิจัยประชากรและสังคม สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) นครปฐม, 2560, 1-75

(17) **ความปลอดภัย ประสิทธิผล และความพึงพอใจของมารดาหลังคลอดที่อยู่ไฟตามหลักการแพทย์แผนไทย**, *ศุภรัศมิ์ อัศวพรธนภัทร, วิชัย โชควิวัฒน, วิชัย ศรีคำ*, วารสารการแพทย์แผนไทย และการแพทย์ทางเลือก ปีที่ 16 ฉบับที่ 1 (ม.ค.-เม.ย.61) น. 99 - 110

(18) **แนวทางจริยธรรมสากลสำหรับการวิจัยที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพในมนุษย์ฉบับ พ.ศ. 2559**, วารสารการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก ปีที่ 16 ฉบับที่ 2 พ.ค.-ส.ค. 61 น.301-311

(19) **พ่อหมอสง่า พันธุ์สายศรี หมอไทยดีเด่นแห่งชาติ พ.ศ. 2555**, วารสารการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก ปีที่ 16 ฉบับที่ 2 พ.ค.-ส.ค.61 น. 338-340

(20) **การรักษาอาการเครียดในศาสตร์การแพทย์แผนไทย**, *สุพจน์ พงษ์วัชรารักษ์, วิชัย โชควิวัฒน*, วารสารการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก ปีที่ 17 ฉบับที่ 2 พ.ค.-ส.ค.62 น. 239 – 252

(21) **พระราชวงศ์จักรีกับการสาธารณสุขไทย**, การสาธารณสุขไทย 2559-2560 นพ.วิวัฒน์ โรจนพิทยากร บรรณาธิการ.กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. แสงจันทร์การพิมพ์ กรุงเทพฯ : 2562, น.1-17

(22) **วิวัฒนาการการสาธารณสุขไทย**, การสาธารณสุขไทย 2559-2560 นพ.วิวัฒน์ โรจนพิทยากร บรรณาธิการ.กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. แสงจันทร์การพิมพ์ กรุงเทพฯ : 2562, น.24-37

(23) **กัญชา กัญชา เป็นยาวิเศษจริงหรือ**, วารสารการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก ปีที่ 17 ฉบับที่ 2 พ.ค.-ส.ค.62 น.324-340

(24) **กัญชาในวิถีชีวิตชาวไทยสมัยก่อน : ข้อมูลจากวรรณกรรมบางเล่ม**, วารสารการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก ปีที่ 17 ฉบับที่ 3 ก.ย.-ธ.ค. 62 น. 542-557

AW-□□□□□□ 14 □□□□ - □□□□□□□□□□□□□□□-edit.indd 63 24/11/2564 BE 09:07

(25) **เศรษฐศาสตร์การเมืองกับระบบยา**, ระบบยาของประเทศไทย 2563 สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข นนทบุรี 2563 น.617-658

(26) **การพัฒนาการคุ้มครองอาสาสมัครวิจัยโดยโครงการรับรองคณะกรรมการจริยธรรม การวิจัยของเครือข่ายริเริ่มทางยุทธศาสตร์เพื่อการพัฒนาศักยภาพการทบทวนจริยธรรมการวิจัยร่วมกับชมรม คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในเอเชียและแปซิฟิกตะวันตก**, วารสารวิชาการสาธารณสุข ปีที่ 28 ฉบับที่ 6 : 2562, 1143-1154

(27) **Political Economy of Thailand Drug System : What lessons learned?**, J of Health Science 2020 : Vol29 (special) 167-187

(28) **พัฒนาการสังเขปของระบบการแพทย์ฉุกเฉินในประเทศไทย**, วารสารการแพทย์ฉุกเฉิน ปีที่ 1 ฉบับที่ 1 พฤษภาคม 2564

AW-□□□□□□ 14 □□□□ - □□□□□□□□□□□□□□□□-edit.indd 64 24/11/2564 BE 09:07