

เกิดจากการสัมมนา

แนวรบสุขภาพ:

พรมแดนวัฒนธรรมกับการรุกของทุน

สุนนมาลย์ สิงหะ

นักวิจัยประจำสำนักวิจัยสังคมและสุขภาพ

สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์

สำนักปลัดกระทรวงสาธารณสุข

กระทรวงสาธารณสุข

บทความชิ้นนี้เรียบเรียงจากงานประชุมวิชาการสังคมและสุขภาพในวาระพิเศษ 10 ปี ซึ่งจัดขึ้นในวันที่ 6-7 สิงหาคม พ.ศ. 2556 เรื่อง “แนวรบสุขภาพ: พรมแดนวัฒนธรรมกับการรุกของทุน” (Frontiers of Health: Cultural Borders and the Dominance of Capital) การประชุมครั้งนี้มีหลักการที่ว่าสุขภาพ ความเจ็บป่วย และการแพทย์มิใช่เพียงปรากฏการณ์ที่จำกัดอยู่เพียงการใช้ทฤษฎีสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์มาอธิบายหรือทำความเข้าใจเท่านั้น แต่ยังเป็นพื้นที่ในการพัฒนาความรู้และทฤษฎีวัฒนธรรมสุขภาพในสังคมที่ต้องการแง่มุมที่หลากหลาย และยังเป็นการมุ่งสำรวจความเป็นไปได้ในการนำประเด็นสุขภาพมาเป็นหน้าตาในการพิจารณาสังคมไทยและเพื่อนบ้านเพื่อทำความเข้าใจความเปลี่ยนแปลงและความซับซ้อนทั้งในระดับแนวคิดทฤษฎี ระดับกรณีศึกษาที่เป็นรูปธรรม จากงานศึกษาภาคสนาม และเวทีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในประเด็นสุขภาพ

นายแพทย์โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ ผู้อำนวยการสำนักวิจัยสังคมและสุขภาพ ในฐานะเจ้าภาพผู้จัดงานสัมมนาในครั้งนี้ได้กล่าวต้อนรับบรรดาผู้เข้าร่วมประชุมพร้อมกับปูพื้นฐานความเข้าใจงานวิจัยทางสังคมสุขภาพและการเปิดพื้นที่ความรู้ความคิดกับภาคสาธารณสุข ด้วยแผนการดำเนินงานวิจัยของสำนักวิจัยที่เชื่อมโยงอยู่บนแนวความคิดสมมติฐานทางสังคมที่ทำให้เกิดโรคร้าย สุขภาพของคนชายขอบ เรื่องเล่าของผู้ป่วย สุนทรียะทางการแพทย์ และสุขภาพกับการปรับปรุงการดูแลสุขภาพ

การประชุมเป็นการอภิปรายใน 3 หัวเรื่อง อันได้แก่ 1) สิทธิสุขภาพ พรมแดนวัฒนธรรมและระบาดวิทยาความรุนแรง ปัญหาความไม่เป็นธรรมและการกดขี่ทางการเมืองกลับถูกทำให้เป็นปัญหาทางการแพทย์ (medicalization) การสร้างภาพตัวแทนและภาพเสมือนจริงที่มีต่อผู้ป่วยกับการกีดกันโอกาสและกำหนดชีวิต 2) ศักยภาพและความเปราะบางของ “คน” ในบริบทโลกาภิวัตน์ 3) การสำรวจความรู้ภูมิปัญญาของสุขภาพเพื่อนบ้านในอาเซียน

การประชุมครั้งนี้ได้เชิญคุณหมอมชินเซีย หม่อม ผู้อำนวยการคลินิกแม่ตาว อำเภอแม่สอด จังหวัดตาก มาแสดงปาฐกถาเปิดงานประชุม หมอมชินเซียเติบโตมากับสังคมพหุวัฒนธรรมจากเมืองมะละหม่งทางตอนใต้ของพม่า และได้ผ่านเหตุการณ์ทางการเมืองในยุคเผด็จการทหาร 8/8/88 จนต้องหลบหนีข้ามแดนมาแม่สอดประเทศไทยเพื่อทำงานรักษาผู้ป่วยพรมแดนไทย-พม่ามากกว่า 15 ปีแล้ว หมอมชินเซียได้อภิปรายสถานการณ์และความหวังต่ออนาคตสุขภาพชายแดนพม่าว่าการทำงานบริการการแพทย์และดูแลสุขภาพพื้นที่ชายแดนต้องอาศัยความ

ร่วมมือจากหลายส่วน ทั้งภาคสาธารณสุข องค์กรพัฒนาเอกชน หรือองค์กรระหว่างประเทศ (NGOs/CBO) รวมถึงความร่วมมือระหว่างประชาชนเอง ในส่วนการทำงานด้านสาธารณสุขในระดับชาติยังมีลักษณะการทำงานแบบรวมศูนย์และยังขาดแคลนบุคลากรทุกระดับจำนวนมาก ระบบบริการสาธารณสุขยังไม่รวดเร็วและไม่ทั่วถึง ปัญหาหนักที่สืบเนื่องก็คืออัตราการตายของแม่และเด็กสูง มีภาวะทุพโภชนาการเรื้อรัง

ในส่วนของแรงงานพม่าในบริเวณพื้นที่ชายแดน ยังมีปัญหาคือ แรงงานพม่ามีข้อจำกัดในการเข้าถึงระบบสุขภาพของไทย ทำให้รัฐบาลต้องกรงงบประมาณราวหนึ่งร้อยล้านบาท ในการพัฒนาระบบบริการสาธารณสุขในพื้นที่ 4 อำเภอ ได้แก่ อำเภอแม่สอด พบพระ อุ้มผาง และแม่ระมาด นอกจากนี้ยังพบการใช้แรงงานเด็กและชาวพม่าที่เป็นแรงงานเข้ามาในไทย จำนวน 500,000 คน อีกทั้งคนทำงานในคลินิกแม่ตาวต้องทำงานหลายด้านไปพร้อมกัน เช่น การบริการสุขภาพทั้งระบบ การให้การศึกษา สถานที่พักพิง การคุ้มครองสวัสดิภาพเด็ก การจดทะเบียนเด็กแรกเกิด การเป็นศูนย์ประสานงานกับฝั่งพม่าและฝึกอบรมบุคลากรสาธารณสุขชาวพม่าให้กลับไปทำงานในพื้นที่ เป็นต้น

ขณะนี้ความคาดหวังต่อความร่วมมือด้านสุขภาพของกลุ่มประเทศอาเซียน ซึ่งมีแผนแม่บทด้านสุขภาพร่วมกันในระดับประเทศ ก็ได้รับความร่วมมือระหว่างคลินิกแม่ตาวและสาธารณสุขของไทย ซึ่งเริ่มต้นมาตั้งแต่ พ.ศ. 2554 ต่อเนื่องมาจนถึงปัจจุบัน อาทิ การแลกเปลี่ยนข้อมูลเพื่อเฝ้าระวังโรคติดต่อข้ามแดน นอกจากนี้ มีการจัดทำแผนแม่บทการแก้ปัญหาและพัฒนางานสาธารณสุขชายแดน พ.ศ. 2555-2559 ของรัฐบาลไทย ซึ่งน่าจะเป็นวิสัยทัศน์ที่ดีที่จะเชื่อมการทำงานด้านสุขภาพระดับท้องถิ่นในทั้งสองฝั่งชายแดนด้วย

วงเสวนาในช่วงเช้าวันแรก (6 สิงหาคม) ว่าด้วย “สิทธิสุขภาพ: พรมแดนวัฒนธรรมกับระบอบวิทยาของความรุนแรง” ดร.ฉัฐฉิม เสนาคำ อาจารย์ประจำภาควิชาศิลปศาสตร์ มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์ ได้อภิปรายความหมายและสัจจะของ “พรมแดน” กับสิทธิสุขภาพ คนชายขอบว่า พรมแดนเป็นอุปสรรคในความหมายทางสังคมวัฒนธรรมของชีวิตคนและสิทธิทางมนุษยชน กล่าวคือ พรมแดนรัฐชาติสมัยใหม่นี้เพิ่งเกิดขึ้นในสังคมโลกโดยเริ่มที่ทวีปยุโรป ในคริสต์ศตวรรษที่ 17-18 จนเรื่อยมาถึงปลายคริสต์ศตวรรษที่ 19 ในทวีปแอฟริกาและเอเชีย ซึ่งเป็นช่วงหลังสงครามโลกครั้งที่ 2 ในแง่นี้เมื่อรัฐถูกสถาปนาขึ้นจึงมักเกิดพรมแดนวัฒนธรรม ภายใน ดร.ฉัฐฉิมได้ใช้แนวคิดของนักรัฐศาสตร์ ฌาคส์ ร็องสิแยร์ (Jacques Rancière) ซึ่งกล่าวถึง

ผู้ที่ไม่ถูกนับรวม (uncounted person) ในฐานะบุคคลไม่มีสิทธิต่างๆ ในสังคม การไม่มีสิทธิความเป็นพลเมืองนำมาซึ่งความไร้สิทธิในด้านต่างๆ ขณะเดียวกันความเป็นอาณาเขตของรัฐยังถูกขีดลากเส้นใหม่ตลอดเวลา ดร.ฐิรุฒม์ได้ยกตัวอย่างกลุ่มโรฮิงญาในจังหวัดนครศรีธรรมราชที่ถูกคนในอำเภอชะอวดขับไล่ออกจากพื้นที่ พวกเขาไม่เพียงถูกขับให้ออกจากพรมแดนรัฐเท่านั้น แต่เป็นการกีดกันออกจากพรมแดนด้านอื่นๆ โจทย์ก็คือโลกปัจจุบันที่กำลังก้าวสู่ประชาคมเศรษฐกิจอาเซียนและโลกยุคโลกาภิวัตน์ ทำให้หน่วยงานต้องทำงานบนฐานคิดแบบภูมิภาคที่แข่งขันทางอุดมการณ์การเมืองและการค้า แต่ในขณะเดียวกันรัฐจะขยายสิทธิการเข้าถึงสุขภาพให้ครอบคลุมคน/กลุ่มคนที่ไม่ถูกนับรวมได้หรือไม่ เพราะพรมแดนสุขภาพไม่ได้อยู่ในพรมแดนรัฐหรือชายขอบของรัฐ แต่ยังเป็นพรมแดนที่ถูกสร้างขึ้นในชีวิตประจำวัน ซึ่งขอขออนุญาตไปโน้มน้าวใจมนุษย์ด้วย

ทางด้าน ผศ.ดร.ศรีสมภพ จิตรภิรมย์ศรี ผู้อำนวยการสถาบันวิจัยความขัดแย้งและความหลากหลายทางวัฒนธรรมภาคใต้ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ และผู้ก่อตั้งศูนย์เฝ้าระวังสถานการณ์ภาคใต้ (Deep South Watch) ได้กล่าวอธิบายปรากฏการณ์ทางสังคมที่สะท้อนระบอบาติยาของความรุนแรง โดยมองว่าการเปลี่ยนแปลงการต่อสู้ด้วยความรุนแรงเพื่อแสวงหาทางออกในช่วงหัวเลี้ยวหัวต่อในกรณีภาคใต้ของไทยนั้น ตั้งแต่ พ.ศ. 2547 เป็นต้นมาจนถึงปัจจุบัน มีผู้เสียชีวิตจากการก่อเหตุความรุนแรงราว 5,700 คน และเป็นการเสียชีวิตจากประเด็นทางศาสนา มาสู่ประเด็นเรื่องเจ้าหน้าที่รัฐ อย่างไรก็ตาม ความพยายามแก้ปัญหาและกระบวนการสันติภาพที่เกิดขึ้นกลับทำให้ความรุนแรงขยายตัวออกไป (แต่ไม่ได้หมายความว่ากระบวนการสันติภาพล้มเหลว) ขณะเดียวกันพื้นที่การต่อสู้ทางสังคมวัฒนธรรมและสนามของความรุนแรงยังมีแรงดันกันอยู่ จุดเปลี่ยนสถานการณ์ก็คือการมีกฎอัยการศึกที่จับกุมคนโดยไม่ผ่านกระบวนการปกติ และการใช้ พรก.ฉุกเฉิน เพื่อสกัดความรุนแรงลง แต่เครื่องมือดังกล่าวเข้มข้นมากเพราะมีผลต่อการกวาดล้างจับกุมฝ่ายขบวนการกว่า 4,000 คน โดยใช้กฎหมายพิเศษ ซึ่งถือວ່ว่าเป็นการละเมิดสิทธิมนุษยชนเป็นอย่างมาก

ผู้ร่วมอภิปรายอีกท่านหนึ่ง นายแพทย์วรวิทย์ ตันติวัฒน์ทรัพย์ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลอุ้มผาง เน้นว่าสิทธิทางด้านสุขภาพสามารถเรียกได้ว่าเป็นสิทธิมนุษยชน เพราะเป็นการเข้าถึงการรักษาพยาบาลระดับหนึ่งจึรัฐจัดให้ เนื่องจากคนมีต้นทุนไม่เท่ากัน แต่ต้องการการรักษาพยาบาล (medical needs) สำหรับโรงพยาบาลนี้ซึ่งห่างจากศูนย์กลางติดยอดตะเข็บชายแดนประเทศพม่ามีปัญหาโครงสร้างพื้นฐานมากมาย รวมทั้งโรคภัยความเจ็บป่วยพื้นฐานก็ยังมีมาก

อยู่ ปัจจุบันการจัดบริการพื้นฐานทำผ่านการขยายโครงการสุขภาพที่อุ้มผางสองแห่ง เพื่อให้บริการสุขภาพพื้นฐานและมีคุณภาพปลอดภัยกว่าการเดินทางข้ามรอยต่อพรมแดนประเทศ ปัญหาที่เกิดขึ้นก็คือความเป็นธรรมเชิงคณิตศาสตร์ของกระทรวงสาธารณสุขไม่สอดคล้องกับปัญหาที่เกิดขึ้นจริงในพื้นที่ การเข้าไม่ถึงหลักประกันสุขภาพจึงเป็นพรมแดนทางมนุษยธรรม ด้วยวิถีคิดของรัฐที่ไม่รับรองสิทธิพื้นฐานด้านสุขภาพ

วงเสวนาในช่วงบ่ายวันแรก ประกอบด้วย 3 ห้องย่อย ห้องแรกเป็นการเสวนาในหัวข้อเรื่อง “การค้าข้ามโลก-การค้าข้ามชาติ” ซึ่งเริ่มต้นด้วยคำถามใหญ่ที่ว่าอะไรคือกระบวนการแปรรูปบริการทางการแพทย์เป็นการค้า (commercialization) ซึ่งในที่นี้ไม่ใช่เพียงการแปรรูประบบบริการสุขภาพไปสู่ภาคเอกชนซึ่งประกอบด้วยการลงทุนด้านบริการสุขภาพและการลงทุนทางการเงินเท่านั้น แต่หมายถึงการปรับตัวทางโครงสร้างตามพลวัตของตลาดและแนวคิดพฤติกรรมในระบบบริการสุขภาพในระดับภูมิภาคด้วย หัวเรื่องย่อยเรื่องหนึ่งที่น่าสนใจก็คือ เมดิคอลฮับ (medical hub) ซึ่ง ดร.นพ.สุธี รัตนมงคลกุล อาจารย์ภาควิชาเวชศาสตร์ป้องกันและสังคม คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ปัจจุบันทำงานวิจัยเรื่องนโยบายศูนย์กลางสุขภาพนานาชาติ หรือเมดิคอลฮับ ภายใต้โครงการการเรียนรู้และกระบวนการพัฒนาภายใต้ พรบ.สุขภาพแห่งชาติ ได้อธิบายว่ากระบวนการการค้าทางการแพทย์ได้รับอิทธิพลจากธนาคารโลกที่ผนวกการเจรจาทางการค้าควบคู่กับระบบปฏิรูปทางการแพทย์ในช่วงปี ค.ศ. 1980-1990 ส่วนในกรณีของประเทศไทยพบว่าในช่วงเศรษฐกิจเติบโตในปี พ.ศ. 2533-2534 กระทั่งถึงช่วงวิกฤติเศรษฐกิจต้มยำกุ้ง โรงพยาบาลในไทยมีเตียงว่างจำนวนมากที่คนไทยไม่สามารถเข้าถึงการบริการได้ จุดนี้จึงนำไปสู่การหาจุดขายเพื่อขยายระบบบริการจากลูกค้าต่างประเทศ ไทยจึงได้ริเริ่มการพัฒนาระบบบริการและการพัฒนาแพทย์แผนไทย จนเริ่มมีนโยบายเมดิคอลฮับและงานวิจัยเกี่ยวกับการค้าของการบริการสุขภาพ อีกทั้งมีการออกกฎหมายการลดหย่อนภาษีการนำเข้าเครื่องมือทางสุขภาพ กระทั่งปี พ.ศ. 2555 เมดิคอลฮับเริ่มเป็นรูปเป็นร่าง เพราะมีการจ่ายงบประมาณให้โรงพยาบาลภูมิภาคไปพัฒนาเมดิคอลฮับ ในประเด็นนี้ การเข้าถึงบริการการรักษาที่ควมรวมระบบการทางการแพทย์เข้ากับการจัดระบบบริการสุขภาพโดยภาคเอกชนจึงนำไปสู่สิ่งที่เรียกว่า ระบบผูกขาดและค่าใช้จ่ายที่ถูกคุมราคาเครดิตในการเข้าถึงระบบบริการสุขภาพที่ทั่วถึงอยู่ภายใต้เป้าหมายของการ “การแข่งขันทำกำไร” ซึ่งภาคเอกชนให้คุณภาพการบริการที่ดีกว่ารัฐ เมดิคอลฮับได้สะท้อนกระบวนการทางการค้าของระบบบริการสุขภาพในระยะเปลี่ยนผ่านของเศรษฐกิจเสรีนิยมใหม่ซึ่งถูกตั้ง

คำถามมากมาย ผลกระทบภาพรวมก็คือการสูญเสียพันธะสัญญาที่มีต่อสังคม และการขาดศักยภาพในการเผชิญหน้าและรับมือกับภาวะฉุกเฉินและโรคระบาด รวมทั้งความแตกต่างทางช่วงชั้นทางการแพทย์และความขัดแย้งทางอาชีพทางการแพทย์อาจมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นจากการเปิดเมดิคอลล๊ပ်ด้วย

ห้องย่อยที่ 2 วงเสวนาว่าด้วย “ภัยพิบัติ: การเปลี่ยนภูมิทัศน์ของสังคมและสุขภาพ” ภัยพิบัตินำมาซึ่งการเปลี่ยนแปลงเชิงภูมิทัศน์และมโนภาพทางสังคมวัฒนธรรม ความเป็น “ชุมชน” และนำมาซึ่งการเรียนรู้ปัญหาจากการเกิดภัยพิบัติและแนวทางการแก้ไขปัญหา วงเสวนาประกอบด้วยผู้แลกเปลี่ยน 3 ท่าน ได้แก่ คุณอชิษฐ์ พีระวงศ์เมธา ช่างภาพอิสระที่มีผลงานกับสำนักข่าวรอยเตอร์สอย่างต่อเนื่อง ดร.นพ.วรสิทธิ์ ศรศรีวิชัย เลขาธิการมูลนิธิสุขภาพภาคใต้ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ และคุณสุนนมาลย์ สิงหะ นักวิจัยสำนักวิจัยสังคมและสุขภาพ คุณอชิษฐ์ได้เล่าถึงประสบการณ์ตรงในการถ่ายภาพเหตุการณ์ภัยพิบัติในเอเชีย โดยเริ่มจากเหตุการณ์พายุหมุนไซโคลนนาร์กิสที่ประเทศพม่า พ.ศ. 2551 โดยสะท้อนว่าระบอบการปกครองและการจัดการที่ตอบสนองภาวะฉุกเฉินของพม่าทำให้ช่างภาพไม่สามารถเข้าประเทศได้ จึงต้องปลอมตัวเป็นนักท่องเที่ยว ระบบการจัดการภัยพิบัติของพม่าทับซ้อนกับประเด็นสิทธิมนุษยชนอยู่มาก ปัญหาที่พบก็คือเรื่องการจัดการที่อยู่อาศัยพักพิง อาหาร การจัดการสิ่งของบริจาคและการให้ความช่วยเหลือของทางการ นอกจากนี้ ปัญหาที่เห็นชัดเจนคือมีประชากรเด็กเป็นจำนวนมาก การดูแลอาจไม่ทั่วถึง การบรรเทาทุกข์บางส่วนได้รับการช่วยเหลือจากเอ็นจีโอ (NGOs) แต่การฟื้นฟูเยียวยาโครงสร้างพื้นฐานที่สำคัญก็ทำไม่ได้เพราะขาดงบประมาณ ส่วนเหตุการณ์น้ำท่วมในเมืองไทย ในกรณีกรุงเทพฯ การกระจายสิ่งของบริจาคมีความยากลำบากในพื้นที่ที่น้ำท่วมสูงมากซึ่งความยากลำบากของคนเมืองก็คือการไม่เคยเจอ น้ำท่วม ประเทศไทยยังไม่มีเตรียมการรับมือกับภัยพิบัติอย่างจริงจัง เพราะสังเกตได้จากภาพที่ถ่ายจะเห็นสะท้อนถึงภาวะไร้ทิศทาง แม้แต่สถานพยาบาลก็ยังไม่มีการวางระบบเช่นกัน

ดร.นพ.วรสิทธิ์ ศรศรีวิชัย เลขาธิการมูลนิธิสุขภาพภาคใต้ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ เล่าถึงสถานการณ์สึนามิในประเทศไทย ช่วงปี พ.ศ. 2547 ว่าเหตุการณ์การตอบสนองระยะเบื้องต้นของกระทรวงสาธารณสุขใน 6 จังหวัดในฝั่งอันดามัน เป็นความร่วมมือระหว่างไทย สหรัฐฯ สถาบันการแพทย์ด้านการทหาร และองค์การอนามัยโลกที่เปิดให้บริการหลายด้าน ปัญหาที่คาดไม่ถึงในการจัดการระหว่างที่เกิดสึนามิคือ ผู้เสียชีวิตส่วนใหญ่ตายตั้งแต่เกิดเหตุ

และการจัดการศพผู้เสียชีวิตจำนวนมากเป็นสิ่งที่ไม่ได้เตรียมการมาก่อน ส่วนในช่วงภายหลัง สึนามิ การฟื้นฟูชุมชนและสิ่งแวดล้อมเป็นไปอย่างช้าๆ และยังมีสิ่งตกค้างอยู่จำนวนมาก เช่น ซากขยะต่างๆ ซึ่งไทยยังไม่มีจัดการเช่นที่ญี่ปุ่นที่พยายามนำไปรีไซเคิล แต่กรณีของไทยก็นำขยะไปเผา ดร.นพ.วรสิทธิ์ ตั้งข้อสังเกตว่าในช่วงที่หน่วยงานช่วยเหลือเข้าไม่ถึง ชาวบ้านร่วมตั้งชุมชนใหม่บริเวณที่เกิดสึนามิ สิ่งนี้สะท้อนถึงวัฒนธรรมของคนได้ว่าชีวิตไม่สามารถดำรงอยู่ได้เพียงของบริจาค และการสร้างอาชีพเป็นประเด็นหนึ่งที่ต้องให้ความสำคัญ ตัวชี้วัดสำคัญในการฟื้นฟู คือ ชาวบ้านมีการรวมตัวกันเพื่อหารือแลกเปลี่ยนความรู้กันทุกวัน องค์กรต่างๆ เข้ามาร่วมแก้ปัญหา มีการจัดการเรื่องธนาคารชุมชน ล้างอะมอรัพย์ ชุมชนมีน้ำใจและเกื้อกูลกัน เป็นต้น

คุณสุมนมาลย์ สิงหะ นักวิจัยสำนักวิจัยสังคมและสุขภาพ ได้ให้ข้อสังเกตจากการศึกษาชุมชนที่เกิดน้ำท่วมซ้ำซาก 7 พื้นที่ และชุมชนที่ประสบสึนามิที่ภูเก็ต พบว่าการนิยามความเปราะบางหรือกลุ่มที่เปราะบาง (vulnerable group) มีพลวัตมาจากกระบวนการพัฒนาที่นิยามความเปราะบางจากภาษาของความ “ด้อยพัฒนา” และ “ยากจน” ตั้งแต่ ค.ศ. 1960 และการกำเนิดกาชาดสากล ที่ทำงานกับผู้ประสบภัยทั่วโลกในปี ค.ศ.1990 โดยนิยามเหล่านั้นส่งผ่านมายังหน่วยงานดำเนินการป้องกันและบรรเทาทุกข์จากภัยพิบัติต่างๆ ทั้งระดับประเทศและระดับท้องถิ่นส่งผลต่อรูปแบบความช่วยเหลือ นอกจากนี้ การจัดการภัยพิบัติโดยเฉพาะอย่างยิ่งจากภาครัฐทำให้เห็นถึงการเมืองของความสงสารที่ประทับตรา “ผู้ประสบภัย” ให้มีลักษณะเหมือนๆ กัน อีกทั้งยังทำให้มิติทางสังคมวัฒนธรรมและศักยภาพของชุมชนถูกมองข้ามไป

วงเสวนาในห้องย่อยที่ 3 เรื่อง “เข้าใจคนขาด-ขาดคนเข้าใจ: สิทธิและสุขภาพอันเปราะบาง” มีผู้เข้าร่วมเสวนาได้แก่ คุณศิริภาณี ศรีหาภาค อาจารย์พยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนิจังหวัดขอนแก่น คุณเกษมา แยมศิริ เป็นสถาปนิกชุมชน พ.ต.หญิง อุบลพรรณ อธิระศิลป์ อาจารย์คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยกรุงเทพธนบุรี และคุณทองพูล บัวศรี ผู้ก่อตั้งมูลนิธิสร้างสรรค์เด็ก เริ่มต้นด้วยคุณศิริภาณีซึ่งได้นำเสนอประสบการณ์งานวิจัยเชิงคุณภาพในกลุ่มผู้สูงอายุ โดยศึกษาภาวะและผลกระทบที่เกิดขึ้นเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุในประเทศไทย และศึกษาสภาพภาวะพึ่งพาของผู้สูงอายุที่เพิ่มมากขึ้นและผลกระทบของผู้ดูแล ข้อค้นพบจากงานวิจัยคือการแก้ปัญหาควรทำความเข้าใจรากฐานความเป็นชุมชนและความสัมพันธ์แบบใกล้ชิด รวมถึง

การมีปฏิสัมพันธ์ที่ดีระหว่างกันของผู้ดูแล คนในครอบครัว บุคลากรทางสาธารณสุข และระหว่างบุคลากรด้วยกันเอง อีกทั้งควรสนับสนุนผู้ดูแล (care giver) อย่างชัดเจน ทั้งนี้สิ่งที่ผู้สูงอายุต้องการมากที่สุดคือความเข้าใจในครอบครัว

ทางด้านของคุณงุมา แย้มศรี ซึ่งทำงานออกแบบชุมชนด้วยงานสถาปัตยกรรม โดยเน้นกรณีปัญหาการเข้าไม่ถึงสิทธิและศักยภาพของคนพิการ กล่าวว่าผลงานที่ผ่านมาคือการศึกษาการปรับพื้นที่บ้านในพื้นที่ภาคเหนือ เช่น การปรับบ้านที่แตกต่างตามวัฒนธรรมการอยู่อาศัย และการออกแบบให้เหมาะสมกับลักษณะความพิการ คุณงุมาให้ข้อสังเกตว่าความเปราะบางเหล่านี้ไม่ใช่เพียงเรื่องของปัจเจก แต่ยังผูกโยงกับบริบททางสังคมและวัฒนธรรมซึ่งงานด้านสถาปัตยกรรมให้ความสำคัญ เพราะสามารถไขกักร่องถิ่นมาเชื่อมโยงงานและเชื่อมโยงคน นอกจากนี้ การออกแบบทางสถาปัตยกรรมและสร้างเครื่องมือกลางทางการออกแบบ ควรให้ผู้ใช่ (คนพิการและผู้สูงอายุ) มีส่วนร่วมในการเลือกแบบหรือตัดสินใจ และที่สำคัญคือการออกแบบที่ดีต้องเน้นการออกแบบที่เอื้อต่อทั้งคนพิการและเอื้อต่อผู้ดูแลด้วย

พ.ต.หญิง อุบลพรรณ อธิระศิลป์ อาจารย์คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยกรุงเทพธนบุรี ซึ่งเชี่ยวชาญด้านออทิสติกและมีประสบการณ์ลึกซึ้งของการมีลูกเป็นออทิสติก ประสบการณ์ได้ผลักดันให้เธอมาทำงานวิจัยในกลุ่มเด็กออทิสติกที่มีพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์ เนื่องจากในสังคมปัจจุบันเด็กออทิสติกถูกตีตราราวกับเป็นหุ่นยนต์ งานวิจัยพบว่าสิทธิและสุขภาพอันเปราะบางของบุคคลออทิสติกมีความเชื่อมโยงกับความหมายและภาพลักษณ์ที่สังคมมอบให้ โดยผัสสะที่แลกเปลี่ยนประสบการณ์ร่วมกับคนอื่น (intersubjectivity) จะมีผลต่อภาวะสุขภาพและการดำเนินชีวิตประจำวันผัสสะตัวตนของบุคคลออทิสติก ผัสสะกับการดำเนินชีวิตในโลกแห่งความคุ้นเคยของเด็กออทิสติกนั้นเป็นการเรียนรู้ผ่านผัสสะการมองเพื่อสร้างภาพความจำ (visual memory) ที่สะท้อนความสัมพันธ์กับความรู้สึกผูกพันกับสถานที่ บุคคลและสิ่งของของบุคคลออทิสติก ตลอดจนการซึมซับกับผัสสะการได้ยินกับพฤติกรรมก้าวร้าว อย่างไรก็ตามเป้าหมายของการทำงานคือการมุ่งเน้นให้เกิดการยอมรับทางสังคมที่กล่าวถึงความสามารถและศักยภาพของเด็กเหล่านี้

ในด้านการศึกษาคณะบัณฑิต คุณทองพูล บัวศรี ผู้ก่อตั้งมูลนิธิสร้างสรรค์เด็ก ได้นำเสนอกรณีเด็กไร้บ้าน ทั้งที่มีสัญชาติไทยและสัญชาติอื่นๆ ที่เข้าไม่ถึงการศึกษาและการรักษาพยาบาล โดยกล่าวว่า การทำงานด้านปัญหาการจำกัดสิทธิการรักษาพยาบาล ที่ไร้รอนสิทธิความเป็น

มนุษย์ของประชากรที่มีความเปราะบางทางสังคม อาทิ คนพิการ ขาดงาน และเด็กที่ออกมาใช้ชีวิตอิสระบนท้องถนน เป็นการทำงานที่ต้องอาศัยระยะเวลาในการแก้ปัญหาและสร้างความเข้าใจในสังคมที่ลึกซึ้ง ประชากรที่เปราะบางเหล่านี้มาจากปัจจัยด้านเศรษฐกิจ ปัญหาจากตัวเด็กเอง ปัญหาจากโรงเรียน หรือออกจากสถานสงเคราะห์ หรือจากหน่วยงานองค์กรพัฒนาเอกชน สภาพครอบครัวที่ไม่พร้อมและเกิดความรุนแรงในครอบครัว ส่วนสาเหตุอื่นๆ ที่ทำให้ต้องมาใช้ชีวิตตามท้องถนน ได้แก่ การพลัดหลงจากพ่อแม่ อาชีพบนท้องถนนคือ ขอดาน เก็บขยะขาย ขายเรียงเบอร์ ขายดอกไม้ ขายพวงมาลัย ขายพลู ขายบริการทางเพศ และเกี่ยวข้องกับยาเสพติดและอาชญากรรมทุกชนิด กระบวนการช่วยเหลือก็คือลงพื้นที่เพื่อสร้างความไว้วางใจ การสร้างอาสาสมัครทำงานในพื้นที่เพื่อการประสานงานและช่วยเหลือ การทำเอกสารทางทะเบียนราษฎร การดำเนินการเรื่องค่าใช้จ่ายและเรื่องที่พังกังที่ปลอดภัย รวมถึงการเข้าถึงสิทธิในการศึกษาและบริการต่างๆ เหมือนเด็กทั่วไป

วงอภิปรายในวันที่สอง (7 สิงหาคม พ.ศ. 2556) เป็นการอภิปราย เรื่อง “ความรู้ท้องถิ่น กับการเปลี่ยนแปลงโลกของสุขภาพในอาเซียน” วิทยากรหลายท่านได้ให้ความเห็นเชื่อมโยงกับประเด็นการอภิปรายในวันแรก ดังนี้

ผศ.ดร.เทพินทร์ พิชรานุรักษ์ จากมหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ได้อภิปรายว่าวิทยาศาสตร์สุขภาพมักจะมองถึงความศิวิไลซ์โดยเบียดขับไสยศาสตร์ที่เป็นความรู้ท้องถิ่นออกไป แต่การมองเช่นนี้คนที่ถูกเบียดขับจะถูกแบ่งเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ 1) กลุ่มคนไสยศาสตร์ที่เกี่ยวข้องกับเรื่องภูตผีปีศาจ ซึ่งไม่เป็นที่ยอมรับ และ 2) กลุ่มคนไสยศาสตร์ที่เป็นเรื่องทางพุทธ กลุ่มนี้จะเป็นที่ยอมรับ นอกจากนี้ กระแสการเปลี่ยนแปลงของโลกยังส่งผลต่อความรู้ท้องถิ่นด้วย

รศ.ดร.ไชยันต์ รัชชกูล คณบดีคณะรัฐศาสตร์ มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี ได้ร่วมแลกเปลี่ยนใน 2 ประเด็น คือ 1) เรื่องภูมิปัญญาพื้นบ้านกับอาเซียน หากมองผ่านบทความการค้าข้ามแดน จะเห็นว่าองค์ความรู้ทางการผลิตยา (เภสัชกรรม) ของไทยมีองค์ความรู้ยาสมุนไพรสูงกว่าประเทศอื่นในอาเซียน โดยองค์ความรู้สมุนไพรของประเทศต่างๆ ถูกนำมาใช้ผ่านการผลิตยาในด้านเภสัชกรรม ตัวอย่างเช่น ฟลูออโรไรด์ที่เป็นส่วนผสมของยาสีฟันนั้นมีบริษัทต่างๆ พยายามใช้วัตถุดิบที่มีต้นทุนเท่าๆ กัน ส่วนเรื่องสมุนไพรที่มีความเป็นไปได้ที่บริษัทใหญ่ๆ จะนำไปใช้ให้เกิดประโยชน์ทางธุรกิจ 2) เรื่องการรุกของทุนในธุรกิจการจัดการสุขภาพ อาจารย์ไชยันต์อ้างถึงคำว่า “medical hub” และ “tourism hub” โดยมองว่า “hub” ไม่ใช่

การรวมศูนย์หรือการสร้างศูนย์กลาง (centralization) เพียงแค่ในระดับภูมิภาค ทว่าเป็นระดับประเทศ สำหรับกรณีของไทย ความเป็น “hub” ระหว่างของประเทศไทยกับต่างประเทศ เช่น ประเทศเกาหลี ไทยจะมีราคาถูกกว่าเพื่อดึงดูดให้คนเข้ามาใช้บริการ เพียงแต่เป็นการเปลี่ยนคำว่า hospital มาเป็น hubital เพื่อให้มีราคาการรักษาที่สูงขึ้น นอกจากนี้ อาจารย์ไชยันต์มองว่าการเป็น medical hub ไม่ได้เกิดขึ้นในเฉพาะโรงพยาบาล แต่ขยายตัวไปยังโรงเรียนแพทย์ เช่น ในกรณีโรงพยาบาลศิริราช เป็นต้น และมีแนวโน้มจะขยายตัวในอนาคตข้างหน้าต่อไป

วิทยากรผู้ร่วมเสวนาอีกท่านหนึ่ง ภก.ยงศักดิ์ ตันติปิฎก นักวิชาการอิสระซึ่งเชี่ยวชาญในสาขาการแพทย์แผนไทย ได้นำเสนอว่าช่วงแรกการแพทย์พื้นบ้านยังไม่ได้ถูกหยิบยกเข้าสู่อาเซียน แต่องค์กรนิปอนซึ่งเป็นองค์กรญี่ปุ่นที่มีบทบาทในการวางฐานการสำรวจและงานวิจัยได้ผลักดันเข้าสู่อาเซียน อย่างไรก็ตาม นโยบายสำคัญของความร่วมมือในอาเซียนกรณีการแพทย์พื้นบ้านปรากฏอยู่ในบันทึกความร่วมมือกันที่เมืองसानอย ประเทศเวียดนาม โดยมีประเด็นหลัก คือ ในระดับนโยบายและสถาบันจะมีแผนปฏิบัติการในการที่จะส่งเสริมการผสมผสานให้การแพทย์พื้นบ้านเป็นกลไกความร่วมมือในกลุ่มประเทศอาเซียน ซึ่งส่งเสริมการแพทย์พื้นบ้านให้ผสมผสานเป็นส่วนหนึ่งของระบบสุขภาพระดับชาติ การพัฒนาโมเดลและความร่วมมือในการจัดทำมาตรฐานการบริการและผลิตภัณฑ์ในระดับงานวิจัยและบริการ จะเป็นการมุ่งเน้นการทำวิจัยทางวิทยาศาสตร์ที่เป็น evidence-based เพื่อให้การแพทย์ดั้งเดิมเป็นที่ยอมรับโดยอาศัยความร่วมมือของภาคส่วนในทุกกระดับ ได้แก่ มหาวิทยาลัย นักวิชาการ ชุมชน เป็นต้น รวมทั้งมุ่งเน้นการพัฒนากิจกรรมที่เป็นรูปธรรมที่จะนำไปสู่การสร้างความร่วมมือระหว่างองค์กรภาครัฐ สถานบริการ สถาบันการศึกษา วิชาชีพ อุตสาหกรรม และชุมชนอย่างต่อเนื่อง

ภก.ยงศักดิ์ เสริมว่าความร่วมมือของอาเซียนนำมาสู่การทำงานสุขภาพในประเทศไทยให้สอดคล้องกับแนวทางของอาเซียนมากขึ้น โดยฝ่ายการเมืองมีนโยบายที่จะดำเนินงานให้สอดคล้อง ดังนี้ แนวทางที่ 1) การพัฒนาการผลิตแพทย์แผนไทยเพิ่มขึ้น โดยให้มีใบประกอบโรคศิลป์ และให้มีการใช้ยาสมุนไพรควบคู่กัน แนวทางที่ 2) การรับรองและควบคุมยาสมุนไพรและผลักดันยาสมุนไพรให้ได้รับการบรรจุลงในบัญชียาหลักแห่งชาติเพิ่มมากขึ้น และให้เป็นที่ยอมรับมากขึ้นโดยสร้างมูลค่าเพิ่ม แนวทางที่ 3) ทิศทางการให้บริการ การจัดให้แพทย์แผนไทยเป็นบริการหนึ่งของแหล่งท่องเที่ยว โดยให้มีสถานบริการการนวดแพทย์แผนไทย กล่าวโดยสรุปได้ว่าแนวทางการพัฒนาสำหรับประเทศไทยสู่อาเซียน คือ การพัฒนาการแพทย์ดั้งเดิมไป

สู่ความเป็นการแพทย์ที่เป็นมืออาชีพ การพัฒนาการแพทย์แผนไทยเข้าสู่ระบบให้มากขึ้น การทำการแพทย์ให้เป็นสินค้าที่ขายได้และสอดรับกับกระแสทุน แม้บางส่วนอาจขัดแย้ง แต่บางส่วนอาจเสริมกันได้ ซึ่งอาจต้องศึกษาเรื่องนี้กันต่อไป

จากบทบันทึกการสัมมนาชิ้นนี้ ผู้เขียนหวังว่าจะช่วยทำหน้าที่สะท้อนเนื้อหาจากการอธิบายและแลกเปลี่ยนความรู้ความคิดเห็นของนักวิชาการและบุคลากรด้านสาธารณสุขจากวงประชุมออกสู่สาธารณะ อีกทั้งจะช่วยสร้างข้อถกเถียง อภิปราย วิพากษ์วิจารณ์ต่อปรากฏการณ์ทางสุขภาพและการทำงานความรู้ด้านสังคมศาสตร์สุขภาพให้ได้รับความสนใจอย่างกว้างขวางขึ้นและเป็นประโยชน์ต่อสาธารณะอย่างแท้จริงได้มากกว่าที่เป็นอยู่ในปัจจุบันต่อไป