(ร่าง)

ผลการสังเคราะห์ข้อมูลการศึกษาพัฒนาการ
ของการสร้างระบบหลักสุขภาพแห่งชาติถ้วนหน้าของประเทศไทยระหว่าง พ.ศ. 2510-2545

สัญญาเลขที่ 65A00699

จัดทำโดย

ศาสตราจารย์เกียรติคุณ ดร. ชื่นฤทัย กาญจนะจิตรา และคณะ

สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล

เสนอต่อ

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ – สปสช.

สิงหาคม 2565

คณะผู้วิจัย

ศาสตราจารย์เกียรติคุณ ดร.ชื่นฤทัย กาญจนะจิตรา	หัวหน้าโครงการ
อาจารย์ ดร.ณปภัช สัจนวกุล	นักวิจัย
อาจารย์ ดร.ณัฐนี สัจนวกุล	นักวิจัย
นายฉัตรชัย วัฒนไชยประทีป	ผู้ช่วยนักวิจัย
นายเอเซีย บินตอเล็บ	ผู้ช่วยนักวิจัย
นางสาวแคทลียา คงสุภาพศิริ	ผู้ประสานงาน
นางประทีป นัยนา	ผู้ประสานงาน

กิตติกรรมประกาศ

ในการวิจัยโครงการเรื่อง สังเคราะห์ข้อมูลการดำเนินงานระบบหลักสุขภาพแห่งชาติ ระยะที่ 1 ซึ่งเน้นศึกษาพัฒนาการของระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าของประเทศไทยระหว่าง พ.ศ. 2510-2545 นี้ คณะผู้วิจัยขอขอบคุณสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ที่ให้ความไว้วางใจและมอบหมายให้สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล ดำเนินการวิจัยในโครงการนี้

คณะผู้วิจัยขอขอบคุณผู้ทรงคุณวุฒิ ไม่ว่าจะเป็นนายแพทย์วิชัย โชควิวัฒน นายแพทย์สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ นายแพทย์วินัย สวัสดิวร และ ดร.นายแพทย์จเด็จ ธรรมธัชอารี ที่กรุณาให้คำปรึกษาและคำแนะนำอันเป็นประโยชน์อย่างยิ่งต่อการพัฒนาและการดำเนินงานวิจัยตลอดมา นอกจากนี้ คณะผู้วิจัยยังขอขอบคุณผู้เชี่ยวชาญและผู้มีส่วนเกี่ยวข้องทุกท่านที่กรุณาสละเวลาอันมีค่ายิ่งในการให้สัมภาษณ์และให้ข้อคิดเห็นต่อประเด็นการวิจัยตลอดช่วงเวลาของการเก็บข้อมูลในโครงการวิจัยนี้ จนทำให้โครงการสามารถดำเนินการสำเร็จลุล่วงตามแผนที่วางไว้

ท้ายที่สุดนี้ คณะผู้วิจัยขอขอบคุณเจ้าหน้าที่ซึ่งรับผิดชอบดูแลแหล่งข้อมูลข่าวสารที่เกี่ยวข้องในด้านการแพทย์และสาธารณสุขจากทุกหน่วยงาน ที่กรุณาอำนวยความสะดวกให้คณะผู้วิจัยสามารถเข้าถึงและค้นคว้าข้อมูลที่เป็นหลักฐานชั้นต้น (primary sources) และหลักฐานชั้นรอง (secondary sources) ซึ่งเป็นวิธีการศึกษาหลักในโครงการวิจัยเชิงประวัติศาสตร์นี้ตลอดมา

คณะผู้วิจัย

บทคัดย่อ

กว่าจะมาเป็นระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ในปี พ.ศ. 2544 ที่ทำให้ประชาชนไทยจำนวนกว่า 48 ล้านคนเข้าถึงบริการสุขภาพ โดยมีสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ที่บริหารจัดการระบบมาเป็นเวลากว่าสองทศวรรษนั้น ต้องยอมรับว่ามีเหตุการณ์สำคัญในประวัติศาสตร์มากมายที่กลายมาเป็นส่วนผสมสำคัญที่หล่อหลอมให้เกิดเป็นเส้นทางประวัติศาสตร์ของระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และช่วยเติมเต็มหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในประเทศไทยให้เกิดขึ้นได้อย่างสมบูรณ์ จึงเป็นที่มาของการคลี่ให้เห็นถึงเส้นทางของระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในประเทศไทย โดยย้อนกลับไปพิจารณา “ส่วนผสม” ทางประวัติศาสตร์ผ่านบริบททางการเมือง เศรษฐกิจ และสังคมวัฒนธรรมก่อนหน้าปี พ.ศ. 2544

การศึกษานี้ใช้การวิจัยเชิงคุณภาพ ที่เริ่มจากการรวบรวมข้อมูลข่าวสารจากสื่อสาธารณะที่เป็นหลักฐานชั้นรอง การค้นคว้าเอกสารประเภทหลักฐานชั้นต้น และการสัมภาษณ์เชิงลึกกับผู้เชี่ยวชาญหรือผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง โดยได้นำทฤษฎี“สามเหลี่ยมเขยื้อนภูเขา” ซึ่งประกอบด้วยพลังการสร้างความรู้ พลังการเคลื่อนไหวทางสังคม และพลังการมีส่วนร่วมของภาคการเมือง ผสานกับแนวทาง “สถาบันนิยมเชิงประวัติศาสตร์” (historical institutionalism) ซึ่งเป็นการใช้มุมมองเชิงรัฐศาสตร์และประวัติศาสตร์เป็นเครื่องมือวิเคราะห์เหตุการณ์ที่เป็นรอยต่อสำคัญ (critical juncture) ของการเปลี่ยนแปลงทางการเมือง เศรษฐกิจ สังคมและวัฒนธรรมที่มีผลต่อพัฒนาการของระบบสุขภาพและระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าของประเทศไทย

ผลการศึกษาพบว่า บริบทและเหตุการณ์สำคัญทางการเมือง เศรษฐกิจ และสังคมในประวัติศาสตร์ซึ่งมีความเฉพาะในแต่ละยุคสมัย มีส่วนอย่างสำคัญในการหล่อหลอมงานด้านสาธารณสุขของไทย และได้สร้างจุดเปลี่ยนสำคัญทั้งในแง่อุดมการณ์ความคิด ประสบการณ์ วิธีการ และการสร้างเครือข่ายทั้งในและนอกวงการแพทย์และสาธารณสุข จากทั้งจากภาครัฐ ภาควิชาชีพ ภาควิชาการ และภาคประชาสังคม ให้เข้ามามีส่วนร่วมในการกระบวนการพัฒนาระบบสุขภาพ นอกจากนี้ เหตุการณ์ที่เป็นรอยต่อสำคัญในแต่ละช่วงเวลาของประวัติศาสตร์สุขภาพ มักมีผลอย่างสำคัญต่อการผลักดันระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติซึ่งเป็นส่วนสำคัญของความสำเร็จในการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในประเทศไทย และยังมีผลต่อการตั้งมั่นของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ในฐานะผู้รับผิดชอบระบบจนกระทั่งปัจจุบัน

คำสำคัญ: ประวัติศาสตร์, หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า, การสาธารณสุข, แพทย์ชนบท, ระบบสุขภาพ

สารบัญ

หน้า

คณะผู้วิจัย .... ข

กิตติกรรมประกาศ .... ค

บทคัดย่อ .... ง

สารบัญ .... จ

สารบัญตาราง .... ญ

สารบัญรูป .... ฎ

บทที่ 1 ก้าวให้ข้ามขุนเขา: ความสำเร็จของระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในประเทศไทย 1

1.1 ที่มาและความสำคัญของการศึกษา 1

1.2 วัตถุประสงค์ 3

1.3 ขอบเขตการศึกษา 4

1.4 เป้าหมายการดำเนินงาน 6

1.5 ทฤษฎี สมมติฐาน หรือกรอบแนวความคิดของการวิจัย 7

1.6 วิธีการดำเนินการวิจัย 10

1.7 ผลที่คาดว่าจะได้รับจากการศึกษา 12

1.8 การลำดับเนื้อหา 13

บทที่ 2 รากฐานและพัฒนาการของการสาธารณสุขในประเทศไทย ก่อนทศวรรษ 2500 20

บทนำ 21

2.1 รากฐานแนวคิด ประวัติศาสตร์และพัฒนาการของการสาธารณสุขไทย 22

2.1.1 ความสำคัญของการแพทย์สมัยใหม่กับการเพิ่มจำนวนประชากร 22

2.1.2 โรคระบาดและการก่อตัวของการแพทย์ตะวันตกในสยาม ก่อนทศวรรษ 2430 24

2.1.3 องค์ความรู้ทางการแพทย์แผนตะวันตกกับบทบาทมิชชันนารีในสยาม 25

2.2 โรงพยาบาลวังหน้า: ก้าวแรกของสถานบริการสาธารณสุขและการจัดการงบประมาณ ในยุครัฐสมบูรณาญาสิทธิราชย์ 30

2.3 งานสาธารณสุขในส่วนภูมิภาค: โรงพยาบาลรัฐส่วนภูมิภาค แพทย์ประจำเมืองและตำบล กับโอสถศาลา 33

2.3.1 โรงพยาบาลรัฐส่วนภูมิภาค 34

2.3.2 แพทย์ประจำเมืองและตำบล 39

2.3.3 โอสถศาลา 43

2.4 การเปลี่ยนผ่านโครงสร้างสาธารณสุขไทย: จากกรมพยาบาล กรมประชาภิบาล กรมสาธารณสุข สู่กระทรวงสาธารณสุข 44

2.5 กำลังคน องค์ความรู้ และจุดตั้งต้นการผลิตแพทย์ในสังคมไทย 46
2.5.1 กำเนิดโรงเรียนแพทย์และวิธีการผลิตแพทย์ 46
2.5.2 พระราชบัญญัติการแพทย์ พ.ศ. 2466 กับบทบาทของสภาการแพทย์ 50
2.6 ปฏิวัติสยาม 2475: เทศบาลกับงานสาธารณสุขส่วนภูมิภาคที่เปลี่ยนไป 51
2.7 บรรยากาศทางการเมืองกับการขยายโรงพยาบาล สุขศาลา และระบบเงินบำรุง (พ.ศ. 2475-ทศวรรษ 2490) 55
2.7.1 ปูมหลังก่อนการสร้างโรงพยาบาลอวดธง 55
2.7.2 มูลเหตุของโรงพยาบาลอวดธง: ภาพแทนความเจริญของชาติและที่มาของระบบเงินบำรุง 58
สรุป 67

บทที่ 3 วิกฤติขาดแคลนแพทย์: แกนกลางปัญหาสาธารณสุขไทยในรอบ 2 ทศวรรษ 69

บทนำ 69
3.1 วิกฤติขาดแคลนแพทย์: แกนกลางปัญหาสาธารณสุขไทย 70
3.1.1 บทบาทสหรัฐอเมริกากับรัฐบาลไทยในการพัฒนาโครงสร้างสาธารณสุขขั้นพื้นฐาน: การเร่งรัดพัฒนาเพื่อรับมือต่อปัญหาเฉพาะหน้า 70
3.1.2 ปัญหาประชากร: หลักสูตรการวางแผนครอบครัว 77
3.1.3 ปัญหาการขาดแคลนแพทย์ในสังคมไทย 83
3.2 นโยบายบังคับใช้ทุนของแพทย์: สร้างคน สร้างแรงจูงใจ และสร้างเงื่อนไข 92
3.2.1 วิวัฒนาการนโยบายใช้ทุนสำหรับนักศึกษาแพทย์ 92
3.2.2 ความล้มเหลวของนโยบายบังคับใช้ทุนในระยะแรก 94
3.3 ประสบการณ์และการทดลองในพื้นที่ชนบทสู่แนวคิดเวชศาสตร์ป้องกัน (PREVENTIVE MEDICINE) 97
3.3.1 บทบาทกรมอนามัยกับโครงการการพัฒนาอนามัยในพื้นที่ชนบท 97
3.3.2 โครงการพิษณุโลก (พ.ศ. 2507-11) สู่โครงการอื่น ๆ: ก้าวแรกของงานสาธารณสุขมูลฐาน 102
3.3.3 “โครงการลำปาง” ขอบฟ้าใหม่ของการสาธารณสุขไทย 105
3.4 การก่อตัวของแนวทางเวชศาสตร์ป้องกันในรั้วมหาวิทยาลัย 107
3.4.1 แนวทางเวชศาสตร์ชุมชนในโรงเรียนแพทย์ 107
3.4.2 แพทย์นอกขนบกับการผลักดันแนวทางเวชศาสตร์ชุมชน 109
3.4.3 เหตุการณ์ 14 ตุลา กับการเร่งเร้าแนวทางเวชศาสตร์ชุมชนช่วงปลายทศวรรษ 2510 112
3.4.4 สายธารแห่งความคิด: ขบวนการนักศึกษา การเคลื่อนไหวเพื่อปฏิรูปการผลิตแพทย์ทศวรรษ 2510 และการแพทย์เชิงป้องกัน 115
สรุป 121

บทที่ 4 การเปลี่ยนผ่านสาธารณสุขจาก “เมือง” สู่ “ชนบท”: ยุคแห่งการสร้างผู้นำสาธารณสุขไทย 123

บทนำ 123
4.1 เหตุการณ์ 14 ตุลา พ.ศ. 2516 สู่กรณี 6 ตุลา พ.ศ. 2519: จุดเปลี่ยนแปลงทางการเมืองและการสาธารณสุข 125
4.1.1 บริบททางเศรษฐกิจที่หล่อหลอมอุดมคติของเหล่าแพทย์ชนบท 125
4.1.2 แนวคิด “โง่ จน เจ็บ”: โครงการพัฒนาชนบทลุ่มน้ำแม่กลอง” ในปี พ.ศ. 2517 128

4.2 การปฏิรูปกระทรวงสาธารณสุข (พ.ศ. 2517)..........130
4.3 จุดเริ่มต้นการพัฒนาระบบหลักประกันสุขภาพของคนไทย: โครงการสงเคราะห์ประชาชนผู้มีรายได้น้อย (สปน.)..........134
4.4 การปะทุขึ้นของกรณี 6 ตุลากับการเร่งเร้าสำนึกแพทย์ที่มีต่อชนบท..........141
4.5 แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 4 (พ.ศ. 2520-2524) กับแนวทางสาธารณสุขมูลฐาน..........143
4.5.1 แนวคิดเรื่อง “สาธารณสุขมูลฐาน” (Primary Health Care - PHC)..........143
4.5.2 การเมืองกับการส่งเสริมงานสาธารณสุขมูลฐาน..........146
4.5.3 ภารกิจหลักของการสาธารณสุขมูลฐาน..........148
4.6 ประสบการณ์ของเหล่าบรรดาแพทย์และบุคลากรสาธารณสุขในชนบท: ยุคแห่งการสร้างผู้นำสาธารณสุขไทย..........152
4.6.1 แพทย์ชนบทในยุคสาธารณสุขมูลฐานและประชาธิปไตยครึ่งใบ..........152
4.6.2 จากแพทย์พื้นที่ส่วนภูมิภาคสู่การทำงานในส่วนกลาง..........155
4.6.3 ว่าด้วยเรื่องความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์ชนบทกับองค์กรภาคประชาสังคมอื่น ๆ..........158
4.7 ภาคประชาสังคมกับการพัฒนาสาธารณสุขมูลฐาน (พ.ศ. 2521-2529)..........163
4.7.1 “หมออาสาหมู่บ้าน (ม.อ.บ.)”..........163
4.7.2 อาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) และผู้สื่อข่าวสารสาธารณสุข (ผสส.)..........166
4.7.3 มูลนิธิหมอชาวบ้าน: การสร้างความรู้และเผยแพร่แนวคิดการดูแลสุขภาพตนเอง..........171
4.7.4 ก้าวแรกของการรณรงค์และส่งเสริม “การป้องกัน” สุขภาพ: โครงการรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่ (พ.ศ. 2529)..........174
สรุป..........179

บทที่ 5 ต่อยอดงานพัฒนาสาธารณสุขมูลฐาน: การสร้างโรงพยาบาลชุมชนและสถานีอนามัยทุกอำเภอ..........181

บทนำ..........181
5.1 แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 5: ทางออกของความเหลื่อมล้ำและความยากจน..........182
5.2 ที่มากรอบคิดความจำเป็นขั้นพื้นฐาน (จปฐ.)..........183
5.2.1 โง่ จน เจ็บ: องค์ประกอบทางความคิดของ จปฐ...........185
5.2.2 เศรษฐศาสตร์เชิงพุทธไทยกับมุมมองการพัฒนาใน จปฐ...........186
5.2.3 โคราชพัฒนา: หลักเกณฑ์ จปฐ. ภาคปฏิบัติ..........193
5.3 การพัฒนาชนบทแนวใหม่กับการจัดตั้งโรงพยาบาลชุมชนในชนบท (ระหว่างปี พ.ศ. 2525-2529)..........197
5.3.1 การขยายและสร้างโรงพยาบาลครบทุกอำเภอ..........199
5.4 การเปลี่ยนแปลง แนวโน้ม ด้านปริมาณและกระกระจายกำลังคนสาธารณสุขในทศวรรษ 2520..........209
5.4.1 ทางออกปัญหาการกระจายกำลังคนระหว่างส่วนกลางและภูมิภาค: โครงการส่งเสริมการศึกษาแพทย์สำหรับชาวชนบท..........210
5.4.2 เพิ่มการผลิตบุคลากรสาธารณสุข: นโยบายชดใช้ทุนสู่ทันตแพทย์ (พ.ศ. 2525) เภสัชกร และพยาบาล..........213
สรุป..........214

บทที่ 6 ความสำคัญของระบบเหมาจ่ายรายหัว: บทเรียนจากระบบประกันสุขภาพต่าง ๆ ของสังคมไทยในทศวรรษ 2520-30..217

บทนำ..........217
6.1 การขยายสวัสดิการและระบบรักษาพยาบาล/ประกันสุขภาพไทยในทศวรรษ 2520-30..........218

6.1.1 ระบบสวัสดิการรักษาพยาบาลของข้าราชการ (พ.ศ. 2523): ข้อเสนอเพื่อการปฏิรูปจาก "การจ่ายตามการบริการ" สู่ "ระบบเหมาจ่ายรายหัว" 218
6.1.2 พัฒนาการของโครงการบัตรสุขภาพ: ระบบประกันสุขภาพแบบสมัครใจ 227
6.2 ระบบเหมาจ่ายรายหัวในระบบประกันสังคม (พ.ศ. 2533): ต้นแบบการจัดสรรงบประมาณในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ 235
6.2.1 ความเป็นมาของระบบประกันสังคม....235
6.2.2 ระบบเหมาจ่ายรายหัว (Capitation) และ "กลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม" (Diagnostic Related group - DRG) 237
6.2.3 ก้าวย่างแรกของระบบประกันสังคม 241
6.3 "โครงการอยุธยา" (พ.ศ. 2533) และโครงการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข (HEALTH CARE REFORM PROJECT - HCRP): ต้นแบบระบบบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ 243
6.3.1 "โครงการอยุธยา" (พ.ศ. 2533)....243
6.2.2 Health Care Reform Project (HCR) หรือ โครงการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข....249
สรุป 253
บทที่ 7 การขยายตัวของเครือข่ายและองค์ความรู้ในระบบสุขภาพ กับการปฏิรูปผ่าน "ใน" และ "นอก" โครงสร้างกระทรวงสาธารณสุข (ทศวรรษ 2530)....255
บทนำ 255
7.1 การเมือง เศรษฐกิจและสังคมไทยในทศวรรษ 2530 กับการเติบโตของภาคประชาสังคม 256
7.2 การก่อตัวของแนวทางเศรษฐศาสตร์สาธารณสุข (HEALTH ECONOMICS)....258
7.3 วิกฤติสุขภาพเนื่องจากการเปลี่ยนแปลงทางเศรษฐกิจ....261
7.3.1 ปัญหาด้านระบบสาธารณสุข: การเติบโตขึ้นของโรงพยาบาลเอกชน และปัญหาด้านกำลังคน 261
7.3.2 ปัญหาเรื่องสุขภาพ: การปรับเปลี่ยนนิยามจากสุขภาพไปสู่ "สุขภาวะ" เพื่อการดูแลสุขภาพแบบองค์รวม (Holistic Health) 263
7.4 การพัฒนาระบบสุขภาพ 'ใน' โครงสร้างสาธารณสุข....266
7.4.1 ผลึกความคิด "สุขภาพที่ดีเป็นสิทธิมนุษยชน": การดูแลสุขภาพแบบองค์รวม (Holistic Health)....266
7.4.2 การจัดระเบียบกรอบความคิดและการระดมความคิดเพื่อต่อยอดระบบสาธารณสุข 270
7.4.3 สิทธิด้านสุขภาพ บทบาทแพทยสภา กับความสัมพันธ์ที่เปลี่ยนไประหว่างแพทย์กับคนไข้ 273
7.4.4 วิวาทะในเวทีแพทยสภา 275
7.5 เส้นทางการพัฒนาระบบสุขภาพ "นอก" โครงสร้างสาธารณสุข....278
7.5.1 วัฒนธรรมของระบบราชการที่กัดกินพัฒนาการในระบบสาธารณสุข 278
7.5.2 พระราชบัญญัติสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข พ.ศ. 2535: ถือกำเนิดองค์กรอิสระทางความรู้อย่างสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.)....280
สรุป 284
บทที่ 8 เปลี่ยนวิกฤติ (เศรษฐกิจ) ให้เป็นโอกาส: กำเนิดรัฐธรรมนูญฉบับประชาชน....287
บทนำ 287

8.1 ภาพรวมของวิกฤติเศรษฐกิจ พ.ศ. 2540......287
8.2 วิกฤติเศรษฐกิจกับมิติสาธารณสุข......290
8.2.1 วิกฤติเศรษฐกิจกับการส่งเสริมความสำคัญของบริการปฐมภูมิ......293
8.2.2 การจัดตั้งโรงพยาบาลบ้านแพ้วกับการใช้ระบบเหมาจ่ายรายหัว พ.ศ. 2543......296
8.3 พลังการปฏิรูปการเมืองและรัฐธรรมนูญฉบับประชาชน (2540)......304
8.3.1 พฤษภาทมิฬ: มรดกสำคัญของการเพิ่มขึ้นของบทบาทภาคประชาสังคม......304
8.3.2 กรอบแนวคิดเรื่องการกระจายอำนาจและส่งเสริมการมีส่วนร่วมของภาคประชาสังคม......307
8.3.3 พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ: กฎหมายแม่บทด้านสุขภาพของประเทศไทย ที่ประชาชนมีส่วนร่วม (พ.ศ. 2543)......308
8.3.4 การตื่นตัวและการเป็นต้นแบบของพลังภาคประชาชนในการตรวจสอบการทำงาน ของภาครัฐ (การต่อสู้เพื่อเปิดโปงเรื่องทุจริตในการสั่งยา พ.ศ. 2541)......310
สรุป......315

บทที่ 9 กำเนิดต้นแบบประเทศกำลังพัฒนา กับความสำเร็จในการสร้างระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า......317

บทนำ......317
9.1 การขานรับทางการเมืองกับโครงการ "30 บาทรักษาทุกโรค": กำเนิดหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ......317
9.1.1 ชัยชนะของพรรคไทยรักไทย......317
9.1.2 โครงการ "30 บาทรักษาทุกโรค" ภาคปฏิบัติ......317
9.2 อีกก้าวหนึ่งซึ่งสำคัญของ "องค์กรตระกูล ส" พ.ศ. 2544......317
9.2.1 งบประมาณจากภาษี: พระราชบัญญัติกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ พ.ศ. 2544......317
9.2.2 กำเนิด สปสช. ในฐานะ "ตัวแทนของประชาชน": พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545......317
9.3 การเปลี่ยนแปลงกระบวนทัศน์จาก "การสงเคราะห์" สู่ "สิทธิ" ในการเข้าถึงบริการทางสุขภาพ......317
สรุป......317

บรรณานุกรม......318

การสัมภาษณ์......318
เอกสารหอจดหมายเหตุแห่งชาติ......319
ภาษาไทย......319
ภาษาอังกฤษ......337

ภาคผนวก......340

ภาคผนวก ก หนังสืออนุมัติดำเนินงานจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน......340
ภาคผนวก ข รายชื่อผู้เข้าร่วมการสัมภาษณ์ในโครงการวิจัย......341
ภาคผนวก ค เอกสารชี้แจง และแนวคำถามสำหรับการสัมภาษณ์ในโครงการวิจัย......344

สารบัญตาราง

ตาราง 1 รายละเอียดเกณฑ์ จปฐ. 8 ข้อ 32 ตัวชี้วัด 196
ตาราง 2 รายชื่อผู้ให้สัมภาษณ์ในโครงการวิจัย 341

สารบัญรูป

รูป 1 กรอบแนวคิดที่ใช้ในการศึกษา......10
รูป 2 โรงพยาบาลอเมริกันมิชชัน เดิมที่ตั้งอยู่ทางตะวันตกของแม่น้ำปิง เปิดทำการในปี พ.ศ. 2431......29
รูป 3 พื้นที่สีแดงบนแผนที่ประเทศไทยคือจังหวัดที่ USAID และ USOM ระบุว่าเป็นพื้นที่สุ่มเสี่ยง......73
รูป 4 ตัวอย่างการใช้งบประมาณของ USAID สำหรับพัฒนาประเทศไทยในปี พ.ศ. 2512......75
รูป 5 นายแพทย์สมบูรณ์ วัชรโรทัย (ตรงกลาง) อธิบดีกรมอนามัย พ.ศ. 2517-2522......101
รูป 6 นายแพทย์อารี วัลยะเสวี คณบดีคนแรกของคณะแพทยศาสตร์รามาธิบดี
ท่ามกลางนักศึกษาแพทย์รามาธิบดี รุ่น 1-2 (พ.ศ. 2512)......114
รูป 7 การประชุมระหว่างประเทศเรื่องสาธารณสุขมูลฐานที่นครอัลมาอาตา (Alma-Ata)
ระหว่างวันที่ 6-12 กันยายน พ.ศ. 2521......144
รูป 8 ลักษณะราชการที่ปรากฏโครงสร้างของ “การประสานงาน” ตามแนวคิด จปฐ.......190
รูป 9 ในอดีตข้าราชการแต่ละกระทรวงทำหน้าที่ของใครของมัน......191
รูป 10 แนวของการมองปัญหาแบบองค์รวมของ จปฐ......193
รูป 11 ผังการเปลี่ยนแปลงรูปแบบสถานบริการไปสู่โรงพยาบาลชุมชนและสถานีอนามัย......206
รูป 12 งบกลางสวัสดิการค่ารักษาพยาบาลที่จ่ายจริง พ.ศ. 2524-2534......222
รูป 13 ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลของระบบสวัสดิการรักษาพยาบาลข้าราชการในปีงบประมาณ 2531-2543......225
รูป 14 การประมาณต้นทุนสำหรับการให้บริการผู้ประกันตนต่อหัว พ.ศ. 2533......241
รูป 15 ผลการดำเนินงานและฐานะทางการเงินของกองทุนประกันสังคม......242
รูป 16 ภาพการคำนวณงบประมาณ สำหรับการรักษาพยาบาลและการส่งเสริมสุขภาพของประชากรไทย ปี พ.ศ. 2539......301
รูป 17 การคำนวณการปรับเพิ่มอัตรา 712 บาท เป็น 782 บาท ต่อหัวประชากร......302

บทที่ 1
ก้าวให้ข้ามขุนเขา:
ความสำเร็จของระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในประเทศไทย

1.1 ที่มาและความสำคัญของการศึกษา

> "เมื่อออก พ.ร.บ.หลักประกันสุขภาพแห่งชาติสำเร็จนั้น นอกจากความรู้สึกดีใจที่หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้ากำลังจะเป็นจริงขึ้นมา ผมก็ยังรู้ดีว่านั่นเป็นเพียงการเริ่มต้นนับหนึ่งใหม่ในกระบวนการปฏิรูประบบบริการสุขภาพเท่านั้น ผมรู้ดีว่ายังมีอีกหลายขุนเขาที่ต้องก้าวผ่านเพื่อพัฒนาระบบบริการสุขภาพให้ดีกว่าเดิม แต่ผมก็ไม่ได้หวั่นใจ ผมพร้อมที่จะทำงานหนักในขั้นต่อไป..."[1]
>
> นายแพทย์สงวน นิตยารัมภ์พงศ์

ในปี พ.ศ. 2564 ถือเป็นช่วงเวลาแห่งการครบรอบสองทศวรรษการเกิดขึ้นของ "ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ" (Universal Coverage Scheme – UCS) หรืออาจคุ้นเคยกับชื่อเรียกว่า "บัตรทอง" ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2544 ซึ่งเป็นส่วนสำคัญที่ทำให้เกิดหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (Universal Health Coverage - UHC) นอกจากนี้ในปี พ.ศ. 2565 ยังเป็นการครบรอบสองทศวรรษการดำเนินงานของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ หรือที่รู้จักในชื่อย่อว่า "สปสช." องค์กรหลักที่ทำหน้าที่กำกับและดูแลระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติมาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2545 ทั้ง ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติกับ สปสช. ถือเป็นผลผลิตของการปฏิรูประบบสุขภาพครั้งสำคัญที่ได้เปลี่ยนแปลงและยกระดับคุณภาพชีวิตของประชาชนไทยในหลากหลายมิติ การสถาปนาระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติยังเป็นการเน้นย้ำว่าเรื่องสุขภาพถือเป็นหนึ่งในบริการที่จำเป็นเร่งด่วนและเป็นหน้าที่ของรัฐในการจัดบริการที่ประชาชนทุกคนสามารถเข้าถึงได้โดยง่าย รวมทั้งสมควรได้รับการดูแลรักษาที่เป็นธรรมในฐานะที่เป็น "สิทธิขั้นพื้นฐาน" ของประชาชนคนไทย[2] ด้วยเหตุนี้ จึงทำให้ประเทศไทยจึงเป็นประเทศแรก ๆ

---

[1] ชาตรี เจริญชีวะกุล และ อพภิวันท์ นิตยารัมภ์พงศ์, *แสงดาวแห่งศรัทธา น.พ.สงวน นิตยารัมภ์พงศ์* (กรุงเทพฯ: สหมิตรพริ้นติ้งแอนด์พับบิสชิ่ง, 2554), 79

[2] คณะทำงานพัฒนานโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าของสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, 'ข้อเสนอระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า: รายงานการศึกษาประกอบการปฏิรูประบบสุขภาพ และร่างพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ...' (นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, 2544).

ในกลุ่มประเทศกำลังพัฒนา ที่สามารถสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ซึ่งเป็นการเปิดโอกาสให้คนไทยทุกคนไม่ว่าจะยากดีมีจน สามารถเข้าถึงบริการและการดูแลสุขภาพที่จำเป็นได้ทั่วถึงมากขึ้น โดยที่ไม่ต้องกังวลถึงค่าใช้จ่ายที่จะเกิดจากการเข้ารับบริการ[3] และด้วยผลงานเชิงประจักษ์ของระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติและบทบาทของ สปสช. ส่งผลให้ประชาชนไทยจำนวนกว่า 48 ล้านคน หรือประมาณร้อยละ 75 ของประชากรทั้งหมด ได้รับการรักษาเมื่อต้องการตลอดช่วงของการดำเนินงานกว่าสองทศวรรษที่ผ่านมา[4] จนกล่าวได้ว่าเมื่อเอ่ยถึง “สิทธิบัตรทอง” มักต้องเอ่ยถึง “บทบาท สปสช.” ในฐานะที่เป็นฟันเฟืองหลักของการบริหารจัดการควบคู่กันไป[5]

ทั้งนี้ การทำความเข้าใจเส้นทางประวัติศาสตร์ของระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าของประเทศไทยอาจต้องมองย้อนกลับไปพิจารณาถึงงานด้านสาธารณสุขโดยเฉพาะในช่วงทศวรรษ 2510 เป็นต้นมา ซึ่งมีส่วนอย่างมากในการหล่อหลอมการเป็นผู้นำด้านสาธารณสุขของแพทย์หัวก้าวหน้าและกลุ่มนักศึกษาแพทย์รุ่นใหม่ นักศึกษาอาสาสมัคร และปัญญาชนกลุ่มต่าง ๆ ที่เป็นกำลังสำคัญในการผลักดันหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า และมีส่วนในการกำหนดทิศทางระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติและจุดยืนการดำเนินงานของ สปสช. จนกระทั่งปัจจุบัน กล่าวคือ วิสัยทัศน์และแนวทางในการดำเนินงานไม่ได้เกิดขึ้นจากการค้นคว้าหรืออิงตามหลักการทางทฤษฎีที่ได้รับข้อมูลจากตำราที่เกี่ยวข้องกับพัฒนาการของระบบสุขภาพทั่วโลกเท่านั้น แต่เป็นความรู้ความเข้าใจที่ก่อตัวจากประสบการณ์ของบุคลากรทางการแพทย์เมื่อครั้งยังเป็นเพียง “แพทย์ชนบท”[6] ซึ่งมีโอกาสได้ทดลองพัฒนาตัวแบบและวิธีการเพื่อช่วยเหลือกลุ่มคนจนและประชาชนผู้มีรายได้น้อยที่ไม่มีโอกาสเข้าถึงความรู้และได้รับการดูแลรักษามาก่อน[7] ตลอดจนเป็นช่วยเวลาบ่มเพาะความคิดและเครือข่าย จนได้กลายเป็นเครื่องมือสำคัญที่เอื้อต่อวิสัยทัศน์

---

[3] Isranews, ‘อานิสงส์ “ประกันสุขภาพถ้วนหน้า” ปกป้อง 2.9 แสนครัวเรือนไทย ไม่ให้ยากจนลง’, 2559, https://www.isranews.org/isranews/45448-artical_4544833.html.

[4] สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.), ‘รายงานการสร้างระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ งบประมาณปี 2563’ (กรุงเทพฯ: สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2564), https://www.nhso.go.th/storage/downloads/operatingresult/47/F_NHSO_Annual_Report_2020.pdf.

[5] อรรถพร ลิ้มปัญญาเลิศ, *ระหว่างบรรทัด: บันทึกประวัติศาสตร์ ‘มหากาพย์บัตรทอง’* (นนทบุรี: บริษัท ภาพพิมพ์ จำกัด, 2563), 46; วิชัย โชควิวัฒน, *ตำนานบัตรทอง: ประวัติศาสตร์การสร้างระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าของไทย* (กรุงเทพฯ: มูลนิธิมิตรภาพบำบัด, 2558), 43.

[6] ขบวนการแพทย์ชนบท หมายความถึง เครือข่ายประชาสังคมที่ประกอบด้วยกลุ่มของแพทย์ที่เคยหรือกำลังปฏิบัติงานในพื้นที่ชนบท เช่น แพทย์ พยาบาล ทันตแพทย์ เภสัชกร หรือนักสาธารณสุขต่าง ๆ โดยมีการจัดตั้งกลไกแพทย์ชนบท เช่น ชมรมแพทย์ชนบท มูลนิธิแพทย์ชนบท กลุ่มสามพรานที่เชื่อมโยงกับเครือข่ายการเคลื่อนไหวอื่น ๆ โปรดดูรายละเอียดเพิ่มเติมได้ใน สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ, *25 ปี ขบวนการแพทย์ชนบทแผ่นดินไทย* (กรุงเทพฯ: องค์การอนามัยโลก, 2546).

[7] นภนาท อนุพงศ์พัฒน์, *รอยเวลา: เส้นทางประวัติศาสตร์สุขภาพ*, โดย วิชัย โชควิวัฒน และ โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ (กรุงเทพฯ: สุขศาลา, 2556); สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ, *25 ปี ขบวนการแพทย์ชนบทแผ่นดินไทย*.

ต่อแนวทางการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ไปจนกระทั่งการบริหารจัดการของระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติและองค์กรอย่าง สปสช.

ในปี พ.ศ. 2544-45 จึงนับเป็นหมุดหมายสำคัญของกลุ่มแพทย์ชนบทและผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้อง ที่อยู่เบื้องหลังการผลักดันให้เกิดระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติและการจัดตั้งองค์กร สปสช. อย่างเป็นทางการโดยมีพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 รองรับ ซึ่งปฏิเสธไม่ได้ว่าเวลานั้นมี “ความพร้อมเพรียง” ทั้งในด้านพลังองค์ความรู้ พลังสังคม และพลังทางการเมือง ที่มาประสานและบรรจบกันในห้วงเวลาที่เหมาะสม ประกอบกับปัจจัยแวดล้อม โครงสร้างพื้นฐาน และประวัติศาสตร์ที่ผ่านมามีส่วนอย่างสำคัญในการหล่อหลอมความสำเร็จ อย่างไรก็ตาม การสร้างระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติที่เป็นชิ้นส่วนสำคัญของระบบหลักประสุขภาพถ้วนหน้าและการดำเนินงานของ สปสช. เพื่อหล่อเลี้ยงระบบไว้ ไม่ใช่เส้นทางการทำงานที่ราบรื่นนักนับตั้งแต่แรงเสียดทานในช่วงของการเปลี่ยนผ่าน ความท้าทายต่างรูปแบบที่ปรากฏเป็นข่าวบนสื่อสาธารณะ หรือความตึงเครียดที่เกิดขึ้นจากความคิดเห็นที่แตกต่างกัน ดังนั้น ข้อมูลเกี่ยวกับประวัติศาสตร์การเคลื่อนไหวของบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขหัวก้าวหน้า การทำงานขององค์กร สปสช. และหน่วยงานต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินงานของระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในประเทศไทย ยังต้องการการรวบรวมเอกสารที่ครอบคลุมและเป็นระบบ ตลอดจนวิเคราะห์และเติมเต็มข้อมูลโดยพิจารณาปัจจัยทางการเมือง เศรษฐกิจ และสังคมวัฒนธรรมประกอบซึ่งมีผลอย่างสำคัญต่อจุดเปลี่ยนของเส้นทางการระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า รวมไปถึงการทำความเข้าใจต่อกลวิธีในการคลี่คลายปัญหาด้วยวิสัยทัศน์และการประนีประนอมโดยยังสามารถรักษาเจตนารมณ์ของการสร้างระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าไว้ได้ในช่วง 20 ปีที่ผ่านมา ภายใต้การเปลี่ยนผ่านของนายกรัฐมนตรีจำนวนรวม 7 คน และรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขมากถึง 14 คน ประเด็นที่รอเติมเต็มเหล่านี้จึงเป็นที่มาสำคัญของการศึกษาวิจัยเชิงประวัติศาสตร์นี้

1.2 วัตถุประสงค์

(สำหรับระยะที่ 1: 11 กุมภาพันธ์ 2565 – 8 กันยายน 2565)

(1) เพื่อบันทึก รวบรวมเอกสาร และทบทวนข้อมูลเกี่ยวกับประวัติศาสตร์การดำเนินงานของระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า และบทบาทของผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในประเทศไทยระหว่างปี พ.ศ. 2510-2545

(2) เพื่อทำความเข้าใจพัฒนาการทางประวัติศาสตร์ของการสร้างระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ผ่านบทบาทและการเคลื่อนไหวของผู้มีส่วนเกี่ยวข้องและกลุ่มต่าง ๆ ในช่วงระหว่างปี พ.ศ. 2510-2545 โดยพิจารณาความสัมพันธ์ระหว่างการสร้างความรู้ (creation of relevant knowledge) การเคลื่อนไหวทางสังคม (social movement) และการมีส่วนเกี่ยวข้องของภาคการเมือง (political involvement)

1.3 ขอบเขตการศึกษา

งานวิจัยเรื่องประวัติศาสตร์การสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในประเทศไทยนี้ จะเป็นการทบทวนความเป็นมาของการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (Universal Health Coverage - UHC) ที่มุ่งเน้นศึกษาและทำความเข้าใจพัฒนาการทาง “ประวัติศาสตร์ของระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (Universal Coverage Scheme – UCS)” กับบทบาทองค์กร สปสช. และผู้มีส่วนเกี่ยวข้องต่อการดำเนินงานเป็นสำคัญ งานวิจัยนี้ยังเน้นการศึกษาเพื่อทำความเข้าใจอิทธิพลและปัจจัยทางการเมือง เศรษฐกิจ สังคมและวัฒนธรรม ที่มีผลต่อเส้นทางประวัติศาสตร์ของการพัฒนาระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าและระบบสุขภาพไทยในแต่ละยุคสมัย ทั้งนี้ระยะเวลาการศึกษาของงานวิจัยนี้จะครอบคลุมตั้งแต่ปี พ.ศ. 2510 ถึง พ.ศ. 2565 พร้อมกับอธิบายถึงภูมิหลังบริบท และความเป็นมาทางประวัติศาสตร์ประกอบเหตุการณ์ที่อยู่นอกเหนือจากระยะเวลาดังกล่าวตามความเหมาะสม การดำเนินงานของงานวิจัยนี้จะแบ่งการศึกษาออกเป็น 4 ระยะด้วยกัน ได้แก่

ในระยะที่ 1 จะเป็นการศึกษาภูมิหลังความเป็นมาก่อนปี พ.ศ. 2510 และจะเน้นศึกษาไปที่พัฒนาการระหว่างปี พ.ศ. 2510-2545 เนื่องจากในช่วงทศวรรษ 2510 ถือเป็นช่วงเวลาสำคัญต่อการกำหนดทิศทางทั้งสำหรับการเมืองและระบบสาธารณสุขในประเทศไทย โดยเป็นช่วงเวลาที่ประเทศไทยตกอยู่ภายใต้บรรยากาศของสงครามเย็น การตื่นตัวทางการเมืองในเหตุการณ์ 14 ตุลา (พ.ศ. 2516) และเหตุการณ์ 6 ตุลา (พ.ศ. 2519) ซึ่งมีผลอย่างสำคัญต่อกระแสการตื่นตัวทางอุดมการณ์ทางความคิดของกลุ่มนักศึกษาและแวดวงวิชาการจากมหาวิทยาลัยต่าง ๆ รวมถึงกลุ่มนักศึกษาแพทย์และมหาวิทยาลัยแพทยศาสตร์ ที่มีความคิดเห็นแตกต่างไปจากแนวทางของรัฐบาลในเวลานั้นที่เร่งขยายระบบราชการ ควบคุมสถาบันทางการเมืองทุกด้านอย่างเบ็ดเสร็จ และการดำเนินนโยบายที่นำไปสู่การตอกย้ำภาวะการขาดแคลนแพทย์ที่รุนแรงมากขึ้นในพื้นที่ชนบทของประเทศ[8]

[8] คณะกรรมการปูมประวัติศาสตร์มหิดลเพื่อประชาธิปไตย, ‘รายงานผลการศึกษา “ปูมประวัติศาสตร์มหิดลเพื่อประชาธิปไตย (พ.ศ. 2510-1516)”’ (สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, 2546); ราชกิจจานุเบกษา, ‘กระทู้ถามที่ ว. ๒๔/๒๔๙๗ ของนายบุญช่วย ศรีสวัสดิ์ สมาชิกสภาผู้แทนราษฎร เรื่อง นางผดุงครรภ์กับแพทย์ประจำตำบลตามชนบทต่างจังหวัด’, 2497.

ปัจจัยดังกล่าวทำให้กลายเป็นจุดเปลี่ยนทางการเมืองในการพัฒนาระบบสุขภาพของประเทศอย่างสำคัญ รวมถึงเป็นพื้นฐานความคิดและประสบการณ์ที่จะนำไปสู่การก่อร่างและผลักดันระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติจนประสบผลสำเร็จต่อมาในปี พ.ศ. 2545

การศึกษาในระยะที่ 2 จะเป็นการศึกษาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2545-2565 ซึ่งถือเป็นช่วงเวลาแห่งการครบรอบ 20 ปี กับบทบาทการทำงานของ “สปสช.” ในฐานะองค์กรที่ดำเนินงานควบคู่กับ “ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ” ในประเทศไทยมาตลอดนับตั้งแต่ปี พ.ศ. 2545 เป็นต้นมา โดยยังคงเป็นการนำเอาบริบทและการผกผันทางเศรษฐกิจการเมืองในแต่ละยุคสมัย รวมถึงการเคลื่อนไหวในสังคมมาพิจารณาร่วมด้วย เพื่อช่วยให้เข้าใจถึงประวัติศาสตร์และพัฒนาการของการดำเนินงาน ปัญหาและความท้าทาย รวมถึงบทบาทของ สปสช. ในการจัดการความสัมพันธ์ระหว่างหน่วยงานเพื่อแก้ไขปัญหาต่าง ๆ และรักษาเสถียรภาพของระบบตลอดช่วงเวลาสองทศวรรษที่ผ่านมา

อย่างไรก็ดี การศึกษาในระยะที่ 1-2 จะเป็นการศึกษาเพื่อทำความเข้าใจ “บทบาทนำขององค์กร” ที่เกี่ยวข้องกับระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเท่านั้น ซึ่งกล่าวได้ว่าเป็นการทำความเข้าใจด้วยมุมมองจาก “บนลงล่าง” (top-down approach) ขณะที่การทำความเข้าใจผลลัพธ์ทางสังคม หรือ Social Impact ที่ลึกซึ้งในลักษณะของการศึกษา “ทัศนคติของประชาชนผู้รับบริการ” เช่น การรับรู้และมุมมองที่นอกเหนือไปจากความพึงพอใจที่มีการสำรวจประจำทุกปีของคนส่วนใหญ่ที่เปลี่ยนแปลงไปต่อพัฒนาการของระบบ หรือความคิดของประชาชนคนเล็กคนน้อยที่มีต่อบทบาทของ สปสช. ได้เป็นส่วนหนึ่งของอัตลักษณ์ของการเป็นพลเมืองในสังคมไทยอย่างไร รวมถึง “ทัศนคติของบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขในฐานะผู้ให้บริการ” ยังคงไม่ปรากฏว่ามีการศึกษามากนัก ดังนั้น **การศึกษาระยะที่ 3** จะเป็นการเก็บข้อมูลจากประชาชนผู้รับบริการ บุคลากรผู้ให้บริการและการวิเคราะห์ความรู้สึกนึกคิดของคนทั้งสองกลุ่มที่มีต่อระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติในฐานะที่เป็นส่วนหนึ่งของการดำรงชีวิตประจำวันของประชาชนในสังคมไทย (UCS in Thai daily life) ซึ่งข้อมูลที่ได้รับด้วยมุมมองจาก “ล่างขึ้นบน” (bottom-up approach) จะเป็นอีกหนึ่งส่วนสำคัญที่ช่วยเติมเต็มและต่อยอดองค์ความรู้ต่อจากข้อมูลที่ได้รับจากการศึกษาในระยะที่ 1-2 ข้างต้น

ในระยะที่ 4 จะเป็นการนำชุดข้อมูลเชิงประวัติศาสตร์ที่ได้รวบรวมและวิเคราะห์จากระยะที่ 1-3 มาเรียบเรียงและนำเสนอต่อสาธารณะในรูปแบบที่หลากหลาย เพื่อให้เกิดกระบวนการถ่ายทอดและคืนข้อมูลให้แก่สังคม โดยจะเป็นการพัฒนาสื่อในรูปแบบต่าง ๆ ที่ง่ายต่อการรับรู้และการทำความเข้าใจ เช่น อินโฟกราฟิก

ภาพเคลื่อนไหวในรูปแบบของวีดีทัศน์ (video) และการนำเสนอผ่านรูปแบบหนังสือที่มีการนำเสนอข้อมูลเชิงวิชาการอย่างครบถ้วน ซึ่งถือเป็นอีกหนึ่งขั้นตอนสำคัญที่จะช่วยให้ผลการวิจัยถูกถ่ายทอดและเรียบเรียงอย่างเหมาะสมไปสู่ผู้รับสารในสังคมที่มีความแตกต่างหลากหลาย

ดังนั้น ขอบเขตของการศึกษาตามระยะเวลาดังกล่าว (พ.ศ. 2510-2565) ที่มีการแบ่งกระบวนการดำเนินงานออกเป็น 4 ระยะอย่างเป็นระบบและเป็นขั้นตอน (stepwise approach) จะทำให้เห็นถึงพัฒนาการทางความคิด อุปสรรค การประนีประนอม และความสำเร็จของผู้มีบทบาทนำในการปฏิรูประบบหลักประกันสุขภาพของประเทศในช่วงระหว่างปี พ.ศ. 2510-2545 รวมถึงกระบวนการสร้างเสถียรภาพของการดำเนินงานในเวลาต่อมา (พ.ศ. 2545-2565) ทั้งในแง่ความก้าวหน้าและความท้าทายที่มีต่อการตั้งมั่นของระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในทุกมิติ โดยที่ได้รับมุมมองจากผู้มีบทบาทนำในองค์กร บุคลากรผู้ให้บริการ และผู้ที่ได้รับผลประโยชน์อย่างประชาชนผู้ใช้บริการ ซึ่งมุมมองทั้งสามด้านนี้คือองค์ประกอบสำคัญต่อการค้ำจุนระบบให้สามารถเป็นหลักประกันแก่ประชาชนคนไทยมาจนกระทั่งถึงปัจจุบัน นอกจากนี้ องค์ความรู้ที่ได้ผ่านกระบวนศึกษาที่มาจากการรวบรวมและตีความหลักฐานที่น่าเชื่อถือแล้ว จะมีการนำข้อมูลกลับคืนสู่สังคมอย่างเป็นกิจลักษณะ เพื่อเป็นการเผยแพร่ชุดความรู้ที่มีต่อระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติให้ดำรงอยู่คู่กับสังคมไทยต่อไปในอนาคต

1.4 เป้าหมายการดำเนินงาน

(1) เพื่อสร้างความเข้าใจของบทบาทการเคลื่อนไหวและกลุ่มผู้มีส่วนเกี่ยวข้องที่มีต่อแนวคิดและวิวัฒนาการของระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ตลอดจนความสัมพันธ์ระหว่างระบบสุขภาพที่มีต่อมิติทางสังคม วัฒนธรรม การเมือง และเศรษฐกิจของประเทศไทยในแต่ละยุคสมัย

(2) เพื่อรวบรวมหลักฐานทางประวัติศาสตร์ที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินงานของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ในฐานะองค์กรที่มีบทบาทนำในการขับเคลื่อนและพัฒนาระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

(3) เพื่อบันทึกประวัติศาสตร์การดำเนินงานของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ไว้อย่างถูกต้อง ครอบคลุม และเป็นระบบ

(4) เพื่อรวบรวมทัศนคติและมุมมองของประชาชนผู้รับบริการ และบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขผู้ให้บริการ ที่มีต่อองค์กรและระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติในประเทศไทย

(5) เพื่อสร้างองค์ความรู้ที่เป็นการส่งเสริมการค้นคว้า วิจัย ที่จะนำไปสู่การต่อยอดและพัฒนาระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติต่อไปในอนาคต

1.5 ทฤษฎี สมมติฐาน หรือกรอบแนวความคิดของการวิจัย

ที่ผ่านมาสังคมไทยมักมีการกล่าวถึงทฤษฎี "สามเหลี่ยมเขยื้อนภูเขา" (Triangle that Moves the Mountain)[9] ของศาสตราจารย์เกียรติคุณ นายแพทย์ประเวศ วะสี อย่างกว้างขวาง โดยเฉพาะในการศึกษาวิจัยและขับเคลื่อนการทำงานเชิงสุขภาพ จากแนวคิดของทฤษฎีดังกล่าวชี้ให้เห็นถึงวิธีการบรรลุจุดมุ่งหมายในการทำงาน การวิจัย หรือการขับเคลื่อนภารกิจต่าง ๆ ที่มีความท้าทายสูงและมีอุปสรรคมากซึ่งเปรียบเหมือนภูเขา ทฤษฎี "สามเหลี่ยมเขยื้อนภูเขา" จึงเสนอว่าในการทำภารกิจหนึ่ง ๆ จำเป็นต้องอาศัยพลังในการขับเคลื่อน 3 ประการ คือ พลังการสร้างความรู้ พลังการเคลื่อนไหวทางสังคม และพลังการขานรับทางการเมือง

(1) **พลังการสร้างความรู้** (creation of relevant knowledge) คือ การสร้างหรือสังเคราะห์องค์ความรู้ในเรื่องนั้น ๆ ซึ่งอาจเป็นเรื่องใหม่ เพื่อให้คนในสังคมสามารถเข้าถึงและเข้าใจในเรื่องที่ต้องการผลักดัน
(2) **พลังการเคลื่อนไหวทางสังคม** (social movement) เกี่ยวข้องกับการนำงานวิจัยหรือองค์ความรู้ไปสู่การเผยแพร่ เพื่อให้ภาคสังคมรับรู้และเข้าใจต่อเรื่อง ๆ นั้นมากยิ่งขึ้น อันเป็นกระบวนการเสริมพลังเคลื่อนไหวทางสังคมให้คิดและเรียนรู้ร่วมกันในลักษณะของ active learning เช่น ร่วมคิด วางแผน หาทรัพยากร เพื่อให้นำไปสู่การออกแบบวิธีการขับเคลื่อนการทำงานต่อไป[10]
(3) **พลังการมีส่วนร่วมของภาคการเมือง** (political involvement) หมายถึง การผลักดันเรื่องที่ท้าทายจำเป็นต้องได้รับการสนับสนุนจากฝ่ายที่มีอำนาจหรือรับผิดชอบโดยตรงต่อเรื่องนั้น อาจเป็นผู้กำหนดนโยบายหรือผู้กำหนดทิศทางการเมือง เพื่อให้นำองค์ความรู้ดังกล่าวที่ส่วนหนึ่งมาจากความคิดเห็นของสังคม มุ่งไปสู่การกำหนดเป็นนโยบายหรือสู่การปฏิบัติให้เกิดขึ้นได้อย่างแท้จริง

---

[9] Prawase Wasi. '"Triangle that Moves the Mountain" and Health Systems Reform Movement in Thailand', *Human Resources for Health Development Journal (HRDJ)* 4, 2 (August 2000): 106–10.

[10] ประเวศ วะสี, *แนวคิดยุทธศาสตร์สังคมสมานุภาพและวิชชา* (กรุงเทพฯ: มูลนิธิโกมล คีมทอง, 2536); สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ และคณะ, 'ประชาสังคมกับการพัฒนาสุขภาพ: บทวิเคราะห์ทางวิชาการ' (เอกสารประกอบการนำเสนอในที่ประชุมวิชาการประจำปีครั้งที่ 1 ของสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข เรื่อง 'ปฏิรูปเพื่อสุขภาพ ยุทธศาสตร์ใหม่สู่การพัฒนาระบบ' วันที่ 1-2 กุมภาพันธ์ 2539 ณ โรงแรมรอยัลออร์คิด เชอราตัน กรุงเทพมหานคร, 2539), https://kb.hsri.or.th/dspace/bitstream/handle/11228/1689/hs0223.pdf?sequence=2&isAllowed=y.

ดังนั้น ทั้งสามองค์ประกอบจะส่งอิทธิพลซึ่งกันและกัน เพื่อผลักดันให้เกิดการเปลี่ยนแปลงหรือบรรลุตามเป้าหมายที่ได้วางไว้ อย่างไรก็ดี การศึกษาเชิงประวัติศาสตร์ต่อพัฒนาการของระบบสุขภาพในประเทศไทยจำเป็นต้องให้ความสำคัญต่อพัฒนาการของรัฐและสถาบันการเมืองควบคู่กันไป การศึกษานี้จึงนำแนวทาง "สถาบันนิยมเชิงประวัติศาสตร์" (historical institutionalism) ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาทางรัฐศาสตร์[11] ที่สะท้อนให้เห็นการผสมผสานแนวทางการศึกษาการเมืองร่วมสมัยเข้ากับการนำประวัติศาสตร์มาศึกษาสถาบันการเมือง เพื่อให้ความสำคัญกับกฎเกณฑ์และโครงสร้าง ทั้งที่เป็นทางการและไม่เป็นทางการ รวมไปถึงกลุ่มผลประโยชน์ต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นในสังคมที่ได้รับและมีอิทธิพลต่อการเปลี่ยนแปลงสถาบันการเมืองอยู่ตลอดเวลา[12] การนำเอาแนวทางสถาบันนิยมเชิงประวัติศาสตร์มาใช้เป็นกรอบในการศึกษา จะช่วยทำให้เข้าใจแนวทางที่รัฐและสถาบันทางสังคมมีผลต่อการกำหนดผลประโยชน์ทางการเมืองของตัวแสดง รวมทั้งการที่สถาบันกำหนดโครงสร้างความสัมพันธ์ทางอำนาจและค่านิยมระหว่างกลุ่มต่าง ๆ และค่านิยมในสังคม แทนที่จะพิจารณาเพียงมิติปัจเจกบุคคลหรือมิติองค์กรด้านใดด้านหนึ่งเท่านั้น จึงกล่าวได้ว่า สถาบันนิยมเชิงประวัติศาสตร์เป็นแนวทางที่ศึกษาครอบคลุมปฏิสัมพันธ์ระหว่างรัฐ สังคมและปัจเจกบุคคล โดยเสริมสร้างความเข้าใจกระบวนการทางประวัติศาสตร์ในระดับโครงสร้างและพิจารณาบทบาทของตัวแสดงที่มีต่อกระบวนการดังกล่าว

นอกจากนี้ สถาบันนิยมเชิงประวัติศาสตร์ยังให้ความสนใจจุดกำเนิดเชิงเวลา (temporal origins) ของสถาบันทางการเมือง หรือการประยุกต์ใช้วิธีการทางประวัติศาสตร์ (historical methods) อย่างจริงจัง รวมทั้งพัฒนาการของโครงสร้างเชิงสถาบันและกระบวนการทางการเมืองที่ดำรงอยู่และเปลี่ยนแปลงในแต่ละช่วงเวลา เพื่อชี้ให้เห็นการขับเคี่ยวทางอำนาจระหว่างตัวแสดงฝ่ายต่าง ๆ และการทำงานของสถาบันที่เกิดขึ้นจาก "สภาวะเส้นทางบังคับ" (path dependence)[13] ซึ่งก็คือ สภาวะที่เหตุการณ์หรือการตัดสินใจหนึ่ง ๆ ส่งผลให้เกิดการสถาปนาสถาบันที่มีแนวโน้มอยู่รอดเป็นระยะเวลานาน โดยการดำรงอยู่ในภายหลังนั้นขึ้นอยู่กับ "เหตุการณ์ก่อน

---

[11] James G. March and Johan P. Olsen, *Rediscovering Institutions: The Organizational Basis of Politics* (New York [etc.]: The Free press, 1989).

[12] Vivien Lowndes and Mark Roberts, *Why Institutions Matter: The New Institutionalism in Political Science* (Basingstoke: Palgrave Macmillan, 2013).

[13] Sven Steinmo, 'Historical Institutionalism', in *Approaches in the Social Sciences*, ed. Donatella Della Porta and Michael Keating (Cambridge: Cambridge University Press, 2008), 113–38.

หน้าเป็นสำคัญ”[14] ดังนั้น สภาวะเส้นทางบังคับจึงเป็นแนวคิดที่แสดงให้เห็นถึงความสัมพันธ์เชิงประวัติศาสตร์ที่ถูกกำหนดโดยเหตุการณ์ก่อนหน้าจนส่งเสริมให้สถาบันมีความมั่นคงมากขึ้นอย่างต่อเนื่อง ซึ่งประเด็นสำคัญที่เกี่ยวข้องกับสภาวะเส้นทางบังคับ คือเรื่อง “ระยะรอยต่อสำคัญ” (critical juncture) นักสถาบันนิยมเชิงประวัติศาสตร์จึงมุ่งศึกษาระยะรอยต่อสำคัญในฐานะที่เป็นจุดตั้งต้นกระบวนการของสภาวะเส้นทางบังคับและนำไปสู่การสร้างเส้นทางที่แตกต่างกัน[15] ระยะรอยต่อสำคัญเป็นช่วงเวลาที่ทำให้สถาบันเกิดการเปลี่ยนแปลงจากแนวทางหนึ่งไปเป็นอีกแนวทางหนึ่ง แม้จะมีทางเลือกอื่นให้เลือกก็ตาม แต่หากเลือกแล้วก็ยากที่จะเปลี่ยนแปลง นอกจากระยะรอยต่อสำคัญแล้ว การศึกษาสภาวะเส้นทางบังคับยังต้องศึกษา “ระยะผลิตซ้ำ” (reproduction) หรืออาจเรียกว่า “ระยะตอกย้ำตนเอง” (self-reinforcing period)[16] กล่าวคือ เมื่อมีการเลือกเส้นทางใดเส้นทางหนึ่งแล้ว ต่อมาจะเข้าสู่ระยะผลิตซ้ำซึ่งเป็นเป็นช่วงการดำเนินการเพื่อสร้างเสถียรภาพหรือตอกย้ำเส้นทางที่เลือกด้วยกระบวนการทางการเมืองต่าง ๆ ในที่สุดกระบวนการนี้จะนำไปสู่การสร้างเสถียรภาพ (stability) ที่เกิดขึ้นกับเส้นทางของสถาบัน[17]

ดังนั้น เมื่อพิจารณาถึงความสัมพันธ์ของผู้มีบทบาทนำในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติที่มีเป็นไปตามทฤษฎี “สามเหลี่ยมเขยื้อนภูเขา” โดยที่นำแนวคิด “สภาวะเส้นทางบังคับ” (path dependence) บนฐานของแนวการศึกษาสถาบันนิยมเชิงประวัติศาสตร์มาพิจารณาร่วมด้วย จะช่วยทำให้เห็นภาพรวมของประวัติศาสตร์ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติที่ต้องอาศัยบทบาทของผู้นำเชิงสถาบันอย่างองค์กร สปสช. และกลุ่มต่าง ๆ ในระบบสุขภาพที่เป็นฟันเฟืองสำคัญ โดยพิจารณาบริบททางการเมือง เศรษฐกิจ และสังคมวัฒนธรรมของประเทศไทยภายใต้กรอบคิดของสถาบันทางการเมืองในแต่ละช่วงเวลาที่มีความสัมพันธ์และส่งผลต่อพัฒนาการของระบบสุขภาพในแต่ละช่วงเวลาอย่างแยกไม่ออก

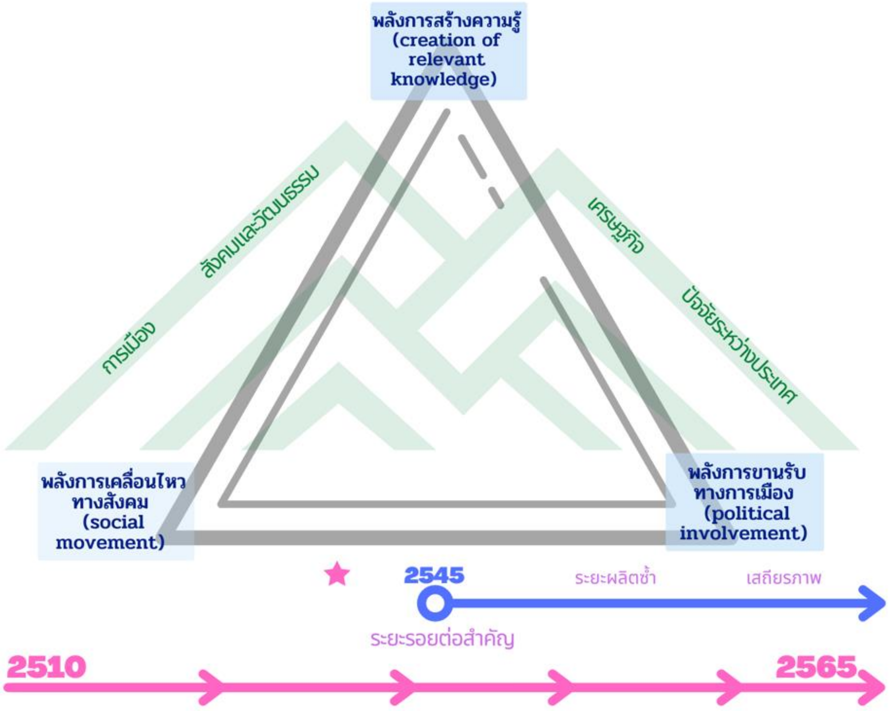
---

[14] John L. Campbell, ‘Institutional Reproduction and Change’, in *The Oxford Handbook of Comparative Institutional Analysis*, ed. Glenn Morgan, Oxford Handbooks (Oxford; New York: Oxford University Press, 2010), 90. http://www.oxfordhandbooks.com/view/10.1093/oxfordhb/9780199233762.001.0001/oxfordhb-9780199233762-e-5.

[15] Ruth Berins Collier and David Collier, *Shaping the Political Arena: Critical Junctures, the Labor Movement, and Regime Dynamics in Latin America* (Notre Dame, Ind: University of Notre Dame Press, 2002).

[16] B. Guy Peters, Jon Pierre, and Desmond S. King, ‘The Politics of Path Dependency: Political Conflict in Historical Institutionalism’, *The Journal of Politics* 67, no. 4 (November 2005): 1275–1300, https://doi.org/10.1111/j.1468-2508.2005.00360.x.

[17] Kathleen Thelen, ‘Historical Institutionalism in Comparative Politics’, *Annual Review of Political Science* 2, no. 1 (1999): 369–404, https://doi.org/10.1146/annurev.polisci.2.1.369.



รูป 1 กรอบแนวคิดที่ใช้ในการศึกษา

ที่มา: สังเคราะห์จาก Wasi (2000) และ Steinmo (2008)

1.6 วิธีการดำเนินการวิจัย

เพื่อให้สามารถรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับบทบาทการทำงานของ “ผู้นำ” ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติอย่างองค์กร สปสช. และผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในมุมมองเชิงประวัติศาสตร์ การศึกษานี้จึงเป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ (qualitative research) ที่มีการดำเนินการเก็บข้อมูลเป็นทีละขั้น (stepwise approach) เริ่มจากการรวบรวมข้อมูลข่าวสารจากสื่อสาธารณะที่เป็นหลักฐานชั้นรอง (secondary sources) การค้นคว้าเอกสารประเภทหลักฐานชั้นต้น (primary sources) และการสัมภาษณ์เชิงลึกกับผู้เชี่ยวชาญหรือผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง (in-depth Interview) ที่เกี่ยวข้องกับประเด็นศึกษา

(1) **การรวบรวมข้อมูลข่าวสารจากสื่อสาธารณะที่เป็นหลักฐานชั้นรอง** ข่าวสารจากหนังสือพิมพ์กับฐานข้อมูลออนไลน์ที่เป็นสื่อสาธารณะ และงานวิจัยกับวิทยานิพนธ์ที่เกี่ยวข้อง โดยใช้คำสืบค้นหลัก เช่น แพทย์ชนบท ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า การสาธารณสุขมูลฐาน ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ บัตรทอง สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ฯลฯ ในขั้นตอนนี้จะใช้วิธีการสืบค้นแบบต่อเนื่อง (snowball search) คือ การสืบค้นจากเอกสาร วรรณกรรม หรือบทความที่ผู้เขียนเดียวกัน

และดูรายการอ้างอิงของเอกสารที่มีเนื้อหาที่เกี่ยวข้องกับประเด็นที่ศึกษา เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ครอบคลุมประเด็นที่จะศึกษาอย่างครบถ้วนมากที่สุด

(2) **การค้นคว้าเอกสารประเภทหลักฐานชั้นต้น** ในขั้นตอนนี้เป็นการใช้วิธีศึกษาวิจัยเชิงประวัติศาสตร์ (historical research method) ที่เน้นความสำคัญของการค้นคว้า วิพากษ์ และตีความหลักฐานชั้นต้นมาประกอบการศึกษา เพื่อเข้าใจถึงมุมมอง วิธีคิด เส้นทางประวัติศาสตร์ และการทำงานเชิงลึกของผู้มีส่วนเกี่ยวข้องและการพัฒนาระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในประเทศไทย โดยจะเป็นการรวบรวมข้อมูลจากหลักฐานชั้นต้นที่หลากหลาย ทั้งในราชกิจจานุเบกษาเพื่อเข้าถึงข้อมูลประเภทกฎหมายและนโยบายต่าง ๆ ข้อมูลมติคณะรัฐมนตรี จดหมาย บันทึกส่วนตัว หรือหนังสืออัตชีวประวัติของบุคคลสำคัญที่เกี่ยวข้องกับเรื่องที่ศึกษา เอกสารที่เก็บในรูปของไฟล์รูปภาพ (digitized materials) จากห้องสมุดต่าง ๆ ทั้งแบบออนไลน์ (online) และแบบ ณ สถานที่ (on-site) เช่น ห้องสมุดสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ หอจดหมายเหตุและพิพิธภัณฑ์สุขภาพไทย ห้องสมุด ๑๐๐ ปี เสม พริ้งพวงแก้ว ศูนย์เรียนรู้สุขภาวะ โดยสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) คลังข้อมูลและความรู้ระบบสุขภาพ สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข สื่อด้านสมุนไพรและสุขภาพองค์รวมจากมูลนิธิสุขภาพไทย ห้องสมุดและหอจดหมายเหตุรามาธิบดี หอสมุดศิริราช ห้องสมุดกระทรวงสาธารณสุข หอสมุดแห่งชาติ หอจดหมายเหตุแห่งชาติ และห้องสมุดอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องกับด้านการแพทย์และสาธารณสุข

(3) **การสัมภาษณ์เชิงลึกกับผู้เชี่ยวชาญ** มีวัตถุประสงค์เพื่อขอข้อมูลเพิ่มเติมเกี่ยวกับความรู้สึกนึกคิดที่มีต่อบทบาทของ สปสช. และพัฒนาการประวัติศาสตร์การสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าของประเทศไทย ซึ่งบางประเด็นไม่สามารถสืบค้นข้อมูลได้จากหลักฐานชั้นต้นและชั้นรอง รวมถึงเพื่อเป็นการตรวจทานความถูกต้องของข้อมูลและเพื่อเพิ่มเติมความเข้าใจให้ชัดเจนและลึกซึ้งยิ่งขึ้น

อย่างไรก็ดี วิธีการเก็บข้อมูลผ่านการสัมภาษณ์จะใช้ 2 วิธีการด้วยกัน **วิธีการแรก คือ การเก็บข้อมูลแบบ "ประวัติศาสตร์บอกเล่า"** (oral history) ที่เป็นการสัมภาษณ์รายบุคคลเพื่อดึงความทรงจำของบุคคลนั้น ๆ ที่มีส่วนร่วมในเหตุการณ์สำคัญออกมา โดยขั้นตอนนี้เป็นส่วนหนึ่งของการทำความเข้าใจเรื่องราวในประวัติศาสตร์ที่เกิดขึ้นและผ่านไปแล้ว และจะช่วยให้ได้รับข้อมูลเกี่ยวกับจุดมุ่งหมายที่อาจแฝงเร้น (hidden agenda) และเหตุการณ์เบื้องหลัง (behind-the-scenes stories) ซึ่งถือเป็นเรื่องยากต่อการค้นหาจากเอกสารเท่านั้น ส่วน **วิธีการที่สอง คือ "การสัมมนาผู้รู้เห็น"** (witness seminar) เป็นอีกหนึ่งวิธีการถ่ายทอดเรื่องราวจากความทรงจำ

ร่วม[18] ซึ่งได้รับความนิยมในกลุ่มงานศึกษาด้านประวัติศาสตร์การแพทย์และสาธารณสุขตั้งแต่ช่วงทศวรรษ 1990 เป็นต้นมา เป็นวิธีการดึงประสบการณ์และความทรงจำของผู้มีส่วนร่วมต่อเหตุการณ์ในลักษณะของการรวมกลุ่มผู้รู้และสอบถามคำถามพร้อมกัน[19] เพื่อให้เกิดบรรยากาศของการพบปะพูดคุย การแสดงความคิดเห็น ถกเถียงโต้แย้ง หรือเติมเต็มข้อมูลซึ่งกันและกัน ขณะเดียวกันวิธีการสัมมนาผู้รู้เห็นแบบรวมกลุ่ม จะเป็นวิธีการหนึ่งที่ช่วยสอบทานความถูกต้องของความทรงจำและข้อมูลที่แต่ละบุคคลถ่ายทอดออกมาร่วมกันด้วย ซึ่งวิธีการสัมภาษณ์ทั้ง 2 แบบ จะเป็นส่วนหนึ่งของการบันทึกข้อมูลสำคัญทางประวัติศาสตร์ของระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติในรูปแบบของภาพเคลื่อนไหว การจดบันทึก หรือรวบรวมเป็นหนังสือแห่งความทรงจำในขั้นตอนต่อไป

ทั้งนี้ รายชื่อผู้เชี่ยวชาญที่จะสัมภาษณ์ทั้งสองรูปแบบ คณะผู้วิจัยจะรวบรวมจากการค้นคว้าเอกสารชั้นต้นและชั้นรอง ประกอบกับคำแนะนำของนักวิจัยที่ปรึกษา ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรมเบื้องต้นสามารถกำหนดจำนวนผู้เชี่ยวชาญหรือผู้มีส่วนเกี่ยวข้องกับการดำเนินขององค์กร สปสช. และแนวคิดระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าที่มาจากหลากหลายภาคส่วน เช่น กลุ่มผู้กำหนดและบริหารนโยบาย กลุ่มแพทย์ชนบท กลุ่มนักวิชาการ กลุ่มภาคการเมือง กลุ่มผู้ให้บริการ กลุ่มภาคเอกชน และกลุ่มภาคประชาสังคม (รายชื่อผู้ให้สัมภาษณ์ทั้งหมดจะปรากฏอยู่ในเอกสารส่วนผนวกแนบท้าย)

1.7 ผลที่คาดว่าจะได้รับจากการศึกษา

(สำหรับระยะที่ 1: 11 กุมภาพันธ์ 2565 – 8 กันยายน 2565)

(1) ได้รับชุดข้อมูลที่เป็นการค้นคว้าและรวบรวมจากหลักฐานในเชิงการบันทึกประวัติศาสตร์ของระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติและพัฒนาการของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ รวมถึงผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในช่วงปี พ.ศ. 2510-2545 ไว้อย่างเป็นระบบ

(2) สามารถเติมเต็มช่องว่างทางความรู้เกี่ยวกับบทบาทการเคลื่อนไหวและกลุ่มผู้มีส่วนเกี่ยวข้องที่มีต่อแนวคิดและวิวัฒนาการของระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ตลอดจนความสัมพันธ์ระหว่างระบบสุขภาพที่มี

---

[18] สำนักวิจัยสังคมและสุขภาพ and ทวีศักดิ์ เผือกสม, eds., *สาธารณสุขชุมชน: ประวัติศาสตร์และความทรงจำ*, การสัมมนาผู้รู้เห็นประวัติศาสตร์ระบบสุขภาพไทยครั้งที่ ๑ เมื่อวันที่ ๑๙ กันยายน พ.ศ. ๒๕๕๑ (นนทบุรี: สำนักวิจัยสังคมและสุขภาพ, 2552), 1.

[19] Tansey, Tilli, ‘Chapter 14: Witnessing the witnesses: Potentials and pitfalls of the witness seminar in the history of twentieth-century medicine’ in Ronald Edmund Doel and Thomas Söderqvist, eds., *The Historiography of Contemporary Science, Technology, and Medicine: Writing Recent Science*, Routledge Studies in the History of Science, Technology, and Medicine 23 (London; New York: Routledge, 2006), 260.

ต่อมิติทางสังคมวัฒนธรรม การเมือง และเศรษฐกิจของประเทศไทยในแต่ละยุคสมัย ระหว่างปี พ.ศ. 2510-2545

1.8 การลำดับเนื้อหา

งานวิจัยฉบับนี้แบ่งออกเป็น 9 บทด้วยกัน โดยวิธีการลำดับเนื้อหาจะกำหนดด้วย "เหตุการณ์ที่เป็นรอยต่อสำคัญ" (critical juncture) ของการเปลี่ยนแปลงทางการเมือง เศรษฐกิจ สังคมและวัฒนธรรม ที่จะส่งผลต่อพัฒนาการของระบบสุขภาพ และโดยเฉพาะพัฒนาการของหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าของประเทศไทย ทั้งนี้การเล่าพัฒนาการของประวัติศาสตร์หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าจะพิจารณาถึงมิติแนวคิดและการสร้างความรู้ (idea and knowledge) มิติกำลังคนด้านสุขภาพ (health workforce) มิติการจัดบริการ (service delivery) มิติการเงินการคลัง (financing) มิติการอภิบาล (governance) โดยอธิบายผ่านสามองค์ประกอบสำคัญตามทฤษฎีสามเหลี่ยมเขยื้อนภูเขา ได้แก่ การสร้างองค์ความรู้ การเคลื่อนไหวทางสังคม และการขานรับจากภาคการเมือง ซึ่งเป็นยุทธศาสตร์หลักในการสถาปนาระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าขึ้นในประเทศไทย

บทที่ 1 ก้าวให้ข้ามขุนเขา: ความสำเร็จของหลักประกันสุขภาพแห่งชาติและองค์กร สปสช. ในวันนี้ เป็นการระบุถึงความสำคัญและที่มาของปัญหา วัตถุประสงค์ในการศึกษา ขอบเขต วิธีการศึกษา ซึ่งโดยรวมจะเป็นการชี้ให้เห็นถึงความสำคัญของการรวบรวม ทบทวน วิเคราะห์ และสังเคราะห์ประวัติศาสตร์สาธารณสุขและวิวัฒนาการของหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในประเทศไทย รวมถึงการฉายภาพความสำเร็จของหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และบทบาทของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

บทที่ 2 รากฐานและพัฒนาการของการสาธารณสุขในประเทศไทยก่อนทศวรรษ 2500 จะอธิบายพัฒนาการทางประวัติศาสตร์ของระบบสาธารณสุขในสยาม/ไทย ตั้งแต่ทศวรรษ 2430-2500 ซึ่งจะเห็นถึงบทบาทการแพทย์ตะวันตกที่มีอิทธิพลต่อความคิดราชสำนักและชนชั้นนำสยาม ซึ่งนำไปสู่การตั้งโรงพยาบาลแห่งแรก และต่อมาที่มีโรงพยาบาลหลายแห่งในเขตเมือง ตลอดจนการสร้างศาลาโอสถในเขตภูมิภาค ยังมีการกล่าวถึงพัฒนาการโครงสร้างนับตั้งแต่ตั้งกรมพยาบาลจนกลายเป็นกระทรวงสาธารณสุขเพื่อกำกับดูแลโรงพยาบาลและงานที่เกี่ยวข้องกับสาธารณสุข โดยจะเห็นถึงจุดเริ่มต้นของกำลังคน องค์ความรู้ และการผลิตแพทย์ของสังคมไทยในอดีต

ในบทยังอธิบายครอบคลุมถึงภาพสาธารณสุขหลังการปฏิวัติสยาม 2475 ที่มีผลต่อแนวคิดและทิศทางพัฒนาการของระบบสุขภาพ นั่นคือการเปลี่ยนผ่านจากการบำรุงงานสาธารณสุขเพื่อพระราชกุศล ไปสู่การอธิบายว่างานสาธารณสุขเป็น “หน้าที่ของรัฐ” ที่ควรจัดให้มีตามศักยภาพ ซึ่งกลายเป็นจุดเริ่มต้นความสัมพันธ์ระหว่างการสงเคราะห์โดยรัฐกับงานบริการสาธารณสุข แม้ว่าการเปลี่ยนแปลงทางความคิดยังคงจำกัดอยู่ที่กลุ่มชนชั้นนำของประเทศ และการนำไปปฏิบัติยังคงกระจุกตัวอยู่แต่เพียงในเขตเมืองและปริมณฑลเท่านั้น แต่ยังปรากฏว่ามีสัญญาณจากรัฐบาลที่มุ่งจะขยายการจัดบริการสุขภาพให้ประชาชนที่มักเรียกกันว่า “นโยบายอวดธง” นโยบายที่มุ่งสร้างโรงพยาบาลและสุขศาลาชั้นสอง โดยเริ่มดำเนินการในพื้นที่ชายแดนก่อนเพื่ออวดความก้าวหน้าออกสู่สายตาชาติตะวันตกที่ปกครองดินแดนอยู่โดยรอบเวลานั้น แม้ในทางปฏิบัติอาจพบอุปสรรคทั้งงบประมาณและความล่าช้า แต่ได้กลายเป็นจุดประกายที่ทำให้บุคลากรทางการแพทย์บางกลุ่มขานรับนโยบายอย่างแข็งขันและมีโอกาสได้สัมผัสประสบการณ์การทำงานจริงในพื้นที่ชนบท รวมถึงเกิดพัฒนาการที่ก้าวกระโดดของแวดวงการแพทย์และสาธารณสุขที่ปูเส้นทางไปสู่การทำงานในพื้นที่ชุมชน

บทที่ 3 วิกฤติขาดแคลนแพทย์: แกนกลางปัญหาสาธารณสุขไทยในรอบ 2 ทศวรรษ อธิบายวิวัฒนาการระบบสาธารณสุขไทย ที่อยู่ภายใต้ความสัมพันธ์อันใกล้ชิดระหว่างรัฐบาลไทย-สหรัฐอเมริกา ซึ่งมีผลทำให้แผนพัฒนางานสาธารณสุขเป็นไปตามจุดยืนทางการเมืองดังกล่าว โดยปรากฏเจตนารมณ์อย่างชัดเจนในแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมฉบับแรกของประเทศไทย ประกอบกับสถานการณ์ทางสังคมอย่างการเพิ่มจำนวนประชากรอย่างก้าวกระโดด กลายเป็นปัจจัยเร่งให้การขาดแคลนบุคลากรแพทย์เข้าขั้นวิกฤติ เนื่องจากทั้งภาวะสมองไหลของแพทย์บางกลุ่มที่อยากไปแสวงหาความก้าวหน้าจากต่างประเทศมากกว่าการทำงานเพื่อรับใช้สังคม ปัญหาเรื่องการกระจุกตัวของแพทย์ในพื้นที่ศูนย์กลางและตัวเมืองมากกว่าออกไปทำงานในชนบท หรือกระทั่งบทบาทการทำหน้าที่ของแพทยสภา

ขณะที่การกระชับมิตรระหว่างไทย-สหรัฐอเมริกามีข้อดีคือได้เสริมให้ความสนใจต่อการพัฒนางานด้านสาธารณสุขเริ่มเบนเข็มจากเมืองไปสู่พื้นที่ชนบทมากขึ้น ตลอดจนมีการริเริ่มโครงการในพื้นที่ชนบทที่ได้รับการสนับสนุนจากหน่วยงานระหว่างประเทศหลายองค์กร ทั้งนี้การเกื้อหนุนจากสหรัฐในแง่กรอบแนวคิดและงบประมาณที่หวังผลทางการเมืองทั้งทางตรงและทางอ้อม ได้ส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงบางประการที่สำคัญได้แก่ การริเริ่มพัฒนาโครงสร้างสาธารณสุขขั้นพื้นฐานในบางพื้นที่แถบชนบท (โครงการพิษณุโลก โครงการสารภี โครงการลำปาง และอื่นๆ) และการเป็นปัจจัยที่เร่งให้เห็นถึงภาวะการขาดแคลนบุคลากรมากขึ้น ปัญหาหลาย

ประการที่เกิดขึ้นในพื้นที่ชนบท ได้กลายเป็นแหล่งข้อมูลอันเป็นประโยชน์ต่อมุมมองของกลุ่ม "แพทย์นอกขนบ" "แพทย์สายปฏิรูป" หรืออาจเรียกว่า "หมอหนุ่มแหวกกรอบ" กลุ่มคนที่เริ่มบ่มเพาะแนวคิดที่แตกต่างกันภายในกลุ่มแพทย์ปัญญาชนระหว่างการเป็นแพทย์ที่ "เน้นรักษา" กับการเป็นแพทย์ที่ "เน้นป้องกัน" โดยต้องการเน้นแบบหลังเพื่อให้เป็นทางออกเพื่อแก้ไขปัญหาต่าง ๆ เวลานั้น

บทที่ 4 การเปลี่ยนผ่านสาธารณสุขจาก "เมือง" สู่ "ชนบท": ยุคแห่งการสร้างผู้นำสาธารณสุขไทย อธิบายถึงสถานการณ์ทางการเมืองจากเหตุการณ์ 14 ตุลา (พ.ศ. 2516) สู่กรณี 6 ตุลา (พ.ศ. 2519) ที่มีผลต่อทิศทางงานสาธารณสุขอย่างสำคัญอีกช่วงหนึ่ง ขณะที่บรรยากาศทางการเมืองในเหตุการณ์ 14 ตุลา กลายเป็นส่วนผสมสำคัญในการหล่อหลอมและเร่งเร้าให้เกิดการเชื่อมโยงหน้าที่ของแพทย์หรือแม้แต่สถานะนักศึกษาแพทย์เข้ากับปัญหาเชิงโครงสร้างของสังคมไทย โดยเฉพาะมุมมองที่มีต่อพื้นที่ชนบท จนเมื่อสถานการณ์ทางการเมืองเริ่มคลี่คลายลงชั่วขณะหนึ่ง แพทย์สายปฏิรูปมิได้รั้งรอที่จะคว้าโอกาสในการปฏิรูปกระทรวงสาธารณสุข จนสามารถสร้างยุคที่เรียกกันอย่างติดปากว่า "เทคโนแครตสาธารณสุข" และยังนำไปสู่การริเริ่ม "โครงการสงเคราะห์ประชาชนผู้มีรายได้น้อย" ซึ่งจะเป็นการเปิดหน้างานให้แก่การทำงานของนักศึกษาแพทย์ที่กำลังจบใหม่รุ่นต่อมา พร้อมกับชี้ให้เห็นโยงใยความสัมพันธ์ระหว่าง "โง่-จน-เจ็บ" คือ หนึ่งโจทย์สำคัญของปัญหาในระบบสุขภาพไทยในช่วงปลายทศวรรษ 2510 เป็นต้นมา

จากนั้นไม่นานนักเกิดเป็นกรณี 6 ตุลา (พ.ศ. 2519) เพียงสามปีให้หลังนับจากเหตุการณ์ก่อนหน้า ได้ส่งผลให้เยาวชนคนหนุ่มสาวเข้าใจการเมืองและสังคมไทยได้เจนจัดมากยิ่งขึ้น ไม่ว่าจะเป็นความน่าเบื่อหน่ายต่อบทบาทสหรัฐ ความรู้สึกอยากปกป้องประชาธิปไตยที่ได้ต่อสู้มาอย่างยากลำบากเมื่อสามปีก่อน และโดยเฉพาะประการสุดท้ายอย่างปัญหาความเหลื่อมล้ำทางสังคมที่กว้างห่างออกไปทุกที เวลานี้ "ความเป็นธรรม" ของคนในสังคมกับเรื่องสุขภาพ จึงกลายเป็นหลักการสำคัญที่นักศึกษาแพทย์จบใหม่มุ่งออกไปแสวงหาด้วยเส้นทางอาชีพที่ตนได้ร่ำเรียนมา นั่นจึงเป็นที่มาของการรวมตัวของแพทย์ที่ต่างอุทิศตนเพื่อยังประโยชน์ให้แก่ชาวชนบท ซึ่งจะกลายเป็นคุณลักษณะพื้นฐานที่ดีของการเป็นผู้นำในเวลาต่อมา นอกจากนี้บุคลากรสาธารณสุข นักศึกษา และบรรดาอาสาสมัครที่มีอุดมการณ์ทางการเมืองร่วมกันและตัดสินใจออกไปทำงานในชนบทครั้งนั้น ได้มีส่วนร่วมอย่างสำคัญในการผลักดันแนวคิดเรื่อง "การสาธารณสุขมูลฐาน" (Primary Health Care - PHC) โดยแนวคิดดังกล่าวนี้ได้ถูกนำไปประยุกต์ใช้ในเชิงนโยบายอย่างจริงจังในทศวรรษ 2520 หรือนับตั้งแต่แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมฉบับที่ 4 และ 5 (ระหว่างปี พ.ศ. 2520-2524 และ พ.ศ. 2525-2529 ตามลำดับ) ซึ่งในระยะแรกถือเป็น

จุดตั้งต้นงานอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) และผู้สื่อข่าวสารสาธารณสุข (ผสส.) มูลนิธิหมอชาวบ้าน การรณรงค์และส่งเสริมการป้องกันสุขภาพที่จะเป็นรากฐานของการทำให้สาธารณสุขมูลฐานเข้มแข็งมาจนปัจจุบัน

ผลสำคัญที่ติดตามมา คือ การเร่งสร้างโรงพยาบาลชุมชนและสถานีอนามัยให้ครอบคลุมทุกอำเภอ การต่อยอดกำลังคนตามวิถีทางแบบสาธารณสุขมูลฐาน และการเป็นจุดเริ่มต้นของระบบประกันสุขภาพไทย (เช่น โครงการระบบสวัสดิการรักษาพยาบาลของข้าราชการ และบัตรสุขภาพที่มีโครงการนำร่องที่จังหวัดราชบุรี) ที่เป็นรากฐานสำคัญที่จะต่อยอดไปสู่การปฏิรูประบบสุขภาพในลำดับต่อไป

บทที่ 5 ต่อยอดงานพัฒนาสาธารณสุขมูลฐาน: การสร้างโรงพยาบาลชุมชนและสถานีอนามัยทุกอำเภอ ในบทนี้เป็นการอธิบายเนื้อหาที่สืบเนื่องจากบทก่อนหน้าอย่างการต่อยอดงานสาธารณสุขมูลฐานเมื่อเริ่มต้นแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 5 โดยหมุดหมายของงานสาธารณสุขมูลฐานภาคต่อนี้จะเน้นปรับแผนการพัฒนาชนบทขึ้นใหม่ จึงได้ข้อสรุปออกมาเป็นแนวนโยบายสำคัญสองเรื่อง คือ การพัฒนากรอบคิดความจำเป็นขั้นพื้นฐาน (จปฐ.) และการขยายและสร้างโรงพยาบาลครบทุกอำเภอ โดยในบทนี้ได้อธิบายถึงความเป็นมาและพัฒนาการแนวคิดของ จปฐ. อันเกี่ยวข้องกับวิธีการระบุพื้นฐานที่จำเป็นสำหรับชีวิตของประชาชนในชนบท เพื่อให้ทุกคนมีโอกาสเท่าเทียมกันในการดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างปกติตามสมควร รวมถึงให้ภาพการทดลองในโครงการโคราชพัฒนาที่จะกลายเป็นต้นแบบกรอบแนวคิด จปฐ. ที่ถูกนำไปใช้ตามพื้นที่ต่างๆ ทั่วประเทศ ขณะที่การขยายและสร้างโรงพยาบาลครบทุกอำเภอจะอธิบายวิวัฒนาการสถานบริการที่ถูกสร้างขึ้นใหม่ ปรับปรุง หรือยกระดับจนสามารถเพิ่มจำนวนสถานบริการทั้งโรงพยาบาลชุมชนและสถานีอนามัยให้ครอบคลุมได้ครบทุกอำเภอ ซึ่งถือเป็นปราการสำคัญของการสร้างบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ (Primary Care) ที่เป็นสานต่อแนวทางสาธารณสุขมูลฐานและหยั่งรากฐานสำหรับการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในเวลาต่อมาได้ ในบทนี้ยังใช้พื้นที่ส่วนหนึ่งเพื่อพิจารณาถึงการเปลี่ยนแปลง แนวโน้ม ด้านปริมาณและการกระจายกำลังคนสาธารณสุขในทศวรรษ 2520 เพื่อให้สอดรับกับนโยบายการขยายสถานบริการด้วย

บทที่ 6 ความสำคัญของระบบเหมาจ่ายรายหัว (Capitation): บทเรียนจากระบบประกันสุขภาพต่าง ๆ ของสังคมไทยในทศวรรษ 2520-30 เป็นการรวมความรู้ที่เกี่ยวกับระบบสวัสดิการหรือระบบประกันสุขภาพที่ปรากฏอยู่ในสังคมไทย เพื่อเป็นพื้นฐานสำหรับการทำความเข้าใจแนวคิดการประกันสุขภาพโดยรวม ก่อนที่จะวิวัฒนาการไปสู่การสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าต่อมา นอกจากโครงการสงเคราะห์ประชาชนผู้มีรายได้น้อย (เด็กและผู้สูงอายุ) (สปน./สปร.) ที่เกิดขึ้นก่อนทศวรรษ 2520 แล้ว ในบทนี้ได้ให้ข้อมูลความเป็นมา หน่วยงานที่

รับผิดชอบ ที่มาของแหล่งงบประมาณ และวิธีบริหารการคลังของระบบสวัสดิการ/ระบบหลักประกันสุขภาพอีก 3 ระบบที่เกิดขึ้นในทศวรรษ 2520 -2530 ได้แก่ระบบสวัสดิการรักษาพยาบาลของข้าราชการ (พ.ศ. 2523) โครงการบัตรสุขภาพ (พ.ศ. 2526) และระบบประกันสังคม (พ.ศ. 2533) โดยแต่ละระบบครอบคลุมกลุ่มประชากรกลุ่มข้าราชการของรัฐและครอบครัว กลุ่มผู้มีรายได้สูงกว่าเส้นความยากจน และกลุ่มลูกจ้างบริษัทเอกชนตาลำดับ ในบทนี้ยังได้กล่าวถึงโครงการสำคัญอย่างโครงการอยุธยาและโครงการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข (Health Care Reform Project-HCR) ซึ่งถูกพัฒนาควบคู่กันไปในเวลานี้ จนกลายมาเป็นต้นแบบของการผสานระบบบริการกับระบบการเงินการคลังที่เป็นไปตามแนวทาง “เฉลี่ยทุกข์เฉลี่ยสุข” ทั้งชุมชน โดยภาพรวมของระบบและโครงการทั้งหมด ล้วนมีผลต่อความคิดและแนวทางในการรับมือกับปัญหาเรื่องงบประมาณที่มีอย่างจำกัดและที่สอดคล้องกับระบบบริการที่มีอยู่ด้วย โดยเฉพาะความสำเร็จของ “ระบบเหมาจ่ายรายหัว” (capitation) จากการพัฒนาระบบประกันสังคม ได้กลายมาเป็นหัวใจสำคัญของการจัดสรรงบประมาณอย่างชาญฉลาดในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเวลาต่อมา

บทที่ 7 การขยายตัวของเครือข่ายและองค์ความรู้ในระบบสุขภาพกับการปฏิรูปผ่าน “ใน” และ “นอก” โครงสร้างกระทรวงสาธารณสุข (ทศวรรษ 2530) ในบทนี้เน้นพิจารณามิติการเมือง เศรษฐกิจ และสังคมวัฒนธรรมในทศวรรษ 2530 ที่มีอิทธิพลอย่างสำคัญต่อชีวิต สุขภาพ และความคิดของแพทย์นักปฏิรูป จึงเป็นที่มาของการขยายความรู้ด้วยการนำศาสตร์อื่นเช่น สังคมศาสตร์ เศรษฐศาสตร์ มานุษยวิทยา ฯลฯ มาช่วยอธิบายเรื่องสุขภาพ และตกผลึกความคิดเป็นแนวทางการดูแลสุขภาพแบบองค์รวม (Holistic Health) ซึ่งถือเป็นหัวใจเบื้องหลังการผลักดันพัฒนาการระบบประกันสุขภาพ (บัตรประกันสุขภาพ) แนวคิดเรื่องงบประมาณ (ระบบประกันสังคม) และโครงการเพื่อพัฒนาระบบบริการ (โครงการอยุธยาและโครงการ HCR) ในบทก่อนหน้า โดยจะเชื่อมโยงความสัมพันธ์ระหว่างเหตุการณ์ “พฤษภาทมิฬ” มรดกสำคัญอย่างหนึ่งของการเมืองไทยในทศวรรษ 2530 ที่มีต่อการขบวนการเคลื่อนไหวเพื่อปฏิรูประบบสาธารณสุข ที่เอื้อต่อบรรยากาศพัฒนาการบทบาทของเวทีสามพราน (Sampran Forum) ที่ได้ถกเถียงและหารือกันอย่างเข้มข้นเกี่ยวกับประเด็นสุขภาพที่ไปไกลกว่าเรื่องสุขภาพ และเอื้อต่อการเติบโตของ “ภาคประชาสังคม” ที่จะมีบทบาทสำคัญในทศวรรษ 2540 ต่อมา การเมืองและเศรษฐกิจในทศวรรษ 2530 ยังได้เอื้อต่อการเติบโตของธุรกิจโรงพยาบาลเอกชนด้วย ซึ่งมีผลอย่างสำคัญต่อความคิดเห็นที่แตกต่างในวิธีการจัดสรรทรัพยากรคนระหว่างแพทย์ในโรงพยาบาลเอกชนหรือโรงพยาบาลขนาดใหญ่กับแพทย์ชนบท การลดทอนคุณค่าอันดีงามของวัฒนธรรมในการให้บริการสาธารณสุข แนวโน้มการฟ้องร้อง

แพทย์ที่เพิ่มขึ้น จนก่อเกิดเป็นวิวาทะในแพทยสภา และสุดท้ายเป็นแรงผลักให้การปฏิรูประบบสาธารณสุขจำต้องเกิดขึ้นนอกโครงสร้างกระทรวงสาธารณสุข

การสร้าง "กลไกหรือเครื่องมือ" ของการปฏิรูประบบสุขภาพที่มีความอิสระเหนือโครงสร้างกระทรวงสาธารณสุข อย่างสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) เป็นอีกหนึ่งความก้าวหน้าของระบบสาธารณสุขที่ได้กล่าวถึงในบทนี้ด้วย ในฐานะที่สถาบันเป็น "จุดต่อ" (node) สำคัญในการผลิตสร้างความรู้สำหรับการปฏิรูปตามทฤษฎีสามเหลี่ยมเขยื้อนภูเขา เป็นต้นกำเนิดไปสู่ "องค์กรตระกูล ส." และเป็นหนึ่งรากฐานสำคัญที่ก่อให้เกิดความสำเร็จในการสร้างหลักประกันสุขแห่งชาติ อันเป็นองค์ประกอบสำคัญของระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าต่อมา

บทที่ 8 เปลี่ยนวิกฤติ (เศรษฐกิจ) ให้เป็นโอกาส: กำเนิดรัฐธรรมนูญฉบับประชาชน เป็นการเชื่อมโยงให้เห็นถึงความสำคัญของมิติเศรษฐกิจและการเมืองในทศวรรษ 2540 ที่แม้ว่าจะกระทบต่องบประมาณด้านสาธารณสุขโดยรวม แต่ขณะเดียวกันได้เป็นโอกาสสำหรับการผลักดันการปฏิรูประบบสุขภาพด้วย ท่โดยามกลางสถานการณ์ที่ชะงักงันในเหตุการณ์วิกฤติเศรษฐกิจ 2540 และความระส่ำระสายของคนส่วนใหญ่ทั่วประเทศ ไม่ว่าจะเป็นการเผชิญกับภาวะเงินเฟ้ออย่างรุนแรง การหดตัวของธุรกิจหลายภาคส่วน รวมถึงการปิดตัวของโรงพยาบาลเอกชน กลับกลายเป็นการพลิกวิกฤติให้เป็น "โอกาส" ที่เปิดกว้างขึ้นเพื่อรองรับความก้าวหน้าครั้งสำคัญหลายประการต่อมา โดยจะอธิบายถึงเพิ่มความสำคัญของแนวคิดต่อบริการระดับปฐมภูมิ การทดลองจัดตั้งโรงพยาบาลบ้านแพ้วที่กลายเป็นองค์การมหาชน โดยใช้ระบบเหมาจ่ายรายหัว (พ.ศ. 2543) การตื่นตัวของกลุ่มแพทย์สายปฏิรูป กลุ่มเภสัชชนบท บุคลากรสาธารณสุขอื่นๆ และเครือข่ายภาคประชาสังคมที่เป็นสัญญะสำคัญในช่วงต้นทศวรรษ 2540 เริ่มจากการตื่นตัวและการเป็นต้นแบบของพลังภาคประชาชนในการตรวจสอบการทำงานของภาครัฐ ซึ่งเกิดเหตุการณ์สำคัญเรื่องหนึ่ง คือ การต่อสู้เพื่อเปิดโปงเรื่องทุจริตในการสั่งยาในปี พ.ศ. 2541 และติดตามด้วยการเข้าไปมีส่วนร่วมของภาคประชาชนในร่างพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ ซึ่งเป็นกฎหมายแม่บทด้านสุขภาพของประเทศไทยในปี พ.ศ. 2543

บทที่ 9 กำเนิดต้นแบบประเทศกำลังพัฒนากับความสำเร็จในการสร้างระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ในบทนี้เป็นการคลี่ให้เห็นความสืบเนื่องของการตื่นตัวในช่วงวิกฤติเศรษฐกิจ 2540 ที่ต่อยอดมาสู่การเปลี่ยนแปลงทางการเมือง ที่เปิดโอกาสให้พรรคไทยรักไทยขึ้นมาบริหารประเทศ โดยขานรับและใช้โครงการ "30 บาทรักษาทุกโรค" เป็นกลไกลในการขับเคลื่อนการเมืองของพรรค ซึ่งควบคู่กับชัยชนะของพรรคได้ก่อให้เกิดเป็น

ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (Universal Coverage Scheme – UCS) ที่เข้ามาดูแลสุขภาพแก่ประชาชนส่วนใหญ่ของประเทศที่ยังไม่ได้รับสิทธิสุขภาพจากระบบประกันสุขภาพใด ๆ เลย เครือข่ายปฏิรูประบบสุขภาพยังได้เดินหน้าสร้างองค์กรอิสระที่เป็นองคาพยพอีกจำนวนหนึ่งติดตามมา เพื่อให้ทำหน้าที่ดูแลและรักษาระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ตลอดจนเพื่อสร้างความมั่นใจว่าระบบจะยังสามารถดำรงอยู่ต่อไปได้อย่างต่อเนื่องและยั่งยืน นั่นก็คือการต่อยอดกลไกสำคัญอย่าง “องค์กรตระกูล ส” ที่เป็นจุดกำเนิดของหน่วยงานเชิงสถาบันอย่าง สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) เพื่อส่งเสริมการป้องกันสุขภาพ และสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ในปี พ.ศ. 2545 ในฐานะ “ตัวแทนของประชาชน”

ปัจจัยความก้าวหน้าทั้งหมดในครึ่งแรกของทศวรรษ 2540 ได้กลายเป็นจุดเปลี่ยนแปลงกระบวนทัศน์ครั้งใหญ่ (paradigm shift) ของวงการสุขภาพในประเทศไทยและในสายตาของต่างประเทศ ประเด็นสำคัญที่ควรต้องกล่าวถึงอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้คือ การเปลี่ยนผ่านจากมุมมองที่ว่าบริการสุขภาพเป็นเรื่องของ “การสงเคราะห์” ให้ไปสู่เรื่องของ “สิทธิ” เพื่อให้คนทุกคนในสังคมไทยสามารถเข้าถึงบริการทางสุขภาพขั้นพื้นฐานอย่าง “ถ้วนหน้า” (universal) และ “เสมอภาค” (equity) อันเป็นบทสรุปสำคัญของพัฒนาการของสาธารณสุขไทย และเป็นการบรรลุเจตนารมย์ก้าวสำคัญที่สืบเนื่องมาตั้งแต่สมัยการรวมตัวของแพทย์หัวก้าวหน้าเพื่อเน้นแนวทางป้องกันในกระทรวงสาธารณสุขและรั้วมหาวิทยาลัย บทบาทแพทย์และบุคลากรสาธารณสุขที่ออกไปทำงานในชนบท จนนำประสบการณ์กลับมาผลักดันไปสู่การปฏิรูป ที่เป็นการขับเคลื่อนจากฐานความรู้ มีภาคประชาสังคมให้การสนับสนุน และได้รับการตอบรับจากภาคการเมือง จนมาสู่การตั้งมั่นของระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (UCS) ที่มีส่วนเติมเต็มจนกลายเป็นหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (UHC) อันเป็นต้นแบบระบบหลักประกันสุขภาพโดยประเทศกำลังพัฒนาที่สำคัญแห่งหนึ่งของโลก

บทที่ 2
รากฐานและพัฒนาการของการสาธารณสุขในประเทศไทย
ก่อนทศวรรษ 2500

บทนำ

อิทธิพลของการแพทย์แบบตะวันตกที่เกี่ยวข้องกับความรู้ทางวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มีผลอย่างสำคัญต่อการเปลี่ยนแปลงการเมืองการปกครองของสยามให้ก่อร่างเป็นรัฐสมบูรณาญาสิทธิราชย์ ที่เร่งดึงทรัพยากรคน งบประมาณ และอำนาจทางการเมืองแบบรวมศูนย์ไว้ที่กรุงเทพฯ โดยเฉพาะความต้องการทรัพยากรคนหรือกำลังคนเพื่อมาส่งเสริมเศรษฐกิจแบบใหม่หรือที่เรียกว่าระบบเศรษฐกิจแบบพาณิชย์นิยม ได้นำไปสู่ “การการเร่งพัฒนางานสาธารณสุข” เพื่อลดอัตราการตาย โดยสาเหตุที่มาจากโรคระบาดของไข้ทรพิษและอหิวาตกโรค แต่กระนั้นก็ตาม การป้องกันไม่ให้คนตายเป็นเรื่องใหม่ของสังคมสยามในเวลานั้น การมาของคณะมิชชันนารีกับการถ่ายทอดความรู้ด้านการสาธารณสุขแบบสมัยใหม่ อย่างเช่น บทบาทของนายแพทย์แดน บีช แบรดลีย์ และนายแพทย์ซามูเอล เรโนลด์ เฮาส์ จึงกลายเป็นองค์ความรู้สำคัญที่ช่วยให้ชนชั้นนำสยามสามารถเรียนรู้และปรับตัวให้ทันต่อระบบสาธารณสุขและการแพทย์แบบสมัยใหม่ ความรู้ดังกล่าวได้เปลี่ยนแปลงโลกทัศน์ของสยามประเทศตั้งแต่วิธีการรักษา การใช้เทคโนโลยีและเครื่องมือ กระทั่งตำรับยารักษาด้วยความรู้ทางการแพทย์จากตะวันตก และโดยเฉพาะการริเริ่มสร้างโรงพยาบาลสมัยใหม่แห่งแรกโดยรัฐ โรงพยาบาลแห่งแรกของสยามที่ก่อตั้งขึ้นบริเวณศูนย์กลางของรัฐอย่างพื้นที่กรุงเทพฯ และปริมณฑล (พระนครและฝั่งธนบุรี) คือ “โรงพยาบาลวังหน้า” หรือที่เรียกกันว่า “ศิริราชพยาบาล” ขณะที่พื้นที่ส่วนภูมิภาคยังคงอยู่ระหว่างการกระชับอำนาจทางการเมืองและดึงการบริหารจัดการเข้าสู่ศูนย์กลางที่กรุงเทพฯ ทำให้งานสาธารณสุขยังคงพัฒนาไปอย่างเชื่องช้า โดยเป็นลักษณะของการตั้งโอสถศาลาบางพื้นที่เท่านั้น การรักษาแบบตะวันตกยังเป็นหน้าที่ของมิชชันนารีที่ให้บริการแก่ราษฎรในพื้นที่ห่างไกล

การริเริ่มสร้างโรงพยาบาล ทำให้รัฐมีความจำเป็นต้องจัดตั้งหน่วยงานเพื่อกำกับดูแลกิจการที่เกี่ยวข้องโดยเฉพาะ กรมพยาบาลจึงถือกำเนิดขึ้นเพื่อดูแลงานด้านก่อสร้าง บริหาร ควบคุม และรักษาสุขภาพแก่สังคมและรัฐโดยรวม การยอมรับค่านิยมตะวันตกและพัฒนาการของสังคมที่เปลี่ยนผ่าน ยังได้กลายเป็นจุดเริ่มต้นของการเปิดที่ทางให้ราษฎรคนธรรมดาทั่วไปเริ่มมีโอกาสเข้าสู่อาชีพแพทย์หรือหมอได้ ซึ่งเวลานั้นคนธรรมดาทั่วไปที่มี

ความสามารถในการรักษาไม่ว่าจะด้วยวิธีการดั้งเดิม แผนจีน หรือแบบตะวันตกต่างถูกเรียกว่าเป็น "แพทย์เชลยศักดิ์" ในภาพรวมอาจกล่าวได้ว่า นับตั้งแต่การก่อตั้งโรงพยาบาลแห่งแรกอันเป็นสัญลักษณ์ของการพัฒนารัฐเข้าสู่การสาธารณสุขแบบสมัยใหม่ในทศวรรษ 2430 จนถึงก่อนการเปลี่ยนแปลงการปกครองจากรัฐสมบูรณาญาสิทธิราชย์สู่การปกครองแบบประชาธิปไตยอันมีพระมหากษัตริย์เป็นประมุขในปี พ.ศ. 2475 รัฐสยามกับชนชั้นนำที่กรุงเทพฯ ถือเป็นผู้เล่นหลักในการกำหนดองค์ความรู้ วางรากฐาน และพัฒนาระบบสาธารณสุขแบบสมัยใหม่ให้แก่ราษฎรและสังคม โดยช่วงแรกองค์ความรู้ด้านสาธารณสุข วิทยาการทางการแพทย์ และบทบาทแพทย์ในสังคมมีลักษณะผสมผสานและปะปนระคนกันระหว่างการรักษาแบบท้องถิ่นดั้งเดิม อิทธิพลจากตำรับยาและวิธีการแบบแพทย์แผนจีน ผสมผสานกับจุดเปลี่ยนครั้งใหญ่อย่างการเปิดรับการแพทย์สมัยใหม่เข้าสู่สังคม ซึ่งแน่นอนว่าความรู้ การทดลอง และการพัฒนางานด้านสาธารณสุขต่าง ๆ ได้รับการพัฒนาจากกลุ่มชนชั้นนำสยามและพื้นที่ศูนย์กลางการปกครองอย่างกรุงเทพฯ เป็นสำคัญ

2.1 รากฐานแนวคิด ประวัติศาสตร์และพัฒนาการของการสาธารณสุขไทย

2.1.1 ความสำคัญของการแพทย์สมัยใหม่กับการเพิ่มจำนวนประชากร

การแพทย์สมัยใหม่ในสยามเกิดขึ้นท่ามกลางการเปลี่ยนแปลงที่สำคัญของสังคมไทยนับตั้งแต่ช่วงทศวรรษ 2390 ถึง 2430 อย่างการก่อตัวของรัฐสมบูรณาญาสิทธิราชย์ที่เป็นการรวมอำนาจเข้าสู่ส่วนกลางเพื่อให้กษัตริย์เข้าถึงประชากรและทรัพยากรของรัฐโดยตรง ในด้านเศรษฐกิจได้เกิดการเชื่อมโยงระหว่างเศรษฐกิจของสยามกับระบบเศรษฐกิจโลก[20] สยามจึงกลายเป็นผู้ผลิตสินค้าปฐมภูมิให้เป็นไปตามที่ตลาดต้องการ เช่น ข้าว ดีบุก น้ำตาล ไม้สัก ขณะที่กิจการประเภทอื่น ๆ อันเกี่ยวเนื่องกับการขยายตัวของการผลิตและการค้าก็ได้เจริญเติบโตขึ้นติดตามมา เช่น โรงสี การขนส่ง การเดินเรือ การขุดคลอง สร้างทางรถไฟ ด้วยเหตุนี้ ทำให้รัฐสยามจำเป็นต้องหาวิธีเพิ่มกำลังคนหรือแรงงานให้มากเพียงพอต่อการผลิตสินค้าเพื่อป้อนสู่ตลาดโลก จึงนำมาซึ่งการล่มสลายของระบบไพร่ในเวลาต่อมา[21]

การยกเลิกระบบไพร่มีผลอย่างสำคัญต่อการปรับเปลี่ยนความสัมพันธ์ระหว่างรัฐกับคน จากเดิมที่อยู่ภายใต้ระบบไพร่ในสังกัดของมูลนายหรือเจ้าเมือง ได้เปลี่ยนมาเป็นการควบคุมกำลังคนตามระบบการปกครอง

---

[20] ชัยยนต์ ประดิษฐศิลป์, "เศรษฐศาสตร์การเมืองว่าด้วยการวางแผนครอบครัวของไทย: ศึกษาจากกระบวนการนโยบาย," (วิทยานิพนธ์, สาขารัฐศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, 2533), 120-128.

[21] อัญชลี สุสายัณห์, *ความเปลี่ยนแปลงของระบบไพร่และผลกระทบต่อสังคมไทยในรัชสมัยพระบาทสมเด็จพระจุลจอมเกล้าเจ้าอยู่หัว* (กรุงเทพฯ: สร้างสรรค์บุ๊คส์, 2552)

ท้องที่ เช่น หมู่บ้าน ตำบล เมือง ผ่านระบบสำมะโนครัว การสิ้นสุดลงของระบบไพร่ทำให้เกิดประชาชนโดยเฉพาะเพศชายที่เมื่ออายุครบ 18 ปีขึ้นไป จำต้องมีหน้าที่รับใช้รัฐส่วนกลางโดยตรงผ่านการเป็นกำลังกองทหารและการเสียเงินค่าราชการปี[22] ประชากรที่เกิดขึ้นใหม่นี้ได้กลายเป็นคนของรัฐที่ขึ้นตรงต่อพระมหากษัตริย์ภายใต้ระบบการเมืองแบบสมบูรณาญาสิทธิราชย์ และประชากรเหล่านี้ยังมีพันธะหน้าที่ในการเสียภาษีและอุทิศแรงงานให้แก่รัฐด้วย ซึ่งสอดคล้องกับการเปลี่ยนไปใช้ระบบการจัดเก็บภาษีแบบใหม่ของรัฐ[23] โดยศูนย์กลางอำนาจรัฐที่กรุงเทพฯ ได้เข้าไปวางระบบจัดเก็บภาษีในพื้นที่ท้องถิ่นโดยตรง ผลพวงของของการเปลี่ยนแปลงขนานใหญ่ทั้งมิติการเมืองและเศรษฐกิจ ได้ส่งผลต่อสืบเนื่องมายังมิติทางสังคมอย่างสำคัญ นั่นคือการปรากฏตัวขึ้นของความรู้ทางการแพทย์แบบสมัยใหม่ในฐานะที่เป็นเครื่องมือในการเพิ่ม “ประชากร” หรือแรงงานการผลิต อันเป็นทรัพยากรหลักที่รัฐต้องการในเวลานั้น

ความรู้ทางการแพทย์แบบสมัยใหม่ กลายเป็นเครื่องมือของรัฐในการ “เพิ่มประชากร” และ “ลดอัตราการตาย” ได้อย่างสำคัญ แม้ว่าการตัดสินใจยกเลิกระบบไพร่เพื่อเปลี่ยนสถานะเป็นแรงงานอิสระ สามารถเพิ่มสัดส่วนประชากรที่เป็นพลังการผลิตได้บ้าง แต่กระนั้นสยามยังคงประสบกับปัญหาเรื่องการขาดแคลนประชากร[24] เห็นได้จากช่วง พ.ศ. 2393 – 2444 นับเป็นระยะเวลากว่าครึ่งศตวรรษ แต่สยามกลับมีประชากรเพิ่มขึ้นเพียง 1 ล้านคนเท่านั้น ซึ่งเป็นอัตราการเพิ่มของประชากรที่ต่ำมาก[25] ขณะที่วิธีการเข้ากำกับและควบคุมหัวเมืองเพื่อให้ประชากรในแต่ละท้องที่ (ทั้งในปริมณฑลและส่วนภูมิภาค) ถูกนับกลายเป็นส่วนหนึ่งของกรุงเทพฯ ก็ยังเป็นกระบวนการที่ไม่อาจสำเร็จลุล่วงได้ในช่วงเวลาอันสั้น เงื่อนไขเหล่านี้เองได้กลายเป็นปัจจัยสำคัญที่เร่งกระบวนการก่อตัวของระบบการแพทย์แบบสมัยใหม่ โดยระบบสาธารณสุขแบบตะวันตกได้ถูกใช้เป็นหนึ่งในยุทธศาสตร์เพื่อลดอัตราตาย ทำให้สุขภาพร่างกายกลายเป็นพลังสำคัญในการสร้างชาติ และเพื่อให้บรรลุเป้าหมายในการเพิ่มประชากร[26]

---

[22] ชัยยนต์ ประดิษฐศิลป์, “เศรษฐศาสตร์การเมืองว่าด้วยการวางแผนครอบครัวของไทย : ศึกษาจากกระบวนการนโยบาย,” (วิทยานิพนธ์, สาขารัฐศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, 2533), 130 - 131.

[23] กุลลดา เกษบุญชู มี้ด, *ระบอบสมบูรณาญาสิทธิราชย์ วิวัฒนาการรัฐไทย* (นนทบุรี: ฟ้าเดียวกัน, 2562), 323 – 325.

[24] กุลลดา เกษบุญชู มี้ด, 131.

[25] เพ็ญศรี กวีวงศ์ประเสริฐ, “บทบาทของรัฐต่อปัญหาสุขภาพประชาชน (พ.ศ. 2325 - หลังเปลี่ยนแปลงการปกครอง พ.ศ. 2475),” (วิทยานิพนธ์, สาขาสังคมศาสตร์การแพทย์และสาธารณสุข บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2528), 55.

[26] ชัยยนต์ ประดิษฐศิลป์, “เศรษฐศาสตร์การเมืองว่าด้วยการวางแผนครอบครัวของไทย : ศึกษาจากกระบวนการนโยบาย” (รัฐศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, 2533), 137–38; สำนักวิจัยสังคมและสุขภาพ และ ทวีศักดิ์ เผือกสม, *สาธารณสุขชุมชน: ประวัติศาสตร์และความทรงจำ*, การสัมมนาผู้รู้เห็นประวัติศาสตร์ระบบสุขภาพไทยครั้งที่ ๑ เมื่อวันที่ ๑๙ กันยายน พ.ศ. ๒๕๕๑ (นนทบุรี: สำนักวิจัยสังคมและสุขภาพ, 2552), ฉ.

จะเห็นได้ว่า ความมุ่งมั่นที่จะเพิ่มจำนวนประชากรของรัฐสยาม นอกจากต้องอาศัยความรู้ทางการแพทย์สมัยใหม่เพื่อลดอัตราการตายและการใช้องค์ความรู้เพื่อเสริมสร้างการดูแลสุขภาพร่างกายแก่ประชากรแล้ว ความรู้ทางการแพทย์สมัยใหม่ยังมีผลต่อการแก้ไขปัญหาเรื่องโรคระบาด อันเป็นสาเหตุที่ทำให้จำนวนประชากรลดลงอย่างสำคัญด้วย

2.1.2 โรคระบาดและการก่อตัวของการแพทย์ตะวันตกในสยาม ก่อนทศวรรษ 2430

แม้ว่าโรคระบาดจะอยู่คู่สังคมดั้งเดิมมาอย่างช้านาน แต่ผลพวงจากการปฏิสัมพันธ์กับโลกเศรษฐกิจนำโดยมหาอำนาจตะวันตกและการขยายตัวทางการค้า ทำให้พบการระบาดของโรคบางชนิดที่ไม่เคยเกิดขึ้นในสังคมสยามเช่น อหิวาตกโรค ลักษณะของการระบาดยังได้แพร่กระจายรวดเร็วและขยายไปในพื้นที่ที่ห่างไกลมากขึ้น ความรุนแรงของโรคทำให้มีผู้เสียชีวิตจำนวนมาก ดังนั้น ความพยายามแก้ปัญหาโรคระบาดจึงเป็นหนึ่งในวิธีแก้ปัญหาการขาดแคลนประชากรของรัฐด้วย

ในอดีต โรคอหิวาต์เป็นโรคระบาดที่มีมานานแล้ว และมักระบาดเป็นประจำในประเทศอินเดียและอนุทวีปเอเชียใต้แต่ไม่เคยระบาดออกนอกพื้นที่ ทว่า ด้วยผลจากขยายตัวทางการค้าประกอบกับการเดินทางติดต่อค้าขายที่สะดวกรวดเร็ว ทำให้เกิดการระบาดออกไปยังนอกพื้นที่ การระบาดของอหิวาตกโรคครั้งแรกในสยามเกิดขึ้นเมื่อปี พ.ศ. 2363 ส่งผลให้มีผู้เสียชีวิตในพระนครและพื้นที่ใกล้เคียงกว่า 30,000 คน[27] จากนั้นมีการระบาดรุนแรงตามมาอีกสามระลอกใหญ่ คือในปี พ.ศ. 2392 มีการระบาดติดต่อกันนานกว่า 7 เดือนและมีผู้เสียชีวิตไม่ต่ำกว่า 40,000 คน[28] จากนั้นปี พ.ศ. 2416 ผู้เสียชีวิตประมาณ 6,660 คน และระบาดอีกครั้งในปี พ.ศ. 2424[29] ซึ่งครั้งหลังนี้ (พ.ศ. 2424) ส่งผลให้รัฐจำเป็นต้องจัดตั้งโรงพยาบาลชั่วคราวขึ้นจำนวน 48 แห่งทั่วกรุงเทพฯ เพื่อรักษาผู้ป่วย และมักถือกันว่าการระบาดครั้งนี้เป็นตัวกระตุ้นให้ผู้ปกครองสยามหันมาสนใจบำรุงกิจการสาธารณสุขและนำไปสู่การก่อตั้งโรงพยาบาลถาวรของรัฐแห่งแรกในปี พ.ศ. 2431[30] นอกจากอหิวาตกโรคแล้ว ไข้ทรพิษหรือที่ชาวบ้านในบริเวณภาคกลางเรียกกันว่า “ฝีดาษ” ถือเป็นโรคระบาดที่เกิดขึ้นอยู่เสมอ หมอบลัดเลย์ได้กล่าวถึงการระบาดของโรคฝีดาษว่า *“ระบาดในหมู่ประชาชนชาวสยามเป็นเวลาสามสี่เดือนทุก ๆ ปีไม่มีเว้น...แทบจะเป็นไป*

---

[27] เพ็ญศรี กวีวงศ์ประเสริฐ, “บทบาทของรัฐต่อปัญหาสุขภาพประชาชน (พ.ศ. 2325 - หลักเปลี่ยนแปลงการปกครอง พ.ศ. 2475),” (วิทยานิพนธ์, สาขาสังคมศาสตร์การแพทย์และสาธารณสุข บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2528), 32.

[28] เพ็ญศรี กวีวงศ์ประเสริฐ, 36.

[29] เพ็ญศรี กวีวงศ์ประเสริฐ, 37-38.

[30] นภนาท อนุพงศ์พัฒน์ และคณะ, *รอยเวลา เส้นทางประวัติศาสตร์สุขภาพ* (นนทบุรี: สำนักพิมพ์สุขศาลา สำนักวิจัยสังคมและสุขภาพ, 2556), 117.

ไม่ได้ที่มีครอบครัวใดอยู่ที่นี่เป็นหลายปีโดยไม่เคยมีโรคฝีดาษมาเยี่ยมเยือน...ชาวเมืองจำนวนมากลดเหลือเบาบางลงเพราะถูกโรคนี้ทำลายล้าง"[31] ดังนี้ อหิวาตกโรค ไข้ทรพิษ (ฝีดาษ) และกาฬโรค เป็นสามโรคสำคัญที่สยามมักต้องเผชิญกับการแพร่ระบาดอย่างรุนแรงอยู่เสมอ[32] และเป็นสาเหตุหลักของการตายที่ส่งผลให้จำนวนประชากรไม่ขยายตัวนับตั้งแต่สมัยรัตนโกสินทร์ตอนต้นมา

อาจกล่าวได้ว่า ก่อนที่จะมีการพัฒนางานด้านสาธารณสุขในทศวรรษ 2430 นอกจากการแก้ไขปัญหาและการดูแลผู้ป่วยจากโรคระบาดที่เป็นภัยร้ายแรงและสร้างความเสียหายแก่รัฐแล้ว "การดูแลสุขภาพ" หรือ "การรักษาความเจ็บป่วย" ของราษฎรยังไม่ถือเป็นหน้าที่โดยตรงของรัฐ ดังนั้น การจัดการกับโรคระบาดจึงเป็นภารกิจด้านสุขภาพอนามัยประเภทเดียวเท่านั้นที่รัฐมีหน้าที่ และยังมองว่าเป็นภารกิจเฉพาะหน้าที่ไม่มีระบบที่แน่นอน[33] กระทั่งในช่วงทศวรรษ 2430 เป็นต้นมา จึงเริ่มเกิดการก่อตัวขึ้นของแนวคิดด้านบริการสุขภาพ แม้ว่าส่วนหนึ่งเป็นเพราะสยามเพิ่งผ่านช่วงเวลาของการสูญเสียในการระบาดของอหิวาตกโรคครั้งใหญ่ในปี พ.ศ. 2424 แต่จุดเปลี่ยนแปลงสำคัญของระบบการแพทย์และระบบสาธารณสุขของรัฐสยามจะไม่สามารถเกิดขึ้นได้หากขาด "องค์ความรู้ทางการแพทย์จากตะวันตก"

2.1.3 องค์ความรู้ทางการแพทย์แผนตะวันตกกับบทบาทมิชชันนารีในสยาม

มิชชันนารีจากประเทศตะวันตกถือเป็นผู้มีบทบาทสำคัญที่นำความรู้และบริการทางการแพทย์สมัยใหม่เข้ามาในสยาม แม้ว่าการเผยแผ่ศาสนาและการศึกษาคือเป้าหมายใหญ่ของมิชชันนารี แต่หนึ่งในภารกิจสำคัญคือการให้บริการสุขภาพแก่ประชาชนผู้ได้รับความเจ็บป่วย งานรักษาพยาบาลจึงมีฐานะเป็นภารกิจหลักในการแสวงบุญของมิชชันนารีตามท้องถิ่นทุรกันดารทั่วโลก[34] มิชชันนารีกลุ่มแรกได้เดินทางเข้ามาที่กรุงเทพฯ ในเดือนสิงหาคม พ.ศ. 2371 สมัยแผ่นดินพระบาทสมเด็จพระนั่งเกล้าเจ้าอยู่หัว (รัชกาลที่ 3) โดยมีจุดมุ่งหมายเพื่อจูงใจผู้คนให้เข้ารีตนับถือศาสนาคริสต์ผ่านการแจกหนังสือและยารักษาโรค รวมถึงให้บริการรักษาพยาบาลแก่ผู้เจ็บป่วย ส่งผลให้มีคนกลุ่มเล็ก ๆ เริ่มรู้จักและยอมรับต่อวิธีการของการแพทย์ตะวันตก ซึ่งนับตั้งแต่มิชชันนารีคณะแรกเดิน

---

[31] วิลเลียม แอล. บลัดเลย์, *สยามแต่ปางก่อน* (กรุงเทพฯ: สถาบันไทยคดีศึกษา, 2529), 85.

[32] ชาติชาย มุกสง, *ประวัติศาสตร์สุขภาพและการแพทย์ไทย* (กรุงเทพฯ : คณะสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ, 2561), 66.

[33] เพ็ญศรี กวีวงศ์ประเสริฐ, "บทบาทของรัฐต่อปัญหาสุขภาพประชาชน (พ.ศ. 2325 - หลักเปลี่ยนแปลงการปกครอง พ.ศ. 2475)," (วิทยานิพนธ์, สาขาสังคมศาสตร์การแพทย์และสาธารณสุข บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2528), 230.

[34] เพ็ญศรี กวีวงศ์ประเสริฐ, 23–27.

ทางเข้ามาในสยามจนกระทั่งสิ้นแผ่นดินพระบาทสมเด็จพระจอมเกล้าเจ้าอยู่หัว (รัชกาลที่ 4) รวมแล้วกว่า 40 ปีที่ผ่านมา พบว่ามีมิชชันนารีเข้ามาในสยามจำนวน 86 คน ทั้งหมดนี้นับเป็นแพทย์จำนวน 6 คน[35]

หมอมิชชันนารีสองคนสำคัญที่มีบทบาทต่อการเผยแพร่ความรู้ทางการแพทย์สมัยใหม่ในสังคมสยาม คือ นายแพทย์แดน บีช แบรดลีย์ (Dan Beach Bradley) หรือที่มักเรียกกันอย่างติดปากว่า “หมอบรัดเลย์” กับ นายแพทย์ซามูเอล เรโนลด์ เฮาส์ (Samuel Reynolds House) หมอบลัดเลย์เป็นมิชชันนารีคณะที่สามมาถึงสยามเมื่อปี พ.ศ. 2378 หลังเข้ามาได้ไม่นานนัก ก็ได้ตั้งโรงขายยาเพื่อรักษาโรครวมและแจกยาฟรีแก่ประชาชน[36] สามปีให้หลังจากการเข้ามาของบลัดเลย์ได้เกิดไข้ทรพิษระบาดในกรุงเทพฯ (พ.ศ. 2381) หมอบรัดเลย์กลายเป็นผู้เริ่มการปลูกทรพิษเพื่อป้องกันโรคและพัฒนาเป็นการปลูกฝีในเวลาต่อมา นอกจากนี้ ยังเป็นผู้ริเริ่มการผ่าตัดด้วยวิธีการทางการแพทย์แบบตะวันตกเป็นครั้งแรกในสยาม[37] หมอบลัดเลย์ได้พิมพ์หนังสือที่มีชื่อว่า “หนังสือจดหมายเหตุฯ Bangkok Recorder” ระหว่างปี พ.ศ. 2387 - 2388 ซึ่งเป็นเสมือนเวทีแนะนำความรู้เรื่องการแพทย์แผนตะวันตกในสยาม ไม่ว่าจะเป็นเรื่องการทำน้ำยาล้างแผล การรักษาแผลสด การปลูกฝีป้องกันไข้ทรพิษ การรักษาไข้จับสั่น การกำเนิดของยาควินิน การทำงานของหัวใจ ปอด และเส้นโลหิต รวมทั้งความรู้ทางกายวิภาคและสรีรวิทยาที่ถือว่าเป็นองค์ความรู้ที่ก้าวหน้ามากสำหรับสังคมไทยในขณะนั้น[38] ความสามารถทางการแพทย์สมัยใหม่ของบลัดเลย์ทำให้ความรู้การแพทย์แผนตะวันตกเริ่มเป็นที่รู้จักและได้รับความนิยมโดยเฉพาะกลุ่มชนชั้นสูงในกรุงเทพฯ มีชนชั้นนำหลายคนเชิญหมอบลัดเลย์ไปรักษาที่บ้านหรือในวัง อย่างเช่นกรณีของพระราชชนนีของพระบาทสมเด็จพระจอมเกล้าเจ้าอยู่หัว (ขณะที่พระองค์ยังคงเป็นพระภิกษุอยู่) กับพระบาทสมเด็จพระปิ่นเกล้าเจ้าอยู่หัว[39] ซึ่งทั้งสองพระองค์ถือเป็นตัวอย่างชนชั้นนำสยามที่เปิดรับและสนใจในความรู้แบบตะวันตกหลากหลายด้านรวมถึงด้านการแพทย์ด้วย

ส่วนนายแพทย์ซามูเอล เรโนลด์ เฮาส์ (Samuel Reynolds House) อีกหนึ่งมิชชันนารีคนสำคัญได้เข้ามาที่กรุงเทพฯ หลังหมอบลัดเลย์ประมาณ 12 ปี ซึ่งเป็นช่วงที่ความรู้ทางการแพทย์แบบตะวันตกเริ่มลงหลักปักฐานใน

---

[35] เพ็ญศรี กวีวงศ์ประเสริฐ, 21–22.

[36] เพ็ญศรี กวีวงศ์ประเสริฐ, 26-27.

[37] นภนาท อนุพงศ์พัฒน์ และคณะ. 2556. รอยเวลา เส้นทางประวัติศาสตร์สุขภาพ: หน้า 98. นนทบุรี: สำนักพิมพ์สุขศาลา สำนักวิจัยสังคมและสุขภาพ.

[38] ทวีศักดิ์ เผือกสม, *เชื้อโรค ร่างกาย และรัฐเวชกรรม* (กรุงเทพฯ: อิลลูมิเนชันส์ เอดิชันส์, 2561), 40 - 50.

[39] สุรีรัตน์ สวัสดี, “บทบาทของสมเด็จพระเจ้าบรมวงศ์เธอ กรมพระยาชัยนาทนเรนทรต่อการแพทย์และการสาธารณสุข (พ.ศ. 2456 – 2468),” (วิทยานิพนธ์, สาขาวิชาประวัติศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, 2531), 18-19.

หมู่ชนชั้นนำของกรุงเทพฯ แล้ว และข่าวการมาของ "หมอฝรั่ง" คนใหม่ได้สร้างความสนอกสนใจและมีผู้คนไปขอรับการรักษาจำนวนไม่น้อย หมอเฮาส์ได้เปิดคลินิกในเรือนแพขนาดเล็กหน้าสำนักงานมิชชันนารีซึ่งเป็นที่ทำการเดิมของหมอบรัดเลย์[40] ตอนนั้นคนไข้มักเจ็บป่วยเนื่องจากการทะเลาะวิวาทหรือการเป็นแผลเรื้อรัง หมอเฮาส์จึงตัดสินใจนำเอายาระงับความรู้สึกด้วยอีเทอร์ (ether) เข้ามาใช้ในการผ่าตัดเป็นครั้งแรกกับคนไข้หญิงสูงอายุวัย 84 ปี (ประมาณ พ.ศ. 2391) ซึ่งผลการผ่าตัดสำเร็จลุล่วงและเป็นที่น่าพอใจ[41] ด้วยเหตุนี้ หมอเฮาส์หรือ "หมอเหา" ตามที่ชาวบ้านเรียกจึงกลายเป็นหมอฝรั่งที่มีชื่อเสียงคนหนึ่งในยุคนั้น หมอเฮาส์ยังมักจัดปาฐกถาและการทดลองในเรื่องสรีรวิทยา ดาราศาสตร์ วิทยาศาสตร์ธรรมชาติ ซึ่งได้รับความสนใจจากชาวบ้านและชนชั้นสูงในราชสำนักจนมีการเชิญให้ไปแสดงการทดลองในวัง ด้วยกิจกรรมเหล่านี้เองทำให้หมอเฮาส์เป็นหมอฝรั่งที่มีความสัมพันธ์อันดีกับขุนนาง เจ้านายและราชสำนักตั้งแต่ปลายรัชกาลที่ 3 มาจนถึงรัชกาลที่ 5 เนื่องด้วยความสนใจที่มีร่วมกันในเรื่องความรู้สมัยใหม่จากโลกตะวันตก เช่น วิทยาศาสตร์ ดาราศาสตร์ รวมทั้งการแพทย์ ดังเช่นที่พระบาทสมเด็จพระจอมเกล้าเจ้าอยู่หัว มักเรียกหาหมอเฮาส์เพื่อชักชวนมาสนทนาเกี่ยวกับวิทยาศาสตร์อยู่เสมอและเฮาส์ยังได้ทำหน้าที่ล่ามให้แก่พระองค์ในการตกลงสนธิสัญญาเบาว์ริงด้วย[42]

การที่มิชชันนารีมีบทบาทในการช่วยชีวิตคนจำนวนไม่น้อยจากการระบาดของไข้ทรพิษและอหิวาตกโรคทำให้บทบาทของมิชชันนารีกับงานด้านการแพทย์เริ่มขยายตัวทั้งในเขตพระนครและออกไปยังส่วนภูมิภาค ระหว่างปี พ.ศ. 2404 – 2454 คณะมิชชันนารีได้ขยายงานด้านการแพทย์ออกไปนอกกรุงเทพฯ หลายจังหวัด ซึ่งเพชรบุรีเป็นพื้นที่แรกที่มีการจัดตั้งโรงพยาบาลของมิชชันนารีขึ้นเป็นแห่งแรก เนื่องจากเดิมเป็นพื้นที่ที่พระบาทสมเด็จพระจอมเกล้าเจ้าอยู่หัวอนุญาตให้คณะมิชชันนารีนิกายโปรเตสแตนส์อยู่อาศัย เผยแผ่ศาสนา ตั้งโรงเรียน และรักษาชาวบ้านด้วยวิทยาการแพทย์สมัยใหม่ บริเวณนั้นจึงได้วิวัฒนาการสู่การตั้งเป็นโรงพยาบาลอย่างเป็นทางการในปี พ.ศ. 2423 โดยนายแพทย์ อี.เอ.สเติร์จ (E.A. Sturge) ก่อนที่จะล้มป่วยและตัดสินใจ

---

[40] เพ็ญศรี กวีวงศ์ประเสริฐ, "บทบาทของรัฐต่อปัญหาสุขภาพประชาชน (พ.ศ. 2325 - หลักเปลี่ยนแปลงการปกครอง พ.ศ. 2475)," 27–28; สมรัตน์ จารุลักษณานันท์ and เทวารักษ์ วีระวัฒกานนท์, "นายแพทย์เฮาส์: แพทย์ผู้ให้ยาระงับความรู้สึก คนแรกในสยาม," *วิสัญญีสาร (Thai Journal of Anesthesiology)* 37, no. 1 (2554): 2.

[41] Hfocus, "มิชชันนารีกับการแพทย์ในสยาม," Hfocus, May 3, 2560, https://www.hfocus.org/content/2017/03/13547; William P. Kiehl, Kris Rusch, and Barbara Tobias, eds., *The Eagle and the Elephant: Thai-American Relations since 1833*, 5th ed (Washington, D.C: Royal Thai Embassy, 2009), 10; สุรีรัตน์ สวัสดี, "บทบาทของสมเด็จพระเจ้าบรมวงศ์เธอ กรมพระยาชัยนาทนเรนทรต่อการแพทย์และการสาธารณสุข (พ.ศ. 2456–2468)" (วิทยานิพนธ์สาขาวิชาประวัติศาสตร์, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, 2531), 20.

[42] Kiehl, Rusch, and Tobias, *The Eagle and the Elephant*, 10.

เดินทางกลับสหรัฐอเมริกา[43] จึงถือว่าโรงพยาบาลที่เพชรบุรีได้เกิดขึ้นก่อนที่จะมีโรงพยาบาลของรัฐแห่งแรกใน พ.ศ. 2431 เสียอีก[44] หลังจากนั้นการรักษาของมิชชันนารีได้ขยายไปสู่พื้นที่อื่นๆ เช่นในพื้นที่เชียงใหม่ประมาณปี พ.ศ. 2429 คณะกรรมการกลางเพลสไบทีเรียน สหรัฐอเมริกา (Board of Foreign Missions) ได้อนุมัติเงิน 10,000 เหรียญสหรัฐมาสร้างโรงพยาบาล[45] แต่ทว่าจำนวนเงินยังคงไม่เพียงพอที่จะสร้างโรงพยาบาลขึ้นใหม่ทั้งหมด คณะมิชชันนารีในเชียงใหม่จึงปรับปรุงสถานที่จำหน่ายยาเดิมให้กลายเป็นโรงพยาบาลขึ้นและให้ชื่อว่า "โรงพยาบาลอเมริกันมิชชัน" ตั้งอยู่ทางตะวันตกของแม่น้ำปิง ได้เปิดทำการในปี พ.ศ. 2431 (หลังจากมีโรงศิริราชพยาบาลแล้ว) เพื่อให้การรักษาผู้ป่วยและทำการผ่าตัด ต่อมานายแพทย์เจมส์ ดับบลิว แมคเคน (Dr. James W. McKean) เข้ารับตำแหน่งผู้อำนวยการโรงพยาบาล จึงได้ต่อเติมเพื่อสร้างห้องปฏิบัติการทางวิทยาศาสตร์สำหรับผลิตวัคซีนไข้ทรพิษ โดยได้รับเงินอุดหนุนจากมิสซิสไซรัส เอช แมคคอร์มิค (Mrs. Cyrus H. McCormick)[46] กระทั่งในปี พ.ศ. 2463 ได้ย้ายจากที่ดินริมแม่น้ำปิงไปสร้างที่ใหม่จนกลายเป็นโรงพยาบาลแมคคอร์มิคในปัจจุบัน พร้อมกับได้รับเงินอุดหนุนโรงพยาบาลบางส่วนจากเจ้าแก้วนวรัฐและพระราชชายาเจ้าดารารัศมีด้วย นอกจากโรงพยาบาลที่เพชรบุรีและเชียงใหม่แล้ว มิชชันนารียังขยับขยายงานรักษาออกไปยังพื้นที่อื่นๆ เช่น ลำปาง ลำพูน ราชบุรี แพร่ น่าน เชียงราย พิษณุโลก นครศรีธรรมราช และตรัง ด้วยเหตุนี้ งานรักษาพยาบาลของมิชชันนารีกลายเป็นงานที่ประสบผลสำเร็จยิ่งกว่างานการเผยแพร่ศาสนา[47] การขยายตัวข้างต้นถือเป็นการเปลี่ยนแปลงธรรมเนียมการรักษาผู้ป่วยด้วย ที่แต่เดิมหมอจะต้องเดินทางไปรักษาที่บ้านได้เปลี่ยนมาเป็นให้ผู้ป่วยเดินทางมาพบหมอเองตามสถานพยาบาลขนาดย่อม

---

[43] Board of Foreign Missions, "Forty-Seventh Annual Report of the Board of Foreign Missions of the Presbyterian Church in the United States of America" (New York: Edward O' Jenkins' Sons, 1884), 113; สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเพชรบุรี, "วิวัฒนาการการสาธารณสุขจังหวัดเพชรบุรี," สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเพชรบุรี, 2565, http://www.pbro.moph.go.th/struture/history.html.

[44] Kenneth Elmer Wells, *History of Protestant Work in Thailand, 1828-1958, Volume 1* (Church of Christ in Thailand, 1958), 118.

[45] เบียทริซ แคมป์, ปลายอ้อ ทองสวัสดิ์ และ สุภัตรา สิทธิลักษณ์, *เส้นด้ายอเมริกันในผืนผ้าล้านนา ความร่วมมือของอเมริกันในภาคเหนือประเทศไทย พ.ศ.2410-2550 (American Threads in the Lanna Fabric: U.S. Involvement in Northern Thailand, 1867-2007)* (เชียงใหม่: สถานกงสุลใหญ่สหรัฐอเมริกา เชียงใหม่, 2550), 25.

[46] โรงพยาบาลแมคคอร์มิค (McCORMICK Hospital), "ประวัติการก่อตั้งโรงพยาบาลแมคคอร์มิค," โรงพยาบาลแมคคอร์มิค (McCORMICK Hospital), วันที่สืบค้น 15 พฤษภาคม พ.ศ. 2565, https://www.mccormickhospital.com/web/aboutus.

[47] เพ็ญศรี กวีวงศ์ประเสริฐ, "บทบาทของรัฐต่อปัญหาสุขภาพประชาชน (พ.ศ. 2325 - หลักเปลี่ยนแปลงการปกครอง พ.ศ. 2475)," 24–25.

รูป 2 โรงพยาบาลอเมริกันมิชชัน เดิมที่ตั้งอยู่ทางตะวันตกของแม่น้ำปิง เปิดทำการในปี พ.ศ. 2431

ที่มา: เบียทริซ แคมป์, ปลายอ้อ ทองสวัสดิ์ และ สุภัตรา สิทธิลักษณ์, *เส้นด้ายอเมริกันในผืนผ้าล้านนา ความร่วมมือของอเมริกันในภาคเหนือประเทศไทย พ.ศ.2410-2550 (American Threads in the Lanna Fabric: U.S. Involvement in Northern Thailand, 1867-2007)* (เชียงใหม่: สถานกงสุลใหญ่สหรัฐอเมริกา เชียงใหม่, 2550), 22

กล่าวได้ว่า ความรู้ทางการแพทย์แบบตะวันตกปรากฏตัวขึ้นในห้วงเวลาที่สยามต้องการแก้ปัญหาสำคัญคือการขาดแคลนประชากรและการตายเนื่องจากโรคระบาด ด้วยสภาวการณ์ดังกล่าวได้เปิดโอกาสให้ชนชั้นนำสยามค้นพบว่าความรู้ทางการแพทย์แบบตะวันตกสามารถแก้ปัญหาการเจ็บป่วย รักษาโรคระบาด และลดอัตราการตายได้เป็นอย่างดี ดังที่กรมหมื่นชัยนาทนเรนทร พระราชโอรสในรัชกาลที่ 5 และทรงเป็นผู้จัดตั้งวิชาแพทย์ปรุงยาขึ้นภายหลัง (พ.ศ. 2476) จนได้ชื่อว่าเป็นบิดาวิทยาศาสตร์เภสัชกรรมแห่งประเทศไทย ได้กล่าวถึงสถานการณ์ของงานสาธารณสุขในช่วงทศวรรษ 2430 ไว้อย่างน่าสนใจว่า *“ก็การประเภทใดเล่าที่จะทำให้พลเมืองมากขึ้นและแข็งแรงก็คือ การสาธารณสุขนั่นเอง”*[48] เพราะเหตุนี้ รัฐสยามจึงเริ่มให้ความสนใจต่อการจัดตั้งโรงพยาบาลขึ้นต่อมานั่นเอง

[48] มนัสวี อุณหนันท์, “นโยบายประชากรและโครงการเกี่ยวกับประชากรของประเทศไทย,” ใน *อุเทศประชากรศึกษา.* (พระนคร: มงคลการพิมพ์, 2519), 592. อ้างใน. ชัยยนต์ ประดิษฐศิลป์, “เศรษฐศาสตร์การเมืองว่าด้วยการวางแผนครอบครัวของไทย: ศึกษาจากกระบวนการนโยบาย,” (วิทยานิพนธ์, สาขารัฐศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, 2533), 138.

2.2 โรงพยาบาลวังหน้า: ก้าวแรกของสถานบริการสาธารณสุขและการจัดการงบประมาณในยุครัฐสมบูรณาญาสิทธิราชย์

ประวัติศาสตร์และงานการสาธารณสุขของสยามในช่วงระหว่างปี พ.ศ. 2431 – 2449 เป็นการมุ่งจัดตั้งโรงพยาบาลในเขตพระนครเป็นหลัก และยังเป็นการพัฒนาที่ต้องอาศัยเงินบำรุงและการเสียสละทรัพย์โดยเฉพาะจากกลุ่มผู้ปกครองและชนชั้นนำของสังคมสยาม รวมถึงกลุ่มพ่อค้าหรือชาวต่างประเทศที่พอมีกำลังทรัพย์หรือสิ่งของในเวลานั้นเป็นสำคัญ ทำให้งบประมาณในการจัดตั้งสถานบริการสาธารณสุขในยุคแรก อย่างการสร้างโรงพยาบาล โอสถศาลา ศาลาพยาบาล มักมาจากการเรี่ยรายเงินหรือสิ่งของที่ได้รับจากบริจาคของผู้มีจิตศรัทธาทั้งสิ้น ดังที่เอกสารบอกเปิดโรงพยาบาลวังหน้าซึ่งเป็นโรงพยาบาลรัฐแห่งแรกของสยามระบุไว้ว่า *"โรงพยาบาลนี้เปนส่วนหนึ่งพระราชกุศล ทรงสละพระราชทรัพย์ให้ตั้งขึ้นเปนทาน ในการรักษาโรคแลป้องกันความทุกขยากของชนทั้งหลาย...มิให้หมอฤาคนพยาบาล เรียกค่ายาค่ารักษาแก่คนไข้เลยเปนอันขาด ยกไว้แต่ผู้มีสัทธาในส่วนพระราชกุศลอันนี้"*[49]

ด้วยอิทธิพลการแพทย์แผนตะวันตก ปัญหาโรคระบาดกับการขาดแคลนประชากร ประกอบกับประสบการณ์ของพระบาทสมเด็จพระจุลจอมเกล้าเจ้าอยู่หัว (รัชกาลที่ 5) ที่ได้ทอดพระเนตรโรงพยาบาลรักษาผู้ป่วยและโรงพยาบาลรักษาคนเสียจริตในสิงคโปร์ระหว่างการเสด็จประพาสต่างประเทศครั้งแรกของพระองค์ในปี พ.ศ. 2429[50] และในปีเดียวกันนี้เอง ได้นำไปสู่การจัดตั้งโรงพยาบาลแห่งแรกของสยามขึ้นในปี พ.ศ. 2429 โดยพระบาทสมเด็จพระจุลจอมเกล้าฯ ได้มีคำสั่ง "ว่าด้วยกอมิตีผู้จัดการโรงพยาบาล" เพื่อจัดตั้งคณะกรรมการรับผิดชอบในการก่อตั้ง "โรงพยาบาลวังหน้า" หรือ "โรงพยาบาลใหญ่วังหลัง" และยังเรียกกันอีกชื่อหนึ่งว่า "ศิริราชพยาบาล" ให้ทำหน้าที่จัดการเรื่องการรักษาคนป่วยไข้ จัดทำให้เป็นทานแก่อาณาประชาราษฎร และรักษาให้ทั่วถึงกันโดยไม่เลือกหน้าว่าเป็นผู้ใด[51] แรกเริ่มมีมติให้ตั้งโรงพยาบาลขึ้นหนึ่งแห่งและหากมีประโยชน์ค่อยขยายกิจการภายหลัง ซึ่งพระบาทสมเด็จพระจุลจอมเกล้าฯ ได้โปรดให้รื้อโรงเรือน ไม้ และเครื่องใช้ต่าง ๆ จากงานพระเมรุของสมเด็จพระเจ้าลูกยาเธอ เจ้าฟ้าศิริราชกกุธภัณฑ์ ไปประกอบร่างเป็นโรงพยาบาลวังหน้า พร้อมกับ

---

[49] ราชกิจจานุเบกษา, "บอกเปิดโรงพยาบาล [โรงพยาบาลซึ่งพระบาทสมเด็จพระจุลจอมเกล้าเจ้าอยู่หัว ทรงพระกรุณาโปรดให้จัดตั้งขึ้นเป็นมหาทานแก้พสกนิกร ตั้งอยู่ที่พระราชวังหลังริมแม่น้ำฝั่งตะวันตก]" (เล่ม ๕ ตอน ๕ วันที่ ๒ มิถุนายน พ.ศ. ๑๘๘๘ หน้า ๔๒, 2431).

[50] จุลจอมเกล้าเจ้าอยู่หัว, *จดหมายเหตุเสด็จประพาสต่างประเทศในรัชกาลที่ 5 เสด็จเมืองสิงคโปร์ แลเมืองเบตาเวียครั้งแรก แลเสด็จประพาสอินเดีย*, เจ้าภาพพิมพ์ในงานพระศพ พระเจ้าบรมวงศ์เธอ กรมหลวงอดิศรอุดมเดช ณ เมรุท้องสนามหลวง พ.ศ. 2468 (พระนคร: โรงพิมพ์โสภณพิพรรฒธนากร, 2468), 15.

[51] ราชกิจจานุเบกษา, "ว่าด้วยกอมิตีผู้จัดการโรงพยาบาล" (เล่ม ๔ หน้า ๓๔ วันที่ ๕ พฤษภาคม พ.ศ. ๑๘๘๗, 2430).

พระราชทานเงินจำนวน 200 ชั่งเศษ หรือประมาณ 16,000 บาท[52] การก่อสร้างเริ่มจากการสร้างเรือนคนไข้ ประกอบด้วยเรือนใหญ่ 3 หลังและเรือนเล็ก 3 หลัง ไว้สำหรับดูแลคนไข้ หมออยู่อาศัยและเก็บเครื่องยา[53] หลังการก่อสร้างไปแล้ว 2 เดือนจึงได้เงินสมทบเพิ่มเติมจากเงินมรดกของสมเด็จพระเจ้าบรมวงศ์เธอ เจ้าฟ้าศิริราชกกุธภัณฑ์ที่สิ้นพระชนม์ด้วยโรคบิดจำนวน 700 ชั่ง หรือประมาณ 56,000 บาท โดยเงินส่วนนี้ได้นำมาทำตึกสำหรับสอนวิชาแพทย์[54] จากนั้นได้เงินสมทบอีก 30 ชั่งหรือคิดเป็นเงิน 2,400 บาทจากทรัพย์บริจาคของพระองค์เจ้าเสาวภาคนารีรัตน์และการสมทบเพิ่มเติมจากพระบาทสมเด็จพระจุลจอมเกล้าฯ และได้รับอีก 10 ชั่งจากชาวอังกฤษในสยาม ทำให้สามารถสร้างเรือนเล็กเพิ่มอีก 2 หลัง หลังแรกให้ชื่อว่าตึกเสาวภาคย์สร้างเป็นที่อยู่คนไข้พิเศษ อีกหลังหนึ่งที่ได้รับเงินบริจาคจากชาวอังกฤษให้ชื่อไว้ว่า “วิคตอเรียวาค” (Victoria Ward/Building) ตามจุดมุ่งหมายของผู้บริจาคที่ต้องการให้เป็นที่ระลึกในวาระที่สมเด็จพระราชินีนาถวิกตอเรียครองราชสมบัติครบ 50 ปี (ตึกทั้งสองหลังนี้ตั้งอยู่ใจกลางของโรงพยาบาล ต่อมาได้ถูกรื้อลงเพื่อที่จะสร้างลานพระรูปสมเด็จพระบรมราชชนก) ดังนี้ โรงพยาบาลวังหน้าหรือศิริราชพยาบาลจึงได้สร้างเสร็จและเปิดทำการในวันที่ 26 เมษายน พ.ศ. 2431 และถือเป็นสัญลักษณ์สำคัญของการริเริ่มพัฒนาการแพทย์และสาธารณสุขแบบสมัยใหม่ในประเทศไทย

เมื่อเกิดเป็นโรงศิริราชขึ้นแล้วก็ได้มีการจัดตั้งโรงพยาบาลเพิ่มอีกหลายแห่งในบริเวณพื้นที่ศูนย์กลางของรัฐอย่างกรุงเทพฯ และปริมณฑล (เขตพระนครและธนบุรี) เช่น โรงพยาบาลริมป้อมมหาไชยที่ก่อตั้งในปี พ.ศ. 2431 ต่อมาเปลี่ยนชื่อเป็น “บูรพาพยาบาล” เพราะตั้งอยู่ใกล้กับวังบูรพาภิรมย์ และภายหลังได้ปิดตัวในสมัยรัชกาลที่ 5[55] จากนั้นมีการก่อตั้งโรงพยาบาลรัฐใกล้วัดเทพศิรินทราวาสที่ต่อมารู้จักในชื่อ “เทพศิรินทร์พยาบาล” ขึ้นเป็นแห่งที่สามในปี พ.ศ. 2432 โดยใช้เป็นที่สำหรับแจกจ่ายยาไทยยาฝรั่ง มีหมอและพยาบาลคอยดูแลผู้ป่วย[56] ในปีเดียวกันยังมี “บางรักพยาบาล” หรือโรงพยาบาลหมอเฮส์ ซึ่งรัชกาลที่ 5 ได้อนุญาตให้โธมัส เฮวาร์ด เฮส์

---

[52] เงิน 1 มีค่าเท่ากับ 80 บาท

[53] ราชกิจจานุเบกษา, “เรื่องโรงพยาบาล [ข่าวพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวทรงพระราชทานพระราชทรัพย์เป็นทุนของโรงพยาบาล และข่าวการก่อสร้างโรงพยาบาล]” (เล่มที่ ๕ ตอนที่ ๒๐ วันที่ ๒๓ สิงหาคม พ.ศ. ๑๘๘๗, 2430).

[54] ราชกิจจานุเบกษา.

[55] นภนาท อนุพงศ์พัฒน์, *รอยเวลา: เส้นทางประวัติศาสตร์สุขภาพ*, โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ และ นภนาท อนุพงศ์พัฒน์, (กรุงเทพฯ: สุขศาลา, 2556), 128; ราชกิจจานุเบกษา, “แจ้งความโรงพยาบาลสยาม” (เล่มที่ ๕ ตอนที่ ๓๕ วันที่ ๗ มกราคม พ.ศ. ๑๘๘๘, 2431).

[56] ราชกิจจานุเบกษา, “แจ้งความกรมพยาบาล [แจ้งการเปิดโรงพยาบาลที่ใกล้วัดเทพศิรินทราวาสเพื่อรักษาผู้ป่วยโดยไม่ต้องเสียค่ายา]” (เล่ม ๖ ตอนที่ ๔๙ วันที่ ๙ มีนาคม พ.ศ. ๑๘๘๙, 2432).

(Thomas Heyward Hays)[57] ใช้บ้านหลวงที่ปากถนนสีลมต่อกับถนนเจริญกรุงสำหรับจัดตั้งโรงพยาบาล และให้หมอเฮส์เป็นผู้จัดการเพื่อให้บริการรักษาชาวต่างชาติที่อาศัยอยู่ในย่านสีลม เจริญกรุง บางรัก และสี่พระยา ต่อมาได้โอนเข้าเป็นของกรมพยาบาลในปี พ.ศ. 2434 จนกระทั่งภายหลังได้กลายเป็นโรงพยาบาลเลิดสินในปัจจุบัน[58] ตามมาด้วยโรงพยาบาลสามเสน ที่ก่อตั้งในปีเดียวกันโดยโอนอุปกรณ์เครื่องใช้มาจากโรงพยาบาลเทพศิรินทร์ และภายหลังจะถูกยุบรวมกับวชิรพยาบาลในปี พ.ศ. 2455[59] ขณะที่โรงพยาบาลรัฐสำหรับรักษาโรคเฉพาะทางแห่งแรกได้ก่อตั้งขึ้นในปี พ.ศ. 2432 เช่นกัน คือ “โรงพยาบาลคนเสียจริต” ตั้งอยู่ใกล้ป้อมป้องปัจจามิตร และต่อมาเปลี่ยนชื่อเป็นโรงพยาบาลสมเด็จเจ้าพระยา และยังมีการตั้ง “โรงพยาบาลหญิงหาเงิน” ในปี พ.ศ. 2440 แต่ต่อมาเปลี่ยนชื่อเป็นโรงพยาบาลกลางในปี พ.ศ. 2458 สำหรับรักษาหญิงโสเภณี ตามพระปณิธานของสมเด็จพระนางเจ้าเสาวภาผ่องศรีเพื่อเป็นการป้องกันโรคภัยและรักษาความสะอาดของบ้านเมือง[60]

ช่วงแรก โรงพยาบาลได้ให้บริการทั้งแพทย์แผนโบราณและแพทย์ตะวันตก ตามที่ได้บันทึกไว้ว่า *“โรงพยาบาล [เช่นโรงศิริราชพยาบาลและโรงพยาบาลริมป้อมมหาไชย] จะรับรักษาโรคทุกอย่างไม่ว่าโรคอันใด การรักษานั้นถ้าจะชอบยาไทยก็ใช้ยาไทย ถ้าชอบยาอย่างหมอฝรั่งก็มีใช้ได้ตามปรารถนา ”*[61] ซึ่งผู้เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเหล่านี้จะเป็นชนชาติใดพูดภาษาใดก็ได้ เมื่อเข้ามาอยู่โรงพยาบาลจะจัดอาหารให้ครบ 3 มื้อ มีที่หลับนอนโดยไม่เสียค่าใช้จ่าย และการอาศัยจะแบ่งแยกหญิงกับชายออกจากกัน รูปแบบการให้บริการรักษาเวลานั้นปรากฏว่ามีตั้งแต่การคลอดบุตร ปลูกฝีป้องกันไข้ทรพิษ ดูแลคนที่เป็นโรคเรื้อรัง และการตรวจวินิจฉัยโรคทั่วไปที่เพียงแต่มารับยาและกลับบ้าน[62] โดยกลุ่มหลังนี้นับรวมถึงการตรวจชาวบ้านที่มีอาการทางจิตหรือเสียจริตด้วย เมื่อมีผู้มารักษาอาการทางจิตมากขึ้นจึงเป็นที่มาของการตั้งโรงพยาบาลสำหรับผู้เสียจริตโดยเฉพาะขึ้น ส่วนบริการผ่าตัดจะมีแค่ที่โรงศิริราชพยาบาลและโรงพยาบาลบางรักของหมอเฮส์เท่านั้น

---

[57] นายแพทย์โธมัส เฮวาร์ด เฮส์ (หมอเฮส์) เป็นชาวอเมริกันที่มาปฏิบัติงานร่วมกับคณะมิชชันนารีในจังหวัดเพชรบุรี ต่อมาได้ริเริ่มก่อตั้งร้านขายยาแผนปัจจุบันชื่อ British Dispensary ตั้งอยู่บนถนนเจริญกรุง ซึ่งคนไทยเรียกว่า “ห้างขายยาอังกฤษตรางู”

[58] โรงพยาบาลเลิดสิน, “Founder,” โรงพยาบาลเลิดสิน, 2565, https://bit.ly/3vvizD9.

[59] นภนาท อนุพงศ์พัฒน์, *รอยเวลา: เส้นทางประวัติศาสตร์สุขภาพ*, 202.

[60] โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ และ นภนาท อนุพงศ์พัฒน์, *ปกิณกคดี ๑๐๐ ปี การสาธารณสุขไทย* (นนทบุรี: สำนักวิจัยสังคมและสุขภาพ (สวสส.), 2561), 126; โรงพยาบาลกลาง, “รู้จักโรงพยาบาล,” โรงพยาบาลกลาง สำนักการแพทย์ กรุงเทพมหานคร, วันที่สืบค้น 1 เมษายน พ.ศ.2565, http://www.klanghospital.go.th/index.php/2008-11-25-16-35-17.html.

[61] ราชกิจจานุเบกษา, “แจ้งความโรงพยาบาลสยาม.”

[62] ราชกิจจานุเบกษา.

โดยรวมแล้ว กิจการโรงพยาบาลเพื่อบริการด้านสุขภาพยังขยายตัวไม่มากนักด้วยอุปสรรคสองประการ ประการแรก คือ ประชาชนไม่ค่อยไปรับการรักษาที่โรงพยาบาลเพราะยังไม่คุ้นเคย เป็นสิ่งใหม่ และยังมองว่าโรงพยาบาลเป็นสถานที่สำหรับผู้ป่วยอาการหนัก จนเกิดภาพลักษณ์ว่าโรงพยาบาลคือสถานที่ที่เต็มไปด้วยผู้เสียชีวิตจากการเจ็บป่วย และประการที่สอง คือ การขาดแคลนงบประมาณ ซึ่งส่งผลต่อการขาดแคลนเครื่องมืออุปกรณ์ทางการแพทย์ รวมทั้งขาดแคลนบุคลากรตามมาด้วย[63] จากสถิติจำนวนคนไข้แสดงให้เห็นว่ามีจำนวนผู้มาใช้บริการที่โรงศิริราชพยาบาลจำนวนค่อนข้างน้อย ในปี พ.ศ. 2433 มีคนไข้ตลอดทั้งปีเพียง 1,017 คนเท่านั้น แม้สิบกว่าปีต่อมาหรือในปี พ.ศ. 2445 พ.ศ. 2446 และ พ.ศ. 2448 ยังคงมีคนไข้จำนวนใกล้เคียงกันคือ 916 คน 1,095 คน และ 1,557 คน ตามลำดับ[64] ทั้งนี้ ปัจจัยเรื่องงบประมาณค่อนข้างมีผลต่อพัฒนาการที่ล่าช้า และยังส่งผลให้การสร้างโรงพยาบาลของรัฐตามหัวเมืองนั้นเกิดขึ้นได้ยาก โดยรัฐยังคงมองว่างานสาธารณสุขในส่วนภูมิภาคยังเป็นหน้าที่รับผิดชอบของเอกชนหรือคนในท้องถิ่น (เช่น มิชชันนารี ข้าราชการ พ่อค้า) ทำให้งานโรงพยาบาลและการใช้ระบบแพทย์สมัยใหม่ในส่วนภูมิภาคส่วนใหญ่จึงเป็นสถานพยาบาลที่คณะมิชชันนารีจัดสร้างขึ้น[65]

2.3 งานสาธารณสุขในส่วนภูมิภาค: โรงพยาบาลรัฐส่วนภูมิภาค แพทย์ประจำเมืองและตำบล กับโอสถศาลา

สำหรับงานสาธารณสุขและสถานบริการในส่วนภูมิภาค รัฐยังไม่มีนโยบายในการจัดตั้งโรงพยาบาลในพื้นที่หัวเมืองอย่างเป็นกิจจลักษณะด้วยเหตุผลเรื่องข้อจำกัดด้านงบประมาณ รัฐเพียงแต่หวังให้หัวเมือง หาเงินสร้างโรงพยาบาลเองผ่านการบริจาคจากข้าราชการและประชาชนในพื้นที่เป็นส่วนใหญ่ หรือบางพื้นที่มีเงินใช้จ่ายบางส่วนที่มาจากการเก็บภาษีโรงร้านโดยไม่ต้องใช้จ่ายจากงบประมาณแผ่นดิน แต่เรื่องงบประมาณยังคงเป็นปัญหาสำคัญที่ส่งผลให้มีการจัดตั้งโรงพยาบาลจำนวนไม่มากนัก[66] โดยรวม รัฐส่วนกลางยังมีแนวทางให้เทศาภิบาลที่อยู่ตามภูมิภาคต่าง ๆ รับผิดชอบงานบริการสุขภาพให้แก่ประชาชนในท้องที่ของตนเอง[67] ให้การช่วยเหลือหรือ

---

[63] พิทักษ์พล วิสุทธิ์อัมพร, “๑๓ ทศวรรษโรงพยาบาลศิริราชและคณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล พ.ศ.2431-2561: 130 โรงพยาบาลของแผ่นดิน,” ๑๓ ทศวรรษโรงพยาบาลศิริราช ๑๓๐ ปี โรงพยาบาลของแผ่นดิน, 2561, https://www2.si.mahidol.ac.th/siriraj130years/ebook; เพ็ญศรี กวีวงศ์ประเสริฐ, “บทบาทของรัฐต่อปัญหาสุขภาพประชาชน (พ.ศ. 2325 - หลักเปลี่ยนแปลงการปกครอง พ.ศ. 2475),” 64–67.

[64] ชาติชาย มุกสง, *ประวัติศาสตร์สุขภาพและการแพทย์ไทย* (กรุงเทพฯ: คณะสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ, 2561), 205.

[65] สำนักวิจัยสังคมและสุขภาพ และทวีศักดิ์ เผือกสม, *สาธารณสุขชุมชน*, 1.

[66] บริรักษ์เวชชการ (บริรักษ์) และคณะ, *การสาธารณสุขและสาธารณูปการ* (พระนคร: มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์และการเมือง, 2477), 12.

[67] เพ็ญศรี กวีวงศ์ประเสริฐ, “บทบาทของรัฐต่อปัญหาสุขภาพประชาชน (พ.ศ. 2325 - หลักเปลี่ยนแปลงการปกครอง พ.ศ. 2475),” 67–68.

ส่งเสริมการป้องกันโรคตามโอกาส เน้นการจัดให้มีแพทย์ประจำเมือง และการสนับสนุนให้จัดตั้งโอสถศาลาสำหรับขายยาของรัฐ

2.3.1 โรงพยาบาลรัฐส่วนภูมิภาค

ตั้งแต่ทศวรรษ 2430 ถึงก่อนปี พ.ศ. 2475 รัฐส่วนกลางไม่มีนโยบายการสร้างโรงพยาบาลในพื้นที่หัวเมืองอันเนื่องมาจากข้อจำกัดด้านงบประมาณ แต่ให้หัวเมืองหาเงินผ่านการบริจาคโดยข้าราชการและประชาชนเพื่อจัดซื้อที่ดินและก่อสร้างโรงพยาบาลเอง อีกแนวทางหนึ่งของรัฐส่วนกลางคือสนับสนุนให้มิชชันนารีตั้งโรงพยาบาลในหัวเมืองโดยรัฐให้งบประมาณอุดหนุนบางส่วน ซึ่งเป็นการง่ายกว่าการที่รัฐบาลต้องลงทุนสร้างขึ้นใหม่[68] จึงเป็นการยืนยันอย่างชัดเจนว่า โรงพยาบาลหัวเมืองเป็นเรื่อง “กุศลสาธารณทาน”[69] ดังปรากฏหลายครั้งในคำกล่าวขอบคุณผู้ให้สิ่งของแก่โรงพยาบาล และมหาดไทยเองก็ไม่มีแนวคิดที่จะขยายโรงพยาบาลตามหัวเมืองโดยมองว่า *“มณฑลใดเห็นความจำเป็นที่จะต้องมีขึ้น ก็ต้องเรี่ยรายจัดตั้งขึ้นเองโดยอย่าให้เกี่ยวข้องกับเงินของหลวงเป็นการดี”*[70] ซึ่งนโยบายลักษณะนี้จะดำเนินไปตลอดสมัยรัชกาลที่ 5

เมื่อพ้นสมัยรัชกาลที่ 5 และเข้าสู่ยุคของล้นเกล้ารัชกาลที่ 6 หรือพระบาทสมเด็จพระมงกุฎเกล้าเจ้าอยู่หัว ในระหว่างปี พ.ศ. 2464-2475 งานของเพ็ญศรี กรีวงศ์ประเสริฐ อธิบายว่า *“ในเขตภูมิภาค ตลอดเวลา 14 ปี (พ.ศ. 2464-2475) ของกรมสาธารณสุขก่อนเปลี่ยนแปลงการปกครอง 2475 โรงพยาบาลหัวเมืองของรัฐเพียงแห่งเดียวเท่านั้น คือ โรงพยาบาลระนอง ใน พ.ศ. 2469 ซึ่งสร้างขึ้นด้วยเหตุผลผลักดันทางการเมืองกล่าวคือ มีผู้ป่วยในเขตจังหวัดระนองนิยมไปใช้บริการโรงพยาบาลของอังกฤษที่วิกเอเรียปอยนต์ (เกาะสอง)”* จึงมีการสร้างโรงพยาบาลระนองเพื่อช่วยเหลือประชาชนไม่ต้องเดินทางไปรักษาที่นอกประเทศ และนับเป็นการรักษาศักดิ์ศรีของประเทศ โรงพยาบาลอีกแห่งที่รัฐส่วนกลางพยายามสร้างคือโรงพยาบาลที่ปัตตานี อันเกี่ยวเนื่องสัมพันธ์กับเหตุการณ์ไม่สงบในปัตตานีที่เรียกกันว่า “กบฏแขกเจ็ดหัวเมือง” แต่เนื่องจากขาดงบประมาณจึงไม่สามารถเปิด

---

[68] เพ็ญศรี กรีวงศ์ประเสริฐ, *บทบาทของรัฐต่อปัญหาสุขภาพประชาชน (พ.ศ. 2325 - หลังเปลี่ยนแปลงการปกครอง พ.ศ. 2475)*, (วิทยานิพนธ์, สาขาสังคมศาสตร์การแพทย์และสาธารณสุข บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2528), 67-68.

[69] ราชกิจจานุเบกษา, “แจ้งความกระทรวงมหาดไทย เรื่องมีผู้ให้สิ่งของแก่โรงพยาบาลจังหวัดระนอง” (เล่ม ๔๔ หน้า ๕๗๘ วันที่ ๒๒ พฤษภาคม พ.ศ. ๒๔๗๐, ๒๔๗๐), http://www.ratchakitcha.soc.go.th/DATA/PDF/2470/D/578_1.PDF.

[70] ยุวดี ตปนียากร, *วิวัฒนาการของการแพทย์ไทยตั้งแต่สมัยเริ่มต้นจนถึงสิ้นสุดรัชกาลพระบาทสมเด็จพระจุลจอมเกล้าเจ้าอยู่หัว*,(วิทยานิพนธ์, อักษรศาสตรมหาบัณฑิต แผนกวิชาประวัติศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2522), 163.

บริการได้[71] บทความของสงัด เปล่งวานิชที่เขียนขึ้นตั้งแต่ปี พ.ศ. 2511 มีข้อมูลและมุมมองบางประการที่แตกต่างไปจากงานของเพ็ญศรี โดยอธิบายว่าที่จริงแล้วโรงพยาบาลระนองก็ไม่ได้ใช้เงินรัฐส่วนกลางในการสร้าง แต่เป็นเงินของบริษัทเหมืองแร่ ส่วนค่าใช้จ่ายต่าง ๆ ของโรงพยาบาลพวกพ่อค้าช่วยกันแบ่งส่วนจากเงินค่าข้าวที่ผ่านด้านศุลกากรระนอง เพียงแต่ว่าโรงพยาบาลระนองเป็นโรงพยาบาลแห่งแรกที่มีตำแหน่งนายแพทย์ประจำโรงพยาบาลหัวเมืองในงบประมาณแผ่นดิน[72] บทความของสงัด อธิบายเพิ่มเติมว่าก่อนปี พ.ศ. 2475 โรงพยาบาลหัวเมืองที่สร้างโดยเงินของรัฐบาลมีแห่งเดียวคือที่จังหวัดปัตตานี อันเนื่องจากเหตุการณ์ที่รัฐเห็นว่าคนในพื้นที่ "ก่อการกำเริบ" ในปี พ.ศ. 2466 สมุหเทศาภิบาลมณฑลปัตตานีจึงเห็นว่าควรแสดงให้ "ชาวพื้นเมือง" ในปัตตานีเห็นว่ารัฐบาลเอาใจใส่พวกเขาอย่างจริงจัง จึงเห็นควรสร้างโรงพยาบาลขึ้นจนสามารถสร้างอาคารได้ 1 หลัง แต่ท้ายที่สุดแล้วไม่สามารถเปิดทำการได้[73] ขณะที่โรงพยาบาลอีกแห่งที่รัฐไม่ได้เป็นผู้ออกเงินสร้างแต่ได้รับเงินงบประมาณจากรัฐเพียงบางส่วนเท่านั้น คือ โรงพยาบาลวชิระภูเก็ต[74]

เมื่อพิจารณาจากงานศึกษาหรือข้อเขียนหลายฉบับจะพบว่า ก่อนปี พ.ศ. 2475 ในพื้นที่ภูมิภาคมีโรงพยาบาลที่รัฐส่วนกลางไม่ได้เป็นผู้ออกเงินสร้างจำนวนมากซึ่งอาจแบ่งได้อย่างกว้างเป็น 2 กลุ่มใหญ่คือโรงพยาบาลท้องถิ่นตามเมืองต่าง ๆ ที่ตั้งขึ้นมาจากการรวบรวมเงินของท้องถิ่นเอง กับอีกกลุ่มคือโรงพยาบาลที่ก่อตั้งโดยกลุ่มมิชชันนารี อย่างไรก็ตามโรงพยาบาลสองกลุ่มนี้ บางกรณีก็ไม่ได้มีลักษณะที่แยกขาดจากกันอย่างชัดเจน บางโรงพยาบาลก็เป็นการรวมเงินของท้องถิ่นแต่ให้มิชชันนารีเป็นผู้ดำเนินการ เช่น โรงพยาบาลมิชชันพิษณุโลก ที่ก่อตั้งในปี พ.ศ. 2449 หรือบางโรงพยาบาลที่เกิดจากการรวมเงินของประชาชนก็ได้รับการสนับสนุนโดยพระเจ้าแผ่นดิน พระบรมวงศานุวงศ์ ข้าราชการ เช่น โรงพยาบาลโรคเรื้อนที่ก่อตั้งในปี พ.ศ. 2466 [75]

---

[71] เพ็ญศรี กวีวงศ์ประเสริฐ, *บทบาทของรัฐต่อปัญหาสุขภาพประชาชน (พ.ศ. 2325 - หลังเปลี่ยนแปลงการปกครอง พ.ศ. 2475)*, (วิทยานิพนธ์, สาขาสังคมศาสตร์การแพทย์และสาธารณสุข บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2528), 120. และ ชาติชาย มุกสง, "ประวัติศาสตร์สุขภาพและการแพทย์ไทย, (กรุงเทพฯ :คณะสังคมศาสตร์มหาวิทยาลัยศรีนครินทร์วิโรฒ, 2564), 155.

[72] สงัด เปล่งวานิช, "ประวัติการแพทย์ประเทศไทย", ใน *บริรักษเวชการอนุสรณ์*, (หนังสือในงานพระราชทานเพลิงศพ พระยาบริรักษเวชชการ, 2511), 184-185

[73] สงัด เปล่งวานิช, 185.

[74] สงัด เปล่งวานิช, 187.

[75] สุกิจ ด่านยุทธศิลป์, *การสาธารณสุขแบบใหม่ในรัชสมัยพระบาทสมเด็จพระมงกุฎเกล้าเจ้าอยู่หัว (พ.ศ. 2453-2468)*, (วิทยานิพนธ์, สาขาศึกษาศาสตรมหาบัณฑิต เอกประวัติศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ, 2528), 140.

กล่าวสำหรับโรงพยาบาลท้องถิ่นตามเมืองต่าง ๆ ยังถือว่าการบริหารงานอยู่ภายใต้การควบคุมของรัฐผ่านผู้ว่าราชการจังหวัดและสมุหเทศาภิบาล ต้องมีการส่งรายงานทั้งรายเดือนและรายปีเกี่ยวกับบัญชีรายรับ-รายจ่าย บัญชีการขายยา สถิติผู้ป่วย ฯลฯ โรงพยาบาลกลุ่มนี้มักมีปัญหาบุคลากรที่ต้องจัดหากันเอง บางโรงพยาบาลต้องขอให้แพทย์ประจำเมืองซึ่งมีหน้าที่หลักดูแลรักษาพยาบาลข้าราชการมาประจำที่โรงพยาบาลท้องถิ่นเพื่อประหยัดค่าใช้จ่ายด้านการจ้างแพทย์ บางแห่งก็มีการจ้างหมอฝรั่งมาประจำการ[76] ทำให้โรงพยาบาลท้องถิ่นอยู่ในสภาพล้มลุกคลุกคลานเนื่องจากข้อจำกัดด้านงบประมาณ ขาดแคลนทั้งบุคลากรปฏิบัติงาน และอุปกรณ์ทางการแพทย์ ขณะที่กรมสาธารณสุขก็ไม่มีนโยบายจะรับเข้าดำเนินการโดยรัฐส่วนกลางเองเนื่องจากงบส่วนกลางก็น้อยเช่นกัน[77] โรงพยาบาลบางแห่งที่ตั้งขึ้นแล้วก็จำต้องยกเลิกไปเพราะไม่มีทุนสำหรับดำเนินการ จากข้อมูลในปี พ.ศ. 2467 พบว่าโรงพยาบาลในหัวเมืองทั้งหมดมีผู้เข้ารับรักษาตลอดทั้งปีไม่ถึง 2,000 คน และมีโรงพยาบาลสองแห่งที่ไม่มีผู้ป่วยเข้าอยู่ประจำเลย คือ โรงพยาบาลเมืองสุโขทัยกับโรงพยาบาลกรุงเก่า[78] ในส่วนของโรงพยาบาลที่สร้างโดยมิชชันนารีจะพบว่าส่วนใหญ่จะอยู่ในภาคเหนือ รองลงมาคือภาคกลางและภาคใต้ แต่มักไม่ค่อยมีการขยายไปในพื้นที่ภาคตะวันออกและตะวันออกเฉียงเหนือ ส่วนหนึ่งเป็นเพราะผู้ให้ทุนจากสหรัฐฯ เห็นว่าพื้นที่ดังกล่าวมีเขตแดนติดกับประเทศลาวและกัมพูชา ซึ่งตอนนั้นยังเป็นเมืองขึ้นและอยู่ในเขตอิทธิพลของฝรั่งเศสที่เผยแพร่ศาสนาคริสต์นิกายโรมันคาทอลิก[79]

อย่างไรก็ดี ยังไม่ค่อยมีงานที่เขียนหรือรวบรวมรายชื่อโรงพยาบาลในส่วนภูมิภาคช่วงก่อนปี พ.ศ. 2475 ไว้ในงานเดียว รายชื่อของโรงพยาบาลยังคงกระจายและส่วนใหญ่มักเป็นการกล่าวถึงแต่เพียงชื่อของโรงพยาบาล อาจเป็นเพราะประเมินว่าโรงพยาบาลที่สร้างขึ้นเองในส่วนภูมิภาคไม่ได้มีคุณูปการต่องานสาธารณสุขในภาพรวมมากนักและมีโรงพยาบาลเหล่านี้จำนวนมากที่ปิดตัวลง[80] บางส่วนก็ถูกโอนไปเป็นโรงพยาบาลรัฐช่วงหลังปี พ.ศ.

---

[76] เพ็ญศรี กวีวงศ์ประเสริฐ, *บทบาทของรัฐต่อปัญหาสุขภาพประชาชน (พ.ศ. 2325 - หลังเปลี่ยนแปลงการปกครอง พ.ศ. 2475)*, (วิทยานิพนธ์, สาขาสังคมศาสตร์การแพทย์และสาธารณสุข บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2528), 121.

[77] เพ็ญศรี กวีวงศ์ประเสริฐ, 124.

[78] สุกิจ ด่านยุทธศิลป์, *การสาธารณสุขแบบใหม่ในรัชสมัยพระบาทสมเด็จพระมงกุฎเกล้าเจ้าอยู่หัว (พ.ศ. 2453-2468),* (วิทยานิพนธ์, สาขาศึกษาศาสตรมหาบัณฑิต เอกประวัติศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ, 2528), 140.

[79] สงัด เปล่งวานิช, “ประวัติการแพทย์ประเทศไทย”, ใน *บริรักษเวชการอนุสรณ์*, (หนังสือในงานพระราชทานเพลิงศพ พระยาบริรักษเวชชการ, 2511), 141.

[80] ข้อสรุปร่วมอย่างหนึ่งที่พบได้จากวิทยานิพนธ์ของ สุกิจ ด่านยุทธศิลป์ เพ็ญศรี กวีวงศ์ประเสริฐ และยุวดี ตปนียากร

2475 ทั้งนี้ จากการรวบรวมรายชื่อโรงพยาบาลจากงานหลายชิ้นที่มีการกล่าวถึง[81] จะสามารถประเภทโรงพยาบาลแบ่งออกเป็น 2 กลุ่มใหญ่ คือ โรงพยาบาลท้องถิ่นตามหัวเมือง และโรงพยาบาลมิชชันนารี

[81] ยุวดี ตปนียากร, “วิวัฒนาการของการแพทย์ไทยตั้งแต่สมัยเริ่มต้นจนถึงสิ้นสุดรัชกาลพระบาทสมเด็จพระจุลจอมเกล้าเจ้าอยู่หัว” (วิทยานิพนธ์, อักษรศาสตรมหาบัณฑิต แผนกวิชาประวัติศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2522); สงัด เปล่งวานิช, “ประวัติการแพทย์ประเทศไทย” *บริรักษเวชการอนุสรณ์* (หนังสือในงานพระราชทานเพลิงศพ พระยาบริรักษเวชชการ, 2511); สุกิจ ด่านยุทธศิลป์, “การสาธารณสุขแบบใหม่ในรัชสมัยพระบาทสมเด็จพระมงกุฎเกล้าเจ้าอยู่หัว (พ.ศ. 2453-2468)” (มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ, วิทยานิพนธ์, สาขาศึกษาศาสตรมหาบัณฑิต เอกประวัติศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย, 2528); เพ็ญศรี กวีวงศ์ประเสริฐ, “บทบาทของรัฐต่อปัญหาสุขภาพประชาชน (พ.ศ. 2325 - หลักเปลี่ยนแปลงการปกครอง พ.ศ. 2475)”; นภนาท อนุพงศ์พัฒน์, *รอยเวลา: เส้นทางประวัติศาสตร์สุขภาพ*; โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ และ นภนาท อนุพงศ์พัฒน์, *ปกิณกคดี ๑๐๐ ปี การสาธารณสุขไทย*.

รายชื่อโรงพยาบาลท้องถิ่นตามเมืองต่างๆ ก่อนปี พ.ศ. 2475

(1) โรงพยาบาลภูเก็ต (พ.ศ. 2434)

(2) โรงพยาบาลภูเก็ต (พ.ศ. 2449) พระยารัษฎานุประดิษฐ์ (คอซิมบี้) ได้ร่วมกับข้าราชการรวบรวมเงิน ภายหลังยกให้เป็นโรงพยาบาลของสุขาภิบาลภูเก็ต

(3) โรงพยาบาลนครราชสีมา พระยาราชนกุล (พ.ศ. 2450) (อวบ เปาโรหิตย์) เป็นผู้ดำเนินการเรี่ยไร ภายหลังโอนไปอยู่ภายใต้การดูแลของรัฐบาล

(4) โรงพยาบาลศรีมหาราชา หรือโรงพยาบาลสมเด็จพระนางเจ้าพระบรมราชเทวี ณ ศรีมหาราชา (พ.ศ. 2445) สร้างขึ้นตามพระประสงค์ประสงค์ของสมเด็จพระนางเจ้าสว่างวัฒนา พระบรมราชเทวีเพื่อให้เป็นสาธารณทาน ต่อมาพระบาทสมเด็จพระจุลจอมเกล้าเจ้าอยู่หัวโปรดเกล้าพระราชทานนามโรงพยาบาลนี้ว่า "โรงพยาบาลสมเด็จ" บางครั้งก็เรียกว่าโรงพยาบาลสมเด็จ ณ ศรีราชา ภายหลังเมื่อปี พ.ศ. 2461 ได้มอบให้กับจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยจัดการ[82] ปัจจุบันรู้จักในชื่อโรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชเทวี ณ ศรีราชา

(5) โรงพยาบาลกรุงเก่า (พ.ศ. 2455) (โรงพยาบาลปัญจมาธิราชอุทิศ) สมุหเทศาภิบาลมณฑลอยุธยา ข้าราชการพ่อค้า และคนทั่วไปรวมเงินจำนวน 65,757 บาท เปิดให้บริการวันที่ 16 พฤศจิกายน พ.ศ. 2455

(6) โรงพยาบาลเมืองสุโขทัย (พ.ศ. 2456) สร้างขึ้นจากการบริจาคเงินของพ่อค้าและคนทั่วไปเป็นจำนวนเงิน 2,981 บาท เป็นโรงพยาบาลขนาดเล็ก โรงพยาบาลปิดตัวในภายหลัง

(7) โรงพยาบาลวชิระพยาบาลภูเก็ต (พ.ศ. 2460) (โรงพยาบาลเมืองภูเก็ต/โรงพยาบาลวชิระ) รัชกาลที่ 6 พระราชทานเงินส่วนตัว 30,000 บาท การดำเนินงานได้รับเงินสนับสนุนจากสุขาภิบาล

(8) โรงพยาบาลตำบลทุ่งสง (พ.ศ. 2461) จังหวัดนครศรีธรรมราช ผู้ว่าราชการ นายอำเภอ พ่อค้าและประชาชนทั่วไปรวมเงินได้ 5,980 บาท เปิดบริการ 31 มีนาคม พ.ศ. 2461 การดำเนินงานได้รับเงินสนับสนุนจากสุขาภิบาล

(9) โรงพยาบาลนครนายก (พ.ศ. 2466) รวมเงินบริจาคโดยข้าราชการ พ่อค้า และประชาชนทั่วไปได้เงิน 5,145 บาท

(10) โรงพยาบาลโรคเรื้อน (พ.ศ. 2466) พระประแดง สมุทรปราการ เปิดทำการ 4 พฤษภาคม 2466 ในสังกัดของสภากาชาดสยาม ได้รับเงินสนับสนุนจากรัชกาลที่ 6 พระบรมวงศานุวงศ์ ข้าราชการ พ่อค้าประชาชนทั่วไป กระทรวงพระคลังมหาสมบัติจ่ายเงินบำรุงรายปี 25,000 บาท

(11) โรงพยาบาลสงขลา (พ.ศ. 2468) ได้เงินจากการบริจาคของพ่อค้าประชาชนจำนวน 170,573 บาท เปิดให้บริการ 26 มิถุนายน พ.ศ. 2468

(12) โรงพยาบาลเจ้าพระยายมราช (ปั้น สุขุม) ที่จังหวัดสุพรรณบุรี (ตั้งขึ้นอย่างน้อยก่อนปี พ.ศ. 2470[83]) ภายหลังยกให้อยู่ภายใต้การควบคุมของกระทรวงสาธารณสุข

(13) โรงพยาบาลเชียงใหม่

(14) โรงพยาบาลนครสวรรค์

(15) โรงพยาบาลนครไชยศรี

---

[82] ราชกิจจานุเบกษา, "แจ้งความกระทรวงธรรมการ แผนกกรมมหาวิทยาลัย เรื่อง ทรงมอบโรงพยาบาลศรีมหาราชาแก่จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย และพระราชทานพระราชทรัพย์บำรุง" (เล่ม ๓๕ วันที่ ๗ เมษายน พ.ศ. ๒๔๖๑ หน้า 33, 2461), http://www.ratchakitcha.soc.go.th/DATA/PDF/2461/D/33.PDF.

[83] ราชกิจจานุเบกษา, "แจ้งความกระทรวงมหาดไทย เรื่อง มีผู้บริจาคทรัพย์บำรุงโรงพยาบาลเจ้าพระยายมราช จังหวัดสุพรรณบุรี" (เล่ม ๔๔ วันที่ ๒๙ พฤษภาคม พ.ศ.๒๔๗๐, 2470), http://www.ratchakitcha.soc.go.th/DATA/PDF/2470/D/665.PDF.

โรงพยาบาลที่สร้างโดยมิชชันนารี ก่อนปี พ.ศ. 2475

(1) โรงพยาบาลที่เพชรบุรี (พ.ศ. 2423) เป็นโรงพยาบาลแห่งแรกตั้งโดยมิชชันนารีอเมริกัน นับเป็นโรงพยาบาลทันสมัยแห่งแรกในส่วนภูมิภาคของประเทศไทย ก่อนตั้งโรงศิริราชพยาบาล 8 ปี
(2) โรงพยาบาลอเมริกันมิชชัน (พ.ศ. 2431) โรงพยาบาลแห่งแรกในหัวเมืองเชียงใหม่ ปัจจุบันกลายเป็นโรงพยาบาลแมคคอร์มิค
(3) โรงพยาบาลมิชชันนารีนครศรีธรรมราช (พ.ศ. 2447) กระทรวงธรรมการให้งบประมาณ 4,000 บาท
(4) โรงพยาบาลมิชชันพิษณุโลก (พ.ศ. 2449) ผู้ว่าราชการจังหวัดพิษณุโลกอนุมัติเงินก้อนหนึ่งเพื่อสร้างโรงพยาบาล
(5) โรงพยาบาลโรคเรื้อน (พ.ศ. 2451) เชียงใหม่ ดำเนินการโดยมิชชันนารีอเมริกัน นายแพทย์ เจมส์ แมคเคน (Dr James McKean)[84] โดยได้รับการสนับสนุนด้านทุนทรัพย์จากเจ้าหลวง กรมพระยาดำรงฯ สภาอุณาโลมแดง ข้าราชการ พ่อค้า ประชาชน และคริสตจักรในต่างประเทศ ปัจจุบันเป็นโรงพยาบาลแมคเคน
(6) โรงพยาบาลโอเวอร์บรูคส์ (พ.ศ. 2455) จังหวัดเชียงราย
(7) โรงพยาบาลมิชชันตลาดทับเที่ยง (พ.ศ. 2456) จังหวัดตรัง
(8) โรงพยาบาลแพร่คริสเตียน (พ.ศ. 2456)
(9) โรงพยาบาลโรคเรื้อน (พ.ศ. 2468) นครศรีธรรมราช ดำเนินการโดยมิชชันนารีได้รับเงินอุดหนุนจากรัฐบาลปีละ 4,000 บาท
(10) โรงพยาบาลมิชชันนารีในจังหวัดน่าน (พ.ศ. 2472)
(11) โรงพยาบาลแวนแซนวูร์ด จังหวัดลำปาง
(12) โรงพยาบาลมิชชันราชบุรี

จะเห็นได้ว่า สถานพยาบาลในพื้นที่ส่วนภูมิภาคหลายแห่งมักเป็นโรงพยาบาลที่สร้างโดยเอกชน เอกชนร่วมกับรัฐ เงินของท้องถิ่น การบริจาคของพระบรมวงศานุวงศ์ และการบริจาคจากข้าราชการหรือประชาชน อย่างไรก็ตาม เมื่อตั้งโรงพยาบาลขึ้นตามหัวเมืองแล้ว องค์ประกอบสำคัญที่ติดตามมาคือการมีแพทย์ประจำอยู่ในแต่ละพื้นที่

2.3.2 แพทย์ประจำเมืองและตำบล

สำหรับด้านบริการการแพทย์ที่ส่วนกลางส่งเสริมให้มี “แพทย์ประจำเมือง” สังกัดกรมพยาบาล กระทรวงมหาดไทย โดยจัดเพียงเมืองละหนึ่งคน สำหรับตำแหน่งแพทย์ประจำเมืองสัมพันธ์กับการปฏิรูประบบราชการในปี พ.ศ. 2435 เมื่อเกิดการเปลี่ยนแปลงจากระบบหัวเมืองเดิมสู่ระบบมณฑลเทศาภิบาลและส่วนกลางส่งข้าราชการไปควบคุมมณฑลแทนเจ้าเมืองท้องถิ่นเดิม ข้าราชการเหล่านี้จึงนำแพทย์จากกรุงเทพฯ ไปด้วยเพื่อเป้าหมายหลักคือเน้นรักษาพยาบาล (บำบัดโรค) มากกว่าที่จะทำหน้าที่ป้องกันโรค และมักให้การรักษาแก่บรรดาข้าหลวงเทศาภิบาล ข้าราชการและครอบครัวของตนเอง[85] ต่อมาในปี พ.ศ. 2442 สมเด็จกรมพระยาดำรงราชานุ

[84] International Leprosy Association - History of Leprosy, “Chiang Mai (Thailand),” International Leprosy Association - History of Leprosy, accessed May 15, 2022, https://leprosyhistory.org/geographical_region/site/chaing-mai.
[85] นภนาท อนุพงศ์พัฒน์, *รอยเวลา: เส้นทางประวัติศาสตร์สุขภาพ*, 135.

ภาพเสนอว่า แพทย์ประจำเมืองควรต้องเป็นผู้ที่มีความรู้ด้านการผ่าตัดบาดแผลด้วย อันหมายถึงแพทย์ที่มีความรู้แบบตะวันตกซึ่งในสมัยนั้นมีเพียงแพทย์ที่จบจากโรงเรียนแพทยาลัย หรือแพทย์ที่เป็นชาวต่างชาติเท่านั้น ด้วยเหตุนี้กระทรวงมหาดไทยในฐานะต้นสังกัดของแพทย์ประจำเมืองจึงต้องทำเรื่องขอแพทย์ที่จบจากโรงเรียนแพทยาลัยเพื่อไปเป็นแพทย์ประจำเมืองต่าง ๆ โดยอัตราเงินเดือนสำหรับแพทย์ที่มีประกาศนียบัตรอยู่ที่ 80 บาท ส่วนแพทย์ประจำเมืองที่ไม่มีประกาศนียบัตรได้เงินเดือน 30-60 บาท แพทย์ประจำเมืองถือเป็นตำแหน่งพนักงานราชการของหัวเมือง อยู่ภายใต้บังคับบัญชาของสมุหเทศาภิบาลและผู้ว่าราชการเมือง มีหน้าที่รับผิดชอบงานพยาบาลและสุขาภิบาลหัวเมือง ตรวจงานของแพทย์ประจำตำบล รักษาพยาบาลข้าราชการ ครอบครัว รวมถึงตำรวจภูธรและนักโทษ ดูแลเรื่องการควบคุมป้องกันโรคระบาด เช่น ปลูกฝีป้องกันไข้ทรพิษ[86] อย่างไรก็ตาม หน้าที่ความรับผิดชอบของหมอประจำเมืองยังคงไม่ได้รวมถึงประชาชนคนทั่วไป หากมีประชาชนเจ็บป่วยมาขอความช่วยเหลือก็ให้การรักษาตามสมควรแต่ไม่ถือเป็นงานราชการ[87] เพราะฉะนั้นการรักษาพยาบาลเมื่อป่วยไข้ของประชาชนในพื้นที่หัวเมืองจึงยังต้องพึ่งตนเอง หรือหมอเชลยศักดิ์เป็นหลัก[88]

"หมอเชลยศักดิ์" หรือ "แพทย์เชลยศักดิ์" ในที่นี้หมายถึงหมอชาวบ้านที่รับรักษาคนทั่วไป โดยมีวิธีการรักษาทั้งตำรับยาไทยและยาจีน ซึ่งเป็นการรักษาชาวบ้านด้วยวิถีแบบดั้งเดิมของสังคมสยาม บางคนอาจเรียนรู้วิชาการรักษาแบบดั้งเดิมผ่านการถ่ายทอดแบบเล่าปากต่อปากและคัดลอกตำราด้วยลายมือ โดยการถ่ายทอดยังคงจำกัดอยู่เพียงภายในวงศ์ตระกูล บางกรณีอาจได้รับการฝึกฝนหรือเล่าเรียนจากอาจารย์ที่เป็นหมอ หรือเป็นการรับเข้ามาเป็นผู้ติดตามรับใช้ใกล้ชิดจนกลายเป็นเสมือน "ลูกศิษย์ก้นกุฏิ"[89] กระทั่งบางคนใช้วิธีศึกษาจากตำราและทดลองฝึกหัดเองจนชำนาญและตั้งตนเป็นหมอรับรักษาคนป่วย[90] ด้วยเหตุนี้ สถานะความเป็นทางการระหว่างแพทย์ประจำเมืองกับแพทย์เชลยศักดิ์จึงยังมีศักดิ์และสิทธิ์ไม่เท่ากัน ทั้งในเรื่องของกระบวนการได้รับความรู้และ

---

[86] ยุวดี ตปนียากร, *วิวัฒนาการของการแพทย์ไทยตั้งแต่สมัยเริ่มต้นจนถึงสิ้นสุดรัชกาลพระบาทสมเด็จพระจุลจอมเกล้าเจ้าอยู่หัว*, (วิทยานิพนธ์, อักษรศาสตรมหาบัณฑิต แผนกวิชาประวัติศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2522), 241-243.

[87] เพ็ญศรี กวีวงศ์ประเสริฐ, บทบาทของรัฐต่อปัญหาสุขภาพประชาชน (พ.ศ. 2325 - หลังเปลี่ยนแปลงการปกครอง พ.ศ. 2475), (วิทยานิพนธ์, สาขาสังคมศาสตร์การแพทย์และสาธารณสุข บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2528), 68.

[88] เรื่องเดียวกัน, 70.

[89] วีรวัฒน์ อำพันสุข, "หนังสือแพทย์ศาสตร์สงเคราะห์ : มรดกภูมิปัญญาท้องถิ่น," *รังสิตสารสนเทศ* 2, no. 5 (2542): 61–75.

[90] ยุวดี ตปนียากร, *วิวัฒนาการของการแพทย์ไทยตั้งแต่สมัยเริ่มต้นจนถึงสิ้นสุดรัชกาลพระบาทสมเด็จพระจุลจอมเกล้าเจ้าอยู่หัว*, (วิทยานิพนธ์, อักษรศาสตรมหาบัณฑิต แผนกวิชาประวัติศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2522), 52-53

การฝึกฝนของแพทย์ประจำเมืองที่เป็นระบบกว่าแพทย์เชลยศักดิ์ แพทย์ประจำเมืองยังถือเป็นผู้เข้ารับราชการมีเงินเดือนขณะที่แพทย์เชลยศักดิ์ไม่มี

กระนั้นก็ตาม แม้จะมีคำสั่งว่าแพทย์ประจำเมืองควรเป็นแพทย์ที่มีความรู้แบบตะวันตก แต่ในทางปฏิบัติแพทย์ประจำเมืองต่าง ๆ ล้วนประกอบไปด้วยทั้งแพทย์ที่ทั้งมีและไม่มีประกาศนียบัตร อันเป็นผลสืบเนื่องจากการที่โรงเรียนแพทย์ผลิตแพทย์ได้ไม่เพียงพอกับความต้องการ ในระหว่างปี พ.ศ. 2436 ซึ่งเป็นปีแรกที่มีผู้จบการศึกษาโรงเรียนแพทยาลัย จนถึงปี พ.ศ. 2442 ซึ่งกำหนดให้แพทย์ประจำเมืองต้องมีประกาศนียบัตร ระยะเวลา 6 ปีนั้นมีผู้สำเร็จการศึกษาแพทย์เพียง 33 คน และเป็นผู้ที่เข้ารับราชการในกระทรวงมหาดไทยแค่ 12 คน แม้หลังจากนั้นระหว่างปี พ.ศ. 2443 – 2453 จะมีแพทย์ที่มีประกาศนียบัตรเพิ่มเป็น 128 คน แต่กลับมีผู้สมัครเข้าทำงานกับกระทรวงมหาดไทยเพียง 29 คนเท่านั้น ทั้งที่มีเมืองมากถึง 93 แห่งที่ต้องการแพทย์ประจำเมือง ทำให้บ่อยครั้งกระทรวงธรรมการซึ่งดูแลด้านการผลิตแพทย์จึงส่งหมอเชลยศักดิ์ที่ไม่มีประกาศนียบัตรออกไปแทน แต่จะเป็นหมอเชลยศักดิ์ที่ได้รับการสอบคัดเลือกจากกระทรวงธรรมการแล้ว ทั้งนี้ ยังมีแพทย์อีกกลุ่มหนึ่งที่ไม่ได้จบจากโรงเรียนแพทยาลัยที่กระทรวงธรรมการส่งไปประจำหัวเมือง คือแพทย์ที่สำเร็จการศึกษาจากโรงเรียนเวชสโมสรของพระยาพิศณุประสาตรเวช ซึ่งเป็นโรงเรียนที่ผลิตเฉพาะแพทย์แผนไทย บางมณฑลใช้วิธีจ้างหมอเชลยศักด์ในท้องที่ของตนเอง หรือบางมณฑลจ้างแพทย์ชาวตะวันตกให้ทำหน้าที่แพทย์ประจำเมืองเพื่อแก้ปัญหาเมื่อไม่มีแพทย์ประจำเมือง เช่น กรณีเมืองเชียงราย มณฑลภูเก็ต และมณฑลพายัพ ได้จ้างมิชชันนารีเป็นหมอประจำเมือง[91]

ปัญหาอีกประการที่ดำรงอยู่ควบคู่กับปัญหาแพทย์ไม่เพียงพอ คือความไม่พร้อมของกระทรวงมหาดไทย ได้แก่ หลายเมืองแพทย์กลับไม่มีสถานที่ในการรักษาพยาบาลโดยเฉพาะ ได้รับงบประมาณจัดซื้อที่น้อยมาก ไม่เพียงพอที่จะซื้อยามารักษาผู้เจ็บป่วย รวมถึงยังขาดแคลนเครื่องมืออุปกรณ์แพทย์แบบตะวันตก ปัญหาเหล่านี้ทำให้แพทย์ประจำเมืองซึ่งบางส่วนเป็นแพทย์แบบตะวันตก ต้องใช้วิธีหาสมุนไพรพื้นบ้านมาเพื่อรักษาคนป่วย ซึ่งไม่ใช่วิธีการรักษาตามที่แพทย์ประกาศนียบัตรได้เล่าเรียนมา ทำให้แพทย์บางส่วนที่ถูกส่งไปตามหัวเมืองมักขอกลับกรุงเทพฯ หรือขอเปลี่ยนไปทำหน้าที่อย่างอื่น[92]

---

[91] ยุวดี ตปนียากร, *วิวัฒนาการของการแพทย์ไทยตั้งแต่สมัยเริ่มต้นจนถึงสิ้นสุดรัชกาลพระบาทสมเด็จพระจุลจอมเกล้าเจ้าอยู่หัว,"*(วิทยานิพนธ์, อักษรศาสตรมหาบัณฑิต แผนกวิชาประวัติศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2522), 243-244.

[92] ยุวดี ตปนียากร, 246.

นอกจากระบบแพทย์ประจำเมืองแล้ว ยังมีตำแหน่ง "แพทย์ประจำตำบล" ซึ่งเกิดจากข้อเสนอของข้าหลวงมณฑลพิษณุโลกในปี พ.ศ. 2449 ที่ต้องการให้ผู้ใหญ่บ้านและกำนันอันเป็นตำแหน่งที่เกิดใหม่ตามพระราชบัญญัติปกครองท้องที่ พ.ศ. 2440 เลือกแพทย์ในตำบลขึ้นมาตำบลละ 2 คน และให้รัฐบาลตั้งแพทย์ประจำตำบลผู้นั้นให้มีฐานะเป็นผู้ใหญ่บ้านทำหน้าที่รักษาพยาบาลราษฎรในพื้นของตน สมเด็จกรมพระยากรมพระยาดำรงฯ ในฐานะเสนาบดีกระทรวงมหาดไทยเห็นด้วยกับข้อเสนอนี้ แม้จะตระหนักว่าคนที่จะมารับตำแหน่งหมอประจำตำบลคงมาจากหมอเชลยศักดิ์ซึ่งเป็นแพทย์แผนดั้งเดิม ไม่มีความรู้ด้านการรักษาพยาบาลแบบสมัยใหม่ และเดิมที่ไม่ได้เป็นแพทย์อย่างเดียว มักประกอบอาชีพอื่นไปด้วย เช่น ทำนา ค้าขาย หากมีใครเจ็บป่วยมาขอยาก็จ่ายยาให้ไป[93] แต่กระนั้น ก็เล็งเห็นประโยชน์จากการตั้งแพทย์ประจำตำบล โดยเห็นว่าแพทย์ประจำตำบลน่าจะหนุนเสริมการทำงานของแพทย์ประจำเมืองที่มีอยู่แล้ว ขณะเดียวกันแพทย์ประจำเมืองก็สามารถถ่ายทอดความรู้ให้แพทย์ประจำตำบลได้เช่นกัน อีกประการคือเนื่องจากแพทย์ประจำตำบลมักเป็นหมอที่มีอยู่แล้วในท้องถิ่นจึงสามารถทำหน้าที่เป็นผู้จดทะเบียนคนเกิดและตาย อันเป็นประโยชน์ต่อการทำสำมะโน ระบบแพทย์ประจำตำบลนี้ได้เริ่มทดลองในมณฑลพิษณุโลก และได้ขยายเป็นกิจลักษณะในปี พ.ศ. 2450 โดยมอบหมายให้ข้าหลวงเทศาภิบาลมณฑลต่าง ๆ สั่งการให้กำนันผู้ใหญ่บ้านเลือกแพทย์ในท้องถิ่นเพื่อตั้งเป็นแพทย์ประจำตำบล ตำบลละ 1 คน หากตำบลใดไม่มีให้รวมเข้ากับตำบลอื่นโดยผู้ว่าราชการเมืองจะมีการออกหมายตั้งอย่างเป็นทางการ[94]

แพทย์ประจำตำบลมีหน้าที่หลักสองประการ คือ จำหน่ายยาโอสถสภาในตำบลของตนและปลูกฝีป้องกันไข้ทรพิษ โดยมีแพทย์ประจำเมืองเป็นผู้ฝึกสอน แพทย์ประจำตำบลจะไม่ได้รับเงินเดือนเหมือนข้าราชการทั่วไป แต่ได้รับการยกเว้นค่าราชการและอนุญาตให้เก็บค่ารักษาพยาบาลได้ แพทย์ประจำตำบลโดยมากยังเป็นแพทย์แผนโบราณ แพทย์ประจำตำบลจึงมีบทบาทเป็นแขนขาในการขยายงานรักษาพยาบาลให้กระจายออกไปยังพื้นที่นอกตัวเมือง เมื่องานสาธารณสุขในหัวเมืองถูกโอนย้ายจากกระทรวงธรรมการมาอยู่ในความรับผิดชอบของมหาดไทยช่วงปี พ.ศ. 2455 แพทย์ประจำตำบลจึงได้รับตำแหน่งเป็นหนึ่งในกรรมการของตำบลมีหน้าที่รับผิดชอบเกี่ยวกับด้านจัดการศึกษาและรักษาพยาบาลในตำบล โดยหมอประจำเมืองจะควบคุมกำกับหมอประจำตำบลอีกชั้นหนึ่ง[95]

---

[93] บริรักษ์เวชชการ (บริรักษ์) และคณะ, *การสาธารณสุขและสาธารณูปการ.*

[94] บริรักษ์เวชชการ (บริรักษ์) และคณะ, 246-248.

[95] บริรักษ์เวชชการ (บริรักษ์) และคณะ, 248-250.

2.3.3 โอสถศาลา

ขณะที่การสนับสนุนให้จัดตั้งโอสถศาลาสำหรับจำหน่ายยาเพื่อรักษาอาการป่วยไข้ ถือเป็นรูปแบบบริการรักษาพยาบาลที่สำคัญที่สุดของรัฐในยุคนี้[96] โดยเริ่มต้นประมาณปี พ.ศ. 2438 ตามนโยบายส่งเสริมการตั้งสถานที่ขายยามากกว่าการตั้งโรงพยาบาลหัวเมือง "โอสถศาลา" ส่วนภูมิภาค โดยกรมพยาบาลจะรับผิดชอบส่งหมอไปประจำ ส่วนการหาสถานที่และงบประมาณในการก่อสร้างจะดำเนินการโดยเทศาภิบาลภายใต้สังกัดของกระทรวงมหาดไทย กิจการโอสถศาลาช่วงแรกประสบปัญหาการขาดทุนจึงค่อย ๆ ทยอยปิดกิจการ จากนั้นหลังปี พ.ศ. 2445 รัฐได้สนับสนุนให้เปิดกิจการอีกครั้งในชื่อใหม่ว่า "โอสถสภา" โดยมีพระเจ้าลูกยาเธอพระองค์เจ้าประวิตรวัฒโนดม (พระเจ้าบรมวงศ์เธอ กรมหลวงปราจิณกิติบดี) เป็นประธานซื้อยาจากต่างประเทศ ซึ่งอยู่ภายใต้ความรับผิดชอบของกระทรวงมหาดไทย มีบันทึกถึงการจัดตั้งโอสถศาลาไว้ว่า *"ทุกวันนี้ยารักษาโรคที่เปนยาดีมีคุณมากมายหลายขนาน แต่หากว่ายาเหล่านั้นยังไม่เป็นที่แพร่หลายออกไปถึงราษฎรที่อยู่ตามบ้านป่าเมืองไกลความเจ็บไข้ในท้องที่เหล่านั้น จึงเปนเหตุให้ถึงอันตรายได้มาก...จึงโปรดเกล้าให้ตั้งโอสถสภา..."*[97] ดังนี้ ทำให้มีการส่งยาฝรั่งหรือที่เรียกว่ายาแผนปัจจุบันไปจำหน่ายตามหัวเมืองต่างๆ เช่น ควินิน โคลโรดินแก้อหิวาตกโรค ยาแก้ไข้ ยาแก้บิด ฯลฯ ซึ่งก็ได้รับความนิยมจากประชาชนอย่างมากในช่วงปีแรก[98] ส่วนหนึ่งเป็นไปได้ว่ายาของโอสถสภาพยายามจำหน่ายในราคาที่ถูกแต่ยังคงคุ้มกับต้นทุน ประกอบกับพ่อค้าและข้าราชการบางพื้นที่มักชอบซื้อยาและนำไปแจกจ่ายให้เป็นทานแก่ราษฎรที่ป่วยไข้[99] แม้ว่าการขยายตัวของโอสถสภายังคงเป็นไปด้วยความล่าช้า เห็นได้จากจำนวนของโอสถสภาในปี พ.ศ. 2464 ที่มีรวมกันทั่วประเทศเพียงจำนวน 43 แห่งเท่านั้น[100] แต่อย่างไรก็ตาม โอสถสภาได้มีบทบาทเป็นที่พึ่งพิงให้กับประชาชนในแต่ละพื้นที่อย่างสำคัญ กล่าวคือโอสถสภาหลายแห่งไม่ได้มีหน้าที่เพียงขายยาเท่านั้นแต่มีลักษณะเสมือนเป็นโรงพยาบาลขนาดย่อม แต่จะมีแค่แผนกผู้ป่วยนอกเท่านั้น จึงไม่มีการรับตัวผู้ป่วยไว้รักษาในสถานพยาบาล ลักษณะเช่นนี้เองที่จะกลายเป็นต้นกำเนิดของสุขศาลา สถานีอนามัย

---

[96] เพ็ญศรี กวีวงศ์ประเสริฐ, "บทบาทของรัฐต่อปัญหาสุขภาพประชาชน (พ.ศ. 2325 - หลักเปลี่ยนแปลงการปกครอง พ.ศ. 2475)," 99.

[97] ราชกิจจานุเบกษา, "พระบรมราชโองการ ประกาศ ตั้งโอสถสภา" (เล่ม ๑๙ ตอน ๘ วันที่ ๒๕ พฤษภาคม พ.ศ.๒๔๔๕ หน้า ๑๑๔, 2445).

[98] เพ็ญศรี กวีวงศ์ประเสริฐ, "บทบาทของรัฐต่อปัญหาสุขภาพประชาชน (พ.ศ. 2325 - หลักเปลี่ยนแปลงการปกครอง พ.ศ. 2475)," 75–77.

[99] ราชกิจจานุเบกษา, "แจ้งความกระทรวงมหาดไทย เรื่อง การแจกยาโอสถสภาให้เป็นทานแก่ราษฎรที่ป่วยไข้" (เล่ม ๒๗ ตอนที่ ๐ง วันที่ ๖ พฤศจิกายน พ.ศ. ๒๔๕๓ หน้า ๑๘๔๓, 2453).

[100] อภิชาต สถิตนิรามัย and อิสร์กุล อุณหเกตุ, *ทุน วัง คลัง(ศักดิ)นา สมรภูมิเศรษฐกิจการเมืองไทยกับประชาธิปไตยที่ไม่ลงหลักปักฐาน* (กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์มติชน, 2564), 276.

ศูนย์การแพทย์และอนามัยชนบท ศูนย์การแพทย์และอนามัย และเป็นโรงพยาบาลอำเภอในภายหลัง (สุขศาลา สถานพยาบาลในอดีต)[101]

ในภาพรวม การริเริ่มสร้างโรงพยาบาลได้กลายเป็นจุดเริ่มต้นในการลงทุนด้านโครงสร้างเกี่ยวกับสถานที่และอุปกรณ์การรักษา แม้ว่าการจัดสร้างโรงพยาบาลตลอดจนเงินบำรุงในการดูแลรักษาสถานพยาบาลทั้งหมดในยุคสมัยนี้ เรียกได้ว่ามาจาก "จิตศรัทธา" และการ "ลงขัน" ร่วมกัน ซึ่งนำโดยเหล่าราชสำนักสยามและพระบรมวงศานุวงศ์ที่ได้พระราชทานเงินตั้งต้น รวมถึงการบริจาคของกลุ่มมิชชันนารี พ่อค้าคหบดี ชาวต่างชาติ หรือราษฎรทั่วไปที่พอมีฐานะคนละเล็กละน้อยตามแต่ศรัทธา มากกว่าที่จะเป็นการลงทุนจากงบประมาณของรัฐโดยลำพังก็ตาม แต่กล่าวได้ว่าทศวรรษ 2430 เป็นจุดเริ่มต้นของการขยายตัวของสถานบริการสุขภาพอย่างกว้างขวางในยุคนั้น และด้วยเหตุที่โรงพยาบาลและโอสถศาลา (ในภายหลัง) ค่อย ๆ มีจำนวนแห่งเพิ่มมากขึ้น จึงจำเป็นต้องมีหน่วยงานเพื่อกำกับดูแลกิจการเกี่ยวกับงานสาธารณสุขโดยเฉพาะ จึงทำให้กรมพยาบาลถือกำเนิดขึ้น

2.4 การเปลี่ยนผ่านโครงสร้างสาธารณสุขไทย: จากกรมพยาบาล กรมประชาภิบาล กรมสาธารณสุข สู่กระทรวงสาธารณสุข

ในวันที่ 25 ธันวาคม พ.ศ. 2431 ได้มีการประกาศตั้ง "กรมพยาบาล" เพื่อให้มีพนักงานในกำกับช่วยเหลือดูแลกิจการของโรงพยาบาลวังหน้าที่ได้เปลี่ยนชื่อเป็น "โรงศิริราชพยาบาล" ที่เพิ่งเปิดทำการในปีเดียวกันนี้ กรมพยาบาลจะเข้ามารับหน้าที่แทนคณะกรรมการสร้างโรงพยาบาล โดยมีพระเจ้าน้องยาเธอพระองค์เจ้าศรีเสาวภางค์เป็นอธิบดีบังคับการคนแรก[102] กรมพยาบาลจึงกลายเป็นหน่วยงานที่มีหน้าที่รับผิดชอบจัดการศึกษาวิชาแพทย์ ควบคุมโรงพยาบาลอื่น ๆ และจัดบริการสุขภาพโดยไม่มีค่าใช้จ่ายให้แก่ประชาชน เช่น การจัดหมอปลูกฝีให้เป็นทานแก่ราษฎรตามหัวเมือง[103] ภายหลังเมื่อปรับโครงสร้างระบบบริหารแผ่นดินที่แบ่งเป็น 12 กระทรวงในปี พ.ศ. 2435 กรมพยาบาลจึงย้ายมาสังกัดในกระทรวงธรรมการและทำหน้าที่เป็นศูนย์กลางด้านวิชาการทางการแพทย์ ด้านบุคลากรและอุปกรณ์ต่าง ๆ ด้วย ในภาพรวมแล้ว กรมพยาบาลมีหน้าที่สานต่องานด้านการก่อสร้างสถานบริการ บริหารและจัดการงบประมาณของโรงพยาบาล โอสถศาลา (ทั้งในรูปแบบเงินและสิ่งของที่มีการบริจาค

---

[101] เพ็ญศรี กวีวงศ์ประเสริฐ, "บทบาทของรัฐต่อปัญหาสุขภาพประชาชน (พ.ศ. 2325 - หลักเปลี่ยนแปลงการปกครอง พ.ศ. 2475)," 124–25; Hfocus, "'สุขศาลา' สถานพยาบาลในอดีต," Hfocus, n.d., https://www.hfocus.org/content/2015/10/11092.

[102] ราชกิจจานุเบกษา, "พระบรมราชโองการ ประกาศตั้งกรมพยาบาล" (เล่มที่ ๕ ตอน ๔๐ วันที่ ๑๓ กุมภาพันธ์ พ.ศ. ๑๘๘๘, 2431).

[103] ราชกิจจานุเบกษา, "ประกาศกรมพยาบาล [ทรงพระกรุณาโปรดเกล้า ฯ ให้จัดหมอพร้อมเครื่องมืออุปกรณ์สำหรับปลูกฝีแก่ราษฎรตามหัวเมืองโดยไม่คิดเงิน]" (เล่มที่ ๖ ตอนที่ ๓๕ วันที่ ๑ ธันวาคม พ.ศ. ๑๘๘๙, 2432).

ให้แก่โรงพยาบาล) ดูแลการเรียนการสอนวิชาแพทย์ทั้งหมด พร้อมกับให้บริการรักษาสุขภาพแก่สังคมโดยรวม นอกจากกรมพยาบาลแล้ว ยังมีกระทรวงมหาดไทยที่ร่วมกับกรมพยาบาลรับผิดชอบบริการสุขภาพส่วนหัวเมืองหรือภูมิภาค ขณะที่กระทรวงนครบาลรับผิดชอบงานสุขาภิบาลในพระนคร[104] ดังนั้น ในช่วงแรกโครงสร้างการทำงานสาธารณสุขระหว่างพื้นที่ศูนย์กลางที่กรุงเทพฯ กับบริเวณส่วนภูมิภาคยังคงมีหน่วยงานรับผิดชอบหลากหลายและมีการบริหารจัดการที่แยกออกจากกัน

อย่างไรก็ตาม บทบาทและการดำรงอยู่ของกรมพยาบาลได้มีการปรับเปลี่ยนอยู่หลายครั้ง โดยได้ถูกยุบลงเนื่องจากขาดแคลนงบประมาณเมื่อปี พ.ศ. 2449 และตั้งขึ้นใหม่อีกครั้งในปี พ.ศ. 2455 เพื่อทำหน้าที่ดูแลและวางแผนป้องกันโรคระบาด โดยครั้งนี้ย้ายมาสังกัดกระทรวงมหาดไทย จากนั้นกรมพยาบาลถูกผนวกรวมเข้ากับกรมพลำภังซึ่งทำหน้าที่ดูแลแผนกปกครองท้องที่[105] จึงได้เปลี่ยนชื่อเป็น “กรมประชาภิบาล” ในปี พ.ศ. 2459 เพื่อให้สอดคล้องกับภารกิจที่ได้ขยายตัวออกไปมากขึ้น แต่หนึ่งในเหตุการณ์ที่เกี่ยวข้องกับการปรับเปลี่ยนโครงสร้างของกรมพยาบาลครั้งสำคัญ คือ การควบรวมงานพยาบาลและงานสุขาภิบาลทั้งในเขตพระนครและเขตภูมิภาคให้รวมศูนย์อยู่ที่หน่วยงานที่มีชื่อใหม่ว่า “กรมสาธารณสุข” สังกัดกระทรวงมหาดไทย ในปี พ.ศ. 2461 ดังที่พระบาทสมเด็จพระมงกุฎเกล้าเจ้าอยู่หัว (รัชกาลที่ 6) ดำรัสสั่งว่า *“การสุขาภิบาล พแนกป้องกันความป่วยไข้ให้ความสุขแก่ประชาชน คือ (Public Health) ซึ่งบัดนี้ยังแยกย้ายกันอยู่ทางกระทรวงนครบาลและกระทรวงมหาดไทยเปน ๒ ทางนั้น ทรงพระราชดำริห์ว่า ควรรวมการอันนี้ทำเสียเปนพแนกเดียว...ตั้งขึ้นเปนกรมใหญ่กรมหนึ่ง เรียกว่ากรมสาธารณสุข ให้ขึ้นอยู่ในกระทรวงมหาดไทย”*[106] อันเป็นที่มาที่ทำให้งานสาธารณสุขระหว่างพื้นที่กรุงเทพฯ และส่วนภูมิภาคที่เคยกระจัดกระจายถูกรวมให้เข้ามาอยู่ภายใต้การดูแลของหน่วยงานเพียงกรมเดียวเท่านั้น เหลือเพียงภาระงานแพทยศาสตร์ศึกษาเท่านั้นที่ยังสังกัดกับกระทรวงธรรมการ

ดังนั้น การถือกำเนิดของโรงพยาบาล หน่วยงานอย่างกรมพยาบาลเพื่อกำกับโรงพยาบาล จนวิวัฒนาการมาสู่การจัดตั้งกรมสาธารณสุขขึ้นนั้น แสดงให้เห็นถึงบริบทงานด้านสาธารณสุขของสังคมไทยที่ได้เปลี่ยนแปลงไป

---

[104] เพ็ญศรี กวีวงศ์ประเสริฐ, “บทบาทของรัฐต่อปัญหาสุขภาพประชาชน (พ.ศ. 2325 - หลักเปลี่ยนแปลงการปกครอง พ.ศ. 2475),” 49–51.

[105] กรมพลำภัง ทำหน้าที่แผนกปกครองท้องที่ เป็นกรมในกระทรวงมหาดไทย จนกระทั่งปี ๒๔๗๖ กรมพลำภังเปลี่ยนชื่อเป็นกรมมหาดไทย ส่วนชื่อ “พลำภัง” (พะ-ลำ-พัง) นั้นนำไปใช้เรียกกองพลำภัง สังกัดกรมมหาดไทย ในราชการบริหารส่วนกลาง จนใน พ.ศ. ๒๔๘๕ กองพลำภังเปลี่ยนชื่อเป็น “กองการปกครอง” และใน พ.ศ. ๒๕๐๕ กรมมหาดไทย (ซึ่งเดิมคือกรมพลำภัง) ได้เปลี่ยนชื่อเป็น กรมการปกครอง สังกัดกระทรวงมหาดไทย โปรดดูรายละเอียดใน สำนักงานราชบัณฑิตยสภา and ปิยรัตน์ อินทร์อ่อน, “กรมพลำภัง,” สำนักงานราชบัณฑิตยสภา, 2553, https://bit.ly/3vMdndl.

[106] ราชกิจจานุเบกษา, “ประกาศ ตั้งกรมสาธารณสุขและตั้งอธิบดีกรมสาธารณสุข” (เล่ม ๓๕ วันที่ ๗ ธันวาคม ๒๔๖๑ หน้า ๓๐๒-๓, 2461).

อย่างมาก โดยเฉพาะการรวมเอาการจัดการด้านสาธารณสุขเข้าเป็นเนื้อเดียวกันกับการจัดการปกครองพื้นที่ของงานมหาดไทย ซึ่งได้กลายเป็นจุดเริ่มต้นของศิลปะในการปกครองรูปแบบหนึ่งที่ดำรงอยู่ไปกระทั่งยุคหลัง 2475 กระทั่งเริ่มเห็นการปรับเปลี่ยนอีกครั้งในสมัยจอมพล ป. พิบูลสงคราม (พ.ศ. 2481-87) ที่งานสาธารณสุขเริ่มมีลักษณะที่เป็นเอกเทศและมีลักษณะชำนัญพิเศษ (specialization) ที่แยกต่างหากจากงานปกครองมากขึ้น จนในที่สุดก็แตกตัวออกมาเป็น “กระทรวงสาธารณสุข” ในปี พ.ศ. 2485 เพื่อรวมศูนย์กิจการด้านการแพทย์และสาธารณสุข อันเป็นที่มาของกำเนิด “กรมการแพทย์” ด้วยเช่นกัน

ทั้งนี้ การเปลี่ยนผ่านของงานด้านสาธารณสุขยังสะท้อนให้เห็นจากมิติของ “กำลังคน” หรือบุคลากรทางการแพทย์ ซึ่งเป็นการเปิดที่ทางให้ราษฎรทั่วไปมีโอกาสเข้าสู่การศึกษาวิชาแพทย์มากยิ่งขึ้น ขณะเดียวกัน “องค์ความรู้และวิธีการผลิตแพทย์” ได้กลายเป็นอีกประเด็นสำคัญที่จะค่อย ๆ ทวีความซับซ้อนมากยิ่งขึ้น ซึ่งเป็นผลสืบเนื่องจากการขยายตัวของงานด้านสาธารณสุขโดยรวม

2.5 กำลังคน องค์ความรู้ และจุดตั้งต้นการผลิตแพทย์ในสังคมไทย

2.5.1 กำเนิดโรงเรียนแพทย์และวิธีการผลิตแพทย์

เมื่อเข้าสู่ช่วงทศวรรษ 2430 ได้มีความก้าวหน้าสำคัญเกี่ยวกับการผลิตแพทย์เพื่อเพิ่มกำลังคน โดยรัฐได้ก่อตั้งโรงเรียนผลิตแพทย์แบบตะวันตกชื่อว่า “โรงเรียนแพทยากร” ซึ่งเป็นโรงเรียนแห่งแรกของสยามที่มุ่งผลิตแพทย์และพยาบาลภายใต้การดูแลของกรมพยาบาล โดยได้เปิดทำการสอนวันแรกในวันที่ 5 กันยายน พ.ศ. 2433[107] ในปีเดียวกันได้มีการปรับปรุงอาคารเรียนและเปลี่ยนชื่อเป็น “โรงเรียนราชแพทยาลัย” การเรียนการสอนในโรงเรียนราชแพทยาลัยช่วงแรกจะใช้ตำราแพทยศาสตร์สงเคราะห์ โดยมีหลักสูตรการเรียนสำหรับการแพทย์แผนตะวันตกและแพทย์แผนไทยปะปนกัน การรับนักเรียนรุ่นแรกกำหนดความรู้เดิมเพียงอ่านออกเขียนได้เท่านั้นและจะใช้เวลาเรียน 3 ปีจึงจะจบหลักสูตร ขณะที่การสมัครเข้าเรียนนั้นผู้เรียนไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายใด ๆ หากแต่ยังได้รับพระราชทานเบี้ยเลี้ยงคนละ 12 บาทด้วย เมื่อเรียนจบแล้วจึงจะรับเงินเดือนประมาณ 25-40 บาท นอกจากนี้ เมื่อกรมพระยาชัยนาทนเรนทรเข้ามาเป็นผู้บังคับบัญชาของโรงเรียนในปี พ.ศ. 2457 ได้เน้นวิชาวิทยาศาสตร์การแพทย์พื้นฐานมากขึ้นและได้เปิดการสอนวิชาเภสัชศาสตร์เป็นครั้งแรก รวมทั้งการจ้างอาจารย์ชาวต่างประเทศมาสอนวิชาต่าง ๆ เป็นจำนวนมาก จนกระทั่งในปี พ.ศ. 2460 เกิดการเปลี่ยนแปลงสำคัญของโรงเรียน

[107] พิทักษ์พล วิสุทธิ์อัมพร, “๑๓ ทศวรรษโรงพยาบาลศิริราชและคณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล พ.ศ.2431-2561: 130 โรงพยาบาลของแผ่นดิน.”

แพทยาลัย คือมีการรวมโรงเรียนแพทยาลัยกับโรงเรียนข้าราชการพลเรือนเข้าด้วยกันเพื่อก่อตั้งเป็นจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย โรงเรียนแพทยาลัยจึงกลายเป็นคณะแพทยศาสตร์ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยหลังจากนั้น อย่างไรก็ตาม ปัญหาสำคัญที่เกิดขึ้นในช่วงแรกของการเรียนการสอนวิชาการแพทย์ คือ การผลิตแพทย์ได้แต่ละปี ยังคงมีจำนวนไม่มากพอต่อความต้องการ มาตรฐานในการเรียนการสอนวิชาการแพทย์ยังค่อนข้างต่ำและขาดแคลนเครื่องมืออุปกรณ์หลายอย่าง

ปัญหาเรื่องจำนวนแพทย์ที่ไม่เพียงพอ เห็นได้จากการที่รัฐไม่สามารถตั้งแพทย์ประจำอำเภอได้ ในช่วงทศวรรษ 2440 เวลานั้นพบว่ามีจำนวนแพทย์ประเภท “ดี” เพียง 106 คนต่อประชากร 7 ล้านคน และมีอำเภอจำนวน 104 แห่งที่ไม่มีแพทย์เลย[108] ภาวะการขาดแคลนแพทย์ยังสังเกตเห็นได้ในพระราชบัญญัติเกณฑ์ทหารรัตนโกสินทรศก 124 ที่เริ่มบังคับครั้งแรกในปี พ.ศ. 2448 ที่เดิมที่ได้มีการยกเว้นแก่กลุ่มคนเพียงบางกลุ่ม เช่น พระสงฆ์ ข้าราชการ ผู้ทุพพลภาพ นักศึกษา ผู้ต้องดูแลบิดามารดาที่ทุพพลภาพ บุคคลต้องโทษคุมขัง หรือคนป่าคนดอย ฯลฯ แต่มิได้ยกเว้นเกณฑ์ทหารให้แก่กลุ่มแพทย์เชลยศักดิ์มาก่อน[109] อย่างไรก็ตาม ในปี พ.ศ. 2453 ได้มีประกาศแก้ไขพระราชบัญญัติเกณฑ์ทหารรัตนโกสินทรศก 124 เพื่อ “ยกเว้นให้แก่แพทย์เชลยศักดิ์” จากการเกณฑ์ทหารชั่วคราว[110] โดยกำหนดว่าให้ยกเว้นได้อัตราตำบลละหนึ่งคน ซึ่งผู้ที่จะได้รับสิทธิ์นี้จะต้องมีคุณสมบัติสองประการ คือ เป็นผู้มีคุณวุฒิทำการแพทย์เป็นและเป็นผู้ที่ได้รับใบตั้งจากเจ้าหน้าที่แห่งราชการให้เป็นแพทย์ประจำตำบล ถ้าเป็นแพทย์ประจำในพื้นที่กรุงเทพฯ จะได้รับใบตั้งจากกระทรวงนครบาล หากเป็นแพทย์ประจำในหัวเมืองต่าง ๆ กระทรวงมหาดไทยจะเป็นผู้รับผิดชอบ[111] การยกเว้นดังกล่าวแสดงให้เห็นถึงความไม่เพียงพอของจำนวนแพทย์ประจำในแต่ละพื้นที่ ซึ่งการยกเว้นจะดำเนินไปอย่างต่อเนื่องกระทั่งสยามเข้าร่วมในสงครามโลกครั้งที่ 1 (พ.ศ.

---

[108] อภิชาต สถิตนิรามัย และ อิสร์กุล อุณหเกตุ, *ทุน วัง คลัง(ศักดิ)นา สมรภูมิเศรษฐกิจการเมืองไทยกับประชาธิปไตยที่ไม่ลงหลักปักฐาน*, 269–70.

[109] ราชกิจจานุเบกษา, “พระราชบัญญัติลักษณเกณฑ์ทหาร รัตนโกสินทร์ ศก ๑๒๔” (เล่ม ๒๒ หน้า ๕๑๓ วันที่ ๓ กันยายน ๑๒๔, 2448), http://www.ratchakitcha.soc.go.th/DATA/PDF/2448/023/513.PDF.

[110] ราชกิจจานุเบกษา, “ประกาศแก้ไขพระราชบัญญัติลักษณเกณฑ์ทหารรัตนโกสินทร์ ศก ๑๒๔ มาตรา ๑๓ - ๑๔” (เล่ม ๒๗ ตอนที่ ๐ ก หน้า ๑๔๐ วันที่ ๑๕ มกราคม ๑๒๙, 2453), http://www.ratchakitcha.soc.go.th/DATA/PDF/2453/A/139.PDF.

[111] ราชกิจจานุเบกษา, “กฎเสนาบดี ยกเว้นแพทย์เชลยศักดิ์ จากการเกณฑ์ทหารชั่วคราว” (เล่ม ๒๗ ตอนที่ ๐ ก หน้า ๙๐ วันที่ ๑ มกราคม ๑๒๙, 2453), http://www.ratchakitcha.soc.go.th/DATA/PDF/2453/A/90_1.PDF.

2457-2461) จึงได้กลับมาเรียกเกณฑ์แพทย์เชลยศักดิ์อีกครั้งในปี พ.ศ. 2460 เพื่อให้เตรียมพร้อมสำหรับทำหน้าที่เป็นแพทย์ทหาร[112]

ขณะที่ปัญหาเรื่องมาตรฐานและภาวะขาดแคลนอุปกรณ์ ยังสะท้อนให้เห็นจากการที่นายแพทย์วิคเตอร์ ไฮเซอร์ (Victor Heiser) ผู้อำนวยการฝ่ายสาธารณสุขระหว่างประเทศภาคตะวันตกของมูลนิธิร็อกเกอะเฟลเลอร์ (Rockefeller Foundation) ได้ถูกเชิญให้มาสำรวจกิจการโรงเรียนราชแพทยาลัยและให้คำแนะนำต่อการปรับปรุงวิชาแพทยศาสตร์ศึกษาเมื่อปี พ.ศ. 2458 เนื่องจากรัฐบาลสยามซึ่งนำโดยสมเด็จฯ กรมพระยาชัยนาทนเรนทร ผู้บัญชาการราชแพทยาลัยได้ขอความช่วยเหลือให้ช่วยปรับปรุงวิชาแพทยศาสตร์ศึกษา ประกอบกับนโยบายของมูลนิธิฯ ที่ต้องการช่วยเหลือประเทศกำลังพัฒนาในด้านต่าง ๆ อยู่แล้ว[113] ไฮเซอร์ได้เขียนบันทึกไว้เมื่อครั้งที่ได้เข้าเฝ้าพระบาทสมเด็จพระมงกุฎเกล้าเจ้าอยู่หัว และได้ถวายความคิดเห็นแก่พระองค์เกี่ยวกับโรงเรียนแพทย์ ณ ขณะนั้นอย่างตรงไปตรงมาว่า *"ฉันได้ไปเยี่ยมชมโรงเรียนแพทย์ทั่วโลกทั้งในตะวันตกและตะวันออก...ฉันเสียใจมากที่จะบอกว่าโรงเรียนแพทย์ของพระองค์แย่ที่สุดเท่าที่ฉันเคยเห็นมา [I have visited medical schools all over the world, West as well as East...I regret very much to say that Your Majesty's Royal Medical School is the poorest I have ever seen] (แปลโดยผู้วิจัย)"*[114] ไฮเซอร์ยังได้เขียนรายงานเกี่ยวกับโรงเรียนแพทยาลัยไว้อีกว่าวิชาต่าง ๆ ที่สอนกันอยู่ในโรงเรียนแพทย์นั้นมีสภาพเหมือนกับโรงเรียนแพทย์ระดับล่าง (the poorer grade medical school) ในสหรัฐอเมริกา เครื่องมืออุปกรณ์ในการเรียนการสอนก็ไม่ค่อยมี และเสนอว่ามูลนิธิฯ อยากให้ความช่วยเหลือเพื่อพัฒนาแพทยศาสตร์ศึกษาในสยามโดยการส่งที่ปรึกษาชาวต่างชาติมาช่วยให้คำแนะนำ ซึ่งน่าจะเป็นโอกาสดีสำหรับการพัฒนาสุขภาพของผู้คนในตะวันออก[115] ขณะที่นายแพทย์มิลฟอร์ด อี บาร์นส์ (Milford E. Barnes) ตัวแทนมูลนิธิร็อคกี้เฟลเลอร์ ซึ่งเป็นผู้ทำโครงการต่อต้านพยาธิปากขอในเชียงใหม่ก็ได้สนับสนุนให้เกิดการสร้างความร่วมมือระหว่างมูลนิธิฯ กับโรงเรียนแพทย์ของสยาม บาร์นส์เห็นว่าการยกระดับมาตรฐานคณะแพทยศาสตร์เป็นการแก้ไขที่หัวใจของปัญหาสาธารณสุขตามนโยบายของมูลนิธิฯ[116]

---

[112] ราชกิจจานุเบกษา, "พระราชบัญญัติลักษณะเกณฑ์ทหาร พ.ศ. ๒๔๖๐" (เล่ม ๓๔ หน้า ๒๕๙ วันที่ ๒๗ มิถุนายน ๒๔๖๐, 2460), http://www.ratchakitcha.soc.go.th/RKJ/announce/search_result.jsp?SID=F293025F7E5BD7D2BE972FF42BBC3485.

[113] Hfocus, "มูลนิธิร็อคกี้เฟลเลอร์กับระบบสาธารณสุขไทย," Hfocus, January 26, 2558, https://www.hfocus.org/content/2015/01/9155.

[114] Victor Heiser, *An American Doctor's Odyssey: Adventures in Forty-Five Countries* (New York: W.W.Norton, 1936), 482.

[115] ทวีศักดิ์ เผือกสม, *เชื้อโรค ร่างกาย และรัฐเวชกรรม* (กรุงเทพฯ: อิลลูมิเนชั่นส์ เอดิชั่นส์, 2561), 183–84.

[116] ทวีศักดิ์ เผือกสม, 185.

การเจรจาความร่วมมือระหว่างสยามและมูลนิธิร็อกเกอะเฟลเลอร์ได้เกิดขึ้นอย่างจริงจังในเดือนตุลาคม พ.ศ 2465 ส่วนหนึ่งเป็นผลมาจากสมเด็จพระราชบิดาเจ้าฟ้ากรมหลวงสงขลานครินทร์ พระบิดาแห่งการแพทย์ของประเทศไทยทรงเป็นกำลังสำคัญในการดึงมูลนิธิร็อกเกอะเฟลเลอร์เข้ามาช่วยดูแลปรับปรุงหลักสูตร และยังได้บริจาคพระราชทรัพย์ส่วนพระองค์ในการสร้างอาคารและส่งแพทย์ไปศึกษาต่อ ทำให้การปรับปรุงช่วงกลางทศวรรษ 2460 ถือเป็นช่วงเวลาหัวเลี้ยวหัวต่อในการปรับปรุงการเรียนแพทยศาสตร์ให้เป็นไปอย่างตะวันตกอย่างเต็มกำลัง[117] โดยข้อตกลงหลัก ๆ ในการให้ความช่วยเหลือของมูลนิธิฯ คือการปรับปรุงหลักสูตรของคณะอักษรศาสตร์และวิทยาศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย สำหรับเตรียมนักศึกษาเข้าเรียนแพทย์เป็นระยะเวลา 2 ปี และจัดให้หลักสูตรการเรียนแพทย์ที่ศิริราชเป็นหลักสูตร 4 ปี เท่ากับว่าการจะได้รับปริญญาแพทยศาสตรบัณฑิตจากมหาวิทยาลัยต้องใช้เวลาเรียนทั้งหมด 6 ปี ทำให้การประสาทปริญญาแก่บัณฑิตรุ่นแรก (6 ปี) จึงเกิดขึ้นในปี พ.ศ. 2471 นอกจากนี้ ยังมีการแบ่งหลักสูตรออกเป็น 6 ภาควิชา คือ กายวิภาคศาสตร์ สรีรศาสตร์ พยาธิวิทยา เวชศาสตร์ ศัลยศาสตร์ และสูติศาสตร์กับนรีเวชศาสตร์ โดยมูลนิธิร็อกเกอะเฟลเลอร์ช่วยคัดเลือกศาสตราจารย์จากตะวันตกมาสอนประจำระยะหนึ่งเพื่อจัดการหลักสูตรและฝึกฝนผู้ที่จะสามารถขึ้นมาทดแทนในตำแหน่งดังกล่าว พร้อมให้เงินช่วยเหลือในการสร้างห้องปฏิบัติการต่าง ๆ[118]

ด้วยความช่วยเหลือของมูลนิธิร็อกเกอะเฟลเลอร์และความร่วมมือจากผู้บริหารโรงเรียนการแพทย์ภายใต้สังกัดกระทรวงธรรมการ ทำให้สามารถยกระดับการเรียนเกี่ยวกับแพทยศาสตร์ศึกษาได้อย่างรวดเร็วและมีมาตรฐานเป็นสากลมากยิ่งขึ้น ซึ่งกลายเป็นช่วงเวลาสำคัญของการวางรากฐานในการ “มุ่งผลิตแพทย์ให้ถึงมาตรฐานสากล” แต่ปัญหาคือปริมาณผู้สำเร็จการศึกษายังคงมีจำนวนน้อยและไม่เพียงพอต่อความต้องการ กรมสาธารณสุขในฐานะที่เป็นผู้ให้บริการและเป็นผู้ใช้งานบุคลากรทางการแพทย์จึงมีมุมมองที่เห็นต่างออกไป โดยมองว่าแนวทางการผลิตแพทย์ของมูลนิธิฯ ที่เน้นผลิตแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ ยังไม่สามารถตอบสนองความต้องการแพทย์จำนวนมากของสังคมสยามได้ในเวลานั้น ข้อเสนอแนะคือควรการจัดการเรียนการสอน “ระบบแพทย์ชั้นสอง” ให้สามารถเร่งกระบวนการผลิตกำลังคนก่อน เพื่อให้มีจำนวนเพียงพอต่อความต้องการที่จะใช้งานโดยเฉพาะความขาดแคลนในพื้นที่หัวเมืองต่าง ๆ ควรเป็นสิ่งสำคัญที่ต้องเร่งดำเนินการ อย่างไรก็ดี ข้อเสนอดังกล่าวถูกคัดค้านจากมูลนิธิร็อกเกอะเฟลเลอร์อย่างมากเพราะต้องการจะสร้างแพทย์ที่เป็นเลิศทางวิชาการ[119] ความคิดเห็นที่สวนทาง

[117] Tongchan Hongladarom, “The Development of Medical Education in Thailand,” *Chula Med J* 32, no. 4 (April 1988): 320.

[118] ทวีศักดิ์ เผือกสม, *เชื้อโรค ร่างกาย และรัฐเวชกรรม*, 195–96.

[119] ชาติชาย มุกสง, *ประวัติศาสตร์สุขภาพและการแพทย์ไทย*, 353–54.

กันดังกล่าวแสดงให้เห็นผ่านการเกิดขึ้นของพระราชบัญญัติการแพทย์ พ.ศ. 2466 ที่กรมสาธารณสุข (สังกัดกระทรวงมหาดไทย) พยายามขยายอำนาจเข้าควบคุมและกำกับการเรียนการสอนของแพทย์ ซึ่งอยู่ภายใต้อำนาจของโรงเรียนการแพทย์ (สังกัดกระทรวงธรรมการ) โดยเริ่มบังคับจากกรุงเทพฯ และจะขยายประกาศออกไปยังหัวเมืองอื่น ๆ

2.5.2 พระราชบัญญัติการแพทย์ พ.ศ. 2466 กับบทบาทของสภาการแพทย์

เมื่อภารกิจที่เกี่ยวข้องกับงานสาธารณสุขโดยรวมถูกถ่ายโอนมายังกรมสาธารณสุข สังกัดกระทรวงมหาดไทยนับตั้งแต่ปี พ.ศ. 2461 ได้ส่งผลลัพธ์ประการสำคัญ คือการออก "พระราชบัญญัติการแพทย์ พ.ศ. 2466" หัวใจสำคัญของพระราชบัญญัติฯ นี้อยู่ที่การเข้าควบคุมและวางระเบียบข้อบังคับของแพทย์และการประกอบอาชีพแพทย์ ดังที่พระบาทสมเด็จพระมงกุฎเกล้าเจ้าอยู่หัวได้ระบุจุดมุ่งหมายของการมีพระราชบัญญัติฉบับนี้ว่า

> "การประกอบโรคศิลปะย่อมมีอิทธิพลอันสำคัญแก่สวัสดิภาพของประชาชน...ในกรุงสยามยังไม่มีระเบียบบังคับควบคุมการประกอบกิจเช่นนี้ ปล่อยให้มหาชนปราศจากความคุ้มครองจากอันตราย อันเกิดแต่การประกอบแห่งผู้ที่ไร้ความรู้ และมิได้ฝึกหัด...จึงเห็นสมควรควบคุม วางระเบียบบังคับ และเลื่อนฐานะแห่งการประกอบโรคศิลปะให้สูงขึ้น"[120]

ความน่าสนใจในรายละเอียดของพระราชบัญญัติฯ ฉบับนี้มีอยู่ 3 ประการสำคัญด้วยกัน ***ประการแรก*** คือ การอธิบายคำว่า "โรคศิลปะ" (therapeutics) อย่างเป็นกิจจลักษณะที่ครอบคลุมถึงการบำบัดโรคทางยา และทางผ่าตัด รวมทั้งการผดุงครรภ์ การช่างฟัน การสัตวแพทย์ การปรุงยา การพยาบาล การนวด หรือการรักษาคนบาดเจ็บป่วยไข้โดยประการใดๆ ***ประการที่สอง*** คือ การจัดตั้ง "สภาการแพทย์" (Medical Council) เพื่อให้ทำหน้าที่บังคับบัญชากรมสาธารณสุข ซึ่งมีหน้าที่สำคัญได้แก่ การมีอำนาจออกใบอนุญาตให้บุคคลประกอบโรคศิลปะ ส่งผลให้ผู้ที่สามารถประกอบโรคศิลปะต้องได้การอนุมัติจากสภาการแพทย์เสียก่อน และในมาตรา ๙ ก ยังระบุถึงการมีอำนาจสืบสวนผู้ที่ต้องการขึ้นทะเบียนรับใบอนุญาตว่ามีคุณสมบัติเพียงพอหรือไม่ สภาการแพทย์จึงมีอำนาจในการลงมติปฏิเสธการให้ใบอนุญาต สั่งพักการอนุญาตไว้ชั่วคราว หรือเพิกถอนการอนุญาตก็ได้ ***ประการที่สาม***

---

[120] "พระราชบัญญัติการแพทย์ พุทธศักราช ๒๔๖๖" (เล่ม ๔๐ วันที่ ๑๖ พ.ย. ๒๔๖๖ หน้า ๑๓๖ ก, 2466).

เป็นอีกหนึ่งประเด็นที่มีความท้าทายอย่างมากต่อบทบาทหน้าที่ของกระทรวงศึกษาธิการ (กระทรวงธรรมการ)[121] และในเรื่องแนวทางการผลิตแพทย์ เนื่องจากพระราชบัญญัติฉบับนี้ได้อนุญาตให้แพทยสภาทำหน้าที่เป็น “สภาที่ปรึกษา” แก่กระทรวงศึกษาธิการในเรื่องหลักสูตรสำหรับการสอน การสอบไล่ และสำหรับความรู้ความชำนาญในแต่ละแผนกหรือสาขาต่าง ๆ ที่มีการจัดสอนโดยกระทรวงศึกษาธิการ ซึ่งนำไปสู่การจัดประเภทแพทย์ในทางกฎหมายออกเป็นแพทย์แผนปัจจุบันกับแผนโบราณ ด้วยเหตุนี้พระราชบัญญัติการแพทย์ พ.ศ. 2466 ได้ให้อำนาจแก่กรมสาธารณสุขในการเข้าควบคุมหลักสูตรการเรียนการสอนได้เหนือกระทรวงศึกษาธิการ[122] ซึ่งอำนาจของพระราชบัญญัตินี้เป็นที่มาของความแตกต่างระหว่างแนวทางการผลิตแพทย์ระหว่างการมุ่งผลิตแพทย์ให้มีคุณสมบัติถึงมาตรฐานสากลกับการผลิตแพทย์แบบชั้นสองนั่นเอง

ความคิดเห็นที่แตกต่างกันระหว่างสองแนวทางนี้เป็นจุดเริ่มต้นที่ช่วยชี้ให้เห็นว่าเรื่ององค์ความรู้กับวิธีการเรียนการสอน และเป้าหมายของการผลิตแพทย์กับจำนวนบุคลากรทางการแพทย์ที่สามารถผลิตได้ เป็นความท้าทายที่เกิดขึ้นมาตั้งแต่ช่วงก่อร่างงานสาธารณสุขสมัยใหม่ โดยประเด็นเหล่านี้จะค่อย ๆ ทวีความเข้มข้นขึ้นในเวลาต่อมา จนนำไปสู่เส้นทางคู่ขนานระหว่างแนวทางที่มุ่งฝึกนักเรียนแพทย์ให้เป็นแพทย์เชิงรักษา (curative medicine) กับการฝึกฝนแพทย์ให้เป็นแพทย์เชิงป้องกัน (preventive medicine) อย่างไรก็ตาม การพัฒนางานสาธารณสุขได้เกิดการเปลี่ยนแปลงอีกครั้งเมื่อเผชิญกับจุดเปลี่ยนทางการเมืองครั้งสำคัญอย่าง “การปฏิวัติสยาม” หรือเหตการณ์การเปลี่ยนแปลงการปกครองในปี พ.ศ. 2475

2.6 ปฏิวัติสยาม 2475: เทศบาลกับงานสาธารณสุขส่วนภูมิภาคที่เปลี่ยนไป

เหตุการณ์ปฏิวัติสยาม 2475 หรือการเปลี่ยนแปลงจากระบอบสมบูรณาญาสิทธิราชย์สู่ระบอบการปกครองแบบประชาธิปไตยอันมีพระมหากษัตริย์เป็นประมุข นับว่าได้สร้างผลกระทบอย่างใหญ่หลวงต่อโครงสร้างสถาบันทางการเมืองของรัฐสยาม ซึ่งรากฐานความคิดของการเมืองแบบประชาธิปไตยมีอิทธิพลต่อการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างด้านการสาธารณสุขอยู่ไม่น้อย ขณะเดียวกัน สาธารณสุขเองก็มีผลต่อบรรยากาศและทิศทางการเมืองอย่างสำคัญ จนอาจกล่าวได้ว่างานสาธารณสุขสยามในยุคหลังการเปลี่ยนแปลงการปกครอง 2475

---

[121] กระทรวงธรรมการได้ถูกเปลี่ยนชื่อเป็นกระทรวงศึกษาธิการเมื่อ พ.ศ. 2462 และในปี 2469 เปลี่ยนกลับมาเป็นกระทรวงธรรมการอีกครั้ง กระทั่งในปี 2484 ได้กลับไปเป็นกระทรวงศึกษาธิการจนปัจจุบัน

[122] ทวีศักดิ์ เผือกสม, *เชื้อโรค ร่างกาย และรัฐเวชกรรม*, 198.

นี้ เป็นตัวอย่างสำคัญที่ชี้ให้เห็นว่าสาธารณสุขเป็นทั้ง “เหตุ” และ “ผลลัพธ์” ของการเปลี่ยนแปลงทางการเมือง เศรษฐกิจ และสังคมวัฒนธรรมของประเทศ

ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2476 คณะราษฎรได้มุ่งหมายที่จะปลูกฝังให้ประชาชนเกิดความศรัทธาในระบอบรัฐธรรมนูญ จึงจัดให้มีการเลือกตั้งทั่วไปครั้งแรกในเดือนพฤศจิกายนเพื่อนำผู้แทนเข้าสู่ระบบรัฐสภา พร้อมกับเปิดโอกาสให้มีการถ่วงดุลและตรวจสอบการทำงานของรัฐบาลอย่างเต็มที่[123] พลเอกพระยาพหลพลพยุหเสนา หนึ่งในผู้ก่อการปฏิวัติสยามและอยู่ในฐานะประธานคณะกรรมการราษฎร (หรือนายกรัฐมนตรีเวลานั้น) ได้จัดให้มีคณะกรรมการร่าง “พระราชบัญญัติจัดระเบียบเทศบาล พ.ศ. 2476”[124] ซึ่งมีวัตถุประสงค์สำคัญ 2 ประการ ประการแรก คือ ต้องการให้เทศบาลเป็นหน่วยการปกครองที่สร้างขึ้นใหม่และทับสุขาภิบาลที่เคยดำเนินการในสมัยสมบูรณาญาสิทธิราชย์ และประการที่สอง ต้องการให้เทศบาลเป็นหน่วยการปกครองที่ทำหน้าที่เป็นศูนย์กลางของแนวคิดการกระจายอำนาจลงสู่ท้องถิ่น[125] ว่ากันว่านายปรีดี พนมยงค์ หนึ่งในสมาชิกคณะกรรมการราษฎร ได้หยิบยืมตัวแบบมาจากโครงสร้างการปกครองของประเทศฝรั่งเศสซึ่งเห็นว่าเป็นการปกครองที่เหมาะกับกาลสมัย เพราะในที่สุดการปกครองที่มีลักษณะกระจายอำนาจ (decentralization) จะเป็นการส่งเสริมให้พลเมืองมีสำนึกในรัฐธรรมนูญตามระบอบประชาธิปไตย เนื่องจากเป็นการเพิ่มบทบาท “การปกครองตนเอง” ของท้องถิ่นนั้น ๆ[126] จึงได้จัดให้มีการปกครองที่แบ่งเป็นสามส่วนหลัก ได้แก่ การปกครองส่วนกลาง การปกครองส่วนภูมิภาค และการปกครองส่วนท้องถิ่น สำหรับการปกครองส่วนท้องถิ่น ได้มีการกำหนดเป็นเทศบาลนคร เทศบาลเมือง และเทศบาลตำบล ลดหลั่นกันตามความหนาแน่นของประชากรและขนาดพื้นที่[127] ซึ่งการจัดตั้งเทศบาลให้กระจายตัวครบทุกพื้นที่เป็นการเพิ่มบทบาทการทำงานของการปกครองส่วนท้องถิ่นให้มากกว่าบทบาทของส่วนภูมิภาค และ

---

[123] ชาญวิทย์ เกษตรสิริ, *ประวัติศาสตร์การเมืองไทย : 2475-2500*, (กรุงเทพฯ: มูลนิธิโครงการตำราสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์, 2544), 168-170.

[124] จะเทียบเท่ากับ พ.ศ. 2477 ตามปฏิทินปัจจุบัน เนื่องจากวันเริ่มต้นปีใหม่ยังนับจากวันที่ 1 เมษายนของทุกปีจนกระทั่งปี 2484 จึงจะเปลี่ยนเป็นวันที่ 1 มกราคมจนกระทั่งปัจจุบัน ราชกิจจานุเบกษา, “พระราชบัญญัติจัดระเบียบเทศบาล พุทธศักราช ๒๔๗๖” (เล่ม ๕๑ หน้า ๘๒-๑๐๗ วันที่ ๒๔ เมษายน ๒๔๗๗, 2476), http://www.ratchakitcha.soc.go.th/DATA/PDF/2477/A/82.PDF.

[125] ภิญญพันธุ์ พจนะลาวัณย์, *เทศบาล: พื้นที่ เมือง และกาลเวลา*, (กรุงเทพฯ: สยามปริทัศน์, 2560), 45-50.

[126] สุวัสดี โภชน์พันธุ์, *เทศบาลและผลกระทบต่ออำนาจท้องถิ่น พ.ศ. 2476-2500*, (วิทยานิพนธ์อักษรศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาประวัติศาสตร์ คณะอักษรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2543), 48-54.

[127] เทศบาลตำบล มีราษฎรอาศัยไม่ถึง 3,000 คน
เทศบาลเมือง มีราษฎรอาศัยตั้งแต่ 3,000 คนขึ้นไป
เทศบาลนคร มีราษฎรอาศัยตั้งแต่ 30,000 คนขึ้นไป

ให้ศูนย์ราชการในส่วนภูมิภาครับหน้าที่ด้านการศาล การดูแลความสงบเรียบร้อย (ตำรวจ) และศูนย์เลือกตั้งเท่านั้น[128]

นอกจากเทศบาลจะมีผลเปลี่ยนแปลงในมิติการเมืองแล้ว หากพิจารณาหน้าที่ของเทศบาลตามพระราชบัญญัติจัดระเบียบเทศบาล พ.ศ. 2476 จะเห็นได้ชัดว่าอำนาจหน้าที่ของเทศบาลเกี่ยวข้องกับงานด้านสาธารณสุขโดยตรงด้วย อย่างเช่น การจัดการสาธารณสุขทั่วไปหรือการจัดน้ำดื่มสำหรับบริโภค กลายเป็นภารกิจที่ถูกจัดให้อยู่ในอันดับแรกสุดและสำคัญชนิดที่เขตเทศบาลในทุกระดับ (ทั้งเทศบาลตำบล เทศบาลเมือง เทศบาลนคร) มีหน้าที่ “ต้องกระทำ” หรือจัดให้มีขึ้นในแต่ละพื้นที่ แต่สำหรับเทศบาลนครเนื่องจากเป็นพื้นที่ที่มีประชากรอาศัยอยู่มากกว่าเทศบาลเมืองและเทศบาลตำบล จึงมีหน้าที่ “ต้องกระทำเพิ่มเติม” เกี่ยวกับสถานบริการเพื่อการรักษาด้วย ตามที่ระบุในมาตรา 52 ว่าเทศบาลนครต้อง “จัดให้มีและบำรุงสุขศาลา และโรงพยาบาล จัดให้มีและบำรุงการสงเคราะห์มารดาและคนทารก จัดให้มีและบำรุงการสงเคราะห์คนอนาถา จัดให้มีและบำรุงซ่วมสาธารณ จัดให้มีและบำรุงสถานที่สาธารณสำหรับกีฬาและพลศึกษา”[129] ซึ่งการกำหนดให้เป็นหน้าที่ของรัฐได้บ่งชี้ให้เห็นการเพิ่มความสำคัญของสาธารณสุขในเขตเทศบาลนคร อันเป็นศูนย์กลางของการปกครองและการแลกเปลี่ยนทางเศรษฐกิจ และยังเป็นการเน้นไปที่บทบาทหน้าที่ของเจ้าหน้าที่ท้องถิ่น (ระดับเทศบาล) ในการจัดการด้านสุขอนามัยของประชาชนและพื้นที่ในเขตอำนาจ ให้เป็นไปตามกฎเกณฑ์ข้อบังคับของกฎหมายภายใต้หลักการของระบอบประชาธิปไตย ที่รัฐบาลมีหน้าที่ต้องดูแลราษฎรทุกคน ซึ่งเมื่อเปรียบเทียบกับการเมืองในระบอบเก่าที่การสาธารณสุขยังเป็นเพียงการ “บำรุง” ประชาชนในเขตสุขาภิบาลโดยผ่านอำนาจตัวแทนของส่วนกลาง (ในนามของคณะกรรมการสุขาภิบาล)[130] ทำให้ไม่ได้มีอำนาจที่จะดูแลหรือจัดการปัญหาต่าง ๆ ได้อย่างจริงจัง อาจจะทำได้บ้างเป็นครั้งคราวเท่านั้น เพราะอำนาจยังอยู่ที่กระทรวงมหาดไทย[131]

ทั้งนี้ จุดเริ่มต้นจากพระราชบัญญัติจัดระเบียบเทศบาล พ.ศ. 2476 ได้ปูทางและขยายผลไปสู่ “พระราชบัญญัติการสาธารณสุข พ.ศ. 2477”[132] เพื่อบังคับใช้ในส่วนภูมิภาคที่มีการจัดตั้งในรูปของเทศบาล (และ

---

[128] สุวัสดี โภชน์พันธุ์, *เทศบาลและผลกระทบต่ออำนาจท้องถิ่น พ.ศ. 2476-2500*, อ้างแล้ว, 67-68.

[129] ราชกิจจานุเบกษา, “พระราชบัญญัติจัดระเบียบเทศบาล พุทธศักราช ๒๔๗๖.”

[130] ณัฐพล ใจจริง, “หม่อมเจ้าสกลวรรณากร วรวรรณ กับการเทศบาลของไทย,” *วารสารสถาบันพระปกเกล้า* 3, 17 (2562): 107–8.

[131] บริรักษ์เวชชการ (บริรักษ์) และคณะ, *การสาธารณสุขและสาธารณูปการ*.

[132] จะเทียบเท่ากับ พ.ศ. 2478 ตามปฏิทินปัจจุบัน ราชกิจจานุเบกษา, “พระราชบัญญัติการสาธารณสุข พุทธศักราช ๒๔๗๗” (เล่ม ๕๒ หน้า ๒๘๑-๓๑๘ วันที่ ๑ พฤษภาคม ๒๔๗๘, 2477), http://www.ratchakitcha.soc.go.th/DATA/PDF/2478/A/281.PDF.

ในรูปของกรมการจังหวัด) และ "พระราชบัญญัติโรคติดต่อ พ.ศ. 2477"[133] พระราชบัญญัติทั้งสองเป็นส่วนขยายหลักเกณฑ์ทางกฎหมายที่ช่วยให้พนักงานท้องถิ่นที่เกี่ยวข้องกับด้านการสาธารณสุขมีบทบาทกว้างขวางและชัดเจนมากขึ้น ดังจะเห็นได้จากความในพระราชบัญญัติการสาธารณสุข พ.ศ. 2477 บางมาตราได้กำหนดบทบาทของพนักงานสาธารณสุข (ซึ่งเป็นตัวแทนจากส่วนกลาง) ให้ดำเนินงานร่วมกับเจ้าพนักงานท้องถิ่นระดับเทศบาลควบคู่กันไป โดยเจ้าพนักงานท้องถิ่นมีหน้าที่จะต้องเข้มงวดกับการรักษาสุขอนามัยของประชาชนบนหลักการที่รัฐระเบียบวางเอาไว้"[134] ขณะที่พระราชบัญญัติโรคติดต่อ พ.ศ. 2477 เป็นต้นว่าในมาตรา 7 เป็นการมอบอำนาจให้กับเจ้าพนักงานสาธารณสุขอย่างเต็มที่ในการจัดการ "ป้องกันและควบคุมโรค" เองได้ หากมีเหตุต้องสงสัยหรือเกิดโรคติดต่อ โดยไม่จำเป็นต้องส่งเรื่องไปยังสภาเทศบาล หรืออีกกรณีในมาตรา 10 ที่ระบุให้ข้าหลวงประจำจังหวัด (ผู้ว่าราชการ) มีอำนาจประกาศและกำหนด "เขตต์ติดโรค" ในท้องที่ใดก็ตามหากเกิดโรคติดต่ออันตรายขึ้น[135] แม้ว่าต่อมาจะมีการบังคับใช้พระราชบัญญัติโรคติดต่อ (ฉบับที่ ๒) พ.ศ. 2479[136] แต่สาระสำคัญก็ไม่หนีห่างไปจากฉบับเดิมมากนัก

เวลานี้ กล่าวได้ว่ากิจการเกี่ยวสาธารณสุขนับว่ามีความสำคัญอย่างมากเทียบเท่ากับภารกิจด้านอื่น เพราะรัฐมองว่าสาธารณสุขเป็นงานที่เกี่ยวพันธ์กับชีวิตความเป็นอยู่ของประชาชนโดยตรง และยังชี้ให้เห็นถึงความตั้งใจของรัฐที่นำเอาหลักการประชาธิปไตยมาออกแบบงานด้านสาธารณสุข และยังปรากฏสัญญาณจากรัฐบาลที่ต้องการขยายการจัดบริการสุขภาพแก่ประชาชนไปยังพื้นที่ส่วนภูมิภาค โดยปรากฏในพระราชบัญญัติการสาธารณสุข พ.ศ. 2477 ที่มักนำไปสู่นโยบายที่เรียกกันว่า "นโยบายอวดธง" หรือโครงการที่มุ่งสร้างโรงพยาบาลและสุขศาลาชั้น 2 ในส่วนภูมิภาคให้ครบทุกจังหวัด

---

[133] จะเทียบเท่ากับ พ.ศ. 2478 ตามปฏิทินปัจจุบัน ราชกิจจานุเบกษา, "พระราชบัญญัติโรคติดต่อ ๒๔๗๗" (เล่ม ๕๒ หน้า ๓๔๔-๓๕๘ วันที่ ๕ พฤษภาคม ๒๔๗๘, 2477), http://www.ratchakitcha.soc.go.th/DATA/PDF/2478/A/344.PDF.

[134] มนฤทัย ไชยวิเศษ, *ประวัติศาสตร์สังคม ส้วมและเครื่องสุขภัณฑ์ในประเทศไทย (พ.ศ. 2440-2540),* (วิทยานิพนธ์ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาประวัติศาสตร์ คณะศิลปศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, 2542), 259.

[135] ราชกิจจานุเบกษา, "พระราชบัญญัติโรคติดต่อ ๒๔๗๗."

[136] ราชกิจจานุเบกษา, "พระราชบัญญัติโรคติดต่อ (ฉะบับที่ ๒) พุทธศักราช ๒๔๗๙" (เล่ม ๕๓ หน้า ๑๒๖๕-๑๒๖๘ วันที่ ๑๔ มีนาคม ๒๔๗๙, 2479), http://www.ratchakitcha.soc.go.th/DATA/PDF/2479/A/1265.PDF.

2.7 บรรยากาศทางการเมืองกับการขยายโรงพยาบาล สุขศาลา และระบบเงินบำรุง (พ.ศ. 2475-ทศวรรษ 2490)

2.7.1 ปูมหลังก่อนการสร้างโรงพยาบาลอวดธง

ปฏิเสธไม่ได้ว่าพัฒนาการงานสาธารณสุขในยุคสมบูรณาญาสิทธิราชย์เป็นรากฐานสำคัญที่นำไปสู่การต่อยอดงานบริการสุขภาพในยุคถัดมา แต่อย่างไรก็ตาม เนื่องจากปัจจัยและบริบททางการเมือง เศรษฐกิจ และสังคมวัฒนธรรม ไปจนกระทั่งแนวคิดที่มีต่อเรื่องสุขภาพในยุคก่อนปี พ.ศ. 2475 กับยุคหลังปี พ.ศ. 2475 มีความแตกต่างกันในบางมิติ ทำให้มีผลต่อวิวัฒนาการของการจัดสร้างโรงพยาบาลและสถานบริการสุขภาพที่เปลี่ยนแปลงไปตามกาลเวลาด้วย

ก่อนหน้าปี พ.ศ. 2475 ปัจจัยทางการเมือง สังคม และเศรษฐกิจ ย่อมมีผลต่อการเร่งให้เกิดการสร้างโรงพยาบาลและสถานบริการรูปแบบอื่น ๆ การรวมศูนย์อำนาจของรัฐสมบูรณาญาสิทธิราชย์ทำให้รัฐเริ่มหันมาใส่ใจในมิติสุขภาพมากขึ้น เช่น การขยายตัวของระบบคมนาคมรูปแบบต่าง ๆ การสถาปนาหน่วยการปกครองแบบมณฑลเทศาภิบาลที่กระจายตัวทั่วราชอาณาจักร[137] อันเป็นผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในมิติเชิงพื้นที่และรูปแบบการปกครอง ที่นำไปสู่การเกิดขึ้นของศูนย์ราชการ สถานีรถไฟ และการเป็นเมืองสมัยใหม่ ซึ่งหลายพื้นที่ในส่วนภูมิภาคกลายเป็นชุมทางของอำนาจการเมืองและกิจกรรมทางเศรษฐกิจ แต่บริบททางเศรษฐกิจและการเมืองในช่วงยุคสมบูรณาญาสิทธิราชย์ ยังไม่ทำให้เกิดการตื่นตัวของระบบทุนนิยมเท่าใดนัก แม้ว่าในภาคการส่งออกของสยามจะเชื่อมต่อกับเศรษฐกิจโลกผ่านเครือข่ายอาณานิคมมากขึ้น แต่หากพิจารณาในแง่วิถีทางการผลิต ยังต้องรออย่างน้อยที่สุดจนถึงทศวรรษ 2500 กว่าที่รัฐไทยจะขยับเข้าสู่โหมดการผลิตอุตสาหกรรมอย่างเต็มตัว ดังนั้น ช่วงก่อนทศวรรษ 2500 การกสิกรรมยังคงเป็นอาชีพหลักของคนไทย[138] กล่าวอีกนัยหนึ่ง คือ สถานะของราษฎรในเวลานั้นไม่ได้เอื้อต่อการเร่งปัจจัยการผลิตหรือนำไปสู่การสะสมความมั่งคั่งของระบบการคลังรัฐที่มากพอที่จะนำไปสู่การสร้างและขยายโรงพยาบาลได้ อีกทั้งชนชั้นนำในรัฐสมบูรณาญาสิทธิราชย์ไม่มีการกำหนดนโยบายเศรษฐกิจและพัฒนาเทคโนโลยีเพื่อเร่งประสิทธิภาพในการผลิต ดังนั้น การสร้างโรงพยาบาลจึงยังไม่ถูกจัดอยู่ในสิ่งสำคัญลำดับต้น (priority) ที่รัฐต้องทำ หรือถ้าหากมีการสร้างขึ้นก็เป็นไปเพื่อรับมือกับปัญหาเฉพาะหน้า ผนวกกับเป็นเครื่องมือเพื่อกำกับคนและเพื่ออำนวยความสะดวกในการปกครองเท่านั้น

---

[137] มณฑลเทศาภิบาล เป็นระบบแบ่งเขตการปกครองส่วนภูมิภาคที่ใช้ในสมัยรัชกาลที่ 5 จนกระทั่งยกเลิกในปี พ.ศ. 2476

[138] ดูเพิ่มเติมใน ฉัตรทิพย์ นาถสุภา (บก.), *ประวัติศาสตร์เศรษฐกิจไทย จนถึง พ.ศ. 2484*, (กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, 2527).

ในแง่ปัญหาเฉพาะหน้าอย่างเรื่องโรคภัยไข้เจ็บ ยังมีผลทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงโลกทัศน์ทางความคิดในเรื่องสาธารณสุขอย่างสำคัญ แม้เป็นข้อเท็จจริงที่ว่าโรคภัยไข้เจ็บ (ประจำถิ่น) เป็นสิ่งที่มีอยู่อย่างดาษดื่นในภูมิภาคที่เป็นป่าฝนเขตร้อนมาเป็นระยะเวลานานแล้ว แต่วิธีคิดและการรับมือกับความเจ็บป่วยในอดีตนั้นมีความแตกต่างจากยุคสมัยสมบูรณาญาสิทธิราชย์และปัจจุบันเป็นอันมาก ช่วงต้นรัตนโกสินทร์ผู้คนยังเชื่อว่าโรคคือส่วนหนึ่งของอาเพศรูปแบบหนึ่งที่เกิดจากผี การเยียวยาเหตุที่เกิดขึ้นอย่างปรกติวิสัยจึงกระทำผ่านขั้นตอนของพิธีกรรมทางความเชื่อและศาสนา ควบคู่กันไปกับวิถีปฏิบัติของเวชศาสตร์ท้องถิ่น ครั้นเมื่อได้รับกระแสอิทธิพลตะวันตกและการเป็นส่วนหนึ่งของโลกาภิวัตน์ ทำให้ชนชั้นนำสยามเริ่มปรับตัวเข้ากับกระแสธารดังกล่าว อาทิ การยอมรับความคิดเรื่อง “ความอายพิศม์” (ไอพิษทำให้เกิดโรค) และ “ความสะอาด” ที่ได้รับอิทธิพลจากแนวคิดเชิงสิ่งแวดล้อม (Environmentalism) ของมิชชันนารีชาวตะวันตกในสมัยรัชกาลที่ 4 ตามมาด้วยมโนทัศน์แบบ “หลังปาสเตอร์” ที่เชื้อโรค (Germ) มีอิทธิพลต่อการอธิบายสาเหตุของโรคในช่วงรัชกาลที่ 5[139] นอกจากนี้ ยังมีมิติทางวัฒนธรรมที่ชนชั้นนำสยามอยู่ในห้วงเวลาที่ต้องการประชัน “ความเป็นศิวิไลซ์” ต่อมหาอำนาจตะวันตก (เช่น การแสดงถึงความเข้าใจต่อความแตกต่างแบบคู่ตรงข้าม เช่น ระหว่างความมีอารยะกับความป่าเถื่อน ความสะอาดกับสกปรก วิทยาศาสตร์กับปรากฏการณ์เหนือธรรมชาติ ฯลฯ) ดังเช่นที่รัชกาลที่ 5 ได้ตำหนิ “พิธีอาพาธพินาศ” ซึ่งเป็นพิธีสวดมนต์และประพรมน้ำมนต์เพื่อขับไล่ภูตผีที่เป็นสาเหตุแห่งการเจ็บไข้ได้ป่วยไว้อย่างรุนแรงว่า “การพระราชพิธีนั้นเปนการคาดคเนทำขึ้น...แลความเข้าใจที่คะเนเอาว่าโรคนี้เกิดขึ้นด้วยผี จึงได้คิดขับไล่ผีเปนการผิดอิกชั้นหนึ่งด้วย เพราะโรคนี้ไม่ได้เกิดขึ้นด้วยผี เกิดขึ้นด้วยดินฟ้าอากาศ แลความประพฤติที่อยู่ที่กินของมนุษย์ ซึ่งเปนสิ่งที่ไม่มีวิญญาณจะขับไล่ได้ เพราะฉะนั้นการพระราชพิธีจึงไม่ได้มีประโยชน์อันใด”[140] คำกล่าวนี้ได้แสดงถึงการปฏิเสธความเชื่อเรื่องผีที่มีผลต่อการเจ็บป่วยและได้เริ่มเปลี่ยนมาใช้วิธีการแพทย์สมัยใหม่แทน[141] ซึ่งเป็นไปตามหลักการอธิบายแบบวิทยาศาสตร์มากขึ้น อย่างไรก็ตาม ความก้าวหน้าทางวิทยาศาสตร์ในขณะนั้นถือว่าเป็นไป

---

[139] ดูเพิ่มเติมใน ทวีศักดิ์ เผือกสม, *เชื้อโรค ร่างกาย และรัฐเวชกรรม: ประวัติศาสตร์การแพทย์สมัยใหม่ในสังคมไทย*, (กรุงเทพฯ: Illuminations Editions, 2561).

หลุยส์ ปาสเตอร์ (Louis Pasteur) นักนักเคมีและนักจุลชีววิทยาชาวฝรั่งเศสผู้คิดค้นหลักการของเชื้อโรค วัคซีนพิษสุนัขบ้า วิทยาภูมิคุ้มกัน และกระบวนการพาสเจอไรซ์

[140] พระบาทสมเด็จพระจุลจอมเกล้าเจ้าอยู่หัว, *พระราชพิธีสิบสองเดือน*, พระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัว สมเด็จพระรามาธิบดีที่ 6 ทรงพระกรุณาโปรดเกล้าฯ ให้พิมพ์เปนของพระราชทานในงารพระศพ พระเจ้าพี่นางเธอ พระองค์เจ้าเจริญศรีชนมายุ ปีวอก พ.ศ. 2463 (กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ไทย, 2463), 157.

[141] ชาติชาย มุกสง, *ปีศาจสู่เชื้อโรค: ประวัติศาสตร์การแพทย์กับโรคระบาดในสังคมไทย* (กรุงเทพฯ: มติชน, 2563).

พิธีอาพาธพินาศ พิธีสวดมนต์และประพรมน้ำมนต์เพื่อขับไล่ภูตผีที่เป็นสาเหตุแห่งการเจ็บไข้ได้ป่วย

อย่างล่าช้า โดยหน่วยงานของรัฐที่ทำหน้าที่ในกิจการด้านวิทยาศาสตร์อย่างจริง ๆ จัง ๆ ยังคงมีสถานะแค่เพียงศาลาแยกธาตุเท่านั้น[142]

กระทั่งหลังปี พ.ศ. 2475 วิทยาศาสตร์ (บริสุทธิ์) จะค่อย ๆ เริ่มกลายเป็นเครื่องมือสำคัญในการพัฒนาเศรษฐกิจของชนชั้นนำในระบอบใหม่ อันรับรู้ได้จากคำปรารภของนายตั้ว ลพานุกรม หนึ่งในสมาชิกคณะราษฎรสายพลเรือนและอธิบดีกรมวิทยาศาสตร์สมัยนั้น ซึ่งสะท้อนให้เห็นการเริ่มตระหนักถึงความสำคัญของวิทยาศาสตร์กับการพัฒนาประเทศเอาไว้ว่า บรรดานักปกครองส่วนใหญ่ในระบอบใหม่จะมีแต่กลุ่มนักกฎหมาย นักเศรษฐศาสตร์ หรือทหาร ไม่มีใครเห็นความจำเป็นของวิทยาศาสตร์ในการขับเคลื่อนเศรษฐกิจเท่าใดนัก ทั้งที่ในความเป็นจริง วิทยาศาสตร์มีความสัมพันธ์อย่างยิ่งยวดกับการพัฒนาอุตสาหกรรม[143] ฉะนั้น ในช่วงที่จอมพล ป. พิบูลสงครามขึ้นสู่อำนาจ จึงปรากฏว่ากิจการวิทยาศาสตร์ก็ค่อย ๆ เติบโตขึ้นเป็นลำดับ เพื่อตอบสนองนโยบายชาตินิยมทางเศรษฐกิจของจอมพล ป. ขณะที่บทบาทของกรมวิทยาศาสตร์ (พัฒนาจากศาลาแยกธาตุ) นำโดยนายตั้ว พลานุกรม ก็ได้เติบโตขึ้นเช่นกัน เห็นได้จากการส่งเสริมงานด้านเภสัชกรรมเพื่อเริ่มดำเนินการผลิตยาให้เป็นอุตสาหกรรมชนิดหนึ่งของรัฐเพื่อทดแทนการนำเข้าจากต่างประเทศในช่วงสงครามโลกครั้งที่สอง[144]

นอกจากนี้ การขยายตัวของพื้นที่ เมือง เศรษฐกิจ และประเด็นเรื่องโรคระบาด ยังนำพาให้ชนชั้นนำสยามจัดตั้งหน่วยงานกรมกองต่าง ๆ ดูแลเรื่องสาธารณูปโภคและสุขอนามัย เพื่อให้สามารถควบคุมความเรียบร้อยในแต่ละพื้นที่โดยเริ่มจากพื้นที่เขตเมืองก่อนเป็นสำคัญ จึงเป็นจุดเริ่มต้นที่ "การสาธารณสุข" ถูกผนวกเป็นส่วนหนึ่งของภารกิจด้าน "การปกครอง" ของชนชั้นนำสยามในยุคสมบูรณาญาสิทธิราชย์ จึงไม่แปลกใจแต่อย่างใดที่กรมสาธารณสุขไปสังกัดภายใต้กระทรวงมหาดไทยที่ดูแลด้านการปกครองโดยตรง หรือกระทั่งยุคสมัยหนึ่งนายแพทย์ที่ประจำอยู่โรงพยาบาลจังหวัดยังใช้คำว่า "นายแพทย์*ผู้ปกครอง*โรงพยาบาล" ก่อนที่จะเปลี่ยนเป็นแพทย์ผู้อำนวยการโรงพยาบาลเช่นในปัจจุบัน[145]

---

[142] ศาลาแยกธาตุ (ต่อมาเป็นกรมวิทยาศาสตร์) ในรัฐสมบูรณาญาสิทธิราชย์ มีหน้าที่ในด้านของการวิจัยด้านเคมีการตรวจสอบวัตถุ นอกเหนือไปจากนี้งานด้านเภสัชกรรมก็เป็นอีกหนึ่งงานที่สำคัญ แต่ไม่ได้มีความสำคัญมากนักเพราะยาที่ผลิตก็เป็นเพียงน้ำมันกระเบารักษาโรคเรื้อน ยารักษาโรคส่วนใหญ่ยังเป็นสินค้านำเข้าเกือบทั้งหมด ดูเพิ่มเติม *ที่ระลึกในงานรัฐพิธีพระราชทานเพลิงศพ พณฯ ดร. ตั้ว ลพานุกรม ณ สุสานหลวงวัดเทพศิรินทราวาส วันที่ 4 ธันวาคม* 2484, (ม.ป.ท.: บริษัท การพิมพ์ไทย จำกัด, 2484), 22 – 27.

[143] เพิ่งอ้าง, 71-72.

[144] เพิ่งอ้าง, 55-56.

[145] สันติสุข โสภณสิริ (บก.), *เกียรติประวัติแพทย์ไทยฝากไว้ให้คนรุ่นหลัง : ชีวิตและงานของศาสตราจารย์นายแพทย์เสม พริ้งพวงแก้ว*, (กรุงเทพฯ: สำนักวิจัยสังคมและสุขภาพ สำนักงานปลัดกระทรวง, 2555), 76.

เมื่อการสาธารณสุขถือเป็นส่วนหนึ่งของงานด้านการปกครองนับตั้งแต่ทศวรรษ 2430 ได้ส่งผลอย่างสำคัญต่อวิธีคิดในการวางระบบ "โรงพยาบาล" ไปทั่วประเทศต่อเนื่องมายังยุคหลัง 2475 ด้วย เหล่าบรรดาสิงห์นักปกครองในกระทรวงมหาดไทยทั้งหลายก็ต้องทำงานร่วมกับเจ้าพนักงานสาธารณสุขอย่างใกล้ชิด ด้วยเหตุผลที่ว่าลักษณะงานมีความสอดคล้องกันอย่างแยกไม่ออก รวมไปถึงเรื่องการกำหนดให้ขนาด (จำนวนเตียง) และอำนาจหน้าที่ของโรงพยาบาล (Authority) ส่วนภูมิภาคและส่วนท้องถิ่นล้อไปกับรูปแบบการปกครองของกระทรวงมหาดไทย (เช่น จังหวัด อำเภอ ตำบล) สิ่งเหล่านี้กลายมาเป็นมรดกสำคัญที่มีทั้งแง่บวกและลบต่อการจัดสรรงบประมาณและการวางแผนด้านกำลังคนในเวลาต่อมา (เช่น เมื่อมองด้วยมิติการปกครอง เข้าใจว่าโรงพยาบาลจังหวัดย่อมต้องมีขนาดเตียงและจำนวนบุคลากรจำนวนมากกว่าระดับอำเภอและตำบล เนื่องจากมีหน้าที่ในดูแลสุขภาพประชาชนทั้งจังหวัด ดังนั้นจึงสมควรที่จะได้รับงบประมาณเยอะที่สุด)[146] ดังนั้น กล่าวได้ว่าการเปลี่ยนแปลงทางการเมือง เศรษฐกิจ และสังคมวัฒนธรรมที่เกิดขึ้นระหว่างรัฐสมบูรณาญาสิทธิราชย์กับรัฐประชาธิปไตยภายใต้รัฐธรรมนูญ ล้วนมีผลต่อการกระตุ้นให้งานด้านสาธารณสุขของรัฐมีทิศทางที่พัฒนาแตกต่างกันออกไป ดังเช่นการขยายตัวของโรงพยาบาลในช่วงหลังปี พ.ศ. 2475 ในแง่หนึ่งเป็นผลมาจากการขยายตัวทางเศรษฐกิจด้วย เพราะการจัดการด้านสุขภาพโดยรัฐเป็นหนึ่งในภาพสะท้อนของกลไกในระบบทุนนิยมที่กำลังขยายตัวอย่างต่อเนื่องในสังคมไทย เนื่องด้วยว่าแรงงานอันเป็นปัจจัยที่สำคัญของการผลิตในระบบเศรษฐกิจ การสร้างหรือซ่อมร่างกายให้ดำรงอรรถประโยชน์สูงสุดในการผลิตจึงเป็นวัตถุประสงค์ที่สำคัญของการสร้างมูลค่าส่วนเกินในทางเศรษฐกิจ

2.7.2 มูลเหตุของโรงพยาบาลอวดธง: ภาพแทนความเจริญของชาติและที่มาของระบบเงินบำรุง

หลังปี พ.ศ. 2475 เกิดความเปลี่ยนแปลงที่สำคัญประการหนึ่งคือ อุดมการณ์ของรัฐที่ต้องการทำให้งานสาธารณสุขกลายมาเป็นเครื่องมือของการสร้างชาติและการพัฒนาอุตสาหกรรม โดยเฉพาะในช่วงจอมพล ป. พิบูลสงครามเป็นนายกรัฐมนตรีสมัยที่หนึ่ง (พ.ศ. 2481-2487) มีนโยบายการเปลี่ยนคนหลากหลายชาติพันธุ์ให้เป็นไทย (Thai-ization) เพื่อเพิ่มจำนวนแรงงานที่ทำการผลิตเพื่อชาติ การมีนโยบายส่งเสริมสุขภาพที่เป็นอุดมการณ์ทางการเมืองสำคัญ เพื่อช่วยให้ประชาชนมีร่างกายแข็งแรงจนกลายเป็นเครื่องมือของรัฐในการนำพาชาติไปสู่

---

[146] จนกระทั่งมีการเปลี่ยนจากการอุดหนุนงบประมาณตามขนาดโรงพยาบาลมาเป็นระบบแบบเหมาจ่ายรายหัว (Capitation) ในระบบบัตรทอง จึงนับได้ว่าเป็นการปฏิรูปเชิงโครงสร้างที่สัมพันธ์กับอำนาจหน้าที่ของกระทรวงสาธารณสุขชนิดพลิกกระดานเลยทีเดียว (รายละเอียดเพิ่มเติมจะกล่าวในบทอื่นต่อไป)

ความสำเร็จในทางเศรษฐกิจ ยังมีการกระตุ้นภาคอุตสาหกรรมผ่านมาตรการตั้งรัฐวิสาหกิจและการลงทุนโครงสร้างพื้นฐานอย่างการสร้างโรงพยาบาลเพื่อส่งเสริมและกระตุ้นการพัฒนาด้านอุตสาหกรรม ทั้งนี้ รัฐบาลใช้วิธีปรับปรุงและต่อยอดแนวคิดคู่ตรงข้ามที่สืบเนื่องจากยุคสมบูรณาญาสิทธิราชย์ในเรื่องของ "ความสะอาดกับความสกปรก" "ดีต่อสุขภาพกับไม่ดีต่อสุขภาพ" หรือ "ความเจริญกับความถดถอย" ให้สอดรับกับโครงการสร้างชาติของรัฐบาล ดังจะเห็นได้ใน "ประกาสวัธนธัมเกี่ยวแก่การบริโภค"[147] ที่อธิบายระเบียบการบริโภคอาหาร การบังคับใช้ช้อนส้อมแทนการเปิบข้าวด้วยมือ การห้ามกินหมากและบ้วนน้ำหมากลงที่สาธารณะ ทั้งหมดล้วนเกี่ยวข้องกับการส่งเสริมสุขอนามัย การป้องกันเชื้อโรค และการรักษาความสะอาดสะอ้านทั้งสิ้น เช่นเดียวกันกับการสร้างและเปิดโรงพยาบาลหรือสุขศาลาใหม่ ๆ ในยุคนี้ ได้กลายเป็นภาพแทนความสำเร็จของโครงการสร้างชาติอันยิ่งใหญ่ นั่นคือ การใช้ "ความเจริญของงานด้านสาธารณสุข" เป็นหนึ่งเครื่องมือทางวัฒนธรรมเพื่อแสดงว่าไทยเป็นอารยชาติ อารยประเทศ และอารยชน[148] และยังเป็นการแสดงเกียรติภูมิให้ปรากฏแก่สายตาของชาติตะวันตกด้วย[149] ดังนี้ การสร้างโรงพยาบาลและสุขศาลาจึงขยับจากงาน "การกุศล" แบบในอดีตไปเป็น "การบริการ" ที่รัฐจะต้องส่งให้ถึงมือ "ชาวไทย" ที่ดำรงชีวิตอยู่หรือกำลังจะเติบโตขึ้นเป็นพลเมืองจำนวนมากเพื่อนำกำลังกายมาสร้าง "ชาติไทย" ที่ยิ่งใหญ่และมีความศิวิไลซ์ในแหลมทอง

"โรงพยาบาลอวดธง" จึงกลายเป็นตัวอย่างเชิงประจักษ์ที่สะท้อนการวางระบบบริการด้านสาธารณสุขไทยในช่วงเวลาที่อุดมการณ์ชาตินิยมแบ่งบานได้เป็นอย่างดี โดยมักเป็นการสร้างสถานบริการในบริเวณชายแดนไทยติดกับอินโดจีนของฝรั่งเศส (ประเทศลาวในปัจจุบัน) ก่อนเป็นอันดับแรก ได้แก่ อุบลราชธานี หนองคาย นครพนม และเชียงราย แม้ว่าชาตินิยมจะเป็นบรรยากาศอันรุ่มรวยทางการเมืองหลังเปลี่ยนแปลงการปกครอง ทว่าในช่วงแรกรัฐบาลสยามก็ต้องดำเนินไปอย่างระมัดระวัง กอปรกับเนื่องด้วยหนึ่งในภารกิจหลักของ "หลัก 6 ประการ"[150] คือ "จะรักษาเอกราชทั้งหลายของประเทศให้มั่นคง" ดังนั้น ภารกิจสำคัญที่ต้องรีบจัดการคือการแก้ไขกฎเกณฑ์ที่เสียเปรียบมหาอำนาจตะวันตกเพื่อเปลี่ยนให้สยามดำรงสถานะเป็นรัฐเอกราชที่สมบูรณ์โดยเร็ว

---

[147] แปลก พิบูลสงคราม, *ประมวนวัธนธัมแห่งชาติ* (พระนคร: กรมโคสนาการ, 2486), 67–86.

[148] แปลก พิบูลสงคราม, *สาส์น คำปราศรัย และสุนทรพจน์ของนายกรัฐมนตรี กับ, ประกาศสำนักนายกรัฐมนตรี เนื่องในอภิลักขิตสมัยงานฉลองวันชาติ 2483* (พระนคร: กรมโฆษณา, 2483), ข, 26-27; ก้องสกล กวินรวีกุล, "การสร้างร่างกายพลเมืองไทยในสมัยจอมพล ป. พิบูลสงคราม พ.ศ. 2481-2487" (วิทยานิพนธ์สังคมวิทยาและมานุษยวิทยามหาบัณฑิต, สาขามานุษยวิทยา คณะสังคมวิทยาและมานุษยวิทยา, กรุงเทพฯ, มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, 2545), 72–73.

[149] วีระศักดิ์ จันทร์ส่งแสง, *1 คนยืนหยัด 1 ศตวรรษ เสม พริ้งพวงแก้ว : แพทย์ต้นแบบผู้มีคุณูปการต่อสังคมไทยที่ยืนหยัดในอุดมคติและอุดมการณ์ได้อย่างมั่นคง ตลอดหนึ่งศตวรรษ* (เชียงราย: บดินทร์การพิมพ์, 2554), 2–7; นภนาท อนุพงศ์พัฒน์, *รอยเวลา: เส้นทางประวัติศาสตร์สุขภาพ*, 240.

[150] หลัก 6 ประการ ได้แก่ หลักเอกราช หลักความสงบภายใน หลักสิทธิเสมอภาค หลักเสรีภาพ หลักเศรษฐกิจ และหลักการศึกษา

ที่สุด สยามจึงจำเป็นต้องประนีประนอมต่อเจ้าอาณานิคมต่อไปอีกระยะ โดยเฉพาะฝรั่งเศสที่มีกรณีพิพาทกับกันมาตั้งแต่สมัยรัฐสมบูรณาญาสิทธิราชย์ ฉะนั้น ในแง่หนึ่งแม้ว่าโรงพยาบาลหนองคายจะทำหน้าที่ "อวดธง" ให้เวียงจันทน์ศูนย์กลางอำนาจของลาวใต้อารักขาของรัฐบาลฝรั่งเศสรับรู้ ปีกของราชการในเมืองหนองคายก็ต้องรักษาความสัมพันธ์อันดีกับฝรั่งเศสเอาไว้ด้วยในขณะเดียวกัน[151] การเป็นข้าหลวง (ผู้ว่าราชการ) ในพื้นที่ชายแดนติดกับอาณานิคมของฝรั่งเศสยุคนั้น จึงต้องเป็นคนที่ทำหน้าที่เป็นทูตเฉพาะกิจเพื่อดูแลกิจการระหว่างประเทศไปพร้อมกัน[152] ประกอบกับข้อเท็จจริงที่ว่าข้าหลวงเหล่านี้เป็นผู้ที่มีประสบการณ์ตรงกับสถานการณ์ภายในพื้นที่มากกว่าส่วนกลาง การสร้างโรงพยาบาลริมชายแดนที่พวกเขามีส่วนผลักดันให้เกิดขึ้น จึงเป็นผลงานที่สอดรับกับปรากฏการณ์ทางการเมืองระหว่างประเทศที่กำลังเกิดขึ้นเวลานั้น เช่น ในกรณีของโรงพยาบาลนครพนม เป็นต้น[153]

ดังนั้น การวางตำแหน่งโรงพยาบาลจึงไม่ใช่เป็นเพียงการเลือกอย่างสุ่มสี่สุ่มห้า แต่ต้องอาศัยความร่วมมือจากทุก ๆ ฝ่ายในการสร้าง เนื่องจากรัฐบาลเองเพิ่งฟื้นตัวจากภาวะเศรษฐกิจถดถอยที่เกิดขึ้นในช่วงต้นทศวรรษ 2470 ทำให้รัฐบาลใหม่หลังเปลี่ยนแปลงการปกครองต้องแสวงหาแนวทางฟื้นฟูและประคองเสถียรภาพของเศรษฐกิจ ประกอบกับหลังเปลี่ยนแปลงการปกครองได้เกิดความขัดแย้งทางการเมืองภายใน ทำนโยบาย "เค้าโครงเศรษฐกิจ" ของนายปรีดี พนมยงค์ ต้องล้มเลิกไปในที่สุด นอกจากนี้แล้ว เงื่อนไขของสนธิสัญญาทางการค้าที่เสียเปรียบและบทบาทนำทางการค้าของชาวจีน ต่างก็ส่งผลให้ในช่วงระหว่างปี พ.ศ. 2475-2484 สภาวะของเศรษฐกิจก็ยังไม่กระเตื้องขึ้นแต่อย่างใด ถึงแม้จะมีความพยายามในการเพิ่มงบประมาณสะสมผ่านการส่งเสริมระบบทุนนิยมโดยรัฐ[154] "โรงพยาบาลอวดธง" จำนวนหนึ่งจึงไม่ได้เกิดขึ้นจากการผันงบประมาณรัฐเต็มตัวลงสู่พื้นที่ ทว่าในบางท้องที่กลับมีในลักษณะของการระดมทุนร่วมจากฝั่งเอกชนในรูปของการเรี่ยไรเงินหรือการกุศล เช่นการบริจาคที่ดินของพ่อค้าคหบดีและข้าราชการชั้นผู้ใหญ่ในกรณีของโรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์

---

[151] อ่านเพิ่มเติมจากประวัติของพระปทุมเทวาภิบาล อดีตข้าหลวงประจำจังหวัดหนองคายใน ปทุมเทวาภิบาล (เยี่ยม), ร.อ. พระ, 2436-2502, *ปาฐกถาเรื่องการปกครองเกี่ยวข้องกับการศาสนา*, (ม.ป.ท: ไทยวัฒนาพานิช, 2502).

[152] สันติสุข โสภณสิริ (บก.), *เกียรติประวัติแพทย์ไทยฝากไว้ให้คนรุ่นหลัง : ชีวิตและงานของศาสตราจารย์นายแพทย์เสม พริ้งพวงแก้ว*, อ้างแล้ว, 69.

[153] ดูประวัติของโรงพยาบาลนครพนม โรงพยาบาลนครพนม. "ประวัติโรงพยาบาลนครพนม", โรงพยาบาลนครพนม (เว็บไซต์), http://www.nkphospital.go.th/index.php/2019-07-18-08-42-07/ (สืบค้นเมื่อ10 พฤษภาคม 2565).

[154] ดูเพิ่มเติมใน พอพันธ์ อุทยานนท์, *ประวัติศาสตร์เศรษฐกิจแห่งประเทศไทย*, (กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2564).

และโรงพยาบาลประจำจังหวัดอุบลราชธานี (ปัจจุบันคือ โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์) หรือในรูปของการเรี่ยไรเงินจากทั้งฝั่งรัฐและเอกชนของอย่างกรณีโรงพยาบาลหนองคายและเชียงรายประชานุเคราะห์[155]

ข้อสังเกตที่น่าสนใจประการหนึ่งคือ ข้อจำกัดในการจัดสรรงบประมาณให้กับการสร้างโรงพยาบาล ได้เปิดโอกาสให้บรรดาสิงห์นักปกครองกลายเป็นผู้เล่นคนสำคัญในการทำหน้าที่ประสานและโยกเงินจากหลายภาคส่วนมาโปะให้โครงการดำเนินต่อผ่านเส้นสายในระบบอุปถัมภ์ ยิ่งไปกว่านั้นด้วยกับระบบที่ปราศจากการตรวจสอบและติดตามการทำงาน บรรดาข้าหลวงประจำจังหวัด (ผู้ว่าราชการ) จึงค่อนข้างมีอิสระในการจัดหางบประมาณจากแหล่งต่าง ๆ เช่นกรณีของ พระปทุมเทวาภิบาล ที่ได้วิ่งเต้นจนสามารถหางบพิเศษนอกเหนือจากงบประมาณแผ่นดิน (ได้จากเทศบาลและกองสลากกาชาด) มาสร้างโรงพยาบาลหนองคายจนแล้วเสร็จในปี 2478 ถึงขนาดว่าท่านได้มอบภาพขนาดใหญ่ของตัวท่านเป็นที่ระลึกแก่โรงพยาบาล และเน้นย้ำด้วยข้อความใต้ภาพว่า *“ขอมอบภาพนี้ให้แก่ โรงพยาบาลหนองคาย ให้ประชาชนชาวจังหวัดหนองคายทราบว่า กว่าจะได้โรงพยาบาลขึ้นมา เจ้าของภาพนี้ได้รับความชอกช้ำใจและลำบากกายเป็นอย่างยิ่ง”*[156]

ทั้งนี้ ปัญหาของการขยายบริการสาธารณสุขในพื้นที่จังหวัดหนองคายเรื้อรังมาตั้งแต่สมัยก่อนหน้าที่จะมีการสร้างโรงพยาบาลจังหวัดเสียอีก สะท้อนผ่านการตั้งกระทู้ถามของขุนวรสิษฐ์ดรุณเวทย์ สมาชิกสภาผู้แทนราษฎรจังหวัดหนองคาย ระหว่างการประชุมสภาสมัยสามัญในปี พ.ศ. 2476-2477 โดยในปีแรกถามเกี่ยวกับสภาวะการขาดแคลนแพทย์ในพื้นทั้งที่มีประชากรกว่าแสน รัฐกลับจัดให้มีแพทย์หลวงประจำจังหวัดละ 1 คนเท่านั้น หลังจากนั้นพระยาพหลฯ ก็ได้ชี้แจ้งว่ามีปัญหาเบื้องหลังสองประการคือ ขณะนั้นรัฐขาดทั้ง “เงิน” และ “แพทย์ประกาศนียบัตร” ที่จะจัดสรรให้ทั่วถึง การแก้ไขเบื้องต้นจึงเห็นสมควรให้มีการอบรมพลทหารเสนารักษ์ให้ไปเป็นแพทย์ผู้ช่วยลงไปแก้ไขตามสมควรก่อน[157] อย่างไรก็ดี ในการประชุมสภาสสมัยสามัญปีถัดมา (พ.ศ. 2477)

---

[155] ดูประวัติของโรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์ ใน โรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์, “ประวัติโรงพยาบาล,” โรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์ (เว็บไซต์), https://www.crhospital.org/home/index1.php?group=1/ (สืบค้นเมื่อวันที่ 8 พ.ค. 2565) ดูประวัติของโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ (อุบลราชธานี) ใน โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์, “ประวัติโรงพยาบาล,” โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ (เว็บไซต์), https://www.sunpasit.go.th/history.php/ (สืบค้นเมื่อวันที่ 8 พ.ค. 2565) ดูประวัติโรงพยาบาลหนองคายใน โรงพยาบาลหนองคาย, “ประวัติโรงพยาบาลหนองคาย,” โรงพยาบาลหนองคาย (เว็บไซต์), https://www2.nkh.go.th/nkh/page/history.php/ (สืบค้นเมื่อวันที่ 8 พ.ค. 2565)

[156] โรงพยาบาลหนองคาย, “ประวัติโรงพยาบาลหนองคาย,” โรงพยาบาลหนองคาย (เว็บไซต์), https://www2.nkh.go.th/nkh/page/history.php/ (สืบค้นเมื่อวันที่ 8 พ.ค. 2565)

[157] ธันวา วงศ์เสงี่ยม. *รัฐไทยกับสุขภาพพลเมือง พ.ศ. 2475-2500*, (วิทยานิพนธ์, สาขาระวัติศาสตร์ คณะอักษรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย), 67-69.

ผู้แทนคนเดิมก็ตั้งกระทู้อธิบายทวนสัญญาของรัฐบาลถึงความคืบหน้าว่าได้ดำเนินการไปถึงไหนแล้ว ปรากฏว่าคำตอบของหลวงประดิษฐ์มนูธรรม (นายปรีดี พนมยงค์) รัฐมนตรีกระทรวงมหาดไทยในขณะนั้น ก็ได้ชี้แจงว่าทางรัฐได้ดำเนินการฝึกอบรมคนในพื้นที่เพื่อเป็นผู้ช่วยแพทย์แล้ว นอกจากนี้ *"รัฐบาลจะสร้างโรงพยาบาลขึ้นที่จังหวัดหนองคาย โดยลงมือก่อสร้างในปีนี้ และรัฐบาลได้ตั้งงบประมาณสำหรับเพิ่มแพทย์และผู้ช่วยดำเนินการในโรงพยาบาลต่อไป"*[158] จะเห็นได้ว่า แม้รัฐบาลจะประกาศนโยบายให้ขยายสถานพยาบาลขึ้นในทุกจังหวัด แต่ในความเป็นจริงกลับไม่ส่งผลในเชิงรูปธรรมเท่าใดนัก เนื่องจากการจัดการก่อสร้างโรงพยาบาลหรือแม้กระทั่งสุขศาลาหลายแห่งยังคงต้องรอการพิจารณาของรัฐ[159] หรืออีกนัยหนึ่งคือ "รอความพร้อมด้านการเงินการคลัง" ต่อไป

ความอัตคัดของการบริการยังสะท้อนให้เห็นผ่านบันทึกของนายแพทย์สุรินทร์ พรหมพิทักษ์ แพทย์หลวงประจำจังหวัดหนองคายหนึ่งเดียวในเวลานั้นได้บรรยายว่า ในยุคก่อนหน้าที่รัฐจะมีนโยบายสร้างโรงพยาบาลขึ้นในจังหวัด สถานที่ปฏิบัติงานครั้งแรกของเขา *"ยังไม่มีชื่อ เพราะได้เช่าบ้านเอกชน...มี [เพียง] ห้องเวชภัณฑ์และเครื่องมือแพทย์...เครื่องมือแพทย์ก็มีมีดผ่าตัดเก่า ๆ มีสนิม 2-3 อัน มีคีมจับโลหิต 3-4 อัน เก่า มีสนิม นอกจากนั้นมีเครื่องชั่งยาเก่า ๆ พร้อมกับลูกตุ้มไม่ครบจำนวนอยู่ 1 ชุด"* [160] ภายหลังก็พบว่ามีคนมารับบริการน้อยเนื่องจากปัจจัยเรื่องสถานที่ตั้ง จึงได้ย้ายไปเช่าตึกแถวของเอกชนขนาด 2 คูหาเพื่อตั้งเป็นสุขศาลา ซึ่งปรากฏว่าก็ได้รับความนิยมจากประชาชนเพิ่มขึ้นจากเดิม ครั้นเมื่อโรงพยาบาลหนองคายเปิดใช้บริการในปี พ.ศ. 2478 นายแพทย์สุรินทร์จึงได้รับการแต่งตั้งให้เป็นนายแพทย์ผู้อำนวยการโรงพยาบาลคนแรกอีกด้วย

การที่งบประมาณที่ไม่เพียงพอต่อการขยายระบบบริการของรัฐนี้เอง กลับยิ่งส่งเสริมให้โรงพยาบาลเป็นสถาบันของรัฐชนิดแรก ๆ ที่มีกลไกอิสระในการบริหารมาตรการทางการคลังเป็นของตัวเอง เพราะว่าตั้งแต่กระบวนการต้นน้ำอย่างการจัดสรรงบประมาณยังคงใช้ระบบสมัครใจผ่านการกุศลจากฝั่งเอกชน โดยที่ในบางพื้นที่

---

[158] สำนักงานเลขาธิการสภาผู้แทนราษฎร. *รายงานการประชุมสภาผู้แทนราษฎร สมัยที่ 2 สามัญ พ.ศ. 2477*. (ม.ป.ท.): สำนักงานเลขาธิการสภาผู้แทนราษฎร, 2479), 1467-1469.

[159] ราชกิจจานุเบกษา, "กระทู้ถามที่ ๑๑๑/๒๔๗๘ ของขุนเสนาสัสดี ผู้แทนราษฎรจังหวัดร้อยเอ็ด เรื่อง 'การก่อสร้างโรงพยาบาลจังหวัดร้อยเอ็ด'" (เล่ม ๕๒ หน้า ๓๓๒๓ วันที่ ๙ กุมภาพันธ์ พ.ศ. ๒๔๗๘, 2478), http://www.ratchakitcha.soc.go.th/DATA/PDF/2478/D/3323.PDF; ราชกิจจานุเบกษา, "กระทู้ถามที่ ๔๖๙/๒๔๗๘ ของนายบุญมา เสริฐศรี ผู้แทนราษฎรจังหวัดเลย เรื่อง สร้างทางจากขอนแก่นถึงอุดร, สร้างโรงพยาบาล, ค่าธรรมเนียมตัดไม้ในเขตต์แดนฝรั่งเศส, การหวงห้ามในการที่ราษฎรฝ่ายไทยไปทำมาหากินในเขตต์แดนฝรั่งเศส, การเนรเทศผู้ต้องโทษ ๓ ครั้ง." (เล่ม ๕๓ หน้า ๙๒๙ วันที่ ๒ สิงหาคม พ.ศ. ๒๔๗๙, 2479), http://www.ratchakitcha.soc.go.th/DATA/PDF/2479/D/929.PDF.

[160] *อนุสรณ์งานพระราชทานเพลิงศพ นายแพทย์สุรินทร์ พรหมพิทักษ์ ณ เมรุวัดธาตุทอง กรุงเทพมหานคร วันเสาร์ที่ 27 ธันวาคม 2540*. (ม.ป.ท.): บริษัทฟ้าอภัย จำกัด, 2540), 103-104.

รัฐให้งบสนับสนุนบางส่วน ไปถึงกระบวนการปลายน้ำที่โรงพยาบาลมีระบบจัดเก็บค่าใช้จ่ายที่ได้รับเป็นของตนเอง ขณะเดียวกันนั้นรัฐบาลมีนโยบายสนับสนุนให้มีการกระจายอำนาจลงสู่ท้องถิ่นในรูปของเทศบาล กิจการด้านสาธารณสุขอย่างโรงพยาบาลหรือสุขศาลาที่อยู่ในสังกัดจึงถูกบริหารจัดการงบประมาณที่หมุนเวียนภายใต้โครงสร้างของเทศบาลเอง ในแง่นี้สถาบันทางการแพทย์จึงเป็นสถาบันที่เข้าไปจัดระบบความสัมพันธ์ของคนในสังคม เช่น การดึงเอาตัวแสดงจากกลุ่มข้าราชการ พ่อค้า หรือประชาชนมาเกี่ยวเนื่องกับการพัฒนาสถานบริการหรืองานบริการด้านสาธารณสุข การบริหารความสัมพันธ์ที่สลับซับซ้อนทำให้การจัดสร้างโรงพยาบาลไปไกลเกินกว่าที่จะมองว่าโรงพยาบาลเป็นเพียงกลุ่มก้อนของอาคารที่รองรับคนเจ็บไข้ได้ป่วยเท่านั้น

ชีวิตของนายแพทย์เสม พริ้งพวงแก้ว สะท้อนให้เห็นถึงลักษณะพิเศษของโรงพยาบาลตามที่กล่าวไว้ในหลายมิติ ในด้านมิติของวัฒนธรรม นิธิ เอียวศรีวงศ์ ได้อภิปรายว่าโรงพยาบาลเป็นพื้นที่ที่ *“กล่อมเกลาให้พลเมืองยอมรับอำนาจของผู้รู้”*[161] เช่น นายแพทย์เสม สมัยที่เป็นแพทย์อยู่โรงพยาบาลเทศบาลนครสวรรค์มีอิสระมากพอที่จะดึงชาวบ้านให้มาช่วยเขาให้เป็นผู้ช่วยแพทย์ โดยมีผู้รู้เป็นผู้ถ่ายถอดให้แก่ผู้ไม่รู้อีกต่อหนึ่ง หรือในขณะที่ทำงานอยู่ที่โรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์ นายแพทย์เสมเข้าไปปฏิสัมพันธ์กับชาวบ้านในฐานะผู้ทำการสงเคราะห์ทุกข์ยากของประชาชน จนกระทั่งเมื่อต้องการขยายกำลังคนภายใต้เงื่อนไขที่จำกัด จึงมีคนสมัครใจเข้ามาทำงานโดยรับเงินเดือนไม่เต็มอัตรา ด้วยเพราะผู้คนมีความเลื่อมใสในตัวนายแพทย์เสม[162]

ด้านมิติทางสังคมเองก็สำคัญไม่น้อย เนื่องด้วยโรงพยาบาลเป็นพื้นที่ทางสังคมที่คนหลากหลายกลุ่มเข้ามาปฏิสัมพันธ์กัน จึงก่อเกิดเป็นสายสัมพันธ์ของผู้คนในสังคมที่สามารถพบเห็นได้ทั่วไปในช่วงของการสร้างโรงพยาบาล อาทิ คหบดีที่เป็นพ่อค้าชาวจีนผู้บริจาคที่ดินให้สร้างโรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์ การผลักดันของข้าราชการระดับสูงที่จะให้มีโรงพยาบาลอวดธงในภาคเหนือ ตลอดจนชาวบ้านตาสีตาสาที่ “ฮวมเงิน” กันสร้างโรงพยาบาลเชียงรายฯ ซึ่งล้วนแล้วแต่ทำให้โรงพยาบาลกลายเป็นพื้นที่สาธารณะที่คทุกกลุ่มในสังคมรู้สึกว่าตัวเองเป็นเจ้าของร่วมกัน *“ฉะนั้นทุกจุดของโรงพยาบาลคือ ของเรา ทั้งหมด ทุกคนจะต้องช่วยกันประหยัดเป็นธุระดูแลรักษาและเจ็บร้อนแทนโรงพยาบาลทุกคน”*[163] ไม่เป็นที่น่าแปลกใจแต่อย่างใดที่นายแพทย์เสมจะใช้

---

[161] ธันวา วงศ์เสงี่ยม. *รัฐไทยกับสุขภาพพลเมือง พ.ศ. 2475-2500*, อ้างแล้ว, 97.

[162] สันติสุข โสภณสิริ (บก.), *เกียรติประวัติแพทย์ไทยฝากไว้ให้คนรุ่นหลัง: ชีวิตและงานของศาสตราจารย์นายแพทย์เสม พริ้งพวงแก้ว*, อ้างแล้ว, 75.

[163] สันติสุข โสภณสิริ (บก.), 77.

โรงพยาบาลเป็นพื้นที่ต่อรองกับรัฐในประเด็นของ “เงินทุนสะสมของโรงพยาบาล” จนนำมาสู่ “ระบบเงินบำรุง” ในที่สุด

โดยทั่วไป เงินบำรุงหมายถึงเงินที่โรงพยาบาลหรือหน่วยบริการได้รับจากการให้บริการ ซึ่งนอกเหนือไปจากการบริหารรายจ่ายและรายรับที่ได้มาจากเงินงบประมาณแผ่นดิน โดยหน่วยบริการนั้นสามารถจัดเก็บไว้เองได้โดยไม่ต้องส่งคืนคลัง ซึ่งจุดเริ่มต้นสืบเนื่องมาจากสถานการณ์เฉพาะหน้าในช่วงการเร่งดำเนินนโยบายสร้างโรงพยาบาลอวดธง ดังเช่นกรณีโรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์ ที่เมื่อบุคลากรทางการแพทย์อย่างนายแพทย์เสม พริ้งพวงแก้ว (เมื่อปี พ.ศ. 2479) อาสาเป็นผู้รับหน้าที่ไปดูแลโรงพยาบาลที่จังหวัดเชียงราย แต่เมื่อไปถึงหน้างานในพื้นที่แล้วกลับพบว่าไม่มีแม้แต่โรงพยาบาลที่ใช้เป็นสถานที่รับรักษาคนไข้ได้ จึงต้องริเริ่มพัฒนาตั้งแต่ขอบริจาคเพื่อสร้างโรงพยาบาลและเก็บเงินรักษาตามที่ชาวบ้านพอจ่ายได้เพื่อเอามาบำรุงรักษาโรงพยาบาลต่อไป ดังที่นายแพทย์วิชัย โชควิวัฒน เล่าให้เห็นถึงบรรยากาศไว้ว่า

> *“พอไปถึงไม่มีโรงพยาบาล ไม่มีค่ายา [ต้อง] อาศัยการกุศลของประชาชน อย่างโรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์ ขอให้คนเชียงรายบริจาคคนละบาทเพื่อสร้างโรงพยาบาล พอสร้างโรงพยาบาลเสร็จไม่มีเครื่องยาก็ขอรับบริจาคแล้วมาซื้อยามารักษาคนไข้ พอได้เงินค่ารักษากลับมาจากคนไข้ รัฐส่วนกลางเห็นว่ามีรายได้ ก็เรียกร้องว่าให้ส่งเงินคืนรัฐ...หมอเสมก็ชี้แจงไปที่อธิบดีกรมบัญชีกลาง [ซึ่ง] ตอนนั้นเป็นพระชัยยศสมบัติ ว่ารัฐไม่ให้เงินมาซักบาทนี่ แทนที่พระชัยยศสมบัติจะลงโทษกลับบอกว่าให้ทำแบบนี้ต่อไป”*[164]

ด้วยสถานการณ์ดังกล่าว จึงเป็นที่มาของทักษะในการบริหารจัดการภายในโรงพยาบาลโดยเฉพาะเรื่อง “การจัดการงบประมาณ” หรือการสร้างระบบเงินบำรุงที่มาจากการลงทุนลงแรงของชาวบ้านในพื้นที่ และเพื่อสร้างความมั่นใจว่าโรงพยาบาลจะได้รับพัฒนาโดยประชาชนเพื่อประโยชน์ของประชาชนเอง กระทั่งโรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์ได้กลายเป็นหนึ่งตัวอย่างที่ดีที่ประสบผลสำเร็จในยุคของการสร้างโรงพยาบาลทุกจังหวัดตามนโยบาย “นโยบายอวดธง”

อนึ่ง เมื่อเวลาล่วงเลยเข้าสู่บรรยากาศที่กระแสการเมืองแบบชาตินิยมเริ่มทวีความรุนแรงขึ้นด้วยนโยบายการเรียกร้องดินแดนคืนจากฝรั่งเศสของรัฐบาลจนนำไปสู่กรณีพิพาทอินโดจีน (พ.ศ. 2483-2484) ซึ่งเป็นการช่วง

[164] นายแพทย์วิชัย โชควิวัฒน, สัมภาษณ์โดยคณะผู้วิจัย, 17 พฤษภาคม, 23 พฤษภาคม และ 2 มิถุนายน พ.ศ. 2565.

ชิงความได้เปรียบของสังคมผ่านกระแสปลุกเร้าคลั่งชาติของหลวงวิจิตรวาทการ ไม่นานหลังจากนั้นรัฐไทยก็เปิดฉากการโจมตีอินโดจีนของฝรั่งเศสเพื่อยึดดินแดนที่เสียไปกลับคืนมา เวลานั้นเป็นช่วงที่เวชภัณฑ์และอุปกรณ์ทางการแพทย์ รวมถึงวัสดุก่อสร้างราคาพุ่งสูงขึ้นเพราะต้องนำเข้ามาเกือบหมดในระหว่างสงคราม จึงเป็นเหตุให้โครงการขยายโรงพยาบาลต้องถูกระงับชั่วคราวในปี พ.ศ. 2486[165] แนวคิดของการสร้างโรงพยาบาลอวดธงจึงสลายตัวอย่างรวดเร็วหลังสงครามสิ้นสุดลงพร้อม ๆ กับบทบาทที่ลดลงของคณะราษฎร ผลกระทบต่อเนื่องที่ตามมาหลังสงคราม ได้แก่ ปัญหาของรัฐไทยกับรัฐฝ่ายสัมพันธมิตร บริบททางการเมืองประเทศเพื่อนบ้านกำลังเข้าสู่ยุคหลังอาณานิคมที่ทยอยหลุดออกจากอำนาจของเจ้าอาณานิคมตะวันตก ไปจนกระทั่งการปูเส้นทางสู่ความขัดแย้งรูปแบบใหม่ระหว่างค่ายสังคมนิยมและเสรีนิยม

ในช่วงหลังสงครามโลกครั้งที่ 2 สมัยรัฐบาลนายปรีดี พนมยงค์ (มีนาคม-สิงหาคม พ.ศ. 2489) พบว่า มีการวางกรอบนโยบายให้ชัดเจนขึ้นเกี่ยวกับการสร้างโรงพยาบาลทั่วประเทศ โดยครอบคลุมสาระสำคัญนั่นคือ การเสนอให้แต่ละจังหวัดระดมเงินกันเองผ่านการจัดตั้งองค์กรสาธารณสุข เนื่องจากภาวะเศรษฐกิจตกต่ำหลังสงครามโลกครั้งที่สองได้สร้างผลกระทบต่อดุลการคลังของรัฐ แต่ท้ายที่สุดแล้วก็สามารถดำเนินการสร้างได้เพียงสองโรงพยาบาลเท่านั้น คือโรงพยาบาลสุโขทัยและโรงพยาบาลชลบุรี[166] แม้แต่ในพื้นที่สำคัญอย่างจังหวัดลพบุรีที่รัฐบาลยุคถัดมาภายใต้การนำของจอมพล ป. พิบูลสงคราม สมัยที่สอง (พ.ศ. 2491-2500) เป็นผู้ตัดสินใจย้ายหน่วยทหารไปสังกัดที่นั่น แต่เมื่อกระทรวงกลาโหมต้องการจัดตั้งโรงพยาบาลขึ้นตามแนวนโยบายของรัฐ ยังต้องอาศัยเงินเรี่ยไรจากผู้มีจิตศรัทธาเพื่อนำมาสมทบกับเงินตั้งต้นหนึ่งแสนบาทที่ขอพระราชทานจากพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวอานันทมหิดล (รัชกาลที่ 8) อันเป็นที่มาของชื่อโรงพยาบาลอานันทมหิดล ในจังหวัดลพบุรี[167] ซ้ำร้ายด้วยสภาวะเศรษฐกิจตกต่ำยังส่งผลให้รายได้ที่แท้จริงของเทศบาลขาดดุลอย่างต่อเนื่องจนถึงปี พ.ศ. 2494[168] เมื่อเทศบาลถังแตกจนไม่สามารถหารายได้เพียงพอต่อค่าใช้จ่ายได้ ทำให้โรงพยาบาลในสังกัดเทศบาล *“ที่อยู่ในสภาพ*

---

[165] ธันวา วงศ์เสงี่ยม. *รัฐไทยกับสุขภาพพลเมือง พ.ศ. 2475-2500*, อ้างแล้ว, 153-154.

[166] ทวีศักดิ์ เผือกสม, เชื่อโรค ร่างกาย และรัฐเวชกรรม: ประวัติศาสตร์การแพทย์สมัยใหม่ในสังคมไทย, อ้างแล้ว.

[167] ราชกิจจานุเบกษา, “แจ้งความกระทรวงกลาโหม เรื่อง ทรงพระกรุณาโปรดเกล้าฯ พระราชทานเงินสร้างโรงพยาบาลที่จังหวัดลพบุรี” (เล่ม ๕๔ หน้า ๑๕๙ วันที่ ๑๙ เมษายน พ.ศ. ๒๔๘๐, 2480), http://www.ratchakitcha.soc.go.th/DATA/PDF/2480/D/159.PDF; โรงพยาบาลอานันทมหิดล, “ประวัติโรงพยาบาลอานันทมหิดล,” โรงพยาบาลอานันทมหิดล กรมแพทย์ทหารบก จังหวัดลพบุรี, 2565, http://www.ananhosp.go.th/Ananhistory61.html.

[168] ภิญญพันธุ์ พจนะลาวัณย์, *เทศบาล: พื้นที่ เมือง และกาลเวลา*, (กรุงเทพฯ: สยามปริทัศน์, 2560), 117.

เสื่อมโทรม ไม่สามารถดูแลประชาชนอย่างเต็มที่” ได้ถูกโอนมาเป็นของรัฐส่วนกลางทั้งหมด[169] หน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับงานด้านสาธารสุขจึงเริ่มมีรูปแบบที่รวมศูนย์มากขึ้น พร้อม ๆ กับบทบาทของเทศบาลที่ตกต่ำลง อันเป็นผลจากการที่อำนาจส่วนกลางได้ขยายลงสู่เมืองและชนบท[170]

กระนั้นก็ตาม แม้งบประมาณจะเป็นอุปสรรคใหญ่หลวงในช่วงปี พ.ศ. 2489-2494 แต่นับจากปี พ.ศ. 2494 เป็นต้นมา ปรากฏว่ามีการขยายตัวของโรงพยาบาลประจำจังหวัดอย่างจริงจังอีกครั้ง ส่วนหนึ่งมาจากความตั้งใจของจอมพล ป.พิบูลสงคราม ในสมัยที่สอง (พ.ศ. 2491-2500) บทบาทการนำของพันโท นายแพทย์นิตย์ เวชชวิศิษฎ์ (หลวงนิตย์เวชชวิศิษฎ์) อธิบดีกรมการแพทย์ขณะนั้น ร่วมกับนายแพทย์เสม พริ้งพวงแก้ว ที่เวลานี้ (พ.ศ. 2494) ได้ถูกเรียกตัวให้ย้ายกลับมาทำงานในกรุงเทพฯ โดยเป็นผู้อำนวยการโรงพยาบาลหญิง[171] ประกอบกับเป็นช่วงเวลาที่สหรัฐอเมริกากลายมาเป็นผู้สนับสนุนทั้งด้านงบประมาณและเทคนิคแก่กระทรวงสาธารณสุขไทย ซึ่งเป็นผลพวงมาจากบริบททางเศรษฐกิจและการเมืองภายใต้ร่มเงาของสงครามเย็นที่กำลังเริ่มต้นขึ้น ด้วยปัจจัยผลักดันทั้งภายในและภายนอกประเทศจึงได้นำไปสู่การสร้างโรงพยาบาลจังหวัดเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วและสามารถสร้างจนครบทุกจังหวัดก่อนปี พ.ศ. 2500[172] เวลาเดียวกันนี้ ยังมีการเร่งผลิตนักอนามัยจำนวนมาก เพื่อทำหน้าที่ปลูกฝี ฉีดวัคซีน ทำคลอด และรักษาโรคต่างๆ ให้แก่ชุมชนในหลายพื้นที่ของประเทศ อันเป็นที่มาสำคัญของการขจัดปัญหาเรื่องคุดทะราด ฝีดาษ โรคเรื้อน คอตีบ ไอกรน โปลิโอให้ค่อย ๆ หายไปจากสังคมไทย[173]

ดังนั้น ในช่วงทศวรรษ 2490 นอกจากจะเกิดพัฒนาการที่ก้าวกระโดดของแวดวงการแพทย์และสาธารณสุขที่ปูทางไปสู่การทำงานในสมรภูมิชุมชนแล้ว ยังทำให้เกิดการขยับขยายจากแนวทางการสร้างโรงพยาบาลเพื่อ “อวดธง” ตามแนวทางเดิมของกลุ่มคณะราษฎร ไปสู่การเน้นย้ำถึงการ “พัฒนาพื้นที่ตามยุทธศาสตร์การเมือง” ของสหรัฐอเมริกา ตัวแสดงใหม่ที่สร้างมรดกเชิงสถาบันจำนวนมากให้กับประเทศไทยนับตั้งแต่ 2500 เป็นต้นมา

---

[169] ทวีศักดิ์ เผือกสม, “2477 จุดเริ่มสาธารณสุขชุมชน ตั้งรพ.ให้ครบทุกจังหวัด,” hfocus (เว็บไซต์), https://www.hfocus.org/content/2014/03/6806/ (สืบค้นเมื่อ 8 พ.ค. 2565)

[170] ภิญญพันธุ์ พจนะลาวัณย์, *เทศบาล: พื้นที่ เมือง และกาลเวลา,* อ้างแล้ว, 119-120.

[171] ปัจจุบันคือโรงพยาบาลราชวิถี

[172] กรมอนามัย, *งานและความคิด หมอดำรงค์ บุญยืน: ขุนพลในมหากาพย์แห่งการพัฒนาสาธารณสุขไทย* (นนทบุรี: กรมอนามัย, 2551), 24–25.

[173] กรมอนามัย, 26.

สรุป

พัฒนาการทางประวัติศาสตร์ของระบบสาธารณสุขในสยาม/ไทย ตั้งแต่ทศวรรษ 2430-2500 จะเห็นถึงบทบาทการแพทย์ตะวันตกที่มีอิทธิพลต่อความคิดราชสำนักและชนชั้นสยาม ซึ่งนำไปสู่พัฒนาการก้าวแรกและสำคัญของงานที่เกี่ยวข้องกับสาธารณสุข นับตั้งแต่จุดเริ่มต้นขององค์ความรู้ทางการแพทย์แบบตะวันตก การตั้งต้นผลิตกำลังคน การตั้งกรมพยาบาลและวิวัฒนาการสู่กรมสาธารณสุข ไปจนกระทั่งการจัดตั้งโรงพยาบาลศิริราชพยาบาลและโรงพยาบาลอื่น ๆ ซึ่งกลายเป็นหน่วยบริการสาธารณสุขของรัฐและเอกชนยุคแรกในสังคมไทย

การจัดสร้างโรงพยาบาลตลอดจนเงินบำรุงในการดูแลรักษาสถานพยาบาลทั้งหมดนับตั้งแต่ทศวรรษ 2430 เป็นต้นมา ส่วนใหญ่มาจาก “จิตศรัทธา” และการ “ลงขัน” ร่วมกัน ซึ่งนำโดยเหล่าราชสำนักสยามและพระบรมวงศานุวงศ์ รวมถึงการบริจาคของกลุ่มมิชชันนารี พ่อค้าคหบดี ชาวต่างชาติ หรือราษฎรทั่วไป มากกว่าที่จะเป็นการลงทุนจากงบประมาณของรัฐโดยลำพัง ขณะที่เมื่อก้าวเข้าสู่หลังการปฏิวัติสยาม พ.ศ. 2475 งานสาธารณสุขถูกอธิบายใหม่ให้กลายเป็น “หน้าที่ของรัฐ” ที่ต้องกระทำ เวลานี้ องค์ความรู้เกี่ยวกับสาธารณสุขเองได้เกิดความก้าวหน้าและขยายกว้างยิ่งขึ้นกว่าเดิม โดยปัญญาชนทางการแพทย์หรือผู้ที่มีหน้างานเกี่ยวข้องกับด้านสาธารณสุข ได้พยายามใช้งานสาธารณสุขเป็นเครื่องมือเพื่อเปลี่ยนแปลงความคิดประชาชนทั่วไป เช่น การเพิ่มมิติของความรู้ทางวิทยาศาสตร์ (เชิงสุขภาพ) เรื่องโภชนาการ การดื่มน้ำสะอาด สุขอนามัยของส้วม ฯลฯ ทั้งหมดเป็นไปเพื่อกระชับฐานอำนาจในทางการเมือง พร้อมกับการสร้างเสริมร่างกายของพลเมืองให้แข็งแรงเพื่อรองรับกับเศรษฐกิจแบบอุตสาหกรรมด้วย

เวลานั้นโรงพยาบาลอวดธงจึงมีความสำคัญอยู่ไม่น้อย เนื่องจากกลายเป็นหนึ่งในภาพความเจริญทางวัฒนธรรมที่รัฐให้การส่งเสริม การจัดสร้างโรงพยาบาลในส่วนภูมิภาคจึงเริ่มต้นขึ้นจากพื้นที่ชายแดนที่มีอาณาเขตติดต่อกับประเทศเพื่อนบ้านที่ส่วนมากยังตกเป็นอาณานิคมภายใต้การปกครองของชาติตะวันตก เช่น การขยายสถานบริการในหนองคาย อุบลราชธานี และเชียงราย โดยกลุ่มบุคลากรทางการแพทย์ต่างก็ได้ขานรับต่อนโยบายดังกล่าวอย่างเต็มกำลัง ทั้งนี้ เส้นทางชีวิตของนายแพทย์เสม พริ้งพวงแก้ว ถือเป็นหนึ่งตัวอย่างที่ดีที่สุดที่สามารถสะท้อนมุมมองของบุคลากรทางการแพทย์ที่เริ่มได้สัมผัสประสบการณ์ในพื้นที่ห่างไกล การเข้าถึงบริบทของวิถีชีวิตของชาวบ้านกับการจัดการงานสาธารณสุขโดยเฉพาะในเรื่องการบริหารงบประมาณที่นำไปสู่การสร้างระบบเงินบำรุงของโรงพยาบาล แต่ด้วยข้อจำกัดของงบประมาณรัฐ โดยรวมแล้วนโยบายสร้างโรงพยาบาลทุกจังหวัดประสบความสำเร็จเพียงบางแห่งเท่านั้น

อย่างไรก็ตาม เมื่อต้องเผชิญกับความชะงักงันทางเศรษฐกิจหลังสงครามโลกครั้งที่สอง ติดตามมาด้วยบรรยากาศของความหวาดกลัวภัยคอมมิวนิสต์ในช่วงทศวรรษ 2490 นำไปสู่ปรากฏการณ์เร่งสร้างโรงพยาบาลและรื้อฟื้นสุขศาลาให้มีอยู่ครบทั่วทุกจังหวัดอีกครั้ง ความรีบเร่งที่สวนทางกับประสิทธิภาพการทำงานของท้องถิ่น ทำให้รัฐส่วนกลางเริ่มรุกคืบเข้าไปจัดการดูแลงานสาธารณสุขอย่างใกล้ชิดมากขึ้น การต่อยอดเรื่องการจัดสร้างโรงพยาบาลจะเกิดขึ้นพร้อม ๆ กับวิสัยทัศน์ของรัฐบาลไทยอันมีท่าทีคล้อยตามสหรัฐอเมริกาเรื่องภัยใกล้ตัวอย่างคอมมิวนิสต์ รัฐบาลจึงเริ่มมองเห็นความจำเป็นในการเร่งพัฒนาพื้นที่ "ชนบท" ในฐานะที่เป็น "จุดยุทธศาสตร์" หรือ "ด่านหน้า" เพื่อปะทะภัยคอมมิวนิสต์ มีการเร่งรัดพัฒนาทั้งในมิติการศึกษา อุตสาหกรรม สาธารณูปโภค และโดยเฉพาะงานสาธารณสุข (งานควบคุมโรค ขยายโรงพยาบาล สร้างเสริมสุขอนามัยหมู่บ้าน ให้ความรู้เรื่องหลักโภชนาการ) ดังนั้น การเปิดพื้นที่ในชนบทที่กว้างขวางมากขึ้นกว่าเดิม จึงเกี่ยวพันกับสถานการณ์ทางการเมืองในระดับโลกอย่างบริบทของสงครามเย็นกับความสัมพันธ์อันใกล้ชิดระหว่างรัฐบาลไทยและสหรัฐอเมริกาโดยเฉพาะในทศวรรษแรกของ 2500 อย่างสำคัญ

บทที่ 3
วิกฤติขาดแคลนแพทย์: แกนกลางปัญหาสาธารณสุขไทยในรอบ 2 ทศวรรษ

บทนำ

การขยายตัวของงานสาธารณสุขช่วงสองทศวรรษแรกของปี 2500 ของประเทศไทยอยู่ภายใต้ภาวการณ์ทางการเมือง เศรษฐกิจ และสังคมที่เฉพาะอย่างบรรยากาศการปะทะกันระหว่างโลกทุนนิยมเสรีประชาธิปไตยกับโลกคอมมิวนิสต์ โดยสหรัฐอเมริกามีบทบาทสำคัญในการกำหนดรูปแบบและอัดฉีดเงินสนับสนุนแก่รัฐบาลไทย ปัจจัยทั้งหมดได้มีผลอย่างสำคัญต่อ "การเร่งพัฒนาโครงสร้างสาธารณสุขขั้นพื้นฐาน" ในพื้นที่ชนบทของประเทศไทยอย่างไม่เคยเกิดขึ้นมาก่อน ภายใต้บริบทเช่นนี้ งานสาธารณสุขจึงถือเป็นหนึ่งใน "ตัวชี้วัด" การพัฒนาของประเทศที่ได้รับการสนับสนุนงบประมาณจำนวนมากจากต่างประเทศ อย่างไรก็ตาม แม้รัฐจะเร่งขยายงานพัฒนาชนบทผ่านโครงการจำนวนมาก แต่ปัญหาสำคัญที่เกิดขึ้นระหว่างความร่วมมืออันเข้มข้นดังกล่าว คือ โครงการพัฒนาชนบทส่วนใหญ่เกิดขึ้นเพื่อตอบสนองนโยบายทาง "การเมือง" เป็นสำคัญมากกว่าเป็นการพัฒนาระบบสาธารณสุขเพื่อความเป็นอยู่ที่ดีขึ้น ระยะเวลาของแต่ละโครงการจึง "สั้น" เป็น "หย่อม ๆ" และมักเป็นการแก้ปัญหา "เฉพาะหน้า" ซึ่งไม่ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงคุณภาพชีวิตและสุขภาพของประชาชนในระยะยาว

ขณะที่สถานการณ์ทางสังคมภายในประเทศเองที่เปลี่ยนแปลงไป อย่างการเพิ่มขึ้นของจำนวนประชากรอย่างต่อเนื่องกลายเป็นสัญญาณที่บ่งชี้ถึงวิกฤติในงานสาธารณสุขอย่าง "การขาดแคลนบุคลากรแพทย์" อันเป็นปัญหาเนื่องจากภาวะสมองไหลของแพทย์ที่อยากไปแสวงหาความก้าวหน้าจากต่างประเทศมากกว่าการทำงานเพื่อรับใช้สังคม ยังมีปัญหาเรื่องการกระจุกตัวของแพทย์ในพื้นที่ศูนย์กลางกับตัวเมืองมากกว่าออกไปทำงานในชนบท ตลอดจนปัญหาของการที่แพทย์จบใหม่หรือจบจากต่างประเทศไม่สามารถปรับตัวตามสภาพแวดล้อมได้ ด้วยปัญหาอันหลากหลายของงานสาธารณสุขที่ห้อมล้อมวิกฤติการขาดแคลนแพทย์นี้ ได้นำไปสู่จุดยืนทางความคิดที่มองปัญหาและวิธีการต่างกันภายในกลุ่มแพทย์ปัญญาชน ระหว่างการเป็นแพทย์ที่ "เน้นเฉพาะทางและการรักษา" กับการ "เน้นป้องกัน" ซึ่งเสียงสะท้อนของกลุ่มแพทย์ที่เน้นการป้องกันจะแสดงออกชัดเจนและมีผลต่อการกำหนดทิศทางระบบสาธารณสุขมากขึ้นในเวลาต่อมา

3.1 วิกฤติขาดแคลนแพทย์: แกนกลางปัญหาสาธารณสุขไทย

3.1.1 บทบาทสหรัฐอเมริกากับรัฐบาลไทยในการพัฒนาโครงสร้างสาธารณสุขขั้นพื้นฐาน: การเร่งรัดพัฒนาเพื่อรับมือต่อปัญหาเฉพาะหน้า

สถานการณ์ของสงครามเย็นที่เริ่มแผ่อิทธิพลปกคลุม ได้เร่งกระบวนการเปลี่ยนแปลงทางการเมือง เศรษฐกิจ และสังคมในประเทศไทยอย่างเด่นชัด ภายหลังการรัฐประหารซ้ำอีกครั้งในเดือนตุลาคม พ.ศ. 2501 จอมพลสฤษดิ์ ธนะรัชต์ เน้นย้ำว่าการตัดสินใจยึดอำนาจครั้งนี้ถือเป็นการ "ปฏิวัติ" ซึ่งมีเป้าหมายที่จะพัฒนาเศรษฐกิจของชาติ ดังที่ได้กล่าวไว้ในวาระหนึ่งว่า *"เรื่องสำคัญเกี่ยวกับความผาสุกของประชาชนนั้น คือเศรษฐกิจและการครองชีพ...รัฐบาลนี้จึงได้มีนโยบายที่จะวางโครงการเศรษฐกิจ และได้เสนองบประมาณแผ่นดินโดยถือเอาเรื่องเศรษฐกิจเป็นอันดับหนึ่ง และจัดให้มีการชักชวนส่งเสริมให้ผู้มาลงทุนสร้างอุตสาหกรรมภายในประเทศ"*[174] ซึ่งหลังจากการรัฐประหารไม่นานนักได้มีนโยบายส่งเสริมการลงทุนขนาดใหญ่ของเอกชนจากต่างประเทศ โดยเฉพาะจากสหรัฐและญี่ปุ่นปรากฏผ่านประกาศคณะปฏิวัติหลายฉบับ[175] ขณะที่ผลลัพธ์ของการเปลี่ยนแปลงเชิงประจักษ์ในประเทศ คือ การพัฒนาโครงสร้างพื้นฐานไม่ว่าจะเป็นถนน ทางหลวง สะพาน โรงงานไฟฟ้า โรงเรียน สนามบิน และอ่างเก็บน้ำ[176] รวมถึงการก่อตั้งหน่วยงานรัฐด้านการลงทุนและการพัฒนาประเทศหลายแห่ง ได้แก่ สำนักงบประมาณ (พ.ศ. 2502) สำนักงานสถิติแห่งชาติ สภาเศรษฐกิจแห่งชาติ (พ.ศ. 2493) (ต่อมาเปลี่ยนชื่อเป็นสำนักงานคณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ หรือ สศช. ในปี พ.ศ. 2502) และคณะกรรมการส่งเสริมการลงทุน[177]

ต่อมาไม่นานนักสภาพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติซึ่งมีบุคลากรของสหรัฐฯ บางส่วนทำหน้าที่ให้คำปรึกษาอยู่ด้วยนั้น ได้นำข้อเสนอต่าง ๆ ของธนาคารโลก (World Bank) เกี่ยวกับด้านเกษตรกรรม อุตสาหกรรม การศึกษา รวมทั้งด้านสาธารณสุขมาเป็นตัวแบบเพื่อประมวลออกมาเป็นแผนพัฒนาเศรษฐกิจแห่งชาติฉบับแรก

---

[174] สฤษดิ์ ธนะรัชต์, *ประมวลสุนทรพจน์ของ จอมพล สฤษดิ์ ธนะรัชต์ พ.ศ. 2502-2504*, คณะรัฐมนตรีพิมพ์ในงานพระราชทานเพลิงศพ ฯพณฯ จอมพล สฤษดิ์ ธนะรัชต์ ณ เมรุหน้าพลับพลาอิสริยาภรณ์ วัดเทพศิรินทราวาส เมื่อวันที่ 17 มีนาคม พ.ศ. 2507 (กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์สำนักทำเนียบนายกรัฐมนตรี, 2507), 1.

[175] *ประมวลคำแถลงการณ์ของคณะปฏิวัติ*, เอนก บุญภักดี พิมพ์ชำร่วยในงานฌาปนกิจศพ นายเผือก คามคุตร ณ เมรุวัดพระพิเรนทร์ พระนคร (โรงพิมพ์พาณิชย์เจริญ, 2502).

[176] เช่น ทางหลวงสายมิตรภาพ-สระบุรี-นครราชสีมา พิษณุโลก-หล่มสัก การจัดตั้งแพทยศาสตร์ที่มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ หรือการตั้งคณะรัฐประศาสนศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

[177] ผาสุก พงษ์ไพจิตร, คริส เบเคอร์, *เศรษฐกิจการเมืองไทยสมัยกรุงเทพฯ* (กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์ตรัสวิน (ซิลค์เวอร์มบุคส์), 2539), 220–22.

(พ.ศ. 2504 – 2509) ซึ่งแน่นอนว่าที่ปรึกษาที่เป็นตัวแทนของสหรัฐฯ มีบทบาทอย่างสำคัญในการยกร่างฉบับนี้[178] ภายใต้บริบทเช่นนี้เองที่งานด้านสาธารณสุขถูกทำให้เป็นส่วนหนึ่งของแผนพัฒนาเศรษฐกิจแห่งชาติ ตั้งแต่ฉบับที่หนึ่ง ภายใต้ชื่อ "แผนพัฒนาการสาธารณสุขฉบับที่ 1 (พ.ศ. 2504 – 2509)"[179] ซึ่งมีเป้าหมายในการเร่งขยายสถานบริการออกไปในพื้นที่ชนบท และเร่งรัดการผลิตบุคลากรทางการแพทย์ทั้งหมอและพยาบาล ผ่านการจัดตั้งโรงเรียนแห่งใหม่ ๆ เพื่อผลิตหมอและพยาบาล[180] เวลานี้ งานสาธารณสุขจึงถือเป็นหนึ่งในตัวชี้วัดการพัฒนาของประเทศที่ได้รับการสนับสนุนงบประมาณจำนวนมากต่างจากประเทศ เห็นได้จากงบประมาณด้านการสาธารณสุขที่ไทยได้รับการเกื้อหนุนจากสหรัฐฯ มีจำนวนรวมกันมากเป็นลำดับสามของงบช่วยเหลือทั้งหมดที่ประเทศไทยได้รับ[181]

ทั้งนี้ ศูนย์กลางพื้นที่ที่สหรัฐฯ ให้ความสนใจเป็นพิเศษ คือ พื้นที่ที่เผชิญกับภาวะยากจน (poor) มีพัฒนาอย่างเชื่องช้า (underdeveloped) และเป็นพื้นที่ชายขอบที่ห่างไกลศูนย์กลางอำนาจรัฐ (peripheral area) เพราะเชื่อว่าสามคุณลักษณะดังกล่าวจะกลายเป็นปัจจัยที่บีบคั้นให้พื้นที่บริเวณนั้น กลายเป็นพื้นที่สุ่มเสี่ยงต่อการ "สุมหัว" ของฝ่ายคอมมิวนิสต์ ความวิตกกังวลต่อภัยคอมมิวนิสต์ได้เบนความสนใจของรัฐมาสู่บริเวณภาคตะวันออกเฉียงเหนือและภาคเหนือที่ยังนับว่าเป็นพื้นที่ "ชนบท" ของไทยเวลานั้น สหรัฐฯ จึงเริ่มมีบทบาทอย่างสำคัญในการสรรสร้างองค์ความรู้ที่เกี่ยวข้องกับ "ชนบทศึกษา" หรือ "ชาวนาศึกษา" ตามวิธีวิทยาทางมานุษยวิทยาที่ก่อตัวภายใต้ยุทธศาสตร์ทางเศรษฐกิจการเมืองของสหรัฐฯ[182] ซึ่งใช้วิธีส่งเสริมผ่านบทบาทขององค์การอนามัยโลก (WHO) องค์การยูนิเซฟ (UNICEF) ที่ทำหน้าที่ส่งเสริมระยะยาวเกี่ยวกับการควบคุมวัณโรคคุดทะราด ริดสีดวงตา กามโรค และโรคเรื้อน ขณะที่องค์การบริหารวิเทศกิจแห่งสหรัฐฯ หรือยูซ็อม (United State Operations Mission - USOM) ส่วนใหญ่สนใจเรื่องการควบคุมโรค อนามัยสิ่งแวดล้อม การพัฒนา

---

[178] อุกฤษฎ์ ปัทมานันท์, "สหรัฐอเมริกากับนโยบายเศรษฐกิจไทย (1960–1970)" (วิทยานิพนธ์สาขารัฐศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2526), 77–79; กุลลดา เกษบุญชู มี้ด, "การเมืองไทยในยุคสฤษดิ์-ถนอม ภายใต้โครงสร้างอำนาจโลก," รายงานวิจัยจากทุนปรีดี พนมยงค์ มูลนิธิ 50 ปี ธนาคารแห่งประเทศไทย, 2550, 89; ผาสุก พงษ์ไพจิตร, คริส เบเคอร์, *เศรษฐกิจการเมืองไทยสมัยกรุงเทพฯ*, 220.

[179] กองแผนงานสาธารณสุข, "วิวัฒนาการของนโยบายและแผนพัฒนาการสาธารณสุขของประเทศไทย," ใน *45 ปี กระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2585-2530*, (กรุงเทพฯ: สหประชาพานิชย์, 2553), 25.

[180] "แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคม ฉบับที่ 1 (ระยะที่ 1) พ.ศ. 2504-2506," สำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, วันที่สืบค้น 5 พฤษภาคม 2565, https://www.nesdc.go.th/main.php?filename=develop_issue.

[181] ทิพยวรรณ หอมกระหลบ, ไทยกับความช่วยเหลือของต่างประเทศ : การศึกษาเฉพาะกรณีความช่วยเหลือจากสหรัฐอเมริกา พ.ศ. 2493 - 2519, (วิทยานิพนธ์, สาขาประวัติศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ, 2534), 93-96.

[182] เก่งกิจ กิติเรียงลาภ, *เขียนชนบทให้เป็นชาติ กำเนิดมานุษยวิทยาไทยในยุคสงครามเย็น*, (กรุงเทพฯ: มติชน, 2562), 47-49

หน่วยงานหรือสถาบัน บริการอนามัยท้องถิ่น อาหารและโภชนาการ และประชากร ด้านองค์การเพื่อการพัฒนาระหว่างประเทศของสหรัฐอเมริกา หรือยูเอสเอด (United States Agency for International Development - USAID) สนับสนุนการขจัดมาลาเรียและอนามัยท้องถิ่น และเรื่องอื่น ๆ ที่หน้างานค่อนข้างกว้าง เช่น กสิกรรม การศึกษา ความปลอดภัยของสาธารณะ การปฏิบัติงานภาคสนาม พัฒนาหน่วยงานหรือสถาบัน และการสนับสนุนยังมาจากสำนักข่าวสารอเมริกันหรือยูซิซ (United States Information Service - USIS) และมูลนิธิร็อกเกอะเฟลเลอร์ (Rockefeller Foundation) อีกด้วย[183] เวลานั้นจึงมีทั้งนโยบายและโครงการที่หน่วยงานต่างประเทศจากสหรัฐฯ ทำงานร่วมกันกับกระทรวงสาธารณสุข เพื่อมุ่งพัฒนาเพื่อหาแนวทางใหม่ให้กับระบบสาธารณสุขในประเทศไทย โดยรวมจึงกล่าวได้ว่ารัฐบาลสหรัฐฯ และรัฐบาลไทยกับกระทรวงสาธารณสุขได้มีความร่วมมือแบบเฉพาะกิจมาตั้งแต่ช่วงทศวรรษ 2490 แต่จะทวีความใกล้ชิดมากยิ่งขึ้นเมื่อก้าวเข้าสู่ทศวรรษ 2510 โดยความเข้มข้นของความสัมพันธ์ได้เพิ่มขึ้นตามระดับความกังวลของรัฐบาลทั้งสอง ที่มีต่อภัยคุกคามจากคอมมิวนิสต์ ซึ่งเกี่ยวข้องโดยตรงกับสงครามเวียดนามที่ทวีความรุนแรงขึ้นในช่วงปี พ.ศ. 2507 – 2511 ด้วย

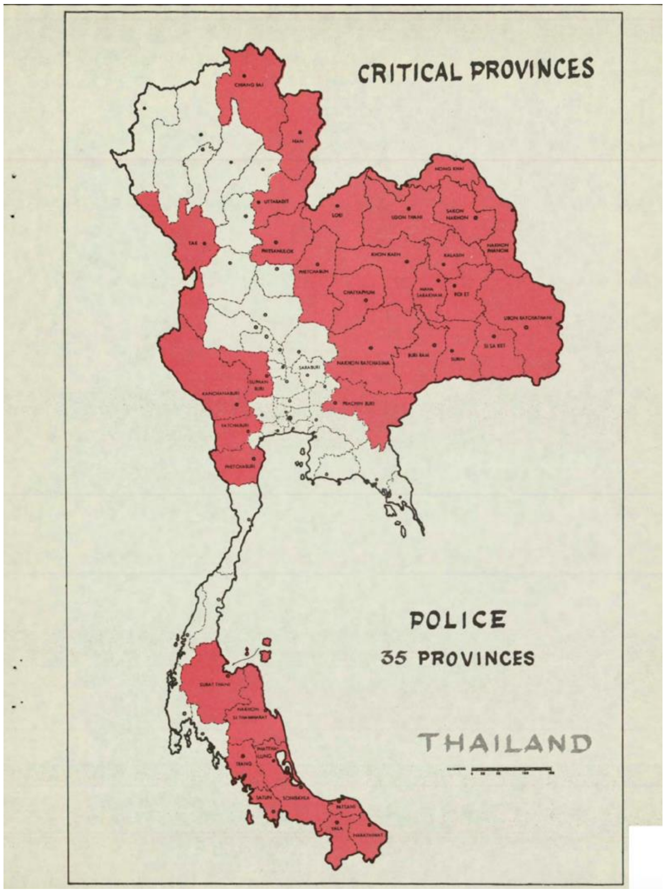
การปรับปรุงงานด้านสาธารณสุขและสาธารณูปโภคขั้นพื้นฐานเพื่อเป็นปราการป้องกันภัยคอมมิวนิสต์เกิดขึ้นตั้งแต่ปี พ.ศ. 2493 โครงการเหล่านั้นมักเป็นความช่วยเหลือแบบให้เปล่าผ่านโครงการต่าง ๆ ของสหรัฐฯ หรือองค์การระหว่างประเทศที่รับผิดชอบงานสาธารณสุข หนึ่งในตัวอย่างที่เห็นได้ชัดคือ “โครงการปรับปรุงอนามัยชนบท” (Local Health Development Project) ที่ดำเนินการระหว่างปี พ.ศ. 2500 – 2502 โครงการนี้อยู่ภายใต้การดูแลของกรมอนามัยโดยได้รับความร่วมมือและการช่วยเหลือจาก USOM ซึ่งมีเป้าหมายในการนำงานอนามัยแผนใหม่มาปรับปรุงหมู่บ้านตามหลักการพัฒนาชุมชนด้วยแนวคิดพึ่งตนเองโดยร่วมกับภาครัฐ[184] หลังจากนั้นในปี พ.ศ. 2503 ได้ขยายโครงการข้างต้นเป็น “โครงการปรับปรุงสุขาภิบาลชนบท” (Village Health and Sanitation Project) เพื่อแก้ปัญหาโรคระบาดและส่งเสริมการใช้ส้วมอย่างถูกสุขลักษณะ ซึ่งก็ยังคงได้รับงบประมาณและการสนับสนุนด้านผู้เชี่ยวชาญจาก USOM และองค์กรระหว่างประเทศเช่นเดิม หลังจากนั้นในปี พ.ศ. 2506 USOM ได้ตั้งสำนักงานพัฒนาชนบท (Office Rural Affairs) เพื่อผลักดันงานด้านการพัฒนาการเกษตรและสาธารณสุขให้เข้าถึงชาวบ้านในพื้นที่ โดยมีเจ้าหน้าที่ของ USOM เป็นผู้ปฏิบัติงานไปพร้อม ๆ เจ้าหน้าที่รัฐ

---

[183] วิวรรณ เอกรินทรากุล, *การบริหารงานสาธารณสุขในประเทศไทย พ.ศ. 2501 - 2520*, (วิทยานิพนธ์, สาขาประวัติศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2547), 60-61.

[184] ชาติชาย มุกสง, “‘การเมืองเรื่องการพัฒนา’: นโยบายโภชนาการ ชนบททับการรุกคืบของรัฐในการพัฒนาสุขภาพ ชาวบ้านในชุมชนยุคสงครามเย็น*,” *วารสารประวัติศาสตร์ มศว.*, 40 (2559 2558): 61.

ของไทย กระทั่งปี พ.ศ. 2509 สหรัฐ ฯ ได้ทำข้อตกลงเพิ่มเติมเพื่อปรับปรุงและขยายงานสุขภาพอนามัยในชนบทของภาคตะวันออกเฉียงเหนือและภาคเหนือ พร้อม ๆ กับสนับสนุนการฝึกอบรมงานด้านสาธารณสุขและป้องกันโรคระบาด ด้วยงบประมาณกว่า 30 ล้านบาท[185] ได้รายงานข่าวว่าทั้ง USOM และรัฐบาลสหรัฐฯโดยตรง ได้ให้ความช่วยเหลือต่อไทยรวมแล้วเป็นเงินกว่า 100 ล้านเหรียญสหรัฐฯ สำหรับดำเนินโครงการอนามัยเบ็ดเสร็จเพื่อพัฒนาและปรับปรุงระบบการให้บริการทางด้านสาธารณสุขแก่ประชาชนในท้องถิ่นต่าง ๆ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในพื้นที่ที่มีความเสี่ยงต่อการโฆษณาชวนเชื่อและแทรกซึมของคอมมิวนิสต์[186]



รูป 3 พื้นที่สีแดงบนแผนที่ประเทศไทยคือจังหวัดที่ USAID และ USOM ระบุว่าเป็นพื้นที่สุ่มเสี่ยง

ที่มา: USOM THAILAND Office of Program, “The US/AID Program in Thailand: Summary of Economic AID to Thailand and Selected Statistical Data” (USOM THAILAND Office of Program: USOM, October 1969).

---

[185] ชาติชาย มุกสง, 63- 65.

[186] ทวีศักดิ์ เผือกสม, *เชื้อโรค ร่างกาย และรัฐเวชกรรมประวัติศาสตร์การแพทย์สมัยใหม่ในสังคมไทย*, (กรุงเทพฯ: Illuminations editions, 2561), 318.

ขณะที่การสนับสนุนด้านอื่น ๆ ยังปรากฏว่ามีการสร้างถนนสายรองเพื่อเชื่อมการคมนาคมหมู่บ้านที่ห่างไกลเข้ากับทางหลวง นอกจากนั้นถนนยังเป็นช่องทางเชื่อมชาวบ้านให้เข้ากับเศรษฐกิจแบบตลาด ในช่วงเวลานี้เองเป็นครั้งแรกของพัฒนาการรัฐไทยสมัยใหม่ที่กลไกของรัฐได้ลงไปถึงระดับล่าง หน่วยงานของรัฐบาลสหรัฐฯ อย่าง USIS และ USOM ได้เข้ามามีบทบาทในการดำเนินกิจกรรมเชื่อมชาวบ้านเข้ากับเจ้าหน้าที่ของรัฐผ่านการช่วยเหลือเรื่องการเกษตร การชลประทาน การเลี้ยงสัตว์ การส่งเสริมการศึกษา การสาธารณสุข กิจกรรมเหล่านี้ได้ส่งเสริมให้กลไกของรัฐเข้าไปถึงชาวบ้านในระดับหมู่บ้านมากขึ้น[187] โดยเฉพาะเมื่อเกิดการปะทุสงครามเวียดนามขึ้น (พ.ศ. 2507 – 2511) นโยบายการพัฒนาของสหรัฐฯ มีการปรับเปลี่ยน เพื่อให้มีประสิทธิภาพและบรรลุเป้าหมายของการต่อต้านคอมมิวนิสต์ให้มากยิ่งขึ้น

การเปลี่ยนแปลงที่นอกจากการเน้นการพัฒนาไปยังพื้นที่ชนบทอย่างจริงจังแล้ว ยังมุ่งหวังที่จะพัฒนาคุณภาพชีวิตคนให้มีความกินดีอยู่ดี[188] กล่าวอีกนัยหนึ่งได้ว่าต้องการสร้างความมั่นคงให้เกิดขึ้นในประเทศไทยผ่านการพัฒนาชนบทในด้านต่าง ๆ ด้วยฐานความคิดว่าการขยายตัวของคอมมิวนิสต์เป็นเรื่องของ “พลเรือน” การป้องกันจึงควรดำเนินการโดยผู้ที่ไม่ได้อยู่ในกองทัพแต่ต้องถูก “ริเริ่มและดำเนินการโดยฝ่ายพลเรือน” เช่นกัน อันเป็นที่มาของปรากฏการณ์โครงการต่าง ๆ ที่หมายจะเชื่อมผู้คนในพื้นห่างไกลให้รู้สึกผูกพันกับรัฐบาลมากขึ้น ความสนใจของสหรัฐฯ ที่มีต่อการพัฒนาพื้นที่ชนบทและงานด้านสาธารณสุขในระหว่าง พ.ศ. 2501 – 2519 สามารถยืนยันได้จากงบประมาณช่วยเหลือด้านการพัฒนาชุมชนทั้งหมดที่ได้รับจากสหรัฐฯ มีจำนวนถึง 82,327.7 ล้านเหรียญสหรัฐฯ ซึ่งมากเป็นลำดับที่สอง เป็นรองแค่เพียงด้านความมั่นคง ขณะที่งบประมาณ “ด้านสาธารณสุข” มาเป็นลำดับที่สามเป็นเงินจำนวน 54,090.1 ล้านเหรียญ[189] แต่ยังไม่รวมความช่วยเหลืออีกจำนวนหนึ่งจากองค์กรความช่วยเหลือระหว่างประเทศอื่น ๆ ได้แก่ UN WHO มูลนิธิร็อกเกอะเฟลเลอร์ ฯลฯ

นอกจากร่วมมือรายโครงการระหว่างองค์กรระหว่างประเทศกับหน่วยงานของรัฐด้านสาธารณสุขแล้ว รัฐบาลไทยก็ได้ตั้งหน่วยงานด้านการพัฒนาชนบทซึ่งทำงานควบคู่ไปกับการพัฒนางานด้านสาธารณสุข เช่น หน่วย

---

[187] กุลลดา เกษบุญชู มี้ด, *การเมืองไทยในยุคสฤษดิ์-ถนอม ภายใต้โครงสร้างอำนาจโลก,* (รายงานวิจัย, ทุนปรีดี พนมยงค์ มูลนิธิ 50 ปี ธนาคารแห่งประเทศไทย, 2550), 134-136

[188] John Kennedy and Staff, “A Brief History of USOM Support to Public Health & Population Programs in Thailand,” United States Operations’ Mission to Thailand - Agency for International Development, One of a Series of Reports on U.S.A.I.D.’s Participation in Thailand’s Development (Bangkok, Thailand, December 1972), 1.

[189] ทิพยวรรณ หอมกระหลบ, ไทยกับความช่วยเหลือของต่างประเทศ : การศึกษาเฉพาะกรณีความช่วยเหลือจากสหรัฐอเมริกา พ.ศ. 2493 - 2519, (วิทยานิพนธ์, สาขาประวัติศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ, 2534), 94.

พัฒนาการเคลื่อนที่ หรือ นพค. (Mobile Development Units) ในปี พ.ศ. 2504 กองอำนวยการกลางรักษาความปลอดภัยแห่งชาติ (กรป. กลาง) ในปี พ.ศ. 2505[190] กระทรวงพัฒนาการแห่งชาติ ((Ministry of National Development) ในปี พ.ศ. 2505 กรมพัฒนาชุมชน (Community Development Department) ในปี พ.ศ. 2505 ตำรวจตระเวนชายแดนกองทัพบก (Border Patrol Police) ในปี พ.ศ. 2506 และในปี พ.ศ. 2509 มีกรมการเร่งรัดพัฒนาชนบท (Department of Accelerated Rural Development - ARD) โครงการศูนย์อนามัยการแพทย์ และโครงการฝึกอบรมผู้นำชุมชน ภารกิจโดยรวมของหน่วยงานเหล่านี้คือพัฒนาและดูแลประชาชน ซึ่งบางครั้งมีหน้างานที่หลากหลาย ได้แก่ บำรุงถนน ส่งเสริมกสิกรรม เจาะบ่อน้ำ พัฒนาจุดน้ำดื่ม อนามัยครอบครัว พัฒนาอนามัยท้องถิ่น ฉีดยาป้องกัน ขจัดโรคมาลาเรีย ติดตั้งไฟฟ้า ซึ่งงานทั้งหมดไม่ได้รวมศูนย์อยู่ที่หน่วยงานใดหน่วยงานหนึ่งแต่กระจายไปในหลายหน่วยงานที่รับผิดชอบ

TABLE 8

U.S. AID TO THAILAND

MAJOR DOLLAR COST ITEMS IN FY 1969

(Thousands of Dollars)

	TOTAL	TECH-NICIANS	CONTRACT SERVICES	PARTICI-PANTS	COMMODI-TIES
Civil Police	7,394	1,165	2,004	173	4,052
Accelerated Rural Development	8,513	1,103	845	68	6,497
Agricultural Development	2,427	117	196	319	1,795
Malaria Eradication	2,485	-0-	128	4	2,353
Technical Support	2,812	1,909	165	-0-	738
Potable Water	635	31	291	28	285
Aeronautical Ground Services	458	-0-	369	89	-0-
ARD Training	226	20	30	24	152
Rural Training	2,149	151	100	538	1,360
Vocational Education	882	118	520	244	-0-
Rural Health	792	156	45	152	439
Family Health	1,298	18	400	66	814
Community Development	569	191	-0-	96	282
Mobile Development Units	1,056	16	20	34	986
All other	3,851	280	276	1,020	1,078
TOTAL	35,547	5,276	6,584	2,856	20,831

รูป 4 ตัวอย่างการใช้งบประมาณของ USAID สำหรับพัฒนาประเทศไทยในปี พ.ศ. 2512

[190] ในปี พ.ศ. 2540 เปลี่ยนชื่อเป็นหน่วยบัญชาการทหารพัฒนา หรือ นทพ. (Armed Force Development Command)

ที่มา: USOM THAILAND Office of Program, "The US/AID Program in Thailand: Summary of Economic AID to Thailand and Selected Statistical Data" (USOM THAILAND Office of Program: USOM, October 1969).

อย่างไรก็ตาม แม้ว่ารัฐบาลจะเร่งขยายโครงการพัฒนาชนบทผ่านโครงการจำนวนมาก แต่ปัญหาสำคัญที่เกิดขึ้นจากความร่วมมือระหว่างรัฐบาลไทยกับสหรัฐฯ คือ โครงการพัฒนาชนบทส่วนใหญ่เกิดขึ้นเพื่อตอบสนอง "นโยบายทางการเมือง" เป็นสำคัญมากกว่าเป็นการพัฒนาระบบสาธารณสุขเพื่อความเป็นอยู่ที่ดีขึ้น โดยจะเห็นได้ว่าการช่วยเหลือของ USOM ในหลายพื้นที่บริเวณภาคตะวันออกเฉียงเหนือ เป็นการตัดสินใจที่เน้นให้ความช่วยเหลือในพื้นที่ที่สุ่มเสี่ยงทางการเมืองเป็นหลัก[191] ด้วยเหตุนี้ ระยะเวลาของแต่ละโครงการจึง "สั้น" "เป็นหย่อม" และเป็นการแก้ปัญหา "เฉพาะหน้า" ซึ่งไม่ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงคุณภาพชีวิตและสุขภาพของประชาชนในระยะยาว[192] ดังที่นายแพทย์ดำรงค์ บุญยืน นักวางแผนสาธารณสุข ผู้มีประสบการณ์ในการรับราชการในกองแผนงานสาธารณสุขมาเป็นเวลานาน และเป็นหนึ่งในกำลังสำคัญที่จัดทำแผนพัฒนาการสาธารณสุขแห่งชาติได้แสดงความเห็นความสัมพันธ์ระหว่างเศรษฐกิจกับนโยบายด้านสาธารณสุขในช่วงทศวรรษ 2500 ไว้ว่า

"นโยบายต่าง ๆ ที่ได้รับการบรรจุเข้าไว้ในแผนพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับแรกๆ...โดยมีการให้ความสำคัญแก่การพัฒนาสังคมเพิ่มมากขึ้นก็ตาม ส่วนใหญ่แล้วก็ได้ผสมผสานนโยบายแห่งชาติด้านสาธารณสุขเข้าไว้ในลักษณะที่เป็นแต่เพียงความพยายามในอันที่จะจัดบริการเกี่ยวกับสุขภาพอนามัยให้ประชาชน ***ได้เป็นทรัพยากรอันทรงคุณค่าของรัฐ*** *เพื่อที่จะสามารถช่วยพัฒนาเศรษฐกิจของประเทศให้เจริญรุดหน้าสืบไป...ย่อมสะท้อนถึงจุดหมาย หลักการ และแนวทางของการพัฒนาประเทศที่มุ่งใช้สาธารณสุขเป็นเครื่องมือในการเพิ่มพูนผลประโยชน์ทางเศรษฐกิจของรัฐ...แต่มิได้ระบุถึงความสำคัญของสุขภาพอนามัยตามนัยที่เป็นรากฐานขั้นต้นของการพัฒนาทั้งปวงในทุก ๆ ด้าน"*[193]

ดังนั้น แม้ความใกล้ชิดระหว่างรัฐบาลไทยกับสหรัฐอเมริกามีผลต่อองค์ความรู้ทางการแพทย์และสาธารณสุขที่มุ่งเน้นไปยังการพัฒนาชนบท (Rural area) หรือหมู่บ้าน (Village) แต่ขณะเดียวกันความรู้ก็ได้เปลี่ยนแปลงและลื่นไหลไปตามปฏิสัมพันธ์ทางการเมืองและสถานการณ์ทางเศรษฐกิจ มากกว่าที่จะมุ่งไปสู่การแก้ไขปัญหา

---

[191] Kenedy, John E., M.D. and staff, *A BRIEF HISTORY OF USOM SUPPORT TO PUBLIC HEALTH & POPULATION PROGRAMS IN THAILAND*, Cited, 8.

[192] วิวรรณ เอกรินทรากุล, การบริหารงานสาธารณสุขในประเทศไทย พ.ศ. 2501 - 2520, (วิทยานิพนธ์, สาขาประวัติศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2547), 70-75.

[193] ดำรงค์ บุญยืน, "นโยบายแห่งชาติด้านสาธารณสุข", การประชุมสมัชชาสาธารณสุขไทย ครั้งที่ 1 จัดโดยรัฐบาลไทย พ.ศ. 2531 กรมอนามัย, *งานและความคิด หมอดำรงค์ บุญยืน: ขุนพลในมหากาพย์แห่งการพัฒนาสาธารณสุขไทย* (นนทบุรี: กรมอนามัย, 2551), 89.

สาธารณสุขที่เป็นเรื่องหลักของสังคมชนบทเวลานั้น อย่างไรก็ตาม นอกจากปัจจัยภายนอกประเทศอย่างบทบาท สหรัฐอเมริกาและตัวแทนหน่วยงานระหว่างประเทศที่มีผลต่องานสาธารณสุขแล้ว การเปลี่ยนแปลงทางสังคมภายในประเทศเองอย่างการ "เพิ่มขึ้น" อย่างต่อเนื่องของประชากร ซึ่งสวนทางกับสภาวะของบุคลากรทางการแพทย์ที่กำลัง "ขาดแคลน" อย่างรุนแรงเข้าขั้นวิกฤติ ได้กลายเป็นปัญหาสำคัญสองประการที่ส่งผลกระทบต่องานสาธารณสุขในเวลานั้นที่ควรกล่าวถึง

3.1.2 ปัญหาประชากร: หลักสูตรการวางแผนครอบครัว

3.1.2.1 จาก "เพิ่ม" กลายเป็น "ลด" ประชากร

ตั้งแต่อดีตมา หนึ่งในเหตุผลสำคัญที่รัฐและราชสำนักสยามยอมรับความรู้ทางการแพทย์แผนตะวันตก คือความต้องการเพิ่มจำนวนประชากรเพื่อเป็นกำลังการผลิตของชาติ เนื่องจากปัญหาของสยามขณะนั้นคือการมีประชากรน้อยเกินไป[194] ดังนั้น การแพทย์และการสาธารณสุขสมัยใหม่ถือเป็นองค์ประกอบสำคัญที่ช่วยเพิ่มจำนวนประชากรให้แก่รัฐเสมอมา ซึ่งการเล็งเห็นความสำคัญของนโยบายงานสาธารณสุขเพื่อให้เป็นเครื่องมือช่วยเพิ่มประชากรแก่รัฐเห็นได้ชัดเจนที่สุดในยุครัฐบาลจอมพล ป. พิบูลสงคราม สมัยที่ 1 (พ.ศ. 2481 – 2487) ดังที่จอมพล ป. ได้กล่าวไว้ในวันคล้ายวันครบรอบวันชาติเมื่อ 24 มิถุนายน ปีพ.ศ. 2486 ถึงความสัมพันธ์ระหว่างสาธารณสุขกับจำนวนประชากรว่า *"อนึ่ง การที่ชาติของเราจะพึ่งตนเองได้ ย่อมขึ้นหยู่ที่กรนีสำคัน คือมีพลเมืองเลย 40 ล้านคนขึ้นไป...จะเห็นได้ว่ากะซวงสาธารนะสุขได้พยายามทำงานส้างพลเมือง ซึ่งเปนสิ่งสำคันที่จะทำไห้ชาติไทยเปนมหาอำนาดได้ผลดีมาก โดยทำทุกวิถีทาง นับตั้งแต่การสมรส การเลี้ยงเด็ก การป้องกันโรค ตลอดถึงการรักสาพยาบาล ฯลฯ"*[195] การเร่งเพิ่มประชากรได้กลายเป็นเป้าหมายหนึ่งของงานสาธารณสุขและจะดำเนินไปแม้กระทั่งหลังสงครามโลกครั้งที่ 2 เมื่อจอมพล ป. ได้ กลับมาเป็นนายกรัฐมนตรีในสมัยที่ 2 อีกครั้งระหว่างปี พ.ศ. 2491 - 2500 การส่งเสริมการแต่งงานเร็วและมีครอบครัวขนาดใหญ่ในเวลานั้นยังได้รับแรงจูงใจจากรัฐบาลอยู่[196]

---

[194] ทวีศักดิ์ เผือกสม, *เชื้อโรคร่างกายและรัฐเวชกรรม ประวัติศาสตร์การแพทย์สมัยใหม่ในสังคมไทย,* (กรุงเทพฯ: Illuminations editions, 2561), 167.

[195] แปลก พิบูลสงคราม, *คำปราสัยของพนะท่าน จอมพล ป. พิบูลสงคราม นายกรัถมนตรีผู้นำของชาติ ในอภิลักขิตสมัยแห่งวันชาติ 24 มิถุนายน 2486* (กรุงเทพฯ: กรมโคสนาการ, 2486), 31–32.

[196] The National Economic Development Board, The National Statistical Office, and The Institute of Population Studies, Chulalongkorn University, "1974 World Population Year: The Population of Thailand," C.I.C.R.E.D. Series (Bangkok, 1974), 63.

และยังเห็นได้จากการก่อตั้งโรงพยาบาลหญิงในปี พ.ศ. 2494 เพื่อส่งเสริมบริการทางสุขภาพให้แก่สตรีด้วย[197] โดยเป็นช่วงเวลาไม่กี่ปีเท่านั้นก่อนที่ความคิดเรื่องการเพิ่มจำนวนประชากรจะเปลี่ยนไปและกลับถูกมองว่ากลายเป็นอุปสรรคขัดขวางต่อการพัฒนา

ดังนั้น นับตั้งแต่ก้าวเข้าสู่ทศวรรษ 2500 แนวคิด "การสร้างลูกเพื่อชาติ" ที่ส่งเสริมอย่างกว้างขวางในยุคก่อนหน้า ได้สิ้นสุดลงอย่างสิ้นเชิงเมื่อแนวคิดต่อประชากรในบริบทสากลได้เปลี่ยนแปลงไป ภายใต้การผลักดันเรื่องการพัฒนาในประเทศโลกที่สาม ธนาคารโลกและองค์การระหว่างประเทศต่าง ๆ เป็นตัวจักรสำคัญในการเผยแพร่และผลักดันความคิดที่ว่า การเพิ่มขึ้นของประชากรเป็นดัชนีชี้วัดความยากจนของประเทศ วิธีคิดดังกล่าวเกิดขึ้นพร้อม ๆ กับการเติบโตของความรู้ด้านประชากรศาสตร์ และบทบาทของนักประชากร นักเศรษฐศาสตร์ รวมทั้งนักสังคมศาสตร์ ซึ่งเข้ามามีส่วนในการออกแบบแนวทางการลดอัตราการเพิ่มขึ้นของประชากรผ่านโครงการวางแผนครอบครัว[198] มโนทัศน์ว่าด้วยการ "ควบคุมประชากร" (population control) ในฐานะยุทธศาสตร์ของการพัฒนาชี้ว่าการเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วของจำนวนประชากร หมายถึงการเพิ่มขึ้นของ "ตัวปัญหา" และ "อันตรายร้ายแรง" ที่กระทบต่อการพัฒนาเศรษฐกิจและเป็นสาเหตุของปัญหาอื่น ๆ ที่จะส่งผลกระทบตามมา นอกจากการผลักดันของผู้เชี่ยวชาญทางสังคมศาสตร์สาขาต่าง ๆ แล้ว ขบวนการการควบคุมประชากร (Population control movement) ได้เคลื่อนไหวอย่างเป็นระบบผ่านบทบาทขององค์กรระหว่างประเทศที่สำคัญอย่างสภาประชากร (Population Council) ภายใต้การผลักดันของจอห์น ดี ร็อกเกอะเฟลเลอร์ (John D. Rockefeller) ซึ่งทำงานร่วมกันอย่างใกล้ชิดกับสหประชาชาติ มูลนิธิฟอร์ด (Ford Foundation) สหพันธ์วางแผนครอบครัวระหว่างประเทศ (International Planned Parenthood Federation - IPPF) ด้วยเหตุนี้ "การคุมกำเนิด" ที่กลายเป็นหนึ่งในยุทธศาสตร์สำหรับการสนับสนุนและการพัฒนา จึงเป็นนโยบายสำคัญของสหรัฐอเมริกาในยุคประธานาธิบดีลินดอน จอห์นสัน (Lyndon B. Johnson) เมื่อรัฐบาลสหรัฐฯ ไฟเขียวจึงทำให้มีเงินทุนช่วยเหลือถูกส่งไปยังประเทศกำลังพัฒนาผ่านหน่วยงาน UN และ USAID เพื่อลดอัตราการเจริญพันธุ์ นอกจากเงินอุดหนุนจากรัฐบาลสหรัฐฯ แล้ว ยังมีเงินจากรัฐบาลสวีเดนและธนาคารโลกเป็นแหล่งทุนสำคัญของโครงการวางแผนครอบครัว ทั้งนี้

---

[197] ธันวา วงศ์เสงี่ยม, *รัฐไทยกับสุขภาพพลเมือง พ.ศ. 2475–2500*, (วิทยานิพนธ์, สาขาประวัติศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2553), 181

[198] ปิ่นแก้ว เหลืองอร่ามศรี, *ครรภ์ของชาติ: การสร้างวินัยการเจริญพันธุ์และประวัติศาสตร์ว่าด้วยรัฐกับเพศวิถีของผู้หญิงไทย*, (รายงานวิจัยฉบับสมบูรณ์ , สำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย, 2562), 34.

USAID หน่วยงานของรัฐบาลสหรัฐฯ ได้เป็นแหล่งเงินทุนรายใหญ่ที่สุดที่ให้เงินช่วยเหลือใน "โครงการวางแผนครอบครัว" แก่ประเทศไทย[199]

เมื่อพิจารณาสถานการณ์ของตัวเลขประชากรในประเทศไทยนั้น พบว่าเดิมทีก่อนที่จะมีการทำสำมะโนครัวในปี พ.ศ. 2454 ประเทศไทยมีจำนวนประชากรเพียง 8 ล้านคนเท่านั้น แต่ประชากรได้เพิ่มขึ้นเป็น 14 17 และ 26 ล้านคนในปี พ.ศ. 2480 พ.ศ. 2490 และพ.ศ. 2503 ตามลำดับ จนกระทั่งเพิ่มเป็น 34 ล้านคนในปี พ.ศ. 2513 ด้วยอัตราการเพิ่มประชากรที่ร้อยละ 3.3 ต่อปี ด้วยอัตราดังกล่าวถือว่าไทยอยู่ในกลุ่มประเทศที่มีอัตราเพิ่มของประชากรสูงที่สุด จนกระทั่งกลายเป็นประเทศที่มีจำนวนประชากรมากเป็นลำดับที่ 16 ของโลกในขณะนั้น[200] ความกังวลต่อจำนวนประชากรที่เพิ่มอย่างต่อเนื่องได้ปรากฏในรายงานของคณะผู้เชี่ยวชาญของธนาคารโลก (The International Bank for Reconstruction and Development, World Bank) ซึ่งได้เข้ามาสำรวจภาวะเศรษฐกิจไทยระหว่างเดือนกรกฎาคม พ.ศ. 2500 ถึงเดือนมิถุนายน พ.ศ. 2501 ผลการศึกษาลงความเห็นว่าการเพิ่มจำนวนประชากรในอัตราสูง จะส่งผลต่อปัญหาการขาดแคลนที่อยู่อาศัย โรงเรียน การว่างงานไปจนถึงเรื่องการขาดแคลนบริการสาธารณสุข จึงเป็นที่มาของการเสนอให้มีการส่งเสริมความรู้เรื่อง "การคุมกำเนิด" หรือ "วิธีจำกัดขนาดของครอบครัว"[201] โดยเผยแพร่ความรู้ผ่านสถานีอนามัย ทั้งนี้ กระทรวงสาธารณสุขเป็นหน่วยงานสำคัญที่รับลูกข้อเสนอนี้ และได้ส่งความเห็นไปยังจอมพลสฤษดิ์ในเดือนกันยายน พ.ศ. 2503 กล่าวถึงการริเริ่มเผยแพร่ความรู้ให้ประชาชนรู้จักการจำกัดขนาดครอบครัว หรือการเว้นระยะการมีบุตรด้วยการคุมกำเนิด ซึ่งจะช่วยลดปัญหาที่จะกระทบต่อโครงสร้างพื้นฐานอื่น ๆ ตามมา เช่น การศึกษา การสาธารณูปโภค การคมนาคม และโดยเฉพาะด้าน "สาธารณสุข" ซึ่งเดิมทีก็ขาดแคลนบุคลากรทางการแพทย์อยู่แล้ว แต่รัฐเกรงว่าหากประชากรล้นจะนำไปสู่ปัญหาเรื่องการขาดแคลนบุคลากรทางการแพทย์ที่รุนแรงมากขึ้นกว่าที่เคยเป็นมา

---

[199] ปิ่นแก้ว เหลืองอร่ามศรี, 36–38.

[200] กาญจนา กาญจนสินิทธ์, *การดำเนินงานวางแผนครอบครัวในประเทศไทย ศึกษาเฉพาะโครงการวางแผนครอบครัว กระทรวงสาธารณสุข*, (วิทยานิพนธ์, สาขารัฐศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2515), 65, 72.

[201] The International Bank for Reconstruction and Development (World Bank), *A Public Development Program for Thailand: Report of a Mission Organized by the International Bank for Reconstruction and Development (the World Bank)*, The International Bank for Reconstruction and Development (Baltimore: The Johns Hopkins Press, 1959), 160.

3.1.2.2 การวางแผนครอบครัวแบบสมัครใจ การอนามัยแม่และเด็ก กับการแพทย์แนวป้องกัน

แม้ว่ารัฐบาลภายใต้การนำของจอมพลสฤษดิ์เห็นด้วยอย่างยิ่งว่า "[การที่] ต้องเผชิญกับปัญหาพลเมืองที่เพิ่มขึ้นปีละ 6-8 แสนคน ซึ่งเป็นการเพิ่มภาระในการรักษาสุขภาพอนามัยขึ้นมาก"[202] แต่ในช่วงแรกรัฐบาลเองก็ยังคงลังเลต่อการตัดสินใจเรื่องการคุมกำเนิดนี้[203] ทำให้มติเรื่องการคุมกำเนิดยังเป็นไปตามความสมัครใจของประชาชน[204] ส่วนการแนะนำเรื่องการคุมกำเนิดแก่ประชาชนสามารถทำได้แต่ไม่ควรกระทำอย่างเปิดเผยนัก อย่างไรก็ตาม ยังคงมีการจัดการสัมมนาโดยสำนักงานสภาวิจัยแห่งชาติต่อประเด็นดังกล่าวในระหว่างปี พ.ศ. 2506- 2511 รวมทั้งหมด 3 ครั้ง ในการประชุมได้มีการกล่าวถึงความกังวลต่อจำนวนประชากรที่เพิ่มขึ้น จนอาจส่งผลให้การออมและการลงทุนของประเทศโดยรวมลดลง เพราะเมื่อประชากรเพิ่มการบริโภคภายในประเทศมากขึ้น จะทำให้ราคาสินค้าเพิ่มสูงขึ้นและอาจถึงขั้นขาดแคลนตามมา การที่จำนวนประชากรเพิ่มขึ้นยังนำไปสู่ปัญหาว่างงานอย่างรุนแรงหรือปัญหาเรื่องบริการพื้นฐานทางสังคมไม่เพียงพอ ด้วยความกังวลของที่ประชุมต่อสถานการณ์โดยรวม จึงทำให้ปัญหาทั้งหมดที่กล่าวมาข้างต้นถูกมองว่าเป็นจุดเริ่มต้นของความเสื่อมทรามทางจิตใจและศีลธรรม จนกระทั่งอาจกลายเป็นจุดอ่อนให้ลัทธิคอมมิวนิสต์แทรกซึมได้โดยง่าย ที่ประชุมจึงได้ข้อสรุปว่ารัฐควรเร่งรัดส่งเสริมงานสาธารณสุขด้านการวางแผนครอบครัวแบบสมัครใจ (voluntary family planning) ให้มากที่สุดเท่าที่จะทำได้[205] ควรเร่งรัดการศึกษาวิจัยในด้านประชากรศาสตร์เพื่อติดตามความเปลี่ยนแปลงของประชากร และรัฐควรส่งเสริมให้โรงพยาบาลและสถานีอนามัย รวมทั้งสถาบันการแพทย์ต่าง ๆ สนับสนุนบริการอนามัยครอบครัวแก่ประชาชนทั่วประเทศ ตลอดจนควรมีการ "บรรจุ" วิชาการวางแผนครอบครัวเข้าไปในโรงเรียนแพทย์ โรงเรียนพยาบาล และโรงเรียนผดุงครรภ์[206] นโยบายการวางแผนครอบครัวในประเทศไทยจึงเริ่มอย่างเป็นทางการครั้งแรกในปี พ.ศ. 2513 โดยรัฐได้ตั้งเป้าหมายที่จะลดอัตราเกิดของประชากรจากร้อยละ 3.2 ให้ลดลดเหลือร้อยละ 2.1 ภายใน 5 ปี ด้วยเป้าหมายดังกล่าวก่อให้เกิดการปฏิรูปงานด้านสาธารณสุขเพื่อสนับสนุน "นโยบายการ

---

[202] สฤษดิ์ ธนะรัชต์, *ประมวลสุนทรพจน์ของ จอมพล สฤษดิ์ ธนะรัชต์ พ.ศ. 2502-2504*, 195.

[203] กาญจนา กาญจนสินิทธ์, *การดำเนินงานวางแผนครอบครัวในประเทศไทย ศึกษาเฉพาะโครงการวางแผนครอบครัว กระทรวงสาธารณสุข*, (วิทยานิพนธ์, สาขารัฐศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2515), 27-28.

[204] The National Economic Development Board, The National Statistical Office, and The Institute of Population Studies, Chulalongkorn University, "1974 World Population Year: The Population of Thailand," 63.

[205] The National Economic Development Board, The National Statistical Office, and The Institute of Population Studies, Chulalongkorn University, 63.

[206] กาญจนา กาญจนสินิทธ์, *การดำเนินงานวางแผนครอบครัวในประเทศไทย ศึกษาเฉพาะโครงการวางแผนครอบครัว กระทรวงสาธารณสุข*, (วิทยานิพนธ์, สาขารัฐศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2515), 34-45.

อนามัยแม่และเด็กกับการวางแผนครอบครัว” เห็นได้จากภายใต้แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 3 (พ.ศ. 2515-2519) ได้มีการบรรจุนโยบายดังกล่าวเข้าไปในแผนพัฒนาสาธารณสุข[207] เพื่อส่งเสริมให้แต่ละครอบครัวสามารถกำหนดขนาดของครอบครัวหรือเว้นระยะการมีบุตรได้ตามสมัครใจ ซึ่งจะมุ่งเป้าที่กลุ่มผู้มีรายได้น้อย สุขภาพไม่ดี มีบุตรมาก โดยคาดหวังว่าเมื่อสิ้นสุดแผนพัฒนาฉบับนี้ (พ.ศ. 2519) จะยังผลให้สามารถลดอัตราการเพิ่มของประชากรลงได้[208]

ขณะเดียวกัน ปัญหาประชากรล้นสู่การบรรจุนโยบายวางแผนครอบครัวยังเกี่ยวข้องกับหลักสูตรและแนวคิดของกลุ่มบุคลากรทางการแพทย์ด้วย โดยปัญหาเรื่องประชากรส่งผลให้มีการตั้งศูนย์วางแผนครอบครัวคู่ไปกับคณะแพทยศาสตร์ของทุกมหาวิทยาลัยในขณะนั้น อันได้แก่ แพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล แพทยศาสตร์รามาธิบดี แพทยศาสตร์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย และแพทยศาสตร์เชียงใหม่ รวมถึงมีการขยายกองอนามัยครอบครัวในระดับจังหวัด และสนับสนุนงบประมาณด้านการคุมกำเนิดและการทำหมันให้กับโรงพยาบาลต่าง ๆ[209] ขณะที่นายแพทย์เฉก ธนะสิริ อดีตนายกสมาคมวางแผนครอบครัวไทยได้ให้ข้อมูลเกี่ยวกับความคิดของบุคลากรทางการแพทย์ต่อประเด็นการวางแผนครอบครัวไว้อย่างน่าสนใจ โดยอธิบายว่ากลุ่มแพทย์และข้าราชการทางด้านสาธารณสุขบางส่วนที่สนับสนุนนโยบายการวางแผนครอบครัว คือกลุ่ม “หมอสมัยใหม่” ที่เป็นพวก “Protective” หรือแนวป้องกัน ที่ไม่มองเฉพาะการรักษาโรคแต่เริ่มมองเห็นผลกระทบต่อปัญหาเศรษฐกิจสังคม ซึ่งจะแตกต่างจากหมอส่วนใหญ่ที่เน้นรักษาโรค หมอสมัยใหม่กลุ่มนี้จึงเห็นว่าแพทย์ควรมีหน้าที่ส่งเสริมการวางแผนครอบครัวเพื่อลดอัตราเกิดด้วย[210] “โครงการอนามัยครอบครัว” เริ่มดำเนินการมาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2510 ก่อนหน้าที่จะพัฒนาไปสู่นโยบายระดับชาติที่บรรจุในแผนพัฒนาเศรษฐกิจฯ ฉบับที่ 3 (พ.ศ. 2515-19) ในเวลาต่อมา ซึ่งโครงการอนามัยครอบครัวมีวัตถุประสงค์เพื่อจะอบรมแพทย์และพยาบาล ให้มีความรู้เกี่ยวกับปัญหาประชากรและการ

---

[207] กองแผนงานสาธารณสุข, “วิวัฒนาการของนโยบายพัฒนาการสาธารณสุขของประเทศไทย,” ใน *45 ปี กระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2585-2530*, (กรุงเทพฯ: สหประชาพานิชย์, 2553), 28-29.

[208] สำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, “แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคม ฉบับที่ 3 พ.ศ. 2515-2519,” สำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, 12 มิถุนายน 2565, https://www.nesdc.go.th/main.php?filename=develop_issue.

[209] ควรกล่าวไว้ด้วยว่าวิธีวางแผนครอบครัวผ่านการคุมกำเนิดได้มีขึ้นมาก่อนนั้นแล้วผ่านบทบาทของกลุ่มแพทย์สมัยใหม่ที่เริ่มใช้วิธีการคุมกำเนิดแบบผ่าตัดทำหมันหญิงหลังคลอด และใช้ห่วงอนามัย วิธีการดังกล่าวได้เริ่มแพร่ขยายในสถานให้บริการสาธารณสุขบางแห่งและมีประชาชนให้ความสนใจไม่น้อย ดูรายละเอียดใน ปิ่นแก้ว เหลืองอร่ามศรี, *ครรภ์ของชาติ : การสร้างวินัยการเจริญพันธุ์และประวัติศาสตร์ว่าด้วยรัฐกับเพศวิถีของผู้หญิงไทย,* (รายงานวิจัยฉบับสมบูรณ์, สำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย, 2562), 44-45.

[210] ชัยยนต์ ประดิษฐศิลป์, *เศรษฐศาสตร์การเมืองว่าด้วยการวางแผนครอบครัวของไทย : ศึกษาจากกระบวนการนโยบาย*, (วิทยานิพนธ์, สาขารัฐศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, 2533), 256.

วางแผนครอบครัว รวมทั้งให้ความช่วยเหลือครอบครัวที่มีบุตรมากและต้องการรับบริการวางแผนครอบครัว โครงการตั้งเป้าหมายที่จะฝึกอบรมแพทย์และพยาบาลอย่างละ 1 คนในโรงพยาบาลประจำจังหวัดทุกจังหวัดให้สามารถวางแผนครอบครัวหรือคุมกำเนิดได้ และภายใน 3 ปีจะทำการฝึกอบรมแพทย์ พยาบาล และผดุงครรภ์ทุกคนในกรมอนามัย[211]

อย่างไรก็ตาม เนื่องจากยังไม่มีงบประมาณจากรัฐบาลในช่วงแรก โครงการอนามัยครอบครัวจึงดำเนินงานภายใต้การสนับสนุนงบประมาณจากองค์กรระหว่างประเทศ ได้แก่ ยูซ็อม (USOM) สภาประชากร (Population Council) มูลนิธิฟอร์ด และยูนิเซฟ[212] ผลจากการดำเนินงานระหว่างปี พ.ศ. 2510 – 2513 ได้มีการฝึกอบรมเจ้าหน้าที่จำนวน 6,125 คน และผลักดันให้สถานพยาบาลทุกประเภทให้บริการวางแผนครอบครัวรวม 3,719 แห่ง มีผู้เข้ารับบริการคุมกำเนิด 542,551 คน[213] ต่อมาในปี พ.ศ. 2513 ที่รัฐบาลประกาศผลักดันนโยบายลดจำนวนประชากร โครงการดังกล่าวได้เปลี่ยนชื่อจากโครงอนามัยครอบครัวเป็น “โครงการวางแผนครอบครัว” ภายใต้การดำเนินงานของกระทรวงสาธารณสุข ส่วนรูปแบบการดำเนินงานและหลักการใหญ่ยังคงไม่เปลี่ยนไปจากเดิม คือ ขยายการอบรมเจ้าหน้าที่สาธารณสุขให้ครบทั้งหมด และขยายการบริการวางแผนครอบครัวโดยไม่คิดค่าใช้จ่าย รวมทั้งเผยแพร่ความรู้เรื่องการวางแผนครอบครัวให้มากยิ่งขึ้น[214] แม้ว่านโยบายจะได้รับการบรรจุเป็นหนึ่งในเป้าหมายของรัฐ แต่เจ้าหน้าที่ส่วนใหญ่ของโครงการยังคงเป็นลูกจ้างจากเงินช่วยเหลือขององค์กรระหว่างประเทศ[215]

ดังนั้น ปัญหาประชากรเป็นอีกประเด็นที่แสดงให้เห็นอิทธิพลของสหรัฐฯ และองค์กรระหว่างประเทศที่มีบทบาทอย่างมากต่อการผลักดันให้เกิดนโยบายวางแผนครอบครัว โดยเชื่อมโยงปัญหาดังกล่าวเข้ากับการแผ่ขยายอิทธิพลของคอมมิวนิสต์[216] ระหว่างปี พ.ศ. 2507 – 2511 ได้มีนักวิชาการประกอบด้วยแพทย์ พยาบาล นักสังคมศาสตร์ และนักประชากรศาสตร์รวมทั้งสิ้น 90 คนที่ได้รับทุนไปศึกษาต่อและดูงานเกี่ยวกับการวางแผน

---

[211] กาญจนา กาญจนสินิทธ์, *การดำเนินงานวางแผนครอบครัวในประเทศไทย ศึกษาเฉพาะโครงการวางแผนครอบครัว กระทรวงสาธารณสุข*, (วิทยานิพนธ์, สาขารัฐศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2515), 102-102.

[212] เพิ่งอ้าง, 111.

[213] เพิ่งอ้าง, 112-115.

[214] เพิ่งอ้าง, 120-123.

[215] เพิ่งอ้าง, 131–132.

[216] ปิ่นแก้ว เหลืองอร่ามศรี, *ครรภ์ของชาติ : การสร้างวินัยการเจริญพันธุ์และประวัติศาสตร์ว่าด้วยรัฐกับเพศวิถีของผู้หญิงไทย,* (รายงานวิจัยฉบับสมบูรณ์, สำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย, 2562), 36–37.

ครอบครัว โครงการดังกล่าวเป็นผลจากความร่วมมือระหว่างสภาวิจัยแห่งชาติ กระทรวงสาธารณสุข สภาประชากร (PC) IPFF มูลนิธิฟอร์ด และมูลนิธิร็อกเกอะเฟลเลอร์ ส่วนใหญ่ของผู้ที่จบการศึกษาได้เข้ามาทำงานโดยตรงด้านประชากรและการวางแผนครอบครัวในกระทรวงสาธารณสุข สำนักงานสถิติแห่งชาติ สภาพัฒนาเศรษฐกิจแห่งชาติ คณะแพทยศาสตร์ และคณะต่าง ๆ ในมหาวิทยาลัย[217] กระนั้นก็ตาม ปัญหาเรื่อง "ประชากรล้น" ที่แสวงหาทางออกด้วยการวางแผนครอบครัวเพื่อลดจำนวนการเกิด ไม่เพียงแต่สะท้อนให้เห็นหน่ออ่อนของแนวคิดการแพทย์แนวป้องกันเท่านั้น แต่ยังสะท้อนให้เห็นถึงปัญหาที่ว่า "จำนวนบุคลากรทางการแพทย์" ที่ทำหน้าที่ดูแลประชากรทั่วประเทศที่ไม่เคยเพียงพออยู่แล้วมาตลอด แต่ความขาดแคลนกลับยิ่งทวีความรุนแรงมากขึ้นและสวนทางต่อจำนวนประชากรที่เพิ่มขึ้นในทุกวันอย่างชัดเจน ซึ่งเป็นวิกฤติที่ใหญ่ยิ่งกว่าของระบบสาธารณสุขในวันนั้น

3.1.3 ปัญหาการขาดแคลนแพทย์ในสังคมไทย

เวลานี้ กล่าวได้ว่าปัญญาชนด้านการแพทย์เป็นอีกหนึ่งกลุ่มที่ได้เป็นฟันเฟืองสำคัญในการวิวัฒนาการงานด้านสาธารณสุขอย่างต่อเนื่องนับตั้งแต่การปฏิวัติ 2475 เป็นต้นมา อย่างไรก็ตาม ด้วยสถานการณ์ทางสังคมอย่างการขาดแคลนแพทย์ขั้นวิกฤติ ภาวะสมองไหลของแพทย์บางกลุ่มที่อยากไปแสวงหาความก้าวหน้าจากต่างประเทศมากกว่าการทำงานเพื่อรับใช้สังคม ปัญหาเรื่องการกระจุกตัวของแพทย์ในพื้นที่ศูนย์กลางและตัวเมืองมากกว่าออกไปทำงานในชนบท หรือกระทั่งบทบาทการทำหน้าที่ของแพทยสภา ปัจจัยหลายประการนี้ที่เกี่ยวข้องกับมิติกำลังคนทางการแพทย์ ได้นำไปสู่จุดเริ่มต้นทางความคิดที่แตกต่างกันภายในกลุ่มแพทย์ปัญญาชน ระหว่างการเป็นแพทย์ที่ "เน้นรักษา" กับการเป็นแพทย์ที่ "เน้นป้องกัน" โดยเสียงของกลุ่มแพทย์ที่เน้นการป้องกันจะแสดงออกชัดเจนและเริ่มเข้ามามีบทบาทต่อการกำหนดทิศทางระบบสาธารณสุขมากขึ้น เมื่อมีตัวเร่งปฏิกิริยาอย่างเหตุการณ์ 14 ตุลา ในปี พ.ศ. 2516

3.1.3.1 ภาพรวมจำนวนบุคลากรทางการแพทย์ในสังคมไทยช่วงปี พ.ศ. 2500-2520

ในปี พ.ศ. 2514 นายแพทย์ประเวศ วะสี หนึ่งในบุคคลที่มีความสำคัญต่อการปฏิรูประบบสาธารณสุขของไทยได้เขียนบทความเรื่อง "การแพทย์และสาธารณสุขในรอบ 25 ปี" ลงในนิตยสารสังคมศาสตร์ปริทัศน์ฉบับเดือนธันวาคม พ.ศ. 2514 ปัญหาที่นายแพทย์ประเวศใช้พื้นที่บทความเพื่ออภิปรายมากที่สุดคือปัญหาการขาด

[217] ชัยยนต์ ประดิษฐศิลป์, "เศรษฐศาสตร์การเมืองว่าด้วยการวางแผนครอบครัวของไทย : ศึกษาจากกระบวนการนโยบาย," (วิทยานิพนธ์, สาขารัฐศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, 2533), 287-288.

แคลนบุคลากรทางการแพทย์[218] หากพิจารณาปัญหาโดยย้อนกลับไปที่ระบบการผลิตแพทย์และจำนวนโรงเรียนแพทย์ในสังคมไทย จะพบว่านับตั้งแต่โรงเรียนแพทย์แห่งแรกเริ่มเปิดทำการสอนในปี พ.ศ. 2433 จนถึงปี พ.ศ. 2514 ปีที่หมอประเวศเขียนบทความ กว่า 81 ปีที่ผ่านมาประเทศไทยมีสถาบันผลิตแพทย์ทั้งหมดสี่แห่ง *แห่งแรก* คือคณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล สังกัดมหาวิทยาลัยแพทยศาสตร์ (มหาวิทยาลัยมหิดล) ซึ่งแต่เดิมสังกัดอยู่กับจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย แต่โอนย้ายมาเมื่อมีการจัดตั้งมหาวิทยาลัยในปี พ.ศ. 2485 ซึ่งขณะนั้นมหาวิทยาลัยแพทยศาสตร์ที่เพิ่งตั้งขึ้นใหม่มีฐานะเป็นกรม สังกัดกระทรวงสาธารณสุข *โรงเรียนแพทย์แห่งที่สอง*เกิดขึ้นในปี พ.ศ. 2491 คือคณะแพทยศาสตร์ในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สังกัดมหาวิทยาลัยแพทยศาสตร์ (โอนไปสังกัดจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยในปี พ.ศ. 2510) หลังจากนั้นปี พ.ศ. 2502 ได้ตั้ง*โรงเรียนแพทย์แห่งที่สาม*คือ คณะแพทยศาสตร์เชียงใหม่ มหาวิทยาลัยแพทยศาสตร์ เหตุผลเป็นไปเพื่อผลิตแพทย์ พยาบาล-ผดุงครรภ์และอนามัยออกมาเพื่อช่วยเหลือประชาชนผู้ป่วยไข้ โดยได้รับเงินสนับสนุนและที่ปรึกษาทั้งเรื่องพื้นที่ โครงสร้าง และการออกแบบจากยูซ็อม (USOM)[219] (ต่อมาได้โอนไปสังกัดมหาวิทยาลัยเชียงใหม่ปี พ.ศ. 2508) หลังจากนั้นจอมพลสฤษดิ์ได้โอนมหาวิทยาลัยทุกแห่ง รวมทั้งมหาวิทยาลัยแพทยศาสตร์ที่สังกัดกระทรวงสาธารณสุขให้ไปขึ้นกับสำนักนายกรัฐมนตรีส่งผลให้สายงานการผลิตบุคลากรทางการแพทย์หลุดออกจากการกำกับของกระทรวงสาธารณสุข โดยในปี พ.ศ. 2508 ปีเดียวกันได้เกิด*โรงเรียนแพทย์แห่งที่สี่*คือ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยแพทยศาสตร์[220]

เมื่อหันมาพิจารณาเรื่องจำนวนแพทย์ที่สำเร็จการศึกษาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2500 จนถึงปี พ.ศ. 2514 พบว่าในแต่ละปีมีแพทย์จบการศึกษาเฉลี่ยปีละประมาณ 250 คน[221] ดังนั้นจะมีจำนวนนักศึกษาแพทย์ที่จบการศึกษา

---

[218] ประเวศ วะสี, “การแพทย์และการสาธารณสุขในรอบ 25 ปี,” ใน *สังคมศาสตร์ปริทัศน์*, บรรณาธิการโดยสุชาติ สวัสดิ์ศรี (กรุงเทพฯ: สมาคมสังคมศาสตร์แห่งประเทศไทย, 2514), 48–59.

[219] ราชกิจจานุเบกษา, “พระราชกฤษฎีกาจัดตั้งคณะแพทยศาสตร์เชียงใหม่ในมหาวิทยาลัยแพทยศาสตร์ พ.ศ. ๒๕๐๒” (เล่ม ๗๖ ตอน ๑๐๒ ก ฉบับพิเศษ วันที่ ๑ พฤศจิกายน พ.ศ. ๒๕๐๒, 2502); John Kennedy and Staff, “A Brief History of USOM Support to Public Health & Population Programs in Thailand,” 9–10; วีกูล วีรานุวัตติ์ “การจัดตั้งคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลนครเชียงใหม่” ใน *อนุสรณ์งานพระราชทานเพลิงศพ ศาสตราจารย์นายแพทย์วีกูล วีรานุวัตติ์ ม.ว.ม.*, งานพระราชทานเพลิงศพ ศาสตราจารย์นายแพทย์วีกูล วีรานุวัตติ์ ณ เมรุหลวงหน้าพลับพลาอิสริยาภรณ์ วัดเทพศิรินทราวาส วันพุธที่ 29 เมษายน พุทธศักราช 2530 (กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์สถานสงเคราะห์หญิงปากเกร็ด, 2530), 35–43.

[220] ราชกิจจานุเบกษา, “พระราชกฤษฎีกาจัดตั้งคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี ในมหาวิทยาลัยแพทยศาสตร์ พ.ศ. ๒๕๐๘” (เล่ม ๘๒ ตอน ๖๑ก วันที่ ๓ สิงหาคม พ.ศ. ๒๕๐๘, 2508).

[221] จำนวนแพทย์ที่สำเร็จการศึกษาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2500-2514 มีดังรายละเอียดดังนี้ พ.ศ. 2500 จำนวน 192 คน / พ.ศ. 2501 จำนวน 242 คน / พ.ศ. 2502 จำนวน 193 คน / พ.ศ. 2503 จำนวน 239 คน / พ.ศ. 2504 จำนวน 225 คน / พ.ศ. 2505 จำนวน 230 คน / พ.ศ. 2506 จำนวน 234 คน /

ทั้งหมดเพียง 3,725 คนเท่านั้นในช่วงเวลาประมาณ 15 ปี (พ.ศ. 2500-2514)[222] และหากนับถอยหลังไปก่อนหน้านั้นโดยนับเฉพาะนักศึกษาที่จบการศึกษาแบบแพทย์ปริญญา ซึ่งเริ่มมีขึ้นครั้งแรกในปี พ.ศ. 2471 จะพบว่ามีผู้สำเร็จการศึกษาทั้งหมดรวม 5,507 คน[223]

ปัญหาจำนวนบุคลากรที่ไม่เพียงพออาจเห็นภาพชัดเจนขึ้นเมื่อพิจารณาสถานการณ์ในปี พ.ศ. 2512 เวลานั้นประเทศไทยมีประชากร 34,347,145 คน มีแพทย์แผนปัจจุบันที่จดทะเบียนการประกอบโรคศิลป์ทั้งหมด 5,322 คน แต่มีแพทย์ที่ปฏิบัติงานจริงมีเพียง 4,133 คนเท่านั้น ขณะที่มีโรงพยาบาลทั่วประเทศ 184 แห่ง มีเตียงสามารถรับคนไข้ได้ 33,637 เตียง และมีสถานีอนามัยในชนบททั้งสิ้น 1,371 แห่ง แบ่งเป็นสถานีอนามัยชั้นหนึ่งซึ่งส่วนใหญ่มีแพทย์ประจำ 269 แห่ง และสถานีอนามัยชั้นสองและสำนักงานผดุงครรภ์ 1,810 แห่ง หากคิดจำนวนแพทย์ที่ปฏิบัติงานทั้งหมดต่อจำนวนประชากรจะพบว่ามีอัตราส่วนอยู่ที่แพทย์ 1 ต่อประชากร 8,310 คน เมื่อเทียบกับประเทศที่อัตราส่วนแพทย์ต่อจำนวนประชากรต่ำที่สุดคืออิสราเอลจะอยู่ที่ 1 : 420 เท่านั้น หรือประเทศอื่น ๆ เช่น สหรัฐฯ 1 : 650 อังกฤษ 1 : 860 ญี่ปุ่น 1 : 920 หรือแม้แต่เพื่อนบ้านร่วมภูมิภาคอย่างฟิลิปปินส์ก็มีอัตราส่วนอยู่ที่ 1 : 1,390[224] นายแพทย์ประเวศ ระบุในบทความไว้อีกว่าประเทศที่เจริญจะมีอัตราแพทย์ต่อประชากรประมาณ 1 ต่อ 500 หรือ 1,000 คน[225] ซึ่งเมื่อเทียบจำนวนประชากรประมาณ 34 ล้านคนในช่วงทศวรรษ 2510 ประเทศไทยควรที่จะต้องมีแพทย์ถึง 36,000 คน ถึงจะสามารถมีอัตราส่วนแพทย์ต่อประชากรตามเกณฑ์ที่ควรจะเป็น ซึ่งในความเป็นจริงไทยมีแพทย์ประมาณ 4,000 คนเท่านั้น[226]

ปัญหาที่เกิดขึ้นไม่ใช่แต่เพียงจำนวนแพทย์ไม่เพียงพอเท่านั้น ปัญหาการขาดแคลนพยาบาลก็เป็นหนึ่งในปัญหาของระบบสาธารณสุขในทศวรรษ 2510 เช่นกัน จะเห็นได้ว่าระหว่างปี พ.ศ. 2498 – 2516 รัฐได้เร่งก่อตั้งโรงเรียนพยาบาลเพิ่มขึ้น 17 แห่งโดยกระจายออกไปตามจังหวัดต่าง ๆ เช่น จังหวัดพิษณุโลก พ.ศ. 2491 จังหวัด

พ.ศ. 2507 จำนวน 262 คน / พ.ศ. 2508 จำนวน 262 / พ.ศ. 2509 จำนวน 236 คน / พ.ศ. 2510 จำนวน 250 คน / พ.ศ. 2511 จำนวน 265 คน / พ.ศ. 2512 จำนวน 243 คน / พ.ศ. 2513 จำนวน 293 คน และ พ.ศ. 2514 จำนวน 359 คน

[222] ทัศนีย์ ธรมธัช, *ปัญหาการขาดแคลนแพทย์ในประเทศไทย*, (วิทยานิพนธ์, สาขาเศรษฐศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2515), 28-29.

[223] ทัศนีย์ ธรมธัช, 24.

[224] ทัศนีย์ ธรมธัช, 4-5.

[225] ประเวศ วะสี, “การแพทย์และการสาธารณสุขในรอบ 25 ปี,” ใน *สังคมศาสตร์ปริทัศน์*, บรรณาธิการโดยสุชาติ สวัสดิ์ศรี (กรุงเทพฯ: สมาคมสังคมศาสตร์แห่งประเทศไทย, 2514), 48-59.

[226] ทัศนีย์ ธรมธัช, *ปัญหาการขาดแคลนแพทย์ในประเทศไทย*, (วิทยานิพนธ์, สาขาเศรษฐศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2515), 12.

นครราชสีมา ปี พ.ศ. 2498 จังหวัดเชียงใหม่ ปี พ.ศ. 2504 จังหวัดจันทบุรี ปี พ.ศ. 2508 จังหวัดนครสวรรค์และอุบลราชธานี ปี พ.ศ. 2513 จังหวัดขอนแก่น ปี พ.ศ. 2514 และจังหวัดสงขลา ปี พ.ศ. 2516[227] แต่ตัวเลขในปี พ.ศ. 2518 แสดงให้เห็นว่ามีพยาบาลทั่วประเทศเพียง 12,658 คน คิดเป็นอัตราส่วนต่อประชากรขณะนั้นโดยประมาณอยู่ที่พยาบาล 1 คนต่อคนไข้ 3,349 คน ซึ่งเมื่อเทียบกับประเทศอื่น ๆ จะพบความห่างชั้นในเรื่องจำนวนอย่างมากเช่นกัน ได้แก่ ประเทศญี่ปุ่น 1 : 352 ประเทศสหราชอาณาจักร 1 : 186 สหรัฐอเมริกา 1 : 307 เป็นต้น ซึ่งปัญหาที่ทำให้เกิดการขาดแคลนพยาบาลเป็นเพราะการผลิตพยาบาลได้ต่ำกว่าความต้องการ การปฏิบัติงานไม่ตรงกับความรู้ ประกอบกับองค์ประกอบย่อยอื่น ๆ เช่น เงินเดือนต่ำ การแสวงหาความก้าวหน้าในวิชาชีพด้วยวิธีการต่าง ๆ หรือสภาพแวดล้อมของโรงพยาบาล[228]

เมื่อพิจารณาที่ประเด็นศักยภาพด้านการผลิตแพทย์ ในปี พ.ศ. 2515 ได้เกิดคณะแพทยศาสตร์เพิ่มขึ้นอีก 2 แห่งคือ คณะแพทย์ศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ และคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ซึ่งตั้งขึ้นในเขตภูมิภาคเพื่อต้องสนองการผลิตแพทย์ในการปฏิบัติงานพื้นที่ต่างจังหวัด แต่กว่าที่คณะตั้งขึ้นใหม่จะสามารถผลิตแพทย์ที่สำเร็จการศึกษาต้องรอไปอย่างน้อยก็ช่วงต้นทศวรรษ 2520 จึงกล่าวได้ว่าในทศวรรษ 2510 โดยไม่รวมคณะแพทย์ที่ตั้งขึ้นใหม่ 2 แห่งข้างต้น ประเทศไทยมีกำลังการผลิตแพทย์ในแต่ละปีได้น้อยมาก คือประมาณ 360 คนต่อปีเท่านั้น[229] สาเหตุหนึ่งเนื่องจากแนวทางการผลิตแพทย์ขณะนั้นเน้นผลิตแพทย์ที่เชี่ยวชาญตามแนวทางดั้งเดิม (conventional medicine) ทำให้กระบวนการผลิตแพทย์ต้องใช้เวลานานถึง 6 ปี และใช้งบประมาณมาก ดังนั้นจำนวนแพทย์ที่ผ่านกระบวนการผลิตที่เน้นแพทย์คุณภาพสูงจึงมีจำนวนน้อยไม่พอต่อความต้องการ[230] ขณะที่การตั้งโรงเรียนแพทย์ในต่างจังหวัดยังต้องพบอุปสรรคที่สัมพันธ์กับปัญหาเรื่องแพทย์กระจุกตัวอยู่แต่ในกรุงเทพฯ ทำให้อาจารย์แพทย์ที่ทำหน้าที่สอนนักศึกษามีจำนวนน้อยไปด้วยโดยปริยาย ยังไม่ต้องเอ่ยถึงว่าไม่ใช่แพทย์ทุกคนที่จบการศึกษาด้านแพทยศาสตร์แล้วจะประกอบอาชีพแพทย์ทั้งหมด รวมทั้งปัญหาอื่น ๆ เช่น หมอเกษียณหรือเสียชีวิต[231] ปัญหาการผลิตแพทย์และพยาบาลได้น้อยซึ่งส่งผลกระทบต่องานสาธารณสุขได้

---

[227] อรุณ นุรักษ์เข, *พัฒนาการของการบริหารการพยาบาลในประเทศไทย*, (วิทยานิพนธ์, พยาบาลศึกษา บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2520), 100-106.

[228] เพิ่งอ้าง, 4-6.

[229] ทัศนีย์ ธรมธัช, *ปัญหาการขาดแคลนแพทย์ในประเทศไทย*, (วิทยานิพนธ์, สาขาเศรษฐศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2515), 39.

[230] วิวรรณ เอกรินทรากุล, *การบริหารงานสาธารณสุขในประเทศไทย พ.ศ. 2501 - 2520*, (วิทยานิพนธ์, สาขาประวัติศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2547), 138.

[231] ทัศนีย์ ธรมธัช, *ปัญหาการขาดแคลนแพทย์ในประเทศไทย*, (วิทยานิพนธ์, สาขาเศรษฐศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2515), 40.

กลายเป็นปัญหาหนักหน่วงขึ้นไปอีกเมื่อเกิดการเดินทางไปทำงานต่างประเทศ หรืออาจเรียกว่าเป็น "ภาวะสมองไหล"

3.1.3.2 ภาวะสมองไหลของแพทย์ในยุคอเมริกันเบ่งบาน

จากข้อมูลตัวเลขแสดงให้เห็นว่ามีแพทย์เดินทางไปทำงานต่างประเทศเพิ่มจำนวนขึ้นเรื่อย ๆ ในปี พ.ศ. 2508 พบว่ามีแพทย์เดินทางไปต่างประเทศเพื่อศึกษาต่อหรือทำงาน 277 คน แต่มีแพทย์เดินทางกลับมาเพียง 91 คน ต่อมาได้เพิ่มเป็นจำนวน 337 281 616 655 คนในปี พ.ศ. 2509-2512 ตามลำดับ หากรวมตัวเลขระหว่างปี พ.ศ. 2508-2512 จะมีแพทย์เดินทางไปต่างประเทศทั้งหมด 2,165 คน แต่มีสัดส่วนแพทย์ที่เดินทางกลับจากต่างประเทศเพียง 987 คน เท่ากับมีผู้สมัครใจไปต่างประเทศในระหว่าง 5 ปีรวม 1,178 คนหรือคิดเป็นร้อยละ 54.41[232] หนึ่งในเงื่อนไขที่ส่งผลต่อภาวะ"สมองไหล" ทางการแพทย์คือความต้องการแพทย์ของสหรัฐฯ เพื่อชดเชยแพทย์ที่ถูกส่งไปราชการสงครามในเวียดนาม โดยในปี พ.ศ. 2499 สหรัฐฯ ได้ตั้งหน่วยงานชื่อว่า Educational Commission for Foreign ซึ่งมีหน้าที่สอบเทียบมาตรฐานแพทย์จากต่างประเทศ และจัดส่งข้อสอบนี้ไปยังประเทศต่าง ๆ วิธีนี้เป็นช่องทางที่ทำให้แพทย์ที่จบจากต่างประเทศได้รับการรับรองจากสหรัฐฯ[233] กรรมาธิการสาธารณสุขของสหรัฐฯ ได้เคยกล่าวไว้ว่า จำนวนแพทย์ไทยที่ทำงานในรัฐนิวยอร์ครัฐเดียวมากกว่าจำนวนแพทย์ในชนบทไทยทั้งประเทศเสียอีก นอกจากนั้นแล้วยังมีเหตุการณ์แพทย์รุ่นแรกที่จบการศึกษาคณะแพทยศาสตร์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ 50 คนเดินทางไปทำงานและเรียนต่อที่สหรัฐฯ ทันทีหลังเรียนจบถึง 48 คน[234] โดยอยู่ภายใต้โครงการ USOM-RTG Joint Grant[235] ในปี พ.ศ. 2509 ได้มีงานวิจัยเกี่ยวกับนักศึกษาแพทย์และงานสาธารณสุขในชนบท โดยเก็บข้อมูลจากนักศึกษาแพทย์ 1,009 คน พบว่าจำนวน 858 คน แสดงความตั้งใจที่จะศึกษาต่อต่างประเทศถ้ามีโอกาส และมีเพียง 19 คน เท่านั้นที่คิดว่าจะไม่ไป ศาสตราจารย์นายแพทย์ประกิต วาทีสาธกกิจถือเป็นหนึ่งในแพทย์ที่เมื่อเรียนจบแล้วได้รับข้อเสนอทุนเพื่อไปศึกษาต่อที่สหรัฐอเมริกา โดยได้สะท้อนมุมมองอย่างน่าสนใจผ่านชีวิตส่วนตัวว่าการตอบรับข้อเสนอทุนเพื่อไปศึกษาต่อ ส่วนหนึ่งอาจเป็นเหตุผลและความจำเป็นส่วนบุคคลด้วย ส่วนการตัดสินใจกลับมาทำงานให้เมืองไทยอาจเป็นทั้งเรื่องส่วนบุคคลประกอบ

---

[232] เพิ่งอ้าง, 45.

[233] วิวรรณ เอกรินทรากุล, *การบริหารงานสาธารณสุขในประเทศไทย พ.ศ. 2501 - 2520*, (วิทยานิพนธ์, สาขาประวัติศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2547), 140.

[234] สันติสุข โสภณสิริ, *เกียรติประวัติแพทย์ไทยฝากไว้ให้คนรุ่นหลัง ชีวิตและผลงานของศาสตราจารย์นายแพทย์เสม พริ้งพวงแก้ว*, (นนทบุรี: สำนักวิจัยสังคมและสุขภาพ (สวรส.), 2555), 148-149.

[235] John Kennedy and Staff, "A Brief History of USOM Support to Public Health & Population Programs in Thailand," 10.

กับจังหวะและโอกาสที่จะได้รับการบรรจุตำแหน่งในประเทศไทยด้วย นายแพทย์ประกิตถือเป็นหนึ่งในกลุ่มแพทย์ที่ตัดสินใจกลับมาทำงานในเมืองไทย โดยได้เล่าประสบการณ์ไว้ว่า *"ผมต้องกลับเพราะเมืองไทยกำลังขาดหมอ ทั้ง ๆ ที่ฝรั่งเขาก็ถามว่ายูกลับทำไมเพราะที่นี่เป็น gold mine...แต่พอดีที่รามาฯ ติดต่อไปด้วยว่ามีตำแหน่งอยู่...ปัญหาส่วนหนึ่งเป็นเพราะการบรรจุต้องขอตำแหน่งไปทาง [สำนักงาน] ก.พ. แต่ละปีได้บ้างไม่ได้บ้าง ตอนนั้นยากมากเลย ยังไม่มีการจ้างอาจารย์เป็นลูกจ้างชั่วคราวก่อน ต้องรอบรรจุ พอไม่มีตำแหน่งบางคนก็ไปลงเอกชนและก็อยู่ต่อยาว"*[236] อย่างไรก็ตาม ต้องยอมรับว่าจากข้อมูลในภาพรวมพอคาดการณ์ได้ว่ามีแพทย์เดินทางไปศึกษาต่อต่างประเทศเพิ่มมากขึ้นทุก ๆ ปี ทั้งเหตุผลด้านการพัฒนาความรู้และโอกาสในการทำงานที่ดีกว่า จริง ๆ แล้วปัญหาภาวะสมองไหลไปต่างประเทศกับปัญหาแพทย์ไม่อยากทำงานในชนบทสัมพันธ์กันอย่างแยกกันไม่ออก เนื่องจากการทำงานในพื้นที่ชนบทเป็นเรื่องเกี่ยวกับสภาพแวดล้อมทีไม่คุ้นเคย โดยเฉพาะในกลุ่มแพทย์ที่เดินทางกลับจากการศึกษาต่างประเทศ บางคนไม่สามารถปรับตัวเพื่อทำงานในพื้นที่ชนบทได้เลย[237]

3.1.3.3 ปัญหาการกระจายตัวของแพทย์สู่ชนบท

นอกจากปัญหาจำนวนแพทย์ที่อยู่ในระบบค่อนข้างน้อยอย่างมาก ยังถูกทำให้หนักหน่วงเพิ่มขึ้นเมื่อการกระจายแพทย์ที่ไม่ได้สัดส่วน ข้อมูลตัวเลขแสดงให้เห็นว่าในพื้นที่พระนครและธนบุรีซึ่งเป็นที่อยู่ของประชากรเพียงร้อยละ 8 ของทั้งประเทศ แต่กลับมีแพทย์ปฏิบัติงานอยู่ทั้งหมดร้อยละ 67 เพราะฉะนั้นหากตัดจำนวนแพทย์ในกรุงเทพฯ และธนบุรีออกไป และคิดอัตราส่วนแพทย์ต่อประชากรในต่างจังหวัด อัตราส่วนอาจสูงถึงแพทย์ 1 คนต่อประชากร 31,000 คน ซ้ำร้ายไปกว่านั้น แพทย์ในต่างจังหวัดที่น้อยมากอยู่แล้วก็ยังกระจุกตัวอยู่เฉพาะในตัวเมืองหรือตัวจังหวัด ซึ่งสามารถยืนยันได้จากข้อมูลเมื่อปี พ.ศ. 2501 ซึ่งปรากฏในกระทู้ถามของนายบุญช่วย ศรีสวัสดิ์ หนึ่งในสมาชิกสภาผู้แทนราษฎรและถือเป็นปัญญาชนท้องถิ่นจากจังหวัดเชียงราย ได้ตั้งคำถามต่อรัฐบาลเกี่ยวกับแพทย์ปริญญาที่มีอยู่ตามพื้นที่ต่าง ๆ ทั่วประเทศ ซึ่งทำให้เห็นภาพสถานการณ์การกระจายตัวของแพทย์ที่ไม่เท่าเทียมกันระหว่างพื้นที่เมืองกับพื้นที่ชนบทอย่างน่าสนใจ โดยรัฐบาลได้ตอบคำถามไว้ว่า ณ ขณะนั้นแต่ละจังหวัดพบว่าอัตราส่วนแพทย์ต่อจำนวนประชากรโดยประมาณสูงขึ้นไปถึง 1 ต่อ 100,000 คน และยังมีอีก 5 จังหวัด ได้แก่ บุรีรัมย์ ศรีสะเกษ สุรินทร์ กาฬสินธุ์ และร้อยเอ็ด ที่อัตราส่วนแพทย์ต่ำกว่า 1 คนด้วยซ้ำ และยังมีอีกประมาณ 254 อำเภอทั่วประเทศที่ไม่มีแพทย์ปริญญาประจำอยู่เลย ในบรรดาจำนวนอำเภอทั้งหมดที่ขาดแคลน

---

[236] สัมภาษณ์ศาสตราจารย์นายแพทย์ ประกิต วาทีสาธกกิจ, คณะผู้วิจัย, 10 มิถุนายน 2565.

[237] ทัศนีย์ ธรมธัช, *ปัญหาการขาดแคลนแพทย์ในประเทศไทย*, (วิทยานิพนธ์, สาขาเศรษฐศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2515), 41-43.

แพทย์ประจำเป็นอำเภอที่ตั้งอยู่ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือมากที่สุดเป็นจำนวน 82 อำเภอ รองลงมาคือภาคเหนือจำนวน 64 อำเภอ และอันดับที่สามเป็นภาคใต้จำนวน 43 อำเภอ จากนั้นเป็นภาคกลาง 29 อำเภอ ภาคตะวันออก 19 อำเภอ และภาคตะวันตก 17 อำเภอ ตามลำดับ[238] เพราะฉะนั้นในพื้นที่ชนบทที่ห่างไกลจริง ๆ อัตราส่วนแพทย์ต่อจำนวนประชากรที่แท้จริงอาจมากถึง 1 ต่อ 110,000 หรือถึง 1 ต่อ 450,000 ในบางอำเภอที่ไม่มีแพทย์ประจำอยู่เลย[239]

เมื่อเวลาผ่านไปหนึ่งทศวรรษ ข้อมูลในปี พ.ศ. 2511 แสดงให้เห็นว่าพื้นที่ภาคตะวันออกเฉียงเหนือนอกจากจังหวัดเลยแล้ว จังหวัดอื่น ๆ มีอัตราส่วนอยู่ที่แพทย์ 1 คนต่อประชากร 25,000 คน ในจำนวนนี้มีบางจังหวัดที่ยังคงอัตราส่วนแพทย์ต่อประชากรสูงกว่าจังหวัดอื่น โดยคิดเป็น 1 ต่อ 70,000 คน เช่น นครราชสีมา ศรีสะเกษ ชัยภูมิ และกาฬสินธุ์ ส่วนพื้นที่ภาคเหนือมี 9 จังหวัดที่อัตราส่วนแพทย์หนึ่งคนต่อประชากรสูงกว่า 25,000 คน ส่วนในภาคใต้และภาคกลางมีเพียงบางจังหวัดเท่านั้น นอกจากแพทย์มีน้อยอยู่แล้ว ส่วนใหญ่ยังกระจุกตัวอยู่แต่ในตัวจังหวัดหรือตัวอำเภออยู่เช่นเดิม

สาเหตุที่นำมาสู่สภาพการณ์ดังกล่าวเนื่องมาจากแพทย์ส่วนใหญ่ไม่ต้องการปฏิบัติงานในส่วนภูมิภาคโดยเฉพาะในพื้นที่ชนบทเนื่องจากสภาพแวดล้อมที่แตกต่างจากพื้นที่เมือง ขาดสิ่งอำนวยความสะดวกขั้นพื้นฐานในพื้นที่ เช่น การคมนาคม ไฟฟ้า ประปา สถานศึกษา รวมถึงความพร้อมของโรงพยาบาลที่ขาดอุปกรณ์ที่ทันสมัย ขาดโอกาสศึกษาค้นคว้าเพิ่มเติม ไม่มีความก้าวหน้าทางวิชาการ หรือสภาพแวดล้อมทางสังคมก็เป็นอีกเงื่อนไขหนึ่งที่ทำให้แพทย์ไม่ต้องการไปปฏิบัติงานในชนบท เช่น ประชากรยากจน ด้อยการศึกษา สื่อสารให้เข้าใจยากเพราะยังคงเชื่อในประเพณีเก่า ๆ ซึ่งขัดกับความรู้ทางการแพทย์ จากการสำรวจนักศึกษาแพทย์ปี 4 จำนวน 200 คนในปี พ.ศ. 2509 พบว่า ร้อยละ 60 ต้องการที่จะปฏิบัติงานในพื้นที่พระนครและพื้นที่ใกล้เคียง รองลงมาคือพื้นที่ภาคกลางคิดเป็นร้อยละ 17 ภาคเหนือร้อยละ 10 ภาคใต้ร้อยละ 8 และภาคตะวันออกเฉียงเหนือเพียงร้อยละ 5 เท่านั้น[240] ปัญหาเรื่องการกระจายตัวของแพทย์และการไม่คิดอยากที่จะปรับตัวให้เข้ากับพื้นที่ชนบทของแพทย์

---

[238] ราชกิจจานุเบกษา, “กระทู้ถามที่ ว. ๗๑/๒๕๐๑ ของ นายบุญช่วย ศรีสวัสดิ์ สมาชิกสภาผู้แทนราษฎร จังหวัดเชียงราย เรื่อง นายแพทย์ปริญญา” (เล่ม ๗๕ ตอน ๗๘ง วันที่ ๗ ตุลาคม พ.ศ. ๒๕๐๑ หน้า ๒๗๔๔, 2501), http://www.ratchakitcha.soc.go.th/DATA/PDF/2501/D/078/2744.PDF.

[239] ทัศนีย์ ธรมธัช, *ปัญหาการขาดแคลนแพทย์ในประเทศไทย*, (วิทยานิพนธ์, สาขาเศรษฐศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2515), 51-52.

[240] ทัศนีย์ ธรมธัช, 51-52.

บางกลุ่ม ส่วนหนึ่งต้องยอมรับว่าเป็นผลลัพธ์ของการหล่อหลอมค่านิยมและความคิดของอาชีพแพทย์ตั้งแต่ระยะเริ่มศึกษาวิชาแพทย์จนกระทั่งเข้าสู่วิชาชีพ แม้จะเป็นอิทธิพลโดยอ้อม ๆ ก็ตาม

3.1.3.4 กำเนิดแพทยสภา: อำนาจของกลุ่มวิชาชีพในกระทรวงและอัตลักษณ์ของความเป็นแพทย์

อิทธิพลของแนวคิดแบบอรรถประโยชน์นิยม (Utilitarianism) หรือหนทางที่นำไปสู่การได้รับผลประโยชน์สูงสุด[241] มีส่วนทำให้เกิดเป็นแนวทางการสร้างแพทย์เฉพาะทาง (Specialist) ซึ่งจะมีผลต่อปรากฏการณ์ทางสังคมและมิติของกำลังคนทางการแพทย์หลายประการ *ประการแรก* เนื่องจากแพทย์กลายมาเป็นกลุ่มวิชาชีพที่มีอิทธิพลในด้านการบริหารภายในกระทรวงและในบางครั้งมีอิทธิพลต่อการดำเนินการของกระทรวงโดยปริยาย[242] กล่าวคือกลุ่มวิชาชีพแพทย์สามารถเข้าไปทำหน้าที่เป็นเทคโนเครตในกระทรวงสาธารณสุขได้อย่างโดดเด่นเมื่อเทียบกับกระทรวงอื่น “ในระบบราชการไทยฎีมีการปฏิรูปมากที่สุด น่าจะเป็นวงการแพทย์ [กระทรวงสาธารณสุข] มากกว่าวงการอื่น...มันเป็น leader ของ society นะอาชีพหมอ มันดึงดูด top brain เข้าไป”[243]

ประการถัดมา คือ การเติบโตของวิชาชีพแพทย์พร้อมกับค่านิยมและวัฒนธรรมของความเป็นแพทย์ในสังคมไทย ที่แพทย์กลายมาเป็นชนชั้นที่มีสิทธิ์ในการรักษาผู้ป่วยแต่เพียงผู้เดียว ส่วนหนึ่งเป็นผลสืบเนื่องจากการบังคับใช้ “พระราชบัญญัติวิชาชีพเวชกรรม พ.ศ. 2511” ที่ระบุใจความสำคัญไว้ว่า “สมควรให้มีการควบคุมประกอบวิชาชีพเวชกรรมแยกออกจากการควบคุมการประกอบโรคศิลปะ และให้มีแพทยสภาควบคุมการประกอบวิชาชีพเวชกรรมโดยเฉพาะ”[244] ในด้านหนึ่งพระราชบัญญัติฉบับนี้ ได้ให้อำนาจแก่แพทย์แผนตะวันตกให้มีสิทธิ์ขาดในการรักษาผู้ป่วย ในอีกด้านหนึ่งก็ได้เบียดขับวิชาชีพอื่นที่เคยทำหน้าที่คล้ายคลึงกัน เช่น หมอพื้นบ้านหรือหมอเถื่อน ให้ค่อย ๆ หลุดออกจากวงจรของการ “ตรวจและรักษา” ด้วยอำนาจของกฎหมาย[245]

---

[241] “อรรถประโยชน์ หมายถึง สิ่งที่นำไปสู่ผลประโยชน์ ความพอใจ ความดี หรือความสุข...ตลอดจนการป้องกันการเกิดขึ้นของความเสียหาย ความเจ็บปวด ความชั่วร้าย หรือความ ไม่เป็นสุข” (utility is meant that property in any object, whereby it tends to produce benefit, advantage, pleasure, good, or happiness...to prevent the happening of mischief, pain, evil, or unhappiness.) Bentham, Jeremy. (2000). An Introduction to the Principles of Morals and Legislation. Kitchener: Batoche Books. pp. 14-15.

[242] วิวรรณ เอกรินทรากุล, *การบริหารงานสาธารณสุขในประเทศไทย พ.ศ. 2501-2520*, (วิทยานิพนธ์, สาขาประวัติศาสตร์ คณะอักษรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2547), 124-126.

[243] สัมภาษณ์ศาสตราจารย์นายแพทย์ ประกิต วาทีสาธกกิจ.

[244] ราชกิจจานุเบกษา, “พระราชบัญญัติวิชาชีพเวชกรรม พ.ศ. ๒๕๑๑” (เล่ม ๘๕ ตอน ๙๑ก วันที่ ๘ ตุลาคม พ.ศ. ๒๕๑๑ หน้า ๖๙๐-๗๑๐, 2511).

[245] วิวรรณ เอกรินทรากุล, *การบริหารงานสาธารณสุขในประเทศไทย พ.ศ. 2501-2520*, (วิทยานิพนธ์, สาขาประวัติศาสตร์ คณะอักษรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2547), 149-154.

นอกจากนี้ พระราชบัญญัติชุดเดียวกันได้กำหนดให้จัดตั้ง “แพทยสภา” ขึ้นอีกด้วย แม้ในเวลาต่อมาได้มีพระราชบัญญัติวิชาชีพเวชกรรม พ.ศ. 2525[246] ซึ่งเนื้อความยังคงรับรองฐานะและบทบาทของแพทยสภาและไม่ได้หนีไปจากฉบับปี พ.ศ. 2511 นัก โดยหลักการและเหตุผลแม้ว่าหนึ่งในภารกิจได้ระบุให้เป็นเสมือนองค์กรอิสระนอกภาครัฐ ทำหน้าที่ให้ความรู้ด้านสาธารณสุขแก่ประชาชน หรือเสนอแนะนโยบายด้านสาธารณสุขแก่รัฐ เพื่อยังประโยชน์แก่ประชาชน[247] แต่ทว่าในทางปฏิบัติบทบาทแพทยสภามุ่ง “ส่งเสริมความสามัคคีและผดุงเกียรติของสมาชิกแพทยสภา”[248] ให้อยู่ในลู่ในทางเป็นภารกิจหลัก อย่างในกรณีที่แพทยสภาแสดงปฏิกิริยาต่อต้านการกระทำของรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขที่ “ไม่ใช่หมอ” (พล.ต.อ.ประเสริฐ รุจิวงศ์) เพื่อยับยั้งไม่ให้มีการคาดโทษนายแพทย์ที่ทำผิดกฎ[249] และอีกบทบาทที่โดดเด่นของแพทยสภาคือการรับประกันว่าหน้าที่ของการตรวจรักษาจะถูกรวบอยู่ในมือของแพทย์ผู้เชี่ยวชาญอย่างเดียวเท่านั้น เช่น การเป็นผู้อนุมัติออกใบประกอบโรคศิลป์ ด้วยบทบาทดังกล่าว ทำให้ในบางครั้งแพทยสภากลายเป็นองค์กรพิทักษ์ผลประโยชน์ของแพทย์ มีหน้าที่ปกป้องและรักษาประโยชน์ของวิชาชีพแพทย์มากกว่าที่จะทำหน้าที่ปกป้องประชาชน[250]

และด้วยวัฒนธรรมองค์กรที่ต้องการรักษา “ความศักดิ์สิทธิ์” ของวิชาชีพแพทย์เอาไว้ คณะกรรมการแพทยสภาจึงมักสังกัดอยู่ในปีกของกลุ่มแพทย์สายเฉพาะทาง (Specialist) หรือที่เรียกว่าเป็นกลุ่มปฏิกิริยา (Conservatism/Reactionism)[251] ดังนั้น เมื่อเกิดการเปลี่ยนแปลงที่สำคัญอย่างเช่นการปฏิรูปหลักสูตรการศึกษาแพทย์ การทำงานของแพทยสภาที่มีแนวคิดเชิงอนุรักษ์นิยมหน่อย ๆ โดยเฉพาะกลุ่มแพทย์สายเฉพาะทางจึงมีส่วนเหนี่ยวรั้งความคืบหน้าการปฏิรูปหลักสูตรการศึกษาที่มุ่งเน้นชุมชนเป็นฐาน ดังที่นายแพทย์ไพโรจน์ นิงสานนท์ หนึ่งในสมาชิกของกลุ่มโป๊ยเซียนที่เห็นด้วยกับการปฏิรูปหลักสูตรกล่าวไว้ว่า ทั้ง ๆ ที่แพทยสภาได้ตั้งให้ตัวเขา (และหมอประเวศ) เป็นกรรมการในการพัฒนาหลักสูตรระหว่างปี พ.ศ. 2515-2516 ท้ายที่สุดเมื่อนำเสนอหลักสูตร

ในเวลาต่อมาวงการแพทย์หัวก้าวหน้าหลังความเปลี่ยนแปลงทางการเมืองในช่วงเดือนตุลา 2516 เริ่มให้ความสำคัญกับการสร้าง general practitioner มากขึ้น ก็เริ่มมองกลุ่มคนพวกนี้ในด้านที่เป็นประโยชน์มากขึ้น หมอประเวศ วะสี กล่าวเอาไว้อย่างชัดเจนว่า “หมอเถื่อน” พวกนี้สามารถนำไปอบรมความรู้เกี่ยวกับเวชศาสตร์เบื้องต้นเพื่อการตรวจรักษาคนไข้ได้ เนื่องจากหมอเถื่อนพวกนี้มักมีความสัมพันธ์ที่ใกล้ชิดกับชาวบ้านและรู้จักชุมชนเป็นอย่างดีมากกว่าหมอจากรั้วมหาวิทยาลัย เป็นการดีกว่าที่จะเปลี่ยนให้เข้าเป็น “เวชกร” ช่วยรัฐจัดการปัญหาชนบท

[246] ราชกิจจานุเบกษา, “พระราชบัญญัติวิชาชีพเวชกรรม พ.ศ. ๒๕๒๕” (เล่ม ๙๙ ตอน ๑๑๑ก ฉบับพิเศษ วันที่ ๑๑ สิงหาคม พ.ศ. ๒๕๒๕, 2525).

[247] สำนักงานเลขาธิการแพทยสภา, *๕๐ ปีแพทยสภา (๒๕๑๑-๒๕๖๑)* (นนทบุรี: สำนักงานเลขาธิการแพทยสภา, 2562).

[248] ราชกิจจานุเบกษา, “พระราชบัญญัติวิชาชีพเวชกรรม พ.ศ. ๒๕๑๑.”

[249] วิวรรณ เอกรินทรากุล, *การบริหารงานสาธารณสุขในประเทศไทย พ.ศ. 2501-2520*, (วิทยานิพนธ์, สาขาประวัติศาสตร์ คณะอักษรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2547), 143-149.

[250] สัมภาษณ์นายแพทย์อำพล จินดาวัฒนะ, คณะผู้วิจัย, 2565; สัมภาษณ์นายแพทย์สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ, คณะผู้วิจัย, 2565.

[251] กลุ่มคนที่ไม่เห็นด้วยกับการเปลี่ยนแปลงและยังนิยมในระบบหรือค่านิยมเดิมที่เคยมีมา

ที่เน้นชุมชนเป็นฐาน (เวชศาสตร์ชุมชน) แพทยสภากลับปัดตกและไม่รับหลักสูตร เพราะยังคงอยากให้ใช้หลักสูตรเดิมซึ่งมองว่าดีอยู่แล้ว หนำซ้ำยังถูกกล่าวหาว่ากระทำการเป็นคอมมิวนิสต์อีกต่างหาก[252]

มาถึงจุดนี้จะพบว่าบทบาทของแพทยสภากับการมุ่งรักษาเกียรติภูมิของอาชีพแพทย์ มีความสัมพันธ์ไม่น้อยกับนโยบายและแนวทางการผลิตแพทย์ในประเทศไทยว่า เมื่อเรียนจบแล้วจะเลือกไปสู่เส้นทางแพทย์เฉพาะทางหรือการศึกษาต่อต่างประเทศ กับเลือกที่จะออกไปทำงานในพื้นที่ที่ยังขาดแคลนแพทย์ ด้วยเหตุนี้ แพทย์จึงเป็นอาชีพแรก ๆ ที่ถูกกล่าวถึงในแง่ลบว่าเป็นอาชีพที่เห็นแก่ "โรค" แต่ไม่เคยเห็น "คนไข้" จนกระทั่งเกิดเป็น "วัฒนธรรมของแพทย์จบใหม่" ที่ไม่นิยมส่งตัวเองไปอยู่ตามชนบทห่างไกล เพราะแพทย์บางกลุ่มรู้สึกว่าการออกไปยังชนบทเป็นภาวะกล้ำกลืนฝืนทน[253] ดังนั้น ทั้งปัญหาเรื่องการขาดแคลนบุคลากรทางการแพทย์ที่มีมาอยู่แล้วทุกยุคทุกสมัย ซ้ำร้ายยังเผชิญกับภาวะสมองไหล ปัญหาการกระจุกตัวของแพทย์ในเมือง ประกอบกับทิศทางของแพทยสภาที่มุ่งปกปักษ์ค่านิยมดั้งเดิมของวิชาชีพแพทย์เป็นภารกิจลำดับต้นๆ ส่งผลให้ผู้มีบทบาทเกี่ยวข้องในการกำหนดนโยบายต้องเร่งหาหนทางแก้ไข และหนึ่งในมาตรการสำคัญ คือการใช้นโยบายบังคับใช้ทุนของแพทย์ อันเป็นวิธีสร้างเงื่อนไขเพื่อลดปัญหาที่ซับซ้อนเกี่ยวกับเรื่องกำลังคนด้านสุขภาพ

3.2 นโยบายบังคับใช้ทุนของแพทย์: สร้างคน สร้างแรงจูงใจ และสร้างเงื่อนไข

3.2.1 วิวัฒนาการนโยบายใช้ทุนสำหรับนักศึกษาแพทย์

ด้วยปัญหาเรื่องแพทย์ที่เรียนจบแล้วเดินทางไปทำงานต่างประเทศซึ่งบางกรณีเป็นการไปทำงานต่างประเทศแบบแทบ "ยกห้อง" กลายเป็นประเด็นด้านสาธารณสุขที่ถูกวิพากษ์วิจารณ์จากสื่อมวลชนและกระแสสังคมอย่างมาก จึงได้มีความพยายามที่จะแสวงหาวิธีแก้ไขอย่างหลากหลาย ในสมัยจอมพลประภาส จารุเสถียร รัฐมนตรีว่าการกระทรวงมหาดไทย เคยเสนอแนวทางแก้ปัญหาแพทย์ไม่พอโดยบังคับให้แพทย์ที่เรียนจบแล้วไปเป็นทหาร 2 ปีเพื่อ *"ศึกษาโรคต่าง ๆ ในเมืองไทย... จากนั้นใครจะไปไหนก็เป็นสิทธิโดยชอบธรรม"* ขณะที่กระทรวงสาธารณสุขผู้มีหน้าที่โดยตรงต่อการใช้แพทย์ก็เคยมีข้อเสนอเช่นกัน โดยอยากให้มหาวิทยาลัยแพทยศาสตร์แบ่งนักเรียนแพทย์ออกเป็น 2 ประเภท ประเภทแรกคือเรียนฟรีแต่มีเงื่อนไขว่าเมื่อเรียนจบแล้วต้องทำงานให้ราชการต่อไปอีก 2 ปี ประเภทที่สองคือวิธีเพิ่มค่าเล่าเรียนให้สูงขึ้นแต่เมื่อเรียนจบแล้วไม่ต้องมีข้อผูกมัด

---

[252] สันติสุข โสภณสิริ, *เกียรติประวัติแพทย์ไทยฝากไว้ให้คนรุ่นหลัง ชีวิตและงานของศาสตราจารย์นายแพทย์เสม พริ้งพวงแก้ว*, (กรุงเทพ: สำนักวิจัยสังคมและสุขภาพ, 2547), 161.

[253] สมบัติ จันทรวงศ, รังสรรค์ ธนะพรพันธุ์, *รักเมืองไทย เล่ม 1*, (กรุงเทพมหานคร: ไทยวัฒนาพาณิช จำกัด, 2519), บท การสาธารณสุขเพื่อมวลชน.

ด้านการทำงาน แนวทางข้างต้นได้กลายเป็นรากฐานสำคัญอันนำมาสู่ "นโยบายบังคับใช้ทุน" หรือระเบียบที่กำหนดให้นักศึกษาแพทย์ "ทำสัญญา" ใช้ทุนของรัฐบาล โดยให้นักศึกษาแพทย์ต้องรับราชการเป็นแพทย์ในโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงมหาดไทยและกระทรวงกลาโหมหลังจากจบการศึกษาแล้ว โดยรวมช่วงเวลาฝึกงานเข้าไปด้วย[254]

การ "ใช้ทุน" ในกลุ่มนักเรียนแพทย์นี้เกิดขึ้นครั้งแรกในปี พ.ศ. 2510 โดยคณะรัฐมนตรีได้เห็นชอบเมื่อวันที่ 14 มีนาคม พ.ศ. 2510 โดยกำหนดให้เก็บ *"ค่าบำรุงการศึกษาแพทย์ศาสตร์ให้สูงขึ้น โดยให้เพิ่มเป็นเก็บในอัตรา ๑ ใน ๓ ของค่าใช้จ่ายสำหรับผู้รับการศึกษาแพทยศาสตร์แต่ละคน"*[255] โดยผู้ที่รับทุนการศึกษาของรัฐบาลอยู่แล้วไม่ต้องเสียค่าบำรุง นอกนั้นต้องเสียค่าใช้จ่ายเองเหมือนผู้ที่ไม่ได้รับทุน และจะต้อง *"ทำสัญญาผูกมัดว่าเมื่อสำเร็จการศึกษาแล้วจะรับราชการอย่างน้อย 3 ปี ถ้าผิดสัญญาจะต้องชดใช้เงินเป็นจำนวนสามเท่าของค่าบำรุงการศึกษา..."*[256] นักศึกษารุ่นแรกที่ถูกบังคับให้ปฏิบัติตามเงื่อนไขข้างต้นคือนักศึกษาแพทย์ของศิริราชพยาบาลที่ข้ามฟากไปเรียนปีสาม ในปี พ.ศ. 2510 นักศึกษาแพทย์รามาธิบดีรุ่นที่ 1 ที่เข้ามหาวิทยาลัยในปี พ.ศ. 2508 และอยู่ระหว่างเรียนปีสาม รวมทั้งนักศึกษาแพทย์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่และจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยอยู่ในเงื่อนไขเดียวกัน ตอนแรกเริ่มต้นจากการกำหนดเงื่อนไขให้เป็นไปแบบสมัครใจ นักศึกษาแพทย์สามารถ "เลือก" ระหว่างรับราชการเพื่อใช้ทุนหรือชำระเงินเพื่อไม่ต้องไปทำงานใช้ทุนก็ได้ ในครั้งนั้นคณะรัฐมนตรีมีมติให้นักศึกษาจ่ายค่าบำรุงการศึกษาในราคาที่ค่อนข้างสูงหรือปีละ 10,000 บาท[257] โดยไม่ต้องไปทำงานใช้ทุนและเมื่อสำเร็จการศึกษาแล้วสามารถประกอบอาชีพได้อย่างเป็นอิสระ ส่วนนักศึกษาแพทย์ผู้ที่ไม่ประสงค์จะจ่ายค่าบำรุงการศึกษาต้องทำสัญญาปฏิบัติงานใช้ทุนเป็นเวลา 3 ปีกับรัฐบาล ซึ่งเมื่อคิดเป็นเงินยอดชำระมียอดรวม 40,000 บาทคูณสามเท่ากับค่าปรับจะสูงถึง 120,000 บาท (ซึ่งเป็นยอดรวมระยะเวลาทั้งชั้นปรีคลินิกและชั้นคลินิก หรือระหว่างการศึกษาปีที่ 4 ถึงปีที่ 6 รวมช่วงเวลาเป็นแพทย์ฝึกหัดด้วย) ทั้งนี้การคำนวณเป็นยอดเงินไว้ด้วยสำหรับนักศึกษาแพทย์ที่เลือกทำงานชดใช้ทุน เนื่องจากมีการระบุเพิ่มเติมไว้ในกรณีที่นักศึกษาเลือกแนวทางปฏิบัติงานชดใช้ทุนแล้วเกิดผิดสัญญาในภายหลัง และอัตราค่าปรับได้เพิ่มขึ้นเป็น 200,000 บาท ในปี พ.ศ. 2514 และ 400,000 บาท ในปี พ.ศ.

---

[254] สงวน นิตยารัมภ์พงศ์ (บก.), *ปูมประวัติศาสตร์มหิดลเพื่อประชาธิปไตย ภาคที่ 1 : ก่อเกิดขบวนการ*, พิมพ์ครั้งที่ 1, 2546 (กรุงเทพฯ: คณะกรรมการปูมประวัติศาสตร์มหิดลเพื่อประชาธิปไตย), 108.

[255] สำนักเลขาธิการคณะรัฐมนตรี, "การแก้ปัญหาแพทย์ไปต่างประเทศกันมาก," 29 มีนาคม 2510.

[256] สำนักเลขาธิการคณะรัฐมนตรี.

[257] มติชนออนไลน์, "ค่าปรับน.ศ.แพทย์ผู้ผิดสัญญา เท่าไหร่จึงจะเหมาะสม : โดย พญ.ชัญวลี ศรีสุโข," มติชนออนไลน์, 6 ธันวาคม 2561, https://www.matichon.co.th/article/news_1257650.

2516[258] ทั้งนี้ ในช่วงแรก นักศึกษาแพทย์ผู้หญิงทุกคนจะถูกบังคับให้ต้องจ่ายเงินในราคาสูงเท่านั้น ซึ่งกระทรวงสาธารณสุขชี้แจงด้วยเหตุผลว่าทางราชการยังมีความต้องการน้อย[259] แต่อีกทางหนึ่งเป็นไปได้ว่าถูกมองว่าไม่สามารถไปทำงานในพื้นที่ต่างจังหวัดโดยเฉพาะในพื้นที่ขาดแคลนแพทย์ได้[260] หลังจากนั้นจึงค่อย ๆ ปรับเปลี่ยนไปสู่ "การบังคับ" จึงทำให้แพทย์จบใหม่ "ทั้งชายและหญิง" ต้องทำงานรับราชการเพื่อใช้ทุนทุกคน

3.2.2 ความล้มเหลวของนโยบายบังคับใช้ทุนในระยะแรก

คำสั่งในช่วงแรกจากรัฐบาลที่ยังคงเป็นแบบสมัครใจได้ถูกยกเลิกในปี พ.ศ. 2513 หลังจากใช้งานมาได้เพียงประมาณ 3 ปีเท่านั้น ต่อมาได้เปลี่ยนให้นักศึกษาทุกคนต้องเสียค่าบำรุงการศึกษาในอัตราปกติเหมือนกันทั้งหมดมีผลบังคับใช้นับตั้งแต่ปี พ.ศ. 2515 โดยถือว่านักศึกษาแพทย์ทุกคนเป็น "นักเรียนทุนของรัฐบาล" ส่งผลให้นักศึกษาแพทย์ทุกคนต้องทำงานเพื่อชดใช้ทุนตามคำสั่งของรัฐอย่างน้อย 3 ปีหลังจบการศึกษา[261] นายแพทย์วิชัย โชควิวัฒน อดีตนักเรียนแพทย์จากฟากศิริราชในยุคนั้นซึ่งเป็นแพทย์รุ่นสุดท้ายที่ไม่อยู่ภายใต้นโยบายใช้ทุนนี้ (จบการศึกษาในปี พ.ศ. 2513) ได้เล่าประสบการณ์และเขียนหนังสือถึงความทรงจำในช่วงเวลานั้นไว้อย่างน่าสนใจสำหรับในแง่บวก หรือที่นายแพทย์วิชัยอาจมองว่าเป็นการดำเนินนโยบายที่เป็นกลยุทธ์มี 3 ประการสำคัญ *ประการแรก* นโยบายนี้เริ่มบังคับใช้กับนักศึกษาแพทย์ปีที่ 3 แต่กลับไม่บังคับกับใช้นักศึกษาปีที่ 4-6 อันส่งผลต่อกระแสการต่อต้านของนักศึกษาที่น้อยลงเพราะนักศึกษาปี 4-6 ไม่ได้รับผลกระทบ *ประการที่สอง* แนวทางนี้ยอมให้ผู้มีฐานะดีไม่ต้องทำสัญญาชดใช้ทุน แต่สามารถเลือกจ่ายค่าเทอมที่สูงกว่าเดิมถึงสิบเท่า ทำให้มีนักศึกษาที่อยู่ในกลุ่มนี้ไม่ได้รับผลกระทบจากสัญญาเมื่อเทียบกับกลุ่มคนที่ไม่สามารถจ่ายค่าเทอมในราคาสูงได้ และ*ประการที่สาม* นโยบายนี้ประกาศออกมาก่อนวันสอบปลายภาคเพียงหนึ่งวันทำให้ไม่มีเวลาตัดสินใจ[262]

มาตรการบังคับใช้ทุนก่อให้เกิดปฏิกิริยาของนักศึกษาแพทย์โดยแบ่งออกเป็นสองแนวทางใหญ่ กลุ่มแรกคือไม่ต้องการรับเงื่อนไขตามสัญญาใช้ทุน กลุ่มนี้ส่วนใหญ่จะเป็นนักศึกษาที่เตรียมไปทำงานหรือเรียนที่ต่างประเทศเมื่อเรียนจบ กลุ่มที่สองคือกลุ่มที่เห็นด้วยกับมาตรการบังคับใช้ทุนแต่ต้องการต่อรองเงื่อนไขด้านเวลา

---

[258] นงลักษณ์ พะไกยะ (บก.) เพ็ญนภา พงษ์ทอง, *กำลังคนด้านสุขภาพ ที่เป็นมา เป็นอยู่ และจะเป็นไป*, 1st ed. (กรุงเทพฯ: สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.), n.d.), 49.

[259] สำนักเลขาธิการคณะรัฐมนตรี, "การแก้ปัญหาแพทย์ไปต่างประเทศกันมาก."

[260] สงวน นิตยารัมภ์พงศ์ (บก.), *ปูมประวัติศาสตร์มหิดลเพื่อประชาธิปไตย ภาคที่ 1 : ก่อเกิดขบวนการ*, 2546:108.

[261] สงวน นิตยารัมภ์พงศ์ (บก.), 83.

[262] วิชัย โชควิวัฒน, *ตำนานความขัดแย้งในวงการสาธารณสุข* (นนทบุรี: สำนักงานประสานการพัฒนาสังคมสุขภาวะ (สปพส.), 2559), 41.

และสวัสดิการ ตัวอย่างเช่นนักศึกษาแพทย์ผู้หญิงบางส่วนเรียกร้องให้แก้ไขแนวทางให้ผู้หญิงทุกคนต้องชำระค่าเทอมราคาสูงเท่านั้น นายแพทย์วิชัย เห็นว่าในช่วงของนโยบายนี้สิ่งที่เป็นปัญหาคือการบังคับใช้โดยไม่คำนึงถึงความสมัครใจ และยังใช้บังคับกับนักศึกษารุ่นแรกคือนักศึกษาที่เรียนอยู่ชั้นปีที่ 3 ซึ่งเรียนมาแล้วสองปีโดยไม่ทราบว่าจะมีนโยบายบังคับใช้ทุน อีกทั้งยังใช้มาตรการเชิงกดดันว่าหากไม่ยินยอมลงชื่อเพื่อปฏิบัติตามสัญญาจะไม่ได้เข้าสอบ ดังที่นายแพทย์สุรเกียรติ อาชานุภาพ นักศึกษาแพทย์จากรามาธิบดีรุ่นแรกที่อยู่ภายใต้นโยบายใช้ทุนกล่าวถึงเรื่องนี้ไว้ว่า *“แพทย์ใช้ทุนรุ่นแรกของรามาฯ ข้ามฟากไปแล้วจึงค่อยมีการส่งสัญญามาให้เซ็นย้อนหลัง ซึ่งความจริงควรให้เซ็นตั้งแต่ข้ามฟากทำให้นักศึกษาแพทย์เริ่มรู้สึกต่อต้านเพราะถูกมัดมือชก”*[263] ส่วนสาเหตุที่เริ่มบังคับนักศึกษาในปีที่ 3 เพราะหวังว่าจะสามารถส่งแพทย์ไปประจำตามพื้นที่ต่างจังหวัดได้ภายในไม่กี่ปีข้างหน้า เพราะหากเริ่มใช้กับนักศึกษาปีที่ 1 รัฐยังต้องรอเวลากว่า 6 ปีจึงจะได้ใช้งานแพทย์

อีกปัญหาหนึ่งที่เกิดขึ้นตามมา คือ แพทย์จบใหม่มักถูกฝึกให้เหมาะกับการออกไปทำงานในโรงพยาบาลขนาดใหญ่ที่มีอุปกรณ์ทางการแพทย์เพียงพอและเหมาะสำหรับทำหน้าที่แพทย์เท่านั้น ทั้งที่ในความเป็นจริงของพื้นที่ชนบทส่วนใหญ่ขาดแคลนเครื่องมือ อุปกรณ์ในการรักษา หยูกยา และงบประมาณ นายแพทย์ศิริวัฒน์ ทิพย์ธราดล สะท้อนภาพในฐานะที่เคยเป็นแพทย์ชดใช้ทุนแบบสมัครใจรุ่นสุดท้ายว่า *“การถูกส่งไปบ้านนอก เหมือนไปตายเอาดาบหน้า การเดินทางลำบาก ผู้แทนยาก็ไม่ไป ราชการก็ไม่มีไปเยี่ยมหรอก..ตรงนั้นคอมมิวนิสต์ก็เริ่มแผงฤทธิ์”*[264] แต่เมื่อการฝึกสอนไม่ได้ถูกพัฒนาไปในทิศทางนั้น ปรากฏว่าแพทย์รุ่นแรก ๆ ที่ต้องออกไปทำงานใช้ทุน *“เกิดการผิดฝาผิดตัว ทำให้แพทย์ส่วนมากเกิดความขมขื่นและคับแค้นอย่างมาก... ช่วง 2-3 ปีแรกของการทำงานชดใช้ทุนของแพทย์จบใหม่จึงนับว่าล้มเหลว แพทย์ใช้ทุนในชนบทส่วนใหญ่ทำงานไปวัน ๆ ด้วยความเบื่อหน่ายระหว่างถูกบังคับใช้ทุน และแทบทั้งหมดกลับสู่เมืองใหญ่หลังหมดสัญญาชดใช้ทุน”*[265]

อย่างไรก็ตาม กระแสการไม่เห็นด้วยกับนโยบายในช่วงเริ่มต้นเป็นเพียงปฏิกิริยาชั่วคราวอันเกิดขึ้นในภาวะรอยต่อของนโยบายเท่านั้น เพราะท้ายที่สุดแล้ว แนวทางการกระจายแพทย์ไปสู่ชนบทเพื่อเป้าหมายในการช่วยให้ประชาชนในพื้นที่ห่างไกลให้เข้าถึงบริการทางการแพทย์ ได้กลายเป็นอุดมคติร่วมสมัยของบรรดากลุ่มอาจารย์แพทย์สายปฏิรูปและแพทย์หัวก้าวหน้าอาวุโสในสังคมที่มีบทบาทสำคัญในการชี้แนะแนวทางแก่นักศึกษา

---

[263] สงวน นิตยารัมภ์พงศ์ (บก.), 2546: 226 - 227.

[264] สัมภาษณ์นายแพทย์ศิริวัฒน์ ทิพย์ธราดล, คณะผู้วิจัย, 20 พฤษภาคม 2565.

[265] วิชัย โชควิวัฒน, *ตำนานความขัดแย้งในวงการสาธารณสุข,* (----: ----, 255-), 46-46.

แพทย์ในฐานะครูกับลูกศิษย์ ขณะที่ขบวนการนักศึกษาเองอยู่ในช่วงการเติบโตและเบ่งบานทางความคิดที่สอดรับต่อนโยบายการชดใช้ทุนได้เป็นอย่างดี จะเห็นได้ว่าหลังการมีขึ้นของนโยบายบังคับใช้ทุน มีการตั้งศูนย์นิสิตนักศึกษาแพทย์แห่งประเทศไทย (ศนพท.) ขึ้นเพื่อต่อรองกับนโยบายบังคับใช้ทุน ซึ่งเป็นกลุ่มก้อนสำคัญที่รณรงค์เรียกร้องให้ยกเลิกระบบการค่าเทอมราคาแพงแทนการทำงาน และรณรงค์ว่าแพทย์จบใหม่ทุกคนต้องมีพันธะในการทำงานเพื่อชดใช้ทุน[266]

ด้วยปัญหาอันหลากหลายที่ห้อมล้อมวิกฤติด้านการขาดแคลนแพทย์นี้เอง ได้เป็นปัจจัยสำคัญที่กระตุ้นให้แพทย์จากสังกัดหน่วยงานต่าง ๆ ที่มองเห็นปัญหาร่วมกัน ไม่ว่าจะเป็นกลุ่มแพทย์หัวก้าวหน้าทั้งในและนอกแวดวงราชการ และจากภายในรั้วมหาวิทยาลัยเวลานั้น เกิดการรวมตัวกันด้วยความมุ่งหมายที่จะ “แก้ไข” พื้นฐานแนวคิดและหลักสูตรแพทยศึกษาอย่างจริงจัง นายแพทย์ประเวศ วะสี หนึ่งในแพทย์ผู้มีบทบาทสำคัญได้เสนอแนะทางออกของปัญหาที่สำคัญมากประการหนึ่ง คือ การให้ความสำคัญกับการแพทย์แบบป้องกัน (preventive medicine) มากกว่าการแพทย์ที่เน้นเฉพาะแต่การรักษา (curative medicine) เพียงอย่างเดียว[267] กล่าวอีกนัยหนึ่ง คือ เป็นการผนวกรวมมาตรการในการป้องกันโดยบูรณาการเวชกรรมชุมชนเข้ากับสังคมในระดับชุมชน และแน่นอนว่าได้สร้างความท้าทายอย่างมากต่อความเชื่อโดยทั่วไปของโรงเรียนแพทย์และวิธีการผลิตแพทย์ที่เคยเป็นมาแต่เดิม เพราะในทศวรรษ 2500 วงการแพทย์ยังให้ความสำคัญกับ “การรักษา” เป็นหัวใจสำคัญอันดับหนึ่งของการเล่าเรียนวิชาแพทย์ ส่วนแนวทาง “ป้องกันโรค” ไม่ได้อยู่ในความสนใจของการศึกษาในโรงเรียนแพทย์เลย[268] ทั้งที่ความเป็นจริงแล้ว การพยายาม “หลุดพ้น” จากหลักสูตรการเรียนการสอนแบบเดิม เพื่อแก้ปัญหาเรื่องการขาดแคลนบุคลากรทางการแพทย์ได้เกิดขึ้นมาก่อนหน้านั้นแล้ว หลักฐานเชิงประจักษ์ที่สำคัญนั่นก็คือ การเกิดขึ้นของคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี (ในปี พ.ศ. 2508) นั่นเอง แต่กระนั้นก็ตาม กว่าจะพัฒนามาเป็นการเคลื่อนไหวเพื่อปฏิรูปจากแนวทางเชิงรักษาไปสู่เชิงป้องกัน ต้องใช้เวลาในการสั่งสม “ประสบการณ์จริง” และผ่านการ “ทดลอง” ในหลายโครงการอีกมากกว่าที่จะตกเป็นตะกอนทางความคิดที่กลายมาเป็นฐานรากของงานสาธารณสุขมูลฐาน

---

[266] สุวิทย์ วิบุลผลกระเสริฐ (บก.), *25 ปี ขบวนการแพทย์ชนบทกับแผ่นดินไทย*, พิมพ์ครั้งที่ 1, 2546 (กรุงเทพฯ: องค์การอนามัยโลก.), 8–9.

[267] ประเวศ วะสี, “การแพทย์และการสาธารณสุขในรอบ 25 ปี,” *สังคมศาสตร์ปริทัศน์*, ปีที่ 9, ฉบับที่ 6 (2514), 48–59.

[268] ทวีศักดิ์ เผือกสม, *เชื้อโรค ร่างกาย และรัฐเวชกรรม ประวัติศาสตร์การแพทย์สมัยใหม่ในสังคมไทย* (กรุงเทพฯ: Illuminations editions, 2561), 330-331.

3.3 ประสบการณ์และการทดลองในพื้นที่ชนบทสู่แนวคิดเวชศาสตร์ป้องกัน (Preventive medicine)

เมื่อวาทกรรมการพัฒนาของรัฐเริ่มขยายลงสู่ชนบทตั้งแต่ช่วงทศวรรษ 2500 ทำให้เส้นแบ่งระหว่าง "เมือง" และ "ชนบท" ซึ่งเป็นพื้นที่อาศัยของคนส่วนใหญ่ของประเทศเริ่มชัดเจนขึ้น ทำให้เป็นวิธีการหนึ่งที่รัฐ (ในฐานะผู้ให้บริการ) เข้าไปจัดความสัมพันธ์กับประชาชน (ผู้รับบริการ) ตามแนวทางจากบนลงล่าง (top-down approach) การขยายโครงสร้างในระบบสาธารณสุขของรัฐช่วงนี้จึงเน้นการสร้างให้ "มาก" ที่สุดทั้งในด้านของการสร้างโครงสร้างพื้นฐานและการผลิตกำลังคน เพราะเชื่อว่าหากรัฐบาลส่วนบนสามารถทำให้นโยบายเหล่านี้เกิดเสถียรภาพขึ้นได้ ก็จะนำไปสู่การกระจายผลประโยชน์ลงสู่ส่วนล่างอย่างทั่วถึง ซึ่งในแง่ของวัตถุประสงค์ดูเหมือนว่าจะมีแนวทางที่ชัดเจน แต่ทว่าในภาคปฏิบัติพบว่าการพัฒนาต่าง ๆ ยังมีลักษณะกระจายตัวและไม่สามารถเห็นทิศทางการพัฒนาที่ดำเนินไปในทิศทางเดียวกัน

อย่างไรก็ตาม สิ่งที่เกิดขึ้นท่ามกลางการพัฒนาแบบกระจัดจาย คือ "มหกรรมพัฒนาชนบท" จำนวนมากได้รับโอกาสในการริเริ่ม เพื่อตอบสนองข้อตกลงแบบทวิภาคีและพหุภาคีระหว่างภาครัฐกับองค์กรระหว่างประเทศ ตัวอย่างเช่นการนำฐานคิดที่เน้นชุมชนเป็นฐาน (Community-based program) มาเริ่มต้นเป็นโครงการนำร่องต่าง ๆ เพื่อทดลองและส่งเสริมเวชศาสตร์ชุมชนและแนวทางการแพทย์เชิงป้องกัน ดังนั้น ด้วยเม็ดเงินสนับสนุนขององค์การอนามัยโลก ยูนิเซฟ และสหรัฐอเมริกา ประกอบกับขณะที่ฝ่ายรัฐบาลไทยงานควบคุมป้องกันโรคต่าง ๆ จะอยู่ภายใต้ความรับผิดชอบของกรมอนามัย ทำให้สามารถมองเห็นการเติบโตของกรมอนามัยในมิติของการผลิตสร้างองค์ความรู้ด้วย

3.3.1 บทบาทกรมอนามัยกับโครงการการพัฒนาอนามัยในพื้นที่ชนบท

หากมองปรากฏการณ์ในระดับโลกเทียบเคียงกับโครงการพัฒนาชุมชนในพื้นที่ชนบทไทย จะพบว่าตัวแสดงระหว่างประเทศได้มีบทบาทควบคู่ไปกับบุคลากรชาวไทยในการทำการทดลองแต่ละพื้นที่ ซึ่งบุคลากรไทยมักเป็นกลุ่มที่สนับสนุนแนวทางแบบการแพทย์บูรณาการ (Integrative medicine) ซึ่งเป็นการแพทย์แบบผสมผสานที่เริ่มมีอิทธิพลตั้งแต่ทศวรรษ 2500 ล้อไปกับช่วงเวลาที่ "กรมสาธารณสุข" ได้ถูกเปลี่ยนโฉมใหม่เป็น "กรมอนามัย" ในปี พ.ศ. 2495[269] จากนั้นต่อมา กรมอนามัยจึงได้กลายมาเป็นกลไกที่สำคัญของการพัฒนาระบบ

[269] กรมอนามัย, "ประวัติความเป็นมาของกรมอนามัย," กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, วันที่สืบค้น 23 พฤษภาคม 2565, https://anamai.moph.go.th/th/history.

สุขภาพของไทยควบคู่ไปกับกรมการแพทย์ การเปลี่ยนแปลงดังที่กล่าวมีผลต่อการจัดระบบความสัมพันธ์ให้เกิดเป็นกลุ่มก้อนทางความคิดรูปแบบใหม่ของบุคลากรส่วนหนึ่งภายในกระทรวง ในจำนวนนี้เครือข่ายของ "หมอสายอนามัย" เป็นกลุ่มผู้เล่นหน้าใหม่ที่มีบทบาทสำคัญในการวางรากฐานให้กับการสาธารณสุขในชนบทนับตั้งแต่ทศวรรษ 2500 เรื่อยมา

ด้านบทบาทสหรัฐฯ และหน่วยงานระหว่างประเทศ ได้ปรับยุทธศาสตร์การสาธารณสุขในชนบทใหม่ เดิมทีนับตั้งแต่ปลายทศวรรษ 2490 สหรัฐฯ ให้ความสำคัญกับการพัฒนาชนบทในมิติที่กว้างขวาง มีมาตราการกวาดล้างและควบคุมโรคเฉพาะอย่าง (Vertical Program) และสนับสนุนงบประมาณในการสร้างสถาบันทางการแพทย์และจัดให้มีโรงพยาบาลครบทุกจังหวัดหรือพยายามขยายสถานีอนามัยชั้นต่าง ๆ ให้ครอบคลุมในพื้นที่ที่ห่างไกลพอสมควร แต่อย่างไรก็ตาม ระบบการบริการที่มีอยู่ในเวลานั้นก็ยังไม่ครอบคลุมเท่าที่ควร เป็นต้นว่า การกระจายกำลังคนยังมีปัญหาตามสถานพยาบาล (มีแพทย์ในโรงพยาบาล แต่ไม่มีแพทย์ทุกสถานีอนามัย) ระบบที่มีอยู่เน้นให้ผู้รับบริการไปหาผู้ให้บริการ (หรือรอให้คนไข้ไปหาหมอเอง) ทำให้ชาวบ้านต้องประสบกับความยากลำบากในการเดินทาง และยังมีปัญหาเรื่องสุขอนามัย เรื่องโภชนาการ ตลอดจนเรื่องประชากรที่เพิ่มขึ้น ทั้งหมดนี้ล้วนแล้วแต่เป็นเงื่อนไขที่เกี่ยวข้องกับพื้นที่ชนบทและความยากจน ดังนั้น การมุ่งแต่จะกำจัดโรคและเน้นการรักษาพยาบาลอย่างเดียวคงไม่เพียงพอ เป็นผลให้ในช่วงหลังต่อมา การสนับสนุนของสหรัฐด้านสาธารณสุขขยับขยายไปที่การวางโครงสร้างพื้นฐานเพื่อจัดการด้านสาธารณูปโภคและสุขอนามัยในเขตชนบทเพิ่มขึ้น

ขณะที่ในช่วงเวลาเดียวกันนั้น ประเทศไทยก็เริ่มวางยุทธศาสตร์การพัฒนาเศรษฐกิจเพื่อส่งเสริมการลงทุนในภาคอุตสาหกรรมผ่านแผนพัฒนาเศรษฐกิจแห่งชาติ ทำให้มีการสร้างโครงสร้างพื้นฐานขึ้นจำนวนมากเพื่อรองรับการลงทุนออกไปยังพื้นที่ต่าง ๆ เช่น การขยายถนนไปยังพื้นที่ห่างไกลทำให้ส่วนภูมิภาคและส่วนกลางเริ่มเชื่อมต่อกันผ่านกิจกรรมการทางเศรษฐกิจมากขึ้น ดังจะได้ยินคำโปรยสำหรับในยุคนี้ว่า "น้ำไหล ไฟสว่าง ทางดี มีงานทำ"[270] ด้วยเหตุนี้ โจทย์ของการพัฒนางานด้านสาธารณสุขเริ่มปรากฏให้เห็นการแสวงหาแนวทางที่ย้อนกลับไปมองปัญหาด้านสุขภาพในชนบทที่สัมพันธ์กับวิถีชีวิตของพลเมืองมากขึ้น มากกว่าที่จะมองไปยังการรักษาพยาบาลหรือการแก้ไขเฉพาะสาเหตุของการเกิดโรคอย่างเดียว (เช่น ปัญหาเรื่องยุงที่สัมพันธ์กับการปราบปรามโรคมาลาเรีย เป็นต้น) ซึ่งนายแพทย์ไพจิตร ปวะบุตร ได้เล่าถึงยุทธศาสตร์ต่อชนบทที่เริ่มเปลี่ยนแปลงไปว่า *"แต่ก่อนหลังสงครามโรคครั้งที่สองโรคเยอะ พวก Smallpox [ฝีดาษ] Yaws [คุดทะราด] โรคเรื้อน WHO ก็เลยเข้ามา*

---

[270] ภิญญพันธ์ พจนะลาวัณย์, *กำเนิด "ประเทศไทย" ภายใต้เผด็จการ* (กรุงเทพฯ: มติชน, 2558).

จัดการเรื่องนี้ พอทำแบบ Vertical program มาซักระยะ โรคมันน้อยลงก็มีการเสนอให้มีการบริการแบบ Horizontal program [เพื่อ] สร้างบุคลากรที่มีความรู้ทั่วไปมาจัดการ”[271] จึงเป็นที่มาของการริเริ่มให้มีการศึกษาและพัฒนาเครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการ “ด้านการป้องกันและส่งเสริม” สุขภาพในเขตชนบทเพิ่มขึ้น ผ่านการจัดการโครงการพัฒนาอนามัยชนบทของกรมอนามัย

ก่อนหน้าที่จะมีโครงการพัฒนาชนบทอย่างจริงจัง “กรมอนามัย” ได้มีบทบาทสำคัญในการรับลูกแนวทางทั้งการบริหารและด้านวิชาการเกี่ยวกับการป้องกันและควบคุมโรค ดูแลการรักษาพยาบาลในระดับสถานีอนามัยชั้น 1 ลงไป (ส่วนงานรักษาโรคในโรงพยาบาลจังหวัดให้เป็นหน้าที่ของกรมการแพทย์) รวมถึงดูงานเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ ภายหลังจากที่เปลี่ยนชื่อมาเป็นกรมอนามัย ก็ได้แพทย์ที่มีประสบการณ์ทั้งในด้านของการดูแลงานด้านโรคและโภชนาการขึ้นมารับช่วงต่อเป็นผู้บริหารคนสำคัญ ดังนั้นบุคลากรในกรมอนามัยเวลานี้ล้วนแล้วแต่มีส่วนในการผลักดันให้เกิดกองและโครงการพัฒนาชนบทขึ้นจำนวนมากภายใต้การสนับสนุนของยูซ็อม (USOM) ยูนิเซฟ (UNICEF) และองค์การอนามัยโลก (WHO)

ดังนั้น กรมอนามัยนับเป็นกรมแรก ๆ ที่เริ่มคิดและหาแนวทางในการพัฒนางานสาธารณสุขให้มีความเป็นระบบมากขึ้น เริ่มต้นจากนายแพทย์กำธร สุวรรณกิจ ปูชนียบุคคลด้านโภชศาสตร์ของกระทรวง ขณะที่ดำรงตำแหน่งอธิบดีกรมอนามัยระหว่างปี พ.ศ. 2501-2509 นายแพทย์กำธรได้เป็นผู้อำนวยการ “โครงการพัฒนาอนามัยท้องถิ่น” สนับสนุนจากยูซ็อม (USOM) โครงการดังกล่าวนับว่าเป็นพิมพ์เขียวของโครงการพัฒนาชนบทในยุคแรก ๆ ที่พยายามเข้าไปจัดการระบบสุขาภิบาลในเขตชนบท (ในช่วงก่อนหน้าการจัดระบบสุขาภิบาลอยู่แค่ในเขตเทศบาลเท่านั้น) ผ่านการบริการด้านสาธารณูปโภคต่าง ๆ เช่น การจัดหาน้ำสะอาด จัดทำส้วมที่ถูกสุขลักษณะ จัดระเบียบสุขอนามัยสิ่งแวดล้อม เนื่องจากโรคทางเดินอาหารทำให้ประชาชนในชนบทป่วยและเสียชีวิตมากที่สุด[272] ภารกิจต่อมาคือการฝึกให้ประชาชนในหมู่บ้านได้เรียนรู้การทำความสะอาดขั้นพื้นฐาน โดยมีการจัดตั้งสำนักงานโครงการแยกต่างหากจากกองที่ทำหน้าที่อื่น ๆ และยังมีการวางศูนย์ปฏิบัติงานพื้นที่ภาคสนามในพื้นที่จังหวัดนครราชสีมา เนื่องจากเป็นจังหวัดที่เป็นประตูเข้าสู่ภาคอีสาน ทำให้ภาคอีสานเป็นพื้นที่ปฏิบัติงานในระยะแรกของโครงการ ในส่วนขั้นตอนก็ได้มีการฝึกอบรมเจ้าหน้าที่อนามัย (จากสถานีอนามัย และสำนักงานผดุง

---

[271] สัมภาษณ์นายแพทย์ไพจิตร ปวะบุตร, คณะผู้วิจัย, 30 พฤษภาคม 2565.

[272] *อนุสรณ์งานพระราชทานเพลิงศพ ศาสตราจารย์นายแพทย์กำธร สุวรรณกิจ ป.ช., ป.ม., ท.จ. ณ เมรุหลวงหน้าพลับพลาอิศริยาภรณ์ วัดเทพศิรินทราวาส วันเสาร์ที่ 26 มีนาคม 2531*, (ม.ป.ท.: บริษัทอมรินทร์พริ้นติ้งกรุ๊ฟ จำกัด, 2531), 77.

ครรภ์) ให้มีความสามารถที่จะสอนชาวบ้านให้ทำบ่อน้ำและส้วมที่ถูกสุขลักษณะได้ นอกจากนี้ยังมีการวางระบบให้มีกองทุนหมุนเวียนในการสร้างส้วมและบ่อน้ำ ระบบเงินสมทบทุนให้มีการสร้างบ่อน้ำในจังหวัด โครงการพัฒนาอนามัยนี้ประสบความสำเร็จในระดับดี เพราะไม่นานนักก็ได้ขยายไปตามหมู่บ้านทั่วประเทศอย่างรวดเร็ว[273]

นอกจากนี้ ยังมีการควบคุมป้องกันทางด้านโภชนาการและโรคขาดสารไอโอดีน มีโครงการควบคุมโรคคอพอกด้วยเกลืออนามัย (พ.ศ. 2505) และโครงการนำร่องผลิตเกลืออนามัยในจังหวัดแพร่ (พ.ศ. 2508) ดำเนินงานโดยนายแพทย์อมร นนทสุตขณะที่ไปปฏิบัติงานเป็นนายแพทย์ประจำสถานีอนามัยจังหวัดแพร่ และนายแพทย์ร่มไทร สุวรรณิก อาจารย์จากคณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล โครงการดังกล่าวยังได้รับการสนับสนุนจากรองอธิบดีและผู้อำนวยการกองโภชนาการเวลานั้นเป็นอย่างดี[274] ทั้งนี้การทำงานในเชิงป้องกันสำหรับคอพอกได้รับความช่วยเหลือจากยูนิเซฟ (UNICEF) องค์การอาหารและเกษตรแห่งสหประชาชาติ (FAO) เมื่อเริ่มดำเนินการต่อเนื่องเพื่อควบคุมโรคคอพอกโดยใช้เกลือ ทำให้ความแพร่หลายของโรคคอพอกมีอัตราส่วนลดลงในพื้นที่ภาคเหนือ เช่น แพร่ เชียงใหม่ เชียงราย อุตรดิตถ์ น่าน ลำปาง ลำพูน จนกระทั่งได้ขยายขอบเขตออกไปสู่โครงการระดับชาติในปี พ.ศ. 2511 ซึ่งเป็นช่วงเวลาเดียวกันกับที่นายแพทย์อมรเปลี่ยนมาเป็นผู้อำนวยการกองโภชนาการเพื่อผลักดันเรื่องคอพอกโดยตรง และต่อมาเมื่อเป็นปลัดกระทรวงสาธารณสุขได้ผลักดันเรื่องโรคขาดสารไอโอดีนและให้ปัญหาโภชนาการเป็นส่วนหนึ่งในแผนพัฒนาเศรษฐกิจสังคมแห่งชาติฉบับที่ 4 และ 5 (พ.ศ. 2520-2524, พ.ศ. 2525-2529 ตามลำดับ)[275]

โครงการอีกประเภทที่อยู่ภายใต้การดูแลของกรมอนามัย คือ "โครงการส่งเสริมบริการอนามัยชนบท" ที่เริ่มจากโครงการส่งเสริมอนามัยชนบทวัดโบสถ์ จังหวัดพิษณุโลก ซึ่งมีนายแพทย์กำธรทำงานร่วมกับนายแพทย์สมบูรณ์ วัชโรทัย นายแพทย์ที่ผ่านประสบการณ์ในการทำงานเกี่ยวกับการกวาดล้างโรคคุดทะราดในประเทศไทย ในช่วงระหว่างดำเนินการควบคุมโรคคุดทะราดในระยะสุดท้าย (พ.ศ. 2507-2509) ได้เกิดเป็นแนวความคิดที่จะทำการ "ฝึกอบรมชาวบ้าน" ให้มีความพร้อมในการดูแลสุขภาพด้วยตัวเอง เนื่องจากเห็นปัญหาว่าระบบบริการของรัฐผ่านสถานพยาบาลในชนบทยังกระจายตัวได้ไม่ทั่วถึง รวมถึงลำพังกำลังคนของกระทรวงฯ ก็มีความขาดแคลน

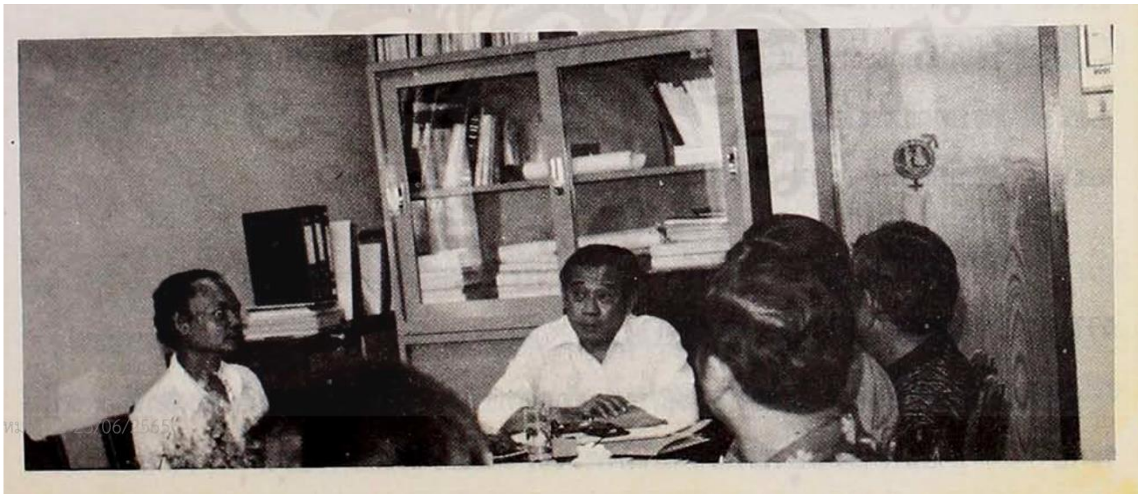
---

[273] เรื่องเดียวกัน, 83-84.

[274] นายแพทย์ประชุม อินทรัมพรรย์ (อดีตรองอธิบดีกรมอนามัย พ.ศ. 2511-2513) และอาจารย์อุทัย พิศลยบุตร (อดีตผู้อำนวยการกองโภชนาการ พ.ศ. 2518-2519) ดูรายละเอียดเพิ่มเติมใน

[275] สำนักโภชนาการ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, *มรดกแห่งภูมิปัญญา ด้านโภชนาการและการสาธารณสุขไทย "อมร" สร้างมา* (นนทบุรี: สำนักโภชนาการ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2563), 91–92.

อยู่แล้ว เป็นเหตุให้การพึ่งพาแพทย์หรือพนักงานอนามัยอย่างเดียวคงไม่สามารถสร้างผลลัพธ์ที่ยั่งยืนได้ ดังที่ท่านได้กล่าวถึงภาวะขาดแคลนไว้ว่า *“กล่าวคือ ในจังหวัดหนึ่ง ๆ สมัยนี้ก็มีโรงพยาบาลจังหวัดและที่ทำการอนามัยจังหวัด ในระดับอำเภอมีน้อยอำเภอเหลือเกินที่มีสถานีอนามัยชั้นหนึ่งซึ่งมีแพทย์ประจำ ส่วนใหญ่เป็นสถานีอนามัยชั้นสองประจำอำเภอ ซึ่งมีอนามัย 1 คนกับพยาบาลหรือผดุงครรภ์อีก 1 คนเท่านั้น ส่วนตามตำบลต่าง ๆ แทบจะไม่มีหน่วยงานอะไรเลย นอกจากตำบลใหญ่เป็นชุมชนหนาแน่น จึงจะมีสำนักงานผดุงครรภ์ตั้งอยู่”* ด้วยกับสภาพของปัญหาดังที่กล่าวมา จึงเป็นที่มาของการจัดให้มี “โครงการส่งเสริมบริการอนามัยชนบท” ที่อำเภอวัดโบสถ์ จังหวัดพิษณุโลกขึ้น เพื่อค้นคว้าแนวทางในการวางกลไกของระบบเครือข่ายการบริการด้านสาธารณสุข เพื่อสร้างประสิทธิภาพสูงสุดในการควบคุมโรคในชุมชน[276] จนกระทั่งได้รูปแบบของสถานีอนามัยชั้นหนึ่ง สถานีอนามัยชั้นสอง และสำนักงานผดุงครรภ์ที่กระทรวงสาธารณสุขยึดเป็นหลักต่อมา[277] โครงการนี้ได้รับการสนับสนุนจากองค์การอนามัยโลกและยูนิเซฟเช่นกัน โดยนายแพทย์สมบูรณ์เป็นผู้รับผิดชอบนับตั้งแต่โครงการพิษณุโลก จนต่อยอดไปสู่โครงการสารภี (พ.ศ. 2511) และโครงการลำปาง (พ.ศ. 2517) ในเวลาต่อมา



รูป 5 นายแพทย์สมบูรณ์ วัชรโรทัย (ตรงกลาง) อธิบดีกรมอนามัย พ.ศ. 2517-2522

ที่มา: ที่ระลึกงานพระราชทานเพลิงศพ ศาสตราจารย์นายแพทย์สมบูรณ์ วัชโรทัย ณ เมรุสถานวัดมกุฏกษัตริยาราม วันอาทิตย์ที่ 6 กันยายน 2524. (กรุงเทพมหานคร: อมรินทร์การพิมพ์), 2524 (TU Digital Collection)

---

[276] สันติสุข โสภณสิริ, *80 ปี นายแพทย์อมร นนทสุต เพชรจรัสแสงแห่งวงการสาธารณสุขไทย*, (นนทบุรี: โครงการตำรา สำนักที่ปรึกษา กรมอนามัย, 2552), 96-97

[277] สำนักโภชนาการ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, *มรดกแห่งภูมิปัญญา ด้านโภชนาการและการสาธารณสุขไทย “อมร” สร้างมา*, 99.

3.3.2 โครงการพิษณุโลก (พ.ศ. 2507-11) สู่โครงการอื่น ๆ: ก้าวแรกของงานสาธารณสุขมูลฐาน

"โครงการพิษณุโลก" (พ.ศ. 2507-2511) ได้รับการสนับสนุนจากองค์การอนามัยโลกและยูนิเซฟ ที่มีหัวขบวนอย่างนายแพทย์สมบูรณ์ วัชโรทัย ณ ขณะนั้นดำรงตำแหน่งเป็นผู้อำนวยการกองควบคุมกามโรคและคุดทะราด กรมอนามัย และยังเป็นหนึ่งในผู้ที่ผลักดันโครงการเวชศาสตร์ชุมชนที่คณะแพทยศาสตร์รามาธิบดี ในเวลาไล่เลี่ยกัน[278] ซึ่งโครงการพิษณุโลกนี้ เกิดขึ้นด้วยปัญหาสำคัญสองประการ ประการแรกเกี่ยวกับการบริการของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ไม่ครอบคลุม ประกอบกับการกระจายตัวของโครงสร้างพื้นฐานของสาธารณสุขที่ไม่ทั่วถึง และปัญหาอีกประการหนึ่ง คือ แพทย์ไม่ได้รับการฝึกอบรมให้เป็นหัวหน้าทีมสาธารณสุขได้[279] จึงเกิดเป็นวัตถุประสงค์ที่ต้องการสร้างข่ายการบริการสาธารณสุขผ่านสถานพยาบาลในระดับอำเภอ ตำบล และหมู่บ้านตามลำดับ (สถานีอนามัยชั้นหนึ่ง ชั้นสอง และสำนักงานผดุงครรภ์) และหาคนในพื้นที่ที่มีความรู้ในระดับมัธยมศึกษา (ผ่านการศึกษาในโรงเรียนมา 10 ปี) มารับการฝึกอบรมเพื่อรับผิดชอบให้บริการสาธารณสุขผสมผสานในท้องถิ่นนั้น[280] โดยหลักการจึงเป็นการฝึกอบรมให้ชาวบ้านทำหน้าที่เป็นผู้ช่วยแพทย์อนามัยตำบลและนางผดุงครรภ์ นายแพทย์จำรูญ มีขนอนหนึ่งในผู้ร่วมปฏิบัติงานโครงการได้ระบุว่า หนึ่งในวัตถุประสงค์ที่สำคัญ คือการดึงเอา "ชาวบ้านในพื้นที่" มาเป็นผู้ช่วยอนามัยระดับตำบล คอยทำหน้าที่สอดส่องดูแลเยี่ยมเยียนคนในพื้นที่ นอกจากนี้ ยังให้มีการตั้งสถานีอนามัยผ่านการบริจาคของคนในพื้นที่ เพื่อรองรับสตรีผู้ช่วยอนามัยที่ได้รับการฝึกอบรมมาทำหน้าที่นางผดุงครรภ์ภายในชุมชนของตัวเอง *"ตอนนั้นก็เป็นความคิดของท่านอธิบดีกำธร สุวรรณกิจ อธิบดีกรมอนามัย กับอาจารย์สมบูรณ์ วัชโรทัย.... แต่ก็ยังไม่เป็นอาสาสมัครสาธารณสุข ไม่ว่าจะเป็น ผสส. (ผู้สื่อข่าวสาธารณสุข) หรือ อสม. (อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน) ก็ยังไม่มี"*[281]

จากการประเมินโครงการพบว่าถึงแม้จะค้นพบกลไกที่วางรูปแบบเครือข่ายของสถานีอนามัยชั้นหนึ่งกับชั้นสองระดับอำเภอและตำบล รวมถึงสำนักงานผดุงครรภ์ในระดับหมู่บ้านแล้วก็ตาม ซึ่งแต่ก็นับว่ามีส่วนช่วยให้การรณรงค์และควบคุมโรคติดต่อได้รับผลที่ดีขึ้น แต่ขณะเดียวกันก็เผยให้เห็นว่าผลสัมฤทธิ์ของโครงการยังไม่

---

[278] ระชา ภุชชงค์, นภนาท อนุพงศ์พัฒน์, โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์, *แพทย์ชนบท ธรรมาภิบาลกับการเมืองสุขภาพ,* (นนทบุรี:สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.), 2556), 41.

[279] *ที่ระลึกงานพระราชทานเพลิงศพ ศาสตราจารย์นายแพทย์สมบูรณ์ วัชโรทัย ณ เมรุสถานวัดมกุฏกษัตริยาราม วันอาทิตย์ที่ 6 กันยายน 2524* (กรุงเทพมหานคร: อมรินทร์การพิมพ์, 2524).

[280] จำรูญ มีขนอน, *รายงานสรุป ผลการดำเนินงานโครงการลำปาง*, (กรุงเทพฯ: โครงการลำปาง กระทรวงสาธารณสุข, 2524), 2.

[281] สันติสุข โสภณสิริ, *80 ปี นายแพทย์อมร นนทสุต เพชรจรัสแสงแห่งวงการสาธารณสุขไทย*, อ้างแล้ว, 99.

สามารถครอบคลุมการบริการอย่างทั่วถึงอยู่ดี เพราะชาวบ้านมารับบริการน้อยเมื่อเทียบกับจำนวนประชากร สถานบริการของรัฐยังคงเงียบเหงาเหมือนเดิม *“คือในจำนวนผู้ป่วย 100 คน จะไปรับบริการจากสถานบริการของกระทรวงสาธารณสุขทุกชนิดรวมกันเพียง 15 คนเท่านั้นเอง จึงเป็นเรื่องที่เราจะต้องพิจารณาข้อเท็จจริงกันต่อไป”*[282] แต่กระนั้นการทดลองนี้ได้ชี้ให้เห็นความสำคัญของ “บทบาทชาวบ้าน” ที่ค่อย ๆ กลายมาเป็นหัวใจของการแพทย์ตามแนวทางสายป้องกัน ดังนั้น ข้อเท็จจริงที่ทีมงานโครงการพบก็คือ ธรรมชาติของชาวบ้านที่มีกลไกในการเยียวรักษาสุขภาพกันเองภายในกลุ่ม โดยไม่จำเป็นต้องพึ่งพารัฐมากนักหากไม่มีความจำเป็น นอกเสียจากว่าจะมีกรณีที่คนไข้อาการหนักจริง ๆ ถึงจะส่งไปที่หน่วยบริการที่รัฐจัดหาให้ เพราะโดยวิถีชีวิตความเป็นอยู่ดั้งเดิมของพวกเขามักผูกพันกับท้องที่ ทำให้การเดินทางไปหาสถานบริการสาธารณสุขเป็นการละทิ้งกิจวัตรในการทำมาหากินและดำรงชีวิตในแต่ละวันของพวกเขา ดังนั้น *“การไปรับการรักษาพยาบาลในที่ไกล ๆ จึงเป็นสิ่งที่ชาวชนบทรังเกียจเป็นอย่างยิ่ง จนบางครั้งยอมทนเจ็บทนป่วยจนตายอยู่ที่บ้านก็มี”*[283]

ข้อเท็จจริงที่ปรากฏแสดงให้เห็นว่าระบบบริการสาธารณสุขที่มีลักษณะแบบตั้งรับ (passive) คือรอ “ให้ชาวบ้านเข้ามาหาเจ้าหน้าที่” จึงเป็นวิธีการที่ไม่สร้างให้เกิดการมีส่วนร่วม (participation) ของชาวบ้านเท่าใดนัก แม้จะมีการฝึกอบรมชาวบ้านให้เป็นผู้ช่วย (auxiliary personnel) หรืออบรมนางดุงครรภ์ (midwives) ให้กระจายตามหน่วยบริการที่เชื่อมต่อกันถึงในระดับหมู่บ้าน แต่ยังคงไม่ช่วยให้ชาวบ้านยอมให้ความร่วมมือกับรัฐอยู่ดี ด้วยเหตุนี้กลุ่มแพทย์สายอนามัยจึงวางแนวทางการจัดการปัญหาเสียใหม่โดยการยึดชุมชนเป็นศูนย์กลาง ผสานเข้ากับแนวทางการใช้ชีวิตดั้งเดิมของชุมชน พร้อมกับมีเป้าหมายว่าแนวทางใหม่จะต้องเข้าไปจัดระบบความสัมพันธ์กับชาวบ้านให้เกิดกลไกในการสอดส่องและควบคุมสุขภาพกันเองภายในกลุ่ม โดยเข้าไปฝึกให้พวกเขาเป็นเหมือนเวชปฏิบัติทั่วไปอาสา (Voluntary General Practitioner) จนมีความรู้เกี่ยวกับ “การสาธารณสุขขั้นพื้นฐาน” (Basic Health Care) ขณะเดียวกัน ควรมีบทบาทเป็นเครือข่ายที่เชื่อมโยงกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขด้วย แนวทางของการยึดชุมชนเป็นศูนย์กลางที่ว่านี้ ถูกนำมาปรับใช้และต่อยอดใน “โครงการสารภี” ภายใต้ความช่วยเหลือจากสภาประชากรของสหรัฐ (PC) จึงถูกนับว่าเป็น “ก้าวแรก” ของสาธารณสุขมูลฐาน (Primary Health Care-PHC) ก่อนที่องค์การอนามัยโลกจะประกาศหลักการสุขภาพถ้วนหน้า (Health for All) ในอีกสิบปีถัดมา[284]

---

[282] สันติสุข โสภณสิริ, 99-100.

[283] สันติสุข โสภณสิริ, 100.

[284] สันติสุข โสภณสิริ, *80 ปี นายแพทย์โพโรจน์ นิงสานนท์ ข้าวรวงใหญ่แห่งวงการสาธารณสุขไทย*, (ปราจีนบุรี, มูลนิธิโรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร, 2550), 117-119

ในปี พ.ศ. 2511 เมื่อเริ่มดำเนินการ "โครงการสารภี" ร่วมกับคณะแพทยศาสตร์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ก็เริ่มให้มีการทดลองฝึกอบรม "อาสาสมัครประชาชน" และมีการลองฝึกให้นักศึกษาแพทย์เป็น "ผู้นำทีมสาธารณสุข" ซึ่งโครงการดังกล่าวก็ประสบความสำเร็จไปได้ด้วยดี[285] และยังเป็นการส่งเสริมให้ชุมชนมีส่วนร่วมในการอุดช่องว่างของการบริการสาธารณสุขร่วมกับรัฐ ในช่วงนั้นจึงเป็นช่วงเวลาที่มีโครงการลักษณะต่อยอดและโครงการใหม่ๆ ออกมาจำนวนมากในพื้นที่หลายจังหวัด และจากหลากหลายหน่วยงานต้นสังกัดด้วย เช่น โครงการบ้านไผ่ (จังหวัดขอนแก่น) โครงการสะเมิง (จังหวัดเชียงใหม่) โครงการโนนไทย (จังหวัดนครราชสีมา) และยังมีอีกหลายโครงการนำร่อง เช่น โครงการนิ่วในกระเพาะเบา (พ.ศ. 2507-2522) มีนายแพทย์อารี วัลยะเสวี อาจารย์ในภาควิชากุมารเวชศาสตร์ คณะแพทย์ศิริราชพยาบาลเป็นผู้ร่วมสำรวจและวิจัยในโครงการคนสำคัญ โดยได้รับเงินสนับสนุนจากสถาบันสาธารณสุขแห่งประเทศสหรัฐอเมริกา (NIH, USA) ซึ่งทำให้ทราบว่าประชากรในภาคตะวันออกเฉียงเหนือและภาคเหนือเป็นโรคนิ่วในกระเพาะเบาจำนวนมาก โดยเฉพาะในเด็กก่อนวัยเรียน[286] โครงการวางแผนพัฒนาการสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี (Health Development Planning, Chonburi Province) พ.ศ. 2515 โดยใช้วิธีวิเคราะห์ระบบโครงการขององค์การอนามัยโลก (Project Systems Analysis, WHO) โดยมีทีมของนายแพทย์ยุทธนา ศุขสมิติ ม.ร.ว.เฉลิมสุข บุญไท นายแพทย์ดำรงค์ บุญยืน นายแพทย์อุทัย สุดสุข และนักวิชาการอื่น ๆ จากฝ่ายกองแผนสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขซึ่งได้รับความช่วยเหลือจากองค์การอนามัยโลก เพื่อจัดทำแผนพัฒนาสาธารณสุขจังหวัดชลบุรีให้เป็นต้นแบบ[287] ทั้งนี้ ในบรรดาโครงการทั้งหมด "โครงการลำปาง" คือโครงการที่โดดเด่นที่สุดเนื่องจากการเมืองในช่วงหลังเหตุการณ์ 14 ตุลา 2516 มีส่วนเอื้ออำนวย

---

[285] *ที่ระลึกงานพระราชทานเพลิงศพ ศาสตราจารย์นายแพทย์สมบูรณ์ วัชโรทัย ณ เมรุสถานวัดมกุฏกษัตริยาราม วันอาทิตย์ที่ 6 กันยายน 2524.*

[286] คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี และคณะ, *ที่ระลึกศาสตราจารย์นายแพทย์อารี วัลยะเสวี อายุครบ ๖ รอบ ๒๐ ตุลาคม พ.ศ. ๒๕๔๐* (มปท.: มปพ., 2540), 35–36.

[287] กรมอนามัย, *งานและความคิด หมอดำรงค์ บุญยืน: ขุนพลในมหากาพย์แห่งการพัฒนาสาธารณสุขไทย*, 36–37.

3.3.3 “โครงการลำปาง” ขอบฟ้าใหม่ของการสาธารณสุขไทย

เมื่อโอกาสทางการเมือง สังคมและเศรษฐกิจเอื้ออำนวย ทำให้แพทย์กรมอนามัยใช้จังหวะเวลาดังกล่าวขยายผลการดำเนินงานโครงการพัฒนาชนบทให้เกิดขึ้นในระดับที่ใหญ่กว่าโครงการนำร่องที่ผ่านมา ซึ่งโครงการที่ถูกยกให้เป็นเรือธงที่ประสบความสำเร็จที่สุดคือ “โครงการลำปาง” โดยกินระยะเวลา 7 ปี ระหว่างปี พ.ศ. 2517-2524 โดยกระทรวงสาธารณสุขได้รับการสนับสนุนจากหลายฝ่ายไม่ว่าจะเป็นความร่วมมือด้านการวิจัยจากมหาวิทยาลัยเชียงใหม่และสถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์ โดยเฉพาะสหรัฐอเมริกาผู้สนับสนุนรายใหญ่ทั้งงบประมาณ วิชาการผ่านการบริหารทรัพยากรระหว่างประเทศ และการประเมินผลร่วมกันผ่านเครือข่ายคณะสาธารณสุขศาสตร์มหาวิทยาลัยฮาวาย สมาคมสาธารณสุขแห่งสหรัฐอเมริกา (American Public Health Association - APHA) มูลนิธิเอเชีย (Asia Foundation) USAID WHO และ UNICEF[288]

เดิมโครงการลำปางมีชื่อว่า “DEIDS Thailand Project” (DEIDS ย่อมาจาก Development and Evaluation of Integrated Health Care Delivery Systems) เป็นโครงการที่มีต้นสายปลายเหตุมาจากความร่วมมือระหว่าง USAID และ APHA จัดให้มีโครงการพัฒนาชนบทะยะยาวเป็นเวลา 8 ปีขึ้น เพื่อใช้เป็นสถานที่ทดลองแนวทางการแพทย์แบบบูรณาการในประเทศกำลังพัฒนาต่าง ๆ และเพื่อหาวิธีการที่ดีที่สุดในการแก้ไขความไม่สมดุลของระบบบริการด้านสาธารณสุขในประเทศด้อยพัฒนา ในส่วนของประเทศไทย กระทรวงสาธารณสุขได้เลือกจังหวัดลำปางขึ้นมาด้วยความเหมาะสมด้านเศรษฐกิจและสังคม ที่สำคัญคือลำปางเป็นพื้นที่ “ไม่มีการแทรกซึมจากผู้ก่อการร้าย” (นับว่าเป็นความเปลี่ยนแปลงที่น่าสนใจที่สหรัฐไม่ใช้ความมั่นคงเป็นตัวเป็นตัวกำหนดเหมือนในทศวรรษก่อนหน้า)[289] ดำเนินการผ่านมโนทัศน์ที่เชื่อว่าการบริการด้านสาธารณสุขแบบเดิม (ที่เน้นแผนจัดการรายโรค) ไม่อาจตอบสนองความต้องการที่ขาดแคลนในพื้นที่ชนบทได้ จึงสมควรจะต้องใช้วิธีการแบบผสมผสาน เนื่องด้วยเป็นแนวทางที่มีประสิทธิภาพและประหยัดที่สุด โดยหลักการแบ่งออกเป็นสองส่วนหลักคือ (1) เสริมพลังด้านการรักษาพยาบาลให้กับเจ้าหน้าที่และโรงพยาบาลทางหนึ่ง ประกอบกับ (2) แนวทางฝึกอบรมให้ประชาชนมีทักษะในการป้องกันและส่งเสริมสุขภาพด้วยตัวเองอีกทางหนึ่ง ในส่วนขององค์ประกอบหลังนำไปพัฒนาเพื่อสร้างเครือข่ายภาคประชาชน ประกอบด้วยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ผดุงครรภ์โบราณ (ผดบ.) และผู้สื่อข่าวสาธารณสุข (ผสส.)[290] ความสำเร็จที่ได้จากโครงการนี้ ทำให้รัฐบาลได้นำ

---

[288] จำรูญ มีขนอน, *รายงานสรุป ผลการดำเนินงานโครงการลำปาง*, อ้างแล้ว, 6-7.

[289] จำรูญ มีขนอน,, 1-3.

[290] จำรูญ มีขนอน,, 7.

หลักการไปใช้วางระบบสาธารณสุขมูลฐานในแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 4-5 เป็นระยะเวลากว่า 10 ปี[291]

ในภาพรวม โครงการของกรมอนามัยที่กล่าวมาทั้งหมดเป็นโครงการในลักษณะทวิหรือพหุภาคีระหว่างไทยกับตัวแสดงระหว่างประเทศเป็นส่วนใหญ่ ส่วนหนึ่งเป็นเพราะความจำเป็นในเรื่องของงบประมาณ ที่กรมอนามัยมักได้รับจากรัฐบาลน้อยกว่ากรมการแพทย์หลายเท่า ทำให้งบจากต่างประเทศเข้ามาช่วยเหลือให้สามารถทำงานและเกิดเป็นโครงการต่าง ๆ ได้อย่างต่อเนื่อง อีกประการหนึ่ง เป็นเพราะหน้างานกรมอนามัยมีแนวนโยบายที่สอดรับกับแนวทางของแหล่งทุนจากตัวแสดงระหว่างประเทศเอง (เช่น นโยบายการสาธารณสุขของ USA WHO และ UNICEF) ส่วนเครือข่ายความสัมพันธ์ส่วนบุคคลของบรรดา “นักเรียนนอก” (เช่น นายแพทย์กำธร สุวรรณกิจ นายแพทย์อมร นนทสุต และนายแพทย์สมบูรณ์ วัชโรทัย) ต่างมีส่วนช่วยดึงการสนับสนุนงบประมาณจากต่างประเทศได้เช่นกัน แม้ว่าหลายโครงการที่ริเริ่มและทดลองปฏิบัติโดยแพทย์สายกรมอนามัยอาจประสบความสำเร็จหรือล้มเหลวบ้าง แต่คำตอบหนึ่งที่ถือเป็นข้อค้นพบที่ต้องตรงกันจากหลาย ๆ โครงการระหว่างที่มีการทดลองปฏิบัติในพื้นที่ชนบทในช่วงทศวรรษ 2500 คือ การ “กลับไปสู่หมู่บ้าน” และ “การมีส่วนร่วมของประชาชน”[292] ซึ่งต่อมาจะเริ่มก่อตัวเป็นรูปร่างและพัฒนาต่อมาเพื่อเป็นศูนย์กลางในแก้ไขปัญหาในระบบสาธารณสุขต่อไป

ดังนั้น หลังปี พ.ศ. 2500 เป็นต้นมา กรมอนามัยมีบทบาทเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ โดยเติบโตไปพร้อมกับการขยายขอบเขตงานของกรม อีกส่วนหนึ่งเกิดจากเครือข่าย “หมออนามัย” ที่เริ่มมีปฏิสัมพันธ์กับกรมอนามัยผ่านโครงการนำร่องต่าง ๆ กรมอนามัยจึงกลายเป็นเบ้าหลอมทางความคิด ที่ส่งเสริมให้บรรดา “ลูกหม้อ” ของกรมอนามัยก้าวขึ้นมามีบทบาทต่อการเปลี่ยนแปลงเชิงโครงสร้างของกระทรวงสาธารณสุขในช่วงทศวรรษ 2510 ด้วย ในจำนวนนี้ประกอบด้วยนายแพทย์ไพโรจน์ นิงสานนท์ นายแพทย์อมร นนทสุต นายแพทย์สมบูรณ์ วัชโรทัย ซึ่งต่อมานายแพทย์ไพโรจน์ นิงสานนท์ ได้เข้าไปสัมพันธ์กับกลุ่มแพทย์หัวก้าวหน้าในนามกลุ่มโป๊เซียน ที่พยายามเสนอการปฏิรูปหลักสูตรการเรียนการสอนเพื่อการแพทย์เชิงป้องกัน และจะดำรงตำแหน่งสำคัญๆ เช่น อธิบดีกรมอนามัย ปลัดกระทรวงสาธารณสุข และรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข[293] ด้านนายแพทย์อมร นนทสุต

---

[291] จำรูญ มีขนอน,, 9.

[292] สำนักโภชนาการ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, *มรดกแห่งภูมิปัญญา ด้านโภชนาการและการสาธารณสุขไทย “อมร” สร้างมา*, 98.

[293] ดูความสัมพันธ์และความเป็นมาของกลุ่มใน สันติสุข โสภณสิริ, *80 ปี นายแพทย์ไพโรจน์ นิงสานนท์ ข้าวรวงใหญ่แห่งวงการสาธารณสุขไทย*, 138-159.

กลายเป็นกลไกสำคัญในกระทรวง โดยจะดำรงผู้อำนวยการกองโภชนาการ ตำแหน่งรองปลัดและปลัดกระทรวง สาธารณสุข ที่มีส่วนอย่างมากในการผลักดันแนวคิดสาธารณสุขมูลฐานในก้าวต่อ ๆ ไป ขณะที่นายแพทย์สมบูรณ์ วัชโรทัยต่อมาจะดำรงตำแหน่งเป็นอธิบดีกรมอนามัยระหว่าง พ.ศ. 2517-2522 และเป็นอธิบดีกรมควบคุมโรคติดต่อปี พ.ศ. 2523 จนกระทั่งถึงแก่กรรม ในเวลาเดียวกันนี้ที่สายสัมพันธ์ของหมออนามัยฝ่ายกระทรวงขยายออกไปกว้างขวางขึ้น ก็ได้มีการเติบโตของกระแสของแนวทางเวชศาสตร์สายป้องกันอีกสายหนึ่งที่ก่อตัวขึ้นภายในรั้วมหาวิทยาลัย กล่าวได้ว่าทั้งสองเส้นทางต่างมุ่งผลักดันให้แนวทางเวชศาสตร์ป้องกันเป็นประตูสู่ทางออกของวิกฤติเรื่องความขาดแคลนบุคลากรทางการแพทย์และการเข้าไม่ถึงบริการสาธารณสุขของสังคมเวลานั้น

3.4 การก่อตัวของแนวทางเวชศาสตร์ป้องกันในรั้วมหาวิทยาลัย

แนวทางการแพทย์ที่เป็นไปเพื่อ “การป้องกัน” มีจุดยืนสำคัญที่ว่าความรู้ทางการแพทย์และการผลิตแพทย์ควรเริ่มต้นจากการเรียนรู้ปัญหาเกี่ยวกับสุขภาพและความต้องการของสังคมไปสู่การแสวงหาวิธีการรักษามากกว่าที่จะเป็นการเตรียมพร้อมทฤษฎีการรักษาไว้ แต่กลับไม่มีวิธีรักษาที่มีประสิทธิภาพพอเมื่อเผชิญสถานการณ์หน้างานจริงของสังคม ทั้งนี้การไร้ประสิทธิภาพในการรักษาเกิดขึ้นเพราะความไม่รู้และไม่เข้าใจบริบทแวดล้อม หรือวิถีการดำรงชีวิตของคนไข้ผู้เข้ามารับการรักษา การถือกำเนิดขึ้นของการแพทย์เชิงป้องกันได้เป็นที่มาของจุดเปลี่ยนหลายประการในวงการการแพทย์และการสาธารณสุขของไทย เป็นต้นว่าการกล่าวถึงบทบาทแพทย์กับการทำประโยชน์เพื่อสังคม โดยกลุ่มแพทย์นอกขนบหรือที่เรียกกันว่า “*หมอหนุ่มแหวกกรอบ*” ในคณะแพทยศาสตรรามาธิบดี การพูดถึงการปฏิรูปโครงสร้างการสาธารณสุขที่มุ่งเพิ่มอิสระในการบริหาร จัดการ และดูแลหน้างานที่เกี่ยวข้องกับสาธารณสุขในพื้นที่ต่างจังหวัดได้ง่ายและมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น ตลอดจนความพยายามลดขั้นตอนการตัดสินใจของอำนาจส่วนกลางต่องานสาธารณสุขในพื้นที่ส่วนภูมิภาค

3.4.1 แนวทางเวชศาสตร์ชุมชนในโรงเรียนแพทย์

หนังสือ “ปูมประวัติศาสตร์มหิดลเพื่อประชาธิปไตย” ได้เล่าเหตุการณ์การก่อตั้งคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี (พ.ศ. 2508) ว่าเกิดจาก “*หมอหนุ่มแหวกกรอบ*” ที่ต้องการสร้างความเปลี่ยนแปลงบางประการในวงการแพทยศาสตร์ศึกษา แน่นอนว่าปัญหาใหญ่ของการแพทย์ในสังคมไทยขณะนั้นคือ “บุคลากรทางการแพทย์ที่ไม่เคยเพียงพอ” การตั้งโรงเรียนแพทย์แห่งนี้ก็เพื่อเป้าหมายในการเพิ่มกำลังการผลิตบุคลากรทางแพทย์ออกสู่สังคม แต่ด้วยหนึ่งในผู้สนับสนุนการตั้งคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดีคือมูลนิธิร็อกเกอะเฟล

เลอร์[294] ทำให้อาจารย์และนักวิชาการของมูลนิธิฯ จึงเป็นผู้มีบทบาทสำคัญในช่วงการตั้งและออกแบบโรงเรียนแพทย์แห่งนี้ จึงไม่แปลกที่คณะแพทยศาสตร์รามาธิบดียังคงเน้นผลิต “แพทย์ชั้นหนึ่ง” เป็นหลัก[295]

และไม่แปลกอีกเช่นกันที่กระบวนการเรียนการสอนจะเน้นน้ำหนักไปที่การแพทย์แบบเฉพาะทางเป็นสำคัญ ประกอบกับเมื่อเป็นเรื่องของความร่วมมือกับรัฐบาลไทย จึงมีการสนับสนุนทั้งด้านของวิชาการและงบประมาณแก่โรงเรียนแพทย์เพื่ออัดฉีดบุคลากรให้ลงสู่ชนบท ซึ่งเป็นพื้นที่ ๆ มีประชากรส่วนใหญ่อาศัยอยู่และยังเป็นพื้นที่สุ่มเสี่ยงทางการเมือง โดยหวังให้มีอัตราส่วนประชากรกับแพทย์เพิ่มขึ้นเทียบเท่ากับในเขตพื้นที่เมือง (โดยเฉพาะเมื่อเทียบกับกรุงเทพฯ) ในช่วงทศวรรษ 2500 ตัวแทนมูลนิธิร็อกเกอะเฟลเลอร์ได้หารือกับตัวแทนของมหาวิทยาลัยแพทยศาสตร์ (มหิดล) ประกอบด้วยนายแพทย์ชัชวาล โอสถานนท์และคณะ เพื่อเสาะหาแนวทางการแก้ไขปัญหาขาดแคลนแพทย์ อันเป็นปัญหาที่สัมพันธ์กับการเพิ่มขึ้นของประชากรไทยและความเหลื่อมล้ำระหว่างเมืองและชนบท ปรากฏว่าทั้งมหาวิทยาลัยแพทยศาสตร์และตัวแทนมูลนิธิฯ เห็นตรงกันว่าปัญหาที่เป็นรากเหง้าของภาวะการขาดแคลนแพทย์มากถึงเพียงนี้เป็นเพราะว่าไทยขาด “อาจารย์ชั้นเตรียมแพทย์ หรือ ชั้นปรีคลินิก” (pre-clinic) จำนวนมาก ควรเร่งรัดให้มีการผลิตอาจารย์ชั้นปรีคลินิกเพิ่มเติมด้วยการอัดฉีดงบประมาณและความร่วมมือทางวิชาการให้แก่คณะวิทยาศาสตร์การแพทย์ (คณะวิทยาศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล) เพื่อผลิตบัณฑิตที่มีความสามารถเข้าไปสังกัดในกลุ่มภาควิชาที่เปิดใหม่ภายในคณะเหล่านั้น[296] นอกเหนือไปจากนี้ ยังสนับสนุนงบประมาณและวิชาการให้กับคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี เพื่อผลิตแพทย์เพิ่มเติมจากสามโรงเรียนแพทย์ที่ตั้งมาแล้ว (ได้แก่ แพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล แพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย และแพทยศาสตร์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่)

แม้ว่าเป้าหมายหลักที่สนับสนุนโดยมูลนิธิ คือการผลิตแพทย์เฉพาะทางและอาจารย์เป็นสำคัญ แต่การเข้าไปมีส่วนร่วมในการวางหลักสูตรของมูลนิธิดังกล่าว มีส่วนทำให้แนวคิดเรื่องเวชศาสตร์ชุมชน (Community medicine) ได้ลงหลักปักฐานผ่านการจัดตั้ง “ศูนย์เวชศาสตร์ชุมชน” เพื่อเป็นแหล่งศึกษาแนวทางการแพทย์เชิงป้องกันและเป็นตัวกลางในการเชื่อมประสานระหว่างมหาวิทยาลัยและตัวนักศึกษา ในการทำงานในเขตพื้นที่

---

[294] Tongchan Hongladarom, “The Development of Medical Education in Thailand,” *Chula Med J* 32, no. 4 (April 1988): 324.

[295] สงวน นิตยารัมภ์พงศ์ (บก.), *ปูมประวัติศาสตร์มหิดลเพื่อประชาธิปไตย ภาคที่ 1: ก่อเกิดขบวนการ,* (กรุงเทพฯ: คณะกรรมการปูมประวัติศาสตร์มหิดลเพื่อประชาธิปไตย, 2546), 62-63.

[296] William H. Becker, *Innovative Partners: The Rockefeller Foundation and Thailand*, (New York: The Rockefeller Foundation, 2013), 116-119.

ชนบท แม้การศึกษาเกี่ยวกับเวชศาสตร์ชุมชนจะได้รับการตอบรับที่ดีในคณะแพทย์รามาธิบดี ทว่า งบประมาณในส่วนดังกล่าวที่มูลนิธิได้สนับสนุนกลับเป็นเม็ดเงินจำนวนไม่มากนัก เมื่อเทียบกับเม็ดเงินมากกว่าครึ่งที่หมดไปกับการผลิตอาจารย์ในมหาวิทยาลัย[297]

อีกหนึ่งเหตุผลที่ทำให้อาจารย์แพทย์บางคนผลักดันจนเป็นที่มาของการก่อตั้งคณะแพทยศาสตร์รามาธิบดี คือความต้องการหลุดออกมาจากบรรยากาศและกรอบคิดของฝั่งแพทยศาสตร์ศิริราช ที่ถูกมองว่าไม่เอื้อต่อการสร้างสิ่งใหม่ๆ อาจด้วยหลักคิดเช่นนี้เองที่ทำให้บรรยากาศของคณะแพทยศาสตร์รามาธิบดี ในยุคแรกเริ่มแตกต่างจากคณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล เช่น บรรยากาศการเรียนที่เน้นการถกเถียงอภิปราย เน้นความกล้าแสดงออก ให้ความสำคัญกับปรัชญาแนวคิดในการแก้ปัญหาสังคม สามารถวิพากษ์การสอนของอาจารย์[298] *“ศิริราช กับรามาฯ แตกต่างกันคนละแบบชัดเจน ตั้งแต่เจตนาของอาจารย์ คนที่เลือกเข้าเรียนศิริราชหรือรามาฯ ก็แตกต่างกัน...ถ้าเป็นศิริราชจะคอนเซอเวทีฟมากกว่า ส่วนรามาฯ ลิเบอรัล เป็นแบบโมเดิร์นเลย”*[299] ด้วยบรรยากาศเช่นนี้นำมาสู่ประเด็นหนึ่งที่เริ่มถูกให้ความสำคัญในหมู่อาจารย์และนักศึกษาบางส่วนคืออาชีพแพทย์ควรเป็นเช่นไร การมองว่าเป็นแพทย์เป็นเพียงวิชาชีพหนึ่งหรือแพทย์จำเป็นต้องเสียสละ นายแพทย์วีระศักดิ์ จงสู่วิวัฒน์วงศ์ อดีตนักศึกษาจากฝั่งแพทยศาสตร์รามาธิบดีรุ่นที่ 4 ได้กล่าวในภายหลังว่ากลุ่มอาจารย์ที่มีบทบาทในรามาธิบดี ขณะนั้นได้กำหนดทิศทางไว้ชัดเจนว่าโรงเรียนแพทย์แห่งนี้มีขึ้นเพื่อผลิตแพทย์ไปสู่ชนบทเพื่อแก้ไขปัญหาขาดแพทย์ นอกจากนั้นยังต้องการสร้างให้แพทย์รุ่นใหม่เป็นผู้นำการเปลี่ยนแปลงสังคม[300]

3.4.2 แพทย์นอกขนบกับการผลักดันแนวทางเวชศาสตร์ชุมชน

อันที่จริงการศึกษาด้านเวชศาสตร์ชุมชนได้เกิดขึ้นมาก่อนหน้านี้แล้วที่คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล แต่ไม่ได้รับความสำคัญและมักถูกมองว่ามีสถานะเสมือน *“ลูกเมียน้อย”* แม้กระทั่งการผลักดันในรามาธิบดี ยังมีคนที่ไม่เห็นด้วยเพราะมองว่า *“สอนให้คนเป็นหมอเถื่อน”*[301] แต่กระนั้นก็ตาม นายแพทย์เปรม บุรี หนึ่งในผู้ร่วม

---

[297] William H. Becker, *Innovative Partners: The Rockefeller Foundation and Thailand*, (New York: The Rockefeller Foundation, 2013), 118-119.

[298] สงวน นิตยารัมภ์พงศ์ (บก.), *ปูมประวัติศาสตร์มหิดลเพื่อประชาธิปไตย ภาคที่ 1: ก่อเกิดขบวนการ,* (กรุงเทพฯ: คณะกรรมการปูมประวัติศาสตร์มหิดลเพื่อประชาธิปไตย, 2546), 65-67.

[299] สัมภาษณ์นายแพทย์วินัย สวัสดิวร, คณะผู้วิจัย.

[300] เพิ่งอ้าง, 72.

[301] สงวน นิตยารัมภ์พงศ์ (บก.), *ปูมประวัติศาสตร์มหิดลเพื่อประชาธิปไตย ภาคที่ 1: ก่อเกิดขบวนการ,* (กรุงเทพฯ: คณะกรรมการปูมประวัติศาสตร์มหิดลเพื่อประชาธิปไตย, 2546), 75-78.

ผลักดันให้เกิดโรงเรียนแพทยศาสตร์รามาธิบดี ได้เน้นย้ำว่าการเกิดขึ้นของศูนย์เวชศาสตร์ชุมชนมีหลักการสำคัญ คือการผลิตแพทย์ที่เน้นการทำความเข้าใจชุมชน มองเห็นปัญหาสังคมอย่างเป็นระบบ เพราะปัญหาใหญ่ที่แพทยศาสตร์ศึกษากำลังเผชิญอยู่ในความเห็นของหมอเปรมคือ

> *“มันได้แต่การรักษาพยาบาลอย่างเดียวไม่เคยออกไปเยี่ยมคนไข้ ก็บอกกันว่าเราสอนนักเรียนแพทย์ผิดเสียแล้ว ไม่ได้พูดเรื่องการป้องกันโรค การควบคุม รวมทั้งการบริหารงาน ผมก็มาคิดในใจว่า สักวันหนึ่งเราคงมีโอกาสเปลี่ยนระบบการศึกษาของเรา จากที่มันเน้นแต่รักษามาเป็นการป้องกันโรค การส่งเสริมสุขภาพและการฟื้นฟูบ้าง”*[302]

ภายใต้การผลักดันของนายแพทย์ที่มีความคิดปฏิรูป ได้เกิดความพยายามเชื่อมสองแนวคิดเรื่องแพทย์ที่เน้นการรักษาและเน้นการป้องกันเพื่อนำไปสู่การแก้ปัญหาสาธารณสุขในขณะนั้นด้วยการเน้นความสำคัญกับการป้องกันที่เป็นอันหนึ่งอันเดียวกันกับชุมชน หลักคิดดังกล่าวนำไปสู่การเกิดขึ้นของ “โครงการเวชศาสตร์ชุมชน” (Community Medicine Program) แนวคิดหลักคือการส่งเสริมให้นักศึกษาแพทย์สังเกตและเรียนรู้เรื่องชุมชนไปพร้อม ๆ กับการเรียนวิชาปรีคลีนิค โดยครอบคลุมการสำรวจ วิเคราะห์และวางแผนแก้ไขปัญหาของชุมชน จากนั้นเมื่อนักศึกษาผ่านการเรียนด้านคลินิกปีที่ 6 แล้วจะต้องไปปฏิบัติงานในโรงพยาบาลชุมชนชน 6 สัปดาห์ โครงการดังกล่าวได้รับการจัดตั้งออกมาเป็น “ศูนย์เวชศาสตร์ชุมชน” โดยได้ร่วมมือกันระหว่างแพทยศาสตร์รามาธิบดีกับกระทรวงสาธารณสุขจัดส่งนักศึกษาแพทย์ไปศึกษาและฝึกปฏิบัติงานที่โรงพยาบาลอำเภอบางปะอิน จังหวัดพระนครศรีอยุธยา และให้เจ้าหน้าที่หรือนายแพทย์ในโรงพยาบาลช่วยเป็นที่ปรึกษา (supervisor) ในการเรียนรู้งานดังกล่าว[303] ซึ่งการเป็นฐานฝึกงานสำหรับนักศึกษาแพทย์เวลานี้ เป็นเหตุผลประการหนึ่งที่ทำให้พื้นที่จังหวัดอยุธยากลายเป็นหนึ่งในพื้นที่ทดลองการปฏิรูประบบสุขภาพในเวลาต่อมาด้วย[304] หลังผลักดันให้เกิดศูนย์เวชศาสตร์ชุมชนในคณะแพทย์ศาสตร์รามาธิบดีแล้ว หมอเปรมได้เป็นหนึ่งในแพทย์ปฏิรูปซึ่งรวมตัวกันเพื่อผลักดันให้เกิดการเปลี่ยนแปลงงานด้านสาธารณสุข โดยเฉพาะเรื่องหลักสูตรการเรียนของแพทย์ ว่ากันว่าแพทย์กลุ่มนี้ถูกเรียกติดปากในอีกชื่อหนึ่งว่า “กลุ่มโป๊ยเซียน”

---

[302] สงวน นิตยารัมภ์พงศ์ (บก.), 81.

[303] Tongchan Hongladarom, “The Development of Medical Education in Thailand,” 324.

[304] สัมภาษณ์ ศ.พิเศษ นายแพทย์สำเริง แหยงกระโทก, คณะผู้วิจัย, 24 มิถุนายน 2565.

โป๊ยเซียนหรือกลุ่มแพทย์ที่มีแนวคิดปฏิรูป คือกลุ่มที่เกิดจากการรวมตัวของแพทย์ที่ต้องการปฏิรูประบบสาธารณสุข ในช่วงต้นทศวรรษ 2510 ซึ่งการขาดแคลนแพทย์กลายเป็นปัญหาร่วมที่กระตุ้นให้แพทย์ที่มองเห็นประเด็นดังกล่าวจากสังกัดหน่วยงานต่าง ๆ มารวมตัวเป็น "กลุ่มความคิด" ซึ่งมีอิทธิพลต่อเส้นทางการปฏิรูปงานการแพทย์และสาธารณสุขหลังเหตุการณ์เมื่อวันที่ 14 ตุลาคม พ.ศ. 2516[305] นายแพทย์ประเวศ วะสี หนึ่งในสมาชิกคนสำคัญของกลุ่มที่เป็นจุดเริ่มต้นของความคิดเกี่ยวกับงานสาธารณสุขเพื่อชุมชน เล่าว่าขณะนั้นได้ดำรงตำแหน่งเป็นกรรมการแพทยสภาและได้รับแต่งตั้งเป็นประธานคณะอนุกรรมการจัดทำข้อเสนอแนะการวางแผนการแพทย์และสาธารณสุขแห่งชาติ ก่อนที่จะเกิดเหตุการณ์ 14 ตุลาฯ *"ตอนนั้นเมื่อได้รับมอบหมายให้เป็นประธาน เราอยากทำให้คนดีขึ้น แต่เราไม่รู้ระบบหรอก รู้แต่เทคนิค เลยเป็นจุดเริ่มต้นของการหาความรู้ ผมไปสำรวจก่อนเพื่อรับฟังปัญหาชาวบ้าน ทำ questionnaire ไปถาม...เพราะถ้าไม่รู้ภูมิประเทศ รบร้อยครั้งก็ไม่ชนะร้อยครั้ง"*[306] ซึ่งการค้นคว้าในครั้งนั้นกล่าวได้ว่าเป็นจุดเปลี่ยนทางความคิดครั้งสำคัญของนายแพทย์ประเวศ โดยเปลี่ยนจากการเป็น "หมอรักษาคนมาเป็นหมอรักษาสังคม" อันหมายความว่าการเป็นหมอไม่ควรถามเพียงแต่อาการของคนไข้ แต่ควรถามถึงความทุกข์อื่น ๆ ในชีวิตของคนไข้ด้วย[307]

ในคณะอนุกรรมการจัดทำข้อเสนอแนะการวางแผนการแพทย์และสาธารณสุขแห่งชาติ ที่มีนายแพทย์ประเวศเป็นประธานนั้น ยังได้เชิญบุคคลจำนวนมากมาให้ความเห็นในฐานะคณะกรรมการรวม 8-9 คน ได้แก่ นายแพทย์เปรม บุรี นายแพทย์อารี วัลยะเสวี[308] นายแพทย์ไพโรจน์ นิงสานนท์ นายแพทย์ทองจันทร์ หงส์ลดารมภ์[309] นายแพทย์ดำรงค์ บุญยืน นายแพทย์สันต์ หัตถีรัตน์ นายแพทย์ประสาน ต่างใจ และนายแพทย์เสม พริ้งพวงแก้ว แพทย์อาวุโสที่มาเข้าร่วมในภายหลัง มีศูนย์รวมการประชุมที่โรงพยาบาลรามาธิบดี หลักการของกลุ่ม 2 ข้อสำคัญในการปฏิรูปงานสาธารณสุข ประการแรก คือ ต้องผสมผสานงานป้องกันและการรักษาเข้าด้วยกัน (integrated) และอีกประการหนึ่ง คือ ต้องปรับแพทย์ให้เป็นหัวหน้าของ health team ซึ่งเป็นจุดที่ต้องย้อนกลับ

---

[305] สันติสุข โสภณสิริ, *เกียรติประวัติแพทย์ไทยฝากไว้ให้คนรุ่นหลัง ชีวิตและผลงานของศาสตราจารย์นายแพทย์เสม พริ้งพวงแก้ว* (นนทบุรี: สำนักวิจัยสังคมและสุขภาพ (สวรส.), 2555), 150.

[306] สัมภาษณ์ศาสตราจารย์เกียรติคุณ นายแพทย์ประเวศ วะสี, คณะผู้วิจัย, 2565.

[307] สัมภาษณ์ศาสตราจารย์เกียรติคุณ นายแพทย์ประเวศ วะสี, คณะผู้วิจัย, 2565.

[308] เป็นคณบดีท่านแรกของคณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี และเป็นผู้เชี่ยวชาญเรื่องโภชนาการ ซึ่งเป็นเรื่องพื้นฐานของสุขภาพอนามัยประชาชน

[309] อธิการบดีมหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

มาพิจารณาปรับตั้งแต่ระบบการศึกษาของแพทย์ *“ไม่ใช่สอนกันเป็นจุด ๆ แต่พอถึงเวลาจริง ๆ หลายอย่างที่สอนกันก็ไม่ได้ใช้ ดังนั้นต้องจัดเป็น Package จึงต้องปรับหลักสูตรแพทย์กัน”*[310]

ถึงแม้ว่าตั้งแต่ทศวรรษ 2500 ถึงก่อนเหตุการณ์ 14 ตุลา จะได้เห็นความคิดเกี่ยวกับเวชศาสตร์ชุมชนอันเป็นฐานคิดที่สำคัญของเวชศาสตร์ป้องกันอยู่บ้าง แต่ว่ายังไม่ได้ผลักดันให้เกิดผลสัมฤทธิ์เชิงนโยบายอย่างจริงจัง จนกระทั่งในช่วงหลังปี พ.ศ. 2516 เมื่อสถานการณ์ทางการเมือง สังคม และเศรษฐกิจเปลี่ยนไป จึงเป็นการเปิดพื้นที่ให้เกิดจินตนาการใหม่เกี่ยวกับชนบท ซึ่งมีผู้คนหลายกลุ่มเข้ามาปฏิสังสรรค์ในส่วนนี้ด้วยจำนวนมาก การเปลี่ยนแปลงดังกล่าวในแง่หนึ่งส่งผลให้แนวทางแบบอรรถประโยชน์นิยมหรือการเน้นที่ประโยชน์เป็นหลักเสื่อมถอยลง หลีกทางให้กับเวชศาสตร์ชุมชนและการแพทย์เชิงป้องกันได้เริ่มแบ่งบาน

3.4.3 เหตุการณ์ 14 ตุลา กับการเร่งเร้าแนวทางเวชศาสตร์ชุมชนช่วงปลายทศวรรษ 2510

จากการล้มลงอย่างฉับพลันของรัฐบาลถนอม กิตติขจรในวันที่ 14 ตุลาคม พ.ศ. 2516 ก่อให้เกิดรัฐบาลใหม่ ส่งผลให้นำไปสู่ข้อเสนอเรื่อง “การปรับหลักสูตรแพทย์” ถูกพัฒนาขึ้นอย่างเป็นรูปธรรม หนึ่งในข้อเสนอขณะนั้นคือเรื่องโรงเรียนแพทย์แบบใหม่ที่ทางกลุ่มแพทย์หัวก้าวหน้าเห็นว่าการศึกษาแพทย์ในขณะนั้นให้ความสำคัญกับเรื่องเทคโนโลยีมากกว่าเรื่องมนุษย์และสังคม หัวใจสำคัญที่ต้องเปลี่ยนคือ *“Problem-based Community Targeting คือการเรียนโดยอาศัยปัญหา ไม่ใช่อยู่ดีๆ ให้เรียนวิชานั้นวิชานี้ แต่เอาตัวปัญหาเป็นการดึงการเรียนเป็น Problem-based และมุ่งไปสู่ชุมชนคือ Community Targeting”*[311]

นายแพทย์ไพโรจน์ นิงสานนท์ ได้ให้ภาพปัญหาการผลิตแพทย์ขณะนั้นไว้ว่ายังขาดแพทย์ทั่วไป (General Practitioner) เพื่ออยู่ในชนบท อยู่ในชุมชน หรือแผนกคนไข้นอก (OPD) ข้อเสนอของกลุ่มไม่ใช่หลักสูตรที่เน้นผู้เชี่ยวชาญพิเศษ (Specialty) ซึ่งเป็นหลักสูตรของมูลนิธิร็อกเกอะเฟลเลอร์ แต่กลุ่มต้องการเปลี่ยนหลักสูตรข้างต้นไปเน้นการผลิตแพทย์ให้รู้เรื่องชาวบ้าน รู้เรื่องพื้นที่ ความรู้ที่เรียนจึงจะใช้ประโยชน์ได้อย่างเต็มที่[312] นายแพทย์สันต์ หัตถีรัตน์ อีกหนึ่งคนผู้มีส่วนสำคัญในการเสนอปรับปรุงหลักสูตรแพทย์ขณะนั้นให้รายละเอียดการผลิตแพทย์ที่กลุ่มเสนอว่าเป็นการ “เริ่มหลักสูตรแพทย์ที่หมู่บ้าน” หัวใจสำคัญประการแรกคือการเลือกผู้ที่จะเข้าสู่

---

[310] สันติสุข โสภณสิริ, *เกียรติประวัติแพทย์ไทยฝากไว้ให้คนรุ่นหลัง ชีวิตและผลงานของศาสตราจารย์นายแพทย์เสม พริ้งพวงแก้ว* (นนทบุรี: สำนักวิจัยสังคมและสุขภาพ (สวรส.), 2555), 147-148.

[311] สันติสุข โสภณสิริ, 158-159.

[312] สันติสุข โสภณสิริ, 163.

ระบบการผลิตบุคลากรทางการแพทย์จากคนในชุมชน เช่น เลือกผู้ช่วยพยาบาลที่กำลังทำงานในสถานีอนามัยตำบลซึ่งมีคุณสมบัติเหมาะสมให้เข้าสู่ระบบการศึกษาเพิ่มเติมเพื่อยกสถานะให้เป็นพยาบาล หรือหากมีพยาบาลที่ปฏิบัติงานได้อย่างดีในโรงพยาบาลหรือสถานีอนามัยก็สามารถนำมาพัฒนาต่อผ่านหลักสูตรการศึกษา เพื่อขยับขึ้นไปเป็นพยาบาลเวชปฏิบัติที่สามารถผ่าตัดเล็ก ๆ ได้ และหากประเมินต่อไปว่ามีศักยภาพเพียงพอ พยาบาลเวชปฏิบัติก็สามารถเข้าสู่ระบบการศึกษาเช่นเดียวกับแพทย์ทั่วไปเพื่อเพิ่มศักยภาพให้กลายเป็นหมอ กรณีเหล่านี้ทำให้บุคลากรสามารถปฏิบัติงานไปพร้อม ๆ กับยกระดับศักยภาพตัวเองผ่านระบบการศึกษา ดังที่นายแพทย์สันต์ หัตถีรัตน์ กล่าวสรุปถึงทางออกของปัญหาไว้อย่างชัดเจนว่า

> *“ฉะนั้นหลักสูตรที่เราต้องการคือหลักสูตรที่คนต้องรู้จักสังคมที่เขาอยู่ ที่เขาเติบโตมาเสียก่อน หลังจากที่เขารู้จักสังคมที่เขาเติบโตมาแล้ว เขาก็เริ่มเรียนปัญหาที่เกิดขึ้น ปัญหาของสังคม ปัญหาของร่างกาย ปัญหาของโรคภัยไข้เจ็บ ปัญหาเหล่านั้นมีความผูกพันกับสังคมที่เขาอยู่ และก้าวขึ้นมาอีกขั้นหนึ่งถึงโรคที่เกิดปัญหา ก็รักษาโรค ก็ก้าวเข้ามาในฐานะของพยาบาลและของแพทย์ตามลำดับ คือเรียนจากส่วนกว้างมาหาส่วนลึก... ผมเสนออันนี้เพราะเห็นเป็นวิธีเดียวที่จะทำให้เกิดแพทย์ที่อยู่ในชนบท และสามารถอยู่ในชนบทได้อย่างถาวร เขาจะทำให้เป็นประโยชน์ต่อประชาชนในชนบทได้จริง ๆ”*[313]

กล่าวได้ว่าเป็นการเสนอแนะการเรียนการสอนแพทย์ว่าควรมุ่งไปสู่การผลิตแพทย์ทั่วไป (General Practitioner) เพื่ออยู่ในชนบทหรือชุมชน แพทย์ควรต้องรู้เรื่องชาวบ้าน รู้เรื่องพื้นที่ เพื่อให้ความรู้ที่เรียนมาสามารถใช้ประโยชน์ได้อย่างเต็มที่ มากกว่าที่จะเรียนเพื่อกลายเป็นแพทย์ผู้เชี่ยวชาญพิเศษ

---

313 สันติสุข โสภณสิริ, *เกียรติประวัติแพทย์ไทยฝากไว้ให้คนรุ่นหลัง ชีวิตและผลงานของศาสตราจารย์นายแพทย์เสม พริ้งพวงแก้ว* (นนทบุรี: สำนักวิจัยสังคมและสุขภาพ (สวรส.), 2555), 155.

รูป 6 นายแพทย์อารี วัลยะเสวี คณบดีคนแรกของคณะแพทยศาสตร์รามาธิบดี ท่ามกลางนักศึกษาแพทย์รามาธิบดี รุ่น 1-2 (พ.ศ. 2512)

ที่มา: คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี และคณะ, *ที่ระลึกศาสตราจารย์นายแพทย์อารี วัลยะเสวี อายุครบ ๖ รอบ ๒๐ ตุลาคม พ.ศ. ๒๕๔๐* (มปท.: มปพ., 2540), 54

อย่างไรก็ตาม ข้อเสนอดังกล่าวกลับถูกคัดค้านอย่างมาก คนบางกลุ่มที่ไม่เห็นด้วยมองว่าหลักสูตรที่ต้องการผลิตแพทย์ให้เหมาะกับชุมชน (community) เป็นการเอนเอียงเข้ากับระบบคอมมิวนิสต์ (communist)[314] แพทย์บางส่วนเห็นว่าการแก้ไขหลักสูตรแบบนี้เป็นการผลิตแพทย์ชั้นสองทำให้การผลิตแพทย์มีมาตรฐานต่ำ[315] สุดท้ายแล้วแม้ข้อเสนอข้างต้นจะถูกตีตกไป แต่แนวคิดปฏิรูประบบการศึกษาแพทย์ยังคงมีอิทธิพลในหมู่ผู้บริหารโรงเรียนบางแห่งที่ได้พยายามปรับสูตรแพทย์ของตนให้สอดคล้องกับความต้องการของชุมชนเท่าที่ศักยภาพของแต่ละแห่งจะทำได้ เช่น โครงการศึกษาแพทย์ในชนบท (Medical Education for Students in Rural Area Research Program) ของคณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย และโครงการนักเรียนแพทย์ชนบทของมหาวิทยาลัยมหิดล[316] ขณะที่ด้านนักศึกษาแพทย์เองก็ได้สร้างเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้และทำกิจกรรมที่สอดรับต่อแนวคิดเวชศาสตร์ชุมชนอย่างกว้างขวาง โดยรวมจึงกล่าวได้ว่าเวชศาสตร์ชุมชนที่เน้นพัฒนาชุมชนและมุ่งสู่ชนบทได้เริ่มเฟื่องฟูขึ้นนับจากนั้นเป็นต้นมา

---

[314] นวลน้อย ตรีรัตน์ และ แบ็งค์ งามอรุณโชติ, *การเมืองและดุลอำนาจในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า,* (นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.), 2555), 30.

[315] สันติสุข โสภณสิริ, *เกียรติประวัติแพทย์ไทยฝากไว้ให้คนรุ่นหลัง ชีวิตและผลงานของศาสตราจารย์นายแพทย์เสม พริ้งพวงแก้ว*, (นนทบุรี: สำนักวิจัยสังคมและสุขภาพ (สวรส.), 2555), 165.

[316] สันติสุข โสภณสิริ, 166-167.

3.4.4 สายธารแห่งความคิด: ขบวนการนักศึกษา การเคลื่อนไหวเพื่อปฏิรูปการผลิตแพทย์ ทศวรรษ 2510 และการแพทย์เชิงป้องกัน

เหตุการณ์ที่ถือเป็นการเปิดยุคใหม่ของการเคลื่อนไหวด้านสาธารณสุขของนักศึกษาแพทย์ของมหาวิทยาลัยมหิดลคือการจัดสัมมนาที่ศูนย์ฝึกอบรมและวิจัย คณะสาธารณสุขศาสตร์ อ.สูงเนิน จังหวัดนครราชสีมา ภายใต้ชื่อกิจกรรมว่าการสัมมนา “โครงการพัฒนามหาวิทยาลัยมหิดล” ซึ่งจัดโดยสโมสรนักศึกษามหาวิทยาลัยมหิดล ระหว่างวันที่ 8-10 ธันวาคม พ.ศ. 2516 หนังสือ “ปูมประวัติศาสตร์มหิดลเพื่อประชาธิปไตย” เห็นว่าการสัมมนาครั้งนี้นำไปสู่การพลิกโฉมมหาวิทยาลัยมหิดลขนานใหญ่ ในแง่ที่นักศึกษาได้เข้ามามีส่วนร่วมในการผลักดันแนวทางสาธารณสุขเพื่อประชาชน ข้อเสนอสำคัญจากการสัมมนาของนักศึกษาคือการเรียกร้องให้มหาวิทยาลัยปรับปรุงหลักสูตรการเรียนการสอนให้ตอบสนองต่อประชาชนผู้ด้อยโอกาส เน้นการสร้างจิตสำนึกให้นักศึกษาที่จะจบการศึกษาไปเป็นบุคลากรด้านสาธารณสุขให้มีจิตสำนึกรับใช้สังคม อาจกล่าวอีกนัยหนึ่งได้ว่าอุดมคติของเหตุการณ์ 14 ตุลาฯ ที่เพิ่งผ่านพ้นไปเพียงไม่กี่เดือนก่อนหน้า ได้ถูกถ่ายโอนมาอยู่ในรูปของข้อเสนออย่างเป็นรูปธรรมของนักศึกษาแพทย์ในการสัมมนาครั้งนี้[317]

นายแพทย์ประยงค์ เต็มชวาลา นายกสโมสรนักศึกษามหาวิทยาลัยมหิดลซึ่งเป็นผู้มีบทบาทหลักในการจัดงานสัมมนาเล่าว่ากิจกรรมครั้งนี้ได้รับการสนับสนุนทั้งจากผู้บริหารมหาวิทยาลัย รวมทั้งอาจารย์บางส่วนโดยเฉพาะจากคณะแพทยศาสตร์รามาธิบดีที่มีแนวคิดจะผลักดันการเปลี่ยนรูปแบบการเรียนการสอนของแพทย์ เช่น นายแพทย์อารี วัลยะเสวี นายแพทย์รจิต บุรี นายแพทย์เปรม บุรี ฯลฯ แพทย์เหล่านี้เห็นว่าผลลัพธ์ของการสัมมนาน่าจะช่วยผลักดันปัญหาเรื่องบทบาท หน้าที่ และหลักสูตรการผลิตแพทย์ได้ไม่มากก็น้อย ในทางกลับกันก็แสดงเห็นว่าขบวนการนักศึกษาแพทย์ก็เห็นด้วยกับแนวทางการปฏิรูปการเรียนการสอนของอาจารย์แพทย์กลุ่มนี้เช่นกัน[318] การสัมมนาครั้งนี้มีผู้เข้าร่วมประกอบไปด้วยนักศึกษาจากทุกคณะ ทุกชั้นปี และอาจารย์บางส่วนที่มีความสนใจร่วมกันประมาณ 250 คน ข้อการสัมมนาออกเป็น 4 หัวข้อหลักคือ 1) อุดมการณ์ของมหาวิทยาลัยมหิดล 2) ความสัมพันธ์ระหว่างอาจารย์และนักศึกษา 3) บทบาทของนักศึกษาต่อสังคม และ 4) โครงสร้างสโมสรนักศึกษา จากหัวข้อในการสัมมนาดังกล่าว เรียกได้ว่าเป็นการสัมมนาเพื่อวิพากษ์วิจารณ์มหาวิทยาลัยและระบบการเรียนการสอนแพทย์อย่างถึงรากถึงโคน ดังเนื้อหาจากเอกสารประกอบการสัมมนาของ

---

[317] สงวน นิตยารัมภ์พงศ์ (บก.), *ปูมประวัติศาสตร์มหิดลเพื่อประชาธิปไตย ภาคที่ 2 : ประสานประชาชนอุทิศตนเพื่ออุดมการณ์ (14 ตุลาคม 2516 - 6 ตุลาคม 2516)*, 1st ed., vol. 2547 (คณะกรรมการปูมประวัติศาสตร์มหิดลเพื่อประชาธิปไตย, n.d.), 66.

[318] สงวน นิตยารัมภ์พงศ์ (บก.), 2547:68.

ผู้จัดงานที่บรรยายสภาพปัญหาการเรียนการสอนแพทย์ของมหาวิทยาลัยไว้ว่า *“มหาวิทยาลัยย่อมอยู่ในสภาพหอคอยงาช้างอันวิจิตรที่สูบน้ำเลี้ยงจากสังคมไปสร้างความหรูหราของตนอีกต่อไปไม่ได้ มิติใหม่สำหรับมหาวิทยาลัยในประเทศด้อยพัฒนาควรจะเป็น ‘เรียนเพื่อนำไปใช้’... จะต้องเน้นการเรียนเพื่อนำไปใช้อย่างเด่นชัดเท่านั้น”* [319] การวิพากษ์ระบบการเรียนการสอนไม่ได้มาจากนักศึกษาเท่านั้น แต่ยังรวมถึงอาจารย์ผู้ร่วมสัมมนาบางส่วน เช่น แพทย์หญิงศรีธรรม ธนะภูมิ อาจารย์ด้านจิตเวช คณะแพทยศาสตร์รามาธิบดีก็เห็นว่า การศึกษาแพทย์มีปัญหาที่ปรัชญาการศึกษาไม่มีเป้าหมายที่แน่นอน ไม่รู้ว่าเรียนแล้วจะไปทำอะไร ประกอบกับปัญหาเรื่องวัฒนธรรมที่อาจารย์บางส่วนยึดระบบอาวุโสเห็นตนเองถูกเสมอดังที่นายแพทย์ศิริวัฒน์ ทิพย์ธราดล ชี้ให้เห็นบรรยากาศขณะเป็นนักศึกษาแพทย์ในช่วงต้นทศวรรษ 2510 ว่า *“ตอนนั้นโรงเรียนแพทย์มีโซตัสสูง คอนเซอเวทีฟมาก ซีเนียริตี้จัด ต้องเคารพรุ่นพี่”*[320] ขณะที่อาจารย์แพทย์ผู้เชี่ยวชาญและเน้นการเรียนแบบเจาะลึกรู้สึกรับไม่ได้จนเกิดการโต้เถียงในงานสัมมนา เสมือนเป็นเวทีแห่งการเผชิญหน้ากันระหว่างอาจารย์รุ่นเก่าที่มีแนวคิดเชิงอนุรักษ์นิยมกับอาจารย์รุ่นใหม่ที่มีแนวคิดเชิงเสรีนิยมที่ก้าวหน้ากว่าซึ่งเป็นแนวร่วมของนักศึกษา ส่วนอาจารย์ฝ่ายกลาง ๆ จะถูกผลักให้อยู่กับฝ่ายแรก ด้วยวิธีการและเนื้อหาในการสัมมนามีลักษณะล้ำหน้าพอสมควร เหตุการณ์นี้จึงเป็นตัวอย่างที่แสดงให้เห็นการปะทะกันทางความคิดอันมีแกนกลางอยู่ที่คำถามว่ามหาวิทยาลัยและการผลิตแพทย์ควรเดินไปในทิศทางใดระหว่างแนวทาง “รับใช้ประชาชน” ที่ขบวนการนักศึกษาเรียกร้อง หรือการมุ่งเป็น “ผู้เชี่ยวชาญ” ที่เน้นความเป็นเลิศทางความรู้[321]

การวิพากษ์อย่างตรงไปตรงมานำมาซึ่งบทสรุปของงานสัมมนาที่มาจากความเห็นร่วมกันเรื่องการศึกษาและผลิตแพทย์ครั้งนี้ ซึ่งนายแพทย์บรรจบ ชุณหสวัสดิกุล หนึ่งในนักศึกษาที่มีบทบาทสำคัญในงานสัมมนาตอนนั้นได้อธิบายถึงก้าวต่อไปอย่างชัดเจนว่าต้องการต่อสู้เพื่อประชาชนผู้ยากไร้ ดังนั้นพันธกิจของมหาวิทยาลัยต้องมีเป้าหมายเพื่อ “รับใช้ประชาชน” ส่วนนักศึกษาอันเป็นผลผลิตโดยตรงของมหาวิทยาลัยควรต้องนำความรู้ไปช่วยเหลือประชาชนที่ทุกข์ยาก ฉะนั้นหลักสูตรการเรียนการสอนจึงไม่ควรเรียนเรื่องเทคนิคหรือเรื่องที่ลึกเกินไปที่เรียนแล้วไม่ได้นำไปใช้ เพื่อทำให้การผลิตแพทย์เป็นไปเพื่อประชาชนตามที่ตั้งใจไว้จึงมีการเสนอแนวปฏิบัติหลายประการ ได้แก่ การเสนอระบบโควต้าที่กันไว้สำหรับนักศึกษาแพทย์ในพื้นที่ภูมิภาค และผูกเงื่อนไขว่านักศึกษา

[319] สงวน นิตยารัมภ์พงศ์ (บก.), 2547:72-73.

[320] สัมภาษณ์นายแพทย์ศิริวัฒน์ ทิพย์ธราดล, คณะผู้วิจัย, 2565.

[321] สงวน นิตยารัมภ์พงศ์ (บก.), *ปูมประวัติศาสตร์มหิดลเพื่อประชาธิปไตย ภาคที่ 2 : ประสานประชาชนอุทิศตนเพื่ออุดมการณ์ (14 ตุลาคม 2516 - 6 ตุลาคม 2516)*, 2547:74–75.

กลุ่มนี้เมื่อเรียนจบแล้วต้องกลับไปทำงานในท้องถิ่นเพื่อแก้ปัญหาขาดแคลนแพทย์ในพื้นที่ชนบท การเสนอเรื่องออกกฎหมายที่กำหนดให้ผู้จบการศึกษาแพทย์ต้องออกปฏิบัติงานตามความต้องการของประเทศก่อนที่จะอนุมัติปริญญา[322] และการเสนอให้นักศึกษาแพทย์ร่วมมือกับองค์กรนักศึกษาอื่นๆ นอกมหาวิทยาลัยเพื่อแสดงบทบาทในฐานะผู้นำด้านการสาธารณสุขผ่านการจัดโครงการไปศึกษาเรียนรู้ปัญหาสาธารณสุขในชนบท[323] ด้วยเหตุนี้ การสัมมนาที่สูงเนินถือเป็นรอยต่อสำคัญของการพัฒนาการผลิตนักศึกษาและอุดมการณ์ของมหาวิทยาลัย รวมทั้งเป็นรากฐานของการปฏิรูประบบสาธารณสุขในระยะเวลาต่อมา[324]

หลักจากเสร็จสิ้นงานสัมมนาที่สูงเนินไม่ถึงหนึ่งปี สโมสรนักศึกษามหาวิทยาลัยมหิดลก็ได้รับการสนับสนุนจากกระทรวงสาธารณสุขให้จัดงานสัมมนาขึ้นอีกครั้งในชื่อ “การพัฒนางานสาธารณสุขของประเทศไทย” ที่ไร่ศิริอำไพ อำเภอศรีราชา จังหวัดชลบุรี ระหว่างวันที่ 26-27 กรกฎาคม พ.ศ. 2517 โดยมีสโมสรนักศึกษาอันประกอบไปด้วยนักศึกษาจากคณะแพทยศาสตร์ศิริราช คณะแพทยศาสตร์รามาธิบดี และคณะสาธารณสุขศาสตร์[325] การสัมมนาครั้งนี้แสดงให้เห็นการผลักดันการปฏิรูปงานด้านสาธารณสุขผ่านการสร้างความเชื่อมโยงกันระหว่างกลุ่มแพทย์สายปฏิรูป ขบวนการนักศึกษาแพทย์มหาวิทยาลัยมหิดล และตัวแทนจากสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข[326] ซึ่งแน่นอนว่าฝ่ายกระทรวงสาธารณสุขขณะนั้นมีหัวขบวนของกลุ่มคือนายแพทย์เสม พริ้งพวงแก้ว ดังที่นายแพทย์เสมได้กล่าวถึงการจัดงานสัมมนาครั้งนี้ไว้ว่า *“เราเห็นว่าผู้ที่จะเข้ามาเปลี่ยนแปลงได้คือนักศึกษา... เมื่อมีปัญหาขัดแย้งเช่นนี้ในกระทรวง นักศึกษาเขาเห็นก็เป็นฝ่ายเริ่มเข้ามาประสานเองเพื่อจัดสัมมนาเรื่องนี้”*[327] ประเด็นสำคัญของงานสัมมนาครั้งนี้คือปัญหาเรื่องความสัมพันธ์ระหว่างหน่วยงานผู้ผลิตแพทย์กับหน่วยงานที่ใช้แพทย์ รวมถึงปัญหาเรื่องการปรับเปลี่ยนโครงสร้างของกระทรวงสาธารณสุข ประเด็นเหล่านี้เป็นปฏิกิริยาโดยตรงต่อความขัดแย้งด้านสาธารณสุขร่วมสมัย อันเป็นผลจากการพยายามปฏิรูประบบสาธารณสุขของกลุ่มหมอสายปฏิรูปที่เน้นแนวทางการแพทย์เชิงป้องกัน และกลุ่มแพทย์ที่ไม่เห็นด้วยกับแนวทางดังกล่าว ส่วนจุดยืนของขบวนการนักศึกษาแพทย์ได้แสดงให้เห็นอย่างชัดเจนตั้งแต่งานสัมมนาครั้งแรกที่สูงเนินแล้วว่านักศึกษาแพทย์ที่

[322] สงวน นิตยารัมภ์พงศ์ (บก.), 2547:76-77.

[323] สงวน นิตยารัมภ์พงศ์ (บก.), 2547:79.

[324] สงวน นิตยารัมภ์พงศ์ (บก.), 2547:82-83.

[325] สงวน นิตยารัมภ์พงศ์ (บก.), 2547:89.

[326] กรมอนามัย, *งานและความคิด หมอดำรงค์ บุญยืน: ขุนพลในมหากาพย์แห่งการพัฒนาสาธารณสุขไทย*, 49.

[327] สงวน นิตยารัมภ์พงศ์ (บก.), *ปูมประวัติศาสตร์มหิดลเพื่อประชาธิปไตย ภาคที่ 2 : ประสานประชาชนอุทิศตนเพื่ออุดมการณ์ (14 ตุลาคม 2516 - 6 ตุลาคม 2516)*, 2547:86.

ขับเคลื่อนเรื่องสาธารณสุขในมหาวิทยาลัยมหิดล มีจุดร่วมทางความคิดกับอาจารย์กลุ่มที่ต้องการปฏิรูประบบการเรียนแพทย์ที่ "เน้นเข้าถึงประชาชน" มากกว่าการผลิตแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ หนึ่งในข้อเสนอที่ถูกนำมาพูดถึงซึ่งสะท้อนความพยายามผลักดันการผลิตบุคลากรด้านสาธารณสุขให้เข้าถึงคนในพื้นที่ชนบทให้มากที่สุดคือโมเดล "หมอเท้าเปล่า" ที่เสนอโดย นายแพทย์เหวง โตจิราการ ประธานฝ่ายวิชาการของการสัมมนา ข้อเสนอเรื่องหมอเท้าเปล่าเป็นผลลัพธ์จากการตระหนักถึงสภาพที่งานสาธารสุขไทยที่ไม่สามารถเป็นหลักประกันด้านการรักษาพยาบาลของคนในท้องถิ่นทุรกันดารได้ ขณะที่แพทย์ปริญญาที่ถึงแม้จะมีนโยบายบังคับใช้ทุนก็ลงไปได้เพียงระดับอำเภอ ไม่สามารถเข้าถึงระดับหมู่บ้าน จึงมีการเสนอและถกเถียงกันเรื่องคุณสมบัติของคนที่จะนำมาฝึกเพื่อเป็นหมอเท้าเปล่าหลายรูปแบบ เช่น อาจนำพยาบาลที่มีประสบการณ์มาฝึกและยกระดับให้เป็นหมอ เป็นต้น ข้อเสนอเรื่อง "หมอเท้าเปล่า"สะท้อนหนึ่งในประเด็นหลักของงานสัมมนาครั้งนี้ได้อย่างชัดเจนคือการผลักดันให้เกิดบุคลากรด้านสาธารณสุขระดับชุมชนเพื่อให้บริการไปสู่ชาวบ้าน[328]

ข้อเสนอจากการสัมมนาครั้งนี้แบ่งออกเป็น 3 หัวข้อหลักคือ *ประการแรก*เรื่อง "การสาธารณสุขในอุดมการณ์" เสนอให้สถาบันที่ผลิตบุคลากรต้องสร้างทัศนคติให้นักศึกษาเสียสละเพื่อรับใช้ประชาชน ดัดแปลงหลักสูตรให้เข้ากับสภาพความเป็นจริงของสังคมที่ต้องเน้นการกระจายงานสาธารณสุขสู่พื้นที่ชนบท *ประการที่สอง* เรื่อง "ความสัมพันธ์ระหว่างสถาบันผลิตบุคลากรและกระทรวงสาธารณสุข" งานสัมมนาได้ข้อสรุปว่า หลักสูตรแพทย์ในปัจจุบันลอกแบบมาจากต่างประเทศและไม่สอดคล้องกับสภาพสังคม ขณะเดียวกันมหาวิทยาลัยก็ไม่เคยให้ความสำคัญกับปัญหาของคนในชนบทให้เป็นส่วนหนึ่งในการออกแบบหลักสูตรการผลิตแพทย์เลย และ*ประการที่สาม*เรื่อง "โครงสร้างของกระทรวง" ผู้ร่วมสัมมนาเน้นย้ำปัญหาการขาดแคลนเจ้าหน้าที่และเครื่องมือในพื้นที่ชนบท และเสนอว่าควรให้ความสำคัญหน่วยบริการที่ใกล้ชิดชาวบ้านที่สุดคือสถานีอนามัยชั้น 2 และสถานีผดุงครรภ์ อีกทั้งควรให้กลไกรัฐที่ใกล้ชิดชาวบ้านอย่างกำนันผู้ใหญ่บ้านเข้ามาช่วยงานด้านสาธารณสุขในพื้นที่ชุมชน[329]

ผลงานเชิงประจักษ์ที่เกี่ยวเนื่องกับการเคลื่อนไหวเรื่องการผลิตแพทย์ทางเลือกเพื่อเติมเต็มปัญหาขาดแคลนหมอในพื้นที่ชนบท ได้เกิดขึ้นในรั้วมหาวิทยาลัยหลายมิติ มิติแรกเป็นโครงการนำร่องอย่างโครงการผลิตแพทย์รูปแบบพิเศษ ซึ่งมีการกันที่นั่งของนักเรียนแพทย์ไว้สำหรับนักเรียนจากพื้นที่ชนบทเป็นการเฉพาะ โครงการรูปแบบดังกล่าวดำเนินการโดยมหาวิทยาลัยมหิดล และจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย สำหรับ "โครงการรับนักศึกษา

---

[328] สงวน นิตยารัมภ์พงศ์ (บก.), 2547:88.

[329] สงวน นิตยารัมภ์พงศ์ (บก.), 2547:91.

แพทย์ชนบท” ของมหาวิทยาลัยมหิดลเกิดขึ้นเพราะข้อจำกัดของนักศึกษาแพทย์จากต่างจังหวัดที่มีจำนวนน้อยมากเมื่อเทียบกับนักศึกษาที่เป็นคนกรุงเทพฯ ผลที่ตามมาคือแพทย์ที่เป็นคนกรุงเทพฯ ไม่สามารถปรับตัวกับการทำงานในพื้นที่ต่างจังหวัดได้ดีเท่าที่ควร โครงการนี้จึงเกิดขึ้นเพื่อเพิ่มจำนวนนักเรียนจากพื้นที่ชนบทให้เข้ามาเรียนแพทย์ในมหาวิทยาลัยมหิดล ภายใต้เงื่อนไขว่าเมื่อสำเร็จการศึกษาแพทย์กลุ่มนี้จะต้องกลับไปทำงานในท้องถิ่น โครงการนี้เริ่มจากการขอความร่วมมือกับกระทรวงสาธารณสุขในฐานะเป็นผู้ใช้แพทย์ให้กำหนดพื้นที่ในชนบทที่ต้องการแพทย์ รวมถึงให้ทางกระทรวงเป็นผู้ประสานงานระดับท้องถิ่นในการคัดเลือกนักศึกษาโดยเปิดโอกาสให้ชุมชนที่ต้องการแพทย์มีส่วนในการเลือกและอุดหนุนทุนการศึกษา มีการเริ่มรับนักศึกษาแพทย์ครั้งแรกในปี พ.ศ. 2518 จำนวน 16 คน ผ่านระบบคณะกรรมการคัดเลือกที่มาจากอาจารย์ของมหาวิทยาลัย 3 คน เจ้าหน้าที่กระทรวงสาธารณสุข 1 คน และนายแพทย์สาธารณสุขในท้องที่เป็นคณะทำงานคัดเลือกนักศึกษาเพื่อเข้าร่วมโครงการ อย่างไรก็ตาม หลังดำเนินการมาระยะหนึ่ง โครงการนี้ต้องยกเลิกเพราะความเห็นไม่ตรงกันในหมู่คนทำงานในโครงการ และปัญหาขาดบุคลากรที่สนในงานด้านนี้รวมถึงปัญหาขาดการวางแผนการใช้บุคลากร

แต่ก็ต้องนับว่าโครงการนี้ได้กลายเป็นโครงการต้นแบบสำหรับอีกหลายมหาวิทยาลัยได้ดำเนินการในเวลาต่อมาเพื่อคัดนักศึกษาจากชนบทเข้าเรียนเพื่อแก้ปัญหาขาดแคลนแพทย์[330] ดังเช่น โครงการรูปแบบข้างต้นถูกนำไปใช้ที่คณะแพทยศาสตร์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยเช่นกันในปี พ.ศ. 2518 ภายใต้ชื่อ “โครงการศึกษาแพทย์สำหรับชาวชนบท” (Medical Education for Students in Rural Area Research Program) โดยมีนายแพทย์ทองจันทน์ หงส์ลดารมภ์ เป็นผู้อำนวยการโครงการ หลักการของโครงการคือการรับนักศึกษาที่เป็นชาวชนบทที่จบการศึกษาชั้น ม.8 โดยผ่านกระบวนการสอบคัดเลือกขั้นที่หนึ่ง และทดลองทำงานในโรงพยาบาลเพื่อประเมินความสามารถที่จะทำงานในโรงพยาบาลเบื้องต้นในขั้นที่สอง ผู้ที่ผ่านการประเมินทั้งสองขั้นตอนจึงมีสิทธิเข้าร่วมโครงการ ส่วนการเรียนของนักศึกษาในโครงการนี้ช่วง 3 ปีแรกจะเรียนเหมือนนักศึกษาแพทย์คนอื่นๆ ของคณะแพทยศาสตร์จุฬาฯ ส่วน 3 ปีหลังจะถูกส่งไปเรียนที่โรงพยาบาลพระปกเกล้าจันทบุรีและโรงพยาบาลชลบุรีซึ่งถูกเตรียมให้เป็นโรงเรียนแพทย์สำหรับสำหรับโครงการนี้[331]

---

[330] สงวน นิตยารัมภ์พงศ์ (บก.), 2547: 93–94.

[331] สันติสุข โสภณสิริ, *เกียรติประวัติแพทย์ไทยฝากไว้ให้คนรุ่นหลัง ชีวิตและผลงานของศาสตราจารย์นายแพทย์ เสม พริ้งพวงแก้ว*, พิมพ์ครั้งที่ 1, ปี 2537 (นนทบุรี: สำนักวิจัยสังคมและสุขภาพ (สวสส.), ม.ป.ป.), 161–162.

นอกจากนี้ การสัมมนายังทำให้แนวทางการพัฒนาบุคลากรทางการแพทย์ของรัฐบาลไทยและมูลนิธิร็อกเกอะเฟลเลอร์ค่อย ๆ เริ่มเปลี่ยนมาตระหนักถึงการพัฒนาแบบองค์รวม (Holistic) มากขึ้น โดยการผลิตแพทย์แบบดั้งเดิมที่เน้นเฉพาะทางกลายเป็นประเด็นที่สังคมตั้งคำถามอีกครั้งถึงประสิทธิภาพในการลดอัตราความเหลื่อมล้ำของแพทย์ต่อประชากร รวมถึงแนวทางพัฒนาการศึกษาของมูลนิธิฯ ที่ผ่านมาก็ไม่ได้ขจัดความทุกข์ยากของประชาชนในเขตชนบทให้หมดสิ้นไป และโดยเฉพาะการเป็นกระบอกเสียงของแพทย์สายปฏิรูปและนักศึกษาแพทย์ในช่วงปลายของทศวรรษ 2510 ไม่นานนักมูลนิธิฯ ก็ต้องหันเหไปเน้นตัวแบบการพัฒนาแบบองค์รวม (Holistic) มากขึ้น เพื่อสร้างองค์ความรู้และการพัฒนาชนบทแนวใหม่ที่เน้นการพัฒนาอย่างยั่งยืน ซึ่งแน่นอนว่าต้องอาศัยปัจจัยผลักดันทางการเมืองจากเหตุการณ์ 14 ตุลา (พ.ศ. 2516) จนกระทั่งถึงกรณี 6 ตุลา (พ.ศ. 2519) ด้วยดังจะกล่าวในบทถัดไป

สรุป

สถานการณ์การขาดแคลนแพทย์เข้าขั้นวิกฤติโดยเฉพาะในพื้นที่ชนบท เป็นผลมาจากปัญหาการกระจุกตัวของแพทย์ในพื้นที่เมืองและปัญหาแพทย์จบใหม่มักมีช่องทางในการศึกษาต่อหรือไปทำงานต่างประเทศ โดยเงื่อนไขข้อหลังสุดทำให้การ “ขาดแคลน” และ “กระจุกตัว” ของแพทย์ที่ดำรงอยู่แล้วถูกทำให้เป็นปัญหาที่หนักหน่วงมากขึ้น เพราะรัฐไม่สามารถส่งแพทย์ที่ถูกผลิตขึ้นผ่านระบบการศึกษาเข้าปฏิบัติงานในพื้นที่ขาดแคลนแพทย์ได้ ทำให้นโยบายบังคับใช้ทุนถือกำเนิดขึ้น เพื่อพเติมเต็มช่องว่างของแพทย์ในพื้นที่ชนบทผ่านวิธีการบังคับแพทย์จบใหม่ให้ต้องทำงานรับราชการ ขณะเดียวกัน หมอนักปฏิรูปที่มีแนวคิดแบบหัวก้าวหน้าได้พยายามปรับปรุงแก้ไขระบบการเรียนการสอน องค์ความรู้ และแนวปฏิบัติควบคู่กันไปด้วย เพื่อให้แพทย์ที่ถูกผลิตออกมามีคุณสมบัติที่สอดรับกับการออกไปปฏิบัติหน้าที่ในพื้นที่ห่างไกลอย่างชนบท

อย่างไรก็ตาม การเปลี่ยนแปลงหลักสูตรการเรียนการสอนจากแนวทางรักษาสู่การป้องกัน ไม่สามารถเปลี่ยนแปลงได้อย่างฉับพลัน หากแต่วิวัฒนาการอย่างค่อยเป็นค่อยไป ซึ่งการเคลื่อนไหวในการปรับปรุงหลักสูตรนี้กอปรด้วยการทดลองหลายโครงการจากกลุ่มแพทย์ในกระทรวงโดยเฉพาะจากสายกรมอนามัย และกลุ่มแพทย์สายปฏิรูป เช่น โครงการพิษณุโลก โครงการสารภี และโครงการอื่น ๆ การตั้งคำถามต่อปัญหาหาเรื่องกำลังคน การเรียนการสอนแพทย์ และแนวทางการผลิตแพทย์ยังได้มีการถกเถียงผ่านการสัมมนาของนักศึกษาและคณาจารย์ในรั้วมหาวิทยาลัยอย่างตื่นตัว แม้ว่าในท้ายที่สุด การดำเนินงานที่ผ่านมาทั้งหมดก่อนทศวรรษ 2520 อาจมีทั้งที่การผลักดันที่ประสบความสำเร็จหรือกระทั่งล้มเหลวจนพับโครงการไป แต่มโนทัศน์เกี่ยวกับ “การสาธารณสุขเพื่อมวลชน” ได้ก่อตัวขึ้น ซึ่งไม่เพียงแต่พิจารณาประเด็นเรื่องสุขภาพเท่านั้น แต่เริ่มในการนำประเด็นปัญหาอย่างรอบด้านทั้งเศรษฐกิจ สังคมและการศึกษามาพิจารณาร่วมด้วย[332] อันเป็นฐานความคิดที่หล่อหลอมเรื่อง “การมุ่งไปทำงานเพื่อพัฒนาพื้นที่ชนบท” กับการส่งเสริมแนวทาง “การแพทย์เชิงป้องกัน” ที่จะกลายมาเป็นคำตอบของการพัฒนางานสาธารณสุขแก่ชนบทต่อมา

กระนั้น ต้องไม่ลืมพิจารณาร่วมด้วยว่าบรรยากาศทางการเมืองช่วงรอยต่อระหว่างเหตุการณ์ 14 ตุลา (พ.ศ. 2516) จนกระทั่งถึงเหตุการณ์ 6 ตุลา (พ.ศ. 2519) เป็นแรงผลักให้เกิดเป็น *“สายธารทางความคิดแห่งยุคสมัย”*[333] ซึ่งนับว่าเป็นกระแสธารที่มีความสำคัญอย่างยิ่งต่อการเปลี่ยนแปลงภายในวงการสาธารณสุข และระบบ

---

[332] *รักเมืองไทย*, (ม.ป.ท.):โครงการตำราสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์ สมาคมสังคมศาสตร์แห่งประเทศไทย, 2519), บท การสาธารณสุขเพื่อมวลชน.

[333] สัมภาษณ์นายแพทย์อำพล จินดาวัฒนะ, คณะผู้วิจัย.

สาธารณสุขโดยรวม ทั้งนี้ บรรยากาศทางการเมืองในเดือนตุลาฯ ได้ก่อให้เกิดผลติดตามมาทั้งการเปลี่ยนแปลงในระยะยาวและการเปลี่ยนแปลงชั่วขณะ ผลในระยะยาว คือ การผลักดันให้เกิด “การปฏิรูปโครงสร้างกระทรวงสาธารณสุข” ซึ่งบริบทการเมืองและสภาพแวดล้อมเอื้อให้สามารถทำได้ ขณะที่ผลลัพธ์ชั่วขณะที่เป็นผลผลิตของยุคสมัย คือ ปัจจัยการเมืองนำไปสู่การก่อตัวของคลื่นใต้น้ำอย่าง “แพทย์ชนบท” หรือแพทย์ทั้งหลายที่ปวารนาตัวออกไปทำงานในท้องถิ่นทุรกันดารอย่างตั้งอกตั้งใจและมีจุดหมายปลายทางคือประชาชน ทั้งสองเหตุการณ์นี้เป็นรากฐานสำคัญที่ควรพิจารณาโดยละเอียด ในฐานะที่เป็นแรงผลักดันไปสู่การพัฒนาสาธารณสุขมูลฐานอย่างเต็มกำลังช่วงทศวรรษ 2520 ต่อมา

บทที่ 4
การเปลี่ยนผ่านสาธารณสุขจาก “เมือง” สู่ “ชนบท”: ยุคแห่งการสร้างผู้นำสาธารณสุขไทย

บทนำ

ด้วยการสนับสนุนงบประมาณจากต่างประเทศตั้งแต่หลังสงครามโลกครั้งที่ 2 เป็นต้นมา ทำให้เป้าหมายการเพิ่มปริมาณบุคลากรแบบชำนัญการ (Specialist) พร้อมกับการสร้างสาธารณูปโภคขั้นพื้นฐานกลายเป็นแนวทางหลักของรัฐบาลไทยอย่างต่อเนื่อง เมื่อเข้าสู่ทศวรรษ 2510 พื้นที่ “ชนบท” ได้กลายมาเป็นวัตถุพยานแห่งการพัฒนาของรัฐ แต่กระนั้น แนวทางของการพัฒนางานสาธารณสุขยังไม่ได้เกิดการเปลี่ยนแปลงแบบพลิกโฉมมากนัก แม้จะมีความพยายามในการปฏิรูปความคิดและวิถีปฏิบัติจากกลุ่มแพทย์หัวก้าวหน้าภายในกระทรวงและมหาวิทยาลัยบางส่วนก็ตาม

จนกระทั่งหลังปี พ.ศ. 2516 เมื่อบรรยากาศทางการเมืองแบบประชาธิปไตยเริ่มเบ่งบาน ได้เปิดพื้นที่ให้กลุ่มคนจากหลายภาคส่วนเข้ามามีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหาเพิ่มมากขึ้น กลุ่มแพทย์หัวก้าวหน้าที่เติบโตมาพร้อมกับมุมมองทางการแพทย์แนวใหม่ ได้กลายมาเป็นตัวกลางสำคัญที่ทำหน้าที่ “ประสานงาน” กับตัวแสดงภาคส่วนอื่นที่เกี่ยวข้องกับระบบสาธารณสุขของชาติ ว่ากันว่าความพยายามในการปฏิรูประบบสาธารณสุขที่ก่อตัวมาตั้งแต่ช่วงปี พ.ศ. 2515 ถือเป็นพลังปฏิรูปที่ต่อเนื่องยาวนานและสัมพันธ์กับการเกิดนโยบายสามสิบบาทรักษาทุกโรคในทศวรรษ 2540[334] ทั้งนี้ ระบบสาธารณสุขตั้งแต่ช่วงก่อนเหตุการณ์ 14 ตุลา ยังจำกัดอยู่ในแวดวงผู้เชี่ยวชาญเฉพาะด้านหรือเทคโนแครตสาธารณสุข จนมาสู่ช่วงหลังกรณี 6 ตุลา ที่เปิดพื้นที่ให้แพทย์ที่อยากทำงานเพื่อชนบทโดยเฉพาะบทบาทที่โดดเด่นของชมรมแพทย์ชนบทและองค์กรพัฒนาเอกชนต่าง ๆ ที่ได้ทวีความสำคัญต่อระบบสาธารณสุขไทยต่อมา[335] ดังนั้น จึงถือเอาว่าหลังปี พ.ศ. 2516 กลายเป็นหมุดหมายสำคัญของ “พลังการปฏิรูป

---

[334] นวลน้อย ตรีรัตน์ และ แบ็งค์ งามอรุณโชติ, *การเมืองและดุลอำนาจในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า,* (นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.), 2555), 31–32.

[335] นวลน้อย ตรีรัตน์ และ แบ็งค์ งามอรุณโชติ, 26.

ระบบสาธารณสุข" ที่เคลื่อนไหวทั้งภาคการเมืองและภาคสังคมโดยมีเหตุการณ์ 14 ตุลาเป็นชนวนและสานต่อใน เหตุกรณี 6 ตุลา

ประเด็นหนึ่งที่แสดงให้เห็นอย่างชัดเจนจากพัฒนาการระยะยาวของงานสาธารณสุขตั้งแต่ พ.ศ. 2500 – 2519 คือไม่ใช่แพทย์ทุกคนจะมีภาพอุดมคติของระบบการดูแลสุขภาพที่เป็นแบบเดียวกัน การมีหมอหัวก้าวหน้าที่เป็นพวก "*Protective*" ตื่นตัวและให้ความสำคัญกับปัญหาการเพิ่มของประชากร ซึ่งแตกต่างจากหมอส่วนใหญ่ที่เน้นการรักษาโรคและให้ความสำคัญกับคุณภาพหรือความเชี่ยวชาญในการรักษา ทำให้กล่าวได้ว่าหมอที่มีความคิดแบบหัวก้าวหน้าได้สังเกตเห็นถึงปัญหาในงานสาธารณสุขที่มุ่งเน้นแต่การรักษามานานแล้ว (ดังเช่นการเกิดหลักสูตรแพทยศาสตร์รามาธิบดีตั้งแต่ปี พ.ศ. 2508) แต่ปัญหาใหญ่อย่างวิกฤติขาดแคลนแพทย์ได้เป็นตัวกระตุ้นชั้นดีที่ก่อให้เกิดการรวมตัวของกลุ่มแพทย์ที่ออกมาแสดงความคิดเห็นเรื่องการ "ปฏิรูป" งานสาธารณสุข ซึ่งข้อเสนอหนึ่งที่เป็นทางออกของปัญหาคือ การให้ความสำคัญกับการแพทย์แบบ "ป้องกัน" (preventive medicine) มากกว่าการแพทย์ที่เน้นเฉพาะแต่การรักษาพยาบาล (curative medicine)[336] เมื่อมีการรวมเอาเวชศาสตร์ชุมชนที่เป็นส่วนหนึ่งของงานป้องกันเข้ามาผสมกับกิจกรรมและการเรียนการสอนก็ได้สร้างข้อขัดแย้งต่อความเชื่อทั่วไปของบุคลากรฝ่ายโรงเรียนแพทย์บางส่วน ที่ยังคงให้ความสำคัญกับ "การรักษา" เป็นหัวใจสำคัญอันดับหนึ่งของการเล่าเรียนวิชาแพทย์ ทำให้ประเด็น "ป้องกันโรค" ไม่ได้รับความสนใจของการศึกษาในโรงเรียนแพทย์[337] จนบรรยากาศทางเศรษฐกิจและการเมืองเป็นเหตุหล่อหลอมให้เกิดกระแสธารทางความคิดของเหล่าบรรดานักศึกษาแพทย์และปัญญาชนทางการแพทย์ร่วมสมัย และเพราะเศรษฐกิจและการเมืองอีกเช่นกันที่สร้างจุดเปลี่ยนสำคัญ (critical juncture) ทั้งต่อทิศทางการเมืองเองและระบบสาธารณสุขในทศวรรษ 2520 ที่มุ่งเดินหน้าเพื่อไปสู่การแพทย์แบบ "ป้องกัน" อย่างเต็มที่ด้วยวิธีการบรรจุหลักการและแนวคิด "สาธารณสุขมูลฐาน" นั่นเอง

---

[336] ประเวศ วะสี, "การแพทย์และการสาธารณสุขในรอบ 25 ปี," *สังคมศาสตร์ปริทัศน์*, ปีที่ 9, ฉบับที่ 6 (2514), 48–59.

[337] ทวีศักดิ์ เผือกสม, *เชื้อโรค ร่างกาย และรัฐเวชกรรม ประวัติศาสตร์การแพทย์สมัยใหม่ในสังคมไทย* (กรุงเทพฯ: Illuminations editions, 2561), 330-331.

4.1 เหตุการณ์ 14 ตุลา พ.ศ. 2516 สู่กรณี 6 ตุลา พ.ศ. 2519: จุดเปลี่ยนแปลงทางการเมืองและการสาธารณสุข

4.1.1 บริบททางเศรษฐกิจที่หล่อหลอมอุดมคติของเหล่าแพทย์ชนบท

ด้วยผลพวงของนโยบายตั้งแต่ยุครัฐเผด็จการทหารที่เน้นการเติบโตทางเศรษฐกิจ (economic growth) ด้วยการเร่งรัดพัฒนาอุตสาหกรรมเพื่อทดแทนการนำเข้า การสนับสนุนของสหรัฐฯ ด้านงบประมาณและการจับจ่ายใช้สอยของชาวต่างชาติที่เพิ่มขึ้นในเมืองไทย (โดยเฉพาะจากทหารชาวสหรัฐฯ) ทำให้เศรษฐกิจในพื้นที่เขตเมืองโดยเฉพาะกรุงเทพฯ ขยายตัวตามกิจกรรมทางเศรษฐกิจเหล่านี้ และเมื่อพื้นที่เมืองทวีความสำคัญจนกลายเป็นศูนย์กลางเศรษฐกิจ จึงได้เกิดการดูดเอาทรัพยากรทั้งมนุษย์และวัตถุจากภาคชนบทมาเพื่อพัฒนาเป็นเขตอุตสาหกรรมใหม่หรือให้กลายเป็นฐานการผลิตราคาถูก ส่งผลให้เกิดการอพยพและการตั้งรกรากของแรงงานจากชนบทเข้าสู่เมืองจำนวนมากขึ้น ขณะที่พื้นที่ชนบทกลายเป็นเพียงผู้ผลิตทรัพยากรมนุษย์ป้อนเข้าสู่เมือง ความสัมพันธ์ทางเศรษฐกิจระหว่างเมืองและชนบทจึงค่อย ๆ เลวร้ายลง จากรูปแบบการพัฒนาเศรษฐกิจแบบบนลงล่าง สภาพการณ์เหล่านี้ได้กลายมาเป็นเงื่อนไขที่บีบคั้นชีวิตความเป็นอยู่ของแรงงานอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ แรงงานในภาคชนบทเริ่มสูญเสียที่ดินและบางกรณีก็โดนขูดรีดจากนโยบายรัฐ (เช่น พรีเมียมข้าว) การแสวงหาผลกำไรของกลุ่มทุนเอกชนที่ไร้มนุษยธรรมยังบีบคั้นแรงงานในเมืองด้วยค่าครองชีพอันน้อยนิดและสภาพความเป็นอยู่ที่แร้นแค้น ด้วยความเจ็บปวดจากสวัสดิภาพโดยรวมในชีวิตที่เลวร้ายลง จึงเป็นที่มาของการต่อรองระหว่างชนชั้นแรงงานกับรัฐ

และด้วยปัจจัยทางเศรษฐกิจอีกเช่นกันที่ขยายตัวหลังการพัฒนาเศรษฐกิจตั้งแต่ช่วง 2500 เป็นต้นมา ทำให้มีกลุ่ม “ชนชั้นกลาง” เกิดขึ้นจำนวนมาก ที่ต่อมาได้ส่งลูกหลานเข้าเรียนในสถานศึกษาของรัฐ บรรดาลูกหลานของชนชั้นกลางจึงเติบโตขึ้นมาพร้อม ๆ กับการเป็นผู้มีส่วนรู้เห็นกับรูปแบบการเมือง เศรษฐกิจและสังคมในยุคเผด็จการก่อนหน้า จนกระทั่งเกิดการรวมตัวของนักศึกษาและปัญญาชน ที่จะกลายเป็นพลังนอกระบบราชการ ที่ทำหน้าที่ถ่วงดุลอำนาจกับรัฐบาล ตลอดจนมีบทบาทนำในการเสนอแนวทางเพื่อช่วยเหลือชนชั้นรากหญ้าในสังคม

ดังนั้น การบ่มเพาะทางเศรษฐกิจจึงมีผลอย่างสำคัญที่ทำให้สังคมเริ่มตระหนักถึงการแบ่งขั้ว (binary opposition) อย่างเด่นชัดมากยิ่งขึ้นในทุกมิติ สำหรับในมิติสาธารณสุขได้เกิดเป็นความแตกต่างระหว่างแพทย์ชั้นสูงที่มีปริญญากำกับเปรียบกับหมอเชลยศักดิ์หรือหมอพื้นบ้าน ความรู้ทางการแพทย์แผนใหม่หรือแผนตะวันตกเทียบกับการแพทย์แผนดั้งเดิม ความแตกต่างระหว่างระบบสาธารณสุขในพื้นที่เมืองที่ก้าวหน้าอย่างรวดเร็วกับ

พื้นที่ชนบทที่ขยับตัวอย่างเชื่องช้า การกระจุกตัวของกำลังคนทางด้านสาธารณสุขในเมืองแต่กลับเกิดภาวะขาดแคลนอย่างรุนแรงในพื้นที่ชนบท สถานการณ์เหล่านี้ทำให้เกิดเป็นชุดความคิดที่แบ่งขั้วชัดเจนระหว่าง "ความเจริญ" กับ "ความล้าหลัง" และแน่นอนว่าพื้นที่ชนบท (และชาวชนบท) กลายเป็นภาพแทนของความล้าหลัง ไม่ศิวิไลซ์ และจำเป็นต้องได้รับการพัฒนา[338] อย่างไรก็ตาม แม้ว่ากลุ่มนิสิต นักศึกษาและปัญญาชนเหล่านี้มีจุดยืนทางการเมืองที่หลากหลายแตกต่างกันออกไป โดยฝักใฝ่ตั้งแต่เสรีนิยม ประชาธิปไตยกึ่งสังคมนิยมและกระทั่งคอมมิวนิสต์ แต่พวกเขากลับคิดเห็นตรงกันอยู่เรื่องหนึ่งว่าหากการเมืองไม่ใช่ระบบอำนาจนิยม จะช่วยปลดปล่อยแรงงานออกจากแอกของความลำบากในชีวิต ไปจนกระทั่งแก้ไขปัญหาเรื่องความไม่เท่าเทียมกันได้ ดังนั้น ทั้งเหตุการณ์ 14 ตุลาและกรณี 6 ตุลา ต่างใช้เรื่องการแบ่งขั้วหรือ "ความไม่เท่ากัน" ของสังคมนี้ เป็นจุดยืนสำคัญในการเรียกร้องเพื่อให้เกิดการเปลี่ยนผ่านทางการเมืองก่อน เพราะการเมืองจะเป็นจุดกำเนิดของการเปลี่ยนแปลงอีกหลายเรื่องตามมา

การตื่นตัวของกลุ่มนักศึกษาและแพทย์หัวก้าวหน้าได้ถูกถ่ายทอดผ่านความทรงจำของ ส.ศิวรักษ์ ปัญญาชนของเมืองไทยเวลานั้นที่ได้รำลึกถึงบรรยากาศของการตกผลึกทางความคิดในเรื่อง "ความเป็นธรรม" ทางสังคมตั้งแต่ช่วงก่อน 14 ตุลา 2516 และต่อเนื่องไปถึง 6 ตุลา 2519 ผ่านเครือข่ายการทำงานใต้ชายคาของสังคมศาสตร์ปริทัศน์ (Social Science Review) ซึ่งเป็นพื้นแสดงความคิดผ่านตัวหนังสือและการจัดเสวนาของเหล่านักกิจกรรมทั้งนักศึกษาและอาจารย์แพทย์เกี่ยวกับความยุติธรรม ซึ่งมีส่วนในการสร้างสำนึกของบรรดานักศึกษาแพทย์ที่เป็นส่วนหนึ่งของกลุ่มคนเดือนตุลาในช่วงเวลานั้นได้อย่างน่าสนใจว่า

> *"ความเป็นธรรมคุณต้องเข้าใจ มีนักเรียนแพทย์หลายคนเลยนะครับ อย่างวิชัย [นายแพทย์วิชัย โชควิวัฒน] ก็เป็นตัวตั้งตัวตีคนหนึ่ง...ในเรื่องความเป็นธรรมเนี่ยมันแน่นอนครับ [เกี่ยวข้องกับ] สาธารณสุข สุขภาพ ชีวิตความเป็นอยู่ ชาวนา กรรมกร พวกนี้เป็นเรื่องที่ถกเถียงกันทั้งนั้นแหละครับ...เราก็ไปเชิญอาจารย์ป๋วยมาจากแบงก์ชาติ เชิญอาจารย์สัญญา เชิญใครต่อใคร...ท่านก็มาคุยเล่นให้เด็กฟัง เด็กบางที 5 6 คน 7 คน อยากรู้เรื่องอะไร....คุยกันทุกเรื่องครับ สาธารณสุข ความเป็นธรรม"*[339]

---

[338] ดูเพิ่มเติมใน ก้องสกล กวินรวีกุล. *การสร้างร่างกายพลเมืองไทยในสมัยจอมพล ป. พิบูลสงคราม พ.ศ. 2481-2487*, (วิทยานิพนธ์สังคมวิทยาและมานุษยวิทยามหาบัณฑิต, สาขามานุษยวิทยา คณะสังคมวิทยาและมานุษยวิทยา, มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, 2545).

[339] สัมภาษณ์สุลักษณ์ ศิวรักษ์, คณะผู้วิจัย, 29 พฤษภาคม 2565.

เมื่อเน้นไปที่ประเด็น “พื้นที่ชนบทกับความไม่เป็นธรรม” จะเห็นว่ากลุ่มนักศึกษาและปัญญาชนด้านการแพทย์ที่เป็นชนชั้นกลางต่างได้ซึมซับอิทธิพลเรื่องความแตกต่าง ที่เป็นกระบวนทัศน์ในการมองชนบทมาจากกลุ่มชนชั้นนำมาตลอดโดยอาจจะที่รู้ตัวหรือไม่รู้ตัวก็ตาม ทำให้รู้สึกว่าต้องหยิบยื่นความรู้และความช่วยเหลือไปให้ชุมชนที่อยู่ในชนบทและชนชั้นแรงงานเพื่อให้เกิดความเสมอภาคในสังคม ดังเช่นกรณีนักศึกษามหิดลที่ไปร่วมกิจกรรมในสมัยนั้นได้มองบนฐานคิดที่ว่าชาวบ้านในพื้นที่ชนบท “โง่ จน เจ็บ” จนกระทั่งกลายมาเป็นปรัชญาที่สำคัญของมหิดล[340] และกลายเป็นที่มาของกิจกรรมพัฒนาชนบทจำนวนมากในช่วงทศวรรษ 2510-20 เพื่อช่วยให้ชาวบ้านหลุดพ้นจากสภาวการณ์ดังกล่าว

ข้อดีคือถึงแม้พวกเขาจะเป็นชนชั้นกลางที่ไม่ได้รับความเดือดร้อนโดยตรงต่อระบบเศรษฐกิจ แต่ทว่าวาทกรรมเรื่องความแตกต่างมีอิทธิพลต่อจินตนาการและความเข้าใจของบรรดานักศึกษาและปัญญาชนที่มีต่อชนบทด้วย สำนึกเหล่านี้ได้เข้าไปเปลี่ยนความหมายให้กับ “ชนบท” ให้กลายเป็นพื้นที่อุดมคติที่นักศึกษาต้องไปเรียนรู้และใช้ชีวิตเพื่อเข้าถึงความหมายของการเป็นผู้เสียสละเพื่อประชาชนอย่างแท้จริง แตกต่างจากในอดีตก่อนหน้าที่แพทย์จบใหม่บางส่วนมีทัศนะที่ค่อนข้างลบต่อการทำงานในชนบท เวลานี้การเป็นแพทย์ชดใช้ทุนในชนบทตามนโยบายของรัฐกลับกลายเป็นความเต็มใจที่จะทำมากกว่าที่จะเรียกว่าเป็นการบังคับ ดังเช่นที่นายแพทย์อำพล จินดาวัฒนะ เล่าถึงบรรยากาศขณะที่เป็นนักศึกษาแพทย์ร่วมสมัย (ที่กำลังเรียนจบใน พ.ศ. 2519) ว่า *“ครูบาอาจารย์รุ่นใหญ่เค้ามีแนวคิดมาก่อน เรื่อง โง่ จน เจ็บ ไม่ใช่ว่าจะไปดูถูกเค้านะ แต่ต้องการจะบอกว่าสภาพมันเป็นอย่างนั้น ส่วนนักศึกษาในยุคนั้นก็เชื่อว่าต้อง ‘go to community’ การไปรับใช้ชนบทคือคำตอบ แพทย์ส่วนใหญ่ออกไปเพราะเป็นภาระหน้าที่ไม่ใช่เพราะการใช้ทุน”*[341] เช่นเดียวกันกับนักศึกษาแพทย์ร่วมยุคสมัยท่านอื่น ๆ ที่เน้นย้ำว่าเป็นปรากฏการณ์แห่งยุคที่นักศึกษาประมาณหนึ่งในสามมีความสนอกสนใจต่อปัญหาสังคมอย่างใกล้ชิด จึงทำให้ส่วนใหญ่เห็นว่าการออกไปทำงานในท้องถิ่นทุรกันดารเป็นเรื่องธรรมดา[342]

ขณะเดียวกันบริบทการเมืองที่หล่อหลอม “คนเดือนตุลา” ยังเป็นจุดเริ่มต้นที่สำคัญของพลังนอกระบบราชการในยุคแรก เช่น สหภาพเพื่อสิทธิเสรีภาพประชาชน (สสส.) (พ.ศ. 2516) ทำหน้าที่สร้างความเข้าใจแนวคิด

---

[340] สงวน นิตยารัมภ์พงศ์. *ประวัติศาสตร์มหิดลเพื่อประชาธิปไตย : ภาคที่ 2 ประสานประชาชน อุทิศตนเพื่ออุดมการณ์,* เพิ่งอ้าง, 34-36.

[341] สัมภาษณ์นายแพทย์อำพล จินดาวัฒนะ, คณะผู้วิจัย, 2565.

[342] สัมภาษณ์นายแพทย์ศิริวัฒน์ ทิพย์ธราดล, คณะผู้วิจัย, 20 พฤษภาคม 2565; สัมภาษณ์นายแพทย์วินัย สวัสดิวร, คณะผู้วิจัย, 16 พฤษภาคม 2565.

สิทธิเสรีภาพให้กับผู้ถูกเบียดขับในสังคม[343] สหภาพแรงงาน (พ.ศ. 2518) ที่ก่อตั้งมาจากสมาคมลูกจ้างของภาครัฐวิสาหกิจและเอกชนจำนวน 45 คนเมื่อปี 2517 บทบาทที่สำคัญของสหภาพแรงงานก็เป็นองค์กรที่ทำหน้าที่พิทักษ์สิทธิและผลประโยชน์ของประชาชนในยุคแรก ๆ ที่ได้รับการรับรองผ่านกฎหมาย (พระราชบัญญัติแรงงานสัมพันธ์ พ.ศ. 2518)[344] สหพันธ์แพทย์ชนบทในยุคเริ่มต้น (พ.ศ. 2519) ชมรมเภสัชเพื่อชุมชน (ในปี 2518 และต่อมาคือ ชมรมเภสัชชนบท) ที่เป็นการรวมกลุ่มกันของนักศึกษาและนิสิตคณะเภสัชศาสตร์ เพื่อช่วยเหลือชนบทจากปัญหาการใช้ยา[345] และยังมีประเภทโครงการที่ก่อให้เกิดกลุ่มคนที่ทำงานและเคลื่อนไหวเพื่อสังคมโดยเป็นพลังนอกระบบราชการ ดังแช่นโครงการประกาศนียบัตรอาสาสมัครขั้นบัณฑิต (ป.อ.บ.) (ต่อมาคือหลักสูตรบัณฑิตอาสาสมัคร) ที่ริเริ่มจากอาจารย์ป๋วย อึ๊งภากรณ์ ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2512[346] รวมถึงโครงการพัฒนาชนบทลุ่มน้ำแม่กลอง (พ.ศ. 2517) ที่เป็นการร่วมมือกันของ 3 สถาบัน (มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล)[347] ก็ก่อกำเนิดขึ้นในยุคนี้

4.1.2 แนวคิด “โง่ จน เจ็บ”: โครงการพัฒนาชนบทลุ่มน้ำแม่กลอง” ในปี พ.ศ. 2517

การทำความเข้าใจต่อแนวคิดที่มองชาวบ้านในชนบทว่า “โง่ จน เจ็บ” ที่นอกจากจะปรากฏผ่านการทำกิจกรรมของกลุ่มต่าง ๆ เพื่อช่วยกันพัฒนาชนบทคนละเล็กละน้อยแล้ว การพิจารณาถึง “โครงการพัฒนาชนบทลุ่มน้ำแม่กลอง” ในปี พ.ศ. 2517[348] (Mae Klong Integrated Rural Development Program - MIRDP) จะช่วยให้แนวคิดของชนชั้นกลางที่มีต่อชนบทเกี่ยวกับเรื่องโง่ จน เจ็บ ชัดเจนมากยิ่งขึ้น สำหรับโครงการพัฒนาชนบทลุ่มน้ำแม่กลองต้องการที่จะดึงศักยภาพและจุดเด่นของสามมหาวิทยาลัยออกมาใช้ ได้แก่ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ และมหาวิทยาลัยมหิดล โดยได้รับการสนับสนุนจากมูลนิธิร็อกเกอะเฟลเลอร์พร้อมกับ

---

[343] นภาพร อติวานิชยพงศ์. *เส้นทางสู้สู่ประกันสังคม : ประวัติศาสตร์การต่อสู้และการปฏิรูปกฎหมายประกันสังคม.* กรุงเทพฯ: มูลนิธิเพื่อนหญิง, 2551,64

[344] นภาพร อติวานิชยพงษ์. *สหภาพแรงงานไทยที่เป็นขบวการเคลื่อนไหวทางสังคม*. กรุงเทพฯ: มูลนิธิฟรีดริค เอแบร์ท (Friedrich-Ebert-Stiftung) วิทยาลัยพัฒนศาสตร์ ป๋วย อึ๊งภากรณ์ มูลนิธิอารมณ์ พงศ์พงัน, 2561, 35-36.

[345] วิวรรณ เอกรินทรากุล. *การบริหารงานสาธารณสุขในประเทศไทย พ.ศ. 2501-2520.* ปริญญานิพนธ์อักษรศาสตร์มหาบัณฑิต จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2547, 160.

[346] ดูเพิ่มเติม นภาพร อติวานิชยพงศ์, กนกวรรณ ระลึก, และ กนกวรรณ แซ่จัง. *สังคมชนบทไทยในมุมมองบัณฑิตอาสาสมัคร: บทสังเคราะห์องค์ความรู้จากงานศึกษาของบัณฑิตอาสาสมัคร มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์: ชุดโครงการวิจัย.* สำนักบัณฑิตอาสาสมัคร มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, 2557, 2-5.

[347] ดูเพิ่มเติม โครงการพัฒนาชนบทลุ่มน้ำแม่กลอง. “เอกสารเผยแพร่ โครงการพัฒนาชนบทลุ่มน้ำแม่กลอง (Mae Klong Integrated Rural Development Project).” ม.ป.ป

[348] บริเวณจังหวัดนครปฐม ราชบุรี สุพรรณบุรี เพชรบุรีกาญจนบุรี สมุทรสาคร และสมุทรสงคราม

มีอาจารย์ป๋วย อึ๊งภากรณ์ เป็นผู้อำนวยการโครงการ ซึ่งขณะนั้นดำรงตำแหน่งประธานคณะที่ปรึกษาฝ่ายเศรษฐกิจระหว่างปี พ.ศ. 2517-2518 ในสมัยนายกรัฐมนตรีสัญญา ธรรมศักดิ์ โครงการนี้มุ่งปรับปรุงคุณภาพชีวิต (quality of life) ด้วยการเน้นตอบสนองสิ่งจำเป็น (needs) และสิ่งที่ประชาชนในท้องถิ่นต้องการ (wants) เช่น การเพิ่มรายได้ของประชาชนในพื้นที่ การปรับปรุงสุขภาพให้ดีขึ้น การปรับปรุงการศึกษาให้มีประสิทธิภาพ การส่งเสริมความร่วมมือภายในชุมชนและระหว่างชุมชนกับหน่วยงานรัฐ ทั้งหมดมีจุดหมายเพื่อให้ชาวบ้านสามารถพึ่งตนเองได้[349] รวมถึงยังมุ่งหวังให้อาจารย์ นักศึกษาและบัณฑิตเป็นตัวกลางในการใช้วิชาการความรู้เพื่อร่วมกันพัฒนาชนบท และเพื่อชี้ให้เห็นว่าวิธีการช่วยเหลือชาวบ้านให้หลุดพ้นจากปัญหาได้นั้น จะต้องมองเห็นความสัมพันธ์ของการให้ความช่วยเหลือหลาย ๆ ทาง “ต่อเชื่อมกันเป็นลูกโซ่”[350] วัตถุประสงค์ของโครงการดังกล่าวจึงเป็นไปเพื่อเสนอทางออกของปัญหาเรื่อง “โง่ จน เจ็บ” อย่างตรงไปตรงมาตามที่ได้พูดถึงกันอย่างกว้างขวางในช่วงเวลานี้ ขณะที่ตัวแสดงที่เข้ามาร่วมได้ถูกวางแผนไว้ตามปัญหา 3 ประการ โดยให้มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์รับหน้าที่จัดการเรื่องการศึกษาและเศรษฐศาสตร์ (เพื่อระงับความโง่) สำหรับมหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ดูแลเรื่องของการเกษตร (เพื่อระงับความจน) และมหาวิทยาลัยมหิดลรับผิดชอบเรื่องสาธารณสุข (ระงับการเจ็บป่วย)[351] และในฐานะที่มหิดลเป็นมหาวิทยาลัยผลิตบุคลากรทางการแพทย์ด้วย จึงได้ใช้โอกาสนี้สะท้อนให้เห็นแนวทางที่เน้นชุมชนเป็นพื้นฐาน (Community-based Program) อันเป็นมโนทัศน์ที่กำลังพูดถึงและต้องการผลักดันให้เกิดขึ้นขณะนั้น ซึ่งเกิดขึ้นในทิศทางเดียวกับโครงการต่าง ๆ ที่รัฐบาลเคยปฏิบัติเอาไว้ เช่น การสร้างอาสาสมัครประจำชุมชน[352]

อย่างไรก็ตาม โครงการพัฒนาชนบทลุ่มน้ำแม่กลองไม่ได้ดำเนินไปตามที่ได้วางแผนไว้ เนื่องจากเหตุที่อาจารย์ป๋วย อึ๊งภากรณ์ ผู้อำนวยการโครงการฯ จำต้องลี้ภัยทางการเมืองไปพำนักที่ต่างประเทศเมื่อเกิดกรณี 6 ตุลา เพราะตกเป็นจำเลยในข้อหายุยงปลุกปั่นนักศึกษา แต่กระนั้น โครงการดังกล่าวได้เสนอช่องทางในการแก้ไขปัญหาชนบทเวลานั้น ไม่ว่าจะเป็นเรื่องการ “บูรณาการ” ความร่วมมือจากทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้องเพื่อช่วยกันหาทางออกให้กับปัญหา แนวทางที่มุ่งเน้นชุมชนเป็นพื้นฐาน (Community-based Program) โดยพยายามยกระดับ

---

[349] “โครงการพัฒนาชนบทลุ่มน้ำแม่กลอง: หน้าที่ความรับผิดชอบ ของหน่วยอาจารย์-นิสิตนักศึกษาในท้องถิ่น ในโครงการพัฒนาชนบทลุ่มน้ำแม่กลอง” (TU Digital Collections, ม.ป.ป.); “โครงการพัฒนาชนบทลุ่มน้ำแม่กลอง: โครงการพัฒนาชนบทลุ่มน้ำแม่กลอง ในส่วนของมหาวิทยาลัยมหิดล” (TU Digital Collections, ม.ป.ป.).

[350] William H. Becker, *Innovative Partners: The Rockefeller Foundation and Thailand*, Cited, 138-140.

[351] สัมภาษณ์ศาสตราจารย์สายชล สัตยานุรักษ์ (นักวิชาการด้านประวัติศาสตร์ไทยคนสำคัญของประเทศไทย ภาควิชาประวัติศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่), คณะผู้วิจัย, 26 พฤษภาคม 2565.

[352] โครงการพัฒนาชนบทลุ่มน้ำแม่กลอง, *เอกสารเผยแพร่ โครงการพัฒนาชนบทลุ่มน้ำแม่กลอง (Mae Klong Integrated Rural Development Project)*, ม.ป.ท.]:, [ม.ป.ป.], https://digital.library.tu.ac.th/tu_dc/frontend/Info/item/dc:128000 (สืบค้นวันที่ 23 มีนาคม 2565).

บทบาทของชาวบ้านให้เข้ามาเป็นหนึ่งองค์ประกอบในการพัฒนาระบบสาธารณสุข ซึ่งสภาพการณ์ดังกล่าวนี้จะได้รับการผลักดันและสานต่อในเวลาต่อมาเมื่อวันเวลาล่วงเข้าสู่ทศวรรษ 2520 อันเป็นช่วงที่เพิ่งผ่านพ้นกรณี 6 ตุลาไปแล้ว กระนั้นก็ตาม นอกเหนือไปจากที่รัฐบาลได้การนำแนวคิดเรื่องโง่ จน เจ็บมาทดลองปฏิบัติอย่างจริงจังแล้ว ความก้าวหน้าสำคัญอย่างมากอีกประการหนึ่งที่เป็นผลโดยตรงจากการลุกขึ้นมาเรียกร้องในเหตุการณ์ 14 ตุลา เพื่อย้ายจากระบอบการเมืองแบบเผด็จการทหารไปสู่การเมืองแบบประชาธิปไตย ได้ส่งผลต่อขั้วการเมืองภายในระบบสาธารณสุขที่เปลี่ยนไปจนกระทั่งนำไปสู่ "การปฏิรูปกระทรวงสาธารณสุข" ที่ยังคงมีผลต่อโครงสร้างมาจนประทั่งปัจจุบัน

4.2 การปฏิรูปกระทรวงสาธารณสุข (พ.ศ. 2517)

แม้ข้อเสนอเรื่องการปฏิรูประบบการศึกษาแพทย์ที่เคลื่อนไหวมาตั้งแต่ก่อนหน้าเหตุการณ์ 14 ตุลาจะถูกตีตกไป แต่ภารกิจสำคัญที่แพทย์สายปฏิรูปสามารถผลักดันให้เกิดการเปลี่ยนแปลงสำเร็จคือการปฏิรูปโครงสร้างกระทรวงสาธารณสุข ในหนังสือชีวประวัติของหมอเสม ที่เขียนโดยสันติสุข โสภณศิริ ให้ภาพว่าการปฏิรูปกระทรวงสาธารณสุขที่เกิดขึ้นในปี พ.ศ. 2517 เป็นการเปลี่ยนแปลงครั้งใหญ่ที่สุดนับตั้งแต่ก่อตั้งกระทรวงสาธารณสุขเปรียบได้ดั่งการ "ผ่าตัดผู้ป่วย" อย่างไรอย่างนั้น

ก่อนหน้านี้ ปมเหตุของความขัดแย้งที่ดำรงอยู่ในการดำเนินงานของกระทรวงสาธารณสุข คือความไม่ลงรอยกันระหว่างกรมการแพทย์และกรมอนามัย ซึ่งอาจย้อนกลับไปนับตั้งแต่ตั้งกระทรวงสาธารณสุขในปี พ.ศ. 2485[353] ที่ความสำคัญของภารกิจงานสาธารณสุขเน้นหนักไปที่งานทางสายรักษา โดยกรมการแพทย์เพียงกรมเดียวครอบครองงบประมาณครึ่งหนึ่งของกระทรวง ขณะที่งานป้องกันของฝ่ายกรมอนามัยกลับได้รับความสำคัญน้อยกว่า จนมีปัญหาทั้งเรื่องขาดแคลนงบประมาณ ขาดแคลนกำลังคน และกระทั่งขาดความใส่ใจจากกระทรวงทั้ง ๆ ที่งานป้องกันมีต้นทุนที่น้อยกว่างานรักษาเสียด้วยซ้ำ[354] โดยเฉพาะหลังปี พ.ศ. 2500 การเปลี่ยนแปลงกระทรวงสาธารณสุขในสมัยจอมพลสฤษดิ์ ธนะรัชต์ ที่มีคำสั่งให้โอนย้ายกรมมหาวิทยาลัยแพทยศาสตร์ไปสังกัด

---

[353] กระทรวงสาธารณสุขแบ่งส่วนราชการเป็น 2 สำนัก 5 กรม ได้แก่ สำนักงานเลขานุการรัฐมนตรี สำนักงานปลัดกระทรวง กรมการแพทย์ กรมสาธารณสุข กรมประชาสงเคราะห์ กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ กรมมหาวิทยาลัยแพทยศาสตร์
ใน พ.ศ. 2495 เปลี่ยนชื่อจาก "กรมสาธารณสุข" เป็น "กรมอนามัย" และแยกกรมประชาสงเคราะห์ออกไปสังกัดกรมมหาดไทย
ใน พ.ศ. 2502 แยกกรมมหาวิทยาลัยแพทยศาสตร์ไปสังกัดสำนักนายกรัฐมนตรี

[354] สันติสุข โสภณสิริ, *๘๐ ปีนายแพทย์ไพโรจน์ นิงสานนท์ ข้าวรวงใหญ่แห่งวงการสาธารณสุขไทย* (ปราจีนบุรี: มูลนิธิโรงพยาบาลอภัยภูเบศร, 2550), 101–2.

สำนักนายกรัฐมนตรี ในปี พ.ศ. 2502 เพื่อให้การดำเนินการเรื่องวิชาการสอดคล้องกับเจตนารมย์ของการตั้งสภาการศึกษาแห่งชาติ[355] ทำให้หลังจากนั้นกระทรวงสาธารณสุขเหลือส่วนงานหลักระดับกรมอยู่ 3 หน่วย คือ กรมการแพทย์ (ฝ่ายรักษา) กรมอนามัย (ฝ่ายป้องกัน) และกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ (ฝ่ายส่งเสริมสุขภาพ) ซึ่งทำให้งบประมาณของกรมการแพทย์ได้เพิ่มอย่างต่อเนื่องจนเป็นร้อยละ 60-70 ของงบประมาณกระทรวงสาธารณสุข[356] แต่ขณะที่การดำเนินงานยังมีลักษณะแยกขาดออกจากกันจนไม่สามารถทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ด้วยสภาพปัญหาเช่นนั้น จึงมีการตั้งอนุกรรมการที่ปรึกษาเพื่อหาแนวทางการปรับปรุงกระทรวงในปี พ.ศ. 2514 คณะทำงานได้ข้อสรุปปัญหา 4 ประการของโครงสร้างกระทรวงสาธารณสุข *ประการแรก* เป็นเรื่องการจัดแบ่งแบบยึดหน้าที่เป็นหลัก คือกรมการแพทย์ทำหน้าที่ด้านรักษา กรมอนามัยทำหน้าที่ป้องกันส่งเสริม ทำให้ขาดการประสานงานระหว่างกรมโดยเฉพาะส่วนราชการในภูมิภาคซึ่งควรมีลักษณะการดำเนินงานที่ประสานสอดคล้องกัน *ประการต่อมา* คือภาวะขาดแคลนเจ้าหน้าที่ กรมอนามัยและกรมการแพทย์ไม่มีการประสานหรือแบ่งเบาภาระงานกัน แต่กลับต่างคนต่างทำ ขาดความเกื้อกูลต่อเนื่องในบริการสาธารณสุขโดยรวม *ประการที่สาม* ขาดการประสานงานในระดับปฏิบัติเพราะไม่มีตัวเชื่อมในจังหวัด ไม่มีการวางแผนร่วมกัน เกิดความขัดแย้งระหว่างผู้ปฏิบัติงานทั้งสองฝ่าย *ประการสุดท้าย* คือขาดการกำหนดลักษณะงานและหน้าที่ทำให้เกิดภาวะงานซับซ้อน ทั้งที่มีปัญหาเรื่องความไม่สมดุลหลายประการดังกล่าว โดยเฉพาะระหว่างกรมการแพทย์และกรมอนามัย แต่การดำเนินการที่แล้ว ๆ มาสามารถเดินทางต่อมาได้ เป็นเพราะ *“ความพยายามรักษาความสัมพันธ์อันดีของผู้ใหญ่จากทั้งฝ่ายกรมการแพทย์และกรมอนามัย”*[357]

จากปัญหาทั้ง 4 ข้อทำให้คณะทำงานเรื่องการปรับปรุงกระทรวงแนะนำเรื่องการประสานงานในระดับปฏิบัติการระหว่างงานรักษาและงานป้องกันส่งเสริมสุขภาพว่าควรทำงานร่วมกันให้เป็นวงจรต่อเนื่อง เสริมกำลังและแบ่งเบาภาระกัน[358] แต่กระนั้น ความตั้งใจที่จะบูรณาการงานรักษาและป้องกันเข้าไว้ด้วยกัน กลับถูกตีความผิดเพี้ยนไปในช่วงที่จอมพลถนอม กิตติขจร ตัดสินใจยึดอำนาจตนเองในปี พ.ศ. 2514 จนกลายเป็นที่มาของการ

---

[355] ราชกิจจานุเบกษา, “พระราชบัญญัติโอนมหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ จุฬาลงกรณมหาวิทยาลัย มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยแพทยศาสตร์และมหาวิทยาลัยศิลปากร ไปสังกัดสำนักนายกรัฐมนตรี พ.ศ. ๒๕๐๒” (เล่ม ๗๖ ตอน ๘๕ก ฉบับพิเศษ วันที่ ๒ กันยายน ๒๕๐๒, 2502).

[356] สันติสุข โสภณสิริ, *๘๐ ปีนายแพทย์ไพโรจน์ นิงสานนท์ ข้าวรวงใหญ่แห่งวงการสาธารณสุขไทย*, 102.

[357] สัมภาษณ์นายแพทย์วิชัย โชควิวัฒน, คณะผู้วิจัย, 17 พฤษภาคม 2565.

[358] กองแผนงานสาธารณสุข, “วิวัฒนาการของนโยบายพัฒนาการสาธารณสุขของประเทศไทย,” ใน *45 ปี กระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2585-2530*, (กรุงเทพฯ: สหประชาพานิชย์, 2553), 44.

ควบรวมกลายเป็น "กรมการแพทย์และอนามัย" ที่เอางานส่วนใหญ่ของกรมอนามัยไปผูกรวมอยู่ใต้อำนาจการตัดสินใจของกรมการแพทย์ทั้งหมด[359] ความไม่เข้าใจวัตถุประสงค์ของข้อเสนอแนะเรื่องการบูรณาการ ทำให้เกิดภาวะผิดฝาผิดตัวอยู่ระยะหนึ่ง *"การรวมครั้งนั้นเป็นการวางระเบิดเวลา...เหมือนอยากรวมก็รวมให้แล้ว แต่เพื่อลดการต่อต้าน [จากฝ่ายที่ไม่เห็นด้วยกับการรวม] จึงเอาคนที่ต่อต้านมาคุม ทั้ง ๆ ที่ได้แนวคิดมาจากฝ่ายที่สนับสนุนการรวม"*[360] การทำงานร่วมกันระหว่างกรมการแพทย์และอนามัยภายใต้สภาวะที่ลักลั่นจึงดำรงอยู่ต่อมาจนกระทั่งเหตุการณ์ทางการเมืองอย่าง 14 ตุลาคม พ.ศ. 2516 ปะทุขึ้น ซึ่งนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงทางการเมืองครั้งสำคัญ ภายใต้การนำของรัฐบาลสัญญา ธรรมศักดิ์ ที่มีสองหัวเรือใหญ่ของกระทรวงสาธารณสุข คือนายแพทย์อุดม โปษะกฤษณะ รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข และศาสตราจารย์นายแพทย์เสม พริ้งพวงแก้ว รัฐมนตรีช่วยว่าการกระทรวงสาธารณสุข จึงเกิดเป็น "ตำนานการปฏิรูปกระทรวงสาธารณสุขระลอกต่อเนื่อง" จนองค์กรเข้ารูปเข้ารอย ซึ่งนับเป็นช่วงเวลาสำคัญของการปรับโครงสร้างใหม่ที่มีผลต่องานสาธารณสุขมาจนกระทั่งปัจจุบัน

ลักษณะพิเศษอย่างหนึ่งของกระทรวงสาธารณสุขในช่วงหลังเหตุการณ์ 14 ตุลาคม คือ รัฐบาลไม่เข้ามาแทรกแซงการพัฒนา แต่ปล่อยให้เป็นเรื่องของผู้เชี่ยวชาญภายในกระทรวงฯ ซึ่งนวลน้อย ตรีรัตน์เรียกว่าเป็นยุค "เทคโนแครตสาธารณสุข"[361] โดยเฉพาะเมื่อนายแพทย์เสม ได้รับการแต่งตั้งให้เป็นรัฐมนตรีช่วยว่าการกระทรวงสาธารณสุข ส่งผลให้กลุ่มแพทย์สายปฏิรูปได้เข้าไปเคลื่อนไหวในฐานะคณะที่ปรึกษาอย่างไม่เป็นทางการ เพื่อผลักดันการปฏิรูปโครงสร้างภายในกระทรวงฯ ดังจะเห็นได้จากเดือนพฤศจิกายน พ.ศ. 2516 เพียงหนึ่งเดือนหลังเหตุการณ์ 14 ตุลาฯ ได้มีการตั้งคณะทำงาน 11 คนเพื่อจัดทำข้อเสนอปรับปรุงส่วนราชการและผังการบริการงานของกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งคณะทำงานล้วนเป็นบุคลากรทางการแพทย์ และมีหลายคนที่เรียกว่าเป็นแพทย์ที่มีแนวคิดปฏิรูป เช่น นายแพทย์ไพโรจน์ นิงสานนท์หนึ่งในสมาชิกกลุ่มโป๊ยเซียน[362] หรือประธานคณะทำงานอย่างนายแพทย์สมบูรณ์ วัชโรทัย ก็เป็นผู้ที่เคยทดลองทำโครงการสาธารณสุขชุมชนที่เน้นความสำคัญของการแพทย์เชิง

---

[359] กรมอนามัย, *งานและความคิด หมอดำรงค์ บุญยืน: ขุนพลในมหากาพย์แห่งการพัฒนาสาธารณสุขไทย* (นนทบุรี: กรมอนามัย, 2551), 31.

[360] สัมภาษณ์นายแพทย์วิชัย โชควิวัฒน, คณะผู้วิจัย, 17 พฤษภาคม, 23 พฤษภาคม, 2 มิถุนายน 2565.

[361] นวลน้อย ตรีรัตน์ และ แบ๊งค์ งามอรุณโชติ, *การเมืองและดุลอำนาจในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า,* (นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.), 2555), 21.

[362] สันติสุข โสภณสิริ, *เกียรติประวัติแพทย์ไทยฝากไว้ให้คนรุ่นหลัง ชีวิตและผลงานของศาสตราจารย์นายแพทย์เสม พริ้งพวงแก้ว,* (นนทบุรี: สำนักวิจัยสังคมและสุขภาพ (สวรส.), 2555), 179.

ป้องกัน[363] ยังมีขุนพลสำคัญอื่นๆ อีกมาก เช่น นายแพทย์จิตต์ เหมะจุฑา นายแพทย์อมร นนทสุต นายแพทย์ยุทธนา ศุขสมิติ และนายแพทย์ดำรงค์ บุญยืน

หนึ่งในข้อเสนอหลักจากคณะทำงานปฏิรูปโครงสร้างกระทรวงสาธารณสุขที่ช่วยแก้ไขปัญหาอย่างมากคือเรื่องการบริหารจัดการที่ทับซ้อนกันอยู่ โดยมีการ "รวมหน้าที่" ของกรมอนามัยและกรมการแพทย์เดิมในส่วนภูมิภาคให้รวมมาขึ้นกับส่วนงาน "ราชการบริการส่วนภูมิภาค" ซึ่งขึ้นตรงกับสำนักงานปลัดกระทรวงฯ[364] กล่าวคือหลังปี พ.ศ. 2517 เป็นต้นมามีการโอนโรงพยาบาลในส่วนภูมิภาค ศูนย์การแพทย์และอนามัย สถานีอนามัยและสำนักงานผดุงครรภ์ในส่วนภูมิภาคให้อยู่ภายใต้การกำกับของ "นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด" ที่มีอำนาจการบริหารที่ได้รับจากกระทรวงส่วนกลางมากยิ่งขึ้น การเปลี่ยนสายการบังคับบัญชาเช่นนี้จะทำให้เกิดเอกภาพในการควบคุม และการขยายบริการ การรักษาทั้งหมดให้อยู่ภายใต้การควบคุมเพียงหน่วยงานเดียวจากเดิมที่เคยแยกเป็นสองหน่วยงานมาตลอด[365] จึงเรียกว่าเป็นการ "กระจายงาน" (decentralize) ไปสู่ภูมิภาคโดยให้อำนาจกับทางจังหวัดและไม่ต้องให้งานมาอยู่ส่วนกลางดังที่เคยเป็นมา

แน่นอนว่าการเปลี่ยนแปลงเช่นนี้สร้างความไม่พอใจให้หมอบางส่วนที่ไม่ต้องการถูกโอนไปอยู่ใต้การบังคับบัญชาของนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด แต่ต้องการสังกัดกรมการแพทย์เช่นเดิม ฉะนั้น การปฏิรูปครั้งนี้นอกจากจะเป็นการย้ายสายบังคับบัญชาแพทย์ต่างจังหวัดแล้ว ยังเป็นการยกเลิกอำนาจกรมการแพทย์ในสายบังคับบัญชาเดิมต่อโรงพยาบาลจังหวัดทั้งหมดด้วย โรงพยาบาลในภูมิภาคจึงไม่ต้องขึ้นกับอธิบดีกรมการแพทย์ที่กรุงเทพฯ อีกต่อไป แต่สังกัดนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดที่รับมอบอำนาจจากส่วนกลางมาแทน[366] ซึ่งร่างพระราชบัญญัติดังกล่าวได้ผ่านการพิจารณาของสภาผู้แทนราษฎรในเดือนสิงหาคม พ.ศ. 2517 นับจากวันที่ตั้งคณะทำงานเพื่อร่างข้อเสนอปรับปรุงกระทรวงเดือนพฤศจิกายน พ.ศ. 2516 โดยใช้เวลาเพียง 9 เดือนเท่านั้น

---

363 สำนักงานคณะกรรมการสาธารณสุขมูลฐาน, *การสาธารณสุขมูลฐานในประเทศไทย* (นนทบุรี: สำนักงานปลัดกระทรวง กระทรวงสาธารณสุข, 2527), 9.

364 ยุทธนา ศุขสมิติ, "การปรับปรุงส่วนราชการกระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2517," in *45 ปี กระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2485-2530*, vol. 2531 (นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข, n.d.), 41–63.

365 สันติสุข โสภณสิริ, *เกียรติประวัติแพทย์ไทยฝากไว้ให้คนรุ่นหลัง ชีวิตและผลงานของศาสตราจารย์นายแพทย์เสม พริ้งพวงแก้ว*, vol. 2555 (นนทบุรี: สำนักวิจัยสังคมและสุขภาพ (สวสส.), n.d.), 179–85.

366 สันติสุข โสภณสิริ, *เกียรติประวัติแพทย์ไทยฝากไว้ให้คนรุ่นหลัง ชีวิตและผลงานของศาสตราจารย์นายแพทย์เสม พริ้งพวงแก้ว,* (นนทบุรี: สำนักวิจัยสังคมและสุขภาพ (สวรส.), 2555), 179-185 .

ภายใต้ร่มเงาของบรรยากาศทางการเมืองที่เต็มไปด้วยกระแสเลือกตั้งและการปฏิรูปโครงสร้างสาธารณสุขที่เน้นการประสานความร่วมมือในการทำงานเช่นนี้เอง หลังจากนั้นหนึ่งปีได้เกิดนโยบายด้านหลักประกันสุขภาพขึ้นเป็นครั้งแรกคือนโยบายหลักประกันด้านสุขภาพแก่ประชาชนผู้มีรายได้น้อย ภายใต้ชื่อว่า โครงการสงเคราะห์ประชาชนผู้มีรายได้น้อยด้านการรักษาพยาบาล (สปน.) ซึ่งมีเป้าหมายให้ผู้ที่มีฐานะยากจนมีหลักประกันในการเข้าถึงบริการทางการแพทย์จากสถานพยาบาลของรัฐโดยไม่เสียค่าใช้จ่าย[367]

4.3 จุดเริ่มต้นการพัฒนาระบบหลักประกันสุขภาพของคนไทย: โครงการสงเคราะห์ประชาชนผู้มีรายได้น้อย (สปน.)

การประกาศใช้รัฐธรรมนูญฉบับพุทธศักราช 2517 มีความสำคัญอย่างยิ่งต่อการสร้างหลักประกันสุขภาพในประเทศไทย ซึ่งเกิดอย่างเป็นทางการครั้งแรกใน พ.ศ. 2518 ภายใต้ชื่อ “โครงการสงเคราะห์ประชาชนผู้มีรายได้น้อย (สปน.)” โครงการนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้ที่มีรายได้น้อยมีหลักประกันในการเข้าถึงบริการทางการแพทย์และสาธารณสุข โดยเป็นไปตามเจตนารมณ์ดังที่ปรากฏในมาตรา 92 ของรัฐธรรมนูญฉบับดังกล่าวไว้อย่างชัดเจนว่า

> *“รัฐพึงส่งเสริมการสาธารณสุข ตลอดถึงการอนามัยครอบครัว และพึงคุ้มครองสุขภาพของบุคคลและสนับสนุนให้ประชาชนมีส่วนร่วมด้วย* ***รัฐพึงให้การรักษาพยาบาลแก่ผู้ยากไร้โดยไม่คิดมูลค่า*** *การป้องกันและปราบปรามโรคติดต่ออันตราย รัฐจะต้องกระทำให้แก่ประชาชนโดยไม่คิดมูลค่า”*[368]

แน่นอนว่ารัฐธรรมนูญฉบับที่ 10 ของประเทศส่งผลต่อแนวความคิดโดยตรงต่อเรื่องการรักษาพยาบาลแก่ผู้ยากไร้โดย “ไม่คิดมูลค่า” (และรวมถึงการป้องกันและปราบปรามโรคติดต่อร้ายแรงโดย “ไม่คิดมูลค่า” ด้วย) แต่ขณะเดียวกันพรรคการเมืองเองต้องมุ่งไปสู่การสร้างนโยบายเพื่อตอบสนองเป้าหมายดังกล่าวด้วย เวลานั้นหัวใจสำคัญหลังเกิดเหตุการณ์ 14 ตุลาคม อยู่ที่เรื่อง “ความจนและความเหลื่อมล้ำ”

---

[367] วิโรจน์ ณ ระนอง และ อัญชนา ณ ระนอง, *จากการสงเคราะห์คนจนสู่การสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า : วิวาทะของสองปรัชญาเบื้องหลัง “โครงการ 30 บาท”,* (นนทบุรี: สำนักวิจัยสังคมและสุขภาพ (สวรส.), 2555), 5.

[368] ราชกิจจานุเบกษา, “รัฐธรรมนูญฉบับที่ 10 รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2517” (พิพิธภัณฑ์รัฐสภา เล่าเรื่องการเมืองการปกครองไทย, 2517), https://parliamentmuseum.go.th/constitution-law/2517.PDF.

4.3.1 บทบาทสถาบันทางการเมืองกับประเด็นความยากจนและความเหลื่อมล้ำ (ทางเศรษฐกิจ)

ด้วยการพัฒนาที่เชื่อว่าหากโครงสร้างส่วนบนทางเศรษฐกิจมีความมั่งคั่ง จะทำให้เกิดการกระจายความมั่งคั่งลงสู่ส่วนอื่นๆ อุปมาดั่งหัวใจที่สูบฉีดเลือดจากเส้นเลือดใหญ่กระจายสู่เส้นเลือดฝอยตามลำดับ แต่ในความเป็นจริงเสรีนิยมทางเศรษฐกิจในด้านหนึ่งได้ทำเกิดเครือข่ายของกลุ่มทุน โดยเฉพาะกลุ่มทุนธนาคารพาณิชย์เอกชนที่ผูกขาดและเกิดการกระจุกตัวในหมู่กลุ่มทุนน้อยรายนี้เท่านั้น[369] ซึ่งไม่ก่อให้เกิดการแข่งขันและการกระจายทรัพยากรอย่างทั่วถึง ตามที่ศาสตราจารย์รังสรรค์ ธนะพรพันธุ์ เรียกกลุ่มทุนเหล่านี้ว่า "ปลิงดูดเลือดสังคมไทย"[370] การกระจุกตัวทางเศรษฐกิจย่อมเกี่ยวข้องกับการพัฒนาเชิงพื้นที่ที่กระจุกตัวตามไปด้วย กรุงเทพมหานครได้ขยายตัวออกไปอย่างมาก จนกลายเป็นแม่เหล็กของตลาดแรงงานที่ใหญ่ที่สุดในประเทศ และยังเป็นศูนย์กลางของธุรกิจการบริการที่เติบโตขึ้นเรื่อย ๆ เช่น โรงแรม ร้านอาหาร และห้างสรรพสินค้า ซึ่งโรงพยาบาลกรุงเทพก็ได้เกิดขึ้นในช่วงเวลานี้เช่นกันในนามบริษัท กรุงเทพดุสิตเวชการ จำกัด (พ.ศ. 2515)[371] เมืองที่เติบโตทางเศรษฐกิจย่อมจำเป็นต้องพึ่งพาแรงงานราคาถูก ทำให้ดึงดูดเอาแรงงานราคาถูกจากต่างจังหวัดเข้ามาทำงาน เกิดเป็นการอพยพตามฤดูกาล (seasonal migration) หรือการโยกย้ายไปตั้งรกรากในเมือง และด้วยการให้ความสำคัญของการพัฒนาเศรษฐกิจในพื้นที่เมืองเป็นหลัก รัฐจึงส่งเสริมภาคอุตสาหกรรมและกดให้แรงงานมีราคาถูกไปเรื่อย ๆ ทำให้เกิดเป็นความเหลื่อมล้ำระหว่างเมืองและชนบท[372] ซึ่งเป็นมูลเหตุหนึ่งที่ก่อให้เกิดขบวนการเคลื่อนไหวของชาวนาเพื่อเรียกร้องให้รัฐบาลมอบชีวิตความเป็นอยู่ที่ดีขึ้นแก่พวกเขา อย่างการเพิ่มค่าแรงและการช่วยเหลือเรื่องที่ดินทำกิน การเคลื่อนไหวของชนชั้นแรงงานจำนวนมากกลายเป็นสิ่งที่ปรากฏให้เห็นอยู่ดาษดื่นหลังเหตุการณ์ 14 ตุลาคม

เมื่อบรรยากาศทางเศรษฐกิจทำให้ความจนและความเหลื่อมล้ำเด่นชัดกว่าที่เคยเป็นมา จึงได้ผลักปัญหาไปที่สู่สถาบันทางการเมืองอย่าง "พรรคการเมือง" และ "ตัวนโยบาย" ที่ถูกนำมาใช้หาเสียงเลือกตั้งเพื่อเป็นทางออกของวิกฤติ พรรคการเมืองแต่ละพรรคจึงจำเป็นต้องนำเสนอนโยบายที่ตอบสนองต่อปัญหาของสังคมเวลานั้นได้มากที่สุด เรื่อง "ความจน" ได้กลายมาเป็นสมการเพื่อดึงมวลชนมาอยู่เคียงข้าง นั่นจึงทำให้ "พื้นที่ชนบท"

---

[369] ดูเพิ่มเติมใน กลุ่มธุรกิจการเงินกลุ่มเกียรตินาคินภัทร. *50 Years:The Making of the ModernThai Economy*, (กรุงเทพฯ: เดอะสแตนดาร์ด, 2022).

[370] ดูเพิ่มเติมใน รังสรรค์ ธนะพรพันธุ์. *วิกฤติการณ์การเงินและเศรษฐกิจการเงินไทย,* (กรุงเทพฯ: คบไฟ, 2543).

[371] ดูเพิ่มเติมใน Bangkok Dusit Medical Service. *ประวัติบริษัท.* ม.ป.ป. https://investor.bangkokhospital.com/th/general/company-background (3 มิถุนายน 2562 ที่เข้าถึง).

[372] พอพันธ์ อุทยานนท์. *ประวัติศาสตร์เศรษฐกิจแห่งประเทศไทย*, (กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2564), บทที่ 4.

ที่มีภาพความจนอย่างเด่นชัด กลับกลายทวีความสำคัญขึ้นมาในยุคที่ประชาธิปไตยกำลังเบ่งบาน[373] อย่างกรณีของ "กลุ่มพลังใหม่" กลุ่มการเมืองอันมีนายแพทย์กระแส ชนะวงศ์ เป็นผู้นำกลุ่ม ออกประกาศจุดยืนตามแนวทางของสังคมนิยมชัดเจน มีการวางนโยบายที่เน้นไปที่สวัสดิการสาธารณสุขของคนไทยว่าเป็นสิ่งที่ประชาชนทุกคนต้องได้รับอย่างเท่าเทียมกัน และ*"ระบบและวิธีการบริหารทางการแพทย์และอนามัย จะต้องได้รับการปรับปรุงให้เข้ารับใช้ประชาชนอย่างทั่วถึง"*[374] ต่อมากลุ่มนี้ได้จัดตั้งเป็นพรรคการเมือง (เมื่อวันที่ 21 พฤศจิกายน พ.ศ. 2517) โดยมีอาจารย์จากมหาวิทยาลัยมหิดลหลายท่านเป็นแกนนำ รวมทั้งมีนักศึกษามหิดลเข้าร่วมเป็นยุวชนของพรรคอีกด้วย[375] พรรคพลังใหม่จึงเป็นภาพสะท้อนที่ชี้ให้เห็นมิติทางด้านการเมืองที่สัมพันธ์กับเรื่องความยากจน (เศรษฐกิจ) และนำมาสู่เรื่องสาธารณสุข (สังคม) ได้เป็นอย่างดี แม้ว่าพรรคจะไม่ประสบความสำเร็จในทางการเมืองทั้งในกรุงเทพฯ และระดับประเทศ

ในทางกลับกัน พรรคกิจสังคม (Social Action Party) นำโดยหม่อมราชวงศ์คึกฤทธิ์ ปราโมทย์ (ซึ่งได้แรงบันดาลใจมาจาก People Action's Party ของงประเทศสิงคโปร์) กลับประสบความสำเร็จมากกว่าในเวทีเลือกตั้ง ด้วยพรรคกิจสังคมยังเป็นพรรคการเมืองใหม่ที่เพิ่งก่อตั้งขึ้นเช่นกันเมื่อวันที่ 4 พฤศจิกายน พ.ศ. 2517 เพียงหนึ่งเดือนหลังจากมีรัฐธรรมนูญเท่านั้น ทำให้จำเป็นต้องได้รับแรงสนับสนุนจากทั้งเครือข่ายภาคเอกชน เช่นนายธนาคาร (คุณบุญชู โรจนเสถียร) และรวมถึงได้รับฐานเสียงจากประชาชน จึงเป็นที่มาของการใช้ "ยุทธศาสตร์เรื่องความจน" เป็นนโยบายสำหรับหาเสียงเลือกตั้งที่สอดรับไปกับเจตนารมณ์ของประเทศและตอบสนองต่อประชาชนเช่นกัน โดยพรรคมีนโยบายบรรเทาความทุกข์ยากเฉพาะหน้า (สำหรับเขตชนบท) นโยบายผันเงินทุนจากสถาบันการเงินสู่เกษตร การเข้าประกันราคาผลิตผลของเกษตร การส่งเสริมการประมงและเลี้ยงสัตว์ และเมื่อพรรคกิจสังคมได้รับคะแนนเสียงจนสามารถจัดตั้งเป็นรัฐบาลผสมได้ จึงทำให้หม่อมราชวงศ์คึกฤทธิ์ ปราโมช ดำรงตำแหน่งนายกรัฐมนตรีตั้งแต่วันที่ 14 มีนาคม พ.ศ. 2518 ถึงวันที่ 12 มกราคม พ.ศ. 2519 โครงการสงเคราะห์ประชาชนผู้มีรายได้น้อยหรือโครงการ สปน. ที่เชื่อมโยงทั้งมิติการเมือง ความจน และสุขภาพจึงถือกำเนิดขึ้น ดังคำแถลง

---

[373] สัมภาษณ์ศาสตราจารย์สายชล สัตยานุรักษ์ (นักวิชาการด้านประวัติศาสตร์ไทยคนสำคัญของประเทศไทย ภาควิชาประวัติศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่).

[374] ดูเพิ่มเติมใน ห้องพิมาน โรงแรมมณเฑียร. *วันลงนามในปฏิญญาของกลุ่มพลังใหม่.* 2517.

[375] สงวน นิตยารัมภ์พงศ์. *ประวัติศาสตร์มหิดลเพื่อประชาธิปไตย : ภาคที่ 2 ประสานประชาชน อุทิศตนเพื่ออุดมการณ์*, (กรุงเทพมหานคร: เคล็ดไทย, 2547), 95.

นโยบายของรัฐบาลในที่ประชุมสภาผู้แทนราษฎรสมัยแรก ที่มุ่งเร่งขจัดความยากจนในเขตเมือง นครใหญ่ หรือทุกภาคของประเทศที่ว่า

> “จะดำเนินการให้ประชาชนผู้บรรลุนิติภาวะแล้ว และมีรายได้ต่ำกว่า ๑,๐๐๐ บาทต่อเดือน ได้รับการสงเคราะห์ในประการดังต่อไปนี้อย่างครบถ้วน โดยจะดำเนินการให้สำเร็จหลังจากเข้าบริหารงานแล้ว ๖ เดือน คือ (๑) ได้รับสิทธิโดยสารรถประจำทางทุกสาย โดยไม่ต้องเสียค่าโดยสาร... (๒) ได้รับสิทธิโดยไม่ต้องเสียค่าเล่าเรียน ค่าหนังสือ และค่าธรรมเนียมอื่น ๆ ที่เกี่ยวกับการศึกษาภาคบังคับสำหรับบุตรทุกคน **(๓) ได้รับบริการด้านการรักษา ความเจ็บป่วยโดยไม่ต้องเสียค่ารักษา**”[376]

4.3.2 โครงการสงเคราะห์ประชาชนผู้มีรายได้น้อย (สปน.) สู่โครงการสวัสดิการประชาชนด้านการรักษาพยาบาล (สปร.)

สำหรับโครงการ สปน. ได้กำหนดเส้นแบ่งของ “ผู้มีรายได้น้อย” ที่เข้าเกณฑ์คือต้องเป็นผู้มีรายได้ต่อเดือนต่ำกว่า 1,000 บาท ช่วงหนึ่งปีแรกผู้ที่จะได้รับสิทธิต้องมีบัตรที่ออกโดยหน่วยงานที่รับผิดชอบ วิธีการคือแสดงความจำนงที่จะขอรับการสงเคราะห์โดยกรอกแบบฟอร์ม สปน.๑ พร้อมบัตรประจำตัว ทะเบียนบ้านและหลักฐานการประกอบอาชีพหรือการมีรายได้ ยื่นแก่หน่วยงานเพื่อพิจารณา เมื่อผู้มีหน้าที่รับผิดชอบในแต่ละเขตหรืออำเภอพิจารณาเห็นชอบแล้วจะมอบบัตร (แบบ สปน.๒) เพื่อเก็บไว้เป็นหลักฐานโดยบัตรจะมีอายุ 1 ปีเมื่อครบกำหนดให้ยื่นความประสงค์เพื่อขอออกบัตรใหม่[377] อย่างไรก็ตาม ช่วงแรกกลับพบว่ามีผู้มาขอทำบัตรค่อนข้างน้อย ทำให้ระหว่าง พ.ศ. 2519–2522 จึงมีการยกเลิกขั้นตอนการออกบัตรและให้ถือเป็นอำนาจของโรงพยาบาลในการพิจารณาให้การสงเคราะห์โดยอิงกับหลักเกณฑ์ที่กระทรวงกำหนด ดังที่นายแพทย์ศิริวัฒน์ ทิพย์ธราดล เล่าถึงประสบการณ์ขณะที่เป็นนักศึกษาแพทย์ฝึกงานในช่วงของการใช้นโยบายสงเคราะห์ประชาชนผู้มีรายได้น้อย (สปน.) ไว้ว่า *“ตอนนั้นไปเป็น intern อยู่ที่ศรีสะเกษก็ใช้ สปน. เวลาคนไข้มาหาหมอ รักษาเสร็จเขาไม่มีเงินจ่ายเราก็ส่งเข้าสังคมสงเคราะห์”*[378] ขณะที่นายแพทย์วินัย สวัสดิวร กล่าวเสริมในทิศทางเดียวกันว่า *“สมัยอยู่มหาสารคามเราเป็นหมอเราก็สั่งยา พอห้องยาจะเก็บเงิน ชาวบ้านเขาไม่มีเงิน เขาจะกลับมาหาเรา เราก็เซ็นให้เป็น*

---

[376] สำนักเลขาธิการคณะรัฐมนตรี, “คณะรัฐมนตรี คณะที่ ๓๖ หม่อมราชวงศ์คึกฤทธิ์ ปราโมช: รายงานการประชุมสภาผู้แทนราษฎร ครั้งที่ ๔/๒๕๑๘ (สามัญ สมัยแรก) วันพุธที่ ๑๙ มีนาคม พุทธศักราช ๒๕๑๘” (หน้า ๒๓๗ – ๒๕๐, 2518), https://www.soc.go.th/?page_id=6134.

[377] สำนักเลขาธิการคณะรัฐมนตรี, “(สำเนา) ระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยการให้การสงเคราะห์แก่ประชาชนผู้มีรายได้น้อยในเขตเมือง พ.ศ. ๒๕๑๘” (สำนักงานคณะกรรมการข้อมูลข่าวสารของราชการ (สขร.)), 2518), http://www.oic.go.th/FILEWEB/CABINFOCENTEROPM/DRAWER01/GENERAL/DATA0004/00004005.PDF.

[378] สัมภาษณ์นายแพทย์ศิริวัฒน์ ทิพย์ธราดล, คณะผู้วิจัย, 20 พฤษภาคม 2565.

อนาถาเพื่อส่งไปฝ่ายสังคมสงเคราะห์ ถ้าเป็นโรงพยาบาลจังหวัดใหญ่หน่อยก็จะมีแผนกนี้ แล้วคนไข้ก็จะเข้าสู่ขั้นตอนคัดกรองของโรงพยาบาล นักสังคมสงเคราะห์จะซักไซ้ว่าจนจริงไหม”[379]

ต่อมาในปี พ.ศ. 2522 ได้มีการเปลี่ยนแปลงหลักเกณฑ์ของผู้มีรายได้น้อย โดยกำหนดเกณฑ์ผู้ที่มีรายได้ต่ำกว่า 1,000 บาทต่อเดือนสำหรับคนโสด และเพิ่มเงื่อนไขใหม่โดยกำหนดรายได้ต่ำกว่า 2,000 บาทต่อเดือนกรณีสำหรับผู้ที่มีครอบครัว จากนั้นในปี พ.ศ. 2524-5 ในยุคที่รัฐบาลพลเอกเปรม ติณสูลานนท์ ขึ้นดำรงตำแหน่งนายกรัฐมนตรีแล้ว ได้ประกาศใช้ “ระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยการสงเคราะห์ประชาชนผู้มีรายได้น้อยเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล พ.ศ. 2524”[380] และ “ระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรี ว่าด้วยการสงเคราะห์ประชาชนผู้มีรายได้น้อยเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2525” เพื่อให้มีความชัดเจนและเพิ่มสิทธิให้ครอบคลุมมากขึ้น โดยให้มีการออกบัตรสงเคราะห์เป็นรายครอบครัวทุกสามปี[381] ซึ่งเป็นการออกบัตรประจำโครงการอย่างเป็นระบบครั้งแรก บัตรดังกล่าวจะไม่มีการระบุชื่อสถานพยาบาลเพื่อให้สามารถใช้บริการได้ทุกแห่ง และเปลี่ยนรายได้ขั้นต่ำของผู้ได้รับสิทธิสำหรับคนโสดจากไม่เกิน 1,000 เป็น 1,500 บาทต่อเดือน ส่วนผู้มีครอบครัวยังคงเดิมคือไม่เกิน 2,000 บาท

กระทั่งปี พ.ศ. 2527 ได้ยกเลิกการเข้ารับบริการที่ไหนก็ได้โดยเปลี่ยนมากำหนดสถานพยาบาลคือสถานีอนามัยหรือโรงพยาบาลที่อยู่ในภูมิลำเนา ในภายหลังได้เกิดพัฒนาการที่สำคัญคือการเพิ่มผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไปเข้ามาอยู่ในโครงการนี้ด้วยใน พ.ศ. 2532 และหลังจากนั้นสามปี (พ.ศ. 2535) ได้เพิ่มเด็กอายุต่ำกว่า 12 ปี ผู้พิการทหารผ่านศึกและครอบครัว ภิกษุสามเณร รวมถึงผู้นำทางศาสนาเข้ามาเพิ่มเติม ซึ่งได้เปลี่ยนชื่อโครงการเป็น “โครงการสวัสดิการประชาชนด้านการรักษาพยาบาล” (สปร.) เปลี่ยนแปลงเกณฑ์ผู้มีรายได้น้อยคือไม่เกินกว่า 2,000 บาทสำหรับคนโสด และไม่เกินกว่า 2,800 บาทสำหรับครอบครัว และผู้มีอยู่ในภูมิลำเนาจะได้รับบัตรถาวรพร้อมสิทธิคราวละไม่เกินสามปี โดยสามารถรับบริการจากสถานพยาบาลในภูมิลำเนาหรือใกล้เคียงได้ ส่วนผู้ที่อยู่

---

[379] สัมภาษณ์นายแพทย์วินัย สวัสดิวร, คณะผู้วิจัย, 16 พฤษภาคม 2565.

[380] ราชกิจจานุเบกษา, “ระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรี ว่าด้วยการสงเคราะห์ประชาชนผู้มีรายได้น้อยเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล พ.ศ. ๒๕๒๔” (เล่ม ๙๘ ตอน ๑๑ ก ฉบับพิเศษ วันที่ ๒๓ มกราคม พ.ศ. ๒๕๒๔, 2524).

[381] สมาชิกครอบครัวหมายถึงผู้ที่ยังไม่บรรลุนิติภาวะหรือบรรลุนิติภาวะแต่เป็นคนไร้ความสามารถหรือเสมือนไร้ความสามารถที่อยู่ภายใต้การอุปการะเลี้ยงดู

นอกภูมิลำเนาได้รับบัตรชั่วคราวสิทธิคราวละไม่เกินหนึ่งปี และจะเข้ารับบริการจากสถานพยาบาลที่ได้เพียงแห่งเดียว[382]

แม้ว่าจะพบปัญหาระหว่างดำเนินการของโครงการสปน. ที่ได้วิวัฒนาการภายหลังสู่ สปร. สองประการสำคัญ ประการแรกเป็นเรื่องระบบบริหารจัดการ โดยเฉพาะปัญหาที่ผู้ได้รับบัตรไม่ได้เป็นผู้มีฐานะยากจน ขณะที่คนยากจนและประสบปัญหาทางการเงินกลับไม่ได้รับบัตร ส่วนหนึ่งเป็นเพราะกลไกในการออกบัตรจำเป็นต้องดำเนินการผ่านกระทรวงมหาดไทยในแต่ละท้องที่ ซึ่งภาระหน้าที่ในการคัดกรองจึงตกไปอยู่ที่ระดับกำนันและผู้ใหญ่บ้าน ที่จะทำหน้าที่ชี้เป้าว่าใครจนหรือไม่จน ซึ่งบางครั้งเป็นที่กล่าวกันหนาหูว่าผู้ถือบัตร สปน. กลับใส่สร้อยคอทองคำหรือขี่รถจักรยานยนต์มารับบริการที่โรงพยาบาล ซึ่งถือเป็นสิ่งของรูปธรรมที่พอสังเกตเห็นได้ว่าเป็นผู้มีฐานะอยู่บ้าง ทำให้คนใช้บัตร สปน. กลับกลายเป็น “*พวกอยากจน ไม่ใช่ยากจนจริง ๆ* ”[383]

นอกจากนี้ยังมีปัญหาเกี่ยวกับความรู้สึกนึกคิดของประชาชนผู้รับบริการที่มีต่อบัตร สปน. เองที่บางครั้งมิติของคำว่า “สงเคราะห์” ทำให้ผู้ครอบครองบัตรรู้สึกถูกทำให้กลายเป็นผู้ร้องขอ ซึ่งมีผลในแง่ศักดิ์และศรีของผู้รับบริการ ดังจะเห็นจากความพยายามของรัฐบาลในการเปลี่ยนชื่อใหม่จาก “โครงการสงเคราะห์ประชาชนผู้มีรายได้น้อย (สปน.)” เป็น “โครงการสวัสดิการประชาชนด้านการรักษาพยาบาล” (สปร.) ทั้งที่หลักการของนโยบายยังคงอยู่เช่นเดิม[384] อย่างไรก็ตาม แม้ว่าโครงการดังกล่าวอาจประสบปัญหาหลายประการระหว่างดำเนินงาน และเป็นโครงการที่เริ่มจากแนวคิดแบบมุ่งเป้าไปที่ผู้ยากไร้ก่อนเป็นความสำคัญลำดับต้น ๆ ซึ่งอาจยังไม่ครอบคลุมประชากรไทยทั้งหมด แต่ต้องไม่ลืมว่าโครงการ สปน. หรือ สปร. ได้กลายเป็นโครงการหลักประกันสุขภาพครั้งแรกของสังคมไทย ที่จะกลายเป็นหนึ่งพื้นฐานสำคัญที่จะต่อยอดไปสู่การพัฒนาเป็นระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในอีกสองทศวรรษต่อมา และยังนับเป็นโครงการแรกๆ ของรัฐทางด้านสาธารณสุขที่พยายามชี้ให้เห็นปมความสัมพันธ์ระหว่าง “ความยากจน” กับ “การเข้าถึงบริการทางสุขภาพ” ของประชาชนว่ามีความเกี่ยวพันกันอย่างลึกซึ้งด้วย

---

[382] ราชกิจจานุเบกษา, “ระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรี ว่าด้วยสวัสดิการประชาชนด้านการรักษาพยาบาล พ.ศ. ๒๕๓๗” (เล่ม ๑๑๑ ตอนพิเศษ ๓๓ ง วันที่ ๑๐ สิงหาคม พ.ศ. ๒๕๓๗, 2537), http://www.ratchakitcha.soc.go.th/DATA/PDF/2537/E/033/33.PDF.

[383] มภาษณ์นายแพทย์วินัย สวัสดิวร, คณะผู้วิจัย, 16 พฤษภาคม 2565.

[384] สัมภาษณ์นายแพทย์ประทีป ธนกิจเจริญ, คณะผู้วิจัย, 6 มิถุนายน 2565.

4.3.3 ความสัมพันธ์ระหว่างความจนกับสุขภาพ

การที่ความจนกลายมาเป็นปัญหาสำคัญของระบบบริการสุขภาพ เกิดขึ้นจากประสบการณ์ของการดำเนินงานด้านสาธารณสุขที่ผ่านมา โดยพบว่าสถานพยาบาลของรัฐมีการทำงานแบบตั้งรับ (passive) เกินไป ทำให้สถานการณ์ระหว่างทางที่ชาวบ้านต้องพบกับความยากลำบากกว่าที่จะเดินทางมาถึงโรงพยาบาลกลายเป็นเงื่อนไขที่ไม่อาจมองข้ามได้ เช่น ระยะทางไกลเกินไป ไม่มีรถโดยสาร ไม่มีค่าใช้จ่ายสำหรับเดินทางหรือสำหรับเข้ารับบริการ และกระทั่งไม่มีเวลาเพราะภาระหน้าที่ที่ต้องทำมาหาเลี้ยงชีพ นายแพทย์ประเวศ วะสี เป็นคนหนึ่งที่ฉายภาพปมปัญหาระหว่างความจนกับสุขภาพออกมาได้ชัดที่สุด โดยอธิบายว่าระบบบริการสุขภาพ (ก่อนทศวรรษ 2520) เป็นระบบที่ "ให้ประชาชนไปหาบริการ ไม่ใช่บริการไปหาประชาชน"[385] ทำให้ชาวบ้านต้อง "เป็นทุกข์" กับการเดินทางไปรับบริการจากรัฐ เพราะฉะนั้นหากจะสร้าง "การสาธารณสุขเพื่อมวลชน" จริง ๆ จำเป็นต้องจัดระบบใหม่ให้บริการเข้าไปหาประชาชนแทน แต่สำหรับมุมมองของนายแพทย์ประเวศจะต้องไม่ใช่การแก้ปัญหาเฉพาะหน้าแบบที่เคยเกิดในช่วงทศวรรษ 2500 ที่จัดให้มีหน่วยอนามัยเคลื่อนที่เร่งรัดพัฒนาชนบทเพื่อไปปฏิบัติหน้าที่ในชนบท เพราะนอกจากทำไปเพื่อเหตุผลด้านการเมืองเป็นหลักแล้ว การกระทำดังกล่าวยังไม่ก่อให้เกิดผลประโยชน์ใด ๆ สู้เอาเงินไปเสริมให้บุคลากรของรัฐจะยังดีเสียกว่า[386]

ในความเป็นจริง การนำบริการเข้าไปหาประชาชนหรือแนวทางการสาธารณสุขเพื่อมวลชน นอกจากนายแพทย์ประเวศที่สนับสนุนแล้ว ยังมีกลุ่มแพทย์จากสายกรมอนามัยที่เป็นต้นสายธารของแนวคิดและได้ทดลองปฏิบัติโดยมีปัญหาเรื่องความลำบากของชาวบ้านเป็นพื้นฐานตั้งต้น (นับตั้งแต่ประมาณ พ.ศ. 2495 เป็นต้นมา) ในฐานะที่หมออนามัยที่รับหน้าที่บริหารหน่วยบริการทางการแพทย์ระดับอำเภอลงไป และยังทำหน้าที่ป้องกันและควบคุมโรคเป็นหลัก จึงกลายเป็นงานที่ต้องเข้าไปใกล้ชิดชาวบ้านมากกว่าการให้บริการเชิงรักษาทั่วไป ด้วยประสบการณ์ในการทำงานเริ่มพัฒนาไปสู่แนวคิดที่ไปไกลกว่าการมุ่งป้องกัน ควบคุมและกำจัดโรคให้หมดไป นั่นคือการสร้างกลไกให้ชุมชนสามารถ "พึ่งตนเอง" และ "มีส่วนร่วม" ได้ในระดับหนึ่งด้วย หลาย ๆ โครงการของกรมอนามัยอย่างวัดโบสถ์ โนนไทย สารภี ลำปาง และอื่น ๆ จึงเกิดขึ้น ซึ่งแพทย์ที่ทำงานเชิงพื้นที่กลุ่มนี้รู้ดีว่าการพึ่งพารัฐเพียงอย่างเดียวจะทำให้ชาวบ้านเดือดร้อน ต้องทิ้งไร่ทิ้งนา ทิ้งอาชีพตัวเอง ทิ้งสมาชิกในครอบครัว เพื่อ

---

[385] *รักเมืองไทย*, (ม.ป.ท.: โครงการตำราสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์ สมาคมสังคมศาสตร์แห่งประเทศไทย, 2519), 16.

[386] ทวีศักดิ์ เผือกสม. *เชื้อโรค ร่างกาย และรัฐเวชกรรม: ประวัติศาสตร์การแพทย์สมัยใหม่ในสังคมไทย*, (กรุงเทพฯ: Illuminations Editions, 2561), 323-325.

เดินทางมาหาหมอที่โรงพยาบาล ทำให้ “ชาวบ้านรังเกียจที่จะมาหาหมอ และยอมที่จะป่วยตายอยู่ในบ้านดีกว่า”[387] หรือบางครั้งเมื่อเกิดเจ็บไข้ได้ป่วยเลือกไปหาแพทย์แผนโบราณและหมอทางไสยศาสตร์แทน จึงนับว่าการจัดบริการด้านการแพทย์และสาธารณสุขยังไม่ถึงมือประชาชนส่วนใหญ่โดยเฉพาะในชนบท[388]

ดังนั้น ด้วยความยากลำบากของชาวบ้านได้ชี้ให้เห็นว่า “ฉากหลังทางเศรษฐกิจ” ของชาวบ้านโดยเฉพาะในชนบท มีส่วนสำคัญที่สะท้อนให้เห็นว่าระบบบริการสาธารณสุขกำลังมีปัญหา เพราะนอกจากชาวบ้านไม่อยากไปหาหมอโดยไม่จำเป็นแล้ว ชาวบ้านมักไม่มีทุนรอนส่วนตัวที่จะเข้ารับบริการสุขภาพ พอเริ่มมีโครงการสงเคราะห์ประชาชนผู้มีรายได้น้อย หรือ สปน. ในปี พ.ศ. 2518 คนยากคนจนเลยมานั่งให้โรงพยาบาลอนุมัติความ “จน” ของตัวเองเพราะไม่มีเงินค่ารักษาพยาบาล[389] ความจริงที่ว่าความจนเป็นเรื่องเดียวกันกับสุขภาพ จึงเป็นที่รับรู้อย่างดีในสมัยนั้นของคนที่ทำอาชีพเวชกรรม และรวมถึงถูกซึมซับโดยนักศึกษาแพทย์จบใหม่ที่กลายไปเป็นผู้บุคลากรทางการแพทย์ด่านหน้าต่อไปด้วย ซึ่งแนวทางที่จะต่อยอดจำนวนสถานบริการและส่งเสริมให้การประชาชนรู้จักพึ่งตนเองดูแลสุขภาพ จะได้รับการผลักดันอย่างเต็มที่เมื่อการเมืองเดินทางล่วงเข้าสู่ทศวรรษ 2520 ที่เพิ่งผ่านพ้นกรณี 6 ตุลา ไปแล้ว

4.4 การปะทุขึ้นของกรณี 6 ตุลากับการเร่งเร้าสำนึกแพทย์ที่มีต่อชนบท

การปะทุขึ้นของกรณี 6 ตุลา (พ.ศ. 2519) ได้แสดงจุดยืนทางการเมืองที่เป็นการต่อยอดจากการต่อสู้ในเหตุการณ์ 14 ตุลาในหลายมิติ ซึ่งแน่นอนว่าเป็นเพราะปัจจัยทางการเมือง เศรษฐกิจ และสังคมที่ถูกสั่งสมมาอย่างยาวนานด้วย สำหรับ*ในมิติการเมืองนั้น* การกลับคืนสู่ประเทศของจอมพลประภาส จารุเสถียรและจอมพลถนอม กิตติขจรในวันที่ 16 สิงหาคม และ 19 กันยายน 2519 ตามลำดับ ได้กลายเป็นฟางเส้นสำคัญที่ปลุกให้กลุ่มคนรุ่นใหม่ตื่นตัวต่อเหตุการณ์ในสังคมที่เรียกกันว่า “กรณี 6 ตุลา” อีกครั้ง[390] ทั้ง ๆ ที่การลี้ภัยออกนอกประเทศเป็นผลมาจากการเรียกร้องอย่างยากลำบากเมื่อครั้งเหตุการณ์ 14 ตุลา ขณะเดียวกันบรรยากาศของสงครามเย็นที่ยังคงปกคลุมพื้นที่การเมือง เศรษฐกิจ สังคมและวัฒนธรรมไทย ก็ได้ส่งผลอย่างสำคัญและต่อเนื่องต่อความรู้สึกนึกคิด

---

[387] สันติสุข โสภณสิริ. 80 ปี นายแพทย์อมร นนทสุต เพชรจรัสแสงแห่งวงการสาธารณสุขไทย, (นนทบุรี: โครงการตำรา สำนักที่ปรึกษา กรมอนามัย, 2552), 100.

[388] สำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, “แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคม ฉบับที่ 4 พ.ศ. 2520-2524,” สำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, 2565, 19, https://www.nesdc.go.th/main.php?filename=develop_issue.

[389] ชาตรี เจริญชีวะกุล. แสงดาวแห่งศรัทธา น.พ.สงวน นิตยารัมภ์พงศ์, (กรุงเทพฯ: สหมิตรพริ้นติ้งแอนด์พับลิสซิ่ง, 2554), 84.

[390] บันทึก 6 ตุลา, “บันทึก 6 ตุลา,” บันทึก 6 ตุลา, 2565, https://doct6.com/learn-about/how/chapter-4.

ของนักเรียน นิสิตและนักศึกษาในยุคนั้น ซึ่งกลายเป็น "เยาวชน-คนหนุ่มสาว-รุ่นใหม่"[391] ที่เติบโตขึ้นท่ามกลางปัญหาที่ซับซ้อนของสังคมไทยอย่างน้อย 2 ประการสำคัญ

ประการแรกเป็นเรื่องกระแส "การต่อต้านบทบาทสหรัฐอเมริกา" ที่เข้ามามีอิทธิพลด้านต่าง ๆ ในประเทศไทยอย่างยาวนาน โดยเป็นผลสืบเนื่องจากการจับมือระหว่างสหรัฐกับรัฐบาลหลายชุดก่อนหน้า กรณี 6 ตุลาจึงเป็นการแสดงจุดยืนของกลุ่มคนรุ่นใหม่ในสังคมอีกครั้งที่นำเจตนารมย์ในการต่อสู้ต่อจากเหตุการณ์ 14 ตุลามาต่อยอด โดยมุ่งต่อต้านผู้นำเก่า ๆ ที่เคยเป็นปัญหาและต้องการคุ้มครองให้ประชาธิปไตยมีโอกาสเติบโตและพัฒนาต่อไป ขณะที่ปัญหาอีกประการหนึ่งที่สำคัญอย่างมากคือ "ความห่างของช่องว่างทางสังคม" ขณะที่ประเทศมีการพัฒนาเศรษฐกิจอย่างกว้างขวาง แต่เหรียญอีกด้านของการพัฒนาได้นำไปสู่ความแตกต่างระหว่างคนรวยกับคนจน ช่องว่างระหว่างเมืองกับชนบท และความต่างของการดำรงชีวิตระหว่างภาคอุตสาหกรรมและเกษตรกรรม[392] ซึ่งกลายเป็นปัญหาที่ถูกค้นพบอย่างจริงจังหลังจากที่ประเทศพ้นจากรัฐบาลเผด็จการ[393] ซึ่งนั่นทำให้ประเด็นการเมืองและเศรษฐกิจของประเทศเกี่ยวพันกันอย่างแยกไม่ออกกับความรู้สึกนึกคิดของคนในสังคมที่รับรู้ถึงปัญหาในเวลานั้น ซึ่งนักศึกษาแพทย์ บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขเป็นหนึ่งในกลุ่มตัวอย่างที่ชัดเจนมากของปรากฏการณ์ที่เรียกว่าเป็น "ผลผลิตแห่งยุคสมัย"

กล่าวได้ว่าเวลานั้นเสมือนเป็น "สายธารทางความคิด" โดยเฉพาะของประวัติศาสตร์การเมืองและสังคมเวลานั้น ดังคำกล่าวของนายแพทย์สงวน นิตยารัมภ์พงศ์ ที่เป็นบทสรุปที่สะท้อนให้เห็นการตัดสินใจเพื่อออกไปเป็นแพทย์ชนบทในเวลานั้นได้เป็นอย่างดีที่สุดว่า ในฐานะของการเป็นนักศึกษาแพทย์ "เมื่อเรียนจบแพทย์ในปี 2520 ผมกับเพื่อนจำนวนมากจึงออกไปทำงานในชนบททันทีตามความตั้งใจ...ยุคนั้นเรามีความรู้สึกว่าการที่จบแล้วไปทำงานในเมืองมันไม่ถูกต้อง เป็นพวกสำรวยรักสบาย จะอายเพื่อนร่วมรุ่น...ใครไปอยู่ที่ ๆ ทุรกันดารมากเท่าไหร่ยิ่งดีเท่านั้น"[394] ด้วยเหตุนี้จึงต้องยอมรับว่าบรรยากาศทางการเมืองมีผลอย่างมากในการเร่งเร้าให้นักศึกษาแพทย์หัวก้าวหน้าอยากเคลื่อนไหวเพื่อประชาชนผู้ยากไร้ในพื้นที่ชนบท เพราะได้ให้ความสำคัญกับอุดมคติในการทำงานเพื่อสังคมมากกว่าเพื่อวิชาชีพตามอุดมการณ์เพื่อประชาชนซึ่งเฟื่องฟูอย่างมากในยุคสมัยนั้น หนึ่งในตัวอย่างที่ชี้ชัด

---

[391] ชาญวิทย์ เกษตรศิริ, *14 ตุลา บันทึกประวัติศาสตร์* (กรุงเทพฯ: มูลนิธิโครงการตำราสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์, 2546), 12.

[392] ชาญวิทย์ เกษตรศิริ, 12.

[393] สัมภาษณ์นายแพทย์ศิริวัฒน์ ทิพย์ธราดล, คณะผู้วิจัย.

[394] "งานกับอุดมคติของชีวิตนายแพทย์สงวน นิตยารัมภ์พงศ์", ชาตรี เจริญชีวะกุล และ อพภิวันท์ นิตยารัมภ์พงศ์, *แสงดาวแห่งศรัทธา น.พ.สงวน นิตยารัมภ์พงศ์* (กรุงเทพฯ: สหมิตรพริ้นติ้งแอนด์พับบิสซิ่ง, 2554), 50–51.

ถึงอุดมการณ์ดังกล่าวคือ "วัตถุประสงค์" ของการจัดตั้งชมรมแพทย์ชนบทที่มีการถกเถียงกันมากว่าควรเป็นไปเพื่อชาวชนบทหรือเพื่อแพทย์ ซึ่งนายแพทย์วิชัย โชควิวัฒน เป็นส่วนหนึ่งในการรับรู้เหตุการณ์ขณะที่มีการประชุมนัดแรกที่เขาใหญ่ว่า "ผมอยู่ในสายที่ว่าอันดับ 1 ต้องเพื่อชาวชนบท แล้วอันดับ 2 ถึงเป็นเรื่องเพื่อแพทย์ ก็เถียงกันมากเลย ในที่สุดเสียงส่วนใหญ่ก็บอกว่าต้องเพื่อชาวชนบท เพราะเป็นชนบทแพทย์ชนบท...เรามารวมตัวกันเพื่อชาวชนบท เพื่อให้การแพทย์ในชนบทดีขึ้น"[395] หรือแม้กระทั่งชื่อที่มาของ "สหพันธ์แพทย์ชนบท" ซึ่งก่อตั้งในปี พ.ศ. 2519 (ก่อนเหตุการณ์เดือนตุลา) ยังมีกลิ่นอายของการเมือง เนื่องจากกระแสต้องการให้เป็น "สหพันธ์" มากกว่า "ชมรม" เนื่องจากเป็นกระแสประชาธิปไตยตามอย่างชื่อสหพันธ์สาธารณรัฐเยอรมนี[396] แม้ว่าสหพันธ์แพทย์ชนบทต้องยุติบทบาทอันเนื่องมาจากผลกระทบจากเหตุการณ์ 6 ตุลาคม พ.ศ. 2519 แต่ได้กลับมารวมกลุ่มกันอีกครั้งในปี พ.ศ. 2521 ในชื่อ "ชมรมแพทย์ชนบท" ต่อมาได้มีการวางรากฐานการจัดตั้ง ระดมความคิด และสร้างความร่วมมือระหว่างแพทย์ชนบทในพื้นที่ต่างๆ รวมถึงการพัฒนาโครงสร้างของชมรมเพื่อเข้าถึงสมาชิกทั่วประเทศในปี พ.ศ. 2522 ทำให้เกิดเป็นชมรมแพทย์ชนบทขึ้นครบทั้ง 5 ภาค[397]

ทั้งนี้ เมื่อการเมืองเปลี่ยนผ่านนโยบายสาธารณสุขก็ได้เปลี่ยนไปครั้งใหญ่ ประกอบกับการขับเคลื่อนงานของบรรดาแพทย์ในชนบทโดยรวมได้เน้นการทำงานไปที่การสร้างความร่วมมือกับรัฐบาลเท่าที่จะเป็นไปได้ด้วย จึงทำให้เกิดการเดินหน้าพัฒนาชนบทอย่างกว้างขวางในช่วงทศวรรษ 2520 โดยมีแนวคิดเรื่อง "สาธารณสุขมูลฐาน" เป็นคำตอบของการสร้างความเป็นธรรมในมิติของสุขภาพและการสร้างโอกาสให้แก่ชาวชนบทเข้าถึงบริการทางสุขภาพมากขึ้น

4.5 แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 4 (พ.ศ. 2520-2524) กับแนวทางสาธารณสุขมูลฐาน

4.5.1 แนวคิดเรื่อง "สาธารณสุขมูลฐาน" (Primary Health Care - PHC)

หากกล่าวถึงแนวคิดเรื่อง "การพัฒนาสาธารณสุขมูลฐาน" (สสม.) หรือ Primary Health Care - PHC หลายฝ่ายมักเข้าใจว่าการผลักดันขององค์การอนามัยโลกที่นครอัลมาอาตา (Alma-Ata) สหภาพโซเวียตในปี พ.ศ.

[395] วิชัย โชควิวัฒน และ สันติสุข โสภณสิริ, "บทสัมภาษณ์ใน 'โครงการวิจัยเรื่อง ชีวิตและผลงานของนายแพทย์วิชัย โชควิวัฒน ครั้งที่ 3 วันที่ 21 กันยายน 2564' (เอกสารไม่พิมพ์เผยแพร่)," 2564.

[396] วิชัย โชควิวัฒน และ สันติสุข โสภณสิริ.

[397] ณัฐรุจ วงศ์ทางสวัสดิ์, *พลวัตกรอบความคิดและการเคลื่อนไหวของขบวนการแพทย์ชนบท: ความขัดแย้งและการเปลี่ยนผ่านทางการเมือง*, (วิทยานิพนธ์, สาขารัฐศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2560), 122-123.

2521 นั้น (ปัจจุบันคือนครอัลมาตี สาธารณรัฐคาซัคสถาน) เป็นจุดเริ่มต้นของปณิธาน “สาธารณสุขมูลฐาน” เพื่อพัฒนาระบบสุขภาพให้ไปสู่เป้าหมายอย่างสุขภาพถ้วนหน้า (Health for All) ในปี ค.ศ. 2000 (พ.ศ. 2543) โดยกลายเป็นเรื่องเล่ากระแสหลักที่มักพูดถึงเป็นวงกว้างในวงการสุขภาพของประเทศไทย ชนิดที่ว่าประเทศไทยได้ถือเอาช่วงเวลาดังกล่าวเป็นปฐมฤกษ์ของการดำเนินงานด้านสาธารณสุขมูลฐานในประเทศ[398] ดังจะเห็นได้ว่าเมื่อองค์การอนามัยโลกได้บัญญัติคำศัพท์ “Primary Health Care” ประเทศไทยก็ได้ขานรับและจัด “สัมมนาระดับชาติเรื่องการสาธารณสุขเบื้องต้น” ขึ้นถึงสองครั้งในระหว่างปี พ.ศ. 2520-2521 เพื่อสนับสนุนแนวทางขององค์การอนามัยโลกอย่างกระตือรือร้น ทั้งนี้ผลการประเมินจากงานสัมมนาทั้งสองครั้งพบว่าประเทศไทยได้มีแผนงานที่ล้อไปกันกับแนวทางแบบ “สาธารณสุขเบื้องต้น” ถึง 70 แผนงาน ซึ่งได้ประมวลออกมาเป็นรายงานเพื่อนำเสนอต่อสมัชชาในที่ประชุม ณ นครอัลมาอาตา ในปี พ.ศ. 2521[399]

รูป 7 การประชุมระหว่างประเทศเรื่องสาธารณสุขมูลฐานที่นครอัลมาอาตา (Alma-Ata)
ระหว่างวันที่ 6-12 กันยายน พ.ศ. 2521

ที่มา: UNICEF, “Alma Ata Primary Healthcare Conference”, วันที่สืบค้น 24 พฤษภาคม พ.ศ. 2565, https://www.unicef.org/documents/alma-ata-primary-healthcare-conference

จากปฏิญญาอัลมาอาตามีใจความสำคัญที่อาจสรุปได้ดังนี้ สุขภาพอันประกอบด้วย**ทางร่างกาย จิตใจและสุขภาวะ** ไม่ใช่แต่เพียงแต่คำนึงถึงเรื่องการปราศโรคเท่านั้น แต่ถือเป็น**สิทธิขั้นพื้นฐานในความเป็นมนุษย์**

---

[398] อมร ศรียอดคำ, มนวดี ประกายรุ้งทอง, โรจน์ เล้งรักษา, ชุติสุดา เนติกุล, เอื้องไพร อัศวศรีนันท์, *วิวัฒนาการสาธารณสุขมูลฐานในประเทศไทย (พ.ศ. 2521-2557)*, (นนทบุรี, กองสนับสนุนสุขภาพประชาชน กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ, 2557) 8-13.

[399] จำรูญ มีขนอน, รายงานสรุป ผลการดำเนินงานโครงการลำปาง, (กรุงเทพฯ: โครงการลำปาง กระทรวงสาธารณสุข, 2524), 33.

และยังมุ่งให้มีการ**จัดบริการสุขภาพที่จำเป็นอย่างทั่วถึงสำหรับทุกคน**เพื่อลดช่องว่างความไม่เท่าเทียมกัน ควรเน้น**การส่งเสริมและป้องกันสุขภาพ**เป็นองค์ประกอบสำคัญที่จะช่วยค้ำจุนการพัฒนาทางเศรษฐกิจและสังคม และยังก่อให้เกิดคุณภาพชีวิตที่ดี ทั้งนี้ รัฐบาลควรมีหน้าที่ดูแลเรื่องสุขภาพสำหรับประชาชนของตนเองและให้บริการทางสุขภาพอย่างเพียงพอ โดยมี**สาธารณสุขมูลฐานเป็นกุญแจเพื่อไปสู่เป้าหมาย**ของการพัฒนาเพื่อความเท่าเทียมกันทางสังคม สาธารณสุขมูลฐานยังเน้นการส่งเสริมให้ส่วนบุคคล ครอบครัว และชุมชนพัฒนาเพื่อไปสู่**การพึ่งตนเองและตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพด้วยตนเอง**ได้ เท่าที่งบประมาณของประเทศจะสามารถสนับสนุนการพัฒนาดังกล่าวได้[400] นั่นจึงเป็นที่มาของการใช้สาธารณสุขมูลฐานเป็นคำตอบของการบรรลุสุขภาพดีถ้วนหน้า

ดังนั้น ปรากฏการณ์ที่นครอัลมาอาตาเป็นการแสดงจุดยืนต่อแนวคิดที่เปลี่ยนไปต่อเรื่องสาธารณสุขที่สำคัญและชัดเจนครั้งหนึ่งในประวัติศาสตร์สุขภาพโลก แต่อย่างไรก็ตาม ต้องไม่ลืมพิจารณาถึงบริบทภายในประเทศประกอบด้วยว่าท่ามกลางจุดเปลี่ยนของกระบวนทัศน์ที่ใหญ่หลวง สำหรับบริบทสังคมไทยบางทีอัลมาอาตาอาจเป็นเพียงช่วงเวลาที่สุกงอมของการเปลี่ยนแปลงทางกระบวนทัศน์ (Paradigm shift) ที่มีรากยาวนานกว่านั้น[401] เนื่องจากพื้นที่ชนบทของไทยได้ถูก “สำรวจ” และ “ทดลอง” อย่างเข้มข้นมาแล้วอย่างน้อยกว่าสามทศวรรษนับตั้งแต่หลังสงครามโลกครั้งที่ 2 เป็นต้นมา (ประมาณทศวรรษ 2490-2520) ดังนั้น จึงปฏิเสธมิได้ว่าตัวแบบ (model) ที่ได้รับจากการทดลองในพื้นที่ชนบทจากรุ่นบุกเบิกหรือที่เรียกว่าเป็น “กลุ่มแพทย์หัวก้าวหน้าทั้งในกระทรวงและในรั้วมหาวิทยาลัย” ได้กลายเป็นมรดกทางความรู้เกี่ยวกับชนบทไทยอันมีคุณูปการที่นำไปสู่การต่อยอดแนวคิด “สาธารณสุขมูลฐาน” (Primary Health Care - PHC) อย่างเข้มข้น ตลอดจนถูกนำไปประยุกต์ใช้ในเชิงนโยบายอย่างจริงจังในทศวรรษ 2520 หรือนับตั้งแต่แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 4 และ 5 (ระหว่าง พ.ศ. 2520-2524 และ พ.ศ. 2525-2529 ตามลำดับ)

การเกิดขึ้นของการปฏิรูปสาธารณสุขมูลฐานในไทยแม้ว่าจะได้รับอิทธิพลจากปัจจัยภายนอกในระบบความสัมพันธ์ระหว่างประเทศ แต่ในขณะเดียวกันนั้นด้วยกับบริบททางสังคม การเมือง และเศรษฐกิจที่เกิดขึ้นภายในประเทศ (เช่น สงครามเย็น ระบอบเผด็จการทหาร การพึ่งพาทุนจากตัวแสดงระหว่างประเทศ) ต่างก็ทำ

---

[400] “Primary Health Care: Report of the International Conference on Primary Health Care Alma-Ata, USSR, 6-12 September 1978” (World Health Organization, Geneva, 1978), 2–4.

[401] Muscat, R. J., *THAILAND AND THE UNITED STATES DEVELOPMENT, SECURITY AND FOREIGN AID*, Cited, 217.

หน้าที่เป็นปัจจัยเกื้อหนุนให้ระบบสาธารณสุขมูลฐานของไทยมีลักษณะเฉพาะตัว แม้ว่าคำศัพท์ที่เรียกว่า “สาธารณสุขมูลฐาน” (Primary Health Care) เป็นคำเรียกที่ “ใหม่” พอ ๆ กับการประชุมที่นครอัลมาอาตาก็ตาม แต่กล่าวได้ว่าโครงการที่ปรากฏเห็นช่วงก่อนหน้าในประเทศไทยนั้นเป็นโครงการที่ได้รับความร่วมมือจากต่างประเทศที่จะพัฒนาชนบทโดยอาศัยแนวทางการแพทย์แบบผสมผสาน[402] ที่เป็นเศษและเสี้ยวบางส่วนที่จะกลายมาเป็นองค์ประกอบสาธารณสุขมูลฐาน ฉะนั้นคำว่าสาธารณสุขมูลฐานด้วยตัวมันเองจึงเป็นสิ่งประกอบสร้างทางสังคมที่เกิดจากความเปลี่ยนแปลงทางสังคม การเมือง และเศรษฐกิจ จากปัจจัยทั้งภายในประเทศและแรงผลักจากภายนอกประเทศ ซึ่งล้วนแล้วแต่มีผลทำให้สาธารณสุขมูลฐานในประเทศไทยมีรูปแบบที่ปรับเปลี่ยนไปตามเงื่อนไขที่แตกต่างกันตามแต่ละพื้นที่และยุคสมัยด้วย

4.5.2 การเมืองกับการส่งเสริมงานสาธารณสุขมูลฐาน

ช่วงทศวรรษ 2520 ในยุครัฐบาลพลเอกเกรียงศักดิ์ ชมะนันทน์ (11 พฤศจิกายน พ.ศ. 2520 – 12 พฤษภาคม พ.ศ. 2522 และ 12 พฤษภาคม พ.ศ. 2522 - 3 มีนาคม พ.ศ. 2523) ถือว่าเป็นช่วงที่รัฐบาลได้ให้ความสำคัญกับการพัฒนาพื้นที่ชนบทเป็นพิเศษ ผนวกกับเร่งรัดให้นโยบายลดอัตราการเกิดของประชากรอย่างต่อเนื่องจากทศวรรษที่แล้ว ซึ่งจากมติของคณะรัฐมนตรีเมื่อวันที่ 20 เดือนมีนาคม พ.ศ. 2522 ได้ยอมรับหลักการ “การดำเนินงานการสาธารณสุขเบื้องต้น” ว่าเป็นมาตรการที่สำคัญและเร่งด่วนของประเทศ ที่ต้องนำมาใช้ในการที่จะเร่งรัดการกระจายบริการสาธารณสุขที่เหมาะสมไปสู่ประชาชนส่วนใหญ่ และให้ถือเป็นนโยบายที่รัฐบาลจะให้การสนับสนุนในเรื่องนี้ต่อไป และให้เปลี่ยนจากคำว่า “การสาธารณสุขเบื้องต้น” เป็น “การสาธารณสุขมูลฐาน” ตามที่กระทรวงสาธารณสุขเสนอ[403] ซึ่งฉากหลังของการเคลื่อนไหวในฝั่งกระทรวงสาธารณสุขถือว่านายแพทย์อมร นนทสุต ขณะที่เป็นรองปลัดกระทรวงสาธารณสุข (พ.ศ. 2517) มีส่วนสำคัญในการนำเอาหลักการสาธารณสุขมูลฐานกับแนวทาง Health for all ที่เสนอโดยนายแพทย์ชาวเดนมาร์ก Dr. Mahler T. Halfdan ผู้อำนวยการใหญ่องค์การอนามัยโลก มาผลักดันเพื่อบรรจุในวาระแห่งชาติดังกล่าวอย่างแข็งขัน[404] *“เผอิญช่วงนั้น Dr. Mahler T. Halfdan ซึ่งเคยเป็นหมออยู่ตามบ้านนอกเหมือนกับผม เข้าไปเป็นผู้อำนวยการขององค์การ*

---

[402] จำรูญ มีขนอน, *รายงานสรุป ผลการดำเนินงานโครงการลำปาง*, อ้างแล้ว, 33.

[403] สำนักเลขาธิการคณะรัฐมนตรี, “นโยบายของประเทศในการดำเนินงานการสาธารณสุขเบื้องต้น,” March 20, 2522, https://resolution.soc.go.th/?prep_id=88275.

[404] กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ and กองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน, “นายแพทย์อมร นนทสุต ผู้บุกเบิกงานสาธารณสุขมูลฐานและอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ของประเทศไทย,” *วารสารสุขภาพภาคประชาชน* 2, no. 15, พฤษภาคม-มิถุนายน (2563): 5.

อนามัยโลก (WHO) ท่านก็สร้างนโยบายขึ้นมาอันหนึ่งเรียกว่า Health for all ซึ่งใช้หลักของสาธารณสุขมูลฐานขึ้นมาทำ โดยให้ชาวบ้านเข้ามามีส่วนในการดูแลสุขภาพของตัวเอง ผมเองซึ่งรับนโยบายตรงนี้มามองว่านี่เป็นเรื่องที่ดีมาก"[405] เมื่อคณะรัฐมนตรีรับหลักการในเดือนมีนาคมแล้ว จากนั้นประมาณสามสัปดาห์ในวันที่ 12 เมษายน พ.ศ. 2522 ได้เกิดเป็น "โครงการสาธารณสุขมูลฐาน" ติดตามมา โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อขยายพื้นที่ ความสามารถและการให้บริการด้านสาธารณสุขมูลฐานให้ครอบคลุมประชากรในชนบท โดยตั้งเป้าระยะเวลาการดำเนินการ 5 ปีเพื่อให้บริการกระจายออกไป 22,400 หมู่บ้านใน 68 จังหวัด จำนวนประชากรได้รับประโยชน์ทั้งสิ้น 18.5 ล้านคน และยังกำหนดให้บรรจุไว้ในแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 4 (พ.ศ. 2520-2524) ด้วยตามที่กระทรวงสาธารณสุขเสนอ[406]

และเมื่อเข้าสู่สมัยพลเอก เปรม ติณสูลานนท์ ดำรงตำแหน่งนายกรัฐมนตรีในเดือนมีนาคม พ.ศ. 2523[407] ทำให้เป็นอีกช่วงเวลาหนึ่งที่งานสาธารณสุขมูลฐานได้เดินหน้าไปอย่างต่อเนื่อง โดยในวันที่ 3 ธันวาคม พ.ศ. 2523 มีการตั้ง "สำนักงานคณะกรรมการการสาธารณสุขมูลฐาน" เป็นหน่วยงานระดับกอง ในสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข อันเป็นส่วนหนึ่งของราชการบริหารส่วนกลาง[408] ซึ่งการปรับเปลี่ยนส่วนราชการของกระทรวงครั้งนี้มุ่งความสำคัญไปที่งานสาธารณสุขมูลฐานเป็นหลัก โดยหวังให้สำนักงานคณะกรรมการการสาธารณสุขมูลฐานที่ตั้งขึ้นใหม่ ทำหน้าที่เป็นหน่วยงานกลางในการกำหนดนโยบาย แผนงาน และสนับสนุนการดำเนินงานของหน่วยงานที่ทำหน้าที่เกี่ยวกับการบริการสาธารณสุขขั้นมูลฐาน เพื่อให้ประชาชนในชนบทได้รับบริการอย่างทั่วถึง ตลอดจนส่งเสริมงานให้เป็นไปตามมาตรการทางการแพทย์แบบผสมผสานระหว่างการรักษาและป้องกัน โดยเน้นไปที่แนวทางป้องกันสำหรับชนบทเป็นพิเศษ

ดังนั้น เมื่อล่วงเข้าทศวรรษ 2520 มีการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างงานสาธารณสุขทั้งในระดับประเทศและระดับกระทรวง ทำให้เกิดเป้าหมายชัดเจนสำหรับงานสาธารณสุขระดับประเทศที่นำเอาเรื่องการจัดบริการ

---

[405] พงศกร พอกเพิ่มดี (บรรณาธิการ), *หลังประติมาสาธารณสุข 20 เบื้องหลังการขับเคลื่อนระบบสุขภาพไทย*, 2nd ed., vol. 2553 (นนทบุรี: เครือข่ายร่วมพัฒนาศักยภาพผู้นำสาธารณสุขแนวใหม่ (คศน.), n.d.), 65.

[406] สำนักเลขาธิการคณะรัฐมนตรี, "โครงการสาธารณสุขมูลฐานของกระทรวงสาธารณสุข," April 12, 2522, https://resolution.soc.go.th/?prep_id=72214.

[407] 3 มีนาคม พ.ศ. 2523 - 30 เมษายน พ.ศ. 2526 จาก 30 เมษายน พ.ศ. 2526 - 5 สิงหาคม พ.ศ. 2529 และ 5 สิงหาคม พ.ศ. 2529 - 4 สิงหาคม พ.ศ. 2531

[408] ราชกิจจานุเบกษา, "พระราชกฤษฎีกาแบ่งส่วนราชการสำนักงานปลัดกระทรวง กระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. ๒๕๒๓" (เล่ม ๙๗ ตอน ๑๘๖ ก ฉบับพิเศษ วันที่ ๓ ธันวาคม พ.ศ. ๒๕๒๓, 2523).

สาธารณสุขในส่วนภูมิภาคไปบรรจุในแผนพัฒนาฯ ฉบับที่ 4 ที่เน้นการนำเอาแนวทางการแพทย์แบบผสมผสานที่รวม “ด้านการรักษาพยาบาลและป้องกันโรค พร้อมทั้งส่งเสริมสุขภาพอนามัยแก่ประชาชน” มาใช้แก้ไขปัญหาเรื่องความเหลื่อมล้ำในการเข้าถึงบริการด้านสาธารณสุขโดยเฉพาะพื้นที่เขตชนบท[409] ซึ่งเวลานั้นจำนวนประชากรได้เพิ่มขึ้นกว่า 30 ล้านคน จนนำไปสู่การตกค้างและเข้าไม่ถึงบริการด้านสาธารณสุขกว่าร้อยละ 80 ของผู้ที่อาศัยอยู่ตามเขตภูมิภาค[410] ขณะที่ในโครงสร้างระดับกระทรวงที่ปรับปรุงเพิ่มเติม ทำให้งานด้านสุขภาพมุ่งไปสู่ทิศทางของสาธารณสุขมูลฐานที่ชัดเจนขึ้น และแน่นอนว่าขุมพลังข้าราชการกระทรวงสาธารณสุขที่สังกัดกองต่าง ๆ และขับเคลื่อนงานอยู่ภายใต้สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข[411] จึงเป็นกลุ่มที่มีบทบาทอย่างสำคัญในการวางแผนและผลักดันงานสาธารณสุขมูลฐานภายในกระทรวงเวลานี้

4.5.3 ภารกิจหลักของการสาธารณสุขมูลฐาน

ในการดำเนินงานภาคปฏิบัติเพื่อให้บรรลุตามแนวคิด 8 องค์ประกอบของโครงสร้างพื้นฐานของการสาธารณสุขมูลฐานอันได้แก่ 1) งานโภชนาการ (**N**utrition) 2) งานสุขศึกษา (**E**ducation concerning health) 3) งานสุขาภิบาลและการจัดหาน้ำสะอาด (**W**ater and basic sanitation) 4) งานเสริมสร้างภูมิคุ้มกันโรค (**I**mmunization) 5) งานรักษาพยาบาลเบื้องต้น (**T**reatment) 6) งานจัดหายาที่มีความจำเป็น (**E**ssential drugs) 7) งานอนามัยแม่และเด็กและการวางแผนครอบครัว (**M**aternal and child health care including family planning) และ 8) งานควบคุมและป้องกันโรคติดต่อประจำถิ่น (**S**urveillance for local disease control)[412] ซึ่งองค์ประกอบ 8 ประการนี้มักเรียกกันอย่างติดปากว่า “N-E-W-I-T-E-M-S”[413]

---

409 นายกรัฐมนตรีที่มาจากมติของคณะปฏิวัติใน พ.ศ. 2521- เดือนมีนาคม พ.ศ. 2523

410 หอจดหมายเหตุแห่งชาติ, (2) สธ1.1/30 กล่อง 4, เรื่องโครงการจัดบริการสาธารณสุขในส่วนภูมิภาคตามแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 4 พ.ศ. 2520 - พ.ศ. 2524 [พ.ศ. 2520 - 2524].

411 ได้แก่ (1) กองกลาง (2) กองการเจ้าหน้าที่ (3) กองการประกอบโรคศิลปะ (4) กองการพยาบาล (5) กองการสาธารณสุขต่างประเทศ (6) กองคลัง (7) กองงานวิทยาลัยพยาบาล (8) กองช่างบำรุง (9) กองนิติการ (10) กองแบบแผน (11) กองแผนงานสาธารณสุข (12) กองฝึกอบรม (13) กองระบาดวิทยา (14) กองโรงพยาบาลภูมิภาค (15) กองสถิติสาธารณสุข (16) กองสาธารณสุขภูมิภาค (17) กองสุขศึกษา และ (18) สำนักงานคณะกรรมการการสาธารณสุขมูลฐาน

412 “Primary Health Care: Report of the International Conference on Primary Health Care Alma-Ata, USSR, 6-12 September 1978,” 4.

413 ในแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 4 (พ.ศ. 2520- 2524) มี 8 องค์ประกอบ ต่อมาได้เพิ่มอีก 2 เป็น 10 องค์ประกอบ (สุขภาพจิตกับทันตสาธารณสุข) ในแผนพัฒนาฯ ฉบับที่ 5 (พ.ศ. 2525- 2529) และเพิ่มอีก 4 เป็น 14 องค์ประกอบ (การอนามัยสิ่งแวดล้อม การคุ้มครองผู้บริโภค การป้องกันและควบคุมอุบัติเหตุและโรคไม่ติดต่อ การป้องกันและควบคุมโรคเอดส์) ในช่วงแผนพัฒนาฯ ฉบับที่ 6 (พ.ศ. 2530 - 2534)

ทั้งนี้ การดำเนินงานได้มีการต่อยอดงานบางประการที่ได้เริ่มไว้มาก่อนหน้าให้เป็นกิจลักษณะมากขึ้น เป็นต้นว่าการเน้นให้บริการส่งเสริมสุขภาพ**เรื่องการอนามัยแม่และเด็ก การวางแผนครอบครัว และโภชนาการ** เพื่อลดอัตราการเกิดให้กับประชากรให้เหลือ 2.1 % ภายในปี พ.ศ. 2524[414] นอกจากนี้รัฐบาลยังส่งเสริมให้พลเมืองทำหมันเพื่อลดอัตราการเกิดให้ลดน้อยลง ซึ่งก็นับว่าเป็นมาตรการที่ส่งผลเป็นรูปธรรมอย่างต่อเนื่องตามกำหนด เพราะภาวะเจริญพันธุ์ของคนไทยก็ลดลงจนเกือบแตะร้อยละ 2.1 ในช่วงปลายของแผนพัฒนาฯ ฉบับที่ 4 ทำให้มีการผลักดันให้ดำเนินการลดอัตราการเพิ่มประชากรอย่างต่อเนื่อง โดยตั้งเป้าเอาไว้ที่ร้อยละ 1.5 เมื่อสิ้นสุดแผนพัฒนาฯ ฉบับที่ 5[415] ทางด้านของการส่งเสริมด้านโภชนาการก็พัฒนาในระดับที่สูงขึ้นเรื่อย ๆ จากรายงานของสำนักโภชนาการระบุเอาไว้ว่าในระหว่างปี พ.ศ. 2522-2532 ภาวะโภชนาการของเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ที่อยู่ในเกณฑ์ปกติเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 47 เป็นร้อยละ 79.1 ตามลำดับ[416]

การขยายตัวของ**งานป้องกันโรค**เห็นได้จากความครอบคลุมของการฉีดวัคซีน การเข้าถึงน้ำสะอาด และการใช้ส้วมตามหลักสุขาภิบาล งานของนายแพทย์สมศักดิ์ ชุณหรัศมิ์ ชี้ให้เห็นว่ารัฐได้ขยายงานด้านการสร้างภูมิคุ้มกันโรคตามแนวทางสาธารณสุขมูลฐานด้วยการฉีดวัคซีนตั้งแต่แผนพัฒนาฯ ฉบับที่ 4 (พ.ศ. 2520-2524) และครอบคลุมเพิ่มขึ้นอย่างชัดเจนในช่วงต้นแผนพัฒนาฯ ฉบับที่ 5-6 (พ.ศ. 2525-2534) ซึ่งเกิดขึ้นพร้อม ๆ กับการขยายตัวสถานีอนามัยอันเป็นหน่วยบริการระดับตำบล และการเกิดขึ้นของผู้สื่อข่าวสาธารณสุข (ผสส.) และอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) ที่ล้วนมีส่วนสำคัญที่ทำให้ความครอบคลุมของบริการวัคซีนเป็นไปอย่างรวดเร็ว โรคติดต่อที่ป้องกันด้วยวัคซีนเริ่มลดลงมาอย่างรวดเร็วตั้งแต่กลางแผนพัฒนาฯ ฉบับที่ 4 และตลอดช่วงแผนพัฒนาฯ ฉบับที่ 5 (พ.ศ. 2525-2529)[417] ในช่วงต้นทศวรรษ 2540 กลุ่มโรคติดต่อที่ป้องกันได้ด้วยการฉีดวัคซีนลดลงอย่างชัดเจน ข้อมูลในปี พ.ศ. 2539 แสดงให้เห็นว่าเด็กได้รับวัคซีนป้องกันโรคคอตีบ ไอกรน บาดทะยัก และโปลิโอไป

---

[414] หอจดหมายเหตุแห่งชาติ, (2) สธ1.1/30 กล่อง 4, เรื่องโครงการจัดบริการสาธารณสุขในส่วนภูมิภาคตามแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 4 พ.ศ. 2520 - พ.ศ. 2524 [พ.ศ. 2520 - 2524].

[415] *ที่ระลึกงานพระราชทานเพลิงศพ ศาสตราจารย์นายแพทย์สมบูรณ์ วัชโรทัย ณ เมรุสถานวัดมกุฏกษัตริยาราม วันอาทิตย์ที่ 6 กันยายน 2524*, (ม.ป.ท.: อมรินทร์การพิมพ์, 2524), 59.

[416] Nitayarumphong, Sanguan. “Evolution of primary health care in Thailand: what policies worked?,” *Health Policy and Planning*, Vol. 5, No. 3 (September,1990), 250.

[417] สมศักดิ์ ชุณหรัศมิ์, *ประวัติศาสตร์การพัฒนางานด้านสาธารณสุขของไทย: บทวิเคราะห์การกระจายอำนาจและผลกระทบต่อระบบสาธารณสุข*, (นนทบุรี: สำนักวิจัยสังคมและสุขภาพ (สวรส.), 2541), 93.

แล้วร้อยละ 96 รับวัคซีนป้องกันโรคหัดไปแล้วร้อยละ 92 และรับวัคซีนป้องกันวัณโรคในเด็กแรกเกิดไปแล้วร้อยละ 98[418]

งานสาธารณสุขแนวป้องกันอีกประการคือ**งานสุขาภิบาลและการจัดหาน้ำสะอาด** ได้แก่ การจัดให้มีน้ำดื่มที่สะอาดและการใช้ส้วมอย่างถูกสุขลักษณะ เมื่อพิจารณาการมีน้ำดื่มสะอาดในพื้นที่ชนบทจะพบว่าในช่วงแผนพัฒนาฯ ฉบับที่ 1-3 (พ.ศ. 2504-2519) อัตราการมีน้ำดื่มสะอาดอยู่ในระดับต่ำมาก เมื่อดูมีอัตราการเข้าถึงน้ำสะอาดเพื่อดื่มกินใน พ.ศ. 2519 พบว่าครัวเรือนที่เข้าถึงน้ำสะอาดมีเพียงร้อยละ 16.74 เท่านั้น หลังจากนั้นช่วงแผนพัฒนาฯ ฉบับที่ 4 (พ.ศ. 2520-2524) ความครอบคลุมการมีน้ำดื่มสะอาดและเพียงพอเริ่มสูงขึ้น และขยายตัวครอบคลุมประชากรอย่างรวดเร็วในช่วงแผนพัฒนาฯ ฉบับที่ 5 (พ.ศ. 2525-2529) ข้อมูลแสดงให้เห็นว่าในปี พ.ศ. 2525 ครัวเรือนเข้าถึงน้ำสะอาดเพียงร้อยละ 32.73 และเพิ่มขึ้นมาเป็นร้อยละ 93.21 ในปี พ.ศ. 2539[419] ส่วนการส่งเสริมให้ประชาชนมีส้วมและใช้ส้วมอย่างถูกหลักสุขาภิบาลเพื่อลดอัตราป่วยของโรคติดต่อที่เกิดจากน้ำและอาหารเป็นสื่อ ซึ่งได้มีการดำเนินการมาตั้งแต่แผนพัฒนาฯ ฉบับที่ 1-3 แต่การขยายตัวมีลักษณะค่อย ๆ เพิ่มขึ้นในอัตราคงที่ ในช่วงท้ายของแผนพัฒนาฯ ฉบับที่ 4 พบว่าความครอบคลุมการใช้ส้วมอย่างถูกหลักสุขาภิบาลอยู่ที่ร้อยละ 42.28 โดยตัวเลขค่อย ๆ ขยายความครอบคลุมเรื่อยมา จนกระทั่งปี พ.ศ. 2539 สามารถดำเนินการได้ครอบคลุมถึงร้อยละ 96.92 ของหลังคาเรือน[420]

แม้ว่าจะเน้นหนักไปที่ส่วนภูมิภาคหรือชนบท แต่ก็มีบางส่วนที่พูดถึงในเมือง (รวมถึงกรุงเทพฯ) ด้วยเช่นกัน ซึ่งแนวทางที่รัฐเห็นว่าควรปฏิบัติค่อนข้างแตกต่างจากงานในชนบทพอสมควร โดยในปี พ.ศ. 2524 สมัยรัฐบาลพลเอกเปรม ติณสูลานนท์ ได้มีมาตรการ “การจัดทำโครงการสุขภาพประชาชน” เพื่อส่งเสริมให้ประชาชนในกรุงเทพมหานครหันมาดูแลสุขภาพตัวเอง และเพื่อเป็นการประกาศให้ปีดังกล่าวเป็น “ปีสุขภาพ 2524” เพื่อลดปัญหาเรื่อง “คนจนเมือง” ที่รัฐมองว่ามีต้นสายปลายเหตุมาจากระบบสุขอนามัยเมือง รัฐจึงได้มีวิธีการดำเนินงานโดยขอความร่วมมือจากหลายภาคส่วนเพื่อช่วยกันส่งเสริมและโน้มน้าวประชาชน การส่งเสริมแบ่งออกเป็น 5 ด้าน คือ การออกกำลังกาย ส่งเสริมโภชนาการ การป้องกันโรค การรักษาความสะอาด และการปรับปรุงสิ่งแวดล้อม โดยสำนักอนามัยรับหน้าที่หลักเกือบทุกด้าน ในด้านของโภชนาการระบุชัดเจนว่าให้มีการ “ปรับปรุงโภชนาการแก่

[418] สมศักดิ์ ชุณหรัศมิ์, 92.

[419] สมศักดิ์ ชุณหรัศมิ์, 94.

[420] สมศักดิ์ ชุณหรัศมิ์, 95.

เด็กก่อนวัยเรียน 0-5 ปี ในแหล่งเสื่อมโทรมหรือชุมชนที่ยากจน เพราะการเจริญเติบโตของเด็กในวัยนี้เป็นวัยที่สมองเจริญเติบโตมากที่สุด เพื่อให้เป็นเด็กที่ฉลาดจึงต้องดำเนินการแก่เด็กวัยนี้ก่อนเป็นอันดับแรก”[421] นอกจากนี้ก็ได้มีการส่งเสริมด้านสุขศึกษาและการสาธิตเกี่ยวกับอาหารราคาถูกและมีคุณภาพอีกด้วย แม้ว่าพื้นที่เมืองอย่างเช่น กทม. จะไม่มีหน่วยงาน อสม. หรือ ผสส. แต่การดำเนินการก็ได้ประสานกับภาคประชาชนอย่างกลุ่มลูกเสือชาวบ้านเป็นการทดแทน ประเด็นที่เน้นหนักอีกอย่างคือการโน้มน้าวให้ประชาชน เดิน-วิ่ง เพื่อเป็นการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ มีการเชิญชวนให้ประชาชนสุขภาพทางจิตที่สถานที่ผักผ่อนหย่อนใจเพื่อให้มีสุขภาพจิตที่ดี ในส่วนของการพัฒนาด้านสิ่งแวดล้อมก็เน้นไปที่การปรับเปลี่ยนภูมิทัศน์ให้สะอาดและงดงาม อย่างเช่นการจัดการของเสีย สุขอนามัยในตลาด และการสร้างสวนสาธารณะ นอกจากนี้ ยังเน้นไปที่การขยายการบริการทางด้านรักษาพยาบาลและลดกำแพงภาษี ค่าอุปกรณ์ทางการแพทย์ หรือให้เงินกู้เพื่อส่งเสริมการลงทุนของเอกชน หรือริเริ่มให้มีการหารือเรื่องประกันสุขภาพของคนงานซึ่ง “จะเริ่มในกลุ่มโรงงานอุตสาหกรรมเป็นเบื้องแรก”[422] แม้ว่าเนื้องานจะแตกต่างกับในเขตชนบทที่เน้นไปที่การจัดการขั้นพื้นฐานเป็นหลัก เช่น การจัดหาแหล่งน้ำสะอาด สุขาภิบาล วัคซีน ฯลฯ แต่การดำเนินนโยบายสำหรับพื้นที่เมืองก็ยังคงอยู่ในกรอบขององค์ประกอบหลัก 8 ประการข้างต้น (การใช้ความรู้ โภชนาการ การป้องกันโรค ฯลฯ) ซึ่งได้ชี้ให้เห็นจุดยืนของรัฐบาลต่อระบบสาธารณสุขอย่างชัดเจนและจริงจังว่าต้องการบรรลุกรอบแนวทางสาธารณสุขมูลฐานทั่วทั้งประเทศ

ด้วยกระแสลมทางการเมืองที่เปลี่ยนไปยังได้เปิดโอกาสให้เกิดการขยายตัวของสถานบริการเพื่อสร้างโรงพยาบาลระดับอำเภอและยกระดับสถานีผดุงครรภ์ทั้งหมดเป็นสถานีอนามัย ในทศวรรษ 2520-30 ซึ่งหน่วยบริการเหล่านี้ได้กลายเป็นฐานที่มั่นของบุคลากรสาธารณสุขหรือหน่วยงานภาคประชาสังคมที่พยายามเข้าไปมีส่วนร่วมในการจัดตั้งโครงการหรือกิจกรรมที่ส่งเสริมการขยายระบบสาธารณสุขมูลฐานเป็นจำนวนมาก รวมถึง “แพทย์ชนบท” กลุ่มบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขที่มีประสบการณ์ในการทำงานใกล้ชิดกับชนบทมากที่สุดกลุ่มหนึ่ง โดยได้ปฏิบัติงานชดใช้ทุนอยู่ตามโรงพยาบาลอำเภอและสถานบริการระดับต่าง ๆ ดังนั้น การขยายตัวของหน่วยบริการเวลานี้ นอกจากจะช่วยทำให้การทำงานของระบบสาธารณสุขมูลฐานเกิดความคล่องตัวแล้ว ยังเป็นสถานที่ปฏิบัติการของกลุ่มแพทย์ชนบทที่มีบทบาทอย่างมากในช่วงเวลานั้นด้วย[423] ซึ่งการตื่นตัวของการออกไป

---

[421] หอจดหมายเหตุแห่งชาติ, กทม.4.16.1/3 กล่อง 1, เรื่องการจัดทำโครงการสุขภาพประชาชน [13 ม.ค. - 4 ก.พ. 2524].

[422] หอจดหมายเหตุแห่งชาติ, (2) สธ1.1/30 กล่อง 4, เรื่องโครงการจัดบริการสาธารณสุขในส่วนภูมิภาคตามแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 4 พ.ศ. 2520 - พ.ศ. 2524 [พ.ศ. 2520 - 2524].

[423] ระชา ภุชชงค์, นภนาท อนุพงศ์พัฒน์, โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์, *แพทย์ชนบท ธรรมาภิบาลกับการเมืองสุขภาพ,* (นนทบุรี:สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.), 2556), อ้างแล้ว, 46.

ทำงานตามพื้นที่ห่างไกลของบุคลากรสาธารณสุขในยุคนั้น ถือได้ว่าเป็น “ผลผลิตแห่งยุคสมัย” ที่บรรยากาศทางการเมือง เศรษฐกิจ และสังคมมีส่วนในการหล่อหลอมปรากฏการณ์ดังกล่าวอย่างสำคัญ

4.6 ประสบการณ์ของเหล่าบรรดาแพทย์และบุคลากรสาธารณสุขในชนบท: ยุคแห่งการสร้างผู้นำสาธารณสุขไทย

ในความเป็นจริง ไม่ใช่แค่กรณี 6 ตุลาเท่านั้นที่หล่อหลอมให้กลุ่มแพทย์ชนบทมีอุดมคติที่อยากทำประโยชน์เพื่อสังคมอันเป็นคุณลักษณะพื้นฐานที่ดีของการเป็นผู้นำ แต่ด้วยบริบททางสังคม การเมือง และเศรษฐกิจตั้งแต่หลังทศวรรษ 2520 เป็นต้นมา ได้บีบบังคับให้แพทย์ที่ไปทำงานเพื่อชดใช้ทุนต้องมีความกล้าในการเป็นผู้นำโดยอัตโนมัติ การประกาศใช้ยุทธศาสตร์สาธารณสุขมูลฐาน (รวมถึงการใช้นโยบาย จปฐ. และการฟรีซงบประมาณเพื่อลงไปที่การพัฒนาโรงพยาบาลอำเภอ ซึ่งจะกล่าวในบทถัดไป) เพื่อเป็นเครื่องมือในการพัฒนาชนบทยากจน ปรากฏการณ์เหล่านี้ล้วนแล้วแต่มีกลุ่มแพทย์ชนบทเข้าไปเป็นเครื่องจักรในการขับเคลื่อนนโยบายเหล่านี้ด้วยกันทั้งสิ้น นับได้ว่าเป็นช่วงเวลากลุ่มแพทย์ชนบทมีการปรับตัวเข้าหารัฐมากขึ้น แพทย์ชนบทจำนวนมากมีประสบการณ์กับการเป็นตัวแทนของรัฐในการพัฒนาชนบทและตอบสนองต่อนโยบายรัฐเป็นอย่างดี มีโอกาสสร้างสายสัมพันธ์กับกลุ่มเทคโนแครตด้านการสาธารณสุขภายในกระทรวงโดยตรง ตลอดจนมีโอกาสได้เห็นการเติบโตขององค์กรพัฒนาสังคมในยุคแรกที่เข้าไปทำงานในพื้นที่ชนบท จึงเป็นที่มาของความคุ้นเคยกับองค์กรเหล่านี้ รวมถึงเข้าใจบทบาทการทำงานที่ทำให้ภาคประชาสังคมมีส่วนช่วยเกื้อหนุนซึ่งกันและกันกับกลุ่มเครือข่ายแพทย์ชนบทให้สามารถทำงานในพื้นที่ได้สะดวกมากยิ่งขึ้น

4.6.1 แพทย์ชนบทในยุคสาธารณสุขมูลฐานและประชาธิปไตยครึ่งใบ

ด้วยบรรยากาศทางการเมืองที่บ่มเพาะอุดมคติ ประกอบกับปัญหาเรื่องความเหลื่อมล้ำและความยากจนที่กระจุกตัวอยู่ตามพื้นที่โดยเฉพาะภาคเหนือและภาคตะวันออกเฉียงเหนือของสังคมไทย ทำให้พื้นที่เหล่านี้กลายเป็นสถานที่ปฏิบัติการของกลุ่มแพทย์ชนบทมาอย่างต่อเนื่อง โดยทั่วไปแพทย์ที่เรียนจบการศึกษาจากรั้วมหาวิทยาลัยจะได้รับการจัดสรรไปทำงานตามพื้นที่ต่างๆ ที่ยังขาดแคลนบุคลากรทางการแพทย์ โดยเริ่มจากการฝึกงาน 1 ปี และเริ่มปฏิบัติงานเพื่อชดใช้ทุนอีก 3 ปี ซึ่งแพทย์รับทุนรุ่นแรกจะมีการหมุนเวียนไปตามโรงพยาบาลอำเภอต่างๆ ระยะเวลา 5 เดือนถึง 1 ปี แต่เนื่องจากการบริหารของรัฐไม่ทั่วถึงและช้าต่อความเปลี่ยนแปลงในหลายเรื่อง ทำให้ส่วนมากโรงพยาบาลที่เป็นสถานที่ปฏิบัติงานอยู่ในสภาพที่ไม่พร้อมต่อการทำงานเท่าใดนัก ดังนั้นการออกไปเป็นแพทย์ชนบทจำเป็นต้องฝึกให้ตนเองเป็นทั้งแพทย์และผู้บริหารตามสภาวการณ์ที่บังคับ กล่าวคือ

ต้องทำทุกอย่างทั้งงานรักษาผู้ป่วยในโรงพยาบาล งานบริหารโรงพยาบาล และงานที่นอกเหนือไปกว่าหน้าที่ของบุคลากรทางการแพทย์ ดังที่นายแพทย์มานิตย์ ประพันธ์ศิลป์ ประธานแพทย์ชนบทสมัยที่ 2 และ 3 (พ.ศ. 2522-2524)[424] บันทึกความยากลำบากขณะไปปฏิบัติงานเป็นแพทย์ในชนบทไว้ว่า

> *"สมัยก่อนนั้นตึกสร้างได้ แต่หาหมอมาอยู่ไม่ได้ เพราะจำนวนหมอไม่พอกับความต้องการ ในตอนที่ผมไปอยู่นั้นแทบไม่มีอะไรเลย มีบุคลากรเพียงสองสามคนที่ประจำสถานีอนามัย มีอุปกรณ์ทางการแพทย์เพียงบางอย่าง และยาไม่ถึงสิบชนิดที่ยกมาจากสถานีอนามัย***ผมต้องไปเริ่มนับหนึ่งใหม่ ต้องบริหารงานเองทั้งหมด เริ่มตั้งแต่ประกาศรับสมัครบุคลากร ด้วยเงื่อนไขว่ายังไม่มีเงินเดือนให้ แต่มีเมื่อไหร่จะจ่ายให้แน่นอน จากนั้น ก็จัดหายาเพื่อมารักษาคนไข้ ก็ไปขอติดค่ายากับเถ้าแก่ร้านขายยาไว้ ไม่เช่นนั้นไม่มียาไปรักษาคนไข้ กว่าจะรอยาจากหลวง โรงพยาบาลก็คงทำประโยชน์ให้ประชาชนได้น้อย แต่จะโทษหลวงก็ไม่ได้ เพราะสมัยก่อนงบประมาณน้อย***...เราก็ต้องดิ้นรนหารายได้เข้ามาหมุนเวียนใช้จ่ายในโรงพยาบาล ก็ต้องทำประชาสัมพันธ์เพื่อให้ชาวบ้านรู้ว่า ที่โรงพยาบาลมีหมอแล้วนะ ก็ทำในลักษณะหน่วยแพทย์เคลื่อนที่ ไปบริการฉีดวัคซีน แจกยาคุม ทำทุกอย่าง จากเดิมที่ไม่มีคนไข้ เพียงเดือนเดียวก็มีคนไข้มารักษาวันละ 50-60 คน ทำให้โรงพยาบาลเริ่มมีรายได้และดำเนินการต่อมาได้"*

ซึ่งยังมีแพทย์ชนบทอีกหลายคนที่ต่างเคยมีประสบการณ์กับความยากลำบากระหว่างทำงานชดใช้ทุนที่ไม่ได้แตกต่างออกไปมากนัก โดยได้กล่าวเสริมไปในทิศทางเดียวกันว่าผู้ที่ออกไปเป็นแพทย์ต้องทำงานอย่างน้อย 4-5 ด้าน คือ เป็นแพทย์ เป็นผู้บริหาร เป็นครู เป็นหัวหน้าทีมงานสาธารณสุข หรือบางครั้งก็ต้องเป็นคนขนของ และเป็นคนขับรถเพื่อส่งต่อคนไข้เสียด้วยซ้ำ[425]

ในหลายพื้นที่ยังพบว่ามีหลายอุปสรรคที่ทำให้การทำงานของบุคลากรทางการแพทย์มีความยากขึ้นมากไปกว่าเดิมด้วย เนื่องจากสภาพสังคมและวัฒนธรรมดั้งเดิมตามธรรมชาติของพื้นที่ปฏิบัติงานที่แตกต่างออกไปจากชาวไทยในแถบภาคกลาง ทำให้มีประเด็นเรื่องภาษาและชาติพันธุ์ที่ทำให้แพทย์ที่ออกไปทำงานต้องเรียนรู้และปรับเปลี่ยนตนเองไปตามสภาพแวดล้อมของชุมชนและวิถีดั้งเดิมของชาวบ้านด้วย อย่างกรณีเรื่อง "การใช้ภาษา" ในการสื่อสาร ตัวอย่างเช่นบุคลากรสาธารณสุขส่วนใหญ่นอกเหนือจากเวลาทำงานในราชการแล้วก็มักมีการออกชุมชนตอนกลางคืนเพื่อไปประชาสัมพันธ์และรณรงค์เรื่องต่าง ๆ การสร้างส้วม การกินอาหารที่ถูกสุขลักษณะ การ

---

[424] *นายแพทย์มานิตย์ ประพันธ์ศิลป์ แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านเวชศาสตร์ครอบครัว และเวชศาสตร์ป้องกัน.* 27 มิถุนายน 2560. https://www.seedoctornow.com/manit/ (17 กรกฎาคม 2565 ที่เข้าถึง).

[425] คณะผู้วิจัย, สัมภาษณ์นายแพทย์วินัย สวัสดิวร; สัมภาษณ์นายแพทย์วิชัย โชควิวัฒน; สัมภาษณ์ดร.นายแพทย์ภูษิต ประคองสาย, interview by คณะผู้วิจัย, May 23, 2565; คณะผู้วิจัย, สัมภาษณ์นายแพทย์ศิริวัฒน์ ทิพย์ธราดล.

งดเว้นอาหารดิบ การสื่อสารผ่านการฉายหนัง ซึ่งทุกครั้งบุคลากรทางการแพทย์มีหน้าที่ต้องอธิบายให้ความรู้กับชาวบ้าน ซึ่งถ้าแพทย์หรือบุคลากรสาธารณสุขสามารถพูดภาษาที่ชาวบ้านใช้ (เช่น ภาษาอีสาน ภาษาเหนือ) ความรู้เรื่องสุขภาพก็สามารถถ่ายทอดไปถึงชาวบ้านได้[426] อีกกรณีหนึ่งเป็นเรื่อง “คนไร้รัฐ” ดังเช่นในหลายจังหวัดในพื้นที่ภาคเหนือที่มีชนกลุ่มน้อยหลายกลุ่มที่เวลานั้นยังไม่ได้รับบัตรประชาชน ทำให้แม้ว่าจะตั้งบ้านเรือนอยู่ในอาณาเขตของประเทศไทย แต่กลับไม่สามารถเข้ารับบริการทางสุขภาพได้ ดังที่นายแพทย์สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐได้รำลึกถึงเรื่องที่เขาออกบัตรพิเศษให้โรงพยาบาลฮอด จังหวัดเชียงใหม่ว่า

> *“อย่างไปอยู่ที่ฮอดเราไม่เคยรู้จักว่าประชาชนที่อยู่เมืองไทย มีพวกที่ไม่มีเลขสิบสามหลัก ไม่มีบัตรประชาชน ไม่มีอะไรทั้งนั้น พวกคนไร้รัฐเราไม่เคยรู้จักหรอก จนกระทั่งเราไปอยู่จริง ๆ เฮ้ย ทำไมหมู่บ้านกะเหรี่ยงหลังโรงพยาบาลผมเลย...ไม่มาหาหมอ คลอดก็ไม่ยอมมา พอดีมีคนไข้มาคลอดแล้วมันติด คลอดไม่ออกแล้วก็มา ทำคลอดให้เสร็จเรียบร้อย ถามว่าทำไมไม่มาฝากท้อง เขาบอกไม่มีสตางค์ ไม่มีสตางค์เดี๋ยวจัดการออกบัตรผู้มีรายได้น้อย ให้วันหลังมารักษาฟรีเขาบอกว่าออกบัตรไม่ได้เพราะว่าเขาไม่มีบัตรประชาชน อ้าว แล้วคุณอยู่เมืองไทยได้ไง ไม่มีบัตรประชาชน...***ผมบอกว่าออกไปเลยเดียวผมเซ็นเอง ทำบัตรเฉพาะของโรงพยาบาล เขาบอกอย่างนี้ไม่ได้นะเดี๋ยวผิดกฎหมาย นายอำเภอเขาว่าเอา ผมบอกว่านี่มันอำนาจผม ให้มารักษาที่โรงพยาบาลผมเท่านั้น บัตรนี้ไปรักษาที่อื่นไม่ได้ อย่างน้อยก็จะไม่มาหาผมตอนอาการแย่ๆ แล้ว ก็เลยออกบัตรให้ทั้งหมู่บ้าน...ไม่รู้ผิดหรือไม่ผิดนะเพราะผมถือว่าคนเหล่านี้ผมไม่ได้ออกบัตรให้เขาไปรักษาที่ไหนก็ได้ ผมออกบัตรของโรงพยาบาลผม เจ็บไข้ได้ป่วยแล้วให้มารักษาที่ผม แล้วผมรักษาให้ฟรี...****ตอนหลังพอหมอก้อง [นายแพทย์พงศธร พอกเพิ่มดี] มาเคลื่อนไหวเรื่องคนไร้รัฐให้มีสิทธิบัตรทอง ผมซัพพอร์ตเต็มที่เลยเพราะว่าเรามีประสบการณ์ Firsthand information เลย พวกนี้เดือดร้อนมากนะ”*[427]

ซึ่งกรณีเหล่านี้เป็นความท้าทายของแพทย์และบุคลากรที่ปฏิบัติงานในพื้นที่ โดยที่องค์ความรู้ต่อเรื่องราวเหล่านี้ไม่เคยมีปรากฏในระหว่างที่เรียนอยู่ในโรงเรียนแพทย์มาก่อน ดังนั้นแพทย์เหล่านี้จึงไม่ใช่ได้เรียนรู้ถึงวิถีการเป็น “นักรักษา” เท่านั้น แต่ได้กลายเป็น “นักบุกเบิก” ไปพร้อม ๆ กัน

นอกจากนี้ ต้องไม่ลืมนึกถึงปัจจัยทางการเมืองที่เป็นบริบทเฉพาะในยุคนั้นด้วย อย่างการที่โรงพยาบาลต่าง ๆ มักถูกสร้างและตั้งอยู่ใน “พื้นที่สีแดง” ซึ่งเป็นพื้นที่ที่ถูกเพ่งเล็ง สุ่มเสี่ยงภัย หรือเป็นพื้นที่ปฏิบัติการของกลุ่มที่ฝักใฝ่การเมืองแบบคอมมิวนิสต์ เพราะเป็นการแสดงให้เห็นว่าเขาไม่ทอดทิ้งประชาชน สมัยนั้นยังมี

---

[426] สัมภาษณ์ดร.นายแพทย์ภูษิต ประคองสาย.

[427] *ตามรอยอุดมคติ โกมล คีมทอง.* กรุงเทพฯ: มูลนิธิโกมลคีมทอง, 2564, 102-103.

ปฏิบัติการจิตวิทยาด้วยการส่งหน่วยแพทย์พื้นที่ไปให้บริการประชาชน[428] แม้ว่าบุคลากรทางการแพทย์จะไม่ใช่เป้าหมายของการโจมตี แต่ความคุกรุ่นในทางภูมิรัฐศาสตร์จะมีผลทำให้เงื่อนไขการปฏิบัติงานของแพทย์ในชนบทมีความซับซ้อนมากขึ้น ตามประสบการณ์ของนายแพทย์สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ ที่ว่า

> *"...มาอยู่โรงพยาบาลสิบเตียงสองปีที่บ้านกรวด ชายแดนเขมรเลย ช่วงนั้นคือยุค killing field นะ เขมรแดงบุกนะ แล้วพวกชาวบ้านก็ต้องหนีตายข้ามมาฝั่งไทย แล้วทหารไทยก็ไปวางกับระเบิดไว้ริมชายแดน เพื่อไม่ให้ทหารเขมรบุกเข้ามา ชาวบ้านหนีตายเข้ามาก็โดนกับระเบิด โรงพยาบาลผมเหมือนโรงพยาบาลสนาม ส่วนใหญ่ขาขาด เรียกว่าหลับตาก็ตัดขาได้ ก็มันมาทุกวัน แล้วเราต้องทำทุกอย่างคนเดียว เป็นทั้งหมอ ผ่าตัด เป็นทั้งหมอสูติเป็นทั้งหมอศัลย์เป็นทั้งหมอเด็ก หมอ Med [อายุรกรรม] หมอดมยา..."*[429]

ดังนั้น การเผชิญหน้าต่อสถานการณ์เฉพาะหน้าต่างรูปแบบทำให้แพทย์ชนบทได้เรียนรู้และไม่ว่าจะเลือกทำงานต่อไปในชนบทหรือเลือกกลับไปทำงานในส่วนกลางจะได้มีศักยภาพพอสมควร[430] นอกจากนี้การมาอยู่โรงพยาบาลอำเภอในช่วงทศวรรษ 2520 การสร้างอำนาจบารมีโดยผูกพันธ์กับความสัมพันธ์ส่วนบุคคลระหว่างบุคลากรทางการแพทย์กับชาวบ้านเป็นสิ่งสำคัญที่จะทำให้หมออยู่รอดในชนบท ทำให้บันทึกประสบการณ์ของแพทย์หลายคน แม้จะเรื่องเล่าเหตุการณ์ที่แตกต่างออกกันไปตามประสบการณ์ที่ได้รับ ทว่า สิ่งที่เป็นตัวชี้วัดกันหน้างานจริง ๆ กลับเป็นความสามารถส่วนบุคคลที่เป็นตัววัดผลของการทำงานในชนบท องค์ความรู้เชิงเทคนิคแม้เป็นสิ่งที่เอาไว้ประกอบอาชีพก็จริง แต่ถ้าพูดในภาษาบ้าน ๆ กล่าวได้ว่า "ความมีกึ๋น" ของบรรดา "แพทย์ที่ทำงานในชนบท" มีส่วนช่วยให้พวกเขาเหล่านี้สามารถข้ามผ่านสถานการณ์เฉพาะหน้าได้เสมอ รวมถึงและในบางกรณีสายสัมพันธ์ระหว่างแพทย์รุ่นพี่รุ่นน้องหรือระหว่างกับลูกศิษย์และอาจารย์แพทย์ ได้มีส่วนในการสนับสนุนให้การผลักดันงานพัฒนาในชนบทดำเนินไปได้

4.6.2 จากแพทย์พื้นที่ส่วนภูมิภาคสู่การทำงานในส่วนกลาง

องค์ประกอบที่สำคัญอย่างหนึ่งของบรรดาแพทย์ชนบทในการพลิกจากบทบาทการทำงานในชนบทและวิวัฒนาการมาสู่ขบวนการเคลื่อนไหวเพื่อปฏิรูปงานสาธารณสุขที่ศูนย์กลางคือการสร้างแนวร่วมพันธมิตรกับแพทย์อาวุโสที่เป็นชนชั้นนำในทางสาธารณสุข เช่น นายแพทย์เสม พริ้งพวงแก้ว นายแพทย์สมบูรณ์ วัชโรทัย นายแพทย์

---

[428] คณะผู้วิจัย, สัมภาษณ์นายแพทย์วินัย สวัสดิวร.

[429] *ตามรอยอุดมคติ โกมล คีมทอง.* กรุงเทพฯ: มูลนิธิโกมลคีมทอง, 2564, 99.

[430] สัมภาษณ์นายแพทย์วิชัย โชควิวัฒน.

ไพโรจน์ นิงสานนท์ นายแพทย์ประเวศ วะสี นายแพทย์ดำรงค์ บุญยืน นายแพทย์ไพจิตร ปวะบุตร ฯลฯ[431] ซึ่งแพทย์อาวุโสในกระทรวงสาธารณสุขเวลานั้นต่างก็สนับสนุนแนวคิดของกลุ่มแพทย์ชนบทอยู่แล้ว จึงทำให้เกิดเป็นความสัมพันธ์ในลักษณะแนวดิ่ง (Vertical level) ระหว่างแพทย์ชนบทกับแพทย์อาวุโสที่มีบทบาทเกื้อกูลกันในการสนับสนุนและผลักดันการเคลื่อนไหวเพื่อพัฒนางานสาธารณสุขตั้งแต่ทศวรรษ 2520 เป็นต้นมา ส่วนหนึ่งความสัมพันธ์อันดีของชมรมแพทย์ชนบทกับกลุ่มแพทย์ชนชั้นนำส่วนกลางได้เปิดโอกาสให้เกิดการสานต่องานต่าง ๆ โดยการทำงานในโครงสร้างอำนาจของกระทรวงสาธารณสุขส่วนกลางได้[432] ดังเช่นเมื่อนายแพทย์อมร นนทสุต ดำรงตำแหน่งเป็นปลัดกระทรวงสาธารณสุข (พ.ศ. 2526 – 2529) นายแพทย์ไพจิตร ปวะบุตร ที่เดิมเป็นนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมาได้ถูกเรียกตัวเข้ามาช่วยงานในส่วนกลาง[433] และเมื่อนายแพทย์ไพจิตร ปวะบุตร ขึ้นดำรงตำแหน่งเป็นปลัดกระทรวงสาธารณสุข (พ.ศ. 2535-2537) ได้ดึงนายแพทย์สำเริง แหยงกระโทก ซึ่งเคยทำงานพัฒนาโรงพยาบาลร่วมกันตั้งแต่ที่จังหวัดอุบลราชธานีและนครราชสีมา (โคราช) และเป็นผู้มีความสามารถโดดเด่นในพื้นที่เข้าไปช่วยงานในกระทรวงเป็นรองอธิบดีกรมควบคุมโรค (พ.ศ. 2536)[434]

ประกอบกับประสบการณ์จากการทำงานมีส่วนช่วยให้แพทย์ในชนบทเข้าใจภาพความจริงของระบบการทำงานด้านสาธารณสุข เมื่อมีโอกาสเข้ามาทำงานในราชการส่วนกลางก็มักเอาบทเรียน ข้อเท็จจริงและข้อจำกัดที่ได้รับจากพื้นที่ชนบทมาใช้ให้เป็นประโยชน์ต่อการออกแบบระบบสาธารณสุขของประเทศในภาพรวมได้ดีมากยิ่งขึ้น ดังเช่นกรณี ดร.วรรณวิไล จันทราภา ปูชนียบุคคลของวงการพยาบาล นายแพทย์วิชัย โชควิวัฒน ได้ระบุถึงความสำคัญของการจัดทำโครงการนี้ในบันทึกของท่านที่ชี้ให้เห็นว่าประสบการณ์การทำงานในโรงพยาบาลอำเภอ

---

[431] นายแพทย์เสม พริ้งพวงแก้ว อดีตรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2523 – 2525
นายแพทย์สมบูรณ์ วัชโรทัย อดีตอธิบดีกรมอนามัย พ.ศ. 2517-2522 อดีตอธิบดีกรมควบคุมโรคติดต่อ พ.ศ. 2522-2523
นายแพทย์ไพโรจน์ นิงสานนท์ อดีตรองอธิบดีกรมอนามัย พ.ศ. 2518-2523 รองปลัดกระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2523-2525 อธิบดีกรมอนามัย พ.ศ. 2526-2529 และปลัดกระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2530-2531
นายแพทย์ประเวศ วะสี อาจารย์แพทย์ อดีตผู้อำนวยการศูนย์ประสานงานทางการแพทย์และสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2527-2530
นายแพทย์ดำรงค์ บุญยืน อดีตอธิบดีกรมควบคุมโรคติดต่อ พ.ศ. 2537-2540
นายแพทย์ไพจิตร ปวะบุตร ย้ายจากนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมาไปทำงานในกระทรวงสาธารณสุขและต่อมาดำรงตำแหน่งเป็นปลัดกระทรวงสาธารณสุข (พ.ศ. 2535-2537)

[432] ณัฐรุจ วงศ์ทางสวัสดิ์, *พลวัตกรอบความคิดและการเคลื่อนไหวของขบวนการแพทย์ชนบท: ความขัดแย้งและการเปลี่ยนผ่านทางการเมือง*, (วิทยานิพนธ์, สาขารัฐศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2560), 134-136.

[433] สัมภาษณ์นายแพทย์ไพจิตร ปวะบุตร, คณะผู้วิจัย, 30 พฤษภาคม 2565.

[434] สัมภาษณ์ ศ.พิเศษ นายแพทย์สำเริง แหยงกระโทก, คณะผู้วิจัย, 24 มิถุนายน 2565.

ของ ดร.วรรณวิไล ที่เคยร่วมงานเคียงบ่าเคียงไหล่สมัยอยู่ในชนบท มีส่วนช่วยส่งเสริมความเป็นผู้นำต่อมาภายหลังอย่างน่าสนใจว่า

> *"โรงพยาบาลชุมชนเดิมทีเรียกว่า โรงพยาบาลอำเภอนั้น มักประสบปัญหาเปลี่ยนผู้บริหารบ่อย โดยเฉพาะผู้อำนวยการโรงพยาบาล มีผลต่อการบริหารจัดการเกิดผลกระทบต่อการทำงานของบุคลากรโรงพยาบาล....**กองการพยาบาล ได้ริเริ่มจัดทีมส่งเสริมสนับสนุนการพัฒนาโรงพยาบาลในระดับนี้ขึ้น (ระหว่างปี 2523-2529)** โดยมีวัตถุประสงค์หลักคือ **การช่วยจัดโครงสร้างการบริหาร การบริการ และการประสานงานที่ชัดเจน ที่ผู้ปฏิบัติงานทุกกลุ่มยึดเป็นแนวทางปฏิบัติได้อย่างมีระบบ ไม่สั่นคลอนเมื่อเปลี่ยนตัวผู้บริหาร....**"* [435]

ซึ่งเวลาต่อมา ดร.วรรณวิไล จันทราภา กลายมาเป็นผู้มีส่วนสำคัญในการก่อตั้ง "สภาการพยาบาล" ในปี พ.ศ. 2528 และได้ดำรงตำแหน่งอุปนายกคนแรกของสภาฯ อีกด้วย ซึ่งเป็นหนึ่งในหัวเรี่ยวหัวแรงต่อการปรับปรุงโครงสร้างการบริหารภายในของโรงพยาบาลให้มีประสิทธิภาพขึ้น หรือกระทั่งแพทย์ชนบทอีกจำนวนไม่น้อยที่มีเส้นทางชีวิตในลักษณะเดียวกัน เช่น นายแพทย์สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ เป็นหัวหน้าฝ่ายประเมินผล และฝ่ายโครงการและงบประมาณ กองแผนงานสาธารณสุข (พ.ศ. 2525-2530) ผู้อำนวยการกองวิชาการสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา ผู้อำนวยการสำนักนโยบายและแผนสาธารณสุข (พ.ศ. 2531-2534) และต่อมาเป็นรองปลัดกระทรวงสาธารณสุข (พ.ศ. 2543-2546) ในเวลาใกล้กันนั้นนายแพทย์วิชัย โชควิวัฒน เป็นผู้อำนวยการกองระบาดวิทยา (พ.ศ. 2533-2534) ผู้เชี่ยวชาญด้านข้อมูลข่าวสารสำนักงานปลัดกระทรวงฯ และเป็นรองอธิบดีกรมควบคุมโรคติดต่อ (ประมาณปี พ.ศ. 2534–2538) เป็นเลขาธิการคณะกรรมการอาหารและยา (พ.ศ. 2543 – 2545) และเป็นอธิบดีกรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก (พ.ศ. 2545 – 2550) ขณะที่นายแพทย์อำพล จินดาวัฒนะ เป็นผู้อำนวยการกองสาธารณสุขต่างประเทศ นายแพทย์ใหญ่กรมควบคุมโรคติดต่อ พ.ศ. 2535-2537 และผู้อำนวยการสถาบันพระบรมราชชนก (พ.ศ.2537–2542) ด้านนายแพทย์สมศักดิ์ ชุณหรัศมิ์ หัวหน้าสำนักงานประสานงานวิชาการและพัฒนากำลังคนด้านสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข (พ.ศ. 2528–2533) ผู้อำนวยการกองสถิติสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข (พ.ศ. 2533–2535) ต่อมาเป็นผู้อำนวยการคนแรกของสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) กระทรวงสาธารณสุข (พ.ศ. 2535–2541) ส่วนนายแพทย์สงวน นิตยารัมภ์พงศ์ ได้เปลี่ยนบทบาทจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลบัวใหญ่ จังหวัดนครราชสีมามา

---

[435] *อนุสรณ์งานพระราชทานเพลิงศพ ดร.วรรณวิไล จันทราภา ทม., ทช., ปม., ร.จ.พ. วัดโสมนัสราชวรวิหาร กรุงเทพมหานคร วันอาทิตย์ ที่ 22 เมษายน 2550.* 2550, 82-83.

ทำงานในกระทรวงฯ มีบทบาทในแพทยสภา จนกระทั่งเป็นผู้ช่วยปลัดกระทรวงสาธารณสุขด้านนโยบายและแผนฯ และผู้อำนวยการสำนักงานประกันสุขภาพ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขระหว่างปี พ.ศ. 2535-2539 ต่อมาเป็นรองปลัดกระทรวงสาธารณสุขในปี พ.ศ. 2544-46 และเป็นเลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ในปี พ.ศ. 2547-2551[436] แพทย์ชนบทท่านเหล่านี้ต่างได้นำเอาประสบการณ์ที่ได้รับจากการทำงานในพื้นที่ชนบทมาต่อยอดเพื่อขับเคลื่อนงานสาธารณสุขที่ยาก ๆ ผ่านบทบาทการทำงานภายในกระทรวงในฐานะผู้บริหารระดับต่าง ๆ ต่อมา ดังที่นายแพทย์ประทีป ธนกิจเจริญ อดีตผู้อำนวยการโรงพยาบาลราษีไศล (พ.ศ. 2526-2532) กล่าวสรุปไว้อย่างน่าสนใจว่า *“ประสบการณ์ตั้งแต่นักศึกษาจากชนบท มาทำงานส่วนกลางเลยทำให้มีกำลังมาก กลายเป็นกลไกทำงาน”*[437]

ด้วยการทำงานในชนบทมีเนื้องานที่มากไปกว่าเรื่องของโรงพยาบาลและการทำงานของระบบราชการหลายมิติ โดยเฉพาะงานที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาสังคม ประกอบกับเงื่อนไขสภาพแวดล้อมและปัจจัยทางสังคมวัฒนธรรมดังที่กล่าวไปข้างต้น ทำให้พื้นที่ชนบทไม่เพียงแต่เป็นพื้นที่ทดสอบและสร้างผู้นำของวงการสาธารณสุขในอนาคตเท่านั้น แต่ยังเป็นพื้นที่ทำงานขององค์กรอื่นอย่างองค์กรพัฒนาเอกชนที่เข้ามามีบทบาทในการพัฒนาสังคมมากขึ้น ในด้านหนึ่งได้เข้ามาช่วยเติมเต็มงานสาธารณสุขในชนบทให้สมบูรณ์มากขึ้น

4.6.3 ว่าด้วยเรื่องความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์ชนบทกับองค์กรภาคประชาสังคมอื่น ๆ

ระหว่างปี พ.ศ. 2520-2530 คำว่า “ประชาสังคม” ยังไม่เป็นที่รู้จักในวงกว้างนัก เพราะเป็นคำใหม่ที่นักวิชาการนำเข้ามาและเวลานั้นพลังนอกระบบราชการยังแทบไม่มีบทบาทในเชิงนโยบายของรัฐ เนื่องจากโครงสร้างทางการเมืองในยุคประชาธิปไตยครึ่งใบเผยให้เห็นดุลยภาพของอำนาจสามขาระหว่าง การเมือง-ข้าราชการ-กลุ่มธุรกิจ ในด้านนโยบายสาธารณสุขก็ถูกควบคุมโดยกลุ่มเทคโนแครตวิชาชีพ ดังที่นายแพทย์อมร นนทสุต ผู้วางรากฐานคนสำคัญของงานสาธารณสุขมูลฐานได้กล่าวสนับสนุนเรื่องนี้เอาไว้ว่า *“เท่าที่ผ่านมานั้นสิ่งสำคัญในการกำหนดทิศทางของการของการพัฒนาสาธารณสุขขึ้นอยู่กับเงื่อนไข 2 ประการ คือ 1) บรรยากาศทาง*

---

[436] นายแพทย์วิชัย โชควิวัฒน ประธานแพทย์ชนบทชุดที่ 4-5 (พ.ศ. 2524-2526) นายแพทย์นายแพทย์สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ ประธานแพทย์ชนบทชุดที่ 6 (พ.ศ. 2526-2527) นายแพทย์อำพล จินดาวัฒนะ ประธานแพทย์ชนบทชุดที่ 7 (พ.ศ. 2527-2528) นายแพทย์สงวน นิตยารัมภ์พงศ์ ประธานแพทย์ชนบทชุดที่ 8 (พ.ศ. 2528-2529)

[437] สัมภาษณ์นายแพทย์ประทีป ธนกิจเจริญ, คณะผู้วิจัย.

การเมือง และ 2) บรรยากาศทางวิชาชีพ [ความต้องการที่จะปกป้องวิชาชีพ (Professionalism)]”[438] กระนั้นก็ตาม แม้จะไม่สามารถกล่าวได้เต็มปากว่าประชาธิปไตยในทศวรรษนี้ “เต็มใบ” ก็ตามที แต่อาจารย์เสน่ห์ จามริก หนึ่งในปูชนียบุคคลของสมาคมสิทธิเสรีภาพของประชาชน (สสส.) (พ.ศ. 2526) ได้ให้ความคิดเห็นว่า แม้ในช่วงประชาธิปไตย “ครึ่งใบ” ที่ประชาชนจะไม่ได้มีสิทธิเสรีภาพอย่าง “เต็มใบ” แต่การเกิดขึ้นขององค์กรพัฒนาเอกชนเป็นองค์ประกอบสำคัญที่เข้ามาช่วยเติมเต็มรูโหว่ด้านการพัฒนาของรัฐและยังถือว่าเป็นบันไดก้าวแรกของการพัฒนาต่อไปสู่แนวคิดสิทธิเสรีภาพ ดังที่ อาจารย์เสน่ห์ จามริก ได้ตั้งข้อสังเกตเอาไว้เนื่องในโอกาสวันครบรอบ 12 ปีของสมาคมสิทธิเสรีภาพของประชาชนเมื่อวันที่ 24 พฤศจิกายน พ.ศ. 2528 ว่า

> *“...ในปัจจุบันทางราชการก็เล็งเห็นความสำคัญขององค์กรพัฒนาเอกชน* ***เพราะการพัฒนาท้องถิ่นเท่าที่เป็นมา ทางราชการประสบความล้มเหลวมาโดยตลอด และเล็งเห็นว่า พวกอาสาพัฒนาเอกชนเขาเข้าถึงประชาชนได้ดีกว่าเพราะราชการรอให้ประชาชนเข้ามาหา ส่วนพวกอาสาพัฒนาเอกชนเข้าไปหาประชาชน****...เป็นกิจกรรมที่เข้าถึงเนื้อหาชีวิตความเป็นอยู่และปัญหาปากท้องของประชาชนในท้องถิ่นอย่างแท้จริง”*[439]

ซึ่งหากมองควบคู่ไปกับพัฒนาการขององค์กรพัฒนาเอกชน ช่วงทศวรรษ 2520 ได้มีหลายองค์กรที่เริ่มกลับมามีบทบาทอีกครั้งหลังผ่านพ้นวิกฤติทางการเมืองกรณี 6 ตุลาไป เช่น ชมรมแพทย์ชนบท (พ.ศ. 2521) สมาคมสิทธิเสรีภาพของประชาชน (พ.ศ. 2526) เปลี่ยนชื่อมาจากสหภาพเพื่อสิทธิเสรีภาพของประชาชน เริ่มผลักดันในเรื่องของการจัดทำ “กฎหมายหลักประกันสุขภาพ” มาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2529 ร่วมกับกลุ่มองค์กรต่างๆ โดยเฉพาะเครือข่ายแรงงาน มีการรณรงค์ผ่านคำขวัญ “ทางรอดประชาไทย รัฐต้องจริงใจประกันสังคม” ผ่านสื่อต่าง ๆ นับตั้งแต่ช่วงเวลานั้นเป็นต้นมา[440] ยังมีเครือข่ายแรงงานจำนวนมากที่จัดตั้งขึ้นอีกครั้งหลังสหภาพแรงงานถูกยุบไปในช่วง 6 ตุลา เช่น สภาองค์การลูกจ้างสภาแรงงานแห่งประเทศไทย (พ.ศ. 2522) สภาองค์การลูกจ้างสมาพันธ์แรงงานแห่งประเทศไทย (พ.ศ. 2526) และกลุ่มสหภาพแรงงานที่ยังคงจัดตั้งอยู่ ได้แก่ สหภาพแรงงานย่านรังสิต/พระประแดง/อ้อมน้อย-อ้อมใหญ่ และกลุ่มสหภาพแรงงานรัฐวิสาหกิจสัมพันธ์ (พ.ศ. 2525-2526) ซึ่ง

---

[438] ทวีทอง หงษ์วิวัฒน์, เพ็ญจันทร์ ประดับมุข, และ นูรีฮัน ยูโซะ, . *เศรษฐกิจสาธารณสุขไทย : รวมบทความและคำอภิปรายจากการประชุมปฏิบัติการระหว่างวันที่ 12-14 มีนาคม 2529 ณ โรงแรมเอเชียพัทยา ชลบุรี.* นครปฐม: มหาวิทยาลัยมหิดล, 2529, 13.

[439] เสน่ห์ จามริก. *พัฒนาการสิทธิมนุษยชนในประเทศไทย.* กรุงเทพฯ: สมาคมสิทธิเสรีภาพของประชาชน, 2531, 89.

[440] นภาพร อติวานิชยพงศ์. *เส้นทางสู้สู่ประกันสังคม : ประวัติศาสตร์การต่อสู้และการปฏิรูปกฎหมายประกันสังคม,* เพิ่งอ้าง, 64-67.

ขบวนการเหล่านี้จะมีส่วนในการผลักดันให้ *“รัฐสภาผ่านร่างพระราชบัญญัติประกันสังคมในปี พ.ศ. 2533”*[441] เวลาต่อมา

ขณะที่กลุ่มองค์กรที่ทำหน้าที่เกี่ยวกับสุขภาพโดยตรงได้แก่ โครงการสมุนไพรเพื่อการพึ่งตนเอง (ต่อมาคือ “มูลนิธิสุขภาพไทย” ในปี 2539) ในปี 2522 ที่จัดทำในนามของมูลนิธิโกมล คีมทอง โดยเภสัชกรสุพจน์ อุศวพันธุ์ธนกุล และนางสาวรสนา โตสิตระกูล[442] เพื่อมุ่งหมายให้ชาวบ้านสามารถพึ่งพาตนเองได้โดยใช้สมุนไพรและภูมิปัญญาท้องถิ่น โดยมีความเชื่อมโยงกับผู้ใหญ่หลายท่านที่ต้องการฟื้นฟูการแพทย์แผนดั้งเดิมขึ้นมาอีกครั้ง ดังคำกล่าวของ เภสัชกรสุพจน์ อัศวพันธุ์ธนกุล หัวหน้าโครงการในยุคแรกระบุเอาไว้ว่า “โครงการสมุนไพรเพื่อการพึ่งตนเองมีกำเนิดมาจากมูลนิธิโกมลคีมทอง สำนักงานของโครงการฯ ก็ใช้ของมูลนิธิโกมลถึง 7 ปี จึงได้ย้ายไปตั้งสำนักงานใหม่ เรียกได้ว่ามูลนิธิฯ มีส่วนให้กำเนิด ส่งเสริมและเกื้อกูลโครงการฯ มาก โดยเฉพาะอาจารย์สุลักษณ์และอาจารย์ประเวศนั้นได้ช่วยเหลือมากในตอนเริ่มต้น”[443] ช่วงที่เริ่มโครงการในยุคสาธารณสุขมูลฐาน เภสัชกรสุพจน์ อัศวพันธุ์ธนกุล ยังเป็นนักเขียนประจำให้กับนิตยสาร “หมอชาวบ้าน” ผ่านคอลัมน์ “ประสบการณ์รอบทิศ” ที่ได้รวบรวม “นักเขียนหมอชาวบ้าน” ของโครงการฯ มาให้ความรู้เรื่องสมุนไพร ซึ่งเป็นสื่อสิ่งพิมพ์ที่ในการเผยแพร่ความรู้ด้วยอีกทางหนึ่งในช่วงปี พ.ศ. 2526-2527

อีกหนึ่งองค์กรที่ควรกล่าวถึงคือ คณะกรรมการประสานงานองค์กรเอกชนเพื่อการสาธารณสุขมูลฐาน (คปอส.) (พ.ศ. 2526) (ซึ่งภายหลังจะเปลี่ยนชื่อเป็น “มูลนิธิเพื่อผู้บริโภค” (มพบ.) ในปี พ.ศ. 2539) ทำงานเกี่ยวกับการคุ้มครองผู้บริโภค เช่น *“งานรณรงค์เรื่องการใช้ยาที่เหมาะสม การผลักดันให้เกิดการเปลี่ยนแปลงสูตรยาแก้ปวดลดไข้ จากยาสูตรผสมเป็นยาเดี่ยว การคัดค้านสิทธิบัตรยาและการใช้ชื่อสามัญทางยา การรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่ในยุคแรก ๆ”*[444] มีสมาชิกคนสำคัญอย่างนางสาวสารี อ๋องสมหวัง ที่ทำงานร่วมกับนายแพทย์สงวนมาเป็นเวลานานแล้ว หลังจากนั้นสารีจึงได้เชิญอาจารย์จอน อึ๊งภากรณ์ ผู้ก่อตั้งมูลนิธิเข้าถึงเอดส์ (พ.ศ. 2534) และอดีตผู้อำนวยโครงการอาสาสมัครเพื่อสังคม (คอส.) ซึ่งภายหลังกลายเป็นมูลนิธิอาสาสมัครเพื่อสังคม (มอส.)

---

[441] นภาพร อติวานิชยพงศ์. *สหภาพแรงงานไทยที่เป็นขบวการเคลื่อนไหวทางสังคม.* กรุงเทพฯ: มูลนิธิฟรีดริค เอแบร์ท (Friedrich-Ebert-Stiftung) วิทยาลัยพัฒนศาสตร์ ป๋วย อึ๊งภากรณ์ มูลนิธิอารมณ์ พงศ์พงัน, 2561, 40-42.

[442] วิวรรณ เอกรินทรากุล. *การบริหารงานสาธารณสุขในประเทศไทย พ.ศ. 2501-2520.* ปริญญานิพนธ์อักษรศาสตร์มหาบัณฑิต จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2547, 160. และดูเพิ่มเติมใน

[443] สมถวิล ลือชาพัฒนพร, ฐิติมา คุณติรานนท์ พิภพ ธงไชย, บ.ก. *จากวิกฤตการณ์สู่มิติใหม่ของสาธารณสุขไทย.* กรุงเทพฯ: มูลนิธิโกมลคีมทอง, 2530, 39.

[444] มูลนิธิเพื่อผู้บริโภค (มพบ.). *เกี่ยวกับมูลนิธิฯ.* ม.ป.ป. shorturl.at/KSV27 (15 กรกฎาคม 2565 ที่เข้าถึง).

ในพ.ศ. 2529 มาเข้าร่วมกับเครือข่ายขององค์กรนอกภาครัฐอื่นที่อาจเรียกว่ากลุ่มองค์กรพัฒนาเอกชน (อพช.) หรือเอ็นจีโอ (Non Governmental Organizations - NGOs)

สำหรับโครงการอาสาสมัครเพื่อสังคม หรือ คอส. เกิดขึ้นในปี พ.ศ. 2523 เป็นส่วนหนึ่งของมูลนิธิอาสาสมัครเพื่อสังคม (มอส.) โดยมีคุณหญิงอัมพร มีศุข โคทม อารียา สุลักษณ์ ศิวรักษ์ และศรีสว่าง พั่ววงศ์แพทย์ เป็นแกนนำในการจัดตั้ง คอส. มีลักษณะคล้ายบัณฑิตอาสา โดยรับบัณฑิตจบใหม่หรือคนที่สามารถทำงานเต็มเวลามาทำงานให้ช่วยเหลือคนยากจนในชนบทและทำงานร่วมกับเอ็นจีโอเป็นเวลา 2 ปี ซึ่งแต่ละปี คอส. สามารถผลิตอาสาสมัครได้ประมาณ 20-30 คน และหลายคนในนั้นที่เคยมีประสบการณ์ทำงานในพื้นที่ชนบทต่อมาได้กลายเป็นแกนนำกลุ่มองค์กรนอกภาครัฐในปัจจุบัน ช่วงที่ทำโครงการ คอส. รุ่นแรก ๆ อาสาเป็นรุ่นที่เพิ่งจบจากมหาวิทยาลัยหลังจากกรณี 6 ตุลา โดยจะถูกส่งไปทุกพื้นที่ทั่วประเทศโดยเฉพาะภาคเหนือและภาคตะวันออกเฉียงเหนือ บางส่วนได้ไปทำงานในพื้นที่ร่วมกับบุคลากรทางการแพทย์ และบางส่วนได้ทำงานให้กับสภาการศึกษาคาทอลิกแห่งประเทศไทย ทำให้ช่วงเวลานี้เองที่ได้พบปะและปฏิสัมพันธ์กับแพทย์ที่ทำงานอยู่ในโรงพยาบาลตามชนบท ดังที่อาจารย์ จอน อึ๊งภากรณ์ ได้เล่าที่มาถึงความสัมพันธ์กับแพทย์โดยเฉพาะกับนายแพทย์สงวนว่า *“การที่เอ็นจีโอมารวมตัวกันได้ ส่วนหนึ่งก็ได้หมอสงวนนี่แหละ กลุ่มเอ็นจีโอส่วนใหญ่มาจาก มอส. เช่น ภาคเหนือเกือบทั้งหมดเป็นอดีต มอส. แล้วเอ็นจีโอไม่ได้มีเยอะ...[ซึ่ง] หมอบางคนเช่นหมอสงวนเค้ามีความสัมพันธ์ดีกับเอ็นจีโออยู่นานแล้ว...ผมเองก็เคยสอนเค้าสมัยอยู่คณะวิทย์ฯ เค้าเป็นลูกศิษย์ผม ก็รู้จักกันอยู่แล้ว”*[445]

ด้านนายแพทย์สำเริง แหยงกระโทก หนึ่งในผู้ที่มีประสบการณ์ตรงกับทำงานร่วมกันสมัยเป็นแพทย์ชนบทอยู่ที่โคราช ซึ่งเป็นจังหวัดที่ได้รับฉายาว่าเป็นจุดสูงสุดของความสำเร็จในการพัฒนางานสาธารณสุขมูลฐานภายในประเทศจากโครงการโคราชพัฒนา ได้กล่าวเสริมถึงประสบการณ์กับกลุ่มอาสาสมัครไว้ว่า

> *“กลุ่มภูมิธรรม (ภูมิธรรม เวชยชัย) สมัยเป็นสาธารณสุขมูลฐาน ทุกคนก็ไป....มธ. จุฬา มีนักอาสาที่ไปติดต่อโรงพยาบาล 4 แห่งนี้แหละเราก็รับเลย ยินดีมาก เหมือนใช้พื้นที่เราฝึกงาน...พวกอาสาสมัคร จิตอาสา เค้ามาด้วยอุดมการณ์ อยากเรียนรู้ชาวบ้าน พวกเขาก็มาปีนึง 2-3 คน ก็ทำกันไป เลยทำให้งานอาสาสมัคร งานชาวบ้านโตได้ เพราะกลุ่มบัณฑิตอาสานี่เลย ส่วน อสม. อาสาเป็นชาวบ้าน เลยทำให้สาธารณสุขมูลฐานเกิดขึ้นได้อย่างแท้จริง”*[446]

[445] สัมภาษณ์อาจารย์จอน อึ๊งภากรณ์, 25 มิถุนายน 2565.

[446] สัมภาษณ์ ศ.พิเศษ นายแพทย์สำเริง แหยงกระโทก.

เช่นเดียวกันกับที่นายแพทย์ประทีป ธนกิจเจริญ ดร.นายแพทย์โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ (ช่วงทศวรรษ 2520) และ ดร.นายแพทย์ภูษิต ประคองสาย (ทศวรรษ 2530) ผู้มีประสบการณ์ทำงานและสัมผัสกับพื้นที่โคราช ได้ชี้ให้เห็นว่าขณะที่ทำงานในพื้นที่เป็นช่วงที่ "ได้รู้จัก NGOs เยอะ เช่น อภิชาติ ทองอยู่ พี่อ้วน (ภูมิธรรม เวชยชัย) ดูแลโครงการอาสาสมัครจุฬาฯ ตอนนั้นก็มีขบวนการพวกนี้อยู่"[447] ซึ่งถือว่ากลุ่มเอ็นจีโอได้มีบทบาทสำคัญอย่างมากในการช่วยทำงานพัฒนาชนบทเชิงรุก เช่น เรื่องการพัฒนาชุมชน เด็กเร่ร่อน ส่วนโรงพยาบาลชุมชนก็เป็นฐานให้บัณฑิตอาสาที่ทำงานช่วยชาวบ้าน จัดตั้งสหกรณ์ ให้ความรู้เรื่องสมุนไพร หมอพื้นบ้าน[448] แม้งานเหล่านี้ไม่ใช่องค์ความรู้ด้านสาธารณสุขมูลฐานโดยตรง แต่เกี่ยวพันกับชีวิตความเป็นอยู่ชาวบ้านที่แวดล้อมปัญหาเรื่องการเข้าไม่ถึงบริการต่าง ๆ ดังนั้น บทบาทของโรงพยาบาลและบุคลากรทางการแพทย์ที่อยู่ในพื้นที่ชนบทต้องทำ "เรื่องชุมชน" ด้วย ซึ่งการทำงานชุมชนจะต่อยอดมาเป็นแนวคิดเรื่องสิทธิมนุษยชนในเวลาต่อมา[449] จากจุดเริ่มต้นนี้เครือข่ายกลุ่มเอ็นจีโอหลายกลุ่มและอาจารย์จอน อึ๊งภากรณ์ ได้กลายเป็นหนึ่งในตัวแทนจากองค์กรนอกภาคของรัฐ ที่จะมีบทบาทอย่างยิ่งต่อการผลักดันการปฏิรูปหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในทศวรรษ 2540 กล่าวได้ว่า "อุดมการณ์เพื่อชาวบท" และ "การช่วยให้ชาวบ้านพึ่งตนเอง" ได้กลายเป็นวัตถุประสงค์ที่แบ่งปันกันระหว่างแพทย์ชนบทบางกลุ่มกับองค์กรภาคประชาสังคมตั้งแต่ยุคที่ออกไปทำงานชนบทนี้แล้ว

นอกจากจะมีโอกาสปฏิสัมพันธ์กับกลุ่มองค์กรนอกภาครัฐในพื้นที่ บุคลากรทางการแพทย์จึงได้มีส่วนร่วมในขั้นตอนตั้งแต่ต้นน้ำยันปลายน้ำในด้านของการผลักดันแนวนโยบายการพัฒนาสาธารณสุขมูลฐานอย่างสำคัญ ตามการประกาศปฏิญญาอัลมาอาตาได้เสนอแนวทางเพื่อตอบสนองต่อเป้าหมายที่วางไว้ที่อาจแบ่งเป็น 2 แนวทางหลักในการดำเนินงาน ได้แก่ (1) ด้านพัฒนาการ "มีส่วนร่วมของประชาชนและชุมชน" ทั้งในด้านการวางแผน การดำเนินงาน และการประเมินผล กับ (2) การพัฒนา "หน่วยบริการสุขภาพพื้นฐาน" และหน่วยส่งต่อที่มีบุคลากรทำงานเป็นทีม ทั้งที่เป็นบุคลากรวิชาชีพ ผู้ช่วย และประชาชน ที่ถูกฝึก ให้ประยุกต์ใช้ความรู้ และเทคโนโลยีได้อย่างเหมาะสม ตอบสนองต่อปัญหาพื้นที่ได้ดี

สำหรับด้านพัฒนาการ "มีส่วนร่วมของประชาชนและชุมชน" เนื่องจากประเทศไทยเป็นประเทศกำลังพัฒนาที่ยังมีข้อจำกัดในเรื่องงบประมาณ ดังนั้นการตีความต่อเรื่องสาธารณสุขมูลฐานจึงได้เริ่มจากการให้น้ำหนัก

---

[447] สัมภาษณ์ ดร.นายแพทย์โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์, คณะผู้วิจัย, 21 มิถุนายน 2565.

[448] สัมภาษณ์นายแพทย์ประทีป ธนกิจเจริญ, คณะผู้วิจัย.

[449] สัมภาษณ์ ดร.นายแพทย์ภูษิต ประคองสาย; สัมภาษณ์ ดร.นายแพทย์โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์.

ความสำคัญไปที่เรื่องการเสริมสร้างและเปิดโอกาสให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วม ตลอดจนช่วยให้ประชาชนมีความรู้ในระดับที่สามารถดูแลและพึ่งตนเองเกี่ยวกับสาธารณสุขเบื้องต้นได้[450] ส่วนหนึ่งจึงได้นำข้อค้นพบที่ได้จากโครงการนำร่องของฝ่ายกรมอนามัยและแพทย์หัวก้าวหน้าในมหาวิทยาลัยที่เคยทดลองไปก่อนหน้า ไม่ว่าจะเป็นแนวคิดการพัฒนาระบบสาธารณสุขเพื่อมวลชนและการส่งเสริมให้ประชาชนพึ่งตนเองมาต่อยอด ดังนั้น การดำเนินงานที่โดดเด่นด้านหนึ่งของงานสาธารณสุขมูลฐานจึงเป็นเรื่องการส่งเสริมบทบาทภาคประชาสังคม ไม่ว่าจะเป็นการเกิดขึ้นของ "หมออาสาหมู่บ้าน (ม.อ.บ.)" บทบาทอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) ผู้สื่อข่าวสารสาธารณสุข (ผสส.) หรือมูลนิธิต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับงานพัฒนาสาธารณสุข เพื่อให้กลุ่มคนเหล่านี้กลายเป็นฐานกำลังในการให้บริการสาธารณสุขและดูแลประชาชนในชนบทได้อย่างกว้างขวางและทั่วถึงมากกว่าที่เคยเป็นมา

4.7 ภาคประชาสังคมกับการพัฒนาสาธารณสุขมูลฐาน (พ.ศ. 2521-2529)

4.7.1 "หมออาสาหมู่บ้าน (ม.อ.บ.)"

การผลิตหมออาสาหมู่บ้าน (ม.อ.บ.) เป็นหนึ่งโครงการที่เกิดขึ้นจากอิทธิพลทางการเมืองภายใต้นโยบายการเมืองนำการทหาร น่าสนใจว่า ม.อ.บ. เป็นแนวคิดรูปแบบเดียวกับ "หมอเท้าเปล่า" ของประเทศจีน กองทัพภาคที่ 2 ได้นำแนวคิดหมอเท้าเปล่ามาประยุกต์ให้เหมาะกับสภาพของประเทศไทยเพื่อแย่งชิงประชาชนที่เคยรับบริการทางด้านการรักษาพยาบาลจากหมอเท้าเปล่าของพรรคคอมมิวนิสต์แห่งประเทศไทย (พคท.) ให้เปลี่ยนมาใช้บริการจากหมออาสาหมู่บ้านแทน ในแง่หนึ่งการผลิตหมออาสาหมู่บ้านตามพื้นที่ชนบทจึงถือเป็นนโยบายเชิงรุกทางการเมืองของรัฐเพื่อป้องกันไม่ให้ พคท. ใช้หมอเท้าเปล่าเข้าช่วยเหลือประชาชนที่ยังเข้าไม่ถึงบริการด้านสาธารณสุขของรัฐเพื่อขยายฐานการเมืองจากมวลชน นอกจากหน้าที่รักษาพยาบาลเบื้องต้นแล้วหมออาสาหมู่บ้านยังมีหน้าที่ในการรายงานข่าวความเคลื่อนไหวของ พคท. ในหมู่บ้านของตนเองด้วย หมออาสาหมู่บ้านจึงนับได้ว่าเป็นผู้ปฏิบัติงานทั้งด้านการเมืองและการรักษาพยาบาลในเวลาเดียวกันให้แก่ฝ่ายรัฐบาล ด้วยเหตุนี้ การเป็นหมออาสาหมู่บ้านจึงต้องผ่านการอบรมทั้งด้านการแพทย์ สาธารณสุข ความรู้ทางเศรษฐกิจ การเมือง วัฒนธรรม และการตอบโต้ภัยคุกคามของ พคท. หมออาสาหมู่บ้านจะถูกปลูกฝังให้ทำงานเพื่อหมู่บ้าน มิใช่ให้ความรู้เพื่อแสวงหาประโยชน์ให้ตนเอง อันเป็นไปตามคำปฏิญาณของหมออาสาหมู่บ้าน 3 ประการที่ว่าจะจงรักภักดีต่อชาติ ศาสนา

---

[450] สุพัตรา ศรีวณิชชากร, "สาธารณสุขมูลฐาน ระบบบริการปฐมภูมิ และเวชศาสตร์ครอบครัว นิยาม ความหมาย และความเชื่อมโยง," *วารสารระบบบริการปฐมภูมิและเวชศาสตร์ครอบครัว*, 2552, 11–15.

พระมหากษัตริย์ จะบำเพ็ญประโยชน์ต่อผู้อื่นโดยไม่รับสินจ้างหรือรางวัลใด ๆ และจะยึดมั่นในจรรยาหมอดี อันหมายถึง “การเคร่งครัดวินัย เห็นใจชาวบ้าน สมานสามัคคี และทำความดีทุกวัน”[451]

โครงการหมออาสาหมู่บ้าน (ม.อ.บ.) ได้เริ่มดำเนินการครั้งแรกเมื่อวันที่ 1 มิถุนายน พ.ศ. 2519 ผู้ที่ริเริ่มเป็นครั้งแรกคือกองทัพภาคที่ 2 ส่วนหน้าของจังหวัดสกลนคร ซึ่งอยู่ภายในพื้นที่ของกองอำนวยการรักษาความมั่นคงภายในเขตที่ 2 (กอ.รมน. เขต 2) วัตถุประสงค์สำคัญคือเพื่อต่อสู้กับการปฏิบัติงานของ “หมอเท้าเปล่า” หรือ “หมอฝ่ายอนามัย” ของพรรคคอมมิวนิสต์แห่งประเทศไทย (พคท.) ซึ่งตระเวนให้บริการด้านสาธารณสุขแก่ชาวบ้านในพื้นที่ที่การสาธารณสุขของรัฐยังเข้าไม่ถึง ขณะที่อีกด้านหนึ่ง ม.อ.บ. เป็นการแสดงให้ชาวบ้านในพื้นที่ปฏิบัติการของ พคท. ที่มักอยู่ห่างไกลเห็นว่ารัฐบาลไม่ได้ทอดทิ้งชาวบ้าน

ในระยะแรกโครงการได้ขยายออกไปครอบคลุมทุกจังหวัดในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ หลังจากนั้นช่วงปี พ.ศ. 2520 นายกรัฐมนตรีธานินทร์ กรัยวิเชียร (8 ตุลาคม พ.ศ. 2519 - 20 ตุลาคม พ.ศ. 2520) มีคำสั่งให้กองอำนวยการรักษาความมั่นคงภายใน (กอ.รมน.) เป็นผู้ดำเนินการและสนับสนุนงบประมาณเพิ่มเติมส่งผลให้โครงการหมออาสาหมู่บ้านได้ขยายตัวออกไปสู่พื้นที่ต่างๆ รวม 39 จังหวัด มีหมออาสาหมู่บ้านปฏิบัติหน้าที่ทั้งหมด 4,356 คน ในเอกสารของกองอำนวยการรักษาความมั่นคงภายในได้ระบุวัตถุประสงค์ของการจัดตั้งโครงการหมออาสาหมู่บ้าน (ม.อ.บ.) ไว้ทั้งหมด 6 ข้อดังนี้

(1) เพื่อให้ผู้เข้าอบรมมีความรู้ด้านการป้องกันโรค รักษาโรค และการพยาบาลเบื้องต้น
(2) เพื่อให้การบริการสาธารณสุขแผนใหม่กระจายไปสู่ชนบทมากที่สุด
(3) เพื่อชะลอชีวิตผู้ป่วยก่อนที่จะถึงมือแพทย์
(4) เพื่อลดอัตราป่วย ตาย และการระบาดของโรคในหมู่บ้าน
(5) เพื่อรับหน้าที่แทนแพทย์ พยาบาลในยามคับขันในการรักษาพยาบาลเบื้องต้นแก่เจ้าหน้าทหาร ตำรวจที่ปฏิบัติงานในพื้นที่นั้น ๆ

[451] ภุชงค์ นุตราวงศ์, “การเสริมสร้างความมั่นคงในระดับหมู่บ้าน : ศึกษากรณีโครงการหมออาสาหมู่บ้านในจังหวัดอุดรธานี” (ภาควิชาการปกครอง รัฐศาสตรมหาบัณฑิต, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, n.d.), 118–20.

(6) เพื่อเป็นแกนนำในหมู่บ้านของฝ่ายเรา ลบล้างคำโฆษณาชวนเชื่อของฝ่ายตรงข้ามที่ยกเอาความเจ็บป่วยของราษฎรมาเป็นเงื่อนไข และสร้างความสัมพันธ์อันดีระหว่างรัฐบาลกับประชาชนในหมู่บ้านเป้าหมาย[452]

การเป็นหมออาสาหมู่บ้านใช้วิธีฝึกอบรมตัวแทนของหมู่บ้านในเขตทุรกันดาร ซึ่งแพทย์แผนใหม่ยังเข้าไม่ถึงให้มีความรู้ในเรื่องการปฐมพยาบาลเบื้องต้น เมื่อผ่านการอบรมแล้วหมออาสาหมู่บ้านจะมีหน้าที่ในด้านการรักษาพยาบาลหรือแจกจ่ายยาให้คนในหมู่บ้าน ในขั้นตอนการดำเนินการผลิตหมออาสาหมู่บ้าน (ม.อ.บ.) นั้นจะมีการกำหนดพื้นที่หมู่บ้านเป้าหมายซึ่งต้องเป็นพื้นที่ถูกแทรกซึม หรือเสี่ยงที่จะถูกแทรกซึมโดยพรรคคอมมิวนิสต์แห่งประเทศไทย (พคท.) เมื่อเลือกหมู่บ้านที่จะผลิตหมออาสาหมู่บ้านได้แล้ว กองอำนวยการรักษาความมั่นคงภายในประจำจังหวัดนั้น ๆ จะมีการประสานงานกับสาธารณสุขจังหวัดเพื่อไม่ให้ซ้ำซ้อนกับการอบรมอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) และผู้สื่อข่าวสาธารณสุข (ผสส.) การเปิดรับผู้เข้าอบรมเป็นหมออาสาหมู่บ้านจะจำกัดจำนวนไว้ที่รุ่นละประมาณ 30 คน มีระยะเวลาฝึกอบรม 30 วัน ผู้ที่เข้าร่วมการอบรมต้องเป็นผู้มีสัญชาติไทย อายุระหว่าง 18-25 ปี ไม่จำกัดเพศแต่ควรเป็นผู้หญิง มีความรู้อย่างต่ำ ป.4 แต่ไม่เกิน ป.7 และสามารถอ่านออกเขียนได้ เป็นผู้มีถิ่นฐานและไม่เคยไปประกอบอาชีพนอกภูมิลำเนา ฐานะครอบครัวไม่เดือดร้อนเมื่อมารับหน้าที่หมออาสาหมู่บ้าน ต้องเป็นผู้ที่เคยผ่านการฝึกอบรม “ไทยอาสาป้องกันชาติ (ทสปช.)” มาแล้วรวมทั้งต้องเป็นผู้ที่ ทสปช. ของหมู่บ้านเห็นชอบให้เข้าร่วมฝึกอบรม

การฝึกอบรมจะแบ่งเป็นภาคทฤษฎี 80 ชั่วโมง ประกอบไปด้วยเรื่องการปฐมพยาบาล โรคที่พบบ่อย การอนามัยและการสาธารณสุข เวชศาสตร์ป้องกัน กายวิภาคศาสตร์และเภสัชวิทยา ขณะที่ภาคปฏิบัติ 100 ชั่วโมง ประกอบไปด้วยการฝึกปฏิบัติ แผนกฉุกเฉิน แผนกอายุรกรรม แผนกสูติกรรม แผนกอนามัย โดยการฝึกปฏิบัติจะกำหนดในฝึกตามโรงพยาบาล สถานีอนามัย ศูนย์บริการสาธารณสุข กาชาด หรือหน่วยพยาบาลของทหารตามแต่ความเหมาะสมและความจำเป็นของพื้นที่ นอกจากความรู้ทางการแพทย์แล้วยังมีการฝึกอบรมความรู้ทางด้านเศรษฐกิจ การเมือง และสังคม เน้นการปลูกฝังให้รักชาติเพื่อเป็นแนวทางตอบโต้การเคลื่อนไหวของ พคท.[453]

หน่วยงานรับผิดชอบโครงการหมออาสาหมู่บ้านคือ ฝ่ายกิจการพลเรือน กอ.รมน. ถือเป็นหน่วยรับผิดชอบโดยตรงที่ต้องสนับสนุนยารักษาโรค อุปกรณ์ทางการแพทย์ มูลค่าประมาณ 700 บาททุก 2 เดือนซึ่งยาส่วนใหญ่จะ

---

[452] ภุชงค์ นุตราวงศ์, 120–23.

[453] ภุชงค์ นุตราวงศ์, 123–26.

เป็นยาสามัญประจำบ้านขององค์การเภสัชกรรม[454] แม้จะไม่ได้รับค่าตอบแทนและไม่สามารถเรียกร้องค่ารักษาจากผู้ป่วยได้ แต่หมออาสาหมู่บ้านได้รับสิทธิด้านต่าง ๆ เป็นผลตอบแทน ในฐานะกำลังพลประเภท 1 ของ กอ.รมน. เช่น ได้รับสิทธิรักษาพยาบาล ได้เงินทดแทนเมื่อเสียชีวิต ได้รับเงินสงเคราะห์ตามพระราชบัญญัติผู้ประสบภัย ได้รับสวัสดิการในกรณีสมรส หรือครอบครัวเจ็บป่วย รวมถึงเสียชีวิต[455] ด้วยเหตุนี้โครงการหมออาสาหมู่บ้านจึงมุ่งเจาะจงพื้นที่ที่ถูกแทรกซึมโดย พคท. เท่านั้น ทำให้การปฏิบัติหน้าที่รักษาพยาบาลของหมออาสาหมู่บ้านจึงไม่มีการคิดค่ารักษาอันเป็นไปตามยุทธศาสตร์สำคัญของกองทัพ เพราะถือว่าหมออาสาหมู่บ้านเป็นหนึ่งในกลไกเพื่อเสริมสร้างความมั่นคงในหมู่บ้านเป้าหมาย ทั้งนี้ อีกหนึ่งกำลังคนที่คู่ขนานไปกับการผลิตหมออาสาหมู่บ้าน (ม.อ.บ.) ของกองอำนวยการรักษาความมั่นคงภายใน (กอ.รมน.) ที่อธิบายมาข้างต้น กระทรวงสาธารณสุขได้ประกาศใช้แนวทางสาธารณสุขมูลฐาน ในปี พ.ศ. 2520 อันนำไปสู่การผลิตบุคลากรด้านสาธารณสุขที่ใกล้ชิดกับชุมชนและเป็นหัวใจสำคัญของงานสาธารณสุขมูลฐานในพื้นที่ชนบทคือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) และผู้สื่อข่าวสาธารณสุข (ผสส.)

4.7.2 อาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) และผู้สื่อข่าวสารสาธารณสุข (ผสส.)

จริง ๆ แล้วหัวใจของหลักการพัฒนาอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) และผู้สื่อข่าวสาธารณสุข (ผสส.) ประกอบด้วยสาระสำคัญ 4 ส่วนด้วยกัน ส่วนแรกคือการพัฒนาแบบ “ผสมผสาน” ระหว่างหน่วยงานต่าง ๆ (Intersectoral collaboration) ส่วนที่สองจะเน้นการ “มีส่วนร่วม” ของชุมชนให้ประชาชนดูแลรักษาตัวเอง (People participation) ส่วนที่สามเป็นการสร้างระบบบริการเพื่อ “เชื่อมโยง” เจ้าหน้าที่รัฐ (Referral system) และสี่การมุ่ง “ใช้เทคโนโลยี” อย่างเหมาะสม (Appropriate technology) ซึ่งเมื่อมองภาพรวมของหลักการแล้วจะพบว่า “การผสมผสาน-มีส่วนร่วม-เชื่อมโยง-ใช้เทคโนโลยี” คือ วิธีการจัดความสัมพันธ์ทางสังคมระหว่างรัฐในฐานะผู้ให้บริการกับประชาชนผู้รับบริการเสียใหม่[456]

ดังนั้น อสม. และ ผสส. ที่เป็นส่วนหนึ่งของงานสาธารณสุขมูลฐานจึงเป็นหนึ่งในวิธีการที่ต้องการให้ชาวบ้านมีส่วนร่วมจัดการกันเองภายในชุมชน (deconcentrating) แต่ไม่ใช่การกระจายอำนาจ (decentralization) โดยอาจเรียกว่าเป็นการสร้างคอมมูนขึ้นมา พร้อมกับมีบทบาท อสม. เป็นกลไกในการจัดการ

[454] ภุชงค์ นุตราวงศ์, 127–28.

[455] ภุชงค์ นุตราวงศ์, 130–33.

[456] สันติสุข โสภณสิริ. *80 ปี นายแพทย์อมร นนทสุต เพชรจรัสแสงแห่งวงการสาธารณสุขไทย*, 206.

และมี ผสส. ช่วยสอดส่องดูแลภายในชุมชน โดยที่ชาวบ้านรู้สึกถึงหน้าที่ความรับผิดชอบของตนเองที่มีต่อสังคมด้วย ดังที่นายแพทย์อมร นนทสุตหนึ่งในแนวหน้าของการพัฒนาสาธารณสุขมูลฐาน ได้กล่าวถึงบทบาทของประชาชนซึ่งเป็นหัวใจที่สำคัญที่สุดของสาธารณสุขมูลฐานเอาไว้ว่า

> *“แนวความคิดนี้ เป็นแนวความคิดที่สำคัญอย่างยิ่ง ทั้งนี้เพราะทัศนะคติของทั้งชาวบ้านและของเจ้าหน้าที่รัฐมักจะเป็นไปในแนวทางที่ผิด ๆ คือ* ***เจ้าหน้าที่รัฐมักจะนึกคิดอยู่เสมอว่าการให้บริการของรัฐเป็นงานของราชการ*** *แต่ในหลักการของงานสาธารณสุขมูลฐานนั้น การให้บริการของรัฐนั้นคือ การให้ชาวบ้านได้เรียนรู้และรู้จักจัดทำกิจกรรมเพื่อประโยชน์ของพวกเขาเองได้* ***เราไม่ทำงานแทนเขา และ เขาก็ไม่ได้ทำงานให้เรา****”*[457]

ด้วยแนวทางที่เน้นส่งเสริมให้ประชาชนดูแลตัวเองและมีส่วนร่วมต่อพัฒนาการอย่างต่อเนื่อง ได้นำไปสู่ “โครงการหมู่บ้านพึ่งตนเองทางสาธารณสุขมูลฐาน” อันเป็นการสร้างหมู่บ้านตัวอย่างขึ้นมาเพื่อเป็นแบบอย่างให้หมู่บ้านอื่นทำตาม เพื่อเป็นกลไกในการแลกเปลี่ยนความรู้ระหว่างกัน นอกจากนี้ ควบคู่ไปกับการยก “หมู่บ้านตัวอย่าง” ยังมีอีกหนึ่งกลไกที่ได้รับการพัฒนา คือ เรื่องของการพัฒนาระบบการเงิน (Finance) โดยมีการสร้าง “กองทุน” เพื่อเป็นแหล่งทุนในการขับเคลื่อนพัฒนางานด้านสาธารณสุขภายในชนบทจำนวนมาก กองทุนด้านสุขภาพบางประเภทดำเนินการโดยใช้แนวคิดระบบส่งต่อผู้ป่วย (Referral system) (ซึ่งเป็นรูปแบบที่ได้รับมาตั้งแต่ดำเนินโครงการพิษณุโลก) เพื่อหนุนเสริมในด้านของการรักษาพยาบาลให้มีประสิทธิภาพ[458] หรือการตั้งกองทุนจากแนวคิดที่มุ่งให้ประชาชนบรรลุความจำเป็นขั้นพื้นฐาน (จปฐ.) เนื่องจากเล็งเห็นว่าประชาชนจำนวนมากยัง “ยากจน” ไม่สามารถจ่ายเงินค่ารักษาพยาบาลได้ โดยเฉพาะอย่างยิ่งแม่ที่ตั้งครรภ์ลูกน้อยไม่สามารถหาเงินมาจ่ายค่าการอนามัยดูแลแม่และเด็กได้ (ค่าบริการก่อนคลอด การทำคลอด และดูแลทารกและแม่หลังทำคลอด) จึงนำไปสู่การจัดตั้ง “โครงการกองทุนพัฒนาอนามัยแม่และเด็ก” ขึ้นในศูนย์อนามัยแม่และเด็กขึ้นทุกภาคของประเทศไทย การจัดให้มี “บัตรอนามัยแม่และเด็ก” ในราคา 100 บาท จ่ายทีเดียวเพื่อเขารับบริการในสถานบริการโดยที่ไม่จำเป็นต้องจ่ายเพิ่มอีก ในที่สุดโครงการที่มาจากการริเริ่มของกองทุนเล็ก ๆ ได้รับการขยายผลต่อเนื่องเพื่อครอบคลุมในส่วนของการรักษาพยาบาลชนิดอื่นด้วย จนนำมาสู่ “โครงการบัตรสุขภาพ” ในราคา 500

[457] สันติสุข โสภณสิริ, 202-203

[458] หอจดหมายเหตุแห่งชาติ, (2) สธ1.1/30 กล่อง 4, เรื่องโครงการจัดบริการสาธารณสุขในส่วนภูมิภาคตามแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 4 พ.ศ. 2520 - พ.ศ. 2524 [พ.ศ. 2520 - 2524].

บาท[459] หน่ออ่อนของโครงการปฏิรูประบบหลักระบบสุขภาพในทศวรรษ 2530 ด้วยเหตุนี้ โครงการหมู่บ้านพึ่งตนเองทางสาธารณสุขมูลฐานที่มีการจัดตั้งกองทุนตามความจำเป็นของแต่ละพื้นที่ จึงได้กลายมาเป็นภาพพัฒนาการของชุมชนในอุดมคติ หรืออาจเรียกว่าเป็น "ยูโทเปีย" สูงสุดของนักการสาธารณสุขในช่วงนั้น[460]

ขณะที่การฝึกอบรมอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) และผู้สื่อข่าวสารสาธารณสุข (ผสส.) ถือเป็น*การสร้างกลไกภาคประชาสังคม*เพื่อเป็นตัวการในการประสานระหว่างรัฐและเอกชนในแต่ละหมู่บ้านหรือชุมชน โดยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เป็นบุคลากรที่จะได้รับการฝึกอบรมการรักษาอาการเจ็บป่วยและการปฐมพยาบาลเบื้องต้น การวางแผนครอบครัว รวมถึงการดำเนินการจัดซื้อยาตำรับหลวงและยาสามัญประจำบ้านเพื่อแจกจ่ายแก่ประชาชน[461] ส่วนผู้สื่อข่าวสาธารณสุข (ผสส.) มีหน้าที่สนับสนุนการดำเนินงานของสถานีอนามัยด้วยการกระจายข่าวสารด้านสุขภาพให้แก่ครัวเรือนที่อยู่ในเขตรับผิดชอบ

จุดนี้จะเห็นได้ว่าบทบาทของหมออาสาหมู่บ้าน (ม.อ.บ.) และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) มีหน้าที่ จุดประสงค์และเป้าหมายไม่ต่างกัน คือ เป็นความพยายามของรัฐที่ต้องการขยายบริการสาธารณสุขออกไปในหมู่บ้านตามพื้นที่ชนบทให้มากที่สุด โดยอาจมีข้อแตกต่างกันเพียงเล็กน้อยที่ว่าหมออาสาหมู่บ้าน (ม.อ.บ.) ผ่านการฝึกอบรมโดยกองอำนวยการรักษาความมั่นคงภายใน (กอ.รมน.) ถูกกำหนดให้ปฏิบัติหน้าที่ในพื้นที่ที่มีการเคลื่อนไหวของพรรคคอมมิวนิสต์แห่งประเทศไทย (พคท.) และไม่สามารถเรียกเก็บค่ารักษาพยาบาลได้ แต่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ที่อยู่ในความดูแลของกระทรวงสาธารณสุข สามารถคิดค่ายาและคิดค่ารักษาพยาบาลได้สำหรับคนที่พอจ่ายได้ โดยที่จ่ายอย่างถูก ๆ ไม่กี่บาท (2-3 บาท) เพื่อให้สามารถนำไปต่อยอดช่วยเหลือผู้อื่นได้ต่อไปและคำนึงถึงความยั่งยืนของการดำเนินงาน อสม. ในระยะยาวด้วย[462]

เมื่อกล่าวถึงค่าหยูกยาเรื่อง "กองทุนยาหมู่บ้าน" ของอสม. จึงเป็นอีกเรื่องสำคัญที่ควรกล่าวถึง โดยในช่วงแรกกระทรวงสาธารณสุขได้จัดสรรยาและเวชภัณฑ์ อันประกอบไปด้วยกระเป๋าเวชภัณฑ์ อุปกรณ์ปฐมพยาบาลและยาในบัญชียาหลัก (Essential Drugs) รวมถึงงบประมาณสนับสนุนค่ายาและเวชภัณฑ์ (แบบให้ครั้งเดียว) แก่

---

[459] สันติสุข โสภณสิริ. *80 ปี นายแพทย์อมร นนทสุต เพชรจรัสแสงแห่งวงการสาธารณสุขไทย*, 246-250.

[460] สันติสุข โสภณสิริ, 227-252.

[461] หอจดหมายเหตุแห่งชาติ, (2) สธ1.1/30 กล่อง 4, เรื่องโครงการจัดบริการสาธารณสุขในส่วนภูมิภาคตามแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 4 พ.ศ. 2520 - พ.ศ. 2524 [พ.ศ. 2520 - 2524].

[462] สำนักวิจัยสังคมและสุขภาพ และ ทวีศักดิ์ เผือกสม, eds., *สาธารณสุขชุมชน: ประวัติศาสตร์และความทรงจำ*, การสัมมนาผู้รู้เห็นประวัติศาสตร์ระบบสุขภาพไทยครั้งที่ ๑ เมื่อวันที่ ๑๙ กันยายน พ.ศ. ๒๕๕๑ (นนทบุรี: สำนักวิจัยสังคมและสุขภาพ, 2552), 27.

อสม. เพื่อนำไปเป็นเงินทุนหมุนเวียนภายในหมู่บ้าน เมื่อพ.ศ. 2520 อสม.รับคนละ 200 บาท ต่อมาเพิ่มขึ้นเป็น 500 บาท ในพ.ศ. 2521 อย่างไรก็ตามการดำเนินงานในช่วงแรกไม่ประสบความสำเร็จเท่าใดนัก เพราะชาวบ้านไม่เข้าใจหลักการหมุนเวียนงบประมาณ (Replenishment) ทำให้เงินหมุนเวียนหมดอย่างรวดเร็ว เนื่องจาก อสม. เอายาไป “แจกจ่าย” แทนที่นำยาไป “จำหน่าย” ให้ชาวบ้านเพื่อหมุนเวียนเงินกลับมา อีกส่วนหนึ่งเป็นเพราะความคาดหวังของชาวบ้านที่มีต่อหน้าที่รัฐที่ต้องบริการประชาชน พวกเขาคิดว่ารัฐสมควรต้องแจกโดยไม่คิดค่าจ่ายใด ๆ[463]

จากปัญหาดังกล่าวนำมาสู่การตกผลึกแนวคิดการเงินในระดับชุมชน (Community Financing) ผ่านการจัดตั้งกองทุน เพื่อส่งเสริมให้ชาวบ้านมีส่วนร่วมในการบริหารงบประมาณด้วยตัวเองในรูปแบบของสหกรณ์ ผ่านกลไกการระดมทุน (Financing) การจัดการ (Management) และการบริหารกำลังคน (Manpower) มุ่งยกระดับการพัฒนาชุมชนเพื่อชุมชน การจัดตั้งกองทุนยา (Village Drug Funds)[464] ในปี พ.ศ. 2523 เป็นตัวแบบแรกของการนำเอา Community Financing มาใช้ในการพัฒนาชนบทในยุคสมัยสาธารณสุขมูลฐาน

การดำเนินการของกองทุนยาฯ ประสบความสำเร็จอย่างมาก โดยในปี พ.ศ. 2530 ก็ขยายครอบคลุมถึงร้อยละ 44.50 ของจำนวนหมู่บ้านทั้งหมดในประเทศไทย งบประมาณสุทธิ 27.14 ล้านบาท จากจำนวนกองทุนทั้งหมด 27,135 กองทุน ความสำเร็จของกองทุนยาฯ เป็นพิมพ์เขียวให้กับกองทุนอื่น ๆ อีกจำนวนมากติดตามมา ได้แก่ กองทุนโภชนาการ (Nutrition Funds) กองทุนสุขาภิบาล (Sanitation Funds) กองทุนพัฒนาชนบท (Village Development Funds) และกระทั่งกองทุนบัตรสุขภาพ (Health Card Funds)[465] ความสำเร็จของกองทุนยาฯ แม้มองในภาพรวมจะเป็นตัวเลขที่ไม่หวือหวาเท่าใดนัก แต่เมื่อเทียบกับกองทุนพัฒนาอื่น ๆ ที่ตามมาทีหลัง แต่ในห้วงเวลาเดียวกันก็เป็นอันสมควรที่จะกล่าวได้ว่ากองทุนยาประสบความสำเร็จมากที่สุด ทั้งในแง่ของการขยายผลกิจกรรมภายในกองทุน ความต่อเนื่องของการดำเนินการ ตลอดจนสเถียรภาพทางการเงินภายใน[466]

แม้ว่าบทบาทของ อสม. จะทำงานแบบไร้ค่าตอบแทน แต่เพื่อให้สามารถบรรลุเป้าหมายของกระทรวงสาธารณสุขที่ตั้งไว้ว่าภายใน 5 ปีจะต้องสร้างอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (ผสส.) ให้ได้ 22,400 คน และ

---

[463] ดู สุทธิสิทธิ์ ไมตรีจิตร์ (2534, 8-11) และ Suwit Wibulpolprasert (1991, 355).

[464] กองทุนนี้มีชื่อเรียกแตกต่างกันไปทั้ง กองทุนยาและเวชภัณฑ์ประจำหมู่บ้าน, ธนาคารยา, กองทุนยา, สหกรณ์ยา, กองทุนยา และสาธารณสุข, กองทุนเวชภัณฑ์ ดู สุทธิสิทธิ์ ไมตรีจิตร์ (2534, 10)

[465] Suwit Wibulpolprasert, "Community Financing: Thailand’s Experience." *Health Policy and Planning* 6, no. 4 (1991): 355-356.

[466] Ibid., 354-360.

ผู้สื่อข่าวสาธารณสุข (อสม.) ได้ให้ 224,000 คน ซึ่งหมายถึงการมีอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน 1 คนต่อ 1 หมู่บ้าน และผู้สื่อข่าวสาธารณสุข 1 คน ต่อ 10-15 ครัวเรือน[467] ในแง่นี้รัฐได้ใช้แรงจูงใจอื่นเพื่อให้คนสนใจเข้าร่วม เช่น อสม. จะได้รับการรักษาจากโรงพยาบาลฟรีจากกระทรวงสาธารณสุข ให้ใบประกาศนียบัตรหลังอบรมเสร็จ มอบอำนาจให้เป็นตัวแทนจำหน่ายยาหลวง ตลอดจนให้รางวัลอาสาสมัครที่ทำงานดีเด่น[468]

ดังนั้น การให้บริการสาธารณสุขเบื้องต้นของไทยในพื้นที่ชนบทนับตั้งแต่ปี พ.ศ. 2519 อยู่ภายใต้บทบาทของหมออาสาหมู่บ้าน (ม.อ.บ.) อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ผู้สื่อข่าวสาธารณสุข (ผสส.)[469] ในระหว่างปี พ.ศ. 2519 – 2523 ฝ่ายกองทัพและกองอำนวยการรักษาความมั่นคงภายใน (กอ.รมน.) ของทุกพื้นที่สามารถฝึกอบรม ม.อ.บ. ได้ทั้งหมด 4,256 คนในพื้นที่ 36 จังหวัด ขณะเดียวกันด้านกระทรวงสาธารณสุขก็สามารถฝึกอบรมอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) จำนวน 15,721 คน และผู้สื่อข่าวสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (ผสส.) 156,732 คน แต่ด้วยปัญหาหลายประการของการผลิต ม.อ.บ. เช่น การใช้งบประมาณในการอบรมสูง บางโครงการไม่อยู่ในพื้นที่แทรกซึมของ พคท. การขาดแคลนเวชภัณฑ์ของโครงการ ปัญหาเหล่านี้ประจวบเหมาะกับพื้นที่ปฏิบัติบางส่วน ม.อ.บ. สามารถลดอิทธิพลของ พคท. ได้สำเร็จและการขยายตัวของสถานพยาบาลที่ค่อย ๆ เพิ่มมากขึ้น เงื่อนไขปัจจัยเหล่านี้ ทำให้ประเด็นด้าน “ความซ้ำซ้อน” ของหน้าที่ระหว่าง ม.อ.บ. กับ อสม. และ ผสส. ถูกหยิบยกขึ้นมาพิจารณาอีกครั้ง

จุดเปลี่ยนสำคัญของหมออาสาหมู่บ้าน (ม.อ.บ.) เกิดขึ้นใน พ.ศ. 2523 เมื่อ กอ.รมน. ผู้รับผิดชอบโครงการได้โอนย้ายโครงการหมออาสาหมู่บ้านให้ไปอยู่ภายใต้การดำเนินงานของกระทรวงสาธารณสุข ส่งผลให้มีการแปรสภาพ ม.อ.บ. ไปเป็น อสม. และ ผสส. เนื่องจากมีภารกิจและบทบาทที่คล้ายกัน โดยในเดือนพฤศจิกายน พ.ศ. 2523 จึงมีมาตรการให้โอน ม.อ.บ. ในพื้นที่ส่วนใหญ่จำนวน 3,891 คน ให้ไปอยู่ภายใต้การดำเนินการของกระทรวงสาธารณสุข และคงเหลือ ม.อ.บ. ที่ยังอยู่ภายใต้การดูแลของ กอ.รมน. เพียง 343 คนเท่านั้น[470] จากนั้น ม.อ.บ. ถูกแปรสภาพไปเป็น อสม. และ ผสส. ประจำหมู่บ้านทั้งหมดในปี พ.ศ. 2526 เพื่อความสอดคล้องกับนโยบายสาธารณสุขมูลฐาน อย่างไรก็ตาม บางพื้นที่ของบางจังหวัดที่ยังมีปัญหาการขาดแคลนบุคลากรด้าน

---

[467] ภุชงค์ นุตราวงศ์, “การเสริมสร้างความมั่นคงในระดับหมู่บ้าน : ศึกษากรณีโครงการหมออาสาหมู่บ้านในจังหวัดอุดรธานี,” 134.

[468] หอจดหมายเหตุแห่งชาติ, (2) สธ1.1/30 กล่อง 4, เรื่องโครงการจัดบริการสาธารณสุขในส่วนภูมิภาคตามแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 4 พ.ศ. 2520 - พ.ศ. 2524 [พ.ศ. 2520 - 2524].

[469] ภุชงค์ นุตราวงศ์, “การเสริมสร้างความมั่นคงในระดับหมู่บ้าน : ศึกษากรณีโครงการหมออาสาหมู่บ้านในจังหวัดอุดรธานี,” 139.

[470] ภุชงค์ นุตราวงศ์, 140–42.

สาธารณสุขยังคงมีการจัดฝึกอบรมที่คล้ายกับการอบรม มอบ. แม้จะเหลือเพียงโครงการสร้าง อสม. และ ผสส. ก็ตาม[471] ส่วนการขยายจำนวนของ อสม. และ ผสส. ได้เติบโตขึ้นเรื่อยมา โดยในปี พ.ศ. 2532 พบว่าจำนวน อสม. และ ผสส. ได้เพิ่มถึง 62,075 คน และ 588,555 คนตามลำดับ ซึ่งคิดเป็นอัตราส่วนร้อยละ 98.4 ต่อผลรวมของหมู่บ้านทั่วประเทศ[472]

อย่างไรก็ดี มีคนบางกลุ่มของสังคมที่ไม่ได้ยอมรับต่อหลักการและนโยบายสาธารณสุขมูลฐาน เพราะหากพิจารณาในเชิงระบบแล้วจะพบว่าการกำหนดนโยบายสาธารณสุขมูลฐานมาจากส่วนกลางเป็นส่วนใหญ่ และไม่สามารถรับรู้ถึงบทบาทของประชาชนที่เข้าไปมีส่วนร่วมในการวางแผนนโยบายสาธารณะที่ชัดเจนเท่าใดนัก แต่กระนั้นเมื่อนโยบายลงไปสู่ระดับของการปฏิบัติ ก็ได้มีผลอย่างสำคัญที่ทำให้ความสัมพันธ์เชิงสังคมเปลี่ยนไป และค่อนข้างประสบผลสำเร็จโดยเฉพาะในพื้นที่เช่นชนบทที่มีการแทรกแซงทางเศรษฐกิจต่ำ[473] ซึ่งบางครั้งการเปลี่ยนแปลงได้มีผลต่อเจ้าหน้าที่สาธารณสุขบางกลุ่มในฐานะผู้ที่ให้บริการรู้สึกสูญเสียอำนาจ พร้อมกับเริ่มรู้สึกไม่วางไว้ใจการทำงานของประชาชนที่ได้รับการฝึกฝนเพื่อมาทำหน้าที่ อสม. หรือ ผสส. ด้วยความคิดว่าวิธีการดังกล่าวกลัวจะเป็นการสร้าง "หมอเถื่อน" ขึ้นมา[474] แต่ทว่าเสียงจากฝ่ายคัดค้านไม่ได้ดังกังวาลเท่าใดนัก เนื่องจากแนวทางสาธารณสุขมูลฐานเป็นการผลักดันมาจากทั้งองค์การอนามัยโลก และการขานรับจากฝ่ายการเมือง (นับตั้งแต่สมัยรัฐบาลพลเอกเกรียงศักดิ์ ชมะนันท์ และพลเอกเปรม ติณสูลานนท์) อีกส่วนหนึ่งต้องยอมรับว่าการนำนโยบายไปปฏิบัติอย่างแข็งขันโดยบุคลากรสาธารณสุข โดยเฉพาะกลุ่มแพทย์ชนบทที่เป็นด่านหน้าในพื้นที่ที่มีส่วนอย่างสำคัญในการอบรม ฝึกปฏิบัติ และเร่งสร้างความรู้เกี่ยวกับเรื่องการดูแลสุขภาพให้กับชาวบ้านในพื้นที่ไปพร้อม ๆ กับดูแลงานเรื่องการรักษา ทำให้งานสาธารณสุขมูลฐานเป็นที่รับรู้ในวงกว้าง ซึ่งหนึ่งในวิธีการผลิตความรู้ที่สำคัญเวลานั้นคือการเขียนเล่าประสบการณ์และถ่ายทอดความรู้ต่าง ๆ ผ่านสิ่งพิมพ์

4.7.3 มูลนิธิหมอชาวบ้าน: การสร้างความรู้และเผยแพร่แนวคิดการดูแลสุขภาพตนเอง

เนื่องด้วยกลุ่มบุคลากรด้านสาธารณสุขเพื่อชุมชนได้พยายามผลักดันแนวคิด "การพึ่งพาตนเอง" ในเรื่องสุขภาพโดยอาศัยกระทำผ่านสื่อสิ่งพิมพ์หลากหลายรูปแบบ จนเป็นที่มาของการก่อตั้งเป็น "มูลนิธิหมอชาวบ้าน"

---

[471] ภุชงค์ นุตราวงศ์, 375–76.

[472] Sanguan Nitayarumphong, "Evolution of primary health care in Thailand: what policies worked?," 249.

[473] จำรูญ มีขนอน. *รายงานสรุป ผลการดำเนินงานโครงการลำปาง.* (กรุงเทพฯ: โครงการลำปาง กระทรวงสาธารณสุข, 2524), 80.

[474] สันติสุข โสภณสิริ. *80 ปี นายแพทย์อมร นนทสุต เพชรจรัสแสงแห่งวงการสาธารณสุขไทย*, 205

ในปี พ.ศ. 2524 อย่างเป็นทางการโดยมีนายแพทย์เสม พริ้งพวงแก้ว เป็นประธานเป็นคนแรก มูลนิธิหมอชาวบ้านมีพันธกิจที่ต้องการถ่ายทอดความรู้เรื่องการดูแลรักษาสุขภาพและพื้นฐานความรู้เกี่ยวกับเรื่องโรคภัยไข้เจ็บไปสู่ประชาชน ต่อมาจะมีการร่วมงานกับองค์กรพัฒนาเอกชนและขยายโครงการต่าง ๆ ออกไปอย่างกว้างขวาง ได้แก่ โครงการเผยแพร่ความรู้ทางสื่อสิ่งพิมพ์ผ่านนิตยสาร "หมอชาวบ้าน" และวารสาร "คลินิก" รวมถึงการพิมพ์หนังสือเล่มและโปสเตอร์ความรู้ โครงการเผยแพร่ความรู้ผ่านวิทยุ โครงการอบรมเรื่องการรักษาตนเอง การทำหนังสือคู่มือเรื่องสุขภาพให้แก่พระและครูเพื่อไว้แจกจ่ายและเผยแพร่ความรู้[475]

"นิตยสารหมอชาวบ้าน" ถือเป็นสิ่งพิมพ์ชิ้นสำคัญที่สุดชิ้นหนึ่ง โดยคำขวัญประจำนิตยสารที่ว่าเป็น "*นิตยสารเพื่อการรักษาตนเองและการสาธารณสุขเบื้องต้น*" ได้สะท้อนให้เห็นแก่นแกนของการจัดทำนิตยสารและสื่อสิ่งพิมพ์อื่นๆ เวลานี้ได้เป็นอย่างดีว่าบุคลากรสาธารณสุขในชุมชนต่างเห็นความจำเป็นของการผลักดัน "การหันมารักษาตนเอง" โดยเสนอแนวทางและวิถีปฏิบัติตัวให้ห่างไกลโรค และส่งเสริมให้ประชาชนดูแลรักษาสุขภาพของตนเอง[476] คำว่า "หมอชาวบ้าน" อันเป็นชื่อนิตยสารและถูกนำมาตั้งเป็นชื่อมูลนิธิในภายหลังนั้น กองบรรณาธิการของนิตยสารอธิบายว่า ณ ขณะนั้นคำนี้ถือเป็นคำสุภาพที่เอาไว้ใช้เรียกชาวบ้านที่ทำหน้าที่เหมือนหมอรักษาอาการเจ็บไข้ได้ป่วยของคนในหมู่บ้าน ซึ่งบางคนอาจถูกเรียกว่าหมอเถื่อน ผู้ก่อตั้งนิตยสารจึง "ตั้งใจ" เลือกใช้ชื่อหมอชาวบ้าน เพราะเป็นคำที่สามารถสื่อความหมายได้สองด้าน ด้านหนึ่งหมายถึงการให้ชาวบ้านเป็นหมอของตัวเองสามารถพึ่งตนเองเรื่องสุขภาพในมิติต่างๆ เช่น การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค และการรักษาพยาบาลขั้นต้น ขณะที่อีกด้านหนึ่งคำนี้สื่อถึงความต้องการให้หมอทำตัวเป็นชาวบ้าน กล่าวคือต้องการให้แพทย์และบุคลากรด้านสาธารณสุขให้ความสำคัญไม่ใช่แค่เพียงการรักษาโรค แต่ควรให้ความสำคัญกับการพัฒนาสุขภาพหรือส่งเสริมแนวทางป้องกันโรคควบคู่กันไปด้วย เพราะฉะนั้น "*หมอชาวบ้านจึงหมายถึง 'ชาวบ้านที่เป็นหมอ' และ 'หมอของชาวบ้าน' ซึ่งตรงกับความหมายของสาธารณสุขมูลฐาน*"[477] อันเป็นที่มาของวลีติดปากที่ว่า "ทำชาวบ้านให้เป็นหมอ ทำหมอให้เป็นชาวบ้าน" แนวทางดังกล่าวเรียกได้ว่าสอดคล้องกับสภาพของงานสาธารณสุขขณะนั้นซึ่งนายแพทย์ประเวศ วะสีได้บันทึกไว้ว่าโรคภัยไข้เจ็บต่าง ๆ ร้อยละ 80-90 ถ้าประชาชนมีความรู้จะสามารถดูแล

---

475 เทพพิทักษ์ มณีพงษ์, "หมอชาวบ้าน : ปรับเปลี่ยน ปรับตัว ปรับแนวคิดการรักษาด้วยแนวทาง 'พึ่งตนเอง,'" 2560, https://www.the101.world/folkdoctorthailand/.

476 และก่อนที่จะเกิดเป็นนิตยสารหมอชาวบ้าน ได้มีความพยายามผลิตหนังสือที่ให้ความสำคัญกับการดูแลรักษาสุขภาพของตนเองมาแล้วอย่างเช่น หนังสือที่ชื่อว่า "คู่มือการดูแลรักษาสุขภาพสำหรับประชาชน"

477 มูลนิธิหมอชาวบ้าน, *3 ทศวรรษหมอชาวบ้าน 30 ปีหมอชาวบ้าน 2522-2552*, 1st ed., vol. 2552 (กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์หมอชาวบ้าน, n.d.), 41.

ตนเองได้ ความรู้จะทำให้ *"เห็นคนไม่เจ็บป่วยมากที่สุด อยู่ในสุขภาพดี แล้วถ้าเจ็บป่วยแล้ว ทำอย่างไรจะรักษาได้โดยไม่ต้องเสียเงิน หรือเสียเงินน้อยที่สุด"*[478]

อุดมคติของการดูแลสุขภาพของมูลนิธิหมอชาวบ้านแสดงให้เห็นผ่านบทความของกองบรรณาธิการเรื่อง "ยิ่งพัฒนายิ่งพึ่งตัวเองน้อยลง" ที่อธิบายว่า *"ปณิธานของ 'หมอชาวบ้าน' คืออยากเห็นชาวบ้านทั่วไปสามารถช่วยตัวเองได้ สะดวก เสียเงินน้อยที่สุด และได้รับผลดี เป้าหมายของเราคือ ขอให้ประชาชนทุกบ้านทั่วผืนแผ่นดินไทย วัดทุกวัด โรงเรียนทุกโรงเรียน โรงงานทุกโรงงาน บริษัทหรือบริษัท ธนาคารทุกธนาคาร ฯลฯ มีผู้มีความรู้ในการรักษาตัวเอง ช่วยเหลือเกื้อกูลกันได้ สามารถป้องกันโรคได้"* ขณะที่ในข้อเขียนของกองบรรณาธิการชื่อ "การรักษาตนเองคือคุณธรรม" ได้แสดงจุดยืนว่าหมอชาวบ้านที่ไม่ได้หมายความว่าโลกนี้ไม่ต้องการแพทย์ แต่โลกต้องการแพทย์ที่มีความรู้ความชำนาญและถ่ายทอดความรู้นั้นให้คนได้มีความรู้รักษาตนเอง และคอยเข้าช่วยเหลือเมื่อการรักษายากเกินความสามารถที่คนทั่วไปจะทำเองได้ เพราะฉะนั้น การรักษาตัวเองในทัศนะของมูลนิธิหมอชาวบ้านจึงเป็น *"คุณธรรมที่ต้องขยายตัวออกโดยกว้างขวางเป็นนิจนิรันดร สำหรับมนุษยชาติโดยทั่วไป"*[479]

การดูแลสุขภาพของตัวเองนั้นยังรวมถึงสิ่งที่เรียกว่า "วัฒนธรรมอนามัย"[480] ซึ่งหมายความถึงวัฒนธรรมการกินที่เน้นความมีประโยชน์มากกว่าความอร่อย อย่างพฤติกรรมไม่กินเนื้อสัตว์ดิบสามารถป้องกันโรคพยาธิใบไม้ในตับหรือโรคตัวจี๊ด วัฒนธรรมความสะอาดของอาหาร น้ำและการดำรงชีวิต เช่น การไม่บ้วนน้ำลายหรือกากเสมหะลงบนถนน ไม่ทิ้งขยะลงถนนหรือแม่น้ำ เพราะการรักษาความสะอาดอย่างถูกต้องจะสามารถป้องกันได้ทั้งโรคท้องร่วง โรคบิด โรคไข้รากสาดน้อย โรคตับอักเสบ รวมไปถึงวัฒนธรรมการออกกำลังกายและการพักผ่อนหย่อนใจแทนการเที่ยวแหล่งอบายมุข เมื่อชาวบ้านกินอาหารพอสมควร ออกกำลังกายสม่ำเสมอ เจริญสมาธิ เจริญสติจะสามารถป้องกันโรคความดันโลหิต โรคหัวใจและโรคมะเร็ง[481] โดยรวมการดูแลสุขภาพด้วยตนเองจะช่วยให้ประชาชนเจ็บไข้ได้ป่วยน้อยลง ยิ่งไปกว่านั้นการรณรงค์ของนิตยสารหมอชาวบ้านไม่ได้หมกมุ่นอยู่เพียงปัจจัยภายนอกเท่านั้น แต่ยังรวมถึงเงื่อนไขภายในหรือภาวะทางจิตใจด้วย เห็นได้จากบทความที่ชื่อว่า "สาธารณทุกข์" ที่เห็นว่า "ความทุกข์" แม้จะเกิดจากจิตแต่ก็มีความสัมพันธ์กับร่างกายด้วย เพราะอาจนำไปสู่ปัญหาเรื่อง "สุขภาพจิต" ซึ่งหนึ่งในเหตุของปัญหาคือคนมักไม่ค่อยให้ความสำคัญต่อการ "พัฒนาจิตใจ" ของบุคคลหรืออาจ

---

[478] มูลนิธิหมอชาวบ้าน, 2552: 10–11.

[479] มูลนิธิหมอชาวบ้าน, 2552: 28.

[480] มูลนิธิหมอชาวบ้าน, 2552: 30.

[481] มูลนิธิหมอชาวบ้าน, 2552:32.

เพราะคิดว่าเป็นส่วนที่ "ไม่จำเป็นต้องพัฒนา" แนวทางแก้ปัญหาสาธารณทุกข์จึงต้อง "ไม่โกรธ ไม่เกลียด และเป็นสุขทุกวัน" ไปจนกระทั่งการลดความโลภ ความโกรธ และความหลง[482] ซึ่งสาระสำคัญของแนวคิดที่ปรากฏในนิตยสารชี้ให้เห็นมุมมองโดยรวมต่อสุขภาพของสังคมไทยด้วยว่าขยับจากงานรักษาไปสู่งานป้องกันมากขึ้น พร้อม ๆ กันนั้น งานป้องกันได้ขยายจากร่างกายภายนอกไปสู่การป้องกันภายในจิตใจด้วย

นอกจากนี้ ยังมีกิจกรรมที่มูลนิธิหมอชาวบ้านมีส่วนร่วมสำคัญในการเคลื่อนไหวในประเด็นด้านสาธารณสุขหลายเรื่องตั้งแต่ทศวรรษ 2520 ต่อเนื่องมาจนถึงทศวรรษ 2530 ได้แก่ การมีส่วนร่วมในฟื้นฟูการนวดไทยซึ่งต่อมาพัฒนามาเป็น "โครงการฟื้นฟูการนวดไทย" ซึ่งถือเป็นหนึ่งในแนวทางการดูแลรักษาสุขภาพด้วยตนเอง โดยรักษาอาการปวดเมื่อยด้วยแพทย์แผนไทยแทนการกินยาแก้ปวด การเคลื่อนไหวนี้เป็นฐานสำคัญที่ต่อมาได้รับการผลักดันจนปรากฏเป็น "สถาบันการแพทย์แผนไทย" ของกระทรวงสาธารณสุข เรื่องถัดมาคือการเคลื่อนไหวเรื่อง "ยาชุด" ที่โฆษณาสรรพคุณเกินจริง ซึ่งพบว่าในพื้นที่ชนบทมีร้านขายยาจำหน่ายยาชุดกันจำนวนมาก รวมไปถึงเรื่อง "ยาเด็กอันตราย" ซึ่งมูลนิธิหมอชาวบ้านและองค์กรเครือข่ายได้ร่วมกันก่อตั้ง "โครงการรณรงค์เพื่อการใช้ยาที่เหมาะสมในเด็ก" และมีการนำข้อมูลจากการทำงานของโครงการไปเผยแพร่ในสื่อสิ่งพิมพ์ของมูลนิธิฯ รวมถึงปัญหา "ยาเอพีซี" ยาแก้ปวดที่ส่งผลต่อโรคกระเพาะและอาการกระเพาะอาหารทะลุ ฯลฯ[483] ซึ่งในบรรดากิจกรรมที่มูลนิธิหมอชาวบ้านเข้าไปมีส่วนร่วมและรณรงค์นั้น "การรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่" เป็นการเคลื่อนไหวที่ส่งผลกระทบอย่างกว้างขวางที่สุด

4.7.4 ก้าวแรกของการรณรงค์และส่งเสริม "การป้องกัน" สุขภาพ: โครงการรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่ (พ.ศ. 2529)

ในปี พ.ศ. 2529 ภายใต้การนำของนายแพทย์ประเวศ วะสี มูลนิธิหมอชาวบ้าน ได้จัดตั้งองค์กรเพื่อรณรงค์เรื่องการไม่สูบบุหรี่ขึ้นเป็นครั้งแรก โดยมีผู้มีส่วนร่วมคนอื่น ๆ ที่สำคัญ เช่น นายแพทย์อรรถสิทธิ์ เวชชาชีวะ นายแพทย์ประกิต วาทีสาธกกิจ นายแพทย์ไพบูลย์ สุริยะวงศ์ไพศาล และนายแพทย์สุรเกียรติ อาชานุภาพ องค์กรรณรงค์นี้ตั้งขึ้นภายใต้ชื่อ "โครงการรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่"[484] นายแพทย์ประเวศ ได้ย้อนรอยการเกิดขึ้นของโครงการข้างต้นไว้ในหนังสือ "บนเส้นทางชีวิต" ว่าเริ่มต้นมาจากการที่ตัวเขาได้รับเงินบริจาคจำนวน

---

[482] มูลนิธิหมอชาวบ้าน, 2552:33–34.

[483] มูลนิธิหมอชาวบ้าน, 2552:46–51.

[484] มูลนิธิหมอชาวบ้าน, 2552:16–17.

60,000 บาท เพื่อมารณรงค์เรื่องการไม่สูบบุหรี่ ความตั้งใจแรกต้องการให้หน่วยงานราชการนำเงินส่วนนี้ไปทำงาน แต่ติดขัดเรื่องการประสานงานและผู้รับผิดชอบที่ติดอยู่ในกรอบคิดแบบราชการ นายแพทย์ประเวศจึงนำเงินดังกล่าวไปทำงานกับเครือข่ายขององค์กรพัฒนาเอกชนโดยมีสมาชิกของมูลนิธิหมอชาวบ้านเป็นแกนกลางสำคัญ อย่างนายแพทย์สุรเกียรติ อาชานุภาพ ซึ่งขณะนั้นทำงานอยู่ที่ศูนย์เวชศาสตร์ชุมชน คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี พร้อมกับเป็นผู้จัดการมูลนิธิหมอชาวบ้าน รวมถึงแก้ว วิฑูรย์เธียร และบังอร ฤทธิภักดี ซึ่งเป็นผู้ประสานงานโครงการฯ ก็เป็นผู้ปฏิบัติงานของมูลนิธิหมอชาวบ้าน[485] ยังมีนายแพทย์ประกิต วาทีสาธกกิจ หนึ่งในผู้มีบทบาทสำคัญของโครงการอธิบายว่าภารกิจหลักของโครงการคือการรณรงค์ในมิติปัญหาของการสูบบุหรี่ในมิติต่าง ๆ ได้แก่ การให้ความรู้เกี่ยวกับพิษภัยของยาสูบผ่านการผลิตเอกสารและโปสเตอร์ โดยมุ่งให้ความสำคัญไปที่พระสงฆ์ ครู และหมอ เพราะเห็นว่าเป็นกลุ่มคนที่เป็นผู้นำทางความคิด น่าจะสามารถหันเหค่านิยมของสังคมเรื่องนี้ได้ นายแพทย์ประกิตได้เล่าถึงความสนใจต่อเรื่องบุหรี่อย่างจริงจังว่าก่อนหน้าได้มีการรณรงค์ต่อต้านการเปิดตลาดยาสูบและโฆษณายาสูบอย่างเสรีในหมู่คนไทยที่อาศัยอยู่ในฮาวาย ประเทศสหรัฐอเมริกา *“ซึ่งพวกหมอที่ฮาวายเค้าก็ไม่เห็นด้วย มีการล่ารายชื่อเพื่อคัดค้านที่อเมริกาไปช่วยบริษัทบุหรี่แล้วมาบังคับเราให้เปิดตลาด ศุภกร [นายแพทย์ศุภกร บัวสาย] เรียนที่นั่นเลยเริ่มสนใจบุหรี่ ตอนแรกผมไม่รู้เรื่องอะไร แต่ผมอยู่ในคณะกรรมการการควบคุมบริโภคแห่งชาติเลยมาชวนให้ช่วยกันผลักดันจนเป็นกฎหมายสองฉบับ”*[486]

ดังนั้น นอกจากการรณรงค์เพื่อให้สังคมตระหนักรู้เกี่ยวกับยาสูบ งานอีกด้านหนึ่งที่ทำคู่ขนานกันไปกับคือการรณรงค์ในเชิงนโยบาย โดยเฉพาะการผลักดันเรื่องการห้ามโฆษณาบุหรี่และผลักดันการกำหนดพื้นที่ห้ามสูบบุหรี่ซึ่งจะสำเร็จในเวลาต่อมา[487] งานศึกษาของนายแพทย์ชูชัย ศุภวงศ์ เห็นว่า “โครงการรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่” ในมูลนิธิหมอชาวบ้านได้แสดงบทบาทสำคัญที่สุดในการควบคุมการบริโภคยาสูบในประเทศไทย ด้วยจุดเด่นเรื่องความคล่องตัวที่มีมากกว่าองค์กรของรัฐประกอบกับการดำเนินงานที่อาศัยองค์ความรู้ ข้อมูล ข่าวสารที่ถูกต้องเหมาะสม ทำให้การดำเนินงานเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ ภายใต้แนวทางว่า *“เราไม่เคยต่อต้านผู้สูบบุหรี่ แต่เรียกร้องให้ทุกคนในสังคมช่วยกันสร้างสังคมปลอดบุหรี่”*[488]

---

[485] ประเวศ วะสี, *บนเส้นทางชีวิต*, 1st ed., vol. 2554 (กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์หมอชาวบ้าน, n.d.), 60–61.

[486] สัมภาษณ์ศาสตราจารย์นายแพทย์ ประกิต วาทีสาธกกิจ, คณะผู้วิจัย, 10 มิถุนายน 2565.

[487] พงศกร พอกเพิ่มดี (บรรณาธิการ), *หลังประติมาสาธารณสุข 20 เบื้องหลังการขับเคลื่อนระบบสุขภาพไทย*, 2553:133.

[488] ชูชัย ศุภวงศ์, “วิวัฒนาการของการบริโภคยาสูบในเมืองไทย,” รายงานผลการศึกษาวิจัย (สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, 2541), 15.

การรณรงค์ของ “โครงการรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่” วางแนวทางการทำงานด้วยหลักคิดที่ไม่ต้องการต่อต้านผู้สูบบุหรี่ แต่เรียกร้องให้คนในสังคมร่วมกันสร้างสังคมที่ปลอดบุหรี่ขึ้นมาแทนผ่านยุทธศาสตร์สำคัญ 4 ประการคือ (1) การสร้างเครือข่ายกับบุคคลและองค์กรต่าง ๆ (networking) เช่น นักร้อง นักแสดง นักกีฬา นักวาดการ์ตูน นักแต่งเพลงและสื่อมวลชน ในฐานะพันธมิตรเพื่อร่วมกันรณรงค์ไม่สูบบุหรี่ (2) การสร้างความตื่นตัวแก่สังคมโดยผ่านทางสื่อมวลชน (media advocacy) ผ่านการให้ข้อมูลข่าวสาร และความรู้เรื่องโทษของบุหรี่ผ่านสื่ออย่างเป็นระบบ ขณะเดียวกันโครงการก็มีการสร้างสื่อของตนเอง (3) การผลักดันให้มีการออกกฎหมายและมาตรการต่างๆ (lobbying advocacy) ได้แก่ การผลักดัน พ.ร.บ.ควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ พ.ร.บ.คุ้มครองสุขภาพของผู้ไม่สูบบุหรี่ (4) การใช้กระบวนการของการตลาดเพื่อสังคม (social marketing) เพื่อกระจายข่าวสารเรื่องโทษภัยของบุหรี่หรือกลยุทธของบรรษัทบุหรี่ข้ามชาติให้เข้าถึงคนกลุ่มต่าง ๆ ให้มากที่สุด โดยทั้งสี่ยุทธศาสตร์ข้างต้นเน้นไปที่ 3 กลุ่มเป้าหมายสำคัญ คือ สื่อมวลชน ผู้มีอำนาจตัดสินใจภาครัฐ และโรงเรียน[489]

การที่มีเลขาธิการของโครงการฯ คือนายแพทย์ประกิต วาทีสาธกกิจ ซึ่งมีฐานะเป็นอาจารย์แพทย์ในคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล ได้หนุนเสริมต่อความน่าเชื่อถือของโครงการมากยิ่งขึ้น และแม้โครงการฯ จะมีกลุ่มคนจำนวนจำนวนไม่มาก แต่ก็ได้ใช้ยุทธวิธีในการดึงผู้มีชื่อเสียงทางสังคมด้านต่างๆ เข้ามาเป็นพรีเซนเตอร์ ประกอบกับการสร้างเครือข่ายกับสื่อมวลชนทั่วประเทศทั้งแวดวงวิทยุ คอลัมน์นิสต์ในหนังสือพิมพ์รายวัน/รายสัปดาห์ ด้วยการรณรงค์ตามยุทธศาสตร์ข้างต้นทำให้สังคมภายนอกวงการแพทย์และสาธารณสุขเริ่มตระหนักถึงปัญหาสุขภาพอันเป็นผลจากการสูบบุหรี่ ขณะเดียวกันก็ตระหนักว่าความสัมพันธ์ระหว่างสุขภาพและบุหรี่ไม่ใช่เรื่องของกระทรวงสาธารณสุขเท่านั้นแต่ต้องอาศัยความร่วมมือจากหลายภาคส่วน[490]

กิจกรรมที่ทำให้การรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่ได้รับความสนใจอย่างกว้างขวางคือ “โครงการวิ่งรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่” อันเป็นกิจกรรมที่เป็นความร่วมมือระหว่างองค์กรอันหลากหลายทั้งภาครัฐ บริษัทเอกชน องค์กรพัฒนาเอกชน องค์กรระหว่างประเทศ และภาคประชาสังคม เช่น มูลนิธิแพทย์ชนบท กระทรวงสาธารณสุข มูลนิธิหมอชาวบ้าน ชมรมแพทย์ชนบท แพทยสภา แพทยสมาคมแห่งประเทศไทย คณะกรรมการประสานงานองค์กรเอกชนเพื่อการสาธารณสุขมูลฐาน (คปอส.) ฯลฯ โครงการนี้มีจุดเริ่มต้นจากการประชุมของกลุ่มสามพรานและมี

---

489 ชูชัย ศุภวงศ์, *สองทศวรรษการควบคุมการบริโภคยาสูบของสังคมไทย*, 1st ed., vol. 2550 (กรุงเทพฯ: ศูนย์วิจัยและจัดการความรู้เพื่อการควบคุมยาสูบ (ศจย.), n.d.), 17–18.

490 ชูชัย ศุภวงศ์, “วิวัฒนาการของการบริโภคยาสูบในเมืองไทย,” 16–17.

นพ.ชูชัย ศุภวงศ์เป็นผู้รับจัดทำรายละเอียดของโครงการ กิจกรรมนี้ต้องการรณรงค์เรื่องบุหรี่ผ่านการ “วิ่งรณรงค์” โดยให้ผู้เข้าร่วมกิจกรรมจากภาคต่าง ๆ ทั่วประเทศวิ่งจากพื้นที่ของตนเอง และมาบรรจบกัน ณ จุดหมายปลายทางคือหน้าศาลาว่าการกรุงเทพมหานคร โดยกำหนดไว้ว่าจะใช้เวลาวิ่งทั้งหมด 7 วัน ระหว่างวันที่ 16-22 ตุลาคม พ.ศ. 2530 การดำเนินการสรรหาผู้เข้าร่วมวิ่งรณรงค์ครั้งนี้มาจากแพทย์ชนบท รวมถึงบุคลากรทางการแพทย์ และสาธารณสุขจากทั่วประเทศ 250 คน วัตถุประสงค์ของโครงการคือ เพื่อเรียกร้องให้คุ้มครองสิทธิของผู้ไม่สูบบุหรี่โดยไม่โจมตีผู้ที่สูบบุหรี่ การวิ่งรณรงค์ครั้งนี้ได้รับการสนับสนุนจากสาธารณชนด้วยการร่วมลงชื่อกว่า 6 ล้านชื่อ ซึ่งงานเขียนหลายฉบับมักถือว่าเป็น “ประชามติครั้งใหญ่ที่สุดของประเทศ” ณ ขณะนั้น รายชื่อทั้งหมดนี้ได้ถูกส่งต่อไปที่ผู้ว่าราชการกรุงเทพมหานครขณะนั้นคือ พลตรีจำลอง ศรีเมือง เพื่อส่งมอบให้สภาผู้แทนราษฎร[491]

ผลกระทบจากการวิ่งรณรงค์ตลอด 7 วัน ทำให้สื่อมวลชนเสนอข่าวอย่างต่อเนื่อง หัวใจสำคัญของการรณรงค์คือเรื่องโทษภัยของบุหรี่ได้ถูกนำเสนอครั้งใหญ่ที่สุดของสังคมไทย คาดว่าผลพวงจากการวิ่งรณรงค์ครั้งนี้นำไปสู่การสร้างคุณค่าใหม่ในสังคมไทยที่มองว่าการสูบบุหรี่ในที่สาธารณะเป็นสิ่งที่ไม่เหมาะสม[492] ขณะที่ในแง่ของยุทธวิธีและยุทธศาสตร์ของการเคลื่อนไหวทางสังคม โครงการรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่ก่อให้เกิดพัฒนาการของการทำสื่อรณรงค์ที่น่ามอง มีชีวิตชีวา และมีความเป็นมืออาชีพ (media specialist) ซึ่งต่างจากหน่วยงานราชการ ผลของการรณรงค์ยังช่วยกระตุ้นให้องค์กรภาครัฐ องค์กรวิชาชีพ และเอกชนอื่น ๆ ช่วยกันรณรงค์ในขอบเขตที่กว้างขึ้น อีกทั้งยังมีบทบาทสำคัญในการประสานระหว่างองค์กรภายในประเทศและองค์กรต่างประเทศในการรณรงค์คัดค้านการนำเข้าบุหรี่ ที่สำคัญก่อให้เกิดเป็นพื้นที่ “เขตปลอดบุหรี่” ในพื้นที่สาธารณะต่าง ๆ สามารถสร้างกระแส “คนรุ่นใหม่ไม่สูบบุหรี่” และเชื่อในค่านิยมที่ว่า “การถวายบุหรี่แก่พระเป็นบาป”[493] และที่สำคัญที่สุดการรณรงค์ของโครงการฯ และเครือข่ายนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงในเรื่อง “พระราชบัญญัติควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ พ.ศ. 2535” และ “พระราชบัญญัติคุ้มครองสุขภาพของผู้ไม่สูบบุหรี่ พ.ศ. 2535” ในยุคสมัยของนายกรัฐมนตรีนายอานันท์ ปันยารชุน[494] เนื้อความโดยรวมของพระราชบัญญัติฉบับแรกเป็นการจำกัดไม่ให้มีการแจกจ่าย โฆษณา หรือจูงใจสาธารณชนผ่านสิ่งพิมพ์ วิทยุ โทรทัศน์ หรือผ่านช่องทางอื่นใดเพื่อให้ยาสูบหรือเครื่องหมายของ

---

[491] สุวิทย์ วิบุลผลกระเสริฐ (บก.), *25 ปี ขบวนการแพทย์ชนบทกับแผ่นดินไทย*, 1st ed., vol. 2546 (กรุงเทพฯ: องค์กรอนามัยโลก, n.d.), 150–51.

[492] ชูชัย ศุภวงศ์, *สองทศวรรษการควบคุมการบริโภคยาสูบของสังคมไทย*, 2550:25.

[493] ชูชัย ศุภวงศ์, “วิวัฒนาการของการบริโภคยาสูบในเมืองไทย,” 18.

[494] ชูชัย ศุภวงศ์, *สองทศวรรษการควบคุมการบริโภคยาสูบของสังคมไทย*, 2550:19.

ผลิตภัณฑ์ยาสูบเป็นที่แพร่หลาย และรวมถึงการผลิต นำเข้า แจกจ่าย หรือโฆษณาต้องเป็นไปตามหลักเกณฑ์ที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนดไว้[495] ขณะที่ฉบับที่สองเป็นการจัดให้มีพื้นที่สำหรับสูบบุหรี่พร้อมที่ระบายอากาศตามมาตรฐานและมีเขตปลอดบุหรี่ด้วย พร้อมกับติดป้ายเครื่องหมายระบุให้ชัดเจน โดยผู้ที่ไม่ปฏิบัติตามกฎเกณฑ์ดังกล่าวจะมีโทษปรับแล้วแต่กรณี[496]

ดังนั้น เมื่อพิจารณาอย่างถี่ถ้วนจะพบว่ามูลนิธิหมอชาวบ้านกับก้าวแรกของการรณรงค์และส่งเสริม “การป้องกัน” สุขภาพในโครงการรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่ (พ.ศ. 2529) ซึ่งได้รับความร่วมมือจากหลายบุคคลและหลายหน่วยงานอย่างกว้างขวาง โดยเป็นการเคลื่อนไหวที่ภายหลังค่อย ๆ นำหลักทฤษฎีสามเหลี่ยมเขยื้อนภูเขาที่เริ่มจากการเคลื่อนความรู้ ภาคประชาสังคม และการขานรับทางการเมืองมาใช้ โดยโครงการรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่ได้กลายเป็นจุดเริ่มต้นที่ถูกต่อยอดไปสู่บทบาทอย่างเป็นทางการของสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ หรือ สสส. (ตั้งขึ้นในปี พ.ศ. 2544) ในเวลาต่อมา

---

[495] ราชกิจจานุเบกษา, “พระราชบัญญัติควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ พ.ศ. ๒๕๓๕” (เล่ม ๑๐๙ ตอน ๓๘ก วันที่ ๕ เมษายน พ.ศ. ๒๕๓๕, 2535), http://www.ratchakitcha.soc.go.th/DATA/PDF/2535/A/038/4.PDF.

[496] ราชกิจจานุเบกษา, “พระราชบัญญัติคุ้มครองสุขภาพของผู้ไม่สูบบุหรี่ พ.ศ. ๒๕๓๕” (เล่ม ๑๐๙ ตอนที่ ๔๐ก วันที่ ๗ เมษายน พ.ศ. ๒๕๓๕, 2535), http://www.ratchakitcha.soc.go.th/DATA/PDF/2535/A/040/20.PDF.

สรุป

ถึงแม้ประเทศไทยจะไม่ประสบความสำเร็จในการบูรณาการองค์ความรู้ด้านเวชศาสตร์ชุมชนให้สอดประสานกับการกำหนดนโยบายของรัฐในช่วงสองทศวรรษแรกหลัง 2500 อย่างไรก็ดี พบว่ารัฐไทยได้พยายามในการพัฒนาองค์ความรู้เรื่องสาธารณสุขและหน่วยบริการพื้นฐานมาอย่างต่อเนื่อง อย่างไรก็ตามความน่าเบื่อหน่ายสหรัฐ ความซ้ำซากของกลุ่มผู้ปกครองทางการเมืองของไทย ประกอบกับความเฟื่องฟูของอุดมการณ์สังคมนิยมและความแพร่หลายของชุดความรู้ สิ่งเหล่านี้ได้ผลักไปสู่การแสวงหาทางออกให้แก่สังคมที่เป็นไปในทิศทางเห็นอกเห็นใจแก่กลุ่มชาวนา กรรมกร และประชาชนคนทั่วไป ที่ล้วนแล้วเป็นมนุษย์คนหนึ่งที่มีสิทธิและสมควรได้รับการปกป้องเสรีภาพแห่งตน โดยเฉพาะกลุ่ม “ชาวชนบท” ซึ่งเป็นกลุ่มคนที่อยู่ห่างไกลจากความเป็นธรรมและความเสมอภาคจากรัฐโดยสิ้นเชิง จนทำให้เกิดกระแสการเรียกร้องทางการเมืองของสังคมในหมู่ปัญญาชน นักศึกษาและกลุ่มแพทย์หัวก้าวหน้าในเหตุการณ์ 14 ตุลา (พ.ศ. 2516) และ 6 ตุลา (พ.ศ. 2519)

ด้วยบรรยากาศทางการเมืองที่เปลี่ยนโฉมไป การลงหลักปักฐานของแนวคิดสาธารณสุขมูลฐานที่ได้รับการกระตุ้นจากเวทีโลก (พ.ศ. 2521) พร้อมด้วยจิตสำนึกแพทย์อันเป็นผลผลิตของการเมืองแห่งยุค รัฐไทยได้เป็นหนึ่งในประเทศที่เป็นชุมทางของประสบการณ์ด้านการพัฒนาระบบสาธารณสุขที่เกิดขึ้นอย่างต่อเนื่องผิดแผกจากประเทศกำลังพัฒนาอื่น ๆ ทำให้แนวคิดและพัฒนาการ “สาธารณสุขมูลฐาน” (Primary Health Care) กลายเป็นลักษณะพิเศษของสังคมไทยที่มีทั้งรากฐานความรู้จากการทดลองก่อนหน้า มียุคสมัยทางการเมืองที่เอื้อประโยชน์ต่อสาธารณสุข (ทศวรรษ 2520) และยังมีบทบาทของนักศึกษาแพทย์และปัญญาชนด้านการแพทย์ (กลุ่มคนเดือนตุลา) ที่ทำงานสอดประสานกับรัฐ ขณะที่ประสบการณ์การทำงานในชนบทและสายสัมพันธ์ระหว่างแพทย์ในส่วนภูมิภาคกับส่วนกลาง ระหว่างแพทย์ในภูมิภาค รวมถึงความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์กับองค์กรพัฒนาเอกชน ปฏิสัมพันธ์เหล่านี้มีผลทำเกิดเป็นการผลักดันงานพื้นฐานงานสาธารณสุขมูลฐานในประเทศไทยช่วงเวลาสำคัญช่วงหนึ่ง เวลานี้จึงเห็นบทบาท “หมออาสาหมู่บ้าน (ม.อ.บ.)” อาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) ผู้สื่อข่าวสารสาธารณสุข (ผสส.) มูลนิธิหมอชาวบ้าน ซึ่งเป็นฐานรากของการส่งเสริมบทบาทประชาชนให้สามารถพึ่งตนเองในเรื่องสุขภาพได้ และยังเป็นการเดินหน้าเพื่อไปสู่การแพทย์เพื่อการป้องกัน นอกจากงานพัฒนาภาคประชาสังคมอันเป็นรากฐานสำคัญของงานสาธารณสุขมูลฐานแล้ว ยังมีงานอีกด้านหนึ่งคือการพัฒนา “หน่วยบริการสุขภาพพื้นฐาน” หรือการต่อยอดงานพัฒนาสาธารณสุขมูลฐานโดยการสร้างโรงพยาบาลชุมชนและสถานีอนามัยทุกอำเภอที่ได้รับการผลักดันอย่างมากในช่วงทศวรรษ 2520

บทที่ 5
ต่อยอดงานพัฒนาสาธารณสุขมูลฐาน: การสร้างโรงพยาบาลชุมชนและสถานีอนามัยทุกอำเภอ

บทนำ

นอกจากการมุ่งผลักดันแนวคิดเรื่องการสาธารณสุขมูลฐาน (Primary Health Care - PHC) ก่อให้เกิดภาคประชาสังคมกับการพัฒนาสาธารณสุขมูลฐาน (พ.ศ. 2521-2529) แล้ว ยังได้นำไปสู่การ “สร้างโรงพยาบาลชุมชนทุกอำเภอ” ในช่วงทศวรรษ 2520 และการยกระดับสถานีผดุงครรภ์ทั้งหมดเป็นสถานีอนามัย ซึ่งช่วยทำให้งานของระบบสาธารณสุขมูลฐานเกิดความคล่องตัวมากขึ้น ขณะที่ก็มีการต่อยอดอัตรากำลังคนในช่วง 2520 ทั้งนี้ปัจจัยทางการเมืองมีผลอย่างสำคัญในการผลักดันการต่อยอดเหล่านี้ เพราะเป็นที่ทราบกันดีว่าโครงสร้างทางการเมืองสมัยประชาธิปไตยครึ่งใบเป็นการผนึกกำลังกันระหว่างอำนาจ 3 ขา ได้แก่ ภาครัฐบาล (ทหาร) ภาคเอกชน (ปีกธุรกิจ) และเทคโนแครต (ปีกข้าราชการ) ด้วยมุมมองที่เปิดกว้างทำให้บรรดาเทคโนแครตทางการแพทย์มีโอกาสเข้าไปร่วมงานกับรัฐบาลเพื่อออกแบบและกำหนดนโยบายสาธารณสุขสำหรับพัฒนาชนบทในสมัยรัฐบาลพลเอกเปรม ติณสูลานนท์ อย่างสำคัญ โดยนับตั้งแต่ปี พ.ศ. 2523 นายกรัฐมนตรีได้ร่วมมือกับ “สภาพัฒน์ฯ” (หน่วยงานที่มีบทบาทอย่างมากด้านการพัฒนาเศรษฐกิจในสมัยพลเอกเปรม ติณสูลานนท์) ได้จัดให้มีการตั้ง “คณะทำงานศึกษานโยบายการพัฒนาชนบท” ระดมสรรพกำลังและสมองในการร่างแผนพัฒนาชนบทแนวใหม่จากนักวิชาการและเทคโนแครตที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการพัฒนาชนบทโดยตรง หนึ่งในนั้นมีนายแพทย์ประเวศ วะสี นั่งแท่นเป็นคณะกรรมการฯ ด้วย และไม่แปลกใจเท่าใดนักเมื่อรัฐบาลรับหลักการของ “การพัฒนาชนบทแนวใหม่” ไปปรับใช้กับแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 5 (พ.ศ. 2525 - 2529) แนวทางแบบสาธารณสุขมูลฐานจึงถูกบรรจุเอาไว้ในหลักปฏิบัติที่สำคัญสำหรับการพัฒนาประเทศต่อไป[497]

หัวใจที่สำคัญของแผนพัฒนาฯ ฉบับที่ 5 ก็คือ มุ่งเน้นการพัฒนาไปที่การกระจายรายได้มากกว่าการเพิ่มผลผลิต มุ่งเน้นไปที่การพัฒนาคนมากกว่าพัฒนาวัตถุ โดยให้ประชาชนในชนบท รู้จักคิด รู้จักทำ และเข้ามามีส่วนร่วมในการพัฒนาและสามารถพึ่งตนเองได้ ซึ่งจำแนกกระบวนการออกเป็น 4 แนวทางหลัก ได้แก่ **หนึ่ง** เน้นปัญหาเชิงพื้นที่ยากจนเป็นความสำคัญลำดับแรก **สอง** ใช้ทรัพยากรทางวัตถุและมนุษย์ (เน้นมนุษย์เป็นหลัก) ที่มีอยู่จำกัด

---

[497] อุปกรณ์ หลีค้า, *นโยบายเศรษฐกิจสมัยรัฐบาลพลเอกเปรม ติณสูลานนท์ พ.ศ. 2523 ถึง พ.ศ. 2531: ศึกษาผ่านวารสารเศรษฐกิจและสังคมของสภาพัฒน์*, (การค้นคว้าอิสระ, สาขาประวัติศาสตร์ คณะอักษรศาสตร์ มหาวิทยาลัยศิลปากร, 2562), 112-114.

ให้เกิดประโยชน์สูงสุดเพื่อตอบสนองความจำเป็นแบบพออยู่พอกิน ไม่เน้นเพิ่มผลิตผล เช่น โครงการธนาคารข้าว โครงการพัฒนาดินเค็ม โครงการประมงหมู่บ้าน ฯลฯ **สาม** สร้างกลไกที่ทำให้ประชาชนมีส่วนร่วมในการพัฒนา รวมถึงกลไกที่เป็นตัวกลางในการประสานงานระหว่างรัฐและประชาชน **สี่** เป้าสูงสุดคือทำให้ประชาชนพึ่งตนเองได้ (Self-reliance)[498] จึงนำมาซึ่งวิธีการบรรลุแผนการพัฒนาชนบทแบบใหม่ ที่เน้นไปยังเรื่อง "ความจำเป็นขั้นพื้นฐาน" ที่มาควบคู่กับ "แผนการสร้างโรงพยาบาลชุมชนและสถานีอนามัยทุกอำเภอ" ในช่วงกลางทศวรรษ 2520 นี้ เมื่อกล่าวถึงการไปสู่พื้นฐานสำคัญตามหลักคิดเรื่องสาธารณสุขมูลฐาน จำเป็นต้องกล่าวถึง "ความเป็นธรรมในการเข้าถึงบริการทางสุขภาพ" จึงเห็นควรกลับไปพิจารณาพัฒนาการตั้งแต่กรอบคิดเรื่อง "ความจำเป็นขั้นพื้นฐาน" ที่เป็นหนึ่งวิธีคิดเพื่อหนีออกจากความเหลื่อมล้ำและช่วยยกระดับเรื่องโอกาสหรือต้นทุนไม่เท่ากันของคนในสังคม

5.1 แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 5: ทางออกของความเหลื่อมล้ำและความยากจน

> *"หากพิจารณาแต่เพียงในแง่ของความเจริญเติบโตทางเศรษฐกิจโดยส่วนรวมแล้ว ก็อาจกล่าวได้ว่าประสบผลที่ค่อนข้างน่าพอใจ แต่เมื่อพิจารณาในแง่ของการกระจายผลประโยชน์ที่ได้จากการพัฒนาปรากฏชัดว่า การขยายตัวทางเศรษฐกิจนั้นไม่สม่ำเสมอทุกพื้นที่ เกิดปัญหาช่องว่างและความเหลื่อมล้ำในฐานะรายได้ระหว่างภาค และระหว่างเขตชนบทและเขตเมืองของประเทศ"*[499]

จากข้อความที่ปรากฏในแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมฉบับที่ 5 ในส่วนที่เกี่ยวข้องกับแนวนโยบายและเป้าหมายการพัฒนาชนบท ได้มุ่งชี้ไปที่ประเด็นความเหลื่อมล้ำและความยากจนว่าเป็นปัญหาใหญ่ที่สุดที่เกิดขึ้นขณะนั้น ด้วยความใส่ใจของรัฐบาลต่อประเด็นดังกล่าวจึงเป็นที่มาของการมุ่งแก้ไขปัญหาเรื่องสุขภาพของประชาชนเป็นอันดับต้น ๆ เนื่องจากรัฐเชื่อว่าความยากจนและล้าหลังในทางเศรษฐกิจเป็นปัญหาที่เชื่อมโยงโดยตรงกับความทรุดโทรมของคุณภาพชีวิต โรคภัยไข้เจ็บต่าง ๆ จนนำมาสู่การบั่นทอนประชากรไทยและความมั่นคงของประเทศชาติอย่างมหาศาล[500]

---

[498] โครงการโคราชพัฒนา. *โคราชพัฒนา.* เพิ่งอ้าง, 31.

[499] สำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, "แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 5 (พ.ศ. 2525-2529)" (2525), 337, https://www.nesdc.go.th/ewt_dl_link.php?nid=3780.

[500] สำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, 340.

นอกจากนี้ ยังมีอุปสรรคสำคัญอีกประการหนึ่งที่เกิดขึ้นระหว่างดำเนินการสาธารณสุขมูลฐานในแผนพัฒนาฯ ฉบับที่ 4 ที่ผ่านมา คือปัญหาเรื่องของเจ้าหน้าที่ที่ไม่รู้บทบาทของตนเองและขาดการทำงานเชื่อมโยงประสานกัน[501] ที่ผ่านมาต้องยอมรับว่าการดำเนินการของหน่วยงานราชการยังเป็นทำงานตามแนวทางและวิธีการจัดการของหน่วยงานตนเอง โดยเน้นภารกิจให้แล้วเสร็จเพียงอย่างเดียว (เช่น กรมการแพทย์ดูแลเรื่องการรักษาพยาบาลเป็นหลักอย่างเดียว โดยไม่ได้ให้ความสำคัญต่อการป้องกันมากนัก) ด้วยวิธีการทำงานดังกล่าวทำให้ขาดการประสานงานจนบางครั้งเนื้องานมีความเหลื่อมและทับซ้อนกันของหน้าที่ ทำให้เล็งเห็นว่าจริง ๆ แล้วเรื่องสุขภาพเชื่อมโยงไปไกลเกินกว่าที่จะเป็นปัญหาของกระทรวงใดกระทรวงหนึ่ง

นอกจากเจ้าหน้าที่รัฐขาดความเชื่อมโยงระหว่างเจ้าหน้าที่รัฐด้วยกันเองแล้ว ความเชื่อมโยงระหว่างรัฐกับประชาชนในระบบความสัมพันธ์ด้านสาธารณสุขมีลักษณะห่างไกลต่อกัน แม้ว่าแผนพัฒนาฯ ฉบับที่ 4 ได้หันมายึดความต้องการของประชาชนในระดับพื้นที่ แต่ประชาชนส่วนใหญ่ยังขาดความรู้ว่าตนกำลังเผชิญปัญหาอะไรอยู่ ผลประโยชน์จากการพัฒนาสิ่งต่างๆ ก็ยังไม่ตกไปสู่มือประชาชนโดยเฉพาะกลุ่มคนยากจนอย่างทั่วถึง ทั้งนี้เป็นเพราะ “ปัญหาพื้นฐาน” ยังไม่ได้รับการแก้ไขอย่างถูกต้อง ขณะที่ประชาชนเองก็ไม่รู้ว่าอะไรคือปัญหาพื้นฐานของตนเอง จึงย่อมไม่สามารถปรับปรุงพัฒนาตนเองได้ จนต้องรอรับความช่วยเหลือในสิ่งที่รัฐหยิบยื่นให้เพียงอย่างเดียว[502] ดังนั้น กรอบคิดเรื่องความจำเป็นขั้นพื้นฐาน หรือ จปฐ. จึงถือกำเนิดขึ้นและปรากฏอยู่ในแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 5 โดยเป็นส่วนหนึ่งของ “แนวนโยบายการพัฒนาชนบทแนวใหม่” โดยหวังให้เป็นวิธีการช่วยปรับระบบความสัมพันธ์ภายในระบบข้าราชการด้วยกันเองด้านหนึ่ง และในอีกด้านหนึ่งก็ช่วยปรับระบบความสัมพันธ์ระหว่างผู้ให้บริการ (รัฐ) และผู้รับบริการ (ประชาชน) เสียใหม่ ซึ่งจะนำไปสู่การพัฒนาเรื่องสุขภาพให้ดีและตรงปัญหามากขึ้นจนสามารถลดปัญหาความเหลื่อมล้ำลงได้ในที่สุด

5.2 ที่มากรอบคิดความจำเป็นขั้นพื้นฐาน (จปฐ.)

ความจำเป็นขั้นพื้นฐาน หรือ จปฐ. เป็นการระบุความต้องการพื้นฐานที่จำเป็นสำหรับคนในครัวเรือนด้านต่าง ๆ ที่เกี่ยวกับคุณภาพชีวิตของประชาชนในชนบท ด้วยการพึ่งตนเองเป็นสำคัญและด้วยการสนับสนุนจากรัฐ เพื่อให้ทุกคนมีโอกาสเท่าเทียมกันในการดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างปกติตามสมควร โดยจะต้องผ่านทุกตัวชี้วัดอย่างครบถ้วนตามมาตรฐานขั้นต่ำตามความจำเป็น เดิมทีกรอบคิด จปฐ. ที่ถูกบรรจุอยู่ในแผนพัฒนาฯ ฉบับที่ 5 มี

---

501 บดี ธนะมั่น, “ความจำเป็นพื้นฐานและคุณภาพชีวิต,” *จุฬาลงกรณ์เวชสาร* 10, no. 31 (2530): 822.

502 สำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 5 (พ.ศ. 2525-2529), 341.

จุดเริ่มต้นมาจากการประชุมของกลุ่มแกนนำพัฒนาสังคมภายใต้ “โครงการพัฒนาสังคมแห่งชาติ”[503] สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ เมื่อวันที่ 13 พฤศจิกายน พ.ศ. 2524 อันประกอบด้วยข้าราชการหรือตัวแทนจาก 4 กระทรวงทั้งในระดับจังหวัดและอำเภอ ได้แก่ กระทรวงศึกษาธิการ กระทรวงสาธารณสุข กระทรวงเกษตรและสหกรณ์ และกระทรวงมหาดไทย[504] โดยมีนายแพทย์อมร นนทสุต อธิบดีกรมอนามัยในขณะนั้นเป็นประธานและเป็นผู้นำเอาความคิดเรื่อง “การปรับแนวความต้องการพื้นฐาน (Basic Needs Approach-BN)” ขององค์กรแรงงานระหว่างประเทศ (International Labour Organization, ILO) เมื่อปี พ.ศ. 2519 มาปรับใช้เป็นมาตรวัดความต้องการพื้นฐานขั้นต่ำของชาวชนบทไทย[505] ซึ่งใจความสำคัญดั้งเดิมของการปรับแนวความต้องการพื้นฐานของ ILO จะหมายถึง *“ความต้องการขั้นต่ำของครอบครัวหนึ่ง ๆ เช่น การมีอาหาร พักอาศัย เสื้อผ้าที่เพียงพอ รวมถึงอุปกรณ์และเครื่องเรือนในบ้านบางอย่าง และยังหมายความถึงบริการจำเป็น (essential services) สำหรับชุมชนโดยรวม เช่น น้ำดื่มที่ปลอดภัย สุขาภิบาล ขนส่งสาธารณะ และสิ่งอำนวยความสะดวกเกี่ยวกับสุขภาพและการศึกษา”*[506] โดยในรายงานของ ILO ยังได้เน้นย้ำว่าการเติมเต็มความต้องการพื้นฐานขั้นต่ำถือเป็นการส่งเสริมสิทธิมนุษยชน และเมื่อมีการศึกษาและสุขภาพที่ดีก็จะช่วยให้เกิดการมีส่วนร่วม และในทางกลับกันการมีส่วนร่วมก็จะเสริมสร้างข้อเรียกร้องในเรื่องความต้องการพื้นฐานให้เป็นรูปธรรมได้

กระนั้น เมื่อนำแนวคิดดังกล่าวมาใช้กับสังคมไทยที่มีประวัติศาสตร์ พื้นฐานทางการเมือง เศรษฐกิจและสังคมวัฒนธรรมที่ต่างออกไป กรอบคิดความจำเป็นขั้นพื้นฐานจึงถูกผนวกเข้ากับวาทกรรม “โง่ จน เจ็บ” ของปัญญาชนและชนชั้นนำไทยที่ดำเนินมาจนถึงปลายทศวรรษ 2510 โดยมุ่งหวังให้ จปฐ. เป็นหนึ่งในแนวทางที่มุ่งพัฒนาเพื่อให้ประชาชนพึ่งพาตนเองได้มากที่สุด[507] เพื่อเป็นทางออกของปัญหาซ้ำซากที่มีมาอย่างยาวนาน

503 ต่อมาจะเปลี่ยนชื่อเป็นโครงการปีรณรงค์คุณภาพชีวิตของประชาชนในชาติ

504 สมบูรณ์ ตันยะ และคณะ, “รายงานการวิจัยการประเมินโครงการโคราชพัฒนา” (คณะทำงานฝ่ายวิชาการ โครงการโคราชพัฒนา, 2531), 1.

505 สัมภาษณ์นายแพทย์สมศักดิ์ ชุณหรัศมิ์, คณะผู้วิจัย, 17 พฤษภาคม 2565; สัมภาษณ์นายแพทย์ไพจิตร ปวะบุตร, คณะผู้วิจัย, 30 พฤษภาคม 2565.

506 Director-General of International Labour Office, “Employment, Growth and Basic Needs: A One World Problem, Report of the Director-General of the International Labour Office,” Tripartite World Conference on Employment, Income Distribution, and Social Progress and the International Division of Labour (Geneva, Switzerland: International Labour Office, 1976), 32.

507 ดิเรก ฤกษ์หร่าย, “เครื่องชี้วัดความจำเป็นพื้นฐานในการพัฒนาชนบท,” *เกษตรศาสตร์ (สังคม)* 2, no. 7 (2529): 194.

5.2.1 โง่ จน เจ็บ: องค์ประกอบทางความคิดของ จปฐ.

แนวคิดเรื่องโง่ จน เจ็บ นับว่ามีอิทธิพลทางความคิดมากพอที่ส่งผลให้หน่วยงานอย่างสภาพัฒน์ฯ รับมาใช้เป็นฐานคิดหลักในการพัฒนา ดังที่อาจารย์ดิเรก ฤกษ์หร่าย นักวิชาการภายใต้โครงการพัฒนาสังคมได้บันทึกไว้เมื่อประมาณปี พ.ศ. 2527 ว่าสภาพัฒน์ฯ ได้ทำการสรุปปัญหาสำคัญของพื้นที่ชนบทยากจนในประเทศไทยโดยแบ่งปัญหาออกเป็นสามกลุ่มนั่นคือ *"(ก) ความขาดแคลน (ข) โรคภัยไข้เจ็บ (ค) ความไม่รู้"*[508] สมการนี้จึงถูกส่งต่อมายังรัฐบาลเพื่อใช้เป็นแนวพินิจในการแก้ไขปัญหาเรื่องความเหลื่อมล้ำทางเศรษฐกิจที่เป็นปัญหากังวลใจอย่างมาก

จริง ๆ แล้วชนชั้นนำไทยเริ่มตระหนักถึงปัญหาดังกล่าวตั้งแต่ปลายแผนพัฒนาเศรษฐกิจฉบับที่ 3 ดังจะเห็นได้จากยุทธศาสตร์ของการกระจายรายได้ มีการนำนโยบายการเพิ่มสวัสดิการของรัฐให้แก่ประชาชนมาใช้แก้ปัญหาความเหลื่อมล้ำทางเศรษฐกิจเพื่อเพิ่มอุปสงค์ต่อรายได้ในพื้นที่ชนบท[509] (เช่น "นโยบายเงินผัน" "โครงการรักษาพยาบาลฟรี") สภาวะของความไร้เสถียรภาพทางเศรษฐกิจอันเป็นผลพวงจากนโยบายที่เน้นการเติบโตของเศรษฐกิจ (Economic Growth Policy) โดยที่มองว่าเป้าหมายสูงสุดของการพัฒนาคือการเติบโตขึ้นของ GDP ถูกตั้งคำถาม (GDP ของไทยหลังปี พ.ศ. 2503 เติบโตขึ้นเรื่อย ๆ แม้จะมีบางปีที่ลดลงบ้างแต่ก็ไม่หนักเท่าประเทศอื่น) สาระสำคัญของการพัฒนาเศรษฐกิจสังคมที่เน้นการกระจายรายได้และทรัพยากรให้กับชนบทถูกระบุไว้ตั้งแต่แผนพัฒนาฯ ฉบับที่ 4[510] พอมาถึงแผนที่ 5 อันเป็นช่วงเวลาที่ประจวบเหมาะกับที่สถานการณ์โลกเริ่มเปลี่ยนแปลงไป เช่น คำประกาศอัลมาอาตาที่ไทยรับหลักการมาใช้ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2522 และแนวคิดเรื่อง"การปรับแนวความต้องการพื้นฐาน" (Basic Needs Approach-BN) นำเสนอโดย ILO เป็นตัวกระตุ้นให้แผนพัฒนาฯ ฉบับที่ 5 มุ่งเน้นไปที่การขจัดความ "โง่ จน เจ็บ" ของภูมิภาคชนบทยากจนอย่างเต็มตัวและเปิดฉากให้ยุคสมัยแห่ง "การพัฒนาชนบทแนวใหม่" ฉะนั้นเป้าหมายของแนวทางแบบ จปฐ. สำหรับประเทศไทย คือ การมุ่งหมายให้ประชาชนบรรลุ "ความจำเป็นขั้นพื้นฐาน" (Basic Minimum Needs - BMN) โดยความจำเป็นที่ว่าหมายถึงความจำเป็นหรือความต้องการที่แท้จริง (real needs) ไม่ใช่ความจำเป็นที่มาจากความรู้สึก (felt needs)[511]

---

[508] ประพนธ์ ปิยรัตน์ และ ดิเรก ฤกษ์หร่าย. "วิวัฒนาการ แนวความคิด นโยบายโครงสร้างของการพัฒนาชนบทแนวใหม่." *ข่าวสารเกษตรศาสตร์* 1, 29 (2527): 79-85.

[509] อ้างแล้ว, ภาค 3.

[510] ตีรณ โง้วศิริมณี, บ.ก. *เศรษฐกิจไทย : การเปลี่ยนแปลงและการพัฒนา.* (กรุงเทพฯ: สร้างสรรค์, 2525), 98-99.

[511] เกิดศิริ ยอดพริ้ง. *การปฏิบัติงานสังคมสงเคราะห์ชุมชนในกรุงเทพมหานคร ศึกษาเฉพาะกรณีการประยุกต์ใช้แนวคิดความจำเป็นพื้นฐานในศูนย์บริการสาธารณสุข (Community work practice in Bangkok Metropolis A case study of BMN.* มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, 2530.

เมื่อกล่าวถึง "ความจำเป็นที่แท้จริง" อุปมาเหมือนกับมือที่มองไม่เห็นในบ่วงของความยากจน เพราะชนชั้นนำไทยมีทัศนะว่าประชาชนไม่รู้ว่าจริง ๆ แล้วความต้องการที่แท้จริงของพวกเขาเองคืออะไรดังที่กล่าวไปข้างต้น สิ่งที่ชาวบ้านรับรู้คือความต้องการที่พวกเขารู้สึกในสถานการณ์เฉพาะหน้ามากกว่าจะมองปัญหาในเชิงโครงสร้าง ตัวอย่างที่ชี้ให้เห็นชัดเจนคือเรื่องของการบริการด้านการแพทย์ เนื่องจากชาวบ้านหาใช่นักวางนโยบาย จึงไม่ได้นึกถึงแง่ที่ว่าเป็นเพราะเรื่องระบบบริการของรัฐที่เป็นปัญหา[512] จึงทำให้พวกเขาต้องพบกับความยากลำบากเดินทางเข้ามาในเมือง แต่กลับมองว่าโรงพยาบาลมันตั้งอยู่ไกลไปเดินทางลำบาก จึงเลือกที่จะรักษาด้วยวิธีการตามจารีตประเพณีแทน ดังภาพจำอันเป็นที่รับรู้กันทั่วไปว่า *"ระบบบริการทางสาธารณสุขไทยเป็นรูปแบบที่ให้ประชาชนเข้ามาหาบริการ ไม่ใช่บริการเข้ามาหาประชาชน เพราะเจ้าหน้าที่สาธารณสุขต่างยุ่งอยู่แต่หน้าที่การงานของตนเองไม่สนใจทุกข์สุขของประชาชน"* ด้วยเหตุนี้ จปฐ. จึงผุดขึ้นมาเป็นฐานของแนวคิดของชนชั้นนำในการสร้าง "เครื่องมือ" เพื่อใช้เป็นตัวชี้วัดว่าจริง ๆ แล้วชาวบ้านมีปัญหาอะไรบ้าง ซึ่งมักเป็นปัญหาที่ชาวบ้านไม่สามารถรับรู้ได้ด้วยตัวเอง ซึ่งนอกจากวาทกรรมโง่ จน เจ็บแล้ว ยังปรากฏว่ามีการนำเอาฐานคิดเรื่องความเป็นไทย เศรษฐศาสตร์เชิงพุทธ และความพอเพียงมาสังเคราะห์เป็นส่วนหนึ่งของการผลักดันงาน จปฐ. ด้วย

5.2.2 เศรษฐศาสตร์เชิงพุทธไทยกับมุมมองการพัฒนาใน จปฐ.

เมื่อย้อนกลับมาพิจารณาวัตถุประสงค์หลักของ จปฐ. อย่างจริงจังที่ได้นิยามไว้ว่า "ต้องการทำให้ประชาชนบรรลุความจำเป็นขั้นพื้นฐาน" จะเห็นถึงความพยายามใช้ประโยชน์จากเงื่อนไขทางสังคมที่อยู่แล้ว เพื่อทำให้ จปฐ. เป็นที่ยอมรับและเข้าใจได้ง่ายทั้งสำหรับผู้ปฏิบัติและสำหรับประชาชนทั่วไป โดยการสอดแทรกมิติเชิงสังคมวัฒนธรรมทั้งในเรื่อง "คติพุทธ" ซึ่งจะเกี่ยวข้องกับเรื่อง "ความเป็นไทย" "ความไม่เท่าเทียมกัน" และ "ความพอเพียง" ที่ถูกนำมาช่วยอธิบายแนวทางการดำเนินงานอย่างน่าสนใจ

ความสำคัญของคติพุทธที่อยู่เบื้องหลังความคิดของกลุ่มผู้กำหนดนโยบาย จปฐ. รวมถึงผู้ที่จะนำนโยบายไปปฏิบัติ ได้ก่อตัวขึ้นในช่วงที่มีการเปลี่ยนแปลงทางการเมืองระหว่างปี พ.ศ. 2516-2519 ซึ่งเวลานั้นส่วนใหญ่มองว่าเรื่องเศรษฐกิจและสังคมเป็นปัญหาใหญ่เชิงโครงสร้าง ทำให้กลุ่มแพทย์จำนวนหนึ่งรับเอาฐานคิดของ "ศาสนาพุทธแนวใหม่" มาใช้ในการทำความเข้าใจพื้นที่ชนบทมากขึ้น ศาสนาพุทธแนวใหม่ (มักได้รับอิทธิพลจากพุทธทาสภิกขุอันมีสวนโมกข์เป็นพื้นที่รวมจิตวิญญาณ) จึงได้รับความนิยมในหมู่ชนชั้นกลางไทย รวมถึงปัญญาชนทาง

---

[512] สัมภาษณ์นายแพทย์สมศักดิ์ ชุณหรัศมิ์.

การแพทย์ที่เป็นสายปฏิรูปและหมู่นักศึกษาแพทย์ด้วย ส่วนหนึ่งเป็นเพราะคติพุทธบางอย่างสามารถอธิบายภาพปัญหาสาธารณสุขไทยในมิติที่กว้างขวางขึ้นมากกว่าเดิม ศาสตราจารย์สายชล สัตยานุรักษ์ นักวิชาการด้านประวัติศาสตร์ไทยคนสำคัญได้ให้ความเห็นไว้ว่า *"มหาวิทยาลัยมหิดลมีความเชื่อมโยงกับกระแสพุทธศาสนาสมัยใหม่ สายพุทธทาส ทำให้นักศึกษามหิดลบางส่วนได้เชื่อมโยงเข้ากับพุทธศาสนา"*[513] ดังปรากฏให้เห็นผ่านบทบาทของชมรมพุทธศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล ที่มักไปจัดกิจกรรมที่วัดชลประทานรังสฤษดิ์ จังหวัดนนทบุรีบ่อยครั้ง เนื่องจากวัดดังกล่าวมีหลวงพ่อปัญญานันทภิกขุ สหายธรรมของท่านพุทธทาสภิกขุเป็นเจ้าอาวาสรูปแรกอยู่ที่นั่น ขณะที่นายแพทย์วิชัย โชควิวัฒน และนายแพทย์วิจารณ์ พานิช แพทย์นักปฏิรูปที่มีประสบการณ์ทั้งโดยตรงและโดยอ้อมอยู่ในช่วงเวลาที่คติพุทธเบ่งบานในหมู่แพทย์ ก็ได้อธิบายเพิ่มเติมถึงความเชื่อมโยงระหว่างคติพุทธกับการทำประโยชน์เพื่อสังคมของแพทย์ในทิศทางเดียวกัน เวลานั้นพุทธศาสนามีมิติทางสังคมหลายเรื่องและสามารถเอามาใช้แก้ปัญหาสารพัด อย่างการให้ การเผื่อแผ่ ทำตัวให้เป็นประโยชน์ การทำงานให้สำเร็จ พุทธศาสนายังเป็นแหล่งที่พึ่งทางใจที่ดี ฝึกให้เป็นผู้ใหญ่ ฝึกให้สำรวม มันเป็นที่หล่อหลอมคนให้มีสติฟื้นตัวขึ้นมาได้ และพุทธศาสนาเองยังประกอบด้วยพื้นฐานทางวิทยาศาสตร์[514] แม้ว่าระดับความเข้มข้นของการปฏิบัติตามหลักธรรมทางพุทธศาสนาของกลุ่มแพทย์มีหลากหลาย มีตั้งแต่ปฏิบัติจริงจังนั่งสมาธิ ไปจนถึงการมองว่าคติพุทธเป็นเพียงค่านิยมหรือคุณค่าที่สำหรับการดำรงชีวิตและการทำงานเท่านั้น แต่อาจกล่าวได้ว่าแง่มุมจากพุทธศาสนาช่วยเสริมสร้างอุดมการณ์ร่วมกัน (common ideology) ในกลุ่มหมอสายปฏิรูป โดยชี้นำให้เป็นคนที่มุ่งทำประโยชน์ให้เกิดแก่ส่วนรวม[515]

นอกจากนี้ คติพุทธยังเชื่อมโยงไปสู่เรื่องอื่นๆ อย่างเรื่อง "ความเป็นไทย" "ความไม่เท่าเทียมกัน" และ "ความพอเพียง" ที่ถูกนำมาช่วยอธิบายแนวทางการดำเนินงานอย่างน่าสนใจ สำหรับความเป็นไทย มีการอธิบายให้สังคมทวีความสำคัญของความเป็นไทยและมุ่งรักษาเอกลักษณ์ของคนไทย มากกว่าที่จะพัฒนาสังคมให้กลายเป็นวัฒนธรรมตะวันตก[516] ส่วนประเด็นเรื่องของความไม่เท่าเทียมกันเมื่อมองผ่านมิติพุทธศาสนาในฐานะที่เป็นเรื่องบุญกรรมแล้ว โดยทั่วไปหลักธรรมในพุทธศาสนาสอนให้เห็นว่าคนที่ได้รับผลร้าย เกิดมาไม่ดี ยากจน มี

---

513 สัมภาษณ์ศาสตราจารย์สายชล สัตยานุรักษ์ (นักวิชาการด้านประวัติศาสตร์ไทยคนสำคัญของประเทศไทย ภาควิชาประวัติศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่), คณะผู้วิจัย, 26 พฤษภาคม 2565.

514 สัมภาษณ์นายแพทย์วิชัย โชควิวัฒน, คณะผู้วิจัย, 17 พฤษภาคม 2565.

515 สัมภาษณ์ศาสตราจารย์ นายแพทย์วิจารณ์ พานิช, คณะผู้วิจัย, 22 มิถุนายน 2565.

516 ประพนธ์ ปิยรัตน์ และ ดิเรก ฤกษ์หร่าย. "วิวัฒนาการ แนวความคิด นโยบายโครงสร้างของการพัฒนาชนบทแนวใหม่." *ข่าวสารเกษตรศาสตร์* 1, 29 (2527): 79-85.

โรคภัยไข้เจ็บหรือพิการ เป็นเพราะผลกรรมของเขาในชาติปางก่อน แต่กระนั้นหน้าที่ชาวพุทธควรมีคุณธรรมในเรื่องกรุณา เป็นคุณธรรมที่เกื้อกูลในทางสังคม พุทธศาสนาสอนเราอยู่เสมอว่าให้นึกถึงเพื่อนมนุษย์สัตว์ทั้งหลาย มีเมตตาต่อกันถ้าเขาประสบความทุกข์หรือเราประสบความสุขแล้วเราก็ควรมีกรุณาคิดช่วยเหลือ[517] ดังที่ศาสตราจารย์สายชลอธิบายเพิ่มเติมต่อไปว่า *"เรื่องโง่ จน เจ็บ [เกี่ยวข้องกับ] พุทธศาสนา เป็นการเปรียบเทียบกับบัว เรื่องของกรรมที่ทำให้คนเกิดมาไม่เท่ากัน หรือเรื่องปัญญาก็ยิ่งทำให้คนไม่เท่ากัน"*[518]

เมื่อเข้าใจว่าที่มาของความไม่เท่ากันแล้ว นำมาซึ่งการอธิบายเรื่อง "ความพอเพียง" เป็นทางออกของปัญหาทางเศรษฐกิจและการดำรงชีพของชาวชนบท โดยอธิบายว่าปัญหาเศรษฐกิจไทยเกิดจากการพึ่งพาต่างประเทศอย่างเดียว ส่งผลให้เกิดความอดอยากขึ้นในสังคม เนื่องจากบรรดาประเทศตะวันตกเหล่านั้นดูดกลืนเอาทรัพยากรและทรัพย์ศฤงคารออกไปจากประเทศจนหมด การจะแก้ไขวิกฤตการณ์ทั้งหลายควรเริ่มต้นที่ชาวบ้านเดินทางสายกลาง ลดการยึดมั่นถือมั่นกับวัตถุลง[519] หรือกล่าวให้ง่ายขึ้นว่ารัฐควรทำให้ชาวชนบทมีชีวิตที่พอเพียงจากภาคการเกษตรเดิมของตนเองเป็นหลัก มากกว่าที่จะนำเอากลไกของตลาดเสรีมากระตุ้นเศรษฐกิจในชนบทเพื่อให้เกิดการแข่งขันในทางเศรษฐกิจ ประชาชนควรมีชีวิตแบบ *"พออยู่พอกินไปก่อน มากกว่าที่จะชี้วัดในระดับของอยู่ดีกินดี"* ซึ่งกระบวนการที่ทำให้ประชาชนบรรลุถึงความจำเป็นขั้นพื้นฐานชนิดพออยู่พอกิน คือ การจัดสรรทรัพยากรทั้งวัตถุและมนุษย์ที่มีอยู่อย่างจำกัดให้เกิดประโยชน์สูงสุดสำหรับชาวชนบท โดยตอบสนองความจำเป็นขั้นพื้นฐานของพื้นที่ชนบทยากจนเป็นสำคัญเพื่อให้สามารถพึ่งตนเองได้ การวางกลไกที่เหมาะสมภายในกลุ่มทางสังคมอย่างการจัดตั้งเครือข่ายภายในชุมชน เพื่อให้สมาชิกสามารถดูแลตนเอง ครอบครัว และกลุ่มทางสังคมที่ตนสังกัดอยู่ได้ ไปจนกระทั่งการจัดตั้ง อสม. และ ผสส. การดำเนินโครงการกองทุนหมู่บ้าน เหล่านี้ก็เพื่อเป็นการสร้างการมีส่วนร่วมในการพัฒนาชุมชนของชาวบ้านเอง[520] และเป็นการใช้ทรัพยากรให้เกิดมรรคผลที่คุ้มค่าและเป็นประโยชน์สูงสุด

---

[517] พระราชวรมุนี (ประยุทธ์ ปยุตฺโต), *ลักษณะสังคมพุทธ* (กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์มูลนิธิโกมลคีมทอง, 2527), 56–59.

[518] สัมภาษณ์ศาสตราจารย์สายชล สัตยานุรักษ์ (นักวิชาการด้านประวัติศาสตร์ไทยคนสำคัญของประเทศไทย ภาควิชาประวัติศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่), คณะผู้วิจัย, 26 พฤษภาคม 2565.

[519] อี. เอฟ., & สมบูรณ์ ศุภศิลป์. ชูเมกเกอร์. *จิ๋วแต่แจ๋ว : เศรษฐศาสตร์เชิงพุทธ = Small is beautiful : Economics as if people mattered.* (กรุงเทพฯ: สมิต, 2537), บทที่ 4.

[520] ประยงค์ เต็มชวาลา. *รายงานการวิจัยเรื่องความจำเป็นพื้นฐานกับการพัฒนาชนบทไทย.* กรุงเทพฯ: กองสุขศึกษา กระทรวงสาธารณสุข, 2541

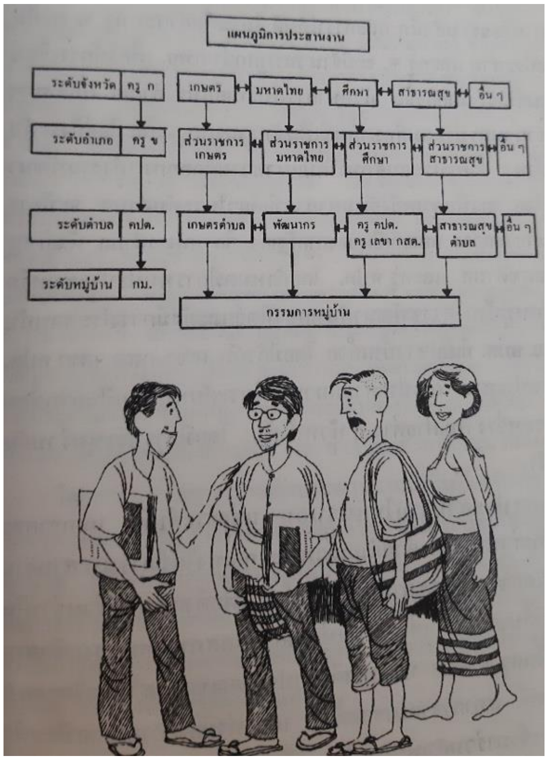
จะเห็นได้ว่าอิทธิพลทางความคิดเรื่องโง่ จน เจ็บ กับเศรษฐศาสตร์เชิงพุทธจึงมีผลอย่างสำคัญต่อการออกแบบ จปฐ. ที่เข้ากับได้กับสภาพปัญหาของสังคมไทยเวลานั้น ในแง่ของการปฏิบัติจึงเดินหน้าไปสู่การดึงคณะที่ปรึกษามาจาก 4 หน่วยงานที่มีหน้างานเกี่ยวข้องกับพื้นที่ชนบท ได้แก่ กระทรวงสาธารณสุข กระทรวงเกษตรและสหกรณ์ กระทรวงการศึกษารวมทั้งทบวงมหาวิทยาลัย และกระทรวงมหาดไทย มาร่วมกันหารือถึงวิธีการระบุความจำเป็นขั้นพื้นฐานสำหรับบริบทสังคมไทย

เมื่อมองในเชิงโครงสร้างแล้วฐานคิดของ จปฐ. เป็นการช่วยยกระดับให้การบริหารงานพัฒนาชนบทที่มีลักษณะแบบบนลงล่าง (Top-down) มีประสิทธิภาพมากขึ้น โดยได้ออกแบบการบริหารที่ช่วยปรับความสัมพันธ์สองทิศทาง *แบบแรก* คือความสัมพันธ์ในแนวระนาบ (Horizontal relation) ระหว่างหน่วยงานที่มีลำดับชั้นเดียวกันให้เกิดการประสานกันระหว่างหน่วยมากขึ้น (Intersectoral) ดังเช่น โครงการพัฒนาชนบทที่เป็นการร่วมมือกันระหว่างสี่กระทรวงหลักและทบวงมหาวิทยาลัย (กระทรวงศึกษาธิการ กระทรวงสาธารณสุข กระทรวงเกษตรและสหกรณ์ และกระทรวงมหาดไทย) แน่นอนว่าความสัมพันธ์ในแนวราบข้างต้นมีการจำแนกผ่านลำดับชั้นเป็นต้นว่าหากเป็นผู้แทนของกระทรวงทั้งสี่ก็จัดให้อยู่ลำดับเดียวกัน หรือถ้าเป็นชาวบ้าน (เช่นเป็น ผสส. และ อสม.) ก็จัดให้อยู่ในหน่วยงานของคณะกรรมการหมู่บ้าน (กม.) *แบบที่สอง* คือความสัมพันธ์ในแนวดิ่ง (Vertical relation) โดยจัดให้มีการประสานงานระหว่างระดับ (Inter level) ผ่านลำดับชั้นและอำนาจหน้าที่ที่แตกต่างกันซึ่งโครงสร้างที่อยู่ในระดับบนสุดจะมีอำนาจในการวางกรอบแนวคิดและกำหนดนโยบาย หลังจากนั้นจะมอบหมายกระจายงานลงสู่ส่วนย่อยตามลำดับ เช่น อำนาจหน้าที่หน่วยงานที่ดูแลระดับจังหวัดก็ทำจะทำหน้าที่นิเทศงานให้แก่หน่วยงานระดับอำเภอลงไป ซึ่งหน่วยงานระดับอำเภอก็จะกระจายลงสู่ระดับต่ำกว่า[521]

เพราะฉะนั้น ด้วยรูปแบบการบริหารภายใต้แนวคิด จปฐ. จึงมีลักษณะที่เป็นข้าราชการฉบับปรับปรุงภาพลักษณ์ใหม่ (Rebranding) ที่พยายามเปิดพื้นที่ให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมบ้าง ผ่านการทำแบบสำรวจเพื่อระบุแนวทางแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นจริงในพื้นที่ชนบทนั้น ๆ โดยให้ประชาชนกรอกข้อมูลในเอกสารที่มักจะเรียกกันว่า “แบบ จปฐ.” เหตุผลทางความคิดที่อยู่เบื้องหลังก็คือจินตนาการเกี่ยวกับชนบทของชนชั้นนำไทยที่มองชาวบ้านในชนบทว่า “โง่ จน เจ็บ” เพราะพวกชาวบ้านไม่รู้ปัญหาที่แท้จริงที่เกาะกุมชีวิตของพวกเขาอยู่ (แบบเดียวกับข้าราชการในอดีตที่ไม่เข้าใจว่าปัญหาของประชาชนจริง ๆ คืออะไร)

---

[521] ดูรูปแบบโดยละเอียดใน โครงการโคราชพัฒนา. *โคราชพัฒนา.* (พิมพ์ครั้งที่ 2, นครราชสีมา: สำนักงานจังหวัดนครราชสีมา, 2527).



รูป 8 ลักษณะราชการที่ปรากฏโครงสร้างของ “การประสานงาน” ตามแนวคิด จปฐ.

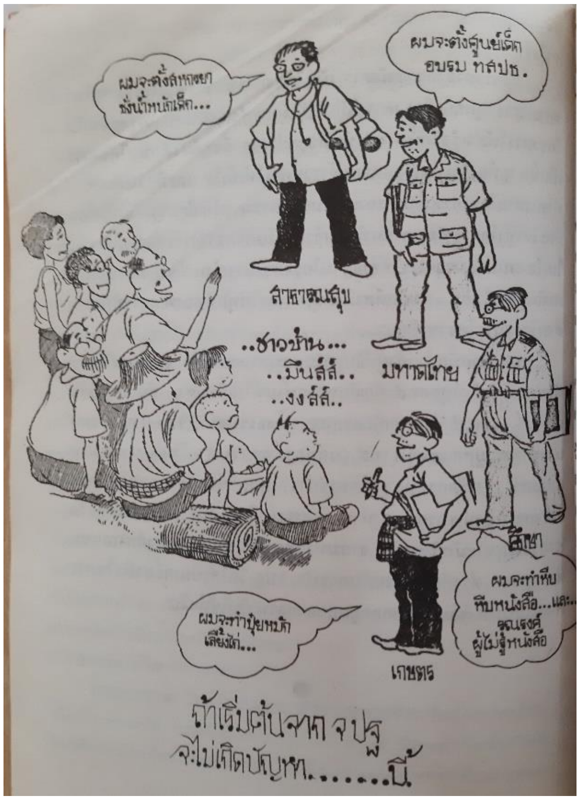
ที่มา: โคราชพัฒนา

ในตอนแรกการระบุความจำเป็นขั้นพื้นฐานของคนไทยมาจากการใช้ข้อมูลที่สภาพัฒน์ฯ มอบให้กรมการพัฒนาชุมชนจัดเก็บข้อมูล กชช.2ค ที่เป็นการจัดเก็บข้อมูลพื้นฐานระดับหมู่บ้านของเจ้าหน้าที่ 4 กระทรวง โดยระดับตำบลร่วมกันเก็บข้อมูลจากการสอบถามจากกรรมการหมู่บ้านและผู้นำชุมชนในพื้นที่เป้าหมาย 38 จังหวัด จำนวน 12,586 หมู่บ้านเมื่อปี พ.ศ. 2525[522] ประกอบกับข้อคิดเห็นจากฝ่ายวิชาการและการคาดประมาณความเป็นไปได้จากศักยภาพของรัฐและเอกชนเวลานั้นโดยมีถึง 15 ข้อ ต่อมาในปี พ.ศ. 2526 ลดลงเหลือ 13 ข้อ 52 ตัวชี้วัด

แม้จะกล่าวว่าอยากให้ประชาชนได้มีส่วนในการวางแผน แต่ในช่วงแรกของการเริ่มดำเนินการ หากพิจารณาความเป็นจริงในเชิงโครงสร้างจะพบว่าการมีส่วนร่วมภายใต้แนวคิด จปฐ. ยังประสบปัญหาและข้อจำกัดบางประการ **ประการแรก** แนวคิดเรื่อง จปฐ. สาละวนอยู่กับการจัดตั้งเครือข่าย อสม. การนำเอาตัวแบบของการจัดการที่ตายตัวของส่วนกลางมาใช้กับชุมชนกลับทำให้วัฒนธรรมชุมชนเดิมค่อย ๆ ถูกทำลาย มิหนำซ้ำคำกล่าว

[522] ดิเรก ฤกษ์หร่าย, “เครื่องชี้วัดความจำเป็นพื้นฐานในการพัฒนาชนบท,” 193.

อ้างที่ว่านี่คือการส่งเสริมให้เกิดการรวมกลุ่มในแนวระนาบจากล่างขึ้นบน (Bottom-up) เพื่อเสริมบทบาทของประชาชนยังเกิดขึ้นได้ยาก เพราะแท้ที่จริงแล้ว ความสัมพันธ์ในแนวระนาบนั้นปรากฏให้เห็นแค่ในเครือข่ายทางสังคมเดียวกันเท่านั้น หมายความว่าความเสมอภาคในแง่ของการบริหารจัดการนั้นก็ขึ้นอยู่กับภายในชุมชนเองโดยมี อสม. และ ผสส. เป็นตัวประสาน ขณะที่หากมองในมิติที่กว้างกว่านั้น ความสัมพันธ์ในแนวดิ่ง (Horizontal level) ก็ยังเผยให้เห็นคุณลักษณะของความเป็น "ข้าราชการ" อย่างเห็นได้ชัด เพราะรูปแบบการพัฒนาที่ประชาชนวางแผนเองในชุมชนยังต้องผ่านการกลั่นกรองจาก "ล่างขึ้นบน" ตามลำดับของการบังคับบัญชา ทำให้คนที่พูดคนสุดท้ายและมีอำนาจในการพิจารณาและจัดสรรงบประมาณยังคงเป็นเจ้าหน้าที่ระดับสูงในกระทรวง โดยสรุปแล้วราชการยังคงเป็นเจ้านายประชาชนอยู่ดังที่นายแพทย์อมร นนทสุต รำลึกความหลังเชิงตัดพ้อเอาไว้ว่า วัฒนธรรมข้าราชการที่ฝังรากตั้งแต่สมัยจอมพลสฤษดิ์ ธนะรัชต์ ทำให้ประชาชนยังคงเป็น "ลูกน้อง" ของข้าราชการอยู่ดี[523]



รูป 9 ในอดีตข้าราชการแต่ละกระทรวงทำหน้าที่ของใครของมัน

ที่มา: โคราชพัฒนา

[523] นพ.อมร นนทสุต ผู้วางรากฐานงานสาธารณสุขมูลฐาน. (20 กรกฎาคม 2556). เข้าถึงได้จาก https://www.hfocus.org/content/2013/07/4026

อีกประการหนึ่งคือการศึกษาวิจัยและความรู้ที่เกี่ยวข้องยังมี ข้อจำกัดอยู่บ้าง เพราะงานศึกษาหลายชิ้นมาจากส่วนกลางเป็นหลัก จึงทำให้เกิดข้อสงสัยและข้อสังเกตจำนวนมาก ลักษณะที่มีความคลุมเครือในนิยามของการช่วยเหลือตนเอง (Self-help) ในการดูแลรักษาสุขภาพยังเป็นเรื่องที่ต้องการความชัดเจนมากกว่านี้ นอกจากนี้งานศึกษาจำนวนมากยังอวยยศข้าราชการ จนดูเหมือนว่าผลการศึกษาย้อนหลังจากที่ได้ปฏิบัติการเรื่อง จปฐ. มาจะอยู่ในรูปของการประเมินผลกระทบทั้งด้านความสำเร็จและปัญหาของการทำงานเท่านั้น รายงานจำนวนมากยังมีลักษณะที่ยึดโยงกับสถาบันที่เป็นทางการ (formal institutional dependence) มากจนเกินไป ทำให้งานศึกษาเหล่านี้ขาดมุมมองที่รอบด้านในการแก้ปัญหาที่ตรงจุด รวมถึงละเลยบางแง่มุมของชาวบ้าน เช่น พฤติกรรมที่ชาวบ้านใช้ในการดูแลรักษาสุขภาพเพื่อทดแทนการเข้าใช้บริการในสถานบริการของรัฐหรือพฤติกรรมการซื้อยาของชาวบ้านก็ไม่ถูกระบุไว้[524] การประเมินผลย้อนหลังที่อาศัยมุมมองของส่วนกลางเป็นหลัก นอกจากเผยให้เห็นถึงความมีอำนาจของส่วนกลางแล้ว ยังชี้ให้เห็นแนวคิดของราชการที่เปรียบได้กับวิธีการมุ่งใช้สถาบันอย่างบ้าน วัด โรงเรียน และโรงพยาบาล เป็นเครื่องมือสำเร็จรูปแบบเดียวกันหมดในการพัฒนาชุมชนที่มีความหลากหลายและมีพื้นฐานต่างกัน ทั้ง ๆ ที่ *"ความสัมพันธ์ทางสังคม [ในรูปของ] บวร (บ้าน-วัด-โรงเรียน) บรม (บ้าน-โรงเรียน-มัสยิด) ความสัมพันธ์แบบนี้ไม่เหมือนเดิม มันเปลี่ยนแปลงมหาศาล ความสัมพันธ์ภายในครอบครัว ครอบครัวแหว่งกลาง สามี-ภรรยา วิธีเลี้ยงเด็ก นี่คือปัญหาสุขภาพ สุขภาพจิตที่ส่งผลต่อความเจ็บป่วย หรืออาหารการกิน"*[525] นั่นอาจกล่าวอีกนัยหนึ่งได้ว่าทุกสังคมมีความแตกต่างกันขึ้นอยู่กับบริบทและบริบทแต่ละชุมชนมีการเปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลา

---

[524] ลือชัย ศรีเงินยวง และ ทวีทอง หงษ์วิวัฒน์. *ยุทธศาสตร์เพื่อการดูแลสุขภาพตนเอง.* นครปฐม: คณะสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล, 2533.

[525] สัมภาษณ์ศาสตราจารย์สายชล สัตยานุรักษ์, คณะผู้วิจัย, 26 พฤษภาคม 2565.

รูป 10 แนวของการมองปัญหาแบบองค์รวมของ จปฐ.

ที่มา: โคราชพัฒนา

อย่างไรก็ตามในช่วงปี พ.ศ. 2526-2527 ได้เริ่มนำเกณฑ์ดังกล่าวไปทดลองปฏิบัติในหลายจังหวัดทั่วประเทศมากขึ้น ตอนนี้เองเป็นช่วงเวลาเดียวกันกับที่กลุ่มแพทย์ชนบทรุ่นแรก ๆ ออกไปทำงานอยู่ในพื้นที่ห่างไกล โดยเฉพาะแถบภาคอีสาน ทำให้เป็น “ความประจวบเหมาะ” ทั้งในเรื่องของวิวัฒนาการทางความคิดเรื่องสาธารณสุขมูลฐานควบคู่กับ จปฐ. การผลักดันสู่การทดลองโดยผู้ที่มีบทบาทในระดับกระทรวงสาธารณสุข การประสานงานร่วมกันจากหลายภาคส่วน ความพร้อมของบุคลากรทางการแพทย์และเจ้าหน้าที่ที่ทำงานอยู่ในพื้นที่ด้วย จึงกลายเป็นที่มาของโครงการ “โคราชพัฒนา” ที่เป็นการทดลอง จปฐ. ในทางปฏิบัติแบบที่เปิดให้ชาวบ้านเข้ามามีส่วนร่วมในการระบุความจำเป็นขั้นพื้นฐานอย่างกว้างขวาง มากกว่าการเก็บข้อมูลโดยโครงการอื่นที่ผ่านมา ซึ่งแบบ จปฐ. ของโครงการโคราชพัฒนาจะกลายเป็นต้นแบบที่ขยายไปสู่การปฏิบัติในพื้นที่อื่นทั่วประเทศภายหลัง

5.2.3 โคราชพัฒนา: หลักเกณฑ์ จปฐ. ภาคปฏิบัติ

โครงการ “โคราชพัฒนา” ถือเป็นโครงการเรือธง (flagship) ที่ประสบความสำเร็จมากที่สุดทั้งในแง่ของการนำหลักเกณฑ์ จปฐ. ไปใช้จริงในพื้นที่ พร้อม ๆ กับการพัฒนาสาธารณสุขมูลฐานไปสู่ภาคปฏิบัติในประเทศไทย จุดที่น่าสนใจคือโครงการนี้มีต้นตอมาจากข้าราชการในฝั่งสาธารณสุขอย่างนายแพทย์ไพจิตร ปวะบุตร (และคณะ) ที่เป็นลูกศิษย์สายตรงของนายแพทย์อมร นนทสุต ผู้ริเริ่มแนวคิดเรื่อง จปฐ. ทำให้ประมาณปี พ.ศ. 2525

นายแพทย์ไพจิตร ขณะที่ปฏิบัติหน้าที่เป็นนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดอยู่ในจังหวัดนครรราชสีมา (ระหว่างปี พ.ศ. 2521 - 2526) ต้องการนำเอาแนวคิด จปฐ. ของสภาพัฒน์ฯ มาใช้ให้เกิดประโยชน์ในเชิงรูปธรรม โดยทดลองนำร่อง (pilot project) ในจังหวัดเพื่อพัฒนาหลักเกณฑ์ที่ใช้เป็นเครื่องมือชี้วัดความจำเป็นขั้นพื้นฐาน โครงการเมื่อแรกเริ่มใช้ชื่อว่า "โครงการพัฒนาประชากร จังหวัดนครราชสีมาแบบผสมผสาน" แต่ต่อมาได้เปลี่ยนชื่อเป็น "โครงการโคราชพัฒนา" ในปี พ.ศ. 2526 คณะกรรมการชุดแรกเป็นผู้แทนจากสี่กระทรวงที่มีส่วนร่วมในการวางกรอบตัวแบบหลักเกณฑ์ต่าง ๆ ได้แก่ นายสมบัติ เลิศสุริยะกุล (ศูนย์การศึกษานอกโรงเรียน) พ.อ.อ.ไพโรจน์ ศรีจันทร์ (ศูนย์การศึกษาเขต 3) นายคงเกียรติ สุริสุข (พัฒนาการอำเภอสูงเนิน) นายอรรถ อินทลักษณ์ (นักวิชาการเกษตรจังหวัด) นายแพทย์สำเริง แหยงกระโทก (ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสูงเนิน) และนายเจริญ กรมใหญ่ (เกษตรอำเภอสูงเนิน)[526] นอกจากความร่วมมือระหว่างกระทรวงแล้ว ความสำเร็จของโครงการยังเกิดจากการร่วมมือร่วมใจกันทำงานของหลายภาคส่วนในพื้นที่ ดังที่นายแพทย์ไพจิตร ปวะบุตร ย้อนความหลังถึงประสบการณ์ตรงในฐานะเป็นผู้นำหลักการ จปฐ. ไปทดลองภายใต้โครงการโคราชพัฒนาว่า

> *"ช่วงนั้นหมอกำลังเคลื่อนไหวกำลังเตรียมเปิดโรงพยาบาล โดย 4 ส. คือ สำเริง (ที่ รพ.สูงเนิน) สมชัยหรือรวินันท์ (ที่ รพ.ชุมพวง) สมศักดิ์ (ที่ รพ.ประทาย) สงวน (ที่ รพ.บัวใหญ่) และเนื้อดินของโคราชมันดีงามอยู่แล้ว เพราะมีเจ้าหน้าที่เดิมอย่างระเด่น (ระดับอำเภอ) ละเอียด (ระดับหัวหน้าฝ่าย) หาญชัย (สถานีอนามัย รพ.สต.) พอครบทีมคือ 4 + 3 งานก็ไปได้ดี"*[527]

สำหรับ "4 ส." เป็นการรวมตัวตั้งเป็นกลุ่ม "สาธารณสุขมูลฐานโคราช" ของแพทย์ชนบทที่ปฏิบัติงานอยู่ในพื้นที่โคราชอันประกอบด้วยนายแพทย์สำเริง แหยงกระโทก เป็นผู้อำนวยการโรงพยาบาลสูงเนิน นายแพทย์สมชัย (หรือรวินันท์) ศิริกนกวิไล ผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมพวง นายแพทย์สมศักดิ์ ชุณหรัศมิ์ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลประทาย และนายแพทย์สงวน นิตยารัมภ์พงศ์ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลบัวใหญ่ เวลานั้นทั้ง 4 อำเภอได้ร่วมมือกันอย่างแข็งขัน และมีการทำงานประสานความร่วมมือระหว่างภาครัฐและภาคเอกชน โดยทำงานหลายเรื่องที่นอกเหนือจากงานสาธารณสุข เช่น ธนาคารข้าว ธนาคารวัวควาย เกษตรผสมผสาน ภูมิปัญญาชาวบ้าน

---

[526] โครงการโคราชพัฒนา. *โคราชพัฒนา.* (พิมพ์ครั้งที่ 2., นครราชสีมา: สำนักงานจังหวัดนครราชสีมา, 2527). 81-83.

[527] สัมภาษณ์นายแพทย์ไพจิตร ปวะบุตร.

เรื่องของการรวมกลุ่มของชาวบ้านในเรื่องต่าง ๆ เรื่องการพึ่งตนเองของชาวบ้าน ก็มีอาสาสมัครไปทำงานด้วยอยู่หลายรุ่น[528]

เนื่องจากการดำเนินงานช่วงแรกยังไม่มีการประสานงานกับสภาพัฒน์ฯ แบบสอบถามที่ถูกนำไปใช้ในโคราชตอนแรกใช้คำว่าแบบฟอร์ม "ความต้องการพื้นฐานขั้นต่ำ" (คพข.) (ก่อนที่สภาพัฒน์ฯ จะมาเปลี่ยนชื่อเรียกเป็น "ความจำเป็นขั้นพื้นฐาน" หรือ จปฐ. ในเวลาต่อมา)[529] ซึ่งแบบ คพข. มี 8 ข้อ ซึ่งนายแพทย์สำเริง แหยงกระโทก หนึ่งในแพทย์ที่ทำงานตั้งแต่เริ่มโครงการร่วมกับนายแพทย์ไพจิตรอธิบายว่า *"คุณภาพชีวิต หรือ จปฐ. ตอนนั้นที่ใช้วัดคือ* ***อาหารดี*** *กล้วยห้าหน่อมะละกอห้าต้น* ***มีบ้านอาศัย*** *คุ้มแดดคุ้มฝนได้* ***ศึกษาอนามัยถ้วนทั่ว*** *อ่านออกเขียนได้* ***ครอบครัวปลอดภัย ได้ผลผลิตดี ไม่มีลูกมาก อยากร่วมพัฒนา พาสร้างคุณธรรม****"*[530] คณะทำงานจึงนำคำถามเหล่านี้ไปถามและให้ชาวบ้านเลือกตอบเอง เช่น ข้อไม่มีลูกมาก หากบ้านไหนมีลูกมากแสดงว่าตกข้อนั้น เมื่อทำเช่นนี้ชาวบ้านจึงเริ่มสามารถประเมินตัวเองได้มากขึ้น จากนั้นในปี พ.ศ. 2526 เมื่อสภาพัฒน์ฯ ได้ไปสำรวจดูงานของโครงการโคราชพัฒนา จึงเห็นตัวอย่างว่าชาวบ้านสามารถเข้าใจ อ่านออกตอบได้ (เดิมทีสภาพัฒน์ยังไม่เชื่อว่าชาวบ้านสามารถตอบคำถามได้เองจึงใช้วิธีการถามจากกรรมการหมู่บ้านหรือผู้นำชุมชน)[531] จึงทำให้มีแนวโน้มที่จะขยายลักษณะโครงการแบบนี้ออกไปยังพื้นที่อื่นทั่วประเทศ[532] โดยต่อมาในปี 2528 คณะรัฐมนตรีเห็นชอบและอนุมัติเมื่อวันที่ 20 สิงหาคม พ.ศ. 2528 ให้ดำเนินการ "โครงการปีรณรงค์คุณภาพชีวิตของประชาชนในชาติ (ปรช.)" ซึ่งเปลี่ยนชื่อมาจาก "โครงการพัฒนาสังคมแห่งชาติ" ที่เป็นจุดเริ่มต้นการศึกษาเรื่อง จปฐ. และยังได้ประกาศให้ปี พ.ศ. 2528-2530 เป็นปีรณรงค์คุณภาพชีวิตของประชาชนในชาติ โดยได้ยึดตามแบบประเมิน 8 ข้อ 32 ตัวชี้วัด ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

---

[528] ประชาไท, *นพ.โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์: งานหลักประกันสุขภาพ เพิ่งตั้งต้นเท่านั้น.* 22 มกราคม 2008. https://prachatai.com/journal/2008/01/15513 (15 มิถุนายน 2565 ที่เข้าถึง).

[529] ประชาไท, 83.

[530] สัมภาษณ์ ศ.พิเศษ นายแพทย์สำเริง แหยงกระโทก, คณะผู้วิจัย, 24 มิถุนายน 2565.

[531] สัมภาษณ์ ศ.พิเศษ นายแพทย์สำเริง แหยงกระโทก.

[532] ประชาไท, 84.

ตาราง 1 รายละเอียดเกณฑ์ จปฐ. 8 ข้อ 32 ตัวชี้วัด

หมวดที่	เรื่อง	คำอธิบาย	จำนวนตัวชี้วัด
1	อาหารดี	ประชาชนได้กินอาหารที่ถูกสุขลักษณะ และเพียงพอกับความต้องการของร่างกาย	3
2	มีบ้านอาศัย	ประชาชนมีที่อยู่อาศัยและสภาพแวดล้อมที่เหมาะสม	4
3	ศึกษาอนามัยถ้วนทั่ว	ประชาชนมีโอกาสเข้าถึงบริการสังคมขั้นพื้นฐาน ที่จำเป็นแก่การดำรงชีวิตและการประกอบอาชีพ	7
4	ครอบครัวปลอดภัย	ประชาชนมีความมั่นคงปลอดภัยในชีวิตและทรัพย์สิน	1
5	ได้ผลผลิตดี	ประชาชนมีการผลิตและหาอาหารอย่างมีประสิทธิภาพ	5
6	ไม่มีลูกมาก	ครอบครัวสามารถควบคุมช่วงเวลาและจำนวนบุตรได้ตามต้องการ	1
7	อยากร่วมพัฒนา	ประชาชนมีส่วนร่วมในการพัฒนาความเป็นอยู่และการกำหนดวิถีชีวิตของตนเองและชุมชน	7
8	พาสู่คุณธรรม	ประชาชนมีการพัฒนาจิตใจให้ดีขึ้น	4

ที่มา: รวบรวมโดยคณะผู้วิจัย

ดังนั้น การทดลองแบบประเมินในโครงการโคราชพัฒนาที่ใช้เป็นหลักเกณฑ์ในการระบุปัญหา มีส่วนช่วยหนุนเสริมให้การดำเนินงานด้านสาธารณสุขมูลฐานทำได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น เนื่องจากแบบประเมินได้ช่วยให้เจ้าหน้าที่ทุกหน่วยและทุกระดับสามารถกำหนดแนวทางการพัฒนาเพื่อแก้ไขได้อย่างตรงจุด โดยแนวทาง จปฐ. ทำให้ทุกคน "ยึดถือคัมภีร์เล่มเดียวกัน"[533] จึงเกิดเป็นการร่วมแรงร่วมใจในการแก้ไขและจัดการ[534] ขณะที่หลักการสำคัญอย่างหนึ่งของสาธารณสุขมูลฐานที่ต้องการทำให้ชาวบ้านสามารถดูแลสุขภาพกันเองได้ก็ได้รับการส่งเสริม

---

[533] สมบูรณ์ ตันยะ และคณะ, "รายงานการวิจัยการประเมินโครงการโคราชพัฒนา," 13.

[534] *นายกฯ เปรมกับการแก้ไขปัญหาชนบท : ศึกษาเฉพาะกรณีของจังหวัดนครราชสีมา โครงการโคราชพัฒนา*. นครราชสีมา, 2529. 63-68.

ผ่านแนวทาง จปฐ.[535] ดังนั้น *"จปฐ เป็นส่วนหนึ่งของหลักประกันฯ (หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า) เป็นปฐมบทของการบูรณาการ การดูภาพรวม โดยให้ชาวบ้านเข้ามามีส่วนร่วม"*[536] ดังที่นายแพทย์สำเริง แหยงกระโทก กล่าวไว้

เวลานี้งานด้านสาธารณสุขมูลฐาน (N-E-W-I-T-E-M-S) ได้เดินหน้าต่อไป ขณะที่พัฒนาการ จปฐ. (8 ข้อ 32 ตัวชี้วัด) ก็ถูกขานรับอย่างจริงจัง ซึ่งสอดรับกับแนวทางของสาธารณสุขมูลฐานที่เป็นร่มใหญ่ของกระบวนทัศน์ทางความคิด เพื่อแก้ไขปัญหา โง่ จน เจ็บ กับการสร้างความเป็นธรรมให้เกิดขึ้นในระบบบริการสุขภาพและสังคมไทยโดยรวม ขณะเดียวกัน รัฐบาลยังเดินหน้าไปตามแผนนโยบายการพัฒนาชนบทแนวใหม่ต่อไป ด้วย "การขยายโรงพยาบาลระดับชุมชนให้ครบทุกอำเภอ" เพื่อเป็นอีกหนทางที่จะลดช่องว่างทางสังคมให้เกิดขึ้นโดยเร็วที่สุด

5.3 การพัฒนาชนบทแนวใหม่กับการจัดตั้งโรงพยาบาลชุมชนในชนบท (ระหว่างปี พ.ศ. 2525-2529)

การที่ประเทศไทยมี "โครงสร้างพื้นฐานของระบบสาธารณสุข" ที่ได้รับการพัฒนาเป็นระยะเรื่อยมา เป็นหนึ่งในเงื่อนไขสำคัญที่ทำให้การดำเนินนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าเป็นไปได้[537] กล่าวคือ การมีระบบบริการปฐมภูมิ (Primary Care) ซึ่งครอบคลุมการรักษาพยาบาลเบื้องต้นและการส่งเสริมสุขภาพอันเห็นได้จากการขยายตัวของสถานีอนามัย ทำให้คนส่วนใหญ่ที่อยู่ในชนบทสามารถเข้าถึงบริการที่จำเป็นได้ รวมถึงระบบบริการทุติยภูมิ (Secondary Care) บริการทางการแพทย์สาธารณสุขที่มีความซับซ้อนมากขึ้น ครอบคลุมบริการรักษาพยาบาลทั้งการรักษาพยาบาลผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน ที่มาจากการขยายตัวของโรงพยาบาลชุมชน และสุดท้ายคือระบบบริการระดับตติยภูมิ (Tertiary Care) อันหมายถึงบริการทางการแพทย์สาธารณสุขที่มีความยุ่งยากซับซ้อนเป็นพิเศษทั้งในเชิงวิทยาการและเทคโนโลยีที่ต้องอาศัยความรู้ เทคโนโลยีและบุคลากรเฉพาะด้านอย่างพัฒนาการของโรงพยาบาลศูนย์หรือโรงพยาบาลทั่วไป พร้อมกับมีกลไกรับส่งผู้ป่วยจากโรงพยาบาลชุมชน[538] การพัฒนาในทุกระดับของสถานบริการเหล่านี้เป็นรากฐานสำคัญของการขยายบริการสาธารณสุขให้ครอบคลุมทั่ว

---

[535] สัมภาษณ์นายแพทย์ไพจิตร ปวะบุตร.

[536] สัมภาษณ์ ศ.พิเศษ นายแพทย์สำเริง แหยงกระโทก.

[537] วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร, *รายงานประเมินระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในช่วงทศวรรษแรก (2544-2553)* (นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, 2555), 43.

[538] วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร วรณัน วิทยาพิภพสกุล วริศา พาณิชเกรียงไกร วลัยพร พัชรนฤมล และ แอนน์ มิลส์, การพัฒนาระบบสุขภาพในประเทศไทย: รากฐานสำคัญของการบรรลุหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า, 5, https://www.thelancet.com/pb-assets/Lancet/pdfs/S0140673618301983_Thai.pdf (สืบค้นวันที่ 28 กุมภาพันธ์ 2565).

ประเทศ ซึ่งเป็นหัวใจสำคัญของระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า[539] ทั้งนี้ ระบบบริการจะเข้มแข็งได้ต้องเริ่มจากบริการระดับปฐมภูมิ ที่ถือเป็นหน่วยบริการที่จะอยู่ใกล้ประชาชน ให้บริการเชิงรุกและเข้าถึงกลุ่มด้อยโอกาสในชุมชน และยังเป็นกลไกสำคัญในการสร้างความเป็นธรรมในการเข้าถึงบริการสาธารณสุขอีกด้วย[540]

หลังจากที่รัฐบาลมีคำสั่งสำนักนายกรัฐมนตรีที่ 66/2523 ซึ่งเป็นการใช้ยุทธวิธีการเมืองนำทหาร หรือมักเรียกกันติดปากว่า “ยุคป่าแตก” ในปี พ.ศ. 2523 นโยบายการสร้างโรงพยาบาลอำเภอ (ต่อมาเรียกโรงพยาบาลชุมชน ในปี พ.ศ. 2525 แต่ต่อไปจะเรียกโรงพยาบาลอำเภอ) ก็ปรับจุดเน้นและวัตถุประสงค์ใหม่เพื่อให้สอดคล้องกับแผนพัฒนาฯ ฉบับที่ 5 มากขึ้น โดยนโยบายการสร้างโรงพยาบาลอำเภอถูกบรรจุเป็นส่วนหนึ่งของแผนพัฒนาชนบทแนวใหม่ด้วย เพื่อเป็นการขยายขีดความสามารถทางด้านบริการสาธารณสุขขั้นพื้นฐานของประชาชนให้ครบวงจร โดยเฉพาะเขตพื้นที่ชนบทยากจนในระยะสองปีแรกของแผนนี้ ตามแผนนโยบายได้ตั้งเป้าในการจัดสร้างโรงพยาบาลอำเภอขนาด 10 เตียง ประจำอำเภอปีละ 22 แห่ง และจัดสร้างศูนย์การแพทย์และอนามัยประจำอำเภอ จำนวนปีละ 10 แห่ง และจัดสร้างศูนย์การแพทย์และอนามัยประจำกิ่งอำเภอ จำนวนปีละ 15 แห่งในช่วงปี พ.ศ. 2525-2526[541] ดังที่พลเอกเปรม ติณสูลานนท์ ได้กล่าวปราศรัยในพิธีเปิดนิทรรศการคณะกรรมการพัฒนาชนบทแห่งชาติ (กชช.) ณ กรมประชาสัมพันธ์ เมื่อวันที่ 19 กรกฎาคม พ.ศ. 2527 ว่า การขยายโรงพยาบาลอำเภอเป็นตัวแปรที่สำคัญอย่างมากต่อการ “กระจายบริการขั้นพื้นฐาน” ให้ชนบท:

> *“...การกระจายบริการขั้นพื้นฐานที่จำเป็นของพี่น้องชาวชนบท ไม่ว่าจะเป็น**การเพิ่มพูนความรู้ การรักษาสุขภาพอนามัย ตลอดจนการจัดหาน้ำดื่มสำหรับใช้** ปรากฏว่าสามารถกระจายไปได้อย่างทั่วถึงและตรงกับพื้นที่ที่สภาพปัญหามากขึ้นเช่นกัน ในเรื่องเกี่ยวกับการให้บริการรักษาสุขภาพอนามัยนั้น ผมใคร่ขอเรียนว่า **ขณะนี้เรามีโรงพยาบาลชุมชนหรือที่เรียกว่าโรงพยาบาลอำเภอครบทุกอำเภอในเขตพื้นที่เป้าหมายเพื่อการพัฒนาชนบท จำนวน 286 แห่งแล้ว และจะมีหมอไปประจำครบทุกแห่งในเร็ว ๆ นี้....**” (เน้นโดยคณะผู้วิจัย)*[542]

---

[539] วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร, *รายงานประเมินระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในช่วงทศวรรษแรก (2544-2553)* (นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, 2555), 48-49.

[540] สัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์, *ข้อเสนอการพัฒนาบริการปฐมภูมิ ภายใต้กระทรวงสาธารณสุข* (นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, 2552), 55.

[541] สำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 5 (พ.ศ. 2525-2529), 353.

[542] สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. *ชนบทไทย.* (กรุงเทพฯ: กองศึกษาและเผยแพร่การพัฒนา สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, 2527). 2.

อย่างไรก็ตาม แต่ก่อนนโยบายการสร้างสถานพยาบาลมักจะเป็นพิมพ์เขียวที่ออกมาจากกระทรวงสาธารณสุข ไม่มีการวางแผนร่วมกับกระทรวงอื่น ดังนั้นในสมัยรัฐบาลพลเอกเปรม โรงพยาบาลอำเภอรวมถึงสถานพยาบาลระดับต่าง ๆ ในชนบท จึงแปรสภาพมาเป็น “พื้นที่ทางสังคม” ที่รับนโยบายพัฒนาจากรัฐไปปฏิบัติและมีการทำงานระหว่างหน่วยงาน (Intersectoral Function) ที่ละม้ายคล้ายกับแนวทางแบบ จปฐ. เมื่อมีแนวทางที่เน้นความร่วมมือระหว่างหน่วยงานสาธารณสุขกับภาคส่วนอื่น ประกอบกับการขับเคลื่อนที่มาจากภาคการเมืองเป็นผู้ผลักดัน จึงทำให้เกิดเป็นอีกหนึ่งยุคสำคัญของการขยายและสร้างสถานบริการอย่างโรงพยาบาลให้ครบทุกอำเภอ

5.3.1 การขยายและสร้างโรงพยาบาลครบทุกอำเภอ

5.3.1.1 ก่อนทศวรรษ 2520

หากย้อนกลับไปพิจารณาเส้นทางของพัฒนาการสถานบริการในสังคมสยาม/ไทย ตั้งแต่ก่อนทศวรรษ 2520 พบว่าเมื่อปี พ.ศ. 2478 ได้เกิดการขยายหน่วยบริการสาธารณสุขภายใต้ชื่อโครงการ “อนามัยหัวเมือง” ซึ่งมีจุดประสงค์ในการผลักดันให้เกิดสถานบริการสาธารณสุขนอกเขตพระนครและธนบุรี โครงการอนามัยหัวเมืองได้กำหนดให้ในพื้นที่หัวเมืองต้องมี “หน่วยอนามัย” อย่างใดอย่างหนึ่งใน 6 ประเภท ได้แก่

(1) โรงพยาบาลชั้นหนึ่งมีเตียงประมาณ 200 เตียง
(2) โรงพยาบาลชั้นสองมีเตียงประมาณ 100 เตียง
(3) โรงพยาบาลชั้นสามมีเตียงประมาณ 50 เตียงตั้งในพื้นที่เมืองหรือชุมชนที่ไม่มีโรงพยาบาลสองประเภทข้างต้น
(4) สุขศาลาชั้นหนึ่งที่มีแพทย์อย่างน้อย 1 คน และตั้งในพื้นที่ห่างไกลจากโรงพยาบาล
(5) สุขศาลาชั้นสองที่ไม่มีแพทย์อยู่ประจำแต่มีผู้ช่วยแพทย์ 1 คนและตั้งในพื้นที่ไม่มีสุขศาลาชั้นหนึ่ง
(6) หน่วยอนามัยเคลื่อนที่”[543]

อย่างไรก็ตาม ในปี พ.ศ. 2485 ซึ่งมีการก่อตั้งกระทรวงสาธารณสุข หน่วยบริการในรูปแบบโรงพยาบาลยังเกิดขึ้นเพียงไม่กี่จังหวัดเท่านั้น กล่าวคือมีโรงพยาบาลในสังกัดของกระทรวงสาธารณสุขอยู่เพียง 23 แห่ง โรงพยาบาลที่อยู่ในการดูแลของเทศบาล 16 แห่ง และโรงพยาบาลที่ยึดจากศัตรู 9 แห่ง[544] จนกระทั่งหลัง

---

[543] ทวีศักดิ์ เผือกสม, *เชื้อโรค ร่างกายและรัฐเวชกรรม ประวัติศาสตร์การแพทย์สมัยใหม่ในสังคมไทย*, พิมพ์ครั้งที่ 2, 2561 (กรุงเทพฯ: ILLuminations editions, n.d.), 276–77.

[544] ทวีศักดิ์ เผือกสม, 2561: 278–79.

สงครามโลกครั้งที่ 2 เมื่อมีการเปลี่ยนรัฐบาลมาอยู่ภายใต้การนำของนายปรีดี พนมยงค์ ในช่วงเวลาสั้น ๆ (มีนาคม-สิงหาคม พ.ศ. 2489) ได้มีนโยบายสร้างโรงพยาบาลทุกจังหวัดในชื่อ “โครงการจัดตั้งโรงพยาบาลและสุขศาลากระทรวงสาธารณสุข” ในปี พ.ศ. 2489 โครงการนี้เน้นให้มีการสร้างโรงพยาบาลขนาดกลาง (ประมาณ 50 เตียง) ขึ้นใหม่ทุกจังหวัด ส่วนโรงพยาบาลขนาดเล็ก (ประมาณ 25 เตียง) ในพื้นที่อำเภอจะสร้างเฉพาะอำเภอที่มีประชากรหนาแน่น ขณะเดียวกันก็ส่งเสริมให้มีการการขยายสุขศาลาชั้นหนึ่งและชั้นสองที่มีอยู่ให้เป็นโรงพยาบาลขนาดเล็กไปควบคู่กันกับการสร้างโรงพยาบาลใหม่[545] อย่างไรก็ดี นโยบายการสร้างโรงพยาบาลติดขัดปัญหาใหญ่ทางด้านงบประมาณ รัฐบาลจึงใช้แนวทางระดมทุนช่วยร่วมด้วยในแต่ละท้องถิ่น นำไปสู่การสร้าง “โรงพยาบาลประจำจังหวัด” ที่มาจากเงินทุนของประชาชนได้ 2 แห่งในปี พ.ศ. 2491 (โรงพยาบาลสุโขทัยและโรงพยาบาลชลบุรี) รอจนกระทั่งในปี พ.ศ. 2494 จึงได้มีการเปิดทำการเพิ่มอีก 7 แห่ง คือ โรงพยาบาลเพชรบุรี (ปัจจุบันคือโรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี) โรงพยาบาลระยอง โรงพยาบาลมหาสารคาม โรงพยาบาลสุรินทร์ โรงพยาบาลขอนแก่น โรงพยาบาลชัยภูมิ และโรงพยาบาลอุตรดิตถ์ ในปี พ.ศ. 2495-6 เพิ่มจำนวน 3 แห่ง คือ โรงพยาบาลกระบี่ โรงพยาบาลโพธาราม และโรงพยาบาลตราด นอกจากการสร้างโรงพยาบาลใหม่แล้วการยกฐานะสุขศาลาชั้นหนึ่งให้กลายเป็นโรงพยาบาลทำได้ 4 แห่งในปี พ.ศ. 2492 คือโรงพยาบาลสมุทรสงคราม โรงพยาบาลยะลา โรงพยาบาลศรีสะเกษ และโรงพยาบาลสตูล[546] ต่อมาปี พ.ศ. 2497 ก็ได้มีการเปลี่ยนชื่อสุขศาลาชั้นหนึ่งที่ยังไม่ได้ถูกปรับปรุงให้กลายเป็น “สถานีอนามัยชั้นหนึ่ง” ซึ่งหน่วยบริการรูปแบบนี้เองที่ในภายหลังถูกพัฒนาขึ้นเป็นโรงพยาบาลชุมชนในช่วงกลางทศวรรษ 2520[547]

นอกจากนี้ ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2491 รัฐได้มีนโยบายให้ “สร้างสุขศาลาชั้นสอง” ในพื้นที่ชนบท โดยกำหนดให้สร้างขึ้นปีละ 100 แห่งจนครบทุกตำบล ณ ขณะที่ออกนโยบายนี้ประเทศไทยมีสุขศาลาชั้นหนึ่งและชั้นสองอยู่แล้ว 563 แห่ง[548] สถานบริการอีกประเภทที่เกิดขึ้นในช่วงนี้คือ “สำนักงานผดุงครรภ์” ที่ตั้งขึ้นครั้งแรกในปี พ.ศ. 2497 เพื่อแก้ปัญหาการเสียชีวิตของทารกซึ่งส่วนใหญ่สร้างขึ้นในพื้นที่ที่ไม่มีศูนย์บริการสาธารณสุขอื่นตั้งอยู่[549]

---

[545] ทวีศักดิ์ เผือกสม, 2561: 280.

[546] ทวีศักดิ์ เผือกสม, 2561: 285.

[547] ประชาธิป กะทา โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์, *สุขภาพปฐมภูมิ บริการปฐมภูมิ จากปรัชญาสู่การปฏิบัติการสุขภาพมิติใหม่*, 1 พิมพ์ครั้งที่, ปี 2550 (นนทบุรี: สำนักวิจัยวิจัยสังคมและสุขภาพ, ม.ป.ป.), 26.

[548] ทวีศักดิ์ เผือกสม, *เชื้อโรค ร่างกายและรัฐเวชกรรม ประวัติศาสตร์การแพทย์สมัยใหม่ในสังคมไทย*, 2561:286.

[549] โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์, *สุขภาพปฐมภูมิ บริการปฐมภูมิ จากปรัชญาสู่การปฏิบัติการสุขภาพมิติใหม่*, 2550:26–27.

เมื่อประเทศไทยก้าวสู่ “ยุคสมัยของการพัฒนา” หลังปี พ.ศ. 2500 ภายใต้การนำของจอมพลสฤษดิ์ ธนะรัตน์ ที่นำมาสู่การมีแผนพัฒนาเศรษฐกิจแห่งชาติอย่างเป็นระบบ “แผนพัฒนาสาธารณสุข” กลายมาเป็นส่วนหนึ่งของแผนการพัฒนาประเทศซึ่งถูกบรรจุอยู่ในแผนพัฒนาเศรษฐกิจแห่งชาติ เมื่อพิจารณายุทธศาสตร์การขยายหน่วยบริการสาธารณสุขในแผนพัฒนาสาธารณสุขตั้งแต่ฉบับแรกซึ่งเกิดขึ้นในปี พ.ศ. 2504 จะพบว่าในแผนพัฒนาสาธารณสุขฉบับที่ 1 (พ.ศ. 2504-2509) และฉบับที่ 2 (พ.ศ. 2510-2514) มีการระบุเรื่องการเร่งขยายสถานบริการทั้งโรงพยาบาลและสถานีอนามัยให้ทั่วทั้งประเทศไทย แต่ข้อเท็จจริงแล้วยังเป็นการเน้นขยายสถานบริการในพื้นที่ส่วนกลางมากกว่าส่วนภูมิภาค[550] นโยบายกระจายสถานบริการไปสู่ “ชนบท” เริ่มชัดเจนขึ้นในแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 3 (พ.ศ. 2515-2519) ภายใต้นโยบาย “สร้างโรงพยาบาลประจำอำเภอทั่วประเทศ” และ “สร้างสถานีอนามัยชั้น 2 ให้ครบทุกตำบล” ภายใน 4 ปี[551] ขณะที่แผนพัฒนาสาธารณสุขฉบับที่ 4 (พ.ศ. 2520-2524) เป็นช่วงเวลาของการพัฒนาทั้ง “ปริมาณและคุณภาพ” ของโรงพยาบาลในระดับอำเภอ ซึ่งสัมพันธ์กับนโยบายบังคับใช้ทุนของแพทย์และกระแสการมุ่งออกไปยังพื้นที่ห่างไกลของเหล่าแพทย์ชนบทที่ทำให้บุคลากรจำนวนมากเริ่มกระจายตัวในโรงพยาบาลอำเภอ จึงเกิดการพัฒนาหน่วยบริการระดับอำเภอทั้งในแง่จำนวนเตียงและศักยภาพของแพทย์ รวมทั้งการเพิ่มขึ้นของหน่วยบริการอันเป็นผลมาจากการระงับการเติบโตของโรงพยาบาลจังหวัด เพื่อใช้ทรัพยากรที่มีอยู่น้อยไปทำนุบำรุงโรงพยาบาลระดับอำเภอ[552]

นอกจากเส้นทางการขยายหน่วยบริการหลังปี พ.ศ. 2500 ที่อธิบายมาข้างต้นแล้ว ควรต้องทำความเข้าใจด้วยว่าก่อนการปฏิรูปกระทรวงสาธารณสุขครั้งใหญ่ปี พ.ศ. 2517 หน่วยบริการสาธารณสุขมีสายการบังคับบัญชาหรือหน่วยงานส่วนกลางที่รับผิดชอบที่แตกต่างกัน 2 หน่วยงานคือ “โรงพยาบาล” ขึ้นกับกรมการแพทย์มีหน้าที่ให้บริการรักษาความเจ็บป่วยหรือเรียกได้ว่าเป็น “ฝ่ายรักษาโรค” ส่วน “สถานีอนามัย” และ “สำนักงานผดุงครรภ์” ขึ้นกับกรมอนามัยมีหน้าที่เน้นงานป้องกันหรือเรียกได้ว่าเป็น “ฝ่ายป้องกันโรค” สายการบังคับบัญชาดังกล่าว ทำให้โรงพยาบาลและสถานีอนามัย/สำนักงานผดุงครรภ์ทำงานโดยแยกขาดออกจากกัน[553] ด้านกรมการ

---

[550] กองแผนงานสาธารณสุข, “วิวัฒนาการของนโยบายและแผนพัฒนาการสาธารณสุขของประเทศไทย,” ใน *45 ปี กระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2485-2530*, พิมพ์ครั้งที่ 1, 2531 (กรุงเทพฯ: กระทรวงสาธารณสุข, n.d.), 26.

[551] อำพล จินดาวัฒนะ สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ, ed., *การประชุมสมัชชาสาธารณสุขไทย ครั้งที่ 1*, พิมพ์ครั้งที่ 1, 2531 (กรุงเทพฯ: มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ, n.d.), 145.

[552] ยุทธนา ศุขสมิติ, “การพัฒนาสาธารณสุขในช่วงเวลาของแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 1-4,” ใน *อนุสรณ์สาธารณสุข ครบรอบ 40 ปี แห่งการสถาปนาสาธารณสุข พ.ศ. 2485-2525*, 1st ed., vol. 2525 (กรุงเทพฯ: กระทรวงสาธารณสุข, n.d.), 211.

[553] วิวรรณ เอกรินทรากุล, “การบริหารงานสาธารณสุขในประเทศไทย พ.ศ. 2501-2520” (ภาควิชาประวัติศาสตร์ อักษรศาสตรมหาบัณฑิต, กรุงเทพฯ, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, n.d.), 84–85.

แพทย์ เนื่องจากการเพิ่มจำนวนโรงพยาบาลทำให้กรมการแพทย์ปรับยุทธศาสตร์จากการเพิ่มจำนวนโรงพยาบาลมาสู่การปรับปรุงโรงพยาบาลที่สร้างแล้วให้มีคุณภาพ เห็นได้ว่าระหว่างปี พ.ศ. 2501-2514 มีโรงพยาบาลส่วนภูมิภาคถูกยกระดับให้เป็นโรงพยาบาลศูนย์จำนวน 8 แห่ง[554] ขณะที่ในส่วนงานของกรมอนามัย ซึ่งมีสถานบริการที่ต้องดูแลคือ สถานีอนามัยชั้นหนึ่ง สถานีอนามัยชั้นสอง และสถานีผดุงครรภ์ ยังคงเน้นการเพิ่มจำนวนหน่วยบริการด้วยการสร้างสถานีอนามัยให้ครอบคลุมพื้นที่มากขึ้น ปัญหาที่กรมการแพทย์และกรมอนามัยต่างต้องพบเช่นเดียวกันคือไม่สามารถส่งแพทย์ไปประจำได้ครบทุกแห่ง แต่สถานการณ์ของกรมการแพทย์อาจดีกว่าของกรมอนามัย เนื่องจากแพทย์ส่วนใหญ่ต้องการทำงานในโรงพยาบาลสังกัดกรมการแพทย์มากกว่าเป็นแพทย์ในสถานีอนามัย สังกัดกรมอนามัย จากตัวเลขระหว่างปี พ.ศ. 2510 - 2514 พบว่ามีแพทย์ที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลสังกัดกรมการแพทย์มากกว่าแพทย์ที่ปฏิบัติงานในสถานบริการของกรมอนามัยมากถึงเท่าตัว ทั้งที่สถานีอนามัยมีจำนวนมากกว่าหน่วยบริการของกรมการแพทย์ นอกจากจะมีจำนวนแพทย์น้อยกว่าแล้วแพทย์ในสังกัดของกรมการแพทย์ก็มีแนวโน้มเพิ่มจำนวนมากขึ้นอย่างต่อเนื่อง ขณะที่แพทย์ในหน่วยบริการของกรมอนามัยกลับเพิ่มขึ้นเพียงเล็กน้อยและกลับลดลงบ้างในบางปี[555] อย่างไรก็ตาม เมื่อปัญหาเรื่องสายการบังคับบัญชาและหน่วยงานที่รับผิดชอบหน่วยบริการสาธารณสุขในส่วนภูมิภาคนี้ระหว่างกรมการแพทย์และกรมอนามัยที่เคยแยกออกจากกันได้รับการแก้ไขเมื่อเกิดการปฏิรูปโครงสร้างกระทรวงสาธารณสุขในปี พ.ศ. 2517 นับแต่นั้นมาการสาธารณสุขไทยก็เข้ายุคสมัยแห่งการขยายหน่วยบริการ ทั้งการปรับปรุง ยกฐานะ สร้างทดแทน และสร้างใหม่หน่วยบริการสาธารณสุขจำนวนมาก ทั้งนี้หน่วยบริการที่ถูกเร่งให้สร้างขึ้นและได้รับการขยายจำนวนมากในหลายช่วงตั้งแต่ก่อนทศวรรษ 2500 เช่น สุขศาลาชั้นหนึ่ง สุขศาลาชั้นสอง และสำนักงานผดุงครรภ์ ได้เป็นรากฐานสำคัญที่จะถูกปรับปรุงยกฐานะให้กลายเป็นโรงพยาบาลชุมชนและสถานีอนามัยในช่วงทศวรรษ 2520

5.3.1.2 หลังทศวรรษ 2520

ปัจจัยการเมืองกับการปรับปรุงเป็นโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราช

นับจากทศวรรษ 2520 การสร้างโรงพยาบาลอำเภอการเมืองเป็นแรงขับเคลื่อนอย่างสำคัญ โดยมีทั้งปัจจัยทางการเมืองโดยตรงอย่างการสร้างโรงพยาบาลเพื่อแย่งชิงพื้นที่ทางการเมือง และปัจจัยโดยอ้อมที่หวังให้สาธารณสุขของประเทศบรรลุการยกระดับความยากจนด้วยการเพิ่มหน่วยบริการทางการแพทย์ที่จะส่งผลดีต่อ

---

[554] วิวรรณ เอกรินทรากุล, 88–89.

[555] วิวรรณ เอกรินทรากุล, 95–96.

การเมืองในภาพรวม สำหรับปัจจัยทางการเมืองโดยตรงเห็นได้จาก “โครงการสร้างโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราช” จำนวน 20 แห่ง (ในปัจจุบันมี 21 แห่ง) โดยมีมติเมื่อวันที่ 28 ธันวาคม พ.ศ. 2519 หลังจากเหตุการณ์ล้อมปราบนักศึกษาหรืออาจเรียกว่าเป็นเหตุการณ์ “ขวาพิฆาตซ้าย” ในช่วง 6 ตุลาคม พ.ศ. 2519 ทำให้เกิดเป็นโครงการเพื่อเทิดพระเกียรติองค์พระมหากษัตริย์ไทย การเกิดขึ้นของโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชในช่วงแรกมีเหตุผลสำคัญก็เพื่อประกาศ “พระบารมีอันแผ่นไพศาล” ให้เป็นประจักษ์แก่กลุ่มคอมมิวนิสต์ซึ่งก็คือราษฎรของพระองค์เอง (สมัยนั้นกลุ่มขวาเรียกฝ่ายคอมมิวนิสต์ว่า “กลุ่มก่อการร้าย”)[556] เป็นตรรกะและเหตุผลทางการเมืองในลักษณะเดียวกับตอนที่รัฐบาลไทยต้องการสร้าง “โรงพยาบาลประจำจังหวัด” เพื่อ “อวดธง” ให้เป็นที่ประจักษ์แก่สายตาของศัตรูของชนชั้นนำ (เจ้าอาณานิคมตะวันตก) ซึ่งต่างกันตรงที่กลุ่มเป้าหมายทางการเมืองว่าต้องการ “อวด” ใครเท่านั้น

โรงพยาบาลกลุ่มนี้จึงถูกสร้างขึ้นบนพื้นที่ที่มีการเคลื่อนไหวของพรรคคอมมิวนิสต์แห่งประเทศไทยเพื่อเป็น “ของขวัญ” ให้กับพระบาทสมเด็จพระปรเมนทรรามาธิบดีศรีสินทรมหาวชิราลงกรณ พระวชิรเกล้าเจ้าอยู่หัว เมื่อครั้งยังดำรงพระอิสริยยศเป็นสมเด็จพระบรมโอรสาธิราชสยามมกุฎราชกุมาร เนื่องในพิธีราชาภิเษกสมรส (เมื่อวันที่ 3 มกราคม พ.ศ. 2520)[557] และให้อยู่ภายใต้การดูแลของกระทรวงสาธารณสุข[558] ซึ่งไม่น่าแปลกใจนักที่ภายใต้บริบทของสงครามเย็นจะพบว่าการพัฒนางานสาธารณสุขนอกจากจะมุ่งช่วยยกระดับคุณภาพชีวิตของชาวชนบทแล้ว ยังจะเป็นหนึ่งในเครื่องมือของรัฐบาลในการสร้างฐานที่มั่นทางการเมืองเพื่อต้านอิทธิพลของคอมมิวนิสต์ในเวลาเดียวกันด้วย[559] ไม่ว่าจะด้วยเหตุผลเพื่อยกระดับคุณภาพของสถานบริการหรือมีปัจจัยทางการเมืองเป็นแรงผลักดัน แต่ถือได้ว่าโครงการสร้าง “โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราช” นับว่าช่วยยกระดับระบบบริการปฐมภูมิและถือเป็นกลไกสำคัญในการสร้างความเป็นธรรมด้านสุขภาพและการเข้าถึงบริการสาธารณสุข[560]

อย่างไรก็ตาม “โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราช” จำนวน 21 แห่งไม่ใช่การสร้างขึ้นใหม่ทั้งหมด แต่เป็นการ “ขยับขยาย” ให้กลายเป็นโรงพยาบาลชุมชนโดยมีรากฐานเดิมมาจากสุขศาลาหรือสถานีอนามัยในอดีต ซึ่งได้ระดม

---

[556] เรื่องเหตุผลของการสร้างโรงพยาบาลยุพราช ดู *โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราช ๒ ทศวรรษแห่งการพัฒนา.* กรุงเทพฯ: มูลนิธิโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราช, 2544.

[557] *โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราช ๒ ทศวรรษแห่งการพัฒนา.* (กรุงเทพฯ: มูลนิธิโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราช, 2544), 59-64.

[558] ราชกิจจานุเบกษา, “ประกาศกระทรวงมหาดไทย เรื่อง ให้อำนาจจัดตั้ง ‘มูลนิธิโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราช’ เป็นนิติบุคคล” (เล่ม ๙๔ ตอน ๗๗ง วันที่ ๒๓ สิงหาคม พ.ศ. ๒๕๒๐ หน้า ๓๕๕๕, 2520).

[559] สัมภาษณ์ ดร.นายแพทย์โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์, คณะผู้วิจัย, 21 มิถุนายน 2565.

[560] สัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์, *ข้อเสนอการพัฒนาบริการปฐมภูมิ ภายใต้กระทรวงสาธารณสุข* (นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, 2552), 55.

ทุนระหว่างประชาชนและรัฐบาลมาทำการปรับปรุงและจัดสร้าง โครงการดังกล่าวนี้มีเกณฑ์การเลือกสถานที่โดยเน้นพื้นที่ที่ห่างไกล เสี่ยงภัย ทุรกันดาร และห่างจากโรงพยาบาลที่มีอยู่แล้ว ดังที่นายแพทย์วินัย สวัสดิวร เล่าประสบการณ์ขณะทำงานชดใช้ทุนที่โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชที่อำเภอเลิงนกทา จังหวัดยโสธร เมื่อประมาณต้นทศวรรษ 2520 ไว้ว่า *"การสร้างโรงพยาบาลเป็นส่วนหนึ่งของงานมวลชน โรงพยาบาลสมเด็จยุพราชอยู่ในพื้นที่สีแดง เพราะเป็นยุทธศาสตร์ของกระทรวง โดยกระทรวงดูแลโรงพยาบาลดี เพื่อให้รู้ว่า [รัฐ] ใส่ใจ...โรงพยาบาลเลยได้รับงบประมาณเยอะกว่าที่อื่น"*[561] ทำให้เป็นที่มาของการเลือกพื้นที่สร้างโรงพยาบาลชุมชน (ขนาดประมาณ 30 เตียง) ให้กระจายออกไปทั่วทุกภาคจำนวน 21 จังหวัดได้แก่ อ.เมืองสระแก้ว จังหวัดสระแก้ว อ.จอมบึง จังหวัดราชบุรี อ.เวียงสระ จังหวัดสุราษฎร์ธานี อ.ฉวาง จังหวัดนครศรีธรรมราช อ.ยะหา จังหวัดยะลา อ.สายบุรี จังหวัดปัตตานี อ.เชียงของ จังหวัดเชียงราย อ.เด่นชัย จังหวัดแพร่ อ.ปัว จังหวัดน่าน อ.นครไทย จังหวัดพิษณุโลก อ.ตะพานหิน จังหวัดพิจิตร อ.หล่มเก่า จังหวัดเพชรบูรณ์ อ.กระนวน จังหวัดขอนแก่น อ.กุฉินารายณ์ จังหวัดกาฬสินธุ์ อ.ด่านซ้าย จังหวัดเลย อ.ท่าบ่อ จังหวัดหนองคาย อ.บ้านดุง จังหวัดอุดรธานี อ.สว่างแดนดิน จังหวัดสกลนคร อ.ธาตุพนม จังหวัดนครพนม อ.เดชอุดม จังหวัดอุบลราชธานี และ อ.เลิงนกทา จังหวัดยโสธร[562] ทั้งนี้ ในบรรดาโรงพยาบาลทั้ง 20 แห่งมีเพียงแห่งเดียวเท่านั้นที่เป็นการสร้างโรงพยาบาลใหม่ทั้งหมดคือโรงพยาบาลพระยุพราชกระนวน จังหวัดขอนแก่น[563] นอกจากนั้นแล้วทั้งหมดเป็นปรับปรุงและขยายมาจากสถานีอนามัย ศูนย์การแพทย์และอนามัย และโรงพยาบาลอำเภอ[564]

การยกระดับและเพิ่มจำนวนโรงพยาบาลชุมชน

ในความเป็นจริง ระบบบริการปฐมภูมิได้เริ่มขึ้นเมื่อรัฐมีนโยบายขยายโรงพยาบาลชุมชนและสถานีอนามัยในช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 3 (พ.ศ. 2515-2529) แต่ได้พัฒนาอย่างจริงจังเมื่อเข้าสู่แผนพัฒนาฯ ฉบับที่ 4-5 (พ.ศ. 2520-2529)[565] ดังนั้น ในระหว่างปี พ.ศ. 2515-2525 นับเป็นรอยต่อสำคัญของการขยายหน่วยบริการสาธารณสุขออกไปให้ครอบคลุมโดยเฉพาะในพื้นที่ชนบท ทั้งจากการเร่งสร้างหน่วยบริการใหม่และการยกระดับหน่วยบริการเดิมให้กลายเป็นหน่วยบริการที่มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น เริ่มจากปี พ.ศ. 2515 ได้มีการยกฐานะและเปลี่ยนชื่อ "สถานีอนามัยชั้นหนึ่ง" ให้กลายเป็น "ศูนย์การแพทย์และอนามัยชนบท" หลังจาก

---

561 สัมภาษณ์นายแพทย์วินัย สวัสดิวร, คณะผู้วิจัย, 16 พฤษภาคม 2565.

562 มูลนิธิโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราช, *โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราช 2 ทศวรรษแห่งการพัฒนา*, 1st ed., vol. 2544 (นนทบุรี: โรงพิมพ์ ห้างหุ้นส่วนจำกัด ทิพยวิสุทธิ์, n.d.), 59–76.

563 มูลนิธิโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราช, 2544:194.

564 มูลนิธิโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราช, 2544:163–238.

565 เพิ่งอ้าง, 35.

นั้น 2 ปี ใน พ.ศ. 2517 ได้ตัดคำว่าชนบททิ้งเหลือเพียง “ศูนย์การแพทย์และอนามัย” ถัดมาในปี พ.ศ. 2519 กระทรวงสาธารณสุขได้ตั้งเกณฑ์ยกฐานะศูนย์การแพทย์และอนามัยขึ้นเป็น “โรงพยาบาลอำเภอ” และเปลี่ยนชื่ออีกครั้งเป็น “โรงพยาบาลชุมชน” ในปี พ.ศ. 2525 อีกด้านหนึ่งซึ่งควบคู่ไปกับนโยบายขยายโรงพยาบาลให้ครบทุกอำเภอคือการขยายและปรับปรุงสถานีอนามัย ในปี พ.ศ. 2515 ได้เปลี่ยน “สถานีอนามัยชั้นสอง” ทั้งหมดเป็น “สถานีอนามัย” และในปี พ.ศ. 2525 ได้โอน “สำนักงานผดุงครรภ์” ทั้งหมดให้มาเป็น “สถานีอนามัย”[566] ตัวชี้วัดหนึ่งที่ชี้ให้เห็นแนวโน้มของการให้ความสำคัญกับการขยายหน่วยบริการในพื้นที่ชนบทคือการเพิ่มขึ้นอย่างก้าวกระโดดของงบประมาณใน “โครงการปรับปรุงและขยายสถานีอนามัย” ระหว่างปี พ.ศ. 2510 – 2519 จากที่พ.ศ. 2510 ได้รับงบประมาณในโครงการปรับปรุงและขยายสถานีอนามัยประมาณ 38 ล้านบาท ถูกเพิ่มเป็น 158 ล้าน ในปี พ.ศ. 2514 และเพิ่มขึ้นเป็น 434 ล้าน ในปี พ.ศ. 2519 ตัวเลขข้างต้นชี้ให้เห็นว่างบประมาณเพื่อปรับปรุงและขยายสถานีอนามัยระหว่างปี พ.ศ. 2510 – 2519 เพิ่มขึ้นถึงกว่า 10 เท่า[567] ขณะที่ในช่วงเวลาเดียวกัน กองโรงพยาบาลภูมิภาคซึ่งรับผิดชอบโรงพยาบาลจังหวัดมีการสร้างโรงพยาบาลจังหวัดเพิ่มเพียง 5 แห่งเท่านั้น[568]

กล่าวโดยสรุปถึงการเปลี่ยนแปลงและปรับปรุงไปสู่โรงพยาบาลชุมชนและสถานีอนามัย อาจกล่าวอีกนัยหนึ่งได้ว่า **โรงพยาบาลชุมชนประจำอำเภอ**มีพัฒนาการเริ่มแรกมาจาก “สุขศาลาชั้นหนึ่ง” ที่ได้รับการพัฒนาขึ้นเป็น “สถานีอนามัยชั้นหนึ่ง” (พ.ศ. 2497) และพัฒนามาเป็น “ศูนย์การแพทย์อนามัยชนบท” (พ.ศ. 2515) และได้เปลี่ยนชื่อมาเป็น “ศูนย์การแพทย์และอนามัย” (พ.ศ. 2517) จากนั้นศูนย์การแพทย์และอนามัยส่วนหนึ่งได้ถูกปรับปรุงเป็น “โรงพยาบาลประจำอำเภอ” (พ.ศ. 2519) ที่ต่อมาจะเปลี่ยนชื่อเป็น “โรงพยาบาลชุมชนประจำอำเภอ” (พ.ศ. 2525) ส่วนสถานีอนามัย ศูนย์การแพทย์และอนามัย และโรงพยาบาลอำเภอส่วนหนึ่งก็ได้ถูกยกระดับเป็น “โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราช” (พ.ศ. 2520) ที่ถือเป็นโรงพยาบาลชุมชนประจำอำเภอเช่นกัน

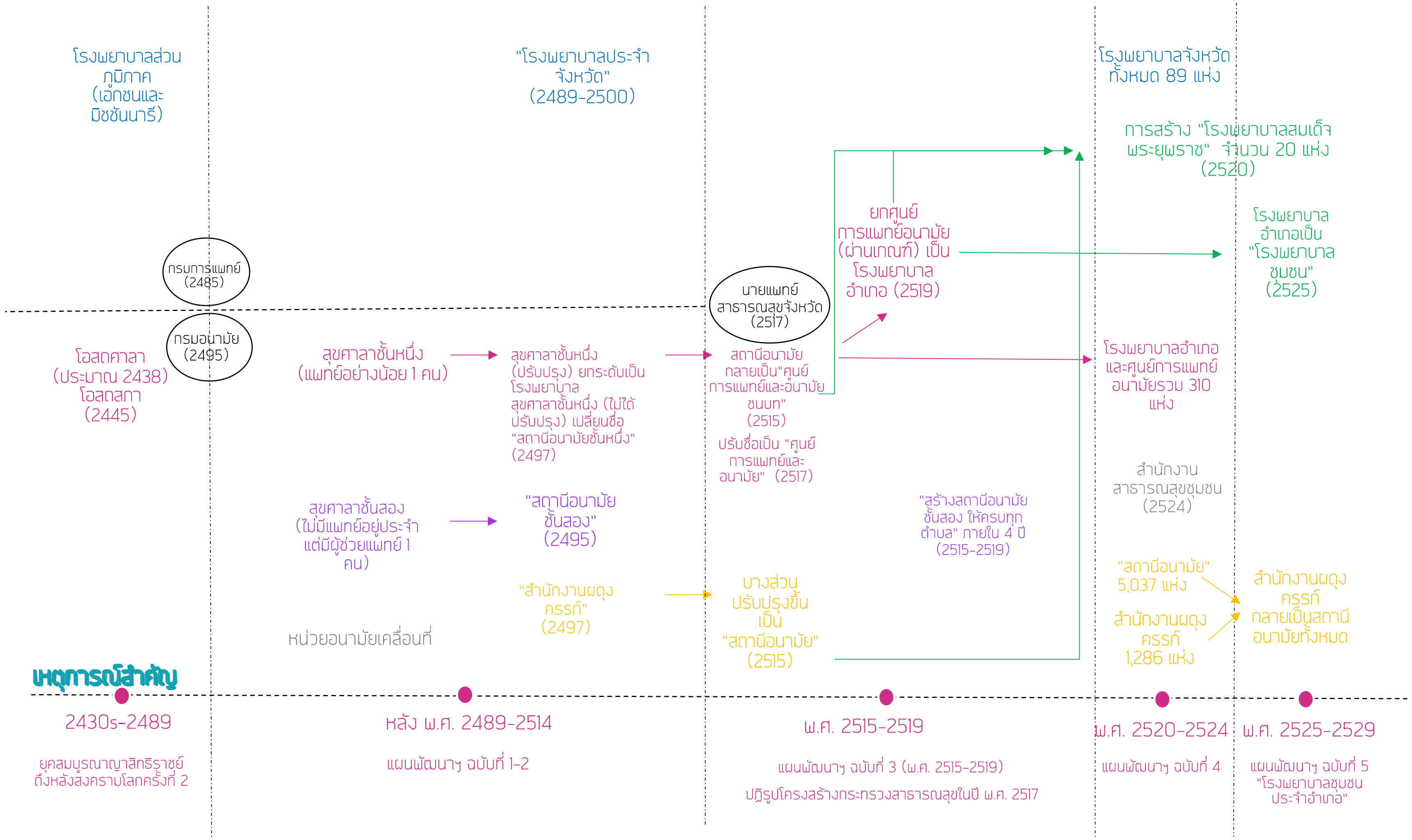
ขณะที่**สถานีอนามัย**มีพัฒนาการมาจาก “สุขศาลาชั้นสอง” ซึ่งพัฒนามาเป็น “สถานีอนามัยชั้นสอง” (พ.ศ. 2495) และเปลี่ยนจากสถานีอนามัยชั้นสองเป็น “สถานีอนามัย” พร้อม ๆ กับการที่ “สถานีอนามัยชั้นหนึ่ง” ที่มีอยู่เดิมปรับปรุงไปเป็น “ศูนย์การแพทย์และอนามัยชนบท” และสุดท้ายคือการเปลี่ยน “สถานีผดุงครรภ์” ทั้งหมดกว่าพันแห่งให้กลายเป็นสถานีอนามัยใน พ.ศ. 2525 (ดูรูปด้านล่างประกอบ)

---

[566] สุวิทย์ วิบุลผลกระเสริฐ, ed., *25 ปี ขบวนการแพทย์ชนบทกับแผ่นดินไทย*, พิมพ์ครั้งที่ 1, 2546 (กรุงเทพฯ: องค์กรอนามัยโลก, n.d.), 36.

[567] กระทรวงสาธารณสุข, *อนุสรณ์สาธารณสุข ครบรอบ 40 ปีแห่งการสถาปนากระทรวงสาธารณสุข*, พิมพ์ครั้งที่ 1, 2525 (กรุงเทพฯ, n.d.), 492.

[568] กระทรวงสาธารณสุข, 2525: 512.



รูป 11 ผังการเปลี่ยนแปลงรูปแบบสถานบริการไปสู่โรงพยาบาลชุมชนและสถานีอนามัย

ที่มา: สังเคราะห์โดยคณะผู้วิจัย

ข้อมูลสถิติของการขยายหน่วยบริการระหว่างปี พ.ศ. 2510-2524 แสดงให้เห็นว่า มีการสร้างหน่วยบริการ **“ใหม่”** เช่น สถานีอนามัยชั้นหนึ่ง ศูนย์การแพทย์และสถานีอนามัย โรงพยาบาลอำเภอ ที่จะพัฒนาเป็นโรงพยาบาลชุมชนจำนวน 275 แห่ง (ในจำนวนนี้เป็นการ “สร้างทดแทน” 47 แห่งและ “ปรับปรุง” จากหน่วยบริการเดิม 21 แห่ง)[569] มีการสร้างใหม่สถานีอนามัยชั้นสองหรือ**สถานีอนามัยใหม่จำนวน 2,084 แห่ง “สร้างทดแทน” 355 แห่ง ยกฐานะสำนักงานผดุงครรภ์เป็นสถานีอนามัย 219 แห่ง**[570] สร้างสำนักงานผดุงครรภ์ใหม่ 1,064 แห่ง[571] ในปี พ.ศ. 2524 ได้สร้างหน่วยบริการรูปแบบใหม่ที่เรียกว่า “สำนักงานสาธารณสุขชุมชน” จำนวน 100 แห่ง[572] โดยจัดให้มีขึ้นครั้งแรกในปี พ.ศ. 2524 เป็นสถานบริการสาธารณสุขขนาดเล็กระดับหมู่บ้านตั้งขึ้นเฉพาะในเขตที่ทุรกันดาร เสี่ยงภัย ชายแดนหรือในเขตชนกลุ่มน้อยเท่านั้น ไม่ได้กำหนดเป้าหมายให้มีครบทุกหมู่บ้าน ให้บริการโดยพนักงานสาธารณสุขชุมชนซึ่งคัดเลือกจากคนในท้องถิ่นที่จบ ม.3 แล้วนำมาอบรมอีก 6 เดือน[573] กระทั่งในปี พ.ศ. 2524 เมื่อรวมศูนย์บริการด้านสาธารณสุขของส่วนภูมิภาคทั้งหมดมี**โรงพยาบาลจังหวัดทั้งหมด 89 แห่ง**[574] **โรงพยาบาลอำเภอและศูนย์การแพทย์อนามัย 310 แห่ง สถานีอนามัย 5,037 แห่ง** และสำนักงานผดุงครรภ์ 1,286 แห่ง[575] ในด้านการครอบคลุมหน่วยบริการระดับอำเภอเพิ่มขึ้นจากการครอบคลุมร้อยละ 44 ในปี พ.ศ. 2505 สูงขึ้นสู่การครอบคลุมร้อยละ 61.23 ในปี พ.ศ. 2524 ขณะที่หน่วยบริการระดับตำบลเพิ่มขึ้นจากการครอบคลุมร้อยละ 14 ในปี พ.ศ. 2505 สูงขึ้นสู่การครอบคลุมร้อยละ 82.1 ในปี พ.ศ. 2524[576]

จนกระทั่งเข้าสู่ปี พ.ศ. 2530 พบว่ามีโรงพยาบาลชุมชน 557 แห่ง และโรงพยาบาลสาขา 89 แห่ง สถานีอนามัย 7,649 แห่ง และสำนักงานสาธารณสุขชุมชนในหมู่บ้านกันดารและเสี่ยงภัย 478 แห่ง โดยภาพแล้วรวมพบว่าระหว่างทศวรรษ 2510 ถึงทศวรรษ 2530 มีจำนวนสถานีอนามัย (รวมสำนักงานผดุงครรภ์) จึงเพิ่มขึ้นถึง 3

---

569 กระทรวงสาธารณสุข, 2525:497–99.

570 กระทรวงสาธารณสุข, 2525:497–99.

571 กระทรวงสาธารณสุข, 2525:497–99.

572 กระทรวงสาธารณสุข, 2525:501.

573 อำพล จินดาวัฒนะ สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ, บ.ก., *การประชุมสมัชชาสาธารณสุขไทย ครั้งที่ 1*, พิมพ์ครั้งที่ 1, 2531 (กรุงเทพฯ: มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ, ม.ป.ป.), 269.

574 กระทรวงสาธารณสุข, 2525:505.

575 กระทรวงสาธารณสุข, 2525:501.

576 กระทรวงสาธารณสุข, 2525:239–40.

เท่า จำนวนโรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขเพิ่มขึ้น 6 เท่า[577] เมื่อเทียบข้อมูลข้างต้นระหว่างปี พ.ศ. 2524 และ พ.ศ. 2530 จะพบว่ามีโรงพยาบาลชุมชนเพิ่มขึ้น 247 แห่งและสถานีอนามัยเพิ่มขึ้น 1,326 แห่ง

5.3.1.3 จุดเปลี่ยนของงบประมาณกับการพัฒนาโรงพยาบาลชุมชน

แม้การพัฒนาโรงพยาบาลชุมชนจะมีรากฐานสำคัญจากหน่วยบริการดั้งเดิมในอดีต แต่เมื่อพิจารณาผ่านโครงการระดมทุนเพื่อสร้างโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชทั้ง 20 แห่ง จะพบว่าปัญหาสำคัญของการขยายโรงพยาบาลชุมชนคือข้อจำกัดด้านงบประมาณในห้วงขณะที่ประเทศไทยต้องเผชิญกับภาวะเศรษฐกิจตกต่ำ แนวทางที่นายแพทย์เสม พริ้งพวงแก้ว รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขช่วงดังกล่าวใช้แก้ปัญหา คือคงรักษาแนวทางการกระจายสถานพยาบาลระดับอำเภอและตำบลเอาไว้ พร้อม ๆ กับการตัดแบ่งงบประมาณจากสถานพยาบาลในเมืองและระดับจังหวัดไปสู่ระดับอำเภอและตำบล

นโยบายข้างต้นทำให้ช่วงปี พ.ศ. 2525 – 2532 งานบริการสาธารณสุขระดับอำเภอและตำบลได้รับการจัดสรรงบประมาณรวมทั้งทรัพยากรต่าง ๆ ในปริมาณที่มากกว่างานบริการสาธารณสุขระดับจังหวัด แม้งบประมาณระดับจังหวัดจะมากขึ้นทุกปีแต่ก็เพิ่มขึ้นในอัตราที่น้อยกว่างบประมาณที่จัดสรรให้กับสถานบริการระดับอำเภอและตำบล ความขัดแย้งเรื่องการผันเงินงบประมาณมาสู่พื้นที่อำเภอและชุมชน ได้ส่งผลกระทบต่อโรงพยาบาลขนาดใหญ่ในกรุงเทพฯ และระดับจังหวัด หนึ่งตัวอย่างที่ให้ภาพชัดเจนได้เป็นอย่างดีคือ โครงการสร้างตึกใหม่ของโรงพยาบาลเลิดสินด้วยงบประมาณ 500 ล้านบาท ถูกนำไปเปรียบเทียบว่าสามารถนำงบประมาณไปสร้างโรงพยาบาลชุมชนได้ถึง 50 แห่ง ท้ายที่สุดแล้วโครงการสร้างตึกโรงพยาบาลเลิดสินต้องถูกชะลอออกไป ข้อมูลนี้แสดงให้เห็นว่าตลอดแผนพัฒนาฯ ฉบับที่ 5 (พ.ศ. 2525-2529) โรงพยาบาลขนาดใหญ่และโรงพยาบาลจังหวัดไม่ได้รับการพิจารณางบประมาณในการขยายจำนวนเตียงเลย[578] เพื่อให้รัฐสามารถเทความใส่ใจไปสู่โรงพยาบาลชุมชนด้วยการทุ่มงบประมาณจำนวนมากลงสู่ชนบท ดังที่นายโกมล ชอบชื่นชม อดีตรองเลขาธิการคณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ เล่าบรรยากาศขณะปฏิบัติงานว่า *“กลไกการฟรีซก็คือไม่ให้งบประมาณซะอย่าง [แก่โรงพยาบาลจังหวัด]...นโยบายมันออกมาแล้วว่าจะเน้น primary care มากกว่า secondary/tertiary care เราขอให้กระทรวงปรับงบให้เป็นไปตามนโยบายรัฐบาล”*[579]

---

[577] สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ, *การประชุมสมัชชาสาธารณสุขไทย ครั้งที่ 1*, 2531:145.

[578] สุวิทย์ วิบุลผลกระเสริฐ, *25 ปี ขบวนการแพทย์ชนบทกับแผ่นดินไทย*, 2546:36–38.

[579] สัมภาษณ์นายโกมล ชอบชื่นชม (อดีตรองเลขาธิการคณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ), คณะผู้วิจัย, 15 พฤษภาคม 2565.

ภายหลังงบประมาณที่ผันไปสู่ชนบทตามแผนพัฒนาฯ ฉบับที่ 5 จะกลายเป็นเงื่อนปมหนึ่งที่นำมาสู่ความไม่พึงพอใจระหว่างแพทย์ในโรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป กับแพทย์ที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลชุมชนตามพื้นที่ชนบทต่าง ๆ ในแง่หนึ่งการผันเอางบประมาณของโรงพยาบาลระดับจังหวัดให้ไหลไปสู่โรงพยาบาลชุมชนมากขึ้น ทำให้แพทย์ในโรงพยาบาลชุมชนนำเงินงบประมาณไปพัฒนาระบบบริการมากกว่าที่เคยเป็นมา ขณะที่แพทย์ในโรงพยาบาลใหญ่รู้สึกว่าโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไปเป็นโรงพยาบาลที่มีภาระงานและค่าใช้จ่ายเท่าเดิมหรืออาจเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ เมื่อเทียบกับโรงพยาบาลชุมชน แต่กลับกลายเป็นโรงพยาบาลชุมชนที่ได้รับงบประมาณเพิ่มขึ้นในสัดส่วนที่มากกว่า[580]

อย่างไรก็ตาม นายแพทย์สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ ชี้ให้เห็นว่าการขยายตัวสถานบริการทางการแพทย์และสาธารณสุข ส่งผลให้ประชาชนในชนบทเข้าถึงบริการที่เพิ่มขึ้น เห็นได้อย่างชัดเจนที่สุดผ่านตัวเลขผู้ใช้บริการระดับอำเภอและตำบล ในขณะที่สัดส่วนของผู้ที่เริ่มเข้ารับบริการที่โรงพยาบาลระดับจังหวัดลดลง ซึ่งเป็นผลจากนโยบายไม่ขยายโรงพยาบาลในเขตเมือง แต่ใช้แนวทางกระจายงบประมาณเพื่อไปขยายบริการสุขภาพในเขตชนบทระหว่างปี พ.ศ. 2525-2529[581] อย่างไรก็ตาม แม้ว่าทศวรรษ 2530 อัตราส่วนเตียงโรงพยาบาลต่อประชากรรวมทั้งอัตราส่วนบุคลากรสาธารณสุขต่อประชากรจะมีแนวโน้มดีขึ้นทั่วประเทศ แต่ความเหลื่อมล้ำระหว่างกรุงเทพฯ และส่วนภูมิภาค ยังเป็นตัวอย่างที่ชี้ให้เห็นความไม่เท่าเทียมของการกระจายทรัพยากร และเทคโนโลยีทางการแพทย์ที่ไม่เท่าเทียมที่ยังคงปรากฏอยู่ทั่วไปในสังคม[582] ซึ่งปัญหาเรื่องกำลังคนด้านสุขภาพในพื้นที่ชนบทยังคงไม่ขยายตัวสอดรับกับการขยายสถานบริการอยู่เสมอ แม้เวลาจะล่วงเลยเข้าสู่ทศวรรษ 2520 ก็ตาม

5.4 การเปลี่ยนแปลง แนวโน้ม ด้านปริมาณและกระกระจายกำลังคนสาธารณสุขในทศวรรษ 2520

นับแต่ตั้งทศวรรษ 2510 กระทรวงสาธารณสุขได้มียุทธศาสตร์สำคัญ 3 ประการสำหรับการแก้ปัญหา “การขาดแคลน” และ “การกระจายกำลัง” คือ การเพิ่มกำลังการผลิตโดยใช้ชุมชนเป็นฐาน สร้างแรงจูงใจเรื่องรายได้และเงื่อนไขที่เอื้อต่อการเจริญก้าวหน้าในหน้าที่การทำงาน และการทำสัญญาใช้ทุน อย่างไรก็ตาม เรื่องกำลังคนในระบบสาธารณสุขของสังคมไทยมักต้องประสบกับสองปัญหาหลักอยู่เกือบทุกยุคสมัยคือ ปัญหาการขาด

---

580 โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ ระชา ภุชชงค์, *แพทย์ชนบท ธรรมมาธิบาลกับการเมืองสุขภาพ*, 1st ed., vol. 2556 (นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.), n.d.).

581 สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ, “ระบบสุขภาพของประเทศไทย” ใน *ระบบประกันสุขภาพในประเทศไทย* (นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, 2544), 14-15.

582 เพิ่งอ้าง, 24.

แคลนบุคลากรและปัญหาการกระจายกำลังคน “อย่างไม่เท่าเทียม” ระหว่างพื้นที่เมืองและพื้นที่ชนบท แม้แต่ในช่วงทศวรรษ 2520 หลังจากที่มีการเกิดขึ้นของนโยบายบังคับใช้ทุนแพทย์มาแล้วอย่างน้อย 5 ปี

งานศึกษาของนายแพทย์สมศักดิ์ ชุนหรัศมิ์ เสนอว่า ในช่วงของแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับต้น ๆ การผลิตแพทย์และพยาบาลยังคงอยู่ภายใต้กรอบคิดว่าถ้าสามารถผลิตแพทย์และพยาบาลได้มากต่อจำนวนประชากรที่เหมาะสมจะสามารถเป็นหนึ่งในเครื่องชี้วัดและหลักประกันต่อการมีสุขภาพอนามัยที่ดีของคนในประเทศ วิธิคิดดังกล่าวส่งผลต่อการขยายตัวของกำลังการผลิตทั้งแพทย์และพยาบาล แต่ปัญหาสำคัญที่กรอบคิดข้างต้นละเลยไปคือปัญหาการกระจายกำลังคนไปสู่พื้นที่ต่างจังหวัด ซึ่งทำให้การผลิตแพทย์ต้องการมาตรการมากไปกว่าการคำนึงถึงจำนวนนักเรียนที่ผลิตได้ แต่ต้องการการผลิตที่สามารถกระจายบุคลากรไปสู่พื้นที่ชนบทให้มากขึ้นด้วยเช่นกัน[583] ปัญหาดังกล่าวนำมาสู่ยุทธศาสตร์สำคัญคือการเพิ่มกำลังการผลิตบุคลากรทางสาธารณสุขโดยใช้ความต้องการของชุมชนเป็นแกน

5.4.1 ทางออกปัญหาการกระจายกำลังคนระหว่างส่วนกลางและภูมิภาค: โครงการส่งเสริมการศึกษาแพทย์สำหรับชาวชนบท

เมื่อปี พ.ศ. 2522 กำลังคนของระบบสาธารณสุขมีอัตราส่วนแพทย์ต่อประชากรทั้งประเทศอยู่ที่แพทย์ 1 คนต่อประชากรประมาณ 7,000 คน[584] แต่เมื่อพิจารณาสัดส่วนการกระจายกำลังคนรายภาคจะพบว่าภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีอัตราส่วนแพทย์ต่อจำนวนประชากรมากที่สุด คือแพทย์ 1 คนต่อประชากรประมาณ 25,000 คน ลำดับถัดมาถือภาคใต้สัดส่วนอยู่ที่แพทย์ 1 คนต่อประชากร 15,000 คน ภาคเหนือแพทย์ 1 คนต่อประชากรประมาณ 13,000 คน ภาคกลางประมาณ 1 ต่อ 12,000 คน โดยกรุงเทพฯ มีสัดส่วนน้อยที่สุดคือแพทย์ 1 คนต่อประชากรประมาณ 1,000 คน[585] เมื่อดูที่บุคลากรประเภทอื่น ๆ เช่น พยาบาลวิชาชีพ จะพบว่าในปีเดียวกันมีสัดส่วนพยาบาลวิชาชีพ 1 คนต่อประชากร 2,600 คน[586] สัดส่วนการกระจายกำลังคนรายภาคพบว่าภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีอัตราส่วนพยาบาลต่อจำนวนประชากรมากที่สุดคือพยาบาลวิชาชีพ 1 คนต่อประชากร

---

[583] สมศักดิ์ ชุณหรัศมิ์, *ประวัติศาสตร์การพัฒนางานด้านสาธารณสุขของไทย: บทวิเคราะห์การกระจายอำนาจและผลกระทบต่อระบบสาธารณสุข*, (นนทบุรี: สำนักวิจัยสังคมและสุขภาพ (สวรส.), 2541), 42.

[584] วิวัฒน์ โรจนพิทยากร (บรรณาธิการ), *การสาธารณสุขไทย 2559-2560* , (นนทบุรี: กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข , 2562), 122

[585] เพิ่งอ้าง, 126

[586] เพิ่งอ้าง, 122

9,500 คน ลำดับถัดมาคือภาคเหนือพยาบาล 1 คนต่อประชากร 4,600 คน ภาคใต้พยาบาล 1 ต่อ 4,000 คน ภาคกลางประมาณ 1 คนต่อ 3,800 คน กรุงเทพฯ ที่มีสัดส่วนน้อยที่สุดเช่นกันคือพยาบาลวิชาชีพ 1 คนต่อประชากรประมาณ 500 คน[587] ขณะที่ทันตแพทย์ในปี พ.ศ. 2522 มีสัดส่วนต่อประชากรอยู่ที่ 1 ต่อ 45,000 คน[588] ส่วนการกระจายกำลังคนรายภาค ภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีอัตราส่วนทันตแพทย์ต่อจำนวนประชากรมากที่สุด คือ 1 ต่อ 270,000 คน ถัดมาคือภาคใต้ทันตแพทย์ 1 คนต่อประชากรประมาณ 110,000 คน ภาคเหนือประมาณ 1 ต่อ 90,000 คน ภาคกลางประมาณ 1 ต่อ 80,000 คน ส่วนกรุงเทพฯ สัดส่วนที่น้อยที่สุดเช่นเดียวกับกำลังคนด้านอื่น ๆ คือ ทันตแพทย์ 1 คนต่อประชากรประมาณ 1,000-2,000 คน[589] จากตัวเลขข้างต้นแสดงให้เห็นว่าในต้นทศวรรษ 2520 ประเทศไทยยังคงมีปัญหาเรื่องการกระจายกำลังคนอย่างมากระหว่างพื้นที่เมืองและชนบท ในกรุงเทพฯ ซึ่งเป็นพื้นที่ที่บุคลากรด้านสาธารณสุขกระจุกตัวหนาแน่นที่สุด ในทางตรงกันข้ามภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีบุคลากรด้านสาธารณสุขกระจายตัวเบาบางที่สุด

การแก้ปัญหาการขาดแคลนและการกระจายกำลังคนในทศวรรษ 2520 อยู่ภายใต้ยุทธศาสตร์ของแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 4 (พ.ศ. 2520-2524) และแผนพัฒนาฉบับที่ 5 (พ.ศ. 2525-2529) ที่ให้ความสำคัญกับแนวคิดสาธารณสุขมูลฐาน และนโยบายขยายโรงพยาบาลชุมชนให้ครอบคลุมทั่วทุกอำเภอ แนวทางทั้งสองส่งผลต่อความต้องการบุคลากรที่เพิ่มขึ้นและบทบาทหน้าที่ที่เปลี่ยนไปตามแนวคิดสาธารณสุขมูลฐาน ด้านหนึ่งนโยบายขยายโรงพยาบาลชุมชนกระจายไปทุกอำเภอย่อมเรียกร้องบุคลากรกลุ่มใหม่จำนวนมาก อันนำไปสู่การเกิดขึ้นของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) และผู้สื่อข่าวสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (ผสส.) ซึ่งเป็นกำลังสำคัญในงานด้านสาธารณสุขมูลฐานด้านการส่งเสริมสุขภาพ เฝ้าระวัง ป้องกันโรค รักษาพยาบาลขั้นต้น และจัดกิจกรรมพัฒนาสุขภาพในชุมชน[590] ขณะที่อีกด้านหนึ่งแนวทางใหม่ส่งผลให้บุคลากรต้องปรับตัวโดยไม่เพียงแค่ให้บริการเท่านั้น แต่ต้องมีบทบาทในการส่งเสริมให้ประชาชนมีส่วนร่วมในการแก้ปัญหาด้านสาธารณสุขอันเป็นไปตามตามวิธีคิดแบบสาธารณสุขมูลฐาน การเปลี่ยนแปลงวิธีคิดและบทบาทของบุคลากร

---

587 เพิ่งอ้าง, 127

588 เพิ่งอ้าง, 122

589 เพิ่งอ้าง, 127

590 นงลักษณ์ พะไกยะ และเพ็ญนภา หงส์ทอง (บรรณาธิการ), *กำลังคนด้านสุขภาพ ที่เป็นมา เป็นอยู่ และเป็นไป*, (นนทบุรี: สำนักวิจัยและพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพ (สวค.), 2554), 17-18.

ทางการแพทย์ดังกล่าว ส่งผลต่อการปรับหลักสูตรการเรียนการสอนกำลังคนด้านสาธารณสุขทั้งแพทย์ พยาบาล และเภสัชกรเพื่อให้สอดคล้องต่อบทบาทหน้าที่ซึ่งเปลี่ยนแปลงไป[591]

การให้ความสำคัญกับการผลิตแพทย์เพื่อใช้งานในพื้นที่ชนบทส่งผลให้ในปี พ.ศ. 2521 เกิดโครงการส่งเสริมการศึกษาแพทย์สำหรับชาวชนบท (Medical Education for student in Rural Area Project - MESRAP) อันเป็นความร่วมมือระหว่างกระทรวงสาธารณสุขและคณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ด้วยการคัดเลือกนักเรียนจากชนบทให้เข้าศึกษาคณะแพทยศาสตร์โดยมีเงื่อนไขว่าต้องกลับไปทำงานในพื้นที่ชนบท[592] ขณะเดียวกันเวทีประชุมแพทยศาสตร์ศึกษาแห่งชาติเป็นพื้นที่ในการแลกเปลี่ยนประเด็นด้านการปรับปรุงและการจัดการศึกษาให้สอดคล้องกับนโยบายด้านการแพทย์และการสาธารณสุขของประเทศ (ประมานปี พ.ศ. 2522)[593] ได้ส่งผลให้เกิดการปรับปรุงหลักสูตรแพทยศาสตร์ศึกษาเพื่อเตรียมแพทย์ให้พร้อมสำหรับการปฏิบัติงานในพื้นที่ชนบท ตามแนวทางสาธารณสุขมูลฐาน[594] และแบ่งการให้บริการทางการแพทย์ออกเป็น 3 ระดับคือ ระดับปฐมภูมิ ทุติยภูมิ และตติยภูมิ รวมถึงการส่งนักศึกษาแพทย์ไปฝึกทักษะในโรงพยาบาลชุมชนต่างจังหวัด 3-6 เดือน[595]

ด้วยเป้าหมายในการผลักดันการผลิตแพทย์ตามแนวทางข้างต้นได้นำไปสู่การก่อตั้ง “คณะกรรมการประสานงานทางการแพทย์และสาธารณสุข” และ “ศูนย์ประสานงานทางการแพทย์และสาธารณสุข” ในปี พ.ศ. 2525 เพื่อเป็นกลไกเชื่อมโยงการผลิตกำลังคนให้สอดคล้องกับแนวบริการด้านสาธารณสุขของประเทศ ส่งเสริมความร่วมมือระหว่างองค์กรที่เกี่ยวข้องกับการผลิตและการใช้บุคลากรด้านสาธารณสุข เช่น สถาบันการศึกษา สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ สำนักงานคณะกรรมการข้าราชการพลเรือน (กพ.) สำนักงบประมาณ แพทยสภา สภาการพยาบาล ฯลฯ งานศึกษาของสำนักงานวิจัยและพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพประเมินว่ากลไกการทำงานของ“คณะกรรมการประสานงานทางการแพทย์และสาธารณสุข” และ “ศูนย์ประสานงานทางการแพทย์และสาธารณสุข” มีประสิทธิภาพและสามารถพัฒนาแผนการผลิตแพทย์และบุคลากร

---

591 สมศักดิ์ ชุณหรัศมิ์, *ประวัติศาสตร์การพัฒนางานด้านสาธารณสุขของไทย: บทวิเคราะห์การกระจายอำนาจและผลกระทบต่อระบบสาธารณสุข*, (นนทบุรี: สำนักวิจัยสังคมและสุขภาพ (สวรส.), 2541), 43.

592 นงลักษณ์ พะไกยะ และ เพ็ญนภา หงส์ทอง (บรรณาธิการ), *กำลังคนด้านสุขภาพ ที่เป็นมา เป็นอยู่ และเป็นไป*, (นนทบุรี: สำนักวิจัยและพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพ (สวค.), 2554), 18.

593 นงลักษณ์ พะไกยะ และ เพ็ญนภา หงส์ทอง (บรรณาธิการ), 47

594 นงลักษณ์ พะไกยะ และ เพ็ญนภา หงส์ทอง (บรรณาธิการ), 12.

595 นงลักษณ์ พะไกยะ และ เพ็ญนภา หงส์ทอง (บรรณาธิการ), 47-48.

สาธารณสุขเพื่อตอบสนองความต้องการของระบบสุขภาพในชนบท ทำให้โรงพยาบาลชุมชนทุกแห่งมีแพทย์ สถานีอนามัยมีบุคลากรเพิ่มขึ้น และการกระจายแพทย์สู่ภูมิภาคอยู่ในสถานการณ์ที่ดี[596]

5.4.2 เพิ่มการผลิตบุคลากรสาธารณสุข: นโยบายชดใช้ทุนสู่ทันตแพทย์ (พ.ศ. 2525) เภสัชกร และพยาบาล

นอกจากแนวทางเพื่อแก้ปัญหากำลังคนในพื้นที่ชนบทดังที่ได้กล่าวมาแล้ว ช่วงเวลานี้เองได้มีการขยายนโยบายใช้ทุนที่ใช้สำหรับแพทย์ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2514 ให้ขยายมาครอบคลุมทันตแพทย์ด้วยในปี พ.ศ. 2525 ส่งผลให้ทันตแพทย์เมื่อเรียนจบแล้วต้องใช้ทุนเป็นเวลา 3 ปี รวมทั้งขยายไปสู่เภสัชกรในช่วงปลายทศวรรษ 2520 มาตรการบังคับใช้ทุนยังมีการปรับใช้พยาบาล และเจ้าพนักงานสาธารณสุขด้วย แต่จะจำกัดเฉพาะผู้ที่สำเร็จการศึกษาจากสถาบันการศึกษาภายใต้กำกับของกระทรวงสาธารณสุขเท่านั้น โดยนักเรียนทุนคู่สัญญาต้องทำงานในโรงพยาบาลหรือสถานีอนามัย ในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขเป็นเวลา 2 เท่าของระยะเวลาที่ศึกษา[597]

งานวิจัยของนายแพทย์สมศักดิ์ ชุณหรัศมิ์ เสนอว่าในช่วงเวลานี้ กำลังคนสำคัญตามแนวทางการสาธารณสุขมูลฐานคือบุคลากรที่ปฏิบัติงานในสถานีอนามัยซึ่งยังอยู่ในภาวะขาดแคลนทั้งในแง่ปริมาณและความสามารถ แต่เมื่อพิจารณาที่กำลังคนด้านแพทย์ พยาบาล และสาขาอื่น ๆ พบว่าสามารถผลิตและกำหนดแนวทางเพื่อให้เกิดการกระจายที่ดีขึ้น ข้อมูลจากงานวิจัยเล่มเดียวกันชี้ให้เห็นว่าระหว่างปี พ.ศ. 2520-2530 ประเทศไทยได้มีการเพิ่มอัตราการผลิตกำลังคนด้านสาธารณสุขอย่างรวดเร็วแบบก้าวกระโดด มีการเพิ่มการผลิตกำลังคนจำนวนมากอย่างต่อเนื่อง ในปี พ.ศ. 2521 ประเทศไทยสามารถผลิตแพทย์ได้เพียงปีละ 465 คน เพิ่มขึ้นมาเป็น 612 คน ในปี พ.ศ. 2527 และในปี พ.ศ. 2528 เป็นปีที่สามารถเพิ่มปริมาณการผลิตแพทย์ได้เพิ่มเป็น 2 เท่า เพราะผลจากการปรับหลักสูตรที่ลดระยะเวลาการศึกษาจาก 7 ปีเหลือเพียง 6 ปี ซึ่งเป็นไปทิศทางที่สอดคล้องกับการเพิ่มขึ้นของกำลังการผลิตบุคลากรสาธารณสุขด้านอื่น ๆ เช่นกัน[598]

---

596 นงลักษณ์ พะไกยะ และเพ็ญนภา หงส์ทอง (บรรณาธิการ), *วิจัยและขับเคลื่อนเพื่อกำลังคนด้านสุขภาพ 6 ปี สำนักงานวิจัยและพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพ (สวค.)*, (นนทบุรี: สำนักวิจัยและพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพ (สวค.), 2555), 11-12.

597 นงลักษณ์ พะไกยะ และเพ็ญนภา หงส์ทอง (บรรณาธิการ), *กำลังคนด้านสุขภาพ ที่เป็นมา เป็นอยู่ และเป็นไป*, (นนทบุรี: สำนักวิจัยและพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพ (สวค.), 2554), 29.

598 สมศักดิ์ ชุณหรัศมิ์, *ประวัติศาสตร์การพัฒนางานด้านสาธารณสุขของไทย: บทวิเคราะห์การกระจายอำนาจและผลกระทบต่อระบบสาธารณสุข*, (นนทบุรี: สำนักวิจัยสังคมและสุขภาพ (สวรส.), 2541), 44-45.

สรุป

ในกลางทศวรรษ 2520 หรือหากพิจารณาตามระยะเวลาตามแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 5 คือระหว่างปี พ.ศ. 2525-2529 จะพบว่า ความไม่มั่นคงทางการเมืองจากกระแสคอมมิวนิสต์ยังคงเป็นปัจจัยที่เพิ่มความกังวลใจแก่รัฐบาลอยู่ ทำให้ท่าทีของรัฐยังคงมุ่งไปที่หัวใจสำคัญของปัญหาอย่างเรื่อง “ความเหลื่อมล้ำ” โดยเฉพาะระหว่างเมืองกับชนบท จนเป็นที่มาของนโยบาย “การพัฒนาชนบทแนวใหม่” เพื่อเร่งพัฒนาคุณภาพชีวิตของชาวชนบทที่เกี่ยวพันถึงระบบบริการสาธารณสุขและการยกระดับคุณภาพชีวิตด้วยดังปรากฏในแผนพัฒนาฯ ฉบับที่ 5 ด้วยเหตุนี้ นโยบายพัฒนาสาธารณสุขในกลางทศวรรษ 2520 ได้ใช้แนวทาง “ความจำเป็นขั้นพื้นฐาน” และ “แผนการสร้างโรงพยาบาลชุมชนและสถานีอนามัยทุกอำเภอ” เพื่อให้สามารถนำเอาบริการสุขภาพตามแนวทางป้องกันไปสู่มือประชาชน พร้อมกับการเร่งพัฒนาระบบสาธารณสุขแบบตั้งรับไปในขณะเดียวกัน

สำหรับแนวทาง “ความจำเป็นขั้นพื้นฐาน” เกิดขึ้นเพื่อแสวงหาวิธีในการวัดระดับความยากจนของชาวบ้าน เพื่อให้นำไปสู่การเติมเต็มปัจจัยขั้นพื้นฐานของการดำรงชีวิตที่ตรงตามความต้องการของแต่ละชุมชนและพื้นที่ หลักการดังกล่าวได้นำเอาปัญหาที่ดำรงอยู่ในสังคมอย่างวงจรเรื่อง “โง่ จน เจ็บ” ที่ครอบคลุมทั้งมิติความรู้ เศรษฐกิจ และสุขภาพ ประกอบกับแนวคิดเศรษฐศาสตร์เชิงพุทธ มาใช้ออกแบบทางออกของปัญหาในเรื่องความเหลื่อมล้ำและความไม่เท่าเทียมกัน ทั้งนี้กรอบการวัดความจำเป็นขั้นพื้นฐานได้ถูกพัฒนาอย่างหลากหลายในช่วงแรกเริ่มดำเนินการ อย่างไรก็ตาม “โครงการพัฒนาประชากร จังหวัดนครราชสีมาแบบผสมผสาน” ที่ภายหลังรู้จักกันในชื่อ “โครงการโคราชพัฒนา” ได้นำเอาหลักคิด จปฐ. มาทดลองใช้ แน่นอนว่าความสำเร็จเกิดขึ้นได้เนื่องจากความร่วมมือจากหลายภาคส่วนของอำเภอโคราช ทั้งบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขในพื้นที่ ตั้งแต่ระดับนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด ผู้อำนวยการโรงพยาบาลและนายแพทย์โรงพยาบาลจาก 4 แห่ง (4 ส.) เจ้าหน้าที่ระดับต่าง ๆ จากการบูรณาการความร่วมมือของสี่กระทรวง หรือกลุ่มนักศึกษาและอาสาสมัคร ด้วยผลสำเร็จของโครงการทำให้ในเวลาต่อมาสภาพัฒน์ฯ นำเอาผลการทดลองในพื้นที่โคราชไปปรับปรุงนโยบาย จปฐ. จนเป็นที่มาของการระบุองค์ประกอบ 8 ข้อ 32 ตัวชี้วัดที่เป็นแม่แบบให้กับการพัฒนา จปฐ. ในจังหวัดอื่นทั่วประเทศต่อมา

ควบคู่กับงานพัฒนา จปฐ. “แผนการสร้างโรงพยาบาลชุมชนและสถานีอนามัยทุกอำเภอ” เป็นอีกหนึ่งภารกิจที่รัฐบาลเร่งพัฒนาเพื่อแก้ไขความเหลื่อมล้ำของสังคมระหว่างเมืองกับชนบท โดยการเร่งสร้างโรงพยาบาลชุมชุนหรือพัฒนาสถานีอนามัยให้ครบทุกอำเภอ เพื่อให้เป็นหน่วยบริการขั้นต้น (ระดับปฐมภูมิ) ให้ชาวบ้านมีโอกาสเข้าถึงบริการสาธารณสุข ทำให้เป็นปรากฏการณ์ของการ “ชะลอ” การพัฒนาโรงพยาบาลจังหวัดและ

โรงพยาบาลทั่วไปในเขตเมือง ขณะที่งบประมาณได้ "ไหล" ไปสู่การสร้างโรงพยาบาลและการยกระดับสถานีอนามัยในระดับอำเภอเพื่อให้บริการสุขภาพได้อย่างทั่วถึงยิ่งขึ้น จนกระทั่งจำนวนหน่วยบริการระดับอำเภอเพิ่มขึ้นอย่างเห็นได้ชัดในยุคสมัยนี้ กระนั้นต้องไม่ลืมด้วยว่าบรรดาแพทย์และบุคลากรสาธารณสุขที่ออกไปทำงานชดใช้ทุนในพื้นที่ชนบท ได้เป็นกำลังสำคัญที่ตอบรับนโยบายและช่วยพัฒนาโรงพยาบาลชุมชนให้เกิดขึ้นและตั้งมั่นอย่างแข็งขัน อย่างไรก็ตาม การเพิ่มจำนวนโรงพยาบาลชุมชนหรือสถานีอนามัย ทำให้ความต้องการบุคลากรทางการแพทย์เพิ่มขึ้นมาตามด้วย จึงได้เกิดเป็นมาตรการด้านกำลังคนเพื่อสนองต่อนโยบายพัฒนาชนบทแนวใหม่อย่างต่อเนื่อง เช่น โครงการส่งเสริมการศึกษาแพทย์สำหรับชาวชนบท หรือนโยบายชดใช้ทุนที่ขยายไปยังกลุ่มทันตแพทย์ เภสัชกรและพยาบาลในยุคนี้ อาจกล่าวได้ว่าแนวทางสาธารณสุขช่วงกลางทศวรรษ 2520 นอกจากจะช่วยแก้ไขปัญหาเรื่อง "ความไม่เป็นธรรม" ในภาพรวมของสังคมแล้ว จปฐ. และการสร้างโรงพยาบาลชุมชนยังได้กลายเป็นองค์ประกอบสำคัญในด้านสถานบริการ ที่จะทำให้ "แนวคิดเรื่องหลักประกันสุขภาพ" ซึ่งเป็นหนึ่งกลวิธีในการ "ยกระดับ" ความเป็นธรรมเช่นกันให้สามารถเกิดขึ้นจริงได้ในภายหลัง ด้วยเหตุนี้ควรเริ่มจากการทำความเข้าใจแนวคิดและรากฐานระบบประกันสุขภาพในสังคมไทยโดยเฉพาะพัฒนาการในทศวรรษ 2530 ในบทถัดไป

บทที่ 6
ความสำคัญของระบบเหมาจ่ายรายหัว (Capitation): บทเรียนจากระบบประกันสุขภาพต่าง ๆ ของสังคมไทยในทศวรรษ 2520-30

บทนำ

ก่อนที่จะเกิดระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในปี พ.ศ. 2545 ประเทศไทยมีระบบประกันสุขภาพของรัฐมาแล้ว 4 รูปแบบด้วยกันคือ โครงการสงเคราะห์ประชาชนผู้มีรายได้น้อย (สปน.) ซึ่งเกิดขึ้นในปี พ.ศ. 2518 (และต่อมาขยายไปสู่กลุ่มผู้สูงอายุและเด็กในช่วงต้นทศวรรษ 2530) เนื่องด้วยบริบทการเมืองเฉพาะของการตื่นตัวต่อกระแสประชาธิปไตย จึงเป็นที่มาของการมุ่งแก้ไขปัญหาความยากจนเพื่อตอบสนองต่อประชาชน (โปรดดูรายละเอียดในบทที่ 4) จนกระทั่งเมื่อก้าวเข้าสู่ทศวรรษ 2520-30 เป็นช่วงเวลาที่มีระบบประกันสุขภาพเกิดขึ้นอีกถึง 3 ระบบด้วยกันโดยมีระบบสวัสดิการรักษาพยาบาลของข้าราชการเกิดขึ้นในปี พ.ศ. 2523 ในเวลาใกล้เคียงกันยังมีโครงการบัตรสุขภาพในปี พ.ศ. 2526 และจนกระทั่งมาสู่การสร้างระบบประกันสังคมที่เกิดขึ้นในปี พ.ศ. 2533 ทั้งนี้แต่ละระบบครอบคลุมกลุ่มประชากรที่แตกต่างกันสี่กลุ่มใหญ่ คือกลุ่มผู้มีรายได้น้อย เด็กและผู้สูงอายุ กลุ่มข้าราชการของรัฐและครอบครัว กลุ่มผู้มีรายได้สูงกว่าเส้นความยากจน และกลุ่มลูกจ้างบริษัทเอกชน แต่ละระบบยังมีหลักคิด ความเป็นมา หน่วยงานที่รับผิดชอบ ที่มาของแหล่งงบประมาณ ตลอดจนวิธีบริหารการคลังที่แตกต่างกัน นอกจากนี้ในเวลาใกล้กันนี้ (ทศวรรษ 2530) ยังมีโครงการสำคัญอย่างโครงการอยุธยาและโครงการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข (Health Care Reform Project - HCR) ที่พัฒนาควบคู่กันไปด้วย โดยเน้นที่การหาต้นแบบของจุดผสานระหว่างระบบบริการกับระบบการเงินการคลัง

ดังนั้น ระบบประกันสุขภาพหลายระบบก่อนหน้า พร้อมกับโครงการทดลองเกี่ยวกับระบบบริการถือว่าเป็นส่วนประกอบสำคัญของออกแบบ “ระบบหลักประกัน” ให้สามารถขยายไปครอบคลุมสุขภาพประชาชนในแต่ละภาคส่วนของประเทศที่ละเล็กละน้อย แน่นอนว่าแต่ละระบบมีข้อเด่นและข้อด้อยที่แตกต่างกันออกไป ทั้งประเด็นเรื่องความเสมอภาคระหว่างผู้ที่มีสิทธิประกันสุขภาพในแต่ละระบบที่ไม่เท่ากัน และความไม่เสมอภาคระหว่างผู้ที่อยู่ในระบบและผู้มียังไม่มีสิทธิประกันสุขภาพ ซึ่งปัญหาและประสบการณ์จากการพัฒนาระบบประกันสุขภาพหลากหลายระบบที่ผ่านมา ตั้งแต่ระบบสวัสดิการรักษาพยาบาลของข้าราชการ โครงการบัตรสุขภาพพัฒนาการของ สปร. ประกอบกับการทดลองในโครงการอยุธยาและโครงการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข

(Health Care Reform Project) ได้กลายเป็นฐานความคิดและองค์ความรู้สำคัญที่จะถูกนำมาใช้ต่อยอดในการออกแบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าให้เกิดขึ้นได้จริงในทศวรรษ 2540 ต่อมา เมื่อกล่าวถึงระบบประกันสุขภาพในประเทศไทยนับตั้งแต่ทศวรรษ 2520 เป็นต้นมาอาจเริ่มต้นจากการพิจารณาระบบสวัสดิการรักษาพยาบาลของข้าราชการ (พ.ศ. 2523)

6.1 การขยายสวัสดิการและระบบรักษาพยาบาล/ประกันสุขภาพไทยในทศวรรษ 2520-30

6.1.1 ระบบสวัสดิการรักษาพยาบาลของข้าราชการ (พ.ศ. 2523): ข้อเสนอเพื่อการปฏิรูปจาก “การจ่ายตามการบริการ” สู่ “ระบบเหมาจ่ายรายหัว”

ระบบสวัสดิการรักษาพยาบาลของข้าราชการเป็นสวัสดิการคุ้มครองทางสุขภาพที่รัฐมีให้แก่ข้าราชการ ข้าราชการบำนาญรวมถึงสมาชิกในครอบครัวได้แก่ คู่สมรส บิดามารดา และบุตรธิดาที่อายุไม่เกิน 20 ปี ระบบนี้เป็นประกันสุขภาพที่ให้สวัสดิการกว้างขวางและใช้งบประมาณสูงที่สุดเมื่อเทียบกับระบบประกันสุขภาพโครงการอื่น ๆ เนื่องจากใช้วิธีการบริหารค่าใช้จ่ายแบบ “จ่ายตามบริการ” (Fee-for-service) อันหมายถึงผู้ได้รับสิทธิประกันสุขภาพระบบนี้สามารถเบิกค่าใช้จ่ายที่ต้องจ่ายให้โรงพยาบาลของรัฐได้ทุกรายการ[599] มีกรมบัญชีกลางรับผิดชอบการตั้งงบประมาณและควบคุมดูแลการเบิกจ่าย ซึ่งเป็นแนวทางการบริหารการเงินที่จัดการง่าย ใช้ต้นทุนในการบริหารระบบน้อย แต่ส่งผลให้มีค่าใช้จ่ายสูงเพราะไม่มีกลไกการกำกับควบคุมโดยผู้จ่ายเงิน[600] สวัสดิการข้าราชการถือเป็นสิทธิประประโยชน์ที่รัฐบาลจัดให้แก่ข้าราชการที่อาจกล่าวได้ว่าสวัสดิการนี้มีวิวัฒนาการควบคู่มากับพัฒนาการของตัวระบบราชการเอง ประเด็นใจกลางของปัญหาคือค่าใช้จ่ายของสวัสดิการนี้ไม่ได้มาจากทรัพย์สินของนายจ้างแต่มาจากงบประมาณอันเป็นภาษีอากรของคนทั้งประเทศ[601] ทั้งนี้ จุดเริ่มต้นของสวัสดิการรักษาพยาบาลของข้าราชการไม่ได้เกิดจากแนวคิดที่จะให้สวัสดิการแก่ข้าราชการทุกคนแต่เกิดจากวิธีคิดที่ต้องการช่วยเหลือเฉพาะข้าราชการที่มีรายได้น้อย

---

[599] จิรุตม์ ศรีรัตนบัลล์, “ระบบสวัสดิการรักษาพยาบาลของข้าราชการ: บทเรียนของการจ่ายตามบริการไร้การควบคุม”, ใน *ระบบประกันสุขภาพในประเทศไทย*, 1 พิมพ์ครั้งที่, ปี 2544 (สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข: จิรุตม์ ศรีรัตนบัลล์, ม.ป.ป.), 49.

[600] กุลเศกข์ ลิมปิยากร รชตะ อุ่นสุข, “ประกันสุขภาพในระบบสวัสดิการรักษาพยาบาลข้าราชการ”, ใน *ระบบประกันสุขภาพไทย*, 1 พิมพ์ครั้งที่, ปี 2555 (กรุงเทพฯ: สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, ม.ป.ป.), 70.

[601] เทียนฉาย กีระนันทน์, *เศรษฐกิจการเงินสาธารณสุข*, 1 พิมพ์ครั้งที่, ปี 2539 (กรุงเทพฯ: โครงการพัฒนาตำรา ศูนย์บริการเอกสาร คณะเศรษฐศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, ม.ป.ป.), 148.

สวัสดิการรักษาพยาบาลสำหรับ “ข้าราชการที่มีรายได้น้อย” เริ่มต้นจากปี พ.ศ. 2506 ในปีนั้นกระทรวงการคลังได้ออก “ระเบียบการช่วยเหลือข้าราชการผู้มีรายได้น้อยเกี่ยวแก่การรักษาพยาบาล พ.ศ. 2506” ใจความสำคัญคือ การกำหนดให้ข้าราชการที่มีรายได้ไม่เกิน 2,650 บาทต่อเดือน รวมถึงคนในครอบครัวได้แก่ บิดามารดา คู่สมรส และบุตรตามกฎหมายที่ยังไม่บรรลุนิติภาวะหรือไร้ความสามารถหรือเสมือนไร้ความสามารถ สามารถเบิกเงินค่ารักษาพยาบาลได้ครึ่งหนึ่งของค่าบริการที่จ่ายแก่สถานพยาบาล โดยค่ารักษาพยาบาลเวลานั้นหมายความว่า “ค่ารักษาตามปกติ และให้หมายความรวมถึงค่าห้องพิเศษในสถานพยาบาล ค่าอาหารในขณะต้องอยู่ห้องพิเศษ ค่าใช้จ่ายในการผ่าตัด หรือคลอดบุตรในสถานพยาบาล ค่าธรรมเนียมการตรวจพิเศษ ค่าเลือดและค่ายาต่าง ๆ ตลอดจนยาประเภทบำรุงร่างกายตามคำสั่งแพทย์ ซึ่งสถานพยาบาลวางระเบียบไว้ให้ต้องเสียเงิน”[602] ต่อมาในปี พ.ศ. 2508 มีการเพิ่มเกณฑ์ขั้นต่ำคือข้าราชการที่รายได้ไม่เกิน 1,200 บาท สามารถเบิกค่ารักษาให้ตนเองและครอบครัวได้ตามจำนวนที่จ่ายจริง จากนั้นอีก 3 ปี คือในปี พ.ศ. 2511 ได้มีการยกเลิกระเบียบเดิมและประกาศระเบียบฉบับใหม่คือ “ระเบียบการช่วยเหลือข้าราชการผู้มีรายได้น้อยเกี่ยวแก่การรักษาพยาบาล พ.ศ. 2511” ที่ยังคงหลักการช่วยเหลือเฉพาะข้าราชการที่มีรายได้น้อยแต่ปรับเกณฑ์ว่าผู้ที่จะได้รับการช่วยเหลือต้องเป็นข้าราชการที่รายได้ของตนเองและคู่สมรสรวมกันไม่เกิน 2,750 บาทต่อเดือน[603] ปี พ.ศ. 2515 เกิดการเปลี่ยนหลักการสำคัญจากการช่วยเหลือเฉพาะข้าราชการที่มีรายได้น้อยมาสู่การช่วยเหลือข้าราชการและลูกจ้างประจำทุกคน ใน “ระเบียบการช่วยเหลือข้าราชการและลูกจ้างประจำเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล พ.ศ. 2515” ได้ขยายสิทธิการเบิกค่ารักษาพยาบาลให้ครอบคลุมข้าราชการ ลูกจ้างประจำและครอบครัวโดยไม่มีกำหนดเกณฑ์รายได้ขั้นต่ำแต่ยังมีการกำหนดเกณฑ์ของรายได้ซึ่งสัมพันธ์กับจำนวนเงินที่จะได้รับการช่วยเหลือ กล่าวคือผู้ที่มีเงินเดือนไม่เกิน 1,300 บาทสามารถเบิกได้เต็มจำนวนทั้งกรณีผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอก แต่หากมีรายได้เกิน 1,300 บาทจะสามารถเบิกได้เต็มจำนวนเฉพาะกรณีเป็นผู้ป่วยในและเบิกได้ครึ่งหนึ่งในกรณีเป็นผู้ป่วยนอกและยังมีค่ารักษาพยาบาลที่เพิ่มค่าอวัยวะเทียมเข้ามาด้วย[604] หลังจากนั้นในปี พ.ศ. 2516 ได้ปรับเกณฑ์รายได้จาก 1,300

---

[602] ระเบียบการช่วยเหลือข้าราชการผู้มีรายได้น้อยเกี่ยวแก่การรักษาพยาบาล พ.ศ. 2506 ใน *สมานรำลึก* (กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์อักษรสาสน์, 2507).

[603] “ระเบียบการช่วยเหลือข้าราชการผู้มีรายได้น้อยเกี่ยวแก่การรักษาพยาบาล พ.ศ. 2511” ใน กรมบัญชีกลาง, *รวมกฎหมายและระเบียบงานคลังบางเรื่อง* (กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ ส. สมบูรณ์การพิมพ์, 2513).

[604] “ระเบียบการช่วยเหลือข้าราชการและลูกจ้างประจำเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล พ.ศ. 2515” ใน *อนุสรณ์ในงานพระราชทานเพลิงศพ นายโสรัจ สุทธสิทธิ์ ท.ช. ณ ฌาปนสถานกองทัพบกวัดโสมนัสวิหาร วันพฤหัสบดีที่ 8 กุมภาพันธ์ 2516* (กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ชวนพิมพ์, 2516).

บาทต่อเดือนเป็น 1,380 บาท[605] โดยรวมระยะ 10 ปีที่ผ่านมานับตั้งแต่ปี พ.ศ. 2506 ใช้ฐานรายได้ประจำเดือนเป็นหลักเกณฑ์ในการขอเบิกรับเงินช่วยเหลือเกี่ยวกับค่ารักษาพยาบาล

จนกระทั่งมีการเปลี่ยนแปลงที่สำคัญอีกครั้งของสวัสดิการรักษาพยาบาลของข้าราชการเมื่อมีการออก "พระราชกฤษฎีกาเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล พ.ศ. 2521"[606] ที่ได้วางหลักเกณฑ์การช่วยเหลือด้านค่ารักษาพยาบาลโดยไม่ถูกกำกับด้วยเกณฑ์เงินเดือนอีกต่อไป เท่ากับว่ามีการ "ขยายสิทธิ" ออกไปครอบคลุมกว้างขึ้นโดยแบ่งเป็น 3 กลุ่ม ได้แก่ 1) ข้าราชการและลูกจ้างประจำที่ได้รับเงินเดือนหรือค่าจ้างจากเงินงบประมาณรายจ่าย 2) ลูกจ้างชาวต่างประเทศที่ซึ่งมีหนังสือสัญญาจ้างที่ไม่ระบุเกี่ยวกับค่ารักษาพยาบาล และ 3) ผู้ได้รับบำนาญปกติหรือผู้ได้รับบำนาญพิเศษเหตุทุพพลภาพตามกฎหมายว่าด้วยบำเหน็จบำนาญข้าราชการ และทหารกองหนุนมีเบี้ยหวัด หลังจากนั้น 2 ปี ก็ได้มีการแก้ไขเปลี่ยนแปลงเป็น "พระราชกฤษฎีกาเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล พ.ศ. 2523" ฉบับนี้ได้ขยายความหมายของกลุ่มข้าราชการและลูกจ้างประจำผู้มีสิทธิในสวัสดิการที่ชัดเจนมากขึ้น โดยกล่าวว่า "ข้าราชการและลูกจ้างประจำที่ได้รับเงินเดือนหรือค่าจ้างประจำจากเงินงบประมาณรายจ่ายหมวดเงินเดือนและค่าจ้างประจำกระทรวง ทบวง กรม" และได้เพิ่มค่าตรวจสุขภาพประจำปีเป็นส่วนหนึ่งของสิทธิรักษาพยาบาลที่สามารถเบิกได้[607] ซึ่งฉบับนี้กลายเป็นเกณฑ์ที่ถูกใช้ต่อเนื่องมายาวกว่าอีกเกือบ 20 ปี จนกระทั่งจะเกิดการปรับเปลี่ยนครั้งสำคัญอีกครั้งในปี พ.ศ. 2541 เมื่อแนวโน้มของงบประมาณในระบบสวัสดิการฯ มากขึ้นอย่างต่อเนื่อง จึงมีการออก "พระราชกฤษฎีกาเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล (ฉบับที่ 7) พ.ศ. 2541" ซึ่งมีมาตรการลดค่าใช้จ่ายของสวัสดิการรักษาพยาบาล เช่น การกำหนดให้ตรวจสุขภาพจากสถานพยาบาลของรัฐเท่านั้น การเข้ารักษาในโรงพยาบาลเอกชนจะต้องเป็นภาวะวิกฤติหรือประสบอุบัติเหตุ การกำหนดให้เบิกค่ายาได้เฉพาะยาที่อยู่ในบัญชียาหลักแห่งชาติ การยกเลิกเบิกจ่ายค่าตอบแทนพิเศษสำหรับ

---

[605] เพ็ญศรี ดาวัลย์, "แนวทางการปรับปรุงสวัสดิการรักษาพยาบาลของข้าราชการ: กรณีนำระบบเหมาจ่าย (capitation) มาใช้" (ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต สาขาประชากรศึกษา, นครปฐม, มหิดล, ม.ป.ป.), 35–38.

[606] ราชกิจจานุเบกษา, "พระราชกฤษฎีกาเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล พ.ศ. 2521" (เล่ม ๙๕ ตอนที่ ๓๐ วันที่ ๑๖ มีนาคม พ.ศ. ๒๕๒๑, 2521).

[607] ราชกิจจานุเบกษา, "พระราชกฤษฎีกาเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล พ.ศ. 2523" (เล่ม ๙๗ ตอน ๑๗๘ วันที่ ๒๐ พฤศจิกายน ๒๕๒๓, 2523).

แพทย์ผู้ปฏิบัติงานนอกเวลา การกำหนดเพดานการเบิกค่าห้องสำหรับผู้ป่วยใน ฯลฯ[608] ทั้งหมดเพื่อให้ค่าใช้จ่ายงบประมาณเป็นไปอย่างประหยัด รัดกุม และสอดคล้องกับสภาวะเศรษฐกิจในปัจจุบัน[609]

งานศึกษาของอาจารย์เทียนฉาย กีระนันทน์ ในปี พ.ศ. 2539 แสดงให้เห็นว่าในปี พ.ศ. 2524 มีข้าราชการและลูกจ้างประจำประมาณ 1 ล้านคน (ยังไม่รวมข้าราชการทหาร) ที่อยู่ภายใต้การคุ้มครองของระบบสวัสดิการรักษาพยาบาลของข้าราชการ หลังจากนั้นเพิ่มขึ้นเป็น 1.2 ล้านคนและ 2 ล้านคนในปี พ.ศ. 2530 และ 2530 ตามลำดับเมื่อรวมข้าราชการทหารและข้าราชการบำนาญเข้าด้วยกัน อย่างไรก็ตาม ไม่มีข้อมูลจำนวนครอบครัวของข้าราชการที่ได้รับการสิทธิในสวัสดิการนี้ที่แน่นอนแต่มีการคาดประมาณว่าอยู่ที่ประมาณ 2-3 คนต่อข้าราชการ 1 คน เพราะฉะนั้นอาจกล่าวได้ว่า สวัสดิการรักษาพยาบาลของข้าราชการน่าจะครอบคลุมประชากรประมาณ 6-7 ล้านคนในทศวรรษ 2530 เมื่อพิจารณาที่งบประมาณจะพบว่าในปี พ.ศ. 2524 ได้มีการจ่ายค่ารักษาพยาบาลเป็นในสวัสดิการนี้จำนวน 988.5 ล้านบาท จากนั้นปี พ.ศ. 2530 เพิ่มขึ้นเป็น 2,801 ล้านบาท และ พ.ศ. 2534 เพิ่มขึ้นเป็น 5,100 ล้านบาท เพราะฉะนั้นจึงเท่ากับว่าในช่วงเวลาที่กล่าวมาการเพิ่มขึ้นในมูลค่าที่แท้จริง (real increase) ของรายจ่ายจะอยู่ในอัตราร้อยละ 21 ต่อปี หรืออีกนัยหนึ่งคือเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 0.8 ของในพ.ศ. 2524 เป็นร้อยละ 1.5 ของรายจ่ายรัฐบาลในปี พ.ศ. 2533 หรือเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 8.4 ในปี พ.ศ. 2524 เป็นร้อยละ 17.5 ของรายจ่ายสวัสดิการทุกประเภทในปี พ.ศ. 2533 ดังนั้นประเด็นปัญหาที่สำคัญคือรายจ่ายสวัสดิการรักษาพยาบาลของข้าราชการนี้เพิ่มขึ้นในอัตราสูงมากทั้ง ๆ ที่จำนวนข้าราชการและลูกจ้างประจำเพิ่มขึ้นเพียงเล็กน้อยเท่านั้นในช่วงเวลาดังกล่าว[610]

---

[608] เพ็ญศรี ดาวัลย์, “แนวทางการปรับปรุงสวัสดิการรักษาพยาบาลของข้าราชการ : กรณีนำระบบเหมาจ่าย (capitation) มาใช้”, 39–44.

[609] ราชกิจจานุเบกษา, “พระราชกฤษฎีกาเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล พ.ศ. 2523”.

[610] เทียนฉาย กีระนันทน์, *เศรษฐกิจการเงินสาธารณสุข*, 2539:150.

ตาราง 3.26 : งบกลางสวัสดิการค่ารักษาพยาบาลที่จ่ายจริง 2524-2534

ปี	จำนวนเงิน (ล้านบาท)
2524	988.5
2526	1,482.3
2528	2,127.7
2530	2,801.1
2531	3,155.9
2532	3,520.9
2533	4,315.6
2534	5,127.3

ที่มา : สุชาดา กีระนันทน์ 2532: 216 ; วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร 2536: 7.

รูป 12 งบกลางสวัสดิการค่ารักษาพยาบาลที่จ่ายจริง พ.ศ. 2524-2534

ที่มา: เทียนฉาย กีระนันทน์ , "เศรษฐกิจการเงินสาธารณสุข", 2539, หน้า 151.

ช่วงกลางทศวรรษ 2530 นับเป็นช่วงเวลาที่มีความพยายามผลักดันให้เกิดการปฏิรูประบบสวัสดิการรักษาพยาบาลของข้าราชการ การพยายามปฏิรูปครั้งนี้น่าจะเป็นข้อสรุปที่เห็นร่วมกันของทั้งฝ่ายกระทรวงการคลัง ซึ่งเป็นผู้รับผิดชอบงบประมาณระบบสวัสดิการรักษาพยาบาลของข้าราชการ และกลุ่มแพทย์สายปฏิรูป สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) ซึ่งมีนายแพทย์สมศักดิ์ ชุณหรัศมิ์ เป็นผู้อำนวยการ และนักวิจัยของ สวรส. อย่างนายแพทย์วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร มีบทบาทอย่างสำคัญในการเคลื่อนไหวให้ปฏิรูปสวัสดิการรักษาพยาบาลของข้าราชการ ดังจะเห็นได้ว่าในปี พ.ศ. 2538 สวรส. ได้ตั้งคณะทำงานขึ้นมาชุดหนึ่งในชื่อ "คณะกรรมการที่ปรึกษาโครงการปฏิรูประบบสวัสดิการรักษาพยาบาลของข้าราชการ" เพื่อระดมความเห็นเกี่ยวกับปฏิรูประบบสวัสดิการนี้ นายแพทย์สงวน นิตยารัมภ์พงศ์ ซึ่งขณะนั้นมีตำแหน่งเป็นรองปลัดกระทรวงสาธารณสุข ก็ได้เป็นหนึ่งในคณะกรรมการชุดนี้ด้วย คณะกรรมการรายอื่น ๆ ประกอบไปด้วยนักบริหารและนักวิชาการของกระทรวงสาธารณสุข นักวิชาการจากมหาวิทยาลัย และภาคเอกชน[611] ขณะที่ นายแพทย์วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียรและคณะทำงาน ทำหน้าที่เป็นทีมเลขานุการของคณะกรรมการฯ นับตั้งแต่กลางปี พ.ศ. 2538 ถึงต้นปี พ.ศ. 2539 คณะทำงานชุดนี้ได้มีการประชุมกันทั้งหมด 5 ครั้ง และผลของการประชุมทั้ง 5 ครั้งนี้เองได้ถูกจัดทำออกมาใน

[611] วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร, *การปฏิรูประบบสวัสดิการรักษาพยาบาลของข้าราชการ ทางเลือกเชิงนโยบาย*, 1 พิมพ์ครั้งที่, ปี 2540 (นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.), ม.ป.ป.), ภาคผนวก 2.

รูปแบบของรายงานโดยนายแพทย์วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร ในปี พ.ศ. 2540 ชื่อว่า “การปฏิรูประบบสวัสดิการรักษาพยาบาลของข้าราชการ ทางเลือกเชิงนโยบาย”[612]

ในรายงานฉบับนั้นได้เสนอว่า ปัญหาสำคัญของสวัสดิการรักษาพยาบาลของข้าราชการคือค่ารักษาพยาบาลเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วและไม่สามารถควบคุมได้ อันมีสาเหตุมาจากวิธีการจ่ายเงินตามรายบริการ (Fee for service)[613] มีการใช้ยาและตรวจวินิจฉัยอย่างฟุ่มเฟือย ขาดประสิทธิภาพและมีการเบิกเท็จ จากการศึกษาประสบการณ์จากต่างประเทศ เช่น ระบบประกันสังคมของเกาหลีใต้ ญี่ปุ่นและไต้หวัน ซึ่งใช้ระบบการจ่ายเงินตามรายบริการต่างประสบปัญหาค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพเพิ่มขึ้นจนไม่สามารถคุมได้ มีการใช้ทรัพยากรอย่างขาดเหตุผล มีต้นทุนสูงในการตรวจสอบความเหมาะสมของการใช้เทคโนโลยีการแพทย์[614] นายแพทย์วิโรจน์ได้วิเคราะห์ว่าเงื่อนไขที่ส่งผลให้ระบบการจ่ายเงินตามรายบริการดำรงอยู่และยากที่จะเปลี่ยนแปลงคือ ภาวะที่กลุ่มผลประโยชน์ที่เกี่ยวข้องกับสวัสดิการนี้ไม่ตระหนักถึงปัญหาการใช้งบประมาณที่สูงขึ้นอย่างรวดเร็ว อันได้แก่ ผู้มีสิทธิในสวัสดิการเห็นว่าเป็นสิทธิที่ควรได้ ทำให้ไม่มีแรงจูงใจทางการเงินที่จะประหยัด ตัวแทนข้าราชการยืนอยู่บนผลประโยชน์ของข้าราชการที่ยังต้องการเพิ่ม/ขยายสิทธิให้กว้างขึ้น ข้าราชการและบุคคลในครอบครัวเป็นลูกค้าหรือ “ตลาด” ที่มีศักยภาพสูงสำหรับโรงพยาบาลเอกชนโดยเฉพาะในส่วนภูมิภาค ส่งผลต่อการอำนวยความสะดวกต่อการเข้าพักและเบิกค่าใช้จ่ายให้มากขึ้น ขณะที่อีกด้านหนึ่งโรงพยาบาลรัฐก็เห็นว่าเป็นช่องทางเพิ่มรายได้นอกงบประมาณ จึงมีแรงจูงในที่จะเก็บค่าบริการในอัตราสูงที่สุดเท่าที่ระเบียบกำหนดไว้ โดยถือเป็น “รายได้เสริม” จากงบประมาณปกติที่ไม่เพียงพอ ที่สำคัญคือกรมบัญชีกลางแม้โดยบทบาทจะถือว่าเป็นผู้ซื้อบริการรายใหญ่ แต่ไม่ได้ทำหน้าที่ผู้ซื้อบริการ เช่น การตรวจสอบทางการแพทย์ การกำหนดคุณภาพและการกำกับการเบิกเท็จ (fraud claims) ท้ายที่สุดแล้วข้อเสนอเพื่อปฏิรูปสวัสดิการนี้มีความอ่อนไหวทางการเมืองสูง เพราะกระทบต่อข้าราชการโดยตรง นอกจากการไม่ตระหนักถึงการบานปลายของงบประมาณโดยผู้ที่เกี่ยวข้องแล้ว ยังมีปัญหารายประเด็นอื่น ๆ ในการขั้นตอนการเบิกจ่ายในโครงการ เช่น ปัญหาการเบิกไม่ตรงความจริง การพยายามเปลี่ยนผู้ป่วยนอกให้เป็นผู้ป่วยในเพื่อเป้าหมายที่จะเบิกค่ารักษาพยาบาล และที่สำคัญคือความแตกต่างของงบประมาณเมื่อเทียบกับระบบประกันสุขภาพโครงการอื่น ๆ ที่มีความแตกต่างอย่างชัดเจนของงบประมาณต่อหัว[615]

---

612 วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร, 2540: คำนำ.

613 วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร, 2540:6.

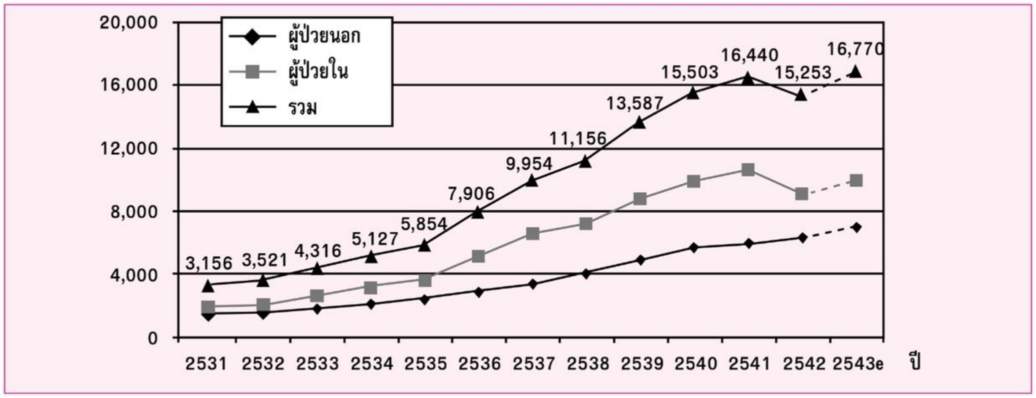
614 จิตปราณี วาศวิท วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร (อันดับสุดท้าย) และ ภูษิต ประคองสาย, “ปัจจัยในการตัดสินใจเชิงนโยบายและสิ่งท้าทายของนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า”, *วารสารวิชาการสาธารณสุข* 2547, ฉบับที่ 6 (ม.ป.ป.): 1005.

615 วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร, *การปฏิรูประบบสวัสดิการรักษาพยาบาลของข้าราชการ ทางเลือกเชิงนโยบาย*, 2540:8–9.

ปัญหาที่กล่าวมาชี้ให้เห็นว่า การจ่ายเงินผู้ให้บริการตามการบริการ (Fee for service) และการเบิกจ่ายตามที่สถานพยาบาลมีการเรียกเก็บมา (Charge-based reimbursement) ส่งผลให้เกิดการใช้บริการและทรัพยากรทางการแพทย์เกินความจำเป็น ขณะเดียวกันหน่วยงานที่เกี่ยวข้องไม่ได้เตรียมกระบวนการที่เป็นระบบในการทบทวนใบเรียกเก็บเงินของโรงพยาบาลเพื่อตรวจสอบเพื่อพิจารณาการเบิกจ่ายที่เหมาะสม กรมบัญชีกลางซึ่งเป็นผู้รับผิดชอบค่าใช้จ่ายในโครงการนี้ทำหน้าที่เพียงรับเรื่องและดำเนินการเบิกจ่ายเท่านั้น[616] การเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วของค่าใช้จ่ายเห็นได้อย่างชัดเจนระหว่างปี พ.ศ. 2531-2540 ในปี พ.ศ. 2531 ค่าใช้จ่ายของโครงการอยู่ที่ 3,156 ล้านบาท 5 ปี ถัดมาในปี พ.ศ. 2535 ค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้นเป็น 5,854 ล้านบาท และในปี พ.ศ. 2541 ค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้นถึง 16,440 ล้านบาท แสดงให้เห็นว่าระหว่างปี พ.ศ. 2531-2541 ค่าใช้จ่ายของโครงการเพิ่มขึ้นถึง 4.5 เท่า นอกจากค่าใช้จ่ายโดยรวมจะเพิ่มขึ้นอย่างมากแล้ว การเรียกเก็บค่าใช้จ่ายของโรงพยาบาลต่อครั้งระหว่างปี พ.ศ. 2539-2540 ยังสูงขึ้นเกือบเท่าตัวเมื่อเทียบกับช่วงปี พ.ศ. 2535 ซึ่งค่าใช้จ่ายทางการแพทย์กรณีผู้ป่วยนอกต่อครั้งในกรุงเทพมหานครอยู่ที่ 667 บาท แต่ในช่วงปี พ.ศ. 2539-2540 เพิ่มขึ้นเป็น 1,172 บาท ค่าใช้จ่ายของระบบที่สูงขึ้นทำให้มีการออกมาตราการระยะสั้นเพื่อควบคุมค่าใช้จ่ายในปี พ.ศ. 2541 ได้แก่การจำกัดสิทธิการเบิกค่ายาเฉพาะที่อยู่ในบัญชียาหลักแห่งชาติ การเว้นการเบิกค่าธรรมเนียมพิเศษที่สถานพยาบาลเรียกเก็บ จำกัดการเบิกค่าห้อง,ค่าอาหาร และงดการเบิกค่ารักษาพยาบาลในโรงพยาบาลเอกชนยกเว้นเฉพาะกรณีฉุกเฉิน มาตรการดังกล่าวส่งผลให้ค่าใช้จ่ายผู้ป่วยในของภาคเอกชนลดลงจาก 1,822 ล้านบาทในปีพ.ศ. 2541 เป็น 788 ล้านบาทในปี พ.ศ. 2542 อย่างไรก็ตามเมื่อดูตัวเลขค่าใช้จ่ายผู้ป่วยในของโรงพยาบาลรัฐพบว่ามีการเปลี่ยนแปลงที่น้อยมาก วิธีการจ่ายเงินยังเป็นแบบจ่ายตามบริการ (Fee for service) ไม่มีการทำสัญญาระหว่างโรงพยาบาลกับกรมบัญชีกลาง ไม่ต้องลงทะเบียนเพื่อเลือกโรงพยาบาลคู่สัญญา และไม่มีการตรวจสอบการเบิกจ่ายอย่างเป็นระบบ[617]

[616] จิรุตม์ ศรีรัตนบัลล์, “ระบบสวัสดิการรักษาพยาบาลของข้าราชการ: บทเรียนของการจ่ายตามบริการไร้การควบคุม”, 50–53.

[617] จิรุตม์ ศรีรัตนบัลล์, 50–53.



ที่มา: (1) กรมบัญชีกลาง กระทรวงการคลัง (พ.ศ. 2543)
(2) วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียรและคณะ (พ.ศ. 2543)(4)
หมายเหตุ ค่าใช้จ่ายในปีงบประมาณ 2543 เป็นตัวเลขประมาณการจากสถิติของ 6 เดือนแรกของปี

รูป 13 ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลของระบบสวัสดิการรักษาพยาบาลข้าราชการในปีงบประมาณ 2531-2543
ที่มา: จิรุตม์ ศรีรัตนบัลล์, "ระบบสวัสดิการรักษาพยาบาลของข้าราชการ: บทเรียนของการจ่ายตามการบริการที่ไร้การควบคุม" ใน ระบบประกันสุขภาพในประเทศไทย, 2544, หน้า 50.

นายแพทย์วิโรจน์ ได้มีข้อเสนอเพื่อการปฏิรูปสวัสดิการรักษาพยาบาลของข้าราชการในรายงานปี พ.ศ. 2540 ว่าต้องยึดเป้าหมายสำคัญสำหรับการปฏิรูประบบนี้คือ ต้องไม่ขยายช่องว่างความไม่เสมอภาคระหว่างโครงการประกันสุขภาพอื่น ๆ ต้องสามารถควบคุมค่ารักษาพยาบาลให้เพิ่มขึ้นในอัตราที่เหมาะสม (cost containment) โดยที่บริการยังมีคุณภาพดี (good quality of care) ต้องสามารถกำกับพฤติกรรมของผู้ให้บริการ (service providers) และผู้ป่วยให้ใช้ทรัพยากรอย่างประหยัด สมเหตุสมผล มีประสิทธิภาพ และโดยทางพฤตินัย (implicit) ต้องไม่ลดทอนสิทธิของผู้ที่อยู่ในโครงการเคยได้รับ ที่สำคัญคือต้องสอดคล้องกับการปฏิรูประบบสุขภาพที่อาจเกิดขึ้นในอนาคต หรือหวังว่าการปฏิรูปสวัสดิการของข้าราชการนี้จะเป็นตัวเร่ง ให้เกิดการปฏิรูประบบย่อยอื่น ๆ นอกจากนั้นกรมบัญชีกลางต้องมีบทบาทเป็นผู้ซื้อบริการที่เป็นฝ่ายกระทำ (pro-active purchaser) ในการกำหนดปริมาณ คุณภาพ และราคาที่ต้องการมากกว่ามีบทบาทเพียงช่องทางผ่านของเงิน (conduit) จากกรมบัญชีกลางไปยังผู้มีสิทธิ์เท่านั้น[618]

จะเห็นว่าตั้งแต่ช่วงปลายทศวรรษ 2530 ต่อเนื่องถึงช่วงต้นทศวรรษ 2540 มีงานวิจัยและผลงานวิชาการที่พูดถึงปัญหาและการปฏิรูประบบสวัสดิการรักษาพยาบาลของข้าราชการซึ่งสนับสนุนหรือตีพิมพ์โดยสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุขเผยแพร่จำนวนหลายเล่ม ได้แก่ "การปฏิรูประบบสวัสดิการรักษาพยาบาลของข้าราชการ

[618] วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร, *การปฏิรูประบบสวัสดิการรักษาพยาบาลของข้าราชการ ทางเลือกเชิงนโยบาย*, 2540:10–11.

กรณีศึกษา พ.ศ. 2538” ซึ่งมีที่มาจากงานวิจัยของนายแพทย์วิโรจน์ที่แสดงให้เห็นรายละเอียดของปัญหาว่าด้วยการตรวจสอบ และกำกับการเบิกจ่ายของระบบสวัสดิการรักษาพยาบาลของข้าราชการ เช่น การไม่สามารถกำกับความเหมาะสมสำหรับการให้ผู้ป่วยนอนโรงพยาบาล การพยายามทำให้ผู้ป่วยนอกย้ายมาเป็นผู้ป่วยในเพื่อประโยชน์ในการเบิกจ่าย ความเหมาะสมของค่ารักษาพยาบาล การไม่สามารถตรวจสอบได้ว่าผู้ป่วยนอนโรงพยาบาลจริง หรือระบุจำนวนวันนอนโรงพยาบาลจริงตามที่เบิก[619] หนังสือเรื่อง “สวัสดิการรักษาพยาบาลของข้าราชการ บนเส้นทางสู่สุขภาพ - ประสิทธิภาพ - เสมอภาค?” ที่ตีพิมพ์ช่วงต้นปี พ.ศ. 2541 ซึ่งเป็นหนังสือที่ไม่ใช่รายงานวิจัยแต่เป็นความเรียงที่ผ่านการย่อยเนื้อหาจากงานวิจัยของนายแพทย์วิโรจน์มาอีกทีหนึ่ง[620] รายงานเรื่อง “การปฏิรูปสวัสดิการรักษาพยาบาลของข้าราชการระยะที่สอง 2540-2541” ของนายแพทย์วิโรจน์ ที่เผยแพร่ในปี พ.ศ. 2542[621] และ รายงานฉบับสมบูรณ์ที่เสนอต่อกระทรวงการคลังเรื่อง “การปฏิรูประบบสวัสดิการรักษาพยาบาลข้าราชการ” ในช่วงกลางปี พ.ศ. 2543[622]

จนกระทั่งเกิดเป็นความเคลื่อนไหวสำคัญในการปฏิรูประบบสวัสดิการรักษาพยาบาลของข้าราชการในปี พ.ศ. 2543 เมื่อมีมติคณะรัฐมนตรีให้กระทรวงการคลังดำเนินการปฏิรูประบบสวัสดิการรักษาพยาบาลของข้าราชการ ภายใต้ข้อเสนอของสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข ที่มีสาระสำคัญ 4 ประการคือ (1) ใช้เพดานงบประมาณและกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วมบริหารจัดการค่ารักษาพยาบาลผู้ป่วยใน (2) ใช้ระบบเหมาจ่ายรายหัวในกรณีการรักษาผู้ป่วยนอก (3) ปรับปรุงระบบกำกับและตรวจสอบ (4) จัดทำบัญชีราคายาเพื่อใช้กำกับการเบิกจ่าย การดำเนินการตามมติคณะรัฐมนตรีได้เริ่มขึ้นหลังการเกิดขึ้นของระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า โดย สวรส. ได้เริ่มงานปฏิรูประบบสวัสดิการรักษาพยาบาลข้าราชการช่วงเดือนสิงหาคม พ.ศ. 2544 และได้ก่อตั้งสำนักงานกลางสารสนเทศบริการสุขภาพ (สกส.) ในเดือนตุลาคม เป็นหน่วยงานรับผิดชอบการปฏิรูป[623]

---

[619] วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร, นวลอนันต์ ตันติเกตุ, สุกัลยา คงสวัสดิ์ และ ถาวร กมลทิพย์, *การปฏิรูประบบสวัสดิการรักษาพยาบาลของข้าราชการ กรณีศึกษา พ.ศ. 2538*, 1 พิมพ์ครั้งที่, ปี 2540 (นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, ม.ป.ป.), 41.

[620] ปณิธาน หล่อเลิศวิทย์, *สวัสดิการรักษาพยาบาลของข้าราชการ บนเส้นทางสู่สุขภาพ-ประสิทธิภาพ-เสมอภาค*, 1 พิมพ์ครั้งที่, ปี 2541 (นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, ม.ป.ป.).

[621] จงกล เลิศเธียรดำรง วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร และ สุชาติ สรณสถาพร, “การวิจัยเพื่อปฏิรูประบบสวัสดิการรักษาพยาบาลของข้าราชการระยะที่สอง 2540-2541”, รายงานการศึกษา (นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, 26 มิถุนายน 2542).

[622] สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข คณะที่ปรึกษาของกระทรวงการคลัง, “การปฏิรูประบบสวัสดิการรักษาพยาบาลข้าราชการ”, รายงานฉบับสมบูรณ์ (นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, 2543).

[623] สุชาติ สรณสภาพร, “กลไกทางการเงินการคลังในระบบสวัสดิการรักษาพยาบาลข้าราชการ : การปฏิรูประบบสวัสดิการรักษาพยาบาล”, ใน *กลไกการเงินการคลังด้านสุขภาพของประเทศไทย (Financing mechanism)*, ปี 2547, ม.ป.ป., 65.

ดังนั้น ด้วยข้อจำกัดของการใช้ระบบสวัสดิการรักษาพยาบาลอันเกี่ยวข้องกับความมั่นคงทางการคลังของประเทศในระยะยาวและยังผูกโยงอยู่กับเสถียรภาพทางการเมือง ตลอดจนผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย จนกระทั่งเกิดเป็นข้อถกเถียงอย่างกว้างขวางและความพยายามในการเดินหน้าปรับปรุงตลอดมา ได้กลายเป็นหนึ่งในแรงผลักดันสำคัญที่ช่วยพัฒนาไปสู่ข้อเสนอเพื่อการปฏิรูปจาก "การจ่ายตามการบริการ" สู่ "ระบบเหมาจ่ายรายหัว" เพื่อขยายสิทธิให้ครอบคลุมประชาชนกลุ่มอื่นมากขึ้น ขณะเดียวกันก็สามารถหลีกเลี่ยงข้อจำกัดหลายประการเพื่อไม่ให้ซ้ำรอยแบบที่เกิดขึ้นในระบบสวัสดิการรักษาพยาบาลอย่างที่เคยเป็นมา ทั้งนี้ อีกหนึ่งระบบที่เคยมีมาอย่าง "ระบบประกันสุขภาพแบบสมัครใจ" ได้กลายเป็นประสบการณ์และแรงผลักดันสำคัญเช่นกัน ที่ชี้ให้เห็นจุดแข็งและจุดอ่อนบางประการที่ช่วยต่อยอดไปสู่ระบบเหมาจ่ายรายหัวที่จะพัฒนาอย่างรอบด้านมากขึ้น

6.1.2 พัฒนาการของโครงการบัตรสุขภาพ: ระบบประกันสุขภาพแบบสมัครใจ

โครงการบัตรสุขภาพเริ่มขึ้นในปี พ.ศ. 2526 ด้วยการผลักดันของนายแพทย์อมร นนทสุต ในฐานะส่วนหนึ่งของงานบริการตามแนวทางสาธารณสุขมูลฐานและนโยบายสุขภาพดีถ้วนหน้าขององค์การอนามัยโลก โครงการบัตรสุขภาพซึ่งในจุดเริ่มต้นมีชื่อว่า "โครงการกองทุนอนามัยแม่ละเด็ก" เกิดขึ้นในรูปแบบของกองทุนในหมู่บ้าน (Community-financing scheme) เพื่อส่งเสริมงานอนามัยแม่และเด็ก การวางแผนครอบครัว การสร้างเสริมภูมิคุ้นกันโรค และบริการรักษาพยาบาลพื้นฐาน เหล่านี้ล้วนเป็นองค์ประกอบสำคัญของงานสาธารณสุขมูลฐาน ในปีแรกได้เริ่มดำเนินงานเฉพาะในพื้นที่ซึ่งเป็นที่ตั้งของศูนย์อนามัยแม่และเด็กรวม 8 ตำบล 18 หมู่บ้าน ในพื้นที่ของ 7 จังหวัด ได้แก่ ราชบุรี เพชรบุรี ขอนแก่น ร้อยเอ็ด ลำพูน นครสวรรค์ และสงขลา โดยกำหนดให้เป็นโครงการทดลองมีระยะเวลา 3 ปีระหว่าง พ.ศ. 2526-2529[624] หลังเริ่มระยะทดลองในพื้นที่จำกัดได้เพียง 8 เดือน นายแพทย์อมร นนทสุต ได้เลื่อนตำแหน่งจากอธิบดีกรมอนามัยมาเป็นปลัดกระทรวงสาธารณสุข และได้มีคำสั่งให้ขยายโครงการบัตรสุขภาพออกไปทั่วประเทศ พร้อมกันนั้นได้เพิ่มบริการให้ครอบคลุมด้านการรักษาพยาบาลและใช้ชื่อโครงการใหม่ว่า "โครงการบัตรสุขภาพ" โดยมีเป้าหมายที่จะขยายโครงการให้ครอบคลุมถึงระดับตำบลทั่วทั้งประเทศภายใน พ.ศ. 2530[625] โครงการบัตรสุขภาพยังคงใช้วิธีบริหารกองทุนในลักษณะกองทุนหมุนเวียนในหมู่บ้าน และมีบัตรเพื่อรับสิทธิของโครงการ 2 ประเภท คือบัตรอนามัยแม่และเด็ก และบัตรครอบครัวสำหรับ

---

[624] วรรณา จารุสมบูรณ์, "กระบวนการกำหนดนโยบายสุขภาพ : กรณีศึกษาบัตรสุขภาพและการปประกันสุขภาพโดยความสมัครใจ" (สาขาวิชาสังคมศาสตร์การแพทย์และสาธารณสุข คณะสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์, นครปฐม, มหิดล, ม.ป.ป.), 53–54.

[625] วรรณา จารุสมบูรณ์, 53–54.

รักษาพยาบาลซึ่งใช้บริการได้ไม่เกินปีละ 8 ครั้งต่อบัตรและคุ้มครองค่าใช้จ่ายไม่เกิน 2,000 บาทต่อครั้ง[626] *“สมัยนั้นนายแพทย์อมร นนทสุต เริ่มโครงการบัตรสุขภาพปี 2526 ตอนนั้นมีบัตรสงเคราะห์ผู้รายได้น้อยแล้ว...ส่วนโครงการบัตรสุขภาพ 500 บาท คิดอย่างมีวิสัยทัศน์เพราะให้ชาวบ้านร่วมจ่าย ตอนนั้นเศรษฐกิจก็ตกต่ำนะ [สมัยรัฐบาลพลเอกเปรม ติณสูลานนท์] ลดค่าเงินบาท มีข่าวว่าจะไม่มีเงินเดือนจ่ายค่าราชการ มาเฟื่องฟูตอน Eastern Seaboard ถือเป็นจุดเริ่มต้นหลักประกันแบบที่ค่อยเป็นค่อยไป”* นายแพทย์ศิริวัฒน์ ทิพย์ธราดล กล่าว

จะเห็นได้ว่าจุดเริ่มต้นของโครงการบัตรสุขภาพเกิดขึ้นจากการริเริ่มของฝ่ายข้าราชการผู้กำหนดนโยบาย ไม่ใช่นโยบายของฝ่ายการเมือง เพราะฉะนั้นในช่วงแรกของการพัฒนาบัตรประกันสุขภาพต้องพบกับปัญหาสองประการคือ เกิดความไม่ลงรอยกันระยะสั้น ๆ ระหว่าง “ฝ่ายการเมือง” และ “ฝ่ายข้าราชการ” ที่มีความเข้าใจว่าโครงการบัตรสุขภาพอาจนำไปสู่การกระทบกับการดำเนินงานของโครงการ สปน. ซึ่งขณะนั้นนายเทิดพงษ์ ไชยนันทน์ รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข (พ.ศ. 2529-2531) กำลังศึกษาความเป็นไปได้ในการขยายสิทธิของโครงการ สปน. ให้ครอบคลุมประชากรที่กว้างขวางขึ้น ขณะที่ยังมีความไม่เข้าใจระหว่าง “ฝ่ายผู้กำหนดนโยบาย” และ “ฝ่ายผู้ปฏิบัติงาน” โดยผู้ปฏิบัติงานโรงพยาบาลและหน่วยบริการไม่เห็นด้วยที่ปลัดกระทรวงฯ พยายามเร่งรัดการดำเนินงานให้ครบทุกจังหวัด[627] บางจังหวัดหรือบางสถานบริการแทบจะไม่เอาด้วยกับโครงการนี้[628] แม้จะยังไม่ได้รับการขานรับอย่างเต็มที่จากฝ่ายการเมืองและผู้ปฏิบัติบางส่วน แต่นายแพทย์อมรกลับสามารถผลักดันให้โครงการบัตรสุขภาพถูกบรรจุไว้ในแผนการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 6 (พ.ศ. 2530-2534) โดยระบุให้ดำเนินงานอย่างต่อเนื่องเพื่อ *“ขยายงานบัตรสุขภาพในชนบท และริเริ่มงานในเขตเมือง เพื่อนำไปสู่การประกันสุขภาพในอนาคตที่จะอยู่บนพื้นฐานของการพึ่งตนเอง...”*[629]

หลังจากขึ้นมาเป็นปลัดกระทรวงสาธารณสุขของนายแพทย์ไพโรจน์ นิงสานนท์ (พ.ศ. 2530-31) ได้มีการปรับปรุงโครงสร้างของ “ศูนย์ปฏิบัติการบัตรสุขภาพ” มาเป็น “ศูนย์บัตรสุขภาพ” ภายใต้ความดูแลของกระทรวงสาธารณสุข ผู้อำนวยการศูนย์บัตรสุขภาพคนแรกคือ นายแพทย์ปรากรม วุฒิพงศ์ หลังจากนั้นผู้อำนวยการศูนย์

---

[626] สัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์, “โครงการบัตรประกันสุขภาพ: ระบบประกันสุขภาพภาคสมัครใจที่ได้รับการสนับสนุนจากรัฐ”, ใน *ระบบประกันสุขภาพในประเทศไทย*, 1 พิมพ์ครั้งที่ (นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, ม.ป.ป.), 91.

[627] วรรณา จารุสมบูรณ์, “กระบวนการกำหนดนโยบายสุขภาพ : กรณีศึกษาบัตรสุขภาพและการปประกันสุขภาพโดยความสมัครใจ”, 56–58.

[628] สัมภาษณ์ศาสตราจารย์กิตติคุณ ดร.เทียนฉาย กีระนันทน์, สัมภาษณ์โดย คณะผู้วิจัย, 28 พฤษภาคม 2565.

[629] สำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, “แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 6 (พ.ศ. 2530-2534)” (สำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, 2529), 88, https://www.nesdc.go.th/ewt_dl_link.php?nid=3781.

บัตรสุขภาพทุกคนล้วนเป็นคนที่ขึ้นมาจากผู้อำนวยการกองแผนงาน ขณะที่อีกด้านหนึ่งศูนย์บัตรสุขภาพเป็นองค์กรที่จัดตั้งขึ้นอย่างไม่เป็นทางการและไม่มีงบประมาณของตัวเอง การดำเนินของศูนย์บัตรสุขภาพจึงขึ้นอยู่กับนโยบายของกองแผนงานและความสนใจของเจ้าหน้าที่ซึ่งปฏิบัติงานภายในกองฯ เงื่อนไขเช่นนี้เองทำให้ช่วงหลังทศวรรษ 2530 กองแผนงานจะมีบทบาทสำคัญต่อทิศทางของโครงการบัตรสุขภาพ[630] นอกจากการเปลี่ยนแปลงเชิงโครงสร้างการบริหารงานแล้ว นายแพทย์ไพโรจน์ได้เปลี่ยนทิศทางโครงการบัตรสุขภาพมาให้ความสำคัญกับการพัฒนาเชิงระบบมากกว่าการเร่งรีบขยายโครงการ ฉะนั้นโครงการบัตรสุขภาพในยุคนี้จึงมีแนวทาง “ตรึงพื้นที่” ที่ดำเนินการแล้วให้ทำต่อไป ส่วนการเปิดพื้นที่ใหม่ให้ขึ้นอยู่กับความพร้อมของแต่ละพื้นที่

การให้ความสำคัญกับการพัฒนาเชิงระบบทำให้โครงการบัตรสุขภาพได้มีการปรับตัวในเชิงแนวคิด ปรัชญาและกลวิธีให้มีความชัดเจน โดยเฉพาะการตกผลึกในเชิงความรู้วิชาการเกี่ยวกับเรื่องการประกันสุขภาพโดยสมัครใจ (voluntary health insurance) ของโครงการ ซึ่งเป็นเรื่องที่ถูกพูดถึงในกลุ่มนักวิชาการในมหาวิทยาลัยรวมถึงข้าราชการในกระทรวงสาธารณสุข บรรยากาศทางภูมิปัญญาเช่นนี้เองนำไปสู่การก่อตั้ง “ศูนย์ศึกษานโยบายสาธารณสุข” ซึ่งเป็นความร่วมมือทางวิชาการระหว่างศูนย์บัตรสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข และมหาวิทยาลัยมหิดล เป้าหมายสำคัญของความร่วมมือนี้คือการศึกษาแนวทางพัฒนาโครงการบัตรสุขภาพไปสู่การประกันสุขภาพโดยสมัครใจ ช่วงปลายปี พ.ศ. 2531 ได้มีการประชุมวิชาการและระดมความเห็นผู้ที่เกี่ยวข้องเกี่ยวกับโครงการบัตรสุขภาพถึง 2 ครั้ง ซึ่งครั้งแรกจัดขึ้นวันที่ 18-19 สิงหาคม พ.ศ. 2531 ที่จังหวัดชลบุรี ข้อสรุปสำคัญที่ได้จากการประชุมคือโครงการบัตรสุขภาพสามารถปรับให้เป็นวิธีการหนึ่งของการประกันสุขภาพเชิงสมัครใจได้ ฉะนั้นจึงควรมีการศึกษาแนวทางปรับปรุงโครงการบัตรสุขภาพให้เข้าเป็นส่วนหนึ่งของระบบประกันสุขภาพของประเทศ ครั้งที่สองจัดขึ้นระหว่างวันที่ 22-23 ธันวาคม ในปีเดียวกัน ซึ่งเป็นการระดมความเห็นและข้อเสนอจากผู้บริหารระดับสูงของกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงมหาดไทย และ คสช. เพื่อหาแนวทางปรับปรุงโครงการบัตรสุขภาพ การประชุมครั้งนี้แสดงให้เห็นมุมมองที่แตกต่างกันต่อการพัฒนาโครงการบัตรสุขภาพ โดยฝ่ายหนึ่งเห็นว่าการประกันสุขภาพกับการพัฒนาชุมชนควรเป็นวัตถุประสงค์หลักที่ทำควบคู่กันไป ขณะที่อีกฝ่ายหนึ่งเห็นว่าการพัฒนาชุมชนเป็นเพียงเครื่องมือขยายขอบเขตการซื้อบัตรสุขภาพเท่านั้น อย่างไรก็ตามข้อสรุปร่วมกันของการ

[630] วรรณา จารุสมบูรณ์, “กระบวนการกำหนดนโยบายสุขภาพ : กรณีศึกษาบัตรสุขภาพและการปประกันสุขภาพโดยความสมัครใจ”, 69.

ระดมความเห็นครั้งนี้คือการเสนอว่าในภาพใหญ่ระดับชาติโครงการบัตรสุขภาพควรมีวัตถุประสงค์หลักไปที่เรื่อง *"การประกันสุขภาพ"*[631]

ต่อมาในปี พ.ศ. 2532 นายแพทย์สมศักดิ์ วรคามิน ปลัดกระทรวงสาธารณสุข (พ.ศ. 2531-2533) ซึ่งดำรงตำแหน่งต่อจากนายแพทย์ไพโรจน์ นิงสานนท์ ได้มอบหมายให้มีการประเมินโครงการบัตรสุขภาพไปที่สังกัดกองแผนงานที่นายแพทย์สงวน นิตยารัมพงศ์ ปฏิบัติงานอยู่ นั่นจึงเป็นจังหวะที่นายแพทย์สงวนได้ชักชวนนักวิชาการอย่างอาจารย์เทียนฉาย กีระนันทน์ มาร่วมประเมินโครงการบัตรสุขภาพ จนกระทั่งสำเร็จมาเป็นหนังสือ "การประเมินผลโครงการบัตรสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข"[632] อาจารย์เทียนฉาย กีระนันทน์ ซึ่งเป็นหนึ่งในทีมนักวิชาการในการประเมินโครงการบัตรสุขภาพในตอนนั้นมีข้อสรุปเชิงบวกที่แม้ว่ากองทุนบัตรสุขภาพจะลดต่ำในหลายพื้นที่ แต่ในบางพื้นที่สถานะของกองทุนบัตรสุขภาพก็สามารถดำเนินการได้อย่างน่าพึงพอใจและเป็นประโยชน์ โดยกล่าวถึงข้อควรพิจารณาสำคัญอย่างหนึ่งไว้ว่า *"[โครงการบัตรสุขภาพ] สามารถสร้างแรงจูงใจให้คนมีส่วนร่วมในการรักษา เป็นที่มาของ concept co-payment โดยเป็น service ที่รัฐต้องให้ แต่เสียเงินบ้างเพื่อให้เค้าทวงถามว่าเสียเงินแล้วได้อะไร ซึ่งเป็นผลในทางเศรษฐศาสตร์และจิตวิทยา...ดังนั้น การมีส่วนร่วมจ่ายคือ key สำคัญ"*[633]

อย่างไรก็ตาม นอกจากการประเมินโครงการข้างต้นแล้ว โครงการบัตรสุขภาพไม่ค่อยได้รับความสำคัญมากนักในยุคของนายแพทย์สมศักดิ์ วรคามิน ประเด็นนี้ส่งผลให้ผู้ปฏิบัติงานระดับจังหวัดบางคนเข้าใจถึงขนาดที่ว่าโครงการนี้กำลังจะถูกยกเลิก[634] จุดเปลี่ยนสำคัญที่ทำให้โครงการบัตรประกันสุขภาพเริ่มอยู่ในสายตาของฝ่ายการเมืองเป็นผลจากการผลักดันของหน่วยงานระหว่างประเทศที่ชื่อว่า สำนักงานความร่วมมือทางวิชาการของเยอรมัน (Deutsche Gesellschaft für Technische Zusammenarbeit – GTZ) สนับสนุนโดยรัฐบาลเยอรมนี[635] ในช่วงเวลาแห่งการผันผวนของโครงการบัตรประกันสุขภาพนี้ ตัวแทนของ GTZ ได้เข้าพบ

---

[631] วรรณา จารุสมบูรณ์, 62–23.

[632] เทียนฉาย กีระนันทน์, บ.ก., *การประเมินผลโครงการบัตรสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข*, 1 พิมพ์ครั้งที่, ปี 2533 (นนทบุรี: กองแผนงานสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, ม.ป.ป.).

[633] สัมภาษณ์ศาสตราจารย์กิตติคุณ ดร.เทียนฉาย กีระนันทน์.

[634] วรรณา จารุสมบูรณ์, "กระบวนการกำหนดนโยบายสุขภาพ : กรณีศึกษาบัตรสุขภาพและการปประกันสุขภาพโดยความสมัครใจ", 65–67.

[635] สำนักงานความร่วมมือทางวิชาการของเยอรมัน (he Deutsche Gesellschaft für Technische Zusammenarbeit - GTZ) เริ่มสนับสนุนด้านความร่วมมือทั่วโลกตั้งแต่ปี พ.ศ. 2518 ต่อมาในปี พ.ศ. 2554 GTZ ได้รวมเข้ากับอีกสองหน่วยงานสำนักงานบริการด้านการพัฒนาของเยอรมัน (DED) และและสำนักงานพัฒนาศักยภาพระหว่างประเทศ (InWEnt) กลายเป็น "องค์กรความร่วมมือระหว่างประเทศของเยอรมัน" หรือ Deutsche

รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขในขณะนั้นคือ นายชวน หลีกภัย ขณะดำรงตำแหน่งเป็นรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข (พ.ศ. 2531-2532) เพื่อขอให้กระทรวงฯ สนับสนุนการดำเนินงานของโครงการบัตรสุขภาพ ทำให้มีการทำหนังสือแจ้งแต่ละจังหวัดให้ดำเนินการโครงการบัตรสุขภาพต่อไป[636] จากนั้นโครงการบัตรสุขภาพเกิดเปลี่ยนแปลงครั้งสำคัญในปลายปี พ.ศ. 2535 หลังการขึ้นมารับตำแหน่งปลัดกระทรวงสาธารณสุขของนายแพทย์ไพจิตร ปวะบุตร (พ.ศ. 2535-2537)

สำหรับ GTZ ถือเป็นส่วนหนึ่งของหน่วยงานระหว่างประเทศที่สนับสนุนโครงการบัตรสุขภาพตั้งแต่เริ่มโครงการในรูปแบบของโครงการวิจัยที่จังหวัดเชียงใหม่ GTZ เห็นว่ารูปแบบของโครงการบัตรสุขภาพสามารถพัฒนาเป็นโมเดลต้นแบบสำหรับใช้ในประเทศกำลังพัฒนาอื่น ๆ ได้ การสนับสนุนโครงการวิจัยของ GTZ ในระยะที่ 1 กินเวลาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2527-2532 ขณะที่ระยะที่ 2 ของโครงการอยู่ในช่วงปี พ.ศ. 2532 ซึ่งเป็นการขยายพื้นที่วิจัยออกไปอีก 5 จังหวัด ได้แก่ มหาสารคาม ระยอง สุราษฎร์ธานี และลำปาง[637] โดยการเลือกพื้นที่จะพิจารณาจากความพร้อมของผู้บริหารในพื้นที่เป็นสำคัญ[638]

ทั้งนี้ก่อนการขึ้นมาคุมกระทรวงในตำแหน่งปลัดกระทรวงของนายแพทย์ไพจิตร ปวะบุตร การดำเนินงานของโครงการอยู่ในภาวะที่แทบไม่ได้มีพัฒนาการใด ๆ มากนัก แต่ในแง่ของปริมณฑลองค์ความรู้ทางวิชาการว่าด้วยการพัฒนาโครงการได้มีการพัฒนาขึ้นแล้วอย่างเป็นระบบ อย่างที่กล่าวไปก่อนหน้านี้ว่า “ศูนย์บัตรสุขภาพ” ซึ่งในทางปฏิบัติอยู่ในสถานะขึ้นตรงต่อการทำงานของกองแผนงานเพราะไม่ถือเป็นหน่วยงานอย่างเป็นทางการและไม่มีงบประมาณของตัวเอง เงื่อนไขเช่นนี้ได้เปิดโอกาสให้เจ้าหน้าที่ของกองแผนงานเข้ามามีบทบาทอยู่เบื้องหลังการพัฒนาโครงการบัตรสุขภาพ หนึ่งในเจ้าหน้าที่ของกองแผนงานที่สำคัญต่อการโครงการบัตรสุขภาพคือนายแพทย์วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร ที่เพิ่งจบการศึกษาปริญญาเอกด้านเศรษฐศาสตร์สาธารณสุขจากการทำวิทยานิพนธ์ที่ศึกษาเรื่องโครงการบัตรสุขภาพในจังหวัดเชียงใหม่โดยการผลักดันของนายแพทย์ประเวศ วะสี ด้วย

Gesellschaft für Internationale Zusammenarbeit (GIZ) โดยเป็นองค์กรของรัฐบาลเยอรมนี ปฏิบัติงานในนามของหน่วยงานภาครัฐและเอกชนทั้งในเยอรมนีและต่างประเทศ รวมทั้งรัฐบาลของประเทศต่าง ๆ สหภาพยุโรป สหประชาชาติ ธนาคารโลก และองค์กรที่ให้ทุนอื่นๆ เพื่อสร้างการพัฒนาอย่างยั่งยืน

[636] วรรณา จารุสมบูรณ์, “กระบวนการกำหนดนโยบายสุขภาพ : กรณีศึกษาบัตรสุขภาพและการประกันสุขภาพโดยความสมัครใจ”, 68.

[637] วรรณา จารุสมบูรณ์, 63–64.

[638] สัมภาษณ์ศาสตราจารย์กิตติคุณ ดร.เทียนฉาย กีระนันทน์.

ทุนสนับสนุนจากมูลนิธิร็อกเกอะเฟลเลอร์ที่กำลังเข้ามาปฏิบัติงานที่กองแผนงาน[639] ดังนั้น ความคิดว่าด้วยการพัฒนาระบบบัตรสุขภาพในรูปแบบ health care financing ของนายแพทย์วิโรจน์ นายแพทย์สงวน และบุคลากรบางส่วนของกองแผนงานมีส่วนไม่น้อยต่อการพัฒนาบัตรสุขภาพหลังต้นทศวรรษ 2530[640]

ดังนั้น องค์ความรู้ในระหว่างปี พ.ศ. 2530-2534 เกี่ยวกับการประกันสุขภาพ ได้กลายเป็นรากฐานที่ก่อให้เกิดการเปลี่ยนครั้งใหญ่ในปี พ.ศ. 2537 ที่เกิด “โครงการบัตรประกันสุขภาพภาคสมัครใจ” ที่รัฐร่วมสมทบ 500 บาท และครัวเรือนสมทบบัตรละ 500 บาท ซึ่งเป็นการเปลี่ยนการบริหารระบบเป็นลักษณะเงินทุนหมุนเวียนระดับชาติ ขณะเดียวกันก็ขยายสิทธิประโยชน์ของบัตรโดยไม่จำกัดจำนวนครั้งของการใช้บริการและไม่จำกัดวงเงินของการรักษา ครอบคลุมสมาชิกในครอบครัวไม่เกิน 5 คน สามารถใช้บริการที่โรงพยาบาลชุมชนโดยไม่ต้องส่งต่อจากสถานีอนามัย การขยายตัวของโครงการและเพิ่มสิทธิประโยชน์ในช่วงนี้เป็นผลพวงของโครงการบัตรประกันสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งใช้โครงการเป็นเครื่องมือในการขยายการสร้างหลักประกันให้กว้างขวางออกไป[641] หลังวิกฤติเศรษฐกิจ 2540 ความต้องการเข้าร่วมโครงการของประชาชนมากขึ้นเนื่องจากครัวเรือนมีความสามารถในการจ่ายที่ลดลง นำไปสู่การเพิ่มเงินอุดหนุนโดยรัฐที่จากเดิมสมทบ 500 บาทเพิ่มเป็น 1,000 บาท แต่จำกัดจำนวนการจำหน่ายบัตรต่อปีให้ไม่เกิน 3 ล้านบัตรต่อปี[642]

ประชากรที่เป็นกลุ่มเป้าหมายของโครงการ คือประชาชนที่มีรายได้เหนือเกณฑ์ความยากจนซึ่งไม่ได้รับบัตรผู้มีรายได้น้อยและไม่มีหลักประกันสุขภาพใด ๆ ข้อมูลจากการสำรวจอนามัยของสำนักนโยบายและแผนกระทรวงสาธารณสุขในปี พ.ศ. 2539 พบว่า สมาชิกส่วนใหญ่ของโครงการตรงตามเป้าหมายที่กำหนด อย่างไรก็ตาม ร้อยละ 27 ของสมาชิกให้ข้อมูลว่ามีรายได้ต่ำกว่าเดือนละ 2,000 บาท ซึ่งในความเป็นจริงควรเข้าเกณฑ์ของโครงการ สปร. เสียด้วยซ้ำไป จึงอาจกล่าวได้ว่าโครงการบัตรสุขภาพเสมือน “ตาข่ายความมั่นคงด้านสังคม” (Social Safety Net) ให้แก่กลุ่มคนจนที่เข้าไม่ถึงสิทธิในโครงการ สปร.[643] นอกจากนี้บัตรสุขภาพที่ได้แปลงร่างกลายมาเป็นบัตรประกันสุขภาพแสดงให้เห็นถึงความคิดในเรื่องการกระจายความเสี่ยง (Risk sharing)[644] ซึ่งกรณี

---

[639] พงศกร พอกเพิ่มดี, บ.ก., *หลังประติมาสาธารณสุข 20 เบื้องหลังการขับเคลื่อนระบบสุขภาพไทย*, 2 พิมพ์ครั้งที่, ปี 2553 (นนทบุรี: เครือข่ายร่วมพัฒนาศักยภาพผู้นำสาธารณสุขแนวใหม่ (คศน.), ม.ป.ป.), 292–94.

[640] พงศกร พอกเพิ่มดี, 2553:71–71.

[641] สัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์, “โครงการบัตรประกันสุขภาพ: ระบบประกันสุขภาพภาคสมัครใจที่ได้รับการสนับสนุนจากรัฐ”, 91–92.

[642] สัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์, 92.

[643] สัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์, 95.

[644] สัมภาษณ์ศาสตราจารย์กิตติคุณ ดร.เทียนฉาย กีระนันทน์.

นี้คือการแบ่งภาระความเสี่ยงที่จะเกิดการเจ็บป่วยไปที่รัฐครึ่งหนึ่ง ขณะที่รัฐได้เก็บสะสมเบี้ยประกันภัยไว้ใช้สำหรับกรณีที่มีผู้ประกัน/ถือบัตรเกิดเจ็บไข้ได้ป่วย หลักการกระจายในที่นี้จึงตั้งอยู่บนพื้นฐานที่เชื่อว่าโอกาสที่ผู้ถือบัตรทั้งหมดจะเจ็บป่วยพร้อมกันในเวลาเดียวกันมีอยู่น้อยมาก ซึ่งเป็นหลักการเดียวกันกับประกันภัยเอกชนเวลามา

แม้ว่าในระหว่างปี พ.ศ. 2537 – 2540 ถือเป็นช่วงเวลาที่โครงการขยายออกไปครอบคลุมประชากรมากที่สุดประมาณ 13.5 ของจำนวนประชากร[645] อย่างไรก็ดี บัตรสุขภาพสามารถครอบคลุมประชากรในกรุงเทพมหานครและเขตปริมณฑลได้น้อยมาก[646] ในกรุงเทพฯ พบว่ามีโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข 3 แห่ง คือ โรงพยาบาลนพรัตน์ราชธานี โรงพยาบาลเลิศสิน และโรงพยาบาลราชวิถี ที่ถูกกำหนดให้ต้องจำหน่ายบัตรประกันสุขภาพ แต่เพราะข้อจำกัดของการเข้าถึงประชาชน ผู้ซื้อบัตรของโครงการส่วนใหญ่จึงเป็นผู้ป่วยที่ไปรับบริการที่โรงพยาบาลนั้น ๆ อยู่แล้ว นั่นเท่ากับว่าผู้ซื้อบัตรประกันสุขภาพส่วนใหญ่เป็นกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูงและเป็นภาระค่าใช้จ่ายของโรงพยาบาล[647] ซึ่งกรณีพื้นที่กรุงเทพฯ และปริมณฑล กลายเป็นตัวอย่างสำคัญที่สะท้อนให้เห็นช่องโหว่บางประการของโครงการบัตรประกันสุขภาพภาคสมัครใจ ในขณะที่พื้นที่อื่นของประเทศ โดยทั่วไปการซื้อบัตรประกันสุขภาพสามารถซื้อเมื่อใดก็ได้ จึงทำให้ประสบปัญหาไม่ต่างกันมากนัก คือรอให้เจ็บป่วยก่อนค่อยมาซื้อเอาก็ได้[648] โดยนายแพทย์วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร ได้สรุปถึงข้อจำกัดของบัตรสุขภาพไว้อย่างชัดเจนว่า *“คนที่ป่วยแล้ว เป็น hypertension แล้ว จึงค่อยมาซื้อบัตร ปีนี้ซื้อไม่ได้ใช้ ปีหน้าไม่ซื้อละ มีแต่คนที่ ‘คุ้ม’ ที่จะ maintain membership ไว้ ดังนั้น financially มันไม่ sustain…”*[649] ด้วยเหตุนี้ แม้ว่าจุดเด่นของโครงการคือแนวคิดเรื่อง “การกระจายความเสี่ยง” แต่ในทางปฏิบัติเพื่อไปสู่การกระจายความเสี่ยงกลับเป็นจุดอ่อนสำคัญเสียเองของโครงการบัตรสุขภาพ จึงทำให้เจตนารมย์ของโครงการไม่สามารถเกิดขึ้นได้อย่างราบรื่นนัก

นอกจากนี้ เมื่อนำอัตราผู้ใช้บริการของโครงการบัตรสุขภาพมาเปรียบเทียบกับผู้ใช้บริการในโครงการประกันสังคม จะพบว่าโครงการบัตรสุขภาพมีอัตราใช้บริการมากกว่าถึงเท่าตัวในกรณีผู้ป่วยนอก และมากถึงสามเท่าสำหรับผู้ป่วยใน ปัญหานี้มีต้นเหตุจากความแตกต่างของโครงสร้างประชากรของผู้ได้สิทธิรักษาพยาบาล ในกรณีประกันสังคมผู้ได้รับสิทธิ์มักอยู่ในวัยแรงงานและมีสุขภาพค่อนข้างดี แต่ขณะที่โครงการบัตรสุขภาพมีเด็กและ

---

[645] สัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์, “โครงการบัตรประกันสุขภาพ: ระบบประกันสุขภาพภาคสมัครใจที่ได้รับการสนับสนุนจากรัฐ”, 106.

[646] สัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์, 96.

[647] สัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์, 101.

[648] สัมภาษณ์ศาสตราจารย์กิตติคุณ ดร.เทียนฉาย กีระนันทน์.

[649] ดร.นพ.วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร, สัมภาษณ์โดย คณะผู้วิจัย, 31 พฤษภาคม 2565.

ผู้สูงอายุรวมอยู่ด้วย และต้องไม่ลืมข้อสำคัญที่ว่าแนวโน้มของคนที่มีปัญหาสุขภาพจะซื้อบัตรมากกว่าคนที่สุขภาพดี[650] เห็นได้จากตัวเลขค่าใช้จ่ายเฉลี่ยต่อบัตรอยู่ที่ 2,700 บาทต่อปีนั้นมากกว่าค่าบัตร 500 บาท ซึ่งเป็นเงินของผู้ซื้อประกัน และ 1,000 บาทที่เป็นเงินอุดหนุนจากรัฐ[651] เงื่อนไขเหล่านี้ทำให้ประกันสังคมหรือระบบกันสุขภาพระบบอื่น ๆ มีการกระจายความเสี่ยงดีที่กว่าระบบบัตรประกันสุขภาพ ซึ่งในความเป็นจริงควรมีคนเข้าร่วมโครงการหลากหลายมิใช่แค่เพียงประชากรที่เสี่ยงต่อปัญหาสุขภาพ

ขณะที่มีการคาดประมาณว่าการขยายตัวของโครงการไม่น่าจะทำได้มากไปกว่าร้อยละ 15 ของประชากรทั้งหมด ซึ่งข้อเท็จจริงไม่ได้หนีห่างจากนี้มากนัก โดยในปี พ.ศ. 2543 มีผู้ได้รับสิทธิจากระบบบัตรประกันสุขภาพประมาณ 7-8 ล้านคน ถือเป็นสัดส่วนประมาณร้อยละ 12 ของจำนวนประชากรทั้งประเทศเท่านั้น[652] ฉะนั้นข้อเสนอหนึ่งในช่วงต้นทศวรรษ 2540 เพื่อมุ่งบรรลุการสร้างหลักประกันด้านการรักษาพยาบาลคือต้องเป็นระบบประกันสุขภาพ *"ภาคบังคับ"* เท่านั้น ไม่ใช่ประกันสุขภาพแบบ *"สมัครใจ"*[653] ดังนั้น แม้ว่าหลักประกันสุขภาพแบบสมัครใจไม่สำเร็จตามหลักการที่วางไว้ แต่ประสบการณ์เรื่อง "การประกันความเสี่ยงแบบสมัครใจ" และการอยู่รอดของโครงการมาจนกระทั่งทศวรรษ 2540 ได้กลายเป็นองค์ความรู้ชั้นดีที่ทำให้การปฏิรูปหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในเวลาต่อมาต้องไม่เดินทางซ้ำรอยเดิม *"การประกันสุขภาพแบบสมัครใจไม่ใช่วิธีการที่จะทำให้ประเทศประสบความสำเร็จในการประกันสุขภาพถ้วนหน้า...ต้องออกจากจุดนี้ ทิศทางนี้ใช้ไม่ได้ เพราะฉะนั้นระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าจะเป็นแบบสมัครใจไม่ได้ แต่เป็นการให้สิทธิสำหรับประชาชนทุกคน"* นายแพทย์วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร กล่าวไว้[654]

หากพิจารณาความเปลี่ยนแปลงของระบบหลักประกันสุขภาพของไทยในช่วงทศวรรษ 2530 จะพบว่าการเปลี่ยนแปลงของทุกระบบหลักประกันล้วนเชื่อมโยงเกี่ยวข้องไม่โดยทางตรงก็ทางอ้อมกับบทบาทของนายแพทย์สงวน นิตยารัมภ์พงศ์ นายแพทย์วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร และกลุ่มแพทย์สายปฏิรูปคนอื่น ๆ ดังเช่นการเกิดขึ้นของโครงการประกันสังคม (Social Security Program) ในช่วงทศวรรษ 2530 เช่นกัน ซึ่งนายแพทย์สงวน

---

[650] สัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์, "โครงการบัตรประกันสุขภาพ: ระบบประกันสุขภาพภาคสมัครใจที่ได้รับการสนับสนุนจากรัฐ", 97.

[651] วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร, "ระบบประกันสุขภาพในภาพรวมของประเทศไทย", ใน *ระบบประกันสุขภาพในประเทศไทย*, 1 พิมพ์ครั้งที่ (นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, ม.ป.ป.), 42.

[652] อัญชนา ณ ระนอง วิโรจน์ ณ ระนอง, *จากการสงเคราะห์คนจนสู่การสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า : วิวาทะของสองปรัชญาเบื้องหลัง "โครงการ 30 บาท"*, 1 พิมพ์ครั้งที่, ปี 2555 (นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.), ม.ป.ป.), 8.

[653] สัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์, "โครงการบัตรประกันสุขภาพ: ระบบประกันสุขภาพภาคสมัครใจที่ได้รับการสนับสนุนจากรัฐ", 102.

[654] พงศกร พอกเพิ่มดี, *หลังประติมาสาธารณสุข 20 เบื้องหลังการขับเคลื่อนระบบสุขภาพไทย*, 2553:295.

และนายแพทย์วิโรจน์ ต่างมีบทบาทสำคัญในการวางแนวทางของระบบ โดยประสบการณ์จากระบบประกันสังคม มีส่วนอย่างสำคัญในการอุดช่องว่างและเติมเต็มองค์ความรู้ด้านการเงินการคลังให้แก่ระบบประกันสุขภาพอื่น ๆ รวมถึงระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติด้วยในเวลาต่อมา โดยเฉพาะเรื่องระบบการจ่ายเงินแบบ "เหมาจ่ายรายหัว" (capitation)

6.2 ระบบเหมาจ่ายรายหัว (Capitation) ในระบบประกันสังคม (พ.ศ. 2533): ต้นแบบการจัดสรรงบประมาณในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

6.2.1 ความเป็นมาของระบบประกันสังคม

ประเทศไทยได้มีกฎหมายเรื่องประกันสังคมตั้งแต่ปี พ.ศ. 2495 ในสมัยจอมพล ป. พิบูลสงคราม แต่กฎหมายดังกล่าวถูกระงับการใช้เนื่องจากมีผู้คัดค้านจำนวนมาก ต่อมาในปี พ.ศ. 2515 ได้มีประกาศคณะปฏิวัติ ฉบับที่ 103 เรื่องกองทุนเงินทดแทนเพื่อจ่ายลูกจ้างเอกชนกรณีเข้ารับรักษาพยาบาลเนื่องมาจากการทำงาน จากนั้นได้มีการตั้งกองทุนเงินทดแทนขึ้นในภายใต้กรมแรงงาน กระทรวงมหาดไทยในเดือนมกราคม พ.ศ. 2517 การเกิดขึ้นของพระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. 2533 ถือเป็นการเกิดขึ้นของระบบประกันสังคมอย่างเป็นทางการครั้งแรกของประเทศไทย โดยมีการตั้งหน่วยงานที่รับผิดชอบคือสำนักงานประกันสังคม และได้โอนสำนักงานกองทุนเงินทดแทนที่มีมาก่อนนี้เข้ามาไว้ใต้หน่วยงานเดียวกัน[655]

ระบบกองทุนประกันสังคมเกิดขึ้นภายใต้พระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. 2533 ซึ่งมีไว้สำหรับลูกจ้างในภาคเอกชน ครอบคลุมสิทธิประโยชน์ 7 กรณี ได้แก่ เจ็บป่วย ทุพพลภาพ ตาย คลอดบุตร สงเคราะห์บุตร ชราภาพ และว่างงาน กองทุนประกันสังคมมีรายได้จากเงินสมทบเท่า ๆ กันของ 3 ฝ่าย ได้แก่ นายจ้าง ลูกจ้าง และรัฐบาล สำนักงานประกันสังคมเป็นผู้บริหารจัดการกองทุนใช้วิธี "เหมาจ่ายรายหัว" (Capitation) ซึ่งถือเป็นระบบประกันสุขภาพระบบแรกที่นำวิธีเหมาจ่ายรายหัวมาใช้ในประเทศไทย อันเป็นต้นแบบสำหรับระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า[656] โครงการประกันสังคมครอบคลุมการรักษาพยาบาลอันจำแนกได้เป็น 2 กองทุน คือกรณีเจ็บป่วยจากการทำงานจะคุ้มครองด้วยกองทุนเงินทดแทน ส่วนการเจ็บป่วยที่ไม่เกี่ยวข้องกับการทำงานจะคุ้มครองด้วยกองทุน

---

[655] สมพร ทองชื่นจิตต์ รังสิมา ปรีชาชาติ, "การประกันสุขภาพในระบบประกันสังคม", ใน *ระบบหลักประกันสุขภาพไทย*, 1 พิมพ์ครั้งที่, ปี 2555 (กรุงเทพฯ: สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, ม.ป.ป.), 78.

[656] วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร, วรณัน วิทยาพิภพสกุล, วริศา พาณิชเกรียงไกร, วลัยพร พัชรนฤมล, และ แอนน์ มิลส์, "การพัฒนาระบบสุขภาพในประเทศไทย: รากฐานสำคัญของการบรรลุหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า", *The Lancet* (blog), ม.ป.ป., 7, https://www.thelancet.com/pb-assets/Lancet/pdfs/S0140673618301983_Thai.pdf.

ประกันสังคม[657] กล่าวเฉพาะกองทุนประกันสังคม ในระยะเริ่มต้นปี พ.ศ. 2534 สำนักงานประกันสังคมได้ให้ความคุ้มครองแก่สถานประกอบการที่มีลูกจ้าง 20 คนขึ้นไป และต่อมาได้ขยายสู่สถานประกอบการที่มีลูกจ้าง 10 คนขึ้นไป หลังปี พ.ศ. 2545 จึงขยายสู่สถานประกอบการที่มีลูกจ้างมากกว่า 1 คน แหล่งเงินของกองทุนมาจากรัฐบาล นายจ้าง และผู้ประกันตนที่ส่งเงินสมทบเข้าในกองทุน[658] อาจารย์เทียนฉาย กีระนันทน์ ผู้คลุกคลีกับงานวิชาการด้านสาธารณสุขและระบบประกันสุขภาพได้เสนอไว้ในงานวิจัยเรื่อง “เศรษฐกิจการเงินสาธารณสุข” เช่นกันว่าการประกันสุขภาพของระบบประกันสังคมถือเป็นการประกันระบบบังคับที่วางอยู่บนฐานความคิดเรื่อง “การเฉลี่ยความเสี่ยงต่อการเจ็บป่วย เฉลี่ยความรับผิดชอบในระหว่างกลุ่มผู้เอาประกัน” ซึ่งมีเป้าหมายที่จะคุ้มครองทุกรูปแบบของการเจ็บป่วยและต้องการให้ผู้ได้รับการคุ้มครองเข้าถึงบริการได้เมื่อจำเป็นโดยไม่คำนึงถึงความแตกต่างของฐานะทางเศรษฐกิจ[659]

ทั้งนี้ภาพช่วงเวลาของการของวางระบบประกันสังคมตอนนั้น ได้มีการพิจารณารูปแบบการจ่ายค่าตอบแทนบริการทางการแพทย์ 2 รูปแบบ แบบที่หนึ่ง คือการจ่ายตอบแทนตามบริการ (Fee for service) กับแบบที่สอง คือการจ่ายค่าตอบแทนแบบเหมาจ่ายรายหัว (Capitation) โดยท้ายที่สุดแล้วคณะกรรมการการแพทย์ได้เลือกใช้วิธีเหมาจ่ายรายหัวด้วยเหตุผลหลักคือระบบเหมาจ่ายรายหัวมีความเป็นไปได้ต่อการบริหารจัดการเมื่อพิจารณาจากตัวเลขผู้ป่วยนอกที่มีอัตราเฉลี่ยการใช้บริการทางการแพทย์ 6 ล้านครั้งต่อปี หากใช้ระบบจ่ายตามการบริการแบบสวัสดิการรักษาพยาบาลของข้าราชการจะต้องมีกระบวนการตรวจสอบใบเสร็จรับเงินกว่า 6 ล้านฉบับ ซึ่งสำนักงานประกันสังคมไม่อยู่ในฐานะที่จะทำได้ เหตุผลถัดมาคือวิธีการจ่ายเงินแบบเหมาจ่ายรายหัวสามารถควบคุมต้นทุนได้ดีกว่าการจ่ายค่าตอบแทนแบบจ่ายตามการบริการ เพราะการจ่ายตามการบริการมักประสบปัญหาสถานพยาบาลและผู้ป่วยมีแนวโน้มต้องการ “ให้” และ “ใช้” บริการเพิ่มขึ้นซึ่งไม่มีความจำเป็นต่อการรักษาพยาบาล อีกทั้งยังมีปัญหาเรื่องการปลอมแปลงใบเสร็จรับเงินหรือการปลอมแปลงผู้รับบริการ เรื่องที่สามคือการใช้รูปแบบจ่ายตามการบริการอาจกระตุ้นให้เกิดการให้บริการทางการแพทย์เทคโนโลยีสูงและราคาแพงอันส่งผลให้งบประมาณของประกันสังคมถ่ายเทไปสู่สถานพยาบาลขนาดใหญ่และโรงพยาบาลเอกชนจำนวนมาก อาจทำให้กำลังคนด้านสาธารณสุขภาครัฐไหลออกไปสู่ภาคเอกชนและนำมาสู่ปัญหาการกระจุกและกระจายตัวของแพทย์ที่หนาแน่นเฉพาะในเขตเมือง และเหตุประการสุดท้ายคือข้อจำกัดด้านงบประมาณซึ่งมีการประเมินว่าหาก

---

[657] รังสิมา ปรีชาชาติ, “การประกันสุขภาพในระบบประกันสังคม”, 77.

[658] รังสิมา ปรีชาชาติ, 82.

[659] เทียนฉาย กีระนันทน์, *เศรษฐกิจการเงินสาธารณสุข*, 2539:80–81.

ใช้ระบบจ่ายตามการบริการ กองทุนประกันสังคมอาจขาดทุนประมาณปีละ 500 ล้านบาท[660] สอดคล้องกับงานของ อัญชนา ณ ระนอง ในงานวิจัยเรื่อง “การดำเนินการและการปรับตัวของประกันสังคม” ที่เห็นว่า สำนักงานประกันสังคมเลือกใช้ระบบนี้เพราะเป็นวิธีที่ประหยัดค่าใช้จ่ายในการบริหารและไม่ต้องใช้เจ้าหน้าที่จำนวนมากในการตรวจสอบการเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาล ที่สำคัญคือ สำนักงานประกันสังคมสามารถทราบค่าใช้จ่ายที่ต้องจ่ายให้สถานพยาบาลล่วงหน้า[661] อาจไม่เป็นการกล่าวที่เกินเลยนักหากจะบอกว่าการวางระบบประกันสังคมยืนอยู่บนปัญหาอันหนักอึ้งของระบบสวัสดิการรักษาพยาบาลของข้าราชการ เพราะด้วยข้อจำกัดเรื่องการเงินทได้นำมาสู่การเลือกใช้วิธีเหมาจ่ายรายหัว ซึ่งเหตุผลหลายประการล้วนอิงอยู่กับการดำเนินการในระบบสวัสดิการรักษาพยาบาลของข้าราชการไม่ว่าจะเป็นข้อกังวลถึงแนวโน้มการให้บริการเกินความจำเป็น การตรวจสอบการเบิกจ่ายย้อนหลัง และที่สำคัญคือการเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วของค่าใช้จ่ายในของสวัสดิการรักษาพยาบาลของข้าราชการซึ่งใช้วิธีการจ่ายเงินแบบจ่ายตามการบริการ

6.2.2 ระบบเหมาจ่ายรายหัว (Capitation) และ “กลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม” (Diagnostic Related group - DRG)

วิธีการ “เหมาจ่าย” เป็นหนึ่งในรูปแบบการจ่ายค่ารักษาพยาบาลที่อยู่ภายใต้ข้อตกลงที่จะได้รับการรักษาพยาบาลภายใต้การประกันนั้น ๆ วิธีนี้จะมีการกำหนดจำนวนเงินต่อหัวของผู้ซื้อประกันไว้ล่วงหน้า (Prospective) ในระยะเวลาช่วงหนึ่งที่ตกลงกัน เงินเหมาจ่ายล่วงหน้านี้จะต้องไม่สัมพันธ์กับค่าบริหารหรือค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นจากการใช้บริการเมื่อผู้ซื้อประกันได้จ่ายเงินล่วงหน้าไปแล้ว เงินเหมาจ่ายอาจจ่ายให้ผู้รับเงินซึ่งมีฐานะเป็นองค์กรที่รับประกัน (insurer) เป็นตัวกลาง (intermediary) หรือจ่ายแก่ผู้ให้บริการ (provider) เช่น แพทย์หรือสถานพยาบาล หัวใจสำคัญคือ “ผู้รับเงิน” ต้องจัดการให้บริการแก่ “ผู้จ่ายเงิน” ที่ซื้อประกันในช่วงระยะเวลาที่ตกลงกันไว้และเงื่อนไขการบริการนั้นต้องไม่เปลี่ยนแปลงไปตามจำนวนหรือปริมาณหนักเบาของการใช้บริการในช่วงเวลานั้น ๆ อย่างไรก็ตามจำนวนเงินเหมาจ่ายรายหัวตามระยะเวลาที่ตกลงกันนี้อาจเปลี่ยนแปลงได้เมื่อถึงรอบการคิดค่าประกันในอนาคตหรือเริ่มข้อตกลงว่าด้วยการซื้อประกันในรอบใหม่ แต่การปรับจำนวนเงินจะต้องไม่ใช่เพื่อการชดเชยการใช้บริการในรอบการซื้อประกันที่ผ่านไปแล้ว อาจกล่าวโดยสรุปได้ว่า เหตุผลหลัก

---

[660] สุกัลยา คงสวัสดิ์ จิรุตม์ ศรีรัตนบัลล์, *ระบบ กลไก และวิธีการจ่ายเงินค่าบริการสุขภาพ*, พิมพ์ครั้งที่ 1, 2544 (นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข , ม.ป.ป.), 17–18.

[661] ศรชัย เตรียมวรกุล อัญชนา ณ ระนอง, “การดำเนินการและการปรับตัวของโครงการประกันสังคม”, รายงานวิจัย, โครงการติดตามประเมินผลการจัดหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าปีที่หนึ่ง (2544-45) (กรุงเทพฯ: สถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย (TDRI), ม.ป.ป.), 14.

ของการใช้การจ่ายเงินแบบเหมาจ่ายรายหัวคือการควบคุมต้นทุนและค่าใช้จ่าย ทำให้มีการใช้บริการที่มีราคาแพงลดลงแทนที่ด้วยการบริการที่มีค่าใช้จ่ายต่ำกว่าแต่มีคุณภาพบริการเท่าเทียมกัน[662]

ในหนังสือ "ปฐมบทระบบประกันสุขภาพภายใต้พระราชบัญญัติประกันสังคม: ข้อเสนอและที่มา" ที่นายแพทย์สงวน นิตยารัมภ์พงศ์ ได้จัดทำขึ้นเพื่อเป็นข้อเสนอต่อคณะกรรมการแพทย์ฯ ก่อนการเกิดขึ้นของระบบประกันสังคมได้จำแนกระบบการจ่ายเงินในระบบประกันสุขภาพที่แตกต่างกันไว้ 5 รูปแบบ ***รูปแบบแรก*** คือ การจ่ายค่าตอบแทนเป็นรายการ หรือจ่ายตามการบริการ (Payment by services หรือ Fee for service) วิธีนี้เป็นรูปแบบการจ่ายเงินตามรายหน่วยย่อยของการให้บริการถูกใช้ในระบบสวัสดิการรักษาพยาบาลของข้าราชการ นายแพทย์สงวน ชี้ให้เห็นว่าปัญหาหลักของการจ่ายเงินแบบการจ่ายตามการบริการคือ *"การควบคุมต้นทุนเป็นไปได้ยากเพราะทั้งแพทย์ผู้ให้บริการและผู้ป่วยผู้รับบริการมีแนวโน้มอยากจะให้มีบริการเป็นรายการที่เพิ่มขึ้น ทำให้เกิดความฟุ่มเฟือย และการใช้บริการที่ไม่จำเป็นในบางรายการ"* อย่างไรก็ตาม ข้อดีของระบบการจ่ายตามการบริการคือผู้ป่วยและสถานพยาบาลมีความพึงพอใจประกอบกับคุณภาพการให้บริการทั่วไปจะดีกว่าระบบอื่น ๆ ***รูปแบบที่สอง*** คือ การจ่ายค่าตอบแทนเป็นรายหัว หรือที่ภายหลักมักใช้คำว่า "เหมาจ่ายรายหัว" (payment by capitation) วิธีการจ่ายค่าบริการแบบเหมาจ่ายรายหัวเป็นการจ่ายเงินให้สถานพยาบาลตามจำนวนของประชากรที่ขึ้นทะเบียนกับสถานพยาบาลนั้น ๆ สถานพยาบาลจะได้รับเงินจำนวนคงที่ตามจำนวนคนหรือ "รายหัว" ตั้งแต่เริ่มช่วงเวลาของการรับประกัน ข้อดีที่ชัดเจนที่สุดคือเรื่องของการควบคุมต้นทุน ขณะเดียวกันก็มีข้อเสียในแง่คุณภาพการให้บริการที่อาจจะต่ำ เนื่องจากผู้ให้บริการมีแนวโน้มที่จะประหยัดและให้บริการเฉพาะที่จำเป็น เพราะฉะนั้นนายแพทย์สงวนจึงเสนอว่าสิ่งที่จำเป็นและต้องทำงานควบคู่กับระบบเหมาจ่ายรายหัวคือกระบวนการควบคุมคุณภาพการให้บริการ ***รูปแบบที่สาม*** คือการจ่ายตามจำนวนวันที่อยู่ในโรงพยาบาล (payment by inclusive day) ซึ่งเป็นการจ่ายค่าตอบแทนแบบเหมาเป็นวัน ๆ การควบคุมต้นทุนตามการจ่ายแบบนี้จะเป็นไปได้ดี แต่ข้อเสียคือคุณภาพของการบริการอาจจะต่ำเนื่องจากอาจมีการจ้างบุคลากรหรือใช้ยาที่ไม่คุณภาพ นอกจากนั้นยังมีแนวโน้มที่สถานบริการจะให้ผู้ป่วยนอนโรงพยาบาลมากเกินความจำเป็น ***รูปแบบที่สี่*** คือการจ่ายตามชนิดของการวินิจฉัย (Payment by diagnosis) เป็นรูปแบบการจ่ายค่าตอบแทนตามกลุ่มอาการของโรค โดยจัดแบ่งหมวดหมู่ของโรคต่าง ๆ ให้ถือเป็นกลุ่มอาการของโรคเดียวกัน หรือที่ภายหลังมักใช้คำว่า "กลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม" (Diagnostic Related group หรือ DRG) วิธีนี้มีข้อดีคือการควบคุมต้นทุนเป็นไปได้ดี ในทางกลับกันมี

[662] เพ็ญศรี ดาวัลย์, "แนวทางการปรับปรุงสวัสดิการรักษาพยาบาลของข้าราชการ : กรณีนำระบบเหมาจ่าย (capitation) มาใช้", 62–63.

ข้อจำกัดคือต้องการกระบวนการควบคุมคุณภาพให้ได้มาตรฐานเดียวกันไม่เช่นนั้นอาจเกิดปัญหาที่สถานบริการมีแนวโน้มวินิจฉัยให้ผู้ป่วยเป็นโรคในกลุ่มที่ได้รับวงเงินจัดสรรมากกว่า และการจ่ายเงิน***รูปแบบสุดท้าย*** คือการจ่ายแบบงบประมาณรวม (Payment by Global budget) ซึ่งเป็นวิธีที่ใช้ในโครงการสงเคราะห์ผู้มีรายได้น้อย (สปน.) วิธีนี้จะจ่ายเงินเป็นงบประมาณรวมแก่สถานบริการต่าง ๆ ตามหลักเกณฑ์ซึ่งได้กำหนดขึ้น ส่วนการบริหารจัดการงบประมาณที่ได้รับจะเป็นหน้าที่ของสถานพยาบาล ระบบนี้การควบคุมต้นทุนเป็นไปได้ดีแต่มีข้อเสียที่คุณภาพการบริการอาจจะต่ำ เพราะฉะนั้นกระบวนการควบคุมคุณภาพจึงมีความจำเป็นเช่นกัน นายแพทย์สงวนเห็นว่ารูปแบบการจ่ายค่าตอบแทนที่แตกต่างกันจะมีผลกระทบต่อต้นทุนและคุณภาพที่แตกต่างกัน รวมถึงจะสัมพันธ์กับพฤติกรรมของผู้ให้บริการและแรงดึงดูดในการเข้าร่วมของสถานพยาบาล[663]

เมื่อพิจารณาบริบทแวดล้อมด้านระบบประกันสุขภาพในช่วงต้นปี พ.ศ. 2533 อันเป็นช่วงเวลาที่จัดทำรายงานข้อเสนอฉบับนี้ขึ้นมา จะพบว่าวิธีการจ่ายเงินทั้ง 5 รูปแบบที่หมอสงวนได้ทบทวนและชี้ให้เห็นข้อดีข้อเสียนั้นมีวิธีการจ่ายเงินที่ระบบประกันสุขภาพไทยบางระบบใช้อยู่แล้ว ได้แก่ และการจ่ายแบบงบประมาณรวม (Payment by Global budget) ในโครงการ สปน. หรือการจ่ายตามการบริการ (Payment by services หรือ Fee for service) ในสวัสดิการรักษาพยาบาลของข้าราชการ ส่วนวิธีจ่ายเงินแบบเหมาจ่ายรายหัว (Capitation) และการจ่ายแบบ “กลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม” (Diagnostic Related group หรือ DRG) เป็นข้อเสนอใหม่ที่ยังไม่เคยถูกนำไปปฏิบัติมาก่อนในระบบประกันสุขภาพของประเทศไทย อย่างไรก็ตามการกำเนิดขึ้นของระบบประกันสังคมในปี พ.ศ. 2533 นี้เองที่ได้มีการนำระบบการจ่ายเงินแบบเหมาจ่ายรายหัวและกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วมมาใช้เป็นครั้งแรก ซึ่งวิธีการจ่ายเงินแบบเหมาจ่ายรายหัวนี้กลายมาเป็นแกนกลางของข้อเสนอปรับปรุงระบบประกันสุขภาพระบบอื่น ๆ ไม่ว่าจะเป็นโครงการ สปน. หรือ สวัสดิการรักษาพยาบาลของข้าราชการในภายหลัง

แน่นอนว่าในรายงานฉบับที่กล่าวถึงข้างต้น นายแพทย์สงวนได้เสนอว่าวิธีการจ่ายเงินเพื่อวางรากฐานประกันสังคมที่ดีที่สุดคือการใช้วิธีการจ่ายแบบค่าตอบแทนเป็นรายหัว (Payment by capitation) เพราะ *“ทำให้เกิดการควบคุมต้นทุนได้ดีกว่า และง่ายในการบริหารจัดการเมื่อเทียบกับวิธีอื่นๆ...การจ่ายค่าตอบแทนเป็นรายหัวนี้จะจ่ายให้กับสถานบริการซึ่งเป็นผู้ประกันหลักโดยคิดตามจำนวนรายหัวที่สถานบริการต่าง ๆ เหล่านั้นต้องรับผิดชอบ โดยไม่สนใจว่าสถานบริการเหล่านั้นจะมีผู้เอาประกันจำนวนเท่าใด จะให้บริการแก่ผู้เอาประกันที่*

---

[663] สงวน นิตยารัมภ์พงศ์ และ ปฐม สวรรค์ปัญญาเลิศ, *ปฐมบทระบบประกันสุขภาพภายใต้พระราชบัญญัติประกันสังคม: ข้อเสนอและที่มา*, พิมพ์ครั้งที่ 1, 2537, ประกันสุขภาพ 13 (นนทบุรี: สำนักนโยบายและแผนสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข, ม.ป.ป.), 5–6.

เจ็บป่วยหนัก หรือเบาเพียงใด หรือไม่ได้ให้บริการเลยเพราะไม่มีผู้เจ็บป่วย การควบคุมต้นทุนและการบริหารจัดการโดยวิธีนี้จะเป็นไปได้ง่ายแต่จะต้องมีระบบการควบคุมคุณภาพของการให้บริการ"[664] อย่างไรก็ตามในข้อเสนอนี้ หมอสงวนก็ได้ชี้ให้เห็นว่าการใช้ระบบเหมาจ่ายรายหัวอาจมีแรงจูงใจต่อการเข้าร่วมของสถานพยาบาล โดยเฉพาะสถานพยาบาลเอกชนที่น้อยกว่าการจ่ายเงินแบบ "จ่ายตามการบริการ" (Payment by services) จึงเสนอไว้ว่าอาจมีวิธีในการสร้างแรงจูงใจอื่น ๆ เช่น การกำหนดให้ผู้เอาประกันจ่ายเงินเพิ่ม (Co-payment) หากต้องการใช้สถานบริการที่เป็นเอกชน การเพิ่มเงินรายหัว การจ่ายรายครั้งที่ไปรับบริการ หรืออาจออกมาในรูปแบบของการจ่ายเงินให้โรงพยาบาลในอัตราที่ไม่ต้องเท่ากันทั้งหมด แต่ให้พิจารณาที่ขนาดของโรงพยาบาล เนื่องจากโรงพยาบาลใหญ่จะมีต้นทุนการให้บริการที่สูงกว่า

ข้อสำคัญคือในรายงานฉบับนี้ นายแพทย์สงวนได้เสนอตัวเลขค่าใช้จ่ายรายหัวที่สำนักงานประกันสังคมจะต้องจ่ายให้สถานพยาบาลว่าอยู่ที่ 700 บาทต่อคนต่อปี โดยคิดคำนวนจากต้นทุนที่เหมาะสมของผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในจากการศึกษาในโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไป 89 แห่งของกระทรวงสาธารณสุขปี พ.ศ. 2533 ผลการศึกษาพบว่าต้นทุนสำหรับผู้ป่วยนอกต่อครั้งโดยเฉลี่ยอยู่ที่ 137 บาทต่อครั้ง ขณะที่ต้นทุนผู้ป่วยในต่อวันเฉลี่ย 496 บาทต่อวัน ผลการคิดคำนวณที่ได้ถูกนำมาพิจารณาร่วมกับข้อมูลอีกชุดคือจำนวนการใช้บริการในโรงพยาบาลทั้งผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน ข้อมูลชุดหลังนี้ได้รับการสำรวจโดยกระทรวงสาธารณสุขและสถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล พบว่า จำนวนผู้ป่วยนอกอยู่ที่ 2-3 ครั้ง/ปี และผู้ป่วยใน 0.35 วันต่อคนต่อปี ดังนั้น ค่าตอบแทนสำหรับสถานพยาบาลเมื่อคิดเป็นรายจ่ายต่อหัวและบวกอัตราการเพิ่มในขณะที่ดำเนินการจริงของปี พ.ศ. 2534 จะอยู่ที่ประมาณ 665 บาท/คน/ปี เมื่อเทียบกับงบประมาณของโครงการประกันสังคมจำนวน 150 ล้านบาท และมีจำนวนผู้ใช้แรงงานที่ต้องการประกันสังคม 2 ล้านคน ทำให้งบประมาณที่สามารถจ่ายได้ไม่เกิน 754.5 บาทต่อคนต่อปี เพราะฉะนั้นข้อเสนอของนายแพทย์สงวนต่องบประมาณรายหัวคือจำนวนที่อยู่ระหว่าง 665-754 บาท หรือ 700 บาทต่อคนต่อปี[665]

---

664 สงวน นิตยารัมภ์พงศ์ และ ปฐม สวรรค์ปัญญาเลิศ, 2537: 20.

665 สงวน นิตยารัมภ์พงศ์ และ ปฐม สวรรค์ปัญญาเลิศ, 2537: 21–22.

ต้นทุนผู้ป่วยนอก			
ต้นทุนผู้ป่วยนอกโดยเฉลี่ย	=	137	บาท/ครั้ง
ประมาณการปี พ.ศ. 2534	=	157	บาท/ครั้ง
ประชาชนโดยทั่วไปต้องการการดูแล	=	2-3	ครั้ง/ปี
ต้นทุนผู้ป่วยนอกรวม	=	471	บาท/คน/ปี
ต้นทุนผู้ป่วยใน			
ต้นทุนผู้ป่วยในโดยเฉลี่ย	=	496	บาท/วัน
ประมาณการปี พ.ศ. 2534	=	555	บาท/วัน
ประชาชนโดยทั่วไปต้องการการดูแล	=	0.35	วัน/คน/ปี
ต้นทุนผู้ป่วยใน	=	194	บาท/คน/ปี
ต้นทุนต่อคนรวม	=	471+194	
	=	665	บาท/คน/ปี

รูป 14 การประมาณต้นทุนสำหรับการให้บริการผู้ประกันตนต่อหัว พ.ศ. 2533

ที่มา: สงวน นิตยารัมภ์พงศ์ และ ปฐม สวรรค์ปัญญาเลิศ, “ปฐมบทระบบประดันสุขภาพภายใต้พระราชบัญญัติประกันสังคม: ข้อเสนอและที่มา, 2537, หน้า 22.

6.2.3 ก้าวย่างแรกของระบบประกันสังคม

การดำเนินงานช่วงแรกของระบบประกันสังคมพบว่า ในเดือนเมษายน พ.ศ. 2534 มีสถานประกอบการเข้าร่วม 25,789 แห่ง และเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วเป็น 30,949 แห่งในเดือนธันวาคม พ.ศ. 2535 จากนั้นยังเพิ่มขึ้นต่อเนื่องเป็น 55,623 แห่งในเดือนธันวาคม พ.ศ. 2536 จนกระทั่งเพิ่มขึ้นถึง 65,181 แห่งในช่วงสิ้นปี พ.ศ. 2537 เช่นเดียวกันกับจำนวนผู้ประกันที่เพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วจากจำนวนเพียง 2.15 ล้านคนในช่วงเริ่มต้นโครงการ เพิ่มมาเป็น 3.87 ล้านคนในปลายปี พ.ศ. 2535 จากนั้นเพิ่มเป็น 4.62 ล้านคนในเดือนธันวาคม พ.ศ. 2536 และ 4.97 ล้านคนช่วงปลายปี พ.ศ. 2537 เมื่อประกันสังคมเกิดขึ้นแล้วประมาณ 3 ปี พบว่า กองทุนประกันสังคมมีฐานะทางการเงินที่ดีมาก มีรายรับเหนือรายจ่าย อันหมายถึงมีเงินสะสมของของกองทุนอยู่เป็นจำนวนมาก ตัวเลขสิ้นปี พ.ศ. 2537 มีเงินกองทุนสะสมถึง 23,176.33 ล้านบาท แสดงให้เห็นว่าวิธีการบริหารเงินของกองทุนประกันสังคมแบบ “เหมาจ่ายรายหัว” (capitation) ในอัตรา 700 บาท ให้กับสถานพยาบาลที่ขึ้นทะเบียนรับสมาชิกประกันสังคมมีความเหมาะสม สามารถคุมยอดรายจ่ายค่ารักษาพยาบาลได้อย่างมีประสิทธิภาพ[666] ด้วยเหตุนี้จึงประเมินว่าในภาพรวมของการจัดการด้านการเงินของกองทุนประกันสังคมมีแนวโน้มของการพัฒนาการที่ดีเนื่องจากสถานะทางการเงินของกองทุนอยู่ในฐานะดีและมีแนวโน้มว่าเงินจะสะสมเพิ่มมากขึ้น ขณะที่รายจ่ายที่เป็นค่าทดแทนมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นในอัตราที่ต่ำกว่า ซึ่งส่วนหนึ่งของความสำเร็จนี้ได้ยกเครดิตให้กับระบบการเบิกจ่ายให้สถานพยาบาลในอัตราที่กำหนดแบบเหมาจ่ายรายหัว (Capitation) ที่ทำให้ผู้ให้บริการหรือสถานพยาบาลสามารถ

[666] เทียนฉาย กีระนันทน์, *เศรษฐกิจการเงินสาธารณสุข*, 2539:84.

ดำเนินงานได้โดยคุ้มทุน (cost containment) โดยจัดระบบให้บริการที่มีประสิทธิภาพสูง รวมทั้งยังส่งเสริมให้เกิดการแข่งขันในการให้บริการระหว่างสถานพยาบาลของรัฐและเอกชน[667]

ในส่วนของจำนวนเงินของการเหมาจ่าย สำนักงานประกันสังคมได้พัฒนาวิธีการและปรับอัตราเหมาจ่ายของกองทุนประกันสังคมแก่สถานพยาบาลอย่างต่อเนื่อง จากจุดเริ่มต้นที่สำนักงานประกันสังคมเหมาจ่ายที่ราคา 700 บาท เพิ่มขึ้นเป็น 800 บาทในปี พ.ศ. 2538 ถัดมาในปี พ.ศ. 2541 อัตราเหมาจ่ายถูกปรับให้แปรผกผันกับจำนวนผู้ประกันกับสถานพยาบาล กล่าวคือ ปรับเป็นการเหมาจ่ายเพิ่มเป็น 1,000 บาท สำหรับสถานพยาบาลที่มีผู้ประกันตนขึ้นทะเบียนไม่เกิน 5 หมื่นคน และอัตราเหมาจ่ายที่ 900 บาทสำหรับสถานพยาบาลทีมีผู้ประกันตนขึ้นทะเบียนเกิน 5 หมื่นคน อย่างไรก็ตามหลังปี พ.ศ. 2543 สำนักงานประกันสังคมได้กลับมาใช้อัตราเดียวกันทุกโรงพยาบาล ด้วยอัตรา 1,100 บาท[668] งานของอัญชนา ณ ระนอง แสดงให้เห็นว่าการดำเนินงานของกองทุนประกันสังคมตั้งแต่ปี พ.ศ. 2534 – 2544 กองทุนมีรายรับมากกว่ารายจ่ายมาโดยตลอดและมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปี ยกเว้นปี พ.ศ. 2540-2541 ที่ประเทศอยู่ในภาวะวิกฤติเศรษฐกิจและมีการปรับลดอัตราเงินสมทบ[669]

ปี	เงินสมทบ (ล้านบาท)	ประโยชน์ทดแทน (ล้านบาท)	ประโยชน์ทดแทน / เงินสมทบ (%)	รายรับ (ล้านบาท)	รายจ่าย (ล้านบาท)	รายรับสุทธิ (ล้านบาท)	เงินกองทุนสุทธิ (ล้านบาท)	สินทรัพย์รวม (ล้านบาท)	เงินกองทุน/สินทรัพย์รวม (เท่า)
2534	2,962	778	26.27%	3,038	785	2,253	2,256	2,256	0.999
2535	6,016	2,057	34.19%	6,273	2,152	4,121	6,373	6,374	0.999
2536	9,358	2,473	26.43%	9,914	2,737	7,177	13,550	13,550	0.999
2537	12,172	3,773	31.00%	13,787	4,060	9,727	23,277	23,784	0.979
2538	12,724	3,991	31.67%	15,500	4,631	10,869	34,024	34,350	0.991
2539	15,234	6,239	40.95%	19,028	6,760	12,268	46,415	47,070	0.986
2540	16,448	10,245	62.29%	21,477	11,045	10,432	56,773	60,677	0.936
2541	10,735	7,637	71.14%	17,605	8,362	9,243	67,567	68,870	0.981
2542	22,471	7,676	34.16%	29,070	8,547	20,523	88,562	88,990	0.995
2543	32,278	10,553	32.69%	38,442	11,754	26,688	115,060	115,772	0.994
2544	34,512	11.223	32.52%	41,459	12,970	28,489	143,298	143,473	0.998

ที่มา : รายงานประจำปี สำนักงานประกันสังคม

หมายเหตุ : - ปี 2537 เปลี่ยนวิธีบันทึกบัญชีการรับรู้รายรับ-รายจ่ายเป็นเกณฑ์ค้างรับจากเดิมใช้เกณฑ์เงินสด
- ปี 2541 ปรับลดอัตราเงินสมทบเรียกเก็บสำหรับความคุ้มครอง 4 กรณี (กรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วย คลอดบุตร ทุพพลภาพ และตาย) ทั้งสามฝ่ายจาก 1.5% เป็น 1%
- ปี 2542 ขยายความคุ้มครองและเรียกเก็บเงินสมทบเพิ่มอีก 2 กรณี คือ กรณีสงเคราะห์บุตร และชราภาพ

รูป 15 ผลการดำเนินงานและฐานะทางการเงินของกองทุนประกันสังคม

667 เทียนฉาย กีระนันทน์, 2539:89–90.

668 อัญชนา ณ ระนอง, “การดำเนินการและการปรับตัวของโครงการประกันสังคม”, 67–68.

669 อัญชนา ณ ระนอง, 44–45.

ที่มา: อัญชนา ณ ระนอง และศรชัย เตรียมวรกุล, “การดำเนินการและการปรับตัวของโครงการประกันสังคม” 2545, หน้า 45

ในภาพรวม จะเห็นว่าหัวใจสำคัญของระบบอย่างการจัดระบบการเงินการคลังได้ผ่านประสบการณ์ทดลองจากหลายระบบประกันสุขภาพในช่วงทศวรรษ 2520-30 โดยเฉพาะองค์ความรู้และแนวทางปฏิบัติจากระบบประกันสังคมที่กลายเป็นคำตอบสำคัญสำหรับการเดินหน้าเพื่อบรรลุการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าสำหรับคนไทย อย่างไรก็ตาม ต้องไม่ลืมว่ายังมีอีกสองโครงการที่เกิดขึ้นในเวลาใกล้เคียงกันอย่าง “โครงการอยุธยา” สู่ “โครงการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข (HCR)” ซึ่งเป็นการผสมผสานระหว่างการจัดการเรื่องงบประมาณและการจัดระบบบริการสาธารณสุข ซึ่งเป็นต้นแบบสำคัญของการพัฒนาไปสู่ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (UCS) ได้ในอนาคต

6.3 “โครงการอยุธยา” (พ.ศ. 2533) และโครงการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข (Health Care Reform Project - HCRP): ต้นแบบระบบบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

6.3.1 “โครงการอยุธยา” (พ.ศ. 2533)

โครงการอยุธยา มีชื่อเต็มว่า “โครงการวิจัยระบบบริการสาธารณสุขระดับจังหวัด อำเภอ และตำบล” (Health Service System Development in the Provincial, District and Sub-district Level) เป็นโครงการทดลองในรูปแบบของการทำวิจัยเชิงปฏิบัติการ หรือ Action Research เพื่อพัฒนาต้นแบบ (Model development) ระบบเชื่อมโยงระหว่างสถานบริการสาธารณสุขแต่ละระดับให้มีประสิทธิภาพ (Referral System) เน้นการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวม (Holistic Care) และสร้างความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างแพทย์และผู้ป่วยตามแนวคิดของการสาธารณสุขแบบบูรณาการ (Integrated Health System) ผลลัพธ์ที่สำคัญของโครงการนี้คือการให้ความสำคัญกับ “สถานบริการขั้นต้น” หรือระบบบริการขั้นปฐมภูมิ (Primary Care)[670] ซึ่งเป็นกุญแจที่นำไปสู่การบรรลุเป้าหมายการจัดบริการสาธารณสุขอย่างมีคุณภาพอย่างเป็นองค์รวมได้ โครงการอยุธยามีนายแพทย์สงวน นิตยารัมภ์พงศ์ ซึ่งถูกเรียกว่าเป็น “แรงผลักสำคัญ” หรือ Prime Mover[671] ของโครงการ โดยได้รับทั้งอิทธิพลทางทางความคิดเรื่องระบบบริการปฐมภูมิ และเครือข่ายทางวิชาการที่สนับสนุนโครงการวิจัยเพื่อพัฒนาต้นแบบระบบบริการในระหว่างที่เรียนในหลักสูตรนานาชาติด้านการพัฒนาสาธารณสุขของสถาบันวิจัยโรค

---

670 ซึ่งขณะนั้น หลายคนยังเรียกว่าการบริการด่านแรก (First Line Health Service)

671 รวินันท์ ศิริกนกวิไล, ทวีเกียรติ บุญยไพศาลเจริญ, และ ยงยุทธ พงษ์สุภาพ, บ.ก., *โครงการอยุธยา: ทางเลือกใหม่ระบบสาธารณสุข* (สำนักงานโครงการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข (Health Care Reform Project), 2541), 37.

เขตร้อน เมืองแอนท์เวิร์ป ประเทศเบลเยียม (Prince Leopold Institute of Tropical Medicine - ITM) ระหว่างปี พ.ศ. 2526 – 2527

การให้ความสำคัญไปที่สถานบริการระดับปฐมภูมินับเป็นอีกหนึ่งแรงบันดาลใจที่เกิดขึ้นระหว่างการศึกษาต่อที่ ITM เมืองแอนท์เวิร์ป ซึ่งมีรากฐานสำคัญคือการมองว่าแพทย์ต้องมีพันธะต่อการดูแลคนไข้แบบองค์รวมทั้งกายและจิตใจไม่ใช่เพียงดูแลเมื่อเกิดอาการเจ็บป่วยเป็นครั้งคราวเท่านั้น ขณะเดียวกันแพทย์ในหน่วยบริการปฐมภูมิก็จะทำงานร่วมกันและเชื่อมโยงกับแพทย์เฉพาะด้านในสถานบริการระดับสูงในฐานะส่วนหนึ่งของระบบบริการองค์รวม[672] นอกจากด้านองค์ความรู้แล้ว สถาบันวิจัยโรคเขตร้อนที่แอนท์เวิร์ป ยังมีบทบาทสำคัญในการผลักดันโครงการวิจัยเพื่อพัฒนาต้นแบบระบบสาธารณสุขที่เน้นความสำคัญของบริการปฐมภูมิ เพื่อเป็นการวางรากฐานและเปลี่ยนแปลงระบบบริการสาธารณสุขในประเทศต่าง ๆ ทำให้ ITM ที่แอนท์เวิร์ปเป็นผู้ผลักดันโดยตรงให้เกิดโครงการการวิจัยเพื่อพัฒนาต้นแบบเช่นนี้ในหลายพื้นที่ทั่วโลก การสนับสนุนโครงการวิจัยพัฒนาต้นแบบในประเทศไทยจึงถือเป็นหนึ่งในยุทธศาสตร์เดิมที่ต้องการขยายโครงการทดลองไปในภูมิภาคอื่น ๆ อยู่แล้วของสถาบันวิจัยโรคเขตร้อนที่แอนท์เวิร์ป ตอนแรก ITM มีแผนที่จะผลักดันโครงการในประเทศฟิลิปปินส์ แต่ด้วยสภาวะเงื่อนไขของประเทศไทยที่มีความพร้อมมากกว่า ประกอบกับความสัมพันธ์อันดีระหว่างสถาบันกับนายแพทย์สงวน นิตยารัมภ์พงศ์ นายแพทย์รวินันท์ ศิริกนกวิไล และนายแพทย์สุรเกียรติ อาชานานุภาพ ศิษย์เก่าของแอนท์เวิร์ป ที่เห็นว่าโครงการแบบนี้มีแต่ในภูมิภาคอื่น ๆ จึงต้องการนำโครงการวิจัยเพื่อพัฒนาพื้นที่ต้นแบบนี้มาทดลองทำในประเทศไทย เมื่อกลับจากเบลเยียมเพื่อมาปฏิบัติราชการที่อำเภอบัวใหญ่ จังหวัดนครราชสีมา นายแพทย์สงวนจึงได้ริเริ่มโครงการวิจัยเพื่อพัฒนาต้นแบบเป็นครั้งแรกโดยใช้พื้นที่โรงพยาบาลขุนหาญ อำเภอขุนหาญ จังหวัดศรีสะเกษ ภายใต้ชื่อ “โครงการขุนหาญ” โดยเป็นการทดลองในระดับอำเภอเท่านั้น ต่อมาช่วงต้นทศวรรษ 2530 จึงเปลี่ยนพื้นที่สำหรับวิจัยพัฒนาระบบบริการให้เป็นระดับจังหวัด จึงเลือกจังหวัดพระนครศรีอยุธยาเป็นพื้นที่ทดลอง เนื่องจากเป็นพื้นที่ที่ไม่ไกลจากกรุงเทพฯ มากนัก ทำให้ติดต่อกับกระทรวงสาธารณสุขและคณะแพทยศาสตร์รามาธิบดีสามารถทำได้สะดวก นอกจากนี้ สภาพสังคมและเศรษฐกิจของจังหวัดพระนครศรีอยุธยายังอยู่ในระดับเฉลี่ยของประเทศ (ไม่จนและรวยเกินไป) และยังได้รับความเห็นชอบจากแพทย์

---

[672] สงวน นิตยารัมภ์พงศ์, *บนเส้นทางสู่หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า*, 1 พิมพ์ครั้งที่, ปี 2548 (กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์มติชน, ม.ป.ป.), 42.

หญิงทัศนีย์ เอมอมร ซึ่งเป็นนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดอยุธยาขณะนั้น[673] จึงเป็นที่มาของโครงการอยุธยาที่เริ่มต้นขึ้นประมาณเดือนมกราคม พ.ศ. 2532

เพราะฉะนั้น “ในทางวิชาการโครงการอยุธยาจึงมีความเชื่อมโยงกับ Antwerp ค่อนข้างมาก” ดร.นายแพทย์ยงยุทธ พงษ์สุภาพ หนึ่งในคณะทำงานที่ร่วมกับนายแพทย์สงวนพัฒนาโครงการอยุธยากล่าว[674] โครงการยังได้ดำเนินงานผ่านการร่วมงานกันของ 3 ฝ่าย ได้แก่ (1) สถาบันวิจัยโรคเขตร้อนแอนท์เวิร์ป ประเทศเบลเยียม นำโดย ศาสตราจารย์ Pierre Merciner ศาสตราจารย์ Van Belen และ Wim Debecker (2) คณะแพทย์ศาสตร์รามาธิบดีมหาวิทยาลัยมหิดล (มีตัวแทนสำคัญคือ ศาสตราจารย์นายแพทย์อรรถสิทธิ์ เวชชาชีวะ คณบดีขณะนั้น และรองศาสตราจารย์ นายแพทย์สุรเกียรติ อาชานานุภาพ) และ (3) กองแผนงานกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งมีตัวแทนคือ นายแพทย์สงวน นิตยารัมภ์พงศ์ ขณะเป็นผู้อำนวยการกองแผนงาน โดยขอทุนสนับสนุนการวิจัยจากประชาคมยุโรป (ขณะที่ยังเป็น European Community)[675] นอกเหนือไปจากบทบาทของนายแพทย์อรรถสิทธิ์ที่ทำหน้าที่เจรจากับกระทรวงสาธารณสุข นายแพทย์สงวนกับนายแพทย์สุรเกียรติจัดทำข้อเสนอโครงการและงบประมาณ ยังมีนายแพทย์สมชัย (รวินันท์) ศิริกนกวิไล นายแพทย์ทวีเกียรติ บุญยไพศาลเจริญ นายแพทย์ยงยุทธ พงษ์สุภาพ นายแพทย์สมบัติ ตรีประเสริฐสุข และนายแพทย์สุวัฒน์ วิริยะพงษ์สุกิจ เป็นทีมวิชาการและเกาะติดสถานการณ์ต่อเนื่อง

ในแง่กรอบแนวคิด การส่งเสริมระบบบริการปฐมภูมิถูกทำให้เชื่อว่าเป็นแนวทางที่จะสามารถแก้ปัญหาระบบบริการสาธารณสุขในจังหวัดพระนครศรีอยุธยา ซึ่งน่าจะเป็นตัวอย่างของปัญหาว่าด้วยระบบสาธารณสุขในจังหวัดอื่น ๆ เช่นกัน ขณะนั้นเมื่อพิจารณาจำนวนและการกระจายตัวของศูนย์บริการสาธารณสุขในจังหวัดพระนครศรีอยุธยาจะพบว่า มีการกระจายหน่วยบริการไปในทุกระดับคือมีโรงพยาบาลศูนย์ 1 แห่ง โรงพยาบาลชุมชนจำนวน 12 แห่ง มีสถานีอนามัย 206 แห่ง ส่วนภาคเอกชนมีโรงพยาบาล 2 แห่ง จำนวน 150 เตียงและ 60 เตียง มีคลินิกเอกชนกว่า 50 แห่ง แม้ว่าในแง่จำนวนและการกระจายต่อพื้นที่ดูเหมือนว่าสามารถตั้งสถานบริการให้ครอบคลุมตามนโยบายการกระจายสถานบริการที่ริเริ่มมาตั้งแต่ช่วงต้นทศวรรษ 2520 แต่ในความเป็นจริงยังพบปัญหาหลายประการ

---

[673] รวินันท์ ศิริกนกวิไล, ทวีเกียรติ บุญยไพศาลเจริญ, และ ยงยุทธ พงษ์สุภาพ, *โครงการอยุธยา: ทางเลือกใหม่ระบบสาธารณสุข*, 20.

[674] สัมภาษณ์ ดร.นายแพทย์ยงยุทธ พงษ์สุภาพ, คณะผู้วิจัย, 7 มิถุนายน 2565.

[675] รวินันท์ ศิริกนกวิไล, ทวีเกียรติ บุญยไพศาลเจริญ, และ ยงยุทธ พงษ์สุภาพ, *โครงการอยุธยา: ทางเลือกใหม่ระบบสาธารณสุข*, 13.

ปัญหาแรกว่าด้วยระบบสาธารณสุขของจังหวัดมีปัญหาการกระจุกของการให้บริการที่โรงพยาบาลศูนย์ ทั้ง ๆ ที่หน่วยบริการระดับตำบลที่ใกล้ชิดประชาชนมากที่สุดแต่กลับไม่ได้รับความเชื่อถือศรัทธาจากคนในพื้นที่บริการ ทำให้ผู้คนมองข้ามบริการของสถานีอนามัยไปรับบริการที่โรงพยาบาลศูนย์ ทำให้ปริมาณผู้ป่วยหนาแน่นตามโรงพยาบาลศูนย์ ทั้ง ๆ ที่บริการหลายอย่างเป็นบริการที่สถานีอนามัยและโรงพยาบาลชุมชนสามารถทำได้[676] ดังนั้น หน่วยบริการยังมีลักษณะที่แข่งขันกัน (Competition) มากกว่าส่งเสริมซึ่งกันและกัน (Complementary) ตลอดจนมีความซ้ำซ้อนในบทบาทหน้าที่ระหว่างโรงพยาบาลกับสถานีอนามัย ปัญหาบริการสาธารณสุขที่มักรวมอยู่ที่โรงพยาบาลศูนย์ยังทำให้เห็น***ปัญหาต่อมาคือ*** การขาดคุณภาพ (Lack of quality of care) ของหน่วยบริการปฐมภูมิ ดังเช่นการที่สถานีอนามัยไม่สามารถสร้างความเชื่อมั่นในกลุ่มประชาชนในพื้นที่บริการ ***ปัญหาที่สาม*** จึงเป็นเรื่องความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยกับสถานบริการ เนื่องจากโรงพยาบาลศูนย์กลายเป็นศูนย์กลางของการให้บริการสาธารณสุขในทุกระดับตั้งแต่ปฐมภูมิ (Primary Care) ถึงทุติยภูมิ (Secondary Care) ระบบบริการทำนองนี้ทำให้ผู้ป่วยและสถานบริการไม่ได้มีความสัมพันธ์ที่ดีต่อกัน ซึ่งจะส่งผลต่อคุณภาพการให้บริการที่แย่ลงด้วย ***ปัญหาสุดท้าย*** คือการเติบโตขึ้นอย่างรวดเร็วของหน่วยบริการภาคเอกชน เพราะกว่าร้อยละ 50 ของประชากรในจังหวัดไม่มีหลักประกันสุขภาพ ยิ่งเมื่อพิจารณาควบคู่กับการเติบโตขึ้นของบริการสาธารณสุขเอกชน ยิ่งทำให้ภาพความไม่เสมอภาคของการเข้าถึงบริการสาธารณสุขชัดเจนมากยิ่งขึ้น โดยเป็นการตอกย้ำปัญหาเรื่อง "ขาดความเสมอภาคในการเข้าถึงบริการ (Inequity)" ต่อการเข้าถึงบริการสาธารณสุขที่ดำรงอยู่แล้วให้แย่ลงไปอีก เพราะไม่ใช่ทุกคนที่สามารถเข้าถึงบริการสาธารณสุขเอกชนได้ ขณะที่คลินิกเอกชนก็ไม่มีการแบ่งเขตรับผิดชอบประชากรและไม่สามารถสร้างความสัมพันธ์ที่ดีกับชุมชน

จากปัญหาหลัก 4 ประการข้างต้น สิ่งที่โครงการอยุธยาพยายามสร้างคือ "รูปแบบการให้บริการสาธารณสุขในอุดมคติ" (Ideal health service) ที่ให้บริการสาธารณสุขในพื้นที่แบบบูรณาการ กล่าวคือ การพัฒนาหน่วยบริการระดับต่าง ๆ อย่างเป็นองค์รวม (Integrated health care system) ทำความเข้าใจปัญหาของผู้ป่วยแบบองค์รวม ต้องไม่มีความซ้ำซ้อนระหว่างสถานบริการในแต่ละระดับ โรงพยาบาลจะรับผิดชอบเฉพาะผู้ป่วยที่มีอาการซับซ้อนส่วนผู้ที่เจ็บป่วยไม่มากควรอยู่ในความรับผิดชอบของบริการที่ใกล้ชิดกับชุมชน และสุดท้ายคือสร้างความเชื่อมโยงของศูนย์บริการแต่ละระดับให้เอื้อต่อการส่งต่อผู้ป่วยระหว่างกัน[677] หรือตามคำอธิบายของ

---

[676] โครงการวิจัยอยุธยาและสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, *องค์รวมแห่งสาธารณสุข : ภูมิปัญญาจากการวิจัยระบบสาธารณสุข*, 1 พิมพ์ครั้งที่, ปี 253? (สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, ม.ป.ป.), 1–3.

[677] โครงการวิจัยอยุธยาและสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, 253?4–5.

นายแพทย์สงวนที่ว่า “*ระบบบริการที่มีคนไข้เป็นศูนย์กลาง แพทย์ในสถานบริการระดับต้นหรือปฐมภูมิจะต้องดูแลคนไข้แบบรู้จักคนไข้ทั้งคน เป็นเจ้าของคนไข้ ตามดูแลคนไข้จนหายจริง ๆ ไม่ใช่รักษาคนไข้ตามที่คนไข้มาหาเป็นครั้ง ๆ ซึ่งการจะทำเช่นนี้ได้จะต้องมีการประสานงานกันอย่างดีระหว่างสถานบริการระดับต้นกับโรงพยาบาลขนาดใหญ่*”[678]

ตามหลักการข้างต้นหัวใจจึงอยู่ที่การออกแบบระบบบริการปฐมภูมิ (Primary Care) ซึ่งเงื่อนไขของสถานบริการปฐมภูมิคือต้องตั้งอยู่ในชุมชน (Decentralization) มีจำนวนประชากรที่รับผิดชอบที่จำกัดในจำนวนที่ไม่มากและไม่น้อยจนเกินไป (Appropriate coverage plan) มีเจ้าหน้าที่ประจำที่มีความสามารถหลายด้านไม่เฉพาะทาง (Polyvalent) ขนาดของสถานบริการต้องไม่ใหญ่ไปจนขัดขวางความสัมพันธ์ระหว่างประชาชนและสถานบริการ (Minimum package) สามารถให้บริการอย่างสม่ำเสมอตามความจำเป็นที่ประชาชนต้องการ (Permanent service) และสามารถเป็นที่ปรึกษาของประชาชนในการตัดสินใจส่งต่อได้อย่างถูกต้อง (Family consultation) อย่างไรก็ตาม เนื่องจากในพื้นที่เมืองของจังหวัดไม่มีหน่วยบริการปฐมภูมิที่เข้าเงื่อนไขตามหลักการนี้ คณะทำงานจึงประสานงานองค์กรท้องถิ่นจนนำไปสู่การสร้างสถานบริการปฐมภูมิในเขตเมืองและเรียกว่า “ศูนย์แพทย์ชุมชนเมืองนครศรีอยุธยา” (คลินิกรัฐบาล) ในพื้นที่เขตเทศบาลเมืองนครศรีอยุธยา กำหนดพื้นที่และจำนวนประชากรในความรับผิดชอบ 5,000 คน โดยจัดระบบบริการสาธารณสุขใหม่โดยมีแพทย์เวชปฏิบัติ 1 คนทำหน้าที่ให้บริการดูแลผู้ป่วยและครอบครัวอย่างเบ็ดเสร็จและผสมผสาน (Comprehensive care) และสร้างกลไกเชื่อมโยงกับโรงพยาบาลศูนย์เสมือนว่าเป็นหน่วยงานเดียวกัน ขณะที่ในพื้นที่ชนบทได้เลือกสถานีอนามัย 3 แห่งในพื้นที่อำเภอนครหลวง จัดตั้งทีมทำงานและแพทย์ออกไปนิเทศงานสถานีอนามัย ทำแผนบริการสุขภาพอย่างครอบคลุม (Coverage plan) สำหรับประชากรในพื้นที่ จัดระบบบริการสาธารณสุขให้ใกล้เคียงกับศูนย์การแพทย์ในพื้นที่เมืองเพียงแต่ไม่มีแพทย์อยู่ประจำ ส่วนในพื้นที่ชานเมือง (Peri-urban) เลือกดำเนินงานในสถานีอนามัย 2 แห่งใช้รูปแบบการทำงานแบบเดียวในพื้นที่ชนบท[679] ในกรณีศูนย์แพทย์ชุมชนซึ่งรับผิดชอบประชากร 5,000 คน นอกจากทำหน้าที่เป็นหน่วยบริการปฐมภูมิในอุดมคติแล้วยังได้ดำเนินการออกแบบประกันสุขภาพสำหรับประชากรที่ยังไม่มีประกันสุขภาพใด ๆ โดยเก็บเงินค่าบริการเริ่มที่ 70 บาทและเพิ่มราคาในภายหลัง

---

[678] สงวน นิตยารัมภ์พงศ์, *งานกับอุดมคติของชีวิต*, ปี 255?, ม.ป.ป., 118.

[679] โครงการวิจัยอยุธยาและสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, *องค์รวมแห่งสาธารณสุ : ภูมิปัญญาจากการวิจัยระบบสาธารณสุข*, 253?8–10.

ผลจากการดำเนินการนี้คือการ “ทดลองสร้างพื้นที่ซึ่งทุกคนมีหลักประกันสุขภาพ” ประกอบด้วยผู้ที่มีสิทธิโครงการ สปน. สวัสดิการรักษาพยาบาลข้าราชการ และประกันสังคมจะได้รับสิทธิตามที่ตนเองมี ส่วนผู้ที่ยังไม่มีสิทธิในโครงการใด ๆ เลย จะถูกจัดให้อยู่ในโครงการทดลองโดยได้รับบริการสุขภาพภายใต้ค่าบริการ 70-100 บาทต่อการเจ็บป่วยหนึ่งครั้ง มีระบบการส่งต่อกรณีป่วยหนักโดยศูนย์การแพทย์จะเป็นผู้รับผิดชอบค่าใช้จ่าย ในเรื่องนี้นายแพทย์สงวนบันทึกไว้อย่างน่าสนใจว่าประสบการณ์จากโครงการอยุธยาที่กลายเป็นบทเรียนต่อการสร้างระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าที่สำคัญประการหนึ่งคือ การ “ปฏิรูปการเงินการคลัง” เพื่อขจัดอุปสรรคในการเข้าถึงการรักษาพยาบาลโดยไม่ต้องกังวลเรื่องเงิน ไม่ว่าจะป่วยน้อยและเข้ารักษาที่หน่วยบริการใกล้บ้านหรือป่วยมากจนต้องรับการรักษาที่โรงพยาบาลใหญ่ ผู้ป่วยจะเสียค่าบริการเท่ากัน ซึ่งถือเป็นการ “เฉลี่ยทุกข์เฉลี่ยสุข”[680] หรืออาจเรียกได้ว่า *“โครงการ 70 บาทดูแลสุขภาพทุกมิติและรักษาทุกโรคให้กับประชาชน หรือจะเรียกว่า 70 บาทรักษาทุกโรคก็ได้”*[681]

ดังนั้น นอกจากการคำนึงถึงการสร้างระบบบริการสาธารณสุขในระดับ Primary care ให้เข้มแข็งแล้ว เงื่อนไขประการที่สองคือต้องนำรูปแบบการประกันสุขภาพที่เหมาะสมมาใช้ภายใต้ฐานคิดว่าบริการรักษาพยาบาลควรเป็นสิทธิขั้นพื้นฐานของมนุษย์ เพราะหากไม่มีระบบประกันสุขภาพการพัฒนา Primary care ให้เข้มแข็งก็ไม่สามารถเกิดขึ้นได้ *“Primary care กับ Health Insurance จะต้องควบคู่กันไปอันจะก่อให้เกิดความสามารถและความประหยัดในการใช้บริการสาธารณสุข”*[682] ข้อสรุป 2 ประการข้างต้นแสดงให้เห็นหมุดหมายที่ถูกปักไว้แล้วอันเป็นข้อค้นพบจากโครงการนี้คือการสร้างหลักประกันสุขภาพซึ่งเป็น “สิทธิขั้นพื้นฐาน” ของคนที่ไม่ใช่ “การสงเคราะห์” เฉพาะผู้ที่ขาดแคลนอย่างที่ทำกันอยู่ ข้อเสนอจากโครงการอยุธยายังมองว่าการสร้างหลักประกันไม่ใช่ความสำเร็จในตัวเอง แต่เป็นส่วนหนึ่งของการหนุนเสริมให้เกิดระบบบริการสาธารณสุขที่มีคุณภาพอย่างแท้จริง ดังนั้น โครงการอยุธยากลายเป็นแม่แบบสำคัญที่ในภายหลังโครงการลักษณะนี้ได้ขยายการทดลองออกไปอีกหลายพื้นที่ โดยดำเนินการและสนับสนุนงบประมาณที่อยู่ภายใต้ความรับผิดชอบของกระทรวงสาธารณสุขในชื่อว่า Health Care Reform Project หรือ โครงการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข[683] โครงการในระยะแรกดำเนินการ

---

[680] สงวน นิตยารัมภ์พงศ์, *บนเส้นทางสู่หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า*, 2548:43–45.

[681] สงวน นิตยารัมภ์พงศ์, 2548:65.

[682] โครงการวิจัยอยุธยาและสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, *องค์รวมแห่งสาธารณสุข : ภูมิปัญญาจากการวิจัยระบบสาธารณสุข*, 253?134–35.

[683] สงวน นิตยารัมภ์พงศ์, *บนเส้นทางสู่หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า*, 2548: 66.

ระหว่าง พ.ศ. 2539 – 2542 จำนวน 5 จังหวัด พระนครศรีอยุธยา ขอนแก่น ยโสธร พะเยา สงขลา[684] และรายโครงการย่อยในพื้นที่อื่น ๆ เช่น สมุทรสาคร นครสวรรค์ นครราชสีมา พิษณุโลก กรุงเทพฯ[685] และอำเภอบ้านแพ้วในสมุทรสาคร ฯลฯ

6.2.2 Health Care Reform Project (HCR) หรือ โครงการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข

เดิมทีกระทรวงสาธารณสุขได้พัฒนาข้อเสนอสำหรับปฏิรูประบบสุขภาพไทยมาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2537[686] คาดการณ์ว่าโครงการอยุธยาน่าจะเป็นรูปแบบการปฏิรูประบบสาธารณสุขที่สอดคล้องกับเป้าหมายปฏิรูประบบบริการของกระทรวง ทำให้โครงการอยุธยากลายเป็นต้นแบบขององค์ความรู้ที่ถูกนำไปปฏิบัติในโครงการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข (Health Care Reform Project - HCR)[687] ซึ่งถือเป็นการยกระดับความสำคัญของโครงการวิจัยและพัฒนาระบบบริการให้อยู่ภายใต้ความรับผิดชอบของของกระทรวงสาธารณสุขโดยตรงร่วมกับสหภาพยุโรป โครงการ HCR เริ่มดำเนินการระหว่าง พ.ศ. 2539-2542 ได้รับเงินสนับสนุนจากสหภาพยุโรปจำนวน 4,000,000 ECUs[688] และงบประมาณปกติของรัฐบาลไทย 60,000,000 ECUs[689] โดยเป็นการทำงานในรูปแบบโครงการวิจัยและพัฒนา และการวิจัยเชิงนโยบายเพื่อหารูปแบบบริการสาธารณสุขที่เหมาะสมในด้านประสิทธิภาพ (Efficiency) ความเสมอภาค (Equity) คุณภาพบริการที่ดี (Quality of care) และสังคมเข้ามามีส่วนร่วมตรวจสอบได้ (Social accountability) มีกรอบการดำเนินงาน 4 ด้านคือ การวิจัยและพัฒนาระดับนโยบาย การพัฒนาโครงสร้างการจัดระบบบริการสาธารณสุขและการพัฒนารูปแบบการจัดระบบบริการสาธารณสุขในพื้นที่ (Field Model Development) การพัฒนาบุคลากร และการมีส่วนร่วมของชุมชนและการประสานองค์กรต่าง ๆ โดยได้กำหนด 10 เรื่องย่อยที่ต้องปฏิรูป ได้แก่ (1) ระบบการเงินการคลังสาธารณสุข (2) ระบบประกันสุขภาพและสวัสดิการด้านสาธารณสุข (3) การเพิ่มประสิทธิภาพของโรงพยาบาลรัฐ (4) การพัฒนาคุณภาพบริการขั้นปฐมภูมิ (5) การปรับบทบาทสถานบริการสาธารณสุข (6) การพัฒนาระบบการศึกษาต่อเนื่อง

---

684 โครงการความร่วมมือระหว่างรัฐบาลไทยและสหภาพยุโรป, *ยุทธศาสตร์โครงการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุขและผลการดำเนินงาน ปี 2540*, 1 พิมพ์ครั้งที่, ปี 2541 (นนทบุรี: โครงการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข, ม.ป.ป.), 20.

685 สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ, บ.ก., *25 ปี ขบวนการแพทย์ชนบทกับแผ่นดินไทย*, พิมพ์ครั้งที่ 1, 2546 (กรุงเทพฯ: องค์กรอนามัยโลก, ม.ป.ป.), 172.

686 สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ, 2546:170.

687 สงวน นิตยารัมภ์พงศ์, *บนเส้นทางสู่หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า*, 2548:66.

688 ECUS (European Currency Unit) เป็นสกุลเงินที่ใช้ในกลุ่มสมาชิกของประชาคมเศรษฐกิจยุโรป (European Economic Community - EEC) ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2522 ก่อนที่จะมีการพัฒนาเป็นสหภาพยุโรป (European Union) และมีการใช้สกุลเงินยูโร (EUR) ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2542 จนกระทั่งปัจจุบัน

689 โครงการความร่วมมือระหว่างรัฐบาลไทยและสหภาพยุโรป, *โครงการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข Health Care Reform Project*, พิมพ์ครั้งที่ 1, 2540 (นนทบุรี: โครงการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข, ม.ป.ป.), 14.

สำหรับบุคลากรสาธารณสุข (7) การพัฒนาคุณภาพและการประกันคุณภาพบริการสาธารณสุข (8) บทบาทของรัฐและเอกชนในการจัดบริการสาธารณสุข (9) กฎหมายสาธารณสุข (10) การสังเคราะห์นโยบายสาธารณสุข[690]

หนึ่งนัยยะสำคัญของการเปลี่ยนผ่านจากโครงการอยุธยาสู่โครงการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข หรือ HCR มีมากกว่าการขยายพื้นที่ทดลอง แต่เป็นการแสดงให้เห็นถึงการ "ปักหลักองค์ความรู้" ที่ถูกพัฒนาโดยแพทย์สายปฏิรูป องค์ความรู้ว่าด้วยการขยับจากการเป็นทางเลือกหนึ่งของการพัฒนาระบบสู่การเป็นข้อเสนอและยุทธศาสตร์การปฏิรูปโดยกระทรวงสาธารณสุข หนึ่งในยุทธศาสตร์ที่แทบจะเรียกได้ว่าถอดแบบมาจากโครงการอยุธยาเลยก็คือ "ยุทธศาสตร์การปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข (Health service delivery)" ที่ระบุว่าต้องสร้างความเข้มแข็งของสถานพยาบาลระดับต้นหรือสถานพยาบาลปฐมภูมิ (Primary Care) ปรับบทบาทของโรงพยาบาลไม่ให้ซ้ำซ้อน พร้อม ๆ กับการพัฒนากลไกเชื่อมโยงระบบบริการสาธารณสุขระดับอื่น ๆ ให้เกิดระบบบริการสุขภาพแบบบูรณาการ[691] ขณะที่ยุทธศาสตร์ที่สัมพันธ์ต่อการสร้างระบบหลักประกันสุขภาพและต่อยอดมาจากข้อเสนอในโครงการอยุธยาคือ "การปฏิรูปการเงินการคลังสาธารณสุข" (Health care financing reform) ที่ต้องการพัฒนาระบบการคลังรวมหมู่ (Collective financing) ผ่านการสร้างระบบประกันสุขภาพแห่งชาติ (National health insurance) กล่าวคือ การทำให้คนทุกคนอยู่ภายใต้ระบบหลักประกันระบบใดระบบหนึ่งภายใต้ข้อบังคับตามกฎหมาย โดยประชาชนไม่ต้องจ่ายเงินให้ผู้รับบริการโดยตรงแต่จ่ายล่วงหน้าให้หน่วยงานที่รับประกันซึ่งทำหน้าที่เป็นผู้ซื้อบริการ (Purchaser) นอกจากนี้ยุทธศาสตร์ย่อยอื่น ๆ ของโครงการ HCR ยังแสดงให้เห็นว่า หัวใจสำคัญของโครงการ 30 บาทที่เกิดขึ้นในเวลาต่อมา จริง ๆ แล้วได้ถูกระบุให้เป็นยุทธศาสตร์เพื่อปฏิรูประบบบริการสาธารณสุขมาแล้วก่อนหน้าในโครงการนี้ อาทิเช่น การผลักดันให้ใช้ระบบการจ่ายเงินให้แก่ผู้ให้บริการรูปแบบเหมาจ่ายรายหัว (Capitation payment) และระบบจ่ายตามรายโรค (Diagnostic related payment) หรือ DRG มาใช้แทนการจ่ายรายบริการ (Fee for service)[692]

ในช่วงเริ่มต้นของโครงการ HCR พื้นที่ทดลองทั้ง 5 จังหวัดต้องดำเนินการหาต้นทุนการจัดบริการ (unit cost) ของสถานพยาบาลแต่ละระดับซึ่งสัมพันธ์โดยตรงกับการเปลี่ยนแปลงหลักเกณฑ์การจัดสรรงบประมาณ ซึ่งจังหวัดขอนแก่นและพะเยาเป็น 2 จังหวัดที่เริ่มใช้ระบบเหมาจ่ายรายหัวสำหรับผู้ป่วยนอก และ DRG สำหรับ

---

[690] โครงการความร่วมมือระหว่างรัฐบาลไทยและสหภาพยุโรป, 2540:11–13.

[691] สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ, *25 ปี ขบวนการแพทย์ชนบทกับแผ่นดินไทย*, 2546:170.

[692] โครงการความร่วมมือระหว่างรัฐบาลไทยและสหภาพยุโรป, *ยุทธศาสตร์โครงการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุขและผลการดำเนินงาน ปี 2540*, 2541: 8–9.

ผู้ป่วยในตั้งแต่ปีแรกของโครงการฯ ส่วนจังหวัดอื่น ๆ อยู่ในช่วงดำเนินงานเพื่อปรับใช้ระบบจัดสรรงบประมาณแบบใหม่เช่นกัน[693] การดำเนินงานของโครงการ HCR ก่อให้เกิดการนำองค์กรความรู้ว่าด้วยการปฏิรูปการคลังไปปฏิบัติจริงในทุกพื้นที่ เช่น การขึ้นทะเบียนประชากรในพื้นที่รับผิดชอบ การพัฒนารูปแบบการส่งต่อและการเงินสำหรับผู้ป่วยที่ต้องส่งไปโรงพยาบาลใหญ่ ดำเนินการทำสัญญาซื้อขายบริการสาธารณสุข การจัดตั้งกองทุนโดยรวมงบจากแหล่งต่าง ๆ และจัดสรรเงินให้โรงพยาบาลที่ทำหน้าที่เป็น Main Contractor ฯลฯ[694] นายแพทย์สงวนได้ประเมินในภายหลังว่าการดำเนินงานในพื้นที่เหล่านี้ เป็นทั้งการสร้างฐานทางปัญญาและฐานกำลังคนในพื้นที่ซึ่งเมื่อเกิดโครงการ 30 รักษาทุกโรคพื้นที่เหล่านี้สามารถดำเนินนโยบายได้เร็วกว่าพื้นที่อื่น[695]

อย่างไรก็ตาม แม้จะมีคุณูปการของการพัฒนาระบบสาธารณสุขและเป็นฐานสำคัญต่อการเกิดขึ้นของระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า โครงการ HCR ได้ประสบกับข้อคิดเห็นที่แตกต่างในระหว่างดำเนินงาน กล่าวคือหัวหน้าทีม (team leader) ชาวต่างชาติที่เป็นตัวแทนของสหภาพยุโรปบางส่วนไม่เห็นด้วยกับโครงการนี้ ขณะเดียวกันก็มีอุปสรรคที่เกิดขึ้นจากทีมประเมินการทำงานเห็นว่าการดำเนินงานเมื่อผ่านไประยะหนึ่งแล้วไม่ได้สำเร็จตามเป้าหมายที่ตั้งไว้ ทำให้ผลการประเมินโครงการไม่สามารถผ่านเกณฑ์ อย่างไรก็ตาม ได้เกิดการประเมินโครงการใหม่ซ้ำอีกครั้ง ทำให้โครงการ HCR สามารถดำเนินงานในระยะต่อไปได้[696]

ในภาพรวมอาจกล่าวได้ว่า การดำเนินงานและบทเรียนจากโครงการอยุธยาสู่โครงการ HCR เป็นส่วนสำคัญที่นำมาซึ่งการออกแบบแนวทางสำหรับการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ดังปรากฏในหนังสือเล่มสำคัญของนายแพทย์สงวนที่เขียนขึ้นระหว่างการทำโครงการ HCR ชื่อว่า “ปฏิรูประบบบริการสุขภาพไทย”[697] โดยตั้งใจเขียนไว้เพื่อจัดระบบความคิดของตนเองและสื่อสารกับคนที่เกี่ยวข้อง เนื้อหาที่ปรากฏในหนังสือเล่มนี้จึงกลายเป็นหลักฐานชิ้นสำคัญของกระบวนการตกผลึกความคิดและแนวทางการพัฒนาระบบสาธารณสุขในห้วงขณะที่นายแพทย์สงวนอยู่ระหว่างพัฒนาโครงการ HCR ซึ่งความคิดหลายเรื่องได้ไปปรากฏอีกครั้งในการนำเสนอโครงการหลักประสุขภาพถ้วนหน้าให้แก่บรรดาพรรคการเมืองต่อมา ประเด็นหนึ่งที่กล่าวถึงในหนังสือเล่มนี้คือ “สูตรการปฏิรูป 5 ประการ” อันประกอบไปด้วย **ประการแรก** การจัดระบบการเงินการคลังรวมหมู่เพื่อแก้ปัญหา

---

693 โครงการความร่วมมือระหว่างรัฐบาลไทยและสหภาพยุโรป, 2541: 44.

694 โครงการความร่วมมือระหว่างรัฐบาลไทยและสหภาพยุโรป, 2541:22–30.

695 สงวน นิตยารัมภ์พงศ์, *บนเส้นทางสู่หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า*, 2548: 66.

696 สัมภาษณ์ศาสตราจารย์เกียรติคุณ ดร.ทวีทอง หงษ์วิวัฒน์, คณะผู้วิจัย, 15 มิถุนายน 2565.

697 สงวน นิตยารัมภ์พงศ์, *ปฏิรูประบบบริการสุขภาพไทย*, พิมพ์ครั้งที่ 4, 2547 (นนทบุรี: สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.), ม.ป.ป.).

คนไม่มีเงินจนไม่สามารถเข้าไม่ถึงบริการ โดยนำภาษีมารวมเป็นกองทุนที่สามารถกำกับระบบบริการให้เป็นไปในแนวทางที่เหมาะสม **ประการที่สอง** การพัฒนาสถานพยาบาลใกล้บ้านให้มีความเข็มแข็ง กระจายเทคโนโลยีออกไปอย่างทั่วถึงไม่ให้กระจุกในเมือง **ประการที่สาม** การปรับความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยกับวิชาชีพให้มีระบบหมอประจำครอบครัวและสถานบริการใกล้บ้านที่สามารถให้บริการอย่างเป็นองค์รวม **ประการที่สี่** การปฏิรูประบบกำลังคนเพื่อรองรับบริการแบบใหม่ และ**ประการสุดท้าย** การสร้างกระบวนการให้สังคมตระหนักรู้ร่วมกันไม่ใช้ทำกันเฉพาะในวงการแพทย์[698] ซึ่งสูตรการปฏิรูปนี้ได้ถูกนำมาพัฒนาต่อและปฏิบัติจริงในฐานะส่วนหนึ่งของโครงการสร้างระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าหลังปี พ.ศ. 2544

---

[698] สงวน นิตยารัมภ์พงศ์, *งานกับอุดมคติของชีวิต*, 2551: 68–69.

สรุป

เส้นทางการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าล้วนประกอบร่างมาจากรอยต่อของหลายเหตุการณ์ตั้งแต่ต้นทศวรรษ 2530 โดยมีองคาพยพของแพทย์นักปฏิรูปโดยเฉพาะนายแพทย์สงวน นิตยารัมภ์พงศ์ และนายแพทย์วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร รวมถึงทีมงานจากหลากหลายแขนงทั้งจากข้าราชการประจำ นักบริหาร นักนโยบาย นักวางแผน นักวิชาการทั้งในและนอกวงการสาธารณสุข ที่อยู่เบื้องหลังของพัฒนาการระบบสุขภาพหลายระบบ ซึ่งอาจเป็นการเข้าไปเรียนรู้วิเคราะห์ข้อดีและข้อเสียของระบบที่ดำเนินการอยู่แล้ว การผลิตสร้างองค์ความรู้ การผลักดันนโยบายเพื่อพัฒนาระบบใหม่ ๆ รวมทั้งเป็นผู้มีบทบาทอย่างสำคัญกระตุ้นและผลักดันให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในระบบประกันสุขภาพของประเทศไทยทั้งโดยตรงและโดยอ้อม

เส้นทางแรกเริ่มจากการสร้างข้อเสนอแนะการปฏิรูประบบสวัสดิการรักษาพยาบาลของข้าราชการ โดยสัมพันธ์กับบทบาทของนายแพทย์สมศักดิ์ ชุณหรัศมิ์ ในฐานะผู้อำนวยการคนแรกของสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) หรือนายแพทย์สงวนซึ่งเป็นหนึ่งในคณะกรรมการเพื่อการปฏิรูปสวัสดิการรักษาพยาบาลของข้าราชการ และที่สำคัญคือบทบาทของนายแพทย์วิโรจน์ที่ทำหน้าที่ผลิตความรู้งานวิจัยอันเป็นหลักฐานเชิงประจักษ์ที่แสดงให้เห็นปัญหาของระบบสวัสดิการรักษาพยาบาลของข้าราชการ และเสนอให้เปลี่ยนระบบการจ่ายเงินจากการจ่ายตามการบริการมาเป็นแบบเหมาจ่ายรายหัวที่ท้ายที่สุด แม้จะไม่ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงก็ตามที เส้นทางต่อมาคือการเปลี่ยนแปลงของระบบบัตรสุขภาพที่ “ศูนย์บัตรสุขภาพ” รับผิดชอบโครงการนี้ภายใต้การทำงานของกองแผนงานมาตั้งแต่ปลายทศวรรษ 2520 ทำให้เกิดการร่วมกันถกเถียงและศึกษาแลกเปลี่ยนระหว่างนักวิชาการด้านสาธารณสุขโดยตรง (เช่น นายแพทย์สงวนและนายแพทย์วิโรจน์) ซึ่งปฏิบัติงานภายในกองแผนงานฯ ได้ผลิตงานวิชาการ ร่วมกับนักวิชาการด้านเศรษฐศาสตร์ (และเศรษฐศาสตร์สาธารณสุข) แถวหน้าของประเทศ ที่ภายหลังข้อเสนอถูกนำไปปฏิบัติจนเกิดเป็นแนวคิดการกระจายความเสี่ยงและระบบร่วมจ่ายระหว่างรัฐและผู้ซื้อประกันในโครงการบัตรสุขภาพ (พ.ศ. 2537)

ในเวลาใกล้กันยังมีเส้นทางของประกันสังคมที่นำมาซึ่งข้อสรุปเชิงความรู้อันสำคัญยิ่งอันเป็น “แกนหมุน” ของการผลักดันให้เกิดการเปลี่ยนแปลงต่อระบบประกันสุขภาพทุกระบบ คือการบริหารงบประมาณในระบบสุขภาพแบบที่มี “วินัยการเงินการคลัง” ซึ่งเรียกว่าระบบการเหมาจ่ายรายหัว (Capitation) ซึ่งได้ชี้ให้เห็นปัญหาของการที่งบประมาณเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วและผลกระทบของวิธีการจ่ายเงินแบบจ่ายตามบริการ (Fee for service) การใช้ยาและตรวจวินิจฉัยอย่างฟุ่มเฟือย ขาดประสิทธิภาพ มีการเบิกเท็จ ระบบเหมาจ่ายรายหัวและ

การจ่ายตามกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วมที่มีการกำหนดเพดานงบประมาณกรณีของผู้ป่วยในจึงเป็นทางออกที่ดีที่สุดของระบบประกันสุขภาพของไทย

นอกจากนี้ แนวคิดการดูแลสุขภาพปฐมภูมิประกอบกับความมุ่งมั่นที่จะปฏิรูปสุขภาพ “ทั้งระบบ” นำไปสู่ “โครงการอยุธยา” เป็นการทดลองวิจัยเชิงปฏิบัติของนายแพทย์สงวนสงวนที่ได้เคยทดลองในระดับอำเภอ (อำเภอขุนหาญ จังหวัดศรีสะเกษ) และขยายมาสู่ระดับจังหวัดพระนครศรีอยุธยา ภายใต้ความร่วมมือจากแผนงานสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข ศูนย์เวชศาสตร์ชุมชนคณะแพทย์ศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี และสถาบันวิจัยโรคเขตร้อน ประเทศเบลเยียม โครงการดังกล่าวกลายเป็นต้นแบบของระบบสาธารณสุขแบบบูรณาการ โดยใช้สถานพยาบาลปฐมภูมิ (Primary care) เป็นหน่วยสำคัญในการให้บริการทางสุขภาพแก่ประชาชน และยังมีการทดลองใช้รูปแบบการจัดเก็บค่ารักษาพยาบาลในลักษณะการเหมาจ่ายในอัตราเดียวกัน “70 บาทรักษาทุกโรค” ซึ่งเป็นการเน้นแนวทาง “เฉลี่ยทุกข์เฉลี่ยสุข” ทั้งชุมชน และได้ต่อยอดเป็นโครงการปฏิรูประบบสาธารณสุข (HCR) ระดับประเทศต่อมา

ดังนั้น จึงไม่เป็นการกล่าวที่เกินจริงเลยว่าเส้นทางการเปลี่ยนแปลงของระบบรักษาพยาบาลและประกันสุขภาพที่ผ่านมา ประกอบกับการโครงการทดลองเพื่อบูรณาการระบบสาธารณสุขทั้งมิติการเงิน การจัดการและการให้บริการ ทั้งหมดนี้ภายหลังได้กลายเป็นประสบการณ์ที่จะถูกคัดสรรเพื่อต่อยอด ปรับปรุง หรือผนวกรวมเข้าเป็นส่วนหนึ่งของโครงสร้างระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติในปี พ.ศ. 2544 กระนั้นก็ตาม บรรยากาศของการสร้างองค์ความรู้ การทดลองโครงการ และการผลักดันแนวคิดลงสู่การปฏิบัติในช่วงทศวรรษ 2530 ดังที่กล่าวมาข้างต้นมิอาจเกิดขึ้นได้ หากบรรยากาศทางการเมือง เศรษฐกิจ และสังคมไม่เอื้ออำนวยต่อกระบวนทัศน์ทางความคิด การได้รับความร่วมมือจากตัวแสดงทั้งในและนอกแวดวงสาธารณสุข ไปจนกระทั่งยุทธวิธีการเคลื่อนไหวเพื่อปฏิรูประบบสาธารณสุขจากทั้งจากภายในและภายนอกโครงสร้างกระทรวงสาธารณสุข ดังนั้นจึงชวนผู้อ่านไปพิจารณาถึงบรรยากาศในสังคมไทยและความเคลื่อนไหวของแวดวงสาธารณสุขในช่วงทศวรรษ 2530 โดยละเอียดในบทถัดไป

บทที่ 7
การขยายตัวของเครือข่ายและองค์ความรู้ในระบบสุขภาพ กับการปฏิรูปผ่าน “ใน” และ “นอก” โครงสร้างกระทรวงสาธารณสุข (ทศวรรษ 2530)

บทนำ

พัฒนาการของระบบหลักประกันสุขภาพที่มีอยู่อย่างหลากหลายโดยเฉพาะในช่วงทศวรรษ 2530 ในบทก่อนหน้า (ระบบ สปร. สวัสดิการข้าราชการ ระบบประกันสังคม ควบคู่กับโครงการอยุธยาและปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข) จะเกิดขึ้นไม่ได้หากไม่มี “การตลกผลึกทางความคิด” เกี่ยวกับแนวทางการปฏิรูปอยู่เบื้องหลัง โดยเฉพาะความคิดในเรื่อง “การดูแลสุขภาพแบบองค์รวม” (Holistic Health) ซึ่งเป็นผลมาจากการเผชิญปัญหาเชิงระบบเกี่ยวกับการเติบโตขึ้นของโรงพยาบาลเอกชน ปัญหาด้านกำลังคน และการขยายตัวของงบประมาณ หรือปัญหาเชิงสุขภาพที่วิถีชีวิตคนเปลี่ยนทำให้สุขภาพเปลี่ยนแปลง ซึ่งเกี่ยวพันอย่างแยกไม่ออกจากโครงสร้างการเมือง เศรษฐกิจ และสังคมไทยในทศวรรษ 2530 ความซับซ้อนของเรื่องสุขภาพจึงเป็นที่มาของการดูแลสุขภาพแบบองค์รวม ข้อคิดสำคัญประการหนึ่ง คือ การแก้ไขปัญหาสาธารณสุขในช่วงเวลาที่สภาพสังคม โรคภัย และการดำรงชีวิตเปลี่ยนแปลงไป จำเป็นต้องพิจารณาปัจจัยอื่น ๆ ที่แวดล้อมสภาพชีวิตของผู้คนไปพร้อมกัน ไม่ว่าจะเป็นเรื่องโภชนาการ การทำเกษตรกรรม สิ่งแวดล้อมและภัยธรรมชาติ สถานะการเงิน รวมถึงคุณค่าและภูมิปัญญาของชาวบ้าน สิ่งเหล่านี้นำมาซึ่งความสำคัญของพัฒนาระบบสาธารณสุขแบบครอบคลุมทั้งมิติร่างกายและจิตใจ ซึ่งนั่นทำให้ความรู้ด้านเศรษฐศาสตร์ สังคมศาสตร์ หรือมานุษยวิทยา เข้ามามีส่วนร่วมอย่างสำคัญในการแสวงหาทางออกให้แก่ระบบสาธารณสุขที่กำลังเผชิญกับปัญหาหลายด้าน

มรดกที่สำคัญอีกอย่างหนึ่งของบริบททางการเมืองเศรษฐกิจและสังคมของไทยในทศวรรษ 2530 ที่จะมีต่อการขบวนการเคลื่อนไหวเพื่อปฏิรูประบบสาธารณสุข คือ สภาพแวดล้อมที่ผลักดันให้เกิดการเติบโตของแนวคิด “ภาคประชาสังคม” อันส่งผลต่อการเพิ่มบทบาทของภาคประชาชนเพื่อถ่วงดุลอำนาจรัฐราชการและทุนธุรกิจ เงื่อนไขดังกล่าวได้กระตุ้นความคิดเรื่อง “สิทธิมนุษยชน” ที่กินความถึง “สิทธิในการเข้าถึงระบบสุขภาพ” ซึ่งกลายเป็นแรงผลักดันให้เกิดพัฒนาการก้าวสำคัญของแวดวงสาธารณสุขในช่วงทศวรรษ 2530 โดยมีผลต่อการขยายตัวของ “พรมแดนความรู้” และ “เครือข่ายปฏิรูป” ระบบสุขภาพซึ่งมีสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.)

เป็นแกนสำคัญ จนกระทั่งนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงความสัมพันธ์ทางอำนาจในระบบสาธารณสุขอย่างถึงรากในช่วงกลางทศวรรษ 2540 ต่อไป ดังนั้นควรเริ่มพิจารณาจากบริบททางการเมือง เศรษฐกิจ และสังคมอันเป็นสารตั้งต้นของแนวทางการปฏิรูประบบสุขภาพในช่วงทศวรรษ 2530

7.1 การเมือง เศรษฐกิจและสังคมไทยในทศวรรษ 2530 กับการเติบโตของภาคประชาสังคม

ในต้นทศวรรษ 2530 เกิดการเปลี่ยนผ่านทางการเมืองครั้งสำคัญเมื่อพลเอกเปรม ติณสูลานนท์ ตัดสินใจลงจากอำนาจหลังดำรงตำแหน่งนายกรัฐมนตรีมากว่า 8 ปี ตำแหน่งนายกรัฐมนตรีจึงถูกส่งต่อไปที่พลเอกชาติชาย ชุณหะวัณ (พ.ศ. 2531-2534) ซึ่งถือว่าเป็นนายกรัฐมนตรีที่มาจากการเลือกตั้งคนแรกในรอบเกือบสิบปีที่ผ่านมา การเปลี่ยนแปลงครั้งนี้ไม่เพียงแต่เป็นการเปลี่ยนตัวนายกรัฐมนตรีเท่านั้น หากแต่ยังหมายถึงการถอยห่างจากเวทีการเมืองของฝ่ายกองทัพซึ่งเป็นผู้คุมระบบการเมืองมาตั้งแต่ช่วงหลังกรณี 6 ตุลาคม (พ.ศ. 2519) ฉะนั้น การดำรงตำแหน่งนายกรัฐมนตรีของพลเอกชาติชายจึงก่อให้เกิดการ "ปรับเปลี่ยน" ความสัมพันธ์ภายในการเมืองอีกครั้งระหว่างกองทัพ รัฐสภา ภาคธุรกิจเอกชน และองค์กรภาคประชาสังคม

รัฐบาลพลเอกชาติชาย ชุณหะวัณ มีเป้าหมายที่จะลดอำนาจของข้าราชการและบทบาทกองทัพซึ่งเป็นโครงสร้างสำคัญที่ "ค้ำยัน" การดำรงอยู่ของรัฐบาลก่อนหน้า ขณะเดียวกันก็ได้พยายามเพิ่มอำนาจให้สมาชิกสภาผู้แทนราษฎรและรัฐมนตรีให้มีอำนาจมากขึ้น[699] เห็นได้จากการตั้งบุคคลที่ไม่อยู่ภายใต้อิทธิพลของกองทัพให้ดำรงตำแหน่งรัฐมนตรีประจำกระทรวงสำคัญ ๆ (ดังเช่นกรณีนายชวน หลีกภัย สมาชิกสภาผู้แทนราษฎรที่ดำรงตำแหน่งรองนายกรัฐมนตรีและรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข ในรัฐบาลของพลเอกชาติชาย) ยังมีการผลักดันให้รัฐสภาตัดงบประมาณด้านกลาโหม การกำหนดนโยบายเหล่านี้สะท้อนให้เห็นภาวะที่ทหารถูกลดบทบาทลง ซึ่งแน่นอนว่าข้าราชการโดยเฉพาะจากฝ่ายกองทัพไม่พอใจที่ถูกรัฐบาลพลเอกชาติชายลดทอนอำนาจที่เคยมีมา[700]

การลดบทบาททางการเมืองของฝ่ายกองทัพได้เปิดพื้นที่ให้ฝ่าย "ธุรกิจเอกชน" และ "ภาคประชาสังคม" เติบโตขึ้นและพยายามเข้าไปมีบทบาททางการเมืองได้อย่างเต็มที่ตั้งแต่ต้นทศวรรษ 2530 ฝ่ายธุรกิจเอกชนต้องการระบบการเมืองแบบประชาธิปไตยที่อำนาจการตัดสินใจอยู่ที่รัฐสภา ขณะที่ภาคประชาสังคมต้องการให้มี

---

[699] อุเชนทร์ เชียงเสน, *ประวัติศาสตร์การเมืองภาคประชาชน : ความคิดและปฏิบัติการของ "นักกิจกรรมทางการเมือง" ในปัจจุบัน*, (วิทยานิพนธ์, สาขารัฐศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, 2556), 91.

[700] คริส เบเคอร์ และผาสุก พงษ์ไพจิตร, *ประวัติศาสตร์ไทยร่วมสมัย* (กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์มติชน, 2564), 343-344.

การปฏิรูปการเมืองด้วยการแก้ไขรัฐธรรมนูญอย่างถึงรากถึงโคน เพื่อเปลี่ยนดุลอำนาจระหว่างรัฐและประชาสังคม อย่างไรก็ตาม ในความเป็นจริงการพึ่งกลไกของรัฐสภากลับไม่สามารถก่อให้เกิดการปฏิรูปการเมืองและแก้ไขรัฐธรรมนูญตามที่ภาคประชาสังคมตั้งใจไว้ เนื่องจากนักธุรกิจที่ไหลเข้าสู่ระบบการเมืองด้วยกลไกรัฐสภาล้วนมีจุดหมายเพื่อหาผลประโยชน์ไม่ต่างไปจากเดิม ผลที่เกิดขึ้นจึงเป็นการประนีประนอมและการแบ่งสรรอำนาจระหว่างข้าราชการกับนักธุรกิจ/นักการเมืองตั้งแต่ระดับท้องถิ่นไปจนถึงระดับชาติ จุดเริ่มต้นของทศวรรษ 2530 กลายเป็นว่าระบบการเมืองไทยหวนกลับไปสู่การเมืองแบบยุคก่อนหน้า ซึ่งภาคประชาสังคมมองว่าภาวะเช่นนี้ไม่เอื้อต่อการผลักดันให้เกิดการปฏิรูประบบการเมือง[701] นอกจากการประนีประนอมระหว่างสองพลังข้างต้นในพื้นที่การเมืองแล้ว ผลพวงที่ตามมาจากภาวะดังกล่าวซึ่งกระทบต่อการทำงานของภาคประชาสังคมโดยเฉพาะองค์กรพัฒนาเอกชนหรือกลุ่มเอ็นจีโอ (NGOs) คือการที่โครงการต่าง ๆ ของรัฐมุ่งแสวงหากำไรจากการใช้ทรัพยากรจนส่งผลเสียต่อชุมชนท้องถิ่น เงื่อนไขนี้ทำให้การเมืองภาคประชาสังคมที่เชื่อมั่นต่อแนวคิด “วัฒนธรรมชุมชนและภูมิปัญญาชาวบ้าน” มาตั้งแต่ทศวรรษ 2520[702] และได้ยึดกุมพื้นที่ทางการเมืองนอกระบบรัฐสภาตั้งแต่ต้นทศวรรษ 2530 มีบทบาทสำคัญมากขึ้น[703]

นอกจากเรื่องการแยกทางของรัฐบาลใหม่กับกองทัพ และการจับมือระหว่างข้าราชการบางส่วนกับนักธุรกิจ-นักการเมืองแล้ว รัฐบาลชาติชายได้ออกนโยบายที่ส่งผลต่อการค้าขายและการเติบโตทางเศรษฐกิจที่เรียกว่าการ “เปลี่ยนสนามรบให้เป็นสนามการค้า” แนวทางดังกล่าวส่งผลให้เศรษฐกิจไทยเติบโตในอัตราสูง งบประมาณประจำปีขยายตัวมากขึ้น เกิดโครงการสาธารณูปโภคขนาดใหญ่ที่สัมพันธ์กับการพัฒนาเศรษฐกิจจำนวนมาก เช่น ถนน ท่าเรือ โทรคมนาคม ฯลฯ การที่เศรษฐกิจเติบโตอย่างก้าวกระโดดได้ส่งผลต่องานสาธารณสุขที่เปลี่ยนแปลงไปด้วย เช่น งบประมาณโดยรวมด้านสาธารณสุขของประเทศเพิ่มขึ้น การเกิดขึ้นของโรงพยาบาลเอกชน รวมถึงค่าใช้จ่ายด้านการแพทย์และสาธารณสุขของประเทศ เช่น ค่าบริการด้านสุขภาพอนามัยและค่ายาต่าง ๆ ก็เพิ่มขึ้นด้วยเช่นกัน โดยมีการคาดประมาณจากข้อมูลปี พ.ศ. 2530[704] ว่าในปี พ.ศ. 2534 หรืออีก 4 ปีข้างหน้าเมื่อสิ้นสุด

---

[701] คริส เบเคอร์ และผาสุก พงษ์ไพจิตร, 351-353.

[702] สัมภาษณ์ศาสตราจารย์สายชล สัตยานุรักษ์ (นักวิชาการด้านประวัติศาสตร์ไทยคนสำคัญของประเทศไทย ภาควิชาประวัติศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่), คณะผู้วิจัย, 26 พฤษภาคม 2565.

[703] คริส เบเคอร์ และผาสุก พงษ์ไพจิตร, 355.

[704] ในปี 2530 ค่าใช้จ่ายทางการแพทย์และสาธารณสุขไทยจะสูงถึง 67,771.3 ล้านบาทหรือประมาณ 1,282 บาทต่อประชากร โดยเป็นประชาชนที่จ่ายเองร้อยละ 73.2 ดูใน สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ, “เศรษฐศาสตร์สาธารณสุข กลกยุทธ์ใหม่ในการพัฒนาสาธารณสุข (Health Economic: A New Strategy for Health Development),” *วารสารการวิจัยระบบสาธารณสุข* 2(2) (2537): 92

แผนพัฒนาสาธารณสุขแห่งชาติฉบับที่ 6 (พ.ศ. 2530-2534) ค่าใช้จ่ายทางการแพทย์และสาธารณสุขไทยจะสูงถึง 99,044 ล้านบาท หรือประมาณ 1,774 บาทต่อประชากร ถือเป็นอัตราใกล้เคียงหรือสูงกว่าประเทศที่พัฒนาแล้ว เช่น สหรัฐอเมริกา ญี่ปุ่น สหราชอาณาจักร และที่สำคัญค่าใช้จ่ายเหล่านี้ประชาชนยังต้อง "ควักกระเป๋าจ่ายเอง" ประมาณร้อยละ 73"[705] ทำให้กลายเป็นคำถามสำคัญถึงกลวิธีในการ "จัดสรร" ทรัพยากรสาธารณสุขทั้งกำลังคนและงบประมาณที่มีอยู่อย่างจำกัดเพื่อให้เกิดประสิทธิภาพมากที่สุด และวิธีการการบรรลุหลัก "ความเสมอภาค" ในด้านสาธารณสุข ด้วยเหตุนี้ แนวคิด "เศรษฐศาสตร์สาธารณสุข" ที่ว่าด้วยการนำหลักคิดทางเศรษฐศาสตร์มาช่วยอธิบาย กำหนด และวางแผนนโยบายด้านสาธารณสุขเพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดต่อสุขภาพของประชาชน จึงกลายมาเป็นกลไกสำคัญที่ช่วยพาไปสู่ทางออกของปัญหาในการพัฒนาสาธารณสุขตั้งแต่ทศวรรษ 2530 เป็นต้นมา

7.2 การก่อตัวของแนวทางเศรษฐศาสตร์สาธารณสุข (Health Economics)

ในความเป็นจริง ไม่ใช่ว่าเศรษฐศาสตร์สาธารณสุขไม่เคยปรากฏในสารระบบการศึกษาวิจัยในประเทศไทยมาก่อน ในทางตรงกันข้าม หลังปี 2500 ก็เริ่มมีงานศึกษาหลายชิ้นที่ผสมผสานเศรษฐศาสตร์กับสุขภาพให้เห็นอยู่บ้างแล้ว แต่เวลานั้นยังไม่ถูกเรียกว่าเศรษฐศาสตร์สาธารณสุขและงานศึกษาหลายชิ้นมีความหลากหลายของแหล่งที่มา เช่น ในหมู่นักศึกษาชาวไทยที่ทำการศึกษาพฤติกรรมศาสตร์ (ศึกษาเรื่องแพทย์สมองไหลในยุคแรก) การศึกษาที่เกี่ยวข้องกับระบบบริการ (ความเหลื่อมล้ำของสถานบริการในเมืองและชนบท) หรือปรากฏผ่านงานศึกษาที่องค์กรระหว่างประเทศได้เข้ามาศึกษาบริบทประเทศไทยและตีพิมพ์ออกมาในรูปของรายงานที่เกี่ยวข้องกับระบบสาธารณสุข[706] ประกอบด้วยเงื่อนไขทางการเมืองและเศรษฐกิจในช่วง พ.ศ. 2500-2520 ที่ไม่เอื้อให้งานศึกษาเหล่านี้อยู่ในความสนใจของผู้วางแผนนโยบายเท่าใดนัก ส่วนหนึ่งเป็นเพราะในยุคสมัยแห่งการพัฒนาประเทศในช่วงแผนพัฒนาฯ ฉบับที่ 1-4 การเปลี่ยนแปลงของนโยบายหรือโครงสร้างในระบบสาธารณสุขมักถูกกำหนดด้วยตัวแปรหลักสองประการ คือ "บรรยากาศทางการเมือง (ทั้งในประเทศและระหว่างประเทศ)" และ "บรรยากาศทางวิชาชีพ (ความต้องการที่จะปกป้องแนวคิดเรื่องความเป็นมืออาชีพ หรือ Professionalism)"[707]

---

[705] สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ, "เศรษฐศาสตร์สาธารณสุข กลยุทธ์ใหม่ในการพัฒนาสาธารณสุข (Health Economic: A New Strategy for Health Development), 92.

[706] ทวีทอง หงษ์วิวัฒน์, เพ็ญจันทร์ ประดับมุข, และ นูรีฮัน ยูโซะ, *เศรษฐกิจสาธารณสุขไทย : รวมบทความและคำอภิปรายจากการประชุมปฏิบัติการระหว่างวันที่ 12-14 มีนาคม 2529 ณ โรงแรมเอเชียพัทยา ชลบุรี.* (นครปฐม: มหาวิทยาลัยมหิดล, 2529), 179-185.

[707] เป็นข้อสังเกตของ นายแพทย์อมร นนทสุต ดู อ้างแล้ว, 13.

แม้กระทั่งเมื่อก้าวเข้าสู่การพัฒนาตามวิถีใหม่ในแผนพัฒนาฯ ฉบับที่ 5 หรือกลางทศวรรษ 2520 ที่ประเทศไทยนำหลักการของสาธารณสุขมูลฐาน (Primary Health Care) โดยองค์การอนามัยโลกกับแนวทางความจำเป็นขั้นพื้นฐาน (จปฐ.) (Basic Minimum Need) โดย ILO มาใช้ควบคู่กันไป เพื่อแก้ปัญหาสำคัญเรื่อง "โง่ จน เจ็บ" ของพื้นที่ที่ประสบกับภาวะยากจนดังเช่นชนบท แต่ก็พบว่าทิศทางของการพัฒนาระบบสาธารณสุขดูจะยังไม่ตื่นตัวกับการบูรณาการแนวคิดระหว่างเศรษฐศาสตร์และสาธารณสุขเข้าด้วยกัน เพื่อเป็นสูตรสำเร็จในการพัฒนาเชิงระบบ ทั้ง ๆ ที่ในช่วงปลายทศวรรษ 2510 และต้นทศวรรษ 2520 ประเทศไทยได้รับปัจจัยเร่งอย่างผลกระทบทางเศรษฐกิจทั้งวิกฤตการณ์น้ำมัน (พ.ศ. 2517) ปัญหาอัตราเงินเฟ้อที่เพิ่มสูงขึ้น ความเหลื่อมล้ำระหว่างเมืองและชนบท หรือนโยบายการลดค่าเงินบาท (สมัยรัฐบาลพลเอกเปรม) ที่ทำให้สภาวะที่เศรษฐกิจมหภาคของประเทศถดถอยลงและเดินสวนทางกับค่าใช้จ่ายด้านการสาธารณสุขของรัฐที่เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง กระนั้น การนำหลักคิดทางเศรษฐศาสตร์มาใช้ในแง่ของการจัดสรรงบประมาณด้านสาธารณสุขในระดับครัวเรือนและบุคคลยังมีไม่มาก งบประมาณส่วนใหญ่ยังคงทุ่มลงไปที่การขยายสร้างโครงสร้างพื้นฐานของรัฐ (โรงพยาบาลอำเภอและสถานีอนามัย) แม้จะมีกรอบความร่วมมือระหว่างกระทรวงสาธารณสุขและองค์การอนามัยโลกผ่านการประชุมหารือและให้คำปรึกษาเรื่องการนำเศรษฐศาสตร์สาธารณสุขมาใช้ แต่ก็เป็นที่แน่ชัดว่าหลักคิดของเศรษฐศาสตร์สาธารณสุขยังปรากฏอยู่น้อยมากในแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมฯ ฉบับที่ 4-5[708] ดังที่นายแพทย์สมศักดิ์ ชุณหรัศมิ์ ยืนยันว่า

> *"สมัยนั้นเราออกแบบระบบบริการสาธารณสุขโดยไม่มี financing dimension เลย แต่ฝรั่งมาชี้ให้เราดูเป็นระยะ ๆ ตะวันตกเชื่อเรื่องเศรษฐศาสตร์ รัฐทำอะไรน้อย ๆ ใช้งบอย่างมีประสิทธิภาพ...จนมาถึงในยุคหมออมร ขึ้นเป็นปลัดกระทรวง [นายแพทย์อมร นนทสุต ดำรงตำแหน่ง พ.ศ. 2526-2529] เป็น Key สำคัญ ชอบเอาเอกสารมาให้ เปเปอร์ค่าใช้จ่ายในระบบสุขภาพ เอกสารของ World Bank 1987 งานของ Charles Myers ศึกษาระบบโรงพยาบาลรัฐของไทย อาจารย์สมคิด แก้วสนธิ คณะเศรษฐศาสตร์ จุฬาฯ ทำหลักสูตรอบรมให้หมอโรงพยาบาลอำเภอ อาจารย์ดาว [มงคลสมัย] อาจารย์ทวีทอง [หงษ์วิวัฒน์] อาจารย์เทียนฉาย [กีระนันทน์] มีร็อกเกอะเฟลเลอร์ให้ทุน 4 คนไปทำเรื่องนี้ หนึ่งในนั้นมีวิโรจน์ [นายแพทย์วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร] ไปด้วย"*[709]

---

[708] อ้างแล้ว, 167-168.

[709] สัมภาษณ์นายแพทย์สมศักดิ์ ชุณหรัศมิ์, คณะผู้วิจัย, 17 พฤษภาคม 2565.

เอกสาร World Bank 1987 มีชื่อว่า "Financing Health Services in Developing Countries: An Agenda for Reform" พ.ศ. 2530

ศาสตราจารย์เกียรติคุณ ดร.ทวีทอง หงษ์วิวัฒน์ และศาสตราจารย์กิตติคุณ ดร.เทียนฉาย กีระนันทน์ นักสังคมศาสตร์และนักเศรษฐศาสตร์คนสำคัญของเมืองไทยตามลำดับ ได้กล่าวไปในทิศทางเดียวกันว่า เป็นเพราะนายแพทย์อมรที่ชักชวนให้เข้าไปอยู่ในวงวานความสัมพันธ์ระหว่างเศรษฐศาสตร์กับสาธารณสุข อาจารย์ทวีทองกล่าวว่า *"คุณหมออมร actively involved มาก...หมออมรสร้างโครงการใหม่ ๆ อยู่เรื่อย โครงการหนึ่งที่สร้างขึ้นมาทีหลังคือโครงการบัตรสุขภาพ...[เวลานั้น] การศึกษาด้านสาธารณสุขต้องใช้มุมมองที่กว้าง ด้านสังคมศาสตร์ต่าง ๆ ก็เกี่ยวข้อง เลยเป็นที่มาของการตั้ง 'ศูนย์ศึกษานโยบายสาธารณสุข' (Centre for Health Policy Studies, Faculty of Social Science and Humanities, Mahidol University)"*[710] ส่วนอาจารย์เทียนฉาย เล่าถึงบทบาทการเข้าไปเกี่ยวข้องกับระบบสุขภาพเช่นกันว่า *"ตอนนั้นมีหมออมรชักจูงให้เป็นกรรมการศึกษาและประเมินบัตรสุขภาพ มีกรรมการคือหมอดำรงค์ บุญยืน สำนักงานปลัดและสาธารณสุขจังหวัดทั้งหมด โครงการใหญ่มาก"*[711] จากบทสัมภาษณ์ที่กล่าวมานี้ชี้ให้เห็นชัดเจนว่าการเปลี่ยนแปลงทางเศรษฐกิจ สังคม และการเมือง รวมถึงการเพิ่มขึ้นของค่าใช้จ่ายเกี่ยวกับสุขภาพ ส่งผลให้ตั้งแต่ช่วงกลางทศวรรษ 2520 เป็นต้นมา วงการแพทย์โดยเฉพาะกลุ่มแพทย์สายปฏิรูปค่อย ๆ เริ่มตื่นตัวก่อนใครต่อองค์ความรู้เรื่องเศรษฐศาสตร์สาธารณสุข (Health Economics) โดยต้องการให้เป็นมุมมองใหม่สำหรับวิเคราะห์ปัญหา ต้องการให้เป็นกลไกสำคัญสำหรับกำหนดนโยบายสาธารณะ และเป็นกรอบในการออกแบบระบบสุขภาพ โดยเฉพาะในเรื่องงบประมาณที่มักเชื่อมโยงกับการเปลี่ยนแปลงทางการเมือง เศรษฐกิจ และบริบทของสังคมวัฒนธรรมอย่างแยกไม่ออกอยู่เสมอ (ดังที่ปรากฏแนวความคิดที่มีอิทธิพลต่อเส้นทางการพัฒนาระบบประกันสุขภาพในทศวรรษ 2530 บทก่อนหน้า)

เพราะฉะนั้นการขยายตัวของเศรษฐกิจการค้าและการลงทุน หรือสภาวะเศรษฐกิจที่ถดถอยต่างมีส่วนทำให้ปัญหาสุขภาพไทยแปรผกผันตามการเปลี่ยนแปลงของเศรษฐกิจเช่นกัน มิติทางเศรษฐกิจจึงมีผลต่อการขยายตัวของธุรกิจทางการแพทย์ และยังทำให้เกิดปัญหาสุขภาพใหม่ ๆ เกิดขึ้นตามมามากมาย ซึ่งอาจจำแนกเป็นมิติเศรษฐกิจที่ส่งผลต่อระบบสาธารณสุขกับมิติเศรษฐกิจที่มีผลต่อด้านสุขภาพ

Charles Nash Myers (Dow Mongkolsmai and Nacyanne Causino) ศึกษาเรื่อง "Financing Health Services and Medical Care in Thailand พ.ศ. 2528 ศาสตราจารย์กิตติคุณ สมคิด แก้วสนธิ (และภิรมย์ กมลรัตนกุล) ได้ศึกษาเรื่อง "เศรษฐศาสตร์สาธารณสุข: การวิเคราะห์และประเมินผลบริการสาธารณสุข" พ.ศ. 2534

[710] สัมภาษณ์ศาสตราจารย์ ดร.ทวีทอง หงษ์วิวัฒน์, คณะผู้วิจัย, 15 มิถุนายน 2565.

[711] สัมภาษณ์ศาสตราจารย์กิตติคุณ ดร.เทียนฉาย กีระนันทน์, คณะผู้วิจัย, 28 พฤษภาคม 2565.

7.3 วิกฤติสุขภาพเนื่องจากการเปลี่ยนแปลงทางเศรษฐกิจ

7.3.1 ปัญหาด้านระบบสาธารณสุข: การเติบโตขึ้นของโรงพยาบาลเอกชน และปัญหาด้านกำลังคน

ที่ผ่านมารัฐไทยแทบไม่เคยแทรกแซงระบบตลาดที่เกี่ยวข้องกับการสาธารณสุขแต่อย่างใด ทำให้ผลลัพธ์ที่ออกมาคือกลไกตลาดขยายตัวโดยปราศจากการควบคุม จนทำให้เกิดปัญหา เช่น การบริโภคล้นเกิน (Over Consumption) จากยาและเวชภัณฑ์ที่พุ่งสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง มาตรการด้านการคลังและการจัดการที่เป็นปัญหาทำให้สัดส่วนค่าใช่จ่ายด้านสุขภาพของครัวเรือนและบุคคลของเอกชนมีอัตราที่สูงกว่ารัฐตั้งแต่ช่วงทศวรรษ 2520[712] นายแพทย์สงวนได้รายงานการประเมินสถานการณ์ด้านการเงินที่จัดทำโดยยูเอสเอด (USAID) ว่าในปี พ.ศ. 2528 ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพของของคนไทยจากการรับบริการในสถานบริการภาคเอกชนสูงถึงร้อยละ 67 และในหลายกรณีก็ใช้จ่ายกับการบริการขั้นทุติยภูมิและตติยภูมิทั้งสิ้น แต่กระนั้นก็ไม่ควรด่วนสรุปว่าแนวทางการจัดสรรงบประมาณของรัฐที่ทุ่มไปยังสาธารณสุขมูลฐานอย่างเดียวจะไม่ก่อให้เกิดปัญหา[713] เนื่องจากการจัดการด้านการเงินและการคลังที่ไม่เป็นระบบของการสาธารณสุขเป็นปัญหาเดิมที่เรื้อรังมายาวนาน คู่ขนานไปกับการเติบโตขึ้นของธุรกิจด้านการแพทย์จากภาคเอกชน (ซึ่งรัฐบาลให้การสนับสนุน) เป็นเหตุให้ในช่วงของการร่างแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 6 มีความตั้งใจที่จะใส่ "เศรษฐศาสตร์สาธารณสุข" เข้าไปอยู่ในแผนอย่างจริงจังเป็นครั้งแรก[714]

นอกเหนือไปจากเรื่องระบบบริการที่รัฐมีส่วนเกี่ยวข้องแล้ว ความสัมพันธ์กันโดยตรงระหว่างอุปทาน (demand) ของวิชาชีพเวชกรรม และอุปสงค์ (supply) ในตลาดมีส่วนทำให้เกิดปัญหาด้านกำลังคนเสมอมา รากเหง้าของปัญหาประการแรกคือ การมองปัญหาสุขภาพที่ค่อนข้างแยกออกจากเรื่องเศรษฐกิจ ทำให้เกิดเป็นปัญหาต่อมาคือรัฐแทบไม่เข้าไปแทรกแซงตลาดที่เกี่ยวข้องกับธุรกิจเอกชนเลย และไม่มีมาตรการที่ชัดเจนเพื่อตอบสนองต่อปัญหาที่เกิดขึ้น สิ่งที่ทำได้ก็คือการแก้ปัญหาที่ปลายเหตุด้วยการผลิตแพทย์ให้เพิ่มขึ้นหรือไม่ก็บังคับแพทย์ใช้ทุน ทั้ง ๆ ที่โรงพยาบาลเอกชนยังเป็นภาพสะท้อนหนึ่งที่สำคัญของความเหลื่อมล้ำทางเศรษฐกิจระหว่าง

---

[712] อ้างแล้ว, 169-179.

[713] Sanguan Nitayarumphong, "Evolution of primary health care in Thailand: what policies worked?" *Health Policy and Planning* 5, no. 3 (September 1990): 252.

[714] ทวีทอง หงษ์วิวัฒน์, เพ็ญจันทร์ ประดับมุข, และ นูรีฮัน ยูโซะ, *เศรษฐกิจสาธารณสุขไทย : รวมบทความและคำอภิปรายจากการประชุมปฏิบัติการระหว่างวันที่ 12-14 มีนาคม 2529 ณ โรงแรมเอเชียพัทยา ชลบุรี*, เพิ่งอ้าง, 167-168.

เมืองและชนบทด้วย สถานพยาบาลเอกชนจึงเปรียบเสมือน “แม่เหล็ก” ที่ดูดทรัพยากรบุคคลที่โรงเรียนแพทย์ผลิตขึ้นอยู่ตลอด และโรงพยาบาลเอกชนยังเปรียบเสมือน “หน้าต่างแห่งโอกาส” ให้กับความก้าวหน้าและมั่นคงให้กับแพทย์ในทำนองเดียวกันกับโอกาสที่สหรัฐอเมริกาได้มอบให้กับแพทย์ในช่วงสงครามเย็น ดังนั้น ปัญหาการขาดแคลนแพทย์และการเติบโตอย่างเด่นชัดของโรงพยาบาลเอกชนในทศวรรษ 2530 มีความสัมพันธ์ซึ่งกันและกัน และยังคงเป็นเช่นนี้อยู่มาจนกระทั่งปัจจุบัน

สำหรับโรงพยาบาลเอกชนในประเทศไทยได้ขยายตัวอย่างต่อเนื่องตั้งแต่ปี พ.ศ. 2515 ถือได้ว่าเป็น “ยุคที่โรงพยาบาลเอกชนเฟื่องฟู” เพราะจำนวนโรงพยาบาลได้เพิ่มขึ้นในอัตราที่สูงแบบก้าวกระโดด จากปี พ.ศ. 2515 มีโรงพยาบาลเอกชนจำนวน 120 แห่งได้เพิ่มขึ้นไปถึง 252 แห่งในปี พ.ศ. 2520 หรือภายในระยะเวลาเพียง 5 ปีเท่านั้น และแน่นอนว่าในช่วงเวลานี้รัฐต้องสูญเสียบุคลาการทางการแพทย์ให้แก่โรงพยาบาลเอกชนจำนวนมาก เพราะการทำงานให้เอกชนได้รับค่าตอบแทนที่สูงกว่า[715] จากนั้นโรงพยาบาลเอกชนยังขยายตัวอย่างต่อเนื่องแม้จะมีช่วงเวลาของการชะลอตัวลงบ้างระหว่างปี พ.ศ. 2529-2531 แต่ก็ได้กลับมาขยายตัวอย่างรวดเร็วอีกครั้งในช่วงระหว่างปี พ.ศ. 2531-2535 จากตัวเลขเมื่อปี พ.ศ. 2534 พบว่ามีโรงพยาบาลเอกชนมากถึง 445 แห่ง แม้ความผันแปรทางเศรษฐกิจจะมีผลอยู่บ้างต่อการขยายตัวของโรงพยาบาลเอกชนก็ตาม แต่การขยายตัวที่เกิดขึ้นส่วนหนึ่งเป็นผลมาจากที่รัฐให้การส่งเสริมเรื่องการลงทุน (อย่างเช่นการให้สิทธิประโยชน์ผ่านการยกเว้นศุลกากรนำเข้าเครื่องมือแพทย์)[716] แต่ไม่ได้สร้างกลไกขึ้นมาควบคุมการเติบโตของสถานพยาบาลเอกชนเหล่านี้เนื่องจากมีแนวความคิดที่ว่าสถานพยาบาลเอกชนจะทำหน้าที่ช่วย “แบ่งเบาภาระ” ให้กับสถานพยาบาลของรัฐ[717] ฉะนั้น การขยายตัวของโรงพยาบาลเอกชนในทศวรรษ 2530 ด้านหนึ่งจึงทำให้แพทย์สมองไหลไปอยู่ในเขตเมืองเพิ่มมากขึ้น และอีกด้านหนึ่งก็ทำให้วิถีชีวิตของประชาชนในเมืองต้องแขวนอยู่กับการบริการที่แสวงหากำไรเพิ่มขึ้น นั่นเป็นที่มาที่ทำให้ค่าใช้จ่ายครัวเรือนด้านสุขภาพเพิ่มขึ้นตามมา

อย่างไรก็ดี มาตรการหลัก ๆ ที่รัฐนำมาใช้เพื่อแก้ไขปัญหาด้านกำลังคนเนื่องจากสภาวะสมองไหล คือการเพิ่มปริมาณการผลิตพร้อมกับกำหนดเงื่อนไขที่รัดกุมให้กับบุคลากรทางการแพทย์ที่จบออกมาใหม่ (เช่น การ

---

[715] เนตรนภา โภไคสวรรย์นุมาศ. *ปัญหาการสูญเสียแพทย์จากโรงพยาบาลของรัฐสู่โรงพยาบาลเอกชน = The loss of physicians from government hospitals to private hospitals.* สค.ม. (สังคมศาสตร์การแพทย์), (นครปฐม: มหาวิทยาลัยมหิดล, 2524), บทที่ 2.

[716] วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร, “การพัฒนาเศรษฐกิจ / สังคม และการแพทย์, สาธารณสุขไทย: a review,” *วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข*, ปีที่ 1, ฉบับที่ 1 (2536), 34

[717] วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร. *การสำมะโนโรงพยาบาลเอกชนในประเทศไทย ปี พ.ศ. 2535.* สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, 2540, 1-5.

บังคับใช้ทุน) โดยยุทธศาสตร์อาจมีความแตกต่างกันบ้างในแต่ละยุคสมัย เช่น ในช่วงที่มีการลดลงของแพทย์ในโรงพยาบาลชุมชนหลังปี พ.ศ. 2537 เป็นผลพวงจากนโยบายเพิ่มพูนทักษะแพทย์ใช้ทุนของแพทยสภา แพทย์ใช้ทุนจำนวนหนึ่งจึงได้โยกย้ายไปอยู่โรงพยาบาลขนาดใหญ่เพิ่มขึ้น ทำให้สามปีให้หลังคณะรัฐมนตรีจึงได้อนุมัติงบประมาณอุดหนุนโครงการผลิตแพทย์เพิ่มเพื่อชาวชนบท (Collaborative Project to Increase Production of Rural Doctors - CPIRD) เพื่อให้สามารถผลิตแพทย์รุ่นแรกได้สำเร็จในปี พ.ศ. 2544 (เริ่มดำเนินการผลิตปี พ.ศ. 2538) โครงการดังกล่าวเป็นความร่วมมือระหว่างกระทรวงสาธารณสุขกับคณะแพทยศาสตร์ของมหาวิทยาลัยที่ทำการเรียนการสอนวิชาแพทยศาสตร์ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้แพทย์จบใหม่ปีละ 300 คน กระจายไปยังสถานบริการของกระทรวงเพิ่มขึ้น[718] ในภาพรวมแล้ว เศรษฐกิจจึงมีผลกระทบอย่างสำคัญต่อทิศทางปัญหาในด้านระบบสาธารณสุขอย่างเรื่องกำลังคน และมีผลไปจนกระทั่งปัญหาด้านสุขภาพด้วย

7.3.2 ปัญหาเรื่องสุขภาพ: การปรับเปลี่ยนนิยามจากสุขภาพไปสู่ "สุขภาวะ" เพื่อการดูแลสุขภาพแบบองค์รวม (Holistic Health)

การเปลี่ยนแปลงทางเศรษฐกิจยังมีผลทำให้เกิดโรคที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมเพิ่มขึ้น จึงเกิดความจำเป็นที่จะต้องใช้เครื่องมือทางเศรษฐศาสตร์เพื่อศึกษาพฤติกรรมของมนุษย์ ยิ่งไปกว่านั้นโรคเหล่านี้ยังเป็นโรคเรื้อรังที่ต้องใช้ค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาที่ยาวนานขึ้น ทำให้ต้องเสาะหาแนวทางด้านเศรษฐศาสตร์มาช่วยคำนวณ เพื่อไม่ให้งบประมาณในการรักษาพยาบาลของรัฐเพิ่มสูงขึ้น นายแพทย์สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ ได้ให้ข้อมูลเอาไว้อย่างน่าสนใจเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างการเติบโตทางเศรษฐกิจกับปัญหาใหม่ที่แวดล้อมสุขภาพในปาฐกถามูลนิธิโกมลคีมทองประจำปี พ.ศ. 2530 ว่า:

> *"เวลาที่เปลี่ยนไป มีปัจจัยหลาย ๆ อย่าง เช่น การศึกษา สภาพแวดล้อม ที่อยู่อาศัย สภาพเศรษฐกิจและความก้าวหน้าทางการแพทย์เปลี่ยนแปลงไป จึงทำให้ปัญหาสาธารณสุขเปลี่ยนแปลงตามไปด้วย **สภาพปัญญาหาสาธารณสุขของไทยที่เปลี่ยนแปลงไปนี้ มีลักษณะที่โรคภัยไข้เจ็บที่เกี่ยวเนื่องกับความยากจนด้อยพัฒนาและไร้การศึกษาได้เริ่มลดลง แต่กลับมีโรคภัยไข้เจ็บที่มาพร้อมกับความทันสมัย การพัฒนาเศรษฐกิจ และการเปลี่ยนแปลงวิถีชีวิตจากชนบทมาเป็นในเมืองมากขึ้น**..."* [719]

---

[718] ชูชัย ศุภวงศ์, บ.ก. *ประวัติศาสตร์การพัฒนางานสาธารณสุขของไทย: บทวิเคราะห์การกระจายอำนาจและผลกระทบต่อระบบสาธารณสุข,.* (กรุงเทพฯ: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, 2541), 45-46.

[719] สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ, "วิกฤตการณ์สาธารณสุขไทย", ใน พิภพ ธงไชย, สมถวิล ลือชาพัฒนพร, และ ฐิติมา คุณติรานนท์ (บรรณาธิการ), *จากวิกฤตการณ์สู่มิติใหม่ของสาธารณสุขไทย*, ปาฐกถามูลนิธิโกมลคีมทอง ประจำปี 2530 (กรุงเทพฯ: มูลนิธิโกมลคีมทอง, 2530).

ปัญหาใหม่ทำให้ต้องเปลี่ยนแนวทางในการจัดการองค์ความรู้ด้านการสาธารณสุขใหม่ด้วย โดยมีฐานคิดบนการแพทย์แบบองค์รวม (Holistic Medicine) การนำแนวทางสังคมศาสตร์และมานุษยวิทยามาจับคู่กับเรื่องการแพทย์ เช่น ความสนใจของนายแพทย์โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ ที่จับคู่เรื่องมานุษยวิทยากับการแพทย์เพื่อทำความเข้าใจวิธีคิดของชาวบ้านต่อเรื่องการเจ็บป่วย และแนวคิดเรื่องการวางระบบสาธารณสุขโดยใช้มุมมองเศรษฐศาสตร์สาธารณสุข เช่นความสนใจของนายแพทย์วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร เป็นต้น ทั้งหมดเป็นไปเพื่อแสวงหาแนวทางที่ดีที่สุดในการให้บริการประชาชน และการเน้นเรื่องการดูแลสุขภาพอย่างครอบคลุมรอบด้าน

ดังนั้น เมื่อสังเกตถึงการเปลี่ยนแปลงทางความคิดที่มีต่อระบบสุขภาพในช่วงทศวรรษ 2530 ที่เริ่มขยับขยายย้ายจากประเด็นเรื่องความยากจน ด้อยพัฒนาและด้อยการศึกษา หรือแนวคิดเรื่อง “โง่ จน เจ็บ” ไปสู่ภาพปัญหาที่ใหญ่กว่าเดิม เช่นการพิจารณาสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับมิติความทันสมัย เศรษฐกิจ วิถีชีวิตเมืองและชนบทที่เปลี่ยนไป จะเห็นได้ถึงเป้าหมายใหม่ที่เครือข่ายปฏิรูปต้องการพัฒนาและเปลี่ยนแปลงระบบสาธารณสุขให้เดินต่อไปได้ คือ **“การนิยามใหม่ (redefinition) เกี่ยวกับการปฏิรูปสุขภาพให้กว้างไปถึงการปฏิรูประดับสังคม”** นั่นหมายความว่าการปฏิรูประบบสุขภาพจะต้องเกี่ยวพันกับการปฏิรูปสังคมในทุกระดับด้วย[720] ศาสตราจารย์เกียรติคุณ นายแพทย์ประเวศ วะสี ให้ความเห็นต่อเรื่องนี้ว่าสังคมไทยยังคิดเรื่องสุขภาพอย่างตื้นเขินและคับแคบโดยคิดแต่เรื่องโรงพยาบาล หมอ หรือยาเท่านั้น ซึ่งองค์ประกอบเหล่านี้เป็นเพียง “โรคภาพ” หรือ “โรคภาวะ” ยังไม่ใช่ “สุขภาพ” ที่ต้องกินความหมายที่กว้างกว่านั้นมาก เพราะสุขภาพต้องเท่ากับสุขภาวะอย่างสมบูรณ์ (complete well-being)[721] ซึ่งแนวคิดเรื่อง “สุขภาวะ (well-being)” ยังคงมาจากแนวคิด “Health For All” ขององค์กรอนามัยโลก ซึ่งมุ่งนิยามสุขภาพอย่างกว้างขวางไม่ใช่แค่เพียงการรักษาโรคทางการแพทย์เท่านั้น แต่ยังครอบคลุมถึงมิติต่าง ๆ ได้แก่ สังคม เศรษฐกิจ การเมือง สิ่งแวดล้อม จิตใจ และรวมถึงการให้ความสำคัญกับการมีส่วนร่วมทางการเมืองและสิทธิมนุษยชน[722] ดังนั้น การนิยาม “ระบบสุขภาพ” (health system) ต้องหมายถึงสุขภาพในความหมายกว้างเช่นกัน คือ “*ความสุขสมบูรณ์ทั้งทางกาย ทางจิต และทางสังคม เป็นจุดมุ่งหมาย*

---

[720] เชษฐา ทรัพย์เย็น, *การศึกษาขบวนการแพทย์ชนบทในกระบวนการนโยบายระบบสุขภาพ: ขบวนการประชาสังคมส่งผลต่อประชาธิปไตยแบบมีส่วนร่วมในประเทศไทย*, (วิทยานิพนธ์, สาขารัฐศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2556), 167.

[721] ประเวศ วะสี, *บนเส้นทางชีวิต: ขบวนการแพทย์ชนบทในประเทศไทย* (กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์หมอชาวบ้าน, 2543), 93.

[722] เชษฐา ทรัพย์เย็น, *การศึกษาขบวนการแพทย์ชนบทในกระบวนการนโยบายระบบสุขภาพ: ขบวนการประชาสังคมส่งผลต่อประชาธิปไตยแบบมีส่วนร่วมในประเทศไทย*, (วิทยานิพนธ์, สาขารัฐศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2556), 147.

สูงสุดของการดำรงชีวิตและการพัฒนา”[723] องค์ประกอบของสุขภาพและระบบสุขภาพจึงต้องประกอบไปด้วยปัจจัยที่อยู่ “นอก” งานสาธารณสุขด้วยอย่างปัจจัยทางสังคม เศรษฐกิจ สิ่งแวดล้อมและการเมือง

ซึ่งปัญหาสำคัญเวลานั้นคือ ทั้งประชาชนและสถาบันการศึกษาในสังคมไทยยังมองสุขภาพในแง่มุมของ “สุขภาพเสีย” คือรอรักษาผู้ป่วยที่สุขภาพเสียมาแล้วมากกว่าที่จะสนใจเรื่อง “สุขภาพดี”[724] ทั้ง ๆ ที่หากสังคมหันมาพิจารณาอย่างจริงจังต่อเรื่องทำอย่างไรให้ประชาชนมีสุขภาพที่ดีนั้น จะยังผลประโยชน์มายังเศรษฐกิจและสังคมของประเทศในภาพรวมได้มากกว่าการมุ่งแก้ปัญหาเรื่องสุขภาพเสีย ดังที่นายแพทย์วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร สรุปไว้ว่า *“รายได้ของครัวเรือน มาตรฐานการครองชีพที่ดีขึ้น การมีน้ำดื่มน้ำใช้ที่สะอาด การมีส้วม...ล้วนแต่เป็น contributing factors สำหรับสุขภาพดีทั้งสิ้น บทบาทของตัวแปรทางเศรษฐกิจ และสังคมมีความสำคัญไม่น้อยไปกว่าตัวแปรทางระบบบริการการแพทย์และสาธารณสุข ในทางตรงกันข้าม ประชาชนมีสุขภาพดีก็เป็นปัจจัยสำคัญของการพัฒนาเศรษฐกิจและการผลิตเช่นกัน”*[725] เพราะฉะนั้น การเคลื่อนไหวเรื่องการปฏิรูประบบสาธารณสุขภายใต้แนวคิด “สุขภาวะ” ตั้งแต่ทศวรรษ 2530 เป็นต้นมา จึงไม่ใช่การเรียกร้องเพื่อปรับปรุงบริการสาธารณสุข (Health Care Reform) แต่เป็นการเรียกร้องการปฏิรูประบบสุขภาพ (Health System Reform) ทั้งระบบ[726] โดยมีพื้นฐานความเข้าใจว่าสุขภาพและคุณภาพชีวิตของประชาชนมีความสัมพันธ์อย่างใกล้ชิดกับการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมอย่างแยกกันไม่ออก

เมื่อผลึกทางความคิดต่อแนวทางการปฏิรูประบบสุขภาพชัดเจนมากขึ้น จึงนำไปสู่การพัฒนาระบบสุขภาพในทางปฏิบัติหลายวิธีการ อันปรากฏให้เห็นผ่านการเคลื่อนไหวเรื่องสุขภาพกับสิทธิมนุษยชน ดังจะเห็นได้จากโครงการอยุธยา (พ.ศ. 2532) โครงการ HCR (พ.ศ. 2537) (สามารถดูรายละเอียดได้ในบทที่ 6) การถือกำเนิดองค์กรอิสระทางความรู้อย่างสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข หรือ สวรส. (พ.ศ. 2535) และนโยบายทศวรรษแห่ง

---

[723] ประเวศ วะสี, *ปฏิรูปเพื่อระบบสุขภาพ* (นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, 2536), 2.

[724] ประเวศ วะสี, *บนเส้นทางชีวิต : ขบวนการแพทย์ชนบทในประเทศไทย* (กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์หมอชาวบ้าน, 2543), 61. อ้างจาก เชษฐา ทรัพย์เย็น, *การศึกษาขบวนการแพทย์ชนบทในกระบวนการนโยบายระบบสุขภาพ: ขบวนการประชาสังคมส่งผลต่อประชาธิปไตยแบบมีส่วนร่วมในประเทศไทย,* (วิทยานิพนธ์, สาขารัฐศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2556), 167 - 168.

[725] วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร, “การพัฒนาเศรษฐกิจ / สังคม และการแพทย์, สาธารณสุขไทย: a review,” *วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข*, ปีที่ 1, ฉบับที่ 1 (2536), 28

[726] ระชา ภุชชงค์ , นภนาท อนุพงศ์พัฒน์ และโกมาตร จึงเสถียรทรัพย์, *แพทย์ชนบท ธรรมาภิบาลกับการเมืองสุขภาพ* (นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, 2556), 106-108.

การพัฒนาสถานีอนามัย (ระหว่างปี พ.ศ. 2534 – 2543) ของกระทรวงสาธารณสุข[727] แม้ว่าแต่ละภารกิจมีเป้าหมายและแนวทางที่แตกต่างกันในรายละเอียดปลีกย่อย แต่จะเห็นถึง “จุดหมายร่วมกัน” ที่เป็นไปเพื่อหาคำตอบถึงแนวทางที่ดีที่สุดของการมีสุขภาพที่ดี เป็นต้นว่าการทำให้ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการทางสุขภาพอย่างเสมอภาค การสร้างองค์ความรู้เกี่ยวกับสุขภาพแบบองค์รวมรอบด้าน พัฒนาระบบการดูแลสุขภาพขั้นต้นหรือระดับปฐมภูมิ หรือการยกระดับสถานีอนามัยองค์ประกอบสำคัญส่วนหนึ่งของงานปฐมภูมิ กล่าวได้ว่าพัฒนาการทั้งหมดจะนำไปสู่การส่งเสริมศักยภาพในการดูแลสุขภาพให้แก่ประชาชนแบบครบวงจรมากขึ้น ซึ่งกลวิธีในการบรรลุเป้าหมายดังกล่าว ได้อาศัยการทำงานผ่านทั้งช่องทาง “ภายใน” และ “ภายนอก” โครงสร้างของกระทรวงสาธารณสุข

7.4 การพัฒนาระบบสุขภาพ ‘ใน’ โครงสร้างสาธารณสุข

7.4.1 ผลึกความคิด “สุขภาพที่ดีเป็นสิทธิมนุษยชน”: การดูแลสุขภาพแบบองค์รวม (Holistic Health)

การหลอมรวมเอาแนวคิดเรื่องสิทธิและเสรีภาพกับสุขภาพเป็นสิ่งที่ใหม่ในสังคมไทย เหตุผลประการสำคัญคือระบบความสัมพันธ์ระหว่างรัฐและประชาชนยังอยู่ในรูปของ “การสงเคราะห์” โดยรัฐมีหน้าที่ให้บริการแก่ประชาชนด้วยการมอบสวัสดิการ (โครงการ สปร. ระบบสวัสดิการของข้าราชการ) แก่ผู้ที่ไม่มีเงินหรือกรณีที่ไม่สามารถเรียกเก็บเงินจากประชาชนได้ ดังนั้น ระบบบริการสาธารณสุขก่อนทศวรรษ 2530 มีฐานคิดเดิมในรูปของ “สวัสดิการโดยรัฐ” อันเป็นแนวทางแบบคัดสรร (Selective) ที่รัฐ “เลือก” มอบสวัสดิการให้ตามความเหมาะสมเฉพาะกับประชาชนที่ไม่มีโอกาสเข้าถึงการบริการขั้นต่าง ๆ กล่าวอีกนัยหนึ่งคือนับตั้งแต่มีการเปลี่ยนแปลงการปกครองในปี พ.ศ. 2475 รัฐก็ได้แสดงบทบาทของ “คุณพ่อผู้รู้ดี” ทำหน้าที่ออกแบบนโยบายสาธารณะร่วมกับกลุ่มวิชาชีพเทคโนแครตพัฒนาระบบบริการสาธารณสุข เพื่อกระจายการบริการของรัฐลงสู่หน่วยย่อยที่สุดของรัฐให้มากที่สุดเท่าที่ปัจจัยจะเอื้ออำนวย

ในความเป็นจริงแล้ว แนวคิดเรื่องสิทธิและเสรีภาพกับสุขภาพเติบโตควบคู่มากับแนวคิดเรื่องประกันสังคม (Social Security) การเปลี่ยนแปลงทางการเมือง สังคม และเศรษฐกิจตั้งแต่ช่วงครึ่งหลังของทศวรรษ 2510 กลายมาเป็นบรรยากาศอันรุ่มรวยของสำนึกทางสังคมแนวใหม่ ที่กระตุ้นให้เกิดสำนึกของสิทธิ

[727] โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์, และ ประชาธิป กะทา. *สุขภาพปฐมภูมิ บริการปฐมภูมิ จากปรัชญาสู่บริการสุขภาพมิติใหม่,* (นนทบุรี: สำนักวิจัยสังคมและสุขภาพ, 2550), 32-33.

ทางการเมืองของกลุ่มเสรีนิยม รวมถึงสิทธิทางเศรษฐกิจของปีกสังคมนิยมในหมู่ขบวนการนักศึกษา กรรมกรและชาวนา การเมืองในช่วงนั้นได้ตอบสนองต่อการเปลี่ยนแปลงดังกล่าวผ่านปรากฏการณ์ทางสังคมหลายประการ อาทิ การสร้างกลไกเชิงสถาบันที่เป็นประชาธิปไตย (เช่น รัฐธรรมนูญ พ.ศ. 2517) การที่กลุ่มการเมืองเกิดแนวคิดที่ต้องกระจายสวัสดิการสังคมไปสู่ภาคส่วนที่ยากจนในชนบทมากขึ้น เช่น โครงการเงินผันและสวัสดิการรักษาพยาบาลฟรีในปี พ.ศ. 2518 หรือการจัดตั้งองค์กรเพื่อเป็นตัวแทนพิทักษ์ผลประโยชน์ของกลุ่มทางสังคมต่างๆ เช่น สหภาพเพื่อสิทธิเสรีของภาพประชาชน (สสส.) (พ.ศ. 2516) หรือสหภาพแรงงาน (พ.ศ. 2518) แม้ว่าขบวนการเคลื่อนไหวทางสังคมแนวใหม่นี้จะถูกลดบทบาทลงหลังปรากฏการณ์ “ขวาพิฆาตซ้าย” หลังกรณี 6 ตุลา แต่ต่อมาได้เริ่มก่อตั้งขึ้นอีกครั้งในช่วงทศวรรษ 2520 จนกลายมาเป็นพลังสำคัญที่ผลักดันและเคลื่อนไหวเรื่องสิทธิประโยชน์ที่แรงงานควรได้รับ ตลอดจนมีส่วนสำคัญที่ทำให้เกิดเป็นพระราชบัญญัติประกันสังคมในปี พ.ศ. 2533[728] พลังนอกระบบข้าราชการเหล่านี้สะท้อนให้เห็นการเติบโตขึ้นของแนวคิดเรื่องสิทธิมนุษยชนในสังคมไทยที่ควบคู่ไปกับแนวทางการสร้างหลักประกันสุขภาพ และเป็นปรากฏการณ์ที่ทำให้ภาคประชาชนเริ่มเข้าไปมีปากมีเสียงและมีบทบาทในเส้นทางการปฏิรูประบบสุขภาพมากขึ้นเรื่อย ๆ

แต่กระนั้น ถึงแม้จะเกิดพลังทางสังคมแนวใหม่เกิดขึ้นมาแล้วก็ตาม แต่เมื่อพูดถึงประเด็นเรื่อง “สิทธิและเสรีภาพ” กับ “สุขภาพ” ยังคงเป็นแนวคิดที่ไม่แพร่หลายนักในช่วงก่อนทศวรรษ 2530 โดยในทศวรรษ 2510 อาจมีปรากฏให้เห็นผ่านทัศนะของกลุ่มของนักวิชาการและการเมืองเฉพาะกลุ่มมากกว่า อาจเป็นเพราะว่าประเด็นเรื่องสุขภาพและสาธารณสุขยังมีลักษณะเป็นวิชาชีพสูง ซึ่งคนทั่วไปมองว่าเป็นสิ่งยากที่จะเข้าถึงได้หากไม่เคยผ่านการอบรมและศึกษาเฉพาะทางมาเลย กลุ่มคนที่ออกมาพูดถึงเรื่องสิทธิและเสรีภาพกับสุขภาพส่วนใหญ่จึงมักเป็นแพทย์ เช่น นายแพทย์ประเวศ วะสี[729] การแสดงจากจุดยืนทางการเมืองของกลุ่มแพทย์หัวก้าวหน้า “กลุ่มพลังใหม่” (พรรคพลังใหม่)[730] หรือจากกลุ่มนักศึกษาแพทย์หัวก้าวหน้าในยุคนั้น นอกจากนี้ยังมีเงื่อนไขทางการเมือง เช่น การบริหารประเทศแบบข้าราชการคุณพ่อรู้ดีดังที่กล่าวไป ตลอดจนสภาวะทางการเมืองที่ไม่ต่อเนื่อง เช่นหลังเหตุการณ์ 14 ตุลาคม พ.ศ. 2516 ไม่นานนักประเทศไทยถูกดึงเข้าสู่วังวนของการเมืองแบบอำนาจนิยมอีกครั้งหลังเหตุการณ์ล้อมปราบนักศึกษาในปี พ.ศ. 2519 ซึ่งล้วนแล้วแต่ทำให้ทิศทางของการรณรงค์

---

[728] ดู นภาพร อติวานิชยพงศ์, *เส้นทางสู้สู่ประกันสังคม : ประวัติศาสตร์การต่อสู้และการปฏิรูปกฎหมายประกันสังคม,* (กรุงเทพฯ: มูลนิธิเพื่อนหญิง, 2551), 63-76.

[729] *รักเมืองไทย*, (โครงการตำราสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์ สมาคมสังคมศาสตร์แห่งประเทศไทย, 2519), บท การสาธารณสุขเพื่อมวลชน.

[730] ห้องพิมาน โรงแรมมณเฑียร. *วันลงนามในปฏิญญาของกลุ่มพลังใหม่.* 2517.

เรื่องสิทธิและเสรีภาพหยุดชะงักไปชั่วคราว การพูดถึงสุขภาพที่สัมพันธ์กับการเมืองและสิทธิเสรีภาพที่กลุ่มนักศึกษาและปัญญาชนวิชาชีพเวชกรรมเคยเรียกร้องในช่วงเดือนตุลาก็เริ่มหมดความสำคัญในปริมณฑลทางการเมืองตามไปด้วย

จนกระทั่งพัฒนาการของแนวคิดเรื่องสิทธิมนุษยชนกลับเข้ามาในปริมณฑลสาธารณะอีกครั้งในทศวรรษ 2520 เมื่อเริ่มเห็นพัฒนาการทางการเมืองที่เป็นประชาธิปไตยมากขึ้น แม้ว่าจะยังเห็นอำนาจและอิทธิพลของนักการเมืองสายทหารอยู่ แต่ทว่าการเมืองในระบอบ “ประชาธิปไตยครึ่งใบ” (ประมาณ พ.ศ. 2523-2531) ที่เป็นการประนีประนอมระหว่างทหารกับประชาชน จึงเป็นการเริ่มเปิดพื้นที่ให้พรรคการเมือง กลุ่มทุนและนักการเมืองเข้ามามีบทบาทในระบบรัฐสภา และทำให้กลุ่มทหารไม่สามารถกุมอำนาจทางการเมืองแบบเบ็ดเสร็จแต่ถ่ายเดียวได้อีกต่อไป ดุลยภาพทางการเมืองรูปแบบใหม่นี้แม้จะยังไม่ส่งผลโดยตรงให้มีเสรีภาพทางการเมืองในสังคมเพิ่มขึ้นโดยทันทีทันใด ทว่า ปัจจัยดังกล่าวก็เป็นผลพลอยได้ที่ส่งเสริมและเกื้อหนุนให้พัฒนาการของแนวคิดสิทธิและเสรีภาพเริ่มก่อตัวขึ้นในประเทศไทยอีกครั้ง[731]

กระบวนการคลี่คลายให้เป็นประชาธิปไตยแบบค่อยเป็นค่อยไปนี้ ทำให้วาทกรรมสิทธิและเสรีภาพเริ่มได้รับการนิยามและชี้แนวทางที่หลากหลายมากขึ้นโดยเฉพาะในทศวรรษ 2530 ต่อมา ในส่วนของวงการแพทย์เริ่มปรากฏให้เห็นผ่านสำนึกของกลุ่มแพทย์สายปฏิรูปจำนวนหนึ่ง ดังที่นายแพทย์สงวน นิตยารัมภ์พงศ์ ได้กล่าวเอาไว้อย่างชัดเจนผ่าน “หลัก 6 ประการ” ที่ถือเป็น “มิติใหม่ของสาธารณสุขไทย” ในปี พ.ศ. 2530 โดยหลักข้อแรกได้กล่าวถึงประเด็นเรื่องสิทธิมนุษยชนกับสุขภาพเอาไว้อย่างชัดเจนว่า

> ***“สุขภาพที่ดีนั้นเป็นสิทธิมนุษยชน (Human Right) ที่มนุษย์ทุกผู้ทุกนามในโลกที่เกิดขึ้นมาแล้วจะต้องมี*** *มนุษย์ทุกคนจะต้องมีความเท่าเทียมกันในโอกาสที่จะสามารถไปถึง หรือบรรลุสุขภาพที่ดีได้เหมือนกันโดยไม่เลือกชั้นวรรณะ โดยเฉพาะคนยากจนในชนบท ในสลัม ชนกลุ่มน้อย และกลุ่มอื่น ๆ ที่มีโอกาสด้อยกว่าคนอื่นในสังคม* ***มนุษย์ทุกคนควรจะได้รับหลักประกัน ทั้งในแง่ของการได้รับบริการสาธารณสุขสาธารณสุขที่เท่าเทียมกัน*** *และได้รับปัจจัยอื่น ๆ ที่มีผลต่อสุขภาพ เช่น อาหาร การศึกษา เป็นต้น* ***ภาระหน้าที่นี้นอกจาก***

---

[731] เสน่ห์ จามริก. *พัฒนาการสิทธิมนุษยชนในประเทศไทย.* (กรุงเทพฯ: สมาคมสิทธิเสรีภาพของประชาชน, 2531), 81-91.

จะเป็นภาระหน้าที่ของรัฐบาลที่จะต้องให้การดูแลเอาใจใส่แล้ว ยังเป็นภาระหน้าที่ของกลุ่มชนได้เปรียบอื่น ๆ ในสังคม ที่จะผลักดันให้เกิดความเท่าเทียมกันนี้ *[เน้นโดยคณะผู้วิจัย]”*[732]

ทั้งนี้ นอกจากการนำเสนอในส่วนของแนวคิดเชิง “นามธรรม” แล้ว เพื่อไม่ให้หลักการดังกล่าวเป็นคำพูดที่เลื่อนลอย หมอสงวนก็ได้กล่าวในส่วนของ “รูปธรรม” ในเชิงปฏิบัติด้วยว่าหากเป้าหมายจะสัมฤทธิ์ผลได้นั้นต้องทำอย่างไรบ้างโดยละเอียดครบทั้ง 6 ข้อ ซึ่งนัยยะสำคัญที่สุดคือการไปถึงจุดที่ทุกคนจะได้รับสิทธินั้น ย่อมมาพร้อมกับหน้าที่อันยิ่งใหญ่ หน้าที่นี้มิได้จำกัดอยู่ภายใต้เงื่อนไขของรัฐอีกต่อไป แต่ทุกคนในสังคมตั้งแต่ประชาชน องค์กรของรัฐและภาคเอกชน จะต้องแก้ไขปัญหาในลักษณะ “องค์รวมของสังคม” (Holistic) กล่าวคือทุกภาคส่วนต้องสร้างกลไกเชิงสถาบันขึ้นภายในสังคมเพื่อเป็นการสร้าง “หลักประกัน” (Security) ให้สิทธินั้นมีอยู่และได้รับความคุ้มครอง นายแพทย์สงวนได้เน้นย้ำถึงเรื่องนี้ต่อไปว่า

*“**การมีหลักประกันในการได้รับการคุ้มครองสุขภาพ** เช่น **การออกกฎหมายที่จำเป็นในการคุ้มครองประชาชน ไม่ให้เป็นเบี้ยล่างของระบบตลาดมากเกินไป การมีพระราชบัญญัติประกันสุขภาพ ที่ประชาชนทุกคนจะมีความมั่นใจว่า สามารถได้รับการประกันดูแลสุขภาพอย่างแน่นอน** รวมทั้งการมีหลักประกันในความจำเป็นขั้นพื้นฐานอื่น ๆ เช่น การมียารักษาโรค มีบ้านที่อยู่อาศัย และอื่น ๆ ก็เป็นสิ่งที่จำเป็นที่จะต้องทำให้เกิดขึ้น เพื่อการบรรลุสุขภาพที่ดีของประชาชน”*[733]

กระแสการตื่นตัวของแนวคิดเรื่องสิทธิมนุษยชนกับสุขภาพในฝั่งแพทย์ ส่วนหนึ่งเป็นอานิสงส์จากการที่แพทย์ไปทำงานอยู่ในโรงพยาบาลชุมชนตามชนบท มีโอกาสพัฒนาชนบทร่วมกับองค์กรพัฒนาเอกชน (NGOs) นับว่าเป็นการเปิดพรมแดนความรู้ใหม่ที่สร้างประสบการณ์ให้แก่แพทย์และนักพัฒนาเอกชนได้ร่วมมือกันพัฒนาชนบทมาตั้งแต่ก่อนหน้า (ช่วงทศวรรษ 2520) ดังประสบการณ์ของแพทย์หญิงสุพัตรา ศรีวณิชชากร ประธานชมรมแพทย์ชนบทหญิงหนึ่งเดียว (ระหว่างปี พ.ศ. 2531-2532) ที่เล่าถึงประโยชน์ของการทำงานในชนบทร่วมกับกลุ่ม NGOs ในหลายโครงการว่า *“การมีบทเรียนกับประชาสังคมทำให้งานภาคส่วนอื่น ๆ ทำงานง่ายขึ้น...มีการแชร์ประสบการณ์ทำงานร่วมกันระหว่างหมอและ NGOs หลาย ๆ เรื่องตอนนั้น”*[734] หรืออีกกรณีหนึ่งที่เมื่อนายแพทย์สงวนที่ออกจากชนบทและกลับเข้าไปทำหน้าที่ในกระทรวง ก็ยังคงได้มีโอกาสร่วมมืออย่างใกล้ชิดกับ

---

[732] สงวน นิตยารัมภ์พงศ์, “มิติใหม่ของสาธารณสุขไทย”, ใน พิภพ ธงไชย, สมถวิล ลือชาพัฒนพร, และ ฐิติมา คุณติรานนท์, *จากวิกฤตการณ์สู่มิติใหม่ของสาธารณสุขไทย*, 21–22.

[733] สงวน นิตยารัมภ์พงศ์, “มิติใหม่ของสาธารณสุขไทย”, ใน พิภพ ธงไชย, สมถวิล ลือชาพัฒนพร, และ ฐิติมา คุณติรานนท์, 28–29.

[734] สัมภาษณ์แพทย์หญิงสุพัตรา ศรีวณิชชากร, คณะผู้วิจัย, 21 มิถุนายน 2565.

กลุ่มองค์กรพัฒนาเอกชนอย่างต่อเนื่อง ซึ่งมีอาจารย์เสน่ห์ จามริก ปูชนียบุคคลด้านการผลักดันประเด็นเรื่องสิทธิเสรีภาพ และเป็นหัวหอกของสถาบันชุมชนท้องถิ่นพัฒนา (Local Development Institute: LDI)[735] เป็นสถาบันที่เคลื่อนไหวสนับสนุนเรื่องของสิทธิชุมชนเพื่อการกระจายอำนาจในการจัดสรรทรัพยากรเพื่อการพัฒนาที่ยั่งยืน และเป็นองค์กรที่มุ่งแก้ไขปัญหาชุมชนท้องถิ่นในลักษณะองค์รวม ดังนั้น จากประสบการณ์ที่กลุ่มแพทย์ชนบทได้ทำงานและจัดตั้งเครือข่ายร่วมกับกลุ่ม NGOs ต่าง ๆ มาด้วยกัน มีส่วนช่วยขยายมุมมองเรื่องสุขภาพไปสู่เรื่องสิทธิที่ชัดเจนยิ่งขึ้น ขณะเดียวกันก็สะท้อนให้เห็นการเติบโตของภาคประชาสังคมที่มีหน้างานเกี่ยวข้องกับด้านสาธารณสุขที่จะเบ่งบานในช่วงทศวรรษ 2530 ไปพร้อมกันด้วย

นอกจากการปฏิสัมพันธ์กับภาคส่วนอื่น ๆ ที่มีส่วนช่วยเร่งการตื่นตัวเรื่องสิทธิในด้านสุขภาพแล้ว การมีเวทีหรือพื้นที่สำหรับการจัดระเบียบความคิดและระดมความคิดเห็นจากหลากหลายภาคส่วนเพื่อช่วยกันถกปัญหาในเรื่องสาธารณสุข กลายเป็นอีกหนึ่งช่องทางที่ช่วยให้กลุ่มคนที่ทำงานเกี่ยวกับระบบสาธารณสุข สามารถนำวิธีการและข้อคิดเห็นที่ได้รับไปดำเนินการต่อยอดเพื่อยกระดับระบบสาธารณสุขไม่ทางใดก็ทางหนึ่งได้ ซึ่งวิธีการนี้ทำให้เกิดการพบปะ พูดคุย และกระชับสัมพันธ์ระหว่างกลุ่มแพทย์ที่ทำงานอยู่ต่างพื้นที่ทั้งเมืองและชนบท และยังสร้างสัมพันธ์อันดีระหว่างกลุ่มแพทย์กับคนกลุ่มอาชีพอื่นในสังคมด้วย

7.4.2 การจัดระเบียบกรอบความคิดและการระดมความคิดเพื่อต่อยอดระบบสาธารณสุข

มาถึงจุดนี้ต้องยอมรับว่านับตั้งแต่ทศวรรษ 2520 เป็นต้นมา การเคลื่อนไหวเพื่อการปฏิรูประบบสาธารณสุขในสังคมไทย ล้วนเกี่ยวพันกับบทบาทของกลุ่มแพทย์ที่ออกไปทำงานในพื้นที่ชนบทไม่มากก็น้อย โดยเฉพาะกลุ่มสมาชิกของ “ชมรมแพทย์ชนบท” เภสัชชนบท และบุคลากรทางการแพทย์อื่น ๆ และในช่วงทศวรรษ 2530 นี้เองที่กลุ่มแพทย์ซึ่งเคยทำงานในชนบทได้ย้ายมาทำงานในกระทรวงแล้วมากหน้าหลายตา เริ่มจับประเด็นสำคัญของปัญหาในระบบสาธารณสุขและสามารถเชื่อมโยงเข้ากับโครงสร้างของระบบและนโยบายสาธารณะ โดยมี “กลุ่มสามพราน” หรือการจัดประชุมที่สามพราน (Sampran Forum) เพื่อใช้เป็นเวทีถกเถียงแสดงความคิดเห็น จนกระทั่งตกผลึกกลายเป็นความคิดที่สำคัญ[736] ที่ทำให้แพทย์และผู้เข้าร่วมหลายคนเริ่มเห็นถึงปฏิสัมพันธ์ระหว่างเรื่องสุขภาพกับเหตุการณ์อื่น ๆ ที่เกิดขึ้นและดำรงอยู่ในสังคม

---

[735] ชาตรี เจริญชีวะกุล. *แสงดาวแห่งศรัทธา น.พ.สงวน นิตยารัมภ์พงศ์,* (กรุงเทพฯ: สหมิตรพริ้นติ้งแอนด์พับลิสซิ่ง, 2554), 68.

[736] ระชา ภุชชงค์ , นภนาท อนุพงศ์พัฒน์ และโกมาตร จึงเสถียรทรัพย์, *แพทย์ชนบท ธรรมาภิบาลกับการเมืองสุขภาพ* (นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, 2556), 59-60.

สำหรับที่มาของกลุ่มสามพรานจริง ๆ แล้ว เป็นผลกระทบอย่างหนึ่งที่เกิดขึ้นจากบริบทที่แพทย์ชนบทต่างแยกย้ายกันไปรับผิดชอบและบริหารงานตามหน่วยงานต่าง ๆ ทำให้นำมาซึ่งภาวะ “ขาดการติดต่อและสื่อสาร” ระหว่างกัน แน่นอนว่าทุกคนต่างมุ่งมั่นทำงานเพื่อให้บรรลุภารกิจหรือหน้าที่ที่ตนต่างได้รับมอบหมาย จึงเป็นธรรมดาที่ทำให้ไม่สามารถสื่อสารและหารือปัญหาร่วมกันอย่างใกล้ชิดอย่างที่เคยเป็นมา การสื่อสารน้อยลงบางครั้งได้นำไปสู่ความขัดแย้งระหว่างสมาชิกที่ทำงานแยกกันตามหน่วยต่างๆ ดังที่นายแพทย์สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ ผู้จัดการประชุมอธิบายประวัติความเป็นมาของเวทีสามพรานว่า

> *“เริ่มจากการที่ [นายแพทย์] สงวนอยากใช้เวทีเป็นที่ปรึกษา พูดคุย พวกแพทย์ชนบทอยู่บ้านนอก ต่างคนต่างมีอาณาจักรเป็นของตนเอง แต่พอเข้ามาในกระทรวง มันอยู่คนละกอง คนละส่วน แต่ละกองมี interest ของกอง พออยู่ในกองก็ยึดความต้องการของกอง ก็เริ่มความเห็นไม่ตรงกัน...เลยเป็นที่มาของการจัดเวที เอาเรื่องรายงานมาเสนอ...เลยเป็นเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้อย่างสร้างสรรค์ แต่ก็ไม่น้ำหนึ่งใจเดียวกันหรอก แต่ก็ไม่ขนาดตีกันตาย...พอมานำเสนอแล้วเจ้าของเรื่องก็ต่างคนต่างไปทำต่อ”*[737]

เงื่อนไขนี้จึงนำมาสู่การเกิดขึ้นของ “กลุ่มสามพราน” ในปี พ.ศ. 2529 โดยเชิญศาสตราจารย์เกียรติคุณนายแพทย์ประเวศ วะสี เป็นประธานในการประชุมให้ โดยมีนายแพทย์สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ และนายแพทย์สมศักดิ์ ชุณหรัศมิ์ เป็นผู้จัดการประชุมในรูปแบบของเวทีวิชาการ และยังมีการขอรับการสนับสนุนจากสำนักงานองค์การอนามัยโลกประจำประเทศไทย[738] ซึ่งเมื่อเวลาผ่านไปนายแพทย์สงวนผู้เป็นตัวตั้งตัวตีจัดเวทีดังกล่าวได้ชี้ให้เห็นถึงประโยชน์ที่ได้รับระหว่างที่มีการจัดประชุม เนื่องจากเวทีสามพรานได้กลายเป็นเวทีเสนอการเรียนรู้ร่วมกันมากกว่า สามารถคิดเห็นต่างกันได้มากกว่าที่จะเป็นเวทีถกเถียงเพื่อหาข้อยุติหรือฟันธงแนวคิด เรื่องที่นำมาพูดคุยในเวทีมักเป็นเรื่องที่สมาชิกอยากรู้และอยากได้รับข้อคิดเห็นจากผู้อื่น ซึ่งกระบวนการดังกล่าวทำให้ *“ทุกฝ่ายได้ความรู้ ความคิดเห็น และนำข้อเสนอแนะไปปรับเป็นการปฏิบัติ บ่อยครั้งที่เวทีสามพรานนำเรื่องใหม่ ๆ หรือที่กำลังจะเกิดขึ้นมาหารือร่วมกัน บางเรื่องเมื่อมีการแลกเปลี่ยนกันมากเข้าก็เห็นความสำคัญมากขึ้น”*[739] ซึ่งหนึ่งในตัวอย่างที่เกิดขึ้นและได้ไปต่อหลังจากการหารือในวงแลกเปลี่ยนนี้คือเรื่องประกันสังคม ที่ทำให้นายแพทย์สงวนได้เข้าไปมีบทบาทในการวางระบบประกันสุขภาพนี้ตั้งแต่ในช่วงเริ่มต้น[740]

---

[737] สัมภาษณ์นายแพทย์สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ, คณะผู้วิจัย, 2565.

[738] สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ (บรรณาธิการ), *25 ปี ขบวนการแพทย์ชนบทกับแผ่นดินไทย* (นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, 2546), 57.

[739] สงวน นิตยารัมภ์พงศ์, *บนเส้นทางสู่หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า* (กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์มติชน, 2548), 51.

[740] สงวน นิตยารัมภ์พงศ์, *บนเส้นทางสู่หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า*, 53.

ในการประชุมของกลุ่มสามพรานแต่ละครั้งจะประกอบไปด้วยแพทย์อาวุโส กลุ่มแพทย์ชนบทจากส่วนกลาง แพทย์ชนบทระดับจังหวัด แพทย์ชนบทในโรงพยาบาลชุมชน และกลุ่มในมหาวิทยาลัย หลายครั้งมีการเชิญนักคิด นักวิชาการสาขาอื่น ๆ นักเคลื่อนไหวทางสังคม และภาคประชาสังคมเข้าร่วม[741] ด้วยความหลากหลายของประเด็นและผู้เข้าร่วม ทำให้เกิดการเชื่อมโยงกรอบความคิดระหว่างสมาชิกด้วยกัน พร้อม ๆ กันกับการปรับเปลี่ยนกรอบความคิดอยู่ตลอดเวลาให้เท่าทันต่อกระแสความคิดสากลด้วย[742] เพราะการประชุมของกลุ่มเชื่อมโยงประเด็นด้านสังคมการเมืองอย่างกว้างขวาง เช่น การปฏิรูประบบราชการ การพัฒนาชุมชนอย่างยั่งยืน ผลกระทบของ IMF นโยบายสาธารณะ การปฏิรูปการศึกษา รวมถึงการปฏิรูปการเมือง การเชื่อมโยงองค์ความรู้ทางสังคมการเมืองที่กว้างขวาง นอกจากจัดระเบียบกรอบคิดของผู้เข้าร่วมแล้ว ยังเป็นการเชื่อมโยงไปสู่เครือข่ายความร่วมมือที่กว้างขวางมากขึ้น ระหว่างเครือข่ายกลุ่มแพทย์กับเครือข่ายวงวิชาการ และภาคประชาสังคมอื่น ๆ ตลอดจนความคิดจากเวทีนี้อาจถูกนำไปต่อยอดในระดับส่วนบุคคลเพื่อไปสู่ขบวนการเคลื่อนไหวทางสังคมด้านอื่น ๆ นอกเหนือไปจากเรื่องสุขภาพ เช่น ขบวนการเคลื่อนไหวด้านสิ่งแวดล้อม ขบวนการเคลื่อนไหวด้านเศรษฐกิจ รวมถึงขบวนการเคลื่อนไหวทางการเมือง[743] ซึ่งมักขึ้นอยู่กับว่าใครมีเป้าหมายและมีช่องทางสามารถนำเอาข้อคิดเห็นไปพัฒนาต่อก็สามารถนำไปทำได้ โดยไม่มีใครยึดมั่นถือมั่นว่าเป็นความคิดของผู้ใดผู้หนึ่งเพียงคนเดียว ซึ่งนายแพทย์ประเวศได้สรุปภาพรวมของเวทีสามพรานไว้ว่า “กลุ่มสามพราน คือ คนเราไม่จำเป็นต้องมีความคิดตรงกัน ยิ่งมีความแตกต่าง เดี๋ยวความแตกต่างจะกลายเป็นนวัตกรรมขึ้นมาเอง”[744] นั่นทำให้เวทีสามพรานได้รับการยกย่องว่าเป็น “คลังสมอง” ด้านสุขภาพที่เข้มแข็งและสามารถสร้างการเปลี่ยนแปลงในระบบสุขภาพได้[745]

ในระหว่างที่บรรยากาศของการระดมความคิดต่อเรื่องระบบสุขภาพในประเทศไทยได้ขยายขอบเขตออกไปอย่างกว้างขวางผ่านเวทีสามพราน ในทางกลับกัน กลุ่มวิชาชีพแพทย์ที่เข้าออกเวทีแพทยสภากลับค่อย ๆ จำกัดคับแคบลง สภาวะดังกล่าวเป็นผลจากการเปลี่ยนแปลงของระบบสาธารณสุขหลายประการ เช่น ความขัดแย้งเรื่องการจัดสรรทรัพยากรแพทย์ในโรงพยาบาลรัฐ ซึ่งการขยายตัวอย่างก้าวกระโดดของโรงพยาบาลเอกชน

---

741 สัมภาษณ์นายแพทย์สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ.

742 ณัฐรุจ วงศ์ทางสวัสดิ์, *พลวัตกรอบความคิดและการเคลื่อนไหวของขบวนการแพทย์ชนบท: ความขัดแย้งและการเปลี่ยนผ่านทางการเมือง*, (วิทยานิพนธ์, สาขารัฐศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2560), 140-142.

743 เพิ่งอ้าง, 143-144.

744 สัมภาษณ์ศาสตราจารย์เกียรติคุณ นายแพทย์ ประเวศ วะสี, คณะผู้วิจัย, 29 พฤษภาคม 2565.

745 The Coverage Insight, “‘โกรัน ทอมสัน’ มิตรจากสวีเดน รำลึก ‘หมอสงวน’ ผู้มีวิสัยทัศน์ล้ำหน้า ‘ยูเอ็น’ 40 ปี,” The Coverage Insight, 2563, https://www.thecoverage.info/news/content/990.

ทำให้บุคลากรด้านสาธารณสุขจากภาครัฐถูกดึงไปสู่ภาคเอกชนจำนวนมากเนื่องจากผลตอบแทนที่มากกว่าและงานรับผิดชอบที่เบากว่าส่งผลต่อการขาดแคลนแพทย์ในชนบทมากยิ่งขึ้น[746] และที่สำคัญที่สุดคือความขัดแย้งกับกระทรวงสาธารณสุข ทำให้จุดยืนที่เปลี่ยนแปลงไประหว่างบุคลากรทางการแพทย์ที่มีเป้าหมายต่างกันเริ่มแสดงออกให้เห็นชัดเจนมากยิ่งขึ้น โดยเฉพาะเมื่อพิจารณาถึงบริบทของเวทีแพทยสภาในช่วงทศวรรษ 2530

7.4.3 สิทธิด้านสุขภาพ บทบาทแพทยสภา กับความสัมพันธ์ที่เปลี่ยนไประหว่างแพทย์กับคนไข้

การตื่นตัวในเรื่องของสิทธิด้านสุขภาพและพรมแดนของบริการทางสุขภาพที่ขยายตัวออกไป ได้นำไปสู่การเรียกร้องที่เสียงดังขึ้นเรื่อย ๆ สิทธิด้านสุขภาพเกี่ยวข้องโดยตรงต่อนิยามเรื่อง “สิทธิผู้ป่วย” อันเป็นหนึ่งในวาทกรรมที่ถูกสร้างขึ้นเพื่อต่อรองกับความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์และคนไข้โดยตรง[747] เนื่องจากแนวคิดที่รัฐควรมอบสวัสดิการ (รวมถึงบริการด้านสุขภาพ) ให้กับประชาชนอย่างเสมอภาคทุกคนอย่าง “ถ้วนหน้า” ในฐานะที่เป็นสิทธิเป็นการคืนเกียรติและศักดิ์ศรีของประชาชนให้เพิ่มขึ้น ซึ่งแตกต่างจากในอดีตอย่างสิ้นเชิงที่สถานะของผู้ป่วยหรือคนไข้ต้องถูกพิสูจน์และชี้วัดจากเงื่อนไขทางเศรษฐกิจเพื่อให้อยู่ในเกณฑ์ที่ยากจนมากพอที่จะได้รับสวัสดิการจากรัฐ ซึ่งแน่นอนว่าแนวคิดเรื่องความเสมอภาคดังกล่าวย่อมไม่ลงรอยกับกลุ่มแพทย์ที่เดิมเชื่อมั่นต่อการทำงานที่เน้นการสงเคราะห์ หรืออาจเรียกว่าเป็น selective welfare[748]

นอกจากนี้ การเติบโตของบริการสาธารณสุขจากภาคเอกชนได้มีผลก่อให้เกิดวัฒนธรรม “ซื้อ” บริการสาธารณสุข ที่ทำให้ผู้ป่วยคาดหวังบริการที่ดีแลกกับค่าใช้จ่ายในการรักษา มากกว่าที่จะมองว่าตนอยู่ภายใต้ความสัมพันธ์แบบสงเคราะห์ แนวโน้มนี้ย่อมมีส่วนทำให้การฟ้องร้องแพทย์เพิ่มมากขึ้นด้วย ดังจะเห็นว่าในช่วงเวลาที่โรงพยาบาลเอกชนเริ่มเติบโตและทวีจำนวนมากขึ้นตั้งแต่ช่วงทศวรรษ 2530 ปัญหาการฟ้องร้องบริการทางการแพทย์ที่ผ่านเข้ามาในแพทยสภาได้เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องเช่นกัน ซึ่งมีสถิติที่ระบุไว้ว่าระหว่างปี พ.ศ. 2534-

---

[746] ณัฐรุจ วงศ์ทางสวัสดิ์, *พลวัตกรอบความคิดและการเคลื่อนไหวของขบวนการแพทย์ชนบท: ความขัดแย้งและการเปลี่ยนผ่านทางการเมือง*, (วิทยานิพนธ์, สาขารัฐศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2560), 154.

[747] เกี่ยวกับประเด็นนี้ได้มีผู้นำเสนอและพยายามหานิยามของ “สิทธิผู้ป่วย” ในหลากหลายมิติ รวมถึงมิติทางกฎหมายที่กล่าวถึงการคุ้มครองสิทธิประโยชน์ของผู้ป่วย ก่อนหน้าที่สังคมจะมีการเสนอร่างพระราชบัญญัติคุ้มครองผู้เสียหายฯ ดูงานของ อัจฉรา วีระชาลี ใน อัจฉรา วีระชาลี. *สิทธิของผู้ป่วย*. มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, 2537.

[748] เกี่ยวกับปัญหาความขัดแย้งทางความคิด ดูเพิ่มเติมใน นวลน้อย ตรีรัตน์ และ แบ๊งค์ งามอรุณโชติ. *การเมืองและดุลอำนาจในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า,* (นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, 2555), 26-33.

2550 มีประเด็นการฟ้องร้องในแพทยสภาถึง 2,880 คดีด้วยกัน โดยสัดส่วนของของคดีที่มีผู้ฟ้องร้องมากที่สุด จำนวน 1,567 คดี มาจากประเด็นปัญหาเรื่อง “แพทย์ไม่รักษามาตรฐานการประกอบวิชาชีพเวชกรรม”[749]

กระนั้นก็ตาม ในความเป็นจริงแล้วคุณค่าของวัฒนธรรมการให้บริการสาธารณสุขอาจไม่ได้ถูกทำให้ด้อยค่าลง แต่เนื่องด้วยแนวโน้มที่เพิ่มขึ้นของการเรียกร้องให้มีการพิทักษ์สิทธิของประชาชนผู้รับบริการ ทำให้ปัญหาที่ซ่อนอยู่ใต้พรมได้รับการเปิดเผยมากในพื้นสาธารณะต่างหาก เพราะในอดีตเป็นที่ทราบกันดีว่าแพทย์เป็นผู้ที่มีอำนาจจัดการอยู่เหนือเนื้อตัวและร่างกายของคนไข้ด้วยธรรมชาติของความรู้วิชาชีพ แต่ด้วยแนวคิดที่เติบโตขึ้นของการเรียกร้องสิทธิในการพิทักษ์ผลประโยชน์ ได้มีผลต่อการกอบกู้เสรีภาพในร่างกายของคนไข้กลับคืนมา เพราะฉะนั้นระบบความสัมพันธ์ภายใต้มุมมองใหม่นี้ ทำให้อำนาจของผู้รับบริการ (ผู้ป่วย/คนไข้) จึงเพิ่มขึ้นเพื่อให้เกิดความเสมอภาคกับแพทย์ผู้ให้บริการ ขณะที่แพทย์กลายเป็นฝ่ายที่รู้สึกถูกบีบคั้นมากขึ้นจากการที่ต้องปรับเปลี่ยนบทบาทและท่าที ซึ่งการไม่สามารถคงสภาวะดั้งเดิม (status quo) ได้จึงทำให้รู้สึกว่ากำลัง “ถูกลดทอน” หรือ “ถูกท้าทาย”

ทั้งนี้ จุดยืนเรื่อง “การสงเคราะห์” หรือ “สิทธิและความเสมอภาค” ยังสัมพันธ์ต่อบทบาทของแพทย์สายที่ทำงานในชนบทซึ่งทำหน้าที่อยู่ในแพทยสภาด้วย เนื่องจากแพทย์ชนบทที่ให้ความสำคัญกับเรื่องความเสมอภาค ไม่เห็นด้วยกับการตั้งโรงเรียนแพทย์ในมหาวิทยาลัยเอกชน และยังดูเหมือนว่าไม่มีท่าทีปกป้องแพทย์ด้วยกันเองที่ถูกฟ้องร้อง ขณะที่ในทางตรงกันข้าม แพทย์จากฝ่ายโรงพยาบาลเอกชนและแพทย์ในโรงพยาบาลรัฐขนาดใหญ่อย่างโรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป มีแนวโน้มที่จะไม่เห็นด้วยกับงานการปฏิรูประบบสาธารณสุขเพื่อสร้างสิทธิและความเสมอภาคตามแนวทางของแพทย์ชนบทเช่นกัน ซึ่งสาเหตุของจุดยืนทางความคิดที่แตกต่างกันนี้อาจต้องย้อนกลับไปพิเคราะห์ตั้งแต่นโยบายของกระทรวงสาธารณสุขที่ต้องการสร้างโรงพยาบาลชุมชนให้ครบทุกอำเภอ ที่ส่งผลให้เกิดการกระจายงบประมาณด้านสาธารณสุขไปสู่พื้นที่ชนบท โดยทำให้สาธารณสุขระดับอำเภอและตำบลได้รับการจัดสรรงบประมาณที่มากกว่าส่วนงานบริการสาธารณสุขระดับจังหวัด (โรงพยาบาลรัฐขนาดใหญ่) นับตั้งแต่ปี พ.ศ. 2526 เป็นต้นมา[750] การที่งบประมาณของโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไปถูกทุ่มงบประมาณไปสู่ชนบท เท่ากับว่าแพทย์ชนบทได้มีโอกาสเติบโตและขยายบทบาทเข้าสู่

---

[749] หทัยชนก สุมาลี. *แนวทางการพิทักษ์สิทธิประโยชน์ของผู้ให้และผู้รับบริการจากการบริการทางการแพทย์.* (ม.ป.ท.:มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, 2552), 55-61.

[750] ระชา ภุชชงค์ , นภนาท อนุพงศ์พัฒน์ และโกมาตร จึงเสถียรทรัพย์, *แพทย์ชนบท ธรรมาภิบาลกับการเมืองสุขภาพ* (นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, 2556), 104-105.

พื้นที่ของการจัดสรรทรัพยากรมากขึ้นในทุกระดับ ขณะที่แพทย์กลุ่มอื่น ๆ เช่น แพทย์ในโรงพยาบาลศูนย์หรือในโรงพยาบาลทั่วไป เกิดความรู้สึกว่าไม่สามารถเข้าถึงการจัดสรรทรัพยากรได้อย่างที่เป็นมา จึงนำมาสู่การรวมตัวเป็นเครือข่ายเพื่อต่อรองเรื่องการจัดสรรทรัพยากรและแสดงจุดยืนต่อความเชื่อมั่นในระบบสงเคราะห์ โดยใช้ชื่อว่า "สมาพันธ์แพทย์โรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป"[751] แพทย์กลุ่มนี้ค่อย ๆ เข้ามาช่วงชิงตำแหน่งแห่งที่ภายในแพทยสภานับตั้งแต่ช่วงปลายทศวรรษ 2530 เพื่อเป็นตัวแทนในการรักษาสถานะของแพทย์ ยึดถือแนวทางการให้บริการแบบเดิมที่เคยเป็นมา (selective welfare) และทวงคืนศักดิ์ศรีของแพทย์ให้กลับคืนมาอีกครั้ง

7.4.4 วิวาทะในเวทีแพทยสภา

การขับเคี่ยวกันในเวทีแพทยสภาช่วงปลายทศวรรษ 2530 จึงเสมือนสมรภูมิวัดกำลังระหว่างกลุ่มที่สนับสนุนแนวทางของแพทย์ชนบทและแพทย์กลุ่มอื่น ๆ ก่อนหน้านี้แพทย์ชนบทเข้าไปมีบทบาทในแพทยสภาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2521 โดยมีสมาชิก 2 คนได้รับเลือกเข้าไปเป็นกรรมการคือ นายแพทย์มานิตย์ ประพันธ์ศิลป์ และนายแพทย์สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ กระทั่งหลังปี พ.ศ. 2527 แพทย์ชนบทคนอื่น ๆ ได้ทยอยเข้ามาเป็นกรรมการแพทยสภามากขึ้น เช่น นายแพทย์วิชัย โชควิวัฒน นายแพทย์สมศักดิ์ ชุณหรัศมิ์ นายแพทย์ชูชัย ศุภวงศ์ นายแพทย์สงวน นิตยารัมภ์พงศ์ ฯลฯ และในระหว่างปี พ.ศ. 2534 – 2536 เป็นช่วงเวลาที่สัดส่วนตัวแทนของแพทย์ชนบทอยู่ในกรรมการแพทยสภามีจำนวนมากที่สุดคือ 11 คนจากกรรมการที่มาจากการเลือกตั้งจำนวน 16 คน[752] ปรากฏการณ์นี้แสดงให้เห็นว่าช่วงต้นทศวรรษ 2530 สมาชิกของแพทย์ชนบทได้รับการยอมรับอย่างสูงจากแพทย์ที่มีบทบาทสำคัญในโครงสร้างทางอำนาจส่วนกลาง[753] และการมีสมาชิกที่เป็นตัวแทนฝ่ายแพทย์ชนบทเข้าไปเป็นกรรมการมากขึ้นย่อมส่งผลต่อบทบาทในการกำหนดทิศทางการทำงานของแพทยสภา อย่างไรก็ดี ในขณะเดียวกันแพทย์กลุ่มอื่น ๆ เช่น แพทย์เฉพาะทาง อาจารย์ในโรงเรียนแพทย์ แพทย์ภาคเอกชน แพทย์ในโรงพยาบาลขนาดใหญ่ รวมถึงแพทย์ในโรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป ก็มีการรวมกลุ่มกันเพื่อสมัครเข้ามามีบทบาทในแพทสภามากขึ้นเช่นกัน[754] ประเด็นที่ทำให้แพทย์เอกชนและกรรมการแพทยสภากลุ่มอื่นเกิดความ

---

[751] เพิ่งอ้าง, 106-108.

[752] สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ (บรรณาธิการ), *25 ปี ขบวนการแพทย์ชนบทกับแผ่นดินไทย* (นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, 2556), 121.

[753] ณัฐรุจ วงศ์ทางสวัสดิ์, *พลวัตกรอบความคิดและการเคลื่อนไหวของขบวนการแพทย์ชนบท: ความขัดแย้งและการเปลี่ยนผ่านทางการเมือง,* (วิทยานิพนธ์, สาขารัฐศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2560), 160.

[754] สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ (บรรณาธิการ), *25 ปี ขบวนการแพทย์ชนบทกับแผ่นดินไทย* (นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, 2556), 128.

ขัดแย้งกับแนวทางของแพทย์ชนบทอาจมีสองเรื่องใหญ่ ๆ คือการคัดค้านการเปิดโรงเรียนแพทย์เอกชนในมหาวิทยาลัยรังสิต[755] และจุดยืนของแพทย์ชนบทต่อประเด็นที่แพทย์ถูกฟ้องร้องซึ่งถูกมองว่าไม่เอื้ออำนวยให้แพทย์ต่อสู้คดีได้โดยง่าย[756] จากนั้นสัดส่วนของฝ่ายที่สนับสนุนแนวทางของแพทย์ชนบทในแพทยสภาเริ่มลดลงหลังปี พ.ศ. 2536 ทำให้บทบาทในแพทยสภาลดเหลือเพียงการทักท้วงและตรวจสอบทิศทางการทำงาน[757] นอกจากการเสียที่มั่นในองค์กรวิชาชีพอย่างแพทยสภาและไม่สามารถขยายแนวร่วมในกลุ่มวิชาชีพให้ขยายตัวมากขึ้นได้แล้ว ปัจจัยแตกหักที่สำคัญซึ่งส่งผลต่อการเปลี่ยนแนวทางขับเคลื่อนการปฏิรูปของแพทย์ชนบท คือความผิดหวังจากการผลักดันการปฏิรูปผ่านระบบราชการและรวมถึงความขัดแย้งกับกระทรวงสาธารณสุข

กรณีที่แพทย์ชนบทเข้าไปเกี่ยวข้องกับความขัดแย้งกับกระทรวงสาธารณสุขเป็นเรื่องการโยกย้ายบุคลากรโดยไม่เป็นธรรมของผู้มีอำนาจในกระทรวงสาธารณสุข ดังกรณีคำสั่งย้ายนายแพทย์มรกต กรเกษม และนายแพทย์สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ กรณีแรกเกิดขึ้นในเดือนกันยายน พ.ศ. 2536 เมื่อนายแพทย์มรกตได้ถูกย้ายจากตำแหน่งเลขาธิการคณะกรรมการอาหารและยา (อย.) ไปเป็นผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุขเนื่องจาก *“ไม่ได้ให้การตอบสนองต่อนักการเมือง”* ที่หวังจะมีอำนาจในองค์การอาหารและยา แพทย์ชนบทได้ออกแถลงการณ์กดดันกระทรวงสาธารณสุขโดยเห็นว่าเหตุการณ์ครั้งนี้เป็นเหตุการณ์ที่นักการเมืองแทรกแซงข้าราชการประจำ[758] ขณะที่กรณีหลังเกิดขึ้นอีกครั้งในปี พ.ศ. 2538 นายแพทย์สุวิทย์ถูกย้ายจากตำแหน่งผู้อำนวยการสำนักนโยบายและแผนสาธารณสุขให้ไปดำรงตำแหน่งนายแพทย์ใหญ่ประจำสำนักปลัดกระทรวงสาธารณสุข เนื่องจากความขัดแย้งในการประกวดราคาโครงการเทเลเมดิซิน (Telemedicine)[759] กรณีนี้ทำให้มีความเคลื่อนไหวของหลาย ๆ กลุ่มเพื่อสนับสนุนนายแพทย์สุวิทย์ เช่น นายแพทย์เสม พริ้งพวงแก้ว นายแพทย์ประเวศ วะสี รวมทั้งประธานชมรมแพทย์ชนบทขณะนั้นได้เรียกร้องหาระบบคุณธรรมในกระทรวงสาธารณสุข[760] ซึ่งทั้งสองกรณีที่ยกตัวอย่างมาแสดงให้เห็นว่าการที่แพทย์ชนบทพยายามแสดงจุดยืนต่อเรื่องที่มองว่าไม่เป็นธรรมทางสังคม บางครั้งได้นำไปสู่ความไม่ลงรอยกับผู้มีอำนาจในกระทรวงสาธารณสุข (ซึ่งเป็นนักการเมือง) ซึ่งปัญหาทำนองนี้น่าจะเกิดขึ้นเป็นจำนวนมากจนเป็น

---

[755] ณัฐรุจ วงศ์ทางสวัสดิ์, *พลวัตกรอบความคิดและการเคลื่อนไหวของขบวนการแพทย์ชนบท: ความขัดแย้งและการเปลี่ยนผ่านทางการเมือง*, (วิทยานิพนธ์, สาขารัฐศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2560), 162.

[756] นวลน้อย ตรีรัตน์ และแบ๊งค์ งามอรุณโชติ, *การเมืองและดุลอำนาจในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า* (นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, 2556), 70.

[757] สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ (บรรณาธิการ), *25 ปี ขบวนการแพทย์ชนบทกับแผ่นดินไทย* (นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, 2556), 125.

[758] เพิ่งอ้าง, 190-193

[759] เพิ่งอ้าง, 195-197.

[760] เพิ่งอ้าง, 199

ส่วนหนึ่งที่ทำให้แพทย์สายปฏิรูปหมดหวังกับการผลักดันให้เกิดการปฏิรูปงานสาธารณสุขโดยผ่านโครงสร้างของกระทรวง ซึ่งถือเป็นจุดเปลี่ยนสำคัญครั้งหนึ่ง เนื่องจากในช่วงเวลาก่อนกลางทศวรรษ 2530 ที่ผ่านมา แพทย์ที่ทำงานในชนบทสามารถช่วยงานและให้ความร่วมมือกับการดำเนินงานของกระทรวงสาธารณสุขเป็นอย่างดีมาโดยตลอด

ควรกล่าวไว้ด้วยว่า ความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์ชนบทและกระทรวงสาธารณสุขมีความไม่ลงรอยกันมาก่อนที่จะเกิดการเปิดโปงการทุจริตยาครั้งใหญ่ ในปี พ.ศ. 2541 (ซึ่งจะกล่าวในบทต่อไป) ที่ถือเป็นจุดแตกหักระหว่างแพทย์ชนบทและกระทรวงสาธารณสุข ก่อนหน้าแพทย์ชนบทถูกแทรกแซงจากผู้ใหญ่ในกระทรวงฯ หลายเหตุการณ์ เช่น การยุบคณะกรรมการหรือเปลี่ยนตัวคณะกรรมการของกระทรวงหลายชุดที่มีตัวแทนแพทย์ชนบทเข้าร่วม การวางตำแหน่งปลัดกระทรวงสาธารณสุขที่มีความขัดแย้งกับแพทย์ชนบทเข้ามาคุมงานกองสาธารณสุขภูมิภาคและสำนักนโยบายและแผน การแสดงท่าทีไม่สนับสนุนหรืออำนวยความสะดวกในการทำงานของชมรมแพทย์ชนบทเมื่อเทียบกับชมรมอื่น ๆ ขณะเดียวกันก็มีการใช้งบประมาณสนับสนุนให้จัดตั้ง "ชมรมผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมชน" เพื่อคานอำนาจกับชมรมแพทย์ชนบท[761] ท้ายที่สุดแล้ว ความขัดแย้งระหว่างกลุ่มแพทย์ชนบทและกระทรวงสาธารณสุขที่แหลมคมที่สุด คือกรณีเปิดโปงการทุจริตยา และวิวาทะเรื่องพระราชบัญญัติคุ้มครองผู้เสียหายจากการรับบริการสาธารณสุข ซึ่งเกี่ยวข้องกับเรื่องการฟ้องร้องแพทย์โดยตรง[762]

เวลานี้จะเห็นว่าแนวคิดเรื่อง "สิทธิด้านสุขภาพ" ได้เติบโตขึ้นพร้อม ๆ กับการขยายตัวในทางเศรษฐกิจอย่างก้าวกระโดด ประกอบกับบรรยากาศทางการเมืองก่อนเหตุการณ์พฤษภาทมิฬที่เร่งเร้าและกระตุ้นการตระหนักรู้ในเรื่องสิทธิของประชาชนให้เกิดขึ้น ซึ่งอีกหนึ่งปรากฏการณ์ที่อยู่ภายใต้อิทธิพลของกระแสความคิดดังกล่าวคือ การเรียกร้องให้มีการปรับปรุงโครงสร้างสาธารณสุขให้ก้าวทันต่อเศรษฐกิจและการเมืองที่เติบโตอย่างก้าวกระโดด ตลอดจนการขยายพรมแดนความรู้ต่อเรื่องสาธารณสุข จนนำไปสู่เส้นทางการพัฒนาระบบสุขภาพ "นอก" โครงสร้างสาธารณสุขที่ดำเนินการคู่ขนานกันไปกับการดำเนินงานในกระทรวง อย่าง "องค์กรอิสระทาง

---

[761] เชษฐา ทรัพย์เย็น, *การศึกษาขบวนการแพทย์ชนบทในกระบวนการนโยบายระบบสุขภาพ: ขบวนการประชาสังคมส่งผลต่อประชาธิปไตยแบบมีส่วนร่วมในประเทศไทย*, (วิทยานิพนธ์, สาขารัฐศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2556), 101-102.

[762] นภนาถ อนุพงศ์พัฒน์, ระชา ภุชชงค์, และ โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์. *แพทย์ชนบท ธรรมาภิบาลกับการเมืองสุขภาพ.* (นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, 2556), 109-111.

ความรู้อย่างสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.)” ที่จะมีผลต่อเส้นทางการปฏิรูประบบสุขภาพอย่างสำคัญในแง่ด้านการสร้างองค์ความรู้ต่อมา

7.5 เส้นทางการพัฒนาระบบสุขภาพ “นอก” โครงสร้างสาธารณสุข

7.5.1 วัฒนธรรมของระบบราชการที่กัดกินพัฒนาการในระบบสาธารณสุข

การขยายตัวทางเศรษฐกิจในช่วงต้นทศวรรษ 2530 (ตามแผนพัฒนาฯ ฉบับที่ 6 ระหว่างปี พ.ศ. 2530-2534) กับแนวทางการบริหารในเชิงธุรกิจกลายเป็นความหวังใหม่ของการพัฒนาประเทศ ความหวังที่ว่านี้สะท้อนให้เห็นผ่านอุดมคติว่าประเทศไทยจะกลายมาเป็นประเทศอุตสาหกรรมใหม่ (Newly Industrialized Countries - NICs) หรือ “เสือตัวที่ห้า” ต่อจากไต้หวัน ฮ่องกง เกาหลีใต้ และสิงคโปร์ ด้วยความหวังทางเศรษฐกิจได้กระตุ้นให้ย้อนกลับไปพิจารณาแนวทางการบริหารในระบบราชการ เนื่องจากเป็นเครื่องจักรกลหลักในการพัฒนาประเทศตลอดเวลาที่ผ่านมา บัดนี้ได้เกิดเป็นกระแสวิพากษ์วิจารณ์ในสังคมว่าระบบราชการเป็นระบบที่เชื่องช้าและเป็น “ตัวถ่วงความเจริญ” ของประเทศ กระแสความคิดที่พยายามปฏิรูประบบราชการจึงเกิดขึ้นท่ามกลางกระแสเศรษฐกิจที่กำลังเติบโตขึ้นอย่างต่อเนื่องด้วย[763]

สำหรับในมิติของสาธารณสุข ระบบราชการแบบไทย ๆ ที่แอบอิงกับวิชาชีพนิยม (Professionalism) ตามแนวทางการแพทย์สมัยใหม่ ที่เป็นฐานรองรับวัฒนธรรมราชการในกระทรวงสาธารณสุขมาอย่างยาวนาน ก็ได้รับผลพวงจากกระแสการปฏิรูปนี้ด้วยเช่นกัน[764] ในความเป็นจริงแล้วนั้นกลุ่มแพทย์ที่ต้องการเห็นความเปลี่ยนแปลงภายในกระทรวงก็ได้รับทราบถึงปัญหานี้มานานแล้ว เรียกได้ว่าตั้งแต่ในช่วงปลายทศวรรษ 2510 ดังที่นายแพทย์ประเวศ วะสี ได้วิพากษ์ระบบราชการที่เป็นตัวเหนี่ยวรั้งการแก้ปัญหาด้านการสาธารณสุขของประเทศไทยอย่างเผ็ดร้อนว่าเป็น *“ระบบเผด็จการที่ไร้ความรับผิดชอบ มีการรวบอำนาจอยู่ที่ส่วนกลางและอยู่ที่ระดับสูง”*[765] หากไม่มีการปฏิรูประบบข้าราชการ บ้านเมืองก็ไม่สามารถเป็นประชาธิปไตยเพราะถูกครอบงำโดยระบบ จนในที่สุดแล้วเมื่อบริบททางการเมือง สังคม และเศรษฐกิจสร้างโอกาส ประกอบกับเป็นช่วงเวลาที่กลุ่มแพทย์ชนบทถูกดึงตัวเข้ามาทำงานในส่วนกลางเพิ่มขึ้น และได้เห็นปัญหาเชิงระบบแบบเดียวกันกับที่แพทย์อาวุโสพบเห็นมาก่อนหน้า นายแพทย์ประเวศจึงออกมาวิพากษ์ระบบราชการอีกครั้ง ผ่านปลายปากกาที่บอกเล่า

---

[763] โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์, *อำนาจและคอร์รัปชั่น: ถอดรหัสวัฒนธรรมราชการสาธารณสุข*, (กรุงเทพฯ: อมรินทร์, 2546), 40.

[764] อ้างแล้ว, 43.

[765] *รักเมืองไทย*, เพิ่งอ้าง, 56-60.

การรำลึกถึงบทบาทของนายแพทย์สงวนเอาไว้ว่า “ระบบข้าราชการมันทำลายผู้เชี่ยวชาญ” ปัญหาภายในระบบราชการที่บีบคั้นจากผู้บริหารและบุคลากรที่ไม่ลงรอยกับหมอสงวน เป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้เขา (นายแพทย์สงวน) มีอาการเครียดอย่างหนักหน่วง[766]

กลุ่มหมอที่ต้องการเห็นความเปลี่ยนแปลงในระบบสาธารณสุขได้มีความเชื่อร่วมกันว่า หากต้องการเปลี่ยนแปลงทิศทางการพัฒนาในรูปแบบเดิม ๆ ในกระทรวงต้องอาศัยฐานทางความรู้ที่มั่นคง ต้องสร้างสถาบันที่ทำหน้าที่ผลิตนักวิชาการและผลงานวิชาการเป็นเลิศออกมาเพื่อพัฒนางานสาธารณสุข โดยไม่ต้องพึ่งพาองค์กรที่ปกครองคนด้วย “ตัวหนังสือ” อย่างระบบราชการมากนัก การพัฒนาองค์กรทำหน้าที่สนับสนุนงานวิชาการในช่วงแรกจึงเกิดขึ้นในชื่อ “คณะกรรมการระบาดวิทยาแห่งชาติ” สนับสนุนโดยมูลนิธิร็อคเกอะเฟลเลอร์ นายแพทย์ประเวศ วะสี ผู้ร่วมอยู่ในทุกเหตุการณ์เล่าว่าเหล่านี้คือกลไกที่สำคัญอันหนึ่งในการแสวงหาผู้รู้มาใช้งานด้านสาธารณสุข และได้เปรียบเทียบภารกิจของมูลนิธิร็อกเกอะเฟลเลอร์ที่ทำหน้าที่สนับสนุนงานวิชาการในหลาย ๆ ประเทศ เทียบกับการบริหารงานที่ไม่ได้เรื่องของระบบข้าราชการไทยไว้อย่างน่าสนใจว่า:

> *“เขาบริหารโดยความรู้ เพื่อให้เกิดความรู้*
> *เราบริหารโดยอำนาจเพื่ออำนาจแต่ไม่มีความรู้ และไม่เกิดความรู้”*
> ***“ขอให้ดูกันให้ดีเถิดครับ ในกระทรวง ทบวง กรมต่าง ๆ ตลอดจนในมหาวิทยาลัยจะอยู่ในสภาพนี้เกือบทั้งสิ้น จึงมีความไร้สาระต่าง ๆ นานา*** *ผู้คนก็ยังไม่เห็นความสำคัญของความรู้กันเท่าไร* ***ถ้าจะถามว่า “บนเส้นทางชีวิต” พยายามสื่ออะไรก็อยากจะตอบว่า สื่อให้เห็นความสำคัญของวัฒนธรรมความรู้”***[767]

เรียกได้ว่า “วัฒนธรรมความรู้” ที่มีลักษณะผูกขาดของกลุ่มวิชาชีพแพทย์นั้นได้สร้างอิทธิพลทางความคิดต่อนายแพทย์ประเวศ วะสี และกลุ่มหมอสายปฏิรูปอย่างใหญ่หลวง ตัวอย่างอันเป็นรูปธรรมที่สุดคือการถือกำเนิดขึ้นขององค์กรอิสระทางความรู้อย่างสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) โดยมีพระราชบัญญัติสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข พ.ศ. 2535 รับรองอย่างเป็นทางการ

---

[766] ชาตรี เจริญชีวะกุล. *แสงดาวแห่งศรัทธา น.พ.สงวน นิตยารัมภ์พงศ์*, (กรุงเทพฯ: สหมิตรพริ้นติ้งแอนด์พับลิสซิ่ง, 2554), 76-87.

[767] ประเวศ วะสี. *บนเส้นทางชีวิต*, (กรุงเทพฯ: หมอชาวบ้าน, 2554), 354-360.

7.5.2 พระราชบัญญัติสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข พ.ศ. 2535: ถือกำเนิดองค์กรอิสระทางความรู้อย่างสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.)

งานของ นวลน้อย ตรีรัตน์ และแบ๊งค์ งามอรุณโชติ เสนอว่าภายใต้การผลักดันของเครือข่ายปฏิรูประบบสาธารณสุขในทศวรรษ 2530-2540 ได้ส่งผลให้เกิด "กลไก–เครื่องมือ" ของการปฏิรูประบบสุขภาพที่ทรงพลัง คือ "องค์กรตระกูล ส." ทั้ง 4 หน่วยงานคือ (1) สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) ในปี พ.ศ. 2535 (2) สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) ในปี พ.ศ. 2544 (3) สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ในปี พ.ศ. 2545 และ (4) สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.) ในปี พ.ศ. 2550 องค์กรเหล่านี้เกิดขึ้นเพื่อทำให้ข้อเสนอของการปฏิรูปสาธารณสุข "กลายสถาบัน" (institutionalization) ที่มีความมั่นคง โดย สวรส. มีหน้าที่เป็นฝ่ายวิชาการ ขณะที่ สสส. เป็นหน่วยจัดสรรทรัพยากรไปหล่อเลี้ยงให้แก่ภาคประชาสังคมที่เป็นพลังให้กับการขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะ ส่วน สปสช. มีหน้าที่ปฏิรูประบบสาธารณสุขผ่านมาตราการทางการคลัง และสุดท้าย สช. มีหน้าที่ส่งเสริมการมีส่วนร่วมจากภาคประชาสังคม[768] ด้วยเหตุนี้ จึงไม่ผิดนักที่จะกล่าวว่าการเกิดขึ้นขององค์กรตระกูล ส. สัมพันธ์โดยตรงต่อการเมือง เศรษฐกิจ และสังคมวัฒนธรรม ตลอดจนการเคลื่อนไหวของเครือข่ายปฏิรูปนับตั้งแต่ทศวรรษ 2530 เป็นต้นมา

ด้านหนึ่งคือด้วยโครงสร้างและโอกาสทางการเมืองที่เปิดกว้างต่อการมีส่วนร่วมของภาคประชาสังคม ในทศวรรษ 2530 ขณะที่อีกด้านหนึ่งคือความขัดแย้งและความผิดหวังของการผลักดันการปฏิรูปผ่านองค์กรของรัฐและระบบราชการ ดังที่นายแพทย์ วิชัย โชควิวัฒน ได้รำลึกถึงช่วงเวลาก่อนที่จะเกิดระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าไว้ว่า "*พันธนาการของระบบราชการไม่มีทางจะสร้างธรรมาภิบาลอย่างแท้จริง...ไม่สามารถทำให้เกิดประโยชน์สุขที่แท้จริงแก่ประชาชนได้ แม้จะทุ่มเทเงินทองลงไปเท่าใดก็ตาม เงินก้อนนั้นก็จะไร้ประสิทธิผล และมีโอกาสสูงที่จะมีการทุจริตคอรัปชั่นตามมา*"[769] เพื่อไม่ให้การพัฒนาระบบบริการสุขภาพต้องถูกคนในกระทรวงเตะถ่วงอีก จึงมีความจำเป็นที่จะต้องสร้างกลไกที่มีประสิทธิภาพที่มีลักษณะ "อิสระเชิงสัมพัทธ์" กล่าวคือ "เป็นอิสระ แต่ถ้าอิสระเกินไปจนไม่สัมพันธ์ต่อระบบก็ไม่ได้ ก็คิดกันอยู่นาน" นายแพทย์ประเวศ วะสี กล่าว[770] จนกระทั่งได้ข้อสรุปว่าต้องมีอิสระในการบริหารและจัดการตัวเองให้เกิดความคล่องตัวตามอำนาจหน้าที่ ต้องไม่มีลักษณะเป็นระบบราชการ

---

[768] นวลน้อย ตรีรัตน์ และแบ๊งค์ งามอรุณโชติ, *การเมืองและดุลอำนาจในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า* (นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, 2556), 24-25.

[769] วิชัย โชควิวัฒน, *ตำนานบัตรทอง ประวัติศาสตร์การสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าของไทย* (นนทบุรี: มูลนิธิมิตรภาพบำบัด, 2558), 41.

[770] สัมภาษณ์ศาสตราจารย์เกียรติคุณ นายแพทย์ ประเวศ วะสี, คณะผู้วิจัย, 2565.

(Bureaucracy) ไม่ใช่พรรคการเมือง (Political Party) และไม่ใช่องค์กรพัฒนาเอกชนที่ไม่ใช่รัฐ (NGOs) ในขณะเดียวกันต้องมุ่งสร้างสายสัมพันธ์กับราชการ กลุ่มก้อนทางการเมือง และภาคประชาสังคมไปพร้อม ๆ กันด้วย เพื่อที่จะบรรลุเป้าหมายและวัตถุประสงค์ขององค์กร แพทย์สายปฏิรูปจึงได้เสนอ "โครงสร้างองค์กรรูปแบบใหม่" ขึ้นมาเป็นกลไกเชิงสถาบัน เพื่อผลักดันการปฏิรูป ซึ่งนับว่าเป็นยุทธศาสตร์อันชาญฉลาดที่ทำหน้าที่ "อยู่เหนือการเมือง" แต่ยังมุ่งไปสู่ผลลัพธ์ได้อย่างแยบยล

หน่วยงานแรกที่มีคุณลักษณะดังกล่าวทั้งหมด คือ "สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.)" ตั้งขึ้นในปี พ.ศ. 2535 ควบคู่กันมาในภายหลังคือการตั้งสำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย (สกว.) และสำนักงานพัฒนาวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีแห่งชาติ (สวทช.) ดังที่ศาสตราจารย์ นายแพทย์วิจารณ์ พานิช ผู้อำนวยการคนแรกของ สกว. อธิบายไว้ว่า *"หนึ่ง movement ที่สำคัญ คือปี 35 ที่ตั้ง สวรส. และมี สกว. หลังจากนั้นไม่กี่เดือน และยังมี สวทช. เท่ากับว่าตอนนั้นมี 3 หน่วยงานอิสระเกิดขึ้นพร้อมกัน ซึ่ง พ.ร.บ. ของ สวรส. ดี โดยให้เงินสนับสนุนวิจัย (granting) และให้เป็น in-house ไปด้วย"*[771] จะเห็นได้ว่านอกจากการที่ทั้งสามหน่วยงานนี้เป็นองค์กรแบบใหม่ที่เน้นอิสระและความคล่องตัวในการทำงานแล้ว ทั้งสามหน่วยงานยังมีหน้างานที่มุ่งไปสู่การ "เสริมสร้างองค์ความรู้" ให้แก่สังคมทั้งสิ้น ซึ่ง สวรส. เองได้เน้นสร้างองค์ความรู้ในเรื่องที่เกี่ยวข้องกับระบบสาธารณสุขเป็นภารกิจสำคัญขององค์กร กล่าวอีกนัยหนึ่งคือ การตั้งสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) เป็นการก่อตั้งเพื่อรองรับกระบวนการพัฒนาและปฏิรูประบบสุขภาพโดยเฉพาะ

ความคิดเรื่องการตั้ง สวรส. มีจุดเริ่มต้นจากการหารือกันในคณะกรรมกรรมการระบาดวิทยาแห่งชาติ (National Epidemiology Board of Thailand) ก่อตั้งขึ้นในปี พ.ศ. 2530 ที่มีนายแพทย์ประเวศ วะสี เป็นประธาน นายแพทย์สงวน นิตยารัมภ์พงศ์ เป็นหนึ่งในผู้ยกร่างโครงสร้างของคณะกรรมการระบาดวิทยา และมีมูลนิธิร็อกเกอะเฟลเลอร์เป็นผู้สนับสนุนทางการเงิน สี่ปีต่อมา (พ.ศ. 2534) ได้มีการยุบสำนักงานคณะกรรมการระบาดวิทยาฯ และโอนย้ายบุคลากร แผนงาน งบประมาณไปดำเนินการต่อภายใต้ "มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ" (มสช.) ในช่วงเวลาเดียวกันนั้น นายแพทย์ประเวศได้เข้าไปมีส่วนร่วมในงานขององค์กรอนามัยโลกด้านการวิจัยระบบสุขภาพ ทำให้ตระหนักว่าความรู้ทางการแพทย์ไม่สามารถนำเข้าจากต่างประเทศมาใช้ได้โดยตรง เนื่องจากระบบสุขภาพของแต่ละประเทศมีลักษณะเฉพาะของตนเอง ประเด็นนี้เป็นหนึ่งในหัวข้อที่ถูกนำมาปรึกษาในการประชุมของกลุ่มสามพราน จนได้ข้อสรุปว่าต้องผลักดันให้มี "กลไกอิสระ" ที่จะทำหน้าที่ในการสนับสนุนงานวิจัย

---

[771] สัมภาษณ์ศาสตราจารย์ นายแพทย์วิจารณ์ พานิช, คณะผู้วิจัย, 22 มิถุนายน 2565.

ระบบสาธารณสุข[772] สำนักงานวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) จึงเกิดขึ้นในปี พ.ศ. 2535 ภายใต้รัฐบาลนายอานันท์ ปันยารชุน (พ.ศ. 2434-2535)[773] ซึ่งวัตถุประสงค์หลักขององค์กรมีความคล้ายคลึงกับคณะกรรมการระบาดวิทยาแห่งชาติทุกกระเบียด แต่จะมีภารกิจที่ขยายผลการทำงานของคณะกรรมการฯ ออกไปอย่างกว้างขวางมากกว่าเดิม โดยนายแพทย์สงวนยังคงเป็นผู้มีส่วนสำคัญในการจัดทำร่างพระราชบัญญัติเพื่อจัดตั้ง สวรส. เช่นกัน[774] ขณะที่เมื่อตั้งขึ้นมาแล้วใครจะมาเป็นผู้อำนวยการก็เป็นอีกองค์ประกอบที่สำคัญ จึงได้นายแพทย์สมศักดิ์ ชุณหรัศมิ์ เป็นผู้อำนวยการคนแรกขององค์กร *"อาจารย์สมศักดิ์แกมีพื้นฐานดีที่สุด มีสติปัญญา ซื่อสัตย์สุจริต ตามวัตถุประสงค์ที่ต้องการ 'สร้างความรู้เชิงระบบ เพื่อไปสร้างระบบ' "*[775] นายแพทย์ประเวศกล่าว

การจัดตั้งสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) นับเป็นครั้งแรกที่เกิดองค์กรผลักดันการปฏิรูปที่มีกฎหมายรองรับคือ "พระราชบัญญัติสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข พ.ศ. 2535" ใจความสำคัญที่ปรากฏในพระราชบัญญัติฉบับนี้มี 2 ประเด็นสำคัญที่น่าสนใจ *ประการแรก*คือ การกำหนดบทบาทของสถาบันฯ ที่ระบุไว้ว่าให้ทำหน้าที่สำรวจ ศึกษาและวิเคราะห์ทางวิชาการเพื่อสนับสนุนแผน นโยบายและมาตรการต่าง ๆ เพื่อพัฒนาระบบสาธารณสุข ประสานงานระหว่างหน่วยงานภาครัฐและภาคเอกชน และระหว่างประเทศ รวมถึงมีหน้าที่ถ่ายทอดผลงานวิจัยสู่หน่วยงานทุกภาคส่วนของประเทศด้วย ภารกิจดังนี้จึงถือว่าเป็นการเปลี่ยนแปลงความสัมพันธ์ทางอำนาจการผลิตความรู้ครั้งสำคัญในระบบสาธารณสุข[776] เนื่องจากก่อนที่ สวรส. จะเกิดขึ้น หน่วยวิจัยและพัฒนาความรู้ของกระทรวงคือสำนักนโยบายและแผนกับสำนักวิจัยทางการแพทย์ ซึ่งเป็นหน่วยงานสร้างความรู้ภายใต้โครงสร้างระบบราชการ และทำหน้าที่ผลิตงานวิจัยและความรู้เพื่อสนับสนุนโครงสร้างการทำงานของกระทรวงสาธารณสุขเท่านั้น จนกระทั่งเมื่อมีสถาบันวิจัยที่มีกรอบความคิดเกี่ยวกับระบบสาธารณสุขที่แตกต่างออกไป จึงเกิดการผลิตองค์ความรู้และระดมทรัพยากรในเชิงข้อมูลการวิจัยที่ทั้งสนับสนุนการออกแบบนโยบาย

---

[772] สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ (บรรณาธิการ), *25 ปี ขบวนการแพทย์ชนบทกับแผ่นดินไทย* (นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, 2556), 67.

[773] ณัฐรุจ วงศ์ทางสวัสดิ์, *พลวัตกรอบความคิดและการเคลื่อนไหวของขบวนการแพทย์ชนบท: ความขัดแย้งและการเปลี่ยนผ่านทางการเมือง*, (วิทยานิพนธ์, สาขารัฐศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2560), 177.

[774] เพิ่งอ้าง, 179.

[775] สัมภาษณ์ศาสตราจารย์เกียรติคุณ นายแพทย์ ประเวศ วะสี, คณะผู้วิจัย, 2565.

[776] พรสวรรค์ จันทรัตน์, *การมีส่วนร่วมในการผลักดันนโยบายสาธารณะขององค์การพัฒนาเอกชน: ศึกษากรณีนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า*, (วิทยานิพนธ์, สาขารัฐศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2562), 47.

และสร้างเครือข่ายการวิจัยภายใต้ธงที่มุ่งไปสู่การผลักดันการปฏิรูประบบสาธารณสุขทั้ง “ภายใน” และ “ภายนอก” โครงสร้างกระทรวงสาธารณสุข[777]

ประการที่สอง บทบาทหน้าที่ของ สวรส. ที่แตกต่างไปจากหน่วยวิจัยที่เคยมีมา ยังได้สะท้อนให้เห็นผ่านการให้คำจำกัดความของคำว่า “การพัฒนาระบบสาธารณสุข” ในพระราชบัญญัติฉบับดังกล่าวด้วย ที่หมายถึง *“การศึกษา ค้นคว้า และวิจัยทางด้านสาธารณสุข ในเชิงสหวิทยาการ โดยสัมพันธ์กับด้านอื่น เช่น สังคมศาสตร์ วิทยาศาสตร์ การแพทย์ เศรษฐศาสตร์ จิตวิทยา หรือพฤติกรรมศาสตร์ เพื่อให้กิจการด้านสาธารณสุขสามารถพัฒนาไปอย่างมีระบบ และสามารถแก้ไขปัญหาสาธารณสุขได้อย่างมีประสิทธิภาพ”*[778] ซึ่งคำอธิบายดังกล่าวยิ่งเป็นการปักหมุดความคิดของแพทย์สายปฏิรูปอย่างชัดเจนว่า ต้องการกำหนดทิศทางการปฏิรูปสาธารณสุขให้มุ่งหน้าไปสู่การสร้างระบบสุขภาพแบบองค์รวม (Holistic System) จึงได้บรรจุไว้ในตัวบทกฎหมายอย่างเป็นทางการ ดังที่นายแพทย์สมศักดิ์ ชุณหรัศมิ์ ผู้อำนวยการคนแรกของ สวรส. เคยให้สัมภาษณ์เรื่องบทบาทของ สวรส. ไว้ว่า *“หากจะโจมตีว่า สวรส. วิจัยอย่างมีธงมันก็พูดได้ เพราะเราตั้ง สวรส. มาเพื่อผลิตงานวิจัยที่สนับสนุนการปฏิรูประบบสาธารณสุข เนื่องจากภายใต้โครงสร้างของการผลิตองค์ความรู้ที่มีอยู่เดิมนั้น ไม่สามารถผลิตงานวิจัยและองค์ความรู้มาสนับสนุนการปฏิรูประบบสาธารณสุขได้แน่นอน”*[779]

การเกิดขึ้นของ สวรส. ถือเป็นการก้าวแรกของการเปลี่ยนแปลงความสัมพันธ์ในโครงสร้างระบบสาธารณสุขที่นำไปสู่สภาวะที่เรียกว่า “ประชาธิปไตยเชิงซ้อน”[780] อันเป็นสภาวะของการมีอิสระทางอำนาจในการปกครองตนเองซ้อนอยู่ในโครงสร้างของกระทรวงสาธารณสุข ขณะที่ได้รับงบประมาณและทุนในการทำงานที่มาจากงบประมาณของรัฐ แต่ระบบราชการของรัฐและฝ่ายการเมืองไม่สามารถควบคุมทิศทางการทำงานขององค์กรลักษณะนี้ได้ ยิ่งไปกว่านั้น สวรส. ยังทำหน้าที่เป็นรากฐานสำคัญของการขยายเครือข่ายองค์กรอิสระต่าง ๆ ดังที่นายแพทย์ประเวศได้เน้นย้ำลักษณะตามธรรมชาติขององค์กร สวรส. ด้วยการอุปมาอุปมัยว่า *“พอ สวรส. เป็นองค์กรอิสระ มันออกลูกได้ ถ้ายังอยู่ในระบบราชการทำไม่ได้ เป็นหมัน”*[781] ซึ่งเน้นย้ำว่าการเป็นองค์กรอิสระและมี

---

[777] เพิ่งอ้าง, 179-180.

[778] ราชกิจจานุเบกษา, “พระราชบัญญัติสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข พ.ศ. ๒๕๓๕” (เล่มที่ ๑๐๙ ตอน ๔๕ก วันที่ ๙ เมษายน พ.ศ. ๒๕๓๕, 2535).

[779] ณัฐรุจ วงศ์ทางสวัสดิ์, *พลวัตกรอบความคิดและการเคลื่อนไหวของขบวนการแพทย์ชนบท: ความขัดแย้งและการเปลี่ยนผ่านทางการเมือง*, (วิทยานิพนธ์, สาขารัฐศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2560), 181.

[780] เพิ่งอ้าง, 220-221.

[781] คณะผู้วิจัย, สัมภาษณ์ศาสตราจารย์เกียรติคุณ นายแพทย์ ประเวศ วะสี.

ปรัชญาขององค์กรที่คิดเชิงระบบต่างจากราชการที่คิดเชิงเทคนิค เป็นคุณลักษณะสำคัญที่ทำให้เกิดองค์กรอื่นตามมาภายหลังซึ่งมักถูกเรียกอย่างคุ้นชินหูว่า "องค์กรตระกูล ส." นั่นเอง

สรุป

บริบททางการเมือง เศรษฐกิจและสังคมที่มีลักษณะเฉพาะในช่วงทศวรรษ 2530 ได้ปลุกเร้ากระแสความคิดเรื่อง "สิทธิมนุษยชน" ให้กลายเป็นประเด็นหลักของการพัฒนาสังคมโดยรวมและต่อระบบสุขภาพ ขณะเดียวกันผลของเศรษฐกิจได้ส่งผลให้เกิดการเพิ่มจำนวนสถานบริการเอกชน การเพิ่มงบประมาณค่าใช้จ่ายในการรักษาสุขภาพโดยรวมของประเทศ และยังทวีปัญหาเรื่องขาดแคลนบุคลากรทางการแพทย์ให้รุนแรงมากยิ่งขึ้นตามมา ปัญหาที่รายล้อมเรื่องสุขภาพหลายมิติได้สร้างความตึงเครียดและสร้างจุดยืนต่อระบบสาธารณสุขที่แตกต่างกันในหมู่บุคลากรทางการแพทย์อยู่ไม่น้อย อย่างการมีความคิดเห็นที่ไม่ลงรอยกันระหว่างแพทย์ที่เคยใช้ชีวิตในชนบทด้วยกันเอง จนเป็นที่มาของการจัดการประชุมที่สามพรานขึ้นเพื่อเป็นเวทีแลกเปลี่ยนความคิดเห็นและปรับความเข้าใจระหว่างกัน หรือกระทั่งการใช้เวทีแพทยสภาเป็นพื้นที่แสดงจุดยืนทางความคิดระหว่างแพทย์ที่มีประสบการณ์ชีวิตที่แตกต่างกันโดยสิ้นเชิง ความตึงเครียดของแวดวงสาธารณสุขยังเห็นได้จากการวิพากษ์อย่างถึงรากต่อโครงสร้างการทำงานของระบบราชการ ที่เวลาผ่านไปเนิ่นนานแต่วิถีการทำงานกลับเหมือนเดิมหรือแทบจะหยุดนิ่ง

นอกจากนี้ สภาวะทางการเมือง เศรษฐกิจ และสังคมที่ทวีความซับซ้อนยิ่งขึ้น ยังส่งผลให้มุมมองทางการแพทย์เพียงอย่างเดียวไม่สามารถชี้ทางออกของปัญหาในระบบสุขภาพได้อีกต่อไป จึงเป็นเหตุให้นำเอาองค์ความรู้จากหลากหลายศาสตร์ โดยเฉพาะด้าน "เศรษฐศาสตร์และสังคมศาสตร์" เข้ามาช่วยวิเคราะห์ "สาธารณสุข" เพื่อสร้างความรู้และความเข้าใจต่อเรื่องสุขภาพที่เป็นองค์รวม (Holistic) และเป็นระบบ (Systematic) มากยิ่งขึ้น ซึ่งแน่นอนว่าไม่ใช่ว่าบุคลากรด้านสาธารณสุขทุกคนที่จะมองเห็นคำตอบหนึ่งเดียวกันที่มุ่งเป้าไปสู่การสร้างหลักประกันสุขภาพในฐานะที่เป็นสิทธิพื้นฐานของมนุษย์ ซึ่งแสดงให้เห็นว่าการปฏิรูประบบสุขภาพไม่อาจทำได้ง่ายหากต้องทำภายใต้โครงสร้างกระทรวงที่มีความเป็นระบบราชการสูง

ด้วยข้อจำกัดของระบบ จึงเกิดเป็นแนวทางการปฏิรูปด้วยอีกหนึ่งวิธีการที่เป็นเส้นทางคู่ขนานไปกับการทำงานในกระทรวง คือ "การเคลื่อนไหวนอกโครงสร้างกระทรวงสาธารณสุข" ซึ่งทำให้ความคิดและความรู้ต่อเรื่องสุขภาพที่เป็นองค์รวมเชิงระบบได้เกิดขึ้นอย่างเป็นทางการ โดยการผลักดันให้เกิดเป็นองค์กรอิสระอย่าง

สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข หรือ สวรส. โดยมีพระราชบัญญัติรองรับอย่างเป็นรูปธรรม สวรส. จึงทำงานและขับเคลื่อนการพัฒนางานสาธารณสุขนอกโครงสร้างกระทรวงสาธารณสุข โดยที่ยังใช้งบประมาณของกระทรวงอยู่เช่นเดิม ซึ่งนั่นสะท้อนให้เห็นคุณลักษณะพิเศษประการสำคัญขององค์กรอิสระอย่าง สวรส. ที่ถึงแม้ว่า สวรส. จะสลัดโครงสร้างการทำงานในระบบราชการออกไปได้ แต่ขณะเดียวกันก็ยังสามารถดำรงไว้ซึ่งลักษณะวิชาชีพนิยม (Professionalism) อย่างเหนียวแน่น (การส่งเสริมแพทย์นักวิชาการให้ผลิตงานวิจัยสร้างความรู้) ยิ่งไปกว่านั้น สวรส. ยังมียุทธศาสตร์การบริหารที่ยืดหยุ่นต่อบรรยากาศทางการเมืองไทยที่เปลี่ยนแปลงตลอดเวลาอีกต่างหาก

ดังนั้น กระบวนการทำงานของ สวรส. จึงเต็มไปด้วยแนวทางการดำเนินงานที่เป็นไปตามยุทธศาสตร์ของทฤษฎี “สามเหลี่ยมเขยื้อนภูเขา” โดยองค์ความรู้ที่ สวรส. สร้างขึ้นต้องสามารถใช้ได้จริง มุ่งเป้าและเห็นผลในเชิงปฏิบัติ (เช่น การศึกษาระบบเศรษฐศาสตร์สาธารณสุข การผลักดัน DRGs ฯลฯ) เพราะการสร้างองค์ความรู้เป็นเหลี่ยมแรกซึ่งมีกลุ่มแพทย์นักวิชาการเป็นองค์ประธาน เพื่อสร้างกระบวนการเชื่อมประสานไปยังเครือข่ายภาคประชาสังคม (เหลี่ยมที่สอง) และเพื่อผลักดันให้เกิดการขานรับจากกลุ่มการเมือง/ผู้มีอำนาจ (เหลี่ยมที่สาม) การประสานความสัมพันธ์ของสามเหลี่ยมเข้าด้วยกันนี้ กลายมาเป็นหนทางที่ทำให้ปฏิบัติการทางการเมืองของกลุ่มแพทย์ปฏิรูปสัมฤทธิ์ผลในทางปฏิบัติ ดังที่นายแพทย์วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร หนึ่งในหัวเรี่ยวหัวแรงสำคัญในการค้นคว้าวิจัยด้านหลักประกันสุขภาพได้อธิบายว่า เงื่อนไขสำคัญประการหนึ่งที่เอื้อต่อการเกิดขึ้นและประสบความสำเร็จของนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าคือ *“ศักยภาพในการทำวิจัยด้านนโยบายและระบบสาธารณสุขของสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข”*[782]

โดยเฉพาะเมื่อองค์ความรู้ถูกนำไปใช้กระตุ้นเครือข่ายภาคประชาสังคมที่ตื่นตัวอยู่แล้วหลังเหตุการณ์พฤษภาทมิฬ (พ.ศ. 2535) ทำให้ภาคประชาสังคมเริ่มทยอยเข้ามามีบทบาทในการพัฒนาสังคมร่วมกับภาครัฐมากขึ้น จนกลายเป็นพลังทางสังคมแนวใหม่ที่วิวัฒนาการไปสู่ขบวนการเคลื่อนไหวทางสังคม ซึ่งทำหน้าที่อย่างแข็งขันในการ “อุ้มชู” การปฏิรูประบบสุขภาพ จนนำมาซึ่งรัฐธรรมนูญฉบับประชาชนในช่วงต้นทศวรรษ 2540 อันเป็นกุญแจเปิดประตูสู่การสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าเวลาต่อมา

---

782 วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร, *รายงานประเมินระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในช่วงทศวรรษแรก (2544-2553)* (นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, 2555), 49.

บทที่ 8
เปลี่ยนวิกฤติ (เศรษฐกิจ) ให้เป็นโอกาส: กำเนิดรัฐธรรมนูญฉบับประชาชน

บทนำ

“โดยเหตุที่การจัดทำรัฐธรรมนูญขึ้นมาใหม่ทั้งฉบับในครั้งนี้ ถือกันว่าเป็นจุดเริ่มต้นของการปฏิรูปการเมือง ที่เปิดโอกาสให้ประชาชนทั้งประเทศได้เข้ามามีส่วนร่วมในกระบวนการยกร่างโดยตลอด รัฐธรรมนูญฉบับนี้จึงควรจะต้องเป็น “ธรรมนูญแห่งสิทธิเสรีภาพ” ของประชาชน โดยประชาชนและเพื่อประชาชนอย่างแท้จริง มิใช่เป็น “ธรรมนูญแห่งอำนาจ” ซึ่งจัดทำกันขึ้นมาเพื่อเป็นข้ออ้างบังหน้าในการยึดกุมและใช้อำนาจรัฐกันอย่างไม่มีขอบเขต จำกัดดังที่เป็นมาในอดีต”

คณะกรรมาธิการประชาสัมพันธ์สภาร่างรัฐธรรมนูญ[783]

จากคำกล่าวที่แสดงเจตนารมณ์เบื้องหลังการจัดทำรัฐธรรมนูญฉบับ พ.ศ. 2540 หรือที่มักเรียกกันว่าเป็นรัฐธรรมนูญฉบับประชาชน ได้สะท้อนให้เห็นถึงพัฒนาการอย่างยาวนานของภาคประชาสังคม ที่ก่อตัวขึ้นตั้งแต่ต้นทศวรรษ 2530 ผ่านเหตุการณ์พฤษภาทมิฬ จนกระทั่งสามารถลงหลักปักฐานในยุคนี้ แม้ว่าประเทศจะเข้าสู่ช่วงวิกฤติทางเศรษฐกิจปี พ.ศ. 2540 ที่เรียกได้ว่าเป็นภาวะตกต่ำที่สุดครั้งหนึ่งของประเทศไทย แน่นอนว่าภาวะเศรษฐกิจที่ชะงักงันส่งผลกระต่อธุรกิจหลายภาคส่วน รวมถึงงบประมาณโดยรวมด้านสาธารณสุขด้วย กระนั้นก็ตาม การชะลอตัวพัฒนาการด้านสาธารณสุขเกิดขึ้นในระยะสั้นเท่านั้น ในทางตรงกันข้ามกลับพบว่าพัฒนาการของการปฏิรูปสุขภาพกลับขยายตัวในหลายมิติ เช่น การตื่นตัวของภาคประชาสังคมในการเข้ามามีส่วนร่วมกำหนดทิศทางการเมือง พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ การทดลองบริหารจัดการในโรงพยาบาลบ้านแพ้ว จึงน่าสนใจว่าวิกฤติเศรษฐกิจ พ.ศ. 2540 มีผลอย่างไรต่อบริบทด้านสุขภาพของประเทศไทยในเวลานี้

8.1 ภาพรวมของวิกฤติเศรษฐกิจ พ.ศ. 2540

ภาพรวมของสถานการณ์วิกฤติเศรษฐกิจในปี พ.ศ. 2540 เป็นผลสืบเนื่องจากภาวะเศรษฐกิจของประเทศก่อนหน้า โดยในทศวรรษ 2530 นักลงทุนต่างชาติต่างล้วนคาดการณ์ว่าประเทศไทยกำลังมุ่งหน้าไปสู่เส้นทางการเป็นประเทศอุตสาหกรรมใหม่ (NICs) แนวโน้มนี้ทำให้ธนาคารแห่งประเทศไทยส่งเสริมกิจกรรม

[783] คณะกรรมาธิการประชาสัมพันธ์สภาร่างรัฐธรรมนูญ, “กรอบเบื้องต้นร่างรัฐธรรมนูญฉบับประชาชน (เอกสารพื้นฐานประกอบกระบวนการรับฟังความคิดเห็น เพื่อการมีส่วนร่วมกำหนดรัฐธรรมนูญโดยประชาชน)” (หอสมุดรัฐสภา, 2540).

ทางการเงินให้เป็นไปอย่างเสรีตามกลไกตลาด การปฏิรูประบบการเงินช่วงนี้ถือเป็นการเปลี่ยนแปลงระบบการเงินของประเทศครั้งใหญ่ที่สุดในประวัติศาสตร์เศรษฐกิจไทย คือการทำให้กรุงเทพมหานครกลายเป็นศูนย์กลางทางการเงินของภูมิภาคด้วยการลดข้อจำกัดด้านอัตราดอกเบี้ยและอนุญาตให้สถาบันการเงินต่างชาติเข้ามาทำธุรกิจในประเทศ เศรษฐกิจไทยก็ยังคงเติบโตสูงจากการลงทุนของภาคเอกชนทั้งในและต่างประเทศ แต่สภาพการณ์เช่นนี้ก็ได้สร้างเงื่อนไขที่ไม่ได้ตั้งใจซึ่งนำไปสู่วิกฤติในอนาคต นั่นคือภาวะที่เงินทุนต่างประเทศไหลผ่านธนาคารพาณิชย์ทำให้สถาบันการเงินของประเทศไทยต้องแบกรับความเสี่ยงเพิ่มขึ้นไปด้วย หากค่าเงินบาทมีมูลค่าลดลงมูลค่าหนี้ที่ต้องชดใช้คืนจะเพิ่มขึ้นเป็นเงาตามตัว สถานการณ์สุ่มเสี่ยงเช่นนี้ดำเนินต่อไปจนกระทั่งปี พ.ศ. 2537 สถานะทางการเงินของไทยอยู่ในภาวะเปราะบางอันเนื่องมาจากภาระหนี้ในภาคเอกชนอยู่ในระดับที่สูงกว่าทุนสำรองระหว่างประเทศ[784] ภาคธุรกิจก่อสร้างคือธุรกิจอันดับแรก ๆ ที่ส่งสัญญาณภาวะชะลอตัว ซึ่งส่งผลโดยตรงต่อโดมิโนตัวต่อมาคือภาคการเงินโดยเฉพาะบริษัทเงินทุนซึ่งได้รับผลกระทบหนักหน่วงที่สุดเนื่องจากมีลูกหนี้ภาคอสังหาริมทรัพย์ในสัดส่วนที่สูงมาก ช่วงเวลาเดียวกันนั้นนักลงทุนต่างชาติก็เริ่มหมดความเชื่อมั่นในเศรษฐกิจไทยและประเมินว่าเงินบาทแข็งเกินกว่าที่ควรจะเป็น (Overvalued) ด้วยเหตุนี้เองนับตั้งแต่ปลายปี พ.ศ. 2539 นักลงทุนได้เริ่มเทขายเงินบาท ส่งผลให้เงินทุนไหลออกจากภาคการเงินอย่างรุนแรง ธนาคารแห่งประเทศไทยพยายามพยุงค่าเงินบาทไม่ให้ลดลงโดยใช้ทุนสำรองระหว่างประเทศเข้าซื้อเงินบาทจากตลาดเงินโดยตรง ในเดือนพฤษภาคม พ.ศ. 2540 รัฐบาลได้ใช้เงินจำนวนถึง 10,000 ล้านเหรียญสหรัฐเพื่อปกป้องค่าเงินบาท ซึ่งกลายเป็นการปกป้องค่าเงินที่แพงที่สุดในประวัติศาสตร์ไทย ทำให้จำนวนเงินสำรองสุทธิลดลงฉับพลันเหลือเพียง 2,500 ล้านเหรียญสหรัฐ จากเดิมที่เคยมีอยู่ 24,300 ล้านเหรียญสหรัฐในช่วงต้นเดือนพฤษภาคม[785] หลังมาตรการปกป้องค่าเงินบาทในช่วงกลางเดือนพฤษภาคมทำให้ประเทศไทยไม่เหลือต้นทุนพอที่จะปกป้องค่าเงินบาทได้อีกต่อไปจนกระทั่งเดือนกรกฎาคม พ.ศ. 2540 ธนาคารแห่งประเทศไทยได้ประกาศนโยบายอัตราแลกเปลี่ยนแบบ “ลอยตัวค่าเงิน” ทำให้เงินบาทไทยอ่อนค่าลงอย่างรุนแรงและต่อเนื่อง โดยวันที่ 12 มกราคม พ.ศ. 2541 เป็นวันที่เงินบาทต่ำที่สุดในประวัติศาสตร์โดยอ่อนค่าลงมาถึง 56.1 บาทต่อหนึ่งเหรียญสหรัฐ สำหรับนักธุรกิจโดยเฉพาะผู้ที่กู้ยืมเงิน

[784] KIATNAKIN PHATRA, *50 Years: The Making Of The Modern Thai Economy*, 1st ed., vol. 2565 (กรุงเทพฯ: กลุ่มธุรกิจการเงินเกียรตินาคินภัทร, n.d.), 180–83.

[785] KIATNAKIN PHATRA, 2565:191–93.

จากต่างประเทศและมีหนี้เป็นเงินสกุลดอลลาร์ การอ่อนตัวของค่าเงินบาทท่ามกลางเศรษฐกิจที่หยุดชะงักหมายถึงการแบกรับภาระหนี้สินที่เพิ่มขึ้นทวีคูณ[786]

ผลพวงจากนโยบายลงค่าเงินบาททำให้บริษัทเงินทุนหลักทรัพย์ถูกรัฐบาลสั่งปิดกิจการจำนวนมาก เนื่องจากมีหนี้สินที่ไม่ก่อให้เกิดรายได้จำนวนมหาศาลจากการปล่อยสินเชื่อแก่ภาคธุรกิจอสังหาริมทรัพย์ ขณะที่ธุรกิจการธนาคารที่มีอิทธิพลต่อเศรษฐกิจไทยมายาวนานต้องประสบปัญหาอย่างหนักจากหนี้ที่ไม่ก่อให้เกิดรายได้มหาศาลซึ่งเป็นผลสืบเนื่องจากการปล่อยสินเชื่อที่ไม่รอบคอบรัดกุม ขาดความโปร่งใสและหลายกรณีมีการทุจริต ในส่วนของภาคอุตสาหกรรมการผลิตต้องพบกับปัญหาการขาดเงินทุนหมุนเวียนอย่างรุนแรงจนนำไปสู่การปิดกิจการจำนวนมาก กิจการหลายแห่งถูกเจ้าหนี้ฟ้องล้มละลายเนื่องจากไม่สามารถหาแหล่งเงินกู้มาแก้ปัญหาสภาพคล่องได้เนื่องจากภาคการเงินการธนาคารไม่กล้าปล่อยสินเชื่อเพราะเกรงจะเกิดปัญหาหนี้ไม่ก่อให้เกิดรายได้ซ้ำอีก[787] วิกฤติเศรษฐกิจครั้งนี้ยังก่อให้เกิดผลกระทบทางสังคมจากปัญหาการว่างงานจำนวนมากเนื่องจากการปิดกิจการของบริษัทหรือธุรกิจต่าง ๆ ในปี พ.ศ. 2540 มีสถานประกอบการที่เลิกจ้างพนักงานหรือปิดการถึง 4,941 แห่ง และมีจำนวนคนที่ถูกเลิกจ้างจำนวนมากถึง 408,967 คน ขณะที่ในปี พ.ศ. 2541 สถานประกอบการที่เลิกจ้างหรือปิดการเพิ่มขึ้นเป็น 5,827 แห่ง ส่วนจำนวนผู้ถูกเลิกจ้างลดลงเล็กน้อยเหลือ 355,628 คน ผลพวงของวิกฤติเศรษฐกิจยังสัมพันธ์กับอัตราการฆ่าตัวตาย การป่วยจากภาวะแปรปรวนทางจิตและพฤติกรรม และจำนวนผู้เป็นโรคจิตหรือความผิดปกติทางจิตที่เพิ่มขึ้นในช่วงปี พ.ศ. 2540[788]

เพื่อแก้ไขวิกฤติที่เกิดขึ้นรัฐบาลของพลเอกชวลิต ยงใจยุทธ (พ.ศ. 2539-2540) ได้ขอรับความช่วยเหลือด้านเงินกู้จากกองทุนการเงินระหว่างประเทศ หรือ IMF ซึ่งทำให้รัฐบาลต้องสูญเสียอำนาจทางเศรษฐกิจให้กับองค์กรการเงินต่างชาติด้วยเงื่อนไขการกู้เงินที่กำหนดว่าประเทศไทยต้องปฏิบัติตามแผนฟื้นฟูเศรษฐกิจที่ไอเอ็มเอฟกำหนดให้ในโครงการวินัยทางการเงินอย่างเคร่งครัด (austerity program)[789] หลังถูกแรงกดดันอย่างหนักจากทุกภาคส่วน พลเอกชวลิตตัดสินใจลาออกจากตำแหน่งนายกรัฐมนตรี และทำให้นายชวน หลีกภัย จากพรรคประชาธิปัตย์กลับขึ้นมาเป็นผู้นำรัฐบาลอีกครั้ง (พ.ศ. 2540-2544) อย่างไรก็ดี การแก้ปัญหาภายใต้การนำ

---

[786] KIATNAKIN PHATRA, 2565:195–96.

[787] บูฆอรี ยีหมะ, “นโยบายหาเสียงแนวประชานิยมกับอำนาจเศรษฐกิจ : การศึกษาเชิงเศรษฐกิจการเมืองเกี่ยวกับความสำเร็จในการเลือกตั้งของพรรคไทยรักไทย” (รัฐศาสตรดุษฎีบัณฑิต คณะรัฐศาสตร์, กรุงเทพฯ, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, n.d.), 109.

[788] บูฆอรี ยีหมะ, 96–97.

[789] บูฆอรี ยีหมะ, 80.

ของพรรคประชาธิปัตย์ยังคงยึดแนวทางของไอเอ็มเอฟและได้รับการวิพากษ์วิจารณ์อย่างรุนแรงจากคนทุกกลุ่มในสังคมไม่ว่าจะเป็นภาคธุรกิจ นักวิชาการ องค์กรพัฒนาเอกชน ประชาชนทั่วไปและกลุ่มคนจนที่ได้รับผลกระทบรุนแรงที่สุด คนเหล่านี้ต่างเห็นไปในทิศทางเดียวกันว่ารัฐบาลมุ่งเน้นแก้ปัญหาภาคการเงินการธนาคารเป็นหลักตามที่เงื่อนไขที่ทำไว้กับไอเอ็มเอฟ โดยเชื่อว่าถ้าแก้ไขปัญหาภาคการเงินการธนาคารสำเร็จจะดึงให้ธุรกิจอื่น ๆ ฟื้นตัวตามมาเอง ผู้ที่ไม่เห็นด้วยกับมาตรการเช่นนี้ของรัฐบาลมองว่านโยบายของรัฐละเลยภาคเศรษฐกิจจริง (real sector) และไม่คำนึงถึงผลกระทบต่อคนยากจนซึ่งเป็นคนส่วนใหญ่ของประเทศ เป็นการแก้ปัญหาที่ถูกมองว่าอุ้มคนรวยไม่ช่วยคนจนและกำลังก้าวย่างไปตามเส้นทางเดิมก่อนที่จะเกิดวิกฤติเศรษฐกิจ ซึ่งนอกจากจะไม่สามารถแก้ปัญหาวิกฤติให้ผ่านไปได้แล้วกลับยิ่งทำให้วิกฤติเลวร้ายลง[790] ประชาชนภาคส่วนต่าง ๆ จึงกลายเป็นพันธมิตรกันด้วยความบังเอิญภายใต้สถานการณ์ที่ต้องการเสนอทางเลือกใหม่ในการแก้ปัญหาที่มีลักษณะชาตินิยม ประชานิยม และวิพากษ์สภาวะโลกาภิวัตน์ ซึ่งสวนทางกับอุดมการณ์เสรีนิยมใหม่ที่ผลักดันจากชาติตะวันตกและหน่วยงานระหว่างประเทศอย่างไอเอ็มเอฟและธนาคารโลก ดังนั้น บริบทเชิงโครงสร้างเศรษฐกิจและภาวะผลพวงจากวิกฤติเศรษฐกิจเช่นนี้เองที่เป็นปัจจัยชี้ขาด (decisive factor) สำคัญที่ส่งผลต่อการเลือกตั้งครั้งแรกหลังวิกฤติในช่วงต้นปี พ.ศ. 2544[791] เศรษฐกิจที่กระทบต่อการเมือง มีผลสืบเนื่องต่อทิศทางนโยบายด้านสาธารณสุขอย่างน่าสนใจ ดังจะเห็นได้อย่างชัดเจนในวิกฤติต้มยำกุ้งครั้งนี้กับมิติสาธารณสุข

8.2 วิกฤติเศรษฐกิจกับมิติสาธารณสุข

ในมิติของ***งานด้านสาธารณสุขของภาครัฐ*** แน่นอนว่าวิกฤติเศรษฐกิจปี พ.ศ. 2540 ส่งผลให้กระทรวงสาธารณสุขประสบกับปัญหาสภาพคล่องจากการค่าใช้จ่ายที่เพิ่มสูงขึ้นเพราะมูลค่าเงินบาทที่ตกต่ำลงจากภาวะเงินเฟ้อที่เพิ่มสูงขึ้นจากร้อยละ 4.8 ในปี พ.ศ. 2539 เป็นร้อยละ 7.7 ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2540 ส่งผลให้งบประมาณของกระทรวงสาธารณสุขในปี พ.ศ. 2541 จำนวน 62,625 ล้านบาท มีมูลค่าสุทธิที่ลดลงจากมูลค่าจริงถึงร้อยละ 12.7 อย่างไรก็ตาม ประเทศไทยเคยเผชิญหน้ากับวิกฤติเศรษฐกิจในระดับประเทศและระดับโลกหลายครั้งก่อนหน้าดังเช่นในปี พ.ศ. 2517 มักรู้จักในชื่อว่า “วิกฤติการณ์น้ำมัน” (1973 Oil Shock Crisis) โดยความวุ่นวายทางการเมืองระหว่างโลกตะวันตกโดยเฉพาะบทบาทสหรัฐอเมริกากับบรรดาประเทศสมาชิกในตะวันออกกลาง (ที่มักเป็นประเทศผู้ผลิตน้ำมันรายใหญ่ของโลก) ก่อให้เกิดภาวะขาดแคลนน้ำมันดิบและส่งผลให้ราคาน้ำมันในตลาดโลก

---

[790] บูฆอรี ยีหมะ, 98.

[791] บูฆอรี ยีหมะ, 108–10.

โดยรวมสูงขึ้นทั้งหมด ไม่นานนักตามติดมาด้วยเหตุการณ์ปฏิวัติอิหร่านในปี พ.ศ. 2522 (Iranian Revolution 1979) ที่ยังคงเป็นผลสืบเนื่องจากความไม่ลงรอยทางการเมืองระหว่างโลกตะวันตกกับตะวันออกกลางเช่นกัน ซึ่งการฟื้นฟูกระแสวัฒนธรรมอิสลามในประเทศอิหร่าน มีผลอย่างสำคัญต่อการเมืองทั่วโลกโดยเฉพาะภูมิภาคที่มีประชากรชาวมุสลิมอาศัย เมื่อการเมืองโลกสั่นคลอนจึงมีผลโดยตรงต่อภาวะเศรษฐกิจโลกที่ตกต่ำพร้อมกับปัญหาวิกฤตการณ์พลังงานน้ำมันเช่นเดิม เมื่อสถานการณ์บีบบังคับให้ประเทศไทยต้องพึ่งพาเงินกู้มากขึ้นและเริ่มสูญเสียความเชื่อมั่นในด้านเศรษฐกิจ ทำให้ระหว่างปี พ.ศ. 2524-2526 ธนาคารและบริษัทเงินทุนหลักทรัพย์หลายแห่งในประเทศไทยประสบปัญหาทางการเงิน ซึ่งวิกฤติเศรษฐกิจเหล่านี้มีผลต่อการปรับลดงบประมาณกระทรวงสาธารณสุขอย่างมาก และได้ส่งผลกระทบต่อเป้าหมายของการพัฒนาบางด้าน เช่น การที่ต้องปรับลดงบประมาณและลดจำนวนการขยายสถานบริการระดับชุมชน การลดอัตราการผลิตกำลังคนด้านสุขภาพ[792] อย่างไรก็ตาม การปรับตัวเพื่อรองรับกับสถานการณ์ระหว่างผู้นำทางการเมือง ณ ขณะนั้น ผู้บริหารฝ่ายกระทรวงสาธารณสุขและทีมผู้ปฏิบัติงาน ทำให้งานด้านสาธารณสุขได้รับผลกระทบไม่มากนัก ดังเช่นในช่วงปี พ.ศ. 2526 ที่กระทรวงสาธารณสุขยังได้รับงบประมาณที่จัดสรรให้แก่โรงพยาบาลชุมชนและสถานีอนามัยที่เป็นด่านหน้าหรือสถานบริการปฐมภูมิในพื้นที่ชนบท มากกว่างบประมาณที่ไปสู่สถานพยาบาลในเขตเมือง (ดูรายละเอียดเพิ่มเติมในบทที่ 5)

ดังนั้น เมื่อต้องเผชิญกับวิกฤติเศรษฐกิจปี พ.ศ. 2540 อีกครั้ง เพื่อไม่ให้เกิดสถานการณ์ที่ต้องจัดสรรงบประมาณให้กับภาคส่วนต่าง ๆ เพิ่มมากขึ้นทั้งที่ได้เนื้องานเท่าเดิมหรืออาจน้อยลง กระทรวงจึงได้ประกาศใช้มาตรการ “รัดเข็มขัด” ดังเช่นที่ปรากฏให้เห็นใน “พระราชกฤษฎีกาเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล (ฉบับที่ 7) พ.ศ. 2541” ที่ออกมาเพื่อลดค่าใช้จ่ายของสวัสดิการรักษาพยาบาลข้าราชการโดยเฉพาะ ขณะที่มาตรการกระชับงบประมาณโดยรวมได้มีการเน้นหลักการเรื่อง “สุขภาพดี ต้นทุนต่ำ” (Good Health at Low Cost) เพื่อเป็นแนวทางแก้ไขปัญหาด้านงบประมาณของประเทศที่สืบเนื่องจากวิกฤติเศรษฐกิจ เรียกได้ว่าแนวทางการมีสุขภาพดีต้นทุนต่ำยังคงเป็นการเน้นย้ำถึงความสำคัญของการ “ใช้สถานบริการระดับปฐมภูมิ” ให้เป็นจุดตั้งต้นในการดูแลสุขภาพ เนื่องจากใช้งบประมาณไม่มากและยังตั้งอยู่ใกล้ชุมชนมากกว่าหน่วยบริการระดับอื่น ๆ ทั้งนี้การใช้มาตรการดังกล่าวเป็นการปรับตัวของฝ่ายสาธารณสุขที่สอดรับกับสถานการณ์วิกฤติทางเศรษฐกิจใน

---

[792] สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ, บก., *การสาธารณสุขไทย พ.ศ. 2544-2547* (โรงพิมพ์องค์การรับส่งสินค้าและพัสดุภัณฑ์: สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข, 2548), 401.

เวลานั้นอย่างยิ่ง เพราะปัญหาทางเศรษฐกิจส่งผลให้คนกลับมาใช้บริการของรัฐมากขึ้น หรือการที่สภาวะที่กำลังคนทางการแพทย์บางส่วนไหลกลับมายังภาครัฐเมื่อโรงพยาบาลเอกชนชะลอการขยายตัว

ขณะที่หากพิจารณาจาก***บทบาทการให้บริการสาธารณสุขของภาคเอกชน*** เป็นที่ทราบกันดีว่าการเติบโตหรือถดถอยของโรงพยาบาลเอกชนมักจะผันผวนตามบรรยากาศด้านเศรษฐกิจของประเทศและการเคลื่อนไหวของตลาดในระดับโลกโดยตรง ดังเห็นได้จากในช่วงที่โรงพยาบาลเอกชนเติบโตแบบก้าวกระโดด (พ.ศ. 2515) เป็นผลจากการผลักดันนโยบายด้านเศรษฐกิจของรัฐด้วยนโยบายสนับสนุนการลงทุนในธุรกิจเอกชน (BOI) การจูงใจด้วยมาตรการด้านภาษี หรือในช่วงทศวรรษ 2530 เมื่อประเทศอยู่ในยุคที่เศรษฐกิจเติบโตอย่างมาก ธุรกิจโรงพยาบาลเอกชนก็ได้เฟื่องฟูอย่างเต็มที่ จนกระทั่งก่อนวิกฤติเศรษฐกิจพบว่าแค่เฉพาะโรงพยาบาลเอกชนมีจำนวนเตียงกับแพทย์จาก 9,974 เตียง และแพทย์จำนวน 1,094 คน ในปี พ.ศ. 2530 จนเมื่อเข้าสู่ปี พ.ศ. 2540 ได้เพิ่มเป็น 29,945 เตียงและมีแพทย์ 3,244 คน ซึ่งเพิ่มจำนวนขึ้นมากขึ้นถึงสามเท่าภายในระยะเวลาเพียง 10 ปีเท่านั้น[793] แน่นอนว่าเมื่อเกิดวิกฤติเศรษฐกิจในปี พ.ศ. 2540 ค่าเงินบาทลอยตัว อัตราเงินเฟ้อเพิ่มสูงขึ้น จำนวนลูกค้าที่มารับบริการลดลง ก็ทำให้โรงพยาบาลเอกชนต้องแบกรับภาระค่าใช้จ่ายโดยเฉพาะปัญหาหนี้ต่างประเทศที่เพิ่มสูงขึ้น ธุรกิจโรงพยาบาลเอกชนจึงเป็นภาคส่วนหนึ่งที่ได้รับผลกระทบอย่างมาก โรงพยาบาลเอกชนบางส่วนต้องปรับจำนวนเตียง ปิดตึกบางชั้น เปลี่ยนเป็นคลินิก หรือที่เลวร้ายที่สุดคือต้องปิดกิจการลง[794] เครือข่ายโรงพยาบาลเอกชนขนาดใหญ่ที่ยังพอพยุงตัวได้ต้องปรับยุทธศาสตร์ใหม่หมด อาทิ มาตราการทางการคลังเพื่อลดต้นทุน (ปรับลดพนักงานและเงินเดือนบุคลากร ลดค่าใช้จ่ายที่ฟุ่มเฟือย) มาตรการทางการตลาด (เปิดตลาดต่างชาติ ขายบริการเป็นแพ็คเกจเจาะตลาดเฉพาะทางมากขึ้น) และบางกรณีนำโรงพยาบาลเข้าระบบประกันสังคมเพื่อใช้เงินอุดหนุนจากรัฐบาลเป็นเงินทุนหมุนเวียนเพื่อแบ่งเบาภาระหนี้ชั่วคราว[795]

ด้วยเหตุนี้ ข้อสำคัญที่เป็นความแตกต่างระหว่างโรงพยาบาลเอกชนกับรัฐคือ เสถียรภาพของกิจการโรงพยาบาลเอกชนมักจะสัมพันธ์กับอุปสงค์ (Demand) ที่ขึ้นและลงตามบริบทแห่งยุคสมัย ในยุคที่เศรษฐกิจเติบโตทำให้ประชาชนมีกำลังซื้อเพิ่มขึ้น ความต้องการใช้บริการจากโรงพยาบาลเอกชนก็มากขึ้นตาม ตรงกันข้าม

---

[793] สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ, 404.

[794] เธรศ กรัษนัยรวิวงค์, เพ็ญแข ลาบยิ่ง, ศิริเกียรติ เหลี่ยงกอบกิจ และคณะ. *ธุรกิจโรงพยาบาลเอกชนในประเทศไทย ระหว่าง พ.ศ. 2543-2546: ข้อเสนอเชิงนโยบายเพื่อการพัฒนาที่ยั่งยืน.* นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข, 2549, 1-24.

[795] วีระศักดิ์ พุทธาศรี, และ สมหญิง สายธนู: วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร. *บทบาทและการปรับตัวของโรงพยาบาลเอกชนในประเทศไทยต่อสภาวะก่อนและระหว่างวิกฤติเศรษฐกิจ (พ.ศ. 2539-2544).* นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, 2546, 14-22.

เมื่อเศรษฐกิจถดถอยจนทำให้ประชาชนมีกำลังซื้อน้อยลง โรงพยาบาลเอกชนก็มักเกิดปัญหาขาดสภาวะคล่องตัวตามมา ขณะที่โรงพยาบาลรัฐอาจไม่ได้ขึ้นอยู่กับอุปสงค์เพียงอย่างเดียว แต่ระบบราชการ (นโยบายที่ถูกกำหนดโดยราชการลงมา) และทิศทางทางการเมือง[796] ล้วนแล้วแต่มีอิทธิพลสำคัญอย่างมากเช่นกันต่อการกำหนดนโยบายด้านสุขภาพ อาจเป็นเพราะการแสวงหารายได้ของรัฐส่วนใหญ่มาจากภาษีไม่ใช่กำไร รวมถึงสถานพยาบาลบางแห่งมีระบบเงินบำรุงและได้ทั้งงบประมาณอุดหนุนจากส่วนกลางด้วย สถานพยาบาลรัฐจึงไม่ต้องดิ้นรนขายสินค้าสุขภาพเพื่อให้อยู่รอดได้ในตลาด ทำให้ปัจจัยทางเศรษฐกิจเป็นเพียงตัวแปรตัวแปรหนึ่งของการเปลี่ยนแปลงเท่านั้น นอกจากนี้หน้าที่ของโรงพยาบาลรัฐคือกระจายการสงเคราะห์แก่ประชาชนให้มากที่สุด ทำให้ยุทธศาสตร์ของรัฐด้านสาธารณสุขจึงสัมพันธ์กับความจำเป็น (Need) ตามแต่ละบริบทด้วย เช่น ในบางยุคที่มีความต้องการบุคลากรแพทย์มากจากการขยายตัวของสถานบริการและภาวะสมองไหล ก็เป็นเหตุให้มีมาตราการบังคับใช้ทุน หรือในช่วงที่มีความต้องการการบริการขั้นพื้นฐานเพราะชาวชนบทยากจน รัฐก็สามารถปรับมาตรการด้านการเงินและการคลังโยกย้ายไปทุ่มที่สถานบริการระดับปฐมภูมิและทุติยภูมิได้ เนื่องด้วยเป้าหมายของการบริหารโรงพยาบาลของเอกชนและโรงพยาบาลรัฐมีความแตกต่างกัน จึงทำให้โรงพยาบาลรัฐและเอกชนมีการตอบสนองต่อบริบททางเศรษฐกิจและสังคมต่างกันตามไปด้วย กล่าวคือในช่วงที่โรงพยาบาลเอกชน “รุ่งโรจน์” เนื่องจากการเติบโตของเศรษฐกิจ กลับกลายเป็น “วิกฤติ” ทางด้านสาธารณสุขของภาครัฐ (การดูดกลืนทรัพยากรด้านกำลังคนจากภาครัฐ และเมื่อกำลังคนขาดแคลนรัฐจึงไม่สามารถให้บริการอย่างทั่วถึงได้) และในทางตรงกันข้ามเมื่อโรงพยาบาลเอกชนเข้าขั้น “วิกฤติ” กลับกลายเป็นช่วงเวลาอัน “รุ่งเรือง” ของโรงพยาบาลรัฐ ทั้งนี้ความรุ่งเรืองที่ว่าเช่น การกลับเข้าใช้สถานบริการของรัฐ การทดลองตั้งโรงพยาบาลบ้านแพ้ว หรือการไหลกลับของบุคลากรที่ทางการแพทย์เพิ่มขึ้นชั่วคราว แม้บางเรื่องอาจเกิดขึ้นและมีผลในระยะสั้นและยาวไม่เท่ากัน แต่แนวคิดและวิธีการที่อยู่เบื้องหลังวิธีการปรับตัวหรือเอาตัวรอดของฝ่ายสาธารณสุข มักมีผลต่อการพัฒนาระบบสุขภาพในระยะยาวเสมอ

8.2.1 วิกฤติเศรษฐกิจกับการส่งเสริมความสำคัญของบริการปฐมภูมิ

ในช่วงก่อนหน้าที่ประเทศจะเดินเข้าสู่ภาวะวิกฤติในปี พ.ศ. 2540 การขยายตัวของเศรษฐกิจที่ค่อนข้างสูงช่วงทศวรรษ 2530 เป็นเหตุผลสำคัญให้องค์กรวิชาชีพและกระทรวงสาธารณสุขต้องแสวงหาแนวทางใหม่ในการ

---

[796] ทวีทอง หงษ์วิวัฒน์, เพ็ญจันทร์ ประดับมุข, และ นูรีฮัน ยูโซะ, . *เศรษฐกิจสาธารณสุขไทย : รวมบทความและคำอภิปรายจากการประชุมปฏิบัติการระหว่างวันที่ 12-14 มีนาคม 2529 ณ โรงแรมเอเชียพัทยา ชลบุรี.* นครปฐม: มหาวิทยาลัยมหิดล, 2529, 13.

วางระบบสุขภาพ เนื่องจากการที่เศรษฐกิจขยายตัวอย่างสูงมากทำให้ภาคสาธารณสุขต้องประสบกับปัญหาสมองไหลของบุคลากรทางการแพทย์จำนวนมาก การเติบโตขึ้นของโรงพยาบาลเอกชนมีส่วนสำคัญให้บุคลากรทางการแพทย์ไหลเข้าสู่เมือง รวมถึงความก้าวหน้าทางเทคโนโลยีการแพทย์ที่เพิ่มสูงขึ้นทำให้การศึกษา “แพทย์เฉพาะทาง” ได้รับความนิยมในหมู่บัณฑิตแพทย์ที่ต้องการความก้าวหน้าในชีวิต ขณะเดียวกันปัญหาเรื่องการกระจายกำลังคนในระบบสาธารณสุขก็ยังเป็นสิ่งที่รัฐต้องแก้ไขอยู่ตลอดทุกยุกทุกสมัย จึงส่งผลให้เกิดปฏิกิริยา “ยื้อแย่ง” กำลังคนระหว่างภาครัฐและเอกชน กระนั้นก็ตามภาคเอกชนสามารถคุมความได้เปรียบกว่า เนื่องจากในช่วงนั้นตลาดของอุตสาหกรรมการแพทย์เติบโตแบบก้าวกระโดด อันเป็นสาเหตุที่ทำให้รัฐต้องสูญเสียแพทย์ให้กับโรงพยาบาลเอกชนจนเกิดปัญหาด้านกำลังคนอย่างรุนแรง แม้ว่ารัฐจะมีนโยบายเพิ่มปริมาณบุคลากรทางการแพทย์รวมถึงเสริมความเข้มแข็งให้กับสถานบริการระดับปฐมภูมิ ทว่า ปัญหาเชิงระบบการทำงานแบบราชการก็ยังไม่สามารถทำให้สถานีอนามัยเป็นส่วนหนึ่งของชุมชนได้สำเร็จ[797] ส่วนหนึ่งต้องยอมรับว่าปัญหาสมองไหลและการกระจายบุคลากรทางการแพทย์ที่ไม่ทั่วถึงดังเช่นการไม่มีแพทย์เพียงพอประจำสถานบริการด่านหน้า ได้ส่งผลกระทบต่อภาพลักษณ์ของบริการระดับปฐมภูมิเอง และส่งผลต่อบุคลากรทางการแพทย์ที่ทำงานอยู่ในสถานบริการเหล่านี้ด้วย

ดังนั้นในช่วงวิกฤติเศรษฐกิจนี้ ได้มีการเร่งพัฒนาในมิติของความรู้ โดยมีกลุ่มแพทย์จำนวนหนึ่งต้องการชูแนวทางของ “เวชปฏิบัติทั่วไป” (General Practice) ซึ่งเป็นแก่นสาระสำคัญของการบริการปฐมภูมิ เหตุผลที่ต้องมีการนิยามใหม่ก็เพื่อปรับทัศนคติให้บุคลากรสาธารณสุขโดยเฉพาะแพทย์เลิกด้อยค่าและเล็งเห็นความสำคัญของการศึกษาเวชปฏิบัติทั่วไป เพราะในช่วงเวลาดังกล่าวการแพทย์นิยมไปศึกษาต่อการแพทย์เฉพาะทางเพิ่มขึ้น การสร้างความเข้าใจใหม่เพื่อจำแนกให้งานเวชปฏิบัติทั่วไปมีเอกลักษณ์แยกต่างหากงานบริการที่เน้นความจำเป็นขั้นพื้นฐานเป็นสิ่งจำเป็นเพื่อดึงดูดให้แพทย์หันมาศึกษาและอยากทำงานให้กับหน่วยบริการขั้นต้นของรัฐมากขึ้น โดยประเด็นนี้ได้ถูกหยิบยกขึ้นมาพูดถึงผ่านการระดมความคิดจากการประชุมแพทยศาสตร์ศึกษาแห่งชาติครั้งที่ 6 (พ.ศ. 2536) มติในที่ประชุมเห็นสมควรว่าเวชปฏิบัติทั่วไปควรมีความหมายว่า:

> *“การให้บริการทางการแพทย์และสาธารณสุขใน**ระดับปฐมภูมิ (Primary Care)** โดยประยุกต์ความรู้ทางด้านการแพทย์และสังคมศาสตร์ในลักษณะ**ผสมผสาน (Integrated)** การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกัน*

---

[797] สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ, อำพล จินดาวัฒนะ, สุทธิสิทธิ์ ไมตรีจิตร์, วรวรรณ ศรีเจริญ, และ ปาณบดี เอกะจัมปกะ, . *อนาคตสถานีอนามัยไทย(การศึกษาวิจัยประเมินผลโครงการทศวรรษแห่งการพัฒนาสถานีอนามัย พศ.2539) (เล่ม1).* นนทบุรี: สำนักนโยบายและแผน, 2539, 1-3.

*โรค การรักษาโรค และการฟื้นฟูสุขภาพได้อย่าง**ต่อเนื่อง (Continuous)** แบบองค์รวม **(Holistic)** ให้แก่บุคคล ครอบครัว และชุมชน (Individual, Family and Community)”*[798]

ทั้งนี้เพื่อให้เกิดความเฉพาะตัวมากขึ้น คณะศึกษาจึงได้สร้างอภิธานศัพท์ตัวหนึ่งขึ้นมาใหม่เพื่อใช้จำแนกและยกสถานะของเวชศาสตร์ทั่วไปเป็น “เวชศาสตร์ครอบครัว” (Family Medicine) ด้วยเหตุผลว่าการดูแลสุขภาพแบบองค์รวมและผสมผสานจะช่วยให้เข้าใจมิติทางสังคมวัฒนธรรมที่แวดล้อมผู้ป่วยมากขึ้น (เช่น การเป็นส่วนหนึ่งของครอบครัวและชุมชน)[799] นั่นจึงเป็นที่มาของการบรรจุคำว่า “เวชศาสตร์ครอบครัว” ให้เป็นคำศัพท์ที่ปรากฏในแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 8 (พ.ศ. 2540-2544) อีกด้วย

แน่นอนว่าเมื่อนำเอาเวชศาสตร์ครอบครัวไปใช้ผ่านการบริการปฐมภูมิจะเผยให้เห็นลักษณะเด่นสามประการ คือ “ต่อเนื่อง ผสมผสาน และเป็นองค์รวม” จะเห็นได้ว่าแนวคิดที่มองปัจเจกบุคคลว่าเป็นส่วนหนึ่งของสังคมใหญ่ในแนวระนาบ ในด้านหนึ่งก็ล้อกับนิยามใหม่ของสุขภาพอย่าง “สุขภาวะ” ซึ่งหมายถึงองค์รวมของกายจิต สังคมและจิตวิญญาณ ขณะที่อีกด้านหนึ่งถือเป็นยุทธวิธีที่ปฏิเสธการมองประชาชนเป็นเพียงปัจเจกที่ขาดการเชื่อมต่อกับสังคม ดังเช่นการมองเห็นเพียงแค่ “โรค” และอาการที่ต้อง “รักษา” แบบเฉพาะทางในลักษณะแนวตั้งของอุตสาหกรรมการแพทย์ในภาคธุรกิจ นี่คืออีกหนึ่งภาพสะท้อนของการใช้วิกฤติเป็นโอกาสในการปรับตัว และยังใช้เป็นเวทีในการช่วงชิงความหมายระหว่างแนวทางการแพทย์แบบลดทอน (Reduction Medicine) และแนวทางการแพทย์แบบองค์รวม (Holistic Medicine)

ดังนั้น หลังวิกฤติเศรษฐกิจในปี พ.ศ. 2540 เป็นช่วงเวลาที่เหมาะสมกับการเดินหน้าเพื่อกระตุ้นเวชศาสตร์ครอบครัว (Family Medicine) และการต่อยอดบริการระดับปฐมภูมิ เพราะพฤติกรรมการเข้าใช้บริการของประชาชนได้เปลี่ยนมือจากภาคเอกชนมาใช้บริการฝั่งภาครัฐมากขึ้น เนื่องจากปัญหาค่าใช้จ่ายครัวเรือนและบุคคลเพิ่มขึ้นหลังเกิดวิกฤติเศรษฐกิจ ทำให้สถานพยาบาลของรัฐที่มาราคาย่อมเยากว่าจึงเป็นที่ต้องการมากขึ้น ดังจะเห็นได้จากตัวเลขการให้บริการผู้ป่วยนอกของสถานีอนามัย (สอ.) และสถานบริการสาธารณสุขชุมชน (สสช.) พุ่งสูงขึ้นจาก 34.6 ล้านครั้งในปี พ.ศ. 2539 เป็น 40.4 และ 43.5 ล้านครั้งในปี พ.ศ. 2540 และ 2541 ตามลำดับ

---

[798] สุพัตรา ศรีวณิชชากร, สงวน นิตยารัมภ์พงศ์, ปิยธิดา ศรีรักษา, และ ประภาพรรณ คำคม. *ระบบบริการเวชปฏิบัติทั่วไปในประเทศไทย: สถานการณ์และข้อเสนอต่อการพัฒนา.* นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, 2539, 3.

[799] อ้างแล้ว, 4.

โดยคิดเป็นอัตราการเติบโตแบบก้าวกระโดดจากร้อยละ 9 ไปเป็นร้อยละ 16.7 และ 17.6 ตามลำดับ[800] ด้วยคลื่นของประชาชนที่เข้าใช้บริการเป็นจำนวนมาก ทำให้สถานพยาบาลรัฐต้องเป็นต้องหาวิธีในการปรับตัวขนานใหญ่เพราะมีภาระงานให้ทำมากขึ้นแต่ได้เงินอุดหนุนจากรัฐที่มีมูลค่าน้อยลง[801] นอกจากนี้ การที่จำนวนคนเข้ารับบริการเพิ่มขึ้นในเวลาที่เศรษฐกิจของประเทศย่ำแย่นั้น ยังสะท้อนให้เห็นถึงความเชื่อมั่นของประชาชนที่มีต่อสถานบริการระดับปฐมภูมิที่ผ่านมาด้วยว่ายังคงไม่ได้รับการดูแลใส่ใจที่มากเพียงพอ แม้ว่าจะมีการขยายสถานบริการอย่างต่อเนื่องมาตลอดก็ตาม จนทำให้การบริการระดับปฐมภูมิจะกลายเป็นสิ่งจำเป็น (ค่าบริการต่ำและจำเป็นต้องใช้บริการ) ขึ้นมาก็ต่อเมื่อเกิดปัญหาเรื่องของการกระจายทรัพยากรที่ไม่เพียงพอในยุคใดยุคหนึ่งหรือดังปัญหาเรื่องเศรษฐกิจ และการไม่ได้รับการพัฒนาอย่างต่อเนื่องยังเป็นต้นเหตุที่ทำให้ชาวบ้านและบุคลากรมองสถานบริการเหล่านี้ด้วยอคติมาตลอด แม้จะพยายามปรับเปลี่ยนทัศนคติและปฏิรูประบบบริการแล้วก็ตาม แต่ก็ยังคงไม่เกิดการยอมรับจากสังคมอย่างสุจริตใจ[802]

นอกจากนี้ วิกฤติเศรษฐกิจถึงแม้จะไม่ทำให้จำนวนของโรงพยาบาลรัฐลดลงเหมือนโรงพยาบาลเอกชน แต่ได้กระตุ้นให้อีกหนึ่งภาคส่วนของรัฐส่งปฏิกิริยาตอบสนองต่อวิกฤตินี้เช่นกัน ด้วยภาวะเงินเฟ้อที่สูงหลังวิกฤติทำให้รัฐต้องทบทวนศักยภาพของโรงพยาบาลรัฐใหม่อีกครั้ง และพยายามหาแนวทางในการคลี่คลายค่าใช้จ่ายในด้านการดำเนินงานของรัฐ หนึ่งในมาตรการที่ถูกนำมาใช้คือ “การทำให้โรงพยาบาลรัฐเปลี่ยนเป็นเอกชน” (Privatization) เพื่อลดค่าใช้จ่ายด้วยการให้เอกชนเข้ามาร่วมลงทุนในรูปขององค์กรมหาชน ความพยายามในการปรับตัวที่ผลักดันโดยแพทย์ชนบทหลายคน โดยใช้วิธีหันไปทดลองสร้างโรงพยาบาลของรัฐให้มีอิสระจากรัฐ (ภายหลังเรียกว่าโรงพยาบาลภายใต้การกำกับของรัฐ) ที่มีความร่วมมือจากรัฐและเอกชนด้วย อันปรากฏให้เห็นผ่านกรณีตัวอย่างของโรงพยาบาลบ้านแพ้ว

8.2.2 การจัดตั้งโรงพยาบาลบ้านแพ้วกับการใช้ระบบเหมาจ่ายรายหัว พ.ศ. 2543

การปฏิรูประบบบริหารงานของโรงพยาบาลบ้านแพ้วใน พ.ศ. 2543 เป็นการเปลี่ยนโรงพยาบาลรัฐในรูปแบบเดิมไปสู่การเป็น “องค์การมหาชน” หรือเรียกอีกอย่างหนึ่งว่า “โรงพยาบาลในกำกับของรัฐ” เป็นแห่งแรก

---

[800] อ้างแล้ว, 23.

[801] ปรีดา แต้อารักษ์. *ผลกระทบวิกฤตเศรษฐกิจต่อสุขภาพอนามัยของคนไทย.* กรุงเทพมหานคร: มูลนิธิโกมลคีมทอง, 2542, 4-5.

[802] โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์, และ ประชาธิป กะทา. *สุขภาพปฐมภูมิ บริการปฐมภูมิ จากปรัชญาสู่บริการสุขภาพมิติใหม่.* นนทบุรี: สำนักวิจัยสังคมและสุขภาพ, 2550, 35-36.

และยังเป็นแห่งเดียวในประเทศไทย การปฏิรูปครั้งนี้จึงถือเป็นหนึ่งในยุทธศาสตร์การปฏิรูประบบราชการในภาพใหญ่ซึ่งมีจุดหมายให้หน่วยงานรัฐมีอิสระและความคล่องตัวในการทำงานอันนำไปสู่การบริการสาธารณะที่มีประสิทธิภาพมากขึ้น อย่างไรก็ตาม คุณูปการสำคัญจากการเปลี่ยนแปลงของโรงพยาบาลบ้านแพ้ว คือการทดลองปฏิรูประบบงบประมาณจากเดิมที่อิงอยู่กับความต้องการของโรงพยาบาลเป็นหลักมาสู่การทดลองจ่ายงบประมาณโดยอิงอยู่กับประชากรในพื้นที่บริการ ขณะที่อีกด้านหนึ่งก็ให้อิสระกับโรงพยาบาลในการบริหารงบนั้นโดยไม่อิงอยู่กับระเบียบด้านการใช้จ่ายงบประมาณของราชการ การพยายามวางระบบใหม่ของโรงพยาบาลบ้านแพ้วจึงก่อให้เกิดสนามทดลองการจัดบริการสุขภาพถ้วนหน้าแก่คนในพื้นที่บริการโดยใช้งบประมาณที่อิงอยู่กับจำนวนประชากรในพื้นที่ และงบประมาณรายหัวนี้จะครอบคลุมทั้งการรักษาพยาบาล การป้องกันและส่งเสริมสุขภาพ จึงกล่าวได้ว่ากระบวนการวางรากฐานการบริหารจัดการการแปรรูปโรงพยาบาลบ้านแพ้วเป็นสนามจำลองขนาดย่อมของการคิดงบประมาณแบบเหมาจ่ายรายหัวและการสร้างหลักประกันสุขภาพ

แนวคิดเรื่องการปฏิรูประบบบริหารโรงพยาบาลของรัฐถือเป็นส่วนหนึ่งของข้อเสนอในภาพใหญ่ คือการเรียกร้องปฏิรูประบบราชการทั้งระบบซึ่งมีปัญหาเรื่องความล้าหลังและไม่ทันต่อการเปลี่ยนแปลง เช่น ปัญหาการกระจุกตัวของอำนาจที่ส่วนกลาง ขั้นตอนมาก ขาดความยืดหยุ่น ซึ่งปัญหานี้สัมพันธ์กับบริบทมีที่เทคโนโลยีอย่างคอมพิวเตอร์ การส่งต่อข้อมูล การสื่อสารทางไกลที่มีบทบาทในชีวิตของคนมากขึ้น และที่สำคัญคือการเติบโตขึ้นแนวคิดว่าด้วยระบบบริหารราชการแบบใหม่ที่เน้นการลดบทบทบาทของภาครัฐ การกระจายอำนาจ และทำให้ระบบราชการโปร่งใส ปัญหาและความเปลี่ยนแปลงเหล่านี้ทำให้รัฐบาลพลเอกชวลิต ยงใจยุทธ ออกแผนแม่บทเพื่อปฏิรูประบบราชการที่ต้องการเปลี่ยนแปลงระบบราชการให้เกิดความรวดเร็ว เสมอภาค เป็นธรรม เพื่อยกระดับคุณภาพชีวิตของประชาชนในการเข้าถึงบริการสาธารณะ หลักการสำคัญคือการปฏิรูปทั้งในแง่ของขนาดและการทำงานขององค์กรภาครัฐ ภายใต้ยุทธศาสตร์ใหญ่ของการปฏิรูปนี้เองที่ข้อเสนอเพื่อการปฏิรูประบบสาธารณสุขกลายมาเป็นส่วนหนึ่งของยุทธศาสตร์ข้างต้น กล่าวเฉพาะแผนงานการปฏิรูประบบสาธารณสุขได้วางเป้าหมายไว้ว่าจะแก้ปัญหาใน 3 ระบบหลัก คือปัญหาว่าด้วยระบบการคลังสาธารณสุข ระบบบริการสาธารณสุข และระบบประกันสุขภาพ หนึ่งในข้อเสนอเพื่อการแก้ปัญหาตามยุทธศาสตร์ดังกล่าวคือ “การปฏิรูปเปลี่ยนแปลงระบบการบริหารโรงพยาบาลของรัฐ”[803]

---

[803] จเด็จ ธรรมธัชอารี, แพร จิตตินันทน์, และ มยุรี ธนะทิพานนท์, “กระบวนการออกจากระบบราชการขององค์กรมหาชน กรณีศึกษาโรงพยาบาลบ้านแพ้ว,” รายงานวิจัย (นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, May 2544), 32.

งานศึกษาเรื่อง “กระบวนการออกจากระบบราชการขององค์การมหาชน กรณีศึกษาโรงพยาบาลบ้านแพ้ว” อธิบายกระบวนการแปรรูปโรงพยาบาลบ้านแพ้วไว้ว่า ช่วงหลังวิกฤติเศรษฐกิจในปี พ.ศ. 2540 สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) ซึ่งเป็นผู้เสนอโมเดลโรงพยาบาลรัฐรูปแบบใหม่ ได้มีการนำเสนอเรื่องนี้ต่อธนาคารเพื่อการพัฒนาเอเชีย (Asian Development Bank: ADB) ช่วงเวลาใกล้เคียงกันนั้นเองรัฐบาลก็มีการศึกษาวิจัยแนวทางการปรับเปลี่ยนระบบบริหารโรงพยาบาลรัฐโดยได้สนับสนุนทุนวิจัยบางส่วนจาก ADB เช่นกัน แนวคิดในขั้นเริ่มต้นคือการทำให้โรงพยาบาลรัฐมีอิสระมากขึ้นโดยยังคงอยู่ภายใต้ระบบเดิม (re-regulate) แต่ต้องไม่ทำให้โรงพยาบาลกลายเป็นองค์กรที่มุ่งเน้นกำไรหรือแปลงสภาพ (Corporatized) ในช่วงที่ยังไม่มีรูปแบบชัดเจน จึงมีการใช้คำศัพท์ใหม่ว่า “โรงพยาบาลในกำกับของรัฐ” (Autonomous Hospital) ข้อเสนอนี้ถูกประยุกต์เข้ากับแนวคิดเรื่ององค์การมหาชนอิสระผ่านการปรากฏขึ้นของ “พระราชบัญญัติองค์การมหาชน” ในเดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ. 2542 ใจความสำคัญของพระราชบัญญัติฉบับนี้คือการระบุว่า *“เมื่อรัฐบาลมีแผนหรือนโยบายด้านใดด้านหนึ่งโดยเฉพาะเพื่อจัดทำบริการสาธารณะ และมีความเหมาะสมที่จะจัดตั้งหน่วยงานบริหารขึ้นใหม่แตกต่างไปจากส่วนราชการหรือรัฐวิสาหกิจ โดยมีความมุ่งหมายให้มีการใช้ประโยชน์ทรัพยากรและบุคคลให้เกิดประสิทธิภาพสูงสุดจะจัดตั้งเป็นองค์กรมหาชน โดยตราเป็นพระราชกฤษฎีกาตามพระราชบัญญัตินี้ได้”*[804] ซึ่งเท่ากับว่ากลายเป็นกลไกทางกฎหมายที่แปลงข้อเสนอเรื่องโรงพยาบาลรัฐในรูปแบบใหม่ให้ปรากฏเป็นรูปธรรมในรูปแบบองค์การมหาชน หรือ “โรงพยาบาลในกำกับของรัฐ” และเป็นหนทางสำหรับการปฏิรูประบบราชการตามแผนที่วางไว้[805] ดังนั้นหน่วยงานของรัฐในรูปแบบองค์กรมหาชนถือเป็นองค์กรในรูปแบบใหม่ที่เกิดขึ้นท่ามกลางกระแสแห่งความวุ่นวายทางเศรษฐกิจและการเปลี่ยนแปลงในทางการเมืองและการบริหารราชการ การปรากฏขึ้นอย่างเป็นรูปธรรมของแนวทางข้างต้นภายใต้พระราชบัญญัติองค์การมหาชนในปี พ.ศ. 2542 จึงถือเป็นหนึ่งในเส้นทางใหม่ของการปฏิรูประบบราชการไทย[806] ซึ่งนับเป็นการฉวยโอกาสที่เกิดขึ้นท่ามกลางวิกฤติและความไม่แน่นอนทางการเมืองของแพทย์ชนบทที่มีงานวิจัยศึกษาจาก สวรส. รองรับในการผลักดันด้วย

เมื่อมีความชัดเจนของแนวทางปฏิรูปโรงพยาบาลรัฐผ่านพระราชบัญญัติองค์การมหาชน พ.ศ. 2542 กระทรวงสาธารณสุขจึงได้กำหนดโครงการนำร่องเพื่อแปรรูปโรงพยาบาลรัฐจำนวน 7 แห่ง ได้แก่ โรงพยาบาล

---

[804] ราชกิจจานุเบกษา, “พระราชบัญญัติองค์การมหาชน พ.ศ. ๒๕๔๒” (เล่ม ๑๑๖ ตอน๙ ก วันที่ ๒๔ กุมภาพันธ์ พ.ศ. ๒๕๔๒, 2542).

[805] สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.), *โรงพยาบาลรัฐในรูปแบบใหม่*, 2nd ed., vol. 2542 (นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, n.d.), 12–13.

[806] จเด็จ ธรรมธัชอารี, แพร จิตตินันทน์, และ มยุรี ธนะทิพานนท์, “กระบวนการออกจากระบบราชการขององค์กรมหาชน กรณีศึกษาโรงพยาบาลบ้านแพ้ว,” 1.

หาดใหญ่ โรงพยาบาลขอนแก่น โรงพยาบาลสระบุรี โรงพยาบาลยะลา โรงพยาบาลนครพิงค์ โรงพยาบาลสตูล และโรงพยาบาลบ้านแพ้ว โดยท้ายที่สุดแล้วโรงพยาบาลบ้านแพ้วกลายเป็นโรงพยาบาลเดียวที่ได้แปรรูปเป็นองค์การมหาชน โดยรัฐบาลได้อนุมัติพระราชกฤษฎีกาจัดตั้งโรงพยาบาลบ้านแพ้วเป็นองค์การมหาชนในเดือนกันยายน พ.ศ. 2543 และเริ่มการดำเนินงานในเดือนตุลาคมปีเดียวกัน[807] ควรกล่าวไว้ด้วยว่า การรับแนวทางการแปรรูปโรงพยาบาลรัฐของกระทรวงสาธารณสุขไม่ได้เป็นเพราะเห็นด้วยกับข้อเสนอนี้เพียงอย่างเดียว แต่เป็นเพราะว่าการแปรรูปโรงพยาบาลถือเป็นส่วนหนึ่งของพันธะจากการกู้เงินของธนาคารระหว่างประเทศด้วยเช่นกัน[808]

ดังนั้นแนวคิดเรื่องโรงพยาบาลรัฐในรูปแบบใหม่ จึงมีเป้าหมายเพื่อปรับระบบการบริหารโรงพยาบาลของรัฐด้วยการกระจายอำนาจให้โรงพยาบาลมีความคล่องตัว ตอบสนองความต้องการของท้องถิ่น และเป็นอิสระจากรัฐระดับหนึ่ง โดยที่รัฐไม่เข้ามาควบคุมกำกับการบริหารภายในของโรงพยาบาล[809] กระนั้น โรงพยาบาลยังคงได้รับงบประมาณจากรัฐแต่จะเป็นการจัดสรรงบประมาณเป็นเงินอุดหนุนทั่วไปก้อนเดียวไม่แยกออกเป็นหมวด ขณะเดียวกันโรงพยาบาลสามารถได้รับงบประมาณเพิ่มเติมจากการจัดบริการให้หน่วยงานรัฐอื่น ๆ เช่น สำนักงานประกันสังคมและสำนักงานประกันสุขภาพ ที่สำคัญคือรัฐจะไม่เข้าไปควบคุมวิธีการใช้งบประมาณด้วยระเบียบราชการ การให้งบประมาณเช่นนี้ทำให้การคิดยอดงบประมาณจะอิงอยู่กับผลงานของโรงพยาบาลเป็นหลัก เช่น จำนวนการให้บริการแต่ละประเภท[810] การจ่ายงบประมาณแบบเป็นก้อนรวมและไม่แยกหมวดหมู่ทำให้การคำนวณงบประมาณอิงอยู่กับการบริการและจำนวนประชากรในพื้นที่บริการ ซึ่งสัมพันธ์กับจุดมุ่งหมายของโรงพยาบาลบ้านแพ้วที่ต้องการสร้างหลักประกันสุขภาพขึ้นมาสำหรับประชากรในอำเภอ ในกระบวนการคิดงบประมาณนี้เองที่เป็นสนามทดลองว่าด้วยการคำนวณงบประมาณแบบเหมาจ่ายรายหัวให้ครอบคลุมการสร้างบริการและการส่งเสริมสุขภาพ

---

[807] ราชกิจจานุเบกษา, “พระราชกฤษฎีกาจัดตั้งโรงพยาบาลบ้านแพ้ว (องค์การมหาชน) พ.ศ. ๒๕๔๓” (เล่ม ๑๑๗ ตอน ๘๔ ก วันที่ ๑๑ กันยายน พ.ศ. ๒๕๔๓ หน้า ๑๒, 2543).

[808] วีระศักดิ์ พุทธาศรี และคณะ, *ประเมินผล 10 ปี โรงพยาบาลบ้านแพ้ว (องค์การมหาชน)*, พิมพ์ครั้งที่ 1, 2554 (นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.), n.d.), 14.

[809] สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.), *โรงพยาบาลรัฐในรูปแบบใหม่*, 2542:11.

[810] สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.), 2542:30–31.

พันธกิจที่สำคัญที่สุดของโรงพยาบาลบ้านแพ้วหลังการแปรรูประบบบริหารคือการจัดบริการสุขภาพให้ประชากรทุกคนในอำเภอให้สามารถเข้าถึงบริการอย่างถ้วนหน้า (universal coverage) สำหรับชุดบริการพื้นฐาน (basic package) การจัดบริการอย่างถ้วนหน้าจะประกอบไปด้วยชุดของสิทธิประโยชน์คือบริการส่งเสริมสุขภาพ บริการป้องกันโรค การสาธารณสุขมูลฐาน การฟื้นฟูสมรรถภาพ และบริการรักษาพยาบาล ซึ่งมีความใกล้เคียงกับบริการของบัตรสุขภาพซึ่งขณะนั้นต้องซื้อบริการเป็นรายปี มีการกำหนดเงื่อนไขการส่งต่อผู้ป่วยไปที่สถานบริการระดับต่อไปและเมื่อผู้ป่วยที่ถูกส่งต่อไปยังโรงพยาบาลศูนย์/ทั่วไปหรือโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย โรงพยาบาลบ้านแพ้วจะต้องเป็นผู้รับผิดชอบค่าใช้จ่าย[811] ทีมวิจัยของสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุขได้เป็นผู้คำนวณงบประมาณที่เหมาะสมสำหรับโรงพยาบาลบ้านแพ้วเพื่อบรรลุบริการพื้นฐานถ้วนหน้า โดยราคาสุทธิอยู่ที่ 782 บาทต่อประชากรหนึ่งคนในอำเภอ บวกรวมกับรายได้นอกงบประมาณจากแหล่งอื่น ๆ ดังนั้นจึงมีความเห็นว่าการจัดสรรงบประมาณตามประชากรในเขตรับผิดชอบจะช่วยให้เกิดการจัดสรรทรัพยากรอื่น ๆ โดยเฉพาะบุคลากรให้มีความเหมาะสม มากกว่าระบบจัดสรรงบประมาณที่เป็นไปตามขนาดของสถานพยาบาลซึ่งมีบุคลากรมากจะได้งบประมาณมากตามไปด้วย การจัดสรรงบประมาณแบบนี้สามารถทำให้เกิดบริการอย่างถ้วนหน้า ที่ใกล้เคียงกับสิทธิประโยชน์ของบัตรสุขภาพ[812]

สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุขเป็นหน่วยงานที่วิเคราะห์ทางเลือกในการจัดสรรงบประมาณที่เหมาะสมแก่โรงพยาบาลบ้านแพ้ว การเปลี่ยนแปลงการจัดด้านงบประมาณให้เป็น “แบบจ่ายรายหัว” แสดงให้เห็นอย่างละเอียดในบทความ “งบประมาณในการดำเนินงานโรงพยาบาลในกำกับของรัฐแห่งแรกในประเทศไทย: 782 บาทต่อคนมากจากไหน”[813] บทความนี้ได้อธิบายวิธีคิด และปรัชญาของการจัดงบประมาณอุดหนุนอย่างเหมาะสม มีบริการพื้นฐานที่มีประสิทธิภาพที่ผสมผสานองค์รวมคือมีการป้องกันโรค ส่งเสริมสุขภาพ และการรักษาพยาบาลทั่วไปเพื่อนำไปสู่การประกันสุขภาพถ้วนหน้าของประชากรในอำเภอ งบประมาณที่โรงพยาบาลได้รับจะต้องใช้สำหรับบริการสาธารณสุขทั้งอำเภอ อันหมายถึงทั้งบริการของโรงพยาบาลบ้านแพ้วและสถานีอนามัยทุกแห่งในอำเภอ คนที่มีทะเบียนบ้านในอำเภอบ้านแพ้วจะเสียค่าบริการ 20 บาทต่อครั้งในกรณีเป็นผู้ป่วยเข้ารับบริการที่สถานีอนามัย ส่วนผู้ป่วยนอกที่เข้ารับบริการที่โรงพยาบาลบ้านแพ้วจะเสียค่าบริการครั้งละ 40 บาท ผู้ป่วยในเสีย

---

[811] ศิริวรรณ พิทยรังสฤษฎ์ และคณะ, “งบประมาณในการดำเนินงานโรงพยาบาลในกำกับของรัฐแห่งแรกในประเทศไทย: 782 บาทต่อคน มาจากไหน?,” *วารสารนโยบายและแผนสาธารณสุข* 2543, 1 ปีที่ 3 (มีนาคม 2543): 8.

[812] ศิริวรรณ พิทยรังสฤษฎ์ และคณะ, 18.

[813] ศิริวรรณ พิทยรังสฤษฎ์ และคณะ.

ค่าบริการ 100 บาท ส่วนผู้ป่วยที่มีบัตร สปร. ใช้สิทธิตามบัตรที่มีอยู่โดยไม่ต้องเสียค่าบริการ[814] จากแนวทางการสร้างระบบบริการแบบ “ถ้วนหน้า” ในอำเภอบ้านแพ้วทำให้เห็นว่า จุดมุ่งหมายสำคัญประการหนึ่งของโรงพยาบาลคือการหยิบยื่นหลักประกันด้านสุขภาพแก่ประชากรในอำเภอบ้านแพ้วที่ยังไม่มีหลักประกันสุขภาพใด ๆ เลย ด้วยการสร้างระบบบริการสุขภาพที่เทียบเคียงได้กับระบบบัตรสุขภาพที่ประชากรนอกอำเภอบ้านแพ้วต้องเสียเงินซื้อเป็นรายปี โดยโรงพยาบาลบ้านแพ้วหลังการแปรรูปพยายามใช้ระบบงบประมาณที่คิดตามรายหัวประชากรมาช่วยบริหาร เพราะฉะนั้นหัวใจสำคัญที่ชี้ขาดความสำเร็จในการดำเนินการคือ “วิธีการคิดงบประมาณ

จากตัวเลขงบประมาณอุดหนุนของโรงพยาบาลที่ 782 บาทต่อคนต่อปีที่คิดโดยทีมนักวิจัยจาก สวรส. นั้นได้คำนวณจากข้อมูล 2 ชุดคือ (1) อัตราป่วยของทั้งผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน และ (2) ข้อมูลต้นทุนดำเนินการต่อหน่วยของผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน ผลการคำนวณจึงสามารถแยกได้ว่าโรงพยาบาลบ้านแพ้ว (ในพื้นที่ภาคกลางนอกเขตเทศบาล) มีต้นทุนค่ารักษาพยาบาลต่อหัวประชากรเท่ากับ 562 บาท และมีต้นทุนการส่งเสริมป้องกันเท่ากับ 149 บาท รวมเป็น 712 บาท[815]

การใช้บริการในสถานพยาบาลทั้งรัฐและเอกชน	ทั้งประเทศ	กรุงเทพ	ภาคกลาง		ภาคเหนือ		ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ		ภาคใต้	
			เทศบาล	นอกเขตเทศบาล	เทศบาล	นอกเขตเทศบาล	เทศบาล	นอกเขตเทศบาล	เทศบาล	นอกเขตเทศบาล
ผู้ป่วยนอก (Visit/capita/yr.)	2.611	1.685	1.857	2.507	2.323	2.950	2.238	2.623	2.369	2.741
ผู้ป่วยใน (Admission/capita/yr.)	0.0584	0.0420	0.0533	0.0621	0.0652	0.0674	0.0508	0.0573	0.0521	0.0609
ผู้ป่วยใน *20 (weighted IP, using 20 time unit cost difference)	1.167	0.840	1.066	1.242	1.304	1.348	1.015	1.147	1.042	1.218
Total weighted morbidity	3.778	2.525	2.923	3.750	3.626	4.297	3.253	3.770	3.411	3.959
ต้นทุนดำเนินการ/OP visit	158	250	200	150	200	150	200	150	200	150
งบประมาณ(บาท/คน/ปี) สำหรับการรักษาพยาบาล	597	631	585	562	725	645	651	565	682	594
งบประมาณส่งเสริมสุขภาพ (บาท/คน/ปี) (20% of total per capita)	149	149	149	149	149	149	149	149	149	149
งบประมาณทั้งหมดรายหัว	746	780	734	712	874	794	800	715	831	743

รูป 16 *ภาพการคำนวณงบประมาณ*

สำหรับการรักษาพยาบาลและการส่งเสริมสุขภาพของประชากรไทย ปี พ.ศ. 2539

[814] ศิริวรรณ พิทยรังสฤษฏ์ และคณะ, 12.

[815] ศิริวรรณ พิทยรังสฤษฏ์ และคณะ, 13.

ที่มา: งบประมาณในการดำเนินงานโรงพยาบาลในกำกับของรัฐแห่งแรกในประเทศไทย: 782 บาทต่อตน มาจากไหน?, 14.

ทั้งนี้ทีมวิจัยได้เสนอให้มีการการปรับเพิ่มจาก 712 บาทสำหรับกรณีโรงพยาบาลบ้านแพ้ว เนื่องจากการเป็นโรงพยาบาลในกำกับรัฐทำให้มีค่าใช้จ่ายเงินเดือนเพิ่มขึ้นสูงสุดไม่เกินร้อยละ 50 ของเงินเดือนข้าราชการ ในขั้นตอนของการหาข้อสรุปเรื่องจำนวนงบประมาณ ผู้แทนของกระทรวงการคลังเสนอให้มีการปรับเพิ่มเป็นอัตรา 712 บาท เนื่องจากผลกระทบจากการเพิ่มค่าจ้างแรงงาน ทีมนักวิจัยจาก สวรส. จึงได้คำนวณต้นทุนเพิ่มเติมโดยกำหนดให้ข้าราชการที่ออกเป็นพนักงานทุกคนมีเงินเดือนเพิ่มขึ้น 1.5 เท่าทุกคน นอกจากนี้โครงสร้างต้นทุนดำเนินการเป็นค่าแรงร้อยละ 50 (ร้อยละ 25 เป็นค่าแรงพื้นฐานซึ่งกระทบจาก 1.5 เท่าอีกร้อยละ 25 เป็นเงินเพิ่มอื่นตามปริมาณงาน ที่ไม่มีผลกระทบจาก 1.5 เท่า) และค่าวัสดุใช้สอยร้อยละ 50 ผลจากการคำนวณใหม่ทำให้ค่ารักษาต่อหัวประชากรเท่ากับ 633 บาท เมื่อรวมกับงบประมาณส่งเสริมสุขภาพ 149 บาท รวมเป็น 782 บาทต่อหัวประชากร[816] อันเป็นที่มาของตัวเลขรายหัวดังกล่าว

	สัดส่วน	ต้นทุน (บาท)
ค่าแรงที่เป็นเงินเดือนข้าราชการ	0.25	150 บาทต่อครั้งผู้ป่วยนอก *0.25 * 1.5 = 56 บาทต่อครั้งผู้ป่วยนอก
ค่าแรงอื่นๆ (ค่าล่วงเวลา, สวัสดิการอื่นๆ, ค่าจ้างแพทย์นอกระบบ)	0.25	150*0.25 =38 บาทต่อครั้งผู้ป่วยนอก
ค่าวัสดุ ใช้สอย	0.5	150*0.5=75 บาทต่อครั้งผู้ป่วยนอก
รวม	1	169 บาทต่อครั้งผู้ป่วยนอก
บ้านแพ้วมีน้ำหนักการป่วย		3.75
ค่ารักษาพยาบาล (บาท/คน/ปี)		169*3.75 = 633 บาท
งบส่งเสริมสุขภาพ (บาท/คน/ปี)		149 บาท
งบประมาณด้านสุขภาพ (บาท/คน/ปี)		782 บาท

รูป 17 การคำนวณการปรับเพิ่มอัตรา 712 บาท เป็น 782 บาท ต่อหัวประชากร

ที่มา: งบประมาณในการดำเนินงานโรงพยาบาลในกำกับของรัฐแห่งแรกในประเทศไทย: 782 บาทต่อตน มาจากไหน? , 15.

[816] ศิริวรรณ พิทยรังสฤษฎ์ และคณะ, 14.

เมื่อพิจารณาไปที่กระบวนการก่อร่างสร้างตัวของโรงพยาบาล เป้าหมายที่โรงพยาบาลบ้านแพ้วพยายามจะทำให้เกิดขึ้นไม่ว่าจะเป็นการปฏิรูประบบการบริหารโรงพยาบาล การเปลี่ยนระบบการจัดสรรงบประมาณจากส่วนกลาง และที่สำคัญคือการพยายามสร้างหลักประกันสุขภาพให้ครอบคลุมคนทุกคนที่มีชื่ออยู่ในทะเบียนบ้านอำเภอบ้านแพ้ว ซึ่งถือว่าเป็นหนึ่งในการ "ทดลองทางสังคม (Social experiment)"[817] อันวางอยู่บนฐานของชิ้นส่วนประสบการณ์ที่ยังกระจัดกระจายกันอยู่ด้านต่าง ๆ ในแง่นี้โครงการแปรรูปโรงพยาบาลบ้านแพ้วจึงเป็นผลลัพธ์ของการสะสมองค์ความรู้ และการผลักดันการปฏิรูประบบสาธารณสุขที่ดำเนินมาแล้วก่อนหน้านี้อย่างยาวนาน เป็นต้นว่าเมล็ดพันทางความคิดว่าด้วยรูปแบบโรงพยาบาลภายใต้การกำกับของรัฐมาจากการสร้างความรู้ของ สวรส. การใช้ระบบจ่ายงบประมาณตามจำนวนรายหัวประชากรและวิธีการคำนวณงบประมาณมีตัวแบบจริงจากโครงการประกันสังคม โดยหนึ่งในคณะทำงานเพื่อคำนวณงบประมาณรายหัวคนสำคัญของโรงพยาบาลบ้านแพ้วก็คือ นายแพทย์วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร ผู้ที่เสนอตัวเลขงบประมาณรายหัวในโครงการประกันสังคม และเป็นผู้เสนอการร่วมจ่ายในโครงการบัตรสุขภาพ ประสบการณ์ทั้งหมดจึงถูกนำมาทดลองอีกครั้งโดยใช้ฐานที่โรงพยาบาลบ้านแพ้ว

หากถามถึงประโยชน์ของกรณีศึกษาบ้านแพ้ว คำกล่าวของนายแพทย์วิชัย โชควิวัฒน ซึ่งเป็นหนึ่งผู้ที่อยู่ในวงสนทนาครั้งหนึ่งระหว่างที่นายแพทย์สงวน นิตยารัมภ์พงศ์ ผู้นำโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าไปเสนอต่ออดีตนายกรัฐมนตรีนายทักษิณ ชินวัตร โดยได้เล่าถึงคำถามสำคัญจากนายทักษิณในวันนั้นคือ *"สามารถทำให้ครอบคลุมได้จริงหรือไม่ ต้องใช้งบประมาณเท่าไร และทำอย่างไร ซึ่งตอนนั้นก็มีโรงพยาบาลบ้านแพ้วแล้ว...คำตอบคือการทำแบบโรงพยาบาลบ้านแพ้วที่สามารถจัดบริการสุขภาพได้อย่างครอบคลุมโดยเก็บเงินแค่เพียง 40 บาท จนเป็นที่มาที่คุณทักษิณอยากให้ระบบประกันสุขภาพในนโยบายของพรรคไทยรักไทยมีค่าบริการที่ถูกกว่าของโรงพยาบาลบ้านแพ้ว ซึ่งก็คือ 30 บาท"*[818] ในแง่นี้โครงการบ้านแพ้วจึงเปรียบเสมือนอีกหนึ่งต้นแบบของการสร้างหลักประกันสุขภาพแห่งชาติหรือนโยบาย 30 บาทรักษาทุกโรคเวลาต่อมา[819]

---

[817] ศิริวรรณ พิทยรังสฤษฏ์ และคณะ., 17.

[818] สัมภาษณ์นายแพทย์วิชัย โชควิวัฒน, คณะผู้วิจัย, 17 พฤษภาคม 2565.

[819] พรสวรรค์ จันทรัตน์, "การมีส่วนร่วมในการผลักดันนโยบายสาธารณะขององค์การพัฒนาเอกชน: ศึกษากรณีนโยบายหลักประกันสุขภาพ" (รัฐศาสนศาสตรมหาบัณฑิต คณะรัฐศาสตร์, กรุงเทพฯ, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, n.d.), 56.

8.3 พลังการปฏิรูปการเมืองและรัฐธรรมนูญฉบับประชาชน (2540)

8.3.1 พฤษภาทมิฬ: มรดกสำคัญของการเพิ่มขึ้นของบทบาทภาคประชาสังคม

การทำความเข้าใจถึงพลังการปฏิรูปการเมืองอันเป็นที่มาของรัฐธรรมนูญฉบับประชาชน พ.ศ. 2540 นั้น ควรย้อนกลับไปพิจารณาเส้นทางก่อนหน้าของแนวคิดเรื่อง “ประชาสังคม” (Civil Society) ซึ่งเป็นแนวคิดเพื่อใช้อธิบายปรากฏการณ์ทางสังคมที่ก่อตัวขึ้นในทศวรรษ 2530 เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงทางสังคม การเมืองและเศรษฐกิจในช่วงนี้เกิดเป็นพลังเคลื่อนไหวทางสังคม (Social Movement) หรือพลังจัดตั้งที่ไม่เป็นทางการอยู่นอกกลไกของรัฐและระบบราชการ การตั้งขึ้นอาจเป็นการรวมกลุ่มกันแบบหลวม ๆ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้ได้มาซึ่งผลประโยชน์สาธารณะ (Public Interest) อย่างไรก็ตาม แม้ภาคประชาสังคมจะเป็นประสบการณ์ที่สังคมรับรู้กันเป็นวงกว้างในสมัยนั้น แต่การนิยามความหมายของ “ประชาสังคม” กลับมีความหลากหลายแตกต่างกันไปตามอุดมการณ์ของนักวิชาการแต่ละคน เป็นต้นว่า “ประชาสังคม”“สังคมเข้มแข็ง” (โดยธีรยุทธ บุญมี) หรือ “สังคมสมานุภาพ” (โดยนายแพทย์ประเวศ วะสี) ฯลฯ ประเด็นที่เกี่ยวข้องกับการนิยามและความหมายของประชาสังคมจึงกลายเป็นที่ถกเถียงและถูกพูดถึงเป็นอย่างมากกว่าควรจะเป็นแบบใด แม้แต่ในแวดวงสาธารณสุขก็ต้องการหาความกระจ่างในประเด็นเรื่องประชาสังคมด้วย เพื่อใช้เป็นเครื่องมือในการขับเคลื่อนประเด็นการปฏิรูประบบสุขภาพในเวลาต่อมา

ทั้งนี้ การทำความเข้าใจความสัมพันธ์ระหว่างนิยามของภาคประชาสังคมกับแวดวงสาธารณสุข จะช่วยให้เข้าใจปรากฏการณ์ร่วมสมัยหรือวิธีการที่บรรดาแพทย์หัวก้าวหน้าใช้เพื่อวางยุทธศาสตร์ในการขับเคลื่อนประเด็นสาธารณสุขด้วย โดยเมื่อพิจารณาอย่างถี่ถ้วนจะพบว่าในทัศนะของแวดวงสาธารณสุขมองว่าภาคประชาสังคมเป็นพลังหนึ่งที่แยกออกมาจากรัฐและแยกต่างหากออกมาจากกลุ่มทุนเอกชน เป็นการจัดตั้งที่ไม่เป็นทางการแต่มีสำนึกบางอย่างร่วมกันบนความสัมพันธ์ที่เท่าเทียม และมีระบบคุณค่าที่คอยขัดเกลาภายในกลุ่มทางสังคม ซึ่งนายแพทย์ประเวศ วะสี ได้สะท้อนให้เห็นถึงทัศนะนี้ได้ชัดเจนที่สุดคนหนึ่งในงานเขียนเรื่อง “สังคมสมานุภาพ” ที่ให้ความสำคัญกับการสร้างดุลยภาพระหว่างรัฐานุภาพ (ภาครัฐ) ธนานุภาพ (ภาคธุรกิจเอกชน) และสังคมสมานุภาพ (ภาคสังคม) โดยต้องการให้ภาคสังคมสมานุภาพเป็นอีกพลังที่คอยตรวจสอบและถ่วงดุล (Check and Balance)

ภาครัฐและภาคธุรกิจเอกชน เพราะหากสองภาคนี้มีอำนาจมากเกินไปจะเปรียบเสมือน *"หลุมดำทางสังคม ที่ดูดกลืนสถาบันและทรัพยากรทางสังคมต่าง ๆ โดยมิได้คำนึงถึงสังคมและความสันติสุขของสังคมส่วนรวม"*[820]

อย่างไรก็ดี แนวคิดเรื่องประชาสังคมมักถูกท้าทายจากการอธิบายโดยฝ่ายเศรษฐศาสตร์การเมืองกระแสหลักอีกแนวหนึ่งที่มองว่าการขยายตัวของเศรษฐกิจทำให้เกิด "การเมืองของชนชั้นกระฎุมพี" โดยนำการพัฒนาแบบทุนนิยมเสรี (Liberal Capitalism) เป็นปัจจัยตั้งต้นที่ส่งผลให้เกิดบทบาทของชนชั้นกลางและกลุ่มธุรกิจในการเป็นผู้กำหนดกระบวนการประชาธิปไตยในประเทศ โดยไม่ได้แยกประเภทกลุ่มชนชั้นกลางหรือกลุ่มออกจากกันอย่างชัดเจนนัก เพราะเชื่อว่าการเมืองของชนชั้นกลางและนักธุรกิจจะช่วยปลดปล่อยชาวชนบท (ซึ่งเป็นฐานเสียงที่สำคัญของพรรคการเมืองเสมอมา) ออกจากระบบอุปถัมภ์และการทุจริตในระบบการเลือกตั้ง ด้วยการเปลี่ยนให้เศรษฐกิจชนบทเชื่อมต่อกับเมืองด้วยตลาดเสรี วิธีคิดแบบนี้เท่ากับว่าเป็นการสลาย "ความเป็นชุมชน" ลง เพราะเชื่อว่ากลไกลทางสังคมของชุมชนในชนบทเป็นตัวขัดขวางการพัฒนาประชาธิปไตยของไทย (เช่น เชื่อว่าชาวบ้านซื้อสิทธิ์ขายเสียง ชาวบ้านอยู่ในระบบอุปถัมภ์ของนักการเมืองท้องถิ่น) การเอาเศรษฐกิจแบบตลาดไปพัฒนาชุมชนจะช่วยให้ชาวบ้านหลุดพ้นจากปัญหาดังกล่าว ส่วนการสร้างให้ชุมชนเข้มแข็งด้วยวัฒนธรรมชุมชนก็รังแต่จะทำให้ปัญหาเหล่านี้ยังคงเรื้อรังต่อไป[821] แน่นอนว่าแนวคิดดังกล่าวขัดแย้งกับแนวคิด "ประชาสังคม" ของนักวิชาการฝ่ายอื่นรวมถึงวงการสาธารณสุขที่ต้องการเห็นชุมชนเข้มแข็งขึ้นมากกว่าที่เคยเป็นมา

ดังนั้น พฤษภาทมิฬจึงเป็นตัวเร่งปฏิกิริยาให้มีการเจียระไนถึงแนวคิดประชาสังคมในวงการสาธารณสุขให้มีความชัดเจนมากขึ้น ส่วนหนึ่งอาจเป็นเพราะพลังเคลื่อนไหวทางสังคมของประชาชนในทศวรรษ 2530 ได้สร้างความหวังให้กับการเมืองที่ "เป็นประชาธิปไตย" อีกครั้ง แม้เหตุการณ์นองเลือดพฤษภาจะจบลงด้วยการตกลงกันของกลุ่มชนชั้นนำก็ตาม แต่เหตุการณ์ดังกล่าวก็เป็นเชือกอีกหนึ่งเส้นที่กระตุกให้เกิดปรากฏการณ์พลังของประชาชน ที่เข้าไปมีบทบาททำให้กระบวนการกลายเป็นประชาธิปไตย (democratization) มีพัฒนาการต่อไปเรื่อย ๆ ด้วยบทบาทดังกล่าวเกิดเป็นความกระจ่างจนสรุปได้ว่า "ประชาสังคม" ควรเป็นพลังที่แยกออกจากปีกของรัฐและธุรกิจเพื่อทำให้ที่ในการคานอำนาจและสร้างดุลยภาพบางอย่างให้เกิดขึ้น[822]

---

[820] ดู โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์. *ประชาสังคมกับสุขภาพ*. นนทบุรี: สำนักนโยบายและแผนสาธารณสุข, 2544, 10-11, 22-23.

[821] เอนก เหล่าธรรมทัศน์. *สองนคราประชาธิปไตย : แนวทางปฏิรูปการเมือง เศรษฐกิจเพื่อประชาธิปไตย*. กรุงเทพฯ: ทิปปิ้ง พอยท์, 2546, บทที่ 5.

[822] เกษียร เตชะพีระ, "ประชาธิปไตยของประชาชนต้องเป็นอิสระจากรัฐและทุน" ใน *อำนาจชาวบ้าน* (กรุงเทพฯ:สหพันธ์นิสิตนักศึกษาแห่งประเทศไทย , 2531), หน้า 25-28

สำหรับแวดวงสาธารณสุข การสนับสนุนตามแนวคิดนี้ในแง่หนึ่งเพราะเห็นถึงความสำคัญของภาคประชาสังคมในการเป็นแรงคานอำนาจให้กับกลุ่มทุนเอกชน และตรวจสอบเมื่อกลุ่มทุนภาคเอกชนมีทีท่าต้องการเข้ามาแสวงหาผลกำไรกับสุขภาพ (หรือสุขภาวะ) โดยขาดศีลธรรม ดังเช่นการเติบโตขึ้นของโรงพยาบาลเอกชน อุตสาหกรรมยาและเวชภัณฑ์ผ่านการโฆษณาล้วนแล้วแต่กระทบถึงภาระค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพของครัวเรือนที่เพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ ดังนั้นภาวะที่อุปทานเหนี่ยวนำอุปสงค์ (Supplier Induce Demand) จากการที่อุปทานด้านสุขภาพเพิ่มขึ้น การแข่งขันกันของธุรกิจเอกชน (เช่น การที่จำนวนแพทย์เฉพาะทางที่เพิ่มขึ้น หรือการลงทุนด้านเทคโนโลยีราคาแพง) ก็จะเป็นการสร้างความสัมพันธ์เชิงพาณิชย์ที่เสียเปรียบให้กับผู้ซื้อบริการมากขึ้น ประชาชนต้องกลายเป็นปัจเจกที่ต้องแบกรับค่าใช้จ่ายบางอย่างที่ฟุ่มเฟือยและไม่จำเป็นด้วยตนเอง (แม้สมัครใจก็ตาม)

เพื่อไม่ให้ประชาชนต้อง “ล้มละลาย” จากค่าใช้จ่ายสุขภาพที่เกินจริง และไม่เป็นการเบียดขับกลุ่มด้อยโอกาสในสังคมให้ออกจากการเมืองหรือพื้นที่สาธารณะ กลุ่มแพทย์นักปฏิรูปจึงมองไปที่การสร้างความเข้มแข็งให้กับประชาชนว่าเป็นทางออกที่สำคัญที่สุด โดยที่มองว่าปัจเจกเหล่านี้ต้องรวมกลุ่มจัดตั้งเป็นองค์กรภาคประชาชน (Social Organization) ที่อยู่ในรูปของกลุ่ม มูลนิธิ สหพันธ์ ชมรม ตลอดจนองค์กรพัฒนาเอกชน (NGOs) เพราะการรวมกลุ่มจะช่วยให้คนที่มีสำนึกแบบเดียวกันเข้ามาพิทักษ์ผลประโยชน์สาธารณะ (Public Interest) ร่วมกัน เพราะฉะนั้นช่วงหลังเหตุการณ์พฤษภาทมิฬ เราจะเห็นภาคีเครือข่ายระหว่างแพทย์และประชาสังคมร่วมกันในการผลักดันประเด็นปัญหาต่าง ๆ จำนวนมาก เช่น การให้การสนับสนุนกลุ่มผู้ติดเชื้อเอดส์ด้วยการหั่นงบประมาณของกระทรวงสาธารณสุขในปีงบประมาณ 2535 หรือภาคีเครือข่ายระหว่างภาครัฐ และภาคธุรกิจเอกชน รวมถึงภาคประชาสังคม (เช่น นักดนตรี กลุ่มแพทย์ชนบท) ในการรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่ จนสามารถผลักดันให้เกิดพระราชบัญญัติคุ้มครองสุขภาพผู้ไม่สูบบุหรี่ พ.ศ. 2535 และพระราชบัญญัติควบคุมการบริโภคยาสูบ พ.ศ. 2535 และมีการจัดตั้ง “คณะกรรมการควบคุมการบริโภคยาสูบแห่งชาติ” ในที่สุด[823]

ดังนั้นคงมองได้ว่าพฤษภาทมิฬเป็นผลกระทบ (Effect) ที่ชัดเจนอันเกิดจากพลังของประชาชนที่คลี่คลายมาเป็นระยะก่อนหน้า (ทศวรรษ 2520-30) ดังเช่นที่องค์กรพัฒนาเอกชนจึงมีบทบาทหาทางออกจากปัญหาต่าง ๆ ของฝ่ายประชาชน โดยเฉพาะประชาชนที่ยากจนและเสียเปรียบในชนบท และพฤษภาทมิฬยังเป็นเหตุ (Cause) ให้วงการสาธารณสุขต้องไขบทบาทภาคประชาสังคมให้กระจ่างยิ่งขึ้น เพราะพลังของประชาสังคมจะเป็นเครื่องมือ (Instrument) ที่สำคัญในการปฏิรูประบบสุขภาพโดยอยู่บนพื้นฐานของเป้าหมายที่มีร่วมกัน ดังที่นายแพทย์ สุวิทย์

[823] สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ, บ.ก. *ประชาสังคมกับการพัฒนาสุขภาพ: บทวิเคราะห์ทาวิชาการ.* กรุงเทพฯ: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, 2540, 2-19.

วิบุลผลประเสริฐ ได้ระบุเอาไว้ว่า*“ปัญหาสำคัญในการพัฒนา **“อำนาจที่สาม” เพื่อเกิดสังคมสมานุภาพด้านสุขภาพ** จึงอยู่ที่การสร้าง**จิตสำนึกร่วมกันในสังคม ทั้งภาครัฐ ธุรกิจ และประชาสังคม** ที่จะแสวงหาแนวทางสมานฉันท์ในการรวมพลังเพื่อแก้ไขปัญหาสุขภาพร่วมกัน”*[824] ด้วยเหตุนี้ วงการสาธารณสุขเรียกได้ว่าเป็นวงการที่เล็งเห็นถึงความสำคัญของส่งเสริมภาคประชาสังคมให้เข้ามาเป็นส่วนหนึ่งของการพัฒนาระบบสุขภาพในหลายมิติ รวมถึงการส่งเสริมเรื่องการกระจายอำนาจ ที่กลายเป็นประตูบานสำคัญที่เปิดพื้นที่ให้แก่ภาคประชาสังคมอย่างเป็นทางการ

8.3.2 กรอบแนวคิดเรื่องการกระจายอำนาจและส่งเสริมการมีส่วนร่วมของภาคประชาสังคม

จนกระทั่งเมื่อผ่านพ้นเหตุการณ์ “พฤษภาทมิฬ” และปัญหาการทุจริตของนักการเมืองอย่างกว้างขวาง ระบบรัฐสภายิ่งหนุนเสริมให้กรอบแนวคิดเรื่องการกระจายอำนาจและส่งเสริมการมีส่วนร่วมของภาคประชาสังคมมากขึ้น (ซึ่งหลักการแปรรูปของโรงพยาบาลบ้านแพ้วเป็นส่วนหนึ่งเช่นกัน) โดยเริ่มจากบทบาทของคณะกรรมการพัฒนาประชาธิปไตย (คพป.) โดยเมื่อวันที่ 9 มิถุนายน พ.ศ. 2537 ศาสตราจารย์มารุต บุนนาค ประธานรัฐสภาจากพรรคประชาธิปัตย์ ได้มีคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนาประชาธิปไตย (คพป.) จำนวน 58 คน ทำหน้าที่ศึกษาค้นคว้าและเสนอแนะในการพัฒนาหรือปฏิรูปการเมืองการปกครองของประเทศไทยให้สอดคล้องกับระบอบประชาธิปไตยโดยมีศาสตราจารย์นายแพทย์ประเวศ วะสี เป็นประธาน ซึ่งผลการศึกษาวิจัยทั้งหมดได้พิมพ์เผยแพร่ในเดือนกันยายน พ.ศ. 2538 ด้วยการสนับสนุนของสำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย (สกว.) งานชุดนี้ได้กลายเป็นโครงร่างในเบื้องต้นสำหรับการจัดทำรัฐธรรมนูญที่เกิดขึ้นต่อมาในภายหลัง ซึ่งมีหลายส่วนที่เน้นย้ำ “สิทธิเสรีภาพของพลเมือง” “บทบาทประชาชน” หรือการอธิบายว่า “องค์กรพัฒนาสังคมที่มิใช่รัฐบาล หรือ NGOs เป็นองค์กรวิชาชีพหนึ่งในสังคมที่มีความสามารถและบทบาทอย่างสูงในการพัฒนาสังคมและประชาธิปไตยของประเทศไทย”[825]

ต่อมาคณะจัดทำแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 8 (พ.ศ. 2540-2544) ได้มุ่งบรรจุเนื้อหาที่สนับสนุนการทำงานและการเติบโตของภาคประชาสังคมและองค์กรพัฒนาเอกชนไว้เช่นกัน ซึ่งหนึ่งในผู้มีบทบาท

---

[824] อ้างแล้ว, 18-19

[825] คณะกรรมการพัฒนาประชาธิปไตย (คพป.) สภาผู้แทนราษฎร", *กรอบความคิดหลักในการเรียบเรียงบทบัญญัติร่างรัฐธรรมนูญตามแนวรัฐธรรมนูญนิยม (Constitutionalism): ส่วนที่ 1 ว่าด้วยพระมหากษัตริย์ ส่วนที่ 3 ว่าด้วยสิทธิพลเมืองและองค์กรตรวจสอบ* (กรุงเทพฯ: กองกรรมาธิการ สำนักงานเลขาธิการสภาผู้แทนราษฎร, 2537).

สำคัญในคณะจัดทำแผนฯ คือนายแพทย์ประเวศ วะสี โดยมีฐานะเป็นประธานอนุกรรมการพัฒนาชนบทของแผนพัฒนาฯ ฉบับที่ 8 จึงมีส่วนช่วยเปิดทางให้ภาคประชาสังคมกลายเป็นสถาบันและส่วนร่วมในการพัฒนาประเทศ ด้วยการกำหนดให้มีการกระจายทุนมาสู่องค์กรพัฒนาเอกชนได้โดยตรง เงื่อนไขนี้ได้เปลี่ยนแปลงความสัมพันธ์ทางอำนาจจากเดิมที่ระบบราชการเป็นศูนย์กลางในการตัดสินใจเชิงนโยบาย มาสู่การส่งเสริมการกระจายอำนาจไปสู่ท้องถิ่นและชุมชน[826] ซึ่งข้อเสนอแนวทางในการปฏิรูปทางการเมืองของ คพป. หลายประการและเจตนารมณ์ตามแผนพัฒนาฯ ฉบับที่ 8 ได้ถูกส่งต่อมายังเนื้อหาของรัฐธรรมนูญฉบับ พ.ศ. 2540 ที่เน้นกระจายอำนาจ สร้างประชาธิปไตยแบบมีส่วนร่วม และลดอำนาจการรวมศูนย์ตัดสินใจของระบบราชการ และโดยเฉพาะเรื่องสิทธิชุมชน ประชาธิปไตยระดับรากหญ้าและการเมืองภาคประชาชนด้วย

8.3.3 พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ: กฎหมายแม่บทด้านสุขภาพของประเทศไทยที่ประชาชนมีส่วนร่วม (พ.ศ. 2543)

ในเวลาไล่เลี่ยกับปัญหาวิกฤติเศรษฐกิจ รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2540 ที่ได้รับฉายาว่า “รัฐธรรมนูญฉบับประชาชน” เป็นรัฐธรรมนูญแรกที่เสริมพลังให้ภาคประชาสังคมเติบโตด้วยอย่างมาก สาระสำคัญที่ถูกระบุเอาไว้ในรัฐธรรมนูญคือการยึดถือผลประโยชน์สาธารณะ (Public Interest) เป็นสำคัญ การที่จะทำให้เกิดผลสำเร็จได้นั้นก็ต้องสร้างโครงสร้างและกติกาใหม่ที่เปิดโอกาสให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมในการคิด ปฏิบัติ และตรวจสอบการทำงานของภาคส่วนรัฐและกลุ่มธุรกิจเอกชน เพื่อให้การบริหารประเทศจะดำเนินไปอย่างถูกต้องและเกิดสันติสุขขึ้นกับคนทุกภาคส่วน ดังปรากฏในเนื้อหาของรัฐธรรมนูญเกี่ยวกับมาตราที่ให้ความสำคัญกับการมีส่วนร่วมของประชาชน เช่น การการระบุให้รัฐต้องให้การสนับสนุนการมีส่วนรวมของประชาชนในการตัดสินใจทางการเมือง เศรษฐกิจ และสังคม กำหนดให้ประชาชนสามารถเข้าชื่อเพื่อเสนอกฎหมาย กำหนดให้มีช่องทางตรวจสอบการทุจริตของผู้ใช้อำนาจรัฐ กลไกตามรัฐธรรมนูญเหล่านี้ส่งผลอย่างมากต่อการเคลื่อนไหวของเครือข่ายปฏิรูประบบสาธารณสุข[827] นอกจากนี้ จุดสำคัญอีกประการหนึ่งที่เกี่ยวกับด้านสุขภาพโดยตรงคือหมวดที่ 3 สิทธิและเสรีภาพของประชาชนชาวไทย ในมาตรา 52 ที่ระบุว่า “*บุคคลย่อมมีสิทธิเสมอกันในการรับบริการสาธารณสุขที่ได้มาตรฐาน และผู้ยากไร้มีสิทธิได้รับการรักษาพยาบาลจากสถานบริการสาธารณสุขของรัฐโดยไม่เสีย*

---

[826] ณัฐรุจ วงศ์ทางสวัสดิ์, *พลวัตกรอบความคิดและการเคลื่อนไหวของขบวนการแพทย์ชนบท: ความขัดแย้งและการเปลี่ยนผ่านทางการเมือง*, (วิทยานิพนธ์, สาขารัฐศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2560), 193-195.

[827] เพิ่งอ้าง, 201-203.

ค่าใช้จ่าย”[828] และยังได้กล่าวต่อไปถึงการให้บริการสาธารณสุขของรัฐที่เป็นไปอย่างทั่งถึงและมีประสิทธิภาพ พร้อมกับส่งเสริมให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและเอกชนเข้ามามีส่วนร่วมเท่าที่ทำได้ ซึ่งมาตราดังกล่าวได้แสดงออกอย่างชัดเจนถึงสิทธิเสมอหน้า ทั่วถึง และเน้นการมีส่วนร่วม

ในช่วงเวลาเดียวกันที่บรรยากาศของแนวคิด “ประชาสังคม” (Civil Society) ได้รับการพูดถึงและถกเถียงเป็นวงกว้างในพื้นที่สาธารณะนี่เอง ทางฝั่งภาครัฐก็มีปรับตัวต่อความเปลี่ยนแปลงนี้ด้วยเช่นกัน ได้มีการนำเอาแนวคิด “ธรรมาภิบาล” (Good Governance) เข้ามาเป็นสาระสำคัญที่ปรากฏในรัฐธรรมนูญฉบับปี พ.ศ. 2540[829] ผ่านเจตนารมย์ทางกฎหมายที่ส่งเสริมให้มีการแบ่งสรรอำนาจให้กับประชาชนมากขึ้น การจัดสรรมีกระบวนการหลัก ๆ คือ การกระจายอำนาจ (Decentralization) การมีส่วนร่วม (Participation) และการถ่วงดุลและตรวจสอบ (Check and Balance) กระบวนการเหล่านี้เป็นการประกันอำนาจให้กับประชาชนว่าการผลักดันประเด็นปัญหาตามครรลองของการเมืองสาธารณะจะชอบด้วยกฎหมายและเพื่อไม่ให้เพดานของการเรียกร้องเป็นเพียงอุดมคติและแยกขาดจากความเป็นจริงในสังคม ร่างพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ ก็ได้จัดทำขึ้นผ่านเจตนารมย์ที่บรรจุอยู่ในรัฐธรรมนูญปี พ.ศ. 2540 ก็เป็นการรับประกันว่าพลังของประชาชนจะเป็นตัวแปรที่สำคัญในกระบวนการการพัฒนาสาธารณสุขไทยอย่างแท้จริง

นอกจากนี้ (ร่าง) พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ ได้เป็นส่วนผสมของคลื่นทางความคิดสองประการหลักที่เป็นผลพวงจากรัฐธรรมนูญฉบับ พ.ศ. 2540 *ประการแรก*เป็นแนวความคิดในการสร้าง “สมัชชาสุขภาพ” ขึ้นมาเพื่อสร้างพื้นที่ให้ภาคประชาชนมีส่วนร่วมในการพัฒนาระบบสุขภาพอย่างแท้จริง เพราะในช่วงเวลาที่ไล่เลี่ยกันกับข้อเสนอให้มีการร่างพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติในปี พ.ศ. 2542 การแสดงพลังภาคประชาสังคมในอันที่จะแสวงหาแนวทางร่วมกันระหว่างรัฐในระบอบประชาธิปไตยก็เกิดขึ้นแล้วในรูปของ “การประชุมสาธิตสมัชชาสุขภาพ” ในปี พ.ศ. 2543 และได้มีการจัด “สมัชชาสุขภาพแห่งชาติ” (แบบไม่เป็นทางการ) ต่อมาอีก 7 ครั้งระหว่างปีพ.ศ. 2544 ถึง 2550[830] แต่ก็ยังไม่เป็นทางการเพราะยังไม่ชอบด้วยกฎหมาย อิทธิพล*ประการต่อมา*เป็นแนวความคิด “สร้างนำซ่อม” หมายถึงการให้ความสำคัญกับการสร้างเสริมและป้องกันสุขภาพ มากกว่าการรักษาพยาบาล (ซ่อม) สุขภาพ นับเป็นครั้งแรกที่มีการให้ความสำคัญกับการแพทย์เชิงป้องกันและองค์รวมนำหน้า

---

[828] ราชกิจจานุเบกษา, “รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช ๒๕๔๐” (เล่ม ๑๑๔ ตอนที่ ๕๕ ก วันที่ ๑๑ ตุลาคม ๒๕๔๐ป, 2540).

[829] ดูเพิ่มเติมใน บวรศักดิ์ อุวรรณโณ. *การสร้างธรรมาภิบาล (Good Governance) ในสังคมไทย.* กรุงเทพฯ: วิญญูชน, 2542

[830]โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์. *สมัชชาสุขภาพ : ปรัชญา แนวคิด และจิตวิญญาณ.* นนทบุรี: สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.), 2555, 45.

การแพทย์แบบรักษาและลดทอน กระแสธารทางความคิดเรื่อง “สมัชชาสุขภาพ” และ “สร้างนำซ่อม” จึงได้ถูกบรรจุเอาไว้ในเนื้อหาของกฎหมาย (ร่าง) ฉบับปี พ.ศ. 2543 อีกด้วย[831]

(ร่าง) พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติดูจะมีความสำคัญอยู่น้อยในสายตาของปีกทางการเมืองพอสมควร เพราะถึงแม้จะมีการระดมความคิดเสนอให้มีการร่างขึ้นในปี พ.ศ. 2542 และยกร่างอีกทีในปี พ.ศ. 2545[832] รวมถึงมีการระดมความคิดนอกระบอบการเมืองรัฐสภาในทุก ๆ ปีผ่านสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ (แบบไม่ชอบด้วยกฎหมาย) ก็ดูเหมือนว่าร่างพระราชบัญญัติดังกล่าวก็ได้รับการเตะถ่วงมาโดยตลอด แม้รัฐบาลทักษิณจะให้สัญญาต่อผู้เข้าร่วมในสมัชชาสุขภาพแห่งชาติในปี พ.ศ. 2545 ว่า *“รัฐบาลรับเป็นเจ้าภาพเสนอกฎหมายแทนประชาชน”* แต่จนแล้วจนรอด ร่างพระราชบัญญัติดังกล่าวก็เข้าไปค้างรอการพิจารณจากรัฐมนตรีตั้งแต่ปลายปี พ.ศ. 2545 จนถึงปี พ.ศ. 2546 รวมระยะเวลากว่า 15 เดือน จนมีการตั้งข้อสังเกตจากหลายฝ่ายว่า (ร่าง) พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติอาจไปทับซ้อนกับร่างพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (30 บาทรักษาทุกโรค) ซึ่งเป็นนโยบายหลักของรัฐบาลในเวลานั้น[833] ทำให้เรื่องการของการประกาศใช้พระราชบัญญัติล่าช้าออกไป จนกว่าที่จะประกาศใช้คือในปี พ.ศ. 2550 กระนั้นก็ตาม เหตุการณ์ที่เป็นการแสดงออกถึงบทบาทของภาคประชาชนในการทำหน้าที่ตรวจสอบการทำงานของรัฐครั้งใหญ่ไม่นานนักหลังจากมีรัฐธรรมนูญฉบับ พ.ศ. 2540 คือเหตุการณ์การต่อสู้เพื่อเปิดโปงเรื่องทุจริตในการสั่งยา พ.ศ. 2541

8.3.4 การตื่นตัวและการเป็นต้นแบบของพลังภาคประชาชนในการตรวจสอบการทำงานของภาครัฐ (การต่อสู้เพื่อเปิดโปงเรื่องทุจริตในการสั่งยา พ.ศ. 2541)

การเคลื่อนไหวเพื่อตรวจสอบการทุจริตในการจัดซื้อยาและเวชภัณฑ์ของกระทรวงสาธารณสุขเกิดจากความร่วมมือระหว่าง ชนรมแพทย์ชนบท ชมรมเภสัชชนบท และเครือข่ายองค์กรพัฒนาเอกชนกว่า 30 องค์กร[834]

---

[831] คณะกรรมการปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ (คปรส.). *ร่างพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ....ฉบับสามเหลี่ยมเขยื้อนภูเขา เพื่อการทำประชาพิจารณ์/รับฟังความคิดเห็น.* นนทบุรี: สำนักงานคณะกรรมการปฏิรูประบบสุขภาพแห่ง, 2540.

[832] คณะอนุกรรมการยกร่าง พรบ. สุขภาพแห่งชาติคณะกรรมการปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ (คปรส.)., “ร่างพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.... ฉบับสามเหลี่ยมเขยื้อนภูเขา เพื่อการทำประชาพิจารณ์/รับฟังความคิดเห็น” (นนทบุรี: สำนักงานคณะกรรมการปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ, October 5, 2545).

[833] สำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ (สปรส.). *ร่าง พ.ร.บ.สุขภาพฯ เส้นทางสู่สุขภาวะ.* นนทบุรี: สำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ (สปรส.), 2547, 9.

[834] คณะกรรมการประสานงานองค์กรพัฒนเอกชน, คณะกรรมการองค์กรพัฒนาเอกชนด้านเอดส์, เครือข่ายผู้ติดเชื้อเอดส์, มูลนิธิเด็ก, มูลนิธิอาสาสมัครเพื่อสังคม, มูลนิธิสุขภาพไทย, มูลนิธิหมอชาวบ้าน, มูลนิธิโกมลคีมทอง, กลุ่มศึกษาและรณรงค์มลภาวะอุตสาหกรรม, มูลนิธิเพื่อผู้บริโภค, มูลนิธิฟื้นฟูชนบท, มูลนิธิอารมณ์พงศ์พงัน, เครือข่ายสิทธิภูมิปัญญาไทย, สมาคมสิทธิเสรีภาพของประชาชน, สมาสมสิทธิประโยชน์ผู้บริโภค, เครือข่ายเกษตรกรรม

มูลเหตุมาจากคำสั่งจากราชการส่วนกลางที่ให้โรงพยาบาลซื้อยากับบริษัทที่ถูกกำหนดมาแล้วในราคาที่สูงมากกว่าปกติ ในระยะแรกการเคลื่อนไหวเริ่มจากชมรมเภสัช/แพทย์ชนบทที่เป็นผู้รับรู้การทุจริตโดยตรง และในช่วงหลังถูกรับช่วงต่อโดยเครือข่ายองค์กรพัฒนาเอกชน การทุจริตซื้อยาและเวชภัณฑ์ครั้งนี้เป็นการกระทำเป็นเครือข่ายขบวนการทั้งนักการเมือง ข้าราชการและบริษัทเอกชน การเปิดโปงการทุจริตโดยทั่วไปเรื่องที่ยากที่สุดคือการหาหลักฐาน แต่เหตุการณ์นี้เป็นกรณีที่แตกต่างออกไปเพราะผู้เปิดเผยข้อมูลการทุจริตคือผู้ที่มีความน่าเชื่อถือทางสังคม ปัญหาการทุจริตยาถูกเปิดเผยสู่สาธารณะครั้งแรกช่วงกลางเดือนสิงหาคม พ.ศ. 2541 หลังจากนั้นก็มีแพทย์ที่ปฏิบัติงานในโรงพยายามชุมชนหลายคนออกมาให้ข้อมูล อาทิ นายแพทย์ประวิทย์ ลี่สถาพรวงศา ผู้อำนวยการโรงพยาบาลอุทัย จ.พระนครศรีอยุธยา เลขาธิการมูลนิธิเพื่อผู้บริโภค และอดีตประธานชมรมแพทย์ชนบทปี พ.ศ. 2537 นายแพทย์ยงยศ ธรรมวุฒิ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลปะทิว ประธานชมรมแพทย์ชนบท นายแพทย์ภูษิต ประคองสาย อดีตประธานชมรมแพทย์ชนบทปี พ.ศ. 2536[835] การเปิดเผยเหล่านี้นอกจากจะมาจากการประสบการณ์ตรงของแพทย์โรงพยาบาลชุมชนแต่ละคนแล้ว ยังมีกลุ่มเภสัชชนบทซึ่งเป็นผู้พบเจอกับปัญหาและรวบรวมข้อมูลการทุจริตโดยทำงานอยู่เบื้องหลัง และควบคู่กับแพทย์ชนบทด้วย

ชมรมเภสัชชนบท เกี่ยวข้องกับเรื่องนี้โดยตรงในฐานะเภสัชกรประจำโรงพยาบาลชุมชนซึ่งมีหน้าที่รับผิดชอบบริหารจัดการยาทั้งระบบของโรงพยาบาลแต่ละแห่ง ตั้งแต่การจัดเตรียมรายการยา ปริมาณยาคงคลังของโรงพยาบาล การสั่งซื้อ การกำหนดชนิด ปริมาณ คุณภาพ และราคาให้สอดคล้องกับความต้องการและงบประมาณที่มีอยู่ เพราะฉะนั้นปัญหาเรื่องการสั่งซื้อยาจึงกระทบกับจริยธรรมของเภสัชกรโดยตรง กลุ่มเภสัชกรเริ่มพบปัญหาการซื้อยาและเวชภัณฑ์ราคาแพงตั้งแต่ปี พ.ศ. 2538 หลังจากนั้นจึงมีการรวมกลุ่มของเภสัชกร เพื่อแลกเปลี่ยนปัญหาเรื่องนี้โดยมีอาจารย์สำลี ใจดีเป็นศูนย์กลางซึ่งนำไปสู่ข้อสรุปของกลุ่มเภสัชฯ ว่าเกิดการทุจริตซื้อยา และเวชภัณฑ์ในหลาย ๆ พื้นที่ ขณะที่แพทย์ซึ่งปฏิบัติงานโรงพยาบาลชุมชนก็ต้องพบกับสถานการณ์ที่ไม่แตกต่างกัน สภาพการณ์เช่นนี้เองที่ชักนำให้กลุ่มเภสัชกรชนบท และแพทย์ชนบทร่วมกันเคลื่อนไหวเปิดเผยการทุจริต ในการเคลื่อนไหวระยะแรกซึ่งองค์กรพัฒนาเอกชนยังไม่ได้เข้ามามีบทบาทมากนัก ชมรมเภสัชชนบทจะมี

ทางเลือก, คณะกรรมการเผยแพร่และส่งเสริมงานพัฒนา, คณะกรรมการองค์กรประสานงานประชาชนอีสาน, เสมสิกขาลัย, ศูนย์เทคโนโลยีเพื่อสังคม, โครงการคุ้มครองผู้บริโภคสภาสตรีแห่งชาติ, โครงการฟื้นฟูชีวิตและธรรมชาติ, โครงการทางเลือกเพื่อเกษตรกรและผู้บริโภค, กลุ่มศึกษาพลังงานทางเลือกเพื่ออนาคต, มูลนิธิดวงประทีป, มูลนิธิสร้างสรรค์เด็ก, โครงการบริโภคเพื่อชีวิต จ.สงขลา, โครงการเข้าถึงเอดส์, คณะกรรมการศาสนาเพื่อการพัฒนา, คณะกรรมการประสานงานองค์กรเอกชนเพื่อการสาธารณสุขมูลฐาน

[835] นวลน้อย ตรีรัตน์ and กนกศักดิ์ แก้วเทพ, *การต่อต้านทุจริตยาภาคประชาชน*, พิมพ์ครั้งที่ 1, 2545 (กรุงเทพฯ: ศูนย์ศึกษาเศรษฐศาสตร์การเมือง คณะเศรษฐศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, n.d.), 59.

หน้าที่ประสานงานทางด้านการหาข้อมูลแต่จะไม่มีบทบาทเคลื่อนไหวเท่ากับชมรมแพทย์ชนบท ทั้งชมรมเภสัชชนบท และแพทย์ชนบท เห็นว่าการทุจริตครั้งนี้มีการทำงานอย่างเป็นขบวนการที่กว้างขวางทั่วทั้งประเทศ น่าจะเกิดขึ้นมาแล้วระยะเวลาหนึ่ง และสัมพันธ์กับการโยกย้าย ซื้อขายตำแหน่งในแต่ละพื้นที่ ควรกล่าวไว้ด้วยว่า ทั้งแพทย์และเภสัชชนบทอยู่ในฐานะ “ถูกบังคับ” ให้เป็นส่วนหนึ่งของการทุจริตและหากคล้อยตามก็จะถือเป็นหนึ่งในคนที่ต้องรับผิดชอบการกระทำผิดด้วย

งานของนวลน้อย ตรีรัตน์ และ กนกศักดิ์ แก้วเทพ วิเคราะห์ไว้ว่า กลุ่มแพทย์/เภสัชชนบทมีทางเลือก 3 ประการ ทางแรกคือการให้ความร่วมมือในการทุจริต ทางที่สองคือปฏิเสธไม่ให้ความร่วมมือและเสี่ยงต่อการถูกย้ายออกจากพื้นที่ ทางสุดท้ายคือการการออกมาเปิดเผยเรื่องนี้ต่อสาธารณชน เมื่อตัดสินใจเลือกเส้นทางสุดท้ายจึงวางแนวทางการเคลื่อนไหวว่าภารกิจสำคัญอย่างแรกคือการรวบรวมข้อมูลและวิเคราะห์ว่ากระบวนการทุจริตมีขั้นตอนและกลไกการดำเนินงานอย่างไร ขณะที่อีกด้านหนึ่งคือการทำให้ปัญหานี้เป็นที่สนใจของสาธารณะเพื่อทำให้สังคมเกิดความสนใจในประเด็นนี้อย่างต่อเนื่อง ด้วยเหตุนี้ช่วงแรกของการเคลื่อนไหวจึงเป็นการรวบรวมพยานหลักฐาน หาผู้รู้เห็นการทุจริตออกมาให้ข้อมูลให้มากที่สุดถึงขนาดมีการเสนอโครงการที่ชื่อว่า “พยานแผ่นดิน” ที่หวังให้คนที่เคยร่วมทำผิดออกมาเปิดเผยตัวและให้ข้อมูลโดยมีเงื่อนไขที่จะรับรองความปลอดภัยและหลักประกันว่าจะไม่มีความผิดทางอาญา อย่างไรก็ตาม โครงการดังกล่าวไม่สามารถเกิดขึ้นได้เพราะสำนักงานอัยการสูงสุดปฏิเสธการให้หลักประกันตามเงื่อนไขที่กลุ่มแพทย์/เภสัชชนบทเสนอ[836]

เงื่อนไขที่ทำให้การเคลื่อนไหวโดยแพทย์ชนบทไม่สามารถขยายตัวต่อไปได้มาจากข้อจำกัดในฐานะข้าราชการ ทำให้ในแง่หนึ่งการตรวจสอบการทจริตยาจึงถือเป็นการตรวจสอบผู้บังคับบัญชาของตัวเอง ขณะที่ปฏิกิริยาจากผู้ใหญ่ในกระทรวงสาธารณสุขก็ไม่มีแนวโน้มที่จะตรวจสอบการทุจริตอย่างจริงจังแต่กลับอธิบายว่าการเปิดโปงเรื่องนี้มาจากปัญหาผลประโยชน์ในการจัดซื้อเพราะไม่ได้รับค่าคอมมิสชัน ผู้เปิดเผยข้อมูลจากทุจริตบางคนถูกตั้งกรรมการสอบสวน ปัจจัยเหล่านี้นำมาสู้การรับช่วงต่อการเคลื่อนไหวที่ถูกริเริ่มไว้แล้วโดยแพทย์/เภสัชกรชนบทโดยองค์กรภาคประชาสังคมที่มีความพร้อมเรื่องเครือข่ายการทำงานและการทำงานรณรงค์ในประเด็นสาธารณะ เงื่อนไขสำคัญขององค์กรพัฒนาเอกชนที่แตกต่างจากแพทย์/เภสัชชนบท คือมีอิสระในการเคลื่อนไหวเพราะไม่ต้องพึ่งพิงกับระบบราชการ ปัจจัยสำคัญที่หนุนเสริมการเคลื่อนไหวอีกประการองค์กรพัฒนาเอกชนที่สานต่อการรณรงค์เรื่องการทุจริตยามีความสัมพันธ์ที่ดีกับกลุ่มแพทย์และเภสัชกรชนบทเพราะเคยผลักดันงานพัฒนา

[836] นวลน้อย ตรีรัตน์ และ กนกศักดิ์ แก้วเทพ, 2545: 59–61.

สาธารณสุขร่วมกัน การเคลื่อนไหวของเครือข่ายองค์กรพัฒนาเอกชนมีมูลนิธิเพื่อผู้บริโภคทำหน้าที่เป็นแกนกลางในการขับเคลื่อน 30 องค์กร ทั้งการติดต่อประสานงาน รวบรวมจัดทำเอกสาร ศูนย์กลางการติดต่อข้อมูลข่าวสาร จัดกิจกรรมเสวนา แถลงข่าว และการประชุม[837] กระนั้นก็ตาม แพทย์/เภสัชกรชนบทก็ยังคงมีบทบาทในการหาข้อมูลเพื่อเปิดโปงการทุจริตในฐานะผู้รู้เห็นในทางตรง ขณะที่องค์กรพัฒนาเอกชนจะสร้างกระแสกดดันต่อรัฐบาลให้เข้ามาแก้ปัญหา ด้วยแนวทางนี้ องค์กรพัฒนาเอกชนจึงเริ่มรวบรวมองค์กรเครือข่ายโดยได้ออกมาเป็นเครือข่ายองค์กรพัฒนาเอกชน 30 องค์กรและแถลงข่าวจุดยืนและข้อเรียงร้อง ในวันที่ 6 กันยายน พ.ศ. 2541 สี่ประการ คือ (1) ตั้งกรรมการสอบสวนการทุจริตที่ขึ้นตรงต่อนายกรัฐมนตรี (2) รัฐบาลต้องปกป้องแพทย์ เภสัชกรและเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องกับการเปิดเผยข้อมูล (3) รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข นายรักเกียรติ สุขธนะ และรัฐมนตรีช่วยว่าการกระทรวงสาธารณสุข อันประกอบด้วยนายธีรวัฒน์ ศิริวันสาณฑ์ และนายคำรณ ณ ลำพูน ต้องลาออก และ (4) นายแพทย์ปรากรม วุฒิพงศ์ ปลัดประทรวง นายแพทย์ณรงค์ศักดิ์ อังคะสุวพลา และนายแพทย์ธวัช สุนทราจารย์ รองปลัดกระทรวงฯ ต้องลาออกเพื่อให้เกิดความโปร่งใสต่อการสอบสวน[838]

การเคลื่อนไหวของเครือข่ายองค์กรพัฒนาเอกชนได้ในช่องทางตามกลไกของรัฐธรรมนูญฉบับ พ.ศ. 2540 ที่กำหนดเรื่องการตรวจสอบการใช้อำนาจรัฐโดยประชาชนตามมาตรา 303 และ 304 ที่ประชาชนไม่น้อยกว่า 50,000 คน สามารถเข้าชื่อกันเพื่อเรียกร้องให้มีการตรวจสอบการทุจริตของนักการเมือง[839] การรวบรวมรายชื่อดำเนินการตั้งแต่วันที่ 11 กันยายน – 18 พฤศจิกายน พ.ศ. 2541 สามารถรวมรายชื่อได้ถึง 52,554 คน ในช่วงเวลา 2 เดือนนี้เครือข่ายก็มีการเคลื่อนไหวด้านอื่น ๆ พร้อมกันไปด้วยคือการสร้างความเข้าใจต่อสถานการณ์ ข้อกฎหมาย การแลกเปลี่ยนข่อมูลข่าวสารทั้งในพื้นที่กรุงเทพฯ และเครือข่ายในพื้นที่ต่างจังหวัด อีกทั้งการจัดงานเสวนา ให้สัมภาษณ์ เผยแพร่บทความในสื่อสิ่งพิมพ์สาธารณะ จัดเวทีสัมมนาในต่างจังหวัด[840] การเปิดโปงการทุจริตครั้งนี้ส่งผลสะเทือนเป็นวงกว้าง กล่าวคือ รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข และรัฐมนตรีช่วยว่าการกระทรวงสาธารณสุขต้องลาออกจากตำแหน่ง ที่ปรึกษารัฐมนตรีช่วยว่าการกระทรวงสาธารณสุข และที่ปรึกษาส่วนตัวรัฐมนตรีว่าการกระทรวงฯ ถูกดำเนินคดีอาญา ปลัดและรองปลัดกระทรวงสาธารณสุขถูกตั้งคณะกรรมการสอบวินัยร้ายแรง ผู้ช่วยปลัดกระทรวงสาธารณสุข และผู้อำนวยการกองสาธารณสุขภูมิภาคถูกไล่ออกจากราชการ

---

[837] นวลน้อย ตรีรัตน์ และ กนกศักดิ์ แก้วเทพ, 2545: 55–56.

[838] นวลน้อย ตรีรัตน์ และ กนกศักดิ์ แก้วเทพ, 2545: 62–65.

[839] นวลน้อย ตรีรัตน์ และ กนกศักดิ์ แก้วเทพ, 2545: 56.

[840] "ผู้บุกเบิกงานเภสัชศาสตร์สังคม ตอนที่ 2: ผลงานเพื่อสังคม," *วารสารเภสัชกรรมไทย* 2, no. 12 (2563)ว นวลน้อย ตรีรัตน์ and กนกศักดิ์ แก้วเทพ, *การต่อต้านทุจริตยาภาคประชาชน*, 2545:67.

นายแพทย์สาธารณสุข 5 จังหวัดคือ พระนครศรีอยุธยา นครปฐม ฉะเชิงเทรา พังงา และนราธิวาส ถูกปลดออกจากราชการ ผู้บริหารองค์การเภสัชกรรมหลายคนถูกตั้งกรรมการสอบ และนักการเมืองที่ดูแลงานกระทรวงสาธารณสุขถูกปรับย้ายตำแหน่ง[841] ขณะที่ฝ่ายต่อต้านการทุจริตก็ได้รับผลกระทบหลายกรณี นายแพทย์วิชัย โชควิวัฒน นางสาวรสนา โตสิตระกูล และหนังสือพิมพ์มติชนถูกฟ้องร้องในข้อหาหมิ่นประมาท นายแพทย์ยงยศ ธรรมวุฒิ และนายแพทย์ประวิทย์ ลี่สถาพรวงศา แพทย์กลุ่มแรก ๆ ที่ออกมาให้ข่าวทางสาธารณะถูกตั้งกรรมการสอบสวนมูลความผิด และนายแพทย์สงวน นิตยารัมภ์พงศ์ ถูกสั่งสอบข้อหาอยู่เบื้องหลังการเคลื่อนไหว[842]

การเคลื่อนไหวต่อต้านการทุจริตยาถือเป็นครั้งแรกที่ชมรมแพทย์ชนบทแสดงบทบาทตรวจสอบการทำงานของผู้ใหญ่ในกระทรวงอย่างชัดเจน[843] เพราะก่อนหน้านี้นับตั้งแต่ก่อตั้งชมรม แพทย์ชนบทได้จำกัดขอบเขตของการทำงานว่าไม่ต้องการเข้าไปยุ่งเรื่องของการแต่งตั้งโยกย้าย กล่าวคือ พยายามเลี่ยงประเด็นที่จะก่อให้เกิดความขัดแย้งกับผู้บริการกระทรวงที่ส่วนกลาง การเคลื่อนไหวของชมรมแพทย์ชนบทและเครือข่ายองค์กรพัฒนาเอกชนในกรณีการตรวจการทุจริตยาเสมือนจุดแตกหักที่สำคัญทางยุทธศาสตร์และยุทธวิธีของขบวนการแพทย์ชนบทในการเป็นพันธมิตรที่เหนียวแน่นขององค์กรพัฒนาเอกชนร่วมกันเคลื่อนไหวตรวจสอบการทุจริตของผู้บริหารระดับสูงของกระทรวงสาธารณสุข[844] ซึ่งเท่ากับการสร้างคู่ขัดแย้งขึ้นมาอย่างชัดเจนในกระทรวงอันนำไปสู่อุปสรรคในการขับเคลื่อนผลักดันการเปลี่ยนแปลงจากในกระทรวงสาธารณสุข ยุทธศาสตร์เช่นนี้หมายถึงขบวนการแพทย์ชนบทและเครือข่ายองค์กรพัฒนาเอกชน ย่อมมีความมั่นใจในการดำเนินยุทธศาสตร์ภายใต้ช่องทางใหม่ที่กำหนดไว้ในรัฐธรรมนูญ พ.ศ. 2540 ที่สำคัญคือ ผลที่ตามมาจากการตรวจสอบการทุจริตยาได้ทำให้ข้อเสนอในการออกแบบองค์กรกึ่งมหาชน เช่น การเสนอโครงสร้างของบอร์ดคณะกรรมการที่มีสัดส่วนของภาคประชาชน องค์กรพัฒนาเอกชน และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นร่วมเข้ามาเป็นผู้มีบทบาทในการตรวจสอบและตัดสินใจเชิงนโยบายมีความชอบธรรมมากยิ่งขึ้นซึ่งเป็นที่มาของการออกแบบโครงสร้างองค์กรปฏิรูปงานสาธารณสุข ได้แก่ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) สำนักงานสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) และสำนักงาน

---

[841] นวลน้อย ตรีรัตน์ และ กนกศักดิ์ แก้วเทพ, 2545: 17–18.

[842] นวลน้อย ตรีรัตน์ และ กนกศักดิ์ แก้วเทพ, 2545: 74.

[843] นวลน้อย ตรีรัตน์ และ กนกศักดิ์ แก้วเทพ, 2545: 37.

[844] ประชาไท, “รายงานพิเศษ: ย้อนรอยคดีทุจริตยา,” ประชาไท, 31 ตุลาคม 2547, https://prachatai.com/journal/2004/10/977.

คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.) ที่มีการกำหนดโครงสร้างสัดส่วนของคณะกรรมการที่เป็นตัวแทนจากหลายภาคส่วน อันเป็นการเปลี่ยนแปลงความสัมพันธ์ทางอำนาจครั้งใหญ่ในระบบสาธารณสุข[845]

สรุป

การเมืองในทศวรรษ 2530 อย่างเหตุการณ์พฤษภาทมิฬนับว่ามีส่วนอย่างสำคัญในการผลักดันให้บทบาทภาคประชาสังคมที่ก่อตัวตั้งแต่ทศวรรษ 2520 ได้เติบโตอย่างต่อเนื่อง ขณะที่บริบทสังคมและแวดวงสาธารณสุขต่างให้ความสนใจต่อการดึงภาคประชาสังคมเข้ามาเป็นส่วนหนึ่งของการตรวจสอบและเดินหน้าเพื่อมีส่วนร่วมในการผลักดันประเทศและการปฏิรูประบบสาธารณสุข ดังปรากฏในกรอบความคิดหลักในการเรียบเรียงบทบัญญัติร่างรัฐธรรมนูญตามแนวรัฐธรรมนูญนิยม (Constitutionalism) (พ.ศ. 2537) แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 8 (พ.ศ. 2540-2544) รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2540 และติดตามมาด้วย (ร่าง) พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ (พ.ศ. 2542) รวมถึงบททดสอบภาคประชาชนในการเคลื่อนไหวเพื่อตรวจสอบการทุจริตในการจัดซื้อยาและเวชภัณฑ์ของกระทรวงสาธารณสุข (พ.ศ. 2541) อย่างไรก็ตามหากสังเกตช่วงเวลาของพัฒนาทั้งหมดเรียกได้ว่าเกิดขึ้นในช่วงเวลาที่ประเทศกำลังเดินหน้าเข้าสู่ภาวะวิกฤติเศรษฐกิจครั้งใหญ่ในประวัติศาสตร์สังคมไทยในปี พ.ศ. 2540

แน่นอนว่าในระยะฉับพลัน ภารกิจและงบประมาณด้านสาธารณสุขต่างได้รับผลกระทบจากเหตุการณ์ดังกล่าวที่ส่งผลให้เกิดการลดทอนประมาณและต้องอยู่ภายใต้ภาวะรัดเข็มขัด อย่างไรก็ตาม ท่ามกลางวิกฤติเศรษฐกิจรุนแรงครั้งหนึ่ง ยังคงสามารถมองเห็นหลาย “โอกาส” พัฒนาการในระบบสุขภาพหลายเวลานี้ เป็นต้นว่าการใช้โอกาสเพื่อเน้นย้ำความสำคัญของการพัฒนาและยกระดับบริการปฐมภูมิ การใช้กระแสการตื่นตัวของภาคประชาสังคมในการทดลองพัฒนาโรงพยาบาลของรัฐในกำกับอย่างกรณีโรงพยาบาลบ้านแพ้ว หรือความก้าวหน้าที่เป็นการก้าวกระโดดอย่างมากคือการผลักดันบทบาทภาคประชาสังคมให้กลายเป็นสถาบันอย่างเป็นทางการ ไปจนกระทั่งการผลักดันแนวคิดการเข้าถึงบริการสุขภาพที่ถือเป็นสิทธิขั้นพื้นฐานของการเป็นคนไทย ซึ่งจะถูกบรรจุไว้ในรัฐธรรมนูญฉบับ พ.ศ. 2540 อย่างเป็นทางการ ซึ่งเศษเสี้ยวของบทเรียนจากหลายเหตุการณ์จะถูกนำมาประกอบร่างเป็นแนวคิดเรื่องหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เมื่อหน้าต่างโอกาสทางการเมืองได้เปิดขึ้นด้วยชัยชนะของพรรคไทยรักไทยในปี พ.ศ. 2544

---

[845] ณัฐรุจ วงศ์ทางสวัสดิ์, “พลวัตกรอบความคิดและการเคลื่อนไหวของขบวนการแพทย์ชนบท: ความขัดแย้งและการเปลี่ยนผ่านทางการเมือง” (รัฐศาสตรดุษฎีบัณฑิต คณะรัฐศาสตร์, กรุงเทพฯ, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, n.d.), 206–7.

บทที่ 9
กำเนิดต้นแบบประเทศกำลังพัฒนา
กับความสำเร็จในการสร้างระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

(เนื้อหาในบทนี้อยู่ระหว่างการเขียน)

บทนำ

9.1 การขานรับทางการเมืองกับโครงการ "30 บาทรักษาทุกโรค": กำเนิดหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

9.1.1 ชัยชนะของพรรคไทยรักไทย

9.1.2 โครงการ "30 บาทรักษาทุกโรค" ภาคปฏิบัติ

9.2 อีกก้าวหนึ่งซึ่งสำคัญของ "องค์กรตระกูล ส" พ.ศ. 2544

9.2.1 งบประมาณจากภาษี: พระราชบัญญัติกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ พ.ศ. 2544

9.2.2 กำเนิด สปสช. ในฐานะ "ตัวแทนของประชาชน": พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545

9.3 การเปลี่ยนแปลงกระบวนทัศน์จาก "การสงเคราะห์" สู่ "สิทธิ" ในการเข้าถึงบริการทางสุขภาพ

สรุป

บรรณานุกรม

การสัมภาษณ์

สัมภาษณ์ ดร.นายแพทย์โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์. โดยคณะผู้วิจัย, 21 มิถุนายน 2565.

สัมภาษณ์ ศ.พิเศษ นายแพทย์สำเริง แหยงกระโทก. โดยคณะผู้วิจัย, 24 มิถุนายน 2565.

สัมภาษณ์ ดร.นพ.วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร. โดยคณะผู้วิจัย, 31 พฤษภาคม 2565.

สัมภาษณ์ดร.นายแพทย์ภูษิต ประคองสาย. โดยคณะผู้วิจัย, 23 พฤษภาคม 2565.

สัมภาษณ์นายแพทย์ไพจิตร ปวะบุตร. โดยคณะผู้วิจัย, 30 พฤษภาคม 2565.

สัมภาษณ์นายแพทย์วิชัย โชควิวัฒน. โดยคณะผู้วิจัย, 17 พฤษภาคม 2565.

สัมภาษณ์นายแพทย์สมศักดิ์ ชุณหรัศมิ์. โดยคณะผู้วิจัย, 17 พฤษภาคม 2565.

สัมภาษณ์นายแพทย์สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ. โดยคณะผู้วิจัย, พฤษภาคม 2565.

สัมภาษณ์นายแพทย์อำพล จินดาวัฒนะ. โดยคณะผู้วิจัย, พฤษภาคม 2565.

สัมภาษณ์ศาสตราจารย์ ดร.ทวีทอง หงษ์วิวัฒน์. โดยคณะผู้วิจัย, 15 มิถุนายน 2565.

สัมภาษณ์ศาสตราจารย์ นายแพทย์วิจารณ์ พานิช. โดยคณะผู้วิจัย, 22 มิถุนายน 2565.

สัมภาษณ์ศาสตราจารย์กิตติคุณ ดร.เทียนฉาย กีระนันทน์. โดยคณะผู้วิจัย, 28 พฤษภาคม 2565.

สัมภาษณ์ศาสตราจารยฺเกียรติคุณ ดร. ทวีทอง หงษ์วิวัฒน์. โดยคณะผู้วิจัย, 15 มิถุนายน 2565.

สัมภาษณ์ศาสตราจารย์นายแพทย์ ประกิต วาทีสาธกกิจ. โดยคณะผู้วิจัย, 10 มิถุนายน 2565.

สัมภาษณ์ศาสตราจารย์สายชล สัตยานุรักษ์. โดยคณะผู้วิจัย, 26 พฤษภาคม 2565.

สัมภาษณ์สุลักษณ์ ศิวรักษ์. โดยคณะผู้วิจัย, 29 พฤษภาคม 2565.

สัมภาษณ์นายโกมล ชอบชื่นชม, โดยคณะผู้วิจัย, 15 พฤษภาคม 2565.

สัมภาษณ์นายแพทย์ประทีป ธนกิจเจริญ, โดยคณะผู้วิจัย, 6 มิถุนายน 2565.

สัมภาษณ์นายแพทย์ยงยุทธ พงษ์สุภาพ. โดยคณะผู้วิจัย, 7 มิถุนายน 2565.

สัมภาษณ์นายแพทย์วินัย สวัสดิวร, โดยคณะผู้วิจัย, 16 พฤษภาคม 2565.

สัมภาษณ์นายแพทย์ศิริวัฒน์ ทิพย์ธราดล, โดยคณะผู้วิจัย, 20 พฤษภาคม 2565.

สัมภาษณ์แพทย์หญิงสุพัตรา ศรีวณิชชากร, โดยคณะผู้วิจัย, 21 มิถุนายน 2565.

สัมภาษณ์ศาสตราจารย์เกียรติคุณ นายแพทย์ ประเวศ วะสี, โดยคณะผู้วิจัย, 29 พฤษภาคม 2565.

สัมภาษณ์อาจารย์จอน อึ๊งภากรณ์, โดยคณะผู้วิจัย, 25 มิถุนายน 2565.

เอกสารหอจดหมายเหตุแห่งชาติ

หอจดหมายเหตุแห่งชาติ, สบ. 5.5/50 กล่อง 10, เรื่องกรรมการประสานงานสาธารณสุขกับองค์การอนามัยโลก [พ.ศ. 2508 - 2509].

หอจดหมายเหตุแห่งชาติ, กทม1.6/14 กล่อง 1, เรื่องการสั่งแพทย์และพนักงานไปปฏิบัติงานในเขตเร่งรัดพัฒนาชนบท.

หอจดหมายเหตุแห่งชาติ, (2) สธ1.1/30 กล่อง 4, เรื่องโครงการจัดบริการสาธารณสุขในส่วนภูมิภาคตามแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 4 พ.ศ. 2520 - พ.ศ. 2524 [พ.ศ. 2520 - 2524].

หอจดหมายเหตุแห่งชาติ, กทม.4.16.1/3 กล่อง 1, เรื่องการจัดทำโครงการสุขภาพประชาชน [13 ม.ค. - 4 ก.พ. 2524].

ภาษาไทย

กรมบัญชีกลาง. *รวมกฎหมายและระเบียบงานคลังบางเรื่อง*. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ ส. สมบูรณ์การพิมพ์, 2513.

กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ, และ กองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน. ‘นายแพทย์อมร นนทสุต ผู้บุกเบิกงานสาธารณสุขมูลฐานและอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ของประเทศไทย’. *วารสารสุขภาพภาคประชาชน* 2, no. 15, พฤษภาคม-มิถุนายน (2563).

กรมอนามัย. *งานและความคิด หมอดำรงค์ บุญยืน: ขุนพลในมหากาพย์แห่งการพัฒนาสาธารณสุขไทย*. นนทบุรี: กรมอนามัย, 2551.

———. ‘ประวัติความเป็นมาของกรมอนามัย’. กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. วันที่สืบค้น 23 พฤษภาคม 2565. https://anamai.moph.go.th/th/history.

กระทรวงสาธารณสุข. *อนุสรณ์สาธารณสุข ครบรอบ 40 ปีแห่งการสถาปนากระทรวงสาธารณสุข*. Vol. 2525. กรุงเทพฯ, 2525.

กองแผนงานสาธารณสุข. ‘วิวัฒนาการของนโยบายและแผนพัฒนาการสาธารณสุขของประเทศไทย’. In *45 ปร กระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2485-2530*, 1st ed. Vol. 2531. กรุงเทพฯ: กระทรวงสาธารณสุข, 2531.

ก้องสกล กวินรวีกุล. ‘การสร้างร่างกายพลเมืองไทยในสมัยจอมพล ป. พิบูลสงคราม พ.ศ. 2481-2487’. วิทยานิพนธ์สังคมวิทยาและมานุษยวิทยามหาบัณฑิต, สาขามานุษยวิทยา คณะสังคมวิทยาและมานุษยวิทยา, มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, 2545.

เก่งกิจ กิติเรียงลาภ. *เขียนชนบทให้เป็นชาติ กำเนิดมานุษยวิทยาไทยในยุคสงครามเย็น.* กรุงเทพฯ: มติชน, 2562.

กุลลดา เกษบุญชู มี้ด. 'การเมืองไทยในยุคสฤษดิ์-ถนอม ภายใต้โครงสร้างอำนาจโลก'. รายงานวิจัยจากทุนปรีดี พนมยงค์ มูลนิธิ 50 ปี ธนาคารแห่งประเทศไทย, 2550.

เกิดศิริ ยอดพริ้ง. *การปฏิบัติงานสังคมสงเคราะห์ชุมชนในกรุงเทพมหานคร ศึกษาเฉพาะกรณีการประยุกต์ใช้แนวคิดความจำเป็นพื้นฐานในศูนย์บริการสาธารณสุข (Community work practic in Bangkok Metropolis A case study of BMN.* มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, 2530.

โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์, และนภนาท อนุพงศ์พัฒน์. *ปกิณกคดี ๑๐๐ ปี การสาธารณสุขไทย*. นนทบุรี: สำนักวิจัยสังคมและสุขภาพ (สวสส.), 2561.

โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์, ประชาธิป กะทา. *สุขภาพปฐมภูมิ บริการปฐมภูมิ จากปรัชญาสู่การปฏิบัติการสุขภาพมิติใหม่*. นนทบุรี: สำนักวิจัยวิจัยสังคมและสุขภาพ, 2550.

คณะกรรมการปูมประวัติศาสตร์มหิดลเพื่อประชาธิปไตย. 'รายงานผลการศึกษา "ปูมประวัติศาสตร์มหิดลเพื่อประชาธิปไตย (พ.ศ. 2510-1516)"'. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, 2546.

คณะกรรมการพัฒนาประชาธิปไตย (คพป.) สภาผู้แทนราษฎร". *กรอบความคิดหลักในการเรียบเรียงบทบัญญัติร่างรัฐธรรมนูญตามแนวรัฐธรรมนุญนิยม (Constitutionalism): ส่วนที่ 1 ว่าด้วยพระมหากษัตริย์ ส่วนที่ 3 ว่าด้วยสิทธิพลเมืองและองค์กรตรวจสอบ*. กรุงเทพฯ: กองกรรมาธิการ สำนักงานเลขาธิการสภาผู้แทนราษฎร, 2537.

คณะกรรมาธิการประชาสัมพันธ์สภาร่างรัฐธรรมนูญ. 'กรอบเบื้องต้นร่างรัฐธรรมนูญฉบับประชาชน (เอกสารพื้นฐานประกอบกระบวนการรับฟังความคิดเห็น เพื่อการมีส่วนร่วมกำหนดรัฐธรรมนูญโดยประชาชน)'. หอสมุดรัฐสภา, 2540.

คณะทำงานพัฒนานโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าของสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข. 'ข้อเสนอระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า: รายงานการศึกษาประกอบการปฏิรูประบบสุขภาพ และร่างพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ...' นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, 2544.

คณะที่ปรึกษาของกระทรวงการคลัง, สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข. 'การปฏิรูประบบสวัสดิการรักษาพยาบาลข้าราชการ'. รายงานฉบับสมบูรณ์. นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, 2543.

คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี, สถาบันวิจัยโภชนาการ มหาวิทยาลัยมหิดล, คณะแพทยศาสตร์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, และ สมาคมศิษย์เก่าแพทย์รามาธิบดี. *ที่ระลึกศาสตราจารย์นายแพทย์อารี วัลยะเสวี อายุครบ ๖ รอบ ๒๐ ตุลาคม พ.ศ. ๒๕๔๐*. มปท.: มปพ., 2540.

คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล. *ประวัติโรงพยาบาลศิริราช*. ม.ป.ป. https://www.si.mahidol.ac.th/sirirajhospital/history.php (8 พฤษภาคม 2565 ที่เข้าถึง).

คณะอนุกรรมการยกร่าง พรบ. สุขภาพแห่งชาติคณะกรรมการปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ (คปรส.). 'ร่างพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ....ฉบับสามเหลี่ยมเขยื้อนภูเขา เพื่อการทำประชาพิจารณ์/รับฟังความคิดเห็น'. นนทบุรี: สำนักงานคณะกรรมการปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ, 5 October 2545.

คริส เบเคอร์. *เศรษฐกิจการเมืองไทยสมัยกรุงเทพฯ* . กรุงเทพฯ: ตรัสวิน (ซิลค์เวอร์มบุคส์), 2540.

โครงการความร่วมมือระหว่างรัฐบาลไทยและสหภาพยุโรป. *โครงการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข Health Care Reform Project*. นนทบุรี: โครงการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข, 2540.

———. *ยุทธศาสตร์โครงการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุขและผลการดำเนินงาน ปี 2540*. นนทบุรี: โครงการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข, 2541.

โครงการโคราชพัฒนา. *โคราชพัฒนา.* นครราชสีมา: สำนักงานจังหวัดนครราชสีมา, 2527.

'โครงการพัฒนาชนบทลุ่มน้ำแม่กลอง: โครงการพัฒนาชนบทลุ่มน้ำแม่กลอง ในส่วนของมหาวิทยาลัยมหิดล'. TU Digital Collections, ม.ป.พ.

โครงการพัฒนาชนบทลุ่มน้ำแม่กลอง. "เอกสารเผยแพร่ โครงการพัฒนาชนบทลุ่มน้ำแม่กลอง (Mae Klong Integrated Rural Development Project)." ม.ป.พ

'โครงการพัฒนาชนบทลุ่มน้ำแม่กลอง: หน้าที่ความรับผิดชอบ ของหน่วยอาจารย์-นิสิตนักศึกษาในท้องถิ่น ในโครงการพัฒนาชนบทลุ่มน้ำแม่กลอง'. TU Digital Collections, ม.ป.พ.

โครงการวิจัยอยุธยาและสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข. *องค์รวมแห่งสาธารณสุข : ภูมิปัญญาจากการวิจัยระบบสาธารณสุข*. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, มปพ.

จเด็จ ธรรมธัชอารี, แพร จิตตินันทน์, and มยุรี ธนะทิพานนท์. 'กระบวนการออกจากระบบราชการขององค์กรมหาชน กรณีศึกษาโรงพยาบาลบ้านแพ้ว'. รายงานวิจัย. นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, พฤษภาคม 2544.

จำรูญ มีขนอน. *รายงานการพัฒนาสมุนไพรไทยในทศวรรษแรกแห่งการสาธารณสุขมูลฐาน พ.ซ. 2521-2530.* กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก, 2533.

—. *รายงานสรุป ผลการดำเนินงานโครงการลำปาง.* กรุงเทพฯ: โครงการลำปาง กระทรวงสาธารณสุข, 2524.

จิรุตม์ ศรีรัตนบัลล์. 'ระบบสวัสดิการรักษาพยาบาลของข้าราชการ: บทเรียนของการจ่ายตามบริการไร้การควบคุม'. In *ระบบประกันสุขภาพในประเทศไทย*, สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข: จิรุตม์ ศรีรัตนบัลล์, 2544.

จิรุตม์ ศรีรัตนบัลล์, สุกัลยา คงสวัสดิ์. *ระบบ กลไก และวิธีการจ่ายเงินค่าบริการสุขภาพ*. นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, 2544.

จุลจอมเกล้าเจ้าอยู่หัว. *จดหมายเหตุเสด็จประพาสต่างประเทศในรัชกาลที่ 5 เสด็จเมืองสิงคโปร์ แลเมืองเบตาเวีย ครั้งแรก แลเสด็จประพาสอินเดีย*. เจ้าภาพพิมพ์ในงานพระศพ พระเจ้าบรมวงศ์เธอ กรมหลวงอดิศรอุดมเดช ณ เมรุท้องสนามหลวง พ.ศ. 2468. พระนคร: โรงพิมพ์โสภณพิพรรฒธนากร, 2468.

ชัยยนต์ ประดิษฐศิลป์. 'เศรษฐศาสตร์การเมืองว่าด้วยการวางแผนครอบครัวของไทย: ศึกษาจากกระบวนการนโยบาย'. รัฐศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, 2533.

ฉัตรทิพย์ นาถสุภา, บ.ก. *ประวัติศาสตร์เศรษฐกิจไทย จนถึง พ.ศ. 2484*. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, 2527.

ชาญวิทย์ เกษตรสิริ. *ประวัติการเมืองไทย : 2475-2500*. กรุงเทพฯ: มูลนิธิโครงการตำราสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์, 2544.

———. *14 ตุลา บันทึกประวัติศาสตร์*. กรุงเทพฯ: มูลนิธิโครงการตำราสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์, 2546.

ชาตรี เจริญชีวะกุล และ อพภิวันท์ นิตยารัมภ์พงศ์. *แสงดาวแห่งศรัทธา น.พ.สงวน นิตยารัมภ์พงศ์*. กรุงเทพฯ: สหมิตรพริ้นติ้งแอนด์พับบิสชิ่ง, 2554.

ชาติชาย มุกสง. '"การเมืองเรื่องการพัฒนา": นโยบายโภชนาการ ชนบทกับการรุกคืบของรัฐในการพัฒนาสุขภาพชาวบ้านในชุมชนยุคสงครามเย็น*'. *วารสารประวัติศาสตร์ มศว.*, no. 40 (2559 2558): 52–76.

———. *ประวัติศาสตร์สุขภาพและการแพทย์ไทย*. กรุงเทพฯ: คณะสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ, 2561.

———. *ปีศาจสู่เชื้อโรค: ประวัติศาสตร์การแพทย์กับโรคระบาดในสังคมไทย*. กรุงเทพฯ: มติชน, 2563.

ชยันต์ วรรธนะภูต. "การเปลี่ยนผ่านและปัญหาที่ท้าทายของสังคมวิทยา-มานุษยวิทยาการแพทย์ไทย." *Journal of Social Sciences, Faculty of Social Sciences, Chiang Mai University* 20, 1 (2551): 15-38.

ชูชัย ศุภวงศ์. *ประวัติศาสตร์พัฒนางานสาธารณสุขของไทย: บทวิเคราะห์การกระจายอำนาจและผลกระทบต่อระบบสาธารณสุข*. กรุงเทพฯ: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, 2541.

———. 'วิวัฒนาการของการบริโภคยาสูบในเมืองไทย'. รายงานผลการศึกษาวิจัย. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, 2541.

———. *สองทศวรรษการควบคุมการบริโภคยาสูบของสังคมไทย*. กรุงเทพฯ: ศูนย์วิจัยและจัดการความรู้เพื่อการควบคุมยาสูบ (ศจย.), 2550.

ณัฐพล ใจจริง. 'หม่อมเจ้าสกลวรรณากร วรวรรณ กับการเทศบาลของไทย'. *วารสารสถาบันพระปกเกล้า* 3, no. 17 (2562): 79–113.

ณัฐรุจ วงศ์ทางสวัสดิ์. 'พลวัตกรอบความคิดและการเคลื่อนไหวของขบวนการแพทย์ชนบท: ความขัดแย้งและการเปลี่ยนผ่านทางการเมือง'. รัฐศาสตรดุษฎีบัณฑิต คณะรัฐศาสตร์, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, n.d.

ดิเรก ฤกษ์หร่าย. ‘เครื่องชี้วัดความจำเป็นพื้นฐานในการพัฒนาชนบท’. *เกษตรศาสตร์ (สังคม)* 2, no. 7 (2529): 192–208.

ตีรณ โง้วศิริมณี, บ.ก. *เศรษฐกิจไทย : การเปลี่ยนแปลงและการพัฒนา.* กรุงเทพฯ: สร้างสรรค์, 2525.

ทวีศักดิ์ เผือกสม. *เชื้อโรค ร่างกาย และรัฐเวชกรรม.* กรุงเทพฯ: อิลลูมิเนชันส์ เอดิชันส์, 2561.

———. *เชื้อโรค ร่างกายและรัฐเวชกรรม ประวัติศาสตร์การแพทย์สมัยใหม่ในสังคมไทย.* กรุงเทพฯ: ILLuminations editions, 2561.

———. *จุดเริ่มสาธารณสุขชุมชน ตั้งรพ.ให้ครบทุกจังหวัด.* 2477. https://www.hfocus.org/content/2014/03/6806 (8 พ.ค. 2565 ที่เข้าถึง).

ที่ระลึกในงานรัฐพิธีพระราชทานเพลิงศพ พณฯ ดร. ตั้ว ลพานุกรม ณ สุสานหลวงวัดเทพศิรินทราวาส วันที่ 4 ธันวาคม 2484. บริษัท การพิมพ์ไทย จำกัด, 2484

ที่ระลึกงานพระราชทานเพลิงศพ ศาสตราจารย์นายแพทย์สมบูรณ์ วัชโรทัย ณ เมรุสถานวัดมกุฏกษัตริยาราม วันอาทิตย์ที่ 6 กันยายน 2524. กรุงเทพมหานคร: อมรินทร์การพิมพ์, 2524.

เทพพิทักษ์ มณีพงษ์. ‘หมอชาวบ้าน : ปรับเปลี่ยน ปรับตัว ปรับแนวคิดการรักษาด้วยแนวทาง “พึ่งตนเอง”’, 2560. https://www.the101.world/folkdoctorthailand/.

เทียนฉาย กีระนันทน์. *การประเมินผลโครงการบัตรสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข.* นนทบุรี: กองแผนงานสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2533.

———. *เศรษฐกิจการเงินสาธารณสุข.*.กรุงเทพฯ: โครงการพัฒนาตำรา ศูนย์บริการเอกสาร คณะเศรษฐศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2539.

ธันวา วงศ์เสงี่ยม. *รัฐไทยกับสุขภาพพลเมือง พ.ศ. 2475-2500.* วิทยานิพนธ์อักษรศาสตรมหาบัณฑิต จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, กรุงเทพมหานคร: กรุงเทพมหานคร : จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย., 2553.

ธงชัย วินิจจะกูล. *โฉมหน้าราชาชาตินิยม.* นนทบุรี: ฟ้าเดียวกัน, 2559.

นภาพร อติวานิชยพงศ์, กนกวรรณ ระลึก, และ กนกวรรณ แซ่จัง. *สังคมชนบทไทยในมุมมองบัณฑิตอาสาสมัคร: บทสังเคราะห์องค์ความรู้จากงานศึกษาของบัณฑิตอาสาสมัคร มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์: ชุดโครงการวิจัย.* สำนักบัณฑิตอาสาสมัคร มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, 2557.

นพ.โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ : งานหลักประกันสุขภาพ เพิ่งตั้งต้นเท่านั้น. 22 มกราคม 2008. https://prachatai.com/journal/2008/01/15513 (15 มิถุนายน 2565 ที่เข้าถึง).

นพ.อมร นนทสุต ผู้วางรากฐานงานสาธารณสุขมูลฐาน. 20 July 2013. https://www.hfocus.org/content/2013/07/4026.

นายกฯ เปรมกับการแก้ไขปัญหาชนบท : ศึกษาเฉพาะกรณีของจังหวัดนครราชสีมา โครงการโคราชพัฒนา. นครราชสีมา, 2529.

นภนาท อนุพงศ์พัฒน์. *รอยเวลา: เส้นทางประวัติศาสตร์สุขภาพ*. กรุงเทพฯ: สุขศาลา, 2556.

นภนาท อนุพงศ์พัฒน์, นพ.โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ ระชา ภุชชงค์. *แพทย์ชนบท ธรรมาภิบาลกับการเมืองสุขภาพ*. นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.), 2556.

นวลน้อย ตรีรัตน์ และ กนกศักดิ์ แก้วเทพ. *การต่อต้านทุจริตยาภาคประชาชน*. กรุงเทพฯ: ศูนย์ศึกษาเศรษฐศาสตร์การเมือง คณะเศรษฐศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2545.

บดี ธนะมั่น. 'ความจำเป็นพื้นฐานและคุณภาพชีวิต'. *จุฬาลงกรณ์เวชสาร* 10, no. 31 (2530).

บริรักษเวชการอนุสรณ์. หนังสือในงานพระราชทานเพลิงศพ พระยาบริรักษเวชชการ, 2511.

บริรักษ์เวชชการ (บริรักษ์), ไวทยวิธีการ, เชฎฐไวทยาการ (ชู), สนิทรักษ์สัตว์, วิเชียรแพทยาคม (เถียร), พะยุงเวชศาสตร์, รัตนเวชชสาขา, สอนสุขกิจ, และ ย่งฮั้ว ชัวยั่วเสง. *การสาธารณสุขและสาธารณูปการ*. พระนคร: มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์และการเมือง, 2477.

บริรักษ์เวชชการ (บริรักษ์), พระยา. *การสาธารณสุขและสาธารณูปกร.* มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์และการเมือง, 2477.

บันทึก 6 ตุลา. 'บันทึก 6 ตุลา'. บันทึก 6 ตุลา, 2565. https://doct6.com/learn-about/how/chapter-4.

บูฆอรี ยีหมะ. 'นโยบายหาเสียงแนวประชานิยมกับอำนาจเศรษฐกิจ : การศึกษาเชิงเศรษฐกิจการเมืองเกี่ยวกับความสำเร็จในการเลือกตั้งของพรรคไทยรักไทย'. รัฐศาสตรดุษฎีบัณฑิต คณะรัฐศาสตร์, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, n.d.

เบียทริซ แคมป์, ปลายอ้อ ทองสวัสดิ์, และ สุภัตรา สิทธิลักษณ์. *เส้นด้ายอเมริกันในผืนผ้าล้านนา ความร่วมมือของอเมริกันในภาคเหนือประเทศไทย พ.ศ.2410-2550 (American Threads in the Lanna Fabric: U.S. Involvement in Northern Thailand, 1867-2007)*. เชียงใหม่: สถานกงสุลใหญ่สหรัฐอเมริกาเชียงใหม่, 2550.

ปณิธาน หล่อเลิศวิทย์. *สวัสดิการรักษาพยาบาลของข้าราชการ บนเส้นทางสู่สุขภาพ-ประสิทธิภาพ-เสมอภาค*. นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, 2541.

ประชาไท. 'รายงานพิเศษ: ย้อนรอยคดีทุจริตยา'. ประชาไท, 31 ตุลาคม 2547. https://prachatai.com/journal/2004/10/977.

ประพนธ์ ปิยรัตน์ และ ดิเรก ฤกษ์หร่าย. "วิวัฒนาการ แนวความคิด นโยบายโครงสร้างของการพัฒนาชนบทแนวใหม่." *ข่าวสารเกษตรศาสตร์* 1, 29 (2527): 79-85.

ประยงค์ เต็มชวาลา. *รายงานการวิจัยเรื่องความจำเป็นพื้นฐานกับการพัฒนาชนบทไทย.* กรุงเทพฯ: กองสุขศึกษา กระทรวงสาธารณสุข, 2541.

ประมวลคำแถลงการณ์ของคณะปฏิวัติ. เอนก บุญภักดี พิมพ์ชำร่วยในงานฌาปนกิจศพ นายเผือก คามคุตร ณ เมรุวัดพระพิเรนทร์ พระนคร. โรงพิมพ์พาณิชย์เจริญ, 2502.

ปทุมเทวาภิบาล (เยี่ยม), ร.อ. พระ, 2436-2502. *ปาฐกถา เรื่องการปกครองเกี่ยวข้องกับการศาสนา*. ไทยวัฒนาพานิช, 2502.

ประเวศ วะสี. *แนวคิดยุทธศาสตร์สังคมสมานุภาพและวิชชา*. กรุงเทพฯ: มูลนิธิโกมล คีมทอง, 2536.

———. *บนเส้นทางชีวิต*. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์หมอชาวบ้าน, 2554.

———. *พุทธธรรมกับสังคม*. กรุงเทพฯ: หมอชาวบ้าน, 2528.

แปลก พิบูลสงคราม. *คำปราสัยของพนะท่าน จอมพล ป. พิบูลสงคราม นายกรัถมนตรีผู้นำของชาติ ไนอภิลักขิตสมัยแห่งวันชาติ 24 มิถุนายน 2486*. กรุงเทพฯ: กรมโคสนาการ, 2486.

———. *ประมวนวัธนธัมแห่งชาติ*. พระนคร: กรมโคสนาการ, 2486.

———. *สาส์น คำปราศรัย และสุนทรพจน์ของนายกรัฐมนตรี กับ, ประกาศสำนักนายกรัฐมนตรี เนื่องในอภิลักขิตสมัยงานฉลองวันชาติ 2483*. พระนคร: กรมโฆษณา, 2483.

ผาสุก พงษ์ไพจิตร, คริส เบเคอร์. *เศรษฐกิจการเมืองไทยสมัยกรุงเทพฯ*. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์ตรัสวิน (ซิลค์เวอร์มบุคส์), 2539.

'ผู้บุกเบิกงานเภสัชศาสตร์สังคม ตอนที่ 2: ผลงานเพื่อสังคม'. *วารสารเภสัชกรรมไทย* 2, no. 12 (2563).

สำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. 'แผนพัฒนาการเศรษฐกิจแห่งชาติ ฉบับที่ 1 (ระยะที่ 1) พ.ศ. 2504-2506'. วันที่สืบค้น 4 พฤษภาคม 2565. https://www.nesdc.go.th/main.php?filename=develop_issue.

พิพัฒน์ พสุธารชาติ. *รัฐกับศาสนา*. กรุงเทพฯ: ศยาม, 2553.

พงศกร พอกเพิ่มดี (บรรณาธิการ). *หลังประติมาสาธารณสุข 20 เบื้องหลังการขับเคลื่อนระบบสุขภาพไทย*. นนทบุรี: เครือข่ายร่วมพัฒนาศักยภาพผู้นำสาธารณสุขแนวใหม่ (คศน.), 2553.

พรสวรรค์ จันทรัตน์. 'การมีส่วนร่วมในการผลักดันนโยบายสาธารณะขององค์การพัฒนาเอกชน: ศึกษากรณีนโยบายหลักประกันสุขภาพ'. รัฐศาสนศาสตรมหาบัณฑิต คณะรัฐศาสตร์, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, n.d.

พระบาทสมเด็จพระจุลจอมเกล้าเจ้าอยู่หัว. *พระราชพิธีสิบสองเดือน*. พระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัว สมเด็จพระรามาธิบดีที่ 6 ทรงพระกรุณาโปรดเกล้าฯ ให้พิมพ์เปนของพระราชทานในงารพระศพ พระเจ้าพี่นางเธอพระองค์เจ้าเจริญศรีชนมายุ ปีวอก พ.ศ. 2463. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ไทย, 2463.

'พระราชบัญญัติการแพทย์ พุทธศักราช ๒๔๖๖'. เล่ม ๔๐ วันที่ ๑๖ พ.ย. ๒๔๖๖ หน้า ๑๓๖ ก, 2466.

พระราชวรมุนี (ประยุทธ์ ปยุตฺโต). *ลักษณะสังคมพุทธ*. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์มูลนิธิโกมลคีมทอง, 2527.

พิทักษ์พล วิสุทธิ์อัมพร. '๑๓ ทศวรรษโรงพยาบาลศิริราชและคณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล พ.ศ.2431-2561: 130 โรงพยาบาลของแผ่นดิน'. ๑๓ ทศวรรษโรงพยาบาลศิริราช ๑๓๐ ปี โรงพยาบาลของแผ่นดิน, 2561. https://www2.si.mahidol.ac.th/siriraj130years/ebook.

พิภพ ธงไชย, สมถวิล ลือชาพัฒนพร, และ ฐิติมา คุณติรานนท์, *จากวิกฤตการณ์สู่มิติใหม่ของสาธารณสุขไทย.* ปาฐกถามูลนิธิโกมลคมทอง ประจำปี 2530. กรุงเทพฯ: มูลนิธิโกมลคีมทอง, 2530.

เพ็ญนภา พงษ์ทอง, นงลักษณ์ พะไกยะ (บก.). *กำลังคนด้านสุขภาพ ที่เป็นมา เป็นอยู่ และจะเป็นไป.* กรุงเทพฯ: สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.),

เพ็ญศรี กวีวงศ์ประเสริฐ. 'บทบาทของรัฐต่อปัญหาสุขภาพประชาชน (พ.ศ. 2325 - หลักเปลี่ยนแปลงการปกครอง พ.ศ. 2475)'. วิทยานิพนธ์สาขาสังคมศาสตร์การแพทย์และสาธารณสุข, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2528.

เพ็ญศรี ดาวัลย์. 'แนวทางการปรับปรุงสวัสดิการรักษาพยาบาลของข้าราชการ : กรณีนำระบบเหมาจ่าย (capitation) มาใช้'. ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต สาขาประชากรศึกษา, มหิดล,

พอพันธ์ อุทยานนท์. *ประวัติศาสตร์เศรษฐกิจแห่งประเทศไทย.* กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2564.

ภิญญพันธ์ พจนะลาวัณย์. *กำเนิด 'ประเทศไทย' ภายใต้เผด็จการ.* กรุงเทพฯ: มติชน, 2558.

———. *เทศบาล: พื้นที่ เมือง และกาลเวลา.* กรุงเทพฯ: สยามปริทัศน์, 2560

ภุชงค์ นุตราวงศ์. 'การเสริมสร้างความมั่นคงในระดับหมู่บ้าน : ศึกษากรณีโครงการหมออาสาหมู่บ้านในจังหวัดอุดรธานี'. ภาควิชาการปกครอง รัฐศาสตรมหาบัณฑิต, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย,

มติชนออนไลน์. 'ค่าปรับน.ศ.แพทย์ผู้ผิดสัญญา เท่าไหร่จึงจะเหมาะสม : โดย พญ.ชัญวลี ศรีสุโข'. มติชนออนไลน์, 6 December 2561. https://www.matichon.co.th/article/news_1257650.

มูลนิธิเพื่อผู้บริโภค (มพบ.). *เกี่ยวกับมูลนิธิฯ.* ม.ป.ป. shorturl.at/KSV27 (15 กรกฎาคม 2565 ที่เข้าถึง).

มูลนิธิโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราช. *โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราช 2 ทศวรรษแห่งการพัฒนา.* นนทบุรี: โรงพิมพ์ ห้างหุ้มส่วนจำกัด ทิพยวิสุทธิ์, 2544.

มูลนิธิหมอชาวบ้าน. *3 ทศวรรษหมอชาวบ้าน 30 ปีหมอชาวบ้าน 2522-2552.* กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์หมอชาวบ้าน, 2552.

มนวดี ประกายรุ้งทอง, โรจน์ เล้งรักษา, ชุติสุดา เนติกุล, เอื้องไพร อัศวศรีนันท์ อมร ศรียอดคำ. *วิวัฒนาการสาธารณสุขมูลฐานในประเทศไทย (พ.ศ. 2521-2557).* นนทบุรี: กองสนับสนุนสุขภาพประชาชน กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ, 2557.

ยุทธนา ศุขสมิติ. 'การปรับปรุงส่วนราชการกระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2517'. In *45 ปี กระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2485-2530*, Vol. 2531. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข, n.d.

———. 'การพัฒนาสาธารณสุขในช่วงเวลาของแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 1-4'. In *อนุสรณ์สาธารณสุข ครบรอบ 40 ปี แห่งการสถาปนาสาธารณสุข พ.ศ. 2485-2525*, กรุงเทพฯ: กระทรวงสาธารณสุข, 2525.

ยุวดี ตปนียากร. 'วิวัฒนาการของการแพทย์ไทยตั้งแต่สมัยเริ่มต้นจนถึงสิ้นสุดรัชกาลพระบาทสมเด็จพระจุลจอมเกล้าเจ้าอยู่หัว'. วิทยานิพนธ์, อักษรศาสตรมหาบัณฑิต แผนกวิชาประวัติศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2522.

รชตะ อุ่นสุข, กุลเศกข์ ลิมปิยากร. 'ประกันสุขภาพในระบบสวัสดิการรักษาพยาบาลข้าราชการ'. In *ระบบประกันสุขภาพไทย*, กรุงเทพฯ: สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2555.

รวินันท์ ศิริกนกวิไล, ทวีเกียรติ บุญยไพศาลเจริญ, and ยงยุทธ พงษ์สุภาพ, eds. *โครงการอยุธยา: ทางเลือกใหม่ระบบสาธารณสุข*. สำนักงานโครงการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข (Health Care Reform Project), 2541.

ระชา ภุชชงค์, โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์. *แพทย์ชนบท ธรรมมาธิบาลกับการเมืองสุขภาพ*. นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.), 2556.

รังสิมา ปรีชาชาติ, สมพร ทองชื่นจิตต์. 'การประกันสุขภาพในระบบประกันสังคม'. ใน *ระบบหลักประกันสุขภาพไทย*, กรุงเทพฯ: สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2555.

รังสรรค์ ธนะพรพันธุ์. *ระบบเศรษฐกิจไทย ลักษณะและปัญหา.* กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, 2526.

ราชกิจจานุเบกษา. 'กฎเสนาบดี ยกเว้นแพทย์เชลยศักดิ์ จากการเกณฑ์ทหารชั่วคราว'. เล่ม ๒๗ ตอนที่ ๐ ก หน้า ๙๐ วันที่ ๑ มกราคม ๑๒๙, 2453. http://www.ratchakitcha.soc.go.th/DATA/PDF/2453/A/90_1.PDF.

———. 'กระทู้ถามที่ ๑๑๑/๒๔๗๘ ของขุนเสนาสัสดี ผู้แทนราษฎรจังหวัดร้อยเอ็ด เรื่อง "การก่อสร้างโรงพยาบาลจังหวัดร้อยเอ็ด"'. เล่ม ๕๒ หน้า ๓๓๒๓ วันที่ ๙ กุมภาพันธ์ พ.ศ.๒๔๗๘, 2478. http://www.ratchakitcha.soc.go.th/DATA/PDF/2478/D/3323.PDF.

———. 'กระทู้ถามที่ ๔๖๙/๒๔๗๘ ของนายบุญมา เสริฐศรี ผู้แทนราษฎรจังหวัดเลย เรื่อง สร้างทางจากขอนแก่นถึงอุดร, สร้างโรงพยาบาล, ค่าธรรมเนียมตัดไม้ในเขตต์แดนฝรั่งเศส, การหวงห้ามในการที่ราษฎรฝ่ายไทยไปทำมาหากินในเขตต์แดนฝรั่งเศส, การเนรเทศผู้ต้องโทษ ๓ ครั้ง.' เล่ม ๕๓ หน้า ๙๒๙ วันที่ ๒ สิงหาคม พ.ศ.๒๔๗๙, 2479. http://www.ratchakitcha.soc.go.th/DATA/PDF/2479/D/929.PDF.

———. 'กระทู้ถามที่ ว. ๒๔/๒๔๙๗ ของนายบุญช่วย ศรีสวัสดิ์ สมาชิกสภาผู้แทนราษฎร เรื่อง นางผดุงครรภ์กับแพทย์ประจำตำบลตามชนบทต่างจังหวัด', 2497.

———. 'กระทู้ถามที่ ว. ๗๑/๒๕๐๑ ของ นายบุญช่วย ศรีสวัสดิ์ สมาชิกสภาผู้แทนราษฎร จังหวัดเชียงราย เรื่อง นายแพทย์ปริญญา'. เล่ม ๗๕ ตอน ๗๘ง วันที่ ๗ ตุลาคม พ.ศ. ๒๕๐๑ หน้า ๒๗๔๔, 2501. http://www.ratchakitcha.soc.go.th/DATA/PDF/2501/D/078/2744.PDF.

———. 'แจ้งความกรมพยาบาล [แจ้งการเปิดโรงพยาบาลที่ใกล้วัดเทพศิรินธราวาศเพื่อรักษาผู้ป่วยโดยไม่ต้องเสียค่ายา]'. เล่ม ๖ ตอนที่ ๔๙ วันที่ ๙ มีนาคม พ.ศ.๑๘๘๙, 2432.

———. ‘แจ้งความกระทรวงกลาโหม เรื่อง ทรงพระกรุณาโปรดเกล้าฯ พระราชทานเงินสร้างโรงพยาบาลที่จังหวัดลพบุรี’. เล่ม ๕๔ หน้า ๑๕๙ วันที่ ๑๙ เมษายน พ.ศ. ๒๔๘๐, 2480. http://www.ratchakitcha.soc.go.th/DATA/PDF/2480/D/159.PDF.

———. ‘แจ้งความกระทรวงธรรมการ แผนกกรมมหาวิทยาลัย เรื่อง ทรงมอบโรงพยาบาลศรีมหาราชาแก่จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย และพระราชทานพระราชทรัพย์บำรุง’. เล่ม ๓๕ วันที่ ๗ เมษายน พ.ศ. ๒๔๖๑ หน้า 33, 2461. http://www.ratchakitcha.soc.go.th/DATA/PDF/2461/D/33.PDF.

———. ‘แจ้งความกระทรวงมหาดไทย เรื่อง การแจกยาโอสถสภาให้เป็นทานแก่ราษฎรที่ป่วยไข้’. เล่ม ๒๗ ตอนที่ ๐ง วันที่ ๖ พฤศจิกายน พ.ศ.๒๔๕๓ หน้า ๑๘๔๓, 2453.

———. ‘แจ้งความกระทรวงมหาดไทย เรื่อง มีผู้บริจาคทรัพย์บำรุงโรงพยาบาลเจ้าพระยายมราช จังหวัดสุพรรณบุรี’. เล่ม ๔๔ วันที่ ๒๙ พฤษภาคม พ.ศ.๒๔๗๐, 2470. http://www.ratchakitcha.soc.go.th/DATA/PDF/2470/D/665.PDF.

———. ‘แจ้งความกระทรวงมหาดไทย เรื่องมีผู้ให้สิ่งของแก่โรงพยาบาลจังหวัดระนอง’. เล่ม ๔๔ หน้า ๕๗๘ วันที่ ๒๒ พฤษภาคม พ.ศ.๒๔๗๐, ๒๔๗๐. http://www.ratchakitcha.soc.go.th/DATA/PDF/2470/D/578_1.PDF.

———. ‘แจ้งความโรงพยาบาลสยาม’. เล่มที่ ๕ ตอนที่ ๓๕ วันที่ ๗ มกราคม พ.ศ.๑๘๘๘, 2431.

———. ‘บอกเปิดโรงพยาบาล [โรงพยาบาลซึ่งพระบาทสมเด็จพระจุลจอมเกล้าเจ้าอยู่หัว ทรงพระกรุณาโปรดให้จัดตั้งขึ้นเป็นมหาทานแก้พสกนิกร ตั้งอยู่ที่พระราชวังหลังริมแม่น้ำฝั่งตะวันตก]’. เล่ม ๕ ตอน ๕ วันที่ ๒ มิถุนายน พ.ศ.๑๘๘๘ หน้า ๔๒, 2431.

———. ‘ประกาศ ตั้งกรมสาธารณสุขและตั้งอธิบดีกรมสาธารณสุข’. เล่ม ๓๕ วันที่ ๗ ธันวาคม ๒๔๖๑ หน้า ๓๐๒-๓, 2461.

———. ‘ประกาศกรมพยาบาล [ทรงพระกรุณาโปรดเกล้า ฯ ให้จัดหมอพร้อมเครื่องมืออุปกรณ์สำหรับปลูกฝีแก่ราษฎรตามหัวเมืองโดยไม่คิดเงิน]’. เล่มที่ ๖ ตอนที่ ๓๕ วันที่ ๑ ธันวาคม พ.ศ.๑๘๘๙, 2432.

———. ‘ประกาศกระทรวงมหาดไทย เรื่อง ให้อำนาจจัดตั้ง “มูลนิธิโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราช” เป็นนิติบุคคล’. เล่ม ๙๔ ตอน ๗๗ง วันที่ ๒๓ สิงหาคม พ.ศ.๒๕๒๐ หน้า ๓๕๕๕, 2520. http://www.ratchakitcha.soc.go.th/DATA/PDF/2520/D/077/3555.PDF.

———. ‘ประกาศแก้ไขพระราชบัญญัติลักษณเกณฑ์ทหารรัตนโกสินทร์ ศก ๑๒๔ มาตรา ๑๓ - ๑๔’. เล่ม ๒๗ ตอนที่ ๐ ก หน้า ๑๔๐ วันที่ ๑๕ มกราคม ๑๒๙, 2453. http://www.ratchakitcha.soc.go.th/DATA/PDF/2453/A/139.PDF.

———. ‘พระบรมราชโองการ ประกาศ ตั้งโอสถสภา’. เล่ม ๑๙ ตอน ๘ วันที่ ๒๕ พฤษภาคม พ.ศ.๒๔๔๕ หน้า ๑๑๔, 2445.

———. ‘พระบรมราชโองการ ประกาศตั้งกรมพยาบาล’. เล่มที่ ๕ ตอน ๔๐ วันที่ ๑๓ กุมภาพันธ์ พ.ศ.๑๘๘๘, 2431.

———. ‘พระราชกฤษฎีกาเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล พ.ศ. 2521’. เล่ม ๙๕ ตอนที่ ๓๐ วันที่ ๑๖ มีนาคม พ.ศ. ๒๕๒๑, 2521.

———. ‘พระราชกฤษฎีกาเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล พ.ศ. 2523’. เล่ม ๙๗ ตอน ๑๗๘ วันที่ ๒๐ พฤศจิกายน ๒๕๒๓, 2523.

———. ‘พระราชกฤษฎีกาจัดตั้งคณะแพทยศาสตร์เชียงใหม่ในมหาวิทยาลัยแพทยศาสตร์ พ.ศ. ๒๕๐๒’. เล่ม ๗๖ ตอน ๑๐๒ ก ฉบับพิเศษ วันที่ ๑ พฤศจิกายน พ.ศ. ๒๕๐๒, 2502.

———. ‘พระราชกฤษฎีกาจัดตั้งคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี ในมหาวิทยาลัยแพทยศาสตร์ พ.ศ. ๒๕๐๘’. เล่ม ๘๒ ตอน ๖๑ก วันที่ ๓ สิงหาคม พ.ศ. ๒๕๐๘, 2508.

———. ‘พระราชกฤษฎีกาจัดตั้งโรงพยาบาลบ้านแพ้ว (องค์การมหาชน) พ.ศ. ๒๕๔๓’. เล่ม ๑๑๗ ตอน ๘๔ ก วันที่ ๑๑ กันยายน พ.ศ. ๒๕๔๓ หน้า ๑๒, 2543.

———. ‘พระราชกฤษฎีกาแบ่งส่วนราชการสำนักงานปลัดกระทรวง กระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. ๒๕๒๓’. เล่ม ๙๗ ตอน ๑๘๖ ก ฉบับพิเศษ วันที่ ๓ ธันวาคม พ.ศ. ๒๕๒๓, 2523.

———. ‘พระราชบัญญัติการสาธารณสุข พุทธศักราช ๒๔๗๗’. เล่ม ๕๒ หน้า ๒๘๑-๓๑๘ วันที่ ๑ พฤษภาคม ๒๔๗๘, 2477. http://www.ratchakitcha.soc.go.th/DATA/PDF/2478/A/281.PDF.

———. ‘พระราชบัญญัติควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ พ.ศ. ๒๕๓๕’. เล่ม ๑๐๙ ตอน ๓๘ก วันที่ ๕ เมษายน พ.ศ. ๒๕๓๕, 2535. http://www.ratchakitcha.soc.go.th/DATA/PDF/2535/A/038/4.PDF.

———. ‘พระราชบัญญัติคุ้มครองสุขภาพของผู้ไม่สูบบุหรี่ พ.ศ. ๒๕๓๕’. เล่ม ๑๐๙ ตอนที่ ๔๐ก วันที่ ๗ เมษายน พ.ศ. ๒๕๓๕, 2535.
http://www.ratchakitcha.soc.go.th/DATA/PDF/2535/A/040/20.PDF.

———. ‘พระราชบัญญัติจัดระเบียบเทศบาล พุทธศักราช ๒๔๗๖’. เล่ม ๕๑ หน้า ๘๒-๑๐๗ วันที่ ๒๔ เมษายน ๒๔๗๗, 2476. http://www.ratchakitcha.soc.go.th/DATA/PDF/2477/A/82.PDF.

———. ‘พระราชบัญญัติโรคติดต่อ ๒๔๗๗’. เล่ม ๕๒ หน้า ๓๔๔-๓๕๘ วันที่ ๕ พฤษภาคม ๒๔๗๘, 2477. http://www.ratchakitcha.soc.go.th/DATA/PDF/2478/A/344.PDF.

———. ‘พระราชบัญญัติโรคติดต่อ (ฉะบับที่ ๒) พุทธศักราช ๒๔๗๙’. เล่ม ๕๓ หน้า ๑๒๖๕-๑๒๖๘ วันที่ ๑๔ มีนาคม ๒๔๗๙, 2479. http://www.ratchakitcha.soc.go.th/DATA/PDF/2479/A/1265.PDF.

———. ‘พระราชบัญญัติลักษณเกณฑ์ทหาร รัตนโกสินทร์ ศก ๑๒๔’. เล่ม ๒๒ หน้า ๕๑๓ วันที่ ๓ กันยายน ๑๒๔, 2448. http://www.ratchakitcha.soc.go.th/DATA/PDF/2448/023/513.PDF.

———. ‘พระราชบัญญัติลักษณะเกณฑ์ทหาร พ.ศ. ๒๔๖๐’. เล่ม ๓๔ หน้า ๒๕๙ วันที่ ๒๗ มิถุนายน ๒๔๖๐, 2460. http://www.ratchakitcha.soc.go.th/RKJ/announce/search_result.jsp?SID=F293025F7E5BD7D2BE972FF42BBC3485.

———. ‘พระราชบัญญัติวิชาชีพเวชกรรม พ.ศ. ๒๕๑๑’. เล่ม ๘๕ ตอน ๙๑ก วันที่ ๘ ตุลาคม พ.ศ. ๒๕๑๑ หน้า ๖๙๐-๗๑๐, 2511.

———. ‘พระราชบัญญัติวิชาชีพเวชกรรม พ.ศ. ๒๕๒๕’. เล่ม ๙๙ ตอน ๑๑๑ก ฉบับพิเศษ วันที่ ๑๑ สิงหาคม พ.ศ. ๒๕๒๕, 2525.

———. ‘พระราชบัญญัติสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข พ.ศ. ๒๕๓๕’. เล่มที่ ๑๐๙ ตอน ๔๕ก วันที่ ๙ เมษายน พ.ศ. ๒๕๓๕, 2535.

———. ‘พระราชบัญญัติองค์การมหาชน พ.ศ. ๒๕๔๒’. เล่ม ๑๑๖ ตอน๙ ก วันที่ ๒๔ กุมภาพันธ์ พ.ศ. ๒๕๔๒, 2542.

———. ‘พระราชบัญญัติโอนมหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ จุฬาลงกรณมหาวิทยาลัย มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยแพทยศาสตร์ และมหาวิทยาลัยศิลปากร ไปสังกัดสำนักนายกรัฐมนตรี พ.ศ. ๒๕๐๒’. เล่ม ๗๖ ตอน ๘๕ก ฉบับพิเศษ วันที่ ๒ กันยายน ๒๕๐๒, 2502.

———. ‘ระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรี ว่าด้วยการสงเคราะห์ประชาชนผู้มีรายได้น้อยเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล พ.ศ. ๒๕๒๔’. เล่ม ๙๘ ตอน ๑๑ ก ฉบับพิเศษ วันที่ ๒๓ มกราคม พ.ศ.๒๕๒๔, 2524.

———. ‘ระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรี ว่าด้วยสวัสดิการประชาชนด้านการรักษาพยาบาล พ.ศ. ๒๕๓๗’. เล่ม ๑๑๑ ตอนพิเศษ ๓๓ ง วันที่ ๑๐ สิงหาคม พ.ศ.๒๕๓๗, 2537. http://www.ratchakitcha.soc.go.th/DATA/PDF/2537/E/033/33.PDF.

———. ‘รัฐธรรมนูญฉบับที่ 10 รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2517’. พิพิธภัณฑ์รัฐสภา เล่าเรื่องการเมืองการปกครองไทย, 2517. https://parliamentmuseum.go.th/constitution-law/2517.PDF.

———. ‘รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช ๒๕๔๐’. เล่ม ๑๑๔ ตอนที่ ๕๕ ก วันที่ ๑๑ ตุลาคม ๒๕๔๐ป, 2540.

———. ‘เรื่องโรงพยาบาล [ข่าวพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวทรงพระราชทานพระราชทรัพย์เป็นทุนของโรงพยาบาล และข่าวการก่อสร้างโรงพยาบาล]’. เล่มที่ ๕ ตอนที่ ๒๐ วันที่ ๒๓ สิงหาคม พ.ศ.๑๘๘๗, 2430.

———. ‘ว่าด้วยกอมิตีผู้จัดการโรงพยาบาล’. เล่ม ๔ หน้า ๓๔ วันที่ ๕ พฤษภาคม พ.ศ.๑๘๘๗, 2430.

โรงพยาบาลกลาง. 'รู้จักโรงพยาบาล'. โรงพยาบาลกลาง สำนักการแพทย์ กรุงเทพมหานคร, 8 พฤษภาคม 2565 ที่เข้าถึง. http://www.klanghospital.go.th/index.php/2008-11-25-16-35-17.html.

โรงพยาบาลแมคคอร์มิค (McCORMICK Hospital). 'ประวัติการก่อตั้งโรงพยาบาลแมคคอร์มิค'. โรงพยาบาลแมคคอร์มิค (McCORMICK Hospital), 2565. https://www.mccormickhospital.com/web/aboutus.

โรงพยาบาลเลิดสิน. 'Founder'. โรงพยาบาลเลิดสิน, 2565. https://bit.ly/3wvizD9.

โรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์. *ประวัติโรงพยาบาล.* ม.ป.ป. https://www.crhospital.org/home/index1.php?group=1 (8 พฤษภาคม 2565 ที่เข้าถึง).

โรงพยาบาลนครพนม. *ประวัติโรงพยาบาลนครพนม.* 18 กรกฎาคม 2562. http://www.nkphospital.go.th/index.php/2019-07-18-08-42-07 (10 พฤษภาคม 2565 ที่เข้าถึง).

โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์. *ประวัติโรงพยาบาล.* ม.ป.ป. https://www.sunpasit.go.th/history.php/ (8 พ.ค. 2565 ที่เข้าถึง).

โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราช ๒ ทศวรรษแห่งการพัฒนา. กรุงเทพฯ: มูลนิธิโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราช, 2544.

ลือชัย ศรีเงินยวง, และ ทวีทอง หงษ์วิวัฒน์, . *ยุทธศาสตร์เพื่อการดูแลสุขภาพตนเอง.* นครปฐม: คณะสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล, 2533.

โรงพยาบาลหนองคาย. *ประวัติโรงพยาบาลหนองคาย.* ม.ป.ป. https://www2.nkh.go.th/nkh/page/history.php/ (8 พ.ค. 2565 ที่เข้าถึง).

โรงพยาบาลอานันทมหิดล. 'ประวัติโรงพยาบาลอานันทมหิดล'. โรงพยาบาลอานันทมหิดล กรมแพทย์ทหารบก จังหวัดลพบุรี, 2565. http://www.ananhosp.go.th/Ananhistory61.html.

วรรณา จารุสมบูรณ์. 'กระบวนการกำหนดนโยบายสุขภาพ : กรณีศึกษาบัตรสุขภาพและการปประกันสุขภาพโดยความสมัครใจ'. สาขาวิชาสังคมศาสตร์การแพทย์และสาธารณสุข คณะสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์, มหิดล, n.d.

วิจารณ์ ธรรมปรีชากุล, บ.ก. *จักรวรรดินิยมกับความด้อยพัฒนา.* กรุงเทพ: สำนักพิมพ์พาสิโก, 2522.

วิชัย โชควิวัฒน. *ตำนานความขัดแย้งในวงการสาธารณสุข.* นนทบุรี: สำนักงานประสานการพัฒนาสังคมสุขภาวะ (สปพส.), 2559.

———. *ตำนานบัตรทอง: ประวัติศาสตร์การสร้างระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าของไทย.* กรุงเทพฯ: มูลนิธิมิตรภาพบำบัด, 2558.

วิชัย โชควิวัฒน, และ สันติสุข โสภณสิริ. 'บทสัมภาษณ์ใน "โครงการวิจัยเรื่อง ชีวิตและผลงานของนายแพทย์วิชัย โชควิวัฒน ครั้งที่ 3 วันที่ 21 กันยายน 2564" (เอกสารไม่พิมพ์เผยแพร่)', 2564.

วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร. *การปฏิรูประบบสวัสดิการรักษาพยาบาลของข้าราชการ ทางเลือกเชิงนโยบาย*. นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.), 2540.

———. 'ระบบประกันสุขภาพในภาพรวมของประเทศไทย'. In *ระบบประกันสุขภาพในประเทศไทย*, นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, n.d.

วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร (อันดับสุดท้าย), จิตปราณี วาศวิท, และ ภูษิต ประคองสาย. 'ปัจจัยในการตัดสินใจเชิงนโยบายและสิ่งท้าทายของนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า'. *วารสารวิชาการสาธารณสุข* 2547, no. 6 (n.d.).

วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร, จงกล เลิศเธียรดำรง, และ สุชาติ สรณสถาพร. 'การวิจัยเพื่อปฏิรูประบบสวัสดิการรักษาพยาบาลของข้าราชการระยะที่สอง 2540-2541'. รายงานการศึกษา. นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, 26 มิถุนายน 2542.

วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร, นวลอนันต์ ตันติเกตุ, สุกัลยา คงสวัสดิ์ และ ถาวร กมลทิพย์. *การปฏิรูประบบสวัสดิการรักษาพยาบาลของข้าราชการ กรณีศึกษา พ.ศ. 2538*. 2. นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, 2540

วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร, วรณัน วิทยาพิภพสกุล, วริศา พาณิชเกรียงไกร, วลัยพร พัชรนฤมล, และ แอนน์ มิลส์. 'การพัฒนาระบบสุขภาพในประเทศไทย: รากฐานสำคัญของการบรรลุหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า'. *thelancet* (blog), n.d. https://www.thelancet.com/pb-assets/Lancet/pdfs/S0140673618301983_Thai.pdf.

วิวรรณ เอกรินทรากุล. 'การบริหารงานสาธารณสุขในประเทศไทย พ.ศ. 2501-2520'. ภาควิชาประวัติศาสตร์อักษรศาสตรมหาบัณฑิต, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, n.d.

วีรวัฒน์ อำพันสุข. 'หนังสือแพทย์ศาสตร์สงเคราะห์ : มรดกภูมิปัญญาท้องถิ่น'. *รังสิตสารสนเทศ* 2, no. 5 (2542): 61–75.

วีระศักดิ์ จันทร์ส่งแสง. *1 คนยืนหยัด 1 ศตวรรษ เสม พริ้งพวงแก้ว : แพทย์ต้นแบบผู้มีคุณูปการต่อสังคมไทยที่ยืนหยัดในอุดมคติและอุดมการณ์ได้อย่างมั่นคง ตลอดหนึ่งศตวรรษ*. เชียงราย: บดินทร์การพิมพ์, 2554.

วีระศักดิ์ พุทธาศรี, นุศราพร เกษสมบูรณ์, สุรศักดิ์ สุนทร, อรณัชชา เซ็นโส, ปิยะอร แดงพยนต์, and กนกวรรณ เส็งคำภา. *ประเมินผล 10 ปี โรงพยาบาลบ้านแพ้ว (องค์การมหาชน)*. นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.), 2554.

ศิริวรรณ พิทยรังสฤษฎ์, วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร, วิชช์ เกษมทรัพย์, and ประพันธ์ สหพัฒนา. 'งบประมาณในการดำเนินงานโรงพยาบาลในกำกับของรัฐแห่งแรกในประเทศไทย : 782 บาทต่อคน มาจากไหน?' *วารสารนโยบายและแผนสาธารณสุข* 2543, no. 1 ปีที่ 3 (มีนาคม 2543): 4–18.

สงวน นิตยารัมภ์พงศ์. *งานกับอุดมคติของชีวิต*. Vol. 255?.

———. *บนเส้นทางสู่หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า*.. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์มติชน, 2548.

———. *ปฏิรูประบบบริการสุขภาพไทย*. นนทบุรี: สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.), 2547.
สงวน นิตยารัมภ์พงศ์ (บก.). *ปูมประวัติศาสตร์มหิดลเพื่อประชาธิปไตย ภาคที่ 1 : ก่อเกิดขบวนการ*. กรุงเทพฯ: คณะกรรมการปูมประวัติศาสตร์มหิดลเพื่อประชาธิปไตย, 2546.
———. *ปูมประวัติศาสตร์มหิดลเพื่อประชาธิปไตย ภาคที่ 2 : ประสานประชาชนอุทิศตนเพื่ออุดมการณ์ (14 ตุลาคม 2516 - 6 ตุลาคม 2516)*. คณะกรรมการปูมประวัติศาสตร์มหิดลเพื่อประชาธิปไตย, 2547.
สงวน นิตยารัมภ์พงศ์ และ ปฐม สวรรค์ปัญญาเลิศ. *ปฐมบทระบบประกันสุขภาพภายใต้พระราชบัญญัติประกันสังคม : ข้อเสนอและที่มา*.. ประกันสุขภาพ. นนทบุรี: สำนักนโยบายและแผนสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข, 2537.
สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.). *โรงพยาบาลรัฐในรูปแบบใหม่*. นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, 2542.
สมบูรณ์ ตันยะ, รุจิรา มังคละศิริ, สุวัฒน์ กิตติดิลกกุล, สมบูรณ์ นันทานิช, พิชญา ตันติเศรณี, ประสงค์ สุริยธนาภาส, ประชา อินทร์แก้ว, ศรีทอง คชพลายุกต์, and ศิริรัตน์ ทิวะศิริ. ‘รายงานการวิจัยการประเมินโครงการโคราชพัฒนา’. คณะทำงานฝ่ายวิชาการ โครงการโคราชพัฒนา, 2531.
สมรัตน์ จารุลักษณานันท์, and เทวารักษ์ วีระวัฒกานนท์. ‘นายแพทย์เฮาส์: แพทย์ผู้ให้ยาระงับความรู้สึก คนแรกในสยาม’. *วิสัญญีสาร (Thai Journal of Anesthesiology)* 37, no. 1 (2554): 1–4.
สมานรำลึก. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์อักษรสาสน์, 2507.
สฤษดิ์ ธนะรัชต์. *ประมวลสุนทรพจน์ของ จอมพล สฤษดิ์ ธนะรัชต์ พ.ศ. 2502-2504*. คณะรัฐมนตรีพิมพ์ในงานพระราชทานเพลิงศพ ฯพณฯ จอมพล สฤษดิ์ ธนะรัชต์ ณ เมรุหน้าพลับพลาอิสริยาภรณ์ วัดเทพศิรินทราวาส เมื่อวันที่ 17 มีนาคม พ.ศ. 2507. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์สำนักทำเนียบนายกรัฐมนตรี, 2507.
สันติสุข โสภณสิริ. *๘๐ ปีนายแพทย์ไพโรจน์ นิงสานนท์ ข้าวรวงใหญ่แห่งวงการสาธารณสุขไทย*. ปราจีนบุรี: มูลนิธิโรงพยาบาลอภัยภูเบศร, 2550.
———. *เกียรติประวัติแพทย์ไทยฝากไว้ให้คนรุ่นหลัง ชีวิตและผลงานของศาสตราจารย์นายแพทย์ เสม พริ้งพวงแก้ว*. นนทบุรี: สำนักวิจัยสังคมและสุขภาพ (สวสส.), 2537.
———. *เกียรติประวัติแพทย์ไทยฝากไว้ให้คนรุ่นหลัง ชีวิตและผลงานของศาสตราจารย์นายแพทย์เสม พริ้งพวงแก้ว*. นนทบุรี: สำนักวิจัยสังคมและสุขภาพ (สวสส.), 2555.
สัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์. ‘โครงการบัตรประกันสุขภาพ: ระบบประกันสุขภาพภาคสมัครใจที่ได้รับการสนับสนุนจากรัฐ’. ใน *ระบบประกันสุขภาพในประเทศไทย*, นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, n.d.
สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. *ชนบทไทย*. กรุงเทพฯ: กองศึกษาและเผยแพร่การพัฒนา สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, 2527.

สำนักงานราชบัณฑิตยสภา, และ ปิยรัตน์ อินทร์อ่อน. ‘กรมพลำภัง’. สำนักงานราชบัณฑิตยสภา, 2553. https://bit.ly/3vMdndl.

สำนักงานเลขาธิการแพทยสภา. *๕๐ ปีแพทยสภา (๒๕๑๑-๒๕๖๑)*. นนทบุรี: สำนักงานเลขาธิการแพทยสภา, 2562.

สำนักงานเลขาธิการสภาผู้แทนราษฎร. *รายงานการประชุมสภาผู้แทนราษฎร สมัยที่ 2 สามัญ พ.ศ. 2477*. สำนักงานเลขาธิการสภาผู้แทนราษฎร, 2479.

สำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. ‘แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคม ฉบับที่ 3 พ.ศ. 2515-2519’. สำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, 2514. https://www.nesdc.go.th/main.php?filename=develop_issue.

———. ‘แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคม ฉบับที่ 4 พ.ศ. 2520-2524’. สำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, 2519. https://www.nesdc.go.th/main.php?filename=develop_issue.

———. ‘แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 5 (พ.ศ. 2525-2529)’, 2524. https://www.nesdc.go.th/ewt_dl_link.php?nid=3780.

———. ‘แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 6 (พ.ศ. 2530-2534)’. สำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, 2529. https://www.nesdc.go.th/ewt_dl_link.php?nid=3781.

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเพชรบุรี. ‘วิวัฒนาการการสาธารณสุขจังหวัดเพชรบุรี’. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเพชรบุรี, 2565. http://www.pbro.moph.go.th/struture/history.html.

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.). ‘รายงานการสร้างระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ งบประมาณปี 2563’. กรุงเทพฯ: สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2564. https://www.nhso.go.th/storage/downloads/operatingresult/47/F_NHSO_Annual_Report_2020.pdf.

สำนักโภชนาการ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. *มรดกแห่งภูมิปัญญา ด้านโภชนาการและการสาธารณสุขไทย ‘อมร’ สร้างมา*. นนทบุรี: สำนักโภชนาการ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2563.

สำนักเลขาธิการคณะรัฐมนตรี. ‘การแก้ปัญหาแพทย์ไปต่างประเทศกันมาก’, 19 มีนาคม 2510.

———. ‘คณะรัฐมนตรี คณะที่ ๓๖ หม่อมราชวงศ์คึกฤทธิ์ ปราโมช: รายงานการประชุมสภาผู้แทนราษฎร ครั้งที่ ๔/๒๕๑๘ (สามัญ สมัยแรก) วันพุธที่ ๑๙ มีนาคม พุทธศักราช ๒๕๑๘’. หน้า ๒๓๗ – ๒๕๐, 2518. https://www.soc.go.th/?page_id=6134.

———. ‘โครงการสาธารณสุขมูลฐานของกระทรวงสาธารณสุข’, 12 เมษายน 2522. https://resolution.soc.go.th/?prep_id=72214.

———. 'นโยบายของประเทศในการดำเนินงานการสาธารณสุขเบื้องต้น', 20 มีนาคม 2522. https://resolution.soc.go.th/?prep_id=88275.

———. '(สำเนา) ระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยการให้การสงเคราะห์แก่ประชาชนผู้มีรายได้น้อยในเขตเมือง พ.ศ. ๒๕๑๘'. สำนักงานคณะกรรมการข้อมูลข่าวสารของราชการ (สขร.)), 2518. http://www.oic.go.th/FILEWEB/CABINFOCENTEROPM/DRAWER01/GENERAL/DATA0004/00004005.PDF.

สำนักวิจัยสังคมและสุขภาพ, and ทวีศักดิ์ เผือกสม, eds. *สาธารณสุขชุมชน: ประวัติศาสตร์และความทรงจำ*. การสัมมนาผู้รู้เห็นประวัติศาสตร์ระบบสุขภาพไทยครั้งที่ ๑ เมื่อวันที่ ๑๙ กันยายน พ.ศ. ๒๕๕๑. นนทบุรี: สำนักวิจัยสังคมและสุขภาพ, 2552.

สุกิจ ด่านยุทธศิลป์. 'การสาธารณสุขแบบใหม่ในรัชสมัยพระบาทสมเด็จพระมงกุฎเกล้าเจ้าอยู่หัว (พ.ศ. 2453-2468)'. วิทยานิพนธ์, สาขาศึกษาศาสตรมหาบัณฑิต เอกประวัติศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย, 2528.

สุชาติ สรณสภาพร. 'กลไกทางการเงินการคลังในระบบสวัสดิการรักษาพยาบาลข้าราชการ: การปฏิรูประบบสวัสดิการรักษาพยาบาล'. In *กลไกการเงินการคลังด้านสุขภาพของประเทศไทย (Financing Mechanism)*, 2547.

สุพัตรา ศรีวณิชชากร. 'สาธารณสุขมูลฐาน ระบบบริการปฐมภูมิ และเวชศาสตร์ครอบครัว นิยาม ความหมาย และความเชื่อมโยง'. *วารสารระบบบริการปฐมภูมิและเวชศาสตร์ครอบครัว*, 2552, 11–15.

สุรีรัตน์ สวัสดี. 'บทบาทของสมเด็จพระเจ้าบรมวงศ์เธอ กรมพระยาชัยนาทนเรนทรต่อการแพทย์และการสาธารณสุข (พ.ศ. 2456–2468)'. วิทยานิพนธ์สาขาวิชาประวัติศาสตร์, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, 2531.

สุวัสดี โภชน์พันธุ์. *เทศบาลและผลกระทบต่ออำนาจท้องถิ่น พ.ศ. 2476-2500.* วิทยานิพนธ์อักษรศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาประวัติศาสตร์ คณะอักษรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2543.

สุวิทย์ วิบุลผลกระเสริฐ (บก.). *25 ปี ขบวนการแพทย์ชนบทกับแผ่นดินไทย*. กรุงเทพฯ: องค์กรอนามัยโลก, 2546.

สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ. *25 ปี ขบวนการแพทย์ชนบทแผ่นดินไทย*. กรุงเทพฯ: องค์การอนามัยโลก, 2546.

———, ed. *การสาธารณสุขไทย พ.ศ. 2544-2547*. โรงพิมพ์องค์การรับส่งสินค้าและพัสดุภัณฑ์: สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข, 2548.

———. 'เศรษฐศาสตร์สาธารณสุข กลกยุทธ์ใหม่ในการพัฒนาสาธารณสุข (Health Economic: A New Strategy for Health Development)'. *วารสารการวิจัยระบบสาธารณสุข* 2, no. 2 (2537): 91–108.

สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ, ชูชัย ศุภวงศ์, โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์, เพ็ญจันทร์ ประดับมุข, และ ยุวดี คาดการณ์ไกล. 'ประชาสังคมกับการพัฒนาสุขภาพ: บทวิเคราะห์ทางวิชาการ'. เอกสารประกอบการนำเสนอในที่ประชุม

วิชาการประจำปีครั้งที่ 1 ของสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข เรื่อง ‘ปฏิรูปเพื่อสุขภาพ ยุทธศาสตร์ใหม่สู่การพัฒนาระบบ’ วันที่ 1-2 กุมภาพันธ์ 2539 ณ โรงแรมรอยัลออร์คิด เชอราตัน กรุงเทพมหานคร, 2539. https://kb.hsri.or.th/dspace/bitstream/handle/11228/1689/hs0223.pdf?sequence=2&isAllowed=y.

สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ, อำพล จินดาวัฒนะ. *การประชุมสมัชชาสาธารณสุขไทย ครั้งที่ 1*. กรุงเทพฯ: มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ, 2531.

อนุสรณ์งานพระราชทานเพลิงศพ ศาสตราจารย์นายแพทย์วีกูล วีรานุวัตติ์ ม.ว.ม. งานพระราชทานเพลิงศพ ศาสตราจารย์นายแพทย์วีกูล วีรานุวัตติ์ ณ เมรุหลวงหน้าพลับพลาอิสริยาภรณ์ วัดเทพศิรินทราวาส วันพุธที่ 29 เมษายน พุทธศักราช 2530. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์สถานสงเคราะห์หญิงปากเกร็ด, 2530.

อนุสรณ์ในงานพระราชทานเพลิงศพ นายโสรัจ สุทธสิทธิ์ ท.ช. ณ ฌาปนสถานกองทัพบกวัดโสมนัสวิหาร วันพฤหัสบดีที่ 8 กุมภาพันธ์ 2516. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ชวนพิมพ์, 2516.

อนุสรณ์งานพระราชทานเพลิงศพ นายแพทย์สุรินทร์ พรหมพิทักษ์ ณ เมรุวัดธาตุทอง กรุงเทพมหานคร วันเสาร์ที่ 27 ธันวาคม 2540. บริษัทฟ้าอภัย จำกัด, 2540.

อภิชาต สถิตนิรามัย, and อิสร์กุล อุณหเกตุ. *ทุน วัง คลัง(ศักดิ)นา สมรภูมิเศรษฐกิจการเมืองไทยกับประชาธิปไตยที่ไม่ลงหลักปักฐาน*. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์มติชน, 2564.

อรรถจักร์ สัตยานุรักษ์. “อนาคต/ไม่มีอนาคต.” *กรุงเทพธุรกิจ.* 17 พฤศจิกายน 2560. https://www.bangkokbiznews.com/blogs/columnist/118039 (20 มกราคม 2565 ที่เข้าถึง).

อรรถพร ลิ้มปัญญาเลิศ. *ระหว่างบรรทัด: บันทึกประวัติศาสตร์ ‘มหากาพย์บัตรทอง’*. นนทบุรี: บริษัท ภาพพิมพ์ จำกัด, 2563.

อัญชนา ณ ระนอง, ศรชัย เตรียมวรกุล. ‘การดำเนินการและการปรับตัวของโครงการประกันสังคม’. รายงานวิจัย. โครงการติดตามประเมินผลการจัดหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าปีที่หนึ่ง (2544-45). กรุงเทพฯ: สถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย (TDRI), n.d.

อี. เอฟ., & สมบูรณ์ ศุภศิลป์. ชูเมกเกอร์. *จิ๋วแต่แจ๋ว : เศรษฐศาสตร์เชิงพุทธ = Small is beautiful : Economics as if people mattered.* กรุงเทพฯ: สมิต์, 2537.

อุกฤษฎ์ ปัทมานันท์. ‘สหรัฐอเมริกากับนโยบายเศรษฐกิจไทย (1960–1970)’. วิทยานิพนธ์สาขารัฐศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2526.

อุปกรณ์ หลีค้า. *นโยบายเศรษฐกิจสมัยรัฐบาลพลเอกเปรม ติณสูลานนท์ พ.ศ. 2523 ถึง พ.ศ. 2531 : ศึกษาผ่านวารสารเศรษฐกิจและสังคมของสภาพัฒน์.* การค้นคว้าอิสระ อักษรศาสตร์มหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยศิลปากร, นครปฐม: มหาวิทยาลัยศิลปากร, 2562.

Hfocus. ‘มิชชันนารีกับการแพทย์ในสยาม’. Hfocus, 3 พฤษภาคม 2560. https://www.hfocus.org/content/2017/03/13547.

———. ‘มูลนิธิร็อคกี้เฟลเลอร์กับระบบสาธารณสุขไทย’. Hfocus, 26 มกราคม 2558. https://www.hfocus.org/content/2015/01/9155.

———. ‘“สุขศาลา” สถานพยาบาลในอดีต’. Hfocus, n.d. https://www.hfocus.org/content/2015/10/11092.

Isranews. ‘อานิสงส์ “ประกันสุขภาพถ้วนหน้า” ปกป้อง 2.9 แสนครัวเรือนไทย ไม่ให้ยากจนลง’, 2559. https://www.isranews.org/isranews/45448-artical_4544833.html.

KIATNAKIN PHATRA. *50 Years: The Making Of The Modern Thai Economy*. กรุงเทพฯ: กลุ่มธุรกิจการเงินเกียรตินาคินภัทร, 2565.

ภาษาอังกฤษ

Board of Foreign Missions. ‘Forty-Seventh Annual Report of the Board of Foreign Missions of the Presbyterian Church in the United States of America’. New York: Edward O’ Jenkins’ Sons, 1884.

Bynum, William. *The History of Medicine: A Very Short Introduction.* New York: Oxford Unveristy Press, 2008.

Carlson RJ. ““Holism and reductionism as perspectives in medicine and patient care.”.” *West J Med* 131, 6 (1979): 466-70.

Campbell, John L. ‘Institutional Reproduction and Change’. In *The Oxford Handbook of Comparative Institutional Analysis*, edited by Glenn Morgan, 87–115. Oxford Handbooks. Oxford ; New York: Oxford University Press, 2010. http://www.oxfordhandbooks.com/view/10.1093/oxfordhb/9780199233762.001.0001/oxfordhb-9780199233762-e-5.

Collier, Ruth Berins, and David Collier. *Shaping the Political Arena: Critical Junctures, the Labor Movement, and Regime Dynamics in Latin America*. Notre Dame, Ind: University of Notre Dame Press, 2002.

Cueto, Marcos. "The Origin of Primary Health Care and Selective Primary Health Care." *American Journal of Public Health* 11, no. 94 (November 2004): 1864-1874.

Doel, Ronald Edmund, and Thomas Söderqvist, eds. *The Historiography of Contemporary Science, Technology, and Medicine: Writing Recent Science*. Routledge Studies in the History of Science, Technology, and Medicine 23. London ; New York: Routledge, 2006.

International Leprosy Association - History of Leprosy. ‘Chiang Mai (Thailand)’. International Leprosy Association - History of Leprosy. Accessed 15 May 2022. https://leprosyhistory.org/geographical_region/site/chaing-mai.

John Kennedy and Staff. ‘A Brief History of USOM Support to Public Health & Population Programs in Thailand’. United States Operations’ Mission to Thailand - Agency for International Development. One of a Series of Reports on U.S.A.I.D.’s Participation in Thailand’s Development. Bangkok, Thailand, December 1972.

Kenneth Elmer Wells. *History of Protestant Work in Thailand, 1828-1958, Volume 1*. Church of Christ in Thailand, 1958.

Kiehl, William P., Kris Rusch, and Barbara Tobias, eds. *The Eagle and the Elephant: Thai-American Relations since 1833*. 5th ed. Washington, D.C: Royal Thai Embassy, 2009.

Lowndes, Vivien, and Mark Roberts. *Why Institutions Matter: The New Institutionalism in Political Science*. Basingstoke: Palgrave Macmillan, 2013.

March, James G., and Johan P. Olsen. *Rediscovering Institutions: The Organizational Basis of Politics*. New York [etc.]: The Free press, 1989.

Mark J. Beresford. “Medical reductionism: lessons from the great philosophers.” *QJM: An International Journal of Medicine* 103, 9 (September 2010): 721–724.

NITAYARUMPHONG, SANGUAN. "Evolution of primary health care in Thailand: what policies worked?" *Health Policy and Planning* 5, no. 3 (September 1990): 246-254.

Peters, B. Guy, Jon Pierre, and Desmond S. King. ‘The Politics of Path Dependency: Political Conflict in Historical Institutionalism’. *The Journal of Politics* 67, no. 4 (November 2005): 1275–1300. https://doi.org/10.1111/j.1468-2508.2005.00360.x.

‘Primary Health Care: Report of the International Conference on Primary Health Care Alma-Ata, USSR, 6-12 September 1978’. World Health Organization, Geneva, 1978.

Robert J. Muscat. *THAILAND AND THE UNITED STATES DEVELOPMENT, SECURITY AND FOREIGN AID.* New York: Columbia University Press, 1990.

Sombat Chayabejara, and I. A. Ismail Edgar A. Smith. *Thailand Malaria Project Evaluation.* Washington D.C.: International Resources Consultants, 1985.

Steinmo, Sven. 'Historical Institutionalism'. In *Approaches in the Social Sciences*, edited by Donatella Della Porta and Michael Keating, 113–38. Cambridge: Cambridge University Press, 2008.

The Coverage Insight. '"โกรัน ทอมสัน" มิตรจากสวีเดน รำลึก "หมอสงวน" ผู้มีวิสัยทัศน์ล้ำหน้า "ยูเอ็น" 40 ปี'. The Coverage Insight, 2563. https://www.thecoverage.info/news/content/990.

the Director-General of International Labour Office. 'Employment, Growth and Basic Needs: A One World Problem, Report of the Director-General of the International Labour Office'. Tripartite World Conference on Employment, Income Distribution, and Social Progress and the International Division of Labour. Geneva, Switzerland: International Labour Office, 1976.

The International Bank for Reconstruction and Development (the World Bank). *A Public Development Program for Thailand: Report of a Mission Organized by the International Bank for Reconstruction and Development (the World Bank)*. The International Bank for Reconstruction and Development. Baltimore: The Johns Hopkins Press, 1959.

The National Economic Development Board, The National Statistical Office, and The Institute of Population Studies, Chulalongkorn University. '1974 World Population Year: The Population of Thailand'. C.I.C.R.E.D. Series. Bangkok, 1974.

Thelen, Kathleen. 'Historical Institutionalism in Comparative Politics'. *Annual Review of Political Science* 2, no. 1 (1999): 369–404. https://doi.org/10.1146/annurev.polisci.2.1.369.

Tongchan Hongladarom. 'The Development of Medical Education in Thailand'. *Chula Med J* 32, no. 4 (April 1988): 319–25.

USOM THAILAND Office of Program. 'The US/AID Program in Thailand: Summary of Economic AID to Thailand and Selected Statistical Data'. USOM THAILAND Office of Program: USOM, October 1969.

Victor Heiser. *An American Doctor's Odyssey: Adventures in Forty-Five Countries*. New York: W.W.Norton, 1936.

Wasi, Prawase. '"Triangle That Moves The Mountain" and Health Systems Reform Movement in Thailand'. *Human Resources for Health Development Journal (HRDJ)* 4, no. 2 (August 2000): 106–10.

ภาคผนวก

ภาคผนวก ก หนังสืออนุมัติดำเนินงานจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน

Institutional Review Board, Institute for Population and Social Research, Mahidol University (IPSR-IRB)

Established 1985

COA. No. 2022/03-044

Certificate of Approval

Protocol No.: IPSR-IRB-2022-044

Title of Project: Data Synthesis for the Universal Coverage Scheme, Phase 1

Approval Includes:

1) Principal Investigator: Emeritus Professor Dr. Chumrurtai Kanchanachitra
   Affiliation: Institute for Population and Social Research, Mahidol University
2) Submission Form Version Date 9 March 2022
3) Research Proposal Version Date 9 March 2022
4) Interview Guideline Version Date 9 March 2022
5) Participant Information Sheet Version Date 9 March 2022
6) Informed Consent Form Version Date 9 March 2022

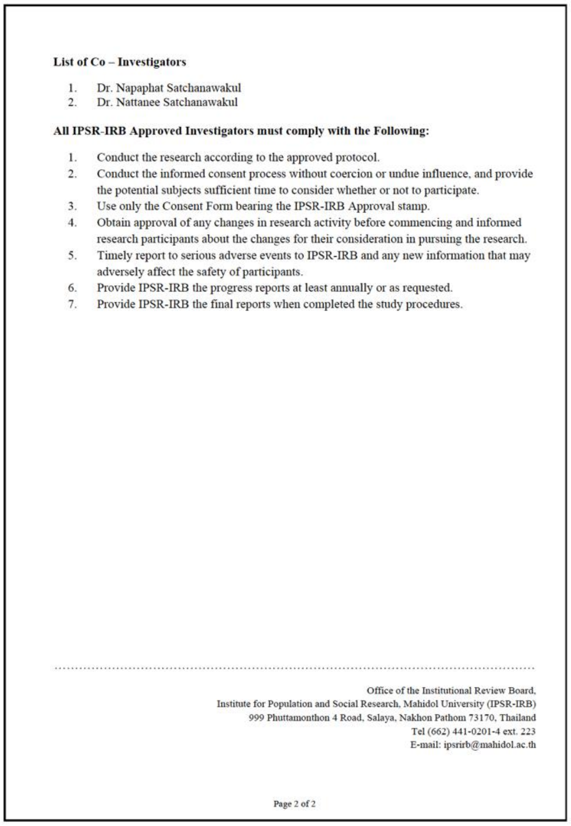
IPSR-IRB is in Full Compliance with International Guidelines for Human Research Protection such as Declaration of Helsinki, The Belmont Report, CIOMS Guidelines and the International Conference on Harmonization in Good Clinical Practice (ICH-GCP)

Date of Approval: 31 March 2022
Date of Expiration: 30 March 2023

Signature of Chairperson: ....

(Professor Emeritus Dr. Pramote Prasartkul)
IPSR-IRB Chair

Page 1 of 2



List of Co – Investigators

1. Dr. Napaphat Satchanawakul
2. Dr. Nattanee Satchanawakul

All IPSR-IRB Approved Investigators must comply with the Following:

1. Conduct the research according to the approved protocol.
2. Conduct the informed consent process without coercion or undue influence, and provide the potential subjects sufficient time to consider whether or not to participate.
3. Use only the Consent Form bearing the IPSR-IRB Approval stamp.
4. Obtain approval of any changes in research activity before commencing and informed research participants about the changes for their consideration in pursuing the research.
5. Timely report to serious adverse events to IPSR-IRB and any new information that may adversely affect the safety of participants.
6. Provide IPSR-IRB the progress reports at least annually or as requested.
7. Provide IPSR-IRB the final reports when completed the study procedures.

Office of the Institutional Review Board,
Institute for Population and Social Research, Mahidol University (IPSR-IRB)
999 Phuttamonthon 4 Road, Salaya, Nakhon Pathom 73170, Thailand
Tel (662) 441-0201-4 ext. 223
E-mail: ipsrirb@mahidol.ac.th

Page 2 of 2

ภาคผนวก ข รายชื่อผู้เข้าร่วมการสัมภาษณ์ในโครงการวิจัย

การสัมภาษณ์เชิงลึกกับผู้เชี่ยวชาญในการศึกษานี้จะใช้ 2 วิธีการด้วยกัน ได้แก่ (1) การเก็บข้อมูลแบบ "ประวัติศาสตร์บอกเล่า" (oral history) และ (2) การเก็บข้อมูลผ่าน "การจัดสัมมนาผู้รู้เห็น" (witness seminar) ทั้งนี้เพื่อทำความเข้าใจพัฒนาการทางประวัติศาสตร์ของการสร้างระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในช่วงระหว่าง พ.ศ. 2510-2545 ผ่านบทบาทและการเคลื่อนไหวของผู้มีส่วนเกี่ยวข้องโดยแบ่งออกเป็น 4 กลุ่มด้วยกัน ได้แก่ กลุ่มแพทย์ชนบทและกลุ่มวิชาชีพทางการแพทย์ ภาคประชาสังคมที่มีส่วนร่วมในการขับเคลื่อน กลุ่มภาคการเมือง และกลุ่มนักวิชาการ โดยพิจารณาความสัมพันธ์ระหว่างการสร้างความรู้ (knowledge creation) การเคลื่อนไหวทางสังคม (social movement) และการขานรับจากภาคการเมือง (political will)

ประเด็นคำถามจะประกอบด้วยเนื้อหาสำคัญเกี่ยวกับ (1) แนวคิด อุดมการณ์ และบริบททางเศรษฐกิจ สังคม และการเมืองต่อการสร้างหลักประกันสุขภาพ (2) ระบบบริการ (3) ระบบกำลังคน (4) ระบบงบประมาณ (5) ระบบข้อมูลและการวิจัย และ (6) ระบบการอภิบาล ทั้งนี้ ประเด็นคำถามเหล่านี้จะสะท้อนผ่านวิวัฒนาการของการสร้างระบบหลักประกันสุขภาพผ่าน "เหตุการณ์หรือระยะรอยต่อสำคัญ" (critical juncture) ที่กำหนดขึ้น อย่างไรก็ดี คณะผู้วิจัยจะเลือกใช้คำถามเฉพาะที่เหมาะสม (tailored interview questions) ต่อภาคส่วนที่ผู้ให้สัมภาษณ์มีความเกี่ยวข้องโดยตรงต่อแต่ละประเด็นคำถามเป็นสำคัญ

(1) การสัมภาษณ์เชิงลึกกับผู้เชี่ยวชาญแบบ "ประวัติศาสตร์บอกเล่า" (oral history)

คณะผู้วิจัยได้ดำเนินการเก็บข้อมูลสัมภาษณ์จากทุกภาคส่วนผ่านประวัติศาสตร์บอกเล่า รวมทั้งหมด 31 ท่าน ได้แก่ (1) กลุ่มแพทย์ชนบทและกลุ่มวิชาชีพทางการแพทย์ (จำนวน 13 ท่าน) (2) ภาคประชาสังคมที่มีส่วนร่วมในการขับเคลื่อน (จำนวน 4 ท่าน) (3) กลุ่มภาคการเมือง (จำนวน 3 ท่าน) และ (4) กลุ่มนักวิชาการ (จำนวน 11 ท่าน) โดยมีรายชื่อในตารางดังนี้

ตาราง 2 รายชื่อผู้ให้สัมภาษณ์ในโครงการวิจัย

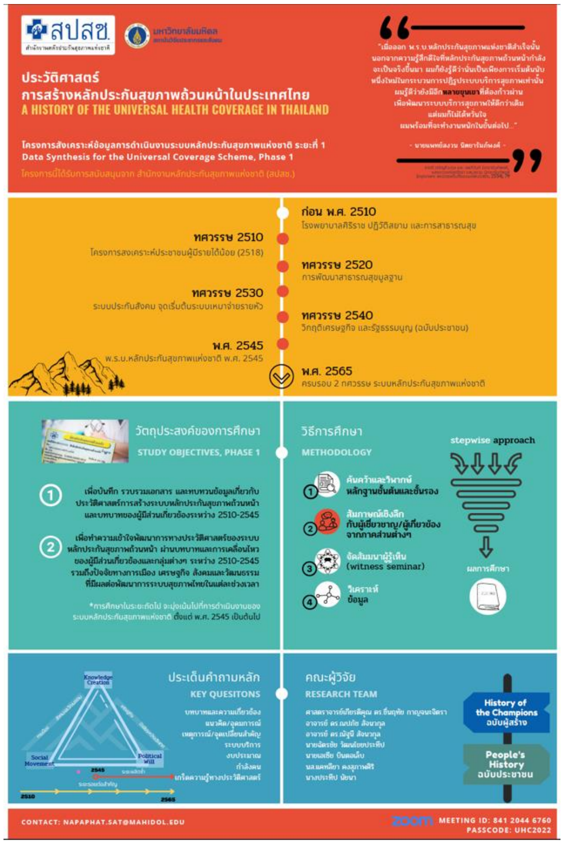
ลำดับ	รายชื่อ
กลุ่มแพทย์ชนบทและกลุ่มวิชาชีพทางการแพทย์	
1	นายแพทย์สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ
2	นายแพทย์วิชัย โชควิวัฒน
3	นายแพทย์สมศักดิ์ ชุณหรัศมิ์
4	นายแพทย์วินัย สวัสดิวร
5	นายแพทย์จเด็จ ธรรมธัชอารี

ลำดับ	รายชื่อ
6	ศาสตราจาย์ นายแพทย์ประกิต วาทีสาธกกิจ
7	แพทย์หญิงสุพัตรา ศรีวณิชชากร
8	นายแพทย์อำพล จินดาวัฒนะ
9	นายแพทย์ศิริวัฒน์ ทิพย์ธราดล
10	นายแพทย์สำเริง แหยงกระโทก
11	นายแพทย์ประทีป ธนกิจเจริญ
12	ดร.นายแพทย์ภูษิต ประคองสาย
13	นายแพทย์ยงยุทธ พงษ์สุภาพ
กลุ่มภาคประชาสังคม	
14	อาจารย์จอน อึ๊งภากรณ์
15	คุณสันติสุข โสภณสิริ
16	เภสัชกรหญิงยุพดี สิริสินสุข
17	คุณรสนา โตสิตระกูล
กลุ่มภาคการเมือง	
18	นายอภิสิทธิ์ เวชชาชีวะ
19	นายแพทย์สุรพงษ์ สืบวงศ์ลี
20	คุณหญิงสุดารัตน์ เกยุราพันธ์
กลุ่มภาควิชาการและภาคราชการ	
21	ศาสตราจารย์เกียรติคุณ นายแพทย์ ประเวศ วะสี
22	ศาสตราจารย์ นายแพทย์ วิจารณ์ พานิช
23	นายแพทย์ไพจิตร ปวะบุตร
24	นายแพทย์วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร
25	ศาสตราจารย์ ดร.นายแพทย์ศุภสิทธิ์ พรรณารุโณทัย
26	อาจารย์สุลักษณ์ ศิวรักษ์
27	ดร.นายแพทย์โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์
28	ศาสตราจารย์เกียรติคุณสายชล สัตยานุรักษ์
29	คุณโกมล ชอบชื่นชม
30	ศาสตราจารย์กิตติคุณ ดร.เทียนฉาย กีระนันทน์
31	ศาสตราจารย์เกียรติคุณ ดร.ทวีทอง หงษ์วิวัฒน์

(2) การเก็บข้อมูลผ่าน “การจัดสัมมนาผู้รู้เห็น” (witness seminar)

คณะผู้วิจัยจะดำเนินการจัดการสัมมนาผู้รู้เห็นขึ้นในวันที่ 17 สิงหาคม พ.ศ. 2565 ณ มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ กรุงเทพมหานคร

ภาคผนวก ค เอกสารชี้แจง และแนวคำถามสำหรับการสัมภาษณ์ในโครงการวิจัย



ประเด็นคำถามสำหรับสัมภาษณ์ (Interview Guideline)

ตอนที่ 1: บทบาทและการรับรู้ของท่านที่มีต่อระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าของประเทศไทย
- ท่านรับรู้หรือมีบทบาทเกี่ยวข้องกับระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในประเทศไทยอย่างไร
ตอนที่ 2: แนวคิด อุดมการณ์ และบริบททางเศรษฐกิจ สังคม และการเมืองต่อการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า
- ปัจจัยทางการเมืองและเศรษฐกิจมีผลอย่างไรต่อการพัฒนาการระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า - เหตุการณ์ทางการเมืองและเศรษฐกิจใดบ้างที่เป็นจุดเปลี่ยนสำคัญต่อพัฒนาการระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า - แนวคิดหรืออุดมการณ์เบื้องหลังที่ทำให้ความสำคัญของการมีระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในประเทศไทย - การก่อตัวและพัฒนาการของแนวทางเวชศาสตร์ป้องกัน (หลักสูตรการศึกษาแพทย์ โครงการพิษณุโลก โครงการสารภี โครงการลำปาง) - ความสำคัญของกรอบคิดความจำเป็นขั้นพื้นฐาน (จปฐ.)
ตอนที่ 3: พัฒนาการของระบบในแง่มุมต่างๆ ตามความเชี่ยวชาญของท่าน โดยคณะผู้วิจัยจะเลือกใช้คำถามเฉพาะที่เหมาะสม (tailored interview questions) ต่อภาคส่วนที่ผู้ให้สัมภาษณ์มีความเกี่ยวข้องโดยตรงต่อแต่ละประเด็นคำถามเป็นสำคัญ กลุ่มคำถามจะแบ่งเป็น 4 ด้าน ได้แก่
3.1 **พัฒนาการของระบบบริการ** - การขยายหน่วยบริการสุขภาพ (สุขศาลา โรงพยาบาลชุมชน สถานีอนามัย) - พัฒนาการและการขับเคลื่อนงานสาธารณสุขมูลฐาน - ต้นแบบระบบบริการของระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (โครงการสงเคราะห์ประชาชนผู้มีรายได้น้อย, โครงการบัตรสุขภาพ, โครงการอยุธยา พ.ศ. 2533, โครงการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข-HCRP) 3.2 **ระบบกำลังคน** - ภาวะขาดแคลนแพทย์และบุคลากรด้านสาธารณสุขในประเทศไทย - วิธีแก้ไขปัญหาด้านกำลังคนที่ผ่านมา (นโยบาย วิธีการกระจายกำลังคน) 3.3 **ระบบงบประมาณ** - การจัดสรรงบประมาณในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (เงินบำรุง, ระบบเหมาจ่ายรายหัว (Capitation) - วิธีการจัดสรรงบประมาณแก่สถานพยาบาล 3.4 **บทบาทตัวแสดงนอกภาครัฐ (ภาคประชาสังคม เอกชน และกลุ่ม NGOs)** - บทบาทประชาชนกับการผลักดันระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ - บทบาทภาคเอกชน (โรงพยาบาลเอกชน)
ตอนที่ 4: เกร็ดความรู้อื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง และข้อเสนอแนะโดยรวมต่อระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า
- ปัจจัยความสำเร็จหรือข้อเสนอแนะต่อพัฒนาการระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าประเทศไทย

เอกสารสำหรับสัมภาษณ์

“ประวัติศาสตร์การสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในประเทศไทย (พ.ศ. 2510 – 2545)”

หนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมในการวิจัยโดยได้รับการบอกกล่าวและเต็มใจ

วันที่ .... **เดือน** .... **พ.ศ.** ....

เรียน ผู้ให้ข้อมูลในโครงการวิจัยฯ

เนื่องด้วยคณะผู้วิจัยกำลังดำเนินโครงการวิจัยเรื่อง “การสังเคราะห์ข้อมูลการดำเนินงานระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ระยะที่ 1” ซึ่งเป็นการทบทวนความเป็นมาของการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (Universal Health Coverage - UHC) โดยมุ่งเน้นทำความเข้าใจพัฒนาการทาง “ประวัติศาสตร์ของระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ” (Universal Coverage Scheme – UCS) ควบคู่กันไป รวมถึงศึกษาบทบาทของผู้มีส่วนเกี่ยวข้องต่อการดำเนินงานเป็นสำคัญ งานวิจัยนี้ยังเน้นศึกษาเพื่อทำความเข้าใจอิทธิพลและปัจจัยทางการเมือง เศรษฐกิจ สังคมและวัฒนธรรมในแต่ละช่วงเวลา ที่มีผลต่อเส้นทางประวัติศาสตร์ของการพัฒนาระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าและระบบสุขภาพไทยในแต่ละยุคสมัย ทั้งนี้ เวลาการศึกษาของงานวิจัยระยะที่ 1 นี้จะครอบคลุมตั้งแต่ พ.ศ. 2510 ถึง พ.ศ. 2545 โดยมีวัตถุประสงค์สำคัญ 2 ประการ คือ

(1) เพื่อบันทึก รวบรวมเอกสาร และทบทวนข้อมูลเกี่ยวกับประวัติศาสตร์การสร้างระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า และบทบาทของผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในประเทศไทยระหว่าง พ.ศ. 2510-2545

(2) เพื่อทำความเข้าใจพัฒนาการทางประวัติศาสตร์ของระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ผ่านบทบาทและการเคลื่อนไหวของผู้มีส่วนเกี่ยวข้องและกลุ่มต่าง ๆ ในช่วงระหว่าง พ.ศ. 2510-2545 รวมถึงปัจจัยทางการเมือง เศรษฐกิจ สังคมและวัฒนธรรมที่มีผลต่อพัฒนาการระบบสุขภาพไทยในแต่ละช่วงเวลา

การสัมภาษณ์จากผู้เชี่ยวชาญหรือผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง เป็นหนึ่งในวิธีการศึกษาของโครงการฯ ซึ่งได้แบ่งกลุ่มเป้าหมายจำนวนอย่างน้อย 40 คน ออกเป็น 4 กลุ่มด้วยกัน ได้แก่ กลุ่มแพทย์และกลุ่มวิชาชีพทางการแพทย์ ภาคประชาสังคม กลุ่มภาคการเมือง และกลุ่มนักวิชาการ โดยมีประเด็นคำถามสำคัญ 4 ตอน ได้แก่

(ตอนที่ 1) บทบาทและการรับรู้ของท่านที่มีต่อระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าของประเทศไทย

(ตอนที่ 2) แนวคิด อุดมการณ์ และบริบททางเศรษฐกิจ สังคม และการเมืองต่อการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในประเทศไทย

(ตอนที่ 3) พัฒนาการของระบบในแง่มุมต่างๆ ตามความเชี่ยวชาญของท่าน เช่น ระบบบริการ ระบบกำลังคน ระบบงบประมาณ หรือบทบาทตัวแสดงนอกภาครัฐ (ภาคประชาสังคม เอกชน และกลุ่ม NGOs) ในตอนที่ 3 นี้ คณะผู้วิจัยจะเลือกใช้คำถามเฉพาะที่เหมาะสมต่อภาคส่วนที่ผู้ให้สัมภาษณ์ (tailored interview questions) และ

(ตอนที่ 4) เกร็ดความรู้และข้อเสนอแนะโดยรวมต่อระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

ข้อมูลของท่านจะมีส่วนสำคัญอย่างยิ่งต่อการสร้างความเข้าใจของบทบาทการเคลื่อนไหวและกลุ่มผู้มีส่วนเกี่ยวข้องที่มีต่อแนวคิดและวิวัฒนาการของระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าของประเทศไทย ตลอดจนความสัมพันธ์ระหว่างระบบสุขภาพที่มีต่อมิติทางสังคมวัฒนธรรม การเมือง และเศรษฐกิจของประเทศไทยในแต่ละยุคสมัย

การสัมภาษณ์เชิงลึกนี้จะใช้เวลาประมาณ 1-1.5 ชั่วโมง คณะผู้วิจัยจะขออนุญาตใช้เครื่องบันทึกเสียงและภาพเคลื่อนไหวระหว่างการสัมภาษณ์ เพื่อบันทึกการให้ข้อมูลสำหรับการถอดบทสัมภาษณ์ภายหลัง ข้อมูลที่ท่านให้สัมภาษณ์ ไม่ว่าจะเป็นข้อมูลเกี่ยวกับตัวบุคคล คณะผู้วิจัยจะเก็บรักษาไว้เป็นความลับในการทำวิจัยเท่านั้นและจะนำไปใช้โดยไม่ปรากฏชื่อผู้ให้ข้อมูลเพื่อประโยชน์ต่อสาธารณะเท่านั้น ในการให้ข้อมูลครั้งนี้ท่านมีสิทธิ์ที่จะหยุดการให้ข้อมูลหรือไม่ให้ข้อมูลก็ได้ ขึ้นอยู่กับความสมัครใจของท่าน หรือระหว่างที่ท่านให้ข้อมูลไปบางส่วนแล้ว ถ้าท่านไม่พอใจ ท่านมีสิทธิ์ที่จะหยุดให้ข้อมูลเมื่อใดก็ได้

ผู้วิจัยหวังเป็นอย่างยิ่งที่จะได้รับความร่วมมือจากท่าน และขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูงที่กรุณาสละเวลาให้ความร่วมมือในครั้งนี้

ข้าพเจ้าได้รับทราบและเข้าใจวัตถุประสงค์ของการให้ข้อมูลครั้งนี้จากการอ่านเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมในการวิจัยแล้ว ข้าพเจ้ายินดีให้ความร่วมมือและให้ข้อมูล ข้าพเจ้าจึงลงลายมือชื่อไว้เป็นหลักฐานเพื่อแสดงความยินยอมให้ข้อมูลในครั้งนี้

ลงชื่อ ....

(..)

ผู้เข้าร่วมการวิจัย/ผู้ให้ข้อมูล/ผู้แทนโดยชอบธรรม

วันที่ .... เดือน .... พ.ศ. ....