

บทที่ 4

การบริหารงานกระทรวงสาธารณสุข

4.1 ความสำคัญของกระทรวงสาธารณสุข

ความเป็นมาของกระทรวงสาธารณสุข

หน่วยงานราชการแห่งแรกที่มีหน้าที่ด้านสาธารณสุขคือ “กรมพยาบาล” ในสมัยพระบาทสมเด็จพระจุลจอมเกล้าเจ้าอยู่หัว ตั้งขึ้นเมื่อวันที่ 25 ธันวาคม พ.ศ.2431 อธิบดีกรมคนแรก คือ พระเจ้าน้องยาเธอ พระองค์เจ้าศรีเสาวภาคย์ มีหน้าที่ควบคุมกิจการโรงพยาบาล และดูแลการศึกษาวิชาการแพทย์ ในปีพ.ศ.2432 “กรมพยาบาล” ก็ได้ย้ายสังกัดจากกระทรวงมหาดไทยมาอยู่ที่กระทรวงธรรมการ และแบ่งความรับผิดชอบโดยให้กรมพยาบาลดูแลการสาธารณสุขเฉพาะในเขตพระนคร สำหรับการสาธารณสุขในหัวเมืองเป็นความรับผิดชอบร่วมกันระหว่างกรมพยาบาล และกระทรวงมหาดไทย การแบ่งหน้าที่บริหารเช่นนี้เป็นอุปสรรคต่อการสาธารณสุขหัวเมืองอย่างมาก เพราะต้องอาศัยการประสานงานระหว่างทั้งสองหน่วยงาน กรมพยาบาลถูกยุบเลิกเมื่อ พ.ศ.2448 มีกรมสุขาภิบาลในกระทรวงนครบาลดูแลการสาธารณสุขในพระนคร ส่วนการสาธารณสุขหัวเมืองดูแลโดยกระทรวงมหาดไทยเช่นเดิม

พ.ศ. 2455 สมัยพระบาทสมเด็จพระมงกุฎเกล้าเจ้าอยู่หัวได้ตั้ง “กรมพยาบาล” สังกัดกระทรวงมหาดไทย พอถึงปี พ.ศ. 2459 ได้เปลี่ยนชื่อกรมพยาบาลมาเป็น “กรมประชาภิบาล” เพราะขยายกิจการเพิ่มอีก 4 กอง เมื่อวันที่ 27 พฤศจิกายน พ.ศ. 2461 ก็ได้จัดตั้งขึ้นเป็น “กรมสาธารณสุข” สังกัดกระทรวงมหาดไทย เพื่อรวมงานสาธารณสุขจากกรมต่างๆ เอาไว้ในกรมเดียวกัน มีพระเจ้าน้องยาเธอกรมหมื่นชัยนาทนเรนทร ทรงดำรงตำแหน่งเป็นอธิบดีกรมสาธารณสุข

กระทรวงการสาธารณสุขตั้งเมื่อวันที่ 10 มีนาคม พ.ศ.2485 รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขคนแรกคือ พันตรี ชวง เศวตคีติสังคราม เพื่อรวมการบริหารสาธารณสุขที่กระจายตามกระทรวงต่างๆ รวมการบริหารที่กระทรวงการสาธารณสุข และขยายกิจการสาธารณสุขให้สามารถดูแลประชาชนได้ทั่วถึง พัฒนาการบริหารงานสาธารณสุขให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

การตั้งกระทรวงสาธารณสุขทำให้รัฐบาลสามารถบริหารงานสาธารณสุขให้สอดคล้องกับนโยบายของรัฐบาล เช่น การบริหารในระยะแรก พ.ศ.2485 – 2501 สัมพันธ์กับนโยบายสร้างชาติของรัฐบาล จอมพล ป.พิบูลสงคราม คือ นโยบายการเพิ่มประชากรทั้งในเชิงปริมาณและคุณภาพ

กระทรวงสาธารณสุขจึงให้ความสำคัญต่อประชากรที่มีสุขภาพสมบูรณ์ แข็งแรง เพื่อสร้างความยิ่งใหญ่ และนำประเทศให้เป็นประเทศมหาอำนาจ

ฉันรู้สึกยินดีที่ได้เห็นว่าการรวมแพทย์ซึ่งเป็นสิ่งจำเป็นอย่างยิ่งได้สำเร็จไป นับว่ากิจการสร้างชาติในด้านสาธารณสุขและการแพทย์ฯ ได้ก้าวหน้าเป็นปีกแผ่นขึ้นได้ด้านหนึ่ง แท้จริงการแพทย์และสาธารณสุขนั้นเป็นกิจการอันจำเป็นยิ่งใหญ่สาขาหนึ่งของชาติ เช่นเดียวกับการทหาร การต่างประเทศ การเศรษฐกิจการคลังฯ..การสร้างชาตินั้นอยู่ที่การสาธารณสุขนี้ส่วนหนึ่งที่จะทำประโยชน์อันสำคัญแก่บ้านเมืองเพราะว่าถ้าหากการสาธารณสุขและการแพทย์ได้ก้าวหน้าไปเพียงไร กำลังของประเทศชาติก็จะเพิ่มความมั่นคงยิ่งขึ้น¹

ความจำเป็นในการสร้างพลเมืองที่มีสุขภาพดี เนื่องมาจากการสร้างชาติตามที่ จอมพล ป. พิบูลสงครามกล่าวอ้าง เน้นการพัฒนาเศรษฐกิจที่มีแรงงานเป็นฐานในการผลิต การรักษาสุขภาพของพลเมืองจึงเป็นรากฐานสำคัญ ที่ทำให้กำลังของชาติมั่นคงขึ้น ดังที่จอมพล ป. พิบูลสงครามกล่าวไว้ข้างต้น ฉะนั้นนอกจากงานสาธารณสุขทั่วไปแล้ว ก็ปรากฏกิจกรรมพิเศษที่ส่งเสริมนโยบายสร้างชาติ เช่น การตั้งองค์การส่งเสริมการสมรส สำนักงานสื่อสมรส จัดการสมรสหมู่ของชาติ การประกวดร้านตัดผมและตัดผม การอุปการะลูกไทยที่เกิดวันที่ 1 มกราคม พ.ศ.2486 การจัดงานวันเด็ก เป็นต้น อันเป็นกิจกรรมที่ล้วนแต่เป็นกิจกรรมส่งเสริมการสร้างครอบครัว และนำมาสู่การให้กำเนิดและการดูแลเด็ก เพื่อขยายฐานของพลเมืองให้เพิ่มจำนวนมากขึ้น รวมถึงการให้ความรู้ต่างๆที่เกี่ยวข้องกับการสาธารณสุข เพื่อการสร้างมาตรฐานความเป็นอยู่ของประชากรให้ได้ มาตรฐานสากลด้านอนามัยและสาธารณสุข เช่น การบรรยายคุณและโทษของการไม่สวมหมวก เสื้อกางเกง และรองเท้า และการไม่แปร่งฟัน หวีผม ความว่า

ให้กระทรวงสาธารณสุขบรรยายให้ประชาชนทราบถึงคุณและโทษ..เช่น การแปร่งฟัน ถ้าไม่แปร่งจะทำให้ฟันเสียเป็นหนองแล้วไหลลงกระเพาะเป็นโรค ถ้าใส่ตายได้...สวมรองเท้าถ้าไม่สวมอาจเป็นโรคหลายชนิดและถึงตายได้..²

¹กระทรวงสาธารณสุข, อนุสรณ์กระทรวงสาธารณสุขครบรอบ 15 ปี (พ.ศ. 2485 – 2500) (พระนคร: โรงพิมพ์อุดม, 2500) , หน้า 62.

²หจข., เอกสารสำนักนายกรัฐมนตรี้, กรมเลขาธิการรัฐมนตรี, (2) สร 0201.27/18, เรื่อง การอนามัยและการป้องกันโรค.

ดังนั้นจึงเกิดความพยายาม ให้การทำงานของกระทรวงสาธารณสุข มีประสิทธิภาพมากขึ้น ด้วยการยกระดับกิจการสาธารณสุขจากที่กระจุกกระจายอยู่ในที่ต่างๆ เข้ามารวมที่กระทรวงสาธารณสุข ซึ่งลักษณะหน้าที่เป็นหน่วยงานราชการระดับสูงสุด รวมอำนาจการบริหารทั้งหมดที่ตัวกระทรวง ทำหน้าที่วางแผนงานบริหาร การเสนองบประมาณ ดูแลหน่วยงานและข้าราชการในสังกัดที่ปฏิบัติงานทั้งในส่วนกลางและภูมิภาค ถือเป็นหน่วยงานราชการหลักที่รับผิดชอบกิจการสาธารณสุขของประเทศ ซึ่งมีการแบ่งหน้าที่ออกเป็น 2 ฝ่าย คือ ฝ่ายการรักษาโรค (กรมการแพทย์) และฝ่ายการป้องกันโรค (กรมสาธารณสุข) เพื่อแบ่งเป็นโรงพยาบาล และสถานอนามัย โดยมีบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขทำหน้าที่บริหารกระทรวงสาธารณสุขเอง เพราะว่าเป็นงานที่ต้องใช้ความรู้ทางวิชาชีพมาบริหาร ซึ่งเป็นลักษณะพิเศษของกระทรวงสาธารณสุข ดังนั้นกระทรวงสาธารณสุขจึงเป็นองค์กรที่บุคคลในวิชาชีพเข้ารับราชการ และมีตำแหน่งบริหารจัดการโดยวิชาชีพทั้งรัฐมนตรี ปลัดกระทรวง อธิบดีกรม จนถึงเจ้าหน้าที่ทั่วไป ซึ่งมีผลต่อการกำหนดนโยบาย แนวทางการปฏิบัติงาน และวิธีการบริหารงานของกระทรวงสาธารณสุข

กระทรวงสาธารณสุขในยุคพัฒนา พ.ศ.2501-2516

รัฐบาลจอมพลสฤษดิ์ ประกาศนโยบายสาธารณสุขไว้ในปี พ.ศ.2501 ไว้ดังนี้ "รัฐบาลนี้จะได้ดำเนินการส่งเสริมให้ประชาชนในชาติมีศีลธรรม วัฒนธรรม และอนามัยที่ดี"³ อาจประเมินได้ว่ารัฐบาลส่งเสริมการบริหารงานกระทรวงสาธารณสุข โดยเพิ่มบทบาทสู่ประชาชน ให้ประชาชนมีอนามัยดี มีศีลธรรม และมีวัฒนธรรม ซึ่งเป็นเป้าหมายหลักของการบริหารประเทศ ดังที่จอมพลสฤษดิ์ ได้กล่าวในการเปิดประชุมปลัดจังหวัด เมื่อวันที่ 27 เมษายน พ.ศ.2502 ความว่า

เราพูดกันมากถึงความเจริญ ความเป็นอารยะ และวัฒนธรรม เราพูดกันว่าเมื่อนั้นเจริญกว่าเมื่อนี้..เราเอาอะไรมาเป็นเครื่องมือวัด ข้าพเจ้าคิดว่าเครื่องวัด หรือหลักวินิจฉัยชี้ที่แน่นอนที่สุด คือ ความสะอาดและความเป็นระเบียบเรียบร้อย⁴

อาจกล่าวได้ว่า นโยบายความสะอาดและความเป็นระเบียบเรียบร้อยเพื่อสร้างความเจริญ มีส่วนในการกำหนดบทบาทของกระทรวงสาธารณสุข ที่มุ่งเน้นให้กระทรวงสาธารณสุข บริหารงานบริการด้านรักษาพยาบาลและอนามัย เพื่อเสริมสร้างชีวิตความเป็นอยู่ของประชาชน

³กระทรวงสาธารณสุข, อนุสรณ์กระทรวงสาธารณสุขครบรอบ 25 ปี (พ.ศ. 2485 – 2510) (พระนคร: โรงพิมพ์ไทยเชชม, 2510) , หน้า66 .

⁴ประมวลสุนทรพจน์ 1, หน้า 4 อ้างถึงใน ทักษ์ เจลิมเตียรณ, การเมืองระบบพ่อขุนอุปถัมภ์แบบเผด็จการ (กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, 2526), หน้า 221 .

ให้ถูกสุขลักษณะ สะอาด และเรียบร้อย การดำเนินการขยายสถานบริการการรักษาพยาบาล และการป้องกันโรค จึงเป็นวิธีการแก้ปัญหาสาธารณสุขเบื้องต้น

ภายใต้สถานการณ์ของบ้านเมืองรวมไปถึงการให้ความสำคัญต่อการพัฒนาประเทศ ทั้งด้านเศรษฐกิจและด้านสังคมตามแนวทางการพัฒนาของจอมพลสฤษดิ์ งานสาธารณสุขจึงเป็นส่วนหนึ่งของนโยบายการพัฒนาประเทศ คือการมุ่งพัฒนาประชาชน โดยเฉพาะในด้านสุขภาพของประชาชน เพราะกำลังคนมีความสำคัญต่อโครงสร้างพื้นฐานของการพัฒนาประเทศ ประชาชนที่ได้รับบริการสาธารณสุขอย่างทั่วถึง จะส่งผลให้ประชาชนมีสุขภาพที่แข็งแรง ไม่เป็นภาระและอุปสรรคต่อการพัฒนาประเทศ เป็นแรงงานอันมีความหมายอย่างยิ่ง ต่อแนวการพัฒนาเศรษฐกิจ ที่มุ่งเน้นการอุตสาหกรรมเพื่อทดแทนการนำเข้าสินค้าจากต่างประเทศ และเพื่อรองรับการลงทุนจากต่างประเทศที่มีมายังประเทศไทยด้วย

การที่ประเทศมีพลเมืองที่มีสุขภาพดีแข็งแรงและการเพิ่มจำนวนพลเมืองอย่างต่อเนื่องอันเกิดจากการให้บริการสาธารณสุขที่มีคุณภาพ ยังหมายรวมว่าประเทศจะมีปัจจัยทางการผลิตและตลาดบริโภคสินค้าภายในประเทศ เพื่อเสริมการเติบโตทางเศรษฐกิจให้พัฒนาอย่างมั่นคงอีกทางหนึ่ง จอมพลสฤษดิ์ จึงกล่าวด้วยความมั่นใจว่า การพัฒนาเศรษฐกิจจะต้องเกิดควบคู่ไปพร้อมกับการลงทุนในด้านสาธารณสุข ด้วยการลงทุนที่เท่าเทียมกัน จากคอลัมน์ แง่คิดจากข่าว โดย ดำเนินสะดวก ความว่า

การพัฒนาเศรษฐกิจควรจะถือเอาการพัฒนาทางการแพทย์เป็นส่วนหนึ่งของการนี้และควรจะเร่งรัดให้มีโครงการพัฒนาการทางการแพทย์อย่างขนานใหญ่ควบคู่ไปกับโครงการพัฒนาการเศรษฐกิจด้วย และเมื่อเรากล้าลงทุนโครงการพัฒนาการชลประทานนับเป็นจำนวนร้อยละ ล้านบาทได้ ก็น่าที่จะกล้าลงทุนโครงการพัฒนาการทางการแพทย์เป็นจำนวนร้อยละ ล้านบาทได้เช่นกัน และในตราบใดที่การแพทย์ยังล่าหลังถึงร้อยละปีการพัฒนาการเศรษฐกิจที่ลงทุนไปแล้ว ก็เท่ากับสูญเปล่าไปครั้งหนึ่ง⁵

กระทรวงสาธารณสุขในฐานะผู้ดูแลงานสาธารณสุขของประเทศ จึงได้ให้ความสำคัญต่อการกระจายบริการสาธารณสุขให้ทั่วถึง โดยเฉพาะในท้องถิ่นที่ห่างไกล ซึ่งลักษณะการบริหารภายในกระทรวงสาธารณสุขแบ่งความรับผิดชอบตามประเภทบริการออกเป็นกรมต่างๆ คือ กรมการแพทย์ กรมอนามัย กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ โดยมีสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

⁵หจข., เอกสารเหตุการณ์ปัจจุบัน, ก/ป7/2508/ส.ส 1.1 รัฐมนตรี, สยามรัฐ, 5 ตุลาคม พ.ศ.2508.

ควบคุมให้เป็นไปตามระเบียบราชการ และดูแลให้แต่ละกรมรับผิดชอบตามหน้าที่ที่ได้รับมอบหมาย แต่หน่วยงานที่มีบทบาทสำคัญๆ มีอยู่ 2 กรม คือ กรมการแพทย์ และกรมอนามัย เพราะขอบเขตความรับผิดชอบของทั้งสองกรมนี้ครอบคลุมงานสาธารณสุขหลักของกระทรวงสาธารณสุข ที่ได้รับงบประมาณด้านการบริหาร และด้านบุคลากรเป็นจำนวนมาก

เนื่องจากลักษณะการบริหารงานของกระทรวงสาธารณสุขแยกออกเป็น 2 ส่วน คือ การรักษาและการป้องกัน โดยกรมอนามัยดูแลการป้องกันสถานีนีออนามัย ส่วนกรมการแพทย์ดูแลการรักษาโรงพยาบาล ฉะนั้นการวิเคราะห์ลักษณะการบริหารงานของกระทรวงสาธารณสุขจึงต้องศึกษาจากการบริหารของทั้งสองกรมนี้

4.2 ลักษณะการบริหารงานกระทรวงสาธารณสุข

การบริหารและบทบาทของกรมการแพทย์ พ.ศ.2501-2520

กรมการแพทย์มีหน้าที่บริหารงานด้านรักษาพยาบาล มีโรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ได้แก่ โรงพยาบาลเลิดสิน โรงพยาบาลหญิง โรงพยาบาลสงฆ์ โรงพยาบาลโรคจิต และโรงพยาบาลจังหวัด รูปแบบการบริหารกรมการแพทย์แบ่งการบริหารออกเป็นการบริหารส่วนกลาง ได้แก่ สำนักงานเลขาธิการกรมฯ กองโรงพยาบาลส่วนภูมิภาค กองโรงพยาบาลโรคจิต โรงพยาบาลหญิง โรงพยาบาลสงฆ์ โรงพยาบาลเลิดสิน การบริหารส่วนภูมิภาค คือ โรงพยาบาลจังหวัด ในส่วนโรงพยาบาลมีผู้อำนวยการโรงพยาบาลนั้นเป็นผู้บริหารโรงพยาบาล และเป็นข้าราชการแพทย์ในสังกัดกรมการแพทย์เป็นบุคลากรสำคัญในการบริหาร ทั้งโรงพยาบาลส่วนกลางและโรงพยาบาลส่วนภูมิภาค จากข่าวหนังสือพิมพ์ชาวไทย ฉบับวันที่ 15 พฤศจิกายน พ.ศ. 2505 ความว่า

ในการบริหารงานของโรงพยาบาลนั้นนายกรัฐมนตรีนับว่ามีความเห็นเป็นส่วนตัวว่าเป็นงานเทคนิคแขนงหนึ่ง ซึ่งควรจะได้จัดหลักสูตรในการสอนกัน และผู้ที่จะเป็นผู้อำนวยการโรงพยาบาลควรจะได้ผ่านการศึกษาในวิชาดังกล่าว⁶

จะเห็นได้ว่าระบบการบริหารของกรมการแพทย์ต้องอาศัยแพทย์เป็นผู้บริหาร ทั้งที่แพทย์เหล่านี้ไม่ได้มีความชำนาญด้านบริหาร จึงเป็นสาเหตุที่นายกรัฐมนตรีนับว่าสมควรให้แพทย์ควรมี

⁶หจข., เอกสารเหตุการณ์ปัจจุบัน, ก/ป7/2505/ส.ส2, กรมการแพทย์, ชาวไทย, 15 พฤศจิกายน พ.ศ.

ความรู้เกี่ยวกับการบริหารเพิ่มเติม เพื่อทำหน้าที่นักบริหารได้อย่างมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น ความพยายามที่จะพัฒนาศักยภาพในฐานะผู้บริหารของแพทย์ คาดว่าเนื่องจากอำนาจการบริหารของแต่ละหน่วยงานในสังกัดขึ้นตรงต่อกรมเท่านั้น ทำให้แต่ละกรมมีอำนาจการบริหารเป็นเอกภาพ

สำหรับนโยบายของกรมการแพทย์ คือ “การจัดให้มีโรงพยาบาลทั่วราชอาณาจักร ให้เป็นสถานที่ทำการตรวจโรค และให้การบำบัดโรคแก่ประชาชนทั่วไป และจัดให้มีนายแพทย์ พยาบาล กับเจ้าหน้าที่อื่นๆ พร้อมด้วยเวชภัณฑ์เครื่องมือเครื่องใช้ในการแพทย์ตามหลักวิชาการโดยถูกต้อง และทันสมัย”⁷ นโยบายดังกล่าวมีผลให้การสาธารณสุขขยายบทบาทสู่สังคมกว้างขวางยิ่งขึ้น ดังนั้นสังคมต้องพึ่งพิงโรงพยาบาลมากขึ้น การสร้างโรงพยาบาล เพื่อเป็นศูนย์การให้บริการที่มีแพทย์ พยาบาล และเครื่องมือพร้อมให้บริการรักษาพยาบาลความเจ็บป่วยในท้องที่ต่างๆ จึงเป็นสิ่งจำเป็นที่รัฐบาลเร่งกระทำ ดังปรากฏในรายงานข่าวของหนังสือพิมพ์ พ.ศ.2506 ที่ว่า

รองอธิบดีกรมการแพทย์ ได้ชี้แจงถึงโครงการขยายโรงพยาบาลส่วนภูมิภาคว่า ขณะนี้มีถึง 83 แห่งแล้ว และกรมการแพทย์ยังมีโครงการที่จะสร้างโรงพยาบาลไปตามอำเภอที่ห่างไกลจากจังหวัดและที่มีชุมชนหนาแน่นอีกด้วย...สำหรับกรมการแพทย์นั้นได้แบ่งแยกงานกับกรมอนามัย คือ กรมอนามัยมีหน้าที่ในการและป้องกัน ส่วนโรงพยาบาลของกรมการแพทย์มีหน้าที่ รักษาโดยเฉพาะ⁸

ฉะนั้นกรมการแพทย์จึงเสนอโครงการการสร้างโรงพยาบาลในจังหวัดต่างๆ โดยเฉพาะในพื้นที่ห่างไกล และบางพื้นที่ที่มีความสำคัญต่อยุทธศาสตร์ความมั่นคงทางการเมือง การสร้างโรงพยาบาลพร้อมกับดำเนินงานโครงการพัฒนาของรัฐบาล ในท้องที่เหล่านี้เป็นส่วนเสริมบทบาทรัฐบาลในการรักษาความมั่นคงของประเทศ

กระทรวงสาธารณสุขได้พิจารณาเสนอโครงการพัฒนาการ 4 จังหวัด ภาคใต้ไป ยังกระทรวงมหาดไทยแล้ว กำหนดจะสร้างโรงพยาบาลใน 4 จังหวัดภาคใต้ เพิ่มขึ้นอีก 4 แห่ง คือ สุโขทัย-ลพบุรี ตากใบ สายบุรี และเบตง⁹

⁷อนุสรณ์กระทรวงสาธารณสุขครบรอบ 20 ปี (พ.ศ. 2485 – 2505) (พระนคร: โรงพิมพ์ไทยเซชม, 2505), หน้า 115.

⁸หจข., เอกสารเหตุการณ์ปัจจุบัน, ก/ป7/2506/ส.ส.3, กรมการแพทย์, สยามนิกร, 6 พฤษภาคม พ.ศ. 2506.

⁹หจข., เอกสารเหตุการณ์ปัจจุบัน, ก/ป7/2504/ส.ส.1.1, กระทรวงสาธารณสุข-รัฐมนตรี, สยามนิกร, 25 กรกฎาคม พ.ศ. 2504.

กรมการแพทย์ดำเนินการบริหารขยายงานโรงพยาบาลในส่วนภูมิภาคอย่างต่อเนื่อง ทำให้ในท้องที่ต่างๆ กรมการแพทย์ได้สร้างโรงพยาบาลให้บริการ หากแต่ว่ามีข้อจำกัดด้านบุคคลกร เพราะมีแพทย์จำนวนน้อยที่มาสมัครรับราชการตามโรงพยาบาลส่วนภูมิภาค ทำให้แพทย์ที่ประจำโรงพยาบาลส่วนภูมิภาคต้องรับภาระหนัก ปฏิบัติงานลำบาก และให้บริการได้ไม่ทั่วถึง ปัญหาดังกล่าวส่งผลให้กรมการแพทย์รวมไปถึงกระทรวงสาธารณสุขต้องปรับการบริหาร โดยการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลเพิ่มขีดความสามารถพร้อมให้บริการ และอำนวยความสะดวกในการปฏิบัติงานของแพทย์ เพื่อดึงดูดให้แพทย์มีความสนใจมารับราชการประจำในส่วนภูมิภาค จากข่าวหนังสือพิมพ์ พ.ศ.2510 ที่ว่า

จะต้องดำเนินการปรับปรุงโรงพยาบาลในส่วนภูมิภาคให้มีระดับมาตรฐาน ในเทคนิคของการรักษาพยาบาล และการให้วิชาความรู้เพิ่มเติมแก่แพทย์หรือให้แพทย์ได้มีโอกาสศึกษาวิชาการแพทย์ได้อย่างกว้างขวาง...กรมการแพทย์ไม่ประสงค์ที่จะสร้างโรงพยาบาลขึ้นเพิ่มเติมในระยะนี้ .แต่จะมุ่งใช้งบประมาณไปในการปรับปรุงโรงพยาบาลที่มีอยู่แล้ว...ขณะเดียวกันก็ได้ปรับปรุงโรงพยาบาลขนาดใหญ่ให้เป็นโรงพยาบาลศูนย์ เช่น โรงพยาบาลที่พิษณุโลก ขอนแก่น และ อุบลราชธานี เป็นต้น เพื่อเป็นโรงพยาบาลหลักของโรงพยาบาลต่างๆ...ให้โอกาสแก่แพทย์ที่อยู่ในต่างจังหวัดได้ไปศึกษาในต่างประเทศด้วยโดยให้ผลัดเปลี่ยนกันไปศึกษาซึ่งจะทำให้แพทย์ที่อยู่ในต่างจังหวัดมีโอกาสก้าวหน้าได้ทัดเทียมกับแพทย์ที่อยู่ในส่วนกลาง¹⁰

เมื่อกรมการแพทย์ปรับการบริหารจากการเพิ่มจำนวนโรงพยาบาลมาเป็นการปรับปรุงโรงพยาบาลที่สร้างแล้วให้ได้มาตรฐานและมีสมรรถภาพการให้บริการดียิ่งขึ้น นอกเสียจากมีความจำเป็นจริงๆ แล้วจึงจะสร้างขึ้นใหม่ ดังนั้นจะเห็นได้ว่าในช่วงพ.ศ.2501-2514 กรมการแพทย์ยึดการบริหารตามนโยบายนี้ ทำให้โรงพยาบาลในส่วนภูมิภาคได้ยกระดับให้กลายเป็นโรงพยาบาลศูนย์ที่มีมาตรฐานในแต่ละภูมิภาค จากข่าวหนังสือพิมพ์ พ.ศ.2510 ความว่า

¹⁰หจข., เอกสารเหตุการณ์ปัจจุบัน, ก/ป8/2510/44, การแพทย์และการสาธารณสุข, ประชาธิปไตย, 3 มิถุนายน 2510.

กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุขได้วางโครงการที่จะปรับปรุงโรงพยาบาลในต่างจังหวัดให้เป็นโรงพยาบาลขั้นมาตรฐาน เพื่อยกฐานะขึ้นเป็นโรงพยาบาลประจำภาคในระหว่าง 5 ปีข้างหน้า คือระหว่างปี 2510-2514 รวม 8 แห่ง โรงพยาบาลที่จะได้รับการปรับปรุงให้เป็นโรงพยาบาลศูนย์ หรือโรงพยาบาลประจำภาคทั้ง 8 แห่ง¹¹

การที่กรมการแพทย์เน้นการพัฒนาศักยภาพโรงพยาบาล อาจมาจากสถานการณ์การขาดแคลนแพทย์ในประเทศไทยทวีความรุนแรงขึ้น เพราะแพทย์ที่จบใหม่และแพทย์ที่ผ่านการใช้ทุนรัฐบาลจำนวนมากเดินทางออกไปศึกษาและทำงานที่ประเทศสหรัฐอเมริกา ซึ่งสถานการณ์ดังกล่าวได้กระทบถึงการบริหารงานของกระทรวงสาธารณสุขเพราะขาดแคลนแพทย์ไปรับราชการในส่วนภูมิภาค ดังนั้นกรมการแพทย์จึงปรับการบริหารเพื่อเพิ่มจำนวนแพทย์ให้มารับราชการ ทั้งการพัฒนาโรงพยาบาลในส่วนภูมิภาคให้มีความทันสมัย และการให้ทุนไปศึกษาต่อต่างประเทศเพื่อเพิ่มโอกาสพัฒนาความรู้ด้านการแพทย์สำหรับแพทย์ที่ประจำในส่วนภูมิภาค รวมถึงการอำนวยความสะดวกด้านที่อยู่อาศัย รถยนต์ และเพิ่มรายได้ด้วยการให้เบี้ยกัณฑ์ จากการรายงานข่าวทางหนังสือพิมพ์ พ.ศ.2514 กล่าวว่า

แผนพัฒนาเศรษฐกิจแห่งชาติฉบับที่ 3 (ปี 2515-2519) ได้ออกมาแล้วกรมการแพทย์จะปรับปรุงโรงพยาบาลในส่วนภูมิภาคที่มีอยู่เดิมทั้งหมด 14 โรงพยาบาล โดยใช้งบประมาณทั้งสิ้น 22 ล้านบาทให้เสร็จใน 4 ปี เฉลี่ยแล้ว จะใช้งบประมาณ 2 ล้านบาทต่อหนึ่งโรงพยาบาล ในการปรับปรุงโรงพยาบาลจังหวัดให้ทันสมัยเท่าโรงพยาบาลในกรุงเทพฯ ซึ่งแต่ละแห่งใช้งบประมาณ นับเป็น 100-200 ล้านบาท¹²

รัฐบาลได้ให้ความสำคัญต่อการบริหารงานของกรมการแพทย์โดยสนับสนุนงบประมาณให้กรมการแพทย์อย่างต่อเนื่อง สำหรับการปรับปรุงโรงพยาบาลนี้กรมการแพทย์ได้รับงบประมาณจากแผนพัฒนาเศรษฐกิจแห่งชาติ ซึ่งได้ระบุแนวทางการพัฒนา ด้านสาธารณสุขเพื่อขยายบริการ

¹¹ หจข., เอกสารเหตุการณ์ปัจจุบัน, ก/ป8/2510/44, การแพทย์และการสาธารณสุข, สยามรัฐ, 3 มกราคม 2510.

¹² หจข., เอกสารเหตุการณ์ปัจจุบัน, ก/ป8/2514/13, การแพทย์และการสาธารณสุข, สยามรัฐ, 18 ตุลาคม 2514.

กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุขได้วางโครงการที่จะปรับปรุงโรงพยาบาลในต่างจังหวัดให้เป็นโรงพยาบาลขั้นมาตรฐาน เพื่อยกฐานะขึ้นเป็นโรงพยาบาลประจำภาคในระหว่าง 5 ปีข้างหน้า คือระหว่างปี 2510-2514 รวม 8 แห่ง โรงพยาบาลที่จะได้รับการปรับปรุงให้เป็นโรงพยาบาลศูนย์ หรือโรงพยาบาลประจำภาคทั้ง 8 แห่ง¹¹

การที่กรมการแพทย์เน้นการพัฒนาศักยภาพโรงพยาบาล อัจฉมาจากสถานการณ์การขาดแคลนแพทย์ในประเทศไทยที่ความรุนแรงขึ้น เพราะแพทย์ที่จบใหม่และแพทย์ที่ผ่านการใช้ทุนรัฐบาลจำนวนมากเดินทางไปศึกษาและทำงานที่ประเทศสหรัฐอเมริกา ซึ่งสถานการณ์ดังกล่าวได้กระทบถึงการบริหารงานของกระทรวงสาธารณสุขเพราะขาดแคลนแพทย์ไปรับราชการในส่วนภูมิภาค ดังนั้นกรมการแพทย์จึงปรับการบริหารเพื่อเพิ่มจำนวนแพทย์ให้มารับราชการ ทั้งการพัฒนาโรงพยาบาลในส่วนภูมิภาคให้มีความทันสมัย และการให้ทุนไปศึกษาต่อต่างประเทศเพื่อเพิ่มโอกาสพัฒนาความรู้ด้านการแพทย์สำหรับแพทย์ที่ประจำในส่วนภูมิภาค รวมถึงการอำนวยความสะดวกด้านที่อยู่อาศัย รถยนต์ และเพิ่มรายได้ด้วยการให้เบี่ยกันดาร จากการรายงานข่าวทางหนังสือพิมพ์ พ.ศ.2514 กล่าวว่า

แผนพัฒนาเศรษฐกิจแห่งชาติฉบับที่ 3 (ปี 2515-2519) ได้ออกมาแล้วกรมการแพทย์จะปรับปรุงโรงพยาบาลในส่วนภูมิภาคที่มีอยู่เดิมทั้งหมด 14 โรงพยาบาล โดยใช้งบประมาณทั้งสิ้น 22 ล้านบาทให้เสร็จใน 4 ปี เฉลี่ยแล้วจะใช้งบประมาณ 2 ล้านบาทต่อหนึ่งโรงพยาบาล ในการปรับปรุงโรงพยาบาลจังหวัดให้ทันสมัยเท่าโรงพยาบาลในกรุงเทพฯ ซึ่งแต่ละแห่งใช้งบประมาณนับเป็น 100-200 ล้านบาท¹²

รัฐบาลได้ให้ความสำคัญต่อการบริหารงานของกรมการแพทย์โดยสนับสนุนงบประมาณให้กรมการแพทย์อย่างต่อเนื่อง สำหรับการปรับปรุงโรงพยาบาลนี้กรมการแพทย์ได้รับงบประมาณจากแผนพัฒนาเศรษฐกิจแห่งชาติ ซึ่งได้ระบุแนวทางการพัฒนา ด้านสาธารณสุขเพื่อขยายบริการ

¹¹ หจข., เอกสารเหตุการณ์ปัจจุบัน, ก/ป8/2510/44, การแพทย์และการสาธารณสุข, สยามรัฐ, 3 มกราคม 2510.

¹² หจข., เอกสารเหตุการณ์ปัจจุบัน, ก/ป8/2514/13, การแพทย์และการสาธารณสุข, สยามรัฐ, 18 ตุลาคม 2514 .

การรักษาพยาบาลโดยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญในส่วนภูมิภาค โดยการพัฒนาโรงพยาบาลศูนย์ทุกภาค และทุกจังหวัดที่สำคัญ หรือในบริเวณที่มีประชาชนอาศัยอยู่หนาแน่น และจัดให้มีแพทย์ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะด้านทุกสาขาประจำทุกโรงพยาบาลศูนย์ จากการเพิ่มศักยภาพโรงพยาบาลของ กรมการแพทย์ทำให้โรงพยาบาลสามารถบริการรักษาพยาบาลประชาชนได้เพิ่มขึ้น

ตารางที่ 4.1 จำนวนเตียงของโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข และจำนวนประชากรต่อหนึ่งเตียง ระหว่าง พ.ศ.2505-2520

ปี (พ.ศ.)	จำนวนเตียงโรงพยาบาล	จำนวนประชากรต่อเตียง
2505	8,242	1,400
2506	9,212	1,320
2507	10,416	1,263
2508	11,242	1,202
2509	11,617	1,200
2510	13,693	1,053
2511	13,954	980
2512	15,433	930
2513	16,647	896
2514	19,136	900
2515	21,038	809.7
2516	21,744	807.6
2517	23,262	802
2518	23,461	800
2519	24,524	747
2520	24,869	745

ที่มา: ยุทธนา สุขมิตติ, "การพัฒนาสาธารณสุขในแต่ละช่วงเวลาของแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 1-4," ใน อนุสรณ์กระทรวงสาธารณสุขครบรอบ 40 ปี (พ.ศ. 2485-2525) (กรุงเทพฯ: สหประชาพานิชย์, 2525), หน้า 241.

จากตารางที่ 4.1 แสดงให้เห็นถึงปริมาณเตียงที่ให้บริการ และอัตราประชากรต่อเตียงที่ให้บริการของโรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งอยู่ในความรับผิดชอบของกรมการแพทย์ เพื่อทราบถึงปริมาณการขยายบริการสาธารณสุข เมื่อกรมการแพทย์ปรับการบริหารมาเป็นการเพิ่มคุณภาพการให้บริการมากกว่าการเพิ่มจำนวนโรงพยาบาลตั้งแต่ พ.ศ.2510 เป็นต้นมา นั้นจำนวนเตียงที่ให้บริการที่เพิ่มขึ้น ซึ่งหมายความว่าโรงพยาบาลสามารถเพิ่มการบริการแก่ประชาชน และอัตราประชากรต่อจำนวนเตียงที่ลดลงนี้หมายความว่าประชาชนสามารถเข้ารับบริการจากโรงพยาบาลได้มากขึ้น โดยเฉพาะช่วง พ.ศ.2511-2515 ซึ่งเป็นผลมาจากการปรับการบริหารของกรมการแพทย์ ทำให้โรงพยาบาลสามารถกระจายบริการทางการแพทย์สู่ประชาชนเพิ่มขึ้น

การบริหารและบทบาทของกรมอนามัย

การบริหารงานสาธารณสุขด้านป้องกันและส่งเสริมสุขภาพของประชาชนเป็นความรับผิดชอบของกรมอนามัย กรมอนามัยมีหน้าที่ดูแลความเจ็บป่วยในเบื้องต้น การป้องกันการเจ็บไข้ได้ป่วยของประชาชน และให้คำแนะนำแก่ประชาชนให้มีความรู้เรื่องการดูแลสุขภาพ การมีพลานามัยสมบูรณ์ ประชาชนสามารถดำรงชีวิตอยู่ได้ด้วยความรู้จักโรคและรู้จักการป้องกันโรค ประชาชนจึงมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ถึงแม้ว่างานของกรมอนามัยจะเป็นงานที่มีได้เกี่ยวข้องกับความเจ็บป่วยโดยตรง ก็มีความสำคัญในด้านการลดจำนวนผู้เจ็บป่วย และป้องกันการระบาดของโรค กรมอนามัยแบ่งการบริหารออกเป็น

ส่วนกลาง ได้แก่ กองสุขศึกษา กองควบคุมโรคติดต่อ กองสุขาภิบาล กองอนามัยโรงเรียน กองสงเคราะห์แม่และเด็ก กองสาธารณสุขพระนคร

ส่วนภูมิภาค ได้แก่ สาธารณสุขจังหวัด นายแพทย์สาธารณสุข สารวัตรสุขาภิบาล นางผดุงครรภ์ดูแลสถานีอนามัยชั้น 1 สถานีอนามัยชั้น 2 และสถานีผดุงครรภ์

กรมอนามัยมีบทบาทสำคัญในการสาธารณสุขส่วนภูมิภาค โดยมีสถานีอนามัยและสถานีผดุงครรภ์ให้บริการในระดับอำเภอและตำบล ในส่วนสถานีอนามัย แบ่งเป็น 2 ระดับ คือ สถานีอนามัยชั้นหนึ่งมีแพทย์สาธารณสุขประจำและผู้ช่วย สถานีอนามัยชั้นสองมีพนักงานอนามัยหรือนางผดุงครรภ์ ซึ่งต้องรับผิดชอบให้บริการงานสาธารณสุขรอบด้าน จากบทความเรื่อง ข้อเท็จจริงในปัญหาแพทย์ โดย แพทย์ประจำเมือง ความว่า

นายแพทย์ประจำสถานีอนามัยตามอำเภอต่างๆ นั้น มีประชากรอยู่ในความดูแลรับผิดชอบ 50,000-80,000 คน มีเตียงคนไข้ 10-20 เตียงต้องตรวจ รักษาคนไข้ทุกโรคในตำราแพทย์วันละ 30-50 คน รวมทั้งต้องทำผ่าตัดและทำคลอดในราย

ผลิตปกติด้วย นอกจากออกไปทำการป้องกันโรค ควบคุมวัณโรค ควบคุมโรคเรื้อรัง ควบคุมมาลาเรีย ทำการอนามัยแม่และเด็ก ปฏิบัติงานอนามัยโรงเรียน ทำการเผยแพร่สุขภาพศึกษาแก่ราษฎร ส่งเสริมโภชนาการ ทำการพัฒนาสุขภาพตำบลสิ่งแวดล้อมในหมู่บ้านและทำงานอื่นๆ อีกสาระพัด รวมทั้งงานฝ่ายธุรการ การเงิน งานเสมียนพิมพ์ดีดและขับรถ บางแห่งมีลูกน้องช่วยเหลือในการปฏิบัติงานเพียง 3 คน คือ พยาบาล 1 คน ผดุงครรภ์ 1 คน และพนักงานอนามัย 1 คน¹³

ข้อความข้างต้นแสดงให้เห็นว่าการบริหารส่วนภูมิภาคนั้น กรมอนามัยให้สถานอนามัยรับผิดชอบการปฏิบัติโดยแพทย์ประจำทำหน้าที่บริหารพร้อมกับให้บริการสาธารณสุข กรมอนามัยในส่วนกลางจะให้แต่ละกองประสานงานกับส่วนภูมิภาคในส่วนที่รับผิดชอบ ในแต่ละจังหวัดจะมีสาธารณสุขประจำจังหวัด ทำหน้าที่ประสานงานกับสถานอนามัย ดังนั้นแพทย์ประจำสถานอนามัยจึงต้องปฏิบัติงานหลายหน้าที่ ซึ่งเป็นภาระหนักสำหรับแพทย์หนึ่งคน

การบริหารของกรมอนามัยเน้นการขยายการบริการตามนโยบายหลักของกระทรวงสาธารณสุข ดังนั้นทุกๆ ปีทางกรมอนามัยเน้นการสร้างสถานอนามัยเพื่อให้บริการด้านสาธารณสุขครอบคลุมท้องที่ต่างๆ ถึงแม้ว่าจะมีปริมาณสถานอนามัยเพิ่มขึ้นมาก ก็ยังประสบปัญหาด้านคุณภาพ เพราะแพทย์ไม่นิยมไปประจำสถานอนามัยในชนบท ทำให้การดำเนินงานอนามัยไม่ค่อยได้ผลตามที่คาด จากรายงานข่าวทางหนังสือพิมพ์ พ.ศ.2502 ที่ว่า

กรมอนามัยก็คงไม่สามารถจัดส่งแพทย์ไปอยู่ตามอำเภอต่าง ๆ ได้ครบทุกแห่ง... แต่สถานอนามัยนั้นดูเหมือนจะถูกสร้างเพิ่มขึ้นทุกปี ปีละหลายๆ แห่ง เพราะประชาชนในบางท้องที่ได้ร่วมมือร่วมแรงกันจัดสร้างขึ้น โดยมีความมุ่งหวังแต่เพียงอย่างเดียวว่าขอให้รัฐบาลจัดส่งแพทย์ไปประจำให้ก็แล้วกัน ซึ่งปรากฏว่าประชาชนไม่ได้รับความสมหวังในเรื่องนี้เลย และสถานอนามัยที่ช่วยกันจัดสร้างขึ้นก็ต้องผุพัง... หรืออย่างดีที่สุดกรมอนามัยจะจัดสรรเจ้าหน้าที่ไปประจำให้ก็ไม่ใช่แพทย์คงเป็นแต่เพียงผดุงครรภ์ชั้นสองหรือพนักงานอนามัย¹⁴

¹³ หจข., เอกสารเหตุการณ์ปัจจุบัน, ก/ป7/2508/ส.ส. 1.1 สำนักงานเลขานุการรัฐมนตรี, ไทยรัฐ, 4 เมษายน 2508.

¹⁴ หจข., เอกสารเหตุการณ์ปัจจุบัน, ก/ป7/2502/ส.ส. 1.1, กระทรวงสาธารณสุข-รัฐมนตรี, สยามรัฐ, 4 สิงหาคม 2502.

สภาพปัญหาของสถานีนอนามัยที่ขาดแพทย์มาปฏิบัติงาน ทำให้การให้บริการไม่ค่อยประสบความสำเร็จเท่าใดนัก และสิ้นเปลืองงบประมาณค่าก่อสร้างสถานีนี้นั้น กรมอนามัยจึงปรับการบริหารโดยการขอให้ท้องถิ่นมีส่วนช่วยเหลือ คือ ให้ท้องถิ่นช่วยในการก่อสร้างสถานีนอนามัย และร่วมมอบทุนการศึกษาให้กับนักศึกษาแพทย์เพื่อจะได้มาประจำที่ท้องถิ่นเมื่อจบการศึกษา จากข่าวทางหนังสือพิมพ์ พ.ศ.2511 เสนอว่า

กระทรวงสาธารณสุขจะสร้างสถานีนอนามัยชั้น 1 ให้ที่อำเภอหนึ่งหนึ่งหลัง แต่เนื่องจากทางราชการมีงบประมาณน้อยจึงขอ ให้ราษฎรทั้งหลายช่วยกันเสียสละเงินสมทบกับทางราชการด้วย ราษฎรในอำเภอวิเชียรบุรีจึงตกลง และร่วมมือกับทางราชการก่อสร้างสถานีนอนามัยชั้น 1 จนสำเร็จเรียบร้อย...ตามคำแนะนำของทางราชการแล้ว ราษฎรชาววิเชียรบุรียังต้องเสียสละเงินคนละเล็กคนละน้อยแล้วรวบรวมส่งไปเป็นค่าเล่าเรียนให้นิสิตแพทย์คนหนึ่งเรียนจนสำเร็จอีกด้วย เพราะได้รับแจ้งจากทางราชการว่าจะได้ส่งแพทย์ที่ราษฎรช่วยกันส่งเสียไปประจำที่สถานีนอนามัย อ.วิเชียรบุรี เพื่อคอย เยียว ยา และรักษาอาการ เจ็บ ป่วยของราษฎรที่นี่...¹⁵

การปรับการบริหารของกรมอนามัยครั้งนี้มุ่งแก้ปัญหาขาดแพทย์ประจำสถานีนอนามัย จึงสนับสนุนให้นักศึกษามีความผูกพันกับประชาชน และท้องถิ่นด้วยการให้ทุนการศึกษา แต่ว่านโยบายการบริหารครั้งนี้ไม่ประสบความสำเร็จ เพราะว่าประชาชนในอำเภอวิเชียรบุรีมีสถานีนอนามัย แต่ที่ไม่มีแพทย์มาประจำเช่นเคย ความล้มเหลวจากการบริหารดังกล่าวเป็นการแก้ปัญหาไม่ตรงประเด็น เพราะสาเหตุที่ไม่มีแพทย์มาประจำสถานีนอนามัยนั้นอยู่ที่ระบบการบริหารงานของสถานีนอนามัยที่ไม่มีความเหมาะสมกับการปฏิบัติงานของแพทย์

สถานีนอนามัยชั้นหนึ่งแต่ก่อนเสมือนแดนสนธยา แพทย์ที่ปฏิบัติงานจะต้องเผชิญกับปัญหานานับประการ...ความขาดแคลนเครื่องมือ เครื่องใช้ เวชภัณฑ์ ความขาดแคลนยานพาหนะ ความขาดแคลนบุคลากร ความขาดแคลนการเหลียวแล เอาใจใส่จากผู้บังคับบัญชา ความห่างไกลจากแสงแห่งนาครธรรม ความว่าเหว

¹⁵ หจข., เอกสารเหตุการณ์ปัจจุบัน, ก/ป8/2511/27 การแพทย์และการสาธารณสุข, ไทยรัฐ, 5 มกราคม 2511.

ทางวิชาการ ภาระอันหนักอึ้งที่จะต้องเป็นทั้งแพทย์ที่รักษาและป้องกันโรคเป็นผู้บริหารซึ่งทำหน้าที่เสมือนผู้จัดการสถานีนอนามัย ความยากจนคนแค่นของประชาชน ผู้มีอิทธิพลและคนหัวหมอในท้องถิ่น และข้าราชการบางคนที่เกิดขี่ข่มเหงประชาชน¹⁶

ระบบการบริหารสถานีนอนามัยจึงเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้แพทย์ไม่ต้องการมาปฏิบัติงานที่สถานีนอนามัย กรมอนามัยมีความพยายามแก้ปัญหาดังกล่าวเรื่อยมา หากแต่ว่าไม่สามารถจัดการกับปัญหาได้ ในขณะที่ความต้องการการบริการด้านสาธารณสุขในส่วนภูมิภาคยังมีปริมาณมาก และรัฐบาลก็ให้ความสำคัญกับการพัฒนาชนบท จึงสนับสนุนให้ทางกรมอนามัยเพิ่มจำนวนสถานีนอนามัยมากขึ้นเรื่อยๆ แต่ปัญหาการขาดแพทย์ประจำสถานียังคงเรื้อรัง งานสาธารณสุขในด้านนี้จึงไม่ได้ผลเท่าที่ควร จากรายงานข่าวทางหนังสือพิมพ์.ศ.2511 ความว่า

งานพัฒนาอนามัยชนบทเป็นงานที่ได้ทำควบคู่กันไปกับการพัฒนาชนบทในด้านอื่นๆ โดยทางสภาพพัฒนาฯ สำนักงานประมาณได้อนุมัติสร้างสถานีนอนามัยขึ้นในชนบทที่ยังไม่มีประมาณปีละ 30-35 แห่ง สำหรับปัญหาที่น่าหนักใจของโครงการพัฒนานั้น ดร.เถลิงกล่าวว่า เมื่อสร้างสถานีนอนามัยขึ้นแล้วไม่มีหมอและพยาบาลจะไปประจำให้การรักษาพยาบาลได้เพียงพอโดยเฉพาะสถานีนอนามัยชั้นหนึ่ง ส่วนสถานีนอนามัยชั้น 2 นั้น ดร.เถลิง กล่าวว่า เรื่องหมอไม่ค่อยจะเป็นปัญหามากนัก เพราะแก้ได้ด้วยการใช้พยาบาลผดุงครรภ์ทำหน้าที่แทนไปก่อน¹⁷

การบริหารส่วนกลางโดยกระทรวงสาธารณสุขได้ปรับการบริหารในส่วนของกระจายข้าราชการแพทย์เพื่อปฏิบัติหน้าที่ในส่วนภูมิภาคทั้งในส่วนของโรงพยาบาล และสถานีนอนามัย สืบเนื่องจากสถานการณ์การขาดแคลนแพทย์ โดยการออกข้อบังคับให้นักศึกษาแพทย์ใช้ทุนการศึกษา ทำสัญญาเป็นแพทย์รับทุนรัฐบาล ทำให้กระทรวงสาธารณสุขสามารถส่งแพทย์กระจายออกไปปฏิบัติงานในระดับสถานีนอนามัยชั้นหนึ่งในพ.ศ.2515 นักศึกษาแพทย์ทุนรุ่นแรกเริ่มออก

¹⁶ทินกร โนรี (บรรณารักษ์), สองทศวรรษชมรมแพทย์ชนบท (กรุงเทพฯ: มูลนิธิแพทย์ชนบท, 2542), หน้า 120.

¹⁷หจข., เอกสารเหตุการณ์ปัจจุบัน, ก/ป8/2511/27, การแพทย์และการสาธารณสุข, เกียรติศักดิ์, 20 กุมภาพันธ์ 2511.

ปฏิบัติงานในสถานอนามัยชั้น 1 โดยเป็นนายแพทย์หัวหน้าสถานอนามัย หากแต่่วาวิธีการนี้สามารถแก้ไขปัญหาค่าใช้จ่ายได้ชั่วคราวเท่านั้น เพราะแพทย์ยังคงหาหนทางหลบเลี่ยงการออกไปรับราชการประจำในส่วนภูมิภาคเช่นเคย จากบทความเรื่อง จนกว่าจะรอไม่ได้ โดย ไพจิตร ยวนิชย์ ความว่า

หลังจากแพทย์ทุนรัฐบาล (แพทย์ที่เสียเงินบำรุงมหาวิทยาลัย ปีละหนึ่งพันแปดสิบบาท) จบออกมาได้ 2-3 รุ่น คณะกรรมการจัดสรรแพทย์ทุนรัฐบาลที่รับผิดชอบกับการจัดสรรแพทย์ออกสู่ส่วนภูมิภาค ก็ต้องผิดหวังกับจำนวนของแพทย์ที่เหลือไว้ให้จัดสรรเพียงน้อยนิด เนื่องจากมีแพทย์ส่วนหนึ่งยอมเสีย ค่าปรับแปดหมื่นบาท เพื่อที่จะไปรับเงินเดือนเดือนละหนึ่งหมื่นบาทที่สหรัฐอเมริกา ตั้งแต่จบใหม่ ๆ หรือไม่เช่นนั้น ก็ทำงานไปได้ไม่ครบ 2 ปี ก็ยอมเสียค่าปรับจำนวนลดลงตามส่วน ออกนอกประเทศเช่นเดียวกัน นอกจากนี้แพทย์อีกส่วนหนึ่งก็สมัครเข้าเป็นแพทย์ประจำบ้านโคเวต้าในทุนในกรุงเทพมหานคร หรือ ในโรงเรียนแพทย์ แต่กระนั้นก็ยังมียางคนยอมเสียเงินค่าปรับ เพื่อที่จะได้เป็นแพทย์ประจำบ้าน¹⁸

ปัญหาการขาดแคลนแพทย์ส่งผลกระทบต่อกรมอนามัยอย่างมาก เพราะแพทย์ส่วนใหญ่มีความต้องการที่จะปฏิบัติงานด้านรักษาพยาบาลที่โรงพยาบาลมากกว่าการออกไปปฏิบัติงานด้านอนามัยที่สถานอนามัย ซึ่งถือได้ว่าเป็นดินแดนสนธยา และต้องปฏิบัติหน้าที่หนักกว่าการรักษาในโรงพยาบาล จากคอลัมน์ ความเห็นของชาวบ้าน เรื่อง ปัญหาแพทย์ไม่ยอมทำงานในต่างจังหวัดหรือในชนบท โดย แพทย์หนุ่ม ณ พรานนก ความว่า

แพทย์รุ่นใหม่จึงไม่สมัครไปทำงานในชนบทกับกรมอนามัย และอย่าว่าแต่แพทย์รุ่นใหม่เลย แม้แต่แพทย์ประจำสถานอนามัยของกรมอนามัยเองก็ อายากจะย้ายเข้ามารับตำแหน่งในกรุงกันทั้งนั้น ทั้งนี้ก็เพราะว่างานอนามัยนั้น เป็นงานที่กว้างขวางและใหญ่โตมิใช่น้อย เพราะนอกจากจะเป็นงานป้องกันการเจ็บไข้ได้ป่วยของประชาชนแล้วยังต้องแนะนำให้ประชาชนมีความเป็นอยู่อย่างมีพลานามัยอีกด้วย งานอนามัยจึงเป็นงานที่มีได้เกี่ยวข้องกับความเจ็บป่วยมากนัก แต่ต้องแนะนำให้ความรู้เรื่องสุขภาพแก่คนดี ๆ ซึ่งนอกจากจะเป็นงานปิดทอง

¹⁸หจข., เอกสารเหตุการณ์ปัจจุบัน, กป8/2519/29 การแพทย์และการสาธารณสุข, ประชาชาติ, 5 ตุลาคม 2519.

หลังพระแล้ว... นับว่าแตกต่างกับแพทย์ฝ่ายรักษาซึ่งสังกัดกรมการแพทย์ การรักษาผู้ป่วยนั้น เมื่อผู้ป่วยหายแพทย์ผู้รักษาก็ได้ชื่อเสียงและบุญคุณจากคนไข้ บางครั้งก็ได้ลาภสักการะตอบแทนความแตกต่างมีอยู่ ดังนั้นแพทย์ที่จะเข้ารับราชการจึงสมัครในกรมการแพทย์กันมาก¹⁹

การทำงานที่แตกต่างระหว่างกรมอนามัย และกรมการแพทย์มีส่วนสำคัญที่ทำให้แพทย์ไม่ต้องการรับราชการในสถานีนอนามัย เพราะความสามารถความถนัดของแพทย์ คือ การรักษา ในขณะที่งานในสถานีนอนามัยจะต้องทำด้านอนามัยร่วมด้วย ซึ่งเป็นงานที่ต้องได้รับความร่วมมือจากประชาชน และใช้ระยะเวลาาน ทำให้ไม่ค่อยได้ใช้ความสามารถทางการแพทย์มากนัก อีกทั้งสถานีนอนามัยก็ไม่มีความพร้อมในการการรักษามากนัก ฉะนั้นจำนวนแพทย์ที่รับราชการเป็นแพทย์ประจำสถานีนอนามัยในแต่ละปีมีจำนวนน้อยมากเมื่อเปรียบเทียบกับกรมการแพทย์

ตารางที่ 4.2 จำนวนเจ้าหน้าที่แพทย์ในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข กรมการแพทย์ และกรมอนามัย ระหว่าง พ.ศ.2510-2514

ปี(พ.ศ.)	2510	2511	2512	2513	2514
กระทรวงสาธารณสุข	1,272	1,292	1,338	1,421	1,526
กรมการแพทย์	795	800	832	878	1008
กรมอนามัย	416	432	436	469	440

ที่มา: กระทรวงสาธารณสุข, สถิติสาธารณสุข 2516 (กรุงเทพฯ: ฝ่ายการพิมพ์ สถานพยาบาลพระประแดง, 2516), หน้า 234.

จากตารางทำให้ทราบถึงจำนวนแพทย์ที่สังกัดกรมอนามัยเปรียบเทียบกับกรมการแพทย์ และเห็นถึงความแตกต่างระหว่างทั้งสองกรมนี้ โดยเฉพาะในปีพ.ศ.2514 นั้นจำนวนแพทย์ในสังกัดกรมอนามัยลดจำนวนลง ในขณะที่กรมการแพทย์มีจำนวนแพทย์เพิ่มมากขึ้น ซึ่งอาจมีความเป็นไปได้จากการโยกย้ายสังกัด และไม่มีการสมัครเข้ารับราชการเพิ่มในปีนี้

¹⁹หจข., เอกสารเหตุการณ์ปัจจุบัน, ก/ป7/2509/สส 1.2 ปัญหาแพทย์ขาดแคลน, สยามรัฐ, 23 พฤษภาคม 2509.

การบริหารงบประมาณกระทรวงสาธารณสุข

กระทรวงสาธารณสุขเป็นหน่วยงานที่บริหารการบริการสาธารณสุขสู่ประชาชน เพราะฉะนั้นการจัดสรรงบประมาณของรัฐบาลสำหรับกระทรวงสาธารณสุข แสดงให้เห็นถึงการให้ความสำคัญ และความเอาใจใส่ต่อการพัฒนาสาธารณสุขแห่งชาติ ซึ่งงบประมาณที่กระทรวงสาธารณสุขได้รับต้องจัดสรรให้กับกรมและหน่วยงานในสังกัด เพื่อเป็นค่าใช้จ่ายในการดำเนินการบริหารในหน่วยงาน เงินเดือนข้าราชการ รวมถึงค่าใช้จ่ายในการปฏิบัติงาน งบประมาณได้รับการจัดสรรจากสำนักงานงบประมาณ สังกัดสำนักนายกรัฐมนตรี

ตารางที่ 4.3 งบประมาณกระทรวงสาธารณสุข และร้อยละของงบประมาณรายจ่ายของประเทศ ระหว่าง พ.ศ.2505-2521 (หน่วย : ล้านบาท)

ปี(พ.ศ.)	จำนวน	ร้อยละ
2505	274.0	3.0
2506	323.9	3.1
2507	401.2	3.5
2508	426.8	3.4
2509	476.1	3.3
2510	551.5	2.9
2511	587.8	2.7
2512	643.6	2.7
2513	785.0	2.88
2514	979.9	3.4
2515	956.4	3.3
2516	1,023.2	3.2
2517	1,113.6	3.1
2518	1,547.4	3.06
2519	2,725.3	4.35
2520	3,520.6	5.12
2521	3,405.7	4.2

ที่มา: ยุทธนา สุขมิตติ, "การพัฒนาสาธารณสุขในแต่ละช่วงเวลาของแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 1-4 , สาธารณสุข," ใน อนุสรณ์กระทรวงสาธารณสุขครบรอบ 40 ปี (พ.ศ. 2485 – 2525), หน้า 263 - 265.

จากตารางที่ 4.3 แสดงให้เห็นถึงงบประมาณที่กระทรวงสาธารณสุขได้รับนั้นถือได้ว่าเป็นงบประมาณที่น้อย ทั้งที่กระทรวงสาธารณสุขต้องรับผิดชอบดูแลโรงพยาบาล และสถานีนานามัยในสังกัดจำนวนมาก จึงกระทบต่อการจัดสรรงบประมาณให้กับกรมในสังกัดอย่างมาก การที่กระทรวงสาธารณสุขได้รับงบประมาณน้อย เนื่องจากในช่วงพ.ศ.2501-2516 การบริหารสาธารณสุขในประเทศนั้นมิได้มีเพียงกระทรวงสาธารณสุขเท่านั้น ฉะนั้นรัฐบาลต้องจัดสรรงบประมาณด้านสาธารณสุขให้กับหลายหน่วยงานที่มีการบริหารงานด้านสาธารณสุขด้วยเช่นกัน²⁰ เช่น สำนักงานเร่งรัดพัฒนาชนบท มีหน้าที่ด้านการพัฒนาชนบทและให้บริการสาธารณสุขด้วย หน่วยแพทย์เคลื่อนที่ การจัดสรรงบประมาณลักษณะนี้มีผลต่องบประมาณของกระทรวงสาธารณสุขอย่างมาก จากบทความเรื่อง ปัญหาแพทย์กลับจากนอก โดย นายแพทย์สมชาย กุลวัฒนาพร ความว่า

ปัญหาเรื่องงบประมาณการสาธารณสุขของประเทศไทย...ไม่เคยได้รับเกิน 3% ตลอดเวลาหลายสิบปีที่ผ่านมา ซึ่งอยู่ในเกณฑ์ต่ำมากนับเป็นเงินน้อยที่สุดในโลก ทางกระทรวงสาธารณสุขได้หาทางแก้ไข โดยการจัดตั้งกองวางแผนขึ้นในสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขเมื่อเดือนตุลาคม 2513 เพื่อวางแผนสาธารณสุขของชาติได้ถูกต้องตามหลักวิชาการ ซึ่งจะเป็ผลทำให้งบประมาณกระทรวงสาธารณสุขที่ได้น้อยอยู่ตลอดมานั้นได้เพิ่มขึ้น โดยการได้รับความเห็นชอบจากคณะรัฐมนตรี และสภาผู้แทนอย่างเต็มที่ แต่ก็ปรากฏว่าทุกอย่างหาได้ดีขึ้นกว่าเดิมไม่²¹

²⁰ หน่วยงานต่าง ๆ ที่ให้บริการสาธารณสุข

โรงพยาบาลของมหาวิทยาลัยได้รับงบประมาณต่างหาก และไม่ขึ้นกับกระทรวงสาธารณสุข

กระทรวงมหาดไทย -โรงพยาบาลตำรวจ โรงพยาบาลของเทศบาล โรงพยาบาลกลาง วชิรพยาบาล

ศูนย์บริการสาธารณสุขของเทศบาล

กระทรวงกลาโหม -โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า โรงพยาบาลภูมิพล โรงพยาบาลพระปิ่นเกล้า กองและหมวดเสนารักษ์ต่าง ๆ

สภาอากาศ - โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ โรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าพี่นางเธอ เจ้าฟ้ากัลยาณิวัฒนา กรมหลวงนราธิวาสราชนครินทร์

องค์การของรัฐที่จัดหน่วยแพทย์เคลื่อนที่ - สำนักงานเร่งรัดพัฒนาชนบท (ร.พ.ช.) คณะกรรมการ

อำนาจการรักษาความปลอดภัยแห่งชาติ (ก.ร.ป.)

²¹ หจข., เอกสารเหตุการณ์ปัจจุบัน, กป8/2514/13 การแพทย์และการสาธารณสุข, สยามรัฐ, 18

ตุลาคม.2514.

ดังนั้น พ.ศ. 2515 กระทรวงสาธารณสุขได้รับอนุมัติให้มีส่วนราชการเทียบเท่ากองสังกัดสำนักปลัดกระทรวงสาธารณสุขชื่อ “กองวางแผนสาธารณสุข” มีหน้าที่แนะนำนโยบายสาธารณสุขจัดทำแผนแม่บทของกระทรวงสาธารณสุขความพยายาม เพื่อเป็นประโยชน์ในการพิจารณางบประมาณของรัฐบาล มีนายแพทย์ยุทธนา สุขสมิติ เป็นหัวหน้ากองซึ่งได้รับความร่วมมือจากองค์การอนามัยโลก สภาพัฒนาเศรษฐกิจ และสภานิติบัญญัติแห่งชาติ กองวางแผนสาธารณสุข ทำหน้าที่กำหนดแผนงานสาธารณสุขแห่งชาติและประสานงานกับคณะกรรมการสาธารณสุขของรัฐสภาซึ่งมีหน้าที่ดูแลการบริหารสาธารณสุขของประเทศ และพิจารณางบประมาณที่สำนักงบประมาณรวบรวมจากการเสนอของงบประมาณของหน่วยงานต่างๆ ที่เสนอมา อย่างไรก็ตามแม้ว่าจะตั้งกองวางแผนสาธารณสุขแล้ว งบประมาณที่กระทรวงสาธารณสุขได้รับนั้นก็เปลี่ยนแปลงแต่ประการใดสังเกตได้จากตารางที่ 4.3

การจัดสรรงบประมาณบริหาร

การจัดสรรงบประมาณของกระทรวงสาธารณสุขมีลักษณะรวมอำนาจและจัดสรรกระทำตามดุลพินิจของหน่วยงานส่วนกลางทั้งหมด ซึ่งจัดสรรให้กับกรมต่างๆตามลำดับสายงานราชการ ส่งผลให้หน่วยงานระดับล่างอาจได้รับงบประมาณการบริหารไม่เหมาะสมกับความเป็นจริงเท่าใดนัก จากบันทึกประสบการณ์ของนายแพทย์อภิเชษฐ์ นาคเลขา รับราชการที่อำเภอพร้าว จังหวัดเชียงใหม่ ความว่า

งบค่ายาของอนามัยได้ปีละ 10,000 บาท มันน้อยมาก น้อยเสียจนผมตกใจ เมื่อรู้ครั้งแรกสุดว่า มันเป็นความจริง จากปริมาณงานที่ผ่านมาเงินแค่นั้นซื้อยาพอใช้ได้สักหนึ่งเดือนเท่านั้น ผมจะต้องไปซื้อยาเงินเชื่อจากร้านขายยาในตัวเมือง เพื่อนำมาหมุน ซึ่งส่วนใหญ่เราขาดทุนทุกเดือน จุดนี้เองที่ผมว่าทำให้ออนามัยต่างๆ ไม่กระตือรือร้นในการทำงาน และพยายามส่งผู้ป่วยต่อไปร.พ. เพื่อที่จะได้ไม่ต้องขาดทุนและไม่ต้องทำงานมาก²²

ข้อความข้างต้นแสดงให้เห็นที่ทราบว่างบประมาณที่ส่วนกลางจัดสรรให้นั้นมีได้มีผลต่อการบริหารงานสักเท่าใดนัก เพราะส่วนกลางนั้นมีได้พิจารณาถึงค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นจริง และความจำเป็นในการให้บริการสาธารณสุขของหน่วยราชการเหล่านี้ โดยเฉพาะความเหลื่อมล้ำใน

²² หมอเมืองพร้าว(นามปากกา), หมอเมืองพร้าว (กรุงเทพฯ: นำอักษรการพิมพ์, ม.ป.ป.), หน้า 177.

งบประมาณระหว่างด้านการรักษากับด้านป้องกันโรคและส่งเสริมสุขภาพ กล่าวคือกรมอนามัย โดยสถานอนามัยชั้นหนึ่งได้รับงบประมาณค่าเวชภัณฑ์ปีละ 10,000 บาท และสถานอนามัยชั้นสองได้รับงบประมาณเวชภัณฑ์ปีละ 500 บาท ซึ่งมีประชาชนในเขตความรับผิดชอบประมาณ 50,000-300,000 คน หากเฉลี่ยแล้วประชาชนหนึ่งคนจะได้รับค่ายา 3-5 สตางค์ต่อปี

ในขณะที่งบประมาณของกรมการแพทย์สำหรับโรงพยาบาลหนึ่งแห่งในกรุงเทพฯ ได้งบประมาณการบริหารอาจมากถึง 50-60 ล้านบาทต่อปี ซึ่งเป็นค่าใช้จ่ายสำหรับค่ายา ค่าเครื่องมืออุปกรณ์ทางแพทย์ เป็นต้น นอกจากงบประมาณที่ได้รับจากกระทรวงสาธารณสุขแล้ว นั้น โรงพยาบาลยังมีรายได้จากการให้บริการรักษาพยาบาล เนื่องจากพระราชบัญญัติงบประมาณ พ.ศ.2502 กำหนดไว้ในมาตรา 24 ระบุว่า “เงินรายรับของส่วนราชการที่เป็นสถานพยาบาล สามารถนำไปใช้จ่ายโดยไม่ต้องจ่ายคลังก็ได้” และโรงพยาบาลยังสามารถรับเงินจากการบริจาค เพื่อการสร้างอาคาร และค่าเครื่องมืออุปกรณ์ต่างๆ

งบประมาณและรายได้ที่แตกต่างระหว่างกรมอนามัยและกรมการแพทย์ ส่งผลกระทบต่อประสิทธิภาพการบริหารงานด้านอนามัยอย่างมาก สาเหตุสำคัญที่ส่งผลต่อการจัดสรรงบประมาณ คือ ระบบการบริหารที่รวมอำนาจที่ส่วนกลาง ทำให้ขาดความเชื่อมโยงกับความ ต้องการของส่วนภูมิภาค โดยเฉพาะสถานอนามัยที่ขาดทั้งแพทย์ และงบประมาณการบริหาร ซึ่งกลายเป็นสาเหตุให้งานอนามัยไม่สามารถพัฒนาได้เท่าที่ควร

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 4.4 การจัดสรรงบประมาณกระทรวงสาธารณสุข ระหว่าง พ.ศ.2501-2513 (หน่วย: ล้านบาท)

ปี(พ.ศ.)	กระทรวงสา	กรมการ	กรมอนามัย	ร้อยละ
	ธารณสุข	แพทย์		
2501	107.7	56.5	44.0	-
2502	289.8	109.3	94.2	-
2503	219.4	108.6	102.3	1.3
2504	177.4	93.6	77.6	1.2
2505	274.0	127.5	121.3	1.4
2506	324.6	161.2	129.7	1.2
2507	398.1	213.0	145.4	1.3
2508	328.8	-	172.2	1.4
2509	476.8	-	208.9	1.4
2510	550.0	155.5	257.0	1.4
2511	589.7	295.6	262.4	1.2
2512	654.4	333.2	282.3	1.2
2513	-	375.4	-	-

ที่มา: สมคิด แก้วสนธิ, "การจัดสรรงบประมาณด้านการสาธารณสุขกับการพัฒนาชนบท," วารสารสังคมศาสตร์การแพทย์ 4 (กรกฎาคม - กันยายน 2526): 39.

จากตารางแสดงความแตกต่างในการบริหารงบประมาณของกระทรวงสาธารณสุขที่จัดสรรให้กับกรมการแพทย์และกรมอนามัย ซึ่งกระทรวงสาธารณสุขจัดสรรงบประมาณให้กับกรมการแพทย์มากกว่ากรมอนามัยเสมอมา ด้วยความอ้างความจำเป็นด้านการสร้างอาคาร การซื้อเครื่องมือทางการแพทย์ อีกทั้งโรงพยาบาลมีการให้บริการหลายด้านจึงมีความจำเป็นต้องใช้ทั้งแพทย์ เจ้าหน้าที่ต่างๆ และงบประมาณจำนวนมาก แต่เมื่อเปรียบเทียบกับความจำเป็นด้านการบริการสาธารณสุขนั้น หากสถานีอนามัยได้รับการพัฒนาด้วยงบประมาณ และบุคลากร จนสามารถปฏิบัติงานได้เต็มประสิทธิภาพทุกแห่งแล้วนั้น คาดว่าการบริหารสาธารณสุขของประเทศคงจะประสบอุปสรรคน้อยกว่าที่เป็นอยู่ในปัจจุบัน

4.3 โครงสร้างการบริหารกระทรวงสาธารณสุข

การปรับโครงสร้างการบริหารกระทรวงสาธารณสุข พ.ศ.2502

รัฐบาลจอมพลสฤษดิ์บริหารประเทศด้วยระบอบเผด็จการ ซึ่งเน้นการสร้างความมั่นคงในการบริหารอำนาจรัฐของนายกรัฐมนตรี ดังนั้นอำนาจการบริหารประเทศที่สำคัญจึงอยู่ภายใต้การดูแลอย่างใกล้ชิดจากนายกรัฐมนตรี ด้วยเหตุดังกล่าวจึงเกิดการปรับเปลี่ยนโอนย้ายหน่วยงานราชการต่างๆ ให้มีความเหมาะสมกับการบริหารประเทศแบบเผด็จการ เช่น การตั้งสำนักงานประมาณ ตั้งสภาการศึกษาแห่งชาติแทนสภามหาวิทยาลัยแห่งชาติและโอนงานไปสังกัดสำนักนายกรัฐมนตรี ซึ่งจอมพลสฤษดิ์ได้ยกเอางานศึกษาเป็นภารกิจของคณะปฏิวัติที่จะต้องได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิดจากจอมพลสฤษดิ์

ถึงแม้เราจะไม่ยุบรวมมหาวิทยาลัยเข้าเป็นแห่งเดียวกัน ก็ควรจะให้มหาวิทยาลัยทั้งหลายเข้ามารวมอยู่ในสังกัดเดียวกัน เพื่อประโยชน์ในการรักษามาตรฐานและความเป็นระเบียบอันดี...เอามหาวิทยาลัยที่แยกสังกัดอยู่ตามกระทรวงต่างๆ มาไว้ในสังกัดเดียวกัน คือ สำนักนายกรัฐมนตรี...และนอกจากนั้นข้าพเจ้าในฐานะนายกรัฐมนตรี ก็ได้ออกคำสั่งตั้งคณะกรรมการพิจารณาแก้ไขพระราชบัญญัติโดยเฉพาะของมหาวิทยาลัยต่างๆ ให้มีระเบียบการปกครองมหาวิทยาลัย เป็นแบบเดียวกันหรือให้คล้ายคลึงกันมากที่สุดที่จะเป็นได้...²³

แต่เดิมที่มหาวิทยาลัยแพทยศาสตร์สังกัดกระทรวงสาธารณสุข มีรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขเป็นนายกกรรมการมหาวิทยาลัย และมีอธิการบดีมหาวิทยาลัยเป็น “ผู้บัญชาการ” มหาวิทยาลัยแพทยศาสตร์ โดยมีโรงเรียนแพทย์ในสังกัด คือ คณะแพทยศาสตร์ศิริราช คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย และคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ เมื่อรัฐบาลทำการรวมมหาวิทยาลัยทุกแห่งมาสังกัดสำนักนายกรัฐมนตรี เพราะรัฐบาลจอมพลสฤษดิ์ให้ความสำคัญต่อการศึกษาระดับอุดมศึกษาจึงรวบรวมนามหาวิทยาลัยต่างๆ ให้สภาการศึกษาแห่งชาติในสังกัดสำนักนายกรัฐมนตรี จากการประชุมสภาร่างรัฐธรรมนูญ ครั้งที่ 27 วันที่ 16 กรกฎาคม พ.ศ.2502 วาระที่ 1 บันทึกหลักการและเหตุผลประกอบร่างพระราชบัญญัติโอน

²³สำนักทำเนียบนายกรัฐมนตรี, ประมวลสุนทรพจน์ของจอมพลสฤษดิ์ ธนะรัชต์ นายกรัฐมนตรีในวาระ 3 ปี แห่งการบริหารของคณะรัฐมนตรี 10 กุมภาพันธ์ 2502 ถึง 1 กุมภาพันธ์ 2505, หน้า 43 – 44.

มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยแพทยศาสตร์ และมหาวิทยาลัยศิลปากร ไปสังกัดสำนักนายกรัฐมนตรี พ.ศ.2502 มีเหตุผลดังนี้

เนื่องจากที่ได้มีพระราชบัญญัติจัดตั้งสภาการศึกษาแห่งชาติขึ้นในสำนักนายกรัฐมนตรี และโดยที่เห็นว่าการที่มหาวิทยาลัยแยกกันอยู่ต่างกระทรวง เป็นการยากลำบากแก่การปกครอง และควบคุมมาตรฐานการศึกษา ควรโอนมารวมอยู่ในสำนักนายกรัฐมนตรีด้วยกันทั้งหมด จะเป็นความสะดวกในทางดำเนินการทั้งในด้านวิชาการและธุรการ และจะได้ผลตามเจตนารมณ์ของการตั้งสภาการศึกษาแห่งชาติ จึงต้องตราพระราชบัญญัตินี้ขึ้นเพื่อประโยชน์ดังกล่าว²⁴

ซึ่งได้รับการตั้งกระทู้ถามจากนายจำลอง หารินสุต ถึงการโอนมหาวิทยาลัยแพทยศาสตร์จากกระทรวงสาธารณสุขนั้นจะเกิดผลเสียต่อการแพทย์ของประเทศไทย ว่า"อาจจะมีผลเสียก็คือการที่ดึงเอามหาวิทยาลัยแพทยศาสตร์ออกไปจากกระทรวงสาธารณสุขเสมือนเด็ดเอาหัวใจออกจากร่างกายเหมือนกัน"²⁵ เพราะเชื่อว่าควรรวมการบริหารสาธารณสุขไว้ที่กระทรวงสาธารณสุขตามเดิม แต่ก็ได้รับการตอบจากจอมพลสฤษดิ์ ว่าเป็นความจำเป็นที่จะต้องรวมมหาวิทยาลัยทั้งหมด ความว่า

ที่ท่านสมาชิกผู้นี้เป็นแพทย์สาธารณสุข เสมือนเด็ดดวงใจเอาไป ความจริงไม่ใช่เด็ด ทำให้มันตึงขึ้น คือ ผมก่อนที่จะเสนอพระราชบัญญัติอันนี้เข้าสภามา ผมก็รู้แล้วว่ามันเป็นอย่างไรๆผมได้มีหนังสือไปถึงรัฐมนตรีสาธารณสุขถึงบรรดาแพทย์ทั้งหลายบอกว่าไม่ต้องไปวิตกหรือเคยทำอะไรทำอย่างนั้น ขอควบคุมหลักสูตรเท่านั้น...จะอยู่อย่างไรคนเดียวมหาวิทยาลัยทั้ง 5 มหาวิทยาลัยเข้ามาเสีย 4 จะมาได้แต่อยู่อย่างไกรกัน เพราะฉะนั้นมันต้องคิดถึงผลส่วนรวม ต้องคิดถึงผลได้ผลเสียโดยที่เราจะควบคุม โครงการนโยบายการศึกษา²⁶

ดังนั้นพ.ศ.2503 สภาการศึกษาแห่งชาติได้มีการวางแผนการศึกษาแห่งชาติขึ้น โดยกำหนดเป้าหมาย รูปแบบ และหลักการศึกษาเพื่อพัฒนาความรู้ และทักษะให้ประชาชน ด้วยการ

²⁴รายงานการประชุมสภาว่าจรัฐธรรมนุญ เล่ม 2 พ.ศ.2502, หน้า1211

²⁵เรื่องเดียวกัน, หน้า 1216.

²⁶เรื่องเดียวกัน, หน้า 1217.

เร่งตั้งโรงเรียนให้ทั่วประเทศ เพื่อเพิ่มจำนวนนักเรียนให้ศึกษาต่อในระดับมัธยมศึกษาและอุดมศึกษา ดังนั้นรัฐบาลจึงตั้งมหาวิทยาลัยรองรับนักเรียนเหล่านี้ มีการตั้งมหาวิทยาลัยในส่วนภูมิภาคขึ้น คือ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่พ.ศ.2507 มหาวิทยาลัยขอนแก่นพ.ศ.2509 มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ พ.ศ.2511 และมหาวิทยาลัยรามคำแหงพ.ศ.2514(เพื่อรองรับนักเรียนจำนวนมากโดยเฉพาะ) การตั้งมหาวิทยาลัยเชียงใหม่พ.ศ.2507 มหาวิทยาลัยขอนแก่นพ.ศ.2509 มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ พ.ศ.2511 มุ่งผลิตบุคลากรทางแพทยพยาบาลและวิศวกร ซึ่งเป็นนโยบายการพัฒนาด้านการศึกษาของรัฐบาลจอมพลสฤษดิ์ เช่น ที่มหาวิทยาลัยเชียงใหม่มีเพียง 3 คณะ คือ คณะแพทยศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ และคณะวิศวกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่นมี 4 คณะ คือ คณะแพทยศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ คณะวิศวกรรมศาสตร์ และคณะเกษตรศาสตร์

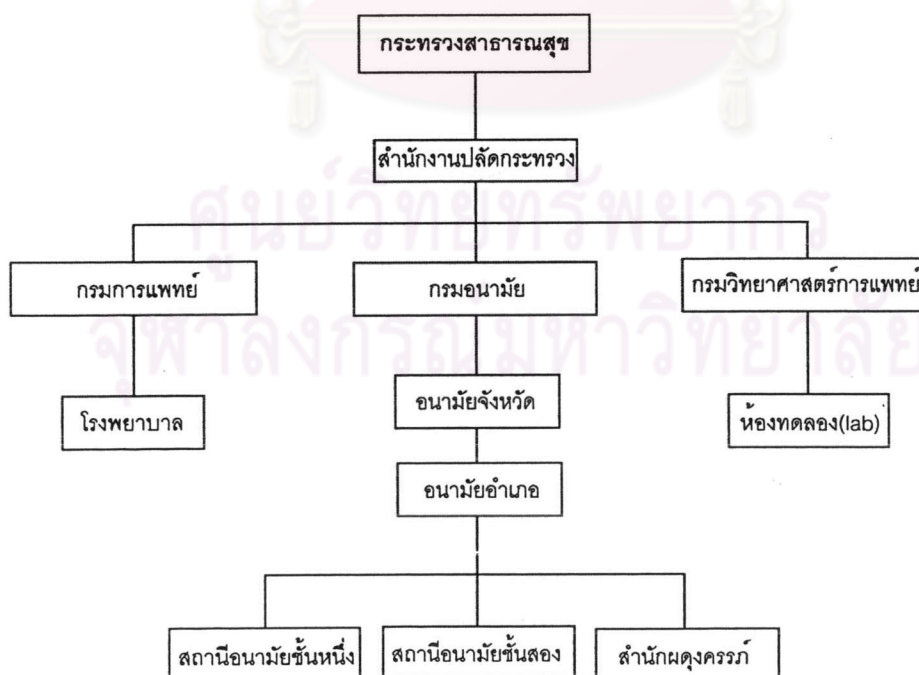
การประกาศพระราชบัญญัติปรับปรุงกระทรวงทบวงกรม (ฉบับที่ 7) พ.ศ. 2502 และประกาศยุบเลิกกรมมหาวิทยาลัยแพทยศาสตร์ พร้อมกับพระราชบัญญัติโอนมหาวิทยาลัย พ.ศ.2502 ประกาศโอนมหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยแพทยศาสตร์ และมหาวิทยาลัยศิลปากรไปสังกัดสำนักนายกรัฐมนตรี พร้อมทั้งแต่งตั้งหลวงวิจิตรวาทการดำรงตำแหน่ง “ปลัดบัญชาการสำนักนายกรัฐมนตรี” และเปลี่ยนตำแหน่งอธิบดีและผู้บัญชาการมหาวิทยาลัยมาเป็น “อธิการบดี” การควบคุมสถาบันอุดมศึกษาของรัฐบาลเผด็จการ เนื่องจากรัฐบาลให้ความสำคัญในการขยายการศึกษาเพื่อพัฒนาคุณภาพประชาชนให้เหมาะสมกับการพัฒนาประเทศ อีกทั้งรัฐบาลต้องดูแลสถาบันอุดมศึกษาอย่างใกล้ชิดเพราะสถาบันอุดมศึกษาเป็นแหล่งที่มีการเคลื่อนไหวทางการเมืองมากที่สุด ดังนั้นรัฐบาลจึงเบี่ยงเบนความสนใจออกจากการเมืองด้วยการสนับสนุนให้มีการพัฒนาทางวิชาการ กิจกรรมสันถนาการ กิจกรรมกีฬา การจัดงานลีลาศ กิจกรรมรำน้อง เป็นต้น

การบริหารมหาวิทยาลัยแพทย์ของรัฐบาลในช่วงดังกล่าว จึงเน้นการบริหารเพื่อวิชาการ สนับสนุนความเป็นเลิศทางวิชาการ ซึ่งส่งผลให้ลักษณะงานผลิตบุคลากรทางการแพทย์นั้น เน้นการผลิตเพื่อคุณภาพความสามารถสูง จึงใช้เวลาการศึกษานานถึง 6 ปี อีกทั้งใช้งบประมาณรัฐต่อนักศึกษาแพทย์ 1 คนถึง 26,000 บาทต่อปี ถึงแม้ว่ารัฐบาลจะให้ความสำคัญกับการเพิ่มจำนวนแพทย์ โดยการเปิดคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ คณะอายุรศาสตร์เขตร้อน และคณะวิทยาศาสตร์การแพทย์ก็ตามที่ แต่การบริหารของมหาวิทยาลัยยังคงแนวการเรียนการสอนที่เน้นคุณภาพเช่นเดิม ซึ่งส่งผลกระทบต่อความต้องการบริการทางการแพทย์

ในขณะที่โครงสร้างบริหารกระทรวงสาธารณสุขภายหลังการยุบเลิกกรมมหาวิทยาลัยแพทย์ครั้งนี้ ส่งผลให้กระทรวงสาธารณสุขมีหน่วยงานในความรับผิดชอบดังนี้²⁷

- 1.สำนักงานเลขาธิการรัฐมนตรี
- 2.สำนักงานปลัดกระทรวง (กองกลาง กองคลัง การควบคุมการประกอบโรคศิลปะ กองการสาธารณสุขต่างประเทศ กองการพยาบาล กองควบคุมอาหารและยา กองควบคุมไข้มาเลเรียและโรคเท้าช้าง)
- 3.กรมการแพทย์ (สำนักงานเลขาธิการกรม กองโรงพยาบาลโรคจิต กองโรงพยาบาลส่วนภูมิภาค โรงพยาบาลเลิศสิน โรงพยาบาลหญิง โรงพยาบาลจังหวัด)
- 4.กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ (สำนักงานเลขาธิการกรม กองวิจัยทางแพทย์ กองชันสูตรทางแพทย์ กองวิเคราะห์ยา กองวิเคราะห์อาหารและเครื่องดื่ม กองโอสถศาลา)
- 5.กรมอนามัย (สำนักงานเลขาธิการกรม กองคลัง กองสถิติพยากรณ์ชีพ กองสุขศึกษา กองควบคุมโรคติดต่อ กองควบคุมวัณโรค กองโรงพยาบาลวัณโรค กองสุขภาพ กองช่างสุขาภิบาล กองอนามัยโรงเรียน กองส่งเสริมอาหาร กองสงเคราะห์แม่และเด็ก กองควบคุมโรคเรื้อรัง กองควบคุมกามโรคและคุดทะราด กองพยาบาลอนามัย ที่ทำการอนามัย)

แผนภูมิที่ 1 โครงสร้างการบริหารงานกระทรวงสาธารณสุข พ.ศ.2502



²⁷ กระทรวงสาธารณสุข, อนุสรณ์กระทรวงสาธารณสุขครบรอบ 20 ปี (พ.ศ. 2485 - 2505), หน้า 60 -

ที่มา: สันติ ตั้งรพีพากร, ชีวิตที่ลำบากเป็นชีวิตที่เจริญ (กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์เดือนตุลา, 2544) , หน้า 211.

จากโครงสร้างกระทรวงสาธารณสุข พ.ศ.2502 ทำให้กระทรวงสาธารณสุขมีอำนาจการบริหารจำกัดขึ้น ทั้งที่ควรให้กระทรวงสาธารณสุขเป็นผู้ดูแลกิจการสาธารณสุขเพียงผู้เดียว เพื่อเอกภาพในการบริหารงานสาธารณสุข โครงสร้างดังกล่าวส่งผลให้งานบริการรักษาพยาบาลแยกออกจากผู้ให้บริการมากยิ่งขึ้น ทั้งที่มีนโยบายกระจายการบริการทางการแพทย์ออกสู่ชนบท ซึ่งต้องอาศัยแพทย์จำนวนมากเพื่อไปปฏิบัติงานในชนบท ตราบใดที่การบริหารงานของกระทรวงสาธารณสุข กับการบริหารมหาวิทยาลัยแพทย์มิได้มีการบริหารงานที่สอดคล้อง ช่องว่างระหว่างงานทั้งสองด้านห่างกันมากขึ้นก็ยิ่งก่อให้เกิดปัญหาสาธารณสุขต่าง ๆ ก็ยังคงเรื้อรังและซับซ้อนมากขึ้น

สรุปจากโครงสร้างการบริหารกระทรวงสาธารณสุขหลัง พ.ศ.2502 แสดงให้เห็นว่ากระทรวงสาธารณสุข มีอำนาจรับผิดชอบงานบริหาร การบริการสาธารณสุข และการวิจัยทางสาธารณสุขเท่านั้น แต่มหาวิทยาลัยแพทย์ถูกโอนให้สังกัดสำนักนายกรัฐมนตรี และมีอำนาจการบริหารเป็นของตนเอง ซึ่งส่งผลกระทบต่อประสิทธิภาพการบริหาร เพราะทางกระทรวงสาธารณสุขต้องการแพทย์จำนวนมากเพื่อเพิ่มบริการ แต่ทางมหาวิทยาลัยแพทย์มุ่งผลิตแพทย์คุณภาพเน้นความรู้เชี่ยวชาญเฉพาะด้าน จึงทำให้ปริมาณแพทย์ที่ผลิตได้ไม่เพียงพอ และเป็นสาเหตุหนึ่งของปัญหาการขาดแคลนแพทย์ ซึ่งจะกล่าวถึงในบทต่อไป

แต่ที่น่าสังเกตว่าช่วงที่ทำการปรับเปลี่ยนโครงสร้างกระทรวงสาธารณสุขครั้งนี้ไม่พบการวิพากษ์วิจารณ์จากผู้ที่เกี่ยวข้อง คาดว่าเนื่องจากสถานการณ์ทางการเมืองที่นายกรัฐมนตรีมีอำนาจเด็ดขาด ทางมหาวิทยาลัยแพทย์อาจเห็นด้วยกับการโอนย้ายหน่วยงานครั้งนี้เพราะสามารถรับงบประมาณได้โดยตรง หากแต่ว่าในระยะเวลาต่อมาทั้งสังคม และผู้ที่เกี่ยวข้องกับงานสาธารณสุขได้วิพากษ์วิจารณ์ปัญหาการบริหารสาธารณสุขในประเทศไทยนั้น สาเหตุหนึ่งที่ได้รับ การกล่าวถึงตลอด คือ ผลกระทบจากการปรับโครงสร้างกระทรวงสาธารณสุข พ.ศ.2502 ที่ทำให้กระทรวงสาธารณสุข (ผู้ใช้แพทย์) กับมหาวิทยาลัยแพทย์ (ผู้ผลิตแพทย์) บริหารสาธารณสุขแบบแยกส่วน

การปรับโครงสร้างการบริหารกระทรวงสาธารณสุข พ.ศ.2513-2515

ปัญหาการบริหารงานสาธารณสุขที่เกิดขึ้น คือ ระบบการบริหารของกระทรวงซ้ำซ้อนทั้งในส่วนกลาง และส่วนภูมิภาค ปัญหาการประสานงานบริหารงานสาธารณสุข ส่งผลให้เกิดปัญหาความเหลื่อมล้ำในการบริหารงาน และปัญหาการขาดแคลนแพทย์ การผลิตแพทย์ได้ไม่เหมาะสม

กับความต้องการ ปัญหาเหล่านี้ที่ทวีความรุนแรงยิ่งขึ้นสาเหตุส่วนหนึ่งมาจากโครงสร้างการบริหารงาน ดังนั้นกระทรวงสาธารณสุขจึงได้เสนอให้มีการปรับโครงสร้างกระทรวงเมื่อ พ.ศ. 2513 โดยเสนอแนวคิดไปยังคณะที่ปรึกษาระเบียบบริหารของสำนักนายกรัฐมนตรีเพื่อทำการพิจารณาปรับปรุงส่วนราชการ คณะที่ปรึกษาระเบียบบริหารได้มอบหมายงานไปยังคณะอนุกรรมการที่ปรึกษาระเบียบบริหารให้ทำการวิเคราะห์โครงสร้างการบริหารกระทรวงสาธารณสุขเพื่อหาสาเหตุและปัญหาที่ปรากฏอยู่ในโครงสร้างการบริหาร จากการศึกษาพบว่าปัญหาที่สำคัญ คือ ขาดการประสานงานบริหารที่มีประสิทธิภาพในการบริหารงานสาธารณสุขส่วนภูมิภาค การปฏิบัติงานล่าช้าเพราะไม่มีการกำหนดลักษณะงานอย่างชัดเจน ก่อให้เกิดความสับสนในการปฏิบัติงาน ส่งผลให้งานล่าช้าสิ้นเปลืองงบประมาณ และขาดการหมุนเวียนการบริหารของแพทย์เพื่อความสมดุล คณะอนุกรรมการที่ปรึกษาระเบียบบริหาร เสนอให้ปรับปรุงโครงสร้างการบริหารให้มีลักษณะที่เป็นวงจรต่อเนื่องประสานการปฏิบัติงาน จึงเสนอโครงสร้างใหม่มาให้พิจารณาคือ

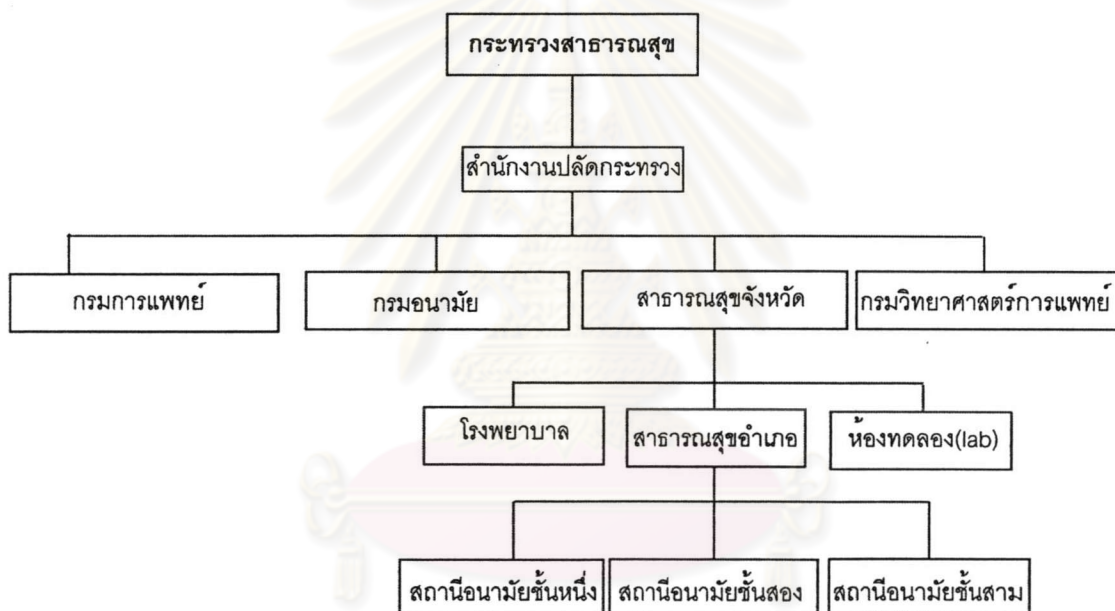
แผนภูมิที่ 2 โครงสร้างการบริหารกระทรวงสาธารณสุขที่ได้รับการพิจารณา พ.ศ. 2513 แบบที่ 1



ที่มา: สาธารณสุข, กระทรวง , อนุสรณ์กระทรวงสาธารณสุขครบรอบ 40 ปี (พ.ศ. 2485-2525) (กรุงเทพฯ :สหประชาพานิชย์, 2525) , หน้า 282 – 284 ..

โครงสร้างแบบที่ 1 นั้นต้องการแบ่งส่วนราชการออกเป็น ส่วนกลางและส่วนภูมิภาค การบริหารส่วนภูมิภาคกรมบริการสาธารณสุขดูแลสาธารณสุขจังหวัด ซึ่งมีหน้าที่บริหารโรงพยาบาลและสถานีอนามัยของจังหวัด สำหรับการบริหารส่วนกลางจัดการบริหารเป็นส่วนวิชาการ ส่วนบริการ และส่วนวิจัย บริหารโดยสำนักงานปลัดกระทรวงฯ ลักษณะการบริหารแบบที่ 1 นี้ช่วยให้ส่วนภูมิภาคมีอำนาจการบริหารมากขึ้น เพื่อให้มีการประสานงานบริหารที่เหมาะสมกับความต้องการของส่วนภูมิภาค และลดขั้นตอนการบริหาร การทำงานซ้ำซ้อนจากส่วนกลาง โดยรวมไว้ที่กรมบริการสาธารณสุข ซึ่งดูแลทั้งด้านการรักษาและอนามัย

แผนภูมิที่ 3 โครงสร้างการบริหารกระทรวงสาธารณสุขที่ได้รับการพิจารณาพ.ศ.2513 แบบที่ 2



ที่มา: สาธารณสุข, กระทรวง, อนุสรณ์กระทรวงสาธารณสุขครบรอบ 40 ปี (พ.ศ. 2485-2525) (กรุงเทพฯ :สหประชาพานิชย์, 2525) , หน้า 282 - 284 .

สำหรับโครงสร้างแบบที่ 2 นี้ได้ให้อำนาจการบริหารส่วนภูมิภาคกับสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข รับผิดชอบดูแลสาธารณสุขจังหวัด และโรงพยาบาล สถานีอนามัยในส่วนภูมิภาคทั้งหมด ส่วนกลางยังคงหน่วยงานแบบเดิม แต่มีหน้าที่ด้านวิชาการและดูแลการสาธารณสุขส่วนกลางเท่านั้น ซึ่งให้อำนาจการบริหารส่วนภูมิภาคของกรมการแพทย์ และกรมอนามัยยุติลง แบบที่ 2 นี้มุ่งแก้ปัญหาการบริหารงานซ้ำซ้อนระหว่างทั้งสองกรมโดยเฉพาะในส่วนภูมิภาค ซึ่งทำให้สิ้นเปลืองงบประมาณการบริหารอย่างมาก

การเสนอขอปรับปรุงโครงสร้างการบริหารกระทรวงสาธารณสุข พ.ศ.2513 ได้รับการปฏิเสธจากทั้งฝ่ายรักษาและฝ่ายอนามัย ฝ่ายอนามัยปฏิเสธแบบที่ 2 ฝ่ายรักษาปฏิเสธทั้งสองแบบ ทั้งสองฝ่ายต่างไม่สามารถหาข้อยุติได้ เพราะแต่ละโครงสร้างการบริหารที่เสนอขึ้นมา มีผลกระทบต่ออำนาจการบริหารของทั้งสองกรม อีกทั้งช่วงระหว่างการพิจารณาโครงสร้างได้เกิดเหตุการณ์ความขัดแย้งระหว่างรัฐมนตรี กับแพทย์สภาในกรณีการลงโทษแพทย์ที่กระทำการผิดจรรยาแพทย์ และหลอกลวงประชาชน จากบทความเรื่อง เกิดขัดแย้งในวงการแพทย์ครั้งใหญ่ กรรมการแพทย์สภา 5 คนลาออกประท้วงรัฐมนตรี ความว่า

เกิดความขัดแย้งในวงการแพทย์ครั้งใหญ่ กรรมการแพทย์สภาลาออกจากตำแหน่งพร้อมกันถึง 5 นาย ประท้วง พล.ต.อ.ประเสริฐ รุจิรวงศ์ รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข สภานายกพิเศษโดยตำแหน่งที่ยับยั้งมติของแพทย์สภากรณีให้ลงโทษนายแพทย์ผู้หนึ่งที่ใช้วิธีการรักษาโรคหลอกลวงประชาชน..เมื่อมติของแพทย์สภาดังกล่าว เสนอขึ้นไปถึง พลตำรวจเอก ประเสริฐ รุจิรวงศ์ รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขในฐานะสภานายกพิเศษแพทย์สภา โดยตำแหน่งพลตำรวจเอกประเสริฐได้ยับยั้งมติของคณะกรรมการแพทย์สภา โดยส่งกลับมาให้พิจารณาใหม่ ซึ่งตามพ.ร.บ.วิชาชีพเวชกรรม มาตรา 19 ให้อำนาจสภานายกพิเศษยับยั้งได้โดยถ้ากรรมการแพทย์สภามีเสียงยืนยันมติถึงสามในสี่ก็ให้ดำเนินการตามมตินั้นได้ ดังนั้นเมื่อวันที่ 24 มิถุนายน ศกนี้ คณะกรรมการแพทย์สภา จึงประชุมพิจารณากันอีกครั้งหนึ่ง ปรากฏว่าได้มีการอภิปรายถกเถียงกันอย่างเคร่งเครียด เป็นเหตุให้กรรมการ 2 ท่าน แสดงความไม่พอใจที่มติของแพทย์สภาถูกยับยั้ง ถึงกับเดินออกจากที่ประชุมและขอลาออกจากตำแหน่งโดยทันที²⁸

เหตุการณ์ความขัดแย้งในแพทย์สภาดังกล่าวน่าจะมีผลให้รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข พล.ต.อ.ประเสริฐ รุจิรวงศ์ ได้ยุติการปรับโครงสร้างกระทรวงสาธารณสุขไว้ก่อนแล้วคงลักษณะเดิมไว้ จากบทความเรื่อง หลังฉกการรวมกรรมการแพทย์และกรมอนามัย โดย หมอแก้ว ความว่า

²⁸สยามรัฐ, 16 กรกฎาคม พ.ศ.2514.

สมัยก่อนการปฏิวัติ 2514 รัฐมนตรีสาธารณสุขได้แก่ พล.ต.อ.ประเสริฐ รุจิรวงศ์ และมีรัฐมนตรีช่วยคือ นายแพทย์สมบุญ ผ่องอักษร ทราบกันในหมู่ข้าราชการกระทรวงสาธารณสุขในสมัยนั้นว่ารัฐมนตรีช่วยกับอธิบดีกรมการแพทย์ไม่ค่อยจะกินเกลียวกันเท่าไรนัก อาจจะเป็นด้วยเหตุนี้ก็เป็นได้ รัฐมนตรีช่วยจึงเสนอแผนปรับปรุงกระทรวงเสียใหม่ โดยยุบทั้งกรมการแพทย์และกรมอนามัยเพื่อจัดตั้งกรมใหม่ แต่เมื่อเสนอแผนนี้ในที่ประชุมกระทรวงก็ได้รับการคัดค้านอย่างหนักจากทุกฝ่ายเพราะเห็นว่าเป็นวิธีรุนแรงโดยวิธีหักด้ามพร้าด้วยเข่า จะเกิดผลเสียมากกว่าผลดี รัฐมนตรีประเสริฐจึงเก็บแผนนี้ใส่ลิ้นชักไว้เสีย 2 ปี²⁹

เมื่อพิจารณาจากความคิดการปรับโครงสร้างการบริหารกระทรวงสาธารณสุข มุ่งแก้ปัญหาการกระจายบริการสาธารณสุขในชนบท ถึงแม้ว่ารัฐบาลสนับสนุนการผลิตบุคลากรทางการแพทย์และขยายสถานพยาบาล ซึ่งหมายรวมถึงการให้งบประมาณ ความร่วมมือจากหน่วยราชการต่างๆ แต่กลับก่อปัญหาที่ซับซ้อน และรุนแรงกว่าเดิม เช่น แพทย์จำนวนมากเดินทางไปต่างประเทศ³⁰ ระบบการบริหารไม่สอดคล้องกับสภาพความเป็นจริง บทบาทของโรงพยาบาลและสถานอนามัยกับงานบริการสาธารณสุข ปัญหาการทำงานซ้ำซ้อนระหว่างหน่วยงาน เป็นต้น

การปรับเปลี่ยนโครงสร้างการบริหารกระทรวงสาธารณสุขต้องหยุดชะงักไปและยังไม่สามารถหาข้อสรุปหรือทำความเข้าใจได้ เพราะเกิดการเปลี่ยนแปลงทางการเมือง คือ จอมพลถนอมจึงทำการรัฐประหารยึดอำนาจตนเองเมื่อวันที่ 17 พฤศจิกายน พ.ศ. 2514 พร้อมยุบสภาพรรคการเมือง รวมถึงยกเลิกรัฐธรรมนูญฉบับ พ.ศ. 2511 โดยจอมพลถนอมบริหารประเทศด้วยธรรมนูญการปกครองราชอาณาจักร พ.ศ. 2515 ด้วยคณะปฏิวัติ

คณะปฏิวัติเข้าบริหารประเทศงานแรกเมื่อพ.ศ.2515 สิ่งที่คณะปฏิวัติให้ความสนใจ คือ การจัดระเบียบ และการปรับปรุงส่วนราชการในกระทรวงต่างๆ โดยตั้งคณะกรรมการปรับปรุงระเบียบราชการบริหารแผ่นดินมี พล.ต.ศิริ สิริโยธิน เป็นประธานคณะกรรมการ คณะกรรมการฯ ได้ปรับปรุงโครงสร้างแบ่งส่วนราชการในกระทรวงสาธารณสุข การปรับโครงสร้างการบริหารสาธารณสุขครั้งนี้มุ่งประสานงานรักษาพยาบาลและงานอนามัยเข้าด้วยกัน ซึ่งสร้างกระแสต่อต้านจากแพทย์อย่างมากถึงขนาดมีการเดินขบวนแสดงความไม่พอใจ เพราะโครงสร้างที่นำกลับมา

²⁹หจข., เอกสารเหตุการณ์ปัจจุบัน, ก/ป8/2515/9 การพิจารณารวมกรมการแพทย์กับกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, สยามรัฐ, 30 พฤษภาคม 2515.

³⁰พ.ศ. 2508 จำนวน 153 คน , พ.ศ. 2509 จำนวน 200 คน , พ.ศ. 2510 จำนวน 250 คน , พ.ศ. 2511 จำนวน 573 คน , พ.ศ. 2512 จำนวน 630 คน

พิจารณาเป็นโครงสร้างที่เคยเสนอเมื่อ พ.ศ.2513 (แบบที่ 1,2) จากบทความเรื่อง หลังจากการรวม
กรมการแพทย์และกรมอนามัย โดย หมอเก่า ความว่า

การปฏิวัติ 2514 คณะปฏิวัติมีเจตนาที่จะปรับปรุงกระทรวงทบวงกรมใหม่
ปลัดกระทรวงสาธารณสุขคนปัจจุบัน...จึงวางแผนปรับปรุงกระทรวงสาธารณสุข
เสียใหม่แผนปรับปรุงนี้มุ่งให้มีการประสานงานกันมากขึ้น...ถูกเก็บเงียบหายไป
อดีตรัฐมนตรีช่วยสมบุญ ผ่องอักษร อดีตข้าราชการกระทรวงสาธารณสุขก็เกิด
เสนอแผนการเดิมที่เคยเสนอไว้...ไปยังคณะปฏิวัติอีก คือให้มีการยุบและรวม
กรมการแพทย์และกรมอนามัยเข้าด้วยกันแล้วตั้งกรมใหม่ ในคณะกรรมการจัด
ระเบียบบริหารซึ่งมีพล.ต.ศิริ สิริโยธิน เป็นหัวหน้าคณะ³¹

การดำเนินงานพิจารณาปรับโครงสร้างการบริหารกระทรวงครั้งนี้ ถึงแม้จะมีจุดประสงค์
เพิ่มประสิทธิภาพการบริหารที่เคยเป็นปัญหาสาธารณสุขมาตลอด แต่ด้วยสถานการณ์ทางการเมือง
ที่คณะผู้ปฏิวัติได้นำการปรับปรุงระเบียบราชการมาปฏิรูปการบริหารราชการ คาดว่าการ
ปฏิรูปครั้งนี้ของคณะปฏิวัติเพื่อการรื้อระบบอำนาจการบริหารให้มีความรัดกุมยิ่งขึ้น และ
สามารถอ้างประโยชน์จากการปฏิรูปว่าเป็นการแก้ปัญหาการบริหารให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น เป็น
การสร้างความปลอดภัยในการบริหารงานของคณะปฏิวัติ จากบทความ การรวมกรมการแพทย์
และกรมอนามัยใครได้ประโยชน์ ความว่า

การเคลื่อนไหวครั้งใหญ่ นับตั้งแต่คณะกรรมการปรับปรุงระเบียบราชการบริหาร
แผ่นดิน ซึ่งมีพล.ต.ศิริ สิริโยธิน เป็นประธานได้ลงมติให้มีการรวมกรมการแพทย์
กับกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุขเข้าด้วยกันเป็นหน่วยงานเดียว...ส่วนที่ล้ำ
สมัยและส่วนที่เกินกว่าความจำเป็นนี้ย่อมจะต้องเป็นเครื่องถ่วงการบริหารราชการ
การมิให้คล่องตัวทันต่อเหตุการณ์หรือมีประสิทธิภาพสมแก่กาลสมัย...เพราะ
ฉะนั้นความต้องการที่จะปรับปรุงระเบียบการบริหารราชการแผ่นดินนั้นจึงเป็น
ความต้องการอันชอบ แต่เรื่องใหญ่เรื่องนี้ คือการปรับปรุงระเบียบบริหารราชการ
การแผ่นดินมิใช่เรื่องใหญ่ธรรมดา มีเรื่องอื่นผูกพันอยู่ด้วย...คณะปฏิวัติได้
แถลงแล้วว่า จะไม่ประกาศใช้ธรรมนูญการปกครองแผ่นดินตลอดจนพิจารณา

³¹หจข., เอกสารเหตุการณ์ปัจจุบัน, ก/ป8/2515/9 การพิจารณารวมกรมการแพทย์กับกรมอนามัย
กระทรวงสาธารณสุข, สยามรัฐ, 30 พฤษภาคม 2515.

ร่างรัฐธรรมนูญใหม่จนกว่าการปรับปรุงระเบียบบริหารราชการแผ่นดินนี้จะเสร็จสิ้นลงและประกาศใช้แล้ว... ตรงนี้แหละสำคัญ... เพราะถ้าการพิจารณาเรื่องนี้ยังเนิ่นนานออกไป ธรรมนูญการปกครองแผ่นดินหรือรัฐธรรมนูญก็จะยิ่งเนิ่นนานออกไปเช่นเดียวกัน... ต่อไปนี้เสียงคนบ่นเสียงคนเรียกร้องรัฐธรรมนูญจะมีมากขึ้นและดังยิ่งขึ้น... รัฐธรรมนูญไปติดอยู่ที่ไหน.. คำตอบนั้นก็คือไปติดอยู่ที่การปรับปรุงระเบียบบริหารราชการแผ่นดิน... การเรียกร้องให้เร่งประกาศรัฐธรรมนูญจะไม่มีผลถ้าหากว่าการปรับปรุงระเบียบบริหารราชการแผ่นดินนี้ยังไม่สำเร็จ³²

คณะที่ปรึกษาระเบียบบริหารเห็นสมควรที่จะนำโครงสร้างแบบที่ 1 มาปฏิบัติ โดยรวมการบริการรักษาและอนามัยเข้าไว้ด้วยกันแล้วตั้งเป็นกรมบริการสาธารณสุข แต่มีกระแสปฏิเสธไม่เห็นด้วยอย่างรุนแรงขนาดที่แพทย์ฝ่ายรักษาทั่วประเทศจะลาออก คณะปฏิวัติจึงยุติด้วยการใช้อำนาจคณะปฏิวัติปรับเปลี่ยนโครงสร้างการบริหารด้วยประกาศคณะปฏิวัติฉบับที่ 216 และ 218 วันที่ 29 กันยายน พ.ศ. 2515 คณะปฏิวัติสั่งให้กระทรวงสาธารณสุขแบ่งส่วนราชการออกเป็น 5 กรมรวมกรมการแพทย์และกรมอนามัยเข้าด้วยกัน เรียกว่า “กรมการแพทย์และอนามัย” วันที่ 27 พฤศจิกายน พ.ศ. 2515 ประกาศของคณะปฏิวัติ ฉบับที่ 291 มีใจความและสาระสำคัญว่า โดยได้มีประกาศของคณะปฏิวัติ ฉบับที่ 218 ให้ร่วมงานของกรมการแพทย์ บางส่วนของกรมอนามัย และงานบางส่วนของสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ขึ้นมาเป็นกรมการแพทย์และอนามัย แล้วนั้น สมควรแบ่งส่วนราชการในกรมการแพทย์และอนามัย กระทรวงสาธารณสุขให้เหมาะสมกับสภาพงาน ดูรายละเอียดจากแผนภูมิที่ 4 โครงสร้างกระทรวงสาธารณสุข พ.ศ.2515

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

³² หจข., เอกสารเหตุการณ์ปัจจุบัน, ก/ป8/2515/9 การพิจารณารวมกรมการแพทย์กับกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, สยามรัฐ, 26 พฤษภาคม 2515.

จากแผนภูมิที่ 4 โครงสร้างกระทรวงสาธารณสุขพ.ศ.2515 ได้นำงานรักษาโรคและป้องกันโรคมารวมกันเป็น "กรมการแพทย์และอนามัย" เพื่อประสานงานรักษาและงานอนามัย ส่งผลให้กรมการแพทย์และอนามัยเป็นศูนย์รวมทั้งอำนาจการบริหาร งบประมาณ และเจ้าหน้าที่ โดยกรมการแพทย์และการอนามัยมีกรมถึง 23 กรม รั้งงบประมาณร้อยละ 92.5 ของทั้งกระทรวง มีเจ้าหน้าที่ร้อยละ 94.69 ของทั้งกระทรวง ความรับผิดชอบของกรมการแพทย์และอนามัยมีมากเกินไปอาจก่อให้เกิดความล่าช้าในการบริหาร

การรวมการบริหารตามโครงสร้างการบริหารกระทรวงสาธารณสุขพ.ศ.2515 ส่งผลกระทบต่อฝ่ายรักษาพยาบาลและฝ่ายอนามัยที่ถูกแบ่งแยกหน้าที่มานานแล้ว เช่น การแต่งตั้ง นพ.เชิด โทณะวณิก อธิบดีอธิบดีกรมการแพทย์เป็นอธิบดีกรมการแพทย์และการอนามัย การโอนที่ทำการอนามัยจังหวัดมาสังกัดสำนักงานนายแพทย์ใหญ่จังหวัด การเปลี่ยนที่ทำการอนามัยอำเภอเป็นโรงพยาบาลอำเภอ เป็นต้น อาจสรุปได้ว่าการเปลี่ยนโครงสร้างครั้งนี้ไม่ได้ทำให้งานรักษาพยาบาลร่วมกับงานป้องกันบรรลุป่าหมายได้ เพราะเป็นการรวมหน่วยงานมาไว้ด้วยกันเท่านั้น และเน้นการบริการอาจโรงพยาบาลเป็นหลักเช่นเดิม การปรับโครงสร้างการบริหารพ.ศ.2515 ส่งผลกระทบต่อการบริหารงานอนามัยอย่างมาก แพทย์อนามัยไม่เห็นด้วยโครงสร้างการบริหารนี้จึงเรียกร้องให้มีการทบทวนโครงสร้างการบริหาร จากบทความเรื่อง อนามัยทั่วประเทศ ประท้วงตั้งข้าราชการกรมแพทย์ ความว่า

ตัวแทนอนามัยอำเภอและจังหวัดทั่วประเทศจำนวน 11 นายได้เข้าพบนายแพทย์โกมล เพ็งศรีทอง ปลัดกระทรวงสาธารณสุขภายหลังได้ทราบประกาศแต่งตั้งผู้บริหารงานใหม่ในกรมการแพทย์และอนามัย ส่วนใหญ่มาจากกรมการแพทย์เดิมแทบทั้งสิ้น โดยไม่มีผู้บริหารจากกรมอนามัยร่วมบริหารด้วยเลย โดยให้ความคิดเห็นและวิตกกังวลว่า งานด้านส่งเสริมสุขภาพอนามัยป้องกันโรคจะถูกทอดทิ้งไป เพราะผู้บริหารงานที่กระทรวงแต่งตั้งไม่มีประสบการณ์มาก่อน อันจะเป็นผลเสียหายแก่ประชาชนและประเทศชาติอันเป็นส่วนรวมจึงขอให้ปลัดกระทรวงสาธารณสุขพิจารณาแต่งตั้งผู้บริหารชั้นสูงของกรมการแพทย์และอนามัยเสียใหม่ เพื่อรักษาคุณภาพงานด้านรักษาและป้องกันโรคไว้ให้มากที่สุด นายแพทย์ใหญ่ประจำจังหวัดควรได้รับการแต่งตั้งจากแพทย์ระดับบริหารในจังหวัดของกรมการแพทย์ และอนามัยเดิมจำนวนเท่าเทียมกัน แต่ผู้ที่ได้รับการ

แต่ตั้งมากจากกรมการแพทย์จะต้องรับการฝึกอบรมให้รู้งานด้านป้องกันโรคเสียก่อน"³³

สภาพการบริหารงานสาธารณสุขระยะ พ.ศ. 2501 –2516 ของกระทรวงสาธารณสุขมีการปรับโครงสร้างการบริหารเพื่อจัดระบบการปฏิบัติงานและแก้ไขปัญหาที่เกิดจากระบบการบริหาร ในช่วงการปกครองของรัฐบาลเผด็จการโครงสร้างของกระทรวงสาธารณสุขถูกปรับปรุงถึง 2 ครั้ง โครงสร้างการบริหาร พ.ศ. 2502 สัมพันธ์กับการรวบอำนาจบริหารของผู้นำ ทำให้กรมมหาวิทยาลัยแพทยศาสตร์ถูกยุบ ส่งผลสำคัญ คือ โครงสร้างการบริหารของกระทรวงสาธารณสุขไม่มีการเชื่อมโยงระหว่างผู้ใช้แพทย์กับผู้ผลิตแพทย์ กระทรวงสาธารณสุขไม่สามารถเข้าไปจัดการกับการเรียนการสอนของมหาวิทยาลัยแพทยศาสตร์ได้เลย ทั้งที่การผลิตแพทย์และการใช้แพทย์ควรสอดคล้อง สนับสนุนซึ่งกันและกัน ทำให้แพทย์ที่จบการศึกษาเหมาะที่จะเป็นแพทย์ในโรงพยาบาลมากกว่าเป็นแพทย์ในสถานีนอามัย

นอกจากนั้นโครงสร้างการบริหารที่เหลืออยู่มีลักษณะที่เน้นไปกับการรักษาพยาบาล เป็นการเสริมบทบาทแพทย์เฉพาะทาง ซึ่งเป็นลักษณะการเรียนการสอนของมหาวิทยาลัยแพทย์ปัจจุบัน ในส่วนของงานป้องกันผ่านสถานีนอามัยต่างๆ บางแห่งก็ไม่มีเจ้าหน้าที่พร้อมทำงาน ในขณะที่เดียวกันรัฐบาลสนับสนุนการบริหารงานสาธารณสุขที่ร่วมกับโครงการพัฒนา ซึ่งใช้เจ้าหน้าที่จำนวนมาก ทำงานรวดเร็วแต่ได้ผลอย่างฉาบฉวย และเปลืองงบประมาณ

กระทรวงสาธารณสุขบริหารงานด้วยโครงสร้างดังกล่าวมาถึง พ.ศ. 2515 การปรับโครงสร้างครั้งนี้ร่วมอยู่ในการปรับการบริหารกระทรวง ทบวง กรม ของคณะปฏิวัติของจอมพลถนอม และเป็นการนำแนวคิดการรวมงานรักษาพยาบาลร่วมกับงานป้องกันเพื่อแก้ไขจุดอ่อนของการบริหารสาธารณสุขมาเป็นหลัก แต่การปรับโครงสร้างกระทรวงสาธารณสุขพ.ศ.2515 กลับทำให้กระทรวงสาธารณสุขมีลักษณะเน้นการบริหารที่กรมการแพทย์และอนามัย และมีขนาดหน่วยงานใหญ่เกินไป แต่นโยบายหรือหลักเกณฑ์ยังคงเหมือนเช่นเดิม ฉะนั้นการปรับโครงสร้างการบริหารของกระทรวงสาธารณสุขพ.ศ.2515 จึงเป็นการแก้ไขเฉพาะหน้า

³³สยามรัฐ, 4 ตุลาคม 2515.

4.4 การบริหารงานสาธารณสุขหลังเหตุการณ์ 14 ตุลา 2516

การปรับโครงสร้างการบริหาร พ.ศ.2517

รูปแบบการปรับปรุงส่วนราชการ พ.ศ.2515 ที่กล่าวมาแล้ว เป็นการรวมกรมการแพทย์ และกรมอนามัยเป็นกรมเดียวกัน หลังจากการเปลี่ยนแปลงทางการบริหารประเทศเหตุการณ์ 14 ตุลาคม 2516 รัฐบาลนายสัญญา ธรรมศักดิ์ ได้กำหนดนโยบายสาธารณสุขไว้ดังนี้

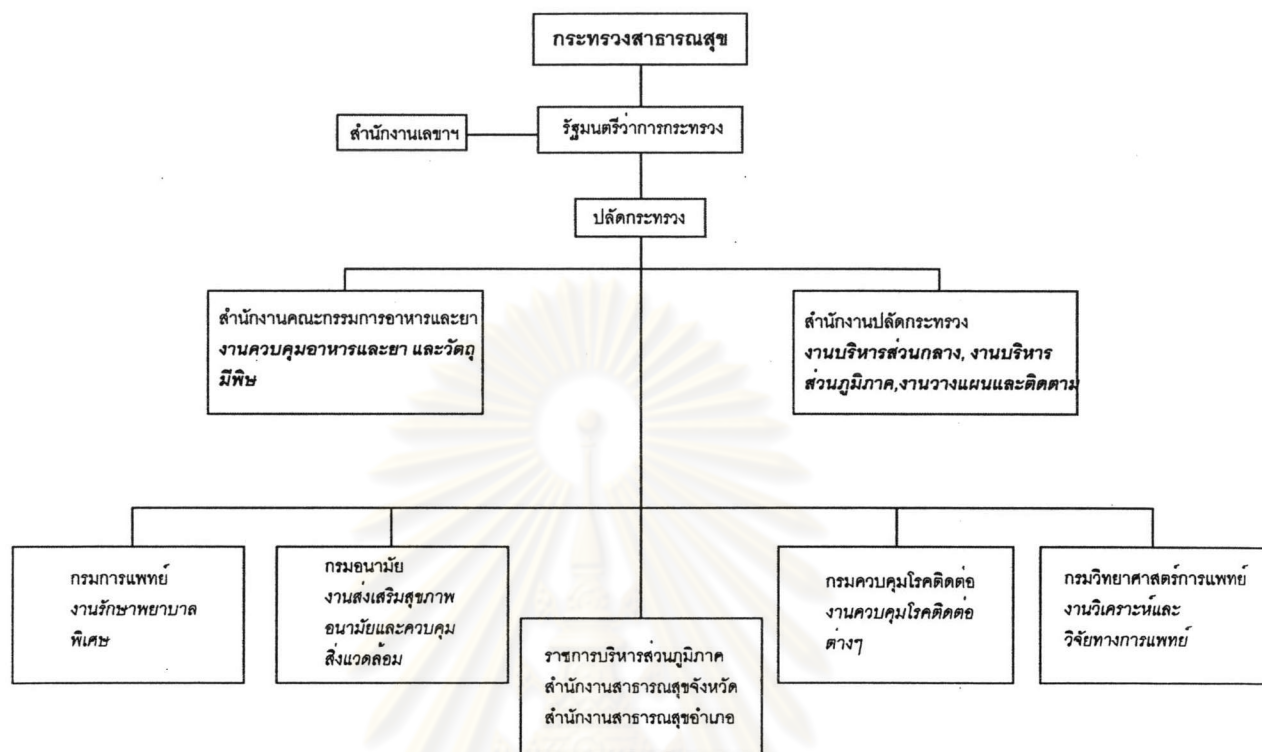
รัฐบาลนี้ จะให้บริการสาธารณสุขด้านส่งเสริม ป้องกัน และรักษาถึงประชาชน โดยเฉพาะในชนบทจะเร่งรัดปรับปรุงระบบการสาธารณสุขในส่วนราชการที่เกี่ยวข้อง รวมทั้งเอกชน และประชาชนผนึกกำลังกันแก้ปัญหาสาธารณสุขได้อย่างมีประสิทธิภาพ จะมอบอำนาจหน้าที่การบริหารงานส่วนภูมิภาค เพื่อให้ทรัพยากรที่มีจำกัดอำนวยประโยชน์สูงสุดแก่สังคม³⁴

ศาสตราจารย์ นพ.อุดม โปษกฤษณะ รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขได้สั่งให้แต่งตั้งคณะทำงานขึ้นคณะหนึ่งเพื่อพิจารณาปรับปรุงส่วนราชการ มีนพ.สมบูรณ์ วัชรวิทย์ รองปลัดกระทรวงสาธารณสุข เป็นประธาน และนพ.ยุทธนา ศุขสมิติ ผู้อำนวยการกองแผนงานสาธารณสุข เป็นเลขานุการประกอบด้วยผู้แทนกรมต่างๆ รองปลัดกระทรวง สาธารณสุขจังหวัด นายแพทย์ไพโรจน์ นิงสานนท์ ผู้อำนวยการกองฝึกอบรมรวมทั้งสิ้น 11 ท่าน ให้ทำการจัดทำรูปการบริหารงานของกระทรวงสาธารณสุขที่มีความเหมาะสม และก่อให้เกิดสมรรถนะในการปฏิบัติหน้าที่ให้เป็นไปตามนโยบายของรัฐบาลให้แล้วเสร็จภายใน 1 เดือน แล้วเสนอให้รัฐมนตรีว่าการฯ เพื่อพิจารณาสั่งการต่อไป

กระทรวงสาธารณสุขได้เสนอขอปรับปรุง และจัดส่วนราชการใหม่ไปยังคณะรัฐมนตรี คณะรัฐมนตรีได้พิจารณาข้อเสนอของกระทรวงสาธารณสุข เมื่อวันที่ 12 กุมภาพันธ์ พ.ศ.2517 มีมติรับหลักการและได้สั่งให้ที่ปรึกษาระเบียบบริหารของนายกรัฐมนตรี และกรรมการกฤษฎีกาพิจารณา ในวันที่ 18 กันยายน พ.ศ.2517 ก็ได้มีพระราชบัญญัติแก้ไขประกาศคณะปฏิวัติ ฉบับที่ 219 ลงวันที่ 29 กันยายน พ.ศ. 2515 (ฉบับที่ 3) พ.ศ. 2517 โดยแยกกรมการแพทย์และอนามัยออกจากกัน เป็น " กรมการแพทย์ " และ " กรมอนามัย " อีก

³⁴กระทรวงสาธารณสุข, อนุสรณ์กระทรวงสาธารณสุขครบรอบ 40 ปี (พ.ศ. 2485-2525), หน้า 6.

แผนภูมิที่ 5 โครงสร้างการบริหารกระทรวงสาธารณสุข พ.ศ.2517



ที่มา: สาธารณสุข, กระทรวง, อนุสรณ์กระทรวงสาธารณสุขครบรอบ 40 ปี (พ.ศ. 2485-2525) (กรุงเทพฯ :สหประชาพานิชย์, 2525) , หน้า 309.

จากการปรับโครงสร้างกระทรวงสาธารณสุข พ.ศ.2517 ได้จัดการบริหารตามลักษณะดังนี้ การบริหารส่วนกลาง การบริหารส่วนภูมิภาค งานวางแผนติดตามผล งานบริหารทั้งหมดให้อยู่ภายใต้การอำนวยการของปลัดกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งจะทำหน้าที่ตัดสินใจบังคับบัญชา สั่งการประสานงานกับกรมต่างๆ สำหรับราชการบริหารส่วนกลาง นอกจากจะมีสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขสำหรับการวางแผน และบริหารแล้ว ยังมีกรมการแพทย์ กรมอนามัย กรมควบคุมโรคติดต่อ และกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ เพื่อทำหน้าที่เน้นหนักด้านวิชาการหรือพัฒนาเทคโนโลยี ส่งเสริมประสิทธิภาพของการบริหาร นอกจากนี้ก็ยังมีคณะกรรมการบริหารขึ้นอีก 1 คณะ ได้แก่ สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา ราชการบริหารส่วนภูมิกาศนั้นได้จัดให้มีนายแพทย์ใหญ่จังหวัดเป็นผู้ดูแลบังคับบัญชาหน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขทั้งหมดที่ตั้งอยู่ และมีหน้าที่ให้บริการในระดับจังหวัด โดยเปลี่ยนชื่อมาจาก “อนามัยจังหวัด” เป็น “นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด” ทำหน้าที่สอดคล้องกับส่วนกลาง

การปรับปรุงโครงสร้างการบริหารครั้งนี้ต้องการให้หน่วยงานปฏิบัติงานได้เหมาะสมกับสภาพของปัญหาที่กระทรวงสาธารณสุขรับผิดชอบ คือ ในส่วนภูมิภาคให้นายแพทย์สาธารณสุข

จังหวัดมีอำนาจบริหารรับนโยบายการบริหารไปจากกระทรวงสาธารณสุขมากยิ่งขึ้น สำหรับส่วนกลางได้แบ่งงานให้กรมต่างๆ รับผิดชอบงานอย่างมีสมดุล มีข้อขยายการควบคุมงานรัดกุมไม่กว้างใหญ่เกินไป เพื่อการบริหารงานที่เป็นเอกภาพ ทั้งการควบคุมและการขยายบริการที่เหมาะสมและมีประสิทธิภาพ

เมื่อเปรียบเทียบกับโครงสร้างการบริหารกระทรวงสาธารณสุข พ.ศ.2515 กับการบริหารกระทรวงสาธารณสุข หลังการปรับเปลี่ยนโครงสร้าง พ.ศ.2517 แล้ว แสดงให้เห็นว่ากระทรวงสาธารณสุขมีความพยายามตั้งอำนาจบริหารที่เคยเป็นของกรมต่างๆ ให้ปลัดกระทรวงฯ มีอำนาจบริหารแทน เพื่อบริหารส่วนภูมิภาคโดยมอบให้นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด ผ่านทางผู้ว่าราชการจังหวัด และรวมถึงอำนาจการบริหารทรัพยากร และงบประมาณนั้น ปลัดกระทรวงฯ มีอำนาจในการจัดสรรงบประมาณให้เป็นไปตามความต้องการของจังหวัดหรือส่วนภูมิภาค

ตารางที่ 4.5 งบประมาณกระทรวงสาธารณสุข และร้อยละของงบประมาณรายจ่ายของประเทศ ระหว่าง พ.ศ.2516-2522 (หน่วย: ล้านบาท)

ปี(พ.ศ.)	จำนวน	ร้อยละ
2516	1,023.2	3.2
2517	1,113.6	3.1
2518	1,547.4	3.06
2519	2,725.3	4.35
2520	3,520.6	5.12
2521	3,405.7	4.2
2522	4,206.8	4.32

ที่มา: ยุทธนา สุขมิตติ, "การพัฒนาสาธารณสุขในแต่ละช่วงเวลาของแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 1-4 , สาธารณสุข," ใน อนุสรณ์กระทรวงสาธารณสุขครบรอบ 40 ปี (พ.ศ. 2485 – 2525), หน้า 263 - 265.

จากตารางแสดงถึงงบประมาณที่กระทรวงสาธารณสุขได้รับจัดสรรนั้น ถึงแม้ว่ากระทรวงสาธารณสุขจะมีการปรับเปลี่ยนการบริหาร แต่รัฐบาลก็ยังไม่สามารถเพิ่มงบประมาณมากไปกว่าเดิมได้ อย่างไรก็ตามการปรับโครงสร้างการบริหารสาธารณสุข ทำให้การบริหารงานไม่ซ้ำซ้อน ประสานการปฏิบัติงานเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการทำงาน และการบริหารงบประมาณให้สามารถดำเนินการให้เกิดประโยชน์สูงสุด

ตารางที่ 4.6 งบประมาณกระทรวงสาธารณสุขตามประเภทบริการระหว่าง พ.ศ.2516 - 2522

(หน่วย : ล้านบาท)

ปี (พ.ศ.)	การบริหาร	ร้อยละ	การรักษา	ร้อยละ	การป้องกัน	ร้อยละ	อื่นๆ	ร้อยละ
2516	72.3	7.0	441.0	43.1	168.8	16.5	55.7	5.5
2517	81.6	7.3	542.3	48.7	235.4	21.1	58.3	5.3
2518	50.0	3.2	782.5	50.6	352.7	22.8	78.3	5.1
2519	69.9	2.6	1,998.7	73.3	313.1	11.5	123.5	4.5
2520	62.1	1.8	2,053.0	58.3	606.8	18.9	143.1	4.1
2521	64.2	1.9	2,004.5	58.9	611.9	17.9	171.6	5.0
2522	79.2	1.9	2,252.9	53.5	868.3	20.6	264.5	6.3

ที่มา: ยุทธนา ศุขมิต, "การพัฒนาสาธารณสุขในแต่ละช่วงเวลาของแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 1-4 , สาธารณสุข," ใน อนุสรณ์กระทรวงสาธารณสุขครบรอบ 40 ปี (พ.ศ. 2485 – 2525) (กรุงเทพฯ: สหประชาพานิชย์, 2525), หน้า 267.

ปฏิริยาของข้าราชการกระทรวงสาธารณสุขต่อการปรับโครงสร้างการบริหารกระทรวงครั้งนี้มีทั้งฝ่ายที่เห็นด้วย และฝ่ายที่ไม่เห็นด้วย และได้แสดงความคิดเห็นหลากหลายรูปแบบ เช่น การทำเอกสารชี้แจงเหตุผลแจกเพื่อจูงใจให้เห็นตามแนวคิดของกลุ่มแพทย์กว่า 70 คนที่เดินทางมาพบรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข เพื่อประท้วงว่าจะลาออกหากทำการเปลี่ยนโครงสร้างการบริหาร ส่วนพยาบาลและผดุงครรภ์กว่า 600 คนเดินทางมาชุมนุมแสดงการสนับสนุนการปรับโครงสร้างการบริหารครั้งนี้ อาจกล่าวได้ว่าความคิดเห็นที่แตกต่างกันนั้นมาจากผลประโยชน์ที่ได้รับและสูญเสียจากโครงสร้างการบริหารกระทรวง พ.ศ.2517 การที่แพทย์แสดงความไม่เห็นด้วยน่าจะมีเหตุมาจากการที่ทุกกรมต่างมีหน่วยระดับภูมิภาคยกเว้นกรมการแพทย์กรมเดียว ถึงแม้จะมีโรงพยาบาลขนาดใหญ่ มีการพัฒนาทางวิชาการหลายสาขา แต่ก็ตั้งอยู่เฉพาะกรุงเทพ มีโรงพยาบาลในระดับส่วนภูมิภาคบางแห่งแต่ก็เป็นโรงพยาบาลโรคจิตเท่านั้น ส่วนภูมิภาคการบริหารรักษาพยาบาลนั้น มีโรงพยาบาลจังหวัด และศูนย์การแพทย์และอนามัย ซึ่งอยู่ในการบริหารของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดที่สังกัดปลัดกระทรวงฯ และได้รับการสนับสนุนจากกองโรงพยาบาลภูมิภาค ซึ่งเป็นกองด้านบริหาร สังกัดสำนักงานปลัดกระทรวง ส่งผลให้บทบาทด้านการรักษาพยาบาลของกรมการแพทย์อยู่ในวงจำกัด

การสาธารณสุขมูลฐาน พ.ศ. 2520

การสาธารณสุขมูลฐาน หมายถึง การที่จะทำให้ประชาชนได้รับบริการสาธารณสุขอย่างทั่วถึง ตลอดจนมีส่วนร่วมในการดำเนินการและพัฒนาการสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข จะต้องดำเนินงานนี้ให้ครอบคลุมพื้นที่ทั่วประเทศ ตามนโยบายการบริหารใน พ.ศ.2517 ที่มุ่งกระจายการบริหารส่วนภูมิภาค ดังนั้นกระทรวงสาธารณสุขจึงเน้นการปฏิบัติงานเพื่อก่อให้เกิดความร่วมมือของชุมชนในการพัฒนาสุขภาพอนามัยของประชาชนในระดับหมู่บ้าน อันได้แก่ สำนักงานสาธารณสุขมูลฐาน (สสม.) ซึ่งเป็นหน่วยงานระดับกอง ในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวง ให้มีหน้าที่ในการแก้ปัญหาการขาดความร่วมมือของชุมชน โดยเฉพาะระดับหมู่บ้านในการแก้ปัญหาสาธารณสุข และปัญหาสุขภาพอนามัยของประชาชน

เนื่องจากปัญหาการกระจายบริการสาธารณสุขสู่ประชาชน ทำให้มีความพยายามส่งเสริมให้ประชาชนมีความรู้ทางสาธารณสุข สามารถพึ่งพาตนเองได้เบื้องต้น และดำรงชีวิตให้ถูกสุขลักษณะเพื่อหลีกเลี่ยงการเกิดโรคต่างๆ จึงเกิดงานสาธารณสุขมูลฐาน ซึ่งมีบทบาทที่สำคัญในการช่วยเหลือประชาชนในขณะที่ยังการบริการสาธารณสุขของภาครัฐไม่สามารถบริการได้ทั่วถึง โดยส่งเสริมให้ประชาชนช่วยการทำงานของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข เมื่อเกิดโรคระบาดให้ความรู้ด้านสุขภาพ และอนามัยแม่และเด็ก เพราะประชาชนในชุมชนคือผู้รู้และเข้าใจชุมชนของตนได้ดีที่สุด เพราะฉะนั้นการสาธารณสุขมูลฐานถือว่าเป็นความร่วมมือของชุมชนเพื่อชุมชนเองเป็นครั้งแรก ความสำคัญของความร่วมมือของชุมชน คือ การที่ประชาชนตระหนักต่อปัญหาของท้องถิ่นตนเอง ชุมชนจะต้องรวมตัวกันวางแผนแก้ปัญหาต่างๆด้วยตนเอง โดยใช้ทรัพยากรแรงงานในชุมชนตัวเอง การดำเนินการในรูปแบบของชุมชนเอง เพื่อเป็นหน่วยงานแก้ปัญหาทางสาธารณสุขด้วยชุมชน เพื่อชุมชนสามารถยืนหยัดด้วยตนเอง

พัฒนาการบริหารงานสาธารณสุขในประเทศไทยนี้ยังมีปัญหาเรื้อรังที่สำคัญ คือ การกระจายการบริหารสู่ชุมชน เพราะเทคโนโลยี และความรู้ทางสาธารณสุขส่วนใหญ่จะกระจุกตัวอยู่แต่กรุงเทพฯหรือหัวเมืองใหญ่ๆ เป็นการยากที่ชุมชนต่างๆจะสามารถรับบริการนี้ได้เต็มที่ ดังนั้นจึงมีการเสนอหนทางแก้ไขปัญหาดังกล่าวหลากหลายวิธี การสาธารณสุขมูลฐานเป็นอีกวิธีหนึ่งที่ได้เสนอให้ชุมชนนั้นมีส่วนร่วมในการสาธารณสุขเบื้องต้นของชุมชนตนเอง ซึ่งถือว่าเป็นวิธีการที่สร้างความเปลี่ยนแปลงให้กับการจัดสรรบทบาทและอำนาจในการบริหารงานสาธารณสุข และกลายเป็นก้าวสำคัญในพัฒนาการบริหารงานสาธารณสุขในประเทศไทย

การสาธารณสุขมูลฐานเกิดจากความพยายามของรัฐโดยกระทรวงสาธารณสุข ที่ต้องการสร้างระบบการให้บริการสาธารณสุขให้มีความร่วมมือกับหน่วยงานอื่นๆเพื่อลดงบประมาณทดลองดำเนินงานในจังหวัดพิษณุโลกระหว่าง พ.ศ. 2507-2511 และจังหวัดเชียงใหม่ พ.ศ. 2511-2514 เพื่อพัฒนาความสามารถการให้บริการของศูนย์สาธารณสุขระดับตำบลโดย

เฉพาะงานด้านการป้องกันโรคติดต่อต่างๆ แต่ไม่สามารถขยายบริการสู่ประชาชนตามเป้าหมาย ดังนั้นกระทรวงสาธารณสุขจึงปรับกลยุทธ์โดยหาอาสาสมัครจากชุมชนเข้ามาช่วยเหลือการปฏิบัติงานของรัฐส่งผลให้เกิดโครงการที่สารภี จังหวัดเชียงใหม่ มีอาสาสมัครจากชุมชนแบ่งเป็น 2 ประเภท คือ ผู้สื่อข่าวสาธารณสุข (ผสส.) อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.)

อาสาสมัครทั้งสองประเภทนี้ได้รับการฝึกอบรมและได้รับการพัฒนาให้มีความสามารถที่จะช่วยเหลือแก้ปัญหา และให้คำแนะนำแก่คนในชุมชนให้สามารถบริการการรักษาโรค การป้องกันโรค และการส่งเสริมสุขภาพอนามัยต่างๆ ในหมู่บ้านหนึ่งๆจะมี อสม. 1 คนและมีผสส. ประมาณ 10 คน ซึ่งมีหน้าที่แตกต่างกัน คือ ผสส. มีหน้าที่เป็นศูนย์กลางของการสื่อสารข้อมูลทางด้านสาธารณสุขระหว่างเจ้าหน้าที่สาธารณสุขของภาครัฐและชุมชน อีกทั้งให้ความช่วยเหลือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขให้สามารถปฏิบัติหน้าที่เต็มที่ ส่วน อสม. ก็คือ ผสส. ที่ได้รับการฝึกอบรมเพิ่มเติมในด้านการให้บริการขั้นพื้นฐานฝึกเพิ่มประมาณ 2-4 สัปดาห์ อสม. จะสามารถรักษาอาการเจ็บป่วยในพื้นที่พบโดยทั่วไปได้ และสามารถคิดค่ารักษาให้ไม่แพงนัก ต่อมาได้ขยายโครงการอีกหลายแห่ง เช่น โครงการโคโรนา โครงการลำปาง โครงการสะเมิงและโครงการสงขลา โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบของระบบการให้บริการสุขภาพที่มีประสิทธิภาพ ราคาถูก และครอบคลุมประชากรโดยการปฏิบัติงานของผสส. อสม. ผดุงครรภ์โบราณและการฝึกเวชเพื่อช่วยดำเนินงานในสถานีนอนามัยประจำตำบล จากโครงการเหล่านี้นำไปสู่การดำเนินการทางสาธารณสุขระดับตำบลโดย ผสส. และอสม. ทั่วประเทศ

ความสำคัญอย่างหนึ่งของการผลิต ผสส. และอสม. ก็เพื่อช่วยเหลือการปฏิบัติงานของราชการให้เข้าถึงประชาชนด้วยสมาชิกของในชุมชนเอง ส่งผลให้ภาครัฐสนับสนุนให้มีการผลิตอาสาสมัครของชุมชนเพิ่มมากขึ้น เช่น ในกองทัพภาคที่ 2 ได้ฝึกอบรมหม้ออาสาหมู่บ้านขึ้น เพื่อให้บริการทางด้านการรักษาพยาบาลแก่ชาวบ้านในหมู่บ้านที่อยู่ในเขตการแทรกซึมภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ในลักษณะที่เป็นกลยุทธ์ที่จะต่อสู้กับการดำเนินงานของพรรคคอมมิวนิสต์แห่งประเทศไทย ซึ่งหม้ออาสาสมัครหมู่บ้านดังกล่าว จะได้รับการฝึกอบรมทางด้านการรักษาเป็นหลักมากกว่าการฝึกอบรมของอสม.

จากโครงการปฏิบัติงานของผสส. และอสม.โดยกระทรวงสาธารณสุขนั้นได้ขยายผลเป็นโครงการสาธารณสุขมูลฐานระดับชาติ เมื่อพ.ศ.2520 ได้บรรจุไว้ในแผนพัฒนาสาธารณสุข ฉบับที่ 4 โดยให้ยึดโครงการผสส. และอสม.เป็นหลักของแผนพัฒนาสาธารณสุข ในปีพ.ศ.2521 องค์การอนามัยโลกในการประชุมสมัชชาสมัชชาที่ 81 ณ เมืองอัลมาอตา (Alma-Ata) ประเทศสหภาพ

โซเวียต เมื่อวันที่ 6-12 กันยายน พ.ศ.2521 ได้มีมติเกี่ยวกับการสาธารณสุขมูลฐาน (Primary Health Care)

สำนักงานสาธารณสุขมูลฐานของประเทศไทยได้กำหนดวัตถุประสงค์ดังนี้ เพื่อขยายการครอบคลุมการบริการสุขภาพต่างๆ ให้ถึงประชาชนในชนบทที่ขาดแคลนบริการ มุ่งใช้ประโยชน์จากทรัพยากรในชุมชน ปลูกเร้าให้มีการร่วมมือจากชุมชนในงานพัฒนาสุขภาพ ส่งเสริมให้มีการกระจายข่าวสารและข้อมูลทางสาธารณสุขเข้าสู่ประชาชนในท้องถิ่น และในขณะเดียวกันให้มีการรวบรวมข้อมูลข่าวสารที่จะสะท้อนให้เห็นถึงความต้องการและปัญหาสาธารณสุขทั้งส่วนบุคคลและชุมชนเข้ามาสู่เจ้าหน้าที่สาธารณสุข เพื่อให้มีการสาธารณสุขขั้นพื้นฐานทุกประเภทพร้อมที่จะบริการประชาชนได้ในลักษณะที่ทุกคนยอมรับเข้าใจ และเหมาะสมกับสภาพเศรษฐกิจและสังคมของชุมชน และเพื่อแก้ปัญหาการบริโภคยาที่ไม่ถูกต้องเหมาะสมและการบริโภคเกินความจำเป็นในหมู่ประชาชน

การสาธารณสุขมูลฐานมีหลักการที่เสนอให้ประชาชน และชุมชนร่วมมือกับรัฐบาล เพื่อพัฒนางานสาธารณสุขให้เหมาะสมกับความต้องการของประชาชน และแก้ปัญหาการกระจายทรัพยากร และการบริการสาธารณสุขที่มีความเหลื่อมล้ำกันอย่างไม่เป็นธรรมในสังคมไทย ซึ่งถือว่าเป็นนโยบายที่น่าชื่นชมหากประสบความสำเร็จ เพราะจะเป็นการเพิ่มศักยภาพแก่ประชาชนให้สามารถดูแลเอาใจใส่ต่อสุขภาพ และคุณภาพชีวิตของตนเอง แต่การปฏิบัติงานโครงการสาธารณสุขมูลฐานยังมีข้อจำกัดหลายประการ เช่น ปัญหาการมีส่วนร่วมของชุมชน บทบาทของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขต่อชุมชน และปัญหาการขาดการประสานงานกับโรงพยาบาลในส่วนภูมิภาค อีกทั้งรัฐบาลเองไม่ได้สนับสนุนการปฏิบัติงานอย่างจริงจัง เพราะรัฐบาลได้ใช้ประโยชน์จากโครงการสาธารณสุขมูลฐาน เพื่อดูแลสอดส่องความเป็นอยู่ของประชาชนในระดับหมู่บ้านและขยายระบบการบริหารงานราชการ ฉะนั้นโครงการสาธารณสุขมูลฐานจึงเป็นโครงการที่จัดทำขึ้นอย่างฉาบฉวยและไม่มีผลอย่างที่คาดหวัง

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย