



บทที่ 2

วรรณคดีที่เกี่ยวข้อง

บทนำ

การเจ็บป่วยเป็นความจริงของชีวิตมนุษย์ทุกคน ไม่มีใครสามารถหลีกเลี่ยงได้ และคนทุกคนก็ต้องการให้ตนเองมีสุขภาพอนามัยที่สมบูรณ์ทั้งร่างกายและจิตใจ เพื่อจะได้ประกอบภารกิจที่แต่ละคนมีอยู่อย่างปกติสุข ดังนั้นการสาธารณสุขจึงเป็นสิ่งที่จะต้องไปกับการดำเนินชีวิตของคนทุกคน เพราะการสาธารณสุขหมายถึงการทำให้ประชากรทุกคนมีความสุขสมบูรณ์พร้อมทั้งทางร่างกายและจิตใจ และสามารถดำรงชีวิตอยู่ในสังคมควยดี¹ ถ้ากล่าวให้เฉพาะเจาะจงยิ่งขึ้นการสาธารณสุขหมายถึงกิจกรรมต่าง ๆ ที่เกี่ยวกับการรักษาโรค (curation) การป้องกันโรค (prevention) และการส่งเสริมสุขภาพ (promotion) ให้กับประชาชนทุกคน² อีกนัยหนึ่งโรคภัยไข้เจ็บเป็นศัตรูสำคัญที่ก่อให้เกิดพัฒนาการทางสาธารณสุข

2.1 ความเป็นมาของการสาธารณสุขไทย

ก่อนที่การสาธารณสุขแผนใหม่จะแพร่เข้ามาในประเทศไทย คนไทยเราจัดการเกี่ยวกับโรคภัยไข้เจ็บของตนเอง ด้วยวิธีการพื้นบ้านดั้งเดิม ซึ่งได้แก่การหาหมอยาไทย หมอตำแย หรือหมอแผนโบราณ ซึ่งบุคคลากรประเภทต่าง ๆ เหล่านี้อาจจะเป็นชาวบ้าน ครู หรือ พระที่มีความรู้เกี่ยวกับยาและสมุนไพรต่าง ๆ ผู้ป่วยสามารถเข้าถึงบุคคลเหล่านี้ได้โดยง่าย เพราะมีทั่วไปทุกชุมชนและมักจะคุ้นเคยกันดีกับชาวบ้าน ส่วนการรักษาหายหรือไม่เป็น เรื่องของกรรมชาติ³ จุดเด่นของการรักษาแผนโบราณ คือ

¹ ยุทธนา ศุขสมิต, แนวทางการพัฒนาสาธารณสุขระยะยาว. (พระนคร: โรงพิมพ์สามเจริญพานิช, 2522), หน้า 3.

² สิมปิติ จันทรวงศ์ และ รังสรรค์ ชนะพรพันธุ์ รักเมืองไทย, เล่ม 1: ภาคการสาธารณสุขเพื่อมวลชน (กรุงเทพฯ: ไทยวัฒนาพานิช, 2519), หน้า 15.

³ เรื่องเดียวกัน, หน้า 121.

เป็นระบบที่เข้าถึงประชาชนได้ง่าย เมื่อยามที่มีความต้องการ เพราะมีอยู่ทั่วไป แม้แต่คนยากจนก็สามารถใช้บริการนี้ได้ เพราะราคามักไม่แพง นอกจากนั้นยังไม่มีปัญหาในเรื่องมนุษยสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยและผู้รักษาอีกด้วย ซึ่งแตกต่างจากการสาธารณสุขแผนใหม่ที่ประสบปัญหามากมาย คงจะโกลาหลต่อไป

การสาธารณสุขแผนใหม่ในประเทศไทยถูกผลักดันให้เกิดขึ้นจากความมุ่งหมายที่จะกำจัดโรคระบาดที่เกิดขึ้นบ่อย ๆ และทำลายชีวิตของประชาชนไปเป็นจำนวนมาก โดยที่หมอมลัดเดย์ได้นำเอาวิธีการปลูกฝีป้องกันโรคไข้ทรพิษ เข้ามาใช้ในประเทศไทยเป็นครั้งแรกในปี พ.ศ. 2385 กิจกรรมนี้พอโรคสงบก็ล้มเลิกไป ต่อมาเกิดโรคอหิวาต์ระบาดขึ้นในปี พ.ศ. 2424 ในสมัยของรัชกาลที่ 5 ได้มีการตั้งโรงพยาบาลชั่วคราวขึ้น 48 แห่ง เพื่อกำจัดโรคนี้ พอโรคสงบลงโรงพยาบาลเหล่านี้ก็ถูกล้มเลิกไปเช่นกัน ต่อมาในปี พ.ศ. 2429 รัชกาลที่ 5 ได้ทรงพระกรุณาโปรดเกล้าฯ ให้ดำเนินการสร้างโรงพยาบาลถาวรขึ้นในพระนคร ซึ่งก็คือโรงพยาบาลศิริราชได้เปิดดำเนินการ เมื่อวันที่ 26 เมษายน พ.ศ. 2431 หลังจากนั้นก็ได้มีการสร้างโรงพยาบาลขึ้นอีกหลายแห่งในพระนคร

ส่วนราชการที่ทำหน้าที่เกี่ยวกับการสาธารณสุข เป็นครั้งแรก คือ กรมพยาบาล² ซึ่งตั้งขึ้นในปี พ.ศ. 2431 ทำหน้าที่ควบคุมกิจการโรงพยาบาลต่าง ๆ จัดการศึกษาแพทย์ และจัดดำเนินการปลูกฝีให้กับประชาชน เป็นต้น กรมนี้สังกัดอยู่ในกระทรวงพระธรรมการ และถูกยุบเลิกไปในปี พ.ศ. 2454 ในปี พ.ศ. 2461 รัชกาลที่ 6 ทรงโปรดให้รวมกิจการสุขาภิบาลซึ่งแยกอยู่หลายกระทรวง เขาคงด้วยกัน แล้วตั้งเป็นกรมสาธารณสุขขึ้นอยู่กับกระทรวงมหาดไทย และได้มีการสถาปนากรมนี้ให้เป็นกระทรวงสาธารณสุข เมื่อปี พ.ศ. 2485 โดยแบ่งส่วนราชการออกเป็น 5 กรม คือ

1. สำนักงานปลัดกระทรวง
2. กรมการแพทย์
3. กรมอนามัย

¹ ฝรั่ง สุกดิ์ "การผลิตภัณฑ์เพิ่มแนวใหม่" (เอกสารวิจัยส่วนบุคคล วิทยาลัยป้องกันราชอาณาจักร 2522), หน้า 7.

² เรื่องเดียวกัน, หน้า 7.

4. กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์

5. กรมมหาวิทยาลัยแพทยศาสตร์

สิ่งที่น่าสังเกต 2 ประการ คือ ประการแรกในระยะนั้นฝ่ายผลิตบุคลากรทางการแพทย์ และฝ่ายใช้บุคลากรหรือฝ่ายให้บริการ อยู่ภายใต้การบริหารอันเดียวกัน ต่อมาในปี พ.ศ. 2503 มหาวิทยาลัยต่าง ๆ โอนไปสังกัดสำนักนายกรัฐมนตรี และในปี พ.ศ. 2515 ได้มีการจัดตั้งทบวงมหาวิทยาลัยขึ้น โดยรวมเอามหาวิทยาลัยต่าง ๆ เข้ามายู่ในสังกัด จนกระทั่งทุกวันนี้การแยกฝ่ายผลิตและฝ่ายให้บริการออกจากการบริหารอันเดียวกัน ก่อให้เกิดปัญหามากมาย เกี่ยวกับความสอดคล้องระหว่างจำนวนบุคลากรที่ผลิตได้ และจำนวนบุคลากรที่จำเป็นในการให้บริการ

ประการที่สอง จะเห็นได้ว่าการกระจายทรัพยากรสาธารณสุขซึ่งส่วนสำคัญคือสถานบริการ หรือ โรงพยาบาล จะมีลักษณะกระจุกตัวอยู่ในส่วนกลาง ตั้งแต่เริ่มแรกที่มีการสาธารณสุขแผนใหม่ขึ้นในประเทศ ซึ่งการกระจุกตัวของทรัพยากรสาธารณสุขได้เป็นปัญหาเรื้อรังมาจนกระทั่งทุกวันนี้

2.2 การดำเนินการจัดบริการสาธารณสุขในปัจจุบัน

การจัดบริการสาธารณสุขแผนใหม่ของประเทศไทย อยู่ภายใต้การดำเนินงานของหน่วยราชการ องค์กรต่าง ๆ และฝ่ายเอกชนดังต่อไปนี้

1. กระทรวงสาธารณสุข เป็นฝ่ายที่ให้บริการมากที่สุด (คุณภาพผนวกสำหรับส่วนราชการต่าง ๆ ที่อยู่ภายใต้การบริหารงานของกระทรวงสาธารณสุข) สถานบริการสาธารณสุขที่ขึ้นกับกระทรวงสาธารณสุข ในส่วนภูมิภาคได้แก่ โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน และสถานีอนามัย เป็นต้น โรงพยาบาลในส่วนกลางหรือกรุงเทพฯ ได้แก่ โรงพยาบาลเลิศจิน โรงพยาบาลสงฆ์ โรงพยาบาลโรคเรื้อน นอกจากนี้ยังมีศูนย์อนามัยแม่และเด็กตามที่ตั้งต่าง ๆ

¹ สมบัติ จันทรวงศ์ และรังสรรค์ ชนะพรพันธุ์, เรื่อง เคม, หน้า 22-

2. มหาวิทยาลัย มหาวิทยาลัยหลายแห่งนอกจากจะผลิตบุคลากรทางสาธารณสุขแล้ว ยังให้บริการแก่ประชาชนอีกด้วย เช่น โรงพยาบาลศิริราช โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ โรงพยาบาลรามาธิบดี และโรงพยาบาลสงขลานครินทร์ เป็นต้น โรงพยาบาลเหล่านี้สังกัดทบวงมหาวิทยาลัย ใ้คงงบประมาณต่างหากไม่ขึ้นกับกระทรวงสาธารณสุข

3. กระทรวงมหาดไทย มีโรงพยาบาลตำรวจ โรงพยาบาลของเทศบาล เช่น โรงพยาบาลกลาง วชิรพยาบาล และศูนย์บริการสาธารณสุขของเทศบาล

4. กระทรวงกลาโหม เช่น โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า โรงพยาบาลภูมิพล โรงพยาบาลพระปิ่นเกล้า กองและหมวดเสนารักษิต่าง ๆ

5. สภากาชาด สถานบริการของสภากาชาด ได้แก่ สถานีกาชาดต่าง ๆ และโรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าพี่นางเธอ เจ้าฟ้ากัลยาณิวัฒนา กรมหลวงนราธิวาสราชนครินทร์ สภากาชาดได้รายได้มาจากงบประมาณที่รัฐบาลสนับสนุน และจากการบริจาคของประชาชน

6. องค์การของรัฐ และของเอกชนที่จัดหน่วยแพทย์เคลื่อนที่ เช่น รพช. และหน่วยแพทย์อาสาสมเด็จพระศรีนครินทราบรมราชชนนี เป็นต้น

7. ฝ่ายเอกชนมีคลินิกส่วนตัวของแพทย์ และโรงพยาบาลเอกชนต่าง ๆ หน่วยงานและฝ่ายต่าง ๆ เหล่านี้ต่างก็มีนโยบาย และการปฏิบัติงานเป็นอิสระไม่เกี่ยวข้องกัน และเป็นไปตามอำเภอใจของผู้บริหาร แต่ละฝ่ายไม่มีองค์การใดทำหน้าที่วางแผนการสาธารณสุขแห่งชาติเพื่อทำหน้าที่เป็นตัวกลางประสานงานระหว่างฝ่ายต่าง ๆ เหล่านี้ ใหม้มีการดำเนินงานและการปฏิบัติงานที่มุ่งไปสู่จุดหมายอันเดียวกัน นั่นคือ ความต้องการของประชาชนส่วนใหญ่ ดังนั้นผลของการขาดการประสานงานกันในปัจจุบันก็คือ การจัดการบริการที่ไม่มีประสิทธิภาพ มีการกระจุกตัวของทรัพยากรสาธารณสุข ส่วนใหญ่อยู่เฉพาะในเมืองหลวงและเมืองขนาดใหญ่ ๆ จึงไม่ได้สนองความต้องการของคนส่วนใหญ่ คือ คนชนบท

หน่วยงานของกระทรวงสาธารณสุขที่ควรกล่าวถึงในที่นี้คือ การบริหารราชการส่วนภูมิภาค เพราะเป็นหน่วยราชการที่ครอบคลุมและดูแลการจัดบริการสาธารณสุขส่วนใหญ่ ในพื้นที่ 5 จังหวัดชายแดนภาคใต้

ราชการบริหารงานสาธารณสุขส่วนภูมิภาคของกระทรวงสาธารณสุขอยู่ใน
สายงานของสำนักงานปลัดกระทรวง มีส่วนราชการที่ทำหน้าที่บริหารงานอยู่ 2 ส่วน
ใหญ่ คือ

1. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด कुดูแลส่วนราชการย่อยที่เกี่ยวข้องกับการ
ให้บริการสาธารณสุขดังนี้

- ก. สำนักงานส่งเสริมวิชาการและบริการสาธารณสุข
- ข. โรงพยาบาลศูนย์ (Regional Hospital and Medical Center)
- ค. โรงพยาบาลทั่วไป (General Hospital)
- ง. โรงพยาบาลชุมชน (Community Hospital)

2. สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ หรือสำนักงานสาธารณสุขกิ่งอำเภอ कुดูแล
ส่วนราชการย่อยที่เกี่ยวข้องกับการให้บริการสาธารณสุขดังนี้

- ก. สถานีอนามัย
- ข. สำนักงานควบคุมโรค (กระทรวงสาธารณสุขได้ยกฐานะสำนักงาน
ควบคุมโรคเป็นสถานีอนามัยครบทุกแห่งแล้วในปีงบประมาณ 2526
จึงไม่มีสำนักงานควบคุมโรคอีกต่อไป

การแบ่งเขตการให้บริการส่วนภูมิภาคมีการแบ่งเขตรับผิดชอบออกเป็น 9
เขต

2.3 ความมุ่งหมายและแนวความคิดเกี่ยวกับสถานบริการสาธารณสุขในประเทศไทย

สถานบริการสาธารณสุขทั้งของรัฐบาลและเอกชน มีจุดมุ่งหมายเพื่อให้การ
บริการแก่ประชาชนในคานต่าง ๆ ต่อไปนี้ การป้องกันโรค การส่งเสริมสุขภาพ การ
วินิจฉัยโรค การรักษาโรค และการปรับฟื้นคืนสภาพแก่ประชาชนส่วนใหญ่ที่มา
รับบริการจะ เน้น เรื่องการรักษาโรคที่นอกเหนือจากความสามารถที่จะช่วยตนเองได้แล้ว

แนวความคิดในการจัดสถานบริการสาธารณสุขของไทยนั้น รัฐบาลได้คำนึง
ว่าประเทศไทยเป็นประเทศกำลังพัฒนา มีทรัพยากรจำกัด จึงควรจะใช้ทรัพยากรให้คุ้มค่า
มากที่สุดและเกิดประโยชน์สูงสุด ดังนั้นรัฐบาลจึงได้ถือเอาลักษณะเศรษฐกิจของไทยซึ่ง

เป็นระบบทุนนิยม เป็นหลักในการจัดบริการสาธารณสุข¹ หลักการในแนวทุนนิยมนี้ก็คือ ประชาชนกลุ่มไหนมีฐานะดีพอที่จะช่วยเหลือตัวเองได้ในการบำบัดความเจ็บไข้ได้ป่วย ก็ให้ช่วยเหลือตัวเอง นั่นคือ ออกค่าใช้จ่ายเอง เช่น ประชากรส่วนใหญ่ในชุมชน เมือง ประชากรกลุ่มไหนที่มีฐานะทาง เศรษฐกิจไม่พอที่จะช่วยเหลือตัวเองได้ รัฐบาลจะยื่นมือเข้าไปช่วยเหลือ โดยจัดให้มีการบริการฟรี หรือให้เสียค่าใช้จ่ายน้อยที่สุด เช่น ประชากรส่วนใหญ่ในชนบท เพราะรัฐไม่สามารถสนับสนุนงบประมาณค่าใช้จ่ายของสถานบริการทั้งหมดได้

นอกจากนี้การบริการบางอย่างที่เอกชนช่วยได้ เช่น การบริการทางการแพทย์ การรักษาโรค รัฐบาลจะปล่อยให้เอกชนจัดดำเนินการ เช่น คลินิกเอกชน โรงพยาบาลเอกชนและร้านขายยา ทั้งนี้ต้องอยู่ภายใต้การดูแลของรัฐบาลโดยคำนึงถึงความปลอดภัยของประชาชนเป็นหลัก สำหรับการบริการที่เอกชนไม่สู้จะมีบทบาท เพราะผลตอบแทนไม่คุ้ม เช่น การบริการในทางป้องกันโรค และส่งเสริมสุขภาพนั้น รัฐบาลจะเป็นผู้ดำเนินการสนองความต้องการตามความจำเป็น โดยพยายามจะไม่เรียกค่าตอบแทน

ในด้านการผลิตบุคลากรทางแพทย์และสาธารณสุข ซึ่งมีจำนวนไม่พอกับความต้องการในปัจจุบัน รัฐอนุโลมให้บุคคลากร เหล่านี้ประกอบกิจกรรมร้านค้าคลินิกและทำงานในโรงพยาบาลเอกชนไคนอกเวลาราชการ แต่ความรับผิดชอบในหน้าที่จะต้องไม่บกพร่อง

2.4 หน้าที่และขอบข่ายการบริการของสถานบริการสาธารณสุขแต่ละประเภทในส่วนภูมิภาค

1. โรงพยาบาลศูนย์ เป็นโรงพยาบาลที่มีขนาดใหญ่พิเศษ มีจำนวนเตียงตั้งแต่ 361 เตียงขึ้นไป ที่ตั้งของโรงพยาบาลศูนย์ตั้งอยู่ในจังหวัดขนาดใหญ่ที่เป็นศูนย์กลางของจังหวัดต่าง ๆ ในเขตนั้น โรงพยาบาลศูนย์มีความสามารถในการให้บริการสูงสุดในระดับเดียวกับโรงพยาบาลใหญ่ในกรุงเทพฯ มีแพทย์ผู้เชี่ยวชาญในแต่ละสาขาที่สำคัญ ๆ ที่โรงพยาบาลขนาดใหญ่ตามปกติไม่มี จุดมุ่งหมายที่สำคัญของโรงพยาบาล

¹ ยุทธนา ศุขสมิติ, เรื่องเกม, หน้า 56-59.

ระดับนี้คือ เพื่อที่ว่าประชาชนในพื้นที่นั้น ๆ ไม่จำเป็นต้องมารับบริการอยู่ในกรุงเทพฯ

โรงพยาบาลศูนย์มีความสามารถในการตรวจ ชั้นสูงตร รักษาและฟื้นฟูสภาพ เป็นสถานที่รับปรึกษาและดำเนินการตามระบบรับส่งต่อผู้ป่วย (Referral System) นอกจากนั้นยังเป็นสถานับให้การศึกษาและอบรมบุคลากรทางการแพทย์ และสาธารณสุขทุกระดับด้วย

ในพื้นที่จังหวัดชายแดนภาคใต้มีโรงพยาบาลศูนย์อยู่ 2 แห่งคือ

- ก. โรงพยาบาลยะลา กำหนดขอบเขตการบริการครอบคลุมพื้นที่ 3 จังหวัด คือ จังหวัดยะลา ปัตตานี และนราธิวาส
- ข. โรงพยาบาลหาคีใหญ่ กำหนดขอบเขตการบริการครอบคลุมพื้นที่ 2 จังหวัด คือ จังหวัดสงขลา และสตูล

2. โรงพยาบาลทั่วไป เป็นโรงพยาบาลที่ตั้งอยู่ในที่คั้งตัวจังหวัดและเมืองใหญ่ ๆ มีขนาดและจำนวนเตียงแตกต่างกันตามความหนาแน่นและจำนวนประชากร

โรงพยาบาลทั่วไปมีความสามารถให้บริการทางการแพทย์ ส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การชั้นสูงตร และรักษาโรค และกายภาพบำบัดหรือการปรับฟื้นคืนสภาพ

ในพื้นที่จังหวัดชายแดนภาคใต้มีจำนวนโรงพยาบาลทั่วไปอยู่ 6 แห่ง ได้แก่ โรงพยาบาลนราธิวาส โรงพยาบาลสุโขทัย โรงพยาบาลปัตตานี โรงพยาบาลเบตง โรงพยาบาลสงขลา โรงพยาบาลสตูล

3. โรงพยาบาลชุมชน เป็นโรงพยาบาลระดับอำเภอ มีที่ตั้งอยู่ที่ตัวอำเภอ มี 3 ขนาดด้วยกัน คือ 60 เตียง 30 เตียง และ 10 เตียง ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับจำนวนและความหนาแน่นของประชากรในอำเภอและชุมชนนั้น ๆ เช่น โรงพยาบาลชุมชน 10 เตียง ต้องตั้งในอำเภอหรือกิ่งอำเภอที่มีประชากรไม่น้อยกว่า 30,000 คน และประชากรในชุมชนที่ตั้งโรงพยาบาลไม่ควรต่ำกว่า 5,000 คน ควรตั้งในตำบลที่เป็นที่ว่าการอำเภอหรือกิ่งอำเภอ หรือในตำบลอื่นที่เหมาะสม เช่น เป็นชุมชนทางสามารถติดต่อกับตำบลต่าง ๆ ของอำเภอนั้น ๆ ใกล้เคียง นอกจากนั้นจะต้องไม่อยู่ใกล้กับโรงพยาบาลอื่น ๆ เกินไป ระยะทางต้องห่างกันไม่น้อยกว่า 20 กิโลเมตร ในกรณีที่ไม่สามารถเดินทางคมนาคมได้ และ 10 กิโลเมตร ถ้าการคมนาคมไม่ดี

โรงพยาบาลชุมชน 30 เตียง ควรตั้งในอำเภอที่มีประชากรไม่ต่ำกว่า 50,000 คน และประชากรในชุมชนที่ตั้งโรงพยาบาลนั้นไม่ต่ำกว่า 10,000 คน ควรจัด

ตั้งในตำบลที่เป็นที่ว่าการอำเภอไกลจากโรงพยาบาลอื่น ๆ ประมาณ 40 กิโลเมตร หรือใช้เวลาเดินทางเกินกว่า 2 ชั่วโมง โรงพยาบาลชุมชนมีความสามารถในการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค ตรวจรักษาโรคประจำท้องถิ่น ในจังหวัดชายแดนภาคใต้ มีโรงพยาบาลชุมชน 30 เคียงอยู่ 5 แห่ง และชนาก 10 เคียงอยู่ 18 แห่ง

โรงพยาบาลชุมชน 60 เคียง ควรตั้งอยู่ในอำเภอที่มีประชากรไม่ต่ำกว่า 100,000 คน ควรจัดตั้งในตำบลที่เป็นที่ว่าการอำเภอที่ไกลจากโรงพยาบาลอื่น ๆ ประมาณ 40 กิโลเมตร หรือใช้เวลาเดินทางเกินกว่า 2 ชั่วโมง

4. สถานีอนามัย เป็นสถานบริการที่ตั้งอยู่ในระดับตำบลและระดับอำเภอ ที่ยังไม่มีโรงพยาบาลชุมชนตั้งอยู่ สถานีอนามัยไม่มีแพทย์ประจำอยู่ มีแคพนักงานอนามัยและเภสัชกรอนามัย สถานีอนามัยมีความสามารถจำกัด เน้นเฉพาะการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค และการรักษาโรคง่าย ๆ ในจังหวัดชายแดนภาคใต้มีจำนวนสถานีอนามัยทั้งสิ้น 450 แห่ง จากจำนวนตำบล 394 ตำบล

2.5 ลักษณะการให้บริการของสถานบริการสาธารณสุขแต่ละประเภทในส่วนภูมิภาค

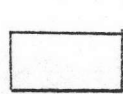
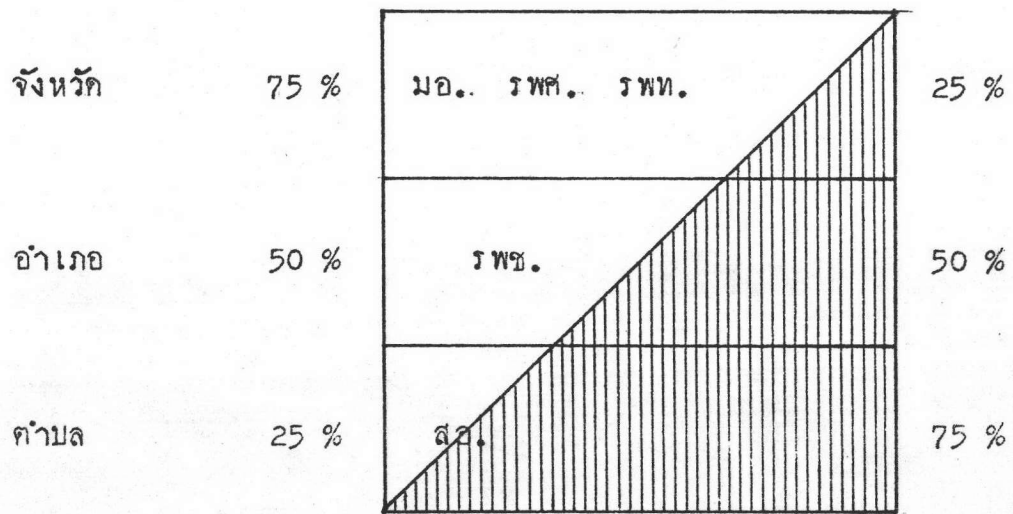
การให้บริการสาธารณสุขมีอยู่ 4 ลักษณะ คือ ¹

1. การส่งเสริมสุขภาพ (Promotion) เป็นบริการ เพื่อส่งเสริมสุขภาพทางร่างกายและจิตใจของประชาชน เป็นการอนามัยแม่และเด็ก ซึ่งเป็นการดูแลส่งเสริมสุขภาพมารดาขณะตั้งครรภ์ ขณะคลอด หลังคลอด ตลอดจนเด็กเล็ก การอนามัยโรงเรียนซึ่งดูแลส่งเสริมสุขภาพเด็กในโรงเรียน การอนามัยทางโภชนาการ การสุขาภิบาล การส่งเสริมสุขภาพจิต ตลอดจนรักษาสุขภาพจิตที่มีผิดปกติต่าง ๆ เป็นต้น

2. การป้องกันและควบคุมโรค (Prevention) เป็นการบริการ เพื่อป้องกันหรือควบคุมโรคติดต่อ โรคระบาด หรือโรคที่อาจเกิดขึ้นได้ครั้งละจำนวนมาก ๆ เช่น ไข้ทรพิษ อหิวาตกโรค โรคเรื้อน มาเลเรีย และวัณโรค เป็นต้น

¹ ณรงค์ สุกดิ์ , เรื่องเดิม, หน้า 17.

แผนภาพที่ 3 แสดงประเภทของการให้บริการสาธารณสุข



- การรักษาพยาบาล

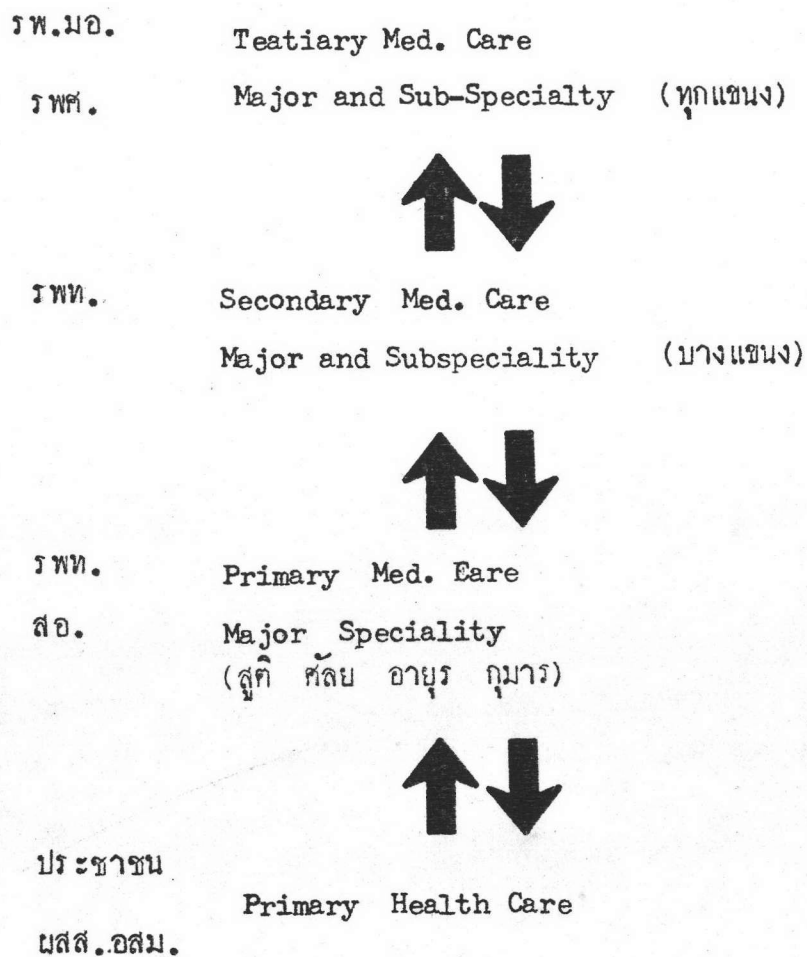
- การฟื้นฟูสภาพ



- การป้องกันโรค

- การส่งเสริมสุขภาพ

แผนภาพที่ 4 ระเบียบการรักษายาบาล



- Referral System

3. การบำบัดรักษาโรค (Curation) เป็นการบริการ เพื่อบำบัดรักษาโรคโดยตรง เมื่อมีการเจ็บป่วย

4. การฟื้นฟูสภาพ (Rehabilitation) เป็นการช่วยให้ผู้ป่วยกลับมีสภาพร่างกายและความสามารถที่จะประกอบอาชีพเลี้ยงตนเอง และครอบครัวหรือดำรงอยู่ในสังคมได้ภายหลังจากเกิดการเจ็บป่วย หรือทุพพลภาพแล้ว

สถานบริการระดับต่าง ๆ จะมีลักษณะของการให้บริการทั้ง 4 ประเภทนี้ไม่เท่ากัน โดยประมาณแล้ว โรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไป การบริการจะเน้นหนักไปทางด้านการรักษาและการฟื้นฟูสภาพ คือ ประมาณร้อยละ 75 ของการบริการทั้งหมด ที่เหลือร้อยละ 25 จะเป็นการบริการเกี่ยวกับการป้องกันและการรักษาโรค โรงพยาบาลชุมชนระดับอำเภอจะมีปริมาณของการบริการทั้ง 4 ประเภทเท่าเทียมกัน คือ การรักษาและการฟื้นฟูสภาพร้อยละ 50 การรักษาและการป้องกันร้อยละ 50 ของการบริการทั้งหมด ในระดับตำบลและหมู่บ้าน ซึ่งมีสถานอนามัยและการสาธารณสุขชุมชน การให้บริการส่วนใหญ่คือร้อยละ 75 จะเน้นหนักทางด้านการป้องกัน และการส่งเสริมสุขภาพ การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสภาพมีแค่อ้อยู่ร้อยละ 25 ของการบริการทั้งหมด

2.6 ปัญหาที่สำคัญของการบริการสาธารณสุข

การให้การบริการสาธารณสุขในปัจจุบันของประเทศไทยมีปัญหามากมาย นายแพทย์ประเวศ วะสี เป็นผู้ที่เขาใจปัญหาการสาธารณสุขได้มากที่สุดท่านหนึ่ง ท่าน

ขั้นตอนต่าง ๆ ของการเกิดโรคร้ายไข้เจ็บมีอยู่ 4 ระยะตามลำดับดังนี้
 ระยะที่ 1 พื้นฐานของโรค (Disease Foundation) ระยะที่ 2 ระยะก่อนป่วยเป็นโรค (Pre-clinical disease) ระยะที่ 3 ระยะที่โรคแสดงอาการ (Symptomatic disease) ระยะที่ 4 ระยะโรคเรื้อรัง (continuing chronic disease)
 ผู้ป่วยจะมาขอสถานบริการสาธารณสุขก็ต่อเมื่อเขาในระยะที่ 3 คือระยะที่โรคแสดงอาการ

ที่มา: J. Babson, Health Care Delivery Systems : A Multinational Survey
 (London: Pitman Press), 1972, P.13

กล่าวว่า "การสาธารณสุข เป็น เรื่องที่มีปัญหาซับซ้อน มีความสัมพันธ์ใกล้ชิดกับตัวแปรอื่น ๆ เช่น การเมือง เศรษฐกิจ และการศึกษา เป็นต้น ความพยายามในการแก้ปัญหาสาธารณสุข โดยไม่เข้าใจถึงกลไกที่กำหนดพฤติกรรมต่าง ๆ ทำให้ไม่เกิดความสำเร็จ และอาจจะนำโทษมาให้ เพราะเป็นการหวังเหมียวไม่ให้การสาธารณสุขกระจายไปสู่ชนบท" จากข้อความนี้ท่านนายแพทย์ประเวศ วสี เห็นว่าชนบทเป็นพื้นที่ที่ได้รับปัญหามาก แต่คนคอของปัญหานั้นมีใ้คอยู่ที่ชนบท

การบริการสาธารณสุขมีปัญหาคี่แยก เป็นประเด็นต่าง ๆ ใ้คดังนี้²

1. ปัญหาโรคภัยไข้เจ็บต่าง ๆ ที่ป้องกันใ้ค ประชากรส่วนใหญ่ในประเทศไทยมีสภาพแวดล้อมความเป็นอยู่ที่ไม่ถูกสุขลักษณะ และไม่รู้จักป้องกันรักษาสุขภาพของตนเอง ดังนั้นประชากรเป็นจำนวนมากจึงป่วยเป็นโรคต่าง ๆ ที่ตามปกติแล้วควรจะป้องกันใ้ค เช่น โรคทางเดินอาหาร และอุจจาระร่วง ไ้คมาเลเรีย อุบัติเหตุการเป็นพิษ และผลอเหตุ รวมทั้งปัญหาอนามัยครอบครัวบกพร่อง เช่น ทพโชนากการในเด็ก โรคของช่องปากและฟัน โรคประสาทและการติดยาเสพติดใ้คไ้คโทษ ปัญหาเหล่านี้ใ้คใ้คให้เห็นถึงการบริการสาธารณสุขที่ขาดการ เน้นหนักทางด้านการป้องกันโรค และการส่งเสริมสุขภาพ

2. ปัญหาการกระจายบริการสาธารณสุขที่ครอบคลุมประชากรในส่วนภูมิภาคต่าง ๆ โดยเฉพาะในเขตชนบทยังไม่ทั่วถึง ระบบโครงสร้างของการบริหารงานทางสาธารณสุขในประเทศไทย ก่อใ้คให้เกิดความเหลื่อมล้ำและความไม่ยุติธรรมในการกระจายทรัพยากรสาธารณสุข ที่เห็นใ้คใ้คอย่างชัดแจ้งคือ การเปรียบเทียบระหว่างกรุงเทพมหานคร กับส่วนอื่นของประเทศทั้งหมด ในปี พ.ศ. 2520 กรุงเทพมหานครมีประชากรร้อยละ 10 ของประเทศ แต่มีโรงพยาบาลของรัฐรวม 28 แห่ง มีเตียงรับผู้ป่วย 10137 เตียง ในขณะที่อีก 71 จังหวัด มีโรงพยาบาลของรัฐ 144 แห่ง มีเตียงผู้ป่วย 31,813

¹สมบัติ จันทรวงศ์ และรังสรรค์ ชนะพรพันธ์, เรื่องเกม, หน้า 1.

² สภาพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 5 (กรุงเทพฯ : 2525).

เตียง สำหรับโรงพยาบาลเอกชนที่มีเตียงรับผู้ป่วยตั้งแต่ 25 เตียงขึ้นไปนั้น ใน กรุงเทพฯ มีถึง 33 แห่ง แต่ใน 71 จังหวัดมีเพียง 40 แห่ง

ในด้านการกระจายตัวของสถานบริการสาธารณสุขในเขตชนบท จะเห็นว่าในปี พ.ศ. 2525 มีโรงพยาบาลชุมชนประจำอำเภอเพียง 336 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 51 ของจำนวนอำเภอทั้งหมด สถานีอนามัยประจำตำบลมีร้อยละ 82 ของจำนวนตำบลทั้งหมด และสำนักงานควบคุมโรคมีเพียงร้อยละ 4.5 ของจำนวนหมู่บ้านทั้งหมด

ผลจากการกระจายบริการสาธารณสุขที่ไม่ทั่วถึงและคุณภาพ ทำให้ผู้ป่วยหลังไทรูเข้ามาใช้บริการจากสถานบริการในกรุงเทพฯ ซึ่งพบวาร์ร้อยละ 40 ของผู้มารับบริการในโรงพยาบาลที่กรุงเทพฯ มาจากชนบท ซึ่งเป็นการใช้ทรัพยากรอย่างไม่ถูกต้องและสิ้นเปลืองโดยใช่เหตุ เขาลักษณะที่ทนายแพทย์ประเวศ วะสี กล่าวไว้ว่า "ให้ประชาชนไปหาบริการ ไม่ใช่บริการไปหาประชาชน" ดังนั้นจึงควรจะต้องมีการปรับปรุงโครงสร้างการบริหาร เพื่อให้มีการกระจายทรัพยากรกันอย่างแท้จริง

3. ปัญหาการกระจายบุคลากร ในปี พ.ศ. 2522 ประเทศไทยมีแพทย์ทั้งหมด 5,800 คน ทั้งในภาครัฐบาลและภาคเอกชน ร้อยละ 60 หรือประมาณ 3,500 คนอยู่ในกรุงเทพฯ ส่วนที่เหลือประมาณ 2,300 คนอยู่ในส่วนภูมิภาค ซึ่งทำให้อัตราแพทย์ต่อประชากรในกรุงเทพฯ เท่ากับ 1:1200 ในขณะที่ส่วนภูมิภาคมีอัตราส่วน 1:17000 ซึ่งแตกต่างกันถึง 14 เท่า ส่วนพยาบาลนั้นก็มึลักษณะการกระจายที่คล้ายคลึงกัน กล่าวคือจำนวนนางพยาบาลทั้งประเทศเท่ากับ 15,200 คน ร้อยละ 53 ของจำนวนนี้หรือเท่ากับ 8,033 คนอยู่ในกรุงเทพฯ ส่วนที่เหลือร้อยละ 47 อยู่ในส่วนภูมิภาค ทำให้อัตราส่วนของพยาบาลต่อประชากรในกรุงเทพฯ เท่ากับ 1:565 ในขณะที่ส่วนภูมิภาคเท่ากับ 1:5500 หรือต่างกันอยู่ประมาณ 10 เท่า

คำอธิบายปรากฏการณ์ดังกล่าวมีหลายประการ ประการแรกระบบผลิตบุคลากรทางสาธารณสุขของประเทศไทยในปัจจุบัน ลอกเลียนมาจากระบบของสหรัฐอเมริกาที่เน้นการผลิตบุคลากรระดับสูงที่ทำงานอยู่กับเครื่องมือแพทย์ที่สลับซับซ้อนมีเทคโนโลยีสูง ทำให้บุคลากรเหล่านี้นิยมทำงานแต่ในโรงพยาบาลใหญ่ ๆ ในส่วนกลาง

สมบัติ จันทร์วงศ์ และ รังสรรค์ ชนะพรพันธ์, เรื่องเดิม, หน้า

ที่มีเครื่องมือครบครันและทันสมัย ทำให้ไม่ค่อยมีการกระจายบุคลากรออกไปในส่วนภูมิภาค¹ ประการที่สอง แพทย์ส่วนใหญ่ทำงานเพื่อค่าตอบแทนและต้องการสร้างฐานะของตนเองมากกว่าที่จะคำนึงถึงความต้องการของคนส่วนใหญ่ ซึ่งเห็นได้จากการที่มีแพทย์เป็นจำนวนมาก เดินทางไปต่างประเทศ เพื่อต้องการรายได้ที่ดีกว่า² ประการที่สาม การคัดเลือกผู้ที่จะเรียนแพทยถือเอาคะแนนเป็นสำคัญ นักเรียนที่โคะแนนดี ๆ เป็นส่วนมากมักจะเป็นลูกคนที่มีความฐานะปานกลางและร่ำรวยที่อาศัยอยู่ในเมือง เพราะฉะนั้นนักศึกษาเหล่านี้จะไม่คุ้นเคยกับสภาพแวดล้อมในชนบท ถึงแม้ว่าจะมีการทำสัญญาให้ไปชุมชนทำงานในชนบทเมื่อจบการศึกษาแล้ว แต่แพทย์ส่วนใหญ่ก็อยู่ไต่ไม่นาน เมื่อครบกำหนดเวลาก็มักจะย้ายกลับกันหมด³ ประการสุดท้ายแนวโน้มของการเรียนแพทย์ในปัจจุบันจะนิยมเรียนเป็นแพทย์เฉพาะทาง ดังนั้นการวินิจฉัยโรคบางอย่างอาจจะต้องอาศัยแพทย์เป็นทีม ซึ่งเป็นการไม่สะดวกและสิ้นเปลืองบุคลากรในการกระจายออกสู่ชนบท

4. ปัญหาประชากรเพิ่มขึ้นและการมีส่วนร่วมของประชาชน ในปัจจุบันประชากรในประเทศไทยมีอัตราการเพิ่มขึ้นร้อยละ 2.1 ต่อปี แต่อัตราการเจริญเติบโตของการบริการสาธารณสุขไม่ทันความต้องการที่เพิ่มขึ้นของประชากร การย้ายถิ่นของประชากรไม่ว่าจากชนบทเข้าสู่เมือง หรือย้ายไปประกอบอาชีพต่างถิ่น ก็ทำให้เกิดปัญหาการขาดแคลนบริการสาธารณสุขแก่ประชากรเหล่านี้ได้ การเพิ่มประชากรหรือความต้องการในการบริการสาธารณสุขเพิ่มขึ้นมีผลทำให้คุณภาพในการบริการสาธารณสุขต่ำลง และทำให้ประชากรหันไปพึ่งการบริการนอกระบบมากขึ้น เช่น "หมอผี" หรือหมอชาวบ้าน การแก้ปัญหานี้อาจจะต้องมีการปรับโครงสร้างการผลิตบุคลากรสาธารณสุข เช่น ผลิตบุคลากรที่มีความรู้ความสามารถเพียงพอในการรักษาโรคทั่วไปที่จำเป็นและง่าย ๆ ซึ่งบุคลากรประเภทนี้สามารถผลิตได้เป็นจำนวนมากกว่าโดยสิ้นเปลืองเวลาและงบประมาณน้อยกว่า ทันกับความต้องการที่เพิ่มขึ้น

¹ สมบัติ จันทรวงศ์ และรังสรรค์ หนองพรพันธ์, เรื่องเดิม, หน้า 22-24.

² เรื่องเดียวกัน, หน้า 22-24.

³ เรื่องเดียวกัน, หน้า 39-41.



5. ปัญหาการมีส่วนร่วมของประชากร ประชากรส่วนใหญ่ของประเทศไทย ยังขาดความคิดและความรู้สึกที่จะรับผิดชอบต่อปัญหาสาธารณสุขชุมชน ไม่มีการรวมตัวหรือเข้าองค์กรที่จะ เข้ามามีส่วนร่วมในการ แก้ไขปัญหาสาธารณสุขของชุมชน ส่วนใหญ่จะปล่อยให้ เป็นหน้าที่ของรัฐบาลฝ่ายเดียว ปัญหานี้คือองค์การ เปลี่ยนทัศนคติของประชาชนซึ่งจะ ต้องใช้ เวลานานและการดำเนินการ อย่างจริงจัง

6. ปัญหาในการบริหารงานสาธารณสุข ส่วนหนึ่งมาจากลักษณะของระบบราชการที่ เน้นอำนาจการบริหารงานอยู่ที่ส่วนกลาง จึงไม่เกิดความคล่องตัวในการแก้ปัญหาในท้องถิ่นและพื้นที่ที่คนรับผิดชอบอยู่ นอกจากนี้ยังมีปัญหาในเรื่องของการประสานงานระหว่างหน่วยต่าง ๆ ปัญหาการขาดแคลนเจ้าหน้าที่ และปัญหาในการวางนโยบายที่มีประสิทธิภาพ และปัญหาการกระจายงบประมาณอย่างไม่เป็นธรรม ปัญหาในการบริหารงานอาจจะ เป็นปัญหาธรรมดาที่เกิดขึ้นในหน่วยงานแทบทุกหน่วยงาน แต่เมื่อพิจารณาจริง ๆ แล้ว เป็นปัญหาหลักที่สำคัญของกระทรวงสาธารณสุข ถ้าสามารถปฏิรูประบบบริหารงานได้ การสาธารณสุขไทยจะดีขึ้นกว่านี้อีกมาก

โดยสรุปแล้วปัญหาที่สำคัญที่สุดของการให้บริการสาธารณสุข คือ การปล่อยปละละเลยในการบริการสาธารณสุขขาดการควบคุมที่ถูกต้อง ทำให้เกิดความเหลื่อมล้ำของการให้บริการระหว่างคนในเมืองกับคนในชนบทและระหว่างคนรวยกับคนจน ซึ่งความเหลื่อมล้ำนี้มีผลในการสร้างความตึงเครียดในสังคมซึ่งกระทบกระเทือนต่อความมั่นคงของชาติ

2.7 นโยบายพัฒนาการให้บริการสาธารณสุขของรัฐบาล

เท่าที่ผ่านมามาดจะ เห็นได้ว่าปัญหาทางด้านสาธารณสุขที่หนักที่สุด คือ ปัญหาการครอบคลุมประชากรในด้านการบริการสาธารณสุข เท่าที่เป็นอยู่ในปัจจุบันสามารถครอบคลุมประชากรได้ประมาณร้อยละ 15-30 ของจำนวนประชากรทั้งประเทศ ซึ่งในจำนวนนี้เป็นประชากรที่อาศัยอยู่ในประเทศคนอยู่ไกล คนรูกัก และคนมีเงิน ส่วนคนยากจนและคนที่อยู่ห่างไกลยังไม่มีโอกาสได้รับการบริการอย่างทั่วถึงและเป็นธรรม ปัญหาการครอบคลุมประชากรของการบริการสาธารณสุขแสดงออกมาในรูปของความเหลื่อมล้ำของการบริการระหว่างส่วนกลางกับส่วนภูมิภาคและระหว่าง เมืองและชนบท

ซึ่งลักษณะ เช่นนี้มีได้เกิดขึ้น เฉพาะแต่ในประเทศไทย แต่เป็นปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้น
ทั่ว ๆ ไป โดยเฉพาะประเทศที่มีเศรษฐกิจแบบทุนนิยมและเป็นปัญหาหนักสำหรับประเทศ
ที่กำลังพัฒนาทั้งหลาย

รัฐบาลไคโรระหนักถึงปัญหานี้และพยายาม เปลี่ยนแนวนโยบายการให้บริการ
จากการสาธารณสุขที่มากสำหรับคนบางคนมาเป็นการสาธารณสุขที่พอสมควรสำหรับคน
ทุกคน เพื่อให้สอดคล้องกับแนวนโยบายขององค์การอนามัยโลกที่ไคโร เป้าหมายไว้
เป็นส่วนหนึ่งที่ว่า "Health for all by the year 2000"¹ หรือในส่วนภาษาไทยว่า
สุขภาพดีถ้วนหน้าในปี พ.ศ. 2543

เพื่อให้นโยบายนี้ประสบความสำเร็จ รัฐบาลไทยมีนโยบายเกี่ยวกับสถานบริการ
สาธารณสุขดังนี้

1. ในระดับเขต มีโรงพยาบาลศูนย์ 14 แห่ง
2. ในระดับจังหวัด มีโรงพยาบาลจังหวัดอย่างน้อย 1 แห่ง
3. ในระดับอำเภอ มีโรงพยาบาลชุมชนทุกอำเภอ
4. ในระดับตำบล มีสถานีอนามัยอย่างน้อย 1 แห่งทุกตำบล

การกำหนดจำนวนและการกระจายตัวของสถานบริการสาธารณสุขระดับ
ต่าง ๆ เช่นนี้เท่ากับเป็นทรัพยากรเชิงการเจริญเติบโตของสถานพยาบาลระดับสูง คือ
โรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไป เพราะในปัจจุบันทั้งโรงพยาบาลศูนย์และโรง
พยาบาลทั่วไปมีครบหมดแล้ว สิ่งที่รัฐบาลต้องเร่งกระทำตอนนี้คือ ตั้งโรงพยาบาลชุมชน
ระดับอำเภอให้ครบทุกอำเภอ ซึ่งโรงพยาบาลชุมชนนับเป็นสถานบริการที่สำคัญมาก
เพราะเป็นระดับแรกที่มีแพทย์ประจำอยู่เพื่อให้บริการแก่ประชาชน และเพื่อให้เป้าหมาย
ที่ว่า "สุขภาพดีถ้วนหน้า" เกิดขึ้นอย่างจริงจัง โดยเฉพาะคนชนบท และคนที่อยู่
ห่างไกล ประเทศไทยใครรับเอาแนวความคิดและหลักการ เรื่อง การสาธารณสุขมูลฐาน²
เขามาดำเนินการอย่างจริงจัง เพื่อพยายามแก้ไขปัญหาสาธารณสุขชนบทที่เรื้อรังมานาน

¹ มาจากการประชุมสมัชชาขององค์การอนามัยโลก สมัยที่ 30 วันที่ 19 พฤษภาคม พ.ศ. 2520 มติที่ WHO. 30.43

² การรณรงค์เพื่อการสาธารณสุขมูลฐานอย่างจริงจัง เริ่มจากการประชุมนานาชาติเรื่องสาธารณสุขมูลฐาน ณ กรุงอัลมาตา สหภาพโซเวียต ระหว่างวันที่ 6-12 กันยายน 2521.

การสาธารณสุขมูลฐาน เป็นระบบการบริการสาธารณสุขที่เพิ่ม เติมหรือ เสริมจากระบบบริการสาธารณสุขของรัฐ ซึ่งจัดบริการในระดับตำบล หมู่บ้าน โดย ประชาชนและความร่วมมือของชุมชนเอง นั่นคือ เป็นการพัฒนาชุมชนใหม่มีความสามารถ ในการที่จะแก้ไขปัญหาสาธารณสุขไ้ได้ด้วยตนเอง โดยการที่ชุมชนร่วมมือจัดทำกิจกรรม เพื่อแก้ไขปัญหาที่ชุมชนเผชิญอยู่ โดยมีรัฐ เป็นผู้ให้ความสนับสนุนช่วยเหลือ

วิธีดำเนินการทำโดยการตั้งบุคคลขึ้น 2 ประเภทภายในหมู่บ้าน ทำหน้าที่ เป็นแกนนำในการพัฒนาสาธารณสุข บุคคล 2 ประเภทนี้ ได้แก่

1. ผู้สื่อข่าวสาธารณสุข (ผสส.) คือชาวบ้านที่ได้รับการคัดเลือก เพื่อทำ หน้าที่ช่วยเหลืองานสาธารณสุขของหมู่บ้าน โดยไม่มีเงินเดือน ประมาณ 10-13 หลัง คาเรือนจะมี ผสส. 1 คน ทำหน้าที่เป็นผู้สื่อข่าวสาธารณสุข แจงข่าวระหว่างชาวบ้าน กับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข

2. อาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้าน (อสม.) คือ ผสส. ที่ได้รับการคัดเลือก เพื่อเข้ารับการอบรมเพิ่ม เติมการคานการ รักษาพยาบาล เบื้องต้น เพื่อทำหน้าที่รักษา พยาบาลให้กับชาวบ้าน หรือทำการส่งต่อ (refer) ผู้ป่วยไปยังสถานบริการระดับสูง ขึ้นไป เช่น สถานีอนามัย หรือ โรงพยาบาลชุมชน

บุคคลทั้ง 2 ประเภทจะเป็นแกนนำในการพัฒนาสาธารณสุขคานส่ง เสริม สุขภาพและป้องกันโรคให้กับชาวบ้าน ซึ่งรัฐบาลหวังว่า ผสส. และ อสม. จะเป็น ชุมกำลังของทรัพยากรสาธารณสุขที่สำคัญในการพัฒนาสาธารณสุขของประเทศ ซึ่ง ขณะนี้มีจำนวนเพิ่มขึ้นมากมายกระจายอยู่ตามหมู่บ้านต่าง ๆ

2.8 แนวความคิดทางทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับการให้บริการของสถานบริการสาธารณสุข

2.8.1 ตัวชี้แสดงถึงประสิทธิผลของการบริการสาธารณสุข (Indicators of Effectiveness)

แบบสัน กล่าวว่่าปัจจัยที่กำหนดประสิทธิภาพของการบริการสาธารณสุขมีอยู่ด้วยกัน 3 ประการ คือ

¹J.Babson. Health care delivery systems: A Multinational survey, (London: Pitman Press) 1972, pp.5-8.

1. การเข้าถึง (accessibility)
2. คุณภาพ (quality)
3. บูรณาการรวมหน่วย (integration)

1. การเข้าถึง (Accessibility)

หมายถึงจุดสมมูลระหว่างอุปสงค์และอุปทานของการบริการสาธารณสุข
ณ เวลาและสถานที่หนึ่ง ๆ ปัจจุบันที่กำหนดการเข้าถึงมีอยู่ 3 ประการ คือ

1. ความพอเพียงทางค่านปริมาณ (Quantitative Adequacy)
ซึ่งสามารถวัดได้จาก
 - ก. อัตราส่วนระหว่างประชากรต่อบุคลากรประเภทต่าง ๆ
 - ข. จำนวนเครื่องมือและเตียงคนไข้
 - ค. อัตราส่วนของบริการ เฉพาะอย่างครอบคลุมประชากรที่ต้องการ
2. การกระจายตัวของสถานบริการสาธารณสุขไปตามสภาพภูมิศาสตร์
อย่างเหมาะสม (Appropriate Geographical Distribution)
จะเป็นการช่วยให้เห็นถึงความสามารถของมวลชนในการ เข้ามาใช้
บริการของสถานบริการต่าง ๆ (Mass Utility) ข้อควรจำสำหรับ
ข้อนี้คือที่ตั้งของสถานบริการจะต้องไม่ไกลเกินไปสำหรับความต้องการ
การรักษาที่ฉับพลันทันด่วน (Immediate treatment)
3. การปราศจากอุปสรรคทางค่านวัฒนธรรม เศรษฐกิจและการศึกษา
(Absence of cultural, Economic and Educational Barriers)

การที่โรงพยาบาลคาชอลิกไปตั้งอยู่ท่ามกลางที่อยู่อาศัยของ
พวกโปร แคลสแคนท์ ทำให้มีผู้ใช้บริการน้อย เป็นตัวอย่างของอุปสรรค
ทางค่านวัฒนธรรม ประชากรยากจนไม่มีเงินพอที่จะไปรับการรักษา
พยาบาลก็เป็นอุปสรรคทางค่านเศรษฐกิจ การขาดแคลนข้อมูล และ
ข่าวสาร เกี่ยวกับการไปรักษาพยาบาล เป็นตัวอย่างของอุปสรรค
ทางค่านการศึกษา

2.. คุณภาพ (Quality)

องค์ประกอบของคุณภาพของการบริการสาธารณสุขมีอยู่ 3 ประการ คือ

1. ความสามารถส่วนบุคคลของบุคลากรสาธารณสุขประเภทต่าง ๆ ซึ่ง
จะดูได้จาก การได้รับการฝึกฝนอบรม เมื่อแรกเริ่ม (initial
training) การได้รับการศึกษาที่ต่อเนื่อง (continue education)
และแรงจูงใจในการทำงาน (Motivation) เป็นต้น
2. ความพร้อมทางด้านเครื่องมือ เครื่องใช้ทางการแพทย์ และบุคลากร
3. ความยอมรับนับถือและความร่วมมือจากคนไข้

3. บูรณาการรวมหน่วย (Integration)

ในที่นี้หมายถึงระดับของความร่วมมือกันของหน่วยงานต่าง ๆ ในการรักษา
คนไข้แต่ละราย ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับความสามารถในการบริหารงาน

2.8.2 การศึกษาลักษณะการให้บริการของสถานบริการสาธารณสุขในแนว ของการวางแผนภาค

การศึกษาลักษณะการให้บริการของสถานบริการสาธารณสุขในแนว
การวางแผนภาค เป็นการนำเอาวิธีการต่าง ๆ ในวิชาการวางแผนภาคมาปรับใช้ใน
เรื่องสาธารณสุข¹ นั่นคือ มุ่งศึกษาการกระจายตัวของสถานบริการและบุคลากรทาง
สาธารณสุขไปตามพื้นที่ต่าง ๆ การนำเอาพื้นที่ (area) มาเป็นตัวแปรหลักในการศึกษา
หมายความว่า ผู้ศึกษาต้องการจะศึกษาความแตกต่างของการให้บริการสาธารณสุขของ
ประชากรตามพื้นที่ต่าง ๆ ซึ่งทำได้โดยการนำเอาพื้นที่ของภูมิภาคที่เราสนใจมาแบ่ง
ออกเป็นหน่วยพื้นที่ (area unit) และนำข้อมูลที่เกี่ยวข้องในแต่ละหน่วยพื้นที่นั้นมา
เปรียบเทียบกัน ข้อมูลเหล่านี้จะเปรียบเทียบกันได้ก็ต่อเมื่อต้องมีข้อตกลงเบื้องต้น
ดังนี้

¹Shannon, G.W., Bashur, R.L. and Metzner, C.A. "The concept
of distance as a factor in accessibility and utilization of health
care", Medical care review, Vol.26, 1969, pp.143-61.

1. คนแต่ละคนในภูมิภาคนั้นมีความต้องการในการรักษาสุขภาพอนามัยและความต้องการใช้บริการของสถานบริการสาธารณสุขเหมือนกันหรือคล้ายกัน
2. บุคลากรทางสาธารณสุข เช่น นายแพทย์มีความสามารถเหมือนกันหมด (Homogeneity)

เมื่อตั้งข้อตกลงเบื้องต้น เช่นนี้แล้วก็สามารถจะนำข้อมูลหรือตัวแปรต่าง ๆ ที่ต้องการพิจารณา เช่น จำนวนพื้นที่ จำนวนบุคลากร และจำนวนสถานพยาบาล เป็นคนมาเปรียบเทียบกัน โดยวิธีการทางสถิติต่าง ๆ เช่น การหาสหสัมพันธ์ (correlation) ซึ่งในที่นี้อาจจะเรียกว่า สหสัมพันธ์ทางนิเวศวิทยา (Ecological correlation) แล้วสรุปภาพรวม เป็นของพื้นที่ใหญ่

ข้อสังเกต มีข้อที่นำสิ่ง เกตหลายประการสำหรับการใช้วิธีการดังกล่าวข้างต้นศึกษากาไรให้บริการสาธารณสุขดังนี้

1. ขนาดพื้นที่ยิ่งใหญ่เท่าไร ข้อตกลงเบื้องต้นทั้งสองข้อจะเข้าใกล้ความเป็นจริงมากขึ้นทุกที
2. การแบ่งหน่วยพื้นที่ (area unit) เพื่อการวิเคราะห์ โดยปกติจะใช้เขตการปกครอง (political unit) เพราะง่ายต่อการหาข้อมูล แต่พฤติกรรมการใช้บริการสาธารณสุขของประชากรจะไม่เป็นไปตามการแบ่งเขตดังกล่าว จะมีการข้ามเขตอยู่ตลอดเวลา นั่นคือมีความคลาดเคลื่อน (discrepancy) ระหว่างเขตการปกครอง (political unit) กับเขตการปะทะสังสรรค์ทางคานสังคมวิทยา (Sociological interactive unit) ซึ่งตามการวิจัยต่าง ๆ ที่ผ่านมา พบว่าการหาขอบเขตพฤติกรรมการใช้บริการสาธารณสุขจะสร้างไคยากมาก เพราะการข้ามเขตมีมาก เนื่องจากความมีเสรีภาพในการเลือกใช้บริการ (freedom of choice) ดังนั้นจุดมุ่งหมายของการแบ่งเขตการใช้บริการจึงเป็นไปเพื่อหาระยะทางคร่าว ๆ เท่านั้น

3. วิธีการที่นำเอาข้อมูลแต่ละหน่วยพื้นที่มาเปรียบเทียบกันโดยตั้งข้อตกลงเบื้องต้นดังกล่าวทั้ง 2 ขอนั้นมีความบกพร่อง (deficiency) คือ ละเลยความแตกต่างของตัวแปรต่าง ๆ ภายในแต่ละหน่วยพื้นที่นั้น ๆ เช่น ความสามารถของแพทย์

งานสาธารณสุข (Quantitative Index for Medical Services area) โดยเน้นที่กลุ่มประชากรผู้ใช้บริการเป็นหลัก นั่นคือ การกำหนดขอบเขตการให้บริการของสถานบริการสาธารณสุข โดยกำหนดจากแบบแผนของการเดินทางมารับบริการของกลุ่มประชากรผู้ใช้บริการที่สถานบริการแห่งนั้น ๆ และยังพบความสัมพันธ์ในทางลบระหว่างระยะทางและจำนวนครั้งที่มาใช้บริการ นั่นคือ จำนวนคนไข้ที่มาใช้บริการจะมีความถี่สูงในระยะ 5 ไมล์แรก จำนวนคนไข้จะลดลงอย่างรวดเร็ว เมื่อระยะทางเกิน 5 ไมล์ออกไป นอกจากนั้นเขาทั้งสองยังเป็นบุคคลกลุ่มแรกที่พยายามตั้งสูตร ผลกระทบของระยะทางที่มีต่อจำนวนครั้งของการมาใช้บริการ เขาทั้งสองยังพบความสัมพันธ์ในระหว่างระยะทาง และชนิดของการให้บริการ นั่นคือ ผู้ป่วยจะยอมเดินทางไกล เพื่อมาหาแพทย์เฉพาะทาง (Medical Specialist) มากกว่าหมอที่รักษาโรคทั่วไป

Weiss¹ ศึกษาการกระจายตัวของแพทย์ประเภทต่าง ๆ และพบว่าการกระจายตัวของบุคลากรทางแพทย์ประเภทต่าง ๆ เขาชายทฤษฎี Ecological Theory of Central Dominant นั่นคือ แพทย์ประเภทต่าง ๆ จะกระจุกตัวอยู่อย่างหนาแน่นตามเมืองศูนย์กลางใหญ่ ๆ มากกว่าศูนย์กลางเล็ก ๆ

Jolly และ King² ทำการศึกษาเรื่องความสัมพันธ์ระหว่างระยะทางและจำนวนครั้งที่คนไข้มาใช้บริการที่ลดลงตามระยะทาง (Distance Decay Relationship) โดยศึกษาจากจำนวนครั้งที่คนไข้ 1 คนมาใช้บริการของสถานบริการสาธารณสุข และระยะทางจากบ้านถึงสถานบริการสาธารณสุข เขาพบว่า เส้นความชัน (Slope) ของคนไข้ใน (Inpatient) จะน้อยกว่าคนไขนอก (out patient) ซึ่งแสดงว่าคนจะเดินทางไกลขึ้นกว่าเคิม เพื่อที่จะรับบริการที่เข้มข้นขึ้น (greater care)

นอกจากนั้นเขายังศึกษาลักษณะการมาใช้บริการกับสถานพยาบาลท้องถิ่น (Local aid post) ซึ่งเทียบได้กับสถานีอนามัยในประเทศไทยที่มีเครื่องมือแพทย์จำกัด

¹Weiss, J.E., The effect of Medical Centers on the Distribution of Physicians in the United States, University of Michigan Ph.D. dissertation, 1968.

²Smith, D.M., Patterns in Human Geography, (N.Y.: Penguin Books) 1975, P.311.

ในแต่ละหน่วยพื้นที่อาจจะไม่เท่ากัน ทำให้ภาพรวมที่ได้หลีกเคลื่อนไปจากความ
เป็นจริงมาก

ข้อเสนอแนะในการแก้ไขข้อบกพร่องนี้ คือ ให้ใช้วิธีการทางสถิติ เช่น
analysis of variance เชามาวิเคราะห์หาคำ

2.8.3 การศึกษาเรื่องระยะทางกับการบริการสาธารณสุข

พัฒนาการ เกี่ยวกับการศึกษาเรื่องระยะทางและการบริการทาง
สาธารณสุข เริ่มโดย Lively และ Beck¹ ศึกษาและพบว่าแนวโน้มของการ
ใช้บริการสาธารณสุขจะลดลง เมื่อระยะทางจากที่อยู่อาศัยถึงสถานบริการสาธารณสุข
เพิ่มขึ้น ในประเทศสหรัฐอเมริกา Committee on the cost of medical care²
พบความแตกต่างของโอกาสในการได้รับบริการสาธารณสุขระหว่างคนที่อาศัยอยู่ในเมือง
และคนที่อาศัยอยู่ในชนบท โดยที่ชาวชนบทจะต้องเดินทางไกลกว่าเพื่อมารับการรักษา
พยาบาลและจำนวนหมอก็มีน้อยกว่า Jehlik และ McNamara³ ใช้ระยะทาง
เป็นตัวแปรในการศึกษาลักษณะการใช้บริการสาธารณสุขระดับต่าง ๆ และพบว่าคนชนบท
ที่อยู่ห่างไกลสถานบริการสาธารณสุขจะมาใช้บริการในแง่ของการรักษาโรค (cu-
rative) มากกว่าการป้องกันโรค (Protection) และคนที่อยู่ไกลจากสถาน
บริการมากขึ้นเท่าไร ยิ่งจะทำการรักษาตนเองที่บ้านมากขึ้นเท่านั้น Ciocco และ
Altman⁴ เป็นคนแรกที่พยายามสร้างดัชนีทางค่านิยมของพื้นที่การให้บริการทาง

¹ Lively, C.E. and Beck, P.G., "The Rural Health Facilities of Ross County, Ohio," Wooster : Ohio AES Bulletin 412, (October 1927), pp. 45-46.

² Shannon, Bashur and Metzner, op.cit, pp.149.

³ Jehlik, P.J. and McNamara, R.L., "The Relation of distance to the differential use of ceratain health personnel and facilities and to the extent of bed illness," Rural Sociology, Vol.17, 1952, pp.261-265.

⁴ Ciocco, Antonio and Altman, Isidore, "Medical Survice Areas and distances travelled for physician care in Western Pennsylvania," U.S.Public Health Survice, Public Health Monograph No.19, 1954.

และน้อยกว่าสถานบริการทุกระดับ เราพบว่าจำนวนคนไข้จะลดลงอย่างรวดเร็วเมื่อระยะทางที่ไข้เดินทางไกลออกไปทุกที จำนวนคนไข้จะลดลงครึ่งหนึ่งทุก ๆ ระยะทาง 1 ไมล์โดยเฉลี่ย

การศึกษาเรื่องระยะทางจะเป็นปัจจัยที่สำคัญปัจจัยหนึ่งที่บ่งบอกถึงความสามารถในการเข้าถึงการบริการ (accessibility) ของประชาชน ซึ่งการเข้าถึงนี้เป็นปัจจัยที่สำคัญที่ไข้ในการวางแผนให้บริการสาธารณสุขของรัฐบาล โดยทำหน้าที่ดังต่อไปนี้

1. เป็นตัวแปรที่ไข้ในการสำรวจและอธิบายแบบแผนการให้บริการสาธารณสุขของประชาชน
2. ไข้เป็นตัววัดว่าการกระจายตัวของสถานบริการสาธารณสุขเท่าที่เป็นอยู่ให้บริการแก่ประชาชนก็เพียงพอ
3. ไข้เป็นตัววัดผลกระทบในกรณีที่มีการเสนอให้เปลี่ยนแปลงที่ตั้งของสถานบริการสาธารณสุขทุกระดับ

2.8.4 ทฤษฎีชุมชนศูนย์กลาง (Central Place Theory) กับสถานบริการสาธารณสุข

ทฤษฎีชุมชนศูนย์กลาง เป็นทฤษฎีเกี่ยวในสาขาวิชาอื่นที่เป็นที่นิยมนำมาใช้ในสาขาวิชาการสาธารณสุข เหตุที่เป็นเช่นนี้เพราะมีความเชื่อว่า กิจกรรมทางสังคม (Social activities) ต่าง ๆ มีแหล่งที่ตั้ง (location) ที่ระเบียบแบบแผนไปตามพื้นที่ต่าง ๆ (Spatially ordered) หรืออีกนัยหนึ่งชุมชนศูนย์กลางที่เป็นที่รวมของกิจกรรมทางสังคมต่าง ๆ มีการกระจายตัวอย่างเป็นระเบียบไปตามพื้นที่ ดังนั้นการเอาสถานบริการสาธารณสุขมาตั้งไว้ในชุมชนศูนย์กลางจึงเป็นวิธีการทางธรรมชาติ เพราะการที่ชุมชนเติบโตขึ้นมาได้เพราะการเข้าถึงและเป็นจุดที่คนส่วนใหญ่จะมีคพบกันได้ นอกจากนั้นการจับบริการสาธารณสุข หากขยายไม่ทันการเจริญเติบโตของชุมชนแล้ว สุขภาพและชีวิตของคนในชุมชนนั้น ๆ ก็จะเสื่อมลงด้วย ดังนั้นการกระจายตัวของสถานบริการสาธารณสุขระดับต่าง ๆ ควรจะสอดคล้องกับการกระจายตัวของชุมชนระดับต่าง ๆ ด้วย และการศึกษาเรื่องการกระจาย

ตัวของสถานบริการสาธารณะสุขควรจะทำควบคู่ไปกับการศึกษาเรื่องชุมชนศูนย์กลาง

แนวความคิดเรื่องชุมชนศูนย์กลาง (Central Place)

- หน้าที่ (Functions)

การตั้งถิ่นฐานของมนุษย์เรานั้น ถ้าแบ่งตามลักษณะกิจกรรมหลักของการตั้งถิ่นฐานนั้น ๆ สามารถแบ่งออกได้เป็น 2 ประเภทใหญ่ ๆ คือ ชนบท ซึ่งมีหน้าที่หลักคือ การทำกิจกรรมทางด้านการเกษตร และชุมชนศูนย์กลาง (central place) ทำหน้าที่หลัก คือ เป็นศูนย์กลางของกิจกรรมการค้าและการบริการประเภทต่าง ๆ ใหญ่กับชนบทโดยรอบที่อยู่ภายในอาณาบริเวณตลาด (market area) ของตน และในเวลาเดียวกันก็เป็นตัวกลาง (mediator) การค้าขายและการบริการระหว่างชุมชนท้องถิ่น และโลกภายนอกด้วย

ถ้ากล่าวในรายละเอียดแล้ว กิจกรรมการค้าและการบริการสามารถแบ่งออกเป็น 4 ประเภทใหญ่ ๆ ดังนี้¹

1. กิจกรรมการแจกจ่าย (Distributive Activities) ได้แก่
กิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับการซื้อขาย แลกเปลี่ยนผลผลิตทางการเกษตรกรรม (primary product) และผลผลิตทางการอุตสาหกรรม (secondary product) เช่น กิจกรรมทางการขายปลีกและขายส่งประเภทต่าง ๆ เป็นต้น

2. กิจกรรมการเงิน (Financial Activities) หมายถึง กิจกรรมที่ทำให้เกิดความคล่องตัวในการซื้อขายแลกเปลี่ยนผลผลิตดังกล่าวในข้อ 1 เช่น การธนาคาร และการประกันภัย เป็นต้น

3. กิจกรรมของรัฐบาล (Governmental Activities) หมายถึง กิจกรรมที่ให้ความคุ้มครองและป้องกันทั้งผู้ผลิตและผู้บริโภค เพื่อให้กิจกรรมการซื้อขายและแลกเปลี่ยนเป็นไปได้โดยเรียบร้อยและมีประสิทธิภาพ เช่น กิจกรรมทางการ

¹ Fielding, G.J. Geography as Social Sciences (New York: Harper and Row Publisher), 1974, p.119.

การบริหารและการปกครองในระดับต่าง ๆ กิจกรรมทางด้านการศึกษา ไม่ว่าจะ
เป็นของรัฐบาลหรือเอกชนก็รวมอยู่ในหมวดนี้ด้วย เพราะถือว่าเป็นกิจกรรมที่ทำให้
ประสิทธิภาพในการซื้อขาย และการแลกเปลี่ยนเพิ่มขึ้น

4. การบริการส่วนบุคคล (Personal Services) เป็นกิจกรรม
ที่ให้บริการแก่ลูกค้าเป็นรายบุคคล เช่น การให้บริการทางด้านการแพทย์ การโรง-
แรม และกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับการบันเทิงทั้งหลาย เป็นต้น

ตามการจัดประเภทของกิจกรรมการบริการดังกล่าว จะเห็นได้ว่าการ
บริการสาธารณสุข เป็นกิจกรรมที่ถูกจัดอยู่ในประเภทการบริการส่วนบุคคล ดังนั้น จึงมี
ความสัมพันธ์กับลักษณะประชากรโดยตรง

- ขนาด (Sizes)

หมู่บ้าน (hamlets) เมือง (town) นคร (City) และมหา-
นคร (metropolis) ล้วนแต่เป็นชุมชนศูนย์กลางที่ทำหน้าที่หลัก คือการเป็นศูนย์
กลางการค้าและการบริการ แต่ขนาดที่แตกต่างกันของชุมชนศูนย์กลาง เหล่านี้มีผลทำ
ให้อาณาเขตและประเภทของสินค้า และการบริการในชุมชนศูนย์กลางแต่ละแห่งแตกต่าง
กันออกไป ชุมชนศูนย์กลางที่มีขนาดเล็ก ลักษณะของสินค้าและการบริการจะเป็น
ประเภท lower, order หรือ convenience goods ส่วนชุมชนศูนย์กลาง
ที่มีขนาดใหญ่จะมีประเภทของสินค้าและการบริการ เหมือนกับชุมชนศูนย์กลางขนาด
เล็กทุกประการ บวกด้วยสินค้าประเภท higher order หรือ specialty
goods ซึ่งมีอยู่เฉพาะชุมชนศูนย์กลางขนาดใหญ่

ปัจจัยที่กำหนดขนาดของชุมชนศูนย์กลางแต่ละแห่งมีอยู่ 2 ประเภท คือ²

1. Threshold คือ จำนวนลูกค้าที่น้อยที่สุดที่กิจการแต่ละแห่ง
ต้องการ เพื่อที่จะเลี้ยงตัวเองให้อยู่รอดได้

1

Kolars, J.F. and Nystuen, J.D. Geography : The Study of
Location, Culture, and Environment (N.Y.: McGraw-Hill, Inc.) 1974.

pp. 92-96.

2. Outer range คือ ระยะเวลาที่ไกลที่สุดที่ลูกค้าตัดสินใจเดิน
 ทางมาเพื่อจะใช้บริการของชุมชนศูนย์กลางนั้น ๆ

ดังนั้นพื้นที่ที่อยู่ภายใต้รัศมีระหว่างชุมชนศูนย์กลางถึง outer range คือ
 พื้นที่ตลาด (market area) ที่ใหญ่ที่สุดของศูนย์กลางนั้น ๆ และอาณาบริเวณตลาด
 ที่เล็กที่สุด คือ พื้นที่ที่ครอบคลุมประชากรที่เป็น threshold ของชุมชนศูนย์กลาง
 นั้น ๆ ดังนั้น minimum range จึงถูกกำหนดจากประชากรที่เป็น threshold
 และโดยทั่วไปขนาดของพื้นที่ตลาดจะอยู่ระหว่าง threshold และ outer range
 ตามปกติสินค้าแต่ละประเภทจะมีขนาดของ threshold และ range ไม่เท่ากัน
 สินค้าประเภท low order จะมีระดับ threshold และ range ต่ำ
 สินค้าประเภท high order จะมีระดับ threshold และ range สูง
 ลักษณะเช่นนี้มีผลทำให้ชุมชนศูนย์กลางขนาดเล็กมีขนาดของพื้นที่ตลาดเล็ก และชุมชน
 ศูนย์กลางขนาดใหญ่จะมีพื้นที่ตลาดที่ใหญ่ตามไปควย

- การกระจายตัว (distribution)

ชุมชนศูนย์กลางจะกระจายตัวไปตามการกระจายตัวของประชากร โดยมี
 มีอาณาบริเวณตลาด (market area) หรือเรียกอีกอย่างหนึ่งว่า เขตอิทธิพล (zone
 of influence) ล้อมรอบศูนย์กลางนั้น ๆ ลักษณะของการกระจายตัวจะมี
 การจัดลำดับขนาดไปพร้อม ๆ กันควย โดยที่ชุมชนศูนย์กลางขนาดเล็กกว่าและอาณา
 บริเวณตลาดของชุมชนศูนย์กลางนั้น ๆ จะอยู่ภายในเขตอิทธิพลของชุมชนศูนย์กลางที่
 ใหญ่กว่า ซึ่งทำให้เกิดเป็นโครงข่ายของชุมชนศูนย์กลางที่มีลักษณะเป็นร่างแหที่ซ้อน
 กันอยู่ตามลำดับชั้น (nested hierarchy) ตั้งแต่ชุมชนขนาดใหญ่จนถึงชุมชน
 ขนาดเล็ก

แนวความคิดเรื่องการกระจายตัวของชุมชนนี้ สามารถจะนำไปประกอบ
 ใช้ในการศึกษา การกระจายตัวของสถานบริการสาธารณสุขในพื้นที่จังหวัดชายแดน
 ภาคใต้ ดังความคิดของ Rondinelli และ Ruddle¹ ที่กล่าวว่า การจัด

¹ Rondinelli, D.A. and Ruddle, K. "Integrating Spatial
 Development" in Ekistics 257, April, 1977.

ลำดับชั้นของการบริการ (hierarchy of services) ในภูมิภาคหนึ่ง ๆ จะมีความเกี่ยวพันอย่างใกล้ชิด (closely correlated) กับการจัดลำดับชั้นของชุมชนศูนย์กลาง (hierarchy of central places) นั่นคือ แหล่งที่ตั้งของการบริการ สาธารณสุข มีความสัมพันธ์โดยตรงกับจำนวน และความหนาแน่นของประชากร หรือ อีกนัยหนึ่ง ลำดับชั้นของการบริการสาธารณสุขใน เขตจังหวัดชายแดนภาคใดจะมีความสัมพันธ์โดยตรงกับลำดับชั้นของชุมชนศูนย์กลางในพื้นที่นี้ และ เขตอิทธิพลของสถานบริการสาธารณสุขที่ใหญ่กว่าจะครอบคลุม เขตอิทธิพลของสถานบริการที่เล็กกว่า ในลักษณะของ โครงข่ายวางแผนตามลำดับขนาดของสถานบริการ เช่นเดียวกัน

— ทฤษฎีชุมชนศูนย์กลาง (central place theory)

ก. พัฒนาการ

ทฤษฎีชุมชนศูนย์กลางมีพัฒนาการมาจากแนวความคิดของนักทฤษฎีหลายคนด้วยกัน เช่น แนวความคิดบางส่วนมาจาก Leon Lalanne (1863) ซึ่งศึกษาโครงสร้างของการคมนาคมขนส่ง และโครงข่ายของการสื่อสาร กลุ่มนักสังคมวิทยาชนบทชาวอเมริกัน Galpin¹ (1915) Kolb² (1923) และ Platt³ (1928) ทำการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างชุมชนศูนย์กลางและชนบทโดยรอบ พบว่าสถานภาพของสถาบันต่าง ๆ ในชุมชนศูนย์กลางดำรงอยู่ได้ก็เพราะความสัมพันธ์ที่มีอยู่กับชุมชนชนบทโดยรอบหรือกล่าวอีกนัยหนึ่ง เมืองจะดำรงอยู่ได้ก็ต้องพึ่งชนบทเป็นสำคัญ นักทฤษฎีชุมชนศูนย์กลาง คนที่สำคัญที่สุดเห็นจะได้แก่ W. Christaller⁴ (1933) นักภูมิศาสตร์ เศรษฐกิจชาวเยอรมัน ซึ่งรายละเอียดของทฤษฎีจะได้อธิบายถึงต่อไป เขา

1

Galpin, C.J. The Social Anatomy of An Agriculture Community Research Bulletin No.34 Madison: Univ. of Wisconsin, 1915.

2

Kolb, J.H. Service Relations of Town and Country. Research Bulletin No.58 Madison: Univ. of Wisconsin 1923.

3

Platt, R.S. A Detail of Regional Geography: Ellison Bay Community as An Industrial Organism. Association of American Geographers, Annals 18: 81-126, 1928.

เป็นคนแรกที่เริ่มใช้คำว่า Central Place และศึกษาการกระจายตัวของชุมชน ศูนย์กลางตามลำดับชั้นของขนาด โดยใช้หลักการตลาด การจรรยาและการบริหาร เป็นข้อพิจารณา Losch¹ (1938) นักเศรษฐศาสตร์ชาวเยอรมัน ทำการศึกษา ในเวลาใกล้เคียงกับ Christaller โดยใช้หลักเศรษฐศาสตร์ในเรื่องของ อุปสงค์ (demand) อุปทาน (supply) และกำไร (profit) เขามาดูอธิบายการจึกลำดับชุมชนขนาดต่าง ๆ ไปตามพื้นที่ ซึ่งเขาเรียกว่า ภูมิทัศน์ทางเศรษฐกิจ (Economic Landscape) ทฤษฎีของเขามีส่วนคล้ายของ Christaller มาก Ullman¹ (1941) เป็นคนนำเอาแนวความคิดของ Christaller เข้าไปเผยแพร่ในองค์ การวิชาการของประเทศสหรัฐอเมริกา และทฤษฎีชุมชนศูนย์กลางก็ได้แพร่หลาย เป็นที่ รู้จักกว้างขวางขึ้นตั้งแต่นั้น เป็นต้นมา

เมื่อเปรียบเทียบทฤษฎีของ Christaller และ Losch โดยใช้ การบริการสาธารณสุขเป็นหลัก จะเห็นว่า ทฤษฎีของ Christaller จะเหมาะสม ในการอธิบายโครงข่ายของการบริการสาธารณสุขมากกว่าของ Losch เพราะ ทฤษฎีของ Christaller เน้นว่าประสิทธิภาพของชุมชนศูนย์กลาง คือการให้ บริการกับประชาชนอย่างทั่วถึง ซึ่งควรจะเป็นจุดมุ่งหมายของการบริการของรัฐ อย่าง เช่นการบริการสาธารณสุข ในขณะที่ทฤษฎีของ Losch เน้นการครอบคลุมพื้นที่ตลาด เพื่อทำกำไรให้กับกิจการในชุมชนศูนย์กลาง ทฤษฎีของ Losch จึงเหมาะสำหรับ การศึกษากิจการของเอกชนมากกว่ากิจการของรัฐบาล ดังนั้นควรจะกล่าวถึงรายละเอียดของทฤษฎีของ Christaller

ข. เนื้อหา

เนื้อหาของทฤษฎีชุมชนศูนย์กลางของ Christaller เริ่มจากคำถามที่ว่าถ้าเมือง เป็นแหล่งของสินค้าและการบริการ ทำอย่างไรประชากรโดยรอบศูนย์

¹ Losch, A. The Nature of Economic Regions Southern Economic Journal 5 : 71-78, 1938.

กลางจึงจะซื้อสินค้า และได้รับการบริการจากชุมชนศูนย์กลาง เหล่านี้ได้อย่างมีประสิทธิภาพมากที่สุด Christaller ตอบคำถามนี้โดยเริ่มตนจากการสร้างเงื่อนไขที่สมมติขึ้นมาดังนี้¹

1. ให้ภูมิภาคนั้นมีลักษณะทางกายภาพและลักษณะทางวัฒนธรรมที่เป็นแบบเดียวกันหมด (uniformity)
2. ประชากรกระจายตัวอย่างสม่ำเสมอตลอดทั่วทั้งภูมิภาค
3. การเข้าถึงชุมชนศูนย์กลางแต่ละแห่ง (accessibility) สามารถทำได้โดยรอบทุกทิศทุกทาง
4. พฤติกรรมในการบริโภคของผู้บริโภค เป็นพฤติกรรมที่มีเหตุผลอย่างสมบูรณ์

จากการตั้งเงื่อนไขเช่นนี้ Christaller เสนอว่า ประสิทธิภาพในการให้บริการของชุมชนศูนย์กลางจะสูงที่สุด เมื่อมีการจัดลำดับชุมชนศูนย์กลางเป็นโครงข่ายที่ต่อเนื่องกัน (nested hierarchy) ตามลำดับขนาดของชุมชนศูนย์กลาง โดยที่พื้นที่ตลาด (market area) ของแต่ละชุมชนศูนย์กลาง มีลักษณะเป็นรูปหกเหลี่ยม (hexagon) ซ้อนกันอยู่อย่าง เป็นโครงข่ายตามลำดับสอดคล้องกับลำดับขนาดของชุมชนศูนย์กลาง

Christaller ให้เหตุผลของการจัดพื้นที่ตลาดเป็นรูปหกเหลี่ยมว่ามีประสิทธิภาพในการให้บริการแก่ประชาชนมากที่สุด เพราะ²

1. ผู้ให้บริการสามารถลดต้นทุนการเดินทางได้มากที่สุด โดยเดินทางไปยังสถานที่ที่ไกลที่สุด
2. ผู้ขายสินค้าในขณะเดียวกันก็แข่งขันกับชุมชนศูนย์กลางอื่น ๆ สามารถขยายขอบเขตตลาดของตนเองได้กว้างขวางที่สุดด้วย

ทฤษฎีการจัดลำดับชุมชนของ Christaller มีนัยสำคัญพอสรุปได้เป็นประเด็นต่าง ๆ ดังนี้³

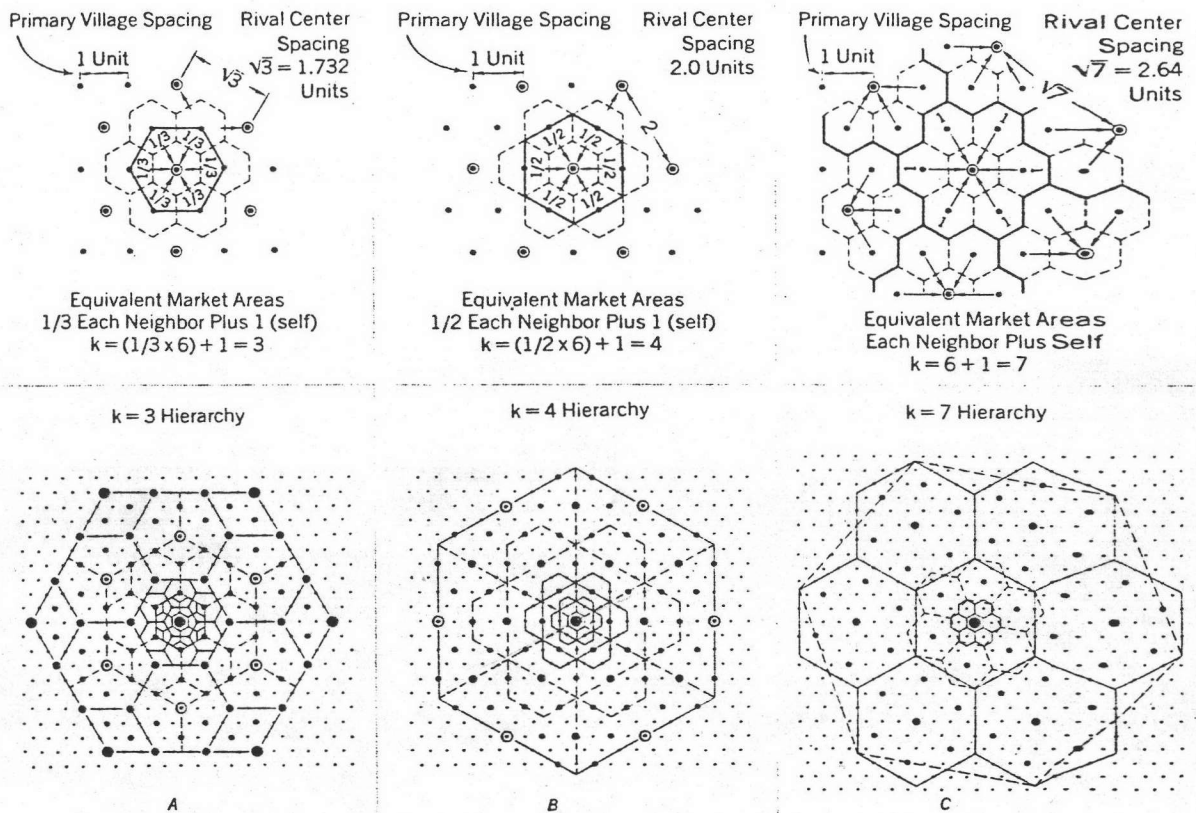
¹ Kolars and Nystuen, op.cit, pp. 76-78.

² Fairbain and May, op.cit., pp. 24-25.

³ Kolars and Nystuen, op. cit., p.77.

แผนภาพที่ 5

แสดงลำดับชุมชนศูนย์กลาง (Central place hierarchy) ในแนวความคิดของ Christaller ซึ่งมี การเรียงลำดับอยู่ 3 ลักษณะ คือ ตามหลักการตลาด หลักการคมนาคม และหลักการบริหาร



ที่มา : Kolars, J.F. and Nystuen, J.D., Geography : The Study of Location Culture, and Environment, (N.Y.: McGraw-Hill, Inc.), 1974, p.86.

1. จำนวนประชากรที่อยู่ภายใต้เขตอิทธิพลของชุมชนศูนย์กลางแต่ละแห่ง จะมีความสัมพันธ์ในทาง เป็นฟังก์ชันกับจำนวนสินค้าและบริการที่มี อยู่ในชุมชนศูนย์กลางนั้น ๆ
2. ลักษณะการ จัดลำดับชั้นของชุมชนศูนย์กลางจะมีลักษณะ เป็นระบบปิคนั้นคือ ชุมชนศูนย์กลางแต่ละแห่งมีหน้าที่ให้บริการ ภายในบริเวณ เขตอิทธิพลของคน เท่านั้น
3. การจักร ระบบชุมชนศูนย์กลางตามทฤษฎีนี้ จะมีชุมชนศูนย์กลางน้อยที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้ นั่นคือ กิจกรรมทุกกิจกรรมจะคงขายสินค้าหรือให้บริการใหม่มากที่สุดเท่าที่จะทำได้ภายในขอบ เขตพื้นที่ตลาดของคน
4. การทำงานของระบบชุมชนศูนย์กลางจะอยู่ภายใต้กฎการ แข่งขันที่ สมบูรณ์ (perfect competition) และการรวบรวมข่าวสารทาง ๆ อย่างสมบูรณ์ (complete information)
5. การ เดินทางของประชากร เป็นการ เดินทางไปชุมชนศูนย์กลางที่ใกล้ที่สุดสำหรับสินค้าและบริการหนึ่ง ๆ
6. ไม่มี การ ใด เปรียบกันในเรื่องราคาสินค้าและบริการ
7. ชุมชนศูนย์กลางที่มีขนาด เท่ากันจะมีคุณภาพเหมือนกัน และชุมชนศูนย์กลางที่มีขนาดแตกต่างกัน จะมีคุณภาพแตกต่างกัน (คุณภาพในที่นี้ หมายถึงจำนวนประเภท และลักษณะของสินค้าและการให้บริการ)

ค. ข้อวิจารณ์และการนำทฤษฎีของ Christaller ไปใช้

สาเหตุที่ทฤษฎีของ Christaller ได้รับความนิยมและถูกกล่าวถึง เป็นอย่างมาก เพราะใน เนื้อหาทฤษฎีมีหลาย ๆ ส่วนที่สอดคล้องกับความเป็นจริง เช่น ชุมชนศูนย์กลางที่มีขนาดใหญ่ จะมีจำนวนและประเภทของสินค้าและบริการ และเขตอิทธิพลที่ใหญ่กว่าชุมชนศูนย์กลางขนาดเล็ก นอกจากนั้นการแบ่งชุมชนศูนย์กลาง ออกเป็นลำดับชั้นต่าง ๆ ตามขนาดก็สามารถสัง เกตได้จากความเป็นจริง เช่น ในกลุ่ม ประเทศทางตะวันตกที่พัฒนาแล้วมาก ๆ มักจะมีระดับชั้นของชุมชนศูนย์กลางอยู่ 8 ระดับ

ด้วยกัน คือ¹ เมืองหลวง (national capital) มหานครระดับประเทศ (national metropolis) เมืองหลวงระดับภาค (regional capital) มหานครระดับภาค (regional metropolis) นครขนาดเล็ก (small cities) เมือง (towns) หมู่บ้าน (villages) และหมู่บ้านเล็ก ๆ

อย่างไรก็ตามทฤษฎีของ Christaller ที่สร้างขึ้นจากแบบจำลองทางเรขาคณิต² (geometric model) จะมีลักษณะเป็นแบบชนิกอุดมคติ (ideal type) คือ ไม่สามารถพบลักษณะของแบบจำลองดังกล่าวในทฤษฎีใดในความเป็นจริง เช่น ลักษณะหกเหลี่ยมคาน เหาของพื้นที่ตลาด ข้อเปรียบเทียบจากสภาพความเป็นจริงอันมีอิทธิพลต่อความเป็นไปไค้ของทฤษฎีชุมชนศูนย์กลางที่ควรกล่าวในที่นี้มี 2 ประการด้วยกัน คือ

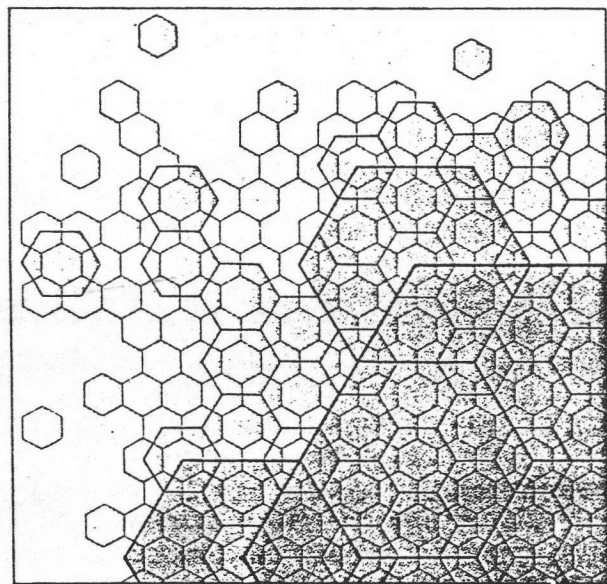
ประการแรก ในโลกของความเป็นจริง ประชากรจะกระจายตัวอย่างไม่สม่ำเสมอในทุก ๆ พื้นที่ ที่บางแห่งจะมีประชากรหนาแน่นมาก ที่บางแห่งจะมีประชากรหนาแน่นน้อย ขึ้นอยู่กับปัจจัยหลายประการ เช่น ความแตกต่างทางสภาพภูมิศาสตร์ วัฒนธรรมและเศรษฐกิจ เป็นต้น ปัจจัยเหล่านี้เป็นเหตุให้พื้นที่ตลาดในความเป็นจริงมีลักษณะไม่เหมือนกับแบบอุดมคติในทฤษฎี

ประการที่สอง ตามทฤษฎีแล้วประชากรจะเดินทางไปชุมชนศูนย์กลางที่ใกล้ที่สุดที่มีสินค้าที่ตนต้องการ แต่ในความเป็นจริงจะมีการข้ามเขตอิทธิพล³ (boundary crossing) ไปยังชุมชนศูนย์กลางอื่น ๆ เหตุผลในการข้ามเขตแดนที่มีสำคัญอยู่ 2 ประการ เหตุผลแรกเกิดจากอิทธิพลหรือความผูกพันที่มีต่อเมืองอื่น อันมากำหนดทัศนคติส่วนตัวของบุคคลแต่ละคน ทำให้เกิดความพึงพอใจในสินค้าและบริการของชุมชนศูนย์กลางแต่ละแห่งไม่เท่ากัน โดยเฉพาะการ เดินทาง เพื่อไปใช้บริการของสถานบริการสาธารณสุขต่าง ๆ คนไข้แต่ละคนถือว่า เรื่องเจ็บป่วยของตนเอง เป็นเรื่องสำคัญ ดังนั้นจึงต้องการที่จะไ้รับบริการที่ดีที่สุด คนไข้แต่ละคนจึงยึดถือความมีชื่อเสียงของสถานบริการแต่ละแห่งเป็นสำคัญ การข้ามเขตอิทธิพลจึงเกิดขึ้นบ่อย ๆ เหตุผลประการที่สอง

¹Berry, B.J.L. and Harris, C.D. "Central Place", International Encyclopedia of The Social Sciences; Edited by D.L. Sills, II (1968), 365-369.

²Ibid.

แสดงชุมชนศูนย์กลางขนาดเล็กที่เกิดในที่ทรกั้นการ (frontier development) ซึ่ง เป็นที่ที่ เขตอิทธิพลของชุมชนศูนย์กลางขนาดใหญ่ ครอบคลุมไปไม่ถึง



ที่มา : Kolars, J.F. and Nystuen, J.D., Geography: The Study of Location, Culture, and Environment, (N.Y.: McGraw-Hill, Inc.), 1974.

ในการข้ามเขตอิทธิพล คือ การเดินทางเพื่อซื้อสินค้าและการบริการหลาย ๆ ชนิด
ในครั้งเดียวกัน¹ (combine trip) ลักษณะเช่นนี้ทำให้เกิดแนวโน้มที่ทำให้คนส่วน
มากเดินทางไปยังศูนย์กลางที่ใหญ่กว่า เพราะมีประเภทของสินค้าและการบริการที่ครบ
ครันกว่าชุมชนศูนย์กลางขนาดเล็ก

ในการนำเอาทฤษฎีของ Christaller ไปทดสอบกับสภาพความเป็นจริงหลาย ๆ แห่ง โดยนักวิชาการหลาย ๆ คน ทำให้เกิดข้อคิดที่เป็นประโยชน์
ต่อการศึกษากาไรให้บริการสาธารณะสุข เช่น การศึกษาในประเทศสาธารณรัฐประชาชน
จีน พบว่า maximum range ของชุมชนศูนย์กลางที่ถูกศึกษา ต่ำกว่าประชากร
threshold ทำให้เกิดลักษณะของการบริการในชุมชนศูนย์กลางที่เรียกว่า การ
บริการ เป็นช่วงเวลา² (periodic) คือ บริการจะไม่เปิดบริการทุกวัน เพราะมี
ลูกค้าไม่พอ และศึกษามาควยลักษณะของการบริการแบบเคลื่อนที่ไค (footloose)
ไปยังประชากรที่อยู่ห่างไกลออกไป ปรากฏการณ์ที่คล้ายคลึงกัน เมื่อชุมชนศูนย์กลาง
ขนาดเล็ก เกิดขึ้นในที่ทรกัณฑ์การ (frontier development) ซึ่งเป็นที่ที่เขตอิทธิพล
ของชุมชนศูนย์กลางขนาดใหญ่ครอบคลุมไปไม่ถึง การบริการแบบเคลื่อนที่ไคจะมีประโยชน์
มากเช่นเดียวกัน เช่น การบริการสาธารณะสุขเคลื่อนที่

- ทฤษฎี Rank-Size Rule

G.K. Zipf³ เป็นนักทฤษฎีอีกท่านหนึ่งที่สนใจ เรื่องการจึกลำดับขนาด
ของชุมชนศูนย์กลาง แต่ปัจจัยที่เขาสนใจในการกำหนดขนาดนั้น หาใช่จำนวนและประ-
เภทของสินค้าและการบริการ หรือลักษณะของพื้นที่ตลาดไม่ แต่เป็นจำนวนประชากรที่
อาศัยอยู่ในชุมชนศูนย์กลางนั้น ๆ เขาคังกฎเกณฑ์ของความสัมพันธ์ระหว่างชุมชนย
กลางขนาดต่าง ๆ กันนี้

¹Kolars and Nystuen, op. cit., pp.84.

²Ibid., p.86.

³Rappaport, A. "Rank-Size Relations", International Encyclopedia of Social Sciences; Edited by D.L. Sills, XIII (1968), 319-323.

ถ้าเอาเมืองต่าง ๆ มาจัดลำดับตามขนาดของประชากรจากขนาดใหญ่ไปขนาดเล็ก จากลำดับชุมชนใหญ่ที่ 1 ถึงชุมชนลำดับที่ N จำนวนของประชากรของชุมชนศูนย์กลางลำดับที่ N ควรจะเท่ากับ $\frac{1}{N}$ เท่าของจำนวนประชากรของเมืองที่ใหญ่ที่สุด โดยตั้งสูตรในการคำนวณดังนี้

$$P_n = \frac{P_1}{n}$$

โดย P_n = จำนวนประชากรของชุมชนศูนย์กลางลำดับที่

P_1 = จำนวนประชากรของชุมชนที่ใหญ่ที่สุด

n = ลำดับที่ของชุมชนศูนย์กลาง เรียงตามขนาดประชากร จากมากไปน้อย

Zipf เชื่อว่าถ้าชุมชนศูนย์กลางขนาดต่าง ๆ มีการเรียงลำดับตามกฎเกณฑ์ดังกล่าวแล้ว จะทำให้เกิดระบบชุมชนศูนย์กลางที่มีความสอดคล้องและต่อเนื่องกัน (integrated system of cities) อันจะทำให้เกิดการผนึกกำลัง (unifying power) ของระบบชุมชนศูนย์กลางอย่างมีประสิทธิภาพ อันเป็นศักยภาพที่สำคัญในการพัฒนาประเทศ เช่น ช่วยเพิ่มประสิทธิภาพของการบริหารงานของรัฐบาล โดยการกระจายการสั่งงาน เป็นโครงข่ายและขั้นตอนตามลำดับขนาดของเมือง นอกจากนั้นยังมีความเชื่อว่า ถ้ามีการจัดระบบชุมชนศูนย์กลางใหม่มีลักษณะใกล้เคียงกับมาตรฐานของ rank - size - rule แล้ว จะสามารถลดความตึงเครียดทางสังคม (social tension) ที่เกิดจากความเหลื่อมล้ำระหว่างภูมิภาคต่าง ๆ ลงได้เป็นอย่างมาก ซึ่งสอดคล้องกับความเป็นจริง เมื่อเปรียบเทียบระหว่างประเทศที่พัฒนาแล้วในซีกโลกตะวันตก ซึ่งมีระบบชุมชนศูนย์กลางที่ใกล้เคียงกับมาตรฐานของ primate city กับประเทศที่กำลังพัฒนาทั้งหลายที่มีลักษณะของ primate city ปรากฏอยู่ทั่วไป ซึ่งเป็นลักษณะสำคัญที่ทำให้เกิดความตึงเครียดระหว่างภูมิภาค ดังนั้นอาจจะกล่าวเป็นคำกลาง ๆ ใ้กว่าประสิทธิภาพของการจัดลำดับขนาดของชุมชนศูนย์กลาง จะมีความสัมพันธ์อย่างใกล้ชิดกับประสิทธิภาพของการให้บริการ (tertiary services) อย่างเช่น การบริการทางสาธารณสุข