

จุดยืนของแนวคิดและอุดมการณ์

สาธารณสุขมูลฐานไทย

ลือชัย ศรีเจียบวง
คณะสังคมศาสตร์
มหาวิทยาลัยมหิดล

บทนำ :

แม้ว่าความเจ็บป่วยจะเป็นปรากฏการณ์ธรรมชาติของชีวิตที่ทุกคนต้องประสบ แต่การกระจายโอกาสของความเจ็บป่วย ตลอดจนโอกาสของการได้รับการเยียวยารักษาที่มีคุณภาพ มิได้เป็นปรากฏการณ์ทางธรรมชาติไปด้วยทั้งหมด การที่คนจนเจ็บป่วยมากกว่าคนรวยในบางโรค ซึ่งสามารถขจัดปัดเป่าให้หายได้เมื่อเปรียบเทียบกับระดับความรู้ เทคโนโลยี และทรัพยากรที่สังคมมีอยู่ การที่คนรวยหรือมีฐานะอันอาจในสังคมสามารถเข้าถึงบริการหรือได้รับประโยชน์จากเทคโนโลยี และทรัพยากรได้มากกว่าคนกลุ่มอื่นในสังคม ฯลฯ เหล่านี้ล้วนแสดงให้เห็นว่าการกระจายของโรคและความเจ็บป่วยกีด การกระจายของบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขที่ดี ล้วนเป็นปรากฏการณ์ที่สามารถถูกกำหนดจากเงื่อนไขทางสังคม มิใช่เป็นเพียงปรากฏการณ์ ที่กำหนดจากปัจจัยทางชีวภาพเท่านั้น

มีความเจ็บป่วยบางชนิดที่ในปัจจุบัน เราถือว่าเป็นอาการสะท้อนความต้อย頓นาของสังคม เช่น ไข้หวัดใหญ่ ไข้หวัดใหญ่, โรคติดเชื้อและหนองเยื่อเยื่อ, โรคทางเดินอาหาร, วัณโรค, โรคโลหิตจาง และโรคอื่นเนื่องมาจากสภาพดีเลวของสุขอนามัยสิ่งแวดล้อม ฯลฯ ความเจ็บป่วยเหล่านี้เป็นปัญหาที่แก้ไขได้ไม่ยาก เมื่อเปรียบเทียบกับระดับการพัฒนาของความรู้ และเทคโนโลยีทางการแพทย์และสาธารณสุขในปัจจุบัน และบางอาการความเจ็บป่วยแสดงถึงปัญหาการใช้ และการกระจายทรัพยากร และปัญหาทางเศรษฐกิจ สังคม เช่น กวมนองปัญหาการขาดสารอาหารโปรตีนและแคลอรีในเด็ก สำหรับประเทศส่งอาหารเป็นสินค้าออก เช่น ประเทศไทย เนื่องจากปัญหาดังกล่าวนี้นับเป็นปัญหาของการ "ไม่มีกิน" มากกว่าปัญหา "การไม่รู้จัดการกิน" เป็นต้น ฯลฯ

โรคและความเจ็บป่วยเป็นปัญหาสังคม และ

เป็นดัชนีชี้คุณภาพชีวิตของคนในสังคมด้านหนึ่งเพราะโครงสร้างทางสังคมจะกำหนดสภาพแวดล้อม และแบบแผนการใช้ชีวิต ขณะที่อีกด้านหนึ่งโครงสร้างอำนาจทางสังคมจะกำหนดการใช้ และการกระจายทรัพยากรในสังคมให้สามารถเยียวยาแก้ไข หรือป้องกันปัญหาความเจ็บป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพทั่วถึง และเท่าเทียมได้เพียงใด อย่างไรก็ตาม ดูเหมือนว่าโดยทั่วไปแล้วโครงสร้างทางสังคมของประเทศส่วนใหญ่ยังไม่สามารถจัดสรรทรัพยากรเพื่อประกันสิทธิขั้นพื้นฐานทางด้านสุขภาพ ให้เกิดขึ้นได้กับทุกคนอย่างแท้จริง การตอบยั่วว่า “สุขภาพเป็นสิทธิขั้นพื้นฐานของมนุษย์ทุกคน ที่ควรจะได้รับอย่างเท่าเทียม”^{1/} ขององค์การอนามัยโลกในศตวรรษที่ผ่านมาเป็นตัวอย่างหนึ่งที่แสดงให้เห็นว่า สภาพการไว้สิทธิขั้นพื้นฐานทางด้านสุขภาพยังคงปรากฏให้เห็นได้โดยทั่วไป

ในประเทศไทย การบริการสาธารณสุขในลักษณะที่เป็นระบบหรือสถาบัน (Organized health care system) เกิดขึ้นและพัฒนาต่อเนื่องมาประมาณ 1 ศตวรรษ โดยถือเอาแนวทางการแพทย์แผนวิทยาศาสตร์แบบตะวันตกเป็นต้นแบบ ในช่วงเวลาที่ผ่านมามีการเจริญรุดหน้าเป็นมิกซ์กัน ของวิชาชีพทางการแพทย์ ระบบบริการ วิชาการและเทคโนโลยีทางการแพทย์ และสาธารณสุข เรากลับพบว่าในศตวรรษปัจจุบันสุขภาพของประชาชนจำนวนไม่น้อยกว่า 1 ใน 3 ของประเทศหาได้เกิดขึ้นในสัดส่วนที่ใกล้เคียงกัน ชาวบ้านในชนบทของประเทศจำนวนมากยังขาดความเสมอภาค ในโอกาสที่จะได้รับประโยชน์จากผลการพัฒนาทางการแพทย์ และสาธารณสุขที่เกิดขึ้น การค้นพบนี้หาดังกล่าวนำไปสู่การปรับกลยุทธ์ทางการพัฒนาครั้งสำคัญ กล่าวคือ นับจาก พ.ศ. 2520 เรื่อยมาจนถึงปัจจุบัน ประเทศไทยได้ประกาศใช้การสาธารณสุขมูลฐาน เป็นนโยบายหลักในแผนพัฒนาการสาธารณสุขของประเทศ พร้อมด้วยความหวังว่าประชาชนของประเทศจะสามารถพบ ซึ่งสิทธิขั้นพื้นฐานทางด้านสุขภาพ ด้วยเป้าหมายสุขภาพที่ดีถ้วนหน้าทั่ววงไว้

สาธารณสุขมูลฐานในความหมาย ที่เสนอโดย

องค์การอนามัยโลกนั้น ได้ชื่อว่าเป็นจุดเปลี่ยนครั้งสำคัญในแนวทางการพัฒนาสาธารณสุขและการพัฒนาสังคมโดยรวม ด้วยการหันเหจากแนวการพัฒนาสาธารณสุขแบบวิทยาศาสตร์การแพทย์ (Scientific Medicine) ไปสู่การแพทย์แบบสังคม (Social Medicine) จากการพัฒนาสาธารณสุขที่โน้มเอียงไปรับใช้ประโยชน์ของคนรายกลุ่มน้อยมากกว่าคนจนกลุ่มใหญ่ บนพื้นฐานปรัชญาความเสมอภาค เท่าเทียมและการพึ่งตนเอง^{2/} สาธารณสุขมูลฐานยังมีระยะโดยตรงถึงการปรับลำดับความสำคัญใหม่ในกระบวนการใช้ และจัดสรรทรัพยากรเพื่อการพัฒนาสาธารณสุข (และเศรษฐกิจ สังคม) ทั้งนี้เพื่อให้คนส่วนใหญ่ได้สามารถเข้าถึงอย่างพร้อมมูลทั้งในเชิงคุณภาพและปริมาณ

จากความหมายดังกล่าวข้างต้น แสดงให้เห็นถึงความสำคัญของปัจจัยในเชิงโครงสร้างเศรษฐกิจ การเมือง และสังคมที่จะต้องเกิดการเปลี่ยนแปลงอย่างสำคัญในเอกสารของผู้อำนวยการองค์การอนามัยโลก และยูนิเซฟ ที่เตรียมเสนอต่อที่ประชุม เรื่องการสาธารณสุขมูลฐาน ณ กรุงอัลมาตา กล่าวถึงว่าในการดำเนินการตามแนวทางสาธารณสุขมูลฐานในหลายกรณีคือ การปฏิวัติ^{3/} ในขณะที่ในคำประกาศว่าด้วยสาธารณสุขมูลฐาน ได้มีการย้ำถึง เจตจำนงทางการเมือง (Political will)^{4/} ที่จะเป็นเงื่อนไขสำคัญของการบรรลุเป้าหมาย แห่งการสาธารณสุขมูลฐาน

ในท่ามกลางความแพร่หลาย ของแนวคิดสาธารณสุขมูลฐานในประเทศไทยปัจจุบัน อันมีการเปรียบคล้ายกับอุดมการณ์ใหม่ของการพัฒนาสาธารณสุข^{5/} และการโหมทำงานอย่างเต็มที่ของกระทรวงสาธารณสุขตลอดถึงการแสดงความเชื่อมั่นว่า ประเทศไทยจะสามารถบรรลุเป้าหมายสุขภาพที่ดีถ้วนหน้า (Health for All) ได้ในอนาคตอันใกล้ ได้มีคำถ่ามหลายประการเกิดขึ้นว่าโดยแท้ที่จริงแล้วนี้ “สาธารณสุขมูลฐาน” ที่ปรากฏในขณะนี้สถานะที่สะท้อนแนวคิด และอุดมการณ์ใหม่แห่งการพัฒนาสักเพียงใด หรือว่าเป็นเพียงแต่อาการไหวตัวทาง

โครงสร้างอำนาจในการเมือง เศรษฐกิจและวิชาชีพ เพื่อที่จะลดทอนวิกฤตการณ์ วิกฤตการณ์และคงสถานะเดิมเอาไว้

บทความที่จะนำเสนอต่อไปนี้ เป็นความพยายามที่จะตรวจสอบและวิพากษ์วิจารณ์แนวทางสาธารณสุขมูลฐานที่เกิดขึ้นในประเทศไทยในขณะนี้ เพื่อที่จะตอบคำถามที่กล่าวถึงข้างต้น ในท่ามกลางความสับสนซับซ้อนของสถานการณ์และปัญหาและข้อจำกัดในเชิงทัศนะ และข้อมูลบางประการของผู้เขียนเอง

การนำเสนอบทความจะแบ่งเป็น 3 ส่วน คือ พัฒนาการโดยสังเขป ของระบบบริการสาธารณสุขไทย ปัญหา, วิกฤตการณ์พัฒนาสาธารณสุข และสังคม เศรษฐกิจ ในทศวรรษ 1970-1980 และการพัฒนาการของงานสาธารณสุขมูลฐานในประเทศไทย และส่วนสุดท้ายเป็นส่วนของการวิเคราะห์จุดยืนทางแนวคิดและอุดมการณ์ของสาธารณสุขมูลฐานไทย

1. สาธารณสุขไทยก่อนยุคสาธารณสุขมูลฐาน (พัฒนาการโดยสังเขป)

จุดเริ่มต้นของพัฒนาการ ระบบการสาธารณสุขของประเทศไทยที่เป็นระบบชัดเจน (Organized system) โดยเฉพาะอย่างยิ่งภายใต้ความรับผิดชอบของรัฐ อาจถือเอา พ.ศ. 2431 ซึ่งเป็นปีที่มีการก่อตั้งโรงพยาบาลศิริราช และกรมพยาบาลขึ้นเป็นครั้งแรก^{6/} จากจุดเริ่มต้นดังกล่าวระบบการสาธารณสุขของประเทศไทยมีการเปลี่ยนแปลงมาโดยตลอดทั้งในเชิงโครงสร้างและบทบาทหน้าที่ และรวมไปถึงการพัฒนาของวิชาชีพทางการแพทย์และธุรกิจการแพทย์เอกชน

ช่วงของการเปลี่ยนแปลง ของระบบการสาธารณสุขของประเทศไทยที่ผ่านมาจนถึงยุคสาธารณสุขมูลฐานในปัจจุบันนั้น ทวีทอง หงษ์วิวัฒน์^{7/} เสนอความคิดและการวิเคราะห์ไว้อย่างน่าสนใจว่า อาจแบ่งได้เป็น 4 ยุคคือ ยุค 2431-2475 (ยุคทองของการแพทย์ตะวันตก) ยุค 2475-2485 (ยุคแรกของระบบ

บริการสาธารณสุข) ยุค 2495-2503 (ยุคปราบโรคติดต่อ) และยุค 2503-2516 (ยุคพัฒนาบริการสาธารณสุขพื้นฐาน)

เหตุการณ์สำคัญ ๆ ของการพัฒนาสาธารณสุขของประเทศที่เกิดขึ้นในแต่ละช่วงเวลาดังกล่าวอาจสรุปได้คร่าว ๆ ว่า ในยุคแรกระหว่าง 2431 จนถึงการปฏิวัติ 2475 นับเป็นยุคของการเริ่มต้นยอมรับและพัฒนาวิชาการแพทย์ตะวันตกในประเทศไทย อย่างเป็นระบบ โดยผ่านทางมูลนิธิ รอคกีเฟลเลอร์ และการจัดตั้งโรงเรียนแพทย์ศิริราชในยุคนี้ แม้รัฐบาลจะสนใจในปัญหาสาธารณสุขของประชาชนมากขึ้น แต่บทบาทของงานบริการสาธารณสุขยังคงค่อนข้างแคบ โดยเฉพาะในเขตเมืองหลวงและหัวเมืองบางแห่ง และจำกัดเฉพาะการบริการข้าราชการ และไพร่พลยามศึกสงครามมากกว่าประชาชนธรรมดา

ในยุคที่ 2 การเปลี่ยนแปลงที่สำคัญคือ การที่คณะราษฎรได้ประกาศนโยบายขยายสถานบริการโรงพยาบาล และสถานีอนามัยไปสู่ประชาชนในส่วนภูมิภาค รวมทั้งให้มีการผลิตบุคคลากรอื่น ๆ ที่มีใช้แพทย์เพื่อให้บริการ อย่างไรก็ตามการขยายสถานบริการจริง ๆ เป็นไปค่อนข้างช้า เนื่องจากปัญหาความไม่มีเสถียรภาพทางการเมืองของรัฐ ตลอดจนความไม่มีเจตจำนงที่แน่ชัดของรัฐ ที่สำคัญคือ ยุคนี้วิชาชีพแพทย์มีการขยายบทบาทด้านการศึกษาพยาบาลและมีความเข้มแข็งมากขึ้น (มีการออกพรบ. ประกอบโรคศิลปะในปี 2480 และการจัดตั้งแพทย์สภาในระยะต่อมา) และรวมทั้งการจัดตั้งกระทรวงสาธารณสุขในปี พ.ศ. 2485

ยุคที่ 3 งานบริการสาธารณสุขของประเทศเป็นเอกภาพขึ้นด้วยผลจากการจัดตั้งกระทรวงสาธารณสุข ตลอดจนวิชาชีพทางการแพทย์ก็มีความเป็นเอกภาพมากขึ้น กิจกรรมสำคัญในยุคนี้โครงการรณรงค์ปราบโรคติดต่อที่สำคัญ ๆ หลายชนิด อาทิเช่น มาเลเรีย คุดทะราด วัณโรค และวัณโรค โดยความช่วยเหลือจากสหรัฐอเมริกา องค์การอนามัยโลกและยูนิเซฟ ในยุคดังกล่าว

นี้ระบบบริการในภาคชนบทมีการขยายตัวพอสมควร โดยเฉพาะการสานต่อนโยบายการขยายโรงพยาบาลจังหวัด จากสมัยปฏิวัติ 2475 จนกระทั่งครบทุกจังหวัดในปี 2499 และการขยายจำนวนสำนักงานผดุงครรภ์ในขณะทีสถานีอนามัยชั้น 1 (มีแพทย์ประจำ) และสถานีอนามัยชั้น 2 มีการขยายตัวไปปริมาณที่ต่ำ

ยุคที่ 4 เป็นยุคที่ประเทศไทยมีการพัฒนาการทางเศรษฐกิจเข้าสู่ระบบทุนนิยมอย่างเต็มที่ มีการนำแผนพัฒนาเศรษฐกิจ 5 ปีมาใช้เป็นครั้งแรก เหตุการณ์สำคัญ ๆ ของการพัฒนาสาธารณสุขในยุคนี้ก็คือการหันจากโครงการรณรงค์ปราบโรคติดต่อมาเน้นการพัฒนาบริการสาธารณสุขมูลฐาน (basic health services) โดยเฉพาะได้มีโครงการขยายบริการสาธารณสุข และสถานีอนามัยสำหรับชนบท (Rural health centers and health services expansion programme) โดยมีเป้าหมายที่จะเพิ่มจำนวนสถานีอนามัย ให้ครอบคลุมประชาชนในชนบทให้กว้างขวางขึ้น และการเกิดโครงการสาธารณสุข และสุขาภิบาลหมู่บ้าน (Village health and sanitation project) ที่มีเป้าหมายเพื่อปรับปรุงสภาพสุขาภิบาลในชนบทโดยใช้หลักการพัฒนาชุมชน โดยเป็นโครงการที่ได้รับความช่วยเหลือจากสหรัฐอเมริกา และดำเนินการเฉพาะในภาคกลางและภาคใต้ของประเทศ

เหตุการณ์สำคัญอีกประการหนึ่งในยุคนี้นี้ ซึ่ง ทูททอง^{8/} เรียกว่าเป็นยุคทองแห่งแพทยศาสตร์ศึกษา ยุคที่ 2 ก็คือการศึกษาที่มูลนิธิโรดทีเฟลเลอร์ และสหรัฐอเมริกา ได้ให้ความช่วยเหลือเพื่อจัดตั้งโรงเรียนแพทย์ ทีคณะแพทยศาสตร์รามธิบดี และคณะวิทยาศาสตร์มหาวิทยาลัยมหิดล และคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ยุคดังกล่าวนี้ เป็นยุคที่วิชาชีพแพทย์เฟื่องฟูอย่างถึงขีด นักสุขภาพสมัยสองล่อง และนักวิชาการกระจุกตัวของแพทย์ ในกิตติมภารพัฒนาสูง ซึ่งส่งผลถึงนักสุขภาพความเหลื่อมล้ำ ในการกระจายแพทย์และเป็นอุปสรรคต่อการขยายสถานบริการสาธารณสุขในชนบท เริ่มปรากฏอย่างชัดเจนในยุคนี้

ในช่วงปลายของยุคดังกล่าวนี้ ซึ่งหมายถึง เป็นเวลาประมาณ 2 ทศวรรษที่ประเทศไทยได้ใช้แนวทางทุนนิยมเป็นแนวการพัฒนาประเทศอย่างเต็มที่นั้น ผลเสียของการพัฒนาเริ่มปรากฏเด่นชัดขึ้น โดยเฉพาะนักสุขภาพความเหลื่อมล้ำทั้งในทางเศรษฐกิจ สังคม และสาธารณสุข เหตุการณ์ 14 ตุลาคม 2516 เป็นจุดสำคัญอีกประการหนึ่งในทางประวัติศาสตร์ที่ทำให้นักสุขภาพความเหลื่อมล้ำทางการพัฒนาของประเทศ ได้รับการกล่าวถึง และรับรู้ในวงกว้าง แรงเฉื่อยจากเหตุการณ์ปฏิวัติ 14 ตุลาคม ได้ส่งผลกระทบต่อถึงบรรยากาศทางเศรษฐกิจ การเมือง และสาธารณสุขในยุคต่อมาพอสมควร เฉพาะในทางสาธารณสุขเหตุการณ์สำคัญ ๆ ในช่วงกลางทศวรรษที่ 1970 นี้ เช่น การประกาศนโยบายแพทย์รับทุน ตลอดจนการที่บุคคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขซึ่งผ่านเหตุการณ์ในยุคดีกล่าว ได้ออกไปทำงานในชนบทมากยิ่งขึ้น และรวมทั้งการรวมตัวเพื่อก่อตั้งชมรมทางวิชาชีพกันอย่างกว้างขวาง ชมรมแพทย์ชนบท เป็นต้น

อย่างไรก็ตาม ผลสะท้อนจากเหตุการณ์ปฏิวัติ 14 ตุลาคม 2516 ตลอดจนเรื่องมาก่อนยุคสาธารณสุขมูลฐานในแผน 4 (2520-2524) นั้น ผู้เขียนไม่มีเงื่อนไขในขณะนี้จะศึกษาข้อมูลโดยละเอียดว่า ส่งผลกระทบต่ออย่างไรต่อการเปลี่ยนแปลง ระบบบริการสาธารณสุขในชนบทมากน้อยขนาดไหน เท่าที่รับทราบโดยทางความรู้สึก (Subjective) นั้น บุคคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขจำนวนหนึ่งซึ่งมีบทบาทค่อนข้างสูงในการพัฒนาสาธารณสุขในยุคต้น ๆ ของสาธารณสุขมูลฐาน อาทิเช่น โรงพยาบาลชุมชนหลาย ๆ แห่งล้วนเคยผ่านประสบการณ์และผ่านกระบวนการรับรู้ปัญหาการพัฒนาในยุคนี้มาเกือบทั้งสิ้น

2. สาธารณสุขไทยในทศวรรษ 1970-1980 และการพัฒนาการของแนวทางสาธารณสุขมูลฐาน

ปลายทศวรรษที่ 1970 ภายหลังจากประเทศไทยได้พัฒนาการสาธารณสุขของประเทศ มาเป็นระยะเวลากว่าครึ่งศตวรรษนั้น ได้เกิดเหตุการณ์สำคัญ

ตารางที่ 1 : ฐานะการขาดโปรตีนและแคลอรีของเด็กทารกและวัยก่อนเรียน*

ภาค	รายได้เฉลี่ย ^{**} (2522)	ระดับการขาดอาหาร (2523)			รวม	จำนวน
		ระยะ เริ่มแรก	ระยะ ปานกลาง	ระยะ รุนแรง		
กลาง	17,655	30.7	8.3	1.5	41.0	42,181
เหนือ	8,781	37.2	13.7	2.6	53.5	61,016
ตะวันออก	-	30.4	8.9	1.8	41.1	23,153
อีสาน	4,991	41.6	15.2	2.4	59.2	290,648
ใต้	12,683	34.2	11.2	1.9	47.3	56,483
รวม	12,067	38.6	13.8	2.3	54.7	473,481

ที่มา : * กองโภชนาการ กระทรวงสาธารณสุข ย่างถึงใน สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ
 ขนบทไทย 2527 หน้า 175

** รายได้เฉลี่ยต่อบุคคลต่อปี ข้อมูลจาก สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ย่างถึงใน
 เส้นี่ จามริก และคณะ นโยบายการพัฒนาชนบท ในชนบทไทย 2523 หน้า 8

2.2 การครอบคลุมของบริการ และความเสมอภาคของการได้รับบริการ

การกระจายความครอบคลุม ของบริการสาธารณสุข เป็นอีกปัญหาหนึ่งที่สำคัญมากในขณะนี้มีบริการประมาณว่าช่วยบริการสาธารณสุขของรัฐ ซึ่งดำเนินงานมาตั้งแต่ปี 2485 นั้น ถึงช่วงปลายทศวรรษที่ 1970 สามารถให้บริการประชาชนได้ประมาณ 25-30 %^{15/} และบริการเหล่านี้ ก็มักจะก่อประโยชน์เฉพาะผู้ที่อยู่ใกล้หรือสามารถเข้าถึงบริการได้ง่าย บริการทางการแพทย์ (Medical service) คงให้บริการได้แต่ระดับอำเภอ เช่นเดียวกับงานทางด้านสุขาภิบาล ขณะทำงานอนามัยแม่และเด็กและวางแผนครอบครัว ลงถึงระดับตำบลและระดับหมู่บ้านในบางส่วน^{16/} ลักษณะเหล่านี้ทำให้ประชาชนโดยส่วนใหญ่โดยเฉพาะในชนบทขาดแคลนหรือเข้าถึงบริการของรัฐได้ยากต้องช่วยเหลือตัวเองในยามเจ็บป่วยด้วยการซื้อยากินเองหรือพึ่งยา และหมอพื้นบ้านเป็นหลัก^{17/}

การกระจายของสถานบริการของรัฐ บุคลากรทางการแพทย์ ตลอดจนการจัดสร้างงบประมาณสาธารณสุขเป็นอีกภาพหนึ่ง ที่แสดงให้เห็นปัญหาความไม่ครอบคลุม และความไม่ยุติธรรมของการให้บริการสาธารณสุขที่สำคัญมาก

จากตัวเลขการกระจายของโครงสร้างพื้นฐานการให้บริการสาธารณสุขของรัฐ ในปลายปี 2519 พบว่าสถานบริการในระดับต่ำกว่าอำเภอลงไปขาดแคลนค่อนข้างมาก กล่าวคือมีอำเภอเพียง 255 อำเภอ จากทั้งหมด 637 อำเภอที่มีโรงพยาบาล อำเภอ หรือศูนย์การแพทย์และอนามัย มีตำบลจำนวน 500 ตำบล จาก 5,465 ตำบลที่มีสถานีอนามัยและมีหมู่บ้านเพียง 1,450 หมู่บ้าน จากทั้งหมด 49,357 หมู่บ้านที่มีสำนักงานผดุงครรภ์^{18/}

สถานบริการที่มีอยู่เหล่านี้ นอกจากจะต้อง

ใช้งบประมาณถึงประมาณ 65-80%^{19/} ของงบประมาณ สาธารณสุขทั้งหมด และสามารถให้บริการที่จำกัดด้วย ข่ายความครอบคลุมเพียง 25-30% แล้วยังมีการพบว่ สถานบริการในบางระดับ โดยเฉพาะสถานเอนามียมี อัตราการใช้บริการที่ต่ำมาก

ในด้านของการกระจายบุคลากร และงบประมาณเพื่อการพัฒนาสาธารณสุข ปรากฏการณ์นอกจากจะมีทิศทางในลักษณะเดียวกันคือ ไม่ครอบคลุมแล้วยังชี้ให้เห็นอย่างชัดเจนว่า การกระจายเกิดความเหลื่อมล้ำ ระหว่างการให้บริการในเข้เขตที่ร่ำรวย กับพื้นที่ยากจนและ

ระหว่างคนจนที่มีปัญหา และต้องบริการกับคนรวยที่มีความพร้อมทางเศรษฐกิจสูงกว่า (ดูตารางที่ 2 และ 3)

2.3 ปัญหาการใช้ยาและเทคโนโลยีการแพทย์

ยาและเทคโนโลยี ตลอดจนอุปกรณ์ทางการแพทย์เป็นเครื่องมืออันสำคัญยิ่งของการแพทย์แผนตะวันตก ดังนั้นในขณะที่แพทย์ศาสตร์ศึกษา และวิชาชีพทางการแพทย์ในประเทศไทยได้พัฒนามั่นคง และขยายขอบเขตการให้บริการมากขึ้น จึงได้ส่งผลถึงการขยายตัวของ การใช้ยาและเทคโนโลยีทางการแพทย์ในประเทศไทยมากขึ้นมีประการหนึ่ง ขณะที่อีกประการหนึ่งก็คือ

ตารางที่ 2 : การกระจายบริการสุขภาพและบุคลากรสาธารณสุข (ทั้งภาครัฐบาลและเอกชน) ในประเทศไทยของภาค ในปี 2520)

ประเภทบริการและบุคลากร	กทม.	ภาค กลาง	ภาค เหนือ	ภาค ออกเฉียง- เหนือ	ภาค ใต้	เฉลี่ยทั้ง ประเทศ
โรงพยาบาล	126	171	115	117	93	622
เตียง	13,216	14,063	8,807	8,901	6,495	51,482
จำนวนเตียง/ประชากร	359	691	1,045	1,702	840	860
คลินิกเอกชน	1,843	681	381	286	362	3,553
คลินิกทันตกรรม	200	76	47	33	40	396
ร้านขายยา	4,640	5,371	2,604	2,778	1,376	15,769
สัดส่วนจำนวนแพทย์ของ						
กระทรวงสาธารณสุข 1 คน						
ต่อประชากร 1 (คน)	7,442	16,909	30,269	34,904	21,568	20,078
สัดส่วนจำนวนพยาบาลของ						
กระทรวงสาธารณสุข 1 คน						
ต่อประชากร (คน)	4,466	5,342	7,397	11,975	5,262	6,887
สัดส่วนทันตแพทย์ของกระทรวง						
สาธารณสุข 1 คน						
ต่อประชากร (คน)	80,386	142,984	270,654	398,641	138,161	194,178

ที่มา : Health Planning Division, MOPH Base Year Data and Background Information 1980.

ตารางที่ 3 : สภาพพื้นฐานและการกระจายงบประมาณกระทรวงสาธารณสุขไปยังภูมิภาค 2519

รายการ	กรุงเทพฯ	ภูมิภาคต่าง ๆ			
		ภาคเหนือ	ภาคอีสาน	ภาคกลาง	ภาคใต้
สภาพพื้นฐาน					
ประชากร (รวม 43 ล้านคน)	5.5	9.2	15.0	8.0	5.3
อัตราตายมาตรฐาน ⁽¹⁾	4.8	9.7	10.3	6.4	9.6
รายได้ต่อครอบครัว/ต่อปี ⁽²⁾	41,304	18,342	17,952	27,012	20,456
รายได้ต่อหัวประชากร/ต่อปี	7,310	3,647	3,043	5,145	4,095
ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพต่อครอบครัวประชาชน	1,344	852	720	1,308	876
การจัดสรรงบประมาณกระทรวง- สาธารณสุข					
ค่าใช้จ่ายจัดสรรไปยังส่วนภูมิภาค (ลานบาท) ⁽³⁾	1,339.7	343	382.5	336.03	294
ค่าใช้จ่ายจัดสรรต่อครอบครัว	1,374.2	188.4	148.8	239.9	290.8
ค่าใช้จ่ายจัดสรรต่อหัวประชากร	243.6	37.3	25.8	45.8	55.5
งบประมาณที่จัดสรรคิดเป็นร้อยละของงบประมาณรวม	49.2	12.6	14.0	13.4	10.8
อัตราส่วนค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพโดยค่าใช้จ่ายของรัฐ : ค่าใช้จ่ายส่วนบุคคล (ต่อครอบครัว)	1:0.98	1:4.5	1:4.8	1:4.8	1:3.0

ที่มา : (1) รายงานสำรวจการเปลี่ยนแปลงประชากร พ.ศ. 2517-2519 สำนักงานสถิติแห่งชาติ

(2) รายงานการสำรวจสภาพเศรษฐกิจ พ.ศ. 2518-2519 กองสำรวจเศรษฐกิจ สำนักงานสถิติแห่งชาติ
Report on an Economic Survey 1975-1976, Economic Survey National Statistics Bureau

(3) เอกสารจัดสรรจังหวัดและบัญชีใช้จ่ายเงินและค่าจ้างกรมบัญชีกลาง

อ้างอิงใน : สมคิด แก้วสนธิ "การจัดสรรงบประมาณด้านการสาธารณสุขกับการพัฒนาชนบท" วารสารเศรษฐศาสตร์-ปริทัศน์ ปีที่ 5 ฉบับที่ 1 มกราคม-มิถุนายน 2525 หน้า 71

การแพทย์แผนใหม่ได้กลายเป็นธุรกิจการแพทย์มากยิ่งขึ้น โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ยาและเทคโนโลยีทางการแพทย์ได้กลายเป็นธุรกิจอุตสาหกรรม ที่ขยายตัวเป็นธุรกิจบรรษัทข้ามชาติมากขึ้นทุกขณะ ธรรมชาติของการแพทย์แบบตะวันตกที่เน้นการศึกษา เมื่อบวกกับการกลายเป็นธุรกิจแสวงกำไร การผลักดันให้เกิดการใช้จ่ายจึงขยายตัวอย่างรวดเร็ว โดยไม่จำเป็นต้องสัมพันธ์กับปัญหาทางสุขภาพของประชาชนเสมอไป

ในประเทศไทย มูลค่าการบริโภคยาของประชาชนเพิ่มขึ้นอย่างน่าตกใจ โดยไม่มีความสัมพันธ์อย่างชัดเจนกับภาวะสุขภาพที่ดีขึ้นของประชาชน จากข้อมูลที่พบแสดงให้เห็นว่า มูลค่าการบริโภคยาของคนไทยเพิ่มขึ้นถึงประมาณกว่า 6 เท่าตัวจาก 2,662 ล้านบาทในปี 2513 เป็น 13,983 ล้านบาท ในปี 2523 และเพิ่มขึ้นเป็น 25,119 ล้านบาทในปี 2527 หรือกว่า 12 เท่าตัวจากปี 2513^{20/}

นอกจากนี้ยังมีตัวเลขจากรายงาน ขององค์การอนามัยโลกว่าในปี 2520 ในค่าใช้จ่ายที่จำเป็นเพื่อสุขภาพของคนไทยต่อปีนั้น เป็นค่าใช้จ่ายเกี่ยวกับยาถึง 80 % (หรือ 160 บาทจากค่าใช้จ่ายทั้งหมดโดยเฉลี่ย 220 บาท/ปี) โดยในจำนวนนี้เป็นค่าใช้จ่ายที่ชาวบ้านออกเงินซื้อเองถึงประมาณ 60%^{21/} ซึ่งตัวเลขดังกล่าวนี้เกิดขึ้นในท่ามกลางปัญหาการขาดแคลนยาบางประเภท เช่น วัณโรคและมาเลเรีย และความไม่เพียงพอของการใช้จ่ายบางชนิดหรือยาปฏิชีวนะ ยาแก้ปวด และฮอร์โมนต่าง ๆ^{22/}

ในด้านของธุรกิจการแพทย์นั้น นักทาสัญญา (แม้จะไม่สามารถแสดงเป็นปรากฏภาพชัด ชื่อมโยงได้ชัด เจม์ก็ตาม) ก็คือ การขยายตัวของธุรกิจการแพทย์ที่กระหนาบถึงปัญหาการกระจายบุคลากร และการส่งเสริมให้ระบบการสาธารณสุขของประเทศเน้นมีน้ำหนักไปสู่การแพทย์แผนรักษา เน้นเทคโนโลยี และอุปกรณ์ทางการแพทย์มากยิ่งขึ้น

อย่างไรก็ตาม สถานภาพของการขยายตัวของ การใช้จ่าย และการแพทย์แบบธุรกิจซึ่งสอดคล้องกับ อากาศของปัญหาการกระจายสถานบริการและทรัพยากร สาธารณสุขอื่น ๆ และพฤติกรรมความช่วยเหลือของประชาชน ดังได้กล่าวมาแล้วนี้แสดงให้เห็นภาพที่ค่อนข้างชัดเจนถึงการเคลื่อนตัวของทรัพยากรสาธารณสุขในทิศทางซึ่งยึดถือผลกำไร และตอบสนองประโยชน์ของวิชาชีพ และผู้ที่สามารถเข้าถึงบริการได้มากกว่า

อนึ่ง คงต้องเน้นย้ำให้เห็นว่าในท่ามกลาง นักทาสัญญาความเหลื่อมล้ำในการพัฒนาสาธารณสุขดังกล่าวมาข้างต้นนี้ ในเชิงของการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมโดยรวมก็ประสบวิกฤตการณ์ในลักษณะเดียวกัน โดยเฉพาะการพบว่า ช่องว่างของความแตกต่างทางฐานะรายได้ของประชาชน มีแนวโน้มที่จะทวีความรุนแรงมากยิ่งขึ้น ทั้งนี้ ไม่ว่าจะพิจารณาจากความแตกต่างของผลผลิตรวมระหว่างภาคหรือในเชิงของรายได้^{23/} (ดูตารางที่ 4) และในเชิงจำนวนคนยากจน ที่กระจายอยู่ในเขตชนบทของภาคต่าง ๆ ซึ่งพบว่ายังมีอยู่ถึงประมาณ 1 ใน 3 ของประชากรทั่วประเทศ หรือประมาณ 13 ล้านคนในปี 2518/2519 และคนจนเหล่านี้ประมาณ 90 % คือ ประชาชนในเขตชนบทของภาคอีสานและเหนือตอนบน^{24/}

พัฒนาการสาธารณสุขมูลฐานในประเทศไทย

"สาธารณสุขมูลฐาน" ได้รับการดำเนินการครั้งแรกในฐานะของแผนงานย่อยในโครงการจัดบริการ สาธารณสุขส่วนภูมิภาค ตามแผนพัฒนาสาธารณสุขแห่งชาติฉบับที่ 4 (2520-2524)^{25/} โดยเนื้อหาหลักของโครงการก็คือ การคัดเลือกและฝึกอบรมอาสาสมัครประจำหมู่บ้าน และ ผสส. - ผู้สื่อข่าวสาธารณสุข) เป้าหมายสำคัญที่สุดของโครงการคือ การขยายความครอบคลุมของบริการสาธารณสุขในชนบท โดยอาศัยหลักการช่วยเหลือตนเองของชาวบ้าน และใช้ทรัพยากรจากชุมชน^{26/} โดยที่อาสาสมัครสาธารณสุขดังกล่าวจะเป็นส่วนขยายจากระบบบริการสาธารณสุขของรัฐ ในการให้

ตารางที่ 4 : การกระจายรายได้ระหว่างภาคต่าง ๆ ระหว่างปี 2503-2522

รายการ	เหนือ	อีสาน	ใต้	กลาง	กรุงเทพฯ	ทั่วประเทศ
1. สัดส่วนผลผลิตรวมของภาค ตามราคาท้องที่ (ร้อยละ)						
2503	15.8	17.0	14.1	29.3	23.8	100.0
2513	15.2	16.0	12.8	27.5	28.5	100.0
2522	14.9	14.7	11.8	31.2	27.4	100.0
2. รายได้เฉลี่ยต่อคนของภาค ตามราคาปัจจุบัน (บาท)						
2503	1,496	1,082	2,700	2,565	5,630	2,106
2513	2,699	1,822	3,858	4,662	10,234	3,849
2522	8,781	4,991	12,683	17,655	30,161	12,067

ที่มา : สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ แผนพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 5 (2525-2529) หน้า 337-338

บริการสาธารณสุขขั้นพื้นฐานแก่ชาวบ้าน และประสานช่วยเหลือการทำงานของเจ้าหน้าที่^{27/} ซึ่งวิธีการดังกล่าวนี้เชื่อกันว่าจะทำให้ชาวบ้านได้รับบริการสาธารณสุขขั้นพื้นฐานได้ครอบคลุมในระยะเวลาอันสั้น และประหยัดทรัพยากร

การที่โครงการสาธารณสุขในช่วงแรก มีรูปแบบและเนื้อหา เน้นหนักโครงการ อสม./ผสส. นั้น อาจกล่าวได้ว่า เหตุผลประการหนึ่งมาจากการสรุปทริเียนของการใช้อาสาสมัคร ในโครงการพัฒนาสาธารณสุขหลาย ๆ โครงการที่กระทรวงสาธารณสุขและหน่วยงานอื่น ๆ ได้ดำเนินการมาก่อนหน้านี้ เฉพาะอย่างยิ่งโครงการโคราซ และโครงการสาปางในช่วงปี 2517-2519^{28/} ซึ่งประสบความสำเร็จของการใช้อาสาสมัครเหล่านี้เองที่กระทรวงสาธารณสุขสรุปว่า ประเทศไทยเคยมีประสบการณ์ดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐานมาก่อนหน้าที่องค์การอนามัยโลกจะประกาศคำประกาศว่าด้วย การสาธารณสุขมูลฐานในปี 2521^{29/}

งานสาธารณสุขมูลฐานดังกล่าวนี้ ในประมาณปี พ.ศ. 2521 ได้รับการยกฐานะเป็นโครงการสาธารณสุขมูลฐานแห่งชาติ^{30/} โดยที่เนื้อหาหลักยังคงอยู่ที่การดำเนินการเพื่อจัดตั้ง อสม./ผสส. ให้ครบตามแผน คือ อสม. ประมาณ 22,400 คน และ ผสส. ประมาณ 224,000 คน ครอบคลุมหมู่บ้านประมาณครึ่งหนึ่งของประเทศ

ในระยะต่อมาโครงการสาธารณสุขมูลฐาน มีการพัฒนาเนื้อหากิจกรรมในระดับหมู่บ้าน ซึ่งจากเดิมคือการรักษาพยาบาลอย่างง่ายและการจัดหายาจำเป็นเพื่อจำหน่ายในหมู่บ้านไปสู่งานโภชนาการ สุขศึกษา และอื่น ๆ โดยมีการพัฒนารูปแบบของกองทุนชุมชนเพื่อรองรับกิจกรรมดังกล่าวเหล่านี้ และกิจกรรมการให้บริการขั้นพื้นฐานเหล่านี้ยังคงมี อสม./ผสส. เป็นโครงสร้างพื้นฐานที่คอยประสานไปกับเจ้าหน้าที่และชาวบ้าน

ช่วงต้นของแผนพัฒนาสาธารณสุขฉบับที่ 5 ซึ่งมีการทบทวนบทบาทการสาธารณสุขขั้นพื้นฐานทั้งในด้านภารกิจ ส่งเสริม และบริการรักษาพยาบาล ยังคงมีอยู่ค่อนข้างมาก ควบคู่ไปกับความยากจนในชนบท ทำให้งานสาธารณสุขมูลฐานทวีความสำคัญมากขึ้น โดยเฉพาะอย่างยิ่ง การเป็นโครงการสำคัญในแผนพัฒนาชนบทยากจนในหมวดของบริการขั้นพื้นฐาน กิจกรรมและโครงการย่อยในโครงการเหล่านี้ ได้ครอบคลุมกิจกรรมสำคัญ ๆ เช่น การจัดหายาจำเป็นในหมู่บ้าน (กองทุนยา) งานเฝ้าระวังและแก้ไขปัญหาโภชนาการ งานสุขาภิบาลน้ำสะอาด งานให้ภูมิคุ้มกันโรค งานอนามัยแม่และเด็ก รวมทั้งงานที่เป็นการปรับปรุงและขยายสถานบริการของรัฐ เช่น สถานีอนามัย และโรงพยาบาลชุมชน^{31/}

ในช่วงกลางและปลาย ของแผนพัฒนาสาธารณสุขฉบับที่ 5 เป็นยุคที่สาธารณสุขมูลฐานทวีความเข้มข้นในเชิงของกิจกรรมเป็นอย่างมาก นอกเหนือจากการจัดตั้งอาสาสมัครเพิ่มเติม เพื่อให้ครบในหมู่บ้านดีเหลือการขยายกองทุนชุมชน เช่น กองทุนยา กองทุนโภชนาการ และกองทุนสุขาภิบาล รวมทั้งการพัฒนาการของกองทุนเอนาประสงค์ ซึ่งมีเข้ามาแทนที่รูปแบบกองทุนเฉพาะกิจในช่วงปลายแผนพัฒนาสาธารณสุขฉบับที่ 5 โครงการที่สำคัญอีกอย่างน้อย 4 โครงการได้เกิดขึ้นในช่วงใกล้เคียงกันคือ โครงการ จปฐ. ซึ่งมุ่งพัฒนาเครื่องมือที่จะให้ชาวบ้าน และเจ้าหน้าที่ 4 กระทรวงหลัก ใช้เป็นแนวทางในการสำรวจความต้องการของชาวบ้านเพื่อเป็นข้อมูลในการทำแผนพัฒนาตำบล-หมู่บ้าน และให้เจ้าหน้าที่ทำงานได้อย่างประสานกัน **โครงการ บัณฑิตสุขภาพ** พัฒนามาจากกองทุนอนามัยแม่และเด็ก โดยในช่วงแรกเป็นการดำเนินงานเพื่อพัฒนาทางด้านอนามัยแม่และเด็ก โดยอาศัยงานการรักษาพยาบาลเป็นตัวนำ แต่ในระยะหลังโครงการได้ขยายขอบเขต ไปสู่การใช้หลักการประกันสุขภาพ เพื่อที่จะก่อให้เกิดการปรับปรุงการใช้บริการของสถานบริการของรัฐ (โดยเฉพาะจากสถานีอนามัย -โรงพยาบาลชุมชน -โรงพยาบาลจังหวัด

และที่สูงขึ้น) ทั้งในส่วนที่เป็นพฤติกรรมของประชาชน และการปรับปรุงระบบส่งต่อของหน่วยบริการ **โครงการหมู่บ้านตั้งตนเองทางสาธารณสุขมูลฐาน** มีลักษณะเป็นแนวทางการดำเนินงาน ที่จะส่งเสริมให้มีการขยายจำนวนหมู่บ้านพัฒนาสาธารณสุขได้เร็วขึ้น โดยใช้เทคนิคการฝึกอบรมระหว่างหมู่บ้าน และการให้การสนับสนุนการดำเนินการของหมู่บ้าน ภายหลังจากฝึกอบรมจากรัฐ **โครงการชมรมสุขภาพชีวิต (ปวช.)** เป็นอีกโครงการหนึ่งที่เกิดขึ้นจากโครงการ จปฐ. แต่มีขอบข่ายการดำเนินงานกว้างกว่า โดยเฉพาะต้องการให้เป็นแผนงานร่วมของ 4 กระทรวงหลัก เน้นหากิจกรรมคล้ายคลึงกับหลักวิถีดำเนินงานของโครงการหมู่บ้านตั้งตนเองร่วมกับโครงการ จปฐ. กล่าวคือ การใช้หมู่บ้านเครือข่ายเพื่อการถ่ายทอดประสบการณ์การดำเนินงาน ซึ่งมี จปฐ. เป็นดัชนีที่สำคัญและมี 4 กระทรวงหลักคอยให้การสนับสนุน

อย่างไรก็ตาม มีข้อน่าสังเกตอยู่ 2 ประการ ประการแรกทิศทางการดำเนินงานของโครงการสาธารณสุขมูลฐาน และโครงการพัฒนาที่เกี่ยวข้องที่กล่าวมาเกือบทั้งหมดล้วน เป็นกิจกรรม หรือโครงการเพื่อจัดบริการขั้นพื้นฐานในระดับชุมชน (Community-based health Services) ซึ่งอาศัยบทบาทของประชาชนในการรองรับการดำเนินงานโครงการทั้งในรูปของอาสาสมัครและการจัดตั้งกองทุน (ออกทุนและดำเนินการ)

ข้อสังเกตประการที่สอง ในท่ามกลางการดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐานเหล่านี้ การพัฒนาชนบทในภาพรวมโดยเฉพาะอย่างยิ่งโดยผ่านระบบ กชข. หรือแผนพัฒนาชนบทยากจน ก็มีลักษณะเนื้อหา และทิศทางคล้ายคลึงกัน กล่าวคือเน้นกิจกรรมการพัฒนาในระดับหมู่บ้าน โดยอาศัยการมีส่วนร่วมของประชาชนในการดำเนินการ สิ่งที่เปลี่ยนแปลงไปเป็นเพียงรูปแบบการดำเนินงานที่ใช้ระบบของการจัดทำแผน ซึ่งเริ่มต้นจากระดับตำบล และการจัดสรรงบประมาณตามแผนร่วมไปกับการใช้เงินที่เป้าหมาย^{32/}

3. จุดยืนของแนวคิดและอุดมการณ์สาธารณสุขมูลฐาน-ไทย : ข้อวิจารณ์และบทวิเคราะห์

ผู้เขียนได้ใช้เวลาศึกษากับข้อมูลในส่วนแรก เพื่อที่จะชี้ให้เห็นถึงพัฒนาการของนิยามสาธารณสุข และระบบบริหารสาธารณสุข ตลอดจนการสนองตอบต่อนิยามสาธารณสุขของกลยุทธ์สาธารณสุขมูลฐาน ประเด็นที่ควรได้รับการพิจารณาคือ การพยายามพิจารณาเพื่อหาคำตอบว่า กลยุทธ์สาธารณสุขมูลฐานที่เป็นอยู่ในขณะนี้ เป็นกลยุทธ์การพัฒนามาใหม่ ที่จะก่อให้เกิดการพัฒนาเพื่อคนยากจนได้อย่างแท้จริงหรือไม่ มากน้อยแค่ไหน และถ้าไม่ใช่สถานะที่แท้จริง ของกลยุทธ์สาธารณสุขมูลฐานอยู่ตรงไหน เกณฑ์ในการพิจารณาอย่างมีหลักการ ไม่เห็นจะต้องกลับไปหารากฐานทางความคิด ที่ถูกต้องของสาธารณสุขมูลฐาน ประกอบกับการพิจารณาข้อเท็จจริงในการดำเนินงานที่เกิดขึ้น ประกอบข้อมูลที่กล่าวถึงข้างต้น

3.1 สาธารณสุขมูลฐาน-ศรัทธาใหม่ทางการพัฒนา

สาธารณสุขมูลฐานมิใช่แนวคิด และกลยุทธ์การพัฒนาที่เกิดขึ้นจากความว่างเปล่า ในทางของประเทศไทยนี้ แม้กระทรวงสาธารณสุขจะยืนยันว่า สาธารณสุขมูลฐานเป็นแนวคิดเก่าที่เคยมีการทดลองปฏิบัติโดยกระทรวงสาธารณสุข และ/หรือ ถ้าจะพิจารณาให้ลึกกลงไปกว่านี้ สาธารณสุขมูลฐานคือ แผนปฏิบัติการของสังคมไทยมาช้านาน (การช่วยกันเองด้านการรักษาพยาบาล) ก็ตาม แต่การเกิดโครงการและนโยบายสาธารณสุขมูลฐานในระดับชาติเมื่อปีพ.ศ. 2520-2521 ในแบบที่ประสานสอดคล้องกับการประกาศ อลัมบา อตา โดยองค์การอนามัยโลก หาใช่ เรื่องบังเอิญไม่ ตัวแปรที่สำคัญที่กำหนดปรากฏการณ์ในเรื่องนี้คือ วิกฤตการณ์ทางการพัฒนาทั้งในระดับโลกและภายในประเทศ ที่จำเป็นต้องเกิดการหาข้อสรุปและแสวงหาทางเลือกใหม่ เพื่อเผชิญกับวิกฤตการณ์ที่เกิดขึ้น

อาจจะต้องเน้นให้เห็นภาพร่วมกันว่า สถานการณ์ปัญหาสุขภาพของชาวโลก โดยเฉพาะประเทศด้อย-

พัฒนา ในราวปี 2521 ซึ่งเป็นปีที่เกิดคำประกาศอัลมบา อตา นั้นไม่ได้มีสภาพและทิศทางที่แตกต่างจากที่กล่าวถึงในส่วนแรกนัก ประชากรกว่า 800 ล้านคนมีชีวิตอยู่ท่ามกลางความยากจนข้นแค้น โดยที่ 1 ใน 3 ของการตายที่เกิดขึ้นเป็นเด็กวัยต่ำกว่า 5 ปี และประมาณกันว่าเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปีต้องตายเพราะความหิวโหย ภาวะทุพโภชนาการ และโรคติดเชื้อปีละประมาณ 11 ล้านคน นอกจากนี้มีประมาณ 80 % ของประชากรในประเทศด้อยพัฒนาไม่สามารถเข้าถึงบริการทางการแพทย์ และสาธารณสุข รวมทั้งต้องใช้ชีวิตอยู่ท่ามกลางสภาพสุขภาพย่ำแย่ตลอดชีวิต^{33/}

สภาพการณ์ในลักษณะเช่นนี้ ที่เริ่มตระหนักกันตั้งแต่ปลายทศวรรษ 1960 เป็นมูลเหตุหนึ่งที่ทำให้เกิดการหันกลับไปสู่รูปแบบเรียนและดึงเอาประสบการณ์ความสำเร็จของการพัฒนาสาธารณสุขในหลายประเทศ มาสู่การเป็นสาธารณสุขมูลฐาน ในกลางทศวรรษที่ 1970 โดยเฉพาะอย่างยิ่งประสบการณ์ของแนวคิด เรื่องการพัฒนาบริการสาธารณสุขขั้นพื้นฐาน (basic health services) ซึ่งเน้นการจัดบริการ (delivery) ด้านการป้องกันรักษาให้ครอบคลุมประชาชน กษัตริย์อย่างความสำเร็จจากประเทศจีน และจากประสบการณ์ของโครงการพัฒนาสาธารณสุขในบางประเทศ ที่เน้นการพัฒนาโดยมีส่วนร่วมจากประชาชน บนแนวคิดของการพัฒนาแบบผสมผสาน^{34/}

อย่างไรก็ดี มีข้อสรุปอย่างน้อย 5 ประการที่มีความสำคัญ และคือรากฐานทางปรัชญาที่สำคัญของสาธารณสุขมูลฐาน

ประการแรก

ข้อสรุปในสิ่งที่เรียกว่า

"เศรษฐศาสตร์การเมือง ของปัญหาสาธารณสุข"^{35/} กล่าวคือ การตระหนักว่าปัญหาทางการแพทย์และสาธารณสุขนั้น เป็นปัญหาที่ถูกกำหนดอยู่ภายใต้เงื่อนไขทางเศรษฐกิจ การเมือง และสังคม ซึ่งมาตรการทางการแพทย์และสาธารณสุข (ในแบบเดิม) ทั้งที่เป็นการป้องกัน และรักษาไม่อาจจัดการได้ทั้งหมด ปัญหาความเจ็บป่วยของคนส่วนใหญ่ที่เกิดขึ้นผูกพันอยู่กับความยากจน ซึ่ง

ถูกกำหนดจากโครงสร้างทางเศรษฐกิจ สังคมที่ไม่เป็นธรรม มาตราการทางการแพทย์ไม่มีส่วนจัดการปัญหาการกระจายรายได้ หรือความมั่งคั่ง หรือแม้แต่การควบคุมสินเชื่อ ไม่สามารถที่จะเปลี่ยนแปลงการกระจายการถือครองที่ดิน และแก้ไข้ปัญหาการเช่าที่ดิน บริการทางการแพทย์ไม่สามารถที่จะยกระดับการมีงานทำ และทำให้ครอบครัวมีรายได้เพียงพอ ที่จะซื้อหลังจำเป็นในชีวิต หรือแม้กระทั่งการเข้าไปควบคุมระบบตลาด ที่ผลิตบุหรี่ และสินค้าเพื่อการบริโภคต่าง ๆ ที่ก่อให้เกิดการเจ็บป่วย และสูญเสียชีวิต^{36/} ความเจ็บป่วยที่เกี่ยวข้องอย่างใกล้ชิดกับความยากจนนี้เองที่ทำให้การแก้ไข้ปัญหา ไม่อาจจำกัดเพียงแค่ตัวอาการปัญหา หากจะต้องเข้าใจสิ่งที่กำหนด และดำรงความยากจนของคนจน การพัฒนาสาธารณสุขของประเทศกำลังพัฒนา จะต้องเกี่ยวข้องกับเงื่อนไขทางเศรษฐกิจการเมือง ที่กำหนดความเจ็บป่วย และแนวทางสาธารณสุขมูลฐาน จะไม่สามารถบรรลุผล หากเงื่อนไขรากฐานเหล่านี้ไม่ได้รับการแก้ไข^{37/}

ข้อสรุปในประการนี้ มีนัยยะหลายประการ ประการแรกก็คือ ทำให้สาธารณสุขมูลฐานจักต้องถือเอาความยุติธรรม (justice) และความเท่าเทียม (equity) เป็นอุดมการณ์ ประการที่สอง สาธารณสุขจะต้องเป็นกระบวนการพัฒนาแบบผสมผสาน ระหว่างสาขา (intersectoral approach)^{38/} ประการที่สาม สาธารณสุขมูลฐานมิใช่ระบบการบริการราคาถูกที่ต่อจากส่วนปลายของระบบบริการสาธารณสุขของรัฐที่มีไว้สำหรับชาวบ้านคล้ายบริการชั้นสอง ที่ให้ชาวบ้านช่วยตนเอง สาธารณสุขมูลฐานจะต้องสะท้อนการปรับโครงสร้างใหม่ (restructured) โดยเฉพาะอย่างยิ่งการกระจายทรัพยากรของระบบ และประการสุดท้ายในการดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐาน จะต้องมีการเปลี่ยนแปลงอย่างขนาดใหญ่ของโครงสร้าง และองค์กรของระบบบริการสาธารณสุข และระบบการพัฒนาสาขาอื่น ๆ ที่ส่งผลต่อปัญหาสาธารณสุข^{39/}

ข้อสรุปประการที่ 2 ก็คือ ข้อสรุปเกี่ยวกับอุดมการณ์ และวิธีการของวิชาชีพทางการแพทย์ต่อการ

พัฒนาสาธารณสุขที่ผ่านมา โดยเฉพาะการครอบงำของปรัชญาวิทยาศาสตร์การแพทย์ขั้นสูง (Scientific Medicine) ต่อแนวคิด แนวปฏิบัติ และการกำหนดระบบการให้บริการทางการแพทย์และสาธารณสุข ธรรมชาติของการแพทย์แบบวิทยาศาสตร์ชีวภาพ ซึ่งเป็นการรักษา มีทัศนะในการมองสาเหตุของความเจ็บป่วยอย่างคับแคบ เน้นเทคโนโลยีและอุปกรณ์ทางการแพทย์อันซับซ้อน และมีราคาแพง ทำให้มีประสิทธิภาพในการแก้ไข้ปัญหาต่ำ มีขีดจำกัดในการกระจายและแปลกแยกจากวิถีชีวิตของคนส่วนใหญ่ ประการสำคัญก็คือ มีแนวโน้มที่จะสนองตอบปัญหา และความต้องการของคนเฉพาะกลุ่มที่มีความสามารถเข้าถึงบริการมากกว่าคนส่วนใหญ่ ฯลฯ อิวาน อิลิช^{40/} พูดถึงประเด็นนี้ไว้ค่อนข้างชัดเจนว่า

“...การเน้นความสำคัญให้กับบุคคลากรทางการแพทย์ขั้นสูงนั้น หมายความว่า บุคคลากรเหล่านี้ได้เข้าครอบงำแนวคิดเกี่ยวกับสุขภาพทั้งในเชิงนโยบาย และการปฏิบัติพื้นฐานการฝึกอบรม ส่งผลถึงการกำหนดแนวคิดของรัฐในการกำหนดนโยบายสาธารณสุข ของประเทศ สถกนาธานน์ ชัมมิ่งส่งผลถึงวิกฤตการณ์ 2 ประการคือ ประการแรก นโยบายสาธารณสุขของประเทศมักสะท้อนผลประโยชน์ ของวิชาชีพแพทย์มากกว่า ความต้องการของประชากรส่วนใหญ่ของประเทศ ตัวอย่างเช่น การให้ความสำคัญกับการสร้างโรงพยาบาลใหม่ ๆ จะมากกว่าการขยายกิจกรรมทางด้านสาธารณสุขคนจนในชนบท และสลัมในเขตเมืองมักเป็นเพียงผู้ผลิตทางการพัฒนาใหม่ ๆ เท่านั้น ประการที่สอง วิชาชีพแพทย์ ได้ดำรงการผูกขาดความรู้ทางด้าน การแพทย์สุขภาพอนามัย และร่างกายมนุษย์ ซึ่งเป็นภาระส่งเสริมความหลังให้กับบุคคลากรผู้ซึ่งผ่านการฝึกอบรมและติรารับรองจากสถาบันทางการแพทย์ที่เป็นทางการ ภาวะเหล่านี้ไม่เพียงแต่ทำให้คนจนถูกกีดกันออกจากทรัพยากรทางสาธารณสุข หากแต่ยังถูกปฏิเสธโอกาสที่จะเรียนรู้ที่จะใช้ทรัพยากร ซึ่งอาจจะพอมืออยู่บ้างในชุมชนของตนเอง...”

สิ่งสำคัญอีกประการหนึ่งซึ่งเกี่ยวข้องกัน ก็คือ การยอมรับว่า "สุขภาพ" มิได้เป็นเพียงปรากฏการณ์ทางชีววิทยาที่แก้ไขได้ด้วยเพียงเทคโนโลยี สุขภาพคือภาวะดำรงอยู่อย่างสมบูรณ์ทั้งทางร่างกาย จิตใจ และสังคม มิใช่เพียงการปราศจากโรค หรือความเจ็บป่วย ซึ่งสุขภาพตามความหมายดังกล่าวนี้ จะบรรลุผลได้ด้วยมาตรการทางด้านแพทย์ และมาตรการทางสังคม (Social measure) ที่เพียงพอเท่านั้น^{41/} องค์การอนามัยโลกได้ให้การยอมรับในปี 2521 ว่า ในรอบ 30 ปีก่อนหน้านั้น องค์การอนามัยโลกมีความเชื่อที่ผิดมาตลอดที่เห็นว่าโรค (disease) เป็นเพียงปรากฏการณ์ทางธรรมชาติง่าย ๆ ที่ต้องการเพียงเทคโนโลยีในการควบคุม จริง ๆ แล้วโรคเป็นปรากฏการณ์ธรรมชาติดำรงอยู่ภายใต้เงื่อนไขทางสังคม (Socially-sustained) และจะสามารถควบคุมได้ด้วยกระบวนการทางสังคมเท่านั้น^{42/}

นัยยะที่เกิดขึ้นจากข้อสรุปเหล่านี้ก็คือ หลักการมีส่วนร่วม (Community participation) และการพึ่งตนเอง (self-reliance) และหลักการเทคโนโลยีอันเหมาะสม (appropriate technology) ในความหมายของการลดความลึกลับ (demystified) ของวิชาชีพ การกระจายอำนาจ และการ localized ความรู้และเทคโนโลยีในการเฝ้าระวังรักษา ทั้งนี้เพื่อที่จะให้สาธารณสุขมูลฐาน เป็นระบบบริการสาธารณสุขสะท้อน และวิวัฒนาการจากสภาพทางเศรษฐกิจ สังคม และการเมืองของชุมชนและประเทศ สอดคล้องกับสภาพวัฒนธรรมการดำรงชีวิตอยู่ในวิถีที่เงื่อนไขทางเศรษฐกิจของชุมชนและประเทศจะจัดหาได้ และอยู่บนพื้นฐานสำนักแห่งการพึ่งพาและกำหนดโดยประชาชนเอง^{43/}

ข้อสรุปประการที่ 3 คือ การพัฒนาเพื่อให้ได้มาซึ่งสุขภาพที่ดีของคนส่วนใหญ่ เป็นกระบวนการทางการเมือง ข้อสรุปประการนี้เกี่ยวข้องโดยใกล้ชิดกับ 2 ประการแรก รากฐานของปัญหาสาธารณสุขที่เกี่ยวข้องกับความยากจน ซึ่งกำหนดโดยโครงสร้างเศรษฐกิจการ-

เมือง และสังคมที่ไม่ยุติธรรม รวมทั้งระบบบริการของรัฐที่กระจายทรัพยากรเอาเปรียบ จากประโยชน์ของคนส่วนใหญ่ นั่น หากจะให้เป็นที่ไปในลักษณะตรงกันข้ามไม่ว่าจะเป็นทิศทางของการทำงานในลักษณะประสาน หรือผสมผสาน และยึดถือเป้าหมายที่ชีวิตความเป็นอยู่ที่ดีขึ้นของคนส่วนใหญ่ สิ่งเหล่านี้จำต้องอาศัยกระบวนการทางการเมือง โดยเฉพาะอย่างยิ่งแรงสนับสนุนทางการเมืองจากชนชั้น หรือกลุ่มผู้เสียเปรียบส่วนใหญ่ในสังคม^{44/} นอกจากนั้น การมีส่วนร่วมของชุมชนตั้งในความหมายของการ demystified และ localized เทคโนโลยี และกระบวนการพัฒนาสาธารณสุข และความหมายในเชิงการมีส่วนร่วมในอนาคตที่จะตัดสินใจต่อการพัฒนา และกำหนดการใช้ทรัพยากรเหล่านี้โดยแท้จริงแล้วคือ กระบวนการทางการเมือง และในประการสุดท้ายความจำเป็นที่จะต้องมีการปรับลำดับความสำคัญ ตลอดจนทิศทางของการพัฒนาสาธารณสุขในระบบบริการสาธารณสุข และอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องเพื่อส่งเสริมต่อการสาธารณสุขมูลฐาน เหล่านี้คือการเมือง

นัยยะประการนี้ ปรากฏชัดในคำประกาศสาธารณสุขมูลฐาน^{45/} ที่เรียกร้องเจตจำนงทางการเมือง (Political will) โดยเฉพาะเจตจำนงทางการเมืองของประชาชนเพื่อที่จะสนับสนุน และเป็นหลักประกันต่อการบรรลุเป้าหมายสาธารณสุขมูลฐาน

มีความจำเป็นที่จะต้องขยายความ ในที่นี้ว่า "อาสาสมัครสาธารณสุข" ซึ่งเป็นทั้งยุทธศาสตร์และยุทธวิธีสำคัญของสาธารณสุขมูลฐานนั้น โดยรากฐานที่แท้จริงแล้วคือ สิ่งที่เรียกว่า ภาวะความเป็นสถาบัน (institutionalization) ของหลักการมีส่วนร่วมของประชาชน^{46/} ซึ่งเป็นผลผลิตจากโครงสร้างทางการเมือง^{47/} แต่การตีความหมายและนำไปปฏิบัติที่เกิดขึ้น โดยทั่วไปนัยยะทางการเมืองของอาสาสมัครสาธารณสุขถูกกรองทิ้งไป เหลือแต่นัยยะในเชิงประโยชน์ทางวัตถุที่เกิดขึ้นจากการสละแรงกาย เงินทอง ฯลฯ ด้วยการตีความว่าเป็นกระบวนการช่วยเหลือและพึ่งตนเอง ปรากฏการณ์ของการตีความเหล่านี้จึงจริง ๆ แล้วคือการเมือง

3.2 สาธารณสุขมูลฐานไทย - ทรรกใหม่ทางการพัฒนา

ในการวิเคราะห์ว่า สาธารณสุขมูลฐานไทยเท่าที่เป็นอยู่ในขณะนี้ เป็นคุณภาพใหม่ทางการพัฒนาหรือ เป็นเพียงโครงการใหม่ภายใต้ระบบราชการเดิมนี้ อาจพิจารณาได้จากประเด็นต่อไปนี้

ก. สาธารณสุขมูลฐาน-ระบบบริการที่ยื่นออกไป

สถานะที่เป็นจริงของสาธารณสุขมูลฐานที่ปรากฏในแนวคิดเชิงนโยบายของรัฐกระทรวงสาธารณสุขนั้นคือ ระบบบริการสาธารณสุขที่เพิ่มเติม หรือเสริมจากระบบบริการสาธารณสุขของรัฐซึ่งจัดบริการในระดับตำบล หมู่บ้าน โดยประชาชนและความร่วมมือของชุมชน^{48/} โดยเฉพาะอย่างยิ่งระบบบริการที่จะจัดสร้างบริการขั้นต้น รัฐมีลักษณะผสมผสาน (การรักษา ป้องกัน ส่งเสริม และฟื้นฟู) ให้สามารถครอบคลุมประชากร^{49/} บนพื้นฐานของเทคโนโลยีแบบง่าย ๆ อาศัยการมีส่วนร่วมของชาวบ้าน ซึ่งหมายถึงอาสาสมัคร และมีเจ้าหน้าที่คอยทำหน้าที่ที่เลี้ยง และสถานบริการตั้งแต่ระดับตำบล อำเภอ ขึ้นไป เป็นระบบส่งต่อ

ความประการนี้ดูเหมือนจะ โน้มนำให้คิดต่อไปได้ว่า ทรรกของนักทาสาธารณสุขที่บังเกิดขึ้นในสังคมไทยนี้เกิดเพราะ สถาบันหรือระบบบริการสาธารณสุขเดิมมีข้อบกพร่องที่จะจัดการกับปัญหา หรือตอบสนองความต้องการของคนส่วนใหญ่ ทางออกในเรื่องนี้จึงต้องสร้างระบบใหม่ที่เหมาะสม และสอดคล้องกับชาวบ้านมากขึ้น ในลักษณะที่เสริมต่อจากระบบที่มีอยู่เดิมแล้ว

และดูเหมือนจะเป็นข้อสรุปประการนี้เอง ที่ทำให้การดำเนินโครงการสาธารณสุขมูลฐาน เท่าที่ผ่านมาพากันมุ่งเน้นไปที่การระดมสร้างรูปแบบ ของกิจกรรมสาธารณสุขในระดับหมู่บ้านอย่างไม่หยุดหย่อน

แนวคิดสาธารณสุขมูลฐานไทย โดยเฉพาะอย่างยิ่งที่สะท้อนจากเอกสารสำคัญ ๆ หลายฉบับ ของ

กระทรวงสาธารณสุข^{50/} กล่าวได้ว่าไม่มีแนวคิดในเชิงยุทธศาสตร์การพัฒนา สาธารณสุขมูลฐานเป็นความพยายามที่จะสร้างระบบบริการใหม่สำหรับชนบท ด้วยรูปแบบง่าย ๆ ทางเทคโนโลยี ราคาถูกดำเนินการโดยชาวบ้าน และมีขอบเขตในระดับชุมชนเป็นด้านหลัก

ข. สาธารณสุขมูลฐาน- การมีส่วนร่วมของประชาชน

การมีส่วนร่วมของชุมชน หรือของประชาชนเป็นหลักการที่มารกล่าวถึงอย่างกว้างขวางในฐานะหัวใจของสาธารณสุขมูลฐาน ในภาพของสาธารณสุขมูลฐานไทยนั้น การมีส่วนร่วมของชุมชนได้รับการเน้นหนักไปที่อาสาสมัครสาธารณสุข และองค์กรชุมชน (ซึ่งพัฒนาในภายหลัง) ด้วยเหตุผลที่ว่า การมีส่วนร่วมของชุมชนจะเป็นเครื่องมือที่สำคัญในการขยายบริการสาธารณสุขให้ครอบคลุมประชากรในชนบทมากยิ่งขึ้น ในขณะที่ทรัพยากรของรัฐมีจำกัด และไม่ได้ถูกใช้ประโยชน์อย่างเต็มที่^{51/} การมีส่วนร่วมของชุมชนในความหมายและรูปแบบเช่นนี้ มีนัยยะหลายประการ กล่าวคือในการพัฒนาสาธารณสุขเพื่อให้เกิดความครอบคลุมของบริการนั้น ประชาชนจะต้องเข้าร่วมมือด้วยความสมัครใจ ซึ่งจะช่วยให้ชาวบ้านตระหนักและเข้าใจปัญหา ตลอดจนเรียนรู้เทคโนโลยีและใช้ทรัพยากรที่เจ้าหน้าที่แนะนำไว้เพื่อไปจัดการช่วยเหลือแก้ไข้ปัญหาของตนและชุมชน การพึ่งพาตนเอง (self-reliance) ในความหมายนี้จึงค่อนข้างออกไปในลักษณะการจัดการกับปัญหาของตนเองได้ ด้วยเครื่องมือเทคโนโลยีที่เจ้าหน้าที่แนะนำให้

กล่าวได้ว่าทัศนะการมีส่วนร่วมของชุมชนในสาธารณสุขมูลฐานไทยนั้นเป็นทัศนะในเชิงประโยชน์นิยม (Utilitarianism) ที่เกิดขึ้นจากความร่วมมือของชาวบ้านอย่างค่อนข้างชัดเจน และคงไม่จำเป็นต้องกล่าวถึงนัยยะทางการเมือง ของการมีส่วนร่วมของชุมชนไม่ปรากฏในสาธารณสุขมูลฐานไทย

อย่างไรก็ตาม แม้จะมีบางทัศนะของผู้ปฏิบัติงานหรือผู้นำระดับนโยบายจะมองเห็นว่าอาสาสมัคร

กิติหรือองค์กรชุมชน (กองทุน) กิติ เป็นเพียงประสบการณ์ นำร่องที่ช่วยฝึกฝนชาวบ้านให้เรียนรู้วิธีการบริหารจัดการ และควบคุมทรัพยากร และนำไปสู่การพึ่งพาตนเองได้ในที่สุดก็ตาม หักกะเช่นนี้เมื่อจากสะท้อนจุดยืนของชนชั้นผู้นำที่ ออกจะดูแคลนรากฐานทางวัฒนธรรมอันยาวนานของชาวบ้านแล้ว หากดูกันในทางปฏิบัติจะพบว่า กระบวนการพัฒนาทางสังคมที่เป็นความรู้สึภาคภูมิใจในศักดิ์ศรี และศักยภาพที่แท้จริงของประชาชน ส่วนถูกครอบงำและกดทับด้วยกระบวนการทำงานแบบราชการเสียสิ้น

ทักษะการมีส่วนร่วมที่ซับซ้อนและเล็งประโยชน์ ในจังหวัดเช่นนี้ เป็นเหตุอธิบายประการหนึ่งที่ทำให้ สาธารณสุขมูลฐานไทยเน้นวิธีการฝึกอบรมอาสาสมัคร และการจัดตั้งกองทุนชุมชนมาโดยตลอด จากตัวเลขที่ปรากฏ ในปี 2528 นี้ประมาณว่ามีอาสาสมัครสาธารณสุข คือ อสม. ผสส. และกองทุนยา จำนวนรวมทั้งสิ้น 43,025, 419,304 คน และ 18,798 กองทุน ตามลำดับ^{52/} ซึ่ง ในจำนวนอาสาสมัครและกองทุนชุมชนเหล่านี้ แม้จะไม่มี ตัวเลขที่เป็นทางการยืนยัน แต่ข้อเท็จจริงที่รับรู้กันในหมู่ คนปฏิบัติงานประมาณว่ามีเพียงประมาณ 20 % เท่านั้นที่ยังคงทำงาน และการพิจารณากันในระดับประเทศจะยิ่ง พบว่า เป็นความกระตือรือร้นของกรมมีส่วนร่วมเฉพาะใน บางหมู่บ้านที่มีลักษณะพิเศษและส่วนใหญ่จำกัดอยู่เฉพาะใน ภาคอีสานและเหนือไม่กี่แห่งเท่านั้น

ค. สาธารณสุขมูลฐาน - เพื่อการกระจาย- ทรัพยากรสำหรับชนบท

มีความจำเป็นต้องเข้าใจร่วมกันว่า เมื่อ กล่าวถึงทรัพยากรสาธารณสุขชนบท ทรัพยากรภายในความ-
รับผิดชอบของกระทรวงสาธารณสุข เป็นเพียงส่วนหนึ่ง-
(ซึ่งมีบทบาทโดยตรง) ในระบบสาธารณสุขของชาติ (National Health System) ทรัพยากรสาธารณสุข ในภาครัฐอื่น ๆ โดยเฉพาะทบวง, มหาวิทยาลัย, กระทรวงกลาโหม ตลอดจนองค์กรท้องถิ่น-รัฐวิสาหกิจอื่น ๆ และที่สำคัญคือ ทรัพยากรสาธารณสุขภาคเอกชนนั้น เป็น อีกส่วนหนึ่งที่รวมกันแล้วมีผลกระทบหรือมีบทบาทต่อประชา

ชนอาจจะมากกว่าบทบาทของกระทรวงสาธารณสุขด้วยซ้ำ ไป ดังนั้นการพูดถึงการกระจายทรัพยากรสาธารณสุขจึง ต้องครอบคลุมถึงส่วนนี้ เพราะเป็นส่วนที่มีบทบาทสำคัญยิ่ง ต่อปัญหาการกระจายที่ไม่ยุติธรรมที่เกิดขึ้น

อย่างไรก็ตาม สาธารณสุขมูลฐานไทยที่ ปรากฏทางการปฏิบัติอยู่ในปัจจุบัน มีฐานะเพียงนโยบาย และโครงการของกระทรวงสาธารณสุข หากใช้ฐานะใน ระดับยุทธศาสตร์ของรัฐไม่ ฐานะตรงนี้เป็นส่วน-
สำคัญที่ทำให้สาธารณสุขมูลฐานไม่มีผลกระทบอย่างแท้จริง ต่อการปรับโครงสร้างการจัดสรรทรัพยากรในภาคสาธา-
รณสุขอื่น ๆ ที่มีให้กระทรวงสาธารณสุข (และคงไม่ต้อง กล่าวถึงทรัพยากรในภาคเศรษฐกิจ และสังคม) ความข้อ นี้ยืนยันได้อย่างชัดเจนว่า ทั้งกระบวนการฝึกอบรมแพทย์ และบุคลากรสาธารณสุขอื่น ๆ ในสังกัดทบวงมหาวิทยา-
ลัย โดยเฉพาะการขยายตัวของโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย ในกรุงเทพฯ ส่วนกลางหรือไม่ส่งเสริมต่อการกระจาย ทรัพยากรเพื่อชนบททั้งสิ้น แม้ในภาคเอกชนการขยายตัว ที่แนวโน้มกำลังของโรงพยาบาลเอกชนขนาดใหญ่ก็มีเหตุ-
ผลจากทางเศรษฐกิจมากกว่าเหตุผลเพื่อสนับสนุนเสาสาน-
-สุขมูลฐาน ข้อเท็จจริงเหล่านี้ หากพิจารณาไปถึงการ กระจายเทคโนโลยีและยาจำเป็น ปัญหาการกระจุกตัว เฉพาะในกลุ่มคนที่มีฐานะทางเศรษฐกิจดีก็ เชื่อได้ว่าหาได้ เปลี่ยนแปลงไม่

หากกล่าวเฉพาะในภาคสาธารณสุขที่เป็นความ รับผิดชอบของกระทรวงสาธารณสุขนั้น สาธารณสุขมูลฐาน ได้ก่อให้เกิดการปรับโครงสร้าง การกระจายทรัพยากร ภายในตนเองอย่างไรหรือไม่ ประเด็นนี้อาจจะยากที่หา ตัวเลขมายืนยันเนื่องจากการจัดสรรทรัพยากรโดยเฉพาะ งบประมาณได้ส่งผ่านไปยังแผนงานของหน่วยงานกรมกอง ต่าง ๆ ซึ่งไม่ยากนักที่จะจำแนกออกมาว่าส่วนใดเป็นไป เพื่อประโยชน์ของชาวชนบทโดยตรง และเปลี่ยนแปลงไป จากเดิมหรือไม่อย่างไร

อย่างไรก็ดี หากพิจารณาในภาพกว้างอาจ กล่าวได้ว่าภายใต้โครงการสาธารณสุขมูลฐานที่ผ่านมา

การกระจายทรัพยากรสู่ชุมชน มีแนวโน้มที่ดีขึ้นกว่าแต่ก่อน (โดยเฉพาะโครงการสำคัญ ๆ เช่น การขยายโรงพยาบาลชุมชนในระดับอำเภอ, การปรับปรุง - ขยายสถานีอนามัย ตลอดจนงบประมาณเพื่อการสนับสนุนกิจกรรมในระดับหมู่บ้าน) แม้ว่ายังมีปัญหา เรื่องความไม่เอียงที่จะเกิดการกระจายทรัพยากร เพื่อสนับสนุนบริการทางการแพทย์มากกว่าทางด้านสาธารณสุข (สถานีอนามัย, สาธารณสุขอำเภอ) ซึ่งเน้นการป้องกัน-ส่งเสริมและเข้าถึงประชาชนได้ง่ายกว่า^{53/} และรวมทั้งปัญหาในเชิงประสิทธิภาพของการใช้ทรัพยากรที่จะทำให้ชาวบ้านได้รับผลอย่างแท้จริงบ้างก็ตาม

หากจะพิจารณาต่อไปถึง "บริการสาธารณสุขขั้นพื้นฐาน" เช่น กองทุนยา (ยาจำเป็น) กองทุนโภชนาการ (การเฝ้าระวังทางโภชนาการ, อาหารเสริม ฯลฯ) งานสุขาภิบาลสิ่งแวดล้อม (ล้าง-ตุ๋นน้ำ) ตลอดจนบริการรักษาพยาบาล (โดยเฉพาะอย่างยิ่งโดยผ่านโครงการบัตรสุขภาพในระยะหลัง) ฯลฯ ซึ่งเป็นจุดเน้นสำคัญของสาธารณสุขมูลฐานนั้น บริการเหล่านี้อาจเป็นสิ่งแสดงถึงการเข้าถึงทรัพยากรสาธารณสุขของประชาชนในชนบทได้ระดับหนึ่ง แต่อย่างไรก็ตามยังมีประเด็นปัญหาที่ต้องพิจารณาอีกอย่างน้อย 2 ประการ คือ ปัญหาความยุติธรรมและปัญหาประสิทธิภาพ-คุณภาพของบริการ

ในปัญหาแรกนั้นสาธารณสุขมูลฐานกำลังดำเนินการในลักษณะไม่ต่างไปจากการสร้างระบบบริการสาธารณสุขขั้น 2 เพื่อคนชนบท โดยเฉพาะเป็นระบบบริการที่ชาวชนบทจะต้องลงทุนเพื่ออีกส่วนหนึ่งภายใต้หลักการการมีส่วนร่วม ประเด็นก็คือว่า ปัญหาทางด้านสุขาภิบาลสิ่งแวดล้อมอื่น ๆ นั้น อาจถือได้ว่าเป็นโครงสร้างพื้นฐานที่ดีก็จริงแต่ก็อาจมีการลงทุน ภาพที่หากเปรียบเทียบกับการลงทุนจัดมาโครงสร้างพื้นฐานทางด้านสาธารณสุขในเมือง ของรัฐ จะยังเห็นความเหลื่อมล้ำได้ชัดเจนมากยิ่งขึ้น นอกจากนี้ระบบของการที่ชาวบ้านต้องร่วมลงทุนด้วยส่วนหนึ่ง นี้เองที่ทำให้บริการสาธารณสุขขั้นพื้นฐานเหล่านี้ ไม่สามารถกระจายถึงคนยากจนได้อย่างเท่าเทียม แม้กระทั่งภายในชุมชนเดียวกัน เช่นภาพของบัตรสุขภาพ เป็นต้น

ในประการที่ 2 แม้จะได้ถือว่าเป็นการดำเนินการด้วยเทคโนโลยีง่าย ๆ ราคาถูก เพื่อชาวบ้านจะได้เข้าถึง (accessible) บริการขั้นพื้นฐานเหล่านี้ แต่ประสิทธิภาพที่เป็นประเด็นจะต้องคำนึงถึง เทคโนโลยีง่าย ๆ ในบางกรณี (เช่น ยาสามัญประจำบ้านในกองทุนขีดความสามารถของ อสม. ในการรักษาพยาบาลโรคง่าย ๆ และกิจกรรมทางโภชนาการ (การชั่งน้ำหนัก-การผลิตอาหารเสริม ข้าว-ถั่ว-งา-คั่วบด) ไม่มีประสิทธิภาพเพียงพอหรือไม่สอดคล้องกับปัญหาของชุมชน ปัญหากรณีเช่นนี้ เห็นได้ชัดจนแม้การดำเนินโครงการโดยไม่จำเป็นจำแนกตั้งแต่ประการหนึ่ง และอีกประการหนึ่งเทคโนโลยีเหล่านี้ มีสภาพเป็นเพียงเทคโนโลยีที่ไม่มีความสอดคล้องกับแบบแผนการดำเนินชีวิตหรือเกี่ยวข้องกับมูลเหตุอื่น ๆ ของปัญหา รวมทั้งอีกหลายกรณี เทคโนโลยีเหล่านี้ต่ำกว่าสิ่งที่ชาวบ้านปฏิบัติในชีวิตประจำวัน

ง. สาธารณสุขมูลฐาน - เพื่อการพัฒนาแบบผสมผสาน

แนวการพัฒนาแบบประสานสาขา (Inter-sectoral Collaboration) จะเป็นหลักการอันสำคัญยิ่งของสาธารณสุขมูลฐาน แค่นี้เหมือนว่าในโครงการสาธารณสุขมูลฐานไทยนั้น "คำว่าความร่วมมือระหว่างสาขาจะจำกัดตายได้ทั่วโลก หรือรูปแบบ 2 ประการ คือ โครงการ จปฐ. หรือปฐแรงค์คุณภาพชีวิต และหลักการ 4 กระบวนหลักของระบบ กชช.

โครงการ จปฐ. ซึ่งต่อมาขยายขอบเขตการดำเนินงานเป็นโครงการปฐแรงค์คุณภาพชีวิตนั้น หัวใจสำคัญอยู่ที่การสร้างและใช้ดัชนี สำหรับการค้นหาความจำเป็นพื้นฐานของชุมชน เพื่อใช้เป็นเกณฑ์และแนวทางในการพัฒนาหมู่บ้านของเจ้าหน้าที่และชาวบ้าน ดัชนีซึ่งมี 8 หมวด 32 ตัว ^{55/}ชีวิต ครอบคลุมความจำเป็นพื้นฐานต่าง ๆ เช่น สาธารณสุข, การศึกษา, สังคม (โดยสาธารณสุขมีตัวชี้มากที่สุด) นี้ เชื่อว่าจะเป็นกลไกที่ทำให้เจ้าหน้าที่ดำเนินการพัฒนาหมู่บ้านด้วยการประสานความร่วมมือกัน บนพื้นฐานของตัวชี้วัดดังกล่าวร่วมกัน

แม้ว่า จปฐ. จะมีความสำคัญในแง่การ
สร้างดัชนีสำหรับการพัฒนา ทั้งในเชิงการทำให้อาบ้าน
เรียนรู้ที่จะรวบรวมปัญหาของหมู่บ้าน มีข้อมูลในการจัดทำ
แผนและอื่น ๆ ^{55/} ซึ่งถือเป็นเรื่องใหม่ แต่ จปฐ. ก็
ยังคงมีลักษณะเป็นกิจกรรมในระดับชุมชนซึ่งไม่มีหลักประ-
กันอันใดเลยที่จะเรียกร้องหรือบีบบังคับให้ข้าราชการหรือ
เจ้าหน้าที่ทำงานร่วมกัน ยิ่งหากเป็นการพูดในระดับการ
ผสมผสานเป้าหมาย หรือปรัชญาการพัฒนา หรือแม้แต่การ
ประสานกันด้านทรัพยากร ฯลฯ ยังเป็นสิ่งที่ไม่มีความหวัง
มากนัก

ในด้านของหลักการ 4 กระบวนหลักใน
ระบบ กชช. แม้จะใช้กลไกคณะกรรมการในระดับต่าง ๆ
ตั้งแต่ตำบล อำเภอ จังหวัด การใช้ระบบการจัดทำแผน
พัฒนาในแต่ละระดับ และการใช้ระบบโครงการพัฒนาที่
เน้นลงสู่หมู่บ้านโดยตรง แต่ทั้งหมดเหล่านี้กล่าวได้ว่าโดย
ส่วนใหญ่แล้ว การผสมผสานการทำงานหาได้เกิดขึ้นไม่
แผนงานยังคงเป็นการ "รวบรวม" มากกว่า "ผสมผสาน"
โครงการพัฒนาของแต่ละกระทรวง ซึ่งแต่ละโครงการขึ้น
ตรงต่องบประมาณ เป้าหมายและการกำกับดูแลจาก กรม.
กอง ในส่วนกลาง ในขณะที่ คณะกรรมการพัฒนาในแต่ละ
ระดับก็มีการกระทำหน้าที่ในลักษณะไม่เท่ากัน อาจจะมี
ข้อยกเว้นบ้างในกรณีที่ผู้บริหารระดับสูง เช่น ผู้ว่าราชการ
จังหวัด หรือนายอำเภอ ที่มีความเข้าใจต่อแนวทางการ
ผสมผสานการพัฒนา แต่กระนั้นโดยธรรมชาติของ
โครงการพัฒนา ซึ่งสะท้อนการแบ่งส่วนราชการมากกว่า
การแก้ไข้ปัญหา การผสมผสานการพัฒนาที่เกิดขึ้นได้ก็
เป็นเพียงการประสานกันที่ดำเนินการเท่านั้น ^{56/}

การไม่ได้มีฐานะแนวคิด หรือการได้รับการ
ยอมรับในระดับของยุทธศาสตร์การพัฒนา ทำให้สาธารณสุข
มูลฐานไม่มีนัยยะ ถึงการปรับเปลี่ยนยุทธศาสตร์การ
พัฒนาโดยรวมของประเทศ แม่นอนว่าปัญหาที่มีเป้าหมาย
ความว่า การเป็นยุทธศาสตร์จะทำให้สาธารณสุขมูลฐานมี
ผลกระทบโดยอัตโนมัติ ถึงโครงสร้างระบบการพัฒนา
ประเทศโดยรวม ทั้งนี้เพราะรากฐานของระบบราชการ

และโครงสร้างทางการเมือง และเศรษฐกิจที่กำหนด
(structured) นโยบายและเป้าหมายการพัฒนาชนบท
นั้น ยังคงเป็นปัญหาใหญ่และยากต่อการเปลี่ยนแปลง

กล่าวโดยสรุปแล้วนั้น กระบวนการพัฒนาแบบ
ประสานสาขา ภายใต้สาธารณสุขมูลฐานในัจจุบัน หาก
จะกระทำได้อย่างมากก็เพียงการประสานกัน ในแง่ของ
พื้นที่ดำเนินการ ซึ่งโครงการพัฒนาต่าง ๆ ยังคงมาจาก
ต่าง กรม, กอง ต่างกระทรวงที่ยึดถือในเป้าหมาย และ
มีวิธีการ ปฏิบัติ ตลอดจนระเบียบปฏิบัติที่ตรงต่อส่วน-
ราชการที่สูงขึ้น

จ. สาธารณสุขมูลฐาน- เพื่อการปรับโครงสร้างระบบการสาธารณสุข

การปรับโครงสร้าง (restructure)
ของระบบการสาธารณสุขเป็นเงื่อนไขจำเป็น ของการ
กระจายทรัพยากร และการทำให้ทรัพยากรง่ายต่อการ
เข้าถึงของประชาชน โดยที่หมายรวมทั้งการปรับในระบบ
การให้บริการของรัฐ และการปรับระบบสาธารณสุขใน
ภาพรวม

การปรับระบบการให้บริการสาธารณสุข-
ของรัฐนั้น สิ่งที่เห็นได้ชัดเจนนีคือ การขยายจำนวนสถาน
บริการระดับอำเภอ ตำบล ไม่ว่าจะเป็นสถานีอนามัย
โรงพยาบาลชุมชน หรือคลินิกคนไข้นอกเคอือนี (exten-
ded OPD) และรวมทั้งการขยายมาปรับปรุงระบบการส่ง
ต่อ (referral system) จากสถานีอนามัย โรงพยาบาล
ชุมชน และโรงพยาบาลจังหวัด / ศูนย์ การเปลี่ยน-
แปลงทั้งหมดที่เกิดขึ้นในช่วงแผนพัฒนาสาธารณสุขฉบับ
ที่ 5 ที่ผ่านมา แม้จะไม่มีทางปฏิเสธได้ว่าเป็นการขยาย
การปรับโครงสร้างการให้บริการ เพื่อที่จะเป็นประโยชน์
ต่อประชาชนมากยิ่งขึ้นก็ตาม แต่สิ่งที่สำคัญก็คือการขยาย
มาทีจะไม่มีน้ำหนักของระบบการสาธารณสุขเอนเอียงไป
สู่การป้องกัน และส่งเสริมสุขภาพมากกว่าการรักษ
พยาบาล การปรับแนวโน้มการให้บริการจากการเอา
สถาบันทางการแพทย์เป็นตัวหลักคอยตั้งรับไปสู่การถือเอา
ประชาชนหรือชุมชนเป็นเป้าหมาย ฯลฯ สิ่งต่าง ๆ เหล่า

นี้จะแสดงออกที่การปรับแนวการอบรม (orientation) ของบุคคลากรระดับต่าง ๆ การจัดสรรทรัพยากรไม่ว่าจะเป็นงบประมาณ บุคคลากร ตลอดจนโครงสร้างของสถานบริการ อาทิเช่น การพัฒนาระบบสถานเอนามัยและสายงานสาธารณสุขอำเภออย่างจริงจัง ประการสำคัญที่สุดคือ การกระจายอำนาจไปสู่สถานบริการในระดับล่าง (มีโครงการบางโครงการที่มีวิธีการดำเนินงานที่จัดสรรงบประมาณสู่ชุมชนโดยตรง เช่นโครงการหมู่บ้านตั้งตนเองฯ อาจจะถือเป็นทิศทางที่ควรส่งเสริมอย่างยิ่ง แต่ก็ยังมีขอบเขตไม่กว้าง รวมทั้งมีลักษณะเป็นโครงการทดลองอยู่) ฯลฯ ทั้งหมดเหล่านี้อาจจะสรุปได้ว่ายังเกิดการเปลี่ยนแปลงน้อยมาก

การปรับโครงสร้างของระบบการสาธารณสุขในภาพรวม เป็นปัญหาที่วิกฤติไม่น้อยกว่าเฉพาะในภาคีรัฐ การพยายามปรับเปลี่ยน หรือควบคุมระบบการแพทย์คำ กำไรนับตั้งแต่ธุรกิจการค้ายา และสถานบริการเอกชนซึ่งที่ก่อให้เกิดการกระจายอย่างเหมาะสม มีประสิทธิภาพ (ในเชิงของการใช้ทรัพยากรและเทคโนโลยี) และไม่แสวงหาผลประโยชน์และความไม่รู้และการขาดข้อมูลตลอดจนความอ่อนแอของกลไกการคุ้มครองผู้บริโภค โดยเฉพาะอย่างยิ่งจากหน่วยงานรัฐ ทั้งหมดนี้ยังคงเป็นปัญหาที่สำคัญมาก

ตัวอย่างที่สำคัญที่สุดคือ ปัญหาการประกาศใช้นโยบายหลัก ซึ่งจะทำให้ระบบการใช้จ่ายของประเทศสมเหตุสมผล มีประสิทธิภาพและเพื่อประโยชน์ของประชาชนกลับเป็นสิ่งที่ต้องเผชิญกับการต่อต้านมาโดยตลอด แม้ถึงปัจจุบัน^{57/}

ภาพโดยรวมของระบบสาธารณสุขของประเทศที่ไม่เปลี่ยนแปลงหรือ เปลี่ยนแปลงน้อยมากนี้ บางส่วนส่งผลกระทบต่อโดยตรง ถึงปัญหาสุขภาพของชาวบ้านในระดับชุมชนซึ่งผลกระทบต่อ (impack) ดังกล่าวนอกจากที่เกิดจากโครงการสาธารณสุขมูลฐาน ที่เป็นบริการขั้นพื้นฐานระดับชุมชนหลายเท่าที่จัดเจนก็คือ ปัญหาการละเมิดสิทธิผู้บริโภคทั้งทางด้านอาหาร และยา ฯลฯ เป็นต้น

สิ่งที่ควรจะได้กล่าวถึงอีกประการหนึ่ง ก็คือ การปรับแนวอบรมของวิชาชีพทางการแพทย์ แม้ว่าในปัจจุบันจะกล่าวกันว่า โครงการสาธารณสุขมูลฐานของประเทศไทยนั้น ไม่ได้รับการต่อต้านจากวิชาชีพแพทย์ โดยเฉพาะการพยายามที่จะให้มีการผลิตอาสาสมัครชาวบ้านที่มีบทบาทในการรักษาพยาบาล (อสม) กระนั้นก็ตาม สิ่งยังไม่ใช่อุปสรรค ประเด็นสำคัญนี้ ผู้เขียนเชื่อว่า เนื่องจากปัจจุบัน ยังไม่มีการเปลี่ยนแปลงที่ไปกระทบต่ออุดมการณ์ และสถาบันวิชาชีพทางการแพทย์อย่างแท้จริง ส่วนหนึ่ง เพราะการเปลี่ยนแปลงของสาธารณสุขมูลฐานเริ่มต้นที่กระทรวงสาธารณสุข ซึ่งไม่มีอำนาจอย่างแท้จริงที่จะปรับเปลี่ยนแนวอบรมของสถาบันวิชาชีพ โดยเฉพาะมหาวิทยาลัย ยิ่งไปกว่านั้น คำว่า "สาธารณสุขมูลฐาน" ถูกเน้นเพียงแค่ว่า การพัฒนาระบบบริการขั้นพื้นฐานในด้านหมู่บ้านโดยอาศัยความร่วมมือจากชาวบ้าน ซึ่งแม้กระทั่งอาสาสมัครสาธารณสุข ก็ไม่มีบทบาทที่ชัดเจนทางด้านการรักษาพยาบาล ในต่างประเทศเคยถึงกับมีการวิเคราะห์ว่า แนวโน้มที่อาสาสมัครสาธารณสุขถูกตีความเป็นเพียงผู้ช่วย (anallians) และมีบทบาทด้านป้องกัน-ส่งเสริมสุขภาพ (ซึ่งเป็นเหตุหนึ่งที่ทำให้บทบาทอาสาสมัครไม่ได้รับการยอมรับ) นั้น แสดงให้เห็นถึงอิทธิพลของวิชาชีพที่ยังคงผูกขาดเทคโนโลยีและความรู้ ตลอดจนบทบาททางรักษาของตนไว้^{58/}

4. สาธารณสุขมูลฐาน-เพื่อใคร?

ภาพวิเคราะห์ซึ่งกล่าวถึง สาธารณสุขมูลฐานไทยทั้งหมดที่ผ่านมาแล้วจะทำให้คำตอบที่ชัดเจนได้ว่า โดยแท้จริงแล้วสาธารณสุขมูลฐานไทยหาใช่ปฏิบัติการของอุดมการณ์ใหม่ทางการพัฒนาไม่ ความแตกต่างในรูปแบบการพัฒนาที่เน้นปัญหาของชาวชนบทของสาธารณสุขมูลฐาน มิใช่รูปแบบที่สะท้อนถึงตรรกใหม่ในการมองปัญหาการพัฒนาที่เกิดขึ้น สาธารณสุขมูลฐานแต่ถูกตีความว่าเป็นระบบบริการสาธารณสุขที่จัดเพื่อชนบท โดยยื่นจากระบบบริการสาธารณสุขที่มีอยู่ด้วยอาศัยการเรียกร้อง การร่วมรับผิดชอบจากชาวบ้านนั้น แสดงให้เห็นถึงตรรกในการมอง

ปัญหาที่นอกจากจะไม่ได้วิพากษ์การดำรงอยู่ ของสถาบัน และโครงสร้างระบบการสาธารณสุขเดิม ที่เป็นสาเหตุสำคัญของปัญหาความไม่ยุติธรรมทางการพัฒนา ที่เกิดขึ้นแล้ว ยังจะช่วยย้ฐานะความชอบธรรมของการดำรงอยู่ ของสถาบันและโครงสร้างเหล่านี้อีกด้วย

ปรากฏการณ์เช่นนี้อาจจะมีข้อเรื่องแปลก เหตุผลประการหนึ่ง เนื่องจากสาธารณสุขมูลฐานที่เกิดขึ้นในสังคมไทยมีสภาพเป็นเพียงผลผลิตของระบบราชการ ภาษีผลผลิตร่วมของสังคมไม่ กระทรวงสาธารณสุขเป็นผู้ที่ผูกขาดความรับผิดชอบ อุดมภาพสาธารณสุขมูลฐาน ซึ่งแม้ว่าจะจะเป็นสิ่งที่สะท้อนถึงหน้าที่หลักที่สังคมมอบให้ แต่ด้านหนึ่งก็มีการผูกขาดดังกล่าว ได้ก่อให้เกิดกระบวนการเลือกตีความอุดมภาพใหม่ และควบคุมการเปลี่ยนแปลงให้อยู่ภายใต้สถานะที่จะไม่ส่งผลต่อการดำรงอยู่ของระบบราชการ และหันไปหาองค์กรผู้ต่ำประชาชน

สิ่งซึ่งอธิบายปรากฏการณ์ เช่นนี้กล่าวข้างต้นนี้ สามารถอธิบายได้ด้วยภาวะวิสัยทางโครงสร้างเศรษฐกิจการเมืองที่มีกระบวนการของการแก้ไขปัญหาคความยากจนในภาพรวมที่ไม่แตกต่างกัน

สาธารณสุขมูลฐานไทย ยังคงยืนอยู่บนวิถีชีวิตที่เห็นว่าปัญหาความยากจนของชนบท ปัญหาความเหลื่อมล้ำในการได้รับผลประโยชน์ทางการพัฒนาเป็นสิ่งที่แก้ไขได้ด้วยเทคโนโลยี และกระบวนการบริการจัดการง่าย ๆ สาธารณสุขมูลฐานเป็นเช่นเดียวกับ สายตาขององค์กรรัฐอื่น ๆ ที่ปฏิเสธหรือมองข้ามที่จะทำความเข้าใจกับโครงสร้างความสัมพันธ์ทางสังคม การเมือง และเศรษฐกิจ โดยเฉพาะอย่างยิ่งระหว่าง สถาบันราชการ กลุ่มผลประโยชน์ซึ่งอยู่ฝ่ายหนึ่งกับประชาชน ชาวบ้านอีกฝ่ายหนึ่ง ซึ่งเป็นรากเหง้าที่แท้จริงของปัญหาการกระจายทรัพยากรหรือความยากจน-ขาดแคลน ที่มีอยู่อย่างคาดคิดในชนบท โดยเฉพาะอย่างยิ่งระหว่าง สถาบันราชการ กลุ่มผลประโยชน์ซึ่งอยู่ฝ่ายหนึ่งกับประชาชน ชาวบ้านอีกฝ่ายหนึ่ง ซึ่งเป็นรากเหง้าที่แท้จริงของปัญหาการกระจายทรัพยากรหรือความยากจน-ขาดแคลน ที่มีอยู่อย่างคาดคิดในชนบท

ปรากฏการณ์เช่นนี้ มีข้อเรื่องที่ยอธิบายไม่ได้ เหตุผลหนึ่งเนื่องมาจาก สาธารณสุขมูลฐานตั้งบังเกิดขึ้นมีสภาพเพียงแนวคิด และโครงการพัฒนาซึ่งเป็นผลผลิตของ "ระบบ" ราชการ ภาษีผลผลิตร่วมของสังคมไม่ กระทรวงสาธารณสุขเป็นผู้ที่ผูกขาดความรับผิดชอบ อุดมภาพสาธารณสุข ซึ่งแม้ว่าจะจะเป็นสิ่งที่สะท้อนถึงหน้าที่หลัก แต่ด้านหนึ่งก็มีการผูกขาดดังกล่าว ได้ก่อให้เกิดการเลือกตีความอุดมภาพใหม่ และควบคุมการเปลี่ยนแปลงให้อยู่ในสถานะที่ไม่กระทบต่อการดำรงอยู่ของระบบราชการ และหันไปหาผู้ต่ำประชาชน

ยิ่งไปกว่านั้น การเป็นผลผลิตของระบบราชการเป็นเหตุผลหนึ่งที่ยอธิบายว่า สาธารณสุขมูลฐานที่ผ่านมาจึงมีสภาพเป็นกิจกรรมที่ถูกคิดค้น และนำไปดำเนินการโดยเน้นเพียงปริมาณอย่างมีรัฐยุคหย่อน โดยให้ความสำคัญน้อยมาก หรือไม่สนใจต่อผลของกิจกรรมที่เกิดขึ้นกับประชาชน

ปรากฏการณ์ในลักษณะเช่นนี้ สามารถอธิบายได้ด้วยภาวะวิสัยที่กว้างใหญ่ขึ้น ไม่ว่าจะ เป็นนโยบายการพัฒนาด้านสุขภาพโดยเฉพาะ หรือทิศทางการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมโดยรวมของประเทศในัจจุบันซึ่งมีตรรก และกระบวนการที่ไม่ต่างกัน^{59/}

อย่างไรก็ดี สิ่งที่เกิดขึ้นกับประชาชนโดยผ่านกระบวนการและนโยบายของสาธารณสุขมูลฐานในปัจจุบันนี้ แม้หากจะตีความจากผู้ปฏิบัติงานว่า "คือการทำภายใต้เงื่อนไขที่จะทำได้" ก็ตามแต่ถึงที่สุดแล้ว ความพยายามของสาธารณสุขมูลฐานที่ผ่านมา ก็ตกอยู่ในสถานะที่ไม่ต่างจากการเป็นเครื่องมือในการสร้างความชอบธรรม (legitimize) ให้กับการดำรงอยู่ของโครงสร้างในแบบเดิม



บรรณานุกรม

1. WHO/UNICEF, Alma-Ata 1978 Primary health care WHO, Geneva 1978 P. 2
2. Duane L. Smith et al, Primary health care : A look at its meaning WHO's document WHO, Geneva 1982 P. 2-3
3. Anil Agarwal, "New Strategy for World Health" New Scientist 22 June 1978 P. 821
4. WHO/UNICEF, op cit P. 5
5. ทวีทอง หงษ์วิวัฒน์, "งานสาธารณสุข-ทางเลือกยุทธศาสตร์การพัฒนา" ในเอกสารประกอบการประชุมสัมมนาวิชาการ ปี 2527 เรื่อง การประยุกต์สังคมศาสตร์เพื่อการวางแผน หัวข้อยุทธศาสตร์การพัฒนา โดยประชาชนมีส่วนร่วม จัดโดย โครงการศึกษาทางเลือกการพัฒนา สถาบันวิจัยสังคม จุฬาฯ หน้า 04-3-102
6. ดู เพ็ญศรี กวีวงศ์ประเสริฐ, บทบาทรัฐค้ำบัลสุขภาพประชาชน (พ.ศ. 2435-หลังการเปลี่ยนแปลงการปกครอง 2475) วิทยานิพนธ์ ปริญญาสังคมศาสตรมหาบัณฑิต สาขาสังคมศาสตร์การแพทย์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล 2528
- 7-8. ทวีทอง หงษ์วิวัฒน์, op cit
- 9-10. ประเวศ วะสี อ่างถึงในจำลอง พันธุ์ไม้ "สรุปรายงานการประชุมของคณะกรรมการศึกษาในนโยบายในการพัฒนาชนบทครั้งที่ 3" เอกสารประกอบการสัมมนา เรื่อง ชมพวยากจน ทำไมจึงยากจน (เอกสารหมายเลข 4) มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ 2-3 กันยายน 2524 หน้า 7
11. สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, แผนพัฒนาการสาธารณสุขฉบับที่ 5 (2528-2529) หน้า 1-2
12. Ministry of Public Health, Primary health care in Thailand 1978 P. 4
13. รายงานการศึกษาของ นพ. อารี วัลย์ศรี และ พญ. สาคร ธมิตต์ ที่จังหวัดอุบลราชธานี อ่างถึงใน ไกรสิทธิ์ ตันติสิริเนตร์ "สภาวะทางโภชนาการของประเทศไทย (ปัจจุบัน)" ชนบทไทย 2523 หน้า 145
14. ฝ่ายวิเคราะห์ภาวะสังคม กองศึกษาและเผยแพร่การพัฒนา "โรคขาดอาหาร" ใน สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ชนบทไทย 2527 หน้า 171
- 15-18. Ministry of Public Health op cit P.5
19. สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, op cit
20. สาลี ใจดี และคณะ "ปัญหาการสูญเปล่าทางเศรษฐกิจในระบบยา" ใน ทวีทอง หงษ์วิวัฒน์ และคณะ (บรรณาธิการ) เศรษฐกิจสาธารณสุข 2529 หน้า 72
21. คณะกรรมการประสานงานองค์กรเอกชนเพื่อการสาธารณสุขมูลฐาน (คปอ.ส.) สาธารณสุขวิพากษ์ 2527 หน้า 30.
22. สาลี ใจดี และคณะ op cit
- 23-24. คณะทำงานศึกษานโยบายพัฒนาชนบท "นโยบายในการพัฒนาชนบท" ใน ชนบทไทย 2523 หน้า 7-9.
25. ปรีชา ตีสวัสดิ์ และคณะ, การรวบรวมและผลงานศึกษาวิจัยด้านการศึกษาสาธารณสุขมูลฐาน 2527 หน้า 48.
- 26-27. ตูรายละเอียดใน สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, แผนพัฒนาการสาธารณสุขแห่งชาติ ฉบับที่ 5 (2525-2529) หน้า 248.
28. ตูรายละเอียดใน ปรีชา ตีสวัสดิ์ และคณะ อ่างแล้ว และ ทวีทอง หงษ์วิวัฒน์ และคณะ "วิเคราะห์โครงการสาธารณสุขมูลฐานไทย" สังคมศาสตร์การแพทย์ ปีที่ 3 ฉบับที่ 3 2524

29. อมร เนตสุต แนวความคิดหลักการ และวิธีการดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐาน 2526 หน้า 5
30. ทวีทอง หงษ์วิวัฒน์ และคณะ อ้างแล้ว หน้า 14-15.
31. รายละเอียดเรื่อง แผนงานและโครงการสาธารณสุขมูลฐานในแผนพัฒนาชนบทยากจนมีปรากฏในเอกสารของทั้งกระทรวงสาธารณสุข และคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติหลายฉบับ โดยเฉพาะของศูนย์ประสานการพัฒนาชนบทแห่งชาติที่เป็นแผนพัฒนาชนบทยากจน ประจำปี 2525-2527
32. ศูนย์ประสานการพัฒนาชนบทแห่งชาติ แผนพัฒนาชนบทยากจน 2526 หน้า 1-14
33. Vicente Navarro "A Critique of the ideological and political position of the Brandt Report and The Alma Ata Declaration" International Journal of Health Services Vol. 14 No.2 1984 P. 159-160
- 34-37. UNICEF/WHO National Decision-Making for Primary Health Care WHO Geneva 1981 P. 5-6, P. 21-22
38. Duane L. Smith et al op cit
39. UNICEF/WHO op cit P. 5
40. ดูรายละเอียดใน Susan B. Rifkin "Community participation in health : a planner's approach" in Contact Special series No. 3 June 1980 P. 1-2
41. WHO/UNICEF "Alma-Ata 1978 Primary Health care WHO Geneva 1978 P. 2,3
42. Anil Agarwal op cit P. 823
43. WHO/UNICEF op cit P. 4
44. UNICEF/WHO op cit P. 22
45. WHO/UNICEF op cit P. 5
- 46-47. ดู Susan B. Rifkin "Politics of barefoot medicine" in The Lancet January 7, 1978 P. 34 และการวิเคราะห์ของผู้เขียนคนเดียวก็เห็นใน Susan B. Rifkin Health, political will and participation in UNICEF News P. 3-5
48. ดูรายละเอียดใน อมร เนตสุต อ้างแล้ว หน้า 8 และแผนพัฒนาการสาธารณสุขแห่งชาติ ฉบับที่ 5 (2525-2529) หน้า 248
49. อมร เนตสุต เพิ่งอ้าง หน้า 3
50. เพิ่งอ้าง
51. หักคะแนนที่ปรากฏชัดเจนในหลายแห่งโดยเฉพาะ แผนพัฒนาสาธารณสุขแห่งชาติ ฉบับที่ 5 (2525-2529) หน้า 248
52. Ministry of Public Health Evaluating the Strategies for Health for all by the Year 2000 using a common frame worle and format : Thailand country report. 1985 P. 3-4
53. ทวีทอง หงษ์วิวัฒน์ อ้างแล้ว หน้า 04-3-117
54. ดูรายละเอียดใน มูลนิธิเจตน์สมิต แพทย์ชนบท ฉบับ นวัตกรรมสาธารณสุข ปีที่ 6 ฉบับที่ 2 หน้า 54-82.
55. เพิ่งอ้าง หน้า 78-79
56. ดูรายละเอียดการวิเคราะห์ใน ลือชัย ศรีเงินยาง และ สฤณี วิหุรีย์ "กชข. กับการพัฒนาเพื่อบรรลุความ-

