

เมื่อกระแสนรามาบรรจบ  
ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า  
จึงบังเกิด

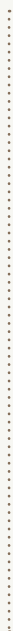


ณัฐณี สัจจนกุล  
ณปภัช สัจจนกุล



## เมื่อกระแสน้ำมารวม ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าจึงบังเกิด

(When streams converge, Universal Health Coverage was born, c.1868-2002)



ณัฐณี สัจจนกุล  
ณปภัช สัจจนกุล





# เมื่อกระแสนรามาบรรจบ ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าจึงบังเกิด

ผู้แต่ง                    ณัฐณี สัจจนกุล และ ฌปภัช สัจจนกุล  
ปีที่พิมพ์                2566  
พิมพ์ครั้งที่ 1            e-book

---

ณัฐณี สัจจนกุล

เมื่อกระแสนรามาบรรจบ ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าจึงบังเกิด.--กรุงเทพฯ :

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2566.

134 หน้า.

1. ประกันสุขภาพ I. ฌปภัช สัจจนกุล, ผู้แต่งร่วม. II. ชื่อเรื่อง.

368.382

ISBN 978-616-490-111-7

---

ออกแบบปกและรูปเล่ม : ปริญญ์ ปรีกษ์พันธ์

จัดพิมพ์เผยแพร่โดย

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.)

120 หมู่ 3 ชั้น 2-4 อาคารรวมหน่วยราชการ

ศูนย์ราชการเฉลิมพระเกียรติ 80 พรรษา 5 ธันวาคม 2550

ถนนแจ้งวัฒนะ แขวงทุ่งสองห้อง เขตหลักสี่ กรุงเทพฯ 10210

E-mail : [Internhso@gmail.com](mailto:Internhso@gmail.com)

Facebook : <https://www.facebook.com/NHSOInter>

Phone : 02-141-4000 (Office hours)

Fax : 02-143-9730 – 1

[www.nhso.go.th](http://www.nhso.go.th)

## กิตติกรรมประกาศ

หนังสือเรื่อง “กระแสธารมาบรรจบ ระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้าจึงบังเกิด (When Streams Converge, Universal Health Coverage was born, c.1868-2002)” นี้ ผู้เขียนขอขอบคุณสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ที่ให้ความไว้วางใจและมอบหมายให้สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล เป็นผู้ดำเนินการ

ผู้เขียนขอขอบคุณผู้ทรงคุณวุฒิ นายแพทย์วิรัช โชควิวัฒน์ นายแพทย์สุวิทย์ วัฒนผลประเสริฐ นายแพทย์วินัย สวัสดิ์วร ดร.นายแพทย์เจด็จ ธรรมธัชอารี และศาสตราจารย์เกียรติคุณ ดร.ชื่อนฤทัย กาญจนะจิตรา ที่กรุณาให้คำปรึกษาและข้อชี้แนะอันเป็นประโยชน์อย่างยิ่งต่อการพัฒนาหนังสือเล่มนี้

นอกจากนี้ ผู้เขียนขอขอบคุณผู้เชี่ยวชาญและผู้มีส่วนเกี่ยวข้องทุกท่านที่กรุณาสละเวลาอันมีค่ายิ่งในการให้สัมภาษณ์และให้ข้อคิดเห็นต่อประเด็นต่าง ๆ ตลอดช่วงเวลาของการวิเคราะห์ข้อมูล จนทำให้สามารถจัดทำหนังสือได้สำเร็จคล่องตามแผนที่วางไว้

ผู้เขียนขอขอบคุณเจ้าหน้าที่ซึ่งรับผิดชอบดูแลแหล่งข้อมูลข่าวสารที่เกี่ยวข้องในด้านการแพทย์และสาธารณสุขจากทุกหน่วยงาน โดยเฉพาะหอจดหมายเหตุแห่งชาติ หอจดหมายเหตุสาธารณสุขแห่งชาติ และหอจดหมายเหตุและพิพิธภัณฑ์มหาวิทยาลัยมหิดล ที่กรุณาอำนวยความสะดวกให้ผู้เขียนสามารถเข้าถึงและค้นคว้าข้อมูลที่เป็นหลักฐานชั้นต้น (primary sources) และหลักฐานชั้นรอง (secondary sources) นอกจากนี้ ผู้เขียนขอขอบคุณคุณประทีป นัยนา คุณแคทลียา คงสุภาพศิริ ที่ช่วยประสานงานและดูแลความเรียบร้อยของหนังสือเล่มนี้เป็นอย่างดี และขอขอบคุณฉัตรชัย วัฒนไชยประทีป และเอเชีย บินตอเล็บ สำหรับการจัดหาข้อมูลเพื่อเติมเต็มความสมบูรณ์ของหนังสือเล่มนี้

ท้ายที่สุดนี้ ด้วยเงื่อนไขกาลเวลาและการตัดสินใจในการเลือกนำเสนอประเด็นที่อาจขัดต่อความคิดเห็นผู้อ่านบางท่าน ทั้งหมดผู้เขียนขออภัยอย่างสูงและขออ้อมรับในความผิดพลาดประการทั้งปวงมา ณ ที่นี้

ณัฐณี สัจนกุล  
ณปภัช สัจนกุล

## คำนำ

หนังสือเรื่อง “กระแสธารมาบรรจบ ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าจึงบังเกิด” ที่ผู้อ่านกำลังถืออยู่นี้ เกิดขึ้นจากความตั้งใจของผู้เขียนในฐานะ “คนนอก” วงการสาธารณสุขที่มีความสนใจต่อการพัฒนาระบบสุขภาพและการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าของประเทศไทย พ.ศ. 2411-2545 ผ่านมุมมองทางประวัติศาสตร์และรัฐศาสตร์บนเงื่อนไขและเส้นทางการเปลี่ยนแปลงทางเศรษฐกิจ สังคม การเมืองและวัฒนธรรมของประเทศ หนังสือเล่มนี้เป็นการถ่ายทอดเรื่องราวในแบบฉบับพกพา เพื่อย่อเนื้อหาและสรุปสาระจากหนังสือเรื่อง “ศิลปะแห่งการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าของประเทศไทย: จากอดีตสู่ปัจจุบัน (พ.ศ. 2411-2545)” ให้กับผู้อ่านที่มีความสนใจแต่อาจมีเวลาไม่มากนัก

แม้จะยังมีประสบการณ์ไม่มากนัก แต่ตั้งแต่ผู้เขียนเติบโตขึ้นมาและจำความได้ ยังไม่มีนโยบายของรัฐนโยบายใดที่ยังดำรงอยู่ และสร้างความเปลี่ยนแปลงตลอดจนคุณภาพการให้แก่ประชาชนคนไทยได้มากมายเท่ากับนโยบายนี้ จนปัจจุบันยังไม่มียุทธศาสตร์ใดที่เปลี่ยนมุมมองที่รัฐมีต่อประชาชนในการจัดบริการสาธารณะ “จากสงเคราะห์สู่สิทธิ” ได้ชัดเจนเท่ากับนโยบายนี้

แม้หลายคนอาจมองว่านโยบาย “30 บาทรักษาทุกโรค” หรือ “บัตรทอง” หรือในเวลาต่อมาจะถูกปรับเปลี่ยนทำลายโดยผู้มีอำนาจในแต่ละช่วงเวลา แต่สุดท้ายนโยบายนี้ก็ได้รับการยืนยันอย่างเป็นทางการเป็นที่ประจักษ์แล้วว่าไม่ได้เป็นนโยบายประชานิยมที่มุ่งหวังเพียงผลทางการเมืองเท่านั้น แต่ได้ทำให้ประชาชนเกินกว่าครึ่งประเทศ ไม่ว่าจะยากดีมีจน ไม่ต้องล้มละลายเพราะความเจ็บป่วยอย่างที่เคยเป็นมา ผู้เขียนเชื่อมั่นว่าไม่ว่าผู้อ่านจะเป็นใคร ทำงานหรือใช้ชีวิตอยู่ในส่วนใดของสังคม แต่อย่างน้อยจะต้องมีหนึ่งคนที่เป็นสมาชิกในครอบครัว ญาติ เพื่อน หรือคนรู้จัก เป็นผู้มีสิทธิและได้รับประโยชน์จากนโยบายนี้อยู่ทั่วไป

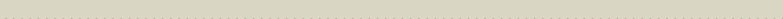
หนังสือเล่มนี้เป็นอีกหนึ่งการเล่าเรื่องเชิงประวัติศาสตร์ผ่านมุมมองของนักวิชาการรุ่นใหม่ที่อยู่นอกวงการสาธารณสุข แต่มีความสนใจและโชคได้มีโอกาสเข้าไปเรียนรู้ทำความเข้าใจผ่านการบอกเล่าจากบรรดาบุคคลสำคัญที่อาจเรียกว่าเป็น “คนในประวัติศาสตร์” ของเส้นทางการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าของประเทศ ทั้งที่ยังมีชีวิตและที่จากไปแล้ว รวมทั้งได้เข้าไปอ่าน วิเคราะห์ และตีความจากเอกสารหลายหลายที่ปรากฏอยู่ โดยเพียงมุ่งหวังว่าหนังสือเล่มนี้จะเป็นอีกการบันทึกเรื่องราวที่น่าสนใจนี้เพื่อให้คนรุ่นหลัง ซึ่งอาจไม่เคยได้มีโอกาสรับรู้เลยว่า รากเหง้าและที่มาของการพัฒนานโยบายที่ดีๆ แบบนี้ สามารถเกิดขึ้น ก่อตัว และดำเนินมาผ่านเงื่อนไขการเวลาได้อย่างไร

อย่างไรก็ดี ต้องเข้าใจก่อนว่าหนังสือเล่มนี้มุ่งหมายอธิบายให้เห็นภาพรวมของเส้นทางการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (Universal Health Coverage - UHC) ที่ต้องกล่าวถึงหลักประกันสุขภาพหลากหลายระบบที่เคยเกิดขึ้นและได้รับการพัฒนามาในประเทศไทย แต่จะเน้นความสำคัญไปที่ “ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ” (Universal Coverage Scheme – UCS) หรือที่เรามักเรียกว่า “บัตรทอง” เป็นสำคัญ ในฐานะที่เป็น “จิ๊กซอว์” ชิ้นใหญ่ของการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า และเป็นระบบที่ดูแลสิทธิและให้บริการสุขภาพครอบคลุมประชากรส่วนใหญ่ของประเทศ

ผู้เขียนพยายามอย่างยิ่งที่จะนำเสนอเนื้อหาที่สั้น กระชับ และมุ่งเป้าไปที่องค์ความรู้ที่เป็นสาระสำคัญ ที่คาดว่าจะประโยชน์ต่อการทำงานหรือชีวิตประจำวันของกลุ่มผู้มีอำนาจหรือผู้กำหนดนโยบาย (policymakers) นักปฏิบัติ (practitioners) หรือสำหรับประชาชนทั่วไป (members of the public) ที่สนใจในความเป็นมาของหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า และด้วยข้อจำกัดของพื้นที่หน้ากระดาษ ผู้เขียนจึงหลีกเลี่ยงไม่ได้ที่จะต้อง “เลือก” เพียงบางหัวข้อเพื่อนำเสนอและต้องยอม “สละ” อีกหลายหัวข้อที่น่าสนใจไป ทั้งนี้หากผู้อ่านสนใจรายละเอียดของแต่ละประเด็น สามารถติดตามหาอ่านเพิ่มเติมได้ในหนังสือ “ศิลปะแห่งการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าของประเทศไทย: จากอดีตสู่ปัจจุบัน (พ.ศ. 2411-2545)” อันเป็นหนังสือฉบับสมบูรณ์ของงานชิ้นนี้



เมื่อกระแสรามารถ  
ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า  
จึงบังเกิด



## ประวัติผู้เขียน

### ณัฐณี สัจจนกุล

สำเร็จการศึกษาระดับปริญญาตรีและปริญญาโทจากคณะศิลปศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ก่อนได้รับทุนรัฐบาลไปศึกษาต่อด้านประวัติศาสตร์ที่วิทยาลัยบูรพคดีศึกษาและการศึกษาแอฟริกา มหาวิทยาลัยลอนดอน สหราชอาณาจักร ทั้งในระดับปริญญาโทและปริญญาเอก ปัจจุบันเป็นอาจารย์ประจำคณะศิลปศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

### ณปภัช สัจจนกุล

สำเร็จการศึกษาระดับปริญญาตรีจากคณะรัฐศาสตร์ จากมหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ปริญญาโทด้านเพศภาวะและการพัฒนาจากสถาบันเทคโนโลยีแห่งเอเชีย ก่อนได้รับทุนรัฐบาลไปศึกษาต่อในระดับปริญญาโทและปริญญาเอกด้านนโยบายสาธารณะ ณ สหราชอาณาจักรที่มหาวิทยาลัยบริสตอล และที่คิงส์ คอลเลจ ลอนดอน ตามลำดับ เคยทำงานเป็นอาจารย์ประจำที่สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล ปัจจุบันเป็นเจ้าหน้าที่ด้านการสังคม ณ คณะกรรมการเศรษฐกิจและสังคมแห่งสหประชาชาติสำหรับเอเชียและแปซิฟิก

## สารบัญ

กิตติกรรมประกาศ

—  
5

คำนำ

—  
6

สารบัญ

—  
10

- 1 -

ระบบหลักประกันสุขภาพ  
แห่งชาติ: หัวใจของ  
หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า  
ในประเทศไทยวันนี้

—  
15

- 2 -

สถานบริการสุขภาพ  
ในสังคมไทย:  
จากวันแรกสู่วันนี้

—  
21

- 3 -

วิฤตติและทางออก  
ของกำลังคนด้านสุขภาพ

—  
31

- 4 -

ทศวรรษ 2510-30:  
จุดบ่มเพาะความคิดและผู้นำ  
ในระบบสาธารณสุขไทย

—  
43

- 5 -

เมื่อเข้าใจการเงินการคลัง  
จะเข้าใจ  
หลักประกันสุขภาพ

—  
59

- 6 -

ยากับความมั่นคง  
ในระบบสุขภาพ

—  
75

- 7 -

รัฐธรรมนูญฉบับประชาชน:  
บทบาทภาคประชาสังคม  
ในกระบวนการปฏิรูปสุขภาพ

—  
85

- 8 -

แรงเขยื้อนจากการเมือง  
สู่หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า  
ภาคปฏิบัติ

—  
95

- 9 -

ก่อสร้างเสาหลักของ  
ระบบบริหารกองทุน  
หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

—  
103

- 10 -

บทสรุปสังกัาย: ก้าวที่ผ่านมา  
และก้าวต่อไปของ  
หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

—  
115

บรรณานุกรม

เอกสารจากหอจดหมายเหตุ 124  
ราชกิจจานุเบกษา 124  
หนังสือ วิกิยานิพนธ์ งานวิจัย  
สื่อออนไลน์  
- ภาษาไทย 125  
- ภาษาอังกฤษ 129  
สัมภาษณ์ 130

—  
124

ดัชนี

—  
131

ที่ปรึกษาวิชาการ  
และผู้ทรงคุณวุฒิ

—  
134



เมื่อกระแสน้ำมาบรรจบ



ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าจึงบังเกิด

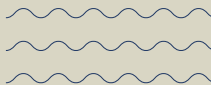




เมื่อกระแสธารมาบรรจบ  
ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า  
จึงบังเกิด

- 1 -

ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ:  
หัวใจของหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า  
ในประเทศไทยวันนี้





สำหรับผม ผมเป็นคนที่มีความสุขกับงาน  
แม้ว่ามันจะเหนื่อยและเครียด  
แต่บังเอิญว่าการทำงานที่เป็นความฝัน  
ที่อยากจะทำให้สำเร็จของผมนั้น  
เป็นงานที่ค่อนข้างจะเป็นงานใหญ่  
นั่นคือผมได้ฝันที่จะได้เห็นการที่คนไทยทุกคน  
สามารถที่จะเข้าถึงระบบประกันสุขภาพ  
ได้อย่างถ้วนหน้า  
และบริการที่ได้รับต้องมีคุณภาพ  
ไม่ใช่บริการชั้นสองชั้นสาม



**นายแพทย์สงวน นิตยารัมภ์พงศ์**

บิดาแห่งหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าของไทย

(ชาตรี เจริญชีวะกุล และ อพภิวันท์ นิตยารัมภ์พงศ์, 2554, น. 75)

ก่อน พ.ศ. 2544 คนไทยร้อยละ 29 ไม่มีหลักประกันสุขภาพใด ๆ เมื่อเจ็บไข้ได้ป่วยแต่ครั้งบางทีก็นำไปสู่วิกฤติทางการเงินเนื่องจากปัญหาสุขภาพ การเกิดขึ้นของหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (Universal Coverage Scheme - UCS) ใน พ.ศ. 2544 จึงทำให้คนไทยกลุ่มที่ไม่เคยได้รับหลักประกันสุขภาพใด ๆ มาก่อน “มีสิทธิในหลักประกันสุขภาพเป็นของตนเอง” เมื่อคนไทยทุกคนทั่วประเทศอยู่ในหลักประกันสุขภาพแบบใดแบบหนึ่งแล้ว เท่ากับว่าหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (Universal Health Coverage - UHC) ได้เกิดขึ้นในประเทศไทยอย่างถ้วนหน้าและทั่วถึงจริง ๆ ดังนั้น หากจะเข้าใจประวัติศาสตร์ของการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (UHC) ในประเทศไทย จึงจำเป็นต้องกล่าวถึงการเกิดขึ้นของระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (UCS) ไปพร้อมกันด้วย

## หลักการสิทธิขั้นพื้นฐาน: หัวใจของหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

เมื่อ พ.ศ. 2564 ที่ผ่านมามีเป็นช่วงเวลาแห่งการครบรอบสองทศวรรษการเกิดขึ้นของ “ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ” (UCS) หรืออาจคุ้นเคยกับชื่อเรียกว่า “บัตรทอง” ตั้งแต่ พ.ศ. 2544 อันเป็นชิ้นส่วนสำคัญที่เติมเต็มสิทธิและทำให้คนไทยทั่วประเทศเข้าถึงหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (UHC) นอกจากนี้ใน พ.ศ. 2565 ยังเป็นการครบรอบสองทศวรรษการดำเนินงานของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ หรือที่รู้จักในชื่อย่อว่า “สปสช.” องค์กรที่ทำหน้าที่กำกับและดูแลระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติมาตั้งแต่ พ.ศ. 2545

การเกิดขึ้นของระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติและองค์กร สปสช. ถือเป็นผลผลิตของการปฏิรูประบบสุขภาพครั้งสำคัญที่ได้เปลี่ยนแปลงและยกระดับสุขภาพและคุณภาพชีวิตของประชาชนไทยในหลายมิติ

การสถาปนาระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติยังเป็นการเน้นย้ำว่าเรื่องสุขภาพเป็นหนึ่งในบริการที่ “จำเป็นเร่งด่วน” และเป็น “หน้าที่ของรัฐ” ในการจัดบริการที่ประชาชนทุกคนสามารถเข้าถึงได้ โดยง่ายในฐานะที่เป็น “สิทธิขั้นพื้นฐาน” ของประชาชนคนไทย (คณะทำงานพัฒนานโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าของสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, 2544) ด้วยเหตุนี้ ประเทศไทยจึงเป็นประเทศแรก ๆ ในกลุ่มประเทศกำลังพัฒนา ที่สามารถสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าสำเร็จ และเปิดโอกาสให้คนไทยทุกคนไม่ว่าจะยากดีมีจนสามารถเข้าถึงบริการและการดูแลสุขภาพที่จำเป็นได้ทั่วถึงมากขึ้น โดยที่ไม่ต้องกังวลถึงค่าใช้จ่ายที่จะเกิดจากการเข้ารับบริการ (Isranews, 2559) หรือต้องยากจนลงเพราะปัญหาสุขภาพ ด้วยผลงานเชิงประจักษ์ของระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติและบทบาทขององค์กร สปสช. ส่งผลให้ประชาชนไทยจำนวนกว่า 48 ล้านคน หรือประมาณร้อยละ 75 ของประชากรทั้งหมดได้รับบริการสุขภาพที่จำเป็น ทั้งส่งเสริม ป้องกัน รักษา ฟื้นฟู และดูแลระยะยาว ตลอดจนว่าสอทศวรรษที่ผ่านมา (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.), 2564) จนกล่าวได้ว่าเมื่อเอ่ยถึง “สิทธิบัตรทอง” มักต้องเอ่ยถึง “บทบาท สปสช.” ในฐานะที่เป็นฟันเฟืองหลักของการบริหารจัดการควบคุมกันไป (วิชัย โชควิวัฒน์, 2558, น. 43; อรรถพร ลิ้มปัญญาเลิศ, 2563, น. 46)

## บทบาทหน้าที่ของ สปสช. ในการดูแลสิทธิประโยชน์

ปัจจุบันมีหน่วยบริการหลายประเภทที่ขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เช่น โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) หรือสถานเอนามัย ศูนย์บริการสาธารณสุข คลินิกชุมชนอบอุ่น เป็นต้น เพื่อจัดบริการสาธารณสุขที่จำเป็นต่อการดำรงชีวิต และได้รับค่าใช้จ่ายจากกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ นอกจากนี้ ยังมี 1) “โครงการเจ็บป่วยฉุกเฉินวิกฤตมีสิทธิทุกที่” (UCEP - Universal Coverage for Emergency Patients) ซึ่งผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตทุกคนสามารถเข้ารับบริการในหน่วยบริการที่ใกล้ที่สุดก่อน โดยยังไม่เสียค่าใช้จ่ายจนพ้นวิกฤตในระยะเวลา 72 ชั่วโมง 2) การกำหนดให้มี “สิทธิที่จะการเงินช่วยเหลือเบื้องต้นกรณีได้รับความเสียหายจากการรักษาพยาบาล (ตามมาตรา 41)” 3) มีการจัดกิจกรรมเพื่อส่งเสริมให้มีการป้องกันและสร้างเสริมสุขภาพเชิงรุก ภายใต้ความร่วมมือระหว่าง สปสช. กับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นผ่าน “กองทุนสุขภาพตำบล” เพื่อให้ประชาชนผู้มีสิทธิได้รับบริการป้องกันอย่างทั่วถึงและจำเป็นต่อการดำรงชีวิต (เฉลี่ย 45 บาท/คน) ในกิจกรรมที่ผ่านมา เช่น การพัฒนาบริการปฐมภูมิเชิงรุกแก่แม่และเด็ก ผู้สูงอายุ ผู้พิการ ผู้ประกอบอาชีพที่มีความเสี่ยง ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง การพัฒนาศูนย์เด็กเล็ก ศูนย์ผู้สูงอายุและผู้พิการ ฯลฯ สำหรับบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค และบริการดูแลระยะยาว (Long-term care-LTC) กองทุนฯ จะครอบคลุมประชากรทั้ง 65 ล้านคนไม่ว่าสิทธิใด ๆ

ปัจจุบันผู้มีสิทธิในหลักประกันสุขภาพแห่งชาติสามารถเข้าถึงบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค การตรวจวินิจฉัย การรักษาโรคทั่ว ๆ ไป โรคเรื้อรัง และโรคเฉพาะทางที่มีค่าใช้จ่ายสูง เช่น ไข้หวัด การคลอดบุตร การบริบาลทารกแรกเกิด โรคมะเร็ง โรคไตวายเรื้อรัง โรคหัวใจ โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคเอดส์ วัณโรค ฯลฯ รวมถึงกลุ่มบริการทันตกรรม บริการรักษาแพทย์แผนไทยหรือแพทย์ทางเลือก และการฟื้นฟูสมรรถภาพร่างกายและจิตใจเฉพาะกลุ่ม (เช่น กายภาพบำบัด จิตบำบัด ฟื้นฟูการได้ยิน ฟื้นฟูการมองเห็น ตามที่ สปสช.กำหนดหลักเกณฑ์ไว้) ตลอดจนถึงการดูแลรักษาประคับประคองในระยะสุดท้ายของชีวิต และการดูแลระยะยาว การเข้ารับการรักษาจะครอบคลุมตั้งแต่กระบวนการรักษา ค่าห้องและอาหารระหว่างรักษาตัว ค่ายา เวชภัณฑ์ วัสดุเวชภัณฑ์ และอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่อยู่ในบัญชียาหลัก ไปจนถึงการส่งต่อเพื่อไปหน่วยบริการอื่น

ทั้งหมดนี้ เป็นเรื่องที่น่าอัศจรรย์ใจเป็นอย่างมาก กว่าที่จะเดินทางมาถึงวันที่รัฐสามารถลงทุนในการสนับสนุนทางการเงินต่อบริการสุขภาพอย่างครบถ้วนให้แก่ประชากรส่วนใหญ่ของประเทศได้ ทำให้ยิ่งน่าสนใจมากขึ้นไปอีกว่า “ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าของประเทศไทยถูกสร้างมาอย่างไร และมีที่มาที่ไปอย่างไร”

การทำความเข้าใจเส้นทางของการสร้างระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าของประเทศไทย อาจต้องมองย้อนกลับไปที่พิจารณาถึงประวัติศาสตร์การแพทย์และสาธารณสุขในอดีต โดยเฉพาะเหตุการณ์ในช่วงทศวรรษ 2510 เป็นต้นมา ซึ่งมีส่วนอย่างมากในการหล่อหลอม “ผู้นำ” ด้านสาธารณสุขของประเทศ ผู้นำที่ว่านี้มาจากหลากหลายสาขา ทั้งกลุ่มที่เป็นแพทย์อาวุโสสายปฏิรูปหัวก้าวหน้า กลุ่มนักศึกษาแพทย์ พยาบาล ทันตแพทย์ เภสัชกร หรือนักสาธารณสุขต่าง ๆ ที่มีแนวคิดก้าวหน้าและออกไปหาประสบการณ์ในชนบท อาจารย์และนักศึกษาสาขาอื่น บรรดาอาสาสมัคร และปัญญาชนกลุ่มอื่นที่อยู่ร่วมสมัย ทั้งหมดได้กลายมาเป็น “ขุมกำลัง” สำคัญในการผลักดันและขับเคลื่อนหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ตลอดจนมีส่วนร่วมในการกำหนดทิศทางระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติและจุดยืนการดำเนินงานของ สปสช. จนกระทั่งปัจจุบัน

กระนั้น “วิสัยทัศน์” ในการดำเนินงานของขุมกำลังนักปฏิรูปสุขภาพ ไม่ได้เกิดขึ้นจากการค้นคว้าหรืออิงตามหลักการทางทฤษฎีที่ได้รับข้อมูลจากตำราที่เกี่ยวข้องกับพัฒนาการของระบบสุขภาพทั่วโลกเท่านั้น แต่เป็นองค์ความรู้ที่ก่อตัวจากประสบการณ์ของขบวนการแพทย์ชนบทเมื่อครั้งเข้าไปทำงานในพื้นที่ “ชนบทห่างไกล” ของไทย (สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ, 2546) ซึ่งมีโอกาสได้ทดลองพัฒนาตัวแบบและวิธีการ เพื่อช่วยเหลือกลุ่มคนจนและประชาชนผู้มีรายได้น้อยที่ไม่มีโอกาสเข้าถึงความรู้และได้รับการดูแลรักษามาก่อน (นภนาท อนุพงศ์พัฒน์ และคณะ, 2556; สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ, 2546)

ตลอดจนเป็นช่วงเวลา “ปมพะยะ” ความคิดและเครือข่ายทางสังคม จนกระทั่งประสบการณ์ที่ได้รับ กลายมาเป็นเครื่องมือสำคัญที่เอื้อต่อวิสัยทัศน์ของแนวทางการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ไป จนกระทั่งการบริหารจัดการของระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติและองค์กรอย่าง สปสช.



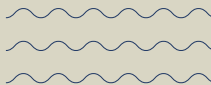
ใน พ.ศ. 2544-45 จึงนับเป็นหมุดหมายสำคัญของกลุ่มแพทย์นักปฏิรูปและผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง ที่อยู่เบื้องหลังการผลักดันให้เกิดระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติและการจัดตั้งองค์กร สปสช. อย่าง เป็นทางการโดยมีพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 รองรับ ซึ่งปฏิเสธไม่ได้เลยว่า เวลานั้นมี “ความพร้อมเพรียง” ทั้งในด้านพลังทางความรู้ พลังทางสังคม และพลังทางการเมือง ที่ ทั้งหมดมา “บรรจบ” กัน ประกอบกับเป็นเวลาที่พบว่าปัจจัยแวดล้อม โครงสร้างพื้นฐาน ระบบบริการ โครงสร้างเชิงสถาบัน (เช่น รัฐธรรมนูญ 2540) และประวัติศาสตร์หลักประกันสุขภาพรูปแบบอื่น ๆ ที่ ผ่านมามีส่วนเกื้อกูลให้เกิดเป็น “การสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า” ที่เปลี่ยนกรอบแนวคิดของ ทั้งผู้ให้บริการและผู้รับบริการจากการ “สงเคราะห์” ไปเป็น “สิทธิ” ได้สำเร็จ จึงอยากชวนผู้อ่านย้อน เวลากลับไปทำความเข้าใจประวัติศาสตร์การสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าอย่างรวบรัด โดยอาจ นับตั้งแต่แรกเริ่มสร้างสถานบริการสุขภาพแห่งแรกในประเทศไทย



เมื่อกระแสธารมาบรรจบ  
ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า  
จึงบังเกิด

- 2 -

## สถานบริการสุขภาพในสังคมไทย: จากวันแรกสู่วันนี้





กลางทศวรรษ 2520 พบว่า  
โรงพยาบาลขนาดใหญ่ในกรุงเทพฯ  
และโรงพยาบาลจังหวัด  
ไม่ได้รับการพิจารณางบประมาณ  
ในการขยายจำนวนเตียงเลย  
เพื่อให้รัฐสามารถเพิ่มความใส่ใจไปสู่โรงพยาบาลชุมชน  
ด้วยการทุ่มงบประมาณจำนวนมากลงสู่ชนบท  
**“กลไกการฟรียซ์ [freeze] ก็คือ  
ไม่ให้งบประมาณชะอย่าง [แก่โรงพยาบาลใหญ่  
ในกรุงเทพฯ และต่างจังหวัด]...  
นโยบายมันออกมาแล้วว่าจะเน้น primary care  
มากกว่า secondary / tertiary care  
เราขอให้กระทรวงปรับงบให้เป็นไปตามนโยบาย  
รัฐบาล”**



**นายโกลม ชอบชื่นชม**

อดีตรองเลขาธิการคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ  
(สัมภาษณ์นายโกลม ชอบชื่นชม, 15 พฤษภาคม 2565)

กว่าประเทศไทยจะมีโรงพยาบาลหรือสถานบริการด้านสุขภาพ “แห่งแรก” ไม่ใช่เรื่องง่ายตายนัก แต่เมื่อตั้งขึ้นแล้วก็เกิดคำถามต่อไปว่า “จำนวน” สถานบริการมีอยู่เพียงพอที่จะให้บริการหรือไม่ กระทั่งสามารถขยายสถานบริการให้มีจำนวนครอบคลุมมากพอแล้ว กลับมีคำถามเรื่อง “คุณภาพ” ที่ดีพอต่อไป ทั้งนี้ ทั้งนี้ ถ้าไม่มีแม้แต่สถานบริการที่กระจายครอบคลุมทั่วประเทศ หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าก็ไม่อาจเกิดขึ้นได้

## โรงพยาบาลแห่งแรกของสยาม

นับตั้งแต่บรรดาเจ้าอาณานิคมตะวันตกนำความรู้ทางวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีทางการแพทย์สมัยใหม่เข้ามาสู่อาณาบริเวณสยามหรือประเทศไทยในปัจจุบัน ได้ส่งผลอย่างมากต่อการเพิ่มพูน “ความรู้ด้านสาธารณสุขแบบสมัยใหม่” โดยเฉพาะการนำวิทยาการความรู้มาช่วย “ลด” อัตราการป่วยและตาย ที่มีสาเหตุมาจากโรคระบาดของไข้ทรพิษและอหิวาตกโรคได้อย่างน่าตื่นตาตื่นใจ เมื่อราษฎรเสียชีวิตน้อยลง รัฐเองก็ได้านิสงส์เพราะมีกำลังคนเป็นแรงงานมากขึ้น เศรษฐกิจของรัฐก็กระเตื้องเติบโตขึ้นติดตามมา วิทยาการทางการแพทย์จึงสัมพันธ์กับทั้งระดับปัจเจก ชุมชน สังคม ไปจนระดับรัฐ

จริง ๆ แล้ววิธีการป้องกันไม่ให้คนตาย ยังนับว่าเป็นเรื่องใหม่ในสังคมสยามเวลานั้น จึงต้องยกความดีความชอบให้กับบรรดาคณะมิชชันนารีที่ให้บริการด้วยความรู้ด้านการแพทย์แบบสมัยใหม่ไปพร้อม ๆ กับการเผยแพร่ศาสนา มิชชันนารีคนสำคัญที่เข้ามาในประเทศไทย เช่น นายแพทย์แดน บีช บรัดลีย์ (Dan Beach Bradley) นายแพทย์ซามูเอล เรโนลด์ เฮาส์ (Samuel Reynolds House) ฯลฯ เมื่อสยามยอมรับเอาวิทยาการจากตะวันตกเข้ามาใช้ จึงนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงโลกทัศน์ของสยามประเทศด้านการแพทย์และสาธารณสุขครั้งใหญ่ เปลี่ยนไปตั้งแต่

### แดน บีช บรัดลีย์

...

หมอบรัดเลย์นับเป็นมิชชันนารีคณะที่ 3 มาถึงสยามเมื่อ พ.ศ. 2378 ได้ตั้งโรงพยาบาลเพื่อรักษาโรครวมทั้งแจกยาฟรีแก่ประชาชน ต่อมา พ.ศ. 2381 เกิดไข้ทรพิษระบาดในกรุงเทพฯ หมอบรัดเลย์เป็นผู้เริ่มการปลูกฝีป้องกันทรพิษเพื่อป้องกันโรคและพัฒนาเป็นการปลูกฝีทั่วประเทศต่อมา

## ซามูเอล เรโนลด์ เฮาส์ (Samuel Reynolds House)

...

เป็นอีกหนึ่งมิชชันนารีคนสำคัญที่เข้ามายังกรุงเทพฯ หลังจากหมอบรัดเลย์ ประมาณ 12 ปี เป็นผู้นำอารยธรรมความรู้สึก คืออีเทอร์ (ether) เข้ามาใช้ในการผ่าตัดเป็นครั้งแรกกับคนไข้หญิงสูงอายุวัย 84 ปี (ประมาณ พ.ศ. 2391) ซึ่งผลการผ่าตัดสำเร็จลุล่วง หมอเฮาส์ หรือ “หมอเหา” ตามที่ชาวบ้านเรียก จึงกลายเป็นหมอฝรั่งที่มีชื่อเสียงคนหนึ่งในยุคนั้น

วิธีการรักษา การฝึกใช้เทคโนโลยีและเครื่องมือ การใช้ตำรับยารักษาแบบตะวันตก ไปจนกระทั่ง การเห็นประโยชน์ของการตั้ง “โรงพยาบาลแบบตะวันตก” แห่งแรกที่มีรัฐเป็นผู้ริเริ่ม

โรงพยาบาลรัฐแห่งแรกของสยามก่อตั้งขึ้น บริเวณศูนย์กลางของรัฐอย่างพื้นที่พระนคร และฝั่งธนบุรี และเปิดให้ทำการเมื่อ พ.ศ. 2431 เวลานั้นยังใช้ชื่อว่า “โรงพยาบาลวังหน้า” หรือ “โรงพยาบาลใหญ่วังหลัง” หรือบางที่เรากันเคยกันในชื่อว่า “โรงศิริราชพยาบาล” เบื้องต้นตั้งใจให้สร้างขึ้นเพื่อเป็นสถานรักษาคนป่วยไข้โดยไม่คิดค่าใช้จ่ายใด ๆ (ราชกิจจานุเบกษา, 2430) ดังเอกสารบอกเปิดโรงพยาบาลรัฐแห่งแรกของสยามระบุไว้ว่า “โรงพยาบาลนี้เป็นส่วนหนึ่งพระราชกุศล ทรงสละพระราชทรัพย์ให้ตั้งขึ้น

เพนทาน ในการรักษาโรคและป้องกันความทุกข์ยากของชนทั้งหลาย...มิให้หมอกฎนพยาบาล เรียกว่า ยาค่ารักษาแก่คนไข้เลยเป็นอันขาด ยกไว้แต่ผู้มีสิทธิ์ในสวนพระราชกุศลอันนี้” (ราชกิจจานุเบกษา, 2431) จุดเริ่มต้นมาจากการที่พระบาทสมเด็จพระจุลจอมเกล้าเจ้าอยู่หัว (รัชกาลที่ 5) ได้โปรดให้หรือโรงเรียน ไม้ และเครื่องใช้ต่าง ๆ จากงานพระเมรุของสมเด็จพระเจ้าลูกยาเธอเจ้าฟ้าศิริราชกกุธภัณฑ์ ไปประกอบร่างเป็นโรงพยาบาลวังหน้า พร้อมกับพระราชทานเงินจำนวน 200 ชั่งเศษหรือประมาณ 16,000 บาท (เงิน 1 ชั่งมีค่าเท่ากับ 80 บาท) จึงเป็นที่มาของชื่อเรียกโรงพยาบาล และนับว่าเป็นศักราชแรกของการเริ่มพัฒนาการแพทย์แบบตะวันตกอย่างเป็นทางการในสังคมไทย

อย่างไรก็ตาม หลังจากมีโรงศิริราชพยาบาลแล้ว ได้มีสถานบริการสุขภาพเกิดขึ้นอีกหลายแห่งตามมาที่พัฒนาโดยรัฐและเอกชน แต่ในช่วงแรกถือว่าการขยายตัวของสถานบริการพัฒนาไปอย่างเชื่องช้าและยังคงกระจุกตัวอยู่ในพื้นที่กรุงเทพฯ เป็นสำคัญ ขณะที่บริเวณส่วนภูมิภาคห่างไกลค่อนข้างเงียบเหงา รัฐเพียงแต่ริเริ่มจัดตั้งเป็น “โอสถศาลา” อันเป็นโรงแจกจ่ายหรือจำหน่ายยาในบางพื้นที่เท่านั้น

## “โรงพยาบาลหัวเมือง” และ “โอสถศาลา” จุดตั้งต้นบริการทางการแพทย์ในพื้นที่ส่วนภูมิภาค

เดิมที่การรักษาด้วยวิธีแบบตะวันตกแก่ราษฎรในพื้นที่ห่างไกลเป็นภารกิจของเอกชน บรรดามิชชันนารีมักสร้างโรงพยาบาลหรือจุดให้บริการทางการแพทย์โดยการรวบรวม “เงินบริจาค” ของเหล่าพระบรมวงศานุวงศ์ ข้าราชการ พ่อค้า และชาวบ้านใจบุญในท้องถิ่น โดยรัฐอาจช่วยสมทบทุนบางส่วนเท่านั้น ซึ่งการเรียกรับเงินบริจาคเป็นวิธีการที่ง่ายกว่าการที่รัฐบาลต้องลงทุนสร้างขึ้นใหม่ทั้งหมด (เพ็ญศรี กวีวงศ์ประเสริฐ, 2528, น. 67-68) ในบางพื้นที่ที่ร่ำรวยจากการเก็บภาษีโรงเรือนจึงสามารถจัดตั้งโรงพยาบาลได้เองโดยไม่ต้องขอพึ่งงบประมาณแผ่นดินด้วยซ้ำ ทำให้เป็นเครื่องยืนยันว่ารัฐยังไม่มีนโยบายสร้างโรงพยาบาลอย่างจริงจังในบริเวณหัวเมือง ถ้าหากจะมีโรงพยาบาลตามหัวเมืองเกิดขึ้นก็ยังคงเป็นไปเพื่อ “กุศลสาธารณทาน” เป็นสำคัญมากกว่าจะมองว่าเป็นหน้าที่ของรัฐ (ราชกิจจานุเบกษา, 2470)

ต่อมาประมาณ พ.ศ. 2438 รัฐได้ส่งเสริมให้จัดตั้ง “โอสถศาลา” สำหรับจำหน่ายยาเพื่อรักษาอาการป่วยไข้ โอสถศาลาจึงกลายเป็นสถานบริการด้านการแพทย์ในส่วนภูมิภาคที่สำคัญที่สุดของรัฐในยุคนี้ (เพ็ญศรี กวีวงศ์ประเสริฐ, 2528, น. 99) บรรดาโอสถศาลาส่วนภูมิภาคนี้ กรมพยาบาลจะรับผิดชอบจัดหาแพทย์ไปประจำ ส่วนการหาสถานที่และงบประมาณในการก่อสร้างดำเนินการโดยเทศบาลภายใต้สังกัดของกระทรวงมหาดไทย อย่างไรก็ตาม กิจการโอสถศาลาในช่วงแรกประสบปัญหาการขาดทุนจึงค่อย ๆ หายอปิดกิจการลง จากนั้นใน พ.ศ. 2445 รัฐได้หนุนให้เปิดกิจการลักษณะคล้ายเดิมอีกครั้งเพื่อจำหน่ายยาให้กว้างขวางขึ้น โดยใช้ชื่อใหม่ว่า “โอสถสภา” โดยมีพระเจ้าลูกยาเธอ พระองค์เจ้าประวิตรวดีมโนดม (พระเจ้าบรมวงศ์เธอ กรมหลวงปราจิณกิติบดี) เป็นประธานชื้อยาจากต่างประเทศ มีบันทึกถึงการจัดตั้งโอสถสภาไว้ว่า “ทุกวันนี้ยารักษาโรคที่เป็นยาดีมีคุณมากมายหลายขนาน แต่หากว่ายาเหล่านั้นยังไม่เป็นที่แพร่หลายออกไปถึงราษฎรที่อยู่ตามบ้านป่าเมืองไกลความเจ็บไข้ในท้องที่เหล่านั้น จึงเป็นเหตุให้ถึงอันตรายได้มาก...จึงโปรดเกล้าให้ตั้งโอสถสภา...” (ราชกิจจานุเบกษา, 2445) ดังนี้ ทำให้มีการส่งยาฝรั่งหรือที่เรียกว่ายาแผนปัจจุบันไปจำหน่ายตามหัวเมืองต่าง ๆ เช่น ควินินแก้ไข้ป่า โคลโรดินแก้ไอหวัดโรค ยาแก้ไข้ ยาแก้บิด ฯลฯ ซึ่งก็ได้รับความนิยมจากประชาชนอย่างมากในช่วงปีแรก (เพ็ญศรี กวีวงศ์ประเสริฐ, 2528, น. 75-77) แม้ว่าการขยายตัวของโอสถสภายังคงเป็นไปด้วยความล่าช้า โดยใน พ.ศ. 2464 มีรวมกันทั่วประเทศเพียง 43 แห่งเท่านั้น (อภิชาติ สถิตินริมา้ย และ อิศร์กุล อุณหเกตุ, 2564, น. 276) แต่ก็ต้องยอมรับว่าโอสถสภาเป็นที่พึ่งพิงให้กับประชาชนในแต่ละพื้นที่อย่างสำคัญ

ต่อมา เมื่อกลิ่นอายทางการเมืองเปลี่ยนแปลงไปอย่างฉับพลัน จากระบอบสมบูรณาญาสิทธิราชย์สู่ประชาธิปไตยอันมีพระมหากษัตริย์ทรงเป็นประมุขในปีพุทธศักราช 2475 ก็ได้พัวพันส่งอิทธิพลต่อการปรับเปลี่ยนงานด้านการสาธารณสุขให้สอดคล้องกับวิถีการเมืองแบบใหม่ด้วยเช่นกัน

## นโยบายอุดหนุน: แนวคิดการสร้างโรงพยาบาลในพื้นที่ห่างไกล

หลังผ่านพ้นเหตุการณ์ปฏิวัติสยาม 2475 รัฐธรรมนูญฉบับใหม่ภายใต้หลักการของระบอบประชาธิปไตยอันมีพระมหากษัตริย์ทรงเป็นประมุขได้กำหนดเพิ่มเติมให้รัฐบาลมี “หน้าที่” ต้องดูแลราษฎรทุกคน ทำให้กิจการเกี่ยวกับสาธารณสุขทวีความสำคัญมากขึ้นเทียบเท่ากับภารกิจด้านอื่นแม้ว่าจะยังไม่ได้มีแนวทางการพัฒนาอย่างเป็นระบบมากนักและมักเป็นไปอย่างค่อยเป็นค่อยไปตามแต่ละสถานการณ์ก็ตาม แต่รัฐบาลได้แสดงสัญญาณที่มุ่งขยายบริการสุขภาพไปสู่ประชาชนใน “พื้นที่ส่วนภูมิภาค” มากขึ้น โดยเฉพาะในยุคของนายกรัฐมนตรีจอมพล ป. พิบูลสงคราม สมัยที่หนึ่ง (พ.ศ. 2481-2487) ที่มองว่างานด้านสาธารณสุขจะช่วยเพิ่มจำนวนแรงงานเพื่อรับใช้ระบบเศรษฐกิจและอุตสาหกรรมของชาติ ช่วยเป็นเครื่องมือทางวัฒนธรรมที่แสดงว่าไทยเป็นอารยชาติอารยประเทศ และอารยชน (ก้องสกุล กวินวิฑูล, 2545, น.72-73; แปลก พิบูลสงคราม, 2483, น. 26-27) และยิ่งช่วยเป็นเครื่องอวดเกียรติภูมิให้ปรากฏแก่สายตาของชาติตะวันตกด้วย (นันทา อนุพงศ์พัฒน์, 2556, น. 240; วีระศักดิ์ จันทร์สังแสง, 2554, น.2-7) นโยบายด้านสาธารณสุขที่โดดเด่นอย่างมากในยุคนี้เรียกกันว่า “นโยบายอุดหนุน” หรือโครงการสร้างโรงพยาบาลและสุขศาลาชั้น 2 ในส่วนภูมิภาคให้ “ครบทุกจังหวัด”

### “หน่วยอนามัย”

หรือหน่วยบริการ 6 ประเภท  
ที่รัฐกำหนดไว้เมื่อ พ.ศ. 2478

...

- โรงพยาบาลชั้นหนึ่ง มีเตียงประมาณ 200 เตียง
- โรงพยาบาลชั้นสอง มีเตียงประมาณ 100 เตียง
- โรงพยาบาลชั้นสาม มีเตียงประมาณ 50 เตียงตั้งในพื้นที่เมืองหรือชุมชนที่ไม่มีโรงพยาบาลสองประเภทข้างต้น
- สุขศาลาชั้นหนึ่ง มีแพทย์อย่างน้อย 1 คน และตั้งในพื้นที่ห่างไกลจากโรงพยาบาล
- สุขศาลาชั้นสอง ไม่มีแพทย์อยู่ประจำ แต่มีผู้ช่วยแพทย์ 1 คนและตั้งในพื้นที่ไม่มีสุขศาลาชั้นหนึ่ง
- หน่วยอนามัยเคลื่อนที่

ที่มา: “หอจดหมายเหตุแห่งชาติ, (2) สอ0201.27/9, เรื่อง รายงานการประชุมคณะกรรมาธิการพิจารณาการสาธารณสุขและการแพทย์ (6 ธ.ค 2478-12 เม.ย. 2480)”.  
กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข

“โรงพยาบาลอุดรฯ” กลายเป็นเงาสะท้อนการวางระบบบริการด้านสาธารณสุขไทยในช่วงเวลาที่อุดมการณ์ชาตินิยมไทยเบ่งบานได้เป็นอย่างดี เพราะส่วนใหญ่จะเน้นสร้างสถานบริการในบริเวณชายแดนไทยติดกับอินโดจีนของฝรั่งเศส (ประเทศลาวในปัจจุบัน) ก่อนเป็นอันดับต้น ๆ เพื่ออวดภาพความเจริญของไทยแก่เพื่อนบ้าน ได้แก่ จังหวัดอุบลราชธานี หนองคาย นครพนม และเชียงราย แต่กระนั้นก็ตาม ด้วยสถานะการเงินการคลังของรัฐที่ไม่สู้ดีนัก จึงไม่เอื้อให้สามารถสร้างโรงพยาบาลได้ครบทุกจังหวัดสำเร็จตามที่ตั้งใจไว้

กระทั่งประเทศไทยผ่านพ้นเข้าสู่ยุคหลังสงครามโลกครั้งที่สอง ได้มีการรื้อฟื้นนโยบายสร้างโรงพยาบาลทุกจังหวัดขึ้นมาเพื่อสานต่องานเก่าอีกครั้ง ในชื่อว่า “โครงการจัดตั้งโรงพยาบาลและสุขศาลากระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2489” เป็นการเน้นสร้างโรงพยาบาลขนาดกลางขึ้นใหม่ทุกจังหวัด ส่วนโรงพยาบาลขนาดเล็กในพื้นที่อำเภอจะสร้างเฉพาะอำเภอที่มีประชากรหนาแน่น ขณะเดียวกันก็ส่งเสริมให้ขยายสุขศาลาชั้นหนึ่งและชั้นสองที่มีอยู่แล้วให้กลายเป็นโรงพยาบาลขนาดเล็กควบคู่กับการสร้างโรงพยาบาลใหม่ แต่การเดินหน้าสร้างโรงพยาบาลยังคงลุ่ม ๆ ดอน ๆ เพราะติดขัดปัญหาใหญ่ด้านงบประมาณอีกเช่นเคย

ระหว่างทศวรรษ 2490 ถึงทศวรรษ 2510 กว่า 20 ปีนี้แม้ว่ารัฐบาลทุกยุคทุกสมัยแสดงออกถึงความ “ตั้งใจดี” ที่จะขยายหน่วยบริการออกไป เช่น มีนโยบายสร้าง “สุขศาลาชั้นสอง” ในพื้นที่ชนบทปีละ 100 แห่งจนครบทุกตำบล (พ.ศ. 2491) การตั้งสำนักงานผดุงครรภ์<sup>2)</sup> ขึ้นครั้งแรก (พ.ศ. 2497) นโยบาย “สร้างโรงพยาบาลประจำอำเภอทั่วประเทศ” และนโยบาย “สร้างสถานอนามัยชั้น 2 ให้ครบทุกตำบล” ภายใน 4 ปี (พ.ศ. 2515-2519) แต่การขยายตัวของสถานบริการก่อนทศวรรษ 2520 ยังคงกระจุกตัวในพื้นที่ส่วนกลางมากกว่าส่วนภูมิภาค จนกระทั่งทศวรรษ 2520 จึงเป็นช่วงเวลาสำคัญอีกระลอกหนึ่งของการพัฒนาทั้ง “ปริมาณและคุณภาพ” ของโรงพยาบาลในระดับจังหวัดและอำเภอ

## “โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราช”: การเมืองกับการยกระดับการเข้าถึงบริการสาธารณสุข

ในทศวรรษ 2520 นับว่าเรื่อง “การเมือง” กลายเป็นแรงขับเคลื่อนสำคัญ โดยมีทั้งปัจจัยทางการเมืองโดยตรงอย่างการสร้างโรงพยาบาลเพื่อใช้เป็นเครื่องยืนยันหัตถุอุดมการณ์ทางการเมือง และเพื่อแย่งชิงมวลชนของฝ่ายที่เรียกตนเองว่าประชาธิปไตยหรือฝ่ายขวา ส่วนปัจจัยโดยอ้อมที่หวังให้สาธารณสุขของประเทศบรรลุการยกระดับความยากจนด้วยการเพิ่มหน่วยบริการทางการแพทย์ ซึ่งจะส่งผลดีต่อการเมืองในภาพรวม สำหรับปัจจัยทางการเมืองโดยตรงที่มีผลต่องานด้านสาธารณสุข

คือ “โครงการสร้างโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราช” จำนวน 20 แห่ง (เดิมที่มีเพียงแห่งเดียว แต่ได้รับบริจาคมากเกินคาด รวมว่ามี 21 แห่ง) เพื่อเทิดพระเกียรติองค์สมเด็จพระยุพราชของไทย โดยเป็นมติคณะรัฐมนตรีเมื่อวันที่ 28 ธันวาคม พ.ศ. 2519 หลังจากเหตุการณ์ล้อมปราบนักศึกษาหรือเหตุการณ์ “ขวาพิฆาตซ้าย” ในวันที่ 6 ตุลาคม พ.ศ. 2519 ไม่นานนัก

ช่วงแรกของการดำเนินโครงการโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชมีเหตุผลสำคัญคือ เพื่อประกาศ “พระบารมีอันแผ่ไพศาล” ให้เป็นประจักษ์แก่กลุ่มคอมมิวนิสต์ที่เป็นราษฎรของพระองค์เอง (สมัยนั้นฝ่ายขวาเรียกฝ่ายคอมมิวนิสต์หรือฝ่ายซ้ายว่า “กลุ่มก่อการร้าย”) นายแพทย์วินัย สวัสดิวัตน์ เล่าประสบการณ์ขณะทำงานชดใช้ทุนที่โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชที่อำเภอเลิงนกทา จังหวัดยโสธร เมื่อประมาณต้นทศวรรษ 2520 ว่า “การสร้างโรงพยาบาลเป็นส่วนหนึ่งของงานมวลชน โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชอยู่ในพื้นที่สีแดง เพราะเป็นยุทธศาสตร์ของกระทรวง โดยกระทรวงดูแลโรงพยาบาลดีเพื่อให้รู้ว่า [รัฐ] ใสใจ...โรงพยาบาลเลยได้รับงบประมาณเยอะกว่าที่อื่น” (สัมภาษณ์นายแพทย์วินัย สวัสดิวัตน์, 16 พฤษภาคม 2565) แม้ว่ารัฐ “ตั้งใจ” ใช้งานสาธารณสุขเป็นเครื่องยังประโยชน์ให้แก่การเมืองอย่างชัดเจนตรงไปตรงมา แต่กระนั้นโครงการสร้างโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเองก็ช่วย “ยกระดับ” ระบบบริการ และเป็นกลไกที่เกิดขึ้นมาแล้วช่วย “เพิ่ม” การเข้าถึงบริการสาธารณสุขในยุคนั้น ต่อมาไม่นานนักการขยายสถานบริการระดับอำเภอหรือโรงพยาบาลชุมชนจะได้รับการสนับสนุนให้เดินหน้าขยายตัวต่อไปอีก “ระลอกใหญ่” เมื่อเข้าสู่กลางทศวรรษ 2520

## การขยายสร้างโรงพยาบาลครบทุกอำเภอ (พ.ศ. 2525-2529)

ด้วยเหตุปัจจัยแห่งการเมืองอีกเช่นกันทำให้กลางทศวรรษ 2520 ได้เกิดปรากฏการณ์ขยายจำนวนหน่วยบริการเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะหน่วยบริการระดับอำเภอทั้งในแง่จำนวนเตียงและศักยภาพของการให้บริการทางการแพทย์ เวลานั้นรัฐบาลภายใต้การบริหารของพลเอกเปรม ติณสูลานนท์ (ดำรงตำแหน่งระหว่าง พ.ศ. 2523-2531) ตัดสินใจ “ระงับ” การเติบโตของโรงพยาบาลขนาดใหญ่ในกรุงเทพฯ และโรงพยาบาลระดับจังหวัดของกระทรวงสาธารณสุข เพื่อใช้ทรัพยากรของรัฐที่มีอยู่ “จำกัด” ไปทำนุบำรุงโรงพยาบาลระดับอำเภอหรือชุมชนแทน รวมถึงมีการยกระดับ “สำนักงาน ผดุงครรภ์” ทั้งหมดให้มาเป็น “สถานีอนามัย” ไปพร้อม ๆ กัน (สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ (บ.ก.), 2546, น. 36) ดังที่นายโกมล ชอบชื่นชม อดีตรองเลขาธิการคณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ เล่าบรรยายขณะปฏิบัติงานในยุคนั้นว่า “กลไกการพีชก็คือไม่ให้งบประมาณเยอะ [แก่โรงพยาบาลจังหวัด]...นโยบายมันออกมาแล้วว่าจะเน้น primary care มากกว่า secondary/tertiary care เราขอให้กระทรวงปรับบให้เป็นไปตามนโยบายรัฐบาล” (สัมภาษณ์นายโกมล ชอบชื่นชม, 15 พฤษภาคม 2565)

ผลของนโยบายนี้ทำให้ระหว่าง พ.ศ. 2525-2532 งานบริการสาธารณสุขระดับอำเภอและตำบลได้รับการจัดสรรงบประมาณรวมทั้งทรัพยากรต่าง ๆ ในปริมาณที่มากกว่างานบริการสาธารณสุขระดับจังหวัด แม้งบประมาณระดับจังหวัดจะมากขึ้นทุกปี แต่ก็เพิ่มขึ้นในอัตราที่น้อยกว่างบประมาณที่จัดสรรให้กับสถานบริการระดับอำเภอและตำบล แน่แน่นอนว่า “การผันเงินงบประมาณ” มาพัฒนาสถานบริการในพื้นที่ระดับอำเภอและชุมชน ได้ส่งผลกระทบต่อโรงพยาบาลขนาดใหญ่ในกรุงเทพฯ และโรงพยาบาลระดับจังหวัดหลายแห่ง ที่ต้องจำใจชะลอตัวการพัฒนาและปรับปรุงโรงพยาบาลของตนเองออกไป เพื่อให้รัฐสามารถเหตความใส่ใจไปสู่โรงพยาบาลชุมชนด้วยการทุ่มงบประมาณจำนวนมากลงสู่ชุมชนบท หนึ่งตัวอย่างที่ให้ภาพชัดเจนได้เป็นอย่างดีคือ โครงการสร้างตึกใหม่ของโรงพยาบาลเลิดสินด้วยงบประมาณ 500 ล้านบาท ถูกนำไปเปรียบเทียบกับสามารถนำงบประมาณไปสร้างโรงพยาบาลชุมชนได้ถึง 50 แห่ง ทำยที่สุดแล้วโครงการสร้างตึกโรงพยาบาลเลิดสินต้องถูกชะลอออกไป ข้อมูลนี้แสดงให้เห็นว่าตลอดแผนพัฒนาฯ ฉบับที่ 5 (พ.ศ. 2525-2529) โรงพยาบาลขนาดใหญ่ในกรุงเทพฯ และโรงพยาบาลระดับจังหวัดไม่ได้รับการพิจารณางบประมาณในการขยายจำนวนเตียงเลย (สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ (บ.ก.), 2546, น.36-38)

จนเมื่อเข้าสู่ พ.ศ. 2530 พบว่าประเทศไทยมีโรงพยาบาลชุมชน 557 แห่ง และโรงพยาบาลสาขา 89 แห่ง สถานีนอนามัย 7,649 แห่ง และสำนักงานสาธารณสุขชุมชนในหมู่บ้านกั้นดาร์และเลี้ยงภัย 478 แห่ง โดยภาพแล้ววรมระหว่างทศวรรษ 2510 ถึงทศวรรษ 2530 มีจำนวนสถานีนอนามัย (รวมสำนักงานผดุงครรภ์) เพิ่มขึ้นถึง 3 เท่า จำนวนโรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขเพิ่มขึ้น 6 เท่า (สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ, 2531, น. 145) และเมื่อเทียบข้อมูลข้างต้นระหว่าง พ.ศ. 2524 และ พ.ศ. 2530 จะพบว่ามียโรงพยาบาลชุมชนเพิ่มขึ้น 247 แห่งและสถานีนอนามัยเพิ่มขึ้น 1,326 แห่ง

ต่อมาการขยายสถานบริการยังคงเดินหน้าพัฒนาต่อไป โดยใน พ.ศ. 2535 ได้เกิดโครงการ “ทศวรรษแห่งการพัฒนาสถานีนอนามัย” มีเป้าหมายในการสร้างสถานีนอนามัยแห่งใหม่ 1,400 แห่งระหว่าง พ.ศ. 2535-2544 รวมถึงขยายศักยภาพในการปฏิบัติงานจากสถานีนอนามัยทั่วไปที่มีอยู่เดิมให้กลายเป็นสถานีนอนามัยขนาดใหญ่และมีเครื่องมือเครื่องมือนเพิ่มขึ้น (หอบจดหมายเหตุสาธารณสุขแห่งชาติ (14) สบ 1.4/2.284, ม.ป.ป.) โดยมีกรรมรงค์ให้ทำความสะอาด ทาสี จัดระบบงานธุรการสารบัญ และแฟ้มข้อมูลสุขภาพให้เป็นระบบรวม 1,576 แห่ง โดยถวายเป็นเครื่องแสดงความจงรักภักดีแก่สมเด็จพระนางเจ้าสิริกิติ์ พระบรมราชินีนาถ พระบรมราชชนนีพันปีหลวงในพิธีมหามงคลเฉลิมพระชนมพรรษา 60 พรรษา และทรงพระราชทานนามว่า “สถานีนอนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษานวมินทร์ราชินี” ขณะเดียวกันก็ปรับปรุงอาคารสถานที่และสิ่งอำนวยความสะดวกในสถานีนอนามัยทั่วไปเดิมอีกจำนวน 6,435 แห่ง ในด้านกำลังคนตั้งเป้าหมายไว้ว่าภายใน พ.ศ. 2539 สถานีนอนามัยขนาดใหญ่ต้องมีบุคลากรครบ 6 คน โดยในจำนวนนี้ต้องมีนักวิชาการสาธารณสุข และทันตภิบาล

อย่างละ 1 คน ส่วนสถานีทั่วไปกำหนดไว้ว่าภายใน พ.ศ. 2544 ต้องมีบุคลากร 4 คน รวมไปถึงกำหนดไว้ว่าสถานีอนามัยทุกแห่งต้องมีลูกจ้างประจำเพื่อช่วยเหลือทั่วไป 1 คน

โดยรวมแล้วช่วงเวลาที่มีการขยายตัวสถานพยาบาลอย่างก้าวกระโดดต้องยกความดีความชอบให้บรรยากาศทางการเมือง ผู้นำ นโยบายการเมืองนำทหารเพื่อเอาชนะคอมมิวนิสต์ และนโยบายสุขภาพดีถ้วนหน้าในปี 2000 ซึ่งเน้นแนวทางสาธารณสุขมูลฐาน ที่ผลักดันจนทศวรรษ 2520 กลายเป็นยุคแห่งการยกระดับสถานบริการระดับล่างในส่วนภูมิภาคของประเทศไทย



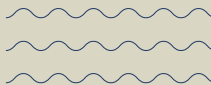
เมื่อรัฐทุ่มงบประมาณจำนวนมากลงสู่ชนบทจนสามารถขยายการสร้างโรงพยาบาลระดับอำเภอหรือโรงพยาบาลชุมชนเป็นได้จำนวนมากเป็นประวัติการณ์แล้ว แน่ใจว่าการขยายตัวของสถานบริการระดับต่าง ๆ ออกไปจะไร้ซึ่งความหมาย หากไม่มีการเร่ง “ผลิตกำลังคนด้านการแพทย์” เพิ่มเติม เพื่อทำหน้าที่รักษาและอยู่ประจำตามสถานบริการ การขยายสถานบริการสุขภาพจึงมักเกี่ยวพันอย่างแยกไม่ออกจากความต้องการกำลังคนด้านบุคลากรทางแพทย์



เมื่อกระแสธารมาบรรจบ  
ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า  
จึงบังเกิด

- 3 -

## วิฤติและทางออก ของกำลังคนด้านสุขภาพ





การถูกส่งไปบ้านนอก  
เหมือนไปตายเอาดาบหน้า  
การเดินทางลำบาก  
ผู้แทนยากก็ไม่ไป  
ราชการก็ไม่มีไปเยี่ยมหรือ...  
ตรงนั้นคอมมิวนิสต์ก็เริ่มแผลงฤทธิ์



**นายแพทย์ศิริวัฒน์ ทิพย์ธราดล**

แพทย์ที่อยู่ภายใต้นโยบายบังคับชดใช้ทุน  
เป็นอดีตผู้อำนวยการสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข  
และอดีตเลขาธิการคณะกรรมการอาหารและยา (อย.)  
(สัมภาษณ์นายแพทย์ศิริวัฒน์ ทิพย์ธราดล, 20 พฤษภาคม 2565)

เป็นธรรมดาที่หากมีสถานบริการอย่างโรงพยาบาล ก็จำเป็นต้องมีแพทย์และกำลังคนด้านสาธารณสุขปฏิบัติหน้าที่ เส้นทางการผลิตแพทย์และบุคลากรทางการแพทย์ในประเทศไทยเริ่มต้นมาพร้อม ๆ กับช่วงเวลา que เริ่มสร้างสถานพยาบาลแบบตะวันตก หลังจากตั้งศิริราชพยาบาลและพยายามขยายหน่วยบริการอีกมากมายทั่วประเทศเพื่อให้บริการสุขภาพแก่สาธารณะแล้ว ความต้องการ “กำลังคน” เพื่อหล่อเลี้ยงระบบกลายเป็นสิ่งจำเป็นที่เกิดขึ้นตามมาอย่างเลี่ยงไม่ได้

## จากโรงเรียนแพทยากรสู่โรงเรียนแพทย์ร่วมสมัย

ก่อนเปิดรับวิทยากรทางการแพทย์ของตะวันตกเข้ามาปรับใช้ สังคมดั้งเดิมเรามี “หมอเคลยศักดิ์” หรือ “แพทย์เคลยศักดิ์” ในที่นี้หมายถึงหมอชาวบ้านที่รับรักษาคนทั่วไปด้วยตำรับยาไทยและยาจีน ซึ่งเป็นการรักษาชาวบ้านด้วยวิธีแบบดั้งเดิมของสังคมสยาม บางคนอาจเรียนรู้วิชาการรักษาแบบดั้งเดิมผ่านการถ่ายทอดแบบเล่าปากต่อปากและคัดลอกตำราด้วยลายมือ โดยการถ่ายทอดยังคงจำกัดอยู่เพียงภายในวงศ์ตระกูล บางกรณีอาจได้รับการฝึกฝนหรือเล่าเรียนจากอาจารย์ที่เป็นหมอ ซึ่งรับเข้ามาเป็นผู้ติดตามรับใช้ใกล้ชิดจนกลายเป็นเสมือน “ลูกศิษย์ก้นกุฎี” กระทั่งบางคนใช้วิธีศึกษาจากตำราและทดลองฝึกหัดเองจนชำนาญและตั้งตนเป็นหมอรับรักษาคนป่วย อย่างไรก็ตามเส้นทางของแพทย์ดั้งเดิมเริ่มเปลี่ยนไปเมื่อรัฐสยามเริ่มก่อตั้งโรงเรียนผลิตแพทย์และพยาบาลตามแบบตะวันตกครั้งแรกหลังจากตั้งศิริราชพยาบาลไม่นานนัก

### ที่มาการพยาบาล

...

การพยาบาลเริ่มต้นครั้งแรกเมื่อ พ.ศ. 2439 จากการบริจาคทรัพย์ของพระนางเจ้าเสาวภาผ่องศรีเพื่อจัดการสอน และอาศัยสถานที่ในโรงพยาบาลศิริราชจัดตั้ง “โรงเรียนหญิงแพทย์ผดุงครรภ์และการพยาบาลไข้” แต่กระนั้นผู้คนในสังคมยังคงไม่นิยมคลอดบุตรในโรงพยาบาล พัฒนาการจึงเป็นไปอย่างเชื่องช้า

กระทั่ง พ.ศ. 2451 ขอเปิดใหม่อีกครั้งเป็น “แผนกโรงเรียนแพทย์ผดุงครรภ์และหญิงพยาบาล” ในโรงเรียนราชแพทยาลัย จากนั้นได้เปิดสอนวิชาเฉพาะการพยาบาลในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ (พ.ศ. 2457) สองปีต่อมาสภาอากาศาธาตรับโอนโรงพยาบาลและโรงเรียนพยาบาลมาดูแลเอง →

จึงกลายเป็น “โรงเรียนนางพยาบาล สภากาชาดสยาม” ภายหลังเปลี่ยนชื่อเป็น “โรงเรียนพยาบาลสภากาชาดไทย”

ระหว่างนี้ที่วชิรพยาบาลได้เปิดสอนอบรมผดุงครรภ์หลักสูตร 6 เดือนแบบไม่มีประกาศนียบัตร และ พ.ศ. 2485 มีหลักสูตร 1 ปีประจำตามสถานียผดุงครรภ์กระทั่ง พ.ศ. 2499 มีการเปิดสอนหลักสูตรปริญญาพยาบาลแห่งแรกในโรงเรียนพยาบาลผดุงครรภ์และอนามัย คณะแพทยศาสตร์และศิริราชพยาบาล

โรงเรียนผลิตแพทย์ตามแบบตะวันตกของรัสเซียชื่อว่า “โรงเรียนแพทยากร” นับว่าเป็นโรงเรียนแห่งแรกในประเทศไทยที่มุ่งหวังผลิตแพทย์และพยาบาลตามวิธีการแพทย์แบบตะวันตก มีกรมพยาบาลบริหารดูแลกิจการให้ โรงเรียนแห่งนี้ได้เปิดสอนวันแรกในวันที่ 5 กันยายน พ.ศ. 2433 (พิทักษ์พลวิสุทธิอัมพร, 2561) ต่อมามีการปรับปรุงอาคารเรียนและเปลี่ยนชื่ออีกครั้งเป็น “โรงเรียนราชแพทยาลัย” (พ.ศ. 2443) (หอจดหมายเหตุแห่งชาติ ศธ. 59.1/3, 2450); หอจดหมายเหตุแห่งชาติ ศธ. 59/1, 2443) การเรียนการสอนในโรงเรียนราชแพทยาลัยช่วงแรกมีหลักสูตรการเรียนสำหรับการแพทย์ทั้งแผนตะวันตกและแผนไทยปะปนกัน วิธีการรับนักเรียนรุ่นแรกกำหนด

ความรู้เดิมแค่เพียงอ่านออกเขียนได้เท่านั้น และใช้เวลาเรียน 3 ปีจึงจะจบหลักสูตร ต่อมาจึงค่อย ๆ ขยายเวลาเรียนเป็น 4 5 และ 6 ปีตามลำดับ

ใน พ.ศ. 2459 เกิดการเปลี่ยนแปลงสำคัญของโรงเรียนแพทยาลัยคือ มีการรวมโรงเรียนราชแพทยาลัยกับโรงเรียนข้าราชการพลเรือนเข้าด้วยกันเพื่อก่อตั้งเป็นจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย โรงเรียนราชแพทยาลัย (หรือคณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดลปัจจุบัน) จึงกลายเป็น “คณะแพทยศาสตร์” ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กระทั่ง พ.ศ. 2486 คณะแพทยศาสตร์ (ศิริราชพยาบาล) จึงแตกตัวออกเป็นอิสระอีกครั้ง กลายมาเป็นคณะแพทยศาสตร์ศิริราช สังกัดมหาวิทยาลัยแพทยศาสตร์ (จนเมื่อจัดตั้งมหาวิทยาลัยมหิดลใน พ.ศ. 2512 จึงเปลี่ยนมาสังกัดมหาวิทยาลัยมหิดล) จุฬาลงกรณ์เองก็เริ่มตั้งคณะแพทยศาสตร์ของตนเองบ้างเป็นลำดับที่สอง (พ.ศ. 2490) ตามด้วยคณะแพทยศาสตร์สังกัดมหาวิทยาลัยเชียงใหม่แห่งที่สามใน พ.ศ. 2502 และตั้งคณะแพทยศาสตร์รามธิบดีเป็นแห่งที่สี่ในพ.ศ. 2508 จึงนับว่าเป็นคณะแพทยศาสตร์ “สี่แห่งแรก” ของเมืองไทย หลังจากนั้นโรงเรียนแพทย์สังกัดมหาวิทยาลัยได้ผุดขึ้นอีกมากมาย เพื่อตอบสนองปัญหาขาดแคลนบุคลากรทางการแพทย์ตามแต่ละยุคสมัย ทั้งนี้ การขาดแคลนบุคลากรทางการแพทย์ครั้งสำคัญควรกล่าวถึงในประวัติศาสตร์การแพทย์ของไทย คือ “ภาวะสมองไหล” ในทศวรรษ 2500 ที่ส่งผลสั้นสะเทือนอย่างมากต่อการสาธารณสุขไทย

## จำนวนบุคลากรทางการแพทย์ที่ไม่เพียงพอ: ปัญหาคลาสสิกจากอดีตสู่ปัจจุบัน

ปัญหาที่มีมาตั้งแต่ช่วงก่อตั้งโรงเรียนสอนวิชาการแพทย์ คือ การผลิตแพทย์ได้แต่ละปี “ไม่มากพอ” ต่อความต้องการ ไหนจะยังมีประเด็นเรื่อง “มาตรฐาน” ในการเรียนการสอนวิชาการแพทย์ที่ค่อนข้างต่ำและขาดแคลนเครื่องมืออุปกรณ์ที่ทันสมัยหลายอย่าง ส่วนหนึ่งเป็นเพราะการแพทย์แบบตะวันตกเป็นอะไรที่ “ใหม่มาก” ต่อสังคมไทย จึงไม่น่าแปลกใจที่จะพบเจอประเด็นเรื่องมาตรฐานการเรียนวิชาแพทย์ต่ำกว่าที่ควรจะเป็น เมื่อกรมหมื่นชัชยนาทเรนทรเข้ามาเป็นผู้บังคับบัญชาของโรงเรียนใน พ.ศ. 2458 ได้เน้นวิชาวิทยาศาสตร์การแพทย์พื้นฐานมากขึ้น เปิดการสอนวิชาเภสัชศาสตร์เป็นครั้งแรก รวมทั้งได้จ้างอาจารย์ชาวต่างประเทศมาสอนวิชาต่าง ๆ เป็นจำนวนมาก จากนั้นก็ได้พยายามปรับปรุงโดยใช้วิธีสร้างความร่วมมือระหว่างสยามและมูลนิธิร็อกเกอะเฟลเลอร์อย่างจริงจัง ๆ จัง ๆ ในเดือนตุลาคม พ.ศ. 2465 ส่วนหนึ่งเป็นผลมาจากสมเด็จพระราชบิดาเจ้าฟ้ากรมหลวงสงขลานครินทร์ พระบิดาแห่งการแพทย์ของประเทศไทย ทรงเป็นกำลังสำคัญในการดึงเอามูลนิธิร็อกเกอะเฟลเลอร์มาช่วยดูแลปรับปรุงหลักสูตร พร้อมกับบริจาคพระราชทรัพย์ส่วนพระองค์เพื่อสร้างอาคารและสนับสนุนให้แพทย์ได้ไปศึกษาต่อ การปรับปรุงในกลางทศวรรษ 2460 ครั้งนี้ ถือเป็นช่วงหัวเลี้ยวหัวต่อเพื่อกำหนดทิศทางการเรียนแพทยศาสตร์ให้เดินหน้าตามตะวันตกอย่างเต็มกำลัง

ส่วนปริมาณผู้สำเร็จการศึกษา พบว่ายังคงมีจำนวนน้อยและไม่เคยเพียงพอต่อความต้องการกรมสาธารณสุข (สมัยยังสังกัดกระทรวงมหาดไทย) ในฐานะที่เป็นผู้ให้บริการและเป็นผู้ใช้งานบุคลากรทางการแพทย์จึงเสนอให้มีการจัดการเรียนการสอนใน “ระบบแพทย์ชั้นสอง” ให้สามารถเร่งกระบวนการผลิต “จำนวน” กำลังคนก่อน ส่วนเรื่องคุณภาพเอาไว้ทีหลัง เพื่อให้สามารถแก้ปัญหาขาดแคลนบุคลากรอย่างเฉพาหน้า และสามารถใช้งานแพทย์ในพื้นที่หัวเมืองต่าง ๆ ที่กำลังขาดแคลนอย่างรุนแรง แต่กระนั้น แนวทางการผลิตแพทย์ที่เน้นปริมาณมากกว่าคุณภาพ ถูกคัดค้านจากมูลนิธิร็อกเกอะเฟลเลอร์อย่างมากเพราะต้องการผลิตแพทย์ชั้นเลิศมากกว่า (ชาติชาย มุกสง, 2561, น. 353-354) ความคิดที่สวนทางกันได้แสดงออกผ่านพระราชบัญญัติการแพทย์ พ.ศ. 2466 ที่กรมสาธารณสุขพยายามขยายอำนาจเข้าควบคุมและกำกับการเรียนการสอนของแพทย์ ซึ่งแต่เดิมอยู่ภายใต้อำนาจของโรงเรียนการแพทย์ (สังกัดกระทรวงธรรมการ) โดยเริ่มบังคับจากกรุงเทพฯ และขยายประกาศออกไปยังหัวเมืองอื่น ดังนั้น ความขัดแย้งระหว่างการผลิตแพทย์เพื่อ “ปริมาณ” กับ เพื่อ “คุณภาพ” กลายเป็นจุดที่ชี้ให้เห็นว่าความรู้ วิธีการเรียนการสอน และเป้าหมายของการผลิตแพทย์ ถูกตั้งคำถามและท้าทายมาตั้งแต่ช่วงก่อร่างงานสาธารณสุขใหม่ ๆ ประเด็นเหล่านี้จะทวีความเข้มข้นขึ้นต่อมาโดยเฉพาะในช่วงทศวรรษ 2500-2520 ดังเช่นกรณีภาวะสมองไหล

## ภาวะสมองไหลของแพทย์ในยุควอเมริกาแบ่งบาน

จากตัวเลขที่พบแสดงให้เห็นว่าในทศวรรษ 2500 มีแพทย์เดินทางไปทำงานต่างประเทศมากขึ้นอย่างเห็นได้ชัดใน พ.ศ. 2508 โดยเดินทางไปต่างประเทศเพื่อศึกษาต่อหรือทำงานทั้งหมด 277 คน แต่มีแพทย์เดินทางกลับมาเพียง 91 คน ต่อมาใน พ.ศ. 2509-2512 ได้เพิ่มจำนวนเป็น 337 281 616 และ 655 คนตามลำดับ รวมตัวเลขระหว่าง พ.ศ. 2508-2512 มีแพทย์เดินทางไปต่างประเทศทั้งหมด 2,165 คน แต่มีสัดส่วนแพทย์ที่เดินทางกลับจากต่างประเทศเพียง 987 คน เท่ากับว่ามีแพทย์ที่เดินทางไปจากต่างประเทศเพื่อปฏิบัติงานในไทยยังไม่ถึงครึ่งหนึ่ง (ทัศนีย์ ธรรมรัช, 2515, น. 45) ยังมีเหตุการณ์แพทย์รุ่นแรกที่จบการศึกษาคณะแพทยศาสตร์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ 50 คนเดินทางไปทำงานและเรียนต่อที่สหรัฐฯ ทันทีหลังเรียนจบถึง 48 คน (สันติสุข โสภณศิริ, 2555, น. 148-149; Wibulpolprasert and Pengpaibon, 2003, 12) เรียกได้ว่าเช่าเหมาลำเครื่องบินเพื่อไปทำงานในสหรัฐฯ เลยทีเดียว เงื่อนไขหนึ่งที่ส่งผลต่อภาวะ “สมองไหล” ในยุคนี้อาจคือความต้องการแพทย์ของสหรัฐฯ เพื่อชดเชยแพทย์ที่ถูกส่งไปราชการสงครามในเวียดนามและการสร้างหลักประกันสุขภาพให้แก่ผู้ยากจนกับผู้สูงอายุ เมื่อสหรัฐฯ อำนวยความสะดวกแก่บรรดาแพทย์จบใหม่ โดยจัดสอบเทียบมาตรฐานและรับรองให้ด้วยนั้น (วิวรรณ เอกรินทรากุล, 2547, น. 140) จึงกลายเป็นปรากฏการณ์ที่ว่าจำนวนแพทย์ไทยที่ทำงานในนิวยอร์กรัฐเดียว ยังมีมากกว่าจำนวนแพทย์ในชนบทของไทยทั้งประเทศเสียอีก ทำให้ประเด็นการ “กระจายแพทย์” ในประเทศไทยระหว่างพื้นที่ “เมืองกับชนบท” เริ่มเป็นปัญหาที่เด่นชัดขึ้น

## ปัญหาบุคลากรทางการแพทย์ กับมิติความไม่เป็นธรรมด้านสาธารณสุข

นอกจากจะมีจำนวนแพทย์ในระบบน้อยอยู่แล้ว ปัญหายังหนักหน่วงเพิ่มขึ้นเมื่อการกระจายแพทย์ไม่ได้สัดส่วน มีบันทึกว่าใน พ.ศ. 2513 ทั้งที่ในเขตพื้นที่พระนครและธนบุรีมีประชากรเพียงร้อยละ 8 ของทั้งประเทศ แต่กลับมีแพทย์ปฏิบัติงานอยู่ทั้งหมดร้อยละ 67 เท่ากับว่าแพทย์คนหนึ่งดูแลประชากรไม่ถึงหนึ่งพันคน (Bryant, 1970, p. 48) หากเราตัดจำนวนแพทย์ในกรุงเทพฯ และธนบุรีออกไป และคิดอัตราส่วนแพทย์ที่เหลือต่อประชากรในต่างจังหวัดทั้งหมดทั่วประเทศ อัตราส่วนอาจสูงถึงแพทย์ 1 คนต่อประชากร 31,000 คนและในบางพื้นที่จะสูงขึ้นไปจนต่อหนึ่งแสนคน

จากกระทู้ถามของนายบุญช่วย ศรีสวัสดิ์ ผู้แทนราษฎรจังหวัดเชียงรายเมื่อ พ.ศ. 2501 สะท้อนให้เห็นภาพการกระจายตัวของแพทย์ที่ไม่เท่าเทียมกันระหว่างพื้นที่เมืองกับพื้นที่ชนบท

อย่างชัดเจน โดยรัฐบาลได้ยอมรับว่าขณะนั้นแต่ละจังหวัดมีอัตราส่วนแพทย์ต่อจำนวนประชากร โดยประมาณสูงถึง 1 ต่อ 100,000 คน ยังมีอีก 5 จังหวัด ได้แก่ บุรีรัมย์ ศรีสะเกษ สุรินทร์ กาฬสินธุ์ และร้อยเอ็ด ที่อัตราส่วนแพทย์ต่ำกว่า 1 คนเสียด้วยซ้ำต่อประชากร 100,000 คน และอีกประมาณ 254 อำเภอทั่วประเทศ “ไม่มี” แพทย์ปริญญาประจำอยู่เลย บรรดาอำเภอทั้งหมดที่ขาดแคลนแพทย์ ประจำตั้งอยู่ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือมากที่สุดจำนวน 82 อำเภอ รองลงมาคือภาคเหนือ 64 อำเภอ และอันดับที่สามเป็นภาคใต้ 43 อำเภอ จากนั้นเป็นภาคกลาง ตะวันออก และตะวันตก จำนวน 29 และ 19 อำเภอตามลำดับ (ราชกิจจานุเบกษา, 2501) **ที่แย่ไปกว่านั้นคือ แพทย์ที่ออกไปประจำตามต่างจังหวัดที่มีเพียงหยิบมือเดียว ยังกระจุกตัวทำงานอยู่เฉพาะตัวเมืองหรือตัวจังหวัดเท่านั้น**

ปัญหาของการยึดติดอยู่กับการทำงานเฉพาะเขตเมือง เป็นเพราะแพทย์ส่วนใหญ่ไม่สามารถทำงานในพื้นที่ที่ขาดสิ่งอำนวยความสะดวกขั้นพื้นฐาน เช่น การคมนาคม ไฟฟ้า ประปา สถานศึกษา รวมถึงตัวโรงพยาบาลเองที่ไม่พร้อมและมักขาดอุปกรณ์ที่ทันสมัย การไปอยู่ในพื้นที่ห่างไกลทำให้บุคลากรขาดโอกาสศึกษาค้นคว้าเพิ่มเติมและไม่มีความก้าวหน้าทางวิชาการ ด้านสภาพแวดล้อมทางสังคมของพื้นที่แถบชนบทที่ไม่คุ้นเคยก็เป็นอีกเงื่อนไขหนึ่ง เช่น ประชากรยากจน ด้อยการศึกษา สื่อสารเข้าใจยากเพราะยังคงใช้ภาษาถิ่นและเชื่อในประเพณีเก่า ๆ สถานการณ์ทั้งหมดเรียกได้ว่า “ขัดกับความรู้ทางการแพทย์” ตามที่ร่ำเรียนมาอย่างสิ้นเชิง จนปรากฏเป็นภาวะกลักรู้สึกสิ้นหวังของบรรดาแพทย์จบใหม่ที่ได้เห็นได้ทั่วไป ดังนั้น การจะโทษแพทย์ที่ตัดสินใจจะอยู่แค่ตัวเมืองฝ่ายเดียว ก็คงไม่ถูกต้องนัก อาจต้องมองย้อนกลับไปตั้งคำถามถึงวิธีการเรียนการสอนที่ไม่ได้มุ่งสอนเพื่อให้ผู้เรียนจบออกมาทำงานในพื้นที่ชนบทของไทยใช่หรือไม่ แต่อย่างไรก็ตาม ภาวะขาดแคลนบุคลากรเป็นปัญหาเร่งด่วนที่ร้ายแรงกว่า ทำให้ภาครัฐตัดสินใจใช้ “นโยบายบังคับใช้ทุนของแพทย์” อันเป็นวิธีสร้างเงื่อนไขเพื่อแก้ปัญหาเรื่องขาดแคลนกำลังคนด้านสุขภาพโดยตรง

## ความเป็นมาของแพทย์ใช้ทุน

วิธีบังคับ “ให้ทุน” เกิดขึ้นกับวิชาชีพแพทย์ก่อนวิชาชีพอื่น เริ่มตั้งแต่ พ.ศ. 2510 ตอนแรกยังกำหนดเงื่อนไขให้นักศึกษาแพทย์สามารถเลือกได้ระหว่างรับราชการเพื่อใช้ทุนหรือชำระเงินเพื่อไม่ต้องทำงานใช้ทุนก็ได้ (ซึ่งก็คือบังคับให้เลือกไม่ทางใดก็ทางหนึ่ง) ครั้งนั้นคณะรัฐมนตรีมีมติให้นักศึกษาจ่ายค่าบำรุงการศึกษาในราคาที่ค่อนข้างสูงหรือปีละ 10,000 บาท หากเลือกวิธีชำระด้วยเงินจะสามารถออกไปประกอบอาชีพได้อย่างอิสระเมื่อสำเร็จการศึกษา ส่วนนักศึกษาแพทย์ผู้ที่ไม่ประสงค์จะจ่ายค่าบำรุงการศึกษาแพง ต้องทำสัญญาปฏิบัติงานใช้ทุนเป็นเวลา 3 ปีกับรัฐบาล (สำนักเลขาธิการคณะรัฐมนตรี, 2510; มติชนออนไลน์, 2561) ช่วงแรกนักศึกษาแพทย์ผู้หญิงทุกคนจะถูกบังคับให้ต้องให้

วิธีจ่ายเงินในราคาสูงเท่านั้น ด้วยเหตุผลว่าทางราชการยังมีความต้องการน้อย แต่เป็นไปได้ว่าผู้หญิง อาจถูกมองว่าไปทำงานในพื้นที่ขาดแคลนแพทย์ได้ไม่สะดวกนัก จนเกิดการต่อต้านจากนักศึกษาหญิง ว่า “ไม่เป็นธรรม” หลังจากนั้นจึงค่อย ๆ ปรับเปลี่ยนไปสู่ “การบังคับ” แบบถ้วนหน้า ทำให้แพทย์จบใหม่ไม่ว่า “ชายหรือหญิง” ต้องทำงานรับราชการเพื่อใช้ทุนทุกคน อันเป็นที่มาของนโยบายบังคับใช้ทุน ของแพทย์ที่เกิดขึ้นและปรับเปลี่ยนตามเงื่อนไขสังคมมาจนกระทั่งปัจจุบัน แม้ว่าช่วงแรกจะมีปฏิกิริยา ต่อต้านจากกลุ่มนักศึกษาแพทย์ที่ไม่เห็นด้วยกับวิธีการ “แกมบังคับ” ให้ชดใช้ทุน แต่อาการอดออกดก็ ลดน้อยลงบ้าง เมื่อบรรยากาศอันรุ่มรวยทางการเมืองช่วงทศวรรษ 2510 เร่งให้แพทย์ส่วนหนึ่งเกิด สำนึกรับใช้ประชาชน

## ก่อร่างอุดมคติแห่งยุคสมัยของบรรดาแพทย์หัวก้าวหน้า

บรรยากาศทางสังคมและการเมืองในช่วงทศวรรษ 2510 กลายเป็นแรงผลักดันสำคัญ ที่ทำให้นโยบายชดใช้ทุนเพื่อกระจายตัวแพทย์ไปสู่ชนบทเกิดขึ้นได้จริงในทศวรรษ 2520 ต่อมา ส่วนหนึ่งเป็น เพราะอาจารย์แพทย์หัวก้าวหน้าอาวุโสบางส่วนในรั้วมหาวิทยาลัยเวลานั้น ได้พยายามชี้แนะแนวทางการทำงานเพื่อชุมชนแก่นักศึกษาแพทย์ในฐานะครูกับลูกศิษย์ ขณะที่ขบวนการนักศึกษาแพทย์ในรั้ว มหาวิทยาลัยเองก็อยู่ในช่วงเติบโตและปมเพาะความรู้สึกนึกคิดของตน เวลานั้นนักศึกษาแพทย์จำนวนมาก ไม่น้อยรู้สึกว่ายากจะใช้วิชาความรู้เพื่อช่วยให้ประชาชนในพื้นที่ห่างไกลเข้าถึงบริการทางการแพทย์ ซึ่งกลายเป็นว่า “อุดมคติร่วมสมัย” ที่นักศึกษาแพทย์ใฝ่ฝันกลับ “สอดรับ” ต่อนโยบายการชดใช้ทุน ของรัฐได้เป็นอย่างดี ดังชนบทบาทของศูนย์นิสิตนักศึกษาแพทย์แห่งประเทศไทย (ศนพท.) เป็นกลุ่ม ก้อนสำคัญที่เรียกร้องให้ยกเลิกระบบคิดค่าเทอมราคาแพงแทนการทำงานในชนบท และรณรงค์อย่าง ครึกโครมว่า “แพทย์จบใหม่ทุกคนควรต้อง ‘มีพันธะ’ ไปการทำงานเพื่อชดใช้ทุน” (สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ, 2546, น. 8-9) ปฏิริยาต่อนโยบายชดใช้ทุนจึงต่างจากบรรยากาศก่อนหน้าโดยสิ้นเชิงที่แพทย์จบใหม่ จำนวนไม่น้อยเลือกหันหลังให้กับชนบท

นอกเหนือไปจากการใช้นโยบายแกมบังคับผนวกด้วยแรงขับทางการเมืองแล้ว การแก้ปัญหา การขาดแคลนและการกระจายกำลังคนในทศวรรษ 2520 ยังอยู่ภายใต้ยุทธศาสตร์ของแผนพัฒนา เศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 4 (พ.ศ. 2520-2524) และแผนพัฒนาฯ ฉบับที่ 5 (พ.ศ. 2525-2529) ที่ให้ความสำคัญกับนโยบายขยายโรงพยาบาลชุมชนให้ครอบคลุมทั่วทุกอำเภอ (ที่อธิบายไปก่อน หน้า) และแนวคิดสาธารณสุขมูลฐาน (สสม.) หรือ Primary Health Care (PHC) แนวทางทั้งสองส่งผล ให้หน้าที่เปลี่ยนไปตามแนวคิดสาธารณสุขมูลฐานด้วย ด้านหนึ่งนโยบายขยายโรงพยาบาลชุมชนครบ ทุกอำเภอย่อมเรียกร้องบุคลากรทางการแพทย์กลุ่มใหม่จำนวนมากไปประจำตามโรงพยาบาลต่าง ๆ

ขณะที่อีกด้านหนึ่งแนวทางสาธารณสุขมูลฐานส่งผลให้บุคลากรมีหน้าที่ส่งเสริมให้ประชาชนมีส่วนร่วมในการแก้ปัญหาด้านสาธารณสุขอันเป็นไปตามวิถีคิดแบบสาธารณสุขมูลฐาน ทำให้นำไปสู่การเกิดขึ้นของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) และผู้สื่อข่าวสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (ผส.) ซึ่งเป็นกำลังสำคัญในการส่งเสริมงานด้านสาธารณสุขมูลฐาน ไม่ว่าจะเป็นด้านการส่งเสริมสุขภาพ เฝ้าระวัง ป้องกันโรค รักษาพยาบาลขั้นต้น และจัดกิจกรรมพัฒนาสุขภาพในชุมชน (นงลักษณ์ พะไถยะ และ เพ็ญญา หงส์ทอง, 2554, น. 17-18)

การเปลี่ยนแปลงวิถีคิดที่มีต่อชนบทและบทบาทการทำงานของบุคลากรทางการแพทย์ในชนบทดังกล่าว ส่งผลให้มีการปรับหลักสูตรการเรียนการสอนของแพทย์ พยาบาล และเภสัชกร ให้สอดคล้องต่อบทบาทหน้าที่ซึ่งเปลี่ยนแปลงไปด้วย (สมศักดิ์ ชุณหรัศมิ์, 2541, น. 43) เป็นต้นว่าการปรับปรุงหลักสูตรแพทยศาสตรศึกษาเพื่อเตรียมแพทย์ให้พร้อมสำหรับการปฏิบัติงานในพื้นที่ชนบทตามแนวทางสาธารณสุขมูลฐาน และแบ่งการให้บริการทางการแพทย์ออกเป็น 3 ระดับคือ ระดับปฐมภูมิ ทุติยภูมิ และตติยภูมิ รวมถึงมีนโยบายส่งนักศึกษาแพทย์ไปฝึกฝนทักษะในโรงพยาบาลชุมชนต่างจังหวัด 3-6 เดือน

นอกจากนี้ ยังมีการก่อตั้ง “คณะกรรมการประสานงานทางการแพทย์และสาธารณสุข” และ “ศูนย์ประสานงานทางการแพทย์และสาธารณสุข” ใน พ.ศ. 2525 (หจจตหมายเหตุและพิพิธภัณฑ์ มหาวิทยาลัยมหิดล MU.OP.A6.1.5 แฟ้มที่ 342 กล่องที่ 95, ม.ป.ป., น. 37-41) เพื่อเป็นกลไกเชื่อมโยงการผลิตกำลังคนให้สอดคล้องกับแนวทางการพัฒนาระบบบริการด้านสาธารณสุขของประเทศ ส่งเสริมความร่วมมือระหว่างองค์กรที่เกี่ยวข้องกับการผลิตและการใช้บุคลากรด้านสาธารณสุข เช่น สถาบันการศึกษา สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ สำนักงานคณะกรรมการข้าราชการพลเรือน (กพ.) สำนักงานประมาณ แพทยสภา สภาการพยาบาล ฯลฯ ซึ่งมีผลทำให้สามารถพัฒนาแผนการผลิตแพทย์และบุคลากรสาธารณสุข เพื่อตอบสนองความต้องการของระบบสุขภาพในชนบท โรงพยาบาลชุมชนทุกแห่งมีแพทย์ สถานือนามัยมีบุคลากรเพิ่มขึ้น และการกระจายแพทย์สู่ภูมิภาคอยู่ในสถานการณ์ที่ดี (นงลักษณ์ พะไถยะ และ เพ็ญญา หงส์ทอง, 2554, น. 11-12)

ขณะที่การบังคับใช้ทุนขยายครอบคลุมทันตแพทย์ใน พ.ศ. 2525 ขยายไปสู่เภสัชกรใน พ.ศ. 2527 โดยชดใช้ทุนเป็นเวลา 2 ปี นโยบายยังใช้กับพยาบาลและเจ้าพนักงานสาธารณสุข ที่สำเร็จการศึกษาจากสถาบันการศึกษาภายใต้กำกับของกระทรวงสาธารณสุข นักเรียนทุนคู่สัญญาต้องทำงานในโรงพยาบาลหรือสถานือนามัยในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขเป็นเวลาเท่ากับระยะเวลาที่ใช้ศึกษา (เรียน 4 ปี ใช้ทุน 4 ปี) เมื่อเข้าสู่ทศวรรษ 2520-30 ทำให้ประเทศไทยมีการเพิ่มอัตราการผลิตกำลังคนด้านสาธารณสุขอย่างต่อเนื่อง โดยดูจากตัวเลขใน พ.ศ. 2521 ประเทศไทยสามารถผลิตแพทย์ได้เพียงปีละ

452 คน เพิ่มขึ้นมาเป็น 793 คน ใน พ.ศ. 2527 และใน พ.ศ. 2528 เป็นปีที่สามารถเพิ่มปริมาณการผลิตแพทย์ได้เพิ่มเกือบ 2 เท่า เป็นจำนวน 1,022 คน (สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข, 2542, น. 21) ด้วยเพราะผลจากการปรับหลักสูตรที่ลดระยะเวลาการศึกษาจาก 7 ปีเหลือเพียง 6 ปี (สมศักดิ์ ชุณหรัศมิ์, 2541, น. 44-45) ทำให้เป็นปีเดียวที่มีนักเรียนแพทย์จบพร้อมกันสองรุ่น

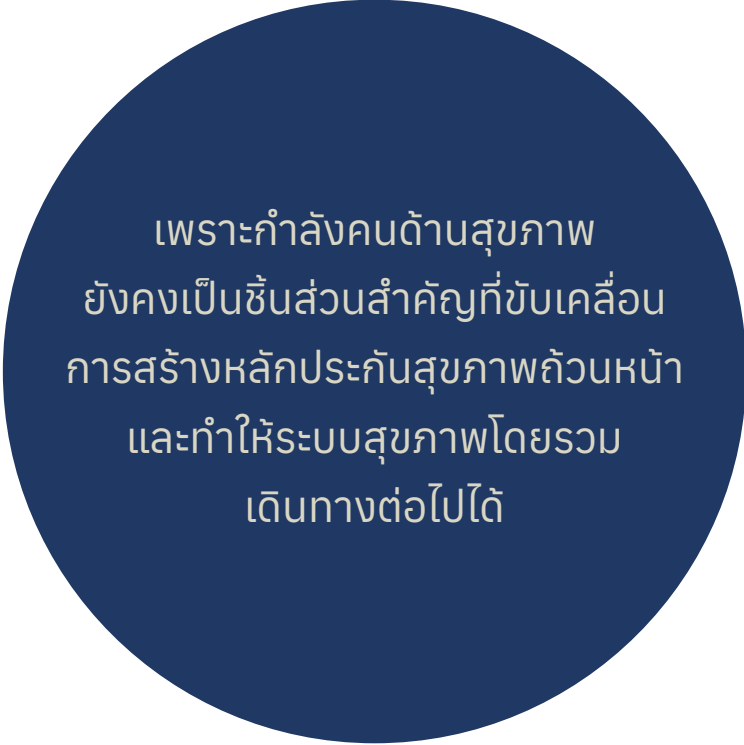
แน่นอนว่าสถานการณ์การกระจายแพทย์ “ดูดี” ขึ้นอยู่ที่ทักใหญ่โดยเฉพาะช่วงทศวรรษ 2520-30 แต่ต้องไม่ลืมว่าเมื่อเป็นเรื่องของกำลังคนแล้ว การโยกย้ายแหล่งทำงานของบุคลากรทางการแพทย์เป็นประเด็นที่ตั้งอยู่บนความเปลี่ยนแปลงเสมอขึ้นอยู่กับบริบทการเมือง เศรษฐกิจ และสังคม เช่น ในเวลาที่โรงพยาบาลเอกชนเติบโตอย่างสูงสุดช่วงปลายทศวรรษ 2530 ได้เกิดภาวะไหลออกของบุคลากรทางการแพทย์จากระบบราชการไปสู่ภาคเอกชนจำนวนมาก แต่เมื่อเกิดวิกฤติเศรษฐกิจปี 2540 บุคลากรจากภาคเอกชนไหลกลับมาชบอภภาครัฐอย่างมีนัยยะเช่นกัน ซึ่งยังมีการใช้อีกหลายกลไกเพื่อแก้ปัญหาขาดแคลนที่ไม่ได้กล่าวถึงอีกมากในที่นี้ (เช่น โครงการผลิตแพทย์เพิ่มเพื่อชนบท โครงการปฐมนิเทศแพทย์จบใหม่ การฝึกอบรมแพทย์เฉพาะทางแพทยสภา การกระจายแพทย์เฉพาะทางสู่โรงพยาบาลชุมชน ฯลฯ) แต่โดยสรุปต้องการชี้ให้เห็นว่าการกระจายบุคลากรที่ไม่เท่าเทียมกันยังคงเป็น “ปัญหาคลาสสิก” ที่เกิดขึ้นตั้งแต่อดีตและยังคงเป็นประเด็นปัญหาอยู่ในปัจจุบัน เพียงแต่ความร้ายแรงของสถานการณ์แตกต่างกันออกไป แต่หากจะไม่สนใจไยดีเรื่องพัฒนากำลังคนก็เป็นไปไม่ได้ เพราะกำลังคนด้านสุขภาพยังคงเป็นชิ้นส่วนสำคัญที่ขับเคลื่อนการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า และทำให้ระบบสุขภาพโดยรวมเดินทางต่อไปได้



ท่ามกลางทศวรรษแรกของ 2500 ยังมีปัญหาเรื่องการขาดแคลนแพทย์เข้าชั้นวิกฤติโดยเฉพาะในพื้นที่ชนบท เป็นผลมาจากปัญหาสมองไหลไปต่างประเทศ โดยเฉพาะไปยังสหรัฐฯ หรือการกระจุกตัวของแพทย์ในพื้นที่เมือง ทำให้นโยบายบังคับใช้ทุนถือกำเนิดขึ้นเพื่อเติมเต็มช่องว่างของแพทย์ในพื้นที่ชนบทผ่านวิธีการบังคับแพทย์จบใหม่ให้ต้องทำงานรับราชการ อย่างไรก็ตาม ตอนแรกการบังคับใช้นโยบายยังเป็นไปได้ยาก เมื่อแพทย์จบใหม่รู้สึกว่าตนเองไม่ได้ถูกฝึกมาให้มีคุณสมบัติที่สอดคล้องกับการออกไปปฏิบัติหน้าที่ในพื้นที่ห่างไกลอย่างชนบท แต่ด้วยบรรยากาศอันรุ่มรวยทางการเมือง ทำให้มีโน้ตส์เกี่ยวกับ “การสาธารณสุขเพื่อมวลชน” ก่อตัวขึ้น อันเป็นฐานความคิดที่หล่อหลอมเรื่อง “การมุ่งไปทำงานเพื่อพัฒนาพื้นที่ชนบท” กับการส่งเสริมแนวทาง “การแพทย์เชิงชุมชน” ที่จะกลายมาเป็นคำตอบของการพัฒนางานสาธารณสุขแก่พื้นที่ชนบทต่อมา แม้ว่าปรากฏการณ์ของอุดมคติในการทำงานเพื่อชาวชนบททำให้ปัญหาเรื่องการกระจายแพทย์บรรเทาลงไปได้ส่วนเล็ก ๆ เท่านั้น แต่ต้องไม่ลืมว่าความมุ่งมั่นอันแรงกล้าของบุคลากรทางการแพทย์ในชนบทที่จะทำประโยชน์เพื่อมวลชน

ไม่ใช่ปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นเองตามธรรมชาติ หากแต่บริบททางการเมืองในทศวรรษ 2510 ทั้งเหตุการณ์ 14 ตุลาคม 2516 และกรณี 6 ตุลาคม 2519 เป็นเชื้อเพลิงชั้นเยี่ยมที่ลูกโหม “กระแสนรแห่งความคิด” ที่ควรถูกกล่าวถึงต่อไปข้างหน้า



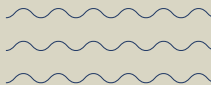


เพราะกำลังคนด้านสุขภาพ  
ยังคงเป็นชิ้นส่วนสำคัญที่ขับเคลื่อน  
การสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า  
และทำให้ระบบสุขภาพโดยรวม  
เดินทางต่อไปได้

เมื่อกระแสธารมาบรรจบ  
ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า  
จึงบังเกิด

- 4 -

ทศวรรษ 2510-30:  
จุดบ่มเพาะความคิดและผู้นำ  
ในระบบสาธารณสุขไทย





ครูบาอาจารย์รุ่นใหญ่เค้ามีแนวคิดมาก่อน  
เรื่อง โง่ จน เจ็บ ไม่ใช่ว่าจะไปดูถูกเค้านะ  
แต่ต้องการจะบอกว่าสภาพมันเป็นอย่างนั้น  
ส่วนนักศึกษาในยุคนี้  
ก็เชื่อว่าต้อง ‘go to community’  
การไปรับใช้ชนบทคือคำตอบ  
แพทย์ส่วนใหญ่ที่ออกไป เพราะ [รู้สึกว่าเป็น]  
เป็นภาระหน้าที่ ไม่ใช่เพราะการใช้ทุน



### **นายแพทย์อำพล จินดาวัฒนะ**

เล่าถึงบรรยากาศขณะที่เป็นนักศึกษาแพทย์ร่วมสมัย  
ที่กำลังเรียนจบใน พ.ศ. 2519

(สัมภาษณ์นายแพทย์อำพล จินดาวัฒนะ, 18 พฤษภาคม 2565)

นับจากพ.ศ. 2516 การมุ่งหน้าช่วยเหลือสังคมในพื้นที่ชนบท กลายเป็นฐานความรู้และความคิดสำคัญของ “พลังการปฏิรูประบบสาธารณสุข” โดยมีผลที่สืบเนื่องยาวนานและสัมพันธ์กับการเกิดขึ้นของหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในทศวรรษ 2540 ต่อมา

## กระแสธารแห่งความคิด: แรงผลักดันสู่เส้นทาง การปฏิรูประบบสาธารณสุข

ประสบการณ์และความทรงจำร่วมในเหตุการณ์ 14 ตุลาคม 2516 และสืบเนื่องต่อมาสู่กรณี 6 ตุลาคม 2519 ได้เปิด “ผลึกความคิด” ให้ปัญญาชนคนเดือนตุลา รวมถึงกลุ่มแพทย์และบุคลากรทางการแพทย์จำนวนไม่น้อยอยากไปทำงานเพื่อชาวชนบท ดังจะเห็นจากบทบาทที่โดดเด่นของชมรมแพทย์ชนบทและองค์กรพัฒนาเอกชนต่าง ๆ ที่เติบโตขึ้นและจะช่วยขับเคลื่อนการปฏิรูประบบสาธารณสุขไทย

ขณะเดียวกัน เศรษฐกิจที่กระเตื้องตั้งแต่ทศวรรษ 2500 เป็นต้นมาก็ได้มีผลอย่างสำคัญต่อการปมพะวงสังคมให้เริ่มตระหนักถึงการ “แบ่งขั้ว” (binary opposition) มากขึ้นในทุกมิติ ไม่ว่าจะเป็นความแตกต่างระหว่างแพทย์ชั้นสูงที่มีปริญญากำกับเทียบกับหมอเคล็ดศักดิ์หรือหมอพื้นบ้าน ความรู้การแพทย์แผนตะวันตกเทียบกับการแพทย์แผนดั้งเดิม ความแตกต่างระหว่างระบบสาธารณสุขในพื้นที่เมืองที่ก้าวหน้าอย่างรวดเร็วกับพื้นที่ชนบทที่ขยับตัวอย่างเชื่องช้า การกระจุกตัวของกำลังคนทางด้านสาธารณสุขในเมืองแต่เกิดภาวะขาดแคลนอย่างรุนแรงในพื้นที่ชนบท สถานการณ์เหล่านี้ทำให้เกิดเป็นชุดความคิดที่แบ่งขั้วชัดเจนระหว่าง “ความเจริญ” กับ “ความล้าหลัง” และแน่นอนว่าพื้นที่ชนบท (และชาวชนบท) กลายเป็นภาพแทนของความล้าหลัง ไม่ศิวิไลซ์ และจำเป็นต้องได้รับการพัฒนา (ก้องสกุล กวินวิฑูล, 2545) แม้ว่ากลุ่มนิสิต นักศึกษา และปัญญาชนในยุคนั้นจะมีจุดยืนทางการเมืองที่หลากหลาย โดยฝักใฝ่ตั้งแต่เสรีนิยม ประชาธิปไตยกึ่งสังคมนิยม และกระทั่งไปสุดที่คอมมิวนิสต์ แต่พวกเขากลับคิดเห็นตรงกันอยู่เรื่องหนึ่งว่าการจะปลดปล่อยชาวบ้านและแรงงานออกจาก “แอก” ของความลำบากในชีวิต ตลอดจนช่วย “แก้ไข” ปัญหาความไม่เท่าเทียมกันได้นั้น การเมืองจะต้องไม่ตกอยู่ภายใต้ระบอบอำนาจนิยม ดังนั้น ทั้งเหตุการณ์ 14 ตุลาและกรณี 6 ตุลา ต่างใช้เรื่องการเมือง ขั้วตรงข้ามหรือ “ความไม่เป็นธรรม” ของสังคม เป็นจุดยืนสำคัญในการเรียกร้องต่อรัฐบาลเพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางการเมือง

ส.ศิริรักษ์ ปัญญาชนคนสำคัญของเมืองไทย ได้รำลึกความทรงจำถึงบรรยากาศการถกเถียงเรื่อง “ความเป็นธรรม” ทางสังคมตั้งแต่ช่วงก่อน 14 ตุลา 2516 และต่อเนื่องไปถึง 6 ตุลา 2519 ผ่านเครือข่ายการทำงานได้ขยายของสังคมศาสตร์ปริทัศน์ (Social Science Review) อันเป็นพื้นที่สะท้อนความคิดผ่านตัวหนังสือและการเสวนาถกเถียงของเหล่านักกิจกรรม ทั้งนักศึกษา อาจารย์แพทย์ และปัญญาชนของสังคมไว้ว่า

“ความเป็นธรรมคุณต้องเข้าใจ มีนักเรียนแพทย์หลายคนเลยนะครับ อย่าง วิชัย [นายแพทย์วิชัย โชควิวัฒน์] ก็เป็นตัวตั้งตัวตีคนหนึ่ง...ในเรื่องความเป็นธรรมเนี่ยมันแน่นอนครับ [เกี่ยวข้อกับ] สาธารณสุข สุขภาพ ชีวิตความเป็นอยู่ ชาวนากรรมกร พวกนี้เป็นเรื่องที่เกี่ยวข้องกันทั้งนั้นแหละครับ...เราก็ไปเชิญอาจารย์ป่วยมาจากแบงก์ชาติ เชิญอาจารย์สัญญา เชิญใครต่อใคร...ท่านก็มาคุยเล่นให้เด็กฟัง เด็กบางที 5 6 คน 7 คน อายากรู้อะไร...คุยกันทุกเรื่องครับ สาธารณสุข ความเป็นธรรม”

(สัมภาษณ์อาจารย์สุลักษณ์ ศิวรักษ์, 29 พฤษภาคม 2565)

เมื่อการถกเถียงทำให้ประเด็น “พื้นที่ชนบทกับความไม่เป็นธรรม” กลายเป็นตัวอย่างรูปธรรมอันชัดเจน กลุ่มนักศึกษาและปัญญาชนด้านการแพทย์ที่เป็นชนชั้นกลางจึงเริ่มเข้าใจสถานการณ์สังคมบนฐานคิดที่ว่าชาวบ้านในพื้นที่ชนบท “โง่ จน เจ็บ” และตระหนักว่าตนมีหน้าที่หยิบยื่นความรู้ความช่วยเหลือไปให้แก่ชาวชนบท เพื่อช่วยสร้างความเสมอภาคให้เกิดขึ้นแก่สังคม ความร้อนแรงทางความคิดเวลานั้นถูกสะท้อนออกมาชัดเจนอย่างมาก จนกระทั่งวาทะ โง่-จน-เจ็บ กลายมาเป็นปรัชญาที่สำคัญของมหาวิทยาลัยตันกำเนิดของการแพทย์อย่างมหาวิทยาลัยมหิดล (สงวน นิตยารัมภ์พงศ์, 2547, น. 34-36) และยังคงเป็นที่มาของการ “ตบเท้าเข้าร่วม” กิจกรรมพัฒนาชนบทจำนวนมากของบรรดากลุ่มนักศึกษามหาวิทยาลัยมหิดลและมหาวิทยาลัยอื่น ๆ ในช่วงทศวรรษ 2510-20

## วงวนปัญหา “โง่ จน เจ็บ”

การแก้ปัญหาเรื่อง “โง่ จน เจ็บ” อย่างตรงไปตรงมาตามที่ได้พูดถึงกันอย่างกว้างขวางในช่วงเวลานี้ มี 3 ตัวแสดงที่ถูกวางตัวไว้ โดยให้มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์รับหน้าที่จัดการเรื่องการศึกษาและเศรษฐศาสตร์เพื่อระงับ “ความโง่” สำหรับมหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ดูแลเรื่องของการเกษตรเพื่อ

ระจับ “ความจน” และมหาวิทยาลัยมหิดลรับผิดชอบเรื่องสาธารณสุขเพื่อระจับ “การเจ็บป่วย” (สัมภาษณ์ ศาสตราจารย์สายชล สัตยานุรักษ์, 26 พฤษภาคม 2565) ภายใต้โครงการนำร่องที่เรียกกันว่า “โครงการพัฒนาชนบทลุ่มน้ำแม่กลอง (พ.ศ. 2517)” (Mae Klong Integrated Rural Development Program - MIRDP) เพื่อช่วยพัฒนาบริเวณจังหวัดนครปฐม ราชบุรี สุพรรณบุรี เพชรบุรี กาญจนบุรี สมุทรสาคร และสมุทรสงคราม นอกจากนี้ในฐานะที่มหิดลเป็นมหาวิทยาลัยผลิตบุคลากรทางการแพทย์ด้วย จึงใช้โอกาสนี้สะท้อนให้เห็นแนวทางที่เน้นชุมชนเป็นพื้นฐาน (community-based program) อันเป็นโมโนทัศน์ที่กำลังพูดถึงและต้องการผลักดันให้เกิดขึ้นขณะนั้น เช่น การสร้างอาสาสมัครประจำชุมชน (โครงการพัฒนาชนบทลุ่มน้ำแม่กลอง, [ม.ป.ป.]) อย่างไรก็ตาม แม้ว่าโครงการพัฒนาชนบทลุ่มน้ำแม่กลองจะไม่ถึงฝั่งและต้องถูกระงับลงหลังจากตั้งขึ้นไม่นานนัก แต่ฐานคิดสำคัญและแผนงานโครงการทั้งหมดชี้ให้เห็นว่า ทางออกของปัญหาโง่-จน-เจ็บคือการมองเห็นความสำคัญของการร่วมมือเพื่อให้ความช่วยเหลือแก่สังคมหลาย ๆ ทาง “ต่อเชื่อมกันเป็นลูกโซ่” ก่อน (Becker, 2013, pp. 138-140)

การเชื่อมต่อเป็นลูกโซ่ พุดง่าย ๆ คือจะต้องเชื่อมโยงปัญหาและวิธีแก้ปัญหาด้วยการบูรณาการความร่วมมือ ใครนัดด้านไหนก็นำเอาคุณสมบัติที่โดดเด่นนั้นเข้าช่วยเหลือ ส่วนด้านที่ถนัดน้อยหน่อยก็ควรดึงความร่วมมือจากภาคส่วนอื่นที่เขาถนัดกว่าเข้ามาช่วยวงแก้ไข อีกประการหนึ่งคือการแก้ไขปัญหาคือต้องเน้นชุมชนเป็นฐานด้วยการช่วยยกระดับศักยภาพของ “ชาวบ้าน” โดยการมุ่งปรับปรุงคุณภาพชีวิต (quality of life) เน้นตอบสนองสิ่งจำเป็น (needs) และสิ่งที่ประชาชนในท้องถิ่นต้องการ (wants) เช่น การเพิ่มรายได้ของประชาชนในพื้นที่ การปรับปรุงสุขภาพให้ดีขึ้น การปรับปรุงการศึกษาให้มีประสิทธิภาพ การส่งเสริมความร่วมมือภายในชุมชนและระหว่างชุมชนกับหน่วยงานรัฐ เพื่อทำให้ “ชาวบ้านแข็งแรงจนสามารถพึ่งตนเอง” ได้ **เมื่อย้อนกลับมา** เน้นที่บทบาทของการเป็นแพทย์คนหนึ่ง จะเห็นว่าปัจจัยการเมืองได้แปรแนวคิดให้เปลี่ยนจากการเป็น “หมอรักษาคคนมาเป็นหมอรักษาสังคม” **อันหมายความว่า** การเป็นหมอไม่ควรถามเพียงแต่อาการของคนไข้ แต่ควรถามถึงความทุกข์อื่น ๆ ในชีวิตของคนไข้ด้วย” (สัมภาษณ์ ศาสตราจารย์เกียรติคุณ นายแพทย์ประเวศ วะสี, 29 พฤษภาคม 2565)

## โง่-จน-เจ็บ

...

เป็นภาพสะท้อนปัญหาใหญ่ของสังคมไทยเวลานั้น ที่ผู้คนส่วนใหญ่ยังมีความรู้น้อย เมื่อรู้น้อยรายได้ก็น้อยลง เมื่อเจ็บป่วยล้มลงจึงไม่มีเงินรักษาพยาบาล ยิ่งป่วยบ่อยยิ่งกระบรายได้ พอไม่มีเงินก็เลือกไม่ไปรักษาด้วยความไม่รู้ จึงเกิดเป็นวังวนโง่ จน เจ็บซ้ำไปมา

ระหว่างที่แนวคิดใหม่ เจ็บกำลังถูกปัญญาชนของสังคมวิพากษ์และเจียรไนความคิดและแนวปฏิบัติอย่างเข้มข้นในช่วงปลายทศวรรษ 2510 นั้น อิทธิพลด้านสุขภาพจากเวทีโลกและตัวแสดงระหว่างประเทศช่วงต้นทศวรรษ 2520 เองก็ได้มีผลต่อการกำหนดทิศทางการพัฒนาระบบสุขภาพของไทยในเวลาไล่เลี่ยกัน

## มุ่งหน้าสู่เป้าหมายสุขภาพดีถ้วนหน้า (Health for All)

ใน พ.ศ. 2521 เวทีขององค์การอนามัยโลกที่นครอัลมาอาตา (Alma-Ata) สหภาพโซเวียต กลายเป็นจุดเริ่มต้นอย่างเป็นทางการของแนวทาง “สาธารณสุขมูลฐาน” เพื่อพัฒนาระบบสุขภาพทั่วโลกให้มุ่งไปสู่เป้าหมายของการมี “สุขภาพดีถ้วนหน้า (Health for All) ใน ค.ศ. 2000/2543” นับแต่นั้นมาแนวทางสาธารณสุขมูลฐานได้กลายเป็นเรื่องเล่ากระแสหลักที่ถูกพูดถึงเป็นวงกว้างในวงการสุขภาพของประเทศไทย

### N-E-W-I-T-E-M-S

...

8 องค์ประกอบของการสาธารณสุขมูลฐาน  
ในระยะเริ่มต้น

- 1) งานโภชนาการ (Nutrition)
- 2) งานสุขศึกษา (Education concerning health)
- 3) งานสุขาภิบาลและการจัดหาน้ำสะอาด (Water and basic sanitation)
- 4) งานเสริมสร้างภูมิคุ้มกันโรค (Immunization)
- 5) งานรักษาพยาบาลเบื้องต้น (Treatment)
- 6) งานจัดหายาก็มีความจำเป็น (Essential drugs)
- 7) งานอนามัยแม่และเด็กและการวางแผนครอบครัว (Maternal and child health care including family planning)
- 8) งานควบคุมและป้องกันโรคติดต่อประจำถิ่น (Surveillance for local disease control)

ต่อมาใน พ.ศ. 2536 มีการเพิ่มเติมอีก  
เป็น 14 องค์ประกอบ คือ

- 9) งานสุขภาพจิต (Mental Health)
- 10) งานทันตสาธารณสุข (Dental Health)
- 11) งานอนามัยสิ่งแวดล้อม (Environmental Health)
- 12) การคุ้มครองผู้บริโภค (Consumer Protection)
- 13) การป้องกันอุบัติเหตุและฟื้นฟูสภาพคนพิการ (Accident and Rehabilitation)
- 14) งานป้องกันและควบคุมโรคเอดส์ (AIDS)

ใจความหลักของปฏิญญาอัลมาอาตาพอสรุปได้ว่าสุขภาพหมายถึงสุขภาวะ (well-being) ในมิติทางร่างกาย จิตใจ และสังคม ไม่ใช่แต่เพียงคำนึงถึงเรื่องการปราศโรคและความพิการเท่านั้น แต่ต้องมองให้เป็นเรื่องสิทธิขั้นพื้นฐานในความเป็นมนุษย์ และยังมุ่งให้มีการจัดการสุขภาพที่จำเป็นอย่างทั่วถึงสำหรับทุกคนเพื่อลดช่องว่างความไม่เท่าเทียมกัน ควรเน้นการส่งเสริมและป้องกันสุขภาพเป็นองค์ประกอบสำคัญที่ช่วยค้ำจุนการพัฒนาทางเศรษฐกิจและสังคม และก่อให้เกิดคุณภาพชีวิตที่ดี ขณะที่รัฐบาลควรมีหน้าที่ดูแลเรื่องสุขภาพสำหรับประชาชนของตนเองและให้บริการทางสุขภาพอย่างเพียงพอ โดยมี “สาธารณสุขมูลฐานเป็นกุญแจเพื่อไปสู่เป้าหมาย” ของการพัฒนาเพื่อความเท่าเทียมกันทางสังคม สาธารณสุขมูลฐานยังเน้นการส่งเสริมให้บุคคล ครอบครัว และชุมชนพัฒนาเพื่อไปสู่การพึ่งตนเองและตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพด้วยตนเองได้ เท่าที่งบประมาณของประเทศจะสามารถสนับสนุนการพัฒนาดังกล่าวได้ (World Health Organisation, 1978, pp. 2-4) นั่นจึงเป็นที่มาของการใช้สาธารณสุขมูลฐานเป็นคำตอบของการบรรลุหลักการสุขภาพดีถ้วนหน้า

ยุทธศาสตร์สำคัญสี่ประการของการสาธารณสุขมูลฐาน คือ การมีส่วนร่วมของชุมชน การร่วมกันสหสาขา การมีเทคโนโลยีที่เหมาะสม และการมีระบบสุขภาพพื้นฐาน เพื่อนำไปสู่การปฏิรูปงานสุขภาพในพื้นที่ชนบท ซึ่งมีมิติที่ต้องการปฏิรูปสรุปเป็นองค์ประกอบ 8 ประการ ที่มักเรียกกันอย่างติดปากว่า “N-E-W-I-T-E-M-S”

เมื่อพิจารณาอย่างถี่ถ้วนจะพบว่าทางออกแห่งวังวน “ปัญหาโง่ จน เจ็บ” ที่ถูกเร่งเร้าด้วยสภาพความเป็นจริงทางการเมืองและความไม่เป็นธรรมของสังคมไทยเชิงประจักษ์ กับกรอบคิดในระดับสากลเรื่อง “สาธารณสุขมูลฐาน” ต่างมีวิวัฒนาการทางออกให้แก่สาธารณสุขที่ “สอดคล้องกัน” อย่างน่าสนใจ หากเราตั้งต้นมองจากมิติของสุขภาพ จะเห็นว่าหนทางแก้ไขไม่ใช่เรื่องสุขภาพเพียงอย่างเดียว แต่ต้องมองปัจจัยของครอบครัว สังคม แวดล้อม ชีวิตความเป็นอยู่ที่มีลักษณะเฉพาะแตกต่างกัน เพื่อนำไปสู่วิธีการแก้ไขปัญหาเกี่ยวกับสุขภาพ และจะดียิ่งขึ้นไปอีกหากพยายามพุ่มพักให้ชาวบ้านทั่วไปสามารถพึ่งตนเอง ดูแลตนเอง และป้องกันสุขภาพได้ด้วยตนเอง ทั้งหมดคือ “องค์ความรู้ระลอกแรก” ที่ถูกเจียรไนจนคมชัดในช่วงทศวรรษ 2510-2520

ดังนั้น ทศวรรษ 2520 ถือเป็นช่วงที่รัฐบาลให้ความสำคัญกับการพัฒนาพื้นที่ชนบทเป็นพิเศษ เรียกได้ว่าการสาธารณสุขไทยได้ขยายจาก “เมือง” สู่อะไร “ชนบท” อย่างจริงจังและเป็นรูปธรรม โดยเฉพาะการเร่งรัดเพื่อกระจายบริการสาธารณสุขมูลฐานให้ครอบคลุมประชากรในชนบทตามยุทธศาสตร์ของงานสาธารณสุขมูลฐาน โดยรัฐได้ตั้งเป้าหมายไว้ 5 ปีที่จะกระจายบริการออกไป 22,400 หมู่บ้าน ใน 68 จังหวัด จำนวนประชากรได้รับประโยชน์ทั้งสิ้น 18.5 ล้านคน และยังถูกกำกับกับการดำเนินงานด้วยแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 4 (พ.ศ. 2520-2524) ตามที่กระทรวงสาธารณสุขเสนอ ทำให้งานด้านสุขภาพมุ่งไปสู่ทิศทางของสาธารณสุขมูลฐานที่ชัดเจนขึ้น แนวทางที่กระทรวงสาธารณสุขประกาศใช้ตั้งแต่ พ.ศ. 2520 นำไปสู่การผลิตสร้างบุคลากรด้านสาธารณสุขที่ “ใกล้ชิด” ชุมชน และพื้นที่ชนบทอันเป็นหัวใจของงานสาธารณสุขมูลฐาน ไม่ว่าจะเป็นการสร้างอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) และผู้สื่อข่าวสาธารณสุข (ผสส.) และนับรวมไปถึงการตบเท้าเดินไปสู่ชนบทของ “บรรดาศูนย์กลางทางการแพทย์จากส่วนกลาง” ด้วย

แม้ว่าการไปเป็นแพทย์ใช้ทุนในชนบทตามนโยบายของรัฐส่วนใหญ่เกิดจากถูกบีบบังคับให้ทำ แต่แพทย์และบุคลากรสาธารณสุขส่วนหนึ่งในช่วงทศวรรษ 2520 ก็เริ่มชอบวิถีชีวิตและการทำงานในชนบท บรรดาอาจารย์ นักศึกษา และบัณฑิตแพทย์จบใหม่ส่วนหนึ่งเชื่อกันว่าการออกไปยังชนบททำให้พวกเขาได้ใช้วิชาความรู้ที่ถนัด เพื่อเป็นหนึ่งกำลังในการพัฒนาชนบทและช่วยชาวบ้านให้หลุดพ้นจากลูกโซ่ของความงี่ ความจน และความเจ็บ ขณะที่สำนึกส่วนบุคคลที่ต้องการสร้างความเสมอภาคแก่ชาวชนบท ก็ได้เข้าไปเปลี่ยนความหมายให้กับพื้นที่ “ชนบท” ด้วย จนกลายเป็น “พื้นที่อุดมคติ” ที่นักศึกษาเมื่อเรียนจบแล้วต้องไปเรียนรู้และหัดใช้ชีวิต เพื่อเข้าถึงความหมายของการเป็นผู้เสียสละเพื่อประชาชน ดังคำกล่าวของนายแพทย์สงวน นิตยารัมภ์พงศ์ แพทย์ชนบทและเลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) คนแรกสะท้อนให้เห็นการตัดสินใจของนักศึกษาแพทย์ที่มุ่งออกไปเป็นแพทย์ในชนบทในเวลานั้นว่า

“เมื่อเรียนจบแพทย์ในปี 2520 ผมกับเพื่อนจำนวนมากจึงออกไปทำงานในชนบททันทีตามความตั้งใจ...ยุคนั้นเรามีความรู้สึกว่าการที่จบแล้วไปทำงานในเมืองมันไม่ถูกต้อง เป็นพวกสำรวจรักสบาย จะอายเพื่อนร่วมรุ่น...ใครไปอยู่ที่ ๆ ทุกคนเคารพมากเท่าไรยิ่งดีเท่านั้น”

(ชาติวี เจริญชีวะกุล และ อภิวินท์ นิตยารัมภ์พงศ์, 2554, น. 50-51)

นายแพทย์วินัย สวัสดิ์วร แพทย์ชนบทและอดีตเลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ก็ได้รื้อฟื้นความหลังในทิศทางเดียวกันว่า

“พอจบจากศิริราชก็ไปอยู่โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราช ที่จังหวัดยโสธร...นั่งรถทัวร์ไป ทำได้ไม่ถึงปีคอมมิวนิสต์บุกเผาโรงพัก สมัยก่อนมีประเด็นพวกนี้ แต่เราก็กางานด้วยความตั้งใจ อยากใช้ความรู้ความสามารถในการทำงาน...วันที่อยู่ OPD [Out-Patient-Department หรือ ผู้ป่วยนอก] ตรวจวันละสองสามร้อยคน เรียกว่าตรวจจนเบื่อ แต่ถ้าทำได้ทำ ดูแลกันไป”

(สัมภาษณ์นายแพทย์วินัย สวัสดิ์วร, 16 พฤษภาคม 2565)

ซึ่งยังมีบุคลากรทางการแพทย์ร่วมยุคสมัยอีกจำนวนไม่น้อยที่คิดเห็นไม่ต่างกันนัก จึงต้องยอมรับว่าบรรยากาศทางการเมืองมีผลอย่างมากในการเร่งเร้าให้นักศึกษาแพทย์หัวก้าวหน้าอยากเคลื่อนไหวเพื่อประชาชนผู้ยากไร้ในพื้นที่ชนบท

## ขุมพลังแพทย์ในชนบทยุคสาธารณสุขมูลฐาน

โดยทั่วไปแพทย์ที่เรียนจบการศึกษาจากร่วมมหาวิทยาลัยจะได้รับการจัดสรรไปทำงานตามพื้นที่ต่าง ๆ ที่ยังขาดแคลนบุคลากรทางการแพทย์ โดยเริ่มจากการฝึกงานเป็นแพทย์ฝึกหัดในโรงพยาบาลขนาดใหญ่ในเขตเมืองเป็นเวลา 1 ปี และเริ่มปฏิบัติงานเพื่อชดใช้ทุนอีก 2 ปี แพทย์รับทุนจะได้รับการอบรมประมาณ 6 เดือน ก่อนที่จะหมุนเวียนไปตามสถานีอนามัยชั้นหนึ่งหรือโรงพยาบาลอำเภอต่าง ๆ เป็นระยะเวลา 5 เดือนถึง 1 ปี (จุดหมายปลายทางของบุคลากรสาธารณสุขแตกต่างกัน โดยอาจเป็นสถานีอนามัย ศูนย์การแพทย์อนามัย หรือโรงพยาบาลอำเภอขึ้นอยู่กับช่วงเวลาที่ออกไปทำงานชดใช้ทุน) แต่เนื่องจากการบริหารของรัฐไม่ทั่วถึงและขาดต่อความเปลี่ยนแปลงในหลายเรื่อง ทำให้สถานีอนามัยชั้นหนึ่งหรือโรงพยาบาลอำเภอเป็นสถานที่ปฏิบัติงานอยู่ในสภาพที่ไม่พร้อมต่อการทำงานเท่าใดนัก “การถูกส่งไปบ้านนอก เหมือนไปตายเอาดาบหน้า การเดินทางลำบาก ผู้แทนยากก็ไม่ไป ราชการก็ไม่มีไปเยี่ยมหรือ...ตรงนั้นคอมมิวนิสต์ก็เริ่มแผลงฤทธิ์” นายแพทย์ศิริวัฒน์ ทิพย์ธราดลกล่าว (สัมภาษณ์นายแพทย์ศิริวัฒน์ ทิพย์ธราดล, 20 พฤษภาคม 2565) ดังนั้น การออกไปเป็นแพทย์ในชนบทจำเป็นต้องฝึกให้ตนเองเป็นทั้งแพทย์และผู้บริหารตามสภาวการณ์ที่บังคับ (สัมภาษณ์นายแพทย์วินัย สวัสดิ์วร, 16 พฤษภาคม 2565; สัมภาษณ์นายแพทย์วิชัย โชควิวัฒน์ 17 พฤษภาคม, 23 พฤษภาคม, 2 มิถุนายน 2565; สัมภาษณ์ ดร.นายแพทย์ภูษิต ประคองสาย, 23 พฤษภาคม 2565;

สัมภาษณ์นายแพทย์ศิริวัฒน์ ทิพย์ธราดล, 20 พฤษภาคม 2565) พุดให้ง่ายขึ้นอีกนิดคือ ต้องทำทุกอย่างทั้งงานรักษาผู้ป่วยในโรงพยาบาล งานบริหารโรงพยาบาล และงานที่นอกเหนือไปกว่าหน้าที่ของบุคลากรทางการแพทย์ เช่น เป็นครู เป็นหัวหน้าทีมงานสาธารณสุข ช่างซ่อมไฟฟ้า ประปา หลังคา เป็นกระทั่งคนขนของ และคนขับรถเพื่อส่งต่อคนไข้

ความไม่คุ้นชินกับพื้นที่ทำให้การทำงานของบุคลากรทางการแพทย์ยากขึ้นกว่าเดิมด้วย ไหนจะต้องกังวลถึงประเด็นการเมืองภายใต้ร่มเงาของการแผ่อิทธิพลคอมมิวนิสต์โดยเฉพาะในพื้นที่แถบภาคอีสานและภาคเหนือ ซึ่งโรงพยาบาลต่าง ๆ ที่แพทย์จบใหม่ออกไปทำงานมีบ้างที่ตั้งอยู่ใน “พื้นที่สีแดง” เพราะการมีโรงพยาบาลตั้งอยู่เป็นเครื่องแสดงให้เห็นว่ารัฐไม่ได้ทอดทิ้งประชาชน แต่การปฏิบัติงานของบุคลากรทางการแพทย์ก็ยากยิ่งขึ้นไปด้วย เพราะเป็นพื้นที่ที่ถูกเพ่งเล็งและสุ่มเสี่ยงภัย จนถึงกับมีคำพูดติดตลกกันว่าถ้าเวลาขับรถไปออกหน่วย (เอาแพทย์ไปบริการประชาชน) เวลาที่ต้องขับรถผ่านภูเขาสูงท่วมรถ มีโอกาสจะถูกซุ่มยิงง่าย สิ่งที่เราควรทำคือ “ห้ามเอาตัวรวมกับทหารมานั่งรถเรา” (สัมภาษณ์นายแพทย์วินัย สวัสดิ์วร, 16 พฤษภาคม 2565)

ไหนจะมีประเด็นทั้งเรื่องภาษาและชาติพันธุ์ที่ทำให้แพทย์ที่ออกไปทำงานต้องเรียนรู้และปรับเปลี่ยนตนเองตามสภาพแวดล้อมของชุมชนและวิถีดั้งเดิมของชาวบ้าน อย่างกรณีเรื่อง “ภาษา” ในการสื่อสาร ตัวอย่างเช่นบุคลากรสาธารณสุขส่วนใหญ่ นอกเหนือจากเวลาทำงานในราชการแล้ว ก็มักมีการออกชุมชนตอนกลางคืนเพื่อไปประชาสัมพันธ์และรณรงค์เรื่องต่าง ๆ เช่น การสร้างส้วม การกินอาหารที่ถูกสุขลักษณะ การงดเว้นอาหารดิบ การสื่อสารผ่านการฉายหนัง ซึ่งถ้าแพทย์หรือบุคลากรสาธารณสุขสามารถพูดภาษาถิ่นที่ชาวบ้านใช้ เช่น ภาษาอีสาน ภาษาเหนือ ฯลฯ ความรู้เรื่องสุขภาพก็สามารถถ่ายทอดไปถึงชาวบ้านได้ (สัมภาษณ์ ดร.นายแพทย์ภูษิต ประคองสาย, 23 พฤษภาคม 2565) หรือความท้าทายอีกกรณีหนึ่งจะเป็นเรื่อง “คนไร้รัฐ” ดังเช่นในหลายจังหวัดในพื้นที่ภาคเหนือยังมีชนกลุ่มน้อยหลายกลุ่มที่ยังไม่ได้รับบัตรประชาชน แม้ว่าพวกเขาจะตั้งบ้านเรือนอยู่ในอาณาเขตของประเทศไทย แต่กลับไม่สามารถเข้ารับบริการทางสุขภาพได้ เมื่อไปเป็นแพทย์ที่นั่นต้องทำทุกทางเพื่อให้คนในพื้นที่เข้าถึงโรงพยาบาล ดังที่นายแพทย์สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ เล่าประสบการณ์ไว้ว่า

“อย่างไปอยู่ที่ฮอด...มีพวกที่ไม่มีเลขสิบสามหลัก ไม่มีบัตรประชาชน ไม่มีอะไรทั้งนั้น พวกคนไร้รัฐเราไม่เคยรู้จักหรอก จนกระทั่งเราไปอยู่จริง ๆ เฮ้ย ทำไม่หมู่บ้านกะเหรี่ยงหลังโรงพยาบาลผมเลย...ไม่มาหาหมอ คลอดก็ไม่ยอมมา พอดีมีคนไข้มาคลอดแล้วมันติด คลอดไม่ออกแล้วก็มา ทำคลอดให้เสร็จเรียบร้อย ถามว่าทำไมไม่มาฝากท้อง เขาบอกไม่มีสตางค์ ไม่มีสตางค์เดียวจัดการออกบัตรผู้มีรายได้น้อย ให้อันหลังมารักษาฟรีเขาบอกว่าออกบัตรไม่ได้เพราะว่าเขาไม่มีบัตร

ประชาชน อ้าว แล้วคุณอยู่เมืองไทยได้ไง ไม่มีบัตรประชาชน...ผมบอกว่าออกไป  
เลยเดี๋ยวผมเซ็นเอง ทำบัตรเฉพาะของโรงพยาบาล ให้มารักษาที่โรงพยาบาลผม  
เท่านั้น บัตรนี้ไปรักษาที่อื่นไม่ได้ อย่างน้อยก็จะไม่มาหาผมตอนอาการแย่ๆ แล้ว  
ก็เลยออกบัตรให้ทั้งหมดบ้าน...”

(สันติสุข โสภณศิริ, 2564, น. 102-103)

สถานการณ์ที่ไม่คุ้นเคยเหล่านี้ กลายเป็นความท้าทายของแพทย์และบุคลากรที่ปฏิบัติงานใน  
พื้นที่ และยังเป็น “องค์ความรู้” ที่ไม่ปรากฏในระหว่างที่เรียนอยู่ในโรงเรียนแพทย์ แต่ต้องแสวงหาจาก  
ประสบการณ์นอกห้องเรียน โดยเฉพาะพื้นที่ชนบทของสังคมไทย ที่มักพบปัญหาความเหลื่อมล้ำและ  
ความยากจนที่กระจุกตัวอยู่มาก ดังนั้น การไปปฏิบัติงานเพื่อสนองตอบอุดมคติของบุคลากรทางการแพทย์  
เหล่านี้ จึงไม่ใช่แค่ได้เรียนรู้ถึงวิธีการเป็น “นักรักษา” เท่านั้น แต่สถานการณ์ที่ยากลำบากและไม่  
เคยชินบีบบังคับให้ต้องตัดสินใจ หล่อหลอมให้แพทย์และบุคลากรด้านสาธารณสุขผู้ผ่านสังเวียนกลายเป็น  
เป็น “นักบุกเบิก” และ “ผู้นำ” ไปพร้อม ๆ กัน

## บทเรียนจากชนบทสร้างผู้นำสาธารณสุขไทย

หลังจากเก็บเกี่ยวความรู้และประสบการณ์แล้ว แพทย์ในชนบทส่วนใหญ่ก็กลับไปเป็นแพทย์  
เฉพาะทาง แต่ก็มีส่วนหนึ่งที่ตัดสินใจกลับไปทำงานในส่วนกลางในกระทรวงสาธารณสุข เพื่อให้สามารถ  
เอาประสบการณ์ไปเสนอเป็นนโยบายเพื่อขับเคลื่อนบางอย่างได้ และยังมีกลุ่มที่เลือกที่จะอยู่สาน  
งานใหญ่ต่อไปในชนบท แน่ใจว่าทั้งสองกลุ่มต่างเป็นกลไกสำคัญของระบบที่พยายามแสวงหาวิธี  
การทำงานที่แม้จะต่างคนต่างทำ แต่ก็สามารถสอดประสานความคิดกันได้ในทางใดทางหนึ่ง ซึ่งการ  
พูดคุยหรือผ่าน “เวทีประชุมที่สามพราน (Sampran Forum)” เป็นพื้นที่สำคัญที่ทำให้เกิดการเรียนรู้  
และคิดเห็นต่างกันได้ แม้ว่าเวทีจะไม่ได้มีวัตถุประสงค์เพื่อหาข้อยุติหรือพันธงแนวคิด (สัมภาษณ์นาย  
แพทย์สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ, 16 พฤษภาคม 2565) แต่การถกเถียงทำให้ “ทุกฝ่ายได้ความรู้ ความคิด  
เห็น และนำข้อเสนอแนะไปปรับเป็นการปฏิบัติ บ่อยครั้งที่เวทีสามพรานนำเรื่องใหม่ ๆ หรือที่กำลังจะ  
เกิดขึ้นมาหารือร่วมกัน บางเรื่องเมื่อมีการแลกเปลี่ยนกันมากเข้าก็เห็นความสำคัญมากขึ้น” (สงวน นิต  
ยารัมภ์พงศ์, 2548, น. 51) ดังนั้น ไม่ว่าจะเป็กลุ่มแพทย์ที่ทำงานส่วนกลางหรือจะอยู่ในชนบท ต่าง  
ทำหน้าที่เบื้องหน้าหรือเบื้องหลังเพื่อเสนอนโยบายและนำไปปฏิบัติ ในที่นี้จะขอลำถึงเฉพาะกลุ่ม  
ที่ทำงานในส่วนกลาง เพื่อให้เห็นภาพการขับเคลื่อนงานสาธารณสุขหลายเรื่องที่อยู่ภายใต้สำนักงาน  
ปลัดกระทรวงสาธารณสุข รวมถึงงานที่จะมีผลต่อการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าเวลาต่อมา

ก่อนอื่นต้องยอมรับว่าประสบการณ์จากการทำงานของบุคลากรทางการแพทย์ในชนบท ช่วงทศวรรษ 2520 อันมีบริบททางการเมืองเฉพาะที่ผิดแผกแตกต่างจากสถานการณ์ทั่วไปเหลือเกิน มีส่วนสำคัญที่ทำให้บุคลากรทางการแพทย์กลุ่มนี้เข้าใจภาพความจริงของการทำงานในระบบสาธารณสุข เมื่อมีโอกาสเข้ามาทำงานในราชการส่วนกลาง ก็มักเอาบทเรียน ข้อเท็จจริง และข้อจำกัดที่ได้รับจากพื้นที่ชนบท มาใช้ให้เป็นประโยชน์ต่อการออกแบบระบบสาธารณสุขของประเทศ นายแพทย์วิชัย ไชควิวัฒน์ ชี้ให้เห็นว่าประสบการณ์การทำงานในโรงพยาบาลอำเภอของ ดร.วรรณวิไล จันทราภา ปุชนียบุคคลของวงการพยาบาล ที่เคยร่วมงานเคียงบ่าเคียงไหล่สมัยอยู่ในชนบท มีส่วนช่วยส่งเสริมความเป็นผู้นำต่อมาภายหลังว่า

*“โรงพยาบาลชุมชนเดิมที่เรียกว่า โรงพยาบาลอำเภอนั้น มักประสบปัญหาเปลี่ยนผู้บริหารบ่อย โดยเฉพาะผู้อำนวยการโรงพยาบาล มีผลต่อการบริหารจัดการเกิดผลกระทบต่อการทำงานของบุคลากรโรงพยาบาล....กองการพยาบาล ได้ริเริ่มจัดทีมส่งเสริมสนับสนุนการพัฒนาโรงพยาบาลในระดับนี้ขึ้น (ระหว่างปี 2523-2529) โดยมีวัตถุประสงค์หลักคือ การช่วยจัดโครงสร้างการบริหาร การบริการ และการประสานงานที่ชัดเจน ที่ผู้ปฏิบัติงานทุกกลุ่มยึดเป็นแนวทางปฏิบัติได้อย่างมีระบบ ไม่สั่นคลอนเมื่อเปลี่ยนตัวผู้บริหาร....”*

(วรรณวิไล จันทราภา, 2550, น. 82-83)

ซึ่ง ดร.วรรณวิไล จันทราภา เป็นหนึ่งในหัวเรี่ยวหัวแรงต่อการปรับปรุงโครงสร้างการบริหารภายในของโรงพยาบาลให้มีประสิทธิภาพขึ้น ต่อมากลายมาเป็นผู้มีส่วนสำคัญในการก่อตั้ง “สภาการพยาบาล” ใน พ.ศ. 2528 และเป็นอุปนายกคนแรกของสภาฯ อีกด้วย

แพทย์ชนบทอีกจำนวนไม่น้อยที่มีเส้นทางชีวิตในลักษณะเดียวกันหลังจากผ่านสังเวียน “การเป็นแพทย์ในชนบท” มา เช่น นายแพทย์สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ มาเป็นหัวหน้าฝ่ายประเมินผล และฝ่ายโครงการและงบประมาณ กองแผนงานสาธารณสุข (พ.ศ. 2525-2530) ผู้อำนวยการสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา ผู้อำนวยการสำนักนโยบายและแผนสาธารณสุข (พ.ศ. 2531-2534) และต่อมาเป็นรองปลัดกระทรวงสาธารณสุข (พ.ศ. 2543-2546) ในเวลาใกล้เคียงกันนั้น นายแพทย์วิชัย ไชควิวัฒน์ เป็นผู้อำนวยการกองระบาดวิทยา (พ.ศ. 2533-3534) ผู้เชี่ยวชาญด้านข้อมูลข่าวสารสำนักงานปลัดกระทรวงฯ และเป็นรองอธิบดีกรมควบคุมโรคติดต่อ (ประมาณ พ.ศ. 2534-2538) เป็นเลขาธิการคณะกรรมการอาหารและยา (พ.ศ. 2543-2545) และเป็นอธิบดีกรมการแพทย์แผนไทย

และการแพทย์ทางเลือก (พ.ศ. 2545–2550) ขณะที่นายแพทย์อำพล จินดาวัฒนะ เป็นผู้อำนวยการกองสาธารณสุขต่างประเทศ นายแพทย์ใหญ่กรมควบคุมโรคติดต่อ พ.ศ. 2535-2537 และผู้อำนวยการสถาบันพระบรมราชชนก (พ.ศ. 2537–2542) ด้านนายแพทย์สมศักดิ์ ชุณหรัศมิ์ หัวหน้าสำนักงานประสานงานวิชาการและพัฒนากำลังคนด้านสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข (พ.ศ. 2528–2533) ผู้อำนวยการกองสถิติสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข (พ.ศ. 2533–2535) ต่อมาเป็นผู้ผู้อำนวยการคนแรกของสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) กระทรวงสาธารณสุข (พ.ศ. 2535–2541) ส่วนนายแพทย์สรวง นิติยารัมภ์พงศ์ ได้เปลี่ยนบทบาทจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลบัวใหญ่ จังหวัดนครราชสีมามาทำงานในกระทรวงฯ มีบทบาทในแพทยสภา จนกระทั่งเป็นผู้ช่วยปลัดกระทรวงสาธารณสุขด้านนโยบายและแผนฯ และผู้อำนวยการสำนักงานประกันสุขภาพ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขระหว่าง พ.ศ. 2535-2539 ต่อมาเป็นรองปลัดกระทรวงสาธารณสุขใน พ.ศ. 2544-2546 และเป็นเลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ใน พ.ศ. 2547-2551 แพทย์ในชนบทท่านเหล่านี้และอีกจำนวนมากที่ไม่ได้เอ่ยนามถึง ต่างได้นำเอาประสบการณ์ที่ได้รับจากการทำงานในพื้นที่ชนบทมาต่อยอดเพื่อขับเคลื่อนงานสาธารณสุขที่ยาก ๆ ผ่านบทบาทการทำงานภายในกระทรวงในฐานะผู้บริหารระดับต่าง ๆ ต่อมา ดังที่นายแพทย์ประทีป ธนกิจเจริญ อดีตผู้อำนวยการโรงพยาบาลราชสีห์ไศล (พ.ศ. 2526-2532) กล่าวสรุปไว้อย่างน่าสนใจว่า “ประสบการณ์ตั้งแต่นักศึกษาจากชนบทมาทำงานส่วนกลาง เลยทำให้มีกำลังมาก กลายเป็นกลไกทำงาน” (สัมภาษณ์ นายแพทย์ประทีป ธนกิจเจริญ, 6 มิถุนายน 2565)

การที่บรรดาแพทย์ในชนบทสามารถพลิกบทบาทการทำงานจากชนบทมาสู่ขบวนการเคลื่อนไหวเพื่อปฏิรูปงานสาธารณสุขที่ศูนย์กลางอย่างมีพลังกำลังมากขึ้น ต้องพิจารณาถึง “การสร้างแนวร่วมพันธมิตรกับแพทย์อาวุโส” ที่เป็นชนชั้นนำในทางสาธารณสุขด้วย เช่น นายแพทย์เสม พริ้งพวงแก้ว นายแพทย์สมบุรณ์ วัชรโรทัย นายแพทย์ไพโรจน์ นิงสานนท์ นายแพทย์ประเวศ วะสี นายแพทย์ดำรงค์ บุญยสิน นายแพทย์ไพจิตร ปวะบุตร ฯลฯ ซึ่งแพทย์อาวุโสในกระทรวงสาธารณสุขเวลานั้นต่างก็สนับสนุนแนวคิดของกลุ่มแพทย์ในชนบทอยู่แล้ว ดังเช่นเมื่อนายแพทย์อมร นนทสุด เป็นปลัดกระทรวงสาธารณสุข (พ.ศ. 2526-2529) นายแพทย์ไพจิตร ปวะบุตร เดิมที่เป็นนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมาได้ถูกเรียกตัวเข้ามาช่วยงานในส่วนกลาง (สัมภาษณ์นายแพทย์ไพจิตร ปวะบุตร, 30 พฤษภาคม 2565) และเมื่อนายแพทย์ไพจิตร ปวะบุตร ขึ้นเป็นปลัดกระทรวงสาธารณสุข (พ.ศ. 2535-2537) ได้ดึงนายแพทย์สำเร็จ แหียงกระโทก ซึ่งเคยร่วมกันพัฒนาโรงพยาบาลตั้งแต่ที่จังหวัดอุบลราชธานีและนครราชสีมา เข้าไปช่วยงานในกระทรวงเป็นรองอธิบดีกรมควบคุมโรค (พ.ศ. 2536) (สัมภาษณ์ ศ.พิเศษ นายแพทย์สำเร็จ แหียงกระโทก, 24 มิถุนายน 2565) ดังนี้ จึงเกิดเป็นความสัมพันธ์ในลักษณะแนวตั้ง (Vertical level) ระหว่างแพทย์ชนบทกับแพทย์อาวุโสที่เกื้อกูลและผลักดันการเคลื่อนไหวเพื่อพัฒนางานสาธารณสุขตั้งแต่ทศวรรษ 2520 เป็นต้นมา แต่กระนั้น เราต้องไม่ลืมว่า

เมื่อผ่านพ้นเข้าสู่ทศวรรษ 2530 ปัจจัยการเมือง เศรษฐกิจ และสังคมวัฒนธรรมย่อมเปลี่ยนแปลงตามกาลเวลา การใช้แนวคิด วิธีการ หรือยุทธศาสตร์การพัฒนาสาธารณสุขแบบเดิมอาจไม่เหมาะสมกับสภาพแวดล้อมใหม่ ๆ อีกต่อไป จึงมีการปรับแต่งมุมมองต่อประเด็นเรื่องสุขภาพกับสังคมอีกครั้ง

## การปฏิรูปสุขภาพคือการปฏิรูปสังคม

<b>นายแพทย์เสม พริ้งพวงแก้ว</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• อดีตรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2523–2525</li> </ul>
<b>นายแพทย์สมบุรณ์ วัชโรทัย</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• อดีตอธิบดีกรมอนามัย พ.ศ. 2517-2522</li> <li>• อดีตอธิบดีกรมควบคุมโรคติดต่อ พ.ศ. 2522-2523</li> </ul>
<b>นายแพทย์อมร นนทสุด</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• อดีตผู้อำนวยการกองโภชนาการ</li> <li>• นายแพทย์ใหญ่กรมอนามัย</li> <li>• รองอธิบดีกรมอนามัย</li> <li>• รองปลัดกระทรวงสาธารณสุข</li> <li>• อธิบดีกรมอนามัย</li> <li>• ปลัดกระทรวงสาธารณสุข</li> </ul>
<b>ศาสตราจารย์นายแพทย์ประเวศ วะสี</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• อดีตผู้อำนวยการศูนย์ประสานงานทางการแพทย์และสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2527-2530</li> <li>• หัวหน้าภาควิชาอายุรศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล</li> <li>• ประธานสถาบันวิจัยสาธารณสุขไทย</li> <li>• ประธานมูลนิธิไทย</li> <li>• ประธานมูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ</li> </ul>
<b>นายแพทย์ดำรงค ญชัย</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• อดีตผู้อำนวยการกองแผนงานสาธารณสุข</li> <li>• อธิบดีกรมอนามัย</li> <li>• อธิบดีกรมควบคุมโรคติดต่อ พ.ศ. 2537-2540</li> </ul>
<b>นายแพทย์ไพโรจน์ นิงสานนท์</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• อดีตรองอธิบดีกรมอนามัย พ.ศ. 2518-2523</li> <li>• รองปลัดกระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2523-2525</li> <li>• อธิบดีกรมอนามัย พ.ศ. 2526-2529</li> <li>• ปลัดกระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2530-2531</li> <li>• รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2534-2535</li> </ul>
<b>นายแพทย์ไพจิตร ปวะบุตร</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ปลัดกระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2535-2537</li> </ul>

ช่วงทศวรรษ 2530 เนื่องด้วยปัจจัยการเมืองและเศรษฐกิจที่แปรเปลี่ยนไป ย่อมมีผลให้แนวคิดที่มีต่อระบบสุขภาพถูกปรับเปลี่ยนให้เหมาะกับสถานการณ์ แกนกลางปัญหาได้เริ่มขยับย้ายจากประเด็นเรื่องความยากจน ด้อยพัฒนา และด้อยการศึกษา หรือวงวนปัญหา “โง่ จน เจ็บ” ไปสู่ปัญหาที่ใหญ่ขึ้นกว่าเดิม เช่นการพิจารณาสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับมิติความทันสมัย เศรษฐกิจ วิถีชีวิตเมือง และชนบทที่เปลี่ยนไป มาถึงตอนนี้เป้าหมายใหม่ที่เครือข่ายปฏิรูปต้องการพัฒนาและเปลี่ยนแปลงระบบสาธารณสุขให้เดินต่อไปได้ คือ “การนิยามใหม่ (redefinition) เกี่ยวกับการปฏิรูปสุขภาพให้กว้างไปถึงการปฏิรูประดับสังคม” นั้นหมายความว่า การปฏิรูประบบสุขภาพจะต้องเกี่ยวพันกับการปฏิรูปสังคมในทุกระดับด้วย ศาสตราจารย์เกียรติคุณ นายแพทย์ประเวศ วะสี คิดเห็นต่อประเด็นนี้ว่าสังคมไทยยังคงคิดเรื่องสุขภาพอย่างตื้นเขินและคับแคบ กังวลแต่เรื่องโรงพยาบาล หมอ หรือยาเท่านั้น องค์ประกอบเหล่านี้เป็นเพียง “โรคภาพ” หรือ “โรคภาวะ” ยังไม่ใช่ “สุขภาพ” ที่ต้องกินความหมายที่กว้างกว่านั้นมาก เพราะสุขภาพต้องเท่ากับสุขภาวะอย่างสมบูรณ์ (complete well-being) (ประเวศ วะสี, 2543, น. 93)

ฉะนั้น การเคลื่อนไหวเรื่องการปฏิรูประบบสาธารณสุขภายใต้แนวคิด “สุขภาวะสมบูรณ์” (complete well-being) ตั้งแต่ทศวรรษ 2530 เป็นต้นมา จึงไม่ใช่การเรียกร้องเพื่อปรับปรุงบริการสาธารณสุข (health care reform) แต่เป็นการเรียกร้องการปฏิรูประบบสุขภาพ (health system reform) “ทั้งระบบ” บนพื้นฐานที่ว่าสุขภาพและคุณภาพชีวิตของประชาชน สัมพันธ์อย่างแนบแน่นกับการพัฒนาการเมือง เศรษฐกิจ สังคม สิ่งแวดล้อม ชีวิตจิตใจ ไปจนกระทั่งเรื่องสิทธิมนุษยชน (เชษฐา ทรัพย์เย็น, 2556, น. 147) ซึ่งฐานแนวคิด เรื่อง “สุขภาวะ (well-being)” ยังคงไม่ได้หนีห่างจากแนวคิด “Health For All” ขององค์การอนามัยโลกที่พูดถึงกันอย่างหนาหูเมื่อทศวรรษที่แล้ว ที่เมื่อกล่าวถึงสุขภาพย่อมต้องพิจารณาถึงชีวิตความเป็นอยู่ ครอบครัวยุ และสิ่งแวดล้อม กล่าวโดยสรุป เพื่อเข้าใจแก่นกลางของการเจ็บป่วย ต้องเข้าใจสังคมของผู้ป่วยก่อน เช่นเดียวกันหากจะปฏิรูปสุขภาพ ต้องปฏิรูปสังคมไปพร้อมกัน

ที่นี้เมื่อตั้งสมมุติฐานความรู้และตักผลึกความคิดเกี่ยวกับแนวทางการปฏิรูปสุขภาพได้แล้ว การจะปฏิรูปได้จริงเพื่อปูทางไปสู่การสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าของประเทศไทย ยังต้องอาศัยการ “ศึกษา” และ “ทดลอง” ในทางปฏิบัติเสมอ ซึ่งส่วนประกอบที่สำคัญแต่ก็ยากที่สุดประการหนึ่งในการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า คือ “ข้อจำกัดด้านงบประมาณ”

พื้นที่ชนบท (และชาวชนบท)  
กลายเป็นภาพแทน  
ของความล้าหลัง ไม่คิวิไลซ์  
และจำเป็นต้องได้รับการพัฒนา

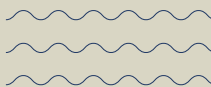
...

(กิ่งสกุล กวินรวีกุล, 2545)

เมื่อกระแสธารมาบรรจบ  
ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า  
จึงบังเกิด

- 5 -

เมื่อเข้าใจการเงินการคลัง  
จะเข้าใจหลักประกันสุขภาพ





วิธีหมาง่ายรายหัว

“ทำให้เกิดการควบคุมต้นทุนได้ดีกว่า  
และง่ายในการบริหารจัดการเมื่อเทียบกับวิธีอื่น ๆ...  
การจ่ายค่าตอบแทนเป็นรายหัวนี้จะจ่ายให้กับ  
สถานบริการซึ่งเป็นผู้ประกันหลัก  
โดยคิดตามจำนวนรายหัว  
ที่สถานบริการต่าง ๆ เหล่านั้นต้องรับผิดชอบ  
โดยไม่สนใจว่าสถานบริการเหล่านั้น  
จะมีผู้เอาประกันจำนวนเท่าใด  
จะให้บริการแก่ผู้เอาประกันที่เจ็บป่วยหนัก หรือเบาเพียงใด  
หรือไม่ได้ให้บริการเลยเพราะไม่มีผู้เจ็บป่วย  
การควบคุมต้นทุนและการบริหารจัดการโดยวิธีนี้  
จะเป็นไปได้ง่ายแต่จะต้องมีระบบการควบคุมคุณภาพ  
ของการให้บริการ”



(สงวน นิตยารัมภ์พงศ์ และ ปฐม สวรรค์ปัญญาเลิศ, 2537, 20)

หากพิจารณาอย่างถี่ถ้วนแล้ว นับตั้งแต่รัฐ ราชวงศ์ พระบรมวงศานุวงศ์ เอกชน และราษฎรทั่วไปลงขัน ช่วยกันตั้งโรงพยาบาลแห่งแรกในสยามมาจนกระทั่งวันนี้ โจทย์ใหญ่ที่ทำให้การพัฒนาระบบสาธารณสุขมัก เดินหน้าไปถึงฝันช้ากว่าแผนการที่วางไว้ มักเกี่ยวข้องกับเรื่อง “การเงินการคลัง” เสมอ

เริ่มตั้งแต่รัฐสมบูรณาญาสิทธิราชย์ที่ไม่มีกำลังทรัพย์มากพอจะสร้างโรงพยาบาลครบทุกหัวเมืองได้ จึงใช้วิธีการสมัครใจและเปิดรับการเรียไ้เงิน เพื่อให้ผู้มีกำลังทรัพย์ช่วยกันสร้างโรงพยาบาลให้เป็นกุศลสาธารณทาน แม้เวลาจะล่วงเลยเข้าสู่ยุคหลัง 2475 ภายใต้ระบอบประชาธิปไตยอันมีพระมหากษัตริย์ทรงเป็นประมุข รัฐได้แสดงเจตนารมณ์ชัดเจนในการมุ่งสร้างโรงพยาบาลอุดหนุนตามจังหวัดหัวเมืองใหญ่ ๆ จนแล้วจนรอดจำนวนโรงพยาบาลที่เพิ่มขึ้นกลับไม่เป็นไปตามที่คาดหวัง และยังคงใช้ระบบเรียไ้เงินอยู่เช่นเดิม กรณี “เงินบำรุง” ถือเป็นตัวอย่างเชิงประจักษ์อย่างหนึ่ง ที่ถูกคิดค้นขึ้นเพื่อบรรเทาปัญหาเรื่องการเงินการคลังที่มีมาตั้งแต่ไหนแต่ไร และประเด็นเรื่องการเงินการคลังนี้ ยังคงเป็น “โจทย์ใหญ่” มาถึงการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในเวลาต่อมา

## เข้าใจระบบเงินบำรุงผ่านชีวิตนายแพทย์เสม พริ้งพวงแก้ว

เมื่อพูดถึงการเงินการคลังควรย้อนกลับไปตั้งแต่ก่อนปี 2500 เสียก่อนเพื่อให้เห็นภาพใหญ่ของงานด้านสาธารณสุขกับมิติการคลังของประเทศ ในช่วง พ.ศ. 2475-2484 ด้วยปัจจัยทางการเมืองที่ยังไม่มั่นคงและเศรษฐกิจที่ยังคงถดถอยอย่างต่อเนื่อง โรงพยาบาลประจำจังหวัดที่ถูกสร้างขึ้นตามนโยบายอุดหนุนจำนวนหนึ่ง จึงไม่ได้เกิดขึ้นจากการ “ผันงบประมาณรัฐเต็มตัว” ลงสู่พื้นที่ ทว่าในบางท้องถิ่นกลับมีลักษณะของการระดมทุนร่วมจากฝั่งเอกชนในรูปแบบของการบริจาคเพื่อการกุศล เช่น การบริจาคที่ดินของพ่อค้าคหบดีและข้าราชการชั้นผู้ใหญ่ หรือในรูปแบบของการเรียไ้เงินจากทั้งฝั่งรัฐและเอกชนอย่างเช่นกรณีโรงพยาบาลหนองคายและโรงพยาบาลเชียงใหม่ประชานุเคราะห์ การที่งบประมาณไม่เพียงพอต่อการขยายระบบบริการของรัฐนี้เอง กลับยิ่งส่งเสริมให้โรงพยาบาลเป็นสถาบันของรัฐชนิดแรก ๆ ที่มีกลไกอิสระในการบริหารมาตรการทางการเงินการคลังเป็นของตัวเอง

เส้นทางชีวิตของนายแพทย์เสม พริ้งพวงแก้ว ได้สะท้อนให้เห็นถึง “กลไกอิสระ” อันเป็นลักษณะพิเศษของโรงพยาบาลตามที่กล่าวไว้ในหลายมิติ ในช่วงการเร่งดำเนินนโยบายสร้างโรงพยาบาลอุดร นายแพทย์เสม พริ้งพวงแก้ว (เมื่อ พ.ศ. 2479) ถูกส่งตัวไปเป็นผู้ดูแลโรงพยาบาลที่จังหวัดเชียงราย แต่เมื่อไปถึงหน้างานในพื้นที่แล้ว กลับพบว่าไม่มีแม้แต่ตัวโรงพยาบาลที่ใช้เป็นสถานที่รักษาคนไข้ได้ จึงต้องริเริ่มพัฒนาตั้งแต่ขอรับบริจาคเพื่อสร้างโรงพยาบาล และรวบรวมเงินที่ได้จากการรักษาตามที่ชาวบ้านพอจ่ายไหว เพื่อเอามารักษาโรงพยาบาลต่อไป

ที่นี่ การเรียกรื้อสร้างโรงพยาบาลไม่ใช่กิจการที่จะกระทำกันได้ง่ายเพราะเป็นสิ่งปลูกสร้างที่ต้องใช้สแตงค์มาก แต่เนื่องด้วยคุณสมบัติของโรงพยาบาลเองเป็นพื้นที่ทางสังคมที่คนในชุมชนหลากหลายกลุ่มมีโอกาสเข้ามาใช้ประโยชน์ จึงก่อเกิดเป็นสายสัมพันธ์อันดีที่สามารถพบเห็นได้ทั่วไปในช่วงของการช่วยกันสร้างโรงพยาบาล อาทิ คหบดีที่เป็นพ่อค้าชาวจีนเป็นผู้บริจาคที่ดินให้สร้างโรงพยาบาลเชียงราย ประชานุเคราะห์ ด้านข้าราชการระดับสูงเอง (อย่างคุณพระพนมนครารักษ์ ผู้ว่าราชการจังหวัดเชียงราย) ก็พยายามช่วยผลักดันให้มีสามารถสร้างโรงพยาบาลอุดรสูงขึ้นในภาคเหนือให้สำเร็จ ส่วนชาวบ้านตาสีตาสาต่างช่วยกัน “ขอมเงิน” เพื่อสร้างโรงพยาบาล ทำให้การสร้างโรงพยาบาลเกิดขึ้นได้โดย “ไม่จ้อ” เงินงบประมาณจากคลังส่วนกลาง เมื่อโรงพยาบาลถูกสร้างขึ้นจากเงินเรียกรื้อของคนในชุมชนจึงเป็นที่มาของชื่อต่อท้ายโรงพยาบาลว่า “ประชานุเคราะห์” โรงพยาบาลจึงกลายเป็นพื้นที่สาธารณะที่คนทุกกลุ่มในพื้นที่นั้นรู้สึกว่าเป็นเจ้าของร่วมกัน “ฉะนั้นทุกจุดของโรงพยาบาลคือ ‘ของเรา’ ทั้งหมด ทุกคนจะต้องช่วยกันประหยัดเป็นธุระดูแลรักษาและเจ็บร้อนแทนโรงพยาบาลทุกคน” (สันติสุข โสภณศิริ, 2555, น. 77)

เมื่อโรงพยาบาลถูกสร้างจากน้ำพักน้ำแรงของชาวบ้านทั่วไป การบริหารจัดการเงินต่อมาไม่ว่าจะขาดทุนหรือได้กำไร ก็ควรที่จะอยู่ที่โรงพยาบาลนั่นเองเป็นรายได้ ไม่ควรต้องส่งกลับคลัง นั่นจึงเป็นที่มาของระบบที่เรียกว่า “เงินบำรุง” ในที่สุด แต่ก่อนที่ระบบโรงพยาบาลจะเก็บเงินรายได้ไว้บริหารเองได้ก็มีการฝ่าฝืนอยู่พอสมควร ครั้งหนึ่งนายแพทย์เสมใช้โรงพยาบาลเป็นพื้นที่ต่อรองกับรัฐในประเด็นของ “เงินทุนสะสมของโรงพยาบาล” นายแพทย์วิชัย โชควิวัฒน์ เล่าให้เห็นถึงบรรยากาศไว้ว่า

“พอไปถึงไม่มีโรงพยาบาล ไม่มีค้ายา [ต้อง] อาศัยการกุศลของประชาชน อย่างโรงพยาบาลเที่ยงรายพระชนุเคราะห์ ขอให้คนเที่ยงรายบริจาคคนละบาทเพื่อสร้างโรงพยาบาล พอสร้างโรงพยาบาลเสร็จไม่มีเครื่องยาที่ขอรับบริจาคแล้วมาซื้อยามารักษาคนไข้ พอได้เงินค่ารักษากลับมาจากคนไข้ รัฐส่วนกลางเห็นว่ามียาได้ ก็เรียกร้องว่าให้ส่งเงินคืนรัฐ...หมอเสมอก็ชี้แจงไปที่อธิบดีกรมบัญชีกลาง [ซึ่ง] ตอนนั้นเป็นพระยาไชยยศสมบัติ ว่ารัฐไม่ให้เงินมาช้กบาทนี้ แทนที่พระยาไชยยศสมบัติจะลงโทษกลับบอกว่าให้ทำแบบนี้ต่อไป และออกระเบียบมารองรับ ทำให้เกิดเป็นระบบเงินบำรุง”

(สัมภาษณ์นายแพทย์วิชัย โชควิวัฒน์, 17 พฤษภาคม, 23 พฤษภาคม และ 2 มิถุนายน พ.ศ. 2565)

การที่พระยาไชยยศสมบัติยอมรับ เพราะท่านได้เดินทางไปดูให้เห็นด้วยตาตนเอง และได้รับคำอธิบายถึงที่มาที่ไปของการจัดการรายได้จากปากนายแพทย์เสม ข้าราชการ และชาวบ้าน จึงเป็นจุดเริ่มต้นระบบเงินบำรุงของโรงพยาบาลในที่สุด

ดังนั้น งบประมาณและการจัดการงบประมาณเป็นปัญหาที่มีมาตั้งแต่ยุคแรกเริ่ม ระบบเงินบำรุงของโรงพยาบาลเที่ยงรายพระชนุเคราะห์ที่เกิดขึ้นจากการแก้ไขสถานการณ์เฉพาะหน้า ได้กลายเป็นตัวอย่างการบริหารโรงพยาบาลและงบประมาณที่ประสบความสำเร็จในยุคนโยบายอุดหนุน ปัจจุบันนี้ เงินบำรุงยังคงใช้ต่อมาโดยหมายถึงเงินที่โรงพยาบาลหรือหน่วยบริการได้รับจากการให้บริการ ซึ่งนอกเหนือไปจากการบริหารรายจ่ายและรายรับที่ได้มาจากเงินงบประมาณแผ่นดิน โดยหน่วยบริการนั้นสามารถจัดเก็บไว้เองได้โดยไม่ต้องส่งคืนคลัง

นอกจากระบบเงินบำรุงแล้ว วิธีการบริหารการเงินการคลังในนโยบายหลักประกันสุขภาพหลายระบบที่ผ่านมาของประเทศไทย ยังเป็นโจทย์ใหญ่ในระบบสาธารณสุขไทยที่มีข้อจำกัดด้านการเงินการคลัง โดยหลังเหตุการณ์ 14 ตุลาคม พ.ศ. 2516 จะเริ่มเห็นวิวัฒนาการของการบริหารการเงินการคลังในระบบหลักประกันสุขภาพถึง 4 รูปแบบด้วยกัน ก่อนที่จะเดินทางไปสู่การจัดการงบประมาณในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ควรเริ่มจากเข้าใจพัฒนาการของระบบหลักประกันสุขภาพต่าง ๆ ที่เคยมีมาในประเทศไทยเสียก่อน

## จุดเริ่มต้นระบบหลักประกันสุขภาพครั้งแรกของไทย

“รัฐพึงส่งเสริมการสาธารณสุข ตลอดถึงการอนามัยครอบครัว และ พึ่งคุ้มครองสุขภาพของบุคคล และสนับสนุนให้ประชาชนมีส่วนร่วมด้วย รัฐพึง ให้การรักษาพยาบาลแก่ผู้ยากไร้โดยไม่คิดมูลค่า การป้องกันและปราบปราม โรคติดต่ออันตราย รัฐจะต้องกระทำให้แก่ประชาชนโดยไม่คิดมูลค่า”

รัฐธรรมนูญฉบับที่ 10 รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย  
พุทธศักราช 2517 (ราชกิจจานุเบกษา, 2517)

เมื่อประกาศใช้รัฐธรรมนูญฉบับพุทธศักราช 2517 ซึ่งเกิดหลังเหตุการณ์ 14 ตุลาคม พ.ศ. 2516 และเป็นยุคที่ประชาธิปไตยเริ่มเบงบาน จึงมีผลทำให้ “โครงการสงเคราะห์ประชาชนผู้มีรายได้น้อย หรือ สปน.” ใน พ.ศ. 2518 ถือกำเนิดขึ้นโดยรัฐบาล มรว.คึกฤทธิ์ ปราโมช ซึ่งนับว่าเป็นหลักประกันสุขภาพระบบแรก ๆ ในประเทศไทย และถือเป็นผลผลิตจากเหตุการณ์ 14 ตุลาคม 2516 ที่มีผลอย่างมากต่อการเร่งเร้าให้ประเด็นเรื่องความไม่เป็นธรรมเด่นชัดขึ้น เมื่อผ่านพ้นเหตุการณ์ไปแล้ว พรรคการเมืองต่าง ๆ จึงผลิตนโยบายหาเสียงเพื่อสนองตอบสังคมและพยายามเสนอทางออกให้กับวิกฤติความจนและความเหลื่อมล้ำ เมื่อพรรคกิจสังคม (Social Action Party) นำโดยหม่อมราชวงศ์คึกฤทธิ์ ปราโมชได้รับชัยชนะจากการเลือกตั้ง โครงการ สปน. ที่เชื่อมโยงกับมติการเมือง ความจน และสุขภาพตามนโยบายโครงการ “เงินผันประกันราคาพืชผล คนยากคนจนรักษาฟรี ขึ้นรถเมล์ฟรี” จึงถือกำเนิดขึ้น

โครงการนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อให้ “ผู้ที่มีรายได้น้อยมีหลักประกัน” ในการเข้าถึงบริการทางการแพทย์และสาธารณสุข โดย “ไม่คิดมูลค่า” การกำหนดเส้นแบ่งของ “ผู้มีรายได้น้อย” ที่เข้าเกณฑ์คือต้องเป็นผู้มีรายได้น้อยต่อเดือนต่ำกว่า 1,000 บาท ผู้ที่ประสงค์รับสิทธิสามารถขอมีบัตรที่ออกโดยหน่วยงานที่รับผิดชอบ แต่ช่วงหนึ่งปีแรกกลับมีผู้มารับบัตรน้อยเหลือเกิน จึงมีการยกเลิกขั้นตอนการออกบัตร และให้เป็นอำนาจของโรงพยาบาลพิจารณาให้การสงเคราะห์ “สมัยอยู่มหาสารคามเราเป็นหมอเรา ก็สั่งยา พอท้องยาจะเก็บเงิน ชาวบ้านเขาไม่มีเงิน เขาจะกลับมาหาเรา เราก็เห็นให้เป็นอนาถาเพื่อส่งไปฝ่ายสังคมสงเคราะห์ ถ้าเป็นโรงพยาบาลจังหวัดใหญ่หน่อยก็จะมีแผนกนี้ แล้วคนไข้ก็จะเข้าสู่ขั้นตอนคัดกรองของโรงพยาบาล นักสังคมสงเคราะห์จะซักไซ้ว่าจริงไหม” (สัมภาษณ์นายแพทย์วินัย สวัสดิ์ดิรว, 16 พฤษภาคม 2565) ต่อมา สปน. ได้ขยายสิทธิไปครอบคลุมกลุ่มผู้สูงอายุ (60 ปีขึ้นไป) และเด็ก (ต่ำกว่า 12 ปี) ผู้พิการ ทหารผ่านศึกและครอบครัว ภิกษุสามเณร รวมถึงผู้นำทางศาสนาเข้ามาเพิ่มเติม ในช่วงต้นทศวรรษ 2530 จึงได้เปลี่ยนชื่อโครงการจาก สปน. เป็น “โครงการสวัสดิการประชาชนด้าน

การรักษาพยาบาล” (สปร.) ในที่สุด

ส่วนวิธีการจ่ายเงินในโครงการ สปน./สปร. เรียกได้ว่าเป็นแบบงบประมาณรวม (payment by global budget) วิธีนี้จะจ่ายเงินงบประมาณรวมค่าใช้จ่ายทั้งหมดแก่สถานบริการต่าง ๆ ตามหลักเกณฑ์ซึ่งได้กำหนดขึ้น ส่วนการบริหารจัดการงบประมาณที่ได้รับถือเป็นหน้าที่ของสถานพยาบาล ระบบดังกล่าวมีข้อดีคือ “ควบคุมต้นทุนได้ดี” แต่ก็มีข้อเสียคือเป็นไปได้ว่าคุณภาพการบริการอาจจะต่ำ (สงวน นิตยารัมภ์พงศ์ และ ปฐม สวรรค์ปัญญาเลิศ, 2537, น. 5-6) แม้ว่าโครงการสปน./สปร. ต้องประสบปัญหาหลายประการระหว่างดำเนินการ และเป็นโครงการที่เริ่มจากแนวคิดแบบ “มุ่งเป้าไปที่ผู้ยากไร้” ก่อน ซึ่งทำให้สิทธิเข้าถึงการรักษาพยาบาลยังไม่ครอบคลุมประชากรไทยทั้งหมด แต่ก็ต้องไม่ลืมว่าโครงการ สปน./สปร. ได้กลายเป็นโครงการหลักประกันสุขภาพ “แรก ๆ” ของสังคมไทย ข้อเด่นหรือข้อด้อยที่เรียนรู้จากระบบก็ได้กลายเป็นหนึ่งพื้นฐานที่ต่อยอดไปสู่ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในอีกสองทศวรรษต่อมา โครงการนี้ยังทำให้งบดำเนินการของโรงพยาบาลต่าง ๆ เพิ่มขึ้นหลายเท่าตัว

ต่อมาเมื่อก้าวเข้าสู่ทศวรรษ 2520-30 มีระบบประกันสุขภาพที่พัฒนาต่อมาอีกถึง 3 ระบบด้วยกัน จริง ๆ แล้วระบบสวัสดิการรักษายาบาลของข้าราชการเกิดขึ้นตั้งแต่ พ.ศ. 2506 สำหรับข้าราชการที่มีรายได้น้อยก่อน แต่พัฒนามาแบบครอบคลุมทุกกรณีใน พ.ศ. 2523 เวลาใกล้เคียงกันมีโครงการบัตรสุขภาพใน พ.ศ. 2526 และจนกระทั่งเดินมาสู่การสร้างระบบประกันสังคม พ.ศ. 2533 ทั้งนี้แต่ละระบบครอบคลุมกลุ่มประชากรที่แตกต่างกัน คือ กลุ่มข้าราชการของรัฐและครอบครัว กลุ่มผู้มีรายได้สูงกว่าเส้นความยากจน และกลุ่มลูกจ้างบริษัทเอกชนตามลำดับ ซึ่งทุกระบบได้ใช้วิธีการจัดสรรงบประมาณที่แตกต่างกันออกไปอย่างสิ้นเชิง

## จุดแข็ง-จุดอ่อนระบบสวัสดิการรักษายาบาลของข้าราชการ

ระบบสวัสดิการรักษายาบาลของข้าราชการเริ่มต้นมาตั้งแต่ พ.ศ. 2506 โดยเริ่มจากการให้สวัสดิการแก่กลุ่มข้าราชการที่มีรายได้น้อยก่อน (ระเบียบการช่วยเหลือข้าราชการผู้มีรายได้น้อยเกี่ยวแก่การรักษาพยาบาล พ.ศ. 2506 ใน *สมานรำลึก*, 2507) จากนั้นเมื่อมีการออก “พระราชกฤษฎีกาเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษายาบาล พ.ศ. 2521” (ราชกิจจานุเบกษา, 2521) ทำให้สิทธิสวัสดิการขยายความคุ้มครองทางสุขภาพไปสู่ข้าราชการและลูกจ้างประจำทุกคนที่ได้รับเงินเดือนหรือค่าจ้างจากเงินงบประมาณรายจ่าย ข้าราชการบำนาญ รวมไปถึงสมาชิกในครอบครัวของผู้มีสิทธิ ได้แก่ คู่สมรส บิดามารดา และบุตรธิดาที่อายุไม่เกิน 20 ปี ระบบนี้เป็นประกันสุขภาพที่ให้สวัสดิการครอบคลุม

บริการอย่างกว้างขวาง แต่ขณะเดียวกันก็ใช้งบประมาณที่สูง ในการจัดบริการเมื่อเทียบกับระบบประกันสุขภาพโครงการอื่น ๆ วิธีการบริหารค่าใช้จ่ายเรียกว่าเป็นแบบ “จ่ายตามบริการ” (Fee for service) อันหมายถึงผู้ได้รับสิทธิประกันสุขภาพในระบบนี้ สามารถเบิกค่าใช้จ่ายที่ต้องจ่ายให้โรงพยาบาลของรัฐได้ทุกรายการ มีกรมบัญชีกลางรับผิดชอบการตั้งงบประมาณและควบคุมดูแลการเบิกจ่าย ก็ต้องยอมรับว่าเป็นแนวทางการบริหารการเงินที่ “จัดการง่าย” ใช้ต้นทุนบริหารระบบ “น้อย” แต่มีผลทำให้ค่าใช้จ่าย “สูง” เพราะมีกลไกกำกับควบคุมโดยผู้จ่ายเงินที่ไม่เข้มข้นนัก ทำให้ค่ารักษาพยาบาลเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วและไม่สามารถควบคุมได้ ดังนั้น จุดแข็งคือครอบคลุมบริการหลายประเภท แต่จุดอ่อนสำคัญคือเรื่องค่าใช้จ่ายที่บานปลาย เพราะงบประมาณที่นำมาบริหารสวัสดิการและเพิ่มขึ้นตลอดนั้น ไม่ได้มาจากทรัพย์สินของนายจ้าง แต่มาจากงบประมาณอันเป็นภาษีอากรของคนทั้งประเทศ โดยที่สิทธิการรักษาครอบคลุมเพียงข้าราชการและลูกจ้างประจำและญาติฝ่ายตรงได้เท่านั้น

ด้วยเหตุนี้ ข้อจำกัดของการใช้ระบบสวัสดิการรักษายาบาลย่อมเกี่ยวข้องกับ “ความมั่นคงทางการคลัง” ของประเทศในระยะยาวแน่นอน และยังผูกโยงอยู่กับ “เสถียรภาพ” ทางการเมือง ตลอดจนผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ทำให้เกิดเป็นข้อถกเถียงอย่างกว้างขวางและมีความพยายามเดินหน้าปรับปรุงตลอดมา จุดอ่อนของระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการกลายเป็นบทเรียนหนึ่งที่ช่วยพัฒนาไปสู่ข้อเสนอในการปฏิรูป ที่เปลี่ยนจาก “การจ่ายตามการบริการ” สู่ “ระบบเหมาจ่ายรายหัว” เพื่อขยายสิทธิให้ครอบคลุมประชาชนกลุ่มอื่นมากขึ้น ขณะเดียวกันก็สามารถหลีกเลี่ยงข้อจำกัดหลายประการเพื่อไม่ให้ซ้ำรอยแบบที่เกิดขึ้นในระบบสวัสดิการรักษายาบาลอย่างที่เคยเป็นมา นอกจากนี้ ยังมี “ระบบประกันสุขภาพของรัฐแบบสมัครใจ” ที่กลายเป็นประสบการณ์ทางการเงินการคลังเช่นกัน ที่ชี้ให้เห็นจุดแข็งและจุดอ่อนบางประการเพื่อต่อยอดไปสู่ระบบเหมาจ่ายรายหัวที่พัฒนาอย่างรอบด้านมากขึ้น

## ระบบประกันสุขภาพของรัฐแบบสมัครใจ: แนวคิดร่วมจ่ายและการกระจายความเสี่ยง

สำหรับโครงการบัตรสุขภาพมีรูปแบบการบริหารการเงินการคลังอีกลักษณะหนึ่ง เริ่มต้นขึ้นใน พ.ศ. 2526 ด้วยการผลักดันของนายแพทย์อมร นนทสูต ในฐานะส่วนหนึ่งของงานบริการตามแนวทางสาธารณสุขมูลฐานและนโยบายสุขภาพดีถ้วนหน้าขององค์การอนามัยโลก โครงการบัตรสุขภาพเริ่มต้นมาจาก “โครงการกองทุนอนามัยแม่และเด็ก” เกิดขึ้นในรูปแบบของกองทุนในหมู่บ้าน (community-financing scheme) เพื่อส่งเสริมงานอนามัยแม่และเด็ก การวางแผนครอบครัว การสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค และบริการรักษายาบาลพื้นฐาน แรกเริ่มยังเป็นเพียงโครงการทดลองมีระยะเวลา 3 ปีระหว่าง พ.ศ. 2526-2529 หลังจากเริ่มทดลองในพื้นที่จำกัดไปได้เพียง 8 เดือน

นายแพทย์อมร นนทสูต ได้เลื่อนตำแหน่งจากอธิบดีกรมอนามัยมาเป็นปลัดกระทรวงสาธารณสุข จึงได้มีคำสั่งให้ขยายโครงการบัตรสุขภาพออกไปทั่วประเทศ พร้อมกันนั้นได้เพิ่มบริการให้ครอบคลุมด้านการรักษาพยาบาลและใช้ชื่อโครงการใหม่ว่า “โครงการบัตรสุขภาพ” มุ่งเป้าจะขยายโครงการให้ครอบคลุมถึงระดับตำบลทั่วทั้งประเทศภายใน พ.ศ. 2530 โครงการบัตรสุขภาพยังคงใช้วิธีบริหารกองทุนในลักษณะกองทุนหมุนเวียนในหมู่บ้าน และมีบัตรเพื่อรับสิทธิของโครงการ 2 ประเภท คือ บัตรอนามัยแม่และเด็ก และบัตรครอบครัวสำหรับรักษาพยาบาล ใช้บริการได้ไม่เกินปีละ 8 ครั้งต่อบัตร และคุ้มครองค่าใช้จ่ายไม่เกิน 2,000 บาทต่อครั้ง (สัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์, 2544, น. 91)

ต่อมาเกิดการตกผลึกในเชิงความรู้วิชาการเกี่ยวกับเรื่อง “การประกันสุขภาพของรัฐโดยสมัครใจ (voluntary public health insurance)” ของโครงการ จนกลายเป็นเรื่องที่ถูกพูดถึงในกลุ่มนักวิชาการในรั้วมหาวิทยาลัย และหมู่ข้าราชการในกระทรวงสาธารณสุข บรรยากาศทางภูมิปัญญาเช่นนี้เองนำไปสู่การก่อตั้ง “ศูนย์ศึกษานโยบายสาธารณสุข” ซึ่งเป็นความร่วมมือทางวิชาการระหว่างศูนย์บัตรสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข และมหาวิทยาลัยมหิดล (สัมภาษณ์ศาสตราจารย์ ดร.ทิวทอง หงษ์วิวัฒน์ 15 มิถุนายน 2565) มีนักวิชาการจากหลากหลายมหาวิทยาลัยและหลายสาขามารวมตัวกันแสดงข้อคิดเห็น ไม่ว่าจะเป็นอาจารย์สมคิด แก้วสนธิ อาจารย์ดาว มงคลสมัย ศาสตราจารย์เกียรติคุณ ดร.ทิวทอง หงษ์วิวัฒน์ ศาสตราจารย์กิตติคุณ ดร.เทียนฉาย กีระนันท์ และมีแพทย์นักปฏิรูปเข้าร่วมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ และสังเกตการณ์จำนวนมาก ทั้งนายแพทย์ดำรงค์ บุญยสิน นายแพทย์อมร นนทสูต นายแพทย์สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ นายแพทย์สงวน นิตยารัมภ์พงศ์ นายแพทย์สมศักดิ์ ชุณหรัศมิ์ รวมถึงนายแพทย์วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร ซึ่งเป็นผู้ที่นายแพทย์ประเวศ วะสี ติดตามให้ไปศึกษาปริญญาเอกด้านเศรษฐศาสตร์สาธารณสุขที่ The London School of Hygiene & Tropical Medicine หรือ LHSTM ด้วยการสนับสนุนจากมูลนิธิร็อกเกอะเฟลเลอร์ (สัมภาษณ์นายแพทย์สมศักดิ์ ชุณหรัศมิ์, 17 พฤษภาคม 2565) ต่อมางานวิจัยของนายแพทย์วิโรจน์จะนำมาสู่การตัดสินใจเชิงนโยบาย เช่น กรณีเหมาจ่ายรายหัวของประกันสังคมและการคำนวณอัตรารายหัวที่ 1202 บาทของระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เป็นต้น

การขยายความรู้เชิงวิชาการออกไปยังสาขาเศรษฐศาสตร์และสังคมศาสตร์ “อย่างเป็นทางการ” นี้ ทำให้บรรดาแพทย์นักปฏิรูป “ตื่นตัว” ก่อนใคร และเริ่มวางแผนการออกแบบระบบบริหารสาธารณสุขที่เอาองค์ความรู้เรื่องเศรษฐศาสตร์สาธารณสุข (Health Economics) มาพิจารณาอย่างจริงจังร่วมด้วย

ข้อสรุปของการระดมความเห็นจากความร่วมมือครั้งนี้คือการเสนอว่า โครงการบัตรสุขภาพควรมีวัตถุประสงค์หลักไปที่เรื่อง “การประกันสุขภาพ” อันเป็นที่มาของแนวคิดเรื่องการร่วมจ่าย (co-payment) โดยเป็นบริการที่รัฐต้องให้ อาจารย์เทียนฉาย กีระนันท์ กล่าวถึงข้อควรพิจารณาอย่างหนึ่งไว้ว่า “[โครงการบัตรสุขภาพ] สามารถสร้างแรงจูงใจให้คนมีส่วนร่วมในการรักษา เป็นที่มา

ของ concept co-payment โดยเป็น service ที่รัฐต้องให้ แต่เสียเงินบ้างเพื่อให้ค่าทวงถามว่าเสียเงินแล้วได้อะไร ซึ่งเป็นผลในทางเศรษฐศาสตร์และจิตวิทยา...ดังนั้น การมีส่วนร่วมจ่ายคือ key สำคัญ” (สัมภาษณ์ศาสตราจารย์กิตติคุณ ดร.เทียนฉาย กีระนันทน์, 28 พฤษภาคม 2565) ดังนั้น องค์ความรู้ในระหว่าง พ.ศ. 2530-2534 เกี่ยวกับการประกันสุขภาพ ได้กลายเป็นรากฐานที่ก่อให้เกิดการเปลี่ยนครั้งใหญ่ของโครงการใน พ.ศ. 2537 ที่เกิด “โครงการบัตรประกันสุขภาพภาคสมัครใจ” โดยรัฐร่วมสมทบ 500 บาท และครัวเรือนสมทบบัตรละ 500 บาท นับว่าเป็นการเปลี่ยนการบริหารการเงินการคลังในระบบสุขภาพให้เป็นลักษณะเงินหมุนเวียนระดับชาติ

ประชากรกลุ่มเป้าหมายของโครงการ คือประชาชนที่มีรายได้เหนือเกณฑ์ความยากจนที่ไม่ได้รับบัตรผู้มีรายได้น้อยและไม่มีหลักประกันสุขภาพใด ๆ จึงอาจกล่าวได้ว่าโครงการบัตรสุขภาพเสมือน “ตาข่ายความมั่นคงด้านสังคม” (social safety net) ให้แก่กลุ่มคนจนที่เข้าไม่ถึงสิทธิในโครงการ สปน./สปร. นอกจากนี้บัตรสุขภาพที่ได้แปลงร่างกลายเป็นบัตรประกันสุขภาพแสดงให้เห็นถึงความคิดในเรื่องการกระจายความเสี่ยง (risk sharing) (สัมภาษณ์ศาสตราจารย์กิตติคุณ ดร.เทียนฉาย กีระนันทน์, 28 พฤษภาคม 2565) กรณีนี้คือการแบ่งภาระความเสี่ยงที่จะเกิดการเจ็บป่วยไปที่รัฐครั้งหนึ่ง ขณะที่รัฐได้เก็บสะสมเบี้ยประกันภัยไว้ใช้สำหรับกรณีที่มีผู้ประกัน/ถือบัตรเกิดเจ็บไข้ได้ป่วย หลักการกระจายในที่นี้จึงตั้งอยู่บนพื้นฐานที่เชื่อว่าโอกาสที่ผู้ถือบัตรทั้งหมดจะเจ็บป่วยพร้อมกันในเวลาเดียวกันมีอยู่น้อยมาก อันเป็นหลักการเดียวกันกับประกันภัยเอกชน ทั้งนี้ระหว่าง พ.ศ. 2537-2540 ถือเป็นช่วงเวลาที่โครงการขยายออกไปครอบคลุมประชากรมากที่สุดประมาณ 13.5 ของจำนวนประชากร

กระนั้นก็ตาม ยังคงเห็นช่องโหว่บางประการของโครงการบัตรประกันสุขภาพภาคสมัครใจ โดยทั่วไปการซื้อบัตรประกันสุขภาพสามารถซื้อเมื่อใดก็ได้ จึงทำให้ประสบปัญหาใหญ่คือคนรอให้เจ็บป่วยก่อนค่อยมาซื้อเอาก็ได้ ส่วนคนที่ซื้อไว้แล้วไม่ได้ใช้ ปีถัดไปก็เลิกซื้อ ทำให้ “มีแต่คนที่ ‘คุ้ม’ ที่จะ maintain membership ไว้ ดังนั้น financially มันไม่ sustain...” (สัมภาษณ์ ดร.นายแพทย์วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร, 31 พฤษภาคม 2565) นายแพทย์วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร นักวิชาการด้านเศรษฐศาสตร์ สาธารณสุขกล่าว เมื่อมองในมุมงบประมาณมันก็คือความ “ไม่ยั่งยืนทางการเงิน” ของระบบ ด้วยเหตุนี้ แนวคิดเรื่อง “การกระจายความเสี่ยง” จึงยังไม่สามารถเกิดขึ้นได้อย่างราบรื่นนัก และนี่คืออีกหนึ่งบทเรียนสำหรับการสร้างหลักประกันสุขภาพก้าวถัดไป ต่อมาการเกิดขึ้นของโครงการประกันสังคม (Social Security Program) ในช่วงทศวรรษ 2530 ถูกพัฒนาขึ้นเพื่ออุดช่องว่างและเติมเต็มองค์ความรู้ด้านการเงินการคลังให้แก่ระบบประกันสุขภาพอื่น ๆ ที่ผ่านมา และรวมถึงอุดรูโหว่ให้แก่ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าจะเกิดขึ้นต่อไปด้วย

## ว่าด้วยเรื่องประกันสังคมกับการเงินในระบบเหมาจ่ายรายหัว (Capitation)

ก่อนทศวรรษ 2530 จะเห็นได้ว่าระบบประกันสุขภาพไทยที่ผ่านมาวิธีกาจ่ายเงินที่ใช้กันอยู่แล้วก่อนหน้า ได้แก่ การจ่ายแบบงบประมาณรวม (payment by global budget) ในโครงการ สปน./สปร. หรือการจ่ายตามการบริการ (payment by services หรือ fee for service) ในสวัสดิการรักษายาบาลของข้าราชการ ส่วนบัตรสุขภาพเป็นแบบ co-payment ขณะที่วิธีจ่ายแบบเหมาจ่ายรายหัว (capitation) และการจ่ายแบบ “กลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม” (Diagnostic Related Group หรือ DRG) เป็นข้อเสนอใหม่ที่ยังไม่เคยถูกนำไปปฏิบัติมาก่อนในระบบประกันสุขภาพของประเทศไทย จนกระทั่งการกำเนิดขึ้นของระบบประกันสังคมใน พ.ศ. 2533 นี้เอง ที่ได้้นำระบบการจ่ายแบบเหมาจ่ายรายหัวมาใช้เป็นครั้งแรก โดยเฉพาะวิธีการจ่ายแบบเหมาจ่ายรายหัวนี้เอง ได้กลายมาเป็นแกนกลางของข้อเสนอสำหรับปรับปรุงระบบประกันสุขภาพระบบอื่น ๆ โดยเฉพาะการพัฒนาาระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติต่อมา

จริง ๆ แล้ว ประเทศไทยเคยมีพระราชบัญญัติประกันสังคมตั้งแต่ พ.ศ. 2497 เป็นกฎหมายฉบับแรก ที่กำหนดให้มีกองทุนประกันสังคมที่รวมเงินขึ้นจากการสมทบทุนของผู้ประกันตน ผู้ว่าจ้าง และรัฐบาล (ราชกิจจานุเบกษา, 2497) แต่กลับถูกระงับการใช้เพราะมีผู้คัดค้านจำนวนมาก ต่อมา พ.ศ. 2515 ประกาศคณะปฏิวัติฉบับที่ 103 ข้อที่ 3 กำหนดให้มีกองทุนเงินทดแทนในกรมแรงงาน (ราชกิจจานุเบกษา, 2515) แต่ก็นับว่ายังเป็นเรื่องการคุ้มครองแรงงานมากกว่าการประกันสังคม แม้ว่ามีความพยายามศึกษาความเป็นไปได้ของงานประกันสังคมอีกครั้งในช่วงต้นทศวรรษ 2520 ก็ไม่ืบหน้าเท่าใดนัก ต้องรอจนกว่าจะมีพระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. 2533 (ราชกิจจานุเบกษา, 2533) ถือเป็นกาเนิดขึ้นของระบบประกันสังคมอย่างเป็นทางการครั้งแรกของประเทศไทย มีการตั้งหน่วยงานที่รับผิดชอบคือสำนักงานประกันสังคม และโอนสำนักงานกองทุนเงินทดแทนที่มีมาก่อนเข้ามาไว้ใต้หน่วยงานเดียวกัน

ช่วงเวลาของการวางระบบประกันสังคมตอนนั้น ได้พิจารณารูปแบบการจ่ายค่าตอบแทนบริการทางการแพทย์ไว้ 2 รูปแบบ แบบที่หนึ่ง คือการจ่ายตามบริการ (fee for service) กับแบบที่สอง คือการเหมาจ่ายรายหัว (capitation) ท้ายที่สุดแล้วคณะกรรมการการแพทย์ได้เลือกใช่วิธีเหมาจ่ายรายหัวด้วยเหตุผลหลักคือ คือวิธีการจ่ายเงินแบบเหมาจ่ายรายหัวสามารถ “ควบคุม” ต้นทุนได้ดีกว่าการจ่ายตามการบริการ ที่สถานพยาบาลมีแนวโน้ม “ให้” บริการเพิ่มขึ้นและผู้ป่วยเองก็มีแนวโน้มที่จะ “ใช้” บริการเพิ่มเติมโดยไม่มีควมจำเป็น (เช่น การให้บริการเกินควมจำเป็น การตรวจสอบการเบิกจ่ายย้อนหลัง และที่สำคัญคือการเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วของค่าใช้จ่าย) และด้วย “ข้อจำกัดด้านงบประมาณ”

อีกเช่นเคย มีการประเมินว่าหากใช้ระบบจ่ายตามการบริการ กองทุนประกันสังคมอาจขาดทุนประมาณปีละ 500 ล้านบาท (จิรุตม์ ศรีรัตนบัลล์ และ สุกัลยา คงสวัสดิ์, 2544, 17-18) จึงไม่เกินเลยซัดนักหากกล่าวว่าการวางระบบประกันสังคมขึ้นอยู่กับ “ปัญหาอันหนักอึ้ง” ของระบบสวัสดิการรักษายาบาลของข้าราชการ ข้อจำกัดเรื่องเงิน ๆ ทอง ๆ นี้เองได้นำมาสู่การเลือกใช้ “วิธีเหมาจ่ายรายหัว”

นายแพทย์สงวน นิตยารัมภ์พงศ์ ผู้มีส่วนในการออกแบบระบบประกันสังคม เคยอธิบายถึงใช้วิธีการจ่ายแบบค่าตอบแทนเป็นรายหัว (payment by capitation) ไว้ว่า

ระบบนี้ “ทำให้เกิดการควบคุมต้นทุนได้ดีกว่า และง่ายในการบริหารจัดการ เมื่อเทียบกับวิธีอื่น ๆ...การจ่ายค่าตอบแทนเป็นรายหัวนี้จะจ่ายให้กับสถานบริการซึ่งเป็นผู้ประกันหลักโดยคิดตามจำนวนรายหัวที่สถานบริการต่าง ๆ เหล่า นั้นต้องรับผิดชอบ โดยไม่สนใจว่าสถานบริการเหล่านั้นจะมีผู้เอาประกันจำนวนเท่าใด จะให้บริการแก่ผู้เอาประกันที่เจ็บป่วยหนัก หรือเบาเพียงใด หรือไม่ได้ให้บริการเลยเพราะไม่มีผู้เจ็บป่วย การควบคุมต้นทุนและการบริหารจัดการโดยวิธีนี้จะเป็นไปได้ง่ายแต่จะต้องมีระบบการควบคุมคุณภาพของการให้บริการ”

(สงวน นิตยารัมภ์พงศ์ และ ปฐม สวรรค์ปัญญาเลิศ, 2537, น. 20)

อย่างไรก็ตาม นายแพทย์สงวนมองว่าการใช้ระบบเหมาจ่ายรายหัวอาจมีแรงจูงใจต่อการเข้าร่วมของสถานพยาบาลน้อย และน่าจะชอบวิธีการจ่ายเงินแบบ “จ่ายตามการบริการ” (payment by services) มากกว่า โดยเฉพาะสถานพยาบาลเอกชนที่ต้องใช้ต้นทุนในราคาสูงต่ำต่างกัน ซึ่งก็เกิดกระแสบ่นอึดอัดขึ้นจริง ๆ ว่า หากโรงพยาบาลเอกชนตัดสินใจเข้าร่วมเป็นหน่วยบริการแก่ประกันสังคม เป็นไปได้มากกว่าจะเกิดภาวะขาดทุนขึ้น

ดังนั้น ภาระหนักอึ้งจึงมาตกอยู่ที่คณะทำงานพัฒนาประกันสังคมที่ต้องรับบทหนักในการคำนวณ “ตัวเลขค่าใช้จ่ายรายหัว” ที่สำนักงานประกันสังคมจะต้องจ่ายให้สถานพยาบาลอย่างเหมาะสมที่สุด และป้องกันไม่ให้เดินไปสู่เส้นทางของภาวะขาดทุน เมื่อผ่านการคำนวณและถกเถียงกันอย่างถี่ถ้วนแล้ว ตัวเลขซึ่งอยู่ที่ 700 บาทต่อคนต่อปี โดยนายแพทย์วิโรจน์คิดคำนวณจากต้นทุนที่เหมาะสมของผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในจากการศึกษาในโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไป 89 แห่งของกระทรวงสาธารณสุข พบว่าต้นทุนสำหรับผู้ป่วยนอกต่อครั้งโดยเฉลี่ยอยู่ที่ 137 บาทต่อครั้ง ขณะที่ต้นทุนผู้ป่วยในต่อวันเฉลี่ย 496 บาทต่อวัน ผลการคิดคำนวณที่ได้ถูกนำมาพิจารณาร่วมกับข้อมูลอีกชุดคือจำนวนการใช้บริการในโรงพยาบาลทั้งผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน ข้อมูลชุดหลังนี้ได้รับการสำรวจ

โดยกระทรวงสาธารณสุขและสถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล พบว่าจำนวนผู้ป่วยนอกอยู่ที่ 2-3 ครั้ง/ปี และผู้ป่วยใน 0.35 วันต่อคนต่อปี ดังนั้น ค่าตอบแทนสำหรับสถานพยาบาลเมื่อคิดเป็นรายจ่ายต่อหัวและบวกอัตราการเพิ่มในขณะที่ยังดำเนินการจริงจากข้อมูลเมื่อปี 2534 จะอยู่ที่ประมาณ 665 บาท/คน/ปี เมื่อเทียบกับงบประมาณของโครงการประกันสังคมจำนวน 150 ล้านบาท และมีจำนวนผู้ใช้แรงงานที่ต้องการประกันสังคม 2 ล้านคน ทำให้งบประมาณที่สามารถจ่ายได้ไม่เกิน 754.5 บาทต่อคนต่อปี เพราะฉะนั้นข้อเสนองบประมาณรายหัวคือจำนวนที่อยู่ระหว่าง 665-754 บาท หรือ 700 บาทต่อคนต่อปี

ต้นทุนผู้ป่วยนอก	
ต้นทุนผู้ป่วยนอกโดยเฉลี่ย	137 บาท/ครั้ง
ประมาณการ พ.ศ. 2534	157 บาท/ครั้ง
ประชาชนโดยทั่วไปต้องการการดูแล	2-3 ครั้ง/ปี
ต้นทุนผู้ป่วยนอกรวม	471 บาท/คน/ปี
ต้นทุนผู้ป่วยใน	
ต้นทุนผู้ป่วยในโดยเฉลี่ย	496 บาท/วัน
ประมาณการ พ.ศ. 2534	555 บาท/วัน
ประชาชนโดยทั่วไปต้องการการดูแล	0.35 วัน/คน/ปี
ต้นทุนผู้ป่วยใน	194 บาท/คน/ปี
ต้นทุนต่อคนรวม	471+194 = 665 บาท/คน/ปี

### ตาราง 1 การประมาณต้นทุนสำหรับการให้บริการผู้ประกันตนต่อหัว พ.ศ. 2533

ที่มา: ปรับจาก สงวน นิตยารัมภ์พงศ์ และ ปฐม สุวรรณปัญญาเลิศ,  
 “ปฐมบทระบบประกันสุขภาพภายใต้พระราชบัญญัติประกันสังคม: ข้อเสนอแนะที่ ๒๒, 2537, หน้า 22.

ภายหลังเมื่อประกันสังคมเกิดขึ้นและดำเนินการไปแล้วประมาณ 3 ปี ความกลัวของบรรดาผู้มีส่วนได้เสียว่าจะขาดทุน “เงียบหายไปโดยสิ้นเชิง” แต่กลับพบว่ากองทุนประกันสังคม “มีฐานะทางการเงินที่ดีมาก” มีรายรับเหนือรายจ่าย ทำให้กองทุนมีเงินสะสมอยู่เป็นจำนวนมาก จุดนี้แสดงให้เห็นว่าวิธีการบริหารเงินของกองทุนประกันสังคมแบบ “เหมาจ่ายรายหัว” (capitation) ในอัตรา 700 บาท ให้กับสถานพยาบาลที่ขึ้นทะเบียนรับสมาชิกประกันสังคมมีความเหมาะสมและสามารถคุมยอดรายจ่ายค่ารักษาพยาบาลได้อย่างมีประสิทธิภาพ (เทียนฉาย กิระนันท์, 2539, น. 84) ด้วยเหตุนี้จึงประเมินว่าในภาพรวมของการจัดการด้านการเงินของกองทุนประกันสังคมมีพัฒนาการที่ดี เนื่องจากสถานะทางการเงินของกองทุนอยู่ในสภาพคล่องและมีแนวโน้มว่าเงินจะสะสมเพิ่มมากขึ้น ขณะที่รายจ่ายที่เป็นค่าทดแทนมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นในอัตราที่ต่ำกว่า ส่วนหนึ่งของความสำเร็จนี้ได้ยกเครดิตให้กับระบบ

การเบิกจ่ายให้สถานพยาบาลในอัตราที่กำหนดแบบเหมาจ่ายรายหัว (Capitation) ที่ทำให้ผู้ให้บริการหรือสถานพยาบาลสามารถดำเนินงานได้โดยคุ้มทุน (cost containment) รวมทั้งยังส่งเสริมให้เกิดการแข่งขันในการให้บริการระหว่างสถานพยาบาลของรัฐและเอกชนอีกด้วย (เทียนฉาย กิระนันท์, 2539, น. 89–90.; Tangcharoensathien, Supachutikul & Lertiendumrong, 1999, pp.913-923)

ช่วงเวลาเดียวกันกับที่กำลังออกแบบระบบเหมาจ่ายรายหัวในระบบประกันสังคมอยู่นั้น ก็ได้มีความพยายามพัฒนา “ระบบการดูแลสุขภาพปฐมภูมิ” ประกอบการทำความเข้าใจเรื่องงบประมาณไปด้วย

## โครงการอยุธยา: ต้นแบบระบบการดูแลสุขภาพปฐมภูมิ

ความมุ่งมั่นที่จะปฏิรูปสุขภาพ “ทั้งระบบ” ของนายแพทย์สงวน นำไปสู่ “โครงการอยุธยา” ที่เป็นการทดลองวิจัยเชิงปฏิบัติของนายแพทย์สงวนมาก่อนอีกเช่นเคย นายแพทย์สงวนเคยทดลองใช้ระบบการดูแลสุขภาพปฐมภูมิในระดับอำเภอ ที่อำเภอขุนหาญ จังหวัดศรีสะเกษมาก่อนแล้ว ต่อมาจึงขยายสู่ระดับจังหวัด โดยใช้ฐานที่มั่นเป็นจังหวัดพระนครศรีอยุธยาเนื่องจากมีมิตรสหายไม่น้อยอยู่ที่นั่น โครงการได้ดำเนินงานผ่านการร่วมงานกันของ 3 ฝ่าย ได้แก่ (1) สถาบันวิจัยโรคเขตร้อน แอนท์เวิร์ป ประเทศเบลเยียม (2) คณะแพทยศาสตร์รามธิบดีมหาวิทยาลัยมหิดล (มีตัวแทนสำคัญคือศาสตราจารย์นายแพทย์อรรถสิทธิ์ เวชชาชีวะ คณบดีขณะนั้น และรองศาสตราจารย์ นายแพทย์สุรเกียรติ์ อาชานานุภาพ) และ (3) กองแผนงานกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งมีตัวแทนคือนายแพทย์สงวน นิตยารัมภ์พงศ์ ขณะเป็นผู้อำนวยการกองแผนงาน โดยขอทุนสนับสนุนการวิจัยจากประชาคมยุโรป (ขณะที่ยังเป็น European Community) (รวินันท์ ศิริกนกวิไล, ทวีเกียรติ บุญยไพศาลเจริญ และ ยงยุทธ พงษ์สุภาพ, 2541, น. 13) นอกเหนือไปจากบทบาทของนายแพทย์อรรถสิทธิ์ที่ทำหน้าที่เจรจากับกระทรวงสาธารณสุข นายแพทย์สงวนกับนายแพทย์สุรเกียรติ์จัดทำข้อเสนอโครงการและงบประมาณ ยังมีนายแพทย์สมชัย (รวินันท์) ศิริกนกวิไล นายแพทย์ทวีเกียรติ บุญยไพศาลเจริญ นายแพทย์ยงยุทธ พงษ์สุภาพ นายแพทย์สมบัติ ตริประเสริฐสุข และนายแพทย์สุวัฒน์ วิริยะพงษ์สุกิจ เป็นที่ปรึกษาการและเกาะติดสถานการณ์ต่อเนื่อง

ในแง่กรอบแนวคิด การส่งเสริมระบบบริการปฐมภูมิถูกทำให้เชื่อว่าเป็นแนวทางที่จะสามารถแก้ปัญหาาระบบบริการสาธารณสุขในจังหวัดพระนครศรีอยุธยา ซึ่งน่าจะเป็นตัวอย่างของปัญหาว่าด้วยระบบสาธารณสุขในจังหวัดอื่น ๆ เช่นกัน โครงการอยุธยาได้กลายเป็นต้นแบบของระบบสาธารณสุข

แบบบูรณาการในเวลาต่อมา โดยใช้ “สถานพยาบาลปฐมภูมิ” (primary care) เป็นหน่วยสำคัญในการให้บริการทางสุขภาพแก่ประชาชน

นอกจากนั้นแล้ว ยังมีการทดลองใช้รูปแบบการจัดเก็บค่ารักษาพยาบาลในลักษณะการเหมาจ่ายในอัตราเดียวกัน “70 บาทรักษาทุกโรค” ประสบการณ์จากโครงการอัยการที่กลายเป็นอีกหนึ่งบทเรียนต่อการสร้างระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าที่สำคัญคือ การ “ปฏิรูปการเงินการคลัง” เพื่อขจัดอุปสรรคในการเข้าถึงการรักษาพยาบาลโดยไม่ต้องกังวลเรื่องเงิน ไม่ว่าจะป่วยน้อยและเข้ารักษาที่หน่วยบริการใกล้บ้าน หรือป่วยมากจนต้องรับการรักษาที่โรงพยาบาลใหญ่ ผู้ป่วยจะเสียค่าบริการ “เท่ากัน” ซึ่งถือเป็นหัวใจของหลักการ “เฉลี่ยทุกข์เฉลี่ยสุข” ก็ว่าได้ เมื่อมองย้อนหลังกลับไปเราจึงมักได้ยินคำเปรียบเปรยที่ว่าโครงการ 70 บาทในครั้งนี้นับเป็นจุดเริ่มต้นหนึ่งของวิวัฒนาการที่กลายมาเป็นโครงการ 30 บาทรักษาทุกโรคภายหลัง ดังที่นายแพทย์สงวนยืนยน์ไว้ว่า “โครงการ 70 บาทดูแลสุขภาพทุกมิติและรักษาทุกโรคให้กับประชาชน หรือจะเรียกว่า 70 บาทรักษาทุกโรคก็ได้” (สงวน นิตยารัมภ์พงศ์, 2548, น. 65)

ดังนั้น นอกจากการคำนึงถึงการสร้างระบบบริการสาธารณสุขในระดับปฐมภูมิให้เข้มแข็งแล้ว เงื่อนไขประการที่สองคือต้องนำรูปแบบการประกันสุขภาพที่เหมาะสมมาใช้ภายใต้ฐานคิดว่าบริการรักษาพยาบาลควรเป็นสิทธิขั้นพื้นฐานของมนุษย์ เพราะหากไม่มีระบบประกันสุขภาพการพัฒนาบริการปฐมภูมิหรือ primary care ให้เข้มแข็งก็ไม่สามารถเกิดขึ้นได้ “primary care กับ health insurance จะต้องควบคู่กันไปอันจะก่อให้เกิดความสามารถและความประหยัดในการใช้บริการสาธารณสุข” (โครงการวิจัยอัยการและสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, 2533, น. 34–35) ข้อสรุป 2 ประการข้างต้นแสดงให้เห็น **หมุดหมายที่ถูกปักไว้แล้วอันเป็นข้อค้นพบจากโครงการอัยการคือการสร้างหลักประกันสุขภาพซึ่งเป็น “สิทธิขั้นพื้นฐาน” ของคนที่ไม่ใช่ “การสงเคราะห์” เฉพาะผู้ที่ขาดแคลนอย่างที่ทำกันอยู่**

โครงการอัยการกลายเป็นแม่แบบสำคัญที่ในภายหลังโครงการลักษณะนี้ได้ขยายการทดลองออกไปอีกหลายพื้นที่ โดยดำเนินการและสนับสนุนงบประมาณที่อยู่ภายใต้ความรับผิดชอบของกระทรวงสาธารณสุขในชื่อว่า “โครงการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข” หรือ Health Care Reform Project (สงวน นิตยารัมภ์พงศ์, 2548, น. 66) ในระยะแรกดำเนินการระหว่าง พ.ศ. 2539–2542 จำนวน 5 จังหวัด ได้แก่ พระนครศรีอยุธยา ขอนแก่น ยโสธร พะเยา สงขลา (โครงการความร่วมมือระหว่างรัฐบาลไทยและสหภาพยุโรป, 2541, 20) และรายโครงการย่อยในพื้นที่อื่น ๆ เช่น สมุทรสาคร นครสวรรค์ นครราชสีมา พิษณุโลก กรุงเทพฯ (สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ, 2546, น. 172) และอำเภอบ้านแพ้ว ในสมุทรสาคร ฯลฯ

จึงไม่เป็นการกล่าวที่เกินจริงเลยว่า “เงินคือโจทย์ใหญ่” ที่ทรงอิทธิพลตลอดประวัติศาสตร์เส้นทางการพัฒนาระบบรักษาพยาบาลและประกันสุขภาพรูปแบบต่าง ๆ เสมอมา บรรดาแพทย์นักปฏิรูปได้พยายามสืบเสาะแสวงหาวิธีการเพื่อคิดค้น ทดลอง และลงแรงทำ เพื่อหาคำตอบที่ดีที่สุดให้แก่ระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้าในประเทศไทย เราจะเห็นว่าเบื้องหลังการสร้างระบบประกันทั้งหลายประกอบกับการเดินหน้าทดลองโครงการอีกหลายรูปแบบและ ประสบการณ์ทั้งหมดนี้ ภายหลังจากได้กลายเป็นองค์ความรู้เรื่องงบประมาณที่นำไปสู่การบูรณาการระบบสาธารณสุขได้สำเร็จทั้งมิติ “การเงิน การจัดการ และการให้บริการ” ที่จะถูกคัดสรร ต่อยอด ปรับปรุง หรือผนวกรวมเข้าเป็นส่วนหนึ่งของโครงสร้างระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติใน พ.ศ. 2544

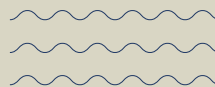
นอกเหนือจากเรื่องเงิน ๆ ทอง ๆ แล้ว อีกหนึ่งองค์ประกอบที่มีผลต่อการขึ้นลงของงบประมาณด้วยเช่นกันที่ต้องกล่าวถึง คือ “ยา” ที่ใช้ในการรักษา ซึ่งปริมาณยาเยอะมียผลต่อ “ราคายา” ที่จะกระทบต่อวงเงินงบประมาณของระบบโดยรวมอีกทีหนึ่ง



เมื่อกระแสธารมาบรรจบ  
ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า  
จึงบังเกิด

- 6 -

## ยากับความมั่นคงในระบบสุขภาพ





เมื่อมีบัญชียาหลักแห่งชาติ  
ย่อมกลายเป็นหนึ่งในเครื่องมือ  
ที่ช่วยการันตีว่าโรงพยาบาล  
จ่ายประเภทของยา  
โดย “ค้ำนึ่งถึง” ประโยชน์ของยา  
ความจำเป็นในการใช้ คุณภาพ  
และราคาที่เหมาะสม  
โดยที่ไม่ผลักค่ายารักษาโรค  
อันเป็นหนึ่งในปัจจัยสี่ไปเป็นภาระ  
ให้แก่ประชาชนมากจนเกินไป



## สถานการณ์การผลิตยา ก่อน พ.ศ. 2524

เดิมที่สังคมไทยไม่มีความรู้เรื่องการปรุงยาแบบตะวันตกมาก่อน แม้ว่าจะรับการแพทย์แบบตะวันตกเข้ามาแล้วก็ตาม สยาม/ไทยยังคงมีแต่เพียง “ศาลาแยกธาตุ” เท่านั้น เจ้าศาลาแยกธาตุที่ต่อมากลายเป็นกรมวิทยาศาสตร์นั้น ในยุครัฐสมบูรณาญาสิทธิราชย์ตั้งอยู่ภายในกรมกระษాปณัสนัทธิการ มีหน้าที่ในการวิจัยด้านเคมีการตรวจสอบวัตถุต่าง ๆ เช่น แอลกอฮอล์ ยาพิษ ปู่ย แร่ เงินปลอม ฯลฯ นอกเหนือไปจากนี้ งานด้านเภสัชกรรมก็เป็นอีกหนึ่งงานที่ถูกกล่าวถึง แต่ก็ยังไม่ได้สลักสำคัญมากนัก เพราะยาที่ผลิตก็เป็นเพียงน้ำมันกระเบารักษาโรคเรื้อนและวิตามินบี

เมื่อกรมหมื่นชัชยนาทเรนทร ผู้ที่ได้ชื่อว่าเป็นบิดาวิทยาศาสตร์เภสัชกรรมแห่งประเทศไทย เข้ามาเป็นผู้บังคับบัญชาของโรงเรียนราชแพทยาลัยใน พ.ศ. 2458 พระองค์ได้เน้นวิชาวิทยาศาสตร์การแพทย์พื้นฐานมากขึ้นและเปิดการสอน “วิชาเภสัชศาสตร์” เป็นครั้งแรก รวมทั้งได้จ้างอาจารย์ชาวต่างประเทศมาช่วยสอนวิชาต่าง ๆ เป็นจำนวนมาก แต่กระนั้นในแง่ของการผลิตแล้ว ยารักษาโรคส่วนใหญ่ยังเป็นสินค้านำเข้าเกือบทั้งหมด ไม่สามารถผลิตขึ้นเองได้

กระทั่งหลัง พ.ศ. 2475 วิทยาศาสตร์ (บริสุทธิ์) ค่อย ๆ กลายเป็นเครื่องมือสำคัญในการพัฒนาเศรษฐกิจของชนชั้นนำในระบอบใหม่ อันรับรู้ได้จากคำปรารภของนายตั้ว ลพานุกรม หนึ่งในสมาชิกคณะราษฎรสายพลเรือนและอธิบดีกรมวิทยาศาสตร์สมัยนั้น ซึ่งสะท้อนให้เห็นการเริ่มตระหนักถึงความสำคัญของวิทยาศาสตร์กับการพัฒนาประเทศเอาไว้ว่า “ประชาชาติที่เจริญแล้วทุกแห่งได้ลงทุนในการค้นคว้าทางวิทยาศาสตร์เป็นจำนวนมาก ๆ เพราะดังได้กล่าวแล้วว่าการค้นคว้าต่าง ๆ นั้น คือ สิ่งที่ทำให้กำเนิดแก่อุตสาหกรรม...ถ้าหากเรามีการอุตสาหกรรมเจริญขึ้น การเงินของประเทศก็ย่อมจะ

เขยิบเข้าสู่ฐานะมั่นคงยิ่งขึ้น” (ที่ระลึกในงานรัฐพิธีพระราชทานเพลิงศพ พณฯ ดร. ตั้ว ลพานุกรม ณ สุสานหลวงวัดเทพศิรินทราวาส วันที่ 4 ธันวาคม 2484, 61) ฉะนั้น ในช่วงที่จอมพล ป. พิบูลสงคราม ขึ้นสู่อำนาจจึงปรากฏว่ากิจกรรมวิทยาศาสตร์ก็ค่อย ๆ เติบโตขึ้นเป็นลำดับ เพื่อตอบสนองนโยบายทางเศรษฐกิจอย่างการส่งเสริมให้ชาวไทยใช้เครื่องอุปโภคบริโภคที่ทำขึ้นในประเทศไทยตามรัฐธรรมนูญฉบับที่ 5 ของจอมพล ป. พิบูลสงคราม เมื่อบทบาทของกรมวิทยาศาสตร์ (พัฒนามาจากศาลาแยกธาตุ) นำโดยนายตั้ว ลพานุกรมได้เติบโตขึ้นอย่างชัดเจน การส่งเสริมงานด้านเภสัชกรรมและสร้างโรงงานเภสัชกรรมจึงก่อตัวขึ้นตามมา เพื่อเริ่มดำเนินการผลิตยาให้เป็นอุตสาหกรรมชนิดหนึ่งของรัฐและเพื่อทดแทนการนำเข้าจากต่างประเทศในช่วงสงครามโลกครั้งที่สอง (เพ็งอึ้ง, 55-56)

จากนั้น รัฐยังมีพัฒนาการต่อเนื่องในเรื่องการหันมาให้ความสนใจระบบบริหารจัดการยาของรูนับตั้งแต่ทศวรรษ 2510 เช่น การจัดทำ “เภสัชตำรับโรงพยาบาล” (Hospital Formulary) ครั้งแรกใน พ.ศ. 2506 (วิชัย โชควิวัฒน์, 2564, น. 631) การเกิดขึ้นของพระราชบัญญัติยา ใน พ.ศ. 2510 (ราชกิจจานุเบกษา, 2510) หรือเภสัชตำรับฉบับกระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2519 ที่ปรับปรุงจากตำราเดิมแต่ให้ดูทันสมัยขึ้น (กระทรวงสาธารณสุข, 2520) แต่การเปลี่ยนแปลงเหล่านี้ก็ยังไม่ถือเป็นการวางแนวทางบริหารระบบยาอย่างรอบด้าน การวางแผนและกำหนดยุทธศาสตร์ด้านยาของประเทศไทยเกิดขึ้นอย่างเป็นทางการเมื่อมีการประกาศใช้ “นโยบายแห่งชาติด้านยา พ.ศ. 2524” รวมสรุปอย่างรวบรัดได้ว่านับตั้งแต่ก่อน พ.ศ. 2524 ประเทศไทยจะยังไม่มียาแผนด้านยาของประเทศอย่าง “เป็นระบบ” ยาประมาณร้อยละ 25 ของมูลค่าการบริโภคเป็นการนำเข้ายาสำเร็จรูปจากต่างประเทศ ขณะที่อีกร้อยละ 75 เป็นการผลิตภายในประเทศ แต่ส่วนใหญ่ก็ต้องอาศัยวัตถุดิบที่มาจากต่างประเทศ ปัญหาเหล่านี้แสดงให้เห็นความไม่มั่นคงด้านการผลิตยาของประเทศไทยในหลายมิติ (ประดิษฐ์ หุดงกูร, 2520) เช่น ข้อจำกัดทางด้านเทคโนโลยี การขาดผู้เชี่ยวชาญด้านยาเพื่อค้นคว้า วิจัยและผลิตยา รวมถึงการขาดวัตถุดิบที่จำเป็นสำหรับผลิตยาขึ้นได้เอง

ขณะที่แหล่งการผลิตยาย้อนกลับไปเมื่อ พ.ศ. 2523 มีโรงงานผลิตและนำเข้ายาแผนปัจจุบันทั้งหมด 543 แห่ง โดย 506 แห่งตั้งอยู่ในกรุงเทพฯ ส่วนร้านขายยาทั้งประเทศมีจำนวน 14,586 แห่งกระจุกตัวในกรุงเทพฯ ไปแล้วถึง 3,530 แห่ง ส่วนที่เหลือกระจายอยู่ตามต่างจังหวัดเฉลี่ยจังหวัดละเพียง 155 แห่ง (สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ, 2537, น. 61-62) ข้อเท็จจริงนี้แสดงให้เห็นความไม่เป็นธรรมของโครงสร้างพื้นฐานของการกระจายยาที่กระจุกอยู่แต่ในกรุงเทพฯ และพื้นที่หัวเมืองเป็นหลัก ส่วนพื้นที่ชนบทที่มีประชากรจำนวนมาก ยังต้องเผชิญกับปัญหาการขาดแคลนและเข้าไม่ถึงยารักษา เจก เช่นปัญหาขาดแคลนบุคลากรทางการแพทย์ฉันทน์ไคก็ฉันทน์

เรื่องระบบยายังสัมพันธ์กับสภาพปัญหาว่าด้วยการใช้และระบบบริหารจัดการยาของประเทศไทยที่ดำรงอยู่หลายด้าน ประการแรกคือการใช้ยาไม่ถูกต้องและมากเกินไปจนเกินความจำเป็น (สำลี ใจดี และคณะ, 2523) ข้อมูลระหว่าง พ.ศ. 2522-2524 แสดงให้เห็นว่าการบริโภคยาของประเทศไทยมีแนวโน้มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง เห็นได้จากค่าใช้จ่ายเกี่ยวกับยาของประชาชนคนไทยที่คิดเป็นร้อยละ 80 ของมูลค่าใช้จ่ายที่จำเป็นด้านสาธารณสุขทั้งหมด ซึ่งถือเป็นสัดส่วนที่สูงมาก ส่วนใหญ่เป็นเพราะการซื้อยากินเอง ประมาณร้อยละ 60 ของประชาชนที่เจ็บป่วยเลือกใช้วิธีการรักษาตนเอง (self-medication) ด้วยการซื้อยาจากร้านขายยาทั่วไป (สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ, 2537, น. 60-61) ทำให้มีประชาชนจำนวนมากรักษาตนเองอย่างเสรีโดยไม่ผ่านการวินิจฉัยจากบุคลากรทางการแพทย์ ขณะเดียวกันการซื้อยากินเองก็ดำรงอยู่ควบคู่กับการส่งเสริมการขาย การโฆษณา และระบบการกระจายยาของเอกชนที่ค่อย ๆ เติบโตขึ้น เงื่อนไขเหล่านี้ก่อให้เกิดปัญหาการบริโภคยามากเกินความจำเป็น การติดยา การดื้อยา อันตรายจากการใช้ยา ขณะที่ผู้ที่เข้ารับบริการผ่านระบบสาธารณสุขและรับยาผ่านศูนย์บริการของรัฐก็มีปัญหาทำนองเดียวกัน ไม่ว่าจะเป็นการใช้ยาเกินจำเป็น ปัญหาขาดสต็อก ปัญหาการเก็บรักษา ยา เพราะฉะนั้นการส่งจ่ายยาของแพทย์และระบบการจัดซื้อจัดหายาของโรงพยาบาลก็เป็นปัจจัยหนึ่งที่ส่งผลต่อปัญหาจากการบริโภคยาเช่นกัน (สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ, 2537, น. 61)

ประจวบเหมาะจากการผลักดันขององค์การอนามัยโลกที่ต้องการให้ทุกประเทศมีนโยบายด้านยาและตระหนักถึงปัญหาในระบบยา ซึ่งองค์การอนามัยโลกพบว่ากลุ่มประเทศกำลังพัฒนา เช่น พม่า อินเดีย อินโดนีเซีย เนปาล และไทย มีปัญหาใหญ่ร่วมกันคือทั้งขาดแคลน ใช้เกินจำเป็น และต้องพึ่งพายาจากต่างประเทศ ปัญหาเหล่านี้ถูกทำให้หนักหน่วงรุนแรงมากขึ้นจากการ “ขาดกลไก” ที่มีหน้าที่ควบคุมดูแลให้ปฏิบัติตามกฎหมายอย่างเข้มงวด การประชุมขององค์การอนามัยโลกใน พ.ศ. 2522 จึงกระตุ้นและเร่งรัดให้ประเทศสมาชิกกำหนดนโยบายแห่งชาติทางด้านยา การประชุมครั้งนี้ถือเป็นจุดเริ่มต้นที่นำไปสู่การกำหนดนโยบายที่เฉพาะเจาะจงเพื่อพัฒนาระบบยาของประเทศไทย โดยได้รับการสนับสนุนทางการเงินและวิชาการจากองค์การอนามัยโลก (เพ็งอึ้ง, 2537, น. 60) เมื่อกระทรวงสาธารณสุขมีแนวคิดที่จะแก้ปัญหาระบบบริหารจัดการยาเป็นการเฉพาะ จึงได้ตั้งคณะทำงานจัดทำนโยบายแห่งชาติด้านยาขึ้นในวันที่ 6 ตุลาคม พ.ศ. 2523 ในชื่อว่า “คณะกรรมการกลางเพื่อจัดทำนโยบายแห่งชาติทางด้านยา” มีนายแพทย์เสม พริ้งพวงแก้ว รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข ขณะนั้นเป็นประธานคณะทำงาน จนสำเร็จออกมาเป็น “นโยบายแห่งชาติด้านยา พ.ศ. 2524” (กระทรวงสาธารณสุข, 2524) ฉบับแรกของประเทศไทย ขณะเดียวกันเพื่อผลักดันให้เกิดการปฏิบัติตามนโยบายก็ได้มีตั้งคณะทำงานที่รับผิดชอบคือ “คณะกรรมการแห่งชาติด้านยา” ในวันที่ 21 มิถุนายน พ.ศ. 2525 (วิชัย โชควิวัฒน์, 2564, น. 12-13)

## นโยบายแห่งชาติด้านยาฉบับแรกและพัฒนาการสู่ปัจจุบัน

นโยบายฉบับนี้กำหนดทิศทางและเป้าหมายการพัฒนาาระบบยาออกเป็น 5 โครงการคือ การจัดหาและกระจายยา การพัฒนาบุคลากรด้านยา การควบคุมคุณภาพยา การผลิตยาขององค์กรเภสัชกรรม และการวิจัยสมุนไพรของกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ ทั้งห้าโครงการนี้เป็นไปตามพันธกิจ 5 ประการของนโยบายแห่งชาติด้านยาฉบับนี้คือ 1.จัดให้มียาปลอดภัย คุณภาพดี ราคาไม่แพง สามารถกระจายอย่างทั่วถึงในพื้นที่ที่ชนบทด้วยการจัดหาและกระจายยา รวมถึงสนับสนุนการผลิตยาภายในประเทศ 2.ลดการใช้ยาที่ไม่เหมาะสมผ่านการกำหนดรายการยาในบัญชียาหลักของประเทศ 3.ควบคุมคุณภาพ ความปลอดภัย และสรรพคุณของยาด้วยการพัฒนาหน่วยงานที่รับผิดชอบด้านมาตรฐานของยา 4.สำรวจข้อมูลที่สำคัญสำหรับอุตสาหกรรมผลิตยา ศึกษาความเป็นไปได้ในการผลิตยาโดยใช้ทรัพยากรในประเทศ และ 5.ศึกษาความเป็นไปได้ในการบำบัดโรคของยาแผนโบราณสำหรับงานสาธารณสุขมูลฐาน และเพื่อกำกับการทำงานให้เป็นไปตามนโยบายห้าประการข้างต้น จึงมีการตั้งองค์กรที่รับผิดชอบนโยบายฉบับนี้ คือ “คณะกรรมการแห่งชาติด้านยา” ทำหน้าที่กำหนดนโยบาย ทิศทางและเป้าหมายการพัฒนาาระบบยาของประเทศไทย รวมถึง “กำกับควบคุม” หน่วยงานรัฐและเอกชนอันเกี่ยวข้องกับเรื่องระบบยาด้วย

เมื่อเข้าสู่ช่วงของแผนพัฒนาสาธารณสุข ฉบับที่ 5 (พ.ศ. 2525-2529) ฉบับที่ 6 (พ.ศ. 2530-2534) (กระทรวงสาธารณสุข, ม.ป.ป.ช, น. 188-235) และฉบับที่ 7 (พ.ศ. 2535 - 2539) (คณะกรรมการวางแผนพัฒนาการสาธารณสุข, แผนพัฒนาสาธารณสุข ตามแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 7 (พ.ศ. 2535-2539), 2535, 596-600, 607-12, 647-65; สำนักนโยบายและแผนสาธารณสุข, 2536, 12.1-12.15) ได้ดำเนินการตามยุทธศาสตร์ของนโยบายแห่งชาติด้านยา อันถือเป็นการวางรากฐานของแนวทางการบริหารจัดการระบบยาของประเทศไทย โดยมีหลักคิดว่าการเพิ่มประสิทธิภาพของระบบยาจะต้องพัฒนาและปรับปรุงการบริหารจัดการองค์ประกอบทั้งสี่ประการนี้ ได้แก่ “การคัดเลือกยา” (drug selection) “การจัดหาและผลิตยา” (production and procurement) “การกระจายยา” (distribution) และ “การใช้ยา” (utilization)

สำหรับด้านแรก “การคัดเลือกยา” (drug selection) ได้ดำเนินการผ่านการทำบัญชียาหลักแห่งชาติและรายการยาจำเป็นสำหรับสาธารณสุข โดยนายแพทย์เสม พริ้งพวงแก้ว ผู้ตั้งคณะทำงานเพื่อจัดทำบัญชียาหลักอธิบายไว้ว่า “บัญชียาจำเป็น” นี้ หมายถึง “ยาจำเป็นอันได้แก่ ยาที่มีความสำคัญมากที่สุด เป็นยาพื้นฐานที่ขาดเสียมิได้ และมีความจำเป็นแก่สุขภาพของประชากรขึ้นไว้ เพื่อรวบรวมเป็นบัญชียาจำเป็นแห่งชาติ” (กระทรวงสาธารณสุข, 2524, คำปรารภ) อันที่จริงแล้วบัญชียาหลักแห่งชาติมีต้นแบบมาจากแนวคิดการจัดทำ “บัญชียาจำเป็น” (Essential Drug List) ขององค์การอนามัย

โลกที่หวังใช้บัญชียานี้เป็นต้นแบบให้ประเทศสมาชิก โดยบัญชียานี้เป็นขององค์การอนามัยโลกฉบับแรกเกิดขึ้นใน พ.ศ. 2520 ส่วนประเทศไทยมีการตั้ง “คณะกรรมการจัดทำบัญชียานี้แห่งชาติ” (กระทรวงสาธารณสุข, 2524, น. 72-73) ในเดือนมีนาคม พ.ศ. 2524 นำมาสู่การประกาศใช้ “บัญชียานี้แห่งชาติ พ.ศ. 2524” ในเดือนสิงหาคมปีเดียวกัน (กระทรวงสาธารณสุข, 2524; วิชัย ไชควิวัฒน์, 2564, น. 629-631) หลังจากเริ่มใช้ “บัญชียานี้แห่งชาติ” ครั้งแรกแล้วก็มีการปรับปรุงเปลี่ยนแปลงบัญชียานี้หลักให้ทันต่อสถานการณ์หลายครั้งใน พ.ศ. 2525 2527 2530 และ 2535

ควบคู่กับการประกาศบัญชียานี้แห่งชาติได้มีการออกระเบียบบังคับใช้บัญชียานี้หลักในทางปฏิบัติ คือ “ระเบียบกระทรวงสาธารณสุขว่าด้วยการซื้อขายด้วยเงินงบประมาณของหน่วยราชการในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2524” ที่กำหนดให้หน่วยราชการสังกัดกระทรวงสาธารณสุขต้องสั่งซื้อยาตามชื่อสามัญทางยา (generic name) ตามบัญชียานี้หลักแห่งชาติผ่านองค์การเภสัชกรรม “ยกเว้น” แต่กรณีเร่งด่วน ส่วนยานอกบัญชียานี้หลักสามารถใช้เงินบำรุงซื้อขายได้เท่าที่จำเป็น ระเบียบนี้ถือเป็นการรวมศูนย์การจัดซื้อยาของกระทรวงสาธารณสุขอีกทั้งยังเป็นกลไกสำคัญในการตรึงราคา (นิรดา เกียรติยิ่งสุลี และ ยุพดี ศิริสินสุข, 2554, น. 19-20) จากนั้น พ.ศ. 2529 ได้ขยายขอบเขตการใช้บัญชียานี้หลักแห่งชาติในหน่วยงานราชการอื่น ๆ และภาคเอกชนแบบค่อยเป็นค่อยไป แนวทางข้างต้นได้อยู่บรรจุใน “ระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยการพัสดุ (ฉบับที่ 7)” (คณะกรรมการแห่งชาติด้านยา, 2530ก) ที่วางกรอบเรื่องการจัดซื้อยาของส่วนราชการทั้งในและนอกกระทรวงสาธารณสุขว่าต้องซื้อผ่านองค์การเภสัชกรรมเป็นหลักด้วยราคากลางยาในบัญชียานี้หลักแห่งชาติ (จันทร์เพ็ญ วิวัฒน์ และคณะ, 2554, น. 20) พร้อมกันนั้นก็ได้นำมาดำเนินการราคาตามบัญชียานี้หลัก (กลุ่มศึกษาปัญหาฯ/มูลนิธิสาธารณสุขกับการพัฒนา (กศย./มสพ.) และคณะ, 2530) โดยผู้รับผิดชอบคือ “คณะกรรมการพิจารณากำหนดราคา” มีการประกาศราคากลางของบัญชียานี้หลัก 373 รายการในเดือนสิงหาคม และ 278 รายการในเดือนตุลาคม พ.ศ. 2529 จากนั้น 2 ปี ในเดือนตุลาคม พ.ศ. 2531 จึงประกาศราคากลางยาอีก 787 รายการ (สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ, 2548, น. 81-82) โดยบัญชียานี้ราคากลางบัญชียานี้แรกสามารถจัดทำสำเร็จช่วงกลาง พ.ศ. 2535

ด้านที่สองคือ “**การจัดการและผลิตยา**” (production and procurement) กำหนดให้องค์การเภสัชกรรมเป็นแกนกลางทำหน้าที่ผลิตยาเข้าสู่ระบบการจัดหายาของสถานบริการสาธารณสุขของรัฐ ตั้งเป้าหมายการผลิตยาสามัญประจำบ้านเพิ่มขึ้นทุกปีเป็นร้อยละ 20 ต่อปี และการผลิตยารักษาโรคเพิ่มขึ้นร้อยละ 25 ต่อปีระหว่าง พ.ศ. 2524 - 2535 (สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ, 2537, น. 83) ขณะเดียวกันกระทรวงสาธารณสุขมีนโยบายสนับสนุนให้โรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไปที่มีความพร้อมให้ดำเนินการผลิตยาบางประเภทเองที่จำเป็น

ด้านที่สามคือ “การกระจายยา” (distribution) เพื่อพัฒนาระบบการกระจายยาไปสู่คนในพื้นที่ห่างไกลโดยเฉพาะในระดับหมู่บ้าน องค์การเภสัชกรรมซึ่งเป็นแหล่งผลิตและกระจายของรัฐได้พัฒนาระบบการกระจายยาในรูปแบบต่าง ๆ เช่น จัดตั้งร้านค้าและสาขาให้ทั่วทุกภาคเพื่อกระจายบริการด้านยา (หอจดหมายเหตุสาธารณสุขแห่งชาติ (11) สสม 2.6/2.15, ม.ป.ป.) นอกจากนั้นกระทรวงสาธารณสุขยังจัดทำนโยบายเพื่อจัดหาสำหรับหมู่บ้าน โดยมีผู้สื่อข่าวสาธารณสุข (ผสส.) และอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) เป็นกลไกสำคัญผ่านโครงการจัดตั้งกองทุนยาและเวชภัณฑ์ (หอจดหมายเหตุสาธารณสุขแห่งชาติ (11) สสม 2.6/2.3, ม.ป.ป.; หอจดหมายเหตุสาธารณสุขแห่งชาติ, (11) สสม 2.6/2.7, ม.ป.ป.; หอจดหมายเหตุสาธารณสุขแห่งชาติ (11) สสม 2.6/2.10, ม.ป.ป.) โครงการนี้สนับสนุนการจัดตั้งองค์กรชุมชนในรูปของคณะกรรมการขึ้นมารับผิดชอบพร้อมสนับสนุนยามูลค่า 700 บาทเป็นทุนเริ่มต้น ในช่วงแผนพัฒนาฯ ฉบับที่ 5 การดำเนินงานของโครงการนี้สามารถจัดตั้งกองทุนยาและเวชภัณฑ์ที่ชาวบ้านร่วมถือหุ้นเกินกว่าร้อยละ 70 ขึ้นไปถึง 23,941 แห่ง จากเป้าหมาย 48,507 แห่ง และเพิ่มขึ้นเป็น 39,031 แห่งจากเป้าหมาย 58,178 แห่งใน พ.ศ. 2531 ครอบคลุมหมู่บ้านร้อยละ 52.2 ของหมู่บ้านทั่วประเทศ (สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ, 2537, น. 88-89) อย่างไรก็ตามใน พ.ศ. 2534 มีแนวโน้มลดลงเหลือประมาณ 25,000 กองทุน (หอจดหมายเหตุสาธารณสุขแห่งชาติ (11) สสม 2.6/13, ม.ป.ป.) การส่งเสริมการจัดตั้งกองทุนยานี้เห็นได้ชัดจากบันทึกการทำงานที่โรงพยาบาลราชสีเสลขของนายแพทย์สงวนที่พยายามจัดตั้ง “กองทุนยาหมู่บ้าน” เพื่อ “จัดหายาจำเป็นที่ไม่เป็นยาอันตรายมาใช้สำหรับใช้ในชุมชน” โดยตั้งเงื่อนไขให้ชาวบ้านรวมเงินกันตั้งขึ้นมาเป็นกองทุน ส่วนโรงพยาบาลก็จะสมทบเงินในกองทุนนั้นส่วนหนึ่ง โดยทางโรงพยาบาลใช้วิธีจัดบริการหน่วยแพทย์เคลื่อนที่นอกเวลาราชการแล้วเอาเงินที่ได้ทั้งหมดสมทบตั้งกองทุนยา” (สงวน นิตยารัมภ์พงศ์, 2551, น. 30-31)

ด้านสุดท้ายคือ “การใช้ยา” (utilization) เป้าหมายของการพัฒนางานด้านนี้คือการผลักดันให้มีการใช้ยาอย่างเหมาะสมและประหยัด (หอจดหมายเหตุสาธารณสุขแห่งชาติ (11) สสม 2.6/2.5, ม.ป.ป.) หน่วยงานที่รับผิดชอบเรื่องนี้เป็นสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา ได้เกิดโครงการเพื่อสนับสนุนเป้าหมายนี้หลายโครงการ เช่น โครงการวิจัยยาและสมุนไพรเพื่อนำสมุนไพรที่มีมาใช้ให้เกิดประโยชน์ด้านยามากที่สุดโดยเฉพาะการนำสมุนไพรมาใช้เป็นวัตถุดิบในการผลิตยา (คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล, 2524) โครงการพัฒนาบุคลากรให้มีความรู้เกี่ยวกับยาทั้งในด้านวิชาการและการปฏิบัติ มีการกำหนดให้มหาวิทยาลัยที่มีการเรียนการสอนด้านแพทยศาสตร์และวิทยาศาสตร์สุขภาพจัดหลักสูตรเพื่อให้มีความรู้เกี่ยวกับบัญชียาหลักแห่งชาติเพื่อให้ผู้ที่จบไปมีความรู้พื้นฐานเรื่องนี้ รวมไปถึงโครงการควบคุมยาเพื่อส่งเสริมให้ประชาชนได้บริโภคยาที่มีประสิทธิภาพ (สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ, 2537, น. 90-103)

รอยต่อถัดมาของด้านนโยบายยาเกิดขึ้นหลังนโยบายแห่งชาติด้านยาฉบับแรก 12 ปี เมื่อมีการประกาศใช้ “นโยบายแห่งชาติด้านยา พ.ศ. 2536” (คณะกรรมการแห่งชาติด้านยา, 2537) นโยบายแห่งชาติด้านยาฉบับนี้พัฒนาปรับปรุงโดยยึดการดำเนินงานและปัญหาที่เกิดขึ้นจากนโยบายแห่งชาติทางด้านยาฉบับแรก อีกทั้งยังแก้ไขเปลี่ยนแปลงให้สอดคล้องกับเศรษฐกิจ สังคม เทคโนโลยี และสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลงไป โดยยังคงมุ่งเน้นการแก้ปัญหาพื้นฐานทางสาธารณสุขที่เกี่ยวกับการใช้ยาเป็นสำคัญ ในภาพรวมแล้วนโยบายแห่งชาติด้านยาฉบับใหม่นี้ยังคงยึดโครงสร้างหลักของนโยบายเดิม เพียงแต่พัฒนาให้เกิดความชัดเจนมีความครอบคลุมกว้างขวางขึ้น ดังนั้นเนื้อหาของนโยบายใหม่จึงส่งเสริมและต่อเนื่องจากนโยบายเดิม (สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ, 2537, 124–25) สาระสำคัญ 3 ประเด็นคือ ส่งเสริมให้มีการขยายการใช้บัญชียาหลักแห่งชาติในสถานพยาบาลเอกชน การวิจัยเพิ่มเสริมศักยภาพด้านการป้องกันและส่งเสริมสุขภาพของยาสมุนไพร (ก่อนหน้านี้เน้นเฉพาะยาแผนโบราณ) และการคุ้มครองผู้บริโภคยาซึ่งสัมพันธ์กับประสิทธิภาพการบริหารจัดการยาไปพร้อม ๆ กัน (วิชัย ไชควิวัฒน์, 2564, น. 15)

สรุปแล้ว ประเทศไทยจัดทำนโยบายแห่งชาติด้านยามาแล้วสองฉบับคือ พ.ศ. 2524 และ พ.ศ. 2536 หลังจากนั้นยังมีการปรับปรุงบัญชียาหลักแห่งชาติด้านยาอีก 2 ครั้งก่อนที่เกิดระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าคือบัญชียาหลักแห่งชาติ พ.ศ. 2539 (กระทรวงสาธารณสุข, 2539; คณะกรรมการแห่งชาติด้านยา, 2539) และ พ.ศ. 2542 คณะกรรมการแห่งชาติด้านยา, 2542; คณะกรรมการแห่งชาติด้านยา, 2545) เมื่อมีบัญชียาหลักแห่งชาติย่อมกลายเป็นหนึ่งในเครื่องมือที่การันตีว่า โรงพยาบาลจ่ายประเภทของยาโดย “คำนึงถึง” ประโยชน์ของยา ความจำเป็นในการใช้คุณภาพ และราคาที่เหมาะสม โดยที่ไม่ผลักราคายารักษาโรคอันเป็นหนึ่งในปัจจัยสี่ไปเป็นภาระให้แก่ประชาชนมากจนเกินไป บัญชียาจึงกลายเป็นองค์ประกอบที่ช่วยเติมเต็มการทำงานของหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าให้มีประสิทธิภาพได้ ขณะเดียวกันหลักประกันฯ ก็ได้เติมเต็มรายละเอียดในบัญชียาหลักเช่นกัน เพราะการมีพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพ พ.ศ. 2545 ได้กำหนดสิทธิประโยชน์ด้านยาตามบัญชียาหลักแห่งชาติ ทำให้บัญชียาหลักแห่งชาติปรับจากยาจำเป็นขั้นต่ำ ไปสู่ยาจำเป็นที่ระบบหลักประกันฯ จะให้การสนับสนุนทางการเงิน

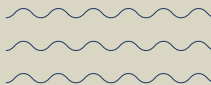
บทก่อนหน้าเราเห็นความก้าวหน้าในเรื่องความรู้และการทดลองเพื่อแก้ปัญหาเรื่อง “งบประมาณ” ในบทนี้เราได้เห็นจุดพัฒนาการก้าวสำคัญเรื่องการควบคุมดูแลเรื่องยารักษาโรคอันเป็นปัจจัยสี่ เพื่อให้ได้ทั้งคุณภาพและสามารถรักษาความมั่นคงทางงบประมาณไว้ได้ ในบทถัดไปเราจะเห็นพลังของภาคประชาสังคมที่ก้าวขึ้นมามีบทบาทนำในสังคม เพื่อเคลื่อนไหวการปฏิรูปและเรียกร้องสิทธิในร่างกายและสุขภาพ ซึ่งเป็นอีกหนึ่งกระแสที่ขยายตัวอย่างใหญ่โตในทศวรรษ 2530 เช่นกัน

โรงพยาบาล  
จ่ายประเภทของยาโดย “คำนึงถึง”  
ประโยชน์ของยา ความจำเป็นในการใช้  
คุณภาพ และราคาที่เหมาะสม  
โดยที่ไม่ผลลัพท์การรักษาโรค  
อันเป็นหนึ่งในปัจจัยสี่ไปเป็นการ  
ให้แก่ประชาชนมากจนเกินไป

เมื่อกระแสธารมาบรรจบ  
ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า  
จึงบังเกิด

- 7 -

รัฐธรรมนูญฉบับประชาชน:  
บทบาทภาคประชาสังคม  
ในกระบวนการปฏิรูปสุขภาพ





การที่เอ็นจีโอมารวมตัวกันได้  
ส่วนหนึ่งก็ได้หอมสงวนนี้แหละ  
กลุ่มเอ็นจีโอส่วนใหญ่มาจาก มอส.  
[มูลนิธิอาสาสมัครเพื่อสังคม]  
เช่นภาคเหนือเกือบทั้งหมดเป็นอดีต มอส.  
แล้วเอ็นจีโอไม่ได้มีเยอะ...หอมบางคน  
เช่นหอมสงวนเค้ามีความสัมพันธ์ดี  
กับเอ็นจีโออยู่นานแล้ว...  
ผมเองก็เคยสอนเค้าสมัยอยู่คณะวิทย์ฯ  
เค้าเป็นลูกศิษย์ผม ก็รู้จักกันอยู่แล้ว



(สัมภาษณ์อาจารย์จอน อึ้งภากรณ์, 25 มิถุนายน 2565)

บทบาทของบุคลากรทางการแพทย์และบรรดาอาสาสมัครที่อยู่ในพื้นที่ชนบทตั้งแต่ทศวรรษ 2520 มักทำงาน “เรื่องชุมชน” ควบคู่กับภารกิจรักษาในโรงพยาบาลไปด้วยโดยปริยาย การทำงานชุมชนเพื่อชุมชนจะค่อย ๆ พุ่มพักจนเป็นจุดกำเนิดแนวคิดเรื่องสิทธิมนุษยชนในเวลาต่อมา

## พลังนอกระบบราชการยุคแรกเริ่ม

ต้องยอมรับว่า “คนเดือนตุลา” ที่ต่างตบเท้ามุ่งหน้าไปยังพื้นที่ห่างไกลในช่วงทศวรรษ 2510-2520 เป็นต้นมาได้กลายเป็นจุดเริ่มต้นสำคัญของการรวมพลังนอกระบบราชการในยุคแรก เช่น สหภาพเพื่อสิทธิเสรีภาพประชาชน (สสส.) (พ.ศ. 2516) ทำหน้าที่สร้างความเข้าใจแนวคิดสิทธิเสรีภาพให้กับผู้ถูกเบียดขับในสังคม สหภาพแรงงาน (พ.ศ. 2518) ที่ก่อตั้งมาจากสมาคมลูกจ้างของภาครัฐวิสาหกิจและเอกชนจำนวน 45 คนช่วงปี 2517 บทบาทที่สำคัญของสหภาพแรงงานก็เป็นองค์กรที่ทำหน้าที่พิทักษ์สิทธิและผลประโยชน์ของประชาชนในยุคแรก ๆ ที่ได้รับการรับรองผ่านกฎหมาย (พระราชบัญญัติแรงงานสัมพันธ์ พ.ศ. 2518) ยังมีสหพันธ์แพทย์ชนบทในยุคเริ่มต้น (พ.ศ. 2519) ชมรมเภสัชเพื่อชุมชน (ในปี 2518 ต่อมาคือ ชมรมเภสัชชนบท) ที่เป็นการรวมกลุ่มกันของนักศึกษาและนิสิตคณะเภสัชศาสตร์เพื่อช่วยเหลือคนชนบทจากปัญหาการใช้ยา และยังมีประเภทโครงการที่ก่อให้เกิดกลุ่มคนที่ทำงานและเคลื่อนไหวเพื่อสังคมโดยเป็นพลังนอกระบบราชการ ดังเช่นโครงการประกาศนียบัตรอาสาสมัครชั้นบัณฑิต (ป.อ.บ.) (ต่อมาคือหลักสูตรบัณฑิตอาสาสมัคร) ที่ริเริ่มจากอาจารย์ป๋วย อึ๊งภากรณ์ ตั้งแต่ พ.ศ. 2512 รวมถึงโครงการพัฒนาชนบทลุ่มน้ำแม่กลอง (พ.ศ. 2517) ที่เป็นการร่วมมือกันของ 3 สถาบัน (มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล) ก็ก่อกำเนิดขึ้นในยุคนี้ การก่อร่างสร้างกลุ่มจากหลากหลายภาคส่วนที่ตบเท้าเดินหน้าไปยังชนบทอย่างพร้อมเพรียงกัน ได้นำไปสู่ “เส้นสายสัมพันธ์บาง ๆ” ที่มีผลต่อการถักทอหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในภายหลังต่อมาอย่างแท้จริง

## สายสัมพันธ์ระหว่างแพทย์ในชนบทกับองค์กรภาคประชาสังคม

ช่วง พ.ศ. 2520-2530 คำว่า “ประชาสังคม” ยังคงไม่เป็นที่รู้จักในวงกว้างนัก เพราะเป็นคำใหม่ที่นักวิชาการนำเข้ามาและเวลานั้นพลังนอกระบบราชการยังแทบไม่มีบทบาทต่อทิศทางนโยบายของรัฐเลย เนื่องจากโครงสร้างทางการเมืองในยุคประชาธิปไตยครึ่งใบเผยให้เห็นคุณภาพของอำนาจสามขระหว่างการเมือง-ข้าราชการ-กลุ่มธุรกิจ ด้านนโยบายสาธารณสุขจึงถูกควบคุมโดยกลุ่มเทคโนโลยีในเครือวิชาชีพ ในช่วงทศวรรษ 2510-2520 ที่จริงมีเทคโนโลยีแครตจำนวนหนึ่งได้ก่อตั้งองค์กรเอกชนสาธารณประโยชน์ขึ้น เพื่อทำกิจกรรมที่ไม่สามารถดำเนินการในภาครัฐได้ เช่น สมาคมวางแผนครอบครัว สมาคมทำหมัน สมาคมพัฒนาประชากรและสังคม ซึ่งผู้ก่อตั้งล้วนเป็นผู้บริหารระดับสูงจากกระทรวงสาธารณสุขทั้งสิ้น ผู้บริหารกระทรวงสาธารณสุขในตอนนั้นจึงคุ้นเคยกับการทำงานในฐานะของภาคประชาสังคมด้วยในเวลาต่อมา (ทศวรรษ 2520-30) แม้จะอยู่ในช่วงประชาธิปไตย “ครึ่งใบ” ที่ประชาชนไม่ได้มีสิทธิเสรีภาพอย่าง “เต็มใบ” แต่การเกิดขึ้นขององค์กรพัฒนาเอกชนเป็นองค์ประกอบสำคัญที่เข้ามาช่วยเติมเต็มช่องว่างให้แก่พัฒนาการของรัฐ และยิ่งถือว่าเป็นบันไดก้าวแรกของการพัฒนาไปสู่แนวคิดเรื่องสิทธิเสรีภาพที่รวมถึงสิทธิในการเข้าถึงบริการทางสุขภาพด้วย

บทบาทขององค์กรพัฒนาเอกชนช่วงทศวรรษ 2520 พบว่ามีหลายองค์กรที่ฟื้นคืนชีพกลับมา มีบทบาทอีกครั้งหลังผ่านพ้นวิกฤติทางการเมืองกรณี 6 ตุลาไป เช่น ชมรมแพทย์ชนบท (พ.ศ. 2521) สมาคมสิทธิเสรีภาพของประชาชน (พ.ศ. 2526) เปลี่ยนชื่อมาจากสหภาพเพื่อสิทธิเสรีภาพของประชาชน องค์กรเหล่านี้เริ่มเข้าไปมีส่วนร่วมผลักดันการจัดทำ “กฎหมายหลักประกันสุขภาพ” ตั้งแต่ พ.ศ. 2529 ร่วมกับกลุ่มองค์กรอื่น ด้านเครือข่ายแรงงานจำนวนมากที่จัดตั้งขึ้นอีกครั้งหลังสหภาพแรงงานถูกยุบไปในช่วง 6 ตุลา เช่น สมาคมองค์การลูกจ้างสภาแรงงานแห่งประเทศไทย (พ.ศ. 2522) สภาองค์การลูกจ้างสมาพันธ์แรงงานแห่งประเทศไทย (พ.ศ. 2526) และกลุ่มสหภาพแรงงานที่ยังคงจัดตั้งอยู่ ได้แก่ สหภาพแรงงานย่านรังสิต/พระประแดง/อ้อมน้อย-อ้อมใหญ่ และกลุ่มสหภาพแรงงานรัฐวิสาหกิจสัมพันธ์ (พ.ศ. 2525-2526) ขบวนการเหล่านี้จะมีส่วนอย่างสำคัญในการผลักดันให้รัฐสภา “ผ่านร่างพระราชบัญญัติประกันสังคม” ใน พ.ศ. 2533

ส่วนองค์กรที่ทำหน้าที่เกี่ยวกับสุขภาพโดยตรงที่ควรกล่าวถึงคือ “คณะกรรมการประสานงานองค์กรเอกชนเพื่อการสาธารณสุขมูลฐาน (คปอศ.)” (พ.ศ. 2526) ภายหลังจะเปลี่ยนชื่อเป็น “มูลนิธิเพื่อผู้บริโภค (มพบ.)” ใน พ.ศ. 2539 ทำงานเกี่ยวกับการคุ้มครองผู้บริโภค เช่น งานรณรงค์เรื่องการขายยาที่เหมาะสม การผลักดันให้เกิดการเปลี่ยนแปลงสูตรยาแก้ปวดลดไข้ จากยาสูตรผสมเป็นยาเดี่ยว การคัดค้านสิทธิบัตรยาและการสนับสนุนให้ใช้ชื่อสามัญทางยา การรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่ในยุคแรก ๆ (มูลนิธิเพื่อผู้บริโภค (มพบ.), 2565) มีสมาชิกคนสำคัญอย่างสารี อ๋องสมหวัง ที่ทำงานร่วมกับนายแพทย์

สงวนมาเป็นเวลานาน หลังจากนั้นสารีได้เชิญอาจารย์จอน อึ้งภากรณ์ ผู้ก่อตั้งมูลนิธิเข้าถึงเอดส์ (พ.ศ. 2534) และอดีตผู้อำนวยการโครงการอาสาสมัครเพื่อสังคม (คอส.) ภายหลังกลายเป็นมูลนิธิอาสาสมัครเพื่อสังคม (มอส.) ใน พ.ศ. 2529 มาเข้าร่วมกับเครือข่ายขององค์กรนอกภาครัฐอื่น ที่อาจเรียกอย่างกว้างว่ากลุ่มองค์กรพัฒนาเอกชน (อพช.) หรือเอ็นจีโอ (Non-Governmental Organizations - NGOs)

หลังจากกรณี 6 ตุลา กลุ่มเอ็นจีโอได้ถูกส่งไปบางพื้นที่ในชนบทโดยเฉพาะพื้นที่ที่แพทย์หัวก้าวหน้าทำงานอยู่ เอ็นจีโอบางส่วนจึงได้เข้าไปทำงานในพื้นที่ร่วมกับบุคลากรทางการแพทย์ ทำให้พื้นที่ชนบทตรงนั้นในยุค 2520 เต็มไปด้วยความศรัทธาของอาสาสมัครคนรุ่นหนุ่มสาว ที่ได้พบปะและปฏิสัมพันธ์กับบุคลากรทางการแพทย์ที่ทำงานอยู่ในโรงพยาบาลห่างไกล กลุ่มคนเหล่านี้ช่วยกันทำงานพัฒนาชนบทเชิงรุก เช่น เข้าไปให้ความรู้แก่ชุมชน ช่วยเหลือเด็กเร่ร่อน ส่วนโรงพยาบาลชุมชนก็เป็นฐานให้บัณฑิตอาสาเข้ามาทำงานช่วยชาวบ้าน จัดตั้งสหกรณ์ ให้ความรู้เรื่องสมุนไพร และสร้างหมอบ้านบ้าน ฯลฯ (สัมภาษณ์ ดร.นายแพทย์โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์, 21 มิถุนายน 2565; สัมภาษณ์ นายแพทย์ประทีป ธนกิจเจริญ, 6 มิถุนายน 2565) แม้ว่าจะงานเหล่านี้ไม่ใช่ภารกิจโดยตรงของบุคลากรทางการแพทย์ที่ไปปฏิบัติงานในพื้นที่ แต่การเข้าไปช่วยงานจุกจิกยิบย่อยแสดงถึงมุมมองของภาคประชาสังคมในยุคนั้น ที่ต้องการเข้าใจและเข้าถึงทุกปัญหาที่เกี่ยวข้องกับชีวิตความเป็นอยู่ชาวบ้าน และสภาพแวดล้อมโดยรวมที่ทำให้ชาวบ้านเข้าไม่ถึงบริการสุขภาพ

จากจุดนี้กล่าวได้ว่า “อุดมการณ์เพื่อชาวชนบท” และ “การช่วยให้ชาวบ้านพึ่งตนเอง” ได้กลายเป็นเป้าประสงค์ที่แบ่งปันกันระหว่างแพทย์ชนบทกับองค์กรภาคประชาสังคมตั้งแต่ยุคที่ออกไปทำงานชนบทนี้แล้ว ต่อมาแม้ว่าแพทย์หัวก้าวหน้ากลับมาทำงานในส่วนกลาง ก็ยังคงรักษาสายสัมพันธ์และสร้างกลไกที่จะสนับสนุนเอ็นจีโอเหล่านี้ต่อไป ตัวอย่างหนึ่งที่ชัดเจนมากคือสมัยที่นายแพทย์สงวนเป็นผู้อำนวยการกองแผนงานสาธารณสุข สังกัดกระทรวงสาธารณสุข ก็ได้จัดตั้งงบประมาณสนับสนุนเอ็นจีโอขึ้น ซึ่งปัจจุบันก็ยังคงเหลืออยู่ ตอนนั้นส่วนหนึ่งก็ได้ให้การสนับสนุนเอ็นจีโอด้านเอดส์ด้วยความสัมพันธ์และกลไกเช่นนี้ ต่อมาเครือข่ายกลุ่มเอ็นจีโอหลายกลุ่มและอาจารย์จอน อึ้งภากรณ์ ได้กลายเป็นหนึ่งในตัวแทนจากองค์กรนอกภาครัฐ ที่จะมืบทบาทอย่างยิ่งต่อการผลักดันการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในทศวรรษ 2540 โดยมีสารีกระตุ้นขึ้นขึ้นดีอย่างเหตุการณ์พฤษภาทมิฬในปี 2535

## ภาคประชาสังคมกับการขับเคลื่อนสิทธิในหลักประกันสุขภาพ

หนึ่งในปรากฏการณ์ครั้งสำคัญของไทยที่แสดงออกถึงพลังเคลื่อนไหวทางสังคมของประชาชน มักรู้จักกันว่า เหตุการณ์พฤษภาทมิฬหรือมีอบมีเอือ อันเป็นการรวมตัวทั้งนิสิตนักศึกษา ผู้ใช้แรงงาน

ข้าราชการ เกษตรกร นักเรียน พนักงานบริษัท นักธุรกิจรายย่อย และผู้ประกอบการอาชีพอิสระที่พร้อมใจกันเดินบนท้องถนน เพื่อเรียกร้องการเปลี่ยนแปลงทางการเมืองในกลางทศวรรษ 2530 การเคลื่อนไหวครั้งใหญ่นี้ถือเป็นการกอบกู้และกรุยทางให้การเมืองกลับคืนสู่ “ความเป็นประชาธิปไตย” อีกครั้ง แม้เหตุการณ์นองเลือดเดือนพฤษภาจะจบลงด้วยการตกลงกันของกลุ่มชนชั้นนำก็ตาม (ภุรี พงศ์เจริญ, 2563, น. 533-539) แต่เหตุการณ์ดังกล่าวก็เป็นเชือกอีกหนึ่งเส้นที่ “กระตุก” ให้เกิดปรากฏการณ์พลังของประชาชน ที่เข้าไปมีบทบาททำให้กระบวนการกลายเป็นประชาธิปไตย (democratization) พัฒนาต่อไปได้ ขณะเดียวกันความร้อนระอุของการเมืองก็ได้ “เจียรไน” แนวคิดประชาสังคมในวงการศึกษาารณสุขให้มีความชัดเจนมากขึ้น โดยมองว่า “ภาคประชาสังคม” ควรเป็นพลังที่แยกออกจากปีกของรัฐและธุรกิจเพื่อคานอำนาจและสร้างดุลยภาพบางอย่างให้เกิดขึ้น (เกษียร เตชะพีระ, 2531, น. 25-28) แวดวงสาธารณสุขเองก็มีที่ทำสนับสนุนแนวคิดนี้ในบางส่วน เพราะเล็งเห็นถึงความสำคัญของบทบาทภาคประชาสังคมในการเป็น “คานงัดอำนาจ” กับกลุ่มทุนเอกชนที่หากำไรกับเรื่องสุขภาพ และทำให้ประชาชนต้องแบกรับภาระค่าใช้จ่ายกับเรื่องสุขภาพมากขึ้นไป

ดังนั้น เพื่อช่วยให้ประชาชนไม่ต้อง “ล้มละลาย” จากค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพที่แพงเกินจริง และลดทอนการเบียดขับกลุ่มด้อยโอกาสไปจนมุมในสังคมด้วยเรื่องสุขภาพ กลุ่มแพทย์นักปฏิรูปจึงมองไปที่การสร้างความเข้มแข็งให้กับประชาชนว่าเป็นทางออกที่สำคัญที่สุด ปัจจุบันเหล่านี้ต้องรวมกลุ่มจัดตั้งเป็นองค์กรภาคประชาสังคม (social organization) ที่อยู่ในรูปของกลุ่ม มูลนิธิ สหพันธ์ ชมรม ตลอดจนองค์กรพัฒนาเอกชน (NGOs) เพราะการรวมกลุ่มจะช่วยให้คนที่มีสำนึกแบบเดียวกันเข้ามาพิทักษ์ผลประโยชน์สาธารณะ (public interest) ร่วมกันอย่างแข็งขัน ดังที่ภาคีเครือข่ายระหว่างแพทย์และประชาสังคมร่วมกันในการผลักดันประเด็นปัญหาต่าง ๆ จำนวนมาก เช่น การสนับสนุนช่วยเหลือกลุ่มผู้ติดเชื้อเอดส์ด้วยการตั้งงบประมาณของกระทรวงสาธารณสุขปี 2535 มาใช้สนับสนุนเอ็นจีโอกลุ่มนี้ การเกิดภาคีเครือข่ายระหว่างภาครัฐ ภาคธุรกิจเอกชน ภาควิชาการ และภาคประชาสังคม เช่น มูลนิธิรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่ นักดนตรี กลุ่มแพทย์และบุคลากรชนบท 250 คนทั่วประเทศ เพื่อรณรงค์การไม่สูบบุหรี่ จนได้รายชื่อคนไทยที่สนับสนุน 7 ล้านคน เพื่อผลักดันให้เกิดพระราชบัญญัติคุ้มครองสุขภาพผู้ไม่สูบบุหรี่ (พ.ศ. 2535) และพระราชบัญญัติควบคุมการบริโภคยาสูบ (พ.ศ. 2535) และยังสามารถจัดตั้ง “คณะกรรมการควบคุมการบริโภคยาสูบแห่งชาติ” ได้ ด้วยเหตุนี้ วงการสาธารณสุขนับเป็นวงการที่มองเห็นความสำคัญของการส่งเสริม “ภาคประชาสังคม” ให้เข้ามาเป็นพลังส่วนหนึ่งของการพัฒนาระบบสุขภาพในหลายมิติ ดังที่นายแพทย์ สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐกล่าวไว้ว่า **“ปัญหาสำคัญในการพัฒนา “อำนาจที่สาม” เพื่อเกิดสังคมสุขภาพด้านสุขภาพ จึงอยู่ที่การสร้างจิตสำนึกร่วมกันในสังคม ทั้งภาครัฐ ธุรกิจ และประชาสังคม ที่จะแสวงหาแนวทางสมานฉันท์ในการรวมพลังเพื่อแก้ไขปัญหสุขภาพร่วมกัน”** (สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ, 25 39, น. 18-19) ด้วยเหตุนี้ ประตูปานสำคัญจึงถูกเปิดออกและมีการแบ่งให้พื้นที่หน้างานสาธารณสุขให้แก่ภาคประชาสังคมอย่างเป็นทางการ

เมื่อผ่านพ้นเหตุการณ์ “พฤษภาทมิฬ” ระบบรัฐสภายิ่งหนุนเสริมให้กรอบแนวคิดเรื่องการ “กระจายอำนาจ” และส่งเสริมการ “มีส่วนร่วม” ของภาคประชาสังคมมากขึ้น โดยเริ่มจากบทบาทของ “คณะกรรมการพัฒนาประชาธิปไตย (คพป.)” ที่ได้รับการแต่งตั้งเมื่อวันที่ 9 มิถุนายน พ.ศ. 2537 จำนวน 58 คน ทำหน้าที่ศึกษาค้นคว้าและเสนอแนะการปฏิรูปการเมืองการปกครองของประเทศไทยให้สอดคล้องกับระบอบประชาธิปไตย โดยมีศาสตราจารย์นายแพทย์ประเวศ วะสี เป็นประธาน ผลงานชุดนี้กลายเป็นโครงร่างสำหรับการจัดทำรัฐธรรมนูญที่เกิดขึ้นต่อมาในภายหลัง ซึ่งมีหลายส่วนของเนื้อหาที่เน้นย้ำ “สิทธิเสรีภาพของพลเมือง” “บทบาทประชาชน” หรือการอธิบายว่า “องค์กรพัฒนาสังคมที่มีอิทธิพล หรือ NGOs เป็นองค์กรวิชาชีพหนึ่งในสังคม” ที่มีความสามารถและบทบาทอย่างสูงในการพัฒนาสังคมและประชาธิปไตยของประเทศไทย

ในเวลาไล่เลี่ยกับการสุกงอมของภาคประชาสังคม ยังมีประเด็นใหญ่ติดตามมาอย่าง “วิกฤติทางเศรษฐกิจ พ.ศ. 2540” เรียกได้ว่าเป็นภาวะตกต่ำที่สุดครั้งหนึ่งของประเทศไทย รวมถึงงบประมาณโดยรวมด้านสาธารณสุขด้วย วิกฤติเศรษฐกิจ 2540 หรือวิกฤติต้มยำกุ้งเป็นผลสืบเนื่องจากภาวะเศรษฐกิจของประเทศก่อนหน้านี้ โดยในทศวรรษ 2530 นักลงทุนต่างชาติต่างล้วนคาดการณ์ว่าประเทศไทยกำลังมุ่งหน้าไปสู่เส้นทางการเป็นประเทศอุตสาหกรรมใหม่ (NICs) แนวโน้มนี้ทำให้อาณาการแห่งประเทศไทยส่งเสริมกิจกรรมทางการเงินให้เป็นอย่างดีตามกลไกตลาดด้วย “กิจการวิเทศธนกิจของไทย” (Bangkok International Banking Facilities-BIBFs) การพัฒนาระบบการเงินช่วงนี้ถือเป็นการเปลี่ยนแปลงระบบการเงินของประเทศครั้งใหญ่ที่สุดในประวัติศาสตร์เศรษฐกิจไทย คือการทำให้กรุงเทพมหานครกลายเป็นศูนย์กลางทางการเงินของภูมิภาค ด้วยการลดข้อจำกัดด้านอัตราดอกเบี้ยและยอมให้สถาบันการเงินต่างชาติทำธุรกิจในประเทศ ทำให้มีเงินกู้จากต่างประเทศที่มีดอกเบี้ยต่ำ มาลงทุนในธุรกิจอสังหาริมทรัพย์และธุรกิจโรงพยาบาลมากขึ้น เศรษฐกิจไทยจึงเดินหน้าเติบโตสูงจากการลงทุนของภาคเอกชนทั้งในและต่างประเทศ แต่สภาพการณ์เช่นนี้ได้สร้างเงื่อนไขสู่วิกฤติฟองสบู่โดยที่ไม่ได้ตั้งใจขึ้นมาด้วย ภาคธุรกิจก่อสร้างคือธุรกิจอันดับแรก ๆ ที่ส่งสัญญาณชะลอตัว และส่งผลโดยตรงต่อไปยังภาคการเงินโดยเฉพาะบริษัทเงินทุนซึ่งได้รับผลกระทบหนักหน่วงที่สุด เนื่องจากมีลูกหนี้ภาคอสังหาริมทรัพย์ในสัดส่วนที่สูงมาก นักลงทุนต่างชาติจึงเริ่มหมดความเชื่อมั่นในเศรษฐกิจไทยและตัดสินใจเทขายเงินบาท กระทั่งเข้าสู่เดือนกรกฎาคม พ.ศ. 2540 ธนาคารแห่งประเทศไทยยอมประกาศนโยบายอัตราแลกเปลี่ยน “ลอยตัวแบบมีการจัดการ” (managed float) ทำให้เงินบาทไทยอ่อนค่าลงอย่างรุนแรงและต่อเนื่อง จนทำสถิติต่ำที่สุดในประวัติศาสตร์โดยอ่อนค่าลงมาถึง 56.1 บาทต่อหนึ่งเหรียญสหรัฐ (กลุ่มธุรกิจการเงินเกียรตินาคินภัทร, 2565, น. 195–196) ขณะที่ดอกเบี้ยก็สูงขึ้นเกินกว่าร้อยละ 10 ทำให้เงินต้นหนี้สินเพิ่มขึ้นเท่าตัว และดอกเบี้ยยังคงเพิ่มขึ้นต่อไปจนหนี้สินเพิ่มไปอีกเกือบ 3 เท่าตัว

แน่นอนว่าวิกฤติเศรษฐกิจ พ.ศ. 2540 ส่งผลให้ภาพรวมการเงินการคลังของประเทศย่ำแย่ลงตามมาด้วย กระทรวงสาธารณสุขเองประสบกับปัญหาสภาพคล่อง เพราะอัตราเงินเฟ้อสูงขึ้นจากร้อยละ 4.8 ใน พ.ศ. 2539 เป็นร้อยละ 7.7 ตั้งแต่ พ.ศ. 2540 ส่งผลให้งบประมาณของกระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2541 จำนวน 62,625 ล้านบาท มีมูลค่าสุทธิลดลงจากมูลค่าจริงถึงร้อยละ 12.7 (สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ (บ.ก.), 2548, น. 401) แต่กระนั้นก็ตามในวิกฤติย่อมมี “โอกาส” เกิดขึ้นเสมอ พัฒนาการด้านสาธารณสุขที่ชะลอตัวเกิดขึ้นเพียงระยะเวลาอันสั้นเท่านั้น กระทรวงสาธารณสุขรีบเร่งใช้มาตรการกระชับงบประมาณโดยรวม โดยเน้นหลักการเรื่อง “สุขภาพดี ต้นทุนต่ำ” (Good Health at Low Cost) เพื่อเป็นแนวทางแก้ไขปัญหาด้านงบประมาณของประเทศที่สืบเนื่องจากวิกฤติเศรษฐกิจ (เช่น การลดค่าใช้จ่ายของสวัสดิการโรงพยาบาลข้าราชการ) ขณะที่กลุ่มแพทย์สายปฎิรูปยังคง “ฉวยโอกาส” จากสถานการณ์ที่กำลังระส่ำนี้ ผลักดันการปฏิรูปสุขภาพให้ขยายตัวในหลายมิติ เช่น การส่งเสริมให้ใช้สถานบริการระดับปฐมภูมิ การทดลองตั้งโรงพยาบาลบ้านแพ้วที่เป็น “องค์กรมหาชน” หรือ “โรงพยาบาลในกำกับของรัฐ” ที่แม้จะเป็นแห่งแรกและแห่งเดียวในประเทศไทยก็ตาม แต่ถือเป็นการเติบโตของแนวคิดว่าด้วยระบบบริหารราชการแบบใหม่ที่เน้นการลดบทบาทของภาครัฐ (สัมภาษณ์ นายแพทย์จเด็จ ธรรมธัชอารี, 8 มิถุนายน พ.ศ. 2565) แต่ประเด็นที่เรียกได้ว่าโดดเด่นที่สุด คือ การรวมเอาภาคประชาสังคมเข้ามาเป็นขุมกำลังเพื่อผลักดันไปสู่การสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ซึ่งเวลานี้ภาคประชาสังคมเองกำลังรื้อนแรงหลังเหตุการณ์พฤษภาทมิฬและผสมโรงด้วยวิกฤติเศรษฐกิจ จนกระทั่ง “สบโอกาส” เข้าไปมีส่วนในการรับรองรัฐธรรมนูญฉบับ 2540 ได้สำเร็จ เมื่อรัฐธรรมนูญฉบับ 2540 เกิดขึ้น จึงกลายเป็นเสาสำคัญที่ค้ำยันเจตนารมณ์ของการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในสี่ปีถัดมา

รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2540 มักได้รับฉายาว่า “รัฐธรรมนูญฉบับประชาชน” เนื่องจากเป็นรัฐธรรมนูญแรกที่ “เสริมพลัง” ให้ภาคประชาสังคมเติบโตอย่างมาก และยังผลให้เกิดความก้าวหน้าในระบบสุขภาพโดยตรง ดังปรากฏในหมวดที่ 3 สิทธิและเสรีภาพของประชาชนชาวไทย ในมาตรา 52 ที่ระบุว่า

“บุคคลย่อมมีสิทธิเสมอกันในการรับบริการสาธารณสุขที่ได้มาตรฐาน และผู้ยากไร้มีสิทธิได้รับการรักษาพยาบาลจากสถานบริการสาธารณสุขของรัฐโดยไม่เสียค่าใช้จ่าย”

(ราชกิจจานุเบกษา, 2540)

รัฐธรรมนูญยังได้กล่าวต่อไปถึงการให้บริการสาธารณสุขของรัฐที่เป็นไปอย่าง “ทั่วถึงและมีประสิทธิภาพ” พร้อมกับส่งเสริมให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและเอกชนเข้ามามีส่วนร่วมเท่าที่ทำได้ ขณะที่ “ร่างพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ” ที่ถูกจัดทำขึ้นต่อมาใน พ.ศ. 2550 ได้แสดงเป้าประสงค์อย่างชัดเจนถึงประเด็นเรื่องสิทธิเสมอน้ำทั่วถึง และเน้นการมีส่วนร่วม ตามเจตนารมณ์ที่บรรจุอยู่ในรัฐธรรมนูญ พ.ศ. 2540 ด้วย ซึ่งเป็นหลักฐานแสดงถึงพลังของประชาชนที่เข้ามามีส่วนร่วมในกระบวนการพัฒนาสาธารณสุขไทย

อีกหนึ่งเหตุการณ์ที่แสดงออกถึงบทบาทของภาคประชาชนในการทำหน้าที่ตรวจสอบการทำงานของรัฐครั้งใหญ่ไม่นานหลังจากมีรัฐธรรมนูญฉบับ พ.ศ. 2540 คือเหตุการณ์การต่อสู้เพื่อเปิดโปงเรื่องทุจริตในการจัดซื้อยา พ.ศ. 2541 มูลเหตุมาจากคำสั่งจากราชการส่วนกลางให้โรงพยาบาลซื้อยากับบริษัทที่ถูกกำหนดมาแล้วในราคาที่สูงมากกว่าปกติ และยังคงมีความพยายามยกเลิกราคากลางยา จึงเกิดเป็นการเคลื่อนไหวเพื่อตรวจสอบการทุจริตในการจัดซื้อยาและเวชภัณฑ์ของกระทรวงสาธารณสุข โดยเกิดจากความร่วมมือระหว่างชมรมแพทย์ชนบท (ซึ่งมีนายแพทย์วิชัย โชควิวัฒน์เป็นผู้จุดพลุนำขบวน) ชมรมเภสัชชนบท และเครือข่ายองค์กรพัฒนาเอกชนกว่า 30 องค์กร ซึ่งเครือข่ายองค์กรพัฒนาเอกชนมีมูลนิธิเพื่อผู้บริโภคทำหน้าที่เป็นแกนกลางในการขับเคลื่อนทั้งการติดต่อประสานงาน รวบรวมจัดทำเอกสาร ศูนย์กลางการติดต่อข้อมูลข่าวสาร จัดกิจกรรมเสวนา ประชุม และแถลงข่าวเรียกร้องให้มีการตั้งกรรมการสอบสวนการทุจริต ผลการสอบสวนข้อเท็จจริงที่มียาแพทย์บรรลุ ศิริพานิช เป็นประธานพบว่ามีการทุจริตทั้งโดยนักการเมืองและข้าราชการประจำจริง ด้านการเคลื่อนไหวของเครือข่ายองค์กรพัฒนาเอกชนครั้งนี้ได้ใช้ช่องทางตามกลไกของรัฐธรรมนูญฉบับ พ.ศ. 2540 ที่กำหนดเรื่องการตรวจสอบการใช้อำนาจรัฐโดยประชาชนตามมาตรา 303 และ 304 ที่ประชาชนไม่น้อยกว่า 50,000 คนสามารถเข้าชื่อกันเพื่อเรียกร้องให้มีการตรวจสอบการทุจริตของนักการเมือง (นวนลน้อย ตีร์รัตน์ และ

## องค์กรตระกูล ส.

...

การผลักดันของเครือข่ายปฏิรูประบบสาธารณสุขในทศวรรษ 2530-2540 ได้ส่งผลให้เกิด “กลไก-เครื่องมือ” ของการปฏิรูประบบสุขภาพที่ทรงพลังที่นอกเหนือไปจาก ส. ตัวอย่างกระทรวงสาธารณสุขแล้วคือ “องค์กรตระกูล ส.” ทั้ง 4 หน่วยงานคือ

- (1) สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) ใน พ.ศ. 2535
- (2) สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) พ.ศ. 2544
- (3) สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ใน พ.ศ. 2545
- (4) สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.) พ.ศ. 2550

กนกศักดิ์ แก้วเทพ, 2545, น. 56) การรวบรวมรายชื่อดำเนินการตั้งแต่วันที่ 11 กันยายน ถึงวันที่ 18 พฤศจิกายน พ.ศ. 2541 จนสามารถรวบรวมรายชื่อได้ถึง 52,554 คน แม้ว่ากลไกนี้จะ “สะดุด” ลง เพราะมีการเลี้ยงที่จะเอามาใช้เป็นหลักฐานในทางปฏิบัติ กระนั้น การเปิดโปงการทุจริตครั้งนี้ส่งผลสะท้อนเป็นวงกว้างต่อตำแหน่งหน้าที่ของผู้กระทำผิดและผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง

ผลลัพธ์ที่ติดตามมาจากการตรวจสอบการทุจริตที่ใหญ่กว่านั้นของบทบาทภาคประชาสังคม คือทำให้เกิดข้อเสนอในการออกแบบ “องค์กรกึ่งมหาชน” เช่น การเสนอโครงสร้างของบอร์ดคณะกรรมการที่มีสัดส่วนของภาคประชาชน องค์กรพัฒนาเอกชน และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นร่วมเข้ามาเป็นผู้มีบทบาทในการตรวจสอบและตัดสินใจเชิงนโยบายมีความชอบธรรมมากยิ่งขึ้น เป็นที่มาของการออกแบบโครงสร้างองค์กรปฏิรูปงานสาธารณสุข ได้แก่ สำนักงานสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) และสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.) ใน พ.ศ. 2544 2545 2550 ตามลำดับ ทุกหน่วยงานได้กำหนดโครงสร้างสัดส่วนของคณะกรรมการที่เป็นตัวแทนจากหลายภาคส่วน อันเป็นการเปลี่ยนแปลงความสัมพันธ์ทางอำนาจครั้งใหญ่ในระบบสาธารณสุข ที่ “ต่อยอดไปอีกขั้น” หลังจากใน พ.ศ. 2535 เคยผลักดันให้เกิดองค์กรความรู้ที่เรียกได้ว่าเป็น “องค์กรอิสระ” แล้วระดับหนึ่งอย่างสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุขหรือ สวรส. เราจึงเห็นได้ว่าเศษเสี้ยวจากบทเรียนหลายเหตุการณ์ได้ถูกนำมาใช้เป็นประสบการณ์และเป็นแรงผลักดันไปสู่การสร้างหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ที่จะเติมเต็มให้แนวคิดหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าเกิดขึ้นได้จริงในประเทศไทยต่อมา



อย่างไรก็ตาม แม้จะมีระบบบริการและสถานบริการเพียงพอ มีองค์ความรู้ทั้งเรื่องแนวคิดสุขภาพแบบองค์รวม รู้จุดอ่อนและจุดแข็งสำหรับจัดการงบประมาณแก่หลักประกันสุขภาพที่มีประสิทธิภาพ ทั้งยังดึงภาคประชาสังคมเข้ามาช่วยผลักดันระบบสุขภาพก็แล้ว แต่การสถาปนาระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้ายังคงมีอาจเกิดขึ้นได้ตามกระบวนการธรรมชาติ จนกระทั่ง “หน้าต่างโอกาสทางการเมือง” ได้เปิดขึ้น เมื่อพรรคไทยรักไทยยอมรับข้อเสนอและนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าและได้รับชัยชนะจากการเลือกตั้งใน พ.ศ. 2544



เมื่อกระแสธารมาบรรจบ  
ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า  
จึงบังเกิด

- 8 -

## แรงเขยื้อนจากการเมือง สู่หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าภาคปฏิบัติ





ข้อ ๗ สร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า  
เพื่อลดรายจ่ายโดยรวมของประเทศ  
และประชาชนในการดูแลสุขภาพ  
โดยเสียค่าใช้จ่าย 30 บาทต่อครั้ง  
และสร้างโอกาสในการเข้าถึงบริการสาธารณสุข  
ที่ได้มาตรฐานอย่างทั่วถึงและเท่าเทียมกัน



หนึ่งในเก้าข้อสำคัญที่นายกรัฐมนตรีนายทักษิณ ชินวัตร  
ได้แถลงต่อรัฐสภาเมื่อวันที่ 26 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2544  
“คำแถลงนโยบายของคณะรัฐมนตรี พันตำรวจโท ทักษิณ ชินวัตร นายกรัฐมนตรี  
แถลงต่อสภาวันจันทร์ที่ 26 กุมภาพันธ์ 2544”, 2544), น. 4–5.

นอกจากเกิดสัญญาณที่ดีจากรัฐธรรมนูญฉบับ พ.ศ. 2540 ในฐานะที่เป็นหลักการเชิงสถาบันสูงสุดของประเทศแล้ว การเผชิญหน้ากับวิกฤติเศรษฐกิจยังได้ส่งผลให้มีการเรียกหาความเข้มแข็งทางการเมืองภายใต้กรอบประชาธิปไตย พรรคไทยรักไทยที่ก่อตั้งโดยพันตำรวจโท ดร.ทักษิณ ชินวัตร ใน พ.ศ. 2541 ที่ได้รับแรงหนุนจากกลุ่มธุรกิจขนาดใหญ่ที่รอดพ้นจากวิกฤติเศรษฐกิจนั้น ได้ชูนโยบายนำสนธิสัญญาหลายด้านเพื่อปฏิรูปโครงสร้างพื้นฐานของประเทศ หนึ่งในนั้นคือนโยบาย 30 บาท รักษาทุกโรค

## การเข้ารับ “โครงการ 30 บาทรักษาทุกโรค” โดยภาคการเมือง

นโยบายหนึ่งที่ “ชัดเจน” และ “ถูกใจ” คนทั่วไปในช่วงเวลาหาเสียง จนสามารถสร้างความโดดเด่นให้แก่พรรคไทยรักไทยเมื่อเทียบกับพรรคการเมืองอื่น ๆ ได้ คือ การเสนอนโยบาย “30 บาท รักษาทุกโรค” (30 baht treat all diseases) นโยบายดังกล่าวมีผลอย่างสำคัญต่อชัยชนะของพรรคไทยรักไทยที่ชนะการเลือกตั้งไปโดยมี ส.ส.ถึง 248 เสียง และสามารถจัดตั้งรัฐบาลได้สำเร็จเมื่อวันที่ 6 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2544 ดังเช่นที่หนังสือพิมพ์แนวหน้าบันทึกบรรยากาศและจุดเด่นในการหาเสียงของพรรคไทยรักไทยในช่วงเลือกตั้งเมื่อ พ.ศ. 2544 ไว้ว่า

“พรรคไทยรักไทยหาเสียงเลือกตั้งด้วยการให้สัญญากับประชาชนไว้หลายประการ...ล่าสุดประกาศว่าประชาชนทั่วทั้งประเทศ 62 ล้านคน เจ็บป่วยเข้าโรงพยาบาลไม่ว่าจะเป็นโรคอะไร จะเสียค่ารักษาตัวตลอดจนค่ายาครั้งละ 30 บาทเท่านั้น รักษาจนหาย...”

(แนวหน้า, 2544)

นับว่าเป็นเรื่องที่กำลังตื่นเต้นฮือฮาน่าสนใจที่สุดสำหรับประชาชนทุกคนทั่วประเทศ ซึ่งทุกวงการเห็นด้วยและสนับสนุนเรื่องนี้กันถ้วนหน้า (เพ็งอ่าง, 2544) การที่เส้นทางของแนวคิดหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าเดินทางไป “บรรจบ” กับภาคการเมืองจนกลายเป็นนโยบายหาเสียงที่ตั้งถล่มทลายได้นั้น ต้องยกย่องความพยายามและความมุ่งมั่นของนายแพทย์สงวน นิตยารัมภ์พงศ์

## นักขานโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าคนสำคัญ

ก่อนหน้านี้ นายแพทย์สงวนได้พยายาม “ผลักดัน” และ “ขาย” แนวคิดเรื่องหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าให้กับพรรคการเมืองต่าง ๆ 2-3 พรรค ก่อนที่พรรคไทยรักไทยจะเป็นพรรคการเมืองเดียวที่ตัดสินใจซื้อนโยบายดังกล่าว “[สงวน] เขาไปเสนอหลายพรรค...มีพรรคประชาธิปัตย์ด้วยแต่เขาไม่เอา พอเสนอให้กับไทยรักไทยเขาเอา” (สัมภาษณ์นายแพทย์ไพจิตร ปวะบุตร, 30 พฤษภาคม 2565) ซึ่งพรรคที่ไม่กล้าตอบรับนโยบายก็ด้วยกังวลต่อข้อจำกัดเรื่องงบประมาณ นายอภิสิทธิ์ เวชชาชีวะ ซึ่งดำรงตำแหน่งรัฐมนตรีประจำสำนักนายกรัฐมนตรีในระหว่าง พ.ศ. 2540-2544 ที่เป็นช่วงเวลาของการผลักดันความคิดของนายแพทย์สงวนขณะนั้น ได้ช่วยชี้แจงเหตุผลสำคัญเบื้องหลังที่ทำให้พรรคประชาธิปัตย์ไม่สามารถตอบรับข้อเสนอเรื่องหลักประกันสุขภาพได้ว่า

“ก่อนที่จะมาปรากฏกับไทยรักไทย เราเจอวิกฤติเศรษฐกิจ เราพยายามจำกัดงบประมาณและพยายามให้เกิดวินัยการเงินการคลัง...ประชาธิปัตย์กังวลเรื่องงบประมาณอยู่ เมื่อคำนวณแล้วเนี่ยรู้สึกว่ายังไม่พร้อม...ในพรรคก็ไม่ได้บอกว่าไม่เห็นด้วย แต่เห็นว่ายังไม่พร้อม ถ้าไม่พร้อมจะมีผลตามมาเรื่องคุณภาพการดูแล...อะไรที่ประชาชนได้ประโยชน์ พรรคการเมืองไม่ค่อยปฏิเสธ ถ้าจะเป็นความผิดพลาดคือพรรคประชาธิปัตย์ระวังมากเกินไป มากกว่าที่จะไปคัดค้านเรื่องของหลักการ”

(สัมภาษณ์นายอภิสิทธิ์ เวชชาชีวะ, 26 พฤษภาคม 2565.)

ขณะที่นายแพทย์สุรพงษ์ก็ได้ยื่นความทรงจำถึงบรรยากาศการพูดคุยเมื่อครั้งนายแพทย์สงวนนำเสนอนโยบายให้แก่พรรคไทยรักไทยว่า

“ช่วงที่หมอหงวนมานำเสนอแก่นายกฯ เป็นคริสต์มาสอีฟ (24 ธันวาคม พ.ศ. 2542)...พอคนเป็นนักธุรกิจ พอมองงบประมาณจะรู้ว่าโยกมาได้จากตรงนั้นตรงนี้ แต่พรรคอื่นอาจไม่มาลงรายละเอียด...เรื่องราวต่าง ๆ ขึ้นอยู่กับมีมายเซ็นแบปไหนอะ ถ้าอยากทำก็จะหาเงินมาให้ได้”

(สัมภาษณ์นายแพทย์สุรพงษ์ สิบวงศ์ลี, 27 พฤษภาคม 2565)

ดังนั้น นายแพทย์สงวนถือเป็นผู้มีบทบาทสำคัญมากที่เสาะแสวงหาช่องทางในการผลักดันหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าและอยู่เบื้องหลังแนวคิดนโยบาย “30 บาทรักษาทุกโรค” จนกลายมาเป็น

สัญลักษณ์ทางการเมืองแก่พรรคไทยรักไทย แต่ขณะเดียวกันก็ต้องยอมรับด้วยว่าการตัดสินใจ “ซื้อ” นโยบายของหัวหน้าพรรคไทยรักไทยและการใช้เพื่อประโยชน์ทางการเมือง ถือเป็นภาระงานรับจากภาคการเมือง (Political will) ครั้งสำคัญที่เป็นจุดเริ่มต้นของการเปิดพื้นที่ให้แพทย์นักปฏิบัติสามารถลงมือผลักดันนโยบายให้เกิดขึ้นจริงในทางปฏิบัติได้ต่อมา แน่ใจว่า กว่าที่ผลักดันให้ยอมรับหลักการเรื่องประกันสุขภาพถ้วนหน้าได้ก็ว่ายากแล้ว การลงมือปฏิบัติให้เกิดขึ้นจริงยิ่งยากกว่า แต่โชคดีที่ประสบการณ์การทำงานเพื่อเปลี่ยนแปลงวงการสุขภาพที่ผ่านทั้งหมด สอนให้แพทย์นักปฏิบัติเรียนรู้ที่จะ “วางแผนและเตรียมการ” ทั้งมันสมอง เครื่องมือเครื่องมือ และกำลังคนไว้ล่วงหน้าพอสมควร

## หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าภาคปฏิบัติ

หลังได้รับชัยชนะในการเลือกตั้งเดือนมกราคม และตามมาด้วยการแถลงนโยบายในเดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ. 2544 “โครงการ 30 บาท รักษาทุกโรค” ถือเป็นนโยบายเร่งด่วนที่พรรคไทยรักไทยมุ่งมั่นที่จะเริ่มดำเนินการให้เร็วที่สุด และมีกลุ่มแพทย์ชนบทและนายแพทย์มงคล ณ สงขลา คอยติดตามเร่งรัดอยู่ไม่ห่าง โดยได้เริ่มโครงการนำร่องระยะที่ 1 ในเดือนเมษายน พ.ศ. 2544 หรือสองเดือนต่อมา ทดลองทำในพื้นที่ 6 จังหวัดก่อน ประกอบด้วยจังหวัดพะเยา ยะลา นครสวรรค์ ปทุมธานี ยโสธร และสมุทรสาคร โครงการนำร่องระยะนี้ดำเนินงานอยู่ภายใต้ระเบียบกระทรวงสาธารณสุขว่าด้วยการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า พ.ศ. 2544 และระเบียบเงินอุดหนุนโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ส่วนสาเหตุที่เลือกจังหวัดเหล่านี้เป็นพื้นที่นำร่องเป็นเพราะว่าทั้ง 6 จังหวัดได้มีการดำเนินงานโครงการเงินกู้จากธนาคารโลกเพื่อการลงทุนทางสังคม (SIP) มาก่อนหน้านี้ ทำให้สะดวกหากต่อ ยอด

### นายแพทย์มงคล ณ สงขลา

...

นายแพทย์มงคล รับราชการเป็นนายแพทย์สังกัดกระทรวงสาธารณสุข เคยดำรงตำแหน่งผู้อำนวยการโรงพยาบาลพิมาย จังหวัดนครราชสีมา ผู้อำนวยการสำนักงานส่งเสริมวิชาการและบริการสาธารณสุขจังหวัดบุรีรัมย์ จังหวัดสุรินทร์ และจังหวัดเชียงใหม่ ดำรงตำแหน่งนายแพทย์สาธารณสุข จังหวัดแพร่ ต่อมาย้ายไปดำรงตำแหน่งนายแพทย์สาธารณสุข จังหวัดลำปาง และนายแพทย์สาธารณสุข จังหวัดนครราชสีมา และยังคงได้รับรางวัลแพทย์ชนบทดีเด่น ใน พ.ศ. 2519 ต่อมาเป็นอธิบดีกรมการแพทย์ เป็นเลขาธิการคณะกรรมการอาหารและยา และดำรงตำแหน่งสูงสุดคือปลัดกระทรวงสาธารณสุข งานด้านการเมืองเคยได้รับตำแหน่งรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขระหว่าง พ.ศ. 2549-2551

จากโครงการข้างต้น ขณะที่ผู้มีส่วนสำคัญในการยืนยัน 6 จังหวัดนี้คือนายแพทย์มงคล ณ สงขลา (พ.ศ. 2543-2544) ปลัดกระทรวงสาธารณสุขขณะนั้น ได้หยิบรายชื่อ 6 จังหวัดและบอกว่าได้ “เตรียมพื้นที่นั้นไว้แล้ว” พร้อมทั้งจะทำทันที

นายแพทย์มงคลยังดึงเอาที่มายนายแพทย์ลงไปช่วยงานในพื้นที่นำร่องอีกหลายท่าน ไม่ว่าจะเป็นนายแพทย์สงวน นิตยารัมภ์พงศ์ นายแพทย์ประทีป ธนกิจเจริญ และรวมถึงนายแพทย์สุรพงษ์ สืบวงศ์ลี ส่วนรูปแบบบริการช่วงแรกนั้นได้ให้ประชาชนทำบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้าหรือที่เรียกว่า “บัตรทอง” สาธารณสุขแต่ละจังหวัดได้สำรวจผู้มีสิทธิและแจกให้แก่ประชาชนเตรียมพร้อมไว้ เมื่อถึงวันที่ 1 เมษายน พ.ศ. 2544 ก็สามารถแสดงบัตรเพื่อเข้ารับบริการได้ทุกหน่วยโดยมีค่าใช้จ่าย 30 บาทต่อครั้ง ต่อมาอีกเพียงสองเดือนเท่านั้น โครงการระยะที่ 2 ได้เริ่มดำเนินการวันที่ 1 มิถุนายน พ.ศ. 2544 โดยขยายพื้นที่ออกไปอีก 15 จังหวัด ประกอบด้วยจังหวัดนนทบุรี สระบุรี สระแก้ว เพชรบุรี นครราชสีมา สุรินทร์หนองบัวลำภู ศรีสะเกษ อุบลราชธานี อำนาจเจริญ สุโขทัย แพร่ เชียงใหม่ ภูเก็ต และนราธิวาส มักเป็นจังหวัดที่สมัครใจเตรียมความพร้อมเพื่อเข้าร่วมเป็นพื้นที่นำร่องหลังจากที่เห็นการดำเนินนโยบายในรอบแรก หลังจากนั้นในเดือนตุลาคม พ.ศ. 2544 จึงขยายพื้นที่ดำเนินการจนสามารถครอบคลุมทุกจังหวัดทั่วประเทศ ตามความตั้งใจของนายแพทย์มงคล ปลัดกระทรวงฯ ที่ยืนยันว่าต้องทำให้ได้ทั่วประเทศภายในเดือนตุลาคมและก็ได้สำเร็จ เว้นแต่พื้นที่กรุงเทพมหานครจะครอบคลุมภายหลังในเดือนมกราคม พ.ศ. 2545 หรือปีถัดไป แม้ว่าตอนแรกจะตั้งใจไว้ที่เดือนตุลาคมเช่นกัน “ซึ่งต้องขอบคุณแก เพราะถ้าตอนนั้นปลัดกระทรวงฯ เป็นคนอื่น คงเจอปัญหาชงระกว่านี้” (สัมภาษณ์นายแพทย์สุรพงษ์ สืบวงศ์ลี, 27 พฤษภาคม 2565) นายแพทย์สุรพงษ์กล่าวไว้

ในระยะที่ 1 (เมษายน พ.ศ. 2544) มีจำนวนผู้มีสิทธิประกันสุขภาพแห่งชาติเพียง 1.39 ล้านคน ต่อมาได้เพิ่มขึ้นเป็น 4.17 และ 39.80 ล้านคน ในระยะที่ 2 และระยะที่ 3 ตามลำดับ จากนั้นมีการเพิ่มจำนวนอย่างก้าวกระโดดเนื่องจากการขยายพื้นที่การดำเนินการอย่างรวดเร็ว ทำให้เมื่อถึงสิ้นปี พ.ศ. 2545 ผู้มีสิทธิในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติทั้งสิ้น 45.42 ล้านคนคิดเป็นร้อยละ 73 ของประชากรไทยทั่วประเทศ ในส่วนของการเข้าถึงบริการสุขภาพของประชาชน ระยะแรกสถานพยาบาลที่เข้าร่วมมีเฉพาะสถานพยาบาลของกระทรวงสาธารณสุขเท่านั้น ต่อมาได้ขยายไปสู่สถานพยาบาลของรัฐเกือบทุกแห่งในเดือนกันยายน พ.ศ. 2545 มีสถานพยาบาลที่ขึ้นทะเบียนเข้าร่วมในโครงการ 1,011 แห่ง แยกเป็นโรงพยาบาลสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข 818 แห่ง โรงพยาบาลนอกสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข (ในกระทรวงสาธารณสุข) 21 แห่ง โรงพยาบาลนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุข 70 แห่ง และโรงพยาบาลเอกชน 102 แห่ง (พงษ์พิสุทธิ จงอุดมสุข, 2547, น. 24-26) ปัจจุบันนับว่ามีหน่วยบริการน้อยใหญ่ที่ให้บริการแก่ผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเพิ่มขึ้นและกระจายตัวครอบคลุมทุกพื้นที่ทั่วประเทศ

นอกจากการประชาสัมพันธ์และเร่งเพิ่มหน่วยบริการแล้ว เรื่องใหญ่ ๆ ที่ต้องคำนึงเพื่อให้ระบบเกิดความยั่งยืนต่อไป คือ การออกแบบ “ระบบบริหาร” โครงการก่อนที่จะประกาศใช้พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 และการจัดการ “งบประมาณ” ของระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ รวมถึง “ใคร” ควรเป็นผู้ดูแลและจัดการงบประมาณก่อนดังกล่าวให้เกิดประสิทธิภาพสูงสุด

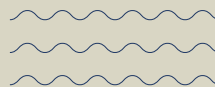


การที่เส้นทางของแนวคิด  
หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า  
เดินทางไป “บรรจุ” กับภาคการเมือง  
จนกลายเป็นนโยบายหาเสียงที่ดัง  
กลมกลายได้นั้น ต้องยกย่อง  
ความพยายามและความมุ่งมั่น  
ของนายแพทย์สงวน  
นิตยารัมภ์พงศ์

เมื่อกระแสธารมาบรรจบ  
ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า  
จึงบังเกิด

- 9 -

## ก่อร่างเสาหลักของระบบบริหารกองทุน หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ





หากการทำให้คนเข้าถึง  
ระบบหลักประกันสุขภาพ  
เป็นจุดหมายของการ  
สร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า  
การสร้างองค์กร สปสช.  
โดยที่มีกฎหมายรองรับอย่างเป็นทางการ  
รวมถึงการออกแบบเนื้อหา  
ใน “พระราชบัญญัติ” จึงเปรียบเสมือน  
“กระดูกสันหลัง” ของการปฏิรูป  
ที่ทำให้เป้าหมายของการ  
สร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า  
เกิดความมั่นคง แข็งแรง และยั่งยืน



สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ที่เกิดขึ้นโดยวางรากฐานอยู่บนพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 มีหน้าที่ปฏิรูประบบสาธารณสุขผ่านมาตรการทางการคลัง กล่าวอีกนัยหนึ่งได้ว่า สปสช. ทำหน้าที่ในฐานะ “ตัวแทนประชาชน” เพื่อบริหารจัดการ “สิทธิประโยชน์และงบประมาณ” ด้านสุขภาพทั้งหมดของหลักประกันสุขภาพแห่งชาติอย่างเป็นทางการ

## แนวคิด “การเฉลี่ยทุกข์เฉลี่ยสุข”: ปณิธานในการดูแลงบประมาณของระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

ในวันที่ต้องออกแบบการจัดการงบประมาณของโครงการ 30 บาทรักษาทุกโรคหรือหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ หลักการ “เฉลี่ยทุกข์เฉลี่ยสุข” ของสมาชิกทั้งหมดในสังคม ได้กลายเป็นคำตอบของการพัฒนาระบบอย่างยั่งยืนตั้งแต่เริ่มต้น แพทย์นักปฏิรูปมองว่าระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติควรดำเนินการโดยใช้หลักกระจายความเสี่ยงของภาระทางการเงิน (risk sharing) ที่เกิดขึ้นจากความเจ็บป่วย เพื่อให้คนมี “สุขภาพดี” ช่วยเหลือคนที่ “เจ็บป่วย” ส่วนคนที่มีฐานะ “รวย” ช่วยเหลือคนที่ “ยากไร้” ในทางอ้อม ตามวลีที่ว่า “ดีช่วยป่วย รวยช่วยจน” และด้วยประสบการณ์ที่ได้รับจากระบบประกันสุขภาพแบบสมัครใจที่ผ่านมา ก็ได้บ่งชี้ว่าการใช้หลักการเฉลี่ยทุกข์เฉลี่ยสุขให้สัมฤทธิ์ผลจะต้องกระทำในรูปแบบที่ “บังคับอย่างถ่วงหน้า” เพื่อให้คนในสังคมช่วยเหลือเกื้อกูลกันได้โดยอัตโนมัติ แม้ว่าพวกเขาจะไม่มีความสัมพันธ์ส่วนบุคคลก็ตาม (สุนทร ตันมันทอง, 2553, น. 46)

การที่จะออกแบบระบบหลักประกันสุขภาพถ่วงหน้าให้เป็นไปตามหลัก “การเฉลี่ยทุกข์เฉลี่ยสุข” โดยที่สามารถดำเนินการได้อย่างยั่งยืนด้วยนั้น ควรพิจารณา 3 องค์ประกอบสำคัญคือ **หนึ่ง** ความยั่งยืนทางนโยบาย (policy sustainability) **สอง** ความยั่งยืนทางการเงิน (financial sustainability) และ **สาม** ความยั่งยืนทางสถาบันและองค์กร (institutional sustainability) ซึ่งบทบาทของ “ศูนย์ปฏิบัติการหลักประกันสุขภาพถ่วงหน้า (war room)” เรียกได้ว่าเป็นขุมรวม “คลังสมอง” ที่มีบทบาทสำคัญตั้งแต่การเลือกจังหวัดในการทำโครงการนำร่อง การวางรูปแบบการให้บริการ และรวมถึงการคำนวณเรื่องงบประมาณด้วย ซึ่งเป็นหัวใจของการเปลี่ยนแปลงไปสู่การสร้างหลักประกันสุขภาพถ่วงหน้าครั้งนี้

**ด้านความยั่งยืนทางนโยบาย** (policy sustainability) ได้อาศัยกลไกเพื่อให้โครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าหรือโครงการ 30 บาทรักษาทุกโรค ดำเนินการครอบคลุมได้ทั่วทั้งประเทศในเดือนมกราคม พ.ศ. 2545 อย่างรวดเร็วที่สุด เพื่อลดทอนปัจจัยที่อาจทำให้นโยบายเป็นหมัน สำหรับ**ความยั่งยืนทางการเงิน** (financial sustainability) เป็นโจทย์ใหญ่ต่อมาที่ต้องมีการวางแผนอย่างดีตั้งแต่ต้นด้วยเพื่อให้หลักประกันฯ เกิดความยั่งยืน แน่ใจว่าระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติตั้งใจจะใช้วิธีการจัดสรรงบประมาณ “แบบเหมาจ่ายรายหัว” ตามที่เคยคิดค้นและทดลองใช้มาแล้วในระบบประกันสังคม แต่ทั้งสองระบบมีที่มาที่ไปของเงินงบประมาณแตกต่างกัน ซึ่งประเด็นใหญ่ของหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเป็นเรื่องอัตรารายหัวที่เหมาะสมควรเท่ากับเท่าไร และเงินเดือนบุคลากรที่ให้บริการแก่ผู้มาใช้สิทธิ์ดังกล่าวควรถูกรวมอยู่ในค่าเหมาจ่ายรายหัวด้วยหรือไม่ ดังที่คุณหญิงสุชาติโรจน์ เกษราพันธุ์ รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขขณะนั้นเล่าว่า นอกเหนือจากการเดินหน้าประชาสัมพันธน์นโยบายให้เป็นที่เข้าใจแล้ว “เรื่องใหญ่ ๆ ที่ต้องตัดสินใจคืองบประมาณรายหัวและอีกเรื่องคือจะรวมเงินเดือนรึเปล่า” (สัมภาษณ์คุณหญิงสุชาติโรจน์ เกษราพันธุ์, 10 มิถุนายน 2565)

## การกำหนดงบประมาณเหมาจ่ายรายหัวและการรวมเงินเดือน

ศูนย์ปฏิบัติการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (war room) ได้มีการคำนวณงบประมาณรายหัวไปด้วยในระหว่างทำพื้นที่นำร่อง 6 จังหวัด ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องหลักเรื่องการค้าหนดงบประมาณคนสำคัญตั้งแต่เมื่อครั้งโครงการประกันสังคมจนมาถึงโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้านี้ ยังคงเป็นหน้าที่ของ ดร.นายแพทย์วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร และคณะทำงาน เพราะก่อนหน้านี้นายแพทย์วิโรจน์เป็นผู้เสนองบประมาณลักษณะเหมาจ่ายในโครงการประกันสังคม พ.ศ. 2533 เป็นผู้เสนอระบบร่วมจ่ายระหว่างรัฐบาลและประชาชนในโครงการบัตรสุขภาพ และเป็นหนึ่งในคณะทำงานที่เสนอตัวเลขงบประมาณรายหัวในการปฏิรูปโรงพยาบาลบ้านแพ้ว พ.ศ. 2543 ยังไม่ต้องพูดถึงประสบการณ์ทำงานวิชาการด้านการคลังสาธารณสุขอีกนับไม่ถ้วน

ประมาณเดือนเมษายน พ.ศ. 2544 ที่นำร่องโครงการได้เริ่มมีตัวเลขงบประมาณเหมาจ่ายรายหัว 1202.40 บาท ซึ่งเสนอมาจากงานประชุมเชิงปฏิบัติการที่ตึกสันติไมตรีปรากฏตามสื่อต่าง ๆ แล้วทั้งนี้ที่มาที่ไปของตัวเลขงบประมาณ 1,202.40 บาทที่นายแพทย์วิโรจน์และคณะเสนอไม่ได้ง่ายอย่างที่คิดและมีการโต้แย้งถึงตัวเลขงบประมาณกันหลายระลอก เพราะเมื่อตอนได้ตัวเลขออกมาต้องยอมรับว่าเรื่อง “*capitation [การค้าหนดงบประมาณรายหัว] ไม่ได้โรยด้วยกลีบกุหลาบเลย มี operational discourse แต่ด้วย leadership ของหมอสงวน*” (สัมภาษณ์ ดร.นายแพทย์วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร, 31 พฤษภาคม 2565) นายแพทย์วิโรจน์ ผู้คำนวณตัวเลข 1,202.40 บาทนี้ยังกล่าวต่อไปอีกว่าเมื่อตัดสินใจ

ที่จะใช้ระบบเหมาจ่ายรายหัว ทำให้มีประเด็นวิวาทะสำคัญอีกประการตามมา โดยมีทั้งฝ่ายที่เห็นด้วยและไม่เห็นด้วย นั่นก็คืองบประมาณรายหัวควรจะ “รวมหรือไม่รวมเงินเดือน” ด้วย

สำหรับประเด็นการรวมเงินเดือนในงบประมาณรายหัว เมื่อใช้วิธีคำนวณงบประมาณแบบเหมาจ่ายรายหัวแล้ว ทำให้การเงินงบประมาณ “ไหล” ไปตามจำนวนประชากรที่ขึ้นทะเบียนกับสถานบริการในแต่ละพื้นที่ อันเป็นการจัดการงบประมาณตามแนวคิด “เงินตามประชากร” (money follows people) เพื่อให้บริการสาธารณสุขตอบสนองความต้องการของประชาชนมากขึ้น วิธีการนี้จะทำให้พื้นที่ที่มีประชากรมากจะได้รับงบประมาณ “มาก” ตามไปด้วย ดังนั้นสถานพยาบาลที่ต้องรองรับคนมากมายก็จะมีศักยภาพมากขึ้น ไม่ว่าจะเป็นการตั้งทรัพยากรต่าง ๆ รวมถึงบุคลากรสาธารณสุขมาสู่พื้นที่ที่ขาดแคลนอยู่ ในทางกลับกันพื้นที่ซึ่งมีทรัพยากรมากเกินไปแต่กลับมีประชากรที่ต้องดูแลไม่มากนัก ก็จะถูกเกลี้ยงบประมาณไปให้สถานพยาบาลประเภทแรก ทำให้ไม่สามารถขยายการบริการและทรัพยากรที่เพียงพออยู่แล้วออกไปได้อีกด้วยข้อจำกัดด้านงบประมาณ การจัดสรรงบประมาณเช่นนี้จะส่งผลให้เกิดการ “กระจายทรัพยากร” ด้านสาธารณสุขทุกประเภทไปในพื้นที่ที่มีความต้องการบริการสาธารณสุขอย่างแท้จริง หลักการข้างต้นทำให้เกิดการขยายความคุ้มครองและปรับปรุงระบบบริการให้ดีขึ้นโดยไม่ต้องเพิ่มงบประมาณมากเกินไป หนึ่งในงบประมาณที่ต้องกระจายตามหลักการข้างต้นก็คือ “เงินเดือนของบุคลากร”

การจัดสรรงบประมาณรายหัวในช่วงเริ่มต้นของระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติได้ “รวม” เงินเดือนเข้าไปเป็นส่วนหนึ่งของงบประมาณเหมาจ่ายที่จัดสรรแต่ละจังหวัด ทำให้จังหวัดที่มีจำนวนบุคลากรมากเมื่อเทียบกับประชากรในพื้นที่ต้องพบกับปัญหาขาดดุลทางการเงิน นั่นคืองบประมาณแบบเหมาจ่ายตามจำนวนประชากรถูกแบ่งส่วนไว้สำหรับจ่ายเงินเดือนที่ค่อนข้างสูง และยังมีปัญหาเรื่องรวมเงินเดือนอยู่ในเหมาจ่ายรายหัวในทางปฏิบัติ เพราะเงินเดือนจ่ายตามพระราชกฤษฎีกาเงินเดือน ไม่สามารถหักออกมารวมอยู่ในเหมาจ่ายรายหัวได้ ในที่สุดจึงต้องใช้ระบบ “หักบัญชี” คือหักเงินเดือนที่ได้รับไปแล้วออกจากเหมาจ่ายรายหัว จึงเป็นเหตุให้งบประมาณจริงเหลือเพียงน้อยนิดหรือบางจังหวัดถึงกับ “ติดลบ” ตั้งแต่ต้นปีเนื่องจากเงินเดือนบุคลากร จนก่อให้เกิดปัญหาการขาดแคลนงบประมาณในการจัดบริการ แต่ทว่าในทางกลับกันโรงพยาบาลที่มีจำนวนบุคลากรน้อยแต่มีประชากรในพื้นที่รับผิดชอบมากก็เกิดภาวะงบประมาณเกินดุล เพราะไม่อาจแปลงเงินที่ได้เพิ่มขึ้นเป็นบุคลากรได้ทันที ทำให้การจัดบริการสาธารณสุขยังคงเป็นไปอย่างจำกัดเช่นเดิม อย่างไรก็ตาม ประเด็นเรื่องรวมเงินเดือนยังมีรายละเอียดและส่งผลให้เกิดความท้าทายตามมาอีกหลายประการ โดยเฉพาะหลัง พ.ศ. 2545 เช่น ประเด็นที่ว่าในระหว่าง พ.ศ. 2546-2548 ช่วง 3 ปีแรกหลังจากมีระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเกิดขึ้น กระทรวงสาธารณสุขยังเป็นผู้จัดสรรเงินอยู่ ยังมีใช้บทบาทหน้าที่ของ สปสช. แม้ว่าจะตั้งองค์กรขึ้นมาแล้ว เพื่อทำหน้าที่บริหารจัดการงบประมาณสำหรับผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

(จึงขอไม่กล่าวลงรายละเอียดไว้ตรงนี้) แต่โดยภาพรวม อยากให้ผู้อ่านเข้าใจก่อนว่าในช่วงการเริ่มต้นระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ การคำนวณและจัดสรรงบประมาณไม่ได้โรยด้วยกลีบกุหลาบจริง ๆ และเป็นประเด็นที่ไม่อาจแก้ไขเปลี่ยนแปลงได้โดยทันทีแบบชั่วคราวคืบ หากแต่ยังต้องใช้เวลาและเกมส์การต่อรองอีกมาก จึงขอยุติไว้ที่การริเริ่มหลักการเหมาจ่ายรายหัวแบบรวมเงินเดือนในปีงบประมาณ พ.ศ. 2545 และมหากาพย์เรื่องเงิน ๆ ทอง ๆ ตั้งแต่ พ.ศ. 2545 เป็นต้นมาจะขอกว่าในโอกาสต่อไป

ทั้งนี้ เมื่อเข้าใจที่มาแนวคิดการจัดการงบประมาณแล้ว เราย้ายมาพิจารณาถึงบทบาทผู้ทำหน้าที่จัดการงบประมาณอย่างองค์กร สปสช. กับความเป็นมา เพื่อเข้าใจ**มิติที่สาม** หรือ**ความยั่งยืนทางสถาบันและองค์กร (institutional sustainability)** ซึ่งองค์กร สปสช. นับเป็นเสาหลักสำคัญที่ “ค้ำจุน” ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติมิให้กลายเป็นเพียงปรากฏการณ์ชั่วคราวคืบและเป็นเพียงนโยบายชั่วคราวชั่วคราวเท่านั้น

## องค์กร สปสช. ผลลัพธ์เชิงสถาบัน จากเส้นทางประวัติศาสตร์การปฏิรูประบบสาธารณสุข

การเกิดขึ้นขององค์กร สปสช. ถือเป็น “ผลลัพธ์เชิงสถาบัน” อย่างหนึ่งของเครือข่ายปฏิรูประบบสาธารณสุขในทศวรรษ 2530-2540 ที่ต้องการออกแบบองค์กรที่ “มีอิสระ” ในการบริหารและจัดการตัวเอง และคล่องตัวตามอำนาจหน้าที่ โดยต้องไม่มีลักษณะเป็นระบบราชการ (bureaucracy) ไม่ใช่พรรคการเมือง (political party) และไม่ใช่องค์กรพัฒนาเอกชนที่ไม่ใช่รัฐ (NGOs) แต่ขณะเดียวกันก็ต้องเป็นองค์กรที่มุ่งสร้างสายสัมพันธ์กับราชการ กลุ่มก้อนทางการเมือง และภาคประชาสังคมไปพร้อมกันด้วย

เพื่อให้เป็นไปตามเป้าประสงค์ดังกล่าว แพทย์นักปฏิรูปจึงได้เสนอ “โครงสร้างองค์กรรูปแบบใหม่” ขึ้นมาเป็นกลไกและเครื่องมือเพื่อผลักดันการปฏิรูประบบสุขภาพที่ทรงพลังในช่วงทศวรรษ 2530-2540 ภายหลังมักเรียกอย่างติดปากว่า “องค์กรตระกูล ส.” ประกอบด้วย 4 หน่วยงานได้แก่ (1) สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) ใน พ.ศ. 2535 (2) สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) ใน พ.ศ. 2544 (3) สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ใน พ.ศ. 2545 และ (4) สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.) ใน พ.ศ. 2550 องค์กรเหล่านี้เกิดขึ้นเพื่อทำให้ข้อเสนอของการปฏิรูประบบสาธารณสุขกลายเป็น “สถาบัน” (institutionalization) ที่มั่นคงไม่ใช่สามารถล้มหรือเปลี่ยนแปลงตามกระแสลมทางการเมืองได้โดยง่าย โดย สวรส. มีหน้าที่เป็นฝ่ายวิชาการ ขณะที่ สสส. เป็นหน่วยจัดสรรทรัพยากรไปหล่อเลี้ยงแก่ภาคประชาสังคมที่เป็นพลังให้การขับเคลื่อน

นโยบายสาธารณะโดยเน้นเรื่องการสร้างเสริมสุขภาพ ลดโรค ลดปัจจัยเสี่ยงจากสภาพแวดล้อมที่ไม่เอื้อต่อสุขภาพ ส่วน สปสช. มีหน้าที่ปฏิรูประบบสาธารณสุขผ่านมาตรการทางการคลัง โดยหลัก ๆ คือจัดบริการตามหลักธรรมาภิบาล และปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข และสุดท้าย สปช. มีหน้าที่ขยายบทบาทจากงานสาธารณสุขเป็นสุขภาพ และส่งเสริมการมีส่วนร่วมจากภาคประชาสังคมบนพื้นฐานทางปัญญานับว่าเป็นยุทธศาสตร์อันชาญฉลาดที่มุ่งไปสู่ผลลัพธ์ได้อย่างแยบยล

หากกล่าวถึงเฉพาะหลักประกันสุขภาพแห่งชาติกับมิติการบริหารจัดการเงิน ๆ ทอง ๆ ที่เป็นแกนกลางความมั่นคงและความยั่งยืนของระบบ จึงมักเกี่ยวพันกับ “องค์กร สปสช.” โดยตรง การเกิดขึ้นของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ตามพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 ถือเป็นปรากฏการณ์อย่างเป็นรูปธรรมของ “กลไกการปฏิรูประบบการเงินการคลัง” เพื่อดูแลระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ หลักการสำคัญที่จำเป็นต้องสร้างองค์กรใหม่ขึ้นมาบริหารระบบหลักประกันสุขภาพคือ “การแยกผู้ซื้อและผู้ให้บริการ” ออกจากกัน (purchaser-provider split) นั่นก็คือการดึงอำนาจการจัดการงบประมาณออกจากกระทรวงสาธารณสุขในฐานะผู้ให้บริการ และสถาปนาองค์กรขึ้นมาใหม่เพื่อทำหน้าที่เป็นตัวแทนประชาชนที่อยู่ในสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และจัดซื้อบริการจากกระทรวงสาธารณสุข องค์กร สปสช. ที่เกิดขึ้นใหม่ใน พ.ศ. 2545 จึงมีพันธกิจสำคัญ 2 ด้านคือ (1) “ต่อรองการสนับสนุนบริการ” ซึ่งเป็นส่วนสำคัญของการบริหารจัดการเงินกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติให้เกิดประสิทธิภาพสูงสุด และ (2) ควบคุมระบบบริการสาธารณสุขเพื่อให้ประชาชนเข้าถึงบริการที่มีคุณภาพได้มาตรฐาน

บุคคลที่มีบทบาทสำคัญในการร่างกฎหมาย พรบ. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) พรบ. กองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) พรบ. หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (2545) คือ นายแพทย์สงวน นิตยารัมภ์พงศ์ ส่วน พรบ. สุขภาพแห่งชาติ (สช.) มีนายแพทย์อำพล จินดาวัฒน์ เป็นบุคคลสำคัญอยู่เบื้องหลัง

ทั้งสองท่านเคยเป็นประธานแพทยชนบทมาก่อน โดยนายแพทย์อำพล จินดาวัฒน์ เป็นประธานแพทยชนบทชุดที่ 7 (พ.ศ. 2527-2528) นายแพทย์สงวน นิตยารัมภ์พงศ์ เป็นประธานแพทยชนบทชุดที่ 8 (พ.ศ. 2528-2529)

## “การแยกผู้ซื้อและผู้ให้บริการ” ออกจากกัน (purchaser-provider split) ...

เป็นคำที่แปลตามความหมายของ ตะวันตกอย่างตรงไปตรงมา ซึ่งบางครั้งได้ลดทอนความสัมพันธ์ระหว่างสองตัวแสดงลง โดยมีลักษณะเป็นความสัมพันธ์กับลูกค้า (มิถิการตลาด) มากกว่าลักษณะของกัลยาณมิตร

การปฏิรูประบบบริหารงบประมาณ เช่นนี้ทำให้องค์กรอย่าง สปสช. ต้องมีความเป็นอิสระและไม่อยู่ภายใต้การ “ควบคุม” ของกระทรวงสาธารณสุข เพื่อให้ภารกิจของ สปสช. ที่เป็นตัวแทนของรัฐทำหน้าที่สนับสนุน บริการและต่อรองราคาค่าบริการสาธารณสุข “แทน” ประชาชนบรรลุวัตถุประสงค์ ขณะที่ฝ่าย กระทรวงสาธารณสุขทำหน้าที่ดูแลฝั่งการผลิต เพื่อให้บริการ กระบวนการสองส่วนนี้ในทาง หลักการจึงต้องมีอิสระจากกัน (นวนลน้อย ตรีรัตน์ และ แบ็งค์ งามอรุณโชติ, 2555, น. 52) การสร้างระบบกลไกแบบองค์กร สปสช. ตามที่กล่าวมาข้างต้นโดยที่มีกฎหมายรองรับอย่างเป็นทางการและลือไปตามเนื้อหาในพระราชบัญญัติ จึงเปรียบเสมือน “กระดูกล้าง” ของระบบ

หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ที่ทำให้เป้าหมายที่จะสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าบรรลุผล พร้อมกับเกิดความมั่นคง แข็งแรง และยั่งยืน โดยที่ไม่เป็นแค่เพียงนโยบายฉาบฉวยเพื่อเรียกคะแนนเสียงของรัฐบาลใดรัฐบาลหนึ่งเพียงชั่วคราวเท่านั้น ดังนั้นการออกแบบพระราชบัญญัติจึงมีนัยยะสำคัญ

## การออกแบบ “พระราชบัญญัติ” คือกระดูกสันหลังของการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

อันที่จริงแล้วพระราชบัญญัติประกันสุขภาพอาศัยแนวคิดที่มาจากหลากหลายร่างพระราชบัญญัติที่ออกแบบโดยตัวแทนจากหลายฝ่าย สำหรับร่างพระราชบัญญัติประกันสุขภาพฉบับแรกเคยเกิดขึ้นมาก่อนตั้งแต่ช่วง พ.ศ. 2538-2539 ด้วยคณะทำงานของกรมการสาธารณสุข มีนายแพทย์ สงวนเป็นที่ปรึกษาและร่วมร่างกฎหมายกับตัวแทนจากพรรคประชาธิปัตย์ พรรคชาติไทย ข้าราชการ จากกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงแรงงาน และคณะกรรมการกฤษฎีกา จนสามารถยกร่างสำเร็จมาเป็น “ร่างพระราชบัญญัติประกันสุขภาพ” ก็ได้กำหนดเรื่องการมี “หลักประกันสุขภาพภาคบังคับ” โดยประชาชนและรัฐร่วมกันจ่ายเงินสมทบเข้ากองทุนประกันสุขภาพ อย่างไรก็ตาม การเดินหน้าผลักดันร่าง พรบ. ฉบับนี้ของนายแพทย์ สงวนยังไม่ก้าวหน้านัก เนื่องจากนักวิชาการและหน่วยงานต่าง ๆ ยังคงเชื่ออย่างสุดใจว่าประเทศไทยยัง “ไม่พร้อม” ในด้านงบประมาณ

ต่อมานายแพทย์สงวนจึงนำแนวคิดนี้ไปหารือแลกเปลี่ยนกับกลุ่มองค์กรภาคประชาสังคม เช่น มูลนิธิเข้าถึงเอดส์ มูลนิธิอาสาสมัครเพื่อสังคม มูลนิธิเพื่อผู้บริโภค ฯลฯ ซึ่งภาคประชาสังคมเล็งเห็นประโยชน์ที่จะเกิดขึ้นกับประชาชนจึงขานรับหลักการ และนำไปสู่การก่อตั้งองค์กรรวมเครือข่ายภาคประชาสังคมที่มีเป้าหมายร่วมกันคือผลักดันการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าขึ้น องค์กรนี้มีชื่อเรียกว่า “โครงการรณรงค์เพื่อหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า” โดยเป็นการรวมองค์กรพัฒนาเอกชนด้านสาธารณสุขและเครือข่ายภาคประชาสังคม 11 เครือข่าย มีอาจารย์จอน อึ้งภากรณ์เป็นแกนนำคนสำคัญ อาจารย์จอน อึ้งภากรณ์ ได้ยื่นขอความถึงจุดเริ่มต้นที่นำไปสู่การเข้าร่วมรณรงค์เพื่อหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าว่า

“ก่อนปี 2543 ผมทำงานที่มูลนิธิเอดส์ [มูลนิธิเข้าถึงเอดส์] เราเจอปัญหาตลอดว่าเค้าไม่มีเงินซื้อยา แม้แต่ยาฆ่าไวรัส ยาต้านโรคติดเชื้อราในปาก ตายกันเยอะมาก เราเลยมาสู่เรื่องการเข้าถึงยา...เราอยากเข้าถึงยาและบริการสุขภาพ ตอนนั้นหมอสงวนกำลังผลักดันเรื่องหลักประกันสุขภาพ...มีการทำโพลถามประชาชนว่าถ้ามีระบบประกันสุขภาพไม่ต้องเสียค่ารักษาจะเอามั้ย ผลตอบรับท่วมท้น ตอบว่าประชาชนต้องการ สงวนเลยมาประชุมกับพวกผม หมอสงวนเสนอหลักการเพื่อจะมีกฎหมายหลักประกันสุขภาพ เ็นใจโอทีที่ไปร่วมมีจำนวนพอสมควร เห็นด้วยหมดเลย เราเลยตั้งคณะทำงานขึ้นเป็นตัวแทนของเอ็นจีโอ เพื่อดำเนินการร่างกฎหมาย ตอนนั้นพวกเราเห็นว่ากฎหมายของหมอสงวนยังไม่ค่อยสมบูรณ์และเราก็อยากมีส่วนร่วม”

(สัมภาษณ์อาจารย์จอน อึ้งภากรณ์,  
25 มิถุนายน 2565)

อาจารย์จอนร่วมกับนักวิชาการ นักกฎหมาย และที่ปรึกษาหลายท่านที่มีความสามารถสร้างเป็นที่ร่างพระราชบัญญัติ เช่น นายนคร ชมพูชาติ นางสาวสุวิรัตน์ ตริมิตรคา เกสัชกรหญิง ดร.ยุพดี สิริสินสุข ฯลฯ จนนำไปสู่เนื้อหาของร่าง “พ.ร.บ.ฉบับภาคประชาชนที่เน้นเรื่องฟรีค่าบริการ โดยต้องเอาภาษีมาจ่าย ไม่ใช่เก็บจากผู้รับบริการ” (เพ็งอ้าง)

## แนวคิดเรื่อง “ฟรี” ค่าบริการ

...

วิธีคิดเช่นนี้เป็นแนวคิดที่มีต้นแบบมาจากระบบ national Health Service (NHS) ของสหราชอาณาจักร ซึ่ง นายแพทย์สงวน นิตยารัมภ์พงศ์ นายแพทย์วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร และอาจารย์จอน อึ้งภากรณ์ ได้รับประสบการณ์มาจากที่นั่น

และยังมีหลายหลักการที่ถูกนำไปปรับใช้จริงต่อมา เช่น กำหนดให้มีคณะกรรมการ 2 ชุดที่สามารถเลือกตัวแทนได้เองโดยปราศจากการแทรกแซงของฝ่ายการเมืองที่กลายมาเป็นคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (บอร์ด สปสช.) และคณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุข (บอร์ดควบคุมฯ) หรือการเสนอระบบชดเชยความเสียหายโดยไม่ต้องพิสูจน์ความรับผิด (no-fault compensation) ที่กลายมาเป็นมาตรา 41 ในพระราชบัญญัติ

ด้านการเคลื่อนไหวผ่านช่องการเมือง คณะรัฐมนตรีได้มีมติเห็นชอบระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีเรื่องการปฏิรูปแห่งชาติ เมื่อวันที่ 9 พฤษภาคม พ.ศ. 2543 ด้วยระเบียบดังกล่าวจึงมีการจัดตั้ง “คณะกรรมการปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ” (คปรส.) มีนายกรัฐมนตรีเป็นประธานและมีผู้อำนวยการสำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติเป็นเลขานุการซึ่ง “สำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ” (สปรส.) จัดตั้งขึ้นภายใต้ข้อบังคับของสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข หน้าที่หลักของ คปรส. คือร่างพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ และสร้างองค์ความรู้และความเข้มแข็งของประชาสังคมกับสื่อมวลชน มีศาสตราจารย์พิเศษ ดร.อัมมาร สยามวาลา นักเศรษฐศาสตร์เป็นประธาน (กิโรจน์ ณ ระนอง, อัญชานา ณ ระนอง, และ ศรชัย เตரியวรกุล, 2547, 25) รวมถึงนายแพทย์สงวน นิตยารัมภ์พงศ์ นายแพทย์วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร นายแพทย์ศุภสิทธิ์ พรรณนารุโณทัย ภกญ.ดร.ยุพดี ศิริสินสุขเอง ก็เป็นหนึ่งในคณะทำงาน ข้อเสนอระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า โดย สปรส. และ สวรส. หัวใจของการจัดบริการที่รายงานฉบับนี้ได้เสนอไว้คือ หลักการว่าด้วย “การแยกผู้ซื้อบริการและผู้ขายบริการ” (purchaser-provider split) ซึ่งเป็นข้อค้นพบจากระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในหลายประเทศที่ต้องจัดระบบควบคุมตลาด (market regulation) ไม่ปล่อยให้ตลาดบริการสุขภาพทำงานโดยเสรีเพราะจะเกิดภาวะตลาดล้มเหลว (market failure) จากข้อคิดเห็นและจุดเด่นของร่างพระราชบัญญัติที่ร่างตั้งแต่ฉบับคณะทำงานของกรมการสาธารณสุข ฉบับประชาชนของภาคประชาสังคม ฉบับ สปรส. และ สวรส. ได้ถูกคัดสรรและต่อยอดจนกลายมาเป็น “ต้นแบบ” สำหรับการร่างพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติที่เสนอรัฐสภาโดยรัฐบาลพรรคไทยรักไทยเวลาต่อมา

สำหรับกระบวนการ “เสนอ” ร่างพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติแก่สมาชิกสภาผู้แทนราษฎรเพื่อรับหลักการได้เริ่มวาระที่ 1 ในวันที่ 15 เดือนพฤศจิกายน พ.ศ. 2544 มีผู้เสนอร่าง พรบ. ว่าด้วยหลักประกันสุขภาพมากถึง 6 ฉบับ ประกอบไปด้วยร่างของรัฐบาล 1 ฉบับ ร่างจากพรรคการเมือง 4 ฉบับ และร่างของภาคประชาชนที่รวมรายชื่อประชาชน 5 หมื่นคนตั้งแต่ปลาย พ.ศ. 2543 โดยโครงการรณรงค์เพื่อหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ในเอกสารร่างแต่ละฉบับจะมีรายละเอียดแตกต่างกันออกไปบ้าง เป็นต้นว่าการให้คำจำกัดความถึง “ค่าบริการ” ที่ปรากฏข้อความที่ต่างกันระหว่างเงินที่ผู้รับบริการ “จ่าย/ร่วมจ่าย” ให้แก่หน่วยบริการ ข้อแตกต่างประการต่อมาดังปรากฏในหมวด 1 เกี่ยวกับการรับบริการสาธารณสุข มาตรา 5 ซึ่งหลายฉบับได้เน้นไปในทิศทาง

เดียวกันว่าคนไทยทุกคนมีสิทธิได้รับบริการสาธารณสุขที่ได้มาตรฐานและมีประสิทธิภาพ แต่ส่วนที่ต่างกันคือฉบับคณะรัฐมนตรีมีการเพิ่มข้อความที่ว่า “ตามฐานะการคลังของประเทศ” ซึ่งหลายฝ่ายได้เสนอให้ตัดข้อความดังกล่าว ด้านมาตราที่เกี่ยวข้องกับการกำหนดให้มีสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ส่วนใหญ่คิดเห็นไปในทิศทางเดียวกันว่า “ต้องมีฐานะเป็นนิติบุคคล ไม่เป็นส่วนราชการ แต่อยู่ภายใต้การกำกับดูแลของรัฐมนตรี”

ขณะที่บางฉบับได้ปรากฏข้อเสนอที่แตกต่างไปโดยสิ้นเชิง เช่นดังที่เสนอโดยพรรคประชาธิปัตย์ได้ระบุข้อความที่แตกต่างไปจากฉบับอื่น โดยมีข้อเสนอสำคัญคือการระบุให้ผู้ป่วย 5 รายได้โดยโอกาส และผู้ที่สังคมให้ความช่วยเหลือเกื้อกูล (เด็ก ผู้สูงอายุ นักบวช นักพรต ภิกษุ สามเณร ทูพพลภาพ หรือบุคคลที่ทำความดีแก่ชาติ) สามารถรับบริการทางการแพทย์โดยไม่ต้องเสียค่าใช้จ่าย เนื่องจากเป็นกลุ่มที่เคยได้รับสิทธิการยกเว้นมาตั้งแต่ก่อนหน้า และอีกประการหนึ่งคือเสนอให้เปิดโอกาสให้ประชาชนจากทุกกองทุนก่อนหน้าสามารถเลือกได้ว่าจะเข้าอยู่ในกองทุนแบบใด ส่วนร่างที่มาจากภาคประชาชนเองก็ได้มีข้อเสนอบางประการที่แตกต่างจากฉบับอื่นค่อนข้างมาก อย่างการเสนอให้มีกฎหมายว่าด้วยหลักประกันสุขภาพฉบับเดียวที่ใช้สำหรับประชาชนคนไทย “ทุกคน” โดยเท่าเทียมกัน เนื่องจากปัจจุบันมีความเหลื่อมล้ำเพราะมีหลายระบบและจัดการแยกเป็นหลายกองทุนมากเกินไป (รายงานการประชุมสภาผู้แทนราษฎร ครั้งที่ 33/วันที่ 15 พฤศจิกายน 2544, 2544) การเสนอให้ไม่มีการคิดค่าบริการใด ๆ และถือเป็นหน้าที่รัฐ หรือการเสนอผู้แทนองค์กรภาคเอกชนที่ได้รับการคัดเลือกจากการสรรหาจำนวน 8 คนซึ่งเป็นจำนวนที่เปิดพื้นที่ให้กับภาคประชาชนมากที่สุด (สำนักงานหลักประกันสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข, ไม่ได้ตีพิมพ์เผยแพร่) ฉบับดังกล่าวได้สะท้อนให้เห็นถึงข้อคิดเห็นที่ไม่ได้มองในฐานะที่เป็นรัฐเช่นฉบับอื่น ๆ อย่างชัดเจน ด้วยความหลากหลายของร่าง แสดงความคิดเห็นหรือถกเถียงถึงตัวบทกฎหมายในเชิงสถาบัน เรียกได้ว่าเป็นเปิดพื้นที่ให้กับความคิดเห็นที่หลากหลายและมีสีสันอย่างมากดังปรากฏในบันทึกรายงานการประชุมสภาผู้แทนราษฎรครั้งนั้น (เพ็ญอ้าง)

จนในที่สุด “พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545” ได้ประกาศใช้ในช่วงกลางเดือนพฤศจิกายน พ.ศ. 2545 ซึ่งกลายเป็นจุดเปลี่ยนกระบวนทัศน์ทางความคิดของสังคมเกี่ยวกับสุขภาพไปโดยสิ้นเชิง ประเด็นสำคัญ ๆ ไม่ว่าจะเป็นการเปลี่ยนผ่านจากระบบ “สงเคราะห์” ไปสู่ “สิทธิ” ที่ทำให้ประชาชนคนไทยทุกคนได้รับสิทธิในการเข้าถึงการรักษาสุขภาพอย่างทั่วถึงและถ้วนหน้า และไม่มีใครต้องล้มละลายด้วยค่ารักษาพยาบาล การมี “มาตรา 41” ที่กันเงินร้อยละ 1 สำหรับชดเชยความเสียหายที่เกิดจากการรักษาพยาบาล เท่ากับว่าถ้าเกิดเหตุความเสียหายขึ้นจากการรักษา ผู้รับบริการมีสิทธิได้รับเงินชดเชยความเสียหายเบื้องต้นเพื่อบรรเทาความเดือดร้อนของผู้ป่วยและญาติ การออกแบบองค์กรกึ่งมหาชน อย่าง “คณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุข” (บอร์ดควบคุมฯ) ซึ่งโครงสร้างของบอร์ดคณะกรรมการมีสัดส่วนของภาคประชาชน องค์กร

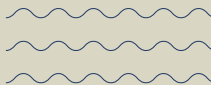
พัฒนาเอกชน และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเข้ามาเป็นผู้มีบทบาทในการตรวจสอบ ตัดสินใจเชิงนโยบาย และกำกับติดตามการนำนโยบายไปปฏิบัติ เพื่อสร้างความชอบธรรมให้กับระบบมากยิ่งขึ้น และตาม พรบ. ฉบับนี้ยังนำไปสู่การจัดตั้ง “สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ หรือ สปสช.” เป็นหน่วยงานที่รับผิดชอบการสร้างหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ที่มีคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติและคณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุขเป็นองค์กรกำหนดนโยบาย กล่าวอีกนัยหนึ่งคือเกิดเป็นระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าที่มีกฎหมายรองรับอย่างรัดกุม และเกิด สปสช. เป็น “ตัวแทนประชาชน” ทำหน้าที่บริหารจัดการสิทธิประโยชน์และงบประมาณด้านสุขภาพทั้งหมดของหลักประกันสุขภาพแห่งชาติมาจนครบ 20 ปี และยังคงดำเนินงานเพื่อสิทธิประโยชน์ของประชาชนในก้าวต่อไป



เมื่อกระแสธารมาบรรจบ  
ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า  
จึงบังเกิด

- 10 -

**บทสรุปส่งท้าย:  
ก้าวที่ผ่านมาและก้าวต่อไป  
ของหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า**





เมื่อออก พ.ร.บ.

หลักประกันสุขภาพแห่งชาติสำเรีงนั้น

นอกจากความรู้สึกดีใจ

ที่หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

กำลังจะเป็นจริงขึ้นมา ผมก็ยักรู้ดีว่า

นั่นเป็นเพียงการเริ่มต้นนับหนึ่งใหม่

ในกระบวนการปฏิรูประบบบริการสุขภาพเท่านั้น

ผมรู้ดีว่ายังมีอีกหลายขุณเขาที่ต้องก้าวผ่าน

เพื่อพัฒนาระบบบริการสุขภาพให้ดีกว่าเดิม

แต่ผมก็ไม่ได้หวั่นใจ

ผมพร้อมที่จะทำงานหนักในขั้นต่อไป...



**นายแพทย์สงวน นิตยารัมภ์พงศ์**

(ชาติรี เจริญชัะกุล และ อพภัวันท์ นิตยารัมภ์พงศ์, 2554, น. 79)

## เส้นทางหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

“การสร้างหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (UCS)” ถือเป็นหมุดหมายสำคัญที่ทำให้ “หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (UHC)” สำเร็จลุล่วงและเป็นไปเพื่อประโยชน์ของคนส่วนใหญ่ของประเทศ พร้อมกันนั้นยังมีเครื่องยืนยันถึงความยั่งยืนด้วยการออกแบบองค์กร สปสช. ให้ทำหน้าที่ดูแลระบบ ภารกิจทั้งหมดไม่ใช่เส้นทางที่ง่ายดายนัก ไหนจะต้องเผชิญความยากในการร้อยเรียงข้อคิดเห็นจากทุกฝ่าย ทั้งภาคการเมือง ภาควิชาการ และภาคประชาสังคม ผ่านกระบวนการร่างพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ความสำเร็จที่เกิดขึ้นล้วนแล้วแต่ชี้ให้เห็นว่า “เส้นทางประวัติศาสตร์ การเมือง เศรษฐกิจ และสังคม” ที่แวดล้อมงานการแพทย์และสาธารณสุขที่ผ่านมามีส่วนช่วยส่งเสริมอยู่ไม่น้อย

นับตั้งแต่การมุ่งพัฒนาอย่างต่อเนื่องในเรื่อง “ปริมาณ” ของสถานบริการ ที่รัฐทุกยุคทุกสมัยต่างพยายามต่อยอดการทำงานด้านนี้ นับตั้งแต่การสร้างโรงพยาบาลรัฐยุคแรกในสมัยสมบูรณาญาสิทธิราชย์ การผ่านเหตุการณ์ 2475 สู่อการขยายโรงพยาบาลครบทุกจังหวัด ยุคแห่งการเร่งสร้างโรงพยาบาลชุมชนครบทุกอำเภอ และผ่านยุคทศวรรษแห่งการพัฒนาสถานีอนามัย จนกระทั่งเดินทางมาสู่สมัยปัจจุบันที่เน้นการเพิ่มคุณภาพแก่สถานพยาบาล ตลอดจนความพยายามมีจุดหมายเดียวกันคือเพื่อให้ประเทศไทยมีสถานบริการทางด้านสาธารณสุขที่ครอบคลุมและเพียงพอ ดังนั้น การเร่งสร้างสถานบริการสุขภาพตามอย่างตะวันตกทั้งน้อยใหญ่ให้ขยายไปทั่วทุกแห่งของประเทศทั้งระดับจังหวัด อำเภอ และตำบล รวมถึงการขยายจำนวนของโรงพยาบาลและคลินิกของเอกชนด้วย นับเป็นจุดเริ่มต้นแห่งความสำเร็จที่รุกรายทางให้หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าสามารถเกิดขึ้นได้และเป็นไปได้ ถ้าหากประเทศไทยไม่มีแม้ “ปริมาณ” สถานบริการที่ครบถ้วนและพร้อมให้บริการแล้ว การคิดต่อยอดไปถึงเรื่อง “คุณภาพ” และ “ความเท่าเทียม” ก็ไม่อาจเกิดขึ้นได้

ขณะเดียวกันเมื่อผลักดันจนเกิดมีโรงพยาบาลครบทุกจังหวัดและการพลิกผันนโยบายจนกระทั่งมีโรงพยาบาลครบทุกอำเภอ มีสถานื่อนามัยครบทุกตำบล และกระจาย อสม. ครอบคลุมหมู่บ้านได้แล้ว สิ่งที่ต้องคิดพิจารณาและท้าทายควบคู่กับการขยายสถานบริการอยู่เสมอ คือ “กำลังคน” ด้านสาธารณสุขที่อยู่ปฏิบัติงานตามสถานบริการ ช่วงแรกแน่นอนว่าการเพิ่ม “ปริมาณ” และ “คุณภาพ” ด้านกำลังคนเป็นเรื่องยากและท้าทายพอ ๆ กับการขยายจำนวนสถานบริการ แต่เมื่อเวลาผ่านไป ปัญหาหนักหน่วงที่แท้จริงและยังเป็นประเด็นที่ท้าทายอยู่ทุกขณะแม้กระทั่งปัจจุบัน ได้ย้ายจากเรื่องปริมาณและคุณภาพไปสู่เรื่อง “การกระจายตัว” ของบุคลากรทางการแพทย์อย่างทั่วถึง บุคลากรทางการแพทย์ส่วนใหญ่ย่อมอยากปฏิบัติงานอยู่ในที่ที่มองเห็นความก้าวหน้าในวิชาชีพชัดเจน ได้ทำงานตามอัธยาศัยและไม่ถึงขนาดต้องใช้ชีวิตที่ยากลำบากมากเกินไป แต่ว่าการปฏิบัติงานด้านสาธารณสุขในพื้นที่ชนบทของไทยกลับเป็นไปในทิศทางตรงกันข้าม การเผชิญหน้ากับความท้าทายทุกรูปแบบที่เข้ามาในชีวิตการทำงาน ทำให้แพทย์และบุคลากรทางการแพทย์อื่น ๆ ที่เรียนจบมาต่างป้ายหน้าหนีให้กับชนบทไทย แม้ว่ารัฐบาลจะใช้วิธีบังคับขุดใช้ทุนเรื่อยมาตั้งแต่ พ.ศ. 2510 แต่การเหนี่ยวรั้งให้แพทย์คงอยู่ในชนบทกลับไม่ประสบความสำเร็จตามเป้าประสงค์ที่วางไว้เท่าใดนัก ส่วนหนึ่งเมื่อเรียนจบก็ตัดสินใจไปแสวงโชคต่อต่างประเทศ แต่พอถูกปิดกั้นและบีบบังคับให้ต้องขุดใช้ทุน ส่วนใหญ่ก็ยอมไปทำงานในพื้นที่ที่ได้รับจัดสรร แต่เป็นการทำงานในสภาพแบบที่ตั้งใจทำให้จบ ๆ ไป แล้ววันหนึ่งถอยหลังเพื่อย้ายกลับเข้ามาทำงานในพื้นที่ส่วนกลางท่ามกลางความเจริญทันทีเมื่อสิ้นสุดสัญญา

จนกระทั่งเมื่อสังคมไทยโดยรวมตกอยู่ภายใต้บรรยากาศทางการเมืองอันมีลักษณะเฉพาะตัว โดยเฉพาะช่วงทศวรรษ 2510 ตั้งแต่การอยู่ได้ร่วมเงาสงครามเย็นที่เต็มไปด้วยความขัดแย้งระหว่างโลกเสรีประชาธิปไตยกับความเชื่อมั่นในคอมมิวนิสต์ การประสบพบเจอเหตุการณ์ 14 ตุลาคม 2516 และเป็นส่วนหนึ่งของกรณี 6 ตุลาคม 2519 ความอึดอัดคับข้องใจต่อการเมืองทั้งระบบที่น่าอึดอัด ปิดกั้นและไม่เป็นไปตามที่คาดหวัง ทำให้บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขกลุ่มหนึ่งของสังคมเลือกวิถี “ระบาย” ความอึดอัดคับข้องใจ และแสดงความมุ่งมั่นอย่างชัดเจนที่จะช่วย “ปลดปล่อยประเทศ” ด้วยการให้ความรู้และวิชาชีพของตนเองทำประโยชน์ให้แกสังคม

เมื่อได้ชื่อว่าเป็นบุคลากรทางการแพทย์ หน้าที่หลักคือดูแลรักษาสุขภาพแก่ประชาชน แต่ด้วยบรรยากาศการเมืองที่ “พิเศษ” และ “เฉพาะ” กว่าปกติ ซึ่งความเฉพาะเจาะจงนี้หมายถึงการที่แม้เวลาผ่านไปจนต้องเผชิญหน้ากับวิกฤติและปัญหาอื่นที่เกิดขึ้นในสังคมอีกมาก แต่ “กระแสธารแห่งความรู้สึกนึกคิด” ณ ห้วงเวลานั้นมีความเฉพาะตัวจนไม่อาจลอกเลียนแบบหรือจำลองเหตุการณ์ได้ ด้วยความเฉพาะตัวอันพิเศษนี้ ทำให้องค์ความรู้ทางการแพทย์ถูกตีความและผนวกเอาวิถึวนปัญหา ใจ-จน-เจ็บของสังคมเข้ามาพิจารณาาร่วมด้วย บรรดาแพทย์สายปฏิรูปและแพทย์จบใหม่หัวก้าวหน้าจำนวนหนึ่งในยุคสมัยนั้นจึงไม่ได้ต้องการเป็นแพทย์รักษาคคนอย่างเดียวเท่านั้น หากแต่ต้องการเป็น

“แพทย์ที่รักษาสังคม” ไปพร้อม ๆ กัน การออกไปค้นหาความหมายของชีวิตและการทำงานในพื้นที่ชนบทห่างไกลของไทย จึงกลายเป็นวิถี “ปกติ” ของบุคลากรทางการแพทย์จบใหม่กลุ่มหนึ่งในยุคทศวรรษ 2520 ประกอบกับจังหวัดที่งานสาธารณสุขมูลฐานและหลักการสุขภาพดีถ้วนหน้าได้รับการผลักดันอย่างจริงจังจากแพทย์สายปฏิรูปรุ่นใหม่ทำงานในกระทรวงอยู่แล้วตอนนั้น การเดินทางเข้าไปทำงานในพื้นที่ชนบทจึงกลายเป็นการทำงานแบบ “มุ่งเป้า” เพื่อยกระดับชีวิตของประชาชนให้เข้าถึงบริการสาธารณสุข หรืออย่างน้อยควรพัฒนาให้อยู่ในระดับมาตรฐานตามที่มนุษย์ทุกคนควรได้รับอย่างเท่าเทียมเสมอหน้า

และด้วยเส้นทางการใช้ชีวิตแพทย์ที่ต่างออกไป ทำให้ขบวนการแพทย์ในชนบทมีโอกาสสั่งสมองค์ความรู้และประสบการณ์ชีวิตทั้งที่รู้ตัวและไม่รู้ตัว วิธีคิดของพวกเขาจึงมีความน่าสนใจและแตกต่างออกไปด้วยเช่นกัน แพทย์ชนบทเหล่านี้เมื่อเวลาผ่านไปก็ได้แยกย้ายไปกันไปทำงานตามหน้าที่ของตนเอง บางส่วนที่กลับมาทำงานในกระทรวงสาธารณสุขก็ได้นำเอาประสบการณ์ ที่ได้รับการทำงานในพื้นที่ชนบทมาต่อยอดเพื่อขับเคลื่อนงานสาธารณสุขที่ยาก ๆ ผ่านโครงสร้างกระทรวง นอกจากนั้นการเผชิญหน้ากับเงื่อนไขใหม่ ๆ ของปัญหา ทำให้เกิดเป็นกระบวนการ “เตรียมพร้อมองค์ความรู้” ไว้ในมืออยู่ตลอด และมีความพยายามแสวงหาโอกาสเพื่อลงมือปฏิบัติและการทดลองด้วยความมุ่งมั่น เมื่ออ่านมาถึงจุดนี้เราจะพบว่าเบื้องหลังงานขับเคลื่อนนโยบายเกี่ยวกับสาธารณสุขและพัฒนาการของหลักประกันสุขภาพหลาย ๆ รูปแบบก่อนหน้า ไม่ว่าจะเป็นการประกันสุขภาพแบบสมัครใจ ระบบประกันสังคม โครงการอัยยา มักมีแพทย์สายปฏิรูปรุ่นใหม่และขบวนการแพทย์ในชนบทรุ่นบุกเบิกเข้าไปเกี่ยวข้องทั้งหน้าและหลังจากอยู่เสมอ ประสบการณ์จากการทำงาน ทดลองและบุกเบิก กลายเป็นเครื่องมือขยายพรมแดนความรู้ของวงการแพทย์ ที่รุกรายไปสู่การสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าตามที่ได้ปักธงไว้

อย่างไรก็ตาม การตั้งเป้าหมายที่ยากเกินฝันอย่างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ย่อมไม่ใช่เรื่องที่จะกระทำได้ง่าย โดยเฉพาะเรื่องเงิน ๆ ทอง ๆ มักเป็นเรื่องใหญ่ระดับชาติที่อาจส่งผลกระทบต่อทุกภาคส่วนและคนทุกคนในสังคม จึงไม่น่าแปลกใจนัก หากหนึ่งในบรรดาเรื่องยากเย็นที่สุดที่กีดกันพัฒนาการของหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าจะเป็นเรื่อง “งบประมาณที่แสนจำกัด” แต่น่าสนใจกว่านั้นคือการที่แพทย์หัวก้าวหน้าคน “เฉลียวใจ” และได้ “เตรียมพร้อม” ที่จะรับมือกับเรื่องงบประมาณมาตลอดชีวิตของการทำงาน ตั้งแต่สมัยบริหารจัดการอยู่ชนบทที่ถูกบังคับให้เตรียมพร้อม จนมาถึงการแก้ปัญหาและเตรียมพร้อมรับมือทุกขณะเมื่อทำงานในกระทรวง การศึกษาค้นคว้าและการทดลองใช้วิธีคำนวณงบประมาณที่หลากหลายตลอดเวลาที่ผ่านมา ยังผลให้ความก้าวหน้าของความรู้เรื่องงบประมาณ เดินมาสู่จุดลงตัวที่ “หลักการเฉลี่ยทุกข์เฉลี่ยสุข” ผสมกับ “การเหมาจ่ายรายหัวรวมเงินเดือน” ซึ่งถูกนำมาออกแบบและใช้กับหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าเวลาต่อมา

สิ่งหนึ่งที่ทำให้กลุ่มแพทย์หัวก้าวหน้าสามารถคลี่ปมปัญหาเรื่องงบประมาณออกได้ เริ่มจากการที่บางคนเข้าไปทำงานเป็นหัวหน้าฝ่ายงบประมาณของกองแผนงานกระทรวงสาธารณสุข จึงรู้เรื่องงบประมาณเป็นอย่างดี เช่น นายแพทย์สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ นายแพทย์วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร ประกอบกับต่อมากลุ่มแพทย์หัวก้าวหน้าตระหนักว่าการแก้ไขปัญหาสุขภาพ ต้องอาศัยศาสตร์ความรู้ อื่นที่ “นอกเหนือ” จากวิธีการแพทย์ เพราะปัญหาสุขภาพเป็นเรื่องเดียวกันกับปัญหาของชีวิตส่วนบุคคล ครอบครัว สังคม และปัญหาประเทศชาติ ดังนั้น ความรู้จากเศรษฐศาสตร์ สังคมศาสตร์ และศาสตร์อื่น ๆ ต่างมีมุมมองอันประโยชน์ต่อการหาทางออกให้กับปัญหาที่แม้ว่าจะเป็นเรื่องของสุขภาพก็ตามที และวิธีการคำนวณงบประมาณที่ผนวกรวมเอาเศรษฐศาสตร์เข้ามาใช้กับงานสาธารณสุขได้ แสดงให้เห็นถึงการเปิดกว้างทางความคิดและความเชื่อของบรรดานักปฏิรูปอย่างชัดเจน

แจกเช่นเดียวกันกับการเปลี่ยนแปลงสังคม การปฏิรูประบบสุขภาพมีอาจทำได้เพียงอาศัยพลังของบุคลากรทางการแพทย์เพียงอย่างเดียวเท่านั้น ดังจะเห็นได้จากการเปิดพื้นที่เพื่อสร้างความสัมพันธ์อันดีกับภาคประชาสังคม ยังต้องอาศัยศิลปะแห่งการโน้มน้าวจนภาคการเมืองยอมเปิดพื้นที่ให้แก่การผลักดันหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ไปจนกระทั่งการประนีประนอมข้อคิดเห็นจากทุกฝ่ายเพื่อก่อร่างสร้างองค์กรเชิงสถาบันอย่าง สปสช. ด้วยเหตุนี้คำกล่าวตามทฤษฎีสามเหลี่ยมเขยื้อนภูเขาของอาจารย์ประเวศ ที่ว่าการผลักดันเรื่องยาก ๆ ต้องอาศัยทั้งความรู้ที่กว้างขวาง อาศัยภาคประชาสังคม และอาศัยเจตจำนงจากภาคการเมือง ไม่ผิดเพี้ยนไปจากความจริงแต่อย่างใด

หากจะให้สรุปหัวใจสำคัญของเส้นทางของการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ต้องไม่ลืมพิจารณาถึงประวัติศาสตร์การแพทย์และสาธารณสุข ปัจจัยแห่งการเมือง เศรษฐกิจ และสังคมของประเทศ และต้องไม่ลืมบทบาทผู้มีส่วนเกี่ยวข้องโดยเฉพาะบรรดาแพทย์รุ่นใหญ่และแพทย์ในชนบทรุ่นบุกเบิกที่กลายมาเป็นแพทย์หัวก้าวหน้าหรือแพทย์นักปฏิรูป ทั้งหมดล้วน “เกี่ยวโยง” และ “เป็นส่วนหนึ่ง” ของประวัติศาสตร์การสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าแห่งประเทศไทย และต้องไม่ลืมว่าการที่หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าเกิดขึ้นได้สำเร็จนั้น เป็นเพราะปัจจัยทั้งองค์ความรู้ ความร่วมมือร่วมใจจากภาคประชาสังคม หน้าต่างโอกาสทางการเมือง การมีโชคช่วย ไปจนกระทั่งการที่บรรดาแพทย์นักปฏิรูปตัดสินใจ “ฉวยโอกาส” เหล่านั้นไว้ ปัจจัยเหล่านี้ทั้งหมดต้องเกิดขึ้นโดยพร้อมเพรียงกัน เปรียบเสมือน “กระแสน้ำที่ไหลมาบรรจบกัน” ในห้วงเวลาที่เหมาะสม นั่นจึงทำให้หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าบังเกิดขึ้นได้อย่างแท้จริง

ทั้งนี้ การถือกำเนิดของหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าใน พ.ศ. 2544 และทำได้ครอบคลุมทั่วประเทศในปีถัดมา นับว่าเป็นความสำเร็จ “ก้าวแรก” ของความพยายามที่มีมาตลอดระยะเวลาแสนยาวนาน การเริ่มต้น “สร้าง” สิ่งใหม่ว่ายากแล้ว การ “ดูแลและรักษา” ระบบให้ตั้งมั่นต่อไปยิ่งยากกว่า

การเดินหน้าทำงานขององค์กรสปสช. นับตั้งแต่ พ.ศ. 2545 ยังมีภูเขาสูงอีกหลายลูกให้ผู้เริ่มอย่าง แพทย์สายปฎิรูป ผู้สืบทอดเจตนารมณ์ คนทำงาน และผู้มีส่วนเกี่ยวข้องทุกภาคส่วนยังต้องเดินหน้า ฟันฝ่าอุปสรรคที่เข้ามาท้าทายอีกเป็นอันมาก ดังที่นายแพทย์สงวน นิตยารัมภ์พงศ์ บิดาแห่งหลัก ประกันสุขภาพถ้วนหน้าและดำรงตำแหน่งเลขาธิการ สปสช. คนแรกกล่าวไว้เช่นวาตะของผู้มา ก่อนกาลว่า “เมื่อออก พ.ร.บ.หลักประกันสุขภาพแห่งชาติสำเร็จนั้น นอกจากความรู้สึกดีใจที่ หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้ากำลังจะเป็นจริงขึ้นมา ผมก็ยังรู้ดีว่านั่นเป็นเพียงการเริ่มต้นนับ หนึ่งใหม่ในกระบวนการปฏิรูประบบบริการสุขภาพเท่านั้น ผมรู้ดีว่ายังมีอีกหลายขุนเขาที่ต้อง ก้าวผ่านเพื่อพัฒนาระบบบริการสุขภาพให้ดีกว่าเดิม แต่ผมก็ไม่ได้หวั่นใจ ผมพร้อมที่จะทำงาน หนักในขั้นต่อไป...”





ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าจึงบังเกิด



## บรรณานุกรม

### เอกสารจากหอจดหมายเหตุ

- หอจดหมายเหตุและพิพิธภัณฑ์มหาวิทยาลัยมหิดล. MU.OP.A6.1.5 แฟ้มที่ 342 กล่องที่ 95. “โครงการจัดตั้งศูนย์ประสานงานทางการแพทย์และสาธารณสุขภายใต้ความร่วมมือขององค์การอนามัยโลก.”
- หอจดหมายเหตุสาธารณสุขแห่งชาติ. (11) สสม 2.6/2.3, “รายงานผลการวิจัย เรื่องสถานการณ์ของการจัดหายาจำเป็นประจำหมู่บ้าน ในสาธารณสุขมูลฐานของประเทศไทย (พ.ศ. 2526).”
- หอจดหมายเหตุสาธารณสุขแห่งชาติ. (11) สสม 2.6/2.5, “การใช้ยาที่เหมาะสม โครงการรณรงค์การใช้ยาที่เหมาะสม (พ.ศ. 2529).”
- หอจดหมายเหตุสาธารณสุขแห่งชาติ. (11) สสม 2.6/2.7, “รายงานวิจัยเรื่องการวิเคราะห์การดำเนินงานของกรมการกองทุนยาและเวชภัณฑ์ประจำหมู่บ้าน ศึกษาเฉพาะกรณีกรมการขยายยา (พ.ศ. 2529).”
- หอจดหมายเหตุสาธารณสุขแห่งชาติ. (11) สสม 2.6/2.10, “กองทุนยาและเวชภัณฑ์ประจำหมู่บ้าน ในงานสาธารณสุขมูลฐาน พ.ศ. 2532.”
- หอจดหมายเหตุสาธารณสุขแห่งชาติ. (11) สสม 2.6/2.15, “รายงานผลการวิจัย การพัฒนารูปแบบการกระจายยาสามัญประจำบ้านสู่ชนบท อำเภอสุวรรณคโลก จังหวัดสุโขทัย (พ.ศ. 2535-2536).”
- หอจดหมายเหตุสาธารณสุขแห่งชาติ. (11) สสม 2.6/13, “บทความสาธารณสุขมูลฐาน (สสม.) กองทุนยาและเวชภัณฑ์ประจำหมู่บ้าน (พ.ศ. 2534).”
- หอจดหมายเหตุแห่งชาติ. (2) สร 1.1/9, “เรื่อง ต้นฉบับเภสัชตำรับ (Hospital Formulary) ฉบับกรมการแพทย์ (8 มี.ค.-8 ธ.ค. 2505).”
- หอจดหมายเหตุสาธารณสุขแห่งชาติ. (14) สบ 1.4/2.284, เรื่อง โครงการทศวรรษแห่งการพัฒนาสถานีนอนามัย.”
- หอจดหมายเหตุแห่งชาติ. ศธ. 59/1, “เรื่อง โรงเรียนราชแพทยาลัย [25 ก.ย.-6 ม.ค. 2443].”
- หอจดหมายเหตุแห่งชาติ. ศธ. 59.1/3, “เรื่อง ระเบียบการโรงเรียนราชแพทยาลัย [1-20 พ.ย. 2450].”
- สำนักงานประกันสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข. “เอกสารประกอบการพิจารณา ‘ร่างพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ...’ (๕ ร่าง) ‘ร่างพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพและมาตรฐานคุณภาพบริการด้านสาธารณสุข พ.ศ. ...’ (๑ ร่าง).” (ไม่ได้ตีพิมพ์เผยแพร่).

### ราชกิจจานุเบกษา

- “กระทู้ถามที่ ว. ๗๑/๒๕๐๑ ของ นายบุญช่วย ศรีสวัสดิ์ สมาชิกสภาผู้แทนราษฎร จังหวัดเชียงราย เรื่อง นายแพทย์ปริณญา”. (๒๕๐๑, วันที่ ๗ ตุลาคม). ราชกิจจานุเบกษา. เล่ม ๗๕ ตอน ๗๘ หน้า ๒๗๔๔.
- “แจ้งความกระทรวงมหาดไทย เรื่องมีผู้ให้สิ่งของแก่โรงพยาบาลจังหวัดระนอง.” (๒๕๗๐, วันที่ ๒๒ พฤษภาคม). ราชกิจจานุเบกษา. เล่ม ๔๔ หน้า ๕๗๘.
- “บอกเปิดโรงพยาบาล โรงพยาบาลซึ่งพระบาทสมเด็จพระจุลจอมเกล้าเจ้าอยู่หัว ทรงพระกรุณาโปรดให้จัดตั้งขึ้นเป็นมหาทานแก่พสกนิกร ตั้งอยู่ที่พระราชวังหลังริมแม่น้ำฝั่งตะวันตก.” (๒๕๓๑, วันที่ ๒ มิถุนายน). ราชกิจจานุเบกษา. เล่ม ๕ ตอน ๕ หน้า ๔๒.

“พระบรมราชโองการ ประกาศ ตั้งโอสถสภา.” (๒๔๔๕, วันที่ ๒๕ พฤษภาคม). ราชกิจจานุเบกษา. เล่ม ๑๙  
ตอน ๘ หน้า ๑๑๔.

“พระราชกฤษฎีกาเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล พ.ศ. ๒๕๒๑.” (๒๕๒๑, วันที่ ๑๖ มีนาคม).  
ราชกิจจานุเบกษา. เล่ม ๙๕ ตอนที่ ๓๐ก หน้า ๓๔.

“รัฐธรรมนูญฉบับที่ 10 รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช ๒๕๑๗.” (๒๕๑๗, วันที่ ๗ ตุลาคม).  
ราชกิจจานุเบกษา. เล่ม ๙๑ ตอนที่ ๑๖๙ ก หน้า ๑.

“รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช ๒๕๔๐.” (๒๕๔๐, วันที่ ๑๑ ตุลาคม). ราชกิจจานุเบกษา.  
เล่ม ๑๑๔ ตอนที่ ๕๕ ก หน้า ๑.

“ว่าด้วยกมิตีผู้จัดการโรงพยาบาล.” (๒๔๓๐, วันที่ ๕ พฤษภาคม). ราชกิจจานุเบกษา. เล่ม ๔ ตอนที่ ๕ หน้า ๓๔.

“พระราชบัญญัติยา พ.ศ. ๒๕๑๐.” (๒๕๑๐, วันที่ ๒๐ ตุลาคม). ราชกิจจานุเบกษา. เล่ม ๘๔ ตอนที่ ๑๐๑ก หน้า ๗.

## หนังสือ วิทยานิพนธ์ งานวิจัย สือออนไลน์ [ ภาษาไทย ]

กระทรวงสาธารณสุข. (2524). *นโยบายแห่งชาติทางด้านยา*. กรุงเทพฯ: บริษัท กราฟิคอาร์ต (1977) จำกัด.

\_\_\_\_\_. (2539). *คู่มือปัญหาหลักแห่งชาติ พ.ศ. 2539 (รายการยาเพิ่มเติม) เล่ม 4*. โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์  
การเกษตรแห่งประเทศไทย.

\_\_\_\_\_. (ม.ป.ป.). *แผนพัฒนาสาธารณสุข ตามแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 6 (พ.ศ. 2530-  
2534)*. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.

\_\_\_\_\_. (2520). *เภสัชตำรับ ฉบับ กระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2519*. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์องค์การเภสัชกรรม.

เกษียร เตชะพีระ. (2531). “ประชาธิปไตยของประชาชนต้องเป็นอิสระจากรัฐและทุน” ใน *สุภลักษณ์ กาญ  
จนขุนดี*. *อำนาจชาวบ้าน รูปการณ์ใหม่ประชาธิปไตยไทย*. กรุงเทพฯ: สหพันธ์นิสิตนักศึกษาแห่ง  
ประเทศไทย.

กลุ่มธุรกิจการเงินเกียรตินาคินภัทร. (2565). *50 Years: The Making Of The Modern Thai Economy*.

กรุงเทพฯ: กลุ่มธุรกิจการเงินเกียรตินาคินภัทร.

กลุ่มศึกษาปัญหา/มูลนิธิสาธารณสุขกับการพัฒนา (กศย./มสพ.), คณะเภสัชศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย,  
และ สถาบันวิจัยสังคม จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. (มิถุนายน 2530). “นโยบายและกลยุทธ์ในการ  
ควบคุมราคาขาย”. กรุงเทพฯ: กลุ่มศึกษาปัญหา/มูลนิธิสาธารณสุขกับการพัฒนา (กศย./มสพ.).

ก้องสกล กวินวิฑูล. (2545). “การสร้างร่างกายพลเมืองไทยในสมัยจอมพล ป. พิบูลสงคราม พ.ศ. 2481-2487.”

[วิทยานิพนธ์สังคมวิทยาและมานุษยวิทยา มหาวิทยาลัยมหิดล, สาขามานุษยวิทยา คณะสังคมวิทยาและ  
มานุษยวิทยา], มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.

คณะกรรมการวางแผนพัฒนาการสาธารณสุข. (2535). *แผนพัฒนาสาธารณสุข ตามแผนพัฒนาเศรษฐกิจและ  
สังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 7 (พ.ศ. 2535-2539)*. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.

คณะกรรมการแห่งชาติด้านยา. (2537). *นโยบายแห่งชาติด้านยา พ.ศ. 2536*. กรุงเทพฯ: กองเผยแพร่และ  
ควบคุมการโฆษณา สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา.

\_\_\_\_\_. (2530). บัญชียาหลักแห่งชาติ พ.ศ. 2530. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.

\_\_\_\_\_. (2535). บัญชียาหลักแห่งชาติ พ.ศ. 2535. กรุงเทพฯ: กองวิชาการ สำนักงานคณะกรรมการแห่งชาติ  
ด้านยา.

\_\_\_\_\_. (2539). บัญชียาหลักแห่งชาติ พ.ศ. 2539. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.

\_\_\_\_\_. (2542). บัญชียาหลักแห่งชาติ พ.ศ. 2542. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์การศาสนา.

\_\_\_\_\_. (2545). บัญชียาหลักแห่งชาติ พ.ศ. 2542 (บัญชียาจากสมุนไพร). กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์  
การเกษตรแห่งประเทศไทย.

คณะทำงานพัฒนานโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าของสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข. (2544). “ข้อเสนอ  
ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า: รายงานการศึกษาประกอบการปฏิรูประบบสุขภาพ และร่างพระ  
ราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ...” นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.

คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล. (2524). “แนวทางการพัฒนาสมุนไพร”. กรุงเทพฯ: คณะเภสัชศาสตร์  
มหาวิทยาลัยมหิดล.

“คำแถลงนโยบายของคณะรัฐมนตรีพันตำรวจโท ทักษิณ ชินวัตร นายกรัฐมนตรีแถลงต่อสภาวันจันทร์ที่ ๒๖  
กุมภาพันธ์ ๒๕๔๔.” (26 กุมภาพันธ์ 2544). ระบบบริหารจัดการเอกสารอิเล็กทรอนิกส์.

โครงการความร่วมมือระหว่างรัฐบาลไทยและสหภาพยุโรป. (2541). *ยุทธศาสตร์โครงการปฏิรูประบบบริการ  
สาธารณสุขและผลการดำเนินงาน ปี 2540*. นนทบุรี: โครงการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข.

โครงการวิจัยอยุธยาและสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข. (2533). *องค์รวมแห่งสาธารณสุข : ภูมิปัญญาจากการ  
วิจัยระบบสาธารณสุข*. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.

จันทร์เพ็ญ วิวัฒน์, วรณา ศรีวิริยานุกาพ, และ วรสุดา ยุงทอง. (2554). นพ. เสม พริ้งพวงแก้ว ผู้นำนโยบายยา  
หลักแห่งชาติ. กรุงเทพฯ: กลุ่มศึกษาปัญหา (กศย.).

จิรุตม์ ศรีรัตนบัลล์, สุกัลยา คงสวัสดิ์. (2544). *ระบบ กลไก และวิธีการจ่ายเงินค่าบริการสุขภาพ*. นนทบุรี:  
สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.

ชาติวี เจริญชีวะกุล และ อภิวินท์ นิตยารัมภ์พงศ์. (2554). *แสงดาวแห่งศรัทธา น.พ.สงวน นิตยารัมภ์พงศ์*.  
กรุงเทพฯ: สหมิตรพรินติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง.

ชาติชาย มุกสง. (2561). *ประวัติศาสตร์สุขภาพและการแพทย์ไทย*. กรุงเทพฯ: คณะสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัย  
ศรีนครินทรวิโรฒ.

ทัศนีย์ ธรรมรัช. (2515). “ปัญหาการขาดแคลนแพทย์ในประเทศไทย”. สาขาเศรษฐศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย,  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

ที่ระลึกในงานรัฐพิธีพระราชทานเพลิงศพ พณฯ ดร. ตั้ว ลพานุกรม ณ สุสานหลวงวัดเทพศิรินทราวาส วันที่ 4  
ธันวาคม 2484. (2484). บริษัท การพิมพ์ไทย จำกัด.

เทียนฉาย กิระนันท์. (2539). *เศรษฐกิจการเงินสาธารณสุข*. กรุงเทพฯ: โครงการพัฒนาตำรา ศูนย์บริการ  
เอกสาร คณะเศรษฐศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

นภนาท อนุพงศ์พัฒน์. (2556). *รอยเวลา: เส้นทางประวัติศาสตร์สุขภาพ*. วิชัย โชควิวัฒน์ และ โกมาต  
จึงเสถียรทรัพย์, บก. กรุงเทพฯ: สุขศาลา.

นวนลน้อย ตริรัตน์ และ กนกศักดิ์ แก้วเทพ. (2545). *การต่อต้านทุจริตยาภาคประชาชน*. กรุงเทพฯ: ศูนย์ศึกษา  
เศรษฐศาสตร์การเมือง คณะเศรษฐศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

นวนลน้อย ตริรัตน์ และ แบ็งค์ งามอรุณโชติ. (2555). *การเมืองและดุลอำนาจในระบบหลักประกันสุขภาพ*.  
นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.).

นิรดา เกียรติยิ่งอังคสุลี และ ยุพดี ศิริสินสุข, (2554). บก. 30 ปี พัฒนาการนโยบายแห่งชาติด้านยาของประเทศไทย (2524-  
2545). กรุงเทพฯ: แผนการสร้างกลไกเฝ้าระวังและพัฒนาระบบยา (กพย.).

แนวหน้า. (13 มกราคม 2544). “บทนำ : 30 บาท รักษาทุกโรค.” *NewsCenter*.

นงลักษณ์ พะไก่อยะ และ เพ็ญญา พงษ์ทอง, บก. (2554). *กำลังคนด้านสุขภาพ ที่เป็นมา เป็นอยู่ และจะเป็นไป*.  
กรุงเทพฯ: สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.).

ประดิษฐ์ หุตางกูร. (2520). “ความสำคัญของอุตสาหกรรมผลิตยาในประเทศไทย”. ห้องสมุดคณะเภสัชศาสตร์  
มหาวิทยาลัยมหิดล.

แปลก พิบูลสงคราม. (2483). *สาส์น คำปราศรัย และสุนทรพจน์ของนายกรัฐมนตรี กับ, ประกาศสำนักนายกรัฐมนตรี  
รัฐมนตรี เนื่องในโอกาสขึ้นตสมัยงานฉลองวันชาติ 2483*. พระนคร: กรมโฆษณา.

พงษ์พิสุทธิ์ จงอุดมสุข, บ.ก. (2547). *กว่าจะเป็นหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า*. นนทบุรี: สำนักงานหลักประกัน  
สุขภาพแห่งชาติ (สปสช.).

พิทักษ์พล วิสุทธ์อัมพร. (2547). “๑๓ ทศวรรษโรงพยาบาลศิริราชและคณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล พ.ศ.  
2431-2561: 130 โรงพยาบาลของแผ่นดิน.” ๑๓ ทศวรรษโรงพยาบาลศิริราช ๑๓๐ ปี โรงพยาบาล  
ของแผ่นดิน, 2561. สืบค้นจาก <https://www2.si.mahidol.ac.th/siriraj130years/ebook>.

เพ็ญศรี กวีวงศ์ประเสริฐ. (2528). “บทบาทของรัฐต่อปัญหาสุขภาพประชาชน (พ.ศ. 2325 - หลักเปลี่ยนแปลง  
การปกครอง พ.ศ. 2475).” *วิทยานิพนธ์สาขาสังคมศาสตร์การแพทย์และสาธารณสุข, บัณฑิตวิทยาลัย  
มหาวิทยาลัยมหิดล*.

ภูริ พวงค์เจริญ. (2563). *การเมืองการปกครองไทย: พัฒนาการทางประวัติศาสตร์ (พ.ศ. 2475-2540)*, กรุงเทพฯ:  
คณะรัฐศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.

มติชนออนไลน์. (6 ธันวาคม 2561). ‘ค่าปรับน.ศ.แพทย์ผู้ผิดสัญญา ทำให้อาจจะเหมาะสม: โดย พญ.ชัญวลี ศรี  
สุโข’. มติชนออนไลน์, สืบค้นจาก [https://www.matichon.co.th/article/news\\_1257650](https://www.matichon.co.th/article/news_1257650).

มูลนิธิเพื่อผู้บริโภค (มพบ.). (ม.ป.ป.). *เกี่ยวกับมูลนิธิ*. วันที่สืบค้น 15 กรกฎาคม 2565, จาก [https://donate.  
consumerthai.org/](https://donate.consumerthai.org/).

รวินันท์ ศิริกนกวิไล, ทวีเกียรติ บุญยไพศาลเจริญ, และ ยงยุทธ พงษ์สุภาพ, บก. (2541). *โครงการอยุธยา: ทาง  
เลือกใหม่ระบบสาธารณสุข*. สำนักงานโครงการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข (Health Care Reform  
Project).

“รายงานการประชุมสภาผู้แทนราษฎร ครั้งที่ 33/วันที่ 15 พฤศจิกายน 2544.” (15 พฤศจิกายน 2544). คลัง  
สารสนเทศของสถาบันนิติบัญญัติ.

วิชัย โชควิวัฒน์. (2558) *ตำนานบัตรทอง: ประวัติศาสตร์การสร้างระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าของไทย*.  
กรุงเทพฯ: มูลนิธิมิตรภาพบำบัด.

- \_\_\_\_\_. บ.ก. (2564). *ระบบยาของประเทศไทย 2563*. นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.
- วิโรจน์ ณ ระนอง, อัญชญา ณ ระนอง, และ ศรัชัย เตரியมวรกุล. (2547). “โครงการติดตามประเมินผลการจัด  
หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าระยะที่สอง (2546-47).” สถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย (TDRI).
- วิวรรณ เอกรินทร์ากุล. (2547). “การบริหารงานสาธารณสุขในประเทศไทย พ.ศ. 2501-2520”. ภาควิชา  
ประวัติศาสตร์ อักษรศาสตร์มหาบัณฑิต, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- วีระศักดิ์ จันทร์ส่งแสง. (2554). *1 คนยืนหยัด 1 ศตวรรษ เสมอ พริ้งพวงแก้ว : แพทย์ต้นแบบผู้มีคุณูปการต่อสังคม  
ไทยที่ยืนหยัดในอุดมคติและอุดมการณ์ได้อย่างมั่นคง ตลอดหนึ่งศตวรรษ*. เชียงราย: บดินทร์การพิมพ์.
- สงวน นิตยารัมภ์พงศ์. (2548). *บนเส้นทางสู่หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า*. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์มติชน.
- สงวน นิตยารัมภ์พงศ์ และ ปฐม สวรรค์ปัญญาเลิศ. (2537). *ปฐมบทระบบประกันสุขภาพภายใต้พระราชบัญญัติ  
ประกันสังคม : ข้อเสนอและที่มา*. นนทบุรี: สำนักนโยบายและแผนสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข.
- สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข. (2542). รายงานการศึกษาผลกระทบของวิกฤตเศรษฐกิจต่อการ  
พัฒนากำลังคนด้านสุขภาพ เสนอต่อคณะกรรมการติดตามปัญหาและสถานะสุขภาพจากภาวะวิกฤต  
เศรษฐกิจ. กรุงเทพฯ: สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข.
- สมานรำลึก. (2507). กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์อักษรสาสน์.
- สันติสุข ไสภณสิริ (บก.). (2555). *เกียรติประวัติแพทย์ไทยฝากไว้ให้คนรุ่นหลัง : ชีวิตและงานของศาสตราจารย์  
นายแพทย์เสมอ พริ้งพวงแก้ว*. กรุงเทพฯ: สำนักวิจัยสังคมและสุขภาพ สำนักงานปลัดกระทรวง.
- สัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์. (2544). ‘โครงการบัตรประกันสุขภาพ: ระบบประกันสุขภาพภาคสมัครใจที่ได้รับการ  
สนับสนุนจากรัฐ’, ใน สำนักงานประกันสุขภาพ. *มูลนิธิเยอรมันเพื่อการพัฒนานานาชาติ*. สถาบันวิจัย  
ระบบสาธารณสุข. *ระบบประกันสุขภาพในประเทศไทย*. นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.
- สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา กระทรวงสาธารณสุข. (2527). การประชุมสัมมนา โครงการยกระดับ  
มาตรฐานการผลิตยาสำเร็จรูปภายในประเทศ ณ คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล. กรุงเทพฯ:  
โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.
- สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.). (2564). “รายงานการสร้างระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ งบ  
ประมาณปี 2563.” กรุงเทพฯ: สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. [https://www.nhso.go.th/storage/downloads/operatingresult/47/F\\_NHSO\\_Annual\\_Report\\_2020.pdf](https://www.nhso.go.th/storage/downloads/operatingresult/47/F_NHSO_Annual_Report_2020.pdf).
- สำนักนโยบายและแผนสาธารณสุข. (2536). *แผนกลวิธีและแผนปฏิบัติการสนองนโยบายรัฐบาลและตามแผน  
พัฒนาสาธารณสุข ฉบับที่ 7 ของกระทรวงสาธารณสุข ประจำปี 2537*. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์องค์การ  
สงเคราะห์ทหารผ่านศึก.
- สำนักเลขาธิการคณะรัฐมนตรี. (14 มีนาคม 2510). ‘การแก้ปัญหาแพทย์ไปต่างประเทศกันมาก’.
- สำลี ใจดี, สุนทร วิทยานารถไพศาล, สุรินทร์ สุรณานันต์, สงกรานต์ ภาคโชคดี, กรุงไกร เจนพานิชย์, และ พิ  
สวาท ทุติยโพธิ์. (2523). “การใช้ยาชุดในเมืองไทย (The study of YACHUD usage in Thailand)”.  
คณะเภสัชศาสตร์: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สุนทร ต้นมันทอง. (2553). “โครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า 30 บาทรักษาทุกโรค พ.ศ. 2545-2552.”  
Thaksinomics. กรุงเทพฯ: สำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย.

สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ, (บ.ก.). (2546). *25 ปี ขบวนการแพทย์ชนบทกับแผ่นดินไทย*. กรุงเทพฯ: องค์การอนามัยโลก.

\_\_\_\_\_. (บ.ก.). (2537). *ระบบยาของประเทศไทย*. กรุงเทพฯ: อรุณการพิมพ์.

\_\_\_\_\_. (บ.ก.). (2548). *การสาธารณสุขไทย พ.ศ. 2544-2547*. โรงพิมพ์องค์การรับส่งสินค้าและพัสดุภัณฑ์:  
สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข.

สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ, ชูชัย ศุภวงศ์, โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์, เพ็ญจันทร์ ประดับมุข และ ยุวดี คาคการณ์  
ไกล. (2539). 'ประชาสังคมกับการพัฒนาสุขภาพ: บทวิเคราะห์ทางวิชาการ'. เอกสารประกอบการนำ  
เสนอในที่ประชุมวิชาการประจำปีครั้งที่ 1 ของสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข เรื่อง 'ปฏิรูปเพื่อสุขภาพ  
ยุทธศาสตร์ใหม่สู่การพัฒนาระบบ' วันที่ 1-2 กุมภาพันธ์ 2539 ณ โรงแรมรอยัลลอร์คิด เซอวาทัน  
กรุงเทพมหานคร, สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.

สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ และ อำพล จินดาวัฒน์, บก. (2531). *การประชุมสมัชชาสาธารณสุขไทย ครั้งที่ 1*.  
กรุงเทพฯ: มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ.

*อนุสรณ์งานพระราชทานเพลิงศพ ดร.วรรณวิไล จันทราภา วัดโสมนัสราชวรวิหาร กรุงเทพมหานคร วันอาทิตย์  
ที่ 22 เมษายน 2550*. (2550). ม.ป.พ.

อภิชาติ สถิตนิรามัย และ อิศร์กุล อุณหเทตุ. (2564). *ทุน วัง คลัง(ศักดี)นา สมรภูมิเศรษฐกิจการเมืองไทยกับ  
ประชาธิปไตยที่ไม่ลงหลักปักฐาน*. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์มติชน.

อรรถพร ลิ้มปัญญาเลิศ. (2563). *ระหว่างบรรทัด: บันทึกประวัติศาสตร์ "มหากาพย์บัตรทอง"*. นนทบุรี: บริษัท  
ภาพพิมพ์ จำกัด.

Hfocus. "‘สุขภาพ’ สถานพยาบาลในอดีต." (ม.ป.ป.). Hfocus, วันที่สืบค้น 15 มีนาคม 2565, จาก <https://www.hfocus.org/content/2015/10/11092>.

Isranews. (2559). "‘อานิสงส์’ ประกันสุขภาพถ้วนหน้า’ ปกป้อง 2.9 แสนครัวเรือนไทย ไม่ให้ยากจนลง.", สืบค้น  
จาก [https://www.isranews.org/isranews/45448-artical\\_4544833.html](https://www.isranews.org/isranews/45448-artical_4544833.html).

## [ ภาษาอังกฤษ ]

Becker, William H. (2013). *Innovative Partners: The Rockefeller Foundation and Thailand*, New York: The  
Rockefeller Foundation.

Bryant, John. (1970). "The Health Needs of Rural Thailand: A Challenge to traditional University Structure  
and Function". *the Siam Society*. Volume 58.1, 45-66.

"Primary Health Care: Report of the International Conference on Primary Health Care Alma-Ata, USSR,  
6-12 September 1978." (1978). Geneva: World Health Organization.

Tangcharoensathien, Viroj. Anuwat Supachutikul., and Jongkol Lertiendumrong. (1999). The Social  
Security Scheme in Thailand: What lessons can be drawn?, *Social Science and Medicine*,  
Volume 48, Issue 7, 913-923.

Wibulpolprasert S, and P Pengpaibon. "Integrated strategies to tackle the inequitable distribution of doctors in Thailand: four decades of experience". *Hum Resour Health*. 2003 Nov 25;1(1):12. doi: 10.1186/1478-4491-1-12.

## สัมภาษณ์

- สัมภาษณ์คุณหญิงสุดารัตน์ เกยุราพันธุ์. 10 มิถุนายน 2565.
- สัมภาษณ์นายโกมล ขอบชื่นชม. 15 พฤษภาคม 2565.
- สัมภาษณ์นายอภิสิทธิ์ เวชชาชีวะ. 26 พฤษภาคม 2565.
- สัมภาษณ์นายแพทย์เจด็จ ธรรมธัชชอารี. 8 มิถุนายน พ.ศ. 2565.
- สัมภาษณ์นายแพทย์ประทีป ธนกิจเจริญ. 6 มิถุนายน 2565.
- สัมภาษณ์นายแพทย์ไพจิตร ปวะบุตร. 30 พฤษภาคม 2565.
- สัมภาษณ์นายแพทย์วิรัช โชควิวัฒน์. 17 พฤษภาคม 2565.
- สัมภาษณ์นายแพทย์วินัย สวัสดิ์วร. 16 พฤษภาคม 2565.
- สัมภาษณ์นายแพทย์ศิริวัฒน์ ทิพย์ธราดล. 20 พฤษภาคม 2565.
- สัมภาษณ์นายแพทย์สุรพงษ์ สืบวงศ์ลี. 27 พฤษภาคม 2565.
- สัมภาษณ์นายแพทย์สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ. 16 พฤษภาคม 2565
- สัมภาษณ์นายแพทย์สมศักดิ์ ชุณหรัศม์. 17 พฤษภาคม 2565.
- สัมภาษณ์นายแพทย์อำพล จินดาวัฒนะ. 18 พฤษภาคม 2565.
- สัมภาษณ์ ดร.นายแพทย์โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์. 21 มิถุนายน 2565.
- สัมภาษณ์ ดร.นายแพทย์ภูษิต ประคองสาย. 23 พฤษภาคม 2565.
- สัมภาษณ์ ดร.นายแพทย์วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร. 31 พฤษภาคม 2565.
- สัมภาษณ์ศาสตราจารย์กิตติคุณ ดร.เทียนฉาย กีระนันทน์. 28 พฤษภาคม 2565.
- สัมภาษณ์ศาสตราจารย์เกียรติคุณ นายแพทย์ประเวศ วะสี. 29 พฤษภาคม 2565.
- สัมภาษณ์ศาสตราจารย์ ดร.ทิวทอง หงษ์วิวัฒน์. 15 มิถุนายน 2565.
- สัมภาษณ์ศาสตราจารย์พิเศษนายแพทย์สำเร็จ แหยงกระโทก. 24 มิถุนายน 2565.
- สัมภาษณ์ศาสตราจารย์สายชล สัตยานุรักษ์. 26 พฤษภาคม 2565.
- สัมภาษณ์อาจารย์สุลักษณ์ ศิวรักษ์. 29 พฤษภาคม 2565.
- สัมภาษณ์อาจารย์จอน อึ้งภากรณ์. 25 มิถุนายน 2565.

## ดัชนี

### ก

กฎหมาย, 69, 79, 87, 88, 110, 111, 113, 114  
การแพทย์, 19, 23, 24, 25, 28, 31, 33, 35, 37,  
39, 41, 45, 46, 47, 50, 51, 52, 54, 55, 69,  
77, 78, 79, 80, 89, 113, 117, 118, 119, 120  
การเมือง, 20, 26, 27, 28, 30, 38, 40, 41, 45, 47,  
49, 51, 52, 54, 56, 57, 61, 64, 66, 88, 90, 91,  
93, 94, 97, 98, 99, 108, 112, 117, 118, 120  
กิจกรรม, 18, 39, 46, 88, 91, 93

### ข

ข้าราชการ, 10, 20, 24, 45, 46, 49, 50, 52, 53,  
71, 73, 76, 93

### ค

ความรู้, 19, 20, 23, 34, 35, 37, 38, 45, 46, 50,  
52, 53, 57, 67, 68, 74, 77, 82, 83, 89, 94,  
112, 118, 119, 120, 121  
คอมมิวนิสต์, 28, 30, 45, 51, 52, 118  
ค่าใช้จ่าย, 18, 24, 65, 66, 67, 69, 70, 79, 90,  
92, 100, 113  
คุณภาพ, 17, 23, 27, 35, 47, 49, 57, 65, 70, 80,  
83, 98, 109, 112, 113, 114, 117, 118

### ล

เครื่องมือ, 20, 24, 26, 29, 35, 77, 83, 93, 99,  
108, 119

### โ

โครงการ, 18, 26, 27, 28, 29, 40, 47, 54, 64, 65,  
66, 67, 68, 69, 71, 72, 74, 80, 82, 87, 89,  
97, 99, 100, 105, 112, 119

### ว

งบประมาณ, 25, 27, 28, 29, 30, 39, 54, 57, 61,  
62, 63, 65, 68, 69, 71, 114, 119, 120

### จ

จังหวัด, 26, 27, 28, 29, 36, 37, 39, 47, 50, 51,  
52, 55, 61, 62, 64, 117, 118

### ช

ชนบท, 19, 27, 29, 30, 36, 37, 38, 39, 40, 45,  
46, 47, 50, 51, 53, 54, 78, 80, 87, 57, 118,  
119, 120  
ชุมชน, 18, 23, 28, 29, 30, 38, 39, 40, 47, 49,  
50, 52, 54, 62, 82, 87, 89, 117

### ต

ตะวันตก, 23, 24, 25, 26, 33, 34, 35, 37, 45,  
77, 117  
ต่างประเทศ, 25, 35, 36, 40, 55, 77, 78, 79,  
91, 118

### อ

นโยบาย, 18, 25, 26, 27, 29, 30, 32, 38, 40, 50,  
53, 54, 55, 62, 63, 64, 66, 67, 78, 79, 80,  
82, 83, 88, 94, 97, 98, 99, 100, 105, 106,  
108, 109, 110, 114, 118, 119

## U

บริการ, 18, 19, 20, 23, 24, 25, 29, 30, 36, 38,  
49, 50, 52, 54, 57, 61, 63, 64, 65, 66, 67,  
69, 70, 71, 73, 74, 88, 92, 94, 100, 101, 105,  
106, 107, 109, 110, 111, 113, 114, 117, 118  
บัตรทอง, 18, 100

## U

ปฏิรูป, 17, 19, 20, 45, 49, 55, 56, 57, 66, 67,  
72, 73, 74, 83, 90, 92, 94, 99, 105, 106, 108,  
109, 110, 112, 118, 120, 121  
ประชากร, 5, 7, 18, 19, 27, 36, 37, 50, 65, 68,  
71, 78, 80, 88, 100, 107  
ประชาชน, 17, 18, 19, 25, 26, 38, 39, 46, 47,  
49, 50, 51, 53, 57, 63, 64, 68, 71, 73, 79,  
82, 87, 88, 89, 90, 91, 92, 94, 97, 98, 100,  
106, 107, 109, 110, 111, 112, 113, 114, 119  
ประวัติศาสตร์, 19, 20, 34, 46, 74, 91, 108,  
117, 120  
ป้องกัน, 18, 19, 23, 24, 39, 48, 49, 64, 70, 83

## W

พยาบาล, 18, 24, 25, 33, 34, 39, 54, 65, 66, 70,  
71, 92, 106, 107, 113

## U

แพทย์, 19, 23, 25, 25, 28, 30, 33, 34, 35, 36,  
37, 38, 39, 40, 45, 46, 50, 51, 52, 54, 55,  
61, 64, 66, 67, 70, 72, 73, 77, 79, 87, 88,  
89, 90, 93, 99, 117, 118, 119, 120

## ก

ภูมิภาค, 24, 25, 26, 27, 30, 39, 91

## U

มิชชันนารี, 23, 25

## ย

ยากจน, 18, 27, 36, 37, 53, 57, 65, 68  
ยุทธศาสตร์, 28, 38, 49, 50, 56, 78, 80, 109

## S

ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 17, 18, 19, 20,  
67, 69, 74, 100, 101, 105, 106, 107, 108,  
109, 110  
รักษา, 18, 19, 24, 25, 30, 33, 39, 47, 52, 53, 62,  
63, 64, 65, 67, 69, 71, 73, 77, 81, 83, 89,  
92, 97, 98, 105, 106, 111, 113, 118, 119,  
120  
รัฐ, 18, 19, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 30, 34, 36,  
38, 40, 47, 50, 51, 52, 61, 62, 63, 64, 67,  
68, 69, 72, 73, 77, 78, 79, 80, 83, 87, 88,  
89, 90, 91, 92, 97, 98, 108, 110, 112, 113,  
117

## โ

โรงพยาบาล, 18, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 139, 30,  
37, 39, 40, 51, 52, 54, 55, 61, 63, 65, 70,  
73, 78, 81, 89, 91, 97, 100, 106, 107, 117,  
118  
โรงพยาบาลชุมชน, 18, 28, 29, 38, 39, 40, 54,  
89, 117  
โรงเรียน, 33, 34, 35, 77

## จ

วัฒนธรรม, 6, 26, 56  
วิทยาศาสตร์, 23, 35, 77, 78, 80, 82

## ล

เศรษฐกิจ, 23, 26, 28, 38, 40, 41, 45, 49, 50,  
56, 57, 61, 77, 78, 80, 83, 91, 92, 93, 98,  
117, 120

## ส

สังคม, 20, 24, 28, 33, 37, 38, 39, 40, 45, 46, 47,  
49, 50, 56, 57, 62, 64, 65, 68, 69, 70, 72,  
83, 87, 88, 90, 91, 92, 94, 105, 106, 109,  
111, 112, 113, 117, 118, 119, 120

สาธารณสุข, 18, 19, 23, 26, 27, 28, 29, 30, 34,  
35, 38, 39, 41, 45, 46, 47, 48, 49, 50, 51,  
52, 55, 57, 61, 64, 66, 67, 68, 70, 71, 72,  
74, 78, 79, 80, 82, 83, 88, 89, 90, 91, 92,  
93, 94, 100, 106, 107, 108, 109, 110, 111,  
112, 114, 117, 118, 129, 120

สาธารณสุขมูลฐาน, 38, 39, 48, 50, 51, 66, 88,  
119

สิทธิ, 17, 18, 19, 20, 26, 47, 49, 54, 57, 61,  
64, 65, 66, 67, 71, 72, 77, 80, 82, 83, 87,  
91, 92, 93, 98, 100, 101, 106, 109, 112,  
113, 114, 117

สุขภาพ, 1, 17, 18, 19, 20, 24, 29, 30, 37, 39,  
40, 46, 48, 49, 50, 51, 53, 55, 56, 57, 61,  
63, 64, 65, 66, 67, 68, 69, 71, 72, 73, 74,  
80, 83, 87, 88, 90, 92, 94, 87, 98, 99, 100,  
101, 105, 106, 107, 109, 110, 111, 112, 113,  
115, 117, 118, 119, 120, 121

สุขภาพ, 26, 27

## ห

หมอ, 24, 33, 47, 89

หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า, 1, 17, 18, 19, 20,  
40, 53, 57, 61, 63, 65, 68, 73, 83, 87, 89,  
92, 94, 97, 98, 99, 105, 106, 110, 111, 112,  
114, 117, 119, 120, 121

## อ

อาสาสมัคร, 19, 39, 47, 50, 82, 87, 89, 111

อำเภอ, 27, 28, 29, 30, 37, 38, 51, 54, 72, 73,  
117, 118

อุตสาหกรรม, 26, 77, 78, 80, 91

## ล

เอกชน, 24, 25, 40, 45, 61, 65, 68, 70, 72, 79,  
80, 81, 83, 87, 88, 89, 90, 93, 94, 100, 108,  
111, 113, 114, 117



## ที่ปรึกษาวิชาการและผู้ทรงคุณวุฒิ

นายแพทย์วิชัย โชควิวัฒน์

นายแพทย์สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ

นายแพทย์วินัย สวัสดิ์วร

ดร.นายแพทย์จเด็จ ธรรมธัชอารี

ศาสตราจารย์เกียรติคุณ ดร.ชื่นฤทัย กาญจนะจิตตรา





แม้หลายคนอาจมองว่านโยบาย  
“30 บาทรักษาทุกโรค” หรือ “บัตรทอง”  
หรือในเวลาต่อมาจะถูกปรับเปลี่ยนท่าทาง  
โดยผู้มีอำนาจในแต่ละช่วงเวลา  
แต่สุดท้ายนโยบายนี้ก็ได้รับการยืนยัน  
อย่างเป็นที่ประจักษ์แล้วว่าไม่ได้เป็นนโยบายประชานิยม  
ที่มุ่งหวังเพียงผลทางการเมืองเท่านั้น  
แต่ได้ทำให้ประชาชนเกินกว่าครึ่งประเทศ  
ไม่ว่าจะยากดีมีจน ไม่ต้องล้มละลายเพราะความเจ็บป่วย  
อย่างที่เคยเป็นมา

เมื่อกระแสธารมาบรรจบ  
ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า  
จึงบังเกิด

