

บทที่ 5

การบริหารงานสาธารณสุข พ.ศ.2501-2520

5.1 ลักษณะโดยรวมของการบริหารงานสาธารณสุข พ.ศ.2501-2520

ระบบราชการและวิชาชีพ

สิ่งที่มีความสำคัญต่อการบริหาร คือ อำนาจการบริหาร หมายถึง อำนาจการสั่งงาน ระบบการบริหาร หรือกลไกการบริหาร สำหรับการบริหารภาครัฐมีลักษณะการบริหารแบบราชการ อาศัยตำแหน่งความสำคัญหน้าที่เป็นเครื่องกำหนดอำนาจ กล่าวคือ ผู้บังคับบัญชาต้องมีอำนาจการบริหารเหนือลูกน้อง และจัดลำดับสายบังคับบัญชาจากชั้นสูงสุด ลงมาต่ำสุด หรือที่เรียกว่า การบริหารงานตามแนวดิ่ง ซึ่งจากการศึกษาของ พิษณุ ได้สรุปลักษณะสำคัญของระบบราชการ ดังนี้¹

1. ระบบราชการไทยมีสายการบังคับบัญชาและลำดับชั้นของการตัดสินใจที่ยาวไกลทำให้การตัดสินใจที่เร่งด่วนเกิดความเสียหาย
2. ระบบราชการไทยมีองค์กรปฏิบัติงาน กระจายอยู่ทั่วไปทั่วประเทศ เป็นเครือข่ายที่ซับซ้อนจนไม่อาจจัดระบบ ควบคุมตรวจสอบ ดุลพินิจการใช้อำนาจของข้าราชการทุกคนที่เป็นการเฉพาะได้
3. ระบบราชการไทยมีมาตรฐานการจ้างงานเพียงมาตรฐานเดียว เพราะระบบราชการไทยเน้นเรื่องความเสมอภาคและเท่าเทียมกันของราชการที่มีคุณวุฒิและประสบการณ์

สำหรับกระทรวงสาธารณสุข มีลักษณะเฉพาะที่การบริหารแบบยึดหน้าที่ (Functional type) คือ กรมการแพทย์ดูแลด้านการรักษาโรค รับผิดชอบโรงพยาบาลส่วนกลางไปถึงโรงพยาบาลประจำจังหวัด ขณะที่กรมอนามัยดูแลด้านการป้องกันโรคและส่งเสริมสุขภาพอนามัย รับผิดชอบสถานีอนามัย แต่ในทางปฏิบัติกลับไม่สามารถแยกงานทั้งสองด้านออกจากกันได้ ทั้งที่ควรประสานงานทั้งสองด้าน เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพ และลดการทำงานซ้ำซ้อน

ในขณะที่โครงสร้างการบริหารแยกงานในแต่ละกรมออกจากกัน โดยให้อำนาจการบริหารทั้งหมดไว้ที่อธิบดีกรมเป็นหลัก สำหรับการบริหารภายในกระทรวงสาธารณสุข มีความสัมพันธ์อย่างใกล้ชิดกับสถาบันวิชาชีพแพทย์ เพราะมีแพทย์เป็นบุคลากรหลักในการบริหารกระทรวงสาธารณสุขโดยตลอด เนื่องจากเป็นองค์กรที่เกี่ยวข้องกับวิชาชีพโดยตรง เมื่อผนวกกับเหตุผลใน

¹พิษณุ กล้าการนา, "ควังโก้ (Quango) กับงานบริการสาธารณะที่ถึงทางตันของท้องถิ่น," วารสารรัฐศาสตร์สาร 23 (2545): 219.

การบริหารที่เน้นให้ผู้ที่เกี่ยวข้องชาวนาวิชาชีพระบบราชการที่เกี่ยวข้องกับวิชาชีพนั้น ๆ เอง เพื่อประสิทธิภาพในการบริหาร จึงส่งผลให้สถาบันวิชาชีพแพทย์เป็นแกนหลักในการบริหาร สาธารณสุขไทยมาตลอด

การที่แพทย์มีฐานะเป็นฝ่ายบริหารภายใต้ระบบราชการ ได้ส่งผลต่อลักษณะการบริหาร ของกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งถือได้ว่าเป็นหน่วยราชการที่ผูกขาดการบริหารโดยวิชาชีพมาโดย ตลอด จากการศึกษาของ นพ.โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ ได้อธิบายไว้ว่า

การถ่วงดุลระหว่างความเป็นวิชาชีพและความเป็นราชการ ซึ่งต่างอาศัยอำนาจ หน้าที่ (authority) ที่มีที่มาแตกต่างกัน ในขณะที่อำนาจหน้าที่ในวิชาชีพ (professional authority) อิงความรู้ในวิชาชีพ อำนาจหน้าที่ในระบบราชการก็อิง กฎหมายและควมมีเหตุผล ระบบราชการที่มีข้าราชการที่มีความเป็นวิชาชีพสูง จึงมีรูปแบบความสัมพันธ์เชิงอำนาจที่ซับซ้อน และมีการตั้งด่านระหว่างอำนาจ สองลักษณะนี้ และกลายเป็นลักษณะเฉพาะของระบบราชการที่มีนักวิชาชีพเป็น ข้าราชการ²

การอธิบายข้างต้นได้ชี้ให้เห็นว่า การบริหารแบบราชการโดยแพทย์ในกระทรวง สาธารณสุขเป็นสิ่งที่มีความเหลื่อมล้ำในแนวทางการปฏิบัติ เพราะลักษณะการบริหารแบบ ราชการนี้มีกลไกทางด้านระเบียบราชการ และระบบอาวุโสในตำแหน่งหน้าที่ เป็นตัวกำหนด ความสัมพันธ์ระหว่างผู้บังคับบัญชากับผู้ใต้บังคับบัญชา ซึ่งเป็นลักษณะพื้นฐานการบริหาร ราชการไทย ในขณะที่ระบบบริหารแบบวิชาชีพนั้น ได้ให้ความสำคัญต่อความรู้ในวิชาชีพ ซึ่งเป็น สิ่งที่สามารถพัฒนาได้ด้วยความสามารถของแต่ละบุคคล เมื่อนำมารวมกันภายใต้การบริหาร กระทรวงสาธารณสุข ที่มีโครงสร้างการบริหารแบบระบบราชการ ให้ความสำคัญต่อลำดับการ บังคับบัญชา แต่แบ่งงานตามความสามารถเฉพาะหน้าที่ ส่งผลต่อการปฏิบัติงานให้เกิดความล่า หลัง ช้าและขาดประสิทธิภาพ เพราะต้องทำตามขั้นตอนของระบบราชการ ฉะนั้นจึงมีการเสนอ ข้อคิดเห็นให้แพทย์นั้นทำหน้าที่ของแพทย์เพียงอย่างเดียว ดังบทความเรื่อง ให้ปรับปรุงงาน สาธารณสุขใหม่แยกแพทย์จากฝ่ายบริหาร ความว่า

² นพ.โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์, อำนาจและคอร์รัปชัน: ถอดรหัสวัฒนธรรมราชการสาธารณสุข (กรุงเทพฯ : บริษัท อัมรินทร์พริ้นติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง จำกัด, 2546), หน้า 124.

เนื่องด้วยการบริหารงานของกระทรวงสาธารณสุขทุกวันนี้ ปรากฏว่ายังไม่มีประสิทธิภาพดีเพียงพอจะเห็นได้ว่างานในหน้าที่บริหาร และธุรการของกระทรวงสาธารณสุขนั้นใช้นายแพทย์เข้าดำเนินงานควบคุมการบริหาร ทำให้ระบบการทำงานล่าช้า ไม่ทันต่อความต้องการ นอกจากนี้การที่นายแพทย์เข้าไปยุ่งเกี่ยวกับการบริหารงานและงานธุรการมากเกินไปทำให้ขาดแคลนนายแพทย์ที่จะดำเนินกิจการทางการแพทย์เพื่อรักษาคนไข้ ตามโรงพยาบาลต่าง ๆ ขาดแคลนนายแพทย์เป็นจำนวนมาก..นายแพทย์ต่างมุ่งหวังที่จะก้าวหน้าในตำแหน่งหน้าที่ฝ่ายบริหารกัน ด้วยเหตุนี้ จึงได้ทำโครงการเสนอต่อพรรคสหประชาไทยให้พิจารณาแก้ไขการบริหารของกระทรวงสาธารณสุขเสียใหม่ โดยไม่เอานายแพทย์เข้าดำเนินงานการบริหารงานทางด้านธุรการ ให้นายแพทย์ทำงานด้านแพทย์อย่างเดียว...ตามหน่วยสาธารณสุข สุขศาลาก็ควรจะเป็นหน้าที่ของผู้ที่สันักัดในการบริหารงานธุรกิจ ส่วนนายแพทย์นั้นควรมีหน้าที่อย่างเดียวคือการรักษาโรคภัยไข้เจ็บ³

ระบบราชการเน้นให้การบริหารควรรับผิดชอบโดยผู้เชี่ยวชาญ อีกทั้งด้วยลักษณะของวิชาชีพที่เกี่ยวกับการแพทย์ต้องใช้ความสามารถเฉพาะด้าน ยิ่งส่งผลต่อการจำกัดบทบาทการบริหารไว้สำหรับผู้เชี่ยวชาญในวิชาชีพเท่านั้น ในส่วนของการวางแผนบริหารส่วนกลางจึงต้องให้แพทย์เป็นผู้ดูแล รับผิดชอบในการบริหารงาน ทำให้มีผลกระทบต่อจำนวนแพทย์ที่ออกไปปฏิบัติงาน ทั้งในส่วนของโรงพยาบาล และสถานอนามัยทั่วประเทศ

แม้คำอธิบายของ นพ. โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ จะมุ่งอธิบายปัญหาที่เกิดขึ้นในปัจจุบัน แต่ลักษณะของปัญหาที่เกิดขึ้นในการระบบบริหารงานสาธารณสุข แทบจะไม่มีแตกต่างกับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในปี พ.ศ. 2501-2520 กล่าวในอีกทางหนึ่ง อาจกล่าวได้ว่า ปัญหาต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นในช่วงพ.ศ. 2501-2520 และในเวลาต่อมากลายเป็นปัญหาเรื้อรังที่อยู่ในระบบการบริหารของกระทรวงสาธารณสุขมาตลอด เพราะแพทย์ยังเป็นข้าราชการส่วนใหญ่ของกระทรวงสาธารณสุข

ถึงแม้ว่ามีการเสนอทางแก้ปัญหาคาดแคลนนายแพทย์ โดยให้แพทย์ใช้ความสามารถทางการแพทย์ในการรักษาโรคให้เต็มที่ และไม่ต้องรับผิดชอบด้านการบริหารอย่างที่เคยปฏิบัติกันมา

³ หจข., เอกสารเหตุการณ์ปัจจุบัน, ก/ป8/2513/20 ปัญหาการขาดแคลนนายแพทย์และพยาบาล , สหประชาไทย , 5 ส.ค. 2513.

นั้น แต่กลับมีผู้ไม่เห็นด้วยกับข้อเสนอดังกล่าว ดังบทความเรื่อง จี.พี.กับปัญหาการขาดแคลนแพทย์ โดย ป.ว. ความว่า

วันที่ 5 สิงหาคม 2513 เรื่องมี ส.ส. จะเสนอแผนบรรเทาการขาดแคลนแพทย์ ด้วยวิธีให้แพทย์ที่รับราชการในฝ่ายบริหารของกระทรวงสาธารณสุข ไปทำหน้าที่ด้านรักษาพยาบาลแต่ด้านเดียว...การเปลี่ยนแปลงเช่นนี้จะเกิดความกระทบกระเทือนต่อการปฏิบัติงานของฝ่ายแพทย์หรือไม่เพียงใด ทั้งนี้ด้วยงานแพทย์เป็นเทคนิคของแพทย์โดยตรง รวมทั้งการบริหารด้วยดังที่จะเห็นได้ว่า เรื่องราวของงานแพทย์ได้รวมตัวเขยิบฐานะขึ้นในช่วงเวลาหลายสิบปีที่ผ่านมาจากกรมสาธารณสุข เป็นกระทรวงสาธารณสุขบริหารและปฏิบัติงานโดยแพทย์ทั้งในด้านป้องกันและบำบัด ปรากฏว่าได้ผลดียิ่งตลอดมาทั้งในด้านปริมาณและคุณภาพ จนกระทั่งเมื่อไม่กี่ปีมานี้เอง เรื่องปริมาณแพทย์ไม่พอ จึงได้ปรากฏเป็นข่าวตลอดมา⁴

บทความจากหนังสือพิมพ์ ในปี พ.ศ. 2513 ข้างต้น ได้สะท้อนให้เห็นการเน้นย้ำ ถึงความสำคัญของแพทย์ในฐานะข้าราชการกระทรวงสาธารณสุข ที่มีหน้าที่ทั้งการบริหาร และการบริการทางการแพทย์เพราะความเป็นผู้เชี่ยวชาญในวิชาชีพ เช่น ผู้บริหารกระทรวงสาธารณสุข ระหว่าง พ.ศ.2501-2520 รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข คือ พระบาราศนราดुर (พ.ศ.2502-2512) พล.ต.อ.ประเสริฐ รุจิรวงศ์ (พ.ศ. 2512-2516) นพ.อุดม โปษะกฤษณะ (พ.ศ.2516 - 2518) นาย คล้าย ละอองมณี (กุมภาพันธ์ - มีนาคม พ.ศ. 2518) นายประทุม รัตนเพียร (มีนาคม พ.ศ. 2518 - มกราคม พ.ศ. 2519) พลอากาศเอกทวี จุลละทรัพย์ (เมษายน - กันยายน พ.ศ. 2519 และ 5 ตุลาคม - 6 ตุลาคม พ.ศ. 2519) ศาสตราจารย์ เรือโท นพ.ยงยุทธ สัจจาวาณิชย์ (22 ตุลาคม พ.ศ. 2519 - 20 ตุลาคม พ.ศ. 2520 และ 12 พฤศจิกายน พ.ศ. 2520 - 24 พฤษภาคม พ.ศ. 2522) แต่ช่วงที่ถือได้ว่ามีความเปลี่ยนแปลงอย่างมาก คือ ระหว่างพระบาราศนราดुर เปลี่ยนเป็น พล.ต.อ.ประเสริฐ เพราะเป็นการเปลี่ยนจากวิชาชีพแพทย์มาเป็นอธิบดีกรมตำรวจ ซึ่งเป็นการเปลี่ยนอย่างฉับพลัน

อาจพิจารณาได้จากประวัติการรับราชการของพระบาราศนราดुर ท่านเคยเป็นนายแพทย์ประจำจังหวัดลพบุรี (รองอำมาตย์โท ขุนบาราศนราดुर) แล้วมารับราชการการในกระทรวงสาธารณสุขเรื่อยมา จนขึ้นดำรงตำแหน่งปลัดกระทรวงสาธารณสุขเมื่อวันที่ 16 กุมภาพันธ์ พ.ศ.

⁴นจช., เอกสารเหตุการณ์ปัจจุบัน, ก/ป8/2513/20 ปัญหาการขาดแคลนแพทย์และพยาบาล, สยามรัฐ, 25 ส.ค. 2513.

2497 ต่อมาในสมัยของจอมพลสฤษดิ์ จึงได้รับการแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขและได้รับราชการในตำแหน่งดังกล่าวจนถึงสิบปี เส้นทางในชีวิตราชการของท่าน แสดงให้เห็นถึงลักษณะของระบบการบริหารราชการ ที่เกี่ยวข้องกับการบริหารงานในวิชาชีพเฉพาะ ที่นิยมให้ผู้ที่อยู่ในวิชาชีพนั้นๆ ได้เข้ามาบริหารงานในหน่วยงานนั้นโดยตรง และลักษณะดังกล่าวเป็นแนวโน้มในการบริหารที่จะดำเนินต่อเนื่องในกระทรวงสาธารณสุขอีกด้วย

แต่เป็นที่น่าสังเกตว่า ต่อมาในช่วง พ.ศ.2512-2516 รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข คือ พล.ต.อ.ประเสริฐ รุจิรวงศ์ ได้ดำรงตำแหน่งอธิบดีกรมตำรวจไปในขณะเดียวกัน นับเป็นปรากฏการณ์ที่แตกต่างจากการบริหารโดยผู้บริหารสูงสุดมีวิชาชีพเกี่ยวข้องแพทย์ ที่ดำเนินต่อเนื่องกันมาแต่เดิม การดำรงตำแหน่งควบคู่กันของพล.ต.อ.ประเสริฐนี้ ได้ส่งผลกระทบต่อการบริหารงานของรัฐมนตรีว่าการกระทรวงฯ และยังคงส่งผลต่อไปถึงการยอมรับในตัวของรัฐมนตรีว่าการกระทรวงฯ จากคณะผู้บริหาร กลุ่มแพทย์ เจ้าหน้าที่ต่างๆ อีกด้วย ดังมีการสะท้อนมุมมองต่อเรื่องนี้ ออกมาในบทความจากหนังสือพิมพ์ คอลัมน์ ใครอะไรที่ไหน เรื่อง หมอพอไม่พอ โดย เวชภูธร ความว่า

ทางกระทรวงสาธารณสุข จะฝากงานบริการทางด้านแพทย์นี้กับมหาดไทยไปอีกนานเท่าใด เมื่อไรจะแยกออกจากคณะกรรมการจังหวัดได้ กรมทางหลวงอ้างว่าตนจะต้องนำเอาเขตและแขวงทางทางไปขึ้นกับส่วนกลาง เพราะเรื่องของกรมทางหลวงแผ่นดินเป็นเรื่องของวิชาการ แต่กรมอนามัย กรมการแพทย์มีเป็นยิ่งกว่าหรือ ดีไม่ดีอาจฝากงานแพทย์เข้ากับกรมตำรวจอีกก็มีรู้ชี้ ลองถามคุณหมอประเสริฐดูซิ เมื่อไรเราจะได้ดูกันต่อไปว่า ผู้กำกับตำรวจลงชื่อขอเงินเดือนให้นายแพทย์โท เอกกัน คงสนุกละ ดีไม่ดีคงจะย้ายเมืองไปไว้ป่าดงดิบกันแน่ ๆ หรือไม่กรมอนามัย กรมการแพทย์จะขึ้นกับกองทะเบียนยานพาหนะก็อาจมีได้กระมัง...แพทย์ที่ทำงานในกรมอนามัยมักจะได้เรียนสาธารณสุขศาสตร์มหาบัณฑิตย์ ถ้าเงินเดือนไม่ถึง 1750 บาท ก็จะได้ค่าวิชา แพทย์กรมการแพทย์ ไม่ได้มีโอกาสดังว่านี้เลย โอกาสจะศึกษาต่อไม่มีเลย ความก้าวหน้าของแพทย์ในกรมนี้จึงมีเพราะทำงานหนัก...⁵

⁵หจข., เอกสารเหตุการณ์ปัจจุบัน, ก/ป8/2513/20 ปัญหาการขาดแคลนแพทย์และพยาบาล , สยามรัฐ , 9 ม.ค. 2513.

จากข้อความข้างต้น สะท้อนให้เห็นว่า มีผู้มองการบริหารของรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขว่า ไม่สอดคล้องกับทิศทางการบริหารที่เคยเป็นมาและเนื่องจากความที่เป็นคนข้างนอกวิชาชีพแพทย์ ทำให้อาจไม่มีความเข้าใจต่อการบริหารงานในแบบที่เคยเป็นมา และมีแนวโน้มในการบริหารที่จะทำให้อาชีพของแพทย์ลดความสำคัญลงจากเดิม ซึ่งอาจทำให้เกิดความไม่ราบรื่นในการบริหารหน่วยงานในสังกัดกระทรวงฯ อย่างที่ผู้ที่อยู่ในวิชาชีพแพทย์ต้องการ ซึ่งภายในคณะผู้บริหารส่วนใหญ่ของกระทรวงสาธารณสุขมาจากสายวิชาชีพแพทย์โดยตรง เช่น ปลัดกระทรวง อธิบดีกรม ดังนั้นจึงให้นายแพทย์สมบุญ ผ่องอักษร มาจากกรมอนามัยและเคยดำรงตำแหน่งรองปลัดกระทรวง มาดำรงตำแหน่งรัฐมนตรีช่วยว่าการฯ เพื่อสร้างความมั่นใจว่ายังคงมีผู้บริหารเป็นแพทย์ การดำรงตำแหน่งผู้บริหารสูงสุดของกระทรวง คือ ตำแหน่งรัฐมนตรีว่าการกระทรวง สามารถสะท้อนให้เห็นถึงลักษณะบริหารราชการของกระทรวงสาธารณสุขควรจะให้โอกาสกับผู้ที่อยู่ในสายงานด้านสาธารณสุขมากกว่าคนที่อยู่นอกวงวิชาชีพ เพราะตำแหน่งคณะบริหารอื่น ๆ มีลักษณะการเลื่อนตำแหน่งในวิชาชีพแพทย์ตามเดิม

การดำรงตำแหน่งรัฐมนตรีว่าการกระทรวงฯ ของ พล.ต.อ. ประเสริฐ รุจิรวงศ์ ยังสร้างความไม่เชื่อมั่น ให้กับผู้แทนราษฎรในช่วงเวลาดังกล่าวอย่างเห็นได้ชัด เนื่องจากในเวลาที่มีกระทู้ถามเกี่ยวข้องกับกระทรวงสาธารณสุข ผู้ที่ออกมาตอบปัญหาจะเป็นรัฐมนตรีช่วยว่าการกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งเป็นนายแพทย์คอยตอบกระทู้ถามแทนอยู่เสมอ จากการตั้งกระทู้ถามในรัฐสภาที่เกี่ยวข้องกับกระทรวงสาธารณสุขที่เกิดขึ้นในช่วงปี พ.ศ. 2512-2516 เช่น ในการประชุมสภาผู้แทนราษฎรครั้งหนึ่ง เมื่อวันที่ 16 กรกฎาคม พ.ศ. 2513 นายทองดี อิศราชีวิน ผู้แทนราษฎรจังหวัดเชียงใหม่ ได้ตั้งกระทู้ถามรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข ในเรื่องการขยายนิคมกฎหมายในร้านขายยาต่างๆ แต่ผู้ที่ตอบคือรัฐมนตรีช่วยว่าการ นายแพทย์สมบุญ ผ่องอักษร จึงมีคำกล่าวเหน็บแนมรัฐมนตรีว่าการกระทรวงฯ จาก นายทองดี อิศราชีวิน ว่า

ข้าพเจ้ารู้สึกเป็นเกียรติ วันนี้ได้ตั้งกระทู้ถามท่านรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข แต่บังเอิญท่านรัฐมนตรีกระทรวงสาธารณสุขซึ่งท่านเป็นนายตำรวจเอก ท่านไม่ได้ตอบข้าพเจ้า จึงให้นายแพทย์ซึ่งเป็นรัฐมนตรีช่วยว่าการกระทรวงตอบ...⁶

⁶สำนักงานเลขาธิการรัฐสภา, รายงานการประชุมสภาผู้แทน(สมัยสามัญ) ครั้งที่ 3 ถึง ครั้งที่ 6 พ.ศ. 2513 (พระนคร: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์แห่งประเทศไทย,ม.ป.ป.), หน้า 363.

การเข้ามาดำรงตำแหน่งของ พล.ต.อ.ประเสริฐ สะท้อนให้เห็นถึงปัญหาของการบริหารงานกระทรวงสาธารณสุข ที่เป็นการบริหารงานโดยผู้เชี่ยวชาญเฉพาะในวิชาชีพภายใต้โครงสร้างการบริหารงานแบบระบบราชการต่อเนื่องเป็นเวลานาน แต่เมื่อกระทรวงฯถูกบริหารโดยคนนอกแล้ว ทำให้ปัญหาในการบริหารงานสาธารณสุข มีความซับซ้อนมากขึ้นไปอีกเนื่องจากความขัดแย้งจากดังกล่าว เพราะโดยลักษณะการบริหารงานแบบวิชาชีพเฉพาะของกระทรวงสาธารณสุข ก็มีความซับซ้อนและขัดแย้งกันในตัวเองอย่างสูงอยู่แล้ว

ปัญหาของการประสานงานบริหาร

ลักษณะการบริหารงานสาธารณสุขแบบยึดหน้าที่ (Functional type) ที่ปฏิบัติกันมา ส่งผลให้งานสาธารณสุขถูกแบ่งเป็นงานด้านการรักษาโรค และงานด้านการป้องกันการเกิดโรค ทำให้หน่วยงานราชการที่รับผิดชอบงานทั้ง 2 ด้าน ถูกจัดตั้งขึ้นเป็นกรมการแพทย์ และกรมอนามัย ซึ่งในทางปฏิบัติต่างต้องพึ่งพาอาศัยกัน คือ งานอนามัยเป็นกิจการสาธารณสุข ที่มุ่งเน้นการป้องกันและส่งเสริมสุขภาพมิให้เกิดโรค มีส่วนให้ภาระด้านการรักษาลดลง ทำให้ประหยัดทั้งงบประมาณและจำนวนบุคลากรที่ใช้ในการรักษา ส่วนงานด้านการรักษาโรค คือ การบำบัดความเจ็บป่วยของผู้ป่วยให้หายไป และเน้นเรื่องความรู้ในการรักษาโรค

ทัศนคติในการบริหารงานสาธารณสุขมีความเห็นกันโดยทั่วไปว่า ความมีประสิทธิภาพของงานสาธารณสุข ควรเน้นเรื่องการป้องกันการเกิดโรค หาสเหตุของการเกิดโรค เป็นต้น มากกว่าเน้นที่การรักษา อีกทั้งจากภาพรวมของปัญหาสาธารณสุขไทย คนไทยส่วนใหญ่ป่วยด้วยโรคที่สามารถป้องกันได้ ดังคำกล่าวของ นพ. ประเวศ วะสี ว่า

ประมาณร้อยละ 80 - 90 ของโรคภัยไข้เจ็บที่ประชาชนเป็นกันอยู่ขณะนี้ เป็นโรคที่ป้องกันได้ แต่ก็เป็นที่น่าเสียดายที่ประชาชนไม่ได้รับการป้องกันโรคและส่งเสริมสุขภาพเท่าที่ควร ทำให้เจ็บป่วย เมื่อเจ็บป่วยขึ้นแล้วย่อมเป็นการสูญเสียทั้งเวลาและเงิน ทั้งตนเองและของรัฐ⁷

แต่ว่าในการบริหารงานของกระทรวงสาธารณสุข ที่จัดรูปแบบหน่วยงานหลักเป็นกรมการแพทย์ และ กรมอนามัย ทำให้เกิดทัศนคติในการทำงานของบุคลากรทั้ง 2 กรมที่มองเห็นว่า งานของตนสำคัญกว่างานในอีกด้านหนึ่ง เช่น ความคิดเห็นต่องานอนามัยว่าเป็นงานที่ไม่ได้ใช้ความรู้

⁷ประเวศ วะสี, "การสาธารณสุขเพื่อมวลชน," ใน รักเมืองไทย(เล่ม1), สมบัติ จันทรวงศ์ และรังสรรค์ ณะพรพันธ์(บรรณาธิการ) (กรุงเทพฯ: ไทยวัฒนาพานิช, 2519), หน้า 9.

ความสามารถแพทย์ จึงไม่มีความจำเป็นที่จะต้องให้แพทย์ทำงานด้านนี้ ควรจะให้แพทย์ใช้ความสามารถได้อย่างเหมาะสม เช่น คอลัมน์ เสรีทรรศน์ เรื่อง แพทย์ไปฝึกงานเมืองนอก โดย วิวัฒน์ ความว่า

รัฐบาลไม่สามารถจะจัดหาแหล่งงานรับแพทย์ที่เรียนสำเร็จใหม่ได้ทั้งหมด โดยที่ตำแหน่งว่างตามโรงพยาบาลส่วนภูมิภาคมีอยู่จำกัดเพียงปีละ 40 - 50 อัตรา ส่วนตำแหน่งว่างของกรมอนามัยที่มีอยู่อีกมากนั้น ก็ไม่เป็นที่ดึงดูดความสนใจของแพทย์ที่เรียนสำเร็จใหม่ เพราะเป็นงานฝ่ายป้องกันโรคและงานฝ่ายบริหารอนามัยชนบท ซึ่งบรรดาแพทย์กลุ่มนี้ ถือว่า "เป็นงานนั่งเขียนรายงานอยู่กับโต๊ะไม่ใช่งานหมอ"...โดยเกรงว่าจะกลายเป็น "หมอภูธร"⁸

ข้อเขียนในคอลัมน์ข้างต้น ชี้ให้เห็นว่า แม้แต่ผู้ที่สำเร็จการศึกษาแพทยศาสตรบัณฑิตออกมาใหม่ๆ ก็ยังมีอคติ กับงานในด้านอนามัย และมุ่งที่จะหาโอกาสก้าวหน้าในสายงานการแพทย์ตามวิชาชีพที่ตนศึกษามากกว่า ปัญหาที่เกิดขึ้นนี้ส่วนหนึ่งมาจากระบบการบริหารของกระทรวงสาธารณสุขเอง ที่ไม่มีประสิทธิภาพเพียงพอทำให้งานทางด้านสาธารณสุข ที่หากพิจารณาในหลักการแล้ว ควรจะทำโดยให้ความสำคัญเป็นลำดับต้นๆ กลับต้องตกอยู่ในภาวะที่ไม่มีใครอยากจะทำมารับผิดชอบ และมีสภาพที่แตกต่างจากงานด้านการแพทย์

ปัญหาของการต้องไปเผชิญหน้ากับความยากลำบากในการออกไปทำงานในพื้นที่ห่างไกลรวมกับทัศนคติของแพทย์โดยส่วนใหญ่ที่มักจะมีมุมมองเห็นประโยชน์ส่วนตนมาก่อน ความต้องการแพทย์ของประชาชนในพื้นที่ห่างไกล บทความจากหนังสือพิมพ์สยามรัฐ ในด้านล่างคงจะแสดงให้เห็นปัญหาที่เกิดขึ้นในเวลานั้น รวมทั้งทัศนคติของสังคมที่มีต่อปัญหาในการบริหารงานสาธารณสุขอันมีที่มาของการประสานงานระหว่าง 2 กรม ดังที่ได้กล่าวมาข้างต้น จากคอลัมน์ ความเห็นของชาวบ้าน เรื่อง แพทย์พอแพทย์ไม่พอ โดย เวชนิติ ความว่า

การที่เกิดเป็นข่าวอื้อฉาวขึ้นจนถึงกับตั้งกรรมการพิจารณาปัญหานี้ขึ้น ก็เพราะว่า กรมอนามัยและกรมการแพทย์ขอตำแหน่งแพทย์เพิ่มมากขึ้นในระยะ 3 - 4 ปีมานี้ แต่จำนวนแพทย์ที่สมัครเข้ารับราชการมีจำนวนน้อย เมื่อเปรียบเทียบกับตำแหน่งดังกล่าว แพทย์รุ่นใหม่ที่ไม่ได้ไปต่างประเทศจึงถูกเฟ่งเล็งและถูกกล่าวร้ายอย่างไม่เป็นธรรม เมื่อเป็นเช่นนี้จึงน่าจะพิจารณาถึงต้นเหตุอันแท้จริงว่าเหตุใด แพทย์รุ่นใหม่จึง

⁸ หจข., เอกสารเหตุการณ์ปัจจุบัน, ก/ป7/2508/สส 1.1 รัฐมนตรี, พิมพ์ไทย, 11 ธันวาคม 2508.

ไม่สมัครไปทำงานในชนบทกับกรมอนามัย และอย่าว่าแต่แพทย์รุ่นใหม่เลย แม้แต่แพทย์ประจำสถานีอนามัยของกรมอนามัยเองก็ อยากจะย้ายเข้ามารับตำแหน่งในกรุงกันทั้งนั้น ทั้งนี้ก็เพราะว่างานอนามัยนั้น เป็นงานที่กว้างขวางและใหญ่โตมิใช่น้อย เพราะนอกจากจะเป็นงานป้องกันการเจ็บไข้ได้ป่วยของประชาชนแล้วยังต้องแนะนำให้ประชาชนมีความเป็นอยู่อย่างมีพลานามัยอีกด้วย งานอนามัยจึงเป็นงานที่มีได้เกี่ยวข้องกับความเจ็บป่วยมากนัก แต่ต้องแนะนำให้ความรู้เรื่องสุขภาพแก่คนดีๆ ซึ่งนอกจากจะเป็นงานปิดทองหลังพระแล้ว...นับว่าแตกต่างกับแพทย์ฝ่ายรักษาซึ่งสังกัดกรมการแพทย์ การรักษาผู้ป่วยนั้น เมื่อผู้ป่วยหายแพทย์ผู้รักษาก็ได้ชื่อเสียงและบุญคุณจากคนไข้ บางครั้งก็ได้ลาภสักการะตอบแทน ความแตกต่างมีอยู่ ดังนี้แพทย์ที่จะเข้ารับราชการ จึงสมัครในกรมการแพทย์กันมาก...เพราะว่าแนวโน้มของการแพทย์ของประเทศไทยในปัจจุบันกำลังจะคืบคลานไปสู่ระบบแพทย์ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะ เพราะการเป็นผู้ชำนาญนั้นสามารถทำชื่อเสียงและลาภสักการะได้รวดเร็วกว่าแพทย์ผู้รักษาทั่วไป...ทั้งนี้กรมการแพทย์และกรมอนามัย ควรร่วมมือกันให้ใกล้ชิดมากกว่าที่เป็นอยู่ในขณะนี้...เห็นได้ว่างานของกรมอนามัยปัจจุบันนี้ ได้แย่งงานของกรมการแพทย์ ในบริเวณที่โรงพยาบาลของกรมการแพทย์ให้บริการไม่ถึงเข้าไปด้วย งานอนามัยและสุขภาพจึงทำได้อย่างไม่มีประสิทธิภาพพอเพียง และงานบริการด้านรักษาของสถานีอนามัย...ทั้งนี้กรมการแพทย์และกรมอนามัย ควรร่วมมือกันให้ใกล้ชิดมากกว่าที่เป็นอยู่ในขณะนี้⁹

ความแตกต่างด้านทัศนคติระหว่างการรักษาโรคและการป้องกันโรค ความสามารถของแพทย์ที่เหมาะสมต่อการรักษาพยาบาล และภาระหน้าที่การปฏิบัติงานระหว่างกรมการแพทย์และกรมอนามัย ยิ่งส่งผลให้แพทย์เห็นความสำคัญต่องานการรักษาโรคเท่านั้น ส่วนงานอนามัยป้องกันโรคนั้นมิได้อยู่ในความรับผิดชอบของแพทย์ ซึ่งเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้แพทย์ไม่นิยมรับราชการกรมอนามัย หรือให้ความสนใจในงานอนามัย กลายเป็นปัญหาหนึ่งของการกระจายบริการสาธารณสุขในส่วนภูมิภาค ส่งผลให้มีความพยายามแก้ปัญหาดังกล่าว โดยเฉพาะการแก้ปัญหาด้วยการปรับโครงสร้างกระทรวงสาธารณสุขพ.ศ. 2515 และ พ.ศ. 2517 เช่น การปรับโครงสร้างการบริหารกระทรวงฯพ.ศ.2515 มีการรวมกรมการ

⁹ หจข., เอกสารเหตุการณ์ปัจจุบัน, กป7/2509/สส 1.2 ปัญหาแพทย์ขาดแคลน, สยามรัฐ, 23 พฤษภาคม 2509.

แพทย์และกรมอนามัย เป็นกรมการแพทย์และอนามัย ก็มุ่งที่จะประสานการรักษาโรคและงานอนามัยเข้าด้วยกัน เพราะมีการเสนอความคิดให้มีการประสานงานบริหารเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพสาธารณสุข เช่น บทความหนังสือพิมพ์เรื่อง การรวมกรมการแพทย์และกรมอนามัย ความว่า

การเคลื่อนไหวครั้งใหญ่ นับตั้งแต่คณะกรรมการปรับปรุงระเบียบราชการบริหารแผ่นดิน ซึ่งมี พล.ต.ศิริ สิริโยธิน เป็นประธานได้ลงมติให้มีการรวมกรมการแพทย์กับกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุขเข้าด้วยกันเป็นหน่วยงานเดียว...ส่วนที่ล้ำสมัยและส่วนที่เกินกว่าความจำเป็นนี้ย่อมจะต้องเป็นเครื่องถ่วงการบริหารราชการมิให้คล่องตัวทันต่อเหตุการณ์หรือมีประสิทธิภาพสมแก่กาลสมัย...เพราะฉะนั้นความต้องการที่จะปรับปรุงระเบียบการบริหารราชการแผ่นดินนั้นจึงเป็นความต้องการอันชอบ¹⁰

สภาพดังกล่าวสะท้อนปัญหาการประสานงานระหว่างการรักษาพยาบาลกับการอนามัยป้องกันโรค จึงมีความคิดเห็นให้ทำการประสานงานบริหารทั้งสองด้าน โดยการปรับโครงสร้างกระทรวง เพื่อแก้ปัญหการบริหารงานที่ซ้ำซ้อนกันอยู่ แต่ก็มีความไม่เห็นด้วยต่อการประสานงานบริหารครั้งนี้ เนื่องจากความแตกต่างในการทำงานของทั้งสองกรม เช่น บทความเรื่อง หลังจากการรวมกรมการแพทย์และกรมอนามัย โดย “หมอเก่า” ความว่า

สมัยก่อนการปฏิวัติ 2514 รัฐมนตรีสาธารณสุขได้แก่ พล.ต.อ.ประเสริฐ รุจิรวงศ์ และมีรัฐมนตรีช่วยคือ นายแพทย์สมบุญ ผ่องอักษร ทราบกันในหมู่ข้าราชการกระทรวงสาธารณสุขในสมัยนั้นว่า รัฐมนตรีช่วยกับอธิบดีกรมการแพทย์ไม่ค่อยจะกินเกลียวกันเท่าไรนัก อาจจะเป็นด้วยเหตุนี้ก็เป็นได้ รัฐมนตรีช่วยจึงเสนอแผนปรับปรุงกระทรวงเสียใหม่ โดยยุบทั้งกรมการแพทย์และกรมอนามัยเพื่อจัดตั้งกรมใหม่ แต่เมื่อเสนอแผนนี้ในที่ประชุมกระทรวงก็ได้รับการคัดค้านอย่างหนัก

¹⁰ หจข., เอกสารเหตุการณ์ปัจจุบัน, ก/ป8/2515/9 การพิจารณารวมกรมการแพทย์กับกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, สยามรัฐ, 26 พฤษภาคม 2515.

จากทุกฝ่ายเพราะเห็นว่าเป็นวิธีรุนแรงโดยวิธีหักห้ามพรวดด้วยเข้า จะเกิดผลเสียมากกว่าผลดี รัฐมนตรีประเสริฐจึงเก็บแผนนี้ไว้ลั่นชักไว้เสีย 2 ปี...¹¹

สิ่งที่สะท้อนจากการประสานครั้งนี้ คือ ทศนคติแตกต่างในของอาชีพเป็นอุปสรรคสำคัญของการบริหารงานสาธารณสุข ซึ่งมีความพยายามแก้ปัญหาดังกล่าวด้วยการปรับโครงสร้างการบริหารงานเพื่อให้มีความร่วมมือกันระหว่างการรักษาพยาบาลและการอนามัย และลดอคติในการทำงานอนามัยของแพทย์

นอกจากปัจจัยสภาพการบริหารภายในของกระทรวงสาธารณสุข แบ่งแยกหน้าที่ความรับผิดชอบ ขาดการประสานงานส่งผลให้ขาดการวางแผนงาน ศึกษาร่วมกัน เช่น แนวทางการแก้ปัญหาการกระจายบริการของกระทรวงสาธารณสุข เพราะเมื่อกระทรวงสาธารณสุขประกาศรับสมัครแพทย์ เพียงบอกว่า กรมนี้ต้องการแพทย์ประจำที่โน้นที่นี้ จำนวนเท่าไร ทั้งที่ควรจะทำการศึกษาวางแผน เพราะแต่ละท้องที่มีข้อจำกัดด้านใด เช่น บางแห่งขาดเครื่องมือ บางแห่งไม่มีความปลอดภัย บางแห่งมีปัญหาด้านโรคระบาด บางแห่งมีปัญหาด้านสาธารณสุขโรค ถึงแม้ว่าจะมีปัญหาเช่นเดียวกัน แต่ก็มีลำดับของปัญหาที่แตกต่างกัน การแก้ปัญหาได้ตรงกับความต้องการเป็นการย่นระยะเวลาการปฏิบัติงาน แต่วิธีการของกระทรวงยังคงต้องการบรรจุคนให้เต็มตำแหน่ง โดยไม่คำนึงถึงสมรรถภาพของคนกับงาน และมีได้คำนึงถึงความเชี่ยวชาญของแพทย์ ดังนั้นต่างฝ่ายต่างต้องการแพทย์เพื่อปฏิบัติงานลักษณะเดียวกัน จำนวนแพทย์ที่มีอยู่จึงไม่พอต่อความต้องการ

สถานการณ์การบริหารงานของกระทรวงสาธารณสุข ที่ขาดการประสานงาน การวางแผนงานปฏิบัติ และขาดการศึกษาร่วมกัน เป็นผลจากการที่ทุกหน่วยราชการแยกกันปฏิบัติงาน ไม่มีการศึกษาร่วมกัน ส่งผลให้การบริหารงานของกระทรวงยังคงมีปัญหาในลักษณะเดิม กล่าวคือแม้ว่าจะปรับโครงสร้างการบริหารงานแล้ว แต่ก็ยังขาดการประสานงานที่ถูกต้อง และใช้ทรัพยากรที่มีอยู่จำกัดให้ได้ประโยชน์สูงสุด

ในช่วงพ.ศ.2501-2520 รัฐบาลมีส่วนสนับสนุนเพิ่มบริการสาธารณสุขแก่ประชาชน เพื่อแก้ปัญหาการกระจายบริการสาธารณสุข โดยให้หน่วยงานราชการต่างๆ เข้ามามีส่วนร่วมบริการสาธารณสุข ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งในนโยบายการพัฒนาชนบทของรัฐบาล เช่น กระทรวงมหาดไทย กองทัพบก สำนักงานพัฒนาชนบทฯ การเพิ่มบริการสาธารณสุขในรูปแบบหน่วยแพทย์เคลื่อนที่อันเนื่องมาจากนโยบายการพัฒนาชนบทของรัฐบาลนี้ ส่งผลให้การบริหารงานสาธารณสุข

¹¹หจข., เอกสารเหตุการณ์ปัจจุบัน, ก/ป8/2515/9 การพิจารณารวมกรมการแพทย์กับกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, สยามรัฐ, 30 พ.ค. 2515

ถูกแยกส่วนความรับผิดชอบไปตามหน่วยงานราชการต่างๆ ก่อให้เกิดการทำงานซ้ำซ้อนกัน กระทั่งต่อการบริหารงานสาธารณสุขโดยรวมของประเทศ เช่น การบริหารสาธารณสุขส่วนภูมิภาค ของรัฐบาลที่จัดส่งเจ้าหน้าที่จำนวนมากไปให้บริการสาธารณสุขโดยไม่คิดมูลค่าแก่ประชาชน ในขณะที่งานของกระทรวงฯ มีเจ้าหน้าที่ประจำให้บริการได้น้อย และต้องเสียค่าบริการ เป็นต้น ซึ่งนพ.ประเวศ วะสี ได้แสดงความคิดเห็นในกรณีดังกล่าวไว้ว่า

การจัดตั้งหน่วยแพทย์เคลื่อนที่ขึ้นทั้งโดยทางราชการและเอกชน เพื่อเคลื่อนที่เข้าไปให้บริการแก่ประชาชนในท้องถิ่นทุรกันดาร หน่วยการแพทย์เคลื่อนที่เหล่านี้ให้ประโยชน์ในแง่ยกระดับสุขภาพของประชาชนได้น้อย เพราะเป็นการไปประเดี๋ยว ประด้าวและนาน ๆ ผ่านไปที ไม่ยังผลสืบเนื่อง และแต่ละครั้งทีไปก็มีประชาชนมารุมล้อมมาก ได้แต่แจกยาเป็นส่วนใหญ่ กิจกรรมหน่วยแพทย์เคลื่อนที่นี้แม้จะจัดตั้งขึ้นด้วยความหวังดี แต่ก็มีผลร้ายที่ติดตามมา นั่นคือการหมดเปลืองทรัพยากรมาก โดยไม่ได้ผลคุ้มค่า และรบกวนการปฏิบัติการของเจ้าหน้าที่ประจำในท้องถิ่นนั้น ๆ ตามปกติโรงพยาบาลตามต่างจังหวัด และสถานอนามัยได้รับงบประมาณค่านาน้อยมาก สถานบริการเหล่านี้จึงต้องคิดค่ายาจากชาวบ้าน มิฉะนั้นก็ไม่มียงบประมาณที่จะบริการต่อไปได้ หน่วยแพทย์เคลื่อนที่มียงบประมาณมากกว่าไปที่ไหนก็แจกยาฟรี ทำให้ชาวบ้านมีความรู้สึกเป็นปฏิปักษ์ต่อเจ้าหน้าที่สถานอนามัย และโรงพยาบาลในต่างจังหวัดที่คิดเงินค่ารักษาพยาบาลตน เกียรติภูมิของเจ้าหน้าที่เหล่านั้นก็ด้อยลง แต่อยู่ในฐานะกลืนไม่เข้าคายไม่ออก¹²

ในแง่ของการบริการรักษาพยาบาลของหน่วยแพทย์เคลื่อนที่ สามารถช่วยเหลือประชาชนได้ในระดับหนึ่ง แต่การปฏิบัติงานที่แตกต่างจากสถานอนามัยในท้องถิ่นก็มีผลต่อการปฏิบัติหน้าที่ของสถานอนามัยเหล่านี้ ซึ่งเป็นปัญหาการประสานงานบริหารระหว่างรัฐบาลกับกระทรวงสาธารณสุข ฉะนั้นอาจกล่าวได้ว่าการบริหารสาธารณสุขในช่วงพ.ศ.2501-2520 มีปัญหาการประสานงานภายในกระทรวงสาธารณสุขเอง และปัญหาการประสานงานบริหารสาธารณสุขระหว่างหน่วยงาน ซึ่งส่งผลให้การบริหารงานเกิดความล่าช้า ทำงานซ้ำ และสิ้นเปลืองงบประมาณดูรายละเอียดจากตาราง 5.1 งบประมาณด้านสุขภาพที่รัฐบาลจัดสรรให้กับกระทรวงสาธารณสุขและกระทรวงอื่นๆ

¹²ประเวศ วะสี, "การสาธารณสุขเพื่อมวลชน," ใน รักเมืองไทย (เล่ม 1) สมบัติ จันทรวงศ์ และ รัชนีวรรณ ณะพรพันธุ์ (บรรณาธิการ), หน้า 25.

ตารางที่ 5.1งบประมาณกระทรวงสาธารณสุขและงบประมาณด้านสุขภาพรวมทั้งประเทศ พ.ศ.

2510 - 2522

ปี(พ.ศ.)	กระทรวงสาธารณสุข	กระทรวงอื่นๆ	รวมทั้งประเทศ
2510	551.5	297.0	849.2
2511	587.8	572.9	1,160.7
2512	643.6	695.9	1,339.5
2513	785.0	544.6	1,329.6
2514	977.9	465.7	1,443.6
2515	956.3	486.1	1,442.4
2516	1,023.2	573.3	1,596.5
2517	1,113.6	630.0	1,743.6
2518	1,547.4	867.7	2,415.1
2519	2,725.3	1,163.7	3,889.0
2520	3,520.6	1,319.3	4,840.2
2521	3,405.8	1,410.5	4,916.3
2522	4,206.8	1,533.7	5,740.5

ที่มา: สมคิด แก้วสนธิ, "การจัดสรรงบประมาณด้านการสาธารณสุขกับการพัฒนาชนบท," สังคมศาสตร์การแพทย์ 2 (กรกฎาคม - กันยายน 2526): 93.

การขาดแคลนแพทย์

ประเทศไทยประสบปัญหาการขาดแคลนแพทย์ โดยเฉพาะในชนบทเพราะแพทย์ไม่เพียงพอ เช่น ระหว่างพ.ศ.2488 – 2493 คณะแพทยศาสตร์ศิริราช มีแพทย์ที่จบการศึกษาจำนวน 50-95 คน¹³ แพทย์ส่วนใหญ่จะประจำโรงพยาบาลในกรุงเทพฯ ในขณะที่รัฐบาลแก้ปัญหาดังกล่าวด้วยการตั้งโรงเรียนแพทย์ เช่น พ.ศ.2484 ตั้งโรงเรียนพยาบาลทหาร จังหวัดลพบุรี ผลิตแพทย์ทหารเสนารักษ์ หลักสูตร 4 ปี แต่ทำการเรียนการสอนอยู่เพียง 7 ปีก็เลิก ต่อมาพ.ศ.2489 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยได้เปิดคณะแพทยศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่พ.ศ.2507 มหาวิทยาลัยขอนแก่นพ.ศ.2509 มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์พ.ศ.2511 ผลิตบุคคลกรทางแพทย์ แต่จำนวนแพทย์ที่โรงเรียนแพทย์ผลิตได้ไม่พอเพียงกับความต้องการของประชาชน เป็นปัญหามาจนถึงปัจจุบันนี้

¹³ทัศนีย์ ธรรมรัช, "ปัญหาการขาดแคลนแพทย์ในประเทศไทย," (วิทยานิพนธ์ปริญญาเศรษฐศาสตร์ มหาวิทยาลัย บัณฑิตวิทยาลัย เศรษฐศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2514), หน้า 28.

ตารางที่ 5.2 จำนวนผู้สำเร็จการศึกษาแพทย์ในประเทศไทย พ.ศ. 2483 - 2514

ปี (พ.ศ.)	จำนวนแพทย์ผู้สำเร็จการศึกษา					รวม
	ศิริราช	จุฬายา	ลพบุรี	เชียงใหม่	รามธิบดี	
2483	27					27
2484	28					28
2485	0					0
2486	31					31
2487	36		23			59
2488	46		45			91
2489	51		56			107
2490	58		43			101
2491	22					22
2492	51					51
2493	95					95
2494	81	35				116
2495	153	68				221
2496	123	60				183
2497	155	58				213
2498	114	54				168
2499	124	68				192
2500	120	72				192
2501	153	89				242
2502	118	75				193
2503	154	85				239
2504	138	87				225
2505	146	84				230
2506	150	74				224
2507	120	86		56		262
2508	134	81		47		262
2509	113	77		46		236
2510	122	75		53		250

จำนวนแพทย์ผู้สำเร็จการศึกษา

ปี (พ.ศ.)	ศิริราช	จุฬาฯ	ลพบุรี	เชียงใหม่	รามาริบัติ	รวม
2511	125	79		61		265
2512	115	75		53		243
2513	150	92		51		293
2514	143	89		63	64	359

ที่มา: ทศนิยม ธรรมรัช, “ปัญหาการขาดแคลนแพทย์ในประเทศไทย,” (วิทยานิพนธ์ปริญญา
มหาบัณฑิต แผนกวิชาเศรษฐศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2514), หน้า 28
- 29.

จากตารางที่ 5.1 การเพิ่มจำนวนแพทย์ต่อจำนวนประชากรในแต่ละปี มิได้ทำให้ปัญหา
การขาดแคลนแพทย์บรรเทาลง สรุปแล้ว ปัญหาการผลิตแพทย์ไม่พอกับความต้องการของ
ประเทศ ปัญหาการเสียบุคลากรทางการแพทย์ให้กับต่างประเทศโดยเฉพาะสหรัฐอเมริกา
ปัญหาการผลิตแพทย์ได้ไม่ตรงเป้าหมายตามที่สังคมต้องการ และปัญหาการทำงานได้ไม่เต็ม
ความสามารถของแพทย์ ปัญหาทั้งหมดนี้ ล้วนส่งผลให้ประเทศไทยต้องเผชิญกับปัญหาการขาด
แคลนแพทย์ ดังที่ปรากฏอยู่ในปัจจุบัน

ส่วนปัญหาการขาดแคลนแพทย์ไปปฏิบัติงานที่ต่างจังหวัด เป็นปรากฏการณ์ทางสังคม
คาดมาจากการขยายกิจการสาธารณสุขและแพทย์ออกไปอย่างกว้างขวาง โดยการตั้งโรง
พยาบาล สถานีอนามัยออกไปตามท้องถิ่นต่างๆ การขยายโครงการปราบปรามโรคติดต่อออกไป
ไปทั่วประเทศ ทำให้บทบาทความสำคัญของการสาธารณสุข เป็นส่วนหนึ่งของชีวิตความเป็น
อยู่ ส่งผลให้ความต้องการและความจำเป็นต่อการสาธารณสุขเพิ่มมากขึ้น โดยเฉพาะชนบทที่
ห่างไกลมีความต้องการบริการสาธารณสุข

มูลเหตุอื่นที่ส่งผลต่อปัญหาการขาดแคลนแพทย์ คือ อัตราส่วนของแพทย์ต่อจำนวน
ประชากรไม่ได้สัดส่วน เพราะการผลิตแพทย์ในประเทศไทยต่อปีในช่วงพ.ศ.2501-2520 โดย
ประมาณ 2,530 คนจากโรงเรียนแพทย์ 4 แห่ง (คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล คณะ
แพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาริบัติ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย และคณะ
แพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่) อัตราส่วนแพทย์ต่อประชาชนทั้งหมดเป็น 1:7,000 คน
สามารถจำแนกออกเป็นอัตราส่วนแพทย์ต่อประชากรในกรุงเทพฯ เป็น 1:1,000 คน ขณะใน

ต่างจังหวัดอัตราส่วนเป็น 1:15,000 คน หากเป็นชนบทที่ห่างไกลอัตราส่วนแพทย์ต่อประชากร เป็น 1:100,000 ถึง 200,000 คน²⁵

นอกจากนี้ ทักษะของแพทย์ที่ไม่นิยมออกไปปฏิบัติงานยังต่างจังหวัด เป็นเพราะหากอยู่ต่างจังหวัดนั้น ไม่สามารถใช้ความรู้ได้อย่างเต็มที่ ขาดอุปกรณ์ ห่างไกลจากแหล่งวิชา ขาดสวัสดิการ และความมั่นคงในการดำเนินชีวิต เพราะบางท้องถิ่นที่เป็นท้องถิ่นที่มีความขัดแย้งสูง ขาดบ้านพัก ยานพาหนะ เป็นต้น ขาดความก้าวหน้าในชีวิตราชการ เมื่อเปรียบเทียบกับการทำงานในส่วนกลาง และรายได้ตอบแทนต่ำ

ในขณะเดียวกัน ความคิดเห็นว่าแพทย์ควรจะทำหน้าที่ของแพทย์ ในหน้าที่รักษาให้เต็มที่ ไม่ต้องรับผิดชอบในส่วนการอนามัยป้องกันโรคและการบริหารองค์กร เป็นความคิดที่แพร่หลายอยู่ทั่วไปในสังคมไทย จากคอลัมน์ หน้าต่างสยามนิกร เรื่อง แพทย์ไปหากินต่างประเทศ โดย ผู้อ่านนิกร ความว่า

บางหน่วยของทางราชการยังขาดแคลนแพทย์อยู่บ้าง ซึ่งได้แก่หน่วยราชการที่ไม่ได้ใช้แพทย์รักษาคนไข้ แต่ใช้แพทย์ในทางป้องกันโรคหรือในทางธุรการ หน่วยราชการบางแห่งมีแต่ตำแหน่ง แต่ไม่มีคนไข้ให้หมอทำงานเต็มมือหน่วยราชการบางแห่งมีแต่งงานให้ทำแต่ไม่มีการสอน หรือการฝึกฝนเพิ่มเติมจริงจัง แพทย์รุ่นใหม่ๆ จึงไม่มีใครสมัคร...เราจะไปโทษแพทย์ที่ไม่สมัครก็ไม่ได้ เราต้องแก้ไขข้อบกพร่องภายในหน่วยงานนั้น¹⁴

อีกทั้งแนวทางการผลิตแพทย์ในประเทศไทย ที่เน้นการผลิตแพทย์ที่เชี่ยวชาญ ซึ่งเป็นแนวทางดั้งเดิมตั้งแต่แรกเริ่มการบริหารงานสาธารณสุข แนวทางผลิตแพทย์คุณภาพเป็นของสมเด็จพระมหิตลาธิเบศรดุสิตเดชวีกกรมพระบรมราชชนก ทรงเห็นควรให้ผลิตแพทย์คุณภาพที่ดีก่อน และค่อยกระจายออกไป อีกทั้งจากการสนับสนุนของมูลนิธิร็อกกี้เฟลเลอร์ที่ให้การสนับสนุนการผลิตแพทย์คุณภาพเพื่อเป็นอาจารย์หมอบต่อไป ทำให้ขบวนการผลิตแพทย์ต้องใช้ระยะเวลาและใช้เงินเพื่อส่งเสริมคุณภาพแพทย์ก็สูงขึ้น ดังนั้นจำนวนแพทย์ที่ผ่านกระบวนการผลิตที่เน้นแพทย์ที่มีคุณภาพสูง(เชี่ยวชาญพิเศษ) จึงได้จำนวนน้อยไม่พอต่อความต้องการ

²⁵ทัศนีย์ ธรรมรัช, "ปัญหาการขาดแคลนแพทย์ในประเทศไทย," (วิทยานิพนธ์ปริญญาเศรษฐศาสตรมหาบัณฑิต แผนกวิชาเศรษฐศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2514), หน้า 5.

¹⁴หจข., เอกสารเหตุการณ์ปัจจุบัน, ก/ป7/2508/ส.ส 1.1 รัฐมนตรี, สยามนิกร, 21 ตุลาคม 2508.

ปัญหาการผลิตแพทย์ผู้เชี่ยวชาญออกมาแล้วไม่มีปัจจัยต่างๆ มารองรับให้แพทย์เหล่านั้นสามารถทำงานอยู่ภายในประเทศได้ ดั่งมีเสียงสะท้อนถึงปัญหานี้ออกมาในคอลัมน์ จดหมายถึงบรรณาธิการ เรื่อง ทำไมแพทย์ไทยจึงต้องไปอเมริกา โดย บุญศรี ธนะโสภณ ความว่า

จะแก้ปัญหารื่องแพทย์ผู้ชำนาญเฉพาะโรค < Specialist > ที่สำเร็จกลับมาแล้วไม่ให้ออกไปอเมริกาอีกได้อย่างไร...โรงเรียนแพทย์แห่งหนึ่ง ท่านบอกว่าท่านไม่มีงบประมาณจะจ้างผม แม้จะขอทำให้ฟรีก่อน ท่านก็บอกว่าไม่มีปริมาณงานมากพอให้ทำ ไม่ว่าตำแหน่งใดๆ หมอที่มีอยู่ในโรงพยาบาลลุ่มมอกกุ่มใจ ลาออกกลับไปเมืองนอกหลายคน แล้วบางคนเพราะไม่มีงานจะให้ทำ...ผมมีความเห็นว่าในปัจจุบันนี้ระบบการทำงานในวงการแพทย์ยังคงใช้ความคิดเห็นในข้อเท็จจริง ยิ่งกว่าตัวข้อเท็จจริงเอง...ไม่เห็นด้วยกับการที่จะพยายามทำให้แพทย์ผู้ได้ทุ่มเทเวลา ฯลฯ จนได้เป็นผู้เชี่ยวชาญเฉพาะโรคแล้วต้องกลับไปทำหน้าที่เป็นแพทย์ทั่วไปอีก แทนที่จะเอาดีแต่ในด้านที่ตนชำนาญเพียงด้านเดียว นับเป็นการใช้คนไม่ให้ออกกับเรื่อง โดยเฉพาะเรื่องเกี่ยวกับชีวิต ความเจ็บป่วยของคน...¹⁵

แพทย์เป็นวิชาชีพที่มีความรู้ความสามารถสูง เพราะส่วนใหญ่ผู้ที่เรียนแพทย์เป็นนักเรียนระดับหัวกะทิ ฉะนั้นทางเลือกของแพทย์ในประเทศไทย หากเลือกที่จะใช้ความรู้ความสามารถของตนอย่างเต็มที่ ก็คือจะต้องไปทำงานต่างประเทศโดยเฉพาะในสหรัฐอเมริกาเพื่อผลตอบแทนที่ดีกว่าและได้พัฒนาศักยภาพในทางวิชาชีพแพทย์ ซึ่งกรณีดังกล่าวเป็นปรากฏการณ์ที่สำคัญในการบริหารงานสาธารณสุขของประเทศไทย

นอกจากนี้สถานการณ์โลกในช่วง พ.ศ.2501-2520 ยังเป็นปัจจัยที่ช่วยส่งเสริมให้แพทย์ออกไปทำงานต่างประเทศมากขึ้น กล่าวคือในช่วงเวลาดังกล่าวเป็นช่วงสงครามเย็น ซึ่งสหรัฐอเมริกาเป็นผู้นำการต่อต้านโลกคอมมิวนิสต์ จึงเกิดสงครามเวียดนามทำให้สหรัฐอเมริกาต้องการกำลังคน และเงินทุนมาสนับสนุนการปฏิบัติการกิจดังกล่าว ฉะนั้นสหรัฐอเมริกาจึงเปิดรับเอาบุคลากรของประเทศไทยในด้านต่างๆ ไปจำนวนมาก โดยเฉพาะแพทย์และพยาบาล เมื่อ พ.ศ. 2499 สหรัฐอเมริกาได้ตั้ง ECFMG (Educational Commission for Foreign Medical Graduate²⁷) หน่วยงานนี้มีหน้าที่ในการสอบเทียบมาตรฐานแพทย์จากต่างประเทศ และจัดส่งข้อ

¹⁵ หจข., เอกสารเหตุการณ์ปัจจุบัน, ก/ป8/2513/20 ปัญหาการขาดแคลนแพทย์และพยาบาล, สยามรัฐ, 20 ตุลาคม 2513.

²⁷ สงวน นิตยารัมภ์พงศ์, บรรณาธิการ, ปุ่มประวัติศาสตร์มหิดลเพื่อประชาธิปไตย ภาคที่ 1 "ก่อเกิดขบวนการ (กรุงเทพฯ: อัลฟา มิเลเนียม, 2546), หน้า 106.

สอบนี้ไปยังประเทศต่างๆ วิธีการสอบนี้ทำให้แพทย์จากต่างประเทศเป็นที่ยอมรับในสังคมได้ง่ายขึ้นเพื่อรองรับแพทย์จากต่างประเทศ อย่างไรก็ตาม ปัญหาการขาดแคลนแพทย์ เป็นปัญหาที่สังคมรับรู้มาตลอด มีการสะท้อนทัศนคติของสังคมที่มีแนวโน้มตำหนิแพทย์ ว่าไม่มีความรับผิดชอบต่อสังคม จากบทความหนังสือพิมพ์เรื่อง ขาดหมอ ความว่า

วันที่ 11 ตุลาคมศกนี้ มีหนังสือพิมพ์ฉบับหนึ่งแฉโศกความจริงออกมาว่า มีนายแพทย์ไทยที่จบมาจากมหาวิทยาลัยแพทย์ทั้งหมดประมาณ 400 คน ที่เรียนสำเร็จจากมหาวิทยาลัยแพทย์ในประเทศแล้ว ไปประกอบอาชีพอยู่ในต่างประเทศ ทำให้รัฐบาลไทยลงทุนให้ค่าศึกษาประมาณคนละสามแสนบาทไปโดยเปล่าประโยชน์เมื่อเรียนสำเร็จแล้วแทนที่นายแพทย์เหล่านี้จะช่วยเหลือประเทศชาติในการขาดแคลนหมอ กลับไปหากินในต่างประเทศเสียหมด...¹⁶

หรือบทความเรื่อง การเห็นแก่ตัวของแพทย์ กล่าวว่า

กระทรวงการสาธารณสุขได้เสนอขออนุมัติต่อคณะรัฐมนตรีเพื่อตั้งคณะกรรมการพิจารณาแก้ปัญหาที่มีแพทย์พากันไปหางานทำในต่างประเทศมากโดย มีปลัดสำนักนายกรัฐมนตรีเป็นประธาน และคณะรัฐมนตรีได้มีมติอนุมัติตามที่กระทรวงสาธารณสุขเสนอแล้ว...สำหรับวิธีแก้ไข ทางคณะกรรมการที่รัฐบาลตั้งขึ้นซึ่งมีพล.อ.เนตร เขมะโยธิน ปลัดสำนักนายกรัฐมนตรีเป็นประธาน...เปลี่ยนระบบการศึกษาของแพทย์เสียใหม่...รัฐบาลต้องจ่ายเงินไปคิดเฉลี่ยคนละประมาณ 140,000 บาท ตั้งแต่เริ่มต้นศึกษาจนจบ ในมหาวิทยาลัยที่ตั้งใหม่ที่เชียงใหม่แล้วคิดกันว่าเสียถึง 340,000 บาทต่อคน...โดยเฉพาะผู้สำเร็จจากมหาวิทยาลัยเชียงใหม่รุ่นแรกมีประมาณ 50 คน ปรากฏว่าพากันออกไปศึกษาบ้างไปประกอบอาชีพต่างประเทศเสียบ้างคงเหลืออยู่ในประเทศไทยขณะนี้ไม่ถึง 10 คน...¹⁷

¹⁶ หจข., เอกสารเหตุการณ์ปัจจุบัน, ก/ป7/2506/สร.20 ขาดหมอ, มหาวิทยาลัยแพทย์, ไทรายวัน, 30 ตุลาคม 2506.

¹⁷ ไทยรัฐ, 8 ตุลาคม 2508

แพทย์ชาวไทยเริ่มเดินทางไปทำงานต่างประเทศเพิ่มมากขึ้นทุกปีตั้งแต่ พ.ศ.2505 และปี พ.ศ.2506 มีจำนวน 184 คน หรือ 1.9% ของแพทย์ต่างชาติทั้งหมด พ.ศ.2507 จำนวน 267 คน หรือ 4% ของแพทย์ต่างชาติทั้งหมด พ.ศ.2508 จำนวน 393 คน หรือ 3.2% ของแพทย์ต่างชาติทั้งหมด และกลายเป็นข่าวโด่งดังในสังคมเพราะแพทย์ที่จบจากมหาวิทยาลัยเชียงใหม่รุ่นแรกจำนวน 50 คน ได้เดินทางไปต่างประเทศถึง 48 คน¹⁸

หนังสือพิมพ์ฉบับต่างๆ ได้เสนอปรากฏการณ์ดังกล่าว รวมทั้งมีความเห็นจากสังคมเสนอ แนวทางแก้ไขต่างๆ แต่แพทย์ที่เดินทางไปต่างประเทศไม่ลดจำนวนกลับเพิ่มจำนวนขึ้น พ.ศ.2509 มีจำนวน 531 คน หรือ 3.9% ของแพทย์ต่างชาติทั้งหมด พ.ศ.2510 มีจำนวน 646 คน หรือ 4.4% ของแพทย์ต่างชาติทั้งหมด พ.ศ.2512 มีจำนวน 1,178 คน พ.ศ.2513 มีจำนวน 1,098 คน พ.ศ.2516 มีจำนวนมากกว่า 1,100 คน และพ.ศ.2517 มีแพทย์ชาวไทยประมาณ 1,500 คน ปรากฏการณ์นี้ส่งผลให้สังคมไทยได้ตระหนักถึงการบริหารงานสาธารณสุขว่ามีปัญหา ได

วิธีการแก้ปัญหาการแพทย์ออกไปทำงานต่างประเทศ

เรื่องของการสูญเสียแพทย์ซึ่งเดินทางไปทำงานในต่างประเทศ กลายเป็นปัญหา ที่รัฐบาล ต้องเข้ามาดูแลหาทางในการแก้ไขปัญหา ด้วยการตั้งคณะกรรมการร่วมมือระหว่าง กระทรวง สาธารณสุขและสำนักนายกรัฐมนตรี เพื่อหาทางป้องกันมิให้ปัญหาดังกล่าวเพิ่มความเสียหาย มากขึ้นไปอีก ทางออกหนึ่งที่มีการนำเสนอ คือ ให้แพทย์ที่สำเร็จการศึกษา ต้องเข้ารับราชการ ทหารเป็นเวลา 2 ปี จึงจะอนุญาตให้ออกไปทำงานในต่างประเทศได้ จากข่าวเรื่อง ต้องใช้เงินสกัด กั้นหมอไปนอก ปีบบังคับทางอื่นไม่มีทางสำเร็จ เพราะไปหาเงินในอเมริกาได้มีโอกาสเรียนต่อ ร้อง แต่แพทย์ไม่พอ แต่งบประมาณสร้างไม่มีให้ ความว่า

ซึ่งเรื่องนี้พลเอกประภาส จารุเสถียร รัฐมนตรีว่าการมหาดไทยได้แถลงชี้แจงกับผู้ แทนหนังสือพิมพ์ว่า แพทย์ที่จบการศึกษานี้รัฐบาลต้องใช้จ่ายเงินให้เรียนคน หนึ่งประมาณ 200,000 บาท จึงควรให้เป็นทหารเสีย 2 ปีก่อน ซึ่งจะได้เรียนรู้ สัมภูฐานของโรคพอสมควร แล้วจึงให้ไปหากินในต่างประเทศได้¹⁹

¹⁸ สงวน นิตยารัมภ์พงศ์, (บรรณาธิการ), ปุ่มประวัติศาสตรมรดกเพื่อประชาธิปไตย ภาคที่ 1 “ก่อเกิด ขบวนการ, หน้า 106; ไทยรัฐ 8 ตุลาคม 2508; ประชาธิปไตย 11 ตุลาคม 2508. และ สยามรัฐ 7 ตุลาคม 2508.

¹⁹ ประชาธิปไตย, 11 ตุลาคม 2508.

ข้อเสนอของพลเอก ประภาส จารุเสถียร ในฐานะรัฐมนตรีว่าการกระทรวงมหาดไทย ถูกคัดค้านจากผู้ที่เกี่ยวข้อง โดยเฉพาะในวงการแพทย์ ด้วยเหตุผลว่าเป็นการขัดต่อสิทธิมนุษยชนและเสรีภาพ จนต่อมาคณะกรรมการที่รัฐบาลตั้งขึ้นมาเพื่อดูแลเรื่องนี้ ได้มีข้อเสนอให้ ผู้ที่สำเร็จการศึกษาแพทยศาสตร์ ต้องทำงานใช้ทุนการศึกษาที่รัฐบาลได้ให้อุดหนุน นักศึกษาแพทยศาสตร์ในระหว่างที่ศึกษาอยู่ในโรงเรียนแพทย์ จากบทความเรื่อง กำหนดเงื่อนไขนักเรียนแพทย์ป้องกันไปทำงานเมืองนอก ความว่า

รัฐมนตรีกระทรวงสาธารณสุขจะเสนอวิธีแก้ไขปัญหาผู้ที่สำเร็จเป็นนายแพทย์แล้วไปประกอบอาชีพในต่างประเทศต่อคณะกรรมการโดยให้เก็บค่าเล่าเรียนนักเรียนแพทย์ที่มีจุดมุ่งหมายจะไปต่างประเทศให้สูงยิ่งขึ้น ส่วนพวกที่ประสงค์เรียนฟรีโดยรัฐบาลเสียค่าใช้จ่ายอย่างเช่นในปัจจุบันนี้ก็ควรจะมีข้อผูกพันต้องทำงานในประเทศเสียก่อน...ทางกระทรวงสาธารณสุขจึงมีความวิตก ได้เสนอเรื่องต่อคณะรัฐมนตรี และได้แต่งตั้งคณะกรรมการขึ้นพิจารณาแก้ไขปัญหานี้โดยมีปลัดสำนักนายกรัฐมนตรีเป็นประธานประกอบด้วยปลัดกระทรวงสาธารณสุข อธิบดีกรมอนามัยและอธิบดีการแพทย์เป็นกรรมการ²⁰

ในอีกด้านหนึ่ง บรรดางานวิชาชีพแพทย์เองก็ใส่ใจในปัญหานี้ โดยได้มีการจัดประชุมเพื่ออภิปรายหาทางแก้ไขปัญหาการขาดแคลนแพทย์ในช่วงเวลาไล่เลี่ยกับการตั้งคณะกรรมการแก้ไขปัญหของรัฐบาลด้วยเช่นกัน ไม่ได้ปล่อยให้ปัญหาการขาดแคลนแพทย์ เป็นภาระของรัฐบาลแต่ฝ่ายเดียว จากบทความเรื่อง ปัญหาแพทย์ไม่พอสมมาคมประชุมแก้ไข 4 ข้อ ความว่า

สมาคมแพทย์แห่งประเทศไทย ซึ่งมีนายแพทย์สงกรานต์ นิยมเสน เป็นนายกสมาคมได้จัดให้มีการประชุมใหญ่..ตามคำเรียกร้องของนายแพทย์ทั่วประเทศ 212 คน ณ ที่ทำการสมาคมศาลาแดง...ได้อภิปรายปัญหา "การขาดแคลนแพทย์ในประเทศไทย"²¹

ตั้งแต่รัฐบาลประกาศมาตรการการบังคับนักศึกษาแพทย์ใช้ทุนในปี พ.ศ.2510 ซึ่งกลายเป็นชนวนให้มีการประชุมสัมมนาปัญหาการขาดแคลนแพทย์ มีการเคลื่อนไหวนำนักศึกษา

²⁰สยามรัฐ, 7 ตุลาคม 2508.

²¹นพข., เอกสารเหตุการณ์ปัจจุบัน, ก/ป7/2508/สส 1.1, รัฐมนตรี, พิมพ์ไทย, 31 ตุลาคม 2508.

แพทย์ไปสัมผัสชนบท การก่อตั้งศูนย์นิสิตนักศึกษาแพทย์ และการออกวารสารนักศึกษาแพทย์ สัมพันธ์การเคลื่อนไหวดังกล่าว เป็นกระแสที่เกิดควบคู่ไปกับการเคลื่อนไหวเชิงอุดมการณ์ที่สอดคล้องกับกระแสการเคลื่อนไหวต่อต้านเผด็จการ และการเคลื่อนไหวเพื่อให้มีรัฐธรรมนูญฉบับใหม่

5.2 วิชาชีพทางการแพทย์กับงานสาธารณสุข

บทบาทของแพทย์สภา

แพทย์เป็นวิชาชีพที่ได้รับการนับถือจากสังคมไทยอย่างมาก เพราะความสามารถของแพทย์นั้นได้ช่วยดูแลร่างกายไม่เจ็บ ไม่ทรมานจากโรค แต่การรักษาของแพทย์บางคนกลับสร้างทุกข์ให้กับประชาชน เช่น การรักษาเกินความจำเป็น การคิดค่ารักษาพยาบาลแพง การหลบเลี่ยงการปฏิบัติงาน ฯลฯ ส่งผลให้คุณภาพการรักษาของแพทย์ลดลง ในขณะที่สภาพการสาธารณสุขไทยระหว่าง พ.ศ.2501-2520 ยังมีประชาชนจำนวนมากไม่สามารถเข้าถึงบริการสาธารณสุขได้ ฉะนั้นการรักษาที่ไม่เป็นธรรมจึงบั่นทอนการกระจายบริการสาธารณสุข

ขณะเดียวกันการบริหารงานสาธารณสุข ก็มีผลกระทบโดยตรงต่อวิชาชีพแพทย์ ฉะนั้นเมื่อปีพ.ศ.2509 กลุ่มวิชาชีพแพทย์จึงให้ความสำคัญ กับการมีส่วนร่วมในการบริหารสาธารณสุข จึงตั้งสภาทางแพทย์เพื่อทำหน้าที่ตรวจสอบ และทำความเข้าใจร่วมกับฝ่ายบริหารมากยิ่งขึ้น จากบทความเรื่อง นายกสุมาคมแพทย์ห่วงใยความปลอดภัยหมอเคลื่อนไหวรวมกันอ้างหลักการ โดย วิรัช ทศานนท์ ความว่า

การจัดตั้งสภาทางการแพทย์...ศาสตราจารย์นายแพทย์สนอง อุณาภูล นายกสุมาคมแพทย์ชี้แจงกับผู้เขียนถึง โครงการจัดตั้งสภาทางการแพทย์ขึ้นเพื่อคุ้มครองสวัสดิภาพของประชาชน...แพทย์สมาคมแห่งประเทศไทยซึ่งตนเองเป็นนายกสมาคมอยู่นั้น บุคคลนอกวงการอาจเข้าใจกันว่าเป็นสถาบันที่มีบทบาทใน ส่วนบริหารกิจการแพทย์ของทางราชการอยู่มาก ซึ่งความจริงแล้วหาเป็นเช่นนั้นไม่ แพทย์สมาคมในปัจจุบันไม่มีสิทธิมีเสียงอะไรเลย สถาบันแห่งนี้เป็นเพียงแหล่งรวมสำหรับผู้ร่วมวิชาชีพเช่นเดียวกับสมาคมวิชาชีพอื่นๆ เท่านั้น จะมีบทบาทอยู่บ้างก็เพียงคำเสนอแนะที่ไม่มีผลหวังผลใดๆ ต่อทางราชการในบางครั้ง บางคราวเท่านั้น...พระราชบัญญัติสภาการแพทย์ คณะอนุกรรมการร่างพระราชบัญญัติฉบับนี้ประกอบด้วยบรรดาผู้ทรงคุณวุฒิ 7 นายด้วยกันโดยมีศาสตราจารย์นายแพทย์สนอง อุณาภูลเป็นประธาน ตามหลักการของการจัดตั้ง

สภาการแพทย์นี้ องค์สภาจะประกอบด้วยแพทย์สมาคม เกษัชสมาคมและสมาคมพยาบาล และพระราชบัญญัติฉบับนี้จะให้สิทธิครอบคลุมไปถึงแพทย์สมาคมในการดำเนินการบางสิ่งบางอย่างในส่วนที่เกี่ยวกับการบริหารงานด้านสาธารณสุขของประเทศ...อย่างน้อยสถาบันแห่งนี้ก็จะเป็นหูเป็นตาคอยตรวจสอบและเสนอแนะแนวปฏิบัติให้แก่กระทรวงสาธารณสุขได้อีกทางหนึ่ง²²

การที่กลุ่มบุคคลในวิชาชีพแพทย์ ให้ความสำคัญต่อการมีส่วนร่วม ในการทำงานบริหาร งานด้านสาธารณสุข เนื่องจากการบริหารงานสาธารณสุข กำลังเผชิญกับปัญหาความขัดแย้งระหว่างการรักษา และการจัดการอนามัย รวมไปถึงปัญหาการขาดแคลนแพทย์ ส่งผลให้วิชาชีพแพทย์เป็นที่วิพากษ์วิจารณ์ในสังคมอย่างมากว่าไม่มีจิตสำนึก ไม่เสียสละ เห็นแก่ตัว กลัวลำบาก จึงไม่ยอมออกไปรับราชการที่ต่างจังหวัด และไม่นิยมเป็นแพทย์อนามัย ภาพลักษณ์ของแพทย์ดังที่แสดงออกมาข้างต้น ทำให้สังคมเสื่อมศรัทธาในบุคคลที่ประกอบวิชาชีพแพทย์เป็นอย่างมาก และยังทำให้สังคมตั้งข้อสังเกตต่อบทบาท และหน้าที่ความรับผิดชอบของแพทย์มากขึ้น จากบทความเรื่อง ฝึกอบรมในเสื้อขาวแพทย์ ความว่า

โรงพยาบาลและสถานอนามัยที่อยู่ไกลหูไกลตาของกระทรวงสาธารณสุข ส่วนใหญ่ในชนบทล้วนแต่สร้างความสะดวกสบายให้แก่ประชาชนมากกว่าจะให้ความอบอุ่นหรือช่วยเหลือผู้ทุกข์ร้อนดังเจตนารมณ์ ทั้งนี้สืบมาจากแพทย์บางคนขาดคุณธรรมและมุ่งหวังที่จะใช้วิชาชีพที่ตนเรียนมากอบโกยอามิสสินจ้างใส่ตนมากกว่าการคำนึงถึงความรับผิดชอบต่อชีวิตมนุษย์ตามหน้าที่ ซึ่สมควรจะเป็น...²³

ฉะนั้น กลุ่มบุคคลในวิชาชีพแพทย์ได้ชี้แจงถึงอุปสรรคในการปฏิบัติงาน ซึ่งมีสาเหตุมาจากระบบการบริหารที่ไม่เหมาะสม ฉะนั้นวิชาชีพแพทย์จึงควรมีส่วนในฝ่ายบริหารให้มากขึ้น เพื่อแพทย์จะได้ทำงานอย่างมีประสิทธิภาพกว่าเดิม จากบทความเรื่อง แพทย์กับแพทยสภา โดย หมอกลางเก่ากลางใหม่ ความว่า

พระราชบัญญัติแพทยสภาออกมาเมื่อปี 2511 งานของแพทยสภาอย่างใหม่ ที่เป็นที่น่าสนใจในวงการแพทย์ของไทยก็คือ การเลื่อนวุฒิของแพทย์ จากแพทย์

²² หจข., เอกสารเหตุการณ์ปัจจุบัน, ก/ป7/2509/ส.ส 1.1, รัฐมนตรี, ไทยรัฐ, 14 กันยายน 2509.

²³ หจข., เอกสารเหตุการณ์ปัจจุบัน, ก/ป7/2507/ส.ส 1, งานบริหารทั่วไป, สารเสรี, 2 กันยายน 2507.

เซลยศักดิ์หรือนัยหนึ่งแพทย์ทั่วไป มาเป็นแพทย์ผู้ชำนาญทั่วไป มาเป็นแพทย์ผู้ชำนาญเฉพาะโรค ซึ่งแพทยสภาได้ดำเนินงานตั้งแต่ร่างกฎข้อบังคับและคุณสมบัติของผู้จะได้อบรมรับรองคุณวุฒิจากแพทยสภา จนกระทั่งได้ดำเนินการสอบเป็นครั้งแรกในราวเดือนกรกฎาคม 2514 นี้ ในสาขาวิชาต่างๆ นับเป็นการเจริญรอยตามแบบอย่างประเทศที่เจริญแล้ว ซึ่งนับว่าเป็นผลงานที่น่าชมเชยและทำให้ประชาชนเห็นความสำคัญของแพทย์ชำนาญเฉพาะทางมากยิ่งขึ้นและจะได้เลือกบริการจากแพทย์ผู้ชำนาญเหล่านี้ตามความเหมาะสมของโรคและความถูกต้องอีกด้วย...²⁴

ในปี พ.ศ. 2511 มีการประกาศใช้ พระราชบัญญัติวิชาชีพเวชกรรม โดยใน พ.ร.บ. ฉบับนี้ กำหนดให้มีการจัดตั้งแพทยสภาด้วย ซึ่งแพทย์ทุกคนจะต้องเป็นสมาชิกแพทยสภา ซึ่งมีทำหน้าที่ ออกข้อบังคับว่าด้วยมารยาทวิชาชีพเวชกรรม การสอบเพื่อรับใบประกอบวิชาชีพเวชกรรม การฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้าน และการสอบเพื่อเป็นผู้เชี่ยวชาญสาขาต่าง ๆ ฯลฯ รวมถึงการสืบสวนสอบสวนการกระทำผิดของแพทย์ ซึ่งนับว่าเป็นงานที่ครอบคลุมกว้างขวางมาก จากคอลัมน์นี้ ความเห็นของชาวบ้าน เรื่อง ความรู้สึกของผู้ป่วยที่มีต่อแพทย์ โดย คนป่วย ความว่า

ข้าพเจ้ารู้สึกเห็นด้วยอย่างยิ่งในกรณีที่มีการจัดตั้ง “แพทยสภา” เพื่อสอดส่องดูแลความประพฤติและมารยาทของผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมพร้อมมีบทลงโทษผู้กระทำผิด ทั้งนี้เพื่อจะได้สกัดกั้นบุคคลบางคนที่สามารถเรียนจบการศึกษาแพทย์แต่หาได้มีมารยาทหรือจรรยาแห่งความเป็นแพทย์ให้หมดสิ้นไปจากวงการนี้ เพื่อผลให้ผู้ป่วยมีความศรัทธาเชื่อถือต่อแพทย์ที่ประพฤติอย่างไม่เปลี่ยนแปลงและให้แพทย์ปฏิบัติตนได้เหมาะสมกับลักษณะวิชาชีพเพิ่มมากยิ่งขึ้น²⁵

ประโยชน์สำคัญของการตั้งแพทยสภา คือ การรักษาอำนาจสิทธิ์ของแพทย์ โดยดูแลตรวจสอบมาตรฐานแพทย์ การออกใบอนุญาตประกอบโรคศิลปะ การออกกฎระเบียบควบคุมคุณภาพแพทย์ เป็นต้น สิ่งที่แพทยสภายามดำเนินการเพื่อสร้างมาตรฐานแก่วิชาชีพ และ

²⁴ สยามรัฐ, 2 มีนาคม 2515.

²⁵ นจช., เอกสารเหตุการณ์ปัจจุบัน, ก/ป8/2513/14 ปัญหาสาธารณสุขและการอนามัย, สยามรัฐ, 15

ผลักดันให้แพทย์ที่เป็นข้าราชการควรที่จะเป็นองค์กรอิสระจากสำนักงานคณะกรรมการข้าราชการพลเรือน เพราะการทำงานวิชาชีพแพทย์ต้องรับผิดชอบในหน้าที่อย่างมาก แต่ต้องอยู่ภายใต้กรอบของระบบราชการโดยสำนักงานคณะกรรมการข้าราชการพลเรือน (กพ.) จากบทความ เรื่องปัญหาการสาธารณสุขไทยใน 10 ปีข้างหน้า ความต้องการด้านอนามัยของสังคมไทยใน 10 ปีข้างหน้า โดย สมชาย กุลวัฒน์นาพร ความว่า

แยกแพทย์ออกจาก กพ. แล้วมาขึ้นกับแพทยสภา เนื่องจากอาชีพแพทย์และการศึกษาแพทย์นั้นแตกต่างจากวิชาชีพอื่น แต่ปัจจุบันแพทย์ยังเป็นข้าราชการขึ้นกับ กพ. มีปัญหายุ่งยากมากจึงเสนอแนะให้แพทย์ไม่ขึ้นกับ กพ. แล้วมาขึ้นกับแพทยสภาแทน เพราะในต่างประเทศนั้นแพทย์และวิชาชีพที่มีความสำคัญต่อสังคมจะแยกมาขึ้นกับสถาบันพิเศษต่างหากเสมอ ขณะนี้เราก็มีคณะกรรมการตุลาการ กรรมการอัยการแยกเป็นพิเศษจาก กพ. อยู่แล้ว²⁶

การแยกองค์กรออกจาก ก.พ. นั้น จะทำให้แพทยสภาสามารถบริหารงานได้อย่างอิสระและมีอำนาจรับงบประมาณจากส่วนกลางโดยตรง ตั้งแต่ที่กรมมหาวิทยาลัยแพทยศาสตร์ถูกย้ายไปสังกัดสำนักนายกรัฐมนตรี พ.ศ. 2502 แล้ว ก็ไม่เคยปรากฏว่าวิชาชีพแพทย์จะสนใจกลับไปสังกัดกระทรวงสาธารณสุขตามเดิม ถึงแม้ว่ามีการแสดงความคิดเห็นว่า การบริหารงานสาธารณสุขกับงานผลิตบุคลากรทางการแพทย์ ควรจะส่งเสริมซึ่งกันและกันก็ตามที่ แต่ว่าบุคลากรในกลุ่มวิชาชีพกลับมีความต้องการเป็นองค์กรอิสระ และไม่เห็นด้วยกับการมีคณะกรรมการที่มาได้มาจากวิชาชีพเดียวกัน จากข่าวเรื่อง เกิดขัดแย้งในวงการแพทย์ครั้งใหญ่ กรรมการแพทยสภา 5 คน ลาออกประท้วง รมต. ความว่า

เกิดความขัดแย้งในวงการแพทย์ครั้งใหญ่ กรรมการแพทยสภาลาออกจากตำแหน่งพร้อมกันถึง 5 นาย ประท้วง พล.ต.อ. ประเสริฐ รุจิรวงศ์ รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข สภานายกพิเศษโดยตำแหน่งที่ยับยั้งมติของแพทยสภากรณีให้ลงโทษนายแพทย์ผู้หนึ่งที่ใช้วิธีการรักษาโรคหลอดเลือดประชาชน..เมื่อมติของแพทยสภาดังกล่าว เสนอขึ้นไปถึงพลตำรวจเอก ประเสริฐ รุจิรวงศ์ รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขในฐานะสภานายกพิเศษแพทยสภา โดย

²⁶ หจข., เอกสารเหตุการณ์ปัจจุบัน, ก/ป8/2514/13, การแพทย์และการสาธารณสุข, น.ส.พ. สยามรัฐ, 8 ธันวาคม พ.ศ. 2514.

ตำแหน่งพลตำรวจเอกประเสริฐได้ยับยั้งมติของคณะกรรมการแพทยสภา โดยส่งกลับมาให้พิจารณาใหม่ ซึ่งตาม พ.ร.บ. วิชาชีพเวชกรรม มาตรา 19 ให้อำนาจสภานายกพิเศษยับยั้งได้โดยถ้ากรรมการแพทยสภามีเสียงยืนยันมติถึงสามในสี่ก็ให้ดำเนินการตามมตินั้นได้ ดังนั้นเมื่อวันที่ 24 มิถุนายน ศกนี้ คณะกรรมการแพทยสภาจึงประชุมพิจารณากันอีกครั้งหนึ่ง ปรากฏว่า ได้มีการอภิปรายถกเถียงกันอย่างเคร่งเครียด เป็นเหตุให้กรรมการ 2 ท่าน แสดงความไม่พอใจที่มติของแพทยสภาถูกยับยั้ง ถึงกับเดินออกจากที่ประชุมและขอลาออกจากตำแหน่งโดยทันที²⁷

ความขัดแย้งระหว่างกรรมการแพทยสภา กับ รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข พล.ต.อ.ประเสริฐ รุจิรวงศ์ มาจากกรณีที่แพทยสภาตรวจสอบพบความไม่ถูกต้องในการปฏิบัติงานของแพทย์ แต่รัฐมนตรีกระทรวงสาธารณสุขกลับใช้อำนาจในทางไม่ถูกต้องกลบเกลื่อนความผิด ทำให้กรรมการแพทยสภาลาออก เพื่อแสดงความไม่เห็นด้วยกับรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข ความขัดแย้งนี้ทำให้บทบาทของ พล.ต.อ.ประเสริฐ รุจิรวงศ์ ในฐานะรัฐมนตรีกระทรวงฯ ที่ไม่ใช่แพทย์ จึงส่งผลกระทบต่อการยอมรับและถูกเรียกอย่างประชิดประชัน เช่น บทความเรื่อง พล.ต.อ.ประเสริฐ รุจิรวงศ์ รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข ให้สัมภาษณ์เรื่องสาธารณสุขภายใน 2 ปี โดย มนุ จรวิจัยศ์ เรียกว่า "หมอประเสริฐ"²⁸

ถึงแม้ว่า แพทยสภา เป็นองค์กรที่มีบทบาทต่อการรักษามาตรฐานแพทย์ แต่กลับมีจุดอ่อนในการจัดระบบบริหารภายในอย่างมากในระยะเริ่มต้น ระบบการแต่งตั้งผู้มาดำรงตำแหน่งที่สำคัญ เช่น คณะกรรมการสภานายกพิเศษ-นายกแพทยสภา ก็แต่งตั้งกันเอง ตำแหน่งนายกแพทยสภา ก็มีที่มาจกปลัดกระทรวงสาธารณสุข และนายกแพทยสภา ก็เลือกคนเข้ารับตำแหน่งเลขาธิการเองอีก

งานของแพทยสภาจึงมีข้อจำกัดที่ตัวบุคคลที่มาดำรงตำแหน่งต่างๆ และมีภาระหน้าที่ที่ต้องรับผิดชอบมากมาย ส่งผลมาถึงการพิจารณาปัญหาที่ต้องตัดสินใจให้ เป็นไปอย่างล่าช้า แพทยสภายังประสบกับปัญหาเจ้าหน้าที่ไม่พอ ไม่มีเงินค่าตอบแทน สถานที่ทำงานไม่มี แต่ในบางครั้งแพทยสภาก็สามารถสร้างผลงานได้ เพราะมีคณะกรรมการที่เอาใจใส่ในงาน ซึ่งถือว่าบุคคลเป็นข้อจำกัดสำคัญในการบริหารงานของแพทยสภา จากบทความ ความลำบากจากแพทยสภา ความว่า

²⁷ สยามรัฐ, 16 กรกฎาคม 2514.

²⁸ สยามรัฐ, 9 มีนาคม 2514.

ความอึดอัดของแพทย์ไทยกับเงื่อนไขที่ถูกกำหนด โดยรัฐบาลซึ่งหากยังคงคลี่คลายไม่ได้เป็นความอึดอัดที่สืบเนื่องกันมาจากหลายรัฐบาล ซึ่งแพทย์รู้กันว่าตนเองนั้นไม่เคยมีเสรีภาพ ไม่ว่าจะในยุคสมัยเผด็จการ ประชาธิปไตย หรือ ในสมัยปฏิรูปการปกครองแผ่นดิน อาทิเช่น แพทย์สภา ซึ่งมีกรรมการครึ่งหนึ่งมาจากการแต่งตั้ง และเป็นผู้ที่นั่งอยู่ในกรุงเทพฯ กลายเป็นเพียงผู้คอยจับผิดที่จะวิพากษ์ประกอบโรคเพียงอย่างเดียวแพทย์สภา ซึ่งควรจะมีหน้าที่สร้างสรรตามเจตนารมณ์ 4 ประการแห่งการจัดตั้งแพทย์สภาเมื่อปี 2511 กลับไม่มีอำนาจหน้าที่แต่อย่างใด การกำหนดเป้าหมายหรือเร่งรัดในการผลิตแพทย์ให้ตรงตามความต้องการของประเทศ รวมทั้งกำหนดหลักสูตรการศึกษา... แพทย์สภาควรจะมีอำนาจหน้าที่มากกว่าและให้สมาชิกที่จะเข้ามาบริหาร ต้องมาจากการเลือกตั้งของแพทย์ในแต่ละท้องที่ทั่วประเทศไทย.... เพื่อให้เป็นตัวแทนความเดือดร้อนของชนบทเข้ามาอธิบายต่อส่วนกลาง นอกจากนั้นแพทย์สภายังจะเป็นผู้กำหนดเป้าหมายและโครงการไปยังฝ่ายบริหารของรัฐบาล คือ กระทรวงสาธารณสุข...ซึ่งหากเป็นไปตามที่ว่าถึงแม้รายได้ปรับใหม่จะไม่สูงเท่าเอกชน นายแพทย์ทั้งหลายก็คงจะไม่ขวนขวายเดินทางไปต่างประเทศ เพราะในรายได้ซึ่งพอสมควรนั้นทางราชการมีเกียรติยศ และศักดิ์ศรีในตำแหน่งหน้าที่ เป็นอีกส่วนหนึ่งซึ่งโรงพยาบาลเอกชนไม่มีให้.... ปัญหาแพทย์ขาดแคลนก็คงจะพอแก้ไขได้โดยไม่ต้องเอาข้อแม้ทั้งหลายไปบีบรัดตึงไว้จนหมอู้สึกกันเหมือนคนถูกพันธนาการตลอดเวลา²⁹

จากข้อความดังกล่าวได้สะท้อนการบริหารงานและบทบาทของแพทย์สภาที่มีข้อจำกัดด้านการประสานงานกับผู้บริหารส่วนกลาง ถึงแม้ว่าแพทย์สภาเป็นองค์กรที่รัฐบาลสนับสนุนให้มีการจัดตั้งก็ตามที่ แต่แพทย์สภามีหน้าที่เหมือนสโมสรวิชาชีพแพทย์เท่านั้น เพราะแพทย์สภามีได้มีบทบาทในการบริหารงานสาธารณสุข แต่เป็นรัฐบาลที่มีอำนาจในการดำเนินงานดังกล่าว

ดังนั้นอำนาจของแพทย์สภาจึงจำกัดอยู่แต่ในหน่วยราชการบางแห่ง โดยเฉพาะโรงเรียนแพทย์ เพราะกฎเกณฑ์ต่างๆซึ่งออกโดยกรรมการแพทย์สภา ซึ่งส่วนใหญ่เป็นแพทย์ที่ทำงานในโรงเรียนแพทย์ จึงคำนึงถึงความต้องการและผลประโยชน์ในแวดวงของตนเป็นส่วนมาก การ

²⁹ หจข., เอกสารเหตุการณ์ปัจจุบัน, กป8/2519/29 การแพทย์และการสาธารณสุข, ชาวไทย, 10 ธันวาคม 2519.

ดำเนินการต่าง ๆ ที่แพทยสภาได้กระทำลงไป จึงเป็นการส่งเสริมวิชาชีพแพทย์ของบุคคลากรทางการแพทย์ที่ได้สำเร็จการศึกษาตามหลักสูตรของโรงเรียนแพทย์ ที่เน้นการศึกษาในวิชาการสมัยใหม่หรือ การแพทย์แบบตะวันตก

การจำกัดสิทธิด้วยกฎหมายวิชาชีพสาธารณสุข

เมื่อประเทศไทยได้รับวิทยาการทางการแพทย์แบบตะวันตกส่งผลกระทบต่อระบบมาตรฐานการจัดการบริหารสาธารณสุขแบบใหม่ ซึ่งเน้นประสิทธิผลในการรักษาที่ปรากฏให้เห็นอยู่อย่างเป็นรูปธรรม วิทยาการทางการแพทย์ตะวันตกเข้ามาได้วางรากฐานมั่นคงยิ่งขึ้นเมื่อมีการตั้งโรงเรียนแพทย์ขึ้นที่โรงพยาบาลศิริราช ในปี พ.ศ.2431 มีแพทย์เรียนจบรุ่นแรก ในปี พ.ศ. 2435 และมีการเรียนการสอนอย่างต่อเนื่อง จนถึงในปีพ.ศ. 2465 มีเป็นจำนวนถึง 480 คน ในตอนแรกยังมีได้มีการควบคุมการประกอบวิชาชีพแพทย์แต่อย่างใด³⁰ ในขณะที่เดียวกันมีการเรียนการสอนวิชาการแพทย์แผนไทยอยู่ในโรงเรียนแพทย์ศิริราช

แต่ต่อมาในระหว่าง ปีพ.ศ.2458 ได้มีการยกเลิกการเรียนการสอนแพทย์แผนไทยเสีย โดยสมเด็จพระัชยนาทนเรนทร ได้ทรงให้เหตุผลไว้ว่า 1. การสอนวิชาแพทย์ตามแบบไทยกับฝรั่งไม่เข้ากัน ทำให้นักเรียนมีนงง 2. ยาไทยเป็นยาส่วนตัวของแพทย์ผู้ใช้นั้นเอง โดยมากปิดบังหวงตำราแข่งขันกัน 3. เครื่องยาที่เป็นสมุนไพรก็มีต่าง ๆ กัน ถ้าไม่เป็นผู้เชี่ยวชาญในทางนั้นก็ไม่รู้จะหามาจากไหน แท้หรือไม่แท้ ดีหรือไม่ดี ก็เหลือที่คนไม่ชำนาญจะรู้ได้ จึงทรงเห็นว่า “เอาไว้ให้แพทย์ที่สนใจทางนี้ไปเรียนเพิ่มเติมเอาเองต่อไปข้างหน้าจะดีกว่า”³¹ เหตุผลทั้งหมดที่อ้างมาในการยกเลิกหลักสูตรแพทย์แผนไทย สรุปแล้วคือปัญหาเรื่องความไม่มีมาตรฐานนั่นเอง มาตรฐานดังกล่าวตั้งอยู่บนวิทยาการทางการแพทย์แบบโลกตะวันตก ที่สามารถตรวจสอบได้อย่างเป็นรูปธรรมตามมาตรฐานของวิชาชีพแพทย์สมัยใหม่ ด้วยการออกกฎหมายเพื่อตรวจสอบ ควบคุม และกำหนดผู้ที่สามารถประกอบวิชาชีพทางการแพทย์ คือผู้ที่ผ่านการเรียนการสอนจากโรงเรียนแพทย์เท่านั้น ฉะนั้นในปีพ.ศ.2466 พระบาทสมเด็จพระมงกุฎเกล้าเจ้าอยู่หัว ทรงประกาศพระบรมราชโองการให้ใช้พระราชบัญญัติการแพทย์ พุทธศักราช 2466 เมื่อวันที่ 2 พฤศจิกายน 2466 ดังนี้

³⁰มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาริราช, กฎหมายสาธารณสุขและนิติเวชศาสตร์ เล่มที่ 1 หน้าที่ 1-8, พิมพ์ครั้งที่ 5 (กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ชวนพิมพ์, 2531), หน้า 126.

³¹สรวิชัย แสงวิเชียร, “วิวัฒนาการของการศึกษาแพทย์ที่ศิริราช ระยะเริ่มต้นจนถึงระยะก่อนการร่วมมือกับมูลนิธิโรคคี้เฟลเลอร์,” ใน หนังสือที่ระลึกในงานฉลองครบรอบ 60 ปี แห่งความร่วมมือระหว่างคณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาลและมูลนิธิโรคคี้เฟลเลอร์ (กรุงเทพฯ: คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล, 2526), หน้า 13 -

โดยที่การประกอบโรคศิลปะย่อมมีอิทธิพลอันสำคัญแก่สวัสดิภาพของประชาชน โดยที่กาลบัดนี้ ในกรุงสยามยังไม่มีระเบียบบังคับควบคุมการประกอบกิจเช่นนี้ ปล่อยให้มหาชนปราศจากความคุ้มครองจากอันตรายอันเกิดแต่การประกอบแห่งผู้ที่ไร้ความรู้และมีได้ฝึกหัด และโดยที่ทรงพระราชดำริเห็นสมควรควบคุมวางระเบียบบังคับและเลื่อนฐานะแห่งการประกอบโรคศิลปะให้สูงยิ่งขึ้นไป จึงทรงพระกรุณาโปรดเกล้าฯ ให้ตราพระราชบัญญัติ³²

เจตนาของพระราชบัญญัติฉบับนี้ควบคุมวิธีการรักษา เช่น การผ่าตัด การใช้ยาบำบัดโรค การผดุงครรภ์ การพยาบาล เป็นต้น เพราะวิชาการแพทย์ซึ่งถูกถ่ายทอดมาจากตะวันตก จึงต้องกำหนดมาตรฐาน และขอบเขตในวิธีการรักษาที่ถูกต้องตามอย่างตะวันตก โดยผู้ที่มีความรู้วิชาแพทย์ มีสภาการแพทย์รับผิดชอบการขึ้นทะเบียน การออกใบอนุญาตและมีอำนาจถอนใบอนุญาต เพื่อควบคุมให้แพทย์ปฏิบัติตามพระราชบัญญัตินี้ดังกล่าว ต่อมามีการประกาศพระราชบัญญัติควบคุมการประกอบโรคศิลปะ พุทธศักราช 2479 เพื่อขยายขอบเขตความรับผิดชอบจากพระราชบัญญัติการแพทย์ พ.ศ.2466 ทำการแบ่งประเภทผู้ให้บริการทางการแพทย์เป็น “การประกอบโรคศิลปะแผนปัจจุบัน” หมายความว่า การประกอบโรคศิลปะโดยอาศัยความรู้อันได้ศึกษาตามหลักวิทยาศาสตร์โดยนิยามสากล ส่วน “การประกอบโรคศิลปะแผนโบราณ” หมายความว่า การประกอบโรคศิลปะโดยอาศัยความรู้จากตำรา หรือการบอกเล่าสืบต่อกันมา ที่มิได้อาศัยหลักวิทยาศาสตร์โดยสากลนิยาม³³ จากพระราชบัญญัติฉบับนี้มีความสำคัญในการจัดประเภท และให้ความหมายต่อการรักษาระหว่างแพทย์ตะวันตก และแพทย์แผนไทย (คือ ผู้ที่ได้รับการอบรมศึกษาจากผู้ประกอบโรคศิลปะแผนโบราณซึ่งได้ขึ้นทะเบียน และได้รับใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบโรคศิลปะแล้วตามเวลาที่กำหนดและตามเงื่อนไขอันควรให้ขึ้นทะเบียนได้) เมื่อรวมพิจารณากับการยกเลิกหลักสูตรแพทย์แผนไทยในโรงเรียนแพทย์ ทำให้การถ่ายทอดความรู้ให้ถูกต้องตามหลักวิชาการนั้นเป็นสิ่งที่ยากลำบากสำหรับแพทย์แผนไทย เพราะต้องทำการขึ้นทะเบียนจึงมีสิทธิ์ทำการรักษาได้

พระราชบัญญัติควบคุมการประกอบโรคศิลปะ พุทธศักราช 2479 ได้รับการปรับปรุงให้เหมาะสมกับการพัฒนาวิชาแพทย์ ในพระราชบัญญัติควบคุมการประกอบโรคศิลปะ ฉบับที่ 4

³²มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมวิราช, กฎหมายสาธารณสุขและนิติเวชศาสตร์ เล่มที่ 1 หน่วยที่ 1-8, พิมพ์ครั้งที่ 5, (กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ชวนพิมพ์, 2531), หน้า 126.

³³สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, รวมกฎหมายสาธารณสุข, (พระนคร: โรงพิมพ์แพร่การช่าง, 2505), หน้า 141.

พ.ศ.2490 ได้การกำหนดให้ผู้ที่มิสิทธิขึ้นทะเบียนและรับใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบโรคศิลปะแผนโบราณจะต้องปฏิบัติตามเงื่อนไขดังนี้

ก สาขาเวชกรรมได้ศึกษาหรือได้รับการอบรมศึกษาเป็นเวลาสืบเนื่องกันไม่น้อยกว่าสามปี

ข สาขาเภสัชกรรม ได้ศึกษาหรือได้รับการอบรมศึกษาเป็นเวลาสืบเนื่องกันไม่น้อยกว่าหนึ่งปี

ค สาขาการผดุงครรภ์ ได้ศึกษาหรือได้รับการอบรมศึกษาเป็นเวลาสืบเนื่องกันไม่น้อยกว่าหนึ่งปี³⁴

การกำหนดเงื่อนไขดังกล่าวทำให้มีการหนดคุณสมบัติผู้ประกอบโรคศิลปะแผนโบราณในแต่ละประเภทต้องผ่านการฝึกอบรมที่กำหนดไว้ ในระยะแรกยังไม่ีผลกระทบบมากนักเนื่องจากจำนวนแพทย์แผนปัจจุบันยังมีจำนวนไม่มาก และยังไม่มีการรวมกลุ่มวิชาชีพ ชนบทต้องอาศัยการแพทย์แผนไทยเพราะไม่สามารถเข้าถึงบริการสาธารณสุขแผนใหม่ได้ ซึ่งเป็นภูมิปัญญาสำคัญของท้องถิ่น

การกำหนดมาตรฐานทางการแพทย์ด้วยตัวบทกฎหมายนั้น เพิ่มความสำคัญยิ่งขึ้นในสมัยพ.ศ.2501-2520 เพราะการขยายประเภทการให้บริการสาธารณสุข เช่น พระราชบัญญัติควบคุมการประกอบโรคศิลปะ ฉบับที่ 4 พ.ศ.2490 ได้รับการปรับปรุงแก้ไขข้อบัญญัติบางประการ เช่น รายงานการประชุมสภาว่ารัฐธรรมนูญ ครั้งที่ 90 วันที่ 9 กุมภาพันธ์ พ.ศ.2504 ระเบียบวาระที่ 2 การด่วนร่างพระราชบัญญัติควบคุมการประกอบโรคศิลปะ พ.ศ.2504 มีเหตุผลดังนี้

เนื่องจากวิทยาศาสตร์การแพทย์ทุกๆ ด้านได้วิวัฒนาการก้าวหน้าไปกว่าเดิมมาก และเพื่อผดุงมาตรฐานการแพทย์ของประเทศให้อยู่ในระดับมาตรฐานสากล จึงควรให้ผู้ที่ได้รับปริญญาแพทยศาสตร์แล้วมีการฝึกอบรมต่ออีกหนึ่งปีเป็นอย่างน้อย ก่อนที่จะให้ทำการประกอบโรคศิลปะได้ และโดยที่บทบัญญัติในมาตรา 11 ยังไม่รัดกุมพอโดยเปิดโอกาสให้ผู้ที่ไม่ขึ้นทะเบียนทำการประกอบโรคศิลปะโดยมิชอบได้ เพราะฉะนั้นเพื่อสวัสดิภาพของประชาชน จึงจำเป็นต้องแก้ไขเพิ่มเติมความในมาตรา 11 และ 15 เสียใหม่³⁵

การแก้ไขพระราชบัญญัติควบคุมการประกอบโรคศิลปะ ฉบับที่ 6 พ.ศ.2504 เป็นการแก้ไขมาตรา 11 มีสาระสำคัญดังนี้ “ห้ามมิให้ผู้ใดประกอบโรคศิลปะหรือแสดงด้วยวิธีใดๆว่าพร้อม

³⁴ เรื่องเดียวกัน, หน้า 159.

³⁵ รายงานการประชุมสภาว่ารัฐธรรมนูญ เล่ม 4 พ.ศ.2504, หน้า 82.

ที่จะประกอบโรคศิลปะโดยมิได้ขึ้นทะเบียนหรือรับใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบโรคศิลปะจากคณะกรรมการควบคุมการประกอบโรคศิลปะตามพระราชบัญญัติฉบับนี้³⁶ การแก้ไขพระราชบัญญัติควบคุมการประกอบโรคศิลปะฉบับนี้ เป็นการจำกัดกรอบสิทธิผู้ที่สามารถประกอบโรคศิลปะจะต้องมีใบอนุญาตการประกอบโรคศิลปะ หลักการดังกล่าวมีความเหมาะสมกับวิธีการผลิตแพทย์แผนปัจจุบัน เพราะมีขั้นตอนและองค์การวิชาชีพรองรับการขออนุญาต ในขณะที่การแพทย์แผนไทยมีขั้นตอนการผลิตแพทย์ที่อิงกับวัฒนธรรม ประเพณี และภูมิปัญญาที่ได้รับการถ่ายทอดมา และไม่มีสถาบันทางการรับรองแบบแผนการปฏิบัติ ทำให้การวัดคุณภาพความสามารถตามหลักวิชาการแผนใหม่ทำให้การแพทย์แผนไทยกลายเป็นวิชาที่ไม่ตรงตามมาตรฐานที่กำหนด

เมื่อพ.ศ.2504 มีการประกาศพระราชบัญญัติสถานพยาบาล เพื่อใช้กำหนดสถานที่ที่สามารถประกอบโรคศิลปะได้ และจะต้องได้รับใบอนุญาตตั้งสถานที่ และใบอนุญาตให้สามารถดำเนินการประกอบโรคศิลปะก่อน ได้กำหนดให้ "สถานพยาบาล" หมายถึง

สถานที่รวมตลอดถึงยานพาหนะซึ่งจัดไว้เพื่อการประกอบโรค ตามกฎหมายว่าด้วยการควบคุมการประกอบโรคศิลปะ หรือซึ่งจัดไว้เพื่อการประกอบกิจการอื่น ด้วยการผ่าตัด ฉีดยา หรือฉีดสารใดๆ หรือด้วยการใช้ประกอบวิธีอื่นซึ่งเป็นการวิธีของการประกอบโรคศิลปะ ทั้งนี้โดยกระทำเป็นปกติธุระไม่ว่ามีการรับประโยชน์ตอบแทนหรือไม่ แต่ไม่รวมถึงสถานที่ขายยาตามกฎหมายว่าด้วยการขายยาซึ่งประกอบธุรกิจการขายยาโดยเฉพาะ³⁷

การกำหนดสถานที่ประกอบโรคศิลปะนี้เป็นการตอกย้ำว่าผู้ที่มีสิทธิประกอบโรคศิลปะคือใคร และสถานที่ใดจึงสามารถประกอบโรคศิลปะได้ ถึงแม้ว่าการขอใบอนุญาตตั้งสถานพยาบาลไม่ต้องเป็นผู้ประกอบโรคศิลปะแต่ผู้ที่มีสิทธิ์ขอใบอนุญาตดำเนินการสถานพยาบาลจะต้องเป็นผู้ประกอบโรคศิลปะ แต่ในมาตรา 18 กำหนดให้มีการทำหลักฐานทางแพทย์ตามที่กำหนด เพื่อมิให้ผู้ที่ไม่ใช่ผู้ประกอบโรคศิลปะทำการรักษาพยาบาล แต่การกำหนดระเบียบต่างๆ นั้นเป็นการสร้างเงื่อนไขให้ผู้ประกอบโรคศิลปะจะต้องมีสถานที่ที่ได้รับอนุญาต เพื่อใช้ผู้ประกอบโรคศิลปะทำการบริการสาธารณสุข ถูกกำหนดด้วยคุณสมบัติของผู้ประกอบวิชาชีพและสถานพยาบาล ซึ่งกระทบต่อการแพทย์แผนไทยที่มีความยืดหยุ่นตามวิถีชีวิตของแต่ละชุมชน

³⁶ เรื่องเดียวกัน, หน้า 83.

³⁷ เรื่องเดียวกัน, หน้า 292.

การออกกฎหมายเพื่อสร้างมาตรฐานไม่เพียงกระทบต่อแพทย์แผนไทยเท่านั้น แต่ได้ขยายข้อจำกัดสำหรับผู้ที่ไม่ได้เป็นแพทย์ปริญญาด้วย เช่น การแก้ไขพระราชบัญญัติควบคุมการประกอบโรคศิลปะ มีการแบ่งผู้ประกอบโรคศิลปะแผนปัจจุบันตามความรู้เป็นชั้นหนึ่งคือ แพทย์ และชั้นสอง คือ ผู้ที่ประกอบวิชาชีพในด้านเวชกรรมต่างๆ ที่ไม่ได้เป็นแพทย์ เช่น ทันตแพทย์ เภสัชกร พยาบาล ผดุงครรภ์ นักกายภาพบำบัด นักเทคนิคการแพทย์ ต่อมาในกลุ่มผู้ประกอบโรคศิลปะชั้นสองพัฒนาความรู้ตามความก้าวหน้าทางวิชาการ ก็ได้มีการแก้ไขพระราชบัญญัติให้มีการออกไปอนุญาตและขึ้นทะเบียนในแต่ละสาขาวิชา เช่น ผู้ประกอบโรคศิลปะ สาขาเภสัชกร ชั้นหนึ่ง และแบ่งชั้นกันในวิชาชีพของตนเองอีกระดับหนึ่ง เป็นผู้ประกอบโรคศิลปะ สาขาเภสัชกรชั้นสอง เป็นต้น

ในขณะเดียวกันผู้ประกอบโรคศิลปะ สาขาเวชกรรมชั้นหนึ่ง หรือ แพทย์ชั้นหนึ่ง มีการเปลี่ยนแปลงจากพระราชบัญญัติควบคุมการประกอบโรคศิลปะ ฉบับที่ 8 พ.ศ. 2511 โดยได้ยกเลิกการแบ่งผู้ประกอบโรคศิลปะแผนปัจจุบันออกเป็นสาขาเวชกรรมชั้นหนึ่ง และชั้นสอง และย้ายผู้ประกอบโรคศิลปะแผนปัจจุบันสาขาเวชกรรมชั้นหนึ่งไปอยู่ภายใต้บังคับพระราชบัญญัติวิชาชีพเวชกรรม พ.ศ.2511 และเรียกผู้ประกอบโรคศิลปะแผนปัจจุบัน สาขาเวชกรรม ว่า "ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม" ผู้ประกอบโรคศิลปะ สาขาเวชกรรมชั้นสองไม่มีการขึ้นทะเบียนอีกต่อไป พระราชบัญญัติวิชาชีพเวชกรรมฉบับนี้ถือได้ว่าเป็นกฎหมายเพื่อรองรับบทบาทของวิชาชีพแพทย์ เพราะจากพระราชบัญญัติฉบับนี้มีการระบุให้ตั้งแพทยสภา เพื่อทำหน้าที่ดูแล และควบคุมสำหรับวิชาชีพแพทย์

การแบ่งผู้ที่ประกอบวิชาชีพเวชกรรมออกเป็นระดับชั้น จนถึงที่สุดแยกแพทย์ออกไปจากผู้ประกอบการอื่นๆ แสดงให้เห็นถึง สถานะของแพทย์ที่มีเหนือกว่าสาขาอื่นๆ ในระบบงานสาธารณสุข แพทย์ยังได้รับการยอมรับจากอำนาจรัฐ ให้ดำรงสถานภาพที่เหนือกว่าด้วยการมีกฎหมายรองรับวิชาชีพของตนเอง การยอมรับสถานะของแพทย์นี้อาจมาจากค่านิยมที่มีอยู่ในสังคมไทยในการยอมรับประสิทธิภาพของวิชาการแพทย์สมัยใหม่ในการบำบัดรักษาโรคสามารถเห็นผลได้เร็ว และแนวความคิดเรื่องมาตรฐานจากขบวนการทางวิทยาศาสตร์เป็นเครื่องมือในการกำหนดคุณภาพของบุคคลากรที่ผ่านการฝึกตามหลักสูตรการเรียนการสอนที่มีมาตรฐานมาเป็นอย่างดี น่าจะมีความพิเศษกว่ากลุ่มอาชีพอื่นๆ ที่ไม่ได้ผ่านขบวนการเรียนรู้แบบเดียวกัน ความคิดนี้ยังนำไปสู่การจัดการ "หมอเถื่อน" ด้วย เช่น ในการประชุมสภาผู้แทนราษฎร สมัยสามัญ ครั้งที่ 13/2512 วันที่ 11 สิงหาคม พ.ศ.2512 สภาได้เปิดกระทู้ของ นายเกียรติ นาคะพงษ์ สมาชิกสภาผู้แทนราษฎรจังหวัดมหาสารคาม ความว่า

ในปัจจุบันนี้ สถานที่พยาบาล นายแพทย์ พยาบาล ตลอดจนการเยียวยารักษา ไม่เพียงพอต่อความต้องการของประชาชนทั่วไป ท่านจะแก้ไขปัญหาเหล่านี้ได้อย่างไร และในขณะเดียวกันได้มีหมอเถื่อนเกิดขึ้นทั่วประเทศอย่างมากมาย ท่านมีนโยบายและวิธีการที่จะปฏิบัติกับหมอเถื่อนเหล่านั้นอย่างไรบ้างขอทราบ...³⁸

“หมอเถื่อน” เป็นบุคคลที่มีความรู้ในการรักษาพยาบาล แต่ไม่มีใบอนุญาตประกอบโรคศิลปะ ซึ่งตามข้อกำหนดทางกฎหมายนั้น หมอเถื่อนไม่มีสิทธิทำการรักษาเพราะไม่ได้มีความรู้ตามมาตรฐานจากโรงเรียนแพทย์ และไม่ได้รับอนุญาตให้ประกอบโรคศิลปะได้ จึงถือว่าความผิดเพราะกฎหมายได้กำหนดโทษผู้ที่มิได้มีสิทธิตามกฎหมาย ถึงแม้ว่าหมอเถื่อนจะมีความสามารถทำการรักษาพยาบาลได้ก็ตาม ในกรณีแพทย์แผนไทยและหมอเถื่อนนี้สะท้อนถึงอำนาจและสิทธิจากกฎหมายที่ทำให้แพทย์ และผู้ที่มีความรู้ตามมาตรฐานสากล มีสิทธิในการรักษาพยาบาล และมีอำนาจในการสาธารณสุข

5.3 วิชาชีพแพทย์ กับ การมีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหาเชิงสังคมในระบบบริหารสาธารณสุข (2501-2520)

เวชศาสตร์ชุมชน

หลักสูตรการเรียนการสอนของวิชาชีพแพทย์ ที่มีส่วนในการสร้างจิตสำนึกทางสังคมให้กับบรรดานิสิตนักศึกษาแพทย์มากที่สุดน่าจะ ได้แก่ หลักสูตรเวชศาสตร์ชุมชน (Community Medicine) โดยเป็นการเข้ามาแทนที่วิชาเวชศาสตร์ป้องกันและสังคม วิชาเวชศาสตร์ชุมชน มีเนื้อหาที่ครอบคลุมอย่างกว้างขวาง เป็นการรวมเอาการรักษาพยาบาล การป้องกันโรค การส่งเสริมสุขภาพอนามัย และการฟื้นฟูสมรรถภาพให้แก่ชุมชน เนื้อหาของวิชาเวชศาสตร์ชุมชน ไม่มีกรอบตายตัว สามารถปรับเปลี่ยนได้ตามเงื่อนไขของสภาพประชากร ระบบบริการสาธารณสุข และระบบการศึกษาแพทย์ รวมทั้งการให้ความสำคัญกับชุมชนในแต่ละยุคสมัย ในปี พ.ศ. 2511 นักศึกษาแพทย์รุ่นแรกที่จะมาเรียนที่วชิราวุธวิทยาลัย ได้รับการสอบถามความสมัครใจให้ลงไปร่วมกิจกรรมในการสำรวจหมู่บ้านแห่งหนึ่ง ในตำบลบางชัน อำเภอมีนบุรี กรุงเทพฯ การทำเช่นนี้เป็น การฝึกให้นักศึกษาได้ไปพบกับชาวบ้าน ได้ทราบถึงความต้องการของชาวบ้านในท้องถิ่นและรวมไปถึงการทำให้นักศึกษาได้ฝึกในการติดต่อดูแลคนไข้ หากสำเร็จการศึกษาหรือ ซึ่งได้รับผลดีต่อมาในปี พ.ศ. 2512 จึงได้มีการบรรจุหลักสูตร เวชศาสตร์ชุมชน เข้าไว้ในหลักสูตรการสอน

³⁸รายงานการประชุมสภาผู้แทนราษฎร สมัยสามัญ พ.ศ.2512 เล่ม 2 ครั้งที่ 10 ถึงครั้งที่ 17, (พระนคร: โรงพิมพ์คุรุสภาลาดพร้าว, 2514), หน้า 387 - 396.

นักศึกษาแพทย์ของรามธิบดีอย่างเป็นทางการ³⁹ หลักสูตรการเรียนการสอนที่ต้องเข้าไปคลุกคลีอย่างใกล้ชิดกับชาวบ้านในชุมชน เป็นปัจจัยสำคัญประการหนึ่งที่ทำให้นักศึกษาแพทย์ได้เกิดจิตสำนึกในการมีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหาสังคมในระยะต่อมา

นักศึกษาทางการแพทย์กับสำนึกทางสังคม

จุดเริ่มต้นของความใส่ใจกับความยุติธรรมทางสังคม อันนำมาสู่การแก้ไขปัญหาในวงการศึกษาสาธารณสุขพร้อม ๆ กับการเรียกร้องความเป็นธรรมในสังคม กลุ่มนิสิต นักศึกษา ถือว่าเป็นคนกลุ่มแรก ๆ ที่ตระหนักถึงปัญหาสังคม โดยเฉพาะอย่างยิ่งกลุ่มนักศึกษาแพทย์ เนื่องจากมีโอกาสรับรู้สภาพความเป็นอยู่ของชาวบ้านในชนบท และปัญหาที่เกี่ยวข้องกับงานสาธารณสุข การที่พวกเขามีโอกาสออกไปทำงานกับชาวบ้านในชนบท ผ่านโครงการอาสาพัฒนาชนบท ค่ายพัฒนาชนบท หรือ โครงการฝึกภาคสนามของนักศึกษาเพื่อเตรียมความพร้อมก่อนจบไปใช้ทุนตามชนบท ส่งผลให้นักศึกษาจำนวนหนึ่งเต็มใจที่จะออกไปทำงานในชนบท ทำให้นักศึกษาแพทย์มีการรวมตัวกันก่อตั้ง “ศูนย์นิสิตนักศึกษาแพทย์แห่งประเทศไทย” เมื่อ พ.ศ. 2511⁴⁰

ศูนย์นี้มีส่วนในการเรียกร้องให้แพทย์จบใหม่ทุกคนต้องมีพันธะชดใช้ทุนทั้งหมด มิใช่ นักศึกษาเพียง 70% ตามที่รัฐบาลกำหนด การจัดสัมมนาเกี่ยวกับปัญหาขาดแคลนแพทย์ไปชนบท จัดโครงการศึกษาปัญหาสาธารณสุขในชนบท โดยออกค่ายศึกษาในสถานที่จริงช่วงปิดภาคเรียน เพื่อเป็นการเตรียมพร้อมก่อนออกไปปฏิบัติจริง แต่การจะสร้างจิตสำนึกให้แพทย์มีความตั้งใจที่จะอยู่ทำงานในชนบทเป็นระยะเวลานานกลับไม่เป็นผลสำเร็จ เพราะเมื่อแพทย์ปฏิบัติงานชดใช้ทุนแล้ว ก็มักจะย้ายออกจากโรงพยาบาลชุมชน⁴¹

ดังนั้น การแก้ปัญหาคาดแคลนแพทย์ในชนบทนั้น ส่วนหนึ่งนอกจากต้องมีการพัฒนาในระดับโครงสร้างแล้ว ยังต้องกระตุ้นจิตสำนึกของแพทย์ให้มีความต้องการเสียสละอย่างเต็มใจและมั่นใจในการทำงานเป็นแพทย์ชนบท

นักศึกษาแพทย์ จะมีการเดินทางออกไปตั้งค่ายพัฒนาชนบท หรือลงไปฝึกงานในชนบทตามหลักสูตร “เวชศาสตร์ชุมชน” ที่มีส่วนในการปลูกจิตสำนึกของนักศึกษาแพทย์ เมื่อได้พบเห็น

³⁹“ศูนย์เวชศาสตร์ชุมชน” ใน รามธิบดี 2508-2528, พูนพิศ อมาตยกุล (บรรณาธิการ) (กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์เรือนแก้ว, 2530), หน้า 391.

⁴⁰สงวน นิตยารัมภ์พงศ์, (บรรณาธิการ), ปฐมประวัติศาสตร์มหิดลเพื่อประชาธิปไตย ภาคที่ 1 “ก่อเกิดขบวนการ, หน้า 335 - 341.

⁴¹เรื่องเดียวกัน, หน้า 335 - 341.

เหตุการณ์และชีวิตของชาวบ้านในชนบท⁴² ในช่วงก่อนจะเข้าร่วมกระแสการเปลี่ยนแปลง ที่เน้นการเปลี่ยนแปลงสังคมตามอุดมการณ์สังคมนิยม ในช่วงก่อนหน้าเหตุการณ์ 14 ตุลาคม 2516 แต่ก็ยากที่จะปฏิเสธว่า อุดมการณ์แบบสังคมนิยม ที่เป็นกระแสอยู่ในหมู่นิสิตนักศึกษา มีส่วนผลักดันให้นักศึกษาแพทย์สนใจในเรื่องความยุติธรรมทางสังคมมากขึ้น และเป็นสาเหตุหนึ่งที่ผลักดันบรรดานักศึกษาแพทย์ให้เข้าร่วมในเหตุการณ์ 14 ตุลาคม 2516 เมื่อเหตุการณ์ยุติลงแล้ว ผลกระทบที่นักศึกษาแพทย์ได้รับคือ ความตื่นตัวต่อปัญหาสังคมและการเมือง และยังอาจถือเป็นจุดเริ่มต้นของขบวนการเคลื่อนไหวทางสังคมในด้านสาธารณสุข เช่น การจัดการสัมมนา “โครงการพัฒนามหาวิทยาลัยมหิดล” โดยคณะสาธารณสุขศาสตร์ อ.สูงเนิน จ.นครราชสีมา ระหว่างวันที่ 8-10 ธันวาคม พ.ศ.2516 ผลสรุปจากการสัมมนานักศึกษาเสนอให้ผลักดันแนวทางสาธารณสุขเพื่อประชาชน และเรียกร้องให้มหาวิทยาลัยปรับปรุงหลักสูตรการเรียนการสอนเพื่อสนองต่อประชาชนผู้ด้อยโอกาสในสังคมให้มากขึ้น พร้อมสร้างจิตสำนึกให้นักศึกษามีจิตสำนึกรับใช้สังคมอย่างแท้จริง และปรับทิศทางโครงสร้างกิจกรรมนักศึกษาให้มีบทบาทเพื่อสังคมมากขึ้น⁴³ กิจกรรมต่างๆที่เกิดขึ้นนั้นเป็นการแสดงเจตนาของกรณที่มีส่วนร่วมทางสังคมในวงการสาธารณสุขภายหลังเหตุการณ์ 14 ตุลาคม 2516

ในช่วงเวลาต่อมา นักคิด นักวิชาการด้านสาธารณสุข คนสำคัญ คือ ศาสตราจารย์นายแพทย์ประเวศ วะสี ได้เสนอแนวคิดเพื่อการแก้ไขปัญหาสุขภาพของคนไทย คือ “การสาธารณสุขเพื่อมวลชน”⁴⁴ เสนอให้บุคลากรสาธารณสุขนำความรู้ความชำนาญ ไปปรับใช้คนส่วนใหญ่ของสังคม มิใช่เป็นการให้บริการเฉพาะคนส่วนน้อยในเมืองดังที่ผ่านมา ขณะเดียวกันก็เสนอความคิดว่า ปัญหาสุขภาพไม่ใช่ปัญหาโดดๆ แต่มีการเชื่อมโยงกับสภาพการเมือง เศรษฐกิจ และสังคมอย่างมาก รวมถึงเสนอให้ประชาชนตระหนักถึงศักยภาพในการพึ่งพิงตนเอง โดยอาศัยภูมิปัญญาด้านสมุนไพร และความรู้ในการแพทย์แผนไทย ที่ถูกลดความสำคัญมานานแล้ว นำมาดูแลสุขภาพเบื้องต้น และยังเสนอให้มีการปรับให้การรักษาแบบดั้งรับโดยให้ความรู้ควบคู่ไปกับการรักษา เพราะความเจ็บป่วยส่วนใหญ่ที่เกิดขึ้น ไม่มีความจำเป็นที่จะต้องรักษาด้วยแพทย์ ประชาชนสามารถดูแลและป้องกันได้ด้วยตนเอง แนวคิดการสาธารณสุขเพื่อมวลชนนี้ ถือเป็นสิ่งที่ท้าทายวงการสาธารณสุขเป็นอย่างมาก เพราะความรู้ทางด้านการแพทย์ถูกปรับให้มีความเป็นธรรมดา ในระดับที่ประชาชนสามารถเข้าใจได้เอง

⁴²เรื่องเดียวกัน, หน้า 72 - 82.

⁴³เรื่องเดียวกัน, หน้า 65-66.

⁴⁴ประเวศ วะสี, “สาธารณสุขเพื่อมวลชน,” ใน รักเมืองไทย เล่ม 1, สมบัติ จันทรวงศ์ และ รัชนีรัตน์ ณะพรพันธุ์, บรรณาธิการ (กรุงเทพฯ: ไทยวัฒนาพานิช, 2519).

ในขณะที่เดียวกันทางมหาวิทยาลัยต่างๆ ได้ตอบรับกระแสแนวคิด “การสาธารณสุขเพื่อมวลชน” โดยสนับสนุนให้นักศึกษายังคงทำหน้าที่ช่วยสังคมอย่างต่อเนื่อง โดยการออกค่ายอาสาพัฒนาเพื่อให้ความช่วยเหลือชาวบ้านในชนบทเพื่อความเป็นอยู่ที่ดีขึ้น และเผยแพร่ประชาธิปไตย กลุ่มนักศึกษาได้ร่วมกันทำวารสาร “นักศึกษาแพทย์สัมพันธ์” โดย “ศุภนิสิตนักศึกษาแพทย์” เพื่อส่งเสริมความรู้และอุดมการณ์ โดยเฉพาะเกี่ยวกับชนบท นำออกเผยแพร่กันในหมู่นักศึกษาแพทย์ตามสถาบันต่าง ๆ อีกทั้งได้เกิดกระแสเรียกร้องให้มีการปรับปรุงหลักสูตรการเรียนการสอน วิชาด้านสาธารณสุขให้มีความสอดคล้องกับปัญหาของประชาชน หรือที่เรียกว่า “เวชศาสตร์ชุมชน” ให้มากยิ่งขึ้น

กิจกรรมต่างๆ ของนักศึกษายุ่บนพื้นฐานแนวคิด “การสาธารณสุขเพื่อมวลชน” นักศึกษาจากหลายสถาบันได้ร่วมกันก่อตั้ง “โครงการสาธารณสุขเพื่อประชาชน” ขึ้น โดยมีวัตถุประสงค์ที่จะศึกษาปัญหา และกระจายความรู้ทางด้านสุขภาพอนามัยต่อประชาชนทั่วไป ดังที่ปรากฏออกมาเป็นบทความของโครงการฯ ที่ลงพิมพ์เผยแพร่ในหน้าหนังสือพิมพ์ จากบทความเรื่อง รัฐบาลจะปล่อยให้ชาวบ้านต้องเจ็บป่วยล้มตายอย่างนี้ต่อไปอีกหรือ ความว่า

บทความนี้เป็นส่วนหนึ่งของโครงการฯ ที่เรานำมาเผยแพร่ปัญหาสาธารณสุข ขณะนี้มี 2 ประการ คือ 1. ประชาชนต้องเจ็บไข้ได้ป่วยมากเกินสมควรและ 2. ไม่สามารถกระจายบริการการแพทย์และอนามัยไปสู่ประชาชนโดยทั่วถึง...เปลี่ยนระบบบริการสาธารณสุขให้เป็นระบบที่ไปหาประชาชน ไม่ใช่ประชาชนมาหาบริการสาธารณสุขอย่างที่เป็นในปัจจุบัน โดยสนับสนุนให้มีหน่วยสาธารณสุขย่อย ๆ ในชุมชนทั้งในกรุงและต่างจังหวัด การกระทำดังกล่าวจะสำรวจได้ต่อเมื่อจำกัดการขยายตัวของโรงพยาบาลใหญ่ ๆ และมหาวิทยาลัย...กระจายภารกิจในการรักษาโรคออกไปให้มากที่สุด และการทำการสอนประชาชนให้สามารถรักษาตัวเองและรักษาตนเองได้...ระดมประสานกำลังทุกฝ่ายเข้ามาทำประโยชน์ต่อส่วนรวม การใช้สมุนไพรมีประโยชน์เพื่อเป็นการประหยัดเงินมิให้รั่วไหลไปต่างประเทศเกินความจำเป็นเช่นในปัจจุบัน...ปฏิรูประบบการศึกษาเสียใหม่โดยใช้การศึกษาที่ใช้ระยะเวลาสั้นราคาถูกลง และเน้นหนักที่การปฏิบัติ...ใช้สื่อสารมวลชนของรัฐทำการปลุกกระดมมวลชนให้ตื่นตัวในการที่จะแก้ปัญหาของชุมชน และให้ความรู้แก่ประชาชนในการรักษาโรคกระทรวงสาธารณสุข

สุขจะต้องห้ามการผลิต และจำหน่ายที่เป็นอันตรายต่อประชาชนเช่นในปัจจุบัน โดยไม่ต้องเกรงใจพ่อค้า และทำการผลิตยาที่มีประโยชน์ต่อประชาชนด้วยราคาถูกลง⁴⁵

โครงการดังกล่าวได้นำไปสู่การเกิดขึ้นของขบวนการเคลื่อนไหวทางสังคมในประเด็นปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการสาธารณสุข และปัญหาสุขภาพต่าง ๆ จนกลายเป็นองค์กรพัฒนาเอกชนด้านสุขภาพในเวลาต่อมา

การมีส่วนร่วมขององค์กรด้านสาธารณสุขนอกภาครัฐ

ภายหลังเหตุการณ์ 14 ตุลาคม 2516 มีการรวมตัวของบุคลากรในวงการสาธารณสุขเพื่อร่วมกันวิเคราะห์ปัญหาสังคม และเสนอทางแก้ไขปัญหาสาธารณสุข ได้แก่ ขบวนการแพทย์ชนบท และขบวนการเภสัชชนบท มีที่มาจากนักเรียนแพทย์ที่ออกไปทำงานใช้ทุนในชนบทตั้งแต่ปี พ.ศ. 2510

ชมรมแพทย์ชนบทเริ่มจากแพทย์รับทุนรุ่น 3 นพ.มานิตย์ ประพันธ์ศิลป์ ผู้อำนวยการศูนย์การแพทย์อนามัยศรีเชียงใหม่ จังหวัดหนองคาย ได้ชักชวนแพทย์ทั้งหลายที่ประสบปัญหาการทำงานในชนบทเช่นเดียวกัน ให้มีการประชุมหาความร่วมมือเพื่อแก้ปัญหาดังกล่าว และร่วมแลกเปลี่ยนความรู้เพื่อนำบริการสาธารณสุขไปสู่ประชาชนชนบทได้อย่างมีประสิทธิภาพ และปฏิบัติงานด้วยความสบายใจ คณะแพทย์กลุ่มนี้จัดประชุมครั้งแรกที่เขาใหญ่ อำเภอปากช่อง จังหวัดนครราชสีมา เมื่อวันที่ 24 – 25 เมษายน พ.ศ.2519 มีแพทย์ชนบทเข้าร่วม 50 – 60 คน ที่ประชุมมีมติก่อตั้ง “สหพันธ์แพทย์ชนบท”⁴⁶ ทำวารสาร “แพทย์ชนบท” เป็นสื่อเผยแพร่กิจกรรมของสหพันธ์

“สหพันธ์แพทย์ชนบท” เป็นศูนย์กลางประสานงานแพทย์ระดับอำเภอทั่วประเทศ เพื่อแลกเปลี่ยนประสบการณ์ และความคิดเห็นในการปฏิบัติงาน และมีส่วนในการสนับสนุนนโยบายสาธารณสุขที่เอื้อประโยชน์แก่ประชาชน ผลักดันให้บริการทางการแพทย์ และสาธารณสุขไปสู่ชนบทได้ในอนาคตอันใกล้นี้ สหพันธ์แพทย์ชนบท พยายามผลักดันให้มีการประชุมผู้อำนวยการโรงพยาบาลอำเภอทั่วประเทศ

⁴⁵ หจช., เอกสารเหตุการณ์ปัจจุบัน, ก/ป8/2519/29 การแพทย์และการสาธารณสุข, ประชาธิปไตย, 14 มิถุนายน, 2519.

⁴⁶ ประเวศ วะสี, บนเส้นทางชีวิต ขบวนการแพทย์ชนบทในประเทศไทย (กรุงเทพฯ : หมอชาวบ้าน, 2543), หน้า 50 - 51.

เมื่อเดือนสิงหาคม พ.ศ.2519 เป็นที่น่าเสียดายที่สหพันธ์แพทย์ชนบทที่กำลังอยู่ในระหว่างการดำเนินการต้องถูกยุติบบาทลง เนื่องจากเกิดเหตุการณ์ 6 ตุลาคม 2519 ปรากฏว่ากิจกรรมของพวกแพทย์ชนบทถูกกล่าวหาว่าเป็นคอมมิวนิสต์ เพราะการพูดถึงคนจน ความถูกต้องเป็นธรรม การเรียกร้องความยุติธรรมในสังคมในยุคสมัยดังกล่าว ผู้ที่มีบทบาทในขบวนการแพทย์ชนบทบางคนถูกจับกุม เช่น นายแพทย์วิชัย โชควิวัฒน์ เนื่องจากมีความขัดแย้งกับ นายชำนาญ พจนา ผู้ว่าราชการจังหวัดมหาสารคาม กรณีความยุติธรรมเกี่ยวกับคิวรถเมล์ เป็นต้น⁴⁷

ถึงแม้ว่าหลังจากเหตุการณ์ 6 ตุลาคม พ.ศ. 2519 สหพันธ์แพทย์ชนบทได้ยุติบบาทลงไป ต่อมาในปี 2521 ก็ได้มีการฟื้นตัวอีกครั้งหนึ่ง โดยได้มีการจัดการประชุมที่จังหวัดขอนแก่น มีแพทย์มาร่วมประชุมกว่า 50 คน ได้มีการเปลี่ยนชื่อ สหพันธ์แพทย์ชนบท เป็น ชมรมแพทย์ชนบท มีนายแพทย์อุเทน จารณศิริ เป็นประธานชมรมคนแรก และมีการเปลี่ยนแปลงสถานภาพของชมรมอีกครั้งในปี พ.ศ.2525 คือ ชมรมแพทย์ชนบท ได้จดทะเบียนเป็นมูลนิธิแพทย์ชนบท โดย ศาสตราจารย์ นพ.เสม พริงพวงแก้ว เป็นประธานมูลนิธิ⁴⁸

ทั้งชมรมแพทย์ชนบทและมูลนิธิแพทย์ชนบทจะเข้าไปช่วยเหลือสนับสนุนแพทย์ชนบทเมื่อเกิดปัญหาขึ้น ไม่ว่าจะเกิดเป็นปัญหาการงานหรือปัญหาส่วนตัว เพราะการปฏิบัติงานของแพทย์ที่ต้องประสบปัญหาต่างๆ ที่บางครั้งก็ไม่สามารถหาทางแก้ไขได้ มีผลให้แพทย์เกิดความรู้สึกท้อแท้ และไม่มีความสุขกับการปฏิบัติงาน อย่างที่สะท้อนออกมาในนวนิยายเรื่อง "เขาชื่อกานต์" (ได้รับรางวัลวรรณกรรมยอดเยี่ยมจาก สปอ.) ซึ่งเป็นโคกนาฏกรรมของแพทย์คนหนึ่งในสถานีนอนามัยที่เป็นเสมือนแดนสนธยา

กลุ่มแพทย์ชนบท ได้เข้าไปมีส่วนร่วมในหน่วยงานราชการต่าง ทั้งในระดับตัวบุคคลและระดับของตัวชมรมหรือมูลนิธิเอง เพื่อมีส่วนในการผลักดันนโยบายให้เข้าถึงประชาชนยิ่งขึ้น ทั้งกองแผนงาน สำนักงานสาธารณสุขมูลฐาน กองควบคุมโรคติดต่อและกรมอนามัย สำนักงานผู้แทนองค์การอนามัยโลกประจำประเทศไทย สำนักงานควบคุมการบริโภคยาสูบแห่งชาติ ฯลฯ ทำให้มีโครงการต่างๆ เช่น การควบคุมการบริโภคยาสูบ การแพทย์แผนไทย ทศวรรษแห่งการพัฒนาสถานีนอนามัย การออกวารสารหมอนามัย มูลนิธิชุมชนท้องถิ่นพัฒนา การพัฒนาองค์การอาหารและยา ฯลฯ

⁴⁷ สงวน นิตยารัมภ์พงศ์ (บรรณาธิการ), ปูมประวัติศาสตร์หมอดู เพื่อประชาธิปไตย ภาคที่ 2 "ประสานประชาชน อุทิศตนเพื่ออุดมการณ์" (กรุงเทพฯ : อัลฟา มิลเลนเนียม, 2547), หน้า 153.

⁴⁸ วิชัย โชควิวัฒน์, "ประวัติความเป็นมาของชมรมแพทย์ชนบท," ใน แนวคิดและแบบอย่างการทำงานสาธารณสุขเพื่อชนบท (กรุงเทพฯ: สถาบันพระบรมราชชนก, 2544), หน้า 105 - 107.

สำหรับขบวนการเภสัชชนบท เป็นการรวมตัวของนักศึกษานิสิตคณะเภสัชศาสตร์ ได้เข้าไปมีบทบาททำงานช่วยเหลือชนบท ซึ่งมีปัญหาการใช้ยาอย่างมาก เช่น ปัญหาการใช้ยาเกินความจำเป็น การใช้ยาผิดประเภท และขาดความรู้ในการใช้ยาอย่างถูกต้อง ถึงแม้โดยพื้นฐานหลักสูตรการเรียนนั้นไม่มีความเกี่ยวข้องกับชนบทเท่าใดนัก⁴⁹

แต่บรรดานักศึกษา นิสิตคณะเภสัชศาสตร์ ต้องการแสดงออกถึงการมีส่วนร่วมทางสังคมเพื่อช่วยเหลือประชาชนในชนบท จึงรวมตัวจัดตั้ง “ชมรมเภสัชเพื่อชุมชน” และออกปฏิบัติงานในโรงพยาบาลอำเภอ และโรงพยาบาลชุมชน และต่อมาได้ปรับเปลี่ยนเป็น “ชมรมเภสัชชนบท” เพื่อเป็นศูนย์แลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสารและประสบการณ์ทำงาน เพื่อเป็นแนวทางในการทำงานต่อไป เช่นเดียวกันเภสัชประจำอำเภอร่วมมือตั้ง “กลุ่มเภสัชกรโรงพยาบาลประจำอำเภอ” และเปลี่ยนชื่อเป็น “กลุ่มเภสัชกรโรงพยาบาลชุมชน” ในเวลาต่อมา

ในขณะเดียวกันอาจารย์ นิสิต นักศึกษาคณะเภสัชศาสตร์ และเภสัชกรอาชีพ ร่วมมือกับบุคลากรทางสาธารณสุข ทำการจัดตั้ง “กลุ่มศึกษาปัญหา” (กศย.) เมื่อ พ.ศ.2518 เพื่อทำการศึกษาวิจัยปัญหาเกี่ยวกับยา และเผยแพร่ให้สังคมรับรู้เพื่อให้ประชาชนมีความรู้และเข้าใจการใช้ยาอย่างถูกต้อง

ในช่วงเวลาหลังจาก พ.ศ. 2520 โครงการอันเป็นการริเริ่มจากประชาชนที่เกี่ยวข้องกับด้านสุขภาพและการสาธารณสุขที่ได้รับอิทธิพลจากการเปลี่ยนแปลงในช่วงเวลา 2 ช่วงเวลาข้างต้น ได้เริ่มมีการขยายตัวเพิ่มมากขึ้น เช่น “โครงการสมุนไพรรักษาตนเอง” โดยการริเริ่มของ สุพจน์ อัสวพันธ์นกุล ที่สำเร็จการศึกษาด้านเภสัชกรรมจากมหาวิทยาลัยมหิดล ในปีพ.ศ.2520 และสนใจเรื่องการทำสมุนไพรรักษา และปรับเปลี่ยนเป็น การรณรงค์เรื่องการนำสมุนไพรมานำใช้ในการดูแลสุขภาพ ในปี พ.ศ.2523 เขาได้ร่วมมือกับ รสนา โตสิตระกูล ทำโครงการสมุนไพรรักษาตนเองขึ้น และได้รับการสนับสนุนจากมูลนิธิโกมลคีมทอง⁵⁰ ต่อมาในปัจจุบันได้กลายเป็น มูลนิธิสุขภาพไทย

แม้ว่าการมีส่วนร่วมขององค์กรสาธารณสุขไทยนอกภาครัฐ หลังเหตุการณ์ 14 ตุลาคม 2516 และเหตุการณ์ 6 ตุลาคม 2519 ยังไม่ได้ส่งผลกระทบโดยตรงต่อการพัฒนาการบริหารงานสาธารณสุขในภาพรวม และเป็นการเคลื่อนไหวเพียงระยะเริ่มต้นเท่านั้น เนื่องจากหลังการเกิดเหตุการณ์ 6 ตุลาคม 2519 ได้ทำให้ขบวนการเคลื่อนไหวต่างๆ ต้องหยุดชะงักลง แต่ขบวนการเหล่านี้เป็นการเปิดโอกาสให้มีการสร้างความร่วมมือของ

⁴⁹ บัณฑิต อ่อนดำ และ คณะ, บทบาทขององค์กรพัฒนาเอกชนในการปฏิรูประบบสาธารณสุข (กรุงเทพฯ: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, 2545), หน้า 46.

⁵⁰ เรื่องเดียวกัน, หน้า 50.

ชุมชน และส่งเสริมให้ประชาชนมีส่วนร่วมในการพัฒนาสุขภาพอนามัยของประชาชนเอง และขบวนการเหล่านี้ได้พัฒนาเป็นองค์กรพัฒนาเอกชนไม่แสวงกำไรที่ทำงานด้านสาธารณสุขอย่างเต็มรูปแบบ และได้รับการยอมรับจากภาครัฐและสังคม หลังจากปีพ.ศ.2520 เป็นต้นมา



ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย