

จาก"สุขภาพ" สู่ "สุขภาวะ" : การปฏิรูประบบสุขภาพของวงการสาธารณสุขไทย*

From “Health” to “Well-being”: The Health System Reform of Thailand Public Health

สุภาพร คชารัตน์ (Supaporn Kacharat)**

บทคัดย่อ

ในบทความวิชาการนี้ ผู้เขียนนำเสนอสถานการณ์การเปลี่ยนแปลง และการขยายขอบเขตการทำงาน อันเกี่ยวข้องกับสาธารณสุขของหน่วยงานราชการไทยผ่านการสืบค้นทางประวัติศาสตร์ โดยแบ่งยุคแห่งการเปลี่ยนแปลงออกเป็น 7 ยุค คือ ยุคที่ 1 มิชชันนารี ราชสำนัก โรงพยาบาล : การเผยแพร่ความรู้ทางการแพทย์สมัยใหม่, ยุคที่ 2 กำเนิดรัฐเวชกรรมหลังเปลี่ยนแปลงการปกครอง พ.ศ.2475, ยุคที่ 3 แผนพัฒนาการสาธารณสุขของประเทศไทยกับจัดระเบียบสุขภาพพลเมืองไทย, ยุคที่ 4 องค์กรอิสระทางสาธารณสุขกับปฏิบัติการปฏิรูประบบสุขภาพ, ยุคที่ 5 สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) กับการปฏิรูประบบสุขภาพ, ยุคที่ 6 พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2550 "ธรรมนูญสุขภาพของประเทศไทย" และยุคที่ 7 กระแสโลกกับปฏิบัติการดูแลสุขภาพ จากการศึกษาพบว่า ในปัจจุบันรัฐไทยได้ปฏิรูประบบสุขภาพโดยขยายกรอบการทำงานของหน่วยงานด้านสาธารณสุขจากการดูแล "สุขภาพ" ไปสู่การดูแล "สุขภาวะ" ของพลเมืองไทย ซึ่งเปลี่ยนแปลงนิยามความหมายของสุขภาพในแบบเดิมให้ขยายสู่การเสริมสร้างให้พลเมืองไทยมีสุขภาพดีมีความสุขทั้งใน 4 มิติ คือ กาย จิต สังคม ปัญญาหรือจิตวิญญาณ สอดคล้องกับนิยาม "สุขภาพ" ขององค์การอนามัยโลกที่ว่า “สุขภาพ หมายถึง สภาวะความเป็นอยู่ที่ดีทั้งทางกาย จิต และสังคม และไม่ได้จำกัดอยู่แค่เรื่องของ การไม่มีโรคหรือความบกพร่องหรือขีดจำกัดด้านร่างกายและจิตใจ”

คำสำคัญ : การปฏิรูประบบสุขภาพ, สุขภาวะ, การสาธารณสุขไทย

* บทความนี้เป็นส่วนหนึ่งของวิทยานิพนธ์เรื่อง “การสถาปนารัฐเวชกรรมผ่านโฆษณาชวนเชื่อสร้างสุขภาวะในประเด็นชาติ ศาสน์ กษัตริย์ ของสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.)” หลักสูตรปริญญาดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชาสหวิทยาการ วิทยาลัยสหวิทยาการ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นลินี ดันธุนิตย์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาดุษฎีนิพนธ์หลัก และผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เกษม เพ็ญภินันท์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาร่วม

This article submitted in partial of the dissertation titled “The Construction of Medicalizing State: A Case Study of Thai Health Promotion Foundation's Well-Being Advertisements”, for the fulfillment of the requirements for the Doctor of Philosophy in Integrated Science, College of Interdisciplinary Studies at Thammasat University. Dissertation Advisor is Assistant Professor Dr. Nalinee Tantuvanit and Dissertation Co-advisor is Assistant Professor Dr. Kasem Phenpinant.

** นักศึกษาหลักสูตรปริญญาดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชาสหวิทยาการ วิทยาลัยสหวิทยาการ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์
E-mail address: supaporn.kah@gmail.com

A Ph.D. student of the Doctor of Philosophy in Integrated Science, College of Interdisciplinary Studies at Thammasat University. E-mail address: supaporn.kah@gmail.com

Abstract

The author presented the situation of transiting and expanding of Thai government sector's public health mission via historical investigation. Transitional Periods were divided into 7 periods : the first period : Missionary, Royal Court, Hospital: The dissemination of modern medical knowledge, the second period: The birth of Medicalizing State after administrative reform in B.E.2475, the third period: Thailand's Public Health Development Planning and Health Collocation for Thai citizen, the fourth period : Public Health Independent Entity and Health System Reform Practice, the fifth period: Thai Health Promotion Foundation and Health System Reform, the sixth period : National Health Act B.E. 2550 "Thailand Health Charter" and the seventh period: World Trend and Health Care Practice. The author found that now Thai state drives health mission by expanding framework of public health department from caring "Thai citizen's health" to be "Thai citizen's well-being" and this action has changed old health definition to promote Thai citizen to have good health and be happy in all 4 dimensions: physical, mental, social and intellectual/spiritual health. This new definition conforms to "health" definition of World Health Organization which defines health as "State of complete physical, mental, and social well being, and not merely the absence of disease or infirmity."

Keywords: Health System Reform, Well-being, Thailand Public Health

บทนำ

สุขภาพดีเป็นสิ่งที่ทุกคนพึงปรารถนา หน้าที่ในการส่งเสริมให้พลเมืองมีสุขภาพดีเป็นของหน่วยงานที่รับผิดชอบดูแลงานด้านสาธารณสุข อันได้แก่ กระทรวงสาธารณสุข และหน่วยงานต่างๆที่เกี่ยวข้อง พัฒนาการของงานสาธารณสุขในยุคแรกให้ความสำคัญกับสุขภาพกาย และสุขภาพจิต มุ่งการเสริมสร้างสุขภาพที่ดีทั้งสองด้านให้แก่พลเมือง หากในยุคปัจจุบันงานสาธารณสุขได้ขยายแผนงานจากการดูแลสุขภาพกาย และสุขภาพจิต ไปสู่นิยามสุขภาพที่กว้างขวางมากขึ้น ภายใต้คำเรียกขานใหม่ว่า “สุขภาวะ” (well-being) ในบทความนี้ ผู้เขียนต้องการเผยให้เห็นถึงการเปลี่ยนผ่านบริบทของการกำกับดูแล “สุขภาพ” ของพลเมืองไทยของภาครัฐ ซึ่งได้เปลี่ยนผ่านและขยายอำนาจการดูแลไปสู่เรื่องของ “สุขภาวะ” อันสะท้อนให้เห็นอย่างเด่นชัดผ่านการปฏิรูประบบสุขภาพในงานสาธารณสุขไทยตั้งแต่อดีตจนถึงปัจจุบัน การสืบค้นนี้เผยให้เห็นถึงพัฒนาการ ความสำคัญ และบทบาทของสถาบันและองค์กรต่างๆทั้งภาครัฐ และองค์กรอิสระ ที่มีบทบาทในแวดวงสาธารณสุข และทำให้เห็นถึงเจตจำนงแห่งรัฐในการสถาปนาอำนาจการแพทย์สมัยใหม่ขึ้นมาผ่านการปรับเปลี่ยนนโยบาย การกระจายอำนาจจากส่วนกลาง ไปสู่การสร้างกลไกบางอย่างให้พลเมืองไทยต้องกำกับดูแลสุขภาวะของตนเองให้อยู่ในสถานะที่สมบูรณ์ตามความประสงค์ของรัฐ โดยมีได้รู้สึกรับรู้ถูกควบคุมโดยอำนาจจากสถาบันทางการแพทย์แต่

อย่างไร หากเป็นสิ่งที่พึงกระทำ พึงปฏิบัติตามด้วยจะส่งผลให้เกิดสุขภาวะที่ดีแก่บุคคล ครอบครัว และชุมชนของพลเมืองเอง ผู้เขียนศึกษาผ่านการสืบค้นทางประวัติศาสตร์ และแบ่งยุคแห่งการเปลี่ยนผ่านออกเป็น 7 ยุค ดังนี้

ยุคที่ 1 มิชชันนารี ราชสำนัก โรงพยาบาล : การเผยแพร่ความรู้ทางการแพทย์สมัยใหม่

ระบบการแพทย์และการสาธารณสุขไทยในอดีตให้ความสำคัญกับการแพทย์แผนไทยมากกว่าแพทย์แผนปัจจุบัน โดยแพทย์แผนไทยเป็นการผสมผสานกันระหว่างแพทย์แบบจีน อินเดีย และการแพทย์พื้นบ้านผนวกเข้ากับความคิดและความเชื่อเกี่ยวกับพระพุทธศาสนาในเรื่องของเวรกรรม การให้การดูแลรักษาผู้คนในสมัยก่อนจึงขึ้นอยู่กับกลุ่มหมอไทย หมอผี และพระสงฆ์เป็นหลัก

ต่อมาในรัชสมัยของสมเด็จพระนารายณ์มหาราช ความรู้แบบแพทย์แผนตะวันตกถูกนำมาใช้ผ่านการเข้ามาของคณะมิชชันนารีที่ให้การดูแลรักษาเชื้อพระวงศ์ชั้นสูงในพระราชสำนัก แต่ยังไม่เป็นที่นิยมแพร่หลายในหมู่ประชาชนทั่วไป ความรู้ทางการแพทย์ผ่านคณะมิชชันนารีเป็นความรู้การแพทย์สมัยใหม่ที่ค่อยๆแทรกซึมเข้ามาในสังคมไทยพร้อมกับวัตถุประสงค์หลักในอันที่จะเผยแผ่ศาสนาคริสต์ให้กับประชาชนพร้อมการโน้มน้าวใจให้ผู้คนเปลี่ยนมานับถือศาสนาของตน แต่ก็ยังไม่ประสบความสำเร็จมากนัก อย่างไรก็ตาม การแพทย์สมัยใหม่ได้เข้ามามีอิทธิพลต่อราชสำนักไทยมากขึ้น และส่งผลเด่นชัดต่อการปฏิรูประบบสุขภาพของไทยในเวลาต่อมา

ในรัชสมัยของพระบาทสมเด็จพระจุลจอมเกล้าเจ้าอยู่หัว รัชกาลที่ 5 ได้เกิดอหิวาตกโรคระบาดชุกชุมในปีพ.ศ.2424 พระองค์ทรงพระกรุณาโปรดเกล้าฯให้จัดตั้งโรงพยาบาลขึ้นชั่วคราวในชุมชน 48 ตำบลเพื่อรักษาโรคให้แก่ราษฎร ต่อมาเมื่อโรคระบาดดังกล่าวหมดไป โรงพยาบาลเหล่านั้นจึงได้ปิดทำการ แต่พระองค์ทรงตระหนักถึงความสำคัญกับการดูแลสุขภาพของราษฎรผ่านการใช้ความรู้ทางการแพทย์แบบตะวันตก เพราะจะช่วยบำบัดทุกข์บำรุงสุขแก่พสกนิกรชาวไทย อีกทั้งยังจะช่วยปรับปรุงประเทศให้ทันสมัย จึงโปรดเกล้าฯให้มีการแต่งตั้งคณะกรรมการพิจารณาการจัดสร้างโรงพยาบาลขึ้นในเวลาต่อมาโดยกำหนดจะสร้างโรงพยาบาลบริเวณพระราชวังบวรสถานพิมุขเดิม (วังหลัง) และขณะที่เตรียมการก่อสร้างโรงพยาบาลแห่งนี้เอง สมเด็จพระเจ้าลูกยาเธอเจ้าฟ้าศิริราชกกุธภัณฑ์ พระราชโอรสอันประสูติจากสมเด็จพระศรีพัชรินทราบรมราชินีนาถ ได้ประชวรโรคบิดสิ้นพระชนม์ลง ยิ่งความโศกเศร้าเสียใจแก่พระบาทสมเด็จพระจุลจอมเกล้าเจ้าอยู่หัวเป็นยิ่งนัก เมื่อเสด็จงานพระเมรุแล้วจึงทรงพระกรุณาโปรดเกล้าฯให้เรือเครื่องเรือนเครื่องใช้ต่างๆในงานพระเมรุมาใช้เป็นวัสดุส่วนหนึ่งในการก่อสร้างโรงพยาบาลดังกล่าว พร้อมทั้งพระราชทานทรัพย์ส่วนพระองค์และของเจ้าฟ้าศิริราชกกุธภัณฑ์มาเป็นทุนในการก่อสร้างโรงพยาบาล และเมื่อโรงพยาบาลแห่งนี้สร้างแล้วเสร็จในปี พ.ศ.2431 จึงได้โปรดเกล้าฯพระราชทานนามว่า “โรงพยาบาลศิริราช” เพื่อเป็นการรำลึกถึงเจ้าฟ้าชายฯที่ล่วงลับไปแล้ว พร้อมกับก่อตั้งโรงเรียนแพทยากร เป็นโรงเรียนแพทย์แห่งแรกในประเทศไทยใน พ.ศ.2432 เปิดทำการสอนวิชาแพทย์แผนไทยร่วมกับการแพทย์สมัยใหม่

ในระยะแรกของการเปิดโรงพยาบาลศิริราช ประชาชนยังไม่นิยมไปรับบริการในโรงพยาบาลเท่าใดนัก สถาบันกษัตริย์จึงมีบทบาทสำคัญอย่างยิ่งในการผลักดันให้สถาบันการแพทย์สมัยใหม่อย่างโรงพยาบาลได้รับการยอมรับจากประชาชนซึ่งยังคงพึ่งพาการแพทย์แผนโบราณเป็นหลัก นอกเหนือจากการพระราชทานทรัพย์ส่วนพระองค์ของเจ้าฟ้าหลายพระองค์แล้ว สมเด็จพระศรีพัชรินทราบรมราชินีนาถได้ทรงอนุญาตให้กรมพยาบาลอ้างกระแสน้ำเพื่อชี้แจงแก่คนที่จะคลออดลูกในโรงพยาบาลว่าพระองค์เองเคยทรงอยู่ไฟมาก่อนแต่ทรงเปลี่ยนมาใช้

วิธียาบาลแบบใหม่ซึ่งทรงสบายกว่าแต่ก่อนมาก อีกทั้งยังไม่อันตรายใดๆ และทรงตั้งรางวัลให้แก่ประชาชนที่ทำตามทีทรงแนะนำโดยพระราชทานเงินทำขวัญลูกที่คลอดใหม่ในโรงพยาบาลทุกคน จึงทำให้มีนิยมมาใช้บริการที่โรงพยาบาลมากขึ้น และเมื่อมีการจัดตั้งกรมพยาบาลขึ้นมา พระบรมวงศ์เธอพระองค์เจ้าศรีเสาวภาวงศ์ได้รับการแต่งตั้งให้เป็นอธิบดีพระองค์แรก เมื่อพระองค์ทรงประสูติก็ได้พำนักอยู่ที่โรงพยาบาลศิริราชมาโดยตลอดจนจนกระทั่งสิ้นพระชนม์ ตั้งแต่นั้นมาผู้คนจึงเกิดความเชื่อถือในโรงพยาบาลมากขึ้นเพราะตระหนักว่าแม้แต่เจ้านายเองยังทรงเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาล ดังนั้นประชาชนจึงสามารถไว้วางใจโรงพยาบาลได้ (วิชัย โชควิวัฒน์, 2545:55-56)

ยุคที่ 2 กำเนิดรัฐเวชกรรมหลังเปลี่ยนแปลงการปกครอง พ.ศ.2475

การแพทย์สมัยใหม่อย่างตะวันตกค่อยๆพัฒนาและเติบโตขึ้นในสังคมไทยตามลำดับ จนกระทั่งภายหลังการเปลี่ยนแปลงการปกครองในปีพ.ศ. 2475 ได้มีการเปลี่ยนแปลงนโยบายการบริหารจัดการด้านการรักษาพยาบาลแก่ประชาชนโดยรัฐเริ่มดำเนินนโยบายในการเข้ารับภาระในการจัดบริการดังกล่าว โดยมีข้อเสนอให้รัฐบาลสร้าง "รัฐเวชกรรม" ขึ้น คือหมายถึง รัฐต้องจัดให้มีโรงพยาบาล สุขศาลา สถานีบำบัดโรค ทั่วประเทศ โดยจ้างแพทย์ ผู้ช่วยแพทย์ พนักงานการแพทย์ นางผดุงครรภ์ นางสงเคราะห์ หมอตำแย และพนักงานต่างๆให้ช่วยกันบำบัด ป้องกันโรค และบำรุงสุขภาพประชาชนโดยไม่คิดมูลค่า ซึ่งทวิศักดิ์ เผือกสม (2550 : 174-175) ได้ให้ความเห็นว่า "รัฐเวชกรรมในที่นี้มีความหมายอย่างไร แต่ชวนให้จินตนาการถึงการสร้างรัฐที่มีกลไกทางการแพทย์เพื่อคอยสอดส่องเรือนร่างของพลเมือง และความคิดที่อยู่เบื้องหลังโครงการสร้างรัฐเวชกรรมนั้นมีเป้าหมายหลักอยู่ที่ความต้องการสร้างกลไกขึ้นมาเพื่อควบคุมเรือนร่างของพลเมืองให้สยบอยู่ภายใต้อำนาจของความรู้ทางการแพทย์เพื่อแปรให้ร่างกายของพลเมืองกลายเป็นพลังการผลิตที่มีประสิทธิภาพสูงสุดตามเหตุผลของระบบทุน..."

ความเปลี่ยนแปลงในเรื่องการสาธารณสุขครั้งสำคัญเกิดขึ้นอีกครั้ง ในสมัยรัฐบาลจอมพล ป.พิบูลสงคราม เป็นนายกรัฐมนตรี โดยในปีพ.ศ. 2485 ได้มีประกาศจัดตั้งกระทรวงสาธารณสุขขึ้นเพื่อทำหน้าที่ดูแลสุขอนามัยของประชาชน ซึ่งในระยะแรกของการก่อตั้งกระทรวงยังต้องประสบกับปัญหาหลายประการ เพราะในวงการเมืองเองยังไม่เห็นความสำคัญของเรื่องความเจ็บไข้ได้ป่วย และไม่เข้าใจว่าสุขภาพอนามัยเป็นสิ่งที่สำคัญ นอกเหนือจากประสบปัญหาการขาดความเข้าใจถึงความสำคัญของการแพทย์และการสาธารณสุขอย่างจริงจังแล้ว ในยุคแรกเริ่มของการจัดตั้งกระทรวงสาธารณสุขนั้นยังต้องเผชิญกับปัญหาของการขาดแคลนบุคลากรทางการแพทย์โดยเฉพาะในเขตพื้นที่ทุรกันดารอีกด้วย แม้รัฐบาลของจอมพล ป.พิบูลสงคราม จะพยายามผลักดันให้มีการก่อตั้งโรงพยาบาล และสถานพยาบาลขึ้นทั่วประเทศ โดยเฉพาะอย่างยิ่งตามหัวเมืองชายแดนที่สำคัญเพื่อเป็นการแสดงเกียรติภูมิของชาติแก่ประเทศเพื่อนบ้านที่เป็นอาณานิคมของชาติตะวันตก และมีความพยายามที่จะพัฒนาประเทศให้เป็นไปในรูปแบบที่เจริญรอยตามโลกเสรีนิยมที่มุ่งพัฒนาสุขภาพ และสวัสดิภาพของประชาชนเพื่อสร้างความเป็นรัฐชาติอันเป็นอันหนึ่งอันเดียวกันก็ตาม แต่เนื่องจากภาวะเศรษฐกิจที่ตกต่ำจากภาวะสงครามโลกครั้งที่สอง จึงทำให้การแพทย์สมัยใหม่ยังไม่เจริญ ก้าวหน้าเท่าที่ควร

ยุคที่ 3 แผนพัฒนาการสาธารณสุขของประเทศไทยกับจัดระเบียบสุขภาพพลเมืองไทย

ความพยายามของรัฐในการเข้ามามีบทบาทต่อพลเมืองไทยในเรื่องการสาธารณสุขโดยเชื่อมโยงกับการสร้างชาติของจอมพล ป.พิบูลสงคราม ยังคงดำเนินการอยู่เรื่อยมา จวบจนกระทั่งในปี พ.ศ. 2504 ประเทศไทยภายใต้การนำของจอมพลสฤษดิ์ ธนะรัชต์ ได้ประกาศให้มีการใช้แผนพัฒนาเศรษฐกิจแห่งชาติฉบับที่ 1 ขึ้น ซึ่งต่อมาได้มีการเปลี่ยนชื่อเป็น “แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ” เพื่อกำหนดและวางแผนนโยบายในการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมของประเทศ โดยในแผนแรกมีกำหนดใช้ 6 ปี และในแผนต่อมาปรับเป็นใช้แผนละ 5 ปี แผนพัฒนานี้เองได้กำหนดให้มีแผนการพัฒนาสาธารณสุขบรรจุอยู่ด้วย เพื่อกำหนดนโยบายสุขภาพระดับชาติอันเป็นวาระที่จำเป็นต้องได้รับการพัฒนาเร่งด่วน โดยกระทรวงสาธารณสุขเป็นผู้รับผิดชอบในการจัดทำแผนพัฒนาการสาธารณสุข ซึ่งแต่ละแผนมีสาระสำคัญดังนี้

แผนพัฒนาการสาธารณสุขฉบับที่ 1 (พ.ศ.2504-2509) แผนฉบับนี้บรรจุอยู่ในแผนพัฒนาเศรษฐกิจแห่งชาติฉบับที่ 1 ซึ่งมีวัตถุประสงค์ที่จะพัฒนาเศรษฐกิจของประเทศเป็นสำคัญ โดยในช่วงแรกของแผน (พ.ศ.2504-2509) รัฐมุ่งลงทุนก่อสร้างพื้นฐานทั้งในเรื่องของสาธารณูปโภค การขนส่ง การสร้างเขื่อนต่างๆ เพื่อมุ่งสร้างความเจริญเติบโตและเสถียรภาพทางเศรษฐกิจ ต่อมาในช่วงปลาย (พ.ศ.2507-2509) จึงเห็นความสำคัญของการพัฒนาด้านสังคมควบคู่ไปกับการพัฒนาด้านเศรษฐกิจ รัฐจึงให้ความสำคัญกับการสาธารณสุขว่าเป็นส่วนหนึ่งของการพัฒนาประเทศให้ก้าวสู่ความทันสมัย เนื่องจากเล็งเห็นว่า หากพลเมืองมีสุขภาพพลานามัยที่สมบูรณ์แข็งแรง ก็จะเป็นกำลังสำคัญในการพัฒนาประเทศให้เจริญก้าวหน้ามากขึ้น แผนพัฒนาสาธารณสุขในแผนพัฒนาเศรษฐกิจแห่งชาติฉบับที่ 1 นี้มีวัตถุประสงค์สำคัญในการลดความแตกต่าง และความไม่เป็นธรรมในการเข้าถึงบริการสาธารณสุขของประชาชนที่อาศัยอยู่ในชนบท ดังนั้นจึงให้ความสำคัญกับการสร้างโรงพยาบาล สถานีอนามัยให้ครอบคลุมทั้งในส่วนกลางและส่วนภูมิภาค ตลอดจนผลิตแพทย์ พยาบาล และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ขาดแคลนให้มีจำนวนและมีคุณภาพมากขึ้น

แผนพัฒนาการสาธารณสุขฉบับที่ 2 (พ.ศ.2510-2514) แผนพัฒนาฉบับนี้ให้ความสำคัญกับการพัฒนาสังคมควบคู่ไปกับเศรษฐกิจ โดยมุ่งพัฒนาคนและส่งเสริมอุตสาหกรรม พาณิชยกรรม และการให้บริการสาธารณสุขในส่วนภูมิภาค โดยเฉพาะอย่างยิ่งในท้องถิ่นทุรกันดาร เป็นการดำเนินการต่อจากแผนพัฒนาการสาธารณสุขฉบับที่ 1 โดยยังให้ความสำคัญเร่งด่วนกับการปรับปรุงและขยายการให้การรักษาพยาบาลประชาชน การเพิ่มแพทย์ พยาบาล เจ้าหน้าที่สาธารณสุข นอกจากนี้ยังเริ่มให้ความสำคัญกับการส่งเสริมสุขภาพของประชาชนและการป้องกันโรค ทั้งในเรื่องของการส่งเสริมอนามัยต่างๆ การจัดหาน้ำดื่ม น้ำใช้ที่มีคุณภาพให้กับประชาชน ส่งเสริมการสุขาภิบาลในท้องถิ่นต่างๆ เป็นต้น

แผนพัฒนาการสาธารณสุขฉบับที่ 3 (พ.ศ.2515-2519) แผนฉบับนี้ยังคงให้ความสำคัญกับการผลิตแพทย์และพยาบาล ตลอดจนขยายการให้บริการสาธารณสุขให้ครอบคลุมพื้นที่ในชนบทให้มากขึ้น และให้ความสำคัญกับการป้องกันโรค การส่งเสริมสุขภาพ การคุมกำเนิด และการให้บริการสาธารณสุขที่ครบถ้วนรอบด้านมากขึ้น

แผนพัฒนาการสาธารณสุขฉบับที่ 4 (พ.ศ. 2520-2524) แผนพัฒนาการสาธารณสุขฉบับนี้เน้นการสร้างความเป็นธรรมทางสังคมให้ประชาชนทั้งในเมืองและชนบทได้รับการบริการด้านการแพทย์และการสาธารณสุขอย่างทั่วถึงและเป็นธรรม ตลอดจนสามารถส่งเสริมสุขภาพอนามัยของประชาชนได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น ในแผนฉบับนี้มีการนำกลวิธีใหม่ๆ มาแก้ไขปัญหา และถือเป็นจุดกำเนิดของการสาธารณสุขมูลฐาน ซึ่งให้ความสำคัญกับการให้ความร่วมมือของชุมชนและความต้องการขั้นพื้นฐาน

แผนพัฒนาการสาธารณสุขฉบับที่ 5 (พ.ศ. 2525-2529) ในระยะดังกล่าวประเทศไทยมีการเจริญเติบโตทางเศรษฐกิจอย่างเห็นได้ชัด อันเป็นผลพวงจากการพัฒนาประเทศ แต่อย่างไรก็ดี ในเรื่องของความเป็นธรรมในการให้บริการด้านต่างๆ แก่ประชาชนยังไม่สามารถจะเกิดได้อย่างสมบูรณ์แบบ แผนพัฒนาฉบับนี้จึงมุ่งเน้นที่จะแก้ไขปัญหาโดยเฉพาะอย่างยิ่งในพื้นที่ชนบท และเกิดการผสมผสานความรู้กับสาขาอื่นมากขึ้น โดยมองว่าปัญหาสาธารณสุขไม่ใช่ปัญหาที่จะแก้ไขได้ด้วยการแพทย์เท่านั้น แต่เป็นเรื่องที่เกี่ยวข้องกับเศรษฐกิจ การศึกษา การโภชนาการต่างๆ เป็นต้น ดังนั้นจึงจำเป็นต้องป้องกันที่ต้นเหตุไปพร้อมๆ กับการรักษา ในแผนดังกล่าวจึงมุ่งเน้นการทำงานร่วมกับกับกระทรวงที่เกี่ยวข้อง ทั้งกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงมหาดไทย กระทรวงศึกษาธิการ และกระทรวงเกษตรและสหกรณ์เพื่อแก้ไขปัญหาความยากจนในชนบทอันจะส่งผลถึงสุขภาพอนามัยของประชาชนในภาพรวม ในปดังกล่าวจึงมีการใช้ข้อมูลความจำเป็นพื้นฐาน (จปฐ.) เพื่อเป็นเครื่องมือชี้วัดในการดำเนินงาน

แผนพัฒนาการสาธารณสุขฉบับที่ 6 (พ.ศ. 2530-2534) ในแผนพัฒนาฉบับนี้มุ่งจะพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชนไปสู่การมีสุขภาพดีถ้วนหน้าในระยะยาว เน้นการพึ่งพาตนเองได้ทั้งในระดับตนเอง ครอบครัว และชุมชน สร้างความร่วมมือระหว่างหน่วยงานทั้งในและนอกกระทรวงสาธารณสุขมากขึ้น และยึดหลักการสร้างเสริมความเป็นธรรมในสังคมเพื่อให้เกิดความเท่าเทียมกันกับประชาชนในทุกพื้นที่

แผนพัฒนาการสาธารณสุขฉบับที่ 7 (พ.ศ. 2535-2539) ให้ความสำคัญกับการพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชนทั้งทางกายและใจ โดยกำหนดแผนจะให้ประเทศไทยสามารถบรรลุเป้าหมายสุขภาพดีทั่วหน้าได้ภายในปีพ.ศ. 2543 และยังคงให้ความสำคัญกับคุณภาพและประสิทธิภาพในการให้บริการด้านการแพทย์และการสาธารณสุขแก่ประชาชนในทุกระดับ เริ่มมีการผสมผสานการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค และการรักษาพยาบาลมากขึ้น เพื่อให้ประชาชนอยู่ดีมีสุข และให้ความสำคัญกับการเสริมสร้างให้ประชาชนสามารถพึ่งพาตนเอง และดูแลสุขภาพอนามัยของตนเองได้มากขึ้นอย่างต่อเนื่องเพื่อการพัฒนาการสาธารณสุขที่ยั่งยืน โดยเน้นการปรับเปลี่ยนการดำเนินการให้ยืดหยุ่นตามสภาพสังคมและวัฒนธรรมของแต่ละพื้นที่ที่สำคัญ

แผนพัฒนาการสาธารณสุขฉบับที่ 8 (พ.ศ. 2540-2544) แผนพัฒนาการสาธารณสุขฉบับนี้มีจุดเปลี่ยนที่สำคัญคือการให้ความสำคัญกับการพัฒนาทรัพยากรมนุษย์เป็นหลัก ซึ่งแตกต่างจากแผนพัฒนาการสาธารณสุขทั้ง 7 ฉบับที่ผ่านมาที่จะให้ความสำคัญกับการสร้างโรงพยาบาล สถานิอนามัย สถานบริการสาธารณสุข และมุ่งผลิตแพทย์ให้เพียงพอกับความต้องการของประชาชนมากกว่า แผนพัฒนาการสาธารณสุขฉบับนี้กำหนดให้มีการบริหารจัดการสาธารณสุขที่ดี เป็นประโยชน์ต่อสุขภาพของบุคคล ครอบครัว และชุมชน เน้นการประสานงานทั้งภาครัฐและเอกชน ตลอดจนให้ประชาชนมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ และกำหนดทิศ

การทำงานสาธารณสุขในแต่ละท้องถิ่น ในการพัฒนามุ่งเน้นจะพัฒนาสุขภาพพลานามัยทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และสติปัญญาเพื่อให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีและมีความสุขครบถ้วนในทุกมิติ

แผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติฉบับที่ 9 (พ.ศ.2545-2549) ได้มีการเปลี่ยนแปลงชื่อจาก "แผนพัฒนาสาธารณสุข" มาเป็น "แผนพัฒนาสุขภาพ" โดยให้ความสำคัญกับการตอบสนองความต้องการของประชาชนให้สอดคล้องกับกระแสปฏิรูปในยุคนั้น ไม่ว่าจะเป็นทั้งการปฏิรูประบบการบริหารงานภาครัฐ ระบบการเมืองการปกครอง และให้สอดคล้องกับการปฏิรูประบบบริการสุขภาพที่เริ่มมีความเปลี่ยนแปลงขึ้นในยุคนั้น อาทิ การก่อตั้งหน่วยงานสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) ขึ้นใน พ.ศ.2544 ทั้งยังคงให้ความสำคัญกับการให้ความร่วมมือของทุกภาคส่วน และสร้างหลักประกันสุขภาพให้ประชาชนทุกคนอย่างเท่าเทียมกัน โดยเป้าหมายของแผนพัฒนาสุขภาพฉบับที่ 9 นี้ให้ความสำคัญกับ 4 เรื่องเป็นหลัก คือ การพัฒนาสุขภาพ ผลกระทบของการพัฒนาสุขภาพ การลดปัญหาสุขภาพ และการส่งเสริมสุขภาพ

สิ่งสำคัญที่เกิดขึ้นในยุคนี้นี้คือ แนวคิดหลักในการพัฒนาสุขภาพซึ่งมีความเปลี่ยนแปลงไป โดยได้มีการกำหนดไว้ในแผนพัฒนาสุขภาพว่า สุขภาพก็คือ "สุขภาวะ" ซึ่งหมายความว่า "สุขภาพคือสุขภาวะที่สมบูรณ์และมีดุลยภาพทั้งทางกาย ทางใจ ทางสังคม และทางจิตวิญญาณ" และในการพัฒนาสุขภาพจำเป็นจะต้องพัฒนาระบบสุขภาพทั้งระบบ เพราะสุขภาวะที่สมบูรณ์เกิดจากระบบสุขภาพที่สมบูรณ์ทั้งทางกายใจ สังคม และจิตวิญญาณที่เชื่อมโยงสัมพันธ์กันอย่างเป็นบูรณาการ การพัฒนาสุขภาพจึงต้องดำเนินการพัฒนาระบบสุขภาพทั้งระบบ การจัดทำแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติจึงเป็นแผนยุทธศาสตร์ที่เชื่อมโยงไปถึงเหตุปัจจัยทั้งด้านเศรษฐกิจ สังคม การเมือง วัฒนธรรมและสิ่งแวดล้อมเข้าเป็นองค์ประกอบและกลไกสำคัญของการสร้างสุขภาวะที่สมบูรณ์ของสังคมอย่างเป็นบูรณาการ โดยต้องสร้างการมีส่วนร่วมอย่างแท้จริงของภาคส่วนต่าง ๆ ในการพัฒนาสุขภาพ

แผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติฉบับที่ 10 (พ.ศ.2550-2554) แผนฉบับนี้ให้ความสำคัญกับการพัฒนาสุขภาพไทยไปสู่ระบบสุขภาพพอเพียงสอดคล้องกับปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง มีการทบทวนสถานการณ์แนวโน้มปัญหาสุขภาพ และระบบการบริหารสุขภาพต่างๆเพื่อกำหนดทิศทางในการพัฒนาสุขภาพเพื่อสร้างระบบสุขภาพไทยที่พึงประสงค์ เพื่อพัฒนาสุขภาวะที่เป็นองค์รวมทั้งทางกาย ทางใจ ทางสังคม และจิตวิญญาณให้มากขึ้นในทุกมิติ ทุกระดับ และทุกภาคส่วน

แผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติฉบับที่ 11 (พ.ศ.2555-2559) แผนพัฒนาสุขภาพฉบับนี้ ยังคงให้ความสำคัญกับการพัฒนาภายใต้หลักปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียงเพื่อสร้างเอกภาพ และธรรมาภิบาลในการอภิบาลระบบสุขภาพ โดยให้ความสำคัญกับการสร้างกระบวนการการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนในสังคม มุ่งเน้นการสร้างหลักประกันและการจัดบริการที่ครอบคลุม เป็นธรรม เห็นคุณค่าของการสร้างความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างผู้ให้และผู้รับบริการ ตลอดจนให้ความสำคัญกับการใช้ภูมิปัญญาไทยอีกด้วย ซึ่งแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติฉบับนี้ได้กำหนดวิสัยทัศน์ไว้อย่างชัดเจนว่า เมื่อสิ้นสุดแผนฉบับนี้แล้ว ประชาชนทุกคนจะต้อง "มีสุขภาพดี ร่วมสร้างระบบสุขภาพพอเพียง เป็นธรรม นำสู่สังคมสุขภาวะ"

แผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติฉบับที่ 12 (2560-2564) รัฐบาลได้เริ่มประกาศขึ้นแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติฉบับนี้ โดยแผนดังกล่าวถูกกำหนดให้มีความสอดคล้องกับยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปีที่รัฐบาลฯ พณฯ พลเอก ประยุทธ์ จันทร์โอชา กำหนดขึ้น เพื่อเป็นกรอบในการพัฒนาประเทศให้บรรลุวิสัยทัศน์ "ประเทศมีความมั่นคง มั่งคั่ง ยั่งยืน เป็นประเทศที่พัฒนาแล้ว ด้วยการพัฒนาตามปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง" ฉะนั้นในเรื่องของการจัดทำแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติจะต้องมีความเชื่อมโยงกับกรอบเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน (SDGs) การปรับโครงสร้างประเทศไทยไปสู่ประเทศไทย 4.0 ธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 2 พ.ศ. 2559 การปฏิรูปประเทศไทยด้านสาธารณสุข แผนระยะ 20 ปี ด้านสาธารณสุข และให้ความสำคัญกับการอภิบาลระบบสุขภาพให้ยั่งยืน เพื่อลดความเหลื่อมล้ำ จัดระบบบริการสุขภาพให้ครอบคลุม เป็นธรรม เพื่อคนไทยมีสุขภาพที่แข็งแรง สามารถสร้างความเจริญเติบโตทางเศรษฐกิจของประเทศทั้งทางตรงและทางอ้อม ดังนั้นเพื่อเป็นการวางรากฐานของระบบสุขภาพให้เข้มแข็ง และสามารถต่อยอดให้เกิดผลสัมฤทธิ์ได้อย่างต่อเนื่อง รัฐบาลจึงกำหนดวิสัยทัศน์ในการทำแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติฉบับนี้ไว้ว่า "ระบบสุขภาพไทยเข้มแข็ง เป็นเอกภาพ เพื่อคนไทยสุขภาพดี สร้างประเทศให้มั่นคง มั่งคั่ง และยั่งยืน"

จะเห็นได้ว่า แผนพัฒนาการสาธารณสุขทั้งหมดข้างต้นนี้ เป็นตัวแทนของภาคปฏิบัติการของรัฐในการเข้าไปควบคุมกำกับดูแลการบริหารจัดการสุขภาพของพลเมืองโดยใช้การแพทย์สมัยใหม่เป็นเครื่องมือ โดยในระยะแรกมุ่งที่จะสร้างสถาบันทางการแพทย์อย่างโรงพยาบาลและสถานอนามัยให้ครอบคลุมทุกจังหวัดเพื่อขยายฐานปฏิบัติการตามแนวทางการสร้างชาติผ่านการสาธารณสุข ต่อมาจึงปรับเปลี่ยนวิธีการโดยมุ่งให้ความสำคัญกับการให้พลเมืองไทยมีส่วนร่วมในการกำกับดูแลสุขภาพของตนเองให้มี "สุขภาพะที่สมบูรณ์" แทน ด้วยการสถาปนาความจริงที่ว่า "สุขภาพดี ชีวิตมีสุข"

ยุคที่ 4 องค์การอิสระทางสาธารณสุขกับปฏิบัติการปฏิรูประบบสุขภาพ

ภายหลังเหตุการณ์ 14 ตุลาคม 2516 การแพทย์และการสาธารณสุขไทยได้พัฒนาการอย่างก้าวกระโดด ใน พ.ศ. 2517 ได้เกิดเหตุการณ์สำคัญซึ่งนับเป็นการเริ่มต้นประวัติศาสตร์การปฏิรูประบบการแพทย์และการสาธารณสุขในยุคนั้นคือ "การปรับปรุงส่วนราชการกระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2517" ภายใต้การนำของศาสตราจารย์สัญญา ธรรมศักดิ์ นายกรัฐมนตรีในขณะนั้น ได้มีการปรับปรุงโครงสร้างการบริหารราชการในกระทรวงสาธารณสุขใหม่ โดยปรับให้ปลัดกระทรวงสาธารณสุขสามารถปฏิบัติหน้าที่ตามความรับผิดชอบได้อย่างทั่วถึงและมีความคล่องตัวในการบริหาร โดยราชการบริหารส่วนภูมิภาคได้เปลี่ยนมาสังกัดขึ้นกับสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขแทนกรม การแพทย์และกรมอนามัยเหมือนก่อน ในระดับจังหวัดได้มีการมอบหมายให้นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดทำหน้าที่เป็นผู้ดูแลบังคับบัญชาหน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขทั้งหมดที่ตั้งอยู่ และมีหน้าที่บริการเฉพาะในเขตจังหวัดของตนทำหน้าที่เหมือนเป็นผู้ว่าราชการจังหวัดของกระทรวงสาธารณสุข และปรับปรุงให้สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขมีหน่วยงานที่จำเป็นในการวางแผนและบริหารราชการของตนเองได้อย่างครบครัน (สันติสุข โสภณศิริ, 2545: 241-243)

ใน ปี พ.ศ. 2520 ซึ่งเป็นปีที่ประกาศใช้แผนพัฒนาการสาธารณสุขฉบับที่ 4 ได้เกิดจุดเปลี่ยนที่สำคัญอีกประการหนึ่งขึ้นคือ เป็นช่วงเวลาที่กระทรวงสาธารณสุขไทยมุ่งให้ความสำคัญกับ "การสาธารณสุขมูลฐาน" (Primary Health Care) อย่างเด่นชัด โดยมุ่งพัฒนาประชาชนให้เกิดความรู้ความเข้าใจ และสามารถช่วยเหลือ

หรือดำเนินการสาธารณสุขขั้นพื้นฐานที่จำเป็นได้ด้วยตัวเอง ซึ่งจะช่วยลดปัญหาที่เกิดขึ้นกับประชาชนในท้องถิ่นได้ และสามารถแก้ไขปัญหาได้อย่างทั่วถึงและทั่วถึง โดยผสมผสานการรักษาพยาบาล การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค และการฟื้นฟูไว้ด้วยกัน ซึ่งประชาชนมีส่วนร่วมในการวางแผน การดำเนินงาน และการประเมิน โดยได้รับการสนับสนุนจากภาครัฐเป็นหลัก ซึ่งนรินทร์ สังข์รักษา (2547:94) มองว่า “เมื่อการแพทย์สมัยใหม่ ไม่สามารถให้บริการสุขภาพได้อย่างทั่วถึงและเพียงพอโดยเฉพาะอย่างยิ่งในชุมชนชนบท...รัฐจึงได้มีการสถาปนา การสาธารณสุขมูลฐานขึ้นมาโดยกระบวนการเดียวกับการแพทย์สมัยใหม่ และทำให้ชุมชนชนบทเชื่อว่าสามารถที่จะเข้าถึงบริการสุขภาพได้อย่างเสมอภาคและเท่าเทียมกับชุมชนเมืองอันเป็นการสร้างความชอบธรรมและการดำรงอยู่ให้กับการแพทย์สมัยใหม่ ด้วยการชี้ชวนให้คนในชุมชนได้ปฏิบัติตามแนวทางของการสาธารณสุขมูลฐาน เพื่อที่จะสามารถดูแลสุขภาพแบบเบื้องต้นได้ด้วยตนเอง และการใช้ทรัพยากรที่มีอยู่ในท้องถิ่น รวมถึงการสร้างเครือข่ายให้ชาวบ้านในชุมชนชนบท ได้เข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพ ซึ่งถือเป็นจุดเปลี่ยนที่สำคัญของรูปแบบในการจัดการดูแลสุขภาพ จากการบำบัดรักษาไปสู่การดูแลสุขภาพของคนในชุมชนชนบท”

ในปี พ.ศ.2521 ได้มีการก่อตั้งชมรมแพทย์ชนบทขึ้นโดยมีประธานชมรมคนแรกคือ นายแพทย์ อุเทน จารณศรี โดยช่วงแรกของการจัดตั้งนั้นมุ่งที่จะแก้ไขปัญหาและพัฒนาระบบการทำงานของโรงพยาบาล อำเภอเป็นหลักเพื่อให้มีประสิทธิภาพ และช่วยเหลือแพทย์ในชนบทให้สามารถทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น ต่อมาในปี พ.ศ.2523 กลุ่มแพทย์ชนบทได้รวมตัวกันริเริ่มให้มีการจัดตั้งมูลนิธิแพทย์ชนบทขึ้นมา โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อสนับสนุนการบริการด้านการแพทย์และการสาธารณสุขในชนบท สนับสนุนการวิจัยทางการแพทย์และสาธารณสุขในชนบท สนับสนุนการเผยแพร่ข้อมูลข่าวสารทางด้านการแพทย์และสาธารณสุขในชนบท และเพื่อส่งเสริมขวัญและกำลังใจของแพทย์ที่ปฏิบัติงานอยู่ในชนบท ซึ่งการเคลื่อนไหวดังกล่าวนับเป็นก้าวแรกของการสถาปนาอำนาจของวิชาชีพทางการแพทย์ให้มีความมั่นคง และเกิดอำนาจต่อรองกับรัฐมากขึ้น ด้วยสามารถวิพากษ์ วิเคราะห์ระบบการแพทย์การสาธารณสุขภาครัฐได้จากองค์กรวิชาชีพเดียวกัน และกลุ่มแพทย์ชนบทเหล่านี้เองถือเป็นกลุ่มหลักที่เป็นกำลังสำคัญในการดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐานในชนบทไทย

ต่อมาในช่วงพ.ศ.2530 กลุ่มแกนนำสำคัญในการจัดตั้งมูลนิธิแพทย์ชนบทได้เติบโตกลายเป็นผู้บริหารในกระทรวงสาธารณสุขมากขึ้น ในช่วงนี้เองที่แพทย์กลุ่มดังกล่าวเริ่มจับประเด็นปัญหาของระบบสุขภาพโดยเชื่อมโยงกับโครงสร้างของระบบและการวางนโยบายสาธารณะ ภายใต้ชื่อของ "กลุ่มสามพราน" ที่ร่วมหารือแลกเปลี่ยนประสบการณ์ในประเด็นระบบสุขภาพ จนความคิดเหล่านั้นถูกขัดเกลาจนกลายเป็นรูปธรรมด้านนโยบายและทิศทางการทำงานระดับประเทศ (ระชา ฤชชงค์, นภนาท อนุพงศ์พัฒน์ และโกมาตร จึงเสถียรทรัพย์, 2556: 59-60) ผลงานสำคัญของกลุ่มหมอสามพราน ได้แก่ การจัดตั้งมูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ ที่ได้รับทุนสนับสนุนส่วนหนึ่งจากมูลนิธิร็อกกีเฟลเลอร์ ซึ่งมูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาตินี้นับเป็นองค์กรอิสระด้านสุขภาพแห่งแรกที่มีการทำงานถักทอร่วมกันเป็นเครือข่ายข้ามพรมแดนสาขาวิชา และพรมแดนของสถาบัน และอยู่ในฐานะที่จะผลักดันการสร้างเสริมสุขภาพให้เกิดขึ้นแก่ประชาชนชาวไทยได้ และจากการกำเนิดขึ้นของมูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาตินี้เอง จึงเป็นจุดเริ่มต้นที่สำคัญที่ก่อให้เกิดการจัดตั้ง "องค์กรอิสระทางสาธารณสุขตระกูล ส." ที่มีบทบาทสำคัญในการดำเนินนโยบายด้านสุขภาพในประเทศไทยตามมาในเวลาต่อมา ได้แก่ สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข

(สวรส.) สำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ (สปรส.) สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) และสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.)

การถือกำเนิดขึ้นของสถาบัน “ตระกูล ส.” เหล่านี้ เกิดขึ้นภายใต้การขับเคลื่อนจากกลุ่มนักวิชาการทางการแพทย์กลุ่มสำคัญอย่าง “หมอสามพราน” ภายใต้การนำของ ศาสตราจารย์นายแพทย์ประเวศ วะสี ก่อให้เกิดการทำงานสอดประสานกันเพื่อให้เกิดความเปลี่ยนแปลงในระบบสุขภาพของสังคมไทย โดยทั้ง 4 หน่วยงาน ต่างมีจุดมุ่งหมายในการทำงานเพื่อจัดการองค์ความรู้ไปสู่การพัฒนาระบบสุขภาพ ระบบบริการสุขภาพที่มีคุณภาพมาตรฐานสำหรับประชาชน โดยให้ความสำคัญกับนโยบายสาธารณะแบบมีส่วนร่วมบนพื้นฐานทางปัญญา อันจะนำไปสู่ระบบสังคมที่เอื้อต่อการมีสุขภาพะ

ยุคที่ 5 สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) กับการปฏิรูประบบสุขภาพ

สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) ได้ถือกำเนิดขึ้นในประเทศไทยในปี พ.ศ. 2544 ภายใต้การผลักดันของกลุ่มบุคลากรทางการแพทย์ผู้มีบทบาทยิ่งในวงการสาธารณสุขไทย เป็นองค์กรอิสระที่มีบทบาทสำคัญในการกำหนดนโยบายการประชาสัมพันธ์ธรรมาภิบาลเพื่อสุขภาพของคนไทย โดยมีเงินทุนหลักที่ได้จากเงินบำรุงกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพซึ่งมาจากภาษีบาปที่รัฐจัดเก็บจากผู้ผลิตและนำเข้าสุราและยาสูบในอัตราร้อยละ 2 ของภาษีที่ต้องชำระ

สสส.เกิดจากความร่วมมือกันของกลุ่มหมอสามพราน นำโดย ศาสตราจารย์นายแพทย์ประเวศ วะสี และเครือข่าย โดยมี ศาสตราจารย์นายแพทย์ประกิจ วาทีสาธกกิจ และ นายแพทย์สุกกร บัวสายเป็นแกนนำ เคลื่อนไหวให้เกิดการจัดตั้ง สสส.ขึ้น โดยเริ่มจากการที่ ศาสตราจารย์นายแพทย์ประเวศ วะสี ไปประชุมที่องค์การอนามัยโลกในระหว่างปี พ.ศ.2518-2519 และมองเห็นความสำคัญว่าบุหรี่เป็นสาเหตุของการเสียชีวิตของประชากรก่อนวัยอันควรเป็นจำนวนมากในศตวรรษนี้ แต่ประเทศไทยยังไม่มีมาตรการและเคลื่อนไหวเพื่อรับมือกับปัญหานี้แต่อย่างใด จึงได้ร่วมมือกับ ศาสตราจารย์นายแพทย์อรรถสิทธิ์ เวชชาชีวะ เพื่อสร้างความร่วมมือระหว่างคณะแพทย์ศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี และมูลนิธิหมอชาวบ้าน จัดตั้งเป็นโครงการ “รณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่” ขึ้นมาเป็นครั้งแรก ในปี พ.ศ.2529 โดยมี นายแพทย์ไพฑูริย์ สุริยะวงศ์ไพศาล เป็นผู้รับผิดชอบโครงการ ต่อมาโครงการดังกล่าวได้ยกระดับเป็นมูลนิธิรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่ ต่อมาในปีพ.ศ. 2430 โครงการได้ร่วมกับชมรมแพทย์ชนบทแห่งประเทศไทย จัดงานวันรณรงค์เรียกร้องสิทธิผู้ไม่สูบบุหรี่ขึ้น นับเป็นการรณรงค์เพื่อสุขภาพในระดับชาติครั้งแรกที่เกิดขึ้นในประเทศไทย

ต่อมาในสมัยรัฐบาล ฯพณฯ พลเอกชาติชาย ชุณหะวัณ ประเทศไทยได้รับความกดดันอย่างมากจากสหรัฐอเมริกาเพื่อให้เปิดรับบุหรี่ต่างชาติมาจำหน่ายในประเทศ ดังนั้นเพื่อเป็นการลดแรงกดดันในประเทศ รัฐบาลจึงได้ออกพระราชบัญญัติควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ พ.ศ.2535 และพระราชบัญญัติคุ้มครองสุขภาพผู้ไม่สูบบุหรี่ พ.ศ.2535 ขึ้น แต่คณะกรรมการควบคุมการบริโภคยาสูบแห่งชาติ (คбыช.) ที่รัฐบาลแต่งตั้งขึ้นมาก็ยังไม่มีบทบาทในการดำเนินการขับเคลื่อนต่อต้านการสูบบุหรี่มากนัก จนกระทั่งได้มีการก่อตั้งสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) ขึ้นในเวลาต่อมา เมื่อ นายแพทย์สุกกร บัวสาย ผู้มีความสนใจในประเด็นการรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่ได้มาปฏิบัติงานที่ สวรส. จึงได้มีการผลักดันให้เกิดความสนใจในการจัดการความรู้สู่การจัดทำ

นโยบาย และขับเคลื่อนเพื่อให้เกิดการก่อตั้งหน่วยงานที่ดูแลและส่งเสริมสุขภาพโดยเฉพาะอย่างยิ่งในประเด็น การสูบบุหรี่ขึ้น

กลุ่มนักวิชาการทางการแพทย์ผู้ผลักดันให้เกิดการจัดตั้ง สสส.ได้ค้นคว้ารวบรวมข้อมูลต่างๆ ทั้งจาก ธนาคารโลก องค์การอนามัยโลก และรวบรวมความรู้เกี่ยวกับการเก็บภาษีบาปและผลักดันให้เกิดการขึ้นภาษีเพื่อ สุขภาพขึ้น โดยนำเสนอผลงานวิจัยทางเศรษฐศาสตร์และสาธารณสุขเพื่อชี้ให้เห็นถึงผลกระทบที่รัฐได้รับจากการ ที่ประชาชนสูบบุหรี่ที่ส่งผลให้รัฐต้องใช้จ่ายเพื่อเยียวยารักษาผู้ป่วย โดยได้เชิญที่ปรึกษาองค์การอนามัยโลกเข้าหารือและพบปะกับรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขสมัยนั้น จึงทำให้นำไปสู่การผลักดันให้เกิดการขึ้น ภาษีบุหรี่ขึ้นในปี พ.ศ.2536 ซึ่งการขึ้นภาษีสรรพสามิตบุหรี่ครั้งนั้นถือเป็นการขึ้นภาษีบุหรี่เพื่อสุขภาพครั้งแรก และเกิดจากการผลักดันของกลุ่มแกนนำต่อต้านบุหรี่โดยแท้ เพราะในขณะนั้นรัฐบาลไม่มีความจำเป็นทางการ คลังที่จะต้องขึ้นภาษี (ปาริชาติ ศิวะรักษ์, 2545: 25)

หลังจากการขึ้นภาษีบุหรี่ กลุ่มแกนนำยังคงเดินทางศึกษาเรื่องการจัดตั้งองค์กรส่งเสริมสุขภาพ โดย ใช้รายได้ส่วนหนึ่งจากภาษีบาปที่จัดเก็บมาเป็นทุนในการดำเนินงานองค์กรส่งเสริมสุขภาพ โดย นายแพทย์ ประกิต วาณิชารกิจ ได้ศึกษาข้อมูลจากมูลนิธิส่งเสริมสุขภาพแห่งรัฐวิกตอเรีย (Victorian Health Promotion Foundation-VicHealth) ของประเทศออสเตรเลีย เป็นต้นแบบในการจัดตั้งองค์กรกึ่งรัฐที่มีการบริหารเป็นอิสระ และทำหน้าที่สนับสนุนทุนแก่กิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับการส่งเสริมสุขภาพ ความปลอดภัย การป้องกันโรค และ สร้างจิตสำนึกให้ชุมชนตระหนักถึงความสำคัญของการมีสุขภาพดี

ในปี พ.ศ.2539 สสส.เป็นแกนนำสำคัญในการจัดประชุมวิชาการหลายครั้งที่เกี่ยวข้องกับการปฏิรูป เพื่อสุขภาพ และสนับสนุนให้มีการจัดตั้งองค์กรส่งเสริมสุขภาพ โดยในการประชุมวันที่ 15 พฤษภาคม 2539 ศาสตราจารย์นายแพทย์ประเวศ วะสี ได้นำเสนอแนวคิดเรื่องการจัดตั้งสำนักงานสร้างเสริมสุขภาพ โดยอาศัย ภาษีบาปให้เป็นองค์การมหาชนอิสระ และเสนอว่าหน่วยงานนี้ควรมีขนาดใหญ่พอสมควร มีความเป็นอิสระ ภายใต้อำนาจกำกับของคณะกรรมการซึ่งมีหน้าที่กระตุ้นให้เกิดกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับการส่งเสริมสุขภาพอย่าง จริงจังต่อเนื่อง (ปาริชาติ ศิวะรักษ์, 2545: 44-45) และจากการผลักดันในปีนั้นเองจึงทำให้รัฐบาลแต่งตั้งให้มี “คณะทำงานจัดทำข้อเสนอมาตรการจัดตั้งสถาบันเอกชนเพื่อสาธารณสุขและกองทุนเพื่อส่งเสริมสุขภาพและ ประกันสุขภาพ” ขึ้นในเดือนสิงหาคม พ.ศ.2539 โดยมี นายแพทย์สงวน นิตยารัมภ์พงศ์ เป็นประธาน

ต่อมาในเดือนกันยายน พ.ศ.2541 คณะรัฐมนตรีมีมติให้เปิดเสรีการผลิตและจำหน่ายสุรา และให้กระ ทรวงการคลังหาแนวทางในการลดผลกระทบทางสังคมอันอาจเกิดจากการแข่งขันทางการตลาดเพื่อโน้มน้าวให้ ประชาชนบริโภคสุรา โดยอาจขอรับการสนับสนุนทางการเงินจากโรงงานสุราต่างๆ และจากมติในครั้งนั้นเอง ได้ เกิดแนวคิดที่จะจัดเก็บเงินบำรุงกองทุนจากสุรา ผนวกรวมเข้ากับยาสูบซึ่งเป็นสินค้าที่ทำลายสุขภาพของ ประชาชน เป็นการจัดเก็บภาษีบาป และให้คณะทำงานที่แต่งตั้งโดยมีกรมสรรพสามิตเป็นผู้รับผิดชอบยกร่าง พระราชบัญญัติกองทุนเพื่อการรณรงค์ให้งดบริโภคสุรา ยาสูบ เสนอกระทรวงการคลังพิจารณาในเดือนมิถุนายน พ.ศ.2542

จวบจนกระทั่งในปี พ.ศ.2544 ประเทศไทยมีการเลือกตั้งและได้รับรัฐบาลใหม่ นำโดย พันตำรวจโท ดร.ทักษิณ ชินวัตร ซึ่งนโยบาย “สามสิบบาทรักษาทุกโรค” เป็นนโยบายสำคัญในช่วงหาเสียงเลือกตั้ง และได้ นายแพทย์สุรพงษ์ สืบวงศ์ลี เข้าดำรงตำแหน่งรัฐมนตรีช่วยว่าการกระทรวงสาธารณสุขกลุ่มแกนนำจึงขอให้มีการสนับสนุนการจัดตั้งองค์กรสร้างเสริมสุขภาพเนื่องจากมีความสอดคล้องและหนุนเสริมนโยบายของรัฐบาลเป็นอย่างดี เรื่องดังกล่าวจึงได้ถูกนำเสนอเข้าสู่สภาเพื่อพิจารณาอีกครั้ง ซึ่งแกนนำต้องทำงานหนักในการพบปะสมาชิกรัฐสภาเพื่อขอการสนับสนุน โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ศาสตราจารย์นายแพทย์ประเวศ ซึ่งมีบทบาทสำคัญในการโน้มน้าวความคิดของสมาชิกรัฐสภาบางกลุ่มที่ไม่เห็นด้วย (ปาริชาติ ศิวะรักษ์, 2545: 72-73) จนในที่สุดร่างพระราชบัญญัติกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ จึงได้รับความเห็นชอบจากสภาผู้แทนราษฎร และประกาศใช้ในราชกิจจานุเบกษาในวันที่ 7 พฤศจิกายน 2544 และมีผลบังคับใช้ในวันถัดมา

สสส. เป็นองค์กรสร้างเสริมสุขภาพที่รับผิดชอบงานสร้างเสริมสุขภาพโดยยึดหลักปรัชญาและแนวคิดของการสร้างเสริมสุขภาพ “เน้นสร้างมากกว่าซ่อม” ตามประกาศ “กฎบัตรออตตาวา” (Ottawa Charter for Health Promotion) พ.ศ.2529 ซึ่งส่งเสริมให้มีการสร้างเสริมระบบสาธารณสุขแนวใหม่โดยประกาศเจตนารมณ์เรื่องการสาธารณสุขมูลฐานที่สนับสนุนเป้าหมายสุขภาพดีถ้วนหน้า ซึ่งมีความเชื่อว่า สุขภาพดีเป็นแหล่งประโยชน์อันสำคัญของการพัฒนาด้านสังคมและเศรษฐกิจและการพัฒนาในระดับบุคคล นอกจากนี้สุขภาพยังเป็นองค์ประกอบสำคัญของคุณภาพชีวิตด้วย ปัจจัยทางการเมือง เศรษฐกิจ สังคม วัฒนธรรม สิ่งแวดล้อม พฤติกรรม และปัจจัยทางชีวภาพล้วนสามารถส่งเสริมสุขภาพและเป็นอันตรายต่อสุขภาพได้ การสร้างเสริมสุขภาพมีเป้าหมายเพื่อปรับเปลี่ยนให้ปัจจัยเหล่านี้ส่งผลดีต่อสุขภาพผ่านการสนับสนุนชี้แนะเพื่อสุขภาพ

องค์การอนามัยโลก (WHO) มองว่า การสร้างเสริมสุขภาพเป็นกระบวนการที่เอื้ออำนวยให้พลเมืองสามารถเพิ่มความสามารถในการควบคุม และปรับปรุงสุขภาพของตนเอง การจะเข้าถึงสภาวะที่สมบูรณ์ทั้งกาย จิตและสังคมนั้น บุคคลหรือกลุ่มบุคคลต้องสามารถระบุถึงสิ่งที่ต้องการบรรลุและบรรลุในสิ่งที่ต้องการได้ รวมถึงสามารถปรับเปลี่ยนสิ่งแวดล้อมหรือสามารถปรับตัวให้เข้ากับสิ่งแวดล้อมที่เปลี่ยนไปได้ สุขภาพจึงมิใช่เป้าหมายแห่งการดำรงชีวิตอยู่อีกต่อไป หากแต่เป็นแหล่งประโยชน์ของทุกวันที่เราดำเนินชีวิต สุขภาพเป็นแนวคิดด้านบวกที่มุ่งเน้นแหล่งประโยชน์ทางสังคมและแหล่งประโยชน์ส่วนบุคคล รวมถึงศักยภาพทางกายของบุคคล ดังนั้นการสร้างเสริมสุขภาพจึงไม่เป็นเพียงความรับผิดชอบของภาคส่วนที่ดูแลสุขภาพเท่านั้น แต่ยังมุ่งไปที่รูปแบบการดำเนินชีวิตที่ส่งผลดีต่อสุขภาพซึ่งจะนำไปสู่การมีสุขภาพะในที่สุด อย่างไรก็ตาม ก่อนจะมีสุขภาพดีได้นั้น จำเป็นจะต้องมีปัจจัยพื้นฐานที่ดีในด้านต่างๆต่อไปนี้ก่อนจึงจะสามารถมีสุขภาพดีได้ ได้แก่ การมีสันติภาพ มีที่พักอาศัย มีการศึกษา มีอาหาร มีรายได้ มีระบบนิเวศที่มั่นคง มีแหล่งทรัพยากรที่เพียงพอ และมีความยุติธรรมและความเท่าเทียมกันในสังคม จึงเป็นที่มาของนิยามใหม่ของคำว่า “สุขภาพ” ขึ้น

องค์การอนามัยโลก (WHO) ได้นิยามความหมายใหม่ของคำว่า “สุขภาพ” ให้มีความหมายกว้างขึ้นว่า “สุขภาพ” คือ "State of complete physical, mental, and social well being, and not merely the absence of disease or infirmity." (WHO, 1948) หรือ “สภาวะความเป็นอยู่ที่ดีทั้งทางกาย จิต และสังคม และไม่ได้จำกัดอยู่แค่เรื่องของโรคหรือความบกพร่องหรือขีดจำกัดด้านร่างกายและจิตใจ” และนิยามความหมายของ “ระบบสุขภาพ” ว่าเป็น “Sum total of all the organizations, institutions and

resources whose primary purpose is to improve health” (WHO, 2000) หรือ “การดำเนินกิจกรรมของทุกองค์กร สถาบัน และทรัพยากรต่างๆ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาสุขภาพ” ซึ่งทั้งสองนิยามดังกล่าวถูกนำมาใช้เป็นแนวคิดรากฐานในการปฏิรูประบบสุขภาพของไทย และ สสส.ได้รับมาใช้ในการเวลาต่อมา

จากการเคลื่อนตัวของแผนการดำเนินงานด้านสุขภาพขององค์การอนามัยโลก ที่ สสส. รับมาใช้ในการเดินทางเพื่อเสริมสร้างสุขภาพโดยการเน้น “สร้างก่อนซ่อม” ซึ่งมุ่งควบคุมดูแลให้พลเมืองในประเทศให้มี “สุขภาพ” ที่ดีขึ้นนั้น สสส.ได้ดำเนินงานภายใต้ยุทธศาสตร์แบบ “ไตรพลัง” หรือ “สามเหลี่ยมเขยื้อนภูเขา” คือ การใช้พลังปัญญา (การสร้างความรู้) พลังนโยบาย(อำนาจทางการเมือง) และพลังสังคม (การเคลื่อนไหวทางสังคม) สอดประสานกันเพื่อขับเคลื่อนให้เกิดการเปลี่ยนแปลงสู่สังคมสุขภาวะอย่างรอบด้าน ทั้งสุขภาวะทางกาย สุขภาวะทางจิต สุขภาวะทางปัญญา และสุขภาวะทางสังคม จะเห็นได้ว่า มีการเคลื่อนตัวจากการนิยามหน้าที่ของหน่วยงานสาธารณสุขในรูปแบบเดิม จากการเป็นหน่วยงานที่ทำหน้าที่สร้างเสริมสุขภาพ ที่ให้ความสำคัญกับ “สุขภาพกายและสุขภาพจิต” เป็นสำคัญ มาสู่การเป็นหน่วยงานที่เน้นปฏิบัติการ “ควบคุมดูแล” การดำเนินชีวิตประจำวันของพลเมืองที่กว้างขวางขึ้นอย่างไม่เคยปรากฏมาก่อน กล่าวคือ ได้ขยายหน้าที่ไปสู่การดูแลพลเมือง ทั้งในแง่ของสุขภาพ จิตวิญญาณ การเมือง เศรษฐกิจ และสังคม ภายใต้คำเรียกขานใหม่ว่า “สุขภาพ” สอดคล้องกับนิยามความหมายที่ ศาสตราจารย์นายแพทย์ประเวศ วะสี กล่าวว่า “สุขภาพหรือสุขภาวะหมายถึงสุขภาวะทั้งทางกาย ทางจิต ทางสังคม และทางปัญญา หรือทางจิตวิญญาณ สุขภาพหรือสุขภาวะจึงเป็นเรื่องใหญ่ที่บูรณาการอยู่ในการพัฒนามนุษย์และสังคมทั้งหมด เป็นเรื่องที่อยู่เลยพรมแดนของกระทรวงสาธารณสุขออกไปมาก” และ “สุขภาพไม่ได้หมายถึงแพทย์ ยา โรงพยาบาล และการรักษาโรคเท่านั้น แต่หมายถึง สุขภาวะที่ครอบคลุมทั้งสุขภาพกาย จิตใจ ครอบครัว และสังคมทั้งหมด ดังนั้น หากฐานรากแข็งแรง ที่กล่าวมาทั้งหมดก็มั่นคง แต่การพัฒนาที่ผ่านมาเรามักจะสร้างจากยอดลงมา ทั้งทางด้านเศรษฐกิจและสังคมจึงไม่มั่นคง ดังนั้น จึงต้องสร้างฐานรากทั้งการสร้างสุขภาพส่วนบุคคลครอบครัว และสังคม ด้วยการนำหลักเศรษฐกิจพอเพียงมาช่วยในการพัฒนาทุกด้าน” (ประเวศ วะสี, 2542)

ยุคที่ 6 พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2550 "ธรรมนูญสุขภาพของประเทศไทย"

พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2550 เกิดจากการผลักดันของสำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ (สปรส.) ซึ่งเป็นหน่วยงานภายใต้การกำกับดูแลของสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) ที่ดำเนินการศึกษาเพื่อร่างแผนพระราชบัญญัติควบคู่ไปกับการจัดกระบวนการมีส่วนร่วมรับฟังความคิดเห็นและข้อเสนอแนะจากประชาชนทั่วประเทศผ่านการจัดสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ และได้รับประกาศใช้อย่างเป็นทางการใน พ.ศ. 2550 โดย พระราชบัญญัตินี้ดังกล่าวมีหน้าที่สำคัญในการหนุนเสริมกลไกต่างๆ ที่มีอยู่แล้ว ไม่ว่าจะเป็นกลไกของรัฐบาลที่จำแนกเป็นกระทรวง ทบวง กรม ต่างๆ กลไกภายใต้ พ.ร.บ.กองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) กลไกภายใต้ พ.ร.บ.หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) กลไกภายใต้ พ.ร.บ.สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) ให้ผสานตัวเข้าหากัน เพื่อช่วยกันทำงานพัฒนาสุขภาพหรือสุขภาวะที่มุ่งสู่ทิศทาง “สร้างนำซ่อม” ร่วมกันต่อไป

สิ่งที่เป็นการเปลี่ยนแปลงที่เห็นได้ชัดเจนใน พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติฉบับนี้คือการนิยามความหมายของคำว่า สุขภาพ ไว้ในมาตรา 3 ว่า “สุขภาพ หมายถึง ภาวะของมนุษย์ที่สมบูรณ์ทั้งทางกาย ทางจิต ทางปัญญา และทางสังคม เชื่อมโยงกันเป็นองค์รวมอย่างสมดุล” (ราชกิจจานุเบกษา, เล่ม 124 ตอนที่ 16 ก ลงวันที่ 19 มีนาคม 2550) นับเป็นการนิยามความหมายของสุขภาพที่ไม่จำกัดขอบเขตอยู่แต่ในเรื่องของสุขภาพกาย และสุขภาพจิตอีกต่อไป หากแต่ยังหมายรวมถึงสุขภาพทางปัญญา (Spiritual Health) และสังคม ซึ่งเป็นการเปลี่ยนผ่านจากการนิยามความหมายคำว่า “สุขภาพ” มาสู่ “สุขภาวะ” ที่ใช้กันในปัจจุบันนั่นเอง

ยุคที่ 7 กระแสโลกกับปฏิบัติการดูแลสุขภาพ

ภายหลังสงครามโลกครั้งที่ 2 ได้ยุติลงใน พ.ศ.2488 องค์การสหประชาชาติ (United Nations) ได้ถูกก่อตั้งขึ้นในฐานะองค์การระหว่างประเทศที่ทำหน้าที่อำนวยความสะดวกแก่ประเทศต่างๆในการให้ความร่วมมือกันในการทำงานเพื่อสันติภาพและการพัฒนาโดยอยู่บนหลักพื้นฐานของความยุติธรรม ศักดิ์ศรีของมนุษย์ และความกินดีอยู่ดีของทุกคน ในการประชุมกันเพื่อร่างกฎบัตรสหประชาชาติได้มีความเห็นร่วมกันว่า สหประชาชาติควรมีองค์การอนามัยระหว่างประเทศด้วย ดังนั้นองค์การอนามัยโลก (World Health Organization-WHO) จึงได้ถือกำเนิดขึ้นมาใน พ.ศ.2491 ในฐานะองค์การชำนาญพิเศษแห่งสหประชาชาติที่ได้รับการสนับสนุนจากประเทศที่ให้สัตยาบันต่อธรรมนูญขององค์การสหประชาชาติ โดยมีหน้าที่หลักในการประสานความร่วมมือระหว่างองค์กรและประเทศต่างๆเพื่อส่งเสริมสุขอนามัยของประชาชนทุกคน

องค์การอนามัยโลก (WHO) นับเป็นองค์การระหว่างประเทศที่มีส่วนสำคัญในการปฏิรูประบบสุขภาพในประเทศไทย โดยกลุ่มแกนนำที่ผลักดันเคลื่อนไหวให้เกิดการปฏิรูประบบสุขภาพต่างได้แรงบันดาลใจมาจากการเข้าร่วมประชุมนานาชาติกับองค์การอนามัยโลกด้วยกันทั้งสิ้น ไม่ว่าจะเป็น ศาสตราจารย์นายแพทย์ประเวศ วะสี ที่ได้รับแรงบันดาลใจในการเคลื่อนไหวเพื่อก่อตั้งโครงการณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่ และเป็นจุดเปลี่ยนที่ทำให้เกิดการจัดตั้ง สสส.ในเวลาต่อมา หรือการที่ประเทศไทยได้เข้าร่วมในการประชุมการสร้างเสริมสุขภาพครั้งที่ 1 ณ กรุงอตตาวา ในปีพ.ศ.2529 ทำให้เกิดการขับเคลื่อนสู่การสาธารณสุขแนวใหม่ที่องค์การอนามัยโลกสนับสนุนเป้าหมายสุขภาพดีถ้วนหน้าในปี พ.ศ.2543 ที่ประเทศไทยรับมาใช้ในแผนพัฒนาการสาธารณสุขฉบับที่ 7 (พ.ศ. 2535-2539) ซึ่งประสบความสำเร็จเป็นอย่างดี และต่อมาในการประชุมสมัชชาขององค์การอนามัยโลก พ.ศ.2541 ได้มีการเปลี่ยนนิยามความหมายคำว่าสุขภาพโดยเพิ่มคำว่า “Spiritual Well-being” หรือ “สุขภาวะทางจิตวิญญาณ” เข้าไปด้วย ซึ่งนิยามดังกล่าวได้ถูกนำมาใช้ในพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2550 และในการดำเนินงานของ สสส.

แม้ในการบริหารงานสาธารณสุขในประเทศไทย จะมีความพยายามผลักดันให้ก้าวเข้าสู่การเป็นรัฐสวัสดิการ (Welfare State) ทางสาธารณสุขที่รัฐจัดสวัสดิการด้านการแพทย์และการสาธารณสุขให้แก่ประชาชนทุกคนในสังคมอย่างทั่วหน้าและเท่าเทียม แต่ในทางปฏิบัติยังคงประสบปัญหาเรื่องความครอบคลุมของสวัสดิการที่ประชาชนไม่สามารถเข้าถึงได้ทุกคน อีกทั้งปัญหาเรื่องความเสถียรภาพทางการเงิน และการจัดเก็บภาษีที่ไม่ครอบคลุมและเพียงพอที่จะจัดรัฐสวัสดิการเต็มรูปแบบได้เหมือนประเทศรัฐสวัสดิการอื่นๆ จึงทำให้รัฐและหน่วยงานสาธารณสุขต้องใช้วิธีการต่างๆควบคู่กันไปในการดูแลสุขภาพพลเมือง ทั้งระบบสวัสดิการเบิกจ่ายค่า

รักษาพยาบาลสำหรับข้าราชการ ระบบประกันสังคม และระบบสิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้า แต่ก็ยังไม่เพียงพอ กับความต้องการของประชาชน

ปฏิบัติการดูแลสุขภาพพลเมืองในประเทศไทยมีความน่าสนใจ และมีเอกลักษณ์เฉพาะที่ต่างจาก ประเทศอื่นๆ ทั้งในเรื่องของการรับเอาการแพทย์แผนตะวันตกเข้ามาในสังคมไทยผ่านราชสำนักซึ่งมีบทบาทต่อการ พัฒนาระบบการแพทย์และสาธารณสุขในประเทศไทยในยุคแรกเป็นอันมาก แม้เมื่อการบริหารจัดการการ สาธารณสุขของประเทศจะถูกส่งผ่านมาอยู่ในมือของรัฐบาลภายหลังการเปลี่ยนแปลงการปกครอง พ.ศ.2475 แล้วก็ตาม สถาบันกษัตริย์ยังคงมีความเกี่ยวเนื่องกับการสาธารณสุขผ่านการเสด็จเยี่ยมราษฎรที่อยู่ห่างไกล การ จัดตั้งโครงการหน่วยแพทย์เคลื่อนที่ และการจัดตั้งกองทุนอานันทมหิดลเพื่อเป็นทุนการศึกษาให้นักศึกษา เรียนดีไปศึกษาด้านการแพทย์ต่อในต่างประเทศ ต่อมาในยุครัฐบาลจอมพลสฤษดิ์ ธนะรัชต์ ได้มีการสร้างอัตลักษณ์ชาติขึ้นมาใหม่ในเรื่องของ ชาติ-ศาสนา-กษัตริย์ เพื่อต่อสู้กับลัทธิคอมมิวนิสต์ และใช้หน่วยแพทย์เคลื่อนที่ พระราชทานเป็นหน่วยงานขับเคลื่อนในเขตทุรกันดารและพื้นที่สีแดงเนื่องจากเป็นหน่วยงานที่ไม่อิงการเมือง การเสด็จพระราชดำเนินไปยังพื้นที่ห่างไกลพร้อมหน่วยแพทย์เคลื่อนที่ เป็นสิ่งที่ทำให้ประชาชนนิยมชมชอบ พระองค์มากขึ้นเรื่อยๆ โครงการด้านสุขภาพต่างๆ ได้พัฒนาเป็นองค์กรที่มีความมั่นคงถาวรมากขึ้น เช่น การ เปลี่ยนแปลงจากกองทุนอานันทมหิดลกลายเป็นมูลนิธิอานันทมหิดล การก่อตั้งมูลนิธิราชประชานุเคราะห์ มูลนิธิ ราชประชานุเคราะห์ เป็นต้น (ภาคภูมิ แสงนกกุล, 2559) แม้เมื่อผ่านพ้นภัยคุกคามจากคอมมิวนิสต์แล้ว สถาบันกษัตริย์ยังคงถูกนำมาเชื่อมโยงเข้ากับประเด็นสุขภาพดังปรากฏในแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติฉบับที่ 9 (พ.ศ.2545-2549) ที่นำเอาปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียงของพระบาท สมเด็จพระเจ้าอยู่หัว รัชกาลที่ 9 เข้ามา ผสมผสานกับแผนพัฒนาสุขภาพแบบสายกลาง สถาบันทางสาธารณสุขบางแห่ง เช่น สำนักงานกองทุนสนับสนุน การสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) ก็ได้ใช้สถาบันกษัตริย์ในการรณรงค์ประเด็นสุขภาพต่างๆ ตามแผนงานของตนไม่ ว่าจะเป็นโครงการหยุดเหล้าหยุดดื่มน้ำเพื่อพ่อ ทำความดี 60 ปี 60 ล้านความดีถวายในหลวง สุข 8 สุขภาวะ ยั่งยืนด้วยวิถีชีวิตพอเพียง หรือโครงการหนึ่งเสียงยุติธรรมรุนแรงต่อผู้หญิง ที่ตั้งเอาพระเจ้าหลานเธอพระองค์เจ้า พัชรกิติยาภาเป็นพระเชษฐา เป็นต้น จึงนับได้ว่าปฏิบัติการดูแลสุขภาพพลเมืองไทยนั้นมีสถานะพิเศษ โดยใช้ สถาบันกษัตริย์เป็นจุดศูนย์รวมจิตใจเพื่อเข้าถึงประชาชน และทำให้ปฏิบัติการดูแลสุขภาพพลเมืองมีความชอบ ธรรมมากขึ้น

ในยุคที่เสรีนิยมใหม่กำลังเป็นกระแสที่ได้รับความนิยมจากทั่วโลก นโยบายจากต่างชาติหลายนโยบายเข้ามา มีบทบาทต่อการบริหารประเทศ โดยเฉพาะอย่างยิ่งการถูกกดดันจากประเทศมหาอำนาจอย่าง สหรัฐอเมริกาให้ไทยต้องเปิดตลาดบุหรี่ และตลาดสุราเสรี ซึ่งเป็นเหตุการณ์ที่สอดคล้องกับความพยายามของกลุ่ม แก่นนำผู้ก่อตั้ง สสส. ที่ต้องการจะจัดตั้งองค์กรอิสระที่ทำหน้าที่ส่งเสริมสุขภาพ จึงหยิบยกเอาประเด็นเรื่องบุหรี่ และสุรามาเป็นหนึ่งในปัจจัยหลักที่ต้องมีการจัดตั้ง สสส. ขึ้น ซึ่งกว่าจะผลักดันให้เกิดการจัดตั้งองค์กรขึ้นก็ต้อง ผ่านอุปสรรคต่างๆ มากมาย แต่ท้ายที่สุดก็สามารถใช้กระบวนการทางกฎหมายในการจัดตั้ง สสส. ได้สำเร็จ ทั้งยัง ดำเนินการขับเคลื่อนจนนำไปสู่การมีพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2550 อีกด้วย

บทส่งท้าย

จะเห็นว่า สิ่งที่ทำให้เกิดการเปลี่ยนผ่านจากการให้การดูแลสุขภาพของพลเมืองไทยโดยรัฐ ไปสู่การดูแล “สุขภาวะ” ของพลเมืองไทยโดยรัฐและองค์กรอิสระทางสาธารณสุขนั้น เกิดขึ้นทั้งจากปัจจัยภายในประเทศและภายนอกประเทศช่วยกันหนุนเสริม การขยายกรอบการทำงานของหน่วยงานด้านสาธารณสุขจากการดูแลสุขภาพ มาเป็นการดูแลสุขภาพนอกเหนือจากการขยายความรับผิดชอบในการทำงานของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องแล้ว ยังเป็นการขยายอาณาเขตแห่งการใช้อำนาจเข้าครอบครอง และมีอำนาจเหนือชีวิตของพลเมืองผ่านการให้คำแนะนำในการปฏิบัติตนเพื่อการไปสู่การมี “สุขภาวะที่ดี” ตามนิยามที่ภาครัฐได้กำหนดไว้นอกเหนือจากการศึกษาพัฒนาการของการขับเคลื่อนและขยายงานของหน่วยงานด้านสาธารณสุขแล้ว ควรมีการศึกษาว่าการขยายขอบเขตการปฏิบัติงานของหน่วยงานสาธารณสุขต่างๆนี้ ส่งผลกระทบใดกับการใช้ชีวิตประจำวันของพลเมือง และพลเมืองไทยมีความพึงพอใจมากน้อยแค่ไหนกับการขยายขอบเขตการปฏิบัติงานนี้

เอกสารอ้างอิง

ภาษาไทย

ทวีศักดิ์ เผือกสม.(2550).เชื้อโรค ร่างกาย และรัฐเวชกรรม ประวัติศาสตร์การแพทย์สมัยใหม่ในสังคมไทย.

กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

นรินทร์ สังข์รักษา.(2547).ถอดรหัสการสาธารณสุขมูลฐานในชุมชนชนบทไทย.(ปริญญาานิพนธ์).

มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ, บัณฑิตวิทยาลัย, สาขาวิชาพัฒนาศึกษาศาสตร์.

ประเวศ วะสี.(2542).บนเส้นทางใหม่การส่งเสริมสุขภาพ อภิวัฒน์ชีวิตและสังคม. กรุงเทพฯ:สำนักพิมพ์หมอชาวบ้าน.

ปาริชาติ ศิวะรักษ์.(2545).ถอดบทเรียนการจัดการความรู้-งานวิจัย กรณีศึกษา: กำเนิดกองทุน สสสกรุงเทพฯ: มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ.

ภาคภูมิ แสงกนกกุล.(2559).รัฐเวชกรรมไทย.สืบค้นจาก<https://prachatai.com/journal/2016/06/66530>

ระชา ฤกษ์รงค์,นภนาท อนุพงศ์พัฒน์ และโกมาตร จึงเสถียรทรัพย์.(2556).แพทย์ชนบท ธรรมชาติกับ

การเมืองสุขภาพ.กรุงเทพฯ: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.

วิชัย โชควิวัฒน์.(2545).ประวัติศาสตร์การปฏิรูปครั้งสำคัญของระบบสาธารณสุขไทย".ใน โกมาตร จึง

เสถียรทรัพย์ และชาติชาย มุกสง (บรรณาธิการ).พรมแดนความรู้ ประวัติศาสตร์การแพทย์

และสาธารณสุขไทย.กรุงเทพฯ: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.

สันติสุข โสภณศิริ.(2545).ศาสตราจารย์นายแพทย์เสม พริ้งพวงแก้วกับประวัติศาสตร์การแพทย์และสาธารณสุขไทยร่วมสมัย.ใน โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ และชาติชาย มุกสง (บรรณาธิการ).พรมแดนความรู้ ประวัติศาสตร์การแพทย์ และสาธารณสุขไทย.กรุงเทพฯ: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.

สำนักงานกองทุนสนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพ.(2559).แผนการดำเนินงานกองทุนสนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.2560.กรุงเทพฯ: สำนักงานกองทุนสนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพ.

สินศักดิ์ชนม์ อุ่นพรมมี.(2556).พัฒนาการสำคัญของการส่งเสริมสุขภาพ.กรุงเทพฯ: บริษัท ธนาเพรศจำกัด

ภาษาต่างประเทศ

World Health Organization (WHO) (1948). Constitution of the World Health Organization. Geneva: WHO.

World Health Organization (WHO) (2000). The world health report 2000: Health systems improving performance. Geneva: WHO.