

การวิเคราะห์ความเหลื่อมล้ำในระบบสุขภาพไทยช่วงเวลา พ.ศ. 2493-2539 ด้วยกรอบเศรษฐศาสตร์การเมือง

ภาณุภูมิ แสงนกกุล

บทคัดย่อ

ปัญหาความเหลื่อมล้ำในระบบสุขภาพไทยเป็นปัญหาที่ซับซ้อนและคงอยู่มาช้านาน ได้มีงานด้านเศรษฐศาสตร์สุขภาพจำนวนมากที่ศึกษาความสัมพันธ์ของปัจจัยด้านเศรษฐกิจสังคมต่อความเหลื่อมล้ำสุขภาพ การศึกษาและการกระจายเงินสุขภาพในไทย อย่างไรก็ตามการใช้กรอบวิเคราะห์ด้านเศรษฐศาสตร์การเมืองในเรื่องความเหลื่อมล้ำสุขภาพก็เป็นอีกทางเลือกหนึ่งเพื่ออธิบายทำไมถึงมีความเหลื่อมล้ำในปัจจัยสังคมเศรษฐกิจที่ส่งผลต่อสุขภาพ และผลกระทบของนโยบายการพัฒนาต่อความเหลื่อมล้ำในระบบสุขภาพไทย

บทความนี้มีจุดประสงค์ในการใช้กรอบเศรษฐศาสตร์การเมืองเพื่อ 1.) วิเคราะห์ปัจจัยทางสถาบันสามารถส่งผลกระทบต่อพัฒนาความเหลื่อมล้ำในระบบสุขภาพไทย 2.) เพื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างนโยบายการพัฒนาเศรษฐกิจในช่วงเวลาพ.ศ. 2493-2539 และนโยบายสุขภาพแห่งชาติซึ่งส่งผลกระทบต่อความเหลื่อมล้ำในระบบสุขภาพไทยตามมา

บทความนี้ได้ฉายภาพเส้นทางการระบาดของการแพทย์นิวตรอนถึงการพัฒนาของสถาบันชาติ สถาบันกษัตริย์และพุทธศาสนาในระบบสุขภาพไทย ซึ่งมีลักษณะแตกต่างจากกระบวนการแพทย์นิวตรอนของยุโรปตะวันตก และส่งผลทำให้ระบบสุขภาพไทยเป็นระบบผสมระหว่างกลไกตลาดและการแทรกแซงจากรัฐ ซึ่งแตกต่างจากระบบรัฐสวัสดิการแบบยุโรปตะวันตกที่รัฐมีอำนาจในการแทรกแซงกิจกรรมประชาชนเพื่อการกระจายสวัสดิการให้ประชาชนอย่างทั่วถึง แต่ระบบสุขภาพไทยรัฐมีขอบเขตหน้าที่และความรับผิดชอบจำกัดในการให้บริการสุขภาพประชาชน รัฐไทยเลือกที่จะให้เฉพาะกลุ่มประชากรที่สำคัญต่อการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ และกำหนดทิศทางนโยบายสุขภาพแห่งชาติอยู่ภายใต้ทิศทางการพัฒนาเศรษฐกิจ ซึ่งรูปแบบการพัฒนาเศรษฐกิจในช่วงเวลาพ.ศ. 2493-2539 ได้ให้ความสำคัญต่อการเติบโตทางเศรษฐกิจมากกว่าการลดความเหลื่อมล้ำและส่งผลให้นโยบายสุขภาพคำนึงถึงการเพิ่มขึ้นของค่าเฉลี่ยสุขภาพประชากรมากกว่าการลดความเหลื่อมล้ำเช่นกัน

คำสำคัญ: ความเหลื่อมล้ำ, ระบบสุขภาพไทย, กระบวนการแพทย์นิวตรอน, เศรษฐศาสตร์การเมือง, นโยบายการพัฒนา, นโยบายสุขภาพ

Inequality in Health System in Thailand from 1950 to 1996: The Political Economy Approach

Pakpoom Saengkanokkul

ABSTRACT

Inequality in Health system in Thailand is complex and persistent. There have been many health economics literatures that studied the relationship between socio-economic factors on health, health financing and healthcare in Thailand. However, the political economy approach is another interesting approach in this field to explain why and how socio-economic disparities occur and how these affect disparities in health. It can also explain the influences of national development policies on national health policies in Thailand.

This article aims to apply the political economy approach to: 1) analyze institutional factors that can affect the pathway of inequality in the Thai health system 2.) to analyze the relationship between economic development policies during 1950-1996 and the national health policy that resulted the disparity in the Thai health system

This article explains the medicalisation and institutionalisation of the Nation-Buddhism-King in Thai health system that was different from experiences of western European countries. Unlike the welfare States in European countries that have strong power to intervene individuals and society to distribute welfare, the Thai health system is a mixed system that based on market mechanism and government interventions. The Thai state has limited scope of duties and responsibilities in providing public health services. He chooses to give only the population that is important to national economic and social development. The national health policies are determined by the national development policies. Because of the development model of Thailand during 1950-1996 prioritized economic growth, national health policies aimed to increase average value of population health rather than reducing inequality.

KEYWORDS: Inequality, Thai Health System, Medicalisation, Political Economy, Development Policy, Health Policy.

1.เกริ่นนำ

ความเหลื่อมล้ำในระบบสุขภาพไทยเป็นปัญหาที่สำคัญต่อเนื่องมายาวนาน ถึงแม้ภาพรวมสุขภาพประชาชนไทยทั้งประเทศมีแนวโน้มสูงขึ้นต่อเนื่อง เช่น อายุคาดเฉลี่ยเมื่อแรกเกิดของประชากรไทยเพศชายมีแนวโน้มสูงขึ้นจาก 68.4ปีในปีพ.ศ. 2533 เป็น 69.4ปีในปีพ.ศ.2548 และ 71.5ปีในปีพ.ศ. 2556 หรืออัตราการตายของมารดาที่ลดลงอย่างต่อเนื่องจาก 374.3 ต่อการเกิดมีชีพ 100000 คนในปีพ.ศ.2505 เป็น 34.7 ในปีพ.ศ. 2529 และ 8.9 ในปีพ.ศ. 2554 (ภูษิต ประคองสาย (บก.) 2559, 137-139) แต่กลับพบว่าความเหลื่อมล้ำระหว่างกลุ่มประชากรย่อยกลับห่างมากขึ้น มีข้อมูลเชิงประจักษ์ เช่น กรุงเทพมหานครมีอัตราส่วนแพทย์ต่อประชากรสูงกว่าภาคตะวันออกเฉียงเหนือถึง 9.5 เท่าในปีพ.ศ.2529 และเพิ่มเป็น 14.3 เท่าในยุคเศรษฐกิจขยายตัวในปี พ.ศ. 2539

ถึงแม้ว่าภายหลังมีโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าแล้วความเหลื่อมล้ำมีแนวโน้มลดลง แต่ความแตกต่างของอัตราส่วนแพทย์ต่อประชากรระหว่างกรุงเทพมหานครและภาคอีสานยังคงสูงกว่า 4.7 เท่าในปีพ.ศ. 2553 (อึ้งแล้ว, 253) หรือการกระจายจำนวนเครื่องมือแพทย์ที่สำคัญและราคาสูงต่อจำนวนประชากรก็มีความเหลื่อมล้ำกัน เช่น ในปีพ.ศ. 2556 จำนวนเครื่อง Mammogram ต่อประชากรล้านคนมีค่า 4.2 ในเขตกรุงเทพมหานคร แต่กลับมีค่า 0.5 และ 0.9 ในภาคอีสานและภาคเหนือตามลำดับ (อึ้งแล้ว, 280) หรือ ในปีพ.ศ. 2556 จำนวนการให้บริการผู้ป่วยนอกต่อประชากรในกรุงเทพมหานครมีค่า 6.1ครั้งต่อประชากร แต่มีค่า 1.9 และ 2.6 ในภาคอีสานและภาคเหนือตามลำดับ (อึ้งแล้ว, 288)

ได้มีงานศึกษาอธิบายปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อความเหลื่อมล้ำในระบบสุขภาพไทย ซึ่งปัจจัยด้านเศรษฐกิจสังคมเช่น ระดับการศึกษา รายได้ครัวเรือน อาชีพ เป็นต้น ที่แตกต่างกันส่งผลให้เกิดความเหลื่อมล้ำ (เช่นงานของ Pannarunothai and Mills 1997; Nguanboonmak 2003; Lertkitiyos 2004; Kongsawat 2005; Sindecharak 2008) อย่างไรก็ตาม งานศึกษาดังกล่าวมิได้ศึกษาความเชื่อมโยงระหว่างนโยบายการพัฒนาของรัฐไทยส่งผลกระทบต่ออย่างไรต่อนโยบายสุขภาพและการกระจายที่ไม่เป็นธรรมในระบบสุขภาพไทย และขาดการวิเคราะห์สถาบันการเมืองในระบบสุขภาพไทยที่มีอิทธิพลต่อการออกแบบนโยบายสุขภาพ

สุขภาพเป็นเรื่องการเมือง Bamba et al. (2005) ให้เหตุผลว่า สุขภาพเป็นสิทธิพื้นฐานมนุษย์และเป็นสิทธิพลเมืองที่ทุกคนมีสิทธิการเข้าถึงได้ แต่มันมีความเหลื่อมล้ำในการกระจายทรัพยากร ปัจจัยต่างๆที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพเช่น การศึกษา ระดับรายได้ ปัจจัยเหล่านี้ล้วนได้รับอิทธิพลจากนโยบายพัฒนาและการเมือง นอกจากนี้ระบบสุขภาพเป็นระบบที่ต้องอาศัยศิลปะการบริหารรัฐกิจและนโยบายสาธารณะ และเกี่ยวข้องกับการผลิต การกระจายสุขภาพและบริการการรักษาภายใต้ทรัพยากรที่จำกัด ซึ่งนำไปสู่การเมืองในนัยของความขัดแย้งและกระบวนการแก้ไขความขัดแย้งด้วยการประนีประนอมหรือการเจรจาต่อรอง

Tuohy and Glied (2011) มองว่าถึงแม้มีงานเขียนด้านเศรษฐศาสตร์การเมืองจำนวนมาก แต่ยังคงมีการประยุกต์ใช้วิเคราะห์ในเรื่องสุขภาพเพียงเล็กน้อย การประยุกต์ใช้การวิเคราะห์ดังกล่าวในระบบสุขภาพเป็นที่น่าสนใจ เพราะลักษณะพิเศษของสุขภาพที่ต้องการการจัดการและการแทรกแซง

จากรัฐ ซึ่งได้แก่ 1.) สุขภาพเป็นสินค้าคุณธรรมที่ทุกคนต้องการและเนื่องจากการกระจายสุขภาพที่เหลื่อมล้ำจึงต้องการภาครัฐเข้ามาจัดการด้วยวิธีต่าง ๆ เช่น การประกัน 2.) ความไม่สมมาตรของข้อมูลข่าวสารระหว่างคนไข้และผู้ให้บริการ ซึ่งช่องว่างดังกล่าวทำให้ผู้ให้บริการหาผลประโยชน์ได้ จึงต้องอาศัยอำนาจรัฐเข้ามาควบคุม 3.) สุขภาพเป็นสินค้าสาธารณะ ซึ่งมีการบริโภคโดยคนจำนวนมาก และต้องการการลงทุนทั้งทางตรงและทางอ้อมจากภาครัฐ 4.) ผลกระทบภายนอกจากสุขภาพ สุขภาพสามารถส่งผลกระทบต่อบุคคลอื่นได้ เช่น การสูบบุหรี่ ซึ่งต้องอาศัยกลไกรัฐเข้ามาแก้ไข เช่น การเก็บภาษี

สุขภาพเป็นมิติหนึ่งของสวัสดิภาพประชาชน นโยบายสุขภาพจึงเป็นหนึ่งในนโยบายสาธารณะที่รัฐผลิตขึ้นมาเพื่อยกระดับสวัสดิการสังคม Gough (2008) ได้ศึกษาเปรียบเทียบรัฐสวัสดิการในยุโรป เขาอธิบายว่ามี 5 ปัจจัยที่ส่งผลให้แต่ละรัฐในยุโรปมีการผลิตนโยบายสังคมที่แตกต่างกันได้แก่ 1.) กระบวนการเปลี่ยนไปสู่อุตสาหกรรมและการเปลี่ยนแปลงสังคมมหภาค (Industrialization and Macrosocial Changes) 2.) ผลประโยชน์ กลุ่มผลประโยชน์ (Interests and interest groups or actors) 3.) สถาบัน รัฐ และระบอบการเมือง (Institutions, States, and Political systems) 4.) ความคิด และอุดมการณ์ (Ideas and Ideologies) 5.) ปัจจัยระหว่างประเทศและองค์กรเหนือรัฐ (International, Suprastate influences on policy making) และส่งผลลัพธ์ระดับสวัสดิการสังคมที่แตกต่างกัน

ในบทความนี้จึงเสนอการวิเคราะห์ด้วยกรอบเศรษฐศาสตร์การเมือง โดยใช้วิธีการวิเคราะห์ประวัติศาสตร์สถาบันนิยม (Historical Institutionalism)¹ มีจุดประสงค์เพื่อ 1.) วิเคราะห์การพัฒนาสถาบันการเมืองในระบบสุขภาพไทย และอิทธิพลของสถาบันดังกล่าวในการผลิตนโยบายสุขภาพไทย 2.) วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างนโยบายสุขภาพไทยและนโยบายพัฒนาเศรษฐกิจ และผลกระทบของนโยบายสุขภาพต่อการกระจายที่ไม่เป็นธรรม โดยช่วงเวลาที่เราวิเคราะห์เป็นช่วง พ.ศ. 2493 - 2539 ซึ่งเป็นช่วงระยะเวลาที่ระบบสุขภาพไทยประสบความสำเร็จในการเพิ่มระดับค่าเฉลี่ยของสุขภาพประชาชนอย่างเห็นได้ชัด แต่ขณะเดียวกันความเหลื่อมล้ำในระบบสุขภาพก็ขยายตัวเช่นกัน ซึ่งมีลักษณะคล้ายกับการเจริญเติบโตทางเศรษฐกิจไทยที่รายได้เฉลี่ยต่อหัวเพิ่มขึ้นอย่างชัดเจนแต่ขณะเดียวกันความเหลื่อมล้ำทางกระจายรายได้ก็สูงมากขึ้นเช่นกัน

1. Tuohy and Glied (2011) ได้สรุปว่าวิธีการวิเคราะห์ประวัติศาสตร์สถาบันนิยม มองว่าความสำคัญของสถาบันและกรอบนโยบายในการกำหนดการกระทำของรัฐนั้นไม่ควรมองเป็นแค่จุดเดียวในเวลาแต่เป็นสิ่งที่อยู่เหนือกาลเวลา ถึงแม้รัฐบาลจะตัดสินใจออกนโยบายในปัจจุบัน แต่ต้องใช้เวลานานในอดีตในการก่อร่างสร้างบริบทขึ้นมา การพัฒนานโยบายสุขภาพจึงกลายเป็นเส้นทางพัฒนาที่จำเพาะเจาะจงและส่งผลมาปัจจุบัน ซึ่งต้องการพลังจากภายในหรือภายนอกที่ใหญ่มากพอจะเกิดการเปลี่ยนแปลงสามารต่อการอยู่ในระบบสุขภาพได้ การวิเคราะห์ดังกล่าวสามารถใช้วิเคราะห์การเปลี่ยนแปลงระบบสุขภาพภายในประเทศเดียวว่าเหตุการณ์ใดในประวัติศาสตร์เป็นเหตุการณ์สำคัญและส่งผลเปลี่ยนแปลงอย่างไรในเวลาต่อมา

Beaussier (2016) วิเคราะห์ปัจจัยการเมืองและสถาบันของระบบสุขภาพในสหรัฐอเมริกาเพื่ออธิบายว่าเหตุใดนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าจึงไม่สำเร็จ โดยชี้ให้เห็นว่าสถาบันอย่างศาลรัฐธรรมนูญมีบทบาทมากในการแก้ไขเนื้อหาในนโยบายสาธารณะต่าง ๆ ไม่ให้สุดโต่งเกินไป ระบบการปกครองแบบสหพันธรัฐก็เป็นแรงต้านทานไม่ให้รัฐบาลกลางเข้าไปแทรกแซงนโยบายสวัสดิการในแต่ละมลรัฐ นอกจากนี้ยังใช้กรอบประวัติศาสตร์สถาบันนิยมเพื่อวิเคราะห์เปรียบเทียบระหว่างรัฐได้เช่นกัน เส้นทางพัฒนาที่แตกต่างกันของรัฐในรูปแบบต่าง ๆ สามารถส่งผลกระทบต่อระบบสุขภาพที่เหมือนหรือแตกต่างกัน

2. การพัฒนาสถาบันการเมืองในระบบสุขภาพไทย

2.1 กระบวนการแพทย์นาวิตร (Medicalisation)

มีนักวิชาการได้ให้คำนิยามกระบวนการแพทย์นาวิตร เช่น Conrad (1992) ได้ให้นิยามว่าเป็นกระบวนการที่ทาประเด็นปัญหาที่ไม่เกี่ยวข้องกับการแพทย์ให้เป็นเรื่องการนิยามและการรักษาทางการแพทย์ ซึ่งบ่อยครั้งหมายถึงการเจ็บป่วยหรือความผิดปกติ Illich (1976) ได้นิยามว่าเป็นกระบวนการที่ทำให้สังคมต้องพึ่งพาการแพทย์ ผู้เชี่ยวชาญการแพทย์ซึ่งอยู่ในระบบอุตสาหกรรมไม่เพียงแต่มีความรู้ความสามารถเท่านั้นแต่ค่อย ๆ ทำลายความสามารถของปัจเจกชนในการจัดการตนเองเรื่องสุขภาพและการเจ็บป่วย ผลสุดท้ายปัจเจกชนก็สูญเสียความเป็นอิสระ

สำหรับการเกิดกระบวนการแพทย์นาวิตร Conrad (1992) เห็นว่าปัจจัยสองประการสำคัญที่ส่งผลกระทบต่อกระบวนการแพทย์นาวิตรคือ กระบวนการเปลี่ยนเป็นรัฐฆราวาส และการเปลี่ยนแปลงสถานะของบุคลากรการแพทย์ ในด้านหนึ่งการแพทย์ถูกใช้เพื่อต่อต้านความเชื่อลัทธิต่าง ๆ แต่ในอีกด้านหนึ่งการแพทย์กลับผสมผสานกับลัทธิความเชื่อได้เช่นกัน เช่น การรักษาแพทย์พื้นบ้านในลาตินอเมริกา หมอยาให้การรักษาแก่กลุ่มคนชายขอบและกลายสภาพเป็นแพทย์นัคนุญ Conrad (2007, 9) ชี้ว่ากระบวนการแพทย์นาวิตรเกิดจาก 1.) อำนาจการแพทย์และอำนาจของบุคลากรการแพทย์ 2.) การเคลื่อนไหวของสังคมและกลุ่มผลประโยชน์ 3.) เกิดจากการแข่งขันระหว่างกลุ่มวิชาชีพการแพทย์ Contino (2016) ชี้ว่ารัฐมีบทบาทอย่างมากในกระบวนการแพทย์นาวิตร รัฐเป็นผู้ดำเนินงานบริหารจัดการระบบสาธารณสุข และมีหน้าที่รับผิดชอบในการควบคุมระบบเพื่อความปลอดภัยและสุขภาพของพลเมือง สุขภาพประชากรมีความสำคัญต่อเศรษฐกิจมหภาค ความยุติธรรมสังคมและความมั่นคงประเทศ การแทรกแซงของรัฐในหลายรูปแบบ เช่น การศึกษา ความรู้การป้องกันและส่งเสริมสุขภาพ การโฆษณาด้วยสื่อต่าง ๆ เป็นต้น ล้วนมีสาเหตุทางการแพทย์เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของปัจเจกชน

อย่างไรก็ตามกระบวนการแพทย์นาวิตรก็มีการเปลี่ยนไปหลายรูปแบบ Conrad (2007, 14-16) มีความเห็นว่า การที่กระบวนการแพทย์นาวิตรเปลี่ยนแปลงไปทำให้อำนาจของแพทย์และบุคลากรการแพทย์ค่อย ๆ ลดลง ตั้งแต่ทศวรรษ 90 อำนาจของผู้ป่วยในฐานะผู้บริโภคที่เพิ่มขึ้นได้เปลี่ยนแปลงการจัดการองค์กร การจัดการความรู้ในระบบสุขภาพ กลุ่มผู้เล่นกลุ่มอื่นล้วนเข้ามามีบทบาทและอำนาจมากขึ้น Nye (2003) ให้ความเห็นว่ากรอบความคิดเรื่องกระบวนการแพทย์นาวิตรไม่ได้หยุดนิ่งแต่มีการเปลี่ยนแปลงไปตามกาลเวลา ในช่วงปลายศตวรรษที่ 19 ถึงต้นศตวรรษที่ 20 กระบวนการแพทย์นาวิตรมุ่งให้ความสำคัญกับความสำเร็จของการเมืองและเศรษฐกิจมากกว่าเรื่องความยุติธรรมสังคมหรือสิทธิของพลเมือง เช่น กฎหมายต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพประชาชนในยุโรปช่วง 1870-1917 ได้แก่ กฎหมายการประกัน กฎหมายการบริบาลแม่และเด็ก กฎหมายการประกันทุพพลภาพ ล้วนมีเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพและผลิตภาพของประเทศ มีจุดประสงค์เพื่อลดจำนวนวันที่สูญเสียแรงงานและเพิ่มผลิตภาพ แต่กระบวนการแพทย์นาวิตรในปลายศตวรรษที่ 20 ก็เปลี่ยนแปลงไป การแพทย์มิได้มอบอำนาจให้แก่วิทยหรือบุคลากรทางการแพทย์เพียงฝ่ายเดียวเพื่อควบคุมประชากร แต่ก็สร้างความรู้ให้ปัจเจกและสังคมด้วยเช่นกันในการเป็นแรงด้านการควบคุมเพื่อรักษาเสถียรภาพและผลประโยชน์ของปัจเจก

ชน ถึงแม้การแพทย์จะผสานเป็นส่วนหนึ่งในรัฐสวัสดิการและบุคลากรการแพทย์กลายเป็นส่วนหนึ่งของระบบบริหารรัฐกิจ รัฐสวัสดิการมีความชอบธรรมในการแทรกแซงสังคมแต่รัฐก็ต้องประกันสิทธิและเสรีภาพของปัจเจกชนด้วยเช่นกัน การแทรกแซงของรัฐที่แต่เดิมมุ่งแต่ประสิทธิภาพและผลผลิตก็ค่อยๆ เขยิบมาให้ความสำคัญในด้านความเป็นธรรมสังคมไปพร้อมๆ กัน ซึ่งคล้ายกับความเห็นของ Rosanvallon (1990, 128-135) ที่ว่ารัฐสุขอนามัย (l'Etat hygiéniste) ที่เกิดขึ้นมาในช่วงศตวรรษที่ 19 มีความแตกต่างจากรัฐสวัสดิการ (l'État-providence) ในศตวรรษที่ 20 รัฐสุขอนามัยเป็นรัฐที่ให้ความสำคัญเฉพาะสังคมเพียงอย่างเดียวโดยไม่ปกป้องปัจเจกชน และไม่มีความสัมพันธ์ใด ๆ กับการพัฒนาสิทธิและความคิดด้านประชาธิปไตยในโลกสมัยใหม่ แต่เกี่ยวพันเฉพาะการก่อร่างและการเพิ่มบทบาทของรัฐในสถาบันสังคม ซึ่งต่างจากรัฐสวัสดิการที่วางรากฐานมาจาก ปทัสถานเรื่องความเท่าเทียมในการกระจาย เรื่องความยุติธรรมในสังคม รัฐสวัสดิการเป็นตัวกำหนดว่าแต่ละบุคคลมีสิทธิและหน้าที่รับผิดชอบอย่างไรบ้างต่อสังคมและสมาชิกคนอื่นโดยมีจุดประสงค์เพื่อก่อร่างสร้างความสมานฉันท์ขึ้นมาในสังคม

สำหรับ Foucault (1974B) รัฐเวชกรรมเป็นรูปแบบแรกของกระบวนการแพทย์นำวัตร์ในสังคมประเทศยุโรปตะวันตก พุทธิยคติตัวอย่างของเยอรมนีในศตวรรษที่ 18 รัฐเป็นวัตถุแห่งความรู้ เช่นเดียวกับเครื่องมือและสถานที่ในการรวบรวมความรู้ ซึ่งความรู้เป็นสิ่งที่รัฐขาดไม่ได้เพื่อให้กลไกรัฐทำงานต่อไปได้ เยอรมนีมีการพัฒนาวิทยาศาสตร์แห่งรัฐ (Science de l'Etat) ที่รวบรวมความรู้ต่าง ๆ รวมถึงความรู้ทางการแพทย์เข้าสู่รัฐส่วนกลาง ระบบตำรวจแพทย์ (medical police)² ถูกสร้างขึ้นเป็นระบบใหม่ในการเก็บรวบรวมสถิติและข้อมูลสุขภาพประชาชนเพื่อนำมาสร้างมาตรฐานความรู้ทางการแพทย์ ระบบสุขภาพและการวางแผนนโยบายบริหารสุขภาพส่วนกลางถูกจัดตั้งขึ้นเพื่อเป็นผู้กำหนดมาตรฐานทั่วทั้งรัฐ แพทย์มีสถานะเป็นเจ้าหน้าที่ของรัฐและทำงานให้กับรัฐส่วนกลาง พวกเขาได้รับมอบหมายให้สังเกตและเก็บรวบรวมข้อมูลทางการแพทย์ของผู้คนในแต่ละหมู่บ้านและส่งไปยังสถาบันกลาง ข้อมูลเหล่านี้สำคัญมากในการสร้างอำนาจให้รัฐเข้ามาควบคุมร่างกาย (บุคคลและสังคม) เพื่อประโยชน์ในการรักษาความมั่นคงแห่งชาติและการเจริญเติบโตทางเศรษฐกิจของประเทศ

รูปแบบที่สองคือรัฐใช้ความรู้ทางการแพทย์เพื่อเข้าควบคุมพื้นที่เอกชนและพื้นที่สาธารณะ ประเทศฝรั่งเศสในช่วงปลายศตวรรษที่ 18 เป็นตัวอย่างที่ยกขึ้นมา (Foucault 1974B) สาเหตุจากการปฏิวัติอุตสาหกรรมทำให้ชาวนานจำนวนมากรพพจากพื้นที่ชนบทเข้าไปทำงานโรงงานในเขตเมืองและเปลี่ยนเป็นชนชั้นกรรมาชีพ ด้วยความเป็นอยู่ที่ยากลำบากทำให้พวกเขารวมตัวกันเป็นสมาคมต่าง ๆ และสร้างความตึงเครียดในสังคมจากความขัดแย้งของชนชั้นกรรมาชีพและชนชั้นกลางในเมือง ความขัดแย้งทวีความรุนแรงมากพอที่จะเป็นเชื้อเพลิงในการปฏิวัติฝรั่งเศส การลุกฮือของคนจนและชนชั้นแรงงานสร้างความรุนแรง ความหวาดกลัวและคุกคามความมั่นคงของชนชั้นสูงและชนชั้นนายทุน

2. Tourney (2007) เสนอว่าการสร้างเสริมรักษาสุขภาพทางกายเป็นแรงผลักดันสำคัญทางการเมืองมาตั้งแต่ช่วงเอนไลเทนเม้นท์ แต่เป็นวิธีการที่ผ่านโดยระบบการกุศลซึ่งไม่ใช่บทบาทของรัฐในการเข้ามาสอดส่องดูแลสุขภาพร่างกายประชาชน และต้องรอถึงปี ค.ศ. 1764 ระบบตำรวจการแพทย์ถึงปรากฏครั้งแรกโดย Wolfgang Thomas Rau ซึ่งเป็นแพทย์และผู้บริหารโรงพยาบาลในออสเตรีย ได้ตีพิมพ์หนังสือหกเล่มกล่าวถึงหน้าที่ความรับผิดชอบของรัฐต่อการปกป้องสุขภาพประชาชน ซึ่งสะท้อนถึงการให้ความสำคัญพิเศษเข้าจัดการสาธารณะ

รัฐจำเป็นต้องหากลไกใหม่ในการควบคุมคนยากจนซึ่งฟูโกต์เรียกว่าการแพทย์เมือง (Médecine urbaine) หน่วยงานรัฐสามารถเข้าไปจัดระเบียบและควบคุมทุกพื้นที่ที่ชนชั้นยากจนอาศัยในนามของสาธารณสุขและสาธารณประโยชน์ หน่วยงานรัฐนอกจากคอยสอดส่องและควบคุมพฤติกรรมสุขภาพ ความเจ็บป่วยของแต่ละบุคคล แล้วยังสามารถควบคุมพื้นที่สาธารณะหรือปัจจัยทางสาธารณะต่างๆที่ส่งผลต่อการเกิดโรค เช่น ระบบชลประทาน ตลอดจนเรื่องอากาศที่เราหายใจในชีวิตประจำวัน การแพทย์เมืองได้สร้างความเข้มแข็งให้องค์กรปกครองท้องถิ่นในการบริหารและขยายขอบเขตการแทรกแซงพื้นที่สาธารณะรวมถึงพื้นที่เอกชน

การแพทย์แรงงานการผลิต (Médecine de la force de travail) เป็นรูปแบบที่สามของกระบวนการแพทยานุวัตรในยุโรป Foucault (1974B) ยกประเทศอังกฤษในศตวรรษที่ 19 เป็นตัวอย่าง รัฐบาลใช้ความรู้ทางการแพทย์ในการควบคุมแรงงานโดยการให้บริการสุขภาพเพื่อคนยากจนและชนชั้นแรงงาน แรงงานถูกผนวกเข้าในระบบเศรษฐกิจและการเมืองระดับชาติ คนจนได้รับประโยชน์จากการประกันสุขภาพแต่ในขณะเดียวกันพวกเขาก็ต้องยอมจำนนต่ออำนาจการควบคุมของรัฐบาลแรงงานที่มีสุขภาพดีเป็นสิ่งสำคัญในการยกระดับการผลิตของชาติ คนยากจนที่มีสุขภาพดีจะช่วยยับยั้งการสะสมและการแพร่กระจายของเชื้อโรคและการเจ็บป่วยไปสู่คนรวยและชนชั้นกลาง การให้การดูแลสุขภาพจึงไม่ใช่ความรับผิดชอบของปัจเจกบุคคลหรือชุมชนเท่านั้น แต่รัฐบาลควรหาเป็นสถาบันสำคัญในการให้สังคมสงเคราะห์ การประกันสุขภาพ การป้องกันสุขภาพแก่ประชาชนตามสิทธิทางสังคม ส่วนแหล่งที่มาของการเงินก็มาจากการเก็บภาษีอากรของคนทุกชนชั้นเข้าสู่รัฐบาลกลางซึ่งมีจุดประสงค์เพื่อรัฐสามารถเข้าบันทึกควบคุมผลิตผลของคนทุกชนชั้น นโยบายด้านสุขภาพ สวัสดิการความมั่นคงทางเศรษฐกิจจึงต้องประสานกัน

จะเห็นได้ว่ารัฐค่อยๆพัฒนาการใช้การแพทย์เข้ามาควบคุมสังคมเริ่มจากควบคุมร่างกายปัจเจกชนโดยรัฐเวชกรรม ควบคุมพื้นที่เอกชนและสาธารณะโดยการแพทย์เมืองและ ควบคุมแรงงานการผลิตโดยการแพทย์แรงงานการผลิต

ในรูปแบบสุดท้ายของกระบวนการแพทยานุวัตร รัฐได้พัฒนาศิลปะของการควบคุม รัฐจะไม่ใช้อำนาจบีบบังคับในการควบคุมร่างกายของแต่ละบุคคลและสังคม แต่ใช้เหตุผลแทนในการกำหนดความคิดปัจเจกบุคคล รูปแบบนี้เป็นความคิดสำคัญการปฏิรูปรัฐสวัสดิการหลายประเทศในยุโรปในช่วงปลายศตวรรษที่ 20 รัฐบาลใช้เหตุผลทางวิทยาศาสตร์และเทคนิคในการแก้ปัญหาสังคมต่างๆและโน้มน้าวให้ปัจเจกบุคคลเข้าร่วมแก้ปัญหาด้วยกัน มนุษย์ทุกคนเป็นสิ่งมีชีวิตที่มีเหตุผลมีเสรีภาพในการเลือกและอธิปไตย ระบบสวัสดิการนี้เป็นการประนีประนอมระหว่าง ความจำเป็นของอำนาจรัฐและเสรีภาพส่วนบุคคล การเสริมสร้างสวัสดิการของแต่ละบุคคลในสังคมก็เป็นการเพิ่มสวัสดิการสังคมและผลประโยชน์ส่วนรวมและความมั่งคั่งของชาติไปด้วยกัน นโยบายสุขภาพไม่ควรบังคับประชาชนแต่หาเหตุผล เช่น ผลลัพธ์ต่างๆตามสถิติวิทยาศาสตร์ หรือการใช้เทคนิคต่างๆเช่น การประกัน เพื่อโน้มน้าวให้พวกเขาปฏิบัติตามคำแนะนำของรัฐบาล สุขภาพคือการร่วมมือกันและการแบ่งความรับผิดชอบของบุคคลและส่วนรวม (Foucault 1974A ; Foucault 2004)

2.2 สถาบันชาติ-ศาสน์-กษัตริย์: สถาบันในระบบสุขภาพไทย

2.2.1 บทบาทราชสำนักไทยกับการสร้างความทันสมัยด้านการแพทย์

ได้มีงานศึกษาเรื่องแพทยานุวัตรในสังคมไทยในรูปแบบรัฐเวชกรรมโดยอธิบายถึงกระบวนการที่ค่อย ๆ พัฒนาการใช้อำนาจความรู้การแพทย์ของรัฐไทยในการเข้าควบคุมร่างกาย พฤติกรรมและความคิดของคนในสังคม (เช่นงานของก้องสกล กวินวิกุล 2545; วิวรรณ เอกรินทรากุล 2547; ทวีศักดิ์ เผือกสม 2550; ชันวาท วงศ์เสงี่ยม 2553) ซึ่งกระบวนการแพทยานุวัตรสังคมไทยมีความแตกต่างจากของยุโรป เพราะความรู้การแพทย์สมัยใหม่ที่วางอยู่บนฐานวิทยาศาสตร์ไม่ได้เป็นสิ่งที่เกิดขึ้นมาภายในสังคมไทย แต่ถูกนำเข้ามาจากสังคมตะวันตกโดยผ่านการทูต การค้า และการเผยแพร่ศาสนา ในขณะที่สังคมไทยได้มีความรู้แพทย์แผนไทยที่เป็นส่วนผสมทั้งจากอายุรเวท การแพทย์แผนจีน ความเชื่อด้านพุทธศาสนา และความเชื่อท้องถิ่นมาช้านาน ซึ่งมีอิทธิพลต่อความเชื่อ ความรู้ ความคิดด้านชีวิต ร่างกายและการรักษาของชาวบ้านไทยรวมถึงสมาชิกในราชสำนัก เนื่องจากแพทย์แผนใหม่เป็นความรู้แปลกปลอมในสังคมไทยและต้องเข้ามาแข่งขันและเผชิญแรงต่อต้านจากความรู้แพทย์แผนไทย กระบวนการแพทยานุวัตรในสังคมไทยจึงเป็นกระบวนการที่ใช้เวลายาวนานกว่าที่รัฐจะให้ความรู้แพทย์ตะวันตกในการควบคุมสังคม กว่าที่ประชาชนไทยจะยอมรับความรู้และการรักษาสมัยใหม่จนเป็นการรักษากระแสหลักได้

Saengkanokkul (2018, 68-79) มีความเห็นว่าราชสำนักไทยมีบทบาทอย่างมากในการยอมรับความรู้แพทย์แผนตะวันตกและนำมาเป็นเครื่องมือในการสร้างความทันสมัยให้กับรัฐไทย การแพทย์และสุขภาพค่อย ๆ กลายเป็นประเด็นที่รัฐต้องเข้ามาเกี่ยวข้องและเข้ามาแทรกแซงสังคมควบคุมปัจเจกชนเนื่องจากสุขภาพความเป็นอยู่ที่ดีของประชาชนเริ่มมีความสัมพันธ์และส่งผลกระทบต่อความมั่นคงและเศรษฐกิจของรัฐ แรงผลักดันที่ทำให้ทางราชสำนักไทยสนใจในการแพทย์ตะวันตกได้แก่ ประการแรก เหตุการณ์ความสูญเสียจากโรคภัยและความล้มเหลวจากการรักษาด้วยแพทย์แผนไทย โดยเฉพาะอย่างยิ่งความสูญเสียของสมาชิกในราชสำนักไทย เป็นหนึ่งแรงผลักดันสำคัญที่ให้ราชสำนักไทยใส่ใจในการรักษาแบบตะวันตกมากขึ้นและค่อย ๆ แพร่ขยายไปสู่สังคม เช่น การสูญเสียชีวิตของนางสนมของรัชกาลที่ 4 ด้วยประเพณีความเชื่อการอยู่ไฟหลังคลอด ทำให้รัชกาลที่ 4 ทรงผลักดันการยกเลิกการอยู่ไฟในพระราชสำนักและหันมาใช้วิธีการคลอดแบบแพทย์แผนตะวันตก หรือการสูญเสียพระธิดาในสมเด็จพระยาบรมราชานุภาพเป็นแรงผลักดันให้ก่อตั้งสถาบันปาสเตอร์เพื่อผลิตวัคซีนโรคพิษสุนัขบ้า เป็นต้น

ประการสอง การแพร่ระบาดของโรคต่างๆ เช่น โรคอหิวาตกโรค ไข้ทรพิษในราชอาณาจักรไทยมีความถี่มากขึ้น และการแพร่ระบาดไม่เพียงส่งผลกระทบต่อคนไทยทั่วไปเท่านั้นแต่ยังส่งผลถึงกองทัพเช่นกัน การแพร่ระบาดของอหิวาตกโรคในช่วงสงครามอ้อมเมื่อปี พ.ศ. 2424-2429 เป็นสาเหตุให้กองทัพไทยต้องยกทัพกลับ ต่อมารัชกาลที่ 5 ทรงสนใจในการแพทย์ตะวันตกและมีดำริในการสร้างสถานที่รักษาโรคแบบถาวรเช่นโรงพยาบาลตะวันตก จึงมีการก่อสร้างโรงพยาบาลศิริราช และต่อมาก็มีการสร้างโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ และสถาบันการแพทย์ต่างๆ เช่น สถาบันปาสเตอร์ สถาบันโรคเรื้อน ฯลฯ ในสมัยรัชกาลที่ 6 รวมถึงการก่อตั้งคณะแพทยศาสตร์เพื่อผลิตแพทย์แผนปัจจุบัน

โดยได้รับความร่วมมือจากมูลนิธิร็อกกี้เฟลเลอร์ในด้านการออกแบบกระบวนการวิชาการเรียนการสอน แพทย์สมัยใหม่

ประการสาม การเพิ่มขึ้นของประชากรเขตเมืองและการขยายตัวเมือง ในสมัยราชวงศ์จักรี นั้นบางกอกเป็นเมืองหลวงและศูนย์กลางที่สำคัญที่มีคนหลายเชื้อชาติอาศัย จำนวนประชากรเพิ่มขึ้นจาก 100,000 คนในปี พ.ศ. 2398 เป็น 169,300 คน ในปี พ.ศ. 2426 และ 365,492 คน ในปี พ.ศ. 2456 (Ouyanont 1997, 248) ความเป็นเมืองและจำนวนประชากรที่มากขึ้นก็สร้างสิ่งสกปรกโสโครกและเป็นแหล่งเพาะพันธุ์สะสมของเชื้อโรคตามมาจนเกิดโรคระบาดอหิวาตกโรคในทุกๆ ปี ซึ่งความรู้การแพทย์แผนไทยไม่สามารถอธิบายสาเหตุของโรคและหาทางป้องกันได้ แต่ทว่าความรู้ด้านสาธารณสุขแบบแผนตะวันตกที่เริ่มพัฒนาในศตวรรษที่ 18 สามารถอธิบายสาเหตุของการแพร่ระบาดของโรคและวิธีการป้องกันแบบใหม่ที่ส่งผลต่อประชากรอย่างกว้างจำนวนมากๆ โดยใช้มาตรการการควบคุมความสะอาดและสุขอนามัยในเขตเมือง เช่น การจัดการระบบน้ำประปา ระบบกำจัดของเสีย เป็นต้น

ประการสุดท้าย การยกเลิกระบบไพร่ทาสส่งผลให้ภาษีกลายเป็นแหล่งที่มาสำคัญของรายได้ราชสำนัก แรงงานชาวยุโรปจึงส่งผลกระทบโดยตรงทางการเมืองและอำนาจทางเศรษฐกิจต่อพระมหากษัตริย์ ความสัมพันธ์ระหว่างประชาชนจึงเปลี่ยนจากเดิมที่ผ่านระบบมูลนายเป็นศูนย์กลางกลายเป็นความสัมพันธ์โดยตรงระหว่างกษัตริย์และประชาชน นโยบายด้านสุขภาพจึงมีความสำคัญที่จะรวมประชาชนทุกคนให้อยู่ภายใต้อำนาจส่วนกลางของรัฐบาลเพื่อยกระดับสุขภาพของประชากรและผลผลิตของประชากร

จะเห็นได้ว่าราชสำนักมีความสำคัญในกระบวนการสร้างรัฐเวชกรรมไทยขึ้นมา อย่างไรก็ตาม ด้วยข้อจำกัดทางด้านงบประมาณ³ และการขาดแคลนบุคลากรด้านการแพทย์ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญในการสร้างระบบตำรวจการแพทย์คอยตรวจตราควบคุมร่างกายและพฤติกรรมของประชากร ทำให้การแพทย์แผนใหม่ก็ไม่สามารถครอบงำสังคมไทยได้ทั้งหมด และยังพบเห็นแพทย์แผนไทยหรือนุคลากรอื่นที่ไม่ได้มาจากการแต่งตั้งจากอำนาจรัฐส่วนกลางยังคงให้การรักษาแพทย์แผนโบราณแก่ประชาชนทั่วไป ชงศักดิ์ (2546) ชี้ว่าแม้ว่าการแพทย์ตะวันตกเริ่มเข้ามาแพร่หลายในหมู่ประชาชนแต่ก็อยู่ในวงจำกัดเพราะประชาชนไม่รับการรักษแบบฝรั่ง และถึงแม้ในช่วงมีการก่อตั้งโรงพยาบาลศิริราช ก็ยังต้องมีการใช้แพทย์แผนไทยเพราะขาดแคลนหมอฝรั่งยาฝรั่งและประชาชนทั่วไปยังนิยมแพทย์แผนไทยอยู่

3. งบประมาณกรมสาธารณสุขในปี พ.ศ. ได้รับราว 1,476,000 บาท หรือ 3.6% ของงบประมาณรัฐบาลทั้งหมด เมื่อเทียบกับกระทรวงกลาโหมที่ได้รับ 22.3% (Executive Committee of the Eight Congress of the Far Eastern Association of Tropical Medicine, 2000, p. 207.) ในขณะที่เมื่อกรมสาธารณสุขฐานะเป็นกระทรวงได้รับงบประมาณเพิ่มขึ้นเป็น 3,568,052 บาทในปี พ.ศ. 2485 7,573,922 บาทในปี 2488 และ 30325187 บาทในปี 2491 (กระทรวงสาธารณสุข 2500, 103)

2.2.2 บทบาทสถาบันชาติในการสร้างรัฐเวชกรรม

ภายหลังการปฏิวัติประชาธิปไตย พ.ศ. 2475 ประเทศไทยเปลี่ยนระบอบการปกครองจากสมบูรณาญาสิทธิราชย์เป็นประชาธิปไตยอันมีพระมหากษัตริย์เป็นประมุข และบทบาทหน้าที่ของราชสำนักในการบริหารรัฐกิจรวมถึงด้านนโยบายสุขภาพประชาชนย่อมหมดไปโดยปริยาย อย่างไรก็ตาม การพัฒนารัฐเวชกรรมไทยก็มีได้หยุดนิ่งแต่พัฒนาต่อเนื่องโดยรัฐบาลคณะราษฎรโดยเฉพาะอย่างยิ่งในสมัยรัฐบาลจอมพล ป. พิบูลสงคราม แม้ต่อมาภายหลังการหมดอำนาจของจอมพล ป. และไทยปกครองด้วยรัฐบาลทหารชาตินิยมหรือพลเรือนก็ตาม สถาบันชาติยังเป็นสถาบันสำคัญที่มีอิทธิพลต่อนโยบายสุขภาพและระบบสุขภาพไทย

รัฐบาลเข้ามาเกี่ยวข้องและรับผิดชอบต่อสุขภาพประชาชนรวมถึงการแทรกแซงสังคมควบคุมประชากรเช่นกัน จำนวนประชากรที่เพิ่มมากขึ้นสะท้อนถึงอำนาจของชาติที่มีมากขึ้นทั้งทางด้านกำลังพลทหารและกำลังการผลิต สุนทรพจน์ของจอมพล ป. ในวันก่อตั้งกระทรวงสาธารณสุขสะท้อนความคิดดังกล่าว

“...นะบัดนี้ฉันรู้สึกยินดีที่ได้เห็นว่าการรวมแพทย์ซึ่งเป็นสิ่งจำเป็นอย่างยิ่งได้สำเร็จไป นับว่ากิจการสร้างชาติในด้านการสาธารณสุขและการแพทย์ได้ก้าวหน้า เป็นปึกแผ่นขึ้นได้ ด้านหนึ่งแท้จริงการแพทย์และสาธารณสุขเป็นกิจการอันจำเป็นยิ่งใหญ่สาขาหนึ่งของชาติเช่นเดียวกับการทหาร การต่างประเทศ การเสด็จ การคลัง ฯลฯ เป็นต้น ที่ฉันกล่าวว่าแพทย์และสาธารณสุขสำคัญนั้นมิใช่เพราะเหตุว่าเวลานี้ฉันได้เข้ามาอยู่ในสถานที่ของกระทรวงสาธารณสุขซึ่งว่าเช่นนั้น แต่เป็นความจริงว่า การสาธารณสุขนี้เป็นกิจการสร้างชาติโดยแท้ การสร้างชาตินั้นอยู่ที่การสาธารณสุขนี้ส่วนหนึ่งที่จะทำประโยชน์อันสำคัญแก่บ้านเมือง เพราะว่าถ้าหากการสาธารณสุขและการแพทย์ได้ก้าวหน้าไปเพียงไร กำลังของประเทศชาติก็จะเพิ่มความมั่นคงยิ่งขึ้น กล่าวคือจำนวนพลเมืองก็จะเพิ่มขึ้นทั้งปริมาณและคุณภาพ เป็นพลเมืองที่ปราศจากโรคภัยไข้เจ็บและไม่ตายเสียแต่เยาว์ด้วย เมื่อจำนวนพลเมืองของเรามากขึ้น ทั้งประกอบไปด้วยผู้มีกำลังวังชาแข็งแรงแล้ว ประเทศชาติของเราจะมีกำลังอำนาจ สามารถจะช่วยกันฟันฝ่าอุปสรรคใดๆ ได้ทั้งสิ้น ทั้งนี้เพราะอะไร เพราะเหตุว่ากิจการทั้งปวงที่จะให้ประเทศชาติเจริญได้นั้นอยู่ที่กำลังคน และคนต้องมีทั้งจำนวนทั้งกำลังกายที่แข็งแรง มีความมานะบากบั่นอดทนสามารถฟันฝ่าอุปสรรคได้ด้วย...” (กระทรวงสาธารณสุข 2500, 62)

สุขภาพประชาชนที่ดีขึ้นจึงแนบแน่นกับความเจริญของชาติอย่างแยกไม่ออก รัฐบาลสร้างความชอบธรรมในการดำเนินนโยบายสุขภาพและควบคุมประชากรด้วยการใช้ความรู้วิทยาศาสตร์การแพทย์ การเก็บสถิติ รวมถึงอำนาจบังคับอื่นๆ อย่างกฎหมาย เพื่ออธิบายให้ประชาชนทราบว่าอะไรเป็นสาเหตุของโรค ผลเสียของโรคต่อสังคมและประเทศชาติคืออะไร ดังนั้นแล้วประชาชนจึงต้องยอมเสียสละตนเองเปลี่ยนพฤติกรรมใหม่เพื่อให้สุขภาพตนเองดีขึ้นไม่ใช่ผลประโยชน์แค่ตนเอง

แต่เพื่อส่วนรวมและชาติบ้านเมือง

รัฐบาลชาตินิยมได้พยายามสร้างความแข็งแกร่งให้ระบบตำรวจการแพทย์ซึ่งเป็นระบบราชการรูปแบบหนึ่งเพื่อเป็นสถาบันถาวรในระบบสุขภาพ รัฐบาลได้ออกกฎหมายพระราชบัญญัติควบคุมการประกอบโรคศิลปะ พ.ศ. 2479 เพื่อควบคุมมาตรฐานความรู้การแพทย์สมัยใหม่และเพื่อความปลอดภัยของประชาชนจากการรักษา โดยกำหนดให้การประกอบโรคศิลปะแผนโบราณเป็นการประกอบโรคศิลปะ “ที่อาศัยความรู้จากตำราหรือการเรียนรู้สืบต่อกันมา อันมิใช่การศึกษาตำราตามหลักวิทยาศาสตร์” (วิชย โชควิวัฒน์ และ โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ 2557, 238) รัฐบาลได้เพิ่มการผลิตจำนวนแพทย์และบุคลากรด้านสุขภาพจากเดิมผลิตแพทย์และบุคลากรสุขภาพได้ราว 30-40 คนต่อปี ในพ.ศ.2475 เป็นราว 150-160 คนต่อปีในช่วงสงครามโลกครั้งที่สอง และจำนวนการผลิตเพิ่มขึ้นอย่างมากภายหลังสงครามโลกครั้งที่สองเป็น ราว 400 คนต่อปีในพ.ศ. 2493 (วงศ์เสียม 2553, 92) ความพยายามการก่อสร้างสถานอนามัยและโรงพยาบาลในทุกจังหวัด⁴ การสร้างหน่วยงานด้านการเก็บข้อมูลสถิติสุขภาพประชาชน รวมถึงการยกระดับองค์กรบริหารด้านสุขภาพประชาชนจากกรมสาธารณสุขภายใต้กระทรวงมหาดไทยเป็นกระทรวงสาธารณสุขในปีพ.ศ. 2485

เพื่อให้ทัดเทียมประเทศมหาอำนาจอื่นจอมพล ป. จึงต้องการเพิ่มจำนวนประชากรไทยจาก 14 ล้านคนเป็น 40 ล้านคนให้ได้ งานด้านสาธารณสุขจึงไม่ใช่ทำงานด้านการรักษาโรคแต่รวมถึงให้ความรู้ประชาชนเพื่อประชาชนมีสุขภาพแข็งแรง มีภาวะเจริญพันธุ์ที่ดีเพื่อเป็นกำลังสำคัญของชาติ ดังเห็นได้จากความเห็นของท่าน

“...การสาธารณสุขที่ดีมิใช่หมายถึงเพียงการบำบัดโรคภัยไข้เจ็บเท่านั้น หากหมายถึงการให้คำแนะนำประชาชน เพื่อรู้จักกินคืออยู่ดี อันเป็นการป้องกันโรคภัยไข้เจ็บด้วย ในการนี้ปรากฏว่า กระทรวงสาธารณสุขได้ร่วมมือกับกระทรวงวัฒนธรรมส่งหน่วยเคลื่อนที่ออกปฏิบัติการในส่วนภูมิภาค และออกปฏิบัติการโดยลำพัง เป็นเหตุให้ประชาชนมีความเข้าใจในการปฏิบัติสุขภาพดี
อนามัยแพร่หลายยิ่งขึ้น...” (กระทรวงสาธารณสุข 2500, 1-2)

งานธรรมะด้านการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพและอนามัยประชาชนหลายโครงการจึงดำเนินขึ้น เช่น การห้ามกินหมาก การสวมหมวก รองเท้า แปรงฟัน การนั่งเก้าอี้ การออกกำลังกาย การควบคุมอหิวาตกโรค ตลอดจนการจัดตั้งองค์การส่งเสริมการสมรส เพื่อจัดหาคู่สมรสที่มีสุขภาพแข็งแรงผลิตประชากรที่มีสุขภาพแข็งแรง โดยคู่สมรสจะได้รับสิทธิประโยชน์จากรัฐบาล เช่น การยกเว้นค่าเทอมของบุตรธิดา การยกเว้นค่าขนส่งสาธารณะเป็นต้น (ก้องสกล 2545) อย่างไรก็ตามความฝันของจอมพล ป. ก็ไม่เป็นความจริง การเกิดโรคระบาด เช่น อหิวาตกโรค วัณโรค มาเลเรีย พยาธิต่างๆ เป็นสาเหตุการตายที่สำคัญของประชาชนไทย ซึ่งบันทึกตอนอายุเฉลี่ยของคนไทยโดยเพศชายมีอายุเฉลี่ย 37-40 ปีและเพศหญิง 40-43.5 ปีในช่วงปีพ.ศ. 2480-2490

4. จำนวนโรงพยาบาลประจำจังหวัดได้เพิ่มขึ้นจาก 34 แห่งในปีพ.ศ. 2485 เป็น 78 แห่งในปี 2498 (กระทรวงสาธารณสุข 2500; หน้า 103.) จำนวนสถานอนามัยชั้นหนึ่งและชั้นสองเพิ่มขึ้นจาก 168 สถานีในปี พ.ศ. 2479 เป็น 735 สถานีในปี พ.ศ. 2498 (อ้างแล้ว, 250)

นโยบายรัฐบาลสมัยใดต่างก็มีความเห็นไม่แตกต่างกับรัฐบาลจอมพล ป. ตรงที่ว่าจำนวนและสุขภาพประชากรสะท้อนอำนาจของชาติ แต่นโยบายของรัฐบาลสมัยนี้มุ่งเน้นในการลดอัตราการตายมากกว่า คุญปการจากการให้ความช่วยเหลือทางเทคนิคและการเงินจากต่างประเทศทำให้รัฐบาลมีเทคโนโลยีสุขภาพใหม่เพื่อลดการเสียชีวิต ถึงแม้ว่านโยบายสุขภาพครอบคลุมจำนวนประชากรและพื้นที่ต่างๆได้มากขึ้น แต่ทว่าก็ไม่ใช่นโยบายที่จะเข้าไปประกันสุขภาพแก่ประชาชนทุกคนที่วางอยู่บนฐานสิทธิพลเมืองขั้นพื้นฐาน Lee (2009) เห็นว่าความคิดอรรถประโยชน์นิยม (Utilitarianism) มีอิทธิพลต่อการออกแบบนโยบายสุขภาพโดยเฉพาะอย่างยิ่งในองค์กรเหนือรัฐอย่างองค์กรอนามัยโลกและส่งผลกระทบต่อไปยังนโยบายสุขภาพของประเทศต่างๆ ดังนั้นนโยบายสุขภาพจึงถูกพิจารณาให้ความสำคัญถึงความคุ้มค่าต่อการลงทุน การเลือกของทางเลือกที่หลากหลายของนโยบายสุขภาพจึงวางอยู่บนฐานว่านโยบายใดจะได้ผลมากที่สุดโดยใช้ทรัพยากรอย่างจำกัด

แน่นอนว่าการใช้งบประมาณอย่างมีประสิทธิภาพสูงสุดเป็นสิ่งจำเป็นโดยเฉพาะอย่างยิ่งในช่วงทศวรรษ 2490-2510 ที่ระบบสุขภาพมีทรัพยากรจำกัด จึงไม่น่าแปลกใจที่นโยบายสุขภาพไทยจะได้รับอิทธิพลจากอรรถประโยชน์นิยมและเชื่อมโยงไปกับการพัฒนาเศรษฐกิจและประเทศ แผนพัฒนาการสาธารณสุขจึงไม่ใช่แม่แผนหลักแต่เป็นแค่ส่วนหนึ่งในแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ การจัดสรรกระจายทรัพยากรสุขภาพและนโยบายสุขภาพจึงเป็นการคิดจากรัฐบาลยอดปิรามิดว่าประชาชนกลุ่มใดที่มีความสำคัญต่อการเจริญเติบโตเศรษฐกิจและความมั่นคงประเทศจึงควรจะได้สิทธิประโยชน์จากนโยบายสุขภาพของรัฐบาล หรือโครงการสาธารณสุขใดที่เป็นการลงทุนที่คุ้มค่าที่สุด

นโยบายสุขภาพจึงเป็นลักษณะแนวดิ่งที่คิดและออกแบบจากรัฐบาลส่วนกลางโดยขาดการร่วมมือจากรัฐบาลท้องถิ่นหรือประชาชน ผู้ชำนาญการพิเศษเป็นบุคคลสำคัญในการออกแบบนโยบายสุขภาพจากข้อมูลสถิติที่ได้รับและตัดสินใจเลือกนโยบายที่มีประสิทธิภาพส่งผลดีต่อประเทศมากที่สุด นโยบายสุขภาพไม่ได้เป็นนโยบายระยะยาวหรือครอบคลุมประชากรทั้งประเทศหรือครอบคลุมทุกโรค แต่เป็นนโยบายที่จำเพาะต่อตัวโรค ต่อกลุ่มประชากรและมีงบประมาณจำกัดแน่นอน และเมื่อการกำจัดโรคหมดลงแล้วโครงการดังกล่าวก็จบสิ้นลง เช่น โครงการกำจัดมาลาเรีย ซึ่งเป็นภัยต่อเศรษฐกิจประเทศ และคร่าชีวิตคนไทยจำนวนมาก ในปี พ.ศ. 2492 มีผู้เสียชีวิตจากมาลาเรียทั้งสิ้น 38,046 คนจากจำนวนคนตายด้วยสาเหตุทั้งหมด 190,401 คน หรือการตายด้วยมาลาเรียคิดเป็นราว 20% ของการตายทั้งหมด (เทียนฉาย 2541, 28) ในขณะที่มาลาเรียเป็นสาเหตุสำคัญให้ต้นทุนสินค้านำเข้าสหรัฐจากประเทศที่มีการแพร่ระบาดของมาลาเรียมีมูลค่าสูงขึ้นกว่าที่ควรจะเป็น 175 ล้านดอลลาร์ในปี พ.ศ. 2481 และเป็นเหตุผลสนับสนุนให้สหรัฐดำเนินนโยบายต่างประเทศช่วยเหลือประเทศอื่นในการต่อสู้มาลาเรีย (Thorpe 1950, 1480)

และถึงแม้รัฐบาลทหารชาตินิยมค่อยๆหมดอำนาจลงและเข้าสู่ยุคประชาธิปไตยครึ่งใบ ความคิดอรรถประโยชน์นิยม ความสำคัญของสุขภาพประชาชนต่อเศรษฐกิจชาติก็ยังคงมีอิทธิพลในระบบราชการและผู้ชำนาญการในด้านการวางแผนนโยบายสุขภาพ เช่น คำขวัญของรัฐมนตรีกระทรวงสาธารณสุข น.พ. เสม พริ้งพวงแก้ว ในโอกาสครบรอบ 40 ปีกระทรวงสาธารณสุข

“...งานของกระทรวงสาธารณสุขจะไม่มียวันหยุดยัง ขอให้เพื่อนข้าราชการ

และเพื่อนร่วมงานสาธารณสุขทุกท่าน ปฏิบัติหน้าที่ให้ดีที่สุด เพื่อรักษาชีวิต สุขภาพของชาวไทยผู้เป็นทรัพยากรสำคัญของประเทศ ขอให้รำลึกไว้เสมอว่า ถ้าประชาชนสุขภาพอ่อนแอ ประเทศชาติย่อมขาดกำลังในการพัฒนา...” (กระทรวงสาธารณสุข 2525)

และคำขวัญรัฐมนตรีช่วยว่าการกระทรวงสาธารณสุข นายอานวย ยศสุข

“...ผลการดำเนินงานสาธารณสุขที่ผ่านมาในรอบ 40 ปี ปรากฏว่าโรคติดต่อร้ายแรงต่างๆได้หมดสิ้นไปจากประเทศไทย อาทิเช่น โรคอุจจาระร่วง และไข้ทรพิษ งานสาธารณสุขจึงเป็นงานที่สร้างความผาสุกให้กับประชาชน เป็นงานที่สร้างพลังให้แก่ประเทศ สร้างความมั่นคงให้แก่สังคม นำไปสู่ความมั่งคั่งในทางเศรษฐกิจของชาติโดยส่วนรวม...” (อ้างแล้ว)

นโยบายสุขภาพไม่ได้มีจุดหมายเพื่อยกระดับสุขภาพประชากรเท่านั้นแต่มีเพื่อการพัฒนาเศรษฐกิจไปด้วยกัน การตัดสินใจทางนโยบายใด ๆ คำนึงถึงความคุ้มค่าต่อการลงทุน มากกว่าจะคำนึงถึงการกระจายให้ประชากรอย่างทั่วถึงและเท่าเทียม

2.2.3 บทบาทในหลวงรัชกาลที่ 9 ในด้านสาธารณสุขไทย

ถึงแม้กระบวนการแพทย์ชาวนัวัตระจะขยายอำนาจรัฐไทยเข้าครอบงำสังคมในพื้นที่ต่างๆ แต่ทว่าปัญหาความไม่สงบจากการแพร่ขยายลัทธิคอมมิวนิสต์ในช่วงสงครามเย็นก็เป็นอุปสรรคในการที่อำนาจรัฐจะเข้าถึงประชาชนในเขตพื้นที่สีแดง ความเหลื่อมล้ำการพัฒนาระหว่างเขตเมืองและชนบทแสดงเป็นจุดอ่อนของระบอบทุนนิยมที่พรรคคอมมิวนิสต์มุ่งขบขัน ในระบบสุขภาพก็เช่นกัน การกระจายตัวของแพทย์ โรงพยาบาลและทรัพยากรสุขภาพที่เหลื่อมล้ำกัน ทำให้ประชาชนในพื้นที่ทุรกันดารเข้าไม่ถึงการรักษาแพทย์แผนใหม่ เข้าไม่ถึงการรักษาที่รัฐจัดหาให้ พวกเขาจึงต้องพึ่งพาตนเองหรือแพทย์แผนไทยตลอดจนบุคลากรสุขภาพที่ไม่ได้ใบรับรองในยามที่เจ็บป่วย ดังความเห็นของข้าราชการชั้นสูงในกระทรวงสาธารณสุข

“...เนื่องจากเศรษฐกิจของประชากรส่วนใหญ่อยู่ในระดับที่ต่ำมาก ยิ่งจะเป็นปัญหาต่อการพัฒนาการสาธารณสุข นอกจากนั้นการอยู่กิน ขนบธรรมเนียม ประเพณีของประชากรแต่ละภาคก็ผิดแผกแตกต่างกันออกไป ขนบธรรมเนียม ประเพณี ความเคยชินบางอย่างบางประการเป็นอุปสรรคต่อการดำเนินงาน หรือการพัฒนาสาธารณสุข...

...ยิ่งกว่านั้นประชาชนในชนบทหรือผู้ลัดดัดขัดสนไม่เรียกร้องบริการ เป็นอีกปัญหาหนึ่ง ทางกระทรวงต้องพยายามหิบบัณฑิตให้ แต่บางทีก็ไม่ยอมรับ ทำความยากลำบากให้แก่การดำเนินงาน...” (อ้างแล้ว, 21-22)

“....ในโครงการควบคุมอุทกภัย ตัวอย่างที่จังหวัดราชบุรี เมื่องานตัวอย่างได้ดำเนินไปเรียบร้อยเป็นเวลาสมควรตามกรรมวิธีโดยมีการเจาะเลือด และ

ตรวจให้แน่นอนก่อนใช้ยาเพนนิซิลินในน้ำมันงา ต่อมาประชาชนไม่ยอมให้เจาะเลือดตรวจก่อนรักษาโรค เพราะเข้าใจผิดว่า จะนำเลือดนั้นมาใช้เป็นประโยชน์ในการสงครามนอกประเทศ...” (อ้างแล้ว, 43)

“...เราได้ช่วยเหลือประชาชนในชนบทห่างไกล ซึ่งไม่เคยรู้จักแพทย์และยาแผนปัจจุบันเลยได้ผลอย่างไม่น่าเชื่อ เราได้รับคำบอกเล่าจากชาวบ้านหลายแห่งว่าเขารู้จัก “ยาหลวง” ก็เพราะรณฉายหนึ่งขายยาเร่กับหมอรักษา कुठะราดเท่านั้น...

...เราพบว่าประชาชนส่วนใหญ่อยู่กันอย่างเครือญาติ การช่วยเหลือพึ่งพาอาศัยกันในเรื่องสุขภาพอนามัยเป็นส่วนหนึ่งของการช่วยเหลือกันเมื่อยามเดือดร้อน เพราะไม่มีความเดือดร้อนอันใดที่จะยิ่งใหญ่ไปกว่าความเจ็บป่วยอีกแล้ว การไปเยี่ยมเยียนและช่วยเหลือพยาบาลกันในยามเจ็บไข้นับว่าเป็นวัฒนธรรมไทยที่ตกทอดสืบเนื่องกันมาช้านาน ผู้ที่มีความรู้อยู่บ้างเกี่ยวกับการรักษาความเจ็บป่วยในหมู่บ้าน จะเป็นทั้งพี่ญาติและเพื่อนบ้านอย่างดีในเรื่องนี้ เมื่อปัญหาความป่วยเกินความสามารถของญาติและเพื่อนบ้านแล้วพวกเขาก็จะช่วยเหลือหาความช่วยเหลือจากภายนอก ถ้าเขาสามารถจะตามหมอหรือหาซื้อยาไปกินเองได้ที่บ้านก็จะเป็นที่น่าพอใจของพวกเขามากที่สุด เพราะการเดินทางไปรับการรักษาที่อื่นก็หมายถึงการละทิ้งวัว ควาย ไร่ นา และสมาชิกอื่นๆ ซึ่งค่อนข้างมีจำนวนมากไว้เบื้องหลัง หรืออาจต้องถึงกับหอบหิ้วกันไปเฝ้าดูแล รวมทั้งพี่น้องเพื่อนบ้านต้องเดินทางไปเยี่ยมกันด้วยเป็นที่ไกลไกล การไปรับการรักษาพยาบาลในที่ไกลๆจึงเป็นสิ่งที่ชาวบ้านรังเกียจเป็นอย่างยิ่ง จนบางครั้ง ยอมทนเจ็บป่วยจนตายอยู่ที่บ้านก็มี...” (อ้างแล้ว, 123-125)

การใช้อำนาจความรู้การแพทย์อย่างเดิวย่อมไม่เพียงพอต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมประชาชนไทย เพราะประชาชนยังมีความไม่เชื่อถือนและไม่เข้าใจต่อการแพทย์สมัยใหม่ ระบบตำรวจการแพทย์ไม่สามารถแพร่ขยายเข้าสู่ตลอดประชากรได้อย่างครบถ้วนทุกพื้นที่ ในเขตที่อำนาจรัฐเข้าไปไม่ถึงชุมชนก็ต้องจัดการดูแลตนเอง สายใยสัมพันธ์ครอบครัวยังเป็นตัวหลักในการจัดการการรักษาเท่าที่พอจะหาได้ในชุมชนนั้น เช่น แพทย์แผนไทย วัด เป็นต้น รัฐจึงต้องอาศัยสัญลักษณ์ร่วมกันของคนในชาติเพื่อชักชวนให้ประชาชนรับฟังนโยบายสุขภาพของรัฐ ยอมรับการรักษาการแพทย์สมัยใหม่ ยอมรับนโยบายสุขภาพจากรัฐบาลกลาง และการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ซึ่งในหลวงรัชกาลที่ 9 ทรงเป็นบุคคลที่สมบูรณ์แบบในการเป็นผู้นำการณรงค์ด้านสุขภาพให้แก่ราษฎรโดยเฉพาะอย่างยิ่งในเขตทุรกันดาร ด้วยความปรารถนาส่วนพระองค์ที่ต้องการให้ประชาชนอยู่ดีมีสุขและสุขภาพดี โครงการส่วนพระองค์และโครงการในพระราชดำริที่เกี่ยวกับสาธารณสุขจึงดำเนินขึ้น

ด้วยความสัมพันธ์อันดีระหว่างราชวงศ์และจอมพลสฤษดิ์ทำให้พระราชกรณียกิจเพื่อเยี่ยมเยียน

ราษฎรที่ถูกจำกัดในรัฐบาลก่อนได้ผ่อนคลายลง ในหลวงรัชกาลที่ 9 ได้ทรงเยี่ยมเยียนราษฎรมากขึ้นในพื้นที่อื่น ๆ⁵ นอกจากภาคกลางและพื้นที่วังไกลกังวล ในการเยี่ยมเยียนราษฎรแต่ละครั้งพระองค์จะนำทีมแพทย์ส่วนพระองค์ไปด้วยเพื่อตรวจสุขภาพและให้การรักษาแก่ประชาชนในถิ่นทุรกันดาร โครงการแพทย์อาสาสามารถเข้าไปให้การรักษาแม้แต่ในพื้นที่สีแดง และได้รับการต้อนรับอย่างดีจากประชาชน ประชาชนในพื้นที่ห่างไกลสามารถเข้าถึงการรักษาได้ทันทีโดยไม่ต้องพึ่งแต่ความช่วยเหลือจากภาครัฐที่ล่าช้าเพราะติดกับดักระบบราชการ ดังความเห็นของนายแพทย์ เอ็ม ฌ บางช้าง

“...การจัดการบริการหน่วยแพทย์เคลื่อนที่โดย พอ.สว. ของสมเด็จพระบรมราชชนนีฯ หน่วยแพทย์เคลื่อนที่ของพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัว หน่วยแพทย์เคลื่อนที่ของหน่วยแพทย์พิเศษตามพระราชประสงค์ และหน่วยแพทย์เคลื่อนที่โครงการอาสาพัฒนาซึ่งต่อมาทรงโปรดเกล้าฯ เปลี่ยนเป็นโครงการสหภาพพัฒนาหมู่บ้านตามพระราชประสงค์ เช่น ที่จังหวัดสุราษฎร์ธานี จังหวัดสงขลา และจังหวัดนราธิวาส เป็นต้น ตลอดจนหน่วยแพทย์เคลื่อนที่ของกรป. กลาง และหน่วยแพทย์เคลื่อนที่ซึ่งจัดขึ้นโดยผู้ว่าราชการจังหวัด นายอำเภอ ต่างๆ เหล่านี้ช่วยแก้ปัญหาในด้านการรักษาพยาบาลแก่ประชาชนในท้องถิ่นชนบท ซึ่งหลายแห่งกันดาร และแร้นแค้นยากที่ประชาชนผู้ยากไร้ป่วยเจ็บจะเดินทางมาหาแพทย์โรงพยาบาลหรือสถานือนามัยและสำนักผดุงครรภ์...” (อ้างแล้ว, 90)

นอกจากนี้องค์การการกุศลและโครงการในพระราชดำริก็ได้ถูกทำให้ทันสมัยขึ้นและกลายเป็นศูนย์กลางการระดมทุนจากทั่วประเทศเพื่อคอยช่วยเหลือกลุ่มประชากรชายขอบที่เข้าไม่ถึงการช่วยเหลือจากภาครัฐ เงินระดมทุนการกุศลเพิ่มจาก 5 ล้านบาทในปี 2507 เป็น 20 ล้านบาทต่อปีในปี 2514 (ทักษ์ 2552, 370) มูลนิธิใหม่ๆ ได้ก่อตั้งขึ้นเช่น มูลนิธิราชประชาสมาสัย มูลนิธิราชประชานุเคราะห์ มูลนิธิสายใจไทย เป็นต้น ต่อมาในรัฐบาลเปรม โครงการในพระราชดำริมีบทบาทมากขึ้นและเป็นแรงบันดาลใจต่อนโยบายระดับชาติรวมถึงนโยบายสุขภาพ แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมฉบับที่ 5 ที่ให้ความสำคัญในการพัฒนาชนบทซึ่งเป็นไปในทิศทางเดียวกันกับโครงการพระราชดำริ และในปี 2524 ได้มีการก่อตั้งคณะกรรมการพิเศษเพื่อประสานงานโครงการอันเนื่องมาจากพระราชดำริ (กรป.) เพื่อศึกษาโครงการพระราชดำริและประสานงานกับนโยบายการพัฒนาของรัฐบาล ซึ่งต่อมาได้เป็นส่วนราชการระดับกรมในปี 2536 และเป็นส่วนราชการสังกัดสำนักนายกรัฐมนตรีในปี 2545 ซึ่งในช่วงเวลาพ.ศ. 2525-2544 ได้มีโครงการ 44 โครงการที่เกี่ยวข้องด้านสาธารณสุข

5. จำนวนการออกเยี่ยมเยียนราษฎรเพิ่มขึ้นจาก ต่ำกว่า 200 ครั้งในปี 2497 เป็น 600 ครั้งในปี 2514 (ทักษ์ 2552, 372)

และด้วยการเสียสละของในหลวงและพระบรมวงศานุวงศ์ ภาพลักษณ์จึงเป็นที่ยอมรับในระดับประเทศและระดับนานาชาติ ตั้งแต่ทศวรรษ 1980 เป็นต้นมา โรงพยาบาลและสิ่งก่อสร้างในโรงพยาบาลต่างเปลี่ยนชื่อเพื่อให้เกียรติแด่พระบรมวงศานุวงศ์ที่ทุ่มเทการทำงานเพื่อสุขภาพประชาชน (Muksong and Cheungsatiansup 2014, 232-233) และตั้งแต่ทศวรรษ 1990 ที่สาเหตุการตายของคนไทยเปลี่ยนเป็นโรคไม่ติดต่อ เช่น โรคที่เกิดจากบุหรี่และสุรา เป็นต้น การณรงค์เพื่อเปลี่ยนพฤติกรรมประชาชนจึงเป็นสิ่งจำเป็นและต้องการสัญลักษณ์ศูนย์รวมใจในการนำพาการณรงค์สุขภาพครั้งใหม่ ภาพลักษณ์ของในหลวงจากเดิมที่เป็นลักษณะนักบุญในการเดินทางเยี่ยมราษฎรเพื่อแจกจ่ายการรักษาจึงพัฒนากลายเป็น ผู้สนับสนุนการป้องกันและส่งเสริมสุขภาพ เช่น โครงการงดเหล้าถวายความดีเพื่อในหลวง เป็นต้น “ซึ่งคุณความดีดังกล่าวเป็นที่ประจักษ์ในสายตาโลก องค์การอนามัยโลกได้ถวายโล่เกียรติคุณแด่สมเด็จพระเจ้าอยู่หัวในปี 2543 ในฐานะเป็นผู้นำทางจิตที่มุ่งมั่นและกอปรด้วยพลัง ทรงเป็นแบบอย่างทางสาธารณสุข ได้ทรงสร้างแนวทางตลอดจนบริบททางวัฒนธรรมที่สนับสนุนกิจกรรมต่อต้านบุหรี่ที่โดดเด่นที่สุดในเอเชีย อีกทั้งได้พระราชทานแรงบันดาลใจอันยิ่งใหญ่แก่ราษฎรของพระองค์ ประชาชนในภูมิภาคและโลก”⁶

2.2.4 บทบาทของพุทธศาสนาและวัดไทยด้านการส่งเสริมสุขภาพ

นอกจากสถาบันชาติและพระมหากษัตริย์แล้ว พุทธศาสนาก็มีบทบาทในระบบสุขภาพไทย ความเชื่อด้านพุทธศาสนาส่งผลต่อการมองโลก กรอบแนวคิดด้านสุขภาพและชีวิตของสังคมและชาวไทย วัดเป็นศูนย์กลางชุมชนที่ทำกิจกรรมต่างๆ ไม่ว่าทางโลกย์และทางธรรม ความรู้ด้านการแพทย์แผนไทยได้รับอิทธิพลจากพุทธศาสนาในด้านหนึ่ง เช่น ความเชื่อเรื่องกรรม กฎไตรลักษณ์ สังสารวัฏ ซึ่งผสมผสานกับความเชื่อท้องถิ่น เช่น ความเชื่อเรื่องภูตผีปิศาจที่เป็นต้นเหตุของความเจ็บป่วย วัดมีบทบาทสำคัญในการให้การรักษาสภาพทั้งทางกาย ทางจิต และทางจิตวิญญาณแก่ชาวไทย นอกจากนี้ยังเป็นแหล่งรวบรวมความรู้และบันทึกของการแพทย์แผนไทย เช่น จารึกในกำแพงวัดโพธิ์

การแพทย์แผนไทยที่เคยเป็นการแพทย์กระแสหลักในสังคมไทยก็มีการต่อสู้กับการแพทย์แผนตะวันตก และบทบาทก็ค่อยๆ ลดน้อยถอยลงไปพร้อมกับความเป็นสมัยใหม่ของรัฐไทย อย่างไรก็ตามการแพทย์แผนไทยก็มีได้สาบสูญไปอย่างสมบูรณ์แบบจากสังคม แต่มีบทบาทหน้าที่เป็นแพทย์กระแสรองเป็นแพทย์ทางเลือกให้ประชาชนไทย โดยเฉพาะกลับกลุ่มประชากรที่เข้าถึงการแพทย์สมัยใหม่อย่างยากลำบาก

การแพทย์แผนไทยกลับเข้ามามีบทบาทในระบบสุขภาพไทยมากขึ้นภายหลังการประชุม Alma-Ata ในปีพ.ศ. 2521 ซึ่งองค์การอนามัยโลกประกาศให้ประเทศสมาชิกผลักดันให้ประชาชนของตนได้มีสุขภาพถ้วนหน้า มีการเข้าถึงการรักษาระดับพื้นฐานก่อนปีพ.ศ. 2543 อย่างไรก็ตามการผลักดันนโยบายดังกล่าวเป็นภาระงบประมาณของประเทศสมาชิกโดยเฉพาะประเทศกำลังพัฒนา เมื่อต้องใช้จ่ายด้านสุขภาพประชาชนมากขึ้นย่อมหมายความว่างบประมาณที่เหลือในการพัฒนาประเทศ

6. คำแปลจากคำกราบบังคมทูลของ ดร. โกร ฮาร์ลีม บรุนด์ลันด์ ตัวแทนองค์การอนามัยโลกในวันพุธที่ 31 พฤษภาคม 2543. คัดลอกจากเว็บไซต์มูลนิธิธรรมิกเพื่อการไม่สูบบุหรี่

http://www.ashthailand.or.th/th/data_center_page.php?id=624

ด้านอื่น ๆ น้อยลงมา เพื่อขยายการเข้าถึงการรักษาแก่ประชาชนทุกคนย่อมหมายถึงรัฐต้องมีการผลิตบุคลากรการแพทย์ มีการลงทุนโครงสร้างพื้นฐาน มีการลงทุนด้านการผลิตยามากขึ้น ในขณะที่ความสามารถการผลิตทรัพยากรสุขภาพของการแพทย์สมัยใหม่ในไทยมีอยู่อย่างจำกัด เมื่อต้องมีการขยายการรักษาแพทย์สมัยใหม่ให้ทั่วถึงย่อมหมายถึงการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมความเชื่อของประชาชนทั้งประเทศจากเดิมที่ยอมรับการรักษาแผนพื้นบ้านเป็นการยอมรับความรู้และการรักษาแบบวิทยาศาสตร์ที่ต้องอาศัยองค์ความรู้ใหม่ ระบบการจัดเก็บข้อมูลใหม่ แต่ทว่าความรู้การแพทย์สมัยใหม่และเทคโนโลยีในระบบสุขภาพไทยยังไม่เพียงพอที่จะสร้างความไว้วางใจให้คนทั้งประเทศ

เพื่อจะบรรลุจุดประสงค์สุขภาพถ้วนหน้าภายใต้ข้อจำกัดดังกล่าว องค์การอนามัยโลกจึงสนับสนุนให้มีการใช้แพทย์พื้นบ้าน ใช้ยาหรือสมุนไพรท้องถิ่น ใช้เทคโนโลยีการแพทย์ที่มีอยู่ในแต่ละประเทศ เข้ามาเป็นอีกทางเลือกหนึ่งของการรักษาและสร้างไว้ซึ่งความหลากหลายทางการรักษา

การประชุมดังกล่าวส่งผลให้รัฐไทยนำการแพทย์แผนไทยเข้ามามีบทบาทในระบบสุขภาพอีกครั้งด้วยเล็งเห็นว่าประเทศไทยมีพืชสมุนไพรนานาชนิดและความรู้ที่สะสมมาช้านาน นอกจากนี้เนื่องจากราคายาสมัยใหม่ซึ่งรัฐไทยผลิตไม่ได้และต้องนำเข้าจากต่างประเทศมีการขึ้นราคาก่อนส่งผลให้ประชาชนไทยเข้าถึงยารักษาโรคอย่างยากลำบาก อีกทั้งการสร้างโรงพยาบาลสมัยใหม่ก็ไม่สามารถเข้าไปทั่วถึงในเขตทุรกันดาร แต่วัดไทยกลับมีอยู่ในทุกหมู่บ้านและชุมชนซึ่งเหมาะสมเป็นสถานที่ในการให้บริการสุขภาพพื้นฐานรวมถึงการถ่ายทอดความรู้ด้านการป้องกันรักษาโรค พระสงฆ์เป็นบุคคลที่น่าเชื่อถือและเป็นผู้นำชุมชนที่คนในหมู่บ้านรับฟังเชื่อและปฏิบัติตาม ซึ่งการฟื้นฟูการแพทย์แผนไทยที่มีความแนบแน่นกับพุทธศาสนาและความเชื่อท้องถิ่นแล้ว บทบาทด้านพุทธศาสนาและความเชื่อจึงมีส่วนสำคัญในระบบสุขภาพไทยด้วยเช่นกัน

พุทธศาสนาจึงมีอิทธิพลในแผนงานสุขภาพแห่งชาติ การสนับสนุนการใช้แพทย์แผนไทยและสมุนไพรไทยเป็นแผนที่ปรากฏจนปัจจุบัน กระทรวงสาธารณสุขบรรจุแผนในการใช้สมุนไพรรักษาโรคในแผนสุขภาพแห่งชาติฉบับที่ 4 (พ.ศ. 2520-2524) สถาบันการแพทย์แผนไทยถูกก่อตั้งขึ้นเมื่อปีพ.ศ. 2536 เพื่อพัฒนาองค์ความรู้และการวิจัยแพทย์แผนไทย นอกจากนี้รัฐยังสนับสนุนวัดและพระสงฆ์ในด้านงานสาธารณสุขมูลฐาน ดังเช่นความเห็นของ Treerutkuarkul (2008)

“...บทบาทของพระสงฆ์ในด้านสาธารณสุขมูลฐานสามารถรับรู้ได้ผ่านงานการพัฒนาชุมชนตนเอง ซึ่งเป็นสิ่งที่รัฐบาลทุกรัฐบาลที่ผ่านมาได้สนับสนุนมาหลายทศวรรษ พระสงฆ์มากกว่า 200,000 รูป และวัดพุทธกว่า 30,000 แห่งทั่วประเทศ เข้ามาเป็นส่วนหนึ่งของระบบซึ่งเราเรียกว่าการเคลื่อนไหวของหมอชาวบ้านในทศวรรษ 1980...

ในปี 2544 วัดไทยแห่งหนึ่งได้รับเงินบริจาคราว 5 ล้านบาทเพื่อสร้างคลินิกชุมชน และให้การรักษาพื้นฐานแก่คนในชุมชนราว 2000 ชีวิต หมอและพยาบาลเกษียณต่างอาสาสมัครเข้ามาช่วยทำงานในหน่วยบริการปฐมภูมิซึ่งอยู่ภายใต้การดูแลของกระทรวงสาธารณสุข...

ในช่วงสามทศวรรษที่ผ่านมา การให้บริการการแพทย์มุ่งเน้นด้านการสาธารณสุข

เป็นสำคัญ และเริ่มเปลี่ยนไปสู่การส่งเสริมและป้องกันสุขภาพ และพระสงฆ์
เห็นเป็นโอกาสดีที่พอจะทำอะไรให้ชุมชนได้บ้าง
เนื่องจากนโยบายรัฐไทยที่มุ่งสู่งานป้องกันโรค พระสงฆ์และวัดไทยจึงปรับ
ตัวและมีบทบาทในงานดังกล่าว...”

อย่างไรก็ตามการขยายตัวเศรษฐกิจอย่างก้าวกระโดดช่วงทศวรรษ 1980-1990 ก็ส่งผลกระทบต่อการรอบความเชื่อพุทธศาสนาของคนไทยและพุทธพาณิชย์ขึ้นมา Kittiamsa (2008, 125) ให้ความเห็นว่าพุทธพาณิชย์เป็นคำศัพท์ที่ถูกสร้างขึ้นใหม่ในช่วงทศวรรษ 1980 เพื่ออธิบายถึงกิจกรรมทุกอย่างที่เกี่ยวข้องกับการค้าในพุทธศาสนาไทย ทั้งภายในวัดหรือนอกอาณาเขตวัด หรือในตลาดของความเชื่อทางศาสนา ซึ่งการค้าหลักๆ ได้แก่ การขายพระเครื่อง พิธีกรรมทางศาสนาเหนือธรรมชาติต่างๆ และการท่องเที่ยว พุทธพาณิชย์ยังส่งผลต่อความเชื่อเรื่องกฎแห่งกรรมและสังสารวัฏ บุญเสมือนเป็นทุนชนิดหนึ่งที่สะสมได้และดีกว่าทุนชนิดอื่น เพราะเป็นทุนที่ไม่เสื่อมค่าและสามารถสะสมในชาตินี้เพื่อไปใช้ต่อในชาติหน้า นอกจากนี้กรรมดียังสามารถใช้หักลบกลบหนี้กับกรรมเลวในชาติที่แล้วได้ ซึ่งบุญส่งผลต่อสุขภาพและการเกิดโรคเช่นกัน คนที่สะสมกรรมดีย่อมมีสุขภาพแข็งแรงกว่าคนที่สะสมกรรมเลว ความเชื่อดังกล่าวไม่เพียงพบได้เฉพาะคนทั่วไปแต่พบได้ในคนที่ได้รับการศึกษาสูงระดับมหาวิทยาลัยด้วยเช่นกัน ถึงแม้ระบบสุขภาพไทยพัฒนาขึ้นมากและคนเข้าถึงการรักษาสสมัยใหม่ได้มากขึ้นแต่คนไทยก็ไม่ได้ปฏิเสธความเชื่อเหนือธรรมชาติและการรักษาโรคด้วยวิธีเหนือธรรมชาติ การทำบุญเพื่อหายจากโรค หรือพิธีกรรมเหนือธรรมชาติที่พระสงฆ์หรือวัดจัดหาให้ก็ยังเป็นที่นิยมควบคู่กับการไปโรงพยาบาลเพื่อพบแพทย์ ดังนั้นการทำบุญจึงเป็นที่นิยมสำหรับคนไทยและวัดกลายเป็นศูนย์กลางการระดมทุนบริจาคที่สำคัญของสังคมไทย และมีบทบาทในด้านสังคมสงเคราะห์ไทย ดังเช่น Mongkolnchaiarunya and Wattanakoon (2013, 125) ได้ให้ความเห็นว่า

“...ชาวไทยพร้อมที่จะทำบุญบริจาคให้กับวัด และรอรับผลกรรมดี โชคดีหรือชีวิตที่ดีตอบแทนกลับมา วัดจำนวนมากได้ใช้จ่ายเงินบริจาคเพื่อพัฒนาวัด บางวัดก็ใช้เงินบริจาคมนี้เพื่อเสริมสร้างตาสายสังคมให้คนจน บางวัดไม่เพียงเป็นสถานที่สอนทางศาสนา แต่ยังจัดหาอาหาร ที่พัก การฝึกอบรมอาชีพ และการรักษาอีกด้วย...”

ความแตกต่างของบริบทสังคมเศรษฐกิจการเมืองระหว่างไทยและยุโรปทำให้กระบวนการแพทยานูว์ตรไทยแตกต่างจากแพทยานูว์ตรของยุโรปที่รัฐเป็นสถาบันหลักสถาบันเดียวที่ใช้ความรู้ด้านการแพทย์ในการปกครองประชาชนโดยค่อย ๆ พัฒนาจากรัฐเวชกรรมที่รัฐใช้อำนาจบังคับร่างกายและพฤติกรรมประชาชน ไปสู่การแพทย์เมืองที่ใช้ความรู้ในการควบคุมพื้นที่สาธารณะและพื้นที่เอกชน ไปสู่ขั้นตอนต่อมาคือการแพทย์แรงงานผลผลิตที่รัฐเข้ามาควบคุมผลผลิตของประชากรและรัฐตอบแทนด้วยการจัดสวัสดิการให้แก่ประชาชนในรูปแบบรัฐสวัสดิการที่รัฐปฏิบัติเสมือนคุณพ่อรู้ดี และแบบสุดท้ายที่เป็นรัฐสวัสดิการแบบใหม่ที่รัฐใช้เหตุผลเข้ามาโน้มน้าวสังคม และสังคมมีสิทธิร่วมทำงานกับรัฐในการตัดสินใจนโยบายสวัสดิการ

แต่เส้นทางการพัฒนาแพทยานูว์ตรไทยนั้นไม่ใช่รัฐเป็นสถาบันเดียวที่ใช้อำนาจความรู้ปกครอง

ประชาชน เนื่องจากองค์ความรู้การแพทย์สมัยใหม่เป็นสิ่งที่นำเข้ามาและแข่งขันกับองค์ความรู้การแพทย์แผนไทย การขาดแคลนทรัพยากรทำให้ระบบตำรวจการแพทย์ไม่เข้มแข็งพอจะแทรกแซงทุกอาณาเขต และทุกความคิดของประชาชนไทย ซึ่งส่งผลให้นโยบายสุขภาพสมัยใหม่ของรัฐไทยไม่สามารถโน้มน้าวประชาชนให้เปลี่ยนพฤติกรรมได้เต็มที่และต้องอาศัยสถาบันกษัตริย์อันเป็นสัญลักษณ์ของความเป็นหนึ่งเดียวและความเชื่อทางพุทธศาสนาเพื่อให้ประชาชนไทยยอมรับนโยบายสุขภาพของรัฐ

3. บทบาทของสถาบันต่อนโยบายสุขภาพและการกระจายที่เหลื่อมล้ำ

บทบาทสถาบันชาติ-พุทธศาสนา-พระมหากษัตริย์ ในระบบสุขภาพไทยได้กำหนดทิศทางการพัฒนานโยบายสุขภาพแห่งชาติ กรอบความคิดชาตินิยม-อรรถประโยชน์ส่งผลให้นโยบายสุขภาพมีจุดประสงค์ไม่เพียงแต่เพื่อเพิ่มค่าเฉลี่ยสุขภาพประชากรเท่านั้นแต่มุ่งสร้างการเติบโตเศรษฐกิจอย่างต่อเนื่อง อย่างไรก็ตามการเร่งเพิ่มค่าเฉลี่ยสุขภาพประชากรเพียงอย่างเดียวก็ละเลยการกระจายทรัพยากรสุขภาพที่เป็นธรรมต่อประชากรทุกกลุ่ม รัฐบาลมิได้ให้สิทธิประโยชน์สุขภาพแก่ประชาชนอย่างถ้วนหน้าเสมอภาคแต่เลือกที่จะให้กลุ่มที่ให้ผลตอบแทนแล้วคุ้มค่าต่อการลงทุนทั้งในแง่ด้านตัวเลขเศรษฐกิจและความมั่นคงในประเทศ ระบบสุขภาพไทยจึงลักษณะผสมระหว่างการแทรกแซงโดยรัฐและกลไกตลาด สุขภาพมิใช่สิทธิขั้นพื้นฐานของประชาชนไทยในช่วงก่อนมีหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในปีพ.ศ. 2544 ความเชื่อเรื่องกรรมยิ่งตอกย้ำว่าสุขภาพเป็นความรับผิดชอบส่วนบุคคลมากกว่าจะเป็นความรับผิดชอบส่วนรวม การเจ็บป่วยเป็นผลจากพฤติกรรมส่วนตัวและแต่ละคนควรจะได้รับผิดชอบค่าใช้จ่ายในการรักษาด้วยตนเอง ส่วนกลุ่มคนที่ยากลำบากและไม่สามารถเข้าถึงการรักษาได้จึงเป็นหน้าที่ของสังคมสงเคราะห์จากรัฐ หรือการกุศลจากสังคม จากมูลนิธิต่อสถาบันกษัตริย์และการทำบุญตามความเชื่อศาสนา ภาคเอกชนจึงมีความสำคัญไม่แพ้ภาครัฐในการจัดหาบริการสุขภาพแก่คนยากไร้

และเมื่อรัฐมีบทบาทจำเพาะในการเลือกที่จะให้เฉพาะกลุ่มทำให้กระบวนการแพทยานุวัตรไทยไม่สามารถพัฒนาไปสู่การแพทย์แรงงานที่รัฐสามารถเข้าควบคุมข้อมูลการทำงานผลผลิตของประชาชนได้ทุกคนเพื่อนำภาษีของประชาชนมาใช้ด้านสวัสดิการถ้วนหน้า ในเขตแดนที่รัฐเข้าไปไม่ถึงภาคสังคมไทยต้องมียุทธศาสตร์ในการช่วยเหลือตนเองชนมีหน้าที่สร้างตาข่ายสังคมซ้อนรับความเสี่ยงกันเอง สถาบันครอบครัวต้องรับผิดชอบต่อสุขภาพของคนในครอบครัวเอง ทิศทางการพัฒนาประเทศและพัฒนาสุขภาพประชาชนที่มุ่งเน้นการใช้ทรัพยากรอย่างมีประสิทธิภาพและเลือกที่จะให้เฉพาะกลุ่มประชากรมีความเหมาะสมในสถานการณ์ช่วงหลังสงครามโลกครั้งที่ 2 จนถึงช่วงปี 2524 ที่ทรัพยากรในประเทศมีอย่างจำกัด ตัวชี้วัดเฉลี่ยทางเศรษฐกิจและตัวชี้วัดเฉลี่ยสุขภาพประชาชนเพิ่มขึ้นอย่างเห็นได้ชัด แต่ขณะเดียวกันความเหลื่อมล้ำก็ถ่างออกมากขึ้นเช่นกัน เมื่อรัฐไม่มีอำนาจทั่วถึงในการกระจายทรัพยากรเพื่อความเท่าเทียมกันในประเทศ ส่วนกลไกตลาดและสังคมเองก็ล้มเหลวในการลดช่องว่างเศรษฐกิจสังคม ปัญหาความเหลื่อมล้ำในสังคมจึงบังเกิดและส่งผลกระทบต่อให้ความเหลื่อมล้ำด้านสุขภาพกลับยิ่งทวีความรุนแรงตามมา

3.1 นโยบายสุขภาพพ.ศ. 2493-2515: สร้างความเข้มแข็งประชาชนเพื่อการพัฒนาเศรษฐกิจ

ทิศทางนโยบายพัฒนาประเทศในช่วงปีพ.ศ. 2493-2515 เป็นแนวทางรัฐพัฒนาการที่มีจุดประสงค์ในการได้ควรระดับการพัฒนาให้ทันประเทศอุตสาหกรรม ประเทศไทยมีลักษณะคือ ปกครองด้วยรัฐบาลทหารอำนาจนิยมเพื่อรักษาความมั่นคงด้านการเมืองและเศรษฐกิจ รัฐบาลสร้างความมั่นคงดังกล่าวเพื่อให้ผู้ชำนาญการวางแผนพัฒนาประเทศระยะยาว และให้สิทธิพิเศษการลงทุนให้กลุ่มทุนเฉพาะกลุ่มเพื่อสะสมทุนและดำเนินการสร้างการเติบโตของภาคการผลิตเอกชน ซึ่งการเป็นพันธมิตรกับสหรัฐอเมริกาในช่วงสงครามเย็นเป็นผลดีในการสร้างรัฐพัฒนาการ ด้วยทุนจาก USOM ข้าราชการและผู้อำนวยการด้านต่างๆ เช่น การเกษตร การอุตสาหกรรม การขนส่ง สุขภาพ การศึกษา ฯลฯ จำนวนกว่า 6,601 (Pasuk and Baker 2002, 85) ได้รับการฝึกฝนจากต่างประเทศและกลับมาทำงานให้ระบบราชการเข้มแข็งขึ้นซึ่งเป็นฟันเฟืองสำคัญของรัฐราชการ เงินช่วยเหลือทางด้านเศรษฐกิจและการทหารที่ไทยได้รับจาก USOM ในช่วงปีพ.ศ. 2493-2515 มีมูลค่ารวมกว่า 1.13 ล้านดอลลาร์สหรัฐ (Dixon 1999, 83) นอกจากนี้จำนวนนักเรียนทุนที่ได้รับทุนฟูลไบรท์และไปศึกษาต่อต่างประเทศมีจำนวนกว่า 8,000 คน (Glassman 2004, 76)

ด้วยความช่วยเหลือจากธนาคารระหว่างประเทศเพื่อการบูรณะและพัฒนาทำให้ประเทศไทยมีสถาบันระดับชาติในการวางแผนการพัฒนา คือ สำนักงานสภาพัฒนาเศรษฐกิจแห่งชาติในปีพ.ศ. 2493 และต่อมาได้มีการสร้างสถาบันที่เกี่ยวกับการพัฒนาเศรษฐกิจนามมา เช่น สำนักงานประมาณ สำนักงานสถิติแห่งชาติ และ สำนักงานคณะกรรมการส่งเสริมการลงทุน จากการทำงานร่วมกันของธนาคารระหว่างประเทศเพื่อการบูรณะและพัฒนาและสำนักงานสภาพัฒนาเศรษฐกิจแห่งชาติ ทำให้แผนพัฒนาเศรษฐกิจแห่งชาติฉบับแรก (พ.ศ.2504-2509) ผลิတ်ออกมาโดยมุ่งให้ภาคเอกชนลงทุนมากขึ้นแทนรัฐบาล โดยรัฐบาลมีหน้าที่ช่วยอำนวยความสะดวกภาคการผลิตของเอกชน เช่น การขยายการลงทุนด้านโครงสร้างพื้นฐาน การออกสัมปทาน การปฏิรูปที่ดิน การออกนโยบายควบคุมค่าแรง โดยในช่วงเวลาดังกล่าวผู้ชำนาญการต่างเล็งเห็นความสำคัญของภาคเกษตรและต้องการส่งเสริมอุตสาหกรรมภาคเกษตรเพื่อเป็นรายได้หลักของประเทศ ซึ่งการทำจุดหมายดังกล่าวให้ประสบความสำเร็จนั้นต้องการจำนวนแรงงานที่มากขึ้น สุขภาพประชากรที่ย่ำแย่และการตายก่อนวัยอันควรย่อมส่งผลให้จำนวนแรงงานขาดแคลน สุขภาพประชาชนมีฐานะแรงงานในการสร้างชาติสะท้อนจากสุนทรพจน์ของจอมพลสฤษดิ์ในวาระครบรอบสถาปนากระทรวงสาธารณสุขเมื่อ 10 มีนาคม พ.ศ. 2505

“...ความไม่โรยละเลยเป็นที่ปรารถนาของมนุษย์ทุกรูปทุกนาม ความป่วยไข้มิได้หมายความว่า จะทำให้เราสิ้นเปลืองเงินไปในการรักษาพยาบาลเท่านั้น ยังทำให้เราไม่อาจทำงานหาเลี้ยงชีพไปชั่วขณะหนึ่งด้วย ชาติก็เช่นเดียวกับบุคคล ชาติใดที่มีประชาชนเจ็บไข้ได้ป่วยมาก หรือมีสุขภาพอนามัยไม่ดี ชาตินั้นก็ไม่นับว่ามีกรรม เพราะมีคนทำงานได้น้อย กำลังผลิตหรือกำลังความคิดมีน้อย ไม่สมดุลย์กับจำนวนพลเมือง งานในการพัฒนาประเทศจะดำเนินไป

ได้ยาก ด้วยเหตุนี้ รัฐบาลปัจจุบันจึงได้กวัดจั่นรักษาความสะอาดและดำเนิน
งานพัฒนาอนามัยของประชาชนชาวไทยควบคู่ไปกับการพัฒนาเศรษฐกิจ
และการศึกษาด้วย..." (คณะรัฐมนตรี 2507, 588)

อย่างไรก็ตาม การที่แผนพัฒนาการสาธารณสุขฉบับที่ 1 (พ.ศ.2504-2509) ซึ่งเป็นแผน
นโยบายสุขภาพแห่งชาติกลับเป็นแค่ส่วนหนึ่งที่บรรจุอยู่ในแผนพัฒนาเศรษฐกิจแห่งชาติฉบับที่ 1 ก็
สะท้อนให้เห็นว่านโยบายสุขภาพแห่งชาติมีความสำคัญน้อยกว่าและอยู่ภายใต้อิทธิพลนโยบายพัฒนา
เศรษฐกิจ และทิศทางนโยบายสุขภาพจึงประสานและสนับสนุนการเติบโตทางเศรษฐกิจ

เช่นเดียวกับนโยบายเศรษฐกิจที่สร้างระบบราชการและรัฐพัฒนาการ นโยบายสุขภาพในช่วง
พ.ศ. 2493-2515 จึงเพิ่มความเข้มแข็งของระบบตำรวจการแพทย์และลงทุนด้านโครงสร้างพื้นฐาน
จำนวนแพทย์ โรงพยาบาล และการสุขภาพชุมชนได้เพิ่มมากขึ้นตามลำดับ เช่น จำนวนแพทย์จาก
2753 คนในปีพ.ศ. 2505 เป็น 4085 คน ในปี พ.ศ. 2514 จำนวนโรงพยาบาลเพิ่มจาก 161 แห่ง
ในปีพ.ศ. 2505 เป็น 211 แห่งในปีพ.ศ. 2514 และจำนวนเตียงเพิ่มจาก 19,961 เตียงในปีพ.ศ.
2505 เป็น 40996 เตียงในปีพ.ศ. 2514 จำนวนส้วมที่มีทั้งหมดในหมู่บ้านพัฒนาเพิ่มจาก 36,165
ชิ้นในปีพ.ศ. 2505 เป็น 1,092,689 ชิ้นในปีพ.ศ. 2514 (กระทรวงสาธารณสุข 2525, 229-241)

และเพื่อเพิ่มจำนวนประชากรเพื่อป้อนแรงงานเข้าสู่อุตสาหกรรมเกษตร นโยบายสุขภาพ
จึงมุ่งหวังเพื่อเพิ่มจำนวนพลเมือง สิ่งที่แตกต่างกันของนโยบายสุขภาพก่อนและหลังสงครามโลกครั้งที่
2 คือ ความช่วยเหลือทางการเงินและเทคโนโลยีการแพทย์จากสหรัฐอเมริกาและองค์กรอนามัยโลก
ช่วยให้รัฐบาลไทยสามารถดำเนินนโยบายสุขภาพเพื่อลดอัตราการตาย เช่น โครงการอนามัยแม่และ
เด็กเพื่อลดอัตราการตายของมารดาและทารกแรกเกิด ช่วยให้อัตราการตายทารกต่อ 1,000 การเกิด
ลดลงจาก 97.4 ในปีพ.ศ. 2505 เป็น 49.1 ในปีพ.ศ. 2514 และอัตราการตายมารดาต่อ 1,000 การ
เกิดลดลงจาก 5.6 ในปีพ.ศ. 2505 เป็น 3.2 ในปีพ.ศ. 2514 (อ้างแล้ว, 231) หรือโครงการวัคซีนโรค
แห่งชาติที่ช่วยลดปริมาณคนตายจากวัณโรคจาก 11244 คนในปีพ.ศ. 2500 เป็น 7324 คนในปีพ.ศ.
2514 (เทียนฉาย 2541, 28) ซึ่งในช่วงทศวรรษ 1960-1970 แรงงานกว่า 11-13 ล้านคน หรือราว
ร้อยละ 80 ของการจ้างงานทั้งหมดอยู่ในภาคเกษตรและสร้างรายได้ให้ประเทศกว่าร้อยละ 34.8 ของ
ผลิตภัณฑ์มวลรวมภายในประเทศในปีพ.ศ. 2503 (Dixon 1999, 13)

3.2 นโยบายสุขภาพพ.ศ. 2516-2522: นโยบายสุขภาพเพื่อต่อต้านคอมมิวนิสต์

ถึงแม้รัฐไทยมีระบบราชการที่เข้มแข็งขึ้นและอำนาจรัฐแผ่ขยายมากขึ้นเพื่อจัดหาสวัสดิการ
พื้นฐานให้ประชาชนกว่าแต่ก่อน แต่ทว่าข้อจำกัดด้านงบประมาณก็ตีกรอบให้รัฐไทยดำเนินนโยบาย
จัดการสวัสดิการแบบมุ่งเน้นกลุ่มประชากรเฉพาะกลุ่ม รัฐเป็นผู้กำหนดนโยบายและตัดสินใจว่ากลุ่ม
ประชากรใดควรได้ผลประโยชน์จากนโยบายรัฐและกลุ่มใดไม่ควรได้ สำหรับกลุ่มที่รัฐไม่จัดหามาให้
นั้นรัฐไทยมุ่งส่งเสริมกระตุ้นให้ภาคเอกชนและการกุศลเข้ามาช่วยเหลือแทน ดังเห็นได้จากคำปราศรัย
ของจอมพลสฤษดิ์ในการประชุมการสังคมสงเคราะห์แห่งชาติ ครั้งที่ 2 26 มีนาคม พ.ศ. 2505

"...ทั้งนี้ก็เพราะว่างานสังคมสงเคราะห์เป็นงานที่มีความสำคัญยิ่ง เป็นงานที่
ทำเพื่อให้ได้ผลโดยตรงถึงราษฎร โดยมุ่งหมายจะให้ความผาสุก และยกฐานะ

การครองชีพของราษฎร อันเป็นยอดปรารถนาของเราทั้งหลาย อีกประการหนึ่ง งานสังคมสงเคราะห์นี้เราได้กระทำด้วยความเสียสละ ท่านผู้มีเกียรติทั้งหลายที่ได้มาประชุมล้วนเป็นผู้ที่เสียสละ มุ่งมั่นทำงานให้เป็นประโยชน์แก่เพื่อนร่วมชาติด้วยกุศลเจตนา คำว่า “สงเคราะห์” หมายถึงการช่วยเหลือที่ทำได้ด้วยน้ำใจอันเป็นกุศล นอกจากจะได้ผลเป็นคุณประโยชน์ในทางบ้านเมืองแล้ว ยังเป็นบุญราศีอันผ่องแผ้วตามคติทางพระพุทธศาสนา ข้าพเจ้าจึงขออนุโมทนา และขอแสดงความขอบคุณทุก ๆ ท่านที่มาประชุมในครั้งนี้โดยทั่วกัน...” (คณะรัฐมนตรี 2507, 604)

การให้ความช่วยเหลืออย่างไม่ครอบคลุมประชากรทุกกลุ่มและอาศัยความร่วมมือจากภาคเอกชนไม่สามารถลดความเหลื่อมล้ำที่เกิดจากรูปแบบรัฐพัฒนาการของไทย การเติบโตทางเศรษฐกิจเพิ่มขึ้นแต่ขณะเดียวกันความเหลื่อมล้ำและการกระจายรายได้กลับแย่ลง ในปีพ.ศ. 2513 ผลิตภัณฑ์มวลรวมภายในจังหวัดต่อหัวของศรีสะเกษมีมูลค่า 1,153 บาท เมื่อเทียบกับกรุงเทพฯ ที่มีมูลค่า 12,838 บาท ค่าเฉลี่ยของกลุ่มจังหวัดที่มีผลิตภัณฑ์มวลรวมจังหวัดต่อหัวต่ำกว่า 4,000 บาทมีมูลค่า 1,747 บาท ในขณะที่ค่าเฉลี่ยของกลุ่มจังหวัดที่มีผลิตภัณฑ์มวลรวมจังหวัดต่อหัวมากกว่า 10,000 บาทมีมูลค่า 9,893 บาท และเป็นที่น่าสังเกตว่าประชากรในจังหวัดยากจนมักทำงานในภาคเกษตร ร้อยละ 78.2 ของครัวเรือนทั้งหมดในจังหวัดที่มีผลิตภัณฑ์มวลรวมจังหวัดต่อหัวต่ำกว่า 4,000 บาท นั้นทำงานในภาคเกษตร ส่วนในกรุงเทพฯ นั้นร้อยละ 6.5 ของครัวเรือนเท่านั้นที่อยู่ในภาคเกษตร (Meesuk 1978, 15)

การที่ความเหลื่อมล้ำด้านการพัฒนาระหว่างเมืองและชนบทเป็นเรื่องสำคัญที่ขบวนการคอมมิวนิสต์ไทยหยิบยกขึ้นมาโจมตีรัฐไทยเพื่อบรรยายถึงความล้มเหลวของระบบทุนนิยม อีกทั้งการเคลื่อนไหวของนักศึกษาและประชาชนได้โค่นล้มรัฐบาลทหารและประเทศไทยมีรัฐบาลพลเรือนปกครองประเทศชั่วขณะหนึ่งทำให้นโยบายการพัฒนาประเทศช่วงพ.ศ.2516-2522 จึงเปลี่ยนทิศทางไปเพื่อมุ่งสู่การพัฒนาเขตชนบทและลดความเหลื่อมล้ำในสังคม

แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 3 (พ.ศ. 2514-2519) มีจุดประสงค์เพื่อสนับสนุนการเติบโตทางเศรษฐกิจและอุตสาหกรรมและลดความเหลื่อมล้ำการพัฒนาระหว่างเขตเมืองและชนบท งานพัฒนาจะครอบคลุมด้านสังคมด้วย ทั้งด้านการศึกษา การสาธารณสุข ที่อยู่อาศัยสวัสดิการสังคม และกระตุ้นให้ภาคเอกชนเข้ามามีส่วนร่วมในการพัฒนาเศรษฐกิจสังคมมากขึ้น และต่อเนื่องแผนพัฒนาฉบับที่ 4 (พ.ศ. 2520-2524) เป็นการพัฒนาเพื่อมุ่งสร้างความเป็นธรรมในสังคมและความมั่นคงของชาติ เน้นการลดความเหลื่อมล้ำทางเศรษฐกิจและพัฒนาสวัสดิการสังคม รัฐบาลก็ถือฤกษ์ดำเนินนโยบายสังคมต่าง ๆ เช่น นโยบายขึ้นค่าแรงขั้นต่ำ นโยบายขนส่งสาธารณะฟรีแก่ผู้ยากจน การเพิ่มงบประมาณกว่า 125 ล้านดอลลาร์เพื่อโครงการสร้างสาธารณูปโภคพื้นฐานในเขตชนบท เป็นต้น

ส่วนในระบบสุขภาพไทยก็มีทิศทางไม่แตกต่างกัน ผลจากแผนสาธารณสุขฉบับที่ 1 และ 2 ทำให้จำนวนแพทย์ต่อประชากรมากขึ้นตามลำดับ โรงพยาบาลและสถานพยาบาลครอบคลุมอาณาเขต

มากขึ้น อัตราการตายลดลง แต่ทว่าความเหลื่อมล้ำระหว่างเขตเมืองและชนบทก็ยังคงอยู่ การบริการสุขภาพในเขตชนบทครอบคลุมร้อยละ 15 และมีความแตกต่างด้านคุณภาพการรักษาระหว่างกรุงเทพฯและชนบท นอกจากนี้ยังพบปัญหาขาดความร่วมมือของประชาชนในด้านสุขภาพ ปัญหาอนามัยสิ่งแวดล้อม ปัญหาขาดแคลนเวชภัณฑ์

แผนพัฒนาสาธารณสุขฉบับที่ 3 (พ.ศ. 2515-2519) และฉบับที่ 4 พ.ศ. (2520-2524) จึงมุ่งแก้ปัญหาความเหลื่อมล้ำดังกล่าว โดยเฉพาะอย่างยิ่งปัญหาการกระจายแพทย์และบุคลากรไปยังพื้นที่ชนบทห่างไกล การเข้าถึงสาธารณสุขมูลฐานและการป้องกันโรคเป็นนโยบายที่กระทรวงให้ความสำคัญ ปรับปรุงการผลิตจำหน่ายและกระจายยาวัคซีนและเวชภัณฑ์ นอกจากนี้กระทรวงสาธารณสุขมีการปฏิรูปองค์กรเพื่อให้การทำงานไม่ซ้ำซ้อน เพิ่มการประสานงานระหว่างส่วนกลางและภูมิภาค และเริ่มให้อำนาจบางส่วนกับทางเทศบาล รัฐบาลได้ริเริ่มขยายการครอบคลุมรักษาพยาบาลให้แก่ผู้ป่วยที่มีรายได้น้อย แผนงานในชนบทจะแตกต่างจากแผนงานในเมือง โดยรัฐให้บริการสาธารณสุขแบบผสมผสานที่เน้นทางด้านรักษาปฐมภูมิควบคู่ไปกับการป้องกันโรค มีการเพิ่มจำนวนสถานอนามัยเจ้าหน้าอนามัย ผดุงครรภ์ และฝึกอสาสมัครสาธารณสุขและผู้สื่อข่าวสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ส่วนในเขตเมืองก็สนับสนุนให้ภาคเอกชนโรงพยาบาลเอกชนเข้ามามีบทบาทกว่าแต่ก่อน มีการเจรจาระหว่างรัฐและเอกชนเพื่อริเริ่มระบบประกันสุขภาพของแรงงานภาคอุตสาหกรรม นอกจากนี้ปัญหาอัตราการเกิดที่เพิ่มขึ้นและอัตราการตายที่ลดลงเริ่มสร้างความกังวลให้ผู้ชำนาญการสุขภาพถึงเรื่องอัตราการเพิ่มประชากรที่เร็วกว่าการเติบโตทางเศรษฐกิจ นโยบายวางแผนครอบครัวจึงบรรจุอยู่ในแผนสาธารณสุขฉบับที่ 3 เป็นครั้งแรก และประสบความสำเร็จในการลดอัตราการเกิดจาก 31.5 ต่อพันประชากรเป็น 26.1 (กระทรวงสาธารณสุข 2525, 181-200)

ส่วนปัญหาการกระจายแพทย์สู่ชนบทและปัญหาสมองไหลของแพทย์ไทยไปต่างประเทศนั้น ได้มีวิธีแก้โดยตั้งแต่พ.ศ. 2515 เป็นต้นไปมีการกำหนดข้อบังคับให้แพทย์จบใหม่ต้องไปทำงานในเขตชนบทเป็นเวลาอย่างน้อย 3 ปี และด้วยค่านิยมที่เปลี่ยนไปในหมู่นักศึกษาแพทย์ช่วงนั้นที่ให้ความสนใจกับแก้ปัญหาความเหลื่อมล้ำการพัฒนาระหว่างชนบทและเขตเมือง ทำให้แพทย์ยินดีที่จะใช้ทุนทำงานในถิ่นทุรกันดารเพื่อช่วยเหลือมวลชน นอกจากนี้มีการตั้งสหพันธ์แพทย์ชนบทขึ้นมาเพื่อเป็นองค์กรกลางในการช่วยเหลือแพทย์ด้วยกันเองที่ประสบความยากลำบากในการปรับตัวในการทำงานในเขตชนบท

งบประมาณของกระทรวงสาธารณสุขก็เพิ่มขึ้นเป็นลำดับจาก 956.4 ล้านบาทในปี 2515 เป็น 2725.3 ล้านบาทในปี 2519 และ 4840 ล้านบาท ในปี 2523 งบประมาณสุขภาพจากภาครัฐในปี 2518 คิดเป็นร้อยละ 4.78 ของงบประมาณรายจ่ายรัฐ และเพิ่มเป็นร้อยละ 7.04 ในปี 2520 งบประมาณด้านป้องกันโรคเพิ่มจาก 940 ล้านบาทในแผนพัฒนาฉบับที่ 3 เป็น 3,960 ล้านบาทในแผนพัฒนาที่ 4 (อ้างแล้ว, 265)

เมื่อรัฐมีการลงทุนด้านสุขภาพมากขึ้นก็ส่งผลให้โครงสร้างพื้นฐานด้านสุขภาพขยายทั้งในรูปจำนวนและการครอบคลุมพื้นที่ จำนวนโรงพยาบาลรัฐก็เพิ่มจาก 262 โรงในปีพ.ศ. 2515 เป็น 621 โรงในปีพ.ศ. 2522 จำนวนสถานอนามัยก็เพิ่มขึ้นจาก 2,511 โรงในปีพ.ศ. 2515 เป็น 5,037 โรง

ในปีพ.ศ. 2524 ซึ่งครอบคลุมกว่าร้อยละ 82.1 ของระดับตำบล จำนวนหมู่บ้านพัฒนามัยเพิ่มขึ้นจาก 22,559 หมู่บ้านในปีพ.ศ. 2515 เป็น 45,433 หมู่บ้านในปีพ.ศ. 2524 จำนวนส่วนที่มีทั้งหมดในหมู่บ้านเพิ่มขึ้นจาก 12,560,851 ที่ในปีพ.ศ.2515 เป็น 2,547,034 ที่ในปีพ.ศ. 2524 (อ้างแล้ว, 239-242)

และประชาชนเข้าถึงการบริการแพทย์สมัยใหม่ได้มากขึ้น จำนวนการให้บริการรักษาผู้ป่วยนอกในส่วนภูมิภาคเพิ่มขึ้นจาก 8.967 ล้านครั้งในปีพ.ศ. 2515 เป็น 30.071 ล้านครั้งในปีพ.ศ. 2524 รวมถึงการบริการด้านวัคซีนป้องกันโรค ในปีพ.ศ.2515มีวัคซีนดีทีพีครอบคลุมเพียงร้อยละ 3.22 ของเด็กอายุต่ำกว่า 1 ปี ก็เพิ่มเป็น ร้อยละ 65.3 ในปีพ.ศ. 2524 ในปีพ.ศ. 2515 วัคซีนบีซีจีก็เพิ่มการครอบคลุมจากร้อยละ 8.0 ของเด็กอายุต่ำกว่า 14 ปี เป็นร้อยละ 67.7 ในปีพ.ศ. 2524 การให้บริการอนามัยแม่และเด็ก รวมถึงการวางแผนครอบครัวก็มีการขยายการครอบคลุมมากขึ้นเช่นเดียวกัน (อ้างแล้ว, 243-251)

ตัวชี้วัดสุขภาพประชากรทั้งประเทศมีแนวโน้มดีขึ้น อัตราการตายต่อ 1000 ประชากรก็ลดลงจาก 12.2 ในปีพ.ศ. 2515 เป็น 9.9 ในปีพ.ศ. 2523 อัตราการตายต่อ 1000 การเกิดลดลงจาก 38.1 ในปีพ.ศ. 2515 เป็น 36.1 ในปีพ.ศ. 2523 อัตราการตายมารดาต่อ 1000 การเกิดลดลงจาก 3.1 ในปีพ.ศ. 2515 เป็น 1.3 ในปีพ.ศ. 2523 (อ้างแล้ว; หน้า 229-232) ความเหลื่อมล้ำของการกระจายบุคลากรการแพทย์ก็ลดลง ความหนาแน่นของแพทย์ต่อประชากรในกรุงเทพฯซึ่งเคยมากกว่าเขตอีสานถึง 21.3 เท่าในปีพ.ศ. 2522 ลดลงเป็น 14.0 เท่าในปีพ.ศ. 2526 (Wibulpolprasert (ed.) 2005, 246)

3.3 นโยบายสุขภาพพ.ศ. 2523-2539: นโยบายสุขภาพภายใต้เสรีนิยมเศรษฐกิจ

นโยบายการพัฒนาเพื่อต่อสู้กับระบบคอมมิวนิสต์ส่งผลให้รัฐให้ความสำคัญการพัฒนาชนบทและลดความเหลื่อมล้ำทางเศรษฐกิจและสุขภาพระหว่างเขตชนบทกับเมือง แต่ทว่านโยบายการพัฒนาเศรษฐกิจก็มีการเปลี่ยนแปลงอีกครั้งในช่วงระหว่าง พ.ศ. 2523-2539 ที่มีทิศทางมุ่งสู่เสรีนิยมทางการค้าและบริการ เสรีนิยมตลาดเงินและการส่งเสริมการส่งออก

การเปลี่ยนแปลงดังกล่าวมีสาเหตุเนื่องจาก ประการแรกภัยคุกคามด้านคอมมิวนิสต์เริ่มลดน้อยถอยลง รัฐบาลได้ออกคำสั่ง 66/2523 ซึ่งใช้แนวทางการเมืองนำการทหารในการต่อสู้กับระบบคอมมิวนิสต์ในไทย ประการที่สอง ผลจากประเทศไทยได้ขอความช่วยเหลือเงินกู้จากองค์การการเงินระหว่างประเทศในปี พ.ศ.2521 และเงื่อนไขของเงินกู้เพื่อปรับโครงสร้างเศรษฐกิจส่งผลให้รัฐไทยต้องมีการยกเลิกและลดการใช้จ่ายรวมถึงเงินสนับสนุนของรัฐ รวมถึงส่งเสริมเสรีการค้า เช่น การยกเลิกระบบโควตาในการค้าระหว่างประเทศ ลดค่าเงินบาท ลดกำแพงภาษี (Jansen 1997, 134-135) และประการที่สามรูปแบบการพัฒนาของประเทศญี่ปุ่นที่เป็นตัวอย่างให้ผู้ชำนาญการไทยปรับเปลี่ยนโครงสร้างเศรษฐกิจไทยจากเดิมอุตสาหกรรมเพื่อทดแทนการนำเข้าเป็นมุ่งพัฒนาด้านอุตสาหกรรมการผลิตเพื่อส่งออก ผลที่ตามมาคือทศวรรษ 1980 (พ.ศ. 2523) รายได้หลักของไทยมาจากภาคอุตสาหกรรม (30-40% GDP) และภาคบริการ (45-50% GDP) ภาคการส่งออกสูงขึ้นราวร้อยละ

20 ต่อปี และผลิตภัณฑ์มวลรวมภายในประเทศเติบโตต่อเนื่องร้อยละ 6-10 ต่อปี (Pasuk and Baker 2002, 157) เงินทุนไหลเข้าของภาคเอกชนต่อปีมีมูลค่าราวร้อยละ 10 ของผลิตภัณฑ์มวลรวมภายในประเทศ ภาคการลงทุนมีมูลค่าเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 41 ของผลิตภัณฑ์มวลรวมภายในประเทศ ขณะเดียวกันก็เกิดการขาดดุลบัญชีเดินสะพัดราวร้อยละ 5-8 ของผลิตภัณฑ์มวลรวมภายในประเทศ ผลของการเปิดเสรีด้านตลาดการเงินทำให้ตลาดหุ้นไทยขยายตัวอย่างรวดเร็วจากมูลค่าร้อยละ 7 ของผลิตภัณฑ์มวลรวมภายในประเทศช่วงทศวรรษ 1980 เป็น 107% ของผลิตภัณฑ์มวลรวมภายในปีพ.ศ. 2536 (Jansen 2000)

ถึงแม้นโยบายเศรษฐกิจแบบเสรีนิยมจะช่วยให้เศรษฐกิจดีขึ้นแต่ความเหลื่อมล้ำก็สูงขึ้นเช่นกัน ช่องว่างระหว่าง 10% ของครัวเรือนที่รายได้ต่ำสุดและ 10% ของครัวเรือนที่รายได้มากที่สุดค่อยๆ ถ่างออกจาก 8 เท่าในช่วงปีพ.ศ. 2519 เป็น 14 เท่าในปีพ.ศ. 2537 ค่าสัมประสิทธิ์จินีที่แสดงความเหลื่อมล้ำรายได้เพิ่มขึ้นต่อเนื่องจาก 0.418 ในช่วงปีพ.ศ. 2519 เป็น 0.521 ในปีพ.ศ. 2537 และค่าดัชนีแอตคินสันก็ขึ้นไปในทิศทางเดียวกันจาก 0.253 ในช่วงปีพ.ศ. 2519 เป็น 0.375 ในปีพ.ศ. 2537 (Warr 2000; Jeong 2000)

นโยบายอุตสาหกรรมและการส่งออกส่งผลให้ความต้องการแรงงานราคาถูกในภาคอุตสาหกรรมและภาคบริการเพิ่มขึ้น โดยเฉพาะอย่างยิ่งในเขตกรุงเทพและรอบนอก นอกจากนี้ความแตกต่างรายได้เฉลี่ยของครัวเรือนภาคเกษตรในเขตชนบทกับรายได้เฉลี่ยครัวเรือนของกรุงเทพที่สูงขึ้น⁷ ก็ส่งผลให้เกิดการเคลื่อนย้ายแรงงานจากภาคเกษตรจากต่างจังหวัดเพื่อเข้ามาทำงานในเมืองหลวง ระหว่างปีพ.ศ. 2523-2533 มีแรงงานย้ายถิ่นฐานจากภาคอีสานเข้าสู่กรุงเทพฯราว 1.1 ล้านคน (Pasuk and Baker 1998, 157) อย่างไรก็ตามจำนวนความต้องการของแรงงานภาคอุตสาหกรรมและบริการก็ไม่มากพอที่จะดูดซับแรงงานการเกษตรได้ทั้งหมด⁸ และเกิดอุปทานส่วนเกินแรงงานไร้ฝีมือซึ่งส่งผลให้การต่อรองค่าจ้างระหว่างลูกจ้างและนายจ้างไม่เป็นผลและเกิดการกดค่าแรงตามมา ถึงแม้เศรษฐกิจเติบโตรวดเร็วแล้วก็ตามแต่แรงงานไร้ฝีมือภาคอุตสาหกรรมก็ต้องประสบปัญหาค่าจ้างต่ำ ไม่มีการคุ้มครองสุขภาพและความปลอดภัยของแรงงานจากการทำงาน ภาครัฐก็ไม่มีการออกกฎหมายแรงงานขั้นต่ำ แรงงานไร้ฝีมือมักจะถูกจ้างด้วยสัญญาชั่วคราวและไม่ได้รับการคุ้มครองจากประกันสังคม หรือรายได้ชดเชยจากการไล่ออก (Brown 2004, 105)

7. รายได้เฉลี่ยของครัวเรือนในกรุงเทพมากกว่าประมาณ 4.6 เท่าของรายได้เฉลี่ยของครัวเรือนเกษตรในเขตชนบทในปีพ.ศ. 2529 และเพิ่มเป็น 5.8 เท่าในปีพ.ศ. 2539 รายได้เฉลี่ยของครัวเรือนที่ประกอบอาชีพลูกจ้างเงินเดือนในกรุงเทพมากกว่าประมาณ 8.4 เท่าของรายได้เฉลี่ยของครัวเรือนเกษตรในชนบทในปีพ.ศ. 2529 และเพิ่มเป็น 10.6 เท่าในปีพ.ศ. 2539 (Glassman 2004, 167)

8. ในปีพ.ศ. 2533 กว่าร้อยละ 64 ของแรงงานไทยยังคงทำงานในภาคเกษตรถึงแม้ว่าแรงงานภาคอุตสาหกรรมและการผลิตมีแนวโน้มสูงขึ้นก็ตาม (Krongkaew and Kakwani 2003, 739)

การสิ้นสุดของสงครามเย็นทำให้รัฐบาลลดความสำคัญของการพัฒนาชนบทและการลดช่องว่างระหว่างกรุงเทพฯและต่างจังหวัด นโยบายการพัฒนาปรับเปลี่ยนเป็นรวมศูนย์กลางที่กรุงเทพฯอีกครั้ง ในปีพ.ศ. 2533 ร้อยละ 39.3 ของผลิตภัณฑ์มวลรวมภายในประเทศมาจากกรุงเทพฯซึ่งมีประชากรเพียงร้อยละ 10.8 ของประชากรทั้งประเทศ ในขณะที่เขตอีสานซึ่งมีประชากรกว่าร้อยละ 34.9 ของประเทศกลับมีส่วนแบ่งเพียงร้อยละ 11.8 และภาคเหนือซึ่งมีประชากรร้อยละ 19.4 กลับมีส่วนแบ่งเพียงร้อยละ 10.0 (Glassman 2004, 112) รายได้เฉลี่ยครัวเรือนต่อหัวก็มีช่องว่างห่างมากขึ้นเมื่อพิจารณาตามรายภาค โดยภาคเหนือมีค่า 796 บาท ภาคอีสาน 521 บาท และกรุงเทพฯ 1,829 บาทในปีพ.ศ. 2529 ในปีพ.ศ. 2539 ภาคเหนือมีมูลค่า 2,450 บาท ภาคอีสาน 1,847 บาท และกรุงเทพฯ 6858 บาท (Krongkaew and Kakwani 2003, 741)

รูปแบบการพัฒนาที่เป็นเสรีนิยมทางตลาดและลดการสนับสนุนของภาครัฐนั้นก็ส่งผลกระทบต่อทิศทางนโยบายสุขภาพเช่นกัน นโยบายการพัฒนาที่มุ่งเน้นรวมศูนย์ที่กรุงเทพฯและลดการพัฒนาในเขตชนบทสะท้อนได้จากการผันงบประมาณด้านสุขภาพที่กระจุกตัวอยู่แต่ในกรุงเทพฯ โดยค่าเฉลี่ยงบประมาณสุขภาพต่อหัวประชากรในทุกภาคล้วนต่ำกว่าค่าเฉลี่ย แต่ตัวเลขนี้ในกรุงเทพฯกลับสูงกว่าค่าเฉลี่ยถึง 4-5 เท่า⁹ และด้วยสาเหตุที่เศรษฐกิจเติบโตอย่างรวดเร็วในกรุงเทพฯส่งผลให้กำลังซื้อของประชาชนที่มากขึ้นรวมถึงอุปสงค์ด้านสุขภาพตามมา

เพื่อตอบสนองความต้องการบริการสุขภาพของประชาชนที่เพิ่มขึ้นรัฐบาลกลับไม่ได้เข้าไปดำเนินการเองดังเช่นเดิม แต่กระตุ้นให้ภาคเอกชนเข้ามาลงทุนในธุรกิจสุขภาพมากขึ้น และส่งผลให้ช่วงเวลาดังกล่าวธุรกิจโรงพยาบาลเอกชนมีการขยายตัวอย่างมาก ด้วยเงินลงทุนจากต่างประเทศที่มากขึ้นทำให้ผู้ประกอบการสามารถเข้าถึงแหล่งทุนเพื่อสร้างโรงพยาบาลเอกชน จำนวนโรงพยาบาลเอกชนเพิ่มขึ้นจาก 132 โรงในปีพ.ศ. 2527 เป็น 474 โรงในปีพ.ศ. 2539 จำนวนเตียงในโรงพยาบาลเอกชนเพิ่มขึ้นจาก 8,942 เตียงในปีพ.ศ. 2527 เป็น 35,050 เตียงในปีพ.ศ. 2539 การนำเข้าเวชภัณฑ์และเครื่องมือแพทย์เพิ่มขึ้นจาก 4216 ล้านบาทในปีพ.ศ. 2534 เป็น 13,467 ล้านบาทในปีพ.ศ. 2540 (Wibulpolprasert 2005, 289)

เมื่อรัฐบาลใช้จ่ายน้อยลงในด้านสุขภาพ การดังกล่าวส่วนใหญ่จึงตกอยู่กับภาคเอกชน สัดส่วนรายจ่ายสุขภาพของภาคเอกชนเพิ่มขึ้นจาก ร้อยละ 68 ของรายจ่ายสุขภาพแห่งชาติในปีพ.ศ. 2527 เป็นร้อยละ 73.6 ในปีพ.ศ. 2535 (โดแนลสันและคณะ 2542, 7) จำนวนการให้บริการผู้ป่วยนอกในโรงพยาบาลเอกชนเพิ่มขึ้นจาก 13 ล้านครั้งในปีพ.ศ. 2534 เป็น 29 ล้านครั้งในปีพ.ศ. 2539 จำนวนการให้บริการผู้ป่วยในก็เพิ่มขึ้นจาก 1.5 ล้านครั้งในปีพ.ศ. 2534 เป็น 2.3 ล้านครั้งในปีพ.ศ. 2539

9. ในปีพ.ศ. 2535 งบประมาณสุขภาพต่อหัวประชากรโดยเฉลี่ยทั้งประเทศมีค่า 700 บาท ซึ่งภาคเหนือมีค่า 333 บาท ภาคอีสาน 267 บาท ภาคกลาง 358 บาท ภาคใต้ 413 บาท ภาคตะวันออก 293 บาท และภาคตะวันตก 351 บาท แต่กรุงเทพฯ 2,619 บาท ในปีพ.ศ. 2539 ค่าเฉลี่ยทั้งประเทศมีค่า 1,281 บาท ซึ่งภาคเหนือมีค่า 618 บาท ภาคอีสาน 502 บาท ภาคกลาง 639 บาท ภาคใต้ 613 บาท ภาคตะวันออก 679 บาท และภาคตะวันตก 679 บาท แต่กรุงเทพฯ 4,098 บาท (Wibulpolprasert 2005, 339)

รายได้โดยประมาณของธุรกิจโรงพยาบาลเอกชนมีมูลค่าเป็น 11,769 ล้านบาทในปีพ.ศ. 2534 และเพิ่มเป็น 11,592 ล้านบาทในปีพ.ศ. 2539 (สำนักงานสถิติแห่งชาติ 2535; สำนักงานสถิติแห่งชาติ 2540) อย่างไรก็ตามการเติบโตของธุรกิจโรงพยาบาลเอกชนก็สร้างความเหลื่อมล้ำที่ค่อย ๆ มากขึ้นระหว่างโรงพยาบาลภาครัฐและโรงพยาบาลเอกชน และความเหลื่อมล้ำระหว่างกรุงเทพฯและภาคอื่น

ด้วยความแตกต่างของค่าตอบแทนทำให้ภาวะสมองไหลจากภาครัฐบาลสู่ภาคเอกชนกลับมาเป็นปัญหาความไม่เท่าเทียมกันในด้านการกระจายกำลังคนและการะงานอีกครั้ง จำนวนแพทย์ที่ลาออกจากภาครัฐบาลเพิ่มขึ้นจาก 42 คนในปีพ.ศ. 2535 เป็น 205 คนในปีพ.ศ.2540 โดยที่อัตราการผลิตแพทย์ใหม่ยังคงที่ที่ประมาณ 530-550 คนต่อปี (Wibulpolprasert and Pengpaibon 2003, 6) และเมื่อพิจารณาความหนาแน่นของแพทย์ต่อจำนวนเตียงพบว่ามีความหนาแน่นของแพทย์โดยเฉลี่ย 2.5 คนต่อโรงพยาบาลอำเภอ และจำนวนแพทย์ 1 คนต่อจำนวนเตียง 11 เตียง แต่ในภาคเอกชนกลับมีความหนาแน่นของแพทย์โดยเฉลี่ย 8 คนต่อโรงพยาบาลและ จำนวนแพทย์ คนต่อจำนวนเตียง 8 เตียง (Wibulpolprasert 2005, 288-289)

ซึ่งภาวะสมองไหลดังกล่าวยังสร้างความเหลื่อมล้ำระหว่างกรุงเทพฯและภาคอื่น ๆ กล่าวคือ กรุงเทพฯเป็นพื้นที่ที่ประชาชนมีกำลังซื้อสูงกว่าที่อื่นจึงทำให้จำนวนโรงพยาบาล จำนวนเตียง และจำนวนเครื่องมือแพทย์ทันสมัยกระจุกตัวที่กรุงเทพฯมากกว่าภาคอื่น ๆ ร้อยละ 29 ของจำนวนโรงพยาบาลเอกชนทั้งหมดและกว่าร้อยละ 40 ของจำนวนเตียงในโรงพยาบาลเอกชนต่างอยู่ที่กรุงเทพฯ ในขณะที่ภาคที่มีกำลังซื้อน้อยอย่างภาคเหนือจำนวนโรงพยาบาลเอกชนคิดเป็นร้อยละ 14 และจำนวนเตียงภาคเอกชนคิดเป็นร้อยละ 14 และจำนวนโรงพยาบาลเอกชนในภาคอีสานคิดเป็นร้อยละ 11 และจำนวนเตียงคิดเป็นร้อยละ 10 ของจำนวนเตียงทั้งหมดภาคเอกชน (Tangcharoensathien et al. 2000, 795) และกว่าร้อยละ 69.2 ของจำนวนเครื่อง MRI (Magnetic Resonance Imaging) ร้อยละ 73.5 ของเครื่องเลเซอร์ต่างอยู่ในโรงพยาบาลในกรุงเทพฯ (Wibulpolprasert 1999, 181) ในภาพรวมทั้งความเหลื่อมล้ำของการกระจายบุคลากรการแพทย์ระหว่างกรุงเทพฯและภาคอื่น ๆ จึงมากขึ้น อัตราส่วนของความหนาแน่นของแพทย์ต่อประชากรในกรุงเทพฯซึ่งมีความหนาแน่นมากที่สุดกับภาคอีสานซึ่งมีความหนาแน่นน้อยสุดค่อย ๆ เพิ่มขึ้นจาก 1:8.9 ปีพ.ศ. 2530 เป็น 1:13.8 ในปีพ.ศ. 2540 (Wibulpolprasert 2005, 246)

การกระจายตัวของทรัพยากรการแพทย์ส่งผลต่อพฤติกรรมการใช้บริการการรักษาของประชาชน เมื่อจำนวนแพทย์ต่อประชากรในโรงพยาบาลภาครัฐน้อยย่อมส่งผลให้การต่อแถวรอคอยการรักษาในเวลานาน ซึ่งครอบครัวที่พอมีกำลังจ่ายก็สามารถเลือกซื้อการรักษาในโรงพยาบาลเอกชนทดแทนได้ แต่สำหรับครอบครัวที่ไม่มีกำลังซื้อก็ต้องอาศัยการซื้อยามากินเองทั้งจากร้านขายยาแผนปัจจุบันหรือแผนไทย ในปีพ.ศ.2539 ร้อยละ 39.8ของประชาชนที่อยู่ในเขตเมืองจึงเสาะหาการรักษาพยาบาลต่างเลือกการรักษาในโรงพยาบาลหรือคลินิกเอกชน เมื่อเทียบกับประชาชนเขตชนบทมีเพียงร้อยละ 14 ตรงกันข้ามร้อยละ 3.5 ของประชาชนที่อยู่ในเขตเมืองเท่านั้นที่เสาะหาการรักษาพยาบาลในสถานีนอนามัย เมื่อเทียบกับประชาชนเขตชนบทที่ร้อยละ 24.6 เลือกใช้สถานีนอนามัย อย่างไรก็ตาม การซื้อยามากินเองยังคงมีสัดส่วนที่สูงทั้งในเขตชนบท (ร้อยละ 38.4) และเขตเมือง (ร้อยละ36) (อ้างแล้ว,

165) และเมื่อเทียบรายภาคแล้วค่าใช้จ่ายเฉลี่ยของครัวเรือน และประชาชนกรุงเทพมหานครสามารถเข้าถึงการรักษาในสถานพยาบาลที่มีแพทย์ (ร้อยละ 62.5 ของการให้บริการการรักษา) ได้มากกว่าเมื่อเทียบกับภาคเหนือ (ร้อยละ 52.2) หรือภาคอีสาน (ร้อยละ 52.4) (อ้างแล้ว, 340)

การกระจายทรัพยากรการแพทย์ที่เหลื่อมล้ำก็ส่งผลให้ระดับสุขภาพของประชากรแตกต่างกัน ด้วยเช่นกัน ตัวชี้วัดสุขภาพหลายตัวบ่งชี้ถึงสุขภาพประชาชนในเขตกรุงเทพฯ มีค่าสูงกว่าประชาชนในภาคอื่นๆ และภาคที่มีรายได้ต่ำสุดอย่างภาคเหนือและอีสานก็มีระดับสุขภาพประชาชนน้อยกว่าภาคอื่น อายุขัยคาดเฉลี่ยเมื่อแรกเกิดในกรุงเทพฯ ของเพศชายอยู่ที่ 75.5 ปีและเพศหญิง 79.7 ปี แต่สำหรับภาคเหนือเพศชายมีค่าเท่ากับ 69 ปีและเพศหญิงคือ 75.5 ปี สำหรับภาคอีสานเพศชายคือ 68.4 ปี และเพศหญิงคือ 73.7 ปี (อรพิน ทรัพย์สันและคณะ 2541, 20) อัตราการตายของทารกในเขตกรุงเทพฯ มีค่าต่ำสุดซึ่งเท่ากับ 18.9 ต่อการเกิดมีชีพ 1000 คน เมื่อเทียบกับภาคเหนือที่เท่ากับ 30.8 และภาคอีสานที่เท่ากับ 29.4 นอกจากนี้อัตราการตายของทารกในเขตชนบทสูงกว่าในเขตเมือง 1.85 เท่า (อ้างแล้ว, 28) และอัตราการตายของมารดาที่เป็นไปในทิศทางเดียวกันโดยในกรุงเทพฯ มีค่า 4.7 ต่อเกิดมีชีพ 100,000 คน แต่ในภาคเหนือเท่ากับ 19.1 และ ภาคอีสานเท่ากับ 18.7 (อ้างแล้ว, 66)

เส้นทางการก่อร่างสร้างสถาบันในระบบสุขภาพไทยได้มีอิทธิพลต่อทิศทางการพัฒนาระบบสุขภาพและนโยบายสุขภาพไทยช่วงปีพ.ศ. 2493-2539 สถาบันชาติได้มีมโนทัศน์ด้านชาตินิยม-อรรถประโยชน์นิยมและส่งผลให้นโยบายสุขภาพแห่งชาติเป็นเครื่องมือหนึ่งเพื่อการพัฒนาเศรษฐกิจและความมั่นคงของชาติ นโยบายสุขภาพแห่งชาติได้ถูกตีกรอบนโยบายการพัฒนาประเทศที่ให้ความสำคัญกับตัวชี้วัดด้านการเติบโตทางเศรษฐกิจมากกว่าการลดความเหลื่อมล้ำด้านเศรษฐกิจสังคม ระบบสุขภาพไทยจึงเป็นระบบผสมระหว่างรัฐและระบบเอกชน รัฐมิได้มีข้อผูกมัดในการให้การรักษาแก่ประชาชนทั้งหมดแต่เปิดช่องให้ภาคเอกชนเข้ามาเป็นผู้จัดหาบริการสุขภาพให้ทั้งจากองค์กรแสวงกำไรและไม่แสวงกำไร โดยสถาบันกษัตริย์และพุทธศาสนาเข้ามาช่วยในด้านมูลนิธิการกุศลและเป็นผู้สนับสนุนในการส่งเสริมป้องกันโรคและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของปัจเจกชน แต่ทว่าการกระจายทรัพยากรสุขภาพโดยใช้กลไกตลาดเพิ่มขึ้นแต่ลดการแทรกแซงของรัฐน้อยลงนั้นไม่เพียงพอที่จะสร้างความเป็นธรรมได้โดยเฉพาะในช่วงการเติบโตเศรษฐกิจอย่างรวดเร็วที่การพัฒนากระจุกตัวอยู่ในเมืองหลวง และส่งผลให้เกิดความเหลื่อมล้ำทางการกระจายทรัพยากรสุขภาพและระดับสุขภาพระหว่างกรุงเทพฯ และภาคอื่นตามมา

4. บทสรุป

เมื่อใช้กรอบเศรษฐศาสตร์มาวิเคราะห์เรื่องสุขภาพและการรักษาแล้วจะพบว่า สุขภาพและการรักษามีลักษณะแตกต่างจากสินค้าและบริการอื่นๆ ซึ่งทำให้กลไกตลาดเพียงอย่างเดียวไม่สามารถกระจายทรัพยากรได้อย่างมีประสิทธิภาพทั่วถึงและเท่าเทียม ระบบสุขภาพจึงต้องอาศัยอำนาจรัฐเข้ามาบริหารจัดการแก้ไขปัญหาเมื่อกลไกตลาดไม่ทำงาน รัฐและสังคมจึงมีปฏิสัมพันธ์กันอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ และสามารถนำกรอบการวิเคราะห์เศรษฐศาสตร์การเมืองมาปรับใช้ได้

กระบวนการแพทยานุวัตรได้ทำให้สังคมและเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นประจำวันในสังคมกลายเป็นประเด็นการแพทย์แล้วให้ความชอบธรรมแก่ผู้เชี่ยวชาญและรัฐในการใช้อำนาจเข้าแทรกแซงสังคม อย่างไรก็ตาม รูปแบบการแทรกแซงของรัฐในด้านสุขภาพของประชาชนและสังคมไม่ได้มีลักษณะเหมือนกันและมีระดับการแทรกแซงเท่ากันหมดทุกรัฐ ซึ่งส่งผลให้ระบบสุขภาพแต่ละรัฐมีเส้นทางการพัฒนาที่แตกต่างกันและลักษณะที่หลากหลายในปัจจุบัน

บทความนี้ได้ศึกษาสาเหตุความเหลื่อมล้ำในระบบสุขภาพไทยช่วงเวลา พ.ศ. 2493-2539 โดยใช้กรอบวิเคราะห์ประวัติศาสตร์สถาบัน เพื่ออธิบายพัฒนาการของสถาบันในระบบสุขภาพไทย ซึ่งส่งผลต่อเนื่องในการผลิตนโยบายสุขภาพ การกระจายทรัพยากรสุขภาพและผลลัพธ์ของการกระจายด้านสุขภาพและการบริการการแพทย์ตามมา เมื่อเปรียบเทียบรัฐไทยและรัฐในยุโรปตะวันตกแล้วจะพบว่ากระบวนการแพทยานุวัตรมีความแตกต่างกันและเป็นจุดสำคัญทางประวัติศาสตร์ที่ส่งผลให้ระบบสุขภาพไทยแตกต่างจากระบบสุขภาพในยุโรปตะวันตก ในบทความนี้ไม่ได้เสนอว่าระบบสุขภาพแบบใดเหนือกว่าแบบใดหรือระบบสุขภาพใดมีความเหลื่อมล้ำมากกว่าแบบใด เพราะทุกระบบย่อมมีข้อดีและข้อด้อยแตกต่างกัน และเส้นทางการเกิดความเหลื่อมล้ำก็แตกต่างกันไปตามสภาวะแวดล้อมเศรษฐกิจสังคม

สำหรับประเทศไทยนั้นนอกจากสถาบันชาติแล้ว สถาบันกษัตริย์และสถาบันพุทธศาสนาล้วนเป็นสถาบันสำคัญในระบบสุขภาพและมีอิทธิพลต่อการกำหนดนโยบายสุขภาพแห่งชาติ กำหนดกรอบความคิดประชาชนด้านสุขภาพและการรักษา สถาบันชาติมีบทบาทสำคัญในการพัฒนาระบบสุขภาพไทยให้ทันสมัยและปลูกฝังแนวคิดชาตินิยม-อรรถประโยชน์นิยม นโยบายสุขภาพจึงวางอยู่บนฐานเลือกนโยบายที่ได้ประโยชน์สูงสุดภายใต้กรอบทรัพยากรที่จำกัด นอกจากนี้ระบบสุขภาพกลายเป็นส่วนหนึ่งของระบบเศรษฐกิจสังคมและสุขภาพประชาชนเป็นปัจจัยทุนมนุษย์เพื่อขับเคลื่อนการพัฒนาเศรษฐกิจ อย่างไรก็ตาม ด้วยข้อจำกัดด้านงบประมาณรัฐและทรัพยากรสุขภาพทำให้นโยบายสุขภาพไทยไม่สามารถให้บริการครอบคลุมแก่ประชากรทุกกลุ่มอย่างเท่าเทียมกัน รัฐจึงเลือกให้บริการแก่กลุ่มประชากรที่ส่งผลต่อการพัฒนาเศรษฐกิจและความมั่นคงประเทศเป็นหลัก อำนาจรัฐและการแพทย์สมัยใหม่ไม่สามารถเข้าถึงกลุ่มประชากรได้ทุกกลุ่ม และต้องอาศัยภาคเอกชนเข้ามาร่วมทำงานช่วยเหลือในการจัดหาการรักษา โดยสถาบันกษัตริย์และพุทธศาสนามีบทบาทสำคัญในด้านระบบการกุศลและการป้องกันส่งเสริมสุขภาพ โครงการพระราชดำริล้วนมีความสำคัญในการช่วยเหลือประชาชนในท้องถิ่นทุรกันดาร สมาชิกในพระบรมราชวงศ์ล้วนเป็นศูนย์รวมใจประชาชนและช่วยให้ประชาชนปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตามแนวทางนโยบายรัฐบาล วัดในชุมชนต่าง ๆ ล้วนเป็นศูนย์กลางในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ การส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค

ระบบสุขภาพไทยจึงเป็นระบบผสมระหว่างภาคเอกชนและการแทรกแซงจากรัฐ อย่างไรก็ตาม การที่รัฐให้ความสำคัญของสุขภาพประชาชนในฐานะเป็นปัจจัยในการพัฒนาเศรษฐกิจแล้ว ก็ส่งผลให้ทิศทางนโยบายสุขภาพอยู่ภายใต้อิทธิพลของนโยบายเศรษฐกิจ และการพัฒนาเศรษฐกิจที่มุ่งเฉพาะการเติบโตเป็นหลักโดยละเลยการกระจายทรัพยากรเศรษฐกิจอย่างเท่าเทียมแก่ประชากรทุกกลุ่มก็ส่งผลให้ทิศทางนโยบายสุขภาพรวมถึงการกระจายทรัพยากรสุขภาพก็มุ่งเน้นแต่เพิ่มค่าเฉลี่ยสุขภาพ

ประชากร ลดอัตราการตายเฉลี่ยของประชาชนทั้งประเทศ และไม่ให้ความสำคัญในการลดความเหลื่อมล้ำระหว่างประชากรในประเทศ

โดยเฉพาะอย่างยิ่งในช่วงพ.ศ. 2529-2539 นโยบายเศรษฐกิจแบบเสรีการค้าและการเงินทำให้ภาครัฐลดบทบาทในการให้บริการสุขภาพแก่ประชาชน และเพิ่มบทบาทเอกชนในการจัดหาบริการสุขภาพให้แก่ประชาชนตามกลไกตลาด การเติบโตเศรษฐกิจอย่างก้าวกระโดดมิได้แบ่งปันปันส่วนผลประโยชน์ให้แก่ประชากรทุกกลุ่มเท่าเทียมกัน แต่เกิดความเหลื่อมล้ำมากขึ้นทั้งด้านเศรษฐกิจและสังคมระหว่างกรุงเทพฯและภาคอื่นๆ เช่น ความเหลื่อมล้ำทางด้านรายได้ ทางการศึกษา เป็นต้น ซึ่งความเหลื่อมล้ำเหล่านี้ล้วนเป็นปัจจัยกำหนดให้ระดับสุขภาพมีความเหลื่อมล้ำตามมา

ระบบสุขภาพเพียงอย่างเดียวไม่อาจลดความเหลื่อมล้ำด้านสุขภาพ จึงต้องมีการประสานงานร่วมกับนโยบายเศรษฐกิจที่มุ่งไปสู่การพัฒนาอย่างยั่งยืนและลดความเหลื่อมล้ำ รวมถึงการกำหนดนโยบายให้ภาคเอกชนทำงานร่วมกับภาครัฐและเข้ามามีบทบาทในการลดความเหลื่อมล้ำทางเศรษฐกิจและระบบสุขภาพไทย สร้างความเข้มแข็งให้ภาคประชาสังคม ประชาชนทุกกลุ่มมีโอกาสและอำนาจเท่าเทียมกันในการเข้ามามีส่วนร่วมตรวจสอบการใช้อำนาจของรัฐเพื่อสุขภาพประชาชน

รายการอ้างอิง

เอกสารภาษาฝรั่งเศส

- Beaussier, Anne-Laure. 2016. *La santé aux États-Unis: Une histoire politique*. Paris: Presses de SciencesPo.
- Foucault, Michel. 1974A. *Crise de la médecine ou crise de l'antimédecine?*. Première conférence sur l'histoire de la médecine, Institut de médecine sociale, Université d'État de Rio de Janeiro, Centro biomedico, octobre, 1974.
- Foucault, Michel. 1974B. *Histoire de la Médicalisation*. Deuxième conférence prononcée dans le cadre du cours de médecine sociale à l'Université de l'État de Rio de Janeiro, octobre 1974.
- Foucault, Michel. 2004. *Naissance de la Biopolitique: Cours au Collège de France 1978-1979*. Edition établie sous la direction de François Ewald et Alessandro Fontana, par Michel Senellart, Paris: Gallimard Seuil.
- Rosanvallon, Pierre. 1990. *L'État en France de 1789 à nos jours*. Paris: Seuil.
- Saengkanokkul, Pakpoom. 2018. *Le système de santé en Thaïlande et l'origine des inégalités en matière de santé: une analyse politico-économique*. Thèse pour obtenir le grade de Docteur de l'INALCO, Paris.
- Tournay, Virgine. 2007. "Le concept de police médicale: D'une aspiration militante à la production d'une objectivité administrative". *Politix*, n° 77 : 173-199.

เอกสารภาษาอังกฤษ

- Bambra, Clare et al. 2005. "Toward a politics of health". *Health Promotion International*, 20 (2): 187-190.
- Brown, Andrew. (2004). *Labour, Politics, and the State in Industrializing in Thailand*. Abingdon: RoutledgeCurzon.
- Conrad, Peter. (1992). "Medicalization and Social Control". *Annual Review of Sociology*, 18: 209-232.
- Conrad, Peter. (2007). *The Medicalization of Society: On the Transformation of Human Conditions into Treatable Disorders*. Baltimore: The John Hopkins University Press.
- Contino, Gianmarco. (2016). "The Medicalization of Health and Shared Responsibility". *The New Bioethics*, 22 (1): 45-55.
- Dixon, Chris.(1999). *The Thai Economy: Uneven development and internationalisation*. Abingdon: Routledge.
- Glassman, Jim. (2004). *Thailand at the Margins: Internationalization of the State and the Transformation of Labour*. Oxford: Oxford University Press.
- Gough, Ian. (2008). "European welfare states: explanations and lessons for developing countries". In Dani, Anis Ahmed & Haan, Harjan de. (eds.). *Inclusive States: Social Policy and Structural Inequalities*. Washington: World Bank Publications.
- Illich, Ivan. (1976). *Medical Nemesis: The Exploration of Health*. New York: Pantheon Books.
- Jansen, Karel. (1997). *External Finance in Thailand's Development: An Interpretation of Thailand's Growth Boom*. New York: Macmillan Press.
- Jansen, W.J. (2000). "The Effect of Capital Inflows in Thailand, 1980-1996". *DNBS Staff Reports* (discontinued) 46, Netherlands Central Bank.
- Jeong, Hyeok. (2000). *Sources of Kuznets Dynamics in Thailand*. A PhD Dissertation , University of Chicago.
- Kitiarsa, Pattana. (ed.). (2008). *Religious commodifications in Asia: Marketing Gods*. London: Routledge Taylor & Francis.
- Kongsawat, Sirithorn. (2005). *A Study of Resource Utilization under Different Health Insurance Schemes at Samut Sakhon Hospital*. A Thesis submitted for the degree of Master of Science in Pharmacy (Pharmacy administration) Faculty graduate studies Mahidol University.

- Krongkaew, Medhi and Nanak Kakwani. (2003). "The growth-equity trade-off in modern economic development: the case of Thailand". *Journal of Asian Economics*, 14: 735-757.
- Lee, Kelly. (2009). "Understanding of Global Health Governance : The Contested Landscape". In Kay, Adrian & Williams, Owain D. (eds.). *Global Health Governance: Crisis, Institutions and Political Economy*. UK: Palgrave McMillan.
- Lertkitiyos, Kitsanee. (2004). *The factor affecting use of health services among thai population*. A Thesis submitted for the degree of Master of Science (Biostatistics) Faculty graduate studies Mahidol University.
- Meesook, Oey Astra. (1978). *A Study of Disparities in Income and Social Services Across Provinces in Thailand*. Research series report, n° 7: Thammasat University.
- Mongkolnchaiarunya, Jitti & Wattanakoon, Nuanyai. (2013). "Social Welfare and Social Work in Thailand". In Furuto, Sharlene (ed.). *Social Welfare in East Asia amd the Pacific*. New York: Colombia University Press.
- Muksong, Chatchai & Cheungsatiansup, Komatra. (2014). "Medicine and Public Health in Thai Historiography: From an Elitist View to Counter-Hegemonic Discourse". In Harper, Tim & Amrith, Sunil S. *Histories of Health in Southeast Asia: Perspective on the Long Twentieth Century*. Bloomington: Indiana University Press.
- Nguanboonmak, Boonkert. (2003). *Equity in health and health care in universal health coverae program: A case study of Nakhonpathom province*. A Thesis submitted for the degree of Master of Arts (Medical and Social Science) Faculty graduate studies Mahidol University.
- Nye, Robert A. (2003). "The evolution of the concept of medicalization in the late twentieth century". *Journal of History of the Behavioral Science*, 39(2): 115-129.
- Ouyanont, Porphant. (1997). "Bangkok's Population and the Ministry of the Capital in Early 20th Century Thai History". *Southeast Asian Studies*, 35, (2): 240-260.
- Pannarunothai, Supasit & Mills, Anne. (1997). "The poor pay more: health-related inequality in Thailand". *Soc. Sci. Med.*, 44(12): 1781-1790.
- Phongpaichit, Pasuk & Baker, Chris. (1998). *Thailand's Boom and Bust*. Chiang Mai: Silkworm Books.
- Phongpaichit, Pasuk & Baker, Chris. (2002). *Thailand: Economy and Politics*. second edition. Oxford: Oxford University Press.

- Sindecharak, Teera. (2008). *The study of health security among Thai population*. A PhD Dissertation, Mahidol University.
- Tangcharoensathien, Viroj et al. (2000). "Health impacts of rapid economic changes in Thailand". *Social Science & Medicine*, vol.51: 789-807.
- Treerutkruakul, Apiradee. (2008). "Thailand's unsung heroes". *Bulletin of the World Health Organisation*, 86(1): 5-6.
- Thorp, Willard L. (1950). "New International Program in Public Health". *American Journal of Public Health and The Nation's Health*, 40 (12) : 1479-1485.
- Tuohy, Carolyn Hughes and Sherry Glied. (2011). "The Political Economy of Health care". In Glied, Sherry and Smith, Peter C. (eds.). *The Oxford Handbook of Health Economics*. Oxford: Oxford University Press.
- Warr, Peter. (2000). "Is growth good for the poor?: Thailand's boom and bust". *International Journal of Social Economics*, 27, (7/8/9/10): 862- 877.
- Wibulpolprasert, Suwit. (ed.). 1999. *Thailand Health Profile 1997-1998*. Bangkok.
- Wibulpolprasert, Suwit. (ed.). (2005). *Thailand Health Profile 2001-2004*. Bangkok.
- Wibulpolprasert, Suwit & Pengpaibon, Paichit. (2003). "Integrated strategies to tackle the inequitable distribution of doctors in Thailand: four decades of experience". *Human Resource for Health*: 1-17.

เอกสารภาษาไทย

- กระทรวงสาธารณสุข. 2500. *อนุสรณ์สาธารณสุขครบรอบ 15 ปีแห่งการสถาปนากระทรวงสาธารณสุข พ.ศ 2485 - 2500*. กรุงเทพฯ: สหประชาพานิชย์.
- กระทรวงสาธารณสุข. 2505. *อนุสรณ์สาธารณสุขครบรอบ 20 ปีแห่งการสถาปนากระทรวงสาธารณสุข พ.ศ 2485 - 2505*. กรุงเทพฯ: สหประชาพานิชย์.
- กระทรวงสาธารณสุข. 2525. *อนุสรณ์สาธารณสุขครบรอบ 40 ปีแห่งการสถาปนากระทรวงสาธารณสุข พ.ศ 2485 - 2525*. กรุงเทพฯ: สหประชาพานิชย์.
- ก้องสกุล กวินวิฑูล. 2545. *การสร้างร่างกายพลเมืองไทยในสมัยจอมพล ป. พิบูลสงคราม พ.ศ. 2481-2487*. วิทยานิพนธ์สังคมวิทยาและมานุษยวิทยา มหาวิทยาลัยมหิดล (มานุษยวิทยา) คณะสังคมวิทยา และมานุษยวิทยา มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- คณะรัฐมนตรี. 2507. *ประมวลสุนทรพจน์ของ จอมพล สฤษดิ์ ธนะรัชต์ พ.ศ. 2505-2506*.
- เคล โดแนลสัน และ คณะ. 2542. *การคลังสาธารณสุขในประเทศไทย*. กรุงเทพฯ: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.
- ทักษ์ เถลิงเกียรติ. 2552. *การเมืองระบบพ่อขุนอุปถัมภ์แบบเผด็จการ*. ชำรงศักดิ์ เพชรเลิศอนันต์ (บก.). พรณี ฉัตรพลรักษ์, ม.ร.ว. ประกายทอง สิริสุข, ชำรงศักดิ์ เพชรเลิศอนันต์ (แปล). พิมพ์

- ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ: มูลนิธิ โครงการตำราสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์.
- ทวิศักดิ์ เผือกสม. 2550. *เชื้อโรค ร่างกาย และรัฐเวชกรรม: ประวัติศาสตร์การแพทย์สมัยใหม่ในสังคมไทย*. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- เทียนฉาย กิรินนท์. 2539. *เศรษฐกิจการเงินสาธารณสุข*. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- เทียนฉาย กิรินนท์. 2541. *เศรษฐศาสตร์ทรัพยากรมนุษย์: การพัฒนาสุขภาพอนามัยในประเทศไทย*. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ภูมิธ ปรังคองสาย (บ.ก.). 2559. *การสาธารณสุขไทย 2554-2558*. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์องค์กรสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.
- ยงศักดิ์ ดันติปฏิภ. 2546. *การแพทย์ไทย: วาทกรรมการสร้างรัฐชาติ วิทยาศาสตร์ และภูมิปัญญา*. บทความในโครงการศึกษาความหลากหลายของวัฒนธรรมสุขภาพในสังคมไทยทุนสนับสนุนจากศูนย์มานุษยวิทยาสิรินธร (องค์การมหาชน) ปี 2546.
- วิชัย โชควิวัฒน์ และ โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์. (บก) 2557. *รอยเวลา: เส้นทางประวัติศาสตร์สุขภาพ*. กรุงเทพฯ: สุขศาลา.
- วิวรรณ เอกรินทรกุล. 2547. *การบริหารงานสาธารณสุขในประเทศไทย พ.ศ. 2501-2520*. วิทยานิพนธ์อักษรศาสตรมหาบัณฑิต สาขาประวัติศาสตร์ มหาวิทยาลัยจุฬาลงกรณ์.
- สำนักงานสถิติแห่งชาติ. 2535. *การสำรวจโรงพยาบาลและสถานพยาบาลเอกชน พ.ศ.2534*. กรุงเทพฯ: ม.ป.พ..
- สำนักงานสถิติแห่งชาติ. 2540. *การสำรวจโรงพยาบาลและสถานพยาบาลเอกชน พ.ศ.2539*. กรุงเทพฯ: ม.ป.พ..
- อรพิน ทรัพย์อันและคณะ (บ.ก.). 2541. *สถิติสาธารณสุข พ.ศ. 2541*. กรุงเทพฯ: กระทรวงสาธารณสุข.
- ธันวา วงศ์เสงี่ยม. 2553. *รัฐไทยกับสุขภาพพลเมือง พ.ศ.2475-2500*. วิทยานิพนธ์อักษรศาสตรมหาบัณฑิต สาขาประวัติศาสตร์ มหาวิทยาลัยจุฬาลงกรณ์.

Translated Thai References

- Ministry of Public Health. 1957. *The commemoration of the 15th anniversary of the Ministry of Public Health (1942-1957)*. Bangkok: Sahaprachapanich.
- Ministry of Public Health. 1962. *The commemoration of the 20th anniversary of the Ministry of Public Health (1942-1962)*. Bangkok: Sahaprachapanich.
- Ministry of Public Health. 1982. *The commemoration of the 15th anniversary of the Ministry of Public Health (1942-1982)*. Bangkok: Sahaprachapanich.
- Kawinwareekul, Kongsakol. 2002. *Constructing the Body of Thai Citizens during the Phibun Regime of 1938-1944*. A Thesis submitted for the degree of Master of Sociology and Anthropology (Anthropology) Master of Sociology and Anthropology

- Thammasat University.
- Cabinet of Thailand. 1964. *Speech of Field Marshal Sarit Thanarat 1962-1963*.
- Donaldson, Dale et al. (1999). *Public Health Financing in Thailand*. Bangkok: Health System Research Institute.
- Charoemtiarana, Thak. 2009. *Thailand: The Politics of Despotism Paternalism*. Petchlertanan, Thamrongsak. (ed.). Chatphonrak, Punnee, Sirisuk, Prakaithong & Petchlertanan, Thamrongsak. (trans.). 3rd edition. Bangkok: The Foundation for the promotion of Social Science and Humanities Textbooks Project.
- Puaksom, Davisak. 2007. *Germ, Body and Medical State: the History of Modern Medicine in Thai Society*. Bangkok: Chulalongkorn University Press.
- Kiranandana, Tianchai. 1996. *Financial Economy of Public Health*. Bangkok: Chulalongkorn University Press.
- Kiranandana, Tianchai. 1998. *Human Resources Economics: Health and Hygiene Development in Thailand*. Bangkok: Chulalongkorn University Press.
- Prakonsai, Phusit. (ed.) 2016. *Thailand Health Profile 2011-2015*. Bangkok: The War Veterans Organization of Thailand Press.
- Tantipidok, Yongsak. 2003. *Thai Medicine: the Discourse of the Construction of the Nation State, Sciences and Wisdom*. An article in the Project of Study on Health Culture Diversity in Thai Society financed by The Princess Maha Chakri Sirindhorn Anthropology Center (Public organization)
- Chokwiwat, Wichai & Cheungsatiansup, Komatra. (eds.). 2014. *Chronicle: the History path of Health*. Bangkok: Suksala.
- Ekarintarakul, Wiwan. 2004. *Public Health Administration in Thailand 1958-1977*. A Thesis submitted in Partial Fulfillment of the Requirements for the Degree of Master of Arts Program in History Department of History Faculty of Arts Chulalongkorn University.
- National Statistical Office. 1992. *The 1991 private hospital survey*. Bangkok.
- National Statistical Office. 1997. *The 1996 private hospital survey*. Bangkok.
- Sablon, Orapin et al. (eds.). 1998. *Public Health Statistics 1998*. Bangkok: Ministry of Public Health.
- Wongsangiam, Tanwa. 2010. *The Thai State and Its Citizens' Health, 1932-1957*. A Thesis submitted in Partial Fulfillment of the Requirements for the Degree of Master of Arts Program in History Department of History Faculty of Arts Chulalongkorn University.

ภาคผนวก

ตารางที่ 1: การพัฒนาเศรษฐกิจและการพัฒนาระบบสุขภาพ พ.ศ.2493-2515

การพัฒนาเศรษฐกิจ	การพัฒนาระบบสุขภาพ
1.ปกครองด้วยรัฐบาลอำนาจนิยม	1.ปกครองด้วยรัฐบาลอำนาจนิยม
2.ได้รับความช่วยเหลือด้านการเงินและเทคนิคจากสหรัฐอเมริกา	2.ได้รับความช่วยเหลือด้านการเงินและเทคนิคจากสหรัฐอเมริกา
3.การพัฒนาอุตสาหกรรมเกษตร	3. นโยบายสุขภาพเพื่อเพิ่มจำนวนประชากรและลดอัตราการตายประชากร เพื่อเป็นแรงงานสำคัญในภาคอุตสาหกรรมเกษตร
4.การพัฒนาอุตสาหกรรมเพื่อทดแทนการนำเข้า รัฐมีการลงทุนโครงสร้างพื้นฐานเพื่อเอื้อต่อการพัฒนาภาคอุตสาหกรรม	4.โครงการลงทุนภาครัฐด้านโครงสร้างพื้นฐาน รวมถึงในระบบสุขภาพด้วยเช่นกัน เช่น การสร้างโรงพยาบาล สถานือนามัย ต่างๆ
5.เพิ่มความเข้มแข็งให้ระบบราชการซึ่งเป็นตัวจักรสำคัญในรัฐพัฒนาการ มีการเพิ่มการผลิตข้าราชการ	5. เพิ่มความเข้มแข็งให้ระบบตำรวจการแพทย์ ซึ่งเป็นระบบราชการระบบหนึ่งเช่นกัน มีการเพิ่มการผลิตแพทย์และบุคลากรสาธารณสุข
6.นโยบายเศรษฐกิจมุ่งเน้นการเติบโตระดับมหภาค เพิ่มค่าเฉลี่ยรายได้ประชากร	6. นโยบายสุขภาพอยู่ภายใต้กรอบการพัฒนา มุ่งเน้นต่อผู้โรคที่เป็นภัยต่อการพัฒนาเศรษฐกิจ เช่น มาลาเรีย

ตารางที่ 2: การพัฒนาเศรษฐกิจและการพัฒนาระบบสุขภาพ พ.ศ.2516-2522

การพัฒนาเศรษฐกิจ	การพัฒนาระบบสุขภาพ
1.ปกครองด้วยรัฐบาลอำนาจนิยมสลับกับรัฐบาลพลเรือน	1.ปกครองด้วยรัฐบาลอำนาจนิยมสลับกับรัฐบาลพลเรือน
2.นโยบายเศรษฐกิจจากรัฐพัฒนาการสร้างความเหลื่อมล้ำระหว่างเขตเมืองและชนบท	2.ข้อจำกัดด้านงบประมาณภาครัฐด้านสุขภาพ และบุคลากรการแพทย์ ทำให้เกิดความเหลื่อมล้ำระหว่างเขตเมืองและชนบท
3.ความเหลื่อมล้ำเศรษฐกิจเป็นประเด็นที่กระบวนการคอมมิวนิสต์ยกมาตอบโต้รัฐ ไทยจึงริเริ่มโครงการพัฒนาเพื่อลดช่องว่างระหว่างเมืองและชนบท	3. เกิดโครงการด้านสุขภาพต่างๆเพื่อพัฒนาสุขภาพของประชาชนในเขตชนบท เช่น โครงการแพทย์เคลื่อนที่ การบังคับใช้ทุนแพทย์ในเขตชนบท โครงการสวัสดิการรักษายาบาลผู้มีรายได้น้อย ฯลฯ
4.เพิ่มงบประมาณภาครัฐในด้านสวัสดิการสังคม	4.เพิ่มงบประมาณภาครัฐในด้านสุขภาพ การป้องกันโรคและส่งเสริมสุขภาพ

ตารางที่ 3: การพัฒนาเศรษฐกิจและการพัฒนาระบบสุขภาพ พ.ศ.2523-2539

การพัฒนาเศรษฐกิจ	การพัฒนาระบบสุขภาพ
1.ไม่มีภัยจากคอมมิวนิสต์ การพัฒนาเศรษฐกิจมุ่งรวมศูนย์ที่กรุงเทพฯและลดโครงการพัฒนาชนบท	1. เศรษฐกิจขยายตัวในเขตเมืองและกรุงเทพฯ ความต้องการบริการสุขภาพเพิ่มมากขึ้นจากกำลังซื้อประชากรที่มากขึ้น
2.เศรษฐกิจเสรีนิยมการค้าลด รัฐบาลลดบทบาทในการพัฒนาประเทศ และกระตุ้นให้ภาคเอกชน	2.รัฐลดงบประมาณด้านสุขภาพ สัดส่วนค่าใช้จ่ายของภาคเอกชนด้านสุขภาพเพิ่มขึ้น
3.เศรษฐกิจเสรีนิยมทางการเงิน การเคลื่อนย้ายทุนจากต่างประเทศเข้าสู่ประเทศไทยจำนวนมาก	3.ผู้ประกอบการเอกชนด้านอุตสาหกรรมสุขภาพเข้าถึงเงินลงทุนได้ง่าย ทำให้จำนวนโรงพยาบาลและคลินิกเอกชนมากขึ้น ความต้องการหมอในภาคเอกชนสูงขึ้นจึงเกิดภาวะสมองไหลจากภาครัฐสู่ภาคเอกชน
4.เศรษฐกิจเพื่อส่งเสริมการส่งออก ต้องอาศัยทุนมนุษย์เป็นสำคัญเพื่อแข่งขันกับการค้าในระบบโลกาภิวัตน์	4.สุขภาพเป็นทุนมนุษย์ชนิดหนึ่ง ซึ่งมีความสำคัญต่อเสถียรภาพการผลิต ดังนั้นรัฐจึงมีการสร้างระบบประกันสังคมขึ้นเพื่อสร้างความมั่นคงแก่ลูกจ้างภาคเอกชน
5.การเจริญเติบโตเศรษฐกิจแบบก้าวกระโดด แต่ทว่าความเหลื่อมล้ำก็ขยายตัวออกเช่นกัน	5.ประชาชนมีสุขภาพดีขึ้น ตัวชี้วัดสุขภาพในระดับประเทศดีขึ้น แต่ความเหลื่อมล้ำสุขภาพระหว่างกลุ่มประชากรก็ขยายตัวเช่นกัน