

ทุนนิยมโลกของการแพทย์สมัยใหม่
กับการปลุกเสกชีวิตและสุขภาพของมนุษย์

Modern Globalized-Capitalist Biomedicine and
The Conjured Construction of Human Life and Health

ดร.นฤพนธ์ ดั่งวงวิเศษ
ศูนย์มานุษยวิทยาสิรินธร

Narupon Duangwises, Ph.D.,
Princess Maha Chakri Sirindhorn Anthropology Centre

บทคัดย่อ

บทความนี้ต้องการอธิบายปรากฏการณ์ทางสังคมและวัฒนธรรมในระบบบริการสุขภาพและการรักษาโรคในสังคมโลกสมัยใหม่ ซึ่งความรู้ทุนนิยมทางการแพทย์แบบตะวันตกมีอิทธิพลอย่างสูงต่อการนิยามและให้ความหมายการมีชีวิตที่ดีของมนุษย์ กรอบแนวคิดสำคัญที่ใช้วิเคราะห์ปรากฏการณ์ด้านสุขภาพนี้ ประกอบด้วยทฤษฎีมาร์กซิสต์ แนวคิดทุนนิยม และแนวคิด Biopolitics ซึ่งมีเป้าหมายในการวิพากษ์วัฒนธรรมสุขภาพในแนวทางของตัวเอง บทความนี้จะทบทวนกรอบแนวคิดดังกล่าวที่ใช้อธิบายสิ่งที่เรียกว่า “สุขภาพดี” และ “การมีชีวิตที่เป็นสุข”

คำสำคัญ: สุขภาพ การเมืองแห่งชีวิต ความรู้การแพทย์ อำนาจ ทุนนิยม

Abstract

This paper need to demonstrate the socio-cultural phenomena of healthcare system and remedy of disease in the modern global society in which western capitalist biomedical knowledge plays the extremely significant influence in defining and determining the condition of human good life. The considerable conceptual frameworks that used to analyze this occurrence of global health system are consisted by Marxist theory, pluralism and biopolitics that attempt to criticize the culture of health in different perspectives. These theoretical concepts will be revisited and reconsidered how “good health” and “happy life” are discursive explained and determined.

Keywords: Health, Biopolitics, Biomedical Knowledge, Power, Capitalism

บทนำ

การทำความเข้าใจมิติสังคมและวัฒนธรรมของการดูแลสุขภาพและการรักษาโรคของมนุษย์ในสังคมสมัยใหม่สามารถพิจารณาได้ตั้งแต่ระดับโครงสร้างไปจนถึงระดับตัวบุคคล ซึ่งบทความนี้จะชี้ให้เห็นบริบททางการเมืองและเศรษฐกิจที่สัมพันธ์กับการเติบโตของวิทยาศาสตร์การแพทย์และผลที่เกิดขึ้นกับตัวมนุษย์ โดยจะอธิบายด้วย 5 หัวข้อย่อย ประกอบด้วย หัวข้อที่หนึ่ง เรื่องสงครามแห่งเชื้อโรค กับความเหลื่อมล้ำทางสังคม เป็นการอธิบายให้เห็นกรอบแนวคิดแบบมาร์กซิสม์ที่วิพากษ์โครงสร้างสังคมแบบชนชั้นที่มีผลต่อการสร้างความไม่เท่าเทียมในการเข้าถึงบริการสุขภาพ ซึ่งประเทศมหาอำนาจตะวันตกจะมีอำนาจเหนือกว่าประเทศที่ยากจน หัวข้อที่สอง เรื่องสิทธิของการมีชีวิตและการมีสุขภาพดี เป็นการอธิบายผลพวงของระบบการแพทย์สมัยใหม่ที่ทำให้มนุษย์มีสิทธิและโอกาสที่ต่างกันในการรับบริการทางการแพทย์ หัวข้อที่สาม เรื่องการเมืองในระบบสุขภาพจากพหุนิยมถึงวิชาชีพนิยม เป็นการอธิบายการสร้างนโยบายสุขภาพของรัฐที่มีผลต่อชีวิตพลเมือง โดยเฉพาะตัวอย่างประเทศสหรัฐอเมริกาที่รัฐพยายามให้องค์กรทางการแพทย์และภาคธุรกิจเข้ามาบริหารจัดการด้านสุขภาพและชี้นำนโยบายต่าง ๆ หัวข้อที่สี่ เรื่องอำนาจ/ความรู้ทางการแพทย์ในฐานะการเมืองแห่งชีวิต (Biopolitics) เป็นการอธิบายการปรับตัวและกลไกของอำนาจในระบบบิโพลิติกส์ใหม่ที่ทำให้มนุษย์ปรารถนาและกระตือรือร้นที่จะดูแลรักษาชีวิตเพื่อให้ตนเองเป็นสุขและอายุยืนยาว โดยอาศัยความรู้ทางการแพทย์สมัยใหม่ และหัวข้อที่ห้า เรื่องสุขภาพในจินตนาการทางการแพทย์แบบพหุนิยม เป็นการอธิบายเทคโนโลยีทางการแพทย์ที่มีราคาแพงซึ่งเข้ามาจัดการร่างกายและชีวิตของผู้ป่วย และทำให้ความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์กับผู้ป่วยดำเนินไปบนจินตนาการแห่งการรักษาโรคที่คาดเดาไม่ได้ หัวข้อย่อยทั้งห้านี้จะช่วยให้เห็นมิติที่ซับซ้อนและกรอบแนวคิดของการสร้างชีวิตและสุขภาพของมนุษย์ตั้งแต่ระดับสังคมไปจนถึงระดับเนื้อตัวร่างกายของมนุษย์ พร้อม ๆ กับการตั้งคำถามเรื่องการมีชีวิตอยู่ในระบบการแพทย์แบบพหุนิยมในโลกปัจจุบัน

สงครามแห่งเชื้อโรค กับความเหลื่อมล้ำทางสังคม

การศึกษาความเหลื่อมล้ำทางสังคมในมิติของสุขภาพ แนวคิดที่สำคัญที่นำมาวิเคราะห์ก็คือ แนวคิดมาร์กซิสต์ ซึ่งมีเป้าหมายสำคัญในการอธิบายความแตกต่างทางชนชั้นบนพื้นฐานของการสะสมทุนที่แตกต่างกัน (socio-economic status) โดยชี้ให้เห็นการเอารัดเอาเปรียบทางสังคมซึ่งชนชั้นแรงงานที่มีรายได้น้อยจะมีคุณภาพชีวิตที่ย่ำแย่และขาดโอกาสในการเข้าถึงทรัพยากร ในขณะที่ชนชั้นนายทุนและชนชั้นกลางที่มีรายได้สูงจะมีคุณภาพชีวิตและทรัพย์สินที่ดีกว่า (Hazarika and Dutta, 2013: 85) การนำแนวคิดมาร์กซิสต์มาวิเคราะห์ความเหลื่อมล้ำในระบบบริการสุขภาพ ทำให้เห็นมิติความไม่เท่าเทียมในกลุ่มผู้ป่วยที่ยากจนและผู้ป่วยที่มีรายได้สูง (Muntaner and Others, 2015) ในช่วงสองทศวรรษที่ผ่านมา แนวคิด Neo-Marxist ถูกนำกลับมาเป็นแนวทางวิเคราะห์ความไม่เท่าเทียมทางสังคมในระบบประกันสุขภาพอย่างกว้างขวาง เพื่อที่จะมองปัญหาของบริการสุขภาพในฐานะเป็นปัญหาสังคมอย่างหนึ่ง และพิจารณาว่าคุณภาพชีวิตและสุขภาพของคนจะดีหรือเลวขึ้นอยู่กับองค์ประกอบและปัจจัยทางเศรษฐกิจของคน ๆ นั้น แนวคิด Neo-Marxist จึงสนใจวิพากษ์บริบทสังคมและเศรษฐกิจ ที่ส่งผลต่อการสร้างความเหลื่อมล้ำในบริการสุขภาพ (Waitzkin, 1981; Krieger and Others, 1997; Muntaner and Others, 2013)

บทความของ Laurie Garrett (2007) อธิบายว่าโลกในคริสต์ศตวรรษที่ 21 พยายามทุ่มเงินและทรัพยากรมหาศาลไปกับการเอาชนะ การปราบ และทำลายล้างโรคภัยไข้เจ็บที่แพร่ระบาดอยู่ในกลุ่มประชากรที่ยากจนในประเทศโลกที่สาม ไม่ว่าจะเป็น เอดส์ มาลาเรีย วัณโรค และไข้หวัดใหญ่ ซึ่งฆ่าชีวิตคนจำนวนมาก การต่อสู้กับโรคเหล่านี้กลายเป็นการเมืองระหว่างประเทศที่มหาอำนาจที่ร่ำรวยพยายามหาวิธีการต่าง ๆ มาปกป้องและป้องกันตัวเองให้รอดพ้นจากการแพร่ระบาดของ “โรคในประเทศที่ยากจน” ความพยายามดังกล่าวนี้คือ “การเมืองของเชื้อโรค”

และ “สงครามระหว่างมนุษย์กับเชื้อโรค” (Garrett, 2007: 14) ผลที่ตามมาจากการเมืองและสงครามนี้ ก็คือการสร้างระบบดูแลสุขภาพของมนุษย์ที่องค์กรต่าง ๆ นำไปสร้างกฎระเบียบที่เคร่งครัดเพื่อที่จะเอาชนะเชื้อโรคและโรคร้ายประเทศที่ร่ำรวยและมีอำนาจจะสร้างกฎระเบียบเหล่านี้และนำไปให้ประเทศที่ยากจนปฏิบัติตามอย่างเข้มงวด เงินจำนวนมหาศาลจะถูกใช้ไปกับสิ่งเหล่านี้

ในอีกด้านหนึ่ง ประเทศตะวันตกที่มีผู้สูงอายุจำนวนมาก พยายามที่จะแสวงหาบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขจากประเทศที่กำลังพัฒนาไปช่วยดูแลผู้สูงอายุของตนเอง ทำให้เกิดความเหลื่อมล้ำในการให้บริการทางการแพทย์ เพราะผู้สูงอายุที่ร่ำรวยจากประเทศตะวันตกพร้อมจะจ่ายเงินจำนวนมากให้กับการบริการทางการแพทย์และจ้างบุคลากรจากประเทศกำลังพัฒนามาช่วยดูแลสุขภาพของตน เช่น หนึ่งในห้าของแพทย์ที่ทำงานในสหรัฐอเมริกามาจากประเทศกำลังพัฒนา เพราะบุคลากรด้านการแพทย์ที่เข้ามาทำงานในสหรัฐอเมริกาก็จะได้รับค่าตอบแทนสูงกว่าการทำงานอยู่ในประเทศของตัวเอง แนวโน้มนี้จะมีเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ จนทำให้ประเทศกำลังพัฒนาทั้งหลายสูญเสียบุคลากรทางการแพทย์ของตน (Garrett, 2007: 15,28) ปัญหานี้จะมีความรุนแรงเพิ่มมากขึ้นในอนาคต

ในช่วงทศวรรษ 2000 ธนาคารโลก กองทุนการเงินระหว่างประเทศ และองค์การเพื่อความร่วมมือทางเศรษฐกิจและการพัฒนา เริ่มตระหนักถึงปัญหาสุขภาพของประชากรโลก ซึ่งสัมพันธ์กับการเจริญเติบโตทางเศรษฐกิจ ธนาคารโลกเริ่มเพิ่มงบประมาณเกี่ยวกับการแพทย์และสาธารณสุขและสนับสนุนให้องค์กรทางการแพทย์ได้เงินเพิ่มขึ้นในการทำวิจัยเพื่อค้นหาการรักษาโรค โดยเฉพาะยาต้านไวรัสเอชไอวี/เอดส์ (Garrett, 2007: 20) หลังจากนั้นมา องค์กรเอกชนที่ทำงานเกี่ยวกับการป้องกันรักษาเอชไอวี/เอดส์ได้เพิ่มจำนวนขึ้นอย่างรวดเร็ว ตามงบประมาณที่ได้รับการจัดสรรมาให้โดยองค์กรด้านการเงินระหว่างประเทศ (Garrett, 2007: 21) ดังนั้น การต่อสู้กับเชื้อโรคในคริสต์ศตวรรษที่ 21 จึงมิใช่เรื่อง

ของสุขภาพเพียงอย่างเดียว แต่ยังเป็นเรื่องการแก้ปัญหาทางเศรษฐกิจ ซึ่งมนุษย์จะ
ถูกมองเป็นทรัพยากรที่จำเป็นสำหรับการสร้างผลกำไร เมื่อมนุษย์มีสุขภาพแข็งแรง
มนุษย์ก็จะมีกำลังแรงกายที่จะทำงานให้กับองค์กรทางธุรกิจทั้งหลาย

ถึงแม้ว่าองค์กรด้านการเงินระหว่างประเทศจะทุ่มงบประมาณเพื่อ
การแพทย์และสาธารณสุขจำนวนมากก็ตาม แต่สิ่งที่เกิดขึ้นในทางปฏิบัติมิได้
เป็นไปเพื่อแก้ปัญหาสุขภาพของมวลมนุษย์ เพราะการจัดสรรงบประมาณและ
การบริหารเงินในโครงการด้านสุขภาพทั้งหลาย จะถูกแทรกแซงด้วยกลไกทาง
การเมืองและระบบราชการซึ่งให้ประโยชน์แก่กลุ่มคนชั้นกลางที่มีรายได้สูงและ
บริษัทธุรกิจ (Himmelstien and Woolhandler, 1988; Porter, 2013) องค์กรที่
ทำงานด้านเอดส์พบว่ามึงงบประมาณเพียง 15-30 เปอร์เซนต์เท่านั้นที่ถูกนำไปใช้
เพื่อช่วยเหลือผู้ป่วย (Garrett, 2007: 22) ในปี 2006 รายงานจากธนาคารโลกระบุ
ว่า มีเงินบริจาคเพียง 50 เปอร์เซนต์เท่านั้นที่ส่งไปถึงโรงพยาบาลและคลินิกที่
ช่วยเหลือผู้ป่วยในเขตซับซาร่า ทวีปแอฟริกา เงินอีกประมาณ 50 เปอร์เซนต์จะ
ถูกใช้ไปกับเรื่องการจัดการ ซึ่งจ่ายให้กับบริษัทตัวแทนขนส่งสินค้า บริษัทยา และ
ตัวแทนทางธุรกิจ รวมทั้งการคอร์รัปชันในหน่วยงานต่าง ๆ ที่มีส่วนในกระบวนการ
จัดสรรงบประมาณ และการจ่ายเงินเดือนสูงเกินความจำเป็นให้กับเจ้าหน้าที่ของ
องค์กรต่างประเทศ (Garrett, 2007: 29)

การทุ่มเทเงินจำนวนมากให้กับประเทศยากจนเพื่อช่วยเหลือผู้ป่วย ยังมี
เรื่องที่ต้องพิจารณาอีกมากกว่าการให้ยารักษาโรค นั่นคือ บริบททางสังคมที่
ขัดขวางหรือไม่เอื้อให้การทำงานสุขภาพเป็นไปอย่างที่คาดหวัง เช่น ในประเทศ
บอตสวานา มีองค์กรต่างประเทศบริจาคเงินเพื่อช่วยเหลือผู้ป่วยเอชไอวี/เอดส์
จำนวนมาก แต่ประเทศนี้ขาดแคลนบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข ทำให้
ผู้ป่วยจำนวนมากไม่ได้รับการดูแล เพราะโรคเอดส์ถูกแยกออกจากบริบททางสังคม
นั่นคือ การรักษาเอดส์มุ่งที่จะฆ่าเชื้อไวรัสในตัวผู้ป่วยมากกว่าการดูแลรักษาสุขภาพ

ของผู้ป่วยแบบองค์รวม (Garrett, 2007: 26) ปัญหาในการทำงานเดียวกันนี้เกิดขึ้นในหลายประเทศในทวีปแอฟริกา ทำให้ต้องทบทวนปัญหานี้อย่างจริงจัง การแก้ปัญหาสภาพของประชาชนในประเทศยากจนสะท้อนให้เห็นข้อจำกัดและช่องว่าง นั่นคือการหวังพึ่งเงินบริจาคจากองค์กรต่างชาติเพียงอย่างเดียว ไม่ใช่สิ่งที่แก้ปัญหาสภาพของประชาชนได้อย่างแท้จริง ถ้าหากรัฐบาลของประเทศนั้นไม่มีนโยบายที่ชัดเจนเกี่ยวกับการพัฒนาระบบบริการสุขภาพและการแพทย์เพื่อประชาชนแบบองค์รวม ประชาชนของประเทศก็เป็นเพียงหนูทดลองยาให้กับองค์กรธุรกิจและบริษัทยาจากประเทศมหาอำนาจ

เมื่อองค์กรระหว่างประเทศบริจาคเงินจำนวนมากให้กับประเทศที่ยากจน ผลที่ตามมาแบบไม่คาดคิดคือการสร้างความเหลื่อมล้ำทางสังคม โครงการพัฒนาแห่งสหประชาชาติเคยวิเคราะห์ว่างบประมาณที่องค์กรระหว่างประเทศส่งไปให้กับประเทศยากจนเพื่อแก้ปัญหาโรคเอดส์ มีจำนวนเพิ่มมากขึ้นเรื่อยตั้งแต่ปี 2002 เป็นต้นมา เงินจำนวนมากนี้ทำให้เกิดปัญหาเงินเฟ้อและส่งผลกระทบต่อระบบเศรษฐกิจของประเทศยากจน เนื่องจากงบประมาณในโครงการโรคเอดส์ที่ส่งมาจากต่างประเทศมีมากกว่างบประมาณของแผ่นดินที่ประเทศยากจนมี (Garrett, 2007: 29) ปัญหานี้ ทำให้เกิดความเหลื่อมล้ำระหว่างคนที่รับเงินเดือนสูงจากองค์กรต่างประเทศกับคนที่ต้องดิ้นรนที่มีรายได้น้อย นอกจากนั้น โครงการช่วยเหลือจากองค์กรต่างประเทศยังมีอิทธิพลเหนือกว่านโยบายของรัฐ รัฐบาลของประเทศยากจนทั้งหลายจะต้องน้อมรับและเชื่อฟังกฎเกณฑ์ ข้อบังคับและเงื่อนไขต่าง ๆ ที่มาจากองค์กรระหว่างประเทศที่ส่งงบประมาณมาให้ นโยบายทางสังคมอื่น ๆ ของรัฐจึงถูกมองข้ามหรือมีความสำคัญน้อยกว่าโครงการช่วยเหลือจากต่างประเทศ เช่น โครงการป้องกันโรคเอดส์ที่องค์กรต่างประเทศต้องการให้รัฐบาลท้องถิ่นแจกถุงยางอนามัยตามเป้าหมายตัวชี้วัด (Garrett, 2007: 30)

ในกลุ่มประเทศมุสลิมในตะวันออกกลาง ได้แก่ อียิปต์ อิรัก ปากีสถาน อัฟกานิสถาน โซมาเลีย ซูดานและเยเมน เป็นต้นแดนที่ไม่ได้รับการช่วยเหลือจากองค์กรต่างประเทศที่ทำงานเกี่ยวกับโรคเอดส์ เนื่องจากประเทศเหล่านี้มีระบบและอุดมการณ์การเมืองที่ตรงข้ามกับประเทศมหาอำนาจตะวันตก ผู้ป่วยโรคเอดส์ในประเทศเหล่านี้จะถูกทอดทิ้ง (Garrett, 2007: 30) ตัวอย่างนี้สะท้อนให้เห็นการเมืองของระบบสุขภาพที่ประเทศมหาอำนาจเป็นผู้กำหนดว่าใครบ้างที่จะได้รับความช่วยเหลือและความเห็นใจ ความเหลื่อมล้ำที่แอบแฝงอยู่ในการเมืองเรื่องสุขภาพกลายเป็นประเด็นใหญ่ที่หน่วยงานต่าง ๆ พยายามเข้ามาแก้ปัญหา แต่เน้นการแก้ปัญหาเรื่องการบริหารจัดการมากกว่าจะแก้ปัญหามือเมืองของการผูกขาดอำนาจ (Storeng and Mishra, 2014: 858) นักวิจัยทางสังคมศาสตร์หลายคนจึงพยายามรวมตัวกันเพื่อที่จะศึกษาปัญหาของความเหลื่อมล้ำทางการแพทย์ที่เกิดขึ้นโดยมุ่งที่จะวิเคราะห์นโยบายด้านสุขภาพที่สัมพันธ์กับบริบททางสังคม วัฒนธรรม และการเมือง ซึ่งส่งผลต่อการให้บริการสุขภาพของประชาชน

ในช่วงทศวรรษ 1970 นักมานุษยวิทยาการแพทย์เช่น Janzen (1978) และ Kleinman (1978) เคยศึกษาวิจัยความสัมพันธ์ระหว่างระบบการแพทย์กับบริบททางสังคม เศรษฐกิจ และการเมือง ต่อมาในทศวรรษ 1990 เริ่มมีการศึกษาระบบการแพทย์ในปรากฏการณ์ของสังคมโลก ซึ่งนักมานุษยวิทยาพยายามศึกษาเงื่อนไขที่ทำให้ความรู้ทางการแพทย์ถูกนำไปใช้ในพื้นที่ต่าง ๆ ของโลกแตกต่างกัน การศึกษาของ Janes และ Corbett (2009) เริ่มวิเคราะห์ประเด็นเกี่ยวกับความเหลื่อมล้ำทางการแพทย์ภายใต้ระบบเศรษฐกิจและการเมืองในพื้นที่ที่ต่างกัน และนำไปสู่การวิพากษ์การทำงานขององค์กรต่างประเทศที่พยายามแจกงบประมาณและมาตรการต่าง ๆ ให้กับประเทศที่เผชิญกับปัญหาสุขภาพ และผลกระทบที่เกิดกับคนท้องถิ่นภายใต้อำนาจความรู้ทางการแพทย์สมัยใหม่ ในช่วงหลังทศวรรษ 2010 เป็นต้นมา นักมานุษยวิทยาเริ่มสนใจประเด็นที่ซับซ้อนที่อยู่เบื้องหลังระบบการแพทย์และสุขภาพในระดับสากล เช่น การแปรรูประบบการแพทย์ให้เป็นระบบธุรกิจโดยให้

ภาคเอกชนเข้ามาบริหารจัดการ การสร้างวาทกรรมเรื่องสิทธิในระบบสุขภาพ การสร้างนโยบายสุขภาพภายใต้สิทธิเสรีนิยมใหม่ที่เน้นการแสวงหาผลกำไรของโรงพยาบาล แต่การตั้งคำถามกับสิ่งเหล่านี้จะถูกมองข้ามไปในวงการวิทยาศาสตร์ การแพทย์และสาธารณสุข (Storeng and Mishra, 2014: 859)

ในมิติความแตกต่างทางเชื้อชาติ ซึ่งถูกกำหนดด้วยทฤษฎีชีววิทยานักวิทยาศาสตร์จะอธิบายปัจจัยทางเชื้อชาติว่าเป็นต้นเหตุของโรคภัยไข้เจ็บที่แตกต่างกัน กล่าวคือ สรีระของมนุษย์จะเป็นตัวตัดสินว่าคนเชื้อชาติและเผ่าพันธุ์ใดที่อ่อนแอต่อการเจ็บป่วย ทฤษฎีดังกล่าวนี้ให้ความสำคัญกับร่างกายมนุษย์เหนือกว่าบริบททางสังคมและวัฒนธรรม Nancy Krieger (2003) กล่าวว่าทฤษฎีเผ่าพันธุ์ถูกทำให้กลายเป็นสิ่งเดียวกับทฤษฎีพันธุกรรมของมนุษย์ ซึ่งนำไปสู่ความเชื่อว่าคนผิวดำเป็นเผ่าพันธุ์ที่ด้อย มียืนส์ด้อย ไม่ฉลาด ส่วนคนผิวขาวจะถูกอธิบายว่าเป็นสายพันธุ์ที่มียืนส์เด่น ทำให้มีสติปัญญาและความสามารถในการทำสิ่งต่าง ๆ การนำเอาความคิดเรื่องเผ่าพันธุ์ไปเป็นสิ่งที่เดียวกับพันธุกรรมนำไปสู่การแบ่งแยกมนุษย์ออกจากกัน โดยมองข้ามศักยภาพที่มนุษย์จะพัฒนาตัวเองได้เท่ากัน Krieger (2003) กล่าวว่าการใช้ความเป็นเผ่าพันธุ์มาตัดสินความอ่อนแอของมนุษย์ คือการมองไม่เห็นปัญหาที่แท้จริงที่เกิดจากทฤษฎีเผ่าพันธุ์นิยม ซึ่งสร้างอคติทางสังคมให้กับคนบางกลุ่ม อคติทางเผ่าพันธุ์นี้คือผลกระทบที่ทำให้การบริการสุขภาพเกิดความไม่เท่าเทียม ดังนั้นความแตกต่างทางเผ่าพันธุ์มิใช่เรื่องที่น่าวิตกเท่ากับอคติทางเผ่าพันธุ์ที่ฝังหัวให้คนรังเกียจกันเอง

อคติทางเผ่าพันธุ์คือการแสดงออกทางสังคม มากกว่าจะเป็นการกำหนดทางชีววิทยา อคติดังกล่าวนี้นี้เกี่ยวข้องกับความเหลื่อมล้ำในระบบสุขภาพอย่างไร เป็นคำถามที่ซับซ้อนและมักจะไม่ค่อยได้รับความสนใจจากบุคลากรทางการแพทย์ Krieger (2003) และ Williams (2004) ตั้งข้อสังเกตว่าความไม่เท่าเทียมทางสังคมเป็นผลพวงที่เกิดจากการเหยียดเชื้อชาติและสีผิว ซึ่งคนที่ถูกกีดกัน

ออกไปจะกลายเป็นชายขอบ ตัวอย่างเช่น คนผิวดำในทวีปแอฟริกา จะถูกคนผิวขาวจากตะวันตกเอารัดเอาเปรียบ ถูกกวาดต้อนไปเป็นแรงงานทาสในยุคอาณานิคม มีชีวิตที่อดอยาก ขัดสน ยากจน แร้นแค้น ตกเป็นเหยื่อความรุนแรง ขาดโอกาสที่จะพัฒนาตัวเองให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี ปัญหานี้สะสมมายาวนาน ทำให้ประชากรในทวีปแอฟริกากลายเป็นผู้ที่ต้องเผชิญกับปัญหาสุขภาพและไม่ได้รับการบริการด้านการแพทย์ ดังนั้น การเจ็บป่วยของคนในแอฟริกาไม่ได้มาจากการที่พวกเขาเป็นคนผิวดำ หากแต่มาจากการถูกกีดกันจากสังคมภายใต้มายาคติและอคติทางเผ่าพันธุ์ ทำให้พวกเขาไม่ได้รับการเหลียวแลจากบุคลากรทางการแพทย์ และไม่มีทุนทรัพย์เพียงพอที่จะไปรับบริการทางการแพทย์

สิทธิของการมีชีวิตและการมีสุขภาพดี

นักมานุษยวิทยาชาวฝรั่งเศส Didier Fassin (2009) ตั้งข้อสังเกตว่า “การมีสุขภาพดี” สัมพันธ์กับเรื่องสิทธิและนำไปสู่การแสวงหา “ความชอบธรรมของการมีชีวิต” (Biolegitimacy) ในขณะที่นักมานุษยวิทยาชาวบราซิล Sônia Weidner Maluf (2015) มองว่าความชอบธรรมของการมีชีวิตกำลังกลายเป็นเครื่องมือที่รัฐนำไปสร้างนโยบายสังคม และคนกลุ่มต่าง ๆ ก็นำไปเป็นแนวคิดสำหรับเรียกร้องสิทธิและความเท่าเทียม ดังนั้น การมี “สุขภาพดี” กับ “สิทธิของการมีชีวิต” จึงถูกผนวกเข้าด้วยกัน สิ่งเหล่านี้คือการเมืองของการมีชีวิตในรูปแบบใหม่ที่กำลังขับเคลื่อนระบบทุนนิยมโลกให้เดินไปข้างหน้า

ในสถานการณ์ปัจจุบัน โรงพยาบาลและคลินิกเอกชนเกิดขึ้นมากมาย ซึ่งผู้ที่มีรายได้มากเท่านั้นที่จะมีสิทธิเข้าไปรับบริการที่ทันสมัยและสะดวกสบาย ในขณะที่ผู้ที่มีรายได้น้อยต้องเข้าไปรับบริการในโรงพยาบาลของรัฐที่มีคนป่วยจำนวนมากและขาดแคลนบุคลากรทางการแพทย์ ทำให้คนยากจนไม่สามารถเข้าถึงนวัตกรรมทางการแพทย์ที่ทันสมัยที่มีอยู่ในโรงพยาบาลเอกชน เครื่องมือการแพทย์ที่ทันสมัยจำนวนมากจึงตกอยู่ในพื้นที่ของคนรวย ในขณะที่

สถานพยาบาลของคนจนกลับขาดแคลนอุปกรณ์ทางการแพทย์ (Himmelstien and Woolhandler, 1988: 499; Hazarika and Dutta, 2013: 86) ในประเด็นนี้ Audrey Chapman (2014) อธิบายว่าการแปรรูปหน่วยงานด้านสุขภาพของรัฐให้ไปอยู่ในการบริหารจัดการแบบเอกชน ซึ่งมีการแข่งขันกันอย่างเข้มข้น ทำให้เกิดคำถามเกี่ยวกับความเหลื่อมล้ำของสิทธิและโอกาสของผู้ป่วยที่จะเข้าไปรับบริการทางการแพทย์ที่ทันสมัยและสะดวกรวดเร็ว ประเด็นนี้โยงใยกับเรื่องคุณภาพของการให้บริการของแพทย์และพยาบาลที่ปฏิบัติต่อผู้ป่วยที่มีเงินและไม่มีเงินแตกต่างกัน ปัจจัยเรื่องฐานะทางเศรษฐกิจของผู้ป่วยจึงเป็นสิ่งที่เกี่ยวข้องกับความสามารถของผู้ป่วยในการเข้าถึงบริการทางการแพทย์ ดังนั้น “สิทธิของการมีสุขภาพดี” ในระบบสุขภาพที่บริหารจัดการโดยระบบทุนนิยม จะมีความหมายอย่างไร

Chapman (2014) กล่าวว่าในสังคมที่รัฐจัดให้บริการสุขภาพเป็นสวัสดิการที่ทุกคนจะได้รับ รัฐจะใช้งบประมาณจำนวนมากในการสร้างสถานพยาบาลและบริการทางการแพทย์ที่มีประสิทธิภาพ สังคมที่เป็นรัฐสวัสดิการ ประชาชนไม่ต้องแบกรับค่าใช้จ่ายเรื่องสุขภาพมากนัก ในขณะที่บางสังคมจะนำเอาภาคธุรกิจเอกชนมาทำหน้าที่ให้บริการด้านการแพทย์ ทำให้เกิดระบบการแข่งขันทางธุรกิจที่ประชาชนจะต้องสะสมเงินของตัวเองเพื่อนำไปใช้จ่ายในด้านสุขภาพ เช่น การทำประกันสุขภาพกับบริษัทเอกชน หรือการจ่ายเงินให้แพทย์และพยาบาลเพื่อให้มาดูแลรักษาคนป่วย ความแตกต่างดังกล่าวนี้สะท้อนวิธีคิดเรื่องบริการสุขภาพระหว่างที่รัฐคือผู้ลงทุนกับการที่ประชาชนต้องแบกรับด้วยตัวเองในประเทศตะวันตก ซึ่งประชาชนมีรายได้สูงอาจจะไม่มีปัญหาเท่ากับประเทศที่ยากจนที่ประชาชนส่วนใหญ่มีรายได้น้อย คนจนที่อยู่ในสังคมที่ภาคเอกชนมีบทบาทในการบริการสุขภาพจึงเป็นกลุ่มคนที่ขาดโอกาสในการรับบริการด้านการแพทย์ที่ทันสมัย (Hazarika and Dutta, 2013)

ในประเทศกำลังพัฒนาที่ประชาชนมีรายได้ปานกลาง เช่น หลายประเทศในเอเชียและอเมริกาใต้ ภาคเอกชนจะมีบทบาทสำคัญในการบริการด้านสุขภาพ หลักการสำคัญคือ การตลาดของสุขภาพที่แต่ละบริษัท โดยเฉพาะบริษัทด้านประกันจะเข้ามาส่งเสริมและชักจูงให้ประชาชนจ่ายเงินเพื่อทำประกันสุขภาพของตัวเองและญาติพี่น้อง ซึ่งเป็นระบบที่ประชาชนคือผู้ที่ต้องแบกรับและใช้เงินของตัวเองลงทุนเพื่อซื้อบริการสุขภาพจากบริษัทธุรกิจ ระบบนี้คือ Individual entrepreneurship ที่ปัจเจกบุคคลคือผู้ที่ต้องแสวงหาทุนทรัพย์เพื่อหล่อเลี้ยงให้ชีวิตตัวเองดำรงอยู่ต่อไปได้ (Chapman, 2014: 124) กระบวนการที่ทำให้บุคคลต้องจ่ายเงินของตัวเองเพื่อทำประกันสุขภาพกับบริษัทเอกชน คือกลไกสำคัญในระบบบเสรีนิยมใหม่ หมายถึง การทำให้เรื่องสุขภาพของมนุษย์เป็นสินค้าอย่างหนึ่งที่บุคคลจะต้องจ่ายเงิน บริษัทประกันชีวิตและสุขภาพทั้งหลายจึงเจริญเติบโตอย่างรวดเร็ว

David A. McDonald และ Greg Ruiters (2012) อธิบายว่าการทำให้การบริการสุขภาพเป็นเรื่องทางธุรกิจ ก็คือการทำให้สิทธิของการมีสุขภาพดีเป็นเรื่องทางเศรษฐกิจด้วย ในปัจจุบัน ระบบสุขภาพของสังคมโลกกำลังดำเนินไปบนกลไกดังกล่าวนี้ คำถามคือ อะไรคือสิ่งที่มนุษย์ได้รับในระบบดังกล่าว Chapman (2014) ตั้งข้อสังเกตว่าระบบสุขภาพในระบบบเสรีนิยมใหม่ ได้แบ่งแยกมนุษย์เป็นสองพวก พวกแรกคือผู้ที่มีเงินจ่ายให้กับการบริการด้านสุขภาพ ซึ่งจะเข้าไปใช้บริการในโรงพยาบาลเอกชนที่มีแพทย์ที่เก่งเชี่ยวชาญและเครื่องมือการแพทย์ที่ทันสมัยและครบถ้วน พวกที่สองคือคนจนที่ไม่มีเงิน ต้องเข้าไปรับบริการในโรงพยาบาลของรัฐที่ขาดแคลนแพทย์ พยาบาล และไม่มีเครื่องมือแพทย์ที่เพียงพอ ทำให้ต้องพบกับการบริการที่ขาดตกบกพร่อง (Chapman, 2014: 125)

ภายใต้เจตนารมณ์ ของข้อตกลงระหว่างประเทศเกี่ยวกับสิทธิทางเศรษฐกิจ สังคม และวัฒนธรรม หรือ the International Covenant on Economic, Social

and Cultural Rights (ICESCR) ขององค์การสหประชาชาติในปี 1990 ซึ่งเรียกร้องให้รัฐบาลทุกประเทศส่งเสริมและสนับสนุนนโยบายที่สร้างระบบบริการสุขภาพให้กับประชาชนทุกกลุ่มอย่างเท่าเทียมกัน แต่ในทางปฏิบัติ เงื่อนไขการให้บริการสุขภาพจะเกี่ยวข้องกับการเมือง การบริหารจัดการ และการแสวงหาผลประโยชน์ของภาคเอกชนที่เข้ามาเกี่ยวข้อง (Chapman, 2014: 126) ท่ามกลางการแปรรูปสถานพยาบาลให้มีการจัดการแบบธุรกิจ และให้ภาคเอกชนเข้ามาบริหารจัดการ ได้เพิ่มต้นทุนให้การบริการมากขึ้น ผู้ป่วยจึงต้องจ่ายเงินในการรักษาพยาบาลมากขึ้น (Chapman, 2014: 129)

ความไม่เท่าเทียมในการเข้าถึงบริการสุขภาพในปัจจุบัน โดยเฉพาะในประเทศที่กำลังพัฒนาและประเทศยากจนในทวีปเอเชีย แอฟริกา และอเมริกาใต้ สะท้อนให้เห็นสภาวะสังคมที่ล้มเหลวซึ่งผู้คนถูกแบ่งแยกกีดกันด้วยฐานะทางเศรษฐกิจ (Exeter, 2010: 224) ยังมีการพัฒนาเทคโนโลยีที่ทันสมัยมากเท่าใด ปัญหาของความไม่เท่าเทียมในการใช้เทคโนโลยีก็มีมากขึ้นด้วย (Chapman, 2014: 128) ในประเด็นความไม่เท่าเทียมของการเข้าถึงบริการสุขภาพ Jean Dreze และ Amartya Sen (2013) กล่าวว่าในประเทศอินเดีย การบริการสุขภาพที่ดำเนินงานโดยภาคเอกชนจะมีความพร้อมและทันสมัยกว่าการบริการของรัฐ แต่คนจนจำนวนมากต้องพึ่งพาสถานพยาบาลของรัฐ ทำให้พวกเขามีคุณภาพชีวิตที่ตกต่ำ ในขณะที่ผู้มีรายได้สูงจะเข้าไปใช้บริการในสถานพยาบาลของเอกชนที่มีราคาแพง ตัวอย่างจากประเทศอินเดียชี้ให้เห็นว่าการบริการสุขภาพเพื่อคนส่วนใหญ่ยังอยู่ในการจัดการของรัฐ ในขณะที่รัฐเองขาดแคลนงบประมาณและเทคโนโลยี รวมทั้งความล้มเหลวของนโยบายทางสังคม (Chapman, 2014: 130)

การเมืองในระบบสุขภาพ จากพหุนิยมถึงวิชาชีพนิยม

นโยบายสังคมที่สะท้อนออกมาในระบบประกันสุขภาพแห่งชาติ ที่รัฐบาลแต่ละประเทศพยายามสร้างกลไกและมาตรการทางกฎหมายขึ้นมานั้น เต็มไปด้วย

ความขัดแย้ง และความคลุมเครือ (Immergut, 1992: 1) อย่างไรก็ตาม ระบบประกันสุขภาพเพื่อประชาชนมิได้เป็นเพียงสวัสดิการทางสังคมเท่านั้น แต่ยังเป็นเรื่องอุดมการณ์ทางสังคมซึ่งมีข้อโต้แย้งระหว่างอุดมการณ์เสรีนิยมกับอุดมการณ์สังคมนิยม พรหมแดนของสวัสดิการด้านสุขภาพถูกเหวี่ยงไปมาระหว่างสองอุดมการณ์นี้ เช่นในประเทศสวีเดน ระบบประกันสุขภาพจะดำเนินงานโดยภาคเอกชนซึ่งมีการบริหารเชิงธุรกิจ ส่วนประเทศสวีเดน รัฐบาลจะเป็นผู้สนับสนุนงบประมาณเพื่อช่วยเหลือสถานพยาบาลต่าง ๆ ทำให้ผู้ป่วยไม่ต้องจ่ายเงินมากในการรับบริการทางการแพทย์ (Immergut, 1992: 6) ดังนั้นระบบประกันสุขภาพจึงเกี่ยวข้องกับระบบการเมืองอย่างเลี่ยงมิได้

Immergut (1992) Signal (1998) และ Kwon, Reich (2005) เคยกล่าวว่า การเมืองในระบบประกันสุขภาพมีตัวละครเข้ามาเกี่ยวข้องกับหลายประเภท ในกลุ่มนักการเมือง จะพยายามใช้นโยบายประกันสุขภาพเพื่อหาเสียงในการเลือกตั้ง ในกลุ่มข้าราชการและเจ้าหน้าที่ของรัฐจะใช้ระบบประกันสุขภาพเพื่อแสดงอำนาจควบคุมและการสั่งการที่จะช่วยให้ได้ผลประโยชน์บางอย่าง ในกลุ่มนักธุรกิจจะใช้ระบบประกันสุขภาพแสวงหารายได้และผลประโยชน์ทางธุรกิจ ในกลุ่มบุคลากรทางการแพทย์จะใช้ระบบประกันสุขภาพเพื่อประเมินสถานะที่แตกต่างกันของผู้ป่วย ในกลุ่มผู้ป่วยจะใช้ระบบประกันสุขภาพเพื่อเรียกร้องสิทธิและความเท่าเทียมในการเข้าถึงบริการทางการแพทย์ ตัวละครเหล่านี้จะมียุทธวิธีต่าง ๆ ในการผลักดันให้ระบบประกันสุขภาพเป็นไปตามความคาดหวัง ซึ่งเมื่อไม่สอดคล้องกับความคาดหวังจากกลุ่มอื่น ความขัดแย้งจะเกิดขึ้น (Signal, 1998: 258)

ภายใต้แนวคิดพหุนิยม (Pluralism) ซึ่งเชื่อว่าการเปิดโอกาสให้คนกลุ่มต่าง ๆ เข้ามามีส่วนตัดสินใจและเสนอแนะแนวทางสำหรับนโยบายทางสังคม เป็นแนวคิดที่มองว่าการมีส่วนร่วมของประชาชนคือสิ่งสำคัญ เหมือนกับระบบประชาธิปไตยที่ต้องการให้คนทุกคนมีสิทธิในการแสดงความคิดเห็น แนวคิดพหุนิยมในระบบประกัน

สุขภาพมีเป้าหมายที่จะสร้างความเท่าเทียมกันให้กับทุกคนในการเข้าถึงบริการด้านการแพทย์ แต่ในทางปฏิบัติ แนวคิดพหุนิยมจะเป็นไปได้ยากเมื่อมีกลุ่มผลประโยชน์เข้ามาแทรกแซงในกระบวนการสร้างนโยบาย (Kwon and Reich, 2005: 1022)

ในการขับเคลื่อนนโยบายประกันสุขภาพ ผู้ที่มีบทบาทสำคัญและมีอำนาจตัดสินใจมักจะเป็นกลุ่มที่มีผลประโยชน์ ไม่ว่าจะเป็นองค์กรทางธุรกิจ หน่วยงานของรัฐ และกลุ่มแพทย์ ซึ่งคาดหวังว่าระบบประกันสุขภาพจะสร้างรายได้มหาศาล (Immergut, 1992: 4) ภายใต้อุดมการณ์เสรีนิยม รัฐบาลของประเทศต่าง ๆ ก็มีวิธีการที่แตกต่างกันในการสร้างนโยบายประกันสุขภาพ แต่กลุ่มที่มีอิทธิพลในการตัดสินใจก็คือกลุ่มแพทย์ ซึ่งมีบทบาทชี้นำและวางกฎเกณฑ์เกี่ยวกับการรักษาพยาบาล (Immergut, 1992: 14) แนวคิดเรื่องวิชาชีพนิยม (Professionalism) มองว่ากลุ่มวิชาชีพแพทย์คือกลุ่มที่มีอิทธิพลต่อการสร้างและเปลี่ยนนโยบายสุขภาพ

ตัวอย่างในทวีปยุโรป กลุ่มแพทย์ออกมาเคลื่อนไหวเพื่อต่อสู้กับนโยบายประกันสุขภาพที่รัฐกำหนด เนื่องจากกลุ่มแพทย์มองว่าการประกันสุขภาพจะลดทอนอำนาจของแพทย์ให้เหลือเพียงอำนาจของข้าราชการ ภายใต้ระบบประกันสุขภาพ รัฐจะเข้ามาสร้างเงื่อนไขและกฎเกณฑ์ที่ควบคุมแพทย์ให้ปฏิบัติตาม ซึ่งจะทำให้แพทย์ไม่มีอิสระ กลุ่มแพทย์ในยุโรปจึงรวมตัวกันตั้งเป็นสมาคมเพื่อคานอำนาจรัฐ อย่างไรก็ตาม การเคลื่อนไหวของกลุ่มแพทย์ก็ถูกวิจารณ์ว่ามีใช้เพื่อปกป้องวิชาชีพของตัวเอง หากแต่ปกป้องรายได้ที่ตัวเองจะสูญเสียไปถ้าหากรัฐใช้ระบบประกันสุขภาพมาควบคุมการทำงานของแพทย์ (Immergut, 1992: 15) ในทวีปยุโรปและอเมริกา กลุ่มแพทย์มักจะประสบความสำเร็จในการเคลื่อนไหวเรียกร้องสิทธิในวิชาชีพของตัวเอง พร้อม ๆ กับการเสนอนโยบายด้านสุขภาพที่รัฐจะต้องนำไปปฏิบัติ ตัวอย่างเช่น สมาคมการแพทย์แห่งอังกฤษ คือองค์กรที่มีบทบาทสำคัญในการผลักดันนโยบายสุขภาพต่าง ๆ ที่กระทรวงสาธารณสุขจะต้องรับฟังและนำไปใช้ (Immergut, 1992: 15)

ในประเทศสหรัฐอเมริกา ซึ่งสังคมถูกขับเคลื่อนด้วยอุดมการณ์เสรีนิยม และปัจเจกนิยม พลเมืองอเมริกันเชื่อว่ารัฐธรรมนูญสร้างความเท่าเทียมให้กับทุกคน (Lee and Others, 2006: 9) อุดมการณ์เสมอภาคนิยม (egalitarianism) จึงเป็นโครงสร้างความคิดที่ขับเคลื่อนวัฒนธรรมและสังคมอเมริกัน แต่การเคลื่อนไปของสังคมอเมริกัน อยู่บนกลไกระบบเศรษฐกิจทุนนิยมที่สนับสนุนให้ปัจเจกต่อสู้แข่งขันทางเศรษฐกิจและสะสมรายได้ส่วนตัว เสรีนิยมแบบอเมริกันจึงเป็นเสรีนิยมที่คนทุกคนต้องแข่งขันเพื่อครอบครองผลประโยชน์ทางวัตถุ การเชื่อในศักยภาพของปัจเจกบุคคล ทำให้กลไกต่าง ๆ ในสังคมอเมริกันมองปัจเจกเป็นศูนย์กลางของความสำเร็จ และมองกลไกของรัฐเป็นอุปสรรคต่อการขับเคลื่อนความเจริญรุ่งเรือง (Lee and Others, 2006: 10) ด้วยเหตุนี้ สังคมอเมริกันจึงส่งเสริมภาคเอกชนให้มีบทบาทในการบริหารจัดการเรื่องสาธารณะต่าง ๆ ซึ่งระบบสุขภาพก็จะถูกภาคเอกชนเข้ามามีการจัดการ สถานพยาบาลต่าง ๆ ในประเทศสหรัฐอเมริกา ได้นำเอาความคิดปัจเจกนิยมมาใช้ ทำให้แพทย์และคนป่วยต่างมองกันและกันเป็นเอกเทศที่แต่ละฝ่ายจะต้องแสวงหาความสำเร็จส่วนตัว กล่าวคือ แพทย์จะต้องทุ่มเทกำลังความสามารถของตัวเองเพื่อให้ผู้ป่วยพอใจเพื่อจะได้รับค่าตอบแทนตามที่ทุ่มเทลงไป ส่วนผู้ป่วยจะคาดหวังให้แพทย์ต้องรักษาโรคร้ายไข้เจ็บที่ตนเองเป็นให้หายขาดเพื่อที่ตัวเองจะได้มีชีวิตอยู่ต่อไป (Lee and Others, 2006: 15)

ความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์และผู้ป่วยในสังคมอเมริกัน จึงเป็นความสัมพันธ์แบบตัวต่อตัว และไม่มีหน่วยงานหรือองค์กรใดเข้ามาเป็นตัวประสานตรงกลาง ลักษณะดังกล่าวนี้เป็นการเพิ่มความเข้มข้นของอุดมการณ์วิชาชีพนิยมให้กับแพทย์ และทำให้แพทย์รู้สึกว่าคุณค่าตนเองมีความสำคัญเหนือกว่าคนไข้ การที่แพทย์รู้สึกถึงอำนาจในวิชาชีพของตน (Professional Autonomy) เป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งเสริมให้แพทย์ในสหรัฐอเมริกา มองตนเองเป็นเหมือน “นักลงทุน” ที่ใช้วิชาความรู้ของตนแสวงหารายได้และผลตอบแทนทางเศรษฐกิจ กล่าวอีกนัยหนึ่งคือ แพทย์จะมองว่าตนเองคือแหล่งรายได้และสร้างความมั่งคั่ง แพทย์ในอเมริกาจึงหันมาเป็นนัก

ธุรกิจ ที่ใช้วิชาชีพแพทย์เป็นสินค้า เช่น เปิดคลินิก โรงพยาบาล และบริษัทประกันสุขภาพของตัวเอง (Rothman, 1993: 271) ดังนั้น การแพร่หลายของธุรกิจสุขภาพในสหรัฐอเมริกา จึงเป็นภาพสะท้อนของอุดมการณ์ปัจเจกนิยมและวิชาชีพนิยมที่สร้างพลังอำนาจให้กับแพทย์ (Lee and Others, 2006:15)

การลงทุนทางการแพทย์ ไม่ว่าจะเป็นการวิจัยเพื่อค้นหายารักษาโรคหรือพัฒนาอุปกรณ์ทางการแพทย์เป็นผลของการเชื่อมั่นในอำนาจของแพทย์ที่เป็นดัชนีชี้วัดความเจริญด้านสุขภาพของประชาชน นั้นหมายถึง วิชาชีพแพทย์เป็นสัญลักษณ์ของ “สิ่งดีงามของสาธารณะ” (Public Good) ซึ่ง Abraham Flexner เคยอธิบายประเด็นนี้ไว้ในรายงานวิจัยเรื่องการเรียนวิชาแพทย์ในสหรัฐอเมริกา และแคนาดาในปี 1910 (Lee and Others, 2006: 15-16) หลังสงครามโลกครั้งที่สองเป็นต้นมา วิทยาลัยแพทยศาสตร์ในมหาวิทยาลัยต่าง ๆ ของสหรัฐอเมริกา จึงส่งเสริมการทำวิจัยเพื่อสร้างแพทย์ที่เชี่ยวชาญในโรคต่าง ๆ สังคมอเมริกันจึงเต็มไปด้วยแพทย์ที่มีความเชี่ยวชาญหลายสาขา ขณะเดียวกัน การแข่งขันทางธุรกิจสุขภาพก็เป็นไปอย่างเข้มข้น เมื่อแพทย์มิได้มองว่าความเชี่ยวชาญของตนจะทำให้ผู้ป่วยหายจากโรคได้เพียงอย่างเดียว หากแต่ยังทำให้ตนเองมีรายได้จากการรักษาคนป่วย การนำเอาวิชาชีพแพทย์ไปผนวกเข้ากับมิติทางเศรษฐกิจถือเป็นจุดเปลี่ยนที่สำคัญในระบบบริการสุขภาพ ซึ่งความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์กับคนป่วยจะเปลี่ยนสภาพเป็นผู้ซื้อและผู้ขาย (Lee and Others, 2006: 16)

การเมืองของระบบสุขภาพในประเทศสหรัฐอเมริกา ดำเนินไปบนอุดมการณ์วิชาชีพนิยมของแพทย์ ซึ่งมองว่าวิชาแพทย์เป็นสิ่งจำเป็นของสังคม เพราะช่วยให้ประชาชนมีชีวิตอยู่รอดโดยปราศจากโรคภัยไข้เจ็บและทุพพลภาพ อุดมการณ์วิชาชีพนิยมยังทำให้แพทย์ในสหรัฐอเมริการวมตัวกันเพื่อต่อสู้กับนโยบายของรัฐที่พยายามเข้ามาควบคุมแพทย์ให้อยู่ในกฎเกณฑ์ เช่น ต่อด้านนโยบายระบบประกันสุขภาพแห่งชาติที่จะมีผลทำให้แพทย์ไม่สามารถเข้าไป

แสวงหารายได้จากการเปิดคลินิกและโรงพยาบาลของตัวเอง กลุ่มแพทย์มองว่า ถ้ารัฐเข้ามาสนับสนุนงบประมาณเพื่อช่วยเหลือประชาชนให้จ่ายเงินในการรักษาพยาบาลน้อยลง ธุรกิจของแพทย์ก็จะซบเซา การต่อต้านนโยบายประกันสุขภาพแห่งชาติจึงประสบความสำเร็จ รัฐไม่สามารถผ่านกฎหมายนี้ในรัฐสภา (Lee and Others, 2006: 17) อย่างไรก็ตาม ในช่วงทศวรรษ 1960 รัฐบาลสหรัฐอเมริกาผลักดันกฎหมายประกันสุขภาพให้มีผลบังคับใช้ เพื่อช่วยเหลือคนยากจน คนด้อยโอกาส คนผิวดำ และกลุ่มชนเผ่าพื้นเมือง ซึ่งมักจะถูกคนผิวขาวปฏิเสธในการไปรับบริการทางการแพทย์ (Lee and Others, 2006: 18; Gollust, 2010) การแบ่งแยกกีดกันในสังคมอเมริกัน ยังสะท้อนออกมาด้วยความคิดที่ว่า คนจนคือผู้ที่ต้องรับผิดชอบชีวิตของตัวเอง โดยที่รัฐไม่จำเป็นต้องนำเงินภาษีไปช่วยเหลือ (Lee and Others, 2006: 20)

การตอบโต้กันทางการเมืองระหว่างอุดมการณ์เสมอภาคนิยมกับอุดมการณ์วิชาชีพนิยม ดำเนินต่อมาในทศวรรษ 1970 รัฐบาลของ Richard Nixon ได้เปลี่ยนท่าทีหันมาสนับสนุนกลุ่มวิชาชีพแพทย์ และส่งเสริมให้ภาคเอกชนเข้ามาบริหารจัดการระบบสุขภาพมากขึ้น วิธีการสำคัญคือการให้เจ้าของกิจการเข้ามาสนับสนุนเงินสวัสดิการสุขภาพให้กับลูกจ้าง โดยที่รัฐไม่ต้องแบกรับภาระงบประมาณไปช่วยเหลือ วิธีการนี้คือการผลักภาระด้านรายจ่ายเพื่อสุขภาพไปอยู่ในความรับผิดชอบของประชาชน (Lee and Others, 2006: 19) นโยบายของ Nixon ได้วางรากฐานของการสร้างระบบประกันสุขภาพแบบใหม่ที่น่าเอาภาคเอกชนเข้ามาบริหารจัดการ ในขณะที่รัฐค่อย ๆ ลดบทบาทลง เพื่อให้ระบบบริการสุขภาพเป็นภาระหน้าที่ที่ประชาชนจะต้องรับผิดชอบตัวเอง จนถึงทศวรรษ 1980 ระบบประกันสุขภาพดังกล่าวนี้ได้ทำให้บริษัทเอกชนที่ทำธุรกิจประกันสุขภาพเติบโตและขยายตัวอย่างรวดเร็ว ซึ่งสอดคล้องกับระบอบเสรีนิยมใหม่ในสมัยประธานาธิบดี Ronald Reagan (ค.ศ.1981-1989) และนายกรัฐมนตรี Margaret Thatcher (ค.ศ.1979-1990) (Scott-Samuel and Others, 2014)

การเมืองของระบบสุขภาพภายใต้ระบอบเสรีนิยมใหม่ในสังคมอเมริกันและอังกฤษ ให้ความสำคัญกับการแข่งขันทางธุรกิจ กลไกตลาด และให้ปัจเจกบุคคลต้องจ่ายเงินเพื่อลงทุนในเรื่องต่าง ๆ ด้วยตัวเอง (Starr, 1982: 429) ซึ่งเป็นการเปลี่ยน “การบริการสังคม” ให้กลายเป็น “การจ่ายเงินโดยประชาชน” (Hacker and Skocpol, 1997: 324) การเมืองลักษณะนี้ถูกชี้้นำโดยกลุ่มนักการเมืองฝ่ายขวาที่สนับสนุนให้ภาคเอกชนมีอิสระจากการควบคุมโดยรัฐบาล (Lee and Others, 2006: 20) นักการเมืองกลุ่มนี้มองปัญหาความยากจนในสังคมว่าเป็นปัญหาส่วนตัวที่คนแต่ละคนต้องหาทางแก้ด้วยตัวเอง ระบบสุขภาพภายใต้กลไกตลาดตอบสนองแบบแผนชีวิตของชนชั้นกลางที่มีรายได้สูง ในประเด็นนี้ Rothman (1997) เคยกล่าวว่าระบบบริการสุขภาพในสังคมอเมริกาคือระบบที่ให้ผลประโยชน์กับภาคธุรกิจเอกชนซึ่งมองว่ากลุ่มชนชั้นกลางที่มีรายได้คือลูกค้าที่สำคัญ ดังนั้น นักธุรกิจจึงพยายามชี้แนะและโน้มน้าวให้รัฐบาลสร้างนโยบายสุขภาพที่เอื้ออำนวยให้บริษัทเอกชนสามารถเข้ามาบริหารจัดการได้ง่าย ขณะเดียวกันก็พยายามต่อต้านคัดค้านนโยบายที่จะนำงบประมาณของรัฐไปช่วยเหลือคนยากจน

Rothman (1997) ตั้งข้อสังเกตว่าวัฒนธรรมอเมริกันให้ความสำคัญกับวิถีชีวิตชนชั้นกลาง ซึ่งต้องการแสวงหาความสะดวกสบายผ่านการบริโภคสินค้าและบริการ สิ่งอำนวยความสะดวกในชีวิตประจำวันจึงเป็นสิ่งจำเป็นสำหรับชนชั้นกลางในสหรัฐอเมริกา ในมิติของสุขภาพ ชนชั้นกลางพยายามชวนขวยหาโรงพยาบาลที่มีเครื่องมือการแพทย์ที่พร้อมและทันสมัย เพื่อหวังว่าเครื่องมือเหล่านั้นจะช่วยให้ชีวิตตัวเองยืนยาว รอดพ้นจากโรคร้ายไข้เจ็บและความตาย เช่น เครื่องฟอกไต เครื่องฉายรังสี วัฒนธรรมชนชั้นกลางจึงครอบงำและมีอิทธิพลต่อนโยบายสุขภาพของสหรัฐอเมริกา ในการดำเนินนโยบายสุขภาพ รัฐบาลจะผลักดันให้ภาคธุรกิจเข้ามาบริหารจัดการและส่งเสริมให้ประชาชนทำประกันชีวิตและสุขภาพกับภาคเอกชน ฐานคิดดังกล่าวนี้เชื่อว่าการที่ประชาชนต้องจ่ายเงินส่วนตัวเพื่อทำประกันสุขภาพ ก็เหมือนกับการจ่ายภาษี ประชาชนต้องรับผิดชอบค่ารักษาพยาบาลของตัวเอง คนใด

ที่จ่ายเงินให้บริษัทประกันมากก็จะได้รับผลประโยชน์มากตามไปด้วย (Ruger, 2007; Blacksher and Others, 2010) ในเวลาเดียวกันสถานพยาบาลที่รักษาคนป่วยที่มีประกันสุขภาพก็จะมั่นใจในการได้เงินตอบแทนโดยเรียกเก็บจากบริษัทประกันทั้งหลาย ระบบประกันสุขภาพโดยบริษัทเอกชนจึงช่วยปกป้องคุ้มครองรายได้ให้กับโรงพยาบาล ขณะเดียวกันบริษัทประกันก็จะกำหนดอัตราเงินที่ผู้ป่วยจะได้รับการคุ้มครองโดยคิดจากต้นทุนการรักษาพยาบาล เช่น ค่าแพทย์ ค่ายารักษาโรค และอุปกรณ์การแพทย์ (Lee and Others, 2006: 23) เมื่อบริษัทประกันสุขภาพเข้ามาสร้างมาตรฐานค่าใช้จ่ายดังกล่าว ความรู้ทางการแพทย์จึงกลายเป็น “สินค้า” (marketable commodity) ที่สร้างผลกำไรให้กับบริษัทประกันสุขภาพทั้งหลาย (Lee and Others, 2006: 29) ความรู้ทางการแพทย์จึงมิใช่ “สิ่งที่ดีงามของสังคม” แต่ยังเป็น “สิ่งดีงามทางธุรกิจ” ด้วย (Lee and Others, 2006: 25)

ในประเทศอังกฤษ ช่วงที่นายกรัฐมนตรี Margaret Thatcher ปกครองประเทศ นโยบายสังคมและสุขภาพถูกขึ้นำโดยอุดมการณ์อนุรักษนิยมแบบราชการที่สร้างนโยบายประชานิยมและชาตินิยมที่ทำให้รัฐได้เสียงสนับสนุนจากประชาชน ผนวกกับอุดมการณ์เสรีนิยมทางเศรษฐกิจที่รัฐต้องการแสวงหารายได้โดยส่งเสริมให้ภาคเอกชนเข้ามาบริหารจัดการ (Scott-Samuel and Others, 2014: 58) ในระบบประกันสุขภาพของอังกฤษเต็มไปด้วยความเหลื่อมล้ำเนื่องจาก ขนชั้นแรงงานที่เป็นคนผิวดำจะไม่ได้รับการเอาใจใส่จากรัฐ และยังถูกปฏิเสธจากการเข้าถึงบริการทางสังคม ทำให้คนผิวดำมีอัตราการตายจากโรคภัยไข้เจ็บมากกว่าคนผิวดำขาว (Scott-Samuel and Others, 2014: 60) ภายใต้ระบบทุนนิยม รัฐบาลของ Thatcher ทำให้การบริการสุขภาพเป็นการแข่งขันทางธุรกิจ โดยการนำนักธุรกิจเข้ามาร่วมสร้างนโยบายด้านสุขภาพของชาติ ส่งผลให้เกิดการตัดทวงผลประโยชน์จากนักธุรกิจที่เล็งเห็นผลกำไรจากการลงทุนด้านการแพทย์และสุขภาพ (Scott-Samuel and Others, 2014: 61-62) นโยบายที่นำนักธุรกิจเข้ามาบริหารจัดการระบบบริการสุขภาพของ Thatcher ยังถูกนำไปใช้

ในประเทศนิวซีแลนด์ ซึ่งทำให้ประชาชนที่ยากจนในประเทศนั้นได้รับผลกระทบในทำนองเดียวกัน (Scott-Samuel and Others, 2014: 64)

ปัจจุบันข้อถกเถียงเรื่องระบบประกันสุขภาพ ยังคงวนเวียนอยู่กับการถกถามหาความถูกต้องและความเหมาะสมระหว่างระบบสุขภาพที่ดำเนินการโดยภาครัฐกิจกับหน่วยงานรัฐบาล(Gollust, 2010) Sherry Glied (1998) กล่าวว่าปัญหาของระบบประกันสุขภาพมาจากการให้ความหมายที่ต่างกันระหว่างนักธุรกิจกับผู้ที่อยู่ในวิชาชีพแพทย์ กล่าวคือ ในความคิดของนักธุรกิจมองว่าระบบสุขภาพเป็นเรื่องของการผลิตสินค้าและบริการ นักธุรกิจจะไม่นิยมให้รัฐบาลเข้ามาเกี่ยวข้องทางธุรกิจ ส่วนผู้ที่อยู่ในวิชาชีพแพทย์มองว่าระบบสุขภาพเป็นเรื่องของความต้องการของผู้ป่วยที่แตกต่างกัน ผู้ป่วยแต่ละรายจะได้รับการเยียวยารักษาในวิธีการที่ต่างกัน ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับอาการของโรค หน้าที่ของแพทย์และพยาบาลจึงเป็นการวินิจฉัยระดับอาการเจ็บป่วยและพิจารณาแนวทางการรักษาที่เหมาะสม ดังนั้น คนไข้แต่ละคนจะได้รับการปฏิบัติจากแพทย์และพยาบาลตามความรุนแรงของโรค

แนวคิดสองด้านที่ดำรงอยู่ในระบบประกันสุขภาพดังกล่าวนี้นี้ คือความไม่ลงรอยระหว่างการทำให้ระบบสุขภาพเป็นเรื่องทางธุรกิจ กับเรื่องทางจริยธรรม นับตั้งแต่ทศวรรษ 1980 เป็นต้นมา ระบอบเสรีนิยมใหม่ในสหรัฐอเมริกาและอังกฤษทำให้รัฐบาลต้องแปรรูปการณบริการสังคมต่าง ๆ ไปอยู่ในภาคธุรกิจมากขึ้น (Lee and Others, 2006: 26) จนถึงทศวรรษ 1990 การเติบโตของบริษัทประกันสุขภาพและธุรกิจทางการแพทย์ ทำให้ประชาชนที่มีรายได้สูงต้องหันไปจ่ายเงินเพื่อดูแลสุขภาพของตัวเอง ในขณะที่คนจนที่มีรายได้น้อยต้องพึ่งระบบบริการสุขภาพของรัฐที่มีไม่เพียงพอ อย่างไรก็ตาม บริษัทประกันสุขภาพก็ยังมีเงื่อนไขที่ผู้ป่วยไม่สามารถเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลได้เต็มจำนวน และมีโรคอีกหลาย

ชนิดที่บริษัทประกันไม่นำมาอยู่ในรายการที่ได้รับการคุ้มครอง ซึ่งผู้ป่วยจำเป็นต้องจ่ายเงินของตัวเองเพื่อรับการเยียวยารักษา (Lee and Others, 2006: 30)

รูปแบบการประกันสุขภาพภายใต้การจัดการของบริษัทธุรกิจ คือรูปแบบที่เติบโตในประเทศสหรัฐอเมริกา ในขณะที่ในทวีปยุโรป รูปแบบประกันสุขภาพจะอยู่ภายใต้การบริการจัดการโดยรัฐ Lundberg (2002) และ Barlett and Steele (2004) อธิบายว่าเบื้องหลังวงการแพทย์และสาธารณสุขในสหรัฐอเมริกาเต็มไปด้วยการแสวงหาผลประโยชน์ทางธุรกิจจนมองข้ามจรรยาบรรณในวิชาชีพแพทย์ เช่น ปฏิเสธที่จะรักษาผู้ป่วยที่ไม่มีเงิน หรือรักษาคนป่วยแบบขาดความเอาใจใส่ และปล่อยปะละเลย วงการสุขภาพในสหรัฐอเมริกาจึงเหมือนแดนสนธยาที่แพทย์กลายเป็นนักธุรกิจ อย่างไรก็ตาม ในโลกปัจจุบัน แนวโน้มการสร้างระบบประกันสุขภาพโดยภาคธุรกิจกำลังขยายตัวอย่างรวดเร็ว (Schlesinger, 2002) และปรากฏการณ์การฟ้องร้องแพทย์และพยาบาลก็มีเพิ่มมากขึ้น เพราะผู้ป่วยได้รับผลกระทบจากการรักษาที่ขาดการเอาใจใส่และไม่มีความรับผิดชอบ (Lundberg, 2002)

อำนาจ/ความรู้ทางการแพทย์ ในฐานะการเมืองแห่งชีวิต (Biopolitics)

ในปี ค.ศ.1983 Michel Foucault เคยให้สัมภาษณ์ว่าการดูแลสุขภาพ ซึ่งดูเหมือนเป็นสิ่งจำเป็นสำหรับมนุษย์ คือภาพมายาในสังคมสมัยใหม่ที่ถูกปกครองด้วยความรู้วิทยาศาสตร์ สังคมที่พยายามใช้ความรู้เป็นเครื่องมือของอำนาจเพื่อที่จะควบคุมชีวิตของประชาชนให้อยู่ในบรรทัดฐานที่รัฐต้องการ อำนาจที่ซ่อนอยู่ในความรู้เหล่านั้น คือ การเมืองแห่งชีวิต หรือ Biopolitics ที่นักวิทยาศาสตร์คือผู้สร้างความรู้ขึ้นและใช้สอนในสถาบันการศึกษา เช่น วิชาชีววิทยา แพทย์ศาสตร์ และ สุขศึกษา Stephen J. Collier (2009) อธิบายว่าการเมืองแห่งชีวิตถูกสร้างขึ้นบนตรรกะของลัทธิเสรีนิยม ซึ่งใช้ร่างกายของพลเมืองเป็น “พื้นที่” จัดระเบียบ หมายถึง ร่างกายมนุษย์จะถูกมองว่าขาดตกบกพร่องและต้องได้รับการปรับปรุง

แก้ไขให้สมบูรณ์ กลไกที่ทำให้มนุษย์มองดูตัวเองผ่านการพัฒนาร่างกายให้แข็งแรง สมบูรณ์ต้องอาศัยความรู้ทางการแพทย์ การทำความเข้าใจกลไกดังกล่าวจึงเป็นเรื่องจำเป็น โดยเฉพาะการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างการสร้างความรู้กับการส่งต่อความรู้ผ่านระบบบริหารจัดการต่าง ๆ (Lemke, 2001)

ความรู้เกี่ยวกับสุขภาพและโรคภัยไข้เจ็บได้สร้างกฎระเบียบที่ควบคุมชีวิตของประชาชน (the organo-discipline of the institution) เมื่อบุคคลรับความรู้นี้ไปปฏิบัติ บุคคลก็จะเริ่มคิดว่าตัวเองจะมีสุขภาพดีได้อย่างไร และคิดหาวิธีต่าง ๆ ที่จะดูแลป้องกันตัวเองมิให้เป็นโรค การปฏิบัติเหล่านี้ก็คือ กระบวนการทำให้ประชาชนอยู่ในกฎระเบียบและอำนาจทางการแพทย์ (The medicalization of the population) ผลที่ตามมาคือ การเป็นมนุษย์มิใช่การมีเนื้อหนังมังสา แต่หมายถึงการดูแลปกป้องกลไกการทำงานของอวัยวะต่าง ๆ เพื่อทำให้สายพันธุ์มนุษย์มี “ชีวิต” (living beings) ดำรงอยู่ได้ยืนยาวและสมบูรณ์ครบถ้วน (Roberto Esposito, 2008; Stephen J. Collier, 2009) ซึ่งองค์กรต่างประเทศที่ระดมทุนจำนวนมากในการรักษาโรคในคริสต์ศตวรรษที่ 21 มีเป้าหมายที่สำคัญ 2 ประการ นั่นคือ 1) การทำให้มารดา มีสุขภาพแข็งแรงเพื่อให้ทารกคลอดออกมามีชีวิต และ 2) การทำให้มนุษย์มีอายุขัยยืนยาวและสามารถเฝ้าวยารักษาโรคได้ (Garrett, 2007: 32) เป้าหมายทั้งสองอย่างนี้คือดัชนีชี้วัดความสำเร็จของการมีชีวิตของมนุษย์

ความปรารถนาที่จะมีสุขภาพดี ได้สร้างบรรทัดฐานใหม่ของการมีชีวิตของมนุษย์ กล่าวคือ เมื่อมนุษย์คิดถึง การป้องกันโรค การกินอยู่หลับนอนที่ถูกสุขลักษณะ การออกกำลังกาย และการเฝ้าวยารักษาโรค สิ่งเหล่านี้นำไปสู่พฤติกรรมและการปฏิบัติตัวให้สอดคล้องตามความรู้และตำราสุขภาพทั้งหลาย การปฏิบัติตัวให้มีสุขภาพดีก็คือการควบคุมจัดการตัวเองให้อยู่ในบรรทัดฐาน (Normativity) วาทกรรมเกี่ยวกับสุขภาพคือภาพตัวแทนของบรรทัดฐานทางสังคม

ซึ่ง Foucault วิจารณ์ว่าเป็นการทำให้ “อำนาจ” มองไม่เห็น อำนาจจะอำพรางตัวเองอยู่ในวาทกรรมเหล่านั้น ระบอบการปกครองที่ควบคุมชีวิตด้วยวาทกรรมและความรู้ หรือ Biopolitical Regime กำลังทำให้มนุษย์หันกลับมาจัดการกับตัวเองให้มีความสุขภาพดี โดยรัฐไม่จำเป็นต้องออกคำสั่ง แต่ใช้ความรู้ทางการแพทย์และสาธารณสุขควบคุมประชาชน (the bio-regulation by the state) เช่น การฉีดวัคซีน การป้องกันโรคระบาด เป็นต้น

แต่การดูแลสุขภาพที่กล่าวมานั้น เป็นเพียงจริตและความกระหายอยากของสังคมตะวันตก ซึ่งพยายามตักตวงความได้เปรียบต่าง ๆ ไปจากประเทศยากจน ตัวอย่างเช่น แพทย์ในประเทศแอฟริกา อพยพออกจากประเทศไปทำงานในตะวันตก เพราะพวกเขาจะได้เงินเดือนสูงเป็นค่าตอบแทน ในขณะที่บ้านเกิดของตัวเองกำลังขาดแคลนแพทย์ที่ต้องมาดูแลคนป่วยที่ยากจนจำนวนมากและไม่มีเงินรักษา คนป่วยในประเทศแอฟริกาจึงไม่ได้รับการเหลียวแลและล้มตายอย่างรวดเร็ว (Garrett, 2007: 32) ในคริสต์ศตวรรษที่ 21 จึงเกิดช่องว่างความแตกต่างของอายุขัยระหว่างคนในประเทศที่เจริญและร่ำรวยซึ่งมีอายุยืนยาว กับคนในประเทศยากจนในทวีปแอฟริกาที่มีอายุสั้น ช่องว่างนี้คือด้านมืดของความเจริญก้าวหน้าทางการแพทย์ที่รับใช้มนุษย์บางกลุ่มเท่านั้น (Garrett, 2007: 33)

Katherine E. Kenny (2015) วิพากษ์วิจารณ์การมีอายุยืนยาวภายใต้ระบบสุขภาพแบบตะวันตกว่า เป็นการทำให้ชีวิตมนุษย์มี “เวลา” เป็นเงื่อนไขเพื่อที่จะบอกว่าการมีชีวิตได้ยาวนานคือ “คนที่มีสุขภาพดี” การประเมินสุขภาพด้วยอายุขัยนี้ เป็นผลมาจากความต้องการที่จะทำให้มนุษย์เป็น “ทรัพยากร” ที่มีกำลังทำงานในระบบเศรษฐกิจทุนนิยม ซึ่งปรารถนาที่จะเห็นมนุษย์แข็งแรง การมีอายุยืนยาวจึงเป็นเทคนิคของการแพทย์ที่มีอำนาจชี้้นำให้ประชากรในสังคมต่าง ๆ ต้องขวนขวายหาวิธีที่จะดูแลรักษาสุขภาพเพื่อให้ตนเองตายช้าที่สุดเท่าที่จะทำได้ Kenny (2015) เรียกสิ่งนี้ว่าระบอบสุขภาพของโลกในลัทธิเสรีนิยมใหม่

(Neoliberal Global Health Regime) ซึ่งสร้างและกำหนดมาตรฐานของการมีสุขภาพดีให้กับรัฐบาลนานาชาตินำไปประเมินและควบคุมประชากรของตนเอง มาตรฐานที่มีอิทธิพลมากที่สุดก็คือ การประเมินอายุในการมีชีวิต หรือ Disability-adjusted life year (DALY) ซึ่งจะพิจารณาว่าบุคคลที่ล้มป่วยหรือพิการจะมีชีวิตได้ยาวนานแค่ไหน ถ้าประชากรของประเทศมีการอัตราการตายจากโรคจำนวนมาก ก็จะส่งผลให้อายุในการมีชีวิตลดน้อยลง การประเมินนี้ส่งผลสะท้อนให้รัฐบาลประเทศต่าง ๆ ต้องหาวิธีการที่จะมีให้ประชาชนในประเทศต้องตายจากโรคก่อนวัยอันควร และนำไปสู่การประเมินการพัฒนาระบบสาธารณสุข ซึ่งจะวัดจากสัดส่วนการใช้จ่ายด้านสุขภาพกับจำนวนประชากร การประเมินทั้งสองอย่างนี้เป็นเครื่องมือให้ระบอบสุขภาพโลกแผ่อำนาจมากและถูกใช้เพื่อตอบสนองผลประโยชน์ทางเศรษฐกิจมากขึ้น (Kenny, 2015: 11)

ระบอบสุขภาพของโลกในลัทธิเสรีนิยมใหม่ คือโฉมหน้าใหม่ของการปกครองประชากรมนุษย์ หมายถึงการเมืองเหนือชีวิตซึ่งรัฐบาลในแต่ละประเทศจะใช้มาตรฐานสากลของการมีอายุขัยยืนยาวและการมีสุขภาพแข็งแรงมาผนวกเข้ากับตัวชี้วัดการพัฒนาทางเศรษฐกิจ การมีคุณภาพชีวิตของประชาชน และความเจริญรุ่งเรืองของประเทศ Kenny (2015) วิจารณ์ว่าการสร้างระบบประเมินและมาตรฐานสุขภาพ เป็นการทำให้ชีวิตมนุษย์เป็นกลไกทางเศรษฐกิจ (economization of life) หมายถึง มนุษย์จะกลายเป็น “ทุน” และ “หน่วยของการลงทุน” เพื่อที่รัฐจะนำไปใช้เพื่อสร้างการเติบโตทางเศรษฐกิจ

ความหมายของ “ระบอบสุขภาพของโลก” เกิดขึ้นมาในช่วงปลายคริสต์ศตวรรษที่ 20 ซึ่งประเทศมหาอำนาจตะวันตกและองค์กรด้านการแพทย์และสาธารณสุขนานาชาติพยายามสร้างมาตรฐานสากลของการประเมินการมีสุขภาพดีของประชาชนในประเทศต่าง ๆ จนกลายเป็น transnational scale และหน่วยงานวิจัยด้านสุขภาพและการแพทย์ก็ได้นำเอาระบบประเมินนี้ไปใช้ตรวจสอบและชี้วัด

คุณภาพชีวิตและสุขภาพของประชาชน สหรัฐอเมริกาคือประเทศบุกเบิกที่สร้างมาตรฐานการประเมินนี้และมีอิทธิพลต่อนานาชาติที่จะต้องใช้แบบประเมินคล้าย ๆ กัน (Kenny, 2015: 10) ภายใต้บริบทของการแพร่ระบาดของโรคเอดส์ โรคไขหวัดนก โรคซาร์ส ซึ่งเป็นโรคที่แพร่กระจายได้รวดเร็วและไร้พรมแดน ยิ่งทำให้นานาชาติหวาดวิตกต่อการเจ็บป่วยมากขึ้น (Kenny, 2015: 15) ประเทศตะวันตกทั้งหลายจึงพยายามสร้างกฎเกณฑ์ที่เข้มงวดเพื่อควบคุมและป้องกันโรคระบาดที่เกิดขึ้นใหม่ รวมทั้งมีความพยายามจากองค์กรการกุศลขนาดใหญ่ที่จะทุ่มงบประมาณเพื่อพัฒนาระบบสาธารณสุขและวิจัยยารักษาโรค ทำให้ระบบสุขภาพของโลกขยายขอบเขตไปอย่างกว้างขวางในทศวรรษ 2000 เป็นต้นมา

ในปี 1993 เมื่อรายงานของธนาคารโรคเรื่อง Investing in Health ถูกตีพิมพ์เผยแพร่ วงการแพทย์และสาธารณสุขก็เริ่มต้นตัวในการลงทุนเกี่ยวกับระบบสุขภาพมากขึ้น (Kenny, 2015: 11) ขณะเดียวกัน ก็เริ่มมีตั้งคำถามและวิพากษ์วิจารณ์ปัญหาความเหลื่อมล้ำในการบริการสุขภาพในประเทศที่ยากจนที่ได้รับผลกระทบจากนโยบายการปฏิรูปทางการแพทย์และสาธารณสุขที่มีลักษณะเป็นทุนนิยมและการแสวงหากำไร ปัญหาดังกล่าวนี้นำให้เกิดการทบทวนสิ่งที่เรียกว่า “การพัฒนาและการลงทุนทางการแพทย์” ซึ่งให้ประโยชน์กับใครกันแน่ ภายใต้ระบอบเสรีนิยมใหม่ การลงทุนด้านสุขภาพกลายเป็นกิจกรรมทางเศรษฐกิจไปอย่างสิ้นเชิง การดูแลรักษาสุขภาพและการเฝ้าระวังรักษาโรคของมนุษย์จึงเป็นการลงทุน (self-investment) เพื่อทำให้ชีวิตกลายเป็นผลประโยชน์ทางวัตถุที่สอดคล้องกับระบบเศรษฐกิจ (Kenny, 2015: 11,13) การทำให้สุขภาพแข็งแรงและไม่เจ็บป่วย ในสังคมที่ต้องซื้อและจ่าย บุคคลจำเป็นต้องมีรายได้และมีเงินเพียงพอที่จะจ่ายเพื่อรับการรักษาและเข้าถึงบริการทางการแพทย์ ซึ่งเปรียบเสมือนการทำให้ตัวเองกอบโกยผลประโยชน์มากที่สุด (self-maximizing) (Kenny, 2015: 12) สิ่งเหล่านี้ได้สร้างตรรกะและระบบเหตุผลแบบใหม่ในการมีชีวิตในคริสต์ศตวรรษที่ 21

เมื่อการดูแลสุขภาพและการรักษาโรค คือรูปแบบใหม่ของการลงทุนกับชีวิต มนุษย์ในคริสต์ศตวรรษที่ 21 จะมีได้มองชีวิตตัวเองเป็นเพียงวัตถุธาตุตามธรรมชาติ แต่มองชีวิตเป็นดั่ง “ทรัพย์สิน” ที่จะต้องดูแลอย่างข้มนงวดและพิถีพิถัน ระบบคิดดังกล่าวนี้สอดคล้องกับระบอบเสรีนิยมใหม่ที่สอนให้มนุษย์มองดูตัวเองเป็น “ทรัพยากร” หรือเป็นปัจจัยในการพัฒนาเศรษฐกิจ ซึ่งคนแต่ละคนจะต้องเร่งและชวนชวนพัฒนาตัวเองให้มีความรู้ความสามารถเพื่อทำให้องค์กรต่าง ๆ ยินดีที่จะรับเข้าทำงานและจ่ายเงินเดือนสูง ๆ (Kenny, 2015: 13) มิติการลงทุนด้านสุขภาพอนามัยก็เป็นส่วนหนึ่งที่จะทำให้บุคคลมีศักยภาพและแข็งแรงเพียงพอที่จะทำงานให้องค์กรเหล่านั้นไปอย่างต่อเนื่องยาวนาน นั่นคือ ทุกคนจะต้องไม่ล้มป่วยหรืออ่อนแอ เพราะถ้าเป็นเช่นนั้น พวกเขาก็จะไม่มิงานทำ ไม่มีรายได้ ไม่มีองค์กรไหนอยากจะรับคนป่วยเข้าไปทำงาน เมื่อมิติสุขภาพถูกผนวกเข้ากับมิติการทำงาน กิจกรรมทางสังคมของมนุษย์ในยุคเสรีนิยมใหม่จึงถูกควบคุมด้วยระบบคิดเชิงเศรษฐกิจ ซึ่งกลไกเหล่านี้ยิ่งอกเงยขึ้นจากอุดมการณ์ทุนนิยมที่เชื่อว่ามนุษย์เป็นสัตว์เศรษฐกิจ หรือ homo economicus ที่ดำเนินกิจกรรมทางสังคมเพื่อหวังผลประโยชน์ทางวัตถุ

พื้นที่ต่าง ๆ ในโลกที่นำเอาระบบเศรษฐกิจแบบเสรีนิยมใหม่ไปเป็นแนวทางในการพัฒนาคนและสังคม ซึ่ง Sue McGregor (2001) เรียกว่า “กรอบความเชื่อแบบเสรีนิยมใหม่” (neoliberal mindset) ต้องเผชิญกับปัญหาความไม่เท่าเทียมทางสังคม ซึ่งเป็นผลลัพธ์ที่รัฐบาลในประเทศต่าง ๆ ไม่สามารถรับมือได้ ในการศึกษาของ Egharevba, Imhonopi, และ Iruonagbe (2015) พบว่าเด็กทารกแรกเกิดในประเทศไนจีเรียมีอัตราการตายเพิ่มขึ้น เนื่องจากความล้มเหลวของระบบการแพทย์และสาธารณสุข คนยากจนในไนจีเรียจึงมีคุณภาพชีวิตที่แย่และไม่มีเงินรักษาโรค ตั้งแต่ทศวรรษที่ 1980 เป็นต้นมา รัฐบาลไนจีเรียพยายามพัฒนาเศรษฐกิจของประเทศตามระบอบเสรีนิยมใหม่โดยโอนกิจการของรัฐหลายอย่างไปให้ภาคเอกชนดำเนินงาน ทำให้ช่องว่างระหว่างคนรวยกับคนจนกลับเพิ่ม

มากขึ้น พบความเหลื่อมล้ำทางสังคมมากมายไม่ว่าจะเป็นการศึกษา การว่างงาน การพัฒนาที่อยู่อาศัย การขาดแคลนระบบสาธารณสุขโรค และความอดอยาก ปัญหาเหล่านี้ยังเกี่ยวโยงกับความไม่โปร่งใสและการคอร์รัปชันในหน่วยงานต่าง ๆ ของรัฐบาล ซึ่งสะสมมาเป็นเวลานานและยากที่จะกำจัด

สุขภาพในจินตนาการทางการแพทย์แบบทุนนิยม

การมีสุขภาพดียังสะท้อนปัญหาเรื่องความมั่นคงและประสิทธิภาพของชีวิต ในสังคมปัจจุบันที่ขับเคลื่อนด้วยระบบทุนนิยมและการตลาดซึ่งเป็นหัวใจของระบบเสรีนิยมใหม่ เป้าหมายของความมั่นคงในสุขภาพจะอยู่ที่การปราศจากโรค ปังเจกจึงต้องหันมาดูแลตัวเองอย่างเข้มข้น ตามทัศนะของ Foucault การหันมาใส่ใจสุขภาพของตัวเอง ก็คือ “เทคนิคของการมีตัวตน” ซึ่งความรู้วิทยาศาสตร์ได้ชักจูงให้บุคคลกระตือรือร้นที่จะปกป้องคุ้มครองชีวิตตัวเอง สิ่งนี้เป็น “อาการ” ของสังคมวิสาหกิจที่ถูกควบคุมด้วยระบบตลาดซึ่งได้เปลี่ยนมนุษย์ให้กลายเป็น “ทรัพย์สิน” สำหรับการลงทุน (Human Capital) ในสังคมแบบนี้ มนุษย์จะทุ่มเทให้กับการพัฒนาตัวเอง เพื่อให้เป็นผู้มีความรู้ความสามารถ มีความสุข ความร่ำรวย ความสำเร็จ และความมั่นคงในชีวิต Foucault เรียกการสร้างตัวตนแบบนี้ว่า the subject as an entrepreneur ฉะนั้น การดูแลสุขภาพจึงเป็นรูปแบบการลงทุนกับตัวเองอย่างหนึ่ง ซึ่งตอบสนองระบบเศรษฐกิจทุนนิยมที่ต้องการทำให้มนุษย์มีความแข็งแรงทางร่างกาย สติปัญญา และรายได้ เพื่อที่จะเป็น “ทรัพยากร” สำหรับการสร้างและสะสมทุนและผลประโยชน์ทางเศรษฐกิจ

เมื่อชีวิตต้องแข็งแรงสมบูรณ์ มีสุขภาพดี มนุษย์ในระบบทุนนิยมจึงกลายเป็นสิ่งที่ Foucault (1990) เรียกว่า “surplus of life” หมายถึงการที่มนุษย์ใช้ชีวิตของตัวเองเพื่อผลประโยชน์และความสำเร็จทางวัตถุ ชีวิตจะเปรียบเสมือนวัตถุดิบที่ตัวมนุษย์เองในฐานะเจ้าของร่างกายคือผู้นำไปใช้เพื่อแสวงหาความสุขและความสมบูรณ์ในมิติต่าง ๆ ในมิติของสุขภาพ มนุษย์พยายามสร้างเทคโนโลยี

ทางการแพทย์เพื่อนำมาใช้เยียวยารักษาโรค ซึ่ง Mary-Jo DelVecchio Good (2007) เรียกว่า “เศรษฐศาสตร์การเมืองของความหวัง” (political economy of hope) หมายถึงกระบวนการสร้างตัวตนของมนุษย์ผ่านการลงทุนทางการแพทย์ ในขณะที่ Btihaj Ajana (2017) อธิบายว่านวัตกรรมทางการแพทย์ที่แปรข้อมูลเป็นสถิติและตัวเลข คือกลไกควบคุมชีวิตมนุษย์อีกรูปแบบหนึ่ง ซึ่งชีวิตจะถูกตัดสินว่าดีหรือไม่ดี ด้วยการตรวจวัดเชิงปริมาณ เช่น ระดับไขมันและน้ำตาลในเลือด ความดันโลหิต และอัตราการเต้นของหัวใจ ตัวเลขเหล่านี้คือเครื่องหมายใหม่ของ “การรู้จักตัวเอง” หรือ self knowledge through numbers ซึ่งบ่งบอกถึงวัฒนธรรมสุขภาพที่เชิดชูตัวเลขเป็นสิ่งสำคัญ (Ajana, 2017: 1)

Ajana (2017) ยังกล่าวต่อไปว่า “การทำให้ชีวิตเป็นตัวเลข” (self-quantification) ไม่เพียงแต่จะสร้างพลังอำนาจให้กับความรู้ทางการแพทย์เท่านั้น หากแต่ยังทำให้มนุษย์ประเมินคุณค่าของตัวเองด้วยการดูกลไกการทำงานของอวัยวะต่าง ๆ ในร่างกาย มนุษย์จะกลายเป็นผู้ที่เฝ้าติดตามการทำงานของร่างกาย (self-tracking practices) เพื่อจะบอกว่าเราเป็นคนป่วยหรือคนมีสุขภาพดี การประเมินร่างกายด้วยความรู้ทางการแพทย์นี้ คือการสร้างมนุษย์ให้เป็นผู้ที่ต้องมีศักยภาพและสมรรถภาพในการทำงาน หรือเป็น productivity ที่ต้องทำประโยชน์ได้ การเจ็บป่วยของร่างกายจะถูกมองว่าเลวร้าย คนป่วยจะกลายเป็นผู้ที่ไร้ประโยชน์ไปอย่างสิ้นเชิง

ในทางมานุษยวิทยา การคิดค้นประดิษฐ์เครื่องมือและอุปกรณ์ทางการแพทย์ (biotechnology) คือแบบแผนทางวัฒนธรรมอย่างหนึ่งในยุคที่ความรู้วิทยาศาสตร์กลายเป็นสิ่งที่มนุษย์นำไปใช้สร้างกฎเกณฑ์และความจริงต่าง ๆ ในกระบวนการเยียวยารักษาโรค สิ่งนี้นักมานุษยวิทยาสนใจที่จะตั้งคำถาม มิใช่เรื่องการใช้เทคโนโลยี หากแต่เป็นเรื่องความสัมพันธ์ที่ซับซ้อนระหว่างบุคลากรทางแพทย์และคนป่วย ความสัมพันธ์นี้สามารถตรวจสอบได้จากประสบการณ์ของ

การรักษาโรค ซึ่งผู้รักษาและผู้ถูกรักษาจะนำเอาสิ่งที่เกิดขึ้นกับร่างกายมาผนวกเข้ากับ “จินตนาการทางการแพทย์” (medical imaginary) เพื่อใช้เป็นเรื่องเล่าของสุขภาพและการต่อสู้ดิ้นรนที่จะมีชีวิตรอด ในเวลาเดียวกัน ประสบการณ์นี้ยังมาพร้อมกับมิติทางเศรษฐกิจ ซึ่งผู้ป่วยจะต้องมีค่าใช้จ่าย บุคลากรทางการแพทย์ต้องมีค่าตอบแทน บริษัทยาและอุปกรณ์การแพทย์ต้องการโฆษณาสินค้า สถานพยาบาลต้องเรียกเก็บค่าบริการ รวมทั้งหน่วยงานด้านการเงิน การประกันสุขภาพ สถานประกอบการที่จ่ายเงินเดือนให้ผู้ป่วย รวมถึงการช่วยเหลือจากญาติ พี่น้อง สิ่งต่าง ๆ เหล่านี้ สะท้อนสิ่งที่เรียกว่า “การลงทุนกับชีวิต” และ “เทคนิคการมีตัวตน” ได้เป็นอย่างดี

Mary-Jo DelVecchio Good (2007) กล่าวว่าในยุคสังคมข้อมูลข่าวสาร การโฆษณาเทคโนโลยีและนวัตกรรมทางการแพทย์มีให้เห็นอยู่ตลอดเวลา ตั้งแต่เรื่องความงาม การปลูกถ่ายอวัยวะ การรักษาด้วยสเต็มเซลล์ ไปจนถึงเรื่องการรักษาโรคร้ายแรง เช่น โรคมะเร็ง และโรคหัวใจ การโฆษณาเหล่านี้คือการแพร่กระจายของความรู้ทางการแพทย์ เป็นเหมือนการตีวงล้อมให้คนในสังคมอยู่ในปริมนทลทางการแพทย์ และยังเป็นการเมืองของการสร้าง “ความหวัง” ให้กับผู้ป่วยและผู้ที่กำลังแสวงหาหนทางที่จะรักษาโรค ด้วยเหตุนี้ อำนาจทางการแพทย์จึงมิได้เป็นเพียงการควบคุมเนื้อตัวร่างกายของมนุษย์เท่านั้น หากแต่ยังเป็นการสร้างจินตนาการและความปรารถนาที่จะมีชีวิตที่ดีกว่าเดิม ในการศึกษาของ Mary-Jo DelVecchio Good (2007) ยังพบว่ากระบวนการรักษาผู้ป่วยมะเร็งเต็มไปด้วยความเสี่ยง ความไม่แน่นอนและอารมณ์หดหู่ท้อแท้ ซึ่งผู้ป่วย แพทย์ และพยาบาลต่างเผชิญกับผลลัพธ์ของการรักษาที่คาดเดาได้ยาก ซึ่งเป็นไปได้ทั้งบวกและลบ หมายถึงไม่มีความชัดเจนว่าการรักษาในคนป่วยแต่ละคนจะได้ผลลัพธ์ในแบบเดียวกันเสมอไป ดังนั้น ความหวังที่จะหายป่วยจากโรคร้ายจึงมิใช่ความหวังที่แจ่มชัดร้อยเปอร์เซ็นต์ หากแต่เป็นการผจญภัยที่ผู้ป่วยและบุคลากรทางการแพทย์จะต้องฝ่าฟันไปด้วยกัน Mary-Jo DelVecchio Good (2007)

เรียกการฉ้อโกงทางการแพทย์นี้ว่า “วิทยาศาสตร์ที่ฉ้อฉล” (fraudulent science) ซึ่งมีได้สร้างความหวัง แต่เป็นการสร้างความไม่แน่นอนที่น่ากลัวเหมือนกับการสร้างแฟรงเคนสไตน์ในนิยายวิทยาศาสตร์ของฮิวโก

ตัวอย่าง บุคลากรทางการแพทย์ที่ทำงานอยู่ในหน่วยปลูกถ่ายไขกระดูก และหน่วยเคมีบำบัดเพื่อรักษาผู้ป่วยโรคมะเร็ง ต่างอธิบายงานของตัวเองด้วยความรู้สึกกระอักกระอ่วน บางคนกล่าวว่าห้องปลูกถ่ายไขกระดูกเหมือนกับห้องเก็บศพ การปลูกถ่ายไขกระดูกให้ผู้ป่วยเป็นความเสี่ยงที่จะนำไปสู่ความตาย เป็นเหมือนกับการเติมพื้นที่ผู้ป่วยไม่รู้ว่าตัวเองจะมีโชคหรือโชคร้าย ผู้ป่วยที่ได้รับการบำบัดด้วยเคมีบำบัดแล้วแล้ว พวกเขาค่อย ๆ อ่อนแอลงเรื่อย ๆ และสุดท้ายก็เสียชีวิต เจ้าหน้าที่ที่ทำงานในหน่วยปลูกถ่ายไขกระดูกหลายคนคิดว่างานของเขาเป็นเหมือนสิ่งที่แปลกพิสดารและผิดปกติในโลกทางการแพทย์ หลายคนไม่อยากทำงานแบบนี้ การรักษาผู้ป่วยด้วยการปลูกถ่ายไขกระดูกเป็นเหมือนการทำสิ่งที่น่าเวทนาและสร้างความเลวร้าย นักปลูกถ่ายไขกระดูกไม่ต่างอะไรกับพวกพอมดมอดมดที่ทำงานในสิ่งที่น่าสยดสยอง ผู้ป่วยที่ต้องรับการบำบัดรักษาด้วยการปลูกถ่ายไขกระดูกเป็นเหมือนนักโทษที่จะต้องเชื่อฟังแพทย์และพยาบาล รวากับว่าชีวิตของพวกเขาอยู่กับความทุกข์ทรมาน ความปวดร้าว และความหวังที่เป็นไปไม่ได้ (Mary-Jo DelVecchio Good, 2007)

เทคโนโลยีทางการแพทย์ที่นำมาใช้ในการบำบัดรักษาผู้ป่วย เป็นภาพสะท้อนของการตอบโต้กันระหว่างอารมณ์ความรู้สึกของมนุษย์กับความรู้ทางวิทยาศาสตร์ ซึ่งด้านหนึ่งเป็นสิ่งที่มองไม่เห็น อีกด้านหนึ่งเป็นสิ่งที่จับต้องได้ ความไม่ลงรอยกันระหว่างอารมณ์และความรู้คือวัฒนธรรมทางการแพทย์ที่จรรโลงค้ำจุนและขับเคลื่อนอำนาจในระบบทุนนิยม Mary-Jo DelVecchio Good (2007) ชี้ให้เห็นว่าสังคมโลกในปัจจุบันนี้กำลังเกิดวิกฤตการณ์ทางศีลธรรม เมื่อวิทยาศาสตร์ทางการแพทย์ผนวกตัวเองเข้ากับระบบทุนนิยมที่มีการลงทุนสร้าง

นวัตกรรมใหม่ ๆ ที่มีราคาแพงมาให้ผู้ป่วยต้องยอมจ่ายเงินจำนวนมาก ทั้ง ๆ ที่ผลลัพธ์ของมันเป็นสิ่งที่คาดเดาไม่ได้ และเต็มไปด้วยความเจ็บปวดทรมาน

บทสรุป

การศึกษาาระบบบริการสุขภาพและการเฝ้าระวังรักษาโรค ในมิติทางสังคมและวัฒนธรรม ได้เปิดพื้นที่ให้เห็นการถกเถียงเกี่ยวกับความเหลื่อมล้ำทางสังคมและระบบอำนาจ/ความรู้ที่มีอิทธิพลต่อการดำรงอยู่และสร้างชีวิตของมนุษย์ภายใต้ नियามและวาทกรรม “การมีสุขภาพดี” โดยเฉพาะความรู้ของวิทยาศาสตร์การแพทย์แบบทุนนิยม ซึ่งถูกใช้เพื่อสร้างกฎระเบียบในการรักษาคนป่วยและการควบคุม “ร่างกาย” มนุษย์ ในแง่กระบวนการทัศน์ที่ใช้ศึกษาความเหลื่อมล้ำของมนุษย์ที่เกิดขึ้นในระบบบริการสุขภาพ แนวคิดมาร์กซิสม์ แนวคิดนีโอมาร์กซิสม์ และแนวคิดพหุนิยม คือแนวคิดหลักที่นักวิชาการด้านสิทธิมนุษยชนใช้วิพากษ์วิจารณ์โครงสร้างสังคมภายใต้ระบบเศรษฐกิจทุนนิยมและเสรีนิยมใหม่ ซึ่งเป็นรากเหง้าของปัญหาที่ประเทศมหาอำนาจทุนนิยมตะวันตกใช้เป็นระเบียบโลกเพื่อขับเคลื่อนสังคมมนุษย์ให้เดินไปในทิศทางเดียวกัน นั่นคือ การสะสมทุนและการแข่งขันทางเศรษฐกิจ การขับเคลื่อนสังคมภายใต้ระบบนี้ส่งผลให้มนุษย์หันกลับมาควบคุมดูแลตัวเองอย่างเคร่งครัด โดยเฉพาะการใช้เงินลงทุนเกี่ยวกับชีวิตเพื่อทำให้ตนเองเป็น “ทรัพย์สิน” หรือ “ทรัพยากร” ที่เป็นประโยชน์ต่อการสร้างผลกำไรต่อตัวเองและองค์กรที่ตนเองสังกัดอยู่

ประเด็นเรื่อง การใช้เงินลงทุนเกี่ยวกับชีวิต ถูกตั้งคำถามด้วยแนวคิด Biopolitics ของ Michel Foucault ที่พยายามทบทวนตรวจสอบสังคมทุนนิยมสมัยใหม่ในช่วงคริสต์ศตวรรษที่ 19 ซึ่งใช้ความรู้แบบวิทยาศาสตร์และระบบเหตุผลนิยมเชิงประจักษ์มาเป็นตรรกะในการสร้างความจริงเกี่ยวกับตัวมนุษย์และสังคม สิ่งที่น่าสนใจก็คือ ตั้งแต่ทศวรรษ 1980 เป็นต้นมา แนวคิด Biopolitics ได้ขยายขอบเขตการวิพากษ์ความเหลื่อมล้ำทางสังคมแบบชนชั้นไปสู่การวิพากษ์

ระบบอำนาจ/ความรู้ที่ซ่อนเร้นอยู่ในสถาบันทางสังคม ซึ่งในมิติของวัฒนธรรมสุขภาพ อำนาจ/ความรู้ของทุนนิยมการแพทย์แบบตะวันตกถูกตั้งคำถามอย่างมีนัยยะสำคัญว่าได้ฉีกกำลังและรวมตัวกับอำนาจ/ความรู้ของระบอบเสรีนิยมใหม่ที่ปรับเปลี่ยนกฎระเบียบของการมีชีวิตจากเดิมที่รัฐเป็นผู้ใช้กฎหมายควบคุมพลเมือง ไปสู่การทำให้บุคคลตระหนักถึง “ความสุขของชีวิต” และ “ชีวิตที่ยั่งยืน” บนฐานคิดแบบปัจเจกนิยมและเสรีภาพ ที่ทำให้คนแต่ละคนขวนขวายกระตือรือร้น ลูกขึ้นมาดูแลรักษาสุขภาพ และให้ความสำคัญกับชีวิตตัวเองเป็นที่ตั้ง

แนวคิด Biopolitics ได้ชี้ให้เห็นว่า “อำนาจ” ที่ควบคุมมนุษย์มีกลไกที่ซับซ้อนและอำพรางตัวเองได้ฉลาดมากขึ้น โดยอาศัยการสร้างวาทกรรมใหม่ ๆ เกี่ยวกับการมีชีวิตที่ดีงาม ปราศจากโรคภัยไข้เจ็บ อายุยืนยาวและสุขสบาย ภายใต้ธุรกิจและการตลาดของสุขภาพที่องค์กรธุรกิจทั้งหลายเข้ามามีบทบาทและมีอิทธิพลในการกำหนดค่านิยม ความเชื่อ พฤติกรรม และการปฏิบัติตัวของประชาชน รวมทั้งชี้แนะและครอบงำให้รัฐสร้างนโยบายสังคมที่ให้ประโยชน์ต่อการดำเนินกิจกรรมทางธุรกิจ เช่น การแปรรูปกิจการด้านสังคมและสุขภาพของรัฐไปอยู่ในมือของภาคเอกชน เป็นต้น จะเห็นได้ว่า การบริการสุขภาพในระบอบเสรีนิยมใหม่ มิได้เป็นเพียงการแสวงหากำไรของชนชั้นนายทุนเท่านั้น แต่ยังเป็นบรรทัดฐานใหม่ของการมีชีวิตและการสร้างตัวตนของมนุษย์ด้วย ดังนั้น การศึกษาปัญหาความเหลื่อมล้ำทางสังคมในระบบบริการสุขภาพและการรักษาโรคในคริสต์ศตวรรษที่ 21 จำเป็นต้องชี้ให้เห็นทั้งโครงสร้างทางการเมืองและเศรษฐกิจที่ทำให้มนุษย์เกิดการแบ่งแยกกีดกันและการเอารัดเอาเปรียบ พร้อม ๆ กับชี้ให้เห็นเทคนิคและกลไกที่แยบยลของอำนาจ/ความรู้ ที่มนุษย์รับเอามาปฏิบัติกับเนื้อตัวร่างกายในชีวิตประจำวันผ่านวาทกรรมเกี่ยวกับการมีสุขภาพที่ดีและชีวิตที่ยืนยาว ซึ่งวาทกรรมนั้นเปรียบเสมือนเวทมนต์คาถาของทุนนิยมการแพทย์สมัยใหม่ที่ใช้ “ปลุกเสก” ชีวิตและสุขภาพของมนุษย์

บทความนี้ พยายามทบทวนปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นในวัฒนธรรมสุขภาพในสังคมโลกในคริสต์ศตวรรษที่ 21 ซึ่งมีประเด็นให้ตั้งคำถามมากมาย ไม่ว่าจะเป็นเรื่อง ความหมายของสุขภาพและชีวิต ประสบการณ์ของการเจ็บป่วย การเข้าถึงบริการทางการแพทย์ ระบบธุรกิจด้านสุขภาพ นโยบายและสวัสดิการทางสังคมที่มีต่อผู้ป่วย การพัฒนาเทคโนโลยีทางการแพทย์ ความไม่เท่าเทียมของสิทธิและโอกาสในการรักษาโรค ความรู้ที่ใช้จัดการสุขภาพ และการเมืองของระบบประกันสุขภาพ ประเด็นเหล่านี้ มิได้แยกขาดจากกันอย่างสิ้นเชิง แต่เกี่ยวโยงและทับซ้อนกันในหลายมิติ ซึ่งการศึกษาเพื่อทำความเข้าใจสิ่งเหล่านี้จำเป็นต้องใช้กรอบแนวคิดเพื่อวิเคราะห์และวิพากษ์วิจารณ์ เพื่อทำให้เห็นปัญหาของระบบอำนาจ/ความรู้ที่สร้างประโยชน์ให้กับคนบางกลุ่มและปิดกั้นโอกาสของคนบางกลุ่ม ขณะเดียวกันก็อาจเกิดการย้อนตั้งคำถามเรื่องจริยธรรมและศีลธรรมที่ใช้ประเมินและตัดสินคุณค่าความเป็นมนุษย์ที่ดำรงอยู่ในกรอบแนวคิดทฤษฎีเหล่านั้นด้วยเช่นกัน

บรรณานุกรม

- Ajana, Btihak. 2017. “Digital Health and the Biopolitics of Qualified Self,” *Digital Health* 3: 1-18.
- Barlett, Donald L. and Steele, James B. 2004. *Critical Condition: How Health Care in America Became Big Business--and Bad Medicine*. Portland, OR: Broadway Books.
- Blacksher, Erika and Others. 2010. “Public Values, Health Inequality, and Alternative Notions of a “Fair” Response,” *Journal of Health Politics, Policy and Law* 35(6): 889-920.
- Chapman, Audrey. 2014. “The Impact of Reliance on Private Sector Health Services on the Right to Health,” *Health and Human Rights Journal* 16(1): 122-134.
- Collier, Stephen J. 2009. ‘Topologies of Power: Foucault’s Analysis of Political Government beyond “Governmentality”’ *Theory, Culture & Society* 26(6): 78–108.
- Dreze, Jean and Zen, Amartya. 2013. *An Uncertain Glory: India and its Contradictions*. Princeton: Princeton University Press.
- Egharevba, M.E., Imhonopi, D.& Iruonagbe, C.T.2015. “Neoliberal Reforms, Healthcare and other Human Development Challenges in Nigeria,” *Global Journal of Human-Social Science: F Political Science* 15(2) Version 1.
- Esposito, Roberto. 2008. *Bios: Biopolitics and Philosophy*. Minneapolis: University of Minnesota Press.

- Exeter, Andre den. 2010. "Health System Reforms in The Netherlands: From Public to Private and its Effects on Equal Access to Health Care," *European Journal of Health Law* 17.
- Fassin, Didier. 2009. "Another politics of life is possible," *Theory, Culture & Society* 26(5): 44-60.
- Foucault, Michel. 1990. *The History of Sexuality. Volume I: An Introduction*. Translated by R. Hurley. New York: Vintage Books.
- Foucault, Michel. 2000. "The Risks of Security," in Paul Rabinow (ed.) *Power: Essential works of Michel Foucault*. New York: The New Press.
- Garret, Laurie. 2007. "The Challenge of Global Health," *Foreign Affairs* 86(1): 14-38.
- Glied, Sherry. 1998. *Chronic Condition: Why Health Reform Fails*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Gollust, Sarah E. 2010. "Playing Fair: Fairness Beliefs and Health Policy Preferences in the United States," *Journal of Health Politics, Policy and Law* 35(6): 849-887.
- Good, Mary-Jo DelVecchio. 2007. "The Medical Imaginary and the Biotechnical Embrace". In Joao Biehl, Byron Good, Arthur Kleinman. (eds.), *Subjectivity: Ethnographic Investigations*. Oakland, CA: University of California Press.
- Hacker, Jacob S. and Skocpol, Theda. 1997. "The New Politics of U.S. Health Policy," *Journal of Health Politics, Policy and Law* 22(2): 315-338.

- Hazarika, Suman and Dutta, Akhil Ranjan. 2013. "Healthcare Technology: A Domain of Inequality," *Advances in Applied Sociology* 3(2): 85-92.
- Himmelstien, David U. and Woolhandler, Steffie. 1988. "The Corporate Compromise: A Marxist View of Health Maintenance Organizations and Prospective Payment," *Annals of Internal Medicine* (15 September 1988): 494-501.
- Immergut, Ellen M. 1992. *Health Politics: Interests and Institutions in Western Europe*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Janes, Craig R., and Corbett, Kitty K. (2009). "Anthropology and global health," *Annual Review of Anthropology* 38: 167–183.
- Janzen, John. M. 1978. "The comparative study of medical systems as changing social systems," *Social Science & Medicine* 12(2b): 121–133.
- Kenny, Katherine E. 2015. "The Biopolitics of Global Health: Life and Death in Neoliberal Time," *Journal of Sociology* 51(1): 9-27.
- Kleinman, Arthur. 1978. "Concepts and a model for the comparison of medical systems as cultural systems," *Social Science & Medicine, Part B: Medical Anthropology* 12: 85–93.
- Krieger, Nancy and Others. 1997. "Measuring Social Class in US Public Health Research: Concepts, Methodologies, and Guidelines," *Annual Review of Public Health* 18 (1): 341–378.
- Krieger, Nancy. 2003. "Does Racism Harm Health? Did Child Abuse Exist Before 1962? On Explicit Question, Critical Science, and

Current Controversies: An Ecosocial Perspective,” *American Journal of Public Health* 93 (2): 194-199.

Kwon, Soonman and Reich, Michael R. 2005. “The Changing Process and Politics of Health Policy in Korea,” *Journal of Health Politics, Policy and Law* 30(6): 1003-1025.

Lambert, Léopold. 2016. *Foucault and Healthcare: A Biopolitical Problem*. Retrieved from <http://thefunambulist.net/2013/08/14/foucault-foucault-and-healthcare-a-biopolitical-problem/> (August 18, 2016)

Lee, Philip and Others. 2006. *Politics, Health Policy, and the American Character*. Retrieved From https://journals.law.stanford.edu/sites/default/files/stanford-law-policy-review/print/2006/01/lee_17_stan._l._poly_rev._7.pdf (June 9, 2017)

Lemke, Thomas. 2001. ““The Birth of Bio-Politics”: Michel Foucault’s Lecture at the Collège de France on Neo-liberal Governmentality,” *Economy and Society* 30(2): 190–207.

Lundberg, George D. 2002. *Severed Trust: Why American Medicine Hasn’t Been Fixed*. New York, NY: Basic Books

Maluf, Sônia Weidner. 2015. “Biolegitimacy, rights and social policies: New biopolitical regimes in mental healthcare in Brazil,” *Vibrant: Virtual Brazilian Anthropology* 12(1).

McGregor, Sue. 2001. “Neoliberalism and health care,” *International Journal of Consumer Studies* 25(2): 82-89.

- McDonald, David A. and Ruiters, Greg. (eds.) 2012. *Alternatives to Privatization: Public Options for Essential Services in the Global South*. Pretoria, South Africa: HSRC Press.
- Muntaner, Carles and Others. 2013. “Stratification, Social Closure, and Social Class as Determinants of Mental Health Disparities”. In C.S. Aneshensel, J.C. Phelan and A. Bierman (eds.), *Handbook of the Sociology of Mental Health*, pp.205-227. Dordrecht, the Netherlands: Springer.
- Muntaner, Carles and Others. 2015. “Two Decades of Neo-Marxist Class Analysis and Health Inequalities: A Critical Reconstruction,” *Social Theory and Health* 13(3-4): 267–287.
- Porter, Sam. 2013. “Capitalism, the state and health care in the age of austerity: a Marxist analysis” *Nursing Philosophy*, 14(1): 5-16.
- Rothman, David J. 1993. “A Century of Failure: Health Care Reform in America,” *Journal of Health Politics, Policy and Law* 18: 271-286.
- Rothman, David J. 1997. *Beginnings Count: The Technological Imperative in American Health Care*. Oxford: Oxford University Press.
- Ruger, Jennifer Prah. 2007. “Health, Health Care, and Incompletely Theorized Agreements: A Normative Theory of Health Policy Decision Making,” *Journal of Health Politics, Policy and Law* 32(1): 51-87.

- Schlesinger, Mark. 2002. "On Values and Democratic Policy Making: The Deceptively Fragile Consensus Around Market-Oriented Medical Care," *Journal of Health Politics, Policy and Law* 27(6): 889-926.
- Scott-Samuel, Alex and Others. 2014. "The Impact of Thatcherism on Health and Well-Being in Britain," *International Journal of Health Services* 44(1): 53-71.
- Signal, Louise. 1998. "The Politics of Health Promotion: Insights from Political Theory," *Health Promotion International* 13(3): 257-263.
- Starr, Paul. 1982. *The Social Transformation of American Medicine*. New York, NY: Basic Books.
- Storen, Katerini T. and Mishra, Arima. 2014. "Politics and practices of globalhealth: Critical ethnographies of health systems," *Global Public Health* 9(8): 858-864.
- Waitzkin, Howard. 1981. "A Marxist Analysis of the Health Care Systems of Advanced Capitalist Societies". In Leon Eisenberg and Arthur Kleinman (eds.), *The Relevance of Social Science for Medicine*, pp. 333-369. Dordrecht: Springer Netherlands.
- Williams, David R. 2004. "Racism and Health". In Keith E. Whitfield (ed.), *Closing the Gap: Improving the Health of Minority Elders in the New Millennium*, pp. 69-80. Washington, D.C: Gerontological Society of America.