



สำนักงาน ก.พ.

รายงานการวิจัย ลำดับที่ 6

.....
การพัฒนาประสิทธิภาพการบริหารจัดการสาธารณสุข

โครงการปรับภาคราชการเข้าสู่ยุคโลกาภิวัตน์

ได้รับทุนอุดหนุนจาก

สำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย (สกว.)

ปรับภาคราชการเพื่ออนาคต

รายงานการวิจัย
เรื่อง

**การพัฒนาประสิทธิภาพ
การบริหารจัดการสาธารณสุข**

โดย
ดร.อิสระ สุวรรณบล

**โครงการปรับภาคราชการเข้าสู่ยุคโลกาภิวัตน์
ได้รับทุนอุดหนุนจาก
สำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย (สกว.)
ธันวาคม 2540**

การพัฒนาประสิทธิภาพการบริหารจัดการสาธารณสุข

โดย ดร.อิสระ สุวรรณบล

ISBN 974-613-484-26

พิมพ์ครั้งแรก ธันวาคม 2540

จำนวนพิมพ์ 300 เล่ม

**จัดพิมพ์โดย ฝ่ายโรงพิมพ์ กองกลาง สำนักงานคณะกรรมการข้าราชการพลเรือน (ก.พ.)
ถนนพิษณุโลก เขตดุสิต กรุงเทพมหานคร 10300**

คำนำ

รายงานการวิจัยเรื่อง “การพัฒนาประสิทธิภาพการบริหารจัดการสาธารณสุข” เป็นเอกสารวิจัยที่จัดทำขึ้นเป็นส่วนหนึ่งของโครงการวิจัยการปรับภาคราชการเข้าสู่ยุคโลกาภิวัตน์ ซึ่งได้รับการสนับสนุนจากสำนักงานกองทุนวิจัย (สกว.) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อเป็นกรณีตัวอย่างของแนวทางการพัฒนากลไกของภาครัฐ ในส่วนที่เกี่ยวข้องกับการบริการดูแลสุขภาพของชาติ เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพ มีประสิทธิผล มีคุณภาพ ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการได้กว้างขวาง ครอบคลุมยิ่งขึ้น และมีความเป็นธรรมเท่าเทียมกัน

ประเทศไทยประสบความสำเร็จอย่างมากในการพัฒนาการสาธารณสุข อันมีผลให้สถานะสุขภาพของประชากรมีแนวโน้มในทางบวกยิ่งขึ้นทุกปี โดยเฉพาะอย่างยิ่งอัตราการตายของทารกได้ลดลงอย่างมาก อายุคาดเฉลี่ยของประชากรสูงขึ้น โรคภัยแรงต่าง ๆ หลายโรคเริ่มหมดไปจากประเทศไทย อย่างไรก็ดี มีโรคใหม่ ๆ เกิดขึ้นมาพร้อมกับการพัฒนาทางเศรษฐกิจสังคม และวิถีชีวิตแบบใหม่ อุบัติเหตุจากรถได้กลายเป็นสาเหตุการตายที่สำคัญอันดับที่สองของประเทศ ขณะเดียวกันประเทศไทยต้องลงทุนเพื่อการสาธารณสุขจำนวนมากขึ้น ซึ่งรัฐบาลต้องรับภาระอย่างมาก แต่ยังไม่สามารถตอบสนองความต้องการและความคาดหวังของประชาชนทั่วไปได้เพียงพอ

ดังนั้น การทบทวนบทบาท ภารกิจ โครงสร้างและกระบวนการบริหารจัดการสาธารณสุขโดยรวม จึงเป็นความจำเป็นยิ่งสำหรับการเปลี่ยนแปลงที่ดีขึ้นในอนาคต

สำนักงาน ก.พ. หวังว่าเอกสารวิจัยฉบับนี้จะเป็นประโยชน์ต่อผู้ที่เกี่ยวข้องที่ร่วมแรงใจกันพัฒนาสุขภาพของประชากรไทยให้มีสุขภาพดีถ้วนหน้าแบบยั่งยืน และขอขอบคุณสำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย(สกว.) ที่ให้การสนับสนุนการวิจัยครั้งนี้



(นางทิพาวิดี เมฆสวรรค์)

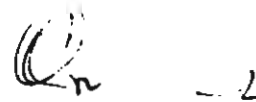
เลขาธิการ ก.พ.

กิตติกรรมประกาศ

ถ้าพิจารณาว่าเมื่อประมาณร้อยปีมานี้เอง ประเทศไทยยังไม่มีโรงพยาบาลใด ๆ ประชากรต้องพึ่งพิงแพทย์แผนโบราณและยาสมุนไพร หรือแม้แต่โชคชะตาในการรักษาพยาบาลเมื่อเจ็บป่วย สถานะสุขภาพในปัจจุบันของประชากรไทยได้รับการพัฒนาอย่างรวดเร็ว จนกล่าวได้ว่าประสบความสำเร็จระดับหนึ่งเมื่อเทียบกับประเทศที่กำลังพัฒนาด้วยกัน อย่างไรก็ตาม อาจกล่าวได้ว่าขณะนี้ระบบการบริหารจัดการสาธารณสุขกำลังอยู่บนเส้นทางสามแพร่ง จำเป็นต้องมีการทบทวนบทบาทภารกิจ โครงสร้าง และกระบวนการการเสนอบริการดูแลสุขภาพของชาติ ทั้งของกระทรวงสาธารณสุข ภาครัฐ ภาคเอกชน ชุมชน และองค์กรพัฒนาเอกชน เนื่องจากมีการเปลี่ยนแปลงทางสภาพแวดล้อมอย่างมาก จนภาครัฐไม่สามารถตอบสนองความต้องการและความคาดหวังของประชาชนได้อย่างมีประสิทธิภาพ

มีผลงานวิจัยทางสาธารณสุขจำนวนมากในแง่มุมต่าง ๆ ซึ่งเป็นประโยชน์ต่อการศึกษาครั้งนี้ แต่มีน้อยมากหรือแทบไม่มีเลยที่เกี่ยวข้องโดยตรงกับนโยบายสาธารณะด้านสาธารณสุข โดยเฉพาะอย่างยิ่งที่เป็นประเด็นนโยบายที่สมควรหยิบยกมาพิจารณาขณะนี้ คือ นโยบายการเงินการคลังเพื่อสุขภาพ นโยบายการประกันสุขภาพ นโยบายการลดบทบาท การกระจายอำนาจ และการแปรรูป ตลอดจนความร่วมมือกับภาคเอกชน ชุมชน และองค์กรพัฒนาเอกชน การศึกษาครั้งนี้จึงมุ่งศึกษาเรื่องดังกล่าวเป็นสำคัญ อย่างไรก็ตาม การเก็บรวบรวมข้อมูลมีลักษณะเป็นการนำผลงานต่าง ๆ ที่กล่าวมาแล้วมาสังเคราะห์และวิเคราะห์ ไม่ได้เก็บรวบรวมข้อมูลปฐมภูมิ และระเบียบวิธีศึกษาเป็นเชิงพรรณนา โดยใช้ข้อมูลส่วนหนึ่งจากการสัมภาษณ์ผู้ที่เกี่ยวข้องกับระบบบริหารจัดการสาธารณสุขจำนวนหนึ่ง

ผู้ศึกษาขอขอบคุณสำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย (สกว.) นางทิพาดี เมฆสุวรรณ เลขานุการ ก.พ. และศาสตราจารย์ ดร.ปรัชญา เวสารัชช์ ที่สนับสนุนและให้โอกาสในการศึกษาครั้งนี้ ขอขอบคุณผู้ที่สละเวลาอันมีค่าให้สัมภาษณ์ และให้ข้อมูลต่าง ๆ ทำให้การวิจัยครั้งนี้สำเร็จลงได้ในระยะเวลาอันจำกัด



ดร.อิสระ สุวรรณบล
ธันวาคม 2540

บทคัดย่อ

การพัฒนาประสิทธิภาพการบริหารจัดการสาธารณสุข

ภาพทั่วไป

1. การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์ประการสำคัญเพื่อให้เกิดการพัฒนาระบบการบริหารจัดการสาธารณสุขเพื่อเป็นกรณีตัวอย่างของแนวทางการพัฒนาสุขภาพภาครัฐให้สามารถตอบสนองความต้องการของประชาชนได้ในสภาพแวดล้อมที่มีการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว เนื่องจากระบบบริหารจัดการสาธารณสุขไม่ซับซ้อนยุ่งยาก มีความเป็นระบบ และมีกระบวนการปฏิบัติงานที่มีประสิทธิภาพอยู่แล้ว นอกจากนี้ยังมีการศึกษาวิจัยจำนวนมากที่นำมาใช้ประโยชน์ในการศึกษาได้มาก การศึกษาเรื่องการพัฒนาประสิทธิภาพการบริหารจัดการสาธารณสุข จึงมุ่งเน้นการศึกษาระบบการดูแลสุขภาพโดยรวม ปัจจัยนำเข้าคือทรัพยากรสาธารณสุขและนโยบายสาธารณสุข ปัจจัยส่งออกคือ สถานะสุขภาพ สภาพการสาธารณสุขที่พึงประสงค์ ข้อเสนอแนะมาตรการและแผนดำเนินการให้บรรลุผล ทั้งนี้ ระเบียบวิธีวิจัยเป็นแบบการใช้ข้อมูลทุติยภูมิจากเอกสารและผลงานวิจัยทั้งในและนอกประเทศ กับการระดมสมองและสัมภาษณ์ผู้ที่เกี่ยวข้องจำนวนหนึ่ง

2. ลักษณะเด่นของระบบการบริหารจัดการดูแลสุขภาพของประเทศไทยมีดังนี้

- มีลักษณะเป็นสวัสดิการของรัฐเป็นสำคัญ บริการของรัฐครอบคลุมทั่วประเทศ จนถึงระดับตำบล หมู่บ้าน มีลักษณะเป็นแบบผสมผสานทั้งการส่งเสริม ป้องกัน รักษาพยาบาลและฟื้นฟูสุขภาพ และทุกระดับตั้งแต่การสาธารณสุขมูลฐาน บริการการแพทย์ขั้นต้น บริการการแพทย์ขั้นกลาง และบริการการแพทย์ขั้นสูง ซึ่งรัฐเป็นผู้ลงทุนรายใหญ่ทั้งด้านการผลิตบุคลากร การให้บริการต่าง ๆ ตลอดจนการบริหารจัดการทั่วไป

- นอกเหนือจากกระทรวงสาธารณสุขแล้ว ยังมีหน่วยราชการทั้งราชการบริหารส่วนกลาง ส่วนท้องถิ่นและรัฐวิสาหกิจเข้ามาเกี่ยวข้องด้วย ทำให้ขาดเอกภาพในการกำหนดนโยบายและการบริหารจัดการ นอกจากนี้ในช่วงห้าปีที่ผ่านมา ภาคเอกชนได้ขยายการให้บริการอย่างมาก ทั้งจำนวนเตียงในโรงพยาบาล บุคลากรทางการแพทย์ เครื่องมืออุปกรณ์และเทคโนโลยีการแพทย์ ในด้านอุตสาหกรรมยา และเวชภัณฑ์ได้เติบโตถึงระดับส่งออกปีละหลายพันล้านบาท แม้ว่าจะต้องนำเข้าอยู่มาก มีการนำเทคโนโลยีราคาแพงมาใช้โดยไม่คุ้มค่า ทำให้ค่าใช้จ่ายเพื่อสุขภาพสูงขึ้น

- ค่าใช้จ่ายเพื่อสุขภาพของประเทศไทยเฉลี่ยต่อประชากรสูงกว่าประเทศที่กำลังพัฒนาในภูมิภาคเอเชียแปซิฟิก และมีอัตราเพิ่มที่สูงอย่างมาก ทำให้รัฐไม่อาจรับภาระได้ในอนาคตอันใกล้ได้ทั้ง ๆ ที่ค่าใช้จ่ายด้านภาระของครัวเรือนของประชาชนเองกลับสูงกว่ามาก คือประมาณกว่าร้อยละ 70 จึงน่าเป็นห่วงเกี่ยวกับคุณภาพการให้บริการ ประสิทธิภาพ ประสิทธิผล ความสามารถเข้าถึงบริการ

ความเสมอภาคและความเป็นธรรม โดยในขณะนี้ประชาชนถึงกว่าร้อยละ 25 ไม่อยู่ภายใต้การคุ้มครองของการประกันสุขภาพใด ๆ

- ประเทศไทยยังขาดแคลนทรัพยากรบุคคลทางการแพทย์และสาธารณสุขทั้งปริมาณและการกระจายทรัพยากร กับยังมีปัญหาเกี่ยวกับระบบการบริหารทรัพยากรมนุษย์ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในเรื่องการวางแผนกำลังคน

- สถานะสุขภาพของประชาชนอยู่ในระดับที่น่าพอใจระดับหนึ่งคือ อายุคาดเฉลี่ยเมื่อแรกเกิดสูงขึ้นมาก อัตราการตายของทารกลดลงและโรคที่เป็นสาเหตุการตายหลายอย่างหมดไปจากประเทศไทย แต่ประเทศมีอัตราการตายจากอุบัติเหตุจราจรสูงมาก มีสาเหตุการตายจากการพัฒนาเศรษฐกิจสังคมและวิถีชีวิตสมัยใหม่เพิ่มขึ้น เช่น โรคหัวใจ โรคมะเร็ง โรคเบาหวาน โรคเอดส์ ฯลฯ กับมีปัญหาด้านสุขภาพจิตเพิ่มขึ้นมาก

สภาพปัญหา

3. การบริหารจัดการสาธารณสุขมีปัญหาดังต่อไปนี้

- นโยบายสาธารณะด้านสาธารณสุข ขาดเอกภาพในการกำหนดนโยบาย ติดตาม กำกับ ดูแล ประเมินผล นโยบายสาธารณสุขมีลักษณะเป็นนโยบายงานประจำแบบค่อยเป็นค่อยไป ไม่ครอบคลุม ไม่สอดคล้องต่อเนื่อง ไม่ทันต่อความต้องการและตอบสนองความคาดหวังของประชาชน และไม่ปรับตัวเปลี่ยนแปลงตามสภาพแวดล้อม นอกจากนั้นยังขาดความต่อเนื่องเชื่อมโยงกับส่วนอื่นของระบบเศรษฐกิจสังคม ขาดความเชื่อมโยงระหว่างนโยบายรัฐบาล แผนพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ และแผนพัฒนาการสาธารณสุข ตลอดจนการนำนโยบายไปปฏิบัติยังไม่อาจบรรลุผลตามที่ต้องการได้อย่างมีประสิทธิภาพ

- กฎหมายระเบียบข้อบังคับ กฎหมายเกี่ยวกับสาธารณสุขมีหลากหลาย แต่ไม่ครอบคลุม มีความล้าสมัย มีช่องว่างทางกฎหมาย และมีปัญหาในการตีความกฎระเบียบทางราชการ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในด้านการบริหารงานบุคคล การเงินการคลัง งบประมาณ และการพัสดุซึ่งไม่เอื้ออำนวยต่อการปฏิบัติงานอย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผล

- โครงสร้างการจัดองค์กร ขาดเอกภาพในการบริหารจัดการระบบสาธารณสุขแห่งชาติ มีหลายหน่วยงานที่เกี่ยวข้องและกระทรวงสาธารณสุขไม่ได้รับอำนาจในการประสานงานเพื่อให้เกิดเอกภาพ โครงสร้างกระทรวงสาธารณสุขมีขนาดใหญ่ ลึกเกินไป ไม่สมเหตุผล ไม่สอดคล้องต่อเนื่อง สำนักงานปลัดกระทรวงมีโครงสร้างที่ใหญ่เกินไป มีจำนวนกองมาก ขณะเดียวกันมีหน่วยงานอิสระและหน่วยงานระดับเหนือกองแต่ต่ำกว่ากรมรวมอยู่ด้วยหลายหน่วย จึงมีสภาพไม่สมดุลย์ การบริหารจัดการราชการบริหารส่วนภูมิภาคของกระทรวงสาธารณสุขมีลักษณะซับซ้อน รวมอำนาจมากกว่าแบ่งอำนาจ และไม่เอื้ออำนวยต่อการกระจายอำนาจสู่ท้องถิ่นและชุมชน

● **ทรัพยากรมนุษย์** ขาดแคลนบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขในทุกระดับ ขาดการกระจายบุคลากรไปยังส่วนต่าง ๆ ของประเทศอย่างเท่าเทียม ขาดการวางแผนทรัพยากรมนุษย์ให้สอดคล้องกับแผนพัฒนาการสาธารณสุข ขาดการร่วมมือประสานงานกันระหว่างงานต่าง ๆ ของรัฐ มักมีการละเลยศักยภาพของบุคลากรระดับผู้ช่วย อาสาสมัคร แพทย์แผนโบราณ ตลอดจนบุคลากรอื่น ๆ ที่อาจเข้ามามีส่วนร่วมในกระบวนการดูแลสุขภาพของชาติ ระบบบริหารงานบุคคลของทางราชการไม่เอื้ออำนวยต่อการบริหารทรัพยากรมนุษย์ทางสาธารณสุข ก่อให้เกิดปัญหาสมองไหล ขาดความก้าวหน้า ขาดขวัญกำลังใจ ศักดิ์ศรี และการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง

● **การเงินการคลังเพื่อสุขภาพ** ทรัพยากรมีอยู่จำกัด ขณะที่มีความต้องการและความคาดหวังสูงขึ้นตามลำดับ ค่าใช้จ่ายเพื่อสุขภาพของประเทศไทยมีจำนวนสูงมาก มีอัตราเพิ่มมากกว่าผลิตภัณฑ์มวลรวมประชาชาติ และมีข้อสงสัยว่าการลงทุนเพื่อสุขภาพดังกล่าวคุ้มค่าหรือไม่ แหล่งที่มาสำคัญของค่าใช้จ่ายเพื่อสุขภาพประมาณเกือบสามในสี่มาจากค่าใช้จ่ายครัวเรือนของประชาชน ส่วนหนึ่งมาจากภาษีอากรในรูปแบบงบประมาณแผ่นดินและงบประมาณของท้องถิ่น ที่เหลือมาจากการประกันสุขภาพและอื่น ๆ ที่น่าสนใจคือ การประกันสุขภาพซึ่งน่าจะมีอัตราขยายตัวเพิ่มขึ้นได้มาก

● **ยา เวชภัณฑ์ เครื่องมืออุปกรณ์และเทคโนโลยีการแพทย์** ประเทศไทยมีความก้าวหน้าจนสามารถส่งออกยาและเวชภัณฑ์ได้ไปหลายพันล้านบาท แต่ยังคงนำเข้าสินค้าเหล่านี้ และเทคโนโลยีการแพทย์ราคาแพงปีหนึ่ง ๆ หลายหมื่นล้านบาท ทำให้ค่าใช้จ่ายเพื่อสุขภาพสูง นอกจากนี้ยังขาดการประเมินคุณค่าและการกำหนดหลักเกณฑ์การใช้ประโยชน์เพื่อให้คุ้มค่าสูงสุด ขาดการวิจัยและพัฒนาเทคโนโลยีการแพทย์อย่างจริงจังและต่อเนื่อง

● **เทคโนโลยีสารสนเทศ** กระทรวงสาธารณสุขมีระบบข้อมูลที่ทันสมัย แต่ยังขาดระบบฐานข้อมูลและการสืบค้นที่เหมือนกันและเชื่อมโยงต่อกันกับหน่วยอื่น ผู้บริหารระดับต่าง ๆ ยังขาดความตื่นตัว ขาดบุคลากรผู้เชี่ยวชาญด้านเทคโนโลยีสารสนเทศ และบุคลากรในระดับปฏิบัติการกฎหมายข้อบังคับต่าง ๆ ไม่เอื้ออำนวย

ข้อเสนอแนะ

4. มีข้อเสนอแนะเพื่อพัฒนาระบบการบริหารจัดการสาธารณสุขดังต่อไปนี้

นโยบายสาธารณสุข

● จัดตั้งสภาการสาธารณสุขแห่งชาติเพื่อให้สภาดังกล่าวทำหน้าที่กำหนดนโยบาย แผนยุทธศาสตร์ แผนงานโครงการ กำหนดมาตรฐานคุณภาพ และดัชนีชี้ความสำเร็จ กำกับ ควบคุม ดูแล ประเมินผลและทำรายงานเสนอรัฐบาลและรัฐสภา สภาดังกล่าวมีนายกรัฐมนตรีเป็นประธาน รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขเป็นรองประธาน ปลัดกระทรวงกลาโหม ปลัดกระทรวงมหาดไทย และปลัดทบวงมหาวิทยาลัยเป็นกรรมการ ปลัดกระทรวงสาธารณสุขเป็นกรรมการและเลขาธิการสภา ผู้อำนวยการสำนักงานนโยบายและแผนสาธารณสุขเป็นกรรมการและผู้ช่วยเลขาธิการสภา มีกรรมการผู้ทรงคุณวุฒิ 9 คน

ในจำนวนนี้ 4 คน มาจากภาคเอกชน ทั้งนี้ให้สำนักนโยบายและแผนสาธารณสุขเป็นสำนักงานเลขานุการสภา การจัดตั้งสภาสาธารณสุขแห่งชาติกระทำได้โดยการแก้ไขเพิ่มเติมพระราชบัญญัติการสาธารณสุข พ.ศ. 2535

● จัดประชุม “สมัชชาสาธารณสุขไทย” ขึ้น เพื่อให้ผู้ที่เกี่ยวข้องกับการสาธารณสุข มาร่วมระดมสมองเพื่อแสวงหาทิศทาง นโยบาย และแนวทางการบริหารจัดการสาธารณสุขแห่งชาติในสภาวะที่มีการเปลี่ยนแปลงทางสภาพแวดล้อมอย่างมาก

● การกำหนดนโยบายสาธารณสุข ควรมีลักษณะเป็นเชิงรุก เชื่อมประสานและให้มีผลในทางปฏิบัติ โดยนำกระบวนการวางแผนวิสาหกิจหรือแผนยุทธศาสตร์มาใช้ มีการกำหนดวิสัยทัศน์ พันธกิจ และกิจกรรมหลักที่สำคัญและต้องเร่งรัดให้บังเกิดผลโดยเร็ว (key result areas) ทั้งนี้มุ่งเน้นคุณภาพการให้บริการ ประสิทธิภาพ ประสิทธิผล ความสามารถในการเข้าถึงบริการ ความเท่าเทียม และความเป็นธรรม

ประเด็นนโยบายที่น่าสนใจ ได้แก่

- การทบทวนและปรับภารกิจของหน่วยงานต่าง ๆ
- การสร้างความแข็งแกร่งทางการบริหารจัดการ
- การมุ่งคุณภาพการให้บริการ ความสามารถในการเข้าถึงบริการและความเป็นธรรม
- การสาธารณสุขมูลฐานแบบยั่งยืน
- สิ่งแวดล้อมทางสาธารณสุขและพฤติกรรมสุขภาพ
- อุบัติเหตุ
- โรคทางเพศสัมพันธ์
- แม่และเด็ก ผู้สูงอายุ
- โรคหัวใจ โรคมะเร็ง โรคเบาหวาน
- การเงินการคลังเพื่อสุขภาพ

● การเพิ่มสมรรถนะของระบบการบริหารจัดการสาธารณสุขกระทำดังนี้

ทางเลือกแรก ปฏิรูปในขอบเขตระบบราชการ ได้แก่ การลดภาระของราชการบริหารส่วนกลาง แบ่งอำนาจให้ราชการบริหารส่วนภูมิภาคมากขึ้น และกระจายอำนาจสู่ท้องถิ่นพร้อมกับส่งเสริมให้ชุมชนและองค์การพัฒนาเอกชนมีบทบาทมากขึ้น

ทางเลือกที่สอง ปฏิรูปในขอบเขตระบบราชการ ได้แก่ การลดภาระของราชการบริหารส่วนกลาง แบ่งอำนาจให้ราชการบริหารส่วนภูมิภาคมากขึ้น และกระจายอำนาจสู่ท้องถิ่นพร้อมทั้งให้ชุมชนและองค์การพัฒนาเอกชนมีบทบาทมากขึ้น

ทางเลือกที่สาม ปฏิรูประบบการบริหารจัดการดูแลสุขภาพแห่งชาติ ได้แก่

- ให้มีการประกันสังคมและประกันสุขภาพภาคบังคับรวมทั้งเปลี่ยนระบบสวัสดิการการรักษาพยาบาลข้าราชการ ลูกจ้างรัฐบาล และพนักงานรัฐวิสาหกิจ มาเป็นแบบบัญชีสุขภาพ (Medisave)

- **ปรับบทบาทภาครัฐ** ให้กระทรวงสาธารณสุขเท่านั้นที่มีภารกิจด้านการแพทย์และสาธารณสุข (ยกเว้นการผลิตบุคลากรโดยทบวงมหาวิทยาลัย การบริหารของโรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงกลาโหมและกรมตำรวจ และราชการบริหารส่วนท้องถิ่น) อย่างไรก็ตาม กระทรวงสาธารณสุขมีหน้าที่กำหนดนโยบาย ควบคุมมาตรฐาน การออกกฎ ระเบียบ ข้อบังคับ การอนุญาต การวิจัย และพัฒนาระบบสารสนเทศ การคุ้มครองผู้บริโภคด้านอาหารและยา สุขภาพจิต การสาธารณสุขมูลฐาน สิ่งแวดล้อมและพฤติกรรมสุขภาพ การควบคุม ติดตาม ประเมินผลงาน กระทรวงนี้มุ่งเป็นผู้ซื้อบริการ (purchaser) มากกว่าผู้ให้บริการ (provider) จัดสรรงบประมาณอุดหนุนแก่ราชการบริหารส่วนท้องถิ่น โรงพยาบาลของรัฐและของเอกชน

ทางเลือกที่เหมาะสมที่สุดคือทางเลือกที่สาม แต่ต้องใช้เวลาพอสมควรคือประมาณ 5-10 ปี ดังนั้นจึงอาจเริ่มจากทางเลือกที่หนึ่ง และทางเลือกที่สองในช่วง 5 ปีแรก

กฎหมาย ระเบียบ ข้อบังคับ

- ทบทวนปรับปรุงบทบัญญัติแห่งกฎหมาย และกฎระเบียบข้อบังคับต่าง ๆ เพื่อให้เอื้ออำนวยต่อการพัฒนาสาธารณสุข ทั้งที่เกี่ยวข้องกับการสาธารณสุขโดยตรง และที่มีผลกระทบต่อสถานะสุขภาพของประชาชน

- กฎหมายที่สมควรเร่งรัดพิจารณาเป็นพิเศษให้มีผลในทางปฏิบัติโดยเร็ว ได้แก่

- พระราชบัญญัติการสาธารณสุข พ.ศ. 2535 โดยมีการแก้ไขเพิ่มเติมเพื่อจัดตั้งสภาการสาธารณสุขแห่งชาติ และการกำหนดมาตรฐานคุณภาพบริการทางการแพทย์และสาธารณสุข

- ยกร่างพระราชบัญญัติการประกันสุขภาพ พ.ศ.

- ร่วมมือกับหน่วยงานกลาง ได้แก่ สำนักนายกรัฐมนตรี สำนักงบประมาณ กรมบัญชีกลาง สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ และสำนักงาน ก.พ. ทบทวนระเบียบเกี่ยวกับงบประมาณ การเงินการบัญชี การวางแผน การบริหารงานบุคคล เพื่อให้มีความรวดเร็ว คล่องตัว สมเหตุผล และมีความเป็นไปได้ในการปฏิบัติในการแบ่งอำนาจ มอบอำนาจ และกระจายอำนาจ

โครงสร้างการจัดองค์การ

- เพื่อให้เป็นไปตามแนวทางการปฏิรูปดังกล่าวแล้ว สมควรพัฒนาปรับปรุงโครงสร้างการจัดองค์การของกระทรวงสาธารณสุขดังต่อไปนี้

- สำนักงานปลัดกระทรวง แบ่งเป็นสำนักบริหาร สำนักกิจกรรมพิเศษ สำนักประสานกิจกรรมภูมิภาค และโครงการต่าง ๆ ซึ่งบริหารแบบเมตริกซ์ (matrix organization) นอกเหนือจากสำนักนโยบายและแผนสาธารณสุข สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข และสถาบันพระบรมราชชนก

- กรมการแพทย์ กรมควบคุมโรคติดต่อและกรมสุขภาพจิต ควรยกฐานะโรงพยาบาลเฉพาะโรค เป็นสถาบันวิจัยแทนที่จะแบ่งเป็นกอง แผนก หรืองาน และพยายามให้มีรูปแบบการบริหารเชิงวิชาการแทนการบริหารงานประจำ กรมการแพทย์ควรโอนโรงพยาบาลทั่วไปที่มีอยู่ในกรุงเทพมหานคร (ถ้าไม่สามารถยกฐานะเป็นสถาบันวิจัยได้) ให้อยู่ในสังกัดกรุงเทพมหานคร

- กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ควรปรับฐานะเป็นสถาบันวิจัยและพัฒนาเทคโนโลยีการแพทย์ มีฐานะเป็นสถาบันอิสระเทียบเท่ากรม แต่มีรูปแบบการบริหารพิเศษทั้งด้านการบริหารงานบุคคลและการเงิน
- ควรแปรรูปองค์การเภสัชกรรมเป็นบริษัทจำกัดมหาชน โดยให้พนักงานและข้าราชการกระทรวงสาธารณสุขถือหุ้นประมาณร้อยละ 15 กระทรวงการคลังและธนาคารกรุงไทย จำกัดมหาชน ร้อยละ 25 ที่เหลือนำเข้าตลาดหลักทรัพย์แห่งประเทศไทย
- ให้มีคณะกรรมการโรงพยาบาล/ศูนย์ทั่วไป มีนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดเป็นประธานกรรมการ ผู้แทนชุมชนรวมทั้งข้าราชการในจังหวัด 9 คน เป็นกรรมการ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลเป็นกรรมการและเลขานุการ มีอำนาจหน้าที่ในการกำหนดนโยบายและแผนงาน ติดตามประเมินผลและระดมทรัพยากร ตลอดจนเป็นที่ปรึกษาโดยทั่วไปของผู้บริหาร
- ให้โอนโรงพยาบาลทั่วไปและโรงพยาบาลชุมชนบางแห่งแก่เทศบาลและสุขาภิบาลขนาดใหญ่ และมอบสถานีนอามัยกับศูนย์สาธารณสุขมูลฐานให้แก่สุขาภิบาลและองค์การบริหารส่วนตำบล ยุบเลิกตำแหน่งสาธารณสุขอำเภอและกิ่งอำเภอ โดยแต่งตั้งให้เป็นผู้ช่วยนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด กับโอนงานของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอและกิ่งอำเภอให้กับท้องถิ่น

ทรัพยากรมนุษย์

● ให้สำนักนโยบายและแผนสาธารณสุขจัดทำแผนงานทรัพยากรมนุษย์ในแผนพัฒนาการสาธารณสุข โดยร่วมมือกับทบวงมหาวิทยาลัย และกระทรวงทบวงอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง โดยมุ่งผลิตบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขให้เพียงพอ และให้สามารถกระจายไปตามท้องถิ่นต่าง ๆ ได้ตามที่ต้องการ ควรให้มหาวิทยาลัยเอกชนมีบทบาทเพิ่มมากขึ้นในการผลิตบัณฑิตให้กระทรวงสาธารณสุข ร่วมมือกับกระทรวงศึกษาธิการและมหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราชพัฒนาบุคลากรระดับผู้ช่วย ร่วมมือกับมหาวิทยาลัยมหิดลในการพัฒนาหลักสูตรเวชกรรม ผดุงครรภ์ และเภสัชกรรมแผนโบราณ ร่วมมือกับกองตำรวจดับเพลิง องค์การบริหารส่วนท้องถิ่น มูลนิธิและสมาคมการกุศล จัดฝึกอบรมหลักสูตรการช่วยเหลือทางแพทย์ ณ จุดเกิดเหตุ โดยให้เจ้าหน้าที่กู้ภัยและบรรเทาสาธารณภัยทุกคนผ่านหลักสูตรนี้ ทำนอง paramedic ของสหรัฐอเมริกา เพื่อช่วยชีวิตและลดความเสี่ยงจากการพิการจากอุบัติเหตุ ร่วมมือกับหน่วยงานต่าง ๆ จัดการฝึกอบรมอาสาสมัครสาธารณสุข ให้สามารถช่วยตนเอง ครอบครัว และเพื่อนบ้านในการปฐมพยาบาลหรือการดูแลผู้ป่วยข้างต้นโรครณีฉุกเฉิน

● ร่วมมือกับหน่วยงานกลาง ปรับปรุงระบบการทำงานบุคคลให้เป็นไปในทางรุก (positive human resource management) ทั้งด้านการวางแผนกำลังคน อัตรากำลัง สายงาน การกำหนดมาตรฐานตำแหน่ง การวิเคราะห์งาน/ตำแหน่ง อัตราเงินเดือน และค่าตอบแทนต่าง ๆ การสร้างขวัญกำลังใจ โอกาสก้าวหน้า และเทคนิคการจัดการ เช่น การสร้างทีมงาน การสร้างพลังกลุ่ม (empowerment) การขยายงานและการทำงานให้น่าสนใจยิ่งขึ้น (job enlargement & job enrichment) และการมีส่วนร่วมในการบริหารจัดการ กับสร้างองค์การให้เป็นองค์การเรียนรู้ (learning organization)

การเงินการคลังเพื่อสุขภาพ

- ปรับบทบาทของภาครัฐให้ชุมชนและภาคเอกชนมีบทบาทมากขึ้น
- สร้างความเสมอภาค เท่าเทียมและเป็นธรรม ตลอดจนโอกาสในการเข้าถึงบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขแก่ประชาชนทั่วประเทศ โดยให้ประชาชนทุกคนมีการประกันสุขภาพภาคบังคับได้แก่

- กองทุนเงินทดแทน
- กองทุนประกันสังคม
- กองทุนบัญชีสุขภาพของข้าราชการ ลูกจ้างของรัฐ และพนักงานรัฐวิสาหกิจ ตลอดจนผู้ประกันตนโดยสมัครใจ (ที่ไม่ใช่ข้าราชการ ลูกจ้างของรัฐ หรือพนักงานรัฐวิสาหกิจ)
- กองทุนบัตรสุขภาพให้ครอบคลุมประชาชนทุกคนที่ไม่ได้รับการคุ้มครองอย่างอื่น ทั้งผู้ที่ซื้อบัตรสุขภาพและผู้ไร้โอกาส ผู้ยากไร้ ผู้สูงอายุ คนพิการ พระภิกษุ สามเณร นักพรต นักบวช นักเรียนระดับประถมศึกษาหรือต่ำกว่า ตลอดจนผู้ทำคุณประโยชน์แก่ประเทศชาติ ภาคสมัครใจ คือ การซื้อประกันสุขภาพกับบริษัท เอกชนยังให้คงเดิม

- ให้โรงพยาบาลของรัฐปรับอัตราค่าบริการ (ค่าบำรุง) ให้อยู่ในระดับที่สมเหตุผล
- ต้องนำวิธีการประเมินผลลัพธ์จากการดำเนินงานอย่างมีประสิทธิภาพ (cost effectiveness analysis) มาพิจารณาในการเสนอโครงการ และนำวิธีการประเมินผลตอบแทนจากการลงทุน (cost benefit analysis) มาใช้ในการกำหนดอัตราค่าบริการ ซึ่งสมควรมีหลากหลาย เพื่อการบรรลุนโยบายสาธารณสุขแห่งชาติ โดยใช้กลไกราคาและการแข่งขัน

ยา เวชภัณฑ์ เครื่องมืออุปกรณ์ และเทคโนโลยีการแพทย์

- สร้างความแข็งแกร่งแก่อุตสาหกรรมยา เวชภัณฑ์และเครื่องมืออุปกรณ์ทางการแพทย์ โดยการสนับสนุนด้านการวิจัยและพัฒนา ภาษีอากร เงินทุน การให้ยืมตัวบุคลากร การสร้างความร่วมมือระหว่างภาครัฐ มหาวิทยาลัย และเอกชน เร่งรัดการผลิตหรือนำเข้าวัตถุดิบ ส่งเสริมการลงทุน และส่งออก รวมทั้งการซื้อขายแลกเปลี่ยนเทคโนโลยี โดยมุ่งพัฒนาให้ประเทศไทยเป็นผู้นำในภูมิภาค

- ให้สำนักนโยบายและแผนสาธารณสุข จัดทำฐานข้อมูลเกี่ยวกับยา เวชภัณฑ์ เครื่องมืออุปกรณ์ทางการแพทย์และสาธารณสุขเพื่อทราบสถานะสินค้าคงคลัง (inventory) เพื่อประโยชน์ในการวางแผนพัฒนา การเผยแพร่ข่าวสารข้อมูล การส่งเสริมสนับสนุน ตลอดจนการระดมสรรพกำลังในยามฉุกเฉิน กับกระตุ้นให้มีการประเมินความคุ้มค่าในการใช้เทคโนโลยีดังกล่าว

- ให้แปรรูปกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์เป็นสถาบันวิจัยและพัฒนาเทคโนโลยีการแพทย์ โดยให้มีการจัดลำดับความสำคัญของประเด็นในการศึกษาวิจัย ให้รัฐสนับสนุนด้านการเงิน การพัฒนาบุคลากร ตลอดจนการถ่ายทอดเทคโนโลยี

เทคโนโลยีสารสนเทศ

- ให้สำนักนโยบายและแผนสาธารณสุขเป็นศูนย์สารสนเทศสาธารณสุขกลาง วางระบบฐานข้อมูลและการสืบค้น โดยเชื่อมโยงกับหน่วยงานต่าง ๆ ทั้งในส่วนกลาง ภูมิภาคและท้องถิ่น
- วางแผนพัฒนาบุคลากรทางเทคโนโลยีสารสนเทศอย่างต่อเนื่อง จัดหาอุปกรณ์เครื่องมือเครื่องใช้
- กระตุ้นให้มีการปรับปรุงกฎหมายระเบียบข้อบังคับเกี่ยวกับเทคโนโลยีสารสนเทศ

มาตรการในการนำข้อเสนอแนะไปสู่การปฏิบัติ

5. การดำเนินการให้มีการนำมาตรการที่เสนอแนะไปสู่การปฏิบัตินั้น เริ่มจากกระทรวงสาธารณสุข ร่วมกับสำนักงาน ก.พ. พิจารณารูปแบบ และแนวทางการปฏิรูปที่เหมาะสมและเป็นไปได้ ต่อจากนั้นจัดการสัมมนา “สมัชชาการสาธารณสุขไทย” เพื่อระดมสมองผู้ที่เกี่ยวข้องจากทุกวงการ

- ให้กระทรวงสาธารณสุขยกร่างแผนแม่บท เพื่อการปฏิรูประบบการบริหารจัดการสาธารณสุขแห่งชาติ ประกอบด้วย

- วัตถุประสงค์
- ยุทธศาสตร์
- รูปแบบ โครงสร้าง การกระจายอำนาจ การแปรรูป
- การเงินการคลังเพื่อสุขภาพ
- การประกันสังคม การประกันสุขภาพ
- ความร่วมมือกับภาคเอกชน และชุมชน
- กฎหมายการสาธารณสุข
- การบริหารแผน

- นำเสนอคณะกรรมการปฏิรูประบบราชการฯ และคณะรัฐมนตรีเพื่อพิจารณาอนุมัติ

ทั้งนี้ให้จัดทำแผนดำเนินการทั้งระยะสั้น (0 - 1 ปี) ระยะกลาง (1 - 5 ปี) และระยะยาว (5 - 10 ปี) โดยมุ่งหวังให้มีการปฏิรูปทั้งระบบการบริหารจัดการสาธารณสุขใน 10 ปี

เงื่อนไขสู่ความสำเร็จ

6. มีเงื่อนไขสู่ความสำเร็จหลายประการ แต่ที่นำมาพิจารณามี 3 ประการ คือ เจตนารมณ์ทางการเมือง แรงกดดันทางสภาพแวดล้อม และแรงต่อต้าน แรงสนับสนุนของบุคลากรผู้มีวิชาชีพทางแพทย์และสาธารณสุข

- ความสำเร็จของการปฏิรูประบบราชการใด ๆ ขึ้นอยู่กับผู้นำทางการเมืองและนักการเมืองที่ต้องการให้เกิดการเปลี่ยนแปลงเพื่อประโยชน์แห่งรัฐ แต่นักการเมืองยังต้องประเมินประโยชน์กับกลุ่มผลประโยชน์หลายกลุ่ม โดยเฉพาะอย่างยิ่ง นักธุรกิจ และข้าราชการชั้นผู้ใหญ่ ซึ่งกลุ่มหลังมักมีความคิดในทางอนุรักษ์
- แรงกดดันจากสภาพแวดล้อม และกระแสโลกาภิวัตน์ ทำให้ต้องมีการปฏิรูประบบบริหารจัดการสาธารณสุข เพราะทรัพยากรของรัฐมีอยู่จำกัด แต่ความต้องการและความคาดหวังของประชาชนมีสูงมาก จึงไม่น่ามีทางเลือกอื่น นอกจากการปรับลดภาระของรัฐให้เอกชนและชุมชนรับผิดชอบแทน โดยรัฐทำหน้าที่กำหนดนโยบาย กำหนดมาตรฐานคุณภาพ และกฎเกณฑ์ต่าง ๆ กับควบคุมติดตามประเมินผล ตลอดจนการอุดหนุนทางการเงินในฐานะผู้ซื้อบริการ (purchaser)
- การปฏิรูปการบริหารจัดการระบบสาธารณสุข เกี่ยวข้องกับบุคลากรผู้มีวิชาชีพทางแพทย์และสาธารณสุขโดยตรง ซึ่งการเปลี่ยนแปลงใด ๆ มักมีการต่อต้าน เนื่องจากเกรงว่าจะสูญเสียสถานะและผลประโยชน์ แม้ว่าการเปลี่ยนแปลงดังกล่าวจะเกิดผลดีแก่ผู้ประกอบการวิชาชีพ และประชาชนส่วนรวมก็ตาม ดังนั้น จึงจำเป็นต้องสร้างความเข้าใจและใช้เวลาในการปรับเปลี่ยนเป็นขั้นตอน (phasing) ซึ่งต้องใช้เวลาประมาณ 10 ปี

สารบัญ

คำนำ	(1)
กิตติกรรมประกาศ	(2)
บทคัดย่อ	(3)
สารบัญ	(12)
สารบัญตาราง	(16)
สารบัญแผนภาพ	(18)
บทนำ	
• ความเป็นมาและความสำคัญของเรื่อง	1
• วัตถุประสงค์ของการศึกษา	4
• คำนิยาม	4
• กรอบความคิด	6
• ขอบเขตการศึกษา	10
• ระเบียบวิธีการศึกษา	10
• การนำเสนอรายงาน	10
บทที่ 2 ระบบการสาธารณสุขของประเทศไทย	
• บทนำ	11
• พัฒนาการของการให้บริการสุขภาพ	11
• ภาพรวมการให้บริการสุขภาพในประเทศไทย	16
• รูปแบบการบริหารจัดการ	17
• ปัจจัยนำเข้า : ทรัพยากรสาธารณสุข	19
- ทรัพยากรมนุษย์	19
- ทรัพยากรเงิน	23
- ทรัพยากรวัสดุอุปกรณ์	27
• องค์การบริหารจัดการ	33
• สรุป	43

บทที่ 3 ปัจจัยส่งออก : สถานะสุขภาพ

● บทนำ	45
● สถานะประชากร	45
- จำนวนประชากร	45
- โครงสร้างประชากร	46
- โครงสร้างครอบครัว	47
- เพศ	48
- อัตราการเจริญพันธุ์	48
- การกระจายประชากร	48
- อายุคาดเฉลี่ยเมื่อแรกเกิด	49
● สถานะสุขภาพอนามัย	52
- อัตราเกิดมีชีพ ตาย ทารกตาย มารดาตายและดัชนีชีพ	52
- สาเหตุการตาย	55
- ภาวะการเจ็บป่วยของประชากร	56
- ภาวะการป่วยและตายด้วยโรคติดต่อสำคัญ	60
(ก) โรคที่เฝ้าระวังทางระบาดวิทยา	60
(ข) โรคเอดส์	60
- ภาวะการป่วยและตายด้วยโรคไม่ติดต่อ	62
(ก) ปัญหาโรคที่ไม่ติดต่อที่สำคัญ	62
(ข) โรคจากการประกอบอาชีพ	63
(ค) ปัญหาสุขภาพจิต	65
(ง) การสูบบุหรี่ เครื่องดื่มแอลกอฮอล์และยาเสพติด	65
(จ) ท้นดสุขภาพ	67
(ฉ) โรคทางพันธุกรรม เช่น ธาลัสซีเมีย	67
(ช) การพิการ	67
(ซ) อุบัติเหตุ ความรุนแรง และการฆ่าตัวตาย	68
- อนามัยของแม่และเด็ก	68
- อนามัยผู้สูงอายุ	69
- สภาพแวดล้อมและวิถีชีวิต	70
- การเปรียบเทียบสถานะสุขภาพกับประเทศอื่น	72
● สรุป	78

บทที่ 4 นโยบายสาธารณะด้านสาธารณสุข

● บทนำ	80
● ลักษณะนโยบายสาธารณะด้านสาธารณสุข	81
● นโยบายการสร้างระบบสาธารณสุขที่เพียงพอ สามารถเข้าถึงได้ มีคุณภาพและมีประสิทธิภาพ	90
● นโยบายการสร้างสภาพแวดล้อม พัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ เพื่อป้องกันโรคและส่งเสริมสุขภาพอนามัย	94
● นโยบายการพัฒนาทรัพยากรสาธารณสุข	96
(ก) บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข	96
(ข) ยาและเวชภัณฑ์	99
(ค) งบประมาณและทรัพยากรเงิน	100
(ง) เทคโนโลยีการแพทย์และสาธารณสุข	101
● นโยบายการปฏิรูปการบริหารจัดการสาธารณสุข	102
(ก) การกระจายอำนาจ	102
(ข) ปฏิรูประบบการเงินการคลังด้านสาธารณสุข	103
(ค) การลดขั้นตอนและระเบียบปฏิบัติที่เป็นอุปสรรคต่อการพัฒนา	104
(ง) การสร้างเครือข่ายเพื่อผนึกกำลังแก้ปัญหาสาธารณสุข	105
● รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย	106
● สรุป	107

บทที่ 5 สภาพการสาธารณสุขที่พึงประสงค์

● บทนำ	109
● วัตถุประสงค์ของการบริหารจัดการสาธารณสุขและการเสนอบริการดูแลสุขภาพ	110
- การพัฒนาคุณภาพ	113
- ประสิทธิภาพ	115
- ประสิทธิภาพ	117
- ความเท่าเทียม	119
- การเข้าถึง	120
● รูปแบบการบริหารจัดการสาธารณสุข	122
- การกระจายอำนาจ	123
(ก) การแบ่งอำนาจ	123
(ข) การสร้างความแข็งแกร่งให้ท้องถิ่น	124
(ค) การมอบอำนาจในการดำเนินการกิจ	125

(ง) การแปรรูป	125
● โครงสร้างองค์การบริหาร	131
● การเงินการคลังเพื่อสาธารณสุข	138
- แหล่งเงินจากภาครัฐ	139
- สวัสดิการและค่ารักษาพยาบาลของข้าราชการ ลูกจ้างของรัฐ และพนักงานรัฐวิสาหกิจ	139
- การประกันสังคมและการประกันสุขภาพ	139
- ค่าใช้จ่ายของประชาชน	140
● สรุป	147
บทที่ 6 สรุปข้อเสนอแนะ มาตรการและแผนดำเนินการ เพื่อปรับปรุงประสิทธิภาพการบริหารจัดการสาธารณสุข	
● บทนำ	149
● นโยบายสาธารณสุข	149
● กฎหมาย ระเบียบ ข้อบังคับ	151
● โครงสร้างการจัดองค์การ	154
● ทรัพยากรมนุษย์	169
● การเงินการคลังเพื่อสุขภาพ	174
● ยา เวชภัณฑ์ เครื่องมืออุปกรณ์และเทคโนโลยีการแพทย์	177
● เทคโนโลยีสารสนเทศ	181
● มาตรการในการนำเสนอสู่การปฏิบัติ	183
● แผนดำเนินการ	184
● เงื่อนไขสู่ความสำเร็จ	187
บรรณานุกรม	188
ภาคผนวก	
● ภาคผนวก ก สถิติสาธารณสุข	194
● ภาคผนวก ข กฎหมายสาธารณสุข	227
● ภาคผนวก ค นโยบายสาธารณสุข	237

สารบัญตาราง

ตารางที่ 2-1	ลักษณะระบบการบริหารจัดการบริการสุขภาพ	17
ตารางที่ 2-2	ทรัพยากรมนุษย์ในระบบการดูแลสุขภาพของประเทศไทย	20
ตารางที่ 2-3	อัตราแพทย์และพยาบาลต่อประชากรเปรียบเทียบ	21
ตารางที่ 2-4	การผลิตแพทย์ ทันตแพทย์ เภสัชกร พยาบาลวิชาชีพ และพยาบาลระดับต้น การสูญเสียและจำนวนที่มีอยู่จริง	22
ตารางที่ 2-5	การกระจายทรัพยากรมนุษย์ในกรุงเทพมหานครและต่างจังหวัด พ.ศ. 2537	23
ตารางที่ 2-6	งบประมาณกระทรวงสาธารณสุขต่องบประมาณแผ่นดินและ ผลิตภัณฑ์มวลชนรวมประชาชาติ	24
ตารางที่ 2-7	อัตราส่วนงบประมาณด้านสาธารณสุขต่องบประมาณแผ่นดิน เปรียบเทียบกับบางประเทศ	25
ตารางที่ 2-8	ที่มาของการใช้จ่ายเพื่อสุขภาพ	25
ตารางที่ 2-9	แหล่งที่มาของค่าใช้จ่ายเพื่อสุขภาพของประเทศไทย พ.ศ.2527-2535	26
ตารางที่ 2-10	การจัดสรรงบประมาณกระทรวงสาธารณสุข จำแนกตามลักษณะบริการ	26
ตารางที่ 2-11	การใช้จ่ายเพื่อสุขภาพจำแนกตามกลุ่มค่าใช้จ่าย เปรียบเทียบ กับบางประเทศ	27
ตารางที่ 2-12	จำนวนเตียงกระจายตามภาคต่าง ๆ	28
ตารางที่ 2-13	สถานบริการดูแลสุขภาพ พ.ศ.2530 และ 2538	28
ตารางที่ 2-14	โครงสร้างสถานบริการสาธารณสุขของราชการ	32
ตารางที่ 2-15	อุปกรณ์การแพทย์ที่สำคัญและการกระจาย	33
ตารางที่ 2-16	องค์การภาครัฐที่เกี่ยวข้องกับสาธารณสุข	34
ตารางที่ 3-1	อายุคาดเฉลี่ยเมื่อแรกเกิด	50
ตารางที่ 3-2	อายุคาดเฉลี่ยเมื่อแรกเกิดเปรียบเทียบกับบางประเทศ	52
ตารางที่ 3-3	อัตราเกิดมีชีพ ตาย ทารกตาย มารดาตาย และดัชนีชีพ	53
ตารางที่ 3-4	อัตราการตายของประชากรตามช่วงอายุเป็นร้อยละ	54
ตารางที่ 3-5	สาเหตุการตายที่สำคัญต่อประชากร 100,000 คน	55
ตารางที่ 3-6	อัตราผู้ป่วยนอกตามสาเหตุกลุ่มโรคสำคัญต่อประชากร 1,000 คน พ.ศ. 2538	57
ตารางที่ 3-7	อัตราผู้ป่วยตามสาเหตุป่วยจากสถานบริการของกระทรวงสาธารณสุข ต่อประชากร 100,000 คน พ.ศ. 2538	58
ตารางที่ 3-8	เปรียบเทียบสาเหตุการป่วยของผู้ป่วยใน พ.ศ. 2528 และ 2538	59

ตารางที่ 3-9	จำนวนผู้ป่วยและตายด้วยโรคที่ต้องเฝ้าระวัง	61
ตารางที่ 3-10	อัตราการตายด้วยโรคที่เฝ้าระวังทางระบาดวิทยา 10 อันดับแรก พ.ศ. 2537	61
ตารางที่ 3-11	อัตราป่วยตายด้วยโรคเฝ้าระวังทางระบาดวิทยา 10 อันดับแรก พ.ศ. 2537	62
ตารางที่ 3-12	ลูกจ้างที่ประสบอันตรายเนื่องจากการทำงาน พ.ศ. 2538	64
ตารางที่ 3-13	การสูบบุหรี่เป็นนิสัยของเยาวชนเปรียบเทียบบางประเทศ	66
ตารางที่ 3-14	เปรียบเทียบการเปลี่ยนแปลงสถานะสุขภาพกับบางประเทศ	73
ตารางที่ 3-15	เปรียบเทียบจำนวนแพทย์และพยาบาลและบริการแม่และเด็ก พ.ศ. 2529	74
ตารางที่ 3-16	เปรียบเทียบสถานะสุขภาพของประเทศไทยกับต่างประเทศ (1)	75
ตารางที่ 3-17	เปรียบเทียบสถานะสุขภาพของประเทศไทยกับต่างประเทศ (2)	76
ตารางที่ 3-18	ตารางการวิเคราะห์เปรียบเทียบสถานะสุขภาพ	77
ตารางที่ 3-19	เปรียบเทียบปัญหาสาธารณสุขในประเทศต่าง ๆ ในช่วง พ.ศ.2518-2528	78
ตารางที่ 5-1	ดัชนีประเมินความต้องการของ WHO	112
ตารางที่ 5-2	การกระจายอำนาจด้านต่าง ๆ ตามลักษณะ	126
ตารางที่ 5-3	แนวโน้มค่าใช้จ่ายเพื่อสุขภาพ พ.ศ.2521-2543	141
ตารางที่ 5-4	อัตราร้อยละของแหล่งที่มาของค่าใช้จ่ายเพื่อสุขภาพ พ.ศ.2527-2535	142
ตารางที่ 5-5	สรุปแหล่งที่มาของค่าใช้จ่ายเพื่อสุขภาพ พ.ศ.2535	146

สารบัญแผนภาพ

แผนภาพที่ 1-1	องค์ประกอบที่มีผลต่อสุขภาพ	5
แผนภาพที่ 1-2	ระบบการบริหารจัดการบริการสาธารณสุข	9
แผนภาพที่ 2-1	ความครอบคลุมประชากรภายใต้ระบบประกันสุขภาพ	19
แผนภาพที่ 2-2	โครงสร้างการจัดองค์การกระทรวงสาธารณสุข (1)	36
แผนภาพที่ 2-3	โครงสร้างการจัดองค์การกระทรวงสาธารณสุข (2)	37
แผนภาพที่ 2-4	โครงสร้างการจัดองค์การกระทรวงสาธารณสุข (3)	38
แผนภาพที่ 2-5	โครงสร้างการจัดองค์การกระทรวงสาธารณสุข (4)	39
แผนภาพที่ 3-1	จำนวนประชากรของประเทศไทย	46
แผนภาพที่ 3-2	โครงสร้างอายุของประชากรเปรียบเทียบ	47
แผนภาพที่ 3-3	จำนวนประชากรจำแนกเป็นรายภาคและเขตการปกครอง	49
แผนภาพที่ 3-4	อายุคาดเฉลี่ยเมื่อแรกเกิดเปรียบเทียบกับบางประเทศ	51
แผนภาพที่ 5-1	ปัจจัย	113
แผนภาพที่ 5-2	ลักษณะการกระจายอำนาจ	124
แผนภาพที่ 5-3	โครงสร้างองค์การบริหารด้านสาธารณสุขปัจจุบัน	134
แผนภาพที่ 5-4	โครงสร้างการบริหารจัดการสาธารณสุขที่เสนอแนะ	137
แผนภาพที่ 6-1	กระบวนการแผนยุทธศาสตร์	159
แผนภาพที่ 6-2	ยุทธศาสตร์ของกระทรวงสาธารณสุขนิวซีแลนด์	150

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของเรื่อง

1. อาจกล่าวได้ว่าไม่มีช่วงเวลาใดที่มีการปฏิรูประบบการให้บริการสุขภาพ (health care services) มากเท่าในช่วงทศวรรษที่ผ่านมา เนื่องจากมีหลายประเทศที่มีการปรับเปลี่ยนหรือระบบโครงสร้าง และกระบวนการให้บริการดังกล่าว ดังเช่นในสหราชอาณาจักรที่เปลี่ยนจากการผูกขาดดำเนินการโดยบริการสาธารณสุขแห่งชาติ (NHS-National Health Service) ซึ่งเริ่มจากหลังสงครามโลกครั้งที่ 2 ครอบคลุมบริการสาธารณสุขทุกอย่างทั่วประเทศ โดยใช้เงินภาษีอากรของราษฎรทำนองรัฐสวัสดิการมาเป็นระบบที่ให้โอกาสทางเลือกแก่ประชาชนที่จะใช้บริการใดก็ได้ (freedom of choice) ในออสเตรเลียและนิวซีแลนด์ ลักษณะการให้บริการเปลี่ยนมาเป็นการแปรรูปให้เอกชนเข้ามามีส่วนร่วมด้วย (privatization) ขณะเดียวกันสถาบันทางการแพทย์และแพทย์ตลอด จนผู้มีวิชาชีพแขนงอื่น (เช่น ทันตแพทย์ เทคนิคการแพทย์ ฯลฯ) มีฐานะเป็น “ผู้ให้บริการ” (provider) และรัฐหรือหน่วยปกครองท้องถิ่นมีฐานะเป็น “ผู้ซื้อบริการ” (purchaser) โดยมีบทบาทในการกำหนดมาตรฐานและเงื่อนไขการให้บริการ ซึ่งลักษณะนี้คล้ายคลึงกับระบบในประเทศแอกนติเนเวีย เช่น นอร์เว และสวีเดน ในสิงคโปร์ รัฐบาลได้ประกาศใช้แผน MEDI-SAVE ตั้งแต่ พ.ศ. 2526 ให้การดูแลสุขภาพของประชาชนเป็นภารกิจหน้าที่ของแต่ละคน โดยรัฐเก็บค่าประกันสุขภาพเป็นประจำทุกเดือนจากลูกจ้างและนายจ้างเข้ากองทุนสะสมกลาง การประกันสุขภาพเช่นนี้แตกต่างจากระบบของประเทศอื่น โดยผู้สะสมเป็นผู้ใช้จ่ายเงินจากกองทุนนี้เพื่อตนเองและครอบครัว ไม่ได้ให้ผู้อื่นด้วย นอกจากนั้นยังกระตุ้นให้แพทย์เอกชนมีบทบาทมากขึ้นในการรักษาพยาบาลในราคาที่เหมาะสม และให้แพทย์ในภาครัฐบาลมีบทบาทมากขึ้นในด้านการส่งเสริม ป้องกัน และสุศึกษา ในมาเลเซียรัฐบาลได้กำหนดนโยบายการแปรรูปกิจการสาธารณสุขถึงกับให้เอกชนเช่าและบริหารโรงพยาบาลของรัฐ สหรัฐอเมริกา ไต้หวัน ฟิลิปปินส์ และแคนาดา ก็มีการเปลี่ยนแปลงอย่างมากเช่นกัน

2. ในประเทศไทย การให้บริการสุขภาพเท่าที่ผ่านมาประสบผลสำเร็จอย่างน่าพอใจระดับหนึ่ง กล่าวคือมีบริการของรัฐครอบคลุมทั่วประเทศ กระจายถึงระดับตำบลและหมู่บ้าน มีความร่วมมืออย่างใกล้ชิดระหว่างภาครัฐ ภาคเอกชน และภาคประชาชนในการเสนอบริการ ในด้านสถานะสุขภาพ คนไทยมีอายุยืนมากขึ้น มีอัตราการตายลดลง มีการวางแผนครอบครัวที่มีประสิทธิภาพ อัตราการตายของทารกลดลง สาเหตุการตายจากโรคติดเชื้อลดลง ฯลฯ อย่างไรก็ตามประเทศไทยก็ยังจำเป็นต้องเร่งรัดปฏิรูประบบการให้บริการสุขภาพ โดยกระทรวงสาธารณสุขได้จัดทำโครงการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข โดยมีรูปแบบเป็นโครงการวิจัยและพัฒนาและการวิจัยเชิงนโยบายเพื่อหารูปแบบ ระบบบริการสาธารณสุขที่เหมาะสม เป็นระบบที่มีประสิทธิภาพ มีความเสมอภาค มีคุณภาพการให้บริการที่ดี ตลอดจนให้สังคมเข้ามามีส่วนร่วมและ

สามารถตรวจสอบได้ โดยได้รับงบประมาณสนับสนุนส่วนหนึ่งจากประชาคมยุโรป โครงการดังกล่าวมีระยะเวลาดำเนินการ 3 ปี ตั้งแต่ พ.ศ. 2539-2542

3. เหตุผลสำคัญที่จำเป็นต้องมีการปฏิรูประบบการให้บริการสุขภาพในประเทศต่าง ๆ รวมทั้งประเทศไทย มีหลายประการดังนี้

(1) การเปลี่ยนแปลงทางสภาพแวดล้อมทั้งทางเศรษฐกิจ สังคม การเมือง เทคโนโลยี มีผลกระทบโดยตรงต่อการเปลี่ยนแปลงด้านประชากร (demographic change) และด้านระบาดวิทยา (epidemiologic change) ทำให้ลักษณะของผู้รับบริการแตกต่างไปจากเดิม รูปแบบการให้บริการจึงจำเป็นต้องปรับเปลี่ยนเพื่อให้สามารถสนองความต้องการและแก้ปัญหาด้านสุขภาพได้

(2) ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพต่อผลผลิตมวลรวมภายในประเทศเพิ่มสูงขึ้นมาก ขณะเดียวกันรัฐได้ตั้งงบประมาณด้านสาธารณสุขเพิ่มขึ้นอย่างมาก จนถึงระดับที่ต้องมีการทบทวนว่ารัฐควรแบกรับภาระเช่นนี้ได้เพียงใด มีกลวิธีใดที่สามารถผลักภาระให้กับประชาชนหรือองค์กรใด หรือสามารถกำหนดมาตรการให้รัฐลดภาระได้ส่วนหนึ่ง ขณะเดียวกันจำเป็นต้องพิจารณาความคุ้มค่า ประสิทธิภาพ ประสิทธิผล ความเสมอภาคปริมาณที่เพียงพอ ความสามารถเข้าถึงบริการตลอดจนคุณภาพการให้บริการด้วย

ในประเทศไทยค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพสูงมากถึง 148,455 ล้านบาท หรือประมาณร้อยละ 5-9 ของผลผลิตมวลรวมภายในประเทศในปี พ.ศ. 2435 เพิ่มขึ้นในปี พ.ศ. 2525 ถึงสามเท่าตัว ซึ่งจำนวนเงินและอัตราการเพิ่มดังกล่าวสูงกว่าประเทศเพื่อนบ้านและประเทศในภาคพื้นเอเชียแปซิฟิกหลายประเทศ การที่ค่าใช้จ่ายดังกล่าวสูงมากอาจแสดงถึงการขาดประสิทธิภาพ ความไม่ประหยัด และความสูญเปล่าในการใช้ทรัพยากร นอกจากนี้ยังแสดงถึงประสิทธิผลของบริการสุขภาพโดยส่วนรวม ถึงแม้สถิติสาธารณสุขได้เสนอสถานะสุขภาพของประชากรไทยในทางบวก แต่ในสภาพความเป็นจริงอาจไม่เป็นเช่นนั้น

(3) การให้บริการสุขภาพเป็น “ระบบ” ซึ่งพึ่งพิงและสัมพันธ์กับระบบอื่น เช่น ระบบการประกันสังคมและระบบการประกันสุขภาพ ระบบการเมืองและการบริการภาครัฐบาล ระบบเศรษฐกิจและสมรรถนะของภาคเอกชน ฯลฯ ซึ่งแต่ละประเทศมีความแตกต่างกัน ทำให้รูปแบบระบบ โครงสร้าง กระบวนการ ตลอดจนปัญหาการให้บริการสุขภาพแตกต่างกันด้วย แต่ไม่ว่าเป็นเช่นใด ปัญหาและความต้องการทั้งภายนอกและภายในระบบทำให้เกิดความกดดันให้รัฐบาลต้องเร่งรัดให้มีการปฏิรูปการให้บริการสุขภาพ

4. ในประเทศไทย มีปัญหาเกี่ยวกับความเสมอภาคและความเป็นธรรมในการรับบริการ เพราะการประกันสุขภาพยังมีขีดจำกัด ถึงแม้มีการประกาศใช้กฎหมายประกันสังคมเมื่อ พ.ศ. 2433 มีมาตรการให้สวัสดิการข้าราชการและพนักงานรัฐวิสาหกิจ และการให้รัฐสวัสดิการในรูปแบบต่าง ๆ แต่ยังมีประชากรกว่าร้อยละ 24 ที่ยังไม่มีหลักประกันด้านสุขภาพ และในกลุ่มที่มีหลักประกันสุขภาพเองก็ยังคงมีความแตกต่างกันเกี่ยวกับสิทธิประโยชน์ที่พึงได้รับ

นับตั้งแต่ พ.ศ. 2515 เป็นต้นมา กฎหมายส่งเสริมการลงทุนได้เปิดโอกาสให้ภาคเอกชนลงทุนสร้างโรงพยาบาลทั้งในกรุงเทพมหานครและต่างจังหวัด โดยได้รับสิทธิประโยชน์หลายอย่าง ทำให้บทบาทของภาคเอกชนในการให้บริการสุขภาพเพิ่มขึ้นมาก เสริมบทบาทเดิมของมูลนิธิและสมาคมต่าง ๆ ซึ่งได้ดำเนินกิจกรรมเป็นที่ยอมรับทั่วไปหลายอย่าง เช่น การวางแผนครอบครัว การกุศล และการให้บริการรพพยาบาล ฯลฯ ที่น่าสนใจคือบทบาทของคลินิกเอกชน และร้านขายยา ซึ่งมีหลายพันแห่งทั่วประเทศ ซึ่งเกี่ยวข้องกับค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพของประชาชนที่สูงมาก อย่างไรก็ตามดูเหมือนว่าภาครัฐบาลไม่ค่อยให้ความสนใจในการใช้ทรัพยากรส่วนนี้หรือการสร้างเครือข่ายเพื่อเพิ่มสมรรถนะการให้บริการ และลดภาระค่าใช้จ่ายของรัฐ

ในการบริหารจัดการสาธารณสุขเองก็มีปัญหามาก เช่น การขาดเอกภาพในการกำหนดนโยบายและการปฏิบัติงานนโยบายสาธารณะ ปัญหาด้านบุคลากร ปัญหาการเงิน การคลัง ปัญหาเกี่ยวกับกฎหมายระเบียบข้อบังคับ และปัญหาเทคโนโลยีการแพทย์ เทคโนโลยีข่าวสาร ตลอดจนวัสดุอุปกรณ์เครื่องมือเครื่องใช้

นอกจากนี้ประชาชนเองควรเอาใจใส่ดูแลสุขภาพของตนเองก่อนที่จะพึ่งบริการสุขภาพ แต่เนื่องจากขาดความรู้ ความเข้าใจ ความตระหนัก ไม่เอาใจใส่และขาดความรับผิดชอบ สร้างปัญหา สุขภาพ จนกลายเป็นภาระของรัฐ ดังการขับพาหนะขณะมึนเมาเพราะเสพสุราหรือสิ่งเสพติดทำให้เกิดอุบัติเหตุจราจร ซึ่งเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตและเจ็บป่วยสูงที่สุดอย่างหนึ่ง การสูบบุหรี่ทำให้เกิดโรคมะเร็ง หรือการสำส่อนทางเพศเป็นสาเหตุให้เกิดโรคเอดส์ เป็นต้น

5. ในแง่การปฏิรูประบบราชการของประเทศไทย กรณีศึกษาการบริหารจัดการระบบบริการสาธารณสุขมีความน่าสนใจมาก สามารถสร้างเป็นรูปแบบการปฏิรูป หรือพัฒนาเป็นโครงการนำร่องได้ ด้วยเหตุผลดังนี้

(1) บริการสาธารณสุขเป็นบริการพื้นฐานของรัฐที่ครอบคลุมประชากร และพื้นที่ของประเทศอย่างกว้างขวางทั่วถึง ประสิทธิภาพและประสิทธิผลของการให้บริการมีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของประชากร การเปลี่ยนแปลงทางสภาพแวดล้อมก่อให้เกิดปัญหาและความต้องการเร่งด่วนที่ต้องมีการปฏิรูป

(2) เมื่อเทียบกับกระทรวงหลักอื่น ภารกิจ โครงสร้าง และกระบวนการบริหารของกระทรวงสาธารณสุขมีความชัดเจน ไม่ซับซ้อน ง่ายต่อการศึกษาวิเคราะห์ พัฒนา รูปแบบและกระบวนการ และผลของการปฏิรูปสามารถประเมินได้ง่าย เนื่องจากนี้ยังมีดัชนีหรือตัวชี้วัดที่ค่อนข้างชัดเจน

(3) องค์ประกอบการบริหารจัดการบริการสาธารณสุขไม่แตกต่างจากการบริหารจัดการสาธารณะด้านอื่น ๆ แต่เนื่องจากมีความซับซ้อนไม่มากนัก ทำให้สามารถศึกษาสถานภาพและประเด็นปัญหาเกี่ยวกับองค์ประกอบข้างล่างนี้ได้ดี และสามารถนำไปเปรียบเทียบกับระบบอื่นได้

- นโยบายสาธารณสุข
- กฎหมาย กฎเกณฑ์ข้อบังคับ

- รูปแบบ โครงสร้าง การบริหารจัดการ
- การเงิน การคลัง
- บุคลากร
- วัสดุอุปกรณ์เครื่องมือเครื่องใช้ เวชภัณฑ์
- เทคโนโลยีสารสนเทศ

วัตถุประสงค์ของการศึกษา

6. การศึกษาค้นคว้ามีวัตถุประสงค์ดังต่อไปนี้

(ก) เพื่อแสวงหาองค์ความรู้เกี่ยวกับการบริหารจัดการสาธารณสุขทั้งรูปแบบ โครงสร้าง กระบวนการและพฤติกรรม สมรรถนะและคุณภาพการให้บริการ และแนวโน้มในอนาคต

(ข) เพื่อเสนอประเด็นปัญหาและความต้องการด้านสุขภาพ ศึกษาวิเคราะห์และพัฒนารูปแบบการบริหารจัดการบริการสุขภาพและบริการสาธารณสุขที่เหมาะสมเพียงพอ มีประสิทธิภาพ ประสิทธิผล สามารถเข้าถึง เสมอภาค ยุติธรรม มีความโปร่งใสและมีการร่วมของประชาชนและชุมชน

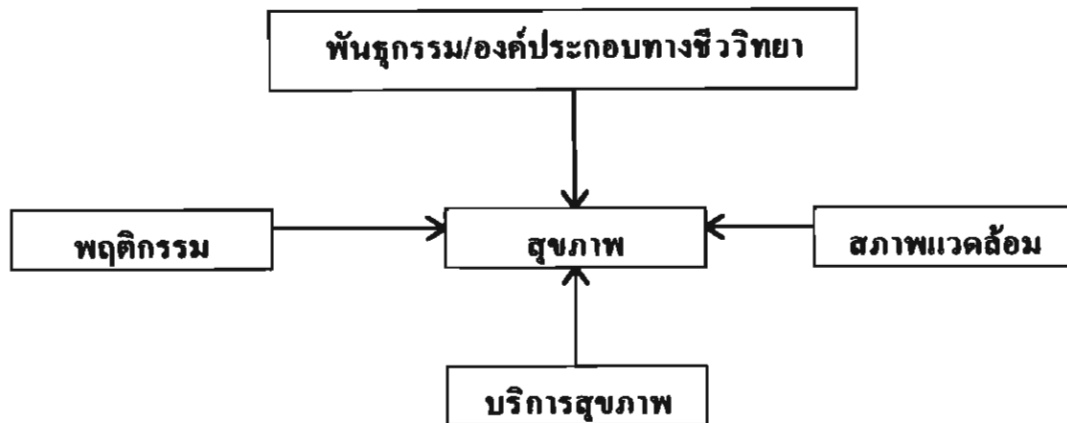
(ค) เพื่อเป็นกรณีศึกษาสำหรับการปฏิรูประบบราชการ โดยนำประสบการณ์จากกรณีนี้ไปประยุกต์ใช้กับการบริหารจัดการภาครัฐบาลด้านอื่น

คำนิยาม

7. คำว่า “สุขภาพ” (health) ตามความหมายขององค์การอนามัยโลก หมายถึง “สภาวะที่มีความสมบูรณ์ทั้งทางร่างกาย จิตใจ และสังคม ไม่หมายถึงแค่เพียงภาวะปราศจากโรคหรืออาการทุพพลภาพเท่านั้น” คำนิยามดังกล่าวเน้นถึงปรัชญาพื้นฐานทางบวกของสุขภาพ ซึ่งแตกต่างจากความเข้าใจของคนทั่วไป อย่างไรก็ตามในแง่ปฏิบัติยังมีปัญหาเกี่ยวกับดัชนีหรือเครื่องชี้วัดซึ่งเป็นที่ยอมรับทั่วไป การวัดสถานะสุขภาพจึงยังคงใช้อัตราการตาย อัตราการเจ็บป่วย อายุคาดเฉลี่ยและอุบัติการณ์ของโรค (ประเวศ วะสี 2531)

8. องค์ประกอบของสุขภาพได้แก่ พันธุกรรม สภาพแวดล้อม พฤติกรรมและบริการสุขภาพ พันธุกรรมเกี่ยวข้องกับการถ่ายทอดทางชีววิทยาจากบิดามารดา ป่วย่า ดายาย สภาพแวดล้อมได้แก่ผลกระทบจากสภาพแวดล้อมรอบตัว ทั้งอากาศ น้ำ ฝุ่นละออง เสียง กลิ่น ฯลฯ ซึ่งมีผลต่อสุขภาพโดยตรงและโดยอ้อม พฤติกรรมหมายถึงแบบอย่างความประพฤติ ซึ่งรวมถึงวิถีชีวิตดำรงชีวิต (life style) ซึ่งเกี่ยวข้องกับสุขภาพเช่นกัน แต่องค์ประกอบที่เกี่ยวข้องกันอย่างมากได้แก่ บริการสุขภาพ ซึ่งจะมีประสิทธิภาพ ประสิทธิผล มีความเท่าเทียมกัน และมีคุณภาพเพียงใดขึ้นอยู่กับองค์ประกอบหลายประการ

แผนภาพที่ 1-1 องค์ประกอบที่มีผลต่อสุขภาพ



9. บริการสุขภาพ (health services) หมายถึง บริการเพื่อให้เกิดสภาวะที่มีความสมบูรณ์ของมิติทั้งสามของสุขภาพดังกล่าวมาแล้ว โดยบริการดังกล่าวควรมีบูรณาการ คือ ผสมผสานทั้งการรักษาพยาบาล (curative) การป้องกันโรค (preventive) การส่งเสริมสุขภาพพลานามัย (promotion) และการฟื้นฟูสมรรถภาพ (rehabilitation) บริการดังกล่าวควรเป็นบริการเบ็ดเสร็จคือการพิจารณาคนไข้แบบองค์รวม ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสภาพแวดล้อมทางเศรษฐกิจสังคมของคนไข้ บริการดังกล่าวควรมีการจัดเสนอบริการเป็นระดับ ตั้งแต่ระดับมูลฐาน ระดับต้น ระดับกลาง จนถึงระดับสูง บริการดังกล่าวควรมีความต่อเนื่องจนกว่าผู้ป่วยพ้นสภาพการเจ็บป่วยหรือภาวะเสี่ยงต่อโรคหมดไป ทั้งนี้บริการสุขภาพยัง รวมทั้งระบบส่งต่อผู้ป่วยด้วย

10. บริการสุขภาพดังกล่าวมีลักษณะเป็นระบบ ระบบการให้บริการสุขภาพ (health service care system) มีความสัมพันธ์และต้องพึ่งพิงระบบอื่น ดังนั้น รูปแบบโครงสร้าง กระบวนการ และพฤติกรรมของระบบการให้บริการสุขภาพในแต่ละประเทศจึงมีความแตกต่างกันตามความเป็นมาทางประวัติศาสตร์และเหตุผลทางเศรษฐกิจการเมือง ประเด็นที่น่าสนใจได้แก่ขอบเขตที่รัฐเข้าไปเกี่ยวพันในการให้บริการ การให้ความสนับสนุนทางการเงิน ระดับและองค์การบริหารของรัฐที่ให้บริการต่าง ๆ ตลอดจนความสัมพันธ์ระหว่างระดับและองค์กรนั้น ๆ เช่น ระดับสหพันธรัฐ ระดับพลรัฐ และระดับองค์กรปกครองท้องถิ่น หรือองค์กรที่เกี่ยวข้องกับการกำหนดหรือให้คำปรึกษาเกี่ยวกับนโยบายสาธารณสุข เช่น คณะกรรมการที่ปรึกษาแห่งชาติเกี่ยวกับสาธารณสุข และความพิการของนิวซีแลนด์ หรือสมาคมแพทย์อเมริกัน ซึ่งมีอำนาจต่อรองสูงมาก อย่างไรก็ตามบริการดูแลสุขภาพที่เกี่ยวกับสาธารณะหรือกลุ่มคนจำนวนมากนั้น เรียกว่า ระบบสาธารณสุข (public health system)

11. ในประเทศไทย ระบบสาธารณสุขมีขอบเขตกว้างขวางครอบคลุมประชาชนส่วนใหญ่ของประเทศ โดยระบบประกันสุขภาพครอบคลุมประชากรถึงร้อยละ 76 โดยเป็นรัฐสวัสดิการรูปแบบต่าง ๆ ถึงร้อยละ 48 ใน พ.ศ. 2539 แต่ในสภาพที่เป็นจริงประชาชนใช้จ่ายในการดูแลสุขภาพ

ภาพของตนถึงกว่าร้อยละ 70 ของค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพทั้งสิ้น ในช่วงสิบปีที่ผ่านมาค่าใช้จ่ายส่วนนี้ซึ่งเกี่ยวกับการซื้อยามารักษาเองหรือการใช้บริการของแพทย์และพยาบาลตามคลินิกไม่ได้เปลี่ยนแปลงไปมาก แม้ว่ามีแนวโน้มที่ประชาชนหันมาใช้โรงพยาบาลชุมชนมากขึ้นก็ตาม ดังนั้นเมื่อมีการจัดอันดับกลุ่มประเทศที่รัฐเข้าไปเกี่ยวพันด้วยสาธารณสุข ประเทศไทยถูกจัดอยู่ในกลุ่มปานกลาง เช่นเดียวกับเกาหลีใต้ และฟิลิปปินส์

12. การรวมอำนาจหรือการกระจายอำนาจ เป็นอีกประเด็นหนึ่งที่มีข้อถกเถียงมากในสหรัฐอเมริกา ประธานาธิบดีบิล คลินตัน พยายามเสริมบทบาทของรัฐบาลสหพันธรัฐแต่ไม่สำเร็จเพราะถือว่าภารกิจด้านสาธารณสุขเป็นขององค์กรปกครองท้องถิ่น แม้แต่รัฐบาลมลรัฐเองยังมีบทบาทค่อนข้างน้อย การปฏิรูประบบสาธารณสุขของประธานาธิบดีคลินตันกระทำได้เพียงการให้บริการดูแลสุขภาพคนชราและผู้ไร้โอกาสเท่านั้น ส่วนในประเทศไทยรัฐบาลกำหนดนโยบายให้มีการกระจายอำนาจ แต่ในทางปฏิบัติยังมีปัญหาอีกมาก ทั้งด้านความรู้ความเข้าใจ ความตั้งใจจริงและความพร้อมของส่วนงานต่างๆ (สถาบันที่ปรึกษาเพื่อพัฒนาประสิทธิภาพในราชการ, 2540) นอกจากการกระจายอำนาจแล้ว แนวโน้มที่ปรากฏค่อนข้างชัดเจนในประเทศต่าง ๆ คือถึงแม้เป็นบริหารสาธารณสุข แต่การดำเนินงานอาจเป็นลักษณะเอกชนรวมถึงการจ้าง (contract out) การให้เข้าโรงพยาบาลของรัฐการให้เงินอุดหนุนแก่โรงพยาบาลของรัฐและเอกชน โดยรัฐกำหนดมาตรฐานและเงื่อนไขต่าง ๆ ตลอดจนการแปรรูปให้เอกชนดำเนินการบางส่วน

กรอบความคิด

13. การศึกษาการบริหารจัดการการให้บริการสุขภาพเท่าที่ผ่านมามักให้ความสนใจเกี่ยวกับรูปแบบชีวการแพทย์ (bio-medical model) เน้นด้านการรักษาพยาบาล การป้องกันโรค รวมทั้งด้านระบาดวิทยา และด้านคลินิก ฯลฯ งานวิจัยด้านนี้เกี่ยวข้องกับการศึกษาผู้ป่วย เพื่อให้เข้าใจถึงการเกิดโรค การรักษาพยาบาล และการป้องกันไม่ให้เกิดโรค ส่วนใหญ่เป็นการวิจัยทางคลินิก เก็บรวบรวมข้อมูลจากการสัมภาษณ์ประวัติผู้ป่วยและการตรวจร่างกาย นำข้อมูลมาวิเคราะห์แล้วนำเสนอข้อมูลในรูปแบบต่าง ๆ ส่วนการวิจัยด้านระบาดวิทยาเป็นการศึกษาเกี่ยวกับโรคระบาดที่มีผลกระทบต่อบุคคลและสังคม

14. ต่อมาเมื่อประมาณ 2-3 ทศวรรษที่ผ่านมา รูปแบบที่ได้รับความนิยมมากได้แก่ รูปแบบชีวสังคมจิตวิทยา (bio-psychosocial model) ศึกษาสาเหตุการเกิดโรคซึ่งเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมของมนุษย์ การวิจัยด้านนี้เป็นการวิจัยพฤติกรรมสุขภาพ (WHO SEARO 1986) พฤติกรรมสุขภาพดังกล่าวได้แก่พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ พฤติกรรมป้องกันสุขภาพ พฤติกรรมป้องกันภาวะเสี่ยง พฤติกรรมการเจ็บป่วย พฤติกรรมการดูแลตนเองเมื่อเจ็บป่วย พฤติกรรมบทบาทผู้ป่วย พฤติกรรมเจริญพันธุ์ พฤติกรรมสุขภาพของบิดามารดาและพฤติกรรมสังคมที่เกี่ยวกับสุขภาพ (Kolbe 1988 และอรรถ วยอาจิณ 2539) ผลงานวิจัยดังกล่าวมักเกี่ยวข้องกับสังคมศาสตร์แขนงต่าง ๆ เช่น ประชากรศาสตร์ สังคมศาสตร์การแพทย์ และสาธารณสุขศาสตร์ นอก

จากนี้ยังมีการศึกษารูปแบบวิถีชีวิต (lifestyle approach) ซึ่งเป็นที่ยอมรับกันมากในประเทศอุตสาหกรรม (Fuch 1984 และ The Better health commission 1986)

15. รูปแบบที่ได้รับความนิยมอย่างกว้างขวางทั่วโลก ได้แก่ รูปแบบสาธารณสุขแนวใหม่ (The New Public Health) เป็นความคิดริเริ่มขององค์การอนามัยโลก โดยคำประกาศอัลมาออตตาในปี พ.ศ. 2521 (WHO, 1978) และได้พัฒนาต่อมาในปฏิญญาออตตาวาว่าด้วยการส่งเสริมสุขภาพ ในการประชุมนานาชาติเรื่องการส่งเสริมสุขภาพในปี 2539 (WHO, 1986) ประเทศไทยได้ลงนามยอมรับยุทธศาสตร์เพื่อสุขภาพดีถ้วนหน้าใน ค.ศ. 2000 (พ.ศ. 2543) และได้ประกาศนโยบายสาธารณสุขแห่งชาติโดยเน้นสาธารณสุขมูลฐานเป็นยุทธศาสตร์หลักเพื่อให้สามารถพัฒนาสุขภาพของประชาชนชาวไทยให้มีสุขภาพดีถ้วนหน้าดังกล่าว การสาธารณสุขมูลฐานให้ประชาชนมีบทบาทในการดูแลป้องกันและรักษาสุขภาพของตนเอง เสริมจากบริการของรัฐ ขณะเดียวกันบริการสาธารณสุขของรัฐเปลี่ยนมาเป็นแบบบูรณาการผสมผสานและเบ็ดเสร็จ ซึ่งนำตอบสนองความต้องการและแก้ปัญหาสาธารณสุขได้ในระดับหนึ่ง อย่างไรก็ตาม เป็นที่น่าสังเกตว่า ต่อมาองค์การอนามัยโลกได้เสนอแนวคิดเกี่ยวกับ “นครที่มีสุขภาพดี” (healthy cities) (WHO 1986 Ashton 1992) แต่น่าเสียดายที่ประเทศไทยไม่ค่อยให้ความสนใจ

16. รูปแบบสาธารณสุขแนวใหม่บางครั้งเรียกว่า รูปแบบพัฒนาสังคม ซึ่งกล่าวถึงบทบาทของรัฐในการเสนอบริการสาธารณสุขมูลฐานแก่ประชาชนที่มีความต้องการ โดยคำนึงสิทธิและความเท่าเทียมกันเป็นสำคัญ รูปแบบนี้ไม่ผูกติดกับรูปแบบคลาสสิกหรือชีวการแพทย์ และไม่ได้กล่าวหาว่าประชาชนมีพฤติกรรมไม่เหมาะสมจึงเสี่ยงต่อโรคภัยไข้เจ็บดังรูปแบบชีวสังคมจิตวิทยา รูปแบบการพัฒนาสังคมหรือสาธารณสุขแนวใหม่เห็นว่าสุขภาพเป็นส่วนหนึ่งของการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคม มีเป้าหมายการพัฒนาคุณภาพชีวิต คือ การมี “สุขภาพดีถ้วนหน้า”

17. รูปแบบนี้เกี่ยวข้องกับการระดมทรัพยากรและประสานความร่วมมือระหว่างฝ่ายต่าง ๆ โดยเฉพาะอย่างยิ่งการนำชุมชนและภาคประชากรมามีส่วนเกี่ยวข้อง โดยมุ่งสร้างระบบการสาธารณสุขแนวใหม่ที่สอดคล้องกับการสาธารณสุขมูลฐาน ทั้งนี้รัฐจะเป็นองค์กรหลักในการดำเนินงาน แต่รัฐอาจลดภาระให้เอกชนและภาคประชาชนมีบทบาทมากขึ้นก็ได้

18. รูปแบบสาธารณสุขแนวใหม่ สอดคล้องกับแนวการศึกษานโยบายสาธารณะ (public policy approach) ซึ่งมุ่งแสวงหาแนวทางแก้ปัญหาและตอบสนองความต้องการของสาธารณะ โดยพิจารณาองค์ประกอบและผลกระทบอย่างเป็นระบบ ซึ่งเป็นที่น่าสังเกตว่า นโยบายการสาธารณสุขมูลฐานและยุทธศาสตร์เพื่อสุขภาพดีถ้วนหน้าได้กลายเป็นนโยบายสาธารณสุขแห่งชาติในหลายประเทศ นอกจากนี้รูปแบบสาธารณสุขแนวใหม่ยังผสมผสานรูปแบบต่าง ๆ เข้าด้วยกัน ไม่ได้สนใจเฉพาะแต่เรื่องกายภาพและสภาพแวดล้อม ยังได้นำองค์ความรู้ด้านต่าง ๆ เช่น เศรษฐศาสตร์ รัฐศาสตร์ การจัดการ และระบาดวิทยา ฯลฯ มาใช้ในการศึกษา หรืออาจกล่าวได้ว่า แนวการศึกษาแบบนี้ไม่ได้จำกัดเฉพาะผู้มีวิชาชีพทางการแพทย์และวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง แต่

ผู้มีวิชาชีพอื่น ๆ ไม่ว่าอยู่ในภาครัฐ ภาคเอกชนและภาคประชาชนสามารถร่วมกันพัฒนาส่งเสริมสุขภาพพลานามัย เพื่อประโยชน์สุขส่วนรวมของชุมชนนั้น

19. ระบบบริหารจัดการสาธารณสุขที่นำเสนอเพื่อการวิเคราะห์นโยบายสาธารณะตามแผนภาพ 1-2 พัฒนาจากรูปแบบของ Ellencweig (1992) มีลักษณะเป็นกลุ่ม (module) ซึ่งแต่ละกลุ่มมีความต่อเนื่องคาบเกี่ยวระหว่างกัน

กลุ่มปัจจัยนำเข้า ประกอบด้วยนโยบายสาธารณสุข ทรัพยากรทางการแพทย์ และสาธารณสุข ทรัพยากรเงินหรือค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ วัสดุอุปกรณ์และเทคโนโลยีทางการแพทย์ เทคโนโลยีสารสนเทศ กฎหมายระเบียบข้อบังคับ องค์ประกอบด้านประชากรศาสตร์

กลุ่มกระบวนการแปรรูป-องค์การและการจัดการ ได้แก่ โครงสร้าง องค์การและการบริหารจัดการ ซึ่งพิจารณาได้หลายมิติ อาทิ ประเภทขององค์กรบริหาร (รัฐเป็นเจ้าของหรือควบคุม การตัดสินใจและวิธีการวางแผน กระบวนการทางการคลัง) การกระจายอำนาจหรือการรวมอำนาจ ระดับการประสานงานและความต่อเนื่อง ลักษณะการทำงานของกลุ่มวิชาชีพทางการแพทย์และสาธารณสุข การจัดองค์กรเพื่อให้เกิดความเสมอภาค ความเหมาะสมในการให้บริการดูแลรักษา และความสามารถในการตรวจสอบ

กลุ่มกระบวนการการให้บริการ พิจารณาจากการใช้ประโยชน์และความสามารถเข้าถึงบริการกับผลกระทบทางอ้อม เช่น ความเป็นอิสระของแพทย์

กลุ่มปัจจัยส่งออก โดยปกติประเมินจากอัตราการตาย อัตราการเจ็บป่วย (morbidity) ความพิการ ฯลฯ ในระยะหลังนี้ดัชนีหรือตัวชี้วัดแนวใหม่พัฒนาโดย Lalonde (1974) และ Ixever (1980) มุ่งประเมิน “สุขภาพในทางบวก” (positive health) โดยมีดัชนีการกินดีอยู่ดี วิถีชีวิต และองค์ประกอบสภาพแวดล้อม นอกจากนั้นยังประเมินในรูปประสิทธิภาพ ประสิทธิผล ความเสมอภาค และคุณภาพการให้บริการ

กลุ่มผลกระทบต่อสุขภาพ ได้แก่บริหารสุขภาพ องค์ประกอบชีววิทยามนุษย์ วิธีการดำรงชีวิต และสิ่งแวดล้อม (ตามแผนภาพ 1-1) ส่วนจะมีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตเพียงใดหรือไม่ ขึ้นอยู่กับองค์ประกอบอื่นที่ไม่ใช่ผลของการบริหารจัดการทางสาธารณสุขด้วย

ขอบเขตการศึกษา

20. การศึกษาครั้งนี้จำกัดอยู่เพียงการบริหารจัดการสาธารณสุข แต่อาจพาดพิงถึงการบริหารจัดการการให้บริการสุขภาพทั่วไปบ้าง มีประเด็นที่พิจารณาดังต่อไปนี้

(1) การบริหารจัดการสาธารณสุขที่ผ่านมาและผลสำเร็จของการดำเนินงานหรือสถานะสุขภาพของประชาชน

(2) นโยบายสาธารณสุขและการปฏิบัติตามนโยบายและแผน รวมทั้งโครงสร้างการองค์กรและการจัดการ กฎหมายระเบียบข้อบังคับ

(3) ปัจจัยนำเข้า : ทรัพยากรบุคคลทางการแพทย์และสาธารณสุข การเงิน วัสดุ อุปกรณ์ตลอดจนเทคโนโลยีการแพทย์ และเทคโนโลยีสารสนเทศ

(4) การประเมินสมรรถนะ : ประสิทธิภาพ ประสิทธิผล ความเสมอภาค ความเข้าถึง การมีส่วนร่วมของประชาชนในการตรวจสอบและการบริหารจัดการ

(5) แนวทางเพื่อการปฏิรูปซึ่งเป็นข้อเสนอแนะและมาตรการเพื่อให้มีผลในทางปฏิบัติ

ระเบียบวิธีการศึกษา

21. การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ โดยสำรวจข้อมูลจากเอกสาร ตำรา และสิ่งพิมพ์ ซึ่งเกี่ยวกับการบริหารจัดการการให้บริการสุขภาพ และการสาธารณสุขทั้งของไทยและต่างประเทศ การระดมสมอง กับสำรวจความคิดเห็นโดยการสัมภาษณ์ผู้ที่เกี่ยวข้องกับการบริหารจัดการดังกล่าวประมาณ 20 ท่าน มีระยะเวลาเก็บรวบรวมข้อมูล ระหว่างเดือนมกราคม พฤษภาคม 2540

การนำเสนอรายงาน

22. รายงานฉบับนี้ประกอบด้วยส่วนสำคัญ 3 ส่วน ส่วนแรกเกี่ยวกับภูมิหลังของระบบการให้บริการสุขภาพ โดยเฉพาะการสาธารณสุข โดยพิจารณาปัจจัยนำเข้าคือปัจจัยนโยบายสาธารณะ และปัจจัยทรัพยากรสาธารณสุข ทั้งทรัพยากรมนุษย์ คือบุคลากรวิชาชีพแพทย์และการสาธารณสุข ค่าใช้จ่ายเพื่อสุขภาพ งบประมาณแผ่นดิน การประกันสังคมและการประกันสุขภาพ ตลอดจนการใช้จ่ายของประชาชนเอง องค์กรและการจัดการ กฎหมายระเบียบข้อบังคับ และกระบวนการแปรรูป ส่วนที่สอง เกี่ยวกับสถานะสุขภาพหรือปัจจัยนำออกจากการดำเนินการตามระบบให้บริการสุขภาพ ส่วนสุดท้ายเป็นการเสนอปัญหาสภาพการสาธารณสุขที่คาดหวังหรือพึงประสงค์ ข้อเสนอแนะและแนวทางดำเนินการเพื่อให้บรรลุสภาพที่พึงประสงค์นั้น

บทที่ ๒**ระบบการสาธารณสุขของประเทศไทย****บทนำ**

1. นับตั้งแต่การสถาปนากรมพยาบาลเมื่อ พ.ศ. 2431 หรือเมื่อประมาณ 110 ปีที่แล้ว การแพทย์และสาธารณสุขของประเทศไทยได้พัฒนาจากการดูแลรักษาพยาบาลอย่างตามมิตามเกิด อดภัยหมอพื้นบ้าน สมุนไพรร และโชคชะตา มาเป็นการแพทย์สมัยใหม่ มีแพทย์และผู้ประกอบวิชาชีพที่ได้รับการฝึกอบรมอย่างดี มีเครื่องมืออุปกรณ์ที่ทันสมัย มีสถานพยาบาลระดับต่าง ๆ กระจายอยู่ทั่วทุกตำบล มีการประกันสุขภาพที่ให้หลักประกันในการรักษาพยาบาลครอบคลุมประชากรประมาณสามในสี่ของประเทศ โรคภัยไข้เจ็บที่เคยเป็นสาเหตุการตายสำคัญ เช่น อหิวาตกโรค มาลาเรีย ฯลฯ ได้คลี่คลายลง จนบางโรคแทบหายไปจากประเทศไทย ประชากรมีอายุยืนขึ้นมาก อัตราการตายของทารกลดน้อยลง สาเหตุการตายกลายเป็นโรคหรือสิ่งที่เกิดจากการพัฒนาทางเศรษฐกิจ เช่น อุบัติเหตุจากการจราจร โรคหัวใจ และโรคมะเร็ง แต่ขณะเดียวกัน เป็นที่น่าสังเกตว่า คนไทยจำนวนไม่น้อยยังติดเชื้พยาธิลำไส้ พยาธิปากขอ และพยาธิใบไม้ มีอัตราการติดเชื้ HIV หรือเอดส์ที่สูงมากติดอันดับของโลก สุขภาพจิตของคนไทยมีปัญหามากยิ่งขึ้น และที่สำคัญมากก็คือค่าใช้จ่ายในการดูแลสุขภาพของคนไทยมีอัตราที่สูงมาก เมื่อเทียบกับประเทศเพื่อนบ้านหรือกลุ่มประเทศเอเชียแปซิฟิก ส่วนหนึ่งเกิดจากพฤติกรรม การรักษาพยาบาลที่ไปหาซื้อยารักษาตนเอง ซึ่งแสดงถึงความสูญเสียเปล่าในการใช้ทรัพยากรที่มีอยู่จำกัด และสะท้อนสมรรถนะของการบริหารจัดการให้บริการสุขภาพของประเทศไทย

พัฒนาการของการให้บริการสุขภาพ

2. แต่เดิมการดูแลสุขภาพของคนไทยเป็นหน้าที่ของตนเอง เรียนรู้การป้องกันตนเองจากโรคภัยไข้เจ็บจากธรรมชาติ เมื่อเจ็บป่วย ถูกทำร้าย หรือถูกสัตว์ร้ายแมลงร้ายกัดต่อยก็รักษาตนเอง ตามมิตามเกิดด้วยสมุนไพรรจากพืชหรือจากสัตว์ ด้วยเวทย์มนต์คาถาหรือวิธีการอื่นที่หมอพื้นบ้านหรือพระภิกษุที่มีวิชาสืบทอดกันมาทำการรักษาพยาบาลให้ ส่วนในพระราชสำนักมีหมอหลวงซึ่งเรียนวิชาแพทย์แผนโบราณจากคัมภีร์พระเวทย์ ซึ่งตกทอดมาจากสมัยโบราณ โดยได้รับอิทธิพลจากอินเดียและวิธีการรักษาพยาบาลแบบจีน พัฒนาจนกลายเป็นตำราแพทย์ไทย แต่ถูกทำลายเกือบสิ้นเชิงเมื่อกรุงศรีอยุธยาแตกเมื่อ พ.ศ. 2310 เมื่อสถาปนารัษฎันโกสินทร์ได้สำเร็จในอีก 15 ปี ต่อมา ได้มีความพยายามฟื้นฟูศิลปวิทยาการแขนงต่าง ๆ รวมทั้งการแพทย์จนปรากฏเป็นหลักฐานที่วัดพระเชตุพนวิมลมังคลารามในปัจจุบัน

3. ผู้ที่นำวิทยาการแพทย์สมัยใหม่เข้ามาในประเทศไทยน่าจะได้อีกกลุ่มบาดหลวงชาวยุโรปที่เข้ามาเผยแพร่ศาสนาในสมัยกรุงศรีอยุธยาถึงขนาดมีการตั้งโรงพยาบาลบริเวณชานเมืองแห่งหนึ่งแต่ไม่ค่อยได้รับความนิยมเท่าใด ในช่วงปลายกรุงศรีอยุธยาพวกยุโรปถูกขับไล่ไปหมดพร้อมทั้งบาดหลวงด้วย เมื่อสถาปนากรุงรัตนโกสินทร์แล้ว คณะมิชชันนารีได้กลับเข้ามาอีกครั้งหนึ่งและได้เผยแพร่ศาสนาโดยใช้วิธีการแจกยาและรักษาพยาบาลสมัยใหม่ให้ด้วย ผลงานของคณะมิชชันนารีดังกล่าวเป็นที่ยอมรับมากขึ้น โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ในด้านการป้องกันรักษาโรคระบาดอย่างกาฬโรค โรคฝีดาษ และอหิวาตกโรค ตลอดจนการนำวิธีการรักษาที่ทันสมัยมาใช้ เช่น การผ่าตัด ซึ่งประสบผลสำเร็จเป็นอย่างดี เมื่อประชาชนมีศรัทธาในการแพทย์แผนปัจจุบันมากขึ้น คณะมิชชันนารีจึงได้จัดตั้งโรงพยาบาลขึ้นหลายแห่งทั่วประเทศ แห่งแรกคือที่จังหวัดเพชรบุรี ซึ่งเปิดรับคนไข้ก่อนศิริราชพยาบาลถึง 8 ปี ได้จัดตั้งโรงเรียนการแพทย์ที่เชียงใหม่ (ผลิตแพทย์ได้รุ่นเดียว) โรงเรียนพยาบาลและโรงพยาบาลโรคเรื้อนซึ่งเป็นที่รู้จักทั่วโลก ดังนั้นจึงกล่าวได้ว่าภาคเอกชนมีบทบาทในการให้บริการสุขภาพตั้งแต่ในช่วงที่นำวิทยาการแพทย์สมัยใหม่มาเผยแพร่ในประเทศไทย แม้ในปัจจุบันโรงพยาบาลของคณะมิชชันนารีซึ่งกระจายอยู่ทั่วประเทศยังเป็นที่ยอมรับอย่างกว้างขวางว่าเป็นต้นแบบของโรงพยาบาลเอกชนที่ไม่แสวงหากำไร

4. ภาครัฐบาลเริ่มให้บริการสาธารณสุขเมื่อมีการจัดตั้งศิริราชพยาบาลขึ้นเมื่อ พ.ศ. 2531 พร้อมกับจัดการศึกษาการแพทย์สมัยใหม่ โดยจัดตั้งราชแพทยาลัย และโรงพยาบาลอีกหลายแห่ง เช่น โรงพยาบาลเทพศิรินทร์ โรงพยาบาลบางรัก โรงพยาบาลบุรพา และโรงพยาบาลกลาง ฯลฯ ในช่วงแรกกรมพยาบาลสังกัดกระทรวงธรรมการ แต่ต่อมาโอนมาสังกัดกระทรวงนครบาลและกระทรวงมหาดไทยเมื่อมีการจัดตั้งสุขาภิบาลขึ้นในพระนครและต่างจังหวัด สาเหตุประการสำคัญของการให้บริการสาธารณสุขน่าได้แก่ ความพยายามที่จะพัฒนาประเทศ และให้รัฐสวัสดิการทำนองเดียวกับประเทศยุโรปและอาณานิคมของยุโรป โดยบริการดังกล่าวเน้นการรักษาพยาบาลและป้องกันโรคระบาดซึ่งเกิดขึ้นบ่อยครั้ง มีผู้เจ็บป่วยล้มตายจำนวนมาก ขณะเดียวกันได้พยายามจัดระเบียบชุมชนให้มีความสะอาดเรียบร้อยสวยงาม โดยใช้การสุขาภิบาลซึ่งเป็นการป้องกันโรคระบาดอย่างหนึ่งด้วย

5. หลังจากมีการเปลี่ยนแปลงการปกครองจากระบอบสมบูรณาญาสิทธิราช มาเป็นระบอบประชาธิปไตย รัฐบาลได้เร่งรัดพัฒนาการสาธารณสุขหลายประการ ดังนี้

ประการแรก รัฐบาลได้ตั้งเทศบาลขึ้นทั่วประเทศ ซึ่งนอกจากมีภารกิจด้านการปกครองท้องถิ่น การโยธา การศึกษา การสุขาภิบาลแล้ว ยังรับผิดชอบด้านการรักษาพยาบาลและอนามัยชุมชนด้วย โดยรัฐบาลต้องการให้เทศบาลขนาดใหญ่ คือ เทศบาลนครและเทศบาลเมืองตั้งโรงพยาบาลของตนเอง แต่เมื่อยังขาดทรัพยากรจัดตั้งไม่ได้ รัฐบาลจึงได้จัดตั้งขึ้นเอง เริ่มแรกจากการจัดตั้งโรงพยาบาลตามจังหวัดชายแดนและจังหวัดใหญ่ ๆ ขณะเดียวกันได้จัดตั้งสุขศาลาขึ้นตามอำเภอทั่วประเทศ ซึ่งต่อมากลายเป็นสถานอนามัย การดำเนินงานดังกล่าวทำให้ประชาชนได้รับบริการสาธารณสุขจากรัฐมากขึ้น เป็นการขยายโอกาสและเพิ่มสมรรถนะให้

ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการที่มีคุณภาพได้ระดับหนึ่ง ก่อนหน้านั้นในต่างจังหวัดมีโรงพยาบาลและสุศาลาของรัฐบาลไม่กี่แห่ง

ประการที่สอง ได้มีการตรากฎหมายหลายฉบับที่เกี่ยวข้องกับงานสาธารณสุขเป็นการจัดระเบียบกิจการด้านนี้ให้อยู่ในกรอบเช่นเดียวกับนานาประเทศ เช่น พระราชบัญญัติควบคุมการประกอบโรคศิลปะ พ.ศ. 2477 พระราชบัญญัติโรคติดต่อ พ.ศ. 2477 พระราชบัญญัติกักขฬ พ.ศ. 2477 และพระราชบัญญัติควบคุมการประกอบโรคศิลปะ พ.ศ. 2479 เป็นต้น

ประการที่สาม ใน พ.ศ. 2485 ได้สถาปนากระทรวงการสาธารณสุขขึ้น โดยรวมกิจการแพทย์และสาธารณสุขซึ่งกระจัดกระจายอยู่ตามหน่วยงานต่าง ๆ มาขึ้นกับกระทรวงใหม่ (ยกเว้นการแพทย์ทหาร) โดย พ.ร.บ. ปรับปรุงกระทรวง ทบวง กรม (ฉบับที่ 5) พ.ศ. 2485 มาตรา 13 ระบุว่า “ให้กระทรวงการสาธารณสุขมีอำนาจหน้าที่เกี่ยวกับการสาธารณสุข การประชาสงเคราะห์และควบคุมกาชาด ซึ่งเป็นการรวมกิจการแพทย์ที่มีอยู่ทั้งหมดให้เป็นหน่วยเดียว เพื่อวัตถุประสงค์ในการร่วมมือและประสานงานกันในการดำเนินงานสาธารณสุขให้ดีขึ้น” สำหรับหน่วยงานในสังกัด ได้แก่

สำนักงานเลขาธิการรัฐมนตรี	ดำเนินงานเกี่ยวกับการเมือง
สำนักงานปลัดกระทรวง	เป็นสำนักงานประสานงานของกระทรวง
กรมการแพทย์	ดำเนินงานโรงพยาบาลทั้งในพระนครและต่างจังหวัด
กรมประชาสงเคราะห์	ดำเนินงานสังคมสงเคราะห์
กรมมหาวิทยาลัยแพทยศาสตร์	ดำเนินงานผลิตบุคลากรทางการแพทย์
กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์	ดำเนินงานเรื่องยาและการชันสูตรโรค
กรมสาธารณสุข	ดำเนินงานป้องกันโรคและส่งเสริมสุขภาพอนามัย

หนึ่งใน พ.ศ. 2485 กระทรวงการสาธารณสุขมีโรงพยาบาลจังหวัดถึง 15 แห่ง (พ.ศ. 2467 มีโรงพยาบาลในต่างจังหวัดเพียง 2 แห่ง ที่ภูเก็ต และระนอง) และสถานอนามัย 343 แห่ง รัฐบาลต่อมาได้พยายามจัดตั้งโรงพยาบาลจนครบทุกจังหวัดทั่วประเทศเมื่อ พ.ศ. 2499

6. ในช่วงทศวรรษหลังจากนั้น(2485-2515) มีการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างการบริหารกระทรวงสาธารณสุขไม่มากนัก ดังนี้

- พ.ศ. 2487 โอนการประชาสงเคราะห์ไปสังกัดกระทรวงมหาดไทย
- พ.ศ. 2495 เปลี่ยนชื่อจากกระทรวงการสาธารณสุขเป็น “กระทรวงสาธารณสุข” เปลี่ยนชื่อกรมสาธารณสุขเป็น “กรมอนามัย” เปลี่ยนฐานะกองเภสัชกรรม เป็น โรงงานเภสัชกรรม โอนกรมมหาวิทยาลัยแพทยศาสตร์ไปสังกัดสำนักนายกรัฐมนตรีจัดตั้งองค์การเภสัชกรรมเป็นรัฐวิสาหกิจสังกัดกระทรวงสาธารณสุข
- พ.ศ. 2502

ขณะเดียวกันกรมการแพทย์ได้เร่งสร้างโรงพยาบาลจนครบทุกจังหวัด และได้จัดตั้งโรงพยาบาลประจำอำเภอขนาดใหญ่ด้วย โดยงานของโรงพยาบาลส่วนใหญ่มุ่งไปในการให้บริการรักษาพยาบาล ส่วนกรมอนามัยให้บริการด้านการป้องกันโรคและส่งเสริมสุขภาพ โดยใช้สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดและสถานอนามัยเป็นหลักในการให้บริการ

7. ในปี พ.ศ. 2515 ได้มีการเปลี่ยนโครงสร้างการบริหารใหม่ แต่มีปัญหามากเนื่องจากมีการรวมกรมการแพทย์และกรมอนามัยเข้าด้วยกัน ทำให้ไม่ได้รับการยอมรับ จึงต้องมีการเปลี่ยนแปลงอีกครั้งหนึ่ง

8. ใน พ.ศ. 2517 ได้มีการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างการบริหารกระทรวงสาธารณสุขอีกครั้งหนึ่ง ซึ่งเป็นรากฐานของการบริหารในปัจจุบัน โครงสร้างดังกล่าวประกอบด้วย

(ก) ราชการบริหารส่วนกลาง

ประกอบด้วยสำนักงานเลขาธิการรัฐมนตรี สำนักงานปลัดกระทรวง และส่วนราชการอื่นที่มีฐานะเทียบเท่ากรม คือ กรมอนามัย กรมควบคุมโรคติดต่อ กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา และกรมการแพทย์ นอกจากนี้ยังมีรัฐวิสาหกิจหรือองค์การเภสัชกรรม ต่อมาได้มีการจัดตั้งกรมสุขภาพจิต

(ข) ราชการบริหารส่วนภูมิภาค

ประกอบด้วยสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด สำนักงานสาธารณสุขอำเภอและกิ่งอำเภอ และสถานอนามัยตามตำบลต่าง ๆ

9. พัฒนาการสำคัญในด้านการบริการสุขภาพในประเทศไทยในช่วงสองทศวรรษที่ผ่านมา มีดังนี้

(1) บริการดูแลสุขภาพส่วนใหญ่เป็นการสาธารณสุขที่รัฐบาลรับผิดชอบ โดยรัฐได้จัดตั้งสถานบริการสาธารณสุขเพื่อให้บริการระดับต่าง ๆ ตั้งแต่บริการสาธารณสุขมูลฐานในระดับหมู่บ้านและตำบลในสถานอนามัย บริการการแพทย์ระดับต้น บริการการแพทย์ระดับกลาง และบริการการแพทย์ระดับสูง ในโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลชุมชน นอกจากนี้ยังมีโรงพยาบาลของส่วนราชการอื่น ๆ เช่น กระทรวงกลาโหม กรุงเทพมหานคร รัฐวิสาหกิจและส่วนราชการ (กรมชลประทาน กรมตำรวจ และกรมราชทัณฑ์) และมหาวิทยาลัยต่าง ๆ กับมีโรงพยาบาลและสถาบันเฉพาะโรคอีกจำนวนหนึ่ง บริการดังกล่าวครอบคลุมทั่วประเทศ ในด้านการศึกษาและฝึกอบรม รัฐได้ลงทุนผลิตบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขเกือบทั้งหมด แต่ยังไม่เพียงพอทั้งปริมาณและคุณภาพ

(2) นับตั้งแต่ พ.ศ. 2515 เป็นต้นมา สำนักงานคณะกรรมการส่งเสริมการลงทุนได้ให้สิทธิประโยชน์แก่ผู้ลงทุนตั้งโรงพยาบาลเอกชน ทำให้เกิดโรงพยาบาลเอกชนจำนวนมากทั่วประเทศ ให้บริการรักษาพยาบาลระดับต่าง ๆ เป็นสำคัญ มีการป้องกันโรค ส่งเสริมสุขภาพและฟื้นฟูผู้ป่วยมาก บริการของโรงพยาบาลเอกชนได้รับความนิยมจากประชาชนระดับหนึ่ง แม้ว่าเรียกเก็บค่าบริการค่อนข้างแพง นอกจากกิจการโรงพยาบาลแล้ว เอกชนยังมีคลินิก ร้านขายยา

ทั้งแผนปัจจุบันและแผนโบราณจำนวนมาก มีการจัดตั้งมูลนิธิและสมาคมอีกหลายแห่ง ซึ่งช่วยเหลือราชการในด้านสาธารณสุข เช่น ในด้านการวางแผนครอบครัว ซึ่งภาคเอกชนมีบทบาทเป็นที่ยอมรับกันทั่วไป

(3) ประเทศไทยได้ลงนามยอมรับกติกา “สุขภาพดีถ้วนหน้าในปี ค.ศ. 2000” (พ.ศ. 2543) เป็นเป้าหมายร่วมกันขององค์การอนามัยโลก (WHO) และสมาชิกขององค์การนี้ 189 ประเทศ (และสมาชิกสมทบอีก 2 รัฐ) ในการประชุมสมัชชาสมัยที่ 30 ใน พ.ศ. 2520 ในการประชุมนานาชาติที่เมืองอัลมาอิตตา ในปีต่อมาได้ยอมรับหลักการสาธารณสุขมูลฐาน (primary health care) เป็นยุทธศาสตร์หลักในการให้บรรลุเป้าหมาย “สุขภาพดีถ้วนหน้า” และใน พ.ศ. 2524 ที่ประชุมสมัชชาองค์การอนามัยโลกครั้งที่ 34 ได้รับให้หลักการสาธารณสุขมูลฐานนี้เป็น “ยุทธศาสตร์ของโลก” (global strategy) เพื่อสุขภาพดีถ้วนหน้าในปี ค.ศ. 2000 หลักการสำคัญของการสาธารณสุขมูลฐาน ได้แก่ การให้มีการกระจายทรัพยากรสาธารณสุขให้ประชากรทั้งในระดับชาติและนานาชาติได้รับประโยชน์อย่างเท่าเทียมและทั่วถึง และประชากรควรเข้าถึงบริการสาธารณสุขขั้นพื้นฐานอย่างเหมาะสม มีความสามารถที่จะชำระค่าบริการได้ และมีส่วนร่วมอย่างเต็มที่ เพื่อให้ประชาชนเหล่านั้นมีสุขภาพดีถ้วนหน้า เพื่อให้สามารถดำรงชีวิตอย่างภาคภูมิใจทั้งทางสังคมและเศรษฐกิจ ทั้งนี้องค์การอนามัยโลกได้กำหนดเป้าหมายและมาตรการให้บรรลุเป้าหมายดังกล่าวด้วย รัฐบาลไทยได้ประกาศเป็นนโยบายสาธารณสุขแห่งชาติ ดำเนินยุทธศาสตร์สาธารณสุขมูลฐาน ซึ่งถือได้ว่าเป็น “นวัตกรรม” สำคัญในระบบบริการสาธารณสุขในปัจจุบันคือ

- เปลี่ยนความคิดที่มุ่งพัฒนาสถาบันและกำลังคนทางการแพทย์ระดับสูง ไปสู่การพัฒนาเจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับล่าง การพัฒนาสาธารณสุขในชุมชน การพัฒนาศักยภาพของประชาชนให้ประชาชนมีส่วนร่วมและพึ่งตนเองได้
- เปลี่ยนจากความคิดที่มุ่งเน้นการพัฒนางานรักษาพยาบาลด้วยเทคโนโลยีระดับสูงราคาแพงไปสู่การมุ่งเน้นการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคด้วยเทคโนโลยีที่เหมาะสมกับชุมชน
- เปลี่ยนจากการให้บริการที่แยกกันทำระหว่างงานรักษาพยาบาลกับงานส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคไปสู่การทำงานแบบบูรณาการ โดยเชื่อมโยงกับพัฒนาการในสาขาอื่น
- เปลี่ยนจากการจัดสรรทรัพยากรที่มุ่งเน้นงานรักษาพยาบาลในสถาบันใหญ่ ๆ ไปสู่การกระจายทรัพยากรสาธารณสุขไปยังสถานบริการเล็ก ๆ ในชนบทซึ่งให้บริการแบบผสมผสานเพื่อลดช่องว่างระหว่าง “ผู้ได้เปรียบ” และ “ผู้เสียเปรียบ” ในสังคม

- และเปลี่ยนจากการใช้จ่ายทรัพยากรโดยขาดหลักการและเหตุผลที่ชัดเจนไปสู่การใช้จ่ายทรัพยากรอย่างมีเหตุผล เป้าหมาย กลวิธี แผนงาน/โครงการ และกิจกรรมที่ชัดเจน

ลักษณะที่เด่นมากในการดำเนินงานการสาธารณสุขมูลฐาน ได้แก่ การให้บริการ (14 องค์ประกอบของสาธารณสุขมูลฐาน) โดยให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมด้วย โดยฝึกอบรมอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) และผู้นำชุมชนประเภทต่าง ๆ ให้มีความรู้ความเข้าใจที่จะดูแลสุขภาพพลานามัยของตนเอง ครอบครัว และเพื่อนบ้านให้สมบูรณ์แข็งแรง ปราศจากโรคภัยไข้เจ็บทั้งกายใจ ปลอดภัยจากภาวะทุพพลภาพ มีศักยภาพในการผลิตและไม่เป็นภาระต่อสังคม ทั้งนี้ในการดำเนินงานดังกล่าวได้ใช้ความจำเป็นพื้นฐาน (จปฐ.) เป็นเครื่องมือวิเคราะห์ปัญหาและความต้องการของหมู่บ้าน เป็นแนวทางสร้างแผนและโครงการโดยให้ชุมชนเข้ามามีส่วนร่วม ขณะเดียวกันสามารถสร้างดัชนีชี้วัดความสำเร็จได้ด้วย เป็นที่น่ายินดีว่า ในการประเมินผลขององค์การอนามัยโลกเมื่อปี พ.ศ. 2539 ประเทศไทยได้บรรลุเป้าหมาย “สุขภาพดีถ้วนหน้าในปี พ.ศ. 2543” แล้วทั้ง 3 ประการได้แก่ การมีอายุคาดเฉลี่ยเกินกว่า 60 ปี อัตราการตายของทารกต่ำกว่า 50 ต่อ 1,000 คน และอัตราการตายของทารกอายุต่ำกว่า 5 ปี ต่ำกว่า 70 ต่อ 1,000 คน (WHO 1995) โดยในทวีปเอเชียมีเพียงสาธารณรัฐประชาธิปไตยประชาชนเกาหลี ศรีลังกา ไทย จีน ญี่ปุ่น มาเลเซีย ฟิลิปปินส์ สาธารณรัฐเกาหลี สิงคโปร์ และเวียดนาม

(4) การตรากฎหมายประกันสังคมเมื่อ พ.ศ. 2533 เป็นความพยายามของรัฐที่จะสร้างหลักประกันด้านสุขภาพให้แก่ประชาชนเพิ่มขึ้น ก่อนหน้านั้นรัฐได้ดำเนินกิจกรรมที่มีลักษณะการประกันสุขภาพหลายประการ เช่น กองทุนเงินทดแทน การสงเคราะห์ผู้มีรายได้น้อย กองทุนบัตรสุขภาพ และสวัสดิการข้าราชการ ลูกจ้างและพนักงานรัฐวิสาหกิจ ครอบคลุมประชากรประมาณ 19 ล้านคน แต่ค่าใช้จ่ายส่วนใหญ่เป็นสวัสดิการข้าราชการ ลูกจ้าง และพนักงานรัฐวิสาหกิจ เมื่อมีการประกันสังคมเกิดขึ้นมา ความครอบคลุมประชากรภายใต้ระบบประกันสุขภาพได้ขยายกว้างขวางขึ้นมาก แต่บริการที่เป็นรัฐสวัสดิการที่กระทรวงสาธารณสุขดำเนินการในรูปแบบต่าง ๆ ยังสูงถึงร้อยละ 48 ในปี พ.ศ. 2539

ภาพรวมการให้บริการสุขภาพในประเทศไทย

10. ลักษณะเด่นของการให้บริการสุขภาพในประเทศไทย มีดังนี้

(1) มีลักษณะเป็นสวัสดิการของรัฐเป็นสำคัญ มีกระทรวงสาธารณสุขเป็นหน่วยงานที่มีภารกิจรับผิดชอบโดยตรง แต่มีหน่วยราชการ รัฐวิสาหกิจและภาคเอกชนเข้ามามีบทบาทมาก ทำให้ดูเหมือนว่าขาดเอกภาพในการบริหารจัดการ

(2) บริการสาธารณสุขของรัฐมีขอบข่ายครอบคลุมทั่วประเทศ ลงถึงระดับตำบลและหมู่บ้าน แต่ยังมีการกระจายที่ไม่เท่าเทียมกัน ยังไม่เพียงพอต่อการให้บริการ และยังมีปัญหาเกี่ยวกับคุณภาพในการให้บริการ นอกจากนี้ยังมีปัญหาเกี่ยวกับการรวมอำนาจในการบริหาร

(3) ยังขาดแคลนบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข โดยเฉพาะอย่างยิ่งในระดับปฏิบัติการพื้นฐาน มีปัญหาด้านการกระจายบุคลากร และปัญหาเกี่ยวกับระบบการบริหารงานบุคคลในภาครัฐ

(4) ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพของรัฐเพิ่มสูงขึ้นมากอย่างรวดเร็วทำให้รัฐอาจแบกรับภาระไม่ได้ ขณะเดียวกัน ค่าใช้จ่ายด้านนี้ของประชาชนกลับสูงกว่ามาก จึงมีปัญหาด้านความสูญเสียเปลี่ยนแปลง นอกจากนี้ ประชาชนถึงหนึ่งในสี่ของจำนวนประชากรทั้งประเทศยังขาดหลักประกันด้านสุขภาพ

(5) ยังขาดความร่วมมือประสานงานที่ดีและการมีส่วนร่วมในกระบวนการนโยบายสาธารณะระหว่างกระทรวงสาธารณสุข หน่วยราชการต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง มหาวิทยาลัย รัฐวิสาหกิจ ภาคเอกชน และภาคประชาชน ยังขาดการระดมความพยายามและสรรพกำลังเพื่อพัฒนาสุขภาพพลานามัยของประชาชนส่วนรวม

รูปแบบการบริหารจัดการ

11. ลักษณะของระบบการบริหารจัดการระบบบริการสุขภาพแห่งชาติ อาจพิจารณาจากองค์ประกอบสองประการ คือ ระดับการพัฒนาเศรษฐกิจและระดับของการจัดองค์กรบริหาร ระดับการพัฒนาเศรษฐกิจพิจารณาจากผลผลิตมวลรวมประชาชาติต่อประชากรหรือดัชนีอย่างอื่นที่สามารถวัดได้ว่าประเทศนั้นมีความร่ำรวยเพียงใด ส่วนระดับของการจัดองค์กรบริหารพิจารณาจากปัจจัยหลายอย่างเช่น การรวมอำนาจหรือการกระจายอำนาจ เน้นภาครัฐหรือภาคเอกชน พหุภาพหรือเอกภาพ เป็นต้น ตารางข้างล่างนี้ (ตารางที่ 2-1) เป็นการจำแนกกลุ่มประเทศ จากองค์ประกอบสองประการ เพื่อพิจารณาลักษณะของระบบการบริหารจัดการบริการสุขภาพ

ตารางที่ 2-1 ลักษณะระบบการบริหารจัดการบริการสุขภาพ

ระดับการพัฒนาเศรษฐกิจแห่งชาติ	ระดับของการจัดองค์กรระบบบริการสุขภาพ		
	จัดองค์กรน้อย	จัดองค์กรปานกลาง	จัดองค์กรอย่างมาก
พัฒนาแล้ว (ร่ำรวย)	1	2	3
กำลังพัฒนา (กำลังเปลี่ยนแปลง)	4	5	6
พัฒนาน้อย (ยากจน)	7	8	9

ที่มา : WHO (1984)

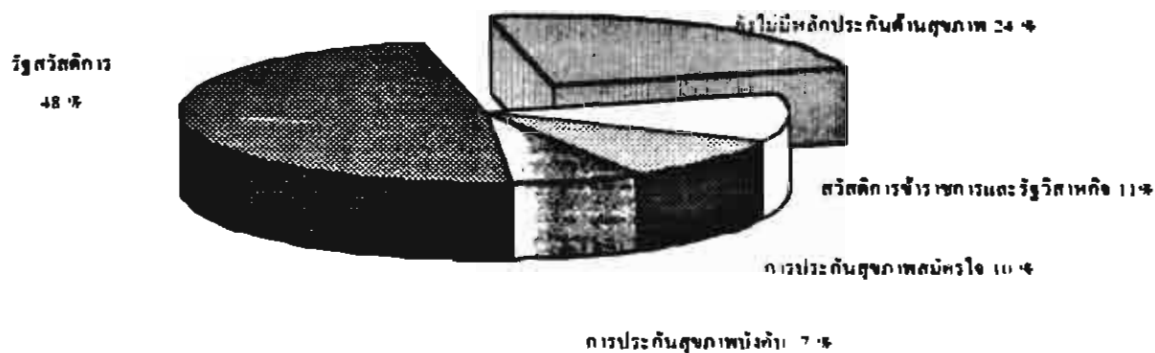
ประเทศไทยอยู่ระดับ 5 และกำลังพัฒนาเป็นระดับ 6 กล่าวคือ มีการจัดระบบที่ดีระดับหนึ่ง แต่ยังมีช่องว่างระหว่างเมืองกับชนบท การพัฒนาค่อนข้างเน้นที่โรงพยาบาล บุคลากรที่ดำเนินโครงการบริการสุขภาพส่วนใหญ่เป็นเจ้าหน้าที่ของรัฐ แต่ใช้เวลานอกงานมาทำงานส่วนตัวหรือเอกชน สถานบริการสุขภาพส่วนใหญ่เป็นของรัฐ ในระดับชาติ กระทรวงสาธารณสุขมีโครงสร้างและการบริหารจัดการที่มีประสิทธิภาพพอสมควร แต่ยังมีหน่วยงานของรัฐอื่น ๆ เข้ามาเกี่ยวข้องด้วย ทั้งด้านอำนาจหน้าที่และทรัพยากร รวมทั้งระบบการประกันสังคมที่แยกไปต่างหาก การให้บริการทั้งด้านการรักษาและป้องกันส่วนใหญ่ดำเนินโดยโรงพยาบาล สถานีอนามัย และศูนย์บริการสาธารณสุขของรัฐ ค่าใช้จ่ายเพื่อสุขภาพภาครัฐส่วนใหญ่มาจากภาษีอากร มีส่วนน้อยมาจากการประกันสังคมและการประกันสุขภาพ อย่างไรก็ตามมีแนวโน้มที่จะปรับปรุงเข้าสู่ระดับ 6 ซึ่งการบริหารจัดการมีลักษณะเป็นเอกภาพ

12. ลักษณะที่เด่นชัดคือรัฐเป็นผู้ลงทุนส่วนใหญ่ทั้งด้านการจัดตั้งสถานบริการ โรงพยาบาล สถานีอนามัยหรือศูนย์บริการสาธารณสุข ผลิตรักษาคนระดับต่าง ๆ ตลอดจนการเสนอบริการสาธารณสุขครบทุกด้าน ทั้งการส่งเสริม ป้องกัน รักษา และฟื้นฟู ทุกระดับทั้งการสาธารณสุขมูลฐาน การรักษาพยาบาลระดับต้น ระดับกลาง และระดับสูง

13. กระทรวงสาธารณสุขเป็นหน่วยงานหลักในการเสนอบริการสุขภาพที่ครอบคลุมทั่วประเทศ ทบวงมหาวิทยาลัยเป็นองค์กรที่รับผิดชอบในการผลิตบุคลากรการแพทย์และสาธารณสุขระดับปริญญาตรีขึ้นไป กระทรวงกลาโหมมีโรงพยาบาลในสังกัดจำนวนหนึ่ง มีวิทยาลัยการแพทย์ และวิทยาลัยพยาบาล หน่วยงานอื่นมีโรงพยาบาลของตน สำหรับภาคเอกชนมีการจัดตั้งโรงพยาบาล โดยได้รับการส่งเสริมการลงทุนจากรัฐบาล มีการผลิตบุคลากรระดับปริญญาตรี กับมีบทบาทสำคัญในการผลิตและจำหน่ายยาและเวชภัณฑ์ต่าง ๆ เป็นที่น่าสังเกตว่า ในช่วง 8 ปีหลังนี้ ภาคเอกชนขยายตัวอย่างรวดเร็ว โดยมีจำนวนเตียงเพิ่มขึ้นร้อยละ 154 ขณะที่ภาครัฐเพิ่มขึ้นเพียงร้อยละ 21 ในช่วงปี 2530-2536 มีแพทย์ปฏิบัติงานเต็มเวลาในภาครัฐเพิ่มขึ้นร้อยละ 27 ขณะที่ภาคเอกชนเพิ่มขึ้นร้อยละ 132 บริการของรัฐครอบคลุมจนถึงระดับตำบลและหมู่บ้านครอบคลุมทั่วประเทศ ส่วนในระดับท้องถิ่น องค์การบริหารส่วนท้องถิ่นมีบทบาทพอสมควรในด้านการให้บริการ แต่เนื่องจากมีทรัพยากรจำกัดเทศบาลขนาดเล็กและสุขาภิบาลยังให้บริหารได้ไม่เด่นนัก ในภาคประชาชนองค์การพัฒนาเอกชนจำนวนมากทั้งในรูปมูลนิธิ สมาคม องค์การต่าง ๆ หรือแม้แต่วัด ต่างมีบทบาทสำคัญและมีผลงานที่เด่นหลายอย่าง

14. ถ้าพิจารณาความครอบคลุมของประชาชนภายใต้ระบบประกันสุขภาพในปี พ.ศ. 2539 มีประชาชนถึงร้อยละ 48 ได้รับสวัสดิการจากรัฐในรูปแบบต่าง ๆ แต่ถ้ารวมสวัสดิการข้าราชการ และรัฐวิสาหกิจอีกร้อยละ 11 ยอดรวมสูงถึงเกือบร้อยละ 60 ในขณะที่การประกันสุขภาพภาคบังคับและการประกันสุขภาพสมัครใจรวมกันเพียงร้อยละ 17 (แผนภาพที่ 2-1) การที่รัฐลงทุนเป็นส่วนใหญ่เช่นนี้แสดงถึงปรัชญาการสาธารณสุขของไทยที่ให้ความสำคัญแก่รัฐสวัสดิการ

แผนภาพที่ 2-1 ความครอบคลุมประชากรภายใต้ระบบประกันสุขภาพ พ.ศ. 2539



ที่มา: โครงการความร่วมมือระหว่างรัฐบาลไทยและสหภาพยุโรป (2540)

ปัจจัยนำเข้า : ทรัพยากรสาธารณสุข

15. ปัจจัยนำเข้าของระบบการดูแลสุขภาพมีหลายประการตามแผนภาพ 1-2 คือ นโยบายสาธารณสุข องค์ประกอบทางชีวการแพทย์ องค์ประกอบทางประชากรศาสตร์ องค์ประกอบทางพฤติกรรม และองค์ประกอบเกี่ยวกับความต้องการของประชาชน แต่ในที่นี้ขอพิจารณาเพียงองค์ประกอบที่เกี่ยวข้องกับการบริหารจัดการได้แก่

- ทรัพยากรมนุษย์ทางการแพทย์และสาธารณสุข
- ทรัพยากรเงินหรืองบประมาณ
- ทรัพยากรอาคารสถานที่ เครื่องมือ เครื่องใช้ เวชภัณฑ์

● ทรัพยากรมนุษย์

16. ทรัพยากรมนุษย์ทางการแพทย์และสาธารณสุขเป็นบุคลากรวิชาชีพ ที่ได้รับการฝึกอบรมเป็นอย่างดี บุคลากรดังกล่าวรวมทั้งแพทย์ (เวชปฏิบัติทั่วไปและเฉพาะทาง) ทันตแพทย์ เภสัชกร เทคนิคการแพทย์ นักโภชนาการ นักกายภาพบำบัด นักสุขาภิบาล พยาบาล ฯลฯ นอกจากนี้ยังมีผู้ประกอบวิชาชีพแพทย์แผนโบราณ และได้รับใบประกอบโรคศิลปะแผนโบราณด้วย ส่วนกำลังคนที่เป็นกำลังสำคัญของการสาธารณสุขมูลฐาน ได้แก่ อาสาสมัครสาธารณสุข ซึ่งกระจายอยู่ทุกหมู่บ้านทั่วประเทศ การผลิตบุคลากรวิชาชีพส่วนใหญ่เป็นภารกิจของสถาบันของรัฐ แต่ยังไม่เพียงพอ ถ้าหากเทียบจำนวนแพทย์และบุคลากรทางแพทย์ต่อประชากรแล้ว ประเทศไทยมีอัตราส่วนแพทย์ค่อนข้างน้อย ถ้าพิจารณาอัตราส่วนในต่างจังหวัดด้วยแล้วยังน่าเป็นห่วงมาก ในด้านคุณภาพของบุคลากรเป็นที่ยอมรับกันได้ เพราะมีกฎหมายควบคุมและมีหน่วยงานวิชาชีพอิสระควบคุมการประกอบวิชาชีพเวชกรรมและพยาบาล กับมีกฎหมาย

และคณะกรรมการควบคุมการประกอบโรคศิลปะอีกชั้นหนึ่ง ประเด็นสำคัญที่จำเป็นต้องพิจารณาอย่างละเอียดคือ ความเพียงพอของบุคลากรทางการแพทย์ (ในแต่ละสายอาชีพ) การกระจายบุคลากรดังกล่าว และนโยบายและผลิตบุคลากรดังกล่าว เพื่อรองรับจำนวนประชากรกับความต้องการของประชาชนในด้านสาธารณสุข นักวิชาการทั้งด้านเศรษฐศาสตร์และทางแพทย์ (เทียนฉาย กิระนันท์ 2531) มักเห็นว่าบุคลากรบางกลุ่ม เช่น แพทย์มีเพียงพอแล้วและควรให้ความสำคัญในการผลิตบุคลากร เพื่อรองรับการสาธารณสุขมูลฐาน บางคนถึงกับกล่าวว่า ถ้าปล่อยให้เกิดแพทย์มาก ๆ จะเกิดการล้นงาน ดังกรณีอิตาลี ซึ่งในกรณีของประเทศไทยไม่น่าเป็นเช่นนั้น ถ้าพิจารณาจำนวนแพทย์ต่อประชากรในปี 2508, 2527 และ 2538 จะเห็นได้ชัดเจนว่ามีอัตราที่น่าเป็นห่วง โดยเฉพาะอย่างยิ่งเมื่อเทียบกับต่างประเทศ ถ้าพิจารณาการกระจายบุคลากรระหว่างกรุงเทพมหานคร ภาค เมืองใหญ่ เมืองเล็ก และชนบท ภาพความขาดแคลนบุคลากรจะเด่นชัดมากขึ้นในกรณีของทันตแพทย์

ตารางที่ 2-2 ทรัพยากรมนุษย์ในระบบการดูแลสุขภาพของประเทศไทย

ทรัพยากรมนุษย์	2522	2529	2530
ประชากรต่อเตียง	752	629	501
ประชากรต่อแพทย์	6,956	5,739	4,180
ประชากรต่อทันตแพทย์	45,071	38,077	20,301
ประชากรต่อเภสัชกร	19,455	15,828	10,104
ประชากรต่อพยาบาล	2,676	1,297	1,092
ประชากรต่อผดุงครรภ์	5,183	8,335	6,103
ประชากรต่อสถานอนามัย	6,619	6,799	NA

ที่มา : เทียนฉาย กิระนันท์ (2531) สำนักนโยบายและแผนสาธารณสุข (2540)

ตารางที่ 2-3 อัตราแพทย์และพยาบาลต่อประชากรเปรียบเทียบกับบางประเทศ

ประเทศ	แพทย์ต่อประชากร			พยาบาลต่อประชากร		
	2508	2527	2537	2508	2527	2537
ไทย	7,160	6,290	4,165	4,970	710	1,150*
ศรีลังกา	5,820	5,520	NA	3,220	1,290	NA
มาเลเซีย	6,220	193	NA	1,320	1,010	NA
ฟิลิปปินส์	NA	6,700	NA	1,130	2,740	NA
สิงคโปร์	1,900	1,310	NA	600	340	NA
อินโดนีเซีย	31,700	9,460	NA	9,490	1,260	NA
ญี่ปุ่น	970	660	NA	410	180	NA
ออสเตรเลีย	720	440	NA	150	110	NA
อาเจนตินา	600	370	NA	610	980	NA
สหรัฐอเมริกา	670	470	NA	310	70	NA
สหราชอาณาจักร	870	680	NA	200	120	NA

ที่มา : Griffin (1992) , สำนักนโยบายและแผนสาธารณสุข (2540)

* เฉพาะพยาบาลวิชาชีพ

ตารางที่ 2-4 การผลิตแพทย์ ทันตแพทย์ เกษตรกร พยาบาลวิชาชีพและพยาบาลระดับต้น การสูญเสีย และจำนวนที่มีอยู่จริง

	แพทย์			ทันตแพทย์			เกษตรกร			พยาบาลวิชาชีพ		
	ผลิตได้	สูญเสีย (3 %)	มีอยู่จริง	ผลิตได้	สูญเสีย (2 %)	มีอยู่จริง	ผลิตได้	สูญเสีย (3 %)	มีอยู่จริง	ผลิตได้	สูญเสีย (3.3 %)	มีอยู่จริง
2530	699	276	9,209	223	NA	3,164	474	171	5,721	3,464	1,076	32,563
2531	765	289	9,632	266	63	3,101	481	181	6,024	4,220	1,155	34,924
2532	792	303	10,108	309	67	3,300	513	190	6,324	4,519	1,257	37,989
2533	794	318	10,597	316	72	3,537	550	199	6,647	4,911	1,365	41,217
2534	876	332	11,073	317	77	3,776	550	210	6,998	5,235	1,482	44,797
2535	876	348	11,617	330	81	4,012	580	220	6,338	5,235	1,607	48,550
2536	906	364	12,145	370	87	4,255	600	231	7,698	5,235	1,727	52,178
2537	936	380	12,681	380	92	4,533	600	242	8,067	5,235	1,843	55,686
2538	936	397	13,243	380	98	4,815	20	253	8,425	5,235	1,955	59,078
จำนวนจริง	-	-	14,181	-	-	2,920	-	-	5,867	-	-	54,262
2539	936	413	13,782	380	103	5,092	620	264	8,792	5,235	2,064	62,358
2540	936	429	14,305	380	109	5,363	620	274	9,148	5,235	2,169	65,529
2541	936	444	14,812	380	115	5,628	620	285	9,494	5,235	2,270	68,595
2542	936	459	15,304	380	120	5,888	620	295	9,829	5,235	3,368	71,560
2543	936	473	15,781	380	125	6,143	620	304	10,154	5,230	2,463	74,427
2544	936	487	16,244	380	NA	NA	620	314	10,470	5,235	2,535	77,199

ที่มา : วิจารณ์ พานิช (2531) , สำนักงานนโยบายและแผนสาธารณสุข (2540)

ตารางที่ 2-5 การกระจายทรัพยากรมนุษย์ในกรุงเทพมหานครและต่างจังหวัด พ.ศ. 2537

พื้นที่	แพทย์ ต่อประชากร	ทันตแพทย์ ต่อประชากร	เภสัชกร ต่อประชากร	พยาบาลวิชาชีพ ต่อประชากร
ทั่วประเทศ	4,165	19,677	10,532	1,150
กรุงเทพมหานคร	940	4,561	2,320	356
ที่อื่น	6,510	30,174	16,763	1,501
ภาคกลาง	5,178	25,074	21,445	1,704
ภาคเหนือ	6,090	35,308	23,976	903
ภาคใต้	5,875	26,376	17,833	1,275
ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ	10,885	51,843	41,646	1,386

ที่มา : สำนักนโยบายและแผนสาธารณสุข (2540)

● ทรัพยากรเงิน

17. สถานะสุขภาพของประชาชนขึ้นอยู่กับทรัพยากรเป็นอย่างมาก ในปี พ.ศ. 2533 ค่าใช้จ่ายเพื่อสุขภาพต่อประชากรเฉลี่ยในประเทศสมาชิกองค์การอนามัยโลกสูงถึง 327 ดอลลาร์ ค่าเฉลี่ย ในประเทศที่พัฒนาแล้ว 1,295 ดอลลาร์ (ถ้าไม่รวมกลุ่มประเทศที่กำลังเปลี่ยนแปลงในเครือสหภาพโซเวียต เดิมจะสูงถึง 1,860 ดอลลาร์) และเฉลี่ยในประเทศกำลังพัฒนา 36 ดอลลาร์ ของประเทศไทยสูงประมาณ 72 ดอลลาร์ ซึ่งนับว่าสูงมากในกลุ่มประเทศเอเชีย แต่น้อยกว่าญี่ปุ่น (1,538 ดอลลาร์) เกาหลีใต้ (365 ดอลลาร์) และสิงคโปร์ (215 ดอลลาร์) ข้อที่น่าสังเกตคือถ้าเปรียบเทียบค่าใช้จ่ายต่อประชากรดังกล่าว ประเทศไทยมีค่าใช้จ่ายสูงกว่ามาเลเซีย (71 ดอลลาร์) ศรีลังกา (18 ดอลลาร์) จีน (11 ดอลลาร์) (WHO 1975) แต่การปรับปรุงสถานะสุขภาพของประชากรกลับไล่เรี่ยหรือต่ำกว่าประเทศเหล่านี้ โดยเฉพาะอย่างยิ่งดัชนีเกี่ยวกับมารดาและเด็ก

18. รัฐบาลไทยให้ความสำคัญกับการสาธารณสุขโดยเพิ่มงบประมาณขึ้นทุกปี โดยเฉพาะอย่างยิ่ง เมื่อพิจารณาร้อยละของงบประมาณกระทรวงสาธารณสุขต่องบประมาณแผ่นดินทั้งสิ้น ซึ่งค่าใช้จ่ายเพื่อสุขภาพนี้รวมถึงงบประมาณของส่วนราชการอื่นๆ เช่น ทบวงมหาวิทยาลัย กระทรวงกลาโหม กระทรวงมหาดไทย และรัฐวิสาหกิจบางแห่งที่มีโรงพยาบาลด้วย อย่างไรก็ตามเมื่อพิจารณาแหล่งที่มาของทรัพยากรเงินที่ใช้จ่ายเพื่อสุขภาพ ปรากฏว่าค่าใช้จ่ายที่ประชาชนจ่ายเองกลับมีอัตราส่วนสูงกว่าค่าใช้จ่ายจากงบประมาณในอัตราส่วนประมาณ 70 : 30 และมี

แนวโน้มเพิ่มขึ้นตามลำดับ นอกจากนั้นเป็นไปได้ว่าการประกันสุขภาพจะมีบทบาทเพิ่มมากขึ้นตามลำดับ

19. ถ้าพิจารณาว่าประเทศไทยใช้จ่ายงบประมาณแผ่นดินในด้านใด เมื่อประมาณ 7-8 ปีก่อน ในส่วนของปีจึ้นนำเข้าเป็นเงินเดือนค่าจ้างถึงร้อยละ 48 ซึ่งสูงกว่าค่าเฉลี่ยของภูมิภาคเอเชีย (43) ค่าใช้จ่ายลงทุนร้อยละ 23 และค่าใช้จ่ายประจำร้อยละ 29 ในส่วนการบริการค่าใช้จ่ายของโรงพยาบาลหรือการบริการการแพทย์ระดับสูงและกลางสูงถึงร้อยละ 58 ซึ่งสูงกว่าเกณฑ์เฉลี่ยของภูมิภาคเอเชีย (56) และใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขมูลฐานและสถานอนามัยเพียงร้อยละ 42 ในช่วงเวลาเดียวกันนั้น จากข้อมูลของเทียนฉาย กิระนันท์ (2531) ค่าบริการการแพทย์ระดับกลางและระดับสูงนั้นสูงถึงร้อยละ 66 ขณะที่บริการการแพทย์ระดับต้นและระดับมูลฐานสูงเพียงร้อยละ 33 นอกจากนี้เทียนฉาย กิระนันท์ ยังเสนอว่าค่าใช้จ่ายเพื่อสุขภาพส่วนใหญ่เกินไปเพื่อบริการรักษาพยาบาล และประมาณร้อยละ 70 เป็นการซื้อยาเพียงร้อยละ 12 เท่านั้นที่ใช้เพื่อการส่งเสริมและป้องกันโรค นอกจากนี้อัตราส่วนค่าใช้จ่ายในเขตเมืองนั้นสูงกว่าเขตชนบท แม้ไม่มากแต่ถ้าพิจารณาว่าประชากรถึงกว่าร้อยละ 77 อยู่ในเขตชนบท ความไม่เท่าเทียมกันในการใช้จ่ายเพื่อสุขภาพระหว่างเขตเมืองและชนบทจึงเด่นชัดมาก ในด้านการใช้จ่ายเพื่อโรงพยาบาลหรือการให้บริการการแพทย์ระดับสูงและระดับกลางก็เช่นกัน มีลักษณะที่เอื้อประโยชน์กับชุมชนเมืองมากกว่าชนบท แสดงถึงความไม่เท่าเทียมกันในการใช้ทรัพยากร

ตารางที่ 2-6 งบประมาณกระทรวงสาธารณสุขต่องบประมาณแผ่นดินและ

ผลิตภัณฑ์มวลรวมภายใน

ปี	งบประมาณกระทรวงสาธารณสุข (ล้านบาท)	งบประมาณประเทศ (ล้านบาท)	ร้อยละของ งบประมาณของประเทศ	ร้อยละของ GDP	ค่าใช้จ่ายเพื่อสุขภาพทั้งนั้น (ล้านบาท)	ร้อยละของ GDP
2511	587.8	21,297	2.76	0.50	NA	NA
2516	1,023.2	31,580	3.24	0.47	NA	NA
2520	3,520.6	68,762	5.12	0.90	30,174	3.43
2525	6,625.3	161,000	4.13	0.81	41,890	4.56
2530	9,525.1	227,500	4.19	0.79	67,771	5.65
2535	24,676.8	NA	5.4	NA	148,455	5.9
2538	45,102.6	NA	6.5	NA	NA	NA

ที่มา : เทียนฉาย กิระนันท์ (2531)

ตารางที่ 2-7 อัตราส่วนงบประมาณด้านสาธารณสุขต่องบประมาณแผ่นดินเปรียบเทียบกับ
บางประเทศ

ประเทศ	อัตรางบประมาณด้านสาธารณสุขต่องบประมาณแผ่นดิน				
	2518	2523	2528	2533	2535
ไทย	2.8	5.3	7.0	6.1	8.1
ศรีลังกา	6.4	4.2	3.8	4.5	4.8
มาเลเซีย	8.5	5.3	6.4	6.8	5.9
ฟิลิปปินส์	3.2	3.3	4.1	3.3	4.1
อินโดนีเซีย	0.9	2.4	1.4	3.8	2.8

ที่มา : Griffin (1992) , WHO (1995)

ตารางที่ 2-8 ที่มาของการใช้จ่ายเพื่อสุขภาพ (%)

ประเทศ	รัฐบาล		รวมรัฐบาล	ส่วนตัว	ประกัน สุขภาพ
	รัฐบาลกลาง	รัฐบาลระดับ อื่น			
ไทย	30.3	0.0	30.5	69.1	0.6
ศรีลังกา	52.2	5.8	58.0	40.6	1.4
มาเลเซีย	72.7	4.1	76.9	23.1	0.1
ฟิลิปปินส์	22.8	3.9	26.7	69.3	4.0
อินโดนีเซีย	31.0	6.4	37.4	59.5	3.1

ที่มา : Griffin (1992)

ตารางที่ 2-9 แหล่งที่มาของค่าใช้จ่ายเพื่อสุขภาพของประเทศไทย

แหล่งที่มา	2527	2529	2530	2535
1. ภาครัฐ	27.9	26.0	24.2	24.5
กระทรวงสาธารณสุข	17.0	15.6	14.1	16.7
กระทรวงอื่น	6.9	6.5	6.0	3.2
สวัสดิการข้าราชการและลูกจ้าง	3.6	4.2	4.1	3.4
2. กองทุนเงินทดแทน	0.5	0.4	0.4	0.5
3. สวัสดิการพนักงานรัฐวิสาหกิจ	0.8	0.9	0.8	0.4
4. ประกันเอกชน	0.7	0.7	NA	0.3
5. ความช่วยเหลือต่างประเทศ	0.8	0.7	NA	0.7
6. ค่าใช้จ่ายครัวเรือน	71.2	73.2	NA	72.4
7. กองทุนประกันสังคม	-	-	-	1.2

ที่มา : Saguan Nitayarumphong (1997) สำนักนโยบายและแผนสาธารณสุข (2540)

ตารางที่ 2-10 การจัดสรรงบประมาณกระทรวงสาธารณสุขจำแนกตามลักษณะบริการ

ปีงบประมาณ	สาธารณสุขปฐมภูมิ (PM/C)	การดูแลสุขภาพขั้นต้น (TMC)	การดูแลสุขภาพขั้นกลาง (IMC)	การดูแลสุขภาพขั้นสูง (TMC)
2520	21.69	29.61	30.19	12.33
2525	23.04	28.77	29.53	12.50
2530	24.94	29.77	27.92	10.57

ที่มา : เทียนฉาย กิระนันท์ (2531)

ตารางที่ 2-11 การใช้จ่ายเพื่อสุขภาพจำแนกตามกลุ่มค่าใช้จ่ายเปรียบเทียบกับบางประเทศ

ประเทศ	พ.ศ.	ปีจ้จ่ายนำเข้า (%)			บริการ (%)	
		เงินเดือน ที่จ้จ่าย	งบ ประจำ	งบลงทุน	โรง พยาบาล	สถานียอนามัย การสาธารณสุข ชุมชน
ไทย	2528	48	29	23	58	42
ศรีลังกา	2529	44	44	12	70	30
มาเลเซีย	2529	67	19	14	59	41
ฟิลิปปินส์	2528	43	51	6	58	42
อินโดนีเซีย	2529	39	36	25	59	41

ที่มา : Griffin (1992)

● ทรัพยากรวัสดุอุปกรณ์

20. บริการสาธารณสุขของรัฐครอบคลุมทั้งประเทศจนถึงระดับตำบลและหมู่บ้าน แต่แน่นอนว่าทรัพยากรด้านต่าง ๆ รวมทั้งสถานบริการ เครื่องมืออุปกรณ์ และเทคโนโลยีการแพทย์มากระจุกตัวที่กรุงเทพมหานครและปริมณฑล กล่าวคือในเขตกรุงเทพมหานครและปริมณฑลมีทั้งโรงเรียนแพทย์ โรงพยาบาลทั่วไปของทั้งกระทรวงสาธารณสุข และกระทรวงทบวงกรมอื่น ตลอดจนรัฐวิสาหกิจ โรงพยาบาลและสถาบันเฉพาะโรค โรงพยาบาลชุมชนตลอดจนศูนย์บริการสาธารณสุขของกรุงเทพมหานคร ในภาคเอกชนมีโรงพยาบาลและสถานบริการระดับต่าง ๆ อีกมากมาย แต่ในต่างจังหวัดโดยเฉพาะชนบทนั้นมีความแตกต่างกันอย่างมาก ในปี พ.ศ. 2529 จำนวนเตียงในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ซึ่งมีจำนวนประชากรประมาณครึ่งหนึ่งของทั้งประเทศ มีน้อยกว่าในกรุงเทพมหานคร ภาคกลางและภาคเหนือ ถ้าพิจารณาจำนวนเตียงต่อประชากรกรุงเทพมหานคร มีมากกว่าภาคตะวันออกเฉียงเหนือถึงเกือบสี่เท่าตัว ในปี 2538 ได้มีการพัฒนาขึ้นแต่ก็ยังไม่น่าพอใจ

ตารางที่ 2-12 จำนวนเตียงกระจายตามภาคต่าง ๆ

พื้นที่	จำนวนประชากรต่อเตียง		
	2522	2529	2538
กรุงเทพมหานคร	337	343	221
ภาคกลาง	543	446	NA
ภาคเหนือ	980	770	NA
ภาคใต้	665	577	NA
ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ	1,511	1,148	NA
รวม	752	629	501

ที่มา: กองสถิติสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข (2530, 2530) สำนักนโยบายและแผนสาธารณสุข (2540)

ตารางที่ 2-13 สถานบริการดูแลสุขภาพ พ.ศ. 2530 - 2538

ระดับการปกครอง	สถานบริการ	จำนวน		ระดับ บริการ
		2530	2538	
ภาครัฐบาล				
กรุงเทพมหานคร	โรงพยาบาลโรงเรียนแพทย์	5	5	HMC
และปริมณฑล	โรงพยาบาลทั่วไป	18	29	
	กระทรวงสาธารณสุข	(4)	(5)	
	กระทรวงกลาโหม	(3)	(6)	
	กระทรวงมหาดไทย	(5)	(12)	
	รัฐวิสาหกิจ	(4)	(5)	
	อื่น ๆ	(2)	(1)	
	โรงพยาบาลเฉพาะโรคและสถาบันเฉพาะโรค	14	24	
	ศูนย์บริการสาธารณสุข	57	61/85	PMC
	โรงพยาบาลชุมชน 30 เตียง	2		HMC

ระดับการปกครอง	สถานบริการ	จำนวน		ระดับ บริการ
		2530	2538	
ภาคหรือเขต	โรงพยาบาลโรคทรนงอก		(1)	TMC
	โรงพยาบาลโรงเรียนแพทย์	3	5	
	โรงพยาบาลศูนย์ (500-1,000 เตียง)	17	17	
	โรงพยาบาลเฉพาะทาง	16	25	
	ศูนย์อนามัยแม่และเด็ก	(1)	(8)	PHC
	โรงพยาบาลจิตเวช	(5)	(8)	
	โรงพยาบาลประสาท	(3)	(2)	
	โรงพยาบาลโรคเรื้อน	(1)	(1)	
	โรงพยาบาลโรคติดต่อ		(1)	TMC
	สถาบันมะเร็ง		(1)	
จังหวัด	โรงพยาบาลทั่วไป (150-500 เตียง)	72	75	
2530 = 72	โรงพยาบาลทั่วไปสังกัด	34	51	SMC
2538 = 75	กระทรวงกลาโหม			
	ขนาดใหญ่	(2)		
	โรงพยาบาลค่าย/หน่วยรบ	(32)		
อำเภอ	โรงพยาบาลพยาบาลสาขา	89	4	SMC
2530 = 565	โรงพยาบาลชุมชน	557	708	
2538 = 729	10 เตียง	(376)		
81 กิ่งอำเภอ	30 เตียง	(131)		
	60 เตียง	(43)		PMC
	90 เตียง	(7)		

ระดับการปกครอง	สถานบริการ	จำนวน		ระดับ บริการ
		2530	2538	
ตำบล	ศูนย์บริการสาธารณสุขเทศบาล	128	132	PMC
				PHC
	สถานีอนามัย	7,649	9,239	PMC
				PHC
	2530 6,562			
	2538 7,195			
	หมู่บ้าน			
	สำนักงานสาธารณสุขชุมชน	478	522	PMC
				PHC
	บริการสาธารณสุขมูลฐานในหมู่บ้าน (หรือศูนย์สาธารณสุขมูลฐาน)	58,861	NA	PHC
ภาคเอกชน	ชนบท		61,432	
	เมือง		808	
	สถานพยาบาลที่มีเตียงรับผู้ป่วยไว้ค้างคืน (โรงพยาบาล)	466	430	TMC
				SMC
	แผนปัจจุบัน			
	สาขาเวชกรรม	300		
	สาขาผดุงครรภ์ชั้น 1	127		PMC
				PHC
	แผนโบราณ			SMC
	สาขาเวชกรรม	15		PMC
	สาขาผดุงครรภ์	24		PHC
	สถานพยาบาลที่ไม่มีเตียงรับผู้ป่วยไว้ค้างคืน (คลินิก)	12,515	12,184	PMC
				PHC

ระดับการปกครอง	สถานบริการ	จำนวน		ระดับ บริการ
		2530	2538	
	แผนปัจจุบัน			
	คลินิกแพทย์	7,283		
	เวชกรรมชั้น 2	79		SMC
	ผดุงครรภ์ชั้น 1	940		PMC
	ผดุงครรภ์ชั้น 2	896		PHC
	คลินิกทันตกรรม ชั้น 1	1,817		
	คลินิกทันตกรรม ชั้น 2	549		
	คลินิกกายภาพบำบัด	18		
	ตรวจชั้นสูตร (เทคนิคการแพทย์)	50		
	แผนโบราณ			
	สาขาเวชกรรม	878		PHC
	สาขาผดุงครรภ์	5		
	ร้านขายยาแผนปัจจุบัน (ยาอันตราย)	3,450	18,153	
	ร้านขายยาแผนปัจจุบัน (บรรจุเสร็จ)	5,385	18,153	
	ร้านขายยาแผนโบราณ	6,614	18,153	

ที่มา : บรรลุ ศิริพานิช (2531) สำนักนโยบายและแผนสาธารณสุข (2540)

21. สถานพยาบาลในประเทศไทยส่วนใหญ่อยู่ในภาครัฐบาล แม้ว่าหลังจากที่รัฐบาลให้การส่งเสริมการลงทุนในการจัดตั้งโรงพยาบาลเอกชน แต่ก็มีกระจุกตัวในกรุงเทพมหานครเป็นส่วนใหญ่ สถานพยาบาลของรัฐเกือบทั้งหมดสังกัดกระทรวงสาธารณสุข มีบางแห่งที่สังกัดกระทรวงกลาโหม กระทรวงมหาดไทย กระทรวงเกษตรและสหกรณ์ และรัฐวิสาหกิจต่าง ๆ สำหรับที่สังกัดทบวงมหาวิทยาลัยเป็นโรงพยาบาลโรงเรียนแพทย์ นอกจากนี้ ยังมีบางแห่งในสังกัดกรุงเทพมหานครซึ่งเป็นองค์การบริการส่วนท้องถิ่น ในส่วนภูมิภาค มีโรงพยาบาลโรงเรียนแพทย์ในสังกัดทบวงมหาวิทยาลัย โรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไปของกระทรวงสาธารณสุข และโรง

พยาบาลค่ายหรือหน่วยรบสังกัดกระทรวงกลาโหม ในระดับจังหวัด โรงพยาบาลทั่วไปและโรงพยาบาลชุมชนในระดับอำเภอ และศูนย์บริการสาธารณสุขสังกัดเทศบาลในชุมชนระดับจังหวัด และชุมชนอำเภอและตำบลขนาดใหญ่ ส่วนในระดับตำบลและหมู่บ้านมีสถานีนามัยและสำนักงานสาธารณสุขชุมชนกระจายอยู่ทั่วประเทศ

ตารางที่ 2-14 โครงสร้างสถานบริการสาธารณสุขของราชการ

	ราชการบริหาร ส่วนกลาง	ราชการบริหาร ส่วนภูมิภาค	ราชการบริหาร ส่วนท้องถิ่น
ระดับชาติ	กระทรวงสาธารณสุข โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลเฉพาะโรค กระทรวง ทบวง กรมต่าง ๆ โรงพยาบาลโรงเรียนแพทย์ โรงพยาบาลทั่วไป		
ระดับจังหวัด		โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป	กทม.โรงพยาบาลทั่วไป ศูนย์บริการสาธารณสุข เมืองพัทยา-เทศบาล ศูนย์บริการสาธารณสุข
ระดับอำเภอ		โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน/ สาขา	
ระดับตำบล		สถานีนามัย สำนักงานสาธารณสุข ชุมชน	

22. สำหรับทรัพยากรอุปกรณ์เครื่องมือเวชภัณฑ์และยา เพื่อการรักษาและป้องกันโรคต่าง ๆ ได้มีการพัฒนามาโดยตลอด จนกลายเป็นเทคโนโลยีการแพทย์ที่ค่อนข้างซับซ้อนและมีราคาแพง จนในระยะหลังเริ่มมีผู้ตั้งคำถามถึงประสิทธิผลเมื่อเทียบกับค่าใช้จ่าย และมีการเรียกร้องให้ประเทศที่กำลังพัฒนาหันมาใช้ “เทคโนโลยีที่เหมาะสม” เท่านั้น ในประเทศไทยค่าใช้จ่ายเพื่อสุขภาพประมาณร้อยละ 70 เป็นค่าใช้จ่ายเกี่ยวกับยา ส่วนใหญ่ผลิตเองภายในประเทศ โดยมีโรงงานประมาณ 200 แห่ง ผลิตยาทั้งแผนปัจจุบันและแผนโบราณกว่า 20,000 ตำรับ ที่ขึ้นทะเบียนไว้แล้ว อย่างไรก็ตามกระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดนโยบายบัญญัติหลักแห่งชาติขึ้น เป็นการควบคุมการจัดหายา เป็นการเพิ่มประสิทธิภาพ สำหรับเครื่องมือแพทย์นั้น ผลิตเองหรือนำเข้ามาจากต่างประเทศ แต่ในระยะหลังมีการนำเข้าเครื่องมืออุปกรณ์ราคาแพงหรือบางชนิดไม่มีมาตรฐาน จึงต้องมีการตราพระราชบัญญัติเครื่องมือแพทย์ พ.ศ. 2531 ขึ้น

ตารางที่ 2-15 อุปกรณ์การแพทย์ที่สำคัญและการกระจาย

อุปกรณ์การแพทย์ที่สำคัญ	กรุงเทพมหานคร จำนวนเครื่อง (ร้อยละ)	ภูมิภาค จำนวน เครื่อง (ร้อยละ)	รวม		หมายเหตุ
			รัฐ	เอกชน	
1. เครื่องเอ็กซเรย์คอมพิวเตอร์	88 (42.9)	117 (57.1)	59	146	
2. เครื่องแม่เหล็กไฟฟ้า	15	5	8	12	
3. เครื่องสลายนิ่ว	14	23	19	18	
4. เครื่องเลเซอร์	75	27	36	66	
5. เครื่องอัลตราซาวด์	197	317	259	309	

ที่มา : วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร และคณะ (2537) สำนักนโยบายและแผนสาธารณสุข (2540)

องค์การบริหารจัดการ

23. การบริการสาธารณสุขในภาครัฐมิได้ดำเนินการโดยกระทรวงสาธารณสุขเท่านั้น มีหน่วยงานของรัฐหลายหน่วยเสนอบริการเช่นเดียวกัน บริการดังกล่าวจึงขาดเอกภาพ ต่างฝ่ายต่างทำขาดการกำหนดนโยบายและวางแผนร่วมกัน ต่างแก่งแย่งทรัพยากรที่มีอยู่จำกัดเพื่อขยายงานของตน ซึ่งไม่เกิดผลดีแก่ส่วนรวมเลย แม้แต่ระบบส่งต่อผู้ป่วยในยามฉุกเฉินยังล้มเหลวบ่อยครั้ง นอกจากนี้ยังมีความสับสนระหว่างราชการบริหารส่วนกลาง ส่วนภูมิภาค และส่วนท้องถิ่น ตลอดจนละเลยบทบาทของภาคประชาชน ซึ่งมีส่วนสำคัญอย่างมากในการแก้ปัญหาสาธารณสุขหลายอย่าง

24. จุดเด่นของการบริหารจัดการสาธารณสุขในประเทศไทยคือ สามารถเสนอบริการที่มี ขอบข่ายครอบคลุมทั่วประเทศจนถึงระดับตำบลหมู่บ้านดังกล่าวแล้ว สถานื่อนามัยและโรงพยาบาลชุมชนได้กลายเป็นสถานบริการที่มีสมรรถนะสูง สำหรับโรงพยาบาลทั่วไปนั้นสามารถให้บริการทางการแพทย์ระดับกลาง หรือบริการที่ต้องดูแลโดยบุคลากรซึ่งเป็นแพทย์ แต่ไม่ถึงขนาดต้องใช้แพทย์ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทางเพื่อการดูแลรักษา โรงพยาบาลชุมชนจำนวนมากมี แพทย์เฉพาะทางอยู่เหมือนกันและมีบริการค่อนข้างหลากหลาย ทั้งด้านเกี่ยวกับสาธารณสุข อายุรกรรม กุมารเวชกรรม สูติรีเวชกรรม ศัลยกรรม จักษุ โสต สอน นาสิก และลาริงซ์วิทยา บริการเภสัชกรรม และบริการด้านชันสูตรและเอกซเรย์ แต่มีความแตกต่างกันระหว่างโรงพยาบาลชุมชนขนาดเล็ก (10 เตียง) ขนาดกลาง (30 เตียง) และขนาดใหญ่ (60 เตียง) อย่างไรก็ตามโรงพยาบาลชุมชนจำนวนมากยังมีแพทย์คนเดียวและขาดแคลนบุคลากรทั้งทันตแพทย์ เภสัชกร นักวิทยาศาสตร์การแพทย์ และวิสัญญีพยาบาล (สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ และคณะ, 2532) ปัญหาดังกล่าวกระทรวงสาธารณสุขได้พยายามแก้ไขปัญหามานานแล้วตั้งแต่โรงพยาบาลอำเภอขึ้นเป็นครั้งแรกเมื่อยี่สิบปีก่อน แต่ก็ยังไม่สำเร็จ ปัจจุบันโรงพยาบาลชุมชนจำนวน ไม่น้อยที่ไม่มีแพทย์ประจำ

ตารางที่ 2-16 องค์การภาครัฐที่เกี่ยวข้องกับสาธารณสุข

สถานพยาบาล	กระทรวงสาธารณสุข	กระทรวงกลาโหม	กระทรวงมหาดไทย	กระทรวงเกษตรและสหกรณ์	ทบวงมหาวิทยาลัย	ทบวง	เทศบาล (เมือง)
โรงพยาบาลโรงเรียนแพทย์		✓			✓		
โรงพยาบาลทั่วไป	✓	✓	✓	✓		✓	
โรงพยาบาลเฉพาะโรค	✓						
โรงพยาบาลศูนย์/ทั่วไป	✓						
โรงพยาบาลชุมชน	✓						
สถานอนามัย	✓						
ศูนย์บริการสาธารณสุข						✓	✓

หมายเหตุ

(1) ไม่รวมรัฐวิสาหกิจ

(2) โรงพยาบาลโรงเรียนแพทย์ เช่น

โรงพยาบาลทั่วไป

เช่น

โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ โรงพยาบาลศิริราช โรงพยาบาลรามธิบดี(ทบวงมหาวิทยาลัย) โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า (กลาโหม)

โรงพยาบาลราชวิถี (สาธารณสุข) โรงพยาบาลภูมิพล (กลาโหม)โรงพยาบาล ตำรวจ โรงพยาบาลกรมราชทัณฑ์ (มหาดไทย) โรงพยาบาลชลประทาน(กระทรวงเกษตรและสหกรณ์) โรงพยาบาลยาสูบ โรงพยาบาลบุรีดิตร โรงพยาบาลท่าเรือ(รัฐวิสาหกิจ) โรงพยาบาลกลาง โรงพยาบาลตากสิน(กทม.)

โรงพยาบาลเฉพาะโรค

เช่น

โรงพยาบาลประสาท โรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าพระยา โรงพยาบาลโรคทรวงอก (สาธารณสุข)

โรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป เช่น

โรงพยาบาลในระดับจังหวัด (สาธารณสุข)

โรงพยาบาลชุมชน

เช่น

โรงพยาบาลในระดับอำเภอ (สาธารณสุข)

25. ตามพระราชบัญญัติปรับปรุงกระทรวงทบวงกรม พ.ศ.2534 ลงวันที่ 27 สิงหาคม 2534 มกราคม 2527 กำหนดอำนาจหน้าที่ของกระทรวงสาธารณสุขไว้ว่า “กระทรวงสาธารณสุขมีอำนาจหน้าที่เกี่ยวกับการแพทย์ การสาธารณสุข การส่งเสริมและพัฒนาสุขภาพอนามัย การควบคุมอาหารและยา รวมทั้งสิ่งทีอาจจะเป็นพิษหรือเป็นภัยแก่สุขภาพอนามัย และการกำกับดูแลและส่งเสริมกิจการกาชาด

ดังนี้พันธกิจของกระทรวงสาธารณสุขจึงได้แก่ การส่งเสริม สนับสนุน ควบคุม และประสานกิจกรรมทุกประเภทที่เกี่ยวกับสุขภาพของกายและจิต ตลอดจนความเป็นอยู่ของประชาชน และการจัดให้มีบริการสาธารณสุขเพื่อให้เป็นไปตามวัตถุประสงค์สี่ประการคือ

(1) เพื่อให้ประชาชนชาวไทยมีสุขภาพสมบูรณ์ทั้งกายและจิต ตลอดจนอยู่ในสังคมได้ด้วยความสุข

(2) เพื่อให้ประชาชนชาวไทยปราศจากโรคภัยไข้เจ็บต่าง ๆ อันอาจทำให้ทุกข์กายด้วยการป้องกันโรค การวินิจฉัยโรคแต่แรกเป็นการรักษาพยาบาลให้หายป่วยทันที การกำจัดความพิการ และปรับปรุงฟื้นฟูสภาพ

(3) เพื่อให้ประชาชนชาวไทยมีอายุยืนยาว ไม่เสียชีวิตก่อนถึงวัยอันสมควร

(4) เพื่ออารักขาสวัสดิภาพของประชาชนให้พ้นจากอุปัทวันตรายต่าง ๆ (ภัยจากสิ่งแวดล้อมเป็นพิษ จากอาหาร และยาเป็นพิษ ฯลฯ) (สถาบันที่ปรึกษาเพื่อพัฒนาประสิทธิภาพในราชการ 2540)

26. โครงสร้างการจัดองค์การกระทรวงสาธารณสุขในปัจจุบันแตกต่างจากการปรับปรุงครั้งสำคัญเมื่อ พ.ศ.2517 เพียงเล็กน้อย การบริหารราชการแบ่งออกเป็น 2 ส่วน คือ

(1) ราชการบริหารส่วนกลาง

(2) ราชการบริหารส่วนภูมิภาค

ส่วนกลาง ประกอบด้วยสำนักงานเลขาธิการรัฐมนตรี และสำนักงานปลัดกระทรวงและส่วนราชการอื่น ๆ ที่มีฐานะเทียบเท่ากรมอีก 6 ส่วน ได้แก่

กรมอนามัย

กรมการแพทย์

กรมควบคุมโรคติดต่อ

กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์

กรมสุขภาพจิต

สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา

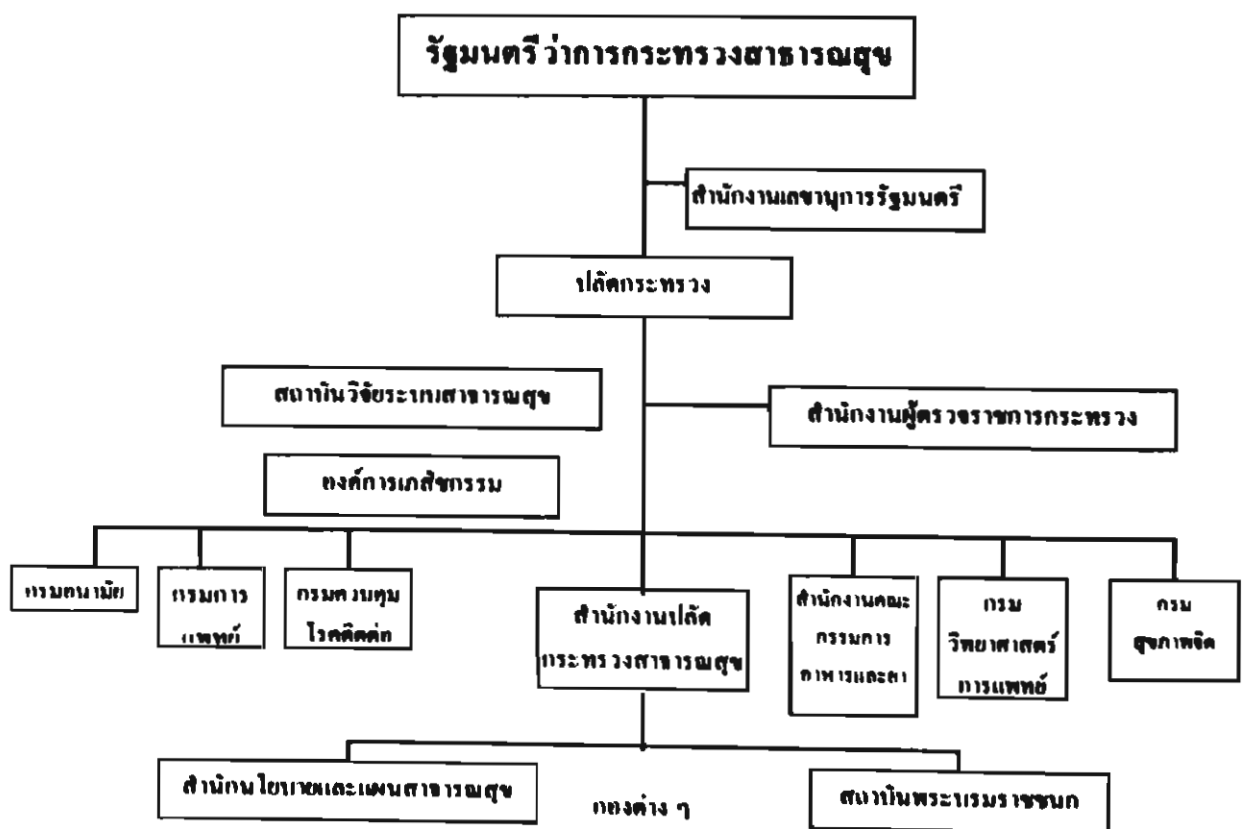
รัฐวิสาหกิจ 1 แห่ง คือ องค์การเภสัชกรรม

มีหน่วยงานอิสระภายใต้การกำกับดูแลของกระทรวงสาธารณสุข คือ สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข สำหรับหน่วยงานในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงมีหน่วยงานระดับเหนือกว่ากองแต่ต่ำกว่ากรม คือ สำนักนโยบายและแผนสาธารณสุข และสถาบันพระบรมราชชนก

ส่วนภูมิภาค ประกอบด้วยสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด มีนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดเป็นผู้บังคับบัญชา ส่วนในระดับอำเภอและกิ่งอำเภอมีสาธารณสุขอำเภอและกิ่งอำเภอตามลำดับ

นอกจากนี้ ยังมีหน่วยงานในราชการบริหารส่วนกลางในลักษณะศูนย์ เขต หรือหน่วยงานที่เรียกชื่ออย่างอื่น ตลอดจนโรงพยาบาลเฉพาะโรคอยู่ตามจังหวัดต่าง ๆ ด้วย

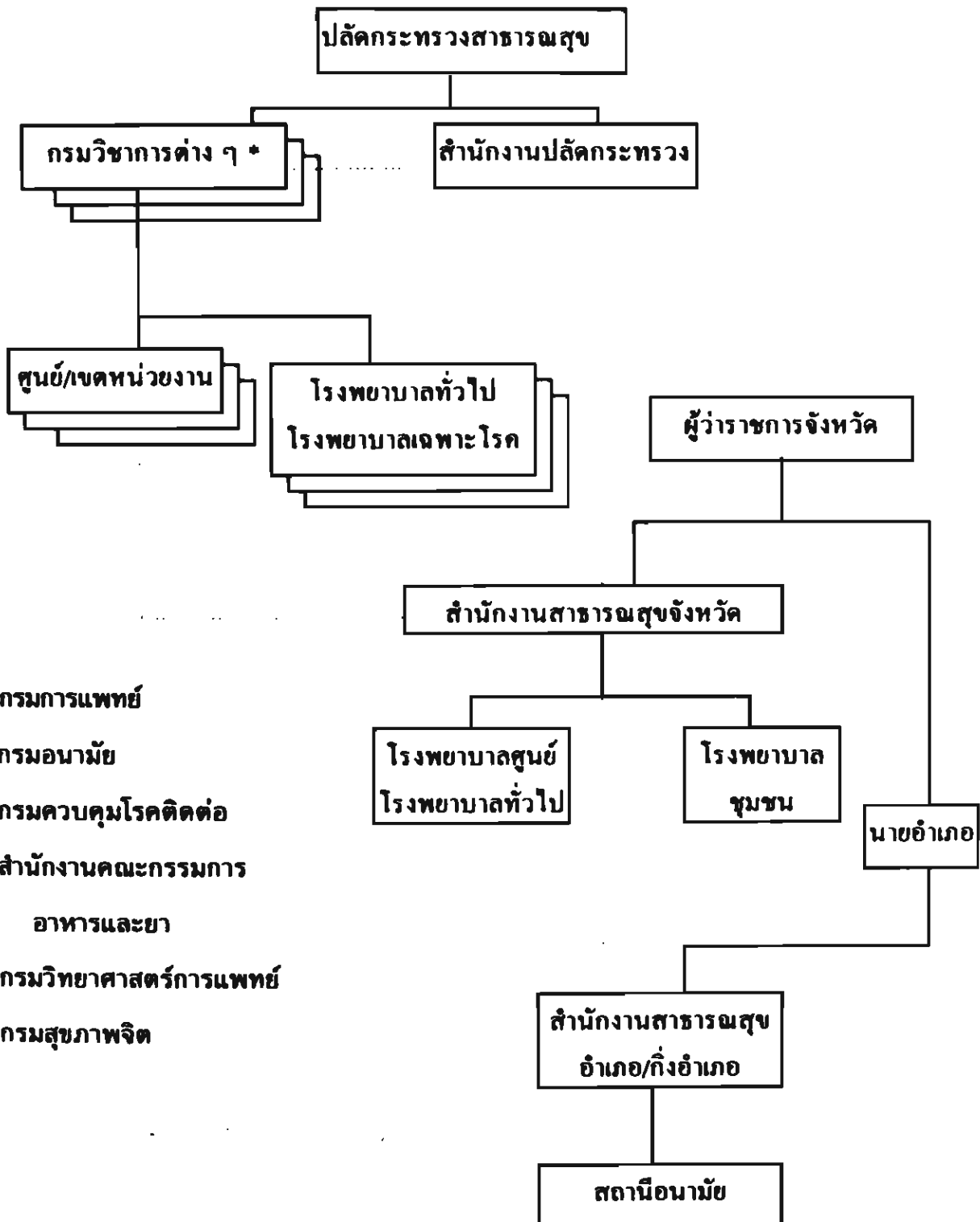
แผนภาพที่ 2-2 โครงสร้างการจํากัดองค์การกระทรวงสาธารณสุข (1)



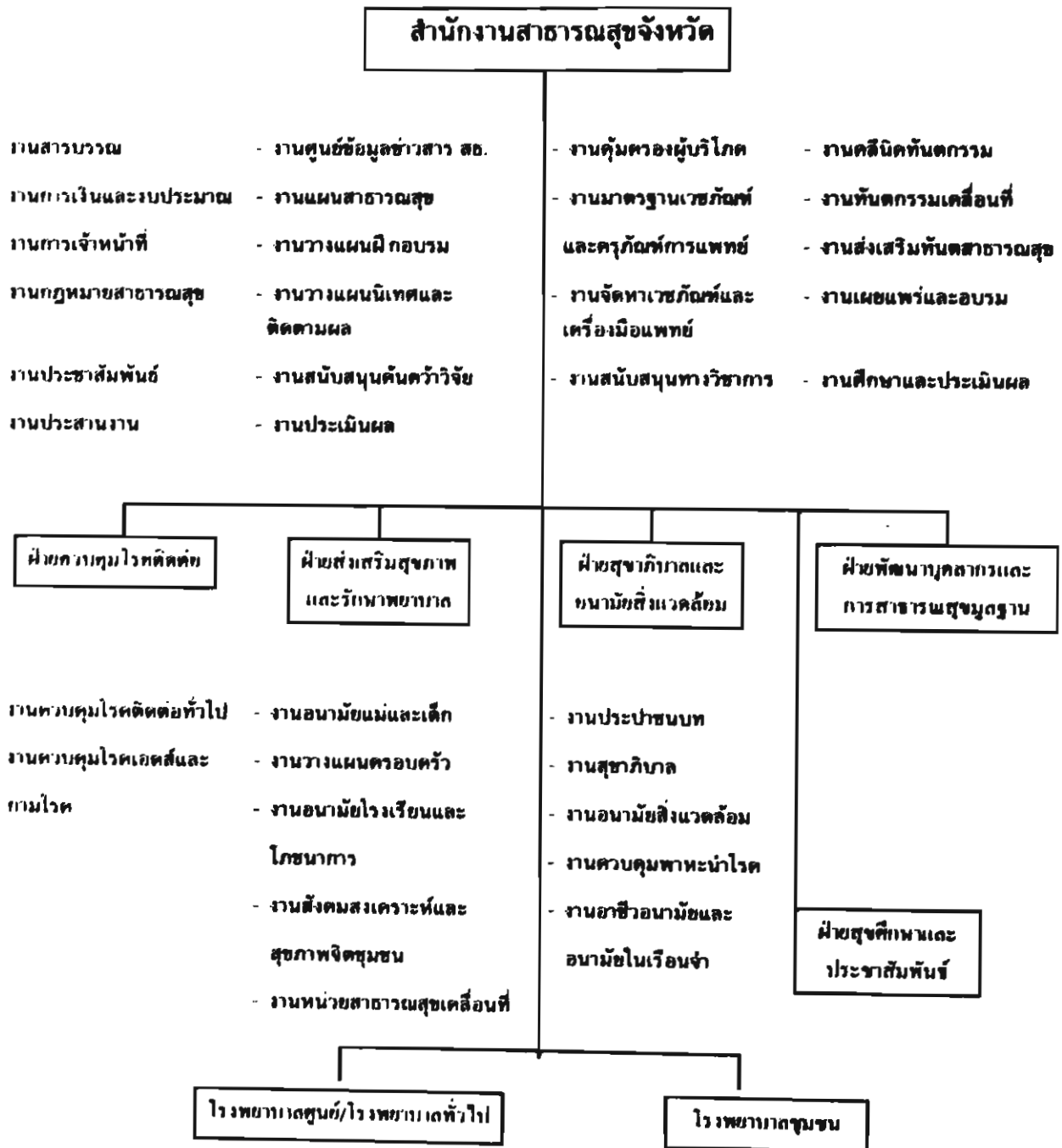
แผนภาพที่ 2-3 โครงสร้างการจัดองค์การกระทรวงสาธารณสุข (2)

ราชการบริหารส่วนกลาง

ราชการบริหารส่วนภูมิภาค



แผนภาพ 2-4 โครงสร้างการจัดองค์การกระทรวงสาธารณสุข (3)



แผนภาพที่ 2-5 โครงสร้างการจัดองค์การกระทรวงสาธารณสุข (4)



27. โครงสร้างการบริหารของกระทรวงสาธารณสุขค่อนข้างเอื้ออำนวยในการแบ่งอำนาจสู่ระดับภูมิภาคและเป็นจุดเริ่มต้นสำคัญที่สามารถกระจายอำนาจสู่ระดับท้องถิ่น โดยให้ชุมชนและภาคประชาชนมีส่วนร่วมในการวางแผนดำเนินงานและจัดสรรทรัพยากรในท้องถิ่น แต่การกระจายอำนาจดังกล่าว จะทำได้ต่อเมื่อมีการแก้ไขกฎหมาย ระเบียบ ข้อบังคับอีกมาก การเพิ่มทรัพยากรและสมรรถนะขององค์กรบริหารท้องถิ่น การปรับพฤติกรรมของบุคลากรระดับต่างๆ ในกระทรวง สาธารณสุขและในส่วนภูมิภาค ฯลฯ

28. กระทรวงสาธารณสุขมีอำนาจหน้าที่ตามกฎหมายสาธารณสุขหลายฉบับ ทั้งระดับประเทศ และระดับท้องถิ่น

ระดับประเทศ แบ่งเป็น

(1) กฎหมายเกี่ยวกับการควบคุมและป้องกันโรค เช่น พระราชบัญญัติโรคติดต่อ พ.ศ. 2523 พระราชบัญญัติป้องกันโรคพิษสุนัขบ้า พ.ศ. 2498 พระราชบัญญัติโรคระบาดสัตว์ พ.ศ. 2499 พระราชบัญญัติเชื้อโรคและพิษจากสัตว์ พ.ศ. 2525

- กฎหมายเกี่ยวกับการควบคุมและป้องกันโรคจากเนื้อสัตว์ เช่น
พระราชบัญญัติการฆ่าและจำหน่ายเนื้อสัตว์ พ.ศ. 2502
พระราชบัญญัติควบคุมคุณภาพอาหารสัตว์ พ.ศ. 2525
- กฎหมายเกี่ยวกับอาหาร เช่น
พระราชบัญญัติอาหาร พ.ศ. 2522
- กฎหมายเกี่ยวกับยา ยาเสพติดให้โทษ และวัตถุที่ออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาท เช่น
พระราชบัญญัติยา พ.ศ. 2510
พระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ พ.ศ. 2522
พระราชบัญญัติป้องกันและปราบปรามยาเสพติด พ.ศ. 2519
- กฎหมายว่าด้วยวัตถุมีพิษ เช่น
พระราชบัญญัติวัตถุมีพิษ พ.ศ. 2510
- กฎหมายว่าด้วยเครื่องสำอาง เช่น
พระราชบัญญัติเครื่องสำอาง พ.ศ. 2517
- กฎหมายอื่น ๆ เช่น
พระราชบัญญัติปรมการค้าโสเภณี พ.ศ. 2503

พระราชบัญญัติสุสานและฌาปนสถาน พ.ศ. 2528

พระราชบัญญัติคนเข้าเมือง พ.ศ. 2522

(2) กฎหมายที่เกี่ยวข้องกับคนหรือกลุ่มชน

- กฎหมายว่าด้วยการคุ้มครองผู้บริโภค เช่น

พระราชบัญญัติคุ้มครองผู้บริโภค พ.ศ. 2522

- กฎหมายว่าด้วยการควบคุมการประกอบวิชาชีพการแพทย์และสาธารณสุข เช่น

พระราชบัญญัติควบคุมการประกอบโรคศิลปะ พ.ศ. 2479

พระราชบัญญัติวิชาชีพเวชกรรม พ.ศ. 2525

พระราชบัญญัติวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ พ.ศ. 2528

พระราชบัญญัติควบคุมการบำบัดโรคสัตว์ พ.ศ. 2505

- กฎหมายเกี่ยวกับการควบคุมสถานพยาบาล เช่น

พระราชบัญญัติสถานพยาบาล พ.ศ. 2504

- กฎหมายเกี่ยวกับการควบคุมเครื่องมือแพทย์ เช่น

พระราชบัญญัติเครื่องมือแพทย์ พ.ศ. 2531

- กฎหมายอื่น ๆ เช่น ประมวลกฎหมายอาญา

(3) กฎหมายที่เกี่ยวข้องกับสภาพแวดล้อม เช่น พระราชบัญญัติการสาธารณสุข

พ.ศ. 2535 พระราชบัญญัติรักษาความสะอาดและความเป็นระเบียบเรียบร้อยของบ้านเมือง

พ.ศ. 2535 พระราชบัญญัติโรงงาน พ.ศ. 2512 พระราชบัญญัติส่งเสริมและรักษาคุณภาพสิ่งแวดล้อม พ.ศ. 2535 ฯลฯ

พ.ศ. 2535 พระราชบัญญัติโรงงาน พ.ศ. 2512 พระราชบัญญัติส่งเสริมและรักษาคุณภาพสิ่งแวดล้อม พ.ศ. 2518 ฯลฯ

ระดับท้องถิ่น กฎหมายท้องถิ่นมีผลใช้บังคับเฉพาะในท้องถิ่นนั้น ๆ ได้แก่ ข้อบัญญัติของกรุงเทพมหานคร ข้อบังคับองค์การบริหารส่วนจังหวัด เทศบัญญัติ ข้อบังคับเมืองพัทยา ข้อบังคับสุขาภิบาล และข้อบังคับองค์การบริหารส่วนตำบล องค์การบริหารส่วนท้องถิ่นต่าง ๆ มีอำนาจหน้าที่ตามกฎหมายเกี่ยวกับการดูแลการรักษาสภาพแวดล้อมและป้องกันมลภาวะ การป้องกันรักษาโรคระบาด และการสาธารณสุข กฎหมายท้องถิ่นดังกล่าวมักมีลักษณะที่คล้ายคลึงกัน ดังนี้

- การควบคุมการค้า ซึ่งเป็นที่น่ารังเกียจหรืออาจเป็นอันตราย
- การควบคุมการค้าอาหารหรือน้ำแข็งในสถานที่เอกชน
- การกำจัดมูลฝอยสิ่งปฏิกูลและสิ่งเปราะเปื้อน

ตลาดสาธารณะ

การรักษาความสะอาด และความเป็นระเบียบเรียบร้อย

ตลอดเลกชน

การควบคุมแผงลอย

29. ในการปฏิบัติราชการประจำวัน ข้าราชการกระทรวงสาธารณสุขจะต้องติดต่อประสานงานอย่างใกล้ชิดกับหน่วยงานต่าง ๆ อยู่เป็นประจำ โดยเฉพาะหน่วยงานกลาง เช่น สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ สำนักงาน ก.พ. สำนักงานงบประมาณ กรมบัญชีกลาง และสำนักงานตรวจเงินแผ่นดิน กับต้องปฏิบัติตามระเบียบข้อบังคับต่าง ๆ โดยเฉพาะกฎหมายและระเบียบเกี่ยวกับการเงินการคลัง งบประมาณ พัสดุ และการบริหารงานบุคคล ตลอดจนกฎหมายระเบียบราชการบริหาร เช่น ประกาศและคณะปฏิวัติฉบับที่ 218 และพระราชบัญญัติบริหารราชการแผ่นดิน พ.ศ. 2534

สรุป

30. นับตั้งแต่การสถาปนากรมพยาบาลเมื่อ 110 ปีที่แล้ว กิจกรรมสาธารณสุขในประเทศไทยได้ก้าวหน้าอยู่ในระดับชั้นนำของภูมิภาคเอเชีย มีบริการครอบคลุมทั่วประเทศจนถึงระดับตำบล

และหมู่บ้าน มีบริการสุขภาพในระดับสูง หรือบริการการแพทย์ที่มีผู้ชำนาญเฉพาะทางที่มีฝีมือเป็นที่ยอมรับกันทั่วไป ในระดับจังหวัด มีโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไป ซึ่งมีบริการครบครัน และผสมผสานทั้งด้านการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันการรักษา และการฟื้นฟู ส่วนระดับอำเภอมีโรงพยาบาลชุมชน ซึ่งมีสมรรถนะสูงเพียงพอในระดับหนึ่ง กับมีบริการส่งต่อคนไข้ (referral) ไปยังโรงพยาบาลศูนย์หรือโรงพยาบาลทั่วไป ซึ่งมีแพทย์และอุปกรณ์ครบครันกว่า ในระดับตำบลมีสถานีอนามัย ซึ่งเน้นบริการสาธารณสุขอยู่หลายหมื่นคน ซึ่งได้รับการฝึกอบรมดำเนินการช่วยเหลือตนเอง ครอบครัว และเพื่อนบ้านในงานสาธารณสุขมูลฐาน ซึ่งเท่าที่ผ่านมาประมาณ 2 ทศวรรษได้ประสบความสำเร็จเป็นอย่างดี

31. อย่างไรก็ดี การบริหารจัดการสาธารณสุขในประเทศไทยยังขาดเอกภาพ และขาดการกระจายอำนาจสู่ระดับท้องถิ่นอย่างแท้จริง มีหน่วยงานในราชการบริหารส่วนกลางหลายแห่งเสนอบริการที่ซ้ำซ้อน ขาดนโยบายและแผน ขาดการประสานเชื่อมโยงและการประสานงานที่ดี ตลอดจนไม่มีกลไกในการรายงานติดตามประเมินผล ทรัพยากรที่มีอยู่จำกัดของรัฐจึงถูกใช้อย่างไม่มีประสิทธิภาพเพียงพอ นอกจากนี้ทั้ง ๆ ที่ตระหนักถึงความสำคัญของภาคเอกชนและภาคกลไกควบคุมกำกับดูแลที่มีประสิทธิภาพ โดยเฉพาะอย่างยิ่ง การกำหนดมาตรฐานคุณภาพการให้บริการและราคาค่าบริการ

32. สำหรับทรัพยากรสาธารณสุข ประเทศไทยใช้จ่ายเพื่อสุขภาพค่อนข้างสูง กล่าวคือสูงกว่าประเทศเพื่อนบ้านมาก แต่ยังไม่ต่ำกว่าประเทศที่พัฒนาแล้วจำนวนมาก การที่ค่าใช้จ่ายด้านนี้สูงขึ้นอย่างรวดเร็ว ทำให้รัฐบาลต้องพิจารณาหาทางเพิ่มประสิทธิภาพเพื่อประหยัดทรัพยากรแสวงหาแหล่งที่มาของทุนทรัพย์ เช่น การประกันสังคมและการประกันสุขภาพ ตลอดจนการให้ผู้ให้บริการร่วมจ่ายค่าบริการด้วยวิธีต่าง ๆ ในด้านทรัพยากรมนุษย์ ประเทศไทยยังขาดแคลนบุคลากรทางการแพทย์และวิชาชีพอีกมาก ทำให้อัตราส่วนบุคลากรดังกล่าวต่อประชากรยังไม่น่าเป็นที่พอใจ โดยเฉพาะอย่างยิ่ง เมื่อเปรียบเทียบกับประเทศอื่น การใช้ทรัพยากรสาธารณสุขดังกล่าวมีปัญหาเกี่ยวกับการกระจุกตัวที่กรุงเทพมหานครและปริมณฑล ไม่กระจายไปสู่เมืองและชนบททำให้เกิดความไม่เท่าเทียมและไม่เป็นธรรมขึ้น

33. ในส่วนองค์การและการจัดการของกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งปรับโครงสร้างมาตั้งแต่ พ.ศ. 2517 โดยมีการปรับปรุงไม่มากนักจนถึงปัจจุบัน มีส่วนเอื้ออำนาจต่อการแบ่งอำนาจสู่ระดับภูมิภาคและเป็นรากฐานสำคัญที่จะทำให้เกิดการกระจายอำนาจสู่ระดับท้องถิ่น โดยเฉพาะ

อย่างยิ่ง การสาธารณสุขมูลฐานและบริการการแพทย์ขั้นต้น แต่ยังคงขาดการกระจายอำนาจสู่ท้องถิ่นและชุมชนอย่างแท้จริง

บทที่ 3**ปัจจัยส่งออก : สถานะสุขภาพ****บทนำ**

1. ปัจจัยนำเข้าดังกล่าวในบทที่ 2 มีผลต่อปัจจัยส่งออกคือสถานะสุขภาพของประชากรส่วนหนึ่ง แต่ไม่ใช่ทั้งหมด องค์ประกอบสำคัญที่มีผลต่อสถานะประชากรอย่างมาก ได้แก่ ความร่ำรวยหรือความยากจนของประเทศนั้น เมื่อรายได้ของประชากรสูง ย่อมใช้จ่ายเพื่อสุขภาพได้มากขึ้น ดังกรณีของสหรัฐอเมริกา ซึ่งค่าใช้จ่ายเพื่อสุขภาพต่อประชากรสูงกว่าของไทยเพราะมีผลผลิตมวลรวมประชาชาติต่อประชากรสูงกว่ามาก อย่างไรก็ตาม ถึงแม้ค่าใช้จ่ายเพื่อสุขภาพจะสูงสักเพียงใด แต่ถ้าหากมีองค์ประกอบที่ไม่เอื้ออำนวยต่อการพัฒนาสุขภาพ เช่น สภาพแวดล้อมที่เสื่อมโทรมหรือพฤติกรรมสุขภาพที่ทำให้เสี่ยงต่อการเจ็บป่วยหรือการตาย ก็อาจทำให้สถานะสุขภาพไม่ดีได้เช่นกัน

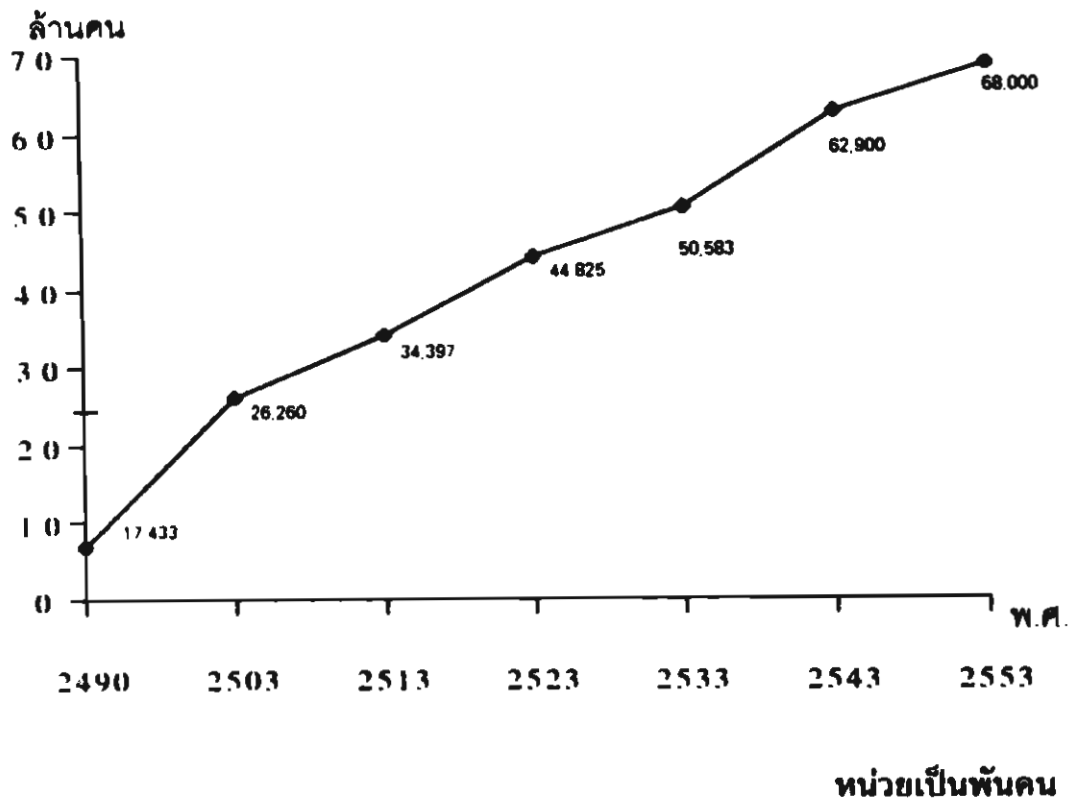
2. ดัชนีชี้วัดสถานะสุขภาพที่ใช้ในบทนี้ยังเป็นดัชนีที่นิยมใช้ทั่วไป ทั้ง ๆ ที่เป็นที่ยอมรับกันว่าน่าจะมีดัชนีอื่นที่ดีกว่านี้ ซึ่งในระยะหลังได้มีการพัฒนาเทคนิคใหม่ ๆ ขึ้นมา เช่น Réseau espérance de vie en santé (REVES) ได้พัฒนาเทคนิค DFLE โดยใช้เกณฑ์อายุคาดเฉลี่ยโดยปราศจากการพิการ ส่วนองค์การอนามัยโลกและธนาคารโลกได้ร่วมกันพัฒนาเทคนิคเกณฑ์อายุที่เป็นสุขที่คาดหวัง(healthy life expectancy) แต่ก็มีปัญหาเกี่ยวกับข้อมูลที่ไม่ทันสมัย คาดเคลื่อน และไม่เพียงพอ ดังนั้น จึงนิยมใช้ดัชนีแบบเก่าประเมินอายุคาดเฉลี่ยเมื่อเกิด อัตราการตาย อัตราการตายของทารก อัตราการตายของมารดา อัตราการเจ็บป่วย โรคต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นตลอดจนการพิการ ฯลฯ อย่างไรก็ตาม ในการศึกษาครั้งนี้ยังมีปัญหาเกี่ยวกับข้อมูลที่ไม่ตรงกันทั้งวิธีการประเมินและผลที่ออกมาโดยหน่วยงานต่าง ๆ ทั้งภายในและภายนอกประเทศ แต่น่าเป็นที่ยอมรับได้ระดับหนึ่งว่าสามารถสะท้อนภาพสถานะสุขภาพของคนไทยได้

สถานะประชากร**● จำนวนประชากร**

3. ความสำเร็จในการวางแผนครอบครัวทำให้ประเทศไทยมีอัตราการเพิ่มประชากรโดยธรรมชาติลดลงตามลำดับ จากการเพิ่มประชากรสูงสุดในช่วง พ.ศ. 2490-2503 ซึ่งมีอัตราการเพิ่มของประชากรพันคนต่อปี 32.2 ลดลงเหลือเพียง 19.8 ในการสำรวจสำมะโนประชากรและเคหะครั้งสุดท้าย ของสำนักงานสถิติแห่งชาติเมื่อปี พ.ศ. 2533 ถ้าพิจารณาเป็นอัตราร้อยละ อัตราการเพิ่มของประชากรลดลงจากร้อยละ 1.4 ในปี พ.ศ. 2534 เหลือเพียงร้อยละ 1.2 ในปี

พ.ศ. 2538 และจะลดลงอีกเหลือเพียงร้อยละ 1.0 ในปี พ.ศ. 2543 ซึ่งจะมีประชากรจำนวน 62.9 ล้านคน จากปัจจุบันซึ่งมีประมาณ 60 ล้านคน (2 พฤศจิกายน 2539) และจะเพิ่มเป็นประมาณ 68 ล้านคนในปี พ.ศ. 2553 (ดังแนบภาพที่ 3-1)

แผนภาพที่ 3-1 จำนวนประชากรของประเทศไทย



ที่มา : สำนักทะเบียนราษฎร สำนักงานสถิติแห่งชาติ

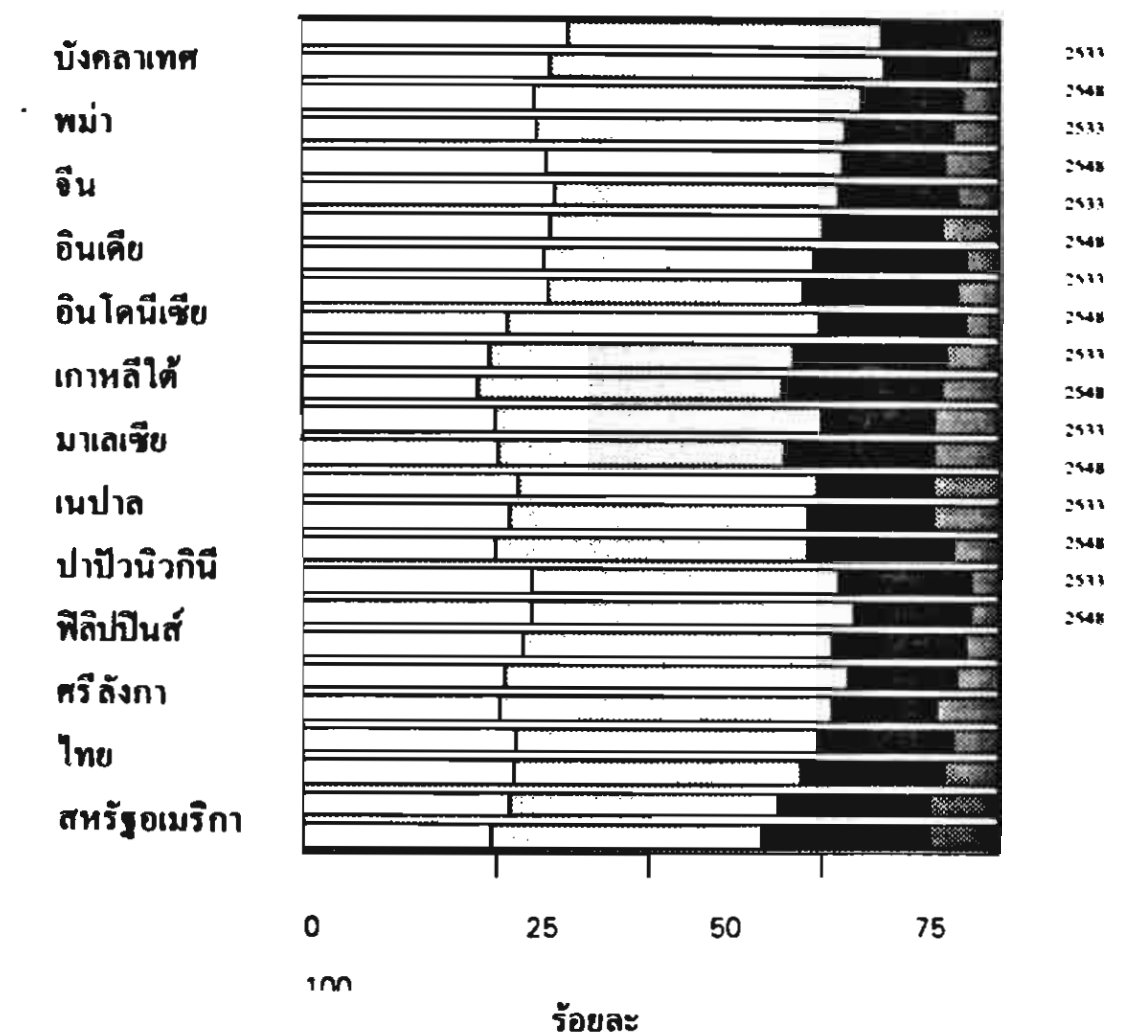
การคาดหมายประชากรของประเทศไทย กองวางแผนทรัพยากรมนุษย์

สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ

● โครงสร้างประชากร

4. เมื่ออัตราการเพิ่มประชากรลดลงดังกล่าวทำให้อัตราส่วนของประชากรวัยเด็กอายุต่ำกว่า 15 ปี มีแนวโน้มลดลงจากร้อยละ 30.56 เมื่อ พ.ศ. 2533 เหลือเพียงร้อยละ 25.5 ใน พ.ศ. 2543 ขณะที่อัตราส่วนประชากรที่อยู่ในวัยทำงานและผู้สูงอายุมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นตามลำดับ กล่าวคืออัตราส่วนของประชากรในวัยทำงาน (15-59 ปี) เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 62.22 เป็นร้อยละ 65.37 และผู้สูงอายุ (60 ปีขึ้นไป) เพิ่มจากร้อยละ 7.22 เป็นร้อยละ 9.13 ในช่วงเวลาเดียวกัน

แผนภาพที่ 3-2 โครงสร้างอายุของประชากรเปรียบเทียบ



กลุ่มอายุ 0-14 ปี 14-44 ปี 45-64 ปี 65+ ปี

ที่มา : Zachariah and Vu (1988)

• โครงสร้างครอบครัว

5. ขนาดของครอบครัวลดลงจากจำนวนเฉลี่ย 5 คน เมื่อ พ.ศ. 2523 เป็น 4 คน ใน พ.ศ. 2533 และคาดว่าจะเหลือเพียง 3 คนในปี พ.ศ. 2553 ตามการคาดการณ์ของสำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ นอกจากนี้ กรมการปกครองยังระบุว่าการหย่าร้างเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 8.3 ใน พ.ศ. 2530 เป็นร้อยละ 9.8 ใน พ.ศ. 2536

- **เพศ**

6. นับตั้งแต่มีการสำรวจสำมะโนประชากรครั้งแรกเมื่อ พ.ศ.2454 อัตราส่วนของชายต่อหญิงอยู่ระดับใกล้เคียงกัน โดยชายมีมากกว่าหญิงเล็กน้อย ยกเว้นในช่วง พ.ศ. 2472-2503 ซึ่งมีหญิงมากกว่าชายเล็กน้อย

- **อัตราการเจริญพันธุ์**

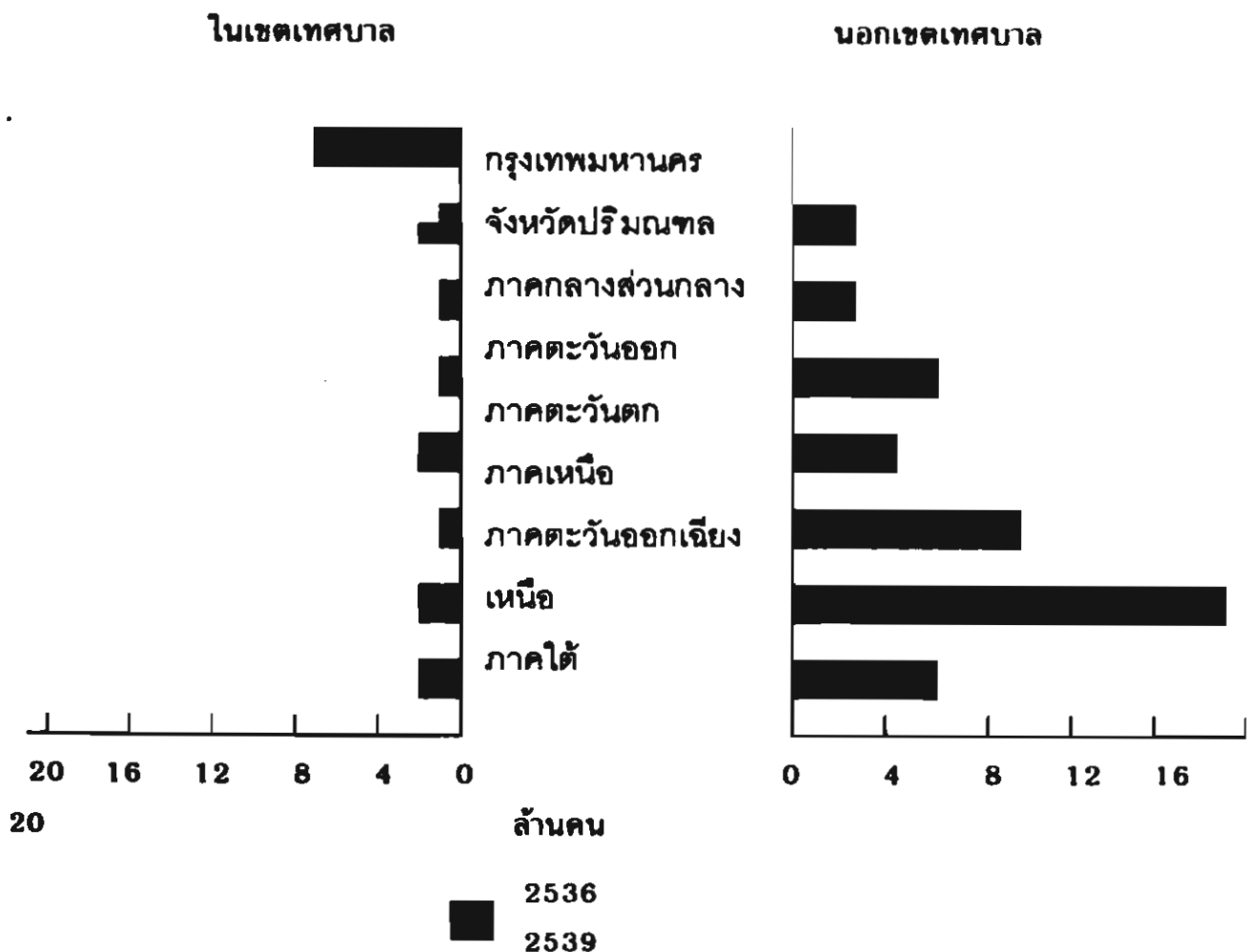
7. อัตราเจริญพันธุ์มีแนวโน้มลดลงตามลำดับจาก 2.1 คนในปี พ.ศ. 2534 เหลือประมาณ 1.95 คนในปี พ.ศ. 2539 และคาดว่าจะเหลือเพียง 1.9 คนในปี พ.ศ. 2544

- **การกระจายประชากร**

8. ประชากรของประเทศกระจุกตัวอยู่ที่กรุงเทพมหานครและปริมณฑล แม้ถ้าพิจารณาเป็นภาค ภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีประชากรกว่าร้อยละ 30 ของประชากรทั้งประเทศ ที่น่าสนใจคือ ประชากรช่วงอายุ 0-14 ปี มีมากที่สุดเ็นภาคตะวันออกเฉียงเหนือและภาคใต้ แต่ช่วง 15-39 ปี ประชากรจำนวนมากกลับมายุ้งที่กรุงเทพมหานคร ซึ่งเป็นศูนย์กลางการศึกษาระดับสูงและแหล่งทำงาน ซึ่งแสดงว่ามีการอพยพย้ายถิ่นฐานเข้ามามาก

9. อัตราส่วนของประชากรเขตเมืองต่อเขตชนบทมีแนวโน้มสูงขึ้นตามลำดับ ในช่วงทศวรรษที่ผ่านมา ประชากรที่อาศัยในเขตชุมชนเมืองได้เพิ่มจากประมาณร้อยละ 26.6 เมื่อ พ.ศ. 2530 เป็นร้อยละ 31.5 เมื่อสิ้นปี 2539 คาดว่าจะเพิ่มเป็นร้อยละ 35 ในอีกห้าปีข้างหน้า ในจำนวนประชากรที่อยู่ในเขตเมืองประมาณครึ่งหนึ่งอยู่ในเขตกรุงเทพมหานครและชุมชนในเขตปริมณฑล ส่วนที่เหลืออยู่ในเขตชุมชนต่าง ๆ คือภาคกลางประมาณร้อยละ 35 ที่เหลือเป็นภาคเหนือ ภาคใต้ และภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ตามลำดับ (แผนภาพที่ 3-3)

แผนภาพที่ 3-3 จำนวนประชากรจำแนกเป็นรายภาค และเขตการปกครอง พ.ศ. 2536-2539



ที่มา : กรมการปกครอง

• อายุคาดเฉลี่ยเมื่อแรกเกิด

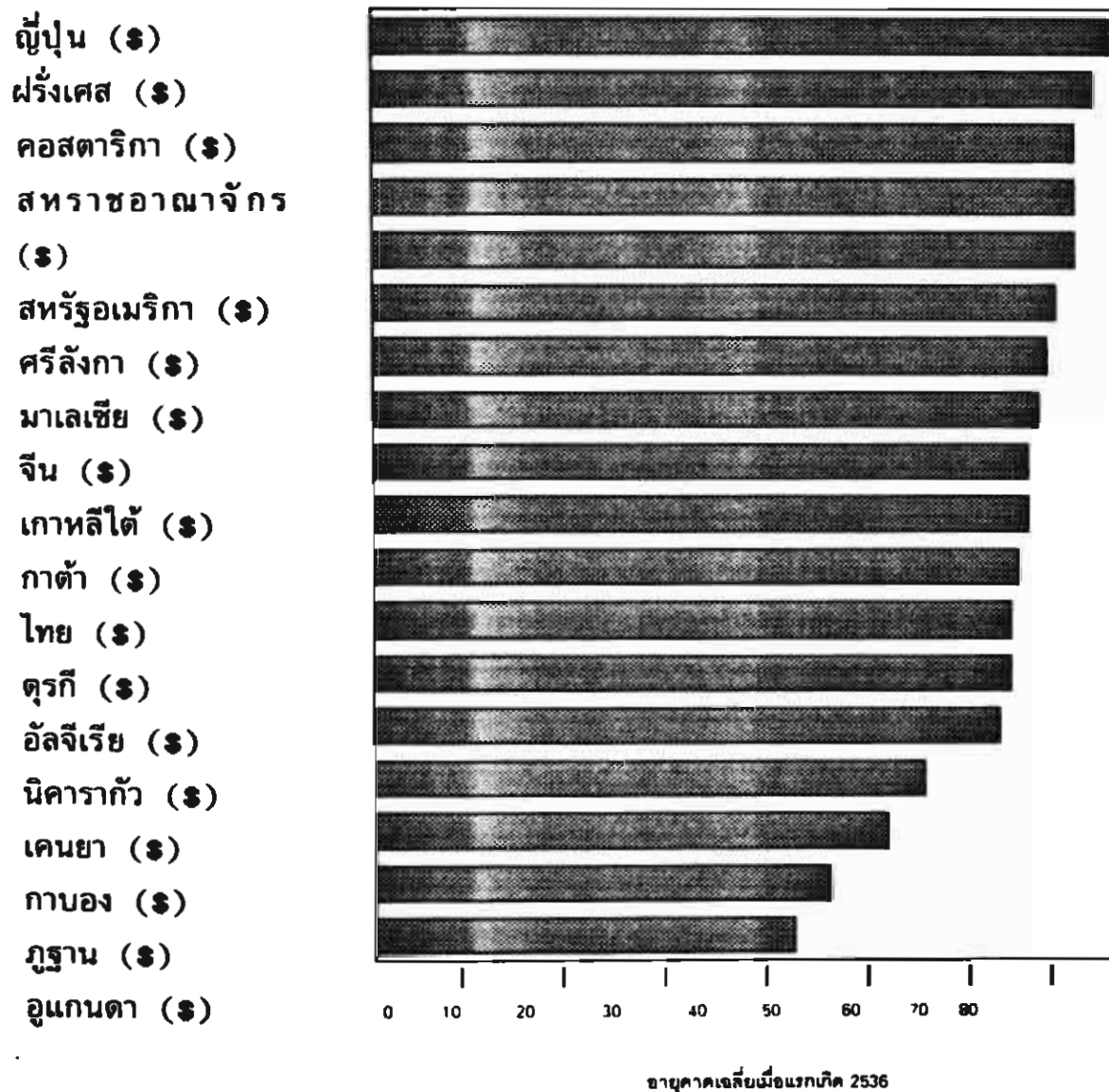
10. อายุคาดเฉลี่ยเมื่อแรกเกิดได้เพิ่มขึ้นตามลำดับจาก 57.70 ปี (ชาย) และ 61.35 ปี (หญิง) ในปี พ.ศ. 2512-2514 เป็นประมาณ 66.6 ปี (ชาย) และ 11.1 ปี (หญิง) ในปี พ.ศ. 2539 แต่ยังไม่เป็นที่น่าพอใจเพราะยังต่ำกว่าหลายประเทศในภูมิภาคเอเชีย โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ศรีลังกาและมาเลเซีย (ตารางที่ 4-2)

ตารางที่ 3-1 อายุคาดเฉลี่ยเมื่อแรกเกิด

ปี	อายุคาดเฉลี่ยเมื่อแรกเกิด		
	รวม	ชาย	หญิง
2512-2514	-	57.70	61.35
2517-2519	-	58.00	63.82
2523-2524	-	58.63	65.50
2525-2533	-	61.75	67.50
2533-2538	68.72	66.48	71.04
2538-2543	69.51	67.36	71.74
2543-2548	70.23	68.15	72.39
2548-2553	70.89	68.83	73.00
2553-2558	71.50	69.50	73.58

ที่มา : กองวางแผนทรัพยากรมนุษย์ สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและ
สังคมแห่งชาติ

แผนภาพที่ 3-4 อายุคาดเฉลี่ยเมื่อแรกเกิดเปรียบเทียบกับบางประเทศ พ.ศ. 2536



ที่มา : WHO (1995)

ตารางที่ 3-2 อายุคาดเฉลี่ยเมื่อแรกเกิดเปรียบเทียบกับบางประเทศ

ประเทศ	อายุคาดเฉลี่ยเมื่อแรกเกิด				
	ชาย		รวม	หญิง	
	2508	2529	2538	2508	2529
ไทย	54	62	69	58	66
ศรีลังกา	63	68	72	65	72
มาเลเซีย	56	67	71	60	71
อินโดนีเซีย	43	55	63	45	58
ฟิลิปปินส์	54	62	65	57	65
เกาหลีใต้	55	66	71	58	73
จีน	50	68	71	56	70
ออสเตรเลีย	68	75	77	74	80
สหรัฐอเมริกา	61	71	72	74	79
สหราชอาณาจักร	68	72	76	74	78

ที่มา : Griffin (1992), WHO (1995)

สถานะสุขภาพอนามัย

• อัตราเกิดมีชีพ ตาย ทารกตาย มารดาตายและดัชนีชีพ

11. การเกิดมีชีพของทารกมีแนวโน้มเกิดจากมารดาที่มีอายุเพิ่มมากขึ้นตามลำดับ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในช่วง 25-29 ปี ถึงแม้ว่าจะมากที่สุดในช่วง 20-24 ปี และในช่วงห้าปีหลัง (2534-2538) เกือบร้อยละ 80 การเกิดมีชีพเป็นบุตรคนที่ 1 และ 2 ส่วนคนที่ 3 เพียงประมาณร้อยละ 10 เท่านั้น การเกิดมีชีพดังกล่าวเกิดที่โรงพยาบาลของรัฐเพิ่มจากร้อยละ 58.0 มาเป็นร้อยละ 68.8 ในช่วงเวลาเดียวกัน

12. ส่วนอัตราการตายมารดาอันเกิดจากการตั้งครรภ์และการคลอด และอัตราทารกตายมีแนวโน้มลดลง กล่าวคือ อัตราการตายของมารดาได้ลดลงจาก 0.7 ต่อการเกิดมีชีพ 1,000 คน

ในปี 2525 เหลือเพียง 0.1 ในปี 2538 ในขณะที่อัตราการตายของทารกอายุต่ำกว่า 28 วัน ลดลงจาก 4.9 ต่อการเกิดมีชีพ 1,000 คน ในปี พ.ศ. 2525 เหลือเพียง 3.3 ต่อการเกิดมีชีพ 1,000 คน ในปี 2538 และอัตราการตายของทารกอายุต่ำกว่า 1 ปี ลดจาก 12.4 ต่อการเกิดมีชีพ 1,000 คน เหลือเพียง 7.2 ในช่วงเวลาเดียวกัน ที่น่าสนใจคืออัตราการตายของทารก ในอายุต่ำกว่า 1 ปี ในภาคเหนือและกรุงเทพมหานครสูงกว่าภาคอื่น ๆ โดยภาคใต้มีอัตราการ ตายน้อยที่สุด และอัตราการตายของทารกอายุต่ำกว่า 28 วัน หรือทารกแรกเกิดตายสูงที่สุดใน กรุงเทพมหานคร ส่วนมารดาตายมากในภาคใต้ ช่วงอายุที่ตายมากที่สุดคือช่วง 30-34 ปี รองลงมา 25-29 ปี และ 35-39 ปี การตายดังกล่าวตายที่โรงพยาบาลของรัฐประมาณร้อยละ 17.3 ในปี พ.ศ. 2538 และมีแนวโน้มลดลงตามลำดับ สำหรับการตายของทารกในครรภ์หรือ เกิดไร้ชีพหรือทารกตายภายใน 7 วันหลังคลอด (perinatal death) ในโรงพยาบาลมีแนวโน้มลด ลงจาก 3.4 ต่อการเกิดมีชีพ 1,000 คน ในปี พ.ศ. 2534 เหลือเพียง 2.5 ในปี พ.ศ. 2538

13. การตายของประชากรมีอัตราลดลงจากปี พ.ศ. 2525 ประมาณ 5.1 ต่อประชากร 1,000 คน เหลือเพียง 4.1 ในปี พ.ศ. 2529 ต่อจากนั้นปรับตัวเพิ่มขึ้นตามลำดับจนในปี พ.ศ. 2538 สูงถึง 5.5 ต่อประชากร 1,000 คน โดยภาคเหนือมีอัตราการตายสูงที่สุด โดย เฉพาะอย่างยิ่งเพศชาย รองลงมาเป็นเพศชายในกรุงเทพมหานครและในภาคกลางตามลำดับ ขอให้สังเกตว่าในปี พ.ศ. 2534 อัตราการตายเพิ่มขึ้นตามลำดับตั้งแต่ช่วง 5-9 ปี มาตายใน ช่วง 70 ปีขึ้นไปถึงร้อยละ 34.9 แต่หลังจากนั้นช่วงอายุ 20-44 ปี และ 25-29 ปี มีอัตราการ ตายเพิ่มสูงขึ้นอย่างมากและมีช่วงอายุ 45-69 ปี มีแนวโน้มการตายลดลง

ตารางที่ 3-3 อัตราเกิดมีชีพ ตาย ทารกตาย มารดาตายและดัชนีชีพ

พ.ศ.	เกิดมีชีพ (ประชากร 1,000 คน)	ตาย (ประชากร 1,000 คน)	ทารกตาย ต่อเกิดมีชีพ 100 คน	มารดาตาย ต่อเกิดมีชีพ 100 คน	ดัชนีชีพ
2525	22.2	5.1	12.4	0.7	435
2530	16.5	4.3	10.6	0.4	379
2535	16.8	4.8	7.5	0.1	350
2538	16.2	5.5	7.2	0.1	297

ที่มา : สำนักนโยบายและแผนสาธารณสุข (2540)

ตารางที่ 3-4 อัตราการตายของประชากรตามช่วงอายุเป็นร้อยละ

ช่วงอายุ	2534	2535	2536	2537	2538
0-4 ปี	4.7	4.1	3.8	3.6	3.4
5-9 ปี	1.2	1.1	1.0	1.0	0.9
10-14 ปี	1.1	1.0	1.0	1.0	1.0
15-19 ปี	2.8	2.8	2.9	2.9	2.9
20-24 ปี	3.6	3.7	3.9	4.0	4.4
25-29 ปี	3.5	3.7	4.2	4.7	5.5
30-34 ปี	3.7	3.7	4.1	4.6	5.2
35-39 ปี	4.0	4.1	4.3	4.7	5.0
40-44 ปี	4.2	4.2	4.5	4.7	4.8
45-49 ปี	4.6	4.5	4.7	4.6	4.9
50-54 ปี	6.1	5.9	5.7	5.5	5.2
55-59 ปี	7.3	7.1	7.1	6.7	6.4
60-64 ปี	8.2	8.4	8.2	8.2	7.9
65-69 ปี	8.6	8.7	8.6	8.7	8.5
70 ปีขึ้นไป	34.9	35.4	34.4	33.5	32.7
ไม่ทราบ	1.5	1.6	1.6	1.6	1.3

ที่มา : สำนักนโยบายและแผนสาธารณสุข (2540)

ตารางที่ 3-5 สาเหตุการตายที่สำคัญต่อประชากร 100,000 คน

สาเหตุการตาย	2534	2535	2536	2537	2538	2539
โรคหัวใจ	54.7	56.0	58.5	62.5	69.2	78.9
อุบัติเหตุและการเป็นพิษ	45.6	48.5	52.7	61.5	61.5	61.5
มะเร็งทุกชนิด	41.2	43.5	45.0	48.9	50.9	50.9
ความดันโลหิตสูงและโรคหลอดเลือดในสมอง	15.9	16.9	16.4	15.7	16.1	16.1
การบาดเจ็บจากการฆ่าตัวตาย ถูกฆ่าตายและอื่น ๆ	14.8	15.2	14.7	11.1	13.3	13.3
โรคเกี่ยวกับตับและตับอ่อน	13.4	13.3	13.0	13.0	12.9	NA
ปอดอักเสบ และโรคอื่น ๆ ของปอด	11.3	11.4	13.8	11.2	11.8	NA
ไตอักเสบ กลุ่มอาการของไตพิการ และไตพิการ	8.0	9.7	9.9	9.9	11.0	NA
วัณโรคทุกชนิด	6.5	6.3	6.1	5.9	7.0	NA
อัมพาตทุกชนิด	6.1	6.2	5.4	5.6	5.8	NA
อื่น ๆ	249.1	252.8	256.6	274.9	288.4	NA

ที่มา : สำนักนโยบายและแผนสาธารณสุข (พ.ศ.2540)

● สาเหตุของการตาย

14. การที่มีผู้น้อยตายก่อนถึงวัยอันสมควรน่ามีสาเหตุมาจากอุบัติเหตุการจราจร ซึ่งมีแนวโน้มสูงขึ้นอย่างมาก สาเหตุและอัตราการตายที่สำคัญอันเป็นผลของการพัฒนาเศรษฐกิจและวิถีการดำรงชีวิตสมัยใหม่ ได้แก่ โรคหัวใจ ซึ่งมีจำนวนเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วจาก 54.7 ต่อประชากร 100,000 คน ใน พ.ศ. 2534 มาเป็น 69.2 ในปี พ.ศ. 2538 และ 78.9 ในปี พ.ศ. 2539 อุบัติเหตุและการเป็นพิษเพิ่มจาก 45.6 ต่อประชากร 100,000 คน มาเป็น 61.5 และ 61.5 ตามลำดับในช่วงเวลาเดียวกัน และมะเร็งจาก 41.2 ต่อประชากร 100,000 คน มาเป็น 50.9 และ 50.9 ตามลำดับในช่วงเวลาเดียวกัน สาเหตุการตายดังกล่าวได้เปลี่ยนไปจากอดีตมาก โดยเฉพาะอย่างยิ่งโรคติดต่อ เช่น โรคท้องร่วง โรคทางเดินหายใจ วัณโรค และปอดบวมได้ลดความสำคัญลง ขณะที่โรคไม่ติดต่อ ซึ่งได้ แก่อุบัติเหตุ โรคหัวใจ โรคมะเร็ง ความดันโลหิตสูงและโรคหลอดเลือดในสมองมีความสำคัญมากขึ้น

15. คนกรุงเทพมหานครเพศชายมีแนวโน้มที่จะตายเพราะโรคหัวใจมากกว่าคนในภาคอื่น ๆ โดยเฉพาะภาคใต้ซึ่งมีอัตราการตายมากที่สุด เพศชายมีโอกาสที่จะตายเพราะสาเหตุนี้มากกว่าเพศหญิงถึงอัตราส่วนเกือบ 2:1 โดยกลุ่มอายุ 55-69 ปี มีแนวโน้มที่จะตายเพราะโรคนี้มากที่สุด สำหรับการตายเพราะอุบัติเหตุและการเป็นพิษ เพศชายตายมากกว่าเพศหญิงถึง 4:1 ภาคที่เสี่ยงมากที่สุดคือภาคกลาง ซึ่งสูงกว่ากรุงเทพมหานคร ภาคใต้ และภาคตะวันออกเฉียงเหนือถึงเกือบสองเท่าตัว และเพศชายภาคกลางมีอัตราการเสี่ยงมากกว่าเพศหญิงในภาคเดียวกันถึงเกือบ 5 เท่าตัว โดยกลุ่มอายุ 15-19 ปี และ 20-24 ปี มีโอกาสตายมากกว่ากลุ่มอื่น ส่วนการตายด้วยเนื้องอกร้ายทุกตำแหน่ง เพศชายมีอัตราเสี่ยงมากกว่าเพศหญิง โดยช่วงอายุ 40 ปีขึ้นไปมีโอกาสตายเพราะโรคนี้เพิ่มขึ้นจนถึงช่วงอายุ 65 ปี

16. สำหรับอัตราการตายด้วยโรคติดต่อที่ต้องแจ้งความตามพระราชบัญญัติโรคติดต่อ พ.ศ. 2523 ในช่วง พ.ศ. 2534-2538 ไม่ปรากฏโรคหิวาตกโรค กาฬโรค ไข้ทรพิษ ไข้เหลือง โรคทริคิโนซิส ส่วนโรคบาดทะยักในเด็กเกิดใหม่ โรคคอตีบ โรคโปลิโอมีชัยเอเลติส ไข้สมองอักเสบ โรคพิษสุนัขบ้า ไข้รากสาดน้อย โรคกาฬหลังแอ่น และโรคคุดทะราดระยะติดต่อปรากฏบ้างแต่น้อยมาก

● **ภาวะการเจ็บป่วยของประชากร**

17. สาเหตุและอัตราการป่วยที่สำคัญ 5 อันดับแรกของผู้ป่วยนอกที่มารับบริการในสถานบริการสาธารณสุขสังกัดกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงทบวงกรมอื่น ทบวงมหาวิทยาลัยและเอกชน โรคระบบหายใจสูงเป็นอันดับหนึ่ง ประมาณ 314.40 ต่อประชากร 1,000 คน ใน พ.ศ. 2538 ภาคเหนือและภาคใต้มีปัญหามากที่สุด ขณะที่กรุงเทพมหานครมีผู้ป่วยด้วยโรคนี้ไม่ถึงครึ่งหนึ่งของแต่ละภาค เช่นเดียวกับโรคระบบย่อยอาหารที่สูงเป็นอันดับสอง เกิดในภาคตะวันออกเฉียงเหนือและภาคเหนือมากที่สุด ขณะที่กรุงเทพมหานครมีผู้ป่วยโรคนี้เพียงหนึ่งในสามของภาคตะวันออกเฉียงเหนือและภาคเหนือ และครึ่งหนึ่งของภาคกลางกับภาคใต้ อันดับสามได้แก่ โรคระบบกล้ามเนื้อโครงร่างและเนื้อเยื่อเสริม ซึ่งภาคเหนือและภาคตะวันออกเฉียงเหนือเป็นมากที่สุด อันดับสี่ได้แก่ โรคติดเชื้อและปรสิต ซึ่งเคยเป็นโรคที่มีผู้ป่วยมากที่สุดในอดีตมีอัตราเพียง 78.85 ต่อประชากรหนึ่งพันคน ปรากฏว่ากรุงเทพมหานครกลับมีผู้ป่วยโรคนี้มากกว่าภาคอื่น

18. สำหรับโรคสำคัญของผู้ป่วยใน โรคติดเชื้ออื่น ๆ ของลำไส้ และโรคแทรกซ้อนในการตั้งครรภ์ การเจ็บครรภ์ การคลอด ระยะหลังคลอด และภาวะอื่น ๆ ทางสูตินารีที่มีได้ระบุไว้ที่อื่นยังเป็นสาเหตุที่สำคัญสูงสุด โดยโรคติดเชื้ออื่น ๆ ของลำไส้มีระดับใกล้เคียงกันทุกภาค ยกเว้นกรุงเทพมหานครที่ต่ำสุด ส่วนโรคแทรกซ้อนในการตั้งครรภ์นั้น กรุงเทพมหานครสูงกว่าเกณฑ์เฉลี่ยของประเทศ ทั้ง ๆ ที่คนกรุงเทพมหานครสามารถเข้าถึงบริการได้ดีกว่า ถ้าหากเปรียบเทียบ กับ ปี พ.ศ. 2528 โรคบางอย่างได้ลดความสำคัญลง เช่น ไข้จับสั่น ไข้เลือดออก โรคติดเชื้อ และปรสิตอื่น ๆ ขณะที่อุบัติเหตุจากการขนส่งทางบก โดยเฉพาะอย่างยิ่งจากการขับขีจักรยานยนต์เป็นสาเหตุสำคัญโดยเฉพาะอย่างยิ่งในภาคใต้

ตารางที่ 3-6 อัตราผู้ป่วยนอกตามสาเหตุกลุ่มโรคสำคัญต่อประชากร 1,000 คน พ.ศ. 2538

สาเหตุป่วย	ทั่วประเทศ	ภาคเหนือ	ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ	ภาคกลาง	ภาคใต้	คณ.
รวม	1,163.26	1,377.08	1,147.17	1,066.36	1,099.38	880.49
โรคติดเชื้อและปรสิต	78.85	80.87	93.73	60.30	74.35	110.12
โรกระบบหายใจ	314.40	363.02	293.49	296.64	340.74	140.18
โรกระบบย่อยอาหาร	166.35	181.82	192.13	136.51	132.85	61.76
รวมโรคในช่องปาก						
โรกระบบกล้ามเนื้อ	84.68	135.31	78.90	62.83	65.49	52.78
รวมโครงร่างและเนื้อเยื่อเสริม						
อาการแสดงและสิ่งผิดปกติที่พบได้จากการตรวจคลินิกและทางห้องปฏิบัติการที่ไม่สามารถจำแนกโรคในกลุ่มอื่นได้	102.88	141.26	85.25	105.09	92.13	59.67
สาเหตุจากภายนอกอื่น ๆ ที่ทำให้ป่วยหรือตาย	79.69	80.57	80.03	79.97	80.04	62.11

ที่มา : สำนักนโยบายและแผนสาธารณสุข (2540)

ตารางที่ 3-7 อัตราผู้ป่วยใน ตามสาเหตุป่วยในสถานบริการของกระทรวงสาธารณสุขต่อ
ประชากร 100,000 คน พ.ศ. 2538

สาเหตุป่วย	หัว ประเทศ	ภาค เหนือ	ภาคตะวันออกเฉียง เหนือ	ภาค กลาง	ภาคใต้	รวม
การคลอดปกติ	781.75	687.85	825.11	520.75	891.60	920.18
อาการแสดงและสิ่งผิดปกติที่พบได้จากการตรวจทางคลินิกและห้องปฏิบัติการที่มีได้ระบุไว้ที่อื่นใด	592.33	541.61	556.31	427.64	747.86	151.45
โรคติดต่ออื่น ๆ ของลำไส้	460.87	409.66	485.61	328.95	467.57	154.01
โรคแทรกซ้อนในการตั้งครรภ์ การเจ็บครรภ์คลอด ระยะหลังคลอดและภาวะอื่น ๆ ทางสูติศาสตร์ที่มีได้ระบุไว้ที่อื่น	319.54	289.58	285.29	217.40	480.54	621.48
ผู้ขับขีจักรยานยนต์ได้รับบาดเจ็บจากอุบัติเหตุการขนส่ง	278.20	262.99	220.32	236.70	358.55	65.44
ระบบหายใจส่วนบนติดเชื้อเฉียบพลันและโรคอื่นของระบบหายใจส่วนบน	223.39	196.85	201.48	160.67	317.50	139.01
ปอดอักเสบ	193.93	221.41	199.00	99.21	232.77	120.72
โรคอื่นของระบบย่อยอาหาร	189.27	194.69	178.90	131.57	214.93	104.93
โรคติดต่อและปรสิตอื่น ๆ	187.76	175.75	206.16	101.73	234.94	94.43

ที่มา : สำนักนโยบายและแผนสาธารณสุข (2540)

ตารางที่ 3-8 เปรียบเทียบสาเหตุการป่วยของผู้ป่วยใน พ.ศ. 2528 และ พ.ศ. 2538

อันดับ	2528	อันดับ	2538
1	ภาวะแทรกซ้อนในการตั้งครรภ์ การคลอด ไม่ระบุมีโรคแทรก	1	การคลอดปกติ
2	โรคลำไส้เล็กอักเสบและโรคท้องร่วง ต่าง ๆ	2	อาการแสดงและสิ่งผิดปกติที่พบ ได้จากการตรวจทางคลินิกและ ห้องปฏิบัติการที่มีได้ระบุไว้ที่อื่น ใด
3	อุบัติเหตุอื่น ๆ ทั้งหมด	3	โรคติดเชื้ออื่น ๆ ของลำไส้
4	ไข้ไม่ทราบสาเหตุ	4	โรคแทรกซ้อนในการตั้งครรภ์ การเจ็บ
5	อุบัติเหตุจากยานยนต์		ครรภ์ การคลอด ระยะหลังคลอด และภาวะอื่น ๆ ทางสูตินารีที่มีได้ ระบุไว้ที่อื่น
6	โรคติดเชื้อและโรคปรสิตอื่น ๆ	5	ผู้ขับขี่ยานยนต์ได้รับบาดเจ็บ จาก อุบัติเหตุจากการขนส่ง
7	ไข้จับสั่น	6	ระบบหายใจส่วนบนติดเชื้อเฉียบ พลันและโรคอื่นของระบบหายใจ ส่วนบน
8	ไข้เลือดออก	7	ปอดอักเสบ
9	ปอดอักเสบ	8	โรคอื่นของระบบย่อยอาหาร
10	หลอดลมอักเสบ หลอดลมโป่งพองและ โรคหืด	9	โรคติดเชื้อและปรสิตอื่น ๆ
		10	เหตุการณ์จากภายนอกอื่น ๆ ของ การบาดเจ็บโดยอุบัติเหตุและผล ตามมา

ที่มา : ประเวศ วะสี (2531) และสำนักนโยบายและแผนสาธารณสุข (2540)

หมายเหตุ การจำแนกสาเหตุการป่วยแตกต่างกัน

● การป่วยและตายด้วยโรคติดต่อสำคัญ

(ก) โรคที่เฝ้าระวังทางระบาดวิทยา

19. ในปี พ.ศ. 2538 ผู้ป่วยจากโรคติดต่อสำคัญที่กระทรวงสาธารณสุขเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาเป็นโรคที่เกี่ยวข้องกับการบริโภคเป็นส่วนใหญ่ คือ อุจจาระร่วงเฉียบพลันถึง 1,002,012 คน บิด 74,299 คน อาหารเป็นพิษ 139,418 คน สำหรับอาหารเป็นพิษนั้นเพิ่มถึงกว่าเท่าตัวในช่วงห้าปี โรคตาแดงมีอัตราการเพิ่มที่สูง เช่นเดียวกับโรคปอดบวม ในขณะที่ไข้มาลาเรียและโรคหัดมีแนวโน้มลดลง ส่วนไข้หวัดใหญ่และไข้เลือดออกยังคงรักษาระดับอยู่ ถ้าพิจารณาการตายด้วยโรคดังกล่าว ปรากฏว่าปอดบวมมากเป็นอันดับหนึ่ง สูงกว่าอุจจาระร่วงเฉียบพลันถึงกว่าเท่าตัว รองลงมาเป็นวัณโรค การฆ่าตัวตายจากสารพิษและมาลาเรียตามลำดับ อย่างไรก็ตาม อัตราป่วยตาย (case fatality rate) หรือโรคที่อันตรายมาก ได้แก่ โรคพิษสุนัขบ้า ซึ่งไม่มีทางรักษา ผู้ป่วยตายเพียงอย่างเดียว ในปี พ.ศ. 2534 มีผู้ป่วยและตายถึง 159 ราย ลดลงเหลือ 70 รายในปี พ.ศ. 2538 รองลงมาเป็น Keye's syndrome ตายประมาณครึ่งหนึ่ง โรคปากและเท้าเปื่อยจากสัตว์ประมาณร้อยละ 42.86

(ข) โรคเอดส์

20. นับจาก พ.ศ. 2527 ซึ่งพบโรคเอดส์เป็นครั้งแรกในประเทศไทยถึงวันที่ 31 สิงหาคม 2539 มีผู้ป่วยเอดส์สะสมทั้งสิ้น 44,471 ราย และจำนวนผู้ติดเชื้อเอดส์ที่มีอาการ 8,688 ราย หากจำแนกตามปัจจัยเสี่ยงพบว่า เกิดจากเพศสัมพันธ์ร้อยละ 79.5 ฉีดยาเสพติดเข้าเส้นร้อยละ 6.91 รับเลือดร้อยละ 0.10 ติดเชื้อมารดาร้อยละ 5.48 อาชีพที่เป็นมากที่สุดได้แก่รับจ้างทั่วไปร้อยละ 42.02 และเกษตรกรร้อยละ 24.0 อย่างไรก็ตาม น่าสังเกตว่าผู้ป่วยโรคเอดส์จากเชื้อไวรัส HIV ที่เป็นผู้ป่วยในโรงพยาบาลของกระทรวงสาธารณสุข ใน พ.ศ. 2538 กลับมีจำนวนน้อยมากคือ 28,154 คน (52.43 ต่อประชากรพันคน) เมื่อเทียบกับวัณโรค (56.44) มาลาเรีย (53.54) หรืออุบัติเหตุจากการขับขี่จักรยานยนต์ (278.20) อย่างไรก็ตาม โรคเอดส์ได้แพร่ขยายไปทั่วโลกอย่างรวดเร็ว ประมาณว่าใน พ.ศ. 2537 มีผู้ติดเชื้อไม่น้อยกว่า 13 ล้านคน และจะเพิ่มเป็น 30-40 ล้านคนในปี 2543 องค์การอนามัยโลก (1995) ระบุว่า ในบางจังหวัดในภาคเหนือ ทหารเกณฑ์ร้อยละ 20 และหญิงตั้งครรภ์ร้อยละ 8 มีเชื้อ HIV แต่การใช้ถุงยางอนามัยของคนไทยในระยะหลังทำให้โรคจากเพศสัมพันธ์ลดลงถึงร้อยละ 77 ในช่วง พ.ศ. 2529-2536

ตารางที่ 3-9 จำนวนป่วยและตายด้วยโรคที่ต้องเฝ้าระวัง

โรค	2534		2535		2536		2537		2538	
	ป่วย	ตาย	ป่วย	ตาย	ป่วย	ตาย	ป่วย	ตาย	ป่วย	ตาย
อุจจาระร่วงเฉียบพลัน	817,295	402	834,953	388	868,338	411	963,225	484	1,002,012	364
ไข้ไม่ทราบสาเหตุ	276,683	94	237,974	121	236,721	134	210,137	99	217,269	109
ปอดบวม	101,494	955	92,689	963	131,460	1,176	130,635	1295	147,893	1,154
บิด	89,018	19	81,919	28	78,045	16	74,260	16	74,299	11
ตาแดง	74,405	-	129,085	-	108,609	-	161,027	-	139,418	-
อาหารเป็นพิษ	60,550	17	64,800	23	65,965	19	64,429	12	74,907	18
มาลาเรีย	92,260	276	79,443	276	70,128	252	62,861	220	55,704	140
ไข้หวัดใหญ่	62,164	-	52,105	4	54,478	3	51,428	11	54,174	6
ไข้เลือดออก	43,782	119	42,809	138	67,017	222	49,358	133	59,911	164
หัด	26,996	12	8,704	1	17,851	4	38,336	19	10,963	4

ที่มา : กองระบาดวิทยา

ตารางที่ 3-10 อัตราการตายด้วยโรคที่เฝ้าระวังทางระบาดวิทยา 10 อันดับแรก พ.ศ. 2537

โรค	อัตรา (ต่อประชากรหนึ่งแสนคน)
1. ปอดบวม	2.29
2. อุจจาระร่วงเฉียบพลัน	0.86
3. วัณโรค	0.47
4. การฆ่าตัวตายด้วยสารพิษ	0.41
5. มาลาเรีย	0.38
6. ไข้เลือดออก	0.24
7. เยื่อหุ้มสมองอักเสบ	0.18
8. ไข้ไม่ทราบสาเหตุ	0.17
9. สมองอักเสบ	0.14
10. โรคพิษสุนัขบ้า	0.13

ที่มา : กองระบาดวิทยา

ตารางที่ 3-11 อัตราป่วยตายด้วยโรคเฝ้าระวังทางระบาดวิทยา 10 อันดับแรก พ.ศ. 2537

โรค	ร้อยละ
1. โรคพิษสุนัขบ้า	100
2. Reye's Syndrome	50
3. โรคปากและเท้าเปื่อยจากสัตว์	42.86
4. การเป็นพิษจากสารปิโตรเลียม	28
5. ไข้กาฬหลังแอ่น	18.18
6. เยื่อหุ้มสมองอักเสบ	17.65
7. คอตีบ	12.5
8. สมองอักเสบ	10.9
9. บาดทะยัก	9.25
10. โรคติชานจากเชื้อเลปโตสไปรา	7

ที่มา : กองระบาดวิทยา

ภาวะการป่วยและตายด้วยโรคไม่ติดต่อ

(ก) ปัญหาโรคที่ไม่ติดต่อที่สำคัญ

21. สาเหตุการตายอันดับต่าง ๆ ของประชากรได้แก่ โรคหัวใจ อุบัติเหตุจากการขนส่งและโรคมะเร็ง สำหรับโรคหัวใจมีอัตราการตายเพิ่มขึ้นทุกปี จาก 49.5 ต่อประชากรและคนใน พ.ศ. 2532 ได้เพิ่มเป็น 78.9 ใน พ.ศ. 2539 อุบัติเหตุจากการขนส่งและการเป็นพิษเพิ่มจาก 36.8 มาเป็น 61.5 และมะเร็งเพิ่มจาก 35.1 มาเป็น 50.9 ในช่วงเวลาเดียวกัน นอกจากนั้น โรคเบาหวาน โรคหลอดเลือดอักเสบ และถุงลมโป่งพอง โรคหอบหืด กรวยไตอักเสบ โรคหัวใจและหลอดเลือดและโรคโลหิตจาง มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นตามลำดับ

22. ใช้เลือกออกนับว่าเป็นโรคติดต่อที่เป็นปัญหาสาธารณสุขของประเทศไทยนับตั้งแต่พบผู้ป่วยรายแรกเมื่อประมาณ 40 ปีก่อน เมื่อปี พ.ศ. 2530 มีผู้ป่วยโรคนี้ถึง 161,339 ราย หรืออัตราป่วย 302.11 ต่อประชากรแสนคน และมีอัตราตายถึง 0.85 ต่อประชากรแสนคนในช่วง พ.ศ. 2534-2538 จำนวนผู้ป่วยอยู่ในระดับ 40,000-60,000 คนทุกปี โดยในปี 2538 มี

อัตราป่วยถึง 164 ต่อประชากรแสนคน ซึ่งนับว่าสูงมาก แม้ว่าอัตราการตายจะลดลงเหลือเพียง 0.24 ต่อประชากรแสนคน แต่ก็ยังเป็นสาเหตุการตายที่สำคัญ โดยเฉพาะกลุ่มอายุ 5-9 ปี

23. โรคพยาธิเป็นโรคที่สำคัญอีกอย่างหนึ่ง แต่ไม่ปรากฏในข้อมูลสถิติของโรงพยาบาลต่าง ๆ ประเวศ วะสี (2531) ระบุว่าในการสำรวจของสมพร พฤกษ์ราชและคณะเมื่อ พ.ศ. 2524 ปรากฏว่าคนไทยร้อยละ 54.6 มีพยาธิหนึ่งชนิดหรือมากกว่าในลำไส้ โดยพยาธิปากขอเป็นพยาธิที่พบบ่อยที่สุดคือประมาณร้อยละ 40.5 นอกจากนั้นมีพยาธิใบไม้ในตับ พยาธิแส้ม้า และพยาธิไส้เดือน ถึงแม้ความรุนแรงจากการติดเชื้อไม่รุนแรงเด่นชัด แต่พยาธิทำให้เกิดภาวะทุพโภชนาการ โดยพยาธิปากขอเป็นสาเหตุสำคัญของการชืดของคนไทย และพยาธิใบไม้ในตับมีส่วนสัมพันธ์กับการเป็นมะเร็งที่พบบ่อยในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ในช่วง 5-6 ปี หลังนี้ได้มีการรณรงค์ให้มีการบริโภคอาหารสุกเพื่อลดปัญหาโรคพยาธิ ซึ่งได้ผลในระดับหนึ่ง

24. โรคที่เป็นสาเหตุอีกอย่างหนึ่งของมะเร็งคือ ตับอักเสบบ จากไวรัสชนิดบี ซึ่งประมาณการว่ามีผู้ติดเชื้อและเป็นพาหะประมาณ 300 ล้านคนทั่วโลก และมีผู้เสียชีวิตไม่น้อยกว่า 1.5 ล้านคน ประเวศ วะสี ระบุว่า คนไทยร้อยละ 7-11 หรือประมาณ 4-5 ล้านคน เป็นพาหะนำเชื้อมารดาซึ่งมีเชื้อนี้อยู่สามารถแพร่ถ่ายทอดสู่ลูกของตนได้ ดังนั้นทารกเกิดใหม่ประมาณ 50,000-80,000 คนต่อปีจะมีเชื้อนี้และแพร่เชื้อสู่ชุมชนไปเรื่อย ๆ อย่างไรก็ตามกระทรวงสาธารณสุขได้ร่วมมือกันกับภาคเอกชนดำเนินการฉีดวัคซีนให้แก่ทารก และนักเรียนจำนวนมาก สามารถชะลอการแพร่เชื้อได้มาก

(ข) โรคจากการประกอบอาชีพ

25. กองทุนเงินทดแทนที่คุ้มครองลูกจ้างที่ประสบอันตรายจากการทำงานให้นายจ้าง จ่ายเงินทดแทนให้ลูกจ้างมากที่สุดในกิจการก่อสร้าง โดยมีจำนวนลูกจ้างสูงถึงร้อยละ 13.2 รองลงมา ได้แก่ การปั่น การทอ การผลิตจากเส้นใยโดยใช้เครื่องจักร การผลิตชิ้นส่วนหรืออุปกรณ์ของยานพาหนะ และการผลิตอาหารและเครื่องดื่มตามลำดับ จำนวนลูกจ้างที่ประสบอันตรายในปี 2538 สูงถึง 216,525 คน ตาย 996 คน ทุพพลภาพ 21 คน สูญเสียอวัยวะบางส่วน 5,552 คน หยุดงานเกิน 3 วัน 67,681 คน ลักษณะของการประสบอันตรายที่เป็นสาเหตุแห่งการตายมากที่สุด ได้แก่ อุบัติเหตุจากยานพาหนะ ตกจากที่สูง ไฟฟ้าช็อต วัตถุหรือสิ่งของหล่นทับ พังทลาย กระแทกหรือชน ส่วนสาเหตุที่ทำให้ทุพพลภาพได้แก่ ไฟฟ้าช็อต วัตถุสิ่งของหล่นทับ พังทลาย กระแทกหรือชน อุบัติเหตุยานยนต์ และตกจากที่สูงตามลำดับ การประสบอันตรายจากการทำงานของลูกจ้างดังกล่าว มีแนวโน้มที่จะเพิ่มขึ้นเฉลี่ยร้อยละ 4 ต่อปี มีผู้เสียชีวิตอัตราประมาณ 25 ต่อคนงานแสนคน ซึ่งมีแนวโน้มลดลงมากจากปี พ.ศ. 2522 ซึ่งสูงถึง 44.9 ต่อคนงานแสนคน

26. กองระบาควิทยาเคศศึกษาสถานการณ์ปัญหาอาชีวอนามัยในปี 2536 พบว่าอัตราป่วยด้วยโรคจากการประกอบอาชีพ ดังนี้

- โรคพิษจากสารเคมีกำจัดพืช

5.66 ต่อประชากรแสนคน

- พืชจากสารตะกั่ว	0.03 ต่อประชากรแสนคน
- พืชจากสารโลหะหนัก	0.03 ต่อประชากรแสนคน
พืชจากสารปิโตรเลียม (น้ำมัน)	0.09 ต่อประชากรแสนคน
พืชจากแก๊ส/ไอระเหย	0.04 ต่อประชากรแสนคน

รายงานของกองระบาดวิทยาเช่นเดียวกัน ระบุว่า ผู้ป่วยเพราะรับพืชจากสารปิโตรเลียมมีโลกาสตายถึงร้อยละ 25 นอกจากนั้นขอให้สังเกตว่าผู้ป่วยโรคพืชจากสารเคมีกำจัดพืชส่วนใหญ่เป็นเกษตรกร ซึ่งไม่อยู่ในข่ายของการประกันสังคมหรือกองทุนเงินทดแทน

ตารางที่ 3-12 ลูกจ้างที่ประสบอันตรายเนื่องจากการทำงาน พ.ศ. 2538

ลักษณะของการประสบอันตราย	รวม	ชาย	ทุพพ ภาพ	สูญเสีย อวัยวะ บางส่วน	หยุดงาน เกิน 3 วัน	หยุดงาน ไม่เกิน 3 วัน
อุบัติเหตุจากยานพาหนะ	5,747	538	3	175	2,884	1,874
ตกจากที่สูง	6,671	109	2	282	3,192	3,086
ไฟฟ้าช็อต	1,603	97	7	26	667	806
วัตถุหรือสิ่งของหล่นทับ/ พังทลาย	35,754	72	4	1,612	15,053	19,013
วัตถุหรือสิ่งของกระแทกหรือชน	28,854	39	2	908	10,431	17,474
ถูกทำร้ายร่างกาย	146	23	2	1	78	42
วัตถุหรือสิ่งของระเบิด	678	15	1	8	330	324
วัตถุหรือสิ่งของหนีบหรือดิ่ง	12,431	15	0	1,146	6,168	5,102
ผลจากความร้อนสูง, สัมผัสของร้อน	4,533	10	0	67	1,924	2,532
อาการเจ็บป่วยจากการทำงาน	7,175	5	0	39	2,369	11,535
อาคารหรือสิ่งก่อสร้างพังทลาย	365	9	0	42	1,913	3,144
วัตถุหรือสิ่งของตัด/บาด/ ทิ่มแทง	48,492	7	0	129	17,432	29,924
ถูกสัตว์ทำร้าย	373	4	0	0	85	284
หกล้ม สิ้นล้ม	5,103	4	0	42	1,913	3,144
โรคเนื่องจากการทำงาน	51	1	0	1	28	21
วัตถุหรือสิ่งของกระเด็นเข้าตา	35,101	0	0	68	2,874	32,159
วัตถุหรือเคลื่อนของหนัก	1,394	0	0	39	2,369	11,535

ตารางที่ 3-12 ลูกจ้างที่ประสบอันตรายเนื่องจากการทำงาน พ.ศ. 2538 (ต่อ)

ลักษณะของการประสบอันตราย	รวม	ตาย	ทุพพลภาพ	สูญเสียอวัยวะบางส่วน	หยุดงานเกิน 3 วัน	หยุดงานไม่เกิน 3 วัน
แพ้มัศจรรย์ของ (เว้นมีพิษ)	1,931	0	0	0	128	1,803
ผลจากความเย็นจัด (สัมผัสของเย็น)	22	0	0	0	14	8
อันตรายจากแสง (ยกเว้นรังสี)	2,114	0	0	1	139	1,974
สัมผัสสิ่งมีพิษสารเคมี	5,403	2	0	5	194	4,702
อื่น ๆ	308	16	0	1	75	216
รวม	216,525	966	21	5,552	67,581	142,305

ที่มา : สำนักงานประกันสังคม (2539)

(ค) ปัญหาสุขภาพจิต

27. สุขภาพจิตเป็นสิ่งที่วัดได้ยาก แต่อาจพิจารณาได้จากความเครียด การฆ่าตัวตาย การฆ่ากันตาย การติดยาเสพติด การดื่มสุรา หรือสูบบุหรี่ ฯลฯ ปัญหาสุขภาพจิตมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปี

- โรคจิต มีอัตราป่วยสูงขึ้นจากอัตรา 174.45 ต่อประชากรแสนคนในปี 2536 เป็น 245.45 ต่อประชากรแสนคนในปี 2537

- ปัญญาอ่อน ประมาณว่าปัจจุบันมีคนปัญญาอ่อนไม่น้อยกว่า 220,000 คน หรืออัตรา 13.25 ต่อประชากรแสนคน ในปี 2537 พบมากที่สุด ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ อย่างไรก็ตามประมาณว่าอาจมีผู้มีความพิการปัญญาอ่อนจากการขาดสารไอโอดีนถึง 500,000 คน

- โรคลมชัก มีแนวโน้มสูงขึ้นตามลำดับ จากอัตรา 119.31 ต่อประชากรแสนคนในปี 2537

- โรควิตกกังวลและซึมเศร้ามีจำนวนอัตรา 706.65 และ 31.40 ต่อประชากรแสนคน ในปี 2536 เพิ่มขึ้นเป็นอัตรา 835.74 และ 33.76 ต่อประชากรแสนคนในปี 2537 หรือคิดเป็นร้อยละ 10 ของประชากร

(ง) การสูบบุหรี่ เครื่องดื่มแอลกอฮอล์และยาเสพติด

28. องค์การอนามัยโลก (WHO 1995) ระบุว่า การสูบบุหรี่ได้กลายเป็นสาเหตุสำคัญของการเป็นโรคต่าง ๆ ที่ทำให้ตายได้ โดยประมาณว่าขณะนี้มีการตายจากการสูบบุหรี่ประมาณปีละ 3

ล้านคน จากการศึกษาในสหรัฐอเมริกา เยาวชนอายุต่ำกว่า 20 ปี ที่สูบบุหรี่ประจำมีโอกาสตายเพราะฆาตกรรม 6 คน 12 คนตายเพราะอุบัติเหตุ อีก 250 คนจะตายเมื่อถึงวัยกลางคน และอีก 250 คนจะตายต่อจากนั้นไม่นาน

29. จากการสำรวจของสำนักงานสถิติแห่งชาติ เมื่อปี 2536 คนไทยสูบบุหรี่เป็นประจำประมาณ 10.4 ล้านคน หรือทุก 1 ใน 6 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย แต่เพศหญิงมีแนวโน้มสูบบุหรี่มากขึ้น ซึ่งน่ากลัวอันตรายจากการแท้งบุตร คลอดก่อนกำหนด หรือบุตรมีน้ำหนักต่ำกว่าเกณฑ์ ประมาณว่ามีผู้เสียชีวิตก่อนวัยอันควรจากบุหรี่ เพศชายประมาณปีละ 27,000 คน และเพศหญิงประมาณ 2,000 คน ในจำนวนนี้มีจำนวนผู้เสียชีวิตด้วยบุหรี่ในวัย 15-19 ปี ประมาณร้อยละ 20 ประชากรในภาคกลางและภาคใต้มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ยิ่งเมื่อรัฐบาลอนุญาตให้นำเข้าบุหรี่ที่ผลิตจากต่างประเทศ ประชาชนยิ่งถูกยั่วยุให้สูบบุหรี่มากขึ้น อย่างไรก็ตามองค์การอนามัยโลก (WHO) 1995) ให้ข้อมูลว่าประเทศไทยมีเยาวชนที่สูบบุหรี่เป็นนิสัยต่ำกว่าฟิลิปปินส์และฝรั่งเศส แม้ว่าจำนวนร้อยละถึง 24 ก็ตาม (ตารางที่ 3-13)

ตารางที่ 3-13 การสูบบุหรี่เป็นนิสัยของเยาวชนเปรียบเทียบกับบางประเทศ

ประเทศ	ปี	ช่วงอายุ	สูบบุหรี่เป็นประจำ (%)	
			ชาย	หญิง
ฝรั่งเศส	2533	12 - 18	49	40
ฟิลิปปินส์	2530	15 - 19	38	38
ไทย	2534	15 - 19	23	1

ที่มา : WHO (1995)

30. การดื่มสุราเป็นสาเหตุให้เกิดโรคตับ โรคกระเพาะอาหารอักเสบ โรคประสาท โรคจิต ฟันเฟืองและอื่น ๆ ที่น่าเป็นห่วงมากที่สุดคือ อัลกอฮอล์ได้กลายเป็นสาเหตุสำคัญของอุบัติเหตุการขนส่ง มีการศึกษาหลายครั้งที่พบว่าผู้ที่ตายเพราะอุบัติเหตุการขนส่งจำนวนมากมีอัลกอฮอล์ในเลือดสูง ประมาณว่าคนไทยดื่มสุราทุกวันประมาณ 680,000 คน หรือ 11.90 ต่อประชากรพันคน โดยภาคกลางดื่มมากที่สุด ประมาณว่าในปี 2529 คนไทยบริโภคสุราเฉลี่ย 18.6 ลิตรต่อคนต่อปี เพิ่มขึ้น 33.3 ลิตรต่อคนต่อปีในปี 2533 และขณะนี้ ถ้ารวมเครื่องดื่มอัลกอฮอล์ทุกชนิดทั้งสุรา เบียร์ และไวน์ อัตราการบริโภคจะไม่ต่ำกว่า 70 ลิตรต่อคนต่อปี ทำให้เกิดโรคพิษสุราเรื้อรังปัญหาสุขภาพจิตจากพิษสุราและโรคทางกายอันมีสาเหตุจากสุราเพิ่มขึ้นอย่างชัดเจน

31. ปัญหายาเสพติดได้กลายเป็นปัญหาสำคัญที่สุดปัญหาหนึ่งในขณะนี้ เพราะมีการแพร่กระจายอย่างรวดเร็ว นอกจากเป็นปัญหาทางสุขภาพแล้ว ยังมีผลทางเศรษฐกิจสังคมอย่างมาก ซึ่งอันที่จริงก็เป็นปัญหาทั่วโลก แต่ในประเทศไทยอยู่ในอาณานิคมที่เป็นแหล่งผลิตยาเสพติดสำคัญของโลก ยิ่งมีความน่ากลัวและน่าเป็นห่วงอย่างยิ่ง จำนวนผู้ป่วย (ครั้งที่เข้ามารักษา) เพียง 53.7 ต่อแสนคนในปี 2524 เพิ่มขึ้นเป็น 102.4 ต่อแสนคนในปี 2528 กรมสุขภาพจิตรายงานว่า ในปี 2537 ประชากรใช้สารเสพติดเพิ่มขึ้นเป็น ร้อยละ 0.12 จากร้อยละ 0.08 ของประชากรในปี 2536

ข้อมูลนี้น่าจะต่ำกว่าที่เป็นจริงมาก ผู้ติดยาเสพติด (เฮโรอีน ยาบ้า กัญชา ฯลฯ) ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย อายุ 20-30 ปี อยู่ในเขตกรุงเทพมหานครและภาคกลาง

(จ) ทันตสุขภาพ

32. โรคในช่องปากเป็นปัญหาที่พบมากตั้งแต่วัยเด็กจนถึงผู้สูงอายุ แม้ไม่มีอันตรายถึงชีวิต แต่ก็เจ็บปวดทรมานยิ่งเมื่อมีจำนวนทันตแพทย์ต่อประชากรที่ไม่เหมาะสมด้วย เช่น ในบางจังหวัดทันตแพทย์ 1 คนต้องดูแลประชากรกว่า 120,000 คน ทำให้มีปัญหามากขึ้น จากการสำรวจสถานะทันตสุขภาพของกองทันตสาธารณสุขครั้งที่ 4 เมื่อ พ.ศ. 2537 พบว่า

- ร้อยละ 97 ของเด็กกลุ่มอายุ 0-5 ปี มีโรคฟันผุในฟันน้ำนมโดยมีค่าเฉลี่ยฟันผุ ถอน (dmft) 3.4 ซึ่งต่อคน และฟันที่ผุเกือบทั้งหมดยังไม่ได้รับการรักษา
- ร้อยละ 14.7 ของเด็กอายุ 6 ปี ปราศจากโรคฟันผุในฟันน้ำนมและถาวร
- ร้อยละ 53.9 ของกลุ่มอายุ 6-12 ปี มีค่าเฉลี่ยฟันผุ ถอน 1.6 ซึ่งต่อคน และมีสถานะเหงือกอักเสบสูงถึงร้อยละ 75.3 โดยมีค่าเฉลี่ยเหงือกปกติเพียง 1.4 ส่วนใน 6 ส่วนของช่องปาก
- ร้อยละ 66.5 ของกลุ่มเยาวชน มีฟันใช้งานได้ 28 ซี่
- ร้อยละ 37.6 ของกลุ่มผู้ใหญ่พบโรคปริทันต์และมีสถานะรากฟันผุร้อยละ 15.1
- ร้อยละ 74.4 ของกลุ่มผู้สูงอายุ พบโรคปริทันต์และมีสถานะรากฟันผุร้อยละ 27

นอกจากนี้ ยังพบความผิดปกติในช่องปาก เช่น การเจริญเติบโตผิดปกติของกระดูกขากรรไกรและใบหน้า โรคที่เป็นความพิการแต่กำเนิด ปากแหว่ง เพดานโหว่ โรคกษัยน้ำ และเนื้องอก มะเร็งในช่องปาก กระดูกขากรรไกรและใบหน้าแตกหักจากอุบัติเหตุ การอักเสบและการติดเชื้อในช่องปาก

ในปลายปี 2538 กรมอนามัยรายงานว่า เด็กก่อนวัยเรียนปราศจากโรคฟันผุ ทั้งฟันน้ำนมและฟันถาวรร้อยละ 14.7 เด็กวัยประถมศึกษาที่มีค่าเฉลี่ยฟันผุ ถอน ถอน ประมาณ 1.55 ซึ่งต่อคน กลุ่มเยาวชนที่มีฟันใช้งานครบ 28 ซี่ร้อยละ 66.5 และประชากรกลุ่มผู้ใหญ่มีฟันใช้งานครบ 20 ซี่ร้อยละ 91.1

(จ) โรคทางพันธุกรรม เช่น ธาลัสซีเมีย

33. ในปี 2539 พบว่าประชากรที่มีภาวะโลหิตจางจากธาลัสซีเมียประมาณร้อยละ 1 ของประชากร หรือประมาณ 500,000 คน หญิงตั้งครรภ์ประมาณปีละ 50,000 คน เสี่ยงต่อการให้กำเนิดบุตรเป็นโรคนี้อีก และในแต่ละปีจะมีทารกแรกเกิดที่มีโอกาสเป็นโรคนี้อีกประมาณ 12,250 คน

(ข) การพิการ

34. ประมาณว่ามีคนตาบอดถึง 38 ล้านคนทั่วโลกในปี 2533 เพิ่มขึ้นถึง 10 ล้านคนจากปี 2521 ประมาณ 22 ล้านคนในจำนวนนี้อายุเกิน 60 ปี นอกจากนี้อีกกว่า 110 ล้านคนมีปัญหาความพิการทางตา ประมาณว่าในปี 2563 จะมีคนตาบอดถึง 54 ล้านคน และมีคนพิการทางหูหรือการได้ยินระดับปานกลางถึงสูงอีก 42 ล้านคน ในประเทศไทยมีคนพิการประมาณ 750,000 คน ดังนั้นจึงจำเป็นต้องมีความพยายามยิ่งขึ้นในการป้องกันการตาบอด หรือสูญเสียการได้ยิน (42 เดซิเบล) ใช้เทคโนโลยีใหม่ในการรักษาเช่น การผ่าตัดตา ตลอดจนมีการฟื้นฟูคนพิการเหล่านี้ให้สามารถดำรงชีวิตอยู่ได้อย่างเป็นสุข

(ข) อุบัติเหตุ ความรุนแรง และการฆ่าตัวตาย

35. อัตราการตายเนื่องจากอุบัติเหตุมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปี ในปี 2530 มีอัตราเพียง 26.1 ต่อประชากรแสนคน เพิ่มขึ้นเป็น 45.6 ต่อประชากรแสนคนในปี 2534 และ 74.7 ต่อประชากรแสนคนในปี 2538 เป็นอันดับสองของสาเหตุการตายในปีนั้น ซึ่งนับว่ามีอัตราการเพิ่มที่สูงมากสำหรับผู้ขับขี่จักรยานยนต์ที่ได้รับบาดเจ็บจากอุบัติเหตุเป็นคนใช้ของสถานบริการของกระทรวงสาธารณสุข มากเป็นอันดับห้าสูงถึง 278.20 ต่อประชากรแสนคน โดยภาคที่มีผู้ป่วยมากที่สุดคือภาคใต้ แต่ภาคกลางยังคงรักษาอันดับแรกที่มีอัตราการตายสูงสุด สาเหตุประการสำคัญของอุบัติเหตุเกิดจากการดื่มสุราหรือเสพยาเสพติดประเภทแอมเฟตามีน

36. สาเหตุการตายที่สำคัญอันดับห้าคือความรุนแรงและการฆ่าตัวตาย มีอัตราเพิ่มจาก 14.8 ต่อประชากรแสนคนในปี 2534 มาเป็น 13.3 ต่อประชากรแสนคนในปี 2539 กว่าครึ่งเป็นการฆ่าตัวตายโดยภาคเหนือมีอัตราการฆ่าตัวตายสูงสุด และเพศชายเป็นส่วนใหญ่ ส่วนความรุนแรงต่าง ๆ รวมทั้งการฆาตกรรมมีสถิติเพิ่มขึ้นเช่นกัน ประเวศ วะสี เคยกล่าวว่าประเทศไทยมีการฆ่ากันตายติดอันดับแรก ๆ ของโลก (ประเวศ วะสี 2531)

• อนามัยของแม่และเด็ก

37. ประมาณว่ามีทารกเกิดใหม่ในโลกประมาณปีละ 145 ล้านคน ในปี 2536 เด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี เสียชีวิตถึงประมาณ 12.2 ล้านคน ซึ่งมากกว่าประชากรในประเทศนอร์เวย์และสวีเดนรวมกัน ในประเทศไทยอัตราการตายของเด็กอายุ 10-15 ปี ลดลงตามลำดับ จากประมาณ 2.5 ต่อประชากรพันคนตามหมวดอายุใน ปี 2530 เหลือเพียง 2.1 ในปี 2534 หรือมีอัตราประมาณ 40.41 ต่อพันการเกิดมีชีวิตในปี 2538 ขณะที่อัตราการตายของทารกต่อพันการเกิดมีชีวิตเหลือเพียง 26.50 ในปีเดียวกัน การที่มีอัตราการรอดชีวิตสูงขึ้นเป็นเพราะกระทรวงสาธารณสุขป้องกัน

ด้วยวิธีการฉีดวัคซีน โดยกำหนดให้เด็กอายุต่ำกว่า 1 ปี ได้รับวัคซีนป้องกันวัณโรค คอตีบ ไอกรณ บาดทะยัก โปลิโอ และหัด ตามเกณฑ์อายุไม่ต่ำกว่าร้อยละ 90 ซึ่งเท่าที่ผ่านมาประสบผลสำเร็จพอสมควร แม้ยังไม่บรรลุเป้าหมาย แสดงถึงความสำเร็จของบริการสาธารณสุขชุมชน โดยเฉพาะการอนามัยแม่และเด็ก ด้านโภชนาการและการให้ภูมิคุ้มกันโรค อัตราการตายของทารกอายุต่ำกว่า 1 ปี ต่อการเกิดมีชีพพันคน ลดลงตามลำดับจาก 12.4 ในปี 2525 เหลือเพียง 10.6 ในปี 2530 และ 7.2 ในปี 2538 สาเหตุการตายของทารกส่วนใหญ่มาจากการคลอดก่อนกำหนดหรือโรคติดเชื้อของเด็กอ่อน

38. การเป็นโรคขาดสารอาหารในทารกและเด็กก่อนวัยเรียน (0-5 ปี) ทำให้เกิดความบกพร่องทางร่างกายและสติปัญญา โดยเด็กที่เป็นโรคขาดสารอาหารจะมีรูปร่างเล็ก น้ำหนักน้อยกว่าปกติ สมอเล็ก และเซลล์สมองจะน้อยกว่าปกติ สารอาหารที่ขาดมาก ได้แก่ วิตามินเอ แคลเซียม ไอโอดีน เหล็กและสังกะสี อาจมีผลถึงตาบอดหรือปัญญาอ่อน นับตั้งแต่ปี พ.ศ. 2530 ภาวะโภชนาการของทารกและเด็กก่อนวัยเรียนมีแนวโน้มดีขึ้นตามลำดับ ในปี 2533 อัตราการเป็นโรคขาดสารอาหารในระดับรุนแรงมากที่สุด (ระดับ 3) สูงถึงร้อยละ 0.004 เหลือเพียง 0.0035 ในปี 2534 ในปี 2538/2539 ไม่มีการขาดสารอาหารระดับรุนแรงมากที่สุด (ระดับ 3) มีเด็กขาดสารอาหารระดับ 2 เพียงร้อยละ 0.74 และระดับหนึ่งเพียงร้อยละ 11.05 แต่มีความแตกต่างระหว่างภาคค่อนข้างสูง เช่น ในภาคเหนือขาดสารไอโอดีนมากที่สุด รองลงมาเป็นภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ในปีเดียวกันนั้นพบว่าเด็กวัยเรียนมีอัตราโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กร้อยละ 16 และมีอาการป่วยด้วยอาการคอปอกในเด็กระดับประถมศึกษาในพื้นที่เป้าหมาย ร้อยละ 7.73 ซึ่งจะต้องมีการแก้ไขต่อไป

39. สำหรับมารดา อัตราการตายจากการตั้งครรภ์และการคลอดลดลงมาเหลือเพียง 0.16 ต่อพันการเกิดมีชีพเมื่อปี 2538 ลดลงจาก 0.7 ต่อพันการเกิดมีชีพเมื่อ พ.ศ. 2525 สาเหตุประการสำคัญคือการที่มีการฝากครรภ์กับสถานบริการสาธารณสุข มีการทำคลอดโดยบุคลากรที่ได้รับการฝึกหัด ทั้งเจ้าหน้าที่สาธารณสุขหรือผดุงครรภ์แผนโบราณที่ฝึกอบรมแล้ว และรับบริการหลังคลอดด้วย ในปี 2538 อัตราหญิงที่ได้รับการดูแลก่อนคลอดครบสี่ครั้ง สูงถึงร้อยละ 70.05 และมีอัตราการรับบริการหลังคลอดครบสามครั้งร้อยละ 62.74 ทำให้ทารกแรกเกิดมีน้ำหนักน้อยกว่าเกณฑ์ถึง 2,500 กรัม เพียงร้อยละ 8.2 ขณะเดียวกันที่มีน้ำหนักเกิน 3,000 กรัม มีถึงร้อยละ 57.6 อย่างไรก็ตาม อัตราโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กในหญิงมีครรภ์ยังสูงอยู่ถึงประมาณร้อยละ 13.17 ซึ่งจำเป็นต้องแก้ไขเร่งด่วนด้วย

● อนามัยผู้สูงอายุ

40. เมื่ออัตราผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นอย่างมากในช่วงทศวรรษที่ผ่านมา ก็เป็นภาระสำคัญที่รัฐจำเป็นต้องมีการกิจมากขึ้นในการดูแลผู้อาวุโสเหล่านี้ที่ให้คุณประโยชน์ให้แก่ประเทศชาติมาตลอดชีวิต ให้ใช้ชีวิตบั้นปลายอย่างมีความสุข ในปี 2536 มีผู้มีอายุเกินกว่า 65 ปี ประมาณร้อยละ 4.2 ในปี 2539 เพิ่มขึ้นเป็นประมาณ 4.5 หรือไม่น้อยกว่า 3 ล้านคน ผู้สูงอายุดังกล่าวมีโอกาสสูงที่จะเป็นโรคหัวใจ โรคเมรั้ง และความดันโลหิตสูง ขณะเดียวกันโรคที่เป็นมาก ได้แก่ ข้อต่อ

อักเสบ ปวดตามข้อกล้ามเนื้อ หูหนวกหรือสายตาศักพิการ และโรคจิตเสื่อม ในประเทศที่พัฒนาแล้วเคยมีการคำนวณว่าแม้มีประชากรผู้สูงอายุเพียงร้อยละ 10 ของประชากรทั้งสิ้นแต่ก็ให้บริการสาธารณสุขถึงร้อยละ 30 อย่างไรก็ตาม ประเทศที่กำลังพัฒนามักไม่ค่อยให้ความสนใจกับปัญหานี้ มักปล่อยให้ผู้สูงอายุเผชิญกับปัญหาชีวิตและปัญหาสุขภาพตามลำพัง ในประเทศไทยสภาพสังคมได้เปลี่ยนไปมาก ในหมู่บ้านจำนวนไม่น้อยที่มีแต่เด็กและคนชราเหลืออยู่ในเวลากลางวัน หมู่สาวเข้าไปทำงานในเมืองห่างไกลจากหมู่บ้าน ดังนั้นในอนาคตอันใกล้ สถานือนามัยตามตำบลต่าง ๆ นอกจากดูแลสุขภาพแม่และเด็ก และบริการสาธารณสุขมูลฐานแล้วคงต้องให้บริการผู้สูงอายุเหล่านี้เพิ่มขึ้นด้วย

● สภาพแวดล้อมและวิถีชีวิต

41. สภาพแวดล้อมและวิถีชีวิตที่เป็นสุข (healthy environment and healthy lifestyle) มีผลต่อสถานะ สาธารณสุขมาก ยิ่งในสภาวะที่มีการเปลี่ยนแปลงทางสภาพเศรษฐกิจสังคมอย่างรวดเร็วที่ทุกคนจำเป็นต้องดิ้นรนเพื่อให้ดำรงชีวิตอยู่ได้ เพศหญิงต้องออกไปทำงานหาเลี้ยงชีพ และครอบครัวไม่อาจอยู่บ้านเป็นแม่บ้านเลี้ยงดูบุตรธิดา ทำให้หมู่บ้านมีแต่เด็กและผู้สูงอายุในเวลากลางวันหรือในวันทำงานตลอดสัปดาห์ ครอบครัวอาจแตกแยก มีผลกระทบต่เด็ก อาจต้องกลายเป็นเด็กเร่ร่อนหรือมีความประพฤติที่ไม่เหมาะสม ดื่มสุรา หรือใช้สิ่งเสพติดหรือยาเสพติด มั่วสุมทางกามารมณ์ ฯลฯ สภาพแวดล้อมของเมืองเปลี่ยนแปลงไปด้วย เกิดโรงงานและชุมชนทำให้มีผลต่อสภาพแวดล้อมและภูมิทัศน์ เกิดปัญหาอากาศเป็นพิษจากโรงงานและการจราจร ตลอดจนฝุ่นจากการก่อสร้างหรือการปล่อยปะละเลย เกิดปัญหาน้ำเสีย เพราะปล่อยน้ำเสียจากที่อยู่อาศัยและสถานประกอบการ เกิดปัญหามลพิษและสิ่งปฏิกูล ตลอดจนมลพิษและอันตรายจากสารพิษ โดยเฉพาะสารเคมีที่ใช้ในอุตสาหกรรม หรือการเกษตร โรคภัยแรงทั้งที่เป็นโรคติดต่อและไม่ติดต่อ ส่วนหนึ่งมีที่มาจากสภาพแวดล้อมและวิถีดำรงชีวิตสมัยใหม่นี้

42. วิถีชีวิตที่เป็นสุข จะเกิดได้ต่อเมื่อมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับสุขศึกษาและนำไปปฏิบัติในชีวิตประจำวัน นักเรียนระดับต่าง ๆ ต้องได้รับการเรียนรู้ทั้งภาคทฤษฎีและปฏิบัติ เจ้าหน้าที่และอาสาสมัครสาธารณสุขมีส่วนเกี่ยวข้องโดยตรงที่จะส่งเสริมสุขภาพประชากรในท้องถิ่น ซึ่งส่วนหนึ่งอยู่ในเกณฑ์หรือดัชนีสาธารณสุขมูลฐาน และตารางความจำเป็นพื้นฐาน (จปฐ.) อยู่แล้ว เช่น

- ครีวเรือนปฏิบัติศาสนกิจอย่างน้อยสัปดาห์ละครั้ง
- คนในครัวเรือนไม่ติดสุรา
- คนในครัวเรือนไม่ติดบุหรี่
- ครีวเรือนได้ทำกิจกรรมตามประเพณีศิลปวัฒนธรรมในท้องถิ่น
- ผู้สูงอายุได้รับการดูแลจากคนในครอบครัวหรือชุมชน
- ครีวเรือนได้ทำกิจกรรมเกี่ยวกับการอนุรักษ์และพัฒนาทรัพยากรธรรมชาติ
- ครีวเรือนได้ทำกิจกรรมการป้องกันและควบคุมสิ่งแวดล้อม

ดัชนีของการณรงค์ไม่สูบบุหรี่ซึ่งได้ผลดีมาก ทำให้คนสูบบุหรี่ย่อยลง อย่างไรก็ตาม การดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์กลับเพิ่มขึ้นมากทั้งสุรา ไวน์และเบียร์ การเปลี่ยนพฤติกรรมสาธารณสุขดังกล่าว ต้องได้รับความร่วมมือจากบุคคลที่เกี่ยวข้อง ครอบครัว ชุมชน ตลอดจนองค์กรในระดับชาติ

43. ประเทศไทยค่อนข้างประสบความสำเร็จในการจัดหาน้ำสะอาดในชนบท โดยครัวเรือนมีน้ำสะอาดดื่มเพียงพอประมาณร้อยละ 77.2 และมีระบบประปาครอบคลุมถึง 18,663 หมู่บ้าน หรือประมาณร้อยละ 51 ของจำนวนหมู่บ้านทั่วประเทศในปี 2538 และในปีเดียวกันนั้น ครัวเรือนมีและใช้ส้วมถูกสุขลักษณะร้อยละ 91.4 และมีจังหวัด 25 จังหวัดที่มีส่วนครบทุกหลังคาเรือน ส่วนในด้านสิ่งแวดล้อมทั่วไป กรุงเทพมหานครและปริมณฑล ตลอดจนเมืองใหญ่ ๆ ทั่วประเทศประสบปัญหาสิ่งแวดล้อมอย่างมาก แต่ได้มีการสร้างระบบบำบัดน้ำเสียและควบคุมคุณภาพน้ำในแม่น้ำสายหลัก จัดตั้งสถานีควบคุมคุณภาพอากาศ มีการดำเนินมาตรการเข้มงวดขึ้นในการควบคุมมลภาวะ ตลอดจนรณรงค์ให้ประชาชนตระหนักเกี่ยวกับการอนุรักษ์ทรัพยากรธรรมชาติ ป้องกันและควบคุมสิ่งแวดล้อม ซึ่งทำให้ประชาชนมีความตื่นตัวมากขึ้น

44. โครงการ “เมืองที่เป็นสุข” (healthy cities) ขององค์การอนามัยโลกมีเครือข่ายถึงประมาณ 650 นครทั่วโลก รวมทั้งกรุงเทพมหานครและบางเมืองในประเทศไทย มาตรการที่กำหนดมุ่งป้องกันและควบคุมให้มีสภาพแวดล้อมและวิถีชีวิตที่มีคุณภาพ โดยปราศจากพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่ดีกับมีมาตรการที่ดีดังนี้

- อัลกอฮอล์
- เชื้อ HIVและโรคเอดส์
- โรคเบาหวาน
- ความพิการ
- การส่งเสริมสุขภาพในโรงพยาบาล
- ภาวะโภชนาการ
- สาธารณสุขมูลฐาน
- เมืองที่ปราศจากบุหรี่
- กีฬา
- สุขภาพสตรีและผู้ไร้โอกาส รวมทั้งผู้ว่างงาน

องค์การอนามัยโลกให้ความสำคัญสนับสนุนเกี่ยวกับการเสริมความแข็งแกร่งแก่กลไกระดับชาติ ในการกำหนดความจำเป็นเร่งด่วน การวางแผน และการวิจัยสภาพแวดล้อมในท้องถิ่น

45. อาหารเป็นสาเหตุหนึ่งของโรคหลายชนิด โดยเฉพาะในประเทศกำลังพัฒนา ในประเทศไทย โรคท้องร่วงเป็นสาเหตุสำคัญของการตายของทารก และเด็กอายุ 0-5 ปี เป็นโรคที่มีผู้

ป่วยในและผู้ป่วยนอกมากที่สุดโรคหนึ่งของโรงพยาบาลทั่วประเทศ กระทรวงสาธารณสุขได้มีมาตรการปรับปรุงสถานที่ปรุง ประกอบ และจำหน่ายอาหารให้ได้มาตรฐาน ซึ่งในปี 2538 ได้ดำเนินการดังนี้

- ร้านอาหาร	5,828 แห่ง
- ตลาดสด	102 แห่ง
- แผงลอย	20 เทศบาล
- โรงอาหารในโรงเรียน	1,005 แห่ง
- โรงครัวของโรงพยาบาล	108 แห่ง
- ครัวชนบท	3,745 หมู่บ้าน

อย่างไรก็ตาม ในเรื่องการบริหารโภชนาการขึ้นอยู่กับพฤติกรรมกรรมการบริโภคของคนไทยด้วย เช่น การบริโภคปลาหรือเนื้อสัตว์ที่ยังดิบอยู่ การซื้อและรับประทานอาหารและเครื่องดื่มที่หาบเร่ แผงลอย หรือร้านอาหารริมถนน ซึ่งส่วนหนึ่งเป็นเพราะความจำเป็นทางเศรษฐกิจและวิถีชีวิตแบบใหม่ ทำให้ไม่มีเวลาประกอบอาหารเอง อาหารและเครื่องดื่มดังกล่าวอาจมีการปนเปื้อนจากมลพิษและสิ่งแวดล้อม หรือมีคุณภาพไม่ได้มาตรฐาน อาหารและเครื่องดื่มบางชนิดใช้สารที่อาจเป็นอันตรายต่อสุขภาพ เช่น สีย้อมผ้า สารบอแรกซ์ ผงเปื่อยยุ่ย ดินปะสิว ฯลฯ แม้อาหารกระป๋องหรือที่ใส่ภาชนะบรรจุอย่างอื่น บางทีอาจขาดคุณภาพ ทั้ง ๆ ที่ได้ขึ้นทะเบียนตำรับอาหารจากสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยาแล้วก็ตาม อย่างไรก็ตาม องค์กรอนามัยโลกและองค์การอาหารและเกษตรแห่งสหประชาชาติ ได้จัดตั้งคณะกรรมการอาหาร (Codex Alimentarius Commission) มีสมาชิก 146 ประเทศ เพื่อพัฒนาคุณภาพอาหารให้อยู่ในระดับนานาชาติโดยกำหนดมาตรฐานที่ยอมรับได้ทั้งการบริโภคภายในและการส่งออก เพราะอาหารและเครื่องดื่มหลายชนิดที่ประเทศกำลังพัฒนารวมทั้งไทยส่งเข้ามาก็ขาดคุณภาพเช่นกัน

● การเปรียบเทียบสถานะสุขภาพกับประเทศอื่น

46. จากข้อมูลดังกล่าวข้างต้น จะเห็นได้ว่าสถานะสุขภาพของประเทศไทยดีขึ้นมากในช่วง 2-3 ทศวรรษที่ผ่านมา แม้ว่าจะยังมีปัญหาด้านความเท่าเทียมของการได้รับบริการทางสาธารณสุข อายุคาดเฉลี่ยสูงขึ้น อัตราการตายของประชากรและอัตราการตายของทารกลดลงมาเรื่อย ๆ การเปลี่ยนแปลงวิถีชีวิตทำให้มีความเครียดสูงขึ้นและมีนิสัยการบริโภคที่ไม่ถูกต้อง ทำให้อัตราการเจ็บป่วยและตายด้วยโรคบางอย่างสูงขึ้น เช่น โรคหัวใจ โรคมะเร็ง โรคเบาหวาน อัมพาต เป็นต้น ภาระเกี่ยวกับค่าใช้จ่ายในการดูแลสุขภาพของไทยเพิ่มขึ้นมากอย่างรวดเร็ว สถานะสุขภาพดังกล่าวจึงควรรนำมาพิจารณาพร้อมกับประเทศอื่น เพื่อเปรียบเทียบความสำเร็จหรือความล้มเหลวของการดำเนินงานบริการสาธารณสุข

47. ตารางที่ 3-12 ถึงตารางที่ 3-15 เปรียบเทียบสถานะสุขภาพของประเทศไทยกับต่างประเทศ ซึ่งโดยเกณฑ์เฉลี่ยแล้ว ประเทศไทยมีสถานะสุขภาพที่อยู่ในระดับที่ดีกว่าประเทศที่กำลังพัฒนามาก ทั้งอายุคาดเฉลี่ย อัตราการตายของทารก การดูแลแม่และเด็ก การป่วยด้วยโรคที่ต้องเฝ้าระวัง ตลอดจนการสุขภาพ อย่างไรก็ตามข้อที่ควรพิจารณาต่อไปดังนี้

- อายุคาดเฉลี่ยเมื่อแรกเกิดและอัตราการตายของทารกของไทยเมื่อเทียบกับของศรีลังกาและมาเลเซียแล้ว ยังไม่เป็นที่น่าพอใจ ถ้าพิจารณาว่า ค่าใช้จ่ายเพื่อสุขภาพของไทยสูงถึง 72 ดอลลาร์สหรัฐฯ เมื่อเทียบกับมาเลเซีย 71 ดอลลาร์สหรัฐฯ (ทั้ง ๆ ที่มาเลเซียมีผลผลิตมวลรวมประชาชาติ ต่อประชากรมากกว่าไทยมาก) ศรีลังกา 18 ดอลลาร์สหรัฐฯ ฟิlipปินส์ 15 ดอลลาร์สหรัฐฯ และอินโดนีเซีย 12 ดอลลาร์สหรัฐฯ ยิ่งถ้าเปรียบเทียบการเปลี่ยนแปลงสถานะสุขภาพในช่วง 2508-2509 จะเห็นภาพชัดเจนเกี่ยวกับประสิทธิผลและประสิทธิภาพ ในตารางที่ 3-15 เกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงอายุคาดเฉลี่ยเกิดของเพศหญิง การเปลี่ยนแปลงอัตราการตายของทารก และการเปลี่ยนของอัตราการเจริญพันธุ์ ส่วนตารางที่ 3-13 เกี่ยวกับจำนวนประชากรต่อแพทย์และพยาบาลการท่าคลอดโดยเจ้าหน้าที่ที่ได้รับการฝึกอบรมมาแล้ว และการสร้างภูมิคุ้มกันครบวงจร DPT สำหรับเด็กอายุ 1 ปี ซึ่งทั้ง ๆ ที่มีจำนวนประชากรต่อพยาบาลในอัตราที่ดีกว่าทุกประเทศ แต่การท่าคลอดโดยเจ้าหน้าที่ที่ได้รับการฝึกอบรมยังเกือบต่ำที่สุดในภูมิภาค

ตารางที่ 3-14 เปรียบเทียบการเปลี่ยนแปลงสถานะสุขภาพกับบางประเทศ

ประเทศ	การเปลี่ยนแปลง อายุคาดเฉลี่ย เมื่อเกิดเพศหญิง (%)	การเปลี่ยนแปลง อัตราการตายของ ทารก (%)	การเปลี่ยนแปลง อัตราการตายของ เด็ก 0-5 ปี (%)	การเปลี่ยนแปลง อัตราการเจริญ พันธุ์ (%)
ไทย	14	- 56	- 74	- 52
ศรีลังกา	11	- 54	- 63	- 40
มาเลเซีย	18	- 51	- 63	- 44
ฟิลิปปินส์	14	- 36	- 40	- 32
อินโดนีเซีย	29	- 36	- 51	- 35

ที่มา : World Bank (1988), Ross and others (1988)

ตารางที่ 3-15 เปรียบเทียบจำนวนแพทย์และพยาบาลและบริการแม่และเด็ก พ.ศ. 2529

ประเทศ	จำนวนประชากร ต่อแพทย์	จำนวนประชากร ต่อพยาบาล	การทำคลอด โดยเจ้าหน้าที่ที่ ได้รับการอบรม (%)	เด็กอายุ 1 ปีที่ ได้รับภูมิคุ้มกัน DPT ครบวงจร
ไทย	6,290	710	33	80
ศรีลังกา	5,520	1,290	87	61
มาเลเซีย	1,930	1,010	82	59
ฟิลิปปินส์	6,700	2,740	NA	73
อินโดนีเซีย	9,460	1,260	31	69

ที่มา : Ross and others (1988) ,World Bank (1988)

ตารางที่ 3-16 เปรียบเทียบสถานะสุขภาพของประเทศไทยกับต่างประเทศ (1)

ประเทศ	อายุคาดเฉลี่ย เมื่อเกิด 2536	อัตราการตาย ทารก 2536	อัตราการตายต่ำ กว่า 5 ปี 2536	ประชากร			อัตราการ เจริญพันธุ์ 2533 - 2538
				หญิง พหุสัณ (000) 2536	% อายุสูงกว่า 65 ปี 2536	% ที่อยู่ในเมือง 2536	
ไทย	69	27	33	56,868	4.2	23	2.2
ศรีลังกา	72	24	19	17,894	4.2	22	2.5
มาเลเซีย	71	14	19	19,239	3.8	45	3.6
ฟิลิปปินส์	65	39	60	66,543	3.2	44	3.9
สิงคโปร์	75	7	7	2,798	6.1	100	1.7
กัวเตมา	63	65	111	194,617	42	30	3.1
ญี่ปุ่น	79	5	6	124,959	13	77	1.7
ออสเตรเลีย	77	8	9	17,843	11.5	85	1.9
กาเอนตินา	71	29	24	33,487	9.4	87	2.8
สหรัฐอเมริกา	76	8	10	25,840	12.7	76	2.1
สหราชอาณาจักร	76	8	9	57,826	15.6	89	1.9

ที่มา : WHO (1995)

ตารางที่ 3-17 เปรียบเทียบสถานะสุขภาพของประเทศไทยกับต่างประเทศ (2)

ประเทศ	ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพต่อประชากร US\$ 2533	%ของงบประมาณสาธารณสุขของรัฐบาลกลาง 2534-2536	การดูแลก่อนคลอด(%ต่อการเกิดมีชีพ) 2533	การทำคลอดโดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขต่อการเกิดมีชีพ (%ต่อการเกิดมีชีพ) 2533	การตายของแม่ (ต่อการเกิดมีชีพ 1,000 คน) 2536	% ของทารกแรกเกิดที่น้ำหนักต่ำกว่าเกณฑ์ 2536	การฉีดวัคซีน (%) 2536					อัตราการได้ ORS และ/หรือ RHF	
							ฉีดวัคซีนก่อน 12 เดือน				ลดมีครรภ์	ORS และ/หรือ RHF	
							BCG	DPT3	OPV3	หัด			
ไทย	72	81	60-79	66	100-249	13	96	88	88	78	75	65	
ศรีลังกา	18	48	60-79	94	25-99	.	88	90	89	86	84	76	
มาเลเซีย	71	59	60-79	98	25-99	10	100	87	89	84	86	47	
ฟิลิปปินส์	15	41	60-79	55	100-249	15	90	88	89	88	70	59	
สิงคโปร์	215	62	>90	90	100-249	17	94	91	91	93	71	52	
อินโดนีเซีย	12	28	60-79	40	250-499	14	94	89	94	93	67	78	
ญี่ปุ่น	1,538	.	≥90	100	<25	6	93	87	94	69	.	.	
ออสเตรเลีย	1,294	127	≥90	99	<25	6	.	95	72	86	.	.	
อาร์เจนตินา	137	3	40-50	92	25-99	8	46	79	80	95	.	80	
สหรัฐอเมริกา	2,765	16	≥90	99	<25	7	.	83	72	83	.	.	
สหราชอาณาจักร	1,039	138	≥90	100	<25	7	.	91	93	.	.	.	

ที่มา : WHO (1995)

ตารางที่ 3-18 ตารางการวิเคราะห์เปรียบเทียบสถานะสุขภาพ

ดัชนี	ปี	หน่วย	สมาชิก องค์การ อนามัยโลก	ประเทศ พัฒนา แล้ว	ประเทศ กำลัง พัฒนา	ประเทศ ใหม่
1. อัตราการเพิ่มประชากร	2533-2558	%	1.5	0.5	1.7	
2. อัตราเจริญพันธุ์	2533-2548	คนหญิง 1 คน	3.3	1.9	3.8	2.2
3. อัตราประชากรอายุน้อยกว่า 15 ปี	2536	%	32.1	21.1	35.1	
4. อัตราประชากรอายุเกิน 65 ปี	2536	%	6.4	12.6	4.6	4.2
5. อัตราประชากรในเมือง	2535	%	43.9	73.7	35.4	23
6. ผลิตภัณฑ์มวลรวม (GDP)	2536	US\$ พันล้าน	20,863	16,920	3,943	
7. อัตราเติบโตของ GDP	2526-2536	%	2.5	2.2	4.0	4
8. GDP เฉลี่ยต่อประชากร	2536	US\$	3,793	14,030	918	1,840
9. อัตราการรู้หนังสือ	2533	%			67	93.90
10. อายุคาดเฉลี่ยเมื่อเกิด	2536	ปี	66	75	64	69
11. อัตราการตาย	2533-2538	ต่อ 1,000	930	970	915	
12. อัตราการตายทารก	2536	ต่อ 1,000 ทารกเกิดมี ชีวิต	62	12	69	27
13. อัตราการตายของเด็กอายุต่ำกว่า 6 ปี	2535	ต่อ 1,000 ทารกเกิดมี ชีวิต	96	10	104	33
14. อัตราการตายของเด็ก 0-4 ปี	2533	ต่อ 1,000 ทารกเกิดมี ชีวิต	2,066			
15. อัตราการตายของมารดา	2533	ต่อ 100,000 ทารกเกิดมี ชีวิต	570	25	420	100,249
16. อัตราน้ำหนักทารกแรกเกิดต่ำกว่าเกณฑ์	2533	% ต่อการเกิด มีชีวิต	17	7	19	13
17. การฝากครรภ์	2533	% ต่อการเกิด มีชีวิต	64	98	59	60.79
18. การทำคลอดโดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุข	2533	% ต่อการเกิด มีชีวิต	60	99	55	66
19. อัตราการใช้ ORS และ/หรือ RHF	2536	%			44	65
20. อัตราการมีน้ำสะอาดบริโภค	2531-2534	%			70	77.1
21. อัตราการมีสุขาภิบาลเพียงพอ	2531-2534	%			51	74.12
22. ค่าใช้จ่ายเพื่อสุขภาพต่อประชากร	2533	US\$	327	1,296	36	74

ที่มา : WHO (1995)

● ถ้าเปรียบเทียบปัญหาสาธารณสุขในประเทศเหล่านี้ ข้อมูลที่น่าตกใจมากที่สุดคือ ปัญหาการป่วยและการตายของคนไทยมาจากอุบัติเหตุเป็นอันดับแรก ในขณะที่ประเทศอื่น ๆ ไม่ติดอันดับเลย แม้ข้อมูลดังกล่าวไม่ทันสมัย แต่ไม่ได้มีการเปลี่ยนแปลงมากนักในช่วง 2-3

ทศวรรษที่ผ่านมา นี้ ดังนั้น จำเป็นต้องมีมาตรการป้องกันและแก้ไขปัญหาดูแลที่เข้มงวดร่วมกันระหว่างหน่วยงานต่างๆ ไม่เพียงเฉพาะกระทรวงสาธารณสุข

ตารางที่ 3-19 เปรียบเทียบปัญหาสาธารณสุขในประเทศต่าง ๆ เรียงตามลำดับความสำคัญในช่วง 2518-2528

ปัญหาสาธารณสุข	ไทย	ศรีลังกา	มาเลเซีย	ฟิลิปปินส์	อินโดนีเซีย
อุบัติเหตุ	1	-	-	-	-
โรคหัวใจ	-	-	1	-	-
ทางเดินโลหิต	2	-	-	-	3
ท้องร่วง	3	-	-	-	1
มะเร็ง	-	-	2	-	-
ทางเดินหายใจ	-	2	3	-	1
ติดเชื้อ	-	1	-	-	-
ระบบประสาท	-	-	-	-	-
ปรสิต	-	1	-	-	-
Perinatal	-	3	-	-	-

ที่มา : Hansluwka (1986), United Nations (1986)

สรุป

48. สถานะสุขภาพของคนไทยได้พัฒนาขึ้นอย่างมากในช่วง 2-3 ทศวรรษที่ผ่านมา โดยเฉพาะด้านสุขภาพกาย เพราะบริการของรัฐและเอกชนได้แผ่ขยายครอบคลุมทั่วประเทศ การเสนอบริการสาธารณสุขมูลฐานเป็นองค์ประกอบสำคัญอย่างหนึ่งที่ทำให้ภาพรวมบริการสาธารณสุขเปลี่ยนแปลงไปอย่างมาก ที่เห็นได้ชัดเจนคืออัตราการเกิดและอัตราการเพิ่มประชากรลดลงอย่างมาก อายุคาดเฉลี่ยเมื่อแรกเกิดสูงขึ้น อัตราการตายของทารกและมารดาลดลง โรคติดต่อและไม่ติดต่อหลายโรคที่เคยเป็นสาเหตุของการตาย พิกัดหรือเจ็บป่วยจำนวนมากได้ลดลงไปหรือแทบหายไปจากแผ่นดินไทย อย่างไรก็ตามการพัฒนาเศรษฐกิจและวิถีชีวิตแบบใหม่ในสภาพแวดล้อมเศรษฐกิจสังคมที่เปลี่ยนแปลงไปอย่างรวดเร็ว มีผลกระทบต่อสุขภาพอย่างรุนแรงทั้งสาเหตุการตายและเจ็บป่วย สิ่งแวดล้อมที่เสื่อมโทรม มลภาวะต่าง ๆ และพฤติกรรมกรรมการบริโภค ฯลฯ ทำให้คนไทยตายหรือป่วยด้วยโรคหัวใจ มะเร็ง เบาหวาน และเหนืออื่นใด อุบัติเหตุจากการจราจรซึ่งมีอันดับสูงสุดในประเทศอาเซียนและแปซิฟิก แม้แต่สุขภาพจิตก็เสื่อมโทรมลง

อย่างเห็นได้ชัดจากจำนวนผู้ป่วยทางจิต การฆ่าตัวตายหรือฆาตกรรม ปัญญาอ่อน โรคลมชัก หรือแม้แต่การใช้ยาเสพติดชนิดต่าง ๆ รวมทั้ง “ยาบ้า” ที่กำลังเป็นปัญหาสำคัญของชาติ นกกจากนี้ประเด็นที่น่าสนใจมากเมื่อเปรียบเทียบผลการดำเนินงานทางสาธารณสุขกับค่าใช้จ่ายที่รัฐและประชาชนลงทุน

บทที่ 4

นโยบายสาธารณะด้านสาธารณสุข

บทนำ

1. นโยบายสาธารณะเป็นกรอบการดำเนินงานอย่างกว้างๆ เพื่อแก้ปัญหาหรือสนองตอบความต้องการสาธารณะ โดยมีลักษณะเป็นการแถลงหรือเป็นข้อเขียน หรือเป็นมติของคณะรัฐมนตรี หรือการตัดสินใจของรัฐมนตรีแต่ละคน โดยทั่วไปเป็นคำแถลงของรัฐบาลต่อรัฐสภา เมื่อขอความไว้วางใจจากรัฐสภา หรือเมื่อเข้าดำรงตำแหน่ง ในระยะหลังนักรัฐประศาสนศาสตร์ให้ความสนใจศึกษาวิเคราะห์นโยบายสาธารณะมากขึ้น เพราะทำให้สามารถอธิบายสาเหตุและผลของการดำเนินกิจกรรมของรัฐบาลได้ ทำให้สามารถเข้าใจระบบบริหารจัดการของรัฐ ทั้งโดยทั่วไปและด้านต่างๆ ระบบการเมืองและระบบสังคม องค์ประกอบหรือปัจจัยที่มีผลกระทบต่อการกำหนดนโยบายสาธารณะ ผู้กำหนดนโยบายสาธารณะ กระบวนการนโยบายสาธารณะ ตลอดจนตัวนโยบายสาธารณะนั้น ๆ เอง

2. การศึกษานโยบายสาธารณะด้านสาธารณสุขได้รับความสนใจเป็นอย่างมากจากนักวิชาการทั้งด้านรัฐประศาสนศาสตร์และด้านสาธารณสุขในช่วง 2 - 3 ทศวรรษที่ผ่านมา โดยขอบเขตการศึกษากว้างขวางครอบคลุมการดำเนินงานที่กระทบต่อสถาบัน องค์การและการจัดการ บุคลากร และงบประมาณของระบบการดูแลสุขภาพ โดยเฉพาะอย่างยิ่งที่มีผลกระทบต่อผลประโยชน์สาธารณะในเชิงทฤษฎี กรอบการมองนโยบายสาธารณสุขมีอยู่หลายอย่าง คือ ด้านเศรษฐกิจให้ความสำคัญกับประสิทธิภาพ (อุปสงค์ - อุปทาน) ด้านการเมืองเกี่ยวกับการตัดสินใจทางการเมืองหรือการกำหนดนโยบาย (การปฏิรูป - เสถียรภาพ) ด้านสังคมเกี่ยวกับความเท่าเทียมกัน (การครอบงำ - การเป็นเบี้ยล่าง) และด้านระบาดวิทยาเกี่ยวข้องกับประสิทธิผล (อัตราการตาย - อัตราการป่วย) (Palmer and Short 1994) ในทางปฏิบัติการศึกษา นโยบายสาธารณะด้านสาธารณสุขมักให้ความสนใจอยู่ 3 ระดับ (Ham and Hill 1993) ได้แก่ ระดับการตัดสินใจเกี่ยวกับผู้ตัดสินใจนโยบายและการเลือกทางเลือกต่างๆ ระดับกระบวนการนโยบายในภาครัฐบาล กลไกและการดำเนินงานเพื่อให้มีการกำหนดเป็นวาระนโยบาย (policy agenda) และการดำเนินตามนโยบายนั้นๆ ระดับสุดท้ายเกี่ยวข้องกับโครงสร้าง โดยมีการวิเคราะห์วิจารณ์และประเมินระบบการดูแลสุขภาพในสภาพแวดล้อมทางเศรษฐกิจ การเมือง สังคม และวัฒนธรรม ซึ่งเป็นที่ยอมรับกันมาก

3. ในบทที่ 2 ได้กล่าวถึงระบบการสาธารณสุขของประเทศไทย และบทที่ 3 กล่าวถึงสถานะสุขภาพ ซึ่งล้วนเป็นผลจากนโยบายสาธารณะด้านสาธารณสุขที่ผ่านมา ในบทนี้ จึงมุ่งศึกษานโยบายของรัฐบาล โดยทั้งในอดีตและปัจจุบัน โดยใช้แนวทาง “นโยบายสาธารณะทางเมือง”

ตามแนวทางของ Lynn (1987) ซึ่งให้ความสำคัญกับอิทธิพลหรือองค์ประกอบต่าง ๆ ที่มีผลกระทบต่อ การกำหนดนโยบายสาธารณะ ทั้งที่เกี่ยวข้องกับระบบการเมือง ระบบสังคม (พฤติกรรมและปฏิสัมพันธ์ขององค์การ และบุคคลในองค์การบริหาร) ซึ่งแตกต่างจากแนวทาง “การวิเคราะห์นโยบาย” มีลักษณะเป็นเทคนิคซับซ้อนกว่า

ลักษณะนโยบายสาธารณะด้านสาธารณสุข

4. ตารางที่ 4 - 1 สรุปนโยบายของรัฐบาลไทยตั้งแต่ พ.ศ.2485 ซึ่งเป็นปีที่สถาปนากระทรวงสาธารณสุข จนถึง พ.ศ. 2539 ซึ่งเป็นการแถลงนโยบายของรัฐบาล พลเอกชวลิต ยงใจยุทธ มีประเด็นนโยบายสำคัญอยู่ 28 ข้อดังนี้

- (1) นโยบายการป้องกัน รักษาพยาบาล หรือจัดโรค ทั้งโรคทั่วไปและโรคระบาด
- (2) นโยบายเกี่ยวกับการสุขภาพ และการอนามัย
- (3) นโยบายเกี่ยวกับการสร้าง ขยาย ปรับปรุงสถานพยาบาลทั้งในระดับศูนย์ จังหวัด
- (4) อำเภอ และตำบล ตลอดจนการจัดหน่วยแพทย์เคลื่อนที่
- (5) นโยบายเกี่ยวกับการผลิต พัฒนาบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข
- (6) นโยบายเกี่ยวกับการขยายการผลิตยา และเวชภัณฑ์ต่าง ๆ ให้เพียงพอ และอาจขยายไปถึงการส่งออก
- (8) นโยบายการวิจัย ส่งเสริมและพัฒนาสมุนไพรและการแพทย์แผนโบราณ
- (9) นโยบายการส่งเสริมการสอน อบรม เผยแพร่สุขศึกษาทั้งในและนอกโรงเรียน โดย
- (10) ใช้เทคโนโลยีที่ทันสมัย
- (11) นโยบายการปรับปรุงระบบ วิธีการหรือกระบวนการการบริหารจัดการสาธารณสุข
- (12) เพื่อเพิ่มขีดสมรรถนะการให้บริการ
- (13) นโยบายการส่งเสริมพัฒนาสุขภาพแม่และเด็ก
- (14) นโยบายการประกันสุขภาพ
- (15) นโยบายการส่งเสริม วิจัยและพัฒนาการแพทย์ รวมถึงการตั้งสถาบันหรือสถาน
- (16) วิจัย
- (17) นโยบายพัฒนาการอนามัยโรงเรียน
- (18) นโยบายสร้างความเท่าเทียมกันในการรักษาพยาบาล
- (19) นโยบายขยายการให้บริการสู่ชนบท ภูมิภาคและท้องถิ่น
- (20) นโยบายการสร้างความร่วมมือระหว่างภาครัฐและภาคเอกชนในการเสนอบริการ
- (21) สาธารณสุข
- (22) นโยบายสวัสดิการผู้มีรายได้น้อย รักษาพยาบาลโดยไม่เสียค่าบริการ
- (23) นโยบายการเสนอบริการสาธารณสุขแบบผสมผสาน
- (24) นโยบายการกระจายอำนาจบริหารสู่ภูมิภาค
- (25) นโยบายการวางแผนครอบครัว

- (๒๖) นโยบายเกี่ยวกับยาเสพติด
- (๒๗) นโยบายการอนุรักษ์และทนุบำรุงสภาพแวดล้อม
- (๒๘) นโยบายการสาธารณสุขมูลฐาน
- (๒๙) นโยบายด้านอาหารและโภชนาการ
- (๓๐) นโยบายการคุ้มครองผู้บริโภค
- (๓๑) นโยบายการปรับปรุงกฎหมายและระเบียบข้อบังคับต่าง ๆ ที่ล้าสมัย
- (๓๒) นโยบายส่งเสริมการสร้างพฤติกรรมสุขภาพ
- (๓๓) นโยบายเกี่ยวกับโรคเอดส์
- (๓๔) นโยบายการส่งเสริมการพัฒนาศูนย์หรือสถานเลี้ยงเด็กกลางวัน

มีข้อน่าสังเกตว่านโยบายข้อ ๑ - ๑๑ ได้ริเริ่มมาตั้งแต่สมัยที่จอมพล ป. พิบูลสงคราม เป็นนายกรัฐมนตรีเมื่อ พ.ศ. ๒๔๘๕ ส่วนใหญ่ได้กลายเป็นนโยบายของรัฐบาลทุกคณะจนถึงปัจจุบัน มีเพียงนโยบายข้อ ๑๒ - ๑๓ ที่ริเริ่มขึ้นในช่วงปี พ.ศ. ๒๔๙๑ - ๒๕๑๒ หลังจากศาสตราจารย์สัญญา ธรรมศักดิ์ เป็นนายกรัฐมนตรี (พ.ศ. ๒๕๑๖ - ๒๕๑๘) มีการกำหนดนโยบายใหม่ ๆ เพิ่มขึ้นอีก ๑๒ ข้อ นโยบายที่ริเริ่มใหม่ ๆ ในช่วงสองทศวรรษหลังมีน้อยมาก ดังนั้นจึงอาจกล่าวได้ว่านโยบายสาธารณะด้านสาธารณสุขของไทยมีลักษณะเป็นแบบค่อยเป็นค่อยไป (incremental model) โดยมีการเปลี่ยนแปลงแก้ไขนโยบายเพิ่มเติมจากเดิมเพียงเล็กน้อย มีลักษณะเป็นงานประจำมากกว่านโยบายทางการเมืองที่มีผลกระทบต่อผลประโยชน์สาธารณะ โดยเฉพาะอย่างยิ่งการนำเอาแผนพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ หรือแผนพัฒนาการสาธารณสุขมากำหนดเป็นนโยบาย ทั้งหมดหรือเกือบทั้งหมด แทบมิได้มีการริเริ่มทางการเมือง หรือนำนโยบายของพรรคการเมืองมาเป็นนโยบายสาธารณะ ยกเว้นกรณีการสงเคราะห์ผู้มีรายได้น้อยในช่วงรัฐบาล ม.ร.ว.คึกฤทธิ์ ปราโมช

[illegible]

[illegible]

[illegible]

[illegible]

[illegible]

5. สำหรับแผนพัฒนาการสาธารณสุขมีลักษณะเป็นแผนสาขาของแผนพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ดังนั้นนโยบาย เป้าหมาย ยุทธศาสตร์ ตลอดจนแผนงานโครงการของแผนนี้จึงสอดคล้องรองรับแผนระดับชาติ แต่แผนพัฒนาการสาธารณสุขนับตั้งแต่ฉบับที่ 1 (2504 - 2509) จนถึงฉบับปัจจุบัน คือฉบับที่ 8 (2540 - 2544) ยังมีลักษณะเป็นงานประจำของกระทรวงสาธารณสุข โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ฉบับที่ 4 - 6 อย่างไรก็ตามแผนพัฒนาฯ ฉบับปัจจุบันเริ่มให้ความสำคัญกับยุทธศาสตร์หลักมากขึ้น โดยไม่ได้เน้นที่รายละเอียด ในตารางที่ 4 - 2 สรุปสาระสำคัญของแนวนโยบายของแผนพัฒนาการสาธารณสุขตั้งแต่ฉบับที่ 1 จนถึงฉบับปัจจุบัน

6. เป็นที่ยอมรับทั่วไปว่าสภาพแวดล้อมด้านสุขภาพมีการปรับเปลี่ยนไปอย่างรวดเร็ว โดยเฉพาะอย่างยิ่งในช่วงเวลาปัจจุบัน ก่อนเกิดสงครามโลกครั้งที่สอง ทั้งนักการเมืองและแพทย์ทั่วโลกให้ความสนใจอย่างมากเกี่ยวกับโรคติดต่อ แต่เมื่อสงครามโลกสงบลง ได้มีการค้นคว้าวิจัยและพัฒนาเทคโนโลยีการวิเคราะห์และการรักษาโรค สามารถป้องกันและขจัดโรคติดต่อที่ร้ายแรงได้ ต่อมาในช่วงทศวรรษที่ 80 หรือเมื่อเกือบสิบปีมาแล้ว วงการสาธารณสุขได้ให้ความสนใจเกี่ยวกับการควบคุมค่าใช้จ่าย ซึ่งเพิ่มสูงขึ้นมาก มีการปฏิรูปงานสาธารณสุขและการดูแลสุขภาพทั่วโลก ในปัจจุบันแนวโน้มการบริหารจัดการสาธารณสุขเป็นการพัฒนาคุณภาพการบริหารและการบริการอย่างต่อเนื่อง แต่ก็ไม่ได้หมายความว่า ความสำคัญเกี่ยวกับองค์ประกอบเงินทุนค่าใช้จ่ายเพื่อสาธารณสุขจะหมดไป การปฏิรูปงานสาธารณสุขและการดูแลสุขภาพโดยเฉพาะอย่างยิ่งในด้านการเงินยังแพร่หลายทั่วโลก รวมทั้งประเทศไทยด้วย

7. พัฒนาการสาธารณสุขในประเทศไทยมีลักษณะคล้ายคลึงกับต่างประเทศ กล่าวคือ ก่อนที่รัฐบาลจอมพล ป.พิบูลสงครามจะสถาปนากระทรวงสาธารณสุขขึ้นเมื่อ พ.ศ. 2485 รัฐบาลได้ให้ความสนใจในด้านรัฐสวัสดิการ การรักษาพยาบาล และประชาสงเคราะห์ตลอดมา โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ในช่วงเวลาดังกล่าวมักมีโรคติดต่อเป็นสาเหตุของการตายของประชากรจำนวนมากอยู่บ่อยครั้ง ในรัชสมัยพระบาทสมเด็จพระจุลจอมเกล้าเจ้าอยู่หัว จึงมีการจัดตั้งโรงพยาบาลและสุขศาลาขึ้นหลายแห่ง ขณะเดียวกัน มีการริเริ่มจัดตั้งสุขาภิบาล เพื่อทำนุบำรุงท้องถิ่นให้มีความสะอาดเรียบร้อย มีสภาพแวดล้อมที่ดี ตลอดจนเริ่มงานอนามัยชุมชน โดยมีนายแพทย์ประจำเมืองหรือจังหวัด และแพทย์ประจำตำบล ซึ่งเป็นแพทย์แผนโบราณด้วย เมื่อสถาปนากระทรวงสาธารณสุขแล้วได้กำหนดนโยบายที่ชัดเจนในด้านการรักษาพยาบาลและขจัดโรคต่าง ๆ เมื่อสงครามสงบลงแล้วประเทศไทยยังประสบปัญหาโรคติดต่ออยู่มาก รัฐบาลคณะต่อ ๆ มายังกำหนดนโยบายเรื่องนี้ แม้เมื่อไม่นานมานี้ยังมีการระบุเกี่ยวกับโรคติดต่อที่คนงานต่างชาติหรือผู้ลี้ภัยสงครามได้นำเข้ามา กับมีโรคเอดส์ซึ่งเป็นโรคติดต่อร้ายแรง

8. การพัฒนารูปแบบบริการตลอดจนการพัฒนาโครงสร้างพื้นฐานและทรัพยากรทางการแพทย์และสาธารณสุขเป็นนโยบายอีกประการหนึ่งที่ทุกรัฐบาลให้ความสนใจ ในระยะแรกเน้นการสร้างโรงพยาบาลประจำจังหวัด ซึ่งเมื่อแรกตั้งกระทรวงสาธารณสุขยังมีจำนวนน้อยมาก ต่อมาได้พัฒนาสถานพยาบาลระดับต่าง ๆ ตั้งแต่โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไปทั้งระดับจังหวัดและ

อำเภอ โรงพยาบาลชุมชน และสถานีอนามัย โดยมีระบบส่งต่อคนไข้ จากการที่เน้นเพียงการรักษาพยาบาลในระยะแรก นโยบายรัฐบาลในระยะต่อมาได้ให้ความสำคัญกับการสาธารณสุขแบบผสมผสาน ทั้งการส่งเสริม ป้องกัน รักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสุขภาพ สาธารณสุขมูลฐาน การพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ และสภาพแวดล้อมต่าง ๆ

9. ขอให้สังเกตว่า แม้รัฐบาลส่วนใหญ่ให้ความสำคัญกับแนวคิดรัฐสวัสดิการ แต่แนวคิดเกี่ยวกับการประกันสุขภาพโดยประชาชนมีส่วนร่วมเกี่ยวกับค่าใช้จ่ายมีมาตั้งแต่สมัยรัฐบาล พล.ร.ต.ถวัลย์ ธำรงนาวาสวัสดิ์ เมื่อ พ.ศ. 2490 แต่ไม่ได้มีการสานต่อถึงสี่สิบปีจนกระทั่งรัฐบาล พล.เอกเปรม ติณสูลานนท์ ใน พ.ศ. 2529 ได้มาระบุในนโยบายอีกครั้งหนึ่ง จนมีการตราพระราชบัญญัติประกันสังคมขึ้น เมื่อ พ.ศ. 2533 นับว่าเป็นทางเลือกที่สำคัญในการแสวงหาและพัฒนาทรัพยากรมาเพื่อใช้ในด้านสาธารณสุข ถึงแม้อัตราส่วนไม่มากเมื่อเทียบกับรัฐสวัสดิการต่าง ๆ เช่น การรักษาพยาบาลโดยไม่เสียค่าใช้จ่ายของผู้มีรายได้น้อย ผู้สูงอายุ ฯลฯ หรือบัตรสุขภาพที่กระทรวงสาธารณสุขรับผิดชอบอยู่

10. ข้อแตกต่างที่ค่อนข้างชัดเจนระหว่างประเทศไทยกับต่างประเทศเกี่ยวกับการควบคุมค่าใช้จ่าย ได้แก่ ขณะที่มีความพยายามลดค่าใช้จ่ายในการบริหารจัดการสาธารณสุขในภาครัฐบาลทั้งระดับรัฐและท้องถิ่นในต่างประเทศ แต่ปรากฏว่าค่าใช้จ่ายในการดูแลสุขภาพของคนไทยและงบประมาณด้านสาธารณสุขของทั้งกระทรวงสาธารณสุข ทบวงมหาวิทยาลัยและหน่วยงานอื่น ๆ ของไทยกลับสูงขึ้นมาก ดูเหมือนมีเพียงโรงพยาบาลเอกชนซึ่งในช่วงหลังมีบทบาทเพิ่มขึ้นในระบบดูแลสุขภาพของประเทศที่พยายามเพิ่มประสิทธิภาพแสวงหารายได้เพิ่มพร้อมกับลดค่าใช้จ่าย เพื่อความอยู่รอดในระยะยาว เนื่องจากมีการแข่งขันกันมาก

11. ในระยะหลังนโยบายสาธารณะด้านสาธารณสุขได้กล่าวถึง “ประสิทธิภาพ” “ประสิทธิผล” “ความสามารถในการเข้าถึง” และ “คุณภาพ” ในการบริหารจัดการและการบริการ แม้ว่าก่อนหน้านี้ได้มีความพยายามที่จะเพิ่มสมรรถนะบุคลากรด้วยมาตรการต่าง ๆ แต่นับตั้งแต่ช่วงแผนพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคม ฉบับที่ 6 (พ.ศ. 2530 - 2534) เป็นต้นมา ได้พัฒนาแนวความคิดการพัฒนาประสิทธิภาพโดยการสร้างระบบหรือรูปแบบที่เชื่อมประสานทั้งภายนอกและภายในในลักษณะเครือข่าย แสวงหาทางเลือกใหม่ ๆ เกี่ยวกับการระดม แสวงหาและพัฒนาทรัพยากร โดยให้ความสำคัญกับภาคเอกชนและท้องถิ่นมากขึ้น รวมทั้งการให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมในการพัฒนาสุขภาพตนเองและชุมชน ซึ่งรวมถึงการเสียค่าประกันสุขภาพด้วย

12. ถ้านำนโยบายและแผนที่กล่าวมาแล้วมาจัดกลุ่มเป็นวาระนโยบาย (policy agenda) อาจแยกได้เป็น

- (1) นโยบายการสร้างระบบบริการสาธารณสุขที่เพียงพอ สามารถเข้าถึง มีคุณภาพ และมีประสิทธิภาพ
- (2) นโยบายการสร้างสภาพแวดล้อม พัฒนาพฤติกรรมอนามัย เพื่อมุ่งป้องกันโรค และส่งเสริมสุขภาพ

- (3) นโยบายการพัฒนาทรัพยากรสาธารณสุข
- (4) นโยบายการปฏิรูปการบริหารจัดการสาธารณสุข

วาระนโยบายดังกล่าวได้มีการระบุเรื่อยมา แต่มักขาดช่วงไม่ต่อเนื่อง นโยบายบางประการขัดแย้งกันในรายละเอียด นโยบายบางอย่างไม่มีการนำไปปฏิบัติอย่างจริงจัง ขาดการประเมินผลสำเร็จ เพื่อนำข้อขัดข้องไปปรับปรุงแก้ไข

นโยบายการสร้างระบบสาธารณสุขที่เพียงพอสามารถเข้าถึงได้ มีคุณภาพและมีประสิทธิภาพ

13. หลังการเปลี่ยนแปลงการปกครอง พ.ศ. 2475 นโยบายที่สำคัญได้แก่การเร่งรัดสร้างโรงพยาบาลและสุศาลาเพื่อใช้ในการบำบัดโรค โดยเฉพาะอย่างยิ่งโรคติดต่อ ซึ่งในขณะนั้นมีโรงพยาบาลทั่วประเทศไม่กี่แห่ง การรักษาบำบัดโรคเป็นหน้าที่ของแพทย์ประจำจังหวัดหรือแพทย์สุขภิบาล หรือเทศบาล ซึ่งประจำอยู่ที่สุศาลาเพียงคนเดียว กระทรวงมหาดไทยจึงสั่งการให้กรมสาธารณสุขสร้างโรงพยาบาลขึ้นทุกจังหวัด โดยในระยะแรกให้สร้างที่จังหวัดชายแดน คือ อุบลราชธานี หนองคายและนครพนม กับให้สร้างสุศาลาชั้น 2 โดยรัฐบาลอุดหนุนการก่อสร้างเพียงครึ่งเดียว ที่เหลือให้ท้องถิ่นจัดหาสมทบ เมื่อสร้างเสร็จแล้วรัฐบาลส่งผู้ช่วยแพทย์โดยเรียกผู้สมัครจากนายสิบและพลเสนารักษ์มาเข้ารับการศึกษาฝึกอบรม ในขณะเดียวกันมีการอบรมนางผดุงครรภ์ขึ้นสองด้วย ข้อที่ควรพิจารณาคือรัฐบาลยุคนี้ให้ความสำคัญกับการขยายบริการสู่ชนบทหรือหัวเมือง โดยเริ่มมีการกระจายอำนาจสู่ท้องถิ่นโดยการจัดตั้งเทศบาลขึ้นทั่วประเทศ เทศบาลได้รับมอบหมายให้ดูแลด้านการรักษาพยาบาลด้วย ซึ่งหมายถึงท้องถิ่นต้องระดมทรัพยากรมาสมทบกับส่วนกลางเพื่อจัดตั้งสุศาลา หรือแม้แต่โรงพยาบาลของเทศบาล

14. เมื่อแรกสถาปนากระทรวงสาธารณสุขเมื่อ พ.ศ. 2485 มีจังหวัดที่มีโรงพยาบาลอยู่เพียง 15 จังหวัด แพทย์พยาบาลตลอดจนยารักษาโรคก็ไม่เพียงพอ ดังนั้นนโยบายของรัฐบาลจอมพล ป.พิบูลสงคราม เมื่อ พ.ศ. 2485 จึงเน้นการป้องกัน และกำจัดโรคสำคัญซึ่งเป็นเหตุให้ประชากรตายมาก ปรับปรุงการสุขาภิบาล เผยแพร่สุขศึกษา จัดตั้งสถานพยาบาลทั้งโรงพยาบาลและสุศาลา ทั้งบำบัดโรคทั่วไปและโรคเฉพาะ เช่น โรคไข้จับสั่น กามโรค วัณโรค และโรคเรื้อน เป็นต้น ผลิตแพทย์และบุคลากรทางสาธารณสุข ตลอดจนผลิตยา วัคซีน และเซรัมให้มีปริมาณเพียงพอ นโยบายเช่นนี้สืบต่อเนื่องมาหลายรัฐบาล แทบไม่มีการเปลี่ยนแปลงสาระสำคัญใด ๆ จนมีการสร้างโรงพยาบาลจังหวัดครบทุกจังหวัด เมื่อ พ.ศ. 2499

15. การเปลี่ยนแปลงครั้งสำคัญเกิดขึ้นในช่วงศาสตราจารย์สัญญา ธรรมศักดิ์ เป็นนายกรัฐมนตรี เมื่อปี พ.ศ. 2517 ได้มีการระบุอย่างชัดเจนที่จะให้บริการสาธารณสุขทั้งด้านส่งเสริมป้องกันและรักษาพยาบาลกระจายถึงประชาชนในชนบท ซึ่งรัฐบาลต่อมาได้ใช้คำว่า “บริการสาธารณสุขแบบผสมผสาน” กระจายไปสู่ภูมิภาคและท้องถิ่น ต่อมารัฐบาล ม.ร.ว.เสนีย์ ปราโมช (2519) และรัฐบาลนายธานินทร์ กรัยวิเชียร (2519) กล่าวถึงการปรับปรุงและการขยายบริการด้านการรักษาพยาบาลให้เพียงพอ โดยจัดสร้างโรงพยาบาลประจำอำเภอและสถานอนามัยตาม

ตำบลต่าง ๆ เพื่อบริการประชาชนในอำเภอ ตำบลและหมู่บ้านโดยทั่วถึง กับจัดส่งหน่วยแพทย์เคลื่อนที่ให้การรักษายาบาลและป้องกันโรคแก่ประชาชนในท้องถิ่นห่างไกลและกันดาร จัดตั้งโรงพยาบาลศูนย์ประจำภาคต่าง ๆ ให้มีแพทย์ผู้ชำนาญหลายสาขาประจำ เพื่อให้การรักษาพยาบาลผู้ป่วยที่เกิดความสามารถของแพทย์ตามโรงพยาบาลทั่วไปของภาคนั้นๆ ต่อมาในสมัยพลเอกเปรม ติณสูลานนท์ (พ.ศ. 2529) ได้กล่าวถึงการพัฒนาเป็นโรงพยาบาลตำบล ประการสำคัญคือบทบาทของโรงพยาบาลทุกระดับมีทั้งการส่งเสริม ป้องกัน รักษาพยาบาล และฟื้นฟู หรือการให้บริการสาธารณสุขแบบผสมผสานตามคำนิยามขององค์การอนามัยโลก

16. รัฐบาลพลเอกเกรียงศักดิ์ ชมะนันทน์สมัยที่หนึ่ง เมื่อ พ.ศ. 2520 ได้กล่าวถึงการฝึกอบรมอาสาสมัครสาธารณสุขในระดับหมู่บ้านเพื่อปฏิบัติ “งานสาธารณสุขเบื้องต้น” (ต่อมาเรียกว่า การสาธารณสุขมูลฐาน) เป็นการรองรับข้อผูกพันระหว่างประเทศที่ประเทศไทยในฐานะสมาชิกองค์การอนามัยโลก ที่ให้ดำเนินการเพื่อเป้าหมาย “สุขภาพดีถ้วนหน้าในปี พ.ศ. 2543” ซึ่งหมายความว่ารัฐบาลไทยยอมรับว่าสุขภาพอนามัยเป็นสิทธิขั้นมูลฐานประการหนึ่งของประชาชนทุกคน ดังนั้นรัฐจำเป็นต้องกำหนดรูปแบบบริการสาธารณสุขเพื่อให้บรรลุเป้าหมายดังกล่าว ซึ่งมาชัดเจนขึ้นในช่วงรัฐบาลพลเอกเปรม ติณสูลานนท์ (พ.ศ. 2523 - 2531) และในแผนพัฒนาการสาธารณสุข ฉบับที่ 5 (พ.ศ. 2525 - 2529) ตามแผนพัฒนาการสาธารณสุข ฉบับดังกล่าวเน้นการปรับเปลี่ยนแนวทางหรือวิธีการการให้บริการสาธารณสุข โดยให้เริ่มจากการยอมรับความสำคัญของการสาธารณสุขมูลฐาน แล้วนำกลวิธีต่าง ๆ มาสร้างเป็นหลักปฏิบัติ เช่น การเปลี่ยนหรือดัดแปลงเทคโนโลยีเพื่อประยุกต์ใช้ให้เหมาะสมกับปัญหาและสภาพสังคม การพยายามลดการพึ่งพิงต่างประเทศ และการพัฒนาศักยภาพของตนเองมากขึ้น มีการเน้นบทบาทและหน้าที่ของประชาชนหรือองค์กรชุมชน โดยมุ่งให้พึ่งพาตนเองได้ มีการกำหนดพื้นที่เป้าหมาย เช่น เขตพื้นที่ยากจนหนาแน่น เขตพื้นที่ชายแดนและแหล่งพำนักของชนบางกลุ่ม ตลอดจนกลุ่มอายุของประชากรผู้มีปัญหาหรือมีอัตราการเสี่ยงต่อโรคสูงกว่ากลุ่มอื่น เช่น ทารกและเด็กก่อนวัยเรียน หญิงมีครรภ์และหญิงให้นมลูก เป็นต้น ซึ่งรัฐบาลคณะต่อ ๆ มาได้ให้ความสำคัญกับการสาธารณสุขมูลฐานมาโดยตลอด นอกจากการเริ่มงานสาธารณสุขมูลฐานแล้ว รัฐบาลพลเอกเกรียงศักดิ์ ชมะนันทน์ สมัยที่สอง (พ.ศ. 2522) ยังกำหนดนโยบายให้ยกระดับสำนักงานผดุงครรภ์ทั่วประเทศเป็นสถานอนามัย เพื่อประสิทธิภาพของการดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐาน และความสะดวกของผู้ป่วย

17. การจัดตั้งกระทรวงสาธารณสุขเมื่อ พ.ศ. 2485 มีวัตถุประสงค์ที่จะรวมหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการแพทย์และสาธารณสุขมาไว้ในกระทรวงเดียวกัน เป็นการผนึกกำลังเพื่อแก้ไขปัญหาด้านสุขภาพของประชาชน แต่หลังจากนั้น งานสาธารณสุขหลายประการได้ถูกโอนไปสังกัดกระทรวงทบวงอื่น กับมีหน่วยงานใหม่ ๆ เกิดขึ้นที่ทำหน้าที่ในด้านนี้ด้วย จึงทำให้เกิดปัญหาด้านเอกภาพในการปฏิบัติตามแผนและนโยบายสาธารณะ ตัวอย่างที่ชัดเจนมากปรากฏในนโยบายด้านสาธารณสุขของรัฐบาลพลเอกเปรม ติณสูลานนท์ สมัยแรก (พ.ศ. 2523) ที่กล่าวว่า “...จะร่วมมือกับทบวงมหาวิทยาลัยในการเร่งรัดการผลิตแพทย์ พยาบาล เกษษกร นักสาธารณสุข เจ้าหน้าที่

ที่เทคนิค และเจ้าหน้าที่ธุรการทางการแพทย์และสาธารณสุขให้มากขึ้นโดยเร็ว...” ซึ่งประจวบกับว่านโยบายนี้เป็นเพียงของกระทรวงสาธารณสุขไม่ใช่ของรัฐบาลที่แถลงต่อรัฐสภา อย่างไรก็ตามรัฐบาลนี้ได้เน้นถึงการพัฒนาและปรับปรุงงานสาธารณสุขทั่วประเทศ เพื่อให้สามารถประสานเป้าหมาย ประสานงานระหว่างหน่วยงานกลาโหม มหาดไทย เกษตร อุตสาหกรรม สิ่งแวดล้อม ศึกษา และธุรกิจเอกชน เพื่อให้ประชาชนได้รับบริการสาธารณสุขดีขึ้นในยามปกติ และเตรียมพร้อมที่จะเผชิญเหตุการณ์ในยามฉุกเฉินได้ นอกจากนี้ยังได้กล่าวถึงการผนึกวิธีการรักษาพยาบาลแบบพื้นบ้านกับระบบการรักษาพยาบาลในโครงการสาธารณสุขมูลฐาน ซึ่งขอให้สังเกตว่าแนวคิดเช่นเดียวกันนี้ได้รับริเริ่มขึ้นในรัฐบาล ศาสตราจารย์สัญญา ธรรมศักดิ์ (พ.ศ.2517) ที่กล่าวถึงการเร่งรัดปรับปรุงระบบสาธารณสุขในส่วนราชการที่เกี่ยวข้อง รวมทั้งเอกชนและประชาชนเพื่อผนึกกำลังกันแก้ไขปัญหาด้านสาธารณสุขได้อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งในด้านความร่วมมือกับภาคเอกชนและประชาชนนั้นนโยบายของรัฐบาลพลเอกเกรียงศักดิ์ ชมะนันทน์ ได้ระบุถึงการระดมสรรพกำลังด้านสาธารณสุข ทั้งจากภาครัฐบาลและภาคเอกชน ให้เข้ามามีบทบาทในการรับใช้ประชาชนอย่างแท้จริง โดยชักนำ ส่งเสริม และสนับสนุนกิจกรรมสาธารณสุขภาคเอกชน รวมทั้งโรงพยาบาลเอกชนด้วยวิธีการต่างๆ และเปิดโอกาสให้ประชาชนทั่วไปได้เข้ามามีส่วนร่วมหรือริเริ่มงานสาธารณสุขของชุมชนให้ก้าวหน้ายิ่งขึ้น ซึ่งอันที่จริงคณะกรรมการส่งเสริมการลงทุนได้เริ่มอนุมัติบัตรส่งเสริมการลงทุนสร้างโรงพยาบาลเอกชนมาแล้วตั้งแต่ พ.ศ. 2515

18. อันที่จริงรัฐบาลทุกยุคทุกสมัยได้ให้ความสนใจเกี่ยวกับการให้บริการสาธารณสุขในชนบท โดยถือว่าเป็นพื้นที่เป้าหมายนับตั้งแต่รัฐบาลจอมพล ป.พิบูลสงคราม (พ.ศ.2485) แต่การขยายบริการเป็นไปอย่างล่าช้า ต้องใช้เวลากว่า 30 ปี จึงสามารถขยายลงไปถึงระดับหมู่บ้าน มีการนำสาธารณสุขมูลฐานไปปฏิบัติ โดยมีอาสาสมัครสาธารณสุขเป็นแกนสำคัญ ความล่าช้าดังกล่าวอาจเป็นเพราะทรัพยากรสาธารณสุขของรัฐมีอยู่จำกัด และมีการรวมศูนย์ในกรุงเทพมหานคร กว่าประเทศไทยจะมีโรงพยาบาลประจำจังหวัดครบทุกจังหวัดต้องใช้เวลาถึง 15 ปี แต่หลังจากนั้นสามารถสร้างโรงพยาบาลอำเภอหรือโรงพยาบาลชุมชน ขยายโรงพยาบาลประจำจังหวัด บางแห่งเป็นโรงพยาบาลศูนย์ กับจัดตั้งสถานีอนามัยและสำนักงานสาธารณสุขชุมชนตามตำบล และชุมชนหนาแน่นได้จำนวนมากอย่างรวดเร็วในช่วง 20 ปีต่อมา ส่วนกลุ่มประชากรเป้าหมาย รัฐบาลจอมพล ป.พิบูลสงคราม (พ.ศ.2485) ได้กล่าวถึงแต่เพียงคนทุพพลภาพ คนชรา และเด็กไร้ที่พึ่ง ต่อมารัฐบาล พล.ร.ต.ถวัลย์ ธำรงนาวาสวัสดิ์ (พ.ศ. 2490) ได้กำหนดกลุ่มเป้าหมายเพิ่มเติมคือ แม่และเด็ก ซึ่งรัฐบาลต่อมาทั้งรัฐบาลนายควง อภัยวงศ์ (พ.ศ. 2490, 2491) และรัฐบาลจอมพล ป. พิบูลสงคราม (พ.ศ.2492) ได้ระบุไว้เช่นเดียวกัน ในสมัยพลเอกเกรียงศักดิ์ ชมะนันทน์ เป็นนายกรัฐมนตรี (พ.ศ.2522) กลุ่มเป้าหมายได้แก่กลุ่มประชาชนในชนบท และกลุ่มประชากรที่เสี่ยงต่อการเจ็บป่วย โดยเฉพาะเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี และผู้สูงอายุเกิน 60 ปีขึ้นไป ในช่วงหลัง กลุ่มเป้าหมายยังรวมถึงกลุ่มผู้ป่วยโรคเอดส์ สุขภาพจิต และยาเสพติดด้วย มีข้อน่าสังเกตคือ รัฐบาล ม.ร.ว.คึกฤทธิ์ ปราโมช (พ.ศ.2518) มีนโยบายสงเคราะห์ประชาชนผู้มีรายได้น้อยเป็นพิเศษ ในด้านสาธารณสุขได้กำหนดว่า “ให้

ประชาชนในเขตชนบทและเขตเมืองที่มีรายได้ต่ำกว่า 1,000 บาทต่อเดือน ได้รับการสงเคราะห์ ด้านบริการรักษาความเจ็บป่วย โดยไม่เสียค่าใช้จ่าย” การริเริ่มเพื่อผลประโยชน์ทางการเมืองนี้ได้รับการสนับสนุนจากทุกฝ่าย ถึงกับมีการกำหนดในแนวนโยบายของรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทยหลายฉบับและกลายเป็นนโยบายในรัฐบาลชุดต่อมา โดยความเป็นจริง โรงพยาบาลของรัฐได้ให้บริการผู้ยากไร้โดยไม่ต้องเสียค่าบำรุงอยู่แล้ว การมีนโยบายเช่นนี้เป็นเพียง “การหาเสียง” และตอกย้ำการให้บริการแก่ประชาชนในรูปรัฐสวัสดิการ ซึ่งรัฐบาลจอมพล ป.พิบูลสงคราม (พ.ศ.2492) ได้เคยระบุไว้แล้วว่า “จะพยายามให้ประชาชนทุกคนได้รับการปฏิบัติในการรักษาพยาบาล เท่าเทียม กัน” ไม่ว่ามีฐานะทางเศรษฐกิจสังคมอย่างไร หรือพำนักอยู่ที่ใด ไม่ว่าในชนบทหรือในเมืองมีโอกาสเข้าถึงบริการสาธารณสุขอย่างเท่าเทียมกัน

19. นอกเหนือจากการสร้าง โอกาสเข้าถึงบริการสาธารณสุขอย่างเท่าเทียมกันแล้ว รัฐบาลแทบทุกคณะได้กล่าวถึง “ประสิทธิภาพ” “การเพิ่มขีดสมรรถนะ” “พัฒนาและปรับปรุงมาตรฐาน” “เป็นธรรมและประหยัด” ฯลฯ ในระยะหลังได้มีการระบุถึง “คุณภาพ” “อย่างจริงจัง” “ราคาที่เหมาะสม” “ความพึงพอใจ และ “หลักประกันสำหรับบริการสุขภาพ” ซึ่งเป็นแนวโน้มทั่วโลกที่มีการปรับตัวด้านสาธารณสุข ลดบทบาทภาครัฐโดยพยายามใช้กลไกการตลาดเพื่อพัฒนาคุณภาพการให้บริการที่ผู้รับบริการพึงพอใจในราคาค่าบริการที่เหมาะสม ทางเลือกที่ประกาศเป็นนโยบายรัฐบาลได้แก่ การสร้างระบบประกันสุขภาพ ซึ่งเคยมีการกล่าวถึงในนโยบายรัฐบาล พล.ร.ต.ถวัลย์ ธำรงนาวาสวัสดิ์ เมื่อห้าสิบปีที่แล้ว (พ.ศ.2490) โดยจะจัดให้มีการประกันสุขภาพหรือความเจ็บป่วยแก่ “บุคคลบางประเภท” ต่อมารัฐบาลพลเอกเปรม ติณสูลานนท์ (พ.ศ.2529) แถลงว่าจะสนับสนุนและส่งเสริมการประกันสุขภาพโดยสมัครใจ รัฐบาลพลตรีชาติชาย ชุณหะวัณ (พ.ศ.2531) ระบุว่าปรับปรุงระบบการประกันสุขภาพที่มีอยู่แล้วให้เหมาะสม และรัฐบาลพลเอกชาติชาย ชุณหะวัณ (พ.ศ.2534) กำหนดว่า รัฐบาลมีนโยบายเร่งปรับปรุงระบบการประกันสุขภาพที่มีอยู่ให้สอดคล้องกับการประกันสุขภาพตามพระราชบัญญัติประกันสังคม ส่วนรัฐบาลนายอานันท์ ปันยารชุน (พ.ศ.2534) กำหนดว่าจะเร่งสร้างหลักประกันสำหรับบริการสุขภาพ ซึ่งคล้ายคลึงกับนโยบายของรัฐบาลพลเอกสุจินดา คราประยูร แต่รัฐบาลพลเอกสุจินดา คราประยูร กำหนดกลุ่มเป้าหมายชัดเจน คือ ผู้มีรายได้น้อย บุคคลที่ควรช่วยเหลือเกื้อกูลและผู้สูงอายุ ในรัฐบาลนายชวน หลีกภัย (พ.ศ.2535) กลุ่มเป้าหมายได้ขยายกว้างขวางยิ่งขึ้น โดยให้มีการปรับปรุงระบบการประกันสังคม ให้สามารถคุ้มครองลูกจ้างอย่างเหมาะสม โดยเฉพาะในสถานประกอบการที่มีลูกจ้างตั้งแต่ 10 คน ขึ้นไป ตลอดจนส่งเสริมให้ประชาชนชาวไทยประมาณ 25 ล้านคนที่ยังไม่มีหลักประกันสุขภาพ ได้มีการประกันสุขภาพโดยความสมัครใจ นอกจากนี้ยังได้กล่าวถึงการสงเคราะห์ด้านรักษาพยาบาลแก่ครอบครัวผู้มีรายได้น้อย ผู้สูงอายุ เด็กแรกเกิดจนถึง 12 ปี และผู้พิการ โดยให้ได้รับ “บัตรสงเคราะห์” ในการรักษาพยาบาล ซึ่งถือว่าเป็นรัฐสวัสดิการ ส่วนรัฐบาลนายบรรหาร ศิลปอาชา (พ.ศ.2538) และรัฐบาลพลเอกชวลิต ยงใจยุทธ (พ.ศ.2539) ได้ให้การสนับสนุนการสร้างระบบการประกันสุขภาพเช่นเดียวกัน แต่ไม่ได้ระบุรายละเอียด ไรก็ตาม ในแผนพัฒนาการสาธารณสุข ฉบับที่ 8 (พ.ศ.2540 - 2544) ได้กำหนดว่าให้มีการสร้างหลัก

ประกันสุขภาพให้แก่ประชาชนทุกคน โดยเฉพาะผู้ยากจนและผู้ด้อยโอกาสในสังคม ทั้งนี้หลักประกันนี้จะต้องครอบคลุมบริการหลักด้านสุขภาพ (core health services) ตั้งแต่การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาพยาบาล ตลอดจนการฟื้นฟูสมรรถนะหรือการสาธารณสุขผสมผสาน

นโยบายการสร้างสภาพแวดล้อม พัฒนาพฤติกรรมสุขภาพเพื่อป้องกันโรค

และส่งเสริมสุขภาพอนามัย

20. สภาพแวดล้อมมีผลกระทบต่อการมีสุขภาพดี ความปลอดภัยในการดำรงชีวิต การประกอบอาชีพและสันติภาพ การมีสภาพแวดล้อมที่เอื้ออำนวย จึงเป็นสิ่งจำเป็นต่อการพัฒนาสุขภาพของประชากร ในทำนองเดียวกัน พฤติกรรมสุขภาพที่ดีก็มีส่วนสำคัญต่อการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคต่าง ๆ รวมทั้งโรคที่เป็นสาเหตุการป่วยและการตายในลำดับสูง คือ โรคเอดส์ โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคมะเร็ง ปัญหาสุขภาพจิต และอุบัติเหตุ ซึ่งนับตั้งแต่แรกสถาปนากระทรวงสาธารณสุข เมื่อ พ.ศ.2485 รัฐบาลเกือบทุกคณะได้ระบุเรื่องนี้ในนโยบายของรัฐบาล เริ่มจากรัฐบาลจอมพล ป.พิบูลสงคราม (พ.ศ.2485) กล่าวถึงการปรับปรุงการสุขาภิบาลชนบทและในเขตเทศบาลให้มีสภาพดีขึ้นกับจะเร่งเผยแพร่การศึกษาแก่ประชาชนยิ่งขึ้น จัดการป้องกันและกำจัดโรคสำคัญ ซึ่งเป็นเหตุให้ประชาชนตายมาก ต่อมาในสมัยที่พลเอกเกรียงศักดิ์ ชมะนันทน์ (พ.ศ.2522) ได้กล่าวถึงการพัฒนาบริการสาธารณสุขปโภค การยกระดับความเป็นอยู่ของประชาชน โดยให้ได้มีที่อยู่อาศัยในสภาพแวดล้อมที่ดีพอสมควร ป้องกัน และแก้ไขปัญหาแหล่งเสื่อมโทรมและสิ่งแวดล้อมเป็นพิษ ซึ่งมีผลกระทบต่อจิตใจ สุขภาพ และความเป็นอยู่อันดีของประชาชน เข้มงวดกวดขันการรักษาความสะอาดถนนหนทางระบบการระบายน้ำเสีย ให้สวัสดิการในด้านสุขภาพและความปลอดภัยของลูกจ้าง จัดให้มีการประสานงานระหว่างหน่วยงานของรัฐและค้นหาวิธีที่เหมาะสมสำหรับการส่งเสริมงานด้านอาหารและโภชนาการ งานสุขาภิบาลทั่วไป งานจัดหาน้ำสะอาดสำหรับบริโภค และงานให้ภูมิคุ้มกันโรคแก่ประชาชน ส่งเสริมการศึกษาในโรงเรียนและการศึกษาของประชาชนทั่วไป เพื่อให้ประชาชนมีความเข้าใจและตื่นตัวในการป้องกันรักษาสุขภาพอนามัยของตนเองและชุมชน ตลอดจนเปิดโอกาสให้ประชาชนทั่วไปได้เข้ามามีส่วนร่วมหรือริเริ่มงานสาธารณสุขของชุมชนเองให้ก้าวหน้ามากยิ่งขึ้น

21. นับตั้งแต่พลเอกชาติชาย ชุณหะวัณ เป็นนายกรัฐมนตรี (พ.ศ. 2531) เป็นต้นมา มีการกล่าวถึงการสร้างพฤติกรรมสุขภาพหรือพฤติกรรมอนามัยที่ดี การยกระดับสุขภาพอนามัยของประชาชนให้สูงขึ้น การปรับปรุงการศึกษา และแก้ไขปัญหาด้านสาธารณสุข รวมทั้งปรับปรุงกฎหมายที่เกี่ยวข้องให้เอื้ออำนวยต่อการพัฒนาสาธารณสุข โดยเฉพาะอย่างยิ่งกฎหมายเกี่ยวกับการควบคุมคุณภาพสิ่งแวดล้อมและการคุ้มครองผู้บริโภค ซึ่งต่อมาได้มีการตราหรือแก้ไขกฎหมายสาธารณสุข กฎหมายส่งเสริมและรักษาสุขภาพแวดล้อม ในพ.ศ.2535 กับมีการจัด

ตั้งหน่วยงานด้านสิ่งแวดล้อมในระดับกระทรวง มีการร่วมมือกับหน่วยงานอื่นและภาคเอกชน รมณศรีให้ประชาชนตระหนักถึงความสำคัญของการอนุรักษ์สภาพแวดล้อมยิ่งขึ้น นโยบายของรัฐบาลพลเอกชาติชาย ชุณหะวัณ (พ.ศ.2534) ยังคงคล้ายคลึงกับนโยบายเดิม แต่ได้กล่าวถึงการปรับปรุงการศึกษาโดยใช้เทคโนโลยีทางสื่อสารมวลชน และการศึกษาทั้งในและนอกระบบ เพื่อให้เกิดพฤติกรรมสุขภาพที่ดี ซึ่งไม่ใช่ของใหม่ เพราะมีการระบุเช่นเดียวกันนี้ในนโยบายรัฐบาลชุดก่อน ๆ เมื่อ 10 - 20 ปีก่อน

22. ข้อน่าสังเกต คือ มีการกล่าวถึงวิธีการส่งเสริมและพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพหลายประการ เช่น ในสมัยที่พลเอกเปรม ติณสูลานนท์ เป็นนายกรัฐมนตรี (พ.ศ.2523 - 2531) มีการกล่าวถึงการส่งเสริมการออกกำลังกายและเล่นกีฬา เพื่อให้ประชาชนมีสุขภาพดีแต่เยาว์วัย มีการพักผ่อนหย่อนใจที่ถูกต้อง ในสมัยนายชวน หลีกภัย เป็นนายกรัฐมนตรี (พ.ศ.2535) กล่าวถึงการรณรงค์เพื่อให้มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของประชาชน โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกลุ่มเสี่ยงเร่งรัดจัดหาน้ำสะอาดสำหรับอุปโภคบริโภคอย่างทั่วถึง จัดให้มีส้วมที่ถูกสุขลักษณะ และเร่งรัดเฝ้าระวังตรวจสอบคุณภาพสิ่งแวดล้อมที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพอนามัย สิ่งปฏิภูลและขยะติดเชื้อในสถานพยาบาล ทั้งการรณรงค์ให้ประชาชนตระหนักถึงโทษของการสูบบุหรี่ การดื่มสุรา การเสพสารเสพติด ตลอดจนการใช้วัตถุออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทอย่างทั่วถึง รัฐบาลนายบรรหาร ศิลปอาชา (พ.ศ.2538) และรัฐบาลพลเอกชวลิต ยงใจยุทธ (พ.ศ.2539) มีนโยบายคล้ายคลึงกับรัฐบาลนายชวน หลีกภัย แต่ระบุชัดเจนให้มีการส่งเสริมประชาสัมพันธ์ความรู้ความเข้าใจในพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้อง และการดูแลสุขภาพด้วยตนเองแก่ประชาชน

23. นโยบายของรัฐบาลที่มุ่งส่งเสริมสุขภาพอนามัยอีกประการหนึ่งเกี่ยวกับการคุ้มครองผู้บริโภค ด้านบริการสุขภาพ ด้านอาหารและยา ตลอดจนผลิตภัณฑ์สุขภาพต่าง ๆ โดยมุ่งให้มีการกำกับดูแลของภาครัฐเพื่อให้ประชาชนบริโภคอาหาร ยา และผลิตภัณฑ์สุขภาพที่มีคุณภาพดี ปลอดภัย ในราคาที่เหมาะสม กับใช้บริการสุขภาพที่มีคุณภาพมาตรฐานและอัตราค่าบริการที่เป็นธรรม ในช่วงสงครามโลกและหลังสงครามได้มีการกล่าวถึงความเพียงพอและราคาของยารักษาโรคและเวชภัณฑ์ต่างๆที่ขาดแคลนและมีราคาสูง ทำให้รัฐบาลต้องจัดตั้งโรงงานเภสัชกรรม ซึ่งต่อมายกฐานะเป็นองค์การเภสัชกรรม ต่อมาภาคเอกชนได้ตั้งโรงงานผลิตยาและเวชภัณฑ์ต่าง ๆ มากมาย จนสามารถส่งออกได้ ทำให้รัฐต้องตั้งสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยาขึ้นเมื่อ พ.ศ.2517 เพื่อคุ้มครองผู้บริโภค อย่างไรก็ตาม นโยบายที่เกี่ยวกับการคุ้มครองผู้บริโภคมา กำหนดชัดเจนในช่วงรัฐบาล พลเอกเปรม ติณสูลานนท์ (พ.ศ.2523) กำหนดว่าจะดำเนินการทุกอย่างเพื่อคุ้มครองผู้บริโภคด้วยการตรวจสอบ ป้องกัน ปราบปรามและลงโทษผู้กระทำผิดรวมทั้งส่งเสริมให้ใช้เทคโนโลยีที่ถูกต้องและเหมาะสมในการผลิต การจำหน่าย การโฆษณาผลิตภัณฑ์อาหาร ยารักษาโรค และวัสดุภัณฑ์ที่ใช้ในการเกษตรให้ได้รับความปลอดภัยเป็นธรรมและประหยัด ต่อมารัฐบาลพลเอกสุจินดา คราประยูร (พ.ศ.2535) กำหนดนโยบายเร่งรัดการคุ้มครองผู้บริโภคด้านอาหาร ยา บริการทางการแพทย์และสาธารณสุขให้ได้สินค้าและบริการที่ดีมีคุณภาพ ส่วนรัฐบาลนายบรรหาร ศิลปอาชา (พ.ศ.2538) กำหนดให้มีการกวาดล้างมาตรฐานคุ้มครอง

ครองผู้บริโภคเพื่อให้ผู้บริโภคได้รับความปลอดภัยจากการบริโภคอาหารและยาที่ไม่ได้มาตรฐาน ความปลอดภัย ซึ่งนโยบายของรัฐบาลพลเอกชวลิต ยงใจยุทธ (พ.ศ.2539) ได้ระบุไว้เช่นเดียวกัน

24. แผนพัฒนาการสาธารณสุขฉบับปัจจุบันได้กำหนดยุทธวิธีในเรื่องนี้คล้ายคลึงกับนโยบายของรัฐบาลที่กล่าวมาแล้ว กล่าวคือ กำหนดให้มีการพัฒนาเทคโนโลยีและนวัตกรรมที่ได้ผลในการป้องกันและควบคุมโรค ทั้งโรคติดต่อและโรคไม่ติดต่อ ที่มีอยู่เดิมและโรคที่เกิดขึ้นเป็นปัญหาใหม่ การพัฒนาสภาพแวดล้อมที่ปลอดภัยต่อการดำรงชีวิต การประกอบอาชีพและเอื้อต่อการมีสุขภาพดี กับการส่งเสริมการมีสุขภาพดีของผู้ประกอบอาชีพ

นโยบายการพัฒนาทรัพยากรสาธารณสุข

25. ทรัพยากรสาธารณสุข ได้แก่ บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข งบประมาณและเงินทุนต่าง ๆ ยารักษาโรค เวชภัณฑ์และเทคโนโลยีการแพทย์ ตลอดจนสถานพยาบาลและอุปกรณ์ประกอบสถานพยาบาลนั้น ๆ ทรัพยากรดังกล่าวเป็นองค์ประกอบสำคัญในระบบบริการดูแลสุขภาพ ซึ่งในการบริหารจัดการที่มีประสิทธิภาพ จะต้องมีการใช้ประโยชน์สูงสุดจากทรัพยากรดังกล่าวที่มักมีไม่เพียงพอหรือมีอยู่จำกัด ดังปรากฏในนโยบายของรัฐบาลแทบทุกคณะที่กล่าวถึงการเร่งรัดพัฒนาทรัพยากรต่าง ๆ โดยเฉพาะอย่างยิ่งทรัพยากรมนุษย์ เริ่มจากนโยบายของรัฐบาลจอมพล ป.พิบูลสงคราม (พ.ศ.2485) ซึ่งกล่าวถึงการสร้างสถานพยาบาล การผลิตบุคลากรทางการแพทย์ศาสตร์ ทันตแพทย์ เภสัชกรรมศาสตร์ และสัตวแพทยศาสตร์ ให้มีจำนวนผู้สำเร็จการศึกษาตามมาตรฐานสากลมากขึ้น การอบรมบุคลากรทางแพทย์ และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ตลอดจนการผลิตยารักษาโรค วัคซีน และเซรัม ให้มากขึ้นและเพียงพอต่อความต้องการภายในประเทศ นโยบายดังกล่าวเป็นผลให้มีการจัดตั้งสถานพยาบาลระดับต่าง ๆ เพิ่มขึ้นทั่วประเทศ มีการจัดตั้งมหาวิทยาลัยแพทยศาสตร์ และปรับปรุงโรงงานเภสัชกรรม

(ก) บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข

26. การขาดแคลนบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขระดับปริญญาเป็นปัญหาเรื้อรังตลอดมา เพราะการผลิตบุคลากรเหล่านี้ต้องใช้เวลานาน ใช้งบประมาณมาก กับทั้งต้องมีการประกันคุณภาพอย่างจริงจังในด้านการเรียนการสอน ดังนั้น แม้มีการกำหนดนโยบายเร่งรัดการผลิตบุคลากรเหล่านี้ตลอดมา แม้ในช่วงที่นายชวน หลีกภัย (พ.ศ.2535) นายบรรหาร ศิลปอาชา (พ.ศ.2538) และพลเอกชวลิต ยงใจยุทธ (พ.ศ.2539) เป็นนายกรัฐมนตรี ได้จัดตั้งคณะแพทยศาสตร์ คณะทันตแพทยศาสตร์ คณะเภสัชกรรมศาสตร์ และคณะสัตวแพทยศาสตร์ ขึ้นหลายแห่ง แต่ไม่อาจแก้ไขปัญหาการขาดแคลนนี้ได้ มิหนำซ้ำยังเกิดปัญหาสมองไหลจากภาครัฐบาล ทำให้ขาดแคลนบุคลากรเหล่านี้ในโรงพยาบาลของรัฐ โดยเฉพาะอย่างยิ่ง การขาดแคลนแพทย์ในโรงพยาบาลชุมชนนับร้อยแห่ง เกิดปัญหาเกี่ยวกับการกระจายบุคลากร โดยบางภูมิภาคหรือบางจังหวัดมีอัตราบุคลากรเหล่านี้ต่อประชากรต่ำมาก ดังเช่น อัตราทันตแพทย์ต่อประชากร

ในจังหวัดภาคตะวันออกเฉียงเหนือบางจังหวัด 1 : 120,000 เป็นต้น นอกจากนั้นยังมีปัญหาเกี่ยวกับคุณภาพและคุณลักษณะของบุคลากรดังกล่าวที่ตรงกับงานที่ต้องปฏิบัติประจำวันและความต้องการของประเทศด้วย

27. ในแผนพัฒนาการสาธารณสุขฉบับปัจจุบันได้กล่าวถึงยุทธวิธีพัฒนาการผลิตและพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพประการหนึ่งว่า “... ปรับและพัฒนาแผนการผลิตและพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพ ให้มีประสิทธิภาพ เป็นธรรม และสอดคล้องกับความต้องการด้านกำลังคนของประเทศ รวมทั้งพัฒนาระบบบริหารจัดการการผลิตและพัฒนากำลังคนให้มีประสิทธิภาพสูงสุด...” แสดงถึงการให้ความสำคัญกับแผนกำลังคนหรือแผนทรัพยากรมนุษย์ด้านสุขภาพ ซึ่งเท่าที่ผ่านมาพบว่ามีปัญหาเกี่ยวกับการคาดการณ์กำลังคน เมื่อ พ.ศ.2530 กระทรวงสาธารณสุขและกองโครงการสังคม สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ และแพทยสภา เคยคาดการณ์ว่าการผลิตแพทย์จะเพียงพอกับการใช้งาน และกระจายปริมาณไปสู่ภูมิภาคได้ภายใต้สภาพเศรษฐกิจและสังคมขณะนั้น ดังนั้นจึงเห็นว่าการเร่งเพิ่มปริมาณการผลิตบัณฑิตแพทย์เป็นเรื่องสำคัญรองลงมาจาก การมุ่งผลิตบัณฑิตแพทย์ให้มีคุณภาพตรงตามบทบาทที่จะต้องปฏิบัติงานเพื่อเป้าหมายสุขภาพดีถ้วนหน้าและคุณภาพชีวิต (วิจารณ์ พานิช ณรงค์ นิตยาพร วิศิษฐ์ จิตต์แจ้ง 2531) ซึ่งดูเหมือนว่า ไม่ประสบความสำเร็จหรือบรรลุเป้าหมายทั้งสองประการ การคาดการณ์ที่ผิดพลาดเช่นนี้อาจเป็นเพราะสภาพแวดล้อมและความต้องการของประเทศเปลี่ยนแปลงไปอย่างรวดเร็ว วิจารณ์ พานิช และคณะจึงเสนอว่า คงต้องอาศัยนโยบายของรัฐเข้ามาประกอบการพิจารณาคาดการณ์ความต้องการนโยบายดังกล่าวได้แก่

- (ก) นโยบายการให้บริการทางแพทย์และสาธารณสุขของรัฐที่จะขยายให้มีแพทย์ประจำทุกตำบลหรือไม่
- (ข) นโยบายขยายจำนวนแพทย์เฉพาะทาง ถ้ามีแพทย์เฉพาะทางมากก็จำเป็นต้องเพิ่มจำนวนแพทย์ เพราะหน้าที่ของแพทย์เปลี่ยนแปลงไปพร้อมกับมีภาระงานมากขึ้น
- (ค) นโยบายของรัฐด้านเศรษฐกิจที่มุ่งพัฒนาประเทศเข้าสู่ความเป็นประเทศอุตสาหกรรมใหม่ และการพัฒนากำลังคนด้านอื่น ๆ
- (ง) นโยบายเพิ่มจำนวนผลิตบุคลากรบางประเภทเพื่อแบ่งเบาภาระงานของแพทย์ เช่น การใช้พยาบาลเวชปฏิบัติ พยาบาลสาธารณสุข หรือเภสัชกรคลินิก เป็นต้น

28. อันที่จริงนโยบายดังกล่าวทั้งสี่ประการเกี่ยวพันกับนโยบายการผลิตบุคลากรด้านสุขภาพโดยตรง และจำเป็นอย่างยิ่งที่ต้องนำมาพิจารณาประกอบในการคาดการณ์ความต้องการของประเทศในอนาคต อย่างไรก็ตาม ประเด็นสำคัญที่สุดในการกำหนดนโยบายและแผนกำลังคนด้านสุขภาพน่าจะเป็นการยอมรับสภาพที่แท้จริงว่าขณะนี้ประเทศไทยขาดแคลนบุคลากรดังกล่าวไม่ว่าแพทย์ ทันตแพทย์ และพยาบาลปริญญา ตลอดจนบุคลากรระดับรองลงมา และในอนาคตก็ยังคงสภาพนี้อยู่ หากไม่มีการระดมทรัพยากรที่มีอยู่จำกัดทั้งจากภาครัฐและภาคเอกชน

ผลิตบุคลากรด้านสุขภาพ ที่กล่าวเช่นนี้ เพราะอัตราส่วนบุคลากรดังกล่าวต่อประชากรของประเทศไทยยังไม่อาจเทียบกับประเทศในภูมิภาคนี้หลายประเทศ ดังตัวอย่างอัตราส่วนพยาบาลวิชาชีพต่อประชากรของญี่ปุ่น 1 : 156 มาเลเซีย 1 : 470 ของไทย 1 : 1,150 เป็นต้น ในการวางแผนผลิตบุคลากรด้านสุขภาพ อาจมีการใช้อัตราส่วนบุคลากรต่อประชากรดังกล่าวต่อประชากรโดยใช้เปรียบเทียบกับประเทศที่มีฐานะทางเศรษฐกิจใกล้เคียงกับประเทศไทย ขณะเดียวกันให้ใช้องค์ประกอบอื่น ๆ เข้ามาพิจารณาด้วย

29. การคำนวณอัตราส่วนบุคลากรด้านสุขภาพต่อประชากรในระดับประเทศคงไม่เพียงพอ จำเป็นต้องพิจารณาการกระจายบุคลากรเหล่านี้ในภูมิภาคต่าง ๆ ด้วย ดังกรณีของภาคตะวันออกเฉียงเหนือที่มีอัตราส่วนแพทย์ต่อประชากรน้อยกว่ากรุงเทพมหานครถึงกว่าสิบเท่า มีทันตแพทย์น้อยกว่าเกือบยี่สิบเท่า และมีเภสัชกรน้อยกว่าถึงเกือบสิบแปดเท่า ขณะเดียวกัน กรุงเทพมหานครกลับมีการกระจุกตัวของโรงเรียนแพทย์และสถาบันวิจัยทางการแพทย์และสาธารณสุข

30. เคยมีความพยายามที่จะปรับเปลี่ยนกระบวนการผลิตบุคลากรเหล่านี้ในสถาบันต่าง ๆ ที่จะพัฒนาคุณภาพ ความรู้ความสามารถและเจตคติของบัณฑิตด้านสุขภาพ โดยมุ่งให้สามารถแก้ไขปัญหายของชุมชน โดยให้มีความรู้ความสามารถในการค้นหาปัญหามากกว่าที่จะเรียนรู้เป็นเรื่อง ๆ กับมีความสามารถที่จะศึกษาหาความรู้ได้ด้วยตนเองในสภาพความเป็นจริง ความพยายามดังกล่าวยังไม่ประสบผลดังมุ่งหวัง

31. สำหรับบุคลากรในระดับรองลงมาคือ ระดับผู้ช่วย ทั้งพนักงานอนามัย ผดุงครรภ์ พยาบาลเทคนิค ผู้ช่วยพยาบาล เจ้าหน้าที่งานทันตสาธารณสุข ผู้ช่วยทันตแพทย์ ผู้ช่วยเภสัชกร เจ้าหน้าที่รังสีการแพทย์ และเจ้าหน้าที่วิทยาศาสตร์การแพทย์ ฯลฯ ก็ยังขาดแคลนอยู่เช่นกัน แม้ว่ากระทรวงสาธารณสุขและสถาบันต่าง ๆ ได้เร่งรัดผลิตบุคลากรเหล่านี้อยู่แล้ว ในด้านคุณภาพและความรู้ความสามารถในการปฏิบัติงานตรงกับความต้องการของท้องถิ่นและเพียงพอกับบทบาทหน้าที่ที่ได้รับมอบหมาย ก็ยังเป็นประเด็นที่ถกเถียงกันอยู่ บุคลากรเหล่านี้มีจำนวนมากที่ต้องการเปลี่ยนสายอาชีพเพราะเห็นว่าขาดโอกาสความก้าวหน้า ขาดขวัญกำลังใจ ถึงแม้มีโอกาสศึกษาต่อเนื่องสู่สายงานระดับปริญญาแต่มีอยู่น้อยที่ไปศึกษาต่อแขนงวิชาอื่น

32. มีข้อน่าสังเกตว่า นับตั้งแต่รัฐบาลพลเอกเกรียงศักดิ์ ชมะนันทน์ เป็นต้นมา รัฐบาลได้กำหนดนโยบายให้แสวงหาทรัพยากรบุคคลท้องถิ่นเข้ามาเป็นแนวร่วมในการสาธารณสุขมูลฐาน อาสาสมัครสาธารณสุขได้กลายเป็นทรัพยากรอันมีค่าในการพัฒนาบริการสาธารณสุข โดยเฉพาะอย่างยิ่ง การดูแลตนเองและครอบครัวในด้านสุขภาพ ตลอดจนถึงการช่วยเหลือเพื่อนบ้านใกล้เคียงในด้านการส่งเสริมป้องกัน และรักษาพยาบาลเบื้องต้น นอกจากนี้รัฐบาลหลายคณะยังกำหนดนโยบายเกี่ยวกับการระดมสรรพกำลังจากทั้งภาคเอกชนและภาคประชาชนในการพัฒนาระบบสาธารณสุขของชาติ ซึ่งทรัพยากรนอกภาครัฐเหล่านี้มีศักยภาพสูงสามารถพัฒนาให้เกิดประโยชน์ต่อประชาชาติได้มาก เป็นที่ยอมรับกันทั่วไปว่า นอกเหนือจากบุคลากรทางแพทย์และสาธารณสุขดังกล่าวข้างต้นแล้ว ยังมีอาสาสมัครอื่น ๆ องค์การพัฒนา

เอกชน ตลอดจนบุคลากรในสายอาชีพอื่นอีกมากที่เกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพ เช่น พี่เลี้ยง ดูแลเด็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก ศูนย์อบรมเด็กก่อนวัยเรียนในวัดหรือมัสยิด พี่เลี้ยงดูแลผู้สูงอายุ เจ้าหน้าที่ดูแลศูนย์ฟื้นฟูสุขภาพ ฯลฯ บุคลากรเหล่านี้ถ้ามีโอกาสได้พัฒนาตนเองหรือได้รับการศึกษาอบรมที่เหมาะสม จะกลายเป็นแนวร่วมที่สำคัญของหน่วยงานสาธารณสุข เช่น อาสาสมัครของมูลนิธิการกุศลหรือเจ้าหน้าที่ดับเพลิง ถ้าได้รับการอบรมเกี่ยวกับการปฐมพยาบาลหรือการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ณ จุดเกิดเหตุทำนองหลักสูตรผู้ช่วยแพทย์อุบัติเหตุ (para-medical) ก็อาจช่วยชีวิตผู้ป่วยได้เป็นจำนวนมาก

(ข) ยาและเวชภัณฑ์

33. การขาดแคลนยารักษาโรค วัคซีนและเซรัมในช่วงสงครามโลกครั้งที่สอง และเมื่อสงครามใหม่ ๆ เป็นสาเหตุให้รัฐบาลหลายคณะกำหนดนโยบายเร่งรัดการผลิตยารักษาโรคและเวชภัณฑ์ต่าง ๆ แม้กระทั่งช่วงที่พลโทดอนม กิตติขจร เป็นนายกรัฐมนตรีสมัยแรก (พ.ศ. 2501) ยังมึนโยบายให้ส่งเสริมการผลิตยาและเวชภัณฑ์ แต่หลังจากที่รัฐบาลส่งเสริมการลงทุนของภาคเอกชนในพ.ศ. 2502 ได้มีโรงงานเภสัชกรรมเอกชนเกิดขึ้นหลายแห่ง ซึ่งนอกจากสามารถผลิตยารักษาโรค และเวชภัณฑ์สำหรับใช้ในประเทศแล้ว ยังเริ่มส่งออกไปจำหน่ายต่างประเทศ นโยบายของรัฐบาลจอมพลถนอม กิตติขจร (พ.ศ. 2512) จึงระบุให้ส่งเสริมการวิจัยทางแพทย์ และจะควบคุมการผลิตและจำหน่ายยา และเวชภัณฑ์อย่างใกล้ชิด ต่อมารัฐบาลพลเอกเปรม ติณสูลานนท์ ให้ความสำคัญกับการคุ้มครองผู้บริโภคมากขึ้น โดยกำหนดนโยบายว่า จะดำเนินการทุกอย่างเพื่อคุ้มครองผู้บริโภคด้วยการตรวจสอบป้องกัน ปราบปราม และลงโทษผู้กระทำผิด รวมทั้งส่งเสริมให้ใช้เทคโนโลยีที่ถูกต้องและเหมาะสมในการผลิต การจำหน่าย การโฆษณาผลิตภัณฑ์อาหาร ยารักษาโรค และวัสดุภัณฑ์ที่ใช้ในการเกษตร ให้ได้รับความปลอดภัย เป็นธรรม และประหยัด อย่างไรก็ตามรัฐบาลพลเอกเปรม ติณสูลานนท์ สมัยที่สอง (พ.ศ. 2526) ได้มาเน้นการส่งเสริมและเร่งรัดให้มีการวิจัยและพัฒนา เพื่อให้หน่วยงานของรัฐและธุรกิจเอกชน สามารถผลิตผลิตภัณฑ์เวชภัณฑ์ และวัสดุภัณฑ์ ที่ใช้ในการแพทย์และสาธารณสุขให้มากยิ่งขึ้น รวมทั้งผนึกวิธีการรักษาพยาบาลแบบพื้นบ้านกับระบบการรักษาพยาบาลในโครงการสาธารณสุขขั้นมูลฐาน เพื่อให้สามารถพึ่งตนเองได้ ทั้งในยามปกติและยามฉุกเฉิน ทั้งนี้จะไม่ให้หน่วยงานของรัฐดำเนินการโดยวิธีผูกขาด ซึ่งขอให้สังเกตว่าในขณะนั้นรัฐบาลได้ให้ความสำคัญกับการสาธารณสุขมูลฐานและการแปรรูปรัฐวิสาหกิจ สำหรับรัฐบาลพลเอกเปรม ติณสูลานนท์ สมัยที่สาม (พ.ศ. 2529) นโยบายยังไม่เปลี่ยนแปลง กล่าวคือ ทั้งให้ความสำคัญกับการคุ้มครองผู้บริโภคและการส่งเสริมการวิจัยพัฒนา ต่อมาในสมัยที่พลตรีชาติชาย ชุณหะวัณเป็นนายกรัฐมนตรีสมัยแรก (พ.ศ. 2531) นโยบายได้เปลี่ยนแปลงไป โดยให้ความสำคัญกับการฟื้นฟูการแพทย์ไทยและการใช้สมุนไพรให้เป็นประโยชน์ ฟื้นฟูอุตสาหกรรมยาภายในประเทศให้มั่นคง พึ่งตนเองได้ โดยเน้นความปลอดภัย และประสิทธิภาพการบำบัดโรคในราคาที่เหมาะสมและกระจายไปสู่ผู้ใช้อย่างทั่วถึง ตลอดจนส่งเสริมอุตสาหกรรมอาหาร ยา และอื่น ๆ เพื่อการส่งออก นโยบายนี้ไม่เปลี่ยนแปลงในรัฐบาลพลเอกชาติชาย ชุณหะวัณ

สมัยที่สอง (พ.ศ. 2534) ต่อมาสมัยรัฐบาลพลเอกสุจินดา คราประยูร (พ.ศ. 2538) ระบุแต่เพียงการคุ้มครองผู้บริโภค แต่ได้เพิ่มการคุ้มครองด้านบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขให้ประชาชนได้รับสินค้าและบริการที่ดีมีคุณภาพ การคุ้มครองผู้บริโภคดังกล่าวยังปรากฏในนโยบายของรัฐบาลนายบรรหาร ศิลปอาชา (พ.ศ.2538) และรัฐบาลพลเอกชวลิต ยงใจยุทธ (พ.ศ. 2539) แต่ไม่ได้ระบุในนโยบายของรัฐบาลนายชวน หลีกภัย (พ.ศ.2535) ซึ่งกล่าวแต่เพียงการผสมผสานการแพทย์แผนโบราณและสมุนไพรเข้ากับระบบบริหารสาธารณสุขของชุมชน

(ค) งบประมาณและทรัพยากรการเงิน

34. เมื่อ พ.ศ. 2521 หรือประมาณยี่สิบปีที่แล้ว ค่าใช้จ่ายเพื่อสุขภาพของประเทศ มีมูลค่าประมาณ 30,174.5 ล้านบาท หรือประมาณร้อยละ 3.43 ของผลิตภัณฑ์มวลรวมประชาชาติ ได้เพิ่มขึ้นเป็น 67,771.3 ล้านบาท หรือ ร้อยละ 5.6 ของผลิตภัณฑ์มวลรวมประชาชาติใน พ.ศ. 2531 และคาดว่าในปี พ.ศ. 2543 จะเพิ่มขึ้นไม่น้อยกว่า 232,586.1 ล้านบาท หรือร้อยละ 8.05 ของผลิตภัณฑ์มวลรวมประชาชาติ ซึ่งใกล้เคียงกับอัตราของประเทศที่พัฒนาแล้ว แต่สูงกว่าอัตราของประเทศที่กำลังพัฒนาในภูมิภาคเอเชียแปซิฟิกมาก เป็นที่น่าสังเกตว่าค่าใช้จ่ายนี้เป็นค่าใช้จ่ายด้านภาระของครัวเรือนถึงร้อยละ 73 ในจำนวนนี้เป็นค่ารักษาพยาบาลสูงถึงร้อยละ 57

35. ถ้าย้อนหลังพิจารณาไปประมาณสามสิบปี งบประมาณกระทรวงสาธารณสุขมีอัตราส่วนเพียงร้อยละ 2.76 ของงบประมาณแผ่นดิน เมื่อปี พ.ศ. 2511 ในปีงบประมาณ 2521 อัตราส่วนได้เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 5.12 ซึ่งน่าสังเกตว่ารัฐบาลพลเอกเปรม ติณสูลานนท์ (พ.ศ. 2523) เป็นเพียงรัฐบาลเดียวที่กล่าวถึงงบประมาณ โดยได้ระบุให้มีการเพิ่มงบประมาณด้านสาธารณสุข ในปีงบประมาณ 2530 อัตราส่วนได้ลดลงเหลือเพียงร้อยละ 4.19 และในปีงบประมาณ 2539 ได้เพิ่มขึ้นอีกเป็นถึงร้อยละ 6.7 อย่างไรก็ตาม นอกจากงบประมาณของกระทรวงสาธารณสุขแล้ว ยังมีงบประมาณของกระทรวงทบวงกรมอื่น ๆ งบประมาณค่าใช้จ่ายสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการและลูกจ้างของรัฐ งบประมาณของรัฐวิสาหกิจ และองค์กรบริหารส่วนท้องถิ่น ซึ่งเมื่อรวมแล้วมีมูลค่าเพียงประมาณร้อยละ 40 ของงบประมาณของกระทรวงสาธารณสุข

36. ถึงแม้ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพของประเทศไทยเพิ่มสูงขึ้นอย่างมาก แต่แทบไม่มีการระดมมาตรการการแก้ไขปัญหานโยบายของรัฐบาลแต่อย่างใด การระดมทรัพยากรจากประชาชนในลักษณะการประกันสุขภาพ ทั้งกองทุนทดแทนแรงงาน การประกันสังคม การประกันภัยของเอกชนยังมีอัตราส่วนน้อยมาก เมื่อเทียบกับค่าใช้จ่ายสุขภาพทั่วประเทศ ทั้ง ๆ ที่เคยมีการกล่าวถึงการประกันสุขภาพในนโยบายของรัฐบาลเมื่อห้าสิบปีที่แล้ว และปรากฏในนโยบายของรัฐบาลทุกคณะในช่วงทศวรรษหลังนี้ ค่าใช้จ่ายเพื่อสุขภาพของประชาชนแทบไม่ได้ผ่านการประกันสุขภาพ แต่ส่วนใหญ่เป็นการรักษายาบาลโดยซื้อยารักษาโรคจากค่าใช้จ่ายในครัวเรือน มาตรการที่กระทรวงสาธารณสุขดำเนินการได้แก่ การตราพระราชบัญญัติฯ พ.ศ. 2522 กำหนดนโยบาย

แห่งชาติทางด้านยา กำหนดบัญชีหลัก จัดทำแผนจัดซื้อยา กำหนดราคากลาง ฯลฯ ซึ่งสามารถแก้ปัญหาได้ไม่มากนัก

37. เป็นที่น่าสังเกตว่าค่าใช้จ่ายสวัสดิการรักษายาบาลของข้าราชการและลูกจ้างของรัฐได้เพิ่มสูงขึ้นมาก จากเพียง 595.2 ล้านบาทในปี พ.ศ. 2521 เพิ่มขึ้นเป็น 2,801.1 ล้านบาท ในปี พ.ศ. 2530 และได้เพิ่มขึ้นถึงกว่า 16,000 ล้านบาทในปีงบประมาณ 2540 หรือเกือบหกเท่าตัวในช่วงสิบปีสุดท้าย ซึ่งทำให้เกิดความไม่เป็นธรรมในสังคม เพราะข้าราชการได้สิทธิพิเศษมากกว่าประชาชนผู้เสียภาษีทั่วไปจนไม่อาจเทียบกันได้ นอกจากนี้ยังมีความเหลื่อมล้ำระหว่างข้าราชการและลูกจ้างของรัฐด้วยกันเอง เพราะมีข้าราชการจำนวนไม่น้อยที่ไม่เคยขอรับสวัสดิการด้านนี้เลยเพราะมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดีอยู่แล้วไม่เจ็บป่วย

(ง) เทคโนโลยีการแพทย์และสาธารณสุข

38. นับตั้งแต่รัฐบาลจอมพล ป.พิบูลสงคราม (พ.ศ.2585) เป็นต้นมา นโยบายของรัฐบาลได้กล่าวถึง การวิจัยและพัฒนา และการนำเทคโนโลยีการแพทย์และสาธารณสุขมาประยุกต์ใช้ ดังนั้นนโยบายของรัฐบาลจอมพล ป.พิบูลสงครามดังกล่าวระบุการ “ตรวจค้นหาความรู้” ในเรื่องสรรพคุณยาสมุนไพรและยาอื่น ๆ ภายในประเทศรัฐบาล พล.ร.ต.ถวัลย์ ธำรงนาวาสวัสดิ์ (พ.ศ.2490) กล่าวถึง การจัดให้มีสถานการวิจัยและชั้นสูตรทางแพทย์แห่งชาติ เพื่อความก้าวหน้าทางแพทยศาสตร์ รัฐบาลจอมพล ป.พิบูลสงคราม (พ.ศ.2492) กล่าวถึง การส่งเสริมการศึกษาและการวิจัยในทางการแพทย์และการสาธารณสุข เช่นเดียวกันรัฐบาลจอมพลถนอม กิตติขจร (พ.ศ.2512) ในช่วงพลเอกเปรม ติณสูลานนท์ เป็นนายกรัฐมนตรีสมัยแรก (พ.ศ. 2523) มีนโยบายส่งเสริมและเร่งรัดให้มีการวิจัยและพัฒนาเพื่อให้สามารถผลิตครุภัณฑ์ เวชภัณฑ์ และวัสดุภัณฑ์ที่ใช้ในการแพทย์และสาธารณสุขให้มากยิ่งขึ้น รวมทั้งฉันทวิธีรักษายาบาลแบบพื้นบ้านกับระบบการรักษายาบาลในโครงการสาธารณสุขมูลฐาน เพื่อให้สามารถพึ่งตนเองได้ นโยบายเช่นนี้ยังปรากฏในรัฐบาลพลเอกเปรม ติณสูลานนท์ สมัยที่สอง (พ.ศ. 2526) และสมัยที่สาม (พ.ศ.2529) สำหรับนโยบายของรัฐบาลพลเอกชาติชาย ชุณหะวัณ ทั้งสองสมัย (พ.ศ. 2531 และ 2534) ยังส่งเสริมการวิจัยและพัฒนาเพื่อฟื้นฟูการแพทย์แผนไทยและการใช้ประโยชน์จากสมุนไพร การพัฒนาอุตสาหกรรมยาภายในประเทศ ให้มั่นคงพึ่งตนเองได้ และเพื่อการส่งออก ส่วนนโยบายของรัฐบาลพลเอกชวลิต ยงใจยุทธ (พ.ศ. 2539) ระบุให้มีการศึกษาวิจัยอย่างจริงจัง ทั้งภาครัฐและเอกชน เพื่อพัฒนาระบบ รูปแบบ และเทคโนโลยีการให้บริการ สาธารณสุข

39. สาเหตุประการหนึ่งที่ทำให้ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพของประเทศไทยสูงมาก คือ การใช้เทคโนโลยีเครื่องมือ เครื่องใช้ อุปกรณ์ทางการแพทย์ที่มีราคาสูงอย่างไม่มีประสิทธิภาพและไม่เหมาะสม เมื่อ พ.ศ. 2537 เฉพาะกรุงเทพมหานครมีเครื่องเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ถึง 88 เครื่อง เครื่องสนามแม่เหล็กไฟฟ้า 15 เครื่อง เครื่องสลายนิว 14 เครื่อง เครื่องเลเซอร์ 75 เครื่อง และเครื่องอัลตราซาวด์ 197 เครื่อง ถ้าเทียบอัตราส่วนต่อจำนวนประชากรแล้ว

กรุงเทพมหานครมีอุปกรณ์ทันสมัยราคาแพงเหล่านี้มากกว่ามณฑลหลายแห่งในประเทศที่พัฒนาแล้วมาก อย่างไรก็ตาม ยังไม่มีนโยบายและมาตรการของรัฐใด ๆ ที่กล่าวถึงเรื่องนี้

นโยบายการปฏิรูปการบริหารจัดการสาธารณสุข

40. แผนพัฒนาการสาธารณสุขในช่วงแผนพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 8 (พ.ศ. 2540-2544) ได้กล่าวอย่างชัดเจนให้มีการปฏิรูประบบบริหารจัดการด้านสาธารณสุข เพื่อเป็นยุทธศาสตร์ประการสำคัญให้สามารถดำเนินการบรรลุเป้าหมายแห่งการพัฒนาได้อย่างแท้จริง ยุทธวิธีในการปฏิรูประบบบริหารจัดการด้านสาธารณสุขประกอบด้วย

- 1.1 กระจายอำนาจในการบริหารจัดการ และทรัพยากรสาธารณสุขสู่ส่วนภูมิภาค ท้องถิ่น ชุมชน และองค์กรเอกชน
- 1.2 ปฏิรูประบบการเงินการคลังด้านสาธารณสุข โดยมุ่งเน้นการพัฒนาประสิทธิภาพ และความเป็นธรรมในการจัดสรรและใช้ทรัพยากรสาธารณสุข
- 1.3 ลดขั้นตอนและระเบียบที่เป็นอุปสรรคต่อการพัฒนารวมทั้งผลักดันกฎหมายและระเบียบวิธีการบริหารงาน อาทิ พระราชบัญญัติฯ พระราชบัญญัติสาธารณสุข ให้มีผลใช้บังคับอย่างมีประสิทธิภาพโดยเร็ว ตลอดจนการส่งเสริมการใช้เทคโนโลยีสมัยใหม่ให้แพร่หลาย และพัฒนาระบบการบริหารงานแบบเอกชนในภาครัฐ
- 1.4 ส่งเสริมให้มีเครือข่ายในการทำงานร่วมกันทุกระดับ ทั้งภาครัฐ องค์กรเอกชน ภาคธุรกิจ นักวิชาการ องค์กรประชาชน และสื่อมวลชน

ยุทธวิธีดังกล่าวแทบไม่แตกต่างจากนโยบายและแผน ตลอดจนแนวปฏิบัติที่กระทรวงสาธารณสุข ได้ดำเนินการในช่วง 2 - 3 ทศวรรษหลังมานี้

(ก) การกระจายอำนาจ

41. มักมีความสับสนในทางปฏิบัติเกี่ยวกับ “การมอบอำนาจ” และ “การกระจายอำนาจ” รัฐบาลศาสตราจารย์สัญญา ธรรมศักดิ์ (พ.ศ. 2517) กำหนดนโยบายให้มีการมอบอำนาจหน้าที่การบริหารงานสู่ส่วนภูมิภาค ซึ่งมีนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดเป็นผู้บังคับบัญชาสำนักงาน สาธารณสุขจังหวัดต่าง ๆ ต่อมาในแผนพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ด้านสาธารณสุข ฉบับที่ 6 (พ.ศ. 2525 - 2529) ได้กล่าวถึงนโยบายการกระจายอำนาจได้ว่า “ส่งเสริมการกระจายอำนาจการบริหารสาธารณสุข โดยเพิ่มบทบาทการตัดสินใจ วิธีการแก้ไข ปัญหา การบริหารทรัพยากร” การกระจายอำนาจมาปรากฏอีกครั้งหนึ่งในนโยบายของรัฐบาล นายชวน หลีกภัย (พ.ศ. 2535) ว่าจะ กระจายอำนาจบริหารจากส่วนกลางไปสู่ภูมิภาค มากขึ้น โดยการจัดตั้ง สาธารณสุขเขตให้ครอบคลุมพื้นที่ทั่วประเทศ เพื่อรับผิดชอบการให้บริการ ด้านการรักษา การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรคให้สอดคล้องกับความต้องการและปัญหา สาธารณสุขของท้องถิ่น ซึ่งนโยบายเช่นนี้นอกจากสร้างความสับสนแล้วยังขัดแย้งกันเองอยู่ในตัว

วัตถุประสงค์ของการจัดราชการบริหารส่วนภูมิภาคตั้งแต่ครั้งเมื่อมีการเปลี่ยนแปลงการปกครอง พ.ศ. 2475 ก็เพื่อ **แบ่งอำนาจ** หรือมอบอำนาจจากราชการบริหารส่วนกลางไปดำเนินงานในภูมิภาคหรือจังหวัดต่าง ๆ ราชการบริหารส่วนภูมิภาคยังขึ้นตรงต่อราชการบริหารส่วนกลาง ทั้งบุคลากร และงบประมาณ แตกต่างจากราชการบริหารส่วนท้องถิ่นซึ่งกระจายอำนาจออกไปทั้งอำนาจด้านนิติบัญญัติและการบริหารจัดการทรัพยากรของตนในท้องถิ่น การมอบอำนาจทั้งด้านการบริหารงานบุคคลและการบริหารการเงินงบประมาณให้กับนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดและผู้อำนวยการโรงพยาบาลระดับต่าง ๆ อาจทำให้เกิดความคล่องตัวและเพิ่มประสิทธิภาพขึ้นได้ แต่ถ้าหากมีการกระจายอำนาจอย่างแท้จริงก็ต้องโอนสถานีอนามัยไปขึ้นกับสุขาภิบาล และองค์การบริหารส่วนตำบล และโอนโรงพยาบาลชุมชนไปขึ้นกับเทศบาล สำหรับกรณีแนวคิดให้มีการจัดตั้งสาธารณสุขเขต เพื่อให้มีการกระจายอำนาจบริหารยังน่าสับสน เพราะทำให้สายการบังคับบัญชาเพิ่มมากขึ้น ยิ่งทำให้เกิดความล่าช้า

(ข) ปฏิรูประบบการเงินการคลังด้านสาธารณสุข

42. ในต่างประเทศ การเงินการคลังด้านสาธารณสุขเป็นประเด็นนโยบายของรัฐบาลที่สำคัญ เพราะเกี่ยวข้องกับนโยบายรัฐสวัสดิการที่รัฐจำเป็นต้องใช้จ่ายงบประมาณจำนวนมากเพื่อให้บริการสาธารณะด้านสาธารณสุขทั้งหมดหรือส่วนใหญ่จากภาษีอากรของประชาชน หรืออาจเป็นนโยบายที่ท้องถิ่นและประชาชนต้องมีส่วนร่วมออกค่าใช้จ่ายในรูปแบบต่าง ๆ เพื่อประกันสุขภาพของตน ในประเทศไทยแนวทางรัฐสวัสดิการเป็นที่ยอมรับกันมาตลอด แต่มาเด่นชัดในช่วงที่ ม.ร.ว.คึกฤทธิ์ ปราโมช ดำรงตำแหน่งนายกรัฐมนตรี ที่ให้ผู้มีรายได้น้อยได้รับการสงเคราะห์การรักษาพยาบาลโดยไม่เสียค่ารักษา ซึ่งรัฐบาลชุดต่อ ๆ มาได้ประกาศนโยบายนี้อย่างชัดเจน และมีการตราเป็นแนวนโยบายแห่งรัฐตามรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทยฉบับหลัง ๆ อย่างไรก็ตาม ในระยะหลังรัฐบาลเริ่มปัญหาด้านการเงิน ทำให้ต้องแสวงหาทางเลือกใหม่ โดยเฉพาะอย่างยิ่ง การให้มีการประกันสุขภาพให้กว้างขวางยิ่งขึ้น เพื่อให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมในการออกค่าใช้จ่าย ซึ่งรัฐบาลพลเอกชาติชาย ชุณหะวัณ ให้ความสนใจเป็นพิเศษ ต่อมาทุกรัฐบาลต่อจากนั้นจนถึงรัฐบาลพลเอกชวลิต ยงใจยุทธ ได้กล่าวถึงการส่งเสริมการสร้างระบบประกันภัยในนโยบายรัฐบาล ในทางปฏิบัติ แม้มีการพัฒนาระบบประกันสุขภาพมากขึ้น แต่อัตรส่วนแหล่งเงินจากการนี้ ทั้งกองทุนทดแทนแรงงาน การประกันสังคมและการประกันภัยของภาคเอกชน ฯลฯ ยังน้อยอยู่มาก เมื่อเทียบกับค่าใช้จ่ายด้านภาระครวัเรือน ซึ่งสูงถึงร้อยละ 74 ของค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพทั้งสิ้นของประเทศไทยโดยแหล่งเงินจากภาครัฐซึ่งรวมงบประมาณแผ่นดินของกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงอื่น ๆ องค์การปกครองท้องถิ่น และค่าใช้จ่ายสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการและลูกจ้างของรัฐมีเพียงประมาณร้อยละ 24

43. นอกจากนั้นนโยบายการใช้กลไกด้านการเงินการคลังเพื่อกระตุ้นให้เกิดการพัฒนาทางด้านการป้องกันและส่งเสริมสุขภาพ และให้โอกาสประชาชนเข้าถึงระบบบริการ ยังไม่ปรากฏอย่างชัดเจน เท่าที่ผ่านมา ค่าใช้จ่ายด้านภาระครวัเรือนเกี่ยวกับสุขภาพส่วนใหญ่เป็นค่ารักษาพยาบาล แม้การจัดสรรงบประมาณแผ่นดินยังมุ่งไปที่การรักษาพยาบาล ตัวอย่างที่ชัดเจนได้แก่สวัสดิการค่า

รักษาพยาบาลของข้าราชการและลูกจ้างของรัฐที่นอกจากครอบคลุมตัวข้าราชการ คู่สมรส บุตร ธิดาเองแล้วยังรวมถึงบิดามารดา ซึ่งข้าราชการและลูกจ้างของรัฐ สามารถเบิกได้ทั้งค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลทั้งที่เป็นคนไข้ในและคนไข้นอก ทั้งในสถานพยาบาลของรัฐและของเอกชน (เบิกได้บางส่วนในกรณีเป็นคนไข้ในของสถานพยาบาลเอกชน) ทำให้เกิดความไม่เป็นธรรมและไม่ส่งเสริมการป้องกันและส่งเสริมสุขภาพ เพราะผู้ที่มีสุขภาพดีไม่เจ็บป่วยเลยไม่ได้ผลประโยชน์ใด ๆ นโยบายที่เหมาะสม จึงน่าเป็นรูปแบบการกำหนดให้สวัสดิการในรูปบัญชีสุขภาพ (Medisave) ทำนองเดียวกับของสิงคโปร์

(ค) การลดขั้นตอนและระเบียบปฏิบัติที่เป็นอุปสรรคต่อการพัฒนา

44. เริ่มตั้งแต่รัฐบาล พล.ต.ถวัลย์ ธำรงนาวาสวัสดิ์ (พ.ศ. 2489) ซึ่งกำหนดนโยบายให้มีการพัฒนาการบริหารจัดการสาธารณสุข โดยกล่าวถึงการปรับปรุงวิธีการและเพิ่มสมรรถนะเจ้าหน้าที่ให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น ซึ่งรัฐบาลในช่วงหลังสงครามโลกครั้งที่สองได้ดำเนินการต่อมาโดยมุ่งเน้นการส่งเสริมให้บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขมีสมรรถนะสูงขึ้น นโยบายรัฐบาลจอมพล ป.พิบูลสงคราม (2492) กล่าวถึง “คุณภาพ” ของบุคลากรเป็นครั้งแรกควบคู่กับ “จำนวน” ซึ่งรัฐบาลนายธานินทร์ กรัยวิเชียร (2519) ได้กล่าวเช่นเดียวกัน แต่ได้กำหนดรายละเอียดโดยให้ปรับปรุงวิธีการและขยายการผลิต อบรมฟื้นฟูสมรรถภาพของบุคลากร วางมาตรฐานการกระจายและใช้กำลังคนให้เหมาะสมยิ่งขึ้น หรือมุ่งปรับปรุงกระบวนการพัฒนาทรัพยากรบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข ต่อมารัฐบาลพลเอกเกรียงศักดิ์ ชมะนันทน์ ทั้งสองสมัย (2521-2522) รัฐบาลพลเอกเปรม ติณสูลานนท์ ทั้งสามสมัย (2523-2526-2529) และรัฐบาลนายบรรหาร ศิลปอาชา (2539) ได้กำหนดนโยบายในทำนองเดียวกันนี้

45. แผนพัฒนาการสาธารณสุข ฉบับที่ 8 (2540-2544) กล่าวถึง การลดขั้นตอนการปฏิบัติงาน การปรับปรุงระเบียบข้อบังคับ วิธีการปฏิบัติงาน ตลอดจนกฎหมายต่าง ๆ ส่งเสริมการใช้เทคโนโลยีสมัยใหม่ และการนำเอาระบบบริหารงานแบบเอกชนมาใช้ในการบริหารจัดการ ในทางปฏิบัติ การลดขั้นตอนและปรับปรุงระเบียบปฏิบัติเป็นงานประจำที่ต้องมีการศึกษาวิเคราะห์งาน แสวงหาเทคนิคการบริหารจัดการต่าง ๆ มาประยุกต์ใช้ ซึ่งกระทรวงสาธารณสุขได้ดำเนินการอย่างต่อเนื่องอยู่แล้ว เช่น เทคนิค 5 ส TQM (Total Quality Management) ฯลฯ หรือแม้การปรับรื้อระบบ (reengineering) เพียงแต่มีการดำเนินงานเฉพาะในบางส่วนของงาน ไม่ครอบคลุมทั้งองค์กรและไม่ต่อเนื่อง ปัญหาที่สำคัญเกี่ยวกับขั้นตอนการบริหารมักเกี่ยวข้องกับกระบวนการงบประมาณ การติดตามวัดและประเมินผล ซึ่งแม้กระทรวงสาธารณสุขพยายามกำหนดรูปแบบที่มีประสิทธิภาพ แต่ในทางปฏิบัติกลับเป็นภาระกิจหน้าที่ที่ผู้บริหารระดับต่าง ๆ โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ในระดับโรงพยาบาล ต้องใช้เวลามากจนเกินไป ส่วนที่เกี่ยวข้องกับกฎหมายระเบียบปฏิบัติโดยตรง เป็นกระบวนการบริหารงานบุคคลและการเงิน ซึ่งผู้บริหารส่วนใหญ่เห็นว่าทำให้ไม่คล่องตัวในการบริหารจัดการ แต่กฎหมายและระเบียบปฏิบัติดังกล่าวใช้กับส่วนราชการทุกแห่งด้วย ซึ่งจำเป็นต้องมีการปฏิรูปกฎหมายและระเบียบบริหารนี้ในระดับชาติ ในส่วนที่เกี่ยวข้องกับการตราหรือการปรับปรุงแก้ไขกฎหมายสาธารณสุข มีเพียงนโยบายของรัฐบาลพลตรีชาติ

ชาย ชุณหะวัณ (2531) เพียงคนเดียวที่กล่าวถึงการปรับปรุงกฎหมายที่เกี่ยวข้องให้เอื้ออำนวยต่อการพัฒนาสาธารณสุข กฎหมายดังกล่าวประสบผลในช่วงรัฐบาลนายอานันท์ ปันยารชุน เมื่อพ.ศ. 2535

46. ขอให้สังเกตว่า ไม่มีนโยบายของรัฐบาลชุดใดที่กล่าวถึงการปรับบทบาทของกระทรวงสาธารณสุข เช่น การสร้างความแข็งแกร่งให้องค์การปกครองท้องถิ่น และมอบหมายภารกิจการดูแลสุขภาพส่วนหนึ่งให้ดำเนินการเป็นการลดภาระของราชการบริหารส่วนกลาง หรือการแปรรูปให้เอกชนเข้ามาดำเนินการกิจกรรมบางอย่างที่รัฐไม่จำเป็นต้องดำเนินการเอง อันที่จริงนับตั้งแต่รัฐบาลศาสตราจารย์สัญญา ธรรมศักดิ์ (2517) เป็นต้นมา นโยบายด้านสาธารณสุขได้กล่าวถึงการปรับปรุงระบบการบริหารจัดการสาธารณสุขของชาติ ไม่เพียงแต่เฉพาะของกระทรวงสาธารณสุข แต่รวมถึงในส่วนราชการที่เกี่ยวข้อง ภาคเอกชนและประชาชน ทั้งนี้เป็นที่ทราบกันทั่วไปว่า การบริหารจัดการสาธารณสุขแห่งชาตินั้นยังขาดประสิทธิภาพ ขาดเอกภาพในการกำหนดนโยบายและปฏิบัติตามนโยบายและแผน ขาดการประสานงาน ฯลฯ จำเป็นต้องมีการปฏิรูประบบการบริหารจัดการทั้งระบบ โครงสร้างและกระบวนการ ซึ่งนโยบายของรัฐบาลพลเอกเปรม ติณสูลานนท์ (2523) ระบุถึงการพัฒนาและปรับปรุงระบบงานสาธารณสุขทั่วประเทศ เพื่อให้สามารถประสานเป้าหมาย ประสานงานระหว่างหน่วยงานด้านสาธารณสุขกับหน่วยงานฝ่ายกลาโหม มหาดไทย เกษตร อุตสาหกรรม สิ่งแวดล้อม ศึกษา และธุรกิจเอกชน เพื่อให้ประชาชนได้รับบริการสาธารณสุขดีขึ้นในยามปกติ และเตรียมพร้อมที่จะเผชิญเหตุการณ์ในยามฉุกเฉินได้ รัฐบาลพลตรีชาติชาย ชุณหะวัณ (2531) กำหนดนโยบายให้มีการปรับปรุงคุณภาพบริการสาธารณสุขของรัฐทุกประเภทและทุกระดับ โดยมุ่งเน้นเพิ่มประสิทธิภาพการดำเนินงานสาธารณสุข ระบบข้อมูล องค์การหรือกลไกการประสานนโยบายและการพัฒนาบุคลากรให้มีความพร้อมในการให้บริการทั้งในยามปกติและยามฉุกเฉิน ทั้งนี้จะคำนึงถึงเรื่องประสิทธิภาพและประหยัดเป็นหลัก รัฐบาลพลเอกสุจินดา คราประยูร (2535) กล่าวถึง “ระบบสาธารณสุขแห่งชาติ” เป็นครั้งแรกในนโยบายสาธารณสุข โดยรัฐบาลจะสนับสนุนดำเนินการให้มีระบบบริการสาธารณสุขแห่งชาติเป็นเครือข่ายทั่วประเทศ ที่ประกอบด้วย บริการสาธารณสุขภาครัฐทุกสังกัด กระทรวง ทบวงกรม รวมทั้งภาคเอกชน เพื่อให้ประชาชนทุกคนเข้าถึงบริการที่ดี มีคุณภาพเหมาะสมโดยเท่าเทียมกัน มีระบบการส่งต่อผู้ป่วยที่มีประสิทธิภาพรองรับอย่างเหมาะสม ส่วนรัฐบาลนายชวน หลีกภัย (2535) ได้กำหนดนโยบายเช่นเดียวกันนี้ รัฐบาลปัจจุบันคือรัฐบาลพลเอกชวลิต ยงใจยุทธ (2539) กล่าวว่า ให้มีการศึกษาวิจัยอย่างจริงจัง ทั้งภาครัฐบาลและภาคเอกชน เพื่อพัฒนาระบบ รูปแบบ และเทคโนโลยีการให้บริการสาธารณสุข นโยบายดังกล่าวเริ่มมีการปฏิบัติบ้างแล้ว

(ง) การสร้างเครือข่ายเพื่อฉีกกำลังแก้ปัญหาสาธารณสุข

47. นโยบายการสร้างเครือข่ายเพื่อฉีกกำลังแก้ปัญหาสาธารณสุขทั้งส่วนราชการที่เกี่ยวข้อง ภาคเอกชนและประชาชน เริ่มในรัฐบาลศาสตราจารย์สัญญา ธรรมศักดิ์ (2517) รัฐบาลพลเอก

เกรียงศักดิ์ ชมะนันทน์ สมัยที่สอง (2522) กล่าวถึงการระดมสรรพกำลังด้านสาธารณสุข ทั้งจาก ภาครัฐบาลและภาคเอกชนให้เข้ามามีบทบาทร่วมกันในการรับใช้ประชาชนอย่างแท้จริง โดยชัก นำ ส่งเสริม และสนับสนุนกิจการสาธารณสุขภาคเอกชนรวมทั้งโรงพยาบาลเอกชนด้วยวิธีการ ต่างๆ และเปิดโอกาสให้ประชาชนทั่วไปได้เข้ามามีส่วนร่วม หรือริเริ่มงานสาธารณสุขของชุมชน เอง ให้ก้าวหน้ามากยิ่งขึ้น รัฐบาลพลเอกเปรม ติณสูลานนท์ ทั้งสามสมัย กล่าวถึงการประสาน เป้าหมายและประสานความร่วมมือระหว่างหน่วยงานด้านสาธารณสุขกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องใน ภาครัฐบาลด้วยกันเองและกับภาคเอกชน รัฐบาลพลเอกชาติชาย ชุณหะวัณทั้งสองสมัย กล่าว ถึงการส่งเสริมหน่วยงานหรือองค์กรต่าง ๆ รวมทั้งภาคเอกชนให้มีส่วนร่วมในการดำเนินกิจ กรรมที่ช่วยยกระดับสุขภาพอนามัยของประชาชนให้สูงขึ้น ในช่วงรัฐบาลนายอานันท์ ปันยารชุน กำหนดนโยบายให้องค์การสาธารณสุขประโยชน์มีบทบาทและมีส่วนร่วมในการดำเนินการที่เป็น ประโยชน์ต่อสาธารณสุขชน โดยปรับปรุงกฎระเบียบและภาษีอากรที่เกี่ยวข้อง อันเป็นผลให้เกิด คณะกรรมการร่วมภาครัฐและเอกชน ซึ่งรัฐบาลนายชวน หลีกภัย (2535) ก็ได้กำหนดนโยบาย นี้เช่นเดียวกัน ส่วนรัฐบาลนายบรรหาร ศิลปอาชา (2538) กลับเน้นส่งเสริมเฉพาะโครงการ ภาครัฐและภาคเอกชนที่มุ่งบำบัด รักษา และฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด

48. ขอให้สังเกตว่า การระดมสรรพกำลังภาคประชาชนอย่างจริงจังในรูปอาสาสมัครสาธารณสุข นั้นเริ่มต้นในช่วงรัฐบาลพลเอกเกรียงศักดิ์ ชมะนันทน์ ที่เริ่มการสาธารณสุขมูลฐานตามข้อผูกพัน กับองค์การอนามัยโลก อาสาสมัครสาธารณสุขเหล่านี้เองได้กลายเป็นภาคประชาชนที่แข็งแกร่งใน การพัฒนาสุขภาพของประชาชนในระดับรากหญ้าในปัจจุบัน ส่วนนโยบายความร่วมมือระหว่าง ภาครัฐและภาคเอกชนได้กำหนดไว้อย่างชัดเจนในสมัยรัฐบาลศาสตราจารย์สัญญา ธรรมศักดิ์ ซึ่งในระบะนั้นได้มีการส่งเสริมการลงทุนจัดตั้งโรงพยาบาลเอกชน ทำให้ภาคเอกชนแข็งแกร่งขึ้น มากหลังจากที่มีการพัฒนาด้านยารักษาโรค เวชภัณฑ์ และเครื่องมืออุปกรณ์ทางการแพทย์มาตั้ง แต่ พ.ศ. 2502 อย่างไรก็ตาม ความร่วมมือระหว่างภาครัฐและภาคเอกชนเป็นรูปธรรมยิ่งขึ้นใน สมัยพลเอกเปรม ติณสูลานนท์ ดำรงตำแหน่งนายกรัฐมนตรี ซึ่งห้วงเวลานั้นได้มีการพัฒนาองค์ กรพัฒนาเอกชนเป็นอย่างมากด้วย แต่การรับรองบทบาทองค์กรพัฒนาเอกชนหรือองค์กร สาธารณประโยชน์ โดยจัดสรรงบประมาณอุดหนุนมาเริ่มขึ้นใน พ.ศ. 2535 นี้เอง

รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย

49. รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทยได้ให้ความสำคัญเกี่ยวกับบริการสาธารณสุขไว้ โดย กำหนดในมาตรา 52 ความว่า “บุคคลย่อมมีสิทธิเสมอกันในการรับบริการทางสาธารณสุขที่ได้ มาตราฐาน และผู้ยากไร้มีสิทธิได้รับการรักษาพยาบาลจากสถานบริการสาธารณสุขของรัฐ โดยไม่ เสียค่าใช้จ่าย ทั้งนี้ ตามที่กฎหมายบัญญัติ”

การบริการสาธารณสุขของรัฐต้องเป็นไปอย่างทั่วถึงและมีประสิทธิภาพ โดยจะต้องส่ง เสริมให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและเอกชนมีส่วนร่วมด้วยเท่าที่จะกระทำได้

การป้องกันและขจัดโรคติดต่ออันตราย รัฐต้องจัดให้แก่ประชาชนโดยไม่คิดมูลค่าและทันต่อเหตุการณ์ ทั้งนี้ตามที่กฎหมายบัญญัติ”

50. รัฐธรรมนูญยังกำหนดเงื่อนไขคุณภาพของการบริหารจัดการสาธารณสุขได้ตามมาตรา 82 ความว่า “รัฐต้องจัดและส่งเสริมการสาธารณสุขให้ประชาชนได้รับบริการที่ได้มาตรฐานและมีประสิทธิภาพอย่างทั่วถึง”

51. ข้อกำหนดตามบทบัญญัติแห่งรัฐธรรมนูญ พ.ศ. 2540 นี้ ถือเป็นข้อกำหนดใหม่ ซึ่งกำหนดสิทธิของประชาชนที่จะได้รับบริการคุณภาพด้านสาธารณสุข และขณะเดียวกันก็กำหนดหน้าที่ความรับผิดชอบให้แก่รัฐบาล และหน่วยงานของรัฐในการจัดบริการสาธารณสุขที่มีคุณภาพและมีประสิทธิภาพด้วย

สรุป

52. การศึกษานโยบายสาธารณะด้านสาธารณสุขทำให้สามารถทราบและเข้าใจรูปแบบ ระบบ โครงสร้าง กระบวนการ และพฤติกรรมการบริหารจัดการสาธารณสุขในช่วงเวลาที่ผ่านมา และอาจคาดการณ์แนวโน้มในอนาคตได้ นโยบายสาธารณะด้านสาธารณสุขของประเทศไทยในช่วงเวลาหนึ่ง เป็นผลของความพยายามแก้ปัญหาและตอบสนองความต้องการของประชาชนภายใต้สภาพแวดล้อมทางเศรษฐกิจ สังคม การเมืองและเทคโนโลยีในห้วงเวลานั้น ๆ ในระยะสิบปีแรก ของสถาปนาระทรวงสาธารณสุข (2485-2494) นโยบายสาธารณะด้านสาธารณสุขเกี่ยวข้องกับ การป้องกันและรักษาพยาบาลโรคที่เป็นสาเหตุการตายที่สำคัญ โดยเฉพาะอย่างยิ่งโรคระบาด ต่าง ๆ ในสภาวะที่ขาดแคลนทางบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข ยารักษาโรค เวชภัณฑ์ อุปกรณ์เครื่องมือต่าง ๆ วิทยาการสมัยใหม่ ตลอดจนสถานพยาบาลในต่างจังหวัด จึงต้องเร่งรัด วางระบบบริการสาธารณสุข และจัดหาทรัพยากรสาธารณสุขต่าง ๆ ในทศวรรษที่ 2-3 ของ กระทรวงสาธารณสุข เป็นช่วงที่ไม่ได้มีการเปลี่ยนแปลงนโยบายมากนัก ยังคงยึดแนวนโยบายของ รัฐบาลจอมพล ป.พิบูลสงคราม (2492) แม้แต่แผนพัฒนาการสาธารณสุขในช่วงแผนพัฒนาการ เศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 1 ยังระบุนโยบายเกี่ยวกับการปรับปรุงสถานบริการ เครื่องมือเครื่องใช้ ส่งเสริมสุขภาพและการอนามัย เร่งรัดการผลิตบุคลากรและการศึกษาวิจัย และพัฒนาทางการแพทย์ อย่างไรก็ตาม การตรากฎหมายส่งเสริมการลงทุนใน พ.ศ. 2502 ได้ทำ ให้เกิดโรงงานผลิตยารักษาโรคที่ทันสมัยของเอกชนจำนวนมาก จนทำให้รัฐต้องปรับปรุงโรงงาน เกษีขกรรมโดยยกฐานะเป็นองค์การรัฐวิสาหกิจ ดังนั้น อาจกล่าวได้ว่านโยบายสาธารณะด้าน สาธารณสุขมีลักษณะเป็นแบบค่อยเป็นค่อยไป (incremental model) กับมีลักษณะเป็นงาน ประจำที่ข้าราชการกระทรวงสาธารณสุขและหน่วยงานของรัฐที่เกี่ยวข้องกับงานด้านนี้ปฏิบัติอยู่ แล้ว ไม่ค่อยมีการริเริ่มแปลกใหม่หรือเป็นนโยบายทางการเมือง ทั้งนี้อาจเป็นเพราะผู้ดำรงตำแหน่ง รัฐมนตรีกระทรวงนี้ส่วนใหญ่เคยเป็นข้าราชการประจำมาก่อน ถ้าหากเป็นแพทย์ที่เคยสังกัด

กระทรวงสาธารณสุขก็มักยึดแนวทางระบาดวิทยา ซึ่งมีความรู้ความชำนาญมาก่อน แต่ถ้าเป็นบุคคลภายนอกก็ต้องยอมรับการริเริ่มของข้าราชการระดับสูงที่เป็นแพทย์

53. จุดหักเหสำคัญเกิดขึ้นตั้งแต่สมัยที่ศาสตราจารย์สัญญา ธรรมศักดิ์ เป็นนายกรัฐมนตรี ซึ่งมีการเปลี่ยนแปลงทางสภาพแวดล้อมทางการเมือง เศรษฐกิจ สังคม และเทคโนโลยีอย่างมาก นักการเมืองรุ่นใหม่มาจากภาคเอกชนและจากท้องถิ่น ทำให้นโยบายสาธารณะด้านสาธารณสุขมุ่งเน้นการกระจายบริการสาธารณสุขสู่ชนบท มีกลุ่มเป้าหมายพิเศษที่เด่นชัดคือชาวชนบทที่อยู่ห่างไกลและผู้ยากไร้ทั้งในเมืองและชนบท มีความพยายามให้ประชาชนเข้าถึงบริการอย่างเท่าเทียมกัน ปรับปรุงประสิทธิภาพและคุณภาพการให้บริการ โดยระดมสรรพกำลังจากภาคราชการซึ่งมีอยู่หลายหน่วย ภาคเอกชนที่แข็งแกร่งขึ้น และภาคประชาชน ทั้งองค์กรพัฒนาเอกชนหรือองค์กรสาธารณประโยชน์ อาสาสมัครและประชาชนทั่วไป จุดเด่นในทศวรรษที่สี่และห้าของกระทรวงสาธารณสุขคือ การสาธารณสุขมูลฐาน และการสาธารณสุขแบบผสมผสาน ซึ่งแผ่ขยายไปจนถึงระดับตำบลหมู่บ้านครอบคลุมทั่วประเทศ เพื่อให้เกิดสุขภาพดีถ้วนหน้าในปี พ.ศ. 2543 ตามเป้าหมายขององค์การอนามัยโลก

54. นโยบายสาธารณะด้านสาธารณสุขที่สำคัญในช่วงทศวรรษนี้ คือ การปฏิรูประบบบริหารจัดการและระบบบริการสาธารณสุขแห่งชาติ ซึ่งต้องพัฒนารูปแบบ ระบบ โครงสร้างและกระบวนการ ที่มีประสิทธิภาพ และประสิทธิผล มีคุณภาพ สามารถให้ประชาชนเข้าถึง และมีหลักประกันที่จะได้รับการอย่างเท่าเทียมกัน ขณะเดียวกันต้องมีลักษณะเป็นเครือข่ายให้หน่วยงานของรัฐในด้านนี้ ภาคเอกชน และภาคประชาชน ผนึกกำลังเพื่อแก้ไขปัญหาและตอบสนองความต้องการของประชาชาติด้านสาธารณสุขได้ โดยมียุทธวิธีให้ท้องถิ่นและประชาชนสามารถริเริ่มและมีส่วนในการระดมทรัพยากร เพื่อการนี้ เป็นการแบ่งเบาภาระของราชการบริหารส่วนกลาง

บทที่ 5

สภาพการสาธารณสุขที่พึงประสงค์

บทนำ

1. ในอีก 1-2 ทศวรรษข้างหน้า ระบบการดูแลสุขภาพและการสาธารณสุขของประเทศไทยจะเปลี่ยนแปลงไปจากปัจจุบันอย่างมาก เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงทางสภาพแวดล้อมทางเศรษฐกิจ สังคม การเมือง และเทคโนโลยี ประเทศไทยจะกลายเป็นประเทศอุตสาหกรรมใหม่หรือเกษตรอุตสาหกรรม ประชากรส่วนใหญ่จะประกอบอาชีพอุตสาหกรรมหรือบริการ และอยู่ในเมืองหรือชุมชนขนาดใหญ่ แรงงานดังกล่าวเป็นแรงงานฝีมือหรือมีทักษะสูง ผลผลิตทางอุตสาหกรรมมีลักษณะที่เพิ่มมูลค่า (value added) ที่มีคุณภาพ เพราะต้องแข่งขันกับคู่แข่งกันอย่างมากระหว่างประเทศไทยอยู่ในวัยแรงงาน แต่อัตราผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นมาก เนื่องจากการอนามัยและการแพทย์พัฒนาขึ้นมากทำให้โรคติดต่อหรือโรคพยาธิต่างๆ เป็นสาเหตุของการตายน้อยลง อย่างไรก็ตามสาเหตุการตายจากการดำรงชีวิตหรือวิถีชีวิตแบบใหม่ที่เป็นผลจากการพัฒนาทางเศรษฐกิจก็ยังสูงอยู่ โดยเฉพาะอย่างยิ่งอุบัติเหตุจากการจราจร แม้ว่าในอนาคตมีแนวโน้มที่จะวิจัยและพัฒนาวัคซีนป้องกันหรือการรักษาโรคบางอย่างที่ร้ายแรงในปัจจุบัน เช่น โรคมะเร็ง โรคหัวใจ โรคเบาหวาน หรือโรคตับอักเสบ ได้

2. ขณะเดียวกัน ค่าใช้จ่ายในการดูแลสุขภาพจะเพิ่มสูงขึ้นตามลำดับ เมื่อเทียบกับรายได้มวลรวมประชาชาติ ทั้งค่าใช้จ่ายส่วนตัวของประชาชนเอง งบประมาณแผ่นดินของรัฐบาล และขององค์กรบริหารส่วนท้องถิ่น ก่อให้เกิดปัญหาในการจัดสรรทรัพยากรของรัฐ เพื่อให้เกิดประสิทธิภาพ ประสิทธิผล ประหยัด ความสามารถในการเข้าถึง และความเท่าเทียมกันในการรับบริการดูแลสุขภาพ ในภาครัฐบาลหรือการสาธารณสุข ทั้งในระดับชาติและระดับท้องถิ่น ต้องพิจารณาปรับบทบาท ของผู้ที่เกี่ยวข้องต่าง ๆ ในการดูแลสุขภาพและแสวงหาความร่วมมือจากฝ่ายต่าง ๆ โดยเฉพาะอย่างยิ่งภาคเอกชน ชุมชน และภาคประชาชน นอกเหนือจากส่วนงานต่าง ๆ ของรัฐ เนื่องจากรัฐมีทรัพยากรจำกัด ขณะเดียวกันจำเป็นต้องสร้างรูปแบบหรือระบบการดูแลสุขภาพและการสาธารณสุขอย่างใหม่ เพื่อให้ประชาชนหรือผู้ใช้บริการต้องมีส่วนรับผิดชอบในการดูแลสุขภาพพลานามัย และรับภาระทางการเงินบางส่วน ทั้งในด้านภาษีอากร การประกันสุขภาพ และค่าบริการจากการใช้บริการของรัฐ ในด้านภารกิจโครงสร้างการจัดองค์กร กิจกรรม และการจัดงบประมาณ หรือทรัพยากรต่าง ๆ ของกระทรวงสาธารณสุขก็จำเป็นต้องมีการปรับเปลี่ยนเพื่อรับกระแสการเปลี่ยนแปลงนี้

3. ในบทนี้เป็นการเสนอภาพรูปแบบการบริหารจัดการสาธารณสุข และการเสนอบริการดูแลสุขภาพ (delivery of health care) ที่พึงปรารถนา รูปแบบดังกล่าวประกอบด้วย

- (1) วัตถุประสงค์ของการบริหารจัดการ และการเสนอบริการดูแลสุขภาพ ซึ่งอาจกำหนดเป็นกรอบนโยบายได้ หรืออาจกล่าวได้ว่าเป็น “ปัจจัยนำออก” ของระบบ
- (2) ระบบการบริหารจัดการและการเสนอบริการดูแลสุขภาพ
- (3) การระดมและจัดสรรทรัพยากร

วัตถุประสงค์ของการบริหารจัดการสาธารณสุขและบริการดูแลสุขภาพ

4. การกำหนดวัตถุประสงค์และนโยบายสาธารณะมักเริ่มจากการพิจารณาปัญหาและความต้องการของประชาชาติในแง่ของปัญหา สถาบันที่ปรึกษาเพื่อพัฒนาประสิทธิภาพในราชการ และสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุขกระทรวงสาธารณสุขได้เสนอผลการศึกษาดังนี้

- (1) โอกาสในการเข้าถึงบริการสาธารณสุขไม่เท่ากันและไม่มีโอกาสเลือกบริการโดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้ด้อยโอกาสและเกษตรกรที่ยากจน
- (2) คุณภาพของบริการยังไม่ได้มาตรฐานที่ดี ไม่เท่าเทียมกัน และไม่รับผิดชอบ
- (3) ค่าบริการแพงเกินควรและบางครั้งไม่มีเหตุผล เช่น ค่าเครื่องมือ อุปกรณ์ทางแพทย์ที่ไม่จำเป็น ค่าพักรักษาตัว ค่ายาพิเศษ ทั้งนี้ไม่รวมค่าธรรมเนียมของแพทย์ผู้ให้การตรวจรักษาในฐานะ professional แล้วไม่มีสิทธิรับค่าตอบแทน เช่น กำไร หรือแสวงหาผลกำไร
- (4) การใช้ทรัพยากรสาธารณสุขสิ้นเปลืองโดยไม่คุ้มค่าและไม่จำเป็น บางแห่งขาดแคลน ไม่สามารถจะให้บริการได้
- (5) มีการเลือกให้บริการแก่ประชาชนตามกลุ่มฐานะทางเศรษฐกิจหรือสถานะทางสังคม
- (6) ระบบการเงิน การคลังสาธารณะสุขไม่แน่นอน
- (7) บริการสาธารณสุขล่าช้า ไม่เป็นกันเอง และไม่เป็นที่พอใจของประชาชน

ดังนั้น กระทรวงสาธารณสุขจึงมุ่งหวังให้การบริการจัดการส่วนรวมให้มีประสิทธิภาพ ใ้บริการสาธารณสุขที่มีคุณภาพ เพื่อให้ประชาชนทุกคนสามารถเข้ารับบริการทางสาธารณสุขโดยเสมอหน้ากันมีสิทธิที่จะเลือกสถานบริการ หรือเลือกบริการที่มีคุณภาพเหมาะสมในราคาที่ยุติธรรม หรือในราคาที่ผู้จ่ายสามารถจ่ายค่ารักษาพยาบาลได้ เพื่อให้การพัฒนาสาธารณสุขสอดคล้องกับแผนพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมฉบับที่ 8 ที่เน้นคนเป็นศูนย์กลางในการพัฒนา

และเพื่อให้บรรลุผลถึงสภาพที่พึงปรารถนาของคนไทยในอนาคต จึงได้มีการกำหนดแนวทางการผลิตคุณภาพของคนไทยที่พึงประสงค์ ดังนี้ (สำนักนโยบายและแผนสาธารณสุข 2540)

“คนไทยทุกคนไม่จำกัดในเรื่องเพศ อายุ อาชีพ ศาสนา ถิ่นที่อยู่ เชื้อชาติ การศึกษา และฐานะทางเศรษฐกิจ เป็นคนที่มีความเป็นปกติสุขทั้งทางกายทางจิตใจและทางสังคมโดย

- (1) เกิด และเติบโตขึ้นในครอบครัวที่มีความพร้อมและอบอุ่น
- (2) ได้รับการพัฒนาทั้งทางกาย ทางใจ และสติปัญญาดีพอที่จะปรับตัวและอยู่ในโลกที่เปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว สามารถตัดสินใจในการบริโภค และมีพฤติกรรมที่เอื้อต่อการมีสุขภาพดี มีจิตใจสบาย สงบ
- (3) มีหลักประกัน และสามารถเข้าถึงบริการสุขภาพที่สมเหตุสมผล สะดวก คุณภาพดี โดยมีค่าใช้จ่ายที่เหมาะสมและเป็นธรรม
- (4) อยู่ในชุมชนเข้มแข็ง มีการรวมพลัง และมีความรับผิดชอบร่วมกันในการดูแลสุขภาพของตนเอง ครอบครัวและชุมชน โดยเฉพาะเด็ก ผู้สูงอายุ ผู้ด้อยโอกาส และผู้พิการ
- (5) ดำรงชีวิตและประกอบอาชีพอยู่ในสภาพแวดล้อมที่ดีและปลอดภัย
- (6) มีอายุ ยืนยาวอย่างมีคุณภาพ ไม่เจ็บป่วย อย่างไม่สมเหตุสมผล และตายอย่างสมศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์”

5. แนวทางดังกล่าวมีลักษณะตอบสนองความต้องการของประเทศและของประชาชนในทัศนะของกระทรวงสาธารณสุข อย่างไรก็ตามในประเทศไทยยังมีการศึกษาในเรื่องนี้น้อยมาก ทั้งที่เกี่ยวกับความต้องการส่วนตัว (individual needs) และความต้องการส่วนรวม (population needs) ซึ่งในต่างประเทศมีการศึกษาเรื่องนี้มาก เพราะมีความสำคัญมากในการกำหนดนโยบายสาธารณะทางสาธารณสุข (ดู Chen 1979, Enthoven 1980, Goldsmith et al. 1975, Goodman and Craig 1982, Kohn 1981) แม้องค์การอนามัยโลกก็เคยสร้างดัชนีประเมินความต้องการ (WHO) ดังตารางที่ 5-1

6. เป็นที่แน่ชัดว่าการที่ประชาชนจะมีสุขภาพที่ดีถ้วนหน้าหรือมีคุณภาพชีวิตดีขึ้น ไม่ได้อยู่กับปัจจัยนำออกของระบบการสาธารณสุขหรือบริการดูแลสุขภาพเพียงอย่างเดียว ยังมีองค์ประกอบอีกหลายอย่างที่เกี่ยวข้องด้วย ตามแผนภาพที่ 5-1 การมีคุณภาพชีวิตที่ดีนั้น นอกจากองค์ประกอบทางสาธารณสุขแล้ว ยังมีองค์ประกอบอื่นที่ไม่เกี่ยวกับสาธารณสุขด้วย และการมีสุขภาพที่ดีถ้วนหน้าก็ขึ้นอยู่กับองค์ประกอบทางสิ่งแวดล้อม รูปแบบหรือวิถีการดำรงชีวิต และองค์ประกอบทางชีวการแพทย์ นอกเหนือจากการบริหารจัดการสาธารณสุขและบริการดูแลสุขภาพ นอกจากนั้นปัจจัยนำออกยังเกี่ยวข้องกับคุณภาพ ประสิทธิภาพ ประสิทธิผล การเข้าถึงและความเสมอภาค

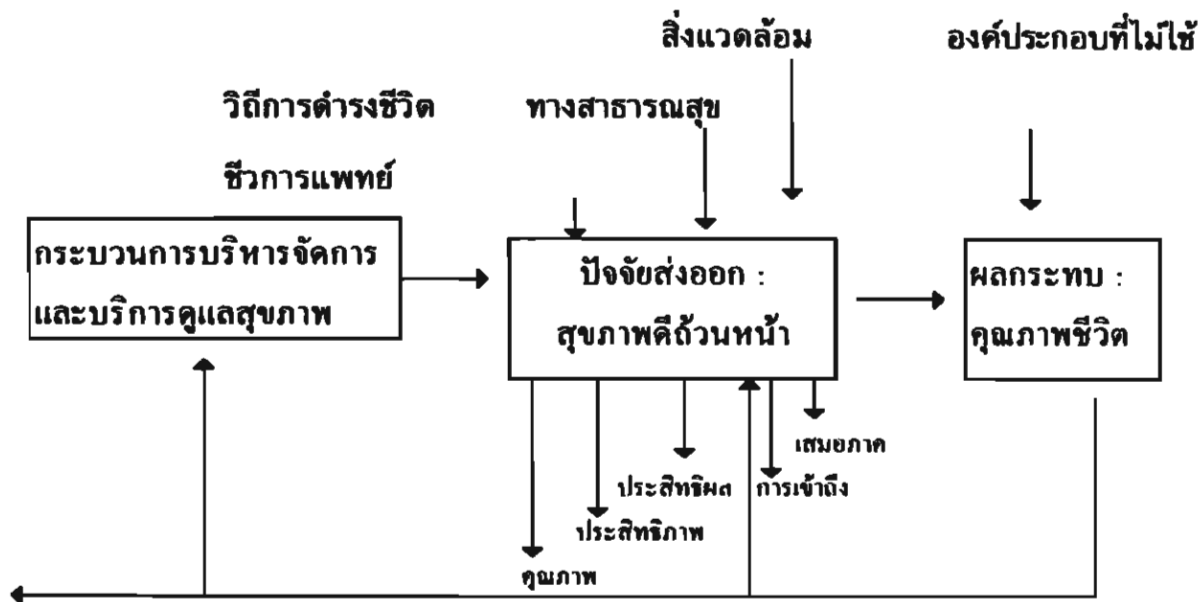
7. เท่าที่ผ่านมา นโยบายของรัฐบาลด้านสาธารณสุขมักไม่กล่าวถึงปัจจัยนำออกดังกล่าว ทั้งที่มีความสำคัญมาก คุณภาพเป็นสิ่งที่ผู้รับบริการปรารถนาและคาดหวัง **ประสิทธิภาพ**เป็นการบริหารจัดการที่มีการใช้ประโยชน์ทรัพยากรอย่างเต็มที่ **ประสิทธิผล**เกี่ยวข้องกับผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น เปรียบเทียบกับต้นทุน การเข้าถึงรวมถึงการเข้าถึงสถานบริการได้สะดวกทั้งเชิงภูมิศาสตร์และเศรษฐกิจ ส่วนการ**เสมอภาค**เป็นโอกาสที่จะได้รับบริการอย่างเท่าเทียมกัน ดังนั้นจึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่นโยบายสาธารณสุขแห่งชาติในอนาคตต้องให้ความสำคัญในเรื่องนี้

ตารางที่ 5-1 ดัชนี ประเมินความต้องการของ WHO

แนวคิด	ข้อปีและระดับที่เสนอแนะ
ขจัดโรคบางอย่างที่กำหนดไว้	อัตราการเกิดโรคหัดเยอรมัน โปลิโอ บาดทะยักในทารกเกิดใหม่ โรคหัด โรคคอตีบ ชิฟิลิส และมาลาเรีย
อายุคาดเฉลี่ย	อายุคาดเฉลี่ยเมื่อแรกเกิดควรเป็น 75 ปี
อัตราการตายของทารก IMR	IMR ควรน้อยกว่า 20 ต่อ 1,000 ทารกที่รอดชีวิตเมื่อเกิด
อัตราน้ำหนักเมื่อเกิด LBW	LBW ควรอย่างน้อย 2,500 กรัม ขอมให้น้อยกว่าได้ร้อยละ 10
อัตราการตายของมารดา MMR	รวมทั้งการตายขณะตั้งครรภ์ หรือภายใน 42 วัน หลังคลอด MMR ควรน้อยกว่า 15 ต่อ 1,000 ของทารกที่รอดชีวิตเมื่อเกิด
สัดส่วนการตายจากโรคบางอย่างที่กำหนดไว้ PM	จำนวนการตายด้วยโรคบางอย่างที่ต้องเฝ้าระวังเป็นสัดส่วนต่อการตายด้วยสาเหตุอื่น
อัตราการเจ็บป่วยในเขตหนึ่ง	จำนวนการป่วยของบุคคลในระยะเวลาหนึ่ง กับจำนวนคนธรรมดาที่เสี่ยงกับการเจ็บป่วย
อัตราการเจ็บป่วยของคนในเขตนั้น	จำนวนผู้ป่วยเมื่อเปรียบเทียบกับจำนวนคนที่เสี่ยงกับการเจ็บป่วย
อัตราการเป็นทุพพลภาพระยะยาว	จำนวนผู้พิการหรือทุพพลภาพระยะยาวเมื่อเทียบกับประชากรทั้งสิ้น

ที่มา : WHO (1981)

แผนภาพที่ 5-1 ปัจจัยนำออกของระบบบริหารจัดการสาธารณสุข



● การพัฒนาคุณภาพ

8. Øvretveit (1992) เสนอว่าคุณภาพในการให้บริการสุขภาพคือความสามารถในการสนองความต้องการของผู้ที่ต้องการบริการนั้น ด้วยต้นทุนที่ต่ำที่สุดภายในขอบเขตและแนวทางที่กำหนดโดยผู้ที่มีอำนาจหน้าที่หรือผู้ที่ซื้อบริการนั้น (คือรัฐบาล หรือองค์กรบริหารส่วนท้องถิ่น) กล่าวอีกนัยหนึ่งคุณภาพเกี่ยวข้องกับความพึงพอใจของ “ลูกค้า” คุณภาพ คือความสามารถการตอบสนองความต้องการของลูกค้าตามที่คาดหวัง และอย่างมีประสิทธิภาพ นอกจากนี้ยังอยู่ภายใต้ขอบเขตของกฎหมาย ระเบียบ ข้อบังคับ จรรยาบรรณ มาตรฐานและการประเมินผลการปฏิบัติงาน มีการตรวจสอบทางแพทย์ (medical audit) และการประกันคุณภาพ (quality assurance) ในสหรัฐอเมริกาถึงกับมีหน่วยงานรับรองคุณภาพ Commission on Accreditation of Health Care Organization) นอกจากนั้นมียังมีองค์การประเมินผลวิชาชีพ (PRO-Professional) Review Organizations) ประเมินคุณภาพบริการคนไข้ และการจัดการโรงพยาบาลของรัฐที่รัฐให้งบประมาณส่วนภาคเอกชนอาจจ้างองค์การดังกล่าวหรือบริษัทเอกชนก็ได้ อย่างไรก็ตาม แพทย์มักวิจารณ์ว่าเข้าไปก้าวก่ายความเป็นอิสระทางวิชาชีพในการรักษาคนไข้ ดังนั้นสมาคมแพทย์อเมริกัน (AMA-American Medical Association) ได้จ้างบริษัทแรนด์ศึกษาและกำหนดเกณฑ์ความเหมาะสมในการวิเคราะห์โรคและรักษาผู้ป่วยโดยใช้คอมพิวเตอร์บางส่วนด้วย (Findlay 1989, Field and Gray 1989)

9. Øvretveit (1992) เสนอว่าคุณภาพของบริการสุขภาพมี 3 วิธี คือ

- คุณภาพที่ลูกค้าต้องการ ได้แก่สิ่งที่ลูกค้าต้องการจากบริการดังกล่าว ทั้งลูกค้าส่วนบุคคล (individual) และสังคมส่วนรวม (population) ซึ่งต้องคำนึงถึงกลุ่มเป้าหมายซึ่งมีความต้องการแตกต่างกัน อันมีผลต่อความแตกต่างในการให้บริการคุณภาพดังกล่าว เป็นสิ่งที่ลูกค้านึกคิดเกี่ยวกับบริการโดยตั้งใจและไม่ตั้งใจ ซึ่งมีผลต่อการเปลี่ยนแปลงความคาดหวังหรือข้อสมมุติ ลูกค้าจะไม่พึงพอใจในบริการที่ได้รับถ้าหากว่าบริการดังกล่าวต่ำกว่าความคาดหวังหรือข้อสมมุติ ดังนั้น จำเป็นต้องปรับปรุงบริการเพื่อสร้างความพึงพอใจซึ่งมีวิธีการหลายอย่างในการศึกษาลักษณะสำคัญของบริการเกี่ยวข้องกับการสร้างความพึงพอใจของลูกค้าในสหรัฐอเมริกา Parasuraman et al. (1985) เสนอว่าควรประกอบด้วย

- ความไว้วางใจได้ (reliability)
- การตอบสนอง (responsiveness)
- สมรรถนะ (competence)
- อธิษาคย์ไมตรี (courtesy)
- การเข้าถึงบริการ (access)
- การติดต่อสื่อสาร (communication)
- ความน่าเชื่อถือ (credibility)
- ความมั่นคง (Security)
- ความเข้าใจ (Understanding)
- ลักษณะทางกายภาพ (Physical tangibles) ทั้งสภาพแวดล้อมทางกายภาพ บุคลิกท่าทางและภาพลักษณ์ของบุคลากรและลูกค้าอื่น

- คุณภาพเชิงวิชาชีพ พิจารณาว่าบริการดังกล่าวสามารถตอบสนองความต้องการของลูกค้าหรือไม่ และเทคนิคหรือกระบวนการที่ใช้ถูกต้องเหมาะสมในเชิงวิชาชีพหรือไม่เพียงใด ซึ่งโดยปกติมีการตรวจสอบทางวิชาชีพ (Professional audit) ทั้งแพทย์ พยาบาล หรือวิชาชีพอื่น

- คุณภาพเชิงการบริหารจัดการ ประเมินได้จากต้นทุนที่เพิ่มขึ้นจากการบริหารจัดการที่ไร้คุณภาพ ทั้งด้านการผลิตสินค้าหรือบริการ การเสนอบริการ กระบวนการและความไม่สามารถหรือยากลำบากในการคำนวณต้นทุนและความสูญเสียต่าง ๆ

10. ในต่างประเทศได้มีการนำหลักการประกันคุณภาพหรือการพัฒนาคุณภาพมาใช้ในการบริหารจัดการสุขภาพหรือบริการสุขภาพอย่างกว้างขวาง (Hugh 1987, Maxwell 1984, Wilson 1987 Pollitt 1987, Berwick 1989) งานที่เด่นมากได้แก่ผลงานของ Wilson (1987) ซึ่งกล่าวถึงการจัดการคุณภาพทั้งระบบ (TQM-Total Quality Management) ในการปรับปรุงคุณภาพบริการสุขภาพในแคนาดาต่อมาได้ถูกนำมาใช้ในกระทรวงสาธารณสุขของสหราชอาณาจักร

TQM นั้นได้ใช้ในการปรับปรุงระบบการผลิตสินค้าและบริการทั้งในภาครัฐและเอกชนมานานแล้วทั้งในต่างประเทศและแม้ในประเทศไทยเอง TQM เป็นเทคนิคที่ทำให้เกิดการปรับปรุงคุณภาพอย่างต่อเนื่อง เป็นเครื่องมือสำคัญที่ทำให้เกิดความได้เปรียบ เมื่อเทียบกับคู่แข่งชั้น หรือถ้าไม่มีคู่แข่งชั้นก็สามารถปรับปรุงบริการให้ผลงานที่เหนือระดับมาตรฐาน (benchmarking) ลักษณะสำคัญของ TQM ได้แก่ (Robbins and Couter 1996)

- (1) เน้น “ลูกค้า” หรือผู้ที่เกี่ยวข้องทั้งภายนอกและภายในองค์การ
- (2) ยึด “การปรับปรุงอย่างต่อเนื่อง” โดยไม่พอใจกับผลงานที่เกิดขึ้น เพราะคุณภาพย่อมปรับปรุงให้ดีขึ้นได้เสมอ
- (3) ปรับปรุงคุณภาพทุกอย่าง ที่องค์การกระทำ TQM กำหนดขอบเขตของงานอย่างกว้างขวาง แม้แต่การที่พนักงานรับโทรศัพท์แต่ละครั้งต้องมีคุณภาพด้วย
- (4) มีการวัดประเมินที่เที่ยงตรง โดยมีดัชนีชี้วัด เพื่อให้ทราบปัญหาและพยายามแก้ปัญหาเหล่านั้น ๆ
- (5) เพิ่มพลังสมาชิกในองค์การโดยการทำงานเป็นทีม โดยพนักงานต้องมีส่วนในการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง

ทั้งนี้ในการนำ TQM มาปฏิบัติต้องมีการปรับปรุงโครงสร้าง (การกระจายอำนาจ ลดขั้นตอนการบังคับบัญชา มีขยายการควบคุมที่กว้างขวางขึ้น และการสร้างทีมงานจากฝ่ายต่าง ๆ) ใช้เทคโนโลยี (กระบวนการที่ยืดหยุ่นและการศึกษาและฝึกอบรม) บุคลากร (การศึกษาฝึกอบรมระบบการประเมินผลงาน และการให้ความดีความชอบที่เอื้ออำนวยกับการปรับปรุงคุณภาพ) และตัวนำการเปลี่ยนแปลง (ภาวะผู้นำที่ผูกพัน มุ่งมั่น และจริงใจ)

● ประสิทธิภาพ

11. Holland (1983) กล่าวว่าประสิทธิภาพของมาตรการทางสาธารณสุขคือการลดอัตราการเจ็บป่วยและอัตราการตายของประชากร หรือเกี่ยวข้องกับปัจจัยนำออกของการบริหารจัดการและการเสนอบริการสุขภาพ ซึ่งอาจพิจารณาได้ทั้งในเชิงจิตวิทยาและทางเทคนิค (Donabedian 1980) สำหรับ Bobson (1972) เสนอว่าองค์ประกอบของประสิทธิภาพดังกล่าว ได้แก่ ความสามารถในการเข้าถึงบริการ คุณภาพให้บริการ และการผสมผสานหรือความเป็นเอกภาพของการให้บริการ อย่างไรก็ตาม ในสภาพความเป็นจริง ประสิทธิภาพมักเกี่ยวข้องกับผลลัพธ์จากการปฏิบัติงาน ซึ่งมีดัชนีหรือเครื่องชี้วัดสถานะสุขภาพ ซึ่งในทางปฏิบัติค่อนข้างยากเพราะการกำหนดวัตถุประสงค์ของระบบสาธารณสุขมักกว้างเกินไป หรือยากต่อการนำไปเปรียบเทียบกับผลของการปฏิบัติงาน ยิ่งกว่านั้นการปฏิบัติงานสาธารณสุขมักมีวัตถุประสงค์หลายอย่างในกิจกรรมอย่างเดียว หรือกิจกรรมหลายอย่างอาจมีวัตถุประสงค์อย่างเดียว เช่น โครงการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุมีหลายวัตถุประสงค์ คือการพัฒนาสุขภาพให้มีสุขภาพดีปราศจากโรคภัยไข้เจ็บ หรือมีน้อยที่สุดทั้งด้านร่างกายและจิตใจ ตลอดจนการให้มีกิจกรรมทางสังคม ขณะเดียวกันยังมีวัตถุประสงค์ใน

การดูแลรักษาโรคต่างๆ ที่เกิดในวัยชรา การช่วยเหลือด้านสังคมสงเคราะห์ การช่วยเหลือในการดำรงชีวิตประจำวัน สุขภาพจิต ที่อยู่อาศัยหรือการรับส่ง ฯลฯ การประเมินประสิทธิผลจึงทำได้ลำบาก วิธีการแก้ไขอาจกระทำได้โดยใช้มาตรการประสิทธิภาพแบบกลุ่มเจาะจง เปรียบเทียบผลลัพธ์จากการให้บริการกลุ่มนี้ กับกลุ่มที่ให้บริการแตกต่างกันหรือไม่ให้บริการเลย (attributable effectiveness) หรือจำนวนประชากรที่ได้รับผลประโยชน์ในจำนวนประชากรทั้งสิ้น (population-attributable effectiveness) ซึ่งอาจประเมินได้ในระยะยาวหรือพิจารณาผลกระทบส่วนรวมประกอบด้วย อีกวิธีหนึ่งได้แก่การวัดอัตราผลลัพธ์นำออกของผู้ที่ได้รับการเมื่อเทียบกับผู้ที่ไม่ได้รับการบริการ (relative effectiveness) (Ellenweig 1992) แต่การประเมินดังกล่าวยังทำได้ยากอยู่ดีเพราะยังมีองค์ประกอบหลายอย่างที่มีผลกระทบด้วย เช่น โรคภัยโรค ซึ่งเคยร้ายแรงในช่วงหนึ่งได้คลี่คลายลงมากในช่วงต้นคริสต์ศตวรรษที่ 20 ทั้งๆ ที่ไม่ได้ดำเนินมาตรการทางสาธารณสุขมากนัก (Mc Keown 1976)

12. ถึงแม้การประเมินประสิทธิผลมีความยุ่งยากซับซ้อนมาก มีผลงานเด่น ๆ ของนักวิชาการหลายคนในเรื่องนี้ เช่น Rutstein et al. (1976) เกี่ยวกับมาตรการในการประเมินสาเหตุการเจ็บป่วย การพิการหรือการตายที่อาจหลีกเลี่ยงได้ Charlton et al. (1983) ใช้วิธีการอย่างเดียวกันในการศึกษามาตรการทางแพทย์ ในเขตสาธารณสุข 98 เขต ในอังกฤษและเวลส์ Long (1985) และ Ellenweig (1992) เสนอประเด็นหลักที่ใช้ในการประเมินประสิทธิผลในเชิงคุณภาพ ดังนี้

(ก) วัตถุประสงค์ระยะยาวและการประเมินผลลัพธ์

- วัตถุประสงค์ของการสาธารณสุขและกิจกรรมที่เกี่ยวข้อง
- การประเมินผลลัพธ์จากตัวชี้วัดเป็นเชิงปริมาณ เช่น อัตราการตาย อัตราการเจ็บป่วย การพิการ ฯลฯ

(ข) บริการปัจจุบันและความต้องการ

- ระดับ ชนิด และขอบเขตของการบริการ
- ผู้รับบริการ
- ผู้ที่มีความต้องการ
- ช่องว่างหรือข้อจำกัด ทั้งด้านบุคลากร การเงิน เทคโนโลยี

(ค) เปรียบเทียบผลลัพธ์ในอุดมคติกับที่เกิดขึ้นจริง

- ผลกระทบของบริการกับวัตถุประสงค์
- มีการเปลี่ยนแปลงใด ๆ เกี่ยวกับสถานะสุขภาพจากการดำเนินงาน

(ง) สิ่งที่ต้องการปรับปรุงและดำเนินการ

- ทำอย่างไรจึงจะทำให้เกิดผลยิ่งขึ้น ประเด็นทางวิชาชีพ การเมือง สังคม

- ผู้ใดที่พยายามให้มีการแก้ไขปรับปรุงตามข้อเสนอแนะเพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงและจะดำเนินการอย่างไร

(จ) ต้นทุน/ค่าใช้จ่าย

- ค่าใช้จ่ายในการเสนอบริการปัจจุบัน เมื่อเปรียบเทียบกับ การเปลี่ยนแปลง
- ค่าใช้จ่ายถ้าหากมีการเปลี่ยนแปลง
- ประเมินค่าใช้จ่ายในกิจกรรมแต่ละอย่างและมูลค่ารวม

13. ในทางการบริหารจัดการทั่วไปมักใช้เทคนิคการวิเคราะห์ต้นทุนและผลลัพธ์ (cost effectiveness analysis) ในการประเมินโครงการที่ผลลัพธ์ของโครงการไม่สามารถตีค่าเป็นตัวเงินได้ ซึ่งเหมาะสำหรับโครงการทางสาธารณสุข ขั้นตอนการวิเคราะห์ดังกล่าวเริ่มจากการระบุวัตถุประสงค์ กลุ่มเป้าหมายประเภทของต้นทุนและผลลัพธ์ การประเมินความเสี่ยง และการกำหนดเกณฑ์ที่ใช้ในการประเมิน ซึ่งเกณฑ์ที่ใช่มักได้แก่

(1) เกณฑ์ค่าใช้จ่ายน้อยที่สุด เกณฑ์นี้ยึดหลักว่าสิ่งแรกที่ต้องทำคือการกำหนดระดับของผลลัพธ์ที่ต้องการไว้ โครงการที่ไม่สามารถให้ผลลัพธ์ดังกล่าวได้ให้ถือว่าไม่มีประโยชน์และถูกตัดทิ้งไป โครงการที่ให้ผลตอบแทนอย่างน้อยที่สุดในระดับที่กำหนดไว้จะถูกนำมาประเมินโครงการที่ให้ผลตอบแทนเท่ากันที่เหลือน้อยจะได้รับการพิจารณา โดยการพิจารณาโครงการที่ใช้ต้นทุนน้อยที่สุด

(2) เกณฑ์ผลประโยชน์สูงสุด เกณฑ์นี้ยึดหลักว่าขั้นแรกที่ต้องทำคือการกำหนดระดับต้นทุนที่สามารถจ่ายได้ขึ้นมาก่อน โครงการใดที่ต้องใช้ทุนมากกว่าที่กำหนดไว้จะไม่ได้รับการพิจารณา โครงการที่สามารถทำได้ภายในวงเงินที่กำหนดไว้ หรือโครงการใดให้ผลประโยชน์สูงสุดโครงการนั้นจะได้รับการพิจารณา

● ประสิทธิภาพ

14. การประเมินประสิทธิภาพทำได้ง่ายกว่าประสิทธิผล เพราะเป็นเพียงหาอัตราส่วนผลของการดำเนินงานต่อค่าใช้จ่ายในการดำเนินงานนั้น ๆ ซึ่งอาจพิจารณาได้ 4 ชั้น คือ ในเชิงจัดสรร (allocative) เชิงแจกจ่าย (distributive) เชิงพลวัต (dynamic) และเชิงการจัดการ (managerial)

(ก) ประสิทธิภาพเชิงจัดสรร เป็นมาตรการพิจารณาความเหมาะสมของระดับการลงทุนในการดูแลสุขภาพ ซึ่งอาจพิจารณาได้เป็นสองระดับคือ ระดับสังคมและภายในระบบการดูแลสุขภาพ ในระดับสังคมอาจพิจารณาว่า ถ้าหากจัดสรรทรัพยากรให้กับภาคหรือกิจกรรมอื่น เช่น ด้านการศึกษา คมนาคม ฯลฯ จะได้ประโยชน์กว่าการจัดสรรให้กับการดูแลสุขภาพหรือไม่อย่างไร ซึ่งส่วนหนึ่งเกี่ยวข้องกับปรัชญา ศีลธรรม หรือเหตุผลอื่น ส่วนภายใน

ระบบการดูแลสุขภาพหรือการสาธารณสุขอาจพิจารณาทางเลือกต่าง ๆ ภายในระบบหรือแม้แต่การกำหนดลำดับความสำคัญเร่งด่วน เครื่องมือสำคัญที่ใช้ในการประเมินประสิทธิภาพเชิงจัดสรร ได้แก่ การวิเคราะห์ค่าใช้จ่ายและผลตอบแทน (cost-benefit analysis-CBA) ซึ่งเป็นเทคนิคที่สามารถเปรียบเทียบผลของโครงการต่าง ๆ ในรูปของตัวเงิน โดยเน้นการให้ค่าของค่าใช้จ่ายต่าง ๆ ที่ให้ไปในการดำเนินงานในรูปของตัว แทนเช่นเดียวกับการให้ค่าของผลประโยชน์หรือผลตอบแทนที่จะได้รับจากการดำเนินงาน เทคนิคนี้ได้รับแนวคิดมาจากปรัชญาสาขารรรถประโยชน์นิยม (Utilitarianism) ซึ่งเป็นการประเมินความสุขสูงสุดจากการกระทำอย่างใดอย่างหนึ่ง ต่อมาเมื่ออิทธิพลต่อเศรษฐศาสตร์สวัสดิการที่เน้นการประเมินมูลค่าสวัสดิการรวมทั้งสังคมจะได้รับผลตอบแทนจากการลงทุนสาธารณะต่าง ๆ ผลงานที่เด่นได้แก่การประเมินประสิทธิภาพของหมอเท้าเปล่าในแคว้นต่าง ๆ ของจีน (Sorkin 1976) และการฉีดวัคซีนโรคหัดในแซมเบีย ซึ่งคุ้มค่าเฉพาะในเขตชุมชนเท่านั้น (Creese 1983)

(ข) ประสิทธิภาพเชิงแจกจ่าย หรือมิติที่เน้นอุปสงค์อุปทาน มิติที่เน้นอุปสงค์เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยโรคและความเท่าเทียม ซึ่งจะได้กล่าวต่อไปภายหลัง ส่วนมิติที่เกี่ยวกับอุปทานเกี่ยวข้องกับองค์การบริหาร ในกรณีของระบบการดูแลสุขภาพเกี่ยวข้องกับการเกิดประโยชน์สูงสุดจากการดำเนินการแจกจ่ายสินค้าและบริการดูแลสุขภาพ เป็นเครื่องมือวัดความสำเร็จในการดำเนินงานของระบบ โดยเฉพาะในส่วนของปัจจัยนำเข้าของทรัพยากรและกระบวนการในการปรับปรุงสถานะสุขภาพ โดยพิจารณาว่าการมีประสิทธิภาพสูงขึ้นอยู่กับผลสำเร็จสูงสุดเมื่อเทียบกับความพยายามและการลงทุนในส่วนปัจจัยนำเข้า การประเมินประสิทธิภาพเชิงแจกจ่ายใช้การเปรียบเทียบในระยะยาวภายในระบบต่าง ๆ (longitudinal trends)

(ค) ประสิทธิภาพเชิงพลวัต หรือประสิทธิภาพเชิงเทคโนโลยีเกี่ยวกับการใช้เทคโนโลยีให้เกิดประโยชน์สูงสุด ในการดูแลสุขภาพ หรือด้านการเงิน จรรยาบรรณและทางวิทยาศาสตร์ เพราะการใช้เทคโนโลยีการแพทย์ทำให้ค่าใช้จ่ายในการดูแลสุขภาพเพิ่มขึ้นอย่างมาก มีผลกระทบด้านจรรยาบรรณและด้านวิทยาศาสตร์ ซึ่งเรื่องนี้ได้รับการศึกษาอย่างมากจากนักวิชาการ เช่น Banta and Russell (1982) Anderson (1988) Russell and Sisk (1988) Stocking (1988) การประเมินประสิทธิภาพเชิงพลวัตพิจารณาการนี้และการใช้เทคโนโลยีการแพทย์ ได้แก่ จำนวนบุคคลที่ใช้เครื่องมือการแพทย์ที่ทันสมัย เช่น เครื่องสแกนเนอร์ (CT (Computerized Tomograph) หรือจำนวนเครื่องต่อจำนวนประชากร

(ง) ประสิทธิภาพเชิงการจัดการ ใช้เทคนิคการวิเคราะห์ต้นทุนและผลลัพธ์ เช่นเดียวกับการประเมินประสิทธิผล แต่แทนที่จะพิจารณาในประเด็นผลตอบแทนที่ไม่ใช่ตัวเงินการประเมินประสิทธิภาพเชิงการจัดการประเมินการเปลี่ยนแปลงสถานะสุขภาพ

● ความเท่าเทียม

15. ความเท่าเทียมกันและความเที่ยงธรรมทางการสาธารณสุขมีความหมายใกล้เคียงกัน แสดงถึงการได้รับบริการของบุคคลหรือกลุ่มในปริมาณและคุณภาพใกล้เคียงกันในสภาพที่คล้ายคลึงกัน แต่เป็นที่แน่นอนว่าลักษณะของความต้องการของแต่ละคนแต่ละกลุ่มมีความแตกต่างกันไปตามลักษณะของแต่ละกลุ่มแต่ละบุคคล และองค์ประกอบทางเศรษฐกิจสังคมและพฤติกรรมทำให้ยากลำบากในการพิจารณาประเด็นนี้ อย่างไรก็ตามในแง่ความเที่ยงธรรมและความเป็นธรรม บุคคลและกลุ่มที่มีความต้องการและมีความจำเป็นเร่งด่วนมากกว่าก็ควรได้รับการมากกว่า การจัดตั้งองค์กรบริการสาธารณสุขแห่งชาติ ของสหราชอาณาจักร (NHS) หลังสงครามโลกครั้งที่ 2 ก็เพราะรัฐบาลในสมัยนั้นเชื่อว่าความยุติธรรมในสังคมจะเกิดขึ้นได้ก็ต่อเมื่อสังคมส่วนรวมให้การสนับสนุนผู้ที่มีความต้องการและมีความจำเป็นเร่งด่วนกว่า (USDHEW 1976) ในทางปฏิบัติ การแบ่งทรัพยากรทั้งคน งบประมาณ เครื่องมืออุปกรณ์ ตลอดจนบริการเพื่อให้เกิดความเป็นธรรม และความเท่าเทียมกันกระทำได้ยาก แต่ก็ต้องพยายามให้เกิดสภาพเช่นนั้น (Ellencweig 1985, Shuval 1987)

16. การพิจารณาสร้างความเท่าเทียมกันนั้น เกี่ยวข้องกับระบบบริการทั้งหมด ทั้งในส่วนปัจจัยนำเข้า กระบวนการและปัจจัยนำออก ในส่วนปัจจัยนำเข้านั้นเป็นการพิจารณาในแง่การกระจายทรัพยากรเข้าสู่พื้นที่หรือสำหรับกลุ่มเป้าหมายต่าง ๆ เช่น แพทย์และบุคลากรทางการแพทย์ งบประมาณ และทรัพยากรอย่างอื่น ซึ่งสามารถประเมินประสิทธิภาพในแง่การกระจายทรัพยากร กระบวนการสาธารณสุขหรือบริการการดูแลสุขภาพที่จะให้โอกาสอย่างเท่าเทียมกัน เช่น ระยะเวลาการรอแพทย์ตรวจรักษา ตลอดจนปัจจัยนำออกต่าง ๆ ซึ่งเกี่ยวข้องกับประสิทธิภาพ ประสิทธิผล และคุณภาพ การให้บริการดังกล่าว หรือแม้แต่มลของการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกัน การรักษา และการบูรณะฟื้นฟูสุขภาพ หรือกล่าวอีกนัยหนึ่งว่า ความเท่าเทียมกันนั้นพิจารณาได้ในสามลักษณะ คือ

- ความเท่าเทียมกันในการเข้าถึงบริการ
- ความเท่าเทียมกันในโอกาส
- ความเท่าเทียมกันที่จะได้รับผลจากบริการเหมือนกัน (results)

ในการพิจารณาความเท่าเทียมกันนั้นจำเป็นต้องพิจารณาองค์ประกอบอื่น ๆ ด้วย เช่น เรื่องประสิทธิภาพและจรรยาบรรณ ดังกรณีการผ่าตัดเปลี่ยนอวัยวะเพื่อรักษาชีวิตของคนไข้ ซึ่งมีค่าใช้จ่ายสูงมาก เมื่อเทียบกับบริการสาธารณสุขมูลฐาน ซึ่งเกิดประโยชน์กับคนจำนวนมาก ดังนั้นควรจะลดการดำเนินการดังกล่าวลงหรือไม่ (Mooney 1986)

17. ดัชนีประเมินความเท่าเทียมกันสร้างได้ยากลำบาก ดังนั้นส่วนใหญ่จึงมักประเมินในลักษณะการวิเคราะห์เจาะลึกหรือในเชิงอธิบาย ดัชนีส่วนใหญ่ที่ประเมินเชิงปริมาณมีลักษณะคล้าย ๆ เปรียบเทียบพื้นที่กลุ่มเป้าหมาย หรือลักษณะอื่น ๆ เช่น

- ทรัพยากรมนุษย์ เช่น อัตราแพทย์ พยาบาล และบุคลากรทางแพทย์ ต่อจำนวนประชากร
- เตียงในโรงพยาบาล
- บริการด้านสุขภาพ เช่น น้ำประปา การกำจัดมูลฝอยและสิ่งปฏิกูล สิ่งแวดล้อมต่าง ๆ ฯลฯ
- การใช้ดัชนี Gini (ดัชนีทางเศรษฐกิจกับสังคมที่ใช้ประเมินความไม่เป็นธรรมในการกระจายรายได้ของประชากร

● **ความเข้าถึง**

18. สามารถในการเข้าถึงบริการสาธารณสุขเป็นประเด็นที่ได้รับความสนใจตลอดมา เพราะมีอุปสรรคหลายประการที่ทำให้ผู้ที่มีความต้องการและความจำเป็นไม่อาจขอรับบริการดังกล่าวนั้นได้ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในประเทศที่กำลังพัฒนา รวมทั้งในประเทศไทยด้วยอุปสรรคดังกล่าวอาจพิจารณาได้ดังนี้

(ก) ด้านกายภาพ เช่น ระยะทาง เวลาเดินทาง เวลารอรับบริการ ฯลฯ

(ข) ด้านเศรษฐกิจ เช่น ค่าธรรมเนียมตรวจรักษาและอื่น ๆ ค่าประกันสุขภาพ ค่าใช้จ่ายในการเดินทาง ฯลฯ

(ค) ด้านสังคมวัฒนธรรม เช่น การปฏิเสธที่จะให้หรือรับบริการ

19. ดัชนีแสดงความสามารถในการเข้าถึงบริการมีหลายประการดังนี้ (Ellencweig 1992)

(ก) การเข้าถึงทางกายภาพ

- อัตราทรัพยากรต่อประชากร เช่น จำนวนเตียงคนไข้ แพทย์ พยาบาล และบุคลากรทางการแพทย์ต่อประชากร 1,000 คน
- อัตราจำนวนคนไข้ที่ใช้บริการโรงพยาบาลในพื้นที่หนึ่ง (attraction rate)
- อัตราความต่อเนื่องของการใช้บริการ (continuity of care)

- ดัชนีที่อิงเงื่อนไขเวลา (time-based indicators) เช่น เวลารอแพทย์ หรือจำนวนคนไข้ที่รอรับบริการจากแพทย์

(ข) การเข้าถึงทางเศรษฐกิจ

- การครอบคลุมบริการประกันสุขภาพ
 - ความเสี่ยงในการรักษาพยาบาลที่โรงพยาบาล
 - การครอบคลุมการรักษาพยาบาลทั่วไป
 - การครอบคลุมค่ายาและเวชภัณฑ์
- ขอบเขตการให้บริการ
 - การรักษาพยาบาลทั่วไป
 - แพทย์ทั่วไป
 - แพทย์เฉพาะทาง
 - ทันตกรรม
 - สูตินรีเวช
 - บริการห้องทดลองและการวิเคราะห์อย่างอื่น
 - การครอบคลุมการรักษาพยาบาลในโรงพยาบาล
 - การรักษาพยาบาลผู้ป่วยหนัก
 - สูตินรีเวช
 - การดูแลระยะยาว
 - ทันตกรรม
 - การครอบคลุมบริการพิเศษ
 - ยาสำหรับผู้ป่วยหนัก
 - ยาอื่น ๆ
 - เวชภัณฑ์
 - บริการอื่น ๆ เช่น พยาบาลพิเศษ
 - การขนส่ง เช่น รถพยาบาล
- การสมทบค่าใช้จ่ายหรือการให้ส่วนลด

(ค) การเข้าถึงทางสังคมวัฒนธรรม

- โครงสร้างอายุประชากร
- อัตราส่วน หญิงในช่วงอายุต่าง ๆ
- สถานะการศึกษา
- การใช้บริการที่ไม่เร่งด่วน
- การใช้บริการต่อเนื่อง

รูปแบบการบริหารจัดการสาธารณสุข

20. เพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์ของการมีสุขภาพดีถ้วนหน้า และการบริหารจัดการสาธารณสุข ตลอดจนบริการดูแลสุขภาพเป็นไปอย่างมีคุณภาพ ประสิทธิภาพ ประสิทธิผล สามารถเข้าถึงบริการได้อย่างทั่วถึง โดยมีความเสมอภาคและเป็นธรรม ประเทศต่างๆ ได้ปฏิรูประบบการสาธารณสุขดังกล่าวแล้ว โดยมีลักษณะหรือแนวโน้มการเปลี่ยนแปลงการบริหารจัดการสาธารณสุขที่ปรากฏชัดเจน ดังนี้

- องค์การบริการมีขนาดเล็กลง ยืดหยุ่น คล่องตัว มีลักษณะเป็นองค์กรที่ยืดหยุ่น มีขั้นตอนการบังคับบัญชาสั้นลง

- มีการกระจายอำนาจสู่ท้องถิ่น ให้ชุมชน ภาคประชาชน มีส่วนร่วมในการระดมและจัดสรรทรัพยากรและมีส่วนร่วมในกระบวนการนโยบายสาธารณสุข มีการอบการตรวจสอบที่ชัดเจน

- มีการระดมทรัพยากรจากส่วนงานต่าง ๆ ของรัฐและภาคเอกชนเพื่อประโยชน์สูงสุดของประชาชาติ มีการทบทวนภารกิจ บทบาทหน้าที่ และสร้างกลไกการประสานงานการบริหารจัดการเป็นไปในลักษณะเครือข่าย (networking)

ซึ่งยุทธศาสตร์การบริหารจัดการเพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงนี้คือการกระจายอำนาจ ซึ่งหลายประเทศได้ประสบความสำเร็จมาแล้ว เช่น นิวซีแลนด์ เนเธอร์แลนด์ ศรีลังกา เม็กซิโก ซิลี ปาปัวนิวกินี เป็นต้น แม้ประเทศไทยก็มีความพยายามอย่างมากที่จะกระจายอำนาจสู่ท้องถิ่น โดยในแผนพัฒนาการสาธารณสุขในช่วงของแผนพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 8 ได้ระบุอย่างชัดเจนให้มีการปฏิรูประบบบริหารจัดการด้านสาธารณสุขโดย “การกระจายอำนาจในการบริหารจัดการและทรัพยากรสาธารณสุขสู่ส่วนภูมิภาค ท้องถิ่น ชุมชน และ

องค์กรเอกชน” การกระจายอำนาจดังกล่าวมีผลต่อการทบทวนภารกิจ บทบาท หน้าที่ การจัดโครงสร้างและกระบวนการจัดการ ตลอดจนพฤติกรรมการบริหาร

การกระจายอำนาจ

21. คำจำกัดความของ “การกระจายอำนาจ” (decentralization) มีหลากหลาย แต่โดยทั่วไปหมายถึงการโอนอำนาจบังคับบัญชาจากระดับชาติสู่ระดับรองลงไป ทั้งด้านการวางแผนสาธารณะ การจัดการและการตัดสินใจ (Kondinelli 1981, 1983ก, 1983ข) การกระจายอำนาจและการรวมอำนาจเกี่ยวข้องกับนโยบายทางการเมืองของแต่ละรัฐบาล ตลอดจนองค์ประกอบต่าง ๆ อีกมาก เนื่องจากระบบการสาธารณสุขเป็นระบบรองของระบบการเมืองการบริหาร การกระจายอำนาจหรือรวมอำนาจเพียงใดย่อมขึ้นอยู่กับนโยบายสาธารณะ องค์ประกอบต่าง ๆ ทางสภาพแวดล้อม ตลอดจนการพัฒนากระบวนการเมืองการบริหารของประเทศด้วย อย่างไรก็ตาม เมื่อปัญหาสุขภาพเพิ่มขึ้น และภาครัฐบาลไม่สามารถตอบสนองความต้องการหรือความคาดหวังของประชาชนได้ การกระจายอำนาจได้กลายเป็นทางเลือกหนึ่งที่สามารถแก้ปัญหาทางโครงสร้างทางกายภาพและการจัดการได้ส่วนหนึ่ง เช่น การให้ท้องถิ่นมีส่วนวางแผนจัดการและควบคุมทรัพยากรมากขึ้น ทำให้สามารถครอบคลุมความต้องการของท้องถิ่นให้มากขึ้น สามารถปรับปรุงจัดการทรัพยากรได้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น และสร้างขวัญกำลังใจแก่เจ้าหน้าที่ในระดับท้องถิ่น มีผลต่อเนื่องให้บริการเป็นไปอย่างรวดเร็ว ประหยัดทรัพยากร เพราะท้องถิ่นสามารถพึ่งพิงตนเองได้กับทั้งทำให้เกิดความโปร่งใสในการบริหารจัดการ เพราะเจ้าหน้าที่ต้องรับผิดชอบต่อประชากรในท้องถิ่น

22. การกระจายอำนาจอาจทำได้ 4 ลักษณะ ได้แก่ (Mills et al. 1990)

- (ก) การแบ่งอำนาจ (Deconcentration)
- (ข) การสร้างความแข็งแกร่งให้ระดับท้องถิ่น (devolution)
- (ค) การมอบอำนาจ (delegation)
- (ง) การแปรรูปให้เอกชนดำเนินการ (privatization)

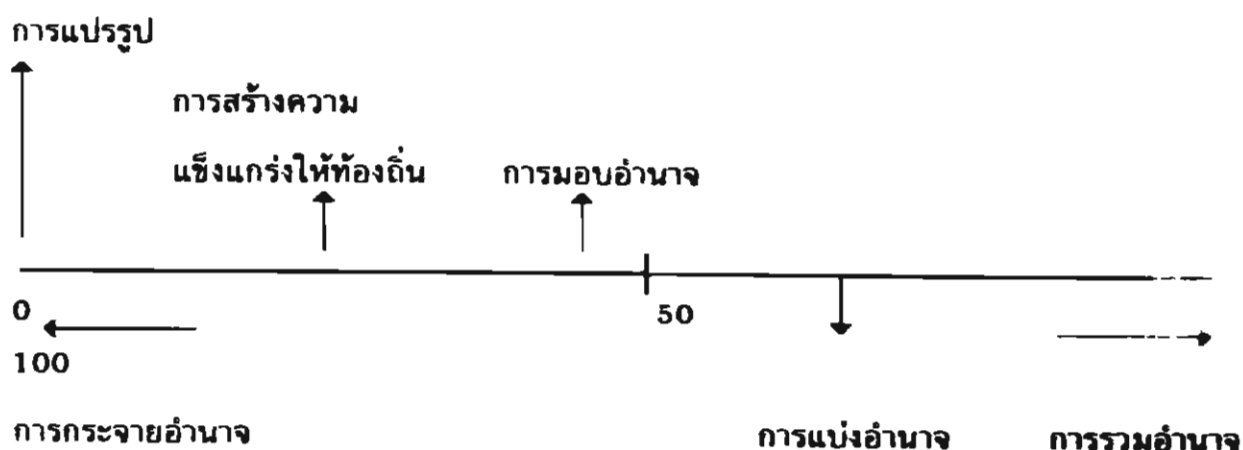
(ก) การแบ่งอำนาจ เป็นการมอบอำนาจบริหารจัดการให้แก่เจ้าหน้าที่ส่วนกลางที่ไปประจำในท้องถิ่น ซึ่งอาจขึ้นตรงต่อกระทรวงทบวงกรมในส่วนกลาง แต่มีคณะกรรมการประสานงานหรืออาจมีผู้ว่าราชการจังหวัดเป็นผู้บังคับบัญชา ประสานกิจกรรมต่าง ๆ กรณียของประเทศไทยมีผู้ว่าราชการจังหวัดเป็นผู้บังคับบัญชาของนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด ขณะเดียวกันนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดยังสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ในกรณีของสหราชอาณาจักร

อาณาจักรได้มีการแบ่งเป็นเขตสาธารณสุข ซึ่งในช่วงนาซวน พลิกภัย เป็นนายกรัฐมนตรีก็เคยมีนโยบายจัดตั้งสาธารณสุขเขตขึ้นมาเช่นกัน

(ข) การสร้างความแข็งแกร่งให้ท้องถิ่น โดยจัดตั้งหรือสร้างความแข็งแกร่งให้กับหน่วยบริหารท้องถิ่นซึ่งมีความเป็นอิสระจากส่วนกลาง โดยปกติมีการกำหนดภารกิจหน้าที่ที่ชัดเจน มีฐานะนิติบุคคล มีขอบเขตพื้นที่รับผิดชอบชัดเจน และมีอำนาจที่จะจัดเก็บรายได้และใช้จ่ายงบประมาณ และมีอำนาจในการตรากฎหมายข้อบังคับ ซึ่งมีผลเฉพาะในท้องถิ่นนั้น ๆ

ในด้านสาธารณสุข ส่วนกลางได้มอบอำนาจและภารกิจหน้าที่ให้ท้องถิ่นทั้งหมดหรือบางส่วน แต่เนื่องจากท้องถิ่นมักมีรายได้ไม่เพียงพอ จึงจำเป็นต้องขอรับเงินอุดหนุนจากรัฐบาลส่วนกลาง ทำให้ท้องถิ่นต้องสูญเสียความเป็นอิสระไปมาก นอกจากนั้นท้องถิ่นยังขาดทรัพยากรบุคคล ซึ่งมีความรู้ความสามารถ และมีโครงสร้างการบริหารงานบุคคลที่ไม่อาจดึงดูด บุคลากรที่มีคุณสมบัติดังกล่าวมาทำงานได้ ส่วนกลางจึงอาจมอบหมายงานสาธารณสุขมูลฐานหรืองานสาธารณสุขขั้นต้นคือการรักษาพยาบาลทั่วไป งานอนามัยส่งเสริมสุขภาพและงานป้องกันโรคให้แต่งานระดับสูงขึ้นไปยังคงเป็นภารกิจของส่วนกลางหรือส่วนภูมิภาคซึ่งได้รับการแบ่งอำนาจมาจากส่วนกลาง ในนอร์เว เจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับเคาตีเป็นเจ้าหน้าที่ส่วนกลางมีหน้าที่ติดตามการดำเนินงานบริการสาธารณสุขของเคาตีและของชุมชนในนามส่วนกลาง โดยการสร้างโรงพยาบาลระดับภูมิภาคเป็นหน้าที่ของส่วนกลาง ส่วนในฟินแลนด์ ท้องถิ่นให้บริการสุขภาพ โดยส่วนกลางสนับสนุนด้านการเงินอย่างมาก ส่วนกลางจัดสรรทรัพยากรต่าง ๆ ให้รวมทั้งบุคลากร ดังนั้นกำหนดแผนงานการให้เงินอุดหนุน ตลอดจนการควบคุมดูแลจึงเป็นภารกิจของส่วนกลาง แต่การควบคุมดูแลดังกล่าวเป็นไปเพียงหลักการ

แผนภาพที่ 5-2 ลักษณะการกระจายอำนาจ



(ค) การมอบอำนาจในการดำเนินการกิจ เป็นการโอนภารกิจจัดการให้แก่องค์กรบริหารกึ่งรัฐบาล (parastatal organization) ซึ่งอยู่นอกระบบราชการส่วนกลาง แต่ถูกกำกับควบคุมโดยรัฐบาลกลาง เพื่อแก้ปัญหาการขาดประสิทธิภาพ สามารถควบคุมค่าใช้จ่ายได้ มีความคล่องตัวและสามารถสนองตอบความต้องการได้ในระดับหนึ่ง อย่างไรก็ตาม ภารกิจดังกล่าวยังเป็นของรัฐบาลกลาง แต่ได้มอบหมายให้องค์กรนิติบุคคลนี้ดำเนินการแทน ในประเทศไทย รัฐวิสาหกิจหรือองค์การของรัฐจำแนกอยู่ในประเภทนี้ได้

ในด้านสาธารณสุข โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยหรือโรงพยาบาลที่ใช้สอนวิชาชีพทางแพทย์ ในแทนชาเนียและแซมเบียเป็นองค์กรประเภทนี้ ในเม็กซิโก องค์กรประเภทนี้ดำเนินการกิจกรรมด้านสาธารณสุข การศึกษา และประกันสังคม

(ง) การแปรรูป เป็นการโอนภารกิจของรัฐบาลให้องค์กรพัฒนาเอกชนหรืออาสาสมัครและภาคเอกชนทั้งที่แสวงหากำไรหรือไม่แสวงหากำไร โดยรัฐบาลกำหนดกฎเกณฑ์ข้อบังคับที่ค่อนข้างเข้มงวด

องค์การอนามัยโลก (1986) เสนอว่าถ้าหากรัฐบาลไม่สามารถทุ่มทรัพยากรเพื่อขยายบริการสาธารณสุขหรือแม้แต่รักษาบริการที่มีอยู่แล้วได้ก็จำเป็นต้องแสวงหาทางเลือกซึ่งเป็นแหล่งทุน เช่น เก็บค่าธรรมเนียมบางอย่างให้สูงขึ้นจนคุ้มทุน แม้รัฐบาลยังอุดหนุนอยู่มาก หรืออาจต้องพึ่งพิงภาคเอกชนมากขึ้น ในทางปฏิบัติ ภาคเอกชนมักสามารถระดมทุนได้ดีกว่าภาครัฐบาลหรือแม้แต่เสนอบริการรักษาพยาบาลที่มีประสิทธิภาพสูงกว่า

นอกจากนี้ภาคเอกชนและภาคประชาชนยังอาจดำเนินการบางอย่างที่รัฐบาลเองอาจทำไม่ได้หรือไม่อยากทำเพราะเป็นที่วิพากษ์วิจารณ์ แพงเกินไป หรือแม้แต่งานบางอย่างเหมาะสมกับองค์กรพัฒนาเอกชนมากกว่า

อย่างไรก็ตาม การแปรรูปเป็นประเด็นที่เกี่ยวกับอุดมการณ์ทางเศรษฐกิจและการเมือง เพราะกลไกการตลาดมีผลต่อการที่คนไข้จะต้องมีความสามารถในการจ่ายค่าบริการ ซึ่งมีผลกระทบโดยตรงต่อความเท่าเทียมกัน และความสามารถในการได้รับบริการ

การแปรรูปอาจกระทำได้หลายอย่าง เช่น การร่วมลงทุน การให้สัมปทาน การให้เช่า การให้เอกชนลงทุนก่อสร้าง จัดการ และโอนให้รัฐ (BOT-Build Operate and Transfer) การจ้างเหมา การจ้างจัดการ ฯลฯ แต่ไม่ว่าจะเป็นวิธีการใด ภาครัฐบาลกำหนดเงื่อนไขและติดตามดูแลอย่างใกล้ชิดในด้านการเสนอบริการที่เพียงพอ และมีคุณภาพ ขณะเดียวกันกำหนดกลไกการประสานงานและการวางแผนร่วมกัน หรือแม้แต่การออกใบอนุญาต (licensing)

Mills (1990) เสนอว่า การกระจายอำนาจทั้งสี่ลักษณะมีความแตกต่างกันในระดับต่าง ๆ ในประเด็นที่เกี่ยวกับอำนาจนิติบัญญัติ การจัดเก็บภาษีท้องถิ่น การกำหนดนโยบาย การกำหนดกฎเกณฑ์ในการควบคุมการดำเนินงานขององค์กรที่ไม่ใช่ของรัฐบาล การวางแผน

และการจัดสรรทรัพยากร การจัดการ การประสานงานด้านต่าง ๆ การประสานงานกับหน่วยงานต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการสาธารณสุข ตลอดจนการฝึกอบรม ซึ่งรัฐบาลจะเลือกแบบใด มีระดับการกระจายอำนาจเพียงใด ขึ้นอยู่กับนโยบายและความจำเป็นของแต่ละประเทศที่แตกต่างกัน แต่ถ้าพิจารณาตารางที่ 5-1 ปรากฏแน่ชัดว่ารูปแบบการกระจายอำนาจแบบการสร้างความแข็งแกร่งให้ท้องถิ่นและการแปรรูปให้เอกชนเป็นรูปแบบที่น่าสนใจมากที่สุด

ตารางที่ 5-2 การกระจายอำนาจด้านต่าง ๆ ตามลักษณะ

ภารกิจ	การแบ่งอำนาจ	การมอบอำนาจ	การสร้างเสริมความแข็งแกร่ง	การแปรรูป
นิติบัญญัติ	-	* *	- (1)	-
การเก็บภาษีท้องถิ่น	*	* *	* *	* * *
การตัดสินใจนโยบาย	-	* *	* *	* *
การออกกฎหมายบังคับการจัดการ	-	* *	*	-
การวางแผนและการจัดสรรทรัพยากรการจัดการ	* *	* *	* * *	* * *
- บุคลากร	*	* *	* * *	* * *
- งบประมาณและค่าใช้จ่าย	* *	* *	* * *	* * *
- การจัดหาพัสดุ	*	* *	* * *	* * *
- การบำรุงรักษา	*	* *	* * *	* * *
การประสานงานด้านต่าง ๆ	*	* * *	* * *	* * *
การประสานงานระหว่างหน่วยงานสาธารณสุข	*	* *	* * *	* * *
การฝึกอบรม	*	* *	* * *	* * *

ที่มา : Mills (1990)

- * มีความรับผิดชอบจำกัด
- * * มีความรับผิดชอบบ้าง
- * * * มีความรับผิดชอบกว้างขวาง
- ไม่มีความรับผิดชอบ

(1) ในประเทศไทย องค์การบริหารท้องถิ่นมีอำนาจนิติบัญญัติในระดับหนึ่ง

23. ในประเทศไทย กระทรวงสาธารณสุขมีประสบการณ์ในการกระจายอำนาจสู่ระดับภูมิภาค และท้องถิ่นเป็นเวลานานแล้ว (สถาบันที่ปรึกษาเพื่อพัฒนาประสิทธิภาพในราชการ 2540) โดยเฉพาะอย่างยิ่งการแบ่งอำนาจให้ราชการบริหารส่วนภูมิภาคคือผู้ว่าราชการจังหวัดและนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด ทั้งด้านการวางแผน การกำหนดและจัดสรรทรัพยากร และการบริหารงานบุคคล นอกจากนี้ ในช่วง 2-3 ทศวรรษที่ผ่านมากระทรวงสาธารณสุขได้พยายามปฏิบัติตามนโยบายการกระจายอำนาจของรัฐบาลตลอดมา ซึ่งหลายอย่างเป็นพื้นฐานหรือเอื้ออำนวยต่อการดำเนินการกระจายอำนาจสู่ระดับล่างในระยะต่อไป ลักษณะเช่นนี้เด่นกว่ากระทรวงกรมอื่นมาก

- โครงสร้างการจตุตถการบริหารของกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดขึ้นตรงต่อสำนักงานปลัดกระทรวง มีเอกภาพในการบังคับบัญชากิจกรรมการสาธารณสุขทั้งหมดในจังหวัด โดยมีกรมต่าง ๆ ทำหน้าที่สนับสนุนด้านวิชาการและการพัฒนาเทคโนโลยีเป็นโครงสร้างที่เอื้ออำนวยต่อการกระจายอำนาจ

- กระทรวงสาธารณสุขมีประสบการณ์ในการจัดทำแผนงานโครงการ และแผนปฏิบัติการระดับจังหวัด อำเภอ และตำบล ซึ่งประสบการณ์ดังกล่าวจะมีส่วนช่วยให้การกระจายอำนาจในด้านการกำหนดและจัดสรรทรัพยากรสะดวกยิ่งขึ้น แม้ว่าในปัจจุบัน ชุมชนยังไม่มีส่วนร่วมในกรอบของการวางแผนอย่างจริงจังก็ตาม

- นับตั้งแต่แผนพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติด้านสาธารณสุข ฉบับที่ 4 (2520-2524) เป็นต้นมา กระทรวงสาธารณสุขได้เปิดโอกาสให้ประชาชนมีส่วนร่วมในการบริหารงานสาธารณสุขเพิ่มขึ้น โดยจัดตั้งและฝึกอบรมอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) และผู้นำชุมชนต่าง ๆ ให้มีความรู้ความเข้าใจที่จะดูแลสุขภาพอนามัยของตนเอง ครอบครัว และเพื่อนบ้านให้สมบูรณ์แข็งแรง ปราศจากโรคร้ายทั้งทางกาย ทางใจ และทุกพลภาพ มีศักยภาพในการผลิต และไม่เป็นภาระต่อสังคม ตามหลักการสาธารณสุขมูลฐาน ดังนั้นชุมชนจึงมีโอกาสมิมีส่วนร่วมในการพัฒนาการสาธารณสุข ทั้งด้านการวางแผน การดำเนินงาน การควบคุม กำกับ ติดตามประเมินผลในระดับหนึ่ง

- กระทรวงสาธารณสุข จัดสรรงบประมาณอุดหนุนให้มูลนิธิสมาคมและองค์กรเอกชนสาธารณสุขประโยชน์ นับตั้งแต่ปีงบประมาณ 2535 ซึ่งสูงถึง 49.2 ล้านบาท และมีจำนวนเพิ่มขึ้นทุกปี เป็นการสนับสนุนดำเนินงานขององค์การพัฒนาเอกชนที่เข้ามามีส่วนร่วมแบ่งเบาภาระของกระทรวงสาธารณสุข

24. ในการศึกษาเพื่อวิเคราะห์นโยบายและพัฒนาแนวทางการกระจายอำนาจการบริการสาธารณสุขสู่ภูมิภาคและท้องถิ่นของสถาบันที่ปรึกษาเพื่อพัฒนาประสิทธิภาพในราชการและสถาบัน

วิจัยระบบสาธารณสุข มีผลการวิจัยที่น่าสนใจสรุปได้ดังนี้ (สถาบันที่ปรึกษาเพื่อพัฒนาประสิทธิภาพในราชการ 2540)

● กลุ่มงานสาธารณสุขที่อยู่ในความรับผิดชอบของกระทรวงสาธารณสุขมี 18 กลุ่มงาน 144 พันธกิจ กลุ่มงานดังกล่าวได้แก่

- กลุ่มงานบริการทางการแพทย์
- กลุ่มงานควบคุมป้องกันโรคเอดส์
- กลุ่มงานสาธารณสุขมูลฐาน
- กลุ่มงานผลิตและพัฒนาสมรรถนะบุคลากร
- กลุ่มงานสุขศึกษาและพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ
- กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภค
- กลุ่มงานทันตสาธารณสุข
- กลุ่มงานป้องกันและบำบัดยาเสพติด
- กลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อ
- กลุ่มงานควบคุมโรคติดต่อ
- กลุ่มงานอนามัยสิ่งแวดล้อม
- กลุ่มงานโภชนาการ
- กลุ่มงานวิจัยทางวิทยาศาสตร์การแพทย์และสาธารณสุข
- กลุ่มงานสุขภาพจิต
- กลุ่มงานอนามัยครอบครัว
- กลุ่มงานอาชีวอนามัย
- กลุ่มงานผลิตและจำหน่ายยาและเวชภัณฑ์
- กลุ่มงานระบาดวิทยา

● บทบาทขององค์กรที่มีต่อพันธกิจต่างๆ ในแต่ละระดับการบริหาร (ส่วนกลาง ส่วนภูมิภาค ส่วนท้องถิ่น) จะแตกต่างกันทั้งในเชิงการกำหนดนโยบายและแผนการ

สนับสนุนการนำนโยบายและแผนไปสู่การปฏิบัติ รวมทั้งการควบคุมกำกับ นิเทศงาน และติดตามประเมินผล

● แม้ว่ามีความโน้มที่กระทรวงสาธารณสุขพร้อมและต้องการกระจายอำนาจให้ราชการบริหารส่วนท้องถิ่นดำเนินการ แต่ถ้าพิจารณาความต้องการของราชการบริหารส่วนท้องถิ่นแล้ว มีเพียงกลุ่มงานดังต่อไปนี้ที่ราชการบริหารส่วนท้องถิ่นดำเนินการด้วยตนเองได้

- กลุ่มงานสาธารณสุขมูลฐาน
- กลุ่มงานอนามัยสิ่งแวดล้อม
- กลุ่มงานบริการทางการแพทย์และสาธารณสุข
- กลุ่มงานโภชนาการ
- กลุ่มงานควบคุมป้องกันโรคเอดส์
- กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านสาธารณสุข
- กลุ่มงานควบคุมป้องกันโรคติดต่อ
- กลุ่มงานผลิตและจำหน่ายยาและเวชภัณฑ์
- กลุ่มงานอนามัยครอบครัว

● แต่ถ้าพิจารณาศักยภาพและความพร้อมขององค์กรบริหารส่วนท้องถิ่น มีเพียง 2 กลุ่มงานที่สามารถดำเนินการได้

- กลุ่มงานสาธารณสุขมูลฐาน
- กลุ่มงานอนามัยสิ่งแวดล้อม

25. อันที่จริงการกระจายอำนาจสู่ราชการบริหารส่วนท้องถิ่นไม่ว่ากรุงเทพมหานคร เมืองพัทยา เทศบาล สุขาภิบาล องค์การบริหารส่วนตำบล หรือองค์การบริหารส่วนจังหวัด ไม่ใช่สูตรสำเร็จที่จะพัฒนาระบบการสาธารณสุขให้ประชาชนมีสุขภาพดีถ้วนหน้า พันธกิจหลายอย่างยังต้องเป็นของราชการบริหารส่วนกลาง พันธกิจบางอย่างต้องมีการแบ่งอำนาจสู่ระดับภูมิภาค มีเพียงพันธกิจพื้นฐานที่อาจกระจายอำนาจให้เป็นความรับผิดชอบของราชการบริหารส่วนท้องถิ่น ซึ่งแต่ละรูปแบบองค์กรบริหารส่วนท้องถิ่น หรือแต่ละแห่งยังมีศักยภาพและความพร้อมแตกต่างกัน อย่างไรก็ตามไม่ว่าจะเป็นเช่นใด ระบบการสาธารณสุขจะต้องมีความเป็นเอกภาพ นโยบายสาธารณสุขแห่งชาติจะต้องครอบคลุมไม่ใช่เฉพาะงานของกระทรวงสาธารณสุข หากแต่เกี่ยวข้องกับงานด้านนี้หรือที่เกี่ยวข้องกันในหน่วยงานต่าง ๆ ของรัฐ ภาคเอกชนและภาคประชาชน ซึ่งในปัจจุบันมีปัญหาเกี่ยวกับการขาดเอกภาพ ความซ้ำซ้อน สิ้นเปลือง และขาดประสิทธิภาพ

ดังนั้นภารกิจประการแรกในการปฏิรูปแบบการสาธารณสุข จึงนำได้แก่การกำหนดพันธกิจขององค์กรบริหารต่าง ๆ ในระดับต่าง ๆ โดยมุ่งสร้างเอกภาพและให้มีการกระจายอำนาจสู่ระดับล่าง ด้านศักยภาพและความพร้อม การดำเนินการกิจดังกล่าวต้องมีการศึกษาอย่างละเอียดอีกครั้งหนึ่ง

26. ในตารางที่ 5-2 เป็นข้อเสนอแนะเกี่ยวกับการแบ่งพันธกิจต่าง ๆ ของการสาธารณสุข ซึ่งมีการเพิ่มพันธกิจบางอย่างเข้ามาด้วย เพื่อให้ครอบคลุมทั้งระบบ อย่างไรก็ตาม ข้อเสนอแนะเป็นเพียงสังเขปเพื่อสร้างแนวคิด เพราะยังมีองค์ประกอบและประเด็นต่าง ๆ ต้องพิจารณาอีกมาก เช่น

- ถ้ามีการกระจายอำนาจสู่ระดับท้องถิ่นอย่างแท้จริงต้องมีการโอนโรงพยาบาลทั่วไปในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขมาขึ้นกับกรุงเทพมหานคร เทศบาล และสุขาภิบาล ซึ่งเป็นที่แน่นอนว่ารัฐบาลต้องจัดสรรงบประมาณอุดหนุนให้ และมีผลต่อขวัญกำลังใจของบุคลากรที่สังกัดกระทรวงสาธารณสุข
- โรงพยาบาลของรัฐวิสาหกิจ เช่น โรงพยาบาลยาสูบ หรือโรงพยาบาลรถไฟ ควรแปรรูปเป็นโรงพยาบาลเอกชนหรือไม่ และองค์การเภสัชกรรมควรแปรรูปเป็นบริษัทมหาชนหรือไม่
- การประกันคุณภาพในการผลิตแพทย์ พยาบาล และวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง ควรเป็นเช่นใดและยังคงให้หน่วยราชการ องค์กรบริหารส่วนท้องถิ่นหรือเอกชนผลิตบุคลากรดังกล่าวต่อไปหรือไม่เพียงใด
- หน่วยงานในส่วนกลางที่ไปจัดตั้งเขตหรือศูนย์หรือหน่วยงานในจังหวัดต่าง ๆ ไม่ได้ขึ้นอยู่กับผู้ว่าราชการจังหวัด หรือนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด ควรมีการมอบอำนาจการบังคับบัญชาหรือกลไกการประสานงานอย่างไร
- ความต่อเนื่องเชื่อมโยงระหว่างนโยบายแผนระดับชาติ ระดับจังหวัด อำเภอ และระดับท้องถิ่นควรเป็นเช่นใด การระดมและจัดสรรทรัพยากร ตลอดจนการบริการประชาชนและเงิน ควรเป็นเช่นใด
- ความเป็นเอกภาพทางการสาธารณสุขควรมีลักษณะใด การประสานนโยบายและแผนและการประสานระหว่างหน่วยราชการต่าง ๆ องค์กรบริหารส่วนท้องถิ่น ภาคเอกชน และภาคประชาชนควรเป็นเช่นใด

● โครงสร้างองค์การบริหาร

27. ในการศึกษาบริหารจัดการระบบการสาธารณสุขของชาติ จำเป็นต้องพิจารณารูปแบบโครงสร้าง กระบวนการ และพฤติกรรมประกอบด้วย เมื่อรูปแบบการสาธารณสุขของประเทศไทยเป็นลักษณะที่มีการจัดการปานกลาง (Moderately organized) ในระดับประเทศกำลังพัฒนา ตามการจำแนกของ Kohn and White (1976) กล่าวคือ ยังมีความแตกต่างกันในบริการสาธารณสุขระหว่างชุมชนเมืองกับชนบท ทรัพยากรส่วนใหญ่ได้มาจากภาษีอากร กระทรวงสาธารณสุขมีการพัฒนาเป็นอย่างดีและมีโครงการต่าง ๆ มากมายที่มุ่งสู่ชนบทมากขึ้น และในระดับภูมิภาคและท้องถิ่นมีบทบาทอย่างมากในการวางแผน อย่างไรก็ตาม โครงสร้างการบริหารจัดการระบบการสาธารณสุข ยังขาดเอกภาพ ขาดประสานความพยายามเพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์ “สุขภาพดีถ้วนหน้า” ต่างฝ่ายต่างทำและใช้ทรัพยากรอันจำกัดอย่างสิ้นเปลือง ภายในกระทรวงสาธารณสุขเองแม้มีการปรับโครงสร้างองค์การบริหารเมื่อ พ.ศ. 2517 แต่ก็ยังมีปัญหาอีกมาก โดยเฉพาะอย่างยิ่งสำนักงานปลัดกระทรวงมีโครงสร้างที่ใหญ่เกินไป มีปริมาณงานมากมายทั้งงานราชการบริหารส่วนกลางและส่วนภูมิภาค ยิ่งกว่านั้น ยังมีอาจคาดหวังได้ว่าการมิชชันต่าง ๆ จะสามารถสนับสนุนด้านวิชาการและเทคโนโลยีแก่หน่วยงานในสนาม คือราชการบริหารส่วนภูมิภาคและหน่วยงานอื่น ๆ ได้อย่างมีประสิทธิภาพ เนื่องจากขาดกลไกการประสานเชื่อมต่อระหว่างกัน แม้มีความพยายามแบ่งงานไปสู่ศูนย์หรือเขตในต่างจังหวัดแล้วก็ตาม สำหรับหน่วยงานในสนามคือสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดและสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ/กิ่งอำเภอ ยังขาดทรัพยากรหรือแม้แต่อำนาจบังคับบัญชาเพียงพอ ส่วนกระบวนการบริหารจัดการยังมีปัญหามาก โดยเฉพาะการกำหนดนโยบายแผนงานโครงการระดับชาติ ระดับกระทรวง และระดับกรม นโยบายขาดความชัดเจนต่อเนื่อง และขาดการเชื่อมประสาน การบริหารงานบุคคลไม่คล่องตัว ลำช้า มีบุคลากรจำกัด และมีปัญหาเกี่ยวกับขวัญกำลังใจและโอกาสความก้าวหน้า สำหรับการบริหารการเงินการคลังและการงบประมาณก็มีปัญหาเช่นกัน โดยเฉพาะในส่วนที่เกี่ยวข้องกับระเบียบกฎหมายข้อบังคับต่าง ๆ

28. การปรับโครงสร้างองค์การบริหาร (restructuring) จะต้องเป็นไปตามเกณฑ์ต่อไปนี้

- สอดคล้องกับแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติและนโยบายสาธารณสุขแห่งชาติ
- การบริหารจัดการระบบดูแลสุขภาพและการสาธารณสุขจะต้องมีความเป็นเอกภาพ โดยใช้มาตรการทางนโยบายและแผนกำหนดมาตรฐานและดัชนีชี้วัดความสำเร็จ ตลอดจนการกำกับควบคุมติดตามประเมินผลโดยรัฐบาลใช้กลไกทางงบประมาณเป็นเครื่องมือ

- มุ่งกระจายอำนาจในการบริหารจัดการและทรัพยากรสาธารณสุขส่วนภูมิภาค
ท้องถิ่น ชุมชน ภาคเอกชนและองค์กรพัฒนาเอกชน
- ใช้การบริหารจัดการแบบเครือข่ายในการทำงานร่วมกันของผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการสาธารณสุข (stakeholders)
- โครงสร้างองค์กรบริหารต้องกระชับ มีขนาดเหมาะสม ยืดหยุ่น มีสายการบังคับบัญชาสั้น มีการกำหนดภารกิจหลัก ภารกิจที่ชัดเจน โดยภารกิจที่ไม่จำเป็นอาจมอบหมายให้ชุมชน ภาคเอกชน หรือองค์กรพัฒนาเอกชนดำเนินการแทนได้

ในการดำเนินงานให้เป็นไปตามเกณฑ์ดังกล่าว มีประเด็นที่สมควรพิจารณาดังนี้

- ควรมีสภาสาธารณสุขแห่งชาติหรือไม่ การมีสภาสาธารณสุขแห่งชาติอาจช่วยให้เกิดเอกภาพในการดำเนินงานเพื่อ “สุขภาพดีถ้วนหน้า” ร่วมกัน โดยสภาดังกล่าวเป็นองค์กรกำหนดนโยบายสาธารณสุขแห่งชาติ กำหนดยุทธศาสตร์ แผนงานหลักและโครงการสำคัญ กำหนดมาตรฐานคุณภาพ และดัชนีชี้วัดความสำเร็จ ตลอดจนกำกับควบคุมดูแล ติดตามประเมินผล ทั้งนี้ให้ใช้งบประมาณประจำปีเป็นเครื่องมือทำนองเป็น “ผู้ซื้อบริการ” (purchaser) จากหน่วยงานของรัฐและเอกชน

- การกำหนดภารกิจหลัก ภารกิจรองของหน่วยงานของรัฐ รวมทั้งกระทรวงสาธารณสุข ตลอดจนบทบาทของชุมชน ภาคเอกชน และองค์กรพัฒนาเอกชน ควรมีมาตรการใดเพื่อให้เกิดผล ซึ่งจะมีผลให้เกิดความซ้ำซ้อน ซับซ้อน สิ้นเปลืองไร้ประสิทธิภาพ เช่น นอกเหนือจากโรงพยาบาลของกองทัพ กรมตำรวจ และกรมราชทัณฑ์ แล้ว ควรแปรรูปโรงพยาบาลของส่วนราชการอื่น (โรงพยาบาลชลประทาน) และรัฐวิสาหกิจ (โรงพยาบาลท่าเรือ โรงพยาบาลยาสูบ และโรงพยาบาลของการรถไฟแห่งประเทศไทย) ให้เป็นของเอกชน หรือโอนให้องค์กรบริหารส่วนท้องถิ่น

- ถึงแม้โครงสร้างกระทรวงสาธารณสุขที่เริ่มใช้ตั้งแต่ปี 2517 มีลักษณะที่เอื้ออำนวยต่อการกระจายอำนาจสู่ส่วนภูมิภาคและท้องถิ่นมาก แต่เริ่มล้าสมัยและในความเป็นจริงการดำเนินงานตามโครงสร้างดังกล่าวไม่ได้มีผลให้เกิดการกระจายอำนาจมากนัก

- สำนักงานปลัดกระทรวงมีขนาดใหญ่เกินไป จึงนำพิจารณารวมกองต่าง ๆ ขึ้นเป็นสำนักบริหาร มีฐานะเช่นเดียวกับสำนักนโยบายและแผน และสำนักผู้ตรวจราชการกระทรวง ส่วนสถาบันพระบรมราชชนกควรเป็นสถาบันอิสระ เช่นเดียวกับสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข ส่วนกิจกรรมลักษณะอื่น ๆ อาจดำเนินการในลักษณะการบริหารโครงการ (matrix organization) หรือคณะทำงาน (task force) เมื่อภารกิจเสร็จสิ้นแล้ว ก็อาจยุบเลิกไปได้

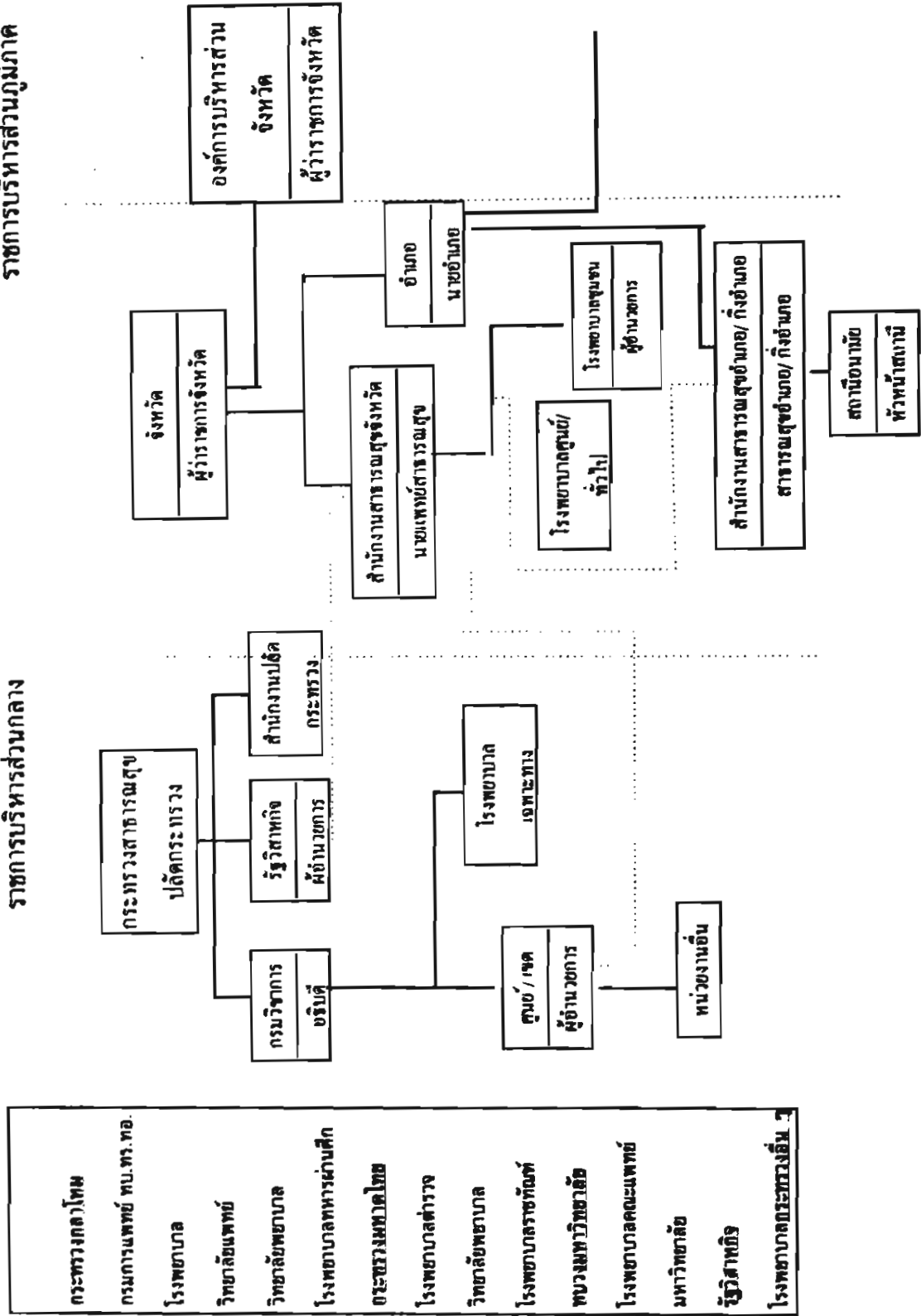
- กรมวิชาการนำมีลักษณะวิชาการอย่างแท้จริง โดยเฉพาะอย่างยิ่งกรมการแพทย์ กรมควบคุมโรคติดต่อ และกรมสุขภาพจิต ซึ่งนำประกอบด้วยสถาบันวิจัยด้านต่าง ๆ แทนการจัดโครงสร้างการบริหารจัดการแบบกรมกองโดยปกติ ซึ่งไม่เกื้อกูลการปฏิบัติงานวิชาการ และงานบริการดังกล่าวต้องสามารถเชื่อมต่อถึงหน่วยงานสนามเพื่อนำวิชาการเทคโนโลยี และผลการศึกษาวิจัยไปประยุกต์ใช้ ถึงแม้บางกรมมีศูนย์ เขต หรือหน่วยงานในต่างจังหวัด แต่ยังขาดการประสานงานอย่างใกล้ชิดกับสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด อำเภอ และกิ่งอำเภอที่อยู่ภายในเขตความรับผิดชอบ

- หน่วยปฏิบัติในสนามยังขาดเอกภาพในการบังคับบัญชาอย่างแท้จริง ทั้งโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลชุมชน ตลอดจนสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ/กิ่งอำเภอ และสถานีอนามัย โดยเฉพาะในระดับล่าง ซึ่งอยู่ภายใต้การบังคับบัญชาของนายอำเภอ หน่วยปฏิบัติดังกล่าวขาดทั้งทรัพยากรบุคคล งบประมาณ และวัสดุอุปกรณ์เครื่องมือเครื่องใช้ ยิ่งกว่านั้นยังขาดความสัมพันธ์กับองค์การบริหารส่วนท้องถิ่น ชุมชน และภาคเอกชนในท้องถิ่น ประเด็นที่น่าพิจารณาคือ

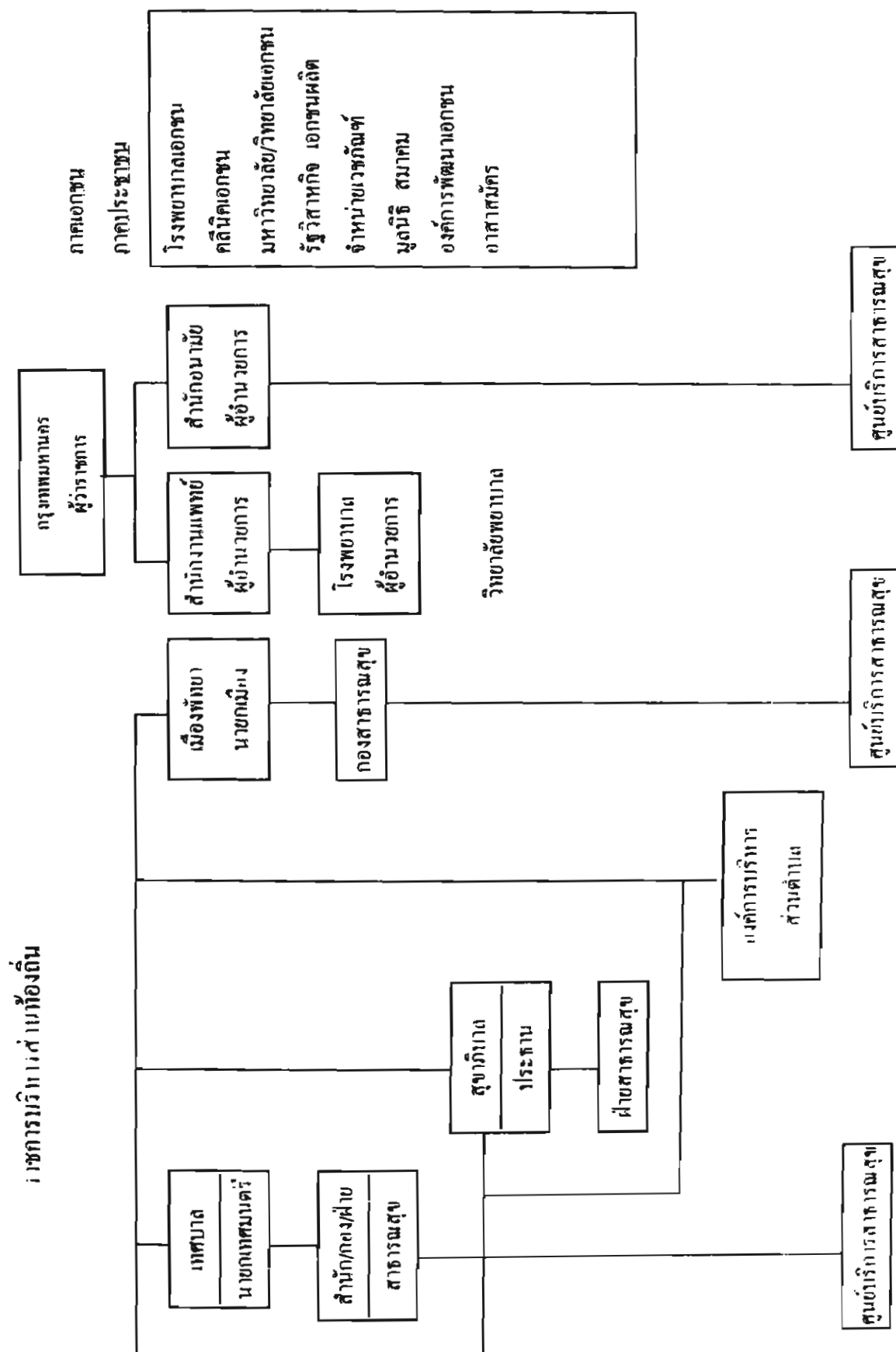
- ควรมีคณะกรรมการโรงพยาบาลและคณะกรรมการสาธารณสุขในระดับอำเภอหรือไม่ เพื่อให้ประชาชน ชุมชน และภาคเอกชนเข้ามามีส่วนร่วมในการบริหารจัดการ การวางแผน การระดมและจัดสรรทรัพยากรหรือไม่เพียงใด

- ควรโอนงานสถานีอนามัยให้กับสุขาภิบาลหรือองค์การบริหารส่วนตำบลหรือไม่เพียงใด ถ้าหากสุขาภิบาลและองค์การบริหารส่วนตำบลยังขาดศักยภาพและความพร้อม กระทรวงสาธารณสุขจำเป็นต้องให้การสนับสนุนทั้งด้านวิชาการและงบประมาณ นอกจากนี้ยังสมควรพิจารณาการกระจายอำนาจพันธกิจต่อไปนี้ให้องค์การบริหารส่วนท้องถิ่น

แผนภาพที่ 5-3 โครงสร้างองค์การบริหารด้านสาธารณสุขปัจจุบัน



แผนภาพที่ 5-3 โครงสร้างองค์การบริหารด้านสาธารณสุขปัจจุบัน (ต่อ)



องค์การบริหารส่วนตำบล

- กลุ่มสาธารณสุขมูลฐาน
- กลุ่มงานอนามัยสิ่งแวดล้อม
- กลุ่มงานอนามัยครอบครัวและผู้สูงอายุ
- กลุ่มงานโภชนาการ
- กลุ่มงานควบคุมป้องกันโรคเอดส์
- กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านสาธารณสุข
- กลุ่มงานควบคุมป้องกันโรคติดต่อ
- กลุ่มงานบริการทางแพทย์และสาธารณสุข (ระดับต้น)
- ดำเนินการได้เลือกทุกกลุ่ม (ยกเว้นกลุ่มงานผลิตและพัฒนาสมรรถนะบุคลากร กลุ่มทรัพยากรทางวิทยาศาสตร์และสาธารณสุข กลุ่มทางสุขภาพจิต กลุ่มงานอาชีวอนามัย และกลุ่มงานผลิตและจำหน่ายยาหรือเวชภัณฑ์) ซึ่งต้องพิจารณาระดับของเทศบาลประกอบด้วย

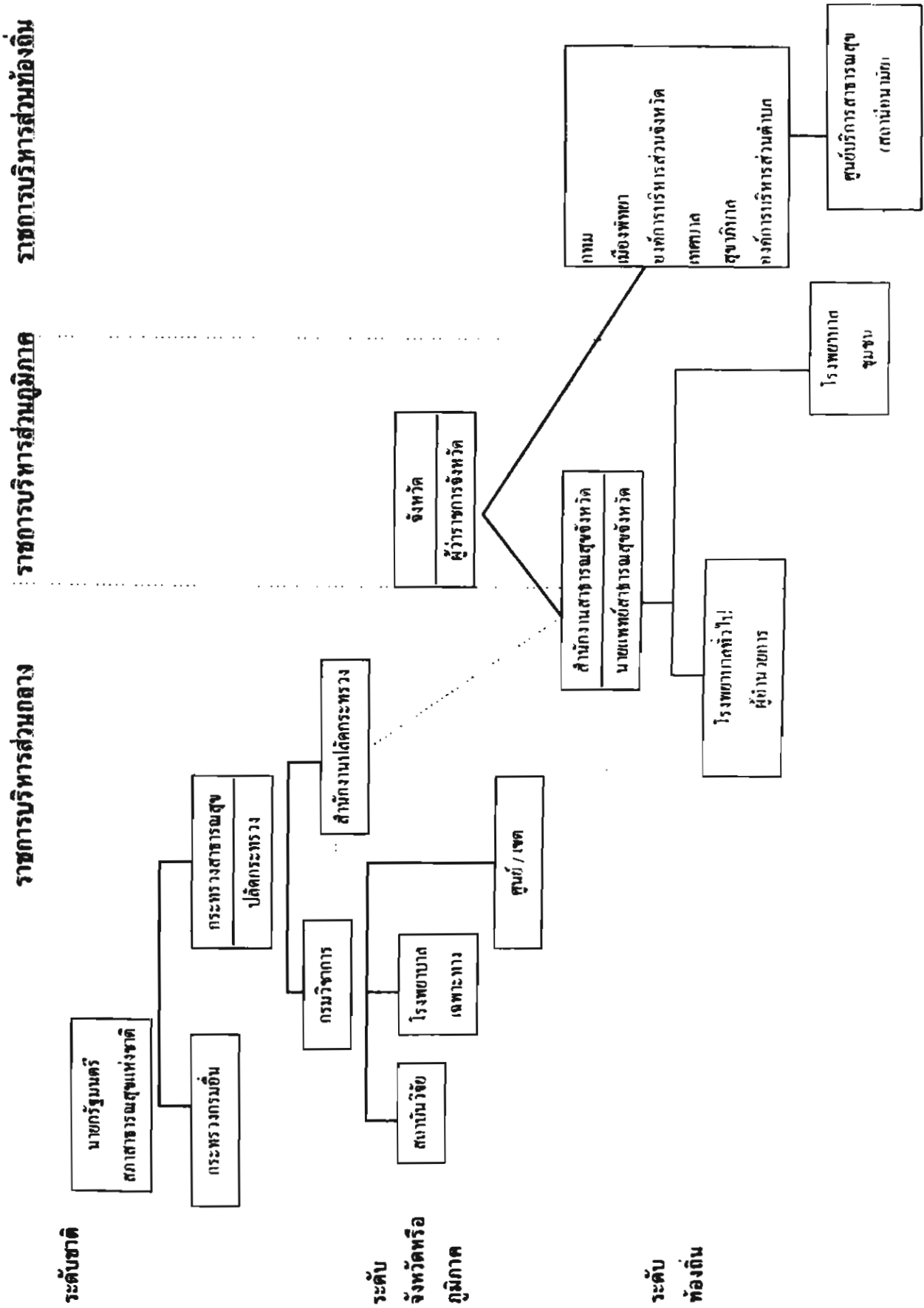
สุขาภิบาล

เพิ่ม

เทศบาล

- ในอนาคตอาจยุบสำนักงานสาธารณสุขอำเภอและแต่งตั้งให้สาธารณสุขอำเภอเป็นผู้ช่วยสาธารณสุขจังหวัด รับผิดชอบในเขตอำเภอหรือกิ่งอำเภอเดิม ยกฐานะสถานีอนามัยเป็นศูนย์บริการสาธารณสุขชุมชน กับโอนโรงพยาบาลชุมชนมาขึ้นกับเทศบาลหรือสุขาภิบาลขนาดใหญ่

แผนภาพที่ 5-4 โครงสร้างการบริหารจัดการสาธารณสุขที่เสนอแนะ



การเงินการคลังเพื่อสาธารณสุข

29. ในช่วง 1-2 ทศวรรษที่ผ่านมา ปรากฏการณ์ที่เหมือนกันทั่วโลก คือ การที่ค่าใช้จ่ายเพื่อสุขภาพของประชาชาติได้เพิ่มสูงขึ้นมากอย่างรวดเร็ว ทั้งด้านงบประมาณแผ่นดินและค่าใช้จ่ายด้านนี้ในผลิตภัณฑ์มวลรวมประชาชาติ ขณะเดียวกันความต้องการและความคาดหวังของประชาชนก็เพิ่มสูงขึ้นด้วย ในประเทศไทยเมื่อ พ.ศ. 2521 ค่าใช้จ่ายเพื่อสุขภาพของประเทศมีมูลค่า 30,174.5 ล้านบาท (มูลค่า พ.ศ. 2530) ได้เพิ่มเป็น 67,771.3 ล้านบาทในปี 2530 ซึ่งเป็นการเพิ่มขึ้นถึง 2.25 เท่าในมูลค่าจริง หากคิดเป็นอัตราส่วนต่อผลิตภัณฑ์มวลรวมประชาชาติ จะเพิ่มจากร้อยละ 3.43 มาเป็นร้อยละ 5.6 ในช่วงเวลาเดียวกัน ประมาณว่าในปี พ.ศ. 2543 จะเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 8.1 และค่าใช้จ่ายต่อประชากรจะสูงถึงประมาณ 3,718 บาท ซึ่งสูงกว่าเมื่อปี 2521 ถึงหกเท่าตัว โดยค่าใช้จ่ายเพื่อสุขภาพดังกล่าวจะเพิ่มขึ้นเป็นกว่า 230,000 ล้านบาท ค่าใช้จ่ายต่อประชากรดังกล่าวสูงกว่าของประเทศกำลังพัฒนาในภูมิภาคเอเชียแปซิฟิกเกือบทุกประเทศ

30. รัฐได้ลงทุนด้านสาธารณสุขเป็นจำนวนเพิ่มขึ้นทุกปีในอัตราที่สูงมาก ทั้งงบประมาณของกระทรวงสาธารณสุข และกระทรวงทบวงกรมอื่น เช่น ทบวงมหาวิทยาลัย กระทรวงกลาโหม กระทรวงมหาดไทย ฯลฯ ในพ.ศ. 2521 กระทรวงสาธารณสุขได้รับงบประมาณเพียง 5,994.2 ล้านบาทหรือประมาณร้อยละ 4.70 ของงบประมาณแผ่นดิน เพิ่มขึ้นเป็น 9,525.1 ล้านบาทในปี 2530 หรือประมาณร้อยละ 4.19 ของงบประมาณแผ่นดินทั้งสิ้น ในปี พ.ศ. 2535 ได้เพิ่มขึ้นเป็นประมาณร้อยละ 5.4 และเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 6.7 ในปี พ.ศ. 2539 ประมาณว่าในปีงบประมาณ 2543 งบประมาณของกระทรวงสาธารณสุขจะสูงถึง 171,722 ล้านบาท หรือประมาณเกือบ 30 เท่าตัวของเมื่อสิบปีก่อน

31. แหล่งที่มาของค่าใช้จ่ายเพื่อสุขภาพดังกล่าว องค์การอนามัยโลก (WHO 1978) ระบุว่า ได้แก่

- งบประมาณหรือของแผ่นดิน (ทั้งของกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงอื่นและโครงการประกันสุขภาพของรัฐ)
- นายจ้าง
- องค์การอาสาสมัคร (การกุศลหรือการประกันสุขภาพแบบสมัครใจ)
- ชุมชนท้องถิ่น
- การช่วยเหลือจากต่างประเทศ (ทั้งรัฐบาล เอกชน และองค์การการกุศล)
- ค่าใช้จ่ายจากครัวเรือน
- อื่น ๆ รวมทั้งสลากกินแบ่ง และการบริจาค

อย่างไรก็ตาม แหล่งที่สำคัญน่าได้แก่งบประมาณของรัฐ ทั้งรัฐบาลกลางและองค์การบริหารส่วนท้องถิ่น ค่าใช้จ่ายจากครัวเรือนหรือค่าใช้จ่ายของประชาชนเอง การประกันสังคม และการประกันสุขภาพ และรายรับอย่างอื่น เช่น ค่าธรรมเนียมหรือค่าบริการในการให้บริการสุขภาพ สำหรับแหล่งที่มาของการเงินเพื่อสุขภาพ ในประเทศไทยมีดังนี้

● **แหล่งเงินจากภาครัฐ** ค่าใช้จ่ายสาธารณสุขภาครัฐส่วนใหญ่มาจากงบประมาณแผ่นดินของกระทรวงสาธารณสุขและของกระทรวงทบวงกรมอื่น ๆ ส่วนที่เป็นขององค์การบริหารส่วนท้องถิ่นมีน้อยมากจนแทบไม่ปรากฏในรายงานที่เคยจัดทำกันมา ซึ่งแตกต่างจากของประเทศอื่น ถึงแม้งบประมาณแผ่นดินด้านสาธารณสุขเพิ่มขึ้นตามลำดับทั้งจำนวนและอัตราส่วนต่องบประมาณแผ่นดิน แต่เมื่อเทียบกับแหล่งที่มาของการเงินเพื่อสุขภาพทั้งหมดแล้ว กลับมีอัตราส่วนลดลงจากร้อยละ 27.9 ในปี 2527 เหลือเพียงร้อยละ 23.53 ในปี 2535 ในการศึกษาครั้งหลังสุดเหลือเพียงร้อยละ 22 (วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร 2540) ขณะที่ค่าใช้จ่ายด้านภาระครัวเรือนซึ่งประชาชนใช้จ่ายเองสูงขึ้นตามลำดับ คือ ประมาณสามในสี่ของค่าใช้จ่ายทั้งสิ้น ซึ่งประเด็นนี้น่าสนใจเพราะขณะที่รัฐมีนโยบายว่าบริการสาธารณสุขเป็นรัฐสวัสดิการ แต่ประชาชนกลับต้องใช้จ่ายเพื่อการนี้เป็นจำนวนมาก นอกจากนี้ยังปรากฏชัดเจนว่าโรงพยาบาลของรัฐมีรายได้จากค่าบริการประมาณร้อยละ 40 ของค่าใช้จ่ายทั้งสิ้น (ที่เหลือมาจากงบประมาณของรัฐ) ในจำนวนนี้หนึ่งในสามถึงครึ่งหนึ่งมาจากค่าบริการการตรวจรักษา (เกือบทั้งหมดมาจากค่ายา) ที่เหลือมาจากการประกันต่าง ๆ แสดงว่าแม้แต่โรงพยาบาลของรัฐยังแสวงหารายได้จากการขายยาราคาที่ค่อนข้างแพง จนมีรายได้เกือบครึ่งหนึ่งของค่าใช้จ่ายทั้งสิ้น

● **สวัสดิการการรักษาพยาบาลของข้าราชการ ลูกจ้าง และพนักงานรัฐวิสาหกิจ**

ประมาณว่าข้าราชการ ลูกจ้าง พนักงานรัฐวิสาหกิจและครอบครัวประมาณ 6.4 ล้านคน รับประโยชน์จากสวัสดิการดังกล่าว ซึ่งมาจากงบประมาณแผ่นดินและงบประมาณของรัฐวิสาหกิจแต่ละแห่ง โดยผู้รับประโยชน์สามารถเข้ารักษาพยาบาลที่โรงพยาบาลของรัฐหรือเอกชนได้ตามที่ต้องการ แต่ต้องเสียเพิ่มถ้าเกินเกณฑ์ที่กำหนดไว้ รายจ่ายของรัฐในส่วนนี้เพิ่มขึ้นสูงมากประมาณร้อยละ 20 ต่อปี ในทศวรรษที่ผ่านมา ทั้ง ๆ ที่ผู้รับประโยชน์แทบไม่เพิ่มขึ้นเลย (Sanguan Nitayarumphong 1997) โดยในปี 2521 ค่าใช้จ่ายสวัสดิการการรักษาพยาบาลสำหรับข้าราชการและลูกจ้างของรัฐมีมูลค่าเพียง 594.2 ล้านบาท เพิ่มเป็น 2,801.1 ล้านบาท ในปี 2530 ในปีงบประมาณ 2540 ประมาณว่า ค่าใช้จ่ายสวัสดิการทั้งในระบบราชการและรัฐวิสาหกิจรวมแล้วไม่ต่ำกว่า 12,000 ล้านบาท เฉลี่ยต่อข้าราชการหนึ่งคน (ในปี 2535) 916 บาท และพนักงานรัฐวิสาหกิจหนึ่งคน (ในปีเดียวกัน) 815 บาท

● **การประกันสังคมและการประกันสุขภาพ**

- กองทุนเงินทดแทน จัดตั้งขึ้นตั้งแต่ พ.ศ. 2517 ตามประกาศคณะปฏิวัติฉบับที่ 103 ลงวันที่ 16 มีนาคม 2515 โดยนายจ้างที่มีลูกจ้างตั้งแต่ 10 ปีขึ้นไป จะต้องขึ้นทะเบียนกับกองทุนเงินทดแทน จะต้องจ่ายเงินเข้าสมทบกองทุนนี้ทุกปี โดยมีอัตราแตกต่างกัน

ไปตามประเภทของธุรกิจและประวัติการเจ็บป่วยจากอุบัติเหตุของพนักงานในปีก่อน ๆ ค่าใช้จ่ายต่าง ๆ ที่เบิกได้จะเป็นไปตามอัตราที่กำหนด สูงสุดไม่เกิน 30,000 บาท นอกจากนี้ หากลูกจ้างในสถานประกอบการที่มีลูกจ้างต่ำกว่า 10 คน เกิดการประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยเนื่องจากการทำงานจะได้รับความคุ้มครองจากสำนักงานกองทุนเงินทดแทน โดยสำนักงานจะดำเนินการวินิจฉัยสั่งให้นายจ้างจ่ายเงินทดแทนแก่ลูกจ้างด้วย ในปี 2538 กองทุนเงินทดแทนเรียกเก็บเงินสมทบได้ทั้งสิ้น 1,397 ล้านบาท เพิ่มขึ้นจากปี 2529 ซึ่งมีจำนวน 284 ล้านบาท ส่วนเงินทดแทน 1,370 ล้านบาท เพิ่มขึ้นจากปี 2529 ซึ่งมีจำนวน 218 ล้านบาท

- การประกันสังคม จัดตั้งขึ้นตามพระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. 2533 กองทุนประกันสังคมให้ความคุ้มครองแก่สถานประกอบการที่มีลูกจ้างตั้งแต่ 10 คนขึ้นไป โดยนายจ้าง ผู้ประกันตนและรัฐบาลเป็นผู้ส่งเงินสมทบฝ่ายละ ร้อยละ 1.5 ของอัตราค่าจ้าง ในปี 2538 กองทุนประกันสังคม ให้สิทธิประโยชน์แก่ผู้ประกันตน 4 กรณีคือ

- (1) กรณีเจ็บป่วย (จากการประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยอันมิใช่เนื่องมาจากการทำงาน)
- (2) กรณีคลอดบุตร
- (3) กรณีทุพพลภาพ
- (4) กรณีตาย

(ตามกฎหมาย ยังมีการสงเคราะห์บุตรและกรณีการชราภาพให้ดำเนินการภายใน 6 ปี ส่วนกรณีว่างงานไม่ได้กำหนดระยะเวลา)

เมื่อสิ้นเดือนธันวาคม พ.ศ. 2538 กองทุนประกันสังคมมีสถานประกอบการขึ้นทะเบียน 73,604 แห่ง มีผู้ประกันตน 5.18 ล้านราย มีเงินสมทบ 12,547 ล้านบาท เพิ่มจาก 4,178 ล้านบาทในปี 2534 ส่วนประโยชน์ทดแทนในปี 2538 มีมูลค่า 4,482 ล้านบาท ร้อยละ 65 เป็นกรณีเจ็บป่วย มีสถานพยาบาลหลักภายใต้โครงการประกันสังคมทั้งหมด 189 แห่ง เป็นของรัฐ 126 แห่ง และภาคเอกชน 63 แห่ง การใช้บริการด้านการแพทย์สำหรับผู้ป่วยนอก อัตราการใช้บริการ 1.25 ครั้ง ต่อคนต่อปี ส่วนอัตราการใช้บริการสำหรับผู้ป่วยใน 0.024 ครั้งต่อคนต่อปี

- การประกันสุขภาพของบริษัทเอกชน ทั้งการประกันสุขภาพโดยเฉพาะและการประกันสุขภาพแบบท้ายกรมธรรม์ประกันชีวิต ค่าใช้จ่ายในส่วนนี้มีอัตราส่วนลดลงตามลำดับจากประมาณร้อยละ 0.7 ในปี 2827 เหลือเพียงร้อยละ 0.38 ในปี 2535

● ค่าใช้จ่ายของประชาชน ค่าใช้จ่ายของประชาชนนี้เป็นค่าใช้จ่ายทั้งจากผู้ที่ไม่อยู่ในข่ายครอบคลุมภายใต้ระบบประกันสุขภาพซึ่งมีอยู่ประมาณร้อยละ 24 ของประชากรทั้งสิ้น หรือที่อยู่ในกลุ่มอื่นที่ใช้จ่ายเพิ่มเติมจากรัฐสวัสดิการ สวัสดิการข้าราชการ ลูกจ้าง และพนักงานรัฐวิสาหกิจ หรือการประกันต่าง ๆ ซึ่งมีแนวโน้มสูงขึ้นตามลำดับดังกล่าวมาแล้ว

32. ใน พ.ศ. 2534 ประมาณว่ามีผู้ที่อยู่ภายใต้ระบบประกันสุขภาพเพียงร้อยละ 32 ของประชากรทั้งสิ้น ภายใน 5 ปี ได้เพิ่มขึ้นถึงร้อยละ 76 ในปี 2539 โดยส่วนที่เพิ่มขึ้นเป็นรัฐสวัสดิการแก่ผู้สูงอายุ เด็กอายุต่ำกว่า 12 ปี และผู้มีรายได้น้อยหรือผู้มีสิทธิได้รับสวัสดิการตามนโยบายรัฐบาลและผู้มีสิทธิได้รับสวัสดิการตามระเบียบกระทรวง สาธารณสุขว่าด้วยการช่วยเหลือในการรักษาพยาบาล พ.ศ. 2537 กับผู้มีสิทธิและมีบัตรสวัสดิการประชาชนด้านการรักษาพยาบาลที่ออกตามระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยสวัสดิการประชาชนด้านการรักษาพยาบาล พ.ศ. 2537 ประเด็นคำถามคือที่เหลืออีกร้อยละ 24 หรือประมาณ 14.4 ล้านคน นั่นคือใครอยู่ที่ไหน และประกอบอาชีพใด ซึ่งคำตอบน่าได้แก่กลุ่มเกษตรกร ผู้ที่อยู่ห่างไกลในชนบทหรือกลุ่มผู้มีรายได้น้อยในเมือง ตลอดจนครอบครัว และอาจรวมถึงผู้ประกอบอาชีพอิสระที่มีรายได้น้อยไม่แน่นอน ซึ่งน่าเป็นกลุ่มที่มีความต้องการบริการสาธารณสุขมากกว่ากลุ่มอื่น แต่กลับเป็นกลุ่มที่ไม่สามารถเข้าถึงบริการ หรือได้รับบริการที่ไม่เท่าเทียมมากที่สุด

ตารางที่ 5.3 แนวโน้มค่าใช้จ่ายเพื่อสุขภาพ พ.ศ. 2521-2543

ปี	ค่าใช้จ่ายเพื่อสุขภาพต่อคนคิด ต่อครัวเรือนประชากร	ค่าใช้จ่ายเพื่อสุขภาพต่อ ประชากร	% เพิ่มขึ้น
2521	3.4	680	
2526	4.8	993	8.7
2531	5.8	1,389	8.4
2534	6.3	1,774	8.6
2543	8.1	3,718	-

ที่มา : กองโครงการพัฒนาสังคม สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ
หมายเหตุ พ.ศ. 2534, 2543 คาดการณ์

ตารางที่ 5.4 อัตราร้อยละของแหล่งที่มาของค่าใช้จ่ายเพื่อสุขภาพ พ.ศ. 2527-2535

แหล่งที่มา	2527	2530	2535
ค่าใช้จ่ายภาครัฐ	27.9	24.2	23.53
งบประมาณกระทรวงสาธารณสุข	17.0	14.1	16.78
งบประมาณกระทรวงทวกรมอื่น	6.9	6.0	3.26
งบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ	3.6	4.1	3.49
สวัสดิการรักษายาบาลรัฐวิสาหกิจ	0.8	0.8	0.44
กองทุนเงินทดแทน	0.5	0.4	0.4
การประกันสังคม	-	-	1.23
การประกันภัยเอกชน	0.7	NA	0.38
การช่วยเหลือจากต่างประเทศ	0.8	NA	0.73
ค่าใช้จ่ายครัวเรือน	71.2	73.0	73.68
รวมร้อยละ	100.0	100.0	100.0
รวม (ล้านบาท)	53,032.9	67,771.3	NA

ที่มา : Sanguan Nitayarnumphong (1997)

สำนักนโยบายและแผนสาธารณสุข (2540)

33. เคยมีการศึกษาผลกระทบของการประกันสังคมต่อระบบบริการสาธารณสุขในหลายประเทศ มีประเด็นที่น่าพิจารณาหลายประการ (สงวน นิตยารัมภ์พงศ์ และปฐม สวรรค์ปัญญาเลิศ 2537)

- การเข้าถึงบริการของประชาชน ประชาชนที่ยากจนได้รับความคุ้มครองไม่มากนัก กลุ่มอาชีพอิสระตลอดจนเกษตรกรที่ต้องการได้รับการบริการมากกลับไม่ได้รับการครอบคลุม
- ค่าใช้จ่ายของบริการสาธารณสุขเพิ่มขึ้น และคุณภาพของการให้บริการยังไม่เป็นที่น่าพอใจ
- ความไม่เท่าเทียมกันในการได้รับบริการ ดังตัวอย่างในประเทศลาตินอเมริกาที่มีแนวโน้มให้รัฐต้องเอางบประมาณสำหรับกลุ่มประชาชนที่ยากจนคือเกษตรกร มลอุตสาหกรรมผู้ใช้แรงงานในเมือง

34. ทางออกประการหนึ่งของกระทรวงสาธารณสุขได้แก่การจัดทำบัตรสุขภาพ ซึ่งในระยะแรกเป็นกองทุนที่เกิดจากความร่วมมือในชุมชน เพื่อพัฒนาสุขภาพของประชาชนผู้ซื้อบัตรดังกล่าวโดยสมัครใจ ในระยะแรกมุ่งเน้นการสาธารณสุขมูลฐาน แต่ต่อมาได้พัฒนารูปแบบเป็นระบบการจ่ายเงินล่วงหน้าเพื่อมีส่วนร่วมในการเสี่ยง (risk-sharing prepayment system) แต่ละจังหวัดเป็นผู้กำหนดอัตราค่าประกันและประโยชน์ทดแทน ซึ่งโดยเฉลี่ยบัตรสุขภาพมีราคา 300 บาท ครอบครัวสมาชิกครอบครัวสี่คน สามารถใช้บริการทางการแพทย์ได้ไม่เกิน 8 ครั้ง (โดยมีอัตราขั้นสูงไม่เกิน 2,000 บาทต่อครั้ง) ในหนึ่งปี ในระยะแรกมุ่งให้ผู้ถือบัตรใช้บริการสถานียานามัย แต่ปรากฏว่าส่วนใหญ่มาใช้บริการของโรงพยาบาลชุมชนและโรงพยาบาลทั่วไป โดยเฉลี่ย ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลของผู้ถือบัตรสุขภาพ ต้องได้รับการอุดหนุนจากโรงพยาบาลประมาณร้อยละ 30 อย่างไรก็ตาม เมื่อเร็ว ๆ นี้กระทรวงสาธารณสุขได้ปรับค่าประกันเป็น 500 บาท ต่อครอบครัว โดยไม่จำกัดครั้งของการใช้บริการทางการแพทย์ ทั้งนี้รัฐบาลจะตั้งงบประมาณสมทบในอัตราเท่ากัน โดยตั้งเป้าหมายไว้ว่า : มีผู้ที่อยู่ครอบคลุมตามโครงการนี้ 1 ล้านครัวเรือน (4.2 ล้านคน) รวมทั้งผู้ที่ไม่ครอบคลุมภายใต้ประกันสังคมของสำนักงานประกันสังคม ซึ่งในที่สุด โครงการดังกล่าวน่าจะขยายขอบข่ายกว้างขึ้นครอบคลุมผู้ประกอบอาชีพอิสระและเกษตรกรผู้สมัครใจประกันตน ถึงแม้ไม่ครบทั้ง 14.4 ล้านคนดังกล่าว แต่ก็จะมีส่วนช่วยได้อย่างมาก

35. ประเด็นปัญหาที่ควรพิจารณาคือ

- ขณะที่ค่าใช้จ่ายเพื่อสุขภาพเพิ่มมากขึ้นในเวลาอย่างรวดเร็วมาก รัฐบาลแสวงหาค่าใช้จ่ายนี้จากแหล่งใด หรือมีกลวิธีอย่างไรเพื่อไม่ต้องแบกภาระมากเกินไป
- รูปแบบใดที่สามารถให้บริการเข้าถึงประชาชนผู้ที่ต้องการบริการมากที่สุดและทำอย่างไรจึงจะให้เกิดความเท่าเทียมกัน
- รูปแบบใดจึงมีประสิทธิภาพสูงสุด เพื่อให้ค่าใช้จ่ายเพื่อสุขภาพอยู่ในระดับที่พอยอมรับได้ และได้รับบริการที่มีคุณภาพ คำนึงถึงค่าใช้จ่ายนั้น

Sangaun Nitayarniphong (1997) เสนอว่ามีทางเลือกในการปฏิรูป 4 ทางเลือกคือ

ทางเลือกที่ 1 : รัฐถอนตัวหรือลดการลงทุนจากการให้บริการ สนับสนุนเอกชนให้ลงทุนแทน

ทางเลือกที่ 2 : รักษาอัตราส่วนการให้บริการของภาครัฐบาลและสนับสนุนให้แข่งขันกับเอกชน

ทางเลือกที่ 3 : กำหนดราคา คุณภาพ และการใช้เทคโนโลยี

ทางเลือกที่ 4 : รัฐเป็นผู้ซื้อบริการหลัก

ทางเลือกที่ 5: ปฏิรูปทั้งด้านการเงินและด้านบริการ ซึ่งปฏิรูปอาจกระทำทั้งสองอย่าง คือ ปฏิรูปครั้งสำคัญให้มีการประกันสุขภาพครอบคลุมประชากรทั้งหมด โดยมีสถาบันการเงิน

ประกันสุขภาพแห่งชาติ รวมกองทุนประกันสุขภาพทั้งหมดด้วยกัน กับการปฏิรูปแบบไม่รุนแรง คือยังคงให้มีโครงการประกันสุขภาพกระจายเหมือนเดิม แต่มีสำนักงานประสานงาน

36. การปฏิรูปการบริหารจัดการสาธารณสุขเป็นสิ่งที่หลีกเลี่ยงไม่ได้ โดยเฉพาะอย่างยิ่งจะต้องมีการทบทวนภารกิจของกระทรวงสาธารณสุข หน่วยงานอื่น รวมทั้งองค์การบริหารส่วนท้องถิ่น การปรับโครงสร้างองค์การและระบบการบริหารจัดการ การตรากฎหมายกฎเกณฑ์ข้อบังคับเกี่ยวกับมาตรฐาน คุณภาพ การให้บริการ อัตราค่าบริการ ตลอดจนการประเมิน ตรวจสอบ วิชาชีพ ซึ่งจะได้กล่าวในบทต่อไป

ประเด็นที่ควรพิจารณาในบทนี้คือทำอย่างไรจึงจะให้ประชาชนส่วนใหญ่หรือทั้งหมดอยู่ภายใต้การคุ้มครองของระบบประกันสุขภาพ เพื่อให้สามารถเข้าถึงบริการ (โดยเฉพาะอย่างยิ่งการเข้าถึงทางเศรษฐกิจ) ได้รับบริการโดยเท่าเทียมกันและบริการดังกล่าวเป็นบริการที่มีคุณภาพ และระบบประกันสุขภาพดังกล่าวควรมีรูปแบบใดจึงมีประสิทธิภาพสูงสุด และมีความเป็นไปได้ในทางปฏิบัติ

37. สภาพที่พึงประสงค์มีดังนี้

- ประสิทธิภาพ การปฏิบัติ : สุขภาพเป็นสิทธิขั้นพื้นฐาน บุคคลมีสิทธิได้รับบริการทางสาธารณสุขที่ได้มาตรฐานอย่างทั่วถึง และผู้ยากไร้มีสิทธิได้รับบริการโดยไม่คิดมูลค่า
- ระบบการประกันสังคม/การประกันสุขภาพ : อาจมีหลากหลาย ดังนี้

ของรัฐ

- กองทุนเงินทดแทน
- กองทุนประกันสังคม
- กองทุนบัตรสุขภาพ นอกจากผู้ประกันตนแล้ว รัฐบาลควรออกบัตรสุขภาพ

ให้แก่

- ◆ ผู้มีสิทธิและมีบัตรสวัสดิการประชาชนด้านการรักษาพยาบาลที่ออกตามระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยสวัสดิการประชาชนด้านการรักษาพยาบาล พ.ศ. 2537
- ◆ ผู้มีสิทธิได้รับสวัสดิการตามระเบียบกระทรวงสาธารณสุข ว่าด้วยการช่วยเหลือในการรักษาพยาบาล พ.ศ. 2537
- ◆ เด็กอายุต่ำกว่า 12 ปี
- ◆ ผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป
- ◆ พระภิกษุ สามเณร นักพรต นักบวช
- ◆ บุคคลพิการหรือทุพพลภาพ

- ผู้กระทำความดีเป็นคุณแก่ชาติ ได้แก่ กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน สารวัตรกำนัน ผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้าน แพทย์ประจำตำบล อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ทหารผ่านศึก เป็นต้น

ทั้งนี้ให้ประชาชนทุกคนที่ไม่อยู่ใต้การคุ้มครองของกองทุนเงินทดแทน กองทุนประกันสังคม กองทุนสวัสดิการการรักษาพยาบาลข้าราชการ ลูกจ้างของรัฐ และพนักงานรัฐวิสาหกิจ ต้องทำบัตรสุขภาพ โดยมีเลขประจำตัวเช่นเดียวกับบัตรสวัสดิการสังคมของสหรัฐอเมริกา ทั้งนี้รัฐบาลจำเป็นต้องตราพระราชบัญญัติประกันสุขภาพขึ้นมาด้วย

- กองทุนสวัสดิการการรักษาพยาบาลข้าราชการ ลูกจ้างของรัฐ และพนักงานรัฐวิสาหกิจ โดยปรับระบบสวัสดิการการรักษาพยาบาลขณะนี้ให้มีลักษณะเป็นกองทุนทำนอง MEDISAVE ของสิงคโปร์ โดยรัฐบาลตั้งงบประมาณทดแทนการให้สวัสดิการนี้ เป็นก้อนเพียงครั้งเดียว ให้ข้าราชการ ลูกจ้างและพนักงานรัฐวิสาหกิจมีบัญชี MEDISAVE อยู่จำนวนหนึ่ง หลังจากนั้นทั้งข้าราชการ ลูกจ้าง และพนักงานรัฐวิสาหกิจต้องส่งเงินเข้าบัญชีเป็นประจำร้อยละ 2 ของรายได้ทุกเดือน โดยรัฐบาลสมทบให้อัตราที่เท่ากัน ผู้ประกันตนดังกล่าวสามารถเบิกเงินค่าใช้จ่าย ค่าบริการโรงพยาบาลและค่าผ่าตัดได้จากบัญชี แต่ต้องดำรงยอดเงินในบัญชีไว้จำนวนหนึ่ง เช่น 100,000 บาท ทุกขณะ แต่เมื่ออายุ 55 ปี เบิกได้หมด ยกเว้นต้องดำรงไว้ยอดสุดท้าย (เช่น 60,000 บาท) สวัสดิการนี้ครอบคลุมเจ้าตัวและครอบครัว

ระบบการประกันสังคม/การประกันสุขภาพของรัฐ ดังกล่าวควรอยู่ภายใต้หน่วยงานเดียวกันทั้งหมด คือสำนักงานประกันสังคม แต่รูปแบบการบริหารจัดการสำนักงานนี้ไม่ควรเป็นลักษณะทบวงการเมืองอย่างปัจจุบัน โดยอาจเป็นองค์กรกึ่งรัฐบาล (QUANGO) Quasi Non Government Organization) ส่วนจะยังคงสังกัดกระทรวงแรงงานและสวัสดิการสังคมหรือไม่ต้องพิจารณากันอย่างละเอียด

38. เมื่อโรงพยาบาลของรัฐมีรายได้จากค่าบำรุงหรือค่าบริการ ซึ่งส่วนใหญ่เป็นค่ายาถึงร้อยละ 40 ของรายจ่ายทั้งสิ้น แต่ขณะเดียวกันยังมีปัญหาเกี่ยวกับคุณภาพการให้บริการ ซึ่ง Sawiguan Nitayarumphong (1997) ได้ระบุว่า เคยมีการศึกษาของสำนักงานประกันสังคม และสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุขเพื่อรับรองคุณภาพโรงพยาบาล พบว่าโรงพยาบาลหลายแห่งต่ำกว่ามาตรฐาน ทั้งด้านปัจจัยนำเข้าทางโครงสร้างและกระบวนการเสนอบริการ นอกจากนี้ยังมีการร้องเรียนบ่อยครั้งว่า โรงพยาบาลของรัฐมีเจ้าหน้าที่ที่หยาบคายและไม่มีน้ำใจ ขณะที่โรงพยาบาลของเอกชนถูกร้องเรียนน้อยกว่าและการร้องเรียนมักเกี่ยวกับการเก็บค่าบริการสูง วิเคราะห์โรคผิด ๆ และไม่มีสมรรถนะ การยกระดับคุณภาพ การให้บริการกระทำได้อต่อเมื่อมีการประกันคุณภาพ การกำหนดมาตรฐานขั้นต่ำ การรับรองคุณภาพ และการตรวจสอบวิชาชีพ (Professional audit) ซึ่งรัฐบาลจำเป็นต้องกำหนดมาตรการ มาตรฐานและเงื่อนไขต่าง ๆ ขณะเดียวกันอาจปล่อยให้ทั้งโรงพยาบาลของรัฐและเอกชนมีการแข่งขันกัน โดยอาจมีการแปรรูปให้เป็นเอกชน หรือแม้แต่นำรูปแบบการบริหารแบบเอกชนมาใช้ในโรงพยาบาลของรัฐ

ตารางที่ 5.5 สรุปแหล่งที่มาของค่าใช้จ่ายเพื่อสุขภาพ 2535

ระบบ	กลุ่มประชากรที่ครอบคลุม	ชนิดของแผนการ	ประโยชน์ทดแทนและโครงสร้างค่าใช้จ่าย	รายการค่าตอบแทน
สวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ ลูกจ้างและพนักงานรัฐวิสาหกิจ	ข้าราชการ ลูกจ้าง พนักงานรัฐวิสาหกิจ คู่สมรส บุตรธิดา บิดามารดา 6.4 ล้านคน (11.3 %)	ข้าราชการและลูกจ้างของรัฐจัดการโดยกระทรวงสาธารณสุข	ค่าใช้จ่ายบริการคนไข้ นอกในโรงพยาบาลของรัฐบาลและเอกชน (แต่กำหนดขั้นสูงไว้)	916 บาท (ข้าราชการ) 815 บาท (พนักงานรัฐวิสาหกิจ)
ประกันสังคม	ลูกจ้าง ยกเว้นการคลอด 3.8 ล้าน บาท (6.8%)	บังคับสถานประกอบการที่มีลูกจ้างเกินกว่า 20คน จัดการโดยกระทรวงแรงงานและสวัสดิการสังคม	บริการคนไข้นอก / คนไข้ใน โดยคิดเป็นรายร้อยละ 700 บาท	480 บาท
กองทุนเงินทดแทน	1.8 ล้านคน	เหมือนกับประกันสังคม	บริการการแพทย์ทุกอย่าง เลือกโรงพยาบาลได้ จ่ายเป็นค่าบริการแต่ละครั้ง แต่ไม่เกิน 30,000 บาท ต่อครั้ง	248 บาท
บัตรสุขภาพ	3.0 ล้านคน (5.3%)	การประกันชุมชนโดยสมัครใจ ค่าประกัน 300 บาท ต่อครัวเรือน	คุ้มครองสมาชิกครอบครัวไม่เกิน 4 คน ไร้บริการการแพทย์ไม่เกิน 8 ครั้งต่อปี แต่ละครั้งไม่เกิน 2,000 บาท มีระบบส่งต่อ	65 บาท
ประกันเอกชน	0.6 ล้านคน (1.1%)	สมัครใจ	เลือกบริการได้ จ่ายค่าบริการแต่ละครั้งตามลักษณะบริการ	622 บาท
บริการโดยไม่คิดมูลค่า (สวัสดิการ)	ผู้สูงอายุผู้มีรายได้น้อย 11.7 ล้านคน (20.7%)	รัฐสวัสดิการจัดการโรงพยาบาล สาธารณสุข	เลือกบริการได้ รัฐจ่ายค่าบริการแต่ละครั้งตามลักษณะบริการ ต้องใช้สถานื่อนามัยก่อนแล้วมีบริการส่งต่อ	214 บาท (ผู้มีรายได้น้อย) 77 บาท (ผู้สูงอายุ)

ที่มา : Sanguan Nitayarumphong (1997)

39. ผลงานวิจัยของวิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร (2540) น่าสนใจมาก โดยในช่วงแปดปีที่ผ่านมา บริการด้านสุขภาพของภาครัฐมีการขยายตัวช้ากว่าเอกชน โดยจำนวนเตียงในภาครัฐเพิ่มขึ้นเพียงร้อยละ 21 แต่ภาคเอกชนเพิ่มถึงร้อยละ 154 ในด้านบุคลากรระหว่าง พ.ศ. 2530-2536 แพทย์ที่ปฏิบัติงานเต็มเวลาในภาครัฐเพิ่มเพียงร้อยละ 27 ขณะที่ภาคเอกชนเพิ่มขึ้นถึง ร้อยละ 132 ส่วนหนึ่งเพราะรายได้แตกต่างกันถึงเกือบสิบเท่าตัว (4.6-9.8 เท่า) บริการของรัฐจึงไม่เพียงพอต่อความต้องการ ทางออกของโรงพยาบาลของรัฐก็คือ

- นำรูปแบบเอกชนมาปรับใช้กับโรงพยาบาลของรัฐ เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการบริการ
- การจัดบริการที่ตอบสนองความต้องการของประชาชนมากขึ้น
- รูปแบบที่น่าสนใจ ได้แก่ การจ้างเหมาบริการ ทำตลาดภายใน โดยการซื้อขายบริการกันเองระหว่างหน่วยงานของรัฐ
- การปรับเก็บค่าบริการให้สะท้อนต้นทุนมากขึ้น เพื่อให้ผู้บริโภคได้ใช้บริการอย่างมีเหตุผลมากขึ้น แต่จะต้องมีกลไกที่มีประสิทธิภาพในการดูแลคนจนและผู้ด้อยโอกาส ให้สามารถเข้าถึงบริการได้
- การร่วมทุนระหว่างรัฐกับเอกชน แล้วแบ่งผลกำไรระหว่างกัน เพื่อให้รัฐไม่ต้องลงทุนผลิตบริการเอง
- รัฐถอนตัวออกจากการให้บริการ โดยโรงพยาบาลของรัฐจะเปลี่ยนเป็นโรงพยาบาลที่ไม่หวังกำไร บทบาทของรัฐเป็นเพียงผู้กำกับดูแลและซื้อบริการเพื่อไปจัดระบบที่มีประสิทธิภาพแก่ประชาชน

40. ข้อเสนอดังกล่าวมีเหตุผลและมีทางเป็นไปได้มาก แต่จากประสบการณ์ในต่างประเทศ การเปลี่ยนแปลงใด ๆ ทางด้านสาธารณสุขมักถูกต่อต้านจากกลุ่มผลประโยชน์ โดยเฉพาะกลุ่มวิชาชีพ ซึ่งเสียผลประโยชน์ การสร้างระบบให้มีการแข่งขันระหว่างโรงพยาบาลของรัฐด้วยกันเองและกับโรงพยาบาลเอกชน โดยการปรับรื้อกระบวนการบริการ (reengineering) และการปรับโครงสร้างเพื่อให้ยืดหยุ่นคล่องตัวยิ่งขึ้น ตลอดจนการให้โรงพยาบาลมีความเป็นอิสระยิ่งขึ้นทาง การบริหารงานบุคคล การบริหารการเงิน และการบริหารงานพัสดุ นำมีความเป็นไปได้มากกว่า การแปรรูปให้เป็นเอกชน หรือการให้รัฐถอนตัวจากการให้บริการ



41. สภาพการสาธารณสุขที่พึงประสงค์โดยสรุปมีดังนี้

- มีรูปแบบการบริหารจัดการที่เอื้อต่อการทำให้ประชาชนชาวไทยมีสุขภาพดีถ้วนหน้าทั้งร่างกายและจิตใจ โดยได้รับบริการสุขภาพที่มีคุณภาพ มีประสิทธิภาพ มีประสิทธิผล สามารถเข้าถึงและมีความเสมอภาคและเท่าเทียมกัน

- มีนโยบายสาธารณะด้านสาธารณสุขที่สามารถตอบสนองความต้องการและความคาดหวังของประชาชน ในสภาพแวดล้อมที่มีการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วได้
- โครงสร้างการบริหารจัดการเน้นการกระจายอำนาจสู่ท้องถิ่น ให้ภาคเอกชนและชุมชนมีส่วนร่วมในกระบวนการวางแผน การใช้ทรัพยากร และการติดตามประเมินผล ทั้งนี้ให้มีการทบทวนภารกิจ บทบาท หน้าที่ ของราชการบริหารส่วนกลางและส่วนท้องถิ่น ตลอดจนการแปรรูปให้เอกชนเข้ามามีบทบาทมากขึ้น
- มีระบบการเงินการคลังเพื่อสาธารณสุขที่มีประสิทธิภาพ เอื้ออำนวยต่อการให้ประชาชนทั้งหมดหรือเกือบทั้งหมดเข้าถึงบริการที่มีคุณภาพและอย่างเท่าเทียมกัน ขณะเดียวกันสามารถลดภาระของรัฐ และเพิ่มสมรรถนะของระบบการดูแลสุขภาพโดยรวม

บทที่ 6**สรุป ข้อเสนอแนะ มาตรการ และแผนดำเนินงาน****เพื่อปรับปรุงประสิทธิภาพการบริหารจัดการสาธารณสุข****บทนำ**

1. ในบทนี้เป็นการสรุปสภาพข้อเท็จจริง ประเด็นปัญหา ข้อเสนอแนะ มาตรการเพื่อให้มีผลในการปฏิบัติแผนดำเนินการ ตลอดจนเงื่อนไขความสำเร็จ โดยมุ่งพิจารณานโยบายสาธารณสุขซึ่งได้วิเคราะห์แล้วในบทที่ 4 นำเสนอประเด็นนโยบายที่นำมากำหนดเป็นนโยบายสาธารณสุขแห่งชาติ ตลอดจนแนวทางการปฏิรูประบบบริหารจัดการสาธารณสุข นอกจากนี้ยังนำเสนอแนวทางแก้ไขปัญหเกี่ยวกับกฎหมายระเบียบข้อบังคับ โครงสร้างการจัดองค์การ ทรัพยากรมนุษย์ ทรัพยากรเงิน ยา วัสดุอุปกรณ์ เครื่องมือเครื่องใช้ ตลอดจนเทคโนโลยีทางการแพทย์และสาธารณสุข และการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศในการบริหารจัดการ

นโยบายสาธารณสุข : สรุปสภาพข้อเท็จจริง

2. นโยบายสาธารณสุขของรัฐบาลแต่ละคณะในช่วงเวลา 50 ปีที่ผ่านมา มีลักษณะที่คล้ายคลึงกันคือ ระบุกิจกรรมหรืองานประจำของกระทรวงสาธารณสุข ขาดความต่อเนื่องเชื่อมโยง มีลักษณะค่อยเป็นค่อยไป (incremental) ไม่ได้มุ่งถึงความสำเร็จเป็นรูปลักษณ์ ขาดจุดเน้น โดยเฉพาะอย่างยิ่งเกี่ยวกับประสิทธิผล ประสิทธิภาพ คุณภาพ ความเข้าถึงและความเท่าเทียมเป็นธรรม เช่น ได้กล่าวถึงความพยายามที่จะให้มีโรงพยาบาลประจำจังหวัดครบทุกจังหวัดมาตั้งแต่ พ.ศ. 2485 แต่เพิ่งมาประสบผลเมื่อ พ.ศ. 2497 ระบุถึงความพยายามแก้ปัญหาการขาดแคลนยา และเวชภัณฑ์มาตั้งแต่สมัยสงครามโลกครั้งที่สองจนถึงปัจจุบัน หรือมีนโยบายเร่งผลิตบุคลากรทางการแพทย์ และสาธารณสุขมาทุกชุดจนถึงปัจจุบันก็ยังมีไม่เพียงพอ

3. ในการดำเนินงานตามนโยบาย (รวมทั้งแผนพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ) กระทรวงสาธารณสุขมีระบบและกระบวนการที่เด่นกว่ากระทรวงทบวงกรมอื่น สามารถเชื่อมต่องถึงระดับปฏิบัติการในตำบลและหมู่บ้านได้เป็นอย่างดี แม้ยังมีปัญหาอยู่มาก โดยเฉพาะอย่างยิ่งที่เกี่ยวกับรูปแบบของแผนพัฒนา ซึ่งเป็น รูปแบบที่ใช้กันทั่วไปทุกกระทรวงทบวงกรม ซึ่งนำไปปรับเปลี่ยนมาใช้รูปแบบ แผนวิสาหกิจ หรือแผนยุทธศาสตร์ (corporate/strategic planning) แต่ประเด็นปัญหาที่นำให้ความสนใจมากที่สุดน่าได้แก่ความเป็นเอกภาพของนโยบายและแผนกับการบริหารจัดการที่หลากหลาย

ประเด็นปัญหา	ข้อเสนอแนะ	หลักการและเหตุผล
● ขาดเอกภาพในการกำหนดนโยบาย ติดตาม กำกับ ดูแล และประเมินผล	- จัดตั้งสภาสาธารณสุขแห่งชาติ โดยให้สภาดังกล่าวทำหน้าที่กำหนดนโยบาย แผนยุทธศาสตร์ แผนงานและโครงการหลัก กำหนดมาตรฐานคุณภาพ และ ดัชนีชี้ความสำเร็จ ควบคุม กำกับ ดูแล ติดตาม ประเมินผล และทำรายงานเสนอรัฐบาลและรัฐสภา สภาดังกล่าวมีนายกรัฐมนตรีเป็นประธานสภารัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขเป็นรองประธานสภา ปลัดกระทรวงกลาโหม ปลัดกระทรวงมหาดไทย ปลัดทบวงมหาวิทยาลัยเป็นกรรมการ ปลัดกระทรวงสาธารณสุขเป็นกรรมการและเลขาธิการ ผู้อำนวยการสำนักงานนโยบายและแผนสาธารณสุขเป็นกรรมการและ ผู้ช่วยเลขาธิการ มีกรรมการผู้ทรงคุณวุฒิ 9 คน โดยในจำนวนนี้ 4 คน มาจากภาคเอกชน - การจัดตั้งสภาสาธารณสุขแห่งชาติจะทำได้โดย การแก้ไขเพิ่มเติมพระราชบัญญัติการสาธารณสุข พ.ศ. 2535 ในส่วนที่เกี่ยวข้องกับ ● สภาสาธารณสุขแห่งชาติ - การจัดตั้งองค์ประกอบ อำนาจหน้าที่ สำนักงานเลขาธิการ ● การกำหนดมาตรฐานคุณภาพบริการ	- มีหน่วยงานหลายแห่งทั้งภาครัฐและเอกชน ตลอดจนองค์กรพัฒนาเอกชนเกี่ยวข้องกับระบบการดูแลสุขภาพ ต่างฝ่ายต่างทำ ขาดการร่วมมือประสานงานที่ดี ขาดเอกภาพในการกำหนดทิศทางและนโยบาย ขาดการปฏิบัติงานนโยบายและแผนพัฒนาสาธารณสุขอย่างจริงจัง ทำให้ขาดประสิทธิภาพ ประสิทธิภาพสูญเสียไปสิ้นเปลืองและมีการใช้ทรัพยากรไม่คุ้มค่า - ขาดหน่วยงานประสานนโยบายในระดับปฏิบัติการ จึงสมควรให้สำนักงานนโยบายและแผนสาธารณสุขเป็นสำนักงานเลขาธิการสภาการสาธารณสุข เพราะปฏิบัติงานในด้านนโยบาย แผน และเป็นศูนย์สารสนเทศ

ประเด็นปัญหา	ข้อเสนอแนะ	หลักการและเหตุผล
นโยบายสาธารณสุขมีลักษณะเป็นนโยบายงานประจำ แบบค่อยเป็นค่อยไป (incremental) ไม่ครอบคลุมตั้งแต่เนิ่นๆ ไม่ทันต่อความต้องการและความคาดหวังของประชาชน และไม่ปรับตัวเปลี่ยนแปลงตามสภาพแวดล้อม	- จัดประชุม “สมัชชาสาธารณสุขไทย” ขึ้นอีกครั้งหนึ่ง เพื่อระดมสมองผู้ที่เกี่ยวข้องกับการสาธารณสุข เพื่อแสวงหาทิศทาง นโยบายและแนวทางการบริหารจัดการระบบการดูแลสุขภาพของชาติ ในสภาวะที่มีการเปลี่ยนแปลงทางสภาพแวดล้อมอย่างมาก - การกำหนดนโยบายสาธารณสุขแห่งชาติควรมีลักษณะเชิงรุก กำหนดลักษณะกิจกรรมหลักที่มีความสำคัญและต้องเร่งรัดให้บังเกิดผล (KRA-Key Result Areas) และกรอบการดำเนินงานให้บรรลุผลที่ต้องการ โดยมุ่งคุณภาพ ประสิทธิภาพ การเข้าถึงและความเท่าเทียมกันในการเสนอบริการดูแลสุขภาพ	การประชุมสมัชชาสาธารณสุขไทยครั้งที่ 1 เมื่อวันที่ 12-15 กันยายน พ.ศ. 2531 ซึ่งมีรัฐบาลไทยเป็นเจ้าภาพมีผู้เข้าร่วมประชุมถึงประมาณ 700 คน ได้ประสบความสำเร็จเป็นอย่างดี โดยมีการแสดงเจตนารมณ์ร่วมกันที่จะพัฒนาการสาธารณสุขของชาติ เกิดความเข้าใจและร่วมมือระหว่างกัน - จำเป็นต้องมีการพิจารณากระบวนการจัดการสาธารณสุขอย่างเร่งด่วน เพราะ - มีการเปลี่ยนแปลงทางสภาพแวดล้อมทางเศรษฐกิจ สังคม การเมือง และเทคโนโลยีอย่างรวดเร็ว ทำให้รัฐไม่สามารถเสนอบริการได้อย่างมีคุณภาพเพียงพอ ทั้งถึง เสมอภาค และมีประสิทธิภาพ ขณะที่ประชาชนมีความต้องการและความคาดหวังสูงมาก - ค่าใช้จ่ายเพื่อสุขภาพของประเทศไทยสูงมาก และมีอัตราการเพิ่มที่สูงเมื่อเทียบกับอัตราการขยายตัวทางเศรษฐกิจ ทำให้รัฐต้องมีการระดมเงินเป็นจำนวนมากหาแหล่งเงินทุนอื่นมาใช้ด้วย

ประเด็นปัญหา	ข้อเสนอแนะ	หลักการและเหตุผล
	ประเด็นนโยบายที่สนใจและสมควรกำหนดเป็นนโยบายสาธารณสุข ได้แก่ ● การทบทวนและปรับภารกิจของหน่วยงานต่าง ๆ ● การสร้างความแข็งแกร่งทางการบริหารจัดการ ● การมุ่งคุณภาพ ความสามารถในการเข้าถึงและความเท่าเทียมหรือความเป็นธรรมในการรับบริการ ● สถานการณ์สุขภาพสำหรับคนถ้วนหน้าอย่างยั่งยืน และบริการการแพทย์ระดับต่าง ๆ แบบผสมผสาน ● สิ่งแวดล้อมกับการสาธารณสุข ● พฤติกรรมสุขภาพ ● อุบัติเหตุ ● แม่และเด็ก ● โรคทางเพศสัมพันธ์ ● ผู้สูงอายุ	

ประเด็นปัญหา	ข้อเสนอแนะ	หลักการและเหตุผล
	● โรคหัวใจ เบาหวาน มะเร็ง ● ทรัพยากรสาธารณสุข - ประเด็นสำคัญที่สุดน่าได้แก่การเพิ่มสมรรถนะของระบบการบริหารจัดการสาธารณสุข ซึ่งมีทางเลือกหลายประการดังนี้ ทางเลือกแรก ปฏิรูปแบบค่อยเป็นค่อยไป ได้แก่ การปรับโครงสร้างภายใน การปรับเปลี่ยนกระบวนการบริหารและการบริการ การพัฒนาองค์การ ฯลฯ	- เป็นวิธีการที่ง่ายที่สุด และได้รับการต่อต้านน้อยที่สุด แต่ไม่สามารถแก้ปัญหาได้อย่างแท้จริง วิธีการนี้อาจทำให้หน่วยงานขยายขึ้นอีก แทนที่จะเล็กลง (downsizing) ตัวอย่างของการปรับโครงสร้างภายในได้แก่การรวมกองต่าง ๆ ในสำนักงานปลัดกระทรวงมาจัดตั้งเป็นสำนัก การเปลี่ยนสภาพโรงพยาบาลเฉพาะทางมาเป็นสถาบันวิจัย การปรับฐานะกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์เป็นสถาบันวิจัยและพัฒนาวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี การแพทย์ส่วนการรื้อปรับกระบวนการบริหารจัดการมีการตัวอย่าง เช่น กระบวนการให้บริการในโรงพยาบาล (reengineering)

ประเด็นปัญหา	ข้อเสนอแนะ	หลักการและเหตุผล
	ทางเลือกที่สอง การปฏิรูปภายในขอบเขตระบอบราชการ ได้แก่ การลดภาระของราชการบริหารส่วนกลาง แบ่งอำนาจให้ราชการบริหารส่วนภูมิภาคมากขึ้น และกระจายอำนาจสู่ท้องถิ่น พร้อมกันให้ชุมชนและองค์กรพัฒนาเอกชนมีบทบาทมากขึ้น	นอกเหนือจากการดำเนินงานตามทางเลือกแรกแล้ว การปฏิรูปภายในขอบเขตระบอบราชการมุ่งลดบทบาทราชการบริหารส่วนกลาง ให้ผู้ว่าราชการจังหวัดและนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดมีอำนาจหน้าที่มากยิ่งขึ้น กำกับดูแลโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไป ซึ่งมีความเป็นอิสระในการบริหารจัดการภายในยิ่งขึ้น แต่มีการจัดตั้งคณะกรรมการโรงพยาบาลให้ชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมด้วย โรงพยาบาลบางแห่งอาจมอบหมายให้เทศบาลเข้าไปดำเนินการแทนส่วนในระดับอำเภออาจยุบสำนักงานสาธารณสุขอำเภอและกิ่งอำเภอ โดยโอนงานไปขึ้นอยู่กับจังหวัด สุขาภิบาล และองค์การบริหารส่วนตำบล โดยให้องค์การบริหารส่วนท้องถิ่นดูแลสถานีอนามัย และศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน ถ้าหากองค์การบริหารส่วนท้องถิ่นยังขาดสมรรถนะและศักยภาพ ให้เป็นหน้าที่ของกระทรวงสาธารณสุข ส่วนทรัพยากรเป็นหน้าที่ของรัฐบาลต้องเข้าไปอุดหนุน

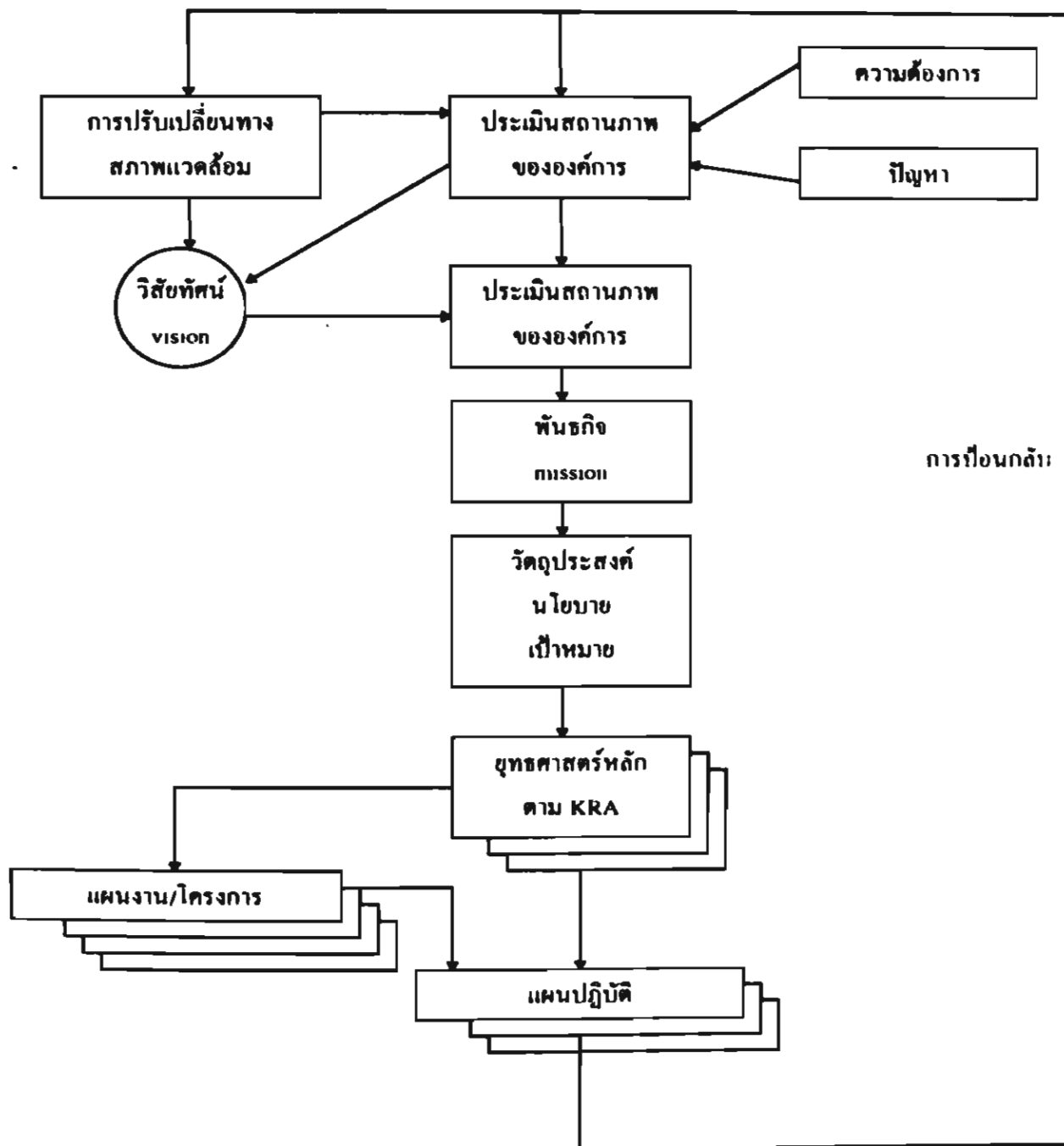
ประเด็นปัญหา	ข้อเสนอแนะ	หลักการและเหตุผล
	ทางเลือกที่สาม การปฏิรูปทั้งระบบบริหารจัดการดูแลสุขภาพของชาติ ได้แก่ ● ให้มีการประกันสังคมและประกันสุขภาพภาคบังคับ ● ปรับบทบาทภาครัฐเกี่ยวกับการสาธารณสุข - ให้กระทรวงสาธารณสุขเท่านั้นที่มีภารกิจด้านการแพทย์และสาธารณสุข (ยกเว้น การผลิต บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขของทบวงมหาวิทยาลัย องค์การบริหารส่วนท้องถิ่น และ กระทรวงกลาโหม(โรงพยาบาลของเหล่าทัพและทหารผ่านศึก) โดยการดำเนินกิจกรรมเกี่ยวข้องกับกำหนดยโยบาย การควบคุมมาตรฐานให้บริการ การออกกฎหมาย กฎเกณฑ์ ข้อบังคับ การอนุญาต ระบบสารสนเทศ การวิจัยและพัฒนาการแพทย์ การคุ้มครองผู้บริโภคด้านอาหารและยา สุขภาพจิต สาธารณสุขมูลฐานและสิ่งแวดล้อมสาธารณสุข การควบคุมติดตามประเมินผลและรายงาน	- นอกจากการดำเนินงานตามแนวทางที่หนึ่งและที่สองแล้ว การปฏิบัติตามแนวทางที่สามเป็นแนวทางที่มีลักษณะในทาง “ปฏิวัติ” มากกว่า “ปฏิรูป” ซึ่งนำเกิดผลดีต่อการเพิ่มสมรรถนะการให้บริการ แต่มีผลกระทบกระเทือนต่อข้าราชการและผู้ประกอบการวิชาชีพอย่างมาก และการเปลี่ยนแปลงดังกล่าวมี การต่อต้านอย่างรุนแรงจากผู้เสียประโยชน์ในต่างประเทศ แต่หลังจากการปฏิรูปแล้วมักได้รับการยอมรับจากสาธารณชน ● การประกันสังคมและการประกันสุขภาพควรเป็นภาคบังคับ โดยรัฐควรเจือจุนผู้ไร้โอกาส ผู้ยากไร้ เด็ก และคนชรา ให้ได้รับการบริการโดยไม่คิดมูลค่า ทั้งบริการสาธารณสุขมูลฐาน บริการการแพทย์ขั้นต้น ขั้นที่สอง และขั้นสูง ลักษณะนี้จึงแตกต่างจากประเทศที่พัฒนาแล้ว หรือในกลุ่มเอเชียแปซิฟิก การประกันสุขภาพที่เสนอแนะเป็นการใช้บัตรสุขภาพครอบคลุมทั้งประเทศ

ประเด็นปัญหา	ข้อเสนอแนะ	หลักการและเหตุผล
	ให้กระทรวงสาธารณสุขดูแลด้านการเงินการคลังสาธารณสุข ในลักษณะ “ผู้ให้บริการ” (purchaser) โดยโรงพยาบาลของรัฐ องค์การบริหารส่วนท้องถิ่น และเอกชนมีลักษณะเป็น “ผู้ให้บริการ” (providers) แหล่งที่มาของการเงินการคลังสาธารณสุขมาจากงบประมาณแผ่นดิน และค่าประกันสุขภาพ - ทางเลือกที่มีความเหมาะสมและนำไปได้มากที่สุดคือทางเลือกที่สามแต่ต้องใช้เวลาพอสมควร ดังนั้น อาจกำหนดให้ปฏิบัติตามทางเลือกแรกภายใน 1 ปี ทางเลือกที่สองภายใน 3 ปี และทางเลือกที่สามภายใน 5-10 ปี ซึ่งอาจทำให้แรงต่อต้านลดลง	นอกจากนี้ยังสมควรปรับปรุงระบบสวัสดิการรักษายาบาลของข้าราชการ ลูกจ้างของรัฐ และพนักงานรัฐวิสาหกิจ เปลี่ยนมาจากระบบอัตรากำลังเพื่อสุขภาพ (MEDISAVE) คล้ายคลึงกับของสิงคโปร์การประกันสังคม การประกันสุขภาพ (บัตรสุขภาพ) และระบบอัตรากำลังเพื่อสุขภาพ ควรอยู่ภายใต้การดำเนินงานของสำนักงานประกันสังคมเพียงแห่งเดียวแต่สมควรปรับปรุงแบบการบริหารเป็นองค์กรกึ่งรัฐบาล (QUANGO) เพื่อความคล่องตัวในการบริหาร แต่จะให้สังกัดกระทรวงแรงงานและสวัสดิการสังคม หรือกระทรวงสาธารณสุข หรือกระทรวงอื่นใด ต้องพิจารณาอย่างละเอียด การปรับเปลี่ยนและลดภารกิจของกระทรวงสาธารณสุขและของภาครัฐ มุ่งที่จะลดภาระของรัฐบาลในด้านสาธารณสุข ให้ชุมชนและประชาชนมีความรับผิดชอบในการดูแลสุขภาพของตนเอง ตลอดจนรับภาระทางการเงินยิ่งขึ้น ขณะเดียวกันให้ภาคเอกชนมีบทบาทเพิ่มมากขึ้น โดยกระทรวงสาธารณสุขมีบท

ประเด็นปัญหา	ข้อเสนอแนะ	หลักการและเหตุผล
นโยบายสาธารณสุขขาดความต่อเนื่องเชื่อมโยงกับส่วนอื่นของระบบเศรษฐกิจ สังคม ขาดความเชื่อมโยงระหว่างนโยบายรัฐบาล แผนพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ และแผนพัฒนาสาธารณสุขชาติ	สมควรนำหลักการวางแผนยุทธศาสตร์ (strategic planning) มาใช้เป็นการดำเนินการดำเนินงานของกระทรวงสาธารณสุข และให้เชื่อมโยงกับแผนปฏิบัติการในระดับล่าง	บาทในด้านนโยบาย การดูแลให้มีการปฏิบัติตามนโยบาย การดูแลให้มีการปฏิบัติตามนโยบายกฎหมายข้อบังคับและมาตรฐานที่กำหนด (regulatory agency) - หน่วยงานที่อาจมีโรงพยาบาลของตนได้คือกระทรวงกลาโหม กระทรวงมหาดไทย (กรมราชทัณฑ์และกรมตำรวจ) นอกนั้นให้ปรับปรุงเป็นของเอกชนหรือโอนให้องค์การบริหารส่วนท้องถิ่น ได้แก่ - โรงพยาบาลท่าเรือ - โรงพยาบาลรถไฟ - โรงพยาบาลการไฟฟ้านครหลวง - โรงพยาบาลสุบ - โรงพยาบาลชลประทาน - แผนพัฒนาการสาธารณสุขตามแบบพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ตั้งแต่ฉบับที่ 1 (พ.ศ. 2504-2508) เป็นต้นมา มีลักษณะเป็นการแก้ปัญหาสาธารณสุขแต่ละด้าน ซึ่งไม่ประสบผลสำเร็จในแผนพัฒนาที่ผ่านมา แม้มีโครงการใหม่ ๆ บางแผนดังกล่าวไม่มีลักษณะ เป็นแผนที่คาดหวังที่จะนำการ

ประเด็นปัญหา	ข้อเสนอแนะ	หลักการและเหตุผล
ตลอดจนการนำไปปฏิบัติในระดับล่างไม่สามารถบรรลุผลตามที่ต้องการได้ อย่างมีประสิทธิภาพ		ปรับตัวสู่อนาคต โดยพิจารณาศักยภาพขององค์กร จุดเด่น จุดด้อย โอกาสและข้อจำกัด กำหนดวิสัยทัศน์ (vision) พันธกิจ (mission) กำหนดเน้น กิจกรรมที่ต้องระดมความพยายามและทรัพยากรเพื่อ ให้เกิดผลสำเร็จอันจะมีผลต่อองค์กรส่วนรวม (KRA) โดยจัดความสำคัญเร่งด่วน และกำหนด ยุทธศาสตร์หลัก ในต่างประเทศ หน่วยงานของรัฐและเอกชน นิยมนำแผนยุทธศาสตร์มาใช้มาก รวมทั้งกระทรวง สาธารณสุขของหลายประเทศ

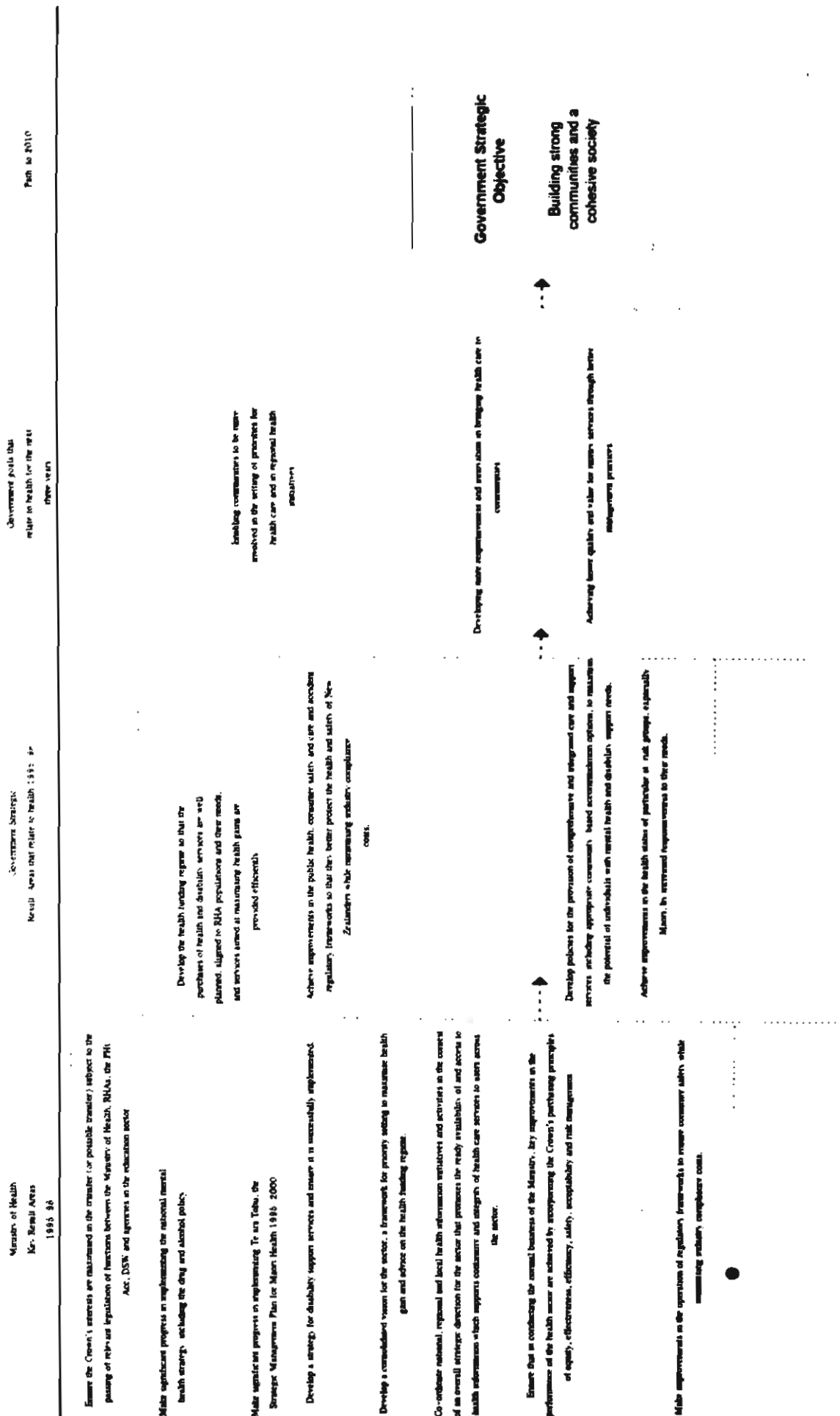
แผนภาพที่ 6-1 กระบวนการแผนยุทธศาสตร์



KRA = Key Result Areas

แผนภาพที่ 6-2 ยุทธศาสตร์ของกระทรวงสาธารณสุขวิสัยทัศน์

STRATEGIC GOALS FOR THE MINISTRY OF HEALTH AND THEIR CONTRIBUTION TO GOVERNMENT OBJECTIVES



กฎหมาย ระเบียบ ข้อบังคับ

สรุปสภาพข้อเท็จจริง

4. กฎหมายสาธารณสุขมีอยู่หลากหลาย แต่ไม่ครอบคลุมกิจกรรมทางสาธารณสุขที่พึงปรารถนา หลายฉบับล้าสมัย เช่น กฎหมายสถานพยาบาล ซึ่งตราไว้เมื่อสี่สิบปีก่อนตั้งแต่สถานพยาบาลมีลักษณะเป็นคลินิก หรือสถานผดุงครรภ์ ซึ่งไม่อาจนำมาใช้กับโรงพยาบาลเอกชนที่มีขนาดใหญ่ มีจำนวนเตียงมากมาย กฎหมายหลายฉบับไม่เกี่ยวกับกระทรวงสาธารณสุขโดยตรง แต่มีผลต่ออัตราการตายและเจ็บป่วยจำนวนมาก เช่น กฎหมายรถยนต์ และการจราจรทางบก เกี่ยวกับการขับขี่ยานยนต์ขณะมีเมามาย การใช้หมวกนิรภัย หรือเข็มขัดนิรภัย ซึ่งมีช่องโหว่ของกฎหมาย กับทั้งยังมีปัญหาเกี่ยวกับการปฏิบัติหรือบังคับใช้กฎหมาย
5. กฎหมายที่น่าหยิบยกมาพิจารณาแก้ไขปรับปรุงโดยด่วนน่าได้แก่กฎหมายสาธารณสุข ซึ่งน่าใช้เป็นกฎหมายแม่บทการบริหารจัดการสาธารณสุขได้ กับกฎหมายประกันสังคม ซึ่งถ้าหากไม่เพียงพออาจนำเสนอร่างกฎหมายการประกันสุขภาพและการควบคุมมาตรฐานบริการดูแลสุขภาพ เพื่อให้ประชาชนมีหลักประกันเพิ่มขึ้น
6. ในการปฏิบัติงานประจำวันของข้าราชการกระทรวงสาธารณสุขจะต้องปฏิบัติตามกฎหมาย ระเบียบ ข้อบังคับเกี่ยวกับการบริหารงานบุคคล การงบประมาณ การเงินสารบัญชี และการพัสดุ ซึ่งเกี่ยวข้องกับหน่วยงานกลางต่าง ๆ ได้แก่ สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ สำนักงานงบประมาณ กรมบัญชีกลาง และสำนักงาน ก.พ. กฎหมายระเบียบข้อบังคับเหล่านี้มักมีปัญหาในทางปฏิบัติ ซึ่งจำเป็นต้องมีการปรับปรุงแก้ไข โดยการประสานงานกับหน่วยงานดังกล่าวอย่างใกล้ชิดยิ่งขึ้น

ประเด็นปัญหา	ข้อเสนอแนะ	หลักการและเหตุผล
กฎหมายเกี่ยวกับการสาธารณสุขหลากหลาย แต่ไม่ครอบคลุม ลำดัวยมีช่องว่างของกฎหมาย และมีปัญหาในการตีความ	- ปรับปรุงพระราชบัญญัติ และกฎระเบียบข้อบังคับต่าง ๆ เพื่อให้เอื้อต่อการพัฒนาสาธารณสุข - พระราชบัญญัติการสาธารณสุขพ.ศ. 2535 ให้แก้ไขเพิ่มเติมให้เป็นกฎหมายแม่บททางสาธารณสุข - การยกร่างพระราชบัญญัติการประกันสุขภาพ	
กฎระเบียบของทางราชการที่ใช้ในการปฏิบัติราชการเป็นอุปสรรคต่อการเพิ่มประสิทธิภาพและการพัฒนาสาธารณสุข	- ปัญหาของกระทรวงสาธารณสุขไม่แตกต่างจากของกระทรวงอื่น ๆ ดังนั้นจึงจำเป็นต้องมีการแก้ไขกฎระเบียบของทางราชการที่เกี่ยวข้องกับการบริหารงานบุคคล การบริหารงานคลัง การบริหารงานงบประมาณ และการบริหารงานพัสดุ - สำหรับระเบียบของกระทรวงสาธารณสุขเองที่ควรพิจารณาทบทวนแก้ไขคือระเบียบว่าด้วยเงินบำรุงโดยให้ครอบคลุมการใช้จ่ายในกิจกรรมที่ไม่เกี่ยวข้องกับการรักษาพยาบาล การบริหารทั่วไป และการบริหารสาธารณสุขในชุมชน อำนาจการก่องหนด้วยเงินบำรุงซึ่งควรมอบอำนาจให้นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด แทนผู้ว่าราชการจังหวัด การฝากและถอนเงินบำรุงเกิน 1 ล้านบาท ฯลฯ	กฎระเบียบของทางราชการดังกล่าวไม่เอื้ออำนวยต่อการเพิ่มประสิทธิภาพในการปฏิบัติราชการ ขาดความยืดหยุ่น ทำให้เกิดความล่าช้า บางอย่างไร้เหตุผล มุ่งรักษาอำนาจของตน มีลักษณะรวมอำนาจมากกว่ากระจายอำนาจ ฯลฯ

ประเด็นปัญหา	ข้อเสนอแนะ	หลักการและเหตุผล
	- กรณีอื่น ๆ เกี่ยวข้องกับการมอบอำนาจ ซึ่งเป็นอำนาจของผู้ว่าราชการจังหวัดในฐานะหัวหน้าส่วนราชการ เช่น อำนาจการก่อหนี้ผูกพันตามระเบียบฯ พัสดุ ซึ่งนำมามอบอำนาจให้นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด	

โครงสร้างการจัดองค์กร

สรุปสภาพข้อเท็จจริง

7. อันที่จริง โครงสร้างการจัดองค์กรของกระทรวงสาธารณสุขไม่ค่อยมีการเปลี่ยนแปลงมากนัก ตั้งแต่เมื่อครั้งสถาปนากระทรวงนี้ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2485 เพิ่งมาเปลี่ยนแปลงครั้งสำคัญ โดยรวมกรมการแพทย์กับกรมอนามัยเข้าด้วยกัน เมื่อ พ.ศ. 2515 แต่ไม่สามารถปฏิบัติได้ ต่อมาในปี 2517 จึงนำหลักการแบ่งองค์กรเป็นหน่วยวิชาการกับหน่วยปฏิบัติการกับหน่วยงานสู่ระดับจังหวัดมากขึ้น ปัจจุบันนี้ โครงสร้างดังกล่าว กล่าวกันว่าเอื้ออำนวยต่อการกระจายอำนาจ แต่ในทางปฏิบัติมีลักษณะเป็นการแบ่งอำนาจมากกว่า
8. เมื่อแรกสถาปนากระทรวงสาธารณสุข การบริหารจัดการมีเอกภาพ เพราะทั้งการผลิต บุคลากร การให้บริการแพทย์ และการอนามัย อยู่ในหน่วยงานเดียวหมด แม้มีความพยายามให้เทศบาลรับผิดชอบด้านบริการการแพทย์และสาธารณสุขด้วย แต่ต่อมางานสาธารณสุขได้กระจายอยู่ทั่วไป และภาคเอกชนมีความแข็งแกร่งยิ่งขึ้น ขณะเดียวกันกับรัฐอยู่ในภาวะที่ขาดแคลนทรัพยากร ไม่สามารถสนองความต้องการและความคาดหวังของประชาชนได้ ขณะนี้จึงอยู่บนทางสามแพร่งที่จะต้องมีการปรับบทบาทของกระทรวงสาธารณสุข และภาครัฐโดยส่วนรวม ซึ่งมีผลต่อรูปแบบการให้บริการ และโครงสร้างการจัดองค์กรด้วย

ประเด็นปัญหา	ข้อเสนอแนะ	หลักการและเหตุผล
ขาดเอกภาพในการบริหารจัดการระบบการดูแลสุขภาพแห่งชาติ มีหลายหน่วยงานเกี่ยวข้องกับงานด้านนี้ และกระทรวงสาธารณสุขไม่ได้รับอำนาจในการประสานความพยายามเพื่อให้เกิดเอกภาพ	ดำเนินการจัดตั้งสภาการสาธารณสุขแห่งชาติ จำแนกภารกิจหลัก ภารกิจรอง ตลอดจนการปฏิรูปตามแนวทางต่าง ๆ ที่เสนอแล้วในส่วนที่เกี่ยวข้องกับนโยบาย	
โครงสร้างกระทรวงสาธารณสุขมีขนาดใหญ่เกินไป	- กรมการแพทย์ กรมควบคุมโรคติดต่อ และกรมสุขภาพจิต ควรยกฐานะโรงพยาบาลบางแห่งเป็นสถาบันวิจัยเฉพาะโรค/เฉพาะทาง แทนที่จะแบ่งเป็นกองต่าง ๆ และโรงพยาบาล - กรมการแพทย์ ควรโอนโรงพยาบาลทั่วไปให้กับกรุงเทพมหานคร (เฉพาะที่อยู่ในกรุงเทพมหานคร) ถ้าไม่สามารถยกฐานะโรงพยาบาลทั่วไปเหล่านั้นเป็นสถาบันวิจัยได้ เช่น โรงพยาบาลราชวิถีเป็นสถาบันวิจัยโรคหัวใจ โรงพยาบาลเด็กเป็นสถาบันวิจัยแม่และเด็ก โรงพยาบาลสงฆ์คงเดิม เป็นต้น	- กระทรวงสาธารณสุขประกอบด้วย - สำนักงานเลขานุการรัฐมนตรี - สำนักงานปลัดกระทรวง - กรมวิชาการ ซึ่งมุ่งหวังให้เป็นพี่เลี้ยงทางวิชาการและเทคโนโลยี คือกรมการแพทย์ กรมอนามัย กรมควบคุมโรคติดต่อ และกรมสุขภาพจิต - ปรากฏว่าหน่วยงานเหล่านี้ดำเนินการกิจทางวิชาการและการรักษาพยาบาล และจัดรูปแบบการบริหารแบบราชการมากกว่าทางวิชาการ กรมการแพทย์เองมีทั้งโรงพยาบาลทั่วไปและโรงพยาบาลเฉพาะทางใน กรุงเทพมหานคร ทั้ง ๆ ที่ไม่มีเหตุผลที่จะมีโรงพยาบาลทั่วไปในเขตนี้

ประเด็นปัญหา	ข้อเสนอแนะ	หลักการและเหตุผล
● สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข มีโครงสร้างที่ใหญ่มาก มีจำนวนกองมาก ขณะเดียวกันมีหน่วยงานอิสระ และหน่วยงานระดับเหนือกองแต่ต่ำกว่ากรมอยู่ด้วย จึงมีสภาพไม่สมดุล มีการบังคับบัญชาสับสน	- กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ ปรับฐานะเป็นสถาบันวิจัยและพัฒนาเทคโนโลยีการแพทย์ โดยเพิ่มบทบาทและหน้าที่มากขึ้น	กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ นำพัฒนาเป็นสถาบันวิจัยพัฒนาทางแพทยมากกว่าการจัดส่วนงานเป็นกรม ซึ่งไม่ดึงดูดบุคลากรที่มีความสามารถด้านนี้มาร่วมงานได้ สำหรับสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา ยังคงสภาพเดิม แต่ต้องประสานใกล้ชิดกับสำนักงานคณะกรรมการคุ้มครองผู้บริโภค สำนักงานกฤษฎีกา มนตรียิ่งขึ้น
● สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข มีโครงสร้างที่ใหญ่มาก มีจำนวนกองมาก ขณะเดียวกันมีหน่วยงานอิสระ และหน่วยงานระดับเหนือกองแต่ต่ำกว่ากรมอยู่ด้วย จึงมีสภาพไม่สมดุล มีการบังคับบัญชาสับสน	- ปรับโครงสร้างสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข เป็นสำนักต่าง ๆ ดังนี้ ● สำนักบริหาร ประกอบด้วยกองต่าง ๆ ที่มีกิจกรรมทางการบริหารทั่วไป ● สำนักกิจกรรมพิเศษ ● สำนักนโยบายและแผนสาธารณสุข เหมือนเดิม ● สำนักประสานกิจการภูมิภาค ซึ่งปัจจุบันมีหน่วยงานที่ดูแลกิจการภูมิภาคอยู่ 2 กอง ● สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข ● สถาบันพระบรมราชชนก	

ประเด็นปัญหา	ข้อเสนอแนะ	หลักการและเหตุผล
	องค์การเภสัชกรรมควรปรับปรุงเป็นบริษัท จำกัดมหาชน โดยให้พนักงานองค์การเภสัชกรรม และข้าราชการกระทรวงสาธารณสุขเสนอขึ้นประมาณร้อยละ 15 กระทรวงการคลังร้อยละ 10 ธนาคารกรุงไทย จำกัด ร้อยละ 15 ที่เหลือนำเข้าตลาดหลักทรัพย์แห่งประเทศไทย	เพื่อให้สอดคล้องกับนโยบายการปรับปรุงรัฐวิสาหกิจของรัฐบาล กับเป็นการพัฒนาศักยภาพขององค์กรนี้ ตลอดจนอุตสาหกรรมของประเทศ
การบริหารจัดการราชการบริหารส่วนภูมิภาคของกระทรวงสาธารณสุข มีลักษณะรวมอำนาจมากกว่าการแบ่งอำนาจและไม่เอื้ออำนวยต่อการกระจายอำนาจสู่ท้องถิ่นและชุมชน	ให้ผู้ว่าราชการจังหวัดมอบอำนาจงบประมาณการเงิน พัสดุ และการบริหารงานบุคคลให้แพทย์สาธารณสุขจังหวัดเพียงพลเอกการปฏิบัติบางอย่างมีประสิทธิภาพ	การบริหารราชการส่วนภูมิภาคของกระทรวงสาธารณสุขประกอบด้วยสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด มีนายแพทย์สาธารณสุขเป็นผู้บังคับบัญชาอยู่ภายใต้การบังคับบัญชาของผู้ว่าราชการจังหวัด ซึ่งถือว่าเป็นหัวหน้าส่วนราชการของจังหวัด ในระดับอำเภอ มีสำนักงานสาธารณสุขอำเภอและสำนักงานสาธารณสุขกิ่งอำเภอ มีสาธารณสุขอำเภอและกิ่งอำเภอเป็นผู้บังคับบัญชาตามลำดับ คัญภายใต้การบังคับบัญชาของนายอำเภอ
	สมควรจัดตั้งคณะกรรมการโรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไปในจังหวัดต่าง ๆ ทุกแห่ง โดยมีนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดเป็นประธานกรรมการ มีกรรมการประกอบด้วยผู้แทนชุมชน และข้าราชการ จำนวนไม่เกิน 9 คน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลเป็นกรรมการและเลขานุการ มีอำนาจหน้าที่ในการกำหนดนโยบายและความควบคุมดูแลกิจการโดยทั่วไป	- กิ่งอำเภอ มีสาธารณสุขอำเภอและกิ่งอำเภอเป็นผู้บังคับบัญชาตามลำดับ คัญภายใต้การบังคับบัญชาของนายอำเภอ - เพื่อให้ชุมชนมีส่วนร่วมในการบริหารและสร้างความสำเร็จให้กับโรงพยาบาล โดยเฉพาะด้านการหาทุน

ประเด็นปัญหา	ข้อเสนอแนะ	หลักการและเหตุผล
	ลดลงจนเป็นที่ปรึกษาผู้อำนวยการโรงพยาบาล ควบคุมโรงพยาบาลทั่วไปและโรงพยาบาลชุมชน บางแห่ง ให้เป็นการของเทศบาลและสุขภิบาล ขนาดใหญ่ และควรมอบสถานอนามัยและศูนย์ สาธารณสุขมูลฐานชุมชนให้แก่องค์การบริหารส่วน ตำบลและสุขภิบาล - ยุบเลิกตำแหน่งสาธารณสุขอำเภอ โดยให้ผู้ดำรง ตำแหน่งเดิมขึ้นเป็นผู้ช่วยสาธารณสุขจังหวัด	เพื่อลดภาระรัฐบาล สนับสนุนนโยบายการกระจาย อำนาจสู่ท้องถิ่น และให้ชุมชนมีส่วนร่วมรับภาระ และรับผิดชอบงานสาธารณสุข - นำเป็นงานของราชการบริหารส่วนท้องถิ่นมากกว่า

ทรัพยากรมนุษย์**สรุปสภาพข้อเท็จจริง**

9. ถึงแม้มีความพยายามมาโดยตลอดที่จะเร่งรัดผลิตแพทย์และบุคลากรวิชาชีพทางแพทย์และสาธารณสุขอื่น ๆ ตลอดจนบุคลากรระดับผู้ช่วย แต่ยังไม่เพียงพอทั้งปริมาณและคุณภาพ อัตราส่วนแพทย์และบุคลากรวิชาชีพอื่นต่อประชากร เมื่อเทียบกับประเทศกำลังพัฒนาในระดับเดียวกับประเทศไทย ยังอยู่ห่างไกลกันมาก นอกจากนั้นยังมีปัญหาการกระจายทรัพยากรดังกล่าว ทำให้เกิดปัญหาการบริการทั้งด้านประสิทธิภาพและประสิทธิผล บางจังหวัดมีทันตแพทย์ 1 คนต่อประชากรกว่าหนึ่งแสนคน ซึ่งไม่น่าเป็นเช่นนั้น
10. การเปลี่ยนแปลงทางสภาพแวดล้อมมีผลต่อการบริหารงานทรัพยากรมนุษย์ของกระทรวงสาธารณสุขมาก ทั้งด้านความก้าวหน้า ขวัญกำลังใจ ศักดิ์ศรี การพัฒนาตนเอง ตลอดจนค่าตอบแทน ถ้าหากยังคงใช้ระบบการบริหารงานที่ไม่แตกต่างจากระบบราชการโดยทั่วไปแล้ว น่าจะเกิดปัญหาร้ายแรงเกี่ยวกับบุคลากรด้านนี้ขึ้นตามลำดับ จึงจำเป็นต้องเร่งแก้ไขโดยด่วน

ประเด็นปัญหา	ข้อเสนอแนะ	หลักการและเหตุผล
• ขาดการวางแผนทรัพยากรมนุษย์ที่สอดคล้องกับแผนพัฒนาการสาธารณสุขระดับชาติ การร่วมมือประสานงานระหว่างหน่วยงาน บุคลากรทางการแพทย์ และสาธารณสุขไม่เพียงพอทั้งปริมาณ คุณภาพ และการกระจายในทุกสาขา	ให้สำนักงานนโยบายและแผนสาธารณสุขจัดทำแผนทรัพยากรมนุษย์ทางการแพทย์และสาธารณสุข ร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง คือ ทบวงมหาวิทยาลัย สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงกลาโหม สำนักงาน ก.พ. สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฯลฯ แผนดังกล่าวจะต้องสอดคล้องกับแผนพัฒนาการสาธารณสุข - ควรให้มหาวิทยาลัยเอกชนผลิตบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข	จำเป็นต้องพิจารณาว่า • อัตราส่วนที่เหมาะสมของบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขแต่ละสาขา (แพทย์ ทันตแพทย์ เภสัชกร พยาบาลวิชาชีพ ฯลฯ) ต่อจำนวนประชากร ควรเป็นเท่าใด • ลักษณะของผู้มีวิชาชีพดังกล่าวพึงประสงค์ควรเป็นเช่นใด (รวมทั้ง จริยธรรม คุณธรรม ค่านิยม) • ระดับคุณภาพของผู้มีวิชาชีพควรเป็นระดับมาตรฐานสากลอย่างไรใด ควรเป็นระดับมาตรฐานสากลอย่างไรใด ควรเป็นเวชศาสตร์ทั่วไป หรือผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทางหรืออย่างไรใด - ทั้งนี้ต้องสอดคล้องกับแผนและนโยบายระดับต่าง ๆ ต่อจากนั้นกำหนดจำนวนบุคลากรที่ต้องการทั้งหมด รวมทั้งทรัพยากรมนุษย์คงคลัง (inventory) หักการสูญเสียในแต่ละปีแล้วจึงกำหนดปริมาณการผลิตในแต่ละปีเพื่อให้ได้จำนวนที่ต้องการในที่สุด - เพื่อลดภาระของรัฐ และเป็นการแข่งขันเพื่อยกระดับมาตรฐานการผลิตบุคลากรแต่ต้องมีการประกันคุณภาพ

ประเด็นปัญหา	ข้อเสนอแนะ	หลักการและเหตุผล
● มักมีการละเลยศักยภาพของบุคลากรระดับผู้ช่วย อาสาสมัคร แพทย์แผนโบราณ ตลอดจนบุคลากรอื่น ๆ ที่อาจเข้ามามีส่วนร่วมในกระบวนการดูแลสุขภาพ	- ให้กระทรวงสาธารณสุขร่วมมือกับกระทรวงศึกษาธิการ และมหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช (สาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ) ในการผลิตบุคลากรหลักสูตรเจ้าพนักงานสาธารณสุข (พนักงานอนามัย) หลักสูตรประกาศนียบัตรการพยาบาลและการผดุงครรภ์ (พยาบาลเทคนิค) และหลักสูตรต่อเนื่องของ มสธ. เพื่อพัฒนาบุคลากรเหล่านี้จนถึงระดับปริญญาตรี โดยมุ่งให้กลับไปทำงานในพื้นที่ต่างจังหวัด - ร่วมมือกับมหาวิทยาลัยมหิดลพัฒนาหลักสูตรแพทย์ ผดุงครรภ์ และเภสัชกรรมแผนโบราณ เพื่อยกระดับมาตรฐาน และให้บุคลากรเหล่านี้มีส่วนช่วยพัฒนาการสาธารณสุขของชาติมากยิ่งขึ้น - ให้กระทรวงสาธารณสุขร่วมมือกับกองตำรวจดับเพลิง กรมตำรวจ สยามและมูลนิธิต่าง ๆ จัดหลักสูตรฝึกอบรมหลักสูตรบรรเทาสาธารณภัย และการช่วยเหลือทางการแพทย์ จุดเกิดเหตุ โดยมุ่งพัฒนาบุคลากรอาสาสมัครนี้เป็นผู้ช่วยแพทย์ทางอุบัติเหตุ (paramedic) เมื่ออบรมเสร็จเรียบร้อย ให้มีการทดสอบและรับประกาศนียบัตร ผู้ที่มีประกาศนียบัตรนี้เท่านั้นที่	- เป็นการยกระดับคุณภาพและมาตรฐานบุคลากรระดับผู้ช่วย เป็นการสร้างโอกาสก้าวหน้าอันเป็นการสร้างขวัญกำลังใจ - เป็นการยกระดับคุณภาพหลักสูตรเวชศาสตร์ เกษศาสตร์ และผดุงครรภ์แผนโบราณ โดยให้ความรู้เบื้องต้นทางแพทย์ เกษษกรรมและการพยาบาลด้วย - เป็นการยกระดับและกำกับควบคุมเจ้าหน้าที่ผู้เกี่ยวข้องออกประกาศนียบัตรรับรอง อันจะทำให้สามารถลดการสูญเสียชีวิต และการพิการได้มาก

ประเด็นปัญหา	ข้อเสนอแนะ	หลักการและเหตุผล
● ระบบการบริหารงานบุคคลของทางราชการ ไม่เอื้ออำนวยต่อการบริหารจัดการบุคลากรที่มีวิชาชีพทางการแพทย์และสาธารณสุข	สามารถช่วยเหลือพยาบาลได้ พัฒนาบุคลากร เสริมสร้างเสริมสุขภาพ (อสม.) ควบคู่ต่อเนื่อง โดยจัดตั้งหลักสูตรขั้นต้น ขั้นกลาง และขั้นสูง โดยมุ่งให้ อสม. มีความรู้ความชำนาญ และสามารถช่วยเหลือตนเอง ครอบครัว และเพื่อนบ้านในการปฐมพยาบาล หรือการดูแลผู้ป่วยขั้นต้นในกรณีฉุกเฉิน	- อสม. เป็นแนวร่วมที่สำคัญและมีประโยชน์อย่างมาก ในการพัฒนาการสาธารณสุขมูลฐานเพื่อให้มีสุขภาพดีถ้วนหน้าแบบยั่งยืน กับอาจใช้บุคลากรเหล่านี้ในการฉีกรักษา เพื่อช่วยชีวิตตนเอง ครอบครัวและเพื่อนบ้าน
● ระบบการบริหารงานบุคคลของทางราชการ ไม่เอื้ออำนวยต่อการบริหารจัดการบุคลากรที่มีวิชาชีพทางการแพทย์และสาธารณสุข	ถึงแม้ว่าจำเป็นต้องปฏิบัติตามกฎหมายและระเบียบข้อบังคับเกี่ยวกับข้าราชการพลเรือนเช่นเดียวกับข้าราชการพลเรือนสามัญในกระทรวงทบวงกรมอื่น แต่หากมีการปรึกษารื้อหรือกับสำนักงาน ก.พ. สำนักงานประมาณ สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติและกรมบัญชีกลาง กระทรวงสาธารณสุข อาจได้รับพิจารณากำหนดระบบบริหารที่แตกต่างไปได้ถ้าจำเป็นภายในกรอบของกฎหมายระเบียบ ข้อบังคับ รวมทั้ง ● แผนพัฒนาฯ กำลังคน 3 ปี ● สายงาน การกำหนดมาตรฐาน ตำแหน่งการวิเคราะห์งาน/ตำแหน่ง	

ประเด็นปัญหา	ข้อเสนอแนะ	หลักการและเหตุผล
	● อัตรากำลังคน ฯลฯ - ควรพัฒนาเจ้าหน้าที่บุคคลของกระทรวงสาธารณสุข ทั้งในราชการบริหารส่วนกลาง และส่วนภูมิภาค มีความรู้ ความชำนาญ สามารถช่วยเหลือผู้บริหารของกระทรวงในระดับต่าง ๆ ได้นอกจากนี้ควรจัดทำคู่มือการบริหารงานบุคคลสาธารณสุข (manual) ไว้ด้วย - นอกเหนือจากการพัฒนาบุคคล/พัฒนาการจัดการ ด้วยหลักสูตรต่าง ๆ แล้ว กระทรวงสาธารณสุขควร มุ่งพัฒนาองค์การให้ป็นองค์การเรียนรู้ (learning organization) เพื่อให้สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของบุคลากรให้ทันต่อการเปลี่ยนแปลงทางสภาพแวดล้อม - นำระบบการบริหารงานทรัพยากรมนุษย์เชิงรุกมาใช้ เพื่อสร้างขวัญกำลังใจและเพิ่มสมรรถนะของบุคลากร เทคนิคที่น่าสนใจ ได้แก่การสร้างพลัง(empowerment) การสร้างทีมงาน การมีส่วนร่วมในการบริหาร การปรับปรุงลักษณะงาน ทั้งการเพิ่มภาระหน้าที่และการทำงานน่าสนใจยิ่งขึ้น (job enlargement & job enrichment)	- งานบริหารงานบุคคลมีความสำคัญ จำเป็นต้องมีบุคลากรที่สามารถช่วยเหลือ แนะนำ ผู้บังคับบัญชา ระดับต่าง ๆ และสามารถดำเนินงานด้านงานบุคคล ได้อย่างรวดเร็วจับใจ ถูกต้องตามระเบียบข้อบังคับ และเอื้ออำนวยต่อการสร้างขวัญกำลังใจของบุคลากร - พัฒนาระทรวงสาธารณสุขให้เป็นองค์การเรียนรู้ (learning organization) นำระเบียบวิธีพัฒนาการเรียนรู้มาประยุกต์ใช้

การเงินการคลังเพื่อสุขภาพ

สรุปสภาพข้อเท็จจริง

11. ค่าใช้จ่ายเพื่อสุขภาพของคนไทยอยู่ในระดับที่สูงมากในบรรดาประเทศที่กำลังพัฒนาด้วยกัน แม้ว่างบประมาณของรัฐมีอัตราส่วนเพียงหนึ่งในสี่ของค่าใช้จ่ายดังกล่าว แต่อัตราส่วนต้องงบประมาณแผ่นดินเพิ่มขึ้นมาก ถ้าพิจารณาเป็นจำนวนเงินยิ่งเพิ่มขึ้นหลายเท่าตัวในช่วงทศวรรษที่ผ่านมา ประเด็นปัญหาจึงอยู่ที่ในอนาคตอันใกล้รัฐไม่อาจแบกรับภาระทางการเงินการคลังได้อีกต่อไป เอกชน ชุมชน และประชาชน ต้องรับผิดชอบมากยิ่งขึ้น โดยรัฐเองต้องปรับบทบาทจากผู้ให้บริการหลักเป็นผู้ซื้อบริการ กำหนดนโยบาย มาตรฐานคุณภาพ ออกกฎเกณฑ์ข้อบังคับ และควบคุม กำกับ ติดตาม ดูแล ซึ่งหมายถึงการกระจายอำนาจและการแปรรูป
12. แหล่งที่มาที่สำคัญทางการเงินการคลังเพื่อสุขภาพ นอกจากภาษีอากร และค่าใช้จ่ายจากครัวเรือนของประชาชนแล้ว การประกันสังคมและการประกันสุขภาพประชาชนก็เป็นอีกทางเลือกหนึ่งที่นำมาพิจารณาปรับปรุงเพื่อให้การให้บริการเข้าถึงประชาชนมากยิ่งขึ้น
13. อีกประเด็นหนึ่งเกี่ยวกับค่าใช้จ่ายบริการหรือค่าบำรุง ซึ่งน่าเป็นแหล่งที่มาที่สำคัญได้อีกอย่างหนึ่ง ปัจจุบันรายได้ของโรงพยาบาลของรัฐร้อยละ 40 มาจากค่าบำรุงดังกล่าว ส่วนใหญ่เป็นค่ายา เมื่อมีการประกันสุขภาพอย่างทั่วถึงแล้วก็นำมาเรื่องนโยบายราคามาพิจารณา

ประเด็นปัญหา	ข้อเสนอแนะ	หลักการและเหตุผล
• ทรัพยากรเงินมีจำกัด ขณะที่ความต้องการและความคาดหวังของประชาชนสูงขึ้น ค่าใช้จ่ายสูงขึ้นอย่างรวดเร็ว และมีข้อสงสัยว่างบประมาณที่ใช้จ่ายเพื่อสุขภาพนั้นคุ้มค่ากับการลงทุนหรือไม่	- ไม่มีทางหลีกเลี่ยงที่ต้องปรับบทบาทของรัฐให้จำกัดอยู่เพียงการกำหนดนโยบาย การกำหนดกฎเกณฑ์มาตรฐานและเงื่อนไขต่าง ๆ ตลอดจนติดตามประเมินผล แทนที่เป็นผู้บริการหลัก ดังที่เสนอแนะในส่วนที่เกี่ยวข้องกับนโยบายและโครงสร้างการจัดองค์การ - นอกเหนือจากการลดภาระทางการเงินดังกล่าว ให้องค์การบริหารส่วนท้องถิ่นและภาคเอกชนรับผิดชอบมากขึ้น กับการให้การคุ้มครองสุขภาพในรูปแบบต่าง ๆ ที่เสนอแนะแล้ว ทั้งการประกันสังคมและประกันสุขภาพของรัฐ (ตลอดจนการใช้มาตรการปรับสุขภาพ ซึ่งมีลักษณะเป็นการประกันกันอิงชุมชน-community based) กับการประกันกันโดยสมัครใจผ่านบริษัทเอกชนให้ครอบคลุมประชากรทั้งประเทศ รวมทั้งเกษตรกร และผู้ประกอบการอิสระ โดยผู้ยากไร้ หรือกลุ่มบุคคลที่รัฐควรอนุเคราะห์ได้รับปรับสุขภาพด้วย แบบบังคับ (compulsory) เช่นเดียวกับระบบประกันสังคมของสหรัฐอเมริกา	- ประกอบทุกคนควรได้รับการคุ้มครองด้านสุขภาพ จึงจำเป็นต้องประกันสุขภาพแบบใดแบบหนึ่ง โดยให้รูปแบบบัตรสุขภาพเป็นแบบบังคับครอบคลุมประชากรที่ไม่ได้สิทธิประโยชน์จากรูปแบบอื่น - ปัจจุบันมีคนต่างชาติที่ลักลอบเข้าเมืองจำนวนมากมาแสวงประโยชน์จากการรักษาพยาบาลโดยไม่คิดมูลค่า

ประเด็นปัญหา	ข้อเสนอแนะ	หลักการและเหตุผล
	- สมควรปรับราคาค่าบริการไว้สูงกว่าบริการในโรงพยาบาล สมควรแสดงผล ตั้งงานวิจัยการประเมินผลลัพธ์จากการดำเนินงานอย่างมีประสิทธิภาพ (cost effectiveness) มาพิจารณาในการจัดทำโครงการและนำผลการประเมินผลตอบแทนจากการลงทุน (cost benefit analysis) มาใช้ในการกำหนดอัตราค่าบริการ ซึ่งควรเป็นอัตราที่หลากหลายเพื่อการบรรลุนโยบายสาธารณสุขและสุขภาพดี	ปัจจุบัน ค่าบริการสูงถึงร้อยละ 40 ของค่าใช้จ่ายโดยเฉลี่ยของโรงพยาบาล (ส่วนใหญ่เป็นค่ายา) เมื่อประชาชนได้รับการคุ้มครองตามระบบประกันสุขภาพที่กล่าวแล้ว จึงสมควรปรับราคาให้สมเหตุสมผลได้ โดยให้โรงพยาบาลของรัฐแต่ละแห่งกำหนดอัตราค่าบริการเอง เพื่อให้เกิดกลไกในการแข่งขัน (competitive mechanism) และการยกระดับคุณภาพการให้บริการ จำเป็นต้องพิจารณาว่าการลงทุนเพื่อบริการการแพทย์และสาธารณสุข อย่างใดอย่างหนึ่งนั้นคุ้มค่าหรือไม่ ดังกรณีการผ่าตัดเปลี่ยนอวัยวะนั้นแพงมาก แต่ให้ประโยชน์แก่คนไข้รายเดียว ขณะที่การสาธารณสุขพื้นฐานให้ประโยชน์มากกว่า หรือในกรณีที่ใช้ทรัพยากรเพื่อรักษาพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุเหตุจากรางซึ่งเกิดจากการดื่มสุราหรือสิ่งเสพติด หรือการรักษาโรคมะเร็งจากผู้สูบบุหรี่

ธา เวชภัณฑ์ เครื่องมืออุปกรณ์และเทคโนโลยีการแพทย์**สรุปข้อเท็จจริง**

14. ประเทศไทยมีความก้าวหน้าในอุตสาหกรรมในระดับที่สามารถส่งออกได้มีมูลค่าหลายพันล้านบาท แต่ก็ยังต้องนำเข้ายา เวชภัณฑ์ เครื่องมืออุปกรณ์และเทคโนโลยีการแพทย์และสาธารณสุขซึ่งมีราคาแพงมูลค่าหลายหมื่นล้านบาท (รวมตลอดถึงค่าสิทธิประโยชน์ต่าง ๆ) สิ่งที่ต้องพิจารณาคือการขาดการวิจัยและพัฒนาเทคโนโลยีการแพทย์อย่างจริงจัง เพื่อให้ประเทศไทยเป็นผู้นำในอุตสาหกรรมประเภทนี้อย่างน้อยในระดับภูมิภาค อีกประการหนึ่ง ยังขาดการประเมินความคุ้มค่าในการนำเครื่องมืออุปกรณ์และเทคโนโลยีการแพทย์ราคาแพงมาใช้ ดังที่มีการกล่าวกันว่า เมื่อห้าปีที่แล้วกรุงเทพมีเครื่องมือสแกนเนอร์คอมพิวเตอร์สำหรับเอ็กซเรย์ 10 เครื่องต่อประชากรล้านคนสูงกว่าออสเตรเลียและประเทศในยุโรปเกือบทุกประเทศ

ประเด็นปัญหา	ข้อเสนอแนะ	หลักการและเหตุผล
ประเทศไทยต้องนำเข้ายา เวชภัณฑ์ เครื่องอุปกรณ์ทางการแพทย์ราคาแพงจากต่างประเทศ ทำให้มีค่าใช้จ่ายเพื่อสุขภาพสูง นอกจากนี้ยังขาดการประเมินคุณค่าและกำหนดหลักเกณฑ์การใช้ประโยชน์เพื่อให้คุ้มค่ามากที่สุด	- สร้างความแข็งแกร่งแก่อุตสาหกรรมยา เวชภัณฑ์ และเครื่องมืออุปกรณ์ทางการแพทย์และสาธารณสุขของประเทศ - สนับสนุนด้านการวิจัยและพัฒนา และการประดิษฐ์คิดค้น ทั้งด้านเงินทุน ภาษีอากร การให้ยืมตัวบุคลากร ความร่วมมือระหว่างสถาบันของราชการภาคเอกชนและมหาวิทยาลัย - เร่งรัดการผลิตวัตถุดิบหรือแสงสว่างแหล่งวัตถุดิบจากต่างประเทศ โดยใช้มาตรการทางภาษี อากาศสนับสนุนการแปรรูป และการส่งออก รวมทั้งการขยายเทคโนโลยี เพื่อให้สามารถพึ่งตนเองได้ และพยายามยกระดับให้กลายเป็นผู้ส่งออกชั้นนำในภูมิภาค - ให้สำนักงานนโยบายและแผนสาธารณสุขจัดทำฐานข้อมูลเกี่ยวกับยา เวชภัณฑ์ เครื่องมืออุปกรณ์ทางการแพทย์และสาธารณสุข เพื่อทราบสถานะสินค้าคงคลัง (inventory) เพื่อใช้ประโยชน์ในการระดมสรรพกำลัง ในยามฉุกเฉินและการกำหนดนโยบาย	- ถึงแม้ประเทศไทยจะเป็นประเทศส่งออกยาและเวชภัณฑ์ปีหนึ่ง ๆ 2,000-3,000 ล้านบาท แต่ยังคงซื้อเทคโนโลยีและเวชภัณฑ์ราคาแพงมาใช้ในประเทศ ทำให้ค่าใช้จ่ายเพื่อสุขภาพสูงมาก ซึ่งอาจเกิดจากค่านิยมของผู้บริโภคหรือของแพทย์ อย่างไรก็ตามการหลีกเลี่ยงการใช้เทคโนโลยีระดับสูงคงเป็นไปได้ยาก ดังนั้นจึงต้องเร่งวิจัยและพัฒนา และสนับสนุนอุตสาหกรรมภายในประเทศให้สามารถพัฒนาจนทดแทนการนำเข้าหรือสามารถส่งออกได้ - จำเป็นต้องมีฐานข้อมูลในการวางแผน และดำเนินมาตรการเพื่อใช้ประโยชน์เทคโนโลยีระดับสูงหรือเทคโนโลยีที่เหมาะสมให้คุ้มค่า มีการประเมินความคุ้มค่าและการสร้างค่านิยมใหม่ ๆ ให้เป็นที่ยอมรับได้ อย่างที่เคยดำเนินการเกี่ยวกับยาหลักมาแล้ว

ประเด็นปัญหา	ข้อเสนอแนะ	หลักการและเหตุผล
● ขาดการวิจัยและพัฒนาเทคโนโลยีการแพทย์อย่างจริงจังและต่อเนื่อง	- แปรสภาพกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ให้เป็นสถาบันวิจัยและพัฒนาเทคโนโลยีการแพทย์ ดังกล่าวมาแล้วในส่วนโครงสร้างการจัดการ โดยร่วมมือกับมหาวิทยาลัยและกรมวิชาการต่าง ๆ เทคโนโลยีที่ควรติดตามอย่างใกล้ชิดได้แก่ ● โรคเมือร่อน ● การผ่าตัดเปลี่ยนอวัยวะ ● โครโมโซมมนุษย์ (human genome) ● มะเร็ง ● หัวใจ ● image the human brain ● เกสวิทยาจิตวิทยา ● เทคโนโลยีชีวภาพ (เช่น การใช้เซลล์รักษา มะเร็ง วัคซีน) ● การใช้เทคโนโลยีสารสนเทศทางสาธารณสุข ทั้งนี้ให้มีการจัดลำดับความสำคัญก่อนหลัง - รู้ให้การสนับสนุนด้านทุนการวิจัย และการส่งเสริมพัฒนาบุคลากรวิจัย	- เพื่อรักษาสถานะของการแพทย์ และสาธารณสุขของประเทศให้อยู่ในระดับชั้นนำของภูมิภาค จนถึงระดับสามารถขายบริการนี้ระหว่างประเทศได้ ซึ่งสามารถนำเงินตราต่างประเทศเข้ามาได้จำนวนมาก กับเป็นการพัฒนาคุณภาพบุคลากรโดยตรง

ประเด็นปัญหา	ข้อเสนอแนะ	หลักการและเหตุผล
	- รัฐสนับสนุนการถ่ายทอดเทคโนโลยีอย่างจริงจัง	

เทคโนโลยีสารสนเทศ

สรุปข้อเท็จจริง

15. กระทรวงสาธารณสุขมีระบบข้อมูลสาธารณสุขที่ทันสมัยเมื่อเทียบกับกระทรวงอื่น แต่ยังมีปัญหาเกี่ยวกับการเก็บข้อมูลจากหน่วยงานอื่น ๆ และภาคเอกชน ขาดระบบฐานข้อมูลและการสืบค้นที่ใช้ร่วมกัน ขาดบุคลากรผู้เชี่ยวชาญด้านเทคโนโลยีสารสนเทศและบุคลากรในระดับล่าง ผู้บริหารระดับสูงยังไม่ตื่นตัวในเรื่องนี้ ขณะเดียวกันยังมีปัญหาเกี่ยวกับกฎหมายและระเบียบปฏิบัติ

ประเด็นปัญหา	ข้อเสนอแนะ	หลักการและเหตุผล
ข้อมูลมีอยู่การจัดกระจายตามหน่วยงานต่าง ๆ	ให้สำนักงานนโยบายและแผนสาธารณสุข เป็นศูนย์สารสนเทศสาธารณสุขกลาง วางระบบฐานข้อมูลและสารสนเทศ โดยเชื่อมโยงกับหน่วยงานต่าง ๆ ในกรมกองภูมิภาคและท้องถิ่นในระบบ on-line	ระบบสารสนเทศสาธารณสุขเป็นที่ยอมรับโดยทั่วไปว่าถูกต้อง ทันสมัย และเพียงพอต่อการวางแผนและกำหนดนโยบายอยู่แล้ว แต่ยังจำเป็นต้องนำเทคโนโลยีสารสนเทศมาใช้จริงจัง โดยร่วมประสานกับกรม จังหวัดและท้องถิ่น ตลอดจนส่วนราชการอื่นและภาคเอกชน เทคโนโลยีดังกล่าวให้เชื่อมโยงกับระบบ telemedicine ของกระทรวงสาธารณสุขด้วย
ผู้บริหารระดับต่าง ๆ ขาดความตื่นตัวขาดบุคลากรที่ชำนาญด้านเทคโนโลยีสารสนเทศในระดับต่าง ๆ	วางแผนพัฒนาบุคลากรระดับสูงให้มีความรู้ความเข้าใจและตื่นตัวที่จะรับเทคโนโลยีนี้ ขณะเดียวกันมุ่งสร้างบุคลากรทางคอมพิวเตอร์ และสื่อสารโทรคมนาคม ตลอดจนจัดหาอุปกรณ์ต่าง ๆ ที่ทันสมัยมาใช้	
กฎหมาย กฏระเบียบข้อบังคับไม่เอื้ออำนวย และมีหลากหลาย	กระตุ้นให้มีการปรับปรุงกฎหมาย ระเบียบ ข้อบังคับเกี่ยวกับเทคโนโลยีสารสนเทศ	

มาตรการในการนำข้อเสนอสู่การปฏิบัติ**ขั้นตอนที่ 1**

16. สำนักนโยบายและแผนสาธารณสุข สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข และสำนักงานโครงการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข พิจารณามาตรการต่าง ๆ ร่วมกับสำนักงาน ก.พ. เพื่อพิจารณารูปแบบและแนวทางการปฏิรูปที่เหมาะสมและเป็นไปได้ ต่อกันนั้นจัดการสัมมนาหรือ “สมัชชาสาธารณสุขไทย” เพื่อระดมสมอง โดยนำรูปแบบดังกล่าวเป็นเอกสารหลัก

ขั้นตอนที่ 2

17. กระทรวงสาธารณสุขร่าง แผนแม่บทเพื่อการปฏิรูประบบการบริหารจัดการสาธารณสุขแห่งชาติ ประกอบด้วย

- วัตถุประสงค์
- ยุทธศาสตร์
 - ◆ รูปแบบ รวมทั้งโครงสร้าง การกระจายอำนาจ และการแปรรูป
 - ◆ การเงินการคลังสาธารณสุข
 - ◆ มาตรฐานการให้บริการ (benchmarking)
 - ◆ และการประกันคุณภาพ
 - ◆ ความร่วมมือกับภาคเอกชนและชุมชน
 - ◆ กฎหมายการสาธารณสุข
- การบริหารแผน

ขั้นตอนที่ 3

18. นำเสนอคณะกรรมการปฏิรูประบบราชการฯ และคณะรัฐมนตรีเพื่อพิจารณาอนุมัติ

แผนดำเนินการ

19. ในการดำเนินการตามข้อเสนอแนะและมาตรการในการนำข้อเสนอสู่ปฏิบัติ อาจกำหนดแผนดำเนินงานดังนี้

ลำดับ ที่	ข้อเสนอแนะ	ระยะ 0-1 ปี	ระยะ กลาง 1-5 ปี	ระยะ ยาว 5-10 ปี	ผู้รับผิดชอบ
1.	การประชุมระหว่างสำนักงาน ก.พ. สำนักงานและแผน สาธารณสุข สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข และสำนักงาน โครงการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข	↑			สำนักงาน ก.พ.
2.	การประชุม “สมัชชาการสาธารณสุขไทย”	↑			กระทรวงสาธารณสุข
3.	จัดทำแผนแม่บทเพื่อการปฏิรูประบบการบริหารจัดการสา ธารณสุขแห่งชาติ	↑			กระทรวงสาธารณสุข สำนักงาน ก.พ.
4.	นำเสนอคณะกรรมการการปฏิรูประบบราชการฯ และคณะรัฐ มนตรีเพื่ออนุมัติ		↑		กระทรวงสาธารณสุข คณะกรรมการปฏิรูประบบราชการฯ คณะรัฐมนตรี
5.	การปฏิรูปตามแนวทางที่ 1 - แบบค่อยเป็นค่อยไป		↑		กระทรวงสาธารณสุข
6.	การปฏิรูปตามแนวทางที่ 2 - ภายในขอบเขตระบบราชการ		↑		กระทรวงสาธารณสุข
7.	การปฏิรูปตามแนวทางที่ 3 - การปฏิรูปทั้งระบบการบริหาร จัดการดูแลสุขภาพของชาติ		↑		กระทรวงสาธารณสุข
8.	การนำกระบวนการแผนยุทธศาสตร์มาใช้	↑			กระทรวงสาธารณสุข

ลำดับที่	ข้อเสนอแนะ	ระยะตั้ง 0-1 ปี	ระยะกลาง 1-5 ปี	ระยะยาว 5-10 ปี	ผู้รับผิดชอบ
9.	การเสนอกฎหมายการสาธารณสุขและกฎหมายประกันสุขภาพ	↑			รัฐสภา
10.	การแก้ไข กฎหมาย ระเบียบ ข้อบังคับ เกี่ยวกับข้าราชการพลเรือน ระบบงบประมาณ ระบบการเงินการคลัง ระบบการพัสดุ		↑		กระทรวงสาธารณสุข, สำนักงาน ก.พ. กรมบัญชีกลาง , กรมบัญชีกลาง
11.	การจัดตั้งสภาการสาธารณสุขแห่งชาติ ทบวงงานกิจของกระทรวงสาธารณสุข ปรับปรุงโครงสร้างกระทรวงสาธารณสุข		↑		กระทรวงสาธารณสุข สำนักงาน ก.พ.
12.	ปรับปรุงการบริหารส่วนภูมิภาค และการกระจายอำนาจสู่ชุมชน ท้องถิ่น		↑		สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข
13.	การวางแผนทรัพยากรมนุษย์ทางสาธารณสุข	↑			กองการเจ้าหน้าที่ สำนักงานปลัด กระทรวงสาธารณสุข, สำนักงาน ก.พ. ทบวงมหาวิทยาลัย
14.	การให้เอกชนมีส่วนผลิตบุคลากรทางแพทย์และสาธารณสุข ยิ่งขึ้น			↑	
15.	การผลิตบุคลากรระดับผู้ช่วย การอบรมอาสาสมัครและบุคลากรแผนโบราณ		↑		กระทรวงสาธารณสุข, ทบวงมหาวิทยาลัย องค์กรพัฒนาเอกชน

ลำดับ ที่	ข้อเสนอแนะ	ระยะ 0-1 ปี	ระยะ กลาง 1-5 ปี	ระยะ ยาว 5-10 ปี	ผู้รับผิดชอบ
16.	พัฒนาระบบการบริหารทรัพยากรมนุษย์ทางสาธารณสุข เชิงรุก	↑			สำนักงาน ก.พ.
17.	การประกันสุขภาพภาคบังคับ		↑		กองกลางเจ้าหน้าที่ สำนักงานปลัด กระทรวงสาธารณสุข
18.	การปรับอัตราค่าบำรุง		↑		สำนักงานประกันสุขภาพ โรงพยาบาลของรัฐ
19.	การนำระบบประเมินประสิทธิภาพมาใช้	↑			สำนักงานนโยบายและแผนสาธารณสุข
20.	การสร้างเสริมความเข้มแข็งแก่ผู้ดูแลสุขภาพ	↑			สภาอุตสาหกรรมแห่งประเทศไทย
21.	การจัดทำฐานข้อมูล ยา เวชภัณฑ์ อุปกรณ์ (inventory)	↑			สำนักงานนโยบายและแผนสาธารณสุข
22.	การจัดตั้งสถาบันวิจัยและพัฒนาเทคโนโลยีการแพทย์และ สาธารณสุข		↑		กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์
23.	การพัฒนาศูนย์สารสนเทศสาธารณสุข		↑		สำนักงานนโยบายสาธารณสุข
24.	การพัฒนาบุคลากรทางสาธารณสุข		↑		สถาบันพระบรมราชชนก
25.	การแก้ไขปรับปรุงกฎหมายสาธารณสุข		↑		สำนักงานกฤษฎีกา

เงื่อนไขสู่ความสำเร็จ

20. มีเงื่อนไขสู่ความสำเร็จหลายประการที่ควรนำมาพิจารณา ได้แก่ เจตนารมณ์ทางการเมือง และกดดันทางสภาพแวดล้อม แรงต่อต้านและสนับสนุนของบุคลากรผู้มีวิชาชีพทางการแพทย์ และสาธารณสุข

ประการแรก ความสำเร็จของการปฏิรูปการบริหารราชการใด ๆ ขึ้นอยู่กับเจตนารมณ์ทางการเมือง และผู้นำทางการเมืองที่ต้องการให้เกิดการเปลี่ยนแปลงเพื่อประโยชน์แห่งรัฐหรือประชาชาติ แต่นักการเมืองต้องฟังเสียงประชาชนและขอคำแนะนำจากข้าราชการชั้นผู้ใหญ่ซึ่งมักมีแนวโน้มเป็นไปในทางอนุรักษ์นิยม อย่างไรก็ตาม ถ้ามีเหตุผลที่เหมาะสม ข้อเสนอเพื่อการปฏิรูประบบการบริหารจัดการสาธารณสุขก็น่าได้รับการยอมรับจากฝ่ายการเมือง โดยเฉพาะการประกันสุขภาพ และการกำหนดมาตรฐานคุณภาพบริการทางการแพทย์

ประการที่สอง แรงกดดันทางสภาพแวดล้อมทั้งเศรษฐกิจ สังคม การเมือง เทคโนโลยี โดยเฉพาะกระแสโลกาภิวัตน์ มีผลกระทบต่อระบบการบริหารจัดการสาธารณสุขอย่างรุนแรง เมื่อทรัพยากรมีจำกัด แต่ความต้องการและความคาดหวังของสาธารณสุขชนมีสูงมาก รัฐจำเป็นต้องทบทวนภารกิจและบทบาท ซึ่งไม่น่ามีทางเลือกอื่นนอกจากการกระจายอำนาจและการแปรรูป เพื่อให้บริการดูแลสุขภาพของชาติมีประสิทธิภาพ ประสิทธิภาพ คุณภาพ เข้าถึงได้ เป็นธรรมและเท่าเทียมกัน

ประการสุดท้าย การปฏิรูปการบริหารจัดการระบบการบริการดูแลสุขภาพเกี่ยวข้องกับบุคลากรผู้มีวิชาชีพทางการแพทย์และสาธารณสุขโดยตรง บุคลากรกลุ่มนี้เองที่เป็นผู้ตัดสินใจอนาคตของตนเอง ซึ่งน่าจะดีขึ้นกว่าปัจจุบันถ้ามีการเปลี่ยนแปลงตามข้อเสนอแนะ แต่จากประสบการณ์ในต่างประเทศผู้ประกอบวิชาชีพอาวุโสซึ่งมีความมั่นคงในอาชีพการงานมักต้องการรักษาภาวะเดิม (status quo) ไม่ปรารถนาเปลี่ยนแปลง จึงมีแนวโน้มต่อต้านการเปลี่ยนแปลงใด โดยมักกระทำผ่านสมาคมวิชาชีพ ซึ่งในหลายกรณีบุคลากรรุ่นหนุ่มสาวมักไม่เห็นด้วย แต่ต้องยอมรับคล้อยตามความเห็นของผู้อาวุโส อย่างไรก็ตามถ้ามีแรงกดดันสูง ด้านทางการเมืองและด้านสภาพแวดล้อม กลุ่มผลประโยชน์นี้ก็จำเป็นต้องยอมรับสภาพ โดยอาจประนีประนอมใช้ช่วงเวลาดำเนินการปฏิรูปเป็นขั้นตอน (phasing) ซึ่งในกรณีของประเทศไทย อาจต้องใช้เวลาถึงสิ้นปีในการปรับรื้อระบบการบริหารจัดการบริการดูแลสุขภาพแห่งชาติดังกล่าวมาแล้ว

บรรณานุกรม

ภาษาไทย

หนังสือ

- กระทรวงสาธารณสุขและคณะกรรมการสาธารณสุข สภาผู้แทนราษฎร (ไม่ระบุปีพิมพ์) ร่างพระราชบัญญัติประกันสุขภาพและมาตรฐานการให้บริการด้านสาธารณสุข กรุงเทพมหานคร ไม่ระบุโรงพิมพ์
- กองฝึกอบรม สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข (2540) โครงการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข ไม่ระบุโรงพิมพ์ กรุงเทพมหานคร
- คณะกรรมการงานฉลอง 100 ปี ศิริราช (2531) ประวัติการแพทย์สมัยกรุงรัตนโกสินทร์ อมรินทร์พรินต์ติ้ง กรุงเทพมหานคร
- เทียนฉาย กีระนันท์ (2531) การจัดหา การกระจาย และการใช้ทรัพยากรสาธารณสุขตลอดจนการเงินการคลังเพื่อการพัฒนาสาธารณสุขในประเทศไทย ในการประชุมสมัชชาสาธารณสุขไทยครั้งที่ 1 อำเภอ จันทาวัฒนะ และสุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ (บรรณาธิการ) เรือนแก้วการพิมพ์ กรุงเทพมหานคร
- บรรลุ ศิริพานิช (2531) การพัฒนาระบบบริการสาธารณสุขเพื่อเป้าหมายสุขภาพดีถ้วนหน้า ในการประชุมสมัชชาสาธารณสุขไทยครั้งที่ 1 อำเภอ จันทาวัฒนะและสุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ (บรรณาธิการ) เรือนแก้วการพิมพ์ กรุงเทพมหานคร
- ประเวศ วะสี (2531) สถานะสุขภาพของประชาชนไทย ในการประชุมสมัชชาสาธารณสุขไทยครั้งที่ 1 อำเภอ จันทาวัฒนะและสุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ (บรรณาธิการ) เรือนแก้วการพิมพ์ กรุงเทพมหานคร
- วิจารณ์ พานิช (2531) การพัฒนากำลังคนด้านสาธารณสุข ในการประชุมสมัชชาสาธารณสุขไทย ครั้งที่ 1 อำเภอ จันทาวัฒนะ และสุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ (บรรณาธิการ) เรือนแก้วการพิมพ์ กรุงเทพมหานคร
- วิทย์ เทียงบุญธรรม (2538) พจนานุกรมการแพทย์ รวมสามเล่ม กรุงเทพมหานคร
- สงวน นิตยารัมภ์พงศ์ และปฐม สวรรค์ปัญญาเลิศ (2537) ปฐมบทระบบประกันสุขภาพภายใต้พระราชบัญญัติประกันสังคม : ข้อเสนอแนะและที่มา สำนักนโยบายและแผนสาธารณสุข กรุงเทพมหานคร
- สถาบันที่ปรึกษาเพื่อพัฒนาประสิทธิภาพในราชการ (2540) ผลการวิจัยเรื่องการศึกษาเพื่อวิเคราะห์นโยบายและพัฒนาแนวทางการกระจายอำนาจงานสาธารณสุขสู่ภูมิภาค และ ท้องถิ่น ไม่ระบุโรงพิมพ์ กรุงเทพมหานคร
- สำนักนโยบายและแผนสาธารณสุข (2539) สถานภาพและความพร้อมขององค์การบริหารส่วนตำบล (อบต.) และสถานีอนามัย (สต.) ในการดำเนินงานพัฒนาสาธารณสุข

เพื่อรองรับการกระจายอำนาจสู่ท้องถิ่น โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก กรุงเทพมหานคร

สำนักนโยบายและแผนสาธารณสุข (2540) สรุปสาระสำคัญแผนพัฒนาการสาธารณสุขในช่วงแผนพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 8 (พ.ศ.2540 - 2544) โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก กรุงเทพมหานคร

สำนักงานโครงการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข (2540) โครงการปฏิรูประบบบริหารสาธารณสุข ไม่ระบุโรงพิมพ์ กรุงเทพมหานคร

สถิติสาธารณสุข 2530 2531 2537

วารสาร

ณรงค์ เทียนสง (2536) ปัญหาสุขภาพอนามัยของผู้สูงอายุในชนบท ศึกษาเฉพาะกรณีอำเภอควนขนุน จังหวัดพัทลุง วารสารกระทรวงสาธารณสุข 12: 10 12 ตุลาคม - ธันวาคม 2536 148 - 189

สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ (2532) ระดับความสามารถในการให้บริการในโรงพยาบาลชุมชนหนึ่งทศวรรษแห่งการพัฒนา แพทย์สภาสาร กรกฎาคม 2532 66 - 76

อรรถัย รวยอาจิน (2539) พฤติกรรมสุขภาพ : การวิจัยที่ไร้ทิศทางของระบบสาธารณสุขไทย สังคมศาสตร์การแพทย์ 8 : เมษายน 2539 30 - 40

ภาษาอังกฤษ

Books

Banta, H.D. and Kemp, K.B. (1982) The Management of Health Care Technologies in Nine Countries. Springer, New York.

Better Health Commission, the (1986) Looking Forward to Better Health Australian Government Publishing Service, Canberra

Babson, J.H. (1972) Health Care Delivery Systems. A Multinational Survey. Pitman, London

Crease, A. (1983) The economic evaluation of immunization programs. In The Economics of Health in Developing Countries (ed. K. Lee and A. Mills). Oxford, Oxford

Donabedian, A. (1980) Explanation in Quality Assessment and Monitoring Volume I, Definition of Quality and Approaches to its Assessment. Health Administration Press, University of Michigan, Ann Arbor

- Ellencweig, Avi Yacar (1992) **Analyzing Health Systems : A Modular Approach.** Oxford, Oxford
- Enthoven, A.C. (1980) **Health Plan.** Addison Wesley. Reading, Mass.
- Goldsmith, H.F. et al (1975) **A Typoligical Approach to Doing Social Area Analysis.** US Public Health Service Publication Office, Washington D.C.
- Griffin, Charles (1992) **Health Care in Asia : A Comparative Study of Cost and Financing.** World Bank, Washington D.C.
- Hanslawka, H.et al. (1986) **New Developments in the Analysis of Mortality and Causes of Death.** Amarin Press, Bangkok
- Holland, W.W. (1983) **Concepts and meaning in evaluation of health care.** In **Evaluation of Health Care** (ed. W.W. Holland). Oxford, Oxford
- Kleczkowski, Bogdan M. et al. (1984) **National Health Systems and Their Reorientation Towards Health for All.** WHO, Geneva
- Kohn R. and White K.L. ed. (1976) **Health care : An International Study.** Oxford, London
- Lalonde, M. (1974) **A New Perspective on the Health of Canadians** Government of Canada, Ottawa
- Long, A.F. (1985) **Effectiveness : definitions and approaches.** In **Health Service Performance Effectiveness and Efficiency** (ed. A.F. Long and S. Harrison). Croom Helm. London
- Mills, Ann et al. (1990) **Health System Decentralization.** WHO, Geneva
- Mooney, G. (1986) **Economics, Medicine, and Health Care.** Wheatsheaf, Sussex
- New Zealand Ministry of Health (1995) **Corporate Plan 1995/96.** Wellington
- Newsom - Davis, J. and Weatherall, D.J. (ed.) (1994) **Health Policy and Technological Innovation.** Chapman & Hall,. London
- Nitayarumphong, Sanguan and Pannarunothai, Supasit (1977) **Thailand at the crossroads : challenges for health care reform.** In **Health Care Reform : At the Frontier of Research and Policy Decisions** (ed. Sanguan

- Nitayarumphong). Office of Health Care Reform, Ministry of Public Health, Nontaburi
- Øvretveit, J (1992) **Health Service Quality** Blackwell, London
- Palmer, George R. and Short, Stephanie D. (1995) **Health Care & Public Policy**. Macmillan, Sydney
- Rondinelli D.A. et al. (1983) **Decentralization in Developing Countries**. World Bank (Staff Working Paper 581) Washington D.C.
- Shuval, J.T. et al. (1970) **Social Functions of Medical Practice**. Jossey – Bass. Sanfrancisco
- WHO (1979) **Formulating Strategies for Health for All By the Year 2000**. Series No.2, Geneva
- WHO (1981) **Health Programs Evaluation : Guiding Principles for Its application in the Managerial Process for National Health Development**. Geneva
- WHO (1986) **The Ottawa Charter for Health Promotion**, Copenhagen
- WHO (1985) **World Health Statistics Annual**. Geneva
- WHO (1995) **World Health Report, Bridging the Gaps**. Geneva
- USDHEW (1976) **The British National Health Service**. US Government Printing Office, Washington D.C.
- UN (various years) **United Nations Demographic Yearbook**. New York
- Wilson, C. (1987) **Hospital-Wide Quality Assurance**. WB Saunders, Eastbourne
- Series**
- Anderson O.W. (1978) Health Status indices and access to medical care. **American Journal of Public Health** , 68, 458-63
- Berwick D. (1989) Continuous improvement as an ideal in health care. **New England Journal of Medicine** , 320, 1, 53-56
- Charlton, J.R.W.et al. (1983) Geographical variations in mortality from conditions amenable to medical intervention in England and Wales. **Lancet** , 26 , March, 691-6

- Chen M.K. (1979) Measuring needs for health services : a proposal model. **Medical Care** , 17 , 210-14
- Dever, Alan (1980) Community health analysis- a holistic approach. **Aspen** , 41-42
- Field, M.J. and Gray, B.H. (1989) Commentary - Should we regulate utilization management ? **Health Affairs**, 8, 4, 103-12
- Findlay, S. (1989) Looking over the doctors' shoulder. **US News and World Report**, January, 30
- Fuchs, V.R. (1979) Economics, health and post industrial society. **Milbank Memorial Fund Quarterly**, 57, 153-82
- Goodman, A.B. and Graig T.J. (1982) A needs assessment strategy for an era of limited resources. **American Journal of Epidemiology**, 115, 624-32
- Maxwell R. (1984) Quality assessment in health. **British Medical Journal**, 288, 1470-72
- Parasuraman, A., et al. (1985) A conceptual model of service quality and its implications for future research. **Journal of Marketing**, 49, Autumn, 41- 50
- Politt, C. (1987) Capturing Quality ? The Quality issue in British and American health policies. **Journal of Public Policy**, 7, 71 - 91
- Rondinelli D.A. (1981) Government decentralization in comparative theory and practice in developing countries. **International Review of Administrative Sciences**, 47, 2. 133-35
- Rondinelli D.A. (1983) Implementing decentralization programs in Asia : a comparative analysis. **Public Administration and Development**, 3, 181- 207
- Roos N.P.et al. (1976) The impact of the physician surplus on the distribution of physicians across Canada. **Canadian Health Policy**, 2, 161-91
- Russel, L.B. and Sisk, J.E. (1988) Medical technology in the United States : The last decade. **International Journal of Technology Assessment in Health Care**. 4, 2,269-86

Sorkin, A.L. (1976) Health economics in developing countries. **Lixington Books**, 159-60

Stocking, B. (1988) Medical technology in the United Kingdom. **International Journal of Technological Assessment in Health Care**, 4 21, 171-84

ภาคผนวก ก

สถิติสาธารณสุข

ตารางที่ 1 จำนวนและอัตราเพิ่มตามธรรมชาติของประชากรสำมะโน พ.ศ. 2454-2533

ปีทีุ่ล่ำนมะโน (1)	จำนวนประชากร ที่สำรวจได้ (2)	จำนวนประชากร ที่เพิ่มขึ้น (3)	อัตราเพิ่มของ ประชากร 1,000 คน (4)	จำนวนคนอพยพ เข้า อพยพออก (5)	จำนวนประชากรที่ เพิ่มตามธรรมชาติ (6)=(3)-(5)	อัตราเพิ่มตามธรรมชาติ ของประชากร 1,000 คน (7)
2454	8,266,408					
2462	9,207,355	940,947	13.6	113,300	827,647	12.0
2472	11,506,207	2,298,852	26.9	383,684	191,516	18.5
2480	14,464,105	2,957,898	29.6	126,783	2,831,115	28.4
2490	17,442,689	2,978,584	18.9	181,190	2,797,394	17.8
2503	26,257,916	8,815,227	32.2	340,288	8,474,939	31.1
2513	34,397,374	8,139,458	27.6	28,902	8,110,556	27.3
2523	44,824,540	10,427,166	26.8	113,930	10,313,236	26.6
2533	54,532,300	9,707,760	19.8	324,402	9,383,358	-

ที่มา : สำนักงานสถิติแห่งชาติ

ภาคผนวก

ตารางที่ 2 ร้อยละของประชากรสำมะโน จำนวนตามเพศและหมวดอายุต่ำกว่า 15 ปี , 15-44 ปี, และ 45 ปีขึ้นไป
พ.ศ. 2490,2503,2513,2523 และ 2533

หมวดอายุ	2490			2503			2513			2523			2533		
	รวม	ชาย	หญิง	รวม	ชาย	หญิง	รวม	ชาย	หญิง	รวม	ชาย	หญิง	รวม	ชาย	หญิง
ทุกอายุ	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
ต่ำกว่า 14	42.4	42.6	41.9	43.1	43.4	42.8	45.1	45.8	44.3	38.3	39.3	37.4	28.8	29.7	28.0
15-44	44.4	44.0	44.4	42.8	42.9	42.7	41.3	41.0	47.7	46.2	45.9	46.5	51.6	51.4	51.6
45+	13.4	13.2	13.4	13.9	13.5	14.3	13.5	13.1	13.9	15.5	14.8	16.1	19.6	18.9	20.4
ไม่ทราบอายุ	0.1	0.1	0.1	0.2	0.2	0.2	0.1	0.1	0.1	-	-	-	-	-	-

ที่มา : สำนักงานสถิติแห่งชาติ

ตารางที่ 3 อายุคาดเฉลี่ย จำแนกตามเพศและหมวดอายุ พ.ศ. 2512-2534

หมู่ (ปี)	2512-2514		2517-2519		2523-2524		2528-2532		2534	
	ชาย	หญิง	ชาย	หญิง	ชาย	หญิง	ชาย	หญิง	ชาย	หญิง
ต่ำกว่า 1 ปี	57.70	61.35	58.00	63.82	58.63	65.50	61.75	67.50	67.74	72.49
1-4	61.44	64.87	62.14	66.50	60.91	67.24	64.70	69.32	69.83	74.77
5-9	59.34	61.99	60.06	64.54	58.11	64.67	61.98	66.23	66.21	71.09
10-14	55.23	59.08	55.74	60.65	53.72	60.39	57.43	61.55	61.58	66.42
15-19	50.80	54.92	51.21	56.00	49.11	55.74	52.76	56.79	56.91	61.61
20-24	46.40	50.44	46.74	51.72	44.84	51.27	48.26	52.13	52.28	56.92
25-29	42.06	46.22	42.39	47.26	40.89	46.81	43.90	47.56	47.71	52.33
30-34	37.75	42.01	37.98	42.77	36.86	42.33	39.50	43.03	43.22	47.66
35-39	33.56	37.80	33.97	38.42	32.83	37.91	35.12	38.52	38.79	43.05
40-44	29.47	33.64	30.18	34.20	28.91	33.59	30.80	34.07	34.44	38.55
45-49	25.66	29.58	26.48	30.20	25.21	29.45	26.59	29.60	30.18	34.11
50-54	21.94	25.50	22.69	26.57	21.80	25.51	22.58	25.34	26.08	29.72
55-59	18.26	21.75	19.44	22.54	18.59	21.75	18.80	21.26	22.28	25.89
60-64	14.72	18.21	16.07	18.88	15.54	18.17	15.32	17.37	18.79	21.95
65-69	11.84	14.82	13.30	15.50	12.79	14.90	12.19	13.79	15.68	18.30
70-74	9.22	11.83	10.62	12.48	10.20	11.82	9.41	10.66	12.81	14.76
75-79	6.93	9.27	8.65	9.83	7.69	8.87	7.01	7.93	10.50	11.44
80 ปีขึ้นไป	-	-	7.17	7.27	5.04	5.89	5.04	5.70	9.30	9.01

หมายเหตุ : พ.ศ. 2512-2514 ราชบัณฑิตยสถานพัฒนาเศรษฐกิจแห่งชาติ

พ.ศ. 2517-2519 การสำรวจการเปลี่ยนแปลงของประชากร

พ.ศ. 2523-2524 ราชบัณฑิตยสถานพัฒนาเศรษฐกิจแห่งชาติ และ สังคมแห่งชาติ พ.ศ. 2528

พ.ศ. 2528-2533 อายุคาดเฉลี่ยเบื้องต้นเกิดจากการประมาณประชากร สำนักคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ พ.ศ. 2528

และอายุคาดเฉลี่ยที่อายุอื่น ๆ คำนวณจากตารางชีวิตแบบ West model Level 19-21

พ.ศ. 2534 คำนวณจากและคณะ

ตารางที่ 4 อายุคาดเฉลี่ยเมื่อแรกเกิดรวมและจำแนกตามเพศ พ.ศ. 2533-2558

พ.ศ.	อายุคาดหมายเฉลี่ยของประชากรเมื่อแรกเกิด		
	รวม	ชาย	หญิง
2533-2538	68.72	66.48	71.04
2538-2543	69.51	67.36	71.74
2543-2548	70.23	68.15	72.39
2548-2553	70.89	68.83	73.00
2553-2558	71.50	69.50	73.58

ที่มา : กองวางแผนทรัพยากรมนุษย์ สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ การคาดประมาณแนวโน้มการเปลี่ยนแปลงประชากรไทย 2533-2558

ตารางที่ 5 จำนวนเกิดมีชีพ ตาย ทารกตาย มารดาตาย กับอัตราและพรรณมีชีพ พ.ศ. 2525-2538

ปี	จำนวน				อัตรา			
	เกิดมีชีพ	ชาย	ทารกตาย	มารดาตาย ¹	เกิดมีชีพ ²	ตาย ³	ทารกตาย ⁴	มารดาตาย ⁵
2525	1,075,632	247,402	13,286	749	22.2	5.1	12.4	0.7
2526	1,055,602	252,592	13,096	970	21.3	5.1	12.4	0.6
2527	956,680	225,282	10,820	459	19.0	4.5	11.3	0.5
2528	973,624	225,088	10,534	409	18.8	4.4	10.6	0.4
2529	945,827	218,025	8,990	326	18.0	4.1	9.5	0.3
2530	864,043	232,968	9,356	329	16.5	4.3	10.6	0.4
2531	873,842	231,227	8,113	237	16.0	4.2	9.3	0.3
2532	905,837	246,570	7,669	206	16.3	4.4	8.5	0.2
2533	956,237	252,512	7,694	237	17.0	4.5	8.0	0.2
2534	960,556	264,350	7,926	188	17.0	4.7	8.3	0.2
2535	964,557	275,313	7,256	137	16.8	4.8	7.5	0.1
2536	957,832	285,731	7,048	120	16.5	4.9	7.4	0.1
2537	960,248	305,526	6,826	104	16.3	5.2	7.1	0.1
2538	963,678	324,642	6,920	103	16.2	5.5	7.2	0.1

ที่มา : สำนักนโยบายและแผนสาธารณสุข

หมายเหตุ : 1. มารดาตาย คือ การตายเนื่องจากการคลอดและภาวะแทรกซ้อนในการมีครรภ์และระยะสุไฟ (ภายใน 6 สัปดาห์หลังคลอด)

2. อัตราเกิดมีชีพและตายต่อประชากร 1,000 คน

3. อัตราการตายและมารดาตาย ต่อเกิดมีชีพ 1,000 คน

4. อัตราทารกตาย จากการสำรวจโดยการรายงานของสถานสาธารณสุขเขต

5. ตารางมีชีพหรืออัตราส่วนเกิดตาย เป็นจำนวนเกิดมีชีพต่อตาย 100 คน

ตารางที่ 6 จำนวนตายในอายุต่ำกว่า 28 วัน (ทารกแรกเกิดตาย) และต่ำกว่า 1 ปี (ทารกตาย) จำแนกตามเพศและมารดาตาย กับอัตราต่อเกิดมีชีวิต 1,000 คน พ.ศ. 2525-2538

ปี	พมในอายุต่ำกว่า 28 วัน (ทารกแรกเกิดตาย)						ตมในอายุต่ำกว่า 1 ปี (ทารกตาย)						มารดาตาย	
	รวม			หญิง			รวม			หญิง				
	จำนวน	อัตรา	จำนวน	อัตรา	จำนวน	อัตรา	จำนวน	อัตรา	จำนวน	อัตรา	จำนวน	อัตรา	จำนวน	อัตรา
2525	5,238	4.9	3,069	5.6	2,169	4.1	13,286	12.4	7,792	14.2	6,494	10.4	749	0.7
2526	5,299	5.0	3,005	5.6	2,294	4.4	13,096	12.4	7,486	14.0	5,610	10.8	670	0.6
2527	4,830	5.0	2,755	5.6	2,075	4.4	10,820	11.3	6,078	12.4	4,742	10.1	459	0.5
2528	4,084	4.2	2335	4.7	1,749	3.7	10,534	10.8	6,019	12.1	4,515	9.5	409	0.4
2529	3,452	3.6	2,015	4.2	1,437	3.1	8,990	9.5	5,156	10.7	3,834	8.3	328	0.3
2530	3,443	3.9	1,977	4.4	1,466	3.4	9,358	10.6	5,366	11.9	3,992	9.3	329	0.4
2531	3,317	3.8	1,923	4.3	1,394	3.3	8,113	9.3	4,658	10.4	3,455	8.1	237	0.3
2532	3,235	3.6	1,936	4.2	1,299	3.0	7,689	8.5	4,461	9.6	3,208	7.3	206	0.2
2533	3,392	3.5	2,006	4.1	1,386	3.0	7,694	8.0	4,507	9.2	3,187	6.9	237	0.2
2534	3,652	3.8	2,059	4.2	1,599	3.4	7,928	8.3	4,561	9.2	3,367	7.2	186	0.2
2535	3,259	3.4	1,908	3.9	1,351	2.9	7,256	7.5	4,182	8.5	3,074	6.5	137	0.1
2536	3,316	3.5	1,949	4.0	1,367	2.9	7,048	7.4	4,059	8.3	2,989	6.4	120	0.1
2537	3,131	3.3	1,800	3.6	1,331	2.9	6,828	7.1	3,893	7.9	2,935	6.3	104	0.1
2538	3,185	3.3	1,835	3.7	1,350	2.9	6,920	7.2	3,836	7.8	3,082	6.6	103	0.1

ที่มา : สำนักงานนโยบายและแผนสาธารณสุข

ตารางที่ 7 จำนวนทหารเกณฑ์ในท้องและภายใน 7 วันหลังคลอด จำนวนและเมตริกซ์ 1,000 คน พ.ศ. 2534-2538

ภาค	2534		2535		2536		2537		2538		
	จำนวน	อัตรา	จำนวน	อัตรา	จำนวน	อัตรา	จำนวน	อัตรา	จำนวน	อัตรา	
ทุกภาค	ว	3,224	3.4	2,817	2.9	2,739	2.9	2,402	2.5	2,437	2.5
	ข	1,775	3.6	1,608	3.2	1,562	3.2	1,370	2.8	1,383	2.8
	ค	1,449	3.1	1,209	2.6	1,177	2.5	1,032	2.2	1,054	2.2
ภาคเหนือ	ว	742	4.4	624	3.9	596	3.8	536	3.5	561	3.7
	ข	408	4.7	358	4.4	314	3.9	295	3.8	326	4.2
	ค	334	1.1	266	3.1	363	3.7	241	3.3	235	3.2
ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ	ว	745	2.3	679	2.1	610	1.9	468	1.5	462	1.5
	ข	424	2.6	386	2.4	360	2.2	288	1.8	268	1.7
	ค	321	2.0	293	1.9	250	1.6	180	1.2	194	1.3
ภาคกลาง (รวม กทม.)	ว	1,545	4.9	1,350	4.0	1,293	3.9	1,214	3.5	1,226	3.4
	ข	842	4.9	769	4.2	759	4.4	683	3.8	680	3.6
	ค	703	4.3	581	3.5	534	3.3	531	3.1	546	3.1
ภาคใต้	ว	192	1.5	164	1.1	240	1.7	184	1.2	188	1.3
	ข	101	1.5	95	1.3	129	1.8	104	1.3	109	1.5
	ค	91	1.4	69	1.0	111	1.6	80	1.1	79	1.1
กรุงเทพมหานคร	ว	896	6.2	798	5.6	702	4.9	641	4.3	38	0.2
	ข	496	6.6	444	6.0	416	5.6	346	4.5	18	0.2
	ค	400	5.7	354	5.1	286	4.1	2.9	4.2	20	0.3

ที่มา : สำนักงานโยกย้ายและแผนสภากาชาด

**ตารางที่ 8 ลำดับกลุ่มสาเหตุการตายตามอัตราต่อประชากร 100,000 คน สิบกลุ่มแรก
ตามบัญชีตารางโรคพื้นฐาน จากบัญชีจำแนกโรกระหว่างประเทศ แก์โซ
ครั้งที่ 10 พ.ศ. 2538**

กลุ่มสาเหตุ	ลำดับ	รวม		ชาย		หญิง	
		จำนวน	อัตรา	จำนวน	อัตรา	จำนวน	อัตรา
โรกระบบไหลเวียนเลือด (I00-I99)	1	56,318	95.0	35,191	118.8	21,127	71.2
อุบัติเหตุทั้งหมด (V01-V99, W00-W99, X00-X59, Y10-Y89)	2	44,295	74.7	35,603	120.2	8,692	29.3
โรคเนื้องอก (C00-D48)	3	30,195	50.9	18,202	61.5	11,993	40.4
โรกระบบหายใจ (J00-J98)	4	22,630	38.2	14,229	51.4	7,401	25.0
โรคติดเชื้อและปรสิตบางชนิด (A00-B99)	5	17,567	29.6	17,789	39.8	5,778	19.5
โรกระบบย่อยอาหาร (KK)	6	10,492	17.7	7,456	25.2	3,036	10.2
โรกระบบประสาท (G00-G98)	7	8,094	13.7	5,445	18.4	2,649	8.9
โรคของระบบสืบพันธุ์ร่วมปัสสาวะ (N00-N98)	8	6,685	11.3	3,690	12.5	2,995	10.1
โรคต่อมไร้ท่อโภชนาการและเมตะบอลิซึม (E00-E88)	9	4,645	7.8	1,904	6.4	2,741	9.2
การทำร้ายตัวเอง (X60-X84)	10	4,296	7.2	3,143	10.6	1,153	3.9

ที่มา : สำนักงานนโยบายและแผนสาธารณสุข

ตารางที่ 9 จำนวนตายด้วยสาเหตุที่สำคัญกับอัตราต่อประชากร 100,000 ปี 2534-2538

สาเหตุการตาย	2534		2535		2536		2537		2538	
	จำนวน	อัตรา	จำนวน	อัตรา	จำนวน	อัตรา	จำนวน	อัตรา	จำนวน	อัตรา
รวม	264,350	466.5	275,313	479.8	260,731	492.1	305,526	520.3	324,842	548.0
โรคหัวใจ (I05-I09,I20-I52)	31,003	54.7	32,131	56.0	33,989	58.5	36,680	62.5	41,053	69.2
อุบัติเหตุและการเป็นพิษ (V1-V99, W00-W99,X00-X59,Y10-89Y)	25,852	45.6	27,811	48.5	30,599	52.7	36,155	61.5	36,435	61.5
มะเร็งทุกชนิด (C00-D48)	23,332	41.2	24,961	43.5	26,132	45.0	28,741	48.9	30,195	50.9
ความดันเลือดสูงและโรคหลอดเลือดใน สมอง(I10-I15,I60-I69)	9,035	15.9	9,709	16.9	9,496	16.4	9,231	15.7	9,548	16.1
การบาดเจ็บจากการฆ่าตัวตาย ถูกฆ่าตาย และอื่น ๆ (X60-X84,X85-Y09)	8,386	14.8	8,732	15.2	8,553	14.7	6,498	11.1	7,880	13.3
โรคเกี่ยวกับตับและตับอ่อน(K70-K87)	7,566	13.4	7,644	13.3	7,527	13.0	7,659	13.0	7,556	12.9
ปอดอักเสบและโรคอื่น ๆ ของปอด (J12-J18,J80-J94)	6,393	11.3	6,569	11.4	8,005	13.8	6,581	11.2	7,000	11.8
ไตอักเสบ กลุ่มอาการของไตพิการและไต พิการ (N00-N29)	4,511	8.0	5,556	9.7	5,761	9.9	5,814	9.9	6,527	11.0
วัณโรคทุกชนิด (A15-A19)	3,663	6.6	3,596	6.3	3,514	6.1	3,473	5.9	4,144	7.0
อัมพาตทุกชนิด (G80-G83)	3,466	6.1	3,566	6.2	3,152	5.4	3,259	5.6	3,433	5.8
อื่น ๆ	141,143	249.1	145,049	252.8	149,003	256.6	161,435	274.9	170,991	286.4

ที่มา : สำนักงานนโยบายและแผนสาธารณสุข

- หมายเหตุ : 1. ข้อมูลนี้ได้จากมรณบัตร
2. โรคหัวใจรวมหัวใจวายด้วย
3. เรียงลำดับสาเหตุตามปี 2535

ตารางที่ 10 จำนวนตายของทารกด้วยสาเหตุที่สำคัญกับอัตรา ต่อเกิดมีชีวิต 100,000 คน พ.ศ. 2534-2538

สาเหตุตาย	2534		2535		2536		2537		2538	
	จำนวน	อัตรา	จำนวน	อัตรา	จำนวน	อัตรา	จำนวน	อัตรา	จำนวน	อัตรา
ไข้ไม่ทราบสาเหตุ (R509)	1,097	1.1	987	1.0	786	0.8	648	0.7	548	0.6
อุบัติเหตุของหัวใจที่ไม่ระบุไว้ (Q249)	1,014	1.1	946	1.0	824	0.9	697	0.7	373	0.4
เหตุพิษวิทยาและมฤตภาพที่กำหนดไม่ชัดเจนและไม่ทราบสาเหตุอื่น ๆ และไม่ระบุไว้ (R99)	756	0.8	710	0.7	721	0.8	704	0.7	635	0.6
ทารกคลอดก่อนกำหนดอื่น ๆ (P073)	605	0.6	536	0.6	544	0.6	449	0.5	501	0.5
ปอดอักเสบ จุลินทรีย์ไม่ระบุจำเพาะ (J18)	541	0.6	520	0.5	600	0.6	590	0.6	445	0.5
การหายใจล้มเหลว (J969)	365	0.4	349	0.4	395	0.4	350	0.4	375	0.4
เลือดเป็นพิษไม่ระบุจำเพาะ (A419)	420	0.4	404	0.4	401	0.4	390	0.4	463	0.5
อาการเนื่องจากระบบไหลเวียนโลหิตและอาการอื่น ๆ ที่ระบุไม่ชัดเจน และไม่ระบุจำเพาะ (P969)	333	0.3	288	0.3	236	0.2	251	0.3	139	0.1
อาการหายใจอื่น ๆ ของทารกและทารกเกิดใหม่ไม่ระบุจำเพาะ (P28)	284	0.3	301	0.3	340	0.4	323	0.3	336	0.3
อาการท้องร่วงชนิดเฉียบ (A09)	210	0.2	199	0.2	145	0.2	133	0.1	145	0.2

ที่มา : สำนักงานนโยบายและแผนสาธารณสุข

**ตารางที่ 11 จำนวนมารดาตายตามกลุ่มสาเหตุ ตามบัญชีตารางโรคพื้นฐานจากบัญชี
จำแนกโรคระหว่างประเทศ**

กลุ่มสาเหตุ	2535	
	จำนวน	อัตรา
การตั้งครรภ์ การคลอดและระยะหลังคลอด (000-099)	103	0.1
- ท้องแล้วแท้ง (00-08)	11	0.0
- การบวม การมีโปรตีนในปัสสาวะและความดันโลหิตสูง ขณะตั้งครรภ์ การคลอดและหลังคลอด	16	0.0
- ความผิดปกติอื่นที่ส่วนใหญ่เป็นผลจากการตั้งครรภ์ (020-029)	-	-
- การดูแลมารดาที่เกี่ยวข้องกับเด็กและถุงน้ำคร่ำและปัญหาที่ อาจเกิดเมื่อคลอด (030-048)	2	0.0
- โรคแทรกของการเจ็บครรภ์และการคลอด (060-075)	72	0.1
- การคลอด (080-084)	-	-
- โรคแทรกในระยะอยู่ไฟ (085-092)	2	0.0
- สภาวะการคลอดที่ไม่ได้ระบุไว้ (095-099)	-	-

ที่มา : สำนักนโยบายและแผนสาธารณสุข

ตารางที่ 12 จำนวนสถานพยาบาลที่มีเตียงรับผู้ป่วยไว้ค้างคืนและจำนวนเตียงตามแบบ การบริหาร พ.ศ. 2534-2538

แบบการบริหาร	2534		2535		2536		2537		2538	
	แห่ง	เตียง	แห่ง	เตียง	แห่ง	เตียง	แห่ง	เตียง	แห่ง	เตียง
ประเภททั่วไป	983	79,156	1,019	83,016	1,028	87,089	1,127	93,540	1,192	102,986
1. รัฐบาล	755	63,499	776	65,569	789	67,709	838	69,122	868	74,235
- กระทรวงสาธารณสุข	686	48,377	708	50,097	722	52,225	768	54,359	796	59,055
- กระทรวงอื่น ๆ	69	15,122	68	15,472	67	15,484	70	14,763	72	15,180
2. รัฐวิสาหกิจและองค์การอิสระ	11	2,178	12	2,229	12	2,229	11	2,413	11	2,333
3. เทศบาล	8	2,125	8	2,167	8	2,232	8	2,177	8	2,165
4. เอกชน	209	11,354	223	13,051	219	14,919	270	19,828	305	24,253
ประเภทบริการเฉพาะทาง	81	14,696	78	14,840	77	14,077	88	15,207	88	15,431
1. รัฐบาล	33	14,173	33	14,383	33	13,633	36	14,491	36	14,386
- กระทรวงสาธารณสุข	32	13,873	32	14,083	32	13,333	35	14,191	35	14,136
- กระทรวงอื่น ๆ	1	300	1	300	1	300	1	300	1	250
2. รัฐวิสาหกิจและองค์การอิสระ	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
3. เทศบาล	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
4. เอกชน	48	523	45	457	44	444	52	716	52	1,045

ที่มา : สำนักนโยบายและแผนสาธารณสุข

ตารางที่ 13 อัตราส่วนระหว่างประชากรต่อจำนวนเตียงผู้ป่วยทั่วไป กรุงเทพมหานคร และจังหวัดอื่น พ.ศ. 2534-2538

เคื่อง/อัตราส่วน	2534	2535	2536	2537	2538
1. เตียงทั่วประเทศ	79,156	83,016	87,089	93,540	118,417
- กรุงเทพมหานคร	18,804	19,805	21,440	22,404	25,236
- จังหวัดอื่น	60,352	63,211	65,649	711,36	93,181
2. ประชากรต่อ 1 เตียง					
- ทั้งหมด	715	691	666	628	501
- กรุงเทพมหานคร	297	282	260	249	221
- จังหวัดอื่น	846	819	800	747	576

ที่มา : สำนักงานนโยบายและแผนสาธารณสุข

ตารางที่ 14 จำนวนสถานพยาบาลแผนปัจจุบันที่ไม่มีเตียงรับผู้ป่วยไว้ค้างคืน พ.ศ. 2534-2538

ประเภทสถานพยาบาล	2534	2535	2536	2537	2538
สถานีนอนมัย	7,911	8,178	8,202	8,513	8,808
สถานบริการสาธารณสุขชุมชน	419	555	540	531	522
ศูนย์บริการสาธารณสุข (สำนักงานอนามัยกรุงเทพมหานคร)	58	59	59	60	61
คลินิก (เอกชน)	13,415	15,711	11,395	11,936	10,868

ที่มา : กองประกอบโรคศิลปะ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

ตารางที่ 15 จำนวนสถานบริการสาธารณสุขและจำนวนเตียงในส่วนภูมิภาคสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2534-2538

ประเภทสถานบริการ	2534		2535		2536		2537		2538	
	แห่ง	เตียง	แห่ง	เตียง	แห่ง	เตียง	แห่ง	เตียง	แห่ง	เตียง
โรงพยาบาลศูนย์	17	11,621	17	11,893	17	12,023	17	12,126	17	12,214
โรงพยาบาลทั่วไป	69	20,497	69	20,734	69	21,393	72	21,670	73	22,227
โรงพยาบาลชุมชน	572	13,239	582	14,335	628	15,989	670	17,485	698	22,055
โรงพยาบาลสาขา	23	230	35	345	3	30	4	40	4	60
สถานอนามัย	7,911		8,134		8,202		8,513		8,808	
สถานบริการสาธารณสุขชุมชน	419		467		540		531		522	

ที่มา : สำนักงานนโยบายและแผนสาธารณสุข

ตารางที่ 16 จำนวนเจ้าหน้าที่ทางการแพทย์และสาธารณสุข บางประเภท ตามแบบการบริหาร พ.ศ. 2527-2538

ประเภทเจ้าหน้าที่	แพทย์	ทันตแพทย์	ทันตแพทย์ ทันตวิบาล	เภสัชกร	พยาบาล*	พยาบาล เทคนิค	ผู้ช่วยพยาบาล	ผอ.ศูนย์	พนักงาน อนามัย
รวมทั้งสิ้น									
2527	8,058	1,326	542	3,312	26,019	5,808	22,185	8,573	8,532
2528	8,650	1,451	660	3,376	28,019	10,664	22,443	7,716	7,343
2529	9,464	1,395	680	3,352	29,860	11,092	21,764	6,373	7,813
2530	9,580	1,468	718	3,622	30,752	14,286	21,828	8,995	8,524
2531	11,260	1,670	1,043	3,464	32,216	18,875	18,144	11,122	11,962
2532	12,713	2,107	1,088	3,825	37,515	20,092	16,560	11,354	13,684
2533	12,520	2,285	1,079	4,168	39,021	21,651	16,514	10,796	14,228
2534	12,803	2,408	1,221	4,333	40,685	23,289	14,266	10,582	15,175
2535	13,398	2,669	1,328	4,609	43,856	25,424	13,790	10,456	16,237
2536	13,629	2,786	1,376	4,721	46,669	27,013	13,344	10,525	16,492
2537	14,098	2,984	1,607	5,575	51,058	29,880	13,165	10,342	17,255
2538	14,181	2,920	1,824	5,867	51,262	31,280	13,723	9,713	18,942
1. รัฐบาล									
2527		1,008	532	1,353	20,531	5,766	18,029	7,813	8,482
2528	6,619	1,084	645	1,443	21,489	10,560	17,142	6,945	7,316
2529	7,031	1,036	666	1,437	23,791	11,044	17,825	5,990	7,741
2530	7,929	1,102	711	1,765	22,966	14,214	16,491	8,344	8,430
2531	7,844	1,262	989	1,600	26,556	18,189	15,366	10,474	11,925
2532	9,087	1,475	999	1,947	30,272	19,647	13,459	10,731	13,624
2533	9,794	1,598	984	2,262	31,363	21,045	12,741	10,269	14,162
2534	9,465	1,632	1,126	2,385	32,536	22,420	10,375	10,048	15,050
2535	9,537	1,790	1,235	2,598	35,052	24,517	9,768	9,972	16,101
2536	9,713	1,929	1,290	2,697	37,204	26,079	9,115	10,061	16,354
2537	9,993	2,119	1,512	3,386	39,540	28,733	8,252	9,892	17,091
2538	10,130	1,994	1,736	3,588	42,124	30,098	8,292	9,287	18,740

ตารางที่ 16 (ต่อ)

ประเภทสวัสดิการที่ มอบค่าบริการ	สถานที่	พื้นที่	กิจกรรม ที่เกี่ยวข้อง	บุคลากร	งบรวม*	งบรวม เฉลี่ย	ผู้รับบริการ	บุคลากร	พนักงาน สามัญ
1.1 กระทรวงสาธารณสุข									
2527	3,927	500	523	806	12,898	5,757	12,502	7,761	8,441
2528	4,401	581	635	1,133	16,036	10,550	12,293	6,931	7,290
2529	4,757	555	639	1,064	15,834	11,012	11,572	5,943	7,711
2530	4,758	618	697	1,372	16,169	14,200	11,080	8,319	8,397
2531	5,058	679	939	1,145	17,018	17,647	10,002	10,356	11,922
2532	5,396	852	978	1,431	19,423	19,294	8,380	10,569	13,620
2533	5,368	941	962	1,632	21,319	20,548	7,316	10,199	14,162
2534	5,437	1,020	1,094	1,759	23,996	21,662	5,815	10,024	15,045
2535	5,627	1,170	1,200	1,946	26,169	23,626	5,099	9,955	16,098
2536	5,841	1,201	1,250	2,012	28,087	25,179	4,088	10,045	16,352
2537	6,047	4,363	1,480	2,677	30,648	27,686	3,156	9,890	17,082
2538	6,134	1,420	1,713	2,869	32,976	29,298	3,081	9,284	28,737
1.2 กระทรวงอื่น ๆ									
2527	2,692	508	9	547	7,633	9	5,527	52	41
2528	2,630	503	10	310	5,462	10	4,849	14	26
2529	3,172	481	27	373	7,957	32	6,253	47	30
2530	3,086	484	14	393	6,797	14	5,411	25	33
2531	4,029	583	50	455	9,538	542	5,364	118	3
2532	4,398	623	21	516	10,849	353	5,079	162	4
2533	4,097	657	22	630	10,044	497	5,425	70	*
2534	4,100	612	32	626	8,540	758	4,560	24	5
2535	4,086	620	35	652	8,883	891	4,669	17	3
2536	4,152	728	40	685	9,117	900	5,027	16	2
2537	4,083	756	32	709	8,892	1,047	5,096	2	9
2538	3,936	574	23	719	9,148	800	5,211	3	3

ตารางที่ 16 (ต่อ)

แบบฉบับบริหาร	ประเภทเจ้าหน้าที่	เลขที่	พื้นที่แพทย์	ทันตแพทย์ ทันตภิบาล	เภสัชกร	พยาบาล*	พยาบาล เทคนิค	ผู้ช่วย พยาบาล	บุคลากร	พนักงาน อนามัย
2 ขงขงกอง	2527	208	59	4	206	777	-	312	47	3
	2528	250	79	4	216	1,958	-	1,024	92	1
	2529	235	73	4	213	936	-	406	54	47
	2530	235	85	2	236	2,002	-	1,173	75	49
	2531	617	58	10	226	1,696	17	756	61	7
	2532	640	79	8	238	2,103	15	951	64	7
	2533	603	82	9	245	2,119	19	930	50	8
	2534	442	76	9	240	1,986	127	854	25	17
	2535	610	77	6	228	2,071	13	912	25	5
	2536	613	76	5	253	2,072	47	892	22	5
	2537	264	76	5	274	2,072	60	854	56	10
	2538	259	77	7	284	1,816	59	928	21	24
	2527	341	101	-	72	1,844	4	232	97	47
	2528	363	134	5	60	1,683	3	400	83	24
3 เทศบาล	2529	408	137	5	60	2,283	3	439	158	24
	2530	407	85	1	78	2,975	3	520	2	41
	2531	491	123	40	102	1,918	113	300	8	21
	2532	483	143	71	109	2,000	147	336	15	39
	2533	514	146	72	110	2,173	172	290	13	39
	2534	517	156	66	116	2,263	260	268	6	89
	2535	523	156	66	119	2,263	297	329	3	99
	2536	484	125	58	87	2,539	208	502	2	101
	2537	487	107	59	100	2,660	337	285	3	101
	2538	488	108	46	106	2,643	403	271	21	24

**ตารางที่ 17 กรุงเทพมหานครและจังหวัดอื่น พ.ศ. 2534-2538 อัตราส่วนระหว่าง
ประชากรต่อเจ้าหน้าที่ทางการแพทย์และสาธารณสุขบางประเภท**

	2534	2535	2536	2537	2538
ประชากรต่อแพทย์ 1 คน					
ทั่วประเทศ	4,425	4,282	4,260	4,165	4,180
กรุงเทพมหานคร	958	909	900	940	999
จังหวัดอื่น	7,326	7,148	7,055	6,510	6,245
ประชากรต่อทันตแพทย์ 1 คน					
ทั่วประเทศ	23,530	21,497	20,841	19,677	20,301
กรุงเทพมหานคร	4,599	4,157	4,183	4,561	5,179
จังหวัดอื่น	42,811	29,112	36,079	30,174	29,138
ประชากรต่อเภสัชกร 1 คน					
ทั่วประเทศ	13,076	12,448	12,299	10,532	10,104
กรุงเทพมหานคร	2,142	2,066	2,049	2,320	2,280
จังหวัดอื่น	29,608	27,212	26,195	16,763	15,656
ประชากรต่อพยาบาล 1 คน					
ทั่วประเทศ	885	828	788	1,150	1,092
กรุงเทพมหานคร	363	332	321	356	347
จังหวัดอื่น	1,050	987	932	1,501	1,407
ประชากรต่อผดุงครรภ์ 1 คน					
ทั่วประเทศ	5,354	5,487	5,517	5,677	6,103
กรุงเทพมหานคร	12,281	14,753	14,690	15,036	17,762
จังหวัดอื่น	5,043	5,139	5,174	5,329	5,713

ที่มา : สำนักนโยบายและแผนสาธารณสุข

ตารางที่ 18 งบประมาณรายจ่ายของกระทรวงสาธารณสุข ปีงบประมาณ 2534-2538

(หน่วย : ล้านบาท)

	2534	2535	2536	2537	2538
กระทรวงสาธารณสุข	20,568.6	24,676.8	32,898.1	39,318.7	45,102.6
สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข	15,291.9	18,320.0	24,331.9	29,295.5	33,090.1
กรมการแพทย์	1,585.9	1,867.9	1,738.8	2,207.8	2,559.2
กรมอนามัย	1,895.2	2,305.4	3,172.0	3,602.9	431.2
กรมวิทย์ เสาสตร์การแพทย์	190.7	218.0	314.9	378.1	478.0
กรมควบคุมโรคติดต่อ	1,508.7	1,834.2	2,291.3	2,702.5	3,320.5
กรมสุขภาพจิต	0.0	0.0	878.8	932.9	1,090.9
สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา	96.3	131.3	170.4	198.9	245.7

ที่มา : สำนักนโยบายและแผนสาธารณสุข

**ตารางที่ 19 ความครอบคลุมด้านหลักประกันสุขภาพของประชาชนซึ่งอาศัยอยู่จริง
แยกตามสิทธิประโยชน์ที่ใช้ลำดับแรก กรกฎาคม - สิงหาคม 2538**

การได้รับสวัสดิการประกันสุขภาพ	%
รวม (n=264368)	100.00
สิทธิประโยชน์สูง	11.35
ข้าราชการ ข้าราชการบำนาญ รัฐวิสาหกิจ	7.33
ประกันสังคม	2.74
กองทุนทดแทนแรงงาน	0.06
ประกันตนกับบริษัทประกันเอกชน	0.99
นายจ้างเอกชนมีสัญญา กับสถานพยาบาล	0.23
สิทธิประโยชน์ปานกลาง	55.50
บัตรสุขภาพ	14.81
บัตรรายได้น้อย สังคมสงเคราะห์	13.60
ประกันสุขภาพนักเรียน	7.02
เด็ก คนชรา อื่น ๆ	20.07
ไม่มีสวัสดิการ	33.15

ที่มา : สำนักงานนโยบายและแผนสาธารณสุข

จากตารางที่ 19 ความครอบคลุมด้านหลักประกันสุขภาพของประชาชนซึ่งอาศัยอยู่จริง แยกตามสิทธิประโยชน์ที่ใช้ลำดับแรก พบว่า ระดับประเภทการได้รับสิทธิประโยชน์ปานกลางมีมากที่สุด (55.5 %) เป็นสวัสดิการ เด็ก คนชรา อื่น ๆ (20.07 %) รองลงมาเป็นบัตรสุขภาพ (14.81 %) และบัตรรายได้น้อย สังคมสงเคราะห์ (13.60 %) การได้รับสวัสดิการที่มีสิทธิประโยชน์ สูงมีน้อยที่สุด (11.35 %) และเป็นสวัสดิการ ข้าราชการ ข้าราชการบำนาญ รัฐวิสาหกิจ (7.33 %) สำหรับประชาชนที่ไม่มีสวัสดิการยังมีเป็นจำนวนมาก (33.15 %)

**ตารางที่ 20 จำนวนคาดประมาณ คนพิการ ปัญญาอ่อน และผู้ดื่มสุราทุกวันรายภาค
อัตราต่อประชากร 1,000 คน กรกฎาคม-สิงหาคม 2538**

ภาค	คนพิการ	คนปัญญาอ่อน	ผู้ดื่มสุราทุกวัน
ทุกภาค	13.10	3.82	11.90
ภาคเหนือ	11.15	1.95	11.75
ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ	17.95	5.79	11.54
ภาคกลาง (ไม่รวม กทม.)	8.99	2.70	16.06
ภาคใต้	8.11	2.32	6.65

ที่มา : สำนักนโยบายและแผนสาธารณสุข

ตารางที่ 20 ได้จากการสำรวจ และนำข้อมูลมาคาดประมาณจำนวนผู้พิการในประเทศไทย ขณะนี้มีผู้พิการราว 750,000 คน คนปัญญาอ่อน 220,000 คน และผู้ดื่มสุราทุกวัน 680,000 คน และถ้าวิเคราะห์ภาพรวมทั้งหมดจะเห็นว่า คนพิการ คนปัญญาอ่อน นอกเขตเทศบาลมีมากกว่าในเขตเทศบาล ส่วนผู้ดื่มสุราทุกวันจะมีในเขตเทศบาลมากกว่านอกเขตเทศบาล การคาดประมาณนี้มีข้อสมมติว่า อัตราความชุกในจังหวัดที่เหลือ ใกล้เคียงกับในจังหวัดตัวอย่าง 66 จังหวัด

เมื่อเปรียบเทียบระดับภาคจะเห็นว่า ผู้พิการ ปัญญาอ่อน พบมากที่สุดในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ คือ 17.95 และ 5.79 (ต่อประชากรพันคน) ตามลำดับ และผู้ดื่มสุราทุกวันพบมากที่สุดในภาคกลาง คือ 16.06 (ต่อประชากรพันคน) ส่วนภาคใต้เป็นภาคที่พบทั้งสามกลุ่มน้อยที่สุด

**ตารางที่ 21 การได้รับวัคซีนป้องกันโรคครบทุกชนิดในเด็กอายุ 12-23 เดือน
กรกฎาคม-สิงหาคม 2538**

ภาค	ได้รับวัคซีนครบทุกชนิด			
	EPI EPE+HB ความถี่		EPI EPE+HB ความถี่อายุ	
ทุกภาค	60.20	52.80	40.00	29.60
ภาคเหนือ	64.10	55.50	46.20	35.10
ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ	61.50	53.10	36.20	26.50
ภาคกลาง (ไม่รวม กทม.)	59.00	52.40	44.80	32.50
ภาคใต้	51.80	45.60	29.10	21.10

ที่มา : สำนักงานนโยบายและแผนสาธารณสุข

จากตารางที่ 21 กระทรวงสาธารณสุขได้พยายามดำเนินการ เพื่อลดอัตราการป่วยของโรคที่ป้องกันได้ด้วยวัคซีน โดยกำหนดเป้าหมายตามแผนพัฒนาสาธารณสุข ฉบับที่ 7 ให้เด็กอายุต่ำกว่า 1 ปี ได้รับวัคซีนป้องกันโรคครบตามเกณฑ์อายุไม่ต่ำกว่า 90% การสำรวจสภาวะสุขภาพอนามัยของประชาชนระดับจังหวัดครั้งนี้ เพื่อประเมินความครอบคลุมการได้รับวัคซีนป้องกันโรคดังกล่าว พบว่าเด็กอายุต่ำกว่า 1 ปี ได้รับวัคซีนป้องกันโรค วัณโรค คอตีบ ไอกรณ บาดทะยัก โปลิโอ หัด และตับอักเสบบี ครบเข็ม 60.20% และได้รับครบทุกเข็มตามเกณฑ์ 40% เมื่อเปรียบเทียบข้อมูลจากการสำรวจครั้งนี้กับข้อมูลจากแหล่งอื่น และกับเป้าหมายแผนพัฒนาฉบับที่ 7 เห็นว่าข้อมูลจากการสำรวจต่ำมาก ซึ่งคาดว่า การสำรวจเรื่องการได้รับวัคซีนป้องกันโรคครั้งนี้มีปัญหาเรื่องคุณภาพข้อมูล

เมื่อพิจารณาถึงแหล่งที่เด็กได้รับวัคซีนป้องกันโรคพบว่า ส่วนใหญ่ได้รับวัคซีนจากสถานบริการสาธารณสุขของรัฐถึง 89.87% โดยเฉพาะที่สถานอนามัย/ศูนย์เทศบาล 63.03% ซึ่งนับได้ว่าประชาชนได้ใช้บริการในเรื่องการรับวัคซีนจากสถาบันบริการของรัฐในชุมชนส่วนใหญ่

ตารางที่ 22 จำนวนผู้รับบริการวางแผนครอบครัว พ.ศ. 2535-2538

วิธี	2535		2536		2537		2538	
	ผลงาน	%	ผลงาน	%	ผลงาน	%	ผลงาน	%
รวมทุกวิธี	5,269,441	95.3	5,367,025	93.7	5,397,413	91.2	6,549,635	107.4
1. ยาเม็ดคุมกำเนิด	1,311,002	91.0	1,373,180	92.3	1,246,415	81.2	2,180,208	135.2
2. ยาฉีดคุมกำเนิด	926,616	115.2	954,974	115.1	1,020,168	119.2	1,621,643	184.3
3. ห่วงอนามัย	568,364	81.5	544,321	75.6	505,843	68.2	405,411	53.1
4. หมันหญิง-หมันชาย	2,362,381	93.7	2,375,707	91.3	2,500,318	93.2	2,216,245	80.3
5. ยาฝังคุมกำเนิด	101,075	148.6	118,843	141.5	124,669	123.4	126,128	106.0

ที่มา : กองอนามัยครอบครัว

ตารางที่ 23 ผลการดำเนินงานสุขภาพ ตั้งแต่เริ่มดำเนินงาน 2503 จนถึงวันสิ้นปีงบประมาณ 2534-2538

รายการ	ปีงบประมาณ	2534	2535	2536	2537	2538
จำนวนหมู่บ้านยกย่องเทศบาล						
จำนวนหลังคาเรือน	หมู่บ้าน	62,009	63,380	64,447	65,255	65,517
จำนวนประชากรทุกชนิด	หลังคาเรือน	9,065,482	8,163,659	8,247,300	8,488,038	8,677,724
โรงเรียน						
วัด	แห่ง	102,030	90,043			
สถานบริการสาธารณสุข	แห่ง	24,516				
อื่น ๆ	แห่ง	18,223				
	แห่ง	6,282				
	แห่ง	53,009				
จำนวนครัวเรือนสุขภาพดี	ครัวเรือน	749,935	717,306			
จำนวนที่เก็บน้ำฝนเฉพาะบ้าน	ที่	235,351	439,211			
การจัดหาน้ำสะอาดดื่ม	หลังคาเรือน	7,231,713	6,273,852	6,645,410	7,516,389	8,005,128
จำนวนส้ม						
บ้าน	ที่	7,148,590		7,377,689	7,998,444	8,342,025
วัด	ที่	38,703				
โรงเรียน	ที่	32,398				
มีการกำจัดขยะ	หลังคาเรือน	5,801,268	5,581,607	6,291,296	7,243,040	7,048,444
มีการจัดเก็บลูกสุขภาพดี	หลังคาเรือน		3,325,679	4,369,813	5,477,303	6,042,900
มีการกำจัดน้ำเสีย	หลังคาเรือน		2,686,257	3,444,760	4,536,315	5,155,342
มีการปรับปรุงครัวเรือนสุขภาพดี	หลังคาเรือน		2,573,921	3,528,016	4,082,604	5,215,264
มีการควบคุมสัตว์และแมลงนำโรค	หลังคาเรือน		3,028,365	4,028,587	4,949,092	5,075,718

ที่มา : สุขาภิบาลนครพนม

หมายเหตุ 1. ข้อมูลปี 2533 รวมเทศบาลสตง

2. จำนวนประจำปี 2534 สดเพราะทำชุด

ตารางที่ 24 สถานการณ์งานส่งเสริมสุขภาพ

งาน/ตัวชี้วัด	เป้าหมาย แผนฯ 7	สถานการณ์ ปี 2538
งานวางแผนครอบครัว		
อัตราการเพิ่มประชากร	1.2	1.2
อัตราส่วนร้อยละของหญิงวัยเจริญพันธุ์ที่แต่งงานแล้วและคุมกำเนิด	77	75
อัตราส่วนร้อยละของคู่สมรสคุมกำเนิดโดยวิธีถาวร	34	27.7
งานอนามัยแม่และเด็ก		
อัตราการตายของมารดาจากการตั้งครรภ์และการคลอด (ต่อพันการเกิดมีชีวิต)	0.3	0.16
อัตราการตายของทารก (ต่อพันการเกิดมีชีวิต)	23	26.50
อัตราการตายของเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี (ต่อพันการเกิดมีชีวิต)	35	40.41
อัตราหญิงได้รับการดูแลก่อนคลอดครบ 4 ครั้ง (%)	75	70.05
อัตราหญิงมีครรภ์ที่คลอดโดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุข และผดุงครรภ์ โบราณที่อบรมแล้ว	80	79.80
อัตรามารดาได้รับการดูแลหลังคลอดครบ 3 ครั้ง (%)	70	62.74
อัตรามารดาได้รับการดูแลหลังคลอดครบ 3 ครั้ง (%)	70	61.63
งานโภชนาการ		
อัตราการขาดสารอาหาร ระดับ 2 และ 3 ในเด็ก 0-4 ปี (%)	ไม่เกิน 1	0.74
อัตราการขาดสารอาหาร ระดับ 1 ในเด็ก 0-5 ปี (%)	ไม่เกิน 10	11.5
ทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม (%)	ไม่เกิน 7	8.2
ทารกแรกเกิดน้ำหนักเท่ากับหรือมากกว่า 3,000 กรัม (%)	ไม่น้อยกว่า 70	57.6
อัตราโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กในหญิงมีครรภ์ (%)	ไม่เกิน 10	13.17
อัตราโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กในเด็กวัยเรียน (%)	ไม่เกิน 10	16.8
อัตราป่วยด้วยอาการคอฟอกในเด็กประถมศึกษาในพื้นที่เป้าหมาย (%)	ต่ำกว่า 10	7.73
งานทันตสาธารณสุข		
เด็กก่อนวัยเรียนปราศจากโรคฟันผุ ทั้งฟันน้ำนมและถาวร (%)	20	14.7
เด็กวัยประถมศึกษาที่มีค่าเฉลี่ยฟันผุ อุด ถอน	ไม่เกิน 1.5 ซี่/คน	1.55
กลุ่มเยาวชนมีฟันใช้งานครบ 28 ซี่ (%)	85	66.5
ประชากรกลุ่มผู้ใหญ่มีฟันใช้งานครบ 20 ซี่ (%)	95	91.1

ที่มา : กรมอนามัย

หมายเหตุ : ข้อมูล ณ วันที่ 31 กันยายน 2538

ตารางที่ 25 สถานการณ์งานอนามัยสิ่งแวดล้อม

งาน/ดัชนีชี้วัด	เป้าหมาย แผนฯ 7	สถานการณ์ ปี 2558
งานจัดหาน้ำสะอาดในชนบท		
ครัวเรือนมีน้ำสะอาดดื่มเพียงพอ (%)	95	77.2 (จปฐ.2537)
จัดให้มีระบบประปาครอบคลุมร้อยละ 40 ของหมู่บ้านทั่วประเทศ (หมู่บ้าน)	(40%)	(31%)
งานสุขาภิบาลสิ่งแวดล้อม		
ครัวเรือนมีและใช้ส้วมถูกสุขลักษณะ (%)	95	91.4 (จปฐ.2537)
ส่งเสริมจังหวัดให้มีส้วมครบทุกหลังคาเรือน (จังหวัด)	-	25
งานควบคุมคุณภาพสิ่งแวดล้อม		
ควบคุมการก่อสร้างระบบบำบัดน้ำเสียของโรงพยาบาลในจังหวัดริมฝั่งแม่น้ำเจ้าพระยา (แห่ง)	45	7
เฝ้าระวังคุณภาพน้ำในแม่น้ำหลัก (สาย) (เจ้าพระยา แม่น้ำท่าจีน บางปะกง) เฝ้าระวังคุณภาพน้ำทวีโขง (จังหวัด)	75 จังหวัด และ กทม.	75 จังหวัด และ กทม.
ควบคุมคุณภาพอากาศ (สถานี)	60	55
ควบคุมการก่อสร้างระบบบำบัดน้ำเสียใน รพศ./รพท./รพช./ (แห่ง)	830	283
ควบคุมการก่อสร้างเตาเผาขยะติดเชื้อใน รพศ./รพท./รพช./ (แห่ง)	830	630
งานอาชีวอนามัย		
เฝ้าระวังโรคจากการประกอบอาชีพในภาคอุตสาหกรรม (โรค)	6	6
ค้นหาผู้เสี่ยงและผู้สัมผัสสารเคมีกำจัดศัตรูพืช (คน)	340,000	340,000
สุขาภิบาลอาหาร		
ปรับปรุงสถานที่ปรุง ประกอบ และจำหน่ายอาหารให้ได้มาตรฐานตามข้อกำหนด		
ร้านอาหาร (ร้าน)	7,606	5,828 76.7
ตลาดสด (ตลาด)	255	102 40.0%
แผงลอย (เทศบาล)	93	20 21.5%
โรงอาหารในโรงเรียน (โรงเรียน)	1,211	1,005 82.9%
โรงครัวของโรงพยาบาล (แห่ง)	189	168 88.9%
ครัวชนบท (หมู่บ้าน)	3,745	3,745 100%

ที่มา : กรมอนามัย

ดัชนีความจำเป็นพื้นฐาน

1. คุณภาพชีวิต (quality of life)

คุณภาพชีวิต หมายถึง การดำรงชีวิตของมนุษย์ในระดับที่เหมาะสม ตามความจำเป็นพื้นฐานที่ได้กำหนดไว้ในสังคมหนึ่ง ๆ นั่นคือ การที่จะกล่าวว่าประชาชนมีคุณภาพชีวิตที่ดีได้ก็ต่อเมื่อประชาชนในครอบครัวหรือชุมชนนั้นมีชีวิตความเป็นอยู่บรรลุเกณฑ์ความจำเป็นพื้นฐานครบถ้วนทุกประการ ซึ่งเกณฑ์ความจำเป็นพื้นฐานที่กำหนดไว้นั้น สามารถแปรเปลี่ยนไปได้ตามสภาพเศรษฐกิจและสังคมเปลี่ยนแปลงไปในขณะนั้น ๆ

2. ความจำเป็นพื้นฐาน (Basic Minimum Needs)

ความจำเป็นพื้นฐาน (จปฐ) หมายถึง ความจำเป็นขั้นต่ำสุดที่ทุกคนในครอบครัวหรือชุมชนควรมีหรือควรจะเป็นในช่วงระยะเวลาหนึ่ง เพื่อให้คุณภาพชีวิตที่ดี และสามารถดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างปกติตามสมควร ซึ่งในการชี้บ่งสภาพความจำเป็นพื้นฐานของคนในชุมชนว่ามีอยู่มากน้อยเพียงใด จำต้องใช้เครื่องชี้วัดความจำเป็นพื้นฐานที่มีศักยภาพในการชี้วัดได้อย่างถูกต้องเหมาะสม

3. เครื่องชี้วัดความจำเป็นพื้นฐาน

เครื่องชี้วัดความจำเป็นพื้นฐาน กำหนดขึ้นเพื่อชี้วัดว่าคนในชุมชนมีความจำเป็นพื้นฐาน (จปฐ.) อยู่มากน้อยเพียงใด ซึ่งประกอบด้วยตัวชี้วัดความจำเป็นพื้นฐาน และเกณฑ์เป้าหมายในแต่ละตัวชี้วัด

ในปี 2533 ซึ่งเป็นปีแรกของการดำเนินงานจัดเก็บข้อมูลความจำเป็นพื้นฐาน คณะกรรมการอำนวยการงานพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชนในชนบท (พชช.) ได้ร่วมกันกำหนดเครื่องชี้วัดความจำเป็นพื้นฐานขึ้น ประกอบด้วยเครื่องชี้วัด 8 หมวด 32 ตัวชี้วัด และเกณฑ์เป้าหมายของแต่ละตัวชี้วัด ซึ่งได้ดำเนินในปี 2533 และปี 2534 ส่วนในปี 2535 นั้นเนื่องจากสภาพเศรษฐกิจสังคม และสิ่งแวดล้อมของประเทศได้มีการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว คนในสังคมได้รับผลกระทบทั้งในทางที่ดีและส่งผลเสียต่อคุณภาพชีวิต คณะกรรมการอำนวยการงาน พชช. จึงมีมติให้มีการปรับปรุงเครื่องชี้วัดความจำเป็นพื้นฐานเพื่อให้สามารถชี้วัดคุณภาพชีวิตของคนไทยได้เหมาะสมยิ่งขึ้น เป็น 9 หมวด 37 ตัวชี้วัด ซึ่งคณะกรรมการพัฒนาชนบทแห่งชาติให้ประกาศให้ใช้เครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิตของคนไทยในช่วงแผนพัฒนา ฉบับที่ 7 โดยเริ่มดำเนินการในปี 2535 เป็นต้นมา

4. หลักการและวัตถุประสงค์ของความจำเป็นพื้นฐาน

4.1 หลักการ

1) ใช้เครื่องชี้วัดความจำเป็นพื้นฐาน เป็นเครื่องมือของกระบวนการเรียนรู้ของประชาชนในหมู่บ้าน เพื่อให้ประชาชนในหมู่บ้านทราบถึงสภาพความเป็นอยู่ของตนเอง ครอบครัว และชุมชน ว่าบรรลุตามเกณฑ์ความจำเป็นพื้นฐานแล้วหรือไม่

2) ส่งเสริมให้ประชาชนมีส่วนร่วมในการพัฒนา โดยผ่านกระบวนการ จปฐ. นับตั้งแต่การกำหนดปัญหาความต้องการที่แท้จริงของชุมชน ตลอดจนค้นหาสาเหตุและแนวทางแก้ไขปัญหา โดยข้อมูล จปฐ. ที่มีอยู่ และการดำเนินงานแก้ไขปัญหาของชุมชน ตลอดจนการประเมินผลการดำเนินงานที่ผ่านมา

3) ใช้ข้อมูล จปฐ. เป็นแนวทางในการคัดเลือกโครงการต่าง ๆ ของรัฐให้สอดคล้องกับสภาพปัญหาที่แท้จริงของชุมชน สามารถใช้ทรัพยากรที่มีอยู่อย่างจำกัดได้อย่างทั่วถึง และมีประสิทธิภาพรวมทั้งการประสานระหว่างสาขาในด้านการปฏิบัติมากขึ้น

4.2 วัตถุประสงค์

เพื่อให้ประชาชนในชนบท สามารถพัฒนาชีวิตความเป็นอยู่ของตนเอง และครอบครัวให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีอย่างน้อยบรรลุขั้นต่ำตามเกณฑ์ความจำเป็นพื้นฐาน โดยมีเครื่องชี้วัด จปฐ. เป็นเครื่องมือ

5. ตัวชี้วัดความจำเป็นพื้นฐาน

รายละเอียดตัวชี้วัดความจำเป็นพื้นฐาน (จปฐ.) 9 หมวด 37 ตัวชี้วัด และเกณฑ์เป้าหมายที่ใช้ในช่วงแผนพัฒนาฯ ฉบับที่ 7 (พ.ศ. 2535-2539) มีดังนี้

ตัวชี้วัดความจำเป็นพื้นฐาน	เป้าหมายปีสุดท้ายในช่วง แผนฯ 7 พ.ศ. 2539 (ร้อยละ)
หมวดที่ 1 ประชาชนได้กินอาหารที่ถูกสุขลักษณะ และเพียงพอกับความต้องการของร่างกาย (อาหารดี) 1. หญิงตั้งครรภ์ได้กินอาหารอย่างเพียงพอ ซึ่งมีผลทำให้เด็กแรกเกิดมีน้ำหนักตั้งแต่ 3,000 กรัมขึ้นไป 2. เด็กแรกเกิดถึง 5 ปี ได้รับการเฝ้าระวังทางโภชนาการและไม่ขาดสารอาหารในระดับที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ 3. เด็กอายุ 6-14 ปี ได้กินอาหารถูกต้องครบถ้วนตามความต้องการของร่างกาย 4. ครั้วเรือนไม่กินอาหารประเภทเนื้อสัตว์ที่ดิบหรือสุก ๆ ดิบ ๆ 5. ครั้วเรือนได้กินอาหารควบคุมที่มีฉลาก อ.ย.	70 ต้องเข้าเกณฑ์ทั้ง 3 ระดับ คือ ขาดสารอาหาร ระดับ 1 ไม่เกิน 10 ขาดสารอาหาร ระดับ 2 ไม่เกิน 1 ขาดสารอาหาร ระดับ 3 เท่ากับ 0 93 60 75
หมวดที่ 2 ประชาชนมีที่อยู่อาศัยและสภาพแวดล้อมที่เหมาะสม (มีบ้านอาศัย) 6. ครั้วเรือนมีที่อยู่อาศัยที่มีสภาพคงทนถาวรสามารถอยู่อาศัยต่อไปได้อีกอย่างน้อย 5 ปี 7. ครั้วเรือนมีการจัดบ้านเรือน และบริเวณบ้านให้เป็นระเบียบถูกสุขลักษณะ 8. ครั้วเรือนมีและใช้ส้วมถูกหลักสุขาภิบาล 9. ครั้วเรือนมีน้ำสะอาดสำหรับดื่มเพียงพอตลอดปี 5 ลิตรต่อคนต่อวัน 10. ครั้วเรือนไม่ถูกรบกวนจากสิ่งรบกวน	90 90 95 95 80
หมวดที่ 3 ประชาชนมีโอกาสเข้าถึงบริการสังคมขั้นพื้นฐานที่จำเป็นแก่การดำรงชีวิต (ศึกษาอนามัยถ้วนทั่ว) 11. หญิงตั้งครรภ์ได้รับการดูแลก่อนคลอด โดยมีการตรวจสุขภาพ และฉีดวัคซีนครบตามกำหนด 12. หญิงตั้งครรภ์ได้รับบริการทำคลอด และการดูแลหลังคลอดจากแพทย์ พยาบาลผดุงครรภ์ หรือผดุงครรภ์โบราณที่อบรมแล้ว	75 80

ตัวชี้วัดความจำเป็นพื้นฐาน	เป้าหมายปีสุดท้ายในช่วง แผนฯ 7 พ.ศ. 2539 (ร้อยละ)
13. เด็กอายุต่ำกว่า 1 ปี ได้รับการฉีดวัคซีนป้องกัน	95
โรคหัดโรค คอตีบ ไอกรน บาดทะยัก โปลิโอ หัด ตั๊กแตนไขสันหลัง ครอบคลุมเกณฑ์อายุ	
14. เด็กวัยประถมศึกษาได้รับการฉีดวัคซีนป้องกัน	99
โรคหัดโรค คอตีบ ไอกรน บาดทะยัก โปลิโอ และหัดเยอรมัน เฉพาะนักเรียนหญิง	
15. ครั้วเรือนมีความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์	80
16. ครั้วเรือนรู้จักวิธีป้องกันโรคเอดส์	80
17. เด็กอายุ 3-6 ปี ได้รับการเลี้ยงดูที่ถูกต้อง	60
18. เด็กที่มีอายุครบตามเกณฑ์การศึกษาภาคบังคับ	99
ได้เข้าเรียนการศึกษาภาคบังคับ	
19. เด็กที่จบการศึกษาภาคบังคับ ได้เข้าศึกษาต่อ	73
ในระดับมัธยมศึกษาตอนต้นหรือเทียบเท่า	
20. เด็กที่จบการศึกษาภาคบังคับ และไม่ได้ศึกษา	80
ต่อได้รับการฝึกอบรมด้านอาชีพต่าง ๆ	
21. คนในครัวเรือน อายุ 14-50 ปี อ่านออกเขียน	99
ได้	
22. ครั้วเรือนได้รับข่าวสารที่เป็นประโยชน์อย่าง	85
น้อยสัปดาห์ละครั้ง	
หมวดที่ 4 ประชาชนมีความมั่นคงปลอดภัยในชีวิตและ	
ทรัพย์สิน (ครอบครัวปลอดภัย)	
23. ครั้วเรือนมีความปลอดภัยในชีวิต และทรัพย์สิน	100
24. ครั้วเรือนมีความปลอดภัยจากอุบัติเหตุ	60
หมวดที่ 5 ประชาชนมีการประกอบอาชีพและมีรายได้พอ	
เพียงต่อการดำรงชีวิต (รายได้ดี)	
25. ครั้วเรือนมีการประกอบอาชีพและมีรายได้เฉลี่ย	70
แล้วไม่น้อยกว่าคนละ 15,000 บาทต่อปี	
หมวดที่ 6 ครอบครัวสามารถควบคุมช่วงเวลาและจำนวน	
ของการมีลูกได้ตามต้องการ (มีลูกไม่มาก)	
26. คู่สมรสที่ภรรยา อายุ 15-44 ปี ใช้บริการ	77
คุมกำเนิด	
27. คู่สมรสมีลูกไม่เกิน 2 คน	75

ตัวชี้วัดความจำเป็นพื้นฐาน	เป้าหมายปีสุดท้ายในช่วงแผนฯ 7 พ.ศ. 2539 (ร้อยละ)
หมวดที่ 7 ประชาชนมีส่วนร่วมในการพัฒนาความเป็นอยู่และการกำหนดชีวิตของตนเองและชุมชน (อยากร่วมพัฒนา)	
28. คร้วเรือนเป็นสมาชิกกลุ่มที่ตั้งขึ้นในหมู่บ้าน ตำบลอย่างน้อย 1 กลุ่ม	60
29. คนในครัวเรือนไปใช้สิทธิเลือกตั้งตามระบอบประชาธิปไตยด้วยความบริสุทธิ์ใจ	90
30. คร้วเรือนได้เข้าร่วมในการบำรุงรักษาสาธารณสมบัติและกิจกรรมการพัฒนาอื่น ๆ	80
หมวดที่ 8 ประชาชนมีการพัฒนาจิตใจของตนเองให้ดีขึ้น (พาสุคุณธรรม)	
31. คร้วเรือนปฏิบัติศาสนกิจ อย่างน้อยสัปดาห์ละครั้ง	90
32. คนในครัวเรือนไม่ติดสุรา	90
33. คนในครัวเรือนไม่ติดบุหรี่	90
34. คร้วเรือนเข้าร่วมทำกิจกรรมตามประเพณี ศิลปวัฒนธรรมในท้องถิ่น	90
35. คนสูงอายุได้รับการดูแลจากคนในครัวเรือนหรือชุมชน	90
หมวดที่ 9 ประชาชนมีจิตสำนึกและร่วมกันอนุรักษ์ทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม (บำรุงสิ่งแวดล้อม)	
36. คร้วเรือนได้ทำกิจกรรมเกี่ยวกับการอนุรักษ์และพัฒนาทรัพยากรธรรมชาติ	90
37. คร้วเรือนได้ทำกิจกรรมการป้องกันและควบคุมสิ่งแวดล้อม	90

6. ข้อมูลความจำเป็นพื้นฐาน

ข้อมูล จปฐ. คือ ข้อมูลในระดับครัวเรือนที่แสดงถึงสภาพความจำเป็นพื้นฐานของคนในครัวเรือน ตามเครื่องชี้วัดที่ได้กำหนดไว้ ซึ่งกรมการพัฒนาชุมชนเป็นหน่วยงานที่รับผิดชอบในการจัดเก็บเป็นประจำทุกปี

6.1 แบบสอบถาม

ในการจัดเก็บข้อมูล จปฐ. ใช้แบบสอบถาม จำนวน 3 แบบคือ

1) แบบ จปฐ. 1 เป็นแบบสอบถามในระดับครัวเรือน ประกอบด้วย ข้อคำถามจำนวน 37 ข้อ ตามเครื่องชี้วัด โดยเรียงตามลำดับข้อคำถามตามเครื่องชี้วัดทุกตัว และสอบถามจากครัวเรือนทุกข้อ

2) แบบ จปฐ. 2 เป็นแบบประมวลผลการจัดเก็บข้อมูล จปฐ. ของหมู่บ้าน โดยสรุปข้อมูลของทุกครัวเรือนจากแบบ จปฐ.1 แล้วนำมาคิดคำนวณเป็นค่าร้อยละทุกข้อ จำนวน 37 ข้อ

3) แบบ จปฐ. 3 เป็นแบบเทียบเป้าหมายข้อมูล จปฐ. ของหมู่บ้าน ว่าข้อใดบรรลุเป้าหมาย และข้อใดยังไม่บรรลุเป้าหมาย และจำนวนที่ต้องแก้ไขทั้งหมด

ภาคผนวก ข**สถิติสาธารณสุข**

กฎหมายสาธารณสุขประกอบด้วยกฎหมายที่ตราโดยรัฐสภาหรือฝ่ายบริหาร ได้แก่พระราชบัญญัติ พระราชกฤษฎีกา กฎกระทรวง ประกาศของกระทรวง ฯลฯ กับกฎหมายในระดับท้องถิ่น

(ก) กฎหมายเกี่ยวกับการควบคุมและป้องกันโรค

พระราชบัญญัติ โรคติดต่อ พ.ศ. 2523 แบ่งโรคติดต่อออกเป็น 3 ประเภท คือ โรคติดต่อ โรคติดต่ออันตราย และโรคติดต่อที่ต้องแจ้งความ โรคติดต่อเป็นโรคซึ่งรัฐมนตรีว่าการ กระทรวงสาธารณสุข หรือผู้ว่าราชการจังหวัดประกาศให้เป็นโรคติดต่อ โดยจะต้องประกาศชื่อและอาการสำคัญของโรคไว้ในราชกิจจานุเบกษา ปัจจุบันมีอยู่ 45 โรค โรคติดต่ออันตรายมีอยู่ 4 โรค และโรคติดต่อต้องแจ้งความมี 15 โรค กฎหมายกำหนดมาตรการควบคุมโรคติดต่อ อำนาจหน้าที่ของผู้มีอำนาจตามกฎหมาย การป้องกันไม่ให้โรคติดต่อ โดยกำหนดให้บุคคลต้องได้รับการเสริมสร้างภูมิคุ้มกันโรค และการป้องกันและควบคุมโรคติดต่อระหว่างประเทศ โดยกำหนดให้มีการควบคุมโรคติดต่อระหว่างประเทศ

พระราชบัญญัติป้องกันโรคพิษสุนัขบ้า พ.ศ. 2498 กำหนดหลักเกณฑ์และวิธีการควบคุมโรคพิษสุนัขบ้า ได้แก่ การสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคให้แก่สุนัขที่มีเจ้าของ ให้เจ้าของหรือผู้ครอบครองสุนัขต้องแจ้งความต่อเจ้าพนักงานสาธารณสุข เมื่อปรากฏว่าสุนัขของตนแสดงอาการเป็นบ้า ให้อำนาจเจ้าพนักงานสาธารณสุขเข้าไปตรวจสุนัขในอาคาร บ้านเรือน หรือสถานที่ต่าง ๆ เพื่อดำเนินการปราบปรามโรค กักกันหรือทำลายสุนัข ให้ทำลายสุนัขที่ไม่ปรากฏเจ้าของ ฯลฯ

พระราชบัญญัติโรคระบาดสัตว์ พ.ศ. 2499 ในส่วนที่เกี่ยวข้องกับโรคพิษสุนัขบ้า กำหนดให้โรคพิษสุนัขบ้าเป็นโรคระบาด เฉพาะในกรณีนำเข้าหรือนำผ่านราชอาณาจักร ซึ่งสัตว์หรือซากสัตว์ ห้ามมิให้บุคคลใดนำเข้า นำออกหรือนำผ่านราชอาณาจักร ซึ่งสัตว์หรือซากสัตว์ เว้นแต่จะได้รับอนุญาตจากอธิบดีกรมปศุสัตว์ หรือผู้ซึ่งอธิบดีกรมปศุสัตว์มอบหมาย

พระราชบัญญัติเชื้อโรคและพิษจากสัตว์ พ.ศ. 2525 นิยามคำว่า “เชื้อโรค” หมายความว่า (1) เชื้อจุลินทรีย์ (2) เชื้ออื่นตามที่กำหนดในกฎกระทรวง และ (3) ผลผลิตจาก (1) และ (2) ทั้งนี้เฉพาะที่ทำให้เกิดโรคในคน ปศุสัตว์ สัตว์พาหนะที่กำหนดในกฎกระทรวง ส่วนคำว่า “พิษจากสัตว์” หมายถึงพิษจากสัตว์ที่ทำให้เกิดโรค เช่น พิษจากงู พิษจากแมลงพิษ จากปลาปักเป้า ฯลฯ กฎหมายกำหนดให้ผู้ประกอบกิจการผลิต การครอบครอง การจำหน่าย การนำเข้า การส่งออกและการนำเข้าเชื้อโรคและพิษจากสัตว์จะต้องได้รับอนุญาตจากอธิบดีกรม

วิทยาศาสตร์การแพทย์ มีการกำหนดข้อห้ามและข้อบังคับสำหรับผู้รับใบอนุญาต กำหนดอำนาจ และวิธีจำเป็นของพนักงานเจ้าหน้าที่

● **กฎหมายเกี่ยวกับการควบคุมและป้องกันโรคจากเนื้อสัตว์**

- พระราชบัญญัติการฆ่าและจำหน่ายเนื้อสัตว์ พ.ศ. 2502

- พระราชบัญญัติควบคุมคุณภาพอาหารสัตว์ พ.ศ. 2525

มีหลักการที่จะควบคุมและป้องกันโรคจากเนื้อสัตว์ โดยต้องไปฆ่าที่โรงฆ่าสัตว์ เพื่อสะดวกในการควบคุมและป้องกันโรคดังกล่าว โดยมีวิธีการควบคุมและป้องกันโรคจากเนื้อสัตว์ ได้แก่ การตั้งโรงงานฆ่าสัตว์ และโรงพักสัตว์ ซึ่งตั้งได้เพียง 3 กรณี คือ (1) ตั้งขึ้นโดยราชการส่วนท้องถิ่น (2) ตั้งขึ้นโดยหน่วยราชการอื่นใด หรือ (3) ตั้งขึ้นโดยบุคคลอื่นใด ซึ่งอาจหมายถึงเอกชนก็ได้ ซึ่งได้รับมอบหมายจากราชการส่วนท้องถิ่น หรือหน่วยราชการอื่น การนำสัตว์เข้ามาในโรงฆ่าสัตว์ การตรวจโรคสัตว์ก่อนทำการฆ่า การตรวจโรคสัตว์ภายหลังการฆ่า และการควบคุมป้องกันโรคจากเนื้อสัตว์ก่อนทำการฆ่า

สำหรับการควบคุมและป้องกันไม่ให้เนื้อสัตว์มีสารพิษหรือสารเคมีตกค้าง มีกฎหมายว่าด้วยการควบคุมคุณภาพอาหารสัตว์ กำหนดมาตรการในการผลิต การนำเข้า และการขายอาหารสัตว์ ซึ่งผู้ประกอบการเหล่านี้จะต้องได้รับอนุญาตจากอธิบดีกรมปศุสัตว์

● **กฎหมายเกี่ยวกับอาหาร**

- พระราชบัญญัติอาหาร พ.ศ. 2522 กำหนดอาหารควบคุมเฉพาะ ควบคุมคุณภาพอาหาร ส่วนผสม การใช้ภาชนะบรรจุ การแสดงสลาก วิธีการผลิต การโฆษณา ตลอดจนการควบคุมการผลิตเพื่อจำหน่ายและการส่งออก เลขาธิการสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยาเป็นผู้อนุญาต ให้ผู้ยื่นคำขอตั้งโรงงานผลิตอาหารจำหน่ายและอนุญาตอื่น ๆ ที่กำหนดไว้ในกฎหมาย รวมทั้งการขอขึ้นทะเบียนตำรับอาหาร

● **กฎหมายเกี่ยวกับยา ยาเสพติดให้โทษและวัตถุออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาท**

- พระราชบัญญัติยา พ.ศ. 2510 ครอบคลุมไปถึงยาที่ใช้ในคนและยาที่ใช้ในสัตว์ กำหนดให้มี “คณะกรรมการยา” มีหน้าที่ให้คำแนะนำในเรื่องการกำหนดหลักเกณฑ์วิธีการ และเงื่อนไขเกี่ยวกับการผลิตยา การขายยา การนำยาเข้ามาในราชอาณาจักร การพักใช้ใบอนุญาต การเพิกถอนใบอนุญาต การเพิกถอนทะเบียนตำรับยา รวมทั้งการอนุญาตประกอบธุรกิจเกี่ยวกับยาทุกประเภท และได้กำหนดประเภทของใบอนุญาตเป็นยาแผนปัจจุบันและยาแผนโบราณ

- พระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ พ.ศ. 2522 กำหนดให้มีคณะกรรมการยาเสพติดให้โทษ และให้รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขเป็นผู้มีอำนาจควบคุมยาเสพติดให้โทษ โดยความเห็นของคณะกรรมการ มีการกำหนดประเภทยาเสพติด (เป็น 3 ประเภท) กำหนดมาตรฐานว่าด้วยปริมาณ ส่วนประกอบ คุณภาพ ความบริสุทธิ์หรือลักษณะอื่นของยา

เสพติดให้โทษ ตลอดจนการเก็บรักษา กำหนดตำรับยาเสพติดให้โทษ จัดตั้งสถานพยาบาลให้เป็นสถานที่ทำการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติดให้โทษ ฯลฯ

- พระราชบัญญัติป้องกันและปราบปรามยาเสพติด พ.ศ. 2519 ไม่เกี่ยวข้องกับกระทรวงสาธารณสุขโดยตรง เพราะกฎหมายระบุไว้ชัดเจนว่า ไม่กระทบกระเทือนถึงอำนาจหน้าที่ของส่วนราชการใดตามกฎหมายเกี่ยวกับยาเสพติด กฎหมายฉบับนี้กำหนดให้มีคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด มีอำนาจหน้าที่ในการกำหนดแผนงานและมาตรการป้องกันปราบปรามผู้กระทำความผิดตามกฎหมายเกี่ยวกับยาเสพติด (เช่น พ.ร.บ. ยาเสพติดให้โทษ พ.ศ. 2522 และพ.ร.บ. วัตถุที่ออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาท พ.ศ. 2518) ตลอดจนควบคุมการสืบสวนสอบสวน การป้องกันความผิดตามกฎหมายยาเสพติด ฯลฯ

● กฎหมายว่าด้วยวัดุมิพิช

- พระราชบัญญัติวัดุมิพิช พ.ศ. 2510 วัดุมิพิช หมายถึง สารออกฤทธิ์หรือวัตถุที่มีสารออกฤทธิ์ผสมอยู่ด้วย และหมายความรวมถึงวัดุมิพิชธรรมดาและวัดุมิพิชร้ายแรง ส่วนสารออกฤทธิ์หมายความว่า เคมีภัณฑ์หรือสิ่งอื่นใดที่มีคุณสมบัติอันอาจทำให้เกิดอันตรายแก่บุคคล สัตว์ พืช หรือทรัพย์สินอื่น กฎหมายได้ให้อำนาจหน้าที่ในการควบคุมวัดุมิพิชของส่วนราชการที่เกี่ยวข้องถึง 3 กระทรวง คือ

1. วัดุมิพิชที่ใช้ในการเกษตร ให้เป็นอำนาจหน้าที่ของกระทรวงเกษตรและสหกรณ์
2. วัดุมิพิชที่ใช้ในการอุตสาหกรรม ให้เป็นอำนาจหน้าที่ของกระทรวงอุตสาหกรรม
3. วัดุมิพิชนอกจากที่ใช้ในการเกษตรและในทางอุตสาหกรรม ให้เป็นอำนาจหน้าที่ของกระทรวงสาธารณสุข

ให้มีคณะกรรมการควบคุมวัดุมิพิชขึ้นคณะหนึ่ง

รัฐมนตรีตาม พ.ร.บ. นี้มีอำนาจกำหนดวัดุมิพิชว่าเป็นวัดุมิพิชธรรมดา หรือร้ายแรง กำหนดวิธีการขนส่ง การเก็บรักษา การผลิต การใช้ หรือการทำลายวัดุมิพิชหรือการปฏิบัติเกี่ยวกับภาชนะบรรจุวัดุมิพิช ให้ผู้ได้รับอนุญาตหรือผู้ใช้วัดุมิพิชปฏิบัติ

● กฎหมายว่าด้วยเครื่องสำอาง

- พระราชบัญญัติเครื่องสำอาง พ.ศ. 2517 เครื่องสำอางหมายถึง (1) วัตถุที่มุ่งหมายสำหรับใช้ทา ถู นวด โรย พ่น หยอด ใส่ อบหรือกระทำด้วยวิธีอื่นใดต่อส่วนหนึ่งส่วนใดของร่างกายเพื่อความสะอาด ความสวยงามหรือส่งเสริมให้เกิดความสวยงาม และรวมถึงเครื่องสำอางประเภทอื่นต่าง ๆ ด้วย (2) วัตถุที่มุ่งหมายสำหรับเป็นส่วนผสมในการผลิตเครื่องสำอางโดยเฉพาะ หรือ (3) วัตถุอื่นที่กำหนดโดยกฎกระทรวงให้เป็นเครื่องสำอาง กฎหมายกำหนดอำนาจหน้าที่ของรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข และคณะกรรมการเครื่องสำอาง กำหนดวิธีการควบคุมเครื่องสำอาง โดยควบคุมการผลิต นำเข้า และส่งออกเครื่อง

สำออง โดยการผลิตหรือนำเข้าจะต้องขอรับใบอนุญาตต่อเลขานุการคณะกรรมการอาหารและยา ควบคุมการขายเครื่องสำอองโดยควบคุมคุณภาพมาตรฐานถ้าเป็นเครื่องสำอองที่ควบคุมต้องมี เลขทะเบียนและสลากเป็นภาษาไทยที่ถูกต้อง ถ้าเป็นเครื่องสำอองทั่วไปต้องมีฉลากเป็นภาษา ไทย ควบคุมการขึ้นทะเบียนเครื่องสำออง และการโฆษณา

● **กฎหมายว่าด้วยเครื่องมือแพทย์**

- พระราชบัญญัติเครื่องมือแพทย์ พ.ศ. 2531 กำหนดให้ผู้ผลิต ผู้นำเข้า ผู้จำหน่าย เครื่องมือแพทย์จะต้องขึ้นทะเบียน และให้มีคณะกรรมการเครื่องมือแพทย์ขึ้นคณะ หนึ่ง

● **กฎหมายอื่น ๆ**

- พระราชบัญญัติปรามการค้าประเวณี พ.ศ. 2503
- พระราชบัญญัติสุสานและฌาปนสถาน พ.ศ. 2528
- พระราชบัญญัติคนเข้าเมือง พ.ศ. 2522

(ข) กฎหมายที่เกี่ยวข้องกับคนหรือกลุ่มชน

● **กฎหมายว่าด้วยการคุ้มครองผู้บริโภค**

- พระราชบัญญัติคุ้มครองผู้บริโภค พ.ศ. 2522 กำหนดสิทธิ 4 ประการของ ผู้บริโภค ได้แก่ สิทธิที่จะได้รับข่าวสาร รวมทั้งคำพรรณนาคุณภาพที่ถูกต้องและเพียงพอเกี่ยว กับสินค้าและบริการ สิทธิที่จะมีอิสระในการเลือกหาสินค้าและบริการ สิทธิที่จะได้รับความปลอด ภัยจากการใช้สินค้าหรือบริการ และสิทธิที่จะได้รับการพิจารณาและชดเชยความเสียหายกฎหมาย กำหนดให้มีคณะกรรมการคุ้มครองผู้บริโภค และคณะกรรมการเฉพาะเรื่อง คือคณะกรรมการ ว่าด้วยการโฆษณา และคณะกรรมการว่าด้วยฉลาก กับกำหนดมาตรการในการคุ้มครองผู้ บริโภคด้านโฆษณา การคุ้มครองผู้บริโภคในด้านฉลากและการคุ้มครองผู้บริโภคโดยประการอื่น เช่น เมื่อมีเหตุอันควรสงสัยว่าสินค้าใดอาจเป็นอันตรายแก่ผู้บริโภค คณะกรรมการอาจสั่งให้ผู้ ประกอบธุรกิจดำเนินการทดสอบ หรือพิสูจน์สินค้านั้นได้ ถ้าผู้ประกอบการไม่ดำเนินการ ทดสอบหรือพิสูจน์สินค้า หรือดำเนินการล่าช้าโดยไม่มีเหตุผลอันสมควร คณะกรรมการจะจัด ให้มีการพิสูจน์โดยผู้ประกอบธุรกิจเป็นผู้เสียค่าใช้จ่ายก็ได้

● **กฎหมายเกี่ยวกับการควบคุมการประกอบวิชาชีพการแพทย์ และสาธารณสุข**

- พระราชบัญญัติ ควบคุมการประกอบโรคศิลปะ พ.ศ. 2479
- พระราชบัญญัติ วิชาชีพเวชกรรม พ.ศ. 2525
- พระราชบัญญัติ วิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์

พ.ศ. 2528

- พระราชบัญญัติ ควบคุมการบำบัดโรคสัตว์ พ.ศ. 2505

วัตถุประสงค์ของกฎหมายควบคุมการประกอบวิชาชีพ ก็เพื่อเป็นหลักประกันในการประกอบวิชาชีพ และคุ้มครองประชาชนให้ได้รับบริการจากผู้ที่มีคุณสมบัติ และความรู้ที่เหมาะสม กฎหมายจึงกำหนดให้ผู้ประกอบวิชาชีพขึ้นทะเบียนและรับใบอนุญาตทำการประกอบวิชาชีพ มีการกำหนดคุณสมบัติและความรู้ตามที่กฎหมายกำหนด กับมีการกำหนดองค์กรที่ควบคุมวิชาชีพ ได้แก่ แพทยสภา สภาการพยาบาล และคณะกรรมการควบคุมการบำบัดโรคสัตว์

สำหรับกฎหมายควบคุมการประกอบโรคศิลปะครอบคลุมกิจการใดๆ อันกระทำโดยตรงต่อร่างกายราษฎรในการบำบัดโรค การตรวจโรคและการป้องกันโรคในสาขาต่างๆ ดังนี้ คือ เวชกรรม ทันตกรรม เภสัชกรรม กายภาพบำบัดและเทคนิคการแพทย์ กำหนดให้มีคณะกรรมการควบคุมการประกอบโรคศิลปะ กำหนดมรรยาทแห่งวิชาชีพ และการคุ้มครองการประกอบโรคศิลปะ

กฎหมายวิชาชีพเวชกรรม กำหนดให้ผู้มีสิทธิขึ้นทะเบียนและรับใบอนุญาตเป็นสมาชิกแพทยสภา และต้องมีคุณสมบัติตามที่กำหนดไว้ในข้อบังคับแพทยสภา จัดตั้งแพทยสภาให้มีฐานะเป็นนิติบุคคล เป็นเอกเทศ ไม่ได้เป็นส่วนหนึ่งของราชการใด อยู่ภายใต้การดูแลของรัฐ มন্ত্রীว่าการกระทรวงสาธารณสุขโดยตรง กับมีมาตรการคุ้มครองประกอบวิชาชีพเวชกรรมและสวัสดิภาพของประชาชน

กฎหมายวิชาชีพการพยาบาล และการผดุงครรภ์ ควบคุมการประกอบวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ ผู้ขอขึ้นทะเบียนและรับใบอนุญาตต้องเป็นสามัญสมาชิกของสภาการพยาบาล และต้องมีคุณสมบัติอื่นตามที่กำหนดไว้ในข้อบังคับสภาการพยาบาล รวมทั้งต้องมีความรู้สำหรับจะขึ้นทะเบียนเป็นชั้นหนึ่งหรือชั้นสองตามที่กฎหมายกำหนดไว้ด้วยกฎหมายกำหนดให้มี “สภาการพยาบาล” มีฐานะเป็นนิติบุคคลเช่นเดียวกับแพทยสภา สำหรับการคุ้มครองวิชาชีพ มีหลักการเช่นเดียวกับการคุ้มครองการประกอบวิชาชีพเวชกรรม

สำหรับกฎหมายควบคุมการบำบัดโรคสัตว์ เป็นกฎหมายควบคุมวิชาชีพสัตวแพทย์แบ่งผู้ประกอบวิชาชีพออกเป็น 3 สาขา คือสาขาอายุกรรม ศัลยกรรมและสูติกรรม แต่ละสาขาแบ่งออกเป็น 2 ชั้น คือ ชั้นหนึ่งและชั้นสอง ผู้ขอรับใบอนุญาตต้องมีคุณสมบัติและมีความรู้หรือความชำนาญตามที่กฎหมายกำหนด กฎหมายกำหนดให้มีคณะกรรมการควบคุมการบำบัดโรคสัตว์ และจัดตั้งสำนักงานคณะกรรมการดังกล่าวที่กรมปศุสัตว์ ผู้ประกอบการบำบัดโรคสัตว์ต้องรักษามรรยาทแห่งวิชาชีพ กับมีการคุ้มครองการประกอบวิชาชีพการสัตวแพทย์

● กฎหมายเกี่ยวกับการควบคุมสถานพยาบาล

- พระราชบัญญัติ สถานพยาบาล พ.ศ. 2504 จัดระเบียบและควบคุมสถานพยาบาลโดยกำหนดลักษณะของสถานพยาบาล และควบคุมสถานพยาบาล โดยกำหนดให้มีการออกใบอนุญาต กำหนดหน้าที่ผู้ขอตั้งและดำเนินการสถานพยาบาลผู้ควบคุมและอำนาจหน้าที่ของผู้ควบคุม

- กฎหมายอื่น ๆ
- ประมวลกฎหมายอาญา

(ค) กฎหมายประกันสังคม

พระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. 2533 และแก้ไขเพิ่มเติม จัดตั้งกองทุนประกันสังคมขึ้นเพื่อให้การสงเคราะห์แก่ลูกจ้างและบุคคลอื่นซึ่งประสบอันตราย เจ็บป่วย ทุพพลภาพ หรือตาย อันมิใช่เนื่องจากการทำงาน รวมทั้งกรณีคลอดบุตร กรณีสงเคราะห์บุตร กรณีชราภาพ และกรณีว่างงาน กับให้จัดตั้งสำนักงานประกันสังคมขึ้น

ประกาศคณะปฏิวัติฉบับที่ 103 (พ.ศ. 2515) จัดตั้งกองทุนเงินทดแทน

(ง) กฎหมายที่เกี่ยวข้องกับสภาพแวดล้อม

ความพยายามในการรักษาสภาพสิ่งแวดล้อมโดยตรงและโดยอ้อมได้มีมาช้านานแล้ว โดยในปี พ.ศ. 2399 ได้มีพระบรมราชโองการให้ประจานความผิดผู้ทิ้งซากสัตว์ลงในแม่น้ำลำคลอง

พระราชบัญญัติรักษาคคลอง ร.ศ. 121 กฎหมายนี้บัญญัติขึ้นเพื่อช่วยในการบำรุงรักษาคคลองมิให้ตื้นเขิน และให้การใช้คลองเป็นไปอย่างมีระเบียบเรียบร้อย ดังนั้นจึงห้ามมิให้ผู้ใดทิ้งหรือปล่อยสิ่งใดลงในทางน้ำ ลำคูหรือคลอง ทิ้งซากสัตว์ลงในแม่น้ำลำคลอง มิฉะนั้นจะมีความผิด

พระราชบัญญัติการเดินเรือในน่านน้ำไทย พ.ศ. 2456 กฎหมายนี้บัญญัติขึ้นเพื่อควบคุมการเดินเรือและป้องกันมิให้เกิดเป็นพิษต่อชีวิตหรือต่อสิ่งแวดล้อมในน่านน้ำไทย ดังนั้นจึงห้ามมิให้ผู้ใดปลูกสร้างอาคารหรือสิ่งใดลงลำน้ำเข้าไปเหนือ ไนและใต้ลำน้ำหรือบนชายหาด และห้ามมิให้ผู้ใดเททิ้งสิ่งใดลงในลำน้ำอันจะเป็นเหตุให้เกิดเป็นพิษต่อสิ่งมีชีวิตหรือต่อสิ่งแวดล้อม หรือเป็นอันตรายต่อการเดินเรือ เว้นแต่จะได้รับอนุญาตจากกรมเจ้าท่า มิฉะนั้นจะมีความผิดต้องโทษปรับหรือจำคุก หรือทั้งจำทั้งปรับและต้องชดใช้เงินค่าเสียหายที่ต้องเสียไปในการแก้ไขสิ่งเป็นพิษ หรือชดใช้ค่าเสียหายเหล่านั้นด้วย

พระราชบัญญัติการชลประทานหลวง พ.ศ. 2485 กฎหมายนี้บัญญัติเพื่อควบคุมการชลประทานและการใช้น้ำจากทางน้ำชลประทาน ซึ่งจัดให้มีขึ้นโดยรัฐ มีบทบัญญัติห้ามมิให้ผู้ใดปลูกสร้าง แกะหรือต่อเติมสิ่งก่อสร้างหรือปลูก ปักสิ่งใดรุกล้ำทางน้ำชลประทาน ห้ามทิ้งมูลฝอย ซากสัตว์ ซากพืช แก้วถ่านหรือสิ่งปฏิกูลลงในน้ำชลประทานหรือทำให้น้ำเป็นอันตรายแก่การเพาะปลูก หรือการบริโภค และห้ามมิให้ปล่อยน้ำซึ่งทำให้เกิดพิษแก่น้ำตามธรรมชาติหรือสารเคมีเป็นพิษลงในน้ำชลประทาน จนอาจทำให้น้ำชลประทานเป็นอันตรายแก่เกษตรกรรม การบริโภค อุปโภคหรือสุขภาพอนามัย มิฉะนั้นจะมีความผิดต้องรับโทษจำคุกหรือปรับ หรือทั้งจำทั้งปรับ

ประกาศคณะปฏิวัติฉบับที่ 286 (พ.ศ. 2515) เรื่องควบคุมการจัดสรรที่ดิน กฎหมายนี้บัญญัติขึ้นเพื่อควบคุมการจัดสรรที่ดินและให้คณะกรรมการควบคุมการจัดสรรที่ดินมีอำนาจข้อกำหนดเกี่ยวกับการจัดสรรที่ดิน โดยกำหนดหลักเกณฑ์ในการจัดทำแผนผังโครงการ และวิธีการในการจัดสรรที่ดิน เพื่อประโยชน์ในการอนามัย การคมนาคม ความปลอดภัย และการผังเมือง และจัดให้มีระบบระบายน้ำ ระบบและมาตรฐานของสิ่งอันเป็นสาธารณูปโภค และบริการสาธารณะตามที่จำเป็น ขณะนี้ได้มีการออกข้อกำหนดเกี่ยวกับการจัดสรรที่ดิน พ.ศ. 2535 โดยกำหนดรายละเอียดต่าง ๆ ตามที่กล่าวไว้ข้างต้น ในส่วนของการจัดให้มีการจัดเก็บมูลฝอยด้วย ผู้ฝ่าฝืนไม่ปฏิบัติตามจะมีความผิดต้องรับโทษจำคุก หรือปรับ หรือทั้งจำทั้งปรับ

พระราชบัญญัติรักษาคคลองประปา พ.ศ. 2526 กฎหมายนี้บัญญัติขึ้นเพื่อรักษาคคลองประปา จึงห้ามเหล่งใด ๆ หรือระบายน้ำโสโครกลงในคลองประปา และห้ามทิ้งซากสัตว์ ขยะมูลฝอย หรือสิ่งปฏิกูลในเขตคลองประปา มิฉะนั้นจะมีความผิดต้องรับโทษปรับ หรือจำคุก หรือทั้งจำทั้งปรับ

พระราชบัญญัติรักษาความสะอาดและความเป็นระเบียบเรียบร้อยของบ้านเมือง พ.ศ. 2535 กฎหมายนี้บัญญัติขึ้นเพื่อควบคุมการรักษาความสะอาดและความเป็นระเบียบเรียบร้อยของบ้านเมือง โดยยกเลิก พ.ร.บ.รักษาความสะอาดและความเป็นระเบียบเรียบร้อยของบ้านเมือง พ.ศ. 2503 แต่บรรดากฎหมายกระทรวง ระเบียบ ประกาศ หรือคำสั่งที่ออกโดยอาศัยอำนาจตามกฎหมายที่ถูกยกเลิกไปนั้น ให้ยังคงใช้บังคับได้ต่อไปเท่าที่ไม่ขัดหรือแย้งกับกฎหมายนี้ กฎหมายนี้ใช้บังคับในเขตเทศบาล สุขาภิบาล กรุงเทพมหานครและเมืองพัทยา ส่วนองค์การบริหารส่วนจังหวัดใดจะให้ใช้กฎหมายนี้บังคับบริเวณใด บังคับทั้งหมดทุกมาตรา หรือยกเว้นมาตราใดให้กระทรวงมหาดไทยประกาศในราชกิจจานุเบกษา มีบัญญัติห้ามมิให้ผู้ใดทิ้งขยะมูลฝอย สิ่งปฏิกูล หรือสิ่งใด ๆ ลงในที่สาธารณะ ซึ่งรวมถึงทางน้ำด้วย มิฉะนั้นจะมีความผิดต้องรับโทษจำคุก หรือทั้งจำทั้งปรับ

พระราชบัญญัติทางหลวง พ.ศ. 2535 กฎหมายนี้บัญญัติขึ้นเพื่อควบคุมการก่อสร้างบำรุงรักษาทางหลวง โดยยกเลิกประกาศคณะปฏิวัติฉบับที่ 295 (พ.ศ. 2515) แต่บรรดากฎหมายกระทรวงที่ออกตามอำนาจในกฎหมายที่ถูกยกเลิกไปนั้นให้ยังคงมีผลใช้บังคับได้ต่อไปเท่าที่ไม่ขัดหรือแย้งกับกฎหมายนี้ มีบทบัญญัติห้ามมิให้ผู้ใดทิ้งขยะมูลฝอย สิ่งปฏิกูลและสิ่งอื่น ๆ ในเขตทางหลวงหรือกระทำได้ด้วยประการใด ๆ เป็นเหตุให้ขยะมูลฝอย สิ่งปฏิกูลร่วงหล่นบนทางจราจรหรือไหล่ทาง มิฉะนั้นจะมีความผิดต้องรับโทษจำคุกหรือปรับหรือทั้งจำทั้งปรับ

พระราชบัญญัติการสาธารณสุข พ.ศ. 2535 กฎหมายนี้บัญญัติขึ้นเพื่อควบคุมการสาธารณสุขโดยยกเลิก พ.ร.บ. สาธารณสุข พ.ศ. 2484 และ พ.ร.บ. ควบคุมการใช้จุจจาระเป็นปุ๋ย พ.ศ. 2480 แต่บรรดากฎหมายกระทรวง ประกาศ ข้อบัญญัติ เทศบัญญัติ ข้อบังคับหรือคำสั่งของเจ้าพนักงานท้องถิ่น หรือพนักงานสาธารณสุข ซึ่งได้ออกโดยอาศัยอำนาจตามกฎหมายที่ถูกยกเลิกไปนั้น ให้ยังคงใช้บังคับต่อไปเท่าที่ไม่ขัดหรือแย้งกับกฎหมายนี้ มีบทบัญญัติให้คณะกรรมการสาธารณสุขซึ่งมาจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้องมีอำนาจหน้าที่ เช่น การกำหนดนโยบายแผนงานและมาตรการเกี่ยวกับการสาธารณสุข

ควบคุมสอดส่องการปฏิบัติตามกฎหมายเกี่ยวกับการสาธารณสุข ฯลฯ เป็นต้น ให้เจ้าพนักงานท้องถิ่นมีอำนาจห้ามมิให้ผู้ใดก่อเหตุรำคาญในที่ หรือทางสาธารณะ หรือสถานที่เอกชน รวมทั้งการระงับเหตุรำคาญด้วย ตลอดทั้งการดูแล ปรับปรุง บำรุงรักษาบรรดาถนน ทางบก ทางน้ำ ทางระบายน้ำ คูคลอง และสถานที่ต่าง ๆ ในเขตของตนให้ปราศจากเหตุรำคาญ กำหนดให้กิจการใดเป็นกิจการที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพเป็นกิจการที่ต้องมีการควบคุม กำหนดให้มีการจัดตั้งตลาด แผงลอย การค้าอาหารหรือน้ำแข็ง ผู้เร่ขายต้องได้รับอนุญาตจากเจ้าพนักงานท้องถิ่น โดยต้องปฏิบัติตามหลักเกณฑ์เงื่อนไขและวิธีการที่กำหนดไว้ในข้อกำหนดของท้องถิ่น ซึ่งครอบคลุมถึงการรักษาความสะอาด การเก็บขนและกำจัดมูลฝอย และการรวบรวมบำบัดน้ำเสียด้วย รวมทั้งมีบทกำหนดโทษสำหรับผู้ฝ่าฝืนด้วย

พระราชบัญญัติโรงงาน พ.ศ. 2535 กฎหมายนี้บัญญัติขึ้นเพื่อควบคุมดูแลโรงงานและการประกอบกิจการโรงงานโดยยกเลิก พ.ร.บ.โรงงาน พ.ศ. 2512 แต่บรรดากฎกระทรวง และประกาศที่ออกตามกฎหมายที่ถูกยกเลิกไปนั้น ให้ยังคงใช้บังคับได้ต่อไปเท่าที่ไม่ขัดหรือแย้งกับกฎหมายนี้ มีบทบัญญัติให้อำนาจรัฐมนตรีว่าการกระทรวงอุตสาหกรรมออกกฎกระทรวงกำหนดให้ โรงงานตามประเภทหรือขนาดใดเป็นโรงงานจำพวกที่ 1 โรงงานจำพวกที่ 2 หรือโรงงานจำพวกที่ 3 แล้วแต่กรณี โดยคำนึงถึงความจำเป็นในการควบคุมดูแล การป้องกันเหตุเดือดร้อนรำคาญ การป้องกันความเสียหาย และการป้องกันอันตรายตามระดับความรุนแรงของผลกระทบที่มีต่อประชาชนหรือสิ่งแวดล้อมและยังมีอำนาจออกกฎกระทรวงกำหนดมาตรฐานแสดงวิธีการควบคุมการปล่อยของเสียมลพิษ หรือสิ่งใด ๆ ที่มีผลกระทบต่อสิ่งแวดล้อม ซึ่งเกิดขึ้นจากการประกอบกิจการโรงงาน รวมทั้งมีบทกำหนดโทษสำหรับผู้ฝ่าฝืนด้วย

พระราชบัญญัติส่งเสริมและรักษาคุณภาพสิ่งแวดล้อมแห่งชาติ พ.ศ. 2535 กฎหมายนี้บัญญัติขึ้นเพื่อควบคุมป้องกันและแก้ไขปัญหามลพิษสิ่งแวดล้อมโดยยกเลิก พ.ร.บ. ส่งเสริมและรักษาคุณภาพสิ่งแวดล้อมแห่งชาติ พ.ศ. 2518 แต่บรรดากฎกระทรวง ข้อบังคับ ระเบียบ ประกาศ คำสั่งซึ่งออกโดยอาศัยอำนาจตามกฎหมายเดิมนั้น ให้คงใช้บังคับได้ต่อไปเท่าที่ไม่ขัดหรือแย้งกับกฎหมายนี้มีบทบัญญัติครอบคลุมถึงการส่งเสริมประชาชนและองค์กรเอกชนให้มีส่วนร่วมในการส่งเสริมและรักษาคุณภาพสิ่งแวดล้อม การจัดระบบการบริหารงานด้านสิ่งแวดล้อมให้เป็นไปตามหลักการจัดการคุณภาพสิ่งแวดล้อม กำหนดอำนาจหน้าที่ของส่วนราชการ รัฐวิสาหกิจ และราชการส่วนท้องถิ่นให้เกิดการประสานงานและมีหน้าที่ร่วมกันในการส่งเสริมและรักษาคุณภาพสิ่งแวดล้อม และกำหนดแนวทางปฏิบัติในส่วนที่ไม่มีหน่วยงานใดรับผิดชอบ การกำหนดมาตรการควบคุมการจัดให้มีระบบบำบัดอากาศเสีย ระบบบำบัดน้ำเสีย ระบบกำจัดของเสีย และเครื่องมือหรืออุปกรณ์ต่าง ๆ เพื่อแก้ไขปัญหามลพิษ รวมทั้งมีบทกำหนดโทษสำหรับผู้ฝ่าฝืนด้วย

(จ) กฎหมายท้องถิ่นที่เกี่ยวข้องกับการสาธารณสุข

นอกจากกฎหมายดังกล่าวข้างต้นแล้ว กฎหมายท้องถิ่นที่ออกโดยชุมชนเมืองต่าง ๆ เช่น ข้อบัญญัติของกรุงเทพมหานคร ข้อบัญญัติเมืองพัทยา เทศบัญญัติ ข้อบังคับ สุขาภิบาล เป็นกฎหมายท้องถิ่น มักมีลักษณะคล้ายคลึงกันทั่วประเทศ ดังนี้

1) การควบคุมและส่งเสริมกิจการท่องเที่ยว มีบทบัญญัติห้ามมิให้ผู้ใดทิ้ง วาง หรือกองขยะมูลฝอย สิ่งปฏิกูล หรือสิ่งอื่นใด ในสถานสาธารณะในเขตชุมชน ซึ่งเป็นเขตควบคุม และส่งเสริมกิจการท่องเที่ยว มิฉะนั้นจะมีความผิดต้องรับโทษจำคุกไม่เกิน 6 เดือน หรือปรับไม่เกิน 100,000 บาท หรือทั้งจำทั้งปรับ

2) การควบคุมการค้า ซึ่งเป็นที่น่ารังเกียจหรืออาจเป็นอันตรายแก่สุขภาพ มีบทบัญญัติกำหนดให้กิจการ 124 รายการ เป็นการค้าซึ่งเป็นที่น่ารังเกียจหรืออาจเป็นอันตรายแก่สุขภาพโดยผู้ขอรับใบอนุญาตประกอบการค้าต้องปฏิบัติและจัดสถานที่สำหรับประกอบการค้าให้เป็นไปตามเงื่อนไขอันเกี่ยวข้องกับสุขลักษณะ เช่น จัดทำรางระบายน้ำโสโครก บ่อพักน้ำโสโครกหรือที่กักจมน้ำโสโครก ที่รองรับมูลฝอยและสิ่งเปราะเปื้อน ฯลฯ เป็นต้น ผู้ฝ่าฝืนต้องรับโทษ จำคุก หรือปรับ หรือทั้งจำทั้งปรับ รวมทั้งอาจถูกสั่งพักใช้หรือเพิกถอนใบอนุญาต

3) การควบคุมการค้าอาหารหรือน้ำแข็งในสถานที่เอกชน มีบทบัญญัติห้ามมิให้ผู้ใดตั้งหรือใช้สถานที่เอกชนเป็นสถานที่จำหน่ายอาหารหรือน้ำแข็ง หรือเป็นสถานที่สะสมอาหาร เว้นแต่จะได้รับอนุญาต โดยผู้ขอรับใบอนุญาตจะต้องปฏิบัติและจัดสถานที่ให้ได้สุลักษณะตามเงื่อนไขที่กำหนด เช่น มีรางระบายน้ำ ที่พักน้ำโสโครก หรือที่ดักไขมัน หรือที่กักจมน้ำโสโครก กักจมน้ำมูลฝอยและสิ่งปฏิกูล เป็นต้น ผู้ฝ่าฝืนต้องรับโทษจำคุก หรือปรับ หรือทั้งจำทั้งปรับ รวมทั้งอาจถูกสั่งพักใช้หรือเพิกถอนใบอนุญาต

4) การกักจมน้ำมูลฝอย สิ่งปฏิกูล และสิ่งเปราะเปื้อน มีบทบัญญัติให้ผู้ครอบครองสถานที่ อาคารหรือเคหสถานต้องมีการจัดการมูลฝอย มีข้อห้ามเพื่อป้องกันการทำให้เกิดมูลฝอย สิ่งปฏิกูลหรือสิ่งเปราะเปื้อนในที่หรือทางสาธารณะรวมทั้งการอนุญาตให้เอกชนเก็บขน และกักจมน้ำมูลฝอยและสิ่งปฏิกูล ผู้ฝ่าฝืนต้องรับโทษจำคุก หรือปรับ หรือทั้งจำทั้งปรับ

5) ตลาดสาธารณะ มีบทบัญญัติให้ผู้เข้าขายของในตลาดมีใบอนุญาตและต้องปฏิบัติตามเงื่อนไขที่กำหนด เช่น มีภาชนะรองรับมูลฝอย ทำความสะอาดที่วางขายของทุกวันก่อนขายและเลิกขาย เป็นต้น ผู้ฝ่าฝืนต้องรับโทษจำคุก หรือปรับ หรือทั้งจำทั้งปรับ รวมทั้งอาจถูกสั่งพักใช้หรือเพิกถอนใบอนุญาต

6) การรักษาความสะอาดและความเป็นระเบียบเรียบร้อย มีบทบัญญัติห้ามมิให้กระทำหรือก่อให้เกิดมูลฝอย หรือสิ่งปฏิกูลหรือสิ่งอื่นใดในที่หรือทางสาธารณะซึ่งรวมถึงทางน้ำด้วย ผู้ฝ่าฝืนต้องรับโทษจำคุก หรือปรับ หรือทั้งจำทั้งปรับ

7) ตลาดเอกชน มีบทบัญญัติให้ผู้จัดตั้งตลาดเอกชนต้องขอรับใบอนุญาตและจัดสถานที่ให้ได้สุลักษณะตามเงื่อนไขที่กำหนด เช่น มีทางระบายน้ำและมีการกักจมน้ำโสโครก

มีที่รองรับและจัดการกำจัดขยะมูลฝอย และสิ่งปฏิกูลเป็นต้น ผู้ฝ่าฝืนต้องรับโทษจำคุกหรือปรับ หรือทั้งจำทั้งปรับ รวมทั้งอาจถูกสั่งพักใช้หรือเพิกถอนใบอนุญาต

8) ควบคุมแผงลอย มีบทบัญญัติห้ามมิให้ผู้ใดตั้งแผงลอยในถนนสาธารณะ หรือที่สาธารณะเว้นแต่จะได้รับใบอนุญาต ผู้รับใบอนุญาตต้องจัดตั้งแผงลอยให้ได้สุลักษณะ ตามเงื่อนไขที่กำหนด เช่น จัดทำรางระบายน้ำ ที่รองรับมูลฝอย การเก็บขนและกำจัดมูลฝอย เป็นต้น ผู้ฝ่าฝืนต้องรับโทษจำคุก หรือปรับ หรือทั้งจำทั้งปรับ รวมทั้งอาจถูกสั่งพักใช้หรือเพิกถอนใบอนุญาต

ภาคผนวก ค

นโยบายสาธารณสุข

รัฐบาล	นโยบายสาธารณสุข
จอมพล ป.พิบูลสงคราม เมื่อวันที่ 16 มีนาคม 2548 พันตรีควง อภัยวงศ์ เมื่อวันที่ 1 สิงหาคม 2487	1. จะจัดการป้องกันและกำจัดโรคสำคัญซึ่งเป็นเหตุให้ประชากรตายมาก และหาวิธีการส่งเสริมให้เด็กเกิดมามีอนามัยดี ไม่ตายเสียแต่อายุยังเยาว์ 2. จะปรับปรุงการสุขาภิบาลชนบท และในเขตเทศบาลให้มีสภาพดีขึ้นกับจะเร่งเผยแพร่การสุขศึกษาแก่ประชาชนยิ่งขึ้น 3. จะจัดให้มีสถานพยาบาลสำหรับบำบัดโรคแก่ประชากรให้มากแห่งขึ้น เช่น การเพิ่มสุศาลา โรงพยาบาล บำบัดโรคทั่วไปและบำบัดโรคเฉพาะ เช่น โรคไข้จับสั่น กามโรค วัณโรค และโรคเรื้อน เป็นต้น 4. จะจัดขยายการรับนักศึกษาในทางแพทยศาสตร์ ทันตแพทย์ศาสตร์ เภสัชกรรมศาสตร์และสัตวแพทยศาสตร์ ให้มีจำนวนผู้สำเร็จการศึกษาตามมาตรฐานสากลให้มากขึ้นจะ จัดการอบรมบรรดานายแพทย์ และเภสัชกรที่สำเร็จการศึกษาไปแล้วให้มีความรู้เพิ่มพูนยิ่งขึ้นด้วย 5. จะจัดให้มีการอบรมเจ้าหน้าที่ให้มีความรู้ในทางวิชาการและปฏิบัติการเพื่อช่วยเหลือนายแพทย์ในทางธุรการทั่วไป 6. จะจัดให้มีการตรวจค้นหาความรู้ในเรื่องสรรพคุณยาสมุนไพรและยาอื่น ๆ ภายในประเทศเพื่อนำมาดัดแปลงเป็นยาแผนปัจจุบัน และจะขยายกิจการทำยาให้มากขึ้นและมีปริมาณมากขึ้น นอกจากนี้จะจัดทำวัคซีนและเซรุ่มสำหรับป้องกันและบำบัดโรคต่าง ๆ ให้มีมากขึ้นและมีปริมาณพอต่อความต้องการภายในประเทศ 7. จะส่งเสริมให้ประชาชนมีวัฒนธรรม และมีการครองชีพเหมาะสมกับความเป็นอยู่ตามท้องถิ่นภูมิสำเนา นั้น ๆ กับจะจัดการสงเคราะห์ผู้ไร้อาชีพให้มิงานทำ ตลอดจนอุปการะคนทุพพลภาพ คนชรา และเด็กไร้ที่พึ่งด้วย (ไม่มีคำแถลงนโยบายด้านสาธารณสุขโดยเฉพาะ)

รัฐบาล	นโยบายสาธารณสุข
นายทวี บุญยเกตุ เมื่อวันที่ 31 สิงหาคม 2488 ม.ร.ว.เสนีย์ ปราโมช เมื่อวันที่ 13 กันยายน 2488 พันตรีควง อภัยวงศ์ เมื่อวันที่ 31 มกราคม 2489 นายปรีดี พนมยงค์ เมื่อวันที่ 24 มีนาคม 2489	(ไม่มีคำแถลงนโยบายด้านสาธารณสุขโดยเฉพาะ) สำหรับการสาธารณสุข โดยที่สถานะสงครามเป็นเหตุให้ขาดเครื่องเวชภัณฑ์ต่าง ๆ ไม่เป็นการเพียงพอที่จะป้องกันและรักษาโรคภัยไข้เจ็บ รัฐบาลนี้จะพยายามจัดหาให้มีใช้กันพอเพียง (ไม่มีคำแถลงนโยบายด้านสาธารณสุขโดยเฉพาะ) การสาธารณสุขเพื่อที่จะปลดเปลื้องความทุกข์ของประชาชนในด้านโรคภัย รัฐบาลจะได้พยายามเร่งรัดจัดการปราบปรามและป้องกันโรคระบาด ซึ่งกำลังเกิดแพร่หลายอยู่ในขณะนี้ให้บรรเทาเบาบางลงโดยเร็ว และจะได้ดำเนินการเพิ่มพูนปริมาณยารักษาโรคชนิดที่จำเป็น โดยการคิดค้นขึ้นหรือหาซื้อจากทั้งภายในและภายนอกประเทศ เพื่อสำหรับใช้และจำหน่ายให้เป็นความสะดวกแก่ประชาชนที่จะซื้อหาและได้ราคาย่อมเยาลงกว่าที่เป็นอยู่ในปัจจุบันนี้ อนึ่งในเรื่องสถานพยาบาลและปริมาณจำนวนแพทย์ซึ่งขณะนี้ยังมีไม่พอแก่การตั้งเป็นที่ทราบกันอยู่แล้ว และรัฐบาลชุดก่อนก็ได้ดำริในอันที่จะจัดการให้มีปริมาณเพิ่มขึ้นให้ได้จำนวนพอควรแก่การนั้น รัฐบาลนี้ก็จะได้ดำเนินการสืบเนื่องต่อไปเพื่อให้บังเกิดผลสมปรารถนาในอนาคต การสาธารณสุข กิจการสาธารณสุขอันกล่าวได้ว่ามีรากฐานอันสำคัญอยู่ 4 ประการได้แก่ การผลิตหมอ ผลิตยา รักษา และป้องกันนั้นเป็นผลไม่สมบูรณ์พอแก่การตั้งเป็นที่ทราบกันอยู่แล้ว รัฐบาลมีความมุ่งหมายที่จะปรับปรุงเพิ่มเติมให้ได้ผลสมบูรณ์ขึ้นจนเพียงพอแก่การโดยลำดับ อาทิเช่น การผลิตแพทย์ที่เรียนสำเร็จออกจากมหาวิทยาลัยก็จะให้ได้จำนวนมากขึ้น การผลิตยาสำหรับรักษาป้องกันโรคจะให้ได้ปริมาณและชนิดยาที่จำเป็นทวีขึ้นจนพอสำหรับใช้ สิ่งใดที่ยังขาดและไม่สามารถจะผลิตขึ้นได้เองก็จะหาซื้อเพิ่มเติมทั้งจากภายในและภายนอกประเทศ การรักษาพยาบาลซึ่งยังมีสถานที่ไม่พอเพียง โดยโรงพยาบาลยังมีไม่ทั่วทุกจังหวัดก็จะได้พยายามจัดสร้างขึ้นให้ทั่วถึง ตลอดทั้งเครื่องใช้เครื่องมือ ยา

รัฐบาล	นโยบายสาธารณสุข
พล.ร.ต.ถวัลย์ ธำรงนาวาสวัสดิ์ เมื่อวันที่ 24 สิงหาคม 2489	ลำดับต่อไปการป้องกันมิให้โรคเกิดลุกลามระบาดแพร่หลายก็จะได้มีการปรับปรุงวิธีการ เพิ่มกำลังงานให้เหมาะสมทั่วถึงตลอดไปตามท้องที่ และจะได้จัดให้มีการจำหน่ายที่จำเป็นโดยแพร่หลายตามชนบท จัดเจ้าหน้าที่ทำการอบรมพลเมืองให้มีความรู้ในการรักษาสุขภาพอนามัย และวิธีป้องกันโรคโดยตนเองตามสมควร ในด้านการศึกษาก็จะได้ช่วยการสาธารณสุขโดยให้นักเรียนรับความรู้เรื่องรักษาสุขภาพอนามัยและการป้องกันโรคสมควรแก่สภาพด้วย อนึ่งโรคระบาดมีไข้ทรพิษและอหิวาตกโรค ซึ่งค่อยบรรเทาเบาบางลงแล้ว แต่ยังไม่สงบโดยทั่วไปนั้น รัฐบาลก็ได้เร่งรัดการปราบปรามให้สงบลงโดยทั่วถึง และทำการป้องกันเป็นพิเศษต่อไปอีกเป็นระยะเวลา 2-3 ปี เพื่อมิให้โรคระบาดรุนแรงขึ้นอีก ส่วนไข้มาเลเรียซึ่งมีชุกชุมอยู่ในท้องที่ต่าง ๆ นั้น รัฐบาลก็ได้ขยายกำลังทำการรักษาป้องกันให้เบาบางลงโดยทำนองเดียวกัน รัฐบาลนี้มีความมุ่งหมายจะดำเนินการในด้านสาธารณสุขให้เป็นผลถึงประชาชนกว้างขวางยิ่งขึ้นทั้งในทางป้องกัน รักษาโรคภัย และการอบรมให้มีความรู้ในเรื่องสุขภาพอนามัย โดยที่จะจัดให้มีหรือเพิ่มเติมให้มากขึ้นในประการเหล่านี้ ก. โรงพยาบาลตามจังหวัด และสุขศาลาตามตำบลอันเป็นชุมชน ข. จัดทำและจัดหายาอันจำเป็นออกจำหน่ายตามท้องที่ให้แพร่หลายยิ่งขึ้น ค. ปรับปรุงเพิ่มเติมจำนวนพนักงานเจ้าหน้าที่ให้เหมาะสมกับกิจการที่จะปฏิบัติในท้องที่ ง. ปรับปรุงวิธีการ และสมรรถภาพพนักงานเจ้าหน้าที่ให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น
พล.ร.ต.ถวัลย์ ธำรงนาวาสวัสดิ์ เมื่อวันที่ 31 พฤษภาคม 2490	การสาธารณสุข รัฐบาลจะดำเนินการป้องกันโรคติดต่ออันตรายและโรคติดต่ออื่น ๆ เพื่อความปลอดภัยของประชาชน จะจัดให้มีสถานพยาบาลเพิ่มมากขึ้น จะจัดให้มียารักษาโรคที่จำเป็นให้มีจำหน่ายโดยแพร่หลายตามท้องที่ด้วย

รัฐบาล	นโยบายสาธารณสุข
พันตรีควง อภัยวงศ์ เมื่อวันที่ 10 พฤศจิกายน 2490 และ วันที่ 21 กุมภาพันธ์ 2491 จอมพล ป. พิบูลสงคราม เมื่อ วันที่ 8 เมษายน 2491 จอมพล ป. พิบูลสงคราม เมื่อวันที่ 25 มิถุนายน 2492	ราคาย่อมเยา กับจะส่งเสริมให้เจ้าหน้าที่ที่มีสมรรถภาพสูงขึ้น ทั้งจะเพิ่มจำนวนให้มีพอแก่ความจำเป็นที่ต้องปฏิบัติหน้าที่ใน การช่วยเหลือราษฎร นอกจากนี้จะได้ดำเนินการบางประการที่ เห็นจำเป็น เพื่อให้การสาธารณสุขก้าวหน้าสมบูรณ์ยิ่งขึ้น เช่น ขยายการสงเคราะห์แม่และเด็กให้กว้างขวางออกไป เร่งจัดการ อนามัยให้นักเรียนตามโรงเรียนต่าง ๆ ให้มากยิ่งขึ้น จัด ให้มีสำนักศึกษาการสาธารณสุขขึ้นในมหาวิทยาลัยแพทย ศาสตร์ จัดให้มีการประกันสุขภาพหรือความป่วยเจ็บแก่ บุคคลบางประเภท และจัดให้มีสถานการวิจัยและชั้นสูตรทาง แพทย์แห่งชาติเพื่อความก้าวหน้าในทางแพทยศาสตร์ 1. จะจัดให้วุฒิและสมรรถภาพของแพทย์ดีขึ้น โดยขยายการศึกษาเพิ่มเติมในโรงเรียนโดยเฉพาะอย่างยิ่งใน ทางสาธารณสุขหรือส่งไปเรียนเพิ่มเติมต่างประเทศ 2. จะเร่งสร้างโรงพยาบาลให้แก่จังหวัดที่ขาดอยู่ และ จัดโรงพยาบาลขนาดใหญ่ประจำภาคเพื่อเป็นที่เลี้ยง โรงพยาบาลประจำจังหวัด และจะได้กระจายแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ ออกภูมิภาคบ้าง ส่วนโรงพยาบาลของเทศบาลต่าง ๆ นั้น จะได้ปรับปรุงเพื่อให้เจริญก้าวหน้ายิ่งขึ้น 3. มารดาและทารกสงเคราะห์ เป็นข้อสำคัญอัน หนึ่งในความเจริญของชาติจึงจะต้องขยายงานด้านนี้โดย อบรม นางพยาบาลผดุงครรภ์ให้พอเพียง และขยายจำนวน สถานมารดาและทารกสงเคราะห์ให้มากขึ้น 4. จะกวาดล้างป้องกันและระบาศของโรคติดต่อโดย จัดหน่วยบำบัดและป้องกันโรคติดต่อเคลื่อนที่ให้มากขึ้น (ไม่มีคำแถลงนโยบายด้านสาธารณสุขโดยเฉพาะ) การสาธารณสุข จะพยายามให้ประชาชนมีสุขภาพดี มี ร่างกายแข็งแรงสมที่จะประกอบอาชีพของตน และทำ ประโยชน์แก่ประเทศชาติได้นานที่สุดในชีวิต โดยรัฐบาลจะได้ จัดในสิ่งสำคัญดังต่อไปนี้ คือ 1. การปรับปรุงเจ้าหน้าที่จำนวน และคุณภาพเพื่อ ให้มีสมรรถภาพดียิ่งขึ้น 2. ขยายการสุศึกษาให้ประชาชนได้รับความรู้ใน เรื่องการอนามัยดียิ่งขึ้น

รัฐบาล	นโยบายสาธารณสุข
จอมพล ป. พิบูลสงคราม เมื่อวันที่ 6 ธันวาคม 2494 จอมพล ป. พิบูลสงคราม เมื่อวันที่ 24 มีนาคม 2495 จอมพล ป. พิบูลสงคราม เมื่อวันที่ 21 มีนาคม 2500	3. ขยายการบำบัดโรคให้แก่ประชาชน โดยจัดให้มีโรงพยาบาลและสถานบำบัดโรค ตลอดจนเวชภัณฑ์และอุปกรณ์ต่าง ๆ เพิ่มขึ้นในจังหวัดที่ขาดอยู่ 4. ขยายการมารดาและทารกสงเคราะห์ โดยจัดให้มีนางพยาบาลผดุงครรภ์เพิ่มขึ้นตลอดจนให้มีสถานสงเคราะห์มารดาและทารกเพิ่มขึ้นด้วย 5. จัดการป้องกันและระงับโรคติดต่อและโรคอื่นที่สำคัญ โดยเพิ่มกำลังเจ้าหน้าที่และอุปกรณ์ให้สามารถทำการได้เป็นผลดียิ่งขึ้น 6. บำรุงและส่งเสริมการสุขภาพ โดยร่วมมือกับเจ้าหน้าที่ฝ่ายปกครอง และเจ้าหน้าที่เทศบาลโดยใกล้ชิดเพื่อแก้ไขการสุขภาพทั่วไปให้ดียิ่งขึ้น 7. ส่งเสริมการอนามัยนักเรียน โดยเพิ่มหน่วยอนามัยนักเรียนเพื่อทำการตามโรงเรียนให้มากขึ้น 8. ส่งเสริมการศึกษา และการวิจัยในทางการแพทย์ และการสาธารณสุข 9. ร่วมมือกับองค์การของสหประชาชาติที่เกี่ยวข้องกับการแพทย์ การสาธารณสุข และการสงเคราะห์เด็ก 10. พยายามให้ประชาชนทุกคนได้รับการปฏิบัติในการรักษาพยาบาลเท่าเทียมกัน รัฐบาลนี้จะเร่งรัดส่งเสริมการรักษาพยาบาล และอนามัยของประชาชนรวมทั้งการช่วยเหลือประชาชนทางสวัสดิการให้ทวียิ่งขึ้น รัฐบาลนี้จะขยายการส่งเสริมช่วยเหลือประชากรราษฎรในการอนามัยและการรักษาพยาบาล รวมทั้งการช่วยเหลือประชากรราษฎรทางสวัสดิการให้ทวียิ่งขึ้น รัฐบาลนี้จะพยายามส่งเสริมช่วยเหลือประชากรราษฎรในการอนามัย การรักษาพยาบาล โดยจะปรับปรุงและจัดสร้างโรงพยาบาล สถานอนามัย รวมทั้งจะดำเนินการให้มีแพทย์ พยาบาล ตลอดจนเวชภัณฑ์ให้มีปริมาณเพิ่มขึ้น จะช่วยเหลือประชาชนในทางป้องกันและบำบัดโรคต่าง ๆ รวมทั้งจะจัดสรรให้ประชากรราษฎรได้ซื้อยารักษาโรคได้ โดยสมควรและราคาเยอเหมาะสมตามควร

รัฐบาล	นโยบายสาธารณสุข
นายพจน์ สารสิน เมื่อวันที่ 21 กันยายน 2500 พลโทถนอม กิตติขจร เมื่อวันที่ 1 มกราคม 2501	รัฐบาลนี้จะได้ส่งเสริมการรักษาพยาบาล และการอนามัยของประชาชนรวมทั้งการช่วยเหลือประชาชนในทางสวัสดิการให้ดียิ่งขึ้น รัฐบาลนี้ได้ส่งเสริมการอนามัยของประชาชนให้ดีขึ้น โดยทั่ว ๆ ไป จะส่งเสริมการผลิตแพทย์ และผู้มีวิชาชีพอย่างอื่นอันเกี่ยวเนื่องกับการแพทย์ จะปรับปรุงและเพิ่มสถานพยาบาลให้สมบูรณ์ยิ่งขึ้น ทั้งในด้านสถานที่เครื่องมือ เครื่องใช้ และเจ้าหน้าที่ จะส่งเสริมการวิจัยทางแพทย์ การผลิตยา และเวชภัณฑ์เพื่อให้ได้ปริมาณและชนิดมากขึ้นกว่าที่เป็นอยู่ปัจจุบัน
จอมพลสฤษดิ์ ธนะรัชต์ เมื่อวันที่ 9 กุมภาพันธ์ 2502 จอมพลถนอม กิตติขจร เมื่อวันที่ 9 ตุลาคม 2506 จอมพลถนอม กิตติขจร เมื่อวันที่ 25 มีนาคม 2512	รัฐบาลนี้จะได้ดำเนินการส่งเสริมให้ประชาชนในชาติ มีศีลธรรม วัฒนธรรม และอนามัยอันดี ในด้านการสาธารณสุข รัฐบาลจะส่งเสริมให้ประชาชนมีอนามัยดี และจะขยายการบำบัดโรคให้กว้างขวางยิ่งขึ้น - จะส่งเสริมการอนามัยของประชาชนให้ดียิ่งขึ้น โดยถือหลักขจัดและป้องกันเป็นสำคัญและดำเนินการป้องกันทุกวิถีทางมิให้โรคระบาดต่าง ๆ เกิดระบาดขึ้นได้ - จะเร่งรัดการผลิตแพทย์ พยาบาล และผู้มีอาชีพเกี่ยวเนื่องกับวิทยาศาสตร์การแพทย์ให้มากยิ่งขึ้น รวมทั้งการจัดและสนับสนุนให้มีแพทย์ และพยาบาลประจำในส่วนภูมิภาคมากขึ้น - จะเพิ่มและปรับปรุงสถานพยาบาลให้ทันสมัยมากขึ้น ทั้งในด้านสถานที่ เครื่องมือ เครื่องใช้ และเจ้าหน้าที่ - จะส่งเสริมการวิจัยทางแพทย์ และจะควบคุมการผลิตและจำหน่ายยาและเวชภัณฑ์อย่างใกล้ชิด
ศาสตราจารย์สัญญา ธรรมศักดิ์ เมื่อวันที่ 17 มิถุนายน 2517	รัฐบาลนี้มีนโยบายจะให้บริการสาธารณสุขด้านส่งเสริม ป้องกัน และรักษาถึงประชาชนโดยเฉพาะในชนบท จะเร่งรัดปรับปรุงระบบการสาธารณสุขในส่วนราชการที่เกี่ยวข้อง รวมทั้งเอกชนและประชาชนผนึกกำลังกันแก้ปัญหาสาธารณสุขได้อย่างมีประสิทธิภาพ จะมอบอำนาจหน้าที่การบริหารงานสู่ส่วนภูมิภาค เพื่อให้ทรัพยากรที่มีจำกัดอำนวยประโยชน์สูงสุดแก่สังคม

รัฐบาล	นโยบายสาธารณสุข
ม.ร.ว. คึกฤทธิ์ ปราโมช เมื่อวันที่ 19 มีนาคม 2518	แนวนโยบายของรัฐบาลในการสงเคราะห์แก่ประชาชนผู้มีรายได้น้อยได้รับการกำหนดเป็นนโยบายรวมสำหรับการต่อต้านความยากจนนั้นได้กำหนดไว้ที่เกี่ยวกับการสาธารณสุขสรุปได้ว่า “ให้ประชาชนในเขตชนบทและเขตเมืองที่มีรายได้น้อยกว่า 1,000 บาทต่อเดือนให้ได้รับการสงเคราะห์ด้านบริการรักษาความเจ็บป่วยโดยไม่เสียค่ารักษา”
ม.ร.ว.เสนีย์ ปราโมช เมื่อ พ.ศ. 2519	รัฐบาลนี้จะดำเนินการให้บริการสาธารณสุขแบบผสมผสาน ทั้งในด้านการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรคและการรักษาพยาบาลให้กระจายไปสู่ภูมิภาคและท้องถิ่นอย่างเพียงพอจะให้ประชาชนที่ยากไร้ไม่ว่าจะอยู่ในเมืองหรือในชนบทได้รับการรักษาพยาบาลโดยไม่คิดมูลค่า จะให้มีโรงพยาบาลประจำอำเภอให้ครบถ้วนทุกอำเภอและสถานอนามัยชั้น 2 ให้ครบถ้วนทุกตำบลภายใน 4 ปี จะจัดหน่วยแพทย์เคลื่อนที่เพื่อรักษาพยาบาลผู้ป่วยในท้องถิ่นห่างไกลกันดาร และจะเร่งให้มีการผลิตบุคลากรทางการแพทย์ให้เพียงพอกับความต้องการของประชาชน
นายธานินทร์ กรัยวิเชียร เมื่อวันที่ 29 ตุลาคม 2519	ในด้านการสาธารณสุข โดยมีปัญหาสุขภาพอนามัยของประชาชนมีความสำคัญเป็นอย่างยิ่งต่อการพัฒนาเศรษฐกิจของชาติ และความเป็นอยู่ของประชาชนโดยเฉพาะส่วนภูมิภาค ซึ่งเป็นประชากรส่วนใหญ่ของประเทศ รัฐบาลจึงจะให้การบริหารสาธารณสุขแบบผสมผสาน ทั้งในด้านการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค และการรักษาพยาบาลให้กระจายไปสู่ภูมิภาคและท้องถิ่นอย่างทั่วถึง ปรับปรุงและขยายบริการด้านการรักษาพยาบาลให้พอเพียง โดยจัดสร้างโรงพยาบาลประจำอำเภอ และสถานอนามัยตามตำบลต่าง ๆ เพื่อให้บริการแก่ประชาชนในอำเภอตำบล และหมู่บ้านโดยทั่วถึง กับจัดส่งหน่วยแพทย์เคลื่อนที่เพื่อให้การรักษาพยาบาลและป้องกันโรคแก่ประชาชนในท้องถิ่นห่างไกลและกันดาร ให้การบริการด้านการรักษาพยาบาลแก่ประชาชนผู้ยากไร้ ทั้งในเมืองและชนบทโดยไม่คิดมูลค่า จัดตั้งโรงพยาบาลศูนย์ประจำภาคต่าง ๆ ให้มีแพทย์ผู้ชำนาญหลายสาขาประจำ เพื่อให้การรักษาพยาบาลผู้ป่วยที่เกินความสามารถของแพทย์ตามโรงพยาบาลทั่วไปของภาคนั้น ๆ

รัฐบาล	นโยบายสาธารณสุข
พลเอกเกรียงศักดิ์ ชมะนันทน์ เมื่อ พ.ศ. 2521	เสริมสร้างสมรรถภาพและเพิ่มจำนวนบุคลากรสาธารณสุขประเภทต่าง ๆ ให้พอเพียงกับความต้องการปรับปรุงวิธีการและขยายการผลิต อบรมฟื้นฟูสมรรถภาพของบุคลากร วางมาตรการการกระจายและใช้กำลังคนให้เหมาะสมยิ่งขึ้น ส่งเสริมงานด้านการวางแผนครอบครัวให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น เพื่อลดอัตราเพิ่มของประชากรให้เป็นไปตามเป้าหมาย 1. ให้มีการเร่งรัดให้บริการสาธารณสุขไปถึงประชาชน โดยเน้นหนักในส่วนภูมิภาคและท้องถิ่นชนบทที่ห่างไกล 2. ให้ประชาชนผู้ยากไร้ได้รับการรักษาพยาบาลโดยไม่คิดมูลค่าและให้ประชาชนที่อยู่ห่างไกลกันดารและไกลสถานบริการ ได้รับการโดยหน่วยสาธารณสุขเคลื่อนที่ 3. ให้มีการเพิ่มปริมาณสถานบริการในระดับอำเภอ ตำบล และการเพิ่มคุณภาพและขอบเขตความสามารถของโรงพยาบาลจังหวัด โรงพยาบาลศูนย์ประจำภาค 4. ให้มีการเสริมสร้างสมรรถภาพและจำนวนเจ้าหน้าที่สาธารณสุขประเภทต่าง ๆ รวมทั้งการฝึกอบรมอาสาสมัครสาธารณสุขในระดับหมู่บ้าน เพื่อการปฏิบัติงานสาธารณสุขเบื้องต้น 5. ให้มีการเพิ่มพูนประสิทธิภาพ และเผยแพร่การวางแผนครอบครัวให้แพร่หลาย 6. ให้มีการเร่งรัดและดำเนินการป้องกันปราบปราม บำบัด รักษา และฟื้นฟูสภาพผู้ติดยาเสพติด และวัตถุออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาท
พลเอกเกรียงศักดิ์ ชมะนันทน์ เมื่อ พ.ศ. 2522	นโยบายที่เกี่ยวข้องกับด้านการสาธารณสุข นโยบายทางสังคม 1. จะจัดบริการสังคมให้ดีขึ้นทั่วประเทศ โดยจะดำเนินการดังนี้ 1.1 จะกระจายบริการสังคมให้ทั่วถึงทั้งในเมืองและท้องถิ่นชนบทที่ห่างไกลโดยมุ่งพัฒนาบริการสาธาณูปโภค อันจำเป็นแก่ชุมชน อาทิ ปรับปรุงและเร่งให้มีเส้นทางสัญจร การไฟฟ้า การประปา หรือน้ำกินน้ำใช้ให้ทั่วถึงทุกตำบล

รัฐบาล	นโยบายสาธารณสุข
	1.2 ยกระดับความเป็นอยู่ของประชาชน โดยให้ได้มีที่อยู่อาศัยในสภาพแวดล้อมที่ดีพอสมควร ป้องกันและแก้ไขปัญหาแหล่งเสื่อมโทรมและสิ่งแวดล้อมเป็นพิษ ซึ่งมีผล กระทบต่อจิตใจ สุขภาพ และความเป็นอยู่อันดีของประชาชนโดยเพิ่มจำนวนสวนสาธารณะซึ่งใช้เป็นที่พักผ่อนหย่อนใจ เข้มงวดกวดขันการรักษาความสะอาดถนนหนทาง ระบบการระบายน้ำเสีย ที่อยู่อาศัย แก้ไขการจราจร และปรับปรุงการขนส่งมวลชน 1.3 เร่งรัดและสอดส่องให้สวัสดิการในด้านสุขภาพ และความปลอดภัยของลูกจ้าง สนับสนุนและขยายขอบเขตการจัดตั้งกองทุนเงินทดแทนให้ทั่วถึง สร้างความเข้าใจระหว่างนายจ้างและลูกจ้างให้มีความเป็นธรรมแก่ทั้งสองฝ่าย 2. ด้านการสาธารณสุขจะเร่งรัดการให้บริการทางสาธารณสุขแก่ประชาชนในรูปแบบผสมผสาน ทั้งในด้านการป้องกันโรค การรักษาพยาบาล และการส่งเสริมสุขภาพอนามัยตามลำดับ โดยมุ่งเน้นหนักแก่ประชาชนในชนบทและกลุ่มประชาชนที่เสี่ยงต่อการเจ็บป่วย โดยเฉพาะอย่างยิ่งในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี และผู้สูงอายุเกิน 60 ปีขึ้นไปอย่างทั่วถึงดังนี้ 2.1 จะปรับปรุงโรงพยาบาลประจำจังหวัด โรงพยาบาลประจำอำเภอ และสถานอนามัยทั่วประเทศ พร้อมทั้งจะยกระดับสำนักงานผดุงครรภ์ให้เป็นสถานอนามัยทุกแห่ง ทั้งนี้เพื่อประสิทธิภาพของการดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐาน และความสะดวกของผู้ป่วย จะจัดตั้งโรงพยาบาลศูนย์ประจำภาคเหนือ ภาคใต้ ภาคกลาง และภาคตะวันออกเฉียงเหนือโดยให้มีนายแพทย์ผู้เชี่ยวชาญทุกสาขา และมีจำนวนเตียงผู้ป่วยอย่างน้อย 1,000 เตียง เพื่อลดความลำบากที่ประชาชนจะต้องเดินทางเข้ามารับการรักษาพยาบาลในกรุงเทพฯ 2.2 จะจัดให้มีหน่วยสาธารณสุขเคลื่อนที่ และการรักษาพยาบาลทางวิทยุเพิ่มมากขึ้น ทั้งนี้เพื่อการรักษาพยาบาล และป้องกันโรคให้แก่ประชาชนในชนบทที่ห่างไกลและกันดาร

รัฐบาล	นโยบายสาธารณสุข
พลเอกเปรม ติณสูลานนท์ เมื่อวันศุกร์ที่ 28 มีนาคม 2523	2.3 สถานพยาบาลของรัฐจะให้การรักษาพยาบาลแก่ประชาชนผู้ยากไร้ทั้งในเมือง และชนบทโดยไม่คิดมูลค่า 2.4 จะเร่งรัดการผลิตและเสริมสร้างสมรรถภาพเจ้าหน้าที่สาธารณสุขทุกประเภท ทุกสาขา รวมทั้งการฝึกอบรมอาสาสมัครสาธารณสุขระดับหมู่บ้านให้มีความรู้เกี่ยวกับการรักษาพยาบาลขั้นต้น เพื่อสนับสนุนการสาธารณสุขมูลฐาน 2.5 จะระดมสรรพกำลังด้านสาธารณสุข ทั้งจากภาครัฐบาลและภาคเอกชนให้เข้ามามีบทบาทร่วมกันในการรับใช้ประชาชนอย่างแท้จริง โดยชักนำ ส่งเสริม และสนับสนุนกิจการสาธารณสุขภาคเอกชน รวมทั้งโรงพยาบาลเอกชนด้วยวิธีการต่าง ๆ และเปิดโอกาสให้ประชาชนทั่วไปได้เข้ามามีส่วนร่วมหรือริเริ่มงานสาธารณสุขของชุมชนเองให้ก้าวหน้ามากยิ่งขึ้น 2.6 จะส่งเสริมและสนับสนุนการวางแผนครอบครัวให้แพร่หลาย และมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้นเพื่อลดอัตราการเพิ่มของพลเมืองลงให้ต่ำกว่าร้อยละ 2.1 และเพื่อสุขภาพอนามัยของแม่และเด็ก 2.7 จะจัดให้มีการประสานงานระหว่างหน่วยงานของรัฐและค้นหาวิธีที่เหมาะสมสำหรับการส่งเสริมงานด้านอาหารและโภชนาการ งานสุขาภิบาลทั่วไป งานจัดหาน้ำสะอาดสำหรับบริโภค และงานให้ภูมิคุ้มกันโรคแก่ประชาชน 2.8 จะส่งเสริมการสุขศึกษาในโรงเรียนและการสุขศึกษาของประชาชนทั่วไป โดยจะเน้นการให้สื่อสารมวลชน เช่น วิทยุ โทรทัศน์ และสิ่งพิมพ์อย่างกว้างขวางจริงจังและสม่ำเสมอ เพื่อให้ประชาชนมีความเข้าใจและตื่นตัวในการป้องกันรักษาสุขภาพอนามัยของตนเองและชุมชน นโยบายของรัฐบาลด้านการสาธารณสุข จะปรับปรุงให้ประชาชนทั้งในชนบทและเมือง ให้ได้รับบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขสะดวกและรวดเร็วยิ่งขึ้น และจะพยายามจัดสรรงบประมาณสำหรับใช้ในกิจการสาธารณสุขให้มากขึ้น โดยจะดำเนินการดังต่อไปนี้ 1. จะเร่งรัดการดำเนินงานโครงการสาธารณสุข

รัฐบาล	นโยบายสาธารณสุข
	มูลฐานด้วยการจัดบริการให้ประชาชนในระดับหมู่บ้านและตำบลที่ยังไม่ได้รับบริการดังกล่าว ให้มีโอกาสใช้บริการการป้องกันโรค การส่งเสริมสุขภาพ และการรักษาพยาบาลเบื้องต้น ทั้งนี้จะทำให้การสงเคราะห์ผู้มีรายได้น้อยและผู้สูงอายุด้านการรักษาพยาบาลเป็นพิเศษโดยจะประสานงานและร่วมมือกับภาค เอกชนด้วย 2. จะเร่งรัดการปรับปรุง ขยาย และก่อสร้างโรงพยาบาลอำเภอ รวมทั้งจัดตั้งสถานอนามัย ให้มีระบบและหน่วยงานสาธารณสุขให้กว้างขวางยิ่งขึ้น 3. จะร่วมมือกับทบวงมหาวิทยาลัยในการเร่งรัดการผลิตแพทย์ พยาบาล ทันตแพทย์ เภสัชกร นักสาธารณสุข เจ้าหน้าที่เทคนิค และเจ้าหน้าที่ธุรการทางการแพทย์ และสาธารณสุขให้มากขึ้นโดยเร็ว เพื่อให้พอเพียงกับการขยายบริการสาธารณสุขในระดับท้องถิ่น ทั้งจะปรับปรุงคุณภาพของบุคลากรดังกล่าวให้ปฏิบัติงานอย่างมีประสิทธิภาพในชนบท 4. จะเร่งรัดการดำเนินการวางแผนครอบครัวให้ลดอัตราการเพิ่มประชากรลง และขยายการฉีดวัคซีนป้องกันโรคให้ประชาชนมากยิ่งขึ้น อีกทั้งการแก้ไขปัญหาสภาพโภชนาการรวมทั้งการสาธารณสุขปโภค 5. จะส่งเสริมและเร่งรัดให้มีการวิจัยและพัฒนาเพื่อให้หน่วยงานของรัฐและธุรกิจเอกชนสามารถผลิตครุภัณฑ์เวชภัณฑ์ และวัสดุภัณฑ์ ที่ใช้ในการแพทย์และสาธารณสุขให้มากยิ่งขึ้น รวมทั้งผนึกวิชาการรักษาพยาบาลแบบพื้นบ้านกับระบบการรักษาพยาบาลในโครงการสาธารณสุขมูลฐาน เพื่อให้สามารถพึ่งตนเองได้ทั้งในยามปกติและยามฉุกเฉินได้ 6. จะพัฒนาและปรับปรุงระบบสารสนเทศสาธารณสุขทั่วประเทศ เพื่อสร้างให้สามารถประสานเป้าหมาย ประสานงานระหว่างหน่วยงานด้านสาธารณสุขกับหน่วยงานฝ่ายกลไกมหาดไทย เกษตร อุตสาหกรรม สิ่งแวดล้อม ศึกษา และธุรกิจเอกชนเพื่อให้ประชาชนได้รับการสาธารณสุขดีขึ้นในยามปกติและเตรียมพร้อมที่จะเผชิญเหตุการณ์ในยามฉุกเฉินได้ 7. จะปรับปรุงและดำเนินการด้านสุขศึกษาโดยใช้เทคโนโลยีใหม่ ใช้สื่อสารมวลชน และใช้วิธีการศึกษาทั้งในและนอกระบบ เพื่อให้ประชาชนโดยเฉพาะนักเรียนชั้นประถม

รัฐบาล	นโยบายสาธารณสุข
พอเอกเปรม ดิณสุสานนท์ เมื่อวันศุกร์ที่ 20 พฤษภาคม 2526	และมัธยมรู้จักปฏิบัติตนในการป้องกันโรค การส่งเสริมสุขภาพ และการรักษาพยาบาลเบื้องต้นด้วยตนเอง 8. จะดำเนินการทุกอย่างเพื่อคุ้มครองผู้บริโภคด้วยการตรวจสอบป้องกัน ปรามปรามและลงโทษผู้กระทำผิด รวมทั้งส่งเสริมให้ใช้เทคโนโลยีที่ถูกต้องและเหมาะสมในการผลิต การจำหน่าย การโฆษณาผลิตภัณฑ์อาหาร ยารักษาโรคและวัสดุภัณฑ์ที่ใช้ในการเกษตรให้ ได้รับความปลอดภัย เป็นธรรม และประหยัด 9. จะส่งเสริมการออกกำลังกายและการกีฬา เพื่อให้ประชาชนมีสุขภาพดีตั้งแต่เยาว์วัย 10. จะป้องกันและรักษาโรคที่เป็นอันตรายต่อประชาชนในกลุ่มอาชีพหรือวัยต่าง ๆ โดยเฉพาะโรคที่สามารถขจัดหรือบำบัดให้หมดสิ้นไปจากประเทศไทย ทั้งนี้จะเร่งรัดโครงการที่จะป้องกัน และบรรเทาอุบัติเหตุและสาธารณภัยชนิด ต่าง ๆ รวมทั้งจัดทำโครงการฟื้นฟูผู้ทุพพลภาพให้สามารถดำรงชีวิตและประกอบอาชีพได้อีกด้วย จะผลิตและส่งเสริมให้นักวิชาการทางการแพทย์และสาธารณสุขให้มีความสามารถสูง เพื่อที่จะแสวงหาวิทยาการแผนใหม่ในประเทศหรือจากต่างประเทศเพื่อใช้แก้ปัญหาสาธารณสุข นโยบายรัฐบาลทางด้านการสาธารณสุข การสาธารณสุข จะปรับปรุงให้ประชาชนทั้งในชนบทและในเมืองไม่ม่จะมีรายได้และฐานะทางเศรษฐกิจอย่างใด ได้รับบริการทางการแพทย์ และสาธารณสุขที่มีคุณภาพ สะดวก และรวดเร็วยิ่งขึ้น โดยจะดำเนินการดังต่อไปนี้ 1. จะเร่งรัดการดำเนินงานโครงการสาธารณสุขมูลฐานด้วยการจัดบริการให้ประชาชนในระดับหมู่บ้านและตำบล และชุมชนแออัดในเมืองที่ยังไม่ได้รับบริการดังกล่าวให้มีโอกาสได้รับบริการการป้องกันโรค การส่งเสริมสุขภาพ และการรักษาพยาบาลเบื้องต้น ณ ที่อยู่ของตน ทั้งนี้จะให้การสงเคราะห์ผู้มีรายได้น้อยและผู้สูงอายุด้านการรักษาพยาบาลเป็นพิเศษ โดยจะประสานงานและร่วมมือกับภาคเอกชนด้วย

รัฐบาล	นโยบายสาธารณสุข
	2. จะเร่งรัดการปรับปรุง ขยาย และก่อสร้างโรงพยาบาลอำเภอ รวมทั้งจัดตั้งสถานอนามัยตำบล ให้มีระบบและรายงานสาธารณสุขให้กว้างขวางยิ่งขึ้น 3. จะร่วมมือกับมหาวิทยาลัยในการเร่งรัดการผลิตแพทย์ พยาบาล ทันตแพทย์ เภสัชกร นักสาธารณสุข เจ้าหน้าที่เทคนิค และเจ้าหน้าที่ธุรการทางการแพทย์และสาธารณสุขให้มากขึ้นโดยเร็ว เพื่อให้พอเพียงกับการขยายบริการสาธารณสุขในระดับท้องถิ่น ทั้งจะปรับปรุงคุณภาพบุคลากรดังกล่าว ให้ปฏิบัติงานในชนบทอย่างมีประสิทธิภาพ 4. จะเร่งรัดการดำเนินการวางแผนครอบครัวให้ลดอัตราการเพิ่มประชากรลง และจะดำเนินการแก้ไขปัญหาสภาพโภชนาการ รวมทั้งการสาธารณสุขปศุสัตว์ 5. จะขยายบริการด้านอนามัยแม่และเด็ก โดยเฉพาะเกี่ยวกับการทำคลอด การดูแลก่อนและหลังคลอด เพื่อลดอัตราการตายของมารดาและทารก ควบคู่ไปกับการให้ความรู้ด้านการสาธารณสุขมูลฐานอย่างเพียงพอที่จะให้สตรีมีส่วนร่วมในการดูแลรักษา ป้องกันสุขภาพ ทั้งทางกายและจิตใจของตนเอง ครอบครัวและชุมชนอย่างมีประสิทธิภาพ 6. จะส่งเสริมและเร่งรัดให้มีการวิจัยและพัฒนา เพื่อให้หน่วยงานของรัฐและธุรกิจเอกชนสามารถผลิตครุภัณฑ์เวชภัณฑ์ และวัสดุภัณฑ์ ที่ใช้ในการแพทย์และสาธารณสุขให้มากยิ่งขึ้น รวมทั้งพัฒนากฎวิธีการรักษาพยาบาลแบบพื้นบ้านกับระบบการรักษาพยาบาลในโครงการสาธารณสุขขั้นมูลฐาน เพื่อให้สามารถพึ่งตนเองได้ทั้งในยามปกติและยามฉุกเฉิน ทั้งนี้จะไม่ให้หน่วยงานของรัฐดำเนินการโดยวิธีการผูกขาด 7. จะพัฒนาและปรับปรุงระบบงานสาธารณสุขทั่วประเทศ เพื่อให้สามารถประสานเป้าหมาย ประสานงานระหว่างหน่วยงานด้านสาธารณสุขกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง และธุรกิจเอกชน เพื่อให้ประชาชนได้รับบริการสาธารณสุขดีขึ้นในยามปกติ และเตรียมพร้อมที่จะเผชิญเหตุการณ์ในยามฉุกเฉินได้

รัฐบาล	นโยบายสาธารณสุข
พลเอกเปรม ติณสูลานนท์ เมื่อวันที่ 27 สิงหาคม 2529	8. จะปรับปรุงและดำเนินการด้านสุขภาพ โดยใช้เทคโนโลยีใหม่ ใช้สื่อสารมวลชน และใช้วิธีการศึกษาทั้งในและนอกระบบ เพื่อให้ประชาชนโดยเฉพาะนักเรียนชั้นประถมและมัธยมรู้จักปฏิบัติตนในการป้องกันโรคการส่งเสริมสุขภาพ และรักษาพยาบาลเบื้องต้นด้วยตนเอง
	9. จะดำเนินการเพื่อคุ้มครองผู้บริโภคด้วยการตรวจสอบ ป้องกัน ปราบปรามและลงโทษผู้กระทำความผิด รวมทั้งส่งเสริมให้ใช้เทคโนโลยีที่ถูกต้องและเหมาะสมในการผลิต การจำหน่าย การโฆษณาผลิตภัณฑ์อาหาร ยารักษาโรค และวัสดุภัณฑ์ที่ใช้ในการเกษตรให้ได้รับความปลอดภัย เป็นธรรม และประหยัด
	10. จะส่งเสริมการออกกำลังกายและการกีฬาเพื่อให้ประชาชนมีสุขภาพดีและมีการพักผ่อนหย่อนใจที่ถูกต้อง
	11. จะป้องกันและรักษาโรคที่เป็นอันตรายต่อประชาชนในกลุ่มอาชีพหรือวัยต่าง ๆ โดยเฉพาะโรคที่สามารถขจัดหรือบำบัดให้หมดสิ้นไปจากประเทศไทย ทั้งนี้จะเร่งรัดโครงการที่จะป้องกันและบรรเทาอุบัติเหตุและสาธารณภัยชนิดต่าง ๆ รวมทั้งจัดทำโครงการฟื้นฟูผู้ทุพพลภาพให้สามารถดำรงชีวิต และประกอบอาชีพได้อีกด้วย
	12. จะผลิตและส่งเสริมนักวิชาการทางการแพทย์และสาธารณสุขให้มีความสามารถสูง เพื่อที่จะแสวงหาวิทยาการแผนใหม่ในประเทศ หรือจากต่างประเทศมาใช้แก้ปัญหาสาธารณสุข
	นโยบายของรัฐบาลทางด้านการสาธารณสุข การพัฒนาสุขภาพอนามัย 1. จะดำเนินการให้ประชาชนไม่ว่าจะอยู่ในเมืองหรือชนบทได้รับบริการสาธารณสุขมูลฐาน อันได้แก่ การป้องกันโรค การส่งเสริมสุขภาพ การรักษาพยาบาลเบื้องต้น ณ ถิ่นที่อยู่ของตน รวมทั้งพัฒนากิจการรักษายาบาลแบบพื้นบ้านกับระบบการรักษาพยาบาลในโครงการสาธารณสุขมูลฐาน เพื่อให้สามารถพึ่งตนเองได้ทั้งในยามปกติและยามฉุกเฉิน 2. สนับสนุนกิจกรรมการให้บริการสาธารณสุขขั้นพื้นฐานแก่ประชาชน ทั้งที่ดำเนินการโดยรัฐและองค์การเอกชนอย่างจริงจังและต่อเนื่อง ในส่วนที่ดำเนินการโดยรัฐ รัฐจะจัด

รัฐบาล	นโยบายสาธารณสุข
	เป็นบริการให้เปล่าสำหรับผู้สูงอายุ เด็ก และผู้มีรายได้น้อย 3. จะปรับปรุงคุณภาพและขยายบริการของโรงพยาบาลและสถานอนามัย รวมทั้งจะขยายขีดความสามารถของสถานอนามัยที่มีประชากรหนาแน่นให้สูงขึ้น เพื่อพัฒนาให้เป็นโรงพยาบาลต่อไป ทั้งจะจัดระบบส่งต่อผู้ป่วยให้สามารถสนองตอบความต้องการของประชาชนในพื้นที่ได้ดียิ่งขึ้น 4. จะเร่งรัดการผลิตบุคลากรทางสาธารณสุขให้สอดคล้องกับการขยายบริการสาธารณสุขในระดับท้องถิ่น โดยร่วมมือกับสถาบันอุดมศึกษา และโรงพยาบาลทั้งของรัฐและเอกชน 5. จะระดมความร่วมมือของบุคลากรที่ปฏิบัติงานอยู่ในโรงพยาบาลและสถานพยาบาลเอกชน ให้เข้าใจแผนงานสาธารณสุขมูลฐาน เพื่อให้ได้มาซึ่งความร่วมมือจากเอกชน และสามารถประสานความร่วมมือในงานสาธารณสุขระหว่างรัฐกับเอกชนให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น 6. จะส่งเสริมและเร่งรัดให้มีการวิจัยและพัฒนาเพื่อให้หน่วยงานของรัฐ และภาคเอกชนสามารถผลิตครุภัณฑ์เวชภัณฑ์ และวัสดุภัณฑ์ที่ใช้ในการแพทย์และสาธารณสุขให้มากยิ่งขึ้น ทั้งนี้จะไม่ให้หน่วยงานของรัฐดำเนินการโดยวิธีการผูกขาด 7. จะพัฒนาและปรับปรุงระบบงานสาธารณสุขทั่วประเทศ เพื่อให้สามารถประสานเป้าหมาย ประสานงานระหว่างหน่วยงานด้านสาธารณสุขกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องและภาคเอกชน เพื่อให้ประชาชนได้รับบริการสาธารณสุขดีขึ้นในยามปกติ และเตรียมพร้อมที่จะเผชิญเหตุการณ์ในยามฉุกเฉินได้ 8. จะปรับปรุงและดำเนินการด้านสุขศึกษา โดยใช้เทคโนโลยีใหม่ สื่อสารมวลชนและวิธีการศึกษาทั้งในและนอกระบบ เพื่อให้ประชาชนโดยเฉพาะนักเรียนชั้นประถมและมัธยมรู้จักปฏิบัติตนในการป้องกันโรค การส่งเสริมสุขภาพ และการรักษาพยาบาลเบื้องต้นด้วยตนเอง 9. จะดำเนินการคุ้มครองผู้บริโภคให้ได้รับความปลอดภัย เป็นธรรมและประหยัดโดยการตรวจสอบ ป้องกัน

รัฐบาล	นโยบายสาธารณสุข
พลตรีชาติชาย ชุณหะวัณ เมื่อวันที่ 25 สิงหาคม 2531	และปราบปรามผู้กระทำความผิดในการจำหน่าย การโฆษณา ผลิตภัณฑ์อาหาร ยาโรค และวัสดุภัณฑ์ที่ใช้ในการ เกษตรและสินค้าอื่น 10. จะส่งเสริมการออกกำลังกายและการกีฬาเพื่อ ให้ประชาชนมีสุขภาพดีและมีการพักผ่อนหย่อนใจที่ถูกต้อง 11. จะป้องกันและรักษาโรคที่เป็นอันตรายต่อ ประชาชนในกลุ่มอาชีพหรือวัยต่าง ๆ ทั้งนี้จะเร่งรัดโครงการที่ จะป้องกันและบรรเทาอุบัติเหตุและสาธารณภัย รวมทั้งจัดทำ โครงการฟื้นฟูผู้ทุพพลภาพให้สามารถดำรงชีวิตและประกอบ อาชีพได้อีกด้วย 12. จะผลิตและส่งเสริมนักวิชาการทางการแพทย์ และสาธารณสุขให้มีความสามารถสูงเพื่อที่จะแสวงหาวิทยาการ แพทย์ใหม่ที่เหมาะสมจากในประเทศ และต่างประเทศมาใช้ แก้ปัญหาสาธารณสุข 13. จะเร่งรัดให้มีน้ำบริโภคที่ถูกต้องสุขลักษณะแก่ชุม ชนทั้งในชนบทและในเมือง 14. จะเร่งรัดให้บริการวางแผนครอบครัว รวมทั้ง ส่งเสริมสภาวะโภชนาการ และการอนามัยแม่และเด็ก 15. จะสนับสนุนและส่งเสริมการประกันสุขภาพโดย ความสมัครใจ การสาธารณสุข 1. เร่งรัดการดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐานทั้งใน ท้องถิ่นชนบทและชุมชนแออัดในเขตเมือง 2. ปรับปรุงคุณภาพบริการสาธารณสุขของรัฐทุก ประเภทและทุกระดับ โดยมุ่งเน้นเพิ่มประสิทธิภาพการบริหร งานสาธารณสุข ระบบข้อมูล องค์กรหรือกลไกการประสาน นโยบายและการพัฒนาบุคลากร ให้มีความพร้อมในการให้ บริการทั้งในยามปกติและยามฉุกเฉิน ทั้งนี้จะคำนึงถึงเรื่อง ประสิทธิภาพและประหยัดเป็นหลัก 3. ปรับปรุงระบบการประกันสุขภาพที่มีอยู่ให้ เหมาะสม และให้การสงเคราะห์แก่ผู้มีรายได้น้อยและผู้ ที่สังคมควรช่วยเหลือเกื้อกูล 4. ส่งเสริมให้หน่วยงานหรือองค์กรต่าง ๆ ดำเนิน กิจกรรมที่ช่วยยกระดับสุขภาพอนามัยของประชาชนให้สูงขึ้น

รัฐบาล	นโยบายสาธารณสุข
พลเอกชาติชาย ชุณหะวัณ เมื่อวันที่ 9 มกราคม 2534	สร้างพฤติกรรมอนามัยที่ดี ปรับปรุงการสุขศึกษา และแก้ไขปัญหาด้านสาธารณสุข รวมทั้งปรับปรุงกฎหมายที่เกี่ยวข้องให้เอื้ออำนวยต่อการพัฒนาสาธารณสุข โดยเฉพาะอย่างยิ่งกฎหมายเกี่ยวกับการควบคุมคุณภาพสิ่งแวดล้อมและการคุ้มครองผู้บริโภค 5. ฟื้นฟูการแพทย์แผนไทยและการใช้สมุนไพรให้เป็นประโยชน์ แพร่หลายตามความต้องการของท้องถิ่นและฟื้นฟูอุตสาหกรรมยาภายในประเทศให้มั่นคง ฟื้นฟูตนเองได้ โดยเน้นความปลอดภัยและประสิทธิภาพการบำบัดโรคในโรคที่เหมาะสมและกระจายไปสู่ผู้ใช้อย่างทั่วถึง ตลอดจนส่งเสริมอุตสาหกรรมอาหาร ยา และอื่น ๆ เพื่อการส่งออก รัฐบาลยึดมั่นว่าการควบคุมและป้องกันโรคเอดส์เป็นนโยบายระดับชาติที่เร่งด่วนและมีความสำคัญสูงโดยจะเร่งรัดให้หน่วยงานทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้องและภาคเอกชนร่วมรับผิดชอบ ปฏิบัติการป้องกันโรคเอดส์อย่างจริงจังต่อเนื่องต่อไป รัฐบาลเน้นนโยบายการส่งเสริมให้ประชาชนมีสุขภาพแข็งแรง และมีความรู้ในการป้องกันโรคและรู้จักรักษาพยาบาลเบื้องต้นด้วยตนเอง โดยเร่งพัฒนาคุณภาพงานสาธารณสุขมูลฐานในเขตชนบท และเร่งขยายงานสาธารณสุขมูลฐานในเขตเมืองมากยิ่งขึ้น ขณะเดียวกัน รัฐบาลเน้นการปรับปรุงสถานอนามัยในชนบทให้สามารถบริการประชาชน โดยการเพิ่มบุคลากรด้านการแพทย์และเครื่องมือ ตลอดจนปรับปรุงโรงพยาบาล ศูนย์ในส่วนภูมิภาคให้สามารถให้บริการแก่ประชาชนเพื่อลดความจำเป็นที่จะต้องเดินทางเข้ามารักษาพยาบาลในกรุงเทพมหานคร รัฐบาลจะส่งเสริมหน่วยงานหรือองค์กรต่าง ๆ รวมทั้งภาคเอกชนให้มีส่วนร่วมในการดำเนินกิจกรรมที่ช่วยยกระดับสุขภาพอนามัยของประชาชนให้สูงขึ้น เร่งแก้ไขปัญหาด้านสาธารณสุข ปรับปรุงการสุขศึกษา โดยใช้เทคโนโลยีทางสื่อบุคคล และการศึกษา ทั้งในและนอกระบบเพื่อให้เกิดพฤติกรรมสุขภาพที่ดี รวมทั้งการปรับปรุงมาตรการทางกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการสาธารณสุขและปัญหาสิ่งแวดล้อมให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

รัฐบาล	นโยบายสาธารณสุข
นายอานันท์ ปันยารชุน เมื่อวันที่ 4 เมษายน 2534	รัฐบาลจะส่งเสริมการวิจัย และพัฒนาเพื่อการฟื้นฟู การแพทย์แผนไทยและการใช้ สมุนไพรให้เป็นประโยชน์แพร่หลายตามความต้องการของท้องถิ่น และพัฒนาอุตสาหกรรมยาภายในประเทศให้มั่นคงพึ่งตนเองได้ โดยเน้นความปลอดภัยและมีประสิทธิภาพการบำบัดโรคในราคาที่เหมาะสม และกระจายไปสู่ผู้ใช้อย่างทั่วถึง ตลอดจนส่งเสริมอุตสาหกรรมอาหารและยา และอื่น ๆ เพื่อการส่งออก นอกจากนี้ รัฐบาลมีนโยบายเร่งปรับปรุงระบบการประกันสุขภาพที่มีอยู่ให้สอดคล้องกับการประกันสุขภาพตามพระราชบัญญัติประกันสังคม และให้การสงเคราะห์แก่ผู้ที่สังคมช่วยเหลือเกื้อกูล รวมทั้งเน้นการคุ้มครองผู้บริโภคทางด้านอาหารและยาด้วย 6.5 สนับสนุนองค์กรสาธารณสุขประโยชน์ให้มีบทบาท และมีส่วนร่วมในการดำเนินการที่เป็นประโยชน์ต่อสาธารณชน โดยปรับปรุงกฎระเบียบและภาชีอากรที่เกี่ยวข้อง 6.6 จัดให้มีระบบป้องกันอุบัติเหตุและบรรเทา สาธารณภัยให้มีความพร้อมที่จะแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นได้อย่างรวดเร็วทันต่อเหตุการณ์ 6.7 เร่งรัดควบคุมป้องกันโรคติดต่อโดยเฉพาะ เอดส์ให้ได้ผล และร่วมมือกับภาคเอกชนและองค์กรสาธารณะประโยชน์ในการประชาสัมพันธ์ให้ประชาชนตระหนักในภัยของโรคและเกิดจิตสำนึกว่าเป็นหน้าที่ของทุกคนที่จะต้องร่วมกัน ป้องกันและแก้ไขปัญหานี้ 6.8 ปรับปรุงประสิทธิภาพและคุณภาพของการ บริการสาธารณสุขให้สามารถตอบสนองความต้องการของ ประชาชนได้อย่างทั่วถึง โดยดำเนินการดังนี้ 6.8.1 ยกระดับขีดความสามารถของสถาน บริการทางการแพทย์และสาธารณสุข โดยเฉพาะในระดับ ตำบลและอำเภอ เพื่อลดความแออัดของโรงพยาบาลใหญ่ใน เมือง โดยดำเนินการแก้ไขการขาดแคลนแพทย์ และพัฒนา ประสิทธิภาพการส่งต่อผู้ป่วย 6.8.2 เร่งสร้างหลักประกันสำหรับบริการสุขภาพแก่ประชาชนให้การสงเคราะห์ผู้มีรายได้น้อย ผู้ที่สังคม ควรช่วยเหลือเกื้อกูล และผู้สูงอายุ

รัฐบาล	นโยบายสาธารณสุข
พลเอกสุจินดา คราประยูร เมื่อวันที่ 6 พฤษภาคม 2538	10. นโยบายสาธารณสุข รัฐบาลให้ความสำคัญต่อการพัฒนาสุขภาพอนามัย และคุณภาพชีวิตของประชาชน โดยมุ่งขยายบริการด้านสาธารณสุขให้ทั่วถึง เพื่อที่จะตอบสนองความต้องการของประชาชนได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยมีนโยบายดังต่อไปนี้ 10.1 เน้นการพัฒนาบริการการแพทย์ และสาธารณสุขอย่างทั่วถึง โดยปรับปรุงประสิทธิภาพของบริการทุกระดับ ให้มีความพร้อมทั้งในยามปกติและฉุกเฉิน เร่งพัฒนาบริการในระดับตำบล สนับสนุนดำเนินการ ให้มีระบบบริการสาธารณสุขแห่งชาติเป็นเครือข่ายทั่วประเทศ ที่ประกอบด้วย บริการสาธารณสุขภาครัฐทุกสังกัด กระทรวง ทบวง กรม รวมทั้งภาคเอกชน เพื่อให้ประชาชนทุกคนเข้าถึงบริการที่ดีมีคุณภาพเหมาะสมโดยเท่าเทียมกัน มีระบบการส่งต่อผู้ป่วยที่มีประสิทธิภาพรองรับอย่างเหมาะสม 10.2 ให้การควบคุมและป้องกันโรคเอดส์เป็นนโยบายสำคัญเร่งด่วนควบคู่ไปกับการให้การรักษาพยาบาลผู้ป่วย และดำเนินการให้ผู้ป่วยและผู้ติดเชื้อสามารถอยู่ในสังคมอย่างปกติสุข สนับสนุนและส่งเสริมให้องค์กรภาครัฐและเอกชน ตลอดจนองค์กรสาธารณะประโยชน์ต่าง ๆ เข้ามามีส่วนร่วมในการควบคุมและป้องกันโรคเอดส์อย่างจริงจัง และต่อเนื่อง ในขณะที่เดียวกันก็จะระดมทรัพยากรให้มีการเผยแพร่ความรู้ในเรื่องนี้เป็นอุปสรรคต่ออุตสาหกรรมการท่องเที่ยวของประเทศ 10.3 เร่งสร้างหลักประกันทางสังคมในการประกันสุขภาพของผู้มีรายได้น้อยบุคคลที่ควรช่วยเหลือเกื้อกูล รวมทั้ง ผู้สูงอายุให้เหมาะสม 10.4 พัฒนาระบบสนับสนุนการส่งออกสินค้าประเภทอาหารและยาให้ได้รับความสะดวกรวดเร็ว และมีประสิทธิภาพ 10.5 เร่งรัดการคุ้มครองผู้บริโภค ด้านอาหาร ยา บริการทางการแพทย์และสาธารณสุข ให้ได้สินค้าและบริการที่ดีมีคุณภาพ (ไม่มีคำแถลงนโยบายด้านสาธารณสุขโดยเฉพาะ)
นายอานันท์ ปันยารชุน เมื่อวันที่ 22 มิถุนายน 2535	

รัฐบาล	นโยบายสาธารณสุข
นายชวน หลีกภัย เมื่อวันที่ 21 ตุลาคม 2535	8.3 ด้านสาธารณสุข เพื่อยกระดับคุณภาพชีวิตของประชากรในด้านสาธารณสุข รัฐบาลจึงกำหนดนโยบายด้านพัฒนาระบบบริหารและบริการสาธารณสุข ด้านการควบคุมโรคเอดส์ ด้านการส่งเสริมสุขภาพ และด้านการผลิตและพัฒนาบุคลากรดังนี้ 8.3.1 ให้มีระบบการบริการสาธารณสุขแห่งชาติ โดยให้มีเครือข่ายทั่วประเทศ และขยายบริการสาธารณสุขในภาครัฐทั้งในส่วนกลาง ส่วนภูมิภาค และส่วนท้องถิ่นให้ทั่วถึง รวมทั้งให้มีการประสานงานบริการกับภาคเอกชนและมีระบบการ ส่งต่อผู้ป่วยที่มีประสิทธิภาพ 8.3.2 กระจายอำนาจบริหารจากส่วนกลางไปสู่ส่วนภูมิภาคมากขึ้น โดยการจัดตั้งสาธารณสุขเขตให้ครอบคลุมพื้นที่ทั่วประเทศ เพื่อรับผิดชอบการให้บริการด้านการรักษา การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค ให้สอดคล้องกับความต้องการ และการแก้ปัญหาสาธารณสุขท้องถิ่น 8.3.3 เร่งรัดงานสาธารณสุขมูลฐานในชนบทโดยเพิ่มขีดความสามารถของสถานบริการสาธารณสุขในระดับตำบล รวมทั้งขยายงานพัฒนาคุณภาพสาธารณสุขมูลฐานในเขตเมือง โดยเฉพาะชุมชนแออัด แสวงหาความร่วมมือจากองค์กรเอกชนในการพัฒนาสาธารณสุขมูลฐาน และผสมผสานการแพทย์แผนโบราณ และสมุนไพรเข้ากับระบบบริการสาธารณสุขของชุมชนอย่างเหมาะสม 8.3.4 ปรับปรุงระบบการประกันสุขภาพ ให้สามารถคุ้มครองลูกจ้างอย่างเหมาะสม โดยเฉพาะในสถานประกอบการที่มีลูกจ้างตั้งแต่ 10 คนขึ้นไป ตลอดจนส่งเสริมให้ประชาชนไทยประมาณ 25 ล้านคน ที่ยังไม่มีหลักประกันสุขภาพได้มีการประกันสุขภาพด้วยความสมัครใจ 8.3.5 ให้มีการส่งเสริมด้านรักษาพยาบาลแก่ครอบครัวผู้มีรายได้น้อย ผู้สูงอายุ เด็กแรกเกิดจนถึง 12 ปี และ ผู้พิการ โดยให้ได้รับบริการส่งเสริมสุขภาพในการรักษาพยาบาลอย่างทั่วถึง 8.3.6 เร่งรัดให้หน่วยงานของรัฐทุกหน่วย ภาคเอกชนและองค์กรเอกชนสาธารณสุขประโยชน์ ร่วมมือกันรณรงค์ประชาสัมพันธ์ให้ความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องแก่

รัฐบาล	นโยบายสาธารณสุข
นายบรรหาร ศิลปอาชา เมื่อวันที่ 26 กรกฎาคม 2538	ประชาชน ในการป้องกันโรคเอดส์ เพื่อให้มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของประชาชน โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกลุ่มเสี่ยง 8.3.7 จัดให้มีการบริการรักษาผู้ป่วยโรคเอดส์โดยเตรียมบุคลากรไว้อย่างเพียงพอ และให้คำปรึกษาแก่ผู้ติดเชื้อ เพื่อให้ผู้ติดเชื้อ ผู้ป่วย และประชาชนสามารถอยู่ร่วมกันในสังคมได้อย่างปกติสุข 8.3.8 เร่งรัดจัดหาน้ำสะอาดสำหรับอุปโภค บริโภคอย่างทั่วถึง จัดให้มีส่วนที่ถูกต้องสุขลักษณะ และเร่งรัดเฝ้าระวังตรวจสอบคุณภาพสิ่งแวดล้อมที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพอนามัย สิ่งปฏิกูล และขยะติดเชื้อ ในสถานพยาบาล 8.3.9 รณรงค์ให้ประชาชนตระหนักถึงโทษของการสูบบุหรี่ การดื่มสุรา การเสพสารเสพติด ตลอดจนการใช้วัตถุออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทอย่างทั่วถึง 8.3.10 เร่งรัดการผลิต และพัฒนาสมรรถนะบุคลากรทางการแพทย์ การสาธารณสุขให้มีคุณภาพ และมีปริมาณเพียงพอโดยเน้นการกระจายบุคลากรดังกล่าวไปสู่ชนบทให้มากขึ้นตลอดจนเสริมสร้างขวัญและกำลังใจพร้อมทั้งให้ค่าตอบแทนและสวัสดิการแก่บุคลากรทุกระดับอย่างเหมาะสม 5.3 นโยบายด้านสาธารณสุข รัฐบาลมีเจตนารมณ์ที่จะปรับปรุงบริการสาธารณสุขให้กระจายทั่วถึง โดยเน้นที่ระบบในการป้องกันโรคภัยไข้เจ็บและการเสริมสร้างสุขอนามัยที่ดีให้แก่ประชาชนตลอดจนการส่งเสริมให้ภาคเอกชนเข้ามีส่วนร่วมในการให้บริการสาธารณสุขเพิ่มขึ้นโดยจะดำเนินการ 5.3.1 เร่งรัดขยายการสร้างระบบประกันสุขภาพ 5.3.2 สนับสนุนการสร้างระบบประกันสุขภาพ โดยเฉพาะในกลุ่มผู้สูงอายุ ผู้พิการ ผู้ยากไร้และด้อยโอกาสเพื่อให้สามารถเข้าถึงบริการสาธารณสุข 5.3.3 รณรงค์และเผยแพร่ให้ความรู้และสร้างความเข้าใจแก่ประชาชนถึงอันตรายจากโรคเอดส์ รวมทั้งส่งเสริมความเข้าใจและช่วยเหลือผู้ติดเชื้อเอดส์ให้อยู่ร่วมในสังคมได้ตามปกติ บำบัด รักษา และฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดเพื่อให้คนเหล่านั้นกลับมาเป็นกำลังของชาติต่อไป

รัฐบาล	นโยบายสาธารณสุข
พลเอกชวลิต ยงใจยุทธ เมื่อวันที่ 11 ธันวาคม 2539	5.3.4 ส่งเสริมโครงการภาครัฐและภาคเอกชนที่มุ่งบำบัด รักษา และฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดเพื่อให้คนเหล่านั้นกลับมาเป็นกำลังของชาติต่อไป
	5.3.5 กวดขันการเฝ้าระวัง และตรวจสอบคุณภาพสิ่งแวดล้อมที่อาจเป็นอันตรายต่อสุขอนามัยของประชาชนเพื่อควบคุมให้อยู่ในระดับมาตรฐานความปลอดภัย
	5.3.6 เร่งรัดให้มีการกำจัดขยะติดเชื้อและบำบัดน้ำเสียจากสถานบริการสาธารณสุขทั้งภาครัฐและภาคเอกชน รวมทั้งจัดหาน้ำสะอาดสำหรับอุปโภคบริโภคให้แก่ประชาชนในชนบทอย่างทั่วถึงและเพียงพอ
	5.3.7 กวดขันมาตรการคุ้มครองผู้บริโภคเพื่อให้ผู้บริโภคได้รับความปลอดภัยจากการบริโภคอาหารและยาที่ไม่ได้มาตรฐานความปลอดภัย
	5.3.8 ส่งเสริมการผลิตและพัฒนาบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขให้มีคุณภาพและเพียงพอ รวมทั้งการนำเทคโนโลยีทางการแพทย์ และสาธารณสุขสมัยใหม่มาใช้ในการให้บริการสาธารณสุข
	5.3.9 สนับสนุนการจัดตั้งสถานเลี้ยงเด็กกลางวันที่ได้มาตรฐานด้วยมาตรการทางด้านภาษี
	5.3.10 ส่งเสริมประชาสัมพันธ์ความรู้ ความเข้าใจในพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้องและการดูแลสุขภาพด้วยตนเองแก่ประชาชน
	6.3 นโยบายด้านการสาธารณสุข
	6.3.1 เร่งรัดการให้บริการทางการแพทย์ และสาธารณสุขที่มีมาตรฐานและคุณภาพทั้งในภาครัฐและภาคเอกชน
	6.3.2 สนับสนุนการสร้างระบบประกันสุขภาพ
	6.3.3 ส่งเสริมการผลิตและพัฒนาบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขให้มีคุณภาพเพียงพอและให้มีการกระจายบุคลากรอย่างเหมาะสม ตลอดจนส่งเสริมการนำเทคโนโลยีทางการแพทย์และสาธารณสุขที่ทันสมัยและคุ้มค่ามาใช้ในการให้บริการ
	6.3.4 เร่งรัดการควบคุมป้องกันการแพร่ระบาดของโรคเอดส์ในกลุ่มเสี่ยงทุกกลุ่ม และดูแลรักษาและพัฒนา

รัฐบาล	นโยบายสาธารณสุข
	ศักยภาพของผู้ติดเชื้อ ผู้ป่วย ครอบครัว และชุมชนให้รู้จักการป้องกันและแก้ไขปัญหาด้วยตนเอง 6.3.5 เร่งรัดขยายงานสาธารณสุขมูลฐานในชนบท โดยสนับสนุนองค์กรประชาชน สถาบันครอบครัว อาสาสมัครสาธารณสุข ให้เข้ามามีบทบาทอย่างเข้มแข็งในการดูแลสุขภาพอนามัยของประชาชน 6.3.6 ประชาสัมพันธ์ให้ประชาชนมีความรู้ความเข้าใจในพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้อง การดูแลสุขภาพตนเอง การส่งเสริมสุขภาพ และการป้องกันโรค 6.3.7 กวดขันมาตรการคุ้มครองผู้บริโภคให้ได้รับความปลอดภัยจากการบริโภคอาหาร ยา สินค้าและผลิตภัณฑ์ต่าง ๆ 6.3.8 ให้มีการศึกษาวิจัยอย่างจริงจัง ทั้งภาครัฐและภาคเอกชนเพื่อพัฒนาระบบ รูปแบบ และเทคโนโลยีการให้บริการสาธารณสุข 6.3.9 ให้มีมาตรการเฝ้าระวังและควบคุมป้องกันการแพร่ระบาดของโรคติดต่อร้ายแรงในภูมิภาคที่เข้ามากับกลุ่มแรงงานต่างชาติและประชาชนชาติอื่น ๆ 6.3.10 เฝ้าระวังและตรวจสอบคุณภาพสิ่งแวดล้อมที่อาจเป็นอันตรายต่อสุขภาพอนามัยของประชาชนให้อยู่ในระดับมาตรฐานความปลอดภัย สร้างหลักประกันสุขภาพและคุ้มครองความปลอดภัยจากการประกอบอาชีพ รวมทั้งกำหนดมาตรการเร่งรัดให้มีการกำจัดขยะติดเชื้อและน้ำบัดน้ำเสียจากสถานบริการสาธารณสุขอย่างจริงจัง ตลอดจนจัดหาน้ำสะอาดสำหรับอุปโภคบริโภคให้แก่ประชาชนในชนบทอย่างทั่วถึง

คณะผู้วิจัยโครงการปรับภาคราชการเข้าสู่ยุคโลกาภิวัตน์

นางทิพาวดี

เมฆสวรรค์

ผู้อำนวยการโครงการ

คณะนักวิจัยมหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช (มสธ.)

1. ศาสตราจารย์ ดร.ปรัชญา	เวสารัชช	หัวหน้าโครงการ
2. รองศาสตราจารย์ ดร.ปธาน	สุวรรณมงคล	นักวิจัย
3. รองศาสตราจารย์ ดร.อิสระ	สุวรรณบล	นักวิจัย
4. รองศาสตราจารย์พูลนิจ	ปิยะอนันต์	นักวิจัย
5. รองศาสตราจารย์ศรีราชา	เจริญพานิช	นักวิจัย
6. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ดำรงค์	วัฒนา	นักวิจัย
7. ดร.ณรงค์	สังพันโรจน์	นักวิจัย
5. นางอารียา	รงค์วานิชย์	ผู้ช่วยนักวิจัย

คณะนักวิจัยมูลนิธิสถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย (TDRI)

1. ดร.ฉลองภพ	สุสังกรกาญจน์	หัวหน้าโครงการ
2. ดร.อัมมาร	สยามวาลา	นักวิจัย
3. ดร.อรพินท์	สพโชคชัย	นักวิจัย
4. ดร.ยงยุทธ	แจลล์มวงษ์	นักวิจัย
5. รองศาสตราจารย์ ดร.ปรานี	ทินกร	นักวิจัย
6. ศาสตราจารย์ ดร.อภิชัย	พันธุ์เสน	นักวิจัย
7. ศาสตราจารย์ ดร.ไกรยุทธ	ธีรดาเคันันท์	นักวิจัย
8. รองศาสตราจารย์ ดร.รังสรรค์	ธนะพรพันธุ์	นักวิจัย
9. นางสาวชนิดา	ชัยชาติ	นักวิจัย
10. นางสาวใจจินต์	พลายเวช	นักวิจัย
11. นางสาวนภาพรณ	ตรีอุดมสิน	นักวิจัย

คณะนักวิจัยสำนักงานคณะกรรมการข้าราชการพลเรือน

1. นางเบญจวรรณ	สร้างนิทร
2. นางสาวพรพิมล	รัตนพิทักษ์
3. นางกิตติยา	คัมภีร์
4. นางสาวปณิต	มีแสง
5. นายณรงค์	บุญโญ
6. นางสมพร	สมผดุง
7. นางสาวสุร่งลักษณ์	เมฆะอำนวยการชัย