



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)

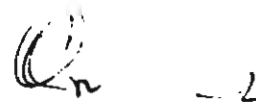
เลขาธิการ ก.พ.

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 เลขธิการ 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 ทำให้รัฐไม่อาจรับภาระได้ในอนาคตอันใกล้ได้ ทั้ง 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 โรคเมะเร็ง 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 สำนักงานรัฐมนตรี สำนักงานงบประมาณ 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 และมอบสถานอนามัยกับศูนย์สาธารณสุขมูลฐานให้แก่สุขาภิบาลและองค์การบริหารส่วนตำบล 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
● โครงสร้างองค์กรบริหาร	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
● โครงสร้างการจัดองค์กร	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	งบประมาณกระทรวงสาธารณสุขต้องงบประมาณแผ่นดินและ ผลิตภัณฑ์มวลชนรวมประชาชาติ	24
ตารางที่ 2-7	อัตราส่วนงบประมาณด้านสาธารณสุขต้องงบประมาณแผ่นดิน 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	องค์กรภาครัฐที่เกี่ยวข้องกับสาธารณสุข	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 เพิ่มจากในปี 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

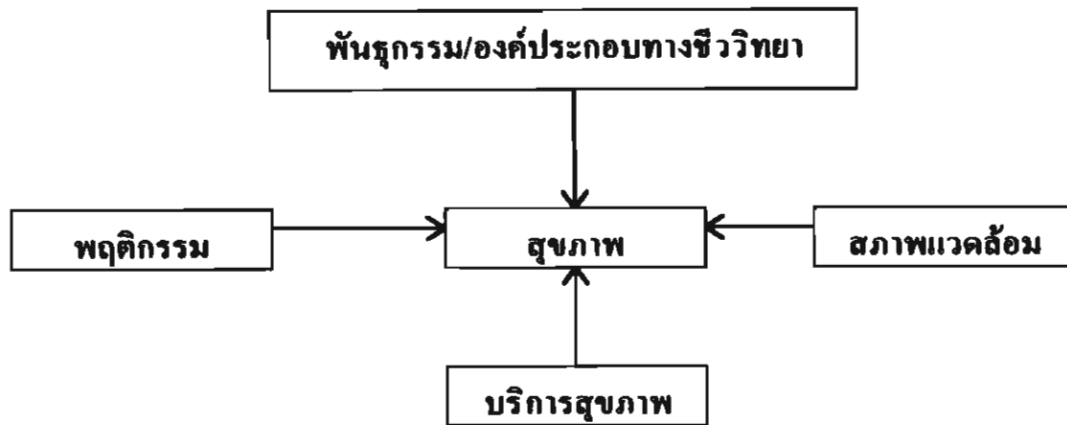
(ค) เพื่อเป็นกรณีศึกษาสำหรับการปฏิรูประบบราชการ โดยนำประสบการณ์จาก กรณีนี้ไปประยุกต์ใช้กับการบริหารจัดการภาครัฐบาลด้านอื่น

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 สภาพแวดล้อมได้แก่ ผลกระทบจากสภาพแวดล้อมรอบตัว ทั้งอากาศ น้ำ ฝุ่นละออง เสียง กลิ่น ฯลฯ ซึ่งมีผลต่อสุขภาพโดยตรงและโดยอ้อม พฤติกรรมหมายถึงแบบอย่างความประพฤติ ซึ่งรวมถึงวิถีชีวิตดำรงชีวิต (life style) ซึ่งเกี่ยวข้องกับสุขภาพเช่นกัน แต่องค์ประกอบที่เกี่ยวข้องค่อนข้างมากได้แก่ บริการสุขภาพ ซึ่งจะมีประสิทธิภาพ ประสิทธิผล มีความเท่าเทียมกัน และมีคุณภาพเพียงใด ขึ้นอยู่กับองค์ประกอบหลายประการ

แผนภาพที่ 1-1 องค์ประกอบที่มีผลต่อสุขภาพ



9. บริการสุขภาพ (health services) หมายถึง บริการเพื่อให้เกิดสภาวะที่มีความสมบูรณ์ของมิติทั้งสามของสุขภาพดังกล่าวมาแล้ว โดยบริการดังกล่าวควรมีบูรณาการ คือ ผสมผสานทั้งการรักษาพยาบาล (curative) การป้องกันโรค (preventive) การส่งเสริมสุขภาพพลานามัย (promotion) และการฟื้นฟูสมรรถภาพ (rehabilitation) บริการดังกล่าวควรเป็นบริการเบ็ดเสร็จ คือการพิจารณาคนไข้แบบองค์รวม 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 แม้แต่รัฐบาลสหรัฐเองยังมีบทบาทค่อนข้างน้อย 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 และไม่ได้กล่าวหาว่าประชาชนมีพฤติกรรมไม่เหมาะสมจึงเสี่ยงต่อโรคร้ายไข้เจ็บดังรูปแบบชีวสังคมจิตวิทยา รูปแบบการพัฒนาสังคมหรือสาธารณสุขแนวใหม่เห็นว่าสุขภาพเป็นส่วนหนึ่งของการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคม มีเป้าหมายการพัฒนาคุณภาพชีวิต คือ การมี “สุขภาพดีถ้วนหน้า”

17. รูปแบบนี้เกี่ยวข้องกับการระดมทรัพยากรและประสานความร่วมมือระหว่างฝ่ายต่าง ๆ โดยเฉพาะอย่างยิ่งการนำชุมชนและภาคประชากรมเข้ามาเกี่ยวข้อง 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

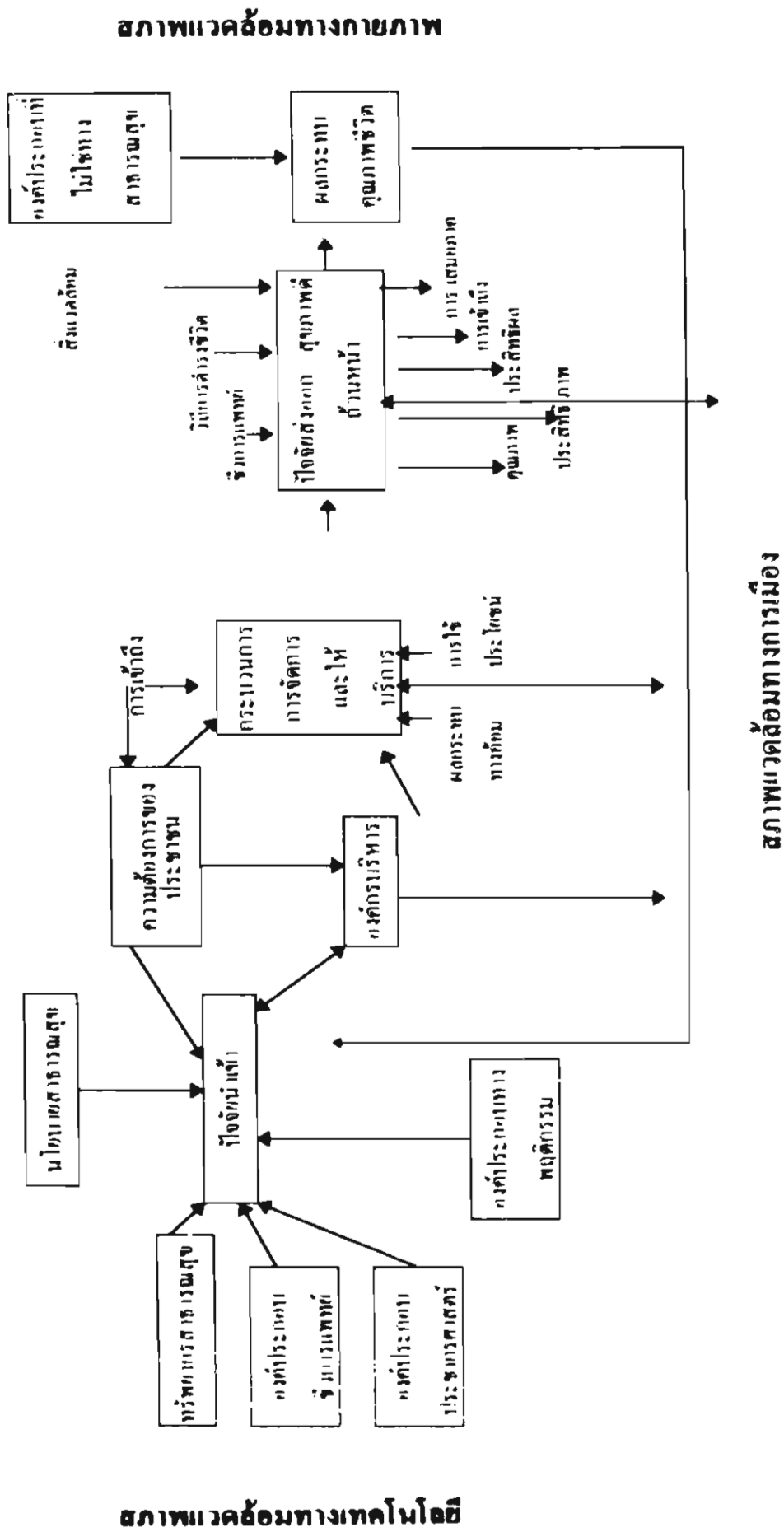
กลุ่มกระบวนการการให้บริการ พิจารณาจากการใช้ประโยชน์และความสามารถเข้าถึงบริการกับผลกระทบทางอ้อม เช่น ความเป็นอิสระของแพทย์

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

กลุ่มผลกระทบต่อสุขภาพ ได้แก่ บริหารสุขภาพ องค์ประกอบชีววิทยามนุษย์ วิธีการดำรงชีวิต และสิ่งแวดล้อม (ตามแผนภาพ 1-1) ส่วนจะมีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตเพียงใดหรือไม่ ขึ้นอยู่กับองค์ประกอบอื่นที่ไม่ใช่ผลของการบริหารจัดการทางสาธารณสุขด้วย

แผนภาพ 1-2 ระบบการบริหารจัดการบริการสุขภาพ

สภาพแวดล้อมทางเศรษฐกิจสังคม



ที่ ๑. พันนาเขมาบุรี (๑๙๓๖-๑๙๓๙)

W. J. H. Flewelling, 1902-18

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 ก่อนหน้านั้นในต่างจังหวัดมีโรงพยาบาลและสุขศาลาของรัฐบาลไม่กี่แห่ง

ประการที่สอง ได้มีการตรากฎหมายหลายฉบับที่เกี่ยวข้องกับงานสาธารณสุขเป็นการจัดระเบียบกิจการด้านนี้ให้อยู่ในกรอบเช่นเดียวกับนานาประเทศ เช่น พระราชบัญญัติควบคุมการประกอบโรคศิลปะ พ.ศ. 2477 พระราชบัญญัติโรคติดต่อ พ.ศ. 2477 พระราชบัญญัติกัญชา 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 การประชาสัมพันธ์และควบคุมกาชาด ซึ่งเป็นการรวมกิจการแพทย์ที่มีอยู่ทั้งหมดให้เป็นหน่วยเดียว เพื่อวัตถุประสงค์ในการร่วมมือและประสานงานกันในการดำเนินงานสาธารณสุขให้ดีขึ้น” สำหรับหน่วยงานในสังกัด ได้แก่

สำนักงานเลขาธิการรัฐมนตรี	ดำเนินงานเกี่ยวกับการเมือง
สำนักงานปลัดกระทรวง	เป็นสำนักงานประสานงานของกระทรวง
กรมการแพทย์	ดำเนินงานโรงพยาบาลทั้งในพระนครและต่างจังหวัด
กรมประชาสัมพันธ์	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 โอนการประชาสัมพันธ์ไปสังกัดกระทรวงมหาดไทย
- 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 ความครอบคลุมประชาชนภายใต้ระบบประกันสุขภาพได้ขยายกว้างขวางขึ้นมาก 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)

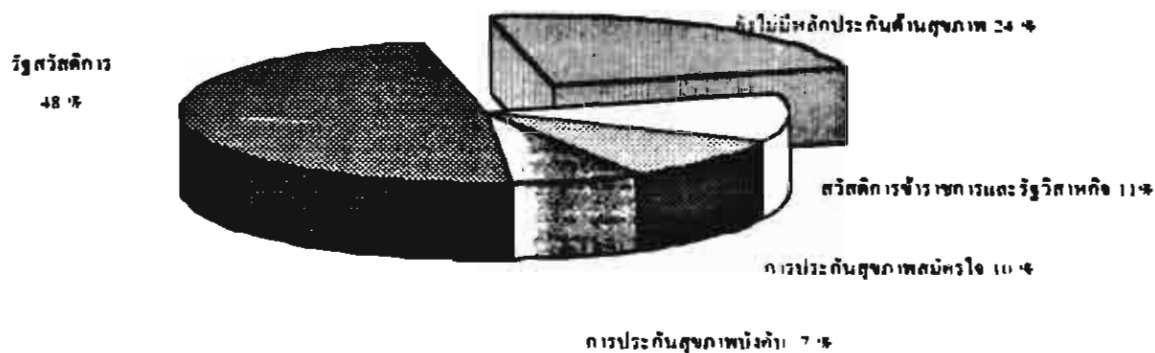
ประเทศไทยอยู่ระดับ 5 และกำลังพัฒนาเป็นระดับ 6 กล่าวคือ มีการจัดระบบที่ดีระดับหนึ่ง แต่ยังมีช่องว่างระหว่างเมืองกับชนบท การพัฒนาค่อนข้างเน้นที่โรงพยาบาล บุคลากรที่ดำเนินโครงการบริการสุขภาพส่วนใหญ่เป็นเจ้าหน้าที่ของรัฐ แต่ใช้เวลานอกงานมาทำงานส่วนตัวหรือเอกชน สถานบริการสุขภาพส่วนใหญ่เป็นของรัฐ ในระดับชาติ 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	งบประมาณกระทรวง สาธารณสุข (ล้านบาท)	งบประมาณ ประเทศ (ล้านบาท)	ร้อยละของ งบประมาณของ ประเทศ	ร้อยละของ GDP	ค่าใช้จ่ายเพื่อสุขภาพ ทั้งหมด (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.	ปีจึ้นนำเข้า (%)			บริการ (%)	
		เงินเดือน ที่จึ้น	งบ ประจำ	งบลงทุน	โรง พยาบาล	สถานีอนามัย 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 กระทรวงกลาโหม	34	51	SMC
2538 = 75	ขนาดใหญ่	(2)		
	โรงพยาบาลค่าย/หน่วยรบ	(32)		
อำเภอ	โรงพยาบาลพยาบาลสาขา	89	4	
2530 = 565	โรงพยาบาลชุมชน	557	708	PMC
2538 = 729	10 เตียง	(376)		
81 กิ่งอำเภอ	30 เตียง	(131)		
	60 เตียง	(43)		
	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
	2530 58,861			
	2538 NA			
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. เครื่องสลายนิว	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 สถานีนอนามัยและโรงพยาบาลชุมชนได้กลายเป็นสถานบริการที่มีสมรรถนะสูง สำหรับโรงพยาบาลทั่วไปนั้นสามารถให้บริการทางการแพทย์ระดับกลาง หรือบริการที่ต้องดูแลโดยบุคลากรซึ่งเป็นแพทย์ แต่ไม่ถึงขนาดต้องใช้แพทย์ผู้ชำนาญการเฉพาะทางเพื่อการดูแลรักษา โรงพยาบาลชุมชนจำนวนมากมี แพทย์เฉพาะทางอยู่เหมือนกันและมีบริการค่อนข้างหลากหลาย ทั้งด้านเกี่ยวกับสาธารณสุข อายุรกรรม กุมารเวชกรรม สูตินรีเวชกรรม ศัลยกรรม จักษุ โสต สอน นาสิก และลารังษีวิทยา บริการเภสัชกรรม และบริการด้านชันสูตรและเอกซเรย์ แต่มีความแตกต่างกันระหว่างโรงพยาบาลชุมชนขนาดเล็ก (10 เตียง) ขนาดกลาง (30 เตียง) และขนาดใหญ่ (60 เตียง) อย่างไรก็ตามโรงพยาบาลชุมชนจำนวนมากยังมีแพทย์คนเดียวและขาดแคลนบุคลากรทั้งทันตแพทย์ เภสัชกร นักวิทยาศาสตร์การแพทย์ และวิสัญญีพยาบาล (สุวิทย์ วิบูลผลประเสริฐ 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	✓						
สถานีนอนามัย	✓						
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

ดังนั้นพันธกิจของกระทรวงสาธารณสุขจึงได้แก่ 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 ประกอบด้วยสำนักงานเลขานุการรัฐมนตรี และสำนักงานปลัดกระทรวงและส่วนราชการอื่น ๆ ที่มีฐานะเทียบเท่ากรมอีก 6 ส่วน ได้แก่

กรมอนามัย

กรมการแพทย์

กรมควบคุมโรคติดต่อ

กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์

กรมสุขภาพจิต

สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา

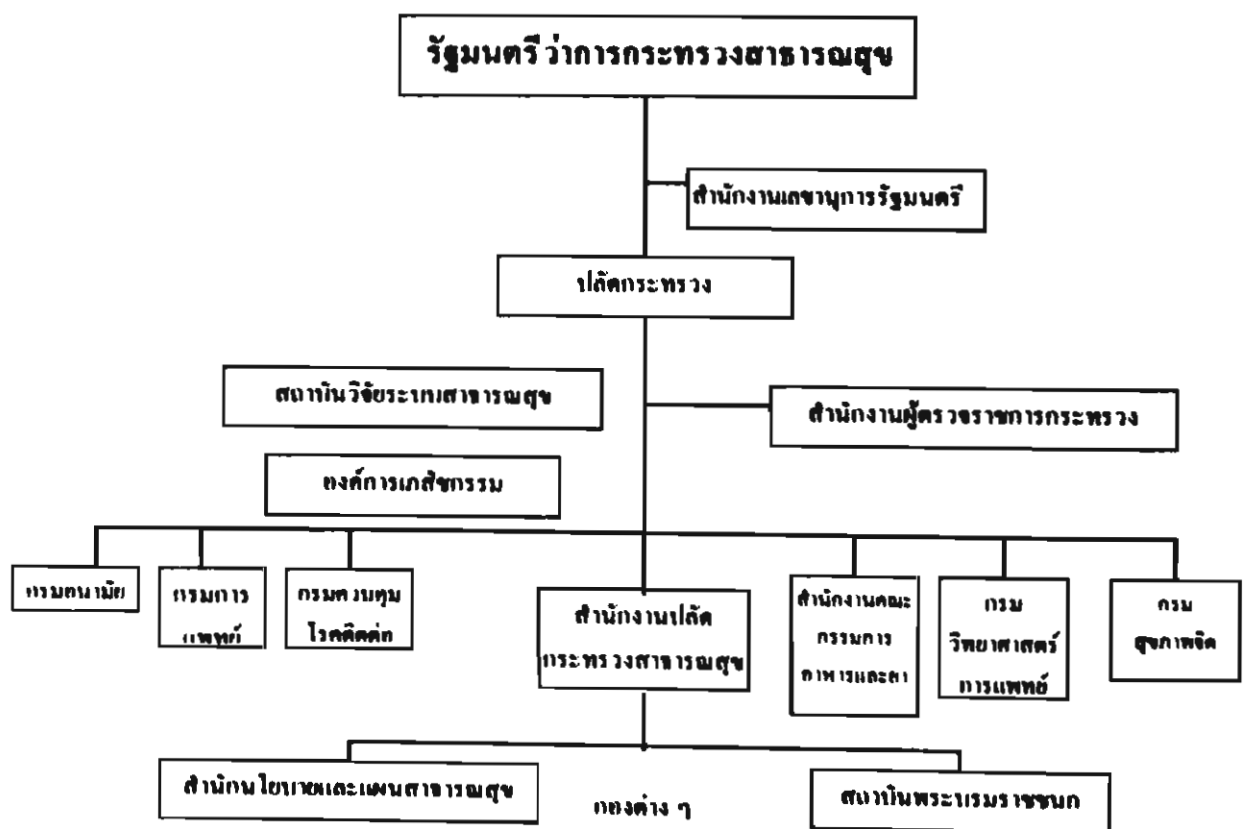
รัฐวิสาหกิจ 1 แห่ง คือ องค์การเภสัชกรรม

มีหน่วยงานอิสระภายใต้การกำกับดูแลของกระทรวงสาธารณสุข คือ สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข สำหรับหน่วยงานในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงมีหน่วยงานระดับเหนือกว่ากองแต่ต่ำกว่ากรม คือ สำนักนโยบายและแผนสาธารณสุข และสถาบันพระบรมราชชนก

ส่วนภูมิภาค ประกอบด้วยสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด มีนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดเป็นผู้บังคับบัญชา ส่วนในระดับอำเภอและกิ่งอำเภอมิสาธารณสุขอำเภอและกิ่งอำเภอตามลำดับ

นอกจากนี้ ยังมีหน่วยงานในราชการบริหารส่วนกลางในลักษณะศูนย์ เขต หรือหน่วยงานที่เรียกชื่ออย่างอื่น ตลอดจนโรงพยาบาลเฉพาะโรคอยู่ตามจังหวัดต่าง ๆ ด้วย

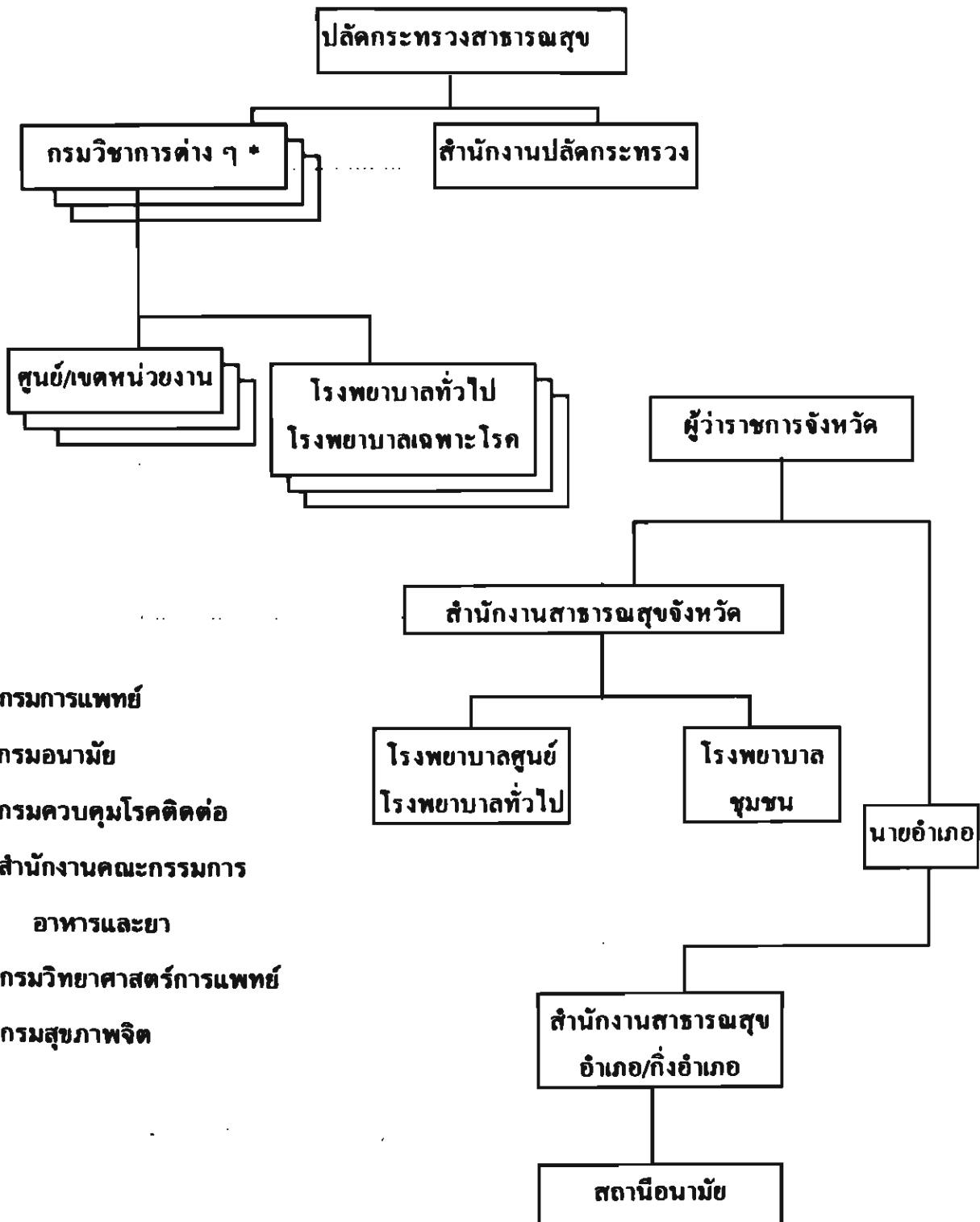
แผนภาพที่ 2-2 โครงสร้างการจํอองค์กรกระทรวงสาธารณสุข (1)



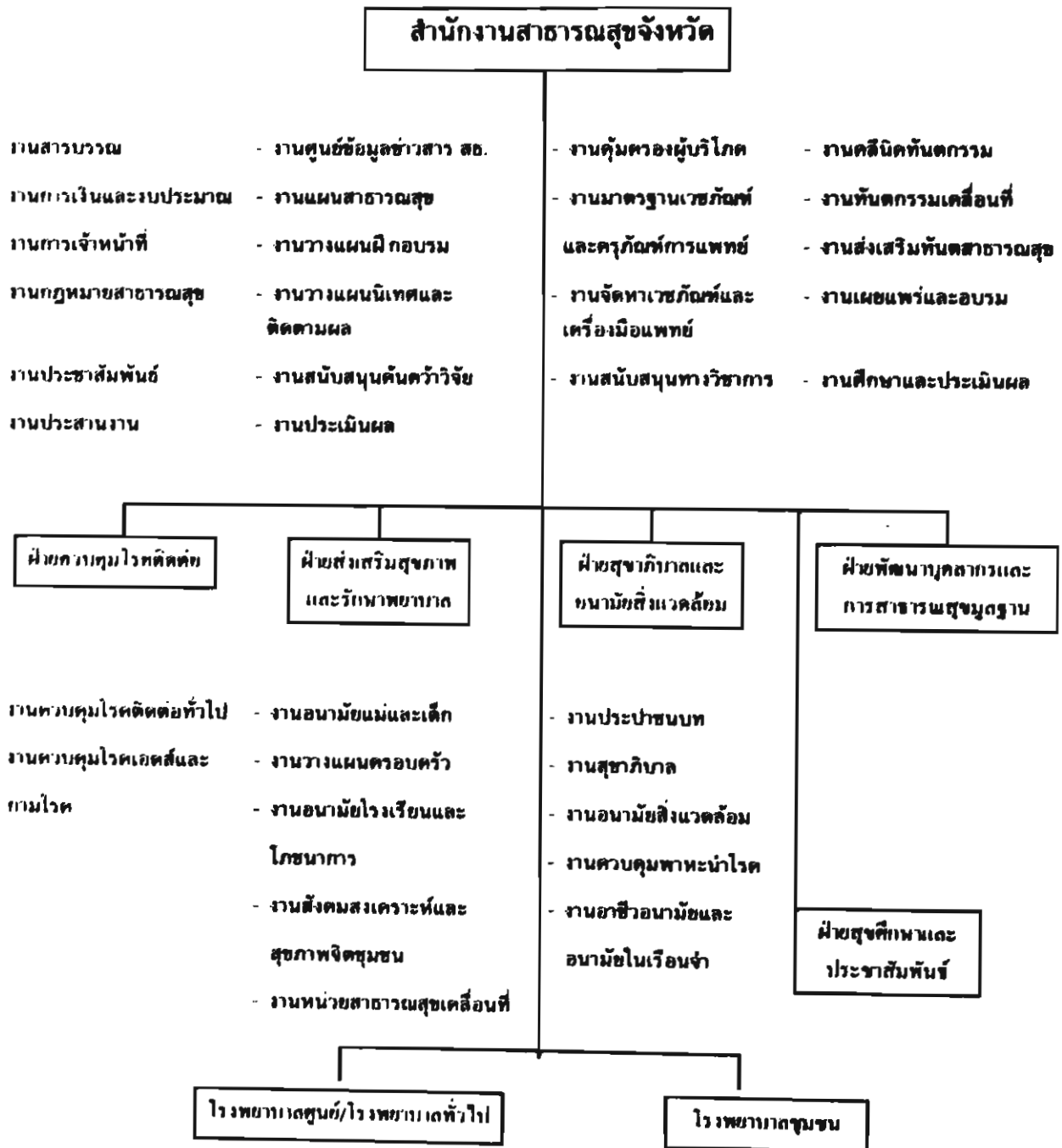
แผนภาพที่ 2-3 โครงสร้างการจัดองค์การกระทรวงสาธารณสุข (2)

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
พระราชบัญญัติปราบการค้าใสมณี 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 มีอำนาจหน้าที่ตามกฎหมายเกี่ยวกับการดูแลการรักษาสุขภาพแวดล้อมและป้องกันมลภาวะ 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 ซึ่งเท่าที่ผ่านมามีประมาณ 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

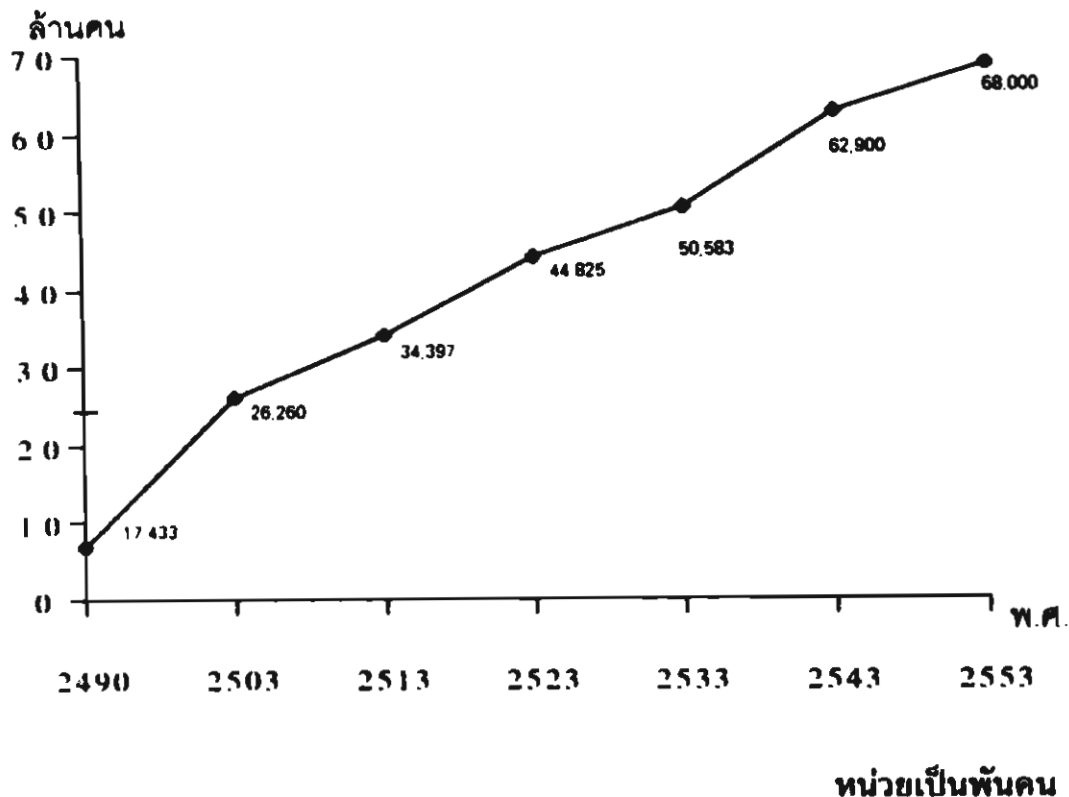
2. ดัชนีชี้วัดสถานะสุขภาพที่ใช้ในบทนี้ยังเป็นดัชนีที่นิยมใช้ทั่วไป ทั้ง ๆ ที่เป็นที่ยอมรับกันว่าน่าจะมีดัชนีอื่นที่ดีกว่านี้ ซึ่งในระยะหลังได้มีการพัฒนาเทคนิคใหม่ ๆ ขึ้นมา เช่น Réseau espérance de vie en santé (REVES) ได้พัฒนาเทคนิค DFLE โดยใช้เกณฑ์อายุคาดเฉลี่ยโดยปราศจากการพิการ ส่วนองค์การอนามัยโลกและธนาคารโลกได้ร่วมกันพัฒนาเทคนิคเกณฑ์อายุที่เป็นสุขที่คาดหวัง(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

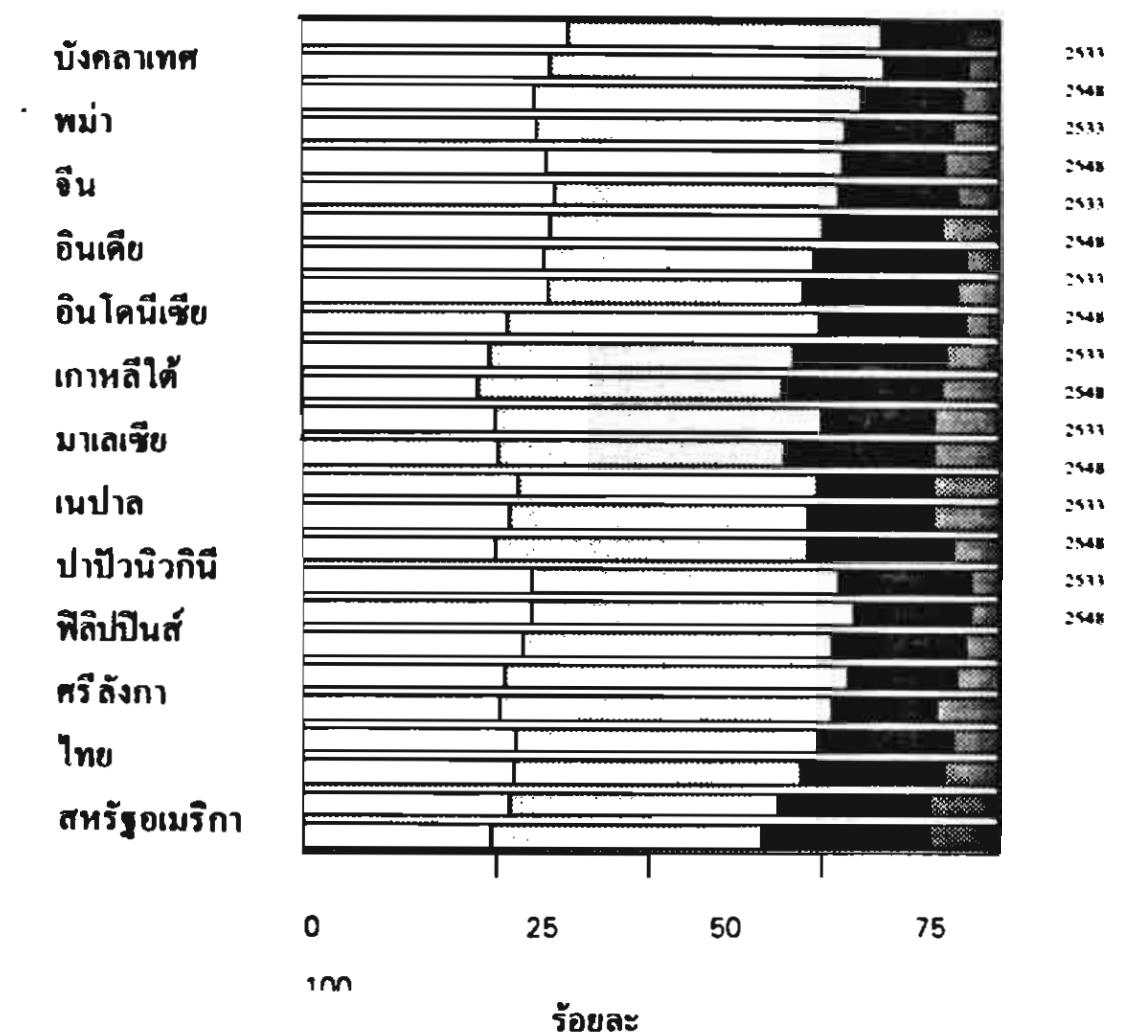
การคาดหมายประชากรของประเทศไทย กองวางแผนทรัพยากรมนุษย์

สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ

● โครงสร้างประชากร

- 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**

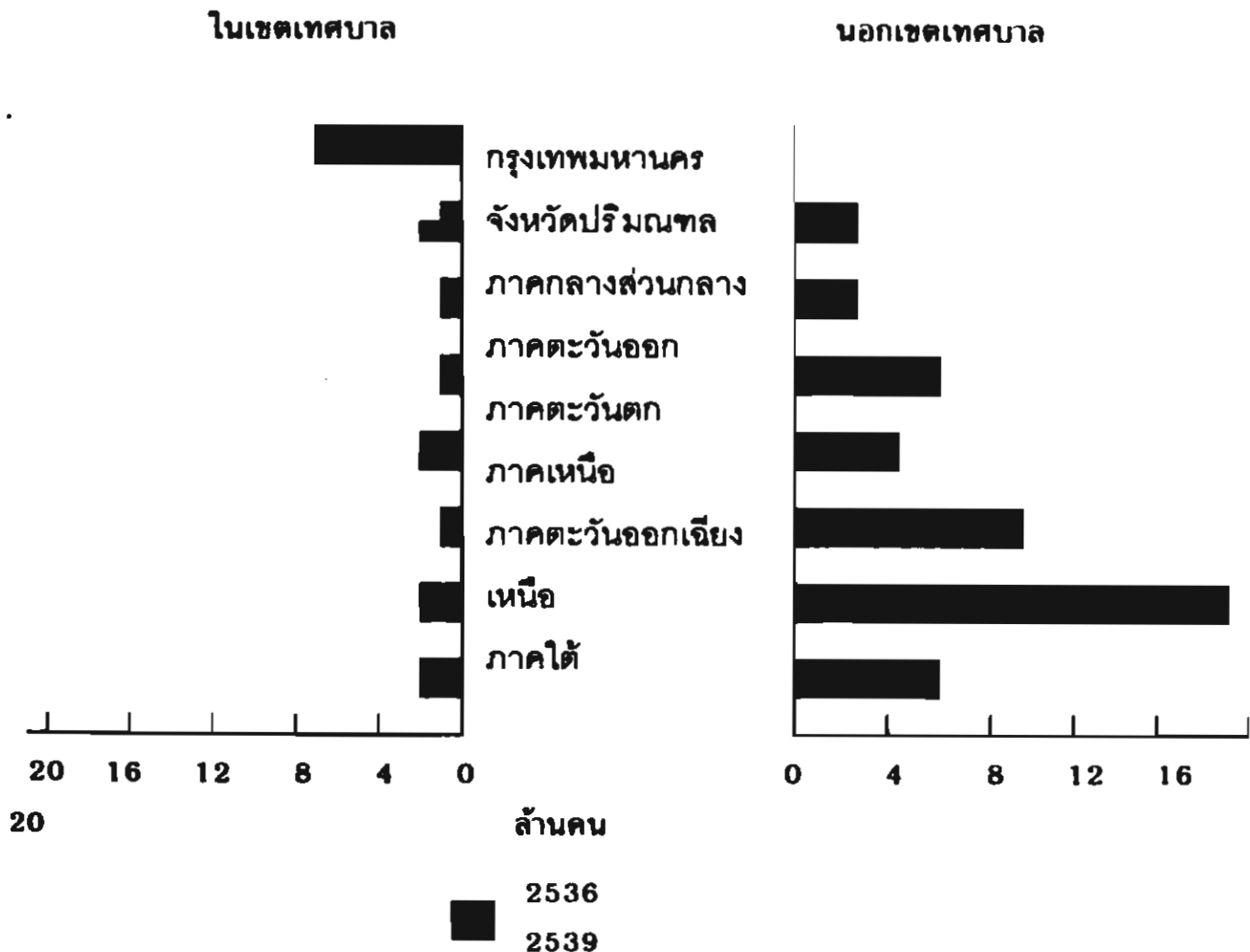
7. อัตราเจริญพันธุ์มีแนวโน้มลดลงตามลำดับจาก 2.1 คนในปี พ.ศ. 2534 เหลือประมาณ 1.95 คนในปี พ.ศ. 2539 และคาดว่าจะเหลือเพียง 1.9 คนในปี พ.ศ. 2544

- **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

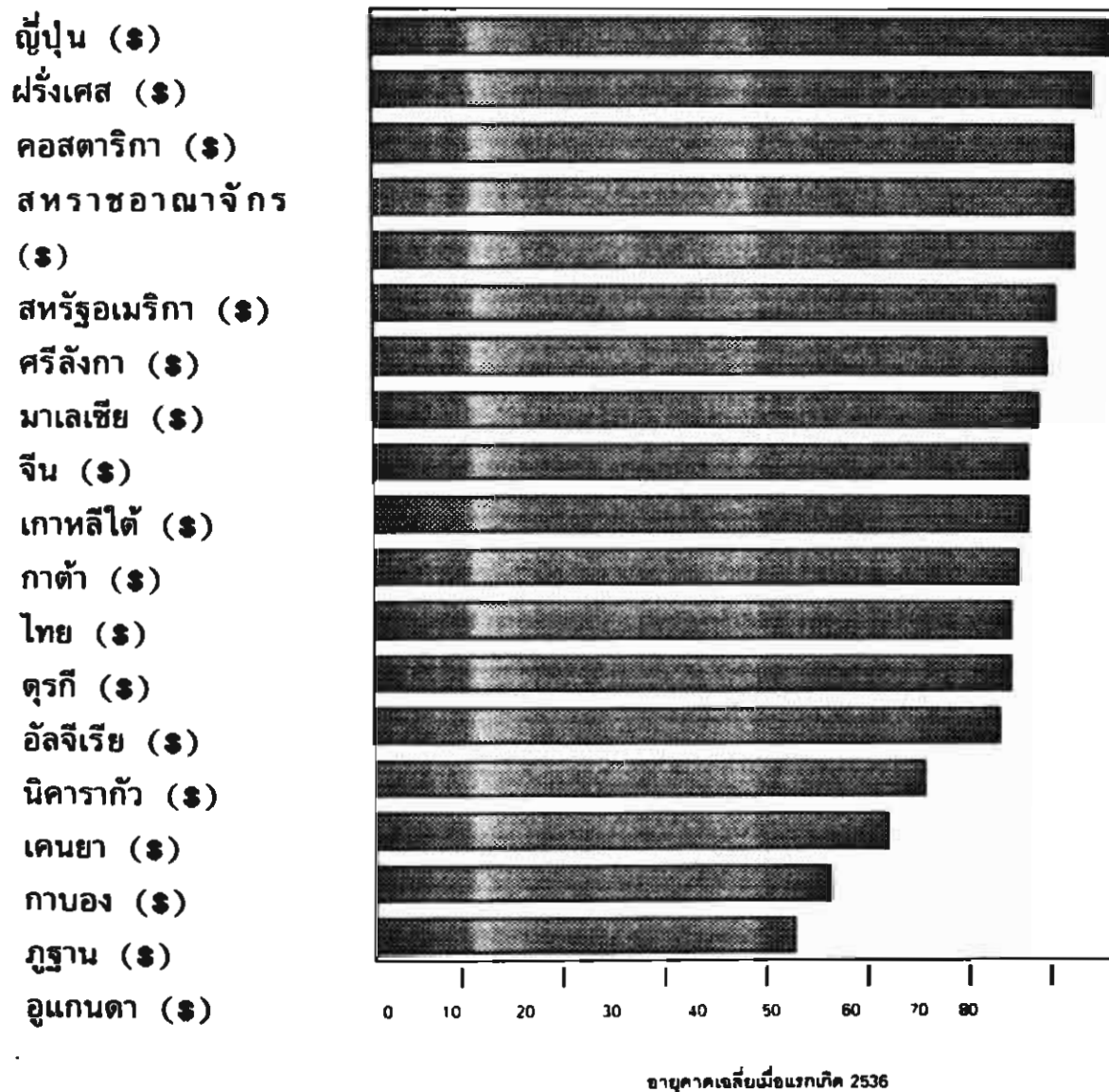
10. อายุคาดเฉลี่ยเมื่อแรกเกิดได้เพิ่มขึ้นตามลำดับจาก 57.70 ปี (ชาย) และ 61.35 ปี (หญิง) ในปี พ.ศ. 2512-2514 เป็นประมาณ 66.6 ปี (ชาย) และ 11.1 ปี (หญิง) ในปี พ.ศ. 2539 แต่ยังไม่เป็นที่น่าพอใจเพราะยังต่ำกว่าหลายประเทศในภูมิภาคเอเชีย โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ศรีลังกาและมาเลเซีย (ตารางที่ 4-2)

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 โรคโปลิโอสมัยแอเลติส 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	คทม.
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
โรคระบบหายใจ	314.40	363.02	293.49	296.64	340.74	140.18
โรคระบบย่อยอาหาร	166.35	181.82	192.13	136.51	132.85	61.76
รวมโรคในช่องปาก						
โรคระบบกล้ามเนื้อ	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
โรคติดเชื้ออื่น ๆ ของลำไส้	460.87	409.66	485.61	328.95	467.57	154.01
โรคแทรกซ้อนในการตั้งครรภ์ การเจ็บครรภ์คลอด ระยะหลังคลอดและภาวะอื่น ๆ ทางสูตินารีที่มีได้ระบุไว้ที่อื่น	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
โรคติดเชื้อและปรสิตอื่น 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 สูงกว่าอุจจาระเฉียบพลันถึงกว่าเท่าตัว 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 มีผู้ติดเชื้อนี้ไม่น้อยกว่า 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. ใช้เลือดออกนับว่าเป็นโรคติดเชื้อที่เป็นปัญหาสาธารณสุขของประเทศไทยนับตั้งแต่พบผู้ป่วยรายแรกเมื่อประมาณ 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. กองระบาควิทยาเคศศึกษาสถานการณัปัญหาอาชีวอนามัยในปี 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
ขูดหรือเคลื่อนของหนัก	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
แพ้ สัมผัสสิ่งของ (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 ที่สูบบุหรี่ประจำมีโอกาสตาย เพราะฆาตกรรม 6 คน 12 คนตายเพราะอุบัติเหตุ อีก 250 คนจะตายเมื่อถึงวัยกลางคน และ อีก 250 คนจะตายต่อจากนั้นไม่นาน

29. จากการสำรวจของสำนักงานสถิติแห่งชาติ เมื่อปี 2536 คนไทยสูบบุหรี่เป็นประจำ ประมาณ 10.4 ล้านคน หรือทุก 1 ใน 6 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย แต่เพศหญิงมีแนวโน้มสูบบุหรี่มากขึ้น ซึ่งน่ากลัวอันตรายจากการแท้งบุตร คลอดก่อนกำหนด หรือบุตรมีน้ำหนักต่ำกว่าเกณฑ์ ประมาณว่ามีผู้เสียชีวิตก่อนวัยอันควรจากบุหรี่ เพศชายประมาณปีละ 27,000 คน และ เพศหญิงประมาณ 2,000 คน ในจำนวนนี้มีจำนวนผู้เสียชีวิตด้วยบุหรี่ในวัย 15-19 ปี ประมาณ ร้อยละ 20 ประชากรในภาคกลางและภาคใต้มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ยิ่งเมื่อรัฐบาลอนุญาตให้นำเข้า บุหรี่ที่ผลิตจากต่างประเทศ ประชาชนยิ่งถูกยั่วให้สูบบุหรี่มากขึ้น อย่างไรก็ตามองค์การอนามัย โลก (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 ฟันเฟื่องและอื่น ๆ ที่น่าเป็นห่วงมากคือ อัลกอฮอล์ได้กลายเป็นสาเหตุสำคัญของอุบัติเหตุการขนส่ง มีการศึกษาหลายครั้งที่พบว่าผู้ที่ตายเพราะอุบัติเหตุการขนส่งจำนวนมากมีอัลกอฮอล์ใน เลือดสูง ประมาณว่าคนไทยดื่มสุราทุกวันประมาณ 680,000 คน หรือ 11.90 ต่อประชากร พันคน โดยภาคกลางดื่มมากที่สุด ประมาณว่าในปี 2529 คนไทยบริโภคสุราเฉลี่ย 18.6 ลิตร ต่อคนต่อปี เพิ่มขึ้น 33.3 ลิตรต่อคนต่อปีในปี 2533 และขณะนี้ ถ้ารวมเครื่องดื่มอัลกอฮอล์ ทุกชนิดทั้งสุรา เบียร์ และไวน์ อัตราการบริโภคจะไม่ต่ำกว่า 70 ลิตรต่อคนต่อปี ทำให้เกิดโรค พิษสุราเรื้อรังปัญหาสุขภาพจิตจากพิษสุราและโรคทางกายอันมีสาเหตุจากสุราเพิ่มขึ้นอย่างชัดเจน

31. ปัญหายาเสพติดได้กลายเป็นปัญหาสำคัญที่สุดปัญหาหนึ่งในขณะนี้ เพราะมีการแพร่กระจายอย่างรวดเร็ว นอกจากเป็นปัญหาทางสุขภาพแล้ว ยังมีผลทางเศรษฐกิจสังคมอย่างมาก ซึ่งอันที่จริงก็เป็นปัญหาทั่วโลก แต่ในประเทศไทยอยู่ในอาณาบริเวณที่เป็นแหล่งผลิตยาเสพติดสำคัญของโลก 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 หูหนวกหรือสายตาศึกการ และโรคจิตเสื่อม ในประเทศที่พัฒนาแล้วเคยมีการคำนวณว่าแม้มีประชากรผู้สูงอายุเพียงร้อยละ 10 ของประชากรทั้งสิ้นแต่ใช้บริการสาธารณสุขถึงร้อยละ 30 อย่างไรก็ตาม ประเทศที่กำลังพัฒนามักไม่ค่อยให้ความสนใจกับปัญหานี้ มักปล่อยให้ผู้สูงอายุเผชิญกับปัญหาชีวิตและปัญหาสุขภาพตามลำพัง ในประเทศไทยสภาพสังคมได้เปลี่ยนไปมาก ในหมู่บ้านจำนวนไม่น้อยที่มีแต่เด็กและคนชราเหลืออยู่ในเวลากลางวัน หมู่สาวเข้าไปทำงานในเมืองห่างไกลจากหมู่บ้าน ดังนั้นในอนาคตอันใกล้ สถานือนามัยตามตำบลต่าง ๆ นอกจากดูแลสุขภาพแม่และเด็ก และบริการสาธารณสุขมูลฐานแล้วคงต้องให้บริการผู้สูงอายุเหล่านี้เพิ่มขึ้นด้วย

● สภาพแวดล้อมและวิถีชีวิต

41. สภาพแวดล้อมและวิถีชีวิตที่เป็นสุข (healthy environment and healthy lifestyle) มีผลต่อสถานะ สาธารณสุขมาก ยิ่งในสภาวะที่มีการเปลี่ยนแปลงทางสภาพเศรษฐกิจสังคมอย่างรวดเร็วที่ทุกคนจำเป็นต้องดิ้นรนเพื่อให้ดำรงชีวิตอยู่ได้ เพศหญิงต้องออกไปทำงานหาเลี้ยงชีพและครอบครัวไม่อาจอยู่บ้านเป็นแม่บ้านเลี้ยงดูบุตรธิดา 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

- อีแอลกอฮอล์
- เชื้อ HIV และโรคเอดส์
- 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
- ครัวชุมชน	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 ที่ได้ขึ้นทะเบียนได้รับอาหารจากสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยาแล้วก็ตาม 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 ฟิลิปปินส์ 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 ทั้งสิ้น (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
กัวโนตันเตีย	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
กาเจนตินา	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				คอตีบ คหวั	บาดทะยัก	
							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	ลาว องค์การ อนามัยโลก	ประเทศ พม่า ล้าน	ประเทศ กัมพูชา พันบาท	ประเทศ ไทย
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	6
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 ไม่ได้ติดอันดับเลย แม้ข้อมูลดังกล่าวไม่ทันสมัย แต่ไม่ได้มีการเปลี่ยนแปลงมากนักในช่วง 2-3

ทศวรรษที่ผ่านมา นี้ ดังนั้น จำเป็นต้องมีมาตรการป้องกันและแก้ไขปัญหาดูแลสุขภาพที่เข้มงวดร่วมกันระหว่างหน่วยงานต่างๆ 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 นกก จากนี้ประเด็นที่น่าสนใจมากเมื่อเปรียบเทียบผลการดำเนินงานทางสาธารณสุขกับค่าใช้จ่ายที่รัฐ และประชาชนลงทุน