

# การพัฒนาเศรษฐกิจ / สังคม และการแพทย์, สาธารณสุขไทย : a review

น.พ.วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร

## 1. บทนำ

การพัฒนามี 2 ด้านเสมอ ด้านหนึ่งเป็นประโยชน์ต่อมวลมนุษย์ ตรงกันข้ามอีกด้านหนึ่งกลับเป็นโทษต่อมนุษย์และสิ่งแวดล้อม หากจัดการไม่ดี การพัฒนาจะเป็นโทษมากกว่าเป็นประโยชน์ วัตถุประสงค์สูงสุดของการพัฒนาคือการบรรลุคุณภาพชีวิตที่ดีของประชาชนในชาติ

## 2. การพัฒนาด้านเศรษฐกิจและสังคม

ระบบเศรษฐกิจไทยมีลักษณะทุนนิยมเสรีนิยม โดยที่รัฐบาลมีนโยบายเข้าแทรกแซงตลาดค่อนข้างน้อย ประเทศไทยมีการเจริญเติบโตทางเศรษฐกิจที่สูงที่สุดแห่งหนึ่งในโลก สภาพพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติทำนายว่าประเทศไทยจะมีผลิตภัณฑ์มวลรวมภายในประเทศ (GDP) ต่อหัวประชาชนไทยเป็นเงิน 40,000 บาทเศษ เศรษฐกิจขยายตัว 7.8% อัตราเงินเฟ้อ 4.8% ในปี 2536

การพัฒนาเศรษฐกิจที่ผ่านมาก่อให้เกิดความไม่สมดุลในสังคมไทย 5 ประการคือ  
ก. ความไม่สมดุลระหว่างภาคเกษตรกับอุตสาหกรรม ในปี 2533 ประชาชนไทย 64% อยู่ในภาคเกษตรกรรมให้ผลผลิตเพียง 12% ของ GDP ทั้งหมด ลูกจ้างนอกภาคเกษตรกรรมมีรายได้ต่อหัวเป็น 2.55 เท่าของเกษตรกรในปี 2531 แสดงให้เห็นชัดเจนว่า ผู้ที่ทำงานในภาคเกษตรจะไม่มีทางเลือกอีกต่อไป และเป็นผู้ด้อยโอกาสในสังคมท่ามกลางการเติบโตทางเศรษฐกิจของประเทศ

ข. ความไม่สมดุลระหว่างกรุงเทพฯ กับจังหวัดที่เหลือทั้งหมด กรุงเทพฯมีพลเมือง 15.8% ของประชากรแต่มีผลผลิตถึง 50% ของ GDP หัวประเทศในปี 2531 ทำให้ประชาชนต่างจังหวัดย้ายถิ่นฐานเข้ามาในกรุงเทพฯ เพื่อหางานทำ ก่อให้เกิดปัญหาสารพัดในกรุงเทพฯ ตั้งแต่ความต้องการที่อยู่อาศัย สาธารณูปโภคและสาธารณูปการ ปัญหาการขนส่งมวลชน บริการทางการแพทย์และการสาธารณสุข ฯลฯ ที่ขยายไม่ทันต่อความต้องการที่เพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว

## กิตติ

ค. ความไม่สมดุลระหว่างระดับการศึกษาของแรงงานและความเติบโตทางเศรษฐกิจโดยเฉพาะในภาคอุตสาหกรรมและบริการ แรงงานไทยส่วนใหญ่กว่า 80% ยังมีระดับการศึกษาชั้นประถมศึกษา แม้จะปรับอัตราการเรียนต่อชั้นมัธยมศึกษาของนักเรียนที่จบประถมศึกษาปีที่ 6 ให้ดีขึ้นโดยดำเนินการโครงการมัธยมศึกษาภาคบังคับเต็ม 100% ก็ตาม ประมาณการว่าภายในปี 2543 แรงงานไทยส่วนใหญ่ 70% ยังคงมีระดับการศึกษาประถมศึกษา

ง. ความไม่สมดุลของการกระจายรายได้

ตารางที่ 1 แสดงให้เห็นอย่างชัดเจนว่า ครัวเรือนที่รวยที่สุด 20% มีส่วนแบ่งของรายได้ต่อรายได้ของคนทั่วประเทศเพิ่มขึ้นจาก 49.3% ในปี 2518 เป็น 55.0% ในปี 2531 ในทางตรงกันข้าม 20% ของกลุ่มครัวเรือนยากจนที่สุดของประเทศกลับมีส่วนแบ่งของรายได้ทั่วประเทศลดลงจาก 6.1% เหลือเพียง 4.5% ในช่วงระยะเวลาดังกล่าว แสดงให้เห็นว่า ช่องว่างระหว่างรายได้ของคนรวยกับคนจน กว้างมากขึ้นตามลำดับ ซึ่งกล่าวกันว่าเป็นปรากฏการณ์ที่เรียกว่า Trickle down ของการพัฒนาเศรษฐกิจแบบทุนนิยม

ในปี 2532 สภาพพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติประมาณการว่ามีคนไทยจำนวน 13.5 ล้านคน หรือ 23.7% ของประชากรทั่วประเทศ ที่อยู่ต่ำกว่าเส้นแบ่งแห่งความยากจน (poverty line)

สถาบันวิจัยเพื่อพัฒนาประเทศไทยได้ประมวลผลของการสำรวจภาวะเศรษฐกิจและสังคมของครัวเรือน ซึ่งดำเนินการโดยสำนักงานสถิติแห่งชาติพบว่า จำนวนคนจนที่มีรายได้ต่อคนต่อปีต่ำกว่าเส้นกำหนดหนึ่งที่เรียกว่า poverty line (ซึ่งวัดโดยรายได้ขั้นต่ำที่สุดที่จะเพียงพอต่อการยังชีพ ต่อการซื้ออาหาร และปัจจัยในการดำรงชีพอื่นๆ) ค่อยๆ ลดลงเรื่อยๆ จากปี 2505 ถึง 2523 และกลับเพิ่มขึ้นในปี 2528 ซึ่งในปีดังกล่าวมีภาวะเศรษฐกิจถดถอยทั่วโลก จนในปี 2531 มีจำนวนประชากร 13.1 ล้านคนทั่วประเทศอยู่ต่ำกว่าเส้นความยากจนดังกล่าว (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 1 ส่วนแบ่งรายได้ของ 20 percentile ของครัวเรือนไทย

	2505	2518	2523	2528	2531
20% รวยที่สุด	49.8	49.3	51.5	55.6	55.0
20% รวยถัดมา	21.6	21.0	20.6	19.9	20.3
20% ปานกลาง	12.1	14.0	13.4	12.1	12.2
20% จนถัดมา	8.6	9.7	9.1	7.9	8.0
20% จนที่สุด	7.9	6.1	5.4	4.6	4.5

ที่มา : การสำรวจภาวะเศรษฐกิจและสังคมของครัวเรือน สำนักงานสถิติแห่งชาติ

ตารางที่ 2 แนวโน้มของร้อยละของประชากรที่มีรายได้ต่ำกว่าเส้นยากจน

	2505	2511	2518	2523	2528	2531
ทั่วประเทศ	57.0	39.0	30.0	23.0	29.5	23.7
เขตชนบท	61.0	43.0	32.9	25.8	33.9	28.5
หมู่บ้าน	na	na	36.2	27.3	35.8	29.4
สุขาภิบาล	na	na	14.8	13.5	18.6	13.2
เขตเทศบาล	38.0	16.0	12.5	7.5	5.9	6.7
จำนวนประชากร (ล้านคน)	16.5	13.7	12.8	11.0	15.5	13.1

ที่มา : Chalongphob Sussangkarn, TDRI 1992 Year End Conference

จากตารางที่ 2 จะเห็นได้ว่า คนยากจนอยู่ในหมู่บ้าน อยู่ในเขตชนบท ปัญหาของประเทศจึงอยู่ที่หมู่บ้าน หมู่บ้านจึงเป็นเป้าหมายของการพัฒนาโดยตลอด แต่สถานการณ์ความยากจนในหมู่บ้านไม่ดีขึ้นเท่าที่ควร เพราะที่โครงสร้างเศรษฐกิจและสังคมที่ไม่ยุติธรรมและไม่เสมอภาคไม่ได้รับการแก้ไขอย่างจริงจัง

จ. ความไม่สมดุลระหว่างการพัฒนาเศรษฐกิจและสิ่งแวดล้อม การทำลายป่า การทำลายทรัพยากรธรรมชาติ แหล่งน้ำ การใช้ที่ดินป่าสงวน ฯลฯ ทำให้เกิดการเสื่อมถอยของระบบนิเวศวิทยา

นอกจากนี้ ผลกระทบของการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมยังมีอีกหลายประการ เช่น

เมื่อครัวเรือนมีรายได้ดีขึ้น พฤติกรรมการบริโภคเปลี่ยนแปลงไป มีการรับประทานอาหารโปรตีนและไขมันมากขึ้น รวมทั้งการบริโภคแอลกอฮอล์ และยาสูบ ซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อโรคหลายชนิด เช่น โรคหลอดเลือดหัวใจ โรคหลอดเลือดสมอง ตีบตัน โรคมะเร็ง เป็นต้น นอกจากนี้ยังมีอุปสงค์ต่อบริการการแพทย์ โดยเฉพาะโรงพยาบาลเอกชนมากขึ้นเมื่อมีรายได้มากขึ้น

การพัฒนาทางเทคโนโลยีการสื่อสาร ทำให้การส่งข้อมูลสารสนเทศไปยังประชาชนสะดวก รวดเร็วมากขึ้น จากการสำมะโนประชากรและการเคหะปี 2533 พบว่า ครัวเรือนไทย 81% มีวิทยุหรือวิทยุเทป, 46% มีโทรทัศน์สี, 25% มีโทรทัศน์ขาวดำ เทคโนโลยีสื่อสารเหล่านี้มีทั้งประโยชน์และโทษ ประโยชน์คือประชาชนได้รับข้อมูลข่าวสารรวดเร็วไม่ว่าในเมืองหรือชนบท โทษคือสื่อและข่าวสารเหล่านั้นกระตุ้นให้ประชาชนบริโภคเกินจำเป็น (consumerism)

สำหรับอัตราการรู้หนังสือนั้น การสำมะโนประชากรและการเคหะปี 2533 พบว่า ประชากรที่มีอายุ 6 ปีขึ้นไปอ่านออกเขียนได้ 93% ยังมีความแตกต่างระหว่างเพศอยู่บ้าง (ผู้ชายอ่านออกเขียนได้ 97% ผู้หญิงอ่านออกเขียนได้ 91%)



คนในเขตเทศบาลอ่านออกเขียนได้มากกว่า (97%) ผู้อยู่นอกเขตเทศบาล (92%)

อย่างไรก็ตามในจำนวนผู้ที่มีการศึกษาระดับใดระดับหนึ่งนั้น 70% สำเร็จการศึกษาระดับประถมศึกษา 14% สำเร็จมัธยมศึกษา, เพียง 5% สำเร็จมหาวิทยาลัย ซึ่งแสดงให้เห็นว่า แม้ว่าอัตราการอ่านออกเขียนได้อยู่ในเกณฑ์ค่อนข้างสูงก็ตาม คุณภาพของการรู้หนังสือยังเป็นปัญหาสำคัญที่ต้องพัฒนาต่อไป

อัตราการพึ่งพา (dependency ratio) หมายถึง ประชากรกลุ่ม 15-59 ปี ซึ่งอยู่ในวัยทำงาน 100 คนจะต้องดูแลประชากรต่ำกว่า 15 ปี และผู้สูงอายุมากกว่า 60 ปี อยู่ถึง 56 คน อัตราการพึ่งพาของประชากรต่ำกว่า 15 ปีจะลดลงตามลำดับตามความสำเร็จของการวางแผนครอบครัว แต่อัตราการพึ่งพาของผู้สูงอายุจะค่อย ๆ สูงขึ้นเมื่อมีประชากรสูงอายุเพิ่มขึ้น

บทสรุปสำหรับตอนนี้ ผู้เขียนพยายามแสดงให้เห็นว่า สุขภาพและคุณภาพชีวิตของประชาชนมีความสัมพันธ์อย่างใกล้ชิดกับการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมของประเทศอย่างแยกกันไม่ออก การรู้หนังสือในมารดา เทคโนโลยีสื่อสาร โอกาสการเข้าถึงข่าวสาร รายได้ของครัวเรือน มาตรฐานการครองชีพดีขึ้น การมีน้ำดื่มน้ำใช้ที่สะอาด การมีส่วนร่วม

เป็นต้น ล้วนแต่เป็น contributing factors สำหรับสุขภาพดีทั้งสิ้น บทบาทของตัวแปรทางเศรษฐกิจ และสังคมมีความสำคัญไม่น้อยไปกว่าตัวแปรทางระบบบริการ การแพทย์และสาธารณสุข ในทางตรงกันข้าม ประชาชนมีสุขภาพที่ดีก็เป็นปัจจัยสำคัญของการพัฒนาเศรษฐกิจและการผลิตเช่นกัน

อย่างไรก็ตาม ผลด้านลบก็มีไม่น้อย สินค้าบางชนิดที่ไม่มีประโยชน์ต่อร่างกายหรือเป็นโทษต่อสุขภาพนั้น ผู้บริโภคย่อมอยู่ภายใต้อิทธิพลของการโฆษณาชวนเชื่ออยู่ไม่น้อย

### 3. การพัฒนาทางการแพทย์

ข้อมูลเชิงประจักษ์พบว่า เทคโนโลยีการแพทย์, ความรู้ทางการแพทย์, ยา และความก้าวหน้าทางการแพทย์ไม่ได้ช่วยให้การตายของประชาชนลดลงเลย ตรงกันข้าม การพัฒนามาตรฐานการครองชีพ การมีสุขภาพภิบาลที่ดี การมีโภชนาการที่ดีเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้อัตราการตายลดลง

ตัวอย่างที่สำคัญที่สุดคือ อัตราตายด้วยวัณโรคในประชาชนทั่วไปลดลงอย่างเห็นได้ชัดเจนในปี 2518 ก่อนที่จะมีการรณรงค์การให้ภูมิคุ้มกันโรคเสียอีก และอัตราตายไม่เปลี่ยนแปลงในทางที่ดีขึ้นมากนักแม้ว่ามีความครอบคลุมของวัคซีน BCG

ค่อนข้างกว้างขวางก็ตาม คงเห็นผลเฉพาะโพลีโอเท่านั้นในกลุ่มเด็กต่ำกว่า 5 ปี ที่ความชุกของโรคและอัตราตายลดลงอย่างเห็นชัดเจน

การแพทย์ในประเทศไทยค่อยๆ ได้รับอิทธิพลของการแพทย์แผนปัจจุบัน ภายหลังที่ได้ตั้งศิริราชพยาบาลเป็นต้นมา การแพทย์แผนไทยซึ่งแต่เดิมเป็นของ คู่บ้านคู่เมืองได้ลดบทบาทและเสื่อมความนิยมจากประชาชนไปบ้าง กระนั้นก็ตาม ท่ามกลางกระแสอันเชี่ยวกรากของการแพทย์แผนตะวันตก สมุนไพรและการแพทย์ แผนไทยยังเป็นที่พึ่งพาของประชาชนชาวชนบทอยู่ในปัจจุบันอยู่น้อย

การพัฒนาการแพทย์แบบตะวันตกนั้นได้ละทิ้งภูมิปัญญาดั้งเดิมของไทย เกิด ระบบการแพทย์ที่จะต้องพึ่งพาเทคโนโลยีและการนำเข้าวัสดุอุปกรณ์สำหรับการผลิตยา และเวชภัณฑ์ต่างๆ การแพทย์จึงทวีความซับซ้อนมากขึ้น ชุมชนและผู้ป่วยหมด ศักยภาพในการดูแลรักษาตนเองซึ่งเป็นวิถีชีวิตแต่เดิมของชุมชนลงไปทุกขณะ ใน ทางตรงกันข้าม ชุมชนและผู้ป่วยจะต้องพึ่งพาแพทย์ผู้ให้การรักษาเยียวยามากขึ้น

การแพทย์จะมุ่งเน้นความชำนาญการเฉพาะสาขาเฉพาะทางมากขึ้น (over-specialisation) จำนวนแพทย์เฉพาะทางเป็นร้อยละ 50 ของจำนวนแพทย์ทั้งหมด การวินิจฉัยโรคจะต้องอาศัยเครื่องมือและเทคโนโลยีที่มีราคาแพงมากขึ้น ทำให้คนจน และผู้ด้อยโอกาสในสังคมไม่อาจจะเข้าถึงบริการการแพทย์เมื่อยามจำเป็นได้

ความคาดหวังของประชาชน การใช้เทคโนโลยีการตรวจวินิจฉัยและการ รักษาโรค เป็นสาเหตุสำคัญให้ค่าใช้จ่ายทางสุขภาพสูงขึ้นอย่างรวดเร็ว ขณะนี้ ประเทศไทยใช้เงิน 6.5% ของผลิตภัณฑ์มวลรวมภายในประเทศสำหรับเป็นค่าใช้จ่าย ด้านสุขภาพ คนไทยป่วยโดยเฉลี่ย 2.2 ครั้งต่อคนต่อปี (สถาบันวิจัยประชากรและ สังคม 2528) เมื่อเจ็บป่วยจะซื้อยากินเองน้อยลงและใช้บริการในสถานพยาบาลโดย บุคลากรสาธารณสุขมากขึ้น (ตารางที่ 3)

ความไม่เสมอภาคในการเข้าถึงและใช้บริการของประชาชนในเขตเมืองกับ

ตารางที่ 3 การใช้บริการเมื่อเจ็บป่วยของคนไทย

ทางเลือกการให้บริการ	2513	2522	2528
1. ซื้อยากินเอง	51.4	42.3	28.6
2. สถานิออนามัย	4.4	16.8	14.7
3. โรงพยาบาลรัฐ	11.1	10.0	32.5
4. โรงพยาบาลและคลินิกเอกชน	22.7	20.4	21.8
5. แผนโบราณ	7.7	6.3	2.4
6. ไม่รักษา	2.7	4.2	-

ที่มา : กองแผนงานสาธารณสุข 2513 และ 2522, สถาบันวิจัยประชากร และสังคม 2528

## กัศบะ

ตารางที่ 4 การเลือกใช้บริการโดยผู้ป่วย จำแนกตามเขตเมือง, เขตชนบทและภาคภูมิศาสตร์ 2528

	ทั่วประเทศ	เขตเมือง	ชนบท	เหนือ	อีสาน	กลาง	ใต้	กทมข
บริการโดยแพทย์	54.3	81.0	47.3	61.9	46.3	47.0	43.4	81.3
บริการโดยบุคลากรอื่น	14.7	1.1	18.2	15.2	15.2	21.0	17.1	0.5
แพทย์แผนโบราณ	2.4	1.0	2.8	1.9	1.3	3.8	4.1	1.0
ซื้อยากินเอง	28.6	17.0	31.7	21.0	37.2	28.2	35.4	17.1
รวม	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
จำนวนตัวอย่าง	5,850	1,203	4,647	993	1,567	1,566	802	922

ที่มา : IPSR 1988 Mortality Morbidity Differentials

เขตชนบท ระหว่างประชาชนในภาคภูมิศาสตร์ต่าง ๆ ได้แสดงไว้ในตารางที่ 4 ทั้งนี้ เพราะความแตกต่างของรายได้ครัวเรือนระหว่างภาคเมืองกับชนบท และความไม่เสมอภาคของการกระจายทรัพยากรสาธารณสุขระหว่างภาคภูมิศาสตร์ ทรัพยากรสาธารณสุขที่สำคัญ ได้แก่ แพทย์ พยาบาล บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข โรงพยาบาล เคียง เทคโนโลยีการแพทย์ และงบประมาณ เป็นต้น

ดัชนีแห่งความไม่เสมอภาคยังแสดงให้เห็นชัดเจนในตารางที่ 5 อัตราตาย

ตารางที่ 5 อัตราตายทารกจำแนกตามเขตเมือง, เขตชนบท

	ทั่วประเทศ	เขตเทศบาล	นอกเขตเทศบาล
SPC 1 (1964-1965)	84.3*	67.6*	85.5
SPC 2 (1974-1976)	56.3	39.6	58.7
SPC 3 (1984-1986)	40.7	27.6	42.6

หมายเหตุ \* ยกเว้น กรุงเทพฯและธนบุรี, SPC Survey of Population Change

ที่มา : IPSR 1988 Morbidity and Mortality Differential

ทารกในเขตชนบทสูงกว่าในเขตเมืองอย่างชัดเจน แม้ว่าอัตราจะลดลงในรอบ 20 ปีที่ผ่านมา ระหว่าง 1964 ถึง 1984 ก็ตาม ประชาชนในเขตชนบทก็ยังมีอัตราตายทารกสูงกว่าในเขตเมืองเช่นกัน

ในปัจจุบันนี้ กว่าครึ่งหนึ่งของทารกตายนั้นเป็นการตายในระหว่างปริกำเนิด ดังนั้น การวางแผนครอบครัว การมีบุตรในวัยที่เหมาะสม บริการฝากครรภ์ บริการคลอดบุตร การอนามัยแม่และเด็ก จึงเป็นปัจจัยสำคัญในการลดอัตราตายทารก

ตารางที่ 6 แสดงความไม่เสมอภาคของอัตราตายทารกเมื่อระดับการศึกษา

ของมารดาเป็นตัวแปรอิสระ จะเห็นได้ว่า มารดาที่ไม่ได้เรียนหนังสือจะมีอัตราตายทารกสูงกว่ามารดาที่เรียนหนังสือ และมี gradient effect ของระดับการศึกษา กล่าวคือ ผู้ที่จบมหาวิทยาลัยจะมีอัตราตายทารกต่ำกว่าผู้ที่จบมัธยมศึกษา มารดาที่จบมัธยมศึกษาจะมีอัตราตายทารกต่ำกว่ามารดาที่จบประถมศึกษา มารดาที่จบประถมศึกษาจะมีอัตราตายทารกต่ำกว่ามารดาที่ไม่ได้เข้าโรงเรียน

บทสรุปของตอนนี้คือ ภารกิจของผู้บริหารประเทศ จะต้องลดช่องว่างความไม่เสมอภาคเหล่านี้ให้จงได้ จะเห็นได้ว่า medical intervention เป็นเพียงมาตรการหนึ่งในหลายๆ มาตรการที่จะมีผลกระทบต่อภาวะสุขภาพของประชาชน การพัฒนาสังคมในด้านอื่นๆ หรือมุกกับทิศทางที่ถูกต้องของการพัฒนาเศรษฐกิจ และการกระจายรายได้เป็นปัจจัยสำคัญต่อคุณภาพชีวิตประชากรไม่น้อยไปกว่าปัจจัยทางด้าน การแพทย์และสาธารณสุข

ตารางที่ 6 อัตราตายทารกจำแนกตามระดับการศึกษาและถิ่นที่อยู่ของมารดาในเขตเมืองและชนบท

	Census 1970	Census 1980	SPC 1984-86
<b>1. ทั่วประเทศ</b>			
IMR ของมารดาที่ไม่ได้เรียนหนังสือ	83.1	62.1	58.8
ดัชนี IMR ของมารดาที่ไม่ได้เรียนหนังสือ	100.0	100.0	100.0
มารดาจบประถมศึกษา	81.9	66.9	55.8
มารดาจบมัธยมศึกษา	25.1	38.3	33.2
มารดาจบมหาวิทยาลัย	-	25.1	16.5
<b>2. เขตเทศบาล</b>			
IMR ของมารดาที่ไม่ได้เรียนหนังสือ	38.0	46.9	45.9
ดัชนี IMR ของมารดาที่ไม่ได้เรียนหนังสือ	100.0	100.0	100.0
มารดาจบประถมศึกษา	79.2	61.4	58.0
มารดาจบมัธยมศึกษา	42.3	38.4	37.7
มารดาจบมหาวิทยาลัย	-	27.7	19.8
<b>3. นอกเขตเทศบาล</b>			
IMR ของมารดาที่ไม่ได้เรียนหนังสือ	87.0	64.7	59.6
ดัชนี IMR ของมารดาที่ไม่ได้เรียนหนังสือ	100.0	100.0	100.0
มารดาจบประถมศึกษา	82.1	67.4	62.2
มารดาจบมัธยมศึกษา	31.1	45.6	37.1
มารดาจบมหาวิทยาลัย	-	26.9	19.5

ที่มา : IPSR 1988, Mortality Morbidity Differential

#### 4. การพัฒนาด้านสาธารณสุข

แผนพัฒนาการสาธารณสุขฉบับที่ 3 และ 4 นั้น ประเทศไทยได้มุ่งเน้นการดำเนินการด้านวางแผนครอบครัวเป็นหลักจนประสบความสำเร็จอย่างมาก ต่อมาในแผนพัฒนาการสาธารณสุขฉบับที่ 5 และ 6 ได้มุ่งเน้นการจัดและกระจายบริการสาธารณสุขขั้นพื้นฐานไปสู่เขตชนบท เฉพาะอย่างยิ่งนโยบายการสร้างโรงพยาบาลชุมชนครอบคลุม อำเภอและกิ่งอำเภอ 100% การจัดให้มีแพทย์ใช้ทุน ทันตแพทย์ใช้ทุน และเภสัชกรใช้ทุนไปปฏิบัติงานในโรงพยาบาลระดับอำเภอทั่วประเทศนั้นก่อให้เกิดคุณภาพการพัฒนาวสาธารณสุขไทยอย่างยิ่ง

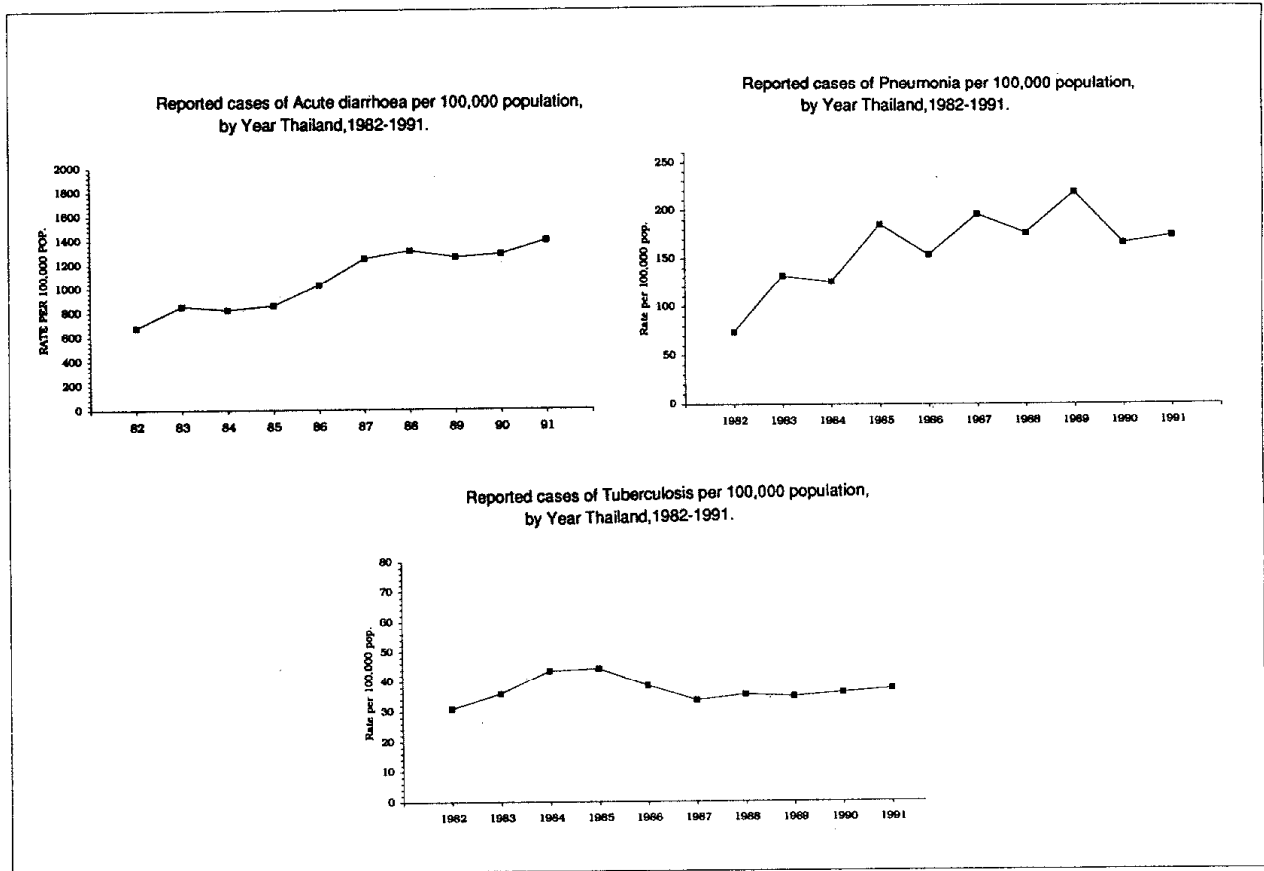
ประเทศไทยได้ดำเนินการพัฒนาการสาธารณสุขมาโดยลำดับ สามารถแก้ปัญหาสาธารณสุขของประเทศอย่างได้ผล โดยเฉพาะอัตราป่วยและตายจากโรคที่ป้องกันได้ด้วยวัคซีนลดลงอย่างรวดเร็ว อัตราตายทารกลดลงเหลือ 35.5 ต่อเด็กเกิดมีชีวิตพันคน

นอกจากนี้ เรายังประสบความสำเร็จในการวางแผนครอบครัว หญิงวัยเจริญพันธุ์ 75% กำลังใช้วิธีการคุมกำเนิดวิธีการใดวิธีการหนึ่ง โครงการวางแผนครอบครัวแห่งชาติได้เริ่มต้นเมื่อ 2514 สามารถลดอัตราเกิดเหลือ 17.4 ต่อพันในปี 2535, ลดอัตราตายลงเหลือ 5.9 ต่อพัน, ทำให้อัตราเพิ่มตามธรรมชาติเท่ากับ 1.15% อัตราเจริญพันธุ์รวม (Total fertility rate) ซึ่งหมายถึงโดยเฉลี่ยต่อสตรีหนึ่งคนจะมีบุตรเพียง 2.2 คน ในปี 2535 อายุขัยเฉลี่ยเมื่อแรกเกิดสำหรับผู้ชาย 66.4 ปี สำหรับหญิง 71.8 ปี

แม้ว่าการแพทย์และการสาธารณสุขจะพัฒนาก้าวหน้า อัตราตายจากโรค







แห่งความยากจนและโรคติดต่อ เช่น วัณโรค ปอดบวม และอุจจาระร่วงลดลงอย่างชัดเจน โรคหัวใจและหลอดเลือด การตายจากอุบัติเหตุ และมะเร็งกลับทวีความรุนแรงมากขึ้น และเป็นปัญหาสาธารณสุขที่มีความสำคัญในปัจจุบัน

การแก้ปัญหาการตายและทุพพลภาพจากอุบัติเหตุจราจร การตายจากโรคหัวใจและหลอดเลือดนั้น ไม่สามารถอาศัย medical intervention เช่น ยา การผ่าตัดได้สำเร็จ ทั้งนี้เพราะมีปัจจัยอื่น ๆ อีกมากมาย เช่น การรับประทานไขมัน การขาดการออกกำลังกาย การส่งเสริมสุขภาพ ภาวะเครียด การบริโภคยาสูบ มาตรการรักษาความปลอดภัยในขั้วชีวิตและการใช้ทาง เป็นต้น จะเห็นได้ว่า การจะแก้ไขปัญหาสาธารณสุขเหล่านี้ได้จะต้องอาศัยองค์ความรู้ที่เป็นสหวิทยาการ และต้องอาศัยมาตรการทางกฎหมายเข้ามาร่วมกันแก้ไข รวมทั้งความร่วมมือระหว่างองค์กรภาครัฐสังกัดต่างๆ และความร่วมมือจากประชาชน การเคลื่อนไหวทางสังคม (social movement) เป็นกุญแจสำคัญในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของสมาชิกสังคมอย่างได้ผล โดยเฉพาะในกรณีการณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่ในประเทศ ตลอดระยะเวลา 5 ปีที่ผ่านมา การรณรงค์เพื่อการออกกำลังกาย การวิ่งเพื่อสุขภาพ ฯลฯ เป็นต้น

### 5. ระบบสาธารณสุขไทย

ระบบสาธารณสุขนั้นเป็นภาพสะท้อนที่ชัดเจนของการพัฒนาบุคลากรทางการแพทย์ซึ่งเป็นผลลัพธ์ของแพทยศาสตร์ศึกษา นอกจากนี้ยังเป็นผลลัพธ์ของระบบการเงินการคลังซึ่งรองรับระบบสาธารณสุขอยู่

ระบบสาธารณสุขไทยยังขาดประสิทธิภาพในการใช้ทรัพยากร กล่าวคือ ผู้ป่วยมุ่งใช้บริการโรงพยาบาล โดยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญสาขาต่างๆ สำหรับโรคหนึ่งๆ ซึ่งแพทย์เวชปฏิบัติหรือพยาบาลเวชปฏิบัติสามารถให้การดูแลรักษาได้ เป็นการใช้ทรัพยากรอย่างไม่คุ้มค่า

ประเทศไทยมีทะเบียนตำรับยาถึง 3 หมื่นกว่ารายการ คนไทยบริโภคยาฟุ่มเฟือยมาก ปีหนึ่งบริโภคถึง 6 พันกว่าล้านบาท ประมาณกันว่า 60 ถึง 70% ของรายจ่ายเพื่อสุขภาพเป็นไปเพื่อการซื้อยา นโยบายบัญญัติยาหลักแห่งชาติยังประสบปัญหาในการดำเนินการอยู่พอสมควร ซึ่งจะต้องแก้ไขต่อไป

ระบบสาธารณสุขไทยมีลักษณะคล้ายระบบเศรษฐกิจ กล่าวคือ มีเสรีภาพค่อนข้างมาก (permissive) ขาดการวางแผนระบบบริการสาธารณสุขอย่างเป็นระบบ ภาคเอกชนเข้ามามีบทบาทมากขึ้นในการจัดบริการการแพทย์มากขึ้นโดยเฉพาะบริการสำหรับประชาชนในเขตเมืองที่มีรายได้สูง

ธุรกิจโรงพยาบาลเอกชนเป็น sun rising industry (ธนาคารไทยพาณิชย์ 2534) สำนักงานคณะกรรมการส่งเสริมการลงทุน (BOI) มีบทบาทอย่างสูงในการกระตุ้นการเจริญเติบโตของโรงพยาบาลเอกชน โดยการให้สิทธิประโยชน์คือ การยกเว้นศุลกากรนำเข้าเครื่องมือแพทย์เป็นเวลา 5 ปี สำหรับโรงพยาบาลเอกชน

ตารางที่ 7 จำนวนเครื่อง CT Scanner ต่อล้านประชากรในปี 1988

ประเทศ	จำนวนเครื่องต่อล้านประชากร
Japan	29.2
United States	14.7
Australia	8.6
West Germany	7.3
Switzerland	6.2
Sweden	5.6
Austria	4.0
The Netherlands	3.1
France	2.8
United Kingdom	2.3
Thailand 1992	2.0
Bangkok 1992	10.0

Source : Modified from National Health Technology Advisory Panel 1988, Australia.

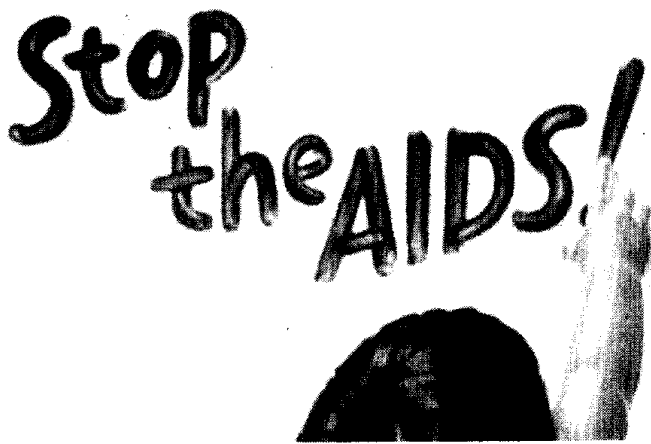
ในกรุงเทพและต่างจังหวัด และการยกเว้นภาษีเงินได้นิติบุคคลเป็นเวลา 5 ปี สำหรับโรงพยาบาลเอกชนในต่างจังหวัด โรงพยาบาลเอกชนมีการกระจุกตัวในกรุงเทพและเมืองใหญ่ๆ กล่าวคือ 51% ของเตียงโรงพยาบาลเอกชนทั่วประเทศ 17,972 เตียงกระจุกตัวอยู่ในกรุงเทพฯ

โรงพยาบาลเอกชนแข่งขันกันซื้อเครื่องมือแพทย์และเทคโนโลยีราคาแพง กรุงเทพมีเครื่อง Computerised Tomography Scanner จำนวน 60 เครื่อง ทำให้กรุงเทพมีเครื่องมือดังกล่าว 10 เครื่องต่อล้านประชากร (ตารางที่ 7) การมีเทคโนโลยีมากมายเหล่านี้ไม่ได้สอดคล้องกับระดับการพัฒนาทางเศรษฐกิจของประเทศ

การแข่งขันกันมีเครื่องมือราคาแพงเหล่านี้ ก็เกิดโอกาสในการสั่งใช้เทคโนโลยีเหล่านี้ไปในทางที่ไม่สมควร

ซึ่งเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้รายจ่ายด้านการแพทย์สูงขึ้นอย่างรวดเร็ว และสุขภาพของคนไทยไม่ได้ดีขึ้น คู่แข่งกับทรัพยากรที่ใช้ไป

ประเทศไทยยังไม่มียุทธศาสตร์และมาตรการที่เหมาะสมต่อโรงพยาบาลเอกชน เพื่อให้ภาคเอกชนมีบทบาทเข้ามาพัฒนาการแพทย์และการสาธารณสุขอย่างเป็นระบบและเกื้อหนุนซึ่งกันและกัน ภาคเอกชนจะต้องมีความรับผิดชอบต่อสังคม ระบบบริการภาครัฐจะต้องเข้มแข็งเพื่อเป็นเครื่องประกันให้คนจนเข้าถึงบริการเมื่อเจ็บป่วยให้ได้ หากนโยบายของรัฐไม่ชัดเจน พัฒนาการของภาคเอกชนจะมีผลกระทบต่อระบบบริการสาธารณสุข เช่น ปัญหาสมองไหล เป็นต้น



## 6. เอดส์ ปัญหาใหม่ของสังคมไทย

โรคเอดส์เป็นปัญหาสำคัญระดับชาติ รัฐบาลและประชาชนจะต้องผนึกกำลังกันควบคุมและป้องกันและชะลอการแพร่ระบาดของโรค ปัจจุบันในประเทศไทยมีผู้ติดเชื้อเอดส์ประมาณ 400,000 คน โดยส่วนใหญ่ยังไม่ปรากฏอาการ หากไม่สามารถควบคุมการระบาดให้ได้ผลแล้ว ในปีพ.ศ. 2543 จะมีผู้ติดเชื้อเอดส์สูงถึง 3 ล้านคน และเป็นผู้ป่วยโรคเอดส์ถึง 188,000 คน ซึ่งจะมีผลเสียหายอย่างใหญ่หลวงต่อเศรษฐกิจ สังคม และระบบสาธารณสุขของประเทศ

มาตรการควบคุมโรคเชิงรุกที่สำคัญคือการระดมทรัพยากรทั้งภาครัฐและเอกชนเพื่อการให้การศึกษาประชาสัมพันธ์ รณรงค์ให้ประชาชนทั่วไปและกลุ่มเสี่ยงได้ตระหนักถึงปัญหาและสามารถป้องกันตนเองและครอบครัวไม่ให้ติดเชื้อเอดส์ รวมทั้งการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงต่าง ๆ

มาตรการเชิงรับคือการจัดเตรียมระบบบริการทั้งในสถานพยาบาลและชุมชนรองรับผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยโรคเอดส์และให้อยู่ในสังคมร่วมกับผู้อื่นได้อย่างมีความสุข

รัฐบาลนี้ตระหนักถึงปัญหาของโรคเอดส์และมีนโยบายที่ชัดเจนในการควบคุมป้องกันโรคนี้ให้ได้ผล วัตถุประสงค์หลักของการป้องกันและควบคุมโรคเอดส์ในปีงบประมาณ 2536 คือ ควบคุมให้โรคเอดส์ชะลอการแพร่ระบาด, รณรงค์ให้ประชาชนทุกระดับมีความรู้ความเข้าใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมทางเพศให้ปลอดภัยจาก

## กัศบะ

การติดเชื้อเอชไอวี, ให้ความช่วยเหลือผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยให้อยู่ร่วมกันในสังคมอย่างปกติสุข, จัดเตรียมทรัพยากรสาธารณสุขและระบบบริการสาธารณสุขให้มีความพร้อมในการรองรับผู้ติดเชื้อและผู้ป่วย

เพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์และภารกิจดังกล่าวจะต้องมีการระดมทรัพยากรและบุคลากรทั้งภาครัฐและภาคเอกชน รวมทั้งองค์กรเอกชนสาธารณประโยชน์ เพื่อผนึกกำลังร่วมกันในการป้องกันและควบคุม



### 7. ประเทศไทย : แลไปข้างหน้า

#### 1. จุดยืน

รัฐบาลจะต้องมีสายตากว้างไกล และมีจุดยืนในการสร้างความเสมอภาคและลดช่องว่างของความไม่เสมอภาคลง การพัฒนาให้ประชาชนมีสุขภาพที่ดีและมีคุณภาพชีวิตนั้น ลำพังการพัฒนาการแพทย์และการสาธารณสุขอย่างเดียวไม่เพียงพอ เพราะว่ามีปัจจัยทางด้านเศรษฐกิจและสังคม สิ่งแวดล้อม และพฤติกรรมของประชาชนที่มีทั้งผลบวกและผลลบต่อสุขภาพของประชาชน

กล่าวเฉพาะการพัฒนาการแพทย์และสาธารณสุขนั้น รัฐบาลจะต้องเน้นบริการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมไม่น้อยไปกว่าบริการรักษาพยาบาล

รัฐจะต้องพยายามปรับการจัดสรรทรัพยากรสาธารณสุขเพื่อให้ลดช่องว่างของความเสมอภาคลง

#### 2. การพัฒนาระบบสาธารณสุข

การปรับระบบบริการสาธารณสุขให้มีประสิทธิภาพโดยการจัดให้มีบริการที่เป็น primary care เช่น ขยายบทบาทของศูนย์บริการสาธารณสุขของเทศบาลและกรุงเทพมหานคร ให้มีบทบาทมากขึ้นในการจัดบริการผสมผสาน ทั้งการป้องกันโรค การส่งเสริมสุขภาพและการรักษาพยาบาล

การพัฒนาและดำเนินการตามนโยบายแห่งชาติด้านยา รวมทั้งความพยายามที่จะพิจารณาลดจำนวนตำรับยาลงให้มีจำนวนเหมาะสม เพื่อให้การบริโภคยาเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพและประหยัด

#### 3. การวางแผนและการพัฒนานโยบาย

การพัฒนานโยบายเพื่อให้โรงพยาบาลเอกชนและบริการสาธารณสุขภาคเอกชนมีบทบาทในการส่งเสริมการพัฒนาการแพทย์และสาธารณสุข

การพัฒนานโยบายและแผนเพื่อให้การแพทย์แผนไทยและการสมุนไพรสามารถเป็นทางเลือกอีกทางหนึ่งของประชาชน ในระบบบริการสาธารณสุข



การพัฒนานโยบายและแผนในการคุ้มครองผู้บริโภคทาง ด้านอาหาร ยา เครื่องมือแพทย์และบริการ การแพทย์ในสถาน พยาบาลเพื่อให้ประชาชนได้สินค้าและบริการที่มีคุณภาพดี และราคายุติธรรม การส่งเสริมบทบาทของสื่อมวลชนในการให้ความรู้ความเข้าใจแก่ประชาชนในการเลือกบริโภคสินค้าและบริการ

ข้อมูลระบาดวิทยา ข้อมูลทางสถิติสาธารณสุข และข้อมูล จากการสำรวจวิจัยมีความสำคัญในการ กำหนดนโยบายและการวางแผนงานสาธารณสุขที่มี ประสิทธิภาพ

ท่ามกลางสารพัดปัญหาที่รุมล้อมเข้ามา รัฐบาล จะต้องจัดให้ลำดับความ สำคัญที่เป็นปัญหาเร่งด่วน เช่น ปัญหาการแพร่ระบาดของโรคเอดส์

การวิจัยเพื่อพัฒนารูปแบบการจัดบริการมีความสำคัญต่อการวางแผนและ การพัฒนานโยบาย

การพัฒนานโยบายต่อการประกันสุขภาพ เพื่อให้ประชาชนไทยทุกคนสามารถ เข้าถึงและใช้บริการการแพทย์และสาธารณสุขโดยที่ราคาค่ารักษาพยาบาลไม่ใช่กำแพง ขวางกั้นมิให้เข้าถึงบริการ การจัดระบบประกันสุขภาพที่ดีจะช่วยให้ใช้ทรัพยากรได้ อย่างมีประสิทธิภาพ

#### 4. บทบาทขององค์กรพัฒนาเอกชน

องค์กรเอกชนเพื่อการพัฒนา มีศักยภาพในการเข้าถึงชุมชนและมีความคล่องตัว ในการดำเนินงานมากกว่าภาครัฐซึ่งมีข้อจำกัดในด้านกฎระเบียบต่างๆ มากมาย จึงมีความจำเป็นที่จะต้องระดมความร่วมมือกันในการพัฒนา

