

จากภาพรวมดังกล่าวเมื่อพิจารณาวิเคราะห์รวมไปถึงสถานพยาบาลที่ไม่มีเตียงรับผู้ป่วยไว้ค้างคืนด้วยแล้วจะปรากฏว่ามีเป็นจำนวนมาก โดยเฉพาะสถานื่อนามัยของกระทรวงสาธารณสุขและคลินิกเอกชน กระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดนโยบายและเป้าหมายไว้แน่ชัดในระยะแผนพัฒนาฉบับที่ 6 ที่ผ่านมา และฉบับที่ 7 ในปัจจุบัน ในอันที่จะขยายการให้บริการโดยจัดตั้งสถานื่อนามัยให้ครบทุกตำบลอย่างน้อยตำบลละ 1 แห่ง จึงปรากฏการขยายตัวค่อนข้างมากในระยะ 5 ปี คือจาก 7,627 สถานิในปี 2530 เพิ่มขึ้นเป็น 8,178 สถานิในปี 2535 หรือโดยเฉลี่ยแล้วขยายตัวเพิ่มขึ้นประมาณปีละ 91 สถานื่อนามัย และยังมีการจัดตั้งสถานบริการสาธารณสุขชุมชนในพื้นที่ที่ไม่อาจจัดตั้งสถานื่อนามัยได้ด้วย แต่การจัดตั้งสถานบริการสาธารณสุขชุมชนนี้ได้มีการปรับเปลี่ยนไปเป็นสถานื่อนามัยบ้างหรือยุบเลิกไปบ้างในที่สุด ส่วนคลินิกของภาคเอกชนนั้นมีการขยายตัวรวดเร็วมากโดยเฉพาะในเขตเมืองซึ่งสะท้อนถึงภาวะตลาดที่มีอุปสงค์ต่อการบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขเพิ่มขึ้นรวดเร็วมาเหมือนกัน ซึ่งปรากฏว่าการตั้งคลินิกเอกชนเพิ่มขึ้นถึง 7,041 แห่งโดยสุทธิในระยะ 6 ปี กล่าวคือจาก 8,670 แห่งในปี 2530 เป็นถึง 15,711 แห่งทั่วประเทศในปี 2535 ยอดจากการสำรวจนี้ไม่ได้สะท้อนจำนวนที่จัดตั้งขึ้นใหม่เนื่องจากเป็นจำนวนสุทธิของคลินิกเอกชนส่วนหนึ่งที่ได้เลิกกิจการไปในระยะเวลาเดียวกัน แต่ก็คาดว่าคลินิกเอกชนที่ล้มเลิกกิจการไปนั้นคงมีไม่มากนัก และแน่นอนว่าคลินิกเอกชนส่วนใหญ่จะอยู่ในเมืองต่าง ๆ โดยเฉพาะในเมืองใหญ่ที่มีโรงเรียนแพทย์ตั้งอยู่ และในกรุงเทพ ฯ ซึ่งมีโรงเรียนแพทย์และโรงพยาบาลจำนวนมาก กรุงเทพมหานครได้จัดตั้งศูนย์บริการสาธารณสุขในเขตต่าง ๆ ในความรับผิดชอบของสำนักอนามัยและสำนักงานการแพทย์ แต่จำนวนศูนย์บริการสาธารณสุขของกรุงเทพมหานครนั้นก็ยังมีจำนวนค่อนข้างคงที่

จำนวนสถานพยาบาลแผนปัจจุบันที่ไม่มีเตียงรับผู้ป่วยไว้ค้างคืน 2530-2535

สถานพยาบาล	2530	2531	2532	2533	2534	2535
สถานื่อนามัย	7,627	7,771	7,675	7,828	7,911	8,178
สถานบริการสาธารณสุขชุมชน	435	473	486	542	419	555
ศูนย์บริการสาธารณสุข (ของกทม.)	57	57	57	57	58	59
คลินิกเอกชน	8,670	9,835	11,443	12,392	13,415	15,711

ที่มา : สถิติสาธารณสุข กองสถิติสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข

หากจะวิเคราะห์ข้อบ่งชี้อุปทานสถานพยาบาลของกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งส่วนใหญ่กระจายตัวอยู่ในจังหวัดต่าง ๆ โดยเฉพาะนอกเขตเทศบาลต่าง ๆ จะพบว่าในปี 2536 กระทรวงสาธารณสุขมีโรงพยาบาลทั่วไปครบทุกจังหวัด ๆ ละอย่างน้อย 1 โรงพยาบาล มีโรงพยาบาลชุมชนและโรงพยาบาลสาขา (extended OPD.) 706 แห่งในจำนวนอำเภอทั้งหมด 784 อำเภอทั่วประเทศ (และปรากฏในแผนพัฒนาฉบับที่ 7 ที่จะขยายการจัดตั้งเพิ่มขึ้นในอำเภออื่น ๆ ที่เหลืออีก) โรงพยาบาลชุมชนในระดับอำเภอนี้เป็นโรงพยาบาลที่มีเตียงรับผู้ป่วยในขนาดไม่เกิน 90 เตียง ที่น่าสนใจคือกระทรวงสาธารณสุขจัดตั้งสถานีนอนมัยแล้วในปี 2536 ถึง 8,699 สถานีสำหรับครอบคลุม 7,003 ตำบล ทั้งนี้บางตำบลมีมากกว่า 1 สถานีนอนมัยโดยเฉพาะตำบลที่มีขนาดใหญ่และมีพื้นที่กว้างขวางมาก ๆ มีการจัดตั้งสหกรณ์ยาและเวชภัณฑ์ 33,602 แห่ง (เมื่อปี 2533) สำหรับบริการ 63,100 หมู่บ้าน แสดงว่ายังมีอีกเกือบครึ่งหนึ่งของหมู่บ้านทั้งหมดทั่วประเทศที่ยังไม่มีการจัดตั้งสหกรณ์ยาหรือเคยจัดตั้งแล้วแต่ต้องเลิกกลับไปเพราะสาเหตุต่างๆ ลำดับขั้นตอนระบบบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขที่กระทรวงสาธารณสุขจัดวางไว้ในภาคชนบทของประเทศไทยนี้เป็นลำดับขั้นโดยอาศัยระบบการคัดกรองและส่งต่อผู้ป่วยที่ได้ทดลองจัดขึ้นเพื่อให้การใช้บริการสถานพยาบาลแต่ละระดับเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพสูงขึ้นและได้ใช้ประโยชน์สถานพยาบาลเหล่านั้นให้เต็มที่ยอดของลำดับขั้นนั้นกระทรวงสาธารณสุขได้จัดตั้งเป็นโรงพยาบาลศูนย์ ซึ่งมีทั้งหมด 17 โรงพยาบาลใน 4 ภาคของประเทศ โรงพยาบาลศูนย์นี้มีแพทย์เฉพาะทางประจำอยู่จำนวนหนึ่งโดยมีขนาดของโรงพยาบาลที่สามารถรับผู้ป่วยในได้ในพิสัยประมาณ 500-1,000 เตียงในปัจจุบัน โรงพยาบาลศูนย์ขนาดใหญ่ในปี 2536 ได้แก่ โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา (1,005 เตียง) โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช (736 เตียง) และโรงพยาบาลพุทธชินราชมหาราช (786 เตียง)

อย่างไรก็ตาม ตารางแสดงข้อมูลสถานพยาบาลเพียงปี 2533 จะพบว่าในภาคต่าง ๆ 4 ภาคของประเทศนั้นยังคงมีอุปทานของบริการจากโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยอีก 4 แห่งในแต่ละภาค ซึ่งแต่ละโรงพยาบาลมีขนาดจำนวนเตียงรับผู้ป่วยในได้ใกล้เคียงกันขนาดของโรงพยาบาลศูนย์ของกระทรวงสาธารณสุข และสำหรับกรุงเทพมหานครนั้นมีโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย 5 โรง ขนาด 1,000-2,300 เตียง (ในปี 2533) มีสถาบันเฉพาะทางอีก 22 แห่งซึ่งมีเตียงรับผู้ป่วยในไว้ค้างคืนได้ในพิสัยประมาณ 150-500 เตียง และมีโรงพยาบาลทั่วไปทั้งของภาครัฐบาล กรุงเทพมหานคร และเอกชนอีก 32 แห่ง (ในปี 2533) โดยมีขนาดหรือจำนวนเตียงไว้รับผู้ป่วยในได้ในพิสัยประมาณ 300-1,000 เตียง

สถานพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขและกระทรวงอื่น ๆ 2535

ระดับพื้นที่บริการ	สถานพยาบาล	ขนาด (จำนวนเตียง)
กรุงเทพมหานคร	โรงพยาบาลมหาวิทยาลัย (5 แห่ง)	1,000 - 2,300
	สถาบันเฉพาะทาง (22 แห่ง)	150 - 500
	โรงพยาบาลทั่วไป (32 แห่ง)	300 - 1,000
ภาค (4 ภาค)	โรงพยาบาลมหาวิทยาลัย (4 แห่ง)	600 - 1,000
	โรงพยาบาลศูนย์ (17 แห่ง)	500 - 1,000
จังหวัด (72 จังหวัด)	โรงพยาบาลทั่วไป (69 แห่ง)	150 - 500
อำเภอ (784 อำเภอ)	โรงพยาบาลชุมชน และ extended OPD. (642 แห่ง)	10 - 90
ตำบล (7,003 ตำบล)	สถานีอนามัย (7,828 แห่ง)	
หมู่บ้าน (63,100 หมู่บ้าน)	สหกรณ์ยา (33,602 แห่ง)	

ที่มา : MOPH, Health in Thailand 1991 : 36.

ในส่วนภูมิภาคและชนบทที่กระทรวงสาธารณสุขรับผิดชอบนั้น ปรากฏการขยายตัวเพิ่มขึ้นของโรงพยาบาลชุมชนอย่างชัดเจนในระยะ 7 ปีระหว่างปี 2530-2536 กล่าวคือเพิ่มจาก 541 โรงพยาบาลเป็น 702 โรงพยาบาล ควบคู่กับการขยายตัวเพิ่มขึ้นของจำนวนสถานีอนามัยดังได้กล่าวไว้แล้ว

จำนวนสถานพยาบาลและจำนวนเตียงในส่วนภูมิภาค กระทรวงสาธารณสุข 2530-2536

สถานพยาบาล	2530	2531	2532	2534	2535	2536
ก. จำนวนสถานพยาบาล						
โรงพยาบาลศูนย์	15	17	17	17	17	17
โรงพยาบาลทั่วไป	70	68	69	69	69	70
โรงพยาบาลเอกชน	541	556	557	567	572	702
ศูนย์การแพทย์และอนามัย	4					
โรงพยาบาลสาขา (extended OPD.)	67	71	77	75	35	4
สถานีอนามัย	7,627	7,678	7,675	7,828	8,178	8,699
สถานีบริการสาธารณสุข	435	473	495	542	419	467
ข. จำนวนเตียง						
โรงพยาบาลศูนย์	10,297	11,354	11,493	11,420	11,624	11,976
โรงพยาบาลทั่วไป	21,464	19,791	20,143	20,534	20,497	21,556
โรงพยาบาลชุมชน	11,215	11,313	11,746	12,445	13,239	14,335
ศูนย์การแพทย์และอนามัย	56					
โรงพยาบาลสาขา		43	85	114	230	345

ที่มา : สถิติสาธารณสุข กองสถิติสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข

ระบบการให้บริการทางการแพทย์และสาธารณสุขโดยรวมนั้นยังปรากฏภาพของอุป-
ทานโดยภาคเอกชนด้วยเช่นกัน ในปี 2533 เท่าที่มีข้อมูลอำนวยให้มีโรงพยาบาลแผนปัจจุบัน
ของภาคเอกชน 408 โรงพยาบาล ซึ่งเป็นโรงพยาบาลทั่วไปกว่าครึ่งหนึ่งคือ 258 โรงพยาบาล
เป็นโรงพยาบาลเฉพาะทาง 43 โรงพยาบาล และเป็นสถานผดุงครรภ์ 107 แห่ง ขณะเดียวกันภาค
เอกชนก็ได้เปิดดำเนินการโรงพยาบาลแผนโบราณ 14 แห่ง โดยเป็นโรงพยาบาลทั่วไป 13 โรง
พยาบาลและเป็นสถานผดุงครรภ์ 1 แห่ง ส่วนคลินิกเอกชนแผนปัจจุบันนั้นนอกจากประเภททั่ว
ไปแล้ว ยังมีคลินิกทันตกรรม (เฉพาะทาง) อีก 2,679 แห่งทั่วประเทศ มีสำนักงานผดุงครรภ์
1,827 แห่ง มีคลินิกแผนโบราณ 950 แห่ง และในจำนวนนี้เป็นคลินิกทั่วไป 939 แห่ง นอกนั้น
เป็นคลินิกผดุงครรภ์แผนโบราณ (11 แห่ง) น่าสังเกตว่าทั่วประเทศมีร้านขายยาของเอก-ชน (ซึ่ง
ส่วนใหญ่ให้บริการขายยาพร้อมทั้งให้คำปรึกษาแนะนำในการรักษาพยาบาลด้วยในทางปฏิบัติ
แม้จะไม่ถูกต้องก็ตาม) ร้านขายยาทั่วประเทศนี้เป็นประเภท ก. ที่มีเภสัชกร 3,691 ร้าน และเป็น
ประเภท ข. ที่ไม่มีเภสัชกรประจำ 5,560 ร้าน

เมื่อเปรียบเทียบกับข้อมูลปี 2536 จะพบการขยายตัวอย่างมากในบริการการแพทย์และ
สาธารณสุขภาคเอกชน โดยเฉพาะในบริการประเภทโรงพยาบาลทั่วไป และจำนวนเตียง กับ
บริการร้านขายยา ทั้งประเภทมีเภสัชกรประจำ และประเภทยาบรรจสุเสร็จกับแผนโบราณ การ
ขยายตัวดังกล่าวนี้ส่วนหนึ่งน่าจะมาจากการเปลี่ยนรูปและขนาดธุรกิจจากคลินิกแผนปัจจุบันไป
เป็นสถานพยาบาลที่มีเตียงรับผู้ป่วยไว้ค้างคืน โดยเฉพาะที่เป็นการเปลี่ยนรูปธุรกิจและการขยาย
ตัวในเขตเมือง

สำหรับอุปทานของเตียงผู้ป่วยได้มีการขยายเพิ่มขึ้นอย่างมากในระยะ 6 ปี ระหว่าง
ปี 2530-2535 เช่นเดียวกับสถานพยาบาล (แน่นอนว่าส่วนหนึ่งในการจัดตั้งสถานพยาบาลขึ้น
ใหม่ก็จะมีจำนวนเตียงเพิ่มขึ้น แต่อีกส่วนหนึ่งคือการขยายเพิ่มจำนวนเตียงในสถานพยาบาลที่มี
อยู่เดิมด้วย) จำนวนเตียงที่เพิ่มขึ้นในระยะ 6 ปีดังกล่าวนี้เพิ่มขึ้นชัดเจนมากในกรณีของสถาน
พยาบาลของกระทรวงสาธารณสุข และสถานพยาบาลของภาคเอกชน กล่าวคือในกรณีสถาน
พยาบาลทั่วไปที่เป็นสถานพยาบาลของกระทรวงสาธารณสุขนั้นเพิ่มขึ้นจาก 45,657 เตียงในปี
2530 เป็น 50,097 เตียงในปี 2535 ส่วนในสถานพยาบาลเอกชนนั้นเพิ่มขึ้นจาก 9,377 เตียงในปี
2530 เป็น 13,051 เตียงในปี 2535 และในกรณีของสถานพยาบาลเฉพาะทางนี้ของกระทรวงสา-
ธารณสุขได้เพิ่มขึ้นจาก 12,109 เตียงในปี 2530 เป็น 14,083 เตียงในปี 2535 แต่จำนวนเตียงใน
สถานพยาบาลเฉพาะทางของเอกชนนั้นกลับลดลงตามจำนวนสถานพยาบาลเฉพาะทางของ
เอกชนที่ลดลง

การกระจายตัวของจำนวนเตียงเฉพาะในสถานพยาบาลของกระทรวงสาธารณสุขที่เพิ่มขึ้นอย่างชัดเจนนั้นเป็นการขยายเพิ่มขึ้นในโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลชุมชน ซึ่งในโรงพยาบาลศูนย์เพิ่มขึ้นจาก 10,297 เตียงในปี 2530 เป็น 11,976 เตียงในปี 2536 ซึ่งส่วนใหญ่เป็นการขยายจำนวนเตียงในสถานพยาบาลเดิมที่มีอยู่ ส่วนในโรงพยาบาลชุมชนนั้นเป็นการเพิ่มจำนวนเตียงตามจำนวนโรงพยาบาลชุมชนที่จัดตั้งเพิ่มขึ้น กล่าวคือจาก 11,215 เตียงในปี 2530 เป็น 19,499 เตียงในปี 2536 ซึ่งกล่าวได้ว่าเป็นการดำเนินงานพัฒนาต่อเนื่องจากการที่ได้ดำเนินการไว้ในระยะแผนพัฒนาฯ ฉบับที่ 5

บริการทางการแพทย์และสาธารณสุขโดยภาคเอกชน 2533 และ 2536

สถานพยาบาล	จำนวนแห่ง		จำนวนเตียง		จำนวนแพทย์
	2533	2536	2533	2536	2533
โรงพยาบาลแผนปัจจุบัน					983
- ทั้งหมด	258	344	13,304	22,355	829
- เฉพาะทาง	43		702		136
- ผดุงครรภ์	107	49	755	311	18
โรงพยาบาลแผนโบราณ					
- ทั้งหมด	13	10	163	117	
- ผดุงครรภ์	1		4		
คลินิกแผนปัจจุบัน					
- ทั้งหมด	8,643	6,318			-
- ทันตกรรม	2,679	2,027			
สำนักงานผดุงครรภ์	1,827	2,012			
คลินิกแผนโบราณ					
- ทั้งหมด	939	505			
- ผดุงครรภ์	11	4			
ร้านขายยา					
- ประเภท ก. (มีเภสัชกร)	3,691	4,471			
- ประเภท ข. (รวมแผนโบราณ)	5,560	7,713			

ที่มา : MOPH, Health in Thailand 1991; สถิติสาธารณสุข กองสถิติสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข.

จำนวนเตียงในสถานพยาบาลที่มีเตียงรับผู้ป่วยไว้ค้างคืน 2530-2535

	<u>2530</u>	<u>2531</u>	<u>2532</u>	<u>2533</u>	<u>2534</u>	<u>2535</u>
ก. ประเภททั่วไป	74,635	74,959	76,461	76,270	79,156	83,016
- รัฐบาล	60,926	62,235	63,107	62,002	63,499	65,569
- กระทรวงสาธารณสุข	45,657	45,257	46,239	47,285	48,377	50,097
- กระทรวงอื่น ๆ	15,269	16,978	16,868	14,717	15,122	15,472
- รัฐวิสาหกิจและองค์กรอิสระ	2,243	2,187	2,335	2,257	2,178	2,229
- เทศบาล	2,089	2,022	2,057	2,119	2,125	2,167
- เอกชน	9,377	8,515	8,952	9,892	11,354	13,051
ข. ประเภทเฉพาะทาง	12,919	13,393	13,521	14,470	14,696	14,840
- รัฐบาล	12,322	12,835	12,938	13,881	14,173	14,383
- กระทรวงสาธารณสุข	12,109	12,613	12,688	13,631	13,873	14,083
- กระทรวงอื่น ๆ	213	220	250	250	300	300
- รัฐวิสาหกิจและองค์กรอิสระ						
- เทศบาล						
- เอกชน	597	560	583	589	523	457

ที่มา : สถิติสาธารณสุข กองสถิติสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข

จำนวนเตียง และอัตราส่วนประชากรต่อเตียง กรุงเทพมหานครและจังหวัดอื่น 2530-2535

	<u>2530</u>	<u>2531</u>	<u>2532</u>	<u>2533</u>	<u>2534</u>	<u>2535</u>
ก. จำนวนเตียง (ทั้งประเทศ)	74,635	74,959	76,461	76,270	79,156	83,016
- กรุงเทพมหานคร	18,892	18,801	17,457	17,642	18,804	19,805
จังหวัดอื่น	55,743	56,158	59,004	58,628	60,352	63,211
ข. อัตราส่วนประชากรต่อเตียง (ทั่วประเทศ)	718	726	725	738	715	691
- กรุงเทพมหานคร	316	301	358	362	297	282
จังหวัดอื่น	855	868	833	851	846	819

ที่มา : สถิติสาธารณสุข กองสถิติสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข

อย่างไรก็ดี ดัชนีที่บ่งชี้ในระดับหนึ่งถึงการพัฒนาในคุณภาพของบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขคือจำนวนเตียงรวมและจำนวนประชากรต่อเตียง เมื่อพิจารณาจำแนกตามพื้นที่ทั้งนี้ในภาพรวมปรากฏว่าจำนวนเตียงทั้งประเทศเพิ่มขึ้นอย่างชัดเจน แต่การเพิ่มขึ้นของจำนวน

เพียงนี้เป็นการเพิ่มขึ้นของเตียงในต่างจังหวัดเกือบทั้งหมดในขณะที่จำนวนเตียงในกรุงเทพมหานครค่อนข้างคงที่หรือลดลงเล็กน้อย แสดงถึงภาพการกระจายบริการที่ดีและกว้างขวางมากขึ้น โดยไม่กระจุกตัวอยู่เฉพาะในกรุงเทพมหานครเท่านั้นแต่เมื่อวิเคราะห์ถึงอัตราส่วนประชากรต่อเตียงก็ยังพบว่าอัตราส่วนนี้ในกรุงเทพมหานครยังต่ำกว่าอัตราส่วนในส่วนภูมิภาค ซึ่งสะท้อนความเหลื่อมล้ำอยู่ดี และทำที่ที่แสดงแนวโน้มของการพัฒนาคุณภาพเมื่อวัดจากอัตราส่วนนี้ก็ยังไม่อยู่ในฐานะที่อาจสรุปได้ชัดเจนนักว่าดีขึ้นหรือไม่เพียงใด (เทียนฉาย กิระนันท์, 2539 : 39-50)

5.6 การดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐาน

การสาธารณสุขมูลฐาน เกิดจากแนวความคิดซึ่งมองเห็นปัญหาใหญ่ ๆ 2 ประการคือ

1. การครอบคลุมประชากรในด้านบริการสาธารณสุข
2. การผสมผสานงานด้านต่าง ๆ

ปัญหาทั้ง 2 นี้เป็นปัญหาที่มองเห็นได้ชัดเจน ปัญหาด้านการบริการสาธารณสุขเท่าที่ดำเนินอยู่ ยังบริการไม่ครอบคลุมประชากรทั้งหมด ยิ่งไปกว่านั้นกลุ่มประชากรที่รับประโยชน์จากการบริการสาธารณสุข มักจะเป็นประชากรที่อยู่อาศัยใกล้ ๆ กับสถานบริการเสียส่วนใหญ่ หรือมีเงินแล้วก็เป็นกลุ่มประชากรที่มีฐานะทางเศรษฐกิจดีพอที่จะซื้อบริการได้เช่น ประชากรที่อาศัยอยู่ในเขตเมือง หรือในตลาดศูนย์การค้าของชนบท เป็นต้น

ส่วนกลุ่มประชากรที่อาศัยอยู่ในชนบทจริง ๆ หรือท้องถิ่นที่อยู่ห่างไกล ไม่ค่อยมีโอกาที่จะเข้ามาใช้บริการ ซึ่งในกรณีนี้หากว่าชาวบ้านไม่เจ็บป่วยหนักจริง ๆ แล้วเขาจะไม่ยอมเสียเงิน เสียเวลาเดินทางมารับบริการ เพราะนอกจากเขาจะเสียทั้งเงินทั้งเวลาและความเหน็ดเหนื่อยในการเดินทางแล้ว บางครั้งเมื่อเขาเดินทางมาถึงสถานบริการก็ยังไม่ได้พบเจ้าหน้าที่ หรือต้องเสียเวลารอคอยนาน เนื่องจากมีผู้ป่วยมาคอยรับบริการอยู่เป็นจำนวนมาก ก่อให้เกิดความท้อแท้ไม่อยากจะเดินทางมารับบริการอีกต่อไปนี้เป็นสาเหตุที่ทำให้การครอบคลุมประชากรโดยสถานบริการของรัฐ มีอัตราการให้บริการต่ำและจำกัด

การสาธารณสุขมูลฐาน เน้นการมีส่วนร่วมของประชาชนคือการให้ประชาชนดูแลตนเองได้ในด้านสาธารณสุข สามารถพึ่งตนเองได้ในด้านสาธารณสุข ไม่เจ็บป่วยง่าย ถ้าเป็นโรคที่ไม่ร้ายแรงนักประชาชนสามารถรักษาตนเองได้หรือช่วยเพื่อนบ้านได้ กระทรวงสาธารณสุขได้อบรมอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) สำหรับดูแลรักษาโรคภัยไข้เจ็บง่าย ๆ ได้ และสามารถถ่ายทอดความรู้สาธารณสุขไปสู่ประชาชนได้ และได้บรมผู้สื่อข่าวสาธารณสุข-

สุข (ผสส.) เพื่อเสาะหาว่ามีโรคภัยไข้เจ็บอะไรในหมู่บ้านบ้างจะได้หาทางป้องกันรักษากันได้ทันทั่วทั้งที่

การสาธารณสุขมูลฐานได้จัดบริการสาธารณสุขที่ประชาชนสามารถดำเนินการได้เองในหมู่บ้านดังนี้

- การสุขศึกษา
- การควบคุมป้องกันโรคในท้องถิ่น
- การสุขาภิบาลสิ่งแวดล้อม และการจัดหาสะอาด
- การให้วัคซีนป้องกันโรค
- การส่งเสริมโภชนาการ
- การรักษาพยาบาลโรคง่าย ๆ ที่พบบ่อยในท้องถิ่น

(สมประสงค์ วิทย์เกียรติ, 2540 : 63)

โครงการสาธารณสุขมูลฐานในระยะแรก

กระทรวงสาธารณสุขได้จัดตั้งโครงการสาธารณสุขมูลฐานอย่างเป็นทางการในปี 2520 โดยจัดเป็นกิจกรรมหลักสำคัญกิจกรรมหนึ่งของแผนพัฒนาสาธารณสุขแห่งชาติ ฉบับที่ 4 (2520-2524) ได้มีการสร้างกลไกพื้นฐานโดยบุคลากรอาสาสมัครในชุมชนขึ้นเป็น 2 ประเภท เรียกว่า ผู้สื่อข่าวสาธารณสุข (ผสส. หรือ village health communicators) และอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม. หรือ village health volunteers) โดยมีโครงการจัดฝึกอบรมบุคลากรอาสาสมัครเพื่อจัดตั้งขึ้นใหม่เป็นโครงการหลักในแผนพัฒนานั้นด้วยเช่นกัน อย่างไรก็ตามในขั้นเริ่มต้นดำเนินการปฏิบัติก็มีปัญหาในเชิงประสานงานกับส่วนราชการอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องและปฏิบัติงานในพื้นที่ชุมชนของหมู่บ้าน เช่นเดียวกับอีกหลายส่วนราชการนับตั้งแต่กระทรวงมหาดไทย กระทรวงเกษตรและสหกรณ์ กระทรวงกลาโหม ทบวงมหาวิทยาลัย สำนักงานประมาณ ตลอดจนองค์การระหว่างประเทศ และองค์กรอาสาสมัครเอกชน กระทรวงสาธารณสุขจึงต้องทำการทบทวนและปรับท่าทีการดำเนินงานเสียใหม่ให้ได้ทิศทางและมาตรการที่ชัดเจนขึ้น และได้ดำเนินการปรับปรุงโดยอย่างน้อย ๆ ได้มีการจัดสัมมนาระดมความคิดครั้งสำคัญ ๆ ขึ้น 2 ครั้งในปี 2520 และปี 2521

ประเด็นสมมุติฐานสำคัญที่ได้จากการสัมมนา คือ

1. สุขภาพอนามัยเป็นปัญหาพื้นฐานของชุมชน ดังนั้นจึงต้องเริ่มต้นแก้ปัญหาโดยชุมชนเอง

2. ยอมรับวิถีชีวิต และประเพณีของชาวชนบทไทยในด้านต่าง ๆ โดยเฉพาะด้านสุขภาพอนามัย

ได้มีการสรุปนิยามความหมายของการสาธารณสุขมูลฐานจากการสัมมนาครั้งนั้น ดังนี้

“การสาธารณสุขมูลฐานเป็นวิธีการสาธารณสุขที่ผสมผสานการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาพยาบาล การฟื้นฟูสุขภาพ โดยชุมชนรับรู้และร่วมมือรัฐบาล เพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์ด้านสุขภาพอนามัยของท้องถิ่น ด้วยการใช้ทรัพยากรพื้นฐานส่วนใหญ่ในท้องถิ่น และมีการประยุกต์เทคโนโลยีใหม่ ๆ ที่เหมาะสมให้เข้ากับ วิถีชีวิต วัฒนธรรม ประเพณี และสังคมของประชากรในท้องถิ่น เพื่อแก้ปัญหาด้านสุขภาพอนามัยและสนองความต้องการของท้องถิ่น การดำเนินการขั้นปฏิบัติจะผสมกับกิจกรรมพัฒนาท้องถิ่น และชุมชนนั้น ๆ ด้วย รวมถึงระบบการส่งต่อจากพื้นที่ชนบทและกระชับเสริมการสื่อสารคมนาคมกับประชากรท้องถิ่นให้ดีขึ้น”

ดังนั้นการสาธารณสุขมูลฐานในความหมายนิยามครั้งนั้นจึงมิได้เป็นเพียงแค่การใช้ความรู้และทักษะทางการสาธารณสุขพื้นฐานเท่านั้นแต่ยังรวมถึงการพัฒนาศักยภาพให้ประชาชนได้ตัดสินใจและดำเนินการต่าง ๆ เกี่ยวกับปัญหาสุขภาพอนามัยด้วยตนเอง และด้วยเหตุนี้ ผสส. และ อสม. ที่จัดตั้งขึ้นจึงนับเป็นองค์ประกอบและเป็นกลไกสำคัญมากของการสาธารณสุขมูลฐานเพราะ ผสส. และ อสม. เหล่านี้เป็นตัวเชื่อมประสานระหว่างระบบบริการสาธารณสุขของรัฐบาลให้ประชาชนเข้าถึงบริการนั้น และให้สามารถขยายบริการนั้นให้ครอบคลุมได้ทุกหมู่บ้านทั่วประเทศ โดยที่ ผสส. และ อสม. เป็นจุดแรกของการให้การรักษาพยาบาลเบื้องต้นได้ และส่งต่อผู้ป่วยไปถึงสถานบริการระดับสูงขึ้นในระบบ และทำหน้าที่ในการรายงานสถานะสุขภาพอนามัยในหมู่บ้านด้วย (ซึ่งเป็นประโยชน์ยิ่งในการเฝ้าระวังการระบาดของโรค) นอกจากนั้นแนวความคิดหลัก ๆ เชื่อว่า ผสส. และ อสม. นี้เป็นผู้ที่ได้รับการยอมรับนับถือจากชุมชนในท้องถิ่นนั้น ๆ จึงเหมาะกับการทำหน้าที่ประสานช่องว่างระหว่างความต้องการของฝ่ายประชาชนผู้บริโภคในท้องถิ่นกับฝ่ายรัฐบาลที่เป็นผู้จัดให้บริการทางการแพทย์ และสาธารณสุขด้วย (ประเด็นสำคัญนี้คงสืบเนื่องมาจากปัญหาบางประการในระยะแรก ๆ ซึ่งข้อเสนอทางการสาธารณสุขสมัยใหม่บางประการไม่สามารถเป็นที่ยอมรับและปฏิบัติได้ในชุมชนท้องถิ่น เนื่องจากขัดกับสภาพแวดล้อมทางวัฒนธรรม ประเพณี และความเชื่อต่าง ๆ ในท้องถิ่นนั่นเอง) ความหมายของการสาธารณสุขมูลฐานที่กล่าวถึงนั้นจึงอาจเรียกได้ว่าไม่ใช่ประเด็นใหม่เสียทั้งหมดเพราะโดยวิถีชีวิตชนบทของไทยนั้นได้ประพุดิในทางช่วยเหลือกันและกันในชุมชนโดยการยึดหลักการพึ่งพาตนเองในชุมชนอยู่แล้ว

อย่างไรก็ดี การสัมมนาทั้ง 2 ครั้งนั้นก็ได้นำข้อสังเกตสำคัญว่ากิจกรรมของชุมชนนั้นจะต้องเชื่อมโยงและสัมพันธ์กับระบบการสาธารณสุขของชาติ ซึ่งก็น่าจะต้องปรับเปลี่ยนรูปแบบ และวิธีการให้สอดคล้องเหมาะสมกับทรัพยากรและกิจกรรมของชุมชนนั้นๆ ด้วย ผลสรุปของการสัมมนาทั้ง 2 ครั้งนั้นโดยรวมแล้วจึงได้ประมวลเป็นเกณฑ์สำคัญ ๆ 8 ประการซึ่งใช้เป็นกรอบแนวปฏิบัติของโครงการสาธารณสุขมูลฐานต่อมา เกณฑ์ดังกล่าวได้แก่

(1) การสาธารณสุขมูลฐานต้องสอดคล้องกับวิถีชีวิต วัฒนธรรม ประเพณี และเงื่อนไขทางสังคมของชุมชนท้องถิ่น

(2) การสาธารณสุขมูลฐานต้องเชื่อมโยงกับบริการสาธารณสุขของรัฐภายใต้ระบบการส่งต่อผู้ป่วยและระบบเสริมสร้างการสื่อสารคมนาคมทางสาธารณสุข

(3) การสาธารณสุขมูลฐานต้องเชื่อมโยงกับกิจกรรมพัฒนาชุมชนท้องถิ่นอื่น ๆ เช่น การเกษตร และการศึกษา

(4) ประชากรในชุมชนท้องถิ่น มีส่วนร่วมในการกำหนดปัญหาด้านสุขภาพอนามัยของตนและร่วมในการกำหนดวิธีการจัดสาธารณสุขมูลฐานตามความต้องการของชุมชนท้องถิ่น

(5) การพัฒนาสาธารณสุขมูลฐานควรใช้ทรัพยากรในท้องถิ่นโดยประยุกต์เทคโนโลยีที่เหมาะสมและเสียค่าใช้จ่ายต่ำ

(6) โครงการสาธารณสุขมูลฐานดำเนินการในลักษณะผสมผสานให้ตอบสนองความต้องการของประชาชนในชุมชนท้องถิ่น โดยรวมถึงการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสุขภาพ

(7) การดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐานควรให้เป็นไปโดยบุคลากรในท้องถิ่นที่ได้รับการฝึกอบรมเพียงพอเป็นส่วนใหญ่

(8) การดำเนินสาธารณสุขมูลฐานควรให้เป็นไปในลักษณะฐานกว้างและต้องคำนึงถึงสวัสดิภาพและความปลอดภัยของประชาชนและชุมชน โดยพิจารณา รวมถึงเงื่อนไขข้อจำกัดต่าง ๆ ที่มีอยู่ในพื้นที่ต่าง ๆ ของประเทศด้วย

และจากเกณฑ์สำคัญ ๆ ทั้ง 8 ประการนั้น จึงทำให้กระทรวงสาธารณสุขได้พิจารณาใช้ประโยชน์จากกำลังคนในท้องถิ่นที่ยังไม่ได้มีการนำมาใช้ประโยชน์คือทั้งผู้ที่ทำหน้าที่เป็น ผสส. และ อสม. เป็นอาสาสมัครที่แสดงตนช่วยเหลือชุมชนท้องถิ่นของตนโดยไม่หวังผลตอบแทน แต่ได้รับการยอมรับนับถือจากประชาชนในชุมชนท้องถิ่นนั้น โครงการสาธารณสุขมูลฐานจึงเริ่มต้นด้วยการจัดให้มีบริการสาธารณสุขขั้นพื้นฐานในชุมชนโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน

ชนและใช้ทรัพยากรจากชุมชนนั่นเอง

กุญแจสำคัญในระยะเริ่มต้นของโครงการสาธารณสุขมูลฐานจึงอยู่ที่อาสาสมัครจากชุมชนท้องถิ่น และด้วยประสบการณ์ที่เคยใช้วิธีการทำนองคล้าย ๆ กันนี้มาก่อนจึงน่าจะเป็นเหตุผลสำคัญประการหนึ่งที่ทำให้โครงการสาธารณสุขมูลฐานดำเนินการไปด้วยดี

การทดลองของโครงการสาธารณสุขมูลฐานโดยกระทรวงสาธารณสุขในระยะแรก ๆ นั้น มีบางกรณีทดลองที่น่าจะยกขึ้นเป็นกรณีพิจารณาเฉพาะ เช่น โครงการโคราช และโครงการสะเมิง

โครงการโคราชทดลองในจังหวัดนครราชสีมา ซึ่งในปี 2519 มีประชากรเกือบ 1.8 ล้านคนใน 19 อำเภอหรือ 170 ตำบล หรือ 2,240 หมู่บ้าน ในจังหวัดมีศูนย์การแพทย์และสาธารณสุข 7 แห่ง สถานีอนามัย 153 แห่ง และสถานพยาบาลผดุงครรภ์ 153 แห่ง ก่อนหน้าที่จะดำเนินงานโครงการนั้นมีกิจกรรมต่าง ๆ ภายใต้งานหลายหลาย เช่น โครงการกำจัดมาลาเรีย โครงการวัณโรค และโครงการอนามัยแม่และเด็ก เป็นต้น รวมแล้ว 14 กิจกรรมหลัก ๆ การทดลองได้ดำเนินการที่อำเภอโนนไทย (ประชากรครั้งนั้น 90,000 คน สถานีอนามัย 11 แห่ง) ปัญหาสำคัญคือ ทูพโภชนาการโดยเฉพาะการขาดสารอาหารประเภทโปรตีน โครงการจึงกำหนดรูปแบบและกิจกรรมซึ่งสนับสนุนทั้งการเงิน วิชาการ และอื่น ๆ ทั้งหมดโดยงบประมาณแผ่นดิน ได้จัดตั้งอาสาสมัครขึ้น 2 กลุ่มเป็นอาสาสมัครหน่วยสาธารณสุข และผู้สื่อข่าวสาธารณสุขหมู่บ้าน กิจกรรมที่ดำเนินการในโครงการโคราชที่อำเภอโนนไทยนั้นได้แก่ (1) เผยแพร่ข่าวสารสาธารณสุขแก่คนในชุมชน (2) กระตุ้นให้คนในชุมชนแก้ปัญหาสุขภาพอนามัยด้วยตนเองและแสวงหาบริการจากสถานพยาบาลของรัฐเมื่อจำเป็น (3) รวบรวมข้อมูลสาธารณสุข รวมถึงคนย้ายเข้า สตรีวัยเจริญพันธุ์ ผู้รับบริการวางแผนครอบครัว และผู้ต้องการภูมิคุ้มกัน (4) เผื่อระวังปัญหาสาธารณสุขบางประการโดยเฉพาะด้านการระบาดของโรค (5) ให้ภูมิคุ้มกันบางอย่างเช่นฝีดาษ (6) เก็บรวบรวมเพื่อตรวจหาเชื้อบางชนิดเช่นเชื้อไข้มาลาเรีย (7) ประกอบกิจกรรมของรัฐให้เข้าสอดคล้องกับชุมชน เช่น ในการให้ภูมิคุ้มกันแก่คนในชุมชน (8) ร่วมในกิจกรรมชุมชนต่าง ๆ รวมทั้งการเฉลิมฉลอง และการพัฒนาท้องถิ่น และ (9) จัดและเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มต่าง ๆ ในชุมชนเพื่อเผยแพร่ความรู้และช่วยสร้างทัศนคติที่ดีต่อการพัฒนาสุขภาพอนามัยและพัฒนาท้องถิ่น ซึ่งจะเห็นว่าโครงการโคราชที่อำเภอโนนไทยนี้กำหนดกิจกรรมค่อนข้างกว้างขวาง แต่ก็กิจกรรมพื้นฐานโดยมิได้มุ่งไปที่การแก้ปัญหาทุพโภชนาการซึ่งเป็นปัญหาหลักโดยตรง แต่มุ่งหวังให้กิจกรรมพื้นฐานเหล่านั้นไปกระตุ้นให้เกิดการแก้ปัญหาในที่สุด ทั้งนี้โดยดำพังก้าหน้าทีสาธารณสุขซึ่งในขณะนั้นทั้งอำเภอมีเจ้าหน้าที่สุขภาพอาสา

น้อยเพียง 12 คน กับผดุงครรภ์อีกเพียง 10 คนเท่านั้น

โครงการสะเมิง เป็นอีกโครงการหนึ่งที่ทำการศึกษาทดลองในเขตพื้นที่อำเภอสะเมิง จังหวัดเชียงใหม่ เป็นโครงการระยะเวลา 4 ปี เริ่มตั้งแต่กรกฎาคม 2520 รับผิดชอบโดยกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข โดยได้รับการสนับสนุนจากองค์การอนามัยโลก และกองทุนสงเคราะห์เด็กแห่งสหประชาชาติ (UNICEF) การทดลองได้ดำเนินการในตำบลทดลอง และตำบลควบคุม (control) ใน 5 หมู่บ้าน ตำบลสะเมิงใต้ และ 3 หมู่บ้านในตำบลแม่สาบ โครงการทดลองพื้นฐานเพื่อแก้ไขและปรับปรุงสภาพความไม่พอเพียงและบริการสาธารณสุขที่ด้อยประสิทธิภาพในชนบท โดยการใช้บุคลากรในพื้นที่รวมถึงผดุงครรภ์แผนโบราณ (หมอตำแย) ครู และอาสาสมัครอื่น ๆ ในการให้บริการสาธารณสุขมูลฐานแก่ประชาชนในพื้นที่ ทั้งนี้โครงการได้ผสมผสานทั้งงานโภชนาการ วางแผนครอบครัว สาธารณสุขมูลฐานเข้าไว้ด้วยกันเป็นส่วนหนึ่งกับการพัฒนาชุมชนด้านเกษตรกรรมและสหกรณ์ และส่งเสริมการศึกษาอีกส่วนหนึ่ง วัตถุประสงค์ของโครงการดังกล่าวจึงครอบคลุมถึง (1) ปรับปรุงสถานภาพทางโภชนาการของประชากรเป้าหมายซึ่งได้แก่สตรีในวัยให้กำเนิดบุตร ทารกและเด็กก่อนวัยเรียนโดยใช้วิธีผสมผสานสาธารณสุข-สุขมูลฐานกับกิจกรรมพัฒนาอื่น ๆ (2) ขยายการรับรู้ของประชาชนเกี่ยวกับการบริโภคอาหารที่เหมาะสมและการเพิ่มผลผลิตทางอาหารให้ชุมชน ซึ่งจะทำให้พัฒนาสุขภาพอนามัยและคุณภาพชีวิตที่ดีของครอบครัว และ (3) ศึกษารูปแบบการพัฒนาท้องถิ่นแบบผสมผสาน ดังนั้นกิจกรรมด้านสาธารณสุขมูลฐานของโครงการสะเมิงนี้จึงรวมถึงการพัฒนาอาหารและเลี้ยงดูทารกและเด็กก่อนวัยเรียน และอาหารเสริมสำหรับสตรีมีครรภ์และหลังคลอด การพัฒนาสุขศึกษาสำหรับมารดาและสตรีในวัยให้กำเนิดบุตร จัดหาและส่งเสริมน้ำสะอาดสำหรับอุปโภคบริโภค และการบริการควบคุมการระบาดของโรคและวางแผนครอบครัว

การจัดโครงการสาธารณสุขมูลฐาน

จากการวิเคราะห์ถึงแนวความคิดในการจัดโครงการสาธารณสุขมูลฐานในระยะเริ่มแรกนั้นมีประเด็นสำคัญ 3 ประการที่นำจัดได้ว่ามีบทบาทอย่างมากต่อแนวความคิดนั้น กล่าวคือ

(1) กระแสผลักดันจากต่างประเทศ เฉพาะอย่างยิ่งมติดจากที่ประชุมระหว่างประเทศขององค์การอนามัยโลกที่เมือง Alma Ata ประเทศสหภาพโซเวียต ในปี 2521 ซึ่งได้ออกคำแถลงแห่ง Alma Ata (หรือ Alma Ata Declaration) เกี่ยวกับการสาธารณสุขมูลฐาน ระบุว่า “ปัญหาด้านสุขภาพอนามัยของประชาชนในชนบทเป็นปัญหาที่สำคัญ และต้องรีบแก้ไข จึงกำหนดว่าประชาชนทุกคนควรมีโอกาสและสิทธิโดยเท่าเทียมกันในเรื่องสุขภาพอนามัยที่ดีของตนเอง และเป็นหน้าที่ความรับผิดชอบของรัฐ หรือประเทศต่าง ๆ ที่จะต้องพัฒนาให้

ประชาชนมีความรู้ความเข้าใจเรื่องการดูแลสุขภาพอนามัยขั้นพื้นฐานของตนเองภายใต้กลวิธีที่เรียกว่า “การสาธารณสุขมูลฐาน” โดยกำหนดเป้าหมายเพื่อให้รัฐบาลของทุกประเทศดำเนินการเพื่อให้ประชาชนของตนสามารถบรรลุสุขภาพดีถ้วนหน้า (หรือ Health for All) ก่อนสิ้นปี 2543” จากคำแถลง Alma Ata นี้เองที่ทำให้องค์การอนามัยโลก องค์การระหว่างประเทศอื่น ๆ แสดงบทบาทในการผลักดันให้รัฐบาลประเทศต่าง ๆ รวมทั้งรัฐบาลไทยเร่งดำเนินการสาธารณสุขมูลฐานให้บรรลุเป้าหมายนั้น จะเห็นได้จากการที่งานสาธารณสุขมูลฐานของไทยถูกกำหนดไว้ในลำดับความสำคัญสูงขึ้นอีกในช่วงแผนพัฒนาการสาธารณสุข ฉบับที่ 5 (2525-2529) โดยเฉพาะการกำหนดทิศทางการดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐานและเป้าหมายดำเนินการให้ครอบคลุมประชากรในชนบททั่วประเทศ (ทั้งนี้ส่วนหนึ่งเพราะคำแถลง Alma Ata เกิดขึ้นหลังจากได้ประกาศใช้แผนพัฒนาสาธารณสุข ฉบับที่ 4 2520-2524 ไปแล้ว) และในแผนพัฒนาการสาธารณสุขแห่งชาติ ฉบับที่ 6 (2530-2534) มีการกำหนดนโยบายที่เน้นปรับปรุงคุณภาพของงานสาธารณสุขมูลฐานอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะอย่างยิ่งเน้นถึงมาตรการปรับปรุงการจัดระบบบริหารจัดการของงาน สาธารณสุขมูลฐานเป็นพิเศษ

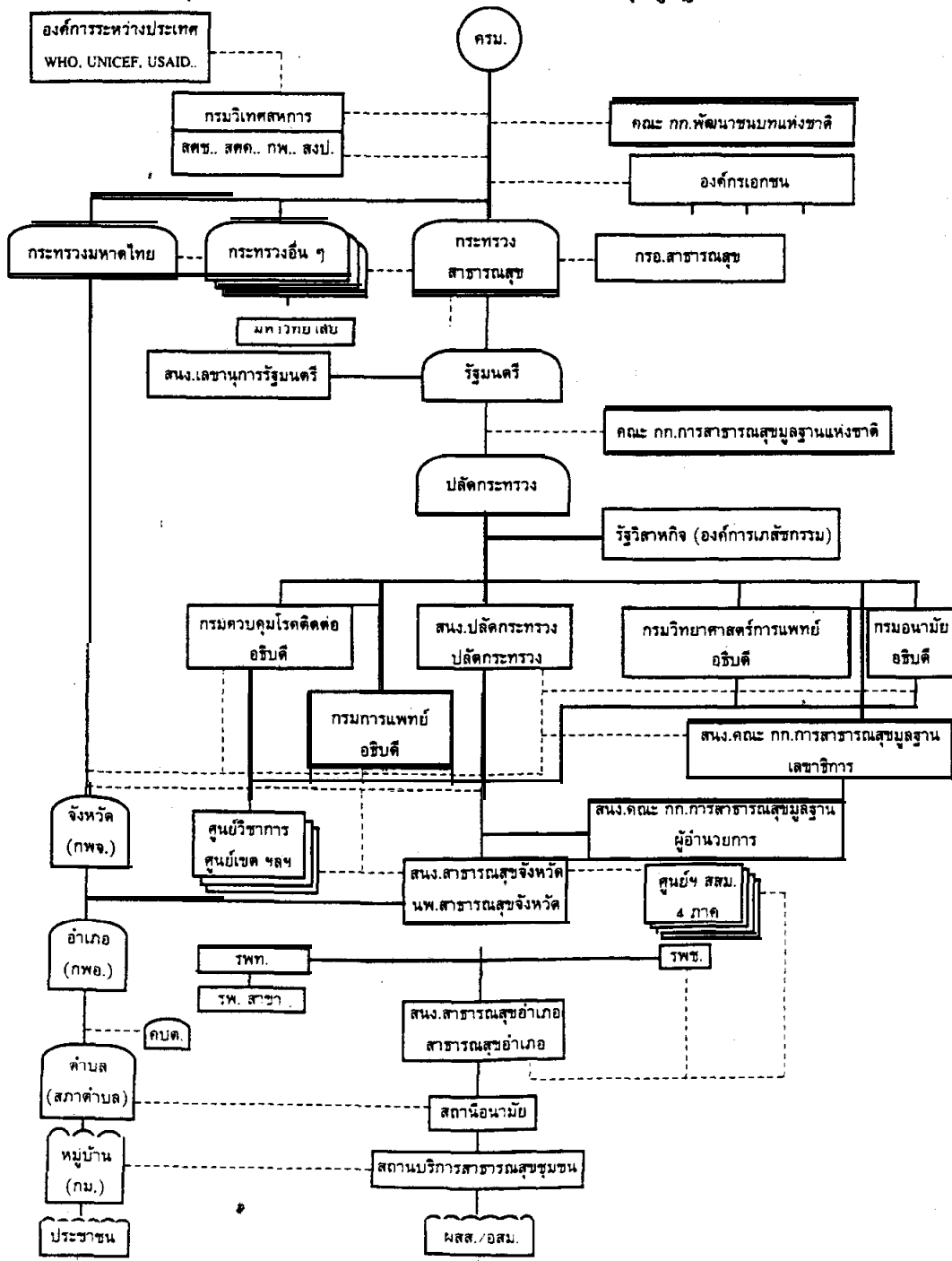
(2) การปฏิรูประบบบริหารจัดการโครงการสาธารณสุขมูลฐานในระดับชาติและในระดับท้องถิ่น ซึ่งอาจสืบเนื่องมาจากประสบการณ์และบทเรียนต่าง ๆ ในการทดลองดำเนินการงานสาธารณสุขมูลฐานในหลายพื้นที่ทั่วประเทศ และพบว่าหลักการเหตุผลและความจำเป็นที่ต้องสร้างเครือข่ายการกำหนดนโยบาย และการประสานงานในระดับชาตินั้นเป็นเงื่อนไขสำคัญที่สุดประการหนึ่งต่อความสัมฤทธิ์ผลของโครงการสาธารณสุขมูลฐาน แผนภูมิสรุปเครือข่ายดังกล่าวนี้แสดงในแผนภูมิ สะท้อนถึงเงื่อนไขและความสัมพันธ์กับกระทรวงต่าง ๆ โดยเฉพาะกระทรวงมหาดไทย คณะกรรมการพัฒนาชนบทแห่งชาติ องค์การเอกชน และแม้แต่องค์การระหว่างประเทศ ซึ่งค่อนข้างสลับซับซ้อนมาก แม้แต่เครือข่ายภายในของกระทรวงสาธารณสุขเอง ซึ่งปรากฏต่อมามีผลกระทบต่อการบริหารจัดการโครงการสาธารณสุขมูลฐานในระดับท้องถิ่นอยู่พอสมควร นอกจากนี้แล้วการจัดองค์กรการบริหารงานสาธารณสุขมูลฐานในระดับจังหวัดและท้องถิ่นก็มีความสำคัญมากเช่นกัน จะเห็นได้จากการจัดองค์กรใหม่ในสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ซึ่งรับผิดชอบการบริหาร วางแผนและจัดระบบวิชาการ นิเทศ และสนับสนุนและจัดบริการสาธารณสุขต่าง ๆ โดยจัดองค์กรใหม่เป็น 8 ฝ่าย ดังที่แสดงสรุปในแผนภาพ ตลอดจนการให้มีคณะกรรมการการประสานงานสาธารณสุขระดับอำเภอ (หรือ คลปสอ.) ขึ้นทำหน้าที่พัฒนาแผนปฏิบัติการและดำเนินการตามแผนปฏิบัติการในระดับอำเภอ ดำเนินการกำกับนิเทศและประเมินผล รวมทั้งจัดตั้งและดำเนินการศูนย์ข้อมูลข่าวสารสาธารณสุข

สุขระดับอำเภอ ขณะเดียวกันในแง่ของการให้บริการการแพทย์และสาธารณสุข ก็มีการจัดองค์
กรและโครงสร้างของโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลชุมชนขึ้นใหม่โดย
กำหนดภารกิจเพิ่มเติมให้ประสานงานและร่วมมือกับสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดในการ
ดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐานด้วย ส่วนในระดับตำบล และหมู่บ้านนั้นได้กำหนดหน้าที่และ
ภารกิจของสถานีอนามัยให้เป็นหน่วยงานสาธารณสุขระดับตำบล ขึ้นตรงต่อสำนักงานสา
ธารณสุขอำเภอ ซึ่งนอกจากจะเป็นหน่วยให้บริการข่าวสารทางสาธารณสุขแก่ประชาชนใน
ชนบทในเขตพื้นที่รับผิดชอบแล้ว ยังมีหน้าที่นิเทศและกำกับตลอดจนติดตามการปฏิบัติงาน
ของอาสาสมัครสาธารณสุขด้วย นอกจากนั้นในพื้นที่เป้าหมายเฉพาะ (ซึ่งมีการกำหนดขึ้นเป็น
กรณี ๆ ไป) และไม่สามารถจัดตั้งสถานบริการตามระบบปกติได้ ก็ได้ตั้งสถานบริการสาธารณสุข
ชุมชนขึ้นเป็น 2 ลักษณะ คือ (1) สถานบริการสาธารณสุขชุมชนชาวเขา และ (2) สถาน
บริการสาธารณสุขชุมชนทั่วไป เช่นในพื้นที่หมู่บ้านป้องกันตนเองชายแดน หรือในพื้นที่หมู่
บ้านอาสาพัฒนาและป้องกันตนเอง เป็นต้น เครื่องมือที่สะท้อนถึงบทบาทการทำงานของหน่วย
งานต่าง ๆ ในระดับจังหวัดและท้องถิ่นกลับซับซ้อนพอสมควร

(3) การจัดตั้งองค์กรในรูปคณะกรรมการระดับชาติ เรียกว่า “คณะกรรมการสาธารณสุข
มูลฐาน” ซึ่งแต่งตั้งครั้งแรกโดยคำสั่งกระทรวงสาธารณสุขที่ 315/222 เมื่อ 30 สิงหาคม 2522
โดยความเห็นชอบของคณะรัฐมนตรีเมื่อ 26 กรกฎาคม 2522 ต่อมามีการปรับปรุงคณะ
กรรมการชุดดังกล่าวโดยเรียกชื่อใหม่เป็น “คณะกรรมการสาธารณสุขมูลฐานแห่งชาติ” ตามคำ
สั่งกระทรวงสาธารณสุขที่ 459/2525 เมื่อ 29 ตุลาคม 2525 และต่อมาได้ปรับปรุงอีกครั้งหนึ่ง
โดยคำสั่งกระทรวงสาธารณสุขที่ 486/2530 เมื่อ 16 กันยายน 2530 คณะกรรมการระดับชาติชุด
นี้มีหน้าที่กำหนดนโยบายและแผนงานเกี่ยวกับการสาธารณสุขมูลฐาน ให้คำปรึกษาด้านการ
บริการและดำเนินงานของสำนักงานคณะกรรมการสาธารณสุขมูลฐาน และส่งเสริมสนับสนุน
ติดตามประสานงานการดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐานตามนโยบายและแผนงานที่กำหนดไว้
องค์กรที่ติดตามมาคือสำนักงานคณะกรรมการสาธารณสุขมูลฐาน เป็นหน่วยงานระดับกองใน
สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ตั้งขึ้นเมื่อ 3 ธันวาคม 2523 เป็นหน่วยงานหลักในการติด
ต่อประสานงานด้านสาธารณสุขมูลฐานทั่วประเทศ ซึ่งนอกจากการจัดแบ่งส่วนงานในสำนัก
งานตามปกติแล้ว ยังมีส่วนงานในภูมิภาคเป็นศูนย์ฝึกอบรมและพัฒนาการสาธารณสุขมูลฐาน
ประจำภาคต่าง ๆ อีก 4 ศูนย์ คือ ภาคเหนือที่จังหวัดนครสวรรค์ ภาคกลางที่จังหวัดชลบุรี ภาค
ตะวันออกที่จังหวัดขอนแก่น และภาคใต้ที่จังหวัดนครศรีธรรมราช โดยศูนย์ต่าง ๆ
เหล่านี้ทำหน้าที่เป็นศูนย์ฝึกอบรมและพัฒนางานสาธารณสุขมูลฐาน เผยแพร่ประชาสัมพันธ์

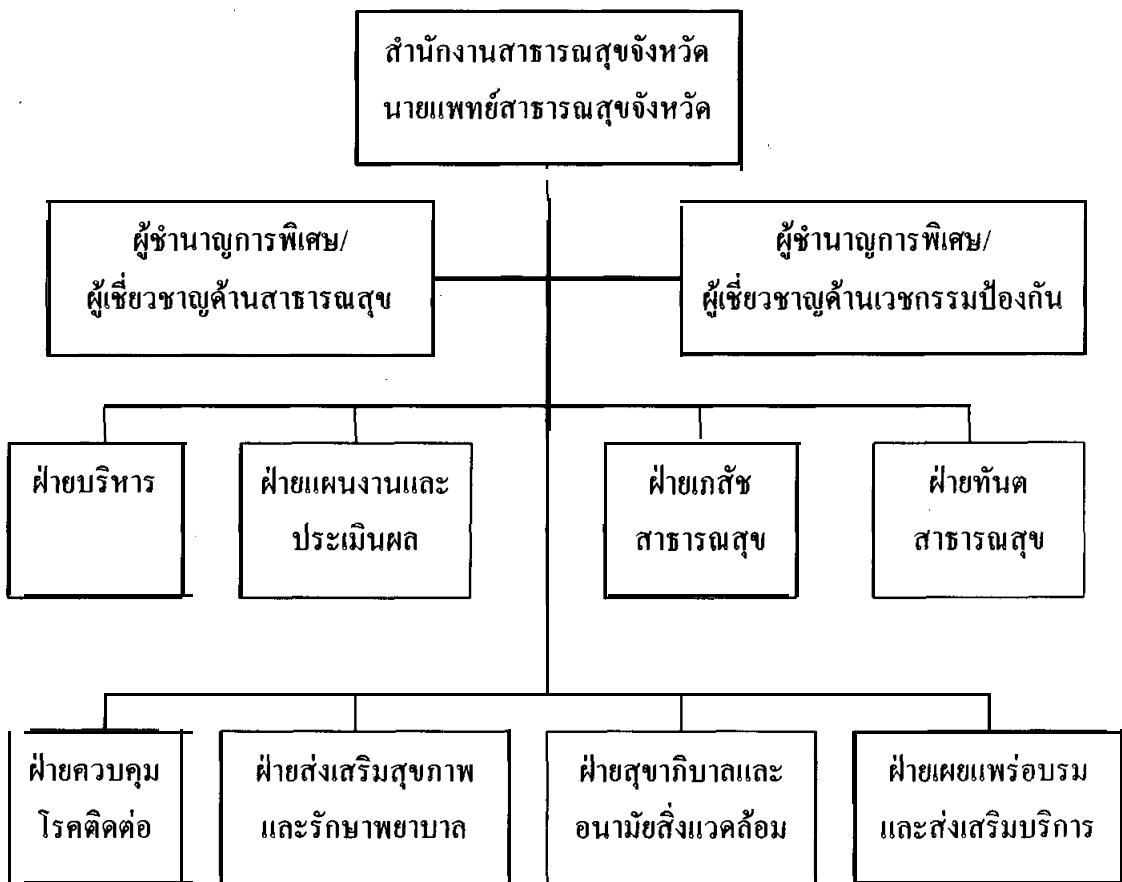
ค้นคว้าวิจัย และประสานงานกับองค์กรต่าง ๆ ในการนำนโยบายสาธารณสุขมูลฐานไปปฏิบัติ
ให้เหมาะสมสอดคล้องกับสภาพพื้นที่

การปฏิสัมพันธ์ของการบริหารจัดการงานสาธารณสุขมูลฐานในระดับมหภาค



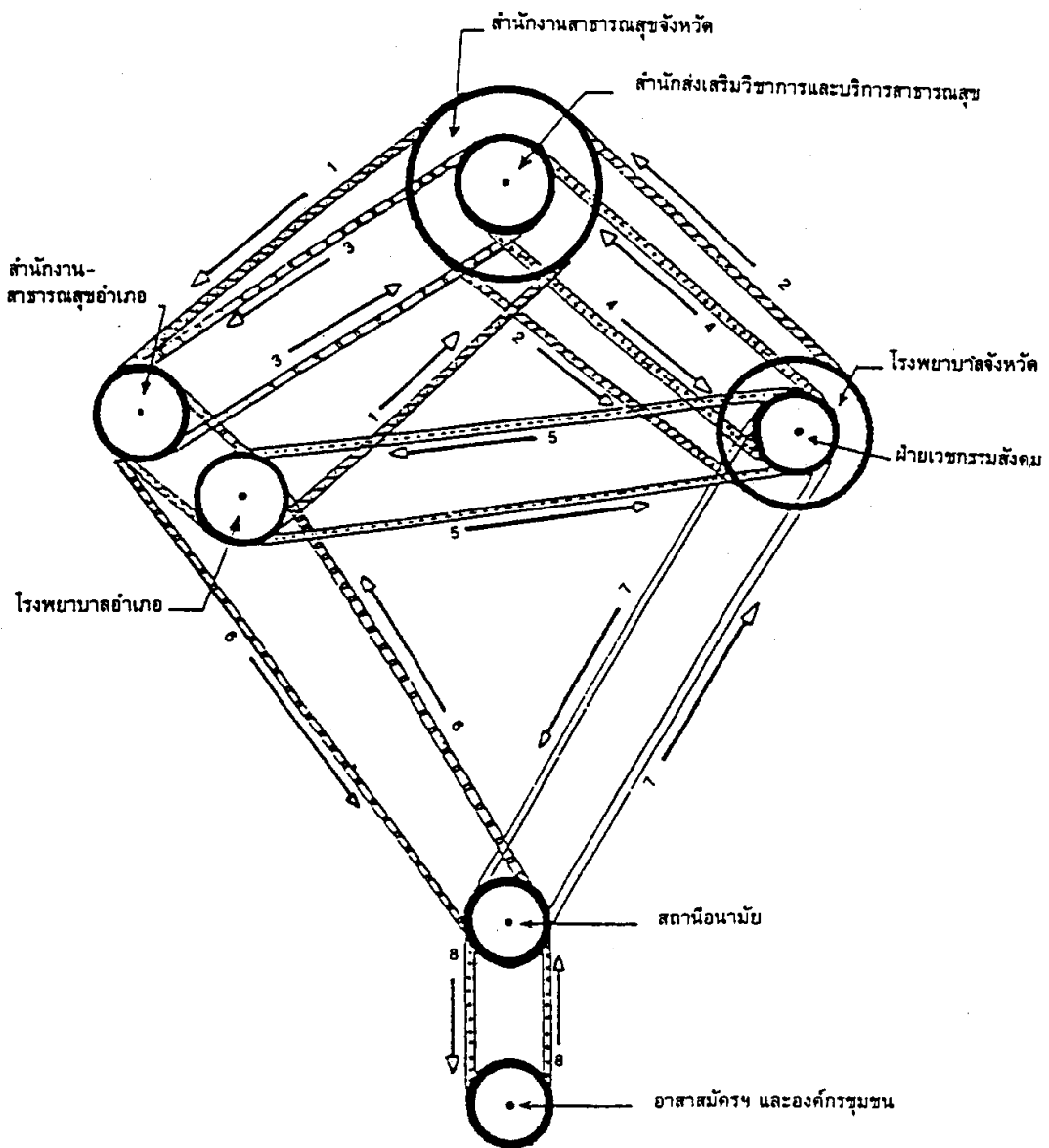
ที่มา : จำรูญ มั่นนอน และวรเดช จันทรศร, 2532, หน้า 9.

โครงสร้างการบริหารงานของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด



ที่มา : จำรูญ มีชนอน และวรเดช จันทรศร, 2532, หน้า 30.

บทบาทการทำงานของหน่วยงานต่าง ๆ ตั้งแต่ระดับจังหวัดลงมา



ที่มา : จำรูญ มีขนอน และไพโรจน์ นิงสานนท์, 2527, หน้า 53.

5.7 หลักประกัน และคุ้มครองสุขภาพอนามัยของประชาชนไทย

หลักประกันและการคุ้มครองด้านสุขภาพอนามัยของประชาชนไทยที่มีรูปแบบและลักษณะที่หลากหลายมาก เฉพาะที่สำคัญ ๆ ดังนี้

- (1) หลักประกันความคุ้มครองในเชิงบังคับ (ตามกฎหมาย)
 - ก. การประกันสุขภาพตามนัยของกฎหมายประกันสังคม
 - ข. การประกันสุขภาพตามนัยของกองทุนเงินทดแทน
- (2) หลักประกันและคุ้มครองโดยสมัครใจ
 - ก. การประกันสุขภาพเอกชน
 - ข. โครงการบัตรสุขภาพ/บัตรประกันสุขภาพ
- (3) สวัสดิการสงเคราะห์และสิทธิประโยชน์เกื้อกูลด้านสุขภาพอนามัย
 - ก. สวัสดิการรักษายาบาลของข้าราชการและพนักงานรัฐวิสาหกิจ
 - ข. การสงเคราะห์ผู้มีรายได้น้อยด้านการรักษายาบาล (ฟรี)
 - ค. การสงเคราะห์ด้านการรักษายาบาล (ฟรี) แก่ผู้สูงอายุ เด็ก และผู้ทุพพลภาพ
 - ง. สวัสดิการสงเคราะห์อื่น ๆ เช่น การสงเคราะห์ด้านการรักษายาบาลแก่ทหาร

ผ่านศึก

นอกจากนั้นยังมีหลักประกันและการคุ้มครองด้านสุขภาพอนามัยอีกบางรูปแบบที่ปฏิบัติกันอยู่ แต่มีขอบข่ายในวงแคบ เช่น การจัดให้มีบริการรักษายาบาลในสถานประกอบการ (บางแห่ง) การจัดในรูปแบบสวัสดิการรักษายาบาลสมทบหรือเพิ่มเติมขึ้นจากที่รัฐจัดให้ในบางหน่วยงาน หรือการคุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถ (ตามกฎหมาย) ในด้านการรักษายาบาล เป็นต้น

การประกันสุขภาพตามนัยของกฎหมายประกันสังคม

ความเป็นมา

แนวความคิดเกี่ยวกับการประกันสังคมในประเทศไทยนั้นมีมาไม่น้อยกว่า 50 ปี แต่ที่เป็นรูปเป็นร่างจริงจังในการกำหนดมาตรการให้ความคุ้มครองแก่ประชาชนน่าจะเป็นระยะปี 2495 เมื่อคณะกรรมการสังคมสงเคราะห์แห่งชาติซึ่งรัฐบาลจอมพล ป. พิบูลสงคราม ได้เสนอให้นำระบบประกันสังคมมาใช้ในประเทศไทยและได้แต่งตั้งคณะกรรมการขึ้นจัดทำรายละเอียดของหลักการและวิธีการดำเนินการประกันสังคม กฎหมายประกันสังคมฉบับแรกประกาศใช้เมื่อวันที่ 9 กุมภาพันธ์ 2497 คือ พระราชบัญญัติประกันสังคม และพระราชบัญญัติการจัดตั้งกรมประกันสังคมในสังกัดกระทรวงการคลัง หลังจากกฎหมายประกาศใช้จึงได้มีการ

เตรียมการด้านต่าง ๆ ให้พร้อมที่จะเริ่มดำเนินการ เนื่องจากกฎหมายดังกล่าวได้ระบุให้กำหนดวันเริ่มบังคับใช้กฎหมายหรือเริ่มการดำเนินการประกันสังคมอีกครั้งหนึ่งโดยให้กระทรวงมหาดไทยเป็นผู้ดำเนินการตราเป็นพระราชกฤษฎีกา แต่ระหว่างนั้นได้มีการแสดงความคิดเห็นคัดค้านจากประชาชนและกลุ่มธุรกิจประกอบกับสภาวิจัยแห่งชาติได้รายงานผลการศึกษาพระราชบัญญัติดังกล่าวทั้งข้อดีและข้อเสียในที่สุดมีผลให้หลักการประกาศบังคับใช้กฎหมายประกันสังคมฉบับนั้นไว้ก่อน

ในโอกาสต่อ ๆ มาได้มีการพิจารณาเรื่องการประกันสังคมอีกในแทบทุกรัฐบาล รวมทั้งได้มีความพยายามยกร่างกฎหมายประกันสังคมขึ้นใหม่โดยปรับปรุงสาระสำคัญที่เป็นจุดอ่อนในกฎหมายเดิม เช่นร่างพระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. 2507 ร่างพระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. 2522 เป็นต้น สำหรับการประกันสังคมนั้นร่างกฎหมายฉบับปี พ.ศ. 2525 นับว่ามีความคืบหน้ามากที่สุดโดยได้ผ่านการอนุมัติในหลักการจากคณะรัฐมนตรีในครั้งนั้น และให้มีการจัดทำรายละเอียดเสนอเพื่อพิจารณาใหม่ พร้อมกันนั้นคณะกรรมการปฏิรูประบบราชการและระเบียบบริหารราชการแผ่นดินของนายกรัฐมนตรี ได้เสนอให้สำนักกองทุนเงินทดแทนพิจารณาปรับขยายการครอบคลุมให้คุ้มครองถึงการเจ็บป่วยที่เกิดจากสาเหตุอื่น ๆ นอกเหนือไปจากการทำงานด้วย (กองทุนเงินทดแทนนั้นเริ่มต้นตามกฎหมายในปี 2517 โดยครอบคลุมให้ความคุ้มครองเฉพาะการเจ็บป่วยที่มีสาเหตุจากการปฏิบัติงานเท่านั้น) คณะรัฐมนตรีในครั้งนั้นได้ให้ความเห็นชอบตามข้อเสนอของคณะกรรมการฯ แต่เกิดปัญหาในทางปฏิบัติเนื่องจากกองทุนเงินทดแทนไม่สามารถขยายขอบข่ายการครอบคลุมได้เพราะเกินอำนาจหน้าที่ตามกฎหมาย (คือประกาศคณะปฏิวัติฉบับที่ 103 ที่จัดตั้งกองทุนเงินทดแทนขึ้น)

วิวัฒนาการของการประกันสุขภาพในการประกันสังคมดังกล่าวเริ่มชัดเจนมากขึ้นหลังจากนั้น ทั้งนี้อาจจะสืบเนื่องจากการที่ปัญหาด้านสุขภาพของผู้ใช้แรงงานในประเทศไทยเริ่มวิกฤติมากขึ้น และยากแก่การคุ้มครองตามกฎหมายกองทุนเงินทดแทนเพียงด้านเดียว โดยเฉพาะกรณีของการเจ็บป่วยที่ไม่อาจวินิจฉัยชี้ขาดได้ชัดเจนว่าเป็นสาเหตุสืบเนื่องจากการปฏิบัติงานหรือไม่ ทำให้มีความไม่เป็นธรรมมากขึ้นในหลายกรณี จนถึงปี 2527 สถานที่ปรึกษาเพื่อการพัฒนาแรงงานแห่งชาติเสนอต่อรัฐบาลให้ปรับปรุงขยายงานกองทุนเงินทดแทนอีกครั้งหนึ่งโดยเสนอให้ตั้งเป็นกองทุนสุขภาพเพื่อให้ความคุ้มครองผู้ใช้แรงงานด้านการเจ็บป่วยและอุบัติเหตุ นอกเหนือจากการปฏิบัติงานตามปกติ (เรียกว่าการเจ็บป่วยนอกงาน) เมื่อ 21 พฤษภาคม 2528 คณะรัฐมนตรีครั้งนั้นมีมติเห็นชอบตามข้อเสนอ พร้อมทั้งให้ข้อสังเกตให้กระทรวงมหาดไทยรับไปพิจารณาในรายละเอียดข้อสังเกตของคณะรัฐมนตรีดังกล่าวนั้นมีสาระสำคัญใน

หลักการของการประกันสังคมซึ่งมีผลกระทบในเวลาต่อมาไม่น้อย เช่น ข้อสังเกตที่ไม่ประสงคให้รวมครอบคลุมพนักงานรัฐวิสาหกิจ และข้อสังเกตที่ให้หาผู้ทางร่วมมือกับกระทรวงสาธารณสุข โดยให้จัดเงินกองทุน (ซึ่งสมทบจากฝ่ายลูกจ้างและฝ่ายนายจ้าง) จ่ายให้โรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขที่ดูแลบำบัดรักษาการเจ็บป่วยและอุบัติเหตุต่างๆ ในลักษณะเหมาะสม กระทรวงมหาดไทยได้ส่งเรื่องนี้ให้สภาที่ปรึกษาเพื่อการพัฒนาแรงงานแห่งชาติพิจารณา ซึ่งสภาที่ปรึกษาฯ ได้พิจารณาส่งความเห็นกลับให้กระทรวงมหาดไทยเมื่อ 28 กรกฎาคม 2529 และได้ส่งต่อถึงคณะรัฐมนตรีโดยเฉพาะหลักการสำคัญ ๆ ที่เสนอนั้นประกอบด้วย

(1) เหตุผลของการเลี้ยความเสี่ยง การประกันความเจ็บป่วยและอุบัติเหตุของงานจึงควรครอบคลุมทั้งลูกจ้างภาคเอกชน ข้าราชการและพนักงานรัฐวิสาหกิจ

(2) การเก็บเงินสมทบเพื่อจัดตั้งเป็นกองทุนจากฝ่ายนายจ้างและลูกจ้างในอัตราร้อยละ 1.5 ของค่าจ้าง คิดเป็นประมาณ 44 บาทต่อเดือนเป็นอัตราที่ทั้งสองฝ่ายรับได้

(3) การเงินกองทุนสุขภาพที่เสนอนั้นจะใช้ระบบควบคุมเช่นเดียวกับการเงินของกองทุนเงินทดแทน ซึ่งมีคณะกรรมการแพทย์ทำความตกลงกับโรงพยาบาล กำหนดมาตรฐานการรักษาพยาบาลและค่าธรรมเนียมแพทย์ และมีการตรวจสอบบัญชี ซึ่งเป็นระบบที่รัดกุมมาก (หรืออีกนัยหนึ่งคือไม่สมควรจัดจ่ายโดยวิธีเหมาจ่าย)

(4) กองทุนสุขภาพที่เสนอนี้เท่ากับเป็นการแบ่งกลุ่มประชากรเป้าหมาย เฉพาะกลุ่มลูกจ้างที่มีรายได้ประจำออกมาจากกลุ่มผู้ใช้บริการบัตรสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งน่าจะดีกว่าเพราะมีการตกลงใช้สถานพยาบาลของรัฐและกองทุนรับผิดชอบจ่ายค่าบริการตามที่เรียกเก็บ ทั้งนี้ในส่วนของโครงการบัตรสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุขนั้นให้บริการประชาชนทั่วไปโดยที่ส่วนหนึ่งยากจนและขอรับบริการแบบให้เปล่าอยู่แล้ว กองทุนสุขภาพจึงมีส่วนแบ่งเบาภาระของรัฐบาลในแง่ และ

(5) การประกอบการใดที่ให้บริการแก่ผู้ใช้แรงงานคืออยู่แล้ว ก็อาจทำข้อตกลงต่างหากเพื่อประกันว่าผู้ใช้แรงงานจะยังได้รับสิทธิประโยชน์ทดแทนไม่น้อยกว่าเดิม เพราะผู้ใช้แรงงานที่เข้าใหม่ก็ให้เข้าสู่ระบบกองทุนสุขภาพทั้งหมดเพื่อเลี้ยความรับผิดชอบระหว่างการประกอบการขนาดต่าง ๆ กัน

ข้อเสนอดังกล่าวนี้ กระทรวงมหาดไทยเห็นชอบ และให้เสนอคณะรัฐมนตรีพิจารณา จัดตั้งกองทุนสุขภาพขึ้นในกรมแรงงาน กระทรวงมหาดไทย โดยให้เก็บเงินสมทบกองทุนจากฝ่ายนายจ้างและฝ่ายลูกจ้างเท่ากันในอัตราร้อยละ 1.5 ของค่าจ้าง รัฐบาลรับภาระค่าใช้จ่ายด้านการบริหารจัดการกองทุน ส่วนกองทุนสุขภาพรับผิดชอบจ่ายค่ารักษาพยาบาลและคลอดบุตร

และเงินทดแทนการสูญเสียรายได้เมื่อผู้ใช้แรงงานเกิดเจ็บป่วยหรือประสบอุบัติเหตุนอกงาน โดยให้เริ่มต้นในสถานประกอบการที่มีผู้ใช้แรงงาน 20 คนขึ้นไปใน 10 จังหวัดที่มีอุตสาหกรรมหนาแน่นอย่างไรก็ดีคณะรัฐมนตรี (11 พฤศจิกายน 2519) เห็นชอบให้จัดตั้งกองทุนใหม่ โดยให้เป็นส่วนหนึ่งของการประกันสังคม โดยให้พิจารณาอัตราการเรียกเก็บเงินสมทบให้เหมาะสม และเพียงพอที่กองทุนจะดำเนินการได้ และให้กระทรวงมหาดไทยพิจารณากระบวนการจัดตั้งกองทุนใหม่นี้ด้วย

คณะรัฐมนตรีมีมติอีกครั้งหนึ่ง (11 สิงหาคม 2530) เห็นชอบให้ดำเนินการตามข้อพิจารณาทบทวนเสนอของกระทรวงมหาดไทย โดยย่อแล้วอาจประมวลสรุปประเด็นตามมติของคณะรัฐมนตรีครั้งนั้นซึ่งมีนัยสำคัญต่อระบบการประกันสังคมของประเทศไทยอย่างมาดังนี้

(1) ให้มีการจัดตั้งกองทุนใหม่ โดยออกกฎหมายให้เป็นพระราชบัญญัติครอบคลุมกองทุนต่าง ๆ 7 โครงการคือ กองทุนประกันการเจ็บป่วยเนื่องจากการทำงาน กองทุนประกันการเจ็บป่วยนอกงานหรือกองทุนสุขภาพ กองทุนประกันการคลอดบุตร กองทุนประกันการชราภาพ กองทุนประกันการว่างงาน กองทุนประกันการพิการและทุพพลภาพ และกองทุนประกันการสงเคราะห์ครอบครัว โดยกำหนดลำดับสำคัญให้เริ่มต้นจากกองทุนประกันการเจ็บป่วยนอกงานก่อน

(2) การดำเนินการกองทุนประกันการเจ็บป่วยนอกงานให้เริ่มจากสถานประกอบการที่มีผู้ใช้แรงงาน 20 คนขึ้นไปใน 10 จังหวัด คือ กรุงเทพมหานคร สมุทรปราการ สมุทรสาคร ปทุมธานี นนทบุรี นครปฐม ชลบุรี ขอนแก่น เชียงใหม่ และสงขลา

(3) ให้นายจ้าง (รวมทั้งรัฐวิสาหกิจ) และลูกจ้าง จ่ายเงินสมทบกองทุนฝ่ายละเท่า ๆ กันในอัตรารายเดือนร้อยละ 1.5 ของค่าจ้าง (ทั้งนี้กระทรวงมหาดไทยเสนอว่าเป็นอัตราที่เหมาะสมและเป็นจุดคุ้มทุน โดยประมาณว่าลูกจ้างจะต้องจ่ายเงินสมทบโดยเฉลี่ยประมาณ 52 บาทต่อเดือน ซึ่งค่อนข้างต่ำเมื่อเปรียบเทียบกับประโยชน์ทดแทนที่พึงได้รับ อันประกอบด้วยค่ารักษาพยาบาล ค่าคลอดบุตร ค่าทดแทนระหว่างการเจ็บป่วย และค่าตรวจสุขภาพประจำปี ประมาณว่าจะเกินเงินสมทบได้ปีละ 1,049 ล้านบาท จ่ายประโยชน์ทดแทนปีละ 1,002 ล้านบาท เป็นค่าบริการประมาณปีละ 12 ล้านบาท และเก็บเป็นเงินสำรองได้ปีละประมาณ 35 ล้านบาท)

(4) กองทุนที่จัดตั้งใหม่ ให้มีคณะกรรมการดำเนินการประกอบด้วย ผู้แทนจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเช่น กระทรวงการคลัง กระทรวงมหาดไทย กระทรวงสาธารณสุข สำนักงานงบประมาณ ผู้แทนฝ่ายนายจ้าง และผู้แทนฝ่ายลูกจ้าง

มติคณะรัฐมนตรีดังกล่าวนี้ต้องนำไปดำเนินการโดยยกร่างกฎหมายเป็นพระราชบัญญัติขึ้นพร้อมกับแก้ไขประกาศคณะปฏิวัติฉบับที่ 103 เนื่องจากประกาศคณะปฏิวัติที่ 103 ระบุให้การคุ้มครองแรงงานเป็นความรับผิดชอบของนายจ้างที่ต้องจ่ายค่าทดแทน อย่างไรก็ตามใน ช่วงระยะเวลาเดียวกันนั้นได้มีกลุ่มและพรรคการเมืองต่าง ๆ ให้ความสำคัญกับการประกัน สังคมอย่างมาก และได้มีการเสนอเป็นร่างพระราชบัญญัติประกันสังคมหลายร่างด้วยกัน ที่ สำคัญ ๆ คือร่างของพรรคประชาธิปัตย์ ร่างของพรรคประชาธิปัตย์ ร่างของพรรคกิจสังคม ร่างของคณะกรรมการเตรียมการประกันสังคม ร่างของกระทรวงมหาดไทย และร่างของสภา องค์การลูกจ้างสัมพันธ์แรงงานแห่งประเทศไทย ความแตกต่างในสาระและแนวความคิดของ ร่างทั้ง 5 ฉบับนั้นมีหลายประการและได้มีการศึกษาวิเคราะห์ไว้โดยละเอียด (วรวิทย์ เจริญเลิศ 2532 : 161-173) ร่างพระราชบัญญัติสังคมเหล่านี้ได้มีการนำเสนอเข้าสู่วาระการพิจารณาของ สภาผู้แทนราษฎรเกือบทั้งหมดและสภาผู้แทนราษฎรได้นำมารวมแปรญัตติในคราวเดียวกัน ใน ที่สุดได้ผ่านความเห็นชอบของสภาผู้แทนราษฎรประกาศใช้เป็นพระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. 2533 ประกาศในราชกิจจานุเบกษาเมื่อ 2 กันยายน 2533

หลักการทั่วไปและสาระสำคัญของการประกันสุขภาพในระบบประกันสังคม

การประกันสุขภาพในระบบประกันสังคมเป็นระบบบังคับ ตั้งอยู่บนพื้นฐานแนวความคิดของการเฉลี่ยความเสี่ยงต่อการเจ็บป่วย และการเฉลี่ยความรับผิดชอบในระหว่างกลุ่มผู้เอา ประกัน โดยมุ่งหมายให้การคุ้มครองทุกประเภทของการเจ็บป่วย และให้ผู้ที่ได้รับการคุ้มครอง สามารถเข้าถึงบริการด้านสุขภาพอนามัยได้เมื่อจำเป็นโดยไม่คำนึงถึงความแตกต่างในสถานะทาง เศรษฐกิจและสังคม

ระบบประกันสังคมเป็นระบบการประกันในวงกว้างที่ครอบคลุมการประกันหรือการ คุ้มครองหลาย ๆ ประเด็นที่มีผลกระทบทางสังคมโดยรวม การประกันสังคมตามนโยบายของพระ ราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. 2533 จึงรวมถึงการประกันหรือการให้ความคุ้มครองถึง 7 ประเด็น กล่าวคือ

- (1) การประกันการเจ็บป่วยหรืออุบัติเหตุอันมิใช่เนื่องมาจากการทำงาน
- (2) การประกันการคลอดบุตร
- (3) การประกันการทุพพลภาพ
- (4) การประกันการเสียชีวิต
- (5) การประกันการสงเคราะห์บุตร

(6) การประกันสุขภาพ และ

(7) การประกันการว่างงาน

การประกันหรือการคุ้มครองใน 4 ประเด็นแรกมีผลโดยทันที และเริ่มเรียกเก็บเงินสมทบกองทุนตามนัยแห่งกฎหมายภายใน 180 วัน (คือ 28 กุมภาพันธ์ 2534) ซึ่งมีการเก็บเงินสมทบกองทุนครั้งแรกจากค่าจ้างเดือนมีนาคม 2534 ส่วนประเด็นที่ 5 และ 6 นั้นกฎหมายกำหนดให้มีผลบังคับใช้ภายใน 6 ปี และประเด็นการประกันการว่างงานนั้นกฎหมายกำหนดว่าให้มีผลบังคับใช้เมื่อมีพระราชกฤษฎีกากำหนดวันบังคับใช้แล้ว ภายใต้ระบบการประกันสังคมทั้ง 7 ประเด็นตามนัยแห่งกฎหมายปัจจุบันนี้ มีอยู่ 2 ประเด็นที่เป็นการประกันสุขภาพรวมอยู่ด้วยคือการประกันการเจ็บป่วยหรืออุบัติเหตุอันมิใช่เนื่องมาจากการทำงานและการประกันการคลอดบุตร

การประกันสุขภาพตามกฎหมายประกันสังคมนี้มีขอบเขตครอบคลุมผู้มีฐานะเป็นนายจ้างและลูกจ้างในกิจการทุกประเภททั่วประเทศ ยกเว้น (ก) ข้าราชการและลูกจ้างประจำของทางราชการ (ข) ลูกจ้างของรัฐบาลต่างประเทศหรือองค์การระหว่างประเทศ (ค) ลูกจ้างของนายจ้างที่มีสำนักงานในประเทศและประจำทำงานในต่างประเทศ (ง) ครูหรือครูใหญ่ของโรงเรียนเอกชนตามกฎหมายว่าด้วยโรงเรียนเอกชน (จ) นักเรียน นักเรียนพยาบาล นิสิตนักศึกษา หรือแพทย์ฝึกหัดซึ่งเป็นลูกจ้างของโรงเรียน มหาวิทยาลัย หรือโรงพยาบาล และ (ฉ) กิจการหรือลูกจ้างอื่นตามที่กำหนดในพระราชกฤษฎีกา

ในปีแรกของการบังคับใช้นั้นให้บังคับแก่กิจการที่มีลูกจ้างตั้งแต่ 20 คนขึ้นไปและเมื่อพ้น 3 ปีแล้ว (กล่าวคือตั้งแต่ 1 ตุลาคม 2536) ให้มีผลบังคับคลุมถึงกิจการที่มีลูกจ้างตั้งแต่ 10 คนขึ้นไป

การบริหารงานนั้นกฎหมายจัดให้มีคณะกรรมการประกันสังคมเป็นไตรภาคี ประกอบด้วยฝ่ายรัฐบาล ฝ่ายนายจ้าง และฝ่ายลูกจ้าง ในสัดส่วน 5:5:5 และมีผู้ทรงคุณวุฒิไม่เกิน 5 คนเป็นที่ปรึกษา คณะกรรมการนี้มีหน้าที่วางนโยบายและมาตรการในการประกันสังคมและอื่น ๆ มีคณะกรรมการแพทย์ทำหน้าที่ให้ความเห็นเกี่ยวกับการให้บริการทางการแพทย์ การกำหนดหลักเกณฑ์และอัตราสำหรับประโยชน์ทดแทนในการรับบริการทางการแพทย์ของผู้เอาประกันตน ในการดำเนินงานด้านบริหารนั้นกฎหมายให้จัดตั้งสำนักงานประกันสังคมขึ้นในกระทรวงมหาดไทย (ปัจจุบันเป็นกระทรวงแรงงาน และสวัสดิการสังคม) ทำหน้าที่จัดเก็บเงินสมทบกองทุนและจ่ายประโยชน์ทดแทนแก่ผู้เอาประกันตน และปฏิบัติงานธุรการของคณะกรรมการและอนุกรรมการด้วย

กองทุนประกันสังคมที่จัดตั้งขึ้นตามกฎหมายนี้ เป็นทุนใช้จ่ายให้ผู้เอาประกันคนที่ได้รับประโยชน์ทดแทนตามกฎหมายและเป็นค่าใช้จ่ายในการบริหารสำนักงาน กองทุนประกันสังคม ประกอบด้วยเงินรายได้จากแหล่งสำคัญ ๆ 6 แหล่งซึ่งได้รับยกเว้นไม่ต้องนำส่งกระทรวงการคลังคือ

(1) เงินสมทบจากรัฐบาล นายจ้าง และผู้ประกันตน (ไม่เกินฝ่ายละร้อยละ 1.5 ของค่าจ้างของผู้ประกันตน สำหรับการจ่ายประโยชน์ทดแทนกรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยทุพพลภาพ ดาย และคลอดบุตร ไม่เกินฝ่ายละร้อยละ 3.0 ของค่าจ้างของผู้ประกันตน สำหรับการจ่ายประโยชน์ทดแทนกรณีสงเคราะห์บุตรและชราภาพ ไม่เกินฝ่ายละร้อยละ 5 ของค่าจ้างของผู้ประกันตน สำหรับการจ่ายประโยชน์ทดแทนกรณีว่างงาน) เงินสมทบนี้รวมถึงเงินเพิ่มเติมที่เรียกเก็บจากนายจ้าง กรณีที่ผิคนัดไม่นำส่งเงินสมทบหรือนำส่งไม่ครบในกำหนดเวลาด้วย

(2) ผลประโยชน์ของกองทุน ซึ่งสำนักงานอาจจัดหาประโยชน์ของกองทุนได้โดยความเห็นชอบของกระทรวงการคลัง

(3) ค่าธรรมเนียมต่าง ๆ

(4) เงินบริจาคหรือเงินอุดหนุน

(5) เงินอุดหนุนหรือเงินอุดหนุนจากรัฐบาลจากรัฐบาลจ่ายให้กรณีเงินกองทุนมีไม่พอจ่ายประโยชน์ทดแทนและค่าใช้จ่ายในการบริหารสำนักงาน

(6) รายได้อื่น ๆ รวมทั้งค่าปรับ

ข้อที่น่าสังเกตอย่างยิ่งคือผู้ประกันตนตามกฎหมายมี 2 กลุ่ม กลุ่มหนึ่งเป็นผู้ประกันตนโดยถูกบังคับตามข้อบัญญัติที่กฎหมายกำหนดข้างต้น และกลุ่มที่ 2 ได้แก่ผู้ประกันตนโดยสมัครใจ ซึ่งเป็นผู้ที่ไม่อยู่ในข่ายกลุ่มที่ 1 แต่ประสงค์จะประกันตนโดยสมทบกองทุนเป็น 2 ส่วน (คือสมทบในส่วนของคน 1 ส่วน และสมทบส่วนของนายจ้างอีก 1 ส่วน) ทั้งนี้ยังมีการเปิดโอกาสให้ผู้ประกันตนโดยถูกบังคับเมื่อพ้นสภาพตามข้อบัญญัติที่กำหนดแล้ว เช่น เลิกทำงานแล้ว เป็นต้น ก็สามารถเอาประกันตนโดยสมัครใจได้

ประโยชน์ทดแทนเกี่ยวกับการประกันสุขภาพตามกฎหมายนี้รวมถึง

(1) ประโยชน์ทดแทนในกรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยอันมิใช่เนื่องจากการทำงานจ่ายเป็นค่าบริการทางการแพทย์ตามหลักเกณฑ์ และอัตราที่คณะกรรมการการแพทย์กำหนด และจ่ายเป็นเงินทดแทนการขาดรายได้ในกรณีผู้ประกันตนต้องหยุดงานเพื่อรักษาพยาบาลตามคำสั่งแพทย์ในอัตราร้อยละ 50 ของค่าจ้างรายวันโดยเฉลี่ย ตามระยะเวลาซึ่งกำหนดไว้สูงสุดไม่เกิน 365 วัน สำหรับผู้เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง