

แผนพัฒนาการสาธารณสุข ฉบับที่ 5

(พ.ศ. 2525—2529)

1. สภาพและปัญหา

จากการวิเคราะห์สถิติสาธารณสุขโดยพิจารณาเครื่องชี้ภาวะสาธารณสุข ปรากฏว่า อัตราการตายโดยส่วนรวมด้วยโรคต่าง ๆ ของประชาชนมีแนวโน้มลดลงตามลำดับ กล่าวคือ ในปี พ.ศ. 2520 มีอัตราการตายโดยส่วนรวมเหลือเพียง 5.4 ต่อประชากรพันคน เทียบกับ 10 ปีก่อนนั้น คือ ใน พ.ศ. 2510 มีอัตราการตายสูงถึง 10.1 ต่อประชากรพันคน นอกจากนี้ อายุขัยเฉลี่ยของประชากรในระยะ 10 ปีที่ผ่านมา ในเพศชายก็ได้เพิ่มขึ้นจาก 55.2 ปี เป็น 57.6 ปี หรือเพิ่มขึ้น 2.4 ปี ส่วนในเพศหญิงได้เพิ่มขึ้นจาก 61.8 ปี เป็น 63.8 ปี หรือเพิ่มขึ้น 2 ปี แสดงให้เห็นในเบื้องต้นว่า ประชากรไทยมีสุขภาพและอายุยืนยาวดีพอสมควร แต่เมื่อวิเคราะห์จากอัตราการป่วยด้วยโรคต่าง ๆ ก็ยังพบว่าประชากรส่วนใหญ่ของประเทศ โดยเฉพาะในชนบท มักจะป่วยด้วยโรคกรรมดาสามัญที่ป้องกันได้ในอัตราที่สูงอย่างต่อเนื่องอยู่เสมอ เช่น โรคระบบทางเดินอาหารและอุจจาระร่วง ซึ่งมีอัตราสูงถึง 397.7, 506.9 และ 596.2 ต่อประชากรแสนคน ในปี พ.ศ. 2521, 2522 และ 2523 ตามลำดับ

สาเหตุสำคัญที่ทำให้อัตราป่วยด้วยโรคต่าง ๆ สูงขึ้น ได้แก่ สภาพแวดล้อมเลวลง การสุขาภิบาลที่ไม่ถูกสุขลักษณะ การขาดแคลนน้ำสะอาดบริโภค ประชาชนมีพฤติกรรมที่เสี่ยงต่อการเป็นโรคหรือไม่รู้จักการป้องกันตนเองจากโรคต่าง ๆ และบริการสาธารณสุขที่ครอบคลุมไปไม่ทั่วถึงในชนบท

การพัฒนาสาธารณสุขในระยะ 20 ปีที่ผ่านมา ถึงแม้ว่าจะประสบความสำเร็จในการกวาดล้างโรคติดต่ออันตรายบางโรค เช่น กาฬโรค ไข้ทรพิษ อหิวาตกโรค ให้ลดน้อยลงจนไม่เป็นปัญหาสาธารณสุขอีกต่อไป รวมทั้งโรคต่าง ๆ ที่เกิดกับเด็กก็มีอัตราการป่วยและตายลดน้อยลงแล้วก็ตาม แต่ยังมีปัญหาสาธารณสุขอื่น ๆ ที่จะต้องดำเนินการแก้ไขต่อไปในแผนพัฒนาฯ ฉบับที่ 5 ดังนี้ คือ

1.1 ปัญหาโรคภัยไข้เจ็บต่าง ๆ ที่ป้องกันได้ ในปัจจุบันนอกจากโรกระบบทางเดินอาหาร และอุจจาระร่วงซึ่งมีอัตราป่วยอยู่ในระดับสูงดังที่กล่าวแล้วข้างต้น ไข้มาลาเรียก็มีอัตราการป่วยสูงเช่นกัน ดังจะเห็นได้จากอัตราป่วยในระยะ 3 ปี คือ พ.ศ. 2520, 2521 และ 2522 เท่ากับ 147, 157 และ 164 ต่อประชากรแสนคน ตามลำดับ ส่วนการป่วยและตายจากอุบัติเหตุ การเป็นพิษ และพลวเหตุ ก็มีอัตราสูงขึ้นเรื่อย ๆ ทุกปี นอกจากนี้ยังมีโรคที่เกิดจากปัญหาการอนามัยครอบครัวบกพร่อง เช่น โรควัยเด็กที่สามารถให้ภูมิคุ้มกันได้ โรคของมารดาและทารกแรกเกิด โรคทุพโภชนาการ โรคของช่องปากและฟัน โรคจิตประสาท และการติดยาเสพติดให้โทษ

1.2 ปัญหาระบบการกระจายบริการสาธารณสุขยังครอบคลุมประชากรในชนบทไม่ทั่วถึง โครงสร้างพื้นฐานของระบบสาธารณสุขในปัจจุบันนี้ยังมีความเหลื่อมล้ำกันมากระหว่างกรุงเทพมหานครซึ่งมีประชากรเพียงร้อยละ 10 ของประเทศ กับอีก 71 จังหวัดทั่วราชอาณาจักร ซึ่งเป็นประชากรส่วนใหญ่ของประเทศ ดังจะเห็นได้ว่า ในปี พ.ศ. 2520 กรุงเทพฯ มีโรงพยาบาลของรัฐรวม 38 แห่ง มีเตียงรับผู้ป่วย 10,137 เตียง ในขณะที่อีก 71 จังหวัดมีโรงพยาบาลของรัฐ 144 แห่ง มีเตียงรับผู้ป่วยประมาณ 31,813 เตียง สำหรับโรงพยาบาลเอกชนที่มีเตียงรับผู้ป่วยตั้งแต่ 25 เตียงขึ้นไปนั้น ในกรุงเทพฯ มีถึง 33 แห่ง แต่ใน 71 จังหวัดมีเพียง 40 แห่ง

การกระจายบริการทางการแพทย์ออกสู่ชนบทโดยการก่อสร้างโรงพยาบาลอำเภอ สถานีอนามัยประจำตำบล และสำนักงานผดุงครรภ์ประจำหมู่บ้าน ก็ยังทำได้ไม่ทั่วถึง กล่าวคือ ในขณะนี้มีโรงพยาบาลประจำอำเภอเพียง 336 แห่ง หรือร้อยละ 51 ของจำนวนอำเภอทั้งหมด สถานีอนามัยร้อยละ 82 ของจำนวนตำบลทั้งหมด และสำนักงานผดุงครรภ์เพียงร้อยละ 4.5 ของจำนวนหมู่บ้านทั้งหมดเท่านั้น

โครงสร้างพื้นฐานของบริการที่มีส่วนปรับปรุงสิ่งแวดล้อมโดยตรง เช่น การสุขาภิบาลทั่วไป การประปา การเก็บและกำจัดสิ่งปฏิกูล การจัดให้มีส้วมและการกำจัดอุจจาระก็ยังขาดแคลนและเป็นปัญหาอยู่มากทั้งในต่างจังหวัดและกรุงเทพฯ นอกจากนี้ยังปรากฏว่า กรุงเทพฯ และเขตเทศบาลต่าง ๆ กำลังเผชิญกับปัญหาใหม่ที่เพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว อันเนื่องมาจากการขยายตัวทางเศรษฐกิจของเมืองใหญ่ ๆ ทำให้ประชากรเคลื่อนย้ายถิ่นที่อยู่เข้ามาในเมือง ปัญหาเหล่านี้ ได้แก่ ปัญหาแหล่งเสื่อมโทรม ปัญหาสิ่งแวดล้อมเป็นพิษ และปัญหาความเครียดในสังคมเมือง ซึ่งทั้งหมดนี้ส่งผลให้เกิดภาวะการเป็นโรคจิต ประสาท การติดยาเสพติด โรคหัวใจ และโรคของผู้สูงอายุเพิ่มมากขึ้นอย่างรวดเร็ว ทั้งนี้เนื่องมาจากการขาดมาตรการที่จะแก้ไขปัญหาเหล่านั้นอย่างมีประสิทธิภาพ

จากผลของการกระจายระบบบริการสาธารณสุขที่ไม่ทั่วถึงและด้อยคุณภาพ ทำให้ผู้ป่วยหลังไหลเข้ามารับบริการจากสถานพยาบาลในกรุงเทพฯ ซึ่งพบว่า ผู้มาขอรับบริการในโรงพยาบาลในกรุงเทพฯ ถึงร้อยละ 40 มาจากชนบท ระบบการกระจายบริการสาธารณสุขเช่นนี้จำเป็นที่จะต้องปรับปรุงแก้ไขรูปแบบเพื่อให้บริการสาธารณสุขเหล่านี้เข้าถึงประชาชนในชนบทได้อย่างแท้จริง

1.3 ปัญหาการกระจายบุคลากร ระบบและการบริหารงานสาธารณสุขเท่าที่ผ่านมาในอดีตอาจเรียกได้ว่าเป็นการแก้ปัญหาจากยอดลงมาหาฐาน คือ ให้ความสำคัญในการผลิตบุคลากรระดับสูง ได้แก่ แพทย์ซึ่งมีกำลังผลิตได้น้อยและไม่ทันต่อการเพิ่มของจำนวนประชากร การมุ่งผลิตเจ้าหน้าที่วิชาการระดับสูงที่เหมาะสมกับการทำงานในสถานบริการสาธารณสุขขนาดใหญ่ ใช้เทคโนโลยีสูง และมุ่งแก้ไขปัญหาคือต้องการใช้การวินิจฉัยด้วยเครื่องมือการแพทย์ที่สลับซับซ้อน ทำให้บุคลากรเหล่านี้ไม่กระจายออกไปทำงานในส่วนภูมิภาค แต่จะนิยมอยู่ในส่วนกลาง หรือตามโรงพยาบาลใหญ่ ๆ โดยเฉพาะในเขตกรุงเทพฯ ซึ่งระบบงานเหล่านี้เป็นการมุ่งแก้ปัญหาของคนส่วนน้อย ในขณะที่ประชากรส่วนใหญ่ของประเทศยังอยู่ในสภาพแวดล้อมที่ไม่ถูกลักษณะ ไม่รู้จักการป้องกันตนเองดีพอ และมักจะป่วยด้วยโรคธรรมดาสามัญที่ป้องกันได้ดังกล่าวไว้แล้ว ซึ่งหากจะพิจารณาลักษณะการกระจายบุคลากรสาธารณสุขที่สำคัญ ๆ บางประเภท จะเห็นได้ชัดว่า คนส่วนใหญ่ของประเทศยังไม่ได้รับความเป็นธรรมเท่าที่ควร กล่าวคือ ในปี 2522 มีแพทย์ทั้งภาครัฐบาลและภาคเอกชนจำนวน 5,800 คน ประมาณ 3,500 คน หรือร้อยละ 60 อยู่ในกรุงเทพฯ ส่วนที่เหลือประมาณ 2,300 คน หรือร้อยละ 40 อยู่ในส่วนภูมิภาค เป็นผลให้อัตราแพทย์ต่อประชากรในกรุงเทพฯ เท่ากับ 1 : 1,200 ในขณะที่ในส่วนภูมิภาคมีอัตราส่วน 1 : 17,000 สำหรับพยาบาลก็มีลักษณะการกระจายที่คล้ายคลึงกัน กล่าวคือ ทั้งภาครัฐบาลและภาคเอกชนมีจำนวน 15,200 คน ในจำนวนนี้ 8,033 คน หรือร้อยละ 53 อยู่ในกรุงเทพฯ ส่วนที่เหลือร้อยละ 47 อยู่ในส่วนภูมิภาค เป็นผลให้อัตราส่วนพยาบาลต่อประชากรในกรุงเทพฯ เท่ากับ 1 : 565 ในขณะที่ต่างจังหวัดเท่ากับ 1 : 5,500 หรือมากกว่านี้จากระบบการผลิตและการกระจายบุคลากรสาธารณสุขดังกล่าวข้างต้น จะไม่สามารถบรรลุวัตถุประสงค์ที่จะให้ประชาชนทุกคนมีสุขภาพดีโดยถ้วนหน้า ในปี 2543 หากมิได้รับการปรับปรุงแก้ไขไปพร้อม ๆ กับระบบการกระจายบริการสาธารณสุข

1.4 ปัญหาประชากรเพิ่มขึ้นและการมีส่วนร่วมของประชาชน ปัญหานี้ส่วนใหญ่เกิดจากประชากรเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วในอัตราปัจจุบัน ประมาณร้อยละ 2.1 ต่อปี เป็นเหตุทำให้เกิดปัญหาอื่น ๆ ติดตามมา และระบบการสาธารณสุขเองก็เติบโตไม่รวดเร็วพอที่จะทันกับความ

ต้องการที่เพิ่มมากขึ้นได้ นอกจากนี้ การเคลื่อนย้ายถิ่นที่อยู่ของประชากร เช่น การย้ายจากชนบทเข้าสู่เมือง การย้ายไปประกอบอาชีพในท้องที่ต่างถิ่น ก็มีส่วนทำให้เกิดปัญหาทางด้านสาธารณสุขและการขาดแคลนบริการที่จำเป็นแก่ประชากรเหล่านั้น

ปัญหาที่สำคัญอีกประการหนึ่งที่เกี่ยวข้องกับประชากรโดยตรงก็คือ ประชากรส่วนใหญ่ยังขาดความคิดและความรู้สึกที่จะรับผิดชอบต่อปัญหาสาธารณสุขของชุมชน ยังต้องการรวมตัวกันเพื่อแลกเปลี่ยนความรู้เกี่ยวกับปัญหาเหล่านี้ หรือขาดองค์กรที่จะเข้าดำเนินการแก้ไขปัญหากันเองให้ได้มากขึ้นกว่าที่เป็นอยู่ ปัญหานี้ทำให้บริการสาธารณสุขตกเป็นภาระหนักแก่รัฐบาล ต้องอาศัยความร่วมมือจากประชาชนจึงจะสามารถดำเนินการให้บรรลุจุดหมายได้

1.5 ปัญหาการกำหนดนโยบายและการบริหาร นโยบายของรัฐในด้านการสาธารณสุขเท่าที่กล่าวมา ยังต้องการนโยบายที่เหมาะสมในหลาย ๆ เรื่อง เช่น การแก้ปัญหาสาธารณสุขในชนบท การฝึกอบรมบุคลากรสาธารณสุข การแก้ปัญหาการขาดแคลนเจ้าหน้าที่และการเพิ่มประสิทธิภาพของบริการ เป็นต้น ทั้งนี้เพราะยังต้องการองค์กรสำหรับประสานงาน การประมวลข้อมูล การวิเคราะห์ปัญหาทางด้านสาธารณสุข และการนำเสนอแนวนโยบายที่มีสมรรถภาพซึ่งทั้งกระทรวงสาธารณสุขและองค์กรอื่น ๆ ที่มีส่วนร่วมรับผิดชอบในเรื่องนี้ ควรได้รับการสนับสนุนและกระตุ้นให้เร่งดำเนินการในด้านนี้ให้มากและกว้างขวางยิ่งขึ้น

ปัญหาในด้านการบริหาร มีลักษณะสืบเนื่องมาจากอำนาจการสั่งการส่วนใหญ่รวมอยู่ในส่วนกลาง เป็นเหตุให้ราชการบริหารส่วนภูมิภาคที่ดี ราชการบริหารส่วนท้องถิ่นที่ดีไม่เกิดความคล่องตัวทางการบริหารและการใช้งบประมาณ ทำให้ไม่สามารถจะรับผิดชอบต่อการแก้ไขปัญหาสาธารณสุขของประชาชนในพื้นที่ที่รับผิดชอบเองได้

2. เป้าหมาย

กำหนดเป้าหมายการพัฒนาสาธารณสุขในระยะ 5 ปีที่สำคัญไว้ดังนี้

2.1 ลดความชุกชุมและอัตราการตายจากโรคที่ป้องกันได้ลงในอัตราดังนี้ คือ ทั้งในกรณีของการป่วยและการตายด้วยโรคคอติบ ไอกรน และบาดทะยักในเด็กทารกลดลงร้อยละ 60 โปลิโอและไทฟอยด์ลดลงร้อยละ 50 โรคอุจจาระร่วงลดลงร้อยละ 25 โรคกฬาน้ำลดลงร้อยละ 25 โรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบทางเดินหายใจลดลงร้อยละ 25 สำหรับไข้มาลาเรียก็ให้ลดอัตราป่วยในท้องที่ควบคุมซึ่งครอบคลุมประชากรประมาณ 9 ล้านคน ลงประมาณร้อยละ 25 ส่วนอัตราการตายด้วยโรคนี้ทั่วทั้งประเทศก็ให้ลดลงประมาณร้อยละ 20 เมื่อสิ้นแผนฯ

2.2 ลดอัตราการป่วยด้วยสภาวะการขาดสารอาหารในเด็กแรกเกิดถึง 5 ปี โดยกวาดล้างสภาวะการขาดสารอาหารระดับรุนแรงให้หมดสิ้นไป ส่วนการขาดสารอาหารระดับปานกลางให้ลดลงร้อยละ 50

2.3 ลดอัตราการเพิ่มของประชากรให้เหลือร้อยละ 1.5 โดยกำหนดให้มีผู้รับบริการวางแผนครอบครัวรายใหม่ 4.5 ล้านราย และผู้รับบริการที่ยังคงใช้อยู่ 4.1 ล้านราย เมื่อสิ้นแผนฯ

2.4 ขยายการให้ภูมิคุ้มกันโรคแก่ประชากรกลุ่มเป้าหมายต่าง ๆ โดยเฉพาะอย่างยิ่งให้ครอบคลุมเด็กอายุต่ำกว่า 1 ปี ดังนี้

- ดีพีที (3 โด๊ส) จากร้อยละ 49.2 เป็นร้อยละ 70
- โปลิโอ (3 ครั้ง) จากร้อยละ 12.9 เป็นร้อยละ 70
- บีซีจี จากร้อยละ 67.7 เป็นร้อยละ 70
- บาดทะยัก (2 ครั้งสำหรับหญิงตั้งครรภ์) จากร้อยละ 25.2 เป็นร้อยละ 50

2.5 จัดตั้งโรงพยาบาลชุมชนระดับอำเภอให้ครบทุกอำเภอ โดยก่อสร้างใหม่ 252 แห่ง และยกฐานะโรงพยาบาลชุมชนเดิมอีก 75 แห่ง

2.6 จัดตั้งสถานีอนามัยระดับตำบลให้ครบทุกตำบล โดยก่อสร้างเพิ่มเติมใหม่ 1,000 แห่ง ยกฐานะจากสำนักงานผดุงครรภ์เดิม 1,031 แห่ง

2.7 คัดเลือกและฝึกอบรมอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านให้ครบทุกหมู่บ้าน เป็นจำนวนอาสาสมัครสาธารณสุข 24,000 คน และผู้สื่อข่าวสาธารณสุขจำนวน 240,000 คน

2.8 ผลิตและพัฒนากำลังคนด้านสาธารณสุขให้ได้ปริมาณและคุณภาพเพียงพอและเหมาะสมกับความต้องการในชนบท เป็นจำนวนแพทย์ที่จะผลิตใหม่ 3,972 คน พยาบาลระดับต้น 19,450 คน พยาบาลระดับวิชาชีพ 15,923 คน ผดุงครรภ์ 3,950 คน พนักงานอนามัย 5,000 คน นอกจากนั้นก็ให้เพิ่มเจ้าหน้าที่ประเภทอื่น ๆ อีกจำนวนหนึ่งด้วย

2.9 จัดตั้งกองทุนเวชภัณฑ์ประจำหมู่บ้าน ดำเนินการโดยอาสาสมัครสาธารณสุข จำนวน 10,000 หมู่บ้าน

2.10 จัดหาน้ำอุปโภคบริโภคให้แก่ประชาชนในชนบทให้ครอบคลุมประชากรในชนบทจากร้อยละ 64 ในปี 2524 เป็นร้อยละ 95 เมื่อสิ้นแผนฯ โดยจะดำเนินการ

- จัดสร้างบ่อน้ำบาดาล 36,000 บ่อ
- สร้างประปาหมู่บ้าน 3,800 แห่ง

– สร้างบ่อน้ำตื้น	6,500 บ่อ
– สร้างประปาในวัด มัสยิด โรงเรียน และโรงพยาบาล	7,500 แห่ง
– จัดให้มีถังคอนกรีตและถังน้ำ 400 แกลลอน	2,200 ถัง
– ร่วมกับประชาชนจัดหาถังคอนกรีตเก็บน้ำฝน	11,000 ถัง
– ต่อม่น้ำหรือเครื่องกรองน้ำประจำครอบครัว	1,567,542 ถัง

ทั้งนี้ได้มอบหมายให้กระทรวงสาธารณสุขดำเนินการในเป้าหมายครอบคลุมประชากร 2.5 ล้านครอบครัว โดยเน้นหนักในเรื่องสุขภาพและความสะอาดของน้ำ

2.11 ปรับปรุงการสุขาภิบาล โดยการ

– สร้างส้วมราดน้ำ	1,700,000 ที่
– ส้วมเศรษฐกิจ	25,000 ที่
– ถังสุขาภิบาล (ไบโอแกส)	25,000 ที่

3. แนวนโยบายและมาตรการพัฒนา

3.1 แนวนโยบาย เพื่อแก้ไขปัญหาต่าง ๆ ทางด้านสาธารณสุขอันจะส่งผลให้สุขภาพอนามัยของประชาชนโดยเฉพาะในชนบทดีขึ้น การพัฒนาสาธารณสุขในระยะของแผนพัฒนาการสาธารณสุขฉบับที่ 5 ได้วางนโยบายไว้ดังนี้

(1) เร่งรัดดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐาน โดยให้ประชาชนมีส่วนร่วมในการสนับสนุนบริการและให้การสนับสนุนทางงบประมาณและทรัพยากรอื่น ๆ แก่หน่วยบริการสาธารณสุขในระดับอำเภอ ตำบล และหมู่บ้าน ในสัดส่วนที่เป็นธรรม เพื่อสามารถให้บริการสาธารณสุขมูลฐานที่มีคุณภาพแก่ประชาชนในชนบท

(2) เร่งรัดบริการสาธารณสุขแบบผสมผสานให้เข้าถึงประชาชนในเขตเมืองและในชนบทโดยทั่วถึง โดยมุ่งขจัดโรคที่สามารถป้องกันได้ เน้นหนักที่การส่งเสริมสุขภาพ โดยเฉพาะอย่างยิ่งโภชนาการ การอนามัยแม่และเด็ก การวางแผนครอบครัว และทันตสาธารณสุข ตลอดจนแก้ไขและคุ้มครองสภาพอนามัยสิ่งแวดล้อม

(3) เร่งรัดปรับปรุงหน่วยบริการสาธารณสุขในภูมิภาคตั้งแต่ระดับอำเภอลงไป ทั้งในแง่คุณภาพและปริมาณ เพื่อให้สามารถให้บริการแก่ประชาชนส่วนใหญ่ในชนบทได้ทั่วถึงยิ่งขึ้น โดยจำกัดการขยายตัวของสถานบริการขนาดใหญ่ในเขตเมือง

(4) พัฒนาและปรับปรุงระบบงานสาธารณสุขทั้งในเขตเมืองและในชนบท โดยเน้นเรื่องการพัฒนา นโยบายและการวางแผน การกระจายอำนาจออกสู่ชนบท การพัฒนาระบบ

ข้อมูลข่าวสารเพื่อการบริหาร และการประสานงานกับหน่วยราชการต่าง ๆ และภาคเอกชน

(5) ให้การสงเคราะห์ผู้มีรายได้น้อยและผู้สูงอายุในการรักษาพยาบาลเป็นกรณีพิเศษตามหลักเกณฑ์และวิธีการที่กำหนดไว้

(6) ปรับปรุงงานทางด้าน การคุ้มครองผู้บริโภค โดยเฉพาะอย่างยิ่งในเรื่องอาหาร ยา รักษาโรค และวัสดุภัณฑ์ที่ใช้ในการเกษตร ให้ประชาชนได้รับความปลอดภัย เป็นธรรม และประหยัด

(7) จัดให้มีการผลิต จัดหา และกระจายยาให้สามารถตอบสนองความต้องการของประชาชนได้อย่างทั่วถึง ลดปริมาณยาที่ต้องสูญเสียไปโดยเปล่าประโยชน์ด้วยวิธีการต่าง ๆ เช่น การจัดทำและใช้บัญชียาหลักแห่งชาติ และส่งเสริมให้มีการค้นคว้าหรือใช้ประโยชน์จาก ยาแผนโบราณและสมุนไพรให้ได้อย่างเหมาะสมและปลอดภัย

(8) ให้ประชาชนทุกคนในครอบครัวในชนบทมีน้ำฝนบริโภคอย่างเพียงพอภายในปี 2529

(9) ปรับปรุงงานสุขศึกษา ประชาสัมพันธ์ และเผยแพร่ เพื่อให้ประชาชนได้รับ ข้อมูลข่าวสารทางการสาธารณสุขที่เป็นประโยชน์ต่อการดำรงชีวิตโดยทั่วถึง

(10) เร่งรัดและปรับปรุงการผลิตและการศึกษาต่อเนื่องของบุคลากรสาธารณสุข ให้ตรงต่อสภาพปัญหาและความต้องการของประชาชน ให้ผลิตได้ปริมาณที่สูงขึ้น โดยมีคุณภาพเหมาะสมต่อการปฏิบัติงาน โดยเน้นหนักการแก้ไขปัญหาในชนบท

(11) ส่งเสริมงานศึกษาวิจัยที่มีวัตถุประสงค์เพื่อการพึ่งตัวเองและเพื่อพัฒนาหรือ สนับสนุนงานสาธารณสุขในชนบท โดยเน้นการศึกษาวิจัยที่เกี่ยวกับระบบการสาธารณสุข การใช้เทคโนโลยีที่เหมาะสมทางการแพทย์และสาธารณสุขด้วย

3.2 มาตรการพัฒนา การพัฒนาระบบสาธารณสุขตามแผนนี้ใช้การสาธารณสุขมูลฐาน เป็นหลักสำคัญ ทั้งนี้ รวมถึงการพัฒนาโครงสร้างทางสาธารณสุขระดับต่าง ๆ เพื่อให้เอื้ออำนวย ต่อกิจการสาธารณสุขให้สามารถเข้าถึงประชาชน ครอบครัว และชุมชนได้อย่างทั่วถึงโดยการ ดำเนินงาน ดังนี้

3.2.1 พัฒนาระบบการสาธารณสุขมูลฐาน ซึ่งเป็นระบบการให้บริการแบบ ผสมผสานที่ให้ประชาชนมีส่วนร่วมในการวางแผน การดำเนินงาน และการประเมินผล ซึ่ง เชื่อมโยงกับระบบการสาธารณสุขซึ่งดำเนินการโดยรัฐ โดยใช้ทรัพยากรที่มีในท้องถิ่นเป็นหลัก เช่น อาสาสมัครสาธารณสุข ผู้สื่อข่าวสาธารณสุข รวมทั้งอาสาสมัครของหน่วยงานอื่น ผู้นำชุมชน ฯลฯ ทั้งนี้ได้จัดให้มีระบบการติดต่อ ดูแล สนับสนุน นิเทศงาน ฝึกอบรม และการให้

การศึกษาอย่างต่อเนื่องแก่อาสาสมัครในระบบการสาธารณสุขมูลฐานเหล่านี้ด้วย พร้อมกันนั้น ยังสนับสนุนให้จัดโครงการที่จะอำนวยความสะดวกทางเศรษฐกิจแก่ประชาชนในท้องถิ่น ทั้งในทางตรงและทางอ้อมโดยใช้อาสาสมัครเหล่านี้ เช่น การจัดตั้งกองทุนเวชภัณฑ์ประจำหมู่บ้าน ซึ่งมีแนวโน้มจะพัฒนาเป็นระบบสหกรณ์ด้านอื่นให้กว้างขวางยิ่งขึ้น ทั้งนี้ต้องอาศัยการมีส่วนร่วมจากประชาชนและการประสานงานจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในหลายรูปแบบ

3.2.2 การดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐานนั้น มีความหมายที่ครอบคลุมองค์ประกอบสำคัญอย่างน้อย 8 ประการ ซึ่งในแต่ละด้านต้องมีการเปลี่ยนแปลงแนวทางปฏิบัติและกลวิธี เพื่อให้เนื้อหาของงานสามารถดำเนินการได้ในโครงสร้างของการสาธารณสุขมูลฐาน

3.2.3 พัฒนาหน่วยงานของรัฐให้มีบทบาทและแนวทางการพัฒนาที่สอดคล้องและสนับสนุนงานสาธารณสุขมูลฐาน โดยเน้นหนักที่ระดับอำเภอลงไป คือ เร่งรัดให้มีโรงพยาบาลอำเภอครบทุกอำเภอ สถานีนอามียครบทุกตำบล และมอบหมายให้สถานบริการเหล่านี้มีบทบาทอย่างเต็มที่ในการให้บริการแก่ประชาชนส่วนใหญ่ในชนบท สำหรับหน่วยงานในระดับอื่น เช่น ระดับจังหวัดหรือสูงกว่า ก็พิจารณาปรับปรุงบทบาทให้สามารถสนับสนุนงานสาธารณสุขมูลฐานได้ด้วย นอกจากนี้ยังสนับสนุนให้เพิ่มประสิทธิภาพในด้านการรักษาพยาบาลในสถานบริการของรัฐให้สูงขึ้น เช่น พัฒนาระบบการนำส่งผู้ป่วยเพื่อการรักษาต่อ การจัดให้มีการถ่ายเทผู้ป่วยออกจากสถานบริการของรัฐ ไปรับการดูแลฟื้นฟูสภาพนอกสถานบริการโดยญาติของผู้ป่วย หรือโดยอาสาสมัครในโครงสร้างของการสาธารณสุขมูลฐานและการควบคุมมาตรฐานเรื่องวัสดุ อุปกรณ์ ยา เวชภัณฑ์ รวมทั้งการใช้เทคนิควิชาการทางด้านการรักษาพยาบาลให้เหมาะสมกับสถานบริการและสอดคล้องกับสภาวะเศรษฐกิจของประเทศ

3.2.4 จัดตั้งโรงพยาบาลชุมชนในระดับอำเภอให้ครบทุกอำเภอ โดยการก่อสร้างใหม่และจัดตั้งสถานีนอามียระดับตำบลให้ครบทุกตำบลโดยการก่อสร้างใหม่ และจากการยกฐานะจากสำนักงานผดุงครรภ์เดิม โดยให้ความสำคัญแก่การจัดตั้งในเขตพื้นที่ยากจนก่อน

3.2.5 จัดตั้งให้มีระบบการประสานงานในทุกระดับของการบริหารที่มีความจำเป็นต่อการปรับปรุงนโยบายและแผนโดย

(1) สำรวจและศึกษากระบวนการ รูปแบบ/วิธีการ ในการกำหนดนโยบาย และวางแผน

(2) ส่งเสริมการกระจายอำนาจในการวางแผน/ บริหารงาน และการเข้ามามีส่วนร่วมของชุมชน โดยการพัฒนาองค์กร กลไก และฝึกอบรมบุคคลที่มีส่วนเกี่ยวข้อง พร้อมทั้ง

ริเริ่มงานทางด้านวิธีการงบประมาณและการบริหารโครงการด้วยการทดลองจัดทำงบประมาณตามโครงการ และการนำเอาเทคนิคของการจัดการโครงการมาปฏิบัติให้กว้างขวางยิ่งขึ้น

(3) ค้นคว้าวิจัยในเรื่องที่เกี่ยวกับการให้บริการสาธารณสุข การประยุกต์เทคนิคหรือวิธีการวางแผนและจัดการ เสนอแนะการปรับปรุงแก้ไขกฎหมาย กฎ ระเบียบ ข้อบังคับต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง และติดตามประเมินผลโครงการพัฒนาสาธารณสุข เพื่อการปรับปรุงนโยบาย แผน และการจัดการ

3.2.6 ให้การสงเคราะห์ผู้มีรายได้น้อยที่มีภูมิลำเนาอยู่นอกเขตกรุงเทพมหานคร ในด้านการรักษาพยาบาล โดย

(1) จำแนกประชาชนที่มีรายได้น้อยอันเป็นกลุ่มเป้าหมายให้ชัดเจนด้วยการถือเกณฑ์รายได้หรืออื่น ๆ

(2) ออกบัตรสงเคราะห์แก่ผู้มีรายได้น้อยและครอบครัว

(3) ให้ประชาชนผู้มีรายได้น้อยได้รับทราบสิทธิและไปขอรับบริการ ณ สถานบริการของรัฐ

3.2.7 ให้การคุ้มครองผู้บริโภคทางด้านอาหาร ยา เครื่องสำอาง และวัตถุมีพิษ โดยดำเนินการควบคุมคุณภาพ มาตรฐาน การประกอบธุรกิจ และการโฆษณาอันเกี่ยวกับผลิตภัณฑ์อาหาร ยา เครื่องสำอาง และวัตถุมีพิษ โดย

(1) ปรับปรุงแก้ไขกฎหมายฉบับต่าง ๆ ในการควบคุมคุณภาพ มาตรฐาน การประกอบธุรกิจ และการโฆษณาอันเกี่ยวกับผลิตภัณฑ์อาหาร ยา เครื่องสำอาง และวัตถุมีพิษให้เหมาะสม

(2) ปรับปรุงระบบวิธีการจัดการ การพัฒนาบุคลากร และการประสานงาน ในระดับต่าง ๆ

(3) ยกระดับมาตรฐานการผลิตอาหาร ยา เครื่องสำอาง หรือวัตถุมีพิษ ตามหลักเกณฑ์และวิธีการ ซึ่งจะได้กำหนดขึ้น

(4) กวดขันทางการตรวจสอบและเฝ้าระวังอันตรายจากวัตถุพิษและผลิตภัณฑ์ที่นำส่งเข้ามาภายในราชอาณาจักร

(5) รวบรวมและเผยแพร่ข้อมูล ข่าวสาร และประชาสัมพันธ์ทางด้านอาหาร และยาให้แก่ประชาชน

3.2.8 ขยายการผลิตและพัฒนาบุคลากรต่าง ๆ ทุกระดับ เพื่อแก้ไขปัญหาด้าน ปริมาณ คุณภาพ และการกระจาย พร้อมทั้งแสวงหาเทคโนโลยีที่เหมาะสมตามสภาพเศรษฐกิจ

และสังคม เพื่อพัฒนาบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขให้ประชาชนในชนบทมีสุขภาพ
อนามัยในระดับที่จะดำรงชีวิตอยู่ได้อย่างเป็นปกติสุข โดย

(1) จัดตั้งองค์กรกลาง หรือคณะกรรมการพัฒนาการสาธารณสุขแห่งชาติ
เพื่อการประสานงานทางด้านนโยบาย แผนงาน และเพื่อการติดตามผลด้านการผลิตและพัฒนา
เจ้าหน้าที่ทางการแพทย์และสาธารณสุขและวิชาการทางการแพทย์และสาธารณสุข

(2) ผลิตและฝึกอบรมเจ้าหน้าที่ทางการแพทย์และสาธารณสุขประเภทต่าง ๆ
ทุกระดับให้มีปริมาณเพียงพอกับความต้องการและมีประสิทธิภาพในการปฏิบัติงานเพิ่มขึ้น

— พัฒนาเนื้อหา หลักสูตร และกระบวนการเรียนการสอนให้สอดคล้อง
กับปัญหาสาธารณสุขของประเทศ

(3) แสวงหามาตรการที่จะกระจายเจ้าหน้าที่ทางการแพทย์และสาธารณสุข
ให้สามารถปฏิบัติงานในส่วนภูมิภาคได้อย่างทั่วถึง เช่น วางมาตรการในการทำสัญญารับทุน
แก่นักศึกษาในแขนงวิชาชีพที่ขาดแคลนเช่นเดียวกับแพทย์

4. กลวิธีและมาตรการดำเนินงานของการสาธารณสุขมูลฐาน 8 ประการ

มีดังนี้

(1) การสุศึกษา

ให้ประชาชนทุกคนหรือทุกหลังคาเรือนได้รู้ปัญหาโรคในท้องถิ่น และเข้าถึงวิธีการ
ป้องกันและควบคุมโรคที่พบในท้องถิ่น รวมตลอดถึงการดูแลสุขภาพอนามัยขั้นมูลฐาน
ของตน โดย

— เผยแพร่ความรู้ด้านสุศึกษาโดยใช้อาสาสมัครเป็นผู้ที่ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลง
รวมทั้งการจัดให้มีการประสานงานระหว่างหน่วยงานอื่น ๆ ในเรื่องการให้สุศึกษาแก่ประชาชน

— ใช้ประโยชน์จากสื่อมวลชนที่มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมทางด้านสุขภาพ
อนามัยของประชาชนโดยตรง เช่น การจัดรายการวิทยุที่เน้นการให้ประโยชน์ต่อประชาชน
โดยตรง หรือประชาชนกลุ่มเป้าหมาย เช่น อาสาสมัครสาธารณสุข มารดา เด็ก เป็นต้น

— จัดระบบการสนับสนุนการดำเนินงานของอาสาสมัคร โดยให้เจ้าหน้าที่ของรัฐ
สนับสนุนทั้งทางด้านการให้ข้อมูลทางวิชาการ การให้สื่อต่าง ๆ และการให้การฝึกอบรมใน
ส่วนที่ขาดและจำเป็นแก่อาสาสมัครเหล่านั้นด้วย

(2) การโภชนาการ

ลดปัญหาภาวะทุพโภชนาการ โดยเฉพาะในเด็กแรกเกิดจนถึงอายุ 5 ปี โดยใช้
มาตรการที่สำคัญ ๆ ดังต่อไปนี้ คือ

– การเฝ้าระวังทางโภชนาการ เพื่อให้สามารถค้นหาผู้ที่มีปัญหาการขาดสารอาหาร โดยการให้โภชนศึกษาแก่อาสาสมัครในโครงสร้างของการสาธารณสุขมูลฐานและแก่มารดาของเด็กโดยตรง

– สนับสนุนให้มีการผลิตอาหารที่มีคุณค่าในหมู่บ้าน เพื่อใช้เป็นอาหารเสริมที่มีราคาถูกและประหยัด

– สนับสนุนให้มีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการบริโภคของประชาชนให้สามารถจัดหาอาหารที่สะอาดและถูกสุขอนามัยได้ด้วยตนเอง

– การจัดเลี้ยงอาหารกลางวัน โดยมุ่งให้โภชนศึกษาแก่เด็กเป็นสำคัญ มิได้ใช้เป็นมาตรการแก้ไขปัญหาโภชนาการโดยตรง

(3) การสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคติดต่อ

– ให้ภูมิคุ้มกันโรคติดต่อที่ป้องกันได้ด้วยวัคซีนอย่างทั่วถึง โดยอาศัยอาสาสมัครเป็นแกนกลางในการช่วยสนับสนุนเจ้าหน้าที่ของรัฐในรูปแบบต่าง ๆ

– สร้างระบบสนับสนุนด้านการผลิต จัดหา เก็บ จัดส่งวัคซีนให้มีคุณภาพเหมาะสม มีปริมาณเพียงพอ และมีขอบข่ายครอบคลุมทุกหมู่บ้าน

(4) การให้การรักษายาบาลโรคง่าย ๆ ที่พบบ่อยในท้องถิ่น

– เผยแพร่วิธีการแก้ปัญหาโรคทางเดินอาหารและลำไส้ โดยเฉพาะโรคอุจจาระร่วง และจัดระบบการเฝ้าระวังโรคเหล่านี้โดยใช้อาสาสมัครในระบบของการสาธารณสุขมูลฐาน

– ผลิต จัดหา และกระจายเวชภัณฑ์ที่ใช้แก้ปัญหานี้ให้ครอบคลุมทั่วประเทศ

(5) การสุขาภิบาลสิ่งแวดล้อมและการจัดหาน้ำสะอาด

– สนับสนุนให้ประชาชนมีบทบาทในการพัฒนาการสุขาภิบาลได้ด้วยตนเอง เช่น จัดการฝึกรวมช่างซึ่งเป็นชาวบ้านโดยใช้เทคโนโลยีอย่างง่าย ๆ จัดหาและแนะนำอุปกรณ์การก่อสร้างรวมทั้งหาลาดให้

– สำหรับการจัดหาน้ำสะอาดนั้น ได้มอบให้กระทรวงสาธารณสุขส่งเสริมถึงคุณภาพและความสะอาดของน้ำเพื่อบริโภคเป็นสำคัญ มาตรการที่ใช้ คือ

– ส่งเสริมให้ประชาชนในชนบทมีที่เก็บน้ำฝนเพื่อเก็บกักน้ำฝนไว้ดื่มตลอดปี

– ให้อาสาสมัครสาธารณสุขหรือช่างสุขาภิบาลที่ได้รับการอบรมเป็นผู้เผยแพร่การสร้างที่เก็บน้ำฝนให้แก่ประชาชนทั่วไป

– ให้ประชาชนช่วยตนเองให้มากที่สุดในการจัดให้มีที่เก็บน้ำฝนดังกล่าวสำหรับผู้ยากจน รัฐบาลจะสนับสนุนค่าวัสดุก่อสร้างเท่านั้น ประชาชนจะต้องออกค่าแรงเอง

- สนับสนุนให้ภาคเอกชนเข้ามามีส่วนร่วมในการรณรงค์จัดให้มีน้ำสะอาดไว้ใช้ในครัวเรือน
- ส่งเสริมให้มีการวิจัยหารูปแบบภาชนะเก็บน้ำฝนที่ง่าย ราคาถูก และคงทนด้วย รวมทั้งถูกต้องตามหลักวิชาการ

(6) การจัดหาที่จำเป็นไว้ในหมู่บ้าน

- โดยใช้กองทุนยาเวชภัณฑ์ ซึ่งดำเนินการโดยอาสาสมัครเป็นองค์กรหลัก ซึ่งจะสามารถครอบคลุมได้ทุกหลังคาเรือน
- ส่งเสริมให้มีการใช้ยาสมุนไพรที่เหมาะสม เพราะมีราคาถูกหรือสามารถจัดหาได้โดยไม่เสียเงิน มีประสิทธิภาพและมีการยอมรับอยู่แล้วจากตัวประชาชนในชนบทเอง ตลอดจนสามารถแก้ปัญหาโรคง่าย ๆ ได้ด้วย ทั้งนี้ให้ดำเนินการดังนี้
 - คัดเลือกชนิดของสมุนไพรต่าง ๆ ที่มีคุณภาพดี ไม่มีพิษภัย
 - ดำเนินการแพร่พันธุ์ จัดหา ผลิต เป็นยาสมุนไพร
 - ส่งเสริมความรู้ด้านการใช้ยาสมุนไพรแก่ประชาชนโดยใช้อาสาสมัคร
 - พัฒนาระบบการผลิต จัดหา และกระจายยาให้ทั่วถึงในระดับท้องถิ่น โดยพัฒนาองค์กรที่รับผิดชอบด้านการผลิต และสนับสนุนให้ภาคเอกชนได้มีส่วนร่วมในการกระจายยา
 - ให้มีการจัดทำและใช้บัญชียาหลักแห่งชาติให้กว้างขวาง โดยเฉพาะในหน่วยงานของรัฐโดยทั่วไป เพื่อลดค่าใช้จ่ายต่อหน่วยและการสูญเสียให้น้อยลง อันเป็นการประหยัดและเพิ่มประสิทธิภาพของการรักษาด้วย

(7) การวางแผนครอบครัวและการอนามัยแม่และเด็ก

(7.1) การวางแผนครอบครัว

- ดำเนินการวางแผนครอบครัวให้กว้างขวางโดยใช้อาสาสมัครให้ครอบคลุมประชากรได้อย่างกว้างขวาง
 - สนับสนุนให้มีการคุมกำเนิดชนิดถาวรอย่างแพร่หลาย เช่น การผ่าตัดทำหมัน แต่สำหรับการคุมกำเนิดชนิดชั่วคราวนั้น ก็จะดำเนินการโดยให้ประชาชนมีส่วนร่วมในการรับผิดชอบเรื่องค่าใช้จ่ายด้วยตนเอง
 - ใช้มาตรการทางสังคม เช่น แก่ไขกฎหมายการทำแท้งภายใต้เหตุผลที่เหมาะสมทั้งทางสุขภาพ อนามัย และสังคม ตลอดจนการใช้ระบบการให้สิ่งจูงใจจากรัฐบาลที่เกี่ยวกับจำนวนบุตร เช่น การศึกษา การให้บริการทางสังคมต่าง ๆ

— ระดมทรัพยากรจากหน่วยงานอื่น ๆ เพื่อสนับสนุนกิจการวางแผนครอบครัว
ให้ได้ผลดียิ่งขึ้น

(7.2) การอนามัยแม่และเด็ก

— จัดระบบการเฝ้าระวังโรคเพื่อให้สามารถค้นหาเด็กและมารดาที่เป็นปัญหา
ได้ทั่วถึงโดยใช้อาสาสมัคร

— สนับสนุนให้มารดามีความรู้ด้านโภชนศึกษาและมีการปฏิบัติตนที่ถูก
สุขลักษณะ

— ให้มีการควบคุมโรคติดต่อในเด็กอย่างทั่วถึง

— ให้มีการวางแผนครอบครัวให้กว้างขวางยิ่งขึ้น

— ให้มีการสุขาภิบาลที่ถูกสุขลักษณะและจัดหาน้ำสะอาดเพื่อบริโภคแก่
มารดาและเด็ก

(8) การควบคุมโรคในท้องถิ่น

มุ่งผสมผสานงานควบคุมป้องกันโรคที่แพร่หลายชุกชุมประจำท้องถิ่นให้เป็นส่วนหนึ่ง
ของบริการสาธารณสุขทั่วไปและการสาธารณสุขมูลฐาน โดยดำเนินการดังนี้

— ฝึกอบรมเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่เกี่ยวข้อง ให้เข้าใจบทบาทหน้าที่ของตนจน
สามารถผสมผสานงานควบคุมป้องกันโรคให้เป็นส่วนหนึ่งของบริการสาธารณสุขทั่วไปได้

— ค้นคว้าหารูปแบบ วิธีการ ตลอดจนพัฒนาเทคโนโลยีที่เหมาะสมสำหรับการ
ควบคุมป้องกันโรคประจำท้องถิ่นต่าง ๆ

— จัดระบบการบริหารงานและชักจูงเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ให้พร้อมที่จะสนับสนุน
งานสาธารณสุขมูลฐาน ในเรื่องการควบคุมป้องกันโรคประจำท้องถิ่นให้ได้ดี มีประสิทธิภาพ
อยู่เสมอ

5. จุดมุ่งหมาย

การพัฒนาสาธารณสุขตามแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ระยะ 5 ปี ฉบับที่ 5
นี้ยังคงอาศัยหลักการและแนวทางบางส่วนของแผนพัฒนาสาธารณสุขฉบับที่ 4 โดยมุ่งให้ความสำคัญ
แก่การกระจายบริการสาธารณสุขไปสู่ท้องถิ่นชนบทให้มากขึ้นต่อไปอีก อย่างไรก็ตามก็ดี
กลวิธีการดำเนินงานในเรื่องนี้ นอกจากจะใช้รูปแบบของการเพิ่มหรือขยายโครงสร้างพื้นฐาน
ที่จำเป็นต่อการให้บริการทางด้านนี้แล้ว ยังพยายามที่จะทดลองหรือดัดแปลงรูปแบบดังกล่าว
ในลักษณะซึ่งจะชักนำให้ประชาชนได้เข้ามามีส่วนร่วมในการพัฒนาทางด้านนี้อย่างจริงจัง

และกว้างขวางมากขึ้นในระดับชุมชนส่วนปลาย เช่น หมู่บ้าน และตำบลต่าง ๆ นั้น ประชาชนหรือองค์กรชุมชน จะได้รับการชี้แนะให้เห็นถึงคุณประโยชน์ของการรวมกลุ่มและพึ่งพาอาศัยซึ่งกันและกันในเรื่องสุขภาพอนามัย อาทิ การร่วมกันจัดตั้งกองทุนยาประจำหมู่บ้าน การร่วมมือในการผลิตและแจกจ่ายอาหารเสริมสำหรับทารกและเด็กก่อนวัยเรียน และการร่วมลงทุนในงานพัฒนาอนามัยสิ่งแวดล้อม เป็นต้น ส่วนในระดับอำเภอ จังหวัด หรือแม้แต่ในระดับชาตินั้นก็จะจัดให้มีการพัฒนาสถาบันอย่างต่อเนื่องควบคู่ไปด้วยการลงทุนทางด้านโครงสร้างพื้นฐาน ทั้งนี้เพื่อให้ประชาชนได้เกิดความมั่นใจในภารกิจของรัฐ ซึ่งควรพร้อมเสมอที่จะให้การสนับสนุนอย่างพอเหมาะ สำหรับการแก้ไขปัญหาสุขภาพอนามัยของชุมชนและตอบสนองความต้องการบริการให้ได้อย่างทันการณ์เมื่อถึงคราวจำเป็น

วิวัฒนาการอีกขั้นหนึ่งสำหรับการพัฒนาสาธารณสุขในระยะของแผนฉบับที่ 5 ที่อาจกล่าวได้ว่ามีลักษณะจำเพาะของตนเองนั้น ก็คือ

(1) มีการคำนึงถึงจุดมุ่งหมายทางสังคมระยะยาว (20 ปี) ตามคำขวัญที่ว่า “สุขภาพดีถ้วนหน้าเมื่อสองห้าสาม” อันเป็นเรื่องของข้อผูกพันสากลที่ประเทศไทย ในฐานะสมาชิกขององค์การอนามัยโลก ได้ร่วมให้คำรับรองเอาไว้ก่อนที่จะมีการวางแผนพัฒนา ฉบับที่ 5

การคำนึงถึงจุดมุ่งหมายเช่นนี้ หมายถึง การมุ่งผลักดันให้รัฐต้องยอมรับว่า สุขภาพอนามัยนั้นเป็นสิทธิขั้นมูลฐานอันหนึ่งของประชาชนทุก ๆ คน และเป็นการสมควรอย่างยิ่งที่รัฐจะต้องเริ่มตระหนักถึงความจำเป็น ในอันที่จะต้องจัดให้มีการปรับปรุงโครงสร้างทางด้านเศรษฐกิจสังคม ตลอดจนการกำหนดรูปแบบบริการสาธารณสุขให้เกิดความเหมาะสมต่อสถานการณ์และสอดคล้องกับแนวทาง ตามครรลองแห่งจุดมุ่งหมายระยะยาวนั้น ให้ได้เสียตั้งแต่บัดนี้

(2) มีการคำนึงถึงบทบาทและหน้าที่ของประชาชนหรือองค์กรชุมชน ในลักษณะที่เกี่ยวกับการพยายามพึ่งพาตนเองให้ได้มากขึ้น ๆ เรื่อย ๆ ทั้งนี้โดยยึดหลักการว่าการพัฒนาที่ถาวรนั้นจะต้องอยู่บนพื้นฐานของการพึ่งพาตนเองเสมอ

ด้วยเหตุผลของการนำเอาหลักการข้อนี้มาเริ่มปฏิบัติอย่างจริงจังในแผนพัฒนาสาธารณสุขฉบับที่ 5 จึงทำให้แผนงานต่าง ๆ ต้องเปลี่ยนแนวทาง หรือวิธีการในการดำเนินงานกันเป็นอย่างมาก เริ่มต้นด้วยการยอมรับในความสำคัญของการสาธารณสุขมูลฐาน และต่อจากนั้นก็เป็นการนำเอาวิถีทางอันควรเป็นหลักปฏิบัติเข้ามาร่วมพิจารณา อาทิ การเปลี่ยนหรือดัดแปลงเทคโนโลยีเพื่อประยุกต์ใช้ให้เหมาะสมกับปัญหาและสภาพทางเศรษฐกิจสังคมของท้องถิ่น การพยายามลดอัตราการพึ่งพาต่างประเทศและหันมาสนใจในศักยภาพของตนเองมากขึ้น และการให้ความสำคัญแก่กลวิธีสนับสนุน ซึ่งให้ผลทางอ้อมต่อแผนงานต่าง ๆ มากยิ่งกว่ากลวิธีการให้

บริการแก่ประชาชน ซึ่งจะนำไปสู่ผลสำเร็จตามเป้าหมายได้โดยตรง แต่มักจะสิ้นเปลืองมาก และไม่ถาวร

(3) มีการกำหนดเขตพื้นที่เป้าหมายพิเศษ และกลุ่มอายุของประชากรผู้มีปัญหา หรือ มีอัตราการเสี่ยงต่อโรคสูงกว่ากลุ่มอื่น ๆ ทั้งนี้โดยอาศัยข้อเท็จจริงตามสภาพที่สังคมกำลังเผชิญอยู่ และพยายามทุ่มเททรัพยากรไปดูแล ช่วยเหลือกลุ่มประชากรในเขตพื้นที่และกลุ่มอายุต่าง ๆ เหล่านั้นอย่างรีบด่วนก่อน อาทิ เขตพื้นที่ยากจนหนาแน่น เขตพื้นที่ชายแดนและแหล่งพำนัก ของชนบางกลุ่ม ส่วนกลุ่มอายุต่าง ๆ นั้น ก็ได้แก่ กลุ่มทารกและเด็กก่อนวัยเรียน หญิงมีครรภ์ และหญิงให้นมลูก เป็นต้น

นอกจากนั้น ลักษณะโดยทั่วไปของแผนพัฒนาสาธารณสุขระยะ 5 ปี ฉบับที่ 5 นี้ ยังแสดงแนวโน้มที่จะมุ่งไปสู่การดำเนินงานแบบประสานระหว่างสาขามากขึ้น โดยทุกฝ่ายที่มีส่วน เกี่ยวข้อง ต่างเริ่มยอมรับในความสัมพันธ์ของการพัฒนาแต่ละด้านที่มีอาจแยกกันดำเนินการ โดยลำพังอย่างได้ผลต่อไปได้ ในทางกลับกันนั้น ทุกฝ่ายจะต้องร่วมกันพิจารณาปัญหา จุดมุ่งหมาย กลวิธีในการแก้ไข และแนวทางการใช้ทรัพยากรที่มีอยู่อย่างจำกัด ให้เกิดประโยชน์สูงสุดแก่ สังคม

6. วิธีการจัดทำแผนพัฒนาการสาธารณสุข ระยะ 5 ปี ฉบับที่ 5

เพื่อให้การจัดทำแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 5 เป็นไปตามหลักการ ที่ได้รับอนุมัติจากคณะรัฐมนตรี มีความสอดคล้องกันในทุกสาขา และให้แล้วเสร็จตามกำหนดเวลา ที่ต้องประกาศใช้แผนพัฒนาฯ คณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติจึงได้ แต่งตั้งคณะอนุกรรมการกำกับการจัดทำแผนพัฒนาฯ ฉบับที่ 5 ขึ้น เมื่อวันที่ 13 กุมภาพันธ์ 2523 โดย นายสุนทร หงส์ลดารมภ์ เป็นประธานคณะกรรมการ เลขธิการคณะกรรมการ พัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติเป็นอนุกรรมการและเลขานุการ

ต่อมาเมื่อวันที่ 28 มีนาคม 2523 คณะอนุกรรมการกำกับการจัดทำแผนพัฒนาฯ ฉบับที่ 5 ได้จัดตั้งคณะอนุกรรมการวางแผนในด้านต่าง ๆ รวมทั้งสิ้น 25 คณะ เพื่อให้ทำหน้าที่ ช่วยคณะอนุกรรมการกำกับฯ ในการจัดทำแผนเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 5 ดังกล่าว

ทางด้านสังคมนั้นได้จัดตั้งคณะอนุกรรมการวางแผนสังคมส่วนรวม โดยมีนายแพทย์ เสม พริ้มพวงแก้ว เป็นประธานคณะอนุกรรมการ ทำหน้าที่จัดทำแผนสังคมส่วนรวม และกำกับการจัดทำแผนของอนุกรรมการในสาขาต่าง ๆ ด้านสังคม รวมทั้งคณะอนุกรรมการวางแผน พัฒนาการสาธารณสุข โดยมี นายแพทย์อมร นนทสูต เป็นประธานคณะอนุกรรมการ รับผิดชอบ

ดำเนินการวางแผนพัฒนาการสาธารณสุข เพื่อบรรจุไว้ในแผนพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 5

เพื่อให้การวางแผนพัฒนาการสาธารณสุขตามแผนพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 5 เป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น ปรระธานคณะกรรมการวางแผนพัฒนาการสาธารณสุข ฉบับที่ 5 จึงได้แต่งตั้งคณะบุคคลที่มีประสบการณ์ในสาขาวิชาชีพ และมีภาระหน้าที่ที่เกี่ยวข้องเข้าร่วมเป็นคณะทำงานของแผนงานชุดต่าง ๆ ขึ้น รวม 18 แผนงานด้วยกัน และคณะทำงานทั้ง 18 แผนงานนี้ได้ทำการยกร่างวัตถุประสงค์ของแต่ละแผนงานขึ้นตามแนวนโยบายการพัฒนาการสาธารณสุขในแผนพัฒนาการสาธารณสุข ฉบับที่ 5 ที่คณะกรรมการวางแผนพัฒนาการสาธารณสุขได้กำหนดขึ้น และเพื่อให้ทุกแผนงานมีวัตถุประสงค์ที่สอดคล้องเหมาะสมและมีความเป็นไปได้มากยิ่งขึ้น คณะกรรมการวางแผนพัฒนาการสาธารณสุขจึงได้มีการสัมมนาร่วมกันกับคณะทำงานของแผนงานชุดต่าง ๆ พร้อมกับได้อภิปรายหาข้อยุติของกลวิธีดำเนินงานของแต่ละแผนงานด้วย

หลังจากที่คณะทำงานได้มีข้อยุติของกลวิธีดำเนินงานของแต่ละแผนงานแล้ว คณะทำงานก็ได้มีการจัดทำกิจกรรมของแต่ละแผนงานพร้อมกับมีการกำหนดเป้าหมายการดำเนินงาน ทั้งนี้ได้มีการพิจารณาถึงความสอดคล้องกับเป้าหมายการพัฒนาสาธารณสุขระยะยาว (20 ปี) ที่กำหนดให้ “สุขภาพดีถ้วนหน้าเมื่อ 2543” นั้นด้วยพร้อม ๆ กับการพิจารณาข้อกำหนดทรัพยากรที่ต้องการในช่วง 5 ปีด้วย

หลังจากที่คณะกรรมการวางแผนพัฒนาการสาธารณสุขได้มีการพิจารณาถึงความเป็นไปได้ของกลวิธี เป้าหมาย และทรัพยากรที่ต้องการแล้ว ก็ได้มีการมอบหมายให้คณะทำงานในแต่ละแผนงานเขียนแผนงานขึ้น ตามเค้าโครงที่คณะกรรมการกำหนดขึ้น

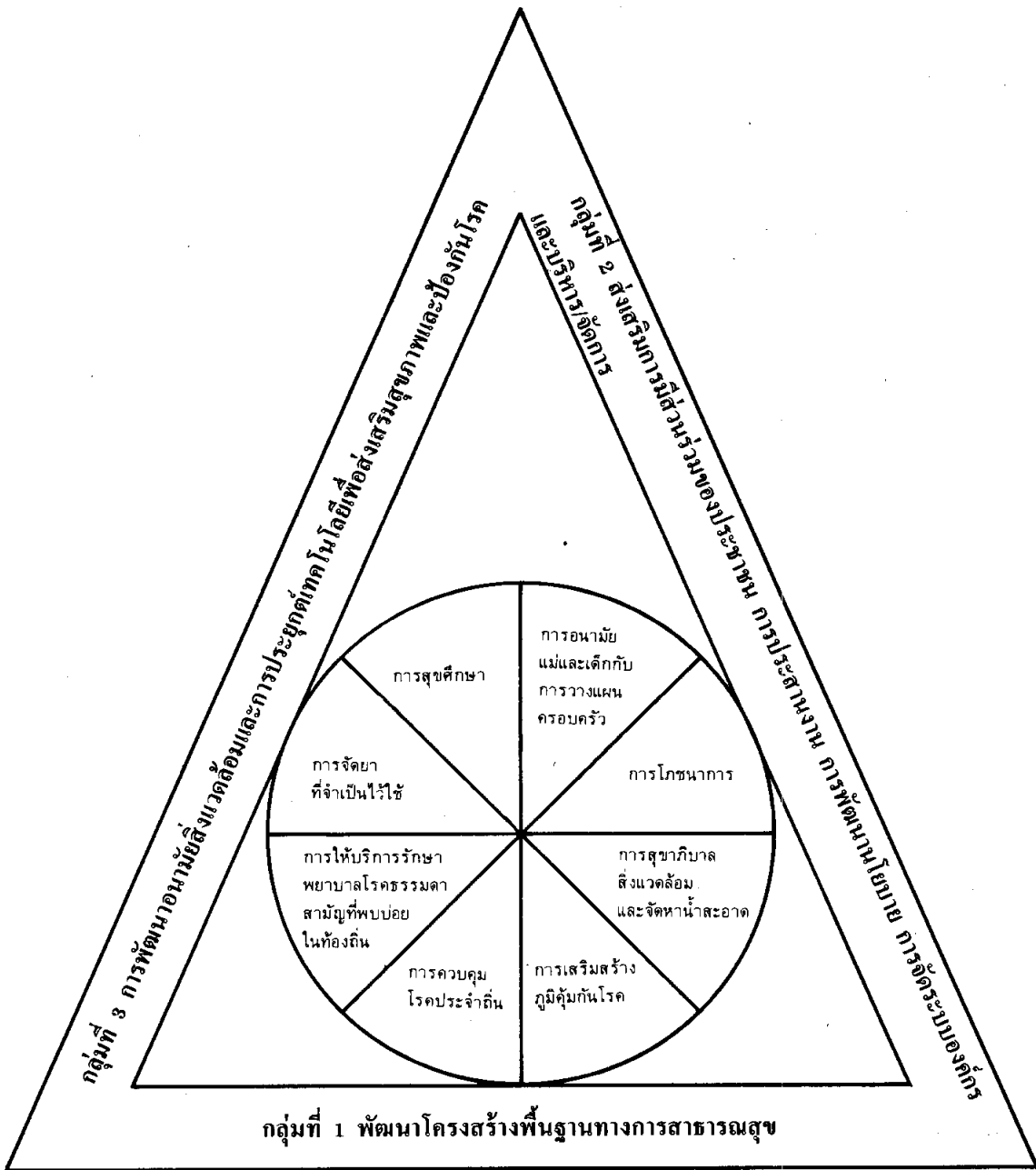
7. องค์ประกอบและสาระสำคัญของแผน

7.1 องค์ประกอบของแผนพัฒนาการสาธารณสุข ฉบับที่ 5 (พ.ศ. 2525–2529)

7.2 สาระสำคัญของแผนงานตามองค์ประกอบของแผนพัฒนาฯ

7.2.1 สาระสำคัญของแผนงานในกลุ่มพัฒนาโครงสร้างพื้นฐานทางการสาธารณสุข

- (1) จัดตั้งโรงพยาบาลชุมชนในระดับอำเภอให้ครบทุกอำเภอ
- (2) จัดตั้งสถานีอนามัยในระดับตำบลให้ครบทุกตำบล



แนวความคิดเกี่ยวกับองค์ประกอบของแผนพัฒนาการสาธารณสุข ฉบับที่ 5

(3) คัดเลือกและฝึกอบรมอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านและผู้สื่อข่าวสาธารณสุขให้ได้ครบทุกหมู่บ้าน

(4) สร้างหรือปรับปรุงสถานบริการสาธารณสุขชุมชนในเขตพื้นที่พิเศษ เช่น ชุมชนชาวไทยภูเขา ชุมชนชายแดนไทย-ลาว ไทย-กัมพูชา

(5) ปรับปรุงระบบการนำส่งผู้ป่วยเพื่อรักษาต่อให้มีประสิทธิภาพ โดยยึดเอาสถานบริการระดับอำเภอเป็นหลักสำหรับพื้นที่ส่วนภูมิภาคชั้นนอก และใช้ระบบสื่อสารทางวิทยุเข้าช่วยด้วย

(6) ผลิตและพัฒนากำลังคนด้านสาธารณสุขให้ได้ปริมาณและคุณภาพเพียงพอเหมาะสมแก่ความต้องการในระดับอำเภอลงไป

(7) ผลิตยาที่จำเป็นต้องใช้จากวัตถุดิบหรือวัตถุดิบสำเร็จรูปขึ้นเองภายในประเทศ และปรับปรุงการจัดการเกี่ยวกับการกระจายยาให้ถึงมือผู้จำเป็นต้องใช้ให้ได้ทั่วถึงและทันการณ์

7.2.2 สาระสำคัญของแผนงานในกลุ่มส่งเสริมการมีส่วนร่วมของประชาชน การประสานงาน การพัฒนาโยบาย การจัดระบบ-องค์กร และการบริหาร/จัดการ

(1) พัฒนานโยบาย องค์กร และกลไกการบริหารงานสาธารณสุขระดับอำเภอให้สามารถสนับสนุนการสาธารณสุขมูลฐานได้

(2) ส่งเสริมการจัดตั้งองค์กรที่เกี่ยวข้องกับการสาธารณสุขมูลฐาน อาทิ กองทุนเวชภัณฑ์ประจำหมู่บ้าน กพม. ฯลฯ

(3) จัดระบบงบประมาณให้เข้าสู่แนวทางที่จะเห็นผลสำเร็จของงานตามนโยบายและวัตถุประสงค์ที่พึงกำหนดขึ้นให้ได้

(4) ริเริ่มหรือขยายงานคุ้มครองผู้บริโภค ป้องกันและบำบัดรักษาการติดยา และสารเสพติด

(5) จัดตั้งหรือปรับปรุงกลไกการประสานงานเพื่อสนับสนุนการสาธารณสุขมูลฐาน โดยมุ่งเน้นหนักในเรื่องการประสานงานระหว่างสาขาและการขยายขอบข่ายการเข้ามามีส่วนร่วมของประชาชน

(6) เพิ่มประสิทธิภาพของการบริหาร/จัดการ โดยการฝึกอบรม เปลี่ยนแปลงระบบ-วิธีการและการวิจัยบริการสาธารณสุข

7.2.3 สาระสำคัญของแผนงานในกลุ่มพัฒนานาอนามัยสิ่งแวดล้อมและการประยุกต์เทคโนโลยีเพื่อส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค

(1) งานสุขศึกษา

(1.1) ขยายการคัดเลือกและฝึกอบรม อสม. และ ผสส. ทุกตำบลและทุกหมู่บ้านทั่วประเทศ รวมทั้งการคัดเลือกและฝึกอบรมผู้ช่วย ผสส. เพื่อทำหน้าที่ให้การสุขศึกษาทุกหลังคาเรือน

(1.2) ให้ความรู้เกี่ยวกับงานสาธารณสุข อันได้แก่

- รายบุคคล เช่น แก่ผู้ป่วย
- เป็นกลุ่ม เช่น ในโรงเรียน
- สื่อมวลชน เช่น วิทยุ โทรทัศน์

(1.3) บรรจุวิชาสุขศึกษาไว้ในโรงเรียนทุกระดับ

(2) งานรักษาพยาบาลขั้นพื้นฐาน

(2.1) เพิ่มประสิทธิภาพของระบบส่งต่อผู้ป่วย (Referral System)

(2.2) ฝึกอบรมพระภิกษุ ผู้นำท้องถิ่น และครู ด้านการดูแลสุขภาพอนามัยและความรู้เรื่องการรักษาพยาบาลขั้นต้น รวมทั้งการส่งมอบผู้ป่วย

(2.3) จัดทำโครงการและหลักเกณฑ์เกี่ยวกับการให้การสงเคราะห์ผู้ป่วยที่มีรายได้น้อยด้านการรักษาพยาบาล

(2.4) พัฒนาหลักสูตรการฝึกอบรมเจ้าหน้าที่ทางการแพทย์และสาธารณสุข โดยเน้นพนักงานสาธารณสุขในชนบท

(2.5) จัดหาและใช้วัสดุครุภัณฑ์และเวชภัณฑ์ทางการแพทย์ที่มีอยู่ในท้องถิ่น เช่น สมุนไพร

(2.6) ให้การสนับสนุนวัสดุ ครุภัณฑ์ เวชภัณฑ์ ที่ผลิตได้ภายในประเทศ เช่น น้ำเกลือ ยาฉีดบางชนิด

(2.7) พัฒนาระบบวิทยุให้มีประสิทธิภาพในงานรักษาพยาบาลมากยิ่งขึ้น

(3) งานจัดหายาที่จำเป็นต่อสุขภาพ

(3.1) จัดตั้งกองทุนเวชภัณฑ์ทุกหมู่บ้าน โดย ผสส. และ อสม.

(3.2) สนับสนุนการผลิตและจัดหาและเวชภัณฑ์ในระดับจังหวัดและอำเภอ

(3.3) ส่งเสริมการปลูกพืชประเภทสมุนไพรและการใช้ประโยชน์ทางด้านการรักษาพยาบาล

(3.4) จัดตั้งและพัฒนาโรงงานผลิตยาขึ้นเองในประเทศ

- (3.5) ประชาสัมพันธ์และฝึกอบรมแก่อาสาสมัครสาธารณสุขประเภทต่าง ๆ ในวิธีการใช้ยา รวมทั้งประโยชน์และโทษของยาชนิดต่าง ๆ
- (4) งานอาหารและโภชนาการ
- (4.1) ดำเนินการให้อาหารเสริมแก่เด็กที่ขาดอาหาร
- (4.2) รณรงค์เรื่องการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่
- (4.3) เร่งการผลิตอาหารที่มีคุณค่าทางโภชนาการในหมู่บ้าน
- (4.4) กำหนดให้ อสม. ผสส. และอาสาสมัครอื่น ๆ รวมทั้งพระภิกษุและผู้นำชุมชนช่วยในการให้โภชนศึกษาแก่ประชาชน รวมทั้งการค้นหาเด็กที่มีสภาวะทุพโภชนาการ
- (5) งานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค
- (5.1) กำหนดให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขเพิ่มการให้ภูมิคุ้มกันโรคประเภทต่าง ๆ จนสามารถป้องกันการระบาดของโรคได้
- (5.2) เร่งการผลิตวัคซีนให้มากยิ่งขึ้น
- (5.3) ประชาสัมพันธ์ให้ประชาชนเข้าใจในเรื่องการให้ภูมิคุ้มกันโรค
- (6) งานสุขภาพบาลิสังแวดล้อมและการจัดหาน้ำสะอาดเพื่อบริโภค
- (6.1) ฝึกอบรม ผสส. อสม. ครู พระภิกษุ ผู้นำท้องถิ่น และช่างสุขภาพในงานสุขภาพบาลิสังแวดล้อมและการจัดหาน้ำสะอาดเพื่อบริโภค
- (6.2) ประสานงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องและเอกชนในด้านการให้การสนับสนุน เช่น ทรัพยากร เทคนิควิชาการ และการบริหาร/จัดการ
- (6.3) สนับสนุนการใช้ประโยชน์จากเทคโนโลยีที่เหมาะสม (Appropriate Technology) เช่น Biogas ถึงเก็บน้ำฝนอย่างง่าย ๆ
- (7) งานอนามัยแม่และเด็กและการวางแผนครอบครัว
- (7.1) กำหนดให้เจ้าหน้าที่เพิ่มการให้บริการ เช่น การดูแลก่อนคลอด การจัดคลินิกเด็กดี การเยี่ยมแม่และเด็กหลังคลอด การจ่ายยาคุม การทำหมัน การตรวจและใส่ห่วงให้สามารถและครอบคลุมประชากรมากยิ่งขึ้น
- (7.2) สนับสนุนด้านการผลิตและจัดหาและเวชภัณฑ์ที่จำเป็นต้องใช้ในการวางแผนครอบครัว
- (7.3) ฝึกอบรม ผสส. อสม. ครู พระภิกษุ และผู้นำท้องถิ่น ให้มีความรู้และความสามารถช่วยในงานอนามัยแม่และเด็ก และวางแผนครอบครัว

(8) งานควบคุมโรคประจำถิ่น

(8.1) เพิ่มการให้บริการการควบคุมโรคประจำถิ่นซึ่งได้แก่

ก. โรคติดต่อ เช่น วัณโรค กามโรค โรคเรื้อน มาลาเรีย และโรค
นำโดยแมลง

ข. โรคที่ไม่ใช่โรคติดต่อ เช่น โรคช่องปากและฟัน โรคคอกอก
โรคจิต-ประสาท

(8.2) ฝึกอบรมทางด้านวิชาการเกี่ยวกับโรคประจำถิ่น รวมทั้งวิธีป้องกัน
และควบคุมแก่ อสม. ผสส. ครู ผู้นำชุมชน

(8.3) สนับสนุนให้เจ้าหน้าที่ที่มีการศึกษา ค้นคว้า วิจัย เกี่ยวกับการค้นหา
ผู้ป่วย การบำบัดรักษา การติดตาม และเฝ้าระวังโรค

**8. รายชื่อแผนงาน (Programme) และโครงการ (Sub-Programme) ในแผนพัฒนา
การสาธารณสุข ฉบับที่ 5**

กลุ่มที่ 1) แผนงาน/โครงการในกลุ่มพัฒนาโครงสร้างพื้นฐานทางการสาธารณสุขเพื่อเพิ่มขีด
ความสามารถในการครอบคลุมประชากรและสนับสนุนการสาธารณสุขมูลฐาน

1. แผนงานจัดบริการสาธารณสุข

- 1.1 โครงการจัดบริการสาธารณสุขส่วนภูมิภาค
- 1.2 โครงการจัดบริการสาธารณสุขในเขตเมือง
- 1.3 โครงการจัดบริการสาธารณสุขเพื่อความมั่นคง
- 1.4 โครงการสงเคราะห์ผู้มีรายได้น้อยในด้านการรักษาพยาบาล

2. แผนงานผลิต พัฒนาเจ้าหน้าที่ และวิชาการ

3. แผนงานสุขภาพจิต

4. แผนงานพัฒนาบริการชั้นสูงสาธารณสุข

- 4.1 โครงการจัดบริการชั้นสูงสาธารณสุขภูมิภาค
- 4.2 โครงการปรับปรุงคุณภาพการชั้นสูงสาธารณสุข

5. แผนงานพัฒนาแห่งชาติ

- 5.1 โครงการผลิตยา
- 5.2 โครงการจัดหาและกระจายยา
- 5.3 โครงการวิจัยยาและสมุนไพร

6. แผนงานวิศวกรรมทางการแพทย์และสาธารณสุข

กลุ่มที่ 2) แผนงาน/โครงการในกลุ่มส่งเสริมการมีส่วนร่วมของประชาชน การประสานงาน การพัฒนานโยบาย การจัดระบบ—องค์กร และการบริหาร/จัดการ

7. แผนงานสาธารณสุขมูลฐาน

8. แผนงานพัฒนาโยบายและแผน

8.1 โครงการพัฒนาโยบาย การวางแผน และการจัดการ

8.2 โครงการจัดระบบข้อมูลข่าวสารสาธารณสุข

9. แผนงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านอาหาร ยา เครื่องสำอาง และวัตถุมีพิษ

9.1 โครงการควบคุมยา

9.2 โครงการควบคุมอาหาร

9.3 โครงการควบคุมเครื่องสำอาง

9.4 โครงการควบคุมวัตถุมีพิษ

10. แผนงานป้องกันและปราบปรามการติดยาและสารเสพติด

10.1 โครงการป้องกันและบำบัดรักษาการติดยาและสารเสพติด

กลุ่มที่ 3) แผนงาน/โครงการในกลุ่มพัฒนาอนามัยสิ่งแวดล้อมและการประยุกต์เทคโนโลยี เพื่อส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค

11. แผนงานควบคุมไข้มาลาเรียและโรคที่นำโดยแมลง

11.1 โครงการควบคุมไข้มาลาเรีย

11.2 โครงการควบคุมโรคไขเลือดออกและไขสมองอักเสบ

11.3 โครงการควบคุมโรคเท้าช้าง

11.4 โครงการวิจัยกัญวิทยาทางการแพทย์

12. แผนงานควบคุมโรคติดต่อ

13. แผนงานโภชนาการ

14. แผนงานอนามัยครอบครัว

14.1 โครงการวางแผนครอบครัว

14.2 โครงการอนามัยแม่และเด็ก

15. แผนงานทันตสาธารณสุข

16. แผนงานสุขศึกษาและการเผยแพร่ประชาสัมพันธ์

16.1 โครงการสุขศึกษาส่วนปฏิบัติ

16.2 โครงการสุขศึกษาส่วนสนับสนุน

17. แผนงานอนามัยสิ่งแวดล้อม
 - 17.1 โครงการจัดหาน้ำสะอาดในชนบท
 - 17.2 โครงการสุขภาพสิ่งแวดล้อม
 - 17.3 โครงการสุขภาพอาหาร
 - 17.4 โครงการกำจัดของเสียในชุมชน และในโรงพยาบาล
 - 17.5 โครงการควบคุมมลภาวะสิ่งแวดล้อม
18. แผนงานอาชีพอนามัย

9. แนวทางปฏิบัติตามแผน

9.1 การจัดทำแผนงานประจำปีและโครงการโดยละเอียด

หน่วยงานหรือองค์กรต่าง ๆ ที่มีส่วนรับผิดชอบโดยตรงต่อการปฏิบัติตามแผนจะเป็นฝ่ายรับภาระหน้าที่ในการจัดทำแผนงานประจำปีและงบประมาณ ซึ่งย่อมหมายถึงการตรวจสอบหรือค้นคว้าหาข้อมูลเพิ่มเติม ตลอดจนกำหนดกิจกรรม ขั้นตอนการปฏิบัติงาน และงบประมาณที่จำเป็นต้องใช้ในแต่ละช่วงเวลา 1 ปี ทั้งนี้โดยอาศัยแผนพัฒนาระยะ 5 ปี ที่ได้จัดทำไว้แล้วเป็นหลักสำหรับอ้างอิงหรือยึดถือเป็นแนวทางในการปฏิบัติงานแต่ละปี อย่างไรก็ตาม การจัดทำแผนงานประจำปีถือได้ว่าเป็นมีความสำคัญต่อการปฏิบัติงานตามแผนเป็นอย่างมาก เพราะเป็นการปรับแผนพัฒนาให้สอดคล้องกับสภาพข้อเท็จจริงทางการบริหารและการเงินในแต่ละปีและเป็นการเปิดทางให้นโยบายของรัฐซึ่งอาจเปลี่ยนแปลงไปตามเงื่อนไขทางการเมืองได้สะท้อนไปสู่การปฏิบัติงานและการจัดทำงบประมาณประจำปีได้มากขึ้นด้วย

สำหรับแผนงานที่ได้รับการบรรจุไว้ในแผนพัฒนาฯ บางแผนงานนั้น อาจจะมีควมยากลำบากในการนำมาจัดทำเป็นแผนงานประจำปีให้สมบูรณ์ได้ เพราะเหตุผลหลายประการด้วยกัน เช่น สารสำคัญบางอย่างที่ระบุไว้ในแผนยังไม่มีชัดเจนเพียงพอ หรือการปฏิบัติตามกลวิธีที่ระบุไว้ในแผนนั้น ๆ มีข้อจำกัดทางด้านทรัพยากรหรืออื่น ๆ มากขึ้นจนไม่อาจปฏิบัติให้บรรลุผลตามที่กำหนดไว้ได้ ในกรณีเช่นนี้ จำเป็นที่จะต้องจัดให้มีการวางโครงการโดยละเอียดขึ้นก่อน แล้วจึงนำเอาโครงการที่พึงจัดทำขึ้นนั้นไปใช้เป็นแผนงานประจำปีต่อไป การจัดทำโครงการโดยละเอียดนี้อาศัยการทบทวนข้อมูล อุปสรรค ปัญหา และการปรับปรุงเปลี่ยนแปลงหรือเพิ่มเติมรายละเอียดเกี่ยวกับเป้าหมาย กลวิธีดำเนินงาน ทรัพยากรที่ต้องใช้และรูปแบบ/วิธีการในการบริหาร

9.2 ความสัมพันธ์ของแผนงานประจำปีและแผนจังหวัด

ในการจัดทำแผนงานประจำปีนั้น นอกจากจะต้องยึดถือแนวทางตามที่กำหนดในแผนฯ พัฒนาและนโยบายรัฐบาลแล้ว ยังจะต้องนำข้อมูลความต้องการของจังหวัดและแผนพัฒนาจังหวัดมาประกอบการพิจารณาด้วย เพื่อให้กระบวนการจัดทำแผนงานและงบประมาณเป็นทั้งการดำเนินการจากยอดมาสู่ฐานและจากฐานไปสู่ยอดด้วย ซึ่งจะทำให้มีความเชื่อมโยงและประสานกัน จนในที่สุดแผนงานประจำปีของส่วนราชการก็จะได้มีโอกาสจัดทำในลักษณะที่สนองความต้องการในการพัฒนาและการแก้ไขปัญหาต่าง ๆ ของจังหวัดได้เพิ่มมากขึ้นด้วย

ในช่วงแผนพัฒนาฯ ฉบับที่ 5 นี้ การให้จังหวัดมีส่วนร่วมในการจัดทำแผนงานและงบประมาณประจำปีจะค่อย ๆ ทวีความสำคัญมากยิ่งขึ้นเรื่อย ๆ เพราะรัฐบาลมีนโยบายที่จะกระจายอำนาจให้จังหวัดมีส่วนร่วมในการจัดทำแผนงานประจำปี รวมทั้งการตั้งและการบริหารงบประมาณ แต่การดำเนินการของจังหวัดจะสัมฤทธิ์ผลได้นั้น เจ้าหน้าที่ของส่วนราชการที่ประจำอยู่ที่จังหวัดจะต้องมีความรู้ความเข้าใจในการจัดทำแผนและงบประมาณดีพอสมควรนั้น จึงมีความจำเป็นที่จะต้องพัฒนาเจ้าหน้าที่ในระดับจังหวัดให้มีความรู้ความสามารถเพียงพอในการปฏิบัติงานตามแนวทางดังกล่าวด้วย

9.3 ความสัมพันธ์ของแผนพัฒนาการสาธารณสุขและงบประมาณประจำปี

เริ่มตั้งแต่การจัดทำงบประมาณปี 2525 ซึ่งเป็นปีแรกของแผนพัฒนาฯ ฉบับที่ 5 เป็นต้นไป ระบบงบประมาณจะเปลี่ยนโฉมหน้าไปสู่ระบบแบบแผนงาน โดยให้มีการประสานแผนการใช้จ่ายเงินประจำปีกับแผนพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ และเน้นหนักในการควบคุมผลสำเร็จของการดำเนินงานมากกว่าการมุ่งควบคุมรายละเอียดของการใช้จ่ายเงิน

การจัดทำค่าของงบประมาณประจำปีจึงต้องดำเนินไปในลักษณะที่สัมพันธ์กับแผนพัฒนาการสาธารณสุขและแผนงานประจำปีด้วย โดยจะต้องแสดงส่วนประกอบของแผนงานโครงการกิจกรรมและเป้าหมายในการปฏิบัติงานอย่างชัดเจน และเพื่อสนับสนุนให้การจัดทำงบประมาณตามระบบดังกล่าวได้ผลดียิ่งขึ้น ควรจะได้มีการพิจารณาจัดกิจกรรมให้เหมาะสมและสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของงาน—โครงการ รวมทั้งการค้นคว้าหาข้อมูลที่ถูกต้อง ในเรื่องค่าใช้จ่ายต่อหน่วยสำหรับการดำเนินงานตามกิจกรรมต่าง ๆ ด้วย นอกจากนี้ การประเมินผลการดำเนินงานตามแผนพัฒนาการสาธารณสุขเป็นระยะ ๆ ก็จะมีส่วนช่วยอย่างมากในการจัดทำงบประมาณอย่างมีประสิทธิภาพและช่วยให้ได้ข้อมูลสำหรับใช้ในการแก้ไขปัญหาและอุปสรรคเพื่อให้บรรลุนโยบายวัตถุประสงค์และเป้าหมายที่กำหนดไว้ในแผนพัฒนาฯ

อนึ่ง แผนงานงาน—โครงการและเป้าหมายตามที่กำหนดไว้ในแผนพัฒนาการ
สาธารณสุขและแผนงานประจำปี อาจเกินกำลังงบประมาณที่จะสนับสนุนได้ ในกรณีเช่นนี้
ผู้บริหารงานระดับสูงทางด้านสาธารณสุขจึงจำเป็นต้องทำการวินิจฉัยสั่งการในด้านการจัดลำดับ
ความสำคัญของแผนงาน งาน—โครงการ รวมทั้งเป้าหมายต่าง ๆ ในกระบวนการจัดทำบ-
ประมาณประจำปีด้วย เพื่อให้การจัดทำงบประมาณประจำปีอยู่ในวงเงินที่กำหนด และในขณะ
เดียวกันก็สอดคล้องกับแผนพัฒนาการสาธารณสุขและแผนงานประจำปี การดำเนินการเช่นนี้
จะเป็นไปด้วยดี เมื่อหน่วยงานวางแผนระดับกระทรวงได้รับการสนับสนุนให้มีอำนาจหน้าที่
โดยแท้จริง ในการกลั่นกรองแผนงานและงบประมาณประจำปี เพื่อช่วยให้การวินิจฉัยสั่งการ
ด้านแผนงานและงบประมาณประจำปีของผู้บริหารระดับสูงเป็นไปโดยมีประสิทธิภาพและ
ประสิทธิผล นอกจากนี้ หน่วยงานวางแผนระดับกระทรวงดังกล่าวก็จะได้มีบทบาทอย่างสำคัญ
ในกระบวนการจัดทำงบประมาณประจำปีร่วมกับสำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจ
และสำนักงบประมาณ ซึ่งจะเป็นผลให้การจัดทำงบประมาณประจำปีมีความสอดคล้องกับแผน
ที่วางไว้สมดังวัตถุประสงค์ของรัฐบาลในการนำระบบงบประมาณแบบแผนงานมาใช้

9.4 การควบคุมกำกับและการประเมินผล

แนวทางการวางแผนพัฒนาประเทศ ฉบับที่ 5 ได้เน้นถึงเรื่องการแก้ปัญหาความ
ยากจนในชนบท รัฐบาลมีนโยบายที่จะกระจายอำนาจไปสู่ท้องถิ่นให้มากขึ้น ในปี 2525 มีแนวโน้ม
ที่จะให้จังหวัดจัดทำแผนงาน/โครงการของงบประมาณโดยตนเอง เพื่อให้แผนของจังหวัดสอดคล้อง
กับนโยบาย แผนงาน โครงการพัฒนาของประเทศ ซึ่งรับผิดชอบโดยกระทรวง ทบวง กรมต่าง ๆ
ในส่วนกลาง และเพื่อปฏิบัติการให้เป็นไปตามนโยบายของรัฐบาลที่จะเร่งรัดพัฒนาชนบท และ
เพื่อแก้ไขปัญหาสุขภาพอนามัยของชนในชาติในช่วงแผนพัฒนาการสาธารณสุข ฉบับที่ 5 จึงได้
กำหนดแนวนโยบาย องค์กรประกอบ และสาระสำคัญของแผนพัฒนาการสาธารณสุข โดย

9.4.1 ยึดนโยบายพัฒนาชนบทแนวใหม่เป็นหลักในการกำหนดเป้าหมายและแผนงาน/
โครงการพัฒนาการสาธารณสุข ให้สอดคล้องกับแผนงานพัฒนาชนบทยากจน

นโยบายพัฒนาชนบทแนวใหม่ มีหลักการ

(1) ยึดพื้นที่เป็นหลัก โดยให้ความสำคัญแก่พื้นที่ยากจนหนาแน่นก่อนพื้นที่
ชนบทยากจน ที่ได้รับการกำหนดในลำดับแรก ได้แก่ จังหวัดต่าง ๆ 37 จังหวัด (216 อำเภอ 30
กิ่งอำเภอ เป็นจังหวัดในเขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือ 16 จังหวัด ภาคเหนือ 16 จังหวัดและภาคใต้
5 จังหวัด)

(2) พัฒนาระบบประปาชุมชนให้พออยู่พอกิน และมีบริการพื้นฐานขั้นต่ำอย่างทั่วถึงในเขตชนบทที่มีความยากจนหนาแน่น

(3) เน้นการปรับปรุงเพื่อให้ประชาชนช่วยเหลือตัวเองได้มากขึ้นตามลำดับ

(4) แก้ปัญหาที่ประชาชนยากจนเผชิญอยู่จริงให้ทั่วถึงพื้นที่ชนบทยากจน โดยเน้นเทคนิคที่ประชาชนทำได้เองและมีการลงทุนต่ำ

(5) ให้ประชาชนมีส่วนร่วมแก้ไขปัญหาของตัวเองให้มากที่สุด

แผนงานการพัฒนาชนบทยากจนมี 3 แผนงานใหญ่

แผนงาน 1 เป็นแผนงานเฉพาะหน้าซึ่งดำเนินการต่อเนื่องมาจากปีก่อน ๆ ได้แก่ โครงการสร้างงานในชนบท ทั้งนี้โดยควรให้ความสำคัญแก่พื้นที่ชนบทเป้าหมายให้เพิ่มขึ้น

แผนงาน 2 เป็นแผนงานปรับปรุงฐานความเป็นอยู่ของชาวชนบทยากจนให้หลุดพ้นจากปัญหาสำคัญที่เกี่ยวข้องกับความยากจน เช่น ความขาดแคลน ความหิวโหย โรคภัยไข้เจ็บ และการขาดแคลนความรู้ ทั้งนี้โดยแยกออกเป็น 3 แผนงานย่อย คือ

- การพัฒนาให้พออยู่ พอกิน
- การเพิ่มความสามารถชุมชนชนบทยากจน
- การปรับปรุงคุณภาพชีวิต

โครงการต่าง ๆ ในแผนงานที่ 2 นี้ มีลักษณะเป็นโครงการใหม่ หรือการขยายงานเดิมซึ่งทำอยู่เพียงเล็กน้อยให้กว้างขวางทั่วถึงพื้นที่ชนบทยากจนในระยะของแผนพัฒนาฯ ฉบับที่ 5

แผนงาน 3 เป็นแผนงานเพิ่มเสริมสร้างเทคนิคที่เหมาะสมในการแก้ปัญหาการผลิตในเขตชนบทยากจน ลักษณะสำคัญของแผนงานนี้ ส่วนใหญ่จะเป็นการวิจัยอบรมเจ้าหน้าที่และกระจายความรู้ให้แก่ประชาชนให้กว้างขวางขึ้น และจะมุ่งปรับปรุงทรัพยากรชนบทให้อุดมสมบูรณ์ เพื่อเป็นรากฐานของการพัฒนาชนบทยากจนในอนาคตต่อไป

9.4.2 ยึดแนวทางจัดทำเป้าหมายขององค์ประกอบ (บริการ) ต่าง ๆ ในงานสาธารณสุขมูลฐานของจังหวัด โดยพิจารณาจากมาตรฐานความต้องการขั้นต่ำทางด้านสาธารณสุข ดังนี้

- (1) มีน้ำสะอาดดื่มอย่างน้อยคนละ 2 ลิตรต่อวัน
- (2) มีส้วมใช้เกิน 60% ของหมู่บ้าน
- (3) มีการขจัดน้ำโสโครกในบริเวณบ้านเกิน 60%
- (4) ทุกบ้านมีการกำจัดขยะมูลฝอยตลอดเวลา
- (5) น้ำหนักเด็กแรกเกิดเกิน 2,500 กรัม

- (6) การตายของเด็กทารก (0–1 ปี) ต่อทารก 1,000 คน ไม่เกิน 30 คน
- (7) การตายของมารดาขณะตั้งครรภ์และคลอดต่ำกว่า 1/ 1,000 คน
- (8) จำนวนบุตรต่อคู่สมรสไม่เกิน 2 คน
- (9) ลักษณะของการขาดอาหารวัดโดยเปรียบเทียบน้ำหนักกับอายุ จะต้องไม่มีการขาดอาหารระดับ 2 และ 3 และมีการขาดอาหารระดับ 1 ไม่เกิน 10%
- (10) โรคอุจจาระร่วงของเด็กอายุ 0–4 ปี ต้องไม่เกิน 30%
- (11) ไม่มีผู้ป่วยโรคมาลาเรีย
- (12) ขณะตั้งครรภ์ มารดาเด็กต้องมีการตรวจครรภ์อย่างน้อย 5 ครั้ง
- (13) การคลอดของมารดาต้องได้รับการคลอดและดูแลหลังคลอด โดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุข หรือผดุงครรภ์โบราณที่ฝึกอบรมแล้วเกินกว่า 60% ของผู้ตั้งครรภ์ในหมู่บ้าน
- (14) ต้องมีการเสริมสร้างภูมิคุ้มกันโรคแก่บุคคลเกินร้อยละ 80
- เด็กอายุ 0–1 ปี
- วัคซีน DTP (คอตีบ บาดทะยัก ไอกรน)
 - วัคซีน OPV (โปลิโอ)
 - วัคซีน BCG (วัณโรค)
- เด็กวัยประถมศึกษา
- วัคซีน BCG ซ้ำ
 - วัคซีน DT ซ้ำ
 - วัคซีนหทัยฟอยด์
- หญิงตั้งครรภ์
- วัคซีนบาดทะยัก 2 ครั้ง
- (15) มีแหล่งจำหน่ายยาในหมู่บ้าน สถานบริการสาธารณสุขตำบล โรงพยาบาลอำเภอ พร้อมทั้งเจ้าหน้าที่เพียงพอตามมาตรฐาน

เครื่องชี้วัดทางสาธารณสุขในระดับหมู่บ้านและตามระดับมาตรฐานของหมู่บ้าน

เครื่องชี้วัด	ระดับมาตรฐาน		
	ระดับ 3	ระดับ 2	ระดับ 1
การรักษายาบาล			
1. การมีและการใช้ส้วม	เกิน 60%	30-60%	ต่ำกว่า 30%
2. การมีน้ำสะอาดบริโภค	เกิน 4 ลิตร/ คน/ วัน	2-4 ลิตร/ คน/ วัน	ต่ำกว่า 2 ลิตร/ คน/ วัน
3. น้ำโสโครกในบริเวณบ้าน ต่อหลังคาเรือน	ต่ำกว่า 30%	30-60%	มากกว่า 60%
4. การกำจัดขยะมูลฝอย	มีการกำจัดสม่ำเสมอ	มีการกำจัดเป็นครั้งคราว	ไม่มีการกำจัด
5. น้ำหนักทารกแรกเกิดต่ำกว่า 2.5 กก.	ต่ำกว่า 6%	6-10%	เกิน 10%
6. การตายของทารก (0-1 ปี) ต่อทารก 1,000 คน	ต่ำกว่า 30	30-60	เกิน 60
7. การตายของแม่ ในระยะ ตั้งครรภ์และคลอดต่อหญิง มีครรภ์ 1,000 คน	ต่ำกว่า 1	1-2	เกิน 2
8. จำนวนบุตรต่อคู่สมรส	ไม่เกิน 2	2-4 คน	เกิน 4 คน
9. การขาดโปรตีนและแคลอรี ในเด็กวัยก่อนเรียน	ไม่มีการขาดอาหาร ระดับ 2 และ 3	ไม่มีการขาดอาหาร ระดับ 3	มีการขาดอาหารระดับ 3 (รุนแรง)
9.1 ลักษณะการขาด อาหารชักโดยใช้ น้ำหนักเปรียบเทียบ	มีการขาดอาหาร ระดับ 1 ไม่เกิน 10%	มีการขาดอาหาร ระดับ 2 ไม่เกิน 10%	มีการขาดอาหารระดับ 2 เกิน 10% (ปานกลาง)
9.2 เปรียบเทียบกับเด็กปกติ		มีการขาดอาหาร ระดับ 1 10-30%	มีการขาดอาหารระดับ 1 เกิน 30% (เริ่มแรก)
10. โรคอุจจาระร่วงในเด็ก 0-4 ปี	ต่ำกว่า 30%	30-60%	เกิน 60% ของเด็ก 1-5 ปี
11. โรคไขข้ออักเสบ (มาลาเรีย)	ไม่มีผู้ป่วย	มี 1-5% ของประชากร	เกิน 5%
12. การตรวจครรภ์อย่างน้อย 5 ครั้งขณะตั้งครรภ์	เกิน 60%	30-60%	ต่ำกว่า 30% ของหญิง ตั้งครรภ์

เครื่องชี้วัด	ระดับมาตรฐาน		
	ระดับ 3	ระดับ 2	ระดับ 1
13. การคลอดโดยเจ้าหน้าที่ สาธารณสุขหรือผดุงครรภ์ โบราณที่ฝึกอบรมแล้ว	เกิน 60%	30-60%	ต่ำกว่า 30%
14. การดูแลหลังคลอดครอบคลุมได้	เกิน 60%	30-60%	ต่ำกว่า 30%
15. การสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค			
– ทารก 0-1 ปี ได้ DPT	เกิน 70%	40-70%	ต่ำกว่า 40%
– ทารก 0-1 ปี ได้ OPV	เกิน 80%	50-50%	ต่ำกว่า 50%
– ทารก 0-1 ปี ได้ BCG	เกิน 80%	50-80%	ต่ำกว่า 50%
– เด็กวัยประถมได้ BCG ซ้ำ	เกิน 80%	50-80%	ต่ำกว่า 50%
– เด็กวัยประถมได้ DT ซ้ำ	เกิน 70%	40-70%	ต่ำกว่า 40%
– เด็กวัยประถมได้หทัยฟอยด์	เกิน 80%	50-80%	ต่ำกว่า 50%
– หญิงตั้งครรภ์ได้วัคซีน ป้องกันบาดทะยัก (T) 2 ครั้ง	เกิน 60%	30-60%	ต่ำกว่า 30%
สหกรณ์จำหน่ายยาในหมู่บ้าน	มากกว่า 1 แห่ง หรือมีสหกรณ์ยา	มี 1 แห่ง	ไม่มี
สถานบริการสาธารณสุขตำบล	มากกว่า 1 : 50,000 คน	1 : 50,000 คน	ไม่มี
โรงพยาบาลอำเภอ	มากกว่า 1 : 50,000 คน	1 : 50,000 คน	ไม่มี
เจ้าหน้าที่ประจำสถานบริการ- สาธารณสุขระดับตำบล	มีเพียงพอ (ตามมาตราฐาน)	ไม่มีเพียงพอ (ไม่มีมาตราฐาน)	ไม่มี
แพทย์ประจำโรงพยาบาลอำเภอ	มีเพียงพอ (ตามมาตราฐาน)	มีไม่เพียงพอ (ไม่มีมาตราฐาน)	ไม่มี
การรับบริการของประชาชน กลุ่มอาสาสมัคร (ผสส./ อสม.)	60%	30-60%	ต่ำกว่า 30% ของประชากร
	-	มี	ไม่มี

เครื่องชี้วัด	ระดับมาตรฐาน		
	ระดับ 3	ระดับ 2	ระดับ 1
การใช้บริการจาก ผสส./ อสม. ของประชาชน	—	เคยไปติดต่อ	ไม่เคยไปติดต่อ หรือ ไม่รู้ว่า มี
การใช้บริการของ ผสส./ อสม.	—	เคยพบและรับบริการ ทางสาธารณสุข	ไม่เคยพบ ผสส./ อสม.

ดังนั้น การประเมินผลจึงสามารถอาศัยมาตรฐานขั้นต่ำที่กำหนดไว้ในรายการเหล่านี้เป็นเครื่องช่วยในการควบคุมและวัดผลความก้าวหน้าของโครงการพัฒนาสาธารณสุขที่เกี่ยวข้อง นอกจากนั้น การประเมินผลเป็นรายแผนงาน/โครงการ ภายในระยะเวลาอันสมควรก็มีความจำเป็นต่อการปรับปรุงประสิทธิภาพของการบริหารงานตามแผนงาน/โครงการเหล่านั้น ตลอดจนการปรับปรุงแก้ไขแผนงาน/โครงการ ให้มีความถูกต้องสมบูรณ์ยิ่งขึ้นอีกด้วย การประเมินผลตามรายแผนงาน/โครงการนี้จะพิจารณาดำเนินการในเรื่องที่เกี่ยวกับความก้าวหน้าของการปฏิบัติงานตามเป้าหมายที่วางไว้ ประสิทธิภาพ ประสิทธิผล และผลกระทบโดยอาศัยดัชนีที่ได้กำหนดขึ้นไว้นี้ ทั้งในทางตรงและในทางอ้อม

ในประการสุดท้ายนั้น การประเมินผลยังจำเป็นสำหรับระดับนโยบาย แผนงานส่วนรวม และการจัดสรรทรัพยากรด้วย โดยจะต้องมุ่งประเมินความผูกพันในระดับนโยบายทางการเมือง การยอมรับนโยบายและแผนของฝ่ายเจ้าหน้าที่ การมีส่วนร่วมของประชาชน การจัดสรรทรัพยากรเพื่อสนับสนุนนโยบายและแผนงาน/โครงการต่าง ๆ การกระจายทรัพยากรทางด้านสาธารณสุข และการประสานงานกับสาขาที่เกี่ยวข้อง