

# ปัญหาการสาธารณสุขของประเทศไทย

การสาธารณสุขเป็นปัญหาที่สำคัญที่รัฐบาลจะต้องริบดำเนินการโดยด่วนในปัจจุบัน คือ ทำอย่างไรจะให้ประชาชนพลเมืองทุกคนมีความรู้เบื้องต้นทางด้านสุขวิทยาอนามัย เพื่อประชาชนจะสามารถรับผิดชอบสุขภาพของตนเอง ของครอบครัว ให้ปลอดภัยโรคภัยไข้เจ็บ (โรคที่จะป้องกันได้) เมื่อได้รับความรู้แล้ว ทำอย่างไรจึงจะหาทางแก้ไขความเป็นอยู่ให้ถูกต้อง และปฏิบัติให้เคยชินเป็นนิสัย ปัญหาการสาธารณสุขอาจแบ่งได้เป็น 2 ประเภท คือ ปัญหาสาธารณสุขทั่วไปในประเทศไทย กับปัญหาสาธารณสุขในชนบท

## 1. ปัญหาสาธารณสุขทั่วไปในประเทศไทย

การสาธารณสุขในประเทศไทย ประกอบด้วยผู้เกี่ยวข้องที่สำคัญจำเป็นจะต้องศึกษาเป็นพื้นฐานของปัญหาวิจัยดังนี้ คือ

### 1.1 ผู้รับบริการ (ประชาชน)

ประเทศไทยมีพื้นที่ประมาณ 517,292 ตร.กม. แบ่งการปกครองออกเป็น 9 เขต มีทั้งหมด 71 จังหวัด 556 อำเภอ 40 กิ่งอำเภอ 5,115 ตำบล และ 45,640 หมู่บ้าน ประชากรทั้งหมดในปลายปี พ.ศ. 2514 มีประมาณ 37 ล้านคน 94% นับถือศาสนาพุทธ 70% สามารถอ่านออกเขียนได้ แต่ส่วนมากมีการศึกษาแค่จบประถมศึกษาปีที่ 4 พวกที่จบมหาวิทยาลัยมีเพียง 4 ใน 1,000 คน 84% ของประชากรอาศัยอยู่ในท้องถิ่นชนบท (นอกเขตเทศบาล) มีเพียง 16% ของประชากรที่อาศัยอยู่ในเขตเมืองใหญ่ ๆ ที่เรียกว่า Urban area หากดูจากตารางที่ 1 จะเห็นได้ว่า Urban area ในภาคต่าง ๆ ของประเทศไทยมีตั้งแต่ 4% ถึง 11% เท่านั้นเอง ภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีประชากรอยู่มากที่สุด แต่ 96% ของประชากรอยู่ในท้องถิ่นชนบท

สำหรับอัตราเฉลี่ยรายได้ของประชากรทั่วประเทศ (ดูตารางที่ 2) จะพบว่าได้เพียง 3,840 บาท/คน/ปี ในปี พ.ศ. 2514 สำหรับภาคตะวันออกเฉียงเหนืออัตราเฉลี่ยของรายได้ประชากรต่ำกว่าภาคอื่น และอัตราเพิ่มของรายได้ต่อกปีก็อยู่ในอันดับสุดท้ายเช่นกัน สิ่งนี้ชี้ให้เราเห็นว่าประชาชนในภาคตะวันออกเฉียงเหนือเศรษฐกิจตกต่ำกว่าเพื่อนและสมควรได้รับความ

ตารางที่ 1 จำนวนประชากรในและนอกเขตเทศบาลของประเทศไทย พ.ศ. 2514

ประเทศไทย	เขต	จำนวนเทศบาล	จำนวนประชากร (31 ธ.ค. 2514)		ประชากรทั้งหมด
			ในเขตเทศบาล	นอกเขตเทศบาล	
ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ (16 จังหวัด)	3, 4	21	514,025 (4%)	11,866,276 (96%)	12,380,301
ภาคกลาง (24 จังหวัด)	1, 2, 7	48	810,998 (10%)	7,562,648 (90%)	8,373,646
ภาคเหนือ (16 จังหวัด)	5, 6	23	528,678 (7%)	7,729,227 (93%)	7,857,905
ภาคใต้ (14 จังหวัด)	8, 9	25	514,290 (11%)	4,034,481 (89%)	4,548,771
กรุงเทพฯ	1	1	3,659,474	—	3,659,074

ตารางที่ 2 รายได้เฉลี่ยของประชากรไทยต่อคนต่อปีจำแนกเป็นรายภาค

ประเทศไทย		พ.ศ. 2510	พ.ศ. 2512	พ.ศ. 2514	อัตราเพิ่มเฉลี่ย (รายละ 1 ปี)
ภาคกลาง	รายได้	5,730	6,405	6,970	
	อัตราเพิ่ม (%)	8.6	8.2	7.0	6.0
ภาคใต้	รายได้	3,072	3,512	3,622	
	อัตราเพิ่ม (%)	4.0	9.0	1.5	4.2
ภาคเหนือ	รายได้	2,248	2,464	2,620	
	อัตราเพิ่ม (%)	0.7	7.7	5.9	3.3
ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ	รายได้	1,468	1,735	1,840	
	อัตราเพิ่ม (%)	8.3	4.3	5.2	2.8
ทั่วประเทศ	รายได้	3,165 บ.	3,578 บ.	3,840 บ.	
	อัตราเพิ่ม (%)	3.0	7.6	6.1	4.6

ช่วยเหลือมากกว่าภาคอื่น ๆ อย่างไรก็ตาม ประชาชนส่วนมากของเราก็มียังมีรายได้น้อย และประเทศใดก็ตามที่ Per capita income ต่ำกว่า 10,000 บาท/คน/ปี ก็ถือว่าเป็น “ประเทศด้อยพัฒนา” (underdeveloped country) หรือที่ฝรั่งพยายามมาเรียกปลอบใจเราว่า “ประเทศที่กำลังจะพัฒนา” (developing country)

เมื่อท่านผู้อ่านได้ทราบคร่าว ๆ เกี่ยวกับประชากรไทยแล้ว คราวนี้มาลองพิจารณาดูในด้านสุขภาพอนามัยกันบ้าง ประชาชนส่วนใหญ่ของประเทศไทยป่วยและตายด้วยโรคอะไรสิ่งต่าง ๆ เหล่านี้เราจำเป็นต้องทราบถึงสาเหตุของปัญหาเพื่อที่จะสามารถแก้ไขปัญหานั้นได้ ปัญหาสำคัญเกี่ยวกับสถิติข้อมูลในด้านนี้ คือ เนื่องจากประมาณ 80 กว่าเปอร์เซ็นต์ของประชาชนอาศัยในชนบท และมีเพียง 30% ของจำนวนตายทั้งหมดเท่านั้นที่ตายในโรงพยาบาลและพอเชื่อในสาเหตุของการตายได้ ส่วนอีก 70% ที่ตายนอกโรงพยาบาลนั้น กำหนดเป็นผู้กรอกรายการต่าง ๆ ในมรณบัตร ฉะนั้น จะพบว่าสาเหตุตายด้วยโรคที่กำหนดไม่ชัดและไม่ทราบสาเหตุมีสูงกว่า 40% ทุกปี นอกจากนี้ยังพบอีกว่าพวกที่ตกจดทะเบียนก็มีไม่น้อย คือ ประมาณ 15% ของการเกิดและ 30% ของการตายที่ไม่จดทะเบียนแจ้งไว้ ฉะนั้น ข้อมูลต่าง ๆ ในตารางที่ 3 (เกี่ยวกับสาเหตุของการตาย) และตารางที่ 4 (สาเหตุของการป่วย) ซึ่งเป็นตัวเลขที่ไม่สมบูรณ์นัก แม้ว่า

**ตารางที่ 3 สาเหตุสำคัญของการตาย และอัตราการตาย (ต่อประชากรแสนคน) ของประชากรไทย ตามบัญชีโรค รายชื่อ ข ฉบับแก้ไขครั้งที่ 7 พ.ศ. 2510 และ 2513**

สาเหตุการตาย	อัตราการตาย (ต่อประชากรแสนคน)	
	พ.ศ. 2510	พ.ศ. 2513
1. Certain diseases of early infancy and ill-defined diseases under 1 year	36.3	29.5
2. Accident, Poisoning, and Violence	26.2	27.7
3. T.B. (respiratory system)	28.3	21.1
4. Pneumonia	19.6	15.1
5. Heart diseases	16.5	15.6
6. Gastro-enteritis and colitis	27.6	15.0
7. Malignant neoplasms	12.9	13.3
8. Malaria	12.9	10.1
9. Diseases of pregnancy, childbirth, and puerperium	10.1	7.6
10. Diseases of stomach and duodenum	5.1	6.9

นักสถิติของของกระทรวงสาธารณสุข จะได้คำนวณแก้ไขความบกพร่องต่าง ๆ ที่กล่าวมาแล้ว ก็ตามแต่ก็เป็นตัวเลขที่ดีที่สุดที่เรามีอยู่ในขณะนี้ ที่ชี้ให้เห็นถึงปัญหาของโรคชนิดต่าง ๆ ที่ทำให้ประชากรไทยป่วยและตายเป็นจำนวนมาก

ในตารางที่ 4 จะเห็นสถิติการตรวจจากโรคต่าง ๆ ทั่วประเทศใน พ.ศ. 2510 และ พ.ศ. 2518 ซึ่งเป็นตัวเลขล่าสุด จะเห็นได้ว่า Accidents, Poisoning และ Violence สูงเป็นอันดับ 2 (โดยเฉพาะเกี่ยวกับ car accident มีมากกว่าเพื่อน และได้มีแสดงไว้ในตารางที่ 5) โรค Infections diseases เช่น T.B, Pneumonia, Malaria ฯลฯ ยังมีความสำคัญอยู่ไม่น้อย แต่โรค non infections diseases เช่น Heart diseases, Malignant, Neoplasms ก็เลื่อนขึ้นมาติดอันดับหนึ่งในสิบโรคที่สำคัญที่สุดของประเทศไทย เหมือนกับโรคที่เกี่ยวกับการตั้งครรภ์การคลอดก็ยังเป็นปัญหาใหญ่อยู่ ซึ่งก็ไม่น่าสงสัยหากทราบว่า 85% ของหญิงไทยทั่วประเทศนั้น หมอตำแยและผู้อื่น ซึ่งไม่ได้รับการฝึกฝนในการผดุงครรภ์มาเลยเป็นผู้ทำคลอด

ตารางที่ 4 จำนวน "ผู้ป่วยใน" จำแนกตามชนิดของโรคต่าง ๆ จากโรงพยาบาลในสังกัดกรมการแพทย์ พ.ศ. 2510

โรคต่าง ๆ (ลำดับตามความสำคัญจากมากไปหาน้อย)	รพ. ในต่างจังหวัด		รพ. กรุงเทพฯ		รวม	
	จำนวนผู้ป่วย	%	จำนวน	%	จำนวนผู้ป่วย	%
1. Diseases due to labor, pregnancy (include normal pregnancy)	92,085	27.3	91,447	78.7	183,532	40.5
2. Total Infections diseases	106,320	31.5	12,233	10.5	118,553	26.1
a) G.I. infections	43,795	12.9	4,658	4.0	48,453	10.7
b) Respiratory tract infection	39,874	11.8	5,704	4.9	45,578	10.0
c) Mesquito borne diseased	18,966	5.6	814	0.7	19,780	4.4
d) All other infections (hepatitis tetanus etc)	3,685	1.1	1,057	0.9	4,742	1.1
3. Accidents, Poison, Violence	46,699	13.8	6,220	5.4	52,919	11.7
4. Non-infective G.I. Diseases	15,823	4.7	4,105	3.5	19,928	4.4
5. Psychoneuresis personality defects	12,195	3.6	3,129	2.7	15,324	3.4
6. Diseases of G.U. system	10,577	3.1	3,406	2.9	13,983	3.1
7. Deficiency diseases	7,582	2.3	833	0.7	8,415	1.9
8. Malignant neoplasm	3,499	1.0	4,013	3.5	7,512	1.7
9. Diseases of heart and vascular lesion	4,554	1.4	2,203	1.9	6,757	1.5
10. Skin diseases	5,534	1.6	1,043	0.9	6,577	1.5

ข้อมูลเกี่ยวกับผู้ป่วยของประชากรไทยทั่วประเทศในโรงพยาบาลสังกัดกรมการแพทย์ จะเห็นได้ในตารางที่ 4 พบว่าโรคที่เกี่ยวกับการตั้งครรภ์และการคลอดมาอันดับหนึ่งทั้งในชนบท และกรุงเทพฯ นี่ก็เป็นส่วนหนึ่งที่ชี้ให้เห็นถึงปัญหาประชากรเพิ่มอย่างรวดเร็ว ปัญหาโรคติดต่อต่าง ๆ มาเป็นอันดับสอง ปัญหา Accident เป็นอันดับ 3 นอกจากนั้น ปัญหาสุขภาพจิต non-infections diseases และ malnutrition ก็ทำให้ประชากรป่วยเป็นจำนวนไม่น้อยเหมือนกัน และถึงแม้ว่าตัวเลขนี้ค่อนข้างจะเก่าไปสักหน่อย คือ พ.ศ. 2510 แต่การทำ study แบบนี้ หลังจากนั้น ก็ยังไม่มีตีพิมพ์ออกมา จึงเป็นตัวเลขที่ล่าสุด

ตารางที่ 5 อุบัติเหตุการจราจรทางบก พ.ศ. 2514

พ.ศ. 2514	จำนวนคนตาย	จำนวนคนบาดเจ็บ	จำนวนอุบัติเหตุ	ค่าเสียหายทั้งหมด (ล้านบาท)
ทั่วประเทศ (รวมกรุงเทพฯ)	3,048 (25%)	9,135 (75%)	9,363	28
กรุงเทพฯ	458 (13%)	2,836 (87%)		7

ตารางที่ 5 ที่นำมาแสดงเพราะเห็นว่าสาเหตุของการป่วยและการตายจากอุบัติเหตุทางรถยนต์ได้เพิ่มสูงมากอย่างรวดเร็ว และจะเห็นได้ว่า ในปี พ.ศ. 2514 นั้น ในประเทศไทย

25% จะตาย 75% จะบาดเจ็บ (แต่ที่พิกลพิการมีมากเท่าใดเราก็ไม่ทราบ) หากคิดเป็นเงินค่าเสียหายก็ตั้ง 28 ล้านบาท เราจะแก้ไขปัญหานี้อย่างไร และใครจะเป็นผู้แก้ไข คนขับรถ 10 ล้อ ที่คร่าชีวิตชายและหญิงไปปีละมากมาย และส่วนมากคนขับหนีไปทุกที เราจะจัดการกับพวกนี้อย่างไร เพื่อสามารถลดอัตราการตายและบาดเจ็บในด้านนี้ได้ ใครที่อยู่กรมตำรวจหรือกรมอื่น ๆ ที่สำคัญช่วยกันคิดแก้ไข

คำถามข้อต่อมา คือ โดยทั่วไปแล้วสุขภาพอนามัยของประชาชนทั่วประเทศดีขึ้นหรือไม่ในรอบ 10 ปีที่ผ่านมา เพราะหากว่าดีขึ้น สิ่งนี้อาจเป็นเครื่องช่วยชี้ให้เห็นทางอ้อมว่า บริการสาธารณสุขของรัฐที่ให้แก่ประชาชนนั้นดีพอสมควร เราจะใช้อะไรวัดสุขภาพอนามัยของประชาชนส่วนมาก และสิ่งที่ทางองค์การอนามัยโลกเสนอแนะให้ประเทศต่าง ๆ ใช้เป็นเครื่องวัด Health level การวัด อย่างคร่าว ๆ คือ Negative Health เช่น ตาย ดูจากอัตราการตายของทารกต่ำกว่า 1 ปี อัตราการตายของมารดา ฯลฯ หรือวัด Positive health เช่น ดูความยืนยาวของชีวิตแต่แรกเกิด (life expectancy at birth)

ตารางที่ 6 สถิติชีพที่สำคัญของประเทศไทย พ.ศ. 2503—2513

พ.ศ. (ค.ศ.)	อัตราเกิด	อัตราตาย	อัตราตาย ของทารก ต่ำกว่า 1 ปี	อัตราตาย ของมารดา	อัตราเกิด ไร้ชีพ	ความยืนยาวของ ชีวิตแต่แรกเกิด	
						ชาย	หญิง
2503 (1960)	40	12.0	108.4	4.2	3.8	54	59
2508 (1965)	41.8	10.9	65.8	3.1	3.5	55	62
2513 (1970)	37.0	9.5	48.8	2.3	1.9		

ข้อมูลจาก 1) สถิติสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2513

2) Public Health in Thailand 1971

ต่อประชากรพันคน

ต่อเกิดมีชีพพันคน

ตารางที่ 6 แสดงให้เห็นว่าในระยะ พ.ศ. 2503 ถึง 2513 อัตราตายทั่วไป อัตราตายของทารกต่ำกว่า 1 ปี อัตราตายของมารดา และอัตราเกิดไร้ชีพ (still birth) ล้วนแสดงแนวโน้มเอียงว่าลดลงต่ำทั้งนั้น และความยืนยาวของชีวิตก็ดีขึ้น แม้จะยังไม่เท่าประเทศที่พัฒนามาก ๆ แล้ว เช่น สหรัฐอเมริกา โดยทั่วไปแล้วเราก็สามารถพูดได้เต็มปากว่าประชากรไทยส่วนมากมีแนวโน้มที่จะตายน้อยลงและมีอายุยืนมากขึ้น โรคระบาดต่าง ๆ เช่น ไข้ทรพิษ กาฬโรค ฯลฯ ก็หายไป ซึ่งสิ่งต่าง ๆ เหล่านี้ก็แสดงว่าสุขภาพอนามัยของประชาชนคงดีขึ้นกว่าในอดีตแน่นอน แต่เราจะมาอ้างว่าฝ่ายการแพทย์และสาธารณสุขเป็นผู้กระทำให้อัตราการตายลดแต่ฝ่ายเดียวก็ไม่ถูกต้องนัก ยกตัวอย่างเช่น หากดูการตายจากไข้มาเลเรียจะพบว่าอัตราการตายจากไข้จับสั่นนั้นเริ่มลดลงมาก่อนมีโครงการควบคุมและกำจัดมาเลเรียเสียอีก ซึ่งแสดงให้เห็นว่ามี factors อื่น ๆ เช่น การศึกษา เศรษฐกิจ ฯลฯ ที่มีส่วนช่วยให้สุขภาพอนามัยของประชาชนดีขึ้นได้เหมือนกัน แต่อาจจะช้ากว่าการให้บริการสาธารณสุขโดยตรง ถึงแม้ว่าอัตราตายจะลดลงอย่างรวดเร็ว แต่อัตราเกิดก็ยังคงที่หรือลดลงเล็กน้อย ทำให้เกิดปัญหาประชากรเพิ่ม ซึ่งเรากำลังเผชิญกันอยู่ทุกวันนี้ ท่านผู้อ่านอาจสงสัยตัวเลขอัตราเกิด อัตราตาย พ.ศ. 2513 (ตารางที่ 6) เพราะเมื่อมาवलกลุณหารกันแล้ว อัตราการเพิ่มของประชากรมันเท่ากับ 2.7% ต่อปีเท่านั้น ไม่ใช่ 3% หรือมากกว่าอย่างที่ท่านวางแผนครอบครัวเขาพูดกัน ข้อมูลนี้ได้มาจากกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งได้มาจากการสำรวจสำมะโนประชากรทั่วประเทศในปี พ.ศ. 2513 ซึ่งมีข้อผิดพลาดอย่างไรบ้างผู้เขียนไม่ทราบแน่ เมื่อเร็ว ๆ นี้ กรมการปกครองกระทรวงมหาดไทย

ก็ประกาศออกมาว่า จากการสำรวจทะเบียนราษฎรทั่วประเทศเมื่อต้นปีนี้ พบว่าประเทศไทย มีประชากรทั้งหมด 40 ล้านกว่าคนแล้ว ในจำนวนนี้ 3 ล้านกว่าคนไม่มีทะเบียนบ้าน ฉะนั้น ขณะสำรวจสำมะโนประชากรเขานับแต่ผู้ที่มีเลขบ้าน พวกที่ระแหร่ร้อนก็ตกสำรวจไป (ตัวเลข คงผิดกันตรงนั้นเอง) แต่ก็น่าตกใจเหมือนกันที่ประชากรไทย 3 ล้านกว่าคน เป็นพ่อหรือแม่พวงมาลัย ลอยไปลอยมาโดยไม่มีหลักแหล่ง สำหรับเด็ก (อายุต่ำกว่า 15 ปี) ประเทศไทยมีทั้งหมดประมาณ 43% ของประชากรทั้งหมด มีผู้ให้คำวิพากษ์วิจารณ์ไว้ว่า เมืองเราเด็กแยกผู้ใหญ่เราถึงทำอะไร เป็นเด็ก ๆ กันอยู่เรื่อย ๆ เรื่องนี้ไม่เกี่ยวกับบริการสาธารณสุข แต่ที่นำมาใส่ไว้เพื่อกันผู้อ่านเบื่อนั่นเอง หรือบางท่านอาจจะสะดุ้งจุดจอติน “ผังเข็ม” เมื่ออ่านมาถึงตอนนี้ ต่อจากนี้ไปเราควรมา พิจารณาถึง “ผู้ให้บริการ” รวมทั้งสถานบริการและบริการสาธารณสุขต่าง ๆ ด้วย

## 1.2 ผู้ให้บริการสาธารณสุข

ตามความเป็นจริงนั้น ผู้ให้บริการแก่ประชาชนมีทั้งขององค์การเอกชนและองค์การ รัฐบาล แต่ในที่นี้ผู้เขียนจะบรรยายแต่เฉพาะกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งมีหน้าที่รับผิดชอบโดยตรง ต่อสุขภาพอนามัยของประชาชน ในอดีตนั้น งานด้านสาธารณสุขขึ้นอยู่กับกระทรวงมหาดไทย แต่จอมพล ป. พิบูลสงคราม ได้จัดตั้งกระทรวงสาธารณสุขขึ้นในปี พ.ศ. 2485 เพราะต้องการ จะรวมเรื่องการป้องกันโรคและการรักษาพยาบาลเข้ามาอยู่ในกระทรวงเดียวกัน แต่ฝ่ายรักษา และฝ่ายป้องกันก็แยกจากกันตั้งแต่แรกแล้ว พระยาสุนทรพิพิธซึ่งเป็นนักกลอนและเคยเป็น รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขได้เคยเขียนหน้าที่ของกระทรวงนี้ว่ามีหน้าที่ 4 อย่าง คือ “ผลิตหมอ ผลิตยา รักษาป้องกัน” ซึ่งขณะนี้ก็ยังทำหน้าที่ส่วนใหญ่นี้อยู่ ส่วนการผลิตหมอและ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับอนุปริญญาขึ้นไป (Paramedical Personnels) มหาวิทยาลัยได้แยกตัว ออกไป ทำให้เกิดปัญหาผู้ผลิต-ผู้ใช้ในปัจจุบันนี้ บริการสาธารณสุขที่ทางฝ่ายป้องกัน (กรม ออนามัย) ให้บริการแก่ประชาชนที่สถานอนามัยและในชุมชนก็มี 10 อย่าง เรียกว่า 10 Basic Health Services เช่น MCH and Family Planning Services, School Health ฯลฯ ส่วนใหญ่มุ่ง ไปในทางส่งเสริมสุขภาพอนามัยและป้องกันโรค ที่เกี่ยวกับด้านรักษาทำไม่มากเท่าฝ่ายรักษา (กรมการแพทย์) ซึ่งดูแลโรงพยาบาลในสังกัดของตนทั่วประเทศ ตัวเลขเกี่ยวกับจำนวนสถาน อนามัยและโรงพยาบาลตามภาคต่าง ๆ ของประเทศไทยได้มีแสดงไว้ในตารางที่ 7

ตารางที่ 7 จำนวนสถานอนามัยชนิดต่าง ๆ และโรงพยาบาลของกระทรวงสาธารณสุขตามภาคต่าง ๆ ของประเทศไทย พ.ศ. 2514

ประเทศไทย	จำนวนสถานอนามัยชนิดต่าง ๆ (31 ธ.ค. 2514)					จำนวนโรงพยาบาล	
	Health Post	ศ.ภ.ด.	ส.ผ.ด.	ส.อ.ส.	ส.อ.น.	ทั่วไป	โรคจิต
ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ	68	30	454	767	62	17	3
ภาคกลาง	0	12	373	691	75	24	6
ภาคเหนือ	13	65	370	481	56	19	1
ภาคใต้	0	20	366	298	39	18	2
รวม	81	127	1,563	2,237	232	88	12

- ที่มาของข้อมูลสถิติ 1. รายงานการประชุมนายแพทย์อนามัยจังหวัดและนายแพทย์สถานอนามัยชั้นหนึ่ง เขตต่าง ๆ พ.ศ. 2514  
 2. กรมการแพทย์ พ.ศ. 2514  
 3. กำหนดงานอนามัย พ.ศ. 2515-16

ความหมายของตัวย่อ ศ.ภ.ด. ศูนย์โภชนาเด็ก

ส.ผ.ด. สำนักงานผดุงครรภ์ (อยู่ระดับหมู่บ้าน)

ส.อ.ส. สถานอนามัยชั้นสอง (อยู่ระดับตำบล)

ส.อ.น. สถานอนามัยชั้นหนึ่ง (อยู่ระดับอำเภอ)

หากจะเปรียบเทียบจำนวนเตียงต่อประชากร หรือจำนวนสถานอนามัยชั้นหนึ่ง (42% ของสถานอนามัยชั้นหนึ่งมีแพทย์ประจำอย่างน้อย 1 คน) ต่อประชากร ก็ให้เห็นได้ว่าโดยเฉลี่ยทั่วประเทศแล้ว โรงพยาบาลทั่วไปของกรมการแพทย์มี 1 เตียง ต่อประชากร 2,045 คน ซึ่งก็ยังไม่ดีเท่าในประเทศที่เจริญแล้ว สำหรับสถานอนามัยชั้น 1 นั้น ตามหลักการสถานอนามัยชั้น 1 หนึ่งแห่งควรดูแลประชากร 5 หมื่นคน จะเห็นได้ว่าตัวเลขจริงเฉลี่ยออกมาแล้ว สถานอนามัยชั้น 1 ดูแลประชากร 157,502 คน หรือประมาณ 3 เท่าของจำนวนประชากรที่มุ่งหวังไว้ (ตารางที่ 8) สิ่งต่าง ๆ เหล่านี้ก็ชี้ให้เห็นว่าเรามีสถานบริการสาธารณสุขไม่เพียงพอ

ตารางที่ 8 ข้อมูลเกี่ยวกับจำนวนเตียงของโรงพยาบาลทั่วไป และสถานีนอนมายซ์ชั้น 1 ต่อประชากร  
ไทยในภาคต่าง ๆ พ.ศ. 2513

ภาค	จำนวน ประชากร	ร.พ. ทั่วไป (กรมการแพทย์)		สถานีนอนมายซ์ชั้น 1 (ส.อ.น.)	
		จำนวน เตียง	จำนวนประชากร ต่อเตียง	จำนวน	1 ส.อ.น. ต่อ ประชากร
กรุงเทพฯ นนทบุรี และสมุทรปราการ	4,120,507	2,560	1,609	12	343,375
ภาคกลาง (ไม่รวม 4 จังหวัดข้างบน)	7,214,677	5,065	1,424	60	120,244
ภาคใต้	4,382,355	2,725	1,608	37	118,442
ภาคเหนือ	7,597,472	3,286	2,312	56	135,669
ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ	11,965,606	17,245	2,045	224	202,806
รวมทั้งประเทศ	35,280,617	17,245	2,045	224	157,502

หากมาดูเกี่ยวกับการใช้เตียงโดยประชาชนในโรงพยาบาลของกรมการแพทย์บ้างก็  
จะพบในตารางที่ 9 ว่า อัตราเฉลี่ยการให้เตียงทั่วประเทศเท่ากับ 74% อันแสดงว่าเตียงไม่เต็ม  
อยู่ตลอดเวลา เช่น ถ้ามี 100 เตียง 74 เตียงจะมีคนไข้อยู่ทุกวัน แต่ 26 เตียงจะว่างทุกวันเหมือนกัน  
หากมาเทียบกับการใช้เตียงของโรงพยาบาลรามาริบัติในปีเดียวกันก็พบว่า 94 ในร้อยเตียง  
เต็มอยู่ตลอดเวลา และในปัจจุบันเตียงก็เต็มอยู่ตลอดเวลา เพราะผู้คนหลังไหลเข้ามารับการรักษา  
พยาบาลในกรุงเทพฯ ไม่เชื่อถือบริการในโรงพยาบาลต่างจังหวัดเท่าใดนัก ซึ่งก็เป็นเรื่องจะต้อง  
แก้ไขกันต่อไป

ตารางที่ 9 จำนวนเตียงและการใช้เตียงของโรงพยาบาลทั่วไปในสังกัดกรมการแพทย์ในภาคต่าง ๆ ของประเทศไทย พ.ศ. 2513

ภาค	จำนวน ร.พ.	จำนวนผู้ป่วยนอก	จำนวนเตียง	จำนวนเตียงที่ใช้ต่อวัน	อัตราการใช้เตียง/วัน (%)	อัตราเฉลี่ยการพักรักษาตัวใน ร.พ. ต่อคนไข้ 1 คน (วัน)	1 เตียงต่อประชากร
กลาง	28	1,037,472	5,065	3,660	72	5	11,474
ใต้	18	539,961	2,725	1,843	66	6	11,685
เหนือ	19	727,406	3,286	2,450	74	6	12,310
ตะวันออกเฉียงเหนือ	17	795,797	3,609	3,037	84	5	13,315
รวม	82	3,100,636	14,685	10,990	74	6	12,195
ร.พ. รามาธิบดี	1	200,723	308	9,882	94 %	10	—

จากการสำรวจของกระทรวงสาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์ โดยความร่วมมือขององค์การอนามัยโลก ในเรื่อง "การสำรวจบุคลากรทางสาธารณสุข" ในปี พ.ศ. 2513 โดยใช้สุ่มตัวอย่าง 30 อำเภอทั่วประเทศ และสัมภาษณ์ประชาชน 3,908 ครอบครัว ปรากฏผลว่าเมื่อประชาชนไม่สบาย พวกที่ไปรับการรักษาที่สถานอนามัยมีเพียง 4 ใน 100 คน และที่ไปโรงพยาบาล (รัฐ และเอกชน) มีเพียง 11 ใน 100 คน 51% ไปซื้อยากินเอง ตัวเลขนี้ก็แสดงให้เห็นว่าประชาชนส่วนมากยังไม่นิยมใช้สถานพยาบาลที่รัฐฯ จัดไว้ให้ ตัวเลขที่น่าสนใจที่ได้จากการสัมภาษณ์ครั้งนั้น คือ โดยเฉลี่ยแล้ว ประชาชน 1 คนจะรู้สึกไม่สบาย ต้องไปรับการรักษาพยาบาลปีละ 2 ครั้ง แต่ Patient's Visit ที่สถานอนามัยชั้น 1 เรามียังเพียง 0.7 Visit/Person/Year ซึ่งนับว่าน้อยมากถ้าเทียบกับประเทศที่กำลังพัฒนาอื่น ๆ ตัวเลขในตารางที่ 10 แสดงว่าผู้ที่มารับการพยาบาลที่โรงพยาบาลและสถานอนามัยในปี พ.ศ. 2513 มีทั้งหมด 9 ล้านกว่าราย ถ้าสมมติว่าคนหนึ่งมาเพียงหนึ่งครั้ง ระบบการให้บริการสาธารณสุขทั้งหมดของเราก็ให้บริการแก่ประชาชนได้เพียง 27% ของประชากรทั้งหมด ที่เหลืออีก 73% เขาไปไหนเวลาไม่สบาย ท่านผู้อ่านลองไปคิดดูกันเองก็แล้วกัน

ตารางที่ 10 จำนวนประชาชนที่มารับบริการที่โรงพยาบาลและสถานเฝ้าระวังของกระทรวง  
สาธารณสุขทั่วประเทศ พ.ศ. 2513

ปี	ผู้มารับบริการที่ ร.พ. (ราย)		ผู้มารับบริการ ที่สถานเฝ้าระวัง (ราย)	รวม	ประชากรไทย (พ.ศ. 2513)	% ประชากร ผู้มารับบริการ
	ผู้ป่วยนอก	ผู้ป่วยใน				
พ.ศ. 2513	3,964,214	780,409	4,480,153	9,224,776	34,152,000	27%

ที่มาของข้อมูลสถิติ : กองวางแผนสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงฯ กระทรวงสาธารณสุข

ฉะนั้น เท่าที่กล่าวมาแล้วก็จะพบปัญหาการให้บริการไม่เพียงพอ สถานให้บริการมีไม่พอ  
ซ้ำประชาชนส่วนมากยังไม่นิยมมารับบริการของฝ่ายเราเสียอีก ที่นี้ลองมาดูจำนวนผู้ปฏิบัติงาน  
ในตารางที่ 11 กันบ้าง จะเห็นได้ว่าในกรุงเทพฯ อัตราแพทย์ต่อประชากรเท่ากับ 1.1,051 แต่  
ตัวเลขจากทั่วประเทศ (ยกเว้นกรุงเทพฯ) เท่ากับ 1.14,589 คือ แพทย์ 1 คนต่อประชากรหมื่น  
กว่าคน ตามความจำเป็นจริงแล้ว นอกตัวจังหวัดออกไป แพทย์ต่อประชากรในที่หลายแห่งเท่ากับ  
1.50,000 หรือ 1 ต่อแสนคน หรือบางแห่งไม่เคยเห็นหมอเลย นอกจากพวกหน่วยแพทย์เคลื่อนที่  
สำหรับอัตราพยาบาลต่อประชากรก็คล้ายคลึงกัน มีพยาบาลมากในกรุงเทพฯ แต่มีจำนวนน้อย  
ในชนบท

ตารางที่ 11 จำนวนและอัตราแพทย์ พยาบาล ต่อประชากรเป็นรายเขต พ.ศ. 2512

เขต	ประชากรไทย (พ.ศ. 2512)	จำนวน แพทย์	จำนวนแพทย์ ต่อประชากร	จำนวน พยาบาล	จำนวนพยาบาล ต่อประชากร
1. (เว้นกรุงเทพฯ)	2,398,000	256	9,367	250	9,592
2.	2,340,000	284	8,239	299	7,826
3.	5,987,000	206	29,063	387	15,470
4.	6,036,000	217	27,815	320	18,862
5.	4,135,000	371	11,145	622	6,648
6.	3,324,000	198	16,787	302	11,006
7.	2,601,000	221	11,769	273	9,527
8.	2,038,000	197	10,345	251	8,119
9.	2,231,000	181	12,325	246	9,069
รวม	31,090,000	2,131 (42%)	14,589	2,950 (38%)	10,539
กรุงเทพฯ	3,051,000	2,901 (58%)	1,051	4,743 (62%)	643
รวมทั้งประเทศ	34,141,000	5,132	6,784	7,693	4,435

อัตราว่างของแพทย์พยาบาลในกรมการแพทย์และกรมอนามัย (ตารางที่ 12) ก่อนมีการรวมกรมเกิดขึ้น จะพบว่า ใน พ.ศ. 2513 ขาดแพทย์จะทำอย่างไร โรงเรียนแพทย์ 4 แห่ง ก็ผลิตได้เพียง 370 คน/ปี ไม่เพียงพอ ส่วนมากผลิตออกมาแล้ว หมอก็ก่ออกทำงานส่วนตัวหรือไปเรียนต่อต่างประเทศ ไปทำงานในต่างประเทศ บางคนบอกว่าให้เงินเดือนมาก ๆ คงมีหลายคนอยากไปอยู่ต่างจังหวัด ดูนโยบายของกระทรวงสาธารณสุขในรอบ 10 ปีที่ผ่านมา ซึ่งได้เพียง 3% ของงบประมาณประเทศ (ตารางที่ 13) และนับว่าน้อยมากหากเทียบกับงบประมาณสาธารณสุขในประเทศที่กำลังพัฒนาเช่นประเทศไทย งบประมาณสาธารณสุขพอหักเงินเดือนข้าราชการ ซึ่งมีเป็นจำนวนหมื่นคนแล้ว เงินหาไปราวครึ่งหนึ่งเหลืออีกครึ่งหนึ่งที่นำมาใช้ในการให้บริการ

ตารางที่ 12 อัตราว่างของแพทย์และพยาบาลในกรรมการแพทย์และกรมอนามัย พ.ศ. 2513

	กระทรวงสาธารณสุข	ส่วนกลาง	ส่วนภูมิภาค	รวม
	กรมอนามัย			
แพทย์	ก. อัตราที่มีผู้บรรจุแล้ว	216	222	438
	ข. อัตราว่าง	129	67	196
พยาบาล	ก. อัตราที่มีผู้บรรจุแล้ว	426	547	973
	ข. อัตราว่าง	334	163	497
	กรรมการแพทย์			
แพทย์	ก. อัตราที่มีผู้บรรจุแล้ว	257	637	894
	ข. อัตราว่าง	31	273	304
พยาบาล	ก. อัตราที่มีผู้บรรจุแล้ว	635	2,025	2,660
	ข. อัตราว่าง	178	535	713

ที่มาของข้อมูลสถิติ กองวางแผนสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวง กระทรวงสาธารณสุข

ตารางที่ 13 งบประมาณที่กระทรวงสาธารณสุขได้รับภายในรอบ 10 ปีที่ผ่านมา  
(พ.ศ. 2506—2515)

พ.ศ.	งบประมาณ (ล้านบาท)		ร้อยละของงบประมาณประเทศ
	ประเทศ	กระทรวงสาธารณสุข	
2506	10,308.0	324.7	3.12
2507	11,430.0	401.6	3.51
2508	12,420.0	428.8	3.45
2509	14,440.0	476.9	3.30
2510	18,480.0	550.0	2.97
2511	21,262.0	587.9	2.76
2512	23,960.0	643.6	2.68
2513	27,299.8	785.0	2.87
2514	28,645.0	975.7	3.40
2514	29,000.0	956.3	2.29

บางท่านอาจอ้างว่า เงินด้านสาธารณสุขเขาไม่ได้ให้ทางกระทรวงสาธารณสุขแห่งเดียว ทำไมไม่คิดรวมที่ให้มหาวิทยาลัยเข้าไปด้วยละ และจากกระทรวงทบวงกรมอื่น ๆ ที่มีโรงพยาบาล ตัวเลขก็มีแสดงไว้ในตารางที่ 14 พอบวกกันออกมาแล้วทั้งหมดมันก็ไม่เพิ่มเท่าไรเลยจาก 3% ของงบประมาณประเทศ กลายเป็นเพียง 5% ของงบประมาณประเทศเท่านั้นเอง หลายท่านก็คงอ้างว่าประเทศเราจนคุณจะทำอะไรได้แค่นั้น ถ้ามีเงินน้อยก็ทำได้ผลน้อย แต่ผู้เขียนมีความเห็นว่า ถึงแม้จะมีเงินน้อย แต่หากเราวางแผนงานสาธารณสุขล่วงหน้าอย่างรอบคอบเพื่อให้ทุกอย่างประหยัดที่สุด และดำเนินงานไปอย่างมีประสิทธิภาพมากที่สุด ผลดีก็จะตกแก่ประชาชนอย่างมากที่สุดได้เช่นกัน

**ตารางที่ 14 งบประมาณรายจ่ายของหน่วยงานต่าง ๆ ของรัฐที่เกี่ยวกับการสาธารณสุข พ.ศ. 2515 (ข้อมูลได้มาจากการวางแผนสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข)**

หน่วยงาน	จำนวนเงิน (ล้านบาท)
สำนักนายกรัฐมนตรี (รวม)	371.10
1. สำนักงานเร่งรัดพัฒนาชนบท	25.2
2. จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย	55.3
3. มหาวิทยาลัยมหิดล	239.9
4. มหาวิทยาลัยเชียงใหม่	49.8
5. มหาวิทยาลัยขอนแก่น	0.9
กระทรวงกลาโหม (รวม)	14.4
กระทรวงพัฒนาการแห่งชาติ (รวม)	19.9
1. กรมวิเทศสหการ	14.1
2. กรมตำรวจ	6.8
กระทรวงสาธารณสุข	956.30
1. สำนักงานปลัดกระทรวงฯ	113.9
2. กรมการแพทย์	420.4
3. กรมอนามัย	409.5
4. กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์	12.5
รวมทั้งสิ้น	1,439.80
1. งบประมาณรายจ่ายประจำปีของรัฐ	29,000.00
2. % งบประมาณสาธารณสุข	5.0
3. จำนวนประชากรทั้งประเทศ (กลางปี)	36.3 ล้านคน
4. งบประมาณรายจ่ายด้านสาธารณสุขทั้งหมดของรัฐ/ ประชากร/ ปี	40 บาท/ คน/ ปี

## 2. ผู้ผลิตเจ้าหน้าที่สาธารณสุข

ผู้ที่ทำงานในด้านสาธารณสุขนั้นมีมากมายหลายชนิดนัก และสำหรับประเทศไทยก็ยังไม่ได้มีการแบ่งประเภทที่แน่นอน หากใช้หลักขององค์การอนามัยโลก ก็แบ่งออกเป็น 2 พวก คือ

### 1. Professional Group (จบอนุปริญญาหรือสูงขึ้นไป)

(1) Medical Personnels แพทย์สาขาต่าง ๆ

(2) Paramedical Personnels ผู้ทำหน้าที่ข้างเคียงแพทย์ เช่น พยาบาลทันตแพทย์

นักสุขาภิบาล ฯลฯ

### 2. Non Professional Group (จบต่ำกว่าอนุปริญญา) เรียกว่า

(1) Assistant เช่น พนักงานอนามัย ผดุงครรภ์

(2) Aid เช่น ผู้ช่วยพยาบาล

(3) Single Skill เช่น พนักงานพ่น D.D.T. ปราบมาเลเรีย

ในประเทศไทยนั้นมหาวิทยาลัยเป็นผู้ผลิต Professional Group พบว่า 6 มหาวิทยาลัยของประเทศไทยผลิตเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ตั้ง 86 หลักสูตร (ตารางที่ 15) ในระดับ Professional หากผู้ผลิตกับผู้ใช้สามารถประสานงานกันได้ ประเทศไทยจะเจริญขึ้นอีกมากในด้านนี้

ตารางที่ 15 จำนวนหลักสูตรที่ผลิตเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในมหาวิทยาลัยต่าง ๆ ในประเทศไทย

(พ.ศ. 2514) จำนวนหลัก

ชื่อมหาวิทยาลัย	จำนวนนักศึกษา	อนุปริญญา	ปริญญาตรี	ประกาศนียบัตรชั้นสูง	ปริญญาโท	ปริญญาเอก	รวม
1. มหาวิทยาลัยมหิดล	3,937 คน	10	16	18	13	5	62
2. จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย	9,882 คน	1	7	1	1	0	10
3. มหาวิทยาลัยเชียงใหม่	3,237 คน	1	6	0	0	0	7
4. มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์	11,076 คน	1	1	0	1	0	3
5. มหาวิทยาลัยขอนแก่น	598 คน	1	1	0	0	0	2
6. มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์	3,156 คน	0	1	0	1	0	2
รวม	31,876 คน	14	32	19	15	5	86

สำหรับในด้าน Auxiliary Health Worker นั้น ส่วนใหญ่ทางกระทรวงสาธารณสุขเป็นผู้ผลิต และเท่าที่ทราบก็พบว่าเขาทำได้ดีมากที่สุดทีเดียว

ปัญหาสำคัญในด้านการผลิต Health Worker นั้น ผู้เขียนมีความเห็นว่าเราต้องการผู้สามารถให้การรักษาพยาบาลแก่ประชาชนเป็นจำนวนมากที่จะออกไปช่วยเหลือประชาชนในท้องถิ่นชนบท และช่วยรัฐบาลท่านในสงครามแย่งชิงประชาชนกับ ผ.ก.ค. (ผู้ก่อการคอมมิวนิสต์) ด้วย เท่าที่ทราบมา คณะพยาบาลศาสตร์ก็จะผลิต “Nurse Practitioner” กรมการแพทย์และอนามัยจะผลิต “เวชอนามัย” ฝ่ายทหารจะผลิต “หมอทหาร” ฝ่ายคณะสาธารณสุขจะผลิต “Multipurpose Health Workers” ทุกฝ่ายก็มีความหวังดีต่อประเทศชาติทั้งนั้น มุ่งในวัตถุประสงค์อันเดียวกัน ก็ควรที่จะมาพบปะปรึกษาหารือกัน ร่วมงาน งานจะได้ไม่ซ้อนซ้ำกัน

ตารางที่ 16 สถิติผู้ประกอบโรคศิลปะทุกแผนกและทุกสาขา เมื่อสิ้นเดือนเมษายน พ.ศ. 2515

แผนก	สาขา	จำนวนมีชีวิตและ จันทะเบียนไว้	จำนวนต่อประชากร
ปัจจุบันชั้นหนึ่ง	เวชกรรม	5,804	1:6,375
	ทันตกรรม	731	1:50,616
	เภสัชกรรม	1,993	1:18,565
	พยาบาลผดุงครรภ์	9,211	1:4,017
	ผดุงครรภ์	3,325	1:9,933
ปัจจุบัน	การพยาบาล	7,589	1:4,875
ปัจจุบันชั้น 2	เวชกรรม	617	1:59,968
	ทันตกรรม	915	1:40,437
	เภสัชกรรม	305	1:121,311
	ผดุงครรภ์	5,121	1:7,225
โบราณ	เวชกรรม	34,023	1:1,087
	เภสัชกรรม	15,450	1:2,395
	ผดุงครรภ์	8,498	1:4,354

ในตารางที่ 16 นี้ ผู้เขียนมีความตั้งใจจะให้ท่านผู้อ่านได้ทราบถึงชนิดของ Health Worker ที่มีใบประกอบโรคศิลปะ และข้อคิดที่อยากฝากไว้ คือ พวกหมอแผนโบราณ หมอประจำตำบล ซึ่งมีเป็นจำนวนมากมาย เราสมควรนำเขามาใช้มาฝึกฝนให้บริการรักษาพยาบาลแก่ประชาชนด้วยไหม

เมื่อมาถึงตอนนี้ ท่านผู้อ่านคงพอเห็นภาพเกี่ยวกับประชาชน การรักษาพยาบาล ผู้ให้การรักษาพยาบาล และผู้ผลิตเจ้าหน้าที่สาธารณสุข จะเห็นได้ว่าทุกอย่างเกี่ยวโยงกันไปหมด การจะพูดถึงแต่บริการสาธารณสุขอย่างเดียวคงลำบากมากหากไม่เอ่ยถึงเรื่องอื่น ๆ ดังได้กล่าวมาแล้ว และก็พอสรุปได้ว่า บริการสาธารณสุขในปัจจุบันนี้ยังไม่เพียงพอ เนื่องจากขาดคนขาดเงิน และปัญหาใหญ่อีกอย่าง คือ ประชากรไทยในชนบทเป็นจำนวนมากก็ยังไม่ค่อยสนใจในบริการเหล่านี้มากนัก และเรายังต้องเผชิญกับปัญหาสาธารณสุขอยู่อย่างหลีกเลี่ยงไม่พ้น และปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญในขณะนี้ จากข้อมูลต่าง ๆ ของกระทรวงสาธารณสุขและองค์กรการอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง ผู้เขียนมองเห็น 4 ข้อใหญ่ คือ

ปัญหาประชากรเพิ่ม

ปัญหาโรคต่าง ๆ

ปัญหา Health Risks

และปัญหาทางด้านบริหารบริการสาธารณสุข ซึ่งมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

*ปัญหาเกี่ยวกับประชากร (Population Problems)*

1. ปัญหาประชากรเพิ่มอย่างรวดเร็ว (อัตราการเพิ่มของประชากร = 3.1% ต่อปี)
2. ปัญหาประชาชนส่วนมากในชนบทยังไม่นิยมมารับการรักษาการแพทย์แผนปัจจุบัน (เพียง 15% ไปรับการรักษาพยาบาลที่สถานอนามัยและโรงพยาบาลของรัฐบาลและเอกชน)

*ปัญหาโรคต่าง ๆ (Disease Problems)*

1. ปัญหาโรคติดต่อที่สำคัญ (เช่น โรคติดเชื้อของระบบทางเดินอาหาร และพยาธิลำไส้ วัณโรค ปอดอักเสบ ไข้จับสั่น โรคเรื้อน โรคบาดทะยัก โรคริตตีดวงตา กามโรค โรคคอตีบ โรคไข้เลือดออก และโรคเยื่อสมองอักเสบ)
2. ปัญหาโรคขาดสารอาหาร (มักพบโรคขาดสารอาหารโปรตีนในเด็กและโรคขาดวิตามินในผู้ใหญ่)
3. ปัญหาโรคเกี่ยวกับการตั้งครรภ์ การคลอด และหลังคลอด (85% ของผู้หญิงไทยยังได้รับการทำคลอดจากหมอดำแย หรือผู้อื่นที่ไม่ได้รับการฝึกฝนในด้านผดุงครรภ์มาก่อน)
4. ปัญหาโรคอันเนื่องมาจากอุบัติเหตุต่าง ๆ โดยเฉพาะโรคที่เกิดขึ้นจากอุบัติเหตุทางรถยนต์)

5. ปัญหาเกี่ยวกับสุขภาพจิตและยาเสพติดให้โทษ

*ปัญหาสภาวะอันอาจทำให้เกิดโรค (Health Risk Problems)*

1. ปัญหาการขาดน้ำใช้ที่สะอาด

2. ปัญหาการสุขภาพibalสิ่งแวดล้อมและที่อยู่อาศัย
3. ปัญหาการกำจัดอุจจาระ ขยะ
4. ปัญหาน้ำเสีย อากาศเสีย ฯลฯ (โดยเฉพาะในกรุงเทพฯ เขตเมืองใหญ่ ๆ)

#### ปัญหาทางด้านบริหารและการให้บริการสาธารณสุข

1. คน (เจ้าหน้าที่สาธารณสุข) มีไม่พอ ผลิตไม่พอ ไม่กระจายกำลังไปในเขตชนบท
2. งบประมาณน้อย
3. เวชภัณฑ์ วัสดุสิ่งของที่จำเป็นต้องใช้มีไม่เพียงพอ
4. การบริหาร เช่น กฎหมายชราภาพ การบริหาร Centralize ในกรุงเทพฯ มากเกินไป งานซ้อนงาน ขาดแผนสาธารณสุขระดับชาติ ความแน่นอนเชื่อถือได้ของสถิติสาธารณสุขต่าง ๆ ยังไม่ดีพอ
5. การให้บริการสาธารณสุขยังไม่เพียงพอ โดยเฉพาะในชนบท
6. ขาดการประสานงานกับองค์การเอกชน

## 2. ปัญหาการสาธารณสุขในชนบท

เป็นที่ทราบกันดีแล้วว่า ประเทศไทยของเรานั้นเป็นประเทศกสิกรรม ซึ่งแสดงให้เห็นได้โดยที่ประชาชนส่วนใหญ่ของเรามีอาชีพทางการเพาะปลูกเป็นหลักที่สำคัญ เมื่อเป็นเช่นนั้น ประชาชนส่วนใหญ่ของประเทศจึงจะต้องมีภูมิสำเนาอยู่ในชนบท ชนบทของประเทศเรานั้นเป็นชนบทที่ไม่ได้พัฒนาไปมากอย่างที่เรารู้จักจะเป็นลักษณะของชนบทนั้น มีลักษณะที่เป็นดังต่อไปนี้ คือ

2.1 ถนนไม่ดี ส่วนใหญ่เป็นถนนที่ประชาชนตัดกันขึ้นเอง เป็นถนนดินแบบง่าย ๆ เสื่อมสภาพไปได้ง่ายตามฤดูกาล เช่น ในหน้าฝน ถนนอาจจะพังเนื่องจากน้ำพัดพา เมื่อเป็นเช่นนั้น หมู่บ้านบางแห่งจึงถูกตัดจากถนนใหญ่ในช่วงเวลานั้น และจะฟื้นฟูสภาพขึ้นมาได้ก็นานอยู่ ถนนจึงนับว่ามีส่วนสำคัญอย่างยิ่งในการพัฒนาชนบท

2.2 การสุขภาพibalสิ่งแวดล้อมไม่ค่อยจะดี ในส่วนนี้หมายถึงทั่วไป บางหมู่บ้านที่ได้รับการพัฒนาแล้วมักจะดีขึ้น แต่การคงสภาพของหมู่บ้านที่ได้รับการพัฒนาแล้วมักจะไม่ดี คือไม่ค่อยจะมีการรักษาให้มีสภาพอย่างที่ได้เคยพัฒนาไว้ในตอนแรกการสุขภาพibal สิ่งแวดล้อมนี้หมายถึงสิ่งต่าง ๆ ดังต่อไปนี้ คือ

- (1) แหล่งน้ำกินน้ำใช้
- (2) ถนนในหมู่บ้าน

- (3) ความสะอาดของบ้านเรือน
- (4) สถานที่กำจัดของเสีย เช่น ส้วม ที่ทิ้งขยะมูลฝอย
- (5) คอกสัตว์กับมูลสัตว์

**2.3 การศึกษาของประชาชนไม่ค่อยจะดี** ส่วนใหญ่แล้วประชาชนมักจะอ่านออกเขียนได้ เพราะไม่มีการเรียนจนจบชั้นประถม ซึ่งพอจะอ่านหนังสือได้และเขียนหนังสือได้ เป็นปัญหาอยู่ที่ว่า ไม่ค่อยได้อ่านได้เขียน หรือได้รับการเรียนต่อเนื่องในชีวิตประจำวัน ทำให้ไม่ได้รับความรู้เพิ่มเติม เมื่อไม่มีความรู้ดีหรือโอกาสที่จะได้ความรู้ไม่มี พฤติกรรมต่าง ๆ ก็ไม่ค่อยเปลี่ยนแปลง โดยเฉพาะพฤติกรรมทางด้านสุขภาพและพละนามัย

**2.4 การบริโภคอาหารไม่ค่อยถูกหลัก** ความจริงแล้วประชาชนในชนบทบริโภคไม่ถูกหลักแทบทั้งสิ้น ทั้งนี้เพราะเหตุผลต่อเนื่องมาจากความรู้ความเข้าใจในด้านการบริโภคอาหารไม่ค่อยมี หรือไม่มีเอาเสียเลย สิ่งเหล่านี้ทำให้พฤติกรรมของประชาชนต่อการเลือกอาหารมาบริโภคไม่ถูกหลักโภชนาการ

**2.5 ประชาชนส่วนใหญ่มีรายได้ไม่แน่นอนและมักจะค่อนข้างต่ำ** การมีรายได้ต่ำนี้ทำให้ประชาชนไม่สามารถจะจัดหาสิ่งที่จำเป็นในการยังชีพมาบริโภคได้

**2.6 การจัดการให้บริการสาธารณสุขไม่สามารถจะครอบคลุมประชาชนทั้งหมดได้** เพราะหมู่บ้านมักจะอยู่ห่างไกลสถานอนามัย บางแห่งกระจายออกไปหมด ทำให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขไม่สามารถจะค้นหาและตามไปให้บริการได้ทั่วถึง

เรื่องต่าง ๆ ที่ได้นำมาลงไว้นี้ ความจริงแล้วเป็นส่วนหนึ่งของลักษณะที่สำคัญ ๆ ในชนบทเท่านั้น ที่ไม่สำคัญ เช่น เรื่องการไฟฟ้า หรือเครื่องอำนวยความสะดวกบางประการ จะไม่นำมาลง

เนื่องจากชนบทมีลักษณะที่สำคัญ ๆ ดังได้กล่าวมาแล้ว จึงได้ทำให้เกิดปัญหาที่สำคัญ ๆ ทางสาธารณสุขขึ้น ปัญหาที่พวกรวมได้ดังต่อไปนี้ คือ

#### **ปัญหาทางด้านความรู้พื้นฐานทางการสาธารณสุข**

ประชาชนส่วนใหญ่ในชนบทจะไม่รู้ว่าสุขภาพอนามัยคืออะไร มีความสำคัญต่อความเป็นอยู่ประจำวันอย่างไร เป็นความจริงอย่างยิ่งที่ว่าโรคในชนบทส่วนใหญ่เป็นโรคที่ป้องกันได้เกือบทั้งหมด เช่น โรคในเด็ก โรคในสตรี โรคของคนทุกอายุ โรคขาดอาหาร และแม้กระทั่งการป้องกันไม่ให้มีลูกมากก็สามารถทำได้ ถ้าประชาชนมีความรู้ในเรื่องโรคต่าง ๆ ที่กล่าวมาแล้ว

เป็นอย่างดี ซึ่งจำเป็นต้องอาศัยการอ่านหนังสือหรือเอกสารต่าง ๆ ทางด้านนี้เป็นประจำ และต้องเกิดความสนใจที่จะศึกษาต่อเนื่องด้วยจึงจะเป็นผลดี เมื่อเป็นเช่นนี้ ผลที่จะเกิดขึ้นก็คือ โรคดังกล่าว ซึ่งส่วนใหญ่เป็นปัญหาทางการสาธารณสุขอยู่ในปัจจุบันนี้ ก็จะไม่เกิดขึ้น หรืออาจจะเกิดขึ้นน้อยลง รัฐบาลก็ไม่ต้องมากังวลกับปัญหาเหล่านี้ งบประมาณก็จะเหลือนำไปใช้พัฒนาการสาธารณสุขในเรื่องอื่น ๆ ที่มีความจำเป็นได้อีก

#### *พฤติกรรมของประชาชนในชนบท*

พฤติกรรมของประชาชนในชนบทไม่มีการเปลี่ยนแปลง หรือก็คงเปลี่ยนแปลงไปน้อยที่สุดในเรื่องการสาธารณสุข เคยเป็นอยู่อย่างใดก็เป็นอยู่อย่างนั้น ซึ่งจะเห็นได้ชัดทางภาคอีสาน มักนิยมกินของดิบ ๆ เดียวนี้ก็ยังคงกินอยู่ สอนอย่างไรก็เปลี่ยนแปลงได้ยาก เพราะความรู้ขั้นพื้นฐานไม่เพียงพอ

มีพฤติกรรมบางอย่างในทางสาธารณสุขที่ได้เปลี่ยนแปลงไปค่อนข้างเร็ว เช่น ทางด้านมีลูกมาก เดี่ยวนี้ประชาชนในชนบทชักจะรู้จักกันแล้วว่าทำอะไรจึงจะมีลูกน้อย หรือมีลูกห่างลงได้ และถ้ามีลูกมากแล้วจะทำให้เกิดปัญหาอย่างไร ส่วนทำไมถึงเป็นเช่นนั้นลองมาพิจารณาถึงการปฏิบัติงานของกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุขได้ให้ความสนใจเรื่องนี้เป็นอย่างมาก เพราะนับว่าเป็นปัญหาอันหนึ่งและเป็นปัญหาที่รีบด่วน การปฏิบัติงานในเรื่องนี้จึงได้มีการเน้นหนักการให้ความรู้พื้นฐานในเรื่องปัญหาของการมีลูกมาก และแนวทางในการแก้ปัญหา กระทรวงยังได้พยายามเปลี่ยนพฤติกรรมของประชาชน ท้ายสุดได้เปลี่ยนไปตามความต้องการที่จะทำให้มีลูกน้อยลง นั่นคือ ต้องการคุมกำเนิด เมื่อมาถึงจุดนี้ก็ตรงกับความประสงค์ของกระทรวงทันที โดยที่กระทรวงก็ได้จัดให้บริการตอบสนองขึ้น คือ ได้มีการจ่ายยาให้ทันที โดยผ่านไปตามโรงพยาบาลจังหวัด โรงพยาบาลอำเภอ สถานีอนามัย สำนักงานผดุงครรภ์ ทั่วประเทศ ตลอดจนวิธีคุมก็ให้มีเลือกหลายชนิด เช่น กิน ฉีด ใส่ห่วง ทำหมันชาย-หญิง ใช้ถุงยาง แต่ก็ยังมีประชาชนบางกลุ่มซึ่งยังต้องการความรู้ขั้นพื้นฐานอีกมาก เช่น ชาวเขาซึ่งยังไม่ค่อยจะยอมรับการวางแผนครอบครัว เช่น ชาวเขาที่อาศัยอยู่ในแกว ๆ จังหวัดแม่ฮ่องสอน เป็นต้น แต่จากประสบการณ์ที่ผ่านมา มีลู่วางที่จะจูงใจได้อยู่ แต่ต้องใช้วิธีการที่แยบยลและใช้เวลา

#### *ข้อสำคัญในการใช้บริการสาธารณสุข*

ประชาชนในชนบทอยู่ในถิ่นที่ห่างไกลจากตัวเมืองประกอบด้วยถนนหนทางลำบากมาก เมื่อประชาชนเกิดเจ็บป่วยหรือมีความต้องการบริการสาธารณสุขจึงทำให้เกิดปัญหา ปัญหาที่จะเกิดก็คือ เมื่อผู้ป่วยไม่ได้มารับการรักษาที่สถานีอนามัย ที่โรงพยาบาลอำเภอ โรงพยาบาลจังหวัด ได้แต่เฝ้าคอยดูอยู่หรือไม่ก็รักษาตามวิธีที่พอจะหาได้ตามท้องถิ่นนั่นเอง ซึ่งทำให้เสี่ยง

ต่อความอยู่รอดหรืออาจสูญเสียชีวิต ในเรื่องอื่น ๆ ก็เช่นกันการป้องกันโรค การอนามัยแม่และเด็ก การโภชนาการ โอกาสที่จะได้รับการบริการมีน้อย

จะเห็นได้ชัดว่าข้อสำคัญเหล่านี้ทำให้เกิดโรคที่มีลักษณะอาการน้อย ๆ กลายเป็นมากได้ หรือโรคที่ควรจะป้องกันได้ก็ไม่ได้รับการป้องกัน

### 3. แนวทางในการแก้ปัญหา

การแก้ไขปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญเหล่านี้ จะต้องการผู้มีความรู้ความสามารถในวิชาชีพต่าง ๆ กันมาช่วยกัน จะต้องมีการกะการล่วงหน้า คือ การวางแผนสาธารณสุขระดับชาติ อย่างถูกต้องตามหลักวิชาการ เพื่อใช้เป็นเครื่องนำทางดูจเข้มทิศในการให้บริการในการผลิต เจ้าหน้าที่สาธารณสุขประเภทต่าง ๆ บางท่านอาจค้านว่าแผนพัฒนาสาธารณสุขในแผนพัฒนา ฉบับที่ 3 (พ.ศ. 2515-2519) มีอยู่ดีแล้ว แผนนั้นหากพิจารณาดูให้ละเอียดจะเห็นว่ามีส่วนแก้ไข อีกไม่น้อย เช่น การวางแผน Health Sector นั้นมิได้วางแผนสำหรับองค์การเอกชนหรือองค์การ รัฐบาลอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องกับงานด้านสาธารณสุข (เช่น เทศบาลนครหลวงฯ ก็ไม่ได้อยู่ health plan นั้น) การตั้งเป้าหมายหลายอย่างก็ตั้งต่ำไป เช่น ในปัจจุบันผลิตแพทย์ได้ปีละ 370 คน (ซึ่งไม่เพียงพอ) อีก 5 ปีข้างหน้าก็จะผลิตได้ 1,850 คน (370 / คน/ปี / 5 ปี ซึ่งพอถึง 5 ปีก็ ทำงานสำเร็จตามเป้าหมายทุกประการ แต่การขาดแคลนแพทย์ก็ไม่ดีขึ้น เป็นต้น สิ่งที่สำคัญ ที่สุดในการแก้ปัญหา คือ ต้องสามารถวินิจฉัยให้ได้ทราบอย่างแน่ชัดว่าอะไรคือปัญหา เมื่อ ทราบแล้ว วิธีการแก้ปัญหาก็น่าจะง่ายขึ้นมาก หรือถ้าปัญหาสาธารณสุข ก็สามารถจัดบริการ สาธารณสุขแก้ไขได้ถูกต้อง นอกจากนี้ การแก้ไขปัญหาก็ต้องดำเนินการโดยอาศัยสาเหตุของ ปัญหาเป็นหลัก คือ

3.1 ต้องให้ความรู้กับประชาชนในชนบท ในเรื่องสุขภาพอนามัยหรือการป้องกันโรค และธรรมชาติของโรคต่าง ๆ การให้การศึกษาคงจะเป็นแบบการศึกษาต่อเนื่องทั้งทางตรง และทางอ้อม เช่น ให้เจ้าหน้าที่ไปสอนโดยตรง หรือให้อ่านหนังสือหรือบทความ มีการเผยแพร่ ทางวิทยุ ให้ทางองค์การที่ประชาชนเคารพนับถือช่วยสอนให้ เช่น ทางวัด หรือทางโรงเรียน เป็นต้น

3.2 เปลี่ยนแปลงทางพฤติกรรม ทั้งนี้มีรากฐานมาจากข้อแรกเป็นสำคัญ แต่อาจจะ เพิ่มเติมโดยการทำให้ดูเป็นตัวอย่าง หรือหาตัวอย่างในหมู่บ้านนั้นเองแล้วค่อยควบคุมดูแลลดจน การชี้แนะแนวอย่างใกล้ชิดหรืออาศัยเหตุการณ์รุนแรงที่อื่น ๆ เป็นเครื่องบังคับให้สนใจ เช่น

การมีโรคระบาดในถิ่นอื่น ๆ เป็นต้น เพื่อให้การเปลี่ยนแปลงต่อเนื่องจนเป็นนิสัย จำเป็นจะต้องมีการติดตามโดยใกล้ชิดเป็นระยะ ๆ จากเจ้าหน้าที่

### 3.3 การแก้ไขที่สำคัญ ควรจะต้องทำดังต่อไปนี้ คือ

- (1) ทำถนนต่าง ๆ ให้ดีขึ้น สามารถใช้ได้ตลอดปี (ซึ่งเป็นเรื่องของทางหน่วยงานที่เกี่ยวข้องโดยตรง)
- (2) สร้างสถานอนามัยหรือบริการสาธารณสุขให้อยู่ใกล้ชุมชนที่สุด
- (3) ถ้าในข้อ 1 และข้อ 2 เป็นไปได้ยาก ก็พยายามสร้างฐานะของประชาชนในชนบทโดยการให้ความช่วยเหลือตนเองขึ้นในหมู่บ้าน อาจจะเป็นในรูปของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน การสหกรณ์ทางการแพทย์ประจำหมู่บ้านที่นิยมกันเรียกว่า “การบริการสาธารณสุขเบื้องต้น” ทั้งนี้โดยให้มีสายการบังคับบัญชาโดยตรงจากกรรมการหมู่บ้าน และสายการสนับสนุนและนิเทศงานจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขของรัฐ

3.4 การแก้ปัญหาทางเศรษฐกิจ นับว่าเป็นเรื่องที่ซับซ้อนมาก คงไม่สามารถจะแก้ไขได้มาก ความจริงในเรื่องนี้รัฐบาลก็ได้พยายามทำอยู่ทุกยุคทุกสมัย แต่หลักกว้าง ๆ ก็น่าจะมีอยู่ว่าการกระจายรายได้จากส่วนชุมชนที่มั่งคั่งไปสู่ชนบทนั้นน่าจะกระทำ และขณะเดียวกันก็จำเป็นต้องพัฒนาระบบการเกษตรของประชาชนในชนบทให้ดียิ่งขึ้นจนสามารถมีผลผลิตสูงได้โดยไม่จำเป็นต้องอาศัยสภาพของดินฟ้าอากาศ ตลอดจนจะสามารถควบคุมสภาพของดินฟ้าอากาศได้ การกำจัดระบบคนกลางที่คอยเอาเปรียบชาวชนบทนั้นจึงจำเป็นต้องกระทำอย่างยิ่ง หรืออาจจะหาวิธีจัดกลุ่มชนบทขึ้นที่จะคอยควบคุมดูแลตัดสินใจปัญหาของตนเองได้ ทุกวันนี้ชาวชนบทได้แต่คอยความช่วยเหลือจากส่วนรัฐบาลอย่างเดียว ก็เป็นการกระทำที่ถูกต้อง เพราะเราได้กำหนดไว้เสียแล้วว่าเป็นหน้าที่ของรัฐบาลที่จะต้องคอยโอบอุ้มประชาชนทั้งหมด ซึ่งแท้จริงแล้วจะเห็นว่าประชาชนโดยตรงนั้นเขาก็ยังอยากมีความเป็นเจ้าของในชุมชนของเขาอยู่

เมื่อรายได้ของประชาชนอยู่ในฐานะดีปัญหาต่าง ๆ จะไม่เกิดขึ้น การสาธารณสุขก็ทำโดยง่ายและได้ผลเร็ว และจะคงอยู่ตลอดไปจนกลายเป็นนิสัยหรือความรับผิดชอบของประชาชนหรือชุมชนไปได้เองในที่สุด