

นิพนธ์ฉบับ

Original Article

สุขภาพดีไม่ต้องจ่ายแพง: ประสบการณ์ของประเทศไทย

สุวิวัฒน์ กิตติติลลกุล พ.บ., ส.ม., ศศ.ม.*

วรารักษ์ ปวงกันทา ศศ.บ., ศศ.ม.**

กุมารี พิชนี ศศ.บ., ร.ม.**

วริศา พานิชเกรียงไกร ท.บ., ส.ม.**

* สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

** สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ, กระทรวงสาธารณสุข

บทคัดย่อ การศึกษานี้แสดงให้เห็นว่า ประเทศไทยบรรลุ “สุขภาพดีไม่ต้องจ่ายแพง” โดยมีสุขภาพอนามัยแม่และเด็กที่ดีด้วยรายจ่ายสุขภาพแห่งชาติที่ไม่สูงนัก นอกจากนี้ ยังได้ทำการวิเคราะห์และชี้ให้เห็นถึงแนวโน้มของการพัฒนางานและมาตรการที่มีประสิทธิภาพในงานอนามัยแม่และเด็ก เมื่อเปรียบเทียบกับประเทศกลุ่มที่มีรายได้ต่ำถึงปานกลาง ประเทศไทยประสบความสำเร็จในการลดอัตราการตายของเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปีด้วยค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพต่อหัวประชากรที่ต่ำกว่าประเทศอื่น ดัชนีชี้วัดสุขภาพอื่นๆ เช่น อายุคาดเฉลี่ยของประชากรไทย อัตราตายมารดาและอัตราตายเด็กต่ำกว่า 5 ปีมีการพัฒนาที่ดีขึ้นด้วยค่าใช้จ่ายสุขภาพไม่เกินร้อยละ 5 ของผลิตภัณฑ์มวลรวมภายในประเทศ สุขภาพอนามัยแม่และเด็กระหว่างคนจน-คนรวยมีความเสมอภาคมากขึ้น แต่ยังคงมีความแตกต่างระหว่างจังหวัดต่างๆ มาตรการด้านสุขภาพที่ช่วยลดอัตราการตายมารดาและเด็ก และการให้บริการสุขภาพอนามัยแม่และเด็ก อาทิเช่น การดูแลครรภ์ก่อนคลอด การคลอดโดยผู้ชำนาญการคลอด การวางแผนครอบครัว และการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค ได้ถูกผนวกเข้าไปในสถานพยาบาลต่างๆ ทุกระดับ โดยเฉพาะอย่างยิ่ง การบริการระดับปฐมภูมิที่มีการกระจายตัวอย่างทั่วถึงทุกพื้นที่ของประเทศไทยถึงแม้ประเทศไทยจะบรรลุสุขภาพดีไม่ต้องจ่ายแพง แต่ประเทศไทยยังคงเผชิญความท้าทายหลายประการ เช่น ความชุกของทารกแรกเกิดที่มีน้ำหนักน้อยมีมากขึ้น ซึ่งจะส่งผลต่อสุขภาพของเด็กในอนาคต รวมทั้งการตายของเด็กต่ำกว่า 5 ปีจากการจมน้ำและอุบัติเหตุจากรถ ซึ่งเป็นสาเหตุที่สามารถ ป้องกันได้

คำสำคัญ: สุขภาพดีไม่ต้องจ่ายแพง, งานอนามัยแม่และเด็ก, รายจ่ายด้านสุขภาพ, มาตรการสุขภาพ

บทนำ

การศึกษา ‘สุขภาพดีไม่ต้องจ่ายแพง’ หรือ good health at low cost) เป็นการศึกษาถึงปัจจัยภายในและภายนอกในระบบสุขภาพที่นำไปสู่ผลลัพธ์ทางสุขภาพที่ดีโดยมีการจัดทำมาแล้ว 1 ครั้ง ใน พ.ศ. 2528 ซึ่งเป็นการศึกษาใน 4 ประเทศกำลังพัฒนา ได้แก่ สาธารณรัฐประชาชนจีน คอสตาริกา อินเดีย (เฉพาะรัฐเคราลา) และศรีลังกา เมื่อหนังสือ ‘สุขภาพดีไม่ต้องจ่ายแพง’ เล่มแรกได้รับการตีพิมพ์ และถูกใช้ประโยชน์อย่างแพร่หลายในอีก 25 ปีต่อมามูลนิธิร็อกกี้เฟลเลอร์ให้การสนับสนุนการจัดทำการศึกษาครั้งที่ 2 และมีการจัดทำหนังสือ ‘สุขภาพดีไม่ต้องจ่ายแพง พ.ศ. 2553’ หรือ ‘Good health at low cost 2010 (GHLC 2010)’ โดยทำการศึกษาใน 5 ประเทศ ได้แก่ บังกลาเทศ อินเดีย (เฉพาะรัฐทมิฬนาฑู) สาธารณรัฐศรีลังกา

เอธิโอเปีย และไทย ร่วมกับนักวิชาการจาก London School of Hygiene and Tropical Medicine สหราชอาณาจักร โดยเรียบเรียงสาระสำคัญจากหนังสือ Good Health at Low Cost 25 years on: What makes a successful health system?⁽¹⁾ นอกจากนี้ยังได้เปรียบเทียบดัชนีสำคัญของทั้ง 9 ประเทศ ตัวอย่าง รวมทั้งอินเดียทั่วประเทศ โดยปรับตัวเลขการพัฒนาสุขภาพและด้านต่างๆ ให้เป็นปีปัจจุบันมากขึ้น

การศึกษานี้ ระบุให้ สุขภาพอนามัยแม่และเด็กเป็นตัวแทนของการวัด ‘สุขภาพดีหรือไม่ดี’ และ รายจ่ายสุขภาพแห่งชาติเป็นตัวแทนของการวัด ‘การจ่ายแพงหรือไม่แพง’ ซึ่งประเทศไทยมีสุขภาพอนามัยแม่และเด็กดี ทั้งที่เป็นประเทศกำลังพัฒนามีรายได้ปานกลางค่อนข้างต่ำ และสามารถดำเนินการได้ด้วยรายจ่ายสุขภาพ เพียงไม่เกินร้อยละ 5 ของผลิตภัณฑ์มวลรวม

ประชาชาติ ประเทศไทยเป็นตัวอย่างของการมี “สุขภาพดีไม่ต้องจ่ายแพง”

บทความนี้มีวัตถุประสงค์เพื่ออธิบายสถานการณ์งานอนามัยแม่และเด็กระหว่าง พ.ศ. 2513-2533 และบ่งชี้ปัจจัยส่งเสริมให้การพัฒนางานอนามัยแม่และเด็กเป็นไปด้วยดี โดยเน้นปัจจัยภายในระบบสุขภาพ เพื่อแสดงให้เห็นว่า ประเทศไทยสามารถบรรลุ “สุขภาพดี ไม่ต้องจ่ายแพง”

วิธีการศึกษา

ใช้วิธีการวิจัยเชิงผสมผสาน (Mixed method research)⁽²⁾ ที่มุ่งเน้นการวิเคราะห์สถานการณ์งานอนามัยแม่และเด็กในช่วง 40 ปีที่ผ่านมา หรือระหว่าง พ.ศ. 2513-2553 ทั้งการศึกษาเชิงปริมาณ คือการทบทวนวรรณกรรมจากเอกสารทางวิชาการทั้งในประเทศและต่างประเทศ หนังสือประวัติการสาธารณสุข แหล่งสืบค้นข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ รวมทั้งการวิเคราะห์ข้อมูลทุติยภูมิ และการศึกษาเชิงคุณภาพ เป็นการสัมภาษณ์ผู้สังเกตการณ์ 15 ท่าน ประกอบด้วย ผู้บริหารระดับสูง ระดับกลาง นักวิชาการ แพทย์ เจ้าหน้าที่บุคลากรสาธารณสุข ผู้ปฏิบัติงานอนามัยแม่และเด็กในสถานพยาบาล ทั้งส่วนกลางและส่วนภูมิภาคที่ระดับจังหวัดและระดับอำเภอในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข รวมถึงภาคประชาสังคม เพื่อรวบรวมข้อมูลย้อนหลัง

เกี่ยวกับพัฒนาการของงานอนามัยแม่และเด็กที่ยังไม่ถูกบันทึกไว้เป็นลายลักษณ์อักษร

ระยะเวลาทำการศึกษาดังตั้งเดือน มีนาคม 2552 – ธันวาคม 2553

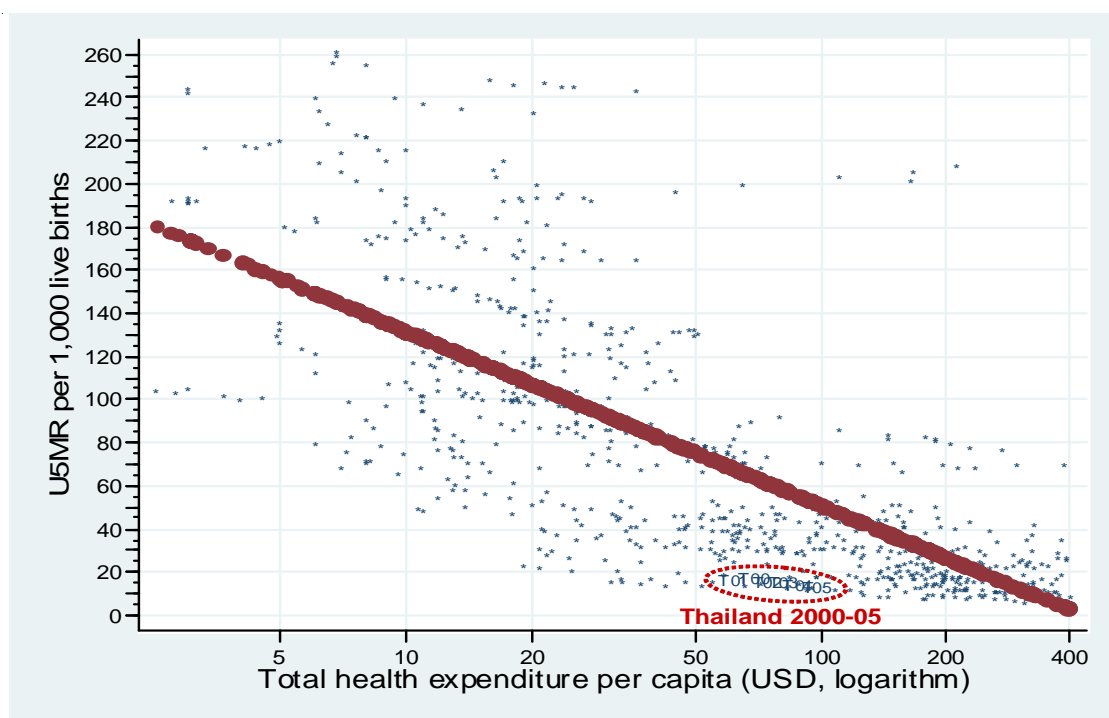
ผลการศึกษา

1. สุขภาพดีด้วยต้นทุนต่ำ: ประเทศไทยเปรียบเทียบกับประเทศอื่น ๆ

การวิเคราะห์สมการถดถอยพหุคูณ (multiple regression) ข้อมูลกลุ่มประเทศที่มีรายได้ต่ำถึงปานกลาง ซึ่งเป็นข้อมูลอัตราการตายของเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี เทียบกับค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพต่อหัวประชากรในพ.ศ. 2543-2548 แสดงให้เห็นอย่างชัดเจนว่าประเทศไทยประสบความสำเร็จในการลดอัตราการตายของเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี โดยค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพต่อหัวประชากรที่ต่ำกว่าประเทศอื่น ๆ หรือ อัตราการตายของเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปีอยู่ในเกณฑ์ต่ำกว่าประเทศอื่นที่มีรายจ่ายด้านสุขภาพต่อหัวประชากรที่ใกล้เคียงกัน ดังภาพที่ 1

เมื่อเปรียบเทียบข้อมูลกับประเทศอื่นในกลุ่มที่มีรายได้ต่ำถึงปานกลางจำนวน 30 ประเทศในช่วงระหว่าง พ.ศ. 2533-2549 ประเทศไทยมีอัตราการตายของเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปีลดลงต่อปีมากที่สุดหรือเฉลี่ยร้อยละ 8.5 ต่อปี⁽³⁾ (ตารางที่ 1)

ภาพที่ 1 ความสัมพันธ์ระหว่าง อัตราการตายของเด็กที่มีอายุน้อยกว่า 5 ปี และค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพต่อหัวประชากร พ.ศ. 2543-2548 (ค.ศ. 2000-2005)



ที่มา: วิเคราะห์ข้อมูลจาก World Health Statistics พ.ศ. 2543-2548 (ค.ศ. 2000-2005)

2. อายุคาดเฉลี่ยของประชากรไทย

ในช่วง 3 ทศวรรษที่ผ่านมา (พ.ศ. 2518-2548) อายุคาดเฉลี่ยของหญิงและชายไทยเพิ่มมากขึ้น โดยผู้หญิงเพิ่มขึ้นมากกว่าผู้ชาย อายุคาดเฉลี่ยของผู้หญิงเพิ่มขึ้นจาก 63.8 เป็น 77.6 ปี และผู้ชายเพิ่มจาก 58.0 เป็น 69.9 ปี^(4,5) ซึ่งในระหว่าง พ.ศ. 2538 - 2543 ประเทศไทยประสบปัญหาการแพร่ระบาดของ

ของโรคเอดส์ ทำให้อายุคาดเฉลี่ยไม่ดีขึ้นและใน พ.ศ. 2533 มีการตายของผู้ใหญ่เพิ่มขึ้นเนื่องจากการระบาดของ โรคเอดส์⁽⁶⁾

3. อัตราการตายของแม่และเด็ก

อัตราการตายมารดาตกลงมากในช่วง 3 ทศวรรษที่ผ่านมา จาก 421 ต่อการเกิดมีชีพแสนรายในพ.ศ. 2503 เป็น 25 ในพ.ศ. 2533 และ 11.7 ในพ.ศ. 2550⁽⁷⁾ ส่วนอัตราการตายของเด็กมี

ตารางที่ 1 ประเทศที่มีรายได้ต่ำถึงปานกลาง 30 ประเทศที่มีการลดลงของอัตราการตายเด็กต่ำกว่า 5 ปีเฉลี่ยต่อปีสูงสุด ระหว่างปี พ.ศ. 2533-2549

ประเทศ	การลดลงต่อปีของ U5MR (2533-2549) (ร้อยละ)	U5MR 2549 (ต่อการเกิดมีชีพพันราย)	MMR 2548 (ต่อการเกิดมีชีพแสนราย)
1 Thailand	8.5	8	110
2 Vietnam	7.1	17	150
3 Peru	7.1	25	240
4 Brazil	6.5	20	110
5 Indonesia	6.2	34	410
6 Syria	6.2	14	130
7 Egypt	6.0	35	130
8 Sri Lanka	5.6	13	58
9 Nepal	5.5	59	830
10 Morocco	5.5	37	240
11 El Salvador	5.5	25	170
12 Ecuador	5.4	24	210
13 Tunisia	5.1	23	100
14 Dominican Republic	5.0	29	150
15 Laos	4.9	75	660
16 Bangladesh	4.8	69	570
17 Honduras	4.8	27	280
18 Iran	4.7	34	140
19 Bolivia	4.5	61	290
20 Kazakhstan	4.5	29	140
21 Eritrea	4.3	74	450
22 Guatemala	4.3	41	290
23 Philippines	4.1	32	230
24 Turkmenistan	4.1	51	130
25 Haiti	4.0	80	670
26 Nicaragua	4.0	36	170
27 Paraguay	3.9	22	150
28 China	3.9	24	45
29 Cuba	3.9	7	45
30 Malawi	3.8	120	1,100

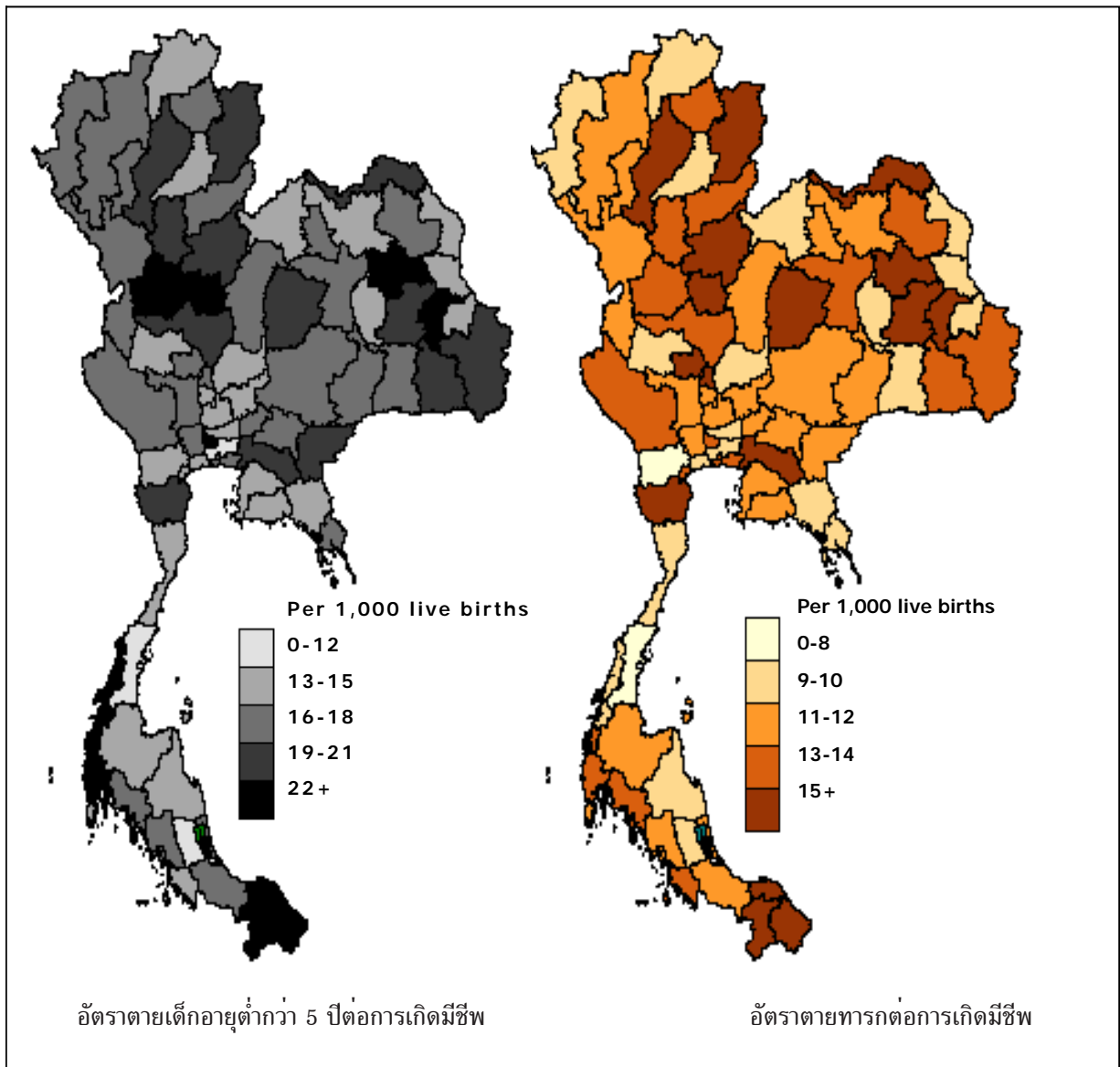
หมายเหตุ: เฉพาะประเทศที่มีรายได้ประชาชาติไม่เกิน 5,000 เหรียญสหรัฐต่อหัวประชากร, การเกิดตั้งแต่ 100,000 รายต่อปี
 U5MR (underr five mortality rate) หมายถึง อัตราตายเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ต่อการเกิดมีชีพพันราย
 MMR (maternal mortality ratio) หมายถึง อัตราการตายมารดาต่อการเกิดมีชีพแสนราย

ผลลัพธ์ที่ดีขึ้นคล้ายกันกับอัตราการตายมารดา โดยอัตราการตายทารก ลดลงอย่างต่อเนื่องจาก 84.3 ต่อการเกิดมีชีพพันรายในพ.ศ. 2508 เป็น 26.1 ในพ.ศ. 2538 และเป็น 8.3 ในพ.ศ. 2553⁽⁸⁾ เช่นเดียวกับอัตราการตายเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปีก็ลดลงอย่างมากเช่นกัน อย่างไรก็ตามประเทศไทยยังมีความท้าทายเรื่องความแตกต่างของอัตราการตายเด็กระหว่างเขตเมืองและชนบท โดยเขตชนบทมีอัตราการตายทารกที่สูงกว่าเขตเมืองประมาณ 1.2 เท่าในช่วง พ.ศ. 2543 ความแตกต่างระหว่างจังหวัดยังคงมีอยู่ จากภาพที่ 2 แสดงให้เห็นว่าบางจังหวัดในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ภาคเหนือและภาคใต้มีอัตราการตายทารกและเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี สูงกว่าจังหวัดอื่นๆ

จากผลลัพธ์เรื่องอัตราการตายแม่และเด็กในภาพรวมที่ดีขึ้น ทำให้ประเทศไทยสามารถบรรลุเป้าหมายการพัฒนาแห่งสหัสวรรษ ในเป้าหมายที่ 4 เรื่องการลดการตายของเด็ก และเป้าหมายที่ 5 เรื่องการลดการตายของมารดา ได้สำเร็จตั้งแต่ พ.ศ. 2547⁽⁹⁾

นอกจากความพยายามในการลดอัตราการตายเด็กแล้ว ประเทศไทยยังให้ความสำคัญเชิงนโยบายในการจัดการปัญหาทารกแรกเกิดมีน้ำหนักน้อย หรือต่ำกว่า 2,500 กรัม เนื่องจากอาจส่งผลต่อสุขภาพในระยะยาวของทารก แต่ประเทศไทยสามารถจัดการปัญหาได้เพียงบางส่วนเท่านั้น กล่าวคือ ความชุกของทารกแรกเกิดมีน้ำหนักน้อยลดลงจากร้อยละ 10.2 ในพ.ศ. 2533 เป็นร้อยละ 8.1 ในพ.ศ. 2538 แต่กลับเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 9.6

ภาพที่ 2 อัตราตายเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปีและอัตราการตายทารกต่อการเกิดมีชีพพันราย พ.ศ. 2548



ที่มา ดัดแปลงจากกลุ่มภารกิจด้านข้อมูลข่าวสารและสารสนเทศสุขภาพ สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข

ในพ.ศ. 2552 ส่วนหนึ่งเป็นปัญหาจากการตั้งครุภในวัยรุ่นที่เพิ่มมากขึ้น จากร้อยละ 11 ในพ.ศ. 2539 เป็นร้อยละ 15.7 ในพ.ศ. 2552^(10,11)

4. สาเหตุการตายของเด็กต่ำกว่า 5 ปี

โครงการภาวะโรคในประเทศไทยได้ทำการวิเคราะห์สาเหตุการตายของเด็กต่ำกว่า 5 ปี พ.ศ. 2539 2543 2548 และ 2549⁽¹²⁾ พบว่าจากสาเหตุ 20 อันดับแรกนั้น การตายจากโรคติดเชื้อทางเดินหายใจ โรคหัวใจล้มเหลว โรคติดเชื้อในกระแส

ตารางที่ 2 20 อันดับแรกของสาเหตุการตายในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี พ.ศ. 2539-2552 (หน่วย ต่อการเกิดมีชีพพันราย)

สาเหตุการตาย	2539	2543	2548	2552	แนวโน้ม 2539-2552
1. ไม่สามารถจำแนกได้ (other ill-defined)	1.12	0.53	0.19	0.18	↓
2. การติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนล่าง (lower respiratory tract infections)	1.03	0.47	0.56	0.46	↓
3. หัวใจล้มเหลว (heart failure)	0.99	0.10	0.00	0.00	↓
4. การติดเชื้อในกระแสโลหิต (septicemia)	0.59	0.80	0.38	0.30	↓
5. โรคทางเดินหายใจเรื้อรังอื่น ๆ (other chronic respiratory diseases)	0.52	0.32	0.19	0.20	↓
6. การจมน้ำ (drowning)	0.52	0.76	0.65	0.54	↔
7. โรคติดเชื้ออื่น ๆ และปรสิต (other infectious and parasitic diseases)	0.35	0.28	0.15	0.15	↓
8. โรคหัวใจและหลอดเลือดอื่น ๆ (other cardiovascular disease)	0.30	0.06	0.09	0.10	↓
9. น้ำหนักแรกเกิดน้อย (low birth weight)	0.29	0.25	1.01	1.04	↑
10. ท้องร่วง (diarrhoea)	0.26	0.25	0.16	0.09	↓
11. อุบัติเหตุทางถนน (road traffic accidents)	0.24	0.32	0.20	0.19	↔
12. ความพิการตั้งแต่กำเนิดอื่น ๆ (other congenital anomalies)	0.24	0.39	0.76	0.77	↑
13. โรคหัวใจไม่สามารถจำแนกได้ (ill-defined heart disease)	0.24	0.08	0.05	0.05	↓
14. โรคหัวใจแต่กำเนิด (congenital heart disease)	0.23	0.36	0.61	0.67	↑
15. โรคระบบทางประสาทอื่น ๆ (other neurological)	0.21	0.13	0.09	0.07	↓
16. โรคระบบต่อมไร้ท่อและเมตาบอลิซึม ซินโดรม (endocrine and metabolic disorders)	0.20	0.22	0.07	0.05	↓
17. โรคระบบย่อยอาหารอื่น ๆ (other digestive diseases)	0.18	0.17	0.12	0.10	↓
18. อุบัติเหตุอื่น ๆ โดยไม่ตั้งใจ (ill-defined unintentional accidents)	0.17	0.08	0.04	0.02	↓
19. การบาดเจ็บที่ไม่ตั้งใจ (other unintentional injuries)	0.17	0.19	0.18	0.14	↓
20. อาการอื่น ๆ ในเด็กแรกเกิด (other conditions arising in the peri-natal period)	0.16	0.91	2.24	2.02	↑
อัตราตายจาก 20 สาเหตุแรก ต่อการเกิดมีชีพพันราย (top twenty COD, per 1000 live births)	9.30	9.93	9.23	8.62	
รวมทั้งหมด ต่อการเกิดมีชีพพันราย (all others, per 1,000 live births)	1.25	2.01	1.55	1.31	
อัตราตายเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ต่อการเกิดมีชีพพันราย (U5MR, per 1,000 live births)	10.55	11.93	10.77	9.94	
ไม่มีการวินิจฉัย	1.29	3.26	1.47	1.45	

ที่มา: วิเคราะห์โดยทีมงานภาวะโรค⁽¹²⁾ โดยใช้ข้อมูลจากฐานข้อมูลทะเบียนราษฎร

หมายเหตุ: ↓ แสดงถึงแนวโน้มที่ลดลง ↑ แสดงถึงแนวโน้มที่เพิ่มขึ้น และ ↔ แสดงถึง ไม่มีการเปลี่ยนแปลง

โลหิต โรคติดเชื้ออื่น ๆ และปรสิต และโรคท้องร่วง มีอัตราที่ลดลง ระหว่าง พ.ศ. 2539 และ 2552 (ตารางที่ 2) ซึ่งโรคเหล่านี้เป็นโรคที่ป้องกันได้ หรือเมื่อเป็นแล้วสามารถรักษาให้หายได้ การลดลงของอัตราการตายจากโรคเหล่านี้เป็นผลมาจากการที่ประชาชนสามารถเข้าถึงการบริการรักษาสุขภาพที่จำเป็นและงานสาธารณสุขพื้นฐาน โดยเฉพาะงานอนามัยแม่และเด็กได้มากขึ้น ซึ่งเป็นการให้บริการสุขภาพที่ระดับปฐมภูมิ

แต่อย่างไรก็ตาม การจมน้ำและอุบัติเหตุจราจรมีอัตราการตายที่ค่อนข้างคงที่ ทั้ง ๆ ที่เป็นสาเหตุที่ป้องกันได้ ส่วนน้ำหนักแรกเกิดน้อย ความพิการตั้งแต่กำเนิด โรคหัวใจตั้งแต่กำเนิด และอาการอื่น ๆ ของเด็กแรกเกิด ซึ่งเป็นสาเหตุหลักของการตายปริกำเนิด มีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น

5. การบริการสุขภาพสำหรับงานอนามัยแม่และเด็ก

งานบริการหลัก 4 อย่างของงานอนามัยแม่และเด็ก ได้แก่ การดูแลครรภ์ก่อนคลอด การคลอดโดยผู้ชำนาญการคลอด การวางแผนครอบครัว และการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค มีอัตราความครอบคลุมประชากรเป้าหมายสูง การให้บริการส่วนใหญ่ทำโดยสถานพยาบาลภาครัฐ โดยเฉพาะอย่างยิ่งที่ระบบบริการระดับปฐมภูมิ ซึ่งมีความครอบคลุมทุกพื้นที่ของประเทศไทย ทำให้ประชาชนโดยเฉพาะในเขตชนบทสามารถเข้าถึงการบริการสุขภาพได้มากขึ้น (ตารางที่ 3)

จากการศึกษาของ Jones และคณะ⁽¹³⁾ แสดงให้เห็นว่า มีมาตรการจำนวน 23 มาตรการที่ได้ผลดีในการลดอัตราการตายของเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปีจากสาเหตุ 9 ประการ ได้แก่ ท้องร่วง ปอดบวม หัด มาเลเรีย เอชไอวี/เอดส์ ภาวะขาดออกซิเจนใน เลือดแดง ตั้งแต่แรกเกิด การคลอดก่อนกำหนด บาดทะยักใน เด็กทารก และทารกติดเชื้อในกระแสโลหิต

มาตรการดังกล่าว ประกอบด้วยมาตรการเพื่อการป้องกันจำนวน 15 ประการ อาทิเช่น การมีน้ำสะอาดและมีสุขลักษณะที่ดี การให้วัคซีนป้องกันบาดทะยัก การฝากครรภ์ เป็นต้น และมาตรการเพื่อการรักษา 8 ประการ อาทิเช่น การให้สารละลายเกลือแร่สำหรับโรคอุจจาระร่วง การให้ยาปฏิชีวนะสำหรับรักษาปอดบวม เป็นต้น

ผลการสัมภาษณ์แพทย์ผู้เชี่ยวชาญในประเทศไทยเพื่อประเมินสถานการณ์ของมาตรการเหล่านี้ในประเทศไทย พบว่า มาตรการต่างๆ เหล่านี้ ส่วนใหญ่มีความครอบคลุมประชากรเป้าหมายค่อนข้างสูง ยกเว้นสองมาตรการที่มีความครอบคลุมต่ำ คือ การให้นมแม่แก่ทารกจนครบ 6 เดือนซึ่งมีความครอบคลุมต่ำเพียงร้อยละ 5.3 ในปี พ.ศ. 2549 และการให้ยาสเตอร์อยด์ในหญิงตั้งครรภ์เพื่อป้องกันการคลอดก่อนกำหนด ทั้งนี้ มาตรการนี้กำลังอยู่ในระยะการขยายความครอบคลุม⁽¹⁴⁾

ผลการสัมภาษณ์ยังพบว่า มาตรการต่างๆ ที่ได้ผลเหล่านี้

รวมอยู่ในการบริการอนามัยแม่และเด็ก ซึ่งให้บริการโดยสถานพยาบาลทุกระดับ โดยเฉพาะอย่างยิ่งระบบบริการปฐมภูมิที่ประชาชนเข้าถึงได้ง่ายเพราะใกล้บ้าน ความพร้อมทั้งด้านสถานที่ อุปกรณ์ เครื่องมือ เวชภัณฑ์ รวมถึงบุคลากร ทั้งแพทย์ พยาบาล และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข เป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้สถานพยาบาลมีความพร้อมในการให้บริการมาตรฐานข้างต้นอย่างสัมฤทธิ์ผล ในขณะเดียวกันประชาชนต้องสามารถเข้าถึงบริการสุขภาพได้โดยไม่เสียค่าใช้จ่ายด้านต่างๆ เช่น เรื่องการเงิน จึงทำให้เกิดการพัฒนาาระบบสาธารณสุขทั้งการพัฒนาด้านผู้ให้บริการที่มีการขยายสถานพยาบาลออกไปอย่างครอบคลุมทุกพื้นที่ของประเทศ และการพัฒนาการปกป้องความเสี่ยงด้านการเงินของประชาชนเพื่อให้เข้าถึงและใช้บริการสุขภาพได้โดยไม่เสียค่าใช้จ่ายค่ารักษาพยาบาล

วิจารณ์

ประเทศไทยมีผลลัพธ์สุขภาพงานอนามัยแม่และเด็กที่ดีด้วยค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพที่ไม่แพงเมื่อเทียบกับประเทศกำลังพัฒนาอื่น ๆ สุขภาพแม่และเด็กดีขึ้นพร้อมกับการลดช่องว่างความไม่เสมอภาคด้านสุขภาพระหว่างคนจน-คนรวย

การบรรลุสุขภาพอนามัยแม่และเด็กที่ดีนั้น เกิดจากการที่ประเทศไทยมีการให้บริการตามมาตรการต่างๆ ที่ได้ผลในการลดการตายของทารกและเด็กต่ำกว่า 5 ปี ซึ่งมาตรการเหล่านี้ได้ถูกรวมเข้าไปเป็นส่วนหนึ่งของการให้บริการสุขภาพแก่ประชาชนในสถานพยาบาลต่างๆ ทุกระดับ ทั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ Lawn และคณะ⁽¹⁵⁾ ที่เน้นความครอบคลุมของมาตรการสำหรับงานอนามัยแม่และเด็กหลัก 4 อย่าง ตั้งแต่การดูแลครรภ์ก่อนคลอด การคลอดโดยผู้ชำนาญการคลอด การวางแผนครอบครัว และการดูแลสุขภาพเด็ก รวมทั้งการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคและงานสุขภาพเด็กดี ซึ่งเป็นการดูแลสุขภาพเด็กอย่างบูรณาการตั้งแต่อยู่ในครรภ์มารดา เมื่อคลอด และการเจริญเติบโตของเด็ก

แต่อย่างไรก็ตาม ประเทศไทยยังคงมีความไม่เสมอภาคด้านสุขภาพอนามัยแม่และเด็กระหว่างจังหวัดต่างๆ ระหว่างเขตเมืองและชนบท นอกจากนี้ ประเทศไทยยังมีปัญหาทารกแรกเกิดมีน้ำหนักน้อยที่มีความชุกมากขึ้น ซึ่งทารกแรกเกิดมีน้ำหนักน้อยจะส่งผลต่อสุขภาพของเด็กในระยะยาว สาเหตุส่วนหนึ่งเกิดจากการตั้งครกในวัยรุ่น หรือท้องไม่พร้อม ที่มีความชุกเพิ่มขึ้นด้วย และกำลังเป็นปัญหาสังคมที่ควรได้รับการแก้ไขและป้องกันโดยด่วน แต่ปัญหาเหล่านี้ เป็นปัญหาสังคมที่ไม่สามารถจัดการได้เพียงเฉพาะการทำงานในส่วนองระบบสุขภาพเท่านั้น จำเป็นต้องร่วมมือกันทั้งภายในและนอกระบบสุขภาพ จากทุกภาคส่วนในสังคมทั้งภาครัฐ ภาคเอกชน และประชาสังคม โดยเฉพาะอย่างยิ่งจากครัวเรือน การตายของเด็กจากการจมน้ำและ

อุบัติเหตุจรรยา ักควรได้รับการจัดการให้ลดลงหรือให้เกิดขึ้น มีสุขภาพที่ต้อย่างต่อเนื่องในระยะยาว พร้อมกับมีคุณภาพชีวิตที่ดี น้อยที่สุด เพราะเป็นสาเหตุที่ป้องกันได้ การทำให้แม่และเด็ก คงเป็นคำถามวิจัยที่ท้าทายต่อไปในอนาคต

ตารางที่ 3 ความครอบคลุมของการให้บริการสุขภาพสำหรับงานอนามัยแม่และเด็ก 4 ด้านหลัก

มาตรการ	บริการต่าง ๆ	ความครอบคลุม
1. การดูแลครรภ์ก่อนคลอด หรือ เรียกเป็นการฝากครรภ์ (antenatal care, ANC)	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> การให้บริการการตรวจคัดกรอง และการรักษาโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์โดยไม่เสียค่าบริการ <input type="checkbox"/> การป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูกได้ถูกรวมเข้าไปในชุดบริการฝากครรภ์ และไม่เสียค่าบริการ ตั้งแต่ปี 2543 	<p>ผลการสำรวจอนามัยเจริญพันธุ์ ปี พ.ศ. 2549 พบว่า</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> การฝากครรภ์ครบตามกำหนด 4 ครั้ง เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 62 ในปี 2531 เป็นร้อยละ 82 ในปี 2549 <input type="checkbox"/> ร้อยละ 98.9 ของหญิงตั้งครรภ์เคยมีการฝากครรภ์อย่างน้อย 1 ครั้ง <input type="checkbox"/> การให้บริการฝากครรภ์ส่วนใหญ่เป็นการให้บริการของภาครัฐ (80.3% ของการให้บริการฝากครรภ์ทั้งหมด)
2. การคลอดโดยบุคลากรที่มีความเชี่ยวชาญ (delivery by skilled birth attendants)	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> ตั้งแต่ปี 2533 เป็นต้นมา การคลอดประมาณร้อยละ 50.0 เป็นการคลอดโดยพยาบาลและแพทย์ <input type="checkbox"/> เดิมประเทศไทยเคยมีการผลิตเจ้าหน้าที่ผดุงครรภ์ (midwife) แต่ถูกยกเลิกไปแล้วตั้งแต่ปี 2533 โดยหลักสูตรการผดุงครรภ์ถูกรวมเข้าในหลักสูตรการพยาบาล เจ้าหน้าที่ผดุงครรภ์รุ่นสุดท้ายจะเกษียณอายุราชการในปี 2553 	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> การคลอดโดยบุคลากรที่มีความเชี่ยวชาญมีความครอบคลุมเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 66 ในปี 2529 เป็นมากกว่าร้อยละ 80 ในปี 2533 และ เกือบร้อยละ 100 ในปี 2538 เป็นต้นไป <input type="checkbox"/> ความครอบคลุมของการฉีดวัคซีนป้องกันวัณโรค (หรือบีซีจี) เข็มแรกในเด็กแรกเกิดมีอัตราสูงถึงร้อยละ 100 ซึ่งต้องเป็นการฉีดวัคซีนในสถานพยาบาล ดังนั้น ตัวชี้วัดนี้สะท้อนถึงการคลอดที่สถานพยาบาลสูงมาก <input type="checkbox"/> การคลอดในสถานพยาบาลสูงมากเกือบร้อยละ 100 เป็นการคลอดในโรงพยาบาลรัฐร้อยละ 92.4 โรงพยาบาลเอกชนร้อยละ 6.2 และคลอดที่บ้านร้อยละ 1.3 ซึ่งมักพบในจังหวัดภาคใต้ที่เป็นมุสลิม
3. การวางแผนครอบครัว (Family planning)	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> นโยบายวางแผนครอบครัวได้ถูกจัดให้เป็นนโยบายระดับประเทศ ตั้งแต่เดือนพฤษภาคม พ.ศ. 2513 <input type="checkbox"/> การให้บริการการคุมกำเนิดโดยไม่เสียค่าบริการ 	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> อัตราการคุมกำเนิด (contraceptive prevalence rate, CPR) เพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วจากร้อยละ 14.7 ของหญิงวัยเจริญพันธุ์อายุ 15-49 ปีที่แต่งงานแล้ว ในปี 2513 เป็นร้อยละ 67.5 ในปี 2530 ร้อยละ 79.2 ในปี 2546 และร้อยละ 81.1 ในปี 2549 <input type="checkbox"/> ช่องว่างของ CPR ระหว่างในเมืองกับชนบทลดลงและมีความแตกต่างกันน้อยมาก ดังเช่น ข้อมูลจากการสำรวจอนามัยเจริญพันธุ์ในปี 2549 ร้อยละ 81.2 ในเขตเมือง และ ร้อยละ 80.9 ในเขตชนบท <input type="checkbox"/> การให้บริการวางแผนครอบครัวส่วนใหญ่เป็นการให้บริการที่สถานพยาบาลของรัฐ ได้แก่ สถานีอนามัย โรงพยาบาลชุมชน และโรงพยาบาลศูนย์หรือโรงพยาบาลทั่วไปถึงร้อยละ 62.6 ของการบริการวางแผนครอบครัวทั้งหมด ในปี 2549 ส่วนร้านขายยาเข้ามามีบทบาทมากขึ้นในหลายปีที่ผ่านมา
4. การบริการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> การขยายความครอบคลุมของการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคได้มีการจัดทำเป็นโครงการนำร่องในปี 2519 และได้ขยายทั่วประเทศในชื่อที่รู้จักกันดี คือ EPI (Expanded Program on Immunization) ในปี 2520 และเป็นการให้บริการฟรี 	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> โครงการ EPI ทำให้ความครอบคลุมของการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคสูงเป็นร้อยละ 90 ในปี 2533 <input type="checkbox"/> การฉีดวัคซีนป้องกันไวรัสตับอักเสบบี ได้เริ่มขึ้นในปี 2535 จากความครอบคลุมน้อยกว่าร้อยละ 10 เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 90 ในปี 2539 <input type="checkbox"/> การสร้างเสริมภูมิคุ้มกันส่วนมากเป็นการให้บริการในสถานพยาบาลภาครัฐ <input type="checkbox"/> โครงการ EPI ทำให้โรคที่ป้องกันได้จากวัคซีนต่าง ๆ ลดน้อยลงไปด้วย <input type="checkbox"/> ระบบการเฝ้าระวังโรคของกระทรวงสาธารณสุขทำให้โรคต่าง ๆ ที่ป้องกันด้วยภูมิคุ้มกันนั้นมีความชุกน้อยลงเช่นกัน อันเป็นผลจาก EPI มีความครอบคลุมสูงถึงร้อยละ 90

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณผู้สนับสนุนที่ทุกท่านที่สละเวลาให้ คณะวิจัยได้เข้าสัมภาษณ์ ขอขอบคุณหน่วยงานที่ผลิตและรวบรวมข้อมูลสำคัญ ได้แก่ สำนักงานสถิติแห่งชาติที่ทำกรสำรวจครัวเรือน หน่วยงานต่างๆในกระทรวงสาธารณสุข และกระทรวงอื่นๆ คณะทำงานบัญชีรายจ่ายสุขภาพแห่งชาติ ที่ให้ความร่วมมือในการทำการศึกษานี้

เอกสารอ้างอิง

- Balabanova D, McKee M, Mills A. 'Good health at low cost' 25 years on. What makes a successful health system? London: London School of Hygiene & Tropical Medicine; 2011.
- Kitreerawutiwong N. Mixed methods research design in public health. Public Health Journal of Burapha University 2012;7:130-52.
- Rohde J, Cousens S, Chopra M, Tangcharoensathien V, Black R, Bhutta Z, et al. 30 years after Alma-Ata: has primary health care worked in countries? Lancet 2008;372:950-6.
- Thailand National Statistical Office. Expectation of life at birth from the 1995-1996 and 2005-2006. Survey of population change. Bangkok: Thailand National Statistical Office; 2007.
- Bureau of Policy and Strategy. Thailand health profile 2001-2004. Nonthaburi: Ministry of Public Health; 2008.
- Bundhamcharoen K, Teerawatananon Y, Vios T, Begg S. Burden of disease and injuries in Thailand: priority setting for policy. Nonthaburi: Thai Working Group on Burden of Disease and Injuries, Ministry of Public Health; 2002.
- Ministry of Public Health. Maternal deaths 1960-2006. Nonthaburi: Bureau of Policy and Strategy, Ministry of Public Health; 2010.
- Institute for Health Metrics and Evaluation. Infant and child mortality estimates by country 1970-2010. Seattle: Institute for Health Metrics and Evaluation; 2010.
- Office of the National Economic and Social Development Board, United Nations Country Team in Thailand. Thailand millennium development goals report 2004. Bangkok: Office of the National Economic and Social Development Board and United Nations Country Team in Thailand - Office of the UN Resident Coordinator; 2004.
- Chen XK, Wen SW, Fleming N, Demissie K, Rhoads GG, Walker M. Teenage pregnancy and adverse birth outcomes: a large population based retrospective cohort study. Int J Epidemiol 2007;36:368-73.
- Ohlsson A, Shah P. Determinants and prevention of low birth weight: a synopsis of the evidence. Alberta: Institute of Health Economics; 2008.
- Thai Working Group on Burden of Disease. Unpublished report on causes of death of children under 5 years, 1996-2009. Nonthaburi: International Health Policy Program. Ministry of Public Health; 2010.
- Jones G, Steketee RW, Black RE, Bhutta ZA, Morris SS. How many child deaths can we prevent this year? Lancet 2003;362:65-71.
- Pacharanarumol W, Tangcharoensathien V, Limwattananon S, Panichkriangkrai W, Pachanee K, Pongkantha W, et al. Why and how did Thailand achieve good health at low cost?(chapter 7). In: Balabanova D, McKee M, Mills A, editors. 'Good health at low cost' 25 years on. What makes a successful health system? London: London School of Hygiene & Tropical Medicine; 2011. p. 193-223.
- Lawn J, Cousens S, Bhutta Z, Darmstadt G, Martines J, Paul V, et al. Why are 4 million newborn babies dying each year? Lancet 2004;364:399-401.

Abstract: Good Health at Low Cost: Thailand's Experience

Suwat Kittidilokkul M.D., M.P.H., M.A.*; Waraporn Pongkantha B.A., M.A.**; Kumaree Pachanee B.A., M.A.**;
Warisa Panichkriangkrai D.D.S., M.P.H.**

* Bureau of Policy and Strategy, Office of the Permanent Secretary for Public Health; ** International Health Policy Program, Ministry of Public Health

Journal of Health Science 2013;22:1052-60.

This study demonstrated that Thailand had achieved “Good Health at Low Cost” – good maternal and child health at the relatively low total health expenditures. In addition, the study assessed the trend of interventions contributed to improvement in maternal and child health. Multiple regressions among low- and middle-income countries show that Thailand outperformed in achieving under-five mortality rate (U5MR) at much lower per capita health spending compared to international peers. Key health indicators for example life expectancy, U5MR and maternal mortality rate all improved. Importantly, total health expenditure was relatively low, at only 5% of gross domestic product. The rich-poor maternal and child health inequity gap reduced except provincial gaps. Child survival interventions and maternal and child health services, notably ante-natal care, skill birth attendance, family planning and immunization, had been integrated into health services at all levels of health care providers, in particular primary care level, which were geographically accessible by rural poor. Although Thailand achieved good health at low cost, there are many challenges. For example, the increase of the prevalence of low birth weight which will affect health of the baby in the long run. Drowning and road traffic accidents have been causes of death of children under five years old, although these are preventable.

Keywords: good health at low cost, maternal and child health, health expenditures, health interventions