

# ปัจจัยที่ทำให้ประเทศไทยบรรลุ การมีสุขภาพดีโดยไม่ต้องจ่ายแพง

กุมารี พัทณี ศศ.บ., ร.ม.\*

สุวัฒน์ กิตติดิลกุล พ.บ., ส.ม., ศศ.ม.\*\*

วราภรณ์ ปวงกันทา ศศ.บ., ศศ.ม.\*

ดวงตา อ่อนสุวรรณ วท.บ., พ.บ.\*\*\*

วิศา พานิชเกรียงไกร ท.บ., ส.ม.\*

วลัยพร พัทธมมล ภ.บ., วท.ม., ศ.ม., ปร.ด.\*

\* สำนักงานพัฒนาโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ, กระทรวงสาธารณสุข

\*\* สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

\*\*\* สำนักบริหารการสาธารณสุข, กระทรวงสาธารณสุข

**บทคัดย่อ** ประเทศไทยเป็นตัวอย่างหนึ่งของประเทศกำลังพัฒนาที่สามารถบรรลุเป้าหมาย "สุขภาพดีไม่ต้องจ่ายแพง" โดยสามารถบรรลุตัวชี้วัดการมีสุขภาพอนามัยแม่และเด็กที่ดี ด้วยรายจ่ายสุขภาพแห่งชาติไม่เกินร้อยละ 5 ของผลิตภัณฑ์มวลรวมภายในประเทศตั้งแต่ปี พ.ศ. 2537 ทั้งนี้ด้วยการพัฒนาระบบสาธารณสุขที่มุ่งเน้นความเสมอภาคในการเข้าถึงบริการสุขภาพที่จำเป็น โดยเน้นนโยบายสร้างความเข้มแข็งของระบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิที่กระจายอย่างทั่วถึงทั้งประเทศ และนโยบายการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ทำให้ประชาชนเข้าถึงบริการสุขภาพที่จำเป็นและสามารถลดการป่วยและการตายของแม่และเด็กลงได้อย่างมีนัยสำคัญ การจัดทำแผนพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติและนโยบายรัฐบาลเพื่อแก้ปัญหาความยากจน และการดำเนินการตามนโยบายให้สอดคล้องกับบริบทของพื้นที่ ผู้นำด้านนโยบายสุขภาพที่เข้มแข็งและมีความสามารถ ทำให้มีการผลักดันกฎหมายและนโยบายด้านสุขภาพที่สำคัญได้สำเร็จ ปัจจัยภายนอกของระบบสุขภาพที่เอื้อต่อการพัฒนาระบบสาธารณสุข และการมีสุขภาพที่ดีขึ้นของประชาชน เช่น การเติบโตทางเศรษฐกิจอย่างรวดเร็ว การลดลงของความยากจนและความเหลื่อมล้ำในสังคม การศึกษาที่ดีขึ้นของประชาชนโดยเฉพาะการศึกษาของสตรี รวมทั้งการมีส่วนร่วมของภาคประชาสังคมและชุมชน

**คำสำคัญ:** สุขภาพดีไม่ต้องจ่ายแพง, งานอนามัยแม่และเด็ก, ปัจจัยภายในระบบสุขภาพ, ปัจจัยภายนอกระบบสุขภาพ

## บทนำ

บทความนี้เป็นบทความที่ 3 ที่ต่อเนื่องจากการศึกษาสุขภาพดีไม่ต้องจ่ายแพงที่ได้รับการตีพิมพ์แล้วสองฉบับ คือ (1) ปัจจัยสู่ความสำเร็จจากเก้าประเทศตัวอย่าง<sup>(1)</sup> และ (2) ประสบการณ์ของประเทศไทย<sup>(2)</sup> ฉบับที่ 1

แสดงให้เห็นว่ามีการศึกษาสุขภาพดีไม่ต้องจ่ายแพงสองครั้ง คือ ปี พ.ศ. 2528 และ 2553 โดยมีประเทศเข้าร่วมการศึกษาเก้าประเทศ รวมทั้งประเทศไทย เป็นการสรุปบทเรียนของทั้งเก้าประเทศในภาพรวมที่มีบริบทของประเทศที่แตกต่างกัน ส่วนฉบับที่ 2 เป็นผล

การศึกษาของประเทศไทยโดยเฉพาะ อธิบายถึงรายละเอียดสถานการณ์สุขภาพแม่และเด็ก ทั้งอัตราการตายของแม่และเด็ก รวมทั้งสาเหตุการตายของเด็กต่ำกว่าห้าปีแล้วเชื่อมโยงไปถึงการบริการสุขภาพที่ส่วนใหญ่เป็นการจัดการบริการโดยภาครัฐและมีความครอบคลุมของการบริการอย่างกว้างขวาง ส่วนฉบับที่ 3 (ฉบับนี้) จะเป็นการอธิบายรายละเอียดของการพัฒนาระบบบริการสุขภาพว่าประเทศไทยสามารถพัฒนามาได้อย่างไร และมีปัจจัยใดบ้างที่ส่งผลต่อการดำเนินงานด้านงานอนามัยแม่และเด็ก

องค์การอนามัยโลกได้เสนอกรอบแนวคิดเกี่ยวกับเป้าหมายของระบบสุขภาพคือ เพื่อบรรลุการมีสุขภาพดีของประชาชนในประเทศ โดยมีการใช้และกระจายทรัพยากรสุขภาพอย่างมีประสิทธิภาพและเป็นธรรม<sup>(3)</sup> ในขณะที่เป้าหมายการพัฒนาแห่งสหัสวรรษ (Millennium Development Goals – MDGs) ได้กำหนดเป้าหมายเพื่อการพัฒนาที่ต้องการบรรลุในปี พ.ศ. 2558 จำนวน 8 เป้าหมาย โดยการลดอัตราการตายของมารดา (MDG 5) และลดอัตราการตายเด็กอายุระหว่าง 0 – 5 ปี (MDG 4) ถือเป็นเป้าหมายด้านสุขภาพที่มีความสำคัญ<sup>(4)</sup>

หลักฐานเชิงประจักษ์บ่งชี้ว่า ประเทศไทยบรรลุ “สุขภาพอนามัยแม่และเด็กที่ดี โดยมีการลดลงของอัตราการตายมารดาและเด็ก ด้วยต้นทุนที่ไม่แพง ใช้จ่ายสุขภาพแห่งชาติไม่เกินร้อยละ 5 ของผลิตภัณฑ์มวลรวมภายในประเทศ”<sup>(5)</sup> ทั้งนี้เพราะประชาชนโดยเฉพาะแม่และเด็กสามารถเข้าถึงและใช้บริการสุขภาพพื้นฐานด้านอนามัยแม่และเด็กได้อย่างทั่วถึง มาตรการต่างๆด้านสุขภาพที่มีประสิทธิภาพในการลดอัตราการตายมารดาและเด็กทั้ง 4 อย่าง ได้แก่ การดูแลครรภ์ก่อนคลอด การคลอดโดยบุคลากรสุขภาพที่มีทักษะและความชำนาญทางการคลอด การวางแผนครอบครัว และการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค มีอัตราความครอบคลุมประชากรเป้าหมายสูง การให้บริการส่วนใหญ่ทำโดยสถานพยาบาลภาครัฐ โดยเฉพาะอย่างยิ่งที่ระบบบริการระดับปฐมภูมิ ซึ่งมีความครอบคลุมทุกพื้นที่ของประเทศไทย ทำให้ประชาชนโดยเฉพาะในเขตชนบท

สามารถเข้าถึงการบริการสุขภาพได้มากขึ้น<sup>(2)</sup> สิ่งเหล่านี้ไม่ได้เกิดขึ้นเองโดยธรรมชาติ แต่เกิดขึ้นเนื่องจากการออกแบบนโยบาย การนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติจริงอย่างได้ผล โดยต้องมีปัจจัยสนับสนุนหลายประการเพื่อให้เกิดผลสัมฤทธิ์

บทความนี้มีวัตถุประสงค์เพื่ออธิบายสถานการณ์และผลสัมฤทธิ์งานอนามัยแม่และเด็กระหว่าง พ.ศ. 2513 ถึง 2553 และบ่งชี้ปัจจัยส่งเสริมให้การพัฒนางานอนามัยแม่และเด็กเป็นไปด้วยดี โดยเน้นปัจจัยภายในระบบสุขภาพ ซึ่งส่งผลให้ประเทศไทยเป็นประเทศหนึ่งที่สามารถบรรลุการมีสุขภาพดีโดยมีค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพที่ไม่สูงมากนัก

### วิธีการศึกษา

ใช้วิธีการวิจัยเชิงผสมผสาน<sup>(6)</sup> ทั้ง (1) การศึกษาเชิงปริมาณ ประกอบด้วย การวิจัยเชิงบรรยาย การวิเคราะห์ข้อมูลทุติยภูมิเชิงพรรณนา และ (2) การศึกษาเชิงคุณภาพ ซึ่งประกอบด้วย การทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง การสัมภาษณ์เชิงลึกรายบุคคลกับผู้สันทัดกรณีจำนวน 22 ท่าน ประกอบด้วยผู้บริหารระดับสูง ระดับกลาง บุคลากรสาธารณสุข นักวิชาการ ทั้งส่วนกลางและส่วนภูมิภาค ในระดับจังหวัด และระดับอำเภอที่สังกัดกระทรวงสาธารณสุข นักวิชาการจากกระทรวงอื่นๆ รวมถึงภาคประชาสังคม ซึ่งมีบทบาทที่สำคัญเกี่ยวกับการพัฒนาระบบสุขภาพของประเทศไทยในช่วงสามทศวรรษที่ผ่านมา โดยมีระยะเวลาทำการศึกษาดังแต่เดือนมีนาคม พ.ศ. 2552 ถึงธันวาคม พ.ศ. 2553 สำหรับการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพใช้วิธีการวิเคราะห์เชิงประเด็นและการอธิบายเชิงพรรณนา

### ผลการศึกษา

ผลการศึกษาแบ่งเป็น 2 ตอน ประกอบด้วย (1) ข้อค้นพบจากการวิเคราะห์ข้อมูลทุติยภูมิและการสัมภาษณ์ผู้สันทัดกรณีที่เกี่ยวข้องกับอัตราการตายของมารดาและเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปีและการพัฒนาระบบบริการสุขภาพในประเทศไทย ซึ่งกล่าวถึงการ

พัฒนา 2 ด้าน คือ ด้านแรก การขยายเครือข่ายระบบบริการปฐมภูมิที่ประกอบด้วยโรงพยาบาลชุมชนและสถานีอนามัย รวมทั้งนโยบายการพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพ และด้านที่สอง คือ การขยายความครอบคลุมระบบประกันสุขภาพ (2) ปัจจัยสนับสนุนการพัฒนา ระบบสุขภาพ และ (3) ปัจจัยนอกระบบสุขภาพที่มีผลต่อการพัฒนาสุขภาพของแม่และเด็ก

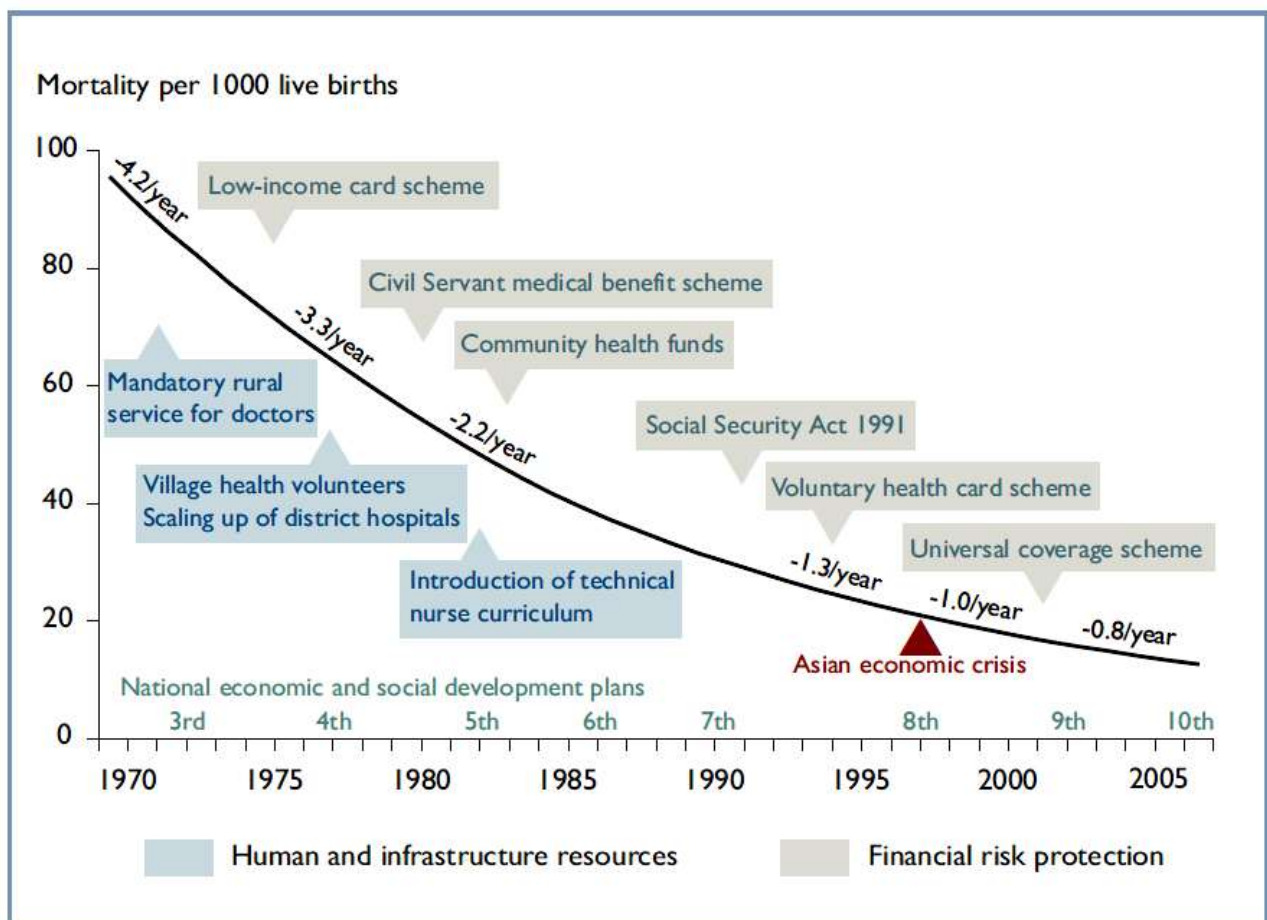
### 1. ผลลัพธ์ทางสุขภาพของประชาชนกับการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ

การวิเคราะห์ข้อมูลอัตราการตายเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ระหว่างปี พ.ศ. 2513 ถึง 2553 พบว่า เด็กอายุต่ำกว่า 5 ปีในประเทศไทยมีอัตราการตายลดลงจากประมาณ 100 ต่อ 1,000 การเกิดมีชีพในปี พ.ศ. 2513 เหลือเพียง ประมาณ 20 ต่อ 1,000 การเกิดมีชีพในปีพ.ศ. 2553 (ภาพที่ 1) ซึ่งเมื่อมีการนำข้อมูลการพัฒนาระบบ

บริการสุขภาพ และระบบการประกันสุขภาพในประเทศไทย มาวิเคราะห์เพื่อหาความสัมพันธ์กัน พบว่า มีความสัมพันธ์ ระหว่างการพัฒนาระบบบริการสุขภาพและการประกันสุขภาพ กับการลดลงของอัตราการตายของเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี

ข้อมูลจากการสัมภาษณ์ผู้สังเกตการณ์สะท้อนให้เห็นว่า ความพร้อมทั้งด้านสถานที่ อุปกรณ์ เครื่องมือ เวชภัณฑ์ รวมถึงบุคลากร ทั้งแพทย์ พยาบาล และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข เป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้สถานพยาบาลมีความพร้อมในการให้บริการด้านอนามัยแม่และเด็กได้อย่างสัมฤทธิ์ผล จนทำให้สามารถลดอัตราการตายของแม่และเด็กได้อย่างมีนัยสำคัญในขณะเดียวกันประชาชนต้องสามารถเข้าถึงบริการสุขภาพได้โดยไม่มีข้อจำกัดด้านต่างๆ เช่น เรื่องค่าใช้จ่ายสำหรับการรักษาพยาบาล เนื่องจากรัฐบาลมีนโยบายสนับสนุนการเข้าถึงบริการงาน

ภาพที่ 1 อัตราการตายเด็กต่ำกว่า 5 ปี การพัฒนาสถานพยาบาล บุคลากรสุขภาพ และการประกันสุขภาพ พ.ศ. 2513-2553 (ค.ศ. 1970-2010)



อนามัยแม่และเด็กโดยไม่คิดค่าบริการทางการแพทย์ จึงทำให้เกิดการพัฒนาระบบสาธารณสุขทั้งการพัฒนา ด้านผู้ให้บริการ และการปกป้องความเสี่ยงด้านการเงิน ของประชาชนเพื่อให้เข้าถึงและใช้บริการสุขภาพได้

เมื่อวิเคราะห์ปัจจัยต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับผลสัมฤทธิ์ ด้านสุขภาพที่เกิดขึ้นสามารถอธิบายรายละเอียดของ ปัจจัยต่าง ๆ ได้ ดังนี้

### 1.1 การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ

เมื่อเริ่มต้นจัดตั้งกระทรวงสาธารณสุข ใน พ.ศ. 2485<sup>(7)</sup> โรงพยาบาลระดับจังหวัดมีเพียง 15 แห่งนอก กรุงเทพมหานคร ดังนั้นเมื่อประเทศไทยมีการจัดทำแผน พัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ (เรียกโดยย่อว่า แผนพัฒนาฯ) เป็นประจำทุก 5 ปี จึงได้ระบุให้มีการขยาย โรงพยาบาลระดับจังหวัดให้ครอบคลุมทุกจังหวัด รวมทั้งการเริ่มขยายโรงพยาบาลชุมชนและสถานอนามัย ตั้งแต่แผนพัฒนาฯ ฉบับที่ 1 (พ.ศ. 2504-2509)<sup>(8)</sup> จนกระทั่งประเทศไทยมีโรงพยาบาลชุมชนครบทุกอำเภอ และสถานอนามัยเกือบครบทุกตำบลในแผนพัฒนาฯ ฉบับที่ 6 (พ.ศ. 2530-2534)<sup>(8)</sup> ประเทศไทยต้องใช้เวลากว่า 25 ปี ในการลงทุนเพื่อขยายสถานพยาบาลทั้ง โรงพยาบาลจังหวัด โรงพยาบาลชุมชนและสถานอนามัย ให้ครอบคลุมทุกพื้นที่ทั่วประเทศ

ระบบบริการสุขภาพจะสามารถดำเนินการได้อย่างมีประสิทธิภาพหรือไม่ขึ้นอยู่กับบุคลากรสาธารณสุข ทั้งนี้นโยบายที่สำคัญประการหนึ่ง คือ “การบังคับให้ แพทย์ทำงานชดใช้ทุน” โดยเมื่อนักศึกษาแพทย์เรียนจบ แล้วต้องทำงานชดใช้ทุนในหน่วยบริการภาครัฐในต่าง จังหวัดเป็นระยะเวลา 3 ปี แพทย์ใช้ทุนรุ่นแรกออก ทำงานให้บริการประชาชนในแต่ละภูมิภาค เริ่มในปี พ.ศ. 2515<sup>(9)</sup> ต่อมานโยบายการชดใช้ทุนได้ขยายไปยังสาขา วิชาชีพอื่น ๆ เช่น ทันตแพทย์ เภสัชกร และพยาบาล จน ทำให้ระบบสุขภาพของประเทศไทยมีบุคลากรออกไป ทำงานในชนบทมากขึ้นเป็นลำดับ นอกจากนี้ยังมีการ คัดเลือกนักเรียนจากส่วนภูมิภาคเพื่อให้เข้าเรียนใน คณะแพทย์ พยาบาล ทันตแพทย์ เภสัชกร และให้กลับมาทำงานในภูมิลำเนาหรือใกล้บ้านที่ต่างจังหวัดหรือ

ในระดับอำเภอ ภายหลังจากสำเร็จการศึกษา บางวิชาชีพมี การให้ทุนการศึกษาจากกระทรวงสาธารณสุขและองค์กร ปกครองส่วนท้องถิ่นด้วย

การผลิตพยาบาลนั้นเดิมที่เป็นการผลิตจากคณะ พยาบาลศาสตร์ที่อยู่ในมหาวิทยาลัยต่าง ๆ แต่กำลังการผลิตไม่เพียงพอต่อความต้องการพยาบาลที่เพิ่มขึ้นอย่างมาก กอปรกับการขยายจำนวนของสถานพยาบาล โดยเฉพาะอย่างยิ่งโรงพยาบาลชุมชน ดังนั้นในพ.ศ. 2504 กระทรวงสาธารณสุขจึงได้จัดตั้ง “วิทยาลัยพยาบาล” โดยใช้หลักสูตรการเรียนการสอนที่ได้รับการรับรองจาก สภาการพยาบาล และใน พ.ศ. 2525 เมื่อมีความต้องการ พยาบาลที่เพิ่มมากขึ้น จึงได้มีการผลิตพยาบาลเทคนิค โดยใช้ระยะเวลาฝึกอบรมเพียง 2 ปี และหลังการจาก ปฏิบัติงานในชุมชนระยะหนึ่งแล้วสามารถเข้ารับการฝึก อบรมต่อเนื่องเพื่อปรับวุฒิเป็นพยาบาลวิชาชีพได้

### 1.2 การขยายความคุ้มครองด้านการประกัน-สุขภาพ

ประเทศไทยได้มีการขยายหลักประกันสุขภาพมาเป็นเวลานาน ตั้งแต่ พ.ศ. 2518 โดยรัฐบาลออกบัตร สำหรับผู้ที่มีรายได้น้อยและต่อมาได้ขยายความครอบคลุมในรูปแบบบัตร สปร. ให้กับผู้ที่สังคมควรช่วยเหลือ เกื้อกูล ซึ่งได้แก่ ผู้ที่มีรายได้น้อย ผู้สูงอายุมากกว่า 60 ปีขึ้นไป เด็กต่ำกว่า 12 ปี และผู้พิการ ทำให้คนเหล่านี้สามารถเข้ารับบริการสุขภาพในสถานพยาบาลของรัฐ ได้โดยไม่เสียค่าบริการ ใน พ.ศ. 2523 รัฐบาลจัด ให้มีสวัสดิการรักษายาบาลแก่ข้าราชการ ถัดมา พ.ศ. 2527 รัฐจัดให้มีการประกันสุขภาพภาคประชาชนในระดับชุมชน ซึ่งเป็นการริเริ่มของนายแพทย์อมร นนทสูตร อดีตปลัดกระทรวงสาธารณสุข ใน พ.ศ. 2534 รัฐบาลได้ออกกฎหมายประกันสังคมครอบคลุมลูกจ้าง ในสถานประกอบการภาคเอกชน โดยลูกจ้างที่ทำงาน ภาคเอกชนต้องจ่ายเงินสมทบเข้ากองทุนประกันสังคม ทั้งนี้ นายจ้างและรัฐบาลจะจ่ายเงินสมทบเข้ากองทุนฯ ให้ฝ่ายละเท่ากัน ถือเป็น การประกันสุขภาพภาคบังคับ ต่อมา พ.ศ. 2537 รัฐบาลจัดให้มีการประกันสุขภาพ ภาคสมัครใจ หรือที่เรียกกันอย่างคุ้นเคยว่า บัตรประกัน

สุขภาพ 500 บาท โดยประชาชนหรือครัวเรือนที่ไม่อยู่ในกลุ่มผู้ที่มีรายได้น้อยสามารถซื้อบัตรประกันสุขภาพได้ในราคา 500 บาทต่อปี และรัฐบาลทำการจ่ายเงินร่วมอีก 500 บาทต่อบัตร<sup>(10)</sup>

การขยายหลักประกันสุขภาพด้วยการประกันสุขภาพรูปแบบต่างๆ ต้องพบกับข้อจำกัดหลายประการ เช่น การประกันสุขภาพภาคบังคับของระบบประกันสังคมที่ไม่ขยายความครอบคลุมแก่บุคคลในครอบครัว หรือการขยายความครอบคลุมของบัตรสวัสดิการประชาชนด้านการรักษาพยาบาล (บัตร สปร.) ทำได้เฉพาะกลุ่มที่กฎหมายระบุไว้เท่านั้น หรือการประกันสุขภาพภาคสมัครใจที่มีข้อจำกัดในการขยายความครอบคลุม โดยผู้ที่แข็งแรง ไม่มีโรคประจำตัว หรือไม่มีความเสี่ยงของการเจ็บป่วยมักเลือกที่จะไม่ซื้อบัตรประกันสุขภาพ ในขณะที่ ผู้ที่ซื้อบัตรประกันสุขภาพโดยสมัครใจส่วนใหญ่จะเป็นผู้ป่วยหรือผู้ที่มีปัญหาทางสุขภาพ หรือมีโรคเรื้อรังต่างๆ ซึ่งแม้ว่าประเทศไทยจะมีความพยายามขยายความครอบคลุมของระบบประกันสุขภาพแต่ในปี พ.ศ. 2543 ยังมีประชากรประมาณร้อยละ 30 ที่ยังไม่มีระบบประกันสุขภาพ

จนกระทั่ง พ.ศ. 2544 รัฐบาลตัดสินใจใช้เงินงบประมาณสนับสนุนการประกันสุขภาพสำหรับประชากรกลุ่มใหญ่ (ประมาณร้อยละ 75 ของประชากรทั้งหมด) ภายใต้โครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า การประกันสุขภาพด้วยโครงการต่างๆ ที่เคยทำมาในอดีตถูกปรับเปลี่ยนให้เป็นการประกันสุขภาพภาครัฐ 3 ระบบ ได้แก่ ระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ ระบบประกันสังคมสำหรับผู้ประกันตนที่ทำงานในภาคเอกชนและระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าสำหรับประชากรที่ไม่ใช่สมาชิกของ 2 ระบบแรก จึงทำให้ประเทศไทยบรรลุหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าตั้งแต่ พ.ศ. 2545 เป็นต้นมา และทำให้ประชาชนเข้าถึงบริการสุขภาพโดยไม่ต้องมีข้อจำกัดเรื่องค่ารักษาพยาบาล<sup>(10)</sup>

## 2. ปัจจัยสนับสนุนการพัฒนาระบบสาธารณสุข

2.1 ระบบสุขภาพได้รับการความสำคัญสูงในระดับนโยบาย

จากการสัมภาษณ์ผู้สังเกตการณ์ที่เคยปฏิบัติงานระดับนโยบายในอดีตได้ข้อมูลที่สอดคล้องกันว่า ความมุ่งมั่นทางการเมืองมีส่วนสำคัญมาก และนโยบายสุขภาพได้รับความสำคัญเชิงนโยบายระดับประเทศมาโดยตลอด<sup>(11)</sup> เช่น แผนพัฒนาระบบสุขภาพได้รับการบรรจุเข้าไปในแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ<sup>(8)</sup> นอกจากนี้ยังมีการจัดตั้งโครงการด้านสาธารณสุขที่สำคัญระดับชาติหลายโครงการ เช่น โครงการวางแผนครอบครัวแห่งชาติ พ.ศ. 2513 โครงการขยายความครอบคลุมของการให้วัคซีนและภูมิคุ้มกันโรค พ.ศ. 2520 และโครงการลูกเกิดรอดแม่ปลอดภัย พ.ศ. 2541

ในอดีตที่ผ่านมา รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขเป็นบุคคลที่มีลักษณะภาวะผู้นำและมีความสามารถ (charismatic leadership) อาทิเช่น พระบาราศนราตุนายอุดม โปษกฤษณะ เรือโทยงยุทธ สัจจวานิชย์ นายแพทย์เสม พริ้งพวงแก้ว นายแพทย์ไพโรจน์ นิงสานนท์ และนายแพทย์มงคล ณ สงขลา บุคคลเหล่านี้เคยรับราชการเป็นแพทย์ มีประสบการณ์การทำงานในชนบท และมีแนวคิดเรื่องความเสมอภาคเป็นพื้นฐาน

ตัวอย่างผลงานที่สำคัญ เช่น ในช่วงสมัยรัฐมนตรีไพโรจน์ นิงสานนท์ ได้มีการออกพระราชบัญญัติสำคัญหลายฉบับ เช่น พระราชบัญญัติควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ พ.ศ. 2535 พระราชบัญญัติคุ้มครองสุขภาพผู้ไม่สูบบุหรี่ พ.ศ. 2535 พระราชบัญญัติสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข พ.ศ. 2535 พระราชบัญญัติกองทุนสนับสนุนการวิจัย พ.ศ. 2535 พระราชบัญญัติ 2 ฉบับหลังนี้มีคุณค่าประโยชน์ต่อการพัฒนาการวิจัยระบบสาธารณสุขเป็นอย่างยิ่ง รวมทั้งทำให้มีการนำผลงานวิจัยและข้อมูลเชิงประจักษ์ไปใช้ในการตัดสินใจเชิงนโยบายในช่วงยุค ค.ศ. 2000 หรือ พ.ศ. 2543 เป็นต้นมา และในสมัยรัฐมนตรีมงคล ณ สงขลา มีการสนับสนุนการดำเนินงานของระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า เช่น กำหนดให้การบำบัดทดแทนไตบรรจุเข้าสู่ชุดสิทธิประโยชน์ฯ การออกพระราชบัญญัติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 และกำหนดให้มีการจัดการประชุมสมัชชาสุขภาพแห่งชาติเป็นประจำทุกปี ซึ่งเป็นเวทีให้ภาคประชาสังคมเข้ามา

มีส่วนร่วมในการจัดทำและพัฒนานโยบายสาธารณสุข<sup>(12)</sup>

## 2.2 การพัฒนานโยบายสาธารณสุขโดยข้าราชการและการใช้ข้อมูลเชิงประจักษ์

แม้ว่าผู้กำหนดนโยบายจากภาคการเมืองจะเป็นผู้มีส่วนสำคัญในการกำหนดวาระนโยบายสาธารณสุข แต่เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงตำแหน่งบ่อยครั้ง เช่น การเปลี่ยนรัฐบาล 11 ชุดในช่วง 19 ปีที่ผ่านมา ระหว่างปี พ.ศ. 2512-2531<sup>(13)</sup> ดังนั้นข้าราชการประจำจึงเป็นกลไกหลักที่สำคัญในการจัดทำและพัฒนานโยบายสาธารณสุขอย่างต่อเนื่อง

จากการศึกษา พบว่าในช่วงปี พ.ศ. 2513-2543 ผู้บริหารระดับสูงในกระทรวงสาธารณสุข<sup>(5)</sup> ทั้งปลัด-กระทรวง อธิบดี หัวหน้ากอง เป็นผู้ที่มีประสบการณ์การทำงานในระดับจังหวัดหรือโรงพยาบาลชุมชนมาก่อน มีความเข้าใจระบบสาธารณสุขระดับปฐมภูมิเป็นอย่างดี ดังนั้นเมื่อเข้ามารับตำแหน่งผู้บริหารทำให้มีนโยบายที่มุ่งเน้นประโยชน์ให้กับประชาชนในเขตชนบท ประการสำคัญคือ บุคคลเหล่านี้มีการทำงานใกล้ชิดกับภาคการเมือง ทำให้สามารถผลักดันนโยบายที่สำคัญหลายประการได้เป็นผลสำเร็จ

นอกจากนี้ภาคส่วนอื่นๆ ที่มีความสำคัญในการพัฒนานโยบายสาธารณสุข ได้แก่ สื่อมวลชน ภาคประชาสังคม องค์กรไม่แสวงหาผลกำไร เช่น มูลนิธิคุ้มครองผู้บริโภค และอีกกลุ่มที่มีความสำคัญ คือ การรวมกลุ่มกันอย่างไม่เป็นทางการของกลุ่มแพทย์ชนบท รวมทั้งผู้ใหญ่หลายท่าน โดยมีการจัดประชุมร่วมกันเป็นประจำที่โรงแรมโรสการ์เด็น อำเภอสามพราน จังหวัดนครปฐม เป็นเวลากว่า 20 ปีแล้ว หรือเรียกกันในชื่อเล่นว่า “กลุ่มสามพราน” การประชุมของกลุ่มสามพรานเป็นที่มาของนโยบายที่สำคัญหลายเรื่อง เช่น ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า การเสวนาเรื่องการรณรงค์ไม่สูบบุหรี่ อันเป็นที่มาของพระราชบัญญัติ 2 ฉบับเกี่ยวกับบุหรี่ พ.ศ. 2535

ประเทศไทยมีการใช้ข้อมูลเชิงประจักษ์เพื่อช่วยในการตัดสินใจเชิงนโยบาย เช่น โครงการนำร่องเรื่องการวางแผนครอบครัว ที่อำเภอโพธาราม จังหวัดราชบุรี

ซึ่งเป็นการทดสอบการยอมรับของชุมชนต่อเรื่องการวางแผนครอบครัว ในพ.ศ. 2506 จากนั้นจึงขยายผลการทดลองมาจัดทำเป็นนโยบายวางแผนครอบครัวแห่งชาติ พ.ศ. 2513 ในช่วง 10-20 ปีนี้ประเทศไทยมีการศึกษาวิจัยเพิ่มมากขึ้นเป็นลำดับ ทั้งงานวิจัยจากนักวิจัยเฉพาะบุคคลและสถาบันวิจัยต่างๆ ที่มีการจัดตั้งเป็นสถาบันอย่างเป็นทางการมากขึ้น รวมทั้งมีการผลักดันให้มีการนำข้อมูลเชิงประจักษ์มาใช้ในการตัดสินใจเชิงนโยบายมากขึ้นด้วย<sup>(14,15)</sup>

## 2.3 การนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติ

ผู้บริหารสาธารณสุขและเจ้าหน้าที่ในระดับภูมิภาค จังหวัดและพื้นที่เป็นผู้ที่มีความสามารถในการนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติได้อย่างสัมฤทธิ์ผลและมีประสิทธิภาพ<sup>(16)</sup> เนื่องจากต้องปรับและประยุกต์ใช้นโยบายให้เข้ากับบริบทของแต่ละพื้นที่ ในขณะที่เดียวกันนโยบายจากส่วนกลางยังมีความยืดหยุ่นพอประมาณ ยกตัวอย่างเช่น การจัดซื้อยาร่วมระดับจังหวัดซึ่งสามารถจัดทำได้โดยไม่ต้องรอการอนุมัติจากกระทรวงฯ

การนำนโยบายสาธารณสุขไปปฏิบัติในพื้นที่ที่ได้รับการยอมรับจากชุมชนเป็นอย่างดี เช่น งานวางแผนครอบครัวและการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค รวมทั้งความเชื่อมั่นของประชาชนต่อคุณภาพและความปลอดภัยในการบริการของกระทรวงสาธารณสุขที่มีมากขึ้นเป็นลำดับ โดยเฉพาะอย่างยิ่งการบริการสุขภาพในระดับปฐมภูมิ ทั้งโรงพยาบาลชุมชนและสถานีนอามัย

การจัดทำนโยบายและการดำเนินงานตามนโยบายต่างๆ ของประเทศไทย ส่วนใหญ่เป็นการใช้งบประมาณของภาครัฐ มีการใช้เงินช่วยเหลือจากต่างประเทศน้อยมากหรือแทบไม่มีเลย แต่มีการสนับสนุนด้านวิชาการจากนักวิชาการของมหาวิทยาลัยต่างประเทศหรือองค์กรระหว่างประเทศ

## 2.4 แรงบันดาลใจและต้นแบบที่ดี

ผู้รับการสัมภาษณ์หลายท่านระบุว่า ความทุ่มเทในการทำงานทั้งหมดของแต่ละท่านนั้น มาจากความมุ่งมั่นและความหวังที่จะทำสิ่งที่ดีให้แก่สังคมไทย โดยเฉพาะอย่างยิ่งการพัฒนาาระบบสาธารณสุขเพื่อ อสุขภาพ

ที่ดีสำหรับประชาชนทั่วไปโดยเฉพาะในพื้นที่ชนบท ซึ่งสิ่งเหล่านี้สะท้อนให้เห็นได้จากความทุ่มเทและเสียสละในการทำงานหนักตลอดช่วงชีวิตการทำงาน ของบุคคลอาวุโสหลายท่าน ตัวอย่างหนึ่งคือ นพ.บุญยงค์ วงศ์รักมิตร ซึ่งทำงานในโรงพยาบาลชุมชน เขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือในจังหวัดน่าน ภายหลังจากการเกษียณอายุราชการ นพ.บุญยงค์ฯ ยังคงทำงานกับชุมชนอย่างต่อเนื่อง ท่านเป็นต้นแบบและเป็นแรงบันดาลใจให้แก่เจ้าหน้าที่สาธารณสุขรุ่นต่อๆ ไป

เหตุผลสำคัญที่ทำให้บุคคลอาวุโสในกระทรวงสาธารณสุขทำงานกันอย่างทุ่มเทนั้น เนื่องด้วยการเป็นข้าราชการ ซึ่งเป็นผู้ที่ปฏิบัติตามรอยพระยุคลบาทในพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวฯ ได้ทำงานเพื่อแผ่นดินและเพื่อในหลวง บุคคลที่เจ้าหน้าที่กระทรวงสาธารณสุขทั้งในอดีตและปัจจุบันถือเอาเป็นแบบอย่าง ได้แก่ สมเด็จพระมหิตลาธิเบศร อดุลยเดชวิกรม พระบรมราชชนก ซึ่งได้รับการถวายพระราชสมัญญานามว่า องค์บิดาแห่งการแพทย์แผนปัจจุบันและการสาธารณสุขของไทย

### 3. ปัจจัยนอกกระบวนสาธารณสุขที่มีผลต่อการพัฒนาสุขภาพ

ปัจจัยอื่นๆ ที่มีส่วนช่วยให้สุขภาพของประชาชนดีขึ้นมาก เช่น เศรษฐกิจที่เติบโตอย่างรวดเร็วมีผลให้ความยากจนของประชชนลดลง จากประชาชนในเขตชนบทที่เคยอยู่ใต้เส้นความยากจนมากถึงร้อยละ 49.7 ใน พ.ศ. 2531 และลดลงตามลำดับเป็นร้อยละ 10.7 ใน พ.ศ. 2550<sup>(17)</sup> เศรษฐกิจที่ดีขึ้นยังส่งผลให้โครงสร้างพื้นฐานได้รับการพัฒนาด้วย เช่น ระบบคมนาคม ดังจะเห็นได้จากถนนลาดยางที่มีเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 50 ของจำนวนถนนทั้งหมดในพ.ศ. 2533 เป็นร้อยละ 100 ใน พ.ศ. 2543 หรือ ประชาชนที่สามารถเข้าถึงน้ำสะอาดได้มากขึ้นจากร้อยละ 91 ใน พ.ศ. 2533 เป็นร้อยละ 98 ใน พ.ศ. 2551<sup>(18)</sup>

อัตราการรู้หนังสือของผู้ใหญ่ไทยอายุ 15 ปี ดีขึ้นมากจากร้อยละ 88 ใน พ.ศ. 2523 เพิ่มขึ้นร้อยละ 93.5 ใน พ.ศ. 2548 โดยอัตราการรู้หนังสือของวัยรุ่น 15-24 ปีสูงมากในระดับร้อยละ 97-98 ในช่วงพ.ศ.

2523-2548 และความแตกต่างของอัตราการรู้หนังสือระหว่างวัยรุ่นหญิงชายมีน้อยมากหรือเพียงร้อยละ 1 ใน พ.ศ. 2523 และไม่มี ความแตกต่างเลยตั้งแต่ใน พ.ศ. 2543<sup>(19)</sup>

### บทสรุปและสิ่งท้าทาย

ประเทศไทยมีผลลัพธ์สุขภาพงานอนามัยแม่และเด็กที่ดีด้วยค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพที่ไม่แพงเมื่อเทียบกับประเทศกำลังพัฒนาอื่นๆ ความสำเร็จเหล่านี้เกิดจากการพัฒนาระบบสาธารณสุขอย่างต่อเนื่องในช่วง 40 ปีที่ผ่านมา รวมทั้งปัจจัยอื่นๆ ที่เอื้ออำนวยต่อการพัฒนาสุขภาพ การพัฒนาระบบสาธารณสุขทำให้ประชาชน โดยเฉพาะผู้ที่อยู่ในเขตชนบทสามารถเข้าถึงบริการสุขภาพที่จำเป็นอย่างมีประสิทธิภาพ งานบริการสุขภาพเหล่านี้เป็นการให้บริการโดยสถานพยาบาลภาครัฐโดยเฉพาะอย่างยิ่งเครือข่ายระบบบริการระดับปฐมภูมิ อันเป็นผลมาจากการขยายสถานพยาบาลให้ครอบคลุมทุกพื้นที่ของประเทศ ประกอบกับการมีนโยบายเรื่องกำลังคนด้านสุขภาพที่เข้มแข็ง ดังนั้น ยุทธศาสตร์การขยายและการพัฒนาความเข้มแข็งของระบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิจึงเป็นยุทธศาสตร์ที่สำคัญและเป็นแนวทางที่ถูกต้อง

ในขณะเดียวกัน จำเป็นต้องมีการสร้างหลักประกันสุขภาพเพื่อให้ประชาชนเข้าถึงบริการได้โดยไม่ต้องมีข้อกังวลเรื่องค่ารักษาพยาบาล การขยายความครอบคลุมหลักประกันสุขภาพได้มีการจัดทำอย่างต่อเนื่องเป็นเวลานานและประชาชนสามารถเข้าถึงระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในปี พ.ศ. 2545

ความมุ่งมั่นทางการเมือง การให้ความสำคัญต่อการพัฒนาสุขภาพของประชาชนเป็นนโยบายระดับประเทศ รวมทั้งการให้งบประมาณในการพัฒนาระบบสาธารณสุขอย่างเพียงพอและต่อเนื่อง ทำให้ประเทศไทยสามารถใช้ทรัพยากรของตนเองโดยไม่จำเป็นต้องพึ่งเงินช่วยเหลือจากต่างประเทศ ซึ่งทำให้เกิดความยั่งยืนของการพัฒนา ซึ่งบุคลากรอาวุโสในกระทรวงสาธารณสุขสามารถเป็นแรงบันดาลใจให้คนรุ่นหลังได้สืบทอดอุดมการณ์ได้ ทั้งผู้บริหาร ข้าราชการ และเจ้าหน้าที่

สาธารณสุขทุกระดับเป็นผู้ที่มีความสามารถทั้งความรู้ด้านวิชาการและการบริหารจัดการ อันเป็นพื้นฐานที่สำคัญในการจัดทำนโยบาย ด้วยการใช้ข้อมูลเชิงประจักษ์ในการตัดสินใจ รวมทั้งการแปลงนโยบายไปสู่การปฏิบัติจริงได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ปัจจัยภายนอกอื่น ๆ มีส่วนสำคัญที่ช่วยเอื้ออำนวยให้การพัฒนาระบบสาธารณสุขและการพัฒนาสุขภาพของประชาชนดีขึ้น เช่น การเติบโตทางเศรษฐกิจ การลดความยากจน การรู้หนังสือโดยเฉพาะการรู้หนังสือของหญิงไทย

แม้ว่าประเทศไทยจะประสบความสำเร็จในการมีสุขภาพดีไม่ต้องจ่ายแพง แต่สิ่งนี้เป็นเพียงการวัดผลลัพธ์ด้านสุขภาพแม่และเด็กเท่านั้น สิ่งท้าทายต่อไปคือการทำให้แม่และเด็กยังคงมีสุขภาพที่ดีอย่างต่อเนื่องรวมทั้งการรับมือกับปัญหาใหม่ๆ เช่น ปัญหาจากอุบัติเหตุจราจร เอชไอวี/เอดส์ และโรคไม่ติดต่อเรื้อรังต่างๆ เช่น ความดันโลหิตสูง เบาหวาน โรคหลอดเลือดสมอง อัมพฤกษ์ อัมพาต โรคหัวใจขาดเลือด เป็นต้น รวมถึงพฤติกรรมเสี่ยงที่มีผลต่อสุขภาพ เช่น การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การสูบบุหรี่ การท้องไม่พร้อม แม่วัยรุ่น ปัญหาเหล่านี้เป็นสิ่งที่ท้าทายมาก เพราะต้องการการจัดการอย่างมีส่วนร่วมจากหลายภาคส่วน

### กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณผู้สันทัดกรณีทุกท่านที่สละเวลาให้คณะวิจัยได้เข้าสัมภาษณ์เกี่ยวกับการพัฒนาระบบสาธารณสุขจากในอดีตจนถึงปัจจุบัน นอกจากนี้ คณะวิจัยขอขอบคุณหน่วยงานที่ผลิตและรวบรวมข้อมูลสำคัญ ได้แก่ สำนักงานสถิติแห่งชาติ ที่ทำการสำรวจครัวเรือน หน่วยงานต่างๆ ในกระทรวงสาธารณสุข และกระทรวงอื่นๆ คณะทำงานบัญชีรายจ่ายสุขภาพแห่งชาติ ขอขอบคุณเพื่อนร่วมงานในสำนักงานพัฒนาสุขภาพระหว่างประเทศ กระทรวงสาธารณสุข ที่ให้ความร่วมมือในการทำการศึกษา และสุดท้ายขอขอบคุณ ดร. Lesong Conteh ที่ให้ความรู้การใช้ซอฟต์แวร์ NVivo, ศาสตราจารย์ Lucy Gilson และ

ศาสตราจารย์ Anne Mills ที่ให้คำแนะนำด้านวิชาการที่เป็นประโยชน์อย่างมากต่อกรอบแนวคิดและเนื้อหาสาระของการศึกษานี้ตั้งแต่เริ่มต้นจนกระทั่งเสร็จสมบูรณ์

### เอกสารอ้างอิง

1. วริศา พานิชเกรียงไกร, ดวงตา อ่อนสุวรรณ, สุวัฒน์ กิตติติลลกุล, วลัยพร พัทธนฤมล, สุธล ติมวัฒนานนท์, วราภรณ์ ปวงกันทา, และคณะ. สุขภาพดีไม่ต้องจ่ายแพง: ปัจจัยสู่ความสำเร็จจากเก้าประเทศตัวอย่าง. วารสารวิชาการสาธารณสุข 2556;22:513-25.
2. สุวัฒน์ กิตติติลลกุล, วราภรณ์ ปวงกันทา, กุมารี พัทธี, และวริศา พานิชเกรียงไกร. สุขภาพดีไม่ต้องจ่ายแพง: ประสบการณ์ของประเทศไทย. วารสารวิชาการสาธารณสุข 2556;22:1052-60.
3. World Health Organization. The World Health Report 2000: health systems: improving performance. Geneva: World Health Organization; 2000.
4. The Millennium Development Goals (MDGs) [Internet]. 2000 [cited 2013 June 15]. Available from: [http://en.wikipedia.org/wiki/Millennium\\_Development\\_Goals](http://en.wikipedia.org/wiki/Millennium_Development_Goals)
5. Patcharanarumol W, Tangcharoensathien V, Limwattananon S, Panichkriangkrai W, Pachanee K, Pongkantha W, et al. Why and how did Thailand achieve good health at low cost?. 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. 193-223.
6. Kitreerawutiwong N. Mixed methods research design in public health. Public Health Journal of Burapha University 2012;7:130-52.
7. กระทรวงสาธารณสุข. วิชาการทางการแพทย์ [อินเทอร์เน็ต]. 2556 [สืบค้นเมื่อ 28 ธ.ค. 2556]. แหล่งข้อมูล: [http://ict4.moph.go.th/mophaccess/index.php?option=com\\_content&view=article&id=47&Itemid=59](http://ict4.moph.go.th/mophaccess/index.php?option=com_content&view=article&id=47&Itemid=59)
8. สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 1-11 [อินเทอร์เน็ต]. 2556 [สืบค้นเมื่อ 17 ม.ค.2557]. แหล่งข้อมูล: <http://www.nesdb.go.th/Default.aspx?tabid=62>



9. สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ, บรรณาธิการ. 25 ปี ขบวนการแพทย์ชนบทกับแผ่นดินไทย. ม.ป.ท.; 2546.
10. Tangcharoensathien V, Prakongsai P, Limwattananon S, Patcharanarumol W, Jongudomsuk P. From targeting to universality: lessons from the health system in Thailand. In: Townsend P, editor. Building decent societies: rethinking the role of social security in development. Geneva: International Labour Organization; 2009. p. 310-22.
11. Jindawatana A, Wibulpolprasert S. The first Thai national health assembly 1988. Bangkok: Ministry of Public Health; 1988.
12. Rasanathan K, Posayanonda T, Birmingham M, Tangcharoensathien V. Innovation and participation for healthy public policy: the first national health assembly in Thailand. Health Expectations 2012;15:87-96.
13. นายกรัฐมนตรีไทย (พ.ศ. 2475 - ปัจจุบัน) [อินเทอร์เน็ต]. 2556 [สืบค้นเมื่อ 17 ม.ค.2557]. แหล่งข้อมูล: [http://www.cabinet.thaigov.go.th/pm\\_his.htm](http://www.cabinet.thaigov.go.th/pm_his.htm)
14. Pitayarangsarit S, Tangcharoensathien V. Sustaining capacity in health policy and systems research in Thailand. Bull World Health Organ 2009;87:72-4.
15. Tangcharoensathien V, Pitayarangsarit S. Appendix: capacity development for health policy and systems research: experience and lessons from Thailand. In: Green A, Bennett S, editors. Sound choices: enhancing capacity for evidence-informed health policy. Geneva: World Health organization; 2007. p. 147-66.
16. Russell S, Bennett S, Mills S. Reforming the health sector: towards a healthy new public management. J Int Dev 1999;11:767-75.
17. National Economic and Social Development Board. Thai report on poverty mitigation and income distribution [Internet]. Bangkok: Division of Data Analysis for Development, National Economic and Social Development; 2009 [cited 2010 Apr 17]. Available from: <http://www.nesdb.go.th/econSocial/macro/macroeconomic/dev3.html>
18. World Bank. World development indicators [Internet]. Washington DC: World Bank; 2011 [cited 2011 Jul 17]. Available at: <http://data.worldbank.org/country/thailand>
19. UNESCO. National literacy rates for youth (15-24) and adults (15+) [Internet]. Montreal: UNESCO Institute for Statistics; 2010 [cited 2010 Apr 18]. Available from: <http://stats.uis.unesco/tableView/tableView.aspx?ReportID=210>

**Abstract: How Thailand Achieved 'Good Health at Low Cost'?**

**Kumaree Pachanee, B.A., M.A.\*; Suwat Kittidilokkul, M.D., M.P.H., M.A.\*\*; Waraporn Pongkantha, B.A., M.A.\*; Duangta Onsuwan, B.Sc., M.D.\*\*\*; Warisa Panichkriangkrai, D.D.S., M.P.H.\*; Walaiporn Patcharanarumol, B.Pharm., M.Sc., M.Econ. (SPF), Ph.D.\***

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

*Journal of Health Science 2014;23:137-46.*

Thailand has outperformed many other countries in improving maternal and child health outcomes, through using limited resources. Its total health expenditure has been less than 5% of gross domestic product since 1994. The Thai health systems have been developed with the focus on equitable access and use of essential health services. One of the key goals was to strengthen primary health care system with adequate geographical coverage and equitable distribution of health infrastructure and human resources for health throughout the country. Health financial risk protection in Thailand was firstly implemented in 1975 and being expanded until achieving universal health coverage in 2002. These developments resulted improvement in equitable access to and utilization of service, in particular mothers and children, and poor people living in the rural areas of the country. More equitable health resources allocation to rural poor setting has been improved through successive five-year national economic and social development plans and policies of the government in rural development. Influential and charismatic leaders are one of the main factors for the success in passing laws and policies supporting health system development. Other contributing factors to Thailand's health system development and good health outcomes are peace without political turmoil or political conflict, rapid economic growth, poverty reduction, a high level of adults literacy rate, particularly in woman, and political participation of civil society and communities.

**Keywords: good health at low cost, maternal and child health, health system, non-health system**