ปัญหาการสาธารณสุขของประเทศไทย

การสาธารณสุขเป็นปัญหาที่สำคัญที่รัฐบาลต้องกริภัยดำเนินการโดยตั้งในปัจจุบัน
หรือ ท่าอย่างไรจะให้ประชาชนมีสุขภาพที่ดีอย่างต่อเนื่องสุขภาพอย่างมั่นคง เพื่อ
ประชาชนจะได้สามารถรับผิดชอบสุขภาพของตนเอง ขอครอบครัว ให้ปลอดภัยโรคภัยไข้เจ็บ
โรคที่จะป้องกันได้ เมื่อได้รับความรู้แล้ว ทำอย่างไรจะให้สามารถที่จะรักษาได้และความเป็นอยู่ให้ถูกต้อง
และปฏิบัติให้ดีขึ้นเป็นอันดับ ปัญหาการสาธารณสุขอาวุ่นแบ่งได้เป็น 2 ประเภท คือ ปัญหา
สาธารณสุขทั่วไปในประเทศไทย กับปัญหาสาธารณสุขในชนบท

1. ปัญหาการสาธารณสุขทั่วไปในประเทศไทย

การสาธารณสุขในประเทศไทย ประกอบด้วยผู้เกี่ยวข้องที่สำคัญจำเป็นจะต้องศึกษา
เป็นพื้นฐานของปัญหาวิจัยดังนี้ คือ

1.1 ผู้รับบริการ (ประชาชน)

ประเทศไทยมีพื้นที่ประมาณ 517,292 ตร. กม. แบ่งเป็นประเทศที่พำนันเป็น 9 เขต
มีทั้งหมด 71 จังหวัด 556 อำเภอ 40 กิ่งอำเภอ 5,115 ตำบล และ 45,640 หมู่บ้าน ประชากร
ทั้งหมดในปี พ.ศ. 2514 มีประมาณ 37 ล้านคน 94% เป็นชาวนาพุทธ 70% สามารถ
อ่านออกเขียนได้ แต่ส่วนมากมีการศึกษาต่ำกว่าประปรายเป็น 4 พันที่ombokภาษาอังกฤษมีเพียง 4 ใน
1,000 คน 84% ของประชากรอาศัยอยู่ในห้องทึ่งชมบท (นอกเขตเทศบาล) มีเพียง 16% ของ
ประชากรที่อาศัยอยู่ในเขตเมืองใหญ่ ๆ ที่เรียกว่า Urban area หายจากตารางที่ 1 จะเห็นได้ว่า
Urban area นั้นเกิดจากเป็นประมาณ 4 ใน 119% เท่านั้น ภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีประชากรอยู่มากที่สุด แต่ 99% ของประชากรอยู่ในห้องทึ่งชมบท

สำหรับอัตราเฉลี่ยรายได้ของประชากรทั่วประเทศ (ดูตารางที่ 2) จะพบว่าได้เพียง
3,840 บาท/ คน/ ปี ในปี พ.ศ. 2514 สำหรับภาคตะวันออกเฉียงเหนืออัตราเฉลี่ยรายได้
ประชากรต่ำกว่าภาคอื่น และอัตราเฉลี่ยรายได้ต่ำกว่าในภาคตะวันตก เขตนั้น เหล่าที่นี้ให้เรา
เห็นว่าประชาชนภาคตะวันออกเฉียงเหนือควรกิจกติ่งกันเพื่อและสมควรได้รับความ
ตารางที่ 1 จำนวนประชากรในและนอกเขตเทศบาลของประเทศไทย พ.ศ. 2514

<table>
<thead>
<tr>
<th>ประเทศไทย</th>
<th>เขต</th>
<th>อัตราของเทาบล</th>
<th>จำนวนประชากร (31 ธ.ค. 2514)</th>
<th>ประชากร</th>
<th>ประชาชนทั้งหมด</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td>ในเขตเทศบาล</td>
<td>นอกเขตเทศบาล</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ (16 จังหวัด)</td>
<td>3, 4</td>
<td>21</td>
<td>514,025</td>
<td>11,866,276</td>
<td>12,380,301</td>
</tr>
<tr>
<td>ภาคกลาง (24 จังหวัด)</td>
<td>1, 2, 7</td>
<td>48</td>
<td>810,998</td>
<td>7,562,648</td>
<td>8,373,646</td>
</tr>
<tr>
<td>ภาคเหนือ (16 จังหวัด)</td>
<td>5, 6</td>
<td>23</td>
<td>526,678</td>
<td>7,729,227</td>
<td>7,857,905</td>
</tr>
<tr>
<td>ภาคใต้ (14 จังหวัด)</td>
<td>8, 9</td>
<td>25</td>
<td>514,290</td>
<td>4,034,481</td>
<td>4,548,771</td>
</tr>
<tr>
<td>กรุงเทพมหานคร</td>
<td>1</td>
<td>1</td>
<td>3,659,474</td>
<td>-</td>
<td>3,659,074</td>
</tr>
</tbody>
</table>

ตารางที่ 2 รายได้เฉลี่ยของประชากรไทยโดยองค์ประกอบอัตราเงินเป็นรายภาค

<table>
<thead>
<tr>
<th>ประเทศไทย</th>
<th>พ.ศ. 2510</th>
<th>พ.ศ. 2512</th>
<th>พ.ศ. 2514</th>
<th>อัตราเพิ่มเติมเฉลี่ย (รายละ 1 ปี)</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>ภาคกลาง</td>
<td>รายได้</td>
<td>5,730</td>
<td>6,405</td>
<td>6,970</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>อัตราเพิ่ม (%)</td>
<td>8.6</td>
<td>8.2</td>
<td>7.0</td>
</tr>
<tr>
<td>ภาคใต้</td>
<td>รายได้</td>
<td>3,072</td>
<td>3,512</td>
<td>3,622</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>อัตราเพิ่ม (%)</td>
<td>4.0</td>
<td>9.0</td>
<td>1.5</td>
</tr>
<tr>
<td>ภาคเหนือ</td>
<td>รายได้</td>
<td>2,248</td>
<td>2,464</td>
<td>2,620</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>อัตราเพิ่ม (%)</td>
<td>0.7</td>
<td>7.7</td>
<td>5.9</td>
</tr>
<tr>
<td>ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ</td>
<td>รายได้</td>
<td>1,488</td>
<td>1,735</td>
<td>1,840</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>อัตราเพิ่ม (%)</td>
<td>8.3</td>
<td>4.3</td>
<td>5.2</td>
</tr>
<tr>
<td>การรวมทั้งประเทศ</td>
<td>รายได้</td>
<td>3,165 บ.</td>
<td>3,578 บ.</td>
<td>3,840 บ.</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>อัตราเพิ่ม (%)</td>
<td>3.0</td>
<td>7.6</td>
<td>6.1</td>
</tr>
</tbody>
</table>
ช่วยเหลือมาจากทางอื่น ๆ ทำให้ร้อยละ ประมาณส่วนมากของราวกัณฑ์มีรายได้น้อย และประเทศได้ก้าวไปที่ Per capita income ต่ำกว่า 10,000 บาท/คน/ปี ซึ่งถือว่าเป็น "ประเทศติดปัญหา" (underdeveloped country) หรือที่เรียกว่า "ประเทศกำลังจะพัฒนา" (developing country)

เมื่อเทียบกับประชากรไทยแล้ว ควรจะมีผลพิจารณาคุณภาพชีวิตในส่วนสูงอายุมีความก้าวหน้า ประชากรส่วนใหญ่ของประเทศไทยป่วยและตายด้วยโรคหรือการสิ้นสุดชีวิตในลำดับสูงอายุที่มีความรุนแรงมากกว่า ประมาณ 80 ล้านปี ขณะที่ประเทศไทยมีการติดปัญหาที่มีความรุนแรงมากกว่า ประมาณ 80 ล้านปี ทำให้เพียง 30% ของจำนวนคนที่มีการตายในยุโรปสำหรับคนที่มีอายุในร้อยปี แต่ในประเทศไทยมีเพียงประมาณ 15% ของจำนวนคนที่มีการตายในประเทศไทย

ตารางที่ 3 สาเหตุการตาย และอัตราตาย (ต่อประชากรแสนคน) ของประชากรไทย ตามบัญชีโรค รายชื่อ ข ฉบับแก้ไขครั้งที่ 7 พ.ศ. 2510 และ 2513

<table>
<thead>
<tr>
<th>สาเหตุการตาย</th>
<th>อัตราตาย (ต่อประชากรแสนคน)</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>1. Certain diseases of early infancy and ill-defined diseases under 1 year</td>
<td>36.3</td>
</tr>
<tr>
<td>2. Accident, Poisoning, and Violence</td>
<td>26.2</td>
</tr>
<tr>
<td>3. T.B. (respiratory system)</td>
<td>28.3</td>
</tr>
<tr>
<td>4. Pneumonia</td>
<td>19.6</td>
</tr>
<tr>
<td>5. Heart diseases</td>
<td>16.5</td>
</tr>
<tr>
<td>6. Gastro-enteritis and colitis</td>
<td>27.6</td>
</tr>
<tr>
<td>7. Malignant neoplasms</td>
<td>12.9</td>
</tr>
<tr>
<td>8. Malaria</td>
<td>12.9</td>
</tr>
<tr>
<td>9. Diseases of pregnancy, childbirth, and puerperium</td>
<td>10.1</td>
</tr>
<tr>
<td>10. Diseases of stomach and duodenurn</td>
<td>5.1</td>
</tr>
</tbody>
</table>

HE 341 73
นักสถิติของกระทรวงสาธารณสุข จะได้คำนวณได้ใจความปรากฏอย่างต่าง ๆ ที่กล่าวมาแล้ว
ก่อนเสียก็เป็นตัวเลขที่ดีที่สุดที่เราเคยอยู่ในขณะนี้ ที่ใช้ให้เห็นถึงปัญหาของโรคชนิดต่าง ๆ ที่ทำให้
ประชาชนไทยป่วยและตายเป็นจำนวนมาก

ในตารางที่ 4 จะเห็นสถิติการตรวจจากโรคต่าง ๆ ทั่วประเทศไทยใน พ.ศ. 2510 และ พ.ศ. 2518 ซึ่งเป็นตัวเลขล่าสุด จะเห็นได้ว่า Accidents, Poisoning และ Violence สูงเป็นอันดับ 2
(โดยเฉพาะเกี่ยวกับ car accident มีมากกว่าเพื่อน และได้มีผล noticing ในตารางที่ 5) โรค Infections diseases เช่น T.B, Pneumonia, Malaria ฯลฯ ยังมีความสาคัญอยู่ไม่น้อย แต่โรค non infections diseases เช่น Heart diseses, Malignant, Neoplasms ก็เป็นอันดับ 1 ที่สูงในสังคมไทย
โรคที่สำคัญที่สุดของประเทศไทย เหมือนกันโรคที่เกี่ยวกับการตั้งครรภ์ของการคลอดก็เป็นปัญหา
ใหญ่ยิ่ง ซึ่งก็ไม่เพียงสัตย์ที่ร่วมทะร้ากับ 85% ของหญิงไทยทั่วประเทศนั้น หมอคุณและคุณพ่
ซึ่งไว้รับการดูแลที่จะมีการตั้งครรภามาเป็นผู้ที่ต้องดูแล

ตารางที่ 4 จำนวน “ผู้ป่วยใหม่” แยกตามชนิดของโรคต่าง ๆ จากโรงพยาบาลในสังกัดกรม
การแพทย์ พ.ศ. 2510

<table>
<thead>
<tr>
<th>โรคต่าง ๆ (กลั่นตามความสาคัญจากมากไปน้อย)</th>
<th>วป. ในต่างจังหวัด</th>
<th>วป. กรุงเทพฯ</th>
<th>รวม</th>
<th>จำนวนผู้ป่วย %</th>
<th>จำนวน %</th>
<th>จำนวนผู้ป่วย %</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>1. Diseases due to labor, pregnancy (include normal pregnancy)</td>
<td>92,085</td>
<td>27.3</td>
<td>91,447</td>
<td>78.7</td>
<td>183,532</td>
<td>40.5</td>
</tr>
<tr>
<td>2. Total Infections diseases</td>
<td>106,320</td>
<td>31.5</td>
<td>12,233</td>
<td>10.5</td>
<td>118,553</td>
<td>26.1</td>
</tr>
<tr>
<td>a) G.I. infections</td>
<td>43,795</td>
<td>12.9</td>
<td>4,658</td>
<td>4.0</td>
<td>48,453</td>
<td>10.7</td>
</tr>
<tr>
<td>b) Respiratory tract infections</td>
<td>39,874</td>
<td>11.8</td>
<td>5,704</td>
<td>4.9</td>
<td>45,578</td>
<td>10.0</td>
</tr>
<tr>
<td>c) Mesquito borne diseases</td>
<td>18,966</td>
<td>5.6</td>
<td>814</td>
<td>0.7</td>
<td>19,780</td>
<td>4.4</td>
</tr>
<tr>
<td>d) All other infections (hepatitis tetanus etc)</td>
<td>3,685</td>
<td>1.1</td>
<td>1,057</td>
<td>0.9</td>
<td>4,742</td>
<td>1.1</td>
</tr>
<tr>
<td>3. Accidents, Poison, Violence</td>
<td>46,699</td>
<td>13.8</td>
<td>6,220</td>
<td>5.4</td>
<td>52,919</td>
<td>11.7</td>
</tr>
<tr>
<td>4. Non-inflective G.I. Diseases</td>
<td>15,823</td>
<td>4.7</td>
<td>4,105</td>
<td>3.5</td>
<td>19,928</td>
<td>4.4</td>
</tr>
<tr>
<td>5. Psychoneuressis personality defects</td>
<td>12,195</td>
<td>3.6</td>
<td>3,129</td>
<td>2.7</td>
<td>15,324</td>
<td>3.4</td>
</tr>
<tr>
<td>6. Diseases of G.U. system</td>
<td>10,577</td>
<td>3.1</td>
<td>3,406</td>
<td>2.9</td>
<td>13,983</td>
<td>3.1</td>
</tr>
<tr>
<td>7. Deficiency diseases</td>
<td>7,582</td>
<td>2.3</td>
<td>833</td>
<td>0.7</td>
<td>8,415</td>
<td>1.9</td>
</tr>
<tr>
<td>8. Malignant neoplasm</td>
<td>3,499</td>
<td>1.0</td>
<td>4,013</td>
<td>3.5</td>
<td>7,512</td>
<td>1.7</td>
</tr>
<tr>
<td>9. Diseases of heart and vascular lesion</td>
<td>4,554</td>
<td>1.4</td>
<td>2,203</td>
<td>1.9</td>
<td>6,757</td>
<td>1.5</td>
</tr>
<tr>
<td>10. Skin diseases</td>
<td>5,534</td>
<td>1.6</td>
<td>1,043</td>
<td>0.9</td>
<td>6,577</td>
<td>1.5</td>
</tr>
</tbody>
</table>
ข้อมูลเกี่ยวกับผู้ป่วยของประชากรไทยทั่วประเทศในโรงพยาบาลสังกัดกรมการแพทย์จะเห็นได้ในตารางที่ 4 พบว่าโรคที่เกี่ยวกับการติดเชื้อและการฉุดมันดีแท้ที่สูงในชนบทและกรุงเทพฯ นั้นเป็นสาเหตุที่ชี้ให้เห็นถึงปัญหาประชากรเพิ่มอย่างรวดเร็ว ปัญหาโรคติดต่อต่าง ๆ มาเป็นอันดับสอง ปัญหา Accident เป็นอันดับ 3 นอกจากนี้ปัญหาสุขภาพจิต non-infections diseases และ malnutrition ทั้งที่ให้ประชากรป่วยเป็นจำนวนไม่น้อยเหมือนกัน และถ้าเปรียบเทียบกับผู้ป่วยจะพบไม่ต่างกันเห็นได้ เห็นชัดชัดที่สื่อ พ.ศ. 2510 แต่การคำนวณ study แบบนี้ หลังจากนั้นก็ยังไม่ได้พิมพ์ออกมา ซึ่งเป็นสาเหตุที่สำคัญ

ตารางที่ 5 ลู่บลดหนุนการตรวจและป่วยจากอุบัติเหตุทาง รถยนต์ได้พิจารณาอย่างรวดเร็ว และจะเห็นได้ว่า ในปี พ.ศ. 2514 นั้น ในประเทศไทย

<table>
<thead>
<tr>
<th>พ.ศ. 2514</th>
<th>จำนวนคนตาย</th>
<th>จำนวนคนบาดเจ็บ</th>
<th>จำนวนอุบัติเหตุ</th>
<th>จำนวนอุบัติเหตุ (ล้มตาย)</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>ทั่วประเทศ</td>
<td>3,048 (25%)</td>
<td>9,135 (75%)</td>
<td>9,363</td>
<td>28</td>
</tr>
<tr>
<td>(รวมกรุงเทพฯ)</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>กรุงเทพฯ</td>
<td>458 (13%)</td>
<td>2,836 (87%)</td>
<td></td>
<td>7</td>
</tr>
</tbody>
</table>

ตารางที่ 5 ที่นำมาแสดงเพราะเห็นว่าสาเหตุของการป่วยและการตายจากการทอลู่บลดหนุนการ รถยนต์ได้พิจารณาอย่างรวดเร็ว และจะเห็นได้ว่า ในปี พ.ศ. 2514 นั้น ในประเทศไทย

25% จะตาย 75% จะบาดเจ็บ (แต่ที่พิจารณาไม่มากกว่ารากไม่ทราบ) หากถูกเป็น เวลาเสี่ยงหายเกิน 28 ล้านบาท เราก็จะเก็บปัญหาไว้และใครจะเป็นผู้เก็บบ้าน คนขับรถ 10 ล้อ ที่ขับขี่อีกต่อไปนี้ประมาณ 2 ปีพวกเขาจะยังไม่ได้ไปรักษาที่เราจะรอการบัน พวกนี้อย่างไร เพื่อความปลอดภัยทางการตายและบาดเจ็บในด้านนี้ได้ ใครที่อยู่ด้วยความหวังหรือ การ์ที่ๆ ก็ตามถ้าข้อมูลก็คิดไปเรื่อยๆ คือ โดยทำไปแล้วสุขภาพของประชาชนทั่วประเทศดีขึ้นหรือไม่ ในรอบ 10 ปีที่ผ่าน เพราะทำต่างยังนั้น ล่าสุดก็อย่างเป็นเครื่องช่วยให้เห็นทางกล่องว่า บริการ สาธารณะสุขของรัฐที่ได้แก่ประชาชนนั้นดีพอสมควร เราจะใช้การวัดสุขภาพตามข้อมูลของ ประชาชนส่วนมาก และส่งท้ายถึงการธนาคารอย่างสมเหตุผลเสนอแนะให้ประเทศคิดต่าง ๆ ใช้เป็นเครื่องวัด Health level การวัด อย่างรวดเร็ว ๆ ที่ว่า Negative Health เช่น ตาย ดูจากอัตราการตายของ ทารกต่ำกว่า 1 ปี อัตราการตายของมารดา เช่น หรือวัด Positive health เช่น ตุ๊กตาบ้านทอง เพื่อชีวิตแต่แรกเกิด (life expectancy at birth)
ตารางที่ 6 สถิติชีวภาพสิ้นชีวิตของประชากรไทย พ.ศ. 2503—2513

<table>
<thead>
<tr>
<th>พ.ศ. (ค.ศ.)</th>
<th>อัตราเกิด</th>
<th>อัตราตาย</th>
<th>อัตราตายของทารก ค่ากว่า 1 ปี</th>
<th>อัตราตายของมารดา</th>
<th>อัตราเกิด และรักษา</th>
<th>ความเสี่ยงที่จะสิ้นชีวิตของประชากรไทยส่วนมากมีแนวโน้มที่จะด้อยลงและมีอายุยืนมากขึ้น</th>
<th>ชาย</th>
<th>หญิง</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>2503 (1960)</td>
<td>40</td>
<td>12.0</td>
<td>108.4</td>
<td>4.2</td>
<td>3.8</td>
<td>54</td>
<td>59</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>2508 (1965)</td>
<td>41.8</td>
<td>10.9</td>
<td>65.8</td>
<td>3.1</td>
<td>3.5</td>
<td>55</td>
<td>62</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>2513 (1970)</td>
<td>37.0</td>
<td>9.5</td>
<td>48.8</td>
<td>2.3</td>
<td>1.9</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

ข้อมูลจาก 1) สิทธิสารธรรมสุข กระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2513
2) Public Health in Thailand 1971
t่อประชากรพนม
ต่อเกิดรักษาพนม

ตารางที่ 6 แสดงให้เห็นว่าในระยะ พ.ศ. 2503 ถึง 2513 อัตราตายของทารกต่ำกว่า 1 ปี อัตราตายของมารดา และอัตราเกิดรักษาพุมตัวให้เด็กผู้ป่วยที่พุมมารดามาก ๆ แล้ว เช่น สหราชเยริป ได้ทั่วไปแล้วกรอกสาระที่พุมเด็กให้เด็กที่คลอดไม่เกิดมีแนวโน้มที่จะด้อยลงและมีอายุยืนมากขึ้น โรคระบาดต่าง ๆ เช่น ไข้หวัดฮิสต้า นำโรค คลาย กิ่งเหลื่อ ซึ่งต่าง ๆ เหล่านี้แสดงว่าสุขภาพของประชากรคงตั้งไม้ในอดีตแผนย้อน แต่เราจะมาดูว่าฝ่ายการแพทย์และสาธารณสุขเป็นผู้ทำให้อัตราการตายลดลงผ่านระเบียบวินิจฉัยที่ไม่ปฏิบัติอย่างนั้น ยกตัวอย่างเช่น หากอัตราตายจากทุพการจะลดลงเรื่อยจะพบว่าอัตราการตายจากทุพการจะสูงขึ้น จึงส่งผลให้ความมั่นคงมีโครงการควบคุมและกำกับจัดสวัสดิการสุขภาพ และส่งผลให้เด็กมีความมั่นคงต่อต้านการทุพการ daha factors อื่น ๆ เช่น การศึกษา เศรษฐิกิจ ฯลฯ ที่มีส่วนช่วยให้สุขภาพของประชากรนั้นสูงขึ้น ให้หน่วงกัน แต่อาจจะทำให้การให้บริการสาธารณะมีอยู่ต่อเนื่อง ถึงแม้ว่าอัตราตายจะลดลงอย่างรวดเร็ว แต่อัตราเกิดยังคงอยู่ที่ระดับเดิมนี้ ทำให้เกิดปัญหาประชากรเพิ่มขึ้น ซึ่งเราต้องเผชิญกับอยู่ทุกวันนี้ ท่านควรจัดส่งผลต่อไปตามอัตราเกิด อัตราตาย พ.ศ. 2513 (ตารางที่ 6) เพราะเมื่อมาถึงระดับมีอยู่มากที่สุดแล้ว อัตราเกิดของประชากรมีต่ำกว่า 2.7% ต่อปีทำนั้นไม่ใช่ 3% หรือมากกว่าอย่างที่มีการวางแผนครอบครัวพุมมาก ข้อมูลนี้ให้เราสามารถตัดสินใจได้ผู้ตัดสินใจในประชากรทุกวันนี้เป็น พ.ศ. 2513 ซึ่งมีข้อตัดสินใจอย่างไรบ้างผู้เขียนไม่ทราบ แต่เราว่า ๆ นี้ กรอบการปกครองประชากรมีแนวคิดไทย
ก็ประกาศออกมาว่า จากระบบธรรมเนียมราษฎรทั่วประเทศเมื่อต้นปี พ.ศ. 2566 ประเทศไทย
มีประชากรทั้งหมด 40 ล้านกว่าคนแล้ว ในจำนวนนี้ 3 ล้านกว่าคนไม่มีทะเบียนบ้าน ขณะนี้
ขณะสำรวจความในประชากรข้างเคียงแต่ผู้ที่มีเลขบ้าน พบที่ระเบียบเรียงกั้นการสำรวจไป (ตัวเลข
คงที่กันตรงนี้) แต่ก็ทำให้เราเห็นที่มีประชากรไทย 3 ล้านกว่าคน เป็นพ่อหรือแม่ผู้มาระ
อยู่ไปเลยมาโดยไม่มีหลักแหล่ง สำหรับเด็ก (อายุต่ำกว่า 15 ปี) ประเทศไทยมีหกหมื่นคนประมาณ
43% ของประชากรทั้งหมด มีผู้ให้คำวิทยาการพยาบาลไว้เป็นเม็ดจำนวนเลยที่ผู้ใหญ่หรือเด็กอย่างไร
เป็นผู้ใหญ่หรือเด็กที่ไม่มีเด็ก จึงถูกเก็บข้อมูลไปกับบริการสาธารณสุข แต่ที่น่ำมาใช้เพื่อที่ผู้อยู่ในบ้าน
นั้นเอง หรือบางท่านอาจจะจะสูญพันธุ์ใด “ไม่ยังเยีย” เมื่ออ่านถึงตอนนี้ ต้องถึงนี้การเรียน
การลานที่ “ผู้ให้บริการ” รวมทั้งสถานบริการและบริการสาธารณสุขต่าง ๆ ด้วย

1.2 ผู้ให้บริการสาธารณสุข

ตามความเป็นจริงนั้น ผู้ให้บริการแก่ประชาชนมีทั้งของเอกชนและองค์การ
รัฐบาล แต่ที่นี่ผู้ให้บริการจะแบ่งแยกเฉพาะกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งมีหน้าที่รับผิดชอบโดยตรง
t่อสุขภาพของบ้านของประชาชน ในอดีตนั้น งานด้านสาธารณสุขขึ้นอยู่กับกระทรวงทหารไทย
แต่ถือเป็น พ.ศ. 2485 เพราะต้องการ
จะรวมเรื่องการป้องกันโรคและการรักษาพยาบาลเข้ามาอยู่ในกระทรวงสุขภาพ
และฝ่ายบริหาร สุขภาพภัยพิบัติซึ่งเป็นหน้าที่ของกระทรวงสุขภาพ
เป็นกลุ่มต่างๆ อีกที่มีหน้าที่อยู่ในหน้าที่ที่ 4 อย่าง คือ
"ผลิตหมอ ผลิตยา รักษาป้องกัน" ซึ่งขณะนี้เกิดขึ้นที่ส่วนใหญ่นี้อยู่ ซึ่งการผลิตหมอและ
เจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับผู้ช่วยรับผิดชอบในปัจจุบัน (Paramedical Personnels) มหาวิทยาลัยได้แยกตัว
ออกจาก ทำให้เกิดเป็นที่ผู้ผลิต ผู้ใช้ในปัจจุบันนี้ บริการสาธารณสุขที่ทางฝ่ายป้องกัน (กรม
อนามัย) ให้บริการแก่ประชาชนที่ผ่านออกมาอย่างและในชุมชนที่มี 10 อย่าง เรียกว่า 10 Basic
Health Services เช่น MCH and Family Planning Services, School Health ฯลฯ ส่วนใหญ่ผู้
ไปในทางส่งเสริมสุขภาพผ่านเยี่ยและป้องกันโรค ที่เกี่ยวกับสุขภาพที่ไม่มาทำผู้ป่วยทาง
(กรมแพทย์) ซึ่งสูญโรคทางกลับในสังกัดของตัวประเทศ ตัวเลขเกี่ยวกับจำนวนสถานี
อนามัยและโรงพยาบาลตามภาคต่าง ๆ ของประเทศไทยได้มีแสดงไว้ในตารางที่ 7

HE 341
ตารางที่ 7 จำนวนสถานีอนามัยชั้นต่ำๆ และโรงพยาบาลของกระทรวงสาธารณสุขตามภาคต่าง ๆ ของประเทศไทย พ.ศ. 2014

<table>
<thead>
<tr>
<th>ประเทศไทย</th>
<th>จำนวนสถานีอนามัยชั้นต่ำๆ (31 ธ.ค. 2014)</th>
<th>จำนวนโรงพยาบาล</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td></td>
<td>Health Post</td>
<td>ส.อ.ด.</td>
</tr>
<tr>
<td>ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ</td>
<td>68</td>
<td>30</td>
</tr>
<tr>
<td>ภาคกลาง</td>
<td>0</td>
<td>12</td>
</tr>
<tr>
<td>ภาคเหนือ</td>
<td>13</td>
<td>65</td>
</tr>
<tr>
<td>ภาคใต้</td>
<td>0</td>
<td>20</td>
</tr>
<tr>
<td>รวม</td>
<td>81</td>
<td>127</td>
</tr>
</tbody>
</table>

ที่มาของข้อมูลสถิติ 1. รายงานการประชุมนายแพทย์ผู้ช่วยจังหวัดและนายแพทย์สถานีอนามัยชั้นต่ำ ๆ พ.ศ. 2514
2. กรมการแพทย์ พ.ศ. 2514
3. กำหนดงานอนามัย พ.ศ. 2515–16
ความหมายของตัวย่อ ค.ส.ต. ศูนย์โรคภูมิคุ้มกัน
ส.อ.ค. สำนักงานแพทย์รักษา (อยู่ระดับหมู่บ้าน)
ส.อ.ส. สำนักนโยบายมีชีวิตชีพ (อยู่ระดับตำบล)
ส.อ.น. สำนักนโยบายมีชีวิตชีพ (อยู่ระดับอำเภอ)

หากจะเปรียบเทียบจำนวนเตียงต่อประชากร หรือจำนวนสถานีอนามัยชั้นต่ำ ๆ (42% ของสถานีอนามัยชั้นต่ำ ๆ มีแพทย์ประจำอย่างน้อย 1 คน) ต่อประชากร ก็จะเห็นได้ว่าโดยเฉลี่ยทั่วประเทศแล้ว โรงพยาบาลทั่วไปของกรมการแพทย์มี 1 เตียง ต่อประชากร 2,045 คน ซึ่งก็ยังไม่ต่ำกว่าในประเทศที่เจริญแล้ว สำหรับสถานีอนามัยชั้น 1 นั้น ตามหลักการสถานีอนามัยชั้น 1 หน่วยทั่วประเทศประชากร 5 หมื่นคน จะมีเตียง 13 ต่อประชากร แต่ใน region ที่มีประชากร 157,502 คน หรือประมาณ 3 เท่าของจำนวนประชากรที่มุ่งหวังไว้ (ตารางที่ 8) สิ่งที่สำคัญคือที่นี่จะเห็นว่ามีสถานบริการสาธารณสุขไม่เพียงพอ.
ตารางที่ 8 ข้อมูลเกี่ยวกับจำนวนเตียงของโรงพยาบาลทั่วไป และสถานีอนามัยชั้น 1 ต่อประชากรไทยในภาคต่าง ๆ พ.ศ. 2513

<table>
<thead>
<tr>
<th>ภาคราชการ</th>
<th>จำนวนประชากร</th>
<th>ร.พ.ทั่วไป (กรมการแพทย์)</th>
<th>สถานีอนามัยชั้น 1 (ส.อ.ม.)</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>กรุงเทพฯ</td>
<td>4,120,507</td>
<td>2,560 1,609</td>
<td>12 343,375</td>
</tr>
<tr>
<td>นนทบุรี และสมุทรปราการ</td>
<td>7,214,677</td>
<td>5,065 1,424</td>
<td>60 120,244</td>
</tr>
<tr>
<td>ภาคกลาง</td>
<td>4,382,355</td>
<td>2,725 1,608</td>
<td>37 118,442</td>
</tr>
<tr>
<td>ภาคเหนือ</td>
<td>7,597,472</td>
<td>3,286 2,312</td>
<td>56 135,669</td>
</tr>
<tr>
<td>ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ</td>
<td>11,965,606</td>
<td>17,245 2,045</td>
<td>224 202,806</td>
</tr>
<tr>
<td>รวมทั้งประเทศ</td>
<td>35,280,617</td>
<td>17,245 2,045</td>
<td>224 157,502</td>
</tr>
</tbody>
</table>

หากเราดูเกี่ยวกับการใช้เตียงโดยประชาชนในโรงพยาบาลของกรมการแพทย์บังกอก จะพบในตารางที่ 9 ว่า อัตราเฉลี่ยการใช้เตียงทั่วประเทศเท่ากับ 74% อันแสดงว่าเตียงไม่ได้เต็มอุปหล่อเต็มเช่น ถ้ามี 100 เตียง 74 เตียงมีคนใช้อยู่ตุ๊กๆแล้ว แต่ 26 เตียงจะว่างทุกวันเหมือนกัน หากเราเทียบกับการไปโรงพยาบาลตามรายบุคคลในบัตร ก็พบว่า 94 ในร้อยเตียงเต็มอุปหล่อเต็ม และในปัจจุบันเต็มดังนี้เต็มอุปหล่อเต็ม เพราะยุคนี้หลังโทษขาดความรักษา โรงพยาบาลในกรุงเทพฯ ไม่เชื่อถือบริการในโรงพยาบาลต่างจังหวัดเท่าใดนัก ซึ่งก็เป็นเรื่องจะต้องแก้ไขกันต่อไป
ตารางที่ ๙ จำนวนเตียงและการใช้เตียงของโรงพยาบาลทั่วไปในสังกัดกรมการแพทย์ในภาคต่างๆ ของประเทศไทย พ.ศ. ๒๕๑๙

<table>
<thead>
<tr>
<th>ภาค</th>
<th>จำนวน</th>
<th>จำนวน</th>
<th>จำนวน</th>
<th>อัตราการ</th>
<th>อัตรา</th>
<th>จำนวน</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td></td>
<td>ร.พ.</td>
<td>ผู้ป่วยนอก</td>
<td>เตียง</td>
<td>เตียงที่ใช้</td>
<td>การใช้เตียง (ร.)</td>
<td>ที่รอดใช้ 1 คน (ร.)</td>
</tr>
<tr>
<td>กลาง</td>
<td>๒๘</td>
<td>๑,๐๓๗,๔๗๒</td>
<td>๕,๐๖๕</td>
<td>๓,๖๖๐</td>
<td>๗๒</td>
<td>๕</td>
</tr>
<tr>
<td>ใต้</td>
<td>๑๘</td>
<td>๕๓๙,๙๖๑</td>
<td>๒,๗๒๕</td>
<td>๑,๘๔๓</td>
<td>๖๖</td>
<td>๖</td>
</tr>
<tr>
<td>เหนือ</td>
<td>๑๙</td>
<td>๗๒๗,๔๐๖</td>
<td>๓,๒๘๖</td>
<td>๒,๔๕๐</td>
<td>๗๔</td>
<td>๖</td>
</tr>
<tr>
<td>ตะวันออกเฉียงเหนือ</td>
<td>๑๗</td>
<td>๗๙๕,๗๙๗</td>
<td>๓,๖๐๙</td>
<td>๓,๐๘๗</td>
<td>๘๔</td>
<td>๕</td>
</tr>
<tr>
<td>รวม</td>
<td>๘๒</td>
<td>๓,๑๐๐,๖๓๖</td>
<td>๑๔,๖๘๕</td>
<td>๑๐,๙๙๐</td>
<td>๗๔</td>
<td>๖</td>
</tr>
<tr>
<td>ช.ข.</td>
<td>๑</td>
<td>๒๐๐,๗๒๓</td>
<td>๓๐๘</td>
<td>๙,๘๘๒</td>
<td>๙๔ %</td>
<td>๑๐</td>
</tr>
</tbody>
</table>

จากการสำรวจของกระทรวงสาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์ โดยความร่วมมือขององค์การอนามัยโลก ในเรื่อง “การสำรวจบุคลากรทางสาธารณสุข” ในปี พ.ศ. ๒๕๑๓ โดยใช้สุ่มตัวอย่าง ๓๐ อันดับ ทั่วประเทศ และสัมภาษณ์ประชาชน ๓,๙๐๘ ครอบครัว ปรากฏผลว่าเมื่อประชาชนไม่สบาย พวกเขารักษาที่สถานีอนามัยมีเพียง ๔ ใน ๑๐๐ คน และที่ไปโรงพยาบาล (รัฐ และเอกชน) มีเพียง ๑๑ ใน ๑๐๐ คน ๕๑% ไปจ่ายค่าอย่างก่อน ตัวเลขนี้ก็แสดงให้เห็นว่าประชาชนส่วนมากยังไม่ได้มีการใช้สถานพยาบาลที่รัฐบาลจัดให้ ตัวเลขนี้สำคัญที่จะได้จากการสอบถามครั้งนี้ ซึ่งโดยเฉลี่ยแล้ว ประชาชน ๑ คนมีเพียง 0.7 Visit/Person/Year ซึ่งนับว่ามีมากกว่าที่ช่างบริการที่ทำผูกพันตัวเอง ๆ ตัวเลขนี้สามารถทำให้รัฐบาลจัดสร้าง ๑๐ แห่งว่า ผู้ที่มารับการพยาบาลที่โรงพยาบาลและสถานีอนามัยไปในปี พ.ศ. ๒๕๑๓ มีทั้งหมด ๙ ด้านกว่ารายเดือนซึ่งเน้นเพียงระดับร่างกาย ระบบการให้บริการสาธารณสุขทั้งหมดของเราที่ได้บริการแก่ประชาชนโดยเพียง ๒๗% ของประชากรทั้งหมด ที่เหลืออีก ๗๓% เราจะไปไหนเวลานี้ไม่สามรถ ท่านผู้อ่านลองไปคิดถึงกันเถอะกัน
ตารางที่ 10 จำนวนประชาชนที่มารับบริการที่โรงพยาบาลและสถานีอนามัยของกระทรวงสาธารณสุขที่ประเทศ พ.ศ. 2513

<table>
<thead>
<tr>
<th>ปี</th>
<th>ผู้มารับบริการที่รพ. (ราย)</th>
<th>ผู้มารับบริการที่สถานีอนามัย (ราย)</th>
<th>รวม</th>
<th>ประชากรไทย (พ.ศ. 2513)</th>
<th>% กระจายการรักษา</th>
<th>ผู้มารับบริการ</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>พ.ศ. 2513</td>
<td>3,964,214</td>
<td>780,409</td>
<td>4,480,153</td>
<td>9,224,776</td>
<td>34,152,000</td>
<td>27%</td>
</tr>
</tbody>
</table>

ที่มาของข้อมูลสถิติ: กองวางแผนสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงฯ กระทรวงสาธารณสุข

ขณะนี้ เท่าที่กล่าวมาแล้วก็จะพบปัญหาการให้บริการไม่เพียงพอ สถานีให้บริการมีไม่พอ ข้าวประชาชนลางมากยิ่งไม่ยอมรับบริการของฝ่ายเราเสียอีก ที่นั่นเองมาตูจ้าวนผู้ปฏิบัติงานในราชการที่ 11 กันยายน จะเห็นได้ว่าในกรุงเทพฯ อัตราพยาบาลต่อประชากรเท่ากับ 1.1,051 แต่ต่อมาจากทั่วประเทศ (ยกเว้นกรุงเทพฯ) เท่ากับ 1.14,589 คือ แพทย์ 1 คนต่อประชากรผู้มีกว่า 1,50,000 หรือ 1 ต่อแสนคน หรือบางแห่งไม่เคยเห็นหมอเลย นอกจากพวกหน่วยแพทย์เคลื่อนที่สำหรับยัดยาเฉพาะต่อประชากรก็ล่าช้าต่อรองกัน มีพยายามมากในกรุงเทพฯ แต่มีจำนวนน้อยในชนบท
ตารางที่ 11 จำนวนและอัตราแพทย์ ประจำสถาบัน ต่อประชากรเปอร์ชั่น พ.ศ. 2512

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

อัตราวางยาของแพทย์ประจำสถาบันในกรมการแพทย์และกรมอนามัย (ตารางที่ 12) ถือมีการรวมเกิดขึ้น จะพบว่า ใน พ.ศ. 2513 ขาดแพทย์จะทำอย่างไร โรงเรียนแพทย์ 4 แห่ง ที่มีผลิตได้มาเพียง 370 คน/ปี ไม่เพียงพอ ส่วนมากหลักอยู่อย่างไร หมอที่ออกจากงานส่วนตัวหรือไปเรียนต่อต่างประเทศ ไปทำงานในต่างประเทศ บางคนถือว่าใช้เวลานานมาก คอมมิชชั่นanyak ไปอยู่ต่างจังหวัด ดูแลประชาชนในกรุงเทพฯ จำนวนสุดท้ายในรอบ 10 ปีที่ผ่านมา ซึ่งได้เพียง 39% ของ บุคคลที่มีข้อมูล (ตารางที่ 13) และนับว่าจำนวนมากเทียบกับบุคคลที่มีข้อมูลสุดท้าย ในประเทศที่กำลังพัฒนาขึ้นประเทศไทย บุคคลที่มีข้อมูลสุดท้ายเทียบกับข้อมูลที่มีอยู่ในครั้งหนึ่งแทบเท่ากัน ซึ่งมีเป็นจำนวนสูงที่น่าจะทำให้เกิดขึ้นได้ในโครงการให้บริการ
ตารางที่ 12 อัตราว่างของแพทย์และพยาบาลในกรมการแพทย์และกรมอนามัย พ.ศ. 2513

<table>
<thead>
<tr>
<th>กรมการแพทย์</th>
<th>ผู้ประกอบการ</th>
<th>อัตราว่าง</th>
<th>อัตราผู้มีงาน</th>
<th>รวม</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>แพทย์</td>
<td>ก. อ. ประจำที่มีผู้ประกอบจ POS แล้ว</td>
<td>216</td>
<td>222</td>
<td>438</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>ช. อ. ประจำที่มีผู้ประกอบจ POS แล้ว</td>
<td>129</td>
<td>67</td>
<td>196</td>
</tr>
<tr>
<td>พยาบาล</td>
<td>ก. อ. ประจำที่มีผู้ประกอบจ POS แล้ว</td>
<td>426</td>
<td>547</td>
<td>973</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>ช. อ. ประจำที่มีผู้ประกอบจ POS แล้ว</td>
<td>334</td>
<td>163</td>
<td>497</td>
</tr>
</tbody>
</table>

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

<table>
<thead>
<tr>
<th>พ.ศ.</th>
<th>งบประมาณ (ล้านบาท)</th>
<th>ร้อยละของงบประมาณประเทศ</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>2506</td>
<td>10,306.0</td>
<td>324.7</td>
</tr>
<tr>
<td>2507</td>
<td>11,430.0</td>
<td>401.6</td>
</tr>
<tr>
<td>2508</td>
<td>12,420.0</td>
<td>428.8</td>
</tr>
<tr>
<td>2509</td>
<td>14,440.0</td>
<td>476.9</td>
</tr>
<tr>
<td>2510</td>
<td>18,480.0</td>
<td>550.0</td>
</tr>
<tr>
<td>2511</td>
<td>21,262.0</td>
<td>587.9</td>
</tr>
<tr>
<td>2512</td>
<td>23,960.0</td>
<td>643.6</td>
</tr>
<tr>
<td>2513</td>
<td>27,299.8</td>
<td>785.0</td>
</tr>
<tr>
<td>2514</td>
<td>28,645.0</td>
<td>975.7</td>
</tr>
<tr>
<td>2514</td>
<td>29,000.0</td>
<td>956.3</td>
</tr>
</tbody>
</table>
บางท่านอาจอ้างว่า เงินด้านสาธารณสุขจะไม่ได้ทางกระทรวงสาธารณสุขแห่งชาติ ท่านไม่ได้คิดที่จะให้ภาคีทางการเงินเข้าไปด้วยและจากกระทรวงทรัพยากรธรรมชาติฯ และมีโรงพยาบาลตัวที่มีเอกสิทธิ์ในการขอไปในตารางที่ 14 พบกันมากมายแล้วที่มีส่วนตัวก็ไม่เพียงเพื่อให้ประโยชน์จาก 3% ของงบประมาณประเทศ กลายเป็นเพียง 5% ของงบประมาณประเทศเท่านั้นเอง หลายท่านเกิดคำถามทางราชการเวลานั้นจะกล่าวกันต่อเมื่อนี้ยังถ้ามีเงินน้อยก็ทำได้แต่เมื่อมีเงินน้อยจะมีคนร่วมกันที่ทำให้ผลการบริการที่สุดและต้านทานเงินไปอย่างมีประสิทธิภาพมากที่สุด ผลลัพธ์ก็จะตอบกับประชาชนอย่างมากที่สุดได้เช่นกัน

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

<table>
<thead>
<tr>
<th>หน่วยงาน</th>
<th>จำนวนเงิน (ล้านบาท)</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>สำนักนายกรัฐมนตรี (รวม)</td>
<td>371.10</td>
</tr>
<tr>
<td>1. สำนักงานเจรจาพิเศษ</td>
<td>25.2</td>
</tr>
<tr>
<td>2. จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย</td>
<td>55.3</td>
</tr>
<tr>
<td>3. มหาวิทยาลัยมหิดล</td>
<td>239.9</td>
</tr>
<tr>
<td>4. มหาวิทยาลัยเชียงใหม่</td>
<td>49.8</td>
</tr>
<tr>
<td>5. มหาวิทยาลัยขอนแก่น</td>
<td>0.9</td>
</tr>
<tr>
<td>กระทรวงกลาโหม (รวม)</td>
<td>14.4</td>
</tr>
<tr>
<td>กระทรวงพลังงานแห่งชาติ (รวม)</td>
<td>19.9</td>
</tr>
<tr>
<td>1. กรมวิทยาศาสตร์</td>
<td>14.1</td>
</tr>
<tr>
<td>2. กรมตรวจวิทยาการพลังงาน</td>
<td>6.8</td>
</tr>
<tr>
<td>กระทรวงสาธารณสุข</td>
<td>956.30</td>
</tr>
<tr>
<td>1. สำนักงานปลัดกระทรวงสุข</td>
<td>113.9</td>
</tr>
<tr>
<td>2. กรมการแพทย์</td>
<td>420.4</td>
</tr>
<tr>
<td>3. กรมอนามัย</td>
<td>409.5</td>
</tr>
<tr>
<td>4. กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์</td>
<td>12.5</td>
</tr>
<tr>
<td>รวมทั้งสิ้น</td>
<td>1,439.80</td>
</tr>
</tbody>
</table>

<table>
<thead>
<tr>
<th>แผนการรายจ่าย</th>
<th>จำนวนเงิน</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>1. งบประมาณรายจ่ายประจำปีของรัฐ</td>
<td>29,000.00</td>
</tr>
<tr>
<td>2. เงินงบประมาณสาธารณสุข</td>
<td>5.0</td>
</tr>
<tr>
<td>3. จำนวนประชากรกว่าประเทศ (กล่าวปี)</td>
<td>36.3 ล้านคน</td>
</tr>
<tr>
<td>4. งบประมาณรายจ่ายด้านสาธารณสุขทั้งหมดของรัฐ/ประจำปี</td>
<td>40 บาท/คน/ปี</td>
</tr>
</tbody>
</table>
2. ผู้คลอดคลายที่สาธารณสุข

ผู้ที่ทำงานในด้านสาธารณสุขมีมากมายหลายชนิดนัก และสำหรับประเทศไทยก็ยัง
ไม่ได้มีการแบ่งประเภทที่แน่นอน หากใช้หลักขององค์การอนามัยโลก ก็แบ่งออกเป็น 2 พวก คือ

1. Professional Group (จอบอนุปริญญาหรือสูงขึ้นไป)
   (1) Medical Personnells แพทย์สาขาต่างๆ
   (2) Paramedical Personnells ผู้ทำหน้าที่ช่วยเติบแพทย์ เช่น พยาบาลทั้งหมดแพทย์

2. Non Professional Group (จอบต่ำกว่าบัณฑิต) เรียกว่า
   (1) Assistant เช่น พนักงานอนามัย ผู้จัดการ
   (2) Aid เช่น ผู้ช่วยพยาบาล
   (3) Single Skill เช่น พนักงานพื้น D.D.T. ปราบแมลงเรีย

ในประเทศไทยมีมหาราชยานเป็นผู้คลอด Professional Group พบว่า 6 มหาวิทยาลัย
ของประเทศไทยผลิตเฉพาะที่สาธารณสุข ตั้ง 86 หลักสูตร (ตารางที่ 15) ในระดับ Professional
หากผู้ผลิตกับผู้ใช้สามารถประสานงานกันได้ ชาติไทยจะเริ่มขึ้นอีกมากในด้านนี้

ตารางที่ 15 จำนวนหลักสูตรที่ผลิตผู้ที่สาธารณสุขในมหาวิทยาลัยต่างๆ ในประเทศไทย
(พ.ศ. 2514) จำนวนหลัก

<table>
<thead>
<tr>
<th>ชื่อมหาวิทยาลัย</th>
<th>จำนวนผู้สำเร็จการศึกษา</th>
<th>ปริญญาตรี</th>
<th>ปริญญาโท</th>
<th>ปริญญาเอก</th>
<th>ระดับ</th>
<th>รวม</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>1. มหาวิทยาลัยมหิดล</td>
<td>3,937 คน</td>
<td>16</td>
<td>13</td>
<td>5</td>
<td>62</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>2. จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย</td>
<td>9,882 คน</td>
<td>7</td>
<td>1</td>
<td>0</td>
<td>10</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>3. มหาวิทยาลัยเชียงใหม่</td>
<td>3,237 คน</td>
<td>6</td>
<td>0</td>
<td>0</td>
<td>7</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>4. มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์</td>
<td>11,076 คน</td>
<td>1</td>
<td>0</td>
<td>0</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>5. มหาวิทยาลัยขอนแก่น</td>
<td>598 คน</td>
<td>1</td>
<td>0</td>
<td>0</td>
<td>2</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>6. มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์</td>
<td>3,156 คน</td>
<td>0</td>
<td>0</td>
<td>0</td>
<td>2</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><strong>รวม</strong></td>
<td><strong>31,876 คน</strong></td>
<td><strong>32</strong></td>
<td><strong>19</strong></td>
<td><strong>5</strong></td>
<td><strong>86</strong></td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

สำหรับในด้าน Auxiliary Health Worker นั้น สำนักใหญ่กระทรวงสาธารณสุขเป็น
ผู้ผลิต และทำที่ทราบเกี่ยวกับว่าเขาได้มากกี่เดียว

HE 341
ปัญหาสำคัญในด้านมาตรการ Health Worker นั้น ผู้เขียนมีความเห็นว่าควรต้องการผู้สามารถให้การรักษาพยาบาลแก่ประชาชนเป็นจำนวนมากที่จะออกในช่วงหลังประชาชนในท้องถิ่นและช่วยรักษาที่จะได้ผลิต "Nurse Practitioner" กรมการแพทย์และยามนักจะผลิต "เวื่อหม้าย" ผ่าทบทวนจะผลิต "หมอหย่า" ผายคอมพิวเตอร์สุขจะผลิต "Multipurpose Health Workers" ทุกฝ่ายที่มีความรับผิดชอบร่วมกัน ทั้งนี้ในวัตถุประสงค์อันเดียวกัน ก็ควรจะมีการประสานการทำงานกันทั้งหมด งานจะได้ไม่ซ้ำซ้อนกัน

ตารางที่ 16 สถิติผู้ประกอบโรคศิลปะทุกแผนกและทุกสาขา เนื่อสั้นเลื่อนเหมาะสม พ.ศ. 2515

<table>
<thead>
<tr>
<th>แผนก</th>
<th>สาขา</th>
<th>จำนวนมีชีวิตและชื่นชมเป็นไป</th>
<th>จำนวนต้องประชากร</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>ปัจจุบัน</td>
<td>เขตรักษา</td>
<td>5,804</td>
<td>1:6,375</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>ทันตกรรม</td>
<td>731</td>
<td>1:50,616</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>เภสัชกรรม</td>
<td>1,993</td>
<td>1:18,565</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>พยาบาลคลองคูหวาน</td>
<td>9,211</td>
<td>1:4,017</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>ผู้อุปถัมภ์</td>
<td>3,325</td>
<td>1:9,933</td>
</tr>
<tr>
<td>ปัจจุบัน</td>
<td>การพยาบาล</td>
<td>7,589</td>
<td>1:4,875</td>
</tr>
<tr>
<td>ปัจจุบัน2</td>
<td>เขตรักษา</td>
<td>617</td>
<td>1:59,968</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>ทันตกรรม</td>
<td>951</td>
<td>1:40,407</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>เภสัชกรรม</td>
<td>305</td>
<td>1:121,311</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>ผู้อุปถัมภ์</td>
<td>5,121</td>
<td>1:7,225</td>
</tr>
<tr>
<td>ปกWy</td>
<td>เขตรักษา</td>
<td>34,023</td>
<td>1:1,087</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>เภสัชกรรม</td>
<td>15,450</td>
<td>1:2,395</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>ผู้อุปถัมภ์</td>
<td>8,498</td>
<td>1:4,354</td>
</tr>
</tbody>
</table>

ในตารางที่ 16 ผู้เขียนมีความตั้งใจจะให้ทราบข้อมูลของ Health Worker ที่มีปัญหาและโรคศิลปะ และข้อดีที่อยากทำให้ คือ พวกเขาจะมีแผนปานormal หมอประจำตัวและจะมีการจัดการที่มีการวางแผนให้บริการรักษาพยาบาลแก่ประชาชนต่อย่างที่ดี

86 HE 341
เมื่อมาถึงตอนนี้ ทานผู้อานคงพบเห็นภาพเกี่ยวกับประชาชาติ การรักษาพยาบาล ผู้ให้การรักษาพยาบาล และผู้ผลิตเจ้าหน้าที่สาธารณสุข จะเห็นได้ว่าทุกอย่างเกี่ยวกับปัญหาใหม่ๆ ที่จากการค้น แมนยั่ง และเกิดขึ้นอยู่กับว่า บริการสาธารณสุขในปัจจุบันยังไม่เพียงพอ เพื่อรองรับตักคิก ขาดแย่ และปัญหาใหญ่มีอย่าง คือ ประชากรไทยในขณะนี้ที่จัดจำเร็วมากเกินไป ไม่ยอมจ่ายเงิน ในการบริการเหล่านี้มากับ และอาจยังต้องเดินทางเข้าสู่ปัญหาสาธารณสุขของอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ และปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญในขณะนี้ จากข้อยุติต่างๆ ของกระทรวงสาธารณสุขและองค์การ อื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง ผู้รับผิดชอบพื้น 4 ข้อใหญ่ คือ

ปัญหาประชากรเพิ่ม
ปัญหาโรคต่างๆ
ปัญหา Health Risks
และปัญหาด้านบริการรักษาพยาบาลจุด สิ่งที่ร่วมและละเอียดต่างออกไปนี้

ปัญหาเกี่ยวกับประชาชาติ (Population Problems)
1. ปัญหาประชากรเพิ่มอย่างรวดเร็ว (อัตราการเพิ่มของประชากร = 3.1% ต่อปี)
2. ปัญหาประชากรส่วนมากในชนบทยังไม่มีผู้รับร่างกายสุขภาพแผนภาพจุดส่วน (เพียง 15% ไปรับร่างกายสุขภาพที่สถานีพยาบาลและโรงพยาบาลของรัฐบาลและเอกชน)

ปัญหาโรคต่างๆ (Disease Problems)
1. ปัญหาโรคติดต่อที่สำคัญ (เช่น โรคติดเชื้อของระบบทางเดินอาหาร และพยาธิล้าดำ วัณโรค ปอดอักเสบ ไข้เจ็บสัตว์ โรคเรื้อน โรคมาลาเรีย โรคหลั่น โรคลิสโตرجา เกมโรค โรคติดบิด โรคไข้เสื่อม และโรคเสี่ยงต่อการอักเสบ)
2. ปัญหาโรคขาดสารอาหาร (มีพบโรคขาดสารอาหารประจำไปในเด็กและโรคขาด วิตามินในผู้ใหญ่)
3. ปัญหาโรคเกี่ยวกับการดื่มเครื่อง การดื่มแดง และหลั่นต่อ (85% ของผู้หญิงไทย มักใช้รับสารก่อตัวจากหมู่บ้าน หรือผู้ชายนี้ให้รับการสิ้นเปลืองในซับอินที่มีกัน)
4. ปัญหาโรคอันเนื่องมาจากอุบัติเหตุต่างๆ โดยเฉพาะโรคที่เกิดขึ้นจากอุบัติเหตุทาง รถยนต์
5. ปัญหาเกี่ยวกับสุขภาพจิตและยาเสพติดในไทย

ปัญหาการระบาดอย่างไรก็ตาม (Health Risk Problems)
1. ปัญหาการขาดสารน้ำที่สะอาด
2. ปัญหาการสูญเสียผลผลิตและที่อยู่อาศัย
3. ปัญหาการกำจัดยุทธวัสดุ ฯลฯ
4. ปัญหาการเก็บสินค้ารับซื้อ (โดยเฉพาะในกรุงเทพฯ เขตเมืองใหญ่ ๆ)

ปัญหาทางด้านบริหารและการให้บริการสาธารณะสุข
1. คน (เจ้าหน้าที่สาธารณะสุข) ไม่พอใจ ผลิตภัณฑ์ไม่พอใจ ไม่กระชับก้าวกระบาดไปในเขตชุมชน
2. งบประมาณน้อย
3. เวชภัณฑ์ วัสดุสิ่งของที่จำเป็นต้องใช้มีไม่เพียงพอ
4. การบริหาร เช่น กฎหมายราชการ การบริหาร Centralize ในกรุงเทพฯ ยากยากไป

งานข้อมูลงาน ขาดแผนสาธารณะสุขระดับชาติ ความแน่นอน ซึ่งก็ถือได้ของสวัสดิการสุขดุที่ ๆ ยังไม่ได้พ่อ

5. การให้บริการสาธารณะสุขยังไม่เพียงพอ โดยเฉพาะในชนบท
6. ขาดการประสานงานกับองค์การเอกชน

2. ปัญหาการสาธารณสุขในชนบท

เป็นที่ทราบกันดีว่า ประเทศไทยมีงานนี้เป็นประเทศสีเขียว ซึ่งแสดงให้เห็นได้ โดยที่ประชาชนส่วนใหญ่ของเรามีอัตราการด้านการพยาบาลสูงเป็นหลักที่สำคัญ เมื่อเป็นเช่นนี้ประชาชนส่วนใหญ่ของประเทศจะต้องมีข้อมูลส้านอกอยู่ในชนบท ขนาดของประเทศที่นั้นเป็น

ชนบทที่ไม่ได้พัฒนาไปมากอย่างที่เราทราบจะเป็นลักษณะของชนบททั้งนี้ มีลักษณะที่เป็น

t่งต่อไปนี้ คือ

2.1 ถนนไม่ได้ ส่วนใหญ่เป็นถนนที่ประชาชนเดินกันขึ้นเอง เป็นถนนแค่แบบง่าย ๆ

เส้นสายภายในไปได้ที่สามารถติดต่อ เช่น ในหน้าฝน ถนนอาจจะพังน้อยจากน้ำพัดมาก เมื่อเป็นเช่นนี้

พื้นบ้านมีหลังคาไม่แข็งขรัดจากถนนใหญ่ในช่วงเสฉวนนี้ และจะพื้นที่สภาพขึ้นมาได้ก้านอยู่ ถนน

จึงนั่นทั่วไปมีส่วนสำคัญอย่างยิ่งในการพัฒนาชนบท

2.2 การสูญเสียผลผลิตและค่าจ่าย ไม่ค่อยจะมี ต่อเนื่องอนีก็จะเริ่ม บางพื้นที่ได้รับ

การพัฒนาสิ่งที่ต้องไทยซื้อ แต่การคงสภาพของพื้นที่ที่ได้รับการพัฒนาแล้วก็จะไม่ได้ คือ

ไม่ได้จะมีการรักษาให้มีสภาพอย่างที่ได้เคยพัฒนาไว้แต่เริ่มการสูญเสีย สิ่งเหล่านี้

หมายถึงที่ยังไม่ได้ คือ

(1) แหล่งน้ำกินน้ำใช้
(2) ถนนในหมู่บ้าน
(3) ความสะอาดของบ้านเรือน
(4) สถานที่ก้าจัดของเสีย เช่น ล้าว ที่กำจัดขยะมูลฝอย
(5) คอกสัตว์กับอุปกรณ์

2.3 การศึกษาของประชาชนไม่ถอยถิ่น สำนักใหญ่แล้วประชาชนมากจะอ่านออกเขียนได้ เพราะไม่มีการเรียนจนจบชั้นประถม สิ่งพอจะอ่านหนังสือได้และเขียนหนังสือได้ เป็นปัญหาอยู่ที่ว่า ไม่ได้อยู่อ่านได้เขียน หรือได้รับการเรียนต่อเนื่องในชั้นประถมจักรวาล ทำให้ไม่ได้รับความรู้เพิ่มเติม เมื่อไม่มีความรู้ดีหรือโอกาสที่จะได้ความรู้ไม่มี หลักการเรียนต่าง ๆ ก็ไม่ค่อยเป็นไปได้เลย โดยเฉพาะหลักการเรียนหาล้านสุขภาพและพัฒนาการ

2.4 การบริโภคอาหารไม่ถูกหลักหลัก ความจริงแล้วประชาชนในชนบทบริโภคไม่ถูกหลักหลักทั้งสิ้น แต่เนื่องจากเหตุผลต่อเนื่องมาจากความรู้ความเข้าใจในด้านการบริโภคอาหารไม่ค่อยมี หรือไม่มียาเสพติด ซึ่งส่งผลทำให้เหตุการณ์ของประชาชนต่อการเลือกอาหารแบบบริโภคไม่ถูกหลักหลักมาก

2.5 ประชาชนส่วนใหญ่ยังไม่ได้เข้าถึงและมีการควบคุมไปทางดี การมีรายได้ดีนี้ทำให้ประชาชนไม่สามารถจะจัดหาสิ่งที่จำเป็นในการยังชีพแบบบริโภคได้

2.6 การดัดแปลงให้บริการสาธารณสุขไม่สามารถจะครอบคลุมประชาชนทั้งหมดได้ เพราะส่วนใหญ่นักเรียนจะอยู่ที่ไกลสถานีอนามัย บางแห่งกระจายออกไปหมด ทำให้เจ้าหน้าที่สามารถสู่ในสามารถจะติดตามไปให้บริการได้ทั่วถึง

เรื่องต่าง ๆ ที่ได้มาแสดงให้เห็น ความจริงแล้วเป็นส่วนหนึ่งของหลักฐานที่สำคัญ ๆ ในระบบเท่านั้น ที่ไม่สำคัญ เช่น เรื่องการไฟฟ้า หรือเครื่องอ่านนองความสะดวกบางประการ จะไม่มีมาก

เนื่องจากขนาดที่ยังมีประเทศที่สำคัญ ๆ แต่ได้ทำแล้ว จึงได้ทำการให้เกิดปัญหาที่สำคัญ ๆ ทางสาธารณสุขชั้น ปัญหาหนึ่งของรวมได้ต้องใช้ไปนี้ คือ

ปัญหาทางด้านความรู้พื้นฐานทางสาธารณสุข ประชาชนส่วนใหญ่ในชนบทจะไม่รู้ถึงสุขภาพอนามัยคืออะไร มีความสำคัญต่อความเป็นอยู่ประจาการอีก การรู้ถึงการดูแลสุขภาพ ในโรงพยาบาล จุดนั้นเป็นโรคที่ป้องกันได้ก่อนที่จะเกิด เช่น โรคในเด็ก โรคในตัวเชื้อ โรคของคนกินยา โรคของอาหาร และแม้กระทั่งการป้องกันไม่ให้มีอุทิศมากกิจกรรมทำให้ ทำประชาชนมีความรู้ในการโรคต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นแล้ว

HE 341 89
เป็นอย่างดี ซึ่งจำเป็นต้องอาศัยการย้ายหน่วยเสื้อหรือเอกสารต่างๆ ทางด้านหนึ่งเป็นประจำ และต้องเกิดความสนใจที่จะศึกษาต่อเนื่องด้วยจึงจะเป็นผลดี เมื่อเป็นเช่นนั้น ผลที่จะเกิดขึ้นคือ โรค ล血腥ลำ ซึ่งส่วนใหญ่เป็นปัญหาทางการสาธารณสุขอยู่ในปัจจุบันนี้ ถ้าไม่เกิดขึ้น หรืออาจจะเกิดขึ้นน้อยลง รูดป่วยก็ไม่ต้องมาเกิดปัญหาอีกแล้ว งานประมาณก็จะเหลือได้ไปใช้พัฒนาการสาธารณสุขในเรื่องอื่น ๆ ที่มีความจำเป็นได้อีก

พฤติกรรมของ/ประชาชนในชนบท

พฤติกรรมของประชาชนในชนบทไม่มีการเปลี่ยนแปลง หรือคงเปลี่ยนแปลงไปน้อย ที่สุดในเรื่องการสาธารณสุข เคยเป็นอยู่อย่างไรก็เป็นอยู่อย่างนั้น ซึ่งจะเห็นได้ชัดเจนจากสถิติ ที่มีการเกิดขึ้นของต่าง ๆ เพื่อความคืบหน้า ตนเองอย่างไรก็เปลี่ยนแปลงได้ยาก เพราะความรู้พื้นฐานไม่เพียงพอ

มีพฤติกรรมบางอย่างในทางสาธารณสุขที่ได้เปลี่ยนแปลงไปค่อนข้างมาก เช่น ทางด้านมีลูกมาก เดิมหนึ่งปีประชาชนในชนบทจะรู้จักกันแล้วก็จะทำอย่างไรบ้างจะมีลูกน้อย หรือมีลูกต่างใจได้ และมีลูกมากแล้วจะทำให้เกิดปัญหาอย่างไร สำหรับอะไรบางอย่างจะมองจากจุดที่เราต้องการปฏิบัติงานของกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุขได้ให้ความสนใจเรื่องนี้เป็นอย่างมาก เพราะมีประเด็นเป็นปัญหาอันใหญ่และเป็นปัญหาที่รับผิดชอบ การปฏิบัติงานในเรื่องนี้จึงได้มีการเน้นหนักการให้ความรู้พื้นฐานในเรื่องปัญหาของการมีลูกมาก และแนวทางในการแก้ปัญหา กระทรวงยังได้พยายามเปลี่ยนพฤติกรรมของประชาชน ทำให้สุขภาพเปลี่ยนแปลงทางสาธารณสุข ทำให้สุขภาพเปลี่ยนไปตามความต้องการที่จะทำให้มีลูกน้อยลง นั่นคือ ต้องการคุมกำเนิด เมื่อมีลูกมากก็ต้องรับความประสงค์ของกระทรวงทันที โดยที่กระทรวงก็ได้จัดให้บริการตอบสนองสิ่งนี้ คือ ได้มีการจ่ายยาให้ทันที โดยผ่านไปตามโรงพยาบาลจังหวัด โรงพยาบาลอำเภอ สถานีอนามัย สำนักงานพัฒนาการ ทั่วประเทศตลอดจนชุมชนที่มีโรคอัตราสูง เข้า กิน ฉีด ให้ทำท่ามักขยาย—หญิง ใช้ยาอย่าง แต่ก็ยังมีประชาชนบางกลุ่มนี้ยังคงต้องการความรู้ทันทีเพื่อดูแลลูกมาก เข็น ชาวเขาที่อยู่บ่อยไม่ค่อยจะมีการวางแผนครอบครัว เช่น ชาวเขาที่อาศัยอยู่ในแถว ๆ จังหวัดแปลงสอบ เป็นต้น แต่จากประสบการณ์ที่ผ่านมา มีลูกที่จะจดจ่อได้อยู่ แต่ต้องใช้วิธีการที่เหมาะสมและใช้เวลา

ข้อสำคัญในการใช้วิธีการสาธารณสุข

ประชาชนในชนบทอยู่ในที่ที่ทำให้ติดกันเมืองประกอบกับแผนที่กลางมาก เมื่อประชาชนเกิดขึ้นปัญหาหรือความต้องการบริการสาธารณสุขจึงทำให้เกิดปัญหา ปัญหา ที่จะเกิดขึ้น เมื่อยุคปัจจุบันไม่ได้รับการรักษาที่มาตั้นต้นราย ที่โรงพยาบาลอำเภอ โรงพยาบาลจังหวัด ได้แต่เกิดขึ้นอยู่อย่างไม่ได้รักษาตามวิธีที่พอจะทำได้ตามที่ตั้นต้นนั้นเอง ซึ่งทำให้เสียเวลา
ต่อความอยู่รอดหรือการสุขภาพชีวิต ในเรืออื่น ๆ ก็เช่นกันการป้องกันโรค การเนรเทศและเด็ก
การโรคและการ โอกาสที่จะได้รับการบริการมีน้อย

จะเห็นได้ชัดว่าข้อสำคัญเหล่านี้ทำให้เกิดโรคที่มีลักษณะอาการน้อย ๆ กลายเป็นมากได้
หรือโรคที่ควรจะป้องกันได้ก็ไม่ได้รับการป้องกัน

3. แนวทางในการแก้ปัญหา

การแก้ไขปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญเหล่านี้ จะต้องการผู้มีความรู้ความสามารถใน
วิชาชีพต่าง ๆ กมมาช่วยกัน จะต้องมีการการทำงานล่วงหน้า คือ การวางแผนสาธารณสุขระดับชาติ
อย่างถูกต้องตามหลักวิชาการ เพื่อให้เป็นเครื่องมือทางดุลจักรยานในการให้บริการในการผลิต
เจ้าหน้าที่สาธารณะสุขประเภทต่าง ๆ บางท่านอาจคิดว่าแผนพัฒนาสาธารณสุขในแผนพัฒนา
ฉบับที่ 3 (พ.ศ. 2515-2519) มีอยู่แล้ว แผนแผนทางพิการจราจรได้เตรียมไว้แล้วมีมิตรกันใน
อีกไม่ใช่ เช่น การวางแผน Health Sector นั้นมีได้วางแผนสำหรับองค์การเอกชนหรือองค์การ
รัฐบาลอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องกับงานสาธารณสุข เช่น ( เช่น ตนเองครุภัณฑ์ ไม่ได้อยู่ health
plan นั้น) การตั้งเป้าหมายหลายอย่างก็ดังต่อไป เช่น ในปีงบประมาณแรกได้เป็น 370 คน
(ซึ่งไม่เพียงพอ) อีก 5 ปีจะหน้าก็จะหมดได้ 1,850 คน 370 / คน / ปี / 5 ปี ซึ่งพอดี 5 ปีก้า
การทำงานสำเร็จตามเป้าหมายทุกประการ แต่การขาดแคลนแพทย์ก็ไม่ได้ขึ้น ประเด็น ต้องที่สำคัญ
ที่สุดในการแก้ปัญหา คือ ต้องสามารถวินิจฉัยให้ทราบอย่างเป็นรูปแบบ่องค์การเอกชน ได้มาด้วย
ทราบแล้ว วิธีการแก้ปัญหาที่ง่ายขึ้นน่าก็จะได้รับการจัดรายการสำคัญที่สุด ที่สำคัญที่สุด
ในการแก้ปัญหา คือ การมีการดำเนินการโดยอาศัยสถานที่ของ
ปัญหาเป็นหลัก คือ

3.1 ต้องให้ความรู้แก่ประชาชนในขนาดนับ ในเรื่องสุขภาพความมั่นคงหรือการป้องกันโรค
และสาธารณสุขไทยต่าง ๆ การให้การศึกษาความจะเป็นแบบการศึกษาต่อเนื่องทั้งทางตรง
และการอื่น ๆ เช่น ให้เจ้าหน้าที่ไปสอนโดยตรง หรือให้อ่านหนังสือหรือบทความ มีการเผยแพร่
ทางวิทยุ ให้ทางองค์การที่ประชาชนควรฟังอยู่ช่วยสอนให้ เช่น ทางวิทยุ หรือทางวิทยุเรียน
เป็นหลัก

3.2 เปรียบเทียบทางพฤติกรรม ทั้งนี้ได้รากฐานมาจากขั้นตอนเป็นสำคัญ แต่อาจจะ
เพิ่มเติมโดยการทำให้ได้เป็นตัวอย่าง หรือหาวิธีอย่างหนึ่งนำเสนอผลแล้วด้วยความเห็นอกเห็นใจต่อ
การขอแนะนำอย่างใกล้ชิดหรืออักขระเห็นการบุกเบิกที่อื่น ๆ เป็นเครื่องบังคับให้สนใจ เช่น

HE 341
การมีโครงงานติดต่อกันหลายๆ ปีก่อน เพื่อให้การเปลี่ยนแปลงต่อเนื่องเป็นนิยม จำเป็นจะต้องมีการติดตามโดยใกล้ชิดเป็นระยะๆ จากเจ้าหน้าที่

3.3 การเกิดขึ้นและถิ่น ควรจะดังต่อไปนี้ คือ
(1) ทำงานต่อ ๆ ไปต่อๆ สามารถใช้ได้ตลอดปี (ซึ่งเป็นเรื่องของทางหน่วยงานที่เกี่ยวข้องโดยตรง)
(2) สร้างมาตรฐานหรือบริการสารสนเทศให้ถูกต้องที่สุด
(3) ถ้าไม่ถูกต้อง 1 และข้อ 2 เป็นไปได้ยาก ก็พยายามสร้างฐานข้อมูลของประชาชนในระบบโดยการจัดความช่วยเหลือตนเองขึ้นในหน่วยบ้าน อาจจะเป็นเรื่องของเอกสารมีสารสนเทศสูง ประจำหน่วยบ้าน ภาคส่วนทั้งทางการแพทย์ประจำหน่วยบ้านที่นิยมกันเรียกว่า “บริการการสารสนเทศเบื้องต้น” ที่นี้ได้มีสภาพการบังคับบัญชาโดยตรงจากกรรมการหน่วยบ้าน และสำนักงานสนับสนุนและเทศบาลจากเจ้าหน้าที่สารสนเทศสูงของรัฐ

3.4 การเกิดปัญหาทางเศรษฐกิจ นับว่าเป็นเรื่องที่ขับเคลื่อนมาก คงไม่สามารถจะแก้ไขได้มาก ความจริงในเรื่องนี้รัฐบาลที่ได้พยายามทำอยู่ทุกๆ ทุกๆ วัน แต่หลักการบางๆ ก็จะมีอยู่ถ้าการกระจายรายได้จากส่วนชุมชนที่มั่งคั่งไปสู่ชุมชนหน้าจะกระทบ ขณะเดียวกันก็จำเป็นต้องพัฒนาระบบการเกษตรของประชาชนในระบบให้ดียิ่งขึ้นจะสามารถมีผลลัพธ์ดีได้โดยไม่จำเป็นต้องอาศัยสภาพของดินพื้นบ้าน ตลอดจนความสามารถของความภาคีเครือข่ายอีกด้วย การทำาจัดระบบงานที่ออกแบบบริการประชาชนขึ้นนี้จำเป็นต้องกระทบอย่าง หรืออาจจะมีวิธีดังกล่าวนะบุขึ้นที่จะครอบคลุมดูแลตลอดในลักษณะขึ้นต่อองการกระทบอย่าง หรืออาจจะมีวิธีดังกล่าวขึ้นที่จะครอบคลุมสิ่งดังกล่าวดีกว่า ถ้าเป็นการกระทบอย่างถูกต้อง เพราะจะได้ทำาผลให้สิ่งแวดล้อมเป็นหน้าที่ของรัฐบาลที่จะต้องค่อยๆ ปรับผู้ประชาชนที่เกี่ยวข้อง ซึ่งแท้จริงแล้วจะเห็นว่าประชาชนโดยตรงนั้นจะถูกบังคับอย่างมากเป็นเป้าหมายของผู้ประชาชน หรือชุมชนไปได้อย่างที่สุด

92 HE 341