

สุขภาพดีไม่ต้องจ่ายแพง: ปัจจัยสู่ความสำเร็จ จากเก้าประเทศตัวอย่าง

วิศา พานิชเกรียงไกร*

ดวงตา อ่อนสุวรรณ†

สุวัฒน์ กิตติติลลกุล#

วัลย์พร พัทธนฤมล*

สุพล ลิ้มวัฒนานนท์*‡

วราภรณ์ ปวงกันทา*

กุมารี พันธ์นี้*

วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร*

*สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ กระทรวงสาธารณสุข

†สำนักบริหารการสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข

#สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์

‡คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

บทคัดย่อ

“สุขภาพดีไม่ต้องจ่ายแพง” เป็นการศึกษาถึงปัจจัยภายในและภายนอกระบบสุขภาพที่นำไปสู่ผลลัพธ์ทางสุขภาพที่ดี ที่ผ่านมามีการจัดทำขึ้นทั้งหมดสองครั้งในระยะเวลาห่างกัน 25 ปี ครั้งแรกเมื่อ พ.ศ. 2528 ในสี่ประเทศ ได้แก่ จีน คอสตาริกา รัฐเคราลาของประเทศอินเดีย และศรีลังกา และครั้งที่สองใน พ.ศ. 2553 ในห้าประเทศ ได้แก่ บังกลาเทศ เอธิโอเปีย รัฐทมิฬนาฑูของอินเดีย สาธารณรัฐคิริกีซ และไทย ประเทศเหล่านี้เป็นประเทศกำลังพัฒนาที่มีผลงานด้านสุขภาพที่ดีแล้ว ใช้จ่ายสุขภาพโดยรวมยังไม่สูงมากนักเมื่อเทียบกับประเทศอื่นที่มีรายได้ใกล้เคียงกัน

การศึกษานี้พบว่าแต่ละประเทศมุ่งเน้นพัฒนาระบบบริการระดับปฐมภูมิที่ครอบคลุมและมีคุณภาพ นอกจากนี้ยังต้องมีปัจจัยภายในระบบสุขภาพที่สำคัญ คือ การมีผู้นำที่เข้มแข็ง การได้รับความสำคัญเชิงนโยบาย การใช้ข้อมูลเชิงประจักษ์ในการออกแบบและกำหนดนโยบาย การลงทุนด้านสุขภาพอย่างเพียงพอและต่อเนื่อง บุคลากรที่มีความสามารถในทุกระดับ การมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน ระบบธรรมาภิบาลที่ดี ส่วนปัจจัยภายนอกที่สำคัญหลายประการ เช่น ความมุ่งมั่นทางการเมือง การเติบโตด้านเศรษฐกิจ การลดความยากจน การศึกษาหรืออัตราการรู้หนังสือของประชาชน การมีส่วนร่วมของชุมชน และความเสมอภาคระหว่างหญิง-ชาย

คำสำคัญ:

สุขภาพดีไม่ต้องจ่ายแพง, งานอนามัยแม่และเด็ก, ปัจจัยภายในระบบสุขภาพ, ปัจจัยภายนอกระบบสุขภาพ, ประสบการณ์จากนานาชาติ

บทนำ

ในพ.ศ. 2528 มูลนิธิร็อกกี้เฟลเลอร์ได้สนับสนุนการศึกษา ‘สุขภาพดีไม่ต้องจ่ายแพง (Good Health at Low Cost)’ โดยเป็นการศึกษาในสี่ประเทศกำลังพัฒนา ได้แก่ สาธารณรัฐประชาชนจีน คอสตาริกา รัฐเคราลาของประเทศอินเดีย และศรีลังกา เพื่อศึกษาปัจจัยที่ทำให้

แต่ละประเทศมีผลลัพธ์ทางสุขภาพที่ดี พิจารณาจากอายุคาดเฉลี่ยและอัตราการตายของเด็ก เมื่อเทียบกับประเทศอื่น ๆ ที่มีรายได้ใกล้เคียงกัน ผลการศึกษาค้นค้านั้นได้ตีพิมพ์เป็นหนังสือและสามารถเป็นแบบอย่างให้กับประเทศอื่น ๆ ได้เป็นอย่างดีในระยะเวลาหลายทศวรรษที่ผ่านมา⁽¹⁾

ยี่สิบห้าปีต่อมา ใน พ.ศ. 2553 มูลนิธิร็อกกี้เฟลเลอร์ได้สนับสนุนงบประมาณในการศึกษา ‘สุขภาพดีไม่ต้องจ่ายแพง’ อีกครั้งใน 5 ประเทศ ได้แก่ บังคลาเทศ เอธิโอเปีย รัฐหิมาจัลยาของอินเดีย สาธารณรัฐคีร์กีซและไทย โดยครั้งนี้เป็นการทำงานร่วมกันระหว่างนักวิชาการจากทั้ง 5 ประเทศ และนักวิชาการจาก London School of Hygiene and Tropical Medicine สหราชอาณาจักร การศึกษานี้มุ่งพิจารณาปัจจัยทั้งภายในและภายนอกระบบสุขภาพในช่วงสามทศวรรษที่ผ่านมา ที่มีผลต่อความสำเร็จต่อการพัฒนาสุขภาพแม่และเด็ก ซึ่งเป็นสองเป้าหมายของการพัฒนาสหัสวรรษ (Millennium Development Goals, MDGs) โดยมีรายจ่ายสุขภาพที่ไม่สูงเมื่อเทียบกับประเทศอื่น ๆ ที่ร่ำรวยกว่า

การศึกษาครั้งแรกในสี่ประเทศกำลังพัฒนา ได้แก่ สาธารณรัฐประชาชนจีน คอสตาริกา อินเดียเฉพาะรัฐเคราลา และศรีลังกา และการศึกษาครั้งที่สองในห้าประเทศกำลังพัฒนา ได้แก่ บังคลาเทศ เอธิโอเปีย อินเดียเฉพาะรัฐหิมาจัลยา สาธารณรัฐคีร์กีซและไทย โดยเรียบเรียงสาระสำคัญจากหนังสือ Good Health at Low Cost 25 years on: What makes a successful health system?⁽²⁾ นอกจากนี้ยังได้เปรียบเทียบดัชนีสำคัญของทั้งเก้าประเทศตัวอย่าง รวมทั้งอินเดียทั่วประเทศ โดยปรับตัวเลขการพัฒนาสุขภาพและด้านต่าง ๆ ให้เป็นปีปัจจุบันมากขึ้น ดังแสดงในตารางที่ 1

1. สาธารณรัฐประชาชนจีน

หลังจากที่ประเทศจีนได้เปลี่ยนเป็นดินแดนสังคมนิยม พร้อมทั้งได้ปฏิรูปและเปิดประเทศจีนสู่ภายนอก ทำให้เพียงช่วงเวลาไม่ถึงหนึ่งทศวรรษ ประเทศจีนได้เปลี่ยนประเทศจากเกษตรกรรมเป็นอุตสาหกรรม และมีการพัฒนาด้านเศรษฐกิจเร็วที่สุดในโลก ตั้งแต่ พ.ศ. 2528 ประเทศจีนมีอัตราการเติบโตด้านเศรษฐกิจสูงเกือบถึงร้อยละ 10 ต่อปี⁽³⁾ ถึงแม้ว่าการเติบโตอย่างรวดเร็วของเขตเศรษฐกิจพิเศษทำให้เกิดแรงงานย้ายถิ่นจากชนบทเข้าสู่เขตเมืองอย่างรวดเร็ว

เช่นกัน ประชากรมากกว่าครึ่งหนึ่งของประเทศจีนก็ยังคงอาศัยอยู่ในเขตชนบท

ในส่วนของระบบสุขภาพ การพัฒนาระบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิเป็นปัจจัยหนึ่งที่สำคัญยิ่งในการพัฒนาสุขภาพของประชาชนจีน โดยเฉพาะสำหรับประชาชนในเขตชนบท ด้วยนโยบายที่ต้องการขยายความครอบคลุมด้านสุขภาพอนามัย การส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค งานอนามัยแม่และเด็ก การวางแผนครอบครัว และการรักษาโรคทั่วไป จึงมีการจัดระบบ Rural Cooperative Medical Systems (RCMS) โดยมี “แพทย์เท้าเปล่า” ให้บริการพื้นฐานต่าง ๆ แก่ประชาชน ทำให้ประชาชนในเขตชนบทเข้าถึงบริการสุขภาพมากขึ้น⁽¹⁰⁾ ปัจจัยที่ทำให้นโยบายนี้ประสบผลสำเร็จ คือ การมีส่วนร่วมของชุมชน โดยการคัดเลือกแพทย์เท้าเปล่าจากคนในชุมชนให้ได้รับการฝึกอบรมและกลับมาทำงานในชุมชน ในช่วงปลายทศวรรษ 1960 (ช่วงพ.ศ. 2503) แพทย์เท้าเปล่ามีกระจายครอบคลุมร้อยละ 90 ของหมู่บ้านในเขตชนบท ถึงแม้ว่าแพทย์เท้าเปล่าจะถูกยกเลิกไปพร้อมกับการสิ้นสุดของโครงการสหกรณ์การเกษตรชนบท แต่แพทย์เท้าเปล่ายังคงได้รับการสนับสนุนให้ได้รับการอบรมต่อเนื่อง รวมถึงสามารถสอบเป็นแพทย์ประจำหมู่บ้าน หรือเป็นเจ้าของหน้าที่สาธารณสุขประจำหมู่บ้านได้⁽¹¹⁾

ประเทศจีนมีการพัฒนาเศรษฐกิจ การศึกษา การชะลอการเติบโตของจำนวนประชากร และการจัดระบบบริการสุขภาพในช่วงเวลาใกล้เคียงกัน การพัฒนาต่าง ๆ เหล่านี้ส่งผลให้สุขภาพของประชาชนดีขึ้น โดยระหว่าง พ.ศ. 2528 และ 2551 พบว่าอายุคาดเฉลี่ยเพิ่มขึ้นจาก 66.9 เป็น 73.1 ปี ความครอบคลุมของการให้วัคซีนป้องกันโรคคอตีบ ไอกรน และบาดทะยักในกลุ่มเด็กต่ำกว่าสองปี เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 78 เป็นร้อยละ 97 นอกจากนี้ใน พ.ศ. 2551 อัตราการตายของมารดาตกลงอย่างมากจนเป็นเพียง 40 ต่อแสนการเกิดมีชีพ ส่วนอัตราการตายของทารกสามารถลดลงได้ดีจาก 80 ต่อพันการเกิดมีชีพใน พ.ศ.

สุขภาพดีไม่ต้องจ่ายแพง: ปัจจัยสู่ความสำเร็จจากเก้าประเทศตัวอย่าง

ตารางที่ 1 คัดชี้สำคัญของเก้าประเทศ

ประเทศ	GNI/ capita (Int\$) 2010 ³	THE/ capita (Int\$) 2009 ⁴	THE as % GDP 2009 ⁴	GGHE as % THE 2009 ⁵	Life expectancy (year) [male/female] 2009 ³	IMR (per 1,000 live births) ⁵		U5MR (per 1,000 live births) ⁵		MMR (per 100,000 live births) [interagency estimates] 2008 ⁵
						1995	2010	1995	2010	
จีน	7,570	309	4.6	50.3	73 [71/75]	34	16	43	18	38 [23-60]
คอสตาริกา	10,840	1,165	10.5	67.4	79 [77/82]	13	9	15	10	44 [24-82]
ศรีลังกา	4,980	193	4.0	45.2	75 [72/78]	23	14	27	17	39 [26-57]
รัฐเคราลา อินเดีย	N/A	190 (2004-05)	N/A	10.86 (2004-05)	N/A [70.4/75.9] (1995)	16.37 (1999)	128 (2008)	N/A	16.39 (2005-06)	95 (2005-06)
อินเดีย	3,560	132	4.2	32.8	65 [63/66]	72	48	100	63	230 [150-350]
รัฐทมิฬนาฑู อินเดีย		Public 5.06 Private 23.48		26.616 (2004-05)	N/A [67/69.8] (2001-6)	487 (1999)	318 (2008)	87 (1992-93)	35.59 (2005-06)	111 (2004-6)
บังกลาเทศ	1,800	48	3.4	32.9	68 [68/69]	81	38	114	48	340 [170-660]
เอธิโอเปีย	1,030	40	4.3	47.6	58 [57/60]	98	68	161	106	470 [270-790]
สาธารณรัฐคิริบาส	2,180	152	6.8	50.9	69 [65/73]	51	33	61	38	81 [50-130]
ไทย	8,120	345	4.3	75.8	74 [70/77]	18	11	21	13	48 [32-68]

หมายเหตุ: N/A ไม่มีข้อมูล

คำอธิบายข้อมูล

GNI/capita (Gross National Income per capita) หมายถึง รายได้ประชาชาติเฉลี่ยต่อหัวประชากร มีหน่วยวัดเป็น อินเทอร์เน็ตเนชันแนลดอลลาร์

THE/capita (Total Health Expenditure per capita) หมายถึง รายจ่ายสุขภาพต่อหัวประชากร มีหน่วยวัดเป็น อินเทอร์เน็ตเนชันแนลดอลลาร์

THE as % GDP (Total Health Expenditure as percent of Gross Domestic Product) หมายถึง สัดส่วนของรายจ่ายสุขภาพต่อหัวประชากรต่อมูลค่าผลิตภัณฑ์มวลรวมในประเทศ

GGHE as % THE (General Government Health Expenditure as percent of Total Health Expenditure) หมายถึง สัดส่วนของรายจ่ายด้านสุขภาพจากภาครัฐต่อรายจ่ายสุขภาพต่อหัวประชากร

Life expectancy หมายถึง อายุคาดหมายเฉลี่ย โดยแสดงเป็น ภาพรวม [ชาย/หญิง]

IMR (Infant Mortality Rate) หมายถึง อัตราตายทารก ต่อการเกิดมีชีวิตพันราย

U5MR (Under Five Mortality Rate) หมายถึง อัตราตายเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ต่อการเกิดมีชีวิตพันราย

MMR (Maternal Mortality Ratio) หมายถึง อัตราการตายมารดาต่อการเกิดมีชีวิตแสนราย

interagency estimates เป็นการคำนวณอัตราตายจากหลายหน่วยงาน ได้แก่ World Health Organization (WHO), United Nations Population Division (UNPD), United Nations Children's Fund (UNICEF) และ World Bank

2513 เป็น 40 ใน พ.ศ. 2525 และเหลือเพียง 15 ใน พ.ศ. 2551^(12,13) อย่างไรก็ตามการเจริญทางเศรษฐกิจอย่างรวดเร็ว ส่งผลให้เกิดความไม่เสมอภาคของดัชนีด้านสุขภาพระหว่างเขตชนบทและเขตเมือง รวมถึงระหว่างกลุ่มคนจนและคนรวย⁽¹⁴⁾ เช่น อายุคาดเฉลี่ยของประชากรในมณฑลเซียงไฮ้ซึ่งเป็นศูนย์กลางด้านการค้าสูงกว่าประชากรในมณฑลกานซูซึ่งเป็นหนึ่งในมณฑลที่ยากจนที่สุดถึง 13 ปี เช่นเดียวกับอัตราการตายของเด็กทั้งทารกและเด็กต่ำกว่าห้าปีในมณฑลที่ยากจนที่สุดสูงกว่าในมณฑลที่ร่ำรวยถึงห้าเท่า

2. คอสตาริกา

คอสตาริกาเป็นประเทศที่มีความมั่นคงทางการเมืองและเศรษฐกิจมากที่สุดประเทศหนึ่งในแถบละตินอเมริกา เห็นได้จากดัชนีการพัฒนามนุษย์ (Human Development Index, HDI) ในพ.ศ. 2553 สูงเป็นลำดับที่ 6 ของประเทศในละตินอเมริกา⁽¹⁵⁾ คอสตาริกายังมีผลงานด้านสุขภาพที่โดดเด่น คือ อัตราการตายทั่วไปลดลงถึงร้อยละ 40 และอัตราการตายของทารกลดลงถึงร้อยละ 70 ในระหว่าง พ.ศ. 2513-2526^(12,13) ทั้งนี้เนื่องจากกลยุทธ์หลายประการที่มีการพัฒนาไปพร้อม ๆ กัน เช่น การพัฒนาระบบสุขภาพ โครงสร้างพื้นฐาน และบริการสังคม

คอสตาริกาเป็นประเทศแรกในภูมิภาคที่นำระบบกองทุนประกันสังคมมาใช้ตั้งแต่ต้นทศวรรษ 1940 (ช่วงพ.ศ. 2483) โดยมีการจัดตั้งกองทุนประกันสังคมที่เรียกว่า the Caja Costarricense Del Seguro Social (CCSS) ซึ่งเป็นกองทุนที่เกิดจากเงินสมทบร่วมกันระหว่างลูกจ้างและภาครัฐ นอกจากนี้ยังแก้ปัญหาการขาดแคลนทรัพยากรของสถานพยาบาลภาครัฐด้วยการทำสัญญาการให้บริการกับภาคเอกชน เพื่อให้ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการได้โดยไม่เสียค่าบริการ

ระบบสาธารณสุขมีการพัฒนาอย่างต่อเนื่องเพื่อให้ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการได้อย่างทั่วถึง เช่น คลินิกชุมชน (EBAIS) ในชุมชนชนบททุรกันดาร เน้น

การให้การรักษาระดับปฐมภูมิ การป้องกันโรค และการส่งเสริมสุขภาพ ในช่วงเริ่มต้นโครงการใน พ.ศ. 2538 มีคลินิกชุมชนเพียง 232 แห่ง แต่ในอีก 9 ปีต่อมาจำนวนเพิ่มขึ้นเป็น 855 แห่ง ทำให้ใน พ.ศ. 2549 ร้อยละ 93 ของประชากรสามารถเข้าถึงบริการปฐมภูมิได้อย่างพอเพียง⁽¹⁶⁾ ดังนั้นจะเห็นได้ว่ากองทุนประกันสังคมเป็นหนึ่งในนโยบายหลายประการที่ใช้หลักการของการช่วยเหลือเกื้อกูลกันในสังคมที่ให้ความครอบคลุมประชาชนทุกคนรวมทั้งคนจนด้วย

ปัจจัยสำคัญอีกประการหนึ่งของคอสตาริกา คือ มีการเชื่อมโยงนโยบายด้านสุขภาพและการศึกษาที่ตีความความรู้ด้านสุขภาพถูกจัดเป็นส่วนหนึ่งที่สำคัญในระบบการศึกษาทุกระดับชั้น และในขณะเดียวกัน การศึกษาก็ถือเป็นปัจจัยสำคัญยิ่งที่จะทำให้ประชาชนมีสุขภาพที่ดีจากการขยายระบบการศึกษาที่ไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายตลอดช่วงสองทศวรรษของคอสตาริกา ทำให้ผู้หญิงได้รับการศึกษาระดับต้นเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 17 ใน พ.ศ. 2503 เป็นร้อยละ 65 ใน พ.ศ. 2523 การที่ผู้หญิงมีการศึกษาที่ดีขึ้น เป็นปัจจัยสำคัญประการหนึ่งในการลดลงอัตราการตายของทารกตั้งที่กล่าวเบื้องต้น

3. รัฐเคราลา ประเทศอินเดีย

รัฐเคราลาเคยเป็นรัฐที่มีการเติบโตทางเศรษฐกิจน้อยมากเมื่อเทียบกับรัฐอื่น ๆ ของประเทศอินเดีย โดยมีอัตราการเติบโตของผลิตภัณฑ์มวลรวมในประเทศเฉลี่ยเพียงครึ่งหนึ่งของค่าเฉลี่ยทั้งประเทศ แต่หลังจก พ.ศ. 2530 เศรษฐกิจของรัฐเคราลาดีขึ้นอย่างมาก เป็นผลมาจากการเติบโตทางเศรษฐกิจของภาคบริการ เช่น การท่องเที่ยว และการสื่อสารโทรคมนาคม โดยมีการขยายตัวทางเศรษฐกิจอยู่ในอัตราร้อยละ 5.8 ต่อปี และใน พ.ศ. 2543 รัฐเคราลา มีรายได้ต่อประชากรสูงกว่าค่าเฉลี่ยของประเทศอินเดียถึงร้อยละ 20⁽¹⁷⁾ นอกจากนี้รัฐบาลของรัฐเคราลา ยังมีความมุ่งมั่นทางการเมืองระยะยาวในการลงทุนด้านสวัสดิการสังคมและส่งเสริมความเสมอภาคในสังคม เช่น การเข้าถึงการศึกษา

ระดับประถมศึกษาอย่างถ้วนหน้า การมีองค์กรด้านแรงงานที่เข้มแข็ง และการส่งเสริมการเจรจาต่อรองระหว่างชั้นวรรณะ ส่งผลให้รัฐเศรालามีดัชนีการพัฒนามนุษย์สูงกว่ารัฐอื่น ๆ ของประเทศอินเดีย โดยเฉพาะอัตราการรู้หนังสือของผู้หญิง

การลงทุนพัฒนาด้านสวัสดิการสังคมของรัฐเศรालายังส่งผลดีต่อการพัฒนาสุขภาพด้วย ประชากรของรัฐเศราลามีดัชนีด้านสุขภาพที่ดีกว่ารัฐอื่น ๆ อาทิเช่น อายุคาดเฉลี่ยเมื่อแรกเกิดโดยรวมเพิ่มขึ้นจาก 66 ปีใน พ.ศ. 2523 เป็น 70.4 ปีสำหรับชาย และ 75.9 ปีสำหรับหญิงใน พ.ศ. 2538⁽¹⁷⁾ นอกจากนี้อัตราการตายของทารกของรัฐเศราลาลดลงอย่างมากจาก 39.1 ใน พ.ศ. 2524⁽⁹⁾ เป็น 15.3 ต่อการเกิดมีชีพพันรายใน พ.ศ. 2549⁽¹⁸⁾ ข้อเด่นอีกประการของรัฐเศราลา คือ อัตราการตายของทารกเกือบไม่แตกต่างกันระหว่างเขตเมืองและชนบท ซึ่งต่างจากรัฐอื่น ๆ ของอินเดียที่ยังมีความแตกต่างกันมาก⁽¹⁷⁾ ส่วนอัตราการตายของมารดาในปี พ.ศ. 2549 นั้นมีการประมาณการที่ระดับ 95 ต่อการเกิดมีชีพแสนราย หรือประมาณเพียงหนึ่งในสามของค่าเฉลี่ยอัตราการตายมารดาทั้งประเทศอินเดีย

การพัฒนาบริการสุขภาพของรัฐเศราลาหลังจาก พ.ศ. 2528 เป็นการพัฒนาทั้งระบบบริการภาครัฐและภาคเอกชนคู่ขนานกัน ในขณะที่แพทย์ทางเลือกยังมีบทบาทสำคัญ แต่สัดส่วนของการให้บริการทางการแพทย์แผนปัจจุบันในรัฐเศราลาก็สูงที่สุดในอินเดีย⁽¹⁹⁾ การพัฒนาระบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิของภาครัฐเป็นผลจากการลงทุนด้านสวัสดิการสังคมที่ดีตั้งแต่ในอดีต ทำให้มีโรงพยาบาลประมาณ 200 แห่ง และสถานพยาบาลปฐมภูมิมากกว่า 1,000 แห่งที่ให้บริการทั้งการรักษา และการส่งเสริมสุขภาพรวมทั้งงานอนามัยแม่และเด็ก ทั้งการให้ภูมิคุ้มกันโรคแก่เด็ก และการวางแผนครอบครัว⁽²⁰⁾

อย่างไรก็ตามรัฐเศราลาประสบปัญหาวิกฤตด้านเงินงบประมาณของรัฐ โดยสัดส่วนของงบประมาณด้านสาธารณสุขลดลงจากร้อยละ 7.7 ใน พ.ศ. 2528 เป็น

ร้อยละ 5.4 ใน พ.ศ. 2546 จนทำให้ต้องมีการประกาศเก็บค่ารักษาพยาบาลจากประชาชนที่มาใช้บริการสุขภาพในช่วงทศวรรษ 1990 (ช่วงพ.ศ. 2533) นอกจากนี้ในช่วงทศวรรษ 1980 (ช่วงพ.ศ. 2523) ประชาชนหันมาใช้บริการสุขภาพภาคเอกชนมากขึ้น สืบเนื่องจากคุณภาพบริการของสถานบริการของรัฐ ส่งผลให้รายจ่ายด้านสุขภาพของรัฐเศราลาสูงที่สุดในอินเดีย โดยเป็นรายจ่ายที่ประชาชนต้องรับภาระเอง ซึ่งสัดส่วนค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพนี้สูงถึงร้อยละ 86.3 ของรายจ่ายทั้งหมดของครัวเรือน⁽⁶⁾

4. ศรีลังกา

ประเทศศรีลังกาได้รับเอกราชจากอังกฤษ ใน พ.ศ. 2491 ประเทศยังคงประสบปัญหาการสร้างเศรษฐกิจให้เติบโตอย่างมั่นคง แต่ศรีลังกาก็สามารถพัฒนาสุขภาพของประชาชนให้ดีขึ้นอย่างมาก ปัจจัยสองประการที่สำคัญสู่ความสำเร็จนี้ ได้แก่ 1) การขยายระบบบริการปฐมภูมิให้สามารถให้บริการแก่ประชาชนได้อย่างทั่วถึงโดยไม่เสียค่าบริการสุขภาพ และ 2) การใช้นโยบายต่าง ๆ ที่สนับสนุนและส่งเสริมความเสมอภาคด้านสังคม

ในภาคเกษตรกรรม ศรีลังกาให้ความสำคัญในการพึ่งตนเองด้านการผลิตข้าวและวัตถุดิบอาหารต่าง ๆ ที่จำเป็น ดังเห็นได้จาก “กลยุทธ์ทางการเกษตรของรัฐบาลที่ประสบความสำเร็จ” อาทิเช่น การเกษตรของชาวไร่ชาวนาที่เน้นความหลากหลายของพืชที่ให้ผลผลิตสูง การเพิ่มผลการผลิต และการเพิ่มรายได้ของเกษตรกร นอกจากนี้ยังมีโครงการการปันส่วนอาหารผ่านเครือข่ายสหกรณ์ เป็นการสร้างความเชื่อมั่นและรับประกันว่าทุกครัวเรือนจะได้รับข้าวและอาหารที่จำเป็นต่าง ๆ ในราคาที่ไม่ผันผวน

สุขภาพและความเป็นอยู่ของพนักงานโดยเฉพาะสตรีและเยาวชนได้รับการดูแลดีขึ้นกว่าเดิมมาก เห็นได้ชัดจากกฎหมายแรงงานที่มีการจัดทำอย่างต่อเนื่องในช่วงทศวรรษ 1950 (พ.ศ. 2493) บทบัญญัติเหล่านี้รวม

ถึงการจำกัดชั่วโมงการทำงานที่ 45 ชั่วโมงต่อสัปดาห์ และการกำหนดวันหยุดพักผ่อนประจำปีและการลาป่วยที่ยังคงได้รับการจ่ายเงิน การขยายเครือข่ายการขนส่งสาธารณะและการคมนาคม เป็นการช่วยให้ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการสุขภาพได้มากขึ้นโดยเฉพาะประชาชนในเขตชนบท ดังเห็นได้จาก ใน พ.ศ. 2521 หญิงตั้งครรภ์ให้การกำเนิดบุตรที่สถานพยาบาลคลินิก และสถานี่ผดุงครรภ์สูงถึงร้อยละ 70 ของการเกิดทั้งหมด

ด้านการศึกษาของศรีลังกาก็ได้รับการพัฒนาอย่างต่อเนื่องด้วยหลายมาตรการ ได้แก่ การศึกษาฟรีในระดับอุดมศึกษาที่เริ่มมาตั้งแต่เมื่อศรีลังกาได้รับเอกราช ทำให้การรู้หนังสือของสตรีขยายตัวอย่างมากในช่วงทศวรรษ 1950 และ 1960 (พ.ศ. 2493 และ 2503) หรืออีกนัยหนึ่งคือความแตกต่างของการรู้หนังสือระหว่างหญิงชายลดลงอย่างมาก และนำไปสู่การยอมรับเรื่องการวางแผนครอบครัวและการลดอัตราการเกิดในช่วงต้นทศวรรษ 1960 (พ.ศ. 2503)

ทั้งนี้กิจกรรมต่าง ๆ ของหลายภาคส่วน เกิดขึ้นได้โดยแรงหนุนที่ดีจากระบบการเมืองและวัฒนธรรมของการมีส่วนร่วมของภาคประชาสังคม การแข่งขันด้านการเมืองในศรีลังกาเป็นผลทำให้มีการจัดการด้านสวัสดิการสังคมที่ดีขึ้นแก่กลุ่มคนจนในชนบทซึ่งเป็นคนส่วนใหญ่ของประเทศ สตรีเข้ามามีบทบาทมากขึ้นในกระบวนการทางการเมือง ซึ่งเป็นแรงผลักดันต่อนักการเมืองให้รับผิดชอบต่อประชาชนโดยเฉพาะอย่างยิ่งด้านสุขภาพอนามัยแม่และเด็กในช่วงทศวรรษที่ 1930 และ 1940 (ช่วงพ.ศ. 2473 และ 2483)

5. บังคลาเทศ

นับตั้งแต่ก่อตั้งประเทศใน พ.ศ. 2514 บังคลาเทศมีผลลัพธ์ด้านสุขภาพที่ดีขึ้นอย่างมาก ตัวอย่างเช่น อายุคาดเฉลี่ยของประชากรเพิ่มขึ้นจาก 58 ปี ใน พ.ศ. 2537 เป็น 66 ปี ใน พ.ศ. 2551 อัตราตายของทารกลดลงอย่างมากจาก 85 ต่อพันการเกิดมีชีพในช่วง

ปลายทศวรรษ 1980 (ช่วงพ.ศ. 2523) เป็น 43 ในพ.ศ. 2551 ส่วนอัตราการตายของเด็กอายุต่ำกว่าห้าปีลดลงจาก 202 ต่อการเกิดมีชีพพันรายใน พ.ศ. 2522 เป็น 65 ใน พ.ศ. 2549⁽²¹⁾ ทำให้บังคลาเทศสามารถบรรลุเป้าหมายที่ 4 เรื่องการลดอัตราการตายของเด็กต่ำกว่าห้าปีของเป้าหมายการพัฒนาห้าสหัสวรรษได้สำเร็จ

รัฐบาลให้ความสำคัญต่อการพัฒนาระบบสาธารณสุขด้วยการจัดให้ระบบสาธารณสุขเป็นวาระสำคัญระดับชาติเช่นเดียวกับเรื่องสิทธิมนุษยชน ส่งผลให้มีการดำเนินนโยบายอย่างต่อเนื่อง อีกปัจจัยหนึ่งที่สำคัญ คือ การร่วมมือระหว่างภาครัฐกับหน่วยงานอื่นนอกภาครัฐที่เกี่ยวข้อง โดยรัฐเปิดโอกาสให้องค์กรพัฒนาเอกชนได้พัฒนาตนเองอย่างเข้มแข็ง และสามารถนำเสนอนวัตกรรมรูปแบบใหม่ ๆ ได้ ทำให้เกิดการแลกเปลี่ยนความรู้ระหว่างหน่วยงานในและนอกภาครัฐ

ด้านนโยบายสุขภาพที่สำคัญ ได้แก่ นโยบายประชากร พ.ศ. 2519 ซึ่งริเริ่มให้ชุมชนเข้าไปมีส่วนร่วมในการดำเนินการ เช่น การวางแผนครอบครัว การคุมกำเนิด และการให้ความรู้และสร้างความตระหนักแก่ประชาชนโดยตรง นโยบายด้านยา พ.ศ. 2525 ทั้งการจัดหายาที่จำเป็น และการก่อตั้งบริษัทยา เพื่อให้ประชาชนมียาที่จำเป็นใช้อย่างพอเพียง เกิดการบริโภทยาภายในประเทศ ทำให้ประหยัดงบประมาณได้กว่า 600,000 ล้านดอลลาร์สหรัฐต่อปี

การพัฒนาระบบสุขภาพดำเนินการควบคู่ไปในรูปแบบของ “สุขภาพสำหรับทุกคน หรือ Health for All” โดยดำเนินการทั่วทั้งประเทศผ่านเครือข่ายสถานพยาบาลต่าง ๆ และศูนย์สวัสดิการสำหรับเด็ก ซึ่งรวมถึงงานการวางแผนครอบครัวและแผนงานการให้ภูมิคุ้มกันสำหรับเด็กทั่วประเทศด้วย นอกจากนี้ขยายความครอบคลุมระบบบริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิที่มีบุคลากรอย่างเพียงพอทั้งในชุมชนเขตเมืองและชนบทโดยมีการเลือกใช้วิธีการรักษาโรคที่มีประสิทธิภาพสูงแต่ต้นทุนต่ำ เช่น การใช้ธาตุสังกะสีในการรักษาโรคท้อง-

ร่วงในเด็ก การใช้ฟงน้ำตาลเกลือแร่ และเกลือผสม ไอโอดีน เป็นต้น

การพัฒนาทางสังคมมีส่วนสำคัญต่อผลลัพธ์ด้านสุขภาพเช่นกัน อาทิเช่น การลดอัตราความยากจน โดยการมีส่วนร่วมของชุมชนในโครงการสินเชื่อรายย่อย การพัฒนาสาธารณูปโภคที่จำเป็น ทั้งไฟฟ้าและการคมนาคมขนส่ง ที่ส่งผลให้การให้บริการสร้างภูมิคุ้มกันสำหรับเด็กแผ่ขยายไปสู่ชนบทมากยิ่งขึ้น บังคลาเทศยังมีข้อเด่นในเรื่องการเตรียมพร้อมรับมือกับภัยพิบัติ ซึ่งแสดงถึงความสามารถในการวางแผน ความร่วมมือระหว่างหน่วยงานต่าง ๆ ท่ามกลางวิกฤต สะท้อนถึงระบบธรรมาภิบาลที่ดีในหน่วยงานภาครัฐต่าง ๆ

6. เอธิโอเปีย

เอธิโอเปียเคยเป็นหนึ่งในประเทศที่ยากจนที่สุดในทวีปแอฟริกา แต่หลังจากพ.ศ. 2547 เอธิโอเปียมีการเติบโตทางเศรษฐกิจสูงมาก เห็นได้จากอัตราการเติบโตของผลิตภัณฑ์มวลรวมในประเทศสูงถึงร้อยละ 9-14 ต่อปี⁽³⁾ เศรษฐกิจที่ดีนี้เนื่องจากภาคเกษตรกรรม โดยเฉพาะอย่างยิ่งกาแฟที่เป็นสินค้าส่งออกที่สำคัญ

จากครั้งหนึ่งที่เอธิโอเปียเคยประสบปัญหาหลายประการ ทั้งความยากจน ประชาชนมีสุขภาพไม่ดี และการถดถอยของสังคม แต่ในที่สุดก็สามารถพลิกผันสถานการณ์ได้อย่างทันท่วงที โดยให้ความสำคัญกับการพัฒนาสุขภาพของประชาชนเป็นอันดับต้น ๆ ดังที่มีการแสดงเจตจำนงไว้ในยุทธศาสตร์โครงการเร่งรัดและสร้างความยั่งยืนในการพัฒนาเพื่อลดความยากจนและการยกระดับความก้าวหน้าประเทศเอธิโอเปีย ซึ่งถือเป็นการให้ความสำคัญในการพัฒนาระบบสุขภาพที่จัดเป็นนโยบายระดับชาติ

นอกจากนี้เอธิโอเปียยังประสบผลสำเร็จในการพัฒนาระบบสุขภาพให้ประชาชนเข้าถึงบริการสุขภาพได้จากการกำหนดนโยบายและการดำเนินการตามนโยบายอย่างเข้มแข็ง รวมถึงความมุ่งมั่นของทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง เช่น การพัฒนาและขยายการดำเนิน

การระบบบริการสุขภาพในพ.ศ. 2546 เพื่อเพิ่มจำนวนและพัฒนาศักยภาพบุคลากรสาธารณสุขโดยคัดเลือกบุคลากรจากประชาชนในพื้นที่ นำไปสู่การดำเนินโครงการต่าง ๆ ที่เหมาะสมกับปัญหาในท้องถิ่นนั้น ๆ และได้รับการยอมรับจากประชาชนเป็นอย่างดี⁽²²⁾

เอธิโอเปียยังได้ดำเนินงานด้านการสร้างความเข้มแข็งของระบบสุขภาพตามแนวทางที่ระบุไว้ในปฏิญญาปารีสว่าด้วยความมีประสิทธิภาพของความช่วยเหลือ (Paris Declaration on Aid Effectiveness) และหุ้นส่วนด้านสุขภาพระหว่างประเทศ (International Health Partnership, IHP) โดยการสนับสนุนให้มีความร่วมมือและต่อยอดระหว่างกันมากที่สุดสำหรับหน่วยต่าง ๆ เช่น กองทุนโลกที่ให้การสนับสนุนการดำเนินงานเกี่ยวกับเรื่องเอดส์ วัณโรค และมาลาเรีย ก็ได้สร้างเสริมปัจจัยต่าง ๆ ที่ดีเพื่อสนับสนุนการพัฒนางานด้านอนามัยแม่และเด็กด้วยเช่นกัน ถึงแม้งานอนามัยแม่และเด็กอาจจะไม่ใช่เป้าหมายหลักของกองทุนโลก แต่ความคิดริเริ่มในการเชื่อมต่อโครงการต่าง ๆ ที่ได้รับการสนับสนุนจากหน่วยงานเหล่านี้ช่วยให้การพัฒนาระบบสุขภาพเป็นไปด้วยดี โดยเฉพาะการมุ่งบรรลุเป้าหมายเพื่อการพัฒนาแห่งสหัสวรรษด้านสุขภาพ ตัวอย่างเช่น การขยายความครอบคลุมของการป้องกันโรค การมีส่วนร่วมของครัวเรือนในการฟื้นขยายโครงการด้านสุขภาพ และการสนับสนุนให้ผู้หญิงเป็นผู้นำด้านการบริการสุขภาพที่ครัวเรือน

7. รัฐมิพินาฑู อินเดีย

รัฐมิพินาฑูเป็นรัฐที่มีความมั่งคั่ง เห็นได้จากการเป็นรัฐที่มีรายได้เฉลี่ยต่อหัวของประชากรอยู่ในอันดับ 3 ของประเทศ นอกจากนี้อัตราการรู้หนังสือและดัชนีชี้วัดระดับการพัฒนาของมนุษย์ยังมากกว่าอัตราเฉลี่ยของทั้งประเทศ เช่นเดียวกับดัชนีทางสังคมและเศรษฐกิจตัวอื่น ๆ

ส่วนความสำเร็จด้านการสาธารณสุขของรัฐมิพินาฑูนั้น พบว่าตัวชี้วัดที่สำคัญมีค่าเหนือกว่าอัตราเฉลี่ย

ของประเทศอินเดียโดยรวม เช่น อายุคาดเฉลี่ยของประชากรทั้งชายและหญิง อัตราการตายของทารกของ รัฐมิพินาฑูลดลงกว่าร้อยละ 60 ระหว่าง พ.ศ. 2523 และ พ.ศ. 2548 ในขณะที่ค่าเฉลี่ยของประเทศลดลง ในอัตราร้อยละ 45 อัตราการตายของเด็กอายุต่ำกว่าห้าปีลดลงร้อยละ 53 ในช่วงระหว่าง พ.ศ. 2536-2549 ส่วนค่ากลางของประเทศลดลงเพียงร้อยละ 32 ทั้งนี้ ความแตกต่างที่เห็นได้ชัดเจนมาก คือ อัตราตายของมารดา ซึ่งรัฐมิพินาฑูมีอัตราที่ต่ำที่สุดเป็นอันดับสอง เมื่อเทียบกับรัฐอื่น ๆ ทั่วประเทศ⁽²³⁾

ความต่อเนื่องของนโยบายและการสนับสนุนด้านเงินทุนเป็นปัจจัยสำคัญต่อการพัฒนาระบบสาธารณสุขขั้นพื้นฐาน โดยมีข้าราชการชั้นผู้ใหญ่เป็นผู้ขับเคลื่อนนโยบายที่สำคัญ องค์การด้านการสาธารณสุขเป็นองค์การกึ่งอิสระ มีอำนาจตัดสินใจด้วยตัวเอง เพื่อลดขั้นตอนและความยุ่งยากของระบบราชการและเพิ่มประสิทธิภาพในการดำเนินงานด้านสาธารณสุข นอกจากนี้งบประมาณด้านการสาธารณสุขของรัฐเพิ่มขึ้นอย่างมาก โดยเพิ่มขึ้นเป็นเท่าตัวในระยะเวลา 14 ปี (พ.ศ. 2534- 2548) โดยใน พ.ศ. 2548 งบประมาณนี้มีสัดส่วนเป็นร้อยละ 45 ของงบประมาณทั้งหมด ค่าใช้จ่ายสาธารณะด้านการสาธารณสุขได้นำไปสนับสนุนกลุ่มคนยากจนมากกว่าที่เคยใช้ในช่วงทศวรรษก่อนหน้า

เครือข่ายสถานอนามัยขั้นพื้นฐานได้ถือกำเนิดขึ้นอย่างรวดเร็ว ในช่วงต้นทศวรรษที่ 1980 (ช่วงพ.ศ. 2523) มีสถานอนามัยเพียง 400 แห่ง และได้เพิ่มขึ้นเป็นกว่า 1,500 แห่งใน พ.ศ. 2548 และต่อมามาสถานอนามัยเกือบทุกแห่งได้เปิดให้บริการตลอด 24 ชั่วโมง ส่วนระบบ ‘พยาบาลประจำหมู่บ้าน’ ได้ถูกพัฒนาและนำมาใช้ในช่วงปลายทศวรรษที่ 1980 เป็นผลทำให้มีพยาบาลประจำหมู่บ้านกว่า 8,000 คนในเขตชนบท มีการเยี่ยมบ้านเป็นประจำ การดูแลหญิงตั้งครรภ์ทั้งระยะก่อนคลอดและหลังคลอด การให้วัคซีนแก่แม่และเด็ก รวมทั้งการวางแผนครอบครัวและการคุมกำเนิด ทั้งหมดนี้

ส่งผลให้สตรี เด็ก และครอบครัวที่ยากจนตามชนบทได้เข้าถึงระบบสาธารณสุขขั้นพื้นฐานได้มากขึ้น

นวัตกรรมด้านการสาธารณสุขที่สำคัญของรัฐบาลแห่งรัฐมิพินาฑู คือ บริษัทบริการทางการแพทย์ ซึ่งก่อตั้งขึ้นใน พ.ศ. 2538 บริษัทนี้มีอำนาจในการตัดสินใจด้วยตัวเองแห่งนี้ ก่อตั้งขึ้นเพื่อจัดการ การซื้อและการกระจายเวชภัณฑ์ยาแก่โรงพยาบาลและสถานอนามัยต่าง ๆ ความมีประสิทธิภาพของบริษัทนี้ได้ทำให้รัฐอื่น ๆ ถือเป็นแบบอย่างในการก่อตั้งบริษัทจัดการระบบยาที่คล้ายคลึงกัน

นอกจากระบบสาธารณสุข ยังมีปัจจัยอื่น ๆ อีกหลายอย่างทั้งด้านเศรษฐกิจ สังคม วัฒนธรรม ที่สะท้อนให้เห็นถึงความสำเร็จของรัฐมิพินาฑู ตัวอย่างเช่น การขยายตัวทางเศรษฐกิจ อัตราการเกิดที่ต่ำ อัตราการรู้หนังสือที่ดีขึ้น และการเพิ่มบทบาทของสตรี รวมถึงระบบขนส่งทางถนนและสาธารณสุขขั้นพื้นฐานอื่น ๆ ที่ดีขึ้นและรายได้ที่เพิ่มมากขึ้น ปัจจัยเหล่านี้มีส่วนช่วยให้อัตราการเสียชีวิตจากการตั้งครภ์ความเจ็บป่วยและการเสียชีวิตของเด็กลดลง

8. สาธารณรัฐคีร์กีซ

สาธารณรัฐคีร์กีซเป็นรัฐที่ได้รับเอกราชภายหลังจากการล่มสลายของสหภาพโซเวียตในพ.ศ. 2534 มีประชากรประมาณ 5.3 ล้านคน โดยร้อยละ 64 อยู่ในเขตชนบท ถึงแม้โครงสร้างทางเศรษฐกิจส่วนใหญ่เป็นสังคมเกษตรกรรม แต่เนื่องจากพื้นที่ทั่วไปเป็นภูเขาไม่เหมาะแก่การทำเกษตรกรรม ทำให้ประชากรส่วนใหญ่ยังยากจน จึงต้องมีการปฏิรูปประเทศอย่างเป็นขั้นตอน โดยคำนึงถึงรากฐานความไม่เท่าเทียมกันทางสังคมและเชื้อชาติและยกระดับมาตรฐานการครองชีพให้สูงขึ้น รวมทั้งรัฐบาลส่งเสริมให้เอกชนเข้ามามีบทบาททางเศรษฐกิจให้มากที่สุด

ถึงแม้สาธารณรัฐคีร์กีซจะมีข้อจำกัดในการลงทุนเพื่อพัฒนาระบบสุขภาพมากมาย แต่ก็มีผลงานที่ดีในการจัดระบบบริการสุขภาพให้แก่ประชาชน โดยมุ่งเน้น

การบริการปฐมภูมิและสร้างหลักประกันสุขภาพให้ประชาชนเข้าถึงบริการได้โดยไม่ต้องกังวลเรื่องค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ ทั้งนี้ในช่วงพ.ศ. 2539 - 2553 ได้มีการจัดทำแผนสุขภาพแห่งชาติรองรับการปฏิรูประบบสุขภาพและการลงทุนด้านสุขภาพของผู้ให้ทุนช่วยเหลือแผนการปฏิรูปนี้มุ่งเน้นการปรับเปลี่ยนสามเรื่องหลัก ได้แก่ 1) การปฏิรูประบบการดูแลสุขภาพ เปลี่ยนจากระบบดูแลรักษาสุขภาพแบบเฉพาะทางเป็นการดูแลอย่างเป็นระบบทั้งครอบครัว 2) การปฏิรูประบบการเงินการคลังสุขภาพที่ให้มีการรวมตัวเป็นระบบผู้จ่ายรายเดี่ยว โดยมีการทำสัญญาระหว่างผู้จ่ายเงินและสถานพยาบาล 3) การปฏิรูประบบการจัดหาและการกระจายยาให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น โดยใช้กลไกการเปิดเสรีทางการตลาด กล่าวในอีกแง่มุมหนึ่ง คือ การปรับเปลี่ยนจากระบบรวมศูนย์อำนาจ เป็นการกระจายอำนาจเพื่อให้เกิดความรับผิดชอบต่อความต้องการด้านสุขภาพของชุมชนมากขึ้น โดยเน้นงานด้านอนามัยแม่และเด็ก รวมทั้งการจัดการโรคติดต่อและโรคไม่ติดต่อเป็นเป้าหมายสำคัญ⁽²⁴⁾

ปัจจัยสำคัญในการจัดทำแผนปฏิรูประบบสุขภาพได้อย่างต่อเนื่องของสาธารณรัฐคีร์กีซ ได้แก่ การมีผู้นำที่เข้มแข็งในระบบสุขภาพ มีการใช้ข้อมูลหลักฐานเชิงวิชาการในการจัดทำนโยบาย ผนวกกับการได้รับการสนับสนุนอย่างดีจากภาคการเมือง นอกจากนี้ความสามารถของเจ้าหน้าที่ทุกระดับที่มีประสบการณ์มานาน และมุ่งมั่นในการทำงานอย่างมาก ทำให้สามารถดำเนินงานตามนโยบายได้อย่างมีประสิทธิภาพ กอปรกับการทำงานเชิงนโยบายเป็นกระบวนการประสานงานเชิงรุกจากความร่วมมือของหน่วยงานต่าง ๆ อย่างเข้มแข็ง ทั้งหน่วยงานภาครัฐ ผู้ให้ทุนช่วยเหลือ และผู้แทนชุมชน

ผลสำเร็จจากการปฏิรูปสุขภาพที่สำคัญทำให้ดัชนีสุขภาพของประชาชนดีขึ้น ยกตัวอย่างเช่น อายุคาดเฉลี่ยของผู้ชายสูงขึ้นเป็น 64.8 ปี และผู้หญิงเป็น 73 ปี⁽²⁵⁾ อัตราของหญิงตั้งครรภ์คลอดบุตรโดยผู้ดูแลการ

คลอดที่มีความชำนาญการสูงถึงร้อยละ 98 นอกจากนี้ร้อยละ 90 ของเด็กได้รับวัคซีนป้องกันโรค ส่วนอัตราการตายของทารกลดลงเหลือเพียง 38 ต่อพันการเกิดมีชีพ และอัตราการตายของมารดาเท่ากับ 104 ต่อแสนการเกิดมีชีพ⁽²⁶⁾

ความสำเร็จในการปฏิรูประบบสุขภาพของสาธารณรัฐคีร์กีซ ส่วนหนึ่งที่สืบเนื่องมาจากการอยู่ใต้การปกครองของสหภาพโซเวียต ที่มีเป้าหมายสู่การครอบคลุมหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า มุ่งเน้นส่งเสริมความเสมอภาค และการที่ประเทศอยู่ในช่วงเปลี่ยนผ่านทำให้มีโอกาสที่ดีในการปฏิรูประบบสุขภาพ นอกจากนี้ ยังมีปัจจัยเสริมอื่น อาทิเช่น ระบบการศึกษาของประชาชนมีส่วนสำคัญมาก อัตราการรู้หนังสือของผู้ใหญ่สูงมากถึงร้อยละ 99⁽³⁾ การส่งเสริมให้ผู้หญิงมีสิทธิมากขึ้น การสร้างความเป็นปึกแผ่นในสังคม และการพัฒนาโครงสร้างทางกายภาพของสังคม

9. ไทย

ในช่วงสี่สิบปีที่ผ่านมาคนไทยอายุยืนขึ้นมาก อายุคาดเฉลี่ยเพิ่มขึ้นถึงกว่า 20 ปี ทั้งหญิงและชาย อัตราตายของทารกและอัตราการตายของมารดาก็มีแนวโน้มลดลงกว่า 5 เท่า นอกจากนี้จุดเด่นที่สำคัญที่สุด คือ อัตราการตายของเด็กอายุต่ำกว่าห้าปีของประเทศไทย มีอัตราการลดลงต่อปีสูงที่สุด⁽²⁷⁾ เมื่อเทียบกับประเทศกำลังพัฒนาอื่น ๆ จำนวน 30 ประเทศที่มีทารกเกิดมากกว่าหนึ่งแสนคนต่อปี นอกจากนี้ประเทศไทยยังสามารถบรรลุเป้าหมายการพัฒนาแห่งสหัสวรรษด้านสุขภาพแม่และเด็กแล้วตั้งแต่ พ.ศ. 2543 และขณะนี้มุ่งสู่เป้าหมายที่สอดคล้องกับบริบทการพัฒนาของประเทศและมีความท้าทายยิ่งขึ้น (MDG Plus) ประเด็นที่ทั่วโลกให้ความสนใจคือ การที่ประเทศไทยสามารถดำเนินการพัฒนาระบบสุขภาพและสร้างระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าขึ้น จนนำไปสู่สุขภาพดีของแม่และเด็ก ทั้ง ๆ ที่เป็นประเทศกำลังพัฒนา มีเศรษฐกิจในระดับปานกลางที่ค่อนข้างต่ำ และ

สามารถดำเนินการได้โดยมีรายจ่ายสุขภาพ เพียงไม่กี่ร้อยละ 5 ของผลิตภัณฑ์มวลรวมประชาชาติ

ความมุ่งมั่นในการแก้ปัญหาความยากจน ทำให้เกิดการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ และการสร้างระบบหลักประกันสุขภาพอย่างต่อเนื่อง ตามแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ โดยนโยบายที่มุ่งใช้ทรัพยากรในประเทศมากกว่าการขอความช่วยเหลือจากต่างประเทศ ทำให้เกิดความยั่งยืน การพัฒนาระบบบริการสุขภาพที่มีเป้าหมายให้เกิดความเสมอภาคในการเข้าถึงบริการสุขภาพที่จำเป็น โดยเฉพาะนโยบายการขยายระบบบริการในระดับปฐมภูมิและการสาธารณสุขมูลฐาน ให้กระจายอย่างทั่วถึงทั่วประเทศ รวมถึงนโยบายการพัฒนากำลังคนในระดับที่เหมาะสม และการสร้างกลไกเพื่อกระตุ้นให้เจ้าหน้าที่เกิดแรงบันดาลใจและแรงจูงใจในการทำงาน เช่น ระบบการมอบรางวัลบุคลากรสาธารณสุขดีเด่นในชนบท ระบบค่าตอบแทนพิเศษในการทำงานในพื้นที่ทุรกันดาร

การสร้างระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าให้ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการได้โดยไม่มีข้อจำกัดด้านค่าใช้จ่าย โดยเริ่มต้นที่ระบบประกันสุขภาพในการเข้าถึงบริการด้านอนามัยแม่และเด็ก เป็นเรื่องแรกตั้งแต่ก่อน พ.ศ. 2528 การพัฒนาขีดความสามารถทั้งระดับบุคคล องค์กรและเครือข่าย ในการสร้างและจัดการความรู้ โดยเฉพาะด้านการพัฒนาระบบและนโยบายสุขภาพ รวมทั้งมีการพัฒนาระบบและกลไกขีดความสามารถในการนำองค์ความรู้ไปเชื่อมโยงกับกลไกการตัดสินใจเชิงนโยบายและมาตรฐานการประกอบวิชาชีพ

ปัจจัยภายนอกระบบสุขภาพที่เอื้อต่อการพัฒนาระบบสาธารณสุข และการมีสุขภาพที่ดีขึ้นของประชาชน เช่น การเติบโตทางเศรษฐกิจอย่างรวดเร็ว ความสงบเรียบร้อยภายในประเทศ การพัฒนาการเมืองระบบประชาธิปไตย การลดลงของความยากจนและความเหลื่อมล้ำในสังคม การศึกษาที่ดีขึ้นโดยเฉพาะในสตรี และความเข้มแข็งรวมทั้งการมีส่วนร่วมของชุมชนและภาคประชาสังคม

วิจารณ์

การศึกษา “สุขภาพดีไม่ต้องจ่ายแพง” จากทั้งเก้าตัวอย่างเป็นบทพิสูจน์ที่เห็นได้ชัดเจนในหลายประการ อันได้แก่ (ก) ประเทศที่มีระดับรายได้ต่ำหรือปานกลาง ก็สามารถพัฒนาระบบสุขภาพเพื่อให้ประชาชนมีสุขภาพดีได้ (ข) สุขภาพดีในราคาไม่แพงนั้นเป็นสิ่งที่สามารถทำให้เกิดขึ้นได้จริง โดยต้องอาศัยปัจจัยหลาย ๆ อย่างประกอบกัน ทั้งปัจจัยภายในและปัจจัยภายนอก ระบบสาธารณสุข (ค) การปฏิรูประบบสุขภาพมีเป้าหมายเพื่อให้ระบบสุขภาพมีทรัพยากรอย่างเพียงพอ มีการกระจายทรัพยากรอย่างทั่วถึงและเสมอภาค การใช้ทรัพยากรต้องเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ (ง) แนวทางการปฏิรูประบบสุขภาพที่หลายประเทศนำมาใช้ได้ผลดี เป็นการพัฒนาระบบในสองด้านควบคู่กันไป ได้แก่ ด้านที่หนึ่ง ด้านผู้ให้บริการ ที่มีการจัดระบบบริการระดับปฐมภูมิให้มีประสิทธิภาพ ทั้งการขยายโครงสร้างพื้นฐานทางกายภาพ การจัดให้มีบุคลากรสาธารณสุขที่มีคุณภาพและมีจำนวนเพียงพอ การจัดหาเวชภัณฑ์ยาอย่างเพียงพอ และด้านที่สอง คือ ด้านผู้รับบริการ ซึ่งได้แก่ การขยายความครอบคลุมหลักประกันสุขภาพ เพื่อเอื้อให้ประชาชนเข้าถึงบริการโดยไม่ต้องกังวลเรื่องค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ (จ) การพัฒนาระบบสุขภาพเป็นเรื่องที่ต้องใช้เวลา จึงจำเป็นต้องมีนโยบายการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง (ฉ) ปัจจัยที่ส่งเสริมให้เกิดการพัฒนาระบบสุขภาพที่ดี คือ ความมุ่งมั่นทางการเมือง การมีผู้นำที่เข้มแข็ง ความสามารถของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขทุกระดับในการปฏิบัติงานอย่างมุ่งมั่น (ช) กลไกที่หลายประเทศนำมาใช้ คือ การมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน ทั้งภาครัฐ เอกชนทั้งที่แสวงและไม่แสวงกำไร องค์กรระหว่างประเทศ ทุนส่วนเพื่อการพัฒนาระหว่างประเทศ ผู้ให้ทุนช่วยเหลือ และ ภาคประชาชนหรือประชาสังคม (ซ) ปัจจัยภายนอกระบบสุขภาพที่มีส่วนสำคัญในการผลักดันให้การพัฒนาระบบสุขภาพเป็นไปด้วยดี มีหลายประการ เช่น เศรษฐกิจที่ดี การเมืองที่มีความมุ่งมั่น ระบบธรรมาภิบาลที่ดี เน้นความรับผิดชอบและ

สามารถตรวจสอบได้ การศึกษาหรือการรู้หนังสือของประชาชน การสร้างความเสมอภาคระหว่างหญิงชาย

นอกจากนี้ยังทำให้ได้ข้อสรุปที่สำคัญว่า ระบบสุขภาพที่มีประสิทธิภาพต้องมีองค์ประกอบที่สำคัญ 4 ประการ หรือ 4C's ได้แก่

1. Capacity หรือ ชีตความสามารถ ทั้งในระดับปัจเจกของผู้นำ สถาบัน และเครือข่าย

2. Continuity หรือ ความต่อเนื่อง คือมีความมุ่งมั่นในการดำเนินการปฏิรู้อย่างต่อเนื่องจนสำเร็จอย่างยั่งยืน

3. Catalysts คือมี “ตัวจุดประกาย หรือตัวกระตุ้น” เพื่อให้เกิดนวัตกรรม และพลังในการเร่งดำเนินการ

4. Context คือ การกำหนดนโยบายที่สอดคล้องกับบริบทเชิงประเด็น ภูมินิเวศ และวัฒนธรรมของแต่ละพื้นที่

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. Action on the social determinants of health: learning from previous experiences. A background paper prepared for the Commission on Social Determinants of Health. Geneva: WHO; 2005.
2. Balabanova D, McKee M, Mills A. ‘Good health at low cost’ 25 years: What makes a successful health system? London: London School of Hygiene & Tropical Medicine; 2011.
3. World Bank. Indicators. [online] 2009 [cited 2011 July 13]; [2 screens]. Available from: <http://data.worldbank.org/indicator>.
4. World Health Organization. Countries. [online] 2011 [cited 2011 June 17]; [2 screens]. Available from: <http://www.who.int/countries>.
5. World Health Organization. Global health observatory data repository. [online] 2011 [cited 2011 December 21]; [2 screens]. Available from: <http://apps.who.int/ghodata>
6. Rao KS, Selvaraju S, Nagpal S, Sakthival S. Financing of health in India (Section IV). New Delhi: National Commission on Macroeconomics and Health, Ministry of Health & Family Welfare, Government of India; 2005.
7. International Institute for Population Sciences. National family health survey (NFHS-2), 1998-99. Mumbai:

- International Institute for Population Sciences; 2000.
8. National Institute of Public Cooperation and Child Development. Statistics on women in India 2010. New Delhi: Power Printers; 2010.
9. International Institute for Population Sciences and Macro International. National family health survey (NFHS-3), 2005-06. Mumbai: International Institute for Population Sciences; 2007.
10. Sidel VW. The barefoot doctors of the People’s Republic of China. *N Engl J Med* 1972;286(24):1292-300.
11. World Health Organization. China’s village doctors take great strides. *Bulletin of the World Health Organization* 2008;86(12):914-5.
12. Rajaratnam JK, Marcus JR, Flaxman AD, Wang H, Levin-Rector A, Dwyer L, et al. Neonatal, postneonatal, childhood, and under-5 mortality for 187 countries, 1970-2010: a systematic analysis of progress towards Millennium Development Goal 4. *Lancet* 2010;375(9730):1988-2008.
13. Institute for Health Metrics & Evaluation. Datasets. [online] 2010 [cited 2010 May 21]; Available from: <http://www.healthmetricsandevaluation.org/resources/datasets.html>.
14. Wagstaff A, Yip W, Lindelow M, Hsiao WC. China’s health system and its reform: a review of recent studies. *Health Economics* 2009;18(special issue):S7-23.
15. United Nations Development Programme. Human development reports. [online] 2010 [cited 2011 January 4]; Available from: <http://hdr.undp.org>.
16. Cercone J, Pacheco JJ. Costa Rica: “good practice” in expanding health care coverage - lessons from reforms in low- and middle-income countries. In: Gottret P SG, Waters HR, editor. Washington DC: World Bank; 2008. p. 183-226.
17. Centre for Development Studies. Human Development Report 2005. Thiruvananthapuram: State Planning Board, Government of Kerala; 2006.
18. Directorate of Economics and Statistics. Annual reports on sample registration. Thiruvananthapuram: Government of Kerala; 1981.
19. Panikar P. Health transition in Kerala. Thiruvananthapuram: Kerala Research Programme on Local Level Development, Centre for Development Studies; 1999.
20. Sato H. Social security and well-being in a low-income economy: an appraisal of the Kerala experience. *Developing Economies* 2004;42(2):288-304.
21. World Health Organization. National health accounts, country health information. [online] 2011 [cited 2011

- June 17]; [2 screens]. Available from: <http://www.who.int/countries>.
22. Negusse HME, MacLachlan M. Initial community perspectives on the Health Service Extension Programme in Welkait, Ethiopia. *Human Resources for Health* 2007;5:21.
 23. Registrar General of India. Sample registration system: special bulletin on maternal mortality in India 2004-06. New Delhi: Registrar General of India; 2009.
 24. Kutzin J. A descriptive framework for country-level analysis of health care financing arrangements. *Health Policy* 2001;56(3):171-204.
 25. WHO Regional Office for Europe. European health for all database (HFA-DB). [online] 2011 [March 2011]; Available from: <http://data.euro.who.int/hfad/>.
 26. National Statistical Committee/United Nations Children's Fund. Multiple indicator cluster survey (MICS) Kyrgyz Republic, 2006: monitoring the situation of children and women. Bishkek: National Statistical Committee of the Kyrgyz Republic/UNICEF; 2007.
 27. Rohde J, Cousens S, Chopra M, Tangcharoensathien V, Black R, Bhutta ZA, et al. 30 years after Alma-Ata: has primary health care worked in countries?. *Lancet* 2008;372:950-61.

Abstract **Good Health at Low Cost Part 1: Factors to Success among Nine Examples**
Warisa Panichkriangkrai*, **Duangta Onsuwan[†]**, **Suwat Kittidilokkul[#]**, **Walaiporn Patcharanarumol***, **Viroj Tangcharoensathien***, **Supon Limwattananon*[‡]**, **Waraporn Pongkantha***, **Kumaree Pachanee***

*International Health Policy Program, Ministry of Public Health, [†]Bureau of Health Administration, Ministry of Public Health, [#]Bureau of Policy and Strategy, [‡]Faculty of Pharmaceutical Sciences, Khon Kaen University

Journal of Health Science 2013; 22:513-525.

Study of “Good Health at Low Cost” had been conducted twice. In 1985, the first study was carried out in four countries namely China, Costa Rica, India only Kerala and Sri Lanka. In 2010, 25 years later, the second round was conducted in five developing countries namely Bangladesh, Ethiopia, India only Tamil Nadu, Kyrgyz Republic and Thailand. When compared to other similar income countries, these developing countries had good health outcome of population at the relatively low health expenditure. Both studies were aimed at investigating factors determining successful performance of each country.

The results explained process and model of health system development or health care reform. The common strategy was to revitalize or strengthen primary health care system in terms of quality and availability. Factors within health sector which determining health system development were strong leadership, high policy intention, evidence based policy design and formulation, adequate and sustainable investment for health, competent staffs at all levels, participation of all stakeholders, good governance. Meanwhile, there were many significant factors outside health sector such as political commitment, economic growth, poverty reduction, education of population or literacy rate, community engagement and gender equity.

Key words: **good health at low cost, maternal and child health, health system, non-health system, international experiences**