

โครงการเปรียบเทียบความเคลื่อนไหวการปฏิรูประบบสุขภาพของนานาประเทศ
กรณีศึกษาประเทศอินเดีย

แพทย์หญิงนิลรัตน์ เปรมณีสกุล

ภาควิชาสุขวิทยาเขตร้อน

คณะเวชศาสตร์เขตร้อน มหาวิทยาลัยมหิดล

ธันวาคม 2543

บทสรุปสำหรับผู้บริหาร

อินเดียเป็นหนึ่งในประเทศกำลังพัฒนาที่ไม่ได้ทำการปฏิรูประบบสุขภาพ อย่างไรก็ตามอินเดียก็มีการดำเนินการพัฒนาระบบสุขภาพมาโดยตลอดนับแต่เมื่อได้รับเอกราชในปี ค.ศ. 1947 โดยการใช้ five-year plans เป็นแนวทางในการบริหารระบบสุขภาพของประเทศ หน่วยรัฐบาลกลางจะทำการทบทวนแนวทางนี้ทุกๆ 5 ปี เพื่อปรับเปลี่ยนแผนงานให้สอดคล้องกับสถานการณ์ทางด้านสุขภาพในแต่ละช่วงเวลา Central Council of Health and Family Welfare จะเป็นผู้รับผิดชอบ ในการตั้งเป้าหมายและวางแผนงาน ส่วน Central Government จะเป็นผู้สานต่อนโยบายในทางบริหารจัดการ วางมาตรการ และควบคุมการผลิตกำลังคน State Government ของแต่ละมลรัฐจะเป็นฝ่ายรับผิดชอบการบริการทางการแพทย์และการให้สุขศึกษาแก่ประชาชน

ปัจจุบันอินเดียยังคงประสบกับปัญหาในการให้หลักประกันด้านสุขภาพกับประชาชนโดยทั่วถึง ถึงแม้รัฐธรรมนูญจะสนับสนุนให้ประชาชนมีระดับโภชนาการและความเป็นอยู่ที่ดีโดยการพัฒนาระบบสาธารณสุขก็ตาม นักวิจารณ์หลายท่านได้กล่าวไว้ว่า National Health Policy (1983) มีจุดอ่อนในแง่ของการวางมาตรการ และแนวทางของการบริหารสุขภาพที่ทำให้ไม่สามารถบรรลุผลตามที่คาดหมาย จุดบกพร่องที่เกิดขึ้นอาจมาจากการละเลยการพัฒนาระบบสุขภาพไปพร้อมๆ กับการพัฒนาของหน่วยสังคมและเศรษฐกิจรวมทั้งขาดแคลนทรัพยากรที่จะสนับสนุนการพัฒนาระบบสุขภาพและโภชนาการของประชาชน และที่สำคัญคือการขาดความร่วมมือของประชาชนในการดูแลสุขภาพของตน

การพัฒนาระบบสุขภาพที่ประสบความสำเร็จอย่างสูงนั้น เกิดขึ้นเฉพาะในช่วง 20 ปีแรกของการได้รับเอกราช รัฐบาลได้ทำการพัฒนาสุขภาพอย่างมีประสิทธิภาพสูงมาก แต่ในระยะ 20 ปีหลัง การพัฒนาสุขภาพของประชาชน เริ่มประสบความล้มเหลวอย่างเห็นได้ชัด ขณะนี้ Primary Health Center ซึ่งเป็นศูนย์กลางระดับปฐมภูมิ กำลังประสบปัญหาของการขาดแคลนยา ประชาชนไม่มีน้ำสะอาดบริโภคอย่างทั่วถึงเนื่องจากการขาดทุนทรัพย์ (แต่ในขณะเดียวกันทางรัฐบาลมีทุนอุดหนุนในการป้องกันโรคเอดส์มากกว่าทุนสำหรับความจำเป็นพื้นฐาน) การป้องกันและควบคุมโรคกำลังประสบความล้มเหลว โดยสังเกตได้จากการระบาดของโรคมาลาเรียที่ค่อนข้างรุนแรง การกลับมาของกาฬโรค และ Dengue fever และอัตราของวัณโรคซึ่งเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว

ถึงแม้ว่าอินเดียจะมีระบบของการบริการสุขภาพที่มีนโยบาย Decentralisation ก็ตาม รัฐบาลก็ยังไม่สามารถบริหารจัดการให้เป็นไปตามนโยบายที่ตั้งไว้ และเนื่องจากการบริหารสุขภาพที่ไม่มีประสิทธิภาพของรัฐบาล หน่วยงานเอกชนจึงเริ่มมีบทบาทมากขึ้นในการให้บริการสุขภาพแก่ประชาชน ทั้งในระดับปฐมภูมิและทุติยภูมิ ค่าใช้จ่ายของหน่วยงานเอกชนในการให้บริการนั้นเป็นจำนวนร้อยละ 78 ของค่าใช้จ่ายในประเทศทั้งหมด และจากการศึกษาวิจัยพบว่าหากทางรัฐบาลเข้ามาควบคุมการใช้จ่ายยาโดยไม่จำเป็นของหน่วยงานเอกชน พร้อมทั้งควบคุมการใช้อุปกรณ์ทางการแพทย์ที่ทันสมัย จะสามารถตัดค่าใช้จ่ายในส่วนนี้ได้ถึงร้อยละ 25 การที่องค์กรเอกชนมีบทบาทมากขึ้นในการให้บริการรักษา พร้อมกับการบริการของหน่วยรัฐบาลที่ขาดประสิทธิภาพ จะทำให้ประชาชนที่ยากจนในอินเดีย ซึ่งมีจำนวนสูงไม่สามารถได้รับบริการทางการแพทย์อย่างเต็มที่ ทาง "Independent Commission on Health In India" ได้ตระหนักถึงผลเสียที่อาจจะตามมา และได้ร้องเรียนให้ทางรัฐบาลทบทวนนโยบายของการบริหารสุขภาพอีกครั้ง เพื่อปรับปรุงแก้ไขโครงสร้างของการบริการสุขภาพให้ดีขึ้นกว่าปัจจุบัน ซึ่งในการนี้ผู้เขียนคิดว่า การปฏิรูประบบสุขภาพ โดยผู้มีที่ มีความรู้ความสามารถในด้านการบริหาร และการวิจัยควรเป็นผู้ร่วมดำเนินการ น่าจะเป็นทางออกที่เหมาะสม ทั้งนี้จะมีความเป็นไปได้ก็ต่อเมื่อทางรัฐบาลและประชาชนให้ความร่วมมือเป็นอย่างดี

ข้อเสนอแนะสำหรับประเทศไทย

ในการปฏิรูประบบสุขภาพของประเทศไทย ทางผู้บริหารควรเริ่มด้วยการปรับปรุงระบบการให้บริการระดับปฐมภูมิ ซึ่งเป็น first contact point ของผู้ที่มาใช้บริการทางการแพทย์ เพราะในปัจจุบันยังมีจุดอ่อนในแง่ของการให้บริการอย่างทั่วถึง ในขณะเดียวกันเพื่อให้การปฏิรูปสุขภาพเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ การมีฐานข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพของประชาชนจะเป็นดัชนีที่จะช่วยชี้แนะทิศทางของการให้บริการ ฉะนั้นทางผู้บริหารควรสนับสนุนให้มีการปรับปรุงระบบการสำรวจข้อมูลชีวิตวิถี และการเฝ้าระวังโรคให้ดีขึ้นกว่าเดิมอยู่ ควรมีการร่างพ.ร.บ.เพื่อควบคุมการใช้เครื่องมือทางการแพทย์ที่ทันสมัยในกรณีที่มีความจำเป็นเท่านั้น และควบคุมการสั่งซื้อให้อยู่ในอัตราตามความจำเป็น ทางฝ่ายบริหารจัดการควรใช้ทรัพยากรในการพัฒนาระบบสุขภาพ ในการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคมากขึ้นกว่าเดิม และในขณะเดียวกันผู้บริหารควรได้รับทราบถึงสิทธิของตนในการรับบริการทางการแพทย์ และสุดท้ายนี้ประเทศไทยควรส่งเสริมการพัฒนาบุคลากรทางสาธารณสุขให้มีความเชี่ยวชาญในการดำเนินการปฏิรูประบบสุขภาพ เพื่อให้โครงการประสบความสำเร็จตามเป้าหมาย

โครงการเปรียบเทียบความเคลื่อนไหวการปฏิรูประบบสุขภาพของนานาประเทศ

กรณีศึกษาประเทศอินเดีย

บทนำ

อินเดียเป็นหนึ่งในประเทศที่กำลังพัฒนาในทวีปเอเชียมีพื้นที่ประมาณ 2.4% ของโลก โดยมีประชากรประมาณ 16% ของประชากรทั้งหมดในโลก อาศัยอยู่ในพื้นที่ประมาณ 2,973,190 ตารางกิโลเมตร ปัจจุบันอินเดียมีประชากรสูงถึง 1001.78 ล้านคน (ค.ศ. 2000) ซึ่งสูงเป็นอันดับสองของโลก และอัตราการเพิ่มของประชากรโดยเฉลี่ยประมาณปีละ 15 ล้านคน อัตราการเกิดในปี ค.ศ.1998 เท่ากับ 29 : 1000 ประชากร อัตราการตายเท่ากับ 10 : 1,000 ประชากร life expectancy ของประชากรเท่ากับ 62 ปี จากข้อมูลในปี ค.ศ.1995 พบว่าจำนวนประชากรที่มีอายุต่ำกว่า 15 ปี มีจำนวนร้อยละ 34.8 และผู้ที่มีอายุมากกว่า 65 ปี มีเพียงร้อยละ 4.67

ประเทศอินเดียประกอบด้วย 25 รัฐ (State) และ 7 Union Territories มีภาษาฮินดี และภาษาอังกฤษเป็นภาษากลาง ปกครองโดยระบอบประชาธิปไตย ภายใต้รัฐธรรมนูญ ปี ค.ศ.1950 โดยมีประธานาธิบดีเป็นประมุขสูงสุดของประเทศ การบริหารรัฐบาลแบบสหพันธรัฐ (Federal System) ทำให้การวางขอบเขตของอำนาจการบริหารในระดับรัฐบาลกลาง (Central Government) และรัฐบาลต่างของรัฐต่างๆ (State Government) มีระบบและแนวทางที่ชัดเจน และในขณะเดียวกันประเทศอินเดียก็มีระบบเศรษฐกิจที่เอื้ออำนวยการพัฒนาประเทศทั้งในภาครัฐและเอกชน ซึ่งมีการวางมาตรการและขอบเขตของกลไกการตลาดในแต่ละรัฐแตกต่างกันไปตามสถานภาพของรัฐนั้นๆ นโยบายการบริหารในลักษณะนี้เป็นพื้นฐานของ "Planning machinery" ในประเทศอินเดีย ซึ่งระบบการบริหารสุขภาพในประเทศอินเดียก็ใช้หลักการเดียวกัน

ในปัจจุบันอินเดียยังไม่มีนโยบายที่จะปฏิรูประบบสุขภาพ (Health Reform) ของประเทศ แต่ได้มีนโยบายในการที่จะพัฒนาระบบสุขภาพ (Health Development) ซึ่งมีหลักการพื้นฐานคือรัฐบาลจะต้องเป็นผู้ที่รับผิดชอบสุขภาพของประชาชน ในขณะเดียวกันให้ประชาชนมีสิทธิ หน้าที่และมีส่วนร่วมในการพัฒนาสุขภาพ ในปัจจุบันอินเดียพยายามใช้หลักการ decentralised approach เป็นรากฐานในการวางโครงสร้างของการให้บริการสุขภาพ โดยแต่ละรัฐจะเป็นฝ่ายรับผิดชอบในการให้บริการสุขภาพประชาชนของตนตามกฎหมายข้อบังคับของรัฐธรรมนูญของประเทศ ส่วนรัฐบาลกลาง (Central Government) เป็นฝ่ายวางนโยบาย สร้างแผนงาน ให้การสนับสนุนและเป็นฝ่ายประสานงาน กับ State Ministry of Health and Family Welfare ฉะนั้นในภาพรวมระบบการบริหารสุขภาพของประเทศอินเดียนั้นเป็นในลักษณะของ three-tier system โดยมีการแบ่งขั้นตอนของการบริหารสุขภาพเป็น 3 ระดับ คือ Central Level, State Level และ Local or Peripheal Level

อินเดียมีรัฐ Kerala เป็นรัฐตัวอย่างของประเทศที่ประสบความสำเร็จอย่างสูงในการพัฒนาระดับสุขภาพของประชาชน และได้ถูกเลือกเป็น Yardstick เพื่อใช้เป็นดัชนีวัดความสำเร็จในการบริหารระบบการให้บริการสุขภาพของประชาชนในรัฐอื่นๆ รัฐ Kerala ตั้งอยู่ตอนใต้สุดของประเทศอินเดีย และเป็นเมืองที่แออัดมาก เนื่องจากมีจำนวนประชากรสูงถึง 747 คน ต่อพื้นที่ 1 ตารางกิโลเมตร (จำนวนประชากรทั้งหมด 29 ล้านคน) มีรายได้ต่อหัวต่ำกว่ามาตรฐานของประเทศ (per capita income = 3389 รูปี) แต่ก็สามารถบริหารระดับสุขภาพของประชาชนในรัฐได้ดีกว่ารัฐอื่นๆ โดยเปรียบเทียบจากข้อมูลชีวสถิติที่สำคัญในตารางที่ 1 อย่างเช่น life expectancy at birth, infant mortality rate และ death rate จะเห็นได้จากตารางนี้ว่า Female literacy rate และ literacy rate ของรัฐนี้จะสูงมากเมื่อเทียบกับของทั้งประเทศ รวมทั้งจำนวนของสถานพยาบาลที่มีจำนวนถึง 2,053 แห่ง ทำให้มีการเข้าถึงการบริการได้มากขึ้น รัฐ Kerala มีได้เพียงต้องการพัฒนาระบบสุขภาพเท่านั้น แต่ได้มีการพัฒนาระบบการศึกษาเพื่อให้ประชาชนมีระดับการศึกษา (literacy rate) สูงขึ้น พร้อมทั้งได้ปฏิรูประบบที่ดินให้ประชาชนมีที่ทำกินควบคู่ไปกับการพัฒนาระบบคมนาคม ซึ่งเป็นปัจจัยที่ส่งเสริมการเข้าถึงการบริการของสถานพยาบาล ฉะนั้นจึงสรุปได้ว่าระบบการบริหารของหน่วยรัฐ (State Government) และการพัฒนาของระบบสังคมและเศรษฐกิจในทิศทางที่ถูกต้องตามอัตราภาพ มีบทบาทสูงที่จะทำให้ประสบความสำเร็จในการพัฒนาระดับสุขภาพของประชาชน

ตารางที่ 1 Comparison of Kerala and all-India Health Statistic.

	Kerala	All-India
Death rate/1000 (1993)	6.0	9.2
Rural birth rate (1993)	17.5	30.4
Infant mortality rate (1993)	13	74
Annual growth rate, per cent (1990)	1.4	2.2
Life expectancy at birth (1993)	66.5	61.5
Literacy rate, per cent (1991)	90.59	52.11
*Female literacy rate (1991)	86.93	39.42
*Mean age at marriage females (1991)	21.85	18.32
Per capita income (1989-90)	Rs.3389	Rs.5670 (91-92)
Doctor-population (1991)	1:7213	1:2148

Source : Park (1996)

สิทธิของประชาชนด้านสุขภาพ

การวางนโยบายและมาตรการเพื่อพัฒนาสุขภาพในประเทศอินเดียเริ่มมาแต่ก่อนได้รับเอกราชในปี ค.ศ.1947 Joseph Bhore และคณะได้วางนโยบายการให้บริการสาธารณสุขของประเทศอินเดียครั้งแรกในปี ค.ศ. 1943 ซึ่งมีหลักการที่จะให้บริการสาธารณสุขแก่ประชาชนทุกระดับโดยไม่คำนึงถึงชั้นวรรณะหรือฐานะทางการเงินของผู้มารับบริการ พร้อมทั้งมีนโยบายที่จะพัฒนาระบบสุขภาพและระบบสาธารณสุขมูลฐานเพื่อที่จะเข้าถึงประชาชนในชนบท เมื่ออินเดียได้รับเอกราชในปี ค.ศ.1947 รัฐบาลได้สานต่อนโยบายของ Joseph Bhore โดยทำการร่างรัฐธรรมนูญที่ระบุให้ประชาชนทุกคนมีสิทธิเท่าเทียมกันในการรับบริการสาธารณสุขและให้ทุกรัฐรับผิดชอบการให้บริการสาธารณสุขแก่ประชาชนของตน (The Constitution of India ; Part IV*)

ต่อมาในปี ค.ศ. 1983 Ministry of Health and Family Welfare ได้ประกาศการใช้ "National Health Policy (NHP) 1983 เพื่อเป็นแนวทางในการบริหารระบบสาธารณสุขของประเทศ และเพื่อตอบสนองนโยบาย "Health for All by 2000 A.D." ขององค์การอนามัยโลกโดยมีจุดประสงค์ดังต่อไปนี้

1. ส่งเสริมให้ประชาชนมีความรู้และสนใจที่จะพัฒนาสุขภาพ
2. เพื่อสร้างระบบการบริหารและระบบข้อมูลทางสาธารณสุข ซึ่งจะช่วยให้การดำเนินการโครงการส่งเสริมสุขภาพในประเทศเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ
3. เพื่อพัฒนาระบบสุขภาพพื้นฐานโดยอาศัยเทคโนโลยีที่เหมาะสม
4. เพื่อให้ประชาชนมีน้ำดื่มที่สะอาดเพียงพอต่อความต้องการ
5. เพื่อส่งเสริมการบริการทางสาธารณสุขในชนบท
6. เพื่อรณรงค์ต่อต้านภาวะทุพพลภาพและการ
7. เพื่อให้มีการร่างรัฐธรรมนูญส่งเสริมโครงการพัฒนาสุขภาพ
8. เพื่อส่งเสริมให้มีการประสานงานระหว่างผู้ประกอบการวิชาชีพเวชกรรมแผนปัจจุบันและแผนพื้นบ้าน
9. เพื่อส่งเสริมงานวิจัยเพื่อการพัฒนาสุขภาพ

ฉะนั้นในภาพรวม NHP มีนโยบายที่จะส่งเสริมให้ประชาชนในประเทศมีสุขภาพที่แข็งแรง โดยเน้นการป้องกันโรคและการฟื้นฟูสุขภาพ และในทางปฏิบัติได้เน้นให้สร้างระบบการบริการสาธารณสุขในขั้นปฐมภูมิ (Primary Health Services) เพียงพอต่อความต้องการของประชาชน พร้อมทั้งสนับสนุนการผลิตและการพัฒนาบุคลากรทางการแพทย์ควบคู่กับการส่งเสริมงานวิจัยเพื่อ

* The State shall, in particular, direct the policy towards securing that the health and strength of workers, men and women and the tender age of children are not abused and that citizens are not forced by economic necessity to enter avocations unsuited to their age or strength. that childhood and youth are protected against exploitation and against moral and material abandonment. The State shall, within the limits of its economic capacity and development, make effective provision for securing the right to work, to education and to public assistance in cases of unemployment, old age, sickness and disablement, and in other cases of undeserved want. The state shall make provision for securing just and humane conditions of work and maternity relief. The State shall regard the raising of the level of nutrition and standard of living of its people and the improvement of public health as among its primary duties.

พัฒนาระบบสาธารณสุขโดยเน้นให้มี “Decentralized Approach of Health Care Delivery” และ “Community participation” ซึ่งในการนี้ทางรัฐบาลได้วางแผนพัฒนาสุขภาพฉบับที่ 7 และ 8 (Seventh and Eight Five Year Plans) และ 20-point programme เป็นแนวทางให้แต่ละรัฐปฏิบัติ โดยมีมาตรการดังต่อไปนี้

1. ให้ทำการสร้าง Health Subcenter 1 แห่งต่อประชากรในชนบท 5,000 คน และต่อประชากรชาวเขา/เผ่า (hilly and tribal area) 3,000 คน
2. ให้มีศูนย์สาธารณสุขมูลฐาน (Primary Health Center) 2 แห่งต่อประชากรในชนบท 30,000 คน หรือต่อประชากรชาวเขา 20,000 คน
3. ให้มี Community Health Center 1 แห่ง ต่อประชากร 100,000 คน
4. ให้มีการอบรมอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (Village Health Guides) ซึ่งเป็นตัวแทนของประชาชนในหมู่บ้าน จำนวน 1 คน ต่อประชากร 1,000 คน
5. ให้มีการฝึกอบรมหมอดำแย (Traditional Birth Attendants/Dais) ในทุกหมู่บ้าน
6. ให้มีการอบรมบุคลากรสาธารณสุขอื่นๆ เช่น Multipurpose Workers ตามความจำเป็น

ในการร่าง NHP ทางรัฐบาลอินเดียได้กำหนดเป้าหมายที่จะต้องบรรลุในปี ค.ศ. 2000 ดังต่อไปนี้

1. ลด infant mortality จาก 125/1000 ในปี ค.ศ.1978 เป็นต่ำกว่า 60/1000
2. เพิ่ม expectation of life at birth จาก 52 ปี เป็น 64 ปี
3. ลด crude death rate จาก 14/1000 ประชากร เป็น 9/1000 ประชากร
4. ลด crude birth rate จาก 33/1000 ประชากร เป็น 21/1000 ประชากร
5. ลด Net Reproduction Rate เป็น 1
6. มีน้ำดื่มที่สะอาดสำหรับประชาชนในชนบททั้งหมด
7. Effective couple protection rate เท่ากับ ร้อยละ 60

ซึ่งมาตรการที่ได้กำหนดไว้ในแผนพัฒนาสุขภาพฉบับที่ 7 และ 8 (Seventh and Eight Five Year Plans) และ 20 point programme จะเป็นเครื่องมือที่ใช้เพื่อให้บรรลุถึงเป้าหมายที่ตั้งไว้ และเมื่อทางรัฐบาลได้ทำการรวบรวมผลการดำเนินงานก็พบว่าจะยังไม่สามารถที่จะบรรลุเป้าหมายดังกล่าวได้ในปี ค.ศ. 2000 เนื่องจากเมื่อทบทวนดัชนีบางตัวอย่างเช่น couple protection rate ในปี ค.ศ.1990 พบว่าอัตราอยู่ที่ร้อยละ 43.3 และ Net-Reproduction Rate เท่ากับ 1.5 รวมทั้งเมื่อประเมินจากสถิติประชากรจึงได้ข้อสรุปว่า ประเทศอินเดียจะบรรลุเป้าหมาย Net-Reproduction Rate เท่ากับ 1 ได้ในช่วงปี ค.ศ. 2006-2011 ฉะนั้นทางรัฐบาลจึงได้ทำการกำหนดเป้าหมายขึ้นมาใหม่เพื่อสรุปช่วงเวลาของแผนพัฒนาสุขภาพ ฉบับที่ 8 (Eight-Five Year Plan, 1992-1997) ดังต่อไปนี้

1. Effective Couple Protection rate เท่ากับร้อยละ 56
2. Crude Birth Rate เท่ากับ 26/1000
3. Crude Death Rate เท่ากับ 9/1000

4. Infant Mortality Rate เท่ากับ 70/1000

5. Immunization Universal Coverage

การแบ่งชนกลุ่มในประเทศอินเดียยังคงมีบทบาทสำคัญในการพัฒนาระบบสุขภาพของประชาชนไม่มากนักน้อย ประชาชนอินเดียนั้นแบ่งออกเป็น 4 ชนกลุ่มใหญ่ ซึ่งมี Indo-Aryan (ร้อยละ 72) Dravidian (ร้อยละ 25) Mongoloid และอื่นๆ Negroid (ร้อยละ 3) และการแบ่งชั้นวรรณะในอินเดียก็ยังคงมีอยู่เดิมจนถึงปัจจุบัน ถึงแม้ว่ารัฐบาลอินเดียจะไม่รับรองก็ตาม จากข้อมูลการสำรวจสำมะโนประชากรในปี ค.ศ.1991 พบว่าชนชั้นจัณฑาล (ชนชั้นต่ำในอินเดีย) ซึ่งแบ่งออกเป็น Schedule Caste และ Schedule Tribes ยังคงมีอยู่ถึงร้อยละ 16.48 และร้อยละ 8.08 ของประชากรทั้งหมดตามลำดับ เนื่องจากคนเหล่านี้เป็นชนชั้นที่ถูกรังเกียจโดยสังคมและมักถูกละเลยในด้านสิทธิทางสุขภาพ รัฐบาลจึงร่างกฎหมายขึ้นมาเพื่อคุ้มครองสิทธิของคนในชนชั้นนี้โดยอิงตามมาตราที่ 46* ของรัฐธรรมนูญ พร้อมทั้งได้จัดตั้งโครงการณรงค์สุขภาพต่างๆ สำหรับชนชั้นนี้ อย่างเช่น โครงการวิจัยปัญหาทางสุขภาพของชนชั้นจัณฑาล (ภายใต้ Indian Council of Medical Research) การจัดตั้งหน่วยแพทย์เคลื่อนที่ที่ให้บริการถึงเขตชุมชนของคนเหล่านี้ และโครงการ Medical and Health Action Program ซึ่งครอบคลุมประชากรชนชั้นจัณฑาลถึง 18,500 คน ภายใต้การดูแลของ All India Institute of Hygiene and Public Health, Calcutta โครงการ Integrated Health Involvement of Schedule Castes and Schedule Tribes of Sunderbans areas of West Bengals นอกเหนือจากที่กล่าวมา ทางรัฐบาลจัดตั้งสถานพยาบาลใน Tribal areas ภายใต้ Minimum Need Programme เพื่อให้บริการคนในชนชั้น Schedule Tribe ดังต่อไปนี้ :

- Primary Health Center	3,336	แห่ง
- Sub-Center	20,972	แห่ง
- Community Health Center	470	แห่ง
- Allpathic Dispensaries	1,122	แห่ง
- Ayurvedic Hospitals	24	แห่ง
- Homeopathic Dispensaries	251	แห่ง
- Allopathic Hospitals	120	แห่ง
- Allopathic Mobile Clinics	78	แห่ง
- Ayurvedia Dispensaries	1,106	แห่ง
- Homeopathic Hospitals	28	แห่ง
- Urani Dispensaries	42	แห่ง
- Siddha Dispensaries	7	แห่ง

และใน Schedule Caste Village ซึ่งมีประชากรร้อยละ 20 ของ Schedule Caste ทั้งหมด ทางรัฐได้จัดให้มี Primary Health Center 5,987 แห่ง, Sub-center 16,845 แห่ง, Community Health

* Articles 46 of the Constitution : The Central and the State Government are required to promote with special care the Educational and economic interest of the weaker sections and in particular the Schedule Castes and Schedule tribes and to protect them from social injustice and all form of exploitation.

Center 373 แห่ง นอกเหนือจาก Allopathic Dispensaries 980 แห่ง, Ayurvedic Dispensaries 1,042 แห่ง, Homeopathic Dispensaries 480 แห่ง, Unani/Siddha Dispensaries 68 แห่ง ซึ่งมีอยู่ตามจุดต่างๆ ที่ชนชั้นนี้อาศัยอยู่

นอกเหนือจากการดูแลเรื่องสถานพยาบาลแล้วทางรัฐบาลก็ยังจัดให้มีการอบรมบุคลากรทางการแพทย์ โดยให้สิทธิพิเศษกับชนกลุ่มน้อยอย่างเช่น การฝึกอบรมหมอดำแย (Traditional Birth Attendant/Dais) ในสถาบันที่รัฐรับรอง การฝึกอบรมหลักสูตรพยาบาลให้กับชนกลุ่มนี้โดยจัดสรรงบประมาณให้แต่ละรัฐเพื่อเปิดสถาบันฝึกอบรมทางด้านการพยาบาล ซึ่งในช่วงของ Eight Five Year Plan ได้รับอนุมัติให้เปิดสถาบันดังกล่าวจำนวน 10 แห่ง

โดยสรุปรัฐบาลได้มีการพัฒนาการวางแผนการให้บริการทางด้านสุขภาพจนถึงปัจจุบัน โดยแบ่งออกเป็น 3 ระยะดังนี้

ระยะที่ 1 (ปี ค.ศ. 1947-1972)

- การพัฒนา Primary Health Center
- การก่อตั้ง Family Planning Department ในกระทรวงสาธารณสุข
- การวางแผนงานเรื่องผลิดกำลังคน
- การรณรงค์ Vertical Programmes เพื่อควบคุมโรคมาลาเรีย โรคเรื้อน วัณโรค ไข้ดำ การฉีดวัคซีนป้องกันโรค พัฒนาเรื่องของโภชนาการ น้ำสะอาดและสุขาภิบาล รวมทั้งการส่งเสริมสุขภาพแม่และเด็ก
- มีการริเริ่ม Five Year Plans (ภาคผนวกที่ 1) ซึ่งเป็นแผนงานของการพัฒนาสุขภาพในระยะเวลาทุก 5 ปี เพื่อใช้เป็นแนวทางของการบริหารของทุกๆ รัฐ

ระยะที่ 1 นี้ ประกอบด้วย

- ♦ First Five Year Plan (1951-1956)
- ♦ Second Five Year Plans (1956-1961)
- ♦ Third Second Five Year Plans (1961-1966)
- ♦ Fourth Five Year Plans (1969-1974)

ระยะที่ 2 (ปี ค.ศ.1972-1977)

- เริ่มโครงการ Multipurpose Worker Scheme
- รณรงค์ส่งเสริม Mininum Needs Programme ซึ่งมีนโยบายส่งเสริมการเรียนในชั้นประถม สุขภาพของชาวชนบท ปรับปรุงเรื่องของน้ำสะอาดในชนบท รวมทั้งเรื่องของการคมนาคม ไฟฟ้า และโภชนาการ
- พัฒนาการผลิตบุคลากรทางการแพทย์และผลิดกำลังคนเพิ่ม
- ประกอบด้วย Fifth Five Year Plan (1974-1979)

ระยะที่ 3 (ปี ค.ศ.1977 จนถึงปัจจุบัน)

- ในปี ค.ศ.1977 องค์การอนามัยโลกประกาศนโยบาย Health for All by 2000 AD และ
- อินเดียได้สนองตอบนโยบายด้วยการเร่งพัฒนาระบบ Primary Health Care
- ปี ค.ศ.1982 รัฐบาลได้ประกาศใช้ National Health Policy ซึ่งได้วางนโยบายของ

Community participation ในการปรับปรุงสุขภาพไว้อย่างชัดเจน

- ริเริ่ม Community Health Volunteer Scheme โดยมีเป้าหมายที่จะผลิตอาสาสมัคร 1 คนต่อประชากร 1,000 คนในแต่ละชุมชน
- ประกอบด้วย Six Five Year Plan (1980-1985) Seventh Five Year Plan (1985-1990) และ Eight Five Year Plan (1992-1997)

ตารางที่ 2 และตารางที่ 3 จะแสดงให้เห็นถึงจำนวนค่าใช้จ่ายในการพัฒนาระบบสุขภาพ ทั้ง 3 ระยะเวลา และผลของการพัฒนาระบบสุขภาพในช่วงระยะเวลาที่ผ่านมาตามลำดับ

ตารางที่ 2 INVESTMENT IN DIFFERENT PLAN PERIODS (IN Rs. Crores)

Period	Total Plan Investment	Health	Family welfare	Water Supply & Sanitation
I Plan (1951-56)	1960.00	65.20	0.1	NA
II Plan (1956-61)	4672.00	140.80	2.20	NA
III Plan (1961-66)	8576.00	225.00	24.90	10.70
IV Plan (1969-74)	15,778.80	335.50	284.40	458.90
V Plan (1974-79)	39,322.00	682.00	497.40	971.00
VI Plan (1980-85)	97,500.00	1,821.05	1,010.00	3,922.02
VII Plan (1985-90)	180,000.00	3,392.89	3,256.26	6,522.47
VIII Plan (1992-97)	798,000.00	7,575.92	6,500.00	1,6711.03

Sources : Cohai (1999) 1 Crores=10 ล้านบาท

ตารางที่ 3 ACHIEVEMENTS DURING THE PLAN PERIODS

	1st Plan 1951-56	6th Plan 1980-85	8th Plan 1992-97
1. Primary Health Centres	725	11,000	21,854
2. Subcentres	NA	83,000	132,730
3. Total beds	125,000	514,989	596,203
4. Medical colleges	140.20	70.50	102.70
5. Annual admissions in medical colleges	335.50	284.40	458.90
6. Dental colleges	7	25	54
7. Allopathic doctors	65,000	297,228	410,800
8. Nurses(1980-85)	18,500	164,421	449,351
9. ANMs	12,780	85,630	203,451
10. Health visitors	578	13,612	22,144
11. Health Workers(F)	-	80,000	124,680
12. Health Workers(M)	-	80,000	63,871
13. Village Health Guides	-	372,190	410,904

Source : Park : 1996

หลักประกันด้านสุขภาพ / การจ่ายเงิน

การบริหารทางการเงินเพื่อพัฒนาระบบสุขภาพภายในประเทศอินเดียรับผิดชอบโดย Central และ State Government โดยมี Central Council of Health and Family Welfare เป็นฝ่ายประสานงานระหว่าง Central และ State Government และ เป็นฝ่ายตั้งเป้าหมายและกำกับรายจ่ายด้านสุขภาพของประเทศ Ministry of Health and Family Welfare มีบทบาทในการบริหารรายจ่ายด้านสุขภาพในส่วนกลางซึ่งรวมไปถึงการวางแผนงบประมาณสำหรับ National Health Programme ต่างๆ และการศึกษาทางการแพทย์ ในขณะเดียวกัน State Government จะรับผิดชอบรายจ่ายด้านสุขภาพในรัฐของตน เช่น การบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขและการให้สุขศึกษาแก่ประชาชน

ในปี ค.ศ. 1983 ได้มีผู้ทำการศึกษาเกี่ยวกับรายจ่ายด้านสุขภาพในอินเดีย ซึ่งเป็นปีที่ได้ประกาศใช้ National Health Policy เป็นนโยบายบริหารสุขภาพของประเทศ จากการศึกษาพบว่า อินเดียเป็นหนึ่งในประเทศแถบเอเชียที่มีรายจ่ายอยู่ในเกณฑ์ต่ำมากเมื่อเทียบกับประเทศอื่นๆ ในเอเชีย (ยกเว้นเอเชียใต้) และมีความแตกต่างในการใช้จ่ายระหว่างรัฐค่อนข้างสูงคือตั้งแต่ 13 รูปี Per capita ในรัฐ Bihar จนถึง 60 รูปี per capita ในรัฐ Himachal Pradesh ซึ่งในช่วงระยะเวลาเดียวกันภาคเอกชนกลับมีรายจ่ายสูงกว่าภาครัฐ 1.5 เท่า

ต่อมาในปี ค.ศ.1990 ค่าใช้จ่ายในการบริหารสุขภาพของอินเดียมีอัตราเท่ากับ 6% ของ GDP ซึ่งอยู่ในระดับค่อนข้างสูงเมื่อเปรียบเทียบกับประเทศอื่นๆ ที่กำลังพัฒนา (World Development Report 1993) จากการศึกษาโดย Peter Berman ในปี ค.ศ. 1995 พบว่าจากร้อยละ 6 ของ GDP ร้อยละ 4.7 เป็นค่าใช้จ่ายของหน่วยงานเอกชนซึ่งในนี้ร้อยละ 4.5 เป็น “out-of-pocket” expenditure ของประชาชน (ตารางที่ 4) รายจ่ายของเอกชนเกือบทั้งหมดนี้ได้ถูกใช้เพื่อการรักษาโรค (Curative Care) การศึกษาของ World Bank ในปีเดียวกันก็พบว่าแหล่งของเงินที่ใช้จ่ายด้านสุขภาพส่วนใหญ่ (ร้อยละ 75) มาจาก Private Household รองลงมาคือ State Government (ร้อยละ 5.2) Third-party insurance และผู้รับจ้าง (ร้อยละ 3.3) และองค์กรต่างประเทศ/Municipal Sector (ร้อยละ 1.3) จากจำนวนรายจ่ายทั้งหมดพบว่าร้อยละ 58.7 ได้ถูกนำไปใช้เพื่อพัฒนาระบบ primary health care ซึ่งเน้น promotive และ preventive health care มากกว่า curative health care ซึ่งอาจเป็นเหตุผลหลักที่ทำให้ประชาชนพึ่งสถานพยาบาลเอกชน เพื่อ curative health care มากกว่าที่จะใช้บริการของรัฐ ส่วนเหตุผลอื่นๆ อาจเกิดจากการที่สถานพยาบาลไม่มีคุณภาพดีพอในการให้บริการรักษาผู้ป่วย เนื่องจากการขาดแคลนทุนทรัพย์ บุคลากร และขาดแคลนยาในสถานพยาบาลของรัฐ ซึ่งรวมไปถึง primary health center และที่สำคัญคือการรับบริการจากสถานพยาบาลของรัฐนั้นไม่ได้ปราศจากค่าใช้จ่ายดังที่แสดงให้เห็นในตารางที่ 5 ผู้มารับบริการยังคงต้องเสียค่าใช้จ่ายเบ็ดเตล็ด เช่น ค่ายา ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการ ค่าทำแผล และอื่นๆ ซึ่งหากเปรียบเทียบกับค่าบริการของสถานพยาบาลเอกชน ผู้ที่รับบริการจากสถานพยาบาลของรัฐในแผนกผู้ป่วยนอกเสียค่าใช้จ่ายประมาณร้อยละ 40 ของค่าใช้จ่ายเอกชนและสำหรับผู้ป่วยในเสียค่าใช้จ่ายในโรงพยาบาลรัฐประมาณร้อยละ 25 ของสถานพยาบาลเอกชน

ตารางที่ 4 : Estimate of Total Health Expenditure in India, 1990-91

Source	Total (Rs* Crore)	Per Capita (Rs)	Per Cent of Total	Per Cent of GDP
Public Sector Centre	554	6.6	2.1	0.1
States	4981	59.3	18.6	1.1
Municipalities	126	1.5	0.5	<0.1
External aid	118	1.4	0.5	<0.1
Sub-total	5,799	68.8	21.5	1.3
Private Sector				
Out-of pocket	20,160	240.0	75.2	4.5
Private employers	319	3.8	1.2	0.1
ESIS contributions	202	2.4	0.8	<0.1
Other sources	361	4.3	1.4	0.1
Sub-total	21,042	250.5	78.5	4.7
Total	26,821	319.3	100.0	6.0

Source: Peter Berman (1996) 1 Crore = 10 ล้านบาท

ตารางที่ 5 : Choice of Facilities and Average Expenditures on Illness Episodes (1993)

	Percentage of All Episodes			Average Expenditures per Illness Episode (Rs)		
	Public	Private	All	Public	Private	All
Non-hospitalised illnesses						
Urban	33.9	66.1	100.0	62	152	114
Rural	41.7	58.3	100.0	49	130	90
Hospitalised illnesses						
Urban	60.1	39.9	100.0	452	2319	1197
Rural	62.0	38.0	100.0	535	1877	1044

Sources : Sundar (1995)

ในปี ค.ศ.1998 -1999 อินเดียมีรายจ่ายด้านสุขภาพประมาณ 11,452 ล้านบาท โดยมี
การแบ่งงบประมาณเพื่อใช้จ่ายดังต่อไปนี้ :

- Control of Communicable Diseases	6,875.0	ล้านบาท
- Food and Drug Administration	45.0	ล้านบาท
- Rural Health Training Center, Najabgarh	8.0	ล้านบาท
- Institutions for Control of Communicable Disease	249.7	ล้านบาท
- Control/Containment of Non-Communicable Disease	393.5	ล้านบาท
- Hospitals and Dispensaries	571.4	ล้านบาท
- Institutions dealing with Medical Education, Training & Research	2,546.1	ล้านบาท
- Other Programmes	763.3	ล้านบาท
รวมทั้งหมด	11,452.0	ล้านบาท

นอกเหนือจากรายจ่ายดังกล่าวแล้ว ทางรัฐบาลอินเดีย ยังคงมีงบประมาณเพื่อโครงการพัฒนาระบบสุขภาพอื่นๆ ในประเทศ อย่างเช่น :

1. โครงการภายใต้ Grant-in-aid Schemes

- Scheme for Improvement of Medical Services : 400,000 รูปี
- Promotion and Development of Voluntary Blood Donation Programme : non-recurring expense : 100,000 รูปี
recurring expense ปีแรก : 15,000 รูปี
ปีต่อไป : 10,000 รูปี
- Special Health Scheme for Rural Areas :
 - เพื่อก่อสร้างโรงพยาบาล : 800,000 รูปี
 - เพื่อซื้ออุปกรณ์/เครื่องมือ : 400,000 รูปี

และในปีงบประมาณ 1997-1998 ทางรัฐบาลได้จัดสรรงบประมาณ grant-in-aid scheme ไปประมาณ 1.774 ล้านบาทเพื่อ Voluntary Organization 7 แห่ง

2. Health Minister's Discretionary Grant เป็นเงินงบประมาณที่จัดสรรเพื่อผู้ป่วยที่ยากจน โดยรัฐช่วยออกค่าใช้จ่ายในการรักษาบางส่วน ในปีงบประมาณ 1997-1998 ทางรัฐบาลได้ใช้จ่ายงบประมาณส่วนนี้ไปประมาณ 4.7 ล้านบาท (300 ราย) และปัจจุบันทางรัฐบาลได้เพิ่มงบประมาณส่วนนี้จาก 10,000 รูปี ต่อคน เป็น 20,000 รูปี/คน

3. National Illness Assistance Fund เป็นเงินงบประมาณที่จัดสรรให้โรงพยาบาลบางแห่ง ในประเทศ จำนวน 6 แห่ง เป็นเงิน 6 ล้านบาท เพื่อผู้ป่วยที่ยากจนและมีความเป็นอยู่ต่ำกว่า Poverty line เป็นเงินจำนวน 25,000 รูปีต่อคน

ระบบประกันสุขภาพในอินเดียยังไม่ได้มีการพัฒนานับตั้งแต่ได้รับเอกราช ซึ่งเป็นเวลาประมาณ 53 ปี ที่ทางรัฐบาลยังไม่ได้ทำการเปลี่ยนแปลงระบบการให้หลักประกันด้านสุขภาพของประชาชนและยังคงยึดหลักการและนโยบายของ Colonial era (ก่อนได้รับเอกราช) Sameera Khan ซึ่งเป็นผู้ทบทวนเรื่องการประกันสุขภาพในอินเดียได้กล่าวว่า ประชาชนชาวอินเดียส่วนใหญ่ยังไม่มีความรู้และให้ความสำคัญกับเรื่องนี้มากเท่าไร ซึ่งทำให้รายจ่ายด้านสุขภาพของประชาชนเป็น out-of-pocket expense ประมาณ 3 ใน 4 ของรายจ่ายด้านสุขภาพในประเทศ จากการศึกษาของ Central Bureau of Health Intelligence พบว่าชาวอินเดียมีรายจ่ายต่อหัวต่อปีสำหรับการรักษาในชั้นปฐมภูมิในสถานพยาบาลเอกชนประมาณ 4.40 เหรียญสหรัฐ และในสถานพยาบาลของรัฐประมาณ 2.80 เหรียญสหรัฐ ซึ่งถือว่าเป็นรายจ่ายที่ค่อนข้างสูงสำหรับชาวอินเดียที่ประชาชนร้อยละ 70 มีฐานะยากจน

ระบบการประกันสุขภาพในอินเดียทั้งหมดอยู่ภายใต้การควบคุมของรัฐบาลมาโดยตลอด ทุกวันนี้อินเดียยังไม่มีบริษัทประกันสุขภาพ ที่เป็นของเอกชนแม้แต่แห่งเดียว จนในปี ค.ศ.1999 รัฐบาลได้ตระหนักถึงภาระการใช้จ่ายสุขภาพที่สูงของประชาชนและความล้มเหลวของระบบประกันสังคมที่มีอยู่จึงอนุมัติให้เปิดตลาดเสรีของธุรกิจประกันสุขภาพ ซึ่งเชื่อว่าจะดึงดูดให้ชาวต่างประเทศและภาค

เอกชนมาลงทุน โดยหวังว่าจะมาลด out-of-pocket expense ของประชาชนได้ไม่มากนักน้อยและช่วงกลางปี ค.ศ.2001 จะเป็นครั้งแรกที่ทางรัฐบาลอินเดียจะอนุมัติใบอนุญาตให้กับ Private-sector companies

ระบบประกันสุขภาพในประเทศอินเดียที่มีอยู่ในขณะนี้ได้ถูกแบ่งออกเป็น 3 กลุ่มใหญ่ คือ

1. Social Security for Industrial Workers ซึ่งคุ้มครองเฉพาะผู้รับจ้างในโรงงานอุตสาหกรรมหรือหน่วยงานใดที่มีผู้รับจ้างเกิน 20 คนและคนเหล่านี้จะได้รับการคุ้มครองภายใต้มติบัญญัติของ “Workmen’s Compensation Act, 1923”, “Employee’s State Insurance Act, 1948”, Central Maternity Benefit Act, 1961”, “The Pension Scheme, 1971”

ระบบประกันสังคมหลักสำหรับคนกลุ่มนี้ คือ Employee State Insurance Scheme (ESIS) ซึ่งในปี ค.ศ. 1998 คุ้มครองถึง 35.2 ล้านคน (ร้อยละ 5 ของประชากรทั้งหมด) โดยสวัสดิการนี้ทำให้เพื่อผู้รับจ้างที่มีเงินเดือนไม่เกิน 6,500 รูปี เงินของกองทุนนี้ได้รับมาจากรัฐบาลเป็นบางส่วน (1 ใน 8) ส่วนที่เหลือมาจากการหักเงินได้ร้อยละ 4.75 ของนายจ้างและร้อยละ 1.75 ของผู้รับจ้าง

ในปี ค.ศ. 1993-1994 โครงการ ESIS มีโรงพยาบาลในเครือข่ายประมาณ 120 แห่ง สถานพยาบาลเสริม 42 แห่ง สถานที่จ่ายยา (Dispensary) 1,427 แห่ง โดยมีแพทย์ภายใต้โครงการ 5,320 คน หรือแพทย์ 1 คน ต่อประชากร 585 คน จำนวนเตียงรับรักษาผู้ป่วย 23,348 เตียง (ร้อยละ 4.5 ของจำนวนเตียงทั้งหมดในประเทศ) ซึ่งในปี 1990 ESIS มี 3.21 เตียงต่อประชากร 1,000 คน (อัตราของทั้งประเทศคือ 0.76 เตียงต่อประชากร 1,000 คน) (รายละเอียดของโครงการนี้อยู่ในภาคผนวกที่ 2)

โครงการนี้ได้ถูกวิพากษ์วิจารณ์ว่าไม่มีคุณภาพในการให้บริการและการรักษา ซึ่งทำให้ผู้ที่อยู่ภายใต้การคุ้มครองของโครงการนี้หันไปใช้บริการของภาคเอกชนยามเจ็บป่วย มากกว่าที่จะใช้สิทธิของตนภายใต้ ESIS ผลที่ตามมาคือ ภาระรายจ่ายด้านสุขภาพที่เป็น out-of-pocket expense

2. Social Security for Civil Servants: สำหรับผู้ที่อยู่ในหน่วยราชการโดยแบ่งออกเป็น 3 กลุ่มคือ

2.1 The Central Government Health Scheme (CGHS) เป็นสวัสดิการทางด้านสุขภาพของข้าราชการหน่วยกลาง และองค์กรที่อยู่ภายใต้การกำกับของรัฐบาล โดยใช้เริ่มมีมาตั้งแต่ปี ค.ศ. 1954 ใน New Delhi เท่านั้น ปัจจุบันได้ขยายการคุ้มครองให้ข้าราชการในส่วนอื่นๆ ของประเทศ คือ Mumbai, Allahabad, Meerut, Kanpur, Patna, Calcutta, Nagpur, Cheenai, Hyderabad, Bangalore, Jaipur, Pune, Lucknow, Ahmedabad, Bhubaneshwar และ Jabalpur จากข้อมูลปี ค.ศ. 1993 โครงการนี้คุ้มครองประชากรประมาณ 4.5 ล้านคน โดยมีโรงพยาบาล และสถานที่จ่ายยา ซึ่งรวมทั้งแผนปัจจุบัน และแผนพื้นบ้าน รวมทั้งหมด 312 แห่ง

เช่นเดียวกับโครงการ ESIS โครงการนี้ไม่ประสบผลสำเร็จเท่าที่ควร ในการที่จะลดภาระของประชาชน ในเรื่องรายจ่ายทางด้านสุขภาพ เนื่องจากการให้บริการที่ไม่มีคุณภาพ ความยากที่จะเข้าถึงบริการ ผู้รับบริการจะต้องเสียเวลาในการรับการรักษาค่อนข้างมาก และในขณะเดียวกันก็ยังมีรายจ่าย out-of-pocket อย่างน้อยประมาณ 1,507 รูปี สำหรับการรักษาในครั้งแรกของการเจ็บ

ป่วย พร้อมทั้งภาวะขาดแคลนบุคลากร ยา และเครื่องมือที่ใช้ในการรักษา ทำให้ผู้มารับบริการที่มีฐานะเลือกไปรับบริการสถานพยาบาลของเอกชน

2.2 Armed Forces Medical Services สำหรับผู้รับราชการทหาร ซึ่งไม่มีข้อมูลหรือรายละเอียดของสวัสดิการนี้

2.3 Railway Hospitals, Health Units and Clinical Environment Sanitation สำหรับพนักงานทางรถไฟ

3. **Social Security for the general public** ที่คุ้มครองประชาชนทั่วไป โดยมีบริษัทเอกชนซึ่งอยู่ภายใต้การควบคุมของรัฐเป็นผู้จัดทำกรมธรรม์ เรียกว่า Public Section Organization ซึ่งมีหน่วยบริหาร 2 องค์การ คือ

1. Life Insurance Corporation of India

เป็นบริษัทประกันภัยที่ไม่ประสบความสำเร็จนัก เพราะไม่สามารถจะลดภาระรายจ่ายด้านสุขภาพได้ดี เนื่องจากคุ้มครองค่าใช้จ่ายในการรักษาโรคเพียง 4 โรค เท่านั้น

2. General Insurance Corporation ซึ่งมีบริษัทสาขา 4 แห่ง คือที่ Calcutta, Bombay, New Delhi และ Madras และเป็นองค์การภายใต้การควบคุมของรัฐเช่นกัน มีกรมธรรม์ประกันสุขภาพหลักอยู่ 2 ชนิด คือ

1. Mediclaim Policy เป็นกรมธรรม์ที่คุ้มครองเฉพาะในกรณีที่ผู้เอาประกันเข้ารับการรักษาในแผนกผู้ป่วยใน โดยผู้เอาประกันจะต้องสำรองจ่ายค่ารักษาพยาบาลไปก่อนแล้วจึงนำหลักฐานมาทำการเบิกค่ารักษาต่อไป

Mediclaim Policy มีเบี้ยประกันที่แตกต่างกันสำหรับแต่ละกลุ่มอายุ ซึ่งแบ่งออกเป็น 6 กลุ่มดังนี้ : 5-45 ปี , 46-55 ปี , 56-65 ปี , 66-70 ปี , 71-75 ปี และ อายุ 76 ปีขึ้นไป ขณะนี้มีประชากรประมาณ 2.5 ล้านคนที่อยู่ภายใต้การคุ้มครองนี้

2. Jan Arogya Bima Policy เป็นกรมธรรม์ที่เบี้ยประกันไม่สูงนัก ในกลุ่มคนอายุน้อย ค่าเบี้ยประกันเท่ากับ 70 รูปีต่อปี โดยมี coverage limit อยู่ที่ 5000 รูปี ค่าเบี้ยประกันจะสูงขึ้นตามอายุ เช่น กรมธรรม์อื่นๆ และเป็นกรมธรรม์เดียวที่รับผิดชอบค่าใช้จ่ายในการคลอดลูก เนื่องจากยังเป็นกรมธรรม์ที่ยังใหม่ จึงยังไม่สามารถบอกได้ว่าจะประสบความสำเร็จมากหรือน้อย

นอกเหนือจากระบบการประกันสุขภาพที่กล่าวมาแล้ว อินเดียยังคงมีระบบประกันสุขภาพอื่นๆที่คุ้มครองพนักงานของ 18 องค์การของรัฐ และ 99 องค์การใหญ่ๆของภาคเอกชน เช่น “Employer-managed health facilities” และ “Employer reimbursement of health expenses” ซึ่งค่าใช้จ่ายจะมาจากบริษัทผู้จ้าง และขึ้นอยู่กับเงินเดือนหรือชนิดของงาน

การจัดบริการสุขภาพทุกระดับ/ประเทศ

ระบบการบริหารสุขภาพของประเทศอินเดียในปัจจุบันพยายามที่จะใช้ Decentralised approach เพื่อให้มีการบริการทางด้านสุขภาพที่เข้าถึงคนในชนบทได้ทั้งหมด รัฐบาลกลางจะเป็นฝ่ายวางนโยบายและแผนการบริการสุขภาพ โดยมี State Health Minister ของแต่ละรัฐเป็นผู้ดำเนินการให้บริการตามนโยบายหลักแล้วแต่ความเหมาะสม

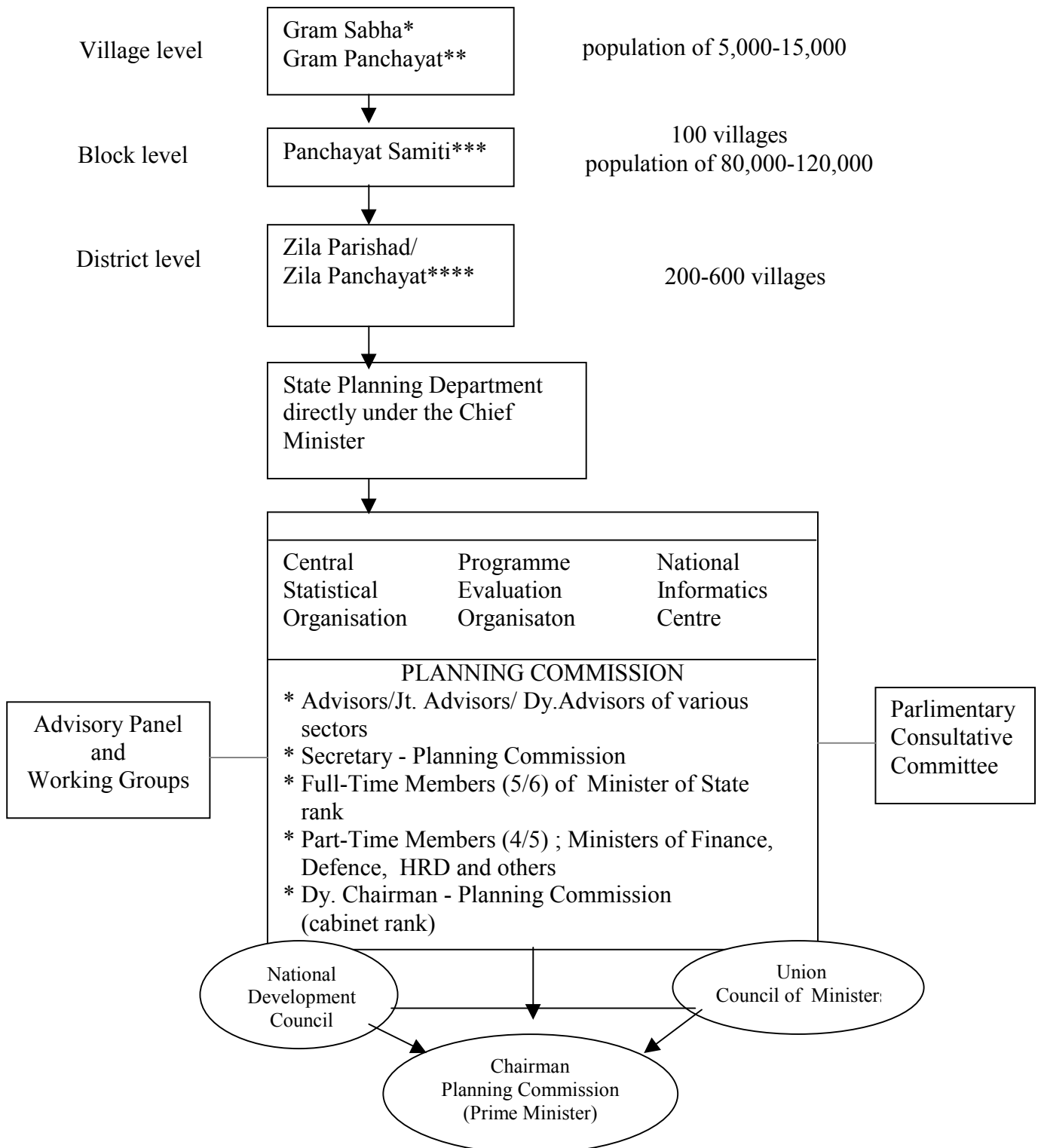
Planning Organization ในประเทศอินเดียประกอบด้วย 2 องค์กรหลักคือ Planning Commission และ National Development Council (NDC) Planning commission คือ หนึ่งใน advisory bodies ของรัฐบาลซึ่งมีหน้าที่หลักคือ วางแผนงานและประสานงานระหว่าง Central ministries และ State government และไม่มีอำนาจที่จะสั่งการใด ๆ ประธานขององค์กรนี้คือ นายกรัฐมนตรี แต่ผู้ที่ทำหน้าที่ควบคุมภารกิจในแต่ละวันของ Planning commission คือ รองประธาน ซึ่งเป็นหนึ่งในคณะรัฐมนตรี ส่วนสมาชิกอื่นๆ คือ Union Minister of Finance, Minister of Defence, และ Minister of Human Resource Development บุคคลเหล่านี้เป็น Part-time member ส่วน Full-time members ประกอบด้วย Minister of State ซึ่งมีทั้งหมด 6 ตำแหน่ง เพื่อให้การบริหารงานเป็นไปอย่างมีระบบ Planning commission ได้แบ่ง Health Sector ออกเป็น Sub-sector ต่างๆ ดังต่อไปนี้

1. Control of Communicable Diseases
2. Family Planning
3. Water Supply and Sanitation
4. Medical Care : Primary Health Centers, Dispensaries, Hospitals
5. Public Health Services
6. Medical Education, Training and Research
7. Indigenous System of Medicine

NDC เป็น advisory body เพื่อวางแผนงาน และถือเป็นหน่วยงานระดับสูงสุดของรัฐ ที่มีหน้าที่ประสานงานกับแต่ละภาค รัฐ ผู้บริหารของ NDC ประกอบด้วย นายกรัฐมนตรี มุขมนตรี (Chief minister) ของทุกรัฐ และสมาชิกทั้งหมดของ Planning Commission และเมื่อมีการประชุมวางแผนงานก็อาจจะมีรัฐมนตรีของหน่วยอื่นๆ ของรัฐบาลกลางและภาค รัฐ นักเศรษฐศาสตร์ รวมทั้งผู้ว่าของ Reserve Bank of India เข้าร่วมประชุมตามความเหมาะสม

โดยภาพรวมการบริหารระบบสุขภาพในอินเดียได้มีการแบ่งระดับความรับผิดชอบเป็น 3 ขั้นตอน คือ Central, State และ Peripheiral Level (district, block, และ village level) (รูปที่ 1) ดังต่อไปนี้

รูปที่ 1 โครงสร้างการบริหารระบบสุขภาพในประเทศไทย



- * Gram Sabha is the assembly of all the adults of the village who consider proposals for taxation, discusses the annual programme and elect members of the gram panchayat.
- ** Gram Panchayat is the executive organ of the gram sabha, and agency for planning and development at the village level.
- *** Panchayat samitti consists of heads of the village panchayats in the block , representative of women, scheduled castes, scheduled tribes and cooperative societies.
- **** Zila Parishad / Zila Panchayat is the agency of rural local self-government at the district level.

1. **Local/Peripheral Level:** ประกอบด้วย 3 tier structure ของการบริหารในระดับชนบท เรียกโดยรวมว่า Panchayat Raj ที่ควบคุมการบริหารในระดับ Village, Block และ State ซึ่งในแต่ละระดับมีการบริหารต่างกันไปดังต่อไปนี้

Village Level :

- ♦ การวางแผนในระดับนี้จะกระทำโดย Gram Panchayat ซึ่งเป็นผู้บริหารคนในหมู่บ้าน ซึ่งมีประชากรประมาณ 5,000-15,000 คน เรียกว่า Gram sabha Gram Panchayat ประกอบด้วยผู้บริหารจากหมู่บ้านนั้นๆ ประมาณ 15-30 คน
- ♦ Gram Panchayat จะเป็นผู้วางแผนงานในหมู่บ้านของตน ซึ่งในอุดมการณ์นั้น ระบบ microplanning นี้ควรจะเป็นจุดเริ่มต้นในการวางแผนทางของทั้งประเทศ แต่ในความเป็นจริงผู้บริหารประเทศยังมิได้ปฏิบัติตามอุดมการณ์ดังกล่าว

Block Level :

- ♦ บริหารโดย Panchayat Samiti ซึ่งประกอบด้วยตัวแทนของคนจาก 100 หมู่บ้าน หรือประชาชนประมาณ 80,000-120,000 คน ส่วนมากจะเป็นหัวหน้าของแต่ละหมู่บ้านและตัวแทนของคนชนชั้นจัตถาล
- ♦ จะเป็นผู้วางแผนการพัฒนาชุมชน โดยจะมีผู้ช่วยเป็น Block Development Officer

District Level :

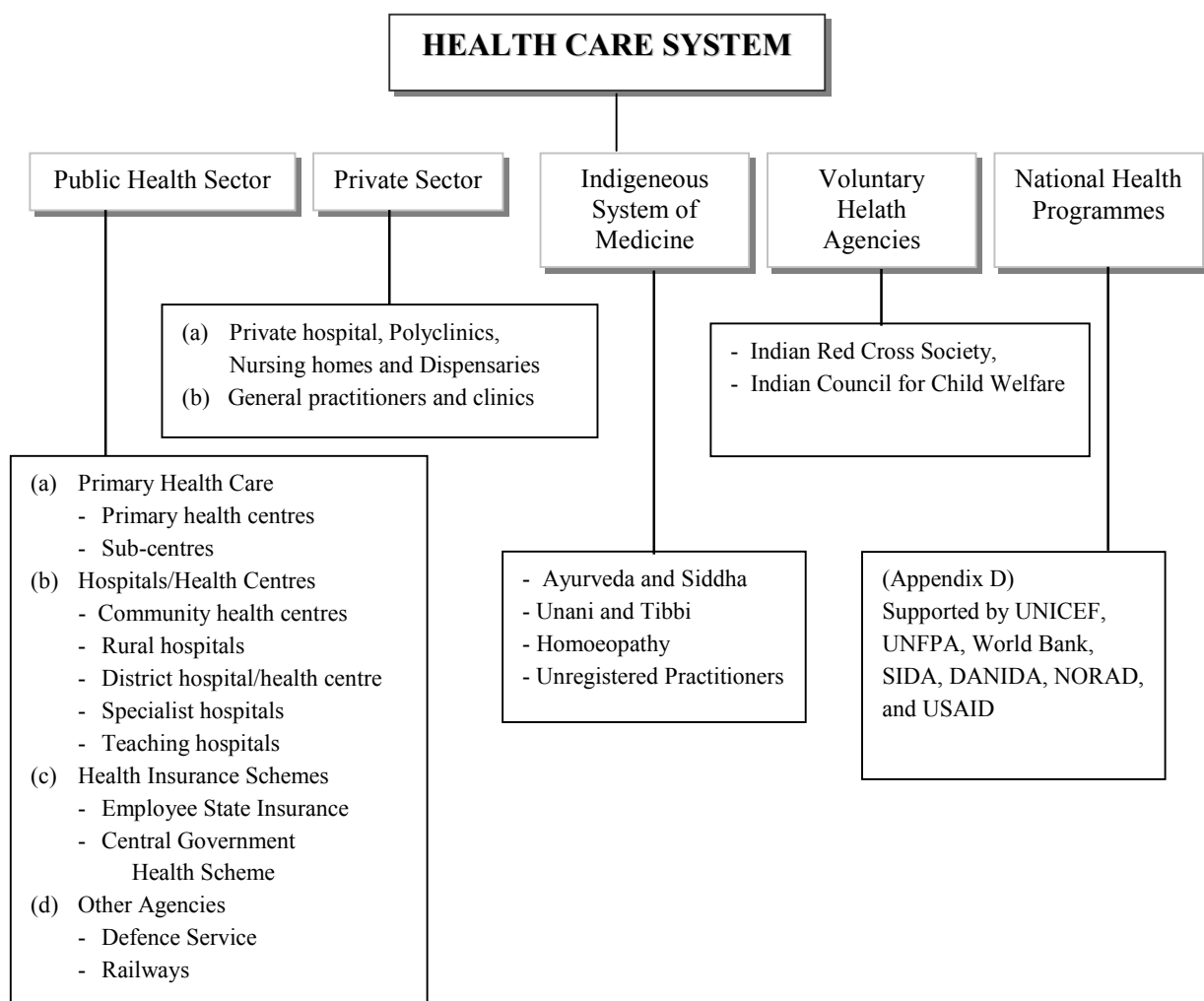
- ♦ ผู้บริหาร (Zila Parishan/Zila Panchayat) ประกอบด้วยหัวหน้าของ Panchayat Samitis ทั้งหมด ผู้บริหารของแต่ละตำบล ตัวแทนของสตรี คนชั้นจัตถาล และผู้บริหาร 2 คนที่มีประสบการณ์ในการบริหารเรื่องการพัฒนาชนบท
- ♦ Zila Parishad จะเป็นผู้ที่มีบทบาทในการวางแผนโดยตรง และประสานงานในการวางแผนในระดับ Block และในรัฐของตน

2. **State Level :** การบริหารสุขภาพในภาครัฐรับผิดชอบโดย State Ministry of Health และ State Health Directorate State Ministry of Health บริหารโดย Minister of Health and Family Welfare และ Deputy Ministry of Health Family Welfare มีหน้าที่ประสานงานกับ Planning Commission ในการวางแผนงาน ส่วน State Health Directorate ซึ่งมี Director of Health and Family Welfare เป็น Chief technical advisor ของรัฐ มีหน้าที่บริหารจัดการในเรื่องของการให้บริการทางการแพทย์ และสาธารณสุขและดูแลมาตรฐานการศึกษาทางการแพทย์ (ในรัฐที่มีวิทยาลัยแพทย์)

3. **Central Level :** การบริหารงานในระดับกลางประกอบด้วยหน่วยงานต่างๆ คือ Union Ministry of Health and Family Welfare, The Directorate General of Health Services และ The Central Council of Health and Family Welfare ซึ่งมีภาระหน้าที่ดังต่อไปนี้

- ♦ Union Ministry of Health and Family Welfare ซึ่งบริหารโดยคณะรัฐมนตรี (Cabinet Minister) รัฐมนตรีของแต่ละรัฐ (State Health Minister) และ Deputy Health Minister ประกอบด้วย Department of Health และ Department of Family Welfare มีภาระหน้าที่ดูแลเรื่องการบริหารสุขภาพและสาธารณสุขของทั้งประเทศ และ International health รวมถึงควบคุมเรื่องอาหารและยา
- ♦ Directorate General of Health Services มีหน้าที่หลักในฐานะที่ปรึกษาในด้านการแพทย์และระบบสาธารณสุขของประเทศ ซึ่งแบ่งออกเป็น 3 หน่วยคือ Medical care and hospitals, Public health, และ General administration
- ♦ Central Council of Health ได้มีการจัดตั้งขึ้นในปี ค.ศ. 1952 โดยประธานาธิบดี เพื่อช่วยในการประสานงานระหว่างรัฐบาลกลาง และภาครัฐซึ่งมี Union Health Ministry เป็นประธาน และ State Health Minister เป็นสมาชิก

ในภาพรวมอินเดียมีระบบการให้บริการทางสุขภาพ (Health Care System) 5 ประเภทคือ



การผลิตและพัฒนากำลังคน

นโยบายการผลิตและพัฒนากำลังคนได้ถูกร่างขึ้นมาในปี ค.ศ. 1983 (National Health Policy) เพื่อตอบสนองการรณรงค์ “Health For All” by the year 2000 ขององค์การอนามัยโลก ในช่วงเวลาต่อมาการขยายตัวของ health infrastructure ได้เป็นไปอย่างรวดเร็ว ดังตารางที่ 6 National Norm ในที่นี้คือ เป้าหมายที่ Mudaliar Committee ได้ตั้งไว้ในปี ค.ศ. 1961

ตารางที่ 6 Rural Health Norms : Level of Achievements

S.No	Indicator	National Norms	Achievements (as on 36.6.1996)
1.	Rural Population (1991) covered by a :		
	♦ Sub-centre	3000-5000	4737
	♦ Primary Health Centre	20,000-30,000	28,755
	♦ Community Health Centre	about one lakh	2.6 lakh
2.	Number of Sub-centres per PHC	6	6.1
3.	Number of PHCs per CHCs	4	9.0
4.	Rural population (1991) covered by a :		
	♦ MPW (F)	3000-5000	4700
	♦ MPW (M)	3000-5000	10103
5.	Number of villages covered by a:		
	♦ VHG	1	1.4
	♦ TBA	1	0.9
6.	Average population (1991) covered by a:		
	♦ VHG	1000	1530
	♦ TBA	1000	951
7.	Ratio of HA (M) to MPW (M)	1:6.0	1:3.9
8.	Ratio of HA (F) to MPW (F)	1:6.0	1:7.1
9.	Average Rural Area (Sq.Km) covered by a:		
	♦ Sub-centre		23.60
	♦ PHC		143.26
	♦ CHC		1292.14
10.	Average Radial distance (Kms) covered by a:		
	♦ Sub-centre		2.74
	♦ PHC		6.75
	♦ CHC		20.28
11.	Average number of villages covered by a:		
	♦ Sub-centre		4.42
	♦ PHC		26.87
	♦ CHC		342.25

Source : Bulletin Rural Health Statistics 1996

ตารางที่ 7 Health manpower in some countries 1988-1992

Country	Doctors per 100000 population	Beds per 10000 Population	Nurses and midwives per 100000 population
India	48	6.8	45
China	115	-	8.8
Nepal	5	2.5	5
Bangladesh	18	2.9	5
Sri Lanka	23	27.8	112
Thailand	24	14.6	99
Myanmar	28	7.4	43

ถึงแม้ว่าอัตราการผลิตกำลังคนจะอยู่ในเกณฑ์ที่น่าพอใจ แต่เนื่องจากการกระจายกำลังคนที่ไม่สมดุล ปัญหาเรื่องการขาดแคลนบุคลากรทางการแพทย์ก็ยังคงเป็นปัญหาใหญ่ในประเทศอินเดีย จากการสำรวจพบว่าร้อยละ 80 ของแพทย์นั้นประกอบวิชาชีพในตัวเมือง ซึ่งมีประชากรเพียงร้อยละ 20 ที่อาศัยอยู่

ในปี ค.ศ.1991 อินเดียมีเตียงรับผู้ป่วยทั้งในโรงพยาบาลและสถานพยาบาล จำนวนทั้งสิ้น 811,000 เตียง หรือ 10 เตียงต่อประชากร 10,000 คน และมีแพทย์ 3 คนต่อประชากร 10,000 คน การกระจายของโรงพยาบาลนั้นขึ้นอยู่กับสภาพทางสังคมและเศรษฐกิจของแต่ละรัฐและอินเดียก็กำลังประสบกับปัญหาของการขาดความสมดุลของการกระจายการบริการสุขภาพ โดยเห็นได้จากการศึกษาของ 2 รัฐ คือ Uttar Pradesh ซึ่งมีประชากรสูงที่สุดในประเทศ คือ 139 ล้านคน แต่มีโรงพยาบาลเพียง 735 แห่ง ในขณะที่รัฐ Kerala ซึ่งมีประชากร 29 ล้านคน และมีพื้นที่หนึ่งในเจ็ดของ Uttar Pradesh กลับมีโรงพยาบาลเพื่อบริการประชาชนถึง 2,053 แห่ง อินเดียมีโรงพยาบาลทั้งหมด 7,300 แห่ง ซึ่งเป็นของรัฐบาล 4,000 แห่ง และบริหารจัดการโดยมูลนิธิ 2,000 แห่ง ซึ่งได้รับเงินทุนบางส่วนจากรัฐบาล ส่วนอีก 1,300 แห่งนั้นเป็นของเอกชน

อินเดียมีโรงเรียนแพทย์ประมาณ 165 แห่ง ในจำนวนนี้มีเพียง 145 แห่งที่แพทย์สภารับรอง และในจำนวนนี้ 41 แห่งเป็นของเอกชน มีนักศึกษาแพทย์จำนวน 17,000 ต่อปี และจากข้อมูลปี 1997 มีวิทยาลัยการพยาบาล 106 แห่ง สถานฝึกอบรม Multipurpose workers กว่า 500 แห่ง สถานฝึกอบรม Health assistants 44 แห่ง และ Health and family welfare training centres 47 แห่ง จำนวนแพทย์แผนปัจจุบันประมาณ 394,000 คน และแพทย์พื้นบ้าน 569,000 คน ซึ่งในประเทศอินเดียจะเป็นแพทย์เหล่านี้ที่ให้การรักษาประชาชนในชนบทส่วนใหญ่ จากการศึกษพบว่าร้อยละ 90 ของ Ayurvedic Physician รับผิดชอบการดูแลรักษาของคนในชนบท ปัจจุบันทางรัฐบาลกำลังศึกษาแนวทางในการให้แพทย์พื้นบ้านมีบทบาทมากขึ้นในการให้บริการการรักษา

นอกเหนือจากการผลิตแพทย์แผนปัจจุบันแล้ว อินเดียยังมีสถาบันผลิตแพทย์แผนพื้นบ้าน เช่น Ayurveda, Siddha และ Homeopathy ซึ่งเป็นกำลังสำคัญในการดูแลประชาชนในชนบท และทางรัฐบาลได้ให้การสนับสนุน โดยการก่อตั้ง National Institute of Ayurveda ในรัฐ Jaipur, และ National Institute of Homeopathy ใน Calcutta ซึ่งอยู่ภายใต้การควบคุมของ Central Council of Indian Medicine and Homeopathy Department, Ministry of Health and Family Welfare

ในปี ค.ศ.1994 อินเดียได้รวบรวมข้อมูลของอัตรากำลังคนและการผลิตของแพทย์แผนพื้นบ้านดังต่อไปนี้

Ayurveda	134 แห่ง
Unani	29 แห่ง
Siddha	2 แห่ง
Homeopathy	146 แห่ง
จำนวนแพทย์แผนพื้นบ้านที่ขึ้นทะเบียน	
Ayurvedha	354,684 คน
Unani	39,550 คน

บทบาทของผู้บริโภคและการคุ้มครองผู้บริโภคและการชดเชยค่าเสียหายจากผลเสียของการบริโภค

บทบาทของผู้บริโภคในประเทศอินเดียนั้นค่อนข้างน้อย เนื่องจากประชากรอินเดียส่วนมากจะมาจาก low socio-economic status และด้อยการศึกษา รวมทั้งการให้ความเคารพและเชื่อถือแพทย์มาก การร้องเรียนในด้านการบริการทางการแพทย์จึงเกิดขึ้นน้อยมากถึงแม้ว่าจะมีกฎหมายคุ้มครองคนเหล่านี้ก็ตาม ในขณะที่ตัวแทนทางรัฐบาลอินเดียเองก็ได้ให้ความสำคัญกับการควบคุมมาตรฐานของการให้บริการทางการแพทย์อย่างจริงจัง โดยเฉพาะในด้านอุตสาหกรรม การผลิตยา เนื่องจากทางรัฐบาลเล็งเห็นผลกำไรสูงจากการเปิดตลาดเสรีในการผลิตยา ฉะนั้นในประเทศอินเดีย อุตสาหกรรมการผลิตยามีจำนวนสูงถึง 23,000 โรงงาน และมีการใช้จ่ายสูงถึง 15.18 พันล้านรูปี แต่ในทางกลับกัน per capita consumption ของยานั้นต่ำมาก (ตารางที่ 8) เมื่อเปรียบเทียบกับประเทศอื่นๆ

ตารางที่ 8 PER CAPITA CONSUMPTION ของยาในประเทศต่าง ๆ

ประเทศ	Per capita consumption (รูปี)
1. อินเดีย	34
2. ปากีสถาน	43
3. ฟิลิปปินส์	95
4. ไต้หวัน	159
5. อียิปต์	190
6. เกาหลีใต้	346

ในส่วนของการคุ้มครองผู้บริโภค ทางรัฐบาลได้ร่างกฎหมายเพื่อคุ้มครองสิทธิของ ผู้บริโภค ทางสุขภาพและวางหลักเกณฑ์การชดเชยค่าเสียหายในพระราชบัญญัติฉบับเดียวกันคือ Consumer Protection Act, 1986* (COPRA หรือ C.P.A.) กฎหมายนี้จะให้การคุ้มครองผู้บริโภคที่ได้เสียค่าใช้จ่ายในการบริโภคบริการทางการแพทย์และจะไม่ครอบคลุมผู้ที่ไม่ได้เสียค่าใช้จ่ายส่วนตัวใดๆ ในการรับการรักษา

The Association of Consumer Action Safety and Health (ACASH) ได้ทำรายการของสาเหตุหลักที่ผู้บริโภคมักจะใช้เพื่อเรียกร้องสิทธิของตนดังต่อไปนี้

1. Intentional or unintentional instigation by other medical professional colleagues, occasionally rivals.
2. Communication failure with the patient like rudeness and non-disclosure of vital details of action taken on the patient or commercial attitude and behaviour.
3. Poor and ineffective hospital facilities.
4. Substandard or defective equipment on the patient.
5. Absence of standard, known, and available treatment.
6. Poor medical record-keeping and failure or refusal to hand over copies of the same to the patient/relatives.
7. Indiscriminate use of high technology investigations without explanation leading to unexpected high cost to the patient.

* Consumer Protection Act, 1986 : Any sufferer/consumer or State/Central Government may lodge the complaint against the erring trader/supplier/doctor/nursing home/private hospital or even a government hospital, where payment is made for the deficient service which caused harm to the consumer/patient. The medical services, whether government or private, provided without any charges, except for nominal registration charges, are exempted from this Act.

ผู้ที่รับผิดชอบการร้องเรียนและตัดสินเรื่องการชดเชยค่าเสียหายของผู้บริโภคนั้นขึ้นอยู่กับจำนวนเงินที่ผู้บริโภคเรียกร้องดังนี้

<u>จำนวนเงิน (รูปี)</u>	<u>สภา/คณะกรรมการ ผู้รับคำร้องเรียน</u>
5 แสน	District Consumer Redressal Forum
5 แสน - 2 ล้าน	State Consumer Dispute Redressal Commission
มากกว่า 2 ล้าน	National Consumer Commission

จุดเด่นและข้อจำกัดในการพัฒนาระบบสุขภาพของอินเดีย

จุดเด่นของการบริหารระบบสุขภาพในอินเดีย คือ การวางนโยบายทางด้านสุขภาพที่เน้นการให้บริการแก่ประชาชนทุกระดับ และการพัฒนาระบบสุขภาพอย่างต่อเนื่อง โดยการทบทวนแผนการพัฒนาระบบสุขภาพทุกๆ 5 ปี (five-years plan) พร้อมทั้งการร่างนโยบาย National Health Policy 1983 เพื่อใช้เป็นแนวทางในการบริหารสุขภาพของประเทศและการปกครองแบบสหพันธรัฐ โดยแต่ละรัฐดูแลสุขภาพของประชาชนของตนทำให้สามารถแก้ปัญหาของประชาชนได้ทั่วถึง

จากการศึกษานโยบายและหลักการของการบริหารสุขภาพ ประเทศในอินเดียน่าจะเป็นประเทศที่ประสบความสำเร็จในการบริหาร แต่เนื่องจากข้อจำกัดบางประการที่ทำให้รัฐบาลไม่สามารถปฏิบัติตามเป้าหมายที่ตั้งไว้ ปัญหาหลักของอินเดียคือจำนวนประชากรที่เพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว (Population explosion) ภาวะขาดแคลนงบประมาณของประเทศ รวมไปถึงการจัดสรรงบประมาณที่ไม่สมเหตุสมผลพร้อมกับภาวะทางการเมืองที่ไม่มั่นคง ซึ่งมีผลให้งบประมาณถูกเบี่ยงเบนไปใช้ในทางอื่น และท้ายที่สุดคือ การขาดสวัสดิการที่ดีสำหรับผู้รับราชการที่ทำให้บุคลากรทางการแพทย์เลือกที่จะทำงานในเมืองมากกว่าในชนบท ซึ่งเป็นที่มาของการกระจายกำลังคนที่ไม่สมดุลย์ (Disparity of manpower in urban and rural area)

REFERENCES

- Bhatia K. Healthcare: A Wan Sight [on line]. Available from: http://www.indiawatch.org/eazines/humanscape/jan_97-S.htm [Accessed 2000 Septem 26].
- Chaturvedi S. Health planning in India. In: Lydia A, Kumar P, Rangan SM, Madhavan U, Suja PR, editors. Essential Preventive Medicine. A Clinical Applied Orientation. Vikas Publishing House PVT LTD; 1999. p. 867-874.
- Consumer Talk. Medicine of Doubtful Value [online]. Available from: <http://www.healthlibrary.com/reading/vhai/may-jun/consum.htm> [Accessed 2000 July 4].
- Department of Health, Government of India. Facilities for schedule castes and schedule tribes [online]. Available from: <http://mohfw.nic.in:kk/95/ic/toc/htm> [Accessed 2000 May 3].
- Department of Health, Government of India. Quality control in food and drug sectors, medical stores [online]. Available from: <http://mohfw.nic.in:kk/95/ia/toc.htm> [Accessed 2000 May 3].
- Department of Health, Government of India. Health plans [online]. Available from: <http://mohfw.nic.in:kk/95/i7/toc.htm> [Accessed 2000 May 3].
- Department of Health, Government of India. National health policy. Available from: <http://mohfw.nic.in:kk/95/ii/95ii0101.htm> [Accessed 2000 March 31].
- Department of Health, Government of India. National illness assistance fund. Available from: <http://mohfw.nic.in:kk/95/i7/95i70501.htm> [Accessed 2000 March 31].
- Department of Health, Government of India. Financial assistance to voluntary organisation [online]. Available from: <http://mohfw.nic.in:kk/95/i7/95i70101.htm> [Accessed 2000 March 31].
- Department of Health, Government of India. International co-operation for health and family welfare [online]. Available from: <http://mohfw.nic.in:kk/95/ie/toc.htm> [Accessed 2000 June 13].
- Ellis RP., Alam M., Gupta I. Health insurance in India. Prognosis and Prespectaus. Economic and Political Weekly. January 22, 2000.
- Ghai OP, Gupta P. Primary health care. In: Lydia A, Kumar P, Rangan SM, Madhavan U, Suja PR, editors. Essential Preventive Medicine. A Clinical and Applied Orientation. Vikas Publishing House PVT LTD; 1999. p. 25-70.

- Ghai OP, Gupta P. Health situation: past and present. In: Lydia A, Kumar P, Rangan SM, Madhavan U, Suja PR, editors. Essential Preventive Medicine. A Clinical and Applied Orientation. Vikas Publishing House PVT LTD; 1999. p. 3-5
- Ghai OP, Gupta P. Demography, vital statistics, and populations control. In: Lydia A, Kumar P, Rangan SM, Madhavan U, Suja PR, editors. Essential Preventive Medicine. A Clinical Applied Orientation. Vikas Publishing House PVT LTD; 1999. p.743-772.
- Ghai OP, Gupta P. International health. . In: Lydia A, Kumar P, Rangan SM, Madhavan U, Suja PR, editors. Essential Preventive Medicine. A Clinical Applied Orientation. Vikas Publishing House PVT LTD; 1999. p.921-928.
- Healthlibrary.com A memorandum submitted to Shri Atal Behaii Vajpayee. The Prime Minister of India, by members of the "Independent Commission of Health in India [online]. Available from : <http://www.healthlibrary.com/reading/vhai/may-jun/memor.htm> [Accessed 2000 July 4]
- Jhunjhunwala B. Much action is needed-not money alone [online]. Available from: <http://www.healthlibrary.com/reading/vhai/may-jun/much.htm>. [Accessed 2000 July 4].
- Khan S. Insuring India : Western – style plans to bring big changes [online] Available from: <http://www.modernhealthcare.com> [Accessed 2000 Nov. 4].
- Khan S. Private insures see lucrative market [online]. Available from: <http://www.modernhelathcare.com> [Accessed 2000 Nov. 4].
- Magotra R. Public hospitals and private practice [online]. Available from : <http://www.healthlibrary.com/reading/ethics/oct98/public.htm> [Accessed 2000 July 4]
- Nitayarumphong S. Health care reform. At the frontier of research and policy decision. Office of Health Care Reform, Ministry of Public Health, Thailand;1997.
- Park K. Health planning and management. In: Park K., editor. Park's textbook of Preventive and Social Medicine. 15th ed. M/s Banarsidas Bhanot; 1998. p. 593-610.
- Park K. Health programmes in India. In: Park K., editor. Park's textbook of Preventive and Social Medicine. 15th ed. M/s Banarsidas Bhanot; 1998. p. 302-310.
- Park K. Health care of the community. In: Park K., editor. Park's textbook of Preventive and Social Medicine. 15th ed. M/s Banarsidas Bhanot; 1998. p. 611-622.
- Preventive Steps Against Litigation [online]. Available from : <http://www.healthlibrary.com/reading/mpcpa/Chap 5.htm> [Accessed 2000 July 4].

Public Health Situation in India : A moment of reckoning [online]. Available from:<http://www.healthlibrary.com/reading/vhai/sep-oct/public.htm> [Accessed 2000 July 4]

Punja S, Cubitt G. This is India. New Holland Publishers (UK) Ltd; 1999.

Singh B. National health programmes in India. In: Lydia A, Kumar P, Rangan SM, Madhavan U, Suja PR, editors. Essential Preventive Medicine. A Clinical Applied Orientation. Vikas Publishing House PVT LTD; 1999. p. 876-905

Singh J, Raje N. The rise of western medicine in India Lancet 1996, 348: 1598.

Verma SK. Medico-legal issues in clinical practice. In: Lydia A, Kumar P, Rangan SM, Madhavan U, Suja PR, editors. Essential Preventive Medicine. A Clinical and Applied Orientation. Vikas Publishing House PVT LTD; 1999. p. 907-920.

WHO. Health for all in the twenty-first century. Geneva, World Health Organization, 1998.

ประเวศ วะสี. การปฏิรูประบบเพื่อสุขภาพ. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข ; 2539

ภาคผนวกที่ 1

THE FIVE YEAR PLANS

First Five year plan (1951-1956) During this plan, the emphasis was given to five programmes :

- Water-supply and Sanitation
- Control of Communicable Diseases
- Nutrition
- Indigenous Systems of Medicine

Ministry of Health set up Family Planning Grants Committee in 1954. In the same year, Central Government sponsored Water Supply and Sanitation Programme at national level. Nutrition Advisory Committee at ICMR carried on a research programme which was tuned to the needs of First Five Year Plan. A total of 725 PHCs were established till 1956.

Second five year plan (1956-1961) The second five year plan was drafted with the following objectives :

- Establishment of institutional that can render services to the people, both locally and in surrounding areas.
- Development of technical manpower through appropriate training programmes.
- Development of institutions to control widely prevalent communicable diseases.
- Improvement of environmental hygiene through active campaign.
- Family planning and other supportive programmes for raising the standard and health of the people.

It was proposed to set up another 3000 Primary Health Centres.

Third five year plan (1961-1966) The third plan ensured further expansion of health services. Major thrust was given to provide safe drinking water in most of the villages. Smallpox eradication was perceived as a goal within reach. Malaria eradication activities were consolidated, and significant development was seen in programmes to control tuberculosis, leprosy, cholera, and filaria. Basic sanitation services in urban and rural areas were also expanded and improved.

Fourth five year plan (1969-1974) In 1959, *Health Survey and Planning Committee* was appointed by Government of India, to have a fresh look at the health needs available resources and to prepare a long-term plan for further development. The committee chaired by A.L. Mudaliar submitted its report in 1961. A sizeable work was done at central level by 1969. The Fourth Five Year Plan was set within the framework of long-term targets recommended by this committee. The main emphasis was on:

- Health manpower development by training different categories of medical personnel.
- Strengthening of available health infrastructure to improve the quality of services.
- Consolidation of the advances made during previous five year plans.

Fifth five year plan (1974-1979) The fifth plan reflected the features of MPW scheme. Minimum Needs Programme, and the recommendations of the group on Medical Education and Support Manpower. More and more vertical programme workers were converted to Multipurpose Workers. The later part of Fifth Five Year Plan (1977-1979) ushered in the third phase of planning evolution. Major changes and policy shifts were seen in family planning services by broadening the scope and coverage. Many of the maternal and child health components were integrated with family planning to make it a family welfare programme.

Sixth five year plan (1980-1985) In 1980, efforts to formulate strategies for attaining "Health for All by 2000 AD" were started. Representatives from Indian Medical Association, voluntary organisations in the field of health, economists, planners, demographers, and social scientists were also involved along with concerned departments of Government of India. However, high priority areas in sixth plan were quite similar to those in Fifth Five Year Plan. The Minimum Needs Programme also continued with same objectives.

During this period, a lot of homework was done to prepare subsequent five year plans. Planning Commission constituted the following eight working groups headed by professionals from government and non-government organisations :

1. Health care delivery in rural and urban areas.
2. Population stabilisation and MCH care activities.
3. Control of communicable diseases and control of blindness.
4. Control and containment of non-communicable diseases.
5. Medical/health research and development.
6. Medical education, training, and manpower planning.
7. Health information, education, and communication.
8. Indigenous systems of medicine and homeopathy.

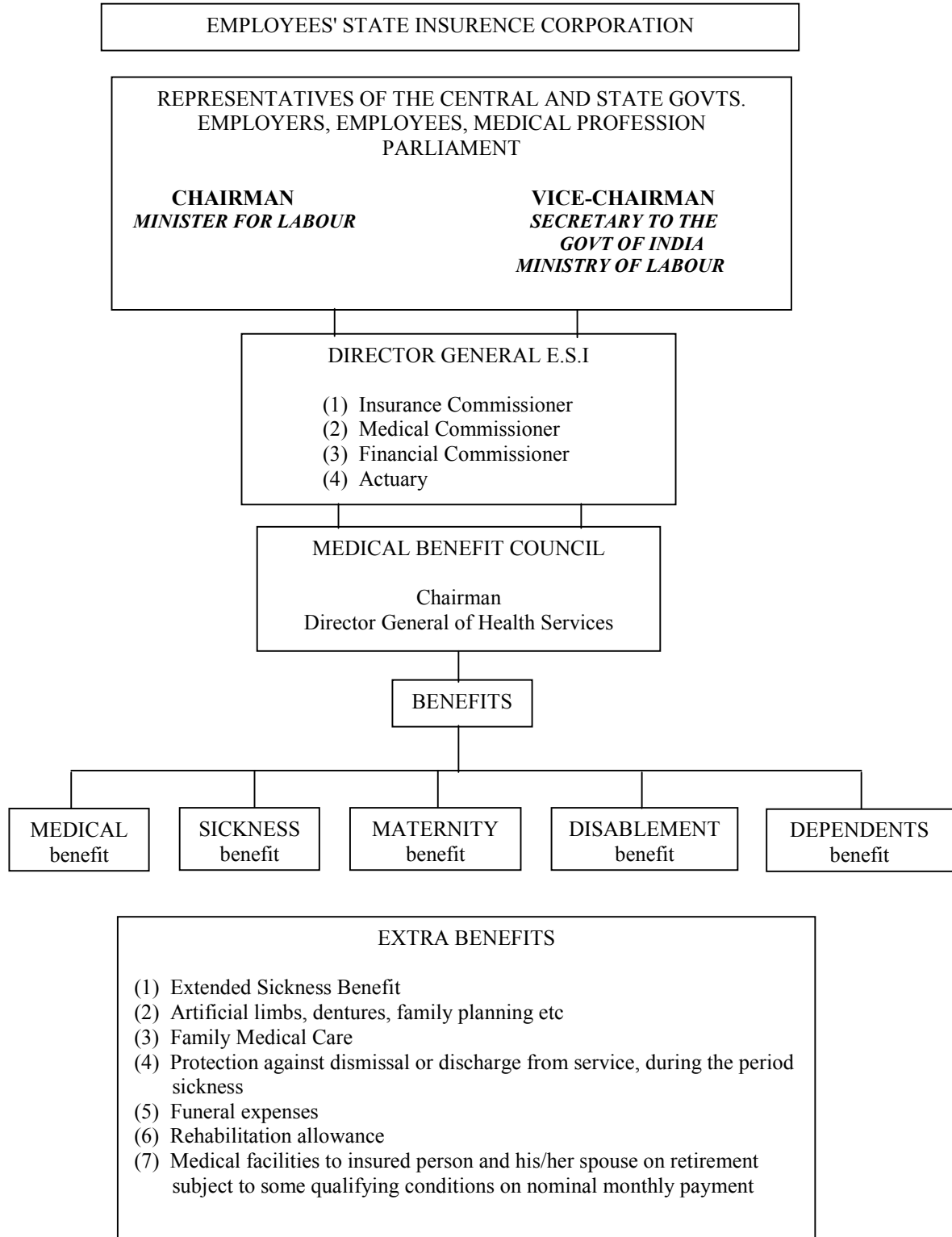
Seventh and eighth five year plan (1985-1990, 1992-1997) Seventh and eighth five year plans were part of a long-term strategy that was developed after considerable rethinking about health service infrastructures. The broader strategy was to achieve the following goals by the year 2000, besides providing health care for all :

- Virtual elimination of poverty.
- Virtual elimination of illiteracy.
- Ensuring near full employment.
- Ensuring basic needs of food, clothing, and shelter for all.

These plans proposed the accomplishment of fully operational health infrastructure in terms of Community Health Volunteers, Health Workers, Sub-centres and Primary Health Centres, as per the existing population norms. They also aimed to provide safe drinking water for all, both in urban and rural areas, and basic sanitation facilities for at least 80 per cent of urban and 25 per cent of rural population.

They also envisaged universal coverage of vaccination against six vaccine preventable diseases of children. Other programmes for the control of communicable diseases and for health promotion were strengthened. With more stress on female education and Maternal and Child Health services, it was attempted to achieve Couple Protection Rate of 42 per cent by the end of seventh plan and 56 per cent by the end of eighth plan.

ภาคผนวก 2



SCOPE :

The ESI extends to the whole of India. The ESI Act of 1948 covered all power-using factories other than seasonal factories wherein 20 or more persons were employed (excluding mines, railways and defence establishment). The provisions of the ESI (Amendment) Act of 1975 were extended to the following new classes of establishments :

- a) Small power-using factories employing 10 to 19 persons, and non-power-using factories employing 20 or more persons
- b) Shops ;
- c) Hotels and restaurants ;
- d) Cinemas and theatres ;
- e) Road-motor transport establishments ; and
- f) Newspaper establishments

With effect from 1.1.97 the Act covers all employees - manual, clerical, supervisory and technical getting upto Rs.6500 per month. The provisions of the Act can be extended to any other agricultural or commercial establishment.

FINANCE :

The scheme is run by contributions by employees and employers and grants from Central and State Governments. The employer contributes 4.75 per cent of total wage bill; the employee contributes 1.75 per cent of wages (revised rates w.e.f 1.1.97). Employees getting daily wages of below Rs.15 are exempted from payment of contribution. The State Government's share of expenditure on medical care is 1/8 of total cost of medical care; the ESI Corporation's share of expenditure on medical care is 7/8 of total cost of medical care.

BENEFITS TO EMPLOYEES :

The Act has made provision for the following benefits to insured persons or, to other dependants as the case may be :

- (1) Medical benefit
- (2) Sickness benefit
- (3) Maternity benefit
- (4) Disablement benefit
- (5) Dependant's benefit
- (6) Funeral expenses
- (7) Rehabilitation allowance

1. Medical benefit

Medical benefit consists of "full medical care" including hospitalization, free of cost, to the insured persons in case of sickness, employment injury and maternity. The services comprise ; (1) out-patient care (2) supply of drugs and dressings (3) specialist services in all branches of medicine (4) pathological and radiological investigations (5) domiciliary services (6) antenatal, natal and postnatal services (7) immunization services (8) family planning services (9) emergency services (10) ambulance services (11) health education and (12) in-patient treatment. In complicated cases where specialized treatment is necessary; patients are sent for institutional treatment even outside their State at the expense of the ESI Corporation.

Medical care is provided either *directly* through the agency of ESI hospitals and dispensaries, or *indirectly* through a panel of private medical practitioners (panel system) appointed as "insurance medical practitioners". **DIRECT PATTERN :** (1) In areas having

a concentration of 1,000 or more employees' family units, service dispensaries are established with full-time medical and para-medical personnel. On an average, a doctor will attend to about 80 cases in the out-patient department per day, and makes one home visits a day. (2) In areas where the employees are less than 750, part-time ESI dispensaries are established. (3) If the residential concentration of employees is scattered over a long distance, mobile dispensaries are established. **INDIRECT PATTERN** : This is known as "panel system". Registered medical practitioners designated as Insurance Medical Practitioners are appointed to provide medical care. They are paid remuneration quarterly, according to the number of family units attached to them. An Insurance Medical Practitioner is allowed a maximum of 750 family units. The existing doctor-population ratio under the ESI Scheme is 1:585 as against the national average of 1:2148.

Medical care is also extended to families of workers where requisite arrangements could be made. A start has been made by providing "restricted medical care", i.e., only out-patient care. Where facilities are available "expended medical care" i.e., full medical care short of hospitalization is given at 116 centres only. The ESI has 3.21 beds per 1,000 employees as on 31.12.90, as against the national average of 0.76 beds per 1,000 population. The ESI aims to construct hospitals at the rate of 4 beds per 1,000 employees in near future.

OTHER MEDICAL FACILITIES : (1) Dentures, spectacles and hearing aids are provided free to patients who are incapacitated due to employment injury (2) Artificial limbs are provided free to insured persons who lose their limbs in employment injury or otherwise (3) Special appliances such as hernia belts, walking calipers, surgical boots, spinal braces and jackets are provided as prescribed by specialists.

COST OF MEDICAL BENEFIT : The per capita cost of medical benefit under the ESI Scheme has been steadily increasing. It was Rs.23.79 in 1961-62 Rs.58.91 in 1969-70 and Rs.67.53 in 1973-74 and 406.78 in 1992-93.

2. Sickness benefit

It consists of periodical cash payment to an insured person in case of sickness, if his sickness is duly certified by an Insurance Medical Officer or Insurance Medical Practitioner. The benefit is payable for a maximum period of 91 days in any continuous period of 365 days, the daily rate being about 7/12 of the average daily wages. A person receiving the sickness benefit is required to remain under medical treatment provided under the Act.

EXTENDED SICKNESS BENEFIT: In addition to 91 days of sickness benefit, insured suffering from certain long-term diseases are entitled to Extended Sickness Benefit as shown below;

Diseases for which Extended Sickness Benefit is payable for 309 days :

1. Tuberculosis
2. Leprosy
3. Mental Diseases (Psychoses)
4. Malignant diseases
5. Paraplegia
6. Hemiplegia
7. Chronic congestive failure
8. Immature cataract with vision 6/60 or less in the affected eye
9. Bronchiectasis
10. Lung abscess
11. Myocardial infarction
12. Dislocation and prolapse of inter-vertebral disc
13. Parkinson's disease

14. Aplastic anaemia
15. Cirrhosis of liver with ascites
16. Detachment of retina
17. Non-union or delayed union of fracture
18. Empyema
19. Intracranial space occupying lesion
20. Spinal cord compression
21. Chronic (simple) primary glaucoma
22. Monoplegia
23. Cardiac valvular disease with failure/complications
24. Chronic renal failure
25. Hemiparesis of more than eight weeks duration
26. Post traumatic surgical amputations of lower extremity
27. More than 50% burns with infections
28. Compound fracture with chronic osteomyelitis
29. Chronic cor pulmonale with congestive heart failure

The insured person is protected from dismissal or discharge from service by the employer during the period of sickness.

3. Maternity Benefit

The benefit is payable in cash to an insured woman for confinement / miscarriage or sickness arising out of pregnancy/ confinement or premature birth of child or miscarriage. For confinement, the duration of benefit is 12 weeks, for miscarriage 6 weeks and for sickness arising out of confinement etc. 30 days. The benefit is allowed at about full wages.

4. Disablement benefit

The Act provides for cash payment, besides free medical treatment, in the event of temporary or permanent disablement as a result of employment injury as well as occupational diseases. The rate of temporary disablement benefit is about 72 per cent of the wages as long as the temporary disablement lasts. In case of total permanent disablement, the insured person will be given life pension at full rate i.e., about 72 per cent of his wages, while in cases of partial permanent disablement a portion of it will be granted as life pension. Cases where daily pension is upto Rs.1.50, it is commutable.

5. Dependant's benefit

In case of death, as a result of employment injury, the dependants of an insured person are eligible for periodical payments. Pension at the rate of 40 per cent more than the Standard Benefit Rate will be paid periodically to widow(s) and children in accordance with the prescribed share. An eligible son or daughter is entitled to dependant's benefit up to the age of 18 without any proof of education; the benefit is withdrawn if the daughter marries earlier.

6. Funeral expense

Funeral benefit is a cash payment payable on the death of an insured person towards the expenses on his funeral, the amount not exceeding Rs.1000.

7. Rehabilitation

On monthly payment of Rs10, the insured person and his family members continue to get medical after permanent disablement, or retirement.

The ESI Scheme has been implemented in all States. The Scheme, by 1993, covered 74.44 lakh employees and the total number of beneficiaries being around 288.83 lakhs.

Benefits to employers

- (1) Exemption from the applicability of Workmen's Compensation Act 1923
- (2) Exemption from Maternity Benefit Act 1961
- (3) Exemption from payment of Medical allowance to employees and their dependants or arranging for their medical care
- (4) Rebate under the Income Tax Act on contribution deposited in the ESI Account
- (5) Healthy work-force

ภาคผนวก 3

National Health Programme

- National malaria eradication programme
- National Filaria control programme
- Kala-Azar
- Japanese encephalitis (JE)
- Dengue fever (DF) & dengue haemorrhagic fever (DHF):
- National leprosy eradication programme
- National TB control programme
- National programme for control of blindness
- National iodine deficiency disorders control programme
- National mental health programme
- National AIDS control programme
- Pilot project on oral health
- Pilot project on programme against micronutrient malnutrition
- National cancer control programme
- National diabetes control programme
- Pilot project on control of cardio-vascular diseases and stroke
- Guinea worm eradication programme (GWEP)
- Yaws eradication programme (YEP)
- National surveillance programme for communicable diseases
- Nutrition