



สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

กรอบยุทธศาสตร์

งานสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคระดับชาติ

ปี ๒๕๕๔ - ๒๕๕๘



สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์
กระทรวงสาธารณสุข
มีนาคม ๒๕๕๔

กรอบยุทธศาสตร์ งานสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคระดับชาติ ปี ๒๕๕๔ - ๒๕๕๘



สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์
กระทรวงสาธารณสุข มีนาคม ๒๕๕๔

กรอบยุทธศาสตร์

งานสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ระดับชาติ

ปี ๒๕๕๔ - ๒๕๕๘



สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข

ชื่อหนังสือ

กรอบยุทธศาสตร์งานสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ระดับชาติ
ปี ๒๕๕๔ - ๒๕๕๘

ISBN

๙๗๘-๖๑๖-๑๑-๐๖๕๓-๙

จัดพิมพ์โดย

สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์
สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข
ถนนติวานนท์ ตำบลตลาดขวัญ
อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี ๑๑๐๐๐

พิมพ์ครั้งที่ ๑

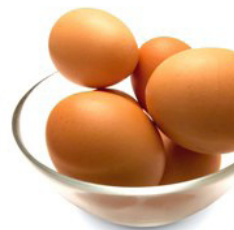
เมษายน ๒๕๕๔

จำนวน

๒,๐๐๐ เล่ม

พิมพ์ที่

บริษัท สามเจริญพาณิชย์ (กรุงเทพ) จำกัด
๒๔๘/๔๗ ถนนจรัญสนิทวงศ์ แขวงบางอ้อ
เขตบางพลัด กรุงเทพฯ ๑๐๗๐๐
โทร. ๐๒-๘๘๕-๔๙๓๒-๔
โทรสาร ๐๒-๔๓๕-๒๗๙๔



คำนำ

ปัจจุบัน ภารกิจการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค มีหลายหน่วยงานเป็นผู้รับผิดชอบ ในภารกิจที่แตกต่างกัน เช่น กระทรวงสาธารณสุข สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.) องค์การปกครองท้องถิ่น (อปท.) ตลอดจนหน่วยงานและองค์กรทั้งในและต่างประเทศ ทำให้ งานสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ในบางพื้นที่มีความซ้ำซ้อนหรือความไม่ครอบคลุม

ในขณะเดียวกัน บริบทของงานสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคก็เปลี่ยนไปจากเดิม ซึ่งงานส่งเสริมสุขภาพเดิม หมายถึง บริการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคที่บุคลากรทางสาธารณสุขเป็นผู้จัดและให้บริการแก่ประชาชน ซึ่งต้องอาศัยบุคลากรที่ผ่านการฝึกอบรมและ ต้องใช้เทคโนโลยีระดับหนึ่ง มาเป็นบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคที่บุคลากรสาธารณสุข กระตุ้นให้ประชาชนรู้จัก ดูแลสร้างเสริมสุขภาพของตนเองด้วยองค์ความรู้และเทคโนโลยีที่เหมาะสม

ดังนั้น เพื่อให้การดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคของประเทศไทย เป็นไปในทิศทางเดียวกัน เกิดการบูรณาการทั้งกิจกรรมและงบประมาณ ลดความซ้ำซ้อนและให้เกิด ความครอบคลุมของบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค จึงจำเป็นต้องจัดทำกรอบยุทธศาสตร์ งานสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคระดับชาติ ปี ๒๕๕๔ – ๒๕๕๘ เพื่อเป็นแนวทางให้ทุกภาคี เครือข่าย ได้นำไปใช้ประกอบในกระบวนการจัดทำแผนบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ของพื้นที่รับผิดชอบ

สุดท้ายนี้ ในนามของกระทรวงสาธารณสุข ขอขอบคุณ นพ.อมร นนทสุต และชื่นชม ทุกภาคีเครือข่าย ที่ได้มาร่วมกันสร้างกรอบยุทธศาสตร์นี้ เพื่อนำไปสู่การขับเคลื่อนพันธกิจของ หน่วยงานให้ไปถึงจุดมุ่งหมายที่ต้องการอย่างมีประสิทธิภาพมากที่สุด

บทสรุปผู้บริหาร

กรอบยุทธศาสตร์งานสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคระดับชาติ ปี ๒๕๕๔ – ๒๕๕๘ ฉบับนี้ จัดทำขึ้นเพื่อเป็นแนวทางให้ทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้องในการพัฒนางานด้านสุขภาพได้นำไปใช้ประกอบในกระบวนการจัดทำแผนบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคของพื้นที่รับผิดชอบ เพื่อให้การดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคระดับชาติเป็นไปในทิศทางเดียวกัน เกิดการบูรณาการทั้งกิจกรรมและงบประมาณ ลดความซ้ำซ้อนและให้เกิดความครอบคลุมของบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค

แนวคิดหลักสำคัญในการจัดทำกรอบยุทธศาสตร์งานสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคระดับชาติ ปี ๒๕๕๔ – ๒๕๕๘ ประกอบด้วย ทิศทางของนโยบาย เป้าหมาย และกลยุทธ์ขององค์กร โดยที่กระบวนการดำเนินการได้มุ่งเน้นสนับสนุนบทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในการดูแลสุขภาพของตนเอง ครอบครัว ชุมชน และสังคม อย่างจริงจัง และสนับสนุนให้จังหวัดต่าง ๆ ใช้แผนที่ยุทธศาสตร์เพื่อการพัฒนาสุขภาพ โดยเฉพาะเรื่องการสร้างเสริมสุขภาพ และป้องกันโรค เพื่อขยายขอบเขตการดำเนินงานเชื่อมโยงครอบคลุมถึงระดับท้องถิ่นและพื้นที่ซึ่งจะมีบทบาทสำคัญในการดำเนินการสร้างความเข้มแข็งของชุมชนได้เป็นอย่างดี

กระบวนการจัดทำกรอบยุทธศาสตร์งานสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคระดับชาติ ปี ๒๕๕๔ – ๒๕๕๘ ได้ครอบคลุมการพิจารณาเงื่อนไขต่าง ๆ อย่างรอบด้าน อาทิ การวิเคราะห์ศักยภาพองค์กรในด้านจุดแข็ง จุดอ่อน โอกาส และอุปสรรค (SWOT Analysis) การวิเคราะห์สถานการณ์ต่าง ๆ ภายใต้กรอบการวิเคราะห์ของแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ ๑๐ พ.ศ. ๒๕๕๐ – ๒๕๕๔ ที่มีการปรับปรุงข้อมูลให้ทันสมัย รวมทั้งการพิจารณาความสอดคล้องกับแผนงานต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับกระทรวงสาธารณสุข ทั้งนี้ ได้มีการผนวกผลการศึกษาความคาดหวังของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียต่อกระบวนการวางแผน ใช้เป็นกรอบในการพิจารณาการจัดทำกรอบยุทธศาสตร์งานสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคระดับชาติ ปี ๒๕๕๔ – ๒๕๕๘ ฉบับนี้ด้วย

เพื่อบรรลุเป้าหมายหลักในการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ทุกภาคีในพื้นที่จำเป็นต้องวิเคราะห์บริบทของตนเองเพื่อผลักดันให้ผู้ที่เกี่ยวข้องปรับเปลี่ยนกระบวนการทัศน์ ค่านิยม วิธีการทำงาน การประสานความร่วมมือในทุกระดับ ซึ่งจะส่งผลให้การดำเนินงานสำเร็จได้อย่างมีประสิทธิภาพ และเกิดประสิทธิผล เป็นที่พึงพอใจของประชาชน นำไปสู่สังคมสุขภาพที่มั่นคงและยั่งยืน

สารบัญ

	หน้า
ส่วนที่ ๑ บทนำ	๑
• หลักการและเหตุผล	๑
• วิวัฒนาการของกระบวนการพัฒนานโยบายสาธารณสุข	๓
• วัตถุประสงค์	๙
ส่วนที่ ๒ สถานการณ์ของการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคของประเทศไทย	๑๐
• ปัจจัยเสี่ยงและภัยคุกคามที่สำคัญ	๑๐
• ระบบกลไกการบริหารจัดการระดับชาติ ท้องถิ่น ด้านการสร้างเสริมสุขภาพ และป้องกันโรค	๑๗
ส่วนที่ ๓ กรอบยุทธศาสตร์งานสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคระดับชาติ ปี ๒๕๕๔ – ๒๕๕๘	๔๒
• วิเคราะห์จุดแข็ง จุดอ่อน	๔๒
• โอกาส และอุปสรรค	๔๓
• ประชุม – วิสัยทัศน์ – พันธกิจ – ยุทธศาสตร์	๔๔
ส่วนที่ ๔ แผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ ในการพัฒนางานสร้างเสริมสุขภาพ และป้องกันโรคระดับชาติ	๔๖
• สาระสำคัญ	๔๖
• แผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์งานสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคระดับชาติ	๔๖
บรรณานุกรม	๖๑

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
ภาคผนวก	๖๓
๑. นโยบายที่เกี่ยวข้อง	๖๔
๒. ความหมายคำสำคัญในปรัชญา วิสัยทัศน์ พันธกิจ และยุทธศาสตร์ งานสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคระดับชาติ ปี ๒๕๕๔ – ๒๕๕๘	๗๕
๓. การจัดลำดับคะแนนเพื่อกำหนดกรอบยุทธศาสตร์ งานสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคระดับชาติ ปี ๒๕๕๔ – ๒๕๕๘	๗๖
๔. ตารางสรุปการจัดลำดับคะแนนการกำหนดยุทธศาสตร์ของ งานสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคระดับชาติ ปี ๒๕๕๔ – ๒๕๕๘	๗๗
๕. ผังความคิดรวบยอดปัจจัยแวดล้อมเพื่อการวางแผนยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพ	๘๓
๖. ผังกระบวนการกรอบยุทธศาสตร์งานสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ระดับชาติ ปี ๒๕๕๔ – ๒๕๕๘	๘๔
๗. รายชื่อคณะทำงานจัดทำกรอบยุทธศาสตร์งานสร้างเสริมสุขภาพ และป้องกันโรคระดับชาติ ปี ๒๕๕๔ – ๒๕๕๘	๘๖

สารบัญภาพ

	หน้า
ภาพที่ ๑	ปัจจัยกำหนดสุขภาพที่สำคัญ
ภาพที่ ๒	ปรัชญาของเศรษฐกิจพอเพียง
ภาพที่ ๓	หน่วยงาน / เครือข่ายในระบบสุขภาพ
ภาพที่ ๔	การจัดโครงสร้างภายในกระทรวงสาธารณสุข
ภาพที่ ๕	แผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์งานสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค
	ระดับชาติ ปี ๒๕๕๔ – ๒๕๕๘
	๕๙

สารบัญตาราง

หน้า

ตารางที่ ๑	จำนวนปีที่สูญเสียสุขภาพของประชากรไทยตามกลุ่มของสาเหตุระหว่าง พ.ศ. ๒๕๔๒ และ ๒๕๔๗ จำแนกตามเพศ	๒๖
ตารางที่ ๒	การจัดอันดับการสูญเสียสุขภาพของประชากรไทยระหว่าง พ.ศ. ๒๕๔๒ และ ๒๕๔๗ จำแนกตามเพศและสาเหตุ	๒๗
ตารางที่ ๓	เปรียบเทียบระบบการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค	๓๘



ส่วนที่ ๑

บทนำ

๑. หลักการและเหตุผล

ปัจจุบันเรื่องสุขภาพ สิ่งแวดล้อม และการพัฒนาที่ยั่งยืน เป็นหัวข้อที่มีการกล่าวถึง และมีความสัมพันธ์กันในระดับโลก ในขณะที่ประเทศไทยยังเผชิญกับปัญหาที่เกี่ยวกับความยากจน และขาดการให้บริการขั้นพื้นฐานในด้านหนึ่ง และในอีกด้านมีการเจริญเติบโตด้านอุตสาหกรรม การพัฒนาทางเทคโนโลยี และมีความเป็นเมืองมากขึ้น ดังนั้นแนวทางในการที่จะดำเนินงาน ด้านสุขภาพและการแก้ปัญหาด้านสิ่งแวดล้อม เพื่อให้เกิดการพัฒนาที่ยั่งยืนจึงเป็นเรื่องที่ท้าทาย สำหรับผู้รับผิดชอบงานด้านสุขภาพ

งานด้านสาธารณสุข ในปัจจุบันมีการพัฒนาเจริญก้าวหน้าอย่างต่อเนื่อง มีการพัฒนา บริการสาธารณสุขให้เข้าถึงประชาชนมากขึ้น สามารถรักษาพยาบาลผู้ป่วยได้มากขึ้น มีการพัฒนา ด้านการส่งเสริมสุขภาพในกลุ่มเป้าหมายที่สำคัญ สามารถลดโรคที่เป็นปัญหาสาธารณสุขในอดีต ได้มากขึ้น มีเครื่องมืออุปกรณ์ มีโรงพยาบาล และสถานพยาบาลที่ทันสมัยกว่าสมัยก่อน แต่ปัญหา สาธารณสุขยังไม่หมดไป และกลับมีปัญหาใหม่ เช่น ปัญหาด้านสิ่งแวดล้อม โรคที่ก่อให้เกิดปัญหา ทั้งสุขภาพกายและสุขภาพใจ

สำหรับประเทศไทย ตั้งแต่แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคม ฉบับที่ ๑ เป็นต้นมา ได้มีการพัฒนานโยบายสาธารณสุขที่เน้นในการให้บริการรักษาพยาบาลโดยมีการขยายบริการ ให้ครอบคลุมพื้นที่ทั่วประเทศ จนกระทั่งในแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคม ฉบับที่ ๙ ที่ผ่านมา ที่มีนโยบายสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า เพื่อให้ประชาชนได้รับบริการทางสุขภาพทั้งด้าน การรักษาพยาบาล การฟื้นฟูสภาพ การส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคอย่างได้มาตรฐาน เสมอภาค และเท่าเทียมกัน จะเห็นได้ว่า ภายใต้นโยบายสาธารณสุขได้มีวิวัฒนาการอย่างต่อเนื่อง ได้มีการแปลงนโยบายดังกล่าวสู่การปฏิบัติ โดยกำหนดยุทธศาสตร์ นโยบายและแผนเพื่อให้ มีการดูแลประชาชนอย่างทั่วถึง สร้างความเข้มแข็งของชุมชนในการดูแลสุขภาพ คนไทยตื่นตัว และเปลี่ยนพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพ ออกกำลังกายบริโภคอาหารที่สะอาดและปลอดภัย ลดความเครียด เพื่อลดโรคที่สำคัญ ได้แก่ โรคหลอดเลือดและหัวใจ ความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน และมะเร็ง เป็นต้น รวมทั้งกิจกรรมอื่น ๆ ที่จำเป็นในการรักษาสุขภาพและทรัพยากรอื่น ๆ ที่จำเป็น ต่อการสร้างสุขภาพของบุคคล ครอบครัว และชุมชน โดยมีภาครัฐสนับสนุน และมีความจำเป็น ในการสร้างและพัฒนาให้ประเทศไทยเป็นประเทศที่มีการสร้างสุขภาพ ทั้งในระดับตำบล อำเภอ จังหวัด และสุดท้าย ประเทศที่มุ่งสู่สุขภาพดีในอนาคตอันใกล้



การที่จะทำให้สถานะสุขภาพของประชาชนดีขึ้นอย่างยั่งยืน จะต้องอาศัยกระบวนการจัดทำและวิเคราะห์นโยบายสาธารณสุข ในการที่จะนำไปสู่การดำเนินการในมาตรการ/วิธีการที่จะส่งผลกระทบต่อประชากรส่วนใหญ่ ซึ่งเป็นกระบวนการสำคัญในการพัฒนาสุขภาพ รัฐมีภาระหน้าที่หลักในการที่จะนำประชาชนไปสู่สภาวะที่ดี ดังนั้นจะต้องมีการลงทุนในด้านสุขภาพเพิ่มขึ้น ต้องดำเนินงานผ่านหลายภาคี เพื่อให้ภาคีสามารถร่วมขบวนการพัฒนาสุขภาพได้ และผลักดันการพัฒนาสุขภาพ **สู่การสร้างเสริมสุขภาพอย่างยั่งยืน**

จากปรัชญาเรื่องคนเป็นศูนย์กลางของการพัฒนา นโยบายหรือยุทธศาสตร์ประเภทนี้จะเน้นไปที่การสร้างกระบวนการเพื่อการเปลี่ยนแปลงในตัวบุคคล ชุมชน เช่น โครงการที่เสริมการเรียนรู้ ทักษะต่าง ๆ ถึงแม้ว่าผลลัพธ์ที่ได้จากการใช้กระบวนการจะยังมีความสำคัญและใช้เป็นหลักในการประเมินผล แต่ความสำเร็จแท้จริงอยู่ที่การถ่ายทอดและการรับกระบวนการไปประยุกต์ใช้ ตัวอย่างเช่น

- โครงการสาธารณสุขมูลฐาน
- การสร้างเครือข่าย สร้างความเป็นผู้นำ สร้างวิสัยทัศน์
- การสร้างจิตสำนึก ศรัทธา สร้างความสุข ความพอใจจากการทำงาน
- การสร้างมาตรฐาน แนวทางปฏิบัติต่าง ๆ สำหรับบุคคล ชุมชน

จากปรัชญาเรื่องการพัฒนาที่ยั่งยืน ได้แก่ โครงการหรือมาตรการที่สร้างความเข้มแข็งให้สังคม ตัวอย่างเช่น

- การรณรงค์เพื่อส่งเสริมพฤติกรรมบวกหรือปรับเปลี่ยนพฤติกรรมลบ
- การส่งเสริมการใช้ชีวิตที่ดี
- การพัฒนาบทบาท รวมทั้งระบบการเงินขององค์กรท้องถิ่น และหน่วยงานของรัฐ
- การส่งเสริมการมีส่วนร่วม

จากปรัชญาเรื่องประสิทธิภาพผลคุ้มค่า เป็นที่มาของโครงการ และมาตรการต่าง ๆ เช่น

- การใช้ทรัพยากรมนุษย์ และเทคโนโลยีที่เหมาะสม (งานสาธารณสุขมูลฐาน)
- นโยบายการนำภาษีอากรบางประเภทมาใช้กับงานสร้างสุขภาพ (กองทุน สสส.)
- การใช้กระบวนการที่มีประสิทธิภาพในการก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลง
- การนำเอามาตรการที่มีประสิทธิภาพต่อการลดปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญมาใช้



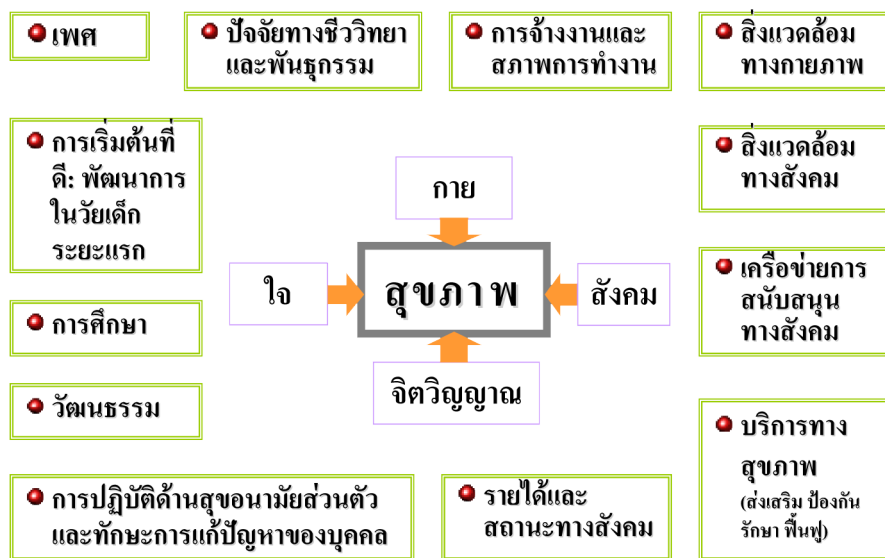
จากปรัชญาเรื่องความเสมอภาคหรือความเป็นธรรม เป็นที่มาของโครงการสร้างหลักประกันถ้วนหน้า

- การขยายหลักประกันสุขภาพให้ครอบคลุมประชากร
- การบูรณาการให้ประชากรทุกกลุ่มได้รับสิทธิประโยชน์ในการบริการสุขภาพเท่าเทียมกัน

๒. วิวัฒนาการของกระบวนการพัฒนานโยบายสาธารณสุข

๒.๑ กรอบแนวคิด

ปัจจุบันกรอบแนวคิดในเรื่องปัจจัยกำหนดต่อสุขภาพอนามัยของประชาชนได้ขยายกว้างขึ้น ดังในแผนภาพที่ ๑ จะเห็นได้ว่าปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อองค์รวมด้านสุขภาพ (กาย ใจ สังคม จิตวิญญาณ) เป็นสหปัจจัยที่มีทั้งปัจจัยส่วนบุคคล พฤติกรรม พันธุกรรม ปัจจัยทางสังคม สิ่งแวดล้อม ฯลฯ



ภาพที่ ๑ ปัจจัยกำหนดสุขภาพที่สำคัญ



๒.๒ มุมมองใหม่

มุมมองใหม่ของสุขภาพซึ่งเป็นแนวโน้มที่น่าสนใจ และตกย้ำให้เห็นพลวัตและความเชื่อมโยงของสุขภาพและองค์ประกอบอื่น ๆ ของการดำรงชีวิต ดังนี้คือ

๑. สุขภาพในฐานะสิทธิมนุษยชน สุขภาพได้รับการยอมรับให้เป็นสิทธิขั้นพื้นฐานของมนุษย์ที่รัฐมีหน้าที่ดำเนินการเพื่อสร้างความมั่นคงทางสุขภาพให้แก่ประชาชน ๖ ประการ คือ ไม่เจ็บป่วยหากไม่จำเป็นต้องป่วย หากเจ็บป่วยต้องได้รับการรักษาตามความจำเป็น ไม่พิการหากไม่จำเป็นต้องพิการ หากต้องพิการก็ให้พิการน้อยที่สุด เมื่อพิการต้องได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพ และสามารถใช้ชีวิตได้อย่างมีคุณภาพ และไม่เสียชีวิตหากไม่จำเป็นต้องเสียชีวิต

๒. ความกว้างขวางของกรอบนิยามสุขภาพ สุขภาพไม่ได้จำกัดอยู่เพียงเรื่องการรักษาพยาบาลเท่านั้น แต่ครอบคลุมการป้องกันโรค การส่งเสริมสุขภาพ การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสมรรถภาพด้วย นอกจากนี้ขอบเขตของสุขภาพยังไม่จำกัดอยู่แต่เฉพาะเรื่องสาธารณสุข แต่เชื่อมโยงไปสู่ประเด็นทางเศรษฐกิจ สังคม สิ่งแวดล้อม วัฒนธรรม ประเพณี ความเชื่อและค่านิยมของสังคม หรือแม้แต่การปกครองด้วย

๓. แนวโน้มคุณภาพ การทำงานที่มีคุณภาพทวีความสำคัญมากยิ่งขึ้น ไม่เว้นแต่คุณภาพในระบบสุขภาพ คุณภาพเชื่อมโยงกับมาตรฐาน จริยธรรม การตอบสนองความต้องการ อันนำไปสู่ความพึงพอใจ

๔. การใช้ความรู้เป็นฐาน การตัดสินใจเลือกนโยบาย การวางแผน หรือแม้แต่การปฏิบัติต่าง ๆ ในวิชาชีพหรือระบบงานที่เกี่ยวข้องล้วนมีแนวโน้มที่จะต้องใช้ความรู้เป็นฐานมากขึ้น เมื่อมีการพัฒนาองค์ความรู้ใหม่ ๆ เกี่ยวกับสุขภาพ ขอบเขตนิยามความหมายของสุขภาพ และปัจจัยกำหนดสุขภาพก็จะเปลี่ยนแปลงไปด้วย

๕. ระบบการเงินเพื่อสุขภาพ การยกระดับและรักษาสุขภาพมีต้นทุนค่าใช้จ่าย เรื่องระบบการเงินเพื่อสุขภาพเข้าไปเกี่ยวกับการพัฒนาเศรษฐกิจ ประสิทธิภาพของการใช้และความจำกัดของทรัพยากร ความเสมอภาคและความเป็นธรรมของสังคมในการรับภาระทางสุขภาพที่เกิดขึ้นกับคนในสังคม นำไปสู่เรื่องกลไกในการกระจายความเสี่ยง เช่น การประกันสุขภาพ เป็นต้น



๖. อุตสาหกรรมสุขภาพและธุรกิจสุขภาพ สุขภาพกลายเป็นอุตสาหกรรมมากขึ้น กิจกรรมทางอุตสาหกรรมและบริการต่าง ๆ เข้ามาเชื่อมโยงกับเรื่องสุขภาพในทางธุรกิจมากขึ้น ไม่ว่าจะเป็นการผลิตยาและเวชภัณฑ์ การบริการรักษาพยาบาล อาหาร การออกกำลังกายและส่งเสริมสุขภาพรูปแบบต่าง ๆ ตลอดจนประเด็นด้านการค้าระหว่างประเทศ ทำให้ระบบสุขภาพส่วนหนึ่งกลายเป็นธุรกิจสุขภาพที่มีกำไรในรูปของตัวเงินเป็นแรงจูงใจ ซึ่งมีโอกาสบิดเบือนพัฒนาการของระบบไปจากสุขภาพของบุคคลและสาธารณะตามที่ควรจะเป็นได้

๒.๓ การพัฒนานโยบายสุขภาพระดับโลก

ในระดับโลกได้มีการพัฒนานโยบายจากการมุ่งที่การขยายสถานบริการสุขภาพ การควบคุมป้องกันโรค มาสู่การสร้างสุขภาพในช่วงหลายทศวรรษที่ผ่านมา

กฎบัตรออตตาวา (๒๕๒๘) ส่วนที่สำคัญ ได้แก่ ยุทธศาสตร์ทั้ง ๕ ประการ คือ (๑) การสร้างนโยบายสาธารณะที่เอื้อต่อสุขภาพโดยเฉพาะในระดับท้องถิ่น (๒) การสร้างสรรค์สิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการสร้างเสริมสุขภาพชุมชน (๓) การเสริมสร้างชุมชนสุขภาพดี (๔) การพัฒนาทักษะส่วนบุคคลที่จำเป็นเพื่อการมีสุขภาพดี (๕) ปรับเปลี่ยนระบบบริการสุขภาพ ที่เน้นการร่วมคิดร่วมทำของชุมชน องค์กรท้องถิ่น และหน่วยบริการสุขภาพในระดับชุมชน

กฎบัตรกรุงเทพ (๒๕๔๘) ข้อกำหนดสำคัญ ได้แก่ กำหนดให้การส่งเสริมสุขภาพเป็น (๑) วาระสำคัญของโลกาภิวัตน์ (๒) ความรับผิดชอบของทุกรัฐบาล (๓) หัวใจของงานชุมชนและประชาสังคม (๔) เกณฑ์พื้นฐานของการบริหารกิจการที่ดี

กระแสการสร้างสุขภาพอย่างยั่งยืน กระแสสร้างสุขภาพเป็นสิ่งท้าทายของทุกภาคส่วนในการสร้างสุขภาพอย่างยั่งยืน กระแสแนวคิดการสร้างเสริมสุขภาพมีความสำคัญต่อการสร้างสุขภาพที่เป็นที่ยอมรับและมีพัฒนาการมาโดยตลอดทั้งในระดับโลกและระดับประเทศ โดยความร่วมมือในระดับนานาชาติเริ่มต้นจากการให้ความสำคัญกับยุทธศาสตร์การสาธารณสุขมูลฐาน (Primary Health Care) ที่เน้นการพึ่งตนเองด้านสุขภาพเพื่อการดูแลตนเอง ก้าวไปสู่ยุทธศาสตร์การสร้างเสริมสุขภาพ (Health Promotion Strategy) ภายใต้แนวคิด “การสร้างสุขภาพนำการซ่อมสุขภาพ” โดยการออกกฎบัตรออตตาวา (Ottawa Charter) และล่าสุดจากการประชุมการส่งเสริมสุขภาพโลกในประเทศไทยได้มีการออกกฎบัตรกรุงเทพ (Bangkok Charter) ในปี ๒๕๔๘ ได้เสนอแนวทางที่โลกจะก้าวสู่การมีสุขภาพดี ต้องประกอบด้วย ๓ ยุทธศาสตร์ คือ ๑) กิจกรรมทางการเมืองที่เข้มแข็ง (Strong Political Action) ๒) การมีส่วนร่วมอย่างกว้างขวาง



(Broad Participation) ๓) การก่อกระแสทางสังคมอย่างต่อเนื่องและยั่งยืน (Sustained Advocacy) ซึ่งมีกิจกรรมหลัก ๕ ประการ คือ ๑) การก่อกระแสสังคมเพื่อสุขภาพบนฐานของสิทธิมนุษยชน และการช่วยเหลือเกื้อกูลซึ่งกันและกัน ๒) การลงทุนด้านการกำหนดนโยบาย แนวทางปฏิบัติ และโครงสร้างพื้นฐานที่มีผลต่อปัจจัยที่กำหนดสภาวะสุขภาพอย่างยั่งยืน ๓) การสร้างศักยภาพ ๕ ด้าน ได้แก่ การพัฒนานโยบาย ภาวะผู้นำ การดำเนินงาน องค์ความรู้และการวิจัยเพื่อการส่งเสริมสุขภาพ ๔) การสร้างพันธมิตรด้านสุขภาพ ๕) การใช้มาตรการทางกฎหมายเพื่อคุ้มครองความปลอดภัยและเกื้อกูลให้ประชาชนมีโอกาสเข้าถึงการมีสุขภาพที่ดีอย่างเท่าเทียมกัน ต่อมาได้บรรจุกฎบัตรกรุงเทพเข้าสู่การประชุมสมัชชาโลกในปี ๒๕๔๙ เพื่อให้เป็นวาระแห่งโลก (Global Agenda) ที่ทุกประเทศทั่วโลกยอมรับและนำสู่การปฏิบัติด้วยการใช้กลไกองค์กรนานาชาติ ผลักดันแนวคิดและการปฏิบัติเพื่อให้ทุกประเทศร่วมกันส่งเสริมสุขภาพอย่างจริงจัง ภายใต้คำขวัญ “พันธมิตรแห่งโลกสู่การปฏิบัติเพื่ออนาคต” (Global Partnership of Action in to the Future) เพื่อก้าวสู่ความมั่นคงทางสุขภาพของชาวโลกในอนาคต รัฐบาลทุกประเทศต้องคิดว่า “การสร้างสุขภาพคือการลงทุน” จะต้องทำให้การลงทุนด้านส่งเสริมสุขภาพอยู่ในระดับที่เหมาะสม ทั้งนี้จากการศึกษาขององค์การอนามัยโลก พบว่า อายุขัยเฉลี่ยที่เพิ่มขึ้นร้อยละ ๑๐ จะทำให้อัตราการเจริญเติบโตทางเศรษฐกิจเพิ่มขึ้นร้อยละ ๐.๓๕ แสดงให้เห็นว่าการมีสถานะสุขภาพที่สูงขึ้นจะเพิ่มกำลังการผลิตได้ประมาณร้อยละ ๑๗ (World Health Organization, ๒๐๐๑)

๒.๔ การพัฒนานโยบายระดับประเทศ

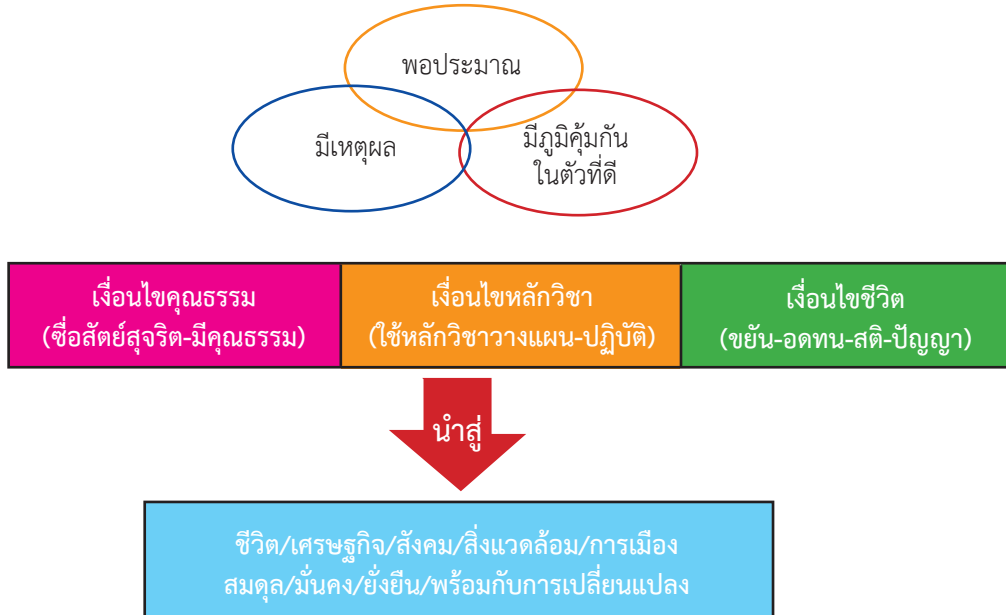
ในระดับประเทศก็ได้มีการพัฒนานโยบายจากการมุ่งที่การขยายสถานบริการสุขภาพในส่วนภูมิภาค การควบคุมป้องกันโรคในอดีต มาสู่การสร้างสุขภาพเช่นกัน จนในปัจจุบันตามแนวทางการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ ๑๐ ที่นำเอาปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียงมาเป็นปรัชญานำทางในการพัฒนาสุขภาพ

ปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง (๒๕๔๙) คือ ทางสายกลางในการดำรงชีวิต อันจะนำไปสู่สภาวะ (อยู่เย็นเป็นสุข) ทั้งด้านการผลิตและบริโภค อย่างพอประมาณ มีเหตุผล มีภูมิคุ้มกันในตัวที่ดี และมีคุณธรรม คำนึงถึงผลกระทบต่อผู้อื่นและสิ่งแวดล้อม



ปรัชญาของเศรษฐกิจพอเพียง

ทางสายกลาง และ ความพอเพียง



ภาพที่ ๒ ปรัชญาของเศรษฐกิจพอเพียง

จากสถานการณ์แนวโน้มปัญหาและการพัฒนาสุขภาพในแผนพัฒนาสุขภาพ ฉบับที่ ๑๐ ในช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ ๑๐ (๒๕๕๐-๒๕๕๔) นั้น แผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติได้กำหนดวิสัยทัศน์ไว้ดังนี้

“สังคมที่มีความสุขอย่างยั่งยืน” โดยยึดหลัก “ปรัชญาของเศรษฐกิจพอเพียง” ด้วยกระบวนการพัฒนาแบบบูรณาการเป็นองค์รวมที่มี “คนเป็นศูนย์กลางการพัฒนา” ภายใต้การพัฒนาอย่างสมดุลของทุนทางเศรษฐกิจ ทุนทางสังคม และทุนทางทรัพยากรธรรมชาติ และสิ่งแวดล้อม โดยเน้นหลักทางสายกลาง ความสมดุลและยั่งยืน ความพอประมาณอย่างมีเหตุผล การมีภูมิคุ้มกันและรู้เท่าทันโลก ตลอดจนการเสริมสร้างคุณภาพคน ทั้งนี้เป็นการนำเอาปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียงมาสู่การปฏิบัติให้เกิดผล



สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติได้รายงานภาพรวมสถานการณ์การพัฒนาประเทศไทยที่ผ่านมาได้สร้างความเจริญเติบโตทางเศรษฐกิจอย่างต่อเนื่องในช่วง ๓ ปีแรกของแผนพัฒนาฯ ฉบับที่ ๙ ภายใต้นโยบายรัฐบาลในระบบเศรษฐกิจคู่ขนาน (Dual Track) ทำให้มีอัตราการขยายตัวของ GDP เฉลี่ยร้อยละ ๖.๑ ต่อปี แต่การขยายตัวทางเศรษฐกิจกว่าครึ่งหนึ่งเป็นผลจากการขยายตัวของการบริโภค มีการกระจายรายได้มีความเท่าเทียมมากขึ้น จากส่วนแบ่งรายได้ของกลุ่มคนที่มีรายได้สูงสุด ส่วนแบ่งรายได้ในสัดส่วนที่ลดลงจากร้อยละ ๕๗.๘ ในปี ๒๕๔๓ เป็นร้อยละ ๕๕.๒ ในปี ๒๕๔๗ คนยากจนลดลงจาก ๙.๕ ล้านคนในปี ๒๕๔๕ เหลือเพียง ๗.๕๔ ล้านคนในปี ๒๕๔๗ จากนโยบายขจัดความยากจน นอกจากนี้ยังทำให้ประเทศ สู่วามทันสมัย มีความสะดวกสบายในการดำรงชีวิต คนไทยมีการศึกษาเพิ่มมากขึ้นเล็กน้อย จากอัตราการเรียนรู้อยู่ที่ร้อยละ ๕๙.๒๖ ในปี ๒๕๔๔ เพิ่มขึ้นเป็น ๖๐.๐๘ ในปี ๒๕๔๗ คุณภาพของประชากรไทยมีการเปลี่ยนแปลงไปในทิศทางดีขึ้น สะท้อนได้จากดัชนีความอยู่ดีมีสุขของคนไทยเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง จากร้อยละ ๖๙.๑ ในปี ๒๕๔๔ เป็นร้อยละ ๗๖.๘ ในปี ๒๕๔๖ ดัชนีการพัฒนาด้านสุขภาพอนามัยของประชากรตามเป้าหมายการพัฒนาแห่งสหัสวรรษ (Millennium Development Goals : MDGs) ได้แก่ การตายของมารดาและทารก การตายจากโรคหัวใจ มาเลเรีย วัณโรค โรคเอดส์ในกลุ่มเป้าหมายต่าง ๆ ซึ่งได้ขยายเป้าหมายเป็น MDGs Plus ขณะเดียวกันนโยบายการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าทำให้ประชาชนเข้าถึงบริการสาธารณสุขมากขึ้น และคนไทยมีอายุยืนยาวขึ้น

๒.๕ ทิศทางการพัฒนาสุขภาพในแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ ๑๑

จากวิสัยทัศน์ “สังคมอยู่ร่วมกันอย่างมีความสุข ด้วยความเสมอภาค เป็นธรรม และมีภูมิคุ้มกันต่อการเปลี่ยนแปลง” และกรอบยุทธศาสตร์ที่สำคัญ ดังนี้

๑. ยุทธศาสตร์การสร้างความเป็นธรรมในสังคม
๒. ยุทธศาสตร์การพัฒนาคนสู่สังคมแห่งการเรียนรู้ตลอดชีวิตอย่างยั่งยืน
๓. ยุทธศาสตร์การสร้างความปลอดภัยและมั่นคงของอาหารและพลังงาน
๔. ยุทธศาสตร์การสร้างเศรษฐกิจฐานความรู้และการสร้างปัจจัยแวดล้อม
๕. ยุทธศาสตร์การสร้างเชื่อมโยงกับเศรษฐกิจในภูมิภาค
๖. ยุทธศาสตร์การจัดการทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อมอย่างยั่งยืน

เป้าหมายของแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ ๑๑ มุ่งเน้นที่จะพัฒนาให้บรรลุเป้าหมายของ MDGs ในปี ๒๕๕๘ ซึ่งมีเป้าหมายสำคัญที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาสุขภาพ โดยเฉพาะเรื่องอัตราการตายของเด็กและทารก อัตราการตาย การป้องกันและควบคุมโรคติดต่อที่สำคัญ ฯลฯ



อย่างไรก็ตาม สถานการณ์แนวโน้มที่สุขภาพของประชากรมีความเสี่ยงมากเพิ่มขึ้นจากการเปลี่ยนแปลงของประชากรและสิ่งแวดล้อม รวมทั้งพฤติกรรมและวัฒนธรรมการใช้ชีวิต อันมีสาเหตุจากการพัฒนาประเทศและระบบเศรษฐกิจที่เจริญเติบโตอยู่บนฐานของการใช้ทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อมอย่างสิ้นเปลือง ก่อให้เกิดความขัดแย้งและความเสื่อมของสังคม สภาพแวดล้อมถูกทำลายสู่ความเสื่อมของสุขภาพมนุษย์ การขาดความสมดุลระหว่างการพัฒนาและการใช้ทุนทางเศรษฐกิจ สังคม และทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม ที่เน้นด้านปริมาณมากกว่าคุณภาพ ทำให้ทุนต่าง ๆ ลดน้อยลงและไม่ได้รับการพัฒนาเท่าที่ควร โดยเฉพาะการพัฒนาทุนทางสังคมที่เป็นทุนมนุษย์เป็นปัจจัยหลักที่มีความสำคัญมากที่สุดต่อการพัฒนาสร้างทุนอื่น ๆ และนำไปสู่การพัฒนาคนและสังคมให้มีสุขภาพะ ตลอดจนพัฒนาเศรษฐกิจของประเทศชาติให้เจริญก้าวหน้าเท่าทันการเปลี่ยนแปลงของกระแสโลกาภิวัตน์ ซึ่งก็ยังไม่ได้รับความสำคัญน้อย ทำให้การพัฒนาประเทศทั้งในบริบทการเปลี่ยนแปลงทางด้านเศรษฐกิจ ความก้าวหน้าทางด้านเทคโนโลยี สังคมและโครงสร้างประชากร สิ่งแวดล้อม และพฤติกรรม การบริโภค มีผลพวงก่อให้เกิดปัญหาที่ซับซ้อนเป็นภัยคุกคามต่อสุขภาพและความอยู่ดีมีสุขของคนไทยตามมามากมาย

จากแนวทางการพัฒนาประเทศที่ผ่านมา และแนวทางการพัฒนาประเทศในอนาคต ที่เน้นคนเป็นศูนย์กลางของการพัฒนา มุ่งสู่สังคมที่อยู่ร่วมกันอย่างมีความสุข ด้วยความเสมอภาค เป็นธรรม และมีภูมิคุ้มกันต่อการเปลี่ยนแปลง ดังนั้น การขับเคลื่อนกรอบยุทธศาสตร์งานสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค จึงเป็นส่วนสำคัญในการดำเนินงานเพื่อให้บรรลุเป้าหมายตามแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ภายใต้แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ ๑๑ พ.ศ. ๒๕๕๕ – ๒๕๕๙

๓. วัตถุประสงค์

กรอบยุทธศาสตร์งานสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคระดับชาติ มีวัตถุประสงค์เพื่อ

๑. เป็นแนวทางให้ทุกภาคส่วนใช้ในการพัฒนาสุขภาพระดับบุคคลและสร้างความเข้มแข็งของชุมชน ให้เป็นไปในทิศทางเดียวกัน
๒. บูรณาการการดำเนินงานและทรัพยากร เพื่อให้บรรลุเป้าหมายการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค



ส่วนที่

๒

สถานการณ์

ของการสร้างเสริมสุขภาพ
และป้องกันโรคของประเทศไทย

การดำเนินงานด้านสาธารณสุขในปัจจุบันมีการพัฒนาเจริญก้าวหน้าอย่างต่อเนื่อง มีการพัฒนาการบริการสาธารณสุขที่ประชาชนสามารถเข้าถึงได้มากขึ้น สามารถรักษาพยาบาลผู้ป่วยได้มีประสิทธิภาพมากขึ้นด้วยเทคโนโลยีทางการแพทย์และสาธารณสุขที่ก้าวหน้า มีเครื่องมืออุปกรณ์ มีโรงพยาบาล และสถานพยาบาลที่ทันสมัยกว่าสมัยก่อน มีการพัฒนาด้านการส่งเสริมสุขภาพในกลุ่มเป้าหมายที่สำคัญ สามารถลดโรคที่เป็นปัญหาสาธารณสุขในอดีตได้มากขึ้น อย่างไรก็ตามปัญหาสาธารณสุขยังไม่หมดไป สภาพการณ์ของโรคเปลี่ยนแปลงไปจากโรคติดต่อที่ลดน้อยลง ไปเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังมากขึ้น ที่ส่วนใหญ่เกี่ยวข้องกับวิถีการดำเนินชีวิต ซึ่งพอสรรูปสถานการณ์ของสถานะสุขภาพ ปัจจัยที่มีผลต่อสุขภาพ และการดำเนินงานด้านสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ดังนี้

ปัจจัยเสี่ยงและภัยคุกคามที่สำคัญ

๑. ปัจจัยแวดล้อมทางด้านสังคม ที่สำคัญได้แก่

๑.๑ โครงสร้างประชากร จากความสำเร็จของนโยบายประชากรและการวางแผนครอบครัวในอดีต ส่งผลให้ประเทศไทยมีอัตราการเจริญพันธุ์อยู่ในระดับที่ต่ำกว่าระดับทดแทนมาอย่างต่อเนื่อง โครงสร้างประชากรจึงเปลี่ยนแปลงอย่างมากในระยะ ๒๐ ปีที่ผ่านมา จากปี พ.ศ. ๒๕๑๓ สัดส่วนประชากรวัยเด็ก : วัยแรงงาน : วัยสูงอายุ เท่ากับ ๔๕.๑ : ๔๙.๙ : ๔.๙ เปลี่ยนเป็น ๒๙.๓ : ๖๓.๔ : ๗.๓ ในปี พ.ศ. ๒๕๒๓ และปัจจุบันในปี พ.ศ. ๒๕๕๒ มีสัดส่วนเท่ากับ ๒๑.๐ : ๖๗.๕ : ๑๑.๙ ซึ่งจะเห็นว่าประชากรวัยเด็กลดลงอย่างรวดเร็ว ประชากรวัยแรงงานยังคงเพิ่มขึ้นและคาดว่าจะลดลงตั้งแต่ปี พ.ศ. ๒๕๕๕ เป็นต้นไป ขณะที่ประชากรสูงอายุเพิ่มมากขึ้น โดยคาดว่าในปี พ.ศ. ๒๕๗๐ แนวโน้มสัดส่วนประชากรวัยเด็ก (๐-๑๔ ปี) : วัยแรงงาน (๑๕-๕๙ ปี) : วัยสูงอายุ (๖๐ ปีขึ้นไป) เท่ากับ ๑๔.๔ : ๖๒.๙ : ๒๒.๗ ซึ่งจะทำให้ประชากรเกือบ ๑ ใน ๔ ของประเทศ หรือเกือบ ๑๗ ล้านคน เป็นประชากรผู้สูงอายุ การเปลี่ยนแปลงดังกล่าว ส่งผลกระทบต่ออัตราส่วนการพึ่งพิงกลุ่มวัยแรงงานที่จะต้องดูแลประชากรวัยเด็กและผู้สูงอายุเพิ่มมากขึ้นภาระค่าใช้จ่ายของภาครัฐ และครัวเรือนในการดูแลผู้สูงอายุในเรื่องสุขภาพจะสูงขึ้นจากรูปแบบภาวะการเจ็บป่วยของผู้สูงอายุด้วยโรคเรื้อรังเพิ่มขึ้น อาทิ โรคกระดูกและข้อ ความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคหัวใจและหลอดเลือด อัลไซเมอร์ ต้อกระจก และภาวะทางทันตกรรม รวมทั้งการเผชิญกับภาวะทุพพลภาพในระยะยาวจะมีแนวโน้มสูงขึ้น สวัสดิการทางสังคมที่รัฐต้องดูแลผู้สูงอายุจะทำให้มีค่าใช้จ่ายสูงขึ้น นอกจากนี้



จากลักษณะโครงสร้างครอบครัวไทยที่เป็นครอบครัวเดี่ยวมากขึ้น สมาชิกในครอบครัวลดน้อยลง อันเป็นผลพวงมาจากการย้ายถิ่นของแรงงานวัยหนุ่มสาวเข้าสู่เมือง ทำให้ผู้สูงอายุจำนวนไม่น้อยต้องใช้ชีวิตตามลำพัง การได้รับการดูแลและช่วยเหลือก็ถดถอยลง ซึ่งเป็นปัญหาใหญ่สำหรับกลุ่มผู้สูงอายุที่ต้องการความช่วยเหลือในอนาคต

๑.๒ กระแสทุนนิยม บริโภคนิยม และความเสื่อมโทรมทางจริยธรรม ในรอบเกือบทศวรรษที่ผ่านมา นโยบายการพัฒนาประเทศไทยให้ความสำคัญต่อการพัฒนาโครงสร้างพื้นฐานเป็นหลัก นโยบายของรัฐบาลได้นำรูปแบบประชานิยมมาใช้เพื่อเรียกคะแนนนิยมจากประชาชนหวังผลเพื่อชนะการเลือกตั้ง เช่น การลงทุนเพื่อสร้างถนนหนทาง สิ่งอำนวยความสะดวกขั้นพื้นฐาน ได้แก่ ไฟฟ้า น้ำประปา โทรศัพท์ ฯลฯ เพื่อเอื้อประโยชน์ต่อการขยายตัวทางเศรษฐกิจ เพิ่มโอกาสให้ผู้ประกอบการรายย่อยได้เข้ามามีบทบาทในการประกอบธุรกิจมากขึ้น ผลที่ตามมาของกระแสทุนนิยม คือ ทำให้เกิดช่องว่างระหว่างคนรวยและคนจนขยายมากยิ่งขึ้น เนื่องจากโอกาสทางการแข่งขันในภาคธุรกิจของผู้ประกอบการรายใหญ่มักมีช่องทางและโอกาสมากกว่าผู้ประกอบการรายย่อย ซึ่งเป็นการยากหากผู้ประกอบการรายย่อยจะได้ส่วนแบ่งทางการตลาดเพิ่มขึ้น หากขาดเงินลงทุนหรือแหล่งที่จะสนับสนุนด้านการเงินที่มั่นคงและน่าเชื่อถือ นอกจากนี้ ผลจากการแข่งขันทางเศรษฐกิจทำให้เกิดกระแสบริโภคนิยมเข้าครอบงำ ทำให้ประชาชนยึดติดกับการบริโภคสินค้าตามกระแส รสนิยม ยี่ห้อ ที่ได้รับการโฆษณาประชาสัมพันธ์ หรือการดำเนินการตามแผนการตลาดของบริษัทผู้ผลิตสินค้าต่างๆ เป็นการบริโภคเลียนแบบ บริโภคฟุ่มเฟือย เกินพอดี ขาดการคำนึงถึงคุณค่า และขาดการเลือกใช้อย่างเหมาะสม ส่งผลทำให้วัฒนธรรมในการบริโภคสินค้าของประชาชนเปลี่ยนไป นำไปสู่การบั่นทอนทุนทางสังคมจากการทำลายภูมิปัญญา วัฒนธรรม สิ่งแวดล้อม

กระแสวัตถุนิยมที่เกิดขึ้นทำให้ประชาชนกลายเป็นเครื่องมือในการสร้างรายได้และแสวงหากำไรจากผู้ประกอบการ ทำให้ครอบครัวต้องเพิ่มภาระหนี้สินมากขึ้น ธุรกิจมุ่งกำไรสูงสุดโดยไม่รับผิดชอบ ใช้การหลบเลี่ยงการเสียภาษีในรูปแบบต่างๆ หรืออาศัยช่องทางกฎหมายในการแสวงหาประโยชน์ที่ไม่สามารถตอบคำถามเชิงจริยธรรมได้ การผลิตสินค้าและบริการที่ขาดจิตสำนึกต่อส่วนรวม ตัวอย่างที่เห็นได้ชัดเจน คือ การนำเรื่องของสุขภาพมาหาผลประโยชน์ในเชิงพาณิชย์ โรงพยาบาลถูกนำเข้าตลาดหุ้นเพื่อระดมทุน เน้นการทำกำไรให้มีการปันผลในอัตราสูง ทำให้มีภาระค่าใช้จ่ายทางด้านสุขภาพสูงเกินความจำเป็น ในทางสังคม การพัฒนาที่มุ่งเน้นการเติบโตทางวัตถุได้ทำให้ปัญหาด้านสังคมและด้านจิตใจถูกละเลย ครอบครัวไทยมีการหย่าร้างสูง มีความเครียดและแนวโน้มความเจ็บป่วยทางจิตรุนแรง มีอัตราการบริโภคสุราและยาเสพติดอื่น ๆ สูง นำไปสู่การแพร่ระบาดของความรุนแรงในปัจจุบัน



๑.๓ แรงงานข้ามชาติ การสื่อสารคมนาคมในปัจจุบัน เป็นส่วนสนับสนุนให้เกิด การเคลื่อนย้ายประชากรสะดวกมากขึ้นกว่าในอดีต ผสมกับปัจจัยทางเศรษฐกิจ สังคม การเมือง และการเปลี่ยนแปลงทางวัฒนธรรมที่มีความรวดเร็วและซับซ้อนมากขึ้น จนอาจกล่าวได้ว่า “แรงงานข้ามชาติ” เป็นปรากฏการณ์อย่างหนึ่งอันเกิดจากกระแส “ทุนนิยมและโลกาภิวัตน์” เนื่องจาก ประเทศไทยมีศักยภาพทางด้านเศรษฐกิจสูงกว่าประเทศเพื่อนบ้าน จึงดึงดูดให้ แรงงานต่างชาติเข้ามาทำงานอย่างผิดกฎหมายมากขึ้น ส่งผลกระทบต่อภาระค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ ตลอดจนผลกระทบต่อสุขภาพอนามัยของประชาชนในเรื่องการเป็นพาหะของโรค โรคติดต่อ และโรคอุบัติใหม่ ได้แก่ โรคอุจจาระร่วง อหิวาตกโรค โรคมาลาเรีย วัณโรค โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ โรคเอดส์ โรคซาร์ส ไข้หวัดนก และโรคที่หมดไปแล้วจากประเทศไทย ได้แก่ โรคเท้าช้าง ไข้กาฬหลังแอ่น รวมทั้งโรคติดต่อบางชนิดที่สามารถป้องกันได้ด้วยวัคซีนจะกลับเข้ามาแพร่ระบาด ในประเทศไทย ได้แก่ โรคโปลิโอ และคอตีบ นอกจากนี้ แรงงานต่างด้าวส่วนใหญ่อยู่ในชุมชน ที่แออัด สภาพแวดล้อมที่ไม่เหมาะสม ส่งผลต่อคุณภาพชีวิต ความเป็นอยู่ และสุขภาพอนามัย ของแรงงานต่างด้าวและสังคมไทย

๑.๔ ความรุนแรงในสังคม ปัญหาความรุนแรงที่แพร่ระบาดทั่วไปในทุกระดับ ของสังคมไทย เป็นผลลัพธ์มาจากการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วของโครงสร้างทางเศรษฐกิจ และสังคม ที่ทำให้สถาบันครอบครัวอ่อนแอลง การอดทน อดกลั้นต่อความแตกต่างลดน้อยลง ความเป็นธรรมทางสังคมเสื่อมถอยลง คนที่เข้มแข็งและมีโอกาสทางสังคมใช้โครงสร้างที่ตนได้ เปรียบเอาเปรียบและกระทำความรุนแรงต่อคนที่อ่อนแอ ในขณะที่คนที่อ่อนแอกว่าไม่มี หนทางที่จะแสดงออกหรือต่อรองได้ เป็นผลให้หันไปหาวิธีการที่รุนแรงเพื่อตอบโต้ ซึ่งความรุนแรง ในชีวิตประจำวันที่ปรากฏมีทั้งการทำร้ายตนเอง หรือพยายามฆ่าตัวตาย โดยผู้พยายามฆ่าตัวตาย สูงกว่าผู้หญิงถึง ๔ เท่า กล่าวคือ มีอัตราฆ่าตัวตายเพิ่มจาก ๗.๒๒ ต่อประชากร ๑๐๐,๐๐๐ คน ใน พ.ศ.๒๕๔๑ เป็น ๙.๓ ต่อประชากร ๑๐๐,๐๐๐ คน ใน พ.ศ.๒๕๕๒ ขณะที่ผู้หญิงมีอัตรา ฆ่าตัวตายเพิ่มขึ้นจาก ๒.๓ ต่อประชากร ๑๐๐,๐๐๐ คน ใน พ.ศ.๒๕๔๑ เป็น ๒.๗ ต่อประชากร ๑๐๐,๐๐๐ คน ใน พ.ศ.๒๕๕๒ ซึ่งก่อให้เกิดความสูญเสียทั้งทางเศรษฐกิจและสังคมอย่างมาก นอกจากนี้จากสถิติของเด็กและสตรีที่ได้รับผลกระทบจากความรุนแรงมารับบริการที่ศูนย์พึ่งได้ ของกระทรวงสาธารณสุข ที่ให้บริการดูแลรักษาและช่วยเหลือเด็กและผู้หญิงที่ถูกทำร้าย อย่างครบวงจร พบว่ามีผู้เข้ารับบริการศูนย์พึ่งได้สูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง จาก ๑๙,๐๖๘ ราย เป็น ๒๖,๕๖๕ ราย ในปี พ.ศ. ๒๕๕๐ และ พ.ศ. ๒๕๕๑ ตามลำดับ ความรุนแรงที่เกิดขึ้นกับเด็ก ส่วนใหญ่มีสาเหตุมาจากการทารุณกรรมของผู้ปกครอง การถูกล่อลวง การได้รับอิทธิพลจาก สื่อลามก เป็นต้น ส่วนความรุนแรงที่เกิดขึ้นกับสตรี พบว่า สาเหตุส่วนใหญ่เกิดมาจากพฤติกรรม ส่วนตัวที่ไม่เหมาะสม เมาสุรา ปัญหาเศรษฐกิจ การทำงานและการพนัน



๒. ปัจจัยแวดล้อมทางเศรษฐกิจ

๒.๑ ผลกระทบวิกฤตเศรษฐกิจต่อสุขภาพ ในช่วงปลายปี พ.ศ.๒๕๕๑ ประเทศสหรัฐอเมริกาเกิดวิกฤตเศรษฐกิจและส่งผลกระทบต่อสภาวะเศรษฐกิจทั่วโลก ก่อให้เกิดการเลิกจ้างและปัญหาการว่างงานเพิ่มขึ้น กำลังซื้อของประชาชนลดลง ซึ่งวิกฤตเศรษฐกิจในครั้งนี้ส่งผลกระทบต่อสถานะสุขภาพของประชาชนโดยตรง โดยเฉพาะประชาชนในกลุ่มเสี่ยง อาทิ ผู้ว่างงาน ผู้ยากจน เด็ก ผู้สูงอายุ รวมถึงผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่จำเป็นจะต้องได้รับยาต่อเนื่อง และต้องมีการโยกย้ายที่อยู่อาศัยกลับไปยังภูมิลำเนาเดิมเนื่องจากตกงาน

๒.๒ การเปิดเสรีบริการสุขภาพ การเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วทางด้านเศรษฐกิจที่ผ่านมา รวมทั้งกระแสโลกาภิวัตน์ที่ได้เชื่อมโยงเอาวัฒนธรรมตะวันตกเข้ามากลายเป็นส่วนหนึ่งของวิถีชีวิตของประชาชนในยุคปัจจุบันมากขึ้น ซึ่งประเทศไทยเป็นประเทศหนึ่งที่เล็งเห็นว่าธุรกิจการบริการมีแนวโน้มเจริญเติบโตสูงขึ้น เนื่องจากปัจจุบันทั่วโลกมีความต้องการสูงขึ้นในบริการด้านสุขภาพทั้งที่เป็นการรักษาพยาบาล และการส่งเสริมดูแลสุขภาพกายและจิตใจ และธุรกิจบริการด้านสุขภาพของไทยเองสามารถเชื่อมโยงกับอุตสาหกรรมอื่นๆ ที่มีโอกาสและมีศักยภาพออกสู่ตลาดต่างประเทศได้ดี เช่น อุตสาหกรรมการท่องเที่ยว อาหาร รวมทั้งสมุนไพร เป็นต้น การส่งเสริมให้ผู้ป่วยต่างชาติมารับการรักษาพยาบาลในไทยก็เป็นอีกวิธีหนึ่งที่ทำเงินให้กับประเทศได้เป็นจำนวนมาก เป็นไปตามแนวคิด “ศูนย์กลางบริการสุขภาพในภูมิภาคเอเชีย (Medical Hub)” ที่ส่งเสริมทั้งการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ การดูแลผู้สูงอายุ ทันทกรรม สปา และนวดแผนไทย อีกทั้งอาเซียนได้ให้ความสำคัญในเรื่องการเปิดเสรีทางการค้าบริการซึ่งสาขาสุขภาพเป็นสาขาหนึ่งที่ถูกระงัดให้มีการเปิดเสรี ดังนั้นบุคลากรทางสาธารณสุขจะมีการเคลื่อนย้ายไปทำงานภายใน ๑๐ ประเทศอาเซียนมากขึ้น ซึ่งการดำเนินการเหล่านี้อาจจะส่งผลให้ภาวะขาดแคลนบุคลากรสาธารณสุขรุนแรงมากขึ้น นอกจากนั้นการผลิตแพทย์ต้องมีการลงทุนและใช้เวลานาน ประเทศที่มีเศรษฐกิจดีได้ทำการคัดแพทย์ที่มีคุณภาพจากประเทศกำลังพัฒนาไปทำงาน โดยให้ค่าตอบแทนสูงโดยที่ตนไม่ต้องลงทุนในการผลิตแพทย์ที่มีค่าใช้จ่ายสูงยิ่งทำให้โอกาสและแนวโน้มการขาดแคลนแพทย์เป็นปัญหาหนักยิ่งขึ้น

จากกระแสการท่องเที่ยวเพื่อสุขภาพของไทยในช่วงที่ผ่านมา ตลาดท่องเที่ยวเชิงสุขภาพของไทยมีอัตราการเติบโตสูงขึ้น ทำให้ประเทศไทยมีรายได้จากการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพจำนวนมาก และจากข้อมูลกรมส่งเสริมการค้าระหว่างประเทศพบว่าชาวต่างชาติที่เข้ามาใช้บริการทางการแพทย์ในประเทศไทยมีอัตราการขยายตัวเพิ่มขึ้นทุกปี ซึ่งส่วนใหญ่เป็นชาวต่างประเทศที่ทำงานหรืออาศัยอยู่ในประเทศใกล้เคียงหรือทำงานอยู่ในประเทศไทย สำหรับผู้ที่เข้ามาเป็น



นักท่องเที่ยวก็มีจำนวนเพิ่มมากขึ้น ทำให้มีผู้ป่วยที่เป็นชาวต่างประเทศมาใช้บริการทางด้านการแพทย์เพิ่มมากขึ้นด้วย ทั้งนี้ภาครัฐยังให้การสนับสนุนในเรื่องนโยบายภาครัฐที่จะพัฒนาประเทศไทยให้เป็นศูนย์กลางสุขภาพแห่งเอเชีย ซึ่งได้มีการจัดทำและดำเนินงานตามแผนยุทธศาสตร์ศูนย์กลางสุขภาพแห่งเอเชีย ระยะ ๕ ปี พ.ศ. ๒๕๔๗ - ๒๕๕๑ และขณะนี้ได้จัดทำร่างแผนยุทธศาสตร์การพัฒนาให้ประเทศไทยเป็นศูนย์กลางสุขภาพนานาชาติ พ.ศ. ๒๕๕๓ - ๒๕๕๗ โดยมีจุดมุ่งหมายให้ประเทศไทยเป็นศูนย์กลางสุขภาพระดับนานาชาติ (Thailand as World Class Health Care) ซึ่งทำให้ต้องเพิ่มศักยภาพด้านการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพที่จะดึงดูดให้นักท่องเที่ยวต่างชาติเข้ามาใช้บริการในไทยให้มากขึ้น และยังต้องสนับสนุนส่งเสริมและสร้างความสามารถในการแข่งขันธุรกิจที่เกี่ยวข้อง เช่น ธุรกิจโรงพยาบาลเอกชน นวดแผนไทยและสปา ผลิตภัณฑ์สุขภาพและสมุนไพรไทยให้เติบโตตามไปด้วย ทั้งนี้ ต้องไม่ลืมที่จะคำนึงถึงแนวทางการแก้ปัญหาการขาดแคลนบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขไปพร้อมด้วย

๒.๓ ความมั่นคงทางอาหาร ผลจากการบริโภคนิยม ทำให้ประชากรในประเทศไทยไม่ว่าจะเป็นวัยเด็ก วัยผู้ใหญ่ หรือแม้แต่วัยทำงานที่มีแนวโน้มที่จะรับประทานอาหารตามแนวตะวันตกมากขึ้น และมีค่านิยมในการรับประทานอาหารนอกบ้านเพิ่มขึ้น โดยเฉพาะสังคมเมืองทำให้พฤติกรรมการบริโภคอาหารของคนเปลี่ยนไป โดยหันมานิยมบริโภคอาหารที่เป็นโปรตีนและไขมันสูง รับประทานผักและผลไม้ไม่เพียงพอ ซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เช่น ความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคมะเร็ง ฯลฯ นอกจากนี้ สนธิสัญญาการค้าเสรีระหว่างสหรัฐอเมริกา ไทย - สิงคโปร์ มีผลกระทบต่อพันธุ์พืชสมุนไพร ภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทย อาหารที่มีการตัดแต่งพันธุกรรมส่งผลให้การปรับปรุงพันธุ์พืชเศรษฐกิจทุกชนิดของไทยตกอยู่ภายใต้ระบบสิทธิบัตรและการคุ้มครองพันธุ์พืช โดยมีบริษัทเมล็ดพันธุ์ข้ามชาติจะเข้ามาฉกฉวยแย่งชิงทรัพยากรพันธุกรรมในประเทศไทย ส่งผลให้ความมั่นคงทางอาหารอาจเสียสมดุลและความหลากหลายทางชีวภาพสูญเสียไปได้ นับเป็นอุปสรรคต่อความก้าวหน้าวงการแพทย์แผนไทยด้วย

๓. ปัจจัยแวดล้อมทางการเมือง นับตั้งแต่ประเทศไทยเปลี่ยนแปลงระบอบการปกครองมาเป็นระบอบประชาธิปไตย เมื่อ ๒๔ มิถุนายน พ.ศ. ๒๔๗๕ เป็นต้นมา ทิศทางการพัฒนาระบบสุขภาพไทยจึงขึ้นอยู่กับนโยบายรัฐบาลต่างๆ ที่หมุนเวียนผลัดเปลี่ยนมาทำหน้าที่บริหารประเทศ ซึ่งบทบาททางการเมืองของผู้บริหารประเทศยังคงมีอิทธิพลต่อการบริหารการพัฒนาสาธารณสุขอยู่มาก จนถึงขั้นที่สามารถทำให้เกิดการปฏิรูปสุขภาพทั้งในด้านแผนงานงบประมาณและกำลังคนอย่างชัดเจน



๓.๑ การกระจายอำนาจ แม้ว่าที่ผ่านมากระทรวงสาธารณสุข (กสธ.) เป็นหน่วยงานหลักในการดำเนินการด้านงานสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค โดยรับผิดชอบในการวางแผน จัดระบบและโครงสร้างการให้บริการและบุคลากร พร้อมทั้งกำหนดแนวทางต่างๆ ในการพัฒนาสุขภาพของประชาชนไทย ต่อมาเมื่อมีพระราชบัญญัติกำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. ๒๕๔๒ ส่งผลให้มีการสนับสนุนให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) เข้ามามีบทบาทในการพัฒนาชุมชนอย่างรอบด้านทั้งทางเศรษฐกิจ สังคม และวัฒนธรรม ตลอดจนการจัดบริการสาธารณะต่างๆ เพื่อความอยู่ดีมีสุขของประชาชน โดยเฉพาะอย่างยิ่งการมีส่วนร่วมในด้านสุขภาพของประชาชน ซึ่งมีแนวโน้มในการสนับสนุนงบประมาณด้านสาธารณสุขเพิ่มมากขึ้นเป็นลำดับแม้ว่ายังอยู่ในระดับต่ำ ทั้งนี้ กระทรวงสาธารณสุขจะต้องถ่ายโอนสถานีนอนามัย สถานบริการระดับอำเภอ จังหวัด พร้อมบุคลากรและงบประมาณให้กับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ภายใน ๑๐ ปี (พ.ศ. ๒๕๕๒) แต่ในทางปฏิบัติยังมีปัญหาอุปสรรคในหลายประการ จนกระทั่งมีการปฏิวัติรัฐประหาร เมื่อวันที่ ๑๙ กันยายน พ.ศ. ๒๕๕๙ และเกิดรัฐบาลชั่วคราวขึ้น จึงได้มีการถ่ายโอนสถานีนอนามัยได้เพียง ๒๘ แห่ง จากที่กำหนดในเบื้องต้น ๓๕ แห่ง และรัฐธรรมนูญในฉบับปัจจุบัน (พ.ศ. ๒๕๕๐) ได้แสดงเจตนารมณ์เดิมเร่งรัดให้มีการกระจายอำนาจ แต่ก็ยังไม่สามารถดำเนินการต่อไปได้อย่างราบรื่น อย่างไรก็ตามได้มีการคาดการณ์ว่าในอนาคตการกระจายอำนาจให้กับท้องถิ่นยังคงเป็นหลักการสำคัญและจะส่งผลต่อการปรับรูปแบบการบริหารจัดการของส่วนกลาง ให้ทำหน้าที่เพื่อเป็นหน่วยงานกำหนดนโยบาย ยุทธศาสตร์ ติดตามและให้การสนับสนุนเชิงวิชาการ รวมทั้งการประเมินผลกระทบที่มีต่อสุขภาพในภาพรวมของประเทศ

๓.๒ การปฏิรูประบบสุขภาพ นับตั้งแต่ปี ๒๕๔๔ เป็นต้นมา นโยบายรัฐบาลได้ให้ความสำคัญต่อการให้สิทธิแก่คนไทยทุกคนในการเข้าถึงการบริการสุขภาพ โดยไม่ต้องคำนึงถึงค่าใช้จ่าย ซึ่งเป็นการช่วยเหลือผู้ที่มีฐานะยากจนได้มากกว่าโครงการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ส่งผลทำให้ระบบการบริหารการเงินการคลังของกระทรวงสาธารณสุขเปลี่ยนแปลงไปในลักษณะค่าใช้จ่ายแบบเหมาจ่ายรายหัว ตาม พ.ร.บ.หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๔๕ ซึ่งนโยบายนี้แม้ว่าจะมีการเปลี่ยนแปลงรัฐบาล หรือว่าค่าใช้จ่ายเพื่อการรักษาพยาบาลและฟื้นฟูสภาพจะสูงขึ้นมากกว่าเดิมถึง ๒ เท่าในระยะเวลาที่ผ่านมา ๗ ปี ก็ยังไม่อาจยกเลิกโครงการได้อย่างไรก็ตาม กล่าวได้ว่าระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ภายใต้การบริหารของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) มีส่วนสำคัญยิ่งในการทำให้การสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคชัดเจนเป็นรูปธรรมออกมาเป็นชุดสิทธิประโยชน์ฯ และมีความเป็นระบบในด้านการบริหารจัดการ



และดำเนินงานโดยสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายหัว/ตามกิจกรรมหรือตามผลงานบริการ ชุมชนสิทธิประโยชน์นี้ยังก่อให้เกิดการปรับปรุงสิทธิประโยชน์ด้านส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค แก่ผู้มีสิทธิอื่นด้วย นอกจากนี้ ในปี พ.ศ. ๒๕๔๔ ได้มีการสร้างกลไกที่สำคัญคือ กองทุนสร้างเสริมสุขภาพ บริหารโดยสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) ภายใต้พระราชบัญญัติ กองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ พ.ศ. ๒๕๔๔ ซึ่งเป็นส่วนสำคัญในการสนับสนุนให้กลุ่ม ทางสังคมต่าง ๆ ริเริ่มกิจกรรมโครงการขับเคลื่อนชุมชนและสังคมให้เกิดความตระหนักในปัญหา สุขภาพและร่วมกันการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค

นอกจากนี้เมื่อ พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.๒๕๕๐ มีผลบังคับใช้ ทำให้สามารถ สร้างปรากฏการณ์การมีส่วนร่วมของสังคมในวงกว้างเกิดธรรมนูญสุขภาพจากภาคประชาชน และ นโยบายสุขภาพจากการมีส่วนร่วมอย่างจริงจังของสมาชิกประชาชน ด้วยเหตุนี้บทบาทของ กระทรวงสาธารณสุข จึงควรเปลี่ยนไปสู่การบริหารยุทธศาสตร์ตามนโยบายที่ประชาสังคมกำหนด

เป็นที่ประจักษ์ชัดว่า ภาคการเมืองเริ่มเข้าใจถึงหลักการปรัชญาและแนวคิด ในการดูแลสุขภาพเชิงส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค จนถึงกับเรียกฉายาใหม่ว่า “สร้างนำซ่อม” และเป็นหลักการที่สอดคล้องกับปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียงของพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัว ทุกรัฐบาลจึงได้ให้ความสนใจ กับการสร้างเสริมสุขภาพโดยการสนับสนุนการดำเนินงาน ของกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพซึ่งได้จากภาษีสุราและยาสูบ ที่นำมาใช้ในกิจกรรม การสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในทุกมิติ รวมทั้งนโยบายรัฐบาลในชุดปัจจุบันได้เพิ่มขีด ความสามารถของสถานบริการระดับตำบลโดยการกำหนดให้เป็นโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ซึ่งคาดว่าจะขยายตัวเพิ่มขึ้นครบทุกตำบลภายใน ๓ ปี หากยังไม่มีเปลี่ยนแปลงรัฐบาล ก่อนเวลาที่กำหนด

๓.๓ การพัฒนาคุณภาพของระบบบริการ รัฐบาลปัจจุบันได้มองเห็นความสำคัญ ของการปรับปรุงคุณภาพของสถานบริการทั้งระบบ จึงมีนโยบายยกระดับสถานอนามัยเป็น โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และพัฒนาระบบเครือข่ายการส่งต่อในทุกกระดับให้มีประสิทธิภาพ เชื่อมโยงกันทั้งในภาครัฐและภาคเอกชน รวมทั้งการพัฒนาด้านสิ่งก่อสร้างและครุภัณฑ์ทาง การแพทย์ ดังนั้นภายใต้โครงการไทยเข้มแข็ง จึงมีการลงทุนเพื่อพัฒนาสถานบริการทุกระดับ ตามความต้องการได้เต็มที่ซึ่งคาดว่าจะภายใน ๒ ปี (๒๕๕๓ - ๒๕๕๔) ทุกสถานบริการจะมีความพร้อม ในการให้บริการอย่างมีคุณภาพมากขึ้นทุกแห่ง

อย่างไรก็ตาม เมื่อบทบาทของภาคการเมืองจะมีผลอย่างมากในทางที่เป็น ผลดีต่อระบบสุขภาพ แต่สถานภาพทางการเมืองภายในประเทศกลับอ่อนแอลงเรื่อยๆ รัฐบาล



ไม่สามารถบริหารประเทศได้โดยไม่มีปัญหาอุปสรรค จึงทำให้นโยบายต่างๆ ที่กำหนดไว้อาจไม่ต่อเนื่อง ดังนั้นบทบาทของกระทรวงสาธารณสุขจึงต้องพยายามอย่างยิ่งที่จะต้องบริหารการพัฒนาการสาธารณสุขตามแผนยุทธศาสตร์ที่กำหนดไว้ในช่วง ๓ - ๕ ปี ให้มีประสิทธิภาพมากที่สุด

๔. ปัจจัยสิ่งแวดล้อม เพื่อสนองต่อพฤติกรรมการบริโภคที่ต้องการความสุขจากวัตถุความสะดวกสบาย ทำให้มนุษย์ใช้ทรัพยากรธรรมชาติของโลกไปอย่างมากมายและสิ้นเปลืองเกิดผลกระทบคือทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อมทรุดโทรมและก่อให้เกิดของเสียเป็นมลพิษทั้งทางดิน น้ำ อากาศ จนระบบนิเวศเสียสมดุล เกิดภาวะเรือนกระจก ภาวะโลกร้อน ภูมิอากาศแปรปรวน ภัยพิบัติจากธรรมชาติ ซึ่งนับวันจะทวีความรุนแรงมีผลกระทบต่อมนุษยชาติและโลก โดยมีการคาดการณ์ว่าการเปลี่ยนแปลงของสภาพภูมิอากาศจะมีผลกระทบต่อสุขภาพ ทำให้คนป่วยและเสียชีวิตจำนวนมากโดยสาเหตุจากอากาศร้อนจัดหรือหนาวจัด พายุ คลื่นยักษ์ น้ำท่วมทำให้เกิดโรคฉี่หนูระบาด โรคจากระบบสุขาภิบาล การขาดแคลนอาหารและน้ำสะอาดทำให้เกิดโรคทุพโภชนาการ โรคติดต่อ โรคอุจจาระร่วง ภาวะโรคที่เกิดจากพาหะแมลงนำโรคระบาด เช่น ยุง ได้แก่ ไข้เลือดออก มาลาเรีย ชิคุนกุนยา ตลอดจนโรคที่เกิดจากมลพิษสิ่งแวดล้อมในระบบนิเวศส่งผลต่อสุขภาพของผู้บริโภคสารพิษในระบบห่วงโซ่อาหาร

ประเทศไทยในช่วงหลายทศวรรษที่ผ่านมา ได้ประสบกับปัญหาสิ่งแวดล้อมมากมาย เช่น ผลกระทบต่อสุขภาพจากนิคมอุตสาหกรรม โรงไฟฟ้า บ่อกักจัดขยะ การคมนาคมและการขนส่ง การทำเหมืองแร่ และเกษตรกรรม รวมถึงการปนเปื้อนสารพิษจากเครื่องอุปโภคบริโภค ปัญหาที่เกิดขึ้นเหล่านี้สะท้อนให้เห็นว่าการพัฒนาประเทศไทยที่ผ่านมาขาดความใส่ใจด้านคุณภาพสิ่งแวดล้อม การประเมินผลกระทบด้านสิ่งแวดล้อม (EIA : Environment Impact Assessment) รวมทั้งการประเมินผลกระทบด้านสุขภาพ (HIA : Health Impact Assessment) เพื่อป้องกันผลกระทบด้านสุขภาพที่จะเกิดแก่ประชาชนนั้น ยังไม่มีประสิทธิภาพ และเกิดประสิทธิผลในการป้องกันปัญหาจากการพัฒนาทุกด้านที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพของประชาชน

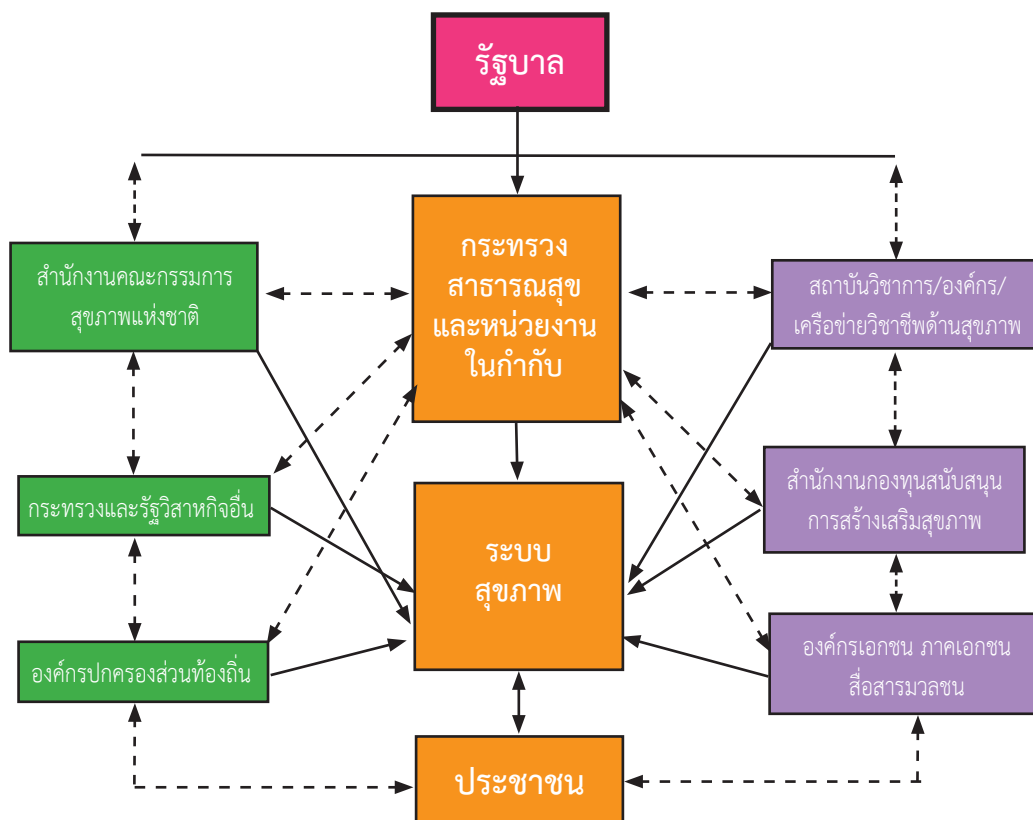
ระบบกลไกการบริหารจัดการระดับชาติ ท้องถิ่น ด้านการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค

๑. โครงสร้างและระบบบริหารจัดการ ในการดำเนินงานด้านสุขภาพสามารถจำแนกโครงสร้างการบริหารจัดการได้ ดังนี้



๑.๑ ระดับประเทศ

ปัจจุบันในระบบสุขภาพแห่งชาติ มีกลไก/องค์กรต่างๆ ดำเนินการด้านสุขภาพเป็นจำนวนมาก และจะมากยิ่งขึ้นในอนาคต ได้แก่ กระทรวงสาธารณสุข กระทรวง/หน่วยงานอื่นที่ดำเนินงานเกี่ยวข้องกับสุขภาพ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นทุกประเภท สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ และสถาบันวิชาการด้านสุขภาพ/องค์กร/เครือข่ายวิชาชีพด้านสุขภาพ องค์กรพัฒนาสาธารณสุขประโยชน์ เอกชน เครือข่าย ประชาสังคม ที่ทำงานเกี่ยวกับสุขภาพ ฯลฯ โดยกลไก/องค์กรเหล่านี้ ดำเนินงานอย่างอิสระไม่ขึ้นแก่กันโดยตรง แต่จำเป็นต้องมีการประสานเชื่อมโยง เพื่อให้การดำเนินงานเป็นไปอย่างสอดคล้องกัน และสอดคล้องกับทิศทางของระบบสุขภาพแห่งชาติที่พึงประสงค์ ดังภาพที่ ๓



ภาพที่ ๓ หน่วยงาน / เครือข่ายในระบบสุขภาพ

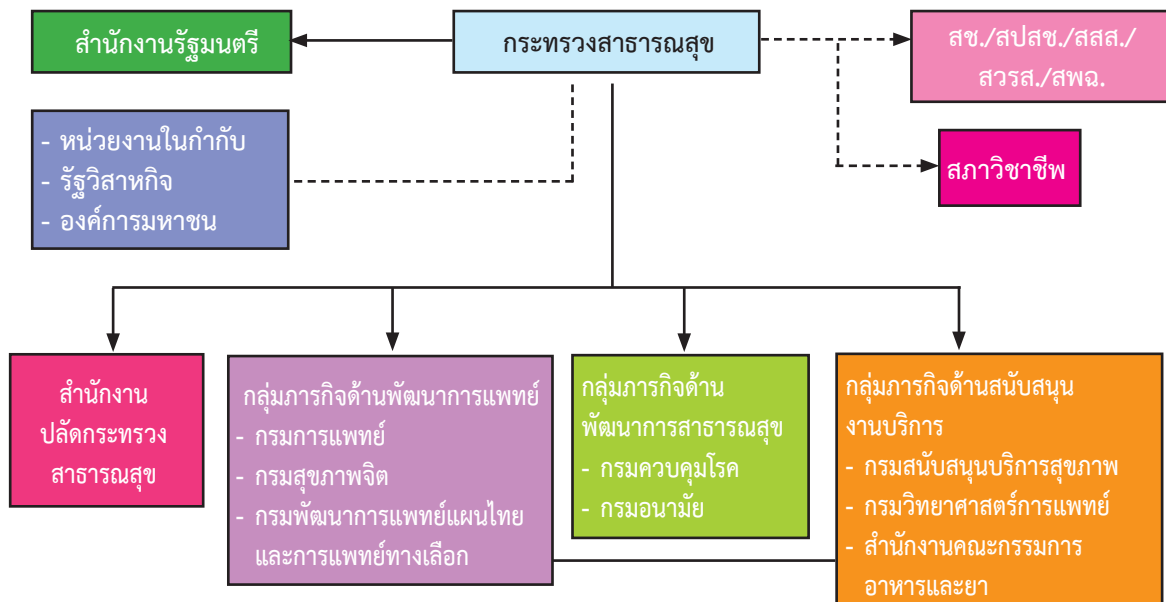


โดยมีกระทรวงสาธารณสุขทำหน้าที่เป็นองค์กรหลักของประเทศดูแลงานด้านสุขภาพ จึงต้องเน้นที่การประสานเชื่อมโยงทุกภาคส่วนในสังคม เพื่อระดมศักยภาพเข้ามาร่วมกันดำเนินงาน ด้านสุขภาพอย่างเป็นระบบและเป็นรูปธรรม

จากภาพที่ ๓ จะเห็นได้ว่ามีหน่วยงานมากมายที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับระบบสุขภาพ จึงอาจกล่าวได้ว่าประเทศไทยมีโครงสร้างเพียงพอแก่การพัฒนาระบบสุขภาพ แต่บทบาทหน้าที่ การดำเนินการยังทับซ้อน แยกส่วน ไม่บูรณาการและไม่เป็นเอกภาพ

อย่างไรก็ดี ประเทศไทยได้มีการจัดตั้งสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) ซึ่งเป็นหน่วยงานของรัฐที่มีใช้ส่วนราชการ หรือรัฐวิสาหกิจ (พระราชบัญญัติกองทุน สนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ พ.ศ.๒๕๔๔) อยู่ภายใต้การกำกับดูแลของนายกรัฐมนตรี มีรายได้ จากภาษีสรรพสามิตยาสูบและสุราในอัตราร้อยละ ๒ ต่อปี ทำหน้าที่ จุดประกาย กระตุ้น สนับสนุน ประสานความร่วมมือ เพื่อให้คนไทยเริ่มกิจกรรมหรือโครงการสร้างเสริมสุขภาพโดยไม่จำกัด กรอบวิธีการ และยินดีเปิดรับแนวทาง ปฏิบัติการใหม่ๆ ที่ เป็นความคิดสร้างสรรค์สามารถนำไปสู่ การขยายค่านิยมและการสร้างพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพแก่ประชาชนได้อย่างมีประสิทธิภาพ และกว้างขวาง นับเป็นองค์กรด้านสุขภาพรูปแบบใหม่ที่สอดคล้องกับมติของสมัชชาสุขภาพโลก ด้านการสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (World Health Assembly Resolution 12.8 : Health Promotion and Health Life-Style)

๑.๒ ระดับกระทรวงสาธารณสุข โครงสร้างของกระทรวงสาธารณสุขตามกฎหมาย สาธารณสุข พ.ศ. ๒๕๔๕ กำหนดให้มีสำนักงานปลัดกระทรวง และ กลุ่มภารกิจ อีกจำนวน ๓ กลุ่ม ภารกิจ มีรัฐวิสาหกิจและหน่วยงานในกำกับ ที่มีความเชื่อมโยงและบูรณาการการบริหารจัดการ ได้ในระดับหนึ่ง ดังภาพที่ ๔



ภาพที่ ๔ การจัดโครงสร้างภายในกระทรวงสาธารณสุข

จากภาพที่ ๔ กระทรวงสาธารณสุขได้จัดโครงสร้างโดยแบ่งออกเป็น ๓ กลุ่มภารกิจ ซึ่งมีหน้าที่หลักทางด้านการพัฒนาวิชาการ และสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขซึ่งเป็นหน่วยงานทางด้านบริหาร และมีหน่วยงานในกำกับ รัฐวิสาหกิจ และองค์การมหาชน ที่กระทรวงสาธารณสุขเป็นผู้ดูแลการดำเนินงาน

การดำเนินงานของกระทรวงสาธารณสุขมีการวางแผนทั้งในระดับแผนยุทธศาสตร์และแผนปฏิบัติราชการ แต่การบริหารจัดการในภาพกลุ่มภารกิจยังไม่เป็นรูปธรรม เนื่องจากกรมเป็นส่วนราชการที่เป็นนิติบุคคล สามารถขอจัดสรรงบประมาณและบริหารจัดการภายในกรมได้เอง ดังนั้นการบริหารจัดการเชิงยุทธศาสตร์ยังมีข้อจำกัด นอกจากนั้นแล้วการปรับโครงสร้างกระทรวงสาธารณสุข ปี พ.ศ. ๒๕๔๕ ทำให้ต้องยุบกองสาธารณสุขภูมิภาคและกองโรงพยาบาลภูมิภาค จัดตั้งเป็นกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ ปัญหาที่เกิดขึ้นคือขาดหน่วยงานที่จะเป็นผู้รับผิดชอบดูแลให้คำปรึกษาแนะนำ แก้ไขปัญหาเรื่องต่างๆ แก่หน่วยงานในส่วนภูมิภาค มีเพียงสำนักบริหารภูมิภาคที่ทำหน้าที่จัดตั้งงบประมาณหมวดลงทุนให้แก่หน่วยงานภูมิภาคเท่านั้น แต่ความเชื่อมโยงทางการบริหาร การประสานงานขาดหายไป รวมถึงกรณีการยุบคลินิกกามโรคในสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดที่ประสบความสำเร็จในการควบคุมโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ไปจัดตั้งในโรงพยาบาลจังหวัดที่ผู้ป่วยไม่คุ้นเคย ไม่ไว้วางใจและไม่ต้องการเปิดเผยความลับของตน ในขณะที่ปัจจุบันโรคเอดส์กำลังแพร่กระจายเพิ่มมากขึ้น กระทรวงสาธารณสุขจะทำอย่างไรในการร่วมมือแก้ไขปัญหาดังกล่าว



๒. ระบบบริการสุขภาพ

การจัดระบบบริการสุขภาพในปัจจุบัน รัฐบาลได้พยายามจัดรูปแบบการให้บริการให้สัมพันธ์กับระดับความต้องการใช้บริการในแต่ละระดับพื้นที่ เช่น ในระดับชุมชน ตำบล อำเภอ และจังหวัด โดยผู้ให้บริการจะคำนึงถึงสภาพปัญหาที่สำคัญทางด้านสุขภาพ ที่มุ่งเน้นที่จะป้องกันหรือดำเนินการแก้ไข โดยมีรายละเอียดของการจัดบริการ ดังนี้

๒.๑ โครงสร้างระบบบริการสุขภาพ มีองค์ประกอบที่สำคัญประกอบด้วย บริการปฐมภูมิ บริการทุติยภูมิ บริการตติยภูมิและศูนย์การแพทย์เฉพาะทาง และระบบส่งต่อ

๑) การบริการปฐมภูมิ (Primary Care) เป็นบริการที่อยู่ใกล้ชิดประชาชน และชุมชนมากที่สุด จึงเน้นที่ความครอบคลุม มีการบริการผสมผสาน ทั้งในด้านการรักษาพยาบาล การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันควบคุมโรค การฟื้นฟูสภาพ การจัดบริการปฐมภูมิในเขตพื้นที่ชนบท ได้แก่ สถานีอนามัย ศูนย์สุขภาพชุมชน ศูนย์แพทย์ชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล สำหรับในเขตเมือง อาจเป็นศูนย์บริการสาธารณสุขของเทศบาล ศูนย์บริการสาธารณสุขของกรุงเทพมหานคร เป็นต้น

๒) การบริการทุติยภูมิ (Secondary Care) เป็นบริการที่ใช้เทคโนโลยีทางการแพทย์ในระดับที่สูงขึ้น เน้นการบริการรักษาพยาบาลโรคที่ยาก ซับซ้อนมากขึ้น ได้แก่ โรงพยาบาลชุมชนในระดับอำเภอ โรงพยาบาลทั่วไปในระดับจังหวัด และโรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงกลาโหม และมหาวิทยาลัย

๓) การบริการตติยภูมิและศูนย์การแพทย์เฉพาะทาง (Tertiary Care and Excellent Center) เป็นการบริการที่ใช้เทคโนโลยีทางการแพทย์ขั้นสูง มีความสลับซับซ้อนมาก มีบุคลากรทางการแพทย์ในสาขาเฉพาะทาง สังกัดกระทรวงสาธารณสุขที่เป็น โรงพยาบาลศูนย์ สถาบันเฉพาะทางต่าง ๆ หรือสังกัดมหาวิทยาลัย เช่น โรงพยาบาลในโรงเรียนแพทย์

๔) ระบบส่งต่อผู้ป่วย กระทรวงสาธารณสุขได้พัฒนาเชื่อมโยงระบบส่งต่อผู้ป่วยให้เป็นเครือข่ายที่มีประสิทธิภาพ ให้ประชาชนได้รับบริการที่ได้มาตรฐาน ปลอดภัยและตามความจำเป็นของปัญหาสุขภาพ

๒.๒ การจัดบริการแพทย์แผนไทยและแพทย์พื้นบ้านไทย และแพทย์ทางเลือก

ระบบบริการสุขภาพที่พึงประสงค์ของประเทศไทย ควรเป็นระบบบริการแบบพหุลักษณะ กล่าวคือ เป็นการผสมผสานทั้งการแพทย์กระแสหลัก คือ การแพทย์ตะวันตก โดยไม่ละเลยทอดทิ้งที่จะผสมผสานองค์ความรู้ ภูมิปัญญา ทั้งที่มีอยู่เดิมในท้องถิ่น และจาก



ต่างประเทศ ได้แก่ การบริการแพทย์แผนไทย แพทย์พื้นบ้านไทย และแพทย์ทางเลือก เข้าร่วมจัดบริการและให้การดูแลทางด้านสุขภาพให้แก่ประชาชน ซึ่งรูปแบบวิธีการจัดบริการแพทย์แผนไทย แพทย์พื้นบ้านไทย และแพทย์ทางเลือก หมายรวมถึง บริการและการดูแลสุขภาพทั้งโดยกลุ่มวิชาชีพ ที่ทำหน้าที่ให้บริการหรือใช้ความรู้ ความสามารถ ตามวิชาชีพของตนเอง และการดูแลตนเองในครอบครัวชุมชน

๒.๓ การสาธารณสุขมูลฐาน เป็นการดูแลสุขภาพที่จำเป็นซึ่งจัดให้อย่างทั่วถึงสำหรับทุกคนทุกครอบครัวและในทุกชุมชน โดยการยอมรับและการมีส่วนร่วมอย่างเต็มที่ของทุกคน ด้วยค่าใช้จ่ายที่ไม่เกินกำลังของชุมชนและประเทศจะรับได้ การสาธารณสุขมูลฐาน เป็นกลวิธีทางสาธารณสุขที่เพิ่มขึ้นจากระบบบริการสาธารณสุข ซึ่งมีอยู่ในระดับตำบลและหมู่บ้าน ผสมผสานทางด้านการรักษาพยาบาล การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค และการฟื้นฟูสภาพที่ดำเนินการโดยประชาชน โดยใช้ทรัพยากรในท้องถิ่น ด้วยวิธีการหรือเทคโนโลยีที่เหมาะสม โดยมีอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) เป็นผู้ประสานงานและดำเนินการ

๓. การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ รัฐบาลในทุกสมัยได้ให้ความสำคัญต่อสุขภาพอนามัยของประชาชนเป็นอย่างมาก สำหรับในรัฐบาลปัจจุบันได้ผลักดันโครงการต่างๆ ที่เป็นการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ เช่น

๓.๑ จัดหาครุภัณฑ์ ที่ดินสิ่งก่อสร้างภายใต้โครงการไทยเข้มแข็ง ซึ่งกระทรวงสาธารณสุขได้รับอนุมัติวงเงินลงทุนจำนวน ๘๖,๖๘๔.๖๑ ล้านบาท คิดเป็นร้อยละ ๖ ของโครงการเพื่อดำเนินการพัฒนาด้านโครงสร้างพื้นฐานในการให้บริการด้านการแพทย์และสาธารณสุขให้ครอบคลุม มีคุณภาพและประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

๓.๒ นโยบายการยกระดับสถานีนอนมัยเป็นโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบล เป็นการเพิ่มประสิทธิภาพการทำงาน โดยการปรับเปลี่ยนบทบาทของบุคลากรให้สามารถทำงานเชิงรุกที่เน้นการมีส่วนร่วมของประชาชน ชุมชนและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และเพิ่มคุณภาพการรักษาพยาบาล ระบบส่งต่อ ยาและเวชภัณฑ์ ให้สามารถเชื่อมโยงกับโรงพยาบาลแม่ข่าย โดยมีขอบเขตการดำเนินงานบริการสาธารณสุขผสมผสาน ทั้งด้านการส่งเสริมสุขภาพ การควบคุมและป้องกันโรค การรักษาพยาบาลและการฟื้นฟูสภาพ รวมทั้งการจัดการปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพทั้งในระดับบุคคล ชุมชนและสังคมในพื้นที่รับผิดชอบ



๓.๓ การใช้บัตรประชาชนในการเข้ารับบริการสุขภาพ ซึ่งได้เริ่มดำเนินการตั้งแต่วันที่ ๑ ตุลาคม ๒๕๕๓ เป็นต้นมา ทั่วประเทศ โดยประชาชนสามารถแสดงบัตรประชาชนเอนกประสงค์รุ่นใหม่ (Smart Card) ซึ่งจะมีหน่วยบันทึกข้อมูลระบุรายละเอียดบุคคลไว้ เมื่อไปรับการรักษาพยาบาล

๔. การพัฒนาศักยภาพบุคลากร ในการพัฒนาระบบบริการสุขภาพจำเป็นต้องดำเนินการพัฒนาศักยภาพบุคลากรไปพร้อมๆ กันเพื่อให้สามารถรองรับกับระบบบริการสุขภาพที่เปลี่ยนแปลงไป รวมทั้งการสร้างขวัญและกำลังใจให้แก่บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข โดยมีคณะกรรมการกำลังคนด้านสุขภาพแห่งชาติตาม พ.ร.บ. สุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๑ ทำหน้าที่เป็นคณะกรรมการกลางในการให้ข้อเสนอแนะเกี่ยวกับกำลังคนในด้านสุขภาพ ภาพรวมของประเทศ รวมทั้งเป็นกลไกในการขับเคลื่อนและผลักดันในการดำเนินงานตามแผนทศวรรษกำลังคนด้านสุขภาพแห่งชาติ ในระยะ ๑๐ ปี ตั้งแต่ พ.ศ. ๒๕๕๐ - ๒๕๕๙ ทั้งนี้กระทรวงสาธารณสุขได้รับงบประมาณจากโครงการฟื้นฟูเศรษฐกิจระยะที่ ๒ สำหรับแผนงานผลิตและพัฒนาบุคลากรทางการแพทย์ จำนวน ๑๓,๑๕๕ ล้านบาท ได้มีการปรับปรุงหลักเกณฑ์และเงื่อนไขการจ่ายค่าตอบแทนเจ้าหน้าที่ปฏิบัติงานให้กับหน่วยบริการสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ๒ ฉบับ (๑) ประกาศหลักหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขการจ่ายค่าตอบแทน เจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานให้กับหน่วยบริการสังกัดกระทรวงสาธารณสุข (ฉบับที่ ๕) พ.ศ. ๒๕๕๒ โดยให้มีผลบังคับใช้ตั้งแต่วันที่ ๑ มกราคม ๒๕๕๒ ซึ่งเป็นการปรับฐานค่าตอบแทนให้กับทุกกลุ่มเฉลี่ยเพิ่มขึ้น ประมาณร้อยละ ๒๐ รวมทั้งปรับอัตราค่าหักลดสำหรับแพทย์ และทันตแพทย์ (๒) ประกาศหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขการจ่ายค่าตอบแทนเจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงาน ให้กับหน่วยบริการสังกัดกระทรวงสาธารณสุข (ฉบับที่ ๖) พ.ศ. ๒๕๕๒ โดยให้มีผลบังคับใช้ตั้งแต่วันที่ ๑ เมษายน ๒๕๕๒ ซึ่งเป็นการกำหนดค่าตอบแทนประเภทที่ ๙ เป็นค่าตอบแทนการปฏิบัติงานในโรงพยาบาลชุมชนและสถานอนามัย

๕. สถานการณ์และสถานะสุขภาพ : ระบาดวิทยา โรคอุบัติใหม่และโรคอุบัติซ้ำ การเกิดโรคอุบัติใหม่ โรคอุบัติซ้ำส่งผลกระทบในวงกว้างท่ามกลางโลกยุคไร้พรมแดน ทั้งผลกระทบต่อสุขภาพและเศรษฐกิจ เช่น โรคซาร์ส ไข้หวัดนก ไข้หวัดใหญ่สายพันธุ์ใหม่ชนิด A (H1N1) และยังคงประสบกับโรคอุบัติซ้ำ เช่น โรคเอดส์ ที่เป็นปัญหาที่ยากจะประเมินสถานการณ์ องค์ความรู้ยังไม่เพียงพอและทันต่อสถานการณ์ที่เกิดขึ้น ก่อให้เกิดผลกระทบรุนแรงและบั่นทอนคุณภาพชีวิตทั้งระดับปัจเจกและสังคม โดยในปี พ.ศ. ๒๕๕๒ พบโรคไข้หวัดใหญ่สายพันธุ์ใหม่ชนิด A (H1N1)



มีการระบาดได้ขยายไปสู่ประเทศต่าง ๆ ทั่วโลก ข้อมูลล่าสุดที่องค์การอนามัยโลกสรุปเมื่อเดือนพฤศจิกายน ๒๕๕๒ พบผู้ป่วยติดเชื้อทั่วโลกมากกว่า ๔๘๒,๓๐๐ ราย และผู้เสียชีวิตอย่างน้อย ๖,๐๗๑ ราย ในประเทศไทยพบผู้ป่วยที่ตรวจยืนยันว่าเป็น Influenza A (H1N1) สะสมจำนวน ๒๘,๐๕๗ ราย มีผู้เสียชีวิต ๑๗๖ ราย (๒๘ เม.ย. - ๑๗ ต.ค.๕๒)

โรคไข้หวัดนก จากการรายงานขององค์การอนามัยโลกตั้งแต่ปี ๒๕๔๖ จนถึง ๒๔ กันยายน ๒๕๕๒ มีผู้ป่วยยืนยันโรคไข้หวัดนก รวม ๔๔๒ ราย เสียชีวิต ๒๖๒ ราย ใน ๑๕ ประเทศ สำหรับประเทศไทย ในช่วงระหว่างปี พ.ศ. ๒๕๔๗ - ๒๕๕๑ มีผู้ป่วย ๒๕ ราย เสียชีวิต ๑๗ ราย โรคภัยชนิดใหม่ๆ ไม่ว่าจะเป็นโรคหวัดบ้า อีโบล่า หรือ Malburg Disease ยังมีการค้นพบอยู่เป็นระยะ และในขณะที่โรคติดเชื้ออย่างวัณโรค กลับมาเป็นปัญหาใหม่ทั่วโลก เนื่องจากการแพร่ระบาดของโรคเอดส์ ซึ่งองค์การอนามัยโลกจัดให้ประเทศไทยเป็นประเทศที่มีจำนวนผู้ป่วยวัณโรคมากเป็นลำดับที่ ๑๗ ของโลก ซึ่งมีแนวโน้มของอัตราป่วยเพิ่มขึ้นจาก ๔๙.๙๗ ต่อแสนประชากรในปี ๒๕๔๕ เพิ่มขึ้นเป็น ๕๔.๓๐ ต่อแสนประชากรในปี พ.ศ.๒๕๕๑ ซึ่งโรคติดต่อในกลุ่มดังกล่าวเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญในหลายประเทศทั่วโลก

สำหรับโรคเอดส์ยังเป็นปัญหาสำคัญในระดับโลก สถานการณ์เอดส์ล่าสุดในปี ๒๕๕๐ มีจำนวนผู้ติดเชื้อทั่วโลกประมาณ ๓๓ ล้านคน และจำนวนผู้ติดเชื้อรายใหม่ลดลงจากปี พ.ศ.๒๕๔๔ ประมาณ ๓ ล้านคน เหลือ ๒.๗ ล้านคนในปี พ.ศ. ๒๕๕๐ สำหรับประเทศไทย อัตราผู้ป่วยโรคเอดส์สูงสุดในปี พ.ศ. ๒๕๔๗ เท่ากับ ๔๖.๓๗ ต่อประชากรแสนคน และในปี พ.ศ.๒๕๕๐ มีผู้ป่วยเอดส์จำนวน ๑๐,๓๗๕ ราย อัตราป่วย ๑๖.๕๗ ต่อประชากรแสนคน สำหรับในปี ๒๕๕๒ ในรอบ ๘ เดือน (ม.ค. - ส.ค.) นี้มีรายงานป่วย ๑,๙๘๐ ราย ทั้งนี้กระทรวงสาธารณสุขและสำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติได้คาดการณ์ว่าในปี ๒๕๖๓ จะมีจำนวนผู้ติดเชื้อเอดส์สะสมในประเทศไทยประมาณ ๑,๒๕๐,๐๐๐ คน ปัจจุบันประเทศไทยมีจำนวนผู้ป่วยโรคเอดส์สะสมตั้งแต่ปี ๒๕๒๗ ถึง ๓๑ ตุลาคม ๒๕๕๒ รวม ๓๕๘,๒๖๐ ราย นอกจากปัญหาการควบคุมป้องกันการแพร่ระบาดของโรคแล้ว ยังมีปัญหาการเข้าถึงยาต้านไวรัสที่มีราคาแพงที่ทำให้ต้องเสียค่าใช้จ่ายโดยเฉพาะยาต้านไวรัสขั้นพื้นฐานและการรักษาโรคฉวยโอกาสต่างๆ ถึง ๘๕,๐๐๐ บาทต่อคนต่อปี หากเยาวชนติดเชื้อเอดส์ตั้งแต่อายุ ๒๐ ปี อาจต้องดูแลรักษา นานกว่า ๒๐ ปี ทำให้มีค่าใช้จ่ายราวคนละ ๒ ล้านบาท และในกรณี que เชื่อถือยาก็จะต้องจ่ายเพิ่มเป็นถึง ๔ ล้านบาทต่อคน นับได้ว่าเป็นปัญหาที่รุนแรงและต้องได้รับการจัดการที่ดี



นอกจากโรคอุบัติใหม่ ระบาดซ้ำที่ได้กล่าวถึงข้างต้นแล้ว ยังมีปัญหากลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรังโดยเฉพาะอย่างยิ่งโรคหัวใจและหลอดเลือด โรคเบาหวานและภาวะความดันโลหิตสูงที่กำลังเป็นปัญหาสาธารณสุขที่ทำลายของโลกล้วน ประเทศไทยกำลังเผชิญอยู่เช่นกัน ทั้งนี้เนื่องจากปัญหากลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรังดังกล่าวมีสาเหตุจากปัจจัยเสี่ยงที่เกี่ยวข้องกับการมีวิถีชีวิตที่ไม่เหมาะสม อันเป็นผลสืบเนื่องมาจากอิทธิพลกระแสโลกาภิวัตน์ ระบบทุนนิยม ความเจริญทางเศรษฐกิจ เทคโนโลยีและสังคม เช่น การขาดการออกกำลังกาย การบริโภคที่ไม่ได้สัดส่วน หวานมัน เค็ม การบริโภคผักและผลไม้ไม่เพียงพอ ความเครียดเรื้อรัง การดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ การสูบบุหรี่ เป็นต้น จากข้อมูลสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข พบว่า ในปี พ.ศ.๒๕๕๑ อัตราตายต่อประชากรแสนคนด้วยโรคหัวใจและหลอดเลือด ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจขาดเลือด โรคหลอดเลือดสมอง โรคเบาหวาน เท่ากับ ๓.๙, ๑๑.๒, ๒๐.๘ และ ๑๒.๒ ตามลำดับ ในขณะที่อัตราการเข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาลมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ตั้งแต่ปี พ.ศ.๒๕๔๑-๒๕๕๑ โดยพบว่า โรคความดันโลหิตสูง มีอัตราเพิ่มขึ้นจาก ๑๖๙.๖ ต่อประชากร ๑๐๐,๐๐๐ คน ใน พ.ศ.๒๕๔๑ เพิ่มขึ้นเป็น ๓๔๐.๙ ใน พ.ศ.๒๕๔๕ และเป็น ๘๖๐.๕ ใน พ.ศ.๒๕๕๑ โรคหัวใจขาดเลือด มีอัตราเพิ่มขึ้นจาก ๕๙.๙ ต่อประชากร ๑๐๐,๐๐๐ คน ใน พ.ศ.๒๕๔๑ เพิ่มขึ้นเป็น ๑๔๐.๙ ใน พ.ศ.๒๕๔๕ และเป็น ๒๗๖.๘ ใน พ.ศ.๒๕๕๑ โรคหลอดเลือดสมอง มีอัตราเพิ่มขึ้นจาก ๗๘.๒ เพิ่มขึ้นเป็น ๑๓๘.๓ ใน พ.ศ.๒๕๔๕ และเป็น ๒๑๖.๖ ใน พ.ศ.๒๕๕๑ และโรคเบาหวาน มีอัตราเพิ่มขึ้นจาก ๑๗๕.๗ เพิ่มขึ้นเป็น ๓๔๐.๙ ใน พ.ศ. ๒๕๔๕ และเป็น ๖๗๕.๗ ใน พ.ศ.๒๕๕๑ (สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข, ๒๕๕๑)

นอกจากนี้ ผลการศึกษาภาระโรคและการบาดเจ็บของประชากรไทย พ.ศ.๒๕๔๗ โดยสำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ โดยการสนับสนุนของกระทรวงสาธารณสุข สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) และสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) ที่ใช้วิธีการคาดประมาณการตายและภาระโรคจากข้อมูลที่น่าเชื่อถือสูงสุดที่มีอยู่ หรือที่เรียกว่าการสูญเสียปีสุขภาวะ (Disability-Adjusted Life Years: DALYs) เพื่ออธิบายขนาดปัญหาของแต่ละโรคว่ามากน้อยต่างกันเท่าใด รวมทั้งใช้เปรียบเทียบขนาดของปัญหาสุขภาพระหว่างโรคต่างๆ และระหว่างกลุ่มโรค เช่น กลุ่มโรคติดต่อ/การขาดสารอาหาร กลุ่มอุบัติเหตุและการบาดเจ็บ กลุ่มโรคไม่ติดต่อ เป็นต้น ซึ่งก็พบว่าประชากรไทยสูญเสียปีสุขภาวะเพิ่มขึ้นจาก ๙.๕ เป็น ๙.๙ ล้านปีสุขภาวะ โดยเพศชายสูญเสียเพิ่มขึ้นจาก ๕.๖ เป็น ๕.๗ ล้านปี สุขภาวะ และเพศหญิงสูญเสียเพิ่มขึ้นจาก ๓.๙ เป็น ๔.๒ ล้านปีสุขภาวะ โดยเฉพาะกลุ่มโรคไม่ติดต่อที่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างชัดเจน (ตารางที่ ๑)



ตารางที่ ๑ จำนวนปีที่สูญเสียปีสุขภาวะของประชากรไทยตามกลุ่มของสาเหตุระหว่าง พ.ศ.๒๕๔๒
และ ๒๕๔๗ จำแนกตามเพศ

กลุ่มของสาเหตุ	๒๕๔๒ (DALYs, ล้านปีสุขภาวะ)			๒๕๔๗ (DALYs, ล้านปีสุขภาวะ)		
	ชาย	หญิง	ชาย	หญิง	ชาย	หญิง
โรคติดต่อ	๑.๖	๑.๐	๒.๖	๑.๒	๐.๙	๒.๑
โรคไม่ติดต่อ	๒.๙	๒.๖	๕.๖	๓.๔	๓.๑	๖.๕
การบาดเจ็บ	๑.๐	๐.๓	๑.๓	๑.๐	๐.๓	๑.๓
รวม	๕.๖	๓.๙	๙.๕	๕.๗	๔.๒	๙.๙

ที่มา: รายงานการศึกษาภาระโรคและการบาดเจ็บของประชากรไทย พ.ศ. ๒๕๔๗

ทั้งนี้ สาเหตุสามอันดับแรกของการสูญเสียปีสุขภาวะในเพศหญิง (ตารางที่ ๒) ได้แก่ หลอดเลือดสมอง เอชไอวี/เอดส์ และเบาหวาน โดยหลอดเลือดสมองได้ทวีความสำคัญเพิ่มขึ้นในปี ๒๕๔๗ เนื่องจากการสูญเสียปีสุขภาวะของโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มขึ้นจาก ๒.๘ เป็น ๓.๒ ล้านปีสุขภาวะและขึ้นมาเป็นภาระโรคอันดับหนึ่งในปี พ.ศ. ๒๕๔๗ ในขณะเดียวกัน ภาระโรคที่เกิดจากกลุ่มโรคไม่ติดต่ออื่นๆ เช่น เบาหวาน ภาวะซึมเศร้า และภาวะหัวใจขาดเลือดเป็นสาเหตุของการสูญเสียปีสุขภาวะในเพศหญิงที่เพิ่มสูงขึ้น ในขณะที่การสูญเสียปีสุขภาวะของเอชไอวี/เอดส์ ลดลงจาก ๓.๗ เป็น ๒.๙ ล้านปีสุขภาวะ



ตารางที่ ๒ การจัดอันดับการสูญเสียปีสุขภาวะของประชากรไทยระหว่าง พ.ศ.๒๕๔๒ และ ๒๕๔๗
จำแนกตามเพศและสาเหตุ

อันดับ	ชาย (DALYs, ล้านปีสุขภาวะ)			หญิง (DALYs, ล้านปีสุขภาวะ)		
	โรค	๒๕๔๒	๒๕๔๗	โรค	๒๕๔๒	๒๕๔๗
๑	เอชไอวี/เอดส์	๙.๖	๖.๕	หลอดเลือดสมอง	๒.๘	๓.๒
๒	อุบัติเหตุ	๕.๑	๕.๘	เอชไอวี/เอดส์	๓.๗	๒.๙
๓	หลอดเลือดสมอง	๒.๗	๓.๔	เบาหวาน	๒.๗	๒.๗
๔	การเจ็บป่วยที่เกิดจากสุราและการติดสุรา	๑.๓	๓.๓	ภาวะซึมเศร้า	๑.๕	๑.๙
๕	มะเร็งตับและท่อน้ำดี	๒.๕	๒.๘	ภาวะหัวใจขาดเลือด	๑.๑	๑.๔
๖	ภาวะถุงลมอุดกั้นเรื้อรัง	๑.๖	๑.๘	มะเร็งตับและท่อน้ำดี	๑.๑	๑.๓
๗	ภาวะหัวใจขาดเลือด	๑.๖	๑.๘	อุบัติเหตุ	๑.๒	๑.๒
๘	เบาหวาน	๑.๗	๑.๗	ภาวะข้อเสื่อม	๑.๒	๑.๒
๙	ตับแข็ง	๑.๒	๑.๕	ภาวะถุงลมอุดกั้นเรื้อรัง	๐.๙	๑.๑
๑๐	ภาวะซึมเศร้า	๑.๐	๑.๔	ต่อกระຈก	๑.๐	๑.๑

ที่มา: รายงานการศึกษาภาระโรคและการบาดเจ็บของประชากรไทย พ.ศ. ๒๕๔๗

ปัญหาเรื่องสุขภาพจิต ที่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง สาเหตุจากการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วของสังคมไทยที่ทำให้การดำเนินชีวิตเป็นไปอย่างรีบเร่ง ต้องแก่งแย่งแข่งขัน รวมทั้งโครงสร้างสังคมที่มีความเหลื่อมล้ำต่ำสูงทำให้เกิดปัญหาความเครียดและการเสื่อมเสียในด้านสุขภาพจิต โดยมีผู้ติดสุราและมีปริมาณการดื่มสุราเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง คนไทยกว่า ๑.๖ ล้านคนป่วยเป็นโรคอารมณ์แปรปรวน และอีก ๘.๔ แสนคน ป่วยด้วยโรควิตกกังวล ปัญหาสุขภาพจิตเกี่ยวข้องกับปัญหาความสัมพันธ์ในครอบครัวไทยซึ่งกำลังเผชิญกับวิกฤตรุนแรง ในปี ๒๕๔๘ เด็กและวัยรุ่นไทยที่มีอายุ ๖ – ๑๘ ปี ร้อยละ ๕.๑ มีปัญหาด้านสุขภาพจิตและพฤติกรรม จากการสำรวจพบว่าเด็กและวัยรุ่นเพียงร้อยละ ๓๐ รู้สึกว่าพ่อแม่ให้ความรักเอาใจใส่ดี ในขณะที่เด็กอีกกว่า ๖ แสนคนกำลังมีปัญหาด้านสุขภาพจิตที่ควรได้รับความช่วยเหลือ ภาวะการเจ็บป่วยด้วยโรคทางจิตของคนไทยมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นกว่า ๒ เท่า ในรอบ ๑๕ ปีที่ผ่านมา โดยเพิ่มจาก ๒๔.๖ ต่อประชากรแสนคน ในปี ๒๕๓๔ เป็น ๔๒.๔ ต่อประชากรแสนคน ในปี ๒๕๔๙ ในขณะที่อัตราการฆ่าตัวตาย ซึ่งสะท้อนถึงปัญหาสุขภาพจิตขั้นร้ายแรงมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะหลังวิกฤติเศรษฐกิจ ทั้งนี้ปี ๒๕๔๙ มีอัตราการฆ่าตัวตายเป็น ๑๑.๘ ต่อประชากรแสนคน โดยมีสัดส่วนของเพศชายมากกว่าเพศหญิงถึงเกือบ ๔ เท่า



๖. ปัจจัยที่มีผลต่อสุขภาพ : แบบแผนการดำเนินชีวิตและการบริโภค

ภาวะการบีบคั้นทางเศรษฐกิจและสังคม การขยายตัวของสังคมเมืองที่มีสภาพแวดล้อมไม่เอื้อต่อสุขภาพ ไม่ปลอดภัย ทั้งที่อยู่อาศัย สถานที่ทำงาน สถาบันครอบครัว อ่อนแอและการดำรงชีวิตที่ไม่เหมาะสม กระแสค่านิยมการบริโภคแบบวัตถุนิยม บริโภคนิยม สิ่งเหล่านี้ล้วนเป็นปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้คุณภาพชีวิตและสุขภาพเสื่อมลงทั้งสิ้น

๖.๑ ภัยคุกคามต่อสุขภาพจากพฤติกรรมเสี่ยง โรคที่เกิดจากพฤติกรรมมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยนับเป็นสาเหตุอันดับต้นของการป่วยและตายของประชากร ในปี พ.ศ.๒๕๕๑ อัตราการป่วยด้วยโรคหัวใจ โรคเบาหวาน และโรคมะเร็ง มีอุบัติการณ์เพิ่มขึ้นเป็น ๗๔๙.๕, ๖๗๕.๗ และ ๑๓๔.๒ ต่อประชากรแสนคนตามลำดับ คาดการณ์ว่าทั่วประเทศจะมีคนป่วยด้วยโรคเบาหวานประมาณกว่า ๓ ล้านคนและมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ทั้งนี้ผู้ป่วยกว่าร้อยละ ๕๐ ยังไม่รู้ตัวว่าเป็นโรคและไม่ได้รับการวินิจฉัยและการรักษาที่เหมาะสม จึงมีความเสี่ยงให้เกิดปัญหาแทรกซ้อนทั้งโรคไตวาย ตาบอด และสูญเสียเท้าได้ ความเจ็บป่วยจากโรคไม่ติดต่อเรื้อรังเหล่านี้เกิดจากพฤติกรรมเสี่ยงที่สามารถป้องกันได้ เช่น การบริโภคที่ไม่เหมาะสม การสูบบุหรี่ การดื่มสุรา สิ่งมีนเมา สารเสพติด รวมทั้งเกิดจากความเครียด และการขาดการออกกำลังกาย ในปี ๒๕๔๙ คนไทยที่สูบบุหรี่มีทั้งสิ้นประมาณ ๑๑ ล้านคน เป็นชายไทยที่มีอายุมากกว่า ๑๑ ปีขึ้นไป ร้อยละ ๓๘.๘ และหญิงไทยร้อยละ ๒.๖ สูบบุหรี่มีผู้เสียชีวิตจากการสูบบุหรี่ ปีละประมาณ ๔๒,๐๐๐ คน หรือวันละ ๑๑๕ คน ส่วนการบริโภคสุราในรอบ ๑๐ ปีที่ผ่านมาแนวโน้มเพิ่มขึ้น โดยในปี ๒๕๔๙ มีจำนวนผู้ดื่มสุราหรือเครื่องดื่มมีนเมาทั้งสิ้นประมาณ ๑๕.๙ ล้านคน ซึ่งการดื่มสุรานอกจากจะเป็นสาเหตุของการเกิดโรคแล้วยังนำไปสู่อุบัติเหตุจากเมาแล้วขับซึ่งเป็นสาเหตุการตายในลำดับต้นๆ (๒๐.๙๗ ต่อประชากรแสนคน ในปี ๒๕๔๕ เป็น ๒๒.๒๗ คนต่อประชากรแสนคนในปี ๒๕๔๙) และนำไปสู่ความรุนแรง ฆาตกรรม การฆ่าตัวตาย และความผิดเกี่ยวกับทางเพศ ซึ่งภัยคุกคามทางเพศ ในปี ๒๕๔๘ เด็กและวัยรุ่นถูกละเมิดทางเพศ เฉลี่ยวันละ ๑๐ คน เด็กวัยรุ่นทำคลอดเฉลี่ยวันละ ๑๔๐ คน ทารกถูกทอดทิ้ง วันละ ๓ คน เด็กวัยรุ่นร้อยละ ๓๐ เสพสื่อลามก วัยรุ่นกว่าร้อยละ ๗๐ ไม่ใช้ถุงยางอนามัย เมื่อมีเพศสัมพันธ์ ทำให้ในปี ๒๕๔๙ อัตราการติดเชื้อเอดส์มีมากถึง ๑๑.๓๖ ต่อประชากรแสนคน เด็กนักเรียนวัย ๑๕ ปี มีเพศสัมพันธ์เพิ่มมากขึ้นและเร็วขึ้น ทั้งในเด็กผู้ชาย และเด็กผู้หญิงมีเพศสัมพันธ์แล้ว ร้อยละ ๑๕ และ ๕ ตามลำดับ ส่วนในกลุ่มอาชีวศึกษาชาย ชั้นปีที่ ๒ ร้อยละ ๑๐๐ เคยมีเพศสัมพันธ์มาแล้ว โดยใช้ถุงยางอนามัยเพียงร้อยละ ๑๑ สำหรับกลุ่มวัยรุ่น อายุ ๑๕ - ๒๓ ปี มีพฤติกรรมการแลกเปลี่ยนคู่นอนเพิ่มขึ้นถึงร้อยละ ๕๐ จนกลายเป็นกลุ่มเสี่ยงของโรคเอดส์ที่มีแนวโน้มสูงขึ้น



นอกจากนี้ปัญหายาเสพติดก็ยังเป็นภัยคุกคามสังคมไทยมาโดยตลอด ใน พ.ศ.๒๕๔๙ โดยระหว่างปี ๒๕๔๕-๒๕๔๙ มีจำนวนผู้เข้ารับการบำบัดรักษาเสพติดในสถานพยาบาลรวมทั้งสิ้น ๕๒๒,๙๘๕ คน ส่วนใหญ่เป็นผู้เข้ารับการรักษารายใหม่ ทั้งนี้โดยมีแนวโน้มการใช้สารเสพติดเพิ่มขึ้นในกลุ่มนักเรียนในสถานศึกษา โดยเพิ่มขึ้นถึง ๗.๕ เท่าในช่วง ๑๔ ปีที่ผ่านมา ทั้งนี้การแก้ปัญหายาเสพติดที่ผ่านมาเน้นหนักที่การปราบปราม และกำจัดฝ่ายที่น่ายามาจำหน่าย โดยยังขาดความเข้มแข็งของมาตรการด้านการสร้างภูมิคุ้มกันทางสังคม (Social Immunity) ให้กับกลุ่มเสี่ยงและไม่ให้กลับมาเสพติดซ้ำ

๖.๒ ความเสี่ยงจากการบริโภค องค์การอาหารและการเกษตรของยูเอ็นระบุว่า ในช่วงปี พ.ศ.๒๕๔๑-พ.ศ.๒๕๔๓ ประเทศไทยมีประชากรประสบภาวะหิวโหยถึงร้อยละ ๑๘ ของประชากรทั้งหมด ซึ่งสำนักกระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค ได้รายงานแนวโน้มจำนวนผู้ป่วยเป็นโรคที่เกิดจากอาหารเป็นพิษเพิ่มขึ้นจาก ๔.๓๕ ต่อประชากรแสนคนในปี พ.ศ.๒๕๑๙ เป็น ๑๖๒.๙๘ ต่อประชากรแสนคนในปี พ.ศ.๒๕๕๒ แต่ข้อมูลที่น่าสนใจคือ ผู้ป่วยด้วยโรคอาหารเป็นพิษส่วนใหญ่ อาศัยอยู่ในเขตองค์การบริหารส่วนตำบล ซึ่งมักพบการระบาดในโรงเรียน สถานที่จัดเลี้ยง และซื้อมาหรือปรุงเอง ทั้งนี้แบบแผนการบริโภคอาหารที่เปลี่ยนแปลงไปทำให้คนไทยต้องเสียชีวิตจากโรคอันเนื่องจากพฤติกรรมการกินไม่ถูกต้องเหมาะสม ที่สำคัญ คือ คนไทยบริโภคน้ำตาลสูงขึ้นมากกว่าเท่าตัวในเวลา ๒๕ ปี โดยเพิ่มจาก ๑๒.๗ กิโลกรัมต่อคนต่อปีใน พ.ศ.๒๕๒๖ เป็น ๓๓.๒ กิโลกรัมต่อคนต่อปีใน พ.ศ.๒๕๕๐ หรือเฉลี่ยคนละ ๒๓ ช้อนชาต่อวัน (สำนักงานคณะกรรมการอ้อยและน้ำตาลทราย) ซึ่งเมื่อเปรียบเทียบกับปริมาณที่แนะนำโดยองค์การอนามัยโลกตามข้อปฏิบัติการบริโภคอาหารเพื่อสุขภาพที่ดีสูงถึงเกือบ ๔ เท่า (ผู้ใหญ่ควรรับประทานไม่เกิน ๖ ช้อนชาต่อวัน สำหรับเด็กเล็กไม่ควรเกิน ๔ ช้อนชา ทั้งนี้ การบริโภคน้ำตาลเกินความจำเป็นส่งผลให้เกิดปัญหาสุขภาพต่างๆ อาทิ ปัญหาฟันผุ โรคอ้วนซึ่งเป็นภาวะเสี่ยงต่อการเจ็บป่วยและโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เช่น โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ทั้งนี้ โดยเฉพาะในเด็กและเยาวชนที่มีการบริโภคขนมขบเคี้ยวและน้ำอัดลม โดยในปี พ.ศ.๒๕๔๙ พบปัญหาฟันผุในเด็กอายุต่ำกว่า ๕ ปี ถึงร้อยละ ๔๑.๑ และส่วนใหญ่ไม่ได้รับการรักษาอย่างทั่วถึง

ในขณะที่ความปลอดภัยของอาหารยังเป็นปัญหาโดยเฉพาะการใช้ปุ๋ยเคมีและยาฆ่าแมลงที่ใช้ในการเกษตรมากที่สุด โดยที่การใช้ปุ๋ยมีมากขึ้นอย่างก้าวกระโดด โดยเกือบทั้งหมดได้นำเข้าจากต่างประเทศ เป็นจำนวนสูงถึง ๓๒๑,๗๐๐ ตันในปี พ.ศ.๒๕๒๕ และได้เพิ่มขึ้นเป็น ๔,๑๑๗,๗๕๒ ตัน ในปี พ.ศ.๒๕๕๒ คิดเป็นมูลค่ากว่า ๔๖,๑๗๖ ล้านบาท ในขณะที่การนำเข้า



สารเคมีเพื่อป้องกันกำจัดศัตรูพืชมีปริมาณมากถึง ๑๒๖,๕๗๗ ตัน คิดเป็นมูลค่า ๑๖,๑๖๘ ล้านบาท ทั้งนี้การใช้ปุ๋ยเคมีและสารเคมีกำจัดศัตรูพืชที่ไม่ถูกต้องและเหมาะสมดังกล่าว นอกจากจะก่อให้เกิดปัญหาด้านสิ่งแวดล้อมแล้ว ที่สำคัญอย่างยิ่งยังก่อให้เกิดปัญหาด้านสุขภาพด้วย จากการได้รับสารเคมีซึ่งเป็นสารพิษเข้าสู่ร่างกายทั้งผู้บริโภคและผู้ผลิต ดังนั้น การสร้างความเข้มแข็งของนโยบายอาหารปลอดภัย (Food Safety) และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมผู้บริโภคที่เหมาะสมจึงมีความจำเป็นอย่างมาก และต้องมีการดำเนินการอย่างจริงจัง ครอบคลุมและต่อเนื่อง

๖.๓ การขาดการออกกำลังกาย สถานการณ์การเล่นกีฬาและการออกกำลังกายของคนไทยดีขึ้นอย่างต่อเนื่อง แต่ก็ยังอยู่ในอัตราที่ต่ำเพียงร้อยละ ๓๔.๗ ที่ออกกำลังกายเป็นประจำเมื่อเทียบกับประเทศออสเตรเลีย อังกฤษ และสิงคโปร์ ที่มีอัตราการออกกำลังกายประจำมากกว่าครึ่งหนึ่งของประชากรทั้งหมด การที่เยาวชนมีการออกกำลังกายน้อยลงทำให้ปัญหาโภชนาการเกินเพิ่มมากขึ้น โดยในปี พ.ศ.๒๕๔๙ พบปัญหาภาวะโภชนาการเกินในเด็กอายุต่ำกว่า ๕ ปี ร้อยละ ๑๐.๖ และคาดว่าในอีก ๑๐ ปีข้างหน้า ๑ ใน ๕ ของเด็กปฐมวัยจะเป็นโรคอ้วน เด็กไทยร้อยละ ๖๙ ใช้เวลาหลังเลิกเรียนทำการบ้านหรือเรียนกวดวิชา ใช้เวลาจับจ่ายอยู่หน้าจอตีวทัศน์ร้อยละ ๕๖ ในขณะที่เด็กญี่ปุ่นและเวียดนามกว่าร้อยละ ๖๐ ใช้เวลาว่างเล่นกีฬาและออกกำลังกายกลางแจ้ง เด็กและเยาวชนไทยใช้เวลาดูโทรทัศน์หรือเล่นเกมคอมพิวเตอร์มากกว่าวันละ ๔ - ๖ ชั่วโมง เด็กไทยติดเกมต้องจ่ายเงินเฉลี่ย ๗๖๐ บาทต่อคนต่อเดือน

๗. ปัญหาและข้อจำกัดในการดำเนินงานด้านสุขภาพ

๗.๑ ระบบสุขภาพ ปัญหาของระบบสุขภาพ คือ มีการลงทุนมาก แต่ได้รับผลตอบแทนทางสุขภาพน้อย เห็นได้จากตัวเลขค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพมีอัตราเพิ่มสูงขึ้น แต่ผลตอบแทนทางสุขภาพยังไม่คุ้มค่าได้จาก ๒ เรื่องใหญ่ ๆ คือ

(๑) ประชาชนยังเจ็บป่วยล้มตาย โดยไม่จำเป็นมีจำนวนมากขึ้น เนื่องมาจาก ๓ สาเหตุ คือ อุบัติเหตุ โรคหัวใจ โรคมะเร็ง

(๒) ผู้เจ็บป่วยยังได้รับบริการไม่เพียงพอ ทั้งนี้เนื่องจากระบบบริการสาธารณสุขเป็นระบบรองรับโดยวัตถุประสงค์เพื่อการซ่อมสุขภาพ การสร้างสุขภาพโดยการมีส่วนร่วมของคนและสังคมทั้งหมดยังไม่เข้มแข็ง ต้องดำเนินการเชิงรุกสู่กลุ่มเป้าหมายในระดับชุมชนให้มากขึ้น การสร้างความเข้มแข็งของท้องถิ่นและชุมชนให้สามารถป้องกันและเฝ้าระวังพฤติกรรมเสี่ยง ดูแลสุขภาพ ลดโรคและจัดการโรคด้วยทรัพยากรในพื้นที่และด้วยกลยุทธ์ที่เกิดจากปัญญาท้องถิ่น ผสานกับหลักวิชาการจากหน่วยงานรัฐเป็นสิ่งจำเป็นอย่างยิ่ง



๗.๒ ระบบเฝ้าระวัง การเฝ้าระวังเป็นกระบวนการที่ต้องทำอย่างต่อเนื่องเพื่อประโยชน์ในการบอกระดับความรุนแรงของปัญหาและการกระจายตัวของปัญหา เป็นเครื่องมือในการประเมินผลมาตรการป้องกันและควบคุมปัญหาสาธารณสุข อีกทั้งยังช่วยจุดประกายให้เกิดคำถามสำหรับการศึกษาวิจัย และนำมาซึ่งข้อมูลสารสนเทศประกอบการกำหนดนโยบายและการวางแผนที่ผ่านมาบุคลากรยังมีความรู้ ทักษะและประสบการณ์ด้านนี้ค่อนข้างน้อย เนื่องจากการเฝ้าระวังเพื่อการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อมยังไม่มีรูปแบบที่ชัดเจน ส่วนใหญ่เป็นไปเพื่อการควบคุมป้องกันโรค จึงจำเป็นต้องพัฒนาระบบและบุคลากรเพื่อการเฝ้าระวังให้เข้มข้นจริงจังยิ่งขึ้น

๗.๓ การสร้างงานวิจัยและนวัตกรรม กรมวิชาการจะต้องแข่งขันกับตัวเองในเชิงคุณภาพเพื่อยกระดับมาตรฐานทางความรู้และวิชาการให้เป็นที่ยอมรับ ซึ่งการสร้างงานวิจัยและนวัตกรรมคือฐานของการพัฒนาคุณภาพดังกล่าว ปัจจุบันการทำวิจัยส่วนใหญ่มีลักษณะที่เป็นโครงการเดี่ยว ขาดการเชื่อมโยงและบูรณาการให้ครอบคลุมครบวงจรของปัญหา ประเด็นการวิจัยยังอยู่ในวงจำกัดและบางส่วนไม่นำไปสู่การสร้างสัมฤทธิ์ผลในอนาคต หรือสร้างองค์ความรู้ใหม่เพื่อแก้ปัญหาสุขภาพของประชาชน

๗.๔ ความขัดแย้งระหว่างผู้ให้บริการกับผู้รับบริการ แม้ว่าจะมีการขยายบริการสุขภาพและการตรวจรักษาทางการแพทย์ให้กว้างขวาง และทั่วถึงมากขึ้นอย่างต่อเนื่องควบคู่กับการเร่งรัดพัฒนาคุณภาพมาตรฐาน โดยมีโรงพยาบาลที่ผ่านการรับรองมาตรฐานอย่างครบถ้วน (Hospital Accreditation: HA) จำนวน ๑๓๔ แห่ง ในปี พ.ศ.๒๕๕๘ เพิ่มขึ้นร้อยละ ๓.๕๘ จากปี พ.ศ.๒๕๕๗ รวมทั้งการพัฒนามาตรฐานตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ของสถานพยาบาลในรูปแบบต่างๆ อย่างกว้างขวางมากยิ่งขึ้น แต่การเข้ารับบริการทางการแพทย์ก็ยังเป็นเรื่องที่สร้างความทุกข์ยากแก่ประชาชนเป็นอย่างยิ่ง ในขณะที่บริการในโรงพยาบาลเอกชนมีความสะดวกสบายมากกว่าโรงพยาบาลของรัฐ แต่ค่ารักษาพยาบาลที่แพงได้ทำให้มีเฉพาะประชาชนจำนวนหนึ่งเท่านั้นที่เข้าถึงได้ บริการของคนส่วนใหญ่ยังได้รับจากสถานพยาบาลภาครัฐซึ่งมักจะมีลักษณะหน้าอ รอนาน บริการแย่ การมีผู้ใช้บริการมากขึ้นจากการให้หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้ายิ่งทำให้คุณภาพบริการแย่ลง การสำรวจความเห็นต่อบริการที่ได้รับจากนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้ามีปัญหาที่สำคัญที่สุด คือ ความรู้สึกที่ไม่เท่าเทียมกันของผู้ป่วยที่ใช้สิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า รองลงมา คือ คุณภาพยา รวมทั้งการปรับปรุงเรื่องการรอคอยนาน และคุณภาพการรักษา



ความทุกข์ยากไม่ได้จำกัดอยู่ที่ผู้ใช้บริการเท่านั้น แต่บุคลากรทางการแพทย์ก็มี ปัญหาความทุกข์จากความขัดแย้งและการถูกฟ้องร้องจากผู้รับบริการทางการแพทย์ในระหว่าง ปี พ.ศ.๒๕๒๗-พ.ศ.๒๕๔๒ มีการฟ้องแพทย์มากกว่า ๓๑ คดี ถูกฟ้องเรียนในช่วงปี พ.ศ.๒๕๓๑ - พ.ศ.๒๕๔๗ จำนวน ๒,๒๔๗ เรื่อง มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นจากในปี ๒๕๓๑ ซึ่งมีเพียงจำนวน ๕๒ ราย เป็นจำนวน ๒๘๙ รายในปี พ.ศ.๒๕๔๕ สำหรับปี พ.ศ.๒๕๔๗ - พ.ศ.๒๕๔๘ เพิ่มขึ้นเป็น ๑,๕๐๒ ราย และ ๑,๘๖๔ ราย ตามลำดับ คิดเป็นอัตราเพิ่มร้อยละ ๒๔.๑ อันเนื่องจากการเปลี่ยนแปลง ความสัมพันธ์ฉันท์เครือญาติสู่ความสัมพันธ์เชิงสัญญาและธุรกิจ และการขาดกระบวนการสื่อสาร อย่างสร้างสรรค์ นำไปสู่ปัญหาการเสียขวัญกำลังใจและความรู้สึกมั่นคงในวิชาชีพ จนในปัจจุบัน แพทย์ต้องมีการซื้อประกันภัยเพื่อคุ้มครองตนเองจากการถูกฟ้องร้อง สภาพการทำงานแพทย์ ที่เป็นอยู่บั่นทอนความภาคภูมิใจ และทำให้แพทย์และบุคลากรทางการแพทย์ทำงานโดยไม่มี ความสุขและไม่เห็นคุณค่าของงานที่ตนทำ

ในสถานการณ์ปัจจุบันที่ความไว้วางใจและศรัทธาของประชาชนโดยทั่วไป ต่อวิชาชีพแพทย์มีแนวโน้มลดน้อยถอยลง ทั้งเนื่องจากสังคมโดยรวมที่มีทิศทางการพัฒนาไปสู่ ความเป็นสังคมทุนนิยมบริโภคนิยม ทำให้ความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์กับผู้ป่วยมีลักษณะ เป็นความสัมพันธ์ระหว่างผู้ให้บริการกับลูกค้ามากกว่าที่จะเป็นไปด้วยความเคารพและให้เกียรติ ซึ่งกันและกัน ยิ่งในระบบการแพทย์ที่พึ่งพาอาศัยเทคโนโลยีขั้นสูง ปฏิสัมพันธ์ที่เป็นไปแบบ เครื่องยนต์กลไกก็ยิ่งทำให้ความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์ผู้รักษากับผู้ป่วยมีลักษณะที่ฉาบฉวยและ ห่างเหินต่อกัน นอกจากนั้นระบบการศึกษาแพทย์ในปัจจุบันยังไม่สามารถหาคำตอบให้กับปัญหา การเรียนการสอนที่จะสามารถปลูกฝังคุณธรรมและการมีอุดมคติของชีวิตได้ สถานการณ์ ความสัมพันธ์ของผู้ป่วยและบุคลากรทางการแพทย์จึงมีแนวโน้มเสื่อมถอยลง

๘. ระบบสนับสนุนทรัพยากร วิชาการ การวิจัย และระบบข้อมูลสารสนเทศ

๘.๑ การเงินการคลังในระบบสุขภาพ

รายจ่ายสุขภาพรวมของประเทศไทย ในปี พ.ศ.๒๕๕๑ มีจำนวน ๓๖๓,๗๗๑ ล้านบาทต่อปี หรือ ๕,๗๓๙ บาทต่อคนต่อปี โดยคิดเป็นสัดส่วนประมาณร้อยละ ๔.๐ ของผลิตภัณฑ์มวลรวมภายในประเทศ (สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ พ.ศ.๒๕๕๓) โดยเพิ่มขึ้น ๒.๖ เท่าในช่วง ๑๕ ปีที่ผ่านมา ที่มีการจัดทำบัญชีรายจ่ายสุขภาพแห่งชาติ โดยเป็นรายจ่าย ส่วนใหญ่ยังเป็นของภาครัฐ คิดเป็นร้อยละ ๗๔.๘ ของรายจ่ายสุขภาพรวม ทั้งนี้ส่วนใหญ่ เป็นรายจ่ายจากภาครัฐส่วนกลางคิดเป็นร้อยละ ๖๓.๐ ส่วนท้องถิ่น ๕.๑ กองทุนประกันสังคม



ร้อยละ ๖.๗ ภาคเอกชนมีรายจ่ายร้อยละ ๒๔.๙ ในจำนวนนี้ส่วนใหญ่เป็นรายจ่ายจากภาคครัวเรือน ส่วนบุคคลถึงร้อยละ ๑๗.๗ ส่วนที่เหลือร้อยละ ๗.๒ เป็นของเอกชนอื่นๆ อาทิการประกันสุขภาพ เอกชนโดยสมัครใจ การประกัน พ.ร.บ.คุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถยนต์ เป็นต้น อย่างไรก็ตาม รายจ่ายสุขภาพของประเทศนี้ ส่วนใหญ่เป็นไปเพื่อการบริการสุขภาพถึงร้อยละ ๘๓.๑ ในขณะที่เพื่อการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคมียังร้อยละ ๔.๕ ของรายจ่ายสุขภาพรวมของประเทศ ทั้งหมด ซึ่งยังคงมีสัดส่วนที่ค่อนข้างคงที่มาโดยตลอด

ขณะนี้ ประเทศไทย ได้มีการจัดตั้งกองทุนสุขภาพตำบลเพื่อแก้ไขปัญหาสุขภาพในระดับพื้นที่ไปแล้วกว่า ๕,๐๐๐ กองทุน คิดเป็นร้อยละ ๗๑ ของกองทุนทั่วประเทศ จาก ๗,๗๐๐ ตำบล ซึ่งในปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๕๔ จะมีการดำเนินการเพิ่มเป็นร้อยละ ๙๑ ให้ครอบคลุม ๗,๑๐๐ กองทุน การดำเนินงานแก้ไขปัญหสุขภาพยังมีการดำเนินการคู่ขนานกับการพัฒนาโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) การพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) และการจัดทำแผนสุขภาพตำบล อย่างมีส่วนร่วม

การดำเนินตามนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าได้ทำให้ประชาชนเข้าถึง บริการสุขภาพอย่างเป็นธรรมและทั่วถึงมากขึ้น แต่ยังมีปัญหาการจัดสรรงบประมาณให้แก่ สถานพยาบาลโดยการคำนวณอัตราเหมาจ่ายรายหัวต่ำกว่าต้นทุนที่แท้จริงทำให้งบประมาณที่ได้รับ จัดสรรไม่เพียงพอ โดยเฉพาะในระบบบริการภาครัฐนั้นงบประมาณเกือบร้อยละ ๔๐ ถูกใช้เป็น งบบุคลากร ทำให้สถานพยาบาลจำนวนมากอยู่ในสภาวะหนี้สินต้องแบกรับภาระทางการเงิน และขาดสภาพคล่องทางการเงิน ซึ่งจะเป็นภาระงบประมาณค่าใช้จ่ายด้านสาธารณสุขของรัฐบาล ต่อไปในอนาคต นอกจากนี้หากขยายความครอบคลุมสิทธิประโยชน์ที่เพิ่มมากขึ้น จะทำให้มี ค่าใช้จ่ายที่เพิ่มขึ้น โดยเฉพาะผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังในระยะสุดท้าย ซึ่งขณะนี้ประมาณ ๑๔,๐๐๐ รายการให้สิทธิประโยชน์ในการล้างไตจะมีภาระค่าใช้จ่ายรักษาพยาบาลเพิ่มขึ้นประมาณ ๒๐,๐๐๐ - ๓๐,๐๐๐ บาทต่อคนต่อเดือน และคาดว่าอีก ๑๘ ปีผู้ป่วยจะเพิ่มขึ้นเป็น ๑๘๘,๔๓๕ ราย หากขาดระบบการจัดการและการหาทางเลือกก็อาจทำให้เกิดวิกฤติค่าใช้จ่ายทางการแพทย์ได้

แนวโน้มภาระค่าใช้จ่ายทางการแพทย์ในอนาคต จะเพิ่มมากขึ้นจากปัจจัย หลายประการ ได้แก่ (๑) การบีบคั้นจากการค้าเสรีที่จะบังคับใช้ข้อตกลงทางการค้าที่ทำให้ต้อง ซื้อยาในราคาที่แพงขึ้น ในขณะที่ประเทศไทยไม่สามารถผลิตวัตถุดิบด้านยาได้ (๒) การเพิ่มขึ้นของ สัดส่วนผู้สูงอายุที่มีความเจ็บป่วยเรื้อรัง เช่น โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง มะเร็ง โรคกระดูก และข้อ โรคต่อกระฉก และทันตอนามัย (๓) พฤติกรรมการส่งจ่ายยาของแพทย์ที่มีแนวโน้มใช้ยา



ราคาแพงและเทคโนโลยีขั้นสูงมากขึ้น (๔) การฟ้องร้องแพทย์ที่เพิ่มมากขึ้น ทำให้แพทย์ลังการรักษา และการตรวจที่มากเกินไปเพื่อป้องกันการถูกฟ้องร้อง (๕) การแพทย์แนวพาณิชย์ที่ใช้เทคโนโลยี การแพทย์ที่ฟุ่มเฟือยและไม่มีความจำเป็น

๘.๒ ระบบข้อมูลสารสนเทศ และการพัฒนาเทคโนโลยีทางด้านสุขภาพ

ปัจจุบันเป็นยุคของข้อมูลสารสนเทศและเทคโนโลยี ได้มีการนำเทคโนโลยี มาช่วยในการจัดเก็บข้อมูลกันอย่างกว้างขวาง ทำให้ปัจจุบันสถานบริการต่างๆ มีข้อมูลมากมาย แต่ยังใช้ประโยชน์ได้ไม่คุ้มค่า เนื่องจากการจัดเก็บข้อมูลต่างคนต่างเก็บ ต่างคนต่างใช้ประโยชน์ ไม่สามารถเชื่อมโยงและแลกเปลี่ยนข้อมูลกันได้โดยง่าย ไม่มีชุดฐานข้อมูล (Dataset) ที่เป็น มาตรฐานกลาง การส่งต่อข้อมูลเป็นระบบอิเล็กทรอนิกส์ที่ยังไม่มีประสิทธิภาพ ข้อมูลที่มีอยู่ใน ปัจจุบันเน้นเพื่อการเบิกจ่ายเงินเป็นหลัก ยังไม่สามารถนำมารวมกันเป็นคลังข้อมูลขนาดใหญ่ ในระดับประเทศได้

ตลอดระยะเวลาเกือบ ๑๐ ปีที่ผ่านมา ได้มีการกำหนดและประกาศให้มีการนำเอามาตรฐานโครงสร้างข้อมูลและรหัสต่างๆ มาใช้ในระบบงานบริการผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอก ของโรงพยาบาลทุกสถานบริการ ระบบบริการผู้ป่วยนอกรวมถึงงานการให้บริการรักษา ควบคุม ป้องกันและส่งเสริมสุขภาพของทุกสถานีนอมนามัย หรือแฟ้มข้อมูลประจำครอบครัว (Family Folder) และสมุดสุขภาพประจำบุคคล

สำหรับการพัฒนาเทคโนโลยีที่ไม่หยุดยั้ง ส่งผลให้เทคโนโลยีทางด้านการแพทย์และสาธารณสุขได้มีการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง เช่น เทคโนโลยีชีวภาพสมัยใหม่ (Modern Biotechnology) ได้ถูกนำมาประยุกต์ใช้กันอย่างกว้างขวาง มีการพัฒนาด้านพันธุกรรมศาสตร์ และเวชศาสตร์ ภูมิคุ้มกัน การวิจัยเซลล์ต้นกำเนิด (Stem Cells) อันอาจกลายเป็นแหล่งสำคัญของ เซลล์และเนื้อเยื่อที่ใช้ในการปลูกถ่ายอวัยวะ และมีการศึกษาศาสตร์แนวใหม่คือ เภสัชพันธุศาสตร์ (Pharmacogenomics) คือการศึกษาค้นคว้ายาด้วยวิธีการใหม่โดยศึกษาถึงกลไกไปถึงระดับพันธุกรรม ว่าโรคต่างๆ เป็นโรคที่เกิดจากความผิดปกติที่ระดับพันธุกรรมของแต่ละบุคคล รวมทั้งการรักษา โรคที่ซับซ้อนต่างๆ เช่น โรคพาร์กินสัน อัลไซเมอร์ การผลิตยา วัคซีน และอุปกรณ์เครื่องมือทาง การแพทย์ที่มีความจำเป็นและมีประสิทธิภาพมากขึ้น ตลอดจนการใช้เทคโนโลยีทางการแพทย์ ในการรักษาโรค หรือทำนายโอกาสและความเสี่ยงของการเกิดโรคในระดับเซลล์หรือโมเลกุลได้



๘.๓ การวิจัยเพื่อการพัฒนาสุขภาพ

ในช่วง ๒ ทศวรรษที่ผ่านมา การวิจัยสุขภาพมีบทบาทสนับสนุนการพัฒนา ระบบสุขภาพของประเทศไทยเป็นอย่างมาก จากความซับซ้อนของระบบสุขภาพที่เพิ่มมากขึ้น สถานการณ์ระบบสุขภาพไทยที่มีการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว ทั้งในเชิงแนวคิด นโยบาย ข้อจำกัด ของระบบสาธารณสุขทั้งโครงสร้าง และกลไกการจัดการด้านการแพทย์ บริบทต่าง ๆ ทั้งทาง เศรษฐกิจ สังคม ทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อมที่มีผลกระทบต่อสุขภาพที่เปลี่ยนแปลงไป ทั้งในระดับประเทศและระดับสากล สถานการณ์ปัญหาสุขภาพและโรคภัยไข้เจ็บต่าง ๆ ได้ทวี ความรุนแรง และซับซ้อนมากยิ่งขึ้น โดยเฉพาะการระบาดของโรคอุบัติใหม่และโรคอุบัติซ้ำ เช่น โรคซาร์ส ไข้หวัดนก โรคหว้า การระบาดซ้ำของวัณโรคที่ดื้อยา และสถานการณ์ล่าสุดในปี พ.ศ.๒๕๕๒ ที่มีการแพร่ระบาดของโรคไข้หวัดใหญ่สายพันธุ์ใหม่ ๒๐๐๙ อย่างรวดเร็ว ปัญหาเหล่านี้ ล้วนมีปัจจัยร่วมที่ซับซ้อนยากแก่การควบคุมป้องกันโรค ในขณะที่การพัฒนาระบบสุขภาพ และบริการด้านสาธารณสุข จำเป็นต้องมีพื้นฐานหลักฐานจากงานวิจัย เป็นเหตุผลการรองรับ ในการปรับปรุงเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ จึงมีความจำเป็นที่ต้องศึกษาวิจัยเพื่อพัฒนาองค์ความรู้ ที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาสุขภาพตลอดเวลา เพื่อให้ทันต่อการเปลี่ยนแปลงของระบบสุขภาพและ โรคอุบัติใหม่ที่เกิดขึ้นในปัจจุบันและในอนาคต แต่จากการศึกษาการวิจัยสุขภาพเพื่อการปฏิรูป สุขภาพที่ยั่งยืนในประเทศไทย (พงษ์พิสุทธิ์ จงอุดมสุข, ๒๕๕๑) กลับพบว่า ระบบวิจัยสุขภาพของ ประเทศไทยกำลังประสบปัญหาหลายด้าน ได้แก่ ขาดองค์ความรู้ที่ชัดเจน ขาดทรัพยากรที่เพียงพอและขาดประสิทธิภาพในการบริหารจัดการ ฯลฯ การแก้ปัญหาต่าง ๆ เพื่อที่จะพัฒนาระบบ การวิจัยเพื่อการพัฒนาสุขภาพให้เจริญเติบโตเป็นต้นไม้ที่แข็งแรงสามารถช่วยขับเคลื่อนยุทธศาสตร์ การพัฒนาสุขภาพให้เป็นไปอย่างได้ผลและยั่งยืนจึงเป็นสิ่งที่ท้าทาย

๙. การพัฒนานโยบายและแผนการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคของต่างประเทศ

เนื่องจากองค์การอนามัยโลกมีความห่วงใยเรื่องค่าใช้จ่ายด้านบริการสุขภาพที่เพิ่ม สูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง แต่สถานะทางสุขภาพของประชากรโลกโดยรวมไม่ดีขึ้น จึงได้จัดการประชุม ระหว่างประเทศขึ้นที่เมืองอัลมาตาในสหภาพโซเวียตเมื่อปี ๑๙๗๘ ที่ประชุมกำหนดนโยบายเป็น ปฏิญญาอัลมาตา (WHO, ๑๙๗๘) “สุขภาพถ้วนหน้า ภายในปี ๒๐๐๐” โดยใช้ยุทธศาสตร์ การสาธารณสุขมูลฐานเป็นหลัก ซึ่งแต่ละประเทศรีบไปดำเนินงานให้เหมาะสมกับสภาวะภายในของ ประเทศ



ต่อมาองค์การอนามัยโลกภูมิภาคยุโรป พยายามหารูปแบบการสาธารณสุขมูลฐานที่เหมาะสมกับยุโรปซึ่งเป็นประเทศอุตสาหกรรม เห็นว่าการสร้างเสริมสุขภาพที่มีการดำเนินงานอยู่ในประเทศแคนาดา เป็นยุทธศาสตร์ที่น่าสนใจ และได้ศึกษาเรื่องนี้จากแคนาดา ต่อมาจึงได้ร่วมกับแคนาดาเป็นเจ้าภาพจัดให้มีการประชุมระหว่างประเทศเรื่องการสร้างเสริมสุขภาพขึ้นที่เมืองออตตาวาประเทศแคนาดา เมื่อปี ๑๙๘๖ และเป็นที่มาของกฎบัตรออตตาวา ซึ่งถือกันว่าเป็นการให้กำเนิดเรื่องการสร้างเสริมสุขภาพยุคใหม่อย่างเป็นทางการ ประเด็นสำคัญของกฎบัตรออตตาวา ได้แก่

๑) การยืนยันคำจำกัดความของสุขภาพขององค์การอนามัยโลกที่ว่า สุขภาพหมายถึง “ภาวะที่มีความสมบูรณ์ทั้งทางกาย ใจ และ สังคม มิใช่เพียงแต่เป็นภาวะที่ปลอดจากโรคเท่านั้น”

๒) การให้ความหมาย การสร้างเสริมสุขภาพ (Health Promotion) เป็น “กระบวนการที่ทำให้คนมีความรู้ความสามารถที่จะควบคุม และเพิ่มพูนสุขภาพของตน”

๓) กลยุทธ์พื้นฐาน ๓ ประการเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ ได้แก่

- การชี้นำ (Advocacy) ด้านสุขภาพ เพื่อสร้างสภาวะหรือปัจจัยที่เอื้อต่อสุขภาพ
- การเพิ่มความสามารถ (Enabling) ให้บุคคลบรรลุถึงศักยภาพสูงสุดด้านสุขภาพ
- การไกล่เกลี่ย (Mediating) ระหว่างกลุ่มผลประโยชน์ที่แตกต่างกันในสังคมเพื่อจุดหมายด้านสุขภาพ

๔) การให้แนวทางในการดำเนินงานด้านการสร้างเสริมสุขภาพไว้ ๕ ประการ ได้แก่

- การสร้างนโยบายสาธารณะที่เป็นผลดีต่อสุขภาพ (Build healthy public policy) หมายถึงในการกำหนดนโยบายสาธารณะใด ๆ ต้องคำนึงถึงผลกระทบต่อสุขภาพด้วย
- การจัดสภาพแวดล้อมให้เอื้อต่อสุขภาพ (Create supportive environments) เนื่องจากสังคมและสิ่งแวดล้อมซึ่งรวมถึงความเป็นอยู่ ที่ทำงาน ที่พักผ่อนหย่อนใจ รวมทั้งสภาพแวดล้อมอื่น ๆ ล้วนมีผลกระทบต่อสุขภาพ



- การเสริมการดำเนินงานโดยชุมชนให้มีความเข้มแข็ง (Strengthen community actions) ชุมชนต้องมีส่วนร่วมในงานสร้างเสริมสุขภาพ ซึ่งอาจอาศัยวิธีการพัฒนาชุมชน
- การพัฒนาทักษะให้กับทุกคน (Develop personal skills) ด้วยการให้ได้รับข่าวสารข้อมูลการศึกษาทางสุขภาพ และเพิ่มพูนทักษะในการดำรงชีวิต เป้าหมายคือให้สามารถควบคุมสุขภาพของตนและสภาพแวดล้อมได้
- การปรับทิศทางของบริการสุขภาพ (Reorient health services) เพื่อให้สอดคล้องกับเรื่องการสร้างเสริมสุขภาพ

จนกระทั่งในปี พ.ศ. ๒๕๔๘ มีการประชุมระหว่างประเทศในเรื่องการสร้างเสริมสุขภาพที่กรุงเทพฯ หลังจากการประกาศกฎบัตรอตตาว่ามาแล้ว ๒๐ ปี ก็ได้มีการออกกฎบัตรกรุงเทพ (Bangkok Charter) ที่มีการเพิ่มสาระสำคัญเกี่ยวกับ Right to Health, Health Determinants ตลอดจนการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนในการสร้างเสริมสุขภาพ

เนื่องจากการสร้างเสริมสุขภาพมีความเป็นมาดังกล่าวข้างต้น การศึกษาประสบการณ์ของประเทศที่มีการริเริ่มและมีการดำเนินงานด้านการสร้างเสริมสุขภาพมานานพอสมควรแล้วน่าจะสามารรถชี้ประเด็นที่เกิดประโยชน์ได้ จากประสบการณ์ของประเทศแคนาดา ประเทศออสเตรเลีย และประเทศญี่ปุ่น เพื่อเป็นตัวอย่างที่ดีในการเปรียบเทียบการพัฒนา นโยบายการสร้างเสริมสุขภาพกับประเทศ ดังตารางที่ ๓



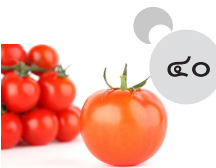
ตารางที่ ๓ เปรียบเทียบระบบการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค

ประเด็น	ไทย	แคนาดา	ออสเตรเลีย	ญี่ปุ่น
๑. ระบบกลไกการบริหารจัดการระดับชาติ/ท้องถิ่น (โครงสร้าง/องค์กร)	๑. คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ ๒. กระทรวงสาธารณสุข ๓. กลุ่มภารกิจด้านพัฒนางานสาธารณสุข (กรมควบคุมโรค และกรมอนามัย) ๔. สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) /สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ๕. ท้องถิ่น	๑. รัฐบาลกลางมี Ministry of Health - Public Health Agency of Canada (PHAC) - Health Canada ๒. Department of Health Promotion & Protection (ระดับ Provinces ๑๐ รัฐ) ท้องถิ่น ๔. สมาคมต่างๆ	๑. รัฐบาลกลางมี Commonwealth Department of Health and Aged Care ๒. ระดับรัฐและเขตปกครอง มี Department of Health ๓. องค์กรที่ไม่ใช่ของรัฐ เช่น มูลนิธิ องค์กรวิชาชีพต่างๆ	๑. กระทรวงสุขภาพ แรงงาน และสวัสดิการสังคม ๒. รัฐบาลท้องถิ่น เทศบาล ศูนย์สุขภาพในเทศบาล และชุมชนเมือง ๓. สมาคมแพทย์ของญี่ปุ่น
๒. นโยบายและแผน	๑. พรบสุขภาพแห่งชาติ ๒. แผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ๓. แผนระดับกรม ๔. แผนยุทธศาสตร์สุขภาพดีวิถีชีวิตไทย (๕ โรค – เบาหวาน ความดัน หัวใจ หลอดเลือดสมอง มะเร็ง) ๕. นโยบายโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล	๑. Pan-Canadian Healthy Living Strategy (ปรับพฤติกรรม ๓ ด้าน การบริโภค การออกกำลังกาย และการดูแลน้ำหนัก) ๒. แผนยุทธศาสตร์ PHAC ๒๐๑๔-๒๐๑๐ - ส่งเสริมสุขภาพ : เด็กและครอบครัว อ้วน น้ำหนักเกิน ลดความไม่เท่าเทียมด้านสุขภาพ	๑. National Preventive Health Strategy (Australia : The Healthiest Country By ๒๐๒๐) เพื่อลดภาวะโรคอ้วน การบริโภคยาสูบ แอลกอฮอล์	๑. National Health Promotion Movement in the ๒๑ st Century: Healthy Japan ๒๑ - ป้องกันปฐมภูมิ - สร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อกับสุขภาพ - แผนส่งเสริมกิจกรรม ๙ ด้าน ได้แก่ อาหารและโภชนาการ ออกกำลังกายสุขภาพจิต ลดการสูบบุหรี่ ลดการดื่มแอลกอฮอล์



ตารางที่ ๓ เปรียบเทียบระบบการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค (ต่อ)

ประเด็น	ไทย	แคนาดา	ออสเตรเลีย	ญี่ปุ่น
	๖. โครงการบูรณาการภายใต้ กลุ่มแผนงานสร้างเสริม สุขภาพและป้องกันโรค ที่มีความสำคัญระดับชาติ	- แผนป้องกันควบคุมโรค เรื้อรัง: เบาหวาน มะเร็ง หัวใจ และหลอดเลือด โรคอ้วนใหม่ - แผนป้องกันโรคติดเชื้อ – HIV/ ADS, โรคหวัดจากสัตว์ปีก, โรคทางเดินหายใจ - ทางเดินอาหาร - แผนเตรียมความพร้อมรับ ภาวะฉุกเฉิน จากภัยพิบัติ อุบัติภัย ๓. แผนยุทธศาสตร์ Health Canada - ระบบสุขภาพที่เข้าถึงง่าย เท่าเทียมกัน - เข้าถึงผลิตภัณฑ์สุขภาพและ อาหารปลอดภัย - ลดปัจจัยเสี่ยงสุขภาพ และ สิ่งแวดล้อม - ป้องกันด้านยาเสพติด - งานควบคุมยาสูบ		หันสุขภาพ เบาหวาน หัวใจและ หลอดเลือด มะเร็ง
๓. ทรัพยากรมนุษย์	อสม. / นักวิชาการสาธารณสุข / ผู้เชี่ยวชาญด้านเวชกรรมป้องกัน	๑. public health professionals, scientists, technicians, communicators,	๑. ภาควิทยาศาสตร์มีส่วนร่วม ทุกระดับ ได้แก่ หน่วยงานรัฐ ภาครัฐกิจ อุตสาหกรรม	๑. ผู้นำชุมชน / เจ้าหน้าที่ ด้านสุขภาพ / วิชาชีพ



ตารางที่ ๓ เปรียบเทียบระบบการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค (ต่อ)

ประเด็น	ไทย	แคนาดา	ออสเตรเลีย	ญี่ปุ่น
๔. ระบบการเงิน/การคลัง	๑. งบประมาณในชุดสิทธิประโยชน์ด้านการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคระดับบุคคล สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.)	๑. ระบบประกันสุขภาพแบบครอบคลุมและบูรณาการสำหรับแต่ละบุคคล	๑. Medicare Australia	๑. แผนประกันสุขภาพทางสังคม ๒. รัฐบาลกลางจัดสรรสู่รัฐบาลท้องถิ่น ๓. บริษัทประกันเอกชนสนับสนุนกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ
๕. ระบบการจัดบริการ	๒. อปท. มีระบบบริการปฐมภูมิครอบคลุมถึงระดับตำบล	๑. multi model community development ๒. สนับสนุนให้องค์กรภาคีดำเนินกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพในชุมชน	๑. ระบบบริการปฐมภูมิในระดับชุมชน	๑. มีระบบบริการ ศูนย์ส่งเสริมสุขภาพระดับเทศบาล และชุมชน
๖. กฎหมาย กฎระเบียบ ข้อบังคับ	๑. กฎหมายที่เอื้อต่อการส่งเสริมสุขภาพของแม่และเด็ก ๒. กฎหมายควบคุมการบริโภคแอลกอฮอล์และยาสูบ ๓. ธรรมนูญสุขภาพ ๔. พรบ.สุขภาพแห่งชาติ	๑. Public Health Agency of Canada Act ๒. กฎหมาย Canada Health Act	๑. กฎหมายการจัดเก็บภาษียาสูบ, เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และการจัดสรรงบประมาณ ๒. กฎหมายควบคุมสิ่งแวดล้อม ๓. กฎหมายห้ามสูบบุหรี่ในที่สาธารณะ	๑. กฎหมายส่งเสริมสุขภาพ (ระดับชาติ อำเภอ และเทศบาล) กำหนดแนวทางตรวจสุขภาพ มาตรการป้องกัน การสูบบุหรี่ สำหรับสุขภาพและโภชนาการ การแสดงรายการข้อมูลด้านโภชนาการ



ตารางที่ ๓ เปรียบเทียบระบบการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค (ต่อ)

ประเด็น	ไทย	แคนาดา	ออสเตรเลีย	ญี่ปุ่น
๗. ปัจจัยเสี่ยงและภาวะคุกคามที่ส่งผลต่อสุขภาพ	๑. ปัญหาสิ่งแวดล้อม ๒. ปัญหาสุขภาพจิตที่เกิดจากความขัดแย้งทางสังคม/การเมือง ๓. ปัญหาสุขภาพจากพฤติกรรมโรคอ้วน และน้ำหนักเกิน HIV/AIDS ๔. ปัญหาความยากจน ๕. ปัญหาพหุโภชนาการ ๖. ปัญหาสาธารณสุขที่เกิดขึ้นจากแรงงานต่างด้าว ๗. ปัญหาความรุนแรงในครอบครัวและสังคม	๑. ปัญหาสุขภาพจากพฤติกรรมโรคอ้วนและน้ำหนักเกิน HIV/AIDS ๒. ปัจจัยเสี่ยงจากการระบาดของเชื้อไวรัสใหญ่สายพันธุ์ใหม่ ๆ โรคติดเชื้ออุบัติใหม่ต่าง ๆ ๓. ปัจจัยเสี่ยง จากปัจจัยกำหนดสุขภาพ เช่น ความไม่เท่าเทียมในกลุ่มด้อยโอกาส ผู้สูงอายุ ชนกลุ่มน้อย ๔. ปัญหาความรุนแรงในครอบครัว	๒. กฎหมายควบคุมการส่งเสริมทางการตลาดสำหรับผลิตภัณฑ์อาหารที่ไม่ดีต่อสุขภาพ ๑. ภาวะโรคอ้วน การสูบบุหรี่ และดื่มแอลกอฮอล์ เป็นปัจจัยเสี่ยง ๓ ใน ๗ ปัจจัยเสี่ยงสูงที่ป้องกันได้	๑. จำนวนผู้สูงอายุจะเป็น ๑ ใน ๔ ของประชากรทั้งหมดในปี ๒๐๒๐ จะเป็นภาระด้านการดูแลระยะยาวโรคที่เกี่ยวข้องกับ Metabolic Syndrome การสูบบุหรี่ ดื่มแอลกอฮอล์ เบาหวาน หัวใจ และหลอดเลือด มะเร็ง ๓. ปัญหาเศรษฐกิจ ๔. ปัญหาสุขภาพจิต และภาวะเครียด



ส่วนที่ ๓

กรอบยุทธศาสตร์

งานสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคระดับชาติ
ปี พ.ศ.๒๕๕๔ – พ.ศ.๒๕๕๘

การทบทวนการวิเคราะห์ศักยภาพขององค์กร สถานการณ์ แนวโน้ม และปัจจัยแวดล้อมที่มีผลต่อสุขภาพของประเทศไทย รวมทั้งผลการดำเนินการที่ผ่านมาขององค์กร โดยการประชุมเชิงปฏิบัติการจัดทำกรอบยุทธศาสตร์งานสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคระดับชาติ ปี พ.ศ.๒๕๕๔ – พ.ศ.๒๕๕๘ และการประชุมเชิงปฏิบัติการประชาสัมพันธ์ (ร่าง) กรอบยุทธศาสตร์ งานสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคระดับชาติ ปี พ.ศ.๒๕๕๔ – พ.ศ.๒๕๕๘ จากภาคีทุกภาคส่วนเพื่อใช้เป็นแนวทางในการกำหนดกรอบยุทธศาสตร์งานสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคระดับชาติ ปี พ.ศ.๒๕๕๔ – พ.ศ.๒๕๕๘ ดังนี้

จุดแข็ง

๑. ระบบบริการด้านสร้างเสริมและป้องกันที่ครอบคลุมถึงระดับตำบล/ชุมชน
๒. มีอาสาสมัคร/เครือข่ายทางด้านสุขภาพ ทุกพื้นที่ในชุมชน
๓. มีกองทุนสนับสนุนด้านสุขภาพทั้งระดับชาติและท้องถิ่น
๔. มีหน่วยงาน/องค์กรสนับสนุนงานด้านสร้างเสริมสุขภาพ
๕. มีกฎหมายที่ให้อำนาจหน่วยงานรัฐในการจัดการด้านสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค เช่น พรบ.ยาสูบ ฯลฯ
๖. มีกลไก/กระบวนการในการรับฟังความคิดเห็นของประชาชน/การมีส่วนร่วมของประชาชนในการขับเคลื่อนทางสังคม เช่น ธรรมนูญสุขภาพแห่งชาติ นโยบายสาธารณะ โดยมีการจัดทำสมัชชาสุขภาพทั้งเฉพาะพื้นที่และเฉพาะประเด็น

จุดอ่อน

๑. การบูรณาการทั้งการบริหารจัดการและงบประมาณในด้านการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคอย่างมีประสิทธิภาพในทุกระดับยังไม่ชัดเจนและไม่เป็นรูปธรรม
๒. แกนนำ/ผู้นำชุมชนที่มีศักยภาพในการขับเคลื่อนด้านส่งเสริมสุขภาพให้เกิดเป็นรูปธรรม มีไม่เพียงพอ
๓. ทิศทางการกระจายอำนาจด้านสุขภาพไม่ชัดเจน



๔. การสื่อสารและการให้ข้อมูลสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคที่ถูกต้อง ชัดเจน
ยังไม่ทั่วถึง และทันเวลา

๕. ระบบฐานข้อมูลสุขภาพของประชาชนขาดคุณภาพ ข้อมูลไม่เป็นปัจจุบัน

๖. ระบบการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคเน้นเชิงรับมากกว่าเชิงรุก

๗. ความไม่เหมาะสมของการกระจายอัตรากำลังและบุคลากรด้านสาธารณสุขระหว่าง
เมืองและชนบท

๘. ขาดแคลนบุคลากรที่มีศักยภาพในการบริหารจัดการด้านสร้างเสริมสุขภาพและ
ป้องกันโรค

๙. ขาดการเชื่อมโยงระบบข้อมูลสุขภาพทั่วประเทศ

๑๐. การสร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพ ในเรื่องการดูแลสุขภาพเบื้องต้น ไม่เข้มแข็งและ
ต่อเนื่อง เช่น สุขบัญญัติ

๑๑. การบังคับใช้กฎหมายที่มีผลกระทบต่อสุขภาพไม่มีประสิทธิภาพ

โอกาส

๑. มีกฎหมาย/พรบ. ที่สนับสนุนกระจายอำนาจให้ อปท. เข้ามามีส่วนร่วมใน
การจัดการ

๒. มีกระแสนิยมในการดูแลสุขภาพ เช่น การออกกำลังกาย

๓. ประชาชนเข้าถึงสารสนเทศทุกพื้นที่ (Internet, TV, etc.)

๔. มีนโยบาย/พรบ. ด้านสุขภาพ/ธรรมนูญสุขภาพแห่งชาติ

๕. ประชาชนมีหลักประกันสุขภาพ

๖. องค์การอนามัยโลกให้การสนับสนุนด้านวิชาการและต้นแบบในการดำเนินงาน
ผลกระทบด้านสุขภาพของประเทศ

๗. รัฐบาลให้ความสำคัญด้านการส่งเสริมสุขภาพระดับตำบล/พื้นที่ (รพสต.)

๘. เกิดการเปลี่ยนทิศทางการบริการสุขภาพเป็นการสร้างสุขภาพมากขึ้น

อุปสรรค

๑. วิฤตเศรษฐกิจ วิฤตพลังงาน ปัญหาความยากจน และการว่างงานทำให้สุขภาพ
ลดลง

๒. การเปลี่ยนแปลงของสภาพภูมิอากาศ ภัยธรรมชาติ ปัญหาสิ่งแวดล้อม ก่อให้เกิด
ผลกระทบต่อสุขภาพ เช่น โรคอุบัติใหม่ อุตุนิบัติ

๓. ประชาชนมีความรู้ ความสามารถในการกลั่นกรองสื่อ/ข้อมูล ไม่เพียงพอ



๔. ระบบการศึกษา ไม่เอื้อต่อการสร้างพฤติกรรมสุขภาพ ที่เหมาะสม ไม่สามารถทำให้มีความคิดเชิงวิเคราะห์ที่ถูกต้อง และประชาชนมีค่านิยม และศีลธรรมเสื่อมลง

๕. การขาดเสถียรภาพทางการเมือง ส่งผลให้นโยบายด้านสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคไม่ต่อเนื่อง

๖. กระแสโลกาภิวัตน์ และการเปิดเสรีทางการค้าที่กระทบต่อสุขภาพ เช่น วัฒนธรรม การบริโภคแบบตะวันตก ธุรกิจสุขภาพ การเคลื่อนย้ายบุคลากรสาธารณสุข การเคลื่อนย้ายของแรงงานต่างด้าวที่เข้ามาสู่ประเทศไทย

จากการวิเคราะห์สถานการณ์และศักยภาพของงานสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค รวมทั้งผลการดำเนินงานที่ผ่านมา การวิเคราะห์จุดแข็ง จุดอ่อน โอกาส และอุปสรรค ประกอบกับการพิจารณานโยบายรัฐบาล แผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติฉบับที่ ๑๐ และนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข สามารถนำมากำหนดกรอบยุทธศาสตร์งานสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคระดับชาติ ปี พ.ศ.๒๕๕๔ – พ.ศ.๒๕๕๘ ได้ดังนี้

ปรัชญา

เชื่อมั่นประชาชน รวมพลังสร้างสังคมสุขภาพ

วิสัยทัศน์

ประชาชนและทุกภาคส่วนในสังคมมีบทบาทและร่วมรับผิดชอบอย่างตั้งใจ เต็มใจ ด้วยจิตสำนึกและศรัทธาในการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคของตนเอง ครอบครัว ชุมชน สังคมและสภาพแวดล้อม

พันธกิจ

๑. สร้างค่านิยมร่วม วิธีคิด ในการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค
๒. สร้างความสมดุลระหว่างการบริการ (Service-oriented) และการพัฒนาสุขภาพ (Development-oriented) โดยผสมผสานมาตรการทางวิชาการ กับมาตรการทางสังคมอย่างเป็นรูปธรรม
๓. พัฒนาศักยภาพประชาชน และทุกภาคส่วนของสังคม ในการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค



๔. พัฒนาระบบบริหารจัดการด้านการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคให้มีประสิทธิภาพในทุกระดับ

๕. สนับสนุนการคิดค้นสิ่งใหม่ๆ และการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ในงานสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค

ยุทธศาสตร์

๑. ส่งเสริมให้ประชาชนแสดง/มีบทบาทในการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคของตนเอง ครอบครัว ชุมชน และสังคม

๒. พัฒนาศักยภาพแกนนำและเครือข่ายสุขภาพ ได้แก่ อปท. องค์กรพัฒนาเอกชน สื่อมวลชน และอื่นๆ ให้สามารถนำแนวคิดและประสานการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคเชิงรุกในพื้นที่

๓. พัฒนาระบบและเครื่องมือการบริหารจัดการในการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคอย่างบูรณาการและเป็นเอกภาพ ได้แก่ การจัดการ งบประมาณ บุคลากร ข้อมูลสารสนเทศ และการสื่อสาร และอื่นๆ

๔. ส่งเสริมให้ชุมชนมีการเฝ้าระวังและสร้างมาตรการทางสังคม เพื่อดูแลสุขภาพของประชาชน

๕. สนับสนุนการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค การคิดค้นสิ่งใหม่ๆ และการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ของชุมชน



ส่วนที่



แผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์

ในการพัฒนางานสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคระดับชาติ

(Strategic Route Map for National Health Promotion and Disease Prevention)

๑. สารสำคัญ

ความสำคัญของการวิเคราะห์สถานการณ์การสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคของประเทศไทยจะสะท้อนสถานภาพของการพัฒนาในระบบต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในปัจจุบันและแนวโน้มที่จะเกิดขึ้นในอนาคต อีกทั้งยังนำมาใช้ในการกำหนดทิศทางหรือจุดหมายปลายทางที่พึงประสงค์ในการทำให้ประชาชนมีสุขภาพดี

การวิเคราะห์และประเมินสถานการณ์โดยใช้การจัดวางระดับทั้ง ๔ ระดับมุมมองเป็นตัวกำหนดในการสร้างแผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ ให้ตรงกับเจตนารมณ์ที่สำคัญ โดยมีทิศทางใน ๔ ระดับ ดังนี้

๑. ระดับพื้นฐาน สะท้อนถึงการเรียนรู้และการพัฒนาปัจจัยพื้นฐานที่สำคัญ ได้แก่ คน ข้อมูล และองค์กร เพื่อสนับสนุนระดับต่าง ๆ ข้างต้น
๒. ระดับกระบวนการ สะท้อนเจตนารมณ์ของทั้งภาคีและประชาชนในการพัฒนากระบวนการที่สำคัญของงานสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค
๓. ระดับภาคี สะท้อนเจตนารมณ์ที่สำคัญของทุกภาคีเครือข่ายในการพัฒนางานสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค
๔. ระดับประชาชน สะท้อนเจตนารมณ์ที่ประชาชนสามารถปฏิบัติหรือดำเนินการในการพัฒนาสุขภาพของตนเอง ครอบครัวและชุมชน จากการที่ได้เรียนรู้หรือพัฒนา

๒. แผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ของงานสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคระดับชาติ

๒.๑ ระดับประชาชน

ประชาชนเป็นเป้าหมายการพัฒนาทุกด้าน สำหรับด้านสาธารณสุขประชาชนเป็นเป้าหมายสำคัญในการดูแลสุขภาพตนเองทั้งการสร้างเสริมสุขภาพ การควบคุมป้องกันโรค การรักษาพยาบาลเบื้องต้น และการฟื้นฟูสภาพทั้งร่างกายและจิตใจ นอกจากนี้ยังมุ่งหวังให้ประชาชนดูแลสุขภาพของตน รวมถึงการให้การดูแลสุขภาพช่วยเหลือคนอื่นๆ ในครอบครัว ชุมชน สังคม อีกด้วย



ผลการพัฒนาสุขภาพในระยะเวลากว่า ๔๐ ปีที่ผ่านมามีความก้าวหน้าตามลำดับ อย่างไรก็ตาม ยังพบว่าปัญหาสุขภาพในปัจจุบันส่วนใหญ่มาจากพฤติกรรมของประชาชน เช่น ปัญหาการบริโภคที่ไม่ถูกต้อง รับประทานอาหารหวานและไขมันสูง การบริโภคสิ่งที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ เช่น บุหรี่ สุรา ยาเสพติด การพักผ่อนไม่เพียงพอ การไม่ออกกำลังกาย การมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ปลอดภัย การใช้สารเคมีในการเกษตร การใช้ยาและเครื่องสำอางที่เป็นอันตราย การใช้น้ำมันทอดซ้ำ เป็นต้น ดังจะเห็นได้จากสถิติสาเหตุการตายที่เพิ่มขึ้นจากโรคเอดส์ โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคเบาหวาน โรคมะเร็ง และอุบัติเหตุ เป็นต้น ทั้งนี้วิสัยทัศน์ในการพัฒนาที่ผ่านมาการพัฒนาสุขภาพส่วนใหญ่ยังเป็นการดำเนินงานด้วยเจ้าหน้าที่สาธารณสุข แม้จะมีอาสาสมัครสาธารณสุขเต็มพื้นที่ และมีภาคีเครือข่ายในการพัฒนาสุขภาพจากภาครัฐอื่น หรือจากเอกชนเข้ามามีส่วนร่วมมากขึ้น แต่ประชาชนส่วนใหญ่ของประเทศยังพึ่งตนเองด้านสุขภาพได้ไม่เต็มศักยภาพ มีหลักฐานเชิงประจักษ์ว่า ประชาชนยังคงเจ็บป่วยด้วยโรคที่ป้องกันได้ในอัตราที่เพิ่มขึ้น ซึ่งจำเป็นต้องอาศัยการเปลี่ยนวิถีชีวิตด้วยการส่งเสริมให้ประชาชนมีส่วนร่วมคิด ร่วมทำ ในการเสริมสร้างสุขภาพ ป้องกันและควบคุมโรค รวมทั้งร่วมประเมินผลการพัฒนาสุขภาพของตนเอง ครอบครัว ชุมชน เพื่อให้เกิดการพัฒนาสุขภาพที่ยั่งยืน

ดังนั้นแผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ได้กำหนดเป้าหมายในระดับประชาชนไว้ ๔ เป้าประสงค์ ซึ่งในแต่ละเป้าประสงค์มีความมุ่งหมายดังนี้

๑) ชุมชนมีการเฝ้าระวังและสร้างมาตรการทางสังคมด้านการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค เป็นเป้าประสงค์ที่มุ่งหวังให้ประชาชนใช้ศักยภาพในการพัฒนาชุมชนของตนเองให้เข้มแข็ง โดยการจัดระเบียบการปกครองคนในสังคมเองได้ด้วยกลไกทางสังคม ซึ่งจากเหตุผลที่กล่าวมาข้างต้น ภาครัฐจึงควรสนับสนุนให้ชุมชนสร้างมาตรการทางสังคมด้านสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค อาทิ มาตรการส่งเสริมให้คนในชุมชนทำเกษตรอินทรีย์ มาตรการจับปรับผู้ทิ้งสิ่งปฏิกูลลงในแม่น้ำลำคลองของชุมชน มาตรการจำหน่ายอาหารปลอดภัยเพื่อสุขภาพ มาตรการงดเลี้ยงสุราในงานสำคัญทางศาสนา มาตรการในการดูแลเด็ก/ผู้สูงอายุ/ผู้พิการ มาตรการดูแลรักษาตลาด มาตรการส่งเสริมการมีพฤติกรรมเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัย มาตรการในการควบคุมหมอกควันที่เกิดจากเผาขยะมูลฝอยภายในบริเวณบ้าน เป็นต้น อย่างไรก็ตาม จากสถานการณ์ในปัจจุบันจะเห็นได้ว่า ประเทศไทยเริ่มมีการใช้มาตรการทางสังคมเพิ่มมากขึ้น เช่น การใช้เป็นข้อเรียกร้องทางการเมือง หรือการใช้เป็นข้อเรียกร้องในการแก้ไขปัญหา ตัวอย่างเช่น กรณีนิคมอุตสาหกรรมมาบตาพุด และบ่อกำจัดกากอุตสาหกรรมที่จังหวัดสระบุรี เป็นต้น ในขณะที่การใช้มาตรการเพื่อส่งเสริมคนในชุมชนให้มีพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้องยังมีน้อย และการผลักดันมาตรการ



ทางสังคมไปสู่การบังคับใช้ทางกฎหมายท้องถิ่นยังมีไม่มากนัก ซึ่งการที่จะให้บรรลุผลดังกล่าวได้นั้น องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นต้องมีบทบาทในการนำมาตรการทางสังคมที่กำหนดโดยชุมชน จัดทำเป็นข้อบัญญัติและให้มีบทลงโทษตามกฎหมาย รวมทั้งสามารถเสนอผ่านเข้าสู่เวทีสมัชชาสุขภาพแห่งชาติเพื่อพัฒนาเป็นนโยบายสาธารณะ ทั้งนี้ แผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์กำหนดให้เป้าประสงค์นี้เป็นเส้นทางสำคัญในการบรรลุเป้าหมายที่จะทำให้ประชาชนมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพได้อย่างแท้จริง

๒) ประชาชนมีบทบาทในการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค เป็นเป้าประสงค์ที่มุ่งสร้างพลังขับเคลื่อนสังคมสุขภาพโดยประชาชนตามแนวคิดสุขภาพดีถ้วนหน้า ซึ่งมุ่งหวังให้ประชาชนตระหนัก ปรับเปลี่ยนวิถีคิด มีค่านิยมและทักษะชีวิตในการสร้างสุขภาพที่เหมาะสมซึ่งต้องเริ่มตั้งแต่วัยเด็ก ตัวอย่างเช่น การที่วัยรุ่นรู้จักการมีเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัย รู้จักปฏิเสธอบายมุข เมาไม่ขับ เด็กไทยไม่กินหวาน และกินผัก ผลไม้ในปริมาณที่เพียงพอ การกินร้อน ช้อนกลาง ล้างมือ เป็นต้น เมื่อพฤติกรรมเหล่านี้ผ่านกระบวนการขัดเกลาทางสังคม จนกระทั่งพัฒนาให้เกิดเป็นวัฒนธรรมสุขภาพที่เอื้อต่อการพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ให้มีคุณค่ายิ่งขึ้น แม้ว่าหน่วยงานสาธารณสุข สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) หน่วยงานภาครัฐอื่นๆ และสื่อมวลชน ได้มีการรณรงค์ให้ประชาชนปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพมากขึ้น แต่ยังไม่เข้มแข็งและดำเนินการต่อเนื่องเพียงพอที่จะทำให้เกิดพฤติกรรมสุขภาพที่ดี และพัฒนาเป็นวัฒนธรรมสุขภาพ

๓) ชุมชนมีนวัตกรรมด้านการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค เป็นเป้าประสงค์ที่มุ่งหวังว่าประสบการณ์ในการพัฒนาด้านการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในชุมชนด้วยตัวชุมชนเอง โดยอาศัยศักยภาพและความคิดสร้างสรรค์ที่ปรับประยุกต์ให้เป็นรูปแบบเฉพาะพื้นที่ที่เหมาะสมกับบริบทของท้องถิ่นหรือชุมชน อีกทั้งยังสามารถขยายผลไปสู่พื้นที่อื่นๆ ได้ เช่น นวัตกรรมการแก้ไขปัญหาล้างมือด้วยเจลแอลกอฮอล์โดยใช้อย่างรถยนต์เก่าวางซ้อนเป็นชั้น ๆ คล้ายคอนโดฯ เพื่อใช้ในการดักยุงลาย นวัตกรรมการฟื้นฟูสุขภาพผู้พิการโดยใช้บาร์คูและให้เดินบนกะลามะพร้าวตาเดียว การทำน้ำหมักชีวภาพ (EM) จากเศษอาหารภายในครัวเรือน เป็นต้น ซึ่งเป็นการประยุกต์ใช้สิ่งที่มีอยู่ในท้องถิ่น ที่ใกล้ตัว เรียบง่าย และใช้งานได้จริงเหมาะสมกับสภาพท้องถิ่น



๔) ประชาชนปรับเปลี่ยนวิถีคิดและพฤติกรรมสุขภาพ เป็นเป้าประสงค์สุดท้าย ที่มุ่งให้ประชาชนมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดีและสามารถพัฒนาไปสู่สังคมสุขภาพ ทั้งนี้ ภาครัฐและประชาชนต้องมีการปรับเปลี่ยนวิถีคิด โดยเชื่อมั่นว่าประชาชนคิดเป็น ทำเป็น พึ่งพาตนเอง ด้านสุขภาพได้ พร้อมทั้งยังสามารถเข้ามามีส่วนร่วมในการพัฒนาสุขภาพของครอบครัวและชุมชน อันจะช่วยลดภาระในการดูแลสุขภาพและลดค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพทั้งของประชาชนและรัฐลง ทั้งนี้ จากสถานการณ์ปัจจุบัน ประชาชนและเจ้าหน้าที่บางส่วนยังไม่มีมีการปรับเปลี่ยนวิถีคิดโดยยังเห็นว่าเรื่องบริการสุขภาพ การสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันและควบคุมโรค เป็นบทบาทหน้าที่ของภาครัฐ และรอรับบริการสุขภาพจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ดังนั้น เป้าประสงค์นี้จะบรรลุได้นั้น ขึ้นอยู่กับการปรับเปลี่ยนวิถีคิดของประชาชน แกนนำชุมชน และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ในการพัฒนาสุขภาพอย่างมีส่วนร่วม เพื่อนำไปสู่การมีมาตรการทางสังคมและการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพอย่างยั่งยืนในที่สุด โดยมีตัวอย่างชุมชนสุขภาพที่ประชาชนมีการปรับเปลี่ยนวิถีคิด และสามารถแก้ไขปัญหาสุขภาพบางเรื่องได้ เช่น การคุ้มครองผู้บริโภค การควบคุมโรคไข้หวัดใหญ่ โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ได้แก่ ชุมชนเหมืองใหม่ อำเภออัมพวา จังหวัดสมุทรสงคราม และชุมชนบางขันธุ์ จังหวัดนครศรีธรรมราช เป็นต้น

ในการนำไปสู่การปฏิบัติ สิ่งสำคัญอย่างยิ่ง เนื่องจากแผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์นี้เป็นกรอบระดับประเทศ ดังนั้นหน่วยงานภาคีเครือข่ายที่จะนำกรอบทางเดินยุทธศาสตร์ไปใช้ จะต้องวิเคราะห์ สังเคราะห์ และประยุกต์ เพื่อจัดกิจกรรม/โครงการในการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคที่เหมาะสมกับบริบทหรือเงื่อนไขทางสุขภาพของแต่ละพื้นที่ อันจะนำไปสู่เป้าประสงค์สุดท้ายที่มุ่งหวังให้ประชาชนปรับเปลี่ยนวิถีคิดและพฤติกรรมสุขภาพ

๒.๒ ระดับภาคี

นับตั้งแต่มีการปฏิรูประบบสาธารณสุขแห่งชาติภายใต้ระบบบริการสุขภาพที่เน้นการให้บริการตรวจรักษา พื้นที่สถานบริการสาธารณสุขเป็นสำคัญ และมีหลายหน่วยงานที่ให้ความสำคัญ มีการกิจในด้านการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค มีกลไก/กระบวนการในการรับฟังความคิดเห็นของประชาชน รวมทั้งมีกฎหมายที่ให้อำนาจหน่วยงานรัฐในการจัดการด้านสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค แต่การบูรณาการทั้งการบริหารจัดการและงบประมาณในด้านการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคอย่างมีประสิทธิภาพในทุกระดับยังไม่ชัดเจนและไม่เป็นรูปธรรม ทิศทางการกระจายอำนาจด้านสุขภาพที่ไม่ชัดเจน การขาดแคลนบุคลากรที่มีศักยภาพในการบริหารจัดการด้านการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค และการบังคับใช้กฎหมายที่มีผลกระทบต่อสุขภาพไม่มีประสิทธิภาพ ทำให้ภาครัฐต้องรับภาระค่าใช้จ่ายและบุคลากรสาธารณสุขต้องรับภาระงานมากขึ้น



ปัจจุบันภาครัฐได้ปรับเปลี่ยนแนวทางการให้บริการสาธารณสุขภายใต้ระบบสุขภาพที่มีความหมายกว้างกว่าระบบสาธารณสุขแบบดั้งเดิม ที่ได้กำหนดแนวทางการพัฒนาสุขภาพบนฐานความรู้วิชาการ และการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนผ่านการเคลื่อนไหวทางสังคม ทำให้เป็นระบบบริการสุขภาพที่มีความเหมาะสมสอดคล้องกับสภาพปัญหาที่เกิดขึ้นในแต่ละบริบทของแต่ละพื้นที่ อีกทั้งกฎหมาย และระเบียบที่มีอยู่ได้สนับสนุนการกระจายอำนาจให้ อบต. เข้ามามีส่วนร่วมในการจัดการด้านการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคมากยิ่งขึ้น ในขณะที่ประชาชนได้เข้ามามีส่วนร่วมในการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคด้วยตนเองมากขึ้น โดยเฉพาะอย่างยิ่งโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เช่น โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ เป็นต้น อีกทั้งการมีส่วนร่วมจากภาคอื่นๆ เช่น องค์กรอนามัยโลกที่ให้การสนับสนุนด้านวิชาการและต้นแบบในการดำเนินงาน ผลกระทบด้านสุขภาพของประเทศ ซึ่งการที่ประชาชนสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของตนเองให้ถูกต้องนั้น จะส่งผลให้ประชาชนมีชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุข และยังช่วยลดภาระค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลของประชาชนและภาครัฐอีกด้วย

ตามแผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ เป้าประสงค์ในระดับภาคีได้กำหนดไว้ ๓ เป้าประสงค์ที่จะส่งผลให้ภาคีต่าง ๆ สามารถบูรณาการการทำงานร่วมกันได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยมีรายละเอียดในแต่ละเป้าประสงค์ ดังนี้

๑) อบต.สนับสนุนการพัฒนาสุขภาพองค์กรรวม เป็นเป้าประสงค์ที่มุ่งหวังให้ องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น ซึ่งรับผิดชอบพื้นที่โดยตรง รู้ปัญหาและความต้องการด้านสุขภาพของประชาชนตามบริบทของพื้นที่ และเป็นหน่วยงานหลักในการดำเนินการพัฒนาสุขภาพของประชาชนแบบองค์รวม

นับตั้งแต่มีการส่งเสริมการกระจายอำนาจตาม พ.ร.บ.แผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจ พ.ศ.๒๕๔๒ องค์การปกครองส่วนท้องถิ่นให้ความสนใจในการริเริ่มงานด้านสาธารณสุขมากขึ้น โอกาสในการหนุนเสริมการร่วมกันแก้ปัญหาสุขภาพชุมชนจึงมีมากขึ้น แต่เมื่อปัจจุบันวิถีการดำเนินชีวิตได้เปลี่ยนแปลงไป ที่ให้ความสำคัญกับความมั่นคงทางวัตถุ ส่งผลให้คนส่วนใหญ่มุ่งสนใจแต่การทำงาน จนกระทั่งบางครั้งละเลยการดูแลสุขภาพของตนเอง จนกระทั่งเกิดเจ็บป่วยมากหรือถึงขั้นรุนแรงจนไม่สามารถรักษาได้

ดังนั้น การให้้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเข้ามามีบทบาทในการดูแลสุขภาพของประชาชนแบบองค์รวม คือ การดูแลสุขภาพโดยวิธีการต่าง ๆ ในภาวะที่ยังมีสุขภาพดี มากกว่าการรักษาโรคเมื่อเจ็บป่วย หรือแม้เวลาเจ็บป่วย ก็นำเอาวิธีการต่าง ๆ ที่สอดคล้องกันนำมาใช้ดูแลสุขภาพ เพื่อให้มีประสิทธิภาพต่อการรักษาอย่างถูกวิธี เน้นการมีส่วนร่วม การประสานงาน



การสร้างความสัมพันธ์กันได้อย่างมีความพอดี เป็นภาวะสมดุล โดยการดูแลทั้งด้านกาย ใจ สังคม และจิตวิญญาณ จะเป็นส่วนสำคัญที่จะช่วยให้สุขภาพของประชาชนในท้องถิ่นดีขึ้น และเป็น การเปลี่ยนแปลงบทบาทด้านสุขภาพจาก “เชิงรับ” เป็น “เชิงรุก” ทั้งนี้ สุขภาพองค์รวมทั้ง ๔ มีความสัมพันธ์เชื่อมโยงกัน โดยสุขภาวะทางจิตวิญญาณ จะเป็นมิติที่สำคัญที่บูรณาการความเป็น องค์รวมของ กาย ใจ สังคม และจิตวิญญาณ ของบุคคลและชุมชนให้สอดคล้องประสานเข้าเป็นอันหนึ่ง อันเดียวกัน แม้ว่าจะบ่งพร่องทางกาย เช่น มีความพิการ หรือเป็นโรคเรื้อรังหรือร้ายแรง

๒) หน่วยงานภาครัฐพัฒนาระบบการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค อย่างบูรณาการและเป็นเอกภาพ ที่ผ่านมา การทำงานพัฒนาชุมชนของหลายองค์กรที่ให้บริการ พื้นฐาน เช่น การรักษาเบื้องต้น การบริการสุขภาพชุมชนและการดูแลสุขภาพที่บ้าน การบริการ สังคม สวัสดิการ สาธารณูปโภค การศึกษา และบริการอื่นที่นอกเหนือจากสุขภาพ มักดำเนินการ ภายใต้อำนาจหน้าที่ของตนเอง และความรู้ที่ใช้อย่างจำกัด ไม่สามารถผสมผสานเข้ากับวิถีชีวิตและวิถีคิด ในการร่วมมือกันในการแก้ปัญหาของชุมชนท้องถิ่นได้อย่างเป็นระบบและเป็นองค์รวม ซึ่งบริการ เหล่านี้เกิดขึ้นจากหลายองค์กรโดยมีเป้าหมายเดียวกัน คือ คนในชุมชนทั้งหมด ทำให้การแก้ปัญหา ของท้องถิ่นขาดการเชื่อมโยงประสาน ในขณะที่ชาวบ้านเห็นสถานการณ์ทางสังคม วัฒนธรรมของ ตนเอง แต่ยังไม่เข้มแข็งพอที่จะจัดการได้ด้วยตนเองทั้งหมด โดยเฉพาะอย่างยิ่ง การใช้ความรู้ ที่สั่งสมและพัฒนาจากการดำเนินชีวิตในสังคม วัฒนธรรมและสิ่งแวดล้อมของตน แต่ยังขาด ความรู้ความสามารถจากส่วนอื่นด้วย เช่น ส่วนของโรคและการรักษาทางการแพทย์ วิธีการดูแล ตนเอง เพื่อจัดการกับสาเหตุการเจ็บป่วย หรือวิธีการจัดการให้มีการดูแลในชุมชน เป็นต้น ดังนั้น การเรียนรู้และการบูรณาการในการทำงานร่วมกันเพื่อแก้ปัญหาจึงเป็นสิ่งจำเป็นที่หน่วยงานภาครัฐ ต้องนำมาพิจารณาในการพัฒนาวิธีการทำงานของตน ดังตัวอย่างเช่น คลินิกชุมชนเมืองแกนพัฒนา และศูนย์แพทย์ชุมชนสันทราย จังหวัดเชียงใหม่ ที่ถือได้ว่าเป็นต้นแบบของศูนย์แพทย์ชุมชน อันมี จุดเด่นที่สามารถร่วมมือกับเทศบาลและมีทีมดูแลสุขภาพประชาชนในเขตความรับผิดชอบอย่าง ครบวงจร ประชาชนสามารถเข้าถึงการบริการได้มากขึ้น แพทย์ พยาบาล บุคลากรต่างให้บริการ ด้วยหัวใจ สร้างความกลมเกลียวผูกพันระหว่างคลินิกชุมชนกับชาวบ้าน ซึ่งคลินิكدังกล่าว เกิดขึ้นได้ จากความร่วมมือระหว่างโรงพยาบาลแม่แตง สำนักงานสาธารณสุขอำเภอแม่แตง และองค์กร ปกครองส่วนท้องถิ่น ที่ทำงานร่วมกัน ช่วยเหลือเกื้อกูลกัน ผูกพันกัน โดยมีเป้าหมายเดียวกัน คือ ประชาชน ซึ่งจากผลการดำเนินงานที่ผ่านมา ทำให้ประชาชนในพื้นที่ได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง ผู้ป่วยก็มีจำนวนลดลง โดยเฉพาะ ผู้ป่วยวัณโรค



๓) **องค์กรพัฒนาเอกชนมีบทบาทด้านสุขภาพ** องค์กรพัฒนาเอกชน หมายถึง มูลนิธิ สมาคม หรือหน่วยงานที่มีชื่อเรียกเป็นอย่างอื่น ซึ่งมีลักษณะเป็นสถาบันนอกระบบราชการ ที่รวมตัวหรือจัดตั้งขึ้นเพื่อดำเนินงานพัฒนาสังคม โดยเน้นการพัฒนาคนและการมีส่วนร่วมของประชาชน แต่ด้วยเหตุที่เจ้าของเรื่องสุขภาพชุมชนมีคนหลายกลุ่ม การทำงานดูแลสุขภาพชุมชน จึงมักเป็นการทำงานร่วมกันของหลายกลุ่มองค์กรที่มีส่วนเกี่ยวข้องทั้งหมด ดังนั้น พื้นที่ที่ทำงาน การดูแลสุขภาพชุมชนที่ประสบผลสำเร็จนั้น จึงไม่ได้เกิดจากการทำงานโดยหน่วยใดหน่วยหนึ่ง หรือ องค์กรใดองค์กรหนึ่ง หากเป็นการร่วมคิดร่วมทำของหลายภาคส่วนที่เกี่ยวข้องสัมพันธ์กัน ดังนั้น การดำเนินงานขององค์กรพัฒนาเอกชน จึงควรอยู่ในรูปแบบของหน่วยหนุนเสริม ซึ่งหน่วยงาน และองค์กรที่ทำงานหนุนเสริมกันนั้น ก็ขึ้นอยู่กับปัญหาชุมชนที่ต้องการแก้ไข เช่น การทะเลาะวิวาท ในวัยรุ่น การดื่มสุราและปัญหาสารเสพติดในวัยรุ่น อาจต้องการผู้ดำเนินการในการแก้ปัญหา ร่วมกันจากหลายฝ่าย เช่น พ่อแม่ผู้ปกครองและโรงเรียน หากเป็นปัญหาการดื่มสุราและอุบัติเหตุ อาจมีวัดหรือศาสนสถานที่เป็นองค์กรนำด้านพิธีกรรม ศาสนา บุญประเพณีอันเป็นวิถีวัฒนธรรม ของชุมชน องค์กรชุมชน เช่น ผู้นำทางศาสนา คณะกรรมการหมู่บ้าน มาร่วมดำเนินการใน การแก้ปัญหาด้วย เป็นต้น

จากเป้าประสงค์ของระดับกระบวนการ ทั้งเรื่องของ อปท.สนับสนุนการพัฒนา สุขภาพองค์กรรวม หน่วยงานภาครัฐพัฒนาระบบการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคอย่างบูรณาการ และเป็นเอกภาพ และองค์กรพัฒนาเอกชนมีบทบาทด้านสุขภาพ เพื่อให้เกิดผลสำเร็จและมี ความสมบูรณ์พร้อมส่งผลต่อในระดับประชาชน

๒.๓ ระดับกระบวนการ

ในอดีต ระบบบริการสุขภาพของประเทศไทยมุ่งเน้นที่การลงทุนทางด้านการรักษา พยาบาลเป็นหลัก ไม่ว่าจะเป็นด้านงบประมาณ ในการปรับปรุงโครงสร้างสถานบริการสาธารณสุข พัฒนาบุคลากรสาธารณสุข การพัฒนาเทคโนโลยีสมัยใหม่ โดยมีหน่วยงานภาครัฐเป็นผู้บริหาร จัดการเท่านั้น ซึ่งในการบริหารจัดการดังกล่าวนี้ ภาครัฐต้องทุ่มงบประมาณจำนวนมากใน การให้บริการรักษาแก่ประชาชน ก่อให้เกิดการใช้ทรัพยากรอย่างฟุ่มเฟือยเกินจำเป็น และยังคง ความไม่เท่าเทียมกันในการเข้าถึงระบบบริการสุขภาพของภาครัฐ โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้ที่อยู่ในชนบท และมีฐานะยากจน ดังนั้นระบบบริการสุขภาพในปัจจุบันจึงได้ปรับเปลี่ยนแนวคิดจากที่ภาครัฐ เป็นผู้บริหารจัดการเพียงฝ่ายเดียว เปลี่ยนเป็นให้ภาคีเครือข่ายสุขภาพและประชาชนเข้ามามี ส่วนร่วมในบริหารจัดการสุขภาพให้มากที่สุด โดยอาศัยระบบบริหารจัดการ ระบบการสื่อสารและ



เผยแพร่ข่าวสาร และระบบจัดการนวัตกรรมและกระบวนการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคที่มีประสิทธิภาพ เพื่อให้ชุมชนสามารถเสริมสร้างกิจกรรมของชุมชนด้านสุขภาพให้เข้มแข็งสามารถบริหารจัดการโครงการ/กิจกรรมด้านสุขภาพได้ด้วยตนเอง ส่งผลให้การสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคของตนเอง ครอบครัว และชุมชนได้อย่างมีประสิทธิภาพ ประสิทธิภาพ เกิดความเท่าเทียมกัน และเกิดความยั่งยืน

ซึ่งตามแผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ ได้กำหนดเป้าประสงค์ระดับกระบวนการไว้ ๓ เป้าประสงค์ ที่จะส่งผลให้กระบวนการต่าง ๆ สามารถบูรณาการการทำงานร่วมกันได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยมีรายละเอียดในแต่ละเป้าประสงค์ดังนี้

๑) ระบบบริหารจัดการด้านการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคมีประสิทธิภาพ

การจัดระบบบริการสุขภาพในปัจจุบันได้มุ่งเน้นให้ประชาชนมีส่วนร่วมในการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคด้วยตนเอง อย่างไรก็ตามการดำเนินงานยังประสบปัญหาในการบริหารจัดการเนื่องจากการสร้างเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค มิได้ดูเพียงเฉพาะโรคเท่านั้น แต่จะต้องคำนึงถึงสิ่งแวดล้อม สภาพสังคม และวิถีชีวิตของประชาชนกลุ่มเป้าหมายด้วย ซึ่งมีหลายหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ไม่ว่าจะเป็นกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ เป็นต้น ทำให้การดำเนินงานบางส่วนเกิดความซ้ำซ้อนและมีช่องว่างในการให้บริการ ดังนั้น ระบบบริหารจัดการด้านการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ควรมีการออกแบบการบริหารจัดการให้เหมาะสม สอดคล้อง และสามารถตอบสนองความต้องการทางด้านสุขภาพ ตลอดจนสอดคล้องกันสภาพปัญหาที่เปลี่ยนแปลงไป ทั้งการบริหารจัดการทรัพยากรมนุษย์ งบประมาณ และวัสดุอุปกรณ์ที่มีความจำเป็น ซึ่งรูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพ ป้องกันและควบคุมโรค การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสมรรถภาพ ทั้งรูปแบบการดูแลตนเอง การจัดการบริการในสถานพยาบาลรูปแบบต่างๆ เช่น สถานเอดส์ ศูนย์สุขภาพชุมชน คลินิก โรงพยาบาล เป็นต้น รวมทั้งการออกหน่วยบริการเคลื่อนที่ในรูปแบบต่างๆ ที่มีลักษณะเป็นบริการผสมผสาน มีความต่อเนื่อง มีความเป็นธรรม มีประสิทธิภาพ มีประสิทธิภาพ มีความครอบคลุมเข้าถึงได้ มีคุณภาพมาตรฐาน มีสัมพันธภาพที่ดีกับผู้รับบริการ และชุมชน ทำให้เกิดความพึงพอใจ และมีความรับผิดชอบต่อสังคม ดังนั้นจำเป็นต้องให้ชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในการบริหารจัดการร่วมกับหน่วยงานภาครัฐ โดยตัดสินใจเลือกและกำหนดลำดับความสำคัญของปัญหาที่จะแก้ไขก่อน-หลังเอง กำหนดวิธีการตลอดจนแนวทางการแก้ไข ปัญหาในการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคของตนเอง ครอบครัว และชุมชน เพื่อประชาชนในชุมชนปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของตนเองได้อย่างเหมาะสมกับบริบทในแต่ละพื้นที่ ซึ่งภาครัฐจะต้อง



สนับสนุนให้ชุมชนสามารถบริหารจัดการด้านการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคของตนเองได้
อย่างมีประสิทธิภาพและมีความยั่งยืน

๒) ระบบการสื่อสารและเผยแพร่ข่าวสารด้านสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค

การเผยแพร่ข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพเป็นเครื่องมือและมาตรการที่มีความสำคัญ และสามารถนำมาใช้ในการแก้ปัญหาสุขภาพได้สอดคล้องกับความต้องการของผู้ใช้ในแต่ละกลุ่มเป้าหมาย ข้อมูลข่าวสารและองค์ความรู้ที่เกิดจากข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพยังมีบทบาทสำคัญอย่างยิ่งในการดำเนินงานทางสุขภาพ ตั้งแต่การกำหนดนโยบายและยุทธศาสตร์ทางสุขภาพ การจัดสรรทรัพยากรทางสุขภาพ การปฏิบัติการเพื่อแก้ไขปัญหาสุขภาพ การเคลื่อนไหวทางสุขภาพ และการตระหนักรู้ทางสุขภาพของประชาชน ซึ่งจะต้องมีการสร้างเครือข่ายของระบบข้อมูลข่าวสารด้านสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคอย่างเป็นระบบ และสามารถเชื่อมโยงข้อมูลจากทุกภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องได้อย่างมีประสิทธิภาพ ถูกต้อง รวดเร็ว และทันต่อเหตุการณ์

๓) ระบบการจัดการนวัตกรรมและกระบวนการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค

ในปัจจุบันมีหลายชุมชนที่เข้ามามีส่วนร่วมในการจัดกระบวนการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค โดยให้สมาชิกในชุมชนเข้ามามีบทบาท อย่างไรก็ตามมีเพียงไม่กี่ชุมชนเท่านั้นที่ประสบความสำเร็จอย่างแท้จริง เนื่องจากยังขาดการจัดการองค์ความรู้ที่สะสมมาตั้งแต่บรรพบุรุษถึงแม้ว่าจะมีการสืบทอดต่อกันมาแต่ยังไม่มีระบบการจัดการนวัตกรรมที่เกิดจากชุมชนที่มีประสิทธิภาพ ซึ่งนวัตกรรมไม่จำเป็นต้องเป็นเทคโนโลยีขั้นสูงแต่อาจเป็นสิ่งที่ชุมชนคิดสร้างสรรค์ขึ้นเอง ใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่น รวมทั้งมีความเหมาะสมกับบริบทชุมชน ดังนั้นหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทั้งส่วนกลางและส่วนภูมิภาคจะต้องส่งเสริมให้ชุมชนมีระบบการจัดการนวัตกรรมและกระบวนการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคที่มีประสิทธิภาพ ตลอดจนสามารถถ่ายทอดขยายผลให้คนรุ่นหลังและชุมชนอื่นได้นำไปใช้ ซึ่งอาจต่อยอดพัฒนางานให้เป็นสิทธิบัตรทางปัญญา เป็นเทคโนโลยีขั้นสูงหรือพัฒนาเป็นเชิงพาณิชย์ได้ อันจะก่อให้เกิดการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคของประชาชนในชุมชนให้มีความยั่งยืนและเห็นผลเป็นรูปธรรม

จากเป้าประสงค์ของระดับกระบวนการ ทั้งเรื่องของระบบบริหารจัดการด้านการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคมีประสิทธิภาพ ระบบการสื่อสารและเผยแพร่ข่าวสารด้านสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค และระบบการจัดการนวัตกรรมและกระบวนการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค เพื่อให้เกิดผลสำเร็จและมีความสมบูรณ์พร้อมส่งผลต่อในระดับภาคีในเรื่องอุปท. สนับสนุนการพัฒนาสุขภาพองค์กรรวม หน่วยงานภาครัฐพัฒนาระบบการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคอย่างบูรณาการและเป็นเอกภาพ และองค์กรพัฒนาเอกชนมีบทบาท



ด้านสุขภาพ ให้สามารถผลักดันให้ทุกภาคีเครือข่ายเข้ามามีส่วนร่วมในการพัฒนางานด้านการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคของประชาชน

๒.๔ ระดับพื้นฐาน

จากอดีตถึงปัจจุบันสังคมไทยมีการพัฒนาสุขภาพอนามัย โดยรัฐเป็นผู้นำในการพัฒนา ซึ่งในช่วง ๓๐ ปีที่ผ่านมา ประเทศไทยได้ดำเนินการตามแนวทางขององค์การอนามัยโลก ในการใช้ยุทธศาสตร์การสาธารณสุขมูลฐานเป็นหลักในการพัฒนา โดยมุ่งหมายที่จะทำให้คนไทยสุขภาพดีถ้วนหน้า (Health for all) โดยประชาชนดูแลสุขภาพตนเองเบื้องต้น และมีการพัฒนาอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) เพื่อเชื่อมความสัมพันธ์ระหว่างหน่วยงานภาครัฐกับประชาชน

อย่างไรก็ตาม การพัฒนาสุขภาพดังกล่าวที่ผ่านมา ยังเป็นการดำเนินงานด้วยเจ้าหน้าที่สาธารณสุข แม้จะมีอาสาสมัครสาธารณสุขจำนวนกว่าเก้าแสนคนครอบคลุมทุกพื้นที่ แต่ยังคงเน้นบทบาทการปฏิบัติงานแทนเจ้าหน้าที่สาธารณสุขมากกว่าการพัฒนาศักยภาพในการดูแลสุขภาพของตนเอง ครอบครัว และชุมชน อีกทั้ง ภาคีเครือข่ายภาครัฐและเอกชนอื่น ๆ ยังขาดการบูรณาการในการพัฒนาศักยภาพประชาชน ซึ่งส่งผลให้ประชาชนส่วนใหญ่ของประเทศพึ่งตนเองด้านสุขภาพไม่ได้เต็มศักยภาพ ซึ่งจะเห็นได้จากข้อมูลคุณภาพน้ำเสื่อมโทรม แม่น้ำสายสำคัญ ๔๘ สายทั่วประเทศ และแหล่งน้ำนิ่ง ๔ แหล่ง มีคุณภาพน้ำต่ำกว่าเกณฑ์มาตรฐานร้อยละ ๓๕ และคุณภาพน้ำจะเสื่อมโทรมลงอีกหากยังมีการลักลอบทิ้งน้ำเสียที่ยังไม่ได้บำบัดลงสู่แหล่งน้ำทั้งจากภาคอุตสาหกรรมและภาคชุมชนที่กำลังขยายตัว สารเคมีจากการเกษตรกรรมและอุตสาหกรรมส่งผลให้เกิดสารพิษปนเปื้อนในวงจรอาหาร ประชาชนยังไม่มีความสามารถในการกลั่นกรองสื่อและเลือกข้อมูลที่ต้องการ เชื่อถือได้ ในการตัดสินใจ ดังจะเห็นได้จากการเชื่อโฆษณาชวนเชื่อ ปากต่อปาก ทางสื่อสิ่งพิมพ์/สื่ออิเล็กทรอนิกส์ เช่น น้ามหาบำบัดและน้ำเจียรนัยเพชรใช้หยอดตำรารักษาโรคทุกชนิด ซึ่งจากการตรวจทางห้องปฏิบัติการพบเชื้อแบคทีเรียซึ่งทำให้เกิดโรคตา หรือตาบอดได้ ตามที่เป็นข่าว เป็นต้น

ถึงแม้ว่าการพัฒนาสาธารณสุขภาครัฐได้เน้นหนักในการเพิ่มศักยภาพบุคลากรสาธารณสุขในระดับตำบล อำเภอ และจังหวัด ตลอดจนผู้นำศาสนา ผู้นำท้องถิ่นผู้เกี่ยวข้องที่จำเป็นในการพัฒนาองค์ความรู้ ทักษะต่างๆ ด้านสาธารณสุขเบื้องต้นตั้งแต่ปี พ.ศ.๒๕๒๕ – พ.ศ.๒๕๓๖ เพื่อนำไปถ่ายทอดความรู้ให้คำแนะนำและร่วมดูแลสุขภาพประชาชนเบื้องต้นได้ โดยการอบรมบุคลากรสาธารณสุขและแกนนำเรื่องการค้นหา วิเคราะห์ และแก้ปัญหาสาธารณสุขชุมชนสุขภาพดีมีสุขและการบริหารจัดการ โครงการหมู่บ้านพึ่งตนเองทางสาธารณสุขมูลฐาน การพัฒนาสาธารณสุขมูลฐานโดยภาคเอกชน เป็นต้น ซึ่งยังจัดอยู่ในการเป็นผู้ให้บริการเป็นหลักหรือจัดการให้กับประชาชนโดยภาครัฐมาโดยตลอด



ดังนั้น แผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ได้กำหนดเป้าประสงค์ระดับพื้นฐานไว้ ๓ เป้าประสงค์ ที่จะส่งผลให้ประชาชน แขนง บุคลากรสาธารณสุข มีความรู้ ความเข้าใจ ความสามารถ และมีทักษะในการทำงานร่วมกับประชาชนในการพัฒนา โดยมีรายละเอียดในแต่ละเป้าประสงค์ ดังนี้

๑) แขนงและเครือข่ายสุขภาพมีศักยภาพในการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค มีเป้าประสงค์เพื่อให้แขนงและเครือข่ายสุขภาพมีศักยภาพในการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคมีความรอบรู้เชี่ยวชาญสูงขึ้น โดยแขนงและเครือข่ายสุขภาพทุกภาคส่วน ทั้งภาครัฐ ภาคเอกชน และภาคประชาชนสามารถนำความรู้ ทักษะ ประสบการณ์การสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคไปส่งเสริมให้คำแนะนำในการปฏิบัติตนให้กับสมาชิกในองค์กรทั้งภาครัฐ ภาคเอกชน และประชาชนในพื้นที่ จนเกิดเป็นนิสัยประจำตัว วิธีการปฏิบัติตนของท้องถิ่น ชุมชน และสังคมต่อไป ทั้งนี้เมื่อปฏิบัติเป็นนิสัยเกิดการเรียนรู้และพัฒนาในเรื่องการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคแล้ว การกระทำดังกล่าวย่อมส่งผลต่อทุกภาคส่วนต่างๆ สนับสนุนให้เกิดความเข้มแข็งการมีสุขภาพดีของคนในพื้นที่และองค์กร ตลอดจนจะเกิดการร่วมกันเตรียมการด้านต่างๆ เพื่อพร้อมในการส่งเสริมป้องกันสุขภาพคนในชุมชนโดยเฉพาะในเรื่องการมีข้อมูลสุขภาพ มีคุณภาพเพื่อใช้วางแผนและการทำงานร่วมกันในชุมชน

๒) องค์กรมีศักยภาพในการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคเชิงรุก เป็นเป้าประสงค์ที่มุ่งหวังให้องค์การมีการพัฒนาศักยภาพในการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคที่ผู้นำองค์กรต้องตระหนักถึงประโยชน์ในการสนับสนุนนโยบาย จัดสิ่งแวดล้อมให้เอื้อต่อการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคให้กับสมาชิกในองค์กรให้เกิดผลอย่างเป็นรูปธรรมอย่างเต็มที่ โดยไม่ต้องมีการบังคับ ตลอดจนให้มีการดำเนินการสนับสนุนนโยบายดังกล่าวให้เกิดผลดี ดังตัวอย่างการออกกำลังกายก่อนเริ่มทำงานในแต่ละวัน นับเป็นเรื่องหนึ่งที่ตระหนักถึงสุขภาพของสมาชิกในองค์กรซึ่งเป็นเรื่องที่ดี ส่วนสถานประกอบการ หรือองค์กรต่างๆ ที่สนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพ เช่น สถานประกอบการในเรื่องเขตปลอดบุหรี่ การจัดทำโครงการเมื่อนำอยู่โครงการไร้พุง การจัดสถานที่ดูแลเด็กเล็กในชุมชน การดูแลคนพิการในชุมชน เป็นต้น อย่างไรก็ตาม องค์กรทั้งภาครัฐและเอกชนส่วนใหญ่ในประเทศไทย ยังไม่ตระหนักถึงการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคเชิงรุกที่แท้จริงในแต่ละองค์กร ในส่วนปัจจัยสภาพแวดล้อมต่างๆ ที่ส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรค ส่วนใหญ่ขององค์กรเป็นผลบังคับใช้จากระเบียบ กฎหมายของรัฐ การตระหนักในการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคโดยองค์กรกำหนดขึ้นเองและจัดให้สมาชิกโดยไม่ต้องบังคับตามระเบียบกฎหมายหรือร้องขอ นับเป็นการตระหนักถึงและองค์กรศักยภาพที่แท้จริงในระดับพื้นฐานที่เข้มแข็ง

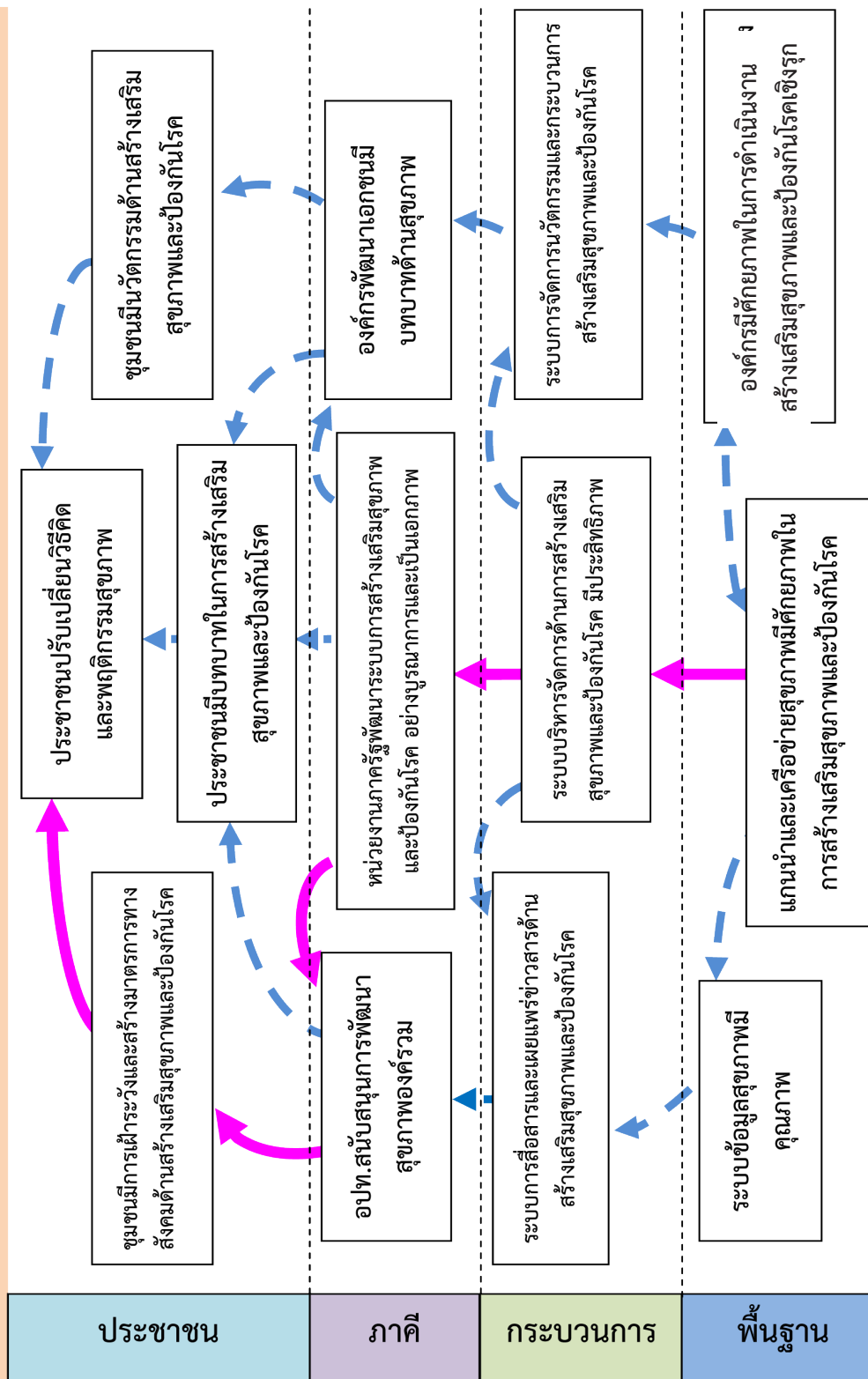


๓) ระบบข้อมูลสุขภาพมีคุณภาพ เป็นเป้าประสงค์ที่มุ่งหวังให้ชุมชน ท้องถิ่น ตลอดจนองค์กร แกนนำและเครือข่ายสุขภาพ มีระบบข้อมูลสุขภาพที่ถูกต้อง เป็นปัจจุบันทันสมัย สามารถใช้งานได้ทันเวลา ในการกำหนดนโยบายสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค วางแผนงาน แก้ไขและพัฒนาสุขภาพเพื่อการดูแลสุขภาพประชาชนหรือสมาชิกในองค์กรหรือในแต่ละชุมชน และท้องถิ่น ตลอดจนการนำข้อมูลสุขภาพเพื่อใช้ประกอบในการพิจารณาในเรื่องต่างๆ ที่เป็นหลักฐาน สนับสนุนการหาวิธีการปรับปรุงหรือพัฒนาทางวิชาการที่สอดคล้องกับสถานการณ์ปัญหาสุขภาพ ในปัจจุบันและแนวโน้มในอนาคต การนำข้อมูลมาแก้ไขปัญหาสุขภาพเฉพาะที่ การมีข้อมูลสุขภาพ ที่ดีถูกต้องเป็นปัจจุบัน จะส่งเสริมให้สามารถจัดการกับสาเหตุของปัญหาสุขภาพได้อย่างตรงประเด็น ซึ่งจะทำให้วางแผนใช้วิธีการที่เหมาะสมและจัดการกับปัญหาสุขภาพต่างๆ ได้ทั้งปัจจัยทางเศรษฐกิจ สังคม สิ่งแวดล้อม และระบบบริการสาธารณสุขในทุกระดับของชุมชน ท้องถิ่น องค์กร หรือ ระดับประเทศ

จากเป้าประสงค์ระดับพื้นฐานทั้งในเรื่องการพัฒนาแกนนำและเครือข่าย สุขภาพต่างๆ การสนับสนุนให้องค์กรมีศักยภาพในการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพเชิงรุก และ ระบบข้อมูลสุขภาพมีคุณภาพล้วนเป็นเรื่องที่จำเป็นต้องสนับสนุนในการปรับปรุงและพัฒนาร่วมกัน ให้มีศักยภาพ คุณภาพในขั้นแรกตามจุดมุ่งหมายแต่ละเรื่องในชุมชน ท้องถิ่น เพื่อให้เกิดผลสำเร็จ และมีความสมบูรณ์พร้อมส่งผลต่อในระดับกระบวนการ ในเรื่องระบบบริหารจัดการด้าน การสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคประสิทธิภาพ ระบบการจัดการนวัตกรรมและกระบวนการ สร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค และระบบการสื่อสารและเผยแพร่ข่าวสารด้านสุขภาพและ ป้องกันโรค ให้สามารถสนับสนุนและถูกนำไปใช้ในการดูแลสุขภาพเรื่องการสร้างเสริมสุขภาพ และป้องกันโรคของประชาชนเป็นไปด้วยดีในลำดับต่อไป



แผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์งานสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคระดับชาติ
“เชื่อมันประชาชน รวมพลังสร้างสังคมสุขภาพ”



ภาพที่ ๕ แผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์งานสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคระดับชาติ ปี ๒๕๕๔ - ๒๕๕๘



บรรณานุกรม



บรรณานุกรม

- คณะกรรมการอำนวยการจัดทำแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ ๑๐. (๒๕๕๐). **แผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ ๑๐ ในช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ ๑๐ พ.ศ.๒๕๕๐-พ.ศ.๒๕๕๔.**
- จิรุตม์ ศรีรัตนบัลล์, อำนาจ ศรีรัตนบัลล์. (๒๕๔๕). **ตัวแบบสำหรับการปฏิรูประบบสร้างเสริมสุขภาพของประเทศไทย. สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.).**
- พงษ์พิสุทธิ์ จงอุดมสุข. (๒๕๕๑). **ระบบวิจัยสุขภาพเพื่อการปฏิรูปสุขภาพที่ยั่งยืนในประเทศไทย. วารสารสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, ปีที่ ๒ ฉบับที่ ๓ ก.ค. - ก.ย. ๕๑.**
- สำนักงานสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ. (๒๕๔๔). **สำนักงานสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส): ความเป็นมาและแนวทางการดำเนินงาน. กรุงเทพมหานคร: บริษัทเกษมอนันต์พรินต์ติ้ง จำกัด.**
- สำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ. (๒๕๔๙). **ยุทธศาสตร์สุขภาพพอเพียง: ทิศทางในช่วงแผนฯ ๑๐. กรุงเทพมหานคร: บริษัทสามเจริญพาณิชย์ (กรุงเทพ) จำกัด.**
- สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข. **รายงานการศึกษาภาระโรคและการบาดเจ็บของประชากรไทย พ.ศ. ๒๕๔๗.**
- สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข. (๒๕๕๑).
- สำนักสารนิเทศ กระทรวงสาธารณสุข. (๑๑ ตุลาคม ๒๕๕๓). <http://www.moph.go.th/ops/iprg>
- Garrett, Martha. (๑๙๙๙). **Health Futures-A handbook for health professional.** Geneva: World Health Organization.
- The Thai Working Group on Burden Attributable to Risk Factors. (๒๐๐๔). **Thailand's Risk Burden in ๒๐๐๔.** Bangkok: Bask Digital Co. Ltd.
- World Health Organization. (๒๐๐๑). **Macroeconomics and Health: Investing in Health for Economic Development.** Report of the Commission on Macroeconomics and Health. Geneva: World Health Organization.
- World Health Organization (๒๐๐๒). **The World Health Report ๒๐๐๒, Reducing Risks, Promoting Healthy Life.** Geneva: World Health Organization.
- Australian Research Council (ARC) Annual report ๒๐๐๓ at <http://www.arc.gov.au>
- Medical Research Council Strategic Plan ๒๐๐๔-๒๐๐๗ at <http://www.mrc.ac.uk>
- National Institute of Health Setting Research Priorities at the National Institutes of Health at <http://www.nih.gov>
- VicHealth ๒๐๐๓ VicHealth Strategic Directions ๒๐๐๓-๒๐๐๖ at <http://www.vichealth.vic.gov.au>

ภาคผนวก





ภาคผนวก

๑

นโยบายที่เกี่ยวข้อง

๑. นโยบายที่เกี่ยวข้องในการดำเนินงานของกระทรวงสาธารณสุข

๑.๑ นโยบายและยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพในประเทศไทย

๑) สิทธิด้านสุขภาพของประชาชน

รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ.๒๕๕๐ เป็นบทบัญญัติแห่งกฎหมายสูงสุดของรัฐ ซึ่งวางหลักประกันต่อสิทธิเสรีภาพของประชาชนไว้อย่างรอบด้านทั้งทางกาย ทางจิต และทางสังคม ซึ่งรัฐไม่สามารถล่วงหรือละเมิดได้ หากแต่มีหน้าที่ให้การคุ้มครองสิทธิเสรีภาพดังกล่าวโดยในรัฐธรรมนูญได้ระบุถึงสิทธิด้านสุขภาพของประชาชน รวม ๕ สิทธิ ใน ๗ มาตรา ดังนี้

๑.๑) สิทธิเสมอกันในการรับบริการทางสาธารณสุข การป้องกันและขจัดโรคติดต่ออันตรายจากรัฐที่เหมาะสม ได้มาตรฐาน ทัวถึง มีประสิทธิภาพ โดยไม่เสียค่าใช้จ่ายและทันต่อเหตุการณ์ (มาตรา ๕๑ ของรัฐธรรมนูญ)

๑.๒) สิทธิในการอยู่รอดและได้รับการพัฒนาด้านร่างกาย จิตใจ และสติปัญญาของเด็กและเยาวชนตามศักยภาพในสภาพแวดล้อมที่เหมาะสม โดยคำนึงถึงการมีส่วนร่วมของเด็ก และเยาวชนเป็นสำคัญ (มาตรา ๕๒ ของรัฐธรรมนูญ)

๑.๓) สิทธิในการเข้าถึง และใช้ประโยชน์จากสวัสดิการ สิ่งอำนวยความสะดวก อันเป็นสาธารณะอย่างสมศักดิ์ศรี และความช่วยเหลือที่เหมาะสมจากรัฐ (มาตรา ๕๓ ๕๔ และ ๕๕ ของรัฐธรรมนูญ)

๑.๔) สิทธิในการรับข้อมูล คำชี้แจง และแสดงความคิดเห็น หากหน่วยราชการ หน่วยงานของรัฐ รัฐวิสาหกิจ หรือราชการส่วนท้องถิ่นดำเนินโครงการ หรือกิจกรรมใดที่อาจมีผลกระทบต่อคุณภาพสิ่งแวดล้อม สุขภาพอนามัย คุณภาพชีวิต (มาตรา ๕๗ ของรัฐธรรมนูญ)

๑.๕) สิทธิในการมีส่วนร่วมกับรัฐและชุมชนในการอนุรักษ์ บำรุงรักษา การได้ประโยชน์จากทรัพยากรธรรมชาติและหลากหลายทางชีวภาพ และรักษาคุณภาพสิ่งแวดล้อม เพื่อที่จะไม่ก่อให้เกิดอันตรายต่อสุขภาพอนามัย (มาตรา ๖๗ ของรัฐธรรมนูญ)



๒) แผนนโยบายพื้นฐานแห่งรัฐด้านสุขภาพตามรัฐธรรมนูญ

นโยบายพื้นฐานแห่งรัฐที่ปรากฏในรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ.๒๕๕๐ บัญญัติไว้ ด้วยเจตนารมณ์ให้เป็นนโยบายหลักขั้นพื้นฐานที่ประชาชนพึงจะได้รับบริการจากรัฐ ที่ทุกรัฐบาลต้องดำเนินการเพื่อการพัฒนาประเทศ โดยจัดทำเป็นแผนการบริหารราชการแผ่นดิน ซึ่งแผนนโยบายพื้นฐานแห่งรัฐนี้ไม่ใช่นโยบายของรัฐบาลใดรัฐบาลหนึ่ง ดังนั้นรัฐบาลที่เข้ามา ทำหน้าที่บริหารประเทศจะต้องแจ้งต่อรัฐสภาว่าจะดำเนินการใด ในระยะเวลาใด เพื่อจะบริหาร ราชการแผ่นดินให้เป็นไปตามแผนนโยบายพื้นฐานแห่งรัฐ รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ.๒๕๕๐ ได้แบ่งแผนนโยบายพื้นฐานแห่งรัฐออกเป็น ๙ ด้าน คือ ๑) แผนนโยบายด้านความมั่นคง ของรัฐ ๒) แผนนโยบายด้านการบริหารราชการแผ่นดิน ๓) แผนนโยบายด้านศาสนา สังคม การสาธารณสุข การศึกษา และวัฒนธรรม ๔) แผนนโยบายด้านกฎหมายและการยุติธรรม ๕) แผนนโยบายด้านการต่างประเทศ ๖) แผนนโยบายด้านเศรษฐกิจ ๗) แผนนโยบายด้านที่ดิน ทรัพยากรธรรมชาติ และสิ่งแวดล้อม ๘) แผนนโยบายด้านวิทยาศาสตร์ เทคโนโลยีทางปัญญา และ พลังงาน และ ๙) แผนนโยบายด้านการมีส่วนร่วมของประชาชน ซึ่งรัฐบาลมีพันธะต้องรายงาน ผลการดำเนินงาน รวมทั้งปัญหาและอุปสรรคที่เกิดขึ้น จากการดำเนินงานตามแผนนโยบายพื้นฐาน แห่งรัฐต่อรัฐสภาปีละหนึ่งครั้ง

สำหรับนโยบายด้านสุขภาพจัดอยู่ในแผนนโยบายพื้นฐานแห่งรัฐด้านศาสนา สังคม การสาธารณสุข การศึกษาและวัฒนธรรมเป็นหลัก มีบางส่วนกระจายอยู่ในด้านอื่น ๆ อีก ๕ ด้าน ซึ่งนโยบายด้านสุขภาพที่เป็นหลักและถือได้ว่าเป็นรากฐานของการพัฒนาสุขภาพอนามัยคนไทยที่รัฐ จะต้องดำเนินการให้กับประชาชน มี ๖ มาตรา และจัดได้เป็น ๓ กลุ่ม ดังนี้

๒.๑) นโยบายที่สนับสนุนการคุ้มครอง พัฒนาเด็กและเยาวชน การสงเคราะห์ และจัดสวัสดิการให้กลุ่มเป้าหมายเฉพาะ รวมทั้งการพัฒนาระบบสุขภาพที่เน้นการสร้างเสริม สุขภาพ และการสนับสนุนการเรียนรู้ เผยแพร่ รักษา พัฒนาภูมิปัญญาท้องถิ่นและภูมิปัญญาไทย มี ๒ มาตรา คือ มาตรา ๘๐(๑) (๒) (๖) และมาตรา ๘๖(๒)

มาตรา ๘๐ (๑) ของรัฐธรรมนูญได้บัญญัติว่า “คุ้มครองและพัฒนาเด็กและ เยาวชน สนับสนุนการอบรมเลี้ยงดูและให้การศึกษาปฐมวัย ส่งเสริมความเสมอภาคของหญิง และชาย เสริมสร้างและพัฒนาความเป็นปึกแผ่นของสถาบันครอบครัวและชุมชน รวมทั้งต้อง สงเคราะห์และจัดสวัสดิการให้แก่ผู้สูงอายุ ผู้ยากไร้ ผู้พิการหรือทุพพลภาพ และผู้อยู่ในสภาวะ ยากลำบาก ให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นและพึ่งพาตนเองได้” ซึ่งกระทรวงสาธารณสุขรับผิดชอบ ๑๐ ตัวชี้วัด โดยจำแนกเป็นตัวชี้วัดด้านการอบรมเลี้ยงดูและให้การศึกษาปฐมวัย ๔ ตัวชี้วัด ตัวชี้วัด



ด้านเสริมสร้างและพัฒนาความเป็นปึกแผ่นของสถาบันครอบครัวและชุมชน ๔ ตัวชี้วัด และตัวชี้วัดด้านสงเคราะห์และจัดสวัสดิการให้แก่ผู้สูงอายุ ผู้ยากไร้ ผู้พิการหรือทุพพลภาพ ๒ ตัวชี้วัด

มาตรา ๘๐ (๒) ของรัฐธรรมนูญได้บัญญัติว่า “ส่งเสริม สนับสนุน และพัฒนาระบบสุขภาพที่เน้นการสร้างเสริมสุขภาพอันนำไปสู่สุขภาพที่ยั่งยืนของประชาชน รวมทั้งจัดและส่งเสริมให้ประชาชนได้รับบริการสาธารณสุขที่มีมาตรฐานอย่างทั่วถึงและมีประสิทธิภาพ และส่งเสริมให้เอกชนและชุมชน มีส่วนร่วมในการพัฒนาสุขภาพและการจัดบริการสาธารณสุข โดยผู้มีหน้าที่ให้บริการดังกล่าวซึ่งได้ปฏิบัติหน้าที่ตามมาตรฐานวิชาชีพและจริยธรรม ย่อมได้รับความคุ้มครองตามกฎหมาย” ซึ่งกระทรวงสาธารณสุขรับผิดชอบ ๒๘ ตัวชี้วัด ในด้านสุขภาพที่ยั่งยืนของประชาชน

มาตรา ๘๐ (๖) ได้บัญญัติว่า “ส่งเสริมและสนับสนุนความรู้รักสามัคคีและการเรียนรู้ ปลุกจิตสำนึก และเผยแพร่ศิลปวัฒนธรรม ขนบธรรมเนียมประเพณีของชาติ ตลอดจนค่านิยมอันดีงามและภูมิปัญญาท้องถิ่น” ซึ่งกระทรวงสาธารณสุขรับผิดชอบ ๑ ตัวชี้วัด คือ เรื่องจำนวนแพทย์แผนไทยที่จดทะเบียนเพิ่มขึ้น

มาตรา ๘๖ (๒) ของรัฐธรรมนูญได้บัญญัติว่า “ส่งเสริมการประดิษฐ์หรือการค้นคิดเพื่อให้เกิดความรู้ใหม่ รักษาและพัฒนาภูมิปัญญาท้องถิ่นและภูมิปัญญาไทย รวมทั้งให้ความคุ้มครองทรัพย์สินทางปัญญา” ซึ่งกระทรวงสาธารณสุขรับผิดชอบ ๑ ตัวชี้วัด เรื่อง ให้ความคุ้มครองทรัพย์สินทางปัญญา

๒.๒) นโยบายด้านการคุ้มครองคุณภาพสิ่งแวดล้อมให้เอื้อต่อการมีสุขภาพพลานามัยที่ดี มี ๑ มาตราคือ มาตรา ๘๕(๕) ได้บัญญัติว่า “ส่งเสริม บำรุงรักษา และคุ้มครองคุณภาพสิ่งแวดล้อมตามหลักการพัฒนาที่ยั่งยืน ตลอดจนควบคุมและกำจัดภาวะมลพิษที่มีผลต่อสุขภาพอนามัย สวัสดิภาพ และคุณภาพชีวิตของประชาชน โดยประชาชน ชุมชนท้องถิ่น และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ต้องมีส่วนร่วมในการกำหนดแนวทางการดำเนินงาน” ซึ่งกระทรวงสาธารณสุขรับผิดชอบ ๒ ตัวชี้วัด คือ อัตราของผู้ป่วยที่มีปัญหาความเจ็บป่วยเนื่องจากมลภาวะและอุบัติการณ์การเกิดโรคชิลีโคซีสลดลงเมื่อเปรียบเทียบกับปีที่ผ่านมา

๒.๓) นโยบายด้านการพิทักษ์รักษาสถาบันพระมหากษัตริย์ การส่งเสริมการดำเนินการตามแนวปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง และการมีส่วนร่วมของประชาชน มี ๓ มาตรา คือ มาตรา ๗๗ ๘๓ และมาตรา ๘๗ (๑)



มาตรา ๗๗ ได้บัญญัติว่า “รัฐต้องพิทักษ์รักษาไว้ซึ่งสถาบันพระมหากษัตริย์ เอกราช อธิปไตย และบูรณภาพแห่งเขตอำนาจรัฐ และต้องจัดให้มีกำลังทหาร อาวุธยุทโธปกรณ์ และเทคโนโลยี ที่ทันสมัย จำเป็น และเพียงพอ เพื่อพิทักษ์รักษาเอกราช อธิปไตย ความมั่นคงของรัฐ สถาบันพระมหากษัตริย์ ผลประโยชน์แห่งชาติและการปกครองระบอบประชาธิปไตยอันมีพระมหากษัตริย์ ทรงเป็นประมุข และเพื่อการพัฒนาประเทศ” ซึ่งกระทรวงสาธารณสุขรับผิดชอบ ๑ ตัวชี้วัด คือ ร้อยละของกิจกรรมการจัดพิธีและงานเฉลิมพระเกียรติในวโรกาสต่าง ๆ (ที่เสร็จแล้ว ครบถ้วน)

มาตรา ๘๓ ได้บัญญัติว่า “รัฐต้องส่งเสริมและสนับสนุนให้มีการดำเนินการตามแนวปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง” ซึ่งกระทรวงสาธารณสุขรับผิดชอบ ๓ ตัวชี้วัด คือ ร้อยละของหมู่บ้านที่มีการจัดการด้านสุขภาพ ร้อยละของประชาชนกลุ่มเด็กและเยาวชนมีพฤติกรรมสุขภาพที่จำเป็นตามแนวสุขบัญญัติแห่งชาติ และร้อยละของประชาชนมีพฤติกรรมการบริโภคผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ถูกต้อง

มาตรา ๘๗ (๑) ได้บัญญัติว่า “ส่งเสริมให้ประชาชนมีส่วนร่วมในการกำหนดนโยบายและวางแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมทั้งในระดับชาติและระดับท้องถิ่น” ซึ่งกระทรวงสาธารณสุขรับผิดชอบ ๑ ตัวชี้วัด คือ โครงการสาธารณะที่ผ่านกระบวนการมีส่วนร่วมของประชาชน

๓) แผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ ๑๐ (พ.ศ. ๒๕๕๐ – ๒๕๕๔)

๓.๑) แนวคิดและเนื้อหาของสาระของแผน

เป็นแผนยุทธศาสตร์ที่ให้ความสำคัญต่อการต่อยอดความคิด สร้างจินตนาการ สุขภาพใหม่ เพื่อมุ่งสู่จุดหมายที่เป็นเอกภาพในการสร้างระบบสุขภาพที่พึงประสงค์ ที่ชัดเจนมากยิ่งขึ้นในการพัฒนาสุขภาพที่เป็นองค์รวมทั้งทางกาย ทางใจ ทางสังคม และทางจิตวิญญาณ และการรวมพลังทั้งสังคมเพื่อสร้างสุขภาพ โดยน้อมนำปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียงมาใช้เป็นฐานคิด และขับเคลื่อนสู่การปฏิบัติ ทั้งในการดำเนินชีวิตและการพัฒนาทางด้านสุขภาพในทุกมิติทุกระดับ และทุกภาคส่วนที่สอดคล้องกับทิศทางการพัฒนาประเทศ

เนื้อหาของสาระของแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ ๑๐ จะเป็นการสร้างระบบสุขภาพพอเพียงในสังคมที่อยู่เย็นเป็นสุขร่วมกัน โดยการสร้างวัฒนธรรมสุขภาพ ระบบบริการสุขภาพและการแพทย์ที่ผู้รับบริการอุ่นใจ ผู้ให้บริการมีความสุขและการสร้างระบบภูมิคุ้มกันเพื่อลดผลกระทบจากโรคและภัยคุกคามสุขภาพ



๓.๒) ภาพลักษณ์และคุณลักษณะที่พึงประสงค์ของระบบสุขภาพไทย

ระบบสุขภาพพอเพียงภายใต้ปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง เป็นการพัฒนา
อย่างเป็นองค์รวมเชื่อมโยงมิติเศรษฐกิจ สังคม วัฒนธรรมและคุณธรรม ซึ่งมีคุณลักษณะดังนี้

- ❖ มีรากฐานที่เข้มแข็งจากการมีความพอเพียงทางสุขภาพในระดับครอบครัว
และชุมชน
- ❖ มีความรอบคอบและรู้จักประมาณอย่างมีเหตุผลในด้านการเงินการคลัง
เพื่อสุขภาพในทุกระดับ
- ❖ มีการใช้เทคโนโลยีที่เหมาะสมและใช้อย่างรู้เท่าทัน โดยเน้นภูมิปัญญาไทย
และการพึ่งตนเอง
- ❖ มีบูรณาการด้านการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค รักษาพยาบาล
ฟื้นฟูสภาพและคุ้มครองผู้บริโภค
- ❖ มีระบบค้ำกันที่ให้หลักประกันและคุ้มครองสุขภาพ
- ❖ มีคุณธรรม จริยธรรม คือ ซื่อตรง ไม่โลภมากและรู้จักพอ

๓.๓) วิสัยทัศน์ระบบสุขภาพไทย

ได้กำหนดวิสัยทัศน์ไว้ว่า “มุ่งสู่ระบบสุขภาพพอเพียง เพื่อสร้างให้สุขภาพดี
บริการดี สังคมดี ชีวิตมีความสุขอย่างพอเพียง”

๓.๔) พันธกิจหลัก

แผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ ๑๐ ได้กำหนดพันธกิจหลักในการพัฒนา
รวม ๔ พันธกิจ คือ สร้างเอกภาพทางความคิด สร้างจิตสำนึกสุขภาพใหม่ สร้างระบบจัดการ
ที่โปร่งใส และสร้างกลไกการมีส่วนร่วมในการพัฒนา

๓.๕) วัตถุประสงค์ของแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ ๑๐ (พ.ศ.๒๕๕๐- ๒๕๕๔)

- ❖ เพื่อสร้างสุขภาพดีให้เป็นวิถีชีวิตในทุกช่วงวัยตั้งแต่อยู่ในครรภ์มารดา
ถึงเชิงตะกอน โดยเน้นการสร้างรากฐานที่เข้มแข็งจากการมีความพอเพียงทางสุขภาพในระดับ
ครอบครัวและชุมชน
- ❖ เพื่อสร้างระบบบริการดี เป็นระบบบริการที่มีหัวใจของความเป็นมนุษย์
ให้บริการที่มีคุณภาพ เป็นมิตร ใส่ใจในความทุกข์และมีความละเอียดอ่อนต่อความเป็นมนุษย์



❖ เพื่อสร้างสังคมดี เป็นสังคมที่อยู่เย็นเป็นสุขร่วมกันได้ ด้วยการมีหลักประกันด้านสุขภาพที่ให้ความอุ่นใจและความมั่นคงปลอดภัยในชีวิต ทั้งยามปกติ ยามเจ็บป่วย และยามวิกฤติ

❖ เพื่อสร้างชีวิตที่มีความสุขพอเพียง เป็นวิถีชีวิตที่มีความสุขสงบ ไม่เบียดเบียนกัน เติบโตได้ในสังคมแห่งการเรียนรู้ มีวัฒนธรรมที่เกื้อกูลต่อสุขภาพ สันติภาพ และการพัฒนาไปสู่ศักยภาพสูงสุดของความเป็นมนุษย์

๓.๖) เป้าหมายการพัฒนาระบบสุขภาพพอเพียงของแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ ๑๐ (พ.ศ.๒๕๕๐-๒๕๕๔)

ได้กำหนดเป้าหมายหลักในการพัฒนาระบบสุขภาพไทยที่มุ่งสู่ระบบสุขภาพพอเพียงไว้ ๑๐ ประการคือ

- ❖ เอกภาพและธรรมาภิบาลในการจัดการระบบสุขภาพที่สมดุลและยั่งยืน
- ❖ งานสร้างเสริมสุขภาพเชิงรุกที่สามารถสร้างปัจจัยพื้นฐานของการมีสุขภาพดี
- ❖ วัฒนธรรมสุขภาพและวิถีชีวิตที่มีความสุขพอเพียงอย่างเป็นองค์รวม
- ❖ ระบบสุขภาพชุมชนและเครือข่ายบริการปฐมภูมิที่เข้มแข็ง
- ❖ ระบบบริการสุขภาพและการแพทย์ที่มีประสิทธิภาพ มีการใช้เทคโนโลยีอย่างพอประมาณตามหลักวิชาการอย่างถูกต้อง เหมาะสม ทำให้ผู้รับบริการมีความอุ่นใจและผู้ใช้บริการมีความสุข
- ❖ หลักประกันสุขภาพที่เป็นธรรม ทัวถึง มีคุณภาพ
- ❖ ระบบภูมิคุ้มกันและความพร้อมรองรับเพื่อลดผลกระทบจากโรคและภัยคุกคามสุขภาพได้อย่างทันการณ
- ❖ ทางเลือกสุขภาพที่หลากหลายผสมผสานภูมิปัญญาไทยและสากลอย่างรู้เท่าทันและพึ่งตนเองได้
- ❖ ระบบสุขภาพฐานความรู้ด้วยการจัดการความรู้อย่างมีเหตุผลรอบด้าน
- ❖ สังคมที่ไม่ทอดทิ้งคนทุกวัยทุก เป็นสังคมที่ดูแลรักษาคนจน คนทุกวัย คนยาก และผู้ด้อยโอกาสอย่างเคารพในคุณค่าและศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์



๓.๗) ยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบสุขภาพไทย

เพื่อสร้างระบบสุขภาพพอเพียงในสังคมที่อยู่เย็นเป็นสุขร่วมกัน จึงได้กำหนด
ยุทธศาสตร์หลักในการพัฒนา ๖ ยุทธศาสตร์ ดังนี้ (ภาพที่ ๒)

ยุทธศาสตร์ที่ ๑ การสร้างเอกภาพและธรรมาภิบาลในการจัดระบบสุขภาพ

ยุทธศาสตร์ที่ ๒ การสร้างวัฒนธรรมสุขภาพและวิถีชีวิตที่มีความสุขในสังคม
แห่งสุขภาวะ

ยุทธศาสตร์ที่ ๓ การสร้างระบบบริการสุขภาพและการแพทย์ที่ผู้รับบริการ
อุ่นใจ ผู้ให้บริการมีความสุข

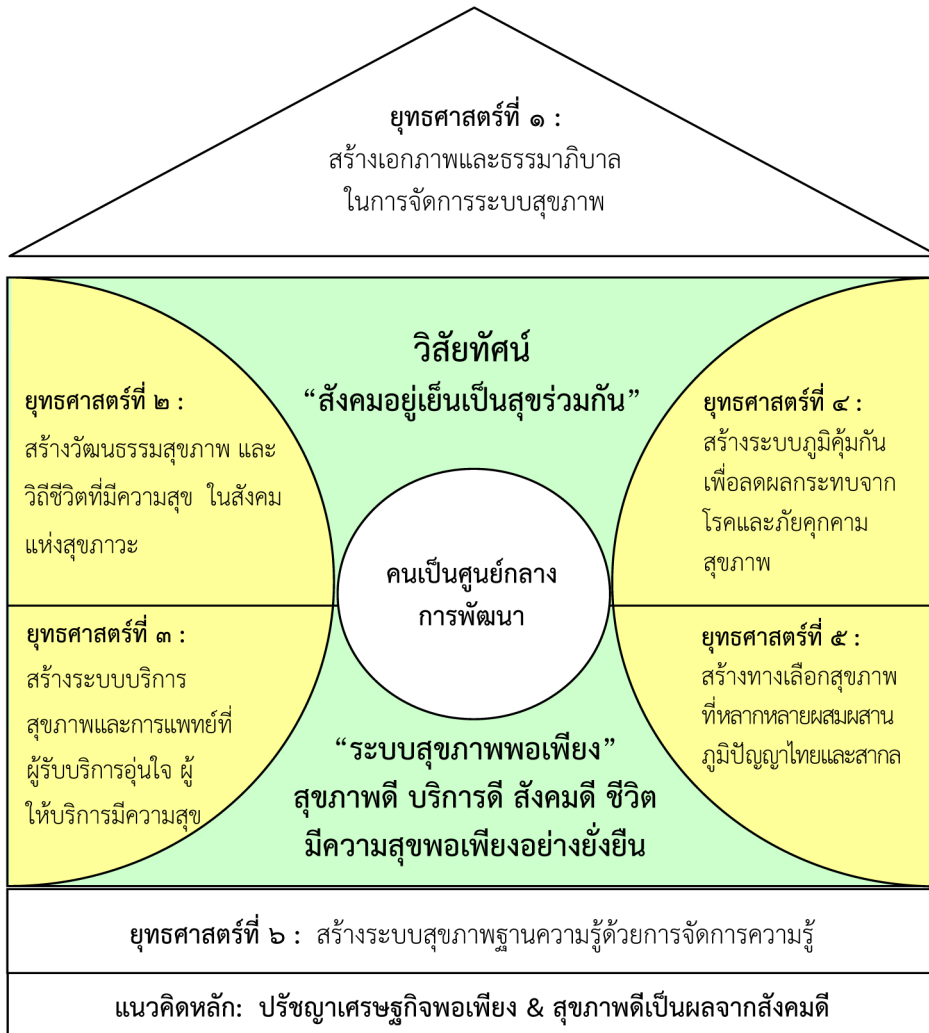
ยุทธศาสตร์ที่ ๔ การสร้างระบบภูมิคุ้มกันเพื่อลดผลกระทบจากโรคและ
ภัยคุกคามสุขภาพ

ยุทธศาสตร์ที่ ๕ การสร้างทางเลือกสุขภาพที่หลากหลายผสมผสานภูมิปัญญา
ไทยและสากล

ยุทธศาสตร์ที่ ๖ การสร้างระบบสุขภาพฐานความรู้ด้วยการจัดการความรู้



กรอบความสัมพันธ์ของแนวคิด วิสัยทัศน์ และยุทธศาสตร์
การพัฒนาสุขภาพและการพัฒนาประเทศ



ที่มา: คณะกรรมการอำนวยการจัดทำแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ ๑๐ พ.ศ. ๒๕๕๐-๒๕๕๔,
พฤษภาคม ๒๕๕๐



๑.๒ นโยบายรัฐบาล นายอภิสิทธิ์ เวชชาชีวะ นายกรัฐมนตรี ที่เกี่ยวข้องกับกระทรวง สาธารณสุข

นโยบายที่ ๑ นโยบายเร่งด่วนที่จะเริ่มดำเนินการในปีแรก

๑.๑ การสร้างความเชื่อมั่นและกระตุ้นเศรษฐกิจในภาพรวมเพื่อให้เกิดความเชื่อมั่นแก่ภาคประชาชนและเอกชนในการลงทุนและการบริโภค

๑.๑.๗ เร่งลงทุนเพื่อการพัฒนาประเทศ โดยให้ความสำคัญแก่โครงการลงทุนที่มีความคุ้มค่ามากที่สุด เพื่อเสริมสร้างบรรยากาศการลงทุน ยกย่องคุณภาพชีวิตของประชาชน และเพิ่มความสามารถในการแข่งขันของประเทศ โดยเฉพาะการลงทุนเพื่อยกระดับคุณภาพการศึกษาทั้งระบบ การลงทุนเพื่อปรับโครงสร้างระบบบริการสุขภาพที่มุ่งสู่การป้องกันและส่งเสริมสุขภาพการลงทุนพัฒนาระบบขนส่งมวลชน และการพัฒนาระบบบริหารจัดการน้ำและการชลประทาน ให้สามารถเริ่มดำเนินโครงการได้ในปี พ.ศ.๒๕๕๒ โดยให้ความสำคัญแก่การมีส่วนร่วมของประชาชน การรักษาสีสิ่งแวดล้อม การดำเนินงานอย่างโปร่งใส ตรวจสอบได้ และการรักษาวินัยการคลังของประเทศ รวมทั้งเร่งรัดการเบิกจ่ายงบลงทุนของส่วนราชการและรัฐวิสาหกิจ

๑.๒.๑๐ ส่งเสริมบทบาทอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ทั่วประเทศให้ปฏิบัติงานเชิงรุก ในการส่งเสริมสุขภาพในท้องถิ่นและชุมชน การดูแลเด็ก ผู้สูงอายุ คนพิการ การดูแลผู้ป่วยในโรงพยาบาลและการเฝ้าระวังโรคในชุมชน โดยจัดให้มีสวัสดิการค่าตอบแทนให้แก่ อสม. เพื่อสร้างแรงจูงใจหนุนเสริมให้ปฏิบัติงานได้อย่างคล่องตัว และมีประสิทธิภาพ

นโยบายที่ ๓ นโยบายสังคมและคุณภาพชีวิต

๓.๓ นโยบายด้านสาธารณสุข

๓.๓.๑ สนับสนุนการดำเนินงานตามแนวทางของกฎหมายสุขภาพแห่งชาติ โดยเร่งดำเนินมาตรการสร้างเสริมสุขภาพและลดปัจจัยเสี่ยงที่มีผลต่อสุขภาพและการเจ็บป่วยเรื้อรัง โดยประสานความร่วมมือและการมีส่วนร่วมจากภาคีพัฒนาในสาขาต่าง ๆ ตลอดจนภาคเอกชน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ชุมชน และอาสาสมัครสาธารณสุข ร่วมสร้างความรู้ความเข้าใจ สร้างแรงจูงใจ หนุนเสริมให้เกิดการพัฒนาและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพอนามัย รวมทั้งส่งเสริมบทบาทองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นให้มีส่วนร่วมในการผลิตและพัฒนาบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข โดยจัดสรรทุนให้เพื่อกลับมาทำงานในท้องถิ่น

๓.๓.๒ สร้างขีดความสามารถในการเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรค วินิจฉัย และรักษาพยาบาลอย่างเป็นระบบ เชื่อมโยงกับทุกภาคส่วน ทุกสาขาที่เกี่ยวข้อง เพื่อป้องกันปัญหา



การป่วยและตายด้วยโรคอุบัติใหม่ที่มีรวมถึงโรคที่มีการกลายพันธุ์เป็นสายพันธุ์ใหม่ และโรคระบาด
ซ้ำในคน อย่างทันต่อสถานการณ์

๓.๓.๓ ปรับปรุงระบบบริการด้านสาธารณสุข โดยลงทุนพัฒนาระบบบริการ
สุขภาพของภาครัฐในทุกระดับให้ได้มาตรฐาน ยกย่องสถานอนามัยเป็นโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ
ประจำตำบล และพัฒนาระบบเครือข่ายการส่งต่อในทุกระดับให้มีประสิทธิภาพ เชื่อมโยงกันทั้งใน
ภาครัฐและภาคเอกชน เพื่อให้ระบบหลักประกันสุขภาพมีคุณภาพอย่างเพียงพอ ทัวถึง มีทางเลือก
หลากหลายรูปแบบ และครอบคลุมได้ถึงการรักษาพยาบาลในสถานพยาบาลเอกชนที่เข้าร่วม
โครงการ

๓.๓.๔ ลงทุนผลิตและพัฒนาบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข ควบคู่กับ
การสร้างขวัญกำลังใจให้มีความก้าวหน้าในอาชีพ มีการปรับปรุงกฎระเบียบ เพื่อให้มีรายได้จาก
เงินเดือนและค่าตอบแทนอื่น ๆ ที่เหมาะสม เป็นธรรม รวมทั้งปรับปรุงกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับ
การประกอบอาชีพด้านการแพทย์ มีการกระจายบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข
อย่างสอดคล้องกับความต้องการของพื้นที่ตลอดจนการลงทุนพัฒนาและเชื่อมโยงระบบข้อมูล
เทคโนโลยีสารสนเทศด้านสุขภาพให้ทันสมัย มีมาตรฐาน สามารถใช้ประโยชน์ร่วมกันได้อย่างคุ้มค่า

๓.๓.๕ ผลักดันการขับเคลื่อนให้ประเทศไทยเป็นศูนย์กลางด้านสุขภาพ
และการรักษาพยาบาล ในระดับนานาชาติ โดยมียุทธศาสตร์การบริหารจัดการอย่างมีส่วนร่วม
มีการประสานความร่วมมือกับทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง มีการใช้ทรัพยากรทางการแพทย์ร่วมกัน
ระหว่างภาครัฐและเอกชน รวมทั้งปรับปรุงกฎระเบียบที่เกี่ยวข้อง

๑.๓ นโยบายของรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข (นายจรินทร์ ลักษณวิศิษฐ์)

รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข ได้กล่าวมอบนโยบายและแนวทางใน
การดำเนินงานเพื่อนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติให้เป็นรูปธรรมโดยเร็ว เน้น ๑๐ เรื่องที่สำคัญดังนี้

- ๑) เน้นการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคเป็นหลัก
- ๒) เร่งรัดการพัฒนาคุณภาพการรักษาพยาบาล และคุณภาพการบริการใน
ทุกระดับ
- ๓) สร้างความเชื่อมั่นในประสิทธิภาพการควบคุมโรค
- ๔) ค้ำครองผู้บริโภครที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพอย่างจริงจัง
- ๕) สนับสนุนสมุนไพรไทยให้มีบทบาทในการบริการและมีความก้าวหน้ามากขึ้น
- ๖) สนับสนุนการผลิตและพัฒนาบุคลากรให้เพียงพอต่อการปฏิบัติงาน รวมทั้ง
ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล



- ๓) สนับสนุน อสม. มีบทบาทเชิงรุกมากขึ้น
- ๔) พัฒนาระบบข้อมูลสารสนเทศให้มีความทันสมัยและเป็นประโยชน์ต่อการดำเนินงานเพื่อประชาชนมากขึ้น
- ๕) ผลักดันโครงการ Medical Hub ให้รู้ด้นหน้ามากยิ่งขึ้น
- ๑๐) ผลักดันและพัฒนานโยบายให้เอื้อประโยชน์ต่อการสนับสนุนการดำเนินงาน โดยเฉพาะกฎหมายใหม่ เช่น พ.ร.บ.วิชาชีพการสาธารณสุข พ.ร.บ.กองทุนคุ้มครองผู้เสียหายจากการบริการทางการแพทย์และสาธารณสุข โดยให้ความสำคัญทั้งผู้ให้บริการและผู้รับบริการ

ยึดหลักการ ๓ ประการ คือ

- ๑) ความโปร่งใส
- ๒) ความสามัคคี
- ๓) การมีส่วนร่วมในการทำงานร่วมกันทุกฝ่ายในสังคมสาธารณสุข



ภาคผนวก

๒

ความหมายสำคัญในปรัชญา

วิสัยทัศน์ พันธกิจ และยุทธศาสตร์
งานสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคระดับชาติ
ปี ๒๕๕๔ – ๒๕๕๘

ความหมายคำสำคัญในปรัชญา *

สังคมสุขภาพ หมายถึง สังคมที่เอื้ออำนวยต่อการสร้างสุขภาพ

ความหมายคำสำคัญในพันธกิจ *

ค่านิยมร่วม : การให้คุณค่าของการดำเนินงานตามเป้าหมายร่วมกัน

นวัตกรรม : สิ่งที่เกิดขึ้นใหม่ในชุมชนและเอื้อต่อการพัฒนาสุขภาพ

การแลกเปลี่ยนเรียนรู้: การถ่ายทอดองค์ความรู้ แนวคิด กระบวนการ

* จากการประชุมเชิงปฏิบัติการจัดทำกรอบยุทธศาสตร์งานสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคระดับชาติ ปี ๒๕๕๓ - ๒๕๕๘ ระหว่างวันที่ ๑๘-๑๙ มกราคม ๒๕๕๓ ณ โรงแรมเชียงใหม่ ออคิต จังหวัดเชียงใหม่

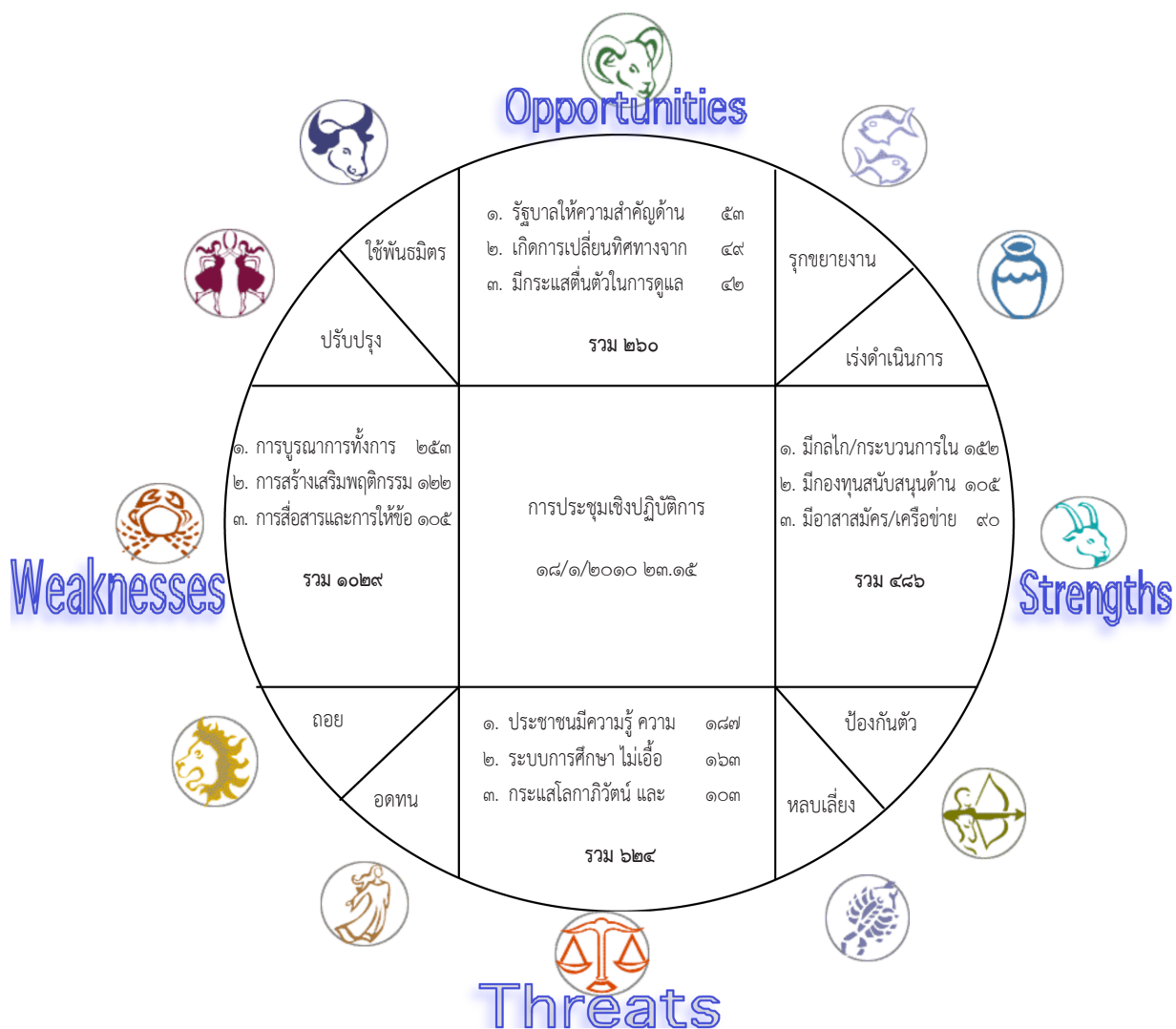


ภาคผนวก

๓

การจัดลำดับคะแนน

เพื่อกำหนดกรอบยุทธศาสตร์
งานสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคระดับชาติ
ปี ๒๕๕๔ - ๒๕๕๘



ภาคผนวก

๕

ตารางสรุปการจัดลำดับคะแนน

การกำหนดยุทธศาสตร์ของงานสร้างเสริมสุขภาพ
และป้องกันโรคระดับชาติ ปี ๒๕๕๔ – ๒๕๕๘

ลำดับ	SWOT	กลยุทธ์	น้ำหนัก
๑	S๑O๑	เร่งรัดงานที่มีกลไก/กระบวนการในการรับฟังความคิดเห็นของประชาชน/การมีส่วนร่วมของประชาชนในการขับเคลื่อนทางสังคม เช่น ธรรมนูญสุขภาพแห่งชาติ นโยบายสาธารณะ โดยมีการจัดทำสมัชชาสุขภาพทั้งเฉพาะพื้นที่และเฉพาะประเด็น รองรับการให้มีความสำคัญด้านการส่งเสริมสุขภาพระดับตำบล/พื้นที่ (รพ.สต.)	๔๘๐๕๖
๒	W๑T๑	ลด ละ เลิกงานที่การบูรณาการทั้งการบริหารจัดการและงบประมาณในการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคอย่างมีประสิทธิภาพในทุกกระตบยั้งไม่ชัดเจนและไม่เป็นรูปธรรม เนื่องจากประชาชนมีความรู้ความสามารถในการกลั่นกรองสื่อ/ข้อมูล ไม่เพียงพอ	๔๗๓๑๑
๓	W๑T๒	ลด ละ เลิกงานที่การบูรณาการทั้งการบริหารจัดการและงบประมาณในการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคอย่างมีประสิทธิภาพในทุกกระตบยั้งไม่ชัดเจนและไม่เป็นรูปธรรม เนื่องจากกระบวนการศึกษา ไม่เอื้อต่อการสร้างพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม ไม่สามารถทำให้มีความคิดเชิงวิเคราะห์ที่ถูกต้อง และประชาชนมี ค่านิยม และศีลธรรมเสื่อมลง	๔๑๒๓๙
๔	S๑T๑	ใช้มีกลไก/กระบวนการในการรับฟังความคิดเห็นของประชาชน/การมีส่วนร่วมของประชาชนในการขับเคลื่อนทางสังคม เช่น ธรรมนูญสุขภาพแห่งชาติ นโยบายสาธารณะ โดยมีการจัดทำสมัชชาสุขภาพทั้งเฉพาะพื้นที่และเฉพาะประเด็น ป้องกันประชาชนมีความรู้ ความสามารถในการกลั่นกรองสื่อ/ข้อมูล ไม่เพียงพอ	๒๘๔๒๔
๕	W๑T๓	ลด ละ เลิกงานที่การบูรณาการทั้งการบริหารจัดการและงบประมาณในการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคอย่างมีประสิทธิภาพในทุกกระตบยั้งไม่ชัดเจนและไม่เป็นรูปธรรม เนื่องจากกระแสโลกาภิวัตน์และการเปิดเสรีทางการค้าที่กระทบต่อสุขภาพ เช่น วัฒนธรรมการบริโภคแบบตะวันตกธุรกิจสุขภาพ การเคลื่อนย้ายบุคลากรสาธารณสุข การเคลื่อนย้ายของแรงงานต่างด้าวที่เข้ามาสู่ประเทศไทย	๒๖๐๕๙



ลำดับ	SWOT	กลยุทธ์	น้ำหนัก
๖	S๑T๒	ใช้มีกลไก/กระบวนการในการรับฟังความคิดเห็นของประชาชน/การมีส่วนร่วมของประชาชนในการขับเคลื่อนทางสังคม เช่น ธรรมนูญสุขภาพแห่งชาติ นโยบายสาธารณะ โดยมีการจัดทำสมัชชาสุขภาพทั้งเฉพาะพื้นที่และเฉพาะประเด็น ป้องกันระบบการศึกษา ไม่เอื้อต่อการสร้างพฤติกรรมสุขภาพ ที่เหมาะสม ไม่สามารถทำให้มีความคิดเชิงวิเคราะห์ที่ถูกต้อง และประชาชนมี ค่านิยม และศีลธรรมเสื่อมลง	๒๔๗๖
๗	W๒T๑	ลด ละ เลิกงานที่การสร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพ ในเรื่องการดูแลสุขภาพเบื้องต้น ไม่เข้มแข็งและต่อเนื่อง เช่น สุขบัญญัติ เนื่องจากประชาชนมีความรู้ ความสามารถในการกลั่นกรองสื่อ/ข้อมูล ไม่เพียงพอ	๒๒๘๑๔
๘	W๒T๒	ลด ละ เลิกงานที่การสร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพ ในเรื่องการดูแลสุขภาพเบื้องต้น ไม่เข้มแข็งและต่อเนื่อง เช่น สุขบัญญัติ เนื่องจากระบบการศึกษา ไม่เอื้อต่อการสร้างพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม ไม่สามารถทำให้มีความคิดเชิงวิเคราะห์ที่ถูกต้อง และประชาชนมีค่านิยม และศีลธรรมเสื่อมลง	๑๙๘๘๖
๙	S๒T๑	ใช้มีกองทุนสนับสนุนด้านสุขภาพทั้งระดับชาติและท้องถิ่นป้องกันประชาชนมีความรู้ ความสามารถในการกลั่นกรองสื่อ/ข้อมูล ไม่เพียงพอ	๑๙๖๓๕
๑๐	W๓T๑	ลด ละ เลิกงานที่การสื่อสารและการให้ข้อมูลสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคที่ถูกต้อง ชัดเจน ยังไม่ทั่วถึง และทันเวลา เนื่องจากประชาชนมีความรู้ความสามารถในการกลั่นกรองสื่อ/ข้อมูล ไม่เพียงพอ	๑๙๖๓๕
๑๑	S๒T๒	ใช้มีกองทุนสนับสนุนด้านสุขภาพทั้งระดับชาติและท้องถิ่นป้องกันระบบการศึกษา ไม่เอื้อต่อการสร้างพฤติกรรมสุขภาพ ที่เหมาะสม ไม่สามารถทำให้มีความคิดเชิงวิเคราะห์ที่ถูกต้อง และประชาชนมีค่านิยม และศีลธรรมเสื่อมลง	๑๗๑๑๕
๑๒	W๓T๒	ลด ละ เลิกงานที่การสื่อสารและการให้ข้อมูลสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคที่ถูกต้อง ชัดเจน ยังไม่ทั่วถึง และทันเวลา เนื่องจากระบบการศึกษา ไม่เอื้อต่อการสร้างพฤติกรรมสุขภาพ ที่เหมาะสม ไม่สามารถทำให้มีความคิดเชิงวิเคราะห์ที่ถูกต้อง และประชาชนมีค่านิยม และศีลธรรมเสื่อมลง	๑๗๑๑๕
๑๓	S๓T๑	ใช้มีอาสาสมัคร/เครือข่ายทางด้านสุขภาพ ทุกพื้นที่ในชุมชนป้องกันประชาชนมีความรู้ ความสามารถในการกลั่นกรองสื่อ/ข้อมูล ไม่เพียงพอ	๑๖๘๓๐



ลำดับ	SWOT	กลยุทธ์	น้ำหนัก
๑๔	S๑T๓	ใช้มีกลไก/กระบวนการในการรับฟังความคิดเห็นของประชาชน/การมีส่วนร่วมของประชาชนในการขับเคลื่อนทางสังคม เช่น ธรรมนูญสุขภาพแห่งชาติ นโยบายสาธารณะ โดยมีการจัดทำสมัชชาสุขภาพทั้งเฉพาะพื้นที่และเฉพาะประเด็น ป้องกันกระแสโลกาภิวัตน์ และการเปิดเสรีทางการค้าที่กระทบต่อสุขภาพ เช่น วัฒนธรรมการบริโภคแบบตะวันตก ธุรกิจสุขภาพ การเคลื่อนย้ายบุคลากรสาธารณสุข การเคลื่อนย้ายของแรงงานต่างด้าวที่เข้ามาสู่ประเทศไทย	๑๕๖๕๖
๑๕	S๓T๒	ใช้มีอาสาสมัคร/เครือข่ายทางด้านสุขภาพ ทุกพื้นที่ในชุมชนป้องกันระบบการศึกษา ไม่เอื้อต่อการสร้างพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม ไม่สามารถทำให้มีความคิดเชิงวิเคราะห์ที่ถูกต้อง และประชาชนมีค่านิยม และศีลธรรมเสื่อมลง	๑๔๖๗๐
๑๖	W๑O๑	ปรับปรุงการบูรณาการทั้งการบริหารจัดการและงบประมาณในด้าน การสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคอย่างมีประสิทธิภาพในทุกระดับ ยังไม่ชัดเจนและไม่เป็นรูปธรรม รongรับรัฐบาลให้ความสำคัญด้านการส่งเสริมสุขภาพระดับตำบล/พื้นที่ (รพ.สต.)	๑๓๔๐๙
๑๗	W๒T๓	ลด ละ เลิกงานที่การสร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพ ในเรื่องการดูแลสุขภาพเบื้องต้น ไม่เข้มแข็งและต่อเนื่อง เช่น สุขบัญญัติ เนื่องจากกระแสโลกาภิวัตน์ และการเปิดเสรีทางการค้าที่กระทบต่อสุขภาพ เช่น วัฒนธรรมการบริโภคแบบตะวันตก ธุรกิจสุขภาพ การเคลื่อนย้ายบุคลากรสาธารณสุข การเคลื่อนย้ายของแรงงานต่างด้าวที่เข้ามาสู่ประเทศไทย	๑๒๕๖๖
๑๘	W๑O๒	ปรับปรุงการบูรณาการทั้งการบริหารจัดการและงบประมาณในด้าน การสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคอย่างมีประสิทธิภาพในทุกระดับ ยังไม่ชัดเจนและไม่เป็นรูปธรรม รongรับเกิดการเปลี่ยนทิศทางการบริการสุขภาพเป็นการสร้างสุขภาพมากขึ้น	๑๒๓๙๗
๑๙	S๒T๓	ใช้มีกองทุนสนับสนุนด้านสุขภาพทั้งระดับชาติและท้องถิ่นป้องกันกระแสโลกาภิวัตน์ และการเปิดเสรีทางการค้าที่กระทบต่อสุขภาพ เช่น วัฒนธรรมการบริโภคแบบตะวันตก ธุรกิจสุขภาพ การเคลื่อนย้ายบุคลากรสาธารณสุข การเคลื่อนย้ายของแรงงานต่างด้าวที่เข้ามาสู่ประเทศไทย	๑๐๘๑๕



ลำดับ	SWOT	กลยุทธ์	น้ำหนัก
๒๐	W๓T๓	ลด ละ เลิกงานที่การสื่อสารและการให้ข้อมูลสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคที่ถูกต้อง ชัดเจน ยังไม่ทั่วถึง และทันเวลา เนื่องจากกระแสโลกาภิวัตน์และการเปิดเสรีทางการค้าที่กระทบต่อสุขภาพ เช่น วัฒนธรรมการบริโภคแบบตะวันตก อารักขาสุขภาพ การเคลื่อนย้ายบุคลากรสาธารณสุข การเคลื่อนย้ายของแรงงานต่างด้าวที่เข้ามาสู่ประเทศไทย	๑๐๘๑๕
๒๑	W๑O๓	ปรับปรุงการบูรณาการทั้งการบริหารจัดการและงบประมาณในด้านการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคอย่างมีประสิทธิภาพในทุกระดับ ยังไม่ชัดเจนและไม่เป็นรูปธรรม รองรับมีกระแสตื่นตัวในการดูแลสุขภาพ เช่น การออกกำลังกาย	๑๐๖๒๖
๒๒	S๑O๒	เร่งรัดงานที่มีกลไก/กระบวนการในการรับฟังความคิดเห็นของประชาชน/การมีส่วนร่วมของประชาชนในการขับเคลื่อนทางสังคม เช่น ธรรมนูญสุขภาพแห่งชาติ นโยบายสาธารณะ โดยมีการจัดทำสมัชชาสุขภาพทั้งเฉพาะพื้นที่และเฉพาะประเด็น รองรับการเปลี่ยนทิศทางการบริการสุขภาพเป็นการสร้างสุขภาพมากขึ้น	๗๔๔๘
๒๓	W๒O๑	ปรับปรุงการสร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพ ในเรื่องการดูแลสุขภาพเบื้องต้น ไม่เข้มแข็งและต่อเนื่อง เช่น สุขบัญญัติ รองรับการให้ความสำคัญด้านการส่งเสริมสุขภาพระดับตำบล/พื้นที่ (รพ.สต.)	๖๔๖๖
๒๔	S๑O๓	เร่งรัดงานที่มีกลไก/กระบวนการในการรับฟังความคิดเห็นของประชาชน/การมีส่วนร่วมของประชาชนในการขับเคลื่อนทางสังคม เช่น ธรรมนูญสุขภาพแห่งชาติ นโยบายสาธารณะ โดยมีการจัดทำสมัชชาสุขภาพทั้งเฉพาะพื้นที่และเฉพาะประเด็น รองรับมีกระแสตื่นตัวในการดูแลสุขภาพ เช่น การออกกำลังกาย	๖๓๘๔
๒๕	W๒O๒	ปรับปรุงการสร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพ ในเรื่องการดูแลสุขภาพเบื้องต้น ไม่เข้มแข็งและต่อเนื่อง เช่น สุขบัญญัติ รองรับการเปลี่ยนทิศทางการบริการสุขภาพเป็นการสร้างสุขภาพมากขึ้น	๕๙๗๘
๒๖	S๒O๑	เร่งรัดงานที่มีกองทุนสนับสนุนด้านสุขภาพทั้งระดับชาติและท้องถิ่นรองรับการให้ความสำคัญด้านการส่งเสริมสุขภาพระดับตำบล/พื้นที่ (รพ.สต.)	๕๕๖๕
๒๗	W๓O๑	ปรับปรุงการสื่อสารและการให้ข้อมูลสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคที่ถูกต้อง ชัดเจน ยังไม่ทั่วถึง และทันเวลา รองรับการให้ความสำคัญด้านการส่งเสริมสุขภาพระดับตำบล/พื้นที่ (รพ.สต.)	๕๕๖๕



ลำดับ	SWOT	กลยุทธ์	น้ำหนัก
๒๘	StO๒	เร่งรัดงานที่มีกองทุนสนับสนุนด้านสุขภาพทั้งระดับชาติและท้องถิ่นรองรับเกิดการเปลี่ยนทิศทางการบริการสุขภาพเป็นการสร้างสุขภาพมากขึ้น	๕๑๔๕
๒๙	W๓O๒	ปรับปรุงการสื่อสารและการให้ข้อมูลสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคที่ถูกต้อง ชัดเจน ยังไม่ทั่วถึง และทันเวลา รองรับเกิดการเปลี่ยนทิศทางการบริการสุขภาพเป็นการสร้างสุขภาพมากขึ้น	๕๑๔๕
๓๐	W๒O๓	ปรับปรุงการสร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพ ในเรื่องการดูแลสุขภาพเบื้องต้น ไม่เข้มแข็งและต่อเนื่อง เช่น สุขบัญญัติ รองรับมีกระแสนี้นตัวในการดูแลสุขภาพ เช่น การออกกำลังกาย	๕๑๒๔
๓๑	SmO๑	เร่งรัดงานที่มีอาสาสมัคร/เครือข่ายทางด้านสุขภาพ ทุกพื้นที่ในชุมชนรองรับรัฐบาลให้ความสำคัญด้านการส่งเสริมสุขภาพระดับตำบล/พื้นที่ (รพ.สต.)	๔๗๗๐
๓๒	SmO๒	เร่งรัดงานที่มีอาสาสมัคร/เครือข่ายทางด้านสุขภาพ ทุกพื้นที่ในชุมชนรองรับเกิดการเปลี่ยนทิศทางการบริการสุขภาพเป็นการสร้างสุขภาพมากขึ้น	๔๔๑๐
๓๓	StO๓	เร่งรัดงานที่มีกองทุนสนับสนุนด้านสุขภาพทั้งระดับชาติและท้องถิ่นรองรับมีกระแสนี้นตัวในการดูแลสุขภาพ เช่น การออกกำลังกาย	๔๔๑๐
๓๔	W๓O๓	ปรับปรุงการสื่อสารและการให้ข้อมูลสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคที่ถูกต้อง ชัดเจน ยังไม่ทั่วถึง และทันเวลา รองรับมีกระแสนี้นตัวในการดูแลสุขภาพ เช่น การออกกำลังกาย	๔๔๑๐
๓๕	SmO๓	เร่งรัดงานที่มีอาสาสมัคร/เครือข่ายทางด้านสุขภาพ ทุกพื้นที่ในชุมชนรองรับมีกระแสนี้นตัวในการดูแลสุขภาพ เช่น การออกกำลังกาย	๓๗๘๐
๓๖	SmT๓	ใช้มีอาสาสมัคร/เครือข่ายทางด้านสุขภาพ ทุกพื้นที่ในชุมชนป้องกันกระแสโลกาภิวัตน์ และการเปิดเสรีทางการค้าที่กระทบต่อสุขภาพ เช่น วัฒนธรรม การบริโภคแบบตะวันตก ธุรกิจสุขภาพ การเคลื่อนย้ายบุคลากรสาธารณสุข การเคลื่อนย้ายของแรงงานต่างด้าวที่เข้ามาสู่ประเทศไทย	๓๗๘๐

ที่มา: การประชุมเชิงปฏิบัติการจัดทำกรอบยุทธศาสตร์งานสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคระดับชาติ ปี ๒๕๕๓
- ๒๕๕๔ ณ โรงแรมเชียงใหม่ ออคิด จังหวัดเชียงใหม่

ឈ្មោះ

[illegible]

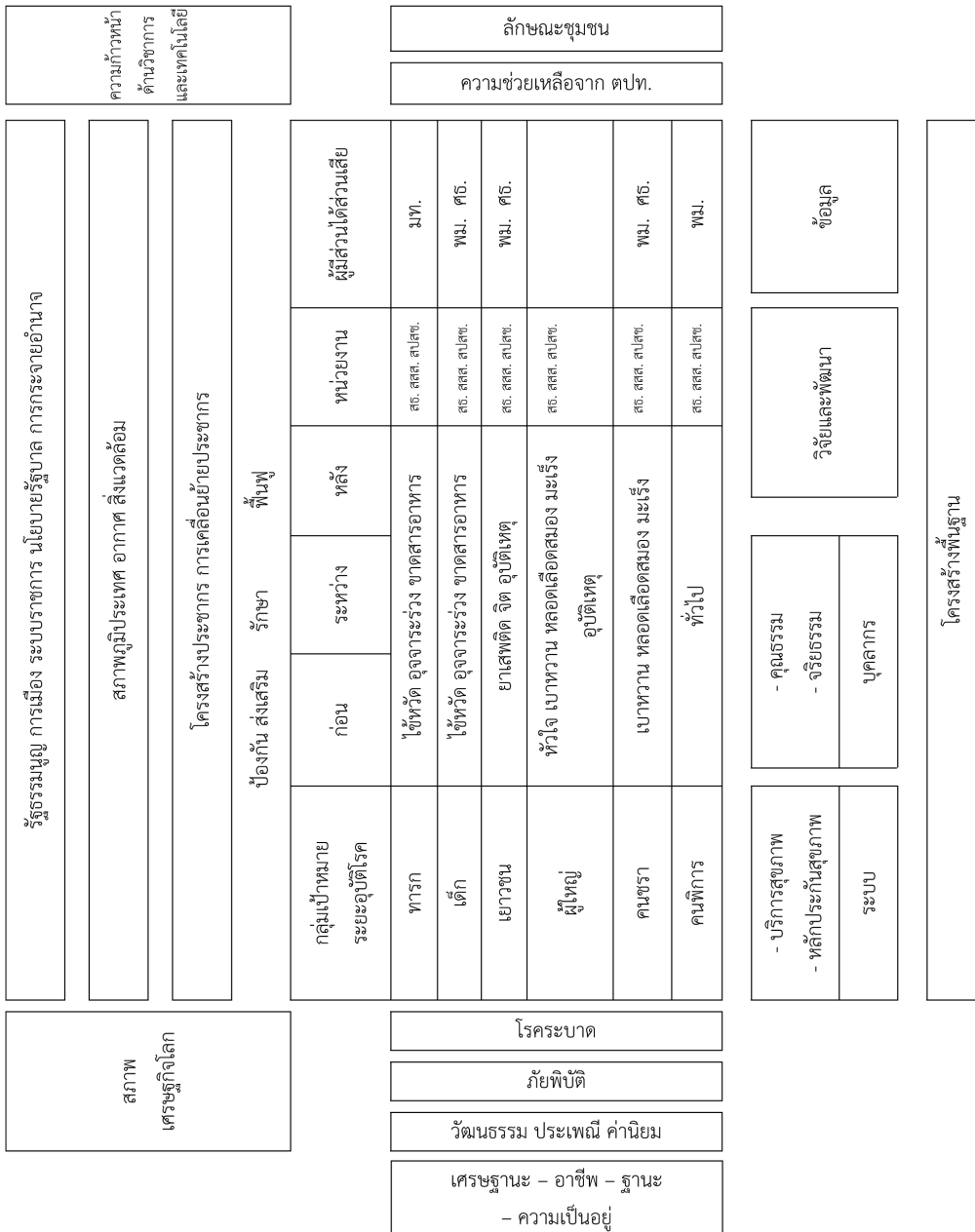


ภาคผนวก

๕

ผังความคิดรวบยอด

ปัจจัยแวดล้อมเพื่อการวางแผนยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพ



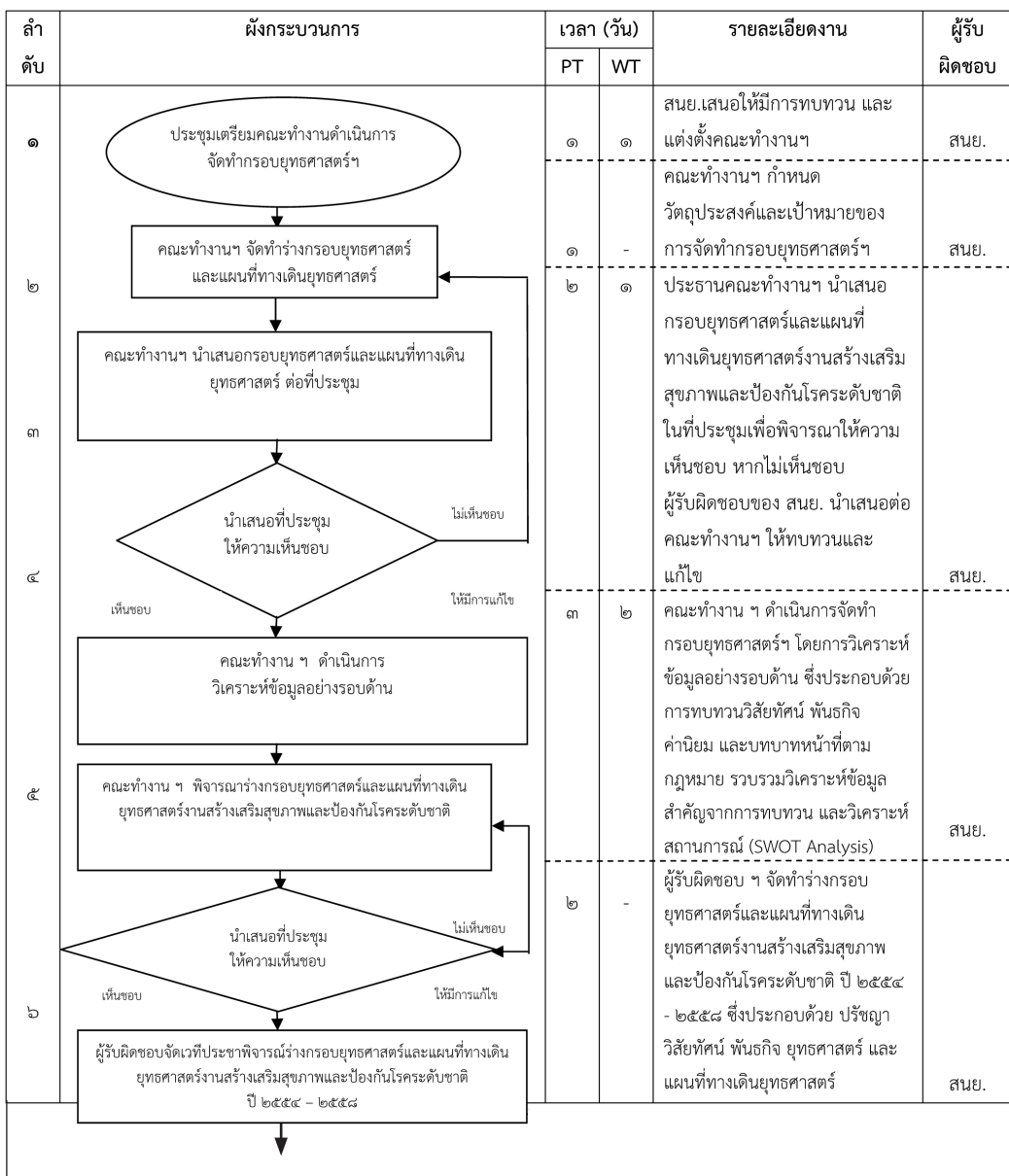


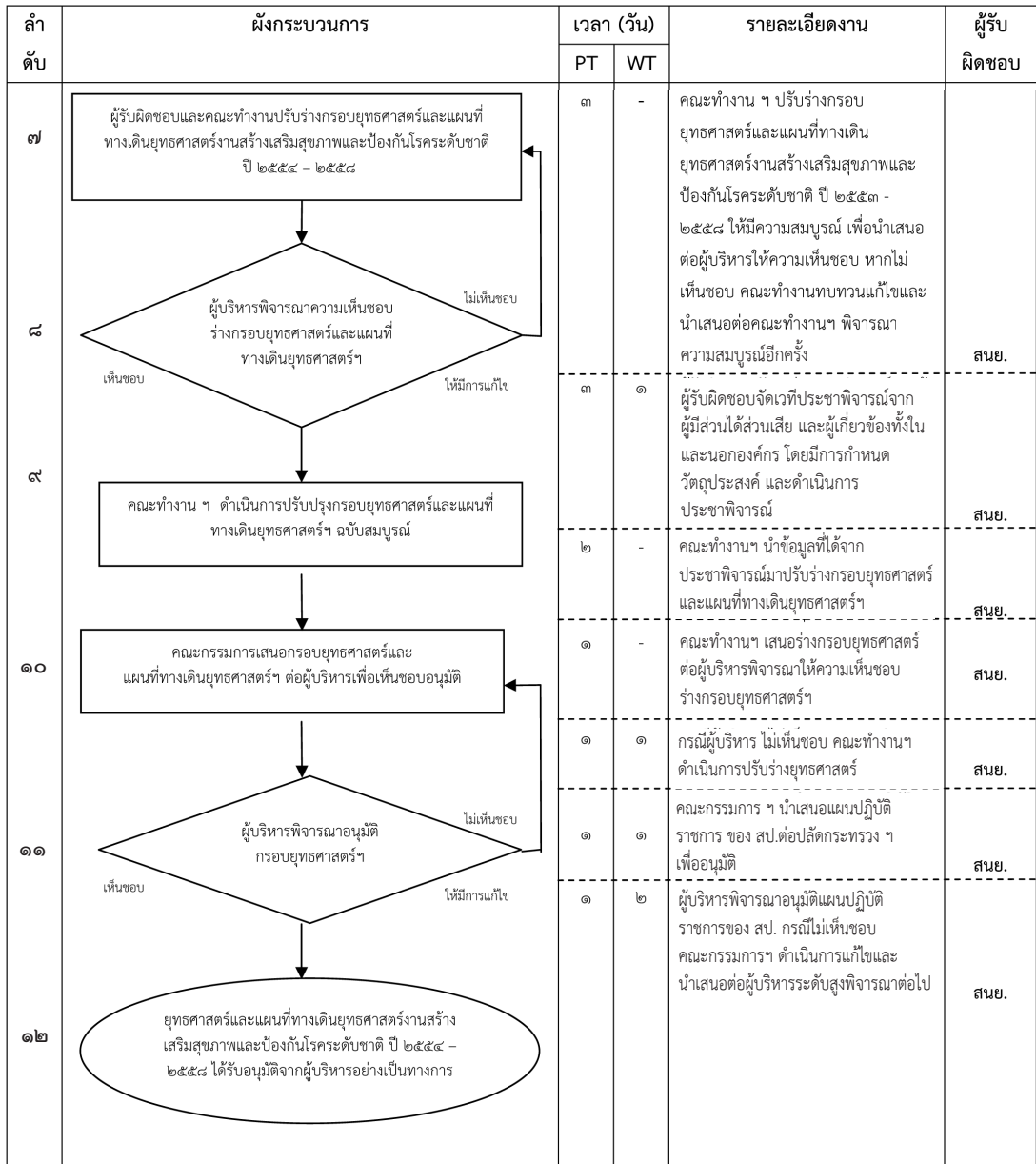
ภาคผนวก

๖

ผังกระบวนการ

กรอบยุทธศาสตร์
งานสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคระดับชาติ
ปี ๒๕๕๔ - ๒๕๕๘







ภาคผนวก

๗

รายชื่อคณะทำงาน

จัดทำกรอบยุทธศาสตร์งานสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคระดับชาติ
ปี ๒๕๕๔ - ๒๕๕๘

๑. นพ.อมร นนทสุต	ผู้อำนวยการสำนักงานสนับสนุนการบริหาร ยุทธศาสตร์สุขภาพชุมชน	ที่ปรึกษา
๒. นพ.ศุภกิจ ศิริลักษณ์	ผู้อำนวยการสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์	ประธานคณะทำงาน
๓. ดร.อรสา ไชวินทะ	หัวหน้ากลุ่มพัฒนานโยบายยุทธศาสตร์ ด้านสุขภาพประชากรและสังคม	คณะทำงาน
๔. นางสาวสุกัลยา คงสวัสดิ์	กลุ่มประเมินผลกระทบนโยบาย และยุทธศาสตร์	คณะทำงาน
๕. นางสาวลำพูน อิงคภากร	กลุ่มประสานสนับสนุนนโยบาย ผู้บริหารระดับสูง	คณะทำงาน
๖. นางสุवार มนินนากร	กลุ่มสนับสนุนนโยบายและยุทธศาสตร์พื้นที่	คณะทำงาน
๗. ดร.อริยะ บุญงามชัยรัตน์	กลุ่มพัฒนานโยบายและยุทธศาสตร์ด้าน ระบบบริหารและบริการสุขภาพ	คณะทำงาน
๘. นางสาวภาวิณี คำชะ	กลุ่มพัฒนานโยบายยุทธศาสตร์ด้าน สุขภาพประชากรและสังคม	คณะทำงาน
๙. นางสาวนาฏอนงค์ เจริญสันติสุข	กลุ่มพัฒนานโยบายยุทธศาสตร์ด้าน สุขภาพประชากรและสังคม	คณะทำงาน
๑๐. นางสาวเจนจิรา มะนาวหวาน	กลุ่มพัฒนานโยบายยุทธศาสตร์ด้าน สุขภาพประชากรและสังคม	คณะทำงาน