



การสาธารณสุขไทย

๒๕๕๙-๒๕๖๐

Thailand Health Profile 2016-2017

กองยุทธศาสตร์และแผนงาน
สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข
กระทรวงสาธารณสุข

การสาธารณสุขไทย 2559-2560

.....

ที่ปรึกษา

นพ. สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ
นพ. โอภาส การย์กวินพงศ์

บรรณาธิการ

นพ.วิวัฒน์ โรจนพิทยากร

ผู้รับผิดชอบโครงการ

ดร.นพ.พงศธร พอกเพิ่มดี
นพ. ชัยพร สุชาติสุนทร

ISBN : 978-616-11-4075-5

Website : <http://www.bps.moph.go.th>

จัดทำโดย : กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

จำนวนพิมพ์ : 500 เล่ม

พิมพ์ที่ : ห้างหุ้นส่วนจำกัด แสงจันทร์การพิมพ์

สนับสนุนโดย : สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.)

การสาธารณสุขไทย 2559-2560

คำนำ

กระทรวงสาธารณสุข โดยกองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขได้จัดทำรายงานการสาธารณสุขไทย (Thailand Health Profile) เป็นประจำทุก 2 ปี และสำหรับฉบับนี้เป็นฉบับที่ 8 (พ.ศ. 2559-2560) ซึ่งเนื้อหายังคงต่อเนื่องจากฉบับก่อนและมีเนื้อหาเพิ่มเติมเกี่ยวกับสถานการณ์ด้านสุขภาพที่เป็นประเด็นสำคัญในปัจจุบัน

สำหรับสาระสำคัญในรายงานฉบับนี้ ได้จากการทบทวนสถานการณ์ที่เกี่ยวข้องกับระบบสาธารณสุขทั้งในประเทศและต่างประเทศ โดยผ่านกระบวนการสังเคราะห์และวิเคราะห์จากผู้ทรงคุณวุฒิ ผู้เชี่ยวชาญสาขาต่างๆ ครอบคลุมทุกมิติ อาทิ วิชาการการสาธารณสุขของไทย สถานการณ์และแนวโน้มด้านสุขภาพ ระบบสุขภาพของประเทศ กรอบนโยบายและยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพของไทยในยุค 4.0 และข้อมูลสุขภาพด้านอื่นๆ อีกมากมาย ซึ่งจะเป็นประโยชน์ในการสร้างเสริมความรู้เกี่ยวกับงานสาธารณสุขของประเทศไทย และเป็นแหล่งข้อมูลสำหรับการอ้างอิงในด้านต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง

โปรดสังเกตว่า เนื้อหาหลายส่วนในหนังสือ ได้ผนวกเอาสถานการณ์และการดำเนินการของปี พ.ศ. 2561 เช่น ข้อมูลเกี่ยวกับคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) และเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นกับทีมฟุตบอลเด็กและเยาวชนที่ถ้ำหลวงขุนน้ำนางนอนในเดือนมิถุนายน พ.ศ. 2561 เป็นต้น รวมทั้งข้อมูลเอกสารอ้างอิงของหลายบทความก็เป็นของปี 2561 เช่นกัน ทำให้หนังสือมีความน่าสนใจและทันสมัย

ขอขอบคุณนักวิชาการ ทั้งในกระทรวงสาธารณสุขและจากสถาบันการศึกษาต่างๆ ที่ได้ร่วมกันจัดทำรายงานฉบับนี้ และขอขอบคุณสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) ที่ได้สนับสนุนงบประมาณสำหรับจัดทำ กระทรวงสาธารณสุขหวังเป็นอย่างยิ่งว่ารายงานการสาธารณสุขไทย พ.ศ. 2559-2560 (Thailand Health Profile 2016-2017) จะได้นำไปใช้ประโยชน์ในการเรียนรู้ การอ้างอิงทางวิชาการ การนำไปใช้ในการวางแผนด้านนโยบายสุขภาพ และการดำเนินงานด้านสาธารณสุข ต่อไป

กองยุทธศาสตร์และแผนงาน

กันยายน 2562

สารบัญ

คำนำ

บทที่ 1 พระราชวงศ์จักรีกับการสาธารณสุขไทย

1.1. การแพทย์และสาธารณสุขไทยก่อนยุคกรุงรัตนโกสินทร์	1
1.2. การสร้างกรุงรัตนโกสินทร์และการฟื้นฟูการแพทย์และสาธารณสุขไทยในสมัย พระบาทสมเด็จพระพุทธยอดฟ้าจุฬาโลกมหาราช (พ.ศ. 2325-2352)	2
1.3. รัชสมัยพระบาทสมเด็จพระพุทธเลิศหล้านภาลัย (พ.ศ. 2352-2367)	4
1.4. รัชสมัยพระบาทสมเด็จพระนั่งเกล้าเจ้าอยู่หัว (พ.ศ. 2367-2394)	6
1.5. รัชสมัยพระบาทสมเด็จพระจอมเกล้าเจ้าอยู่หัว (พ.ศ. 2394-2411)	8
1.6. รัชสมัยพระบาทสมเด็จพระจุลจอมเกล้าเจ้าอยู่หัว (พ.ศ. 2411-2453)	9
1.7. รัชสมัยพระบาทสมเด็จพระมงกุฎเกล้าเจ้าอยู่หัว (พ.ศ. 2453-2468)	11
1.8. รัชสมัยพระบาทสมเด็จพระปกเกล้าเจ้าอยู่หัว (พ.ศ. 2465-2477)	11
1.9. รัชสมัยพระบาทสมเด็จพระปรเมนทรมหาอานันทมหิดล (พ.ศ. 2477-2489)	12
1.10. รัชสมัยพระบาทสมเด็จพระปรเมนทรมหาภูมิพลอดุลยเดช (พ.ศ. 2489-2559)	12
1.11. รัชสมัยพระบาทสมเด็จพระปรเมนทรมหาอานันทมหิดล บดินทรเทพยวรางกูร	13
1.12. การกิจด้านสาธารณสุขของพระบรมวงศานุวงศ์ในรัชสมัย พระบาทสมเด็จพระปรเมนทรมหาภูมิพลอดุลยเดช (รัชกาลที่ 9) และพระบาทสมเด็จพระปรเมนทรมหาอานันทมหิดล บดินทรเทพยวรางกูร (รัชกาลที่ 10)	14

บทที่ 2 ข้อมูลพื้นฐานประเทศไทย

2.1. ที่ตั้ง อาณาเขต และพรมแดน	18
2.2. ลักษณะภูมิประเทศและภูมิอากาศของไทย	19
2.3. ประชากร ภาษา ศาสนา	20
2.4. เศรษฐกิจ	20
2.5. ระบบการปกครองของไทย	21

สารบัญ

บทที่ 3 วิวัฒนาการการสาธารณสุขไทย

3.1. บทนำ	24
3.2. วิวัฒนาการการสาธารณสุขโลกโดยสังเขป	25
3.3. วิวัฒนาการการสาธารณสุขไทยก่อนยุคกรุงรัตนโกสินทร์	27
3.4. การสาธารณสุขในยุคต้นรัตนโกสินทร์	28
3.5. การสาธารณสุขไทยกับรัฐสมัยใหม่	30
3.6. การสาธารณสุขไทยยุคสงครามเย็น	32
3.7. การสาธารณสุขในยุคโลกาภิวัตน์	34
3.8. บทสรุป	36

บทที่ 4 สถานการณ์แนวโน้มของสถานะสุขภาพและปัจจัยต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง

4.1. สถานการณ์แนวโน้มด้านการพัฒนาเศรษฐกิจ	38
4.2. สถานการณ์และแนวโน้มด้านสังคม	42
4.3. สถานการณ์และแนวโน้มด้านประชากร ครอบครัวและการอพยพย้ายถิ่น	46
4.4. ปัญหาสุขภาพที่สำคัญ และคุณภาพชีวิตของคนไทย	51
4.5. สถานการณ์ของปัจจัยทางสังคมที่กำหนดสุขภาพ (social determinants of health: SDH)	55
4.6. สถานการณ์และแนวโน้มด้านสภาพแวดล้อมในการดำรงชีวิต	61
4.7. สถานการณ์และแนวโน้มด้านการเมืองการปกครอง	66
4.8. สถานการณ์ด้านวัฒนธรรมและประเพณีไทยกับปัญหาสุขภาพ	72
4.9. พฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับปัญหาสุขภาพที่สำคัญของประเทศไทย	74
4.10. สถานการณ์และแนวโน้มด้านเทคโนโลยีที่มีผลต่อการสาธารณสุข	83

สารบัญ

บทที่ 5 ระบบสุขภาพของประเทศไทย

5.1. ความหมายของระบบสุขภาพ	93
5.2. องค์ประกอบของระบบสุขภาพ	95
5.3. การปฏิรูปแบบการอภิบาลระบบสุขภาพ	98
5.4. หน่วยงานที่ดำเนินงานด้านสุขภาพ	103
5.5. บทสรุประบบสุขภาพของประเทศไทย	114
5.6. ระบบบริการสุขภาพของประเทศไทย	115
5.7. การบริการด้านสุขภาพ	116
5.8. กำลังคนด้านสุขภาพ	122
5.9. ยา เวชภัณฑ์ และเทคโนโลยีด้านสุขภาพ	132
5.10. การเงินการคลังด้านสุขภาพ	135
5.11. ระบบข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ	139
5.12. การเข้าถึงบริการสุขภาพ	141
5.13. ประสิทธิภาพและคุณภาพของการใช้บริการสุขภาพ	143
5.14. ความเป็นธรรมของบริการสุขภาพ	144
5.15. การวิจัยและการสร้างความรู้เกี่ยวกับระบบสุขภาพ	145

บทที่ 6 กรอบนโยบายและยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพของไทย 4.0 และนโยบายสาธารณะทุกภาคส่วน (Health in all)

6.1. การปฏิรูประบบสาธารณสุขภายใต้รัฐธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ	151
6.2. กรอบนโยบายและยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพของไทย 4.0	159
6.3. บทบาทของภาคส่วนต่างๆ ในงานพัฒนาสุขภาพ	175

สารบัญ

บทที่ 7 การพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพแบบมีส่วนร่วม

7.1. นโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพแบบมีส่วนร่วม	183
7.2. พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 กับการพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพของไทย	188
7.3. บทสรุป	202

บทที่ 8 การบูรณาการระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในประเทศไทย

8.1. พัฒนาการของระบบประกันสุขภาพในประเทศไทย	203
8.2. ผลสัมฤทธิ์ของการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า	206
8.3. การพัฒนาศักยภาพและความเข้มแข็งของระบบสุขภาพของประเทศไทย	212
8.4. ความท้าทายของระบบประกันสุขภาพ	217
8.5. บทสรุปและการพัฒนาระบบหลักประกันสุขภาพไทยในอนาคต	222
8.6. ข้อเสนอแนะ	225

บทที่ 9 การสาธารณสุขชุมชนและท้องถิ่น

9.1. การมีส่วนร่วมขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นกับระบบสุขภาพไทย	227
9.2. ระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิเขตเมือง	233
9.3. คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ	238
9.4. อำนาจหน้าที่ของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับพื้นที่	241
9.5. กองทุนสุขภาพตำบล: เครื่องมือสร้างการมีส่วนร่วมในการพัฒนาระบบสุขภาพชุมชน	243
9.6. สุขภาพภาคประชาชนกับการพัฒนาระบบสุขภาพชุมชน	247
9.7. ระบบการดูแลสุขภาพในครอบครัว (Home Health Care)	251

สารบัญ

บทที่ 10 ประเทศไทยกับเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน

10.1. เป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืนในประเทศไทย	256
10.2. โครงสร้างการดำเนินงานไปสู่เป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืนด้านสุขภาพ	262
10.3. บทบาทของกระทรวงสาธารณสุขและภาคีเครือข่ายในการดำเนินงานตามเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืนด้านสุขภาพ	265

บทที่ 11 ประเทศไทยกับการพัฒนาระบบสุขภาพโลก

11.1. ปัญหาและแนวโน้มสุขภาพในระดับโลก	269
11.2. เป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืนและเป้าหมายด้านสุขภาพที่สำคัญในระดับภูมิภาค	270
11.3. นิยามและพหุมิติของระบบสุขภาพโลก	271
11.4. ภูมิทัศน์และกลไกการอภิบาลสุขภาพโลก	274
11.5. ภูมิทัศน์สุขภาพโลกในประเทศไทยและกลไกการอภิบาล	279
11.6. บทบาทของประเทศไทยด้านสุขภาพโลก	286
11.7. กรอบยุทธศาสตร์สุขภาพโลกของประเทศไทย พ.ศ. 2559–2563	290
11.8. ความก้าวหน้าของงานสุขภาพโลกในประเทศไทย	292
11.9. การพัฒนาขีดความสามารถของประเทศไทยด้านสุขภาพโลกอย่างเป็นระบบ	295
11.10. การพัฒนาขีดความสามารถของประเทศไทยด้านสุขภาพโลกอย่างเป็นระบบ (จากระดับบุคคลสู่ระดับสถาบัน)	297
11.11. ก้าวต่อไป	298

บทที่ 12 การขับเคลื่อนงานป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อในประเทศไทย

12.1. บทนำ	299
12.2. ความจำเป็นที่จะต้องดำเนินการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อ	299
12.3. การดำเนินการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อ	307

สารบัญ

บทที่ 13 การส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรคและคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ ในประเทศไทย

13.1. งานส่งเสริมสุขภาพของประเทศไทย	324
13.2. งานป้องกันและควบคุมโรคติดต่อในประเทศไทยและระบบการจัดการโรคติดต่อ ในประเทศไทย	340
13.3. การคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ	373

บทที่ 14 ระบบควบคุมโรคและภัยสุขภาพที่เป็นภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข

14.1. สาธารณภัย	386
14.2. การดำเนินงานทีมเฝ้าระวังสอบสวนโรคเคลื่อนที่เร็ว (Surveillance and Rapid Response Team: SRRT)	387
14.3. ภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข (Public Health Emergency)	388
14.4. การบริหารจัดการภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข (Public Health Emergency Management : PHEM)	388
14.5. แผนการจัดการภาวะฉุกเฉินทางการแพทย์และการสาธารณสุขแบบบูรณาการ ที่ครบวงจรและมีเอกภาพ พ.ศ. 2560–2564	390
14.6. กรอบความเชื่อมโยงในการจัดทำแผนการจัดการภาวะฉุกเฉินทางการแพทย์และ การสาธารณสุขแบบบูรณาการ พ.ศ. 2560–2564	392
14.7. แผนการจัดการภาวะฉุกเฉินทางการแพทย์และการสาธารณสุขแบบบูรณาการ พ.ศ. 2560–2564	394
14.8. ระบบบัญชาการเหตุการณ์	397
14.9. ความเป็นมาของระบบการบัญชาการเหตุการณ์	397
14.10. การดำเนินงานทีมเฝ้าระวังสอบสวนโรคเคลื่อนที่เร็ว (Surveillance and Rapid Response Team: SRRT)	404

สารบัญ

บทที่ 15 ดัชนีชี้วัดสภาวะสุขภาพของคนไทย

- 15.1. ดัชนีชี้วัดสภาวะสุขภาพทั่วไป 409
- 15.2. ปัญหาสุขภาพที่สำคัญ 414

บทที่ 16 บทสรุปการสาธารณสุขไทย

- 16.1. สถานการณ์ด้านสุขภาพที่เปลี่ยนไป 431
- 16.2. อุบัติการณ์ของปัญหาสาธารณสุข และการเปลี่ยนแปลงของภาวะความเจ็บป่วยหรือโรคภัยไข้เจ็บของประชาชน 433
- 16.3. โครงสร้างทางสาธารณสุขที่ทำหน้าที่ตอบสนองต่อปัญหาทางสาธารณสุขของประชาชน 433
- 16.4. ทิศทางการดำเนินงานด้านสาธารณสุขของประเทศ 435
- 16.5. การสร้างเสริมวัฒนธรรมสุขภาพเพื่อการพัฒนาทางสาธารณสุขอย่างยั่งยืน 438

บรรณานุกรม 439

สารบัญตาราง

บทที่ 4 สถานการณ์แนวโน้มของสถานะสุขภาพและปัจจัยต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง

ตารางที่ 4.1	ผลการทดสอบของโครงการ PISA 2015 (หน่วย : คะแนน)	45
ตารางที่ 4.2	ความเข้มข้นของ PM2.5 และจำนวนผู้เสียชีวิตด้วยมลพิษทางอากาศ	57
ตารางที่ 4.3	จำนวนผู้ประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยเนื่องจากการทำงาน จำแนกตามความรุนแรง ปี พ.ศ. 2555 - 2560	59
ตารางที่ 4.4	ความง่ายในการประกอบธุรกิจ (ease of doing business ranking)	68
ตารางที่ 4.5	ดัชนีภาพลักษณ์คอร์รัปชัน (Corruption Perception Index: CPI) ของประเทศต่างๆ ในกลุ่มประเทศอาเซียน พ.ศ. 2560	70
ตารางที่ 4.6	อัตราร้อยละของประชากรอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป จำแนกตามพฤติกรรมการสูบบุหรี่ กลุ่มอายุ เพศ เขตการปกครองและภาค พ.ศ. 2560	74
ตารางที่ 4.7	ประชากรอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป จำแนกตามพฤติกรรมในการดื่มสุราหรือเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ กลุ่มอายุ เพศ และเขตการปกครอง พ.ศ. 2560	76
ตารางที่ 4.8	อายุเฉลี่ยของนักเรียนเมื่อมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรก	82
ตารางที่ 4.9	ร้อยละของนักเรียนที่เคยมีเพศสัมพันธ์	82
ตารางที่ 4.10	ร้อยละของการใช้ถุงยางอนามัยเมื่อมีเพศสัมพันธ์ครั้งสุดท้ายกับแฟนหรือคู่อุปการ	83
ตารางที่ 4.11	ตัวอย่างราคาขายก่อนและหลังการต่อรองราคา และงบประมาณที่คาดว่าจะประหยัดได้	91

บทที่ 5 ระบบสุขภาพของประเทศไทย

ตารางที่ 5.1	สถานบริการสาธารณสุขภาครัฐ พ.ศ. 2561	117
ตารางที่ 5.2	จำนวนโรงพยาบาลและสัดส่วนโรงพยาบาลจำแนกตามสังกัด พ.ศ. 2557 - 2560	119
ตารางที่ 5.3	จำนวนเตียงโรงพยาบาลและสัดส่วนเตียงโรงพยาบาลจำแนกตามสังกัด พ.ศ. 2557- 2560	120
ตารางที่ 5.4	จำนวนเตียงโรงพยาบาลและอัตราส่วนประชากรต่อเตียงจำแนกตามภาค พ.ศ. 2557-2560	121
ตารางที่ 5.5	จำนวนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและอัตราส่วนประชากรต่อรพ.สต. จำแนกตามภาค พ.ศ. 2557- 2560	122

สารบัญตาราง

ตารางที่ 5.6	จำนวนบุคลากร 5 สาขาและอัตราส่วนประชากรต่อบุคลากร 5 สาขา พ.ศ. 2557 - 2560	123
ตารางที่ 5.7	จำนวนแพทย์และสัดส่วนแพทย์จำแนกตามสังกัด พ.ศ. 2557-2560	124
ตารางที่ 5.8	จำนวนแพทย์และอัตราส่วนประชากรต่อแพทย์ จำแนกตามภาค พ.ศ. 2557-2560	126
ตารางที่ 5.9	จำนวนทันตแพทย์และอัตราส่วนประชากรต่อทันตแพทย์ จำแนกตามภาค พ.ศ. 2557 - 2560	127
ตารางที่ 5.10	จำนวนเภสัชกรและอัตราส่วนประชากรต่อเภสัชกร จำแนกตามภาค พ.ศ. 2557 - 2560	128
ตารางที่ 5.11	จำนวนพยาบาลวิชาชีพและอัตราส่วนประชากรต่อพยาบาลวิชาชีพ จำแนกตามภาค พ.ศ. 2557 - 2560	129
ตารางที่ 5.12	มูลค่าการนำเข้ายา และการผลิตยาแผนปัจจุบันสำหรับมนุษย์ จำแนกตามกลุ่มยา พ.ศ 2557 - 2558	133
ตารางที่ 5.13	จำนวนรายการยา ทะเบียนยา และตัวอย่างยาที่ตรวจ และตัวอย่างยาที่ไม่เข้า มาตรฐาน พ.ศ. 2555 - 2559	124
ตารางที่ 5.14	จำนวนเครื่องมือแพทย์ราคาแพง จำแนกตามเขตพื้นที่สุขภาพ ปี 2560	135
ตารางที่ 5.15	งบประมาณบริการสุขภาพ สิทธิประกันสังคม และกองทุนผู้มีปัญหาสถานะและสิทธิ พ.ศ. 2558 - 2560	138
ตารางที่ 5.16	ระบบข้อมูลสุขภาพ และการเชื่อมโยงกับประเด็นข้อมูลสุขภาพและข้อจำกัด	140
ตารางที่ 5.17	การบริหารทุนวิจัยจำแนกตามแผนงานวิจัย ระหว่างปี พ.ศ. 2558 - 2560	149
บทที่ 8	การบูรณาการระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในประเทศไทย	
ตารางที่ 8.1	ข้อมูลสำคัญของระบบหลักประกันสุขภาพภาครัฐ 3 ระบบหลัก	205
ตารางที่ 8.2	จำนวนผู้ป่วยที่มีชีวิตอยู่และเปลี่ยนวิธีการรักษาของแต่ละประเภทบริการ พ.ศ. 2560	211
ตารางที่ 8.3	สรุป เป้าประสงค์ ตัวชี้วัด และเป้าหมายด้านการเงินการคลัง ภายในพ.ศ. 2565	218

สารบัญตาราง

บทที่ 9 การสาธารณสุขชุมชนและท้องถิ่น

ตารางที่ 9.1	จำนวนองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (แห่ง) จำแนกตามประเภทขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. 2560	228
ตารางที่ 9.2	วิวัฒนาการ การมีส่วนร่วมของ อปท. และภาคประชาชนในการพัฒนาสาธารณสุขของประเทศไทย	230

บทที่ 10 ประเทศไทยกับเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน

ตารางที่ 10.1	รายงานสถานการณ์ตามตัวชี้วัดเป้าหมายที่ SDG 3 ของประเทศไทย ย้อนหลัง 3 ปี	257

บทที่ 11 ประเทศไทยกับการพัฒนาระบบสุขภาพโลก

ตารางที่ 11.1	การเปรียบเทียบ ขอบเขต ผู้เล่นและเครื่องมือที่ใช้: การสาธารณสุขระหว่างประเทศและสุขภาพโลก	272
ตารางที่ 11.2	การเปรียบเทียบการมองสุขภาพโลกในมุมมองพหุมิติ 5 ด้าน	273
ตารางที่ 11.3	ความก้าวหน้าในการดำเนินงานด้านสุขภาพโลกในประเทศไทย	292

บทที่ 12 การขับเคลื่อนงานป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อในประเทศไทย

ตารางที่ 12.1	ตารางแสดงจำนวนผู้เสียชีวิตและอัตราการเสียชีวิตต่อแสนประชากร ของโรคไม่ติดต่อและปัจจัยเสี่ยงต่างๆ ของปี พ.ศ. 2542, 2547, 2552 และ 2557	303
ตารางที่ 12.2	ตารางแสดงจำนวนปีสุขภาวะที่สูญเสียไป (DALYs) และ อัตราปีสุขภาวะที่สูญเสียไปต่อแสนประชากร ของโรคไม่ติดต่อและปัจจัยเสี่ยงต่างๆ ของปี พ.ศ. 2542, 2547, 2552 และ 2557	303
ตารางที่ 12.3	ตารางแสดงความสัมพันธ์ระหว่างวัตถุประสงค์และดัชนีต่างๆของแผนโลกเพื่อการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อ ค.ศ. 2013-2020 (พ.ศ. 2558 - 2563)	309

สารบัญตาราง

บทที่ 13 การส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรคและคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพในประเทศไทย

ตารางที่ 13.1	ผู้ป่วยและผู้เสียชีวิต จากโรคที่ป้องกันได้ด้วยวัคซีนที่สำคัญ พ.ศ. 2559 - 2560	350
ตารางที่ 13.2	กำหนดการให้วัคซีนในแผนงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค พ.ศ. 2560	351
ตารางที่ 13.3	สถานการณ์ของโรคเรื้อรังในชาวไทยและชาวต่างชาติ พ.ศ. 2556 – 2560	359
ตารางที่ 13.4	โรคติดต่ออุบัติใหม่ที่สำคัญในช่วงสองทศวรรษที่ผ่านมา	360
ตารางที่ 13.5	แผนยุทธศาสตร์ระดับชาติที่สำคัญเกี่ยวกับการควบคุมโรคติดต่อ	369
ตารางที่ 13.6	ผลวิเคราะห์ผลิตภัณฑ์สุขภาพกลุ่มเสี่ยงปี 2560	375
ตารางที่ 13.7	ผลจากการประเมินระบบการจัดการซื้อตัวยารักษาของประเทศไทย	382

บทที่ 14 ระบบควบคุมโรคและภัยสุขภาพที่เป็นภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข

ตารางที่ 14.1	นโยบายและแผนการจัดการภาวะฉุกเฉินทางการแพทย์ และสาธารณสุข	392

บทที่ 15 ดัชนีชี้วัดสถานะสุขภาพของคนไทย

ตารางที่ 15.1	อายุคาดเฉลี่ยเมื่อแรกเกิดและอายุคาดเฉลี่ยของภาวะสุขภาพดีของประชากรไทย เปรียบเทียบกับประเทศต่างๆ	410
ตารางที่ 15.2	อายุคาดเฉลี่ยของคนไทยเมื่อแรกเกิด (Life Expectancy at birth)	411
ตารางที่ 15.3	อัตราการตายทารกและอัตราการตายของเด็กต่ำกว่า 5 ปีต่อการเกิดมีชีพ 1,000 คน เปรียบเทียบกับประเทศต่างๆ พ.ศ. 2533, 2543, 2556 และ 2559	413
ตารางที่ 15.4	โรคที่เป็นสาเหตุสำคัญของการสูญเสียปีสุขภาวะ (DALYs loss) ในประเทศไทย พ.ศ. 2557 จำแนกตามเพศ	415
ตารางที่ 15.5	โรคที่เป็นสาเหตุสำคัญของการสูญเสียปีสุขภาวะ (DALYs loss) ในประเทศไทย พ.ศ. 2557 จำแนกตามเพศ ช่วงอายุ 0-14 ปี	416
ตารางที่ 15.6	โรคที่เป็นสาเหตุสำคัญของการสูญเสียปีสุขภาวะ (DALYs loss) ในประเทศไทย พ.ศ. 2557 จำแนกตามเพศ ช่วงอายุ 15-29 ปี	416

สารบัญตาราง

ตารางที่ 15.7	โรคที่เป็นสาเหตุสำคัญของการสูญเสียปีสุขภาวะ (DALYs loss) ในประเทศไทย พ.ศ. 2557 จำแนกตามเพศ ช่วงอายุ 30-59 ปี	417
ตารางที่ 15.8	โรคที่เป็นสาเหตุสำคัญของการสูญเสียปีสุขภาวะ (DALYs loss) ในประเทศไทย พ.ศ. 2557 จำแนกตามเพศ ช่วงอายุ 60 ปีขึ้นไป	417
ตารางที่ 15.9	อัตราตาย (ต่อประชากร 100,000 คน) ของสาเหตุการตายจากการคาดประมาณ 10 อันดับแรกในเพศชาย อายุ 0-59 ปี ในประชากร พ.ศ. 2552, 2554, 2556 และ 2557	418
ตารางที่ 15.10	อัตราตาย ต่อประชากร 100,000 คน ของสาเหตุการตายจากการคาดประมาณ 10 อันดับแรกในเพศหญิง อายุ 0-59 ปี ในประชากรไทย พ.ศ. 2552, 2554, 2556 และ 2557	419
ตารางที่ 15.11	อัตราตาย (ต่อประชากร 100,000 คน) ของสาเหตุการตายจากการคาดประมาณ 10 อันดับแรกในเพศชาย อายุ 60 ปีขึ้นไป ในประชากรไทย พ.ศ. 2552, 2554, 2556 และ 2557	420
ตารางที่ 15.12	อัตราตายต่อประชากร 100,000 คน ของสาเหตุการตายจากการคาดประมาณ 10 อันดับแรกในเพศหญิง อายุ 60 ปีขึ้นไป ในประชากรไทย พ.ศ. 2552, 2554, 2556 และ 2557	420
ตารางที่ 15.13	จำนวนผู้ป่วยที่เข้าพักรักษาในสถานพยาบาลประเภทต่างๆ ที่เข้าพักรักษาครั้งสุดท้าย พ.ศ. 2552, 2554, 2556 และ 2558	422
ตารางที่ 15.14	อัตราผู้ป่วยนอก 10 ลำดับแรก ต่อประชากร 1000 คน ตามกลุ่มสาเหตุการป่วย (ไม่รวมกรุงเทพมหานคร) พ.ศ. 2555-2559	422
ตารางที่ 15.15	อัตราป่วยของผู้ป่วยใน 10 ลำดับแรก ต่อประชากร 100,000 คน ตามกลุ่มสาเหตุการป่วย (รวมทุกการวินิจฉัย) พ.ศ. 2555 - 2559	424
ตารางที่ 15.16	อัตราป่วยของผู้ป่วยใน 10 ลำดับแรก ต่อประชากร 100,000 คน กลุ่มอายุ 15-59 ปี ตามกลุ่มสาเหตุการป่วย (รวมทุกการวินิจฉัย) พ.ศ. 2559	424
ตารางที่ 15.17	อัตราป่วยของผู้ป่วยใน 10 ลำดับแรก ต่อประชากร 100,000 คน กลุ่มอายุ 60 ปีขึ้นไป ตามกลุ่มสาเหตุการป่วย (รวมทุกการวินิจฉัย) พ.ศ. 2559	425

สารบัญตาราง

ตารางที่ 15.18 ประชากรพิการอายุตั้งแต่ 7 ปีขึ้นไป ที่มีความลำบากหรือปัญหาสุขภาพ จำแนกตามประเภทความลำบากหรือปัญหาสุขภาพ 5 ลำดับแรกและระดับความรุนแรง พ.ศ. 2550 และ พ.ศ. 2555	427
ตารางที่ 15.19 จำนวน(ต่อ1000) และร้อยละของคนพิการไทย พ.ศ. 2517- 2560	428
ตารางที่ 15.20 การสูญเสียปีสุขภาวะของประชากรไทย พ.ศ. 2547, 2552 และ 2557 จำแนกตามเพศและ 3 กลุ่มโรคหลัก	429

สารบัญภาพ

บทที่ 2 ข้อมูลพื้นฐานประเทศไทย

ภาพที่ 2.1	แผนที่ประเทศไทย	18
ภาพที่ 2.2	ระบบการปกครองไทยปัจจุบัน	23

บทที่ 4 สถานการณ์แนวโน้มของสถานะสุขภาพและปัจจัยต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง

ภาพที่ 4.1	อัตราการขยายตัวทางเศรษฐกิจของประเทศไทย (หน่วย : ร้อยละ)	38
ภาพที่ 4.2	อัตราการขยายตัวทางเศรษฐกิจของประเทศไทย (หน่วย : ร้อยละ)	39
ภาพที่ 4.3	รายได้ต่อหัวประชากร (ดอลลาร์สหรัฐ)	40
ภาพที่ 4.4	สัดส่วนประชากรที่อยู่ใต้เส้นความยากจน	41
ภาพที่ 4.5	รายได้เฉลี่ยต่อหัวของกลุ่มประชากรร้อยละ 40 ล่างที่มีรายได้ต่ำสุด (หน่วย : บาท/คน/เดือน)	41
ภาพที่ 4.6	สัมประสิทธิ์ความไม่เสมอภาค (Gini Coefficient) ด้านรายได้	42
ภาพที่ 4.7	สัดส่วนการถือครองสินทรัพย์ทางการเงินของกลุ่มครัวเรือนร้อยละ 40 ล่าง ที่มีรายได้ต่ำสุด	42
ภาพที่ 4.8	กิจกรรมการใช้อินเทอร์เน็ตที่มีผู้ใช้เพิ่มขึ้น ปี พ.ศ. 2561	43
ภาพที่ 4.9	สัดส่วนของคนเมืองต่อประชากรทั้งหมดของประเทศ	44
ภาพที่ 4.10	อัตราการเป็นภาระ ต่อวัยแรงงาน 100 คน ปีพ.ศ.2553-2560	44
ภาพที่ 4.11	สัดส่วนประชากรผู้สูงอายุต่อประชากรรวม ปี พ.ศ. 2533-2573	46
ภาพที่ 4.12	สัดส่วนผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ตามลำพัง	47
ภาพที่ 4.13	ร้อยละการย้ายถิ่นภายในประเทศ ปี พ.ศ. 2560 จำแนกตามสาเหตุของการย้ายถิ่น	49
ภาพที่ 4.14	จำนวนผู้ย้ายถิ่น จำแนกตามอุตสาหกรรมของผู้ย้ายถิ่น ปี พ.ศ. 2560 (หน่วย : หมื่นคน)	50
ภาพที่ 4.15	อายุคาดเฉลี่ยเมื่อแรกเกิด (life expectancy at birth: LE) พ.ศ. 2553–2561	51
ภาพที่ 4.16	อายุคาดเฉลี่ยของการมีสุขภาพดี (health adjust life expectancy: HALE) พ.ศ. 2543–2559	51

สารบัญภาพ

ภาพที่ 4.17	อายุคาดเฉลี่ยเมื่อแรกเกิด (Life expectancy at birth: LE) และ อายุคาดเฉลี่ยของการมีสุขภาพดี (Health Adjust Life Expectancy: HALE) ในกลุ่มประเทศ OECD	51
ภาพที่ 4.18	การสูญเสียปีสุขภาวะ (Disability Adjusted Life Years: DALYs) พ.ศ. 2553 และ 2559 จำแนกตามสาเหตุหลัก	52
ภาพที่ 4.19	การสูญเสียปีสุขภาวะ (disability adjusted life years: DALYs) พ.ศ. 2559 จำแนกตามเพศ	52
ภาพที่ 4.20	อัตราการตายจากโรคที่สำคัญ พ.ศ. 2557-2560 ต่อประชากร 100,000 คน	53
ภาพที่ 4.21	อัตราเจ็บป่วยด้วยโรคที่สำคัญ พ.ศ. 2557-2560 ต่อประชากร 100,000 คน	53
ภาพที่ 4.22	ปัจจัยทางสังคมที่กำหนดสุขภาพ (social determinants of health: SDH)	55
ภาพที่ 4.23	อัตราการสูบบุหรี่ของประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไป พ.ศ. 2556-2560	56
ภาพที่ 4.24	อัตราการดื่มสุราของประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไป พ.ศ. 2556-2560	56
ภาพที่ 4.25	มูลเหตุสันนิษฐานของการเกิดอุบัติเหตุทางถนนของประเทศไทย พ.ศ. 2560 (9 อันดับแรก)	56
ภาพที่ 4.26	ปริมาณและมูลค่าการนำเข้าวัตถุดิบอันตรายทางการเกษตร ปี 2554-2560 (หน่วย : ปริมาณ : ตัน)	58
ภาพที่ 4.27	อัตราป่วยโรคจากพิษสารเคมีกำจัดศัตรูพืช พ.ศ. 2560 จำนวนรายจังหวัด	58
ภาพที่ 4.28	สัดส่วนรายได้ของประชากร จำแนกตามระดับรายได้ 5 ระดับ (Income Quintile) ระหว่างปี พ.ศ. 2554 ถึง พ.ศ. 2558	60
ภาพที่ 4.29	ปริมาณก๊าซคาร์บอนมอนนอกไซด์ (CO) 1 ชั่วโมง (ค่าเฉลี่ยรายปี) พ.ศ. 2553-2560	61
ภาพที่ 4.30	ปริมาณก๊าซโอโซน (O3) ค่าเฉลี่ย 1 ชั่วโมงสูงสุด และค่าเฉลี่ยรายพื้นที่ ปี พ.ศ. 2551-2560	62
ภาพที่ 4.31	ปริมาณฝุ่นละอองขนาดเล็กไม่เกิน 10 ไมครอน (PM10) ค่าเฉลี่ยรายปี และค่าเฉลี่ยรายพื้นที่ ปี พ.ศ. 2551-2560	62
ภาพที่ 4.32	สัดส่วนของเกณฑ์คุณภาพน้ำแหล่งน้ำผิวดินที่สำคัญทั่วประเทศ ปี พ.ศ. 2551-2560	63
ภาพที่ 4.33	ค่าเฉลี่ยระดับเสียงในกรุงเทพมหานคร และปริมณฑล ปี พ.ศ. 2551-2560 (หน่วย: เดซิเบล)	64
ภาพที่ 4.34	ปริมาณมูลฝอยติดเชื้อ พ.ศ. 2556-2560 (หน่วย : ตัน)	64

สารบัญภาพ

ภาพที่ 4.35	จำนวนชุมชนแออัดในพื้นที่เมืองกรุงเทพมหานคร พ.ศ. 2551-2560 (หน่วย : แห่ง)	65
ภาพที่ 4.36	อุณหภูมิเฉลี่ยรายปี พ.ศ. 2551-2560 (หน่วย : องศาเซลเซียส)	65
ภาพที่ 4.37	จำนวนพื้นที่ที่ประสบอุทกภัย พ.ศ. 2551-2560	66
ภาพที่ 4.38	ปริมาณการปล่อยก๊าซคาร์บอนไดออกไซด์ต่อผลิตภัณฑ์มวลรวมในประเทศ ปี พ.ศ. 2551-2560	66
ภาพที่ 4.39	เปรียบเทียบสัดส่วนการจัดสรรงบประมาณรายจ่ายต่อวงเงินงบประมาณรายจ่าย ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2558-2562 จำแนกตามประเภทงบรายจ่าย (หน่วย : ร้อยละ)	67
ภาพที่ 4.40	ประสิทธิภาพของภาครัฐ (Government Efficiency) ปี พ.ศ. 2556-2560	68
ภาพที่ 4.41	การจัดอันดับดัชนีภาพลักษณ์คอร์รัปชัน (corruption perception index, CPI) ของประเทศไทย ปี พ.ศ. 2555-2560	69
ภาพที่ 4.42	กรอบแนวทางการปฏิรูประบบราชการ เพื่อรองรับไทยแลนด์ 4.0	71
ภาพที่ 4.43	ความถี่ของการรับประทานอาหารจานด่วนของประชาชนประเทศไทย เวียดนาม อินโดนีเซีย ปี พ.ศ. 2558	72
ภาพที่ 4.44	ร้อยละของประชากรอายุ 6 ปีขึ้นไป จำแนกตามการบริโภคอาหารว่างและกลุ่มอายุ ปี พ.ศ. 2560	72
ภาพที่ 4.45	ร้อยละภาวะน้ำหนักเกินและภาวะอ้วนในกลุ่มวัยเด็กและวัยรุ่น กลุ่มประเทศเอเชีย ปี พ.ศ. 2559	73
ภาพที่ 4.46	อัตราการคลอดบุตรในหญิงวัยรุ่นอายุ 15-19 ปีต่อประชากรหญิงวัยเดียวกัน 1,000 คน ปี พ.ศ. 2561	73
ภาพที่ 4.47	แนวโน้มการสูบบุหรี่ของประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไป จำแนกตามเพศ พ.ศ. 2547-2560	75
ภาพที่ 4.48	แนวโน้มการสูบบุหรี่ จำแนกตามกลุ่มอายุ	75
ภาพที่ 4.49	แนวโน้มการดื่มสุราหรือเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไป จำแนกตามเพศ พ.ศ. 2547-2560	77

สารบัญภาพ

ภาพที่ 4.50	ร้อยละของประชากรอายุ 6 ปีขึ้นไป ที่กินอาหารแต่ละกลุ่มตั้งแต่ 5 วันขึ้นไป ต่อสัปดาห์ พ.ศ. 2556 และ 2560	77
ภาพที่ 4.51	ร้อยละของประชากรไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป ที่กินผักและผลไม้เพียงพอตามคำแนะนำ จำแนกตามเพศ และอายุ	78
ภาพที่ 4.52	ร้อยละของประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไปที่มีกิจกรรมทางกายไม่เพียงพอ	79
ภาพที่ 4.53	ร้อยละของประชากรไทยอายุ 15 ปีขึ้นไปที่มีกิจกรรมทางกายไม่เพียงพอ จำแนกตามเพศ และกลุ่มอายุ	79
ภาพที่ 4.54	ร้อยละของประชากรไทยอายุ 15 ปีขึ้นไปที่มีกิจกรรมทางกายยามว่างระดับปานกลาง และหนัก จำแนกตามอายุ และเพศ	80
ภาพที่ 4.55	ร้อยละของการใช้อุปกรณ์ป้องกันการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุจราจร ของประชากรไทย อายุ 15-59 ปี ในช่วง 30 วันที่ผ่านมา จำแนกตามเพศ	80
ภาพที่ 4.56	ร้อยละของการใช้อุปกรณ์ป้องกันการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุจราจร ของประชากรไทย อายุ 15-59 ปี ในช่วง 30 วันที่ผ่านมา จำแนกตามอายุ	81
ภาพที่ 4.57	ร้อยละของประชากรไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป ที่ได้รับยาปฏิชีวนะจากอาการหวัด ท้องเสียฉับพลันและแผลฉีกขาด/แผลเลือดออก	81
ภาพที่ 4.58	แนวทางการประเมินเทคโนโลยีเพื่อสนับสนุนการพัฒนาชุดสิทธิประโยชน์ ระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า	90
ภาพที่ 4.59	ตัวอย่างของการพัฒนาโจทย์วิจัยให้ตรงกับความต้องการทางนโยบาย และสามารถสร้างผลกระทบได้จริง	92
บทที่ 5	การบูรณาการระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในประเทศไทย	
ภาพที่ 5.1	ปัจจัยทางสังคมที่กำหนดสุขภาพ	94
ภาพที่ 5.2	ความเชื่อมโยงเกี่ยวเนื่องกันของบทบัญญัติของรัฐธรรมนูญ หมวด 3, 5, 6 และ 16	99
ภาพที่ 5.3	ภาพแสดงความเชื่อมโยงของกลไกต่างๆ ในระบบสุขภาพแห่งชาติ	100

สารบัญภาพ

ภาพที่ 5.4	กลไกสำคัญในการขับเคลื่อนเขตสุขภาพเพื่อประชาชน	102
ภาพที่ 5.5	โครงสร้างการบริหารงานของกระทรวงสาธารณสุข	104
ภาพที่ 5.6	โครงสร้างการบริหารราชการสาธารณสุขในส่วนภูมิภาค	105
ภาพที่ 5.7	โครงสร้างสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ	106
ภาพที่ 5.8	โครงสร้างหลักของสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ	109
ภาพที่ 5.9	โครงสร้างการบริหารของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ	110
ภาพที่ 5.10	โครงสร้างการบริหารงานของสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล	112
ภาพที่ 5.11	โครงสร้างการบริหารสำนักงานของสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ	114
ภาพที่ 5.12	ปัจจัยนำเข้าและผลลัพธ์ของการจัดระบบบริการสุขภาพ	115
ภาพที่ 5.13	แนวโน้มสัดส่วนโรงพยาบาล จำแนกตามสังกัด พ.ศ. 2516-2560	119
ภาพที่ 5.14	แนวโน้มสัดส่วนเตียงโรงพยาบาล จำแนกตามสังกัด พ.ศ. 2516-2560	119
ภาพที่ 5.15	แนวโน้มอัตราส่วนประชากรต่อเตียงโรงพยาบาล รายภาค พ.ศ. 2522-2560	120
ภาพที่ 5.16	แนวโน้มอัตราส่วนประชากรต่อ รพ.สต. รายภาค พ.ศ. 2522-2560	121
ภาพที่ 5.17	แนวโน้มอัตราส่วนประชากรต่อกำลังคนด้านสุขภาพ 5 สาขา พ.ศ. 2522-2560	122
ภาพที่ 5.18	แนวโน้มสัดส่วนจำนวนแพทย์จำแนกตามสังกัด พ.ศ. 2514-2560	123
ภาพที่ 5.19	แนวโน้มสัดส่วนจำนวนทันตแพทย์จำแนกตามสังกัด พ.ศ. 2514-2560	124
ภาพที่ 5.20	แนวโน้มสัดส่วนจำนวนเภสัชกรจำแนกตามสังกัด พ.ศ. 2514-2560	125
ภาพที่ 5.21	แนวโน้มสัดส่วนจำนวนพยาบาลวิชาชีพจำแนกตามสังกัด พ.ศ. 2514-2560	125
ภาพที่ 5.22	แนวโน้มอัตราส่วนประชากรต่อแพทย์รายภาค พ.ศ. 2522-2560	126
ภาพที่ 5.23	แนวโน้มอัตราส่วนประชากรต่อทันตแพทย์รายภาค พ.ศ. 2522-2560	127
ภาพที่ 5.24	แนวโน้มอัตราส่วนประชากรต่อเภสัชกรรายภาค พ.ศ. 2522-2560	128
ภาพที่ 5.25	แนวโน้มอัตราส่วนประชากรต่อพยาบาลวิชาชีพรายภาค พ.ศ. 2522-2560	129
ภาพที่ 5.26	แนวโน้มจำนวนแพทย์ จำนวนเตียง และอัตราส่วนเตียงต่อแพทย์ของโรงพยาบาลชุมชน พ.ศ. 2522-2560	130
ภาพที่ 5.27	แนวโน้มจำนวนแพทย์จบใหม่ที่ได้รับใบอนุญาต พ.ศ. 2539-2560	131
ภาพที่ 5.28	แนวโน้มจำนวนวุฒิบัตรและอนุมัติบัตรของแพทย์เฉพาะทาง พ.ศ. 2514-2560	131

สารบัญภาพ

ภาพที่ 5.29	จำนวนใบวุฒิบัตรและอนุมัติบัตร จำแนกตามสาขาแพทยเฉพาะทาง รวมตั้งแต่ พ.ศ. 2507-2560	132
ภาพที่ 5.30	สัดส่วนตัวอย่างยาที่ไม่เข้ามาตรฐาน ปี 2545-2559	134
ภาพที่ 5.31	แนวโน้มรายจ่ายสุขภาพ และร้อยละของรายจ่ายสุขภาพต่อ GDP พ.ศ. 2537-2557	136
ภาพที่ 5.32	แนวโน้มสัดส่วนรายจ่ายสุขภาพภาครัฐและเอกชน พ.ศ. 2537-2557	136
ภาพที่ 5.33	แนวโน้มรายจ่ายสุขภาพต่อคนต่อปี พ.ศ. 2537-2557	136
ภาพที่ 5.34	ร้อยละครัวเรือนที่เกิดวิกฤตทางการเงินจากการจ่ายค่ารักษาพยาบาล และครัวเรือนที่ กลายเป็นครัวเรือนยากจนจากการจ่ายค่ารักษาพยาบาล ปี 2533-2559	137
ภาพที่ 5.35	งบประมาณหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ แยกเงินเดือนของหน่วยบริการสุขภาพ ภาครัฐ ปี 2546-2560	138
ภาพที่ 5.36	รายจ่ายบริการผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน สิทธิสวัสดิการข้าราชการ ปี 2552-2560	138
ภาพที่ 5.37	แสดงระบบข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ และการเชื่อมโยงกับตัวชี้วัดสุขภาพ	139
ภาพที่ 5.38	อัตราการใช้บริการผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในต่อประชากรต่อปี สิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปี 2549-2560	141
ภาพที่ 5.39	อัตราการใช้สิทธิ กรณีผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน สิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปี 2546-2560	141
ภาพที่ 5.40	อัตราการได้รับยาละลายลิ่มเลือดสำหรับผู้ป่วยในโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน (STEMI) และโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตัน สิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปี 2548-2560	142
ภาพที่ 5.41	สัดส่วนผู้ติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่ตามระดับ CD4 ครั้งแรก สิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปี 2552-2560	142
ภาพที่ 5.42	วันนอนเฉลี่ยและน้ำหนักสัมพัทธ์เฉลี่ย(Adj.CMI) ผู้ป่วยใน สิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปี 2549-2560	143
ภาพที่ 5.43	สัดส่วนผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงที่ควบคุมโรคได้ สิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปี 2554-2560	143

สารบัญภาพ

ภาพที่ 5.44	ร้อยละรายจ่ายสุขภาพต่อรายจ่ายครัวเรือน ของคนจนที่สุด 10% และคนรวยที่สุด 10% ปี 2537-2558	144
ภาพที่ 5.45	สัดส่วนผู้สูงอายุที่ได้รับบริการสุขภาพ ปี พ.ศ. 2560 จำแนกตามสวัสดิการรักษายาบาล	144
ภาพที่ 5.46	กรอบความคิดระบบสุขภาพขององค์การอนามัยโลก	145
ภาพที่ 5.47	ปัจจัยทางสังคมที่กำหนดระบบสุขภาพ	146
ภาพที่ 5.48	กระบวนการสร้างความรู้เพื่อพัฒนาระบบและนโยบายสุขภาพ	147
ภาพที่ 5.49	องค์ประกอบหรือระยะการวิจัยที่ต้องเชื่อมต่อกันจึงจะบรรลุเป้าหมาย	147
ภาพที่ 5.50	ผลการดำเนินการสร้างความรู้ ปีงบประมาณ 2556-2560	148
ภาพที่ 5.51	การบริหารทุนวิจัยเพื่อพัฒนาระบบสุขภาพ	149
บทที่ 6	กรอบนโยบายและยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพของไทย 4.0 และนโยบายสาธารณะทุกภาคส่วน (Health in all)	
ภาพที่ 6.1	Polycentric Governance (Coproduction) Concept	179
ภาพที่ 6.2	ส่วนขยายของ action situation ในภาพที่ 1	179
บทที่ 7	การพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพแบบมีส่วนร่วม	
ภาพที่ 7.1	ปัจจัยสังคมกำหนดสุขภาพ	186
ภาพที่ 7.2	แผนผังระบบและกลไกการขับเคลื่อนมิติสุขภาพแห่งชาติ	196
ภาพที่ 7.3	กลไกและกระบวนการของมิติสุขภาพจังหวัด	199
บทที่ 8	การบูรณาการระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในประเทศไทย	
ภาพที่ 8.1	รายได้ประชาชาติต่อหัวประชากรไทย (GNI per capita) และการขยายความครอบคลุมหลักประกันสุขภาพ ระหว่างปี 2512-2560	204
ภาพที่ 8.2	มิติสามด้านของประกันสุขภาพถ้วนหน้า (UHC cube)	207

สารบัญภาพ

ภาพที่ 8.3	ความครอบคลุมประชากรของระบบประกันสุขภาพ แยกรายสิทธิประกันสุขภาพ ปีงบประมาณ 2545-2560	207
ภาพที่ 8.4	อัตราการใช้บริการผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในของผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2549-2560	208
ภาพที่ 8.5	พัฒนาการชุดสิทธิประโยชน์และการจัดการเพิ่มการเข้าถึงบริการ ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ	209
ภาพที่ 8.6	ตราผู้ป่วยตายภายใน 30 วันและอัตราการได้รับยาละลายลิ่มเลือด ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันของผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2549-2560	210
ภาพที่ 8.7	คร่าวเรือนที่เกิดวิกฤติทางการเงินจากการจ่ายค่ารักษาพยาบาล (Catastrophic health expenditure) พ.ศ. 2533-2560	211
ภาพที่ 8.8	คร่าวเรือนที่ต้องกลายเป็นคร่าวเรือนยากจนหลังจากการจ่ายค่ารักษาพยาบาล (Health impoverishment) พ.ศ. 2533-2560	212
ภาพที่ 8.9	จำนวนสถานพยาบาลภาครัฐและภาคเอกชนในระดับต่างๆของประเทศไทย พ.ศ. 2558	214
บทที่ 9	การสาธารณสุขชุมชนและท้องถิ่น	
ภาพที่ 9.1	แสดงจำนวนกองทุนสุขภาพตำบล จำแนกตามปีงบประมาณ	245
ภาพที่ 9.2	แสดงจำนวน อปท. ที่มีการจัดตั้งกองทุนสุขภาพตำบลและที่มาของงบประมาณ	245
ภาพที่ 9.3	แสดงการใช้งบประมาณจากกองทุนสุขภาพตำบลตามกลุ่มเป้าหมายที่ได้รับประโยชน์	245
บทที่ 11	ประเทศไทยกับการพัฒนาระบบสุขภาพโลก	
ภาพที่ 11.1	ปัญหาและแนวโน้มสุขภาพที่สำคัญในปัจจุบัน	270
ภาพที่ 11.2	วิวัฒนาการของงานสุขภาพโลก	271
ภาพที่ 11.3	ระบบอภิบาลสุขภาพโลก: รัฐ ตลาด และกลไกการมีส่วนร่วม	276
ภาพที่ 11.4	โครงสร้างและกลไกการดำเนินงานขององค์กรของอาเซียน	277

สารบัญภาพ

ภาพที่ 11.5	องค์กรในระบบสุขภาพของประเทศไทย	280
ภาพที่ 11.6	หน่วยงานหลักในระบบสุขภาพโลกของประเทศไทย	282
ภาพที่ 11.7	การปฏิรูปการทำงานขององค์การอนามัยโลกกับประเทศไทย	296
บทที่ 12	การขับเคลื่อนงานป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อในประเทศไทย	
ภาพที่ 12.1	แผนภาพแสดงลำดับเวลาของเอกสารสำคัญต่างๆที่แสดงถึงการขับเคลื่อน เพื่อการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อ	308
บทที่ 13	การส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรคและคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ ในประเทศไทย	
ภาพที่ 13.1	จำนวนผู้ป่วยโรคไข้มาลาเรียรายเดือน ปีงบประมาณ 2556-2560	341
ภาพที่ 13.2	อุบัติการณ์และอัตราป่วยตาย โรคไข้เลือดออก ในประเทศไทย ปี พ.ศ. 2501-2560	343
ภาพที่ 13.3	พื้นที่การแพร่โรคเท้าช้าง ปี พ.ศ. 2545-2560	344
ภาพที่ 13.4	จำนวนผู้เสียชีวิตด้วยโรคพิษสุนัขบ้า เปรียบเทียบกับอัตราตรวจพบการติดเชื้อ โรคพิษสุนัขบ้าในหัวสัตว์ที่ส่งตรวจ (ร้อยละ) พ.ศ. 2550-2561	346
ภาพที่ 13.5	การกระจายของโรคพิษสุนัขบ้าในคนและสัตว์ พ.ศ. 2558-2561	346
ภาพที่ 13.6	แนวโน้มอัตราป่วย ของโรคบิดและโรคอาหารเป็นพิษ ช่วงปี พ.ศ. 2551-2560 และของไข้เอนเทอริก กับโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน ช่วงปี พ.ศ. 2514-2560	349
ภาพที่ 13.7	แนวโน้มของจำนวนผู้ป่วยโรคคอตีบ ไอกรน หัด และโปลิโอ เปรียบเทียบกับอัตรา ความครอบคลุมของวัคซีนสำหรับโรคนี้ๆ ช่วงเวลาเดียวกัน พ.ศ. 2520-2560	350
ภาพที่ 13.8	อัตราความชุกของการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มพนักงานบริการเพศตรง (direct sex workers) พนักงานบริการเพศแฝง (indirect sex workers) และชายที่ไปตรวจจากโรค (Male STD) ช่วงปี พ.ศ. 2539-2560 2560	353
ภาพที่ 13.9	อัตราความชุกของการติดเชื้อเอชไอวีในหญิงที่มาฝากครรภ์ (ANC) และผู้บริจาคเลือด (blood donors) ช่วงปี พ.ศ. 2539-2560 2560	353
ภาพที่ 13.10	คาดประมาณ สถานการณ์เอชไอวี เอดส์ประเทศไทย ปี 2560-2561	354

สารบัญภาพ

ภาพที่ 13.11	ผลสำรวจอัตราการเคยมีเพศสัมพันธ์แล้ว ในนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 5 และในนักศึกษาประกาศนียบัตรวิชาชีพชั้นปีที่ 2 เพศชายและหญิง ช่วงปี พ.ศ. 2556-2560 (ค.ศ. 2013-2017)	355
ภาพที่ 13.12	คาดประมาณเทียบกับจำนวนการรายงานผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ ช่วงปี พ.ศ. 2543-2560	357
ภาพที่ 13.13	ผลการรักษาวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำในประเทศไทย ปีงบประมาณ 2545-2560	358
ภาพที่ 13.14	อัตราความชุก (PR) และอัตราการตรวจพบผู้ป่วยใหม่ (DR) ของโรคเรื้อน ต่อประชากร 10,000 คน ปี พ.ศ. 2527-2560	369
ภาพที่ 13.15	การตรวจสอบผลิตภัณฑ์สุขภาพปี พ.ศ. 2560	376
ภาพที่ 13.16	ร้อยละของการผ่านมาตรฐานการตรวจสอบความปลอดภัยของผลิตภัณฑ์สุขภาพ ปี 2556-2560	376
ภาพที่ 13.17	ร้อยละของการสถานประกอบการที่ผ่านการตรวจสอบมาตรฐานปี 2558-2560	377
ภาพที่ 13.18	การเฝ้าระวังโฆษณาผลิตภัณฑ์สุขภาพในสื่อต่าง ๆ พ.ศ. 2560	378
ภาพที่ 13.19	น้ำหนักยาเสพติดของกลางรวม (กิโลกรัม) จำแนกรายปี พ.ศ. 2541-2560	379
ภาพที่ 13.20	จำนวนรายงานอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา พ.ศ. 2527-2560	380
ภาพที่ 13.21	ร้อยละของประชาชนที่มีความรู้และพฤติกรรมการบริโภคผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ถูกต้อง พ.ศ. 2558-2560	381
บทที่ 14	ระบบควบคุมโรคและภัยสุขภาพที่เป็นภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข	
ภาพที่ 14.1	แผนการจัดการภาวะฉุกเฉินทางการแพทย์และการสาธารณสุขแบบบูรณาการ ที่ครบวงจรและมีเอกภาพ พ.ศ. 2560-2564	389
ภาพที่ 14.2	ศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉินทางการแพทย์และสาธารณสุข (PHEOC)	396
ภาพที่ 14.3	โครงสร้างระบบบัญชาการเหตุการณ์กระทรวงสาธารณสุข ในทุกประเภทภัย	396
ภาพที่ 14.4	โครงสร้างระบบบัญชาการเหตุการณ์ของกระทรวงสาธารณสุข ในกรณีสถานการณ์หมอกควัน	399

สารบัญภาพ

ภาพที่ 14.5	โครงสร้างระบบบัญชาการณเหตุการ์ณของกระทรวงสาธารณสุข ในกรณงานพระราชพิธีถวายพระเพลิงพระบรมศพ พระบาทสมเด็จพระปรมินทรมหาภูมิพลอดุลยเดช บรมนาถบพิตร	400
ภาพที่ 14.6	ทีมเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็ว (SRRT) ที่จัดตั้งขึ้นในระดับต่างๆ	405
ภาพที่ 14.7	โครงสร้างมาตรฐานงาน SRRT พร้อมตัวชี้วัด	406
ภาพที่ 14.8	ผลการประเมินมาตรฐาน SRRT ระดับอำเภอ แสดงร้อยละของ SRRT ที่ผ่านการประเมินรับรองมาตรฐาน โดยสำนักงานป้องกันควบคุมโรค ปี พ.ศ. 2552-2559	407

บทที่ 15 ดัชนีชี้วัดสภาวะสุขภาพของคนไทย

ภาพที่ 15.1	อัตราตายมารดาต่อการเกิดมีชีพ 100,000 คน ประเทศไทย พ.ศ. 2505-2559	412
ภาพที่ 15.2	อัตราตายทารกต่อการเกิดมีชีพ 1,000 คน ประเทศไทย พ.ศ. 2507-2561	412
ภาพที่ 15.3	อัตราตายเด็กต่ำกว่า 5 ปีต่อการเกิดมีชีพ 1,000 คน ประเทศไทย พ.ศ. 2533-2559	414
ภาพที่ 15.4	สัดส่วนของประชากรพิการ จำแนกตามลักษณะความบกพร่อง 5 ลำดับแรก พ.ศ. 2550 และ พ.ศ. 2555	426
ภาพที่ 15.5	อัตราตายด้วยสาเหตุที่สำคัญต่อประชากร 100,000 คน ของประเทศไทย พ.ศ. 2510-2559	428

บทที่ 1

พระราชจักรีวงศ์และการสาธารณสุขไทย

1.1 การแพทย์และสาธารณสุขไทยก่อนยุคกรุงรัตนโกสินทร์

ดินแดนอันเป็นที่ตั้งของประเทศไทยในปัจจุบันเคยเป็นถิ่นฐานของมนุษย์มาแต่โบราณตั้งแต่สมัยก่อนประวัติศาสตร์ ดังปรากฏหลักฐานการขุดค้นที่บ้านเก่า จังหวัดกาญจนบุรี และบ้านเชียง จังหวัดอุดรธานี ต่อมาเป็นที่ตั้งของราชอาณาจักรเชียงแสน ล้านนา และสุโขทัย ทางภาคเหนือ ขอม ละโว้ ทวารวดี สุวรรณภูมิ อโยธยาในภาคกลาง และศรีวิชัยทางภาคใต้ เป็นต้น

หลักฐานจากโครงกระดูก พบมนุษย์ในสมัยก่อนประวัติศาสตร์มีอายุเฉลี่ยสั้น ไม่เกิน 30 ปี จำนวนมากมีโรคโลหิตจางเรื้อรัง^(1,2) หลักฐานทางการแพทย์พบหินบด-ยาสมัยทวารวดีที่เมืองอุทองและเมืองศรีมโหสถ เป็นต้น⁽³⁾ ในสมัยพระเจ้าชัยวรมันที่ 7 (พ.ศ. 1724-1762) แห่งราชอาณาจักรขอม มีการสร้างอาโรคยศาล รวม 102 แห่ง อยู่ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทย 22 แห่ง พบจารึกในอาโรคยศาลบางแห่ง เช่น จารึกด่านประคำ จังหวัดบุรีรัมย์ และจารึกปราสาท จังหวัดสุรินทร์ ระบุว่า มีพนักงานปฏิบัติงานในอาโรคยศาลแต่ละแห่งถึง 98 คน ในจำนวนนี้เป็นแพทย์ 2 คน ผู้ช่วยแพทย์ชาย 2 คน หญิง 4 คน บุรุษพยาบาล 14 คน เป็นต้น⁽⁴⁾

ในสมัยสุโขทัยซึ่งรับพุทธศาสนานิกายเถรวาทเข้ามาในราชอาณาจักรอย่างมั่นคงถาวร ดังปรากฏว่าวัดวาอารามและพระพุทธรูปอันงดงามจำนวนมาก ย่อมรับการแพทย์ที่พัฒนามายาวนานในพุทธอารามเข้ามาได้ด้วย⁽⁵⁾ เคยมีผู้อ้างว่ามีการปลูกสมุนไพรที่เขาสรรพยาโดยอ้างศิลาจารึกสุโขทัยหลักที่ 1 บ้าง จารึกวัดป่ามะม่วงบ้าง แต่จากการตรวจสอบทั้งศิลาจารึกพ่อขุนรามคำแหง ศิลาจารึกวัดศรีชุมและศิลาจารึกวัดป่ามะม่วงทั้งภาษาเขมร

ภาษาไทยและภาษาบาลี ไม่ปรากฏมีข้อความเกี่ยวกับการปลูกสมุนไพรและการแพทย์แผนไทย⁽⁶⁾

หลักฐานเกี่ยวกับการแพทย์ที่ชัดเจนปรากฏในสมัยราชอาณาจักรอยุธยา เริ่มจากการอพยพมาตั้งราชธานี เมื่อ พ.ศ. 1893 เพื่อหนีโรคห่า ซึ่งเดิมเชื่อกันว่าเป็นหิวาตโรค และต่อมาเชื่อว่าเป็นไข้ทรพิษ⁽⁷⁾ แต่ปัจจุบันเชื่อกันว่าน่าจะเป็นกาฬโรค ซึ่งเวลานั้นมีการระบาดในหลายประเทศ เช่น ในอังกฤษทำให้คนเสียชีวิตไปถึง 1 ใน 3⁽⁸⁾

การแพทย์ในสมัยกรุงศรีอยุธยามีรากฐานอันมั่นคง ปรากฏตำแหน่งแพทย์ในกรมต่างๆ หลายกรม ในพระไอยการตำแหน่งนาพลเรือน พ.ศ. 1998⁽⁹⁾ การแพทย์ตะวันตกเข้ามาสู่กรุงศรีอยุธยาพร้อมทูตโปรตุเกส เมื่อพ.ศ. 2054⁽¹⁰⁾ เชื่อกันว่ามีการนำชีฝึกษาแผลเข้ามาในสมัยนั้น มีการตั้งโรงพยาบาลโดยชาวโปรตุเกสด้วย⁽¹¹⁾ มีตำรับยาสำคัญที่เหลือตกทอดมาจนถึงปัจจุบัน คือ ตำราพระโอสถพระนารายณ์ ซึ่งรวบรวมตำรายาไว้ 81 ตำรับของหมอ 9 คน เป็นหมอไทย 5 คน หมอแขก 1 คน หมอจีน 1 คน และหมอฝรั่ง 2 คน หมอไทยเป็นหมอหลวง 4 คน และหมอเชลยศักดิ์ 1 คน⁽¹²⁾ พระสังฆราชหลุยส์ ลาโน มิชชันนารีฝรั่งเศส ประมุขมิชชันสยามคนแรกได้สร้างโรงพยาบาลขึ้น มีคนไข้มารับบริการจำนวนมาก⁽¹³⁾ ต่อมา มีการตั้งโรงพยาบาลที่พิษณุโลกและที่บางกอกด้วย⁽¹³⁾

ทูตและบุคคลในคณะทูตของฝรั่งเศสได้บันทึกสภาพการณ์รวมทั้งโรคภัยไข้เจ็บและการแพทย์ในประเทศไทยสมัยนั้นไว้หลายท่าน เช่น เซอวาเลียร์ เดอ ฟอร์บัง⁽¹⁴⁾ นิโคลาส แซร์แวส⁽¹⁵⁾ และ ซีมอง เดอ ลาลูแบร์⁽¹⁶⁾

เมื่อคราวเสียกรุงศรีอยุธยาเมื่อ พ.ศ. 2310 นั้น เป็นการสูญเสียครั้งใหญ่มากจนถึงขั้นบ้านแตกสาแหรกขาด บ้านเมืองถูกทำลายย่อยยับแทบทั้งประเทศ เพราะก่อนจะเข้าล้อมตีกรุงศรีอยุธยา พม่าได้ยกกองทัพปราบปรามทำลายบ้านเมืองทั้งจากทางเหนือและทางใต้ และวางแผนทำศึกข้ามฤดูกาลน้ำหลาก ล้อมกรุงอยู่จนข้ามปีก่อนจะชุดุโหม่งค์เข้ามาและสุมนไพรกำแพงเมืองถล่ม พม่ากรูเข้าเมืองและเผาทำลายจนพินาศยับเยิน แล้วกวาดต้อนผู้คนเป็นเชลยกลับไปเมืองพม่าครั้งใหญ่ หลังจากนั้นก็ยังให้สุกี้พนายกองตั้งค่ายกวาดต้อนผู้คนส่งไปพม่าในภายหลัง เมื่อพระเจ้าตากสินสามารถรวบรวมผู้คนตีฝ่าวงล้อมออกไปสร้างกองทัพกลับเข้ามายุ่งกรุงคืนได้นั้น กรุงศรีอยุธยายู่ในสภาพไม่มีขึ้นดี ไม่สามารถจะฟื้นฟูขึ้นได้ ประกอบกับพระเจ้าตากสินมีกำลังน้อยจึงยากนักมาตั้งกรุงธนบุรีขึ้นเป็นราชธานีแห่งใหม่ ในขนาดที่พอเหมาะแก่กองกำลังจะรักษาไว้ได้ และพร้อมจะถอยไปตั้งหลักหากถูกพม่ายกมาตีอีกเพราะกรุงธนบุรีอยู่ห่างปากน้ำเจ้าพระยาไม่ไกลนัก

1.2 การสร้างกรุงรัตนโกสินทร์และการฟื้นฟูการแพทย์และสาธารณสุขไทยในสมัยพระบาทสมเด็จพระพุทธยอดฟ้าจุฬาโลกมหาราช (พ.ศ. 2325-2352)

พระบาทสมเด็จพระพุทธยอดฟ้าจุฬาโลกเสด็จผ่านพิภพปราบดาภิเษกเมื่อวันที่ 6 เมษายน พ.ศ. 2325 ทรงระงับทุกข์เข็ญในกรุงธนบุรีจนราบคาบ และโปรดให้มีสารตราให้หากองทัพกลับมาจากกรุงกัมพูชาแล้วก็ให้เริ่มการย้ายพระนครข้ามฟากจากเมืองธนบุรีมาสร้างทางฝั่งกรุงเทพมหานครทางข้างฝั่งตะวันออก

มูลเหตุซึ่งสร้างกรุงรัตนโกสินทร์ในหนังสือพระราชพงศาวดารกล่าวว่าพระบาทสมเด็จพระพุทธยอดฟ้าจุฬาโลกทรงรังเกียจพระราชวังเดิม ด้วยอยู่ใกล้ชิตติอูปจารวัดแจ้งและวัดท้ายตลาดล้อมอยู่ทั้งสองด้าน แต่เหตุที่เป็นข้อสำคัญยิ่งกว่า ด้วยทรงพระราชดำริว่าพม่าจะยกมาตีเมืองไทยอีก กรุงธนบุรีสร้างป้อมปราการทั้งสองฝั่งแม่น้ำเจ้าพระยา มีแม่น้ำกลางเมืองเหมือนพิษณุโลก มีประโยชน์ที่จะเอาเรือรบเข้าไว้ในเมือง เมื่อเวลาตีเข้ามาก็ประชิดแต่ย่อมยากแก่การรักษาเมือง

ในสมัยกรุงธนบุรี มีช่วงระยะเวลาเพียง 14 ปีเศษ ตอนต้นรัชกาลหลังปราบดาภิเษกต้องทำการปราบชุมนุมต่างๆ อยู่ราว 3 ปีเศษ ราษฎรอดอยากยากไร้แสนสาหัสและตลอดรัชกาลต้องทำศึกกับพม่ารวม 10 ครั้ง ครั้งที่หนักที่สุดคือ ครั้งอะแซหุ่นกี้ตีหัวเมืองเหนือเมื่อ พ.ศ. 2318 ซึ่งไทยต้องเสียเมืองพิษณุโลก⁽¹⁷⁾ และหากพม่าไม่เกิดศึกภายในเรียกอะแซหุ่นกี้ก็กลับเสียก่อน ก็อาจถึงขั้นเสียกรุงอีกครั้ง⁽¹⁸⁾ ในพระราชพงศาวดารไม่มีการกล่าวถึงเรื่องการแพทย์และสาธารณสุขในสมัยนั้น⁽⁶⁾

หลังกรุงธนบุรีเกิดจลาจลและเจ้าพระยามหาวิชิตเรียกกักทัพกลับจากกัมพูชา ข้าราชการผู้ใหญ่ผู้น้อยทั้งปวงได้พร้อมกันกราบทูลวิงวอนอัญเชิญให้เจ้าพระยามหาวิชิตเรียกกักทัพเสด็จขึ้นผ่านพิภพเป็นพระมหากษัตริราชทรงปกครองสยามประเทศสืบไป “ทรงรับอาราธนาด้วยพระอาการดุขณิภาพ”⁽¹⁹⁾ เสด็จปราบดาภิเษกประดิษฐานพระบรมราชจักรีวงศ์ดำรงประเทศสืบมา พระมหากษัตริย์ทุกพระองค์ในพระราชจักรีวงศ์ได้ทรงทำนุบำรุงการสาธารณสุขของประเทศให้เจริญวัฒนาสถาพรเป็นอเนกประการ

ทั้งนี้จากประสบการณ์ที่ทรงสู้ศึกอะแซหุ่นกี้ที่เมืองพิษณุโลกซึ่งลำน้ำแคบและตื้นกว่าพอทำสะพานเชื่อมได้ แต่ก็ยังลำบาก ทรงพระราชดำริว่า แม่น้ำเจ้าพระยาที่พาดกลางหว่างสองฟากกรุงธนบุรีแม่น้ำทั้งกว้างและลึกจะทำสะพานข้ามไม่ได้ ถ้าข้ามศึกเข้ามาได้ถึงพระนครจะไม่สามารถต่อสู้ข้าศึกรักษาพระนครไว้ได้ ทั้งนี้ ทางข้างฝั่งตะวันออกของแม่น้ำเป็นชัยภูมิที่เหมาะสมกว่าเพราะเป็นหัวแหลม ถ้าสร้างเมืองแต่ฟากเดียวจะได้แม่น้ำใหญ่เป็นคูเมืองทั้งด้านตะวันตกและด้านใต้ ต้องชุดคลองเป็นคูเมืองแต่ด้านเหนือและด้านตะวันออกเท่านั้น ถ้าข้าศึกจะเข้ามาได้ถึงพระนครก็จะต่อสู้ได้ง่ายกว่า

เรื่องย้ายพระนครมาตั้งฝั่งเดียว น่าจะถึงได้เคยเป็นปัญหาปรึกษาหารือในรัฐบาลแต่ครั้งกรุงธนบุรีเมื่อเสร็จศึกอะแซหุ่นกี้ และบางทีจะได้ตรวจแผนที่เสร็จแล้ว แต่จะเป็นด้วยพระเจ้ากรุงธนบุรีไม่ทรงเห็นชอบ

ด้วยพระราชดำริหรือมิตินั้นจะติตราการสงครามอยู่จึง ค้างมา เรื่องนี้พระบาทสมเด็จพระพุทธยอดฟ้าจุฬาโลก ทรงเห็นเป็นการสำคัญต่อการอยู่รอดของประเทศจึงทรง ดำเนินการทันทีหลังเสด็จปราบดาภิเษกแล้ว โดยเห็นเป็น ข้อยุติว่าจะตั้งราชธานีอยู่ที่บางกอกนี้ต่อไป ไม่คิดถอยกลับคืน ขึ้นไปตั้งที่กรุงศรีอยุธยาอย่างโบราณ จึงมีรับสั่งให้ขึ้นไป รื้อกำแพงกรุงเก่าเอาอิฐลงมาสร้างป้อมปราการกรุงเทพฯ มีให้กรุงเก่าเป็นที่อาศัยของข้าศึก สร้างพระนครอยู่ 3 ปี จึง แล้วเสร็จเมื่อ พ.ศ. 2328⁽¹⁷⁾

นับว่าพระบาทสมเด็จพระพุทธยอดฟ้าจุฬาโลก ทรงมีสายพระเนตรอันยาวไกลและทรงตัดสินใจพระทัยได้ อย่างถูกต้อง เพราะเวลานั้นยังว่างศึกข้างพม่า ด้วยพม่า เกิดศึกแย่งชิงราชสมบัติภายในอยู่หลายปี พระเจ้าปดุง ขึ้นครองราชย์เมื่อ พ.ศ. 2325 ต้องจัดการปัญหาภายใน อยู่ 3 ปี เป็นช่วงเวลาเดียวกันกับการสร้างกรุงเทพฯ เมื่อ สมโภชพระนครแล้วในไม่ช้า ในปีนั้นเองพม่าก็ยกทัพ ใหญ่มาตีเมืองไทยอีก คือ ศึกเก้าทัพ ที่พมามีกำลังถึง ราว 144,000 คน ไทยรวบรวมไพร่พลได้เพียง 70,000 เศษ แต่ด้วยปรีชาสามารถและความเข้มแข็งเด็ดขาดและ เชี่ยวชาญการศึกษาของกรมพระราชวังบวรมหาสุรสิงหนาท จึงชนะศึกที่ลาดหญ้าได้อย่างงดงาม

ปีต่อมาพม่ายกทัพใหญ่หวังมาตีไทยให้พินาศ ราบคาบเหมือนเมื่อตีกรุงศรีอยุธยาได้เมื่อ พ.ศ. 2310 เตรียมแก้กลศึกจากที่เสียที่คราวยกมาครั้งศึกเก้าทัพ แต่ ไทยก็สามารถชนะศึกพม่าที่ท่าดินแดงครั้งนี้ได้อย่างงดงาม อีกครั้ง

ตลอดรัชกาลพระบาทสมเด็จพระพุทธยอดฟ้าจุฬา โลกมีศึกกับพม่าอีกรวม 5 ครั้ง แต่มีใช้ศึกใหญ่ เป็นพม่า มาตีหัวเมืองทางเหนือที่ลำปางและป่าซางครั้งหนึ่ง และ ที่เชียงใหม่ครั้งหนึ่ง ที่เหลืออีก 3 ครั้งเป็นฝ่ายไทยยกไป ตีพม่า 2 ครั้งและอีกครั้งเป็นการขับไล่พม่าออกจากเขต ล้านนาไทย

ช่วงระยะเวลา 27 ปีเศษที่ทรงครองราชย์ทรงใส่ พระทัยในการสร้างกรุงรัตนโกสินทร์ให้เหมือน “เมื่อ ครั้งบ้านเมืองยังดี” ในสมัยกรุงศรีอยุธยา วัดวาอาราม สำคัญที่มีเมื่อครั้งกรุงศรีอยุธยาได้ทรงสร้างขึ้นใหม่หลาย วัดโดยเฉพาะวัดพระศรีรัตนศาสดาราม ซึ่งสร้างขึ้นเป็น

“วัดในวัง” อย่างวัดพระศรีสรรเพชญ์ในพระนครศรีอยุธยา เมื่อสร้างเสร็จโปรดให้เชิญพระพุทธรูปปฏิมากรแก้วมรกต จากโรงในพระราชวังเดิมปากตะวันตก ลงเรือพระที่นั่ง กิ่งมีเรือแห่เป็นขบวนเข้ามายังพระอารามที่สร้างใหม่ แล้วให้นิมนต์พระสงฆ์ราชาคณะประชุมทำสังฆกรรมผูก พัทธสีมาในวันนั้น เมื่อการสร้างพระอารามสำเร็จบริบูรณ์ แล้ว จึงพระราชทานนามว่าวัดพระศรีรัตนศาสดาราม ไว้เป็นที่ประชุมข้าทูลละอองธุลีพระบาท ถือน้ำพระ- พิตพัฒนสัตยาธิษฐานปีละ 2 ครั้ง พระอารามแห่งนี้สร้าง เสร็จเมื่อ พ.ศ. 2327 ก่อนหน้านั้นได้ทรงสร้างปราสาท พระเทพบิดาแล้วให้อัญเชิญพระเทพบิดร คือ พระรูป สมเด็จพระรามาธิบดี (อู่ทอง) ซึ่งเป็นปฐมวงศ์สร้างกรุง- เก้ามาแปลงเป็นพระพุทธรูปหุ้มเงินปิดทองประดิษฐาน ไว้ในพระวิหาร⁽²⁰⁾ นอกจากนี้ ยังทรงดำเนินการชำระ กฎหมาย ชำระพระไตรปิฎก ชำระและรวบรวมวรรณคดี ราชสำนัก บำรุงแบบและบทละคร สร้างเครื่องราชูปโภค เช่น พระที่นั่ง พระราชยาน เรือพระที่นั่ง... รวมถึงความ เอาใจใส่กับการสร้างแบบแผนของพระราชพิธีต่างๆ ให้ ถูกต้องตามแบบแผนของราชอาณาจักรอยุธยาอีกด้วย⁽²¹⁾

การสร้างเมืองตลอดจนการฟื้นฟู พัฒนาและ ปฏิรูปกฎหมาย แบบแผนประเพณีและวัฒนธรรมต่างๆ เหล่านี้ ล้วนมีผลต่อการสร้างสุขภาวะทั้งทางจิตใจและ สังคมอย่างยิ่ง ในส่วนที่เกี่ยวข้องโดยตรงกับความรู้ ทางการแพทย์นั้น เมื่อทรงบูรณะปฏิสังขรณ์วัดโพธาราม ครั้งใหญ่เมื่อ พ.ศ. 2332 อันเป็นปีที่ 8 ในรัชกาล ทรง ทอดพระเนตรเห็นวัดโพธาราม ซึ่งเป็นวัดเก่าแก่มากมา แต่สมัยพระเพทราชาเก่าชำรุดหักพังเป็นอันมาก ทรง พระราชศรัทธาจะบูรณะให้บริบูรณ์งามขึ้นกว่าเก่า จึง ทรงเริ่มบูรณะ ได้ชะลอพระพุทธรูปปฏิมากรทรงพระนาม พระศรีสรรเพชญ์ ซึ่งเป็นพระพุทธรูปยืนสูง 8 วา จาก กรุงศรีอยุธยา หมายจะทรงปฏิสังขรณ์ให้เป็นรูปดียว่าง เก่า แต่ด้วยองค์พระชำรุดมาก ทรงพระราชดำริจะเอา ทองรวมหลอมหล่อเป็นพระพุทธรูปขึ้นใหม่ จึงทรง มีพระราชบัญชาแก่พระสงฆ์ราชาคณะ มีสมเด็จพระ- สังฆราชเป็นประธานพร้อมกันถวายพระพรว่า ที่จะเอา ทองขึ้นเป็นพระพุทธรูปอยู่แล้วกลับหลอมหล่อใหม่ไม่ สมควร จึงโปรดให้เชิญพระเข้าบรรจุไว้ในพระเจดีย์ถวาย

นามว่า พระเจดีย์ศรีสรรเพชญดาญาณตามพระนาม พระพุทธปฏิมากร ทรงอัญเชิญพระพุทธรูปจำนวนมากมาประดิษฐานไว้ในระเบียงคดของวัด และการอื่นอีกเป็นอันมาก ใช้เวลาทั้งสิ้น 7 ปี 5 เดือน 28 วัน จึงแล้วเสร็จ โดยทรงโปรดให้สร้างศาลารวม 5 ห้อง 7 ห้อง 9 ห้อง เป็น 17 ศาลา เขียนเรื่องพระชาดก 550 ชาดก ทั้งตำรายาและฤาษีคัตตนไว้เป็นทาน ทำกำแพงแก้วล้อมรอบนอก⁽¹⁷⁾

1.3 รัชสมัยพระบาทสมเด็จพระพุทธเลิศหล้านภาลัย (พ.ศ. 2352-2367)

เมื่อพระบาทสมเด็จพระพุทธยอดฟ้าจุฬาโลกมหาราชเสด็จสวรรคตเมื่อ พ.ศ. 2352 เกิดภพกรรมขุนกษัตราธิราช ครั้นชำระพวกกบฏแล้วพระราชวงศานุวงศ์ เสนาบดี สมเด็จพระสังฆราชและพระราชาคณะใหญ่น้อย พร้อมใจกันเชิญเสด็จเจ้าฟ้ากรมหลวงอิศรสุนทรกรมพระราชวังบวรสถานมงคลพระบัณฑูรใหญ่ขึ้นเถลิงถวัลย์ราชสมบัติปราบดาภิเษกเป็นรัชกาลที่ 2 ในยุคกรุงรัตนโกสินทร์⁽²⁰⁾ ในสมัยนี้ยังมีศึกสงครามกับพม่าบ้างแต่เบาบางลงมาก แม้ว่าพม่าจะยกมาเมื่อสมเด็จพระพุทธเลิศหล้านภาลัยจะเสด็จผ่านพิภพได้เพียง 2 เดือน แต่ก็เป็นกรรณมาตีเมืองกลางและทรงเอาชนะได้ไม่ยาก หลังจากนั้นอีก 10 ปี ในปี พ.ศ. 2363 พม่าได้ข่าวว่าเมืองไทยเกิดอหิวาตกโรค ผู้คนล้มตายเป็นระลอกสาหัสมาก เห็นเป็นโอกาส จึงให้เตรียมยกกองทัพเข้ามาตีเมืองไทยหวังให้ปรากฏเกียรติยศ แต่เมื่อทรงตั้งกองทัพ 4 กองทัพเตรียมสู้ มีแม่ทัพทั้ง 4 คือ พระเจ้าลูกยาเธอกรมหมื่นเจษฎาบดินทร์ พระเจ้าน้องยาเธอกรมหมื่นศักดิ์พลเสพ พระยากลาโหมราชเสนา และเจ้าพระยาบวร (น้อย) เมื่อพม่าแต่งคนเข้ามาสอดแนมได้ความว่าไทยเตรียมกองทัพไว้คอยต่อสู้ทุกทางจึงยังอยู่หายกเข้ามาไม่ หลังจากนั้นพม่าก็ต้องรับศึกกับอังกฤษและอังกฤษได้ขอให้ไทยช่วยตีเมืองพม่าเมื่อ พ.ศ. 2367 ปัญหาด้านพม่าจึงนับว่าเบาบางเป็นอันมาก

การสร้างกรุงรัตนโกสินทร์ การฟื้นฟูโบราณราชประเพณี การชำระสะสางปัญหาทั้งทางด้านกฎหมาย ศาสนา และอื่นๆ ล้วนเป็นการสร้างเสริมสุขภาวะด้านจิตใจและสังคม การฟื้นฟูความรู้ด้านการแพทย์โดยการตั้งตำรายาและฤาษีคัตตนขึ้นที่วัดพระเชตุพนวิมลมังคลาราม ล้วนเป็นการสร้างรากฐานสำคัญของการแพทย์และสาธารณสุขไทยในยุคกรุงรัตนโกสินทร์สืบต่อมา

โดยที่ศึกข้างพม่าเบาบางลง พระบาทสมเด็จพระพุทธเลิศหล้านภาลัยจึงทรงมีโอกาสนำทัพบุรณะประเทศ ทรงเจริญสัมพันธไมตรีกับนานาประเทศ เช่น ทรงส่งราชทูตไปเมืองจีนเมื่อ พ.ศ. 2352 แต่งสมณทูตไปลังกาเมื่อ พ.ศ. 2357 เมื่อ พ.ศ. 2361 โปรตุเกส เมืองมาเก๊าแต่งทูตมาเจริญทางไมตรี เวลาต่อมาทรงแต่งกำนันไปซื้อขายสินค้า ณ เมืองมาเก๊า พ.ศ. 2362 พ่อค้าชาวอเมริกัน คือ กัปตันแฮน (Captain Hale) เข้ามาค้าขาย พ.ศ. 2364 อังกฤษที่อินเดียขอเจริญทางไมตรีกับไทย จอห์น ครอว์ฟอร์ด ได้รับแต่งตั้งเป็นทูตเข้ามาเจรจากับไทยเป็นครั้งแรก⁽²⁰⁾

ในรัชสมัยพระบาทสมเด็จพระพุทธเลิศหล้านภาลัยเกิดอหิวาตกโรคระบาดครั้งใหญ่ มีคนเสียชีวิตไปประมาณ 30,000 คน โดยแพร่ระบาดมาทางทะเลจากเกาะหมาก (ป็นัง) เข้ามาเมืองสมุทรปราการแล้วจึงเข้ามาถึงกรุงเทพฯ มีการนำศพไปที่วัดสระเกศ วัดบางลำพู วัดบพิตรพิมุข วัดปทุมคงคา และวัดอื่นๆ บ้างก็ทิ้งศพลงในแม่น้ำลำคลอง เคลื่อนกลาดไปทุกแห่ง พระสงฆ์ต้องหนีออกจากวัด คฤหัสถ์ก็หนีออกจากบ้าน น้าอเนจอนาถนักรถนันททางไม่มีคนเดิน ตลาดก็ไม่ได้ออกซื้อขายกัน ต่างคนต่างรับประทานแต่ปลาแห้งพริกกับเกลือเท่านั้น น้ำในแม่น้ำก็กินไม่ได้ เต็มไปด้วยซากศพ

พระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวทรงพระราชดำริว่าความไข้ซึ่งบังเกิดทั่วไปแก่สมณชีพราหมณ์และไพร่ฟ้าข้าแผ่นดินครั้งนี้เพื่อกรรมของสัตว์ ไข้จะเป็นแต่กรุงเทพมหานครก็หาไม่ เมืองต่างประเทศและเกาะหมากเมืองไทรก็เหมือนกัน ซึ่งจะรักษาพยาบาลแก้ไขด้วยยาเห็นจะไม่หาย จึงให้ตั้งพิธีอาถรรพ์วิญญูสูตร เมื่อวันที่ 22 พฤษภาคม พ.ศ. 2363 ยิงปืนใหญ่รอบพระนครคืนหนึ่งยั้งรุ่ง เชิญพระแก้วมรกตและพระบรมธาตุทั้งพระราชอาสน์ออกแห่ไปรอบพระนครทั้งทางบกทางเรือสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวก็ทรงศีล ทั้งพระราชนัดดาองค์ที่มีกรมแลหากรมมิได้ ข้าราชการผู้ใหญ่ผู้น้อยฝ่ายหน้าฝ่ายในก็โปรดสั่งมิให้เข้าเฝ้า ให้งดกิจการเสียมิให้ว่ามิให้ทำ ให้ตั้งใจทำบุญสวดมนต์ให้ทาน บรรดาไพร่ซึ่งนอนเฝ้าประจำของรักษาพระราชวังชั้นในแลชั้นนอกก็ให้เลิกปล่อยไปบ้านเรือน โดยทรงพระเมตตาว่า ประเพณีสัตว์ทั่วกัน ภัยมาถึงก็ย่อมรักชีวิต บิดามารดาแลบุตรญาติพี่น้องก็เป็นที่รักเหมือนกัน จะได้ไปรักษาบาดแผล ที่ผู้ใดมีกตัญญูอยู่รักษาพระองค์มิไปนั้นก็พระราชทานเงินตราให้ความชอบ แลให้จัดซื้อปลาแลสัตว์สี่เท้าสองเท้าที่มีผู้จะฆ่าซื้อขายในท้องตลาดในจังหวัดกรุงเทพมหานครทรงปล่อย สิ้นพระราชทรัพย์เป็นอันมาก คนโทษที่ต้องเฝ้าจำอยู่นั้นก็ปล่อยออกสิ้น เว้นแต่พม่าข้าศึก บรรดาพระราชอาสน์ทั้งปวง มีรับสั่งมิให้ไปฆ่าสัตว์ตัดชีวิตสัตว์ในน้ำแลบนบก ให้อยู่แต่บ้านเรือนต่อเมื่อมีการรื้อนครจะต้องไปจึงให้ไป เดชะอานิสงส์ศีลแลทานบารมีแห่งสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวทรงพระมหากรุณาแก่อณาประชาราษฎร์ให้ทำดังนี้ มาจนถึง ณ วันเสาร์เดือนเจ็ด แรมเจ็ดค่ำ (วันที่ 3 มิถุนายน 2363) ความไข้ก็ระงับลงโดยเร็ว บรรดาศพหายหญิงซึ่งหาญาติจะฝังจะเผามิได้นั้น พระราชทานเงินค่าจ้างแลฟืนให้พวกพม่าคนโทษเก็บเผาจนสิ้น แต่พระบรมญาติพระองค์เจ้าหญิงสองพระองค์สิ้นพระชนม์ พระราชวงศ์และข้าราชการฝ่ายหน้าฝ่ายในที่เป็นผู้ใหญ่ผู้นั้นก็เป็นปกติอยู่ ความไข้ครั้งนี้ผู้หญิงตายมากกว่าผู้ชายสองส่วน⁽²⁰⁾

ในด้านการฟื้นฟูตำราและโรงยา พระบาทสมเด็จพระพุทธเลิศหล้านภาลัยทรงโปรดฯ ให้มีการรวบรวมตำรับยาตั้งแต่ พ.ศ. 2355 โดย “ทรงพระดำริที่ว่าทุกวันนี้คำกริยาแพทย์ ณ โรงพระโอสถเสื่อมสูญไป มิได้เป็นเรื่องต้นเรื่องปลาย อนึ่งเล่าแพทย์ผู้เฒ่าที่ชำนาญในลักษณะโรคแลสรรพคุณแห่งยานั้นก็มีอยู่น้อย ภายหลังยากที่กุลบุตรจักเล่าเรียนให้ชัดเจนได้ แล้วทรงพระมหากรุณาให้เป็นหิตานุหิตประโยชน์แก่สมณชีพราหมณ์ อาณาประชาราษฎร์ในขอบขันฑสีมาสืบต่อไป จึงมีพระราชโองการมานพระบัณฑูรสุรสีห์นาทดำรัสสั่งพระพงษ์ อามรินทรานุกุลให้สืบเสาะหาตำรายาลักษณะโรคทั้งปวง ในข้าพหละเองธูลิพระบาทแลราษฎรพระราชอาณัติทุกอารามก็ได้ส่งมาทูลเกล้าฯ ถวายหลายฉบับ มีวิธีต่างๆ”⁽²²⁾

ในรัชสมัยของพระบาทสมเด็จพระพุทธเลิศหล้านภาลัยต่อไปจนถึงสมเด็จพระนั่งเกล้าเจ้าอยู่หัว เชื้อสายของพระเจ้ากรุงธนบุรีที่ยังมีพระชนมายุอยู่ได้เข้ารับราชการในกรมหมอ 4 พระองค์ ได้แก่

1) เจ้าฟ้าทัศนพงศ์ พระราชโอรสพระองค์แรกของพระเจ้ากรุงธนบุรีกับกรมบริจาภักดีศรีสุตารักษ์ (เจ้าฟ้าฉิม) หลังสิ้นพระบิดาถูกถอดลงเป็นพระพงค์อมรินทร์ หรือเรียกกันว่า พระพงษ์นรินทร์ รับราชการในกรมหมอ

2) พระองค์เจ้าหนูแดง พระราชโอรสของพระเจ้ากรุงธนบุรี ไม่ทราบนามพระมารดา ในรัชสมัยพระบาทสมเด็จพระนั่งเกล้าเจ้าอยู่หัวดำรงตำแหน่งเป็นพระยาบำเรอราชแพทย์ ในคราวบูรณะวัดพระเชตุพนฯ ได้เป็นแพทย์ใหญ่ในการรวบรวมตำรับยาและจารึกที่วัดพระเชตุพนฯ

3) พระองค์เจ้าชายละมั่งพระราชโอรสของพระเจ้ากรุงธนบุรี ไม่ทราบพระนามพระมารดา ได้รับราชการเป็นหมอหลวงในตำแหน่งพระยาสมบัติวิบาล เป็นผู้ร่วมแต่งโคลงอธิบายทำถาษิตัดตนที่วัดพระเชตุพนฯ

4) พระอินทรภัย พระราชโอรสของพระเจ้ากรุงธนบุรีกับกรมบริจาภักดีศรีสุตารักษ์ (เจ้าฟ้าฉิม) เป็น พระอนุชาของพระพงษ์นรินทร์ ในรัชสมัยพระบาทสมเด็จพระพุทธเลิศหล้านภาลัย รับราชการมีตำแหน่งเป็นหมอหลวง⁽⁹⁾

1.4 รัชสมัยพระบาทสมเด็จพระนั่งเกล้าเจ้าอยู่หัว (พ.ศ. 2367-2394)

เมื่อพระบาทสมเด็จพระพุทธเลิศหล้านภาลัย สวรรคตคืนวันพุธที่ 21 กรกฎาคม พ.ศ. 2367 พระเจ้าลูกยาเธอพระองค์ใหญ่ซึ่งเวลานั้น คือ กรมหมื่นเจษฎาบดินทร์เสด็จประทับอยู่ในพระที่นั่งจักรพรรดิพิมาน ตั้งกองล้อมวงทั้งชั้นในชั้นนอก พระราชวงศานุวงศ์ต่างกรมผู้ใหญ่ เสนาบดี ข้าทูลละอองธุลีพระบาทผู้ใหญ่ผู้น้อยนอนประจำอยู่ในพระราชวัง จึงอาราธนาพระสังฆราช พระราชาคณะผู้ใหญ่มาแล้ว พร้อมกับพระบรมวงศานุวงศ์ต่างกรม เสนาบดี และข้าทูลละอองธุลีพระบาทผู้ใหญ่ ซึ่งเป็นประธานในราชการแผ่นดินปรึกษากันเห็นว่า พระเจ้าลูกยาเธอพระองค์ใหญ่ กรมหมื่นเจษฎาบดินทร์ทรงพระสติปัญญาเฉลียวฉลาด ได้ว่าราชการต่างพระเนตรพระกรรณในพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวมาช้านาน ทั้งข้าทูลละอองธุลีพระบาทก็มีความจงรักภักดีในพระองค์ท่านมาก สมควรจะครอบครองสิริราชสมบัติรักษาแผ่นดินสืบพระบรมราชตระกูลต่อไป จึงพากันเข้าเฝ้าพระเจ้าลูกยาเธอกรมหมื่นเจษฎาบดินทร์ ซึ่งเป็นพระราชโอรสผู้ใหญ่เชิญเสด็จขึ้นครองสิริราชสมบัติ ดำรงราชอาณาจักรสยามพิภพสืบไป จึงทรงทำพระราชพิธีบรมราชาภิเษกเมื่อวันที่ 29 กรกฎาคม พ.ศ. 2367 ขณะนั้นพระชนมายุได้ 38 พรรษา⁽²⁰⁾

ตลอดรัชสมัย มีศึกกับลาว ญวน เขมร และหัวเมืองทางใต้ แต่ศึกสำคัญจากพม่าเบาบางลงมาก ยิ่งปลายพระชนม์ชีพเมื่อทรงพระประชวร ทรง “สังเสีย” กับพระยาศรีสุริยวงศ์จางวางมหาดเล็กซึ่งทรงไว้ว่าพระราชหฤทัยว่า “การต่อไปภายหน้าเห็นแต่เอ็งที่จะรับราชการเป็นอธิบดีผู้ใหญ่ต่อไป การศึกสงครามข้างญวนข้างพม่าก็เห็นจะไม่มีแล้ว จะมีอยู่ก็เห็นแต่ข้างพวกฝรั่งให้ระวังให้ต้อยให้เสียทีแก่เขาได้ การงานสิ่งใดของเขาที่ดีควรจะเรียนว่าเอาไว้ก็เอาอย่างเขา แต่อย่าให้นับถือเลื่อมใสไปทีเดียว”⁽²⁰⁾

ปีนั้น มีภัยธรรมชาติเกิดขึ้นในพระนคร คือ เกิดน้ำท่วมเมื่อปี 2374 ข้างปีนั้นเสียถึง 6 ส่วนได้เพียง 4 ส่วน และเกิดโรคคหิวตกรโรคระบาดใหญ่ครั้งที่ 2 ในกรุงรัตนโกสินทร์ มีคนตายราว 15,500 ถึง 20,000 คน ในกรุงเทพฯ ศพนำไปเผามากที่วัดสระเกศ วัดบางลำพู

และวัดบพิตรพิมุข (วัดดินเลน) ใช้ศพยังเป็นที่ฝังศพอีกคนในราชสำนัก ดังสมเด็จพระศรีสุลาลัย พระพันปีหลวงก็ทรงพระประชวรด้วยโรคนี้ จนสวรรคตเมื่อวันที่ 17 ตุลาคม พ.ศ. 2380 พระชนม์ได้ 68 พรรษา⁽²⁰⁾

ด้านการต่างประเทศมีการรับรองทูตอังกฤษเมื่อ พ.ศ. 2368 ส่งราชทูตไปเมืองจีนในปีเดียวกัน พ.ศ. 2375 สหรัฐส่งเอ็ดมัน โรเบิร์ต เป็นราชทูตเข้ามาเป็นทางพระราชไมตรี พ.ศ. 2381 อังกฤษส่ง เดวิด ริชาร์ดสัน (Mr. David Richardson) ถืออักษรสาส์นเข้ามาไทยเรียกมิสเตอร์ฤทธิ์สซอน พ.ศ. 2385 ทรงส่งพระสงฆ์ไทยไปลังกา ตอนปลายรัชกาล พ.ศ. 2393 สหรัฐส่งโยเซฟ บาเลสเดีย เชิญราชสาส์นเข้ามาขอแก้สัญญาที่ทำไว้กับเอ็ดมัน โรเบิร์ต ในปีเดียวกันอังกฤษก็ส่งเซอร์เจมส์ บรู๊ค (Sir James Brooke) เข้ามาขอแก้สัญญาที่ทำไว้กับเฮนรี เบอร์นี

การเปิดความสัมพันธ์กับตะวันตกอย่างกว้างขวางขึ้น ทำให้การแพทย์ตะวันตกเข้ามาสู่ประเทศไทยเพิ่มขึ้นมาก

นายแพทย์คาร์ล ฟรีดริค ออกัสตัส กุตสลาฟฟ์ (Dr. Carl Frederick Augustus Gutzlaff) ชาวเยอรมันได้เดินทางเข้ามาเมืองไทยเมื่อวันที่ 23 สิงหาคม พ.ศ. 2371 เพื่อเผยแพร่ศาสนาคริสต์โดยการแจกยารักษาโรคด้วย นับเป็นแพทย์มิชชันนารีนักกายโพรเตสแตนต์คนแรกที่เข้ามาในสมัยรัตนโกสินทร์⁽²³⁾

แพทย์ชาวตะวันตกที่มีชื่อเสียงที่สุดที่เข้ามาในยุคนี้ คือ นายแพทย์แดน บีช บรัดเลย์ (Dr. Dan Beach Bradley) ได้เข้ามาเปิดร้านยาเมื่อวันที่ 4 สิงหาคม พ.ศ. 2378 สองปีต่อมาจึงออกไปรักษาตามบ้าน ได้ทำการผ่าตัดใหญ่ครั้งแรกเมื่อวันที่ 30 มกราคม พ.ศ. 2380 ทำการตัดแขนพระภิกษุที่ประสบอุบัติเหตุจากพลุไฟพะเนียงแตก ช่วยคนไขรอดชีวิตได้ ต่อมายังผ่าตัดต่อกระดูกให้พระยาพลเทพซึ่งเป็นข้าราชการผู้ใหญ่ โดยความทราบถึงพระบาทสมเด็จพระนั่งเกล้าเจ้าอยู่หัวจึงทรงพระราชทานพระบรมราชานุญาตมาด้วย หมอบรัดเลย์ยังได้พยายามผลิตหนองฝีป้องกันไข้ทรพิษจนสำเร็จ ทำการทดลองปลูกฝีเด็กจำนวน 15 คน เมื่อวันที่ 2 ธันวาคม พ.ศ. 2378

ต่อมาพระบาทสมเด็จพระนั่งเกล้าเจ้าอยู่หัวโปรดเกล้าฯ ให้ หมอหลวงและหมอเชลยศักดิ์ไปหัดปลูกฝีกับพวกมิชชันนารี ซึ่งหมอบรัดเลย์ได้เขียนตำราว่าด้วยการปลูกฝีตาม คำร้องขอของเจ้าพระยาพระคลัง และพระบาทสมเด็จพระนั่งเกล้าเจ้าอยู่หัวโปรดฯ ให้พิมพ์ใบปลิว 10,000 ฉบับ แจกจ่ายประชาชนในกรุงเทพฯ ชักชวนให้มาปลูกฝี

หมอบรัดเลย์ยังได้แปลตำราสูตรกรรมแบบตะวันตก ชื่อคำภีร์ศรัทธาภิรักษ ถวายพระบาทสมเด็จพระนั่งเกล้าเจ้าอยู่หัว 1 เล่ม แจกจ่ายให้แก่หมอหลวง 200 เล่ม นับเป็นตำราแพทย์แบบตะวันตกเล่มแรกที่มีการแปล และตีพิมพ์เผยแพร่ในประเทศไทย แต่ยังไม่มีการคลอดตามวิธีตะวันตก จนล่วงเข้ารัชสมัยของพระบาทสมเด็จพระจอมเกล้าเจ้าอยู่หัว จึงมีการเชิญหมอบรัดเลย์เข้าเยี่ยมอาการพระมเหสีองค์หนึ่งที่มีพระประสูติกาลและป่วยหนัก หมอบรัดเลย์แนะนำให้เลิกหมเพลิง (อยู่ไฟ) รวมทั้งได้ ถวายยาตะวันตกจนอาการทุเลาลง⁽²⁴⁾

หมอเฮาส์เป็นแพทย์มิชชันนารีชาวตะวันตกอีกผู้หนึ่งที่เข้ามาเมืองไทยสมัยนั้น และเป็นคนแรกที่นำ ยาสูบ คือ อีเทอร์ เข้ามาใช้ครั้งแรก นับเป็นการใช้ยาสูบ ครั้งแรกในเอเชีย

ทางด้านตำรายาไทย พระบาทสมเด็จพระนั่งเกล้าเจ้าอยู่หัวเมื่อครั้งทรงเป็นกรมหมื่นเจษฎาบดินทร์ ในรัชกาลพระบาทสมเด็จพระพุทธเลิศหล้านภาลัย ทรงปฏิสังขรณ์วัดจอมทองแล้วพระบาทสมเด็จพระพุทธเลิศหล้านภาลัยทรงพระราชทานนามวัดให้ใหม่ว่าวัดราชโอรสาราม ทรงให้จารึกยาไทยไว้ 108 ขนานบน แผ่นศิลา ติดไว้ทั้งบนกำแพงพระวิหาร พระพุทธไสยาสน์ และที่ศาลาราย⁽²⁵⁾ ตอนกลางรัชกาลได้เสด็จไปถวายผ้าพระกฐินที่วัดพระเชตุพนวิมลมังคลาราม เมื่อวันที่ 29 ตุลาคม พ.ศ. 2374 โดยทอดพระเนตรเห็นพระอุโบสถ พระวิหาร พระระเบียง กุฏิ เสนาสนะต่างๆ ชำรุดทรุดโทรมลงมาก จึงทรงดำเนินการปฏิสังขรณ์ครั้งใหญ่ และโปรดให้รวบรวมสรรพความรู้ต่างๆ ที่ไพร่ฟ้าประชาชนสามารถศึกษาได้โดยง่าย ไม่หวงไว้แต่ในหอสมุดหลวง ทั้งตำรา โคลง ฉันท์ กาพย์ กลอน วรรณคดี ประเพณี ศาสนา สุภาษิต ฯลฯ ทำการจารึกไว้ตามศาลารายต่างๆ จนถือกันว่าสถานที่แห่งนี้เป็นมหาวิทยาลัยเปิดแห่งแรก

ของประเทศไทย เฉพาะความรู้ด้านการแพทย์ ทรงโปรดให้สืบเสาะหาตำรายาที่เชื่อว่าทรงคุณค่าจากหมอพระ หมอหลวง หมอเชลยศักดิ์ ตลอดจนราษฎร โดยให้หมอหลวง คือ พระยาบำเรอราชแพทย์ พระโอรสองค์หนึ่งของพระเจ้ากรุงธนบุรี ทำการรวบรวม ตรวจสอบ และให้เจ้าของต้องสาบานว่าตำรับยาเหล่านั้นเป็นของจริง ทำการจารึกในแผ่นศิลา รวม 317 แผ่น เป็นตำรับยาราว 1,000 ขนาน และยังมีการหล่อรูปาษัตตนาทำจากดีบุก พร้อมให้กวีแต่งโคลงบรรยายท่าต่างๆ จารึกไว้ตามผนัง พระอุโบสถ ศาลาราย เสา และกำแพงวิหารครอบพระเจดีย์ทั้งสี่องค์ แบ่งเป็น 4 หมวดใหญ่ๆ ได้แก่ วิชาอายุรศาสตร์ เวชศาสตร์ เกษตรศาสตร์ และแผนนวด สำหรับแผนนวดได้นำไปประดับไว้ที่คอสองเฉลียง ศาลาราย คู่หน้าพระมหาเจดีย์หลังเหนือมีจำนวน 60 ภาพ แต่ละภาพมีภาพคนท่ายและคำว่า แสดงเส้นประธานสิบและจุดต่างๆ จารึกวัดโพธิ์นี้ได้รับยกย่องและขึ้นทะเบียนเป็น “มรดกความทรงจำแห่งโลกในระดับภูมิภาคเอเชียและแปซิฟิก” เมื่อวันที่ 21 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2551 และต่อมาได้รับขึ้นทะเบียนเป็น “มรดกความทรงจำแห่งโลกในระดับนานาชาติ” ของยูเนสโก เมื่อวันที่ 27 พฤษภาคม พ.ศ. 2554

การนวดไทยซึ่งเป็นวิธีการรักษาหลัก (backbone) ของการแพทย์แผนไทย แต่ถูกตัดออกจากสาขาวิชาชีพ การแพทย์แผนไทยในพระราชบัญญัติควบคุมการประกอบโรคศิลปะ พ.ศ. 2479 ต่อมาได้มีการฟื้นฟูขึ้นใหม่ตามพระราชบัญญัติการประกอบโรคศิลปะ พ.ศ. 2542 หมอนวดไทยรุ่นแรกตามกฎหมายฉบับนี้ ได้มีการทำพิธีมอบใบประกอบวิชาชีพให้ ณ พระอุโบสถวัดพระเชตุพนวิมลมังคลาราม เมื่อวันที่ 29 กันยายน พ.ศ. 2548 รัฐบาลไทยโดยคณะรัฐมนตรีได้มีมติเมื่อวันที่ 16 มิถุนายน พ.ศ. 2558 เห็นชอบการถวายพระราชสมัญญา “พระบิดาแห่งการแพทย์แผนไทย” แต่พระบาทสมเด็จพระนั่งเกล้าเจ้าอยู่หัว พระมหาเจษฎาราชเจ้า และกำหนดให้ วันที่ 29 ตุลาคมของทุกปี ซึ่งตรงกับวันที่เสด็จทรงถวายผ้าพระกฐินที่วัดโพธิ์ เป็นที่มาแห่งการปฏิสังขรณ์วัดครั้งใหญ่จนมีการจารึกตำรับยาและตำรับตำราการแพทย์ต่างๆ เป็น “วันภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทยแห่งชาติ”⁽²⁶⁾

งานสำคัญอีกชิ้นหนึ่งคือ ทรงประกาศห้ามสูบฝิ่น เมื่อ พ.ศ. 2382 มีการเผาฝิ่นครั้งใหญ่ที่สนามชัยหน้า พระที่นั่งสุทไธสวรรย์ เป็นฝิ่นดิบน้ำหนักราว 3,700 หาบ ฝิ่นสุก 2 หาบ รวมราว 222,120 กิโลกรัม พร้อมปราบ อั้งยี่ที่ค้าฝิ่น ทรงโปรดให้นำทองเหลืองจากกลักฝิ่นมา หลอมสร้างเป็นพระพุทธรูปปางมารวิชัย ขนาดหน้าตัก

กว้างสี่ ศอกสี่บ ซึ่งต่อมา ร.4 ทรงพระราชทานนาม ว่า พระพุทธเสถียรธรรม์ อันมีความหมายว่าพระผู้สงบและ ประเสริฐโดยนัย คือ การเปลี่ยนทองเหลืองจากกลักใส่ อบายมุขเป็นองค์พระผู้ชนะมาร ชาวบ้านเรียกกันว่า หลวงพ่อพระกลักฝิ่น ประดิษฐานอยู่ ณ ศาลาการเปรียญ วัดสุทัศนเทพวราราม⁽²⁷⁾

1.5 รัชสมัยพระบาทสมเด็จพระจอมเกล้าเจ้าอยู่หัว (พ.ศ. 2394–2411)

พระบาทสมเด็จพระนั่งเกล้าเจ้าอยู่หัวมิได้ ทรงสถาปนาพระมเหสีและรัชทายาท เมื่อเสด็จ สวรรคต เจ้าพระยาพระคลังว่าที่สมุหพระกลาโหม พระยาราชสุภาวดีว่าที่สมุหนายก กับข้าราชการผู้ใหญ่ ผู้น้อยพร้อมกันเป็นอันมากพากันออกไปเชิญพระบาท สมเด็จพระอนุชาธิราช เจ้าฟ้ามงกุฎสมมุติเทววงศ์พงศ์อิศร กษัตริย์ ซึ่งสถิต ณ วัดบวรนิเวศวิหาร พระอารามหลวง บรรดาราชภรทั้งปวงก็น้อมชมชื่นรื่นเริงร้องอวยชัยถวาย พระพร ตั้งเครื่องสักการบูชา เก็บดอกไม้ไปเรียงรายไว้ตาม สดถาวรเป็นอันมาก เชิญเสด็จมาประทับ ณ พระอุโบสถ วัดพระศรีรัตนศาสดาราม ครั้น ณ เวลาย่ำค่ำ พระสงฆ์ ราชาคณะ พระบรมวงศานุวงศ์ผู้ใหญ่ผู้น้อย ข้าราชการ ทหาร พลเรือน พร้อมใจกันปรีชาอัญเชิญให้เสด็จเถลิง ถวัลย์ราชย์มไหศวรรย์สืบหันทมทิศร์ราชวงศ์ ดำรง สิริราชสมบัติ ทรงรับแล้วตั้งพิธีลาพระผนวชเมื่อวันที่ 3 เมษายน พ.ศ. 2394 และเริ่มทำพิธีบรมราชาภิเษกเมื่อ วันที่ 15 พฤษภาคม พ.ศ. 2394 และมีพระราชพิธีบรม ราชาภิเษกพระบาทสมเด็จพระปิ่นเกล้าเจ้าอยู่หัวเมื่อวันที่ 25 พฤษภาคม พ.ศ. 2394

พระบาทสมเด็จพระจอมเกล้าเจ้าอยู่หัวทรงผนวชอยู่ ในสมณเพศยาวนานกว่า 27 พรรษา ทรงมีโอกาสศึกษา หาความรู้ทางตะวันตกกับบรรดาสังฆราช นักบวช และ มิชชันนารี และทรงจาริกไปยังหัวเมืองสำคัญต่างๆ ทำให้ ทรงมีโอกาสพบปะราษฎรสามัญอย่างใกล้ชิด เมื่อเสด็จ ขึ้นครองราชย์จึงทรงนำประเทศสู่ความทันสมัยได้อย่าง ดียิ่ง ทรงมีสัญญาทางการค้ากับอังกฤษ คือ สนธิสัญญา บาวริง เมื่อ พ.ศ. 2398 และต่อมาก็มีการแก้ไขสัญญากับ ประเทศตะวันตกหลายประเทศ ทรงส่งราชทูตไปอังกฤษ

เมื่อ พ.ศ. 2400 และส่งราชทูตไปฝรั่งเศส เมื่อ พ.ศ. 2403 ส่งพระราชสาส์นถึงพระเจ้ากรุงจีน เมื่อ พ.ศ. 2404 และ พ.ศ. 2409 ทรงขุดคลองขึ้นหลายสาย เช่น คลองมหาสวัสดิ์ คลองภาษีเจริญ คลองดำเนินสะดวก คลองเจดีย์บูชา ทรงตัดถนน ได้แก่ ถนนเจริญกรุง ถนนบำรุงเมือง ถนน เพ็ญนคร ทรงจ้างหม่อมแอนนา เลียวโนเวนส์ เข้ามาสอน หนังสือแกไกรส ธิดา และข้าราชการสำนักฝ่ายใน ทรงศึกษา วิชาความรู้ทางตะวันตกจนสามารถคำนวณสุริยุปราคาได้ อย่างแม่นยำ⁽²⁰⁾

เกิดอหิวาตกโรคระบาดครั้งที่ 3 ในกรุงรัตนโกสินทร์ เมื่อ พ.ศ. 2403 โดยเริ่มที่เมืองตากแล้วลามลงมาถึงใน พระนครแต่การระบาดครั้งนี้ไม่รุนแรงนัก

พระบาทสมเด็จพระจอมเกล้าเจ้าอยู่หัวทรงสน พระทัยในความรู้ต่างๆ ตั้งแต่ครั้งทรงผนวชอยู่ ทรงได้ ความรู้ทางการแพทย์จากหมอแคสเวลล์ (Reverend Jesse Caswell) หมอบรัดเลย์ และหมอเฮาส์ เมื่อทรง เสวยราชย์แล้วยังสนพระทัยในยาฝรั่ง เห็นได้จาก พระราชหัตถเลขาที่ทรงมีไปถึงพระยามนตรีสุริยวงศ์ ราชทูตประจำกรุงลอนดอน และเจ้าหมื่นสรรเพธภักดี อุปทูต เพื่อสั่งให้ซื้อยาและอุปกรณ์มาถวาย “อนึ่ง หีบ ใส่ยามียามากหลายอย่าง กับหนังสือสมุดเล็กสำหรับให้ ใช้ยาเหล่านั้น ก็มีกำกับอยู่ด้วย เป็นของใช้ตามห้างบ้าง ที่เรือนบ้าง เรือค้าขายบ้าง ขอท่านได้เอาใจใส่ หามาให้ ข้าพเจ้าสักหีบหนึ่ง กับหนังสือสำหรับหีบด้วย”⁽²⁸⁾

มีหลักฐานในประชุมประกาศรัชกาลที่ 4 เกี่ยวกับ เรื่องหมอนวดหมอยาวว่า “ข้อหนึ่งหมอยาหมอนวดมีคน จะต้องการไว้ใช้อยู่ด้วยกันทุกแห่ง แต่หมอหลวงนั้นถ้า ท่านผู้ใดจะต้องการไว้ใช้ที่บ้านก็อย่าให้บังเอาไว้ใช้

เจียบๆ ราชการหลวงก็ไม่มารับราชการ ถึงคราวเบี้ยหวัด ก็มารับเอาไปเปล่าๆ การหลวงก็ไม่ได้ใช้ มิใช่ว่าในหลวง จะทรงหวงแหน หมอนวดหมอยาก็ห้ามได้ก็ใช้อยู่ด้วย กันต่อไป ถ้าท่านผู้ใดจะต้องการหมอนวดหมอยาไปไว้ใช้ สำหรับวังสำหรับบ้านที่เดียวก็กราบบังคมทูลพระกรุณา จะพระราชทานให้ จะได้ทรงทราบว่าอยู่ที่นั่นๆ”⁽²⁶⁾

ในรัชสมัยของพระบาทสมเด็จพระจอมเกล้า เจ้าอยู่หัวพระเจ้านั่งยาเธอกรมหลวงวงศาธิราชสนิท ได้ทรงแต่งตำราสรรพคุณยาฝรั่ง นับเป็นตำราทางโอสถ- สาสีทยาหรือเภสัชวัตถุเล่มแรกของไทย มีบันทึก“ยาฝรั่ง” 42 ชนิด พร้อมทั้งสรรพคุณเมื่อ พ.ศ. 2403⁽²⁵⁾ ยาฝรั่งดังกล่าวยังไม่เป็นที่ยอมรับของคนไทย สมเด็จฯ กรมพระยา ดำรงราชานุภาพทรงเล่าว่ายาควินิน หรือ “ยาชาวฝรั่ง” นี้ กรมหลวงวงศาธิราชสนิทต้องใช้ “อุบาย” เพื่อให้ชาวบ้าน สมัยนั้นนิยมกิน โดยทรงสอดใส่ไว้ในยาเม็ดแก้ไข้ตำรับ ยาไทย ซึ่งหมอไทยอธิบายว่า “ยาควินินดีกว่ายาไทย แต่ คนไข้ไม่ยอมกิน ก็ได้แต่ต้องปลอมเป็นยาไทยสุดแต่ให้ใช้ หายเป็นปรมาณ”⁽²⁹⁾

1.6 รัชสมัยพระบาทสมเด็จพระจุลจอมเกล้าเจ้าอยู่หัว (พ.ศ. 2411–2453)

เมื่อพระบาทสมเด็จพระจอมเกล้าเจ้าอยู่หัวเสด็จ สวรรคต พระบาทสมเด็จพระจุลจอมเกล้าเจ้าอยู่หัว ทรงมีพระชนมพรรษาเพียง 15 พรรษา 10 วันเท่านั้น ร.4 ไม่ทรงตั้งรัชทายาท เพราะทรงทราบดีจากครั้ง กรุงศรีอยุธยาที่มีพระมหากษัตริย์ที่ทรงพระเยาว์ 5 พระองค์ ล้วนถูกสำเร็จโทษประหารทั้งสิ้น จึงให้เป็นหน้าที่ของ บรรดาเจ้านายพระบรมวงศานุวงศ์ ขุนนาง ข้าราชการ ผู้ใหญ่ รวมทั้งพระราชาคณะทั้งปวงจะตกลงพร้อมใจกัน เห็นสมควร ว่าผู้ใดจะเหมาะสมที่จะครองราชย์สืบต่อไป ซึ่งครั้งนั้นก็เกิด“อเนกนิกรสโมสรสมมติ” ทุกฝ่ายพร้อมใจ กันเป็นเอกฉันท์กราบทูลอัญเชิญสมเด็จพระเจ้าลูกยาเธอ เจ้าฟ้ากรมขุนพิษณุตนประสาธน์ขึ้นครองราชย์ เมื่อคืนวัน ที่ 1 ตุลาคม พ.ศ. 2411⁽³¹⁾ ทรงครองราชย์ยาวนานกว่า พระมหากษัตริย์ในอดีตทุกพระองค์ แม้จะทรงประสบ ความยากลำบากจากเหตุปัจจัยสำคัญ 3 ประการ ได้แก่

ในสมัยดังกล่าวมีสตรีไทยได้ไปศึกษาวิชาการ พยาบาลเป็นคนแรก คือ แม่เต๋อ ประทีปเสนา เดิม ชื่อรอด เป็นบุตรของโหรเชลยศักดิ์ ซึ่งเป็นพราหมณ์ มาจากลังกา เมื่ออายุ 9 ขวบบิดาได้พาไปฝากกับ หมอมัตตุนและหม่อมมัตตุน ได้เปลี่ยนชื่อเป็น เอสเทอร์ (Ester) ได้เดินทางไปสหรัฐอเมริกาพร้อม หม่อมมัตตุน เมื่อ พ.ศ. 2401 กลับมาเมื่อ พ.ศ. 2404 แต่งงานกับนายแน ประทีปเสนา เมื่อ พ.ศ. 2405 มี อาชีพทางเย็บปักถักร้อยและการพยาบาล มักได้รับเชิญ ไปทำการพยาบาลและทำคลอดตามบ้านและวังเจ้านาย เช่น สมเด็จพระนางเจ้ารำไพพรรณี เมื่อยังทรงพระเยาว์ หม่อมเจ้าพัฒนายุ ดิศกุล พระธิดาสมเด็จกรมพระยาดำรง ราชานุภาพ⁽³⁰⁾

ในส่วนของพระบาทสมเด็จพระปิ่นเกล้าเจ้าอยู่หัวได้ โปรดเกล้าฯ ให้มีกรมหมอฝรั่งขึ้นในทำเนียบข้าราชการ วังหน้ามีตำแหน่งต่างๆ ได้แก่ ขุนระงับพิษภัย เจ้ากรมชาว ศักดินา 400 ขุนสนิทเวชยา เจ้ากรมซ้าย ศักดินา 400 หมื่นแมทธิ เวทยา ปลัดกรมขวา ศักดินา 300 หมื่นชำนาญแมทธิ เวทยา ปลัดกรมซ้าย ศักดินา 300⁽²³⁾

1) ทรงขึ้นครองราชย์ตั้งแต่ยังทรงพระเยาว์ “และยัง ข้าเจ้บเกือบจะถึงแก่ความตายอันไม่มีผู้ใดสักคนเดียวซึ่งจะ เชื่อว่าจะรอด ยังข้าถูกอันตรายอันใหญ่ คือ ทูลกระหม่อม เสด็จสวรรคตในเวลานั้น เปรียบเหมือนคนที่ศีรษะขาด แล้วจำเอาแต่ร่างกายขึ้นตั้งไว้ในที่สมมติกษัตริย์ เหลือที่ จะพรรณนาถึงความทุกข์อันต้องเป็นกำพวดในอายุเพียง เท่านั้น และความหนักหน่วงของมงกุฎอันเหลือที่จะคอ จะทานไว้ได้ ทั้งมีศัตรูซึ่งมุ่งหมายอยู่โดยเปิดเผยรอบข้าง ทั้งหลายในภายนอกหมายเอาทั้งในกรุงและต่างประเทศ ทั้งโรคภัยภายในเปียดเบียนแสนสาหัส”⁽³²⁾

2) มีการแต่งตั้งกรมพระราชวังบวรสถานมงคล คือ กรมหมื่นบวรวิไชยชาญ ซึ่งมีพระชนมพรรษาสูงกว่า พระองค์ท่านถึง 16 ปี ซึ่งต่อมาเกิดความขัดแย้งเกือบถึง ขึ้นจะรบกัน เรียกว่า วิกฤตการณ์วังหน้า

3) เกิดวิกฤตการณ์ เมื่อ ร.ศ.112 หรือ พ.ศ. 2436 มีการปะทะกับฝรั่งเศสถึงขั้นเกือบทำให้เสียแผ่นดิน

ด้วยพระปรีชาสามารถของพระบาทสมเด็จพระจุลจอมเกล้าเจ้าอยู่หัว ทำให้ทรงนำพาประเทศสู่ความเจริญก้าวหน้าอย่างยิ่ง เฉพาะงานด้านการแพทย์และสาธารณสุขก็มีเป็นอเนกประการพอสรุปได้โดยสังเขปดังนี้

- พ.ศ. 2413 โปรดเกล้าฯ ให้พระเจ้าบรมวงศ์เธอกรมหมื่นกุฎราชฤดี จางวางกรมแพทยยา และคณะ ข้าราชการแพทยศาสตร์ต่างๆ จัดทำเป็น ตำราเวชศาสตร์ฉบับหลวง ประกอบด้วยคัมภีร์แพทย์ 10 คัมภีร์ ได้แก่ คัมภีร์ปฐมจินดา คัมภีร์ธาตุวิภังค์ คัมภีร์สมุฏฐานวินิจัย คัมภีร์มหาโชดรัต คัมภีร์ชวดาร คัมภีร์โรคนิทาน คัมภีร์มูจนาปักชันหา คัมภีร์ตักกิสลา พระคัมภีร์กระษัย และพระคัมภีร์สรรพคุณ⁽³³⁾ ซึ่งนับเป็นครั้งแรกของตำราการแพทย์แผนไทยที่ปรากฏสมัยนั้น ต่อมาในสมัยพิมพ์เมื่อ พ.ศ. 2542 ได้มีเนื้อหาคัมภีร์อื่นเพิ่มเติม ได้แก่ คัมภีร์แผนนวด พระตำรับแผนฝีดาษ คัมภีร์มรณญาณศาสตร์ และคัมภีร์อุทรโรค⁽³⁴⁾

- พ.ศ. 2424 เกิดอหิวาตกโรคระบาด ทรงโปรดฯ ให้จัดตั้งโรงพยาบาลชั่วคราว เรียกว่า โรงพยาบาลเอกเทศ 48 แห่งในกรุงเทพฯ เมื่อโรคระบาดสงบก็เลิกไป⁽³⁵⁾ และทรงให้พระองค์เจ้าสายสนธิวงศ์จัดเรือนำคณะหมอหลวงออกไปปลูกฝีให้ประชาชนในจังหวัดอยุธยาและหัวเมืองใกล้เคียง ต่อมาโปรดให้หมอหลวงออกไปปลูกฝีทั้งหัวเมืองเหนือและหัวเมืองใต้เป็นประจำทุกปี⁽²³⁾

- พ.ศ. 2429 ทรงโปรดฯ ให้จัดตั้งคอมมิตตีขึ้นเพื่อจัดตั้งโรงพยาบาล มีพระเจ้าน้องยาเธอกรมหมื่นสิริรัชสภากาเป็นองค์ประธาน พระเจ้าน้องยาเธอพระองค์เจ้าศรีเสาวภาคย์เป็นผู้ดำเนินงานและรับหน้าที่จัดการในโรงพยาบาล ต่อมาสมเด็จพระเจ้าลูกยาเธอเจ้าฟ้าศิริราชกกุธภัณฑ์พระโอรสองค์ที่ 53 สิ้นพระชนม์ด้วยโรคพระบิด เมื่อวันที่ 31 พฤษภาคม พ.ศ. 2430 ทรงเสียพระทัยมากที่เห็นพระโอรสที่ได้รับการดูแลอย่างดีต้องทุกข์ทรมานถึงเพียงนั้น ทรงนึกถึงราษฎรว่าจะทุกข์ทรมานมากสักเพียงไหน จึงให้นำไม้พระเมรุไปก่อสร้างโรงพยาบาล และขอพระราชทานทรัพย์สิ้น

ของเจ้าฟ้าศิริราชฯ จากสมเด็จพระศรีพัชรินทราบรมราชินีไปเป็นทุนประเดิมสร้างโรงพยาบาลศิริราช จนสำเร็จเปิดให้บริการได้เมื่อ พ.ศ. 2431 ในปีเดียวกันนั้น มีการตั้งโรงพยาบาลอีกแห่งหนึ่งที่หน้าวังบูรพาภิรมย์ชื่อว่า โรงพยาบาลเฉลิมป้อมมหาชัย ต่อมาเปลี่ยนชื่อเป็นบูรพาพยาบาล และมีการตั้งกรมพยาบาลขึ้นในปีเดียวกันนั้น

- พ.ศ. 2432 ตั้งโรงเรียนแพทยากรปีเดียวกันนั้น สมเด็จพระศรีพัชรินทราบรมราชินีนาถ ทรงมีพระประสงค์ให้เจ้าฟ้าอัษฎางค์เดชาวุธทรงมีพระอาการไข้ กรมหมื่นบำราบปรปักษ์ทรงแนะนำให้ทราบถึงประโยชน์ของการพยาบาลแบบตะวันตก ทรงขอพระบรมราชานุญาตให้เลิกการพทมเพลิง (อยู่ไฟ) ปรากฏผลเป็นที่พอพระราชหฤทัย ต่อมาจึงได้เลิกการพทมเพลิงในพระบรมมหาราชวังไป⁽²³⁾ ในปีเดียวกันหมอเอสตั้งโรงพยาบาลบางรัก ต่อมากรมพยาบาลได้รับมาบริหาร ปัจจุบัน คือ โรงพยาบาลเลิดสิน ปีเดียวกันนั้น ยังจัดตั้งโรงพยาบาลคนเสียจริตขึ้นที่ปากคลองสาน

- พ.ศ. 2435 เมื่อมีการจัดตั้งมณฑลเทศาภิบาล มีการตั้งแพทย์ประจำเมืองเมืองละ 1 นายทำหน้าที่รักษาข้าราชการและครอบครัว ดูแลรักษานักโทษในเรือนจำ และป้องกันโรคระบาด

- พ.ศ. 2436 จัดตั้งโรงพยาบาลสภาอุณาโลมแดงเพื่อรักษาทหารทั้งไทยและฝรั่งเศสจากการพิพาทด้านแม่น้ำโขง ต่อมาได้ยกเลิกไปในปีพ.ศ. 2446

พ.ศ. 2439 ตั้งโรงเรียนแพทย์มดงครุฑ

พ.ศ. 2439-2445 ตั้งโอสถศาลาในหัวเมือง

พ.ศ. 2440 ตั้งกรมสุขาภิบาล

พ.ศ. 2444 ทดลองทำหนองฝีใช้เองในประเทศ

พ.ศ. 2445 ยกเลิกโอสถศาลาเดิม ตั้งโอสถศาลาของรัฐบาล ตั้งโรงพยาบาลเทพศิรินทร์และโรงพยาบาลสามเสน

พ.ศ. 2449 ตั้งแพทย์ประจำตำบล

พ.ศ. 2451 ตั้งสถานพยาบาลโรคเรื้อนแห่งแรกที่จ.เชียงใหม่

1.7 รัชสมัยพระบาทสมเด็จพระมงกุฎเกล้าเจ้าอยู่หัว (พ.ศ. 2453–2468)

พระบาทสมเด็จพระมงกุฎเกล้าเจ้าอยู่หัวได้รับสถาปนาเป็นพระบรมโอรสาธิราชสยามมกุฎราชกุมาร หลังจากเจ้าฟ้ามหาวชิราวุธ พระบรมโอรสาธิราช สยามมกุฎราชกุมาร พระองค์แรกเสด็จสวรรคต ทรงเป็นพระมหากษัตริย์พระองค์แรกของสยามที่ทรงสำเร็จการศึกษาจากอังกฤษ และเสด็จขึ้นครองราชย์ตามกฎหมายเต็มยวบาลว่าด้วยการสืบราชสันตติวงศ์ จึงทรงติดตามข่าวสารและความเจริญของนานาอารยประเทศได้อย่างดี ทรงตัดสินใจพระทัยอย่างชาญฉลาดในการเข้าร่วมกับฝ่ายสัมพันธมิตรในสงครามโลกครั้งที่ 1 ทั้ๆ ที่ขุนนางข้าราชการส่วนใหญ่ศึกษาจากเยอรมัน และต้องการเข้าร่วมกับฝ่ายเยอรมันทำให้ไทยได้เป็นฝ่ายชนะในมหาสงครามครั้งนั้น ได้เป็นสมาชิกก่อตั้งสันนิบาตชาติ ทรงมีพระราชกรณียกิจเกี่ยวกับการแพทย์และสาธารณสุขไทยสรุปได้โดยสังเขปดังนี้⁽³⁶⁾

- พ.ศ. 2455 ตั้งปาตุสภาหรือสถาบันปาสเตอร์ ปัจจุบัน คือ สถานเสาวภา ในปีเดียวกันได้ตั้งศิริพยาบาล และตั้งกรมพยาบาลใหม่
- พ.ศ. 2456 เริ่มตั้งโอสถสถาน หรือโอสถศาลาขึ้นในบางจังหวัด ต่อมาพัฒนาเป็นสุขศาลา สถานอนามัย ศูนย์การแพทย์และอนามัยชนบท ศูนย์การแพทย์และอนามัย โรงพยาบาลอำเภอ ปัจจุบัน คือ โรงพยาบาลชุมชน

- พ.ศ. 2457 สร้างโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์
- พ.ศ. 2460 ตั้งโรงเรียนกรมแพทย์ทหารบก
- พ.ศ. 2461 ตั้งกรมสาธารณสุข
- พ.ศ. 2464 เริ่มขอความสนับสนุนจากมูลนิธิร็อกกีเฟลเลอร์ เพื่อปรับปรุงโรงเรียนแพทย์ ซึ่งมูลนิธิร็อกกีเฟลเลอร์ได้เข้ามาดำเนินการตั้งแต่พ.ศ. 2466 จนสิ้นสุดเมื่อพ.ศ. 2476
- พ.ศ. 2465 ตั้งสมาคมแพทย์ขึ้นครั้งแรกในชื่อ แพทยสมาคมแห่งกรุงสยาม ปัจจุบัน คือ แพทยสมาคมแห่งประเทศไทยฯ ในปีเดียวกัน มีการก่อตั้งกองอนุสภาคาชาต และโรงเรียนนางพยาบาลของสภาภาาชาต
- พ.ศ. 2466 ตั้งสำนักงานคนป่วยโรคเรื้อน พระประแดง และมีการตรา พ.ร.บ.การแพทย์ เพื่อควบคุมการประกอบโรคศิลปะทุกแขนง
- พ.ศ. 2467 ประชุมอบรมแพทย์สาธารณสุขครั้งแรกที่สถานเสาวภา
- พ.ศ. 2468 คณะมิชชันนารีตั้งโรงพยาบาลโรคเรื้อนที่นครศรีธรรมราช ได้รับเงินอุดหนุนจากรัฐบาล ปีละ 4,000 บาท

1.8 รัชสมัยพระบาทสมเด็จพระปกเกล้าเจ้าอยู่หัว (พ.ศ. 2465-2477)

ในรัชสมัยของพระบาทสมเด็จพระปกเกล้าเจ้าอยู่หัว เกิดการเปลี่ยนแปลงการปกครองแผ่นดินจากระบอบสมบูรณาญาสิทธิราชย์เป็นระบอบประชาธิปไตยอันมีพระมหากษัตริย์ทรงเป็นประมุขเมื่อ พ.ศ. 2475 หลังจากนั้นราวสองปีก็ทรงสละราชสมบัติ มีเรื่องสำคัญด้านการแพทย์และสาธารณสุขที่สมควรบันทึกไว้โดยสังเขป ดังนี้⁽³⁶⁾

- พ.ศ. 2470 รับนิสิตหญิงเข้าเรียนเตรียมแพทย์เป็นรุ่นแรก จำนวน 7 คน สำเร็จการศึกษาใน พ.ศ. 2475 จำนวน 3 คน คือ ม.ร.ว.สรวงศรี เกษมศรี น.ส.ฉลอง ไกรจิตติ และ น.ส.ไทยเอื้อง อรุณรักษ์ ในปี 2470 นี้ มีการตรวจผู้ป่วยด้วย

เครื่องเอกซเรย์เป็นครั้งแรก และมีการอบรม “หมอตำแย” ครั้งแรกที่ศิริพยาบาล ต่อมาเปลี่ยนชื่อเป็น “ผดุงครรภ์ชั้นสอง” จบแล้วส่งไปประจำตามสุขศาลาประจำอำเภอต่างๆ ต่อมา ตั้งเป็นโรงเรียนผดุงครรภ์ชั้นสองที่ศิริพยาบาลเมื่อ พ.ศ. 2474

- พ.ศ. 2472 มีการแบ่งประเภทการประกอบโรคศิลปะ เป็นแผนปัจจุบันและแผนโบราณ ตั้งสภาการแพทย์ ตั้งกองโรคติดต่อ และกองสถิติในกรมสาธารณสุข

1.9 รัชสมัยพระบาทสมเด็จพระปรเมนทรมหาอานันทมหิดล (พ.ศ. 2477-2489)

พระบาทสมเด็จพระปรเมนทรมหาอานันทมหิดล ทรงขึ้นครองราชย์ตั้งแต่ทรงพระเยาว์ พระชนมพรรษาได้เพียง 8 พรรษา และทรงใช้เวลาส่วนใหญ่ศึกษาเล่าเรียนในต่างประเทศ เมื่อเสด็จนิวัติพระนครได้ช่วงเวลาสั้นๆ ก็เสด็จสวรรคต งานส่วนใหญ่จึงเป็นบทบาทหน้าที่ของรัฐบาล มีเรื่องสำคัญด้านการแพทย์และสาธารณสุขที่ควรบันทึกไว้โดยสังเขป ดังนี้⁽³⁶⁾

พ.ศ. 2479 มีการปรับปรุงแก้ไข พ.ร.บ.การแพทย์ พ.ศ. 2466 เป็น พ.ร.บ.ควบคุมการประกอบโรคศิลปะ ตัดเรื่องการนวดออกจากรายการประกอบโรคศิลปะ ในปีเดียวกัน มีการแยกโรงเรียนเภสัชกรรมไปเป็นแผนกอิสระ ซึ่งต่อมาพัฒนาเป็นคณะเภสัชศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ในปีเดียวกัน ดร.ตัว ลพานุกรม ตั้งกองเภสัชกรรมขึ้นสำเร็จ เป็นจุดเริ่มต้นของอุตสาหกรรมยาในประเทศ

พ.ศ. 2482 จอมพล ป.พิบูลสงคราม ออกรื้อรื้อนิยามก่อนหน้านั้นได้กำหนดให้ใช้ภาษาไทยในการเรียนการสอน และการเขียนรายงานทางการแพทย์ ก่อปัญหาขึ้นมากมาย เพราะต้องมีศัพท์ที่กำหนดขึ้นใหม่ เข้าใจยากจำนวนมาก

พ.ศ. 2483 ตั้งโรงเรียนแพทย์เสนารักษ์ขึ้นใหม่ ในกรมแพทยทหารบก เป็นหลักสูตรแพทย์ 4 ปี ลดจากเดิมซึ่งเป็นหลักสูตร 6 ปี แต่มีการต่อต้านมาก จึงผลิตได้เพียง 4 รุ่นก็เลิกไป

พ.ศ. 2484 ปิดโรงเรียนแพทย์ชั่วคราวระหว่างสงคราม

พ.ศ. 2485 ตั้งกระทรวงสาธารณสุขเมื่อวันที่ 10 มีนาคม พ.ศ. 2485 กรมประชาสงเคราะห์เข้ามาสังกัดอยู่ด้วย แต่ถูกโอนกลับไปกระทรวงมหาดไทยใน พ.ศ. 2487 กรมการแพทย์รับโอน “สุขศาลาขึ้นหนึ่ง” ในจังหวัดต่างๆ ปรับปรุงเป็นโรงพยาบาลจังหวัด และเริ่มการก่อสร้างโรงพยาบาลจังหวัดขึ้นทั่วประเทศ

พ.ศ. 2489 ก่อตั้งคณะแพทยศาสตร์แห่งที่ 2 ของประเทศที่โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ และพระบาทสมเด็จพระปรเมนทรมหาอานันทมหิดลสวรรคตจากกระสุนปืน จนต้องมีการตั้ง “ศาลากลางเมือง” ขึ้น เป็นจุดเริ่มต้นของการพัฒนาวิชานิติเวชศาสตร์

1.10 รัชสมัยพระบาทสมเด็จพระปรเมนทรมหาภูมิพลอดุลยเดช (พ.ศ. 2489–2559)

พระบาทสมเด็จพระปรเมนทรมหาภูมิพลอดุลยเดช ทรงครองราชย์ยาวนานที่สุด และทรงพระปรีชาสามารถอย่างยิ่ง ทรงครองราชย์ และครองใจประชาชนได้อย่างล้าลึก สมกับพระปฐมบรมราชโองการของพระองค์ท่านที่ทรงประกาศว่า “เราจะครองแผ่นดินโดยธรรมเพื่อประโยชน์สุขแห่งมหาชนชาวสยาม” ทรงมีพระราชกรณียกิจด้านการแพทย์และสาธารณสุขมากมาย สรุปลงโดยสังเขปได้ดังนี้⁽³⁷⁾

- พ.ศ. 2488 พระราชานิพนธ์เพลงยามเย็น พระราชทานให้วงดนตรีนำไปบรรเลงในงานดนตรีการกุศล หาเงินสมทบทุนช่วยเหลือโครงการต่อต้านวัณโรค พ.ศ. 2492 พระราชทานพระราชทรัพย์ส่วนพระองค์ 300,000 บาท สร้างตึกมิตถลวงศานุสรณ์ ให้สภากาชาดไทยใช้เป็นห้องปฏิบัติการผลิตวัคซีนบีซีจี ป้องกันวัณโรค ซึ่งต่อมา

องค์การอนามัยโลกได้รับรองคุณภาพวัคซีนบีซีจีที่ผลิตในประเทศไทย และยูนิเซฟได้นำไปใช้ในต่างประเทศด้วย

- พ.ศ. 2497 โปรดเกล้าฯ ให้ฉายภาพยนตร์ส่วนพระองค์ นำรายได้ทั้งหมดพระราชทานเป็นทุนในการสร้างตึกอานันทมหิดลที่โรงพยาบาลศิริราช ตึกหลังนี้ใช้สำหรับรับเด็กที่ป่วยด้วยโรคติดต่อ มีประชาชนร่วมบริจาคจำนวนมาก จนมีเงินเหลือนำไปพระราชทานสร้างสถาบันฝึกอบรมเจ้าหน้าที่โรคเรื้อรังที่สถานพยาบาลพระประแดง ต่อมา ได้ทรงพระราชทานเพิ่มเติมอีกเป็นอันมาก ก่อตั้งเป็นสถาบันราชประชาสมาสัย มูลนิธิราชประชาสมาสัยและยังพระราชทานเงินส่วนหนึ่งก่อตั้งมูลนิธิอานันทมหิดลให้ทุนการศึกษาเพื่อไปศึกษาวิชาการชั้นสูงในต่างประเทศหลายสาขา

- พ.ศ. 2498 โปรดฯ ให้สร้างเรือ “เวชพาหน์” เป็นหน่วยแพทย์เคลื่อนที่รักษาพยาบาลประชาชนตามสองฝั่งแม่น้ำ

- พ.ศ. 2501 เกิดการระบาดของอหิวาตกโรคได้โปรดฯ พระราชทานเงินตั้งเป็นกองทุนปราบอหิวาตกโรคและเครื่องผลิตน้ำกลั่นเพื่อทำน้ำเกลือรักษาผู้ป่วย ทรงจัดตั้งหน่วยฉีดวัคซีนและสนับสนุนให้มีการค้นคว้าวิจัย

- พ.ศ. 2502 ทรงสนับสนุนการก่อสร้างโรงพยาบาลหลายแห่ง เช่น อาคารหลังหนึ่งที่ รพ.แพร่ อาคารคนไข้พิเศษ “ราชสาทิศ” ที่โรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าพระยา (พ.ศ. 2503) ตึกวิจัยประสาทวิทยา ที่ รพ.ประสาทวิทยา (พ.ศ. 2504) อาคาร “ราชประชานุสรณ์” ที่ รพ.ปราจีนบุรี (พ.ศ. 2504) อาคาร “ราชพิทย” ที่ รพ.บุรีรัมย์ (พ.ศ. 2505)

- พ.ศ. 2510 เริ่มตั้งหน่วยแพทย์เคลื่อนที่พระราชทาน และก่อตั้งขึ้นอีกรวม 8 หน่วย

- พ.ศ. 2535 มีการก่อตั้งมูลนิธิรางวัลเจ้าฟ้ามหิดลเพื่อพระราชทานรางวัลระดับโลกเทียบเท่ารางวัลโนเบลแก่แพทย์และนักการสาธารณสุขทั่วโลก ในวโรกาสที่สมเด็จพระ

พระมหิตลธิเบศรอดุลยเดชวิกรม พระบรมราชชนก ทรงพระราชสมภพครบ 100 ปี

พระบาทสมเด็จพระปรมินทรมหาภูมิพลอดุลยเดช ทรงได้รับยกย่องอย่างสูงในระดับนานาชาติ ในด้านสาธารณสุข ทรงได้รับการถวายรางวัลทรงเกียรติ ได้แก่ องค์การอนามัยโลก ได้ทูลเกล้าฯ ถวายรางวัลเหรียญทองสุขภาพดีถ้วนหน้า เมื่อ พ.ศ. 2535 คณะกรรมการระหว่างประเทศเพื่อการควบคุมโรคขาดสารไอโอดีน ได้ทูลเกล้าฯ ถวายเหรียญทองสดุดีพระเกียรติคุณที่ทรงพระราชทานแนวคิด และทิศทางในการเผยแพร่ยาเสริมไอโอดีน และสถาบันแพรงคลิน และเอลินอร์ รูสเวลต์ ได้ทูลเกล้าฯ ถวายรางวัล Franklin Delano Roosevelt International Disability Award เมื่อ พ.ศ. 2544 ในฐานะที่ประเทศไทยมีความก้าวหน้าในการดำเนินการที่สำคัญตามเป้าหมายของแผนปฏิบัติการระดับโลกขององค์การสหประชาชาติว่าด้วยคนพิการ

1.11 รัชสมัยพระบาทสมเด็จพระปรมินทรมหาชิราลงกรณ บดินทรเทพยวรางกูร

พระบาทสมเด็จพระปรมินทรมหาชิราลงกรณ บดินทรเทพยวรางกูร ได้ทรงรับการสถาปนาโปรดเกล้าฯ ขึ้นเป็นสมเด็จพระบรมโอรสาธิราช สยามมกุฎราชกุมาร เมื่อวันที่ 28 ธันวาคม พ.ศ. 2515 ทรงถวายสัตย์ปฏิญาณในพระราชพิธีถือน้ำพิพัฒน์สัตยา ว่า “ข้าพเจ้าผู้เป็นสยามมกุฎราชกุมาร จะรักษาเกียรติยศและอริยศักดิ์ ซึ่งทรงพระกรุณาโปรดเกล้าฯ พระราชทานไว้ด้วยชีวิต จะจงรักภักดีต่อชาติบ้านเมือง จะซื่อสัตย์ต่อประชาชน จะปฏิบัติหน้าที่ทุกอย่างโดยเต็มกำลังสติปัญญาความสามารถและความเสียสละเพื่อความเจริญสงบสุขและความมั่นคงไพบูรณ์ของประเทศไทย จนตราบเท่าชีวิตร่างกายจะหาไม่”

ต่อมา เมื่อพระบาทสมเด็จพระปรมินทรมหาภูมิพลอดุลยเดชพระบรมนาถบพิตร ได้เสด็จสวรรคต เมื่อวันที่ 13 ตุลาคม พ.ศ. 2559 ต่อมาเมื่อวันพฤหัสบดีที่ 1 ธันวาคม พ.ศ. 2559 เวลา 19.16 น. ทรงมีพระราชดำรัสตอบรับการขึ้นทรงราชย์ ว่า “ตามที่ประธานสภานิติบัญญัติแห่งชาติปฏิบัติ

หน้าที่ประธานรัฐสภา ได้กล่าวในนามของปวงชนชาวไทย เชิญข้าพเจ้าขึ้นครองราชย์เป็นพระมหากษัตริย์ ถ้าเป็นไปตามพระราชประสงค์ของพระบาทสมเด็จพระปรมินทรมหาภูมิพลอดุลยเดช บรมนาถบพิตร และเป็นไปตามบทบัญญัติของกฎหมายเทียบบาลว่าด้วยการสืบราชสันตติวงศ์กับรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทยนั้น ข้าพเจ้าขอตอบรับเพื่อสนองพระราชปณิธาน และเพื่อประโยชน์ของประชาชนชาวไทยทั้งปวง”

ทรงมีพระราชกรณียกิจเกี่ยวกับการแพทย์และสาธารณสุข ตั้งแต่ครั้งยังทรงดำรงพระอิสริยยศเป็นสมเด็จพระบรมโอรสาธิราชสยามมกุฎราชกุมาร โดยทรงเป็นองค์นายกิตติมศักดิ์ของมูลนิธิโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราช ได้เสด็จพระราชดำเนินทรงเป็นประธานในพิธีวางศิลาฤกษ์ และเปิดโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราช ซึ่งทุกแห่งอยู่ในท้องที่ทางไกลทุรกันดาร ทรงสนพระราชหฤทัยในกิจการของโรงพยาบาล และได้เสด็จไปตรวจเยี่ยมเพื่อติดตามผล

การดำเนินงานอย่างสม่ำเสมอ และได้ทรงพระราชทาน พระราโชบายแก่กระทรวงสาธารณสุข เพื่อใช้เป็น แนวทางในการพัฒนาโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชให้มี ประสิทธิภาพสามารถให้บริการที่มีคุณภาพแก่ประชาชน

ทรงมีพระราชปรารภให้บ้านเมืองไทยเป็น “บ้าน แสนสุข” ประชาชนชาวไทยมีความสุขความเจริญทั่วหน้า ทรงเปี่ยมด้วยพระมหากรุณาธิคุณในอันที่จะทรงชี้แนะ พระราชทานแนวทางแห่งความสุข ดังวิธีการพระราชทาน ที่ปรากฏในพระราชหัตถเลขาซึ่งได้เชิญมาตีพิมพ์บนปก หนังสือสวดมนต์ 28 กรกฎาคม 2560 ว่า

“ความสุขในตัวเริ่มจากใจ และทัศนคติที่ดีต่อผู้อื่น ส่วนรวม และตนเอง

สุขในการบำเพ็ญประโยชน์ให้ผู้อื่นและส่วนรวมมีสุข

สุขในการเข้าใจและเห็นใจผู้อื่น

สุขในการให้ ทั้งกำลังกาย กำลังใจ ให้ผู้อื่นและส่วน รวมมีสุข

สุขในการพัฒนาร่างกาย จิตใจและปัญญา ในทาง สร้างสรรค์ความเจริญให้ตนเองและผู้อื่น

การสวดมนต์และปฏิบัติธรรม ทำให้มีความสุข สงบ มีสติ สมาธิและปัญญา ตลอดจนเป็นกุศล สิริมงคลต่อทุกคน และจะนำมาสู่ความเจริญและความสุขที่กล่าวมานั้นแล...”

1.12 การกิจด้านสาธารณสุขของพระบรมวงศานุวงศ์ในรัชสมัยพระบาทสมเด็จพระปรมินทรมหาภูมิพลอดุลยเดช (รัชกาลที่ 9) และพระบาทสมเด็จพระปรเมนทรมหาอานันทมหิดลวชิราลงกรณ บดินทรเทพยวรางกูร (รัชกาลที่ 10)⁽³⁸⁾

1.12.1 สมเด็จพระนางเจ้าสิริกิติ์ พระบรมราชินีนาถ

ทรงส่งเสริมและสนับสนุนโครงการด้านสุขภาพ อนามัยของพระบาทสมเด็จพระปรมินทรมหาภูมิพล อดุลยเดชมาโดยตลอด ทรงดำรงตำแหน่งองค์สภานายิกา สภากาชาดไทย ทรงเป็นองค์อุปถัมภ์องค์การสมาคมและ มูลนิธิต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับด้านการแพทย์และสาธารณสุข มากมายหลายแห่ง อาทิ มูลนิธิช่วยเหลือคนตาบอด มูลนิธิ ช่วยเด็กปัญญาอ่อน มูลนิธิอนุเคราะห์คนทุพพลภาพ เป็นต้น และสิ่งที่สำคัญคือทรงเป็นองค์อุปถัมภ์โครงการณรงค์ให้ วัคซีนโปลิโอ ทำให้ผู้ป่วยด้วยโรคโปลิโอลดลงมาเป็นลำดับ และอยู่ในสภาวะที่สามารถจะกวาดล้างโรคนี้ได้หมดไป จากประเทศไทยในไม่ช้า

นอกจากนี้ยังมีพระราชกรณียกิจที่ทั่วโลกชื่นชม ยกย่องคือผลงานด้าน “สร้างความสมดุลระหว่าง เทคโนโลยีกับธรรมชาติ” จึงทรงได้รับรางวัล ลินเบอร์ก อวอร์ด” (Lindbergh Award) เมื่อวันที่ 16 พฤษภาคม พ.ศ. 2538 จาก Charles A and Anne Morrow Lindbergh Foundation และผลงานด้านการเป็นผู้นำ ในการสนับสนุนและส่งเสริมการดำเนินงานด้านอาหาร ปลอดภัยในระดับประเทศและนานาชาติ จึงทรงได้รับ รางวัล Food Safety Awards เมื่อวันที่ 9 สิงหาคม พ.ศ. 2548 จากองค์การอนามัยโลก นับเป็นสุภาพสตรี

พระองค์แรกที่ได้รับการทูลเกล้าฯ ถวายรางวัลดังกล่าว

นอกจากนี้ ยังมีพระราชกรณียกิจในด้านการแพทย์ และสาธารณสุข อาทิ โครงการแพทย์หลวง โครงการ หมอหมู่บ้าน รวมทั้งทรงอุปถัมภ์คนไข้ในพระบรมราชานุ- เเคราะห์ เป็นต้น

1.12.2 สมเด็จพระศรีนครินทราบรมราชชนนี

ทรงเป็นพระบรมราชวงศ์ที่สำคัญอีกพระองค์ที่ ทรงพระราชกิจนันทนาการเกี่ยวกับสุขภาพอนามัยของ ประชาชน ดังต่อไปนี้

พ.ศ. 2499 ทรงรับมูลนิธิอนุเคราะห์คนพิการไว้ใน พระราชูปถัมภ์ โดยทรงพระราชทานพระราชทรัพย์และ ทรงรับเป็นพระราชภาระในการติดต่อกับบุคคลและองค์ กรอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องทั้งในและนอกประเทศ เพื่อช่วยเหลือ ผู้พิการทุกสาขา

พ.ศ. 2506 ทรงรับเป็นองค์อุปถัมภ์มูลนิธิช่วย คนโรคเรื้อรัง จังหวัดลำปาง และโรงเรียนจิตต์อารี โดย พระราชทานพระราชทรัพย์ส่วนพระองค์ในการก่อสร้าง อาคารเรียน หอพัก ทุนอุปการะบุตรผู้ป่วยโรคเรื้อรังและ พระราชทรัพย์ส่วนพระองค์สนับสนุนการดำเนินงาน โรงเรียนจิตต์อารีทุกปี เป็นผลให้บุตรผู้ป่วยโรคเรื้อรังและ ผู้ยากจนมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

พ.ศ. 2510 รัฐบาลนิวัติชีวิตใหม่ไว้ในพระอุปถัมภ์เพื่อช่วยเหลือฟื้นฟูสมรรถภาพแก่ผู้ป่วยจากโรคเรื้อรังที่พิการ

พ.ศ. 2512 เริ่มก่อตั้งหน่วยแพทย์เคลื่อนที่ พอ.สว. ซึ่งเป็นคณะแพทย์อาสาสมัครประกอบด้วยแพทย์ ทันตแพทย์ พยาบาล เจ้าหน้าที่สาธารณสุขและอาสาสมัครสนับสนุนจากส่วนกลางและส่วนภูมิภาคไปปฏิบัติงานรักษาป้องกันส่งเสริมและฟื้นฟูสุขภาพอนามัยของประชาชนและเจ้าหน้าที่ในท้องถิ่นทุรกันดาร

พ.ศ. 2516 จัดตั้ง “แพทย์อาสาทางอากาศ” และต่อมาได้เปลี่ยนชื่อเป็น “หน่วยแพทย์ทางวิทยุ” โดยใช้วิทยุรับส่งข่าวสำหรับแพทย์ใช้ติดต่อสั่งการรักษาผู้ป่วยได้ โดยตรงตามสถานีอนามัยที่อยู่ห่างไกลโรงพยาบาลในเขตที่เป็นจังหวัด พอ.สว. รวม 25 จังหวัด ที่เหลือเป็นหน้าที่ของกระทรวงสาธารณสุขซึ่งเริ่มดำเนินการเมื่อ พ.ศ. 2519 และหลังจากนั้นได้โอนงานหน่วยแพทย์ทางวิทยุ พอ.สว. ให้กระทรวงสาธารณสุขรับไว้ดำเนินการในปี พ.ศ. 2539

พ.ศ. 2517 ทรงพระกรุณาโปรดเกล้าฯ จดทะเบียนก่อตั้งเป็นมูลนิธิแพทย์อาสาสมเด็จพระศรีนครินทราบรมราชชนนี และพระราชทานทุนเริ่มแรกให้กับมูลนิธิฯ จำนวน 1 ล้านบาท และต่อมารัฐบาลไทย ภาครัฐและเอกชนจากต่างประเทศ ให้การสนับสนุนทางการเงิน อุปกรณ์ทางการแพทย์อย่างต่อเนื่องตลอดมา

พ.ศ. 2529 ริเริ่มโครงการรักษาโรคเฉพาะทางได้แก่ โรคตาต่อกระจก ปากแห้งเพดานโหว่ แก้วหูทะลุ

การใส่กายอุปกรณ์เทียม โรคหัวใจรูห์มาติก โรคหัวใจพิการแต่กำเนิดและโรคฟันคุด ทรงริเริ่มงานทันต-สาธารณสุข พอ.สว. โดยจัดกิจกรรมทันตสาธารณสุขแห่งชาติในวันที่ 21 ตุลาคมของทุกปี

พ.ศ. 2535 พระราชทานทรัพย์สินส่วนพระองค์ 500,000 บาท จัดตั้งมูลนิธิขาเทียมขึ้น และสมเด็จพระเจ้าพี่นางเธอเจ้าฟ้ากัลยาณิวัฒนา กรมหลวงนราธิวาสราชนครินทร์ พระราชทานสมทบอีก 750,000 บาท เพื่อจัดทำขาเทียมให้แก่ผู้ป่วยยากจนทุกเชื้อชาติ ศาสนาโดยไม่คิดมูลค่า

นอกจากนี้ องค์การอนามัยโลกได้ยกย่องและชื่นชมพระเกียรติคุณของพระองค์ท่านที่ได้ทรงบำเพ็ญพระราชกรณียกิจต่างๆ อันเป็นประโยชน์ใหญ่หลวงต่อการส่งเสริมสุขภาพประชาชนชาวไทย จึงได้ทูลเกล้าฯ ถวายเหรียญทองสุภาพดีถว้นหน้าแด่พระองค์ท่าน ในปี พ.ศ. 2533 นอกจากนี้ องค์การยูเนสโกได้ประกาศเกียรติคุณพระองค์ท่านเป็นปูชนียบุคคลสำคัญระดับโลก เมื่อวันที่ 21 ตุลาคม พ.ศ. 2543 และในวโรกาสครบ 100 ปี วันคล้ายวันพระราชสมภพของสมเด็จพระศรีนครินทราบรมราชชนนี พระองค์ทรงได้รับการถวายพระสมัญญานามว่า “พระมารดาแห่งการสาธารณสุขไทย”

1.12.3 สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี

ทรงให้ความสนพระทัยเป็นพิเศษต่อการปรับปรุงและพัฒนาทางด้านสาธารณสุข โดยเฉพาะในเด็ก เยาวชนและประชาชนในถิ่นทุรกันดาร โดยได้มีโครงการตามพระราชดำริหลายโครงการเกิดขึ้น อาทิ โครงการเกษตรเพื่ออาหารกลางวัน เพื่อช่วยเหลือเด็กในท้องถิ่นทุรกันดารให้มีสุขภาพดี ซึ่งต่อมากระทรวงศึกษาธิการได้นำไปเป็นรูปแบบการดำเนินงานโครงการอาหารกลางวัน ในโรงเรียนอื่นๆ ทั่วประเทศนอกจากนั้นได้จัดทำโครงการศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก ซึ่งทรงพระราชทานทุนทรัพย์ส่วนพระองค์เพื่อแก้ไขปัญหาโภชนาการในเด็กก่อนวัยเรียน และโครงการส่งเสริมโภชนาการและสุขภาพอนามัยแม่และเด็กในถิ่นทุรกันดาร

ในปีพ.ศ. 2549 ได้ทรงดำเนินโครงการสุซศาลา พระราชทานโรงเรียนตำรวจตระเวนชายแดนเพื่อให้บริการนักเรียนและประชาชนในการเข้าถึงบริการสาธารณสุขขั้นพื้นฐาน และต่อมาได้พัฒนาระบบการรักษาพยาบาลด้วยการสื่อสารทางไกล (Telemedicine) และจัดตั้งหน่วยแพทย์และหน่วยทันตกรรมพระราชทานเพื่อให้บริการประชาชนที่อยู่ในพื้นที่ห่างไกลและทุรกันดาร

นอกจากนี้ ยังทรงเป็นองค์ประธานคณะกรรมการควบคุมโรคขาดสารไอโอดีนแห่งชาติ ซึ่งเป็นโครงการที่สำคัญและทรงสนพระทัยแก้ไขปัญหายาอย่างจริงจังเป็นผล

ให้ภาวะขาดสารไอโอดีนลดลงมาอยู่ในระดับที่ควบคุมไม่ให้เป็นปัญหา และยังทรงปฏิบัติหน้าที่แทนพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวเป็นประธานมูลนิธิรางวัลสมเด็จพระเจ้าฟ้ามหิดลในพระบรมราชูปถัมภ์ตั้งแต่ด้านความร่วมมือระหว่างประเทศ ทรงพระราชทานความช่วยเหลือแก่ราชอาณาจักรกัมพูชาในการควบคุมโรคมาลาเรียและโรคอื่นๆ ที่มีเยื้องเป็นพาหะนำโรค นอกจากนี้ยังพระราชทานความช่วยเหลือด้านการศึกษากับเยาวชนชาวกัมพูชาโดยมอบทุนการศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต ปีละ 5 คน ต่อเนื่องเป็นเวลา 10 ปี ซึ่งเริ่มดำเนินการในปี พ.ศ. 2559 เป็นต้นมา

1.12.4 สมเด็จพระเจ้าลูกเธอ เจ้าฟ้าจุฬาภรณวลัยลักษณ์อัครราชกุมารี

ทรงมีบทบาทโดดเด่นในฐานะนักวิทยาศาสตร์ ซึ่งพระเกียรติคุณเป็นที่ยอมรับอย่างกว้างขวางในระดับนานาชาติ ทรงได้รับการทูลเกล้าถวายเหรียญทองไอโอดีนจาก UNESCO และทรงนำความรู้มาพัฒนางานด้านการแพทย์และการสาธารณสุขของประเทศและในปี พ.ศ. 2529 ได้ทรงก่อตั้งมูลนิธิจุฬาภรณ์เพื่อส่งเสริมและสนับสนุนการศึกษาวิจัยและการดำเนินงานด้านการแพทย์และสาธารณสุข ได้ทรงสถาปนาสถาบันวิจัยจุฬาภรณ์เพื่อเป็นศูนย์รวมแห่งความร่วมมือของนักวิทยาศาสตร์และผลิตผลงานอันเป็นประโยชน์ต่อประเทศชาติเพื่อแก้ไขปัญหาระดับสูง เช่น ปัญหาด้านสาธารณสุขสิ่งแวดล้อมและการเกษตร เป็นต้น นอกจากนี้ทรงก่อตั้งโรงพยาบาลจุฬาภรณ์เพื่อรักษาผู้ป่วยมะเร็งผู้ยากไร้ด้วยเครื่องมือแพทย์ที่มีประสิทธิภาพและทันสมัย

ในปี พ.ศ. 2531 ทรงก่อตั้งศูนย์อนามัยสิ่งแวดล้อมและพิษวิทยานานาชาติขึ้นเพื่ออบรมด้านพิษวิทยาสิ่งแวดล้อมและความปลอดภัยของสารเคมีให้แก่บุคลากรทั้งภาครัฐและเอกชนตลอดทั้งประเทศต่างๆ ในภูมิภาคเอเชียและแปซิฟิก และในปี พ.ศ. 2556 ได้รับการแต่งตั้งให้เป็นศูนย์กลางการฝึกอบรมขององค์การอนามัยโลกในด้านการปลอดภัยของสารเคมีในภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้

นอกจากนี้ยังทรงประกอบพระราชกรณียกิจด้านต่างๆ ตามโครงการพระราชดำริของสมเด็จพระศรีนครินทราบรมราชชนนี และได้ทรงพระกรุณาโปรดเกล้าฯ รับเป็นประธานกิตติมศักดิ์ มูลนิธิแพथยาอาสาสมเด็จพระศรีนครินทราบรมราชชนนี (พอ.สว.) ตั้งแต่วันที่ 22 มิถุนายน พ.ศ. 2552

ด้านความร่วมมือกับต่างประเทศในปี พ.ศ. 2557 สถาบันวิจัยจุฬาภรณ์ได้ลงนามในข้อตกลงความร่วมมือกับองค์การสาธารณสุขแห่งสหราชอาณาจักร (Public Health England) เพื่อศึกษาผลกระทบของมลพิษในสิ่งแวดล้อมที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพประชาชน

1.12.5 สมเด็จพระเจ้าพี่นางเธอ เจ้าฟ้ากัลยาณิวัฒนา กรมหลวงนราธิวาสราชนครินทร์

ทรงเป็นองค์ประธานมูลนิธิโรคไตแห่งประเทศไทย โดยเป็นผู้ส่งเสริมและสนับสนุนการรักษาพยาบาล การป้องกันโรคไตและทางเดินปัสสาวะการศึกษาค้นคว้า และวิจัย ตลอดจนการเผยแพร่ความรู้ความเข้าใจเรื่องโรคดังกล่าว

นอกจากนี้ยังทรงประกอบพระราชกรณียกิจด้านต่างๆ ตามโครงการพระราชดำริของสมเด็จพระศรีนครินทราบรมราชชนนีและได้ทรงพระกรุณาโปรดเกล้าฯ รับเป็นองค์นายิกา กิตติมศักดิ์ มูลนิธิแพथยาอาสาสมเด็จพระศรีนครินทราบรมราชชนนี (พอ.สว.) ตั้งแต่วันที่ 18 สิงหาคม พ.ศ. 2538 ตราบजनसूनพระชนม์เมื่อวันที่ 2 มกราคม พ.ศ. 2551 รวมทั้งยังทรงมีผลงานสุขภาพจิตและยาเสพติดระหว่างประเทศดีเด่น โดยทรงเป็นองค์อุปถัมภ์มูลนิธิเด็กก่อนในสลัมและเด็กในมูลนิธิอื่นๆ ได้พระราชทานทุนทรัพย์เพื่อจัดตั้งกองทุนอาหารเสริมจัดหาหนังสือและของเล่นสำหรับเด็กเป็นการส่งเสริมให้เด็กได้มีพัฒนาการตามวัย นอกจากนี้ได้จัดตั้งรางวัล Mental Health Princess Award ขึ้น ซึ่งเป็นรางวัลที่ทรงพระราชทานให้แก่ผู้ที่มีผลงานดีเด่นด้านสุขภาพจิตและยาเสพติดระหว่างประเทศจากพระเกียรติคุณซึ่งเป็นที่ยอมรับ ทรงได้รับทูลเกล้าถวายรางวัล WHO/SEARO Award จากองค์การอนามัยโลก เมื่อวันที่ 19 สิงหาคม พ.ศ. 2546

1.12.6 พระเจ้าวรวงศ์เธอ พระองค์เจ้าโสมสวลี

พระวรวงษาที่นัดตามาตุ

ทรงปฏิบัติพระกรณียกิจตามเบื้องพระยุคลบาท พระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวฯ และสมเด็จพระนางเจ้าพระบรมราชินีนาถฯ ในกิจกรรมต่างๆ เสมอมา สำหรับพระกรณียกิจในด้านการแพทย์และสาธารณสุข พระองค์ได้ให้ความสำคัญเกี่ยวกับโรคเอดส์เป็นอย่างมาก จะเห็นได้จากการที่พระองค์เสด็จเป็นองค์ประธานในงานเทียนส่องใจเป็นประจำเกือบทุกปี ซึ่งงานนี้สภาอากาศไทยร่วมกับชมรมเพื่อนวันพุธซึ่งเป็นชมรมผู้ติดเชื้อเอดส์ ได้จัดขึ้นในวันที่ 1 ธันวาคม ตรงกับวันเอดส์โลกทุกปี โดยริเริ่มจัดใน พ.ศ. 2534 เป็นปีแรก และยังทรงพระกรุณาต่อโครงการอันเกี่ยวกับสภาอากาศไทยทุกโครงการ เช่น โครงการป้องกันการติดเชื้อเอดส์จากแม่สู่ลูก โครงการเพื่อนพึ่งพา ยามยาก นอกจากนี้ ยังทรงเป็นองค์อุปถัมภ์มูลนิธิโรคโลหิตจางธาลัสซีเมียแห่งประเทศไทยและกองทุนโรค มะเร็งในเด็ก

1.12.7 พระเจ้าหลานเธอ พระองค์เจ้าพัชรกิติยาภา

ทรงให้ความสำคัญกับการละเมิดสิทธิมนุษยชน ขึ้นพื้นฐานที่เกี่ยวกับปัญหาความรุนแรงต่อสตรี โดยทรง รับเป็นทูตสันถวไมตรีให้กับกองทุนการพัฒนาเพื่อสตรี แห่งสหประชาชาติ (United Nations Development Fund for Women: UNIFEM) เพื่อหยุดยั้งความรุนแรง ต่อสตรี นอกจากนั้นทรงมอบหมายให้สำนักงานอัยการ สูงสุด จัดตั้งสำนักงานกิจการและโครงการในพระราชดำริ พระเจ้าหลานเธอ พระองค์เจ้าพัชรกิติยาภา (สพภ.) ขึ้น เพื่อเป็นองค์กรกลางในการประสานการดำเนินงานกับหน่วยงานต่างๆ ทั้งภายในและต่างประเทศเพื่อก การดำเนินงานโครงการหรือกิจกรรมในการรณรงค์ยุติ การกระทำความรุนแรงต่อผู้หญิง

1.12.8 ทูลกระหม่อมหญิงอุบลรัตนราชกัญญา

สิริวัฒนาพรรณวดี

ทรงมีความห่วงใยประชากรและประเทศเป็น อย่างยิ่ง ได้ทรงรับเป็นองค์ประธานโครงการ To Be Number One เพื่อกระตุ้นและปลูกจิตสำนึกของปวงชน ในชาติให้มีความรู้ความเข้าใจและตระหนักถึงการต่อสู้ เอาชนะปัญหายาเสพติด เพื่อสร้างโอกาสสนับสนุน และ ดึงผู้เสพยาเสพติดกลับสู่สังคม

บทที่ 2

ข้อมูลพื้นฐานประเทศไทย

2.1 ที่ตั้ง อาณาเขต และพรมแดน

ประเทศไทยตั้งอยู่ในภาคพื้นทวีปเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ (Continental Southeast Asia) เหนือบริเวณเส้นศูนย์สูตร โดยเป็นส่วนหนึ่งของคาบสมุทรอินโดจีน (ภาพที่ 2.1)

ภาพที่ 2.1 แผนที่ประเทศไทย



ประเทศไทยมีพื้นที่ประมาณ 514,000 ตาราง กิโลเมตร มีขนาดใหญ่เป็นอันดับ 3 ในกลุ่มประเทศสมาชิก เอเชียตะวันออกเฉียงใต้ รองจากประเทศอินโดนีเซียและ สหภาพพม่า พรมแดนที่เป็นอาณาเขตรอบประเทศไทย ยาวทั้งหมดประมาณ 8,031 กิโลเมตร เป็นพรมแดนทางบก 5,326 กิโลเมตร พรมแดนชายฝั่งทะเล 2,705 กิโลเมตร โดยเป็นความยาวของทะเลฝั่งอ่าวไทย 1,840 กิโลเมตร และความยาวทางฝั่งทะเลอันดามัน 865 กิโลเมตร

ด้านทิศเหนือ จุดเหนือสุดอยู่ที่เขตอำเภอแม่สาย จังหวัดเชียงราย ติดต่อกับพรมแดนของสหภาพพม่า และ ประเทศสาธารณรัฐประชาธิปไตยประชาชนลาว

ด้านทิศใต้ จุดใต้สุดอยู่ในเขตอำเภอเบตง จังหวัด ยะลา ติดต่อกับพรมแดนประเทศมาเลเซียและอ่าวไทย

ด้านทิศตะวันออก จุดตะวันออกสุดอยู่ในเขตอำเภอ พิบูลมังสาหาร จังหวัดอุบลราชธานี ติดต่อกับพรมแดน ประเทศสาธารณรัฐประชาธิปไตยประชาชนลาว และ กัมพูชาประชาธิปไตย

ด้านทิศตะวันตก จุดตะวันตกสุดอยู่ในเขตอำเภอ แม่สะเรียง จังหวัดแม่ฮ่องสอน ติดต่อกับพรมแดนสหภาพ พม่า ทะเลอันดามัน และช่องแคบมะละกา

ประเทศไทยทั้งประเทศใช้เวลาเดียวกันและนับเวลา ก่อนเวลากลางที่กรีนิชประมาณ 7 ชั่วโมง

2.2 ลักษณะภูมิประเทศและภูมิอากาศของไทย

2.2.1 ภูมิประเทศ จำแนกได้ 3 ลักษณะ คือ

1) ที่ราบ ส่วนใหญ่อยู่ในภาคกลางของประเทศ ได้แก่ บริเวณที่ราบลุ่มแม่น้ำเจ้าพระยาและสาขา คือ แม่น้ำปิง วัง ยม น่าน นอกจากนี้ยังมี ที่ราบลุ่มแม่น้ำกลอง แม่น้ำ เพชรบุรี แม่น้ำบางปะกง แม่น้ำท่าจีน และแม่น้ำป่าสัก

2) ที่สูง ส่วนใหญ่อยู่ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ได้แก่ ที่สูงโคราชซึ่งบนที่สูงนี้มีที่ราบลุ่มน้ำที่สำคัญ คือ แม่น้ำมูล แม่น้ำชี

3) ภูเขา ส่วนใหญ่อยู่ในภาคเหนือและภาคตะวันออกเฉียงใต้ ทิวเขาที่สำคัญ ได้แก่ ทิวเขาแดนลาว หลวง พระบาง ถิ่นธงชัย เพชรบูรณ์ และตะนาวศรี

4) ภูมิอากาศ ของประเทศ มี 3 ชนิด

ก) ภูมิอากาศแบบฝนเมืองร้อนตลอดปี ได้แก่ บริเวณ ทางฝั่งตะวันออกของภาคใต้ ลักษณะภูมิอากาศเป็นแบบ ป่าดงดิบมีฝนตกชุกตลอดปี มีป่าไม้ขึ้นหนาแน่น

ข) ภูมิอากาศแบบมรสุมเมืองร้อนเกือบตลอดปี ได้แก่ บริเวณทางฝั่งตะวันตกเฉียงใต้ และภาคตะวันออกเฉียงใต้ ลักษณะภูมิอากาศเป็นแบบมรสุม ปริมาณน้ำฝนรวมเฉลี่ย ตลอดปีสูงมาก

ค) ภูมิอากาศแบบฝนเมืองร้อนเฉพาะฤดูหรือภูมิ- อากาศแบบทุ่งหญ้าเมืองร้อนหรือทุ่งหญ้า savanna ปริมาณ น้ำฝนจะมากในฤดูมรสุมตะวันตกเฉียงใต้ แห้งแล้งในฤดู หนาวคลุมพื้นที่ส่วนใหญ่ของประเทศ ได้แก่ ภาคกลาง ภาคเหนือ และภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

ง) ลมประจำที่พัดผ่าน ได้แก่ ลมมรสุมตะวันตกเฉียง ใต้ เริ่มประมาณกลางเดือนพฤษภาคม ถึงเดือนตุลาคม และลมมรสุมตะวันออกเฉียงเหนือ เริ่มประมาณเดือน พฤศจิกายน ถึงเดือนกุมภาพันธ์

โดยสรุป ประเทศไทยมีภูมิประเทศและภูมิอากาศที่ สงบ ร่มเย็น มีปัญหาไม่มากในเรื่องภัยพิบัติตามธรรมชาติ ที่รุนแรง เช่น ภูเขาไฟระเบิด แผ่นดินไหวหรือความหนาว เย็น

2.3 ประชากร ภาษา ศาสนา

ในปีพ.ศ. 2560 ประเทศไทยมีจำนวนประชากรทั้งประเทศ 66,188,503 คน⁽¹⁾

- ชาย มีจำนวน 32,464,906 คน
- หญิง มีจำนวน 33,723,597 คน

ประชากรในประเทศไทยเกือบทั้งหมดร้อยละ 95.9 เป็นผู้มีสัญชาติไทยที่เหลือเป็นผู้มีสัญชาติอื่นๆ เช่น จีน พม่าและลาว⁽²⁾

2.4 เศรษฐกิจ

ระบบเศรษฐกิจของประเทศไทยในปัจจุบันเป็นแบบผสมทั้งระบบทุนนิยมและสังคมนิยม มีการพัฒนาโดยการวางแผนเศรษฐกิจอย่างเป็นระบบโดยได้จัดทำแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 1 (พ.ศ. 2504 - 2509) จนถึงปัจจุบันเป็นแผนพัฒนาฯ ฉบับที่ 12 (พ.ศ. 2560 - 2564) ผลจากการพัฒนาทำให้เศรษฐกิจไทยเติบโตเฉลี่ยร้อยละ 7.8 ต่อปี ในช่วงกว่า 3 ทศวรรษ ตั้งแต่พ.ศ. 2504-2539 โดยมีช่วงวิกฤตเศรษฐกิจครั้งแรกในช่วงพ.ศ. 2528 - 2529 อันเกิดจากน้ำมันราคาแพงและไทยต้องเข้ารับการช่วยเหลือจากกองทุนการเงินระหว่างประเทศ (IMF) เป็นครั้งแรก ต่อมาเศรษฐกิจเติบโตเร็วขึ้นถึงร้อยละ 8.3 ต่อปี โดยเฉพาะในช่วงพ.ศ. 2534 - 2538 จนกระทั่งประเทศไทยกลายเป็นประเทศที่มีรายได้ปานกลาง ใน พ.ศ. 2539 - 2540 ได้เกิดภาวะวิกฤตเศรษฐกิจขึ้นครั้งที่ 2 ทำให้เศรษฐกิจถดถอยอย่างรุนแรง และประเทศไทยต้องขอรับความช่วยเหลือ IMF โดยให้วงเงินกู้แก่ประเทศไทย 17,200 พันล้านดอลลาร์สหรัฐ พร้อมกับเงื่อนไขในการปรับโครงสร้างทางเศรษฐกิจและสังคมมากมาย

นับตั้งแต่วิกฤตเศรษฐกิจใน พ.ศ. 2540 เป็นต้นมาพบว่าเศรษฐกิจไทยติดลบร้อยละ 1.7 ใน พ.ศ. 2540 และติดลบเพิ่มขึ้นร้อยละ 10.8 ใน พ.ศ. 2541 แต่ใน พ.ศ. 2542 - 2543 เศรษฐกิจไทยเริ่มฟื้นตัวทำให้อัตราการขยายตัวทางเศรษฐกิจเพิ่มขึ้นมากกว่าร้อยละ 4.0 และเริ่มชะลอตัวลงใน พ.ศ. 2544 แต่กลับเริ่มขยายตัวสูงกว่าร้อยละ 5.0 ใน พ.ศ. 2545 จนสามารถชำระ

การติดต่อสื่อสารใช้ภาษาไทยเป็นภาษาพูด และภาษาเขียน แต่ขณะเดียวกันแนวโน้มการใช้ภาษาอังกฤษและภาษาต่างประเทศอื่นๆก็เริ่มมีบทบาทมากขึ้น โดยเฉพาะในทางธุรกิจ

ประชากรในประเทศไทยส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธ (ร้อยละ 93.5) รองลงมาเป็นศาสนาอิสลาม (ร้อยละ 4.2) ศาสนาคริสต์ (ร้อยละ 5.4) และอื่นๆ (ร้อยละ 0.1)⁽³⁾

เงินกู้ IMF ทั้งหมดในปี พ.ศ. 2546 ก่อนเวลาที่กำหนดไว้ถึง 2 ปี และเศรษฐกิจเริ่มชะลอตัวอีกครั้งในช่วง พ.ศ. 2548 หลังจากนั้นเกิดวิกฤตเศรษฐกิจครั้งที่ 3 ขึ้นในช่วง พ.ศ. 2551 - 2552 เศรษฐกิจไทยถดถอยอย่างรุนแรงจนติดลบร้อยละ 2.2 ใน พ.ศ. 2552 อันเนื่องจากวิกฤตเศรษฐกิจทั่วโลก ราคาน้ำมันที่เพิ่มสูงขึ้นและการเมืองภายในประเทศยังไม่ราบรื่น

ในปี 2553 เศรษฐกิจไทยเริ่มฟื้นตัวและเติบโตได้ถึงร้อยละ 7.8 จากการส่งออกและการท่องเที่ยว และในปี 2554 เศรษฐกิจของประเทศไทยตกต่ำลงอีกครั้งจากปัญหาอุทกภัยครั้งใหญ่ที่เกิดขึ้นภายในประเทศและปัจจัยลบจากภาวะเศรษฐกิจโลก รวมทั้งปัญหาความไม่สงบในตะวันออกกลางและปัญหาหนี้สาธารณะในกลุ่มประเทศยูโรโซน ส่งผลกระทบให้เศรษฐกิจขยายตัวเพียงร้อยละ 0.1 หลังจากนั้นเศรษฐกิจเริ่มขยายตัวดีขึ้นเป็นร้อยละ 6.4 ในปี 2555 เนื่องจากมาตรการของรัฐบาลในหลายๆ ด้าน อาทิ การจํานําสินค้าเกษตร การปรับค่าจ้างขั้นต่ำ การลดภาษีเงินได้นิติบุคคลและการท่องเที่ยว ในปี 2556 อัตราการขยายตัวทางเศรษฐกิจลดลงอีกครั้งเหลือเพียงร้อยละ 2.9 เนื่องจากผลกระทบจากเศรษฐกิจโลกและสถานการณ์ทางการเมืองที่ยืดเยื้อ จนอัตราการลดลงเหลือร้อยละ 0.7 ในปี 2557 และในปี 2558 เริ่มมีแนวโน้มดีขึ้นจากปัจจัยต่างๆ ได้แก่ ราคาน้ำมันที่ลดลง การฟื้นตัวของการลงทุนภาคเอกชนและการท่องเที่ยว และการเร่งรัดค่าใช้จ่ายในการดำเนินงานโครงการลงทุนที่สำคัญของภาครัฐ ส่งผลให้เศรษฐกิจไทย

ขยายตัวเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 2.8⁽⁴⁾ สำหรับช่วงปี 2559 จนถึงปี 2560 เศรษฐกิจไทยขยายตัวร้อยละ 3.9 จากการ

ส่งออกและการท่องเที่ยว ซึ่งสอดคล้องกับเศรษฐกิจโลกที่ฟื้นตัวขึ้นอย่างชัดเจน

2.5 ระบบการปกครองของไทย

ประเทศไทยเปลี่ยนแปลงการปกครองจากระบอบบูรณาญาสิทธิราชย์มาเป็นระบอบประชาธิปไตยโดยมีพระมหากษัตริย์เป็นประมุขในปีพ.ศ. 2475 มีรัฐธรรมนูญซึ่งเป็นกฎหมายสูงสุดในการปกครองประเทศมาทั้งสิ้น 18 ฉบับ และในปัจจุบันเป็นรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย (ฉบับชั่วคราว) พุทธศักราช 2557 ประเทศไทยมีการปกครองแบบรัฐเดี่ยวที่ไม่สามารถแยกได้และมีการแบ่งอำนาจออกเป็น 3 ส่วน คือ

อำนาจบริหาร คือ อำนาจในการนำกฎหมายไปบังคับใช้หรือบริหาร ประเทศโดยรัฐบาล ซึ่งเป็นอำนาจและหน้าที่ของนายกรัฐมนตรี และคณะรัฐมนตรี

อำนาจตุลาการ คือ อำนาจในทางกฎหมายของศาลที่ใช้ในการตัดสินคดี ซึ่งศาลแบ่งเป็น 3 ระดับ คือ ศาลชั้นต้น ศาลอุทธรณ์ และศาลฎีกา

อำนาจนิติบัญญัติ คือ อำนาจในการออกกฎหมายและตรวจสอบการทำงานของรัฐบาล

การจัดโครงสร้างการบริหารราชการแผ่นดินแบ่งเป็น 3 ส่วน คือ

1) การบริหารราชการส่วนกลาง ประกอบด้วยสำนักนายกรัฐมนตรี กระทรวง และกรม

2) การบริหารราชการส่วนภูมิภาค ประกอบด้วยจังหวัดและอำเภอ

3) การบริหารราชการส่วนท้องถิ่น ประกอบด้วยกรุงเทพมหานคร องค์การบริหารส่วนจังหวัด องค์การบริหารส่วนตำบล เทศบาล และเมืองพัทยา

2.5.1 การบริหารราชการส่วนกลาง

1) พระมหากษัตริย์ เป็นองค์พระประมุขของประเทศ ทรงใช้อำนาจนิติบัญญัติทางรัฐสภา อำนาจบริหารทางคณะรัฐมนตรี และอำนาจตุลาการทางศาล

2) คณะรัฐมนตรี เป็นรัฐบาล มีหน้าที่รับผิดชอบในการบริหารประเทศ

3) การจัดระเบียบบริหารราชการส่วนกลาง ตามพระราชบัญญัติปรับปรุงกระทรวง ทบวง กรม (ฉบับที่ 14) พ.ศ. 2558 จัดแบ่งเป็นกระทรวงและส่วนราชการที่มีฐานะเป็นกระทรวง จำนวน 20 แห่ง ดังนี้

1. สำนักนายกรัฐมนตรี
2. กระทรวงกลาโหม
3. กระทรวงมหาดไทย
4. กระทรวงการคลัง
5. กระทรวงการต่างประเทศ
6. กระทรวงการท่องเที่ยวและกีฬา
7. กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์
8. กระทรวงเกษตรและสหกรณ์
9. กระทรวงคมนาคม
10. กระทรวงทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม
11. กระทรวงดิจิทัลเพื่อเศรษฐกิจและสังคม
12. กระทรวงพาณิชย์
13. กระทรวงพลังงาน
14. กระทรวงยุติธรรม
15. กระทรวงแรงงาน
16. กระทรวงวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี
17. กระทรวงวัฒนธรรม
18. กระทรวงศึกษาธิการ
19. กระทรวงสาธารณสุข
20. กระทรวงอุตสาหกรรม

ภายใต้กระทรวงจะมีส่วนราชการรวมทั้งสิ้น 161⁽⁵⁾ กรม และส่วนราชการซึ่งไม่สังกัดสำนักนายกรัฐมนตรี กระทรวงหรือทบวง 9 แห่ง ได้แก่ สำนักราชเลขาธิการ สำนักพระราชวัง สำนักงานพระพุทธศาสนาแห่งชาติ สำนักงานคณะกรรมการพิเศษเพื่อประสานงานโครงการอันเนื่องมาจากพระราชดำริ สำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ ราชบัณฑิตยสถาน สำนักงานตำรวจแห่งชาติ สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามการฟอกเงินและศูนย์อำนวยการบริหารจังหวัดชายแดนภาคใต้ นอกจากนี้ ยังมีรัฐวิสาหกิจ 58 แห่ง และองค์กรมหาชน จำนวน 38 แห่ง⁽⁶⁾ (ภาพที่ 2.2)

2.5.2 การบริหารราชการส่วนภูมิภาค

ราชการส่วนภูมิภาค หมายถึง ราชการของกระทรวง ทบวง กรมต่างๆ ซึ่งได้แบ่งแยกออกไปดำเนินการตามเขตการปกครองของประเทศ ภายใต้การดูแลของผู้ว่าราชการจังหวัด โดยมีเจ้าหน้าที่ของราชการส่วนกลาง ซึ่งได้รับการแต่งตั้งออกไปประจำตามเขตการปกครองส่วนภูมิภาค เพื่อบริหารราชการภายใต้การบังคับบัญชาของราชการส่วนกลางที่ได้แบ่งอำนาจให้จังหวัดไปดำเนินการแทนเฉพาะบางเรื่อง บางประการเท่านั้น ราชการส่วนกลางมีอำนาจที่จะเปลี่ยนแปลง แก้ไข คำสั่งของส่วนภูมิภาคได้ ผู้มีอำนาจสั่งการขั้นสุดท้าย ก็คือ ปลัดกระทรวงและรัฐมนตรี

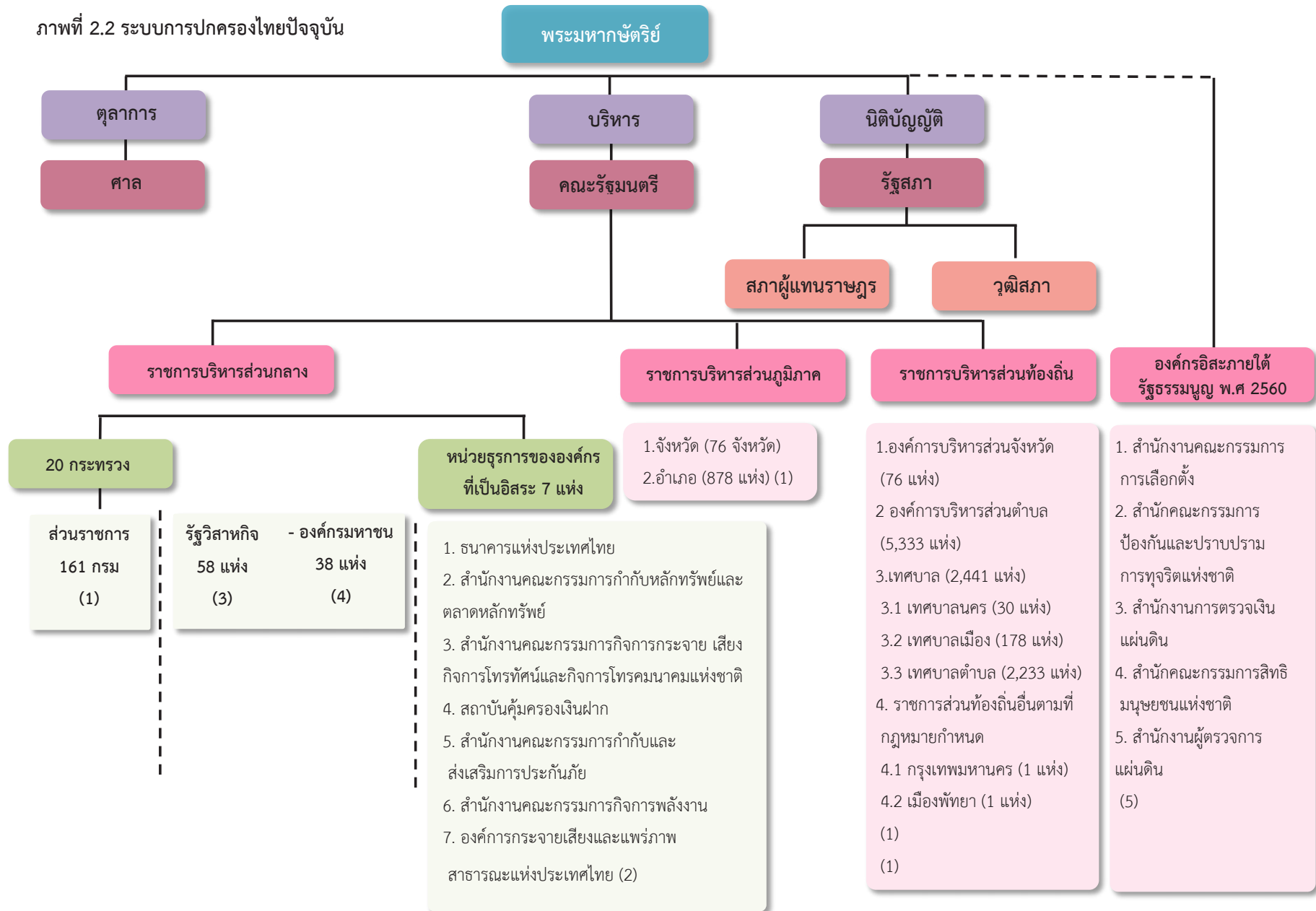
2.5.3 การบริหารราชการส่วนท้องถิ่น

การปกครองส่วนท้องถิ่น หมายถึง การที่ประชาชนในท้องถิ่นมีอำนาจในการปกครองตนเองโดยอิสระ ภายใต้ขอบเขตของกฎหมาย โดยต้องมีลักษณะอย่างน้อย 4 ประการ คือ

- 1) เป็นนิติบุคคล
- 2) ผู้บริหารหรือสมาชิกสภาท้องถิ่น ได้รับเลือกตั้งจากประชาชนทั้งหมดหรือบางส่วน
- 3) มีรายได้และงบประมาณเป็นของตัวเอง
- 4) มีอิสระในการบริหารงาน ภายใต้ขอบเขตของกฎหมาย

การจัดระเบียบบริหารราชการส่วนท้องถิ่นของไทย แบ่งออกเป็น 4 ประเภท คือ องค์การบริหารส่วนจังหวัด (76 แห่ง) เทศบาล (2,441 แห่ง) การปกครองท้องถิ่นรูปแบบพิเศษ คือ กรุงเทพมหานคร (1 แห่ง) เมืองพัทยา (1 แห่ง) และองค์การบริหารส่วนตำบล (5,333 แห่ง)⁽⁵⁾

ภาพที่ 2.2 ระบบการปกครองไทยปัจจุบัน



บทที่ 3

วิวัฒนาการสาธารณสุขไทย

3.1 บทนำ

การสาธารณสุข นิยามได้อย่างสั้นๆ ว่า คือ “ศาสตร์และศิลป์แห่งการป้องกันโรค การทำให้อายุยืนยาวและการสร้างเสริมสุขภาพ โดยการดำเนินการอย่างเป็นระบบของสังคม” (science and art of preventing disease, prolonging life and promoting health through organized efforts of society)⁽¹⁾ หรืออาจขยายความได้ว่า คือ “หนึ่งในความพยายามที่จัดการโดยสังคม เพื่อคุ้มครอง ส่งเสริม และฟื้นฟูสุขภาพของประชาชน เป็นการร่วมกันของศาสตร์และทักษะแขนงต่างๆ กับความเชื่อหลากหลาย เพื่อมุ่งธำรงรักษาและปรับปรุงสุขภาพของประชาชนทุกคน ผ่านกิจกรรมร่วมกันของสังคม แผนบริการและสถาบันต่างๆ มุ่งเน้นการป้องกันโรคและความจำเป็นด้านสุขภาพของประชากรโดยรวม กิจกรรมด้านสาธารณสุขจะเปลี่ยนแปลงไปตามการเปลี่ยนแปลงของเทคโนโลยีและค่านิยมต่างๆ ของสังคม แต่เป้าหมายต่างๆ ยังคงเดิม นั่นคือ การลดโรค การเสียชีวิตก่อนวัยอันควร และการลดโรคต่างๆ ที่ก่อทุกข์และความพิการในประชากร ดังนั้น การสาธารณสุขจึงเป็นสถาบันหนึ่งในสังคม เป็นศาสตร์แขนงหนึ่ง และวิถีปฏิบัติหนึ่งในสังคม”⁽²⁾

อีกนิยามหนึ่งที่น่าสนใจคือ “ศาสตร์และศิลป์แห่งการป้องกันโรค การทำให้อายุยืนยาวและการสร้างเสริมสุขภาพ โดยการดำเนินการอย่างเป็นระบบของสังคม และการเลือกอย่างรู้เท่าทันของสังคม องค์กรต่างๆ ชุมชนทั้งสาธารณะและส่วนบุคคล และแต่ละบุคคล” (the science and art of preventing disease, prolonging life and promoting human health through organized efforts and informed choices of society, organizations, public and private communities, and individuals)⁽³⁾

คำว่า “สาธารณะ” (public) ในที่นี้อาจหมายถึงประชาชนไม่กั้นคน หรือหมู่บ้านทั้งหมู่บ้าน หรือครอบคลุมหลายทวีป เช่นในกรณีการระบาดทั่วโลก ส่วนคำว่า “สุขภาพ” (health) มีความหมายตามนิยามขององค์การอนามัยโลกที่ครอบคลุมสุขภาพะทั้งทางกาย จิตใจ และสังคม และไม่เพียงการปราศจากโรคและความพิการเท่านั้น

ศาสตร์ที่เกี่ยวข้องกับการสาธารณสุขเป็นสหสาขาที่สำคัญ ได้แก่ ระบาดวิทยา ชีวสถิติ อนามัยสิ่งแวดล้อม การสาธารณสุขชุมชน สุขศาสตร์พฤติกรรม (Behavioral Health) เศรษฐศาสตร์สาธารณสุข นโยบายสาธารณะ สุขภาพจิต อาชีวอนามัย เป็นต้น

3.2 วิวัฒนาการการสาธารณสุขโลกโดยสังเขป

วิวัฒนาการการสาธารณสุขของโลก เกิดมาพร้อมกับวิวัฒนาการด้านอารยธรรมของมนุษย์ เริ่มจากการตระหนักว่า น้ำสกปรกและขยะที่กำจัดอย่างไม่ถูกต้องทำให้เกิดโรคระบาด ทฤษฎีการเกิดโรคและการระบาดของโรคทฤษฎีแรก คือ “ทฤษฎีไอพิษ” (Miasma Theory) ซึ่งในยุคต้นกรุงรัตนโกสินทร์ หมอบริดเลย์เขียนว่า “อายพิศม์” คือความเชื่อว่า สภาพแวดล้อม เช่น อากาศ สิ่งสกปรกโสโครกต่างๆ เป็นต้นเหตุของการเกิดโรค ความเชื่อดังกล่าวนี้มีมาแต่โบราณตั้งแต่สมัยอียิปต์โบราณ และได้รับความนิยมเชื่อถืออย่างมากในช่วงคริสต์ศตวรรษที่ 18 ศาสนาต่างๆ แต่โบราณจึงมุ่งสร้างกฎเกณฑ์ให้ศาสนิกพ้นจากภัยเหล่านี้โดยการกำหนดกฎกติกาด้านพฤติกรรมที่เกี่ยวกับสุขภาพ เช่น เรื่องการกินอาหาร การห้ามดื่มสุรา และการกำหนดกฎเกณฑ์ในเรื่องความสัมพันธ์ทางเพศ

เทคโนโลยีการป้องกันโรคมีประวัติมายาวนาน เริ่มตั้งแต่ชาวจีนใช้วิธีให้สูดผงจากสะเก็ดแผลไข้ทรพิษ เพื่อป้องกันโรคดังกล่าว การจัดการด้านสุขาภิบาลพบในแหล่งอารยธรรมฮารัปปัน ในลุ่มน้ำสินธุ⁽⁴⁾ และในยุคโรมันก็มี การกำจัดอุจจาระที่เป็นระบบ เป็นต้น

การสาธารณสุขสมัยใหม่ (Modern Public Health) เริ่มจากการค้นพบใหม่ๆ ทางวิทยาศาสตร์ที่นำมาสู่ การปรับปรุงการสาธารณสุข เช่น การค้นพบสาเหตุของ โรคลัทธิปิดเปิดโดย เจมส์ ลินด์ ซึ่งป้องกันโดยการให้ กลาสีเรือได้บริโภคผลไม้ โดยมีการตีพิมพ์รายงานดังกล่าว เมื่อ พ.ศ. 2297 และราชนาวิอังกฤษได้นำไปกำหนดเป็น นโยบายและมาตรการป้องกันในเวลาต่อมา⁽⁵⁾

ก่อนหน้านั้นสองปีใน พ.ศ. 2295 เซอร์จอห์น ฟริงเกิล แพทย์ชาวอังกฤษ ได้ตีพิมพ์บทความ เรื่อง “สังเกตการณ์ เรื่องโรคในกองทัพในค่ายและที่มั่นทางทหาร” เน้นความ สำคัญเรื่องการระบายอากาศและการสร้างส้วมให้ แก่ทหาร⁽⁶⁾

การค้นพบวัคซีนป้องกันไข้ทรพิษที่ปลอดภัยและมี ประสิทธิภาพของเอดเวิร์ด เจนเนอร์ แพทย์ชาวอังกฤษ เป็น จุดเปลี่ยนสำคัญของการสาธารณสุขโลก ทำให้สามารถ เอาชนะโรคร้ายที่คร่าชีวิตผู้คนไปมากมาย และนำไปสู่ การขจัดกวาดล้างโรคนี้สำเร็จในเวลาต่อมา

การปฏิวัติอุตสาหกรรมซึ่งเริ่มต้นในยุโรป โดยเฉพาะ ที่อังกฤษ ทำให้มีการอพยพเข้าไปหางานทำในเมือง และ เข้าไปอยู่กันอย่างแออัด ทำให้เกิดทั้งแหล่งเสื่อมโทรม และปัญหาสุขอนามัยในโรงงาน ทำให้เกิดการปฏิรูปด้าน การสุขาภิบาล จุดเปลี่ยนสำคัญ คือ การตราพระราช บัญญัติการสาธารณสุขฉบับแรกในอังกฤษเมื่อ พ.ศ. 2391 บุคคลสำคัญที่ผลักดันเรื่องนี้ คือ เซอร์เอ็ดวิน แชดวิก (Sir Edwin Chadwick) ซึ่งได้เสนอบทความ เรื่อง “ภาวะ การสุขาภิบาลของคนงาน” (the Sanitary Condition of the Labouring Population) เมื่อ พ.ศ. 2385 และมี รายงานเพิ่มเติมอีก 1 ฉบับในปีต่อมา⁽⁷⁾

ความคิดสำคัญเรื่องหนึ่งที่มีอิทธิพลอย่างกว้าง ขวางของการสาธารณสุขโลก คือ เรื่องอันตรายของการมี ประชากรล้นเกินของโรมัส มัลธัส (Thomas Malthus) ซึ่งนำเสนอเมื่อ พ.ศ. 2241 และอีกคนที่เน้นความสำคัญ เรื่องนี้ คือ เจเรมี เบนแทม (Jeremy Bentham) นักคิด คนสำคัญของอังกฤษ ผู้ได้รับฉายาว่าเป็นบิดาทางความคิด ของมหาวิทยาลัยยูนิเวอร์ซิตีคอลลิจลอนดอน

ความรู้ทางวิทยาศาสตร์ที่มีผลสำคัญต่อการ พัฒนาการสาธารณสุขของโลก ได้แก่

- ศาสตร์ด้านระบาดวิทยา ซึ่งค้นพบโดยนายแพทย์ จอห์น สโนว์ (John Snow) ที่พบว่า การระบาดของ อหิวาต์ในกรุงลอนดอนเมื่อ พ.ศ. 2397 ไม่ได้กระจาย ทั่วไป แต่สัมพันธ์กับแหล่งน้ำประปา ซึ่งมีการใช้คลอรีน ทำลายเชื้อโรคแตกต่างกัน จอห์น สโนว์ เสนอแนวคิดนี้ ครั้งแรกในบทความ เรื่อง “ว่าด้วยช่องทางการติดต่อของ อหิวาต์โรค” (On the Mode of Communication of Cholera) ตั้งแต่ พ.ศ. 2392 และขยายความจนได้ข้อสรุป ชัดเจนมากขึ้นใน พ.ศ. 2398 จอห์น สโนว์ เชื่อใน “ทฤษฎี เชื้อโรค” (Germ theory) ซึ่งพัฒนามาก่อนหน้านั้น จาก การค้นพบทางวิทยาศาสตร์หลายเรื่อง

- โรเบิร์ต ค็อค (Robert Koch) นักวิทยาศาสตร์ เยอรมัน ค้นพบวิธีแยกเชื้อแบคทีเรียและเสนอ “เกณฑ์ วินิจฉัยของค็อค” (Koch’s Postulates) เพื่อพิจารณา ตัดสินว่า เชื้อโรคที่พบเป็นสาเหตุของโรคนั้นหรือไม่

เกณฑ์ดังกล่าว เสนอครั้งแรกโดย เอฟ. จี. จาคอบ เฮนเล (F.G. Jacob Henle) และมีการปรับปรุงโดยไคคไคในปี 2420 แล้วปรับปรุงอีกครั้งใน พ.ศ. 2425 กำหนดเกณฑ์พิจารณา 4 ประการ คือ

(1) เชื้อนั้นต้องพบทุกรายที่เป็นโรคจากการแยกเชื้อในการเพาะเลี้ยงบริสุทธิ์ (pure culture)

(2) เชื้อนั้นต้องไม่พบในโรคอื่น

(3) เมื่อแยกเชื้อออกมาได้แล้ว เชื้อนั้นต้องทำให้เกิดโรคได้ในสัตว์ทดลอง

(4) เชื้อนั้นต้องพบได้อีกในการทำให้เกิดโรคจากการทดลอง⁽⁸⁾

เกณฑ์นี้จึงเรียกว่า “เกณฑ์วินิจัยของเฮนเล-ไคค” (Henle-Koch’s Postulates) ต่อมาอัลเฟรด อีแวนส์ (Alfred Evans) ได้ปรับปรุงใหม่เพิ่มข้อพิจารณาเป็น 10 ข้อ เรียกว่า “เกณฑ์วินิจัยของอีแวนส์” (Evans’s Postulates)⁽⁹⁾

- เอดเวิร์ด เจนเนอร์ (Edward Jenner) ค้นพบวัคซีนตัวแรกของโลก คือ วัคซีนไข้ทรพิษ เป็นคนแรกที่ใช้คำว่า วัคซีน เมื่อ พ.ศ. 2429 ได้รับการยกย่องว่าเป็นบิดาแห่งวิชาวิทยาภูมิคุ้มกัน

- หลุยส์ ปาสเตอร์ (Louis Pasteur) นักวิทยาศาสตร์คนสำคัญที่ค้นพบจุลินทรีย์ก่อโรค เป็นหนึ่งในผู้บุกเบิกวิชาจุลชีววิทยา และผู้ค้นพบวัคซีนป้องกันโรคพิษสุนัขบ้า

- โรนัลด์ รอสส์ (Ronald Ross) แพทย์ชาวอังกฤษ ค้นพบว่า ยุงเป็นพาหะของมาลาเรีย

- โจเซฟ ลิสเตอร์ (Joseph Lister) แพทย์ชาวอังกฤษ ผู้ปฏิวัติการผ่าตัดโดยการนำยาระงับเชื้อ (Antiseptic) เข้าไปใช้ในการผ่าตัด

- พอล-หลุยส์ ซิมอนด์ (Paul-Louis Simond) นักระบาดวิทยาชาวฝรั่งเศส ผู้พิสูจน์ว่า กาฬโรค มีพาหะคือ หมัดหนู

- คาร์ลอส เจ. ฟินเลย์ (Carlos J. Finlay) นักวิทยาศาสตร์คิวบา และวอลเตอร์ รีด (Walter Reed) กับเจมส์ แครร์รอลล์ (James Carroll) จากสหรัฐฯ พิสูจน์ว่า ยุงเป็นพาหะของไข้เหลือง

- คาร์ลอส ซากาส นักวิทยาศาสตร์ชาวบราซิล ค้นพบโรคซากาสและพาหะของโรคดังกล่าว

- เซอร์อเล็กซานเดอร์ เฟลมมิง (Sir Alexander Fleming) ค้นพบเพนิซิลลิน ตั้งแต่ พ.ศ. 2471 และโฮเวิร์ด ฟลอเรย์ (Howard Florey) กับ เอิร์นสต์ ชาน (Ernst Chain) ร่วมกันศึกษาพัฒนาต่อมาจนได้เป็นยาปฏิชีวนะตัวแรกของโลก ตอนปลายสงครามโลกครั้งที่ 2⁽¹⁰⁾

- เซลแมน เอ. วักสมาน (Selman A. Waksman) ชาวอเมริกันเชื้อสายรัสเซีย ค้นพบยาปฏิชีวนะ สเตรปโตมัยซิน จากเชื้อสเตรปโตมัยซิส กริเซอุส (*Streptomyces griseus*) ยาตัวแรกที่ได้รับการพิสูจน์อย่างเป็นทางการว่าเป็นระบบว่าปลอดภัยและมีประสิทธิภาพในการรักษาผู้ป่วยวัณโรค ซึ่งโรคนี้คร่าชีวิตผู้คนจำนวนมาก จนได้ชื่อว่า “กาฬโรคขาว” (White Plague)^{(11) (12)}

- โรคที่เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญโรคหนึ่งคือ ไข้เลือดออก พบมานาน มีรายงานการระบาดตั้งแต่ พ.ศ. 2322 ในทวีปเอเชีย แอฟริกา และอเมริกาเหนือ⁽¹³⁾ โดยอาจมีบันทึกโรคนี้ตั้งแต่สมัยราชวงศ์ถังในประเทศจีน⁽¹⁴⁾ โรคนี้มีการระบาดใหญ่ในกรุงนิลา สาธารณรัฐฟิลิปปินส์ เมื่อ พ.ศ. 2496-2497⁽¹⁵⁾ และแพร่ระบาดไปทั่วภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ ภาวะโรคนี้ทำให้โรคแพร่ไปกว้างขวางขึ้น ความก้าวหน้าทางวิทยาไวรัสและวิทยาภูมิคุ้มกัน ทำให้เข้าใจธรรมชาติและพยาธิสรีรวิทยาของโรค ทำให้มีการปรับปรุงวิธีการตรวจวินิจฉัยและการรักษาดีขึ้น แต่การระบาดของโรคมีการเปลี่ยนแปลงพบในเด็กโตและผู้ใหญ่มากขึ้น ปัจจุบันมีวัคซีนป้องกัน แต่ยังมีประสิทธิภาพไม่ดีนัก และยังมีปัญหาด้านความปลอดภัยด้วย

3.3 วิวัฒนาการการสาธารณสุขไทยก่อนยุคกรุงรัตนโกสินทร์

ในสมัยสุโขทัย พบฐานศิลามีรูปกลมตรงกลาง มีร่องวางเท้า 2 ข้าง และมีร่องน้ำด้านหน้า เคยมีผู้สันนิษฐานว่าเป็นหัวส้วม รูปตรงกลางเป็นช่องถ่ายอุจจาระ ร่องน้ำด้านหน้าเป็นร่องระบายน้ำปัสสาวะ ฐานศิลาดังกล่าว ปัจจุบันจัดแสดงไว้ในพิพิธภัณฑสถานแห่งชาติรามคำแหง จังหวัดสุโขทัย แต่แท้จริงแล้ว ฐานศิลาดังกล่าวน่าจะเป็นฐานเทวรูปยืน มีไข่หัวส้วม ด้วยเหตุผลต่างๆ ได้แก่ (1) ถ้าลองนั่งยองๆ โดยวางเท้าตรงร่องวางเท้าทั้ง 2 ข้าง หันหน้าไปทางร่องน้ำ ก็นั่งอยู่เลยรูปตรงกลางไปทางด้านหลัง ไม่สามารถถ่ายอุจจาระลงไปตรงรูนี้ได้ (2) ไม่มีเหตุผลใดๆ ที่จะต้องแยกช่องทางน้ำปัสสาวะออกจากช่องถ่ายอุจจาระ และร่องดังกล่าวถ้าเป็นร่องปัสสาวะก็เหมาะสมกับลักษณะกายวิภาคของเพศชายเท่านั้น ไม่เหมาะแก่เพศหญิง (3) ไม่ปรากฏการพบฐานศิลาดังกล่าวบนหลุมส้วมที่เหมือนหรือคล้ายกับส้วมในปัจจุบัน

ตรงกันข้าม ฐานศิลาดังกล่าวเข้ากันได้กับฐานเทวรูปยืนอย่างสนิท ร่องเท้าสองข้าง คือ ร่องสำหรับวางเท้าของเทวรูป รูปตรงกลางสำหรับสวมแกนฐานเทวรูป ร่องน้ำข้างหน้าสำหรับเป็นทางให้น้ำที่ตกลงบนเทวรูปในพิธีกรรมไหลไปลงภาชนะที่รองรับ ดังนั้นฐานศิลาดังกล่าวจึงมีไข่หลักฐานที่แสดงว่า มีการสร้างส้วมเพื่อการสุขาภิบาลในสมัยสุโขทัย เช่นเดียวกับที่ไม่มีหลักฐานว่า มีการทำสวนสมุนไพรในสมัยสุโขทัยตามที่มีการอ้างลอยๆ ว่า มีการกล่าวถึงในศิลาจารึก ทั้งๆ ที่ไม่มีข้อความในศิลาจารึกทั้งของพ่อขุนรามคำแหงมหาราชและจารึกของพญาไลไทที่วัดป่ามะม่วงทุกหลัก

ในสมัยกรุงศรีอยุธยา การอพยพหนีโรคห่ามาสร้างพระนครศรีอยุธยา ก็เป็นการอพยพหนีตาย หลักฐานในพระไอยการตำแหน่งนาพลเรือน พ.ศ. 1998 ในรัชสมัยสมเด็จพระบรมไตรโลกนาถ ก็เป็นเรื่องทางการแพทย์ทั้งสิ้น ไม่มีการกล่าวถึงหน่วยงานด้านการสาธารณสุข

งานด้านการสาธารณสุขน่าจะเริ่มในรัชสมัยสมเด็จพระนารายณ์มหาราช ในการสร้างพระราชวังที่ลพบุรี ซึ่งมีการสร้างระบบประปาด้วย แต่เมื่อปลายรัชสมัยสมเด็จพระนารายณ์มหาราช พระเพทราชาเข้ายึดอำนาจ

ขับไล่ฝรั่งเศสและชาวต่างชาติส่วนใหญ่ออกไป หลังจากนั้นก็ไม่ปรากฏหลักฐานการพัฒนาด้านการสาธารณสุขอีก จนกระทั่งเสียกรุงศรีอยุธยาเมื่อ พ.ศ. 2310 แม้สมเด็จพระเจ้าตากสินมหาราชจะสามารถกู้กรุงคืนได้ในระยะเวลาเพียง 7 เดือนเศษหลังกรุงแตก แต่ตลอดรัชสมัยต้องทำศึกสงครามในการปราบชุมนุมต่างๆ และยังต้องรบกับพม่า รวมทั้งการศึกกับประเทศต่างๆ ในอินโดจีนและหัวเมืองภาคใต้ จึงมีเวลาและโอกาสไม่มากนักในการฟื้นฟูบูรณะประเทศ แม้จะมีการค้าขายกับประเทศต่างๆ และบรรดามิชชันนารีจากประเทศตะวันตกจะกลับเข้ามาเผยแผ่ศาสนาพร้อมกับนำวิทยาการต่างๆ เข้ามาด้วย แต่ช่วงปลายรัชกาลก็เกิดเหตุความไม่สงบ และมีเหตุพิพาทกับบรรดาสังฆราชบาทหลวงต่างๆ ด้วย ทำให้วิทยาการต่างๆ ซึ่งรวมทั้งด้านการแพทย์และสาธารณสุขไม่มีการพัฒนาจนปรากฏหลักฐานเป็นรูปธรรมในช่วงนั้นนัก

นอกจากการเจ็บไข้ได้ป่วยและการเสียชีวิตด้วยโรคต่างๆ แล้ว ปรากฏมีโรคระบาดเกิดขึ้นเป็นครั้งคราว มีบันทึกของทูตฝรั่งเศสที่เข้ามาเจริญสัมพันธไมตรีในสมัยสมเด็จพระนารายณ์มหาราช กล่าวถึงการฝังศพของคนที่ตายด้วยไข้ทรพิษว่า มักจะฝังไว้นานกว่า 3 ปีก่อนจะขุดขึ้นมาเผา เพราะพบว่า ถ้าขุดขึ้นมาเผาก่อนหน้านั้นจะทำให้กลับระบาดได้อีก⁽¹⁶⁾ จากการขุดแต่งเพื่อบูรณะโบราณสถานบ้านนักบุญเปโตร (โบสถ์คณะโดมินิกัน) ที่พระนครศรีอยุธยา พบในบางหลุมศพมีโครงกระดูกซ้อนกันถึง 3-4 โครง โดยพบว่า มีการใช้ปูนขาวพอกทับบนศพด้วย สันนิษฐานว่า เป็นการใช้ปูนขาวช่วยระงับการแพร่ของโรคระบาดในสมัยนั้น⁽¹⁷⁾

ในรัชสมัยสมเด็จพระนารายณ์มหาราช เป็นสมัยที่มีการติดต่อกับต่างประเทศมากกว่าครั้งใดในอดีต ทำให้วิทยาการต่างๆ แพร่เข้ามามาก เทคโนโลยีการพิมพ์ซึ่งกูเตนเบิร์ก ศิษย์วัดคนหนึ่งในเมืองมายส์ ประเทศเยอรมนีคิดขึ้นตั้งแต่ พ.ศ. 1983 ก็น่าเชื่อว่าจะมีผู้นำเข้ามาในเมืองไทยแล้วในสมัยนั้น โดยสังฆราชลาโน บาทหลวงซึ่งเรียนรู้ภาษาไทยจนแตกฉาน ได้เริ่มแปลและแต่งหนังสือเพื่อเผยแผ่ศาสนาเป็นภาษาไทย เป็นหนังสือถึง 26 เล่ม

สังฆราชลาโนสร้างศาลาเรียนขึ้นในที่พระราชทานที่ตำบลเกาะมหาพราหมณ์ทางด้านเหนือของตัวเมืองอยุธยา มีคนกล่าวกันว่า ท่านได้ตั้งโรงพิมพ์ขึ้นไว้ด้วย และต่อมาพระนารายณ์มหาราชได้โปรดให้ตั้งโรงพิมพ์ขึ้นที่ลพบุรีด้วย กิจการเหล่านี้ทรุดโทรมลงหลังพระเพทราชาทำรัฐประหาร ขึ้นครองราชย์ และขับไล่พวกฝรั่งออกไป

ต่อมาเมื่อพระเจ้าตากสินมหาราชทรงกอบกู้เอกราชตั้งกรุงธนบุรีขึ้นได้ ท่านสังฆราชคาร์โนลต์ได้กลับเข้ามาสอนศาสนาอีก มีการตั้งโรงพิมพ์ที่วัดซานตาครุซ ตำบลกุฎีจีนในกรุงธนบุรี หนังสือที่สังฆราชคาร์โนลต์พิมพ์ขึ้น

ในครั้งนั้นยังปรากฏต่อมาในสมัยพระบาทสมเด็จพระพุทธยอดฟ้าจุฬาโลกมหาราช เล่มหนึ่งพิมพ์บนปกว่า “คำสอนคฤศตัง พิมพ์ขึ้นในวัดชันตากรุส ณ บางกอก ศักราชแต่ไถ่ชาติมนุษย์ 1796” (พ.ศ. 2339)⁽¹⁸⁾ เป็นหลักฐานว่ามีการพิมพ์หนังสือในประเทศไทย ก่อนที่เคยเชื่อกันว่าไบเบิลชักชวนคนมาปลูกผีโดยโรงพิมพ์หมอบรัดเลย์เมื่อ พ.ศ. 2381 เป็นสิ่งพิมพ์ฉบับแรกในประเทศไทยถึง 42 ปี และถ้าเชื่อข้อมูลว่า มีการพิมพ์ตั้งแต่สมัยพระนารายณ์มหาราช เวลาที่ย้อนไปถึงกว่า 150 ปี

3.4 การสาธารณสุขในยุคต้นรัตนโกสินทร์

1. การเอาชนะไข้ทรพิษ

ในช่วงต้นยุคกรุงรัตนโกสินทร์ การสาธารณสุขของโลกก็ยังไม่พัฒนาเท่าใด เทคโนโลยีที่มีผลกระทบต่อสาธารณสุขของโลกอย่างมากและค่อนข้างรวดเร็ว คือ การพัฒนาด้านวัคซีน ซึ่งวัคซีนชนิดแรกที่โลกค้นพบคือ วัคซีนป้องกันไข้ทรพิษที่พัฒนาโดยเอ็ดเวิร์ด เจนเนอร์ นายแพทย์ชาวอังกฤษ

วัคซีนป้องกันไข้ทรพิษมีพัฒนาการมายาวนาน แต่ยังมีปัญหาเรื่องความปลอดภัยและประสิทธิภาพ เอ็ดเวิร์ด เจนเนอร์ ก็ใช้เวลายาวนานในการพัฒนาวัคซีนจนได้วัคซีนที่ปลอดภัย มีประสิทธิภาพ เป็นที่ยอมรับของรัฐบาลอังกฤษ และเป็นที่ยอมรับอย่างกว้างขวางทั่วโลกในเวลาต่อมา

เอ็ดเวิร์ด เจนเนอร์ เริ่มทดสอบวัคซีนนี้ครั้งแรกเมื่อวันที่ 14 พฤษภาคม 2339 ตรงกับปีที่ 15 แห่งกรุงรัตนโกสินทร์ และศึกษาวิจัยอย่างต่อเนื่อง เขาตีพิมพ์ผลการศึกษาทดลองในผู้รับวัคซีน จำนวน 23 ราย ในปี พ.ศ. 2341 ซึ่งยังอยู่ในรัชสมัยของพระบาทสมเด็จพระพุทธยอดฟ้าจุฬาโลก

การฉีดวัคซีนป้องกันไข้ทรพิษในประเทศไทย เริ่มครั้งแรกโดยหมอบรัดเลย์ เมื่อวันที่ 2 ธันวาคม พ.ศ. 2378 ในรัชสมัยพระบาทสมเด็จพระนั่งเกล้าเจ้าอยู่หัว โดยปลูกฝีให้แก่เด็ก 15 คน แต่ไม่ประสบผลสำเร็จ ฝีไม่ขึ้น สามปีต่อมา เกิดไข้ทรพิษระบาด หมอบรัดเลย์จึง

ทำการปลูกฝีอีก พร้อมพิมพ์ไบเบิลชักชวนคนให้มาปลูกฝี น่าสนใจว่าทางราชสำนักเปิดรับวิทยาการนี้อย่างดี พระบาทสมเด็จพระนั่งเกล้าเจ้าอยู่หัวทรงโปรดฯ ให้หมอหลวงรวมทั้งหมอเชลยศักดิ์ไปหัดปลูกฝีกับหมอมิชชันนารี เมื่อวันที่ 21 ธันวาคม 2381 และโปรดฯ ให้พิมพ์ไบเบิล 10,000 ฉบับ เชิญชวนประชาชนในกรุงเทพฯ ให้ไปรับการปลูกฝีด้วย⁽¹⁹⁾

ถ้านับระยะเวลาตั้งแต่เอ็ดเวิร์ด เจนเนอร์ตีพิมพ์รายงานเมื่อ พ.ศ. 2341⁽²⁰⁾ ก็เป็นเวลาถึง 40 ปี ก่อนที่จะมีการออกไบเบิลเชิญชวนประชาชนในกรุงเทพฯ มารับการปลูกฝี แต่ในอังกฤษเอง จนกระทั่ง พ.ศ. 2383 รัฐบาลอังกฤษจึงออกกฎหมายห้ามการใช้หนองฝีคน ซึ่งไม่ปลอดภัย และให้ปลูกฝีโดยใช้หนองฝีวัว ตามแบบของเอ็ดเวิร์ด เจนเนอร์ ฟรีแก่ประชาชน

ในประเทศไทย หมอบรัดเลย์ได้ทำการศึกษาดูเรื่องการปลูกฝีอย่างต่อเนื่อง จนประสบความสำเร็จในปี พ.ศ. 2384 โดยได้ทำการปลูกฝีในเด็ก 75 คนที่บ้านเจ้าพระยาพระคลัง โดยใช้พันธุ์หนองฝีวัวจากสหรัฐ ปรากฏว่า ปลูกขึ้นเพียง 3-4 ราย ต่อมาได้ทดลองต่ออีกราว 3 เดือน มีคนที่ปลูกฝีขึ้นราว 100 คน

ปีต่อมา หมอบรัดเลย์ได้ทดลองผลิตพันธุ์หนองฝีขึ้นเอง แทนการสั่งจากต่างประเทศซึ่งต้องใช้เวลา โดยทดลองฉีดหนองจากผู้ป่วยไข้ทรพิษเข้าไปในวัวหลายตัว

โดยได้รับพระราชทานวัวจากพระบาทสมเด็จพระนั่งเกล้าเจ้าอยู่หัวด้วย ในปีนั้นบุตรสาวคนหนึ่งของหมอบรัดเลย์เสียชีวิตจากไข้ทรพิษเมื่ออายุได้ 7 เดือน ในปี พ.ศ. 2494 หมอบรัดเลย์ได้ปลูกฝีโดยคิดค่าปลูกฝีคนละ 1 บาท หากฝีขึ้นดีจะคืนเงินให้ครึ่งหนึ่ง รายได้นำไปซื้อพันธุ์หนองฝิจากสหรัฐ

หมอบรัดเลย์ได้เขียนตำราชื่อ “ตำราปลูกฝีโคให้กันโรคหัดพิษไม่ให้ขึ้นได้” โดยได้เขียนประสบการณ์เรื่องนี้ในประเทศไทย ช่วง พ.ศ. 2383-2387 หนังสือตีพิมพ์เผยแพร่เมื่อ พ.ศ. 2388⁽²¹⁾

ปัญหาใหญ่เรื่องที่ต้องทำพันธุ์หนองฝิจากต่างประเทศเป็นปัญหามาอย่างต่อเนื่อง เดิมใช้พันธุ์หนองฝิจากสหรัฐซึ่งเข้ามาเพียงปีละครั้งเพราะระยะทางไกลมาก ต่อมาได้พันธุ์หนองฝิจากยุโรป 2 เดือนมาครั้งหนึ่ง แต่ก็มักเสียกลางทางเสียครึ่งหนึ่ง จนในรัชสมัยพระบาทสมเด็จพระจุลจอมเกล้าเจ้าอยู่หัว ฝรั่งเศสมาตั้งสถาบันปาสเตอร์ที่เวียดนาม เมืองไทยก็ได้พันธุ์หนองฝิจากไซ่ง่อน ซึ่งส่งมาได้ในเวลาเพียง 15 วัน จึงแก้ปัญหของเสียกลางทางไปได้ แต่ก็ยังมีปัญหาของมีน้อยไม่พอใช้ ในปี พ.ศ. 2445 กระทรวงมหาดไทยเวลานั้นจึงได้มีนโยบายผลิตพันธุ์หนองฝีขึ้นใช้เอง มีผู้รับทำ คือ หมออะดัมสัน ซึ่งต่อมาได้เป็นพระบำบัดสรรพโรค ได้ดำเนินการที่สำนักงานที่สี่กั๊ก ถนนเจริญกรุง แต่ได้พันธุ์หนองฝีไม่สู้ดีเหมือนอย่างของต่างประเทศ และทำได้น้อยไม่พอใช้ ปีต่อมาจึงได้หมอมาโนส ชาวฝรั่งเศส ซึ่งเป็นผู้ชำนาญการเรื่องนี้เข้ามารับราชการ ได้รับงานนี้ไปทำโดยไปทำที่เมืองนครปฐม เมื่อ พ.ศ. 2446 ได้พันธุ์หนองฝิดาษคุณภาพดีพอๆ กับของจากต่างประเทศ และปริมาณมากพอด้วย

ปัญหาเรื่องการปลูกฝีแก่ประชาชน มีแนวคิดแย้งกันระหว่างกระทรวงนครบาลกับกระทรวงมหาดไทย กระทรวงนครบาลเห็นว่า จะต้องออกกฎหมายบังคับให้ประชาชนมาปลูกฝี แต่กระทรวงมหาดไทยไม่เห็นด้วย เพราะเกรงจะเดือดร้อนแก่ราษฎร และจะมีปัญหาเรื่องการบังคับใช้กฎหมายด้วย จึงใช้วิธีการ ได้แก่

1) ออกใบปลิวให้คำแนะนำ และเชิญชวนประชาชนมารับการปลูกฝี

2) จัดพนักงานเป็น 4 ทีม แยกไปปลูกฝีในท้องที่

ที่มีโรคชุกชุม คือ มณฑลนครชัยศรี ราชบุรี ปราณบุรี และ นครราชสีมา ที่เหลือโรคไม่ชุกชุมให้เป็นหน้าที่ของแพทย์ประจำเมืองแต่ละเมือง

3) วิธีออกไปปลูกฝีใช้วิธีดำเนินการที่ละอำเภอ แต่ละอำเภอให้กรมการอำเภอเรียกกำนันผู้ใหญ่บ้านมาชี้แจง แล้วแจกประกาศแก่ราษฎร และปิดไว้ตามวัดหรือที่ประชุมชนอื่นๆ นัดประชาชนไปรับการปลูกฝีที่ละตำบล

การปลูกฝีเป็นการพิเศษครั้งนั้น ปรากฏในรายงานประชุมเทศบาล พ.ศ. 2456 มีคนมารับการปลูกฝีถึง 78,768 คน โดยไม่ต้องมีการบังคับแต่อย่างใด⁽²²⁾

ไข้ทรพิษเป็นโรคระบาดที่คร่าชีวิตผู้คนทั่วโลกไปมากมาย แต่เป็นโรคชนิดแรกที่สามารถขจัดกวาดล้าง (Eradication) สำเร็จ โดยมีการประกาศอย่างเป็นทางการเมื่อ พ.ศ. 2523⁽²³⁾

2. การพิชิตอหิวาตกโรค

การระบาดของอหิวาตกโรคมีมาตั้งแต่ต้นยุคกรุงรัตนโกสินทร์ ทำให้ผู้คนล้มตายจำนวนมาก ความรู้เรื่องการควบคุมป้องกันโรคนี้นั้นในยุโรปก่อนหน้านั้น ก็ยังจำกัดมาก จอห์น สโนว์ “บิดาแห่งวิชาระบาดวิทยา” เพิ่งเสนอรายงานเรื่อง “ว่าด้วยช่องทางการติดต่อของอหิวาตกโรค” (On the Mode of Communication of Cholera) เมื่อ พ.ศ. 2392⁽²⁴⁾ จึงไม่แปลกที่ในการระบาดของโรครุนแรงครั้งใหญ่ประเทศไทย ใน พ.ศ. 2363 (ปีที่ 12 แห่งรัชสมัยพระบาทสมเด็จพระพุทธเลิศหล้านภาลัย) ทางกรมจะแก้ปัญหาด้วยการทำพิธีอาถรรพ์นิยสูตร

แต่ต่อมามีการระบาดของโรครุนแรง และได้ใช้วิธีนี้อีก นอกจากไม่ได้ผลแล้ว ราษฎรและพระภิกษุที่เข้าร่วมกระบวนแห่และหามพระพุทธรูปมีบางคนล้มลงขาดใจตาย ในระหว่างร่วมพิธี บางรายกลับบ้านแล้วตายก็มี ต่อมาจึงเลิกใช้พิธีนี้ในการแก้ปัญหการระบาดของอหิวาตกอีก⁽²⁵⁾ โดยที่วัดขึ้นป้องกันโรคนี้นี้มีประสิทธิผลต่ำ จึงไม่สามารถป้องกันหรือควบคุมการระบาดได้ การระบาดแต่ละครั้งมักส่งผลกระทบต่อชีวิตเมื่อโรคระบาดจนอึดอัด และระบาดขึ้นได้อีกเพราะการสุขาภิบาลและน้ำสะอาดยังพัฒนาไม่ทั่วถึง และสุขอนามัยส่วนบุคคลของประชาชนยังไม่ดี โรคนี้จึงระบาดเป็นครั้งคราวเรื่อยมาจนล่วงเข้าหลังกึ่งพุทธกาล

แล้ว แต่มีการเปลี่ยนแปลงของเชื้อก่อโรคจากชนิดคลาสสิก (Classical Vibrio cholera) เป็นเชื้อสายพันธุ์เอลทอร์ (El Tor Vibrio cholera) ซึ่งลดความรุนแรงลง และมักเป็นโรคประจำถิ่นตามจังหวัดรอบอ่าวไทย ซึ่งมีบริเวณน้ำเค็มและน้ำจืดเชื่อมต่อกัน

การระบาดในประเทศไทยในช่วงหลัง มักเริ่มจากจังหวัดสมุทรปราการซึ่งเป็นเมืองอุตสาหกรรม มีผู้ใช้แรงงานอพยพมาทำงานในจังหวัดนี้มาก ส่วนมากมาจากภาคอีสาน การระบาดมักเกิดช่วงหลังสงกรานต์ที่ผู้ใช้แรงงานจำนวนมากเดินทางกลับภูมิลำเนา นำเชื้อโรคไปแพร่ระบาด การควบคุมโรคที่ได้ผลเกิดจากการควบคุมโรคได้ดีในจังหวัดสมุทรปราการ โดยการควบคุมโรคเชิงรุก ด้วยการออกให้สุขศึกษาแก่ประชาชนในชุมชนก่อนการเกิดโรค และทันทีที่พบเชื้อจากการตรวจอุจจาระจะดำเนินการควบคุมโดยให้ยาปฏิชีวนะแก่ประชาชนในจุดก่อโรคโดยเร็ว จึงไม่มีแหล่งแพร่โรคให้แก่จังหวัดอื่นๆ แต่ยังพบโรคนี้ประปรายหลังเกิดอุทกภัยในชุมชนใหญ่ ประชาชนขาดแคลนน้ำสะอาดในการอุปโภคบริโภค ต่อมาหลังจากสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยากระจายอำนาจให้สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขึ้นทะเบียนน้ำดื่มบรรจุภัณฑ์ได้ ทำให้อุตสาหกรรมน้ำสะอาดแพร่หลายทั่วประเทศ เมื่อเกิดอุทกภัยจะมีการแจกน้ำให้อย่างมากมาย ใช้ได้ทั้งบริโภคและอุปโภค หลังจากนั้น ก็ไม่พบ

การระบาดลักษณะดังกล่าวอีก

3 โรคติดต่ออื่นๆ

โรคติดต่อร้ายแรงอื่น ได้แก่

1) กาฬโรคสงบลงและแทบไม่มีการระบาดอีก เมื่อการสุขาภิบาลทั่วโลกดีขึ้น และมียาปฏิชีวนะเตตราซัยคลิน ซึ่งรักษาโรคนี้ได้ผลดี

2) โรคคุดทะราด สามารถควบคุมและขจัดจนหมดไปจากประเทศไทย โดยยาปฏิชีวนะเพนิซิลลินและการใช้สบู่กันอย่างแพร่หลาย

3) วัณโรค ลดความรุนแรงลงโดยวัคซินบี.ซี.จี และการรักษาด้วยยาปฏิชีวนะหลายขนาน

4) โรคเรื้อน ควบคุมได้ด้วยดีด้วยการค้นหาและรักษาด้วยยาหลายขนาน

5) โรคติดต่อที่ป้องกันได้ด้วยวัคซีน สามารถควบคุมได้ดีโดยเฉพาะเมื่อมีการฉีดวัคซีนอย่างเป็นระบบตามโครงการขยายการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค (Expanded Program on Immunization: EPI) ที่องค์การอนามัยโลกแนะนำ

6) โรคเอดส์ ควบคุมได้โดยโครงการถุงยางอนามัย 100% และการให้ยาสูตรแรงอย่างทั่วถึงและมีประสิทธิภาพ

3.5 การสาธารณสุขไทยกับรัฐสมัยใหม่

โลกพัฒนาตามลำดับมาเป็น 5 ยุค ได้แก่ (1) ยุคโบราณ (2) ยุคกำเนิดศาสนา (3) ยุคมืด (4) ยุคสมัยใหม่ (Modern) และ (5) ยุคหลังสมัยใหม่ (Post-modern) โดยยุคสมัยใหม่เริ่มจากการฟื้นฟูวิทยาการ (Renaissance) ในยุโรป จนวิทยาศาสตร์เจริญก้าวหน้า ทำให้โลกก้าวเข้าสู่ยุคสมัยใหม่ การสาธารณสุขของโลกก็ได้อันสืบจากการพัฒนาทางวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี ซึ่งส่งผลกระทบต่อการพัฒนาการของการสาธารณสุขไทย โดยวิทยาศาสตร์ตะวันตกได้เผยแพร่เข้ามาสู่ประเทศไทยตั้งแต่รัชสมัย

พระบาทสมเด็จพระนั่งเกล้าเจ้าอยู่หัว ต่อเนื่องมาในสมัยพระบาทสมเด็จพระจอมเกล้าเจ้าอยู่หัว จนกระทั่งเกิดการสร้างประเทศให้ทันสมัย (Modernization) และการสร้างรัฐสมัยใหม่ในรัชสมัยพระบาทสมเด็จพระจุลจอมเกล้าเจ้าอยู่หัว รัฐสมัยใหม่นั้น นอกจากการสร้างความมั่นคงเข้มแข็งทางการทหารแล้ว จะต้องมีความมั่นคงทางเศรษฐกิจและสังคมเป็นสำคัญ ความมั่นคงทางสังคมประกอบด้วยการพัฒนาด้านการศึกษา ศาสนา วัฒนธรรม ประเพณี และการสาธารณสุข

พัฒนาการด้านสาธารณสุขในสมัยพระบาทสมเด็จพระจุลจอมเกล้าเจ้าอยู่หัว เป็นผลสำคัญจากการที่พระองค์ได้เสด็จพระราชดำเนินไปต่างประเทศตั้งแต่ยังทรงพระเยาว์ โดยได้เสด็จประพาสสิงคโปร์และอินเดีย จนต่อมาได้เริ่มวางรากฐานการพัฒนาระบบบริการสาธารณสุขขึ้นครั้งแรก คือ การสร้างโรงพยาบาลศิริราช เมื่อ พ.ศ. 2429 และต่อมาได้สร้างขึ้นอีกหลายแห่งในพระนคร หลังเปิดโรงพยาบาลศิริราชเมื่อ พ.ศ. 2431 ปีต่อมาก็เปิดโรงเรียนแพทยากรเพื่อผลิตแพทย์ขึ้นในประเทศ และส่งแพทย์ไปประจำอยู่ตามหัวเมือง ตั้งแต่ พ.ศ. 2441

ทางด้านการสุขาภิบาล ก็ได้ตั้งกรมสุขาภิบาลตั้งแต่ พ.ศ. 2440 ตั้งโสตศาลาของรัฐบาล เพื่อจำหน่ายยาให้กับประชาชน เมื่อ พ.ศ. 2445 และตั้งโสตสภากาเพื่อผลิตยาในปีเดียวกัน เริ่มมีแพทย์ประจำตำบล เมื่อ พ.ศ. 2449 ขุดคลองเพื่อทำน้ำประปาในปีเดียวกัน และมีการริเริ่มตั้งสุขาภิบาลแห่งแรกที่ตำบลท่าฉลอม เมืองสมุทรสาคร เมื่อ พ.ศ. 2451⁽²⁵⁾

พระบาทสมเด็จพระมงกุฎเกล้าเจ้าอยู่หัว ทรงเป็นพระมหากษัตริย์ไทยพระองค์แรกซึ่งสำเร็จการศึกษาชั้นสูงจากประเทศอังกฤษ ทรงพัฒนาการสาธารณสุขสืบต่อมา โดยทรงตั้งสถานปาสเตอร์ ซึ่งสมัยนั้นเรียกว่าปาสตูลา เมื่อ พ.ศ. 2455 ตราพระราชบัญญัติรักษาคลองประปาเมื่อ พ.ศ. 2456 ตั้งกรมสาธารณสุขเมื่อวันที่ 27 พฤศจิกายน พ.ศ. 2461 โดยยกเลิกกรมประชาภิบาลเดิม เพื่อรวมงานด้านการแพทย์และการสุขาภิบาลที่แยกกันอยู่ใน 2 กระทรวง คือ กระทรวงนครบาลและกระทรวงมหาดไทย มาอยู่ในกรมเดียวกันโดยสังกัดในกระทรวงมหาดไทย

การตั้งกรมสาธารณสุขนี้ วงการสาธารณสุขถือเป็นหมุดหมายสำคัญของการสาธารณสุขไทย จึงถือเอาวันที่ 27 พฤศจิกายน ซึ่งเป็นวันก่อตั้งกรมนี้ เป็นวันสถาปนากรมสาธารณสุขไทย และต่อมาได้ถือเป็นวันสถาปนากกระทรวงสาธารณสุขด้วย⁽²⁶⁾

ในปี พ.ศ. 2461 ตราพระราชบัญญัติสภาอากาศสยาม ซึ่งมีการแก้ไขเพิ่มเติม เมื่อ พ.ศ. 2463 ให้มีสถานะเป็นสมาคมสาธารณกุศลมากกว่าเป็นองค์กรของรัฐ ส่งผลให้สันนิบาตสภาอากาศมีมติรับสภาอากาศสยามเข้าเป็นสมาชิกเมื่อวันที่ 8 เมษายน พ.ศ. 2464⁽²⁷⁾

งานสำคัญด้านการสาธารณสุขในรัชสมัยพระบาทสมเด็จพระมงกุฎเกล้าเจ้าอยู่หัวอีกเรื่องหนึ่ง คือ การเริ่มโครงการปราบพยาธิปากขอเมื่อ พ.ศ. 2466 และมีการเริ่มสร้างส้วมซึมแบบคอห่านเป็นครั้งแรก เมื่อ พ.ศ. 2467⁽²⁸⁾

ในรัชสมัยพระบาทสมเด็จพระปกเกล้าเจ้าอยู่หัว มีการขยายงานของกรมสาธารณสุขใน พ.ศ. 2468 เป็น 6 กอง คือ กองประชากร กองสุขศึกษา กองสาธารณสุข กองยาเสพติดให้โทษ กองโสตศาลารัฐบาล และกองสุขาภิบาล⁽²⁹⁾ ปีต่อมาได้ขยายเพิ่มอีก 7 กอง เป็น 13 กอง ได้แก่ กองบัญชาการ กองการเงิน กองที่ปรึกษา กองบรรณาธิการ กองบุรุษภิบาล กองวิศวกรรม กองสุขภาพ กองโสตสภากา กองยาเสพติดให้โทษ โรงพยาบาลคนเสียจริต กองส่งเสริมสุขาภิบาล กองแพทย์สุขาภิบาลแห่งพระนคร และวชิรพยาบาล⁽²⁹⁾

พ.ศ. 2470 ตราพระราชบัญญัติคนเข้าเมือง ระบุนำคนที่มีโรคตามที่เสนาบติได้ประกาศในราชกิจจานุเบกษาเข้าประเทศ เป็นมาตรการหนึ่งในการป้องกันและควบคุมโรค ต่อมา มีการตั้งกองโรคติดต่อและกองสถิติหลังการระบาดของอหิวาตกโรคเมื่อ พ.ศ. 2472⁽³⁰⁾

การเปลี่ยนแปลงการปกครองจากระบอบสมบูรณาญาสิทธิราชย์มาเป็นระบอบประชาธิปไตย เมื่อ พ.ศ. 2475 คณะราษฎรผู้ดำเนินการเปลี่ยนแปลงการปกครองประกาศหลัก 6 ประการ ได้แก่ (1) หลักเอกราช (2) หลักความปลอดภัย (3) หลักเศรษฐกิจ (4) หลักเสมอภาค (5) หลักเสรีภาพ และ (6) หลักการศึกษา⁽³¹⁾ นำสังเกตว่า ไม่มีการกล่าวถึงเรื่องสาธารณสุข

เรื่องสาธารณสุขทวีความสำคัญมากขึ้น หลังจากจอมพล ป. พิบูลสงคราม ขึ้นดำรงตำแหน่งนายกรัฐมนตรี และมีนโยบายชาตินิยม มีการชักชวนประชาชนให้ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อการอนามัยและการป้องกันโรค และแสดงถึงความเจริญก้าวหน้า ทันสมัย เช่น การสวมหมวก การสวมรองเท้า สวมเสื้อ แปรงฟัน การนั่งเก้าอี้ เลิกอุ้มลูกเข้าส้วม เลิกเคี้ยวข้าวป้อนเด็ก ให้เด็กสวมเสื้อผ้า ห่มกันมาก เป็นต้น⁽³²⁾ และมีการจัดตั้งกระทรวงสาธารณสุขเมื่อวันที่ 10 มีนาคม พ.ศ. 2485 ซึ่งเป็นการตั้งกระทรวงสาธารณสุขก่อนสหรัฐอเมริกาถึง 16 ปี

นโยบายชาตินิยมของจอมพล ป. มีสาระสำคัญเน้นความเข้มแข็งของคนในชาติ จึงมีนโยบายสร้างโรงพยาบาลขึ้นในจังหวัดต่างๆ เริ่มที่จังหวัดชายแดนเพื่อ “อวดธง” แข่งขันกับประเทศรอบบ้าน ซึ่งเป็นอาณานิคมของฝรั่งเศสและอังกฤษ เพื่อรักษาความนิยมของคนในชาติว่า มีที่พึ่งยามป่วยไข้ ต่อมา มีการสร้างโรงพยาบาลหญิง เพื่อส่งเสริมการอนามัยแม่และเด็กขึ้นในกรุงเทพฯ (ต่อมา มีการแยกโรงพยาบาลเด็กออกไปเป็นโรงพยาบาลต่างหาก และต่อมาเปลี่ยนชื่อเป็น โรงพยาบาลราชวิถี เมื่อ พ.ศ. 2519 ขยายบทบาทหน้าที่จากโรงพยาบาลทางสูติรีเวชกรรมเป็นโรงพยาบาลทั่วไป) และสร้างโรงเรียนพยาบาลขึ้นในทุกภาคเพื่อผลิตพยาบาลสำหรับโรงพยาบาลที่สร้างขึ้น

มาตรการที่ชาญฉลาดอย่างยิ่ง คือ การใช้วิธีให้มีการคัดเลือกนักเรียนหญิงที่จบการศึกษาชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 6

3.6 การสาธารณสุขไทยยุคสงครามเย็น

ยุคสงครามเย็นเริ่มต้นหลังสงครามโลกครั้งที่สอง เมื่อโลกแบ่งเป็น 2 ค่าย คือ โลกเสรีนิยม นำโดยสหรัฐอเมริกา และโลกสังคมนิยมนำโดยสหภาพโซเวียต และสิ้นสุดลงเมื่อค่ายสังคมนิยมล่มสลาย โดยถือจุดตั้งต้นที่กำแพงเบอร์ลินในเยอรมนีถูกทำลาย เมื่อ พ.ศ. 2532 และสหภาพโซเวียตล่มสลายหลังจากนั้นไม่นาน

ช่วงยุคสงครามเย็น ประเทศไทยร่วมอยู่ในค่ายโลกเสรีตลอดมา โดยเข้าร่วมในภาคีสันติสัญญาป้องกันร่วมกันแห่งเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ (Southeast Asia Treaty Organization: SEATO) ซึ่งองค์กรดังกล่าวนี้เมื่อล้มเลิกไปแล้ว ได้มีการก่อตั้งองค์กรในภูมิภาคขึ้นแทน คือ อาเซียน (ASEAN: Association of Southeast Asian Nations)

ก่อนสิ้นสุดสงครามโลกครั้งที่สอง ฝ่ายสัมพันธมิตรได้เตรียมการเพื่อการฟื้นฟูบูรณะและสร้างสันติภาพถาวรทำให้เกิดองค์กร “โลกบาล” นานาชาติที่สำคัญ ได้แก่ (1) สหประชาชาติ (2) ธนาคารระหว่างประเทศเพื่อการบูรณะและพัฒนา (International Bank for Reconstruction and Development: IBRD) หรือธนาคารโลก และ (3) กองทุนการเงินระหว่างประเทศ (International

สมัยนั้น (เทียบเท่ามัธยมปีที่ 4 ในปัจจุบัน) จากแต่ละจังหวัดส่งเข้าเรียนพยาบาลในโรงเรียนพยาบาลในภูมิภาค แล้วส่งกลับไปทำงานในภูมิลำเนา มีผลสำคัญให้ข้าราชการเหล่านี้มีการโยกย้ายน้อยมาก ประหยัดงบประมาณค่าเช่าบ้าน และส่งผลชัดเจนเมื่อมีปัญหาความรุนแรงในจังหวัดชายแดนภาคใต้ ก็ไม่มีปัญหาการขาดแคลนเจ้าหน้าที่ในสายสาธารณสุข เพราะปัญหาการ “ย้ายหนี” ต่างจากข้าราชการที่บรรจุจากส่วนกลางตามระบบของสำนักงาน ก.พ. ที่ใช้ระบบการสอบแข่งขันทั่วประเทศ เช่น แพทย์ ทันตแพทย์ ซึ่งต่อมาก็ได้มีโครงการการผลิตแพทย์จากแนวคิดพื้นฐานที่กระทรวงสาธารณสุขริเริ่มไว้ตั้งแต่ต้น

ในสมัยจอมพล ป. มีนโยบายเพิ่มพลเมือง แต่น่าสังเกตว่า ในช่วงตั้งแต่หลังการเปลี่ยนแปลงการปกครองมีการเรียบเรียงและเผยแพร่หนังสือเรื่อง “การคุมกำเนิด” ออกมาจากแพทย์ในกรมสาธารณสุขด้วย⁽³²⁾

Monetary Fund: IMF) โดยเกิดองค์กรชำนาญพิเศษต่างๆ ภายใต้อหประชาชาติ เช่น องค์การอนามัยโลก ซึ่งก่อตั้งเมื่อ พ.ศ. 2491 องค์การศึกษาวิทยาศาสตร์ และวัฒนธรรมแห่งสหประชาชาติ (United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization) หรือ ยูเนสโก (UNESCO) กองทุนฉุกเฉินนานาชาติเพื่อเด็กแห่งสหประชาชาติ (United Nations International Children’s Emergency Fund) หรือยูนิเซฟ (UNICEF) (ปัจจุบันเปลี่ยนชื่อเป็น United Nations Children’s Fund โดยยังใช้ชื่อย่อ UNICEF เหมือนเดิม) ประเทศไทยได้ใช้ความพยายามในการดำเนินการให้การประกาศสงครามกับฝ่ายสัมพันธมิตร เมื่อ พ.ศ. 2485 เป็นโมฆะ และดำเนินการจนในที่สุดได้เข้าเป็นสมาชิกสหประชาชาติ และองค์การชำนาญพิเศษต่างๆ

โดยคำแนะนำของคณะผู้เชี่ยวชาญธนาคารโลก ประเทศไทยได้เริ่มการพัฒนาโดยแผนพัฒนาเศรษฐกิจแห่งชาติฉบับแรก เมื่อเริ่มปีงบประมาณ พ.ศ. 2504 ต่อมาเปลี่ยนเป็นแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ซึ่งแผนแรกเป็นแผนระยะ 6 ปี ต่อมาจึงปรับเป็นแผน

ระยะ 5 ปี ดำเนินการสืบเนื่องมาจนถึงปัจจุบัน กระทรวงสาธารณสุขได้เริ่มจัดทำแผนพัฒนาสาธารณสุขตามแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ตั้งแต่แผนระยะที่ 4 พ.ศ. 2520 - 2524

ทางด้านความร่วมมือทางวิชาการกับสหรัฐ รัฐบาลไทยได้ร่วมกับกองทัพบกสหรัฐ ดำเนินโครงการปราบอหิวาตกโรคที่ระบาดในกรุงเทพฯ เมื่อ พ.ศ. 2501-2502 และพัฒนาเป็นสถาบันวิจัยวิทยาศาสตร์การแพทย์ทหาร (Armed Forces Research Institute of Medical Sciences ชื่อย่อว่า AFRIMS) ศึกษาวิจัยด้านโรคติดต่อสืบเนื่องมาจนถึงปัจจุบัน

ช่วงเดียวกันนั้น มีการตั้ง “คณะอายุรศาสตร์เขตร้อน” ขึ้นในมหาวิทยาลัยแพทยศาสตร์ เมื่อวันที่ 6 เมษายน พ.ศ. 2503 เพื่อศึกษาวิจัย และพัฒนาการรักษาโรคเขตร้อน โดยเริ่มทำการที่โรงเรียนเทคนิคการแพทย์ และต่อมาได้ย้ายไปยังที่ทำการใหม่ที่ถนนราชวิถี เมื่อ พ.ศ. 2505 ได้พัฒนาจนเป็นศูนย์การศึกษาโรคเขตร้อนของภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ และเปิดรับนักศึกษาหลักสูตรนานาชาติ ต่อมาได้เปลี่ยนชื่อเป็นคณะเวชศาสตร์เขตร้อน เมื่อ พ.ศ. 2518 สังกัดมหาวิทยาลัยมหิดล

ในยุคสงครามเย็น รัฐบาลได้ถือเอาการสาธารณสุขเป็นนโยบายและมาตรการสำคัญเพื่อเอาชนะคอมมิวนิสต์ มีแผนงานและโครงการที่สำคัญได้แก่

- การจัดตั้งหน่วยแพทย์เคลื่อนที่ ให้บริการประชาชนในท้องที่ห่างไกลและทุรกันดาร
- นโยบายรักษาฟรี และการประกาศจะสร้างโรงพยาบาลให้ครบทุกอำเภอ โดยรัฐบาลภายใต้การนำของ ม.ร.ว.คึกฤทธิ์ ปราโมช เมื่อ พ.ศ. 2518

นโยบายการสร้างโรงพยาบาลอำเภอให้ครบทุกอำเภอ และสถานอนามัยให้ครบทุกตำบล ในสมัยรัฐบาลพลเอกเปรม ติณสูลานนท์ หลังการออกประกาศสำนักนายกรัฐมนตรี ฉบับที่ 66/2523 เน้นการเอาชนะคอมมิวนิสต์ด้วยนโยบายการเมืองนำการทหาร

ก่อนหน้านั้น มีการพัฒนาโรงพยาบาลในระดับจังหวัด โดยแนวคิด “การกระจายอำนาจตามภูมิภาค” (Decentralization by Regionalization) โดยการแบ่งกลุ่มจังหวัดต่างๆ รวมเป็นเขตแล้วพัฒนาให้มีโรงพยาบาลในเขตเป็นโรงพยาบาลศูนย์ เพื่อรับการส่งต่อจากโรงพยาบาลในจังหวัดต่างๆ โดยรอบ แทนการส่งไปที่กรุงเทพฯ เพียงแห่งเดียว เหตุผลสำคัญเพราะข้อจำกัดเรื่องทรัพยากร ไม่สามารถพัฒนาโรงพยาบาลจังหวัดทุกจังหวัดให้เป็นโรงพยาบาลศูนย์ได้ จึงเลือกพัฒนาเพียงในบางจังหวัดที่มีความสะดวกเรื่องการคมนาคม และมีความพร้อมพอสมควร โรงพยาบาลศูนย์เหล่านี้ มีการเพิ่มขึ้นเป็นระยะๆ ในเวลาต่อมา โรงพยาบาลจังหวัดที่ไม่ได้พัฒนาเป็นโรงพยาบาลศูนย์ก็จะมีสถานะเป็นโรงพยาบาลทั่วไป (General Hospital)

ในช่วงเดียวกันนี้ องค์การอนามัยโลกได้มีนโยบายสำคัญมุ่งเป้าหมาย “สุขภาพดีถ้วนหน้า เมื่อปี 2543” (Health for All By The Year 2000) โดยมีมติสมัชชาอนามัยโลกเมื่อ พ.ศ. 2520 และประเทศไทยได้ลงนามให้สัตยาบันเมื่อ พ.ศ. 2521 ยุทธศาสตร์สำคัญเพื่อบรรลุเป้าหมายดังกล่าว คือ แนวทางการสาธารณสุขมูลฐาน ซึ่งมีหลักการสำคัญข้อหนึ่ง คือ การมีส่วนร่วมของประชาชน (People Participation) ประเทศไทยได้ดำเนินการเรื่องนี้จนมีชื่อเสียงไปทั่วโลก คือ การสร้างระบบผู้สื่อข่าวสาธารณสุข (ผสส.) และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ขึ้นทั่วประเทศ โดยต่อมาได้มีการยกฐานะ ผสส. ให้เป็น อสม. ทั้งหมด สามารถดำเนินการต่อเนื่องมาจนถึงปัจจุบัน มี อสม. ทั่วประเทศกว่า 1 ล้านคน

ตลอดช่วงยุคสงครามเย็น มีพัฒนาการด้านการแพทย์และสาธารณสุขที่สำคัญ เช่น

- พ.ศ. 2490 ตั้งคณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ เป็นโรงเรียนแพทย์แห่งที่ 2 และต่อมาตั้งคณะแพทยศาสตร์ขึ้นใน 3 ภูมิภาค ที่จังหวัดเชียงใหม่ ขอนแก่น และสงขลา
- พ.ศ. 2491 ตั้งคณะสาธารณสุขศาสตร์⁽³³⁾

- พ.ศ. 2493 เริ่มใช้สถิติที่ กำหนดหน้ในการควบคุมการระบาดของกาฬโรค ที่นครราชสีมา ราชบุรี นครสวรรค์⁽³⁴⁾

- พ.ศ. 2495 โปลิโอรระบาดของ พระบาทสมเด็จพระปรมินทรมหาภูมิพลอดุลยเดช พระราชทาน “ปอดเหล็ก” ให้โรงพยาบาลศิริราช ให้คนไข้ได้ใช้เป็นครั้งแรก⁽³⁵⁾

- พ.ศ. 2523 ยุติการปลูกฝั้ป้องกันไข้ทรพิษ⁽³⁶⁾

- พ.ศ. 2529 มูลนิธิหมอชาวบ้านเริ่มโครงการณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่

- พ.ศ. 2530 พบคนไข้ติดเชื้อเอชไอวีจากการบริจาคเลือดรายแรก

- ปัญหาขาดแคลนแพทย์ในชนบทเป็นปัญหาเรื้อรังมายาวนาน และรุนแรงขึ้นมากในยุคสงครามเย็น เมื่อแพทย์จบใหม่รุ่นแรกของคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่พากันเดินทาง “เหมาล่า” เครื่องบินไปศึกษาต่อและทำงานในสหรัฐอเมริกา และลูกหลานไปยังแพทย์จบใหม่ในคณะแพทยศาสตร์ทุกคณะ เกิดปัญหา “สมองไหล” รุนแรง กระทรวงสาธารณสุขได้เริ่มมาตรการบังคับ

3.7 การสาธารณสุขในยุคโลกาภิวัตน์

ยุคโลกาภิวัตน์เริ่มเมื่อโลกมีการเชื่อมต่อถึงกันอย่างรวดเร็วด้วยระบบอินเทอร์เน็ต ทำให้ข่าวสารสามารถติดต่อถึงกันได้ในระดับความเร็วของแสง ประชาชนสามารถเข้าถึงข้อมูลและความรู้ต่างๆ ซึ่งรวมทั้งความรู้ทางการแพทย์และสาธารณสุขได้โดยสะดวกและรวดเร็วเพียงจากการใช้ปลายนิ้วสัมผัสเครื่องอิเล็กทรอนิกส์ ซึ่งมีการพัฒนาอย่างรวดเร็ว จากเครื่องคอมพิวเตอร์ขนาดใหญ่เป็นเครื่องตั้งโต๊ะ (desktop) ต่อมาเป็นเครื่องขนาดเล็กหอบหิ้วไปได้โดยง่าย (laptop) และต่อมามีการเชื่อมโยงกับระบบโทรศัพท์เป็นโทรศัพท์อัจฉริยะ (smart phone) โลกยุคโลกาภิวัตน์ทำให้ประชาชนรับรู้ความเจริญทางเทคโนโลยีอย่างรวดเร็ว และต้องการได้รับประโยชน์จากเทคโนโลยีเหล่านั้น ขณะที่ทรัพยากรของแต่ละคนและของประเทศมีอยู่จำกัด ในยุคดังกล่าว มีพัฒนาการด้านการแพทย์และการสาธารณสุขที่สำคัญ ดังนี้

ให้นักศึกษาแพทย์ต้องทำสัญญาขอใช้ทุนหลังจบการศึกษาเป็นเวลา 3 ปี โดยเริ่มกับนักศึกษาแพทย์ปีที่ 3 ที่กำลังศึกษาอยู่ในปีการศึกษา 2510 โดยเริ่มบังคับเพียงร้อยละ 70 ต่อมาจึงขยายครอบคลุมทั้งหมด สามารถแก้ปัญหาการขาดแคลนแพทย์ได้บางส่วน ทั้งนี้ก่อนหน้านั้นมีมาตรการจูงใจโดย (1) การให้ทุนนักศึกษาแพทย์โดยสมัครใจของกรมอนามัย (2) การจ่ายเบี้ยเลี้ยงเหมาจ่ายรายเดือนแก่แพทย์ที่ปฏิบัติงานในสถานอนามัยชั้นหนึ่ง เริ่มจากเดือนละ 1,000 บาท และมีการเพิ่มอัตราเป็นระยะๆ ต่อมา มีมาตรการอื่น ได้แก่ (1) โครงการผลิตแพทย์เพิ่มเพื่อชาวชนบท (2) โครงการเพิ่มการผลิตแพทย์โดยพัฒนาโรงพยาบาลศูนย์ในกระทรวงสาธารณสุขให้เป็นสถาบันร่วมผลิตแพทย์ในชั้นคลินิก คือ ปีที่ 4-6 (3) โครงการหนึ่งอำเภอหนึ่งแพทย์ ในกระทรวงกลาโหมก็มีการจัดโควต้าให้มีนักศึกษาแพทย์จากกองทัพบกเข้าเรียนในคณะแพทยศาสตร์ ซึ่งระยะแรกมีการต่อต้านว่าเป็นการใช้อภิสิทธิ์ ต่อมามีการจัดตั้งคณะแพทยศาสตร์ขึ้น คือ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า

ด้านการแพทย์ การพัฒนาระบบการฝึกอบรมแพทย์เฉพาะทางขึ้นในประเทศ ซึ่งดำเนินการมาตั้งแต่ในช่วงยุคสงครามเย็น เพื่อแก้ปัญหาแพทย์จบใหม่หลังไหลไปสหรัฐอเมริกา ทำให้สามารถผลิตแพทย์ผู้เชี่ยวชาญสาขาต่างๆ ขึ้นได้จำนวนมาก กระจายออกไปปฏิบัติงานทั้งในส่วนกลางและส่วนภูมิภาค ทั้งในภาครัฐและเอกชน ทำให้ประเทศไทยสามารถพัฒนาจนเป็นศูนย์กลางด้านการแพทย์ของโลก มีชาวต่างชาติเข้ามารับการรักษาพยาบาลจำนวนมาก ทั้งประชาชนทั่วไป และผู้นำประเทศ ตลอดจนสมาชิกราชวงศ์ชั้นสูงจากบางประเทศ

แพทย์ผู้เชี่ยวชาญมีการกระจายออกไปปฏิบัติงานเริ่มจากโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไป ปัจจุบันมีการกระจายออกไปถึงระดับโรงพยาบาลชุมชนส่วนหนึ่งแล้ว บทพิสูจน์ความรู้ความสามารถของแพทย์ผู้เชี่ยวชาญที่ผลิตขึ้นในประเทศ คือ เมื่อเกิดโรคภัยไข้เจ็บ

อาคารโรงแรมรอยัลพลาซ่าที่จังหวัดนครราชสีมาล้ม มีผู้เสียชีวิตจำนวนมากถึง 137 คน บาดเจ็บ 227 คน มี ผู้บาดเจ็บรายหนึ่งติดอยู่ใต้ซากอาคาร ทีมกู้ภัยสามารถ เจาะโพรงให้แพทย์เข้าไปดมยาสลบ และผ่าตัดคนไข้ซึ่ง ติดอยู่ในอาคารลักษณะนอนคว่ำหน้า ทำการตัดขาที่ติด คาซากอาคารออก นำร่างผู้บาดเจ็บขึ้นจากโพรง นำส่ง โรงพยาบาลและดูแลรักษานรอดชีวิตได้ เป็นที่ชื่นชมไป ทั่วโลก โดยมีการวางแผนเตรียมการอย่างดี ได้แก่ (1) ทีม แพทย์ผ่าตัดในโพรง (2) ทีมกู้ชีพและนำร่างผู้บาดเจ็บหลัง ผ่าตัดขึ้นจากโพรงนำไปขึ้นรถพยาบาล (3) ทีมช่วยเหลือ ระหว่างนำส่งโรงพยาบาล (4) ทีมดูแลรักษาระหว่างอยู่ที่ โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยนครราชสีมา และ (5) การนำส่งผู้ป่วย ขึ้นเฮลิคอปเตอร์ส่งไปรักษาต่อที่โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดชในกรุงเทพฯ ผู้ป่วยรายนี้รอดชีวิต

ต่อมาเกิดกรณีทีมฟุตบอลเด็กและเยาวชน “หมูป่าอคาเดมี” รวม 13 คน ติดถ้ำหลวงขุนน้ำนางนอน ที่จังหวัดเชียงราย ตั้งแต่วันที่ 23 มิถุนายน พ.ศ. 2561 ทีมค้นหาพบทั้ง 13 คนติดอยู่ในถ้ำลึกเมื่อวันที่ 2 กรกฎาคม ทุกคนยังมีชีวิตและแข็งแรงพอสมควรทั้งๆ ที่ไม่มีอาหาร กินมากกว่า 1 สัปดาห์ หลังจากนั้นทีมแพทย์ไทยดำน้ำ เข้าไปดูแลและอยู่เป็นเพื่อนทั้ง 13 คน ก่อนทีมงานจะ ตัดสินใจให้ช่วยเหลือออกมา และทีมกู้ภัยสามารถช่วย ทุกคนออกมาได้ โดยมีวิสัญญีแพทย์ผู้เชี่ยวชาญการดำ น้ำชาวออสเตรเลียเข้าไปประเมินความพร้อมและให้ยา รับประทานระดับความตื่นกลัว ก่อนที่จะต้องมีการดำน้ำ พาฝ่าทางวิบากมาอย่างยากลำบากเป็นเวลานานหลาย ชั่วโมง ทอยออกมาชุดแรก 4 คน เมื่อ 8 กรกฎาคม ชุดที่สอง 4 คน เมื่อวันที่ 9 กรกฎาคม และชุดที่สาม 5 คนพร้อมทีมช่วยเหลือทั้งหมดออกมาได้อย่างปลอดภัย เมื่อวันที่ 10 กรกฎาคม ทุกคนได้รับการลำเลียงขึ้น รถพยาบาล นำไปขึ้นเฮลิคอปเตอร์ ต่อรถพยาบาลส่งถึง โรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์ได้โดยสวัสดิภาพ ระหว่างขนย้ายมีการระมัดระวัง ทั้งด้านการดูแลและ รักษาและด้านจรรยาบรรณอย่างยิ่ง ทุกคนได้รับการ ดูแลด้านการควบคุมป้องกันโรคและการฟื้นฟูเพื่อให้คืน สู่สภาพดั้งเดิมได้อย่างดี ระบบการเยี่ยมมีการระมัดระวัง

เรื่องการติดเชื้อ และมีการระมัดระวังป้องกันผลกระทบ ด้านจิตใจอย่างดีเยี่ยม เป็นส่วนหนึ่งของปฏิบัติการที่ได้รับ การยกย่องชื่นชมไปทั่วโลก

ตั้งแต่ช่วงสงครามเย็น ต่อเนื่องมาถึงยุคโลกาภิวัตน์ มี เหตุการณ์ความรุนแรงทางการเมืองในประเทศหลายครั้ง ทั้งจากการที่รัฐบาลใช้อาวุธร้ายแรงปราบปรามการชุมนุม เรียกร้อง และจากการที่มีการใช้ระเบิดทั้งจากการขว้าง หรือโยนเข้าใส่ หรือยิงโดยปืนเอ็ม 79 เข้าใส่กลุ่มผู้ชุมนุม ทำให้เกิดการบาดเจ็บล้มตายจำนวนมาก ระหว่างนั้นมีการ จัดตั้งหน่วยแพทย์และหน่วยพยาบาลฉุกเฉิน เข้าไปเฝ้า ระวังให้การปฐมพยาบาล และนำส่งผู้ป่วยเข้าโรงพยาบาล ทั้งโดยโรงพยาบาลของรัฐ เอกชน และภาคประชาสังคม เป็นที่น่ายินดีที่ทุกฝ่ายที่ขัดแย้งกันให้การยอมรับการ เยียวยาช่วยเหลือในภาวะฉุกเฉิน แม้อยู่ในท่ามกลางความ ขัดแย้ง ทำให้หน่วยแพทย์และพยาบาลฉุกเฉินสามารถ ทำหน้าที่ได้ดี เช่น ในเหตุการณ์ 14 ตุลาคม พ.ศ. 2516, 6 ตุลาคม พ.ศ. 2519, 17 พฤษภาคม พ.ศ. 2535 การชุมนุมยึดเยื่อเมื่อ พ.ศ. 2549 พ.ศ. 2553 และ พ.ศ. 2556 - 2557

ในเรื่องระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน มีความ พยายามจัดตั้งหน่วยการแพทย์ฉุกเฉิน เพื่อการ ปฐมพยาบาลและรับส่งผู้ป่วยถึงที่เกิดเหตุ ทั้งกรณีฉุกเฉิน และกรณีอุบัติเหตุ ทั้งโดยโรงพยาบาล เช่น ศูนย์เรนทร ศูนย์ส่งกลับของกรมตำรวจ และโดยสมาคมการกุศล สาธารณประโยชน์ เช่น มูลนิธิป่อเต็กตึ๊ง มูลนิธิร่วมกตัญญู ความสำเร็จในระดับประเทศเกิดขึ้นเมื่อเริ่มนโยบาย หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในปี พ.ศ. 2544 มีการกัน งบประมาณค่าใช้จ่ายรายหัวคนละ 10 บาทต่อปี ได้เงินใน ปีแรก 450 ล้านบาทเศษ ดำเนินการต่อเนื่องในสำนักงาน หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และต่อมาได้พัฒนาจนมีพระ ราชบัญญัติการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติเมื่อ พ.ศ. 2551 เกิด สำนักงานการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติขึ้น หลักการสำคัญ คือ การใช้เงินงบประมาณเหมาจ่ายรายหัว พัฒนาระบบการ ติดต่อสื่อสารและจ่ายเป็นค่าบริการรับส่งผู้ป่วย ทั้งโดย รถพยาบาล เรือ และเครื่องบิน โดยส่งเสริมให้หน่วยงาน ทั้งภาครัฐ ภาคเอกชน องค์กรการกุศลสาธารณประโยชน์

รับผิดชอบด้านการพัฒนายานพาหนะ และบุคลากร ทำให้สามารถใช้เงินได้อย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิภาพสามารถขยายการครอบคลุมบริการไปได้จนเกือบทั่วประเทศ และลดระยะเวลาการไปถึงจุดเกิดเหตุลงได้ตามลำดับ

ด้านการสาธารณสุข มีพัฒนาการที่สำคัญ คือ การพัฒนาระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ต่อยอดจากระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการในอดีต และระบบประกันสังคม ซึ่งเริ่มระบบการเงินการคลังแบบ “เหมาจ่ายรายหัว” (Capitation) ซึ่งทำให้สามารถควบคุมค่าใช้จ่ายได้อย่างดี ในที่สุดสามารถพัฒนาระบบจนครอบคลุมประชากรถ้วนหน้าได้ใน พ.ศ. 2545 โดยนอกจากการควบคุมค่าใช้จ่ายด้วยระบบเหมาจ่ายรายหัวที่มีการพัฒนาเพิ่มเติม แยกการบริการผู้ป่วยในออกจากระบบบริการผู้ป่วยนอก เพื่อป้องกันการ “หลง” ผู้ป่วยเพราะเกรงต้องไป “ตามจ่าย” ใช้ระบบการวินิจฉัยโรคร่วม โดยมีเขตการจ่ายรวมแบบปลายปิดกับผู้ป่วย ในข้อสำคัญมีระบบการประเมินเทคโนโลยีอย่างเป็นระบบกับยา วัคซีน และวิธีการรักษาต่างๆ ที่จะนำเข้ามาเป็นชุดสิทธิประโยชน์ให้แก่ประชาชน โดยนอกจากจะประเมินด้านความปลอดภัยและประสิทธิผลแล้ว ยังประเมินด้านความคุ้มค่า และพิจารณาความสามารถด้านงบประมาณด้วย

ระบบดังกล่าว ทำให้ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติของประเทศไทยได้รับยกย่องไปทั่วโลก เพราะสามารถเป็นส่วนสำคัญในการ “สร้างสุขภาพดีด้วยต้นทุนต่ำ” (Good Health at Low Cost) ได้อย่างแท้จริง ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพของประเทศไทยในปี 2560 ประมาณร้อยละ 4.2 ของผลิตภัณฑ์มวลรวมในประเทศ (Gross Domestic Product - GDP) เท่านั้น เทียบกับสหราชอาณาจักรที่ประมาณร้อยละ 9.5 ญี่ปุ่นราวร้อยละ 10.0 และสหรัฐซึ่งครอบคลุมประชากรได้ราวร้อยละ 90.0 แต่ใช้เงินถึงร้อยละ 17.9 ของจีดีพี

ในประเทศไทย เฉพาะระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติใช้เงินเพียง 123,456 ล้านบาท ดูแลประชากร 48 ล้าน ในปี 2560 ขณะที่ญี่ปุ่นใช้เงินถึง 41 ล้านล้านเยนหรือ

ราว 14 ล้านล้านบาท ดูแลประชากรราว 125 ล้าน และจากการสำรวจความพึงพอใจของประชากรญี่ปุ่น พอใจราวร้อยละ 65.0 ขณะที่ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติของไทยซึ่งใช้เงินต่ำกว่ามาก แต่ความพึงพอใจของประชาชนสูงถึงร้อยละ 95.0 ในปี 2560

ในด้านการควบคุมป้องกันโรค ในยุคโลกาภิวัตน์มีการเดินทางของประชากรโลกเพิ่มขึ้นมาก และรวดเร็วมาก ขณะเดียวกันมีการเดินทางเข้าไปในป่า ทำให้ยังมีการสัมผัสระหว่างสัตว์กับคนอยู่ไม่น้อย เกิดโรคอุบัติใหม่ที่มีอาจแพร่ระบาดไปอย่างรวดเร็ว ประเทศไทยได้ทำงานร่วมกับประชาคมโลกอย่างใกล้ชิดมาอย่างต่อเนื่อง และมีการพัฒนาทั้งระบบเฝ้าระวัง และการสร้างบุคลากรโดยเฉพาะโครงการฝึกอบรมแพทย์ผู้เชี่ยวชาญทางระบาดวิทยาตามระบบการฝึกอบรมของสหรัฐอเมริกาตั้งในยุคสงครามเย็น ทำให้เราสามารถควบคุมและป้องกันโรคอุบัติใหม่ได้อย่างมีประสิทธิภาพ เช่น ไข้หวัดนก ไข้หวัดใหญ่สายพันธุ์ใหม่ 2009 โรคซาร์ส โรคเมอร์ส และไวรัสซิกา เป็นต้น

3.8 บทสรุป

การสาธารณสุขของโลกมีการพัฒนาอย่างเป็นระบบเมื่อราวสองศตวรรษนี้เอง การเปิดรับวิทยาการจากต่างประเทศอย่างต่อเนื่องทำให้ประเทศไทย ได้รับอานิสงส์จากพัฒนาการด้านสาธารณสุขของโลกในเวลาค่อนข้างรวดเร็ว

พัฒนาการสำคัญของการสาธารณสุขโลกในช่วงแรกเป็นการควบคุมโรคระบาด เครื่องมือที่มีประสิทธิภาพและประสิทธิภาพชิ้นแรก คือ วัคซีนป้องกันไข้ทรพิษ ทำให้สามารถควบคุมโรคนี้และพัฒนาถึงขั้นขจัดกวาดล้างได้เป็นโรคแรกในประวัติศาสตร์ของมนุษยชาติ เครื่องมือสำคัญชิ้นต่อมา คือ ยาปฏิชีวนะ การพัฒนาด้านสุขภาพโภชนาการ การคมนาคมขนส่ง การติดต่อสื่อสาร และมาตรการควบคุมป้องกันโรคอื่นๆ ทำให้โรคติดต่อส่วนมากสามารถควบคุมป้องกันได้ดี

ประเทศไทยมีการฉีดวัคซีนป้องกันไข้ทรพิษครั้งแรก หลังผู้ค้นพบวัคซีนนี้ คือ เอ็ดเวิร์ด เจนเนอร์ ตีพิมพ์รายงานเรื่องวัคซีนราว 40 ปี แต่ก่อนที่อังกฤษ

จะออกกฎหมายให้ใช้หนองผิของเอดเวิร์ด เจนเนอร์ ฟรี
ราว 5 ปี จนในที่สุดประเทศไทยก็ขจัดโรคนี้ได้หมดก่อน
องค์การอนามัยโลกจะประกาศว่า สามารถกวาดล้างโรค
นี้ได้แล้วหลายปีต่อมาเราก็สามารถพิชิตอหิวาตกโรคได้
สำเร็จ ทั้งๆ ที่ยังไม่มียาวัคซีนที่ด้อย่างวัคซีนป้องกันไข้ทรพิษ

เมื่อโลกพัฒนาเข้าสู่ยุคทันสมัย ประเทศไทยนอกจาก
สามารถรอดพ้นจากการตกเป็นอาณานิคม และสามารถ
พัฒนาสู่ความทันสมัยได้อย่างต่อเนื่อง หลังสงครามโลก
ครั้งที่ 2 โลกเข้าสู่ยุคสงครามเย็น นายจอห์น ฟอสเตอร์
ดัลเลส รัฐมนตรีต่างประเทศสหรัฐ เสนอทฤษฎีโดมิโนว่า
หากอินโดจีนพ่ายแพ้แก่คอมมิวนิสต์ ประเทศอื่นๆ โดย
รอบจะล้มตามอย่างตัวโดมิโน ประเทศไทยซึ่งอาณาเขตติด

กับอินโดจีน ก็สามารถล้มทฤษฎีโดมิโนได้โดยมีการพัฒนา
ด้านการสาธารณสุขควบคู่กับการพัฒนาด้านอื่นๆ ทำให้
สุขภาพของประชาชนดีขึ้นอย่างต่อเนื่อง และสามารถเป็น
ส่วนหนึ่งในการสร้างความมั่นคงเข้มแข็งให้แก่ประเทศ จน
สามารถดำรงอยู่ในโลกเสรีได้อย่างยืนหยัด

ในยุคโลกาภิวัตน์ ประเทศไทยก็สามารถพัฒนาด้าน
การแพทย์และสาธารณสุขได้อย่างน่าพอใจ จนเราสามารถ
เป็นศูนย์กลางการดูแลสุขภาพของโลกได้ระดับหนึ่ง
ขณะเดียวกัน เราสามารถพัฒนาการควบคุมและป้องกัน
โรคได้อย่างเข้มแข็งและสร้างระบบหลักประกันสุขภาพ
ถ้วนหน้าที่มีคุณภาพด้วยต้นทุนต่ำที่สุดในโลก ขณะที่
ประชาชนก็มีความพึงพอใจในระดับสูงมาก

บทที่ 4

สถานการณ์แนวโน้มของสถานะสุขภาพ และปัจจัยต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง

4.1 สถานการณ์แนวโน้มด้านการพัฒนาเศรษฐกิจ

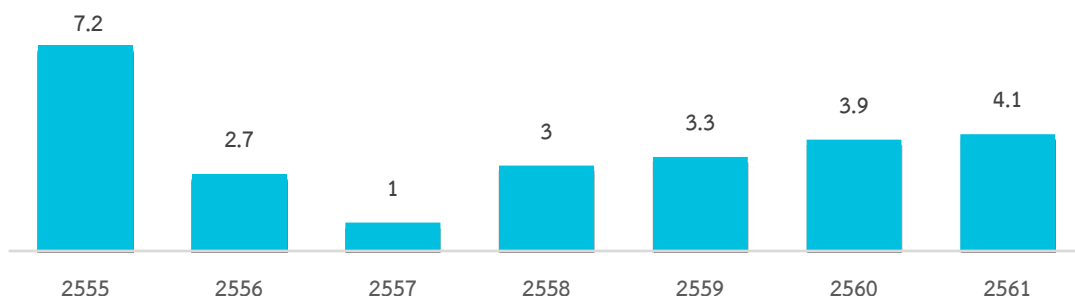
4.1.1 การเติบโตทางเศรษฐกิจ

ในระยะเวลา 50 ปีที่ผ่านมา สังคมไทยได้ผ่านการเปลี่ยนแปลงทั้งด้านสังคม เศรษฐกิจและการเมือง โดยการเติบโตทางเศรษฐกิจของไทยมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นตั้งแต่ปี พ.ศ. 2557 และในวันที่ 1 ตุลาคม พ.ศ. 2559 ประเทศไทยได้ประกาศใช้แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 12 (พ.ศ. 2560 - 2564) โดยมีหลักการสำคัญ คือ การน้อมนำหลักปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียงมาเป็นปรัชญานำทางในการพัฒนาประเทศต่อเนื่องจากตั้งแต่แผนพัฒนาฯ ฉบับที่ 9 ควบคู่ไปกับการยึดคนเป็นศูนย์กลางการพัฒนาและการพัฒนาที่ยั่งยืนบนพื้นฐานของกรอบยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี (พ.ศ. 2560 - 2579) ซึ่งเป็นแผนหลัก

ของการพัฒนาประเทศมุ่งสู่วิสัยทัศน์ “ประเทศไทยมีความมั่นคง มั่งคั่ง ยั่งยืน เป็นประเทศพัฒนาแล้ว ด้วยการพัฒนาตามหลักปรัชญาของเศรษฐกิจพอเพียง” ปรับโครงสร้างประเทศไทยไปสู่ประเทศไทย 4.0 รวมทั้งให้ความสำคัญกับการมีส่วนร่วมของภาคีการพัฒนาทุกภาคส่วน

เศรษฐกิจไทยในปีแรกของแผนพัฒนาฯ ฉบับที่ 12 ขยายตัวต่อเนื่องจากช่วงปลายแผนพัฒนาฯ ฉบับที่ 11 โดยมีอัตราการขยายตัวทางเศรษฐกิจร้อยละ 3.9 ในปี พ.ศ. 2560 ซึ่งเป็นปีแรกของแผนพัฒนาฯ ฉบับที่ 12 ปรับตัวดีขึ้นจากร้อยละ 3.3 ในปี พ.ศ. 2559 และเพิ่มเป็นร้อยละ 4.1 ในปี พ.ศ. 2561 (ภาพที่ 4.1) คาดว่าในปี พ.ศ. 2562 เศรษฐกิจไทยจะขยายตัวประมาณร้อยละ 3.9-4.9⁽¹⁾

ภาพที่ 4.1 อัตราการขยายตัวทางเศรษฐกิจของประเทศไทย (หน่วย : ร้อยละ)



ที่มา: สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ

หมายเหตุ: ข้อมูลปี พ.ศ. 2561 - 2562 เป็นประมาณการของธนาคารแห่งประเทศไทยเมื่อวันที่ 28 มีนาคม 2561

ปัจจัยหลักสำคัญที่ทำให้อัตราการขยายตัวทางเศรษฐกิจเพิ่มขึ้น คือ

1) ภาคการส่งออกสินค้าขยายตัวเพิ่มขึ้น สอดคล้องกับการขยายตัวของเศรษฐกิจประเทศคู่ค้าหลัก และการเพิ่มของราคาสินค้าในตลาดโลก รวมทั้งภาคการผลิตที่ขยายตัวเพิ่มขึ้นมาก ผลผลิตสินค้าเกษตรกรรมขยายตัว โดยเฉพาะผลผลิตข้าวและยางพารา

2) ภาคบริการขยายตัวเพิ่มขึ้น โดยเฉพาะด้านการท่องเที่ยว ในปี พ.ศ. 2560 มีจำนวนนักท่องเที่ยวต่างประเทศ 35.38 ล้านคน เพิ่มร้อยละ 8.77 จากปี พ.ศ. 2559 ก่อให้เกิดรายได้ 1.82 ล้านล้านบาท เพิ่มขึ้นร้อยละ 11.66 จากปี พ.ศ. 2559⁽²⁾

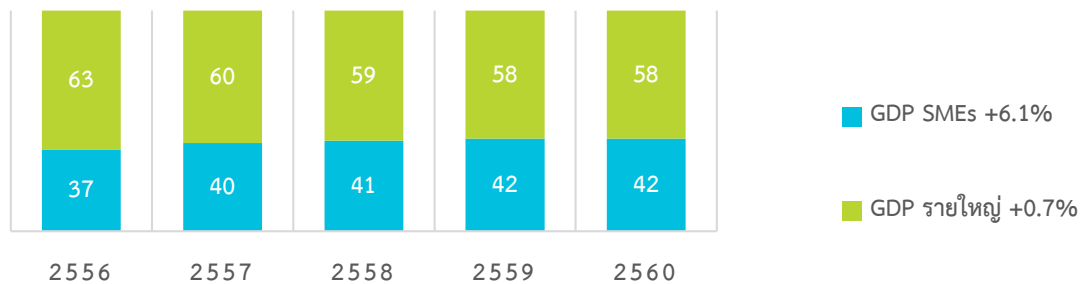
3) อัตราการขยายตัวของการบริโภคภาคเอกชนขยายตัวเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง จากปี พ.ศ. 2556 อัตรา 0.9 ประมาณการเพิ่มเป็น 3.8 ในปี 2561⁽³⁾ เมื่อแบ่งตามภูมิภาคพบว่าในช่วง 3 ปีที่ผ่านมา การใช้จ่ายครัวเรือนและการบริโภคภาคเอกชนในกรุงเทพและปริมณฑลเพิ่มสูงขึ้น ในขณะที่ภูมิภาคอื่นชะลอการใช้จ่ายลง⁽⁴⁾

4 อัตราการขยายตัวของการลงทุนภาคเอกชนที่ได้รับแรงสนับสนุนจากการขยายตัวของภาคการส่งออก รวมทั้งการเร่งการลงทุนในโครงการพัฒนาระเบียงเศรษฐกิจภาคตะวันออก (Eastern Economic Corridor Development : EEC) การปรับตัวดีขึ้นของความเชื่อมั่นภาคธุรกิจช่วยสนับสนุนและกระตุ้นการลงทุนภาคเอกชนให้เข้ามาขับเคลื่อนเศรษฐกิจภายในประเทศไทยได้มาก

นโยบายสำคัญที่เกี่ยวข้องกับการเติบโตทางเศรษฐกิจและการมีงานทำ คือ

1) นโยบายการดูแลเกษตรกรและผู้มีรายได้น้อย การสร้างความเข้มแข็งให้ SMEs และเศรษฐกิจฐานราก จากข้อมูลพบว่าในปี พ.ศ. 2560 SMEs สามารถสร้าง GDP ที่แท้จริงเป็นมูลค่ากว่า 4.3 ล้านล้านบาท หรือคิดเป็นสัดส่วนร้อยละ 42.4 ต่อ GDP รวมของประเทศ อัตราการเติบโตเฉลี่ยต่อปีเท่ากับร้อยละ 6.1 ซึ่งสูงกว่า GDP ของธุรกิจรายใหญ่ที่มีอัตราการเติบโตเพียงร้อยละ 0.7 (ภาพที่ 4.2)

ภาพที่ 4.2 อัตราการขยายตัวทางเศรษฐกิจของประเทศไทย (หน่วย : ร้อยละ)



ที่มา: การวิเคราะห์โดย EIC จากข้อมูลของสำนักงานส่งเสริมวิสาหกิจขนาดกลางและขนาดย่อม (สสว.) และสำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ

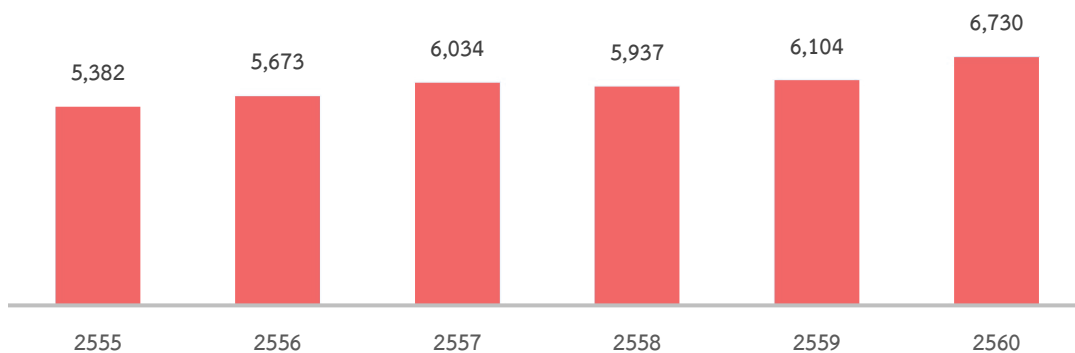
2) นโยบายส่งเสริมที่มุ่งเน้นการพัฒนาที่สนับสนุนกิจกรรมที่มีผลิตภาพ การสร้างงานที่มีคุณค่า ความเป็นผู้ประกอบการ ความสร้างสรรค์และนวัตกรรม และให้การสนับสนุนการรวมตัวและการเติบโตของวิสาหกิจรายย่อยขนาดเล็ก และขนาดกลาง ด้านการท่องเที่ยวเพื่อสร้างมูลค่าเพิ่มทางเศรษฐกิจ

3) การลงทุนจากความร่วมมือภาครัฐและภาคเอกชน(Public Private Partnership หรือ PPP) ในการพัฒนาโครงสร้างพื้นฐานของประเทศเพิ่มขึ้นซึ่งมีความสำคัญมากต่อการพัฒนาเศรษฐกิจไทยในการเพิ่มขีดความสามารถในการแข่งขันของประเทศ ก่อให้เกิดการสร้างงานเพิ่มผลิตภาพและศักยภาพการผลิตในระยะยาว และได้มีการประกาศใช้พระราชบัญญัติการให้เอกชนร่วมลงทุนในกิจการของรัฐ พ.ศ. 2556 เพื่อส่งเสริมและเอื้ออำนวยให้เอกชนเข้าร่วมลงทุนกับหน่วยงานของรัฐ ซึ่งส่วนใหญ่เป็นโครงสร้างด้านพื้นฐานของประเทศ

4.1.2 สถานการณ์ความเหลื่อมล้ำ การกระจายรายได้และความยากจน

อัตราการขยายตัวของรายได้ต่อหัวของประเทศไทยเฉลี่ยอยู่ที่ร้อยละ 4.2 ต่อปีตั้งแต่ปี พ.ศ. 2513 เป็นต้นมา ในปี พ.ศ. 2559 รายได้ต่อหัวของไทยคิดเป็นสัดส่วนร้อยละ 42.0 ของค่าเฉลี่ยในกลุ่มประเทศ OECD อย่างไรก็ตามประเทศไทยตั้งเป้าหมายที่จะยกระดับประเทศให้ก้าวข้ามประเทศรายได้ปานกลางไปสู่การเป็นประเทศที่มีรายได้สูงในปี พ.ศ. 2579 (มีรายได้ต่อหัวประมาณ 13,000 เหรียญสหรัฐต่อคนต่อปี)⁽⁵⁾ โดยแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 12 (พ.ศ. 2560 - 2564) ได้ตั้งเป้าหมายผลักดันให้เศรษฐกิจขยายตัวเฉลี่ยร้อยละ 5.0 ซึ่งจะส่งผลทำให้รายได้เฉลี่ยต่อหัวประชากรอยู่ที่ปีละ 9,325 เหรียญสหรัฐ หรือ 317,051 บาท ซึ่งในปี พ.ศ. 2560 มีรายได้ต่อหัวเท่ากับ 228,412 บาทต่อคนต่อปี หรือคิดเป็น 6,730.2 ดอลลาร์สหรัฐ (ภาพที่ 4.3)

ภาพที่ 4.3 รายได้ต่อหัวประชากร (ดอลลาร์สหรัฐ)

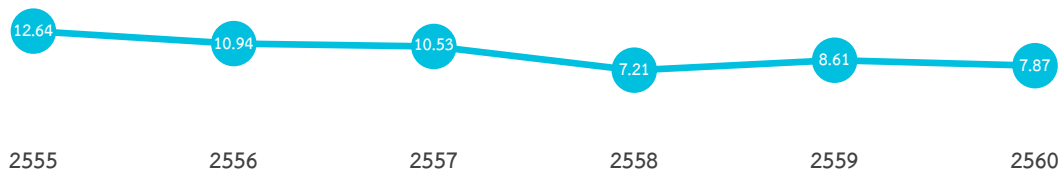


ที่มา: แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 12 (พ.ศ. 2560 - 2564)

ประเทศไทยตั้งเป้าหมายที่จะลดปัญหาความเหลื่อมล้ำด้านรายได้ของกลุ่มคนที่มีฐานะทางเศรษฐกิจสังคมที่แตกต่าง และแก้ไขปัญหาความยากจน โดยในปี พ.ศ. 2559 สัดส่วนประชากรที่อยู่ใต้เส้นความยากจน (Poverty line)

หรือสัดส่วนคนจนลดลงจากร้อยละ 8.61 เหลือร้อยละ 7.9 ในปี พ.ศ. 2560 (ภาพที่ 4) ซึ่งมีแนวโน้มที่ดีขึ้น นำไปสู่ความสำเร็จตามเป้าหมายของแผนฯ12 กำหนดไว้ลดลงเหลือร้อยละ 6.5 เมื่อสิ้นสุดแผนฯ 12

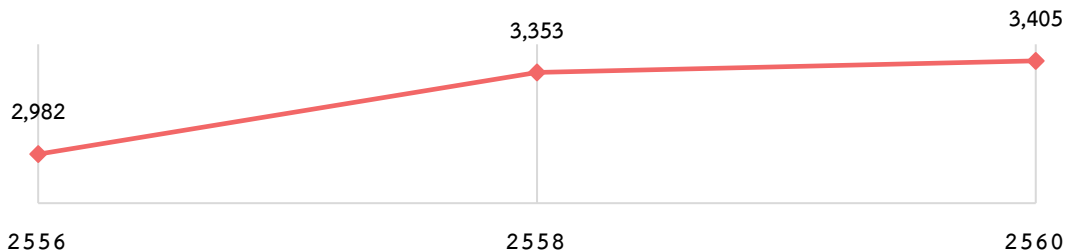
ภาพที่ 4.4 สัดส่วนประชากรที่อยู่ใต้เส้นความยาก



อย่างไรก็ตามแม้ว่ารายได้เฉลี่ยต่อหัวของกลุ่มประชากรร้อยละ 40.0 ล่างที่มีรายได้ต่ำสุด* เพิ่มขึ้นจาก 3,353 บาท/คน/เดือน ในปี พ.ศ. 2558 เป็น 3,405 บาท/

คน/เดือน ในปี พ.ศ. 2560 หรือเพิ่มขึ้นร้อยละ 0.8 ต่อปี แต่รายได้ยังเพิ่มขึ้นไม่เป็นไปตามเป้าหมายของแผนฯ ที่กำหนดไว้เพิ่มขึ้นไม่ต่ำกว่าร้อยละ 15.0 ต่อปี (ภาพที่ 4.5)

ภาพที่ 4.5 รายได้เฉลี่ยต่อหัวของกลุ่มประชากรร้อยละ 40 ล่างที่มีรายได้ต่ำสุด (หน่วย : บาท/คน/เดือน)



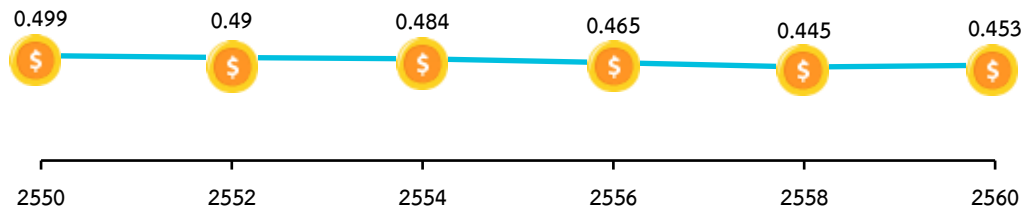
ที่มา: สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ

สถิติที่นิยมใช้เพื่อบ่งชี้ความแตกต่างของการกระจายรายได้ คือ สัมประสิทธิ์ความไม่เสมอภาค (Gini Coefficient) ซึ่งมีค่าอยู่ระหว่าง 0-1 ถ้าค่า สัมประสิทธิ์ความไม่เสมอภาค มีค่าเข้าใกล้ 0 แสดงว่า การกระจายรายได้มีความแตกต่างกันน้อย หากค่านี้สูงขึ้นจะบ่งชี้ถึงการกระจายรายได้มีความแตกต่างกันมาก ซึ่งจากข้อมูลพบว่า สัมประสิทธิ์ความ

ไม่เสมอภาค (Gini Coefficient) ด้านรายได้มีแนวโน้มดีขึ้นในช่วงปี พ.ศ. 2556-2558 แต่กลับเพิ่มขึ้นเล็กน้อย จาก 0.445 ในปี พ.ศ. 2558 เป็น 0.453 ในปี พ.ศ. 2560 (ภาพที่ 4.6) สะท้อนให้เห็นว่ามีความเหลื่อมล้ำด้านรายได้ของประชากรเพิ่มขึ้น ในขณะที่เป้าหมายของแผนฯ กำหนดไว้ให้ลดลงเหลือ 0.41 เมื่อสิ้นสุดแผนฯ 12

* กลุ่มประชากรร้อยละ 40 ล่างที่มีรายได้ต่ำสุด คำนวณได้จาก การเรียงลำดับประชากรจากผู้ที่มียาได้ประจำเฉลี่ยต่อคนจากต่ำสุดไปหาสูงสุด และให้ประชากรทั้งหมดเท่ากับร้อยละ 100 โดยกลุ่มประชากรร้อยละ 40 ล่างที่มีรายได้ต่ำสุด ก็คือ ประชากรที่มีรายได้ประจำเฉลี่ยต่อคนจากประชากรคนแรกที่มีรายได้ต่ำสุดสะสมไปจนถึงร้อยละ 40 ของประชากรทั้งหมด

ภาพที่ 4.6 สัมประสิทธิ์ความไม่เสมอภาค (Gini Coefficient) ด้านรายได้

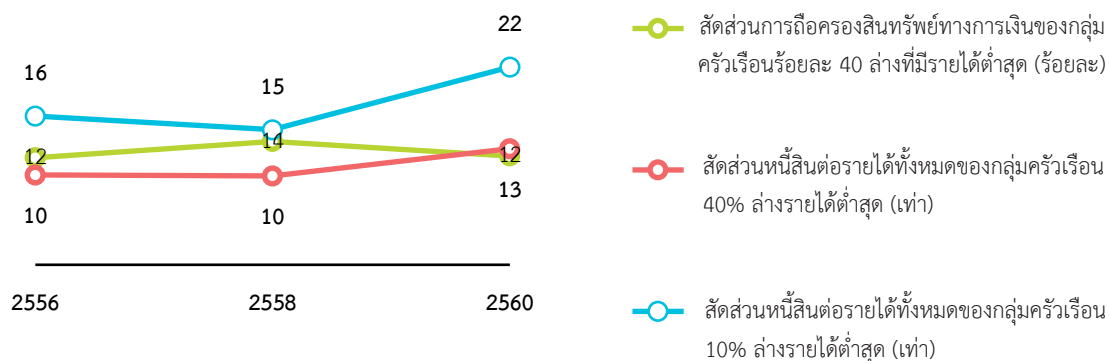


ที่มา: สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ

เช่นเดียวกับสัดส่วนการถือครองสินทรัพย์ทางการเงินของกลุ่มครัวเรือนร้อยละ 40.0 ล่างที่มีรายได้ต่ำสุด มีแนวโน้มลดลงจากร้อยละ 13.6 ในปี พ.ศ. 2558 เหลือ

ร้อยละ 12.0 ในปี พ.ศ. 2560 ในขณะที่สัดส่วนหนี้สินต่อรายได้ทั้งหมดของกลุ่มครัวเรือน ทั้งร้อยละ 10.0 และร้อยละ 40.0 ล่างรายได้ต่ำสุด กลับมีแนวโน้มที่เพิ่มขึ้น (ภาพที่ 4.7)

ภาพที่ 4.7 สัดส่วนการถือครองสินทรัพย์ทางการเงินของกลุ่มครัวเรือนร้อยละ 40 ล่างที่มีรายได้ต่ำสุด



ที่มา: สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ

4.2 สถานการณ์และแนวโน้มด้านสังคม

สังคมโลกได้พัฒนามาสู่ยุคโลกาภิวัตน์ หรือยุคไร้พรมแดนอันเป็นผลมาจากความก้าวหน้าด้านเทคโนโลยีสารสนเทศ โครงสร้างอายุประชากรมีสัดส่วนประชากรวัยเด็กลดลงในที่สุดส่วนประชากรวัยสูงอายุเพิ่มขึ้น โครงสร้างการผลิตเปลี่ยนแปลงจากสังคมเกษตรกรรมเป็นสังคมอุตสาหกรรมมากขึ้น ท่ามกลางความท้าทาย

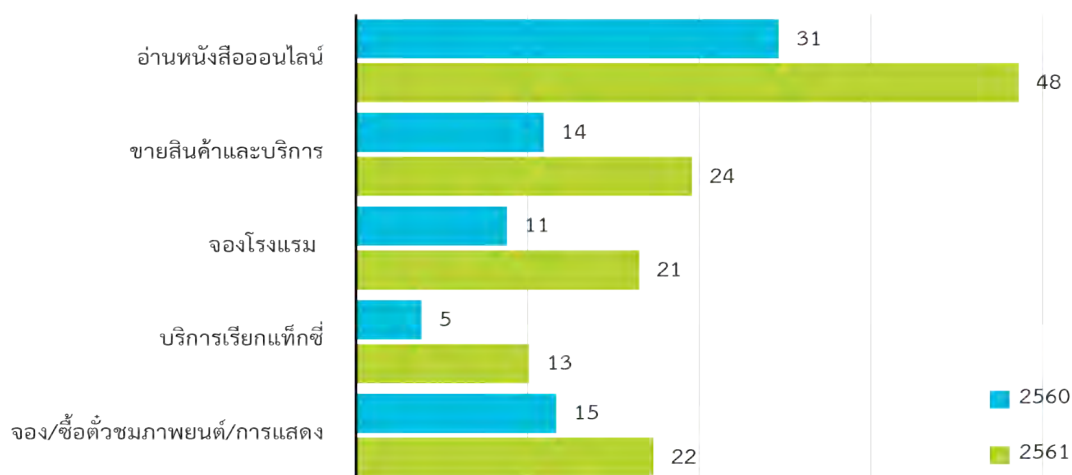
ในยุค 4.0 อีกทั้งต้องเผชิญสภาพแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วเป็นไปในทิศทางที่คาดเดาได้ยากและมีแนวโน้มผันผวนสูงขึ้นตามบริบทใหม่ของโลกที่ต้องเผชิญเป็นโลกที่เรียกว่า โลก VUCA ซึ่งย่อมาจาก Volatile Uncertain Complex และ Ambiguous รวมทั้งแนวโน้มการเปลี่ยนแปลงใหญ่ของโลกที่เรียกว่า “Megatrends”

4.2.1 โลกสังคมไร้พรมแดน

โลกสังคมที่ไร้พรมแดนส่งผลให้การเคลื่อนไหวของคน ทุน ความรู้ เทคโนโลยี สินค้าและบริการที่เชื่อมโยงกันทั่วโลก เกิดการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วในทุกพื้นที่ สังคมไทยสามารถเข้าถึงข้อมูลข่าวสารความรู้อย่างกว้างขวางผ่านสื่อเทคโนโลยี การบริโภคสื่อหลายช่องทางในช่วงเวลาเดียวกัน เช่น การใช้สื่อออนไลน์เป็นช่องทางในการซื้อขายรวมถึงการทำธุรกรรมต่างๆ การแลกเปลี่ยนการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างกันผ่านเครือข่ายสังคมออนไลน์โดยไม่จำเป็นต้องรู้จักตัวตนซึ่งกันและกัน ดังเห็นได้จากรายงานของสำนักงานพัฒนาธุรกรรมทางอิเล็กทรอนิกส์

(องค์การมหาชน) หรือ ETDA กระทรวงดิจิทัลเพื่อเศรษฐกิจและสังคม(ดีอี)⁽⁶⁾เปิดเผยผลสำรวจพฤติกรรมผู้ใช้งานอินเทอร์เน็ตประเทศไทยปี พ.ศ. 2561 พบว่าพฤติกรรมการใช้งานอินเทอร์เน็ตเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยคนไทยใช้อินเทอร์เน็ตเฉลี่ยนานขึ้นเป็น 10 ชั่วโมง 5 นาทีต่อวัน เพิ่มขึ้นจากปี พ.ศ. 2560 คือ 3 ชั่วโมง 41 นาทีต่อวัน โดยพบว่ากิจกรรมการใช้อินเทอร์เน็ตที่เพิ่มขึ้นสูงสุดคือ อ่านหนังสือออนไลน์ รองลงมาคือ ขายสินค้าและบริการ จองโรงแรม บริการเรียกรถรับจ้าง จอง/ซื้อตั๋วชมภาพยนตร์/การแสดง (ภาพที่ 4.8)

ภาพที่ 4.8 กิจกรรมการใช้อินเทอร์เน็ตที่มีผู้ใช้เพิ่มขึ้น ปี พ.ศ. 2561

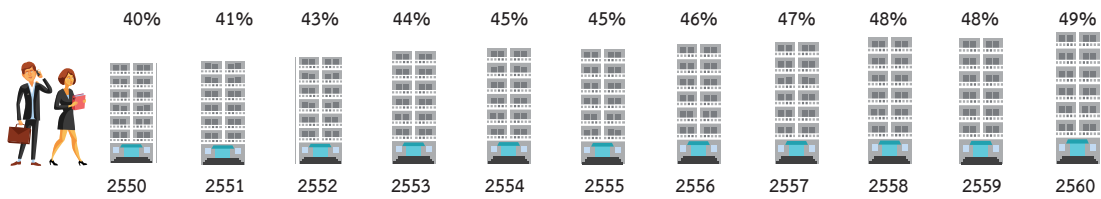


4.2.2 สังคมเมือง (Urbanization)

การเกิดขึ้นของสังคมเมือง (Urbanization) ประวัติศาสตร์เศรษฐกิจโลกชี้ให้เห็นว่าในช่วงที่โครงสร้างทางเศรษฐกิจเปลี่ยนแปลง การเกิดขึ้นของเมืองเป็นสิ่งที่ควบคู่กันไป ถ้าเรามองไปข้างหน้า เป็นผลจากความก้าวหน้าทางเทคโนโลยี วิถีชีวิตของคนรุ่นใหม่ แรงกดดันทางด้านสังคม การเกิดขึ้นของเมืองจะมาพร้อมกับการสร้างโครงสร้างพื้นฐานที่ดีขึ้น ไม่ว่าจะเป็นถนนหนทาง สถานศึกษา โรงพยาบาล ตลอดจนศูนย์การค้า อย่างไรก็ตาม การเกิดขึ้นของเมืองจะมีผลข้างเคียงหลายมิติ เช่น

การหลั่งไหลเข้ามาของแรงงาน ย้ายถิ่นฐานจากชนบทเข้าสู่เมือง ชุมชนแออัด การขยายตัวของคนชั้นกลาง วัฒนธรรมต่างคนต่างอยู่ (Individualization) ขาดการช่วยเหลือเกื้อกูลกันในสังคม หรือวิถีชีวิตที่เร่งรีบจนไม่มีเวลาที่จะสนใจความเป็นไปรอบตัว หรือไม่มีเวลาที่จะดูแลลูกหลานตามสมควร ปัจจุบันแนวโน้มสัดส่วนของคนเมืองต่อประชากรทั้งหมดของประเทศมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องในช่วงปี พ.ศ. 2550 – 2560 (ภาพที่ 4.9) โดยในปี พ.ศ. 2560 มีสัดส่วนของคนเมือง เป็นร้อยละ 49.0 ของประชากรทั้งหมดของประเทศ

ภาพที่ 4.9 สัดส่วนของคนเมืองต่อประชากรทั้งหมดของประเทศ



ที่มา: <https://www.statista.com/statistics/455942/urbanization-in-thailand/>

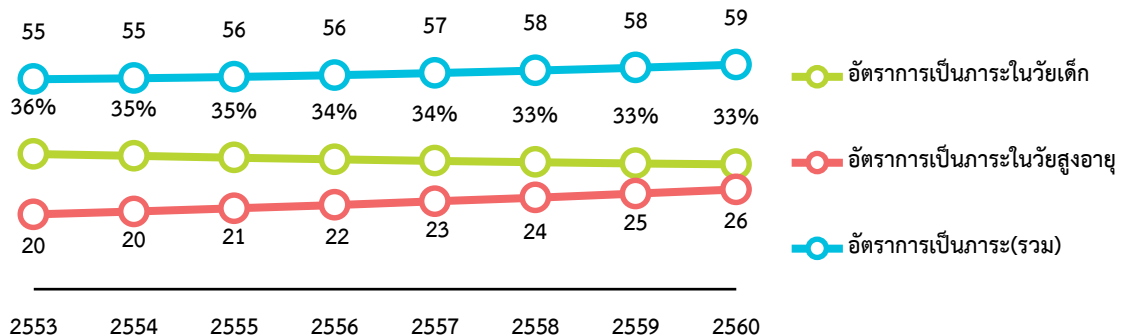
คาดการณ์ว่าในอีก 35 ปีข้างหน้า ปี พ.ศ. 2593 โลกจะมีประชากรคนเมืองเพิ่มมากขึ้นถึง 2.4 พันล้านคน คิดเป็นร้อยละ 66.0 ของประชากรโลก อนาคตทวีปเอเชียและแอฟริกาจะมีอัตราการขยายตัวความเป็นเมืองมากที่สุด โดยคาดว่าประเทศไทยจะมีประชากรเพิ่มขึ้นกว่า 11 ล้านคน ประชากรไทยกว่าร้อยละ 73.0 จะกลายเป็นคนเมือง⁽⁷⁾

4.2.3 สังคมผู้สูงอายุ (Aging Society)

สังคมไทยในปัจจุบันกำลังเผชิญอยู่ในภาวะสังคมผู้สูงอายุ ที่มีสัดส่วนโครงสร้างประชากรวัยสูงอายุเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ราว 10-20 ปีข้างหน้าสังคมไทยก็จะเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ (Aged Society) คือ สังคมที่มีประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไปที่อยู่จริงในพื้นที่ต่อประชากรทุกช่วงอายุในพื้นที่เดียวกัน ในอัตราเท่ากับหรือมากกว่าร้อยละ 20.0 ขึ้นไป หรือมีประชากรอายุ 65 ปีขึ้นไปที่อยู่จริงในพื้นที่ต่อประชากรทุกช่วงอายุในพื้นที่เดียวกัน ในอัตราเท่ากับหรือมากกว่าร้อยละ 14.0 ขึ้นไป โดยจากข้อมูลของ United Nations World Population Ageing

พบว่า หลังจากปี 2552 ประชากรที่อยู่ในวัยพึ่งพิงได้แก่ เด็กและผู้สูงอายุ จะมีจำนวนมากกว่าประชากรในวัยแรงงาน จากรายงานของสำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคม พบว่าอัตราการเป็นภาระ (Dependency Ratio) มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น จากร้อยละ 55.2 ต่อวัยแรงงาน 100 คน ในปี พ.ศ. 2553 เพิ่มขึ้นเป็น 59.1 ต่อวัยแรงงาน 100 คน ในปี พ.ศ. 2560 เมื่อจำแนกอัตราการเป็นภาระในวัยสูงอายุ (old-age dependency ratio) เพิ่มขึ้นจาก 19.67 ต่อวัยแรงงาน 100 คน ในปี พ.ศ. 2553 เป็น 26.23 ต่อวัยแรงงาน 100 คน ในปี พ.ศ. 2560 (ภาพที่ 4.10) นั่นคือ วัยแรงงานในสังคมไทยจากเดิม 5 คนต่อผู้สูงอายุ 1 คน ลดลงเหลือ 3 คนต่อผู้สูงอายุ 1 คน หมายความว่า วัยแรงงานต้องรับภาระในการดูแลผู้สูงอายุเพิ่มขึ้น ในอนาคตการดูแลผู้สูงอายุโดยลูกหลานซึ่งเป็นส่วนหนึ่งการพัฒนาวัฒนธรรมไทยอาจทำได้ยากขึ้นอันเนื่องมาจากอัตราพึ่งพิงที่สูงขึ้น และการเปลี่ยนแปลงสภาพสังคม เช่น การเปลี่ยนแปลงทางลักษณะครอบครัวและที่อยู่อาศัย ผู้สูงอายุบางส่วนมีความเสี่ยงจะถูกทอดทิ้ง

ภาพที่ 4.10 อัตราการเป็นภาระต่อวัยแรงงาน 100 คน ปี พ.ศ. 2553 - 2560



ที่มา: สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคม

4.2.4 สังคมไทยกับคุณภาพการศึกษา

คนไทยได้รับการพัฒนาคุณภาพทุกช่วงวัย แต่มีปัญหาคะแนนการศึกษายังไม่เพียงพอในการปรับตัวให้เท่าทันกับการเปลี่ยนแปลงวัฒนธรรมที่หลากหลาย เข้าสู่สังคมเศรษฐกิจ การสื่อสารที่ไร้พรมแดน ส่งผลให้คนไทยมีพฤติกรรมเสี่ยงต่อสุขภาพ ปัญหาการแพร่ระบาดของยาเสพติด จากการสำรวจของสำนักงานสถิติแห่งชาติ ปี พ.ศ. 2561 พบว่าวัยรุ่น 3 ใน 10 ออกไปเที่ยวกลางคืน และ 1 ใน 10 เล่นพนัน หวย บอล ฯลฯ

โครงการประเมินผลนักเรียนร่วมกับนานาชาติ (Program for International Student Assessment: PISA) เป็นโครงการที่ริเริ่มโดยองค์การเพื่อความร่วมมือ

มือและการพัฒนาทางเศรษฐกิจ (Organization for Economic Co-operation and Development-OECD) เพื่อประเมินความสามารถของนักเรียนในการนำความรู้ด้านวิทยาศาสตร์ การอ่านและคณิตศาสตร์ จากการเรียนไปประยุกต์ใช้เพื่อแก้ปัญหาในชีวิตหรือสถานการณ์จริง พบว่าผลการประเมิน PISA 2015 ปี (พ.ศ. 2558) คะแนนเฉลี่ยด้านการรู้เรื่องวิทยาศาสตร์ การรู้เรื่องการอ่าน และการรู้เรื่องคณิตศาสตร์ของนักเรียนไทยอายุ 15 ปี ต่ำกว่าค่าเฉลี่ยนานาชาติในทุกวิชา โดยประเทศไทยอยู่อันดับที่ 55 จาก 72 ประเทศ และลดลงจาก PISA 2012 (พ.ศ. 2555) อันดับที่ 50 จากทั้งหมด 65 ประเทศ (ตารางที่ 4.1)

ตารางที่ 4.1 ผลการทดสอบของโครงการ PISA 2015 (หน่วย : คะแนน)

อันดับ	ประเทศ	วิทยาศาสตร์	ทักษะการอ่าน	คณิตศาสตร์
1	สิงคโปร์	556	535	564
2	ญี่ปุ่น	538	516	532
4	จีน (ไทเป)	532	509	542
6	จีน (มาเก๊า)	529	509	544
9	เวียดนาม	525	487	495
10	ฮ่องกง	523	527	548
11	จีน (ปักกิ่ง-เซี่ยงไฮ้-เจียงซู-กวางตุ้ง)	518	494	531
	ค่าเฉลี่ยนานาชาติ (OECD)	493	493	490
55	ไทย	421	409	415
63	อินโดนีเซีย	403	397	386

ที่มา: สรุปผลการประเมิน PISA 2015 สถาบันส่งเสริมการสอนวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี

4.3 สถานการณ์และแนวโน้มด้านประชากร ครอบครัวและการอพยพย้ายถิ่น

4.3.1 โครงสร้างประชากรเปลี่ยนแปลงเข้าสู่การเป็นสังคมผู้สูงอายุ

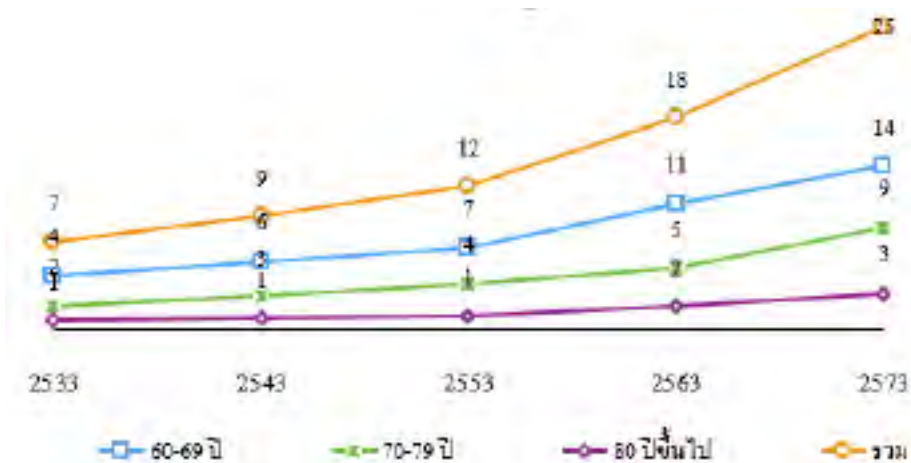
แนวโน้มการเปลี่ยนแปลงสู่สังคมผู้สูงอายุเกิดขึ้นทั่วโลก โดยเฉพาะกลุ่มประเทศพัฒนาแล้วต่างเข้าสู่สังคมผู้สูงวัยอย่างสมบูรณ์ เนื่องจากความเจริญทางด้านเทคโนโลยีการแพทย์ที่ทันสมัย และผลจากการพัฒนาทางเศรษฐกิจทำให้ประชาชนมีรายได้เพิ่มขึ้น มีสุขภาพที่ดี อายุยืนยาวขึ้น อัตราการตายลดลง ในขณะที่อัตราการเกิดก็ลดลงด้วย

องค์การสหประชาชาติได้ประเมินสถานการณ์ว่า ปี พ.ศ. 2544-2643 (ค.ศ. 2001-2100) จะเป็นศตวรรษแห่งผู้สูงอายุหมายถึงการมีประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไป

มากกว่าร้อยละ 10 ของประชากรรวมทั่วโลกและมีแนวโน้มว่าประชากรผู้สูงอายุเหล่านี้จะมีฐานะยากจน ประเทศในทวีปเอเชียที่เข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างเต็มที่แล้ว คือ ประเทศญี่ปุ่น สำหรับประเทศไทยจัดอยู่ในกลุ่มสังคมสูงวัยของกลุ่มประเทศอาเซียนเป็นอันดับที่ 2 รองจากสิงคโปร์

สำนักงานสถิติแห่งชาติ สรุปว่าประเทศไทยได้ก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุแล้วตั้งแต่ปี พ.ศ. 2548 โดยมีประชากรผู้สูงอายุ ร้อยละ 10.4 ของประชากรทั้งประเทศ และคาดว่าจะเข้าสู่ “สังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์” ในช่วงปี พ.ศ. 2567-2568 โดยมีประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไป มีสัดส่วนสูงมากกว่าร้อยละ 20 ของประชากรทั้งหมด (ภาพที่ 4.11)

ภาพที่ 4.11 สัดส่วนประชากรผู้สูงอายุต่อประชากรรวม ปี พ.ศ. 2533 - 2573



ที่มา: ข้อมูลปี 2533 2543 และ 2553 จากสำมะโนประชากรและเคหะ สำนักงานสถิติแห่งชาติ
ข้อมูลปี 2563 เป็นต้นไป จากการคาดประมาณประชากรของประเทศไทย พ.ศ. 2553 - 2583
สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ (สศช.)

4.3.2 การเปลี่ยนแปลงของ “สถาบัน” ครอบครัวไทยในศตวรรษที่ 21

ในยุคสมัยจอมพล ป.พิบูลสงคราม มีนโยบายสนับสนุนการเกิด เช่น การออกคำสั่งแต่งตั้งองค์การส่งเสริมการสมรสขึ้นในกระทรวงสาธารณสุข เพื่อเร่งการเพิ่มจำนวนประชากรเพื่อความมั่นคงของชาติ มีการจัด

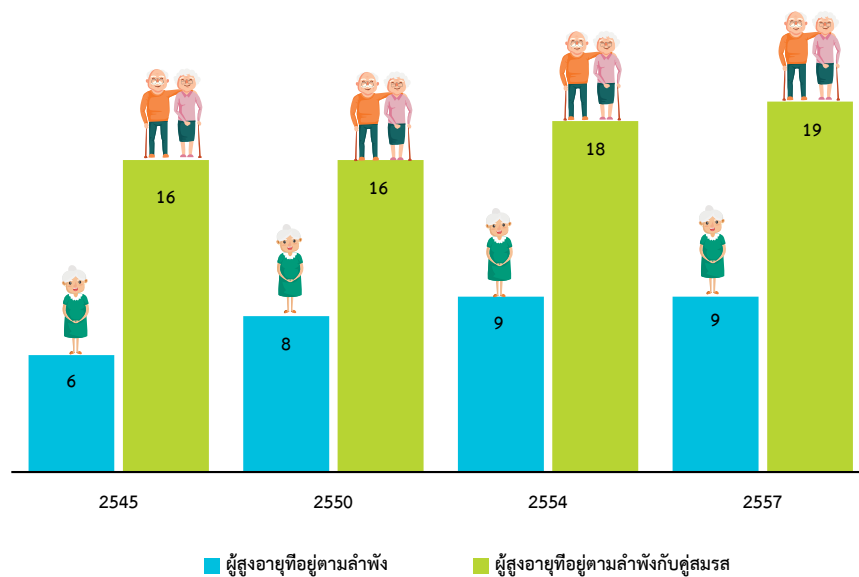
งานวันแม่ ประกวอดแม่ลูกดกโดยแม่ที่เข้าประกวอดต้องมีลูกตั้งแต่ 15 คนขึ้นไป และยังมีการประกาศใช้พระราชบัญญัติสงเคราะห์ผู้มีบุตรมาก ปี พ.ศ. 2499 ครอบครัวไทยในยุคสมัยนั้นจึงมีลักษณะเป็นครอบครัวขยาย (extended family) ที่มีคนอย่างน้อย 3 รุ่น คือ ปู่ย่า ตายาย พ่อแม่ และลูก อาศัยอยู่ในครัวเรือนเดียวกัน แม่แต่ละคนมีลูก

มากถึง 5-6 คนโดยเฉลี่ย ทำให้สมาชิกในครอบครัวอาจมีจำนวนมากกว่า 10 คน บ้านเรือนสมัยก่อนกว้างขวางและมีพื้นที่มาก บ้านเรือนของญาติพี่น้องปลูกติดกันหรือใกล้กัน

ต่อมาในยุคสมัยจอมพลถนอม กิตติขจร จำนวนประชากรที่เพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วมีผลกระทบต่อการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมของประเทศ จึงได้ประกาศนโยบายประชากรโดยมติคณะรัฐมนตรี เมื่อวันที่ 17 มีนาคม พ.ศ. 2513 “สนับสนุนการวางแผนครอบครัวด้วยระบบใจสมัคร เพื่อแก้ปัญหาต่างๆ เกี่ยวกับอัตราการเพิ่มของประชากรสูงมาก” จากนั้นเป็นต้นมาเกิดคำพูดที่ว่า “ลูกมาก ยากจน” และ “หญิงก็ได้ ชายก็ดี มีแค่สอง” ผลการวางแผนครอบครัวทำให้อัตราการเพิ่มขึ้นของประชากรลดลง

ผู้สูงอายุอาศัยอยู่ตามลำพังเพิ่มสูงขึ้น จากการเปลี่ยนแปลงของโครงสร้างประชากรส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของขนาดครัวเรือนไทยซึ่งแต่เดิมมีขนาดใหญ่ ผู้สูงอายุอาศัยอยู่ร่วมกับคนหลายรุ่นวัย แต่ปัจจุบันขนาดครัวเรือนไทยได้เล็กลงจากเฉลี่ยประมาณ 5 คนต่อครัวเรือน เมื่อ 50 ปีก่อน เหลือเพียง 3 คนต่อครัวเรือน สัดส่วนของผู้สูงอายุที่อยู่ลำพังคนเดียวและอยู่ลำพังกับคู่สมรสมีแนวโน้มสูงขึ้น (ภาพที่ 4.12) ซึ่งต่อไปจะเกิดปัญหาว่าจะมีผู้ดูแลหรือระบบที่ช่วยเฝ้าระวังดูแลผู้สูงอายุเหล่านี้หรือไม่ เมื่อมีสภาพที่ต้องพึ่งพิงหรือช่วยตัวเองไม่ได้

ภาพที่ 4.12 สัดส่วนผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ตามลำพัง



ที่มา: การคาดประมาณประชากรของประเทศไทย พ.ศ. 2553-2583, สศช.

อัตราการหย่าร้าง เป็นประเด็นทางครอบครัวอีกประเด็นที่ส่งสัญญาณความเปราะบางของชีวิตสมรสและครอบครัวไทย ด้วยยุคสังคมที่เปลี่ยนแปลงไปทำให้ชายและหญิงต่างให้ความสำคัญกับความเป็นปัจเจกของตนเองมากขึ้น ทั้งยังมีความเป็นประชาธิปไตยในชีวิต

สมรส (democratization of marriage) เพื่อให้สามีและภรรยามีความเท่าเทียมกันในการเติมเต็มเป้าหมายในชีวิตตนเองอย่างเสมอภาค พ่อแม่เลี้ยงเดี่ยว (single parenthood)

การอยู่ร่วมกันของเพศเดียวกัน (same-sex-union)

ความรักระหว่างเพศเดียวกันได้รับการยอมรับและอยู่กัน
กันเปิดเผยเป็นครอบครัวมากขึ้น มีการยอมรับโดยนิตินัย
ในหลายแห่ง

การตั้งครรภ์ในกลุ่มวัยรุ่น (teenage pregnancies)

ในขณะที่สังคมไทยกำลังกังวลกับอัตราการเกิดที่ลดลง แต่
จำนวนการเกิดในแม่วัยรุ่นกลับมีแนวโน้มสูงขึ้นอย่าง
ต่อเนื่อง รายงานการเพิ่มขึ้นของแม่วัยรุ่นจากที่เคยมี
จำนวนประมาณ 50,000 ราย หรือคิดเป็นร้อยละ 6.0
ของจำนวนการเกิดทั้งหมดใน พ.ศ. 2503 เป็นประมาณ
130,000 ราย หรือร้อยละ 14.0 ของจำนวนการเกิดทั้งหมด
ใน พ.ศ. 2533 และยังพบว่าแม่วัยรุ่นเหล่านี้ ส่วนใหญ่อยู่ใน
ครอบครัวที่มีฐานะยากจน มีการศึกษาค่อนข้างน้อย ทำให้
บุตรที่เกิดมาได้รับการเลี้ยงดูที่ด้อยคุณภาพ ครอบครัว
แบบแม่เลี้ยงเดี่ยวในกรณีที่เลิกรากับสามี ยังเรียนหนังสือ
ไม่จบ หรือต้องทิ้งลูกไว้ให้กับพ่อแม่ช่วยเลี้ยงดู กลายเป็น
ครอบครัวลักษณะข้ามรุ่น (skipped-generation
household) ในที่สุด และมีแนวโน้มที่เพิ่มขึ้น ปู่ย่า ตา
ยายที่รับหลานมาเลี้ยงบางกรณีอาจรู้สึกดีที่ได้ช่วยแบ่ง
เบาภาระให้กับลูกที่กำลังสร้างครอบครัว สร้างฐานะ แต่
ในบางกรณีการเลี้ยงดูหลานกลับกลายเป็นภาระที่มีผลต่อ
สุขภาพร่างกายของปู่ย่า ตายาย ปัญหาเงินเลี้ยงดูหลานไม่
เพียงพอ ทั้งอาจเกิดปัญหากับพัฒนาการของเด็กในกรณีที่
ปู่ย่า ตายาย ไม่สามารถดูแลเอาใจใส่ได้เท่าที่ควร ไม่ว่าจะเป็น
เป็นเรื่องอาหารการกิน การเรียนหนังสือ หรืออาจตามใจ
หลานมากเกินไปเพื่อชดเชยกับการที่หลานไม่ได้อยู่กับพ่อแม่
แม่หรือเพื่อให้หลานรัก ปัญหาสำคัญอีกประการหนึ่งคือ
ปัญหาช่องว่างระหว่างวัยซึ่งนับวันจะรุนแรงมากยิ่งขึ้นใน
ยุคสังคม social network ที่ทำให้เด็กวัยรุ่นรับข่าวสาร
ต่างๆ อย่างรวดเร็ว ปู่ย่า ตายาย หากไม่เข้าใจวัยรุ่น ไม่
สามารถติดตามการเปลี่ยนแปลงได้ทัน อาจนำไปสู่ความ
ขัดแย้งได้

คนเลือกจะอยู่คนเดียว (single-person household
หรือ one-person household) เริ่มมีจำนวนมากขึ้นใน
สังคมสมัยใหม่ ซึ่งลักษณะการอยู่คนเดียวเช่นนี้สะท้อน
ให้เห็นถึงลักษณะของคนในสังคมที่มีความเป็นปัจเจก

(individualization) สูงขึ้น ต้องการความเป็นส่วนตัว
มากขึ้น การเลือกใช้ชีวิตโสดในเมืองคนเดียวมีแนวโน้มสูง
ขึ้น จนปัจจุบันพบว่าครอบครัวคนเดียวในเมืองและชนบท
มีสัดส่วนพอๆ กัน โดยแต่ก่อนจะพบครัวเรือนคนเดียวใน
สังคมชนบทมากกว่าสังคมในเมือง ส่วนหนึ่งเป็นเพราะ
ลูกหลานย้ายถิ่นฐานเข้ามาทำงานและเรียนหนังสือในตัว
เมือง ทำให้ผู้สูงอายุในชนบทอยู่คนเดียว คู่สมรสเสียชีวิต
โดยไม่มีลูก หรือมีแต่อยู่ห่างไกลจากลูกๆ นอกจากนี้ด้าน
การจัดการเมือง (urban planning) มองว่าการมีจำนวน
ครัวเรือนที่มีขนาดเล็กๆ จำนวนมากนี้ จะใช้ทรัพยากร
ของสังคมสิ้นเปลืองกว่าการที่แต่ละครัวเรือนมีสมาชิก
จำนวนมากแต่มีจำนวนครัวเรือนน้อยๆ เนื่องจากสามารถ
ใช้ทรัพยากรต่างๆ ร่วมกันได้ ไม่ว่าจะเป็นตู้เย็น โทรทัศน์
เครื่องซักผ้า เป็นต้น

4.3.3 การอพยพย้ายถิ่น

ในอดีตที่ผ่านมาประเทศไทยมีการพัฒนา
เศรษฐกิจอย่างต่อเนื่องเน้นเกษตรกรรมแบบดั้งเดิม
จนถึงในช่วงที่เศรษฐกิจขยายตัวกระแสโลกาภิวัตน์เปิด
กว้าง มีการหลั่งไหลของทุนและเทคโนโลยีจากต่าง
ประเทศเข้ามาลงทุนในประเทศ ปัจจัยทางเศรษฐกิจ
การขยายตัวของภาคอุตสาหกรรมเป็นสาเหตุสำคัญที่
ทำให้เกิดการย้ายถิ่นเข้ามาในเขตเมืองของจังหวัดและเขต
ปริมณฑล นอกจากนี้ผลจากการกระจายความเจริญไป
สู่ภูมิภาคต่างๆ เช่น โครงการพัฒนาอุตสาหกรรมชายฝั่ง
ตะวันออกก็นับว่าทำให้เกิดการเคลื่อนย้ายจากเมืองไปสู่
เมืองเพิ่มมากขึ้น เมื่อพิจารณาจากการทำงานของผู้อพยพ
ถิ่นเข้ามาทำงานในสาขาเศรษฐกิจต่างๆ แล้ว จากข้อมูล
ของสำนักงานสถิติแห่งชาติ ในปี พ.ศ. 2560 พบว่า สาขา
การผลิตในส่วนอุตสาหกรรมโรงงานมีจำนวนผู้อพยพสูง
ที่สุด รองลงมาคือ สาขาเกษตรและสาขาบริการต่างๆ เช่น
การท่องเที่ยว การค้าส่งและค้าปลีกต่างๆ เป็นต้น

การย้ายถิ่นมีผลกระทบต่อโครงสร้างทางประชากร
เศรษฐกิจและสังคมของทั้งท้องถิ่นที่มีการย้ายถิ่นเข้าและ
ย้ายถิ่นออกอย่างมากและมีผลต่อโครงสร้างประชากร

1) การย้ายถิ่นภายในประเทศ (internal migration)

การย้ายถิ่นภายในประเทศกระแสหลักกระแสหนึ่ง คือ การย้ายถิ่นจากชนบทสู่เมือง ซึ่งเกิดขึ้นในเกือบทุกๆ ประเทศระหว่างการพัฒนาเศรษฐกิจจากเกษตรกรรมเป็นอุตสาหกรรม ส่งผลให้อัตราเพิ่มของประชากรเมืองสูงขึ้น

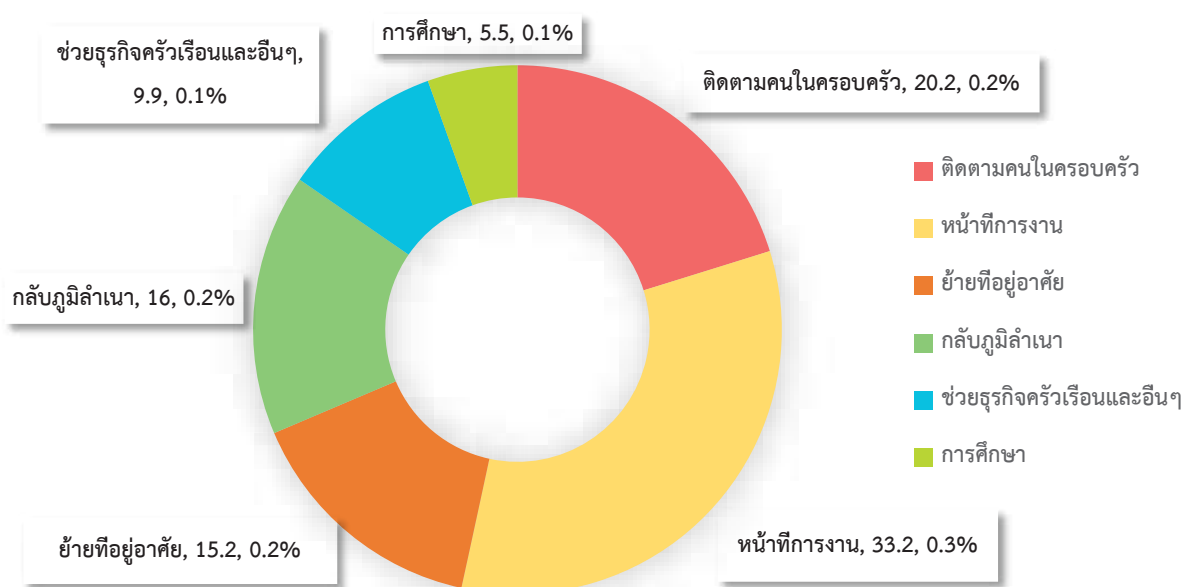
ลักษณะของผู้ย้ายถิ่น พบว่าผู้ที่มีอัตราการย้ายถิ่นที่สูง คือ วัยรุ่นก่อนอายุ 20 ปี จนกระทั่งถึงอายุต้น 30 ปี

อัตราเพิ่มโดยเฉลี่ยของประชากรในเมืองและในชนบท นอกจากนี้ การย้ายถิ่นเปลี่ยนแปลงตามการศึกษา ผู้ที่ย้ายถิ่นจากชนบทสู่เมืองมักจะเป็นผู้ที่มีการศึกษา

ดีกว่าคนทั่วไปในชนบท การย้ายถิ่นในลักษณะนี้เรียกว่า การไหลของสมอง (brain drain)

จากข้อมูลการสำรวจการย้ายถิ่นของประชากร ปี พ.ศ. 2560⁽⁸⁾ พบว่า มีผู้ย้ายถิ่นจำนวน 632,000 คน หรือคิดเป็นอัตราการย้ายถิ่น ร้อยละ 0.9 จากประชากรทั่วประเทศไทย (67.70 ล้านคน) โดยเป็นการย้ายถิ่นภายในประเทศ จำนวน 608,000 คน สาเหตุของการย้ายถิ่นได้แก่ หน้าที่การงาน ติดตามครอบครัว กลับภูมิลำเนา ย้ายที่อยู่อาศัย ช่วยธุรกิจครัวเรือนและอื่นๆ และการศึกษา (ภาพที่ 4.13)

ภาพที่ 4.13 ร้อยละการย้ายถิ่นภายในประเทศ ปี พ.ศ. 2560 จำแนกตามสาเหตุของการย้ายถิ่น

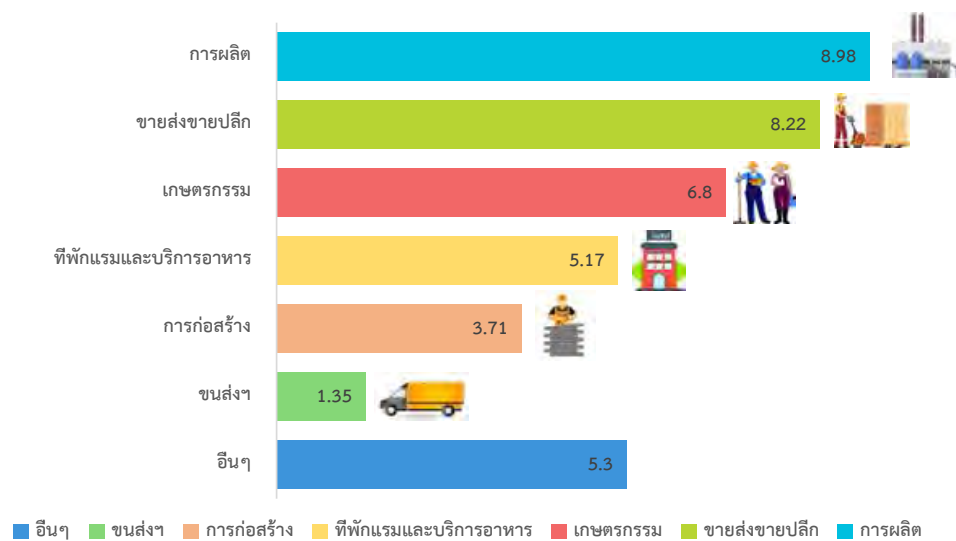


ที่มา: สำรวจการย้ายของประชากร พ.ศ. 2560

สำหรับผู้ย้ายถิ่น ประกอบด้วยผู้ทำงานสาขาการผลิตมากที่สุด รองลงมาเป็น สาขาการขนส่ง ขยายปลึกฯ

สาขาเกษตรกรรม สาขาที่พักและบริการอาหาร ที่เหลือเป็นสาขาอื่นๆ ดังภาพที่ 4.14

ภาพที่ 4.14 จำนวนผู้ย้ายถิ่น จำแนกตามอุตสาหกรรมของผู้ย้ายถิ่น ปี พ.ศ. 2560 (หน่วย : หมื่นคน)



ที่มา : สํารวจการย้ายของประชากร พ.ศ. 2560

2) การย้ายถิ่นระหว่างประเทศ (international migration)

การย้ายถิ่นระหว่างประเทศของไทยมีมานานแล้ว มีทั้งผู้อพยพเข้าประเทศและผู้อพยพออกไปต่างประเทศ ปัจจัยที่ทำให้แรงงานต่างชาติเดินทางเข้ามาทำงานในประเทศไทย คือ รายได้ไม่เพียงพอในการดำรงชีพจากอาชีพเกษตรกรรมแบบยังชีพในประเทศของตนและมีการว่างงานตามฤดูกาล การพัฒนาอุตสาหกรรมที่ใช้แรงงานมากประเภทแรงงานไร้ฝีมือและกึ่งฝีมือเป็นส่วนหนึ่งที่ดึงดูดให้แรงงานต่างชาติย้ายถิ่นเข้ามา จากข้อมูลการสำรวจการย้ายถิ่นของประชากร ปี พ.ศ. 2560 พบว่า ประเทศที่แรงงานย้ายเข้ามาไทยมากที่สุด 5 อันดับ ได้แก่ เมียนมาร์

ส่วนกรณีแรงงานไทยอพยพไปทำงานต่างประเทศนั้นแยกได้เป็น 2 กรณี คือ กรณีของการอพยพออกของแรงงานที่เรียกว่า ชนชั้นมันสมอง (brain drain) กับแรงงานประเภทที่ใช้กำลังในการทำงานมากกว่า ในช่วงปี พ.ศ. 2508 - 2523 ประเทศไทยประสบปัญหา brain drain เข้าไปสู่ประเทศสหรัฐอเมริกามากที่สุด ได้แก่ นักเรียนไทยส่วนหนึ่งที่ไปศึกษาต่อในต่างประเทศ

แล้วไม่ได้เดินทางกลับประเทศไทยหลังสำเร็จการศึกษาแล้ว ปัจจัยสำคัญคือ ความแตกต่างของรายได้ที่ได้รับ ส่วนการย้ายถิ่นของแรงงานประเภทที่ใช้กำลัง กระแสการย้ายถิ่นระหว่างประเทศเพิ่มมากในช่วงปี พ.ศ. 2516 โดยมีจุดมุ่งหมายไปทำงานในประเทศแถบตะวันออกกลาง ประเทศซาอุดีอาระเบีย ต่อมาการย้ายถิ่นระหว่างประเทศเปลี่ยนเป็นมุ่งหน้าไปยังประเทศใกล้ๆ แถบเอเชีย โดยเฉพาะญี่ปุ่น ได้หวั่น ปี พ.ศ. 2561 จากข้อมูลของกองบริหารแรงงานไปต่างประเทศ พบประเทศได้หวั่นเป็นประเทศที่แรงงานไทยได้รับอนุญาตให้เดินทางไปทำงานมากที่สุด จำนวน 17,277 คน (ร้อยละ 32.2) รองลงมาคือ ประเทศญี่ปุ่น และสาธารณรัฐเกาหลี แต่เมื่อเปรียบเทียบกับปี พ.ศ. 2557 แนวโน้มแรงงานไทยได้รับอนุญาตให้เดินทางไปทำงานประเทศได้หวั่นลดลง ส่วนประเทศสวีเดนและสาธารณรัฐเกาหลีเพิ่มขึ้น รายได้ส่งกลับจากการทำงานต่างประเทศที่แรงงานไทยส่งกลับผ่านระบบธนาคารแห่งประเทศไทย พบว่า ปี พ.ศ. 2561 แรงงานไทยส่งเงินผ่านระบบธนาคาร จำนวน 140,804 ล้านบาท โดยมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเมื่อเทียบกับปีที่ผ่านมา

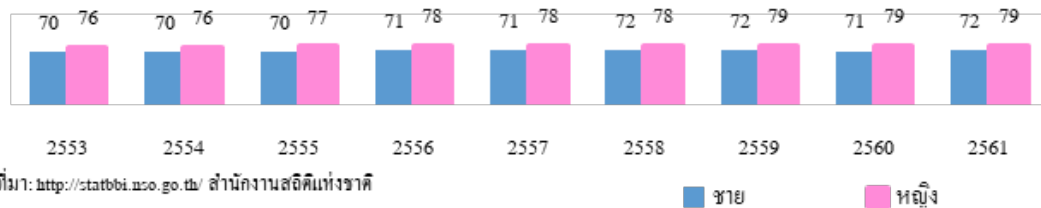
4.4 ปัญหาสุขภาพที่สำคัญ และคุณภาพชีวิตของคนไทย

4.4.1 เครื่องชี้วัดด้านสุขภาพของประชาชน

1) อายุคาดเฉลี่ยเมื่อแรกเกิด (life expectancy at birth: LE) ของประชากรไทย จากรายงาน พบว่าในปี พ.ศ. 2561 อายุคาดเฉลี่ยเมื่อแรกเกิดของประชากรชาย และหญิงมีค่า 72.2 ปี และ 78.9 ปี ตามลำดับ (ภาพที่ 4.15) ในขณะที่ อายุคาดเฉลี่ยของการมีสุขภาพดี (health

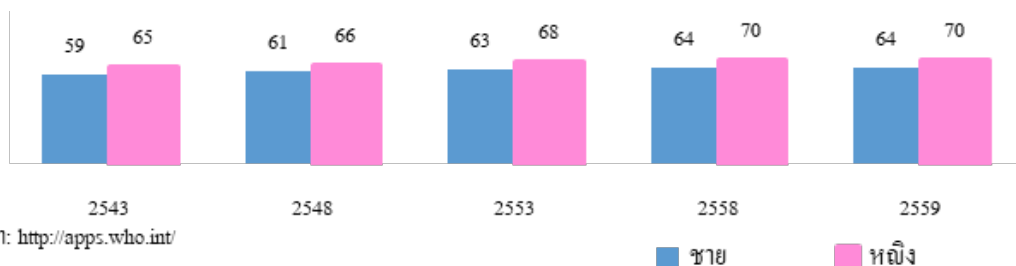
adjust life expectancy: HALE) ในปี พ.ศ. 2559 ของ ประชากรชายและหญิงมีค่า 64 ปีและ 70 ปี ตามลำดับ (ภาพที่ 4.16) ซึ่งอายุคาดเฉลี่ยเมื่อแรกเกิดและอายุคาดเฉลี่ยของการมีสุขภาพดีของประชากรไทยมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง

ภาพที่ 4.15 อายุคาดเฉลี่ยเมื่อแรกเกิด (life expectancy at birth: LE) พ.ศ. 2553-2561



ที่มา: <http://statbbi.nso.go.th/> สำนักงานสถิติแห่งชาติ

ภาพที่ 4.16 อายุคาดเฉลี่ยของการมีสุขภาพดี (health adjust life expectancy: HALE) พ.ศ. 2543-2559



ที่มา: <http://apps.who.int/>

อย่างไรก็ตาม อายุคาดเฉลี่ยดังกล่าวยังคงต่ำกว่าเมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มประเทศที่พัฒนาแล้ว (Organization

for Economic Co-operation and Development: OECD) (ภาพที่ 4.17)

ภาพที่ 4.17 อายุคาดเฉลี่ยเมื่อแรกเกิด (Life expectancy at birth: LE) และอายุคาดเฉลี่ยของการมีสุขภาพดี (Health Adjust Life Expectancy: HALE) ในกลุ่มประเทศ OECD

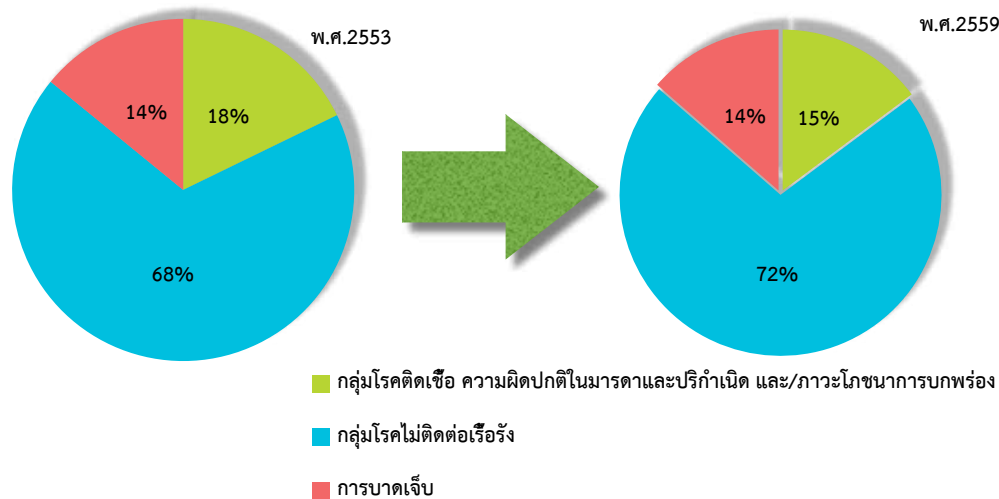


2) ดัชนีการสูญเสียปีสุขภาวะ (disability adjusted life years: DALYs) เป็นเครื่องชี้วัดภาระโรคที่ใช้บอกขนาดปัญหาสุขภาพในภาพรวมของประชากร เมื่อเปรียบเทียบสาเหตุของการสูญเสียปีสุขภาวะ ดัชนีที่บ่งชี้ถึงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพมีแนวโน้มดีขึ้น คือ กลุ่มโรคติดเชื้อ ความผิดปกติในมารดาและปริกำเนิด และ/ภาวะโภชนาการบกพร่อง ในปี พ.ศ. 2553 มีสัดส่วนร้อยละ 18.0 ลดลงเหลือร้อยละ 15.0 ในปี พ.ศ. 2559 แต่กลับ

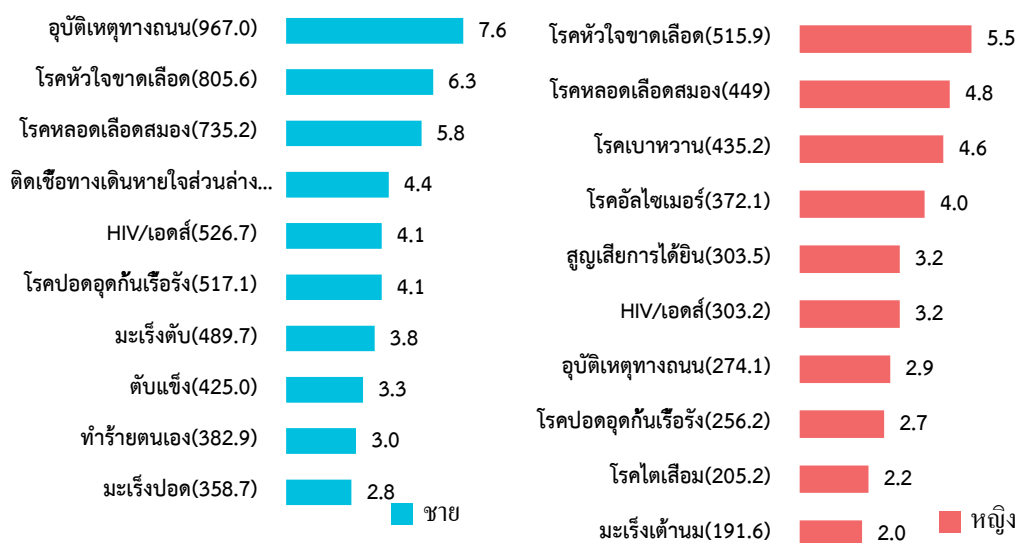
พบว่า กลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรังเป็นสาเหตุของการสูญเสียปีสุขภาวะที่เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 68.0 ในปี พ.ศ. 2553 เป็นร้อยละ 72.0 ในปี 2559 (ภาพที่ 4.18)

เมื่อจำแนกตามเพศ ในปี พ.ศ. 2559 พบว่าสาเหตุที่ชายไทยสูญเสียปีสุขภาวะสูงสุดเกิดจากอุบัติเหตุทางถนน โรคหัวใจขาดเลือด โรคหลอดเลือดสมอง ตามลำดับ ในขณะที่เพศหญิงสาเหตุเกิดจากโรคหัวใจขาดเลือด โรคหลอดเลือดสมอง โรคเบาหวาน ตามลำดับ (ภาพที่ 4.19)

ภาพที่ 4.18 การสูญเสียปีสุขภาวะ (Disability Adjusted Life Years: DALYs) พ.ศ. 2553 และ 2559 จำแนกตามสาเหตุหลัก ใช้รูปเดิมปรับสีและตัวอักษร



ภาพที่ 4.19 การสูญเสียปีสุขภาวะ (disability adjusted life years: DALYs) พ.ศ. 2559 จำแนกตามเพศ

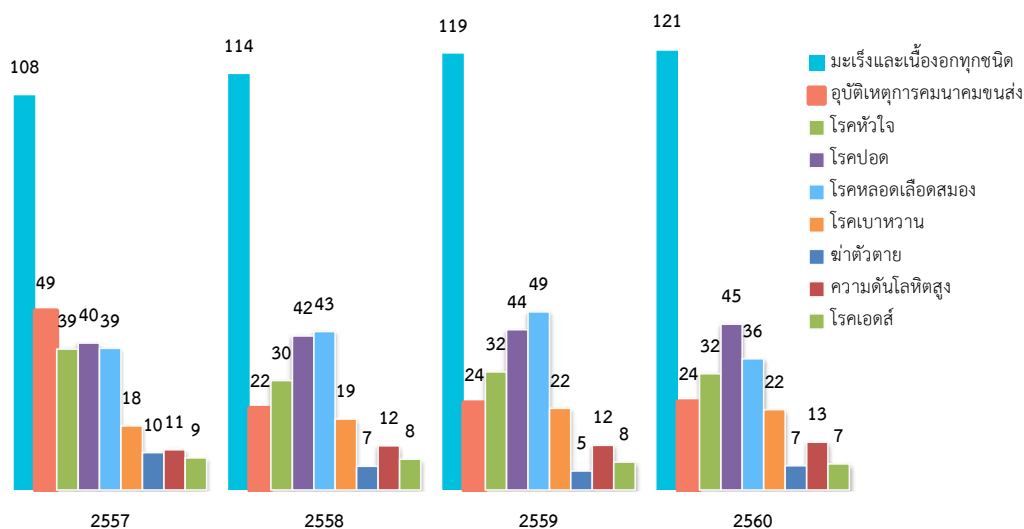


4.4.2 สาเหตุการตาย

ในปี พ.ศ. 2560 สาเหตุการตายสำคัญที่มีแนวโน้มสูงขึ้นของประชากรไทย คือ โรคมะเร็งและเนื้องอกทุกชนิด อุบัติเหตุจากการคมนาคมขนส่ง โรคหัวใจ โรคปอด

และโรคอื่นๆ ของปอด โรคหลอดเลือดสมอง โรคเบาหวาน ฆ่าตัวตาย ความดันโลหิตสูง และโรคเอดส์ ตามลำดับ (ภาพที่ 4.20)

ภาพที่ 4.20 อัตราตายจากโรคที่สำคัญ พ.ศ. 2557-2560 ต่อประชากร 100,000 คน

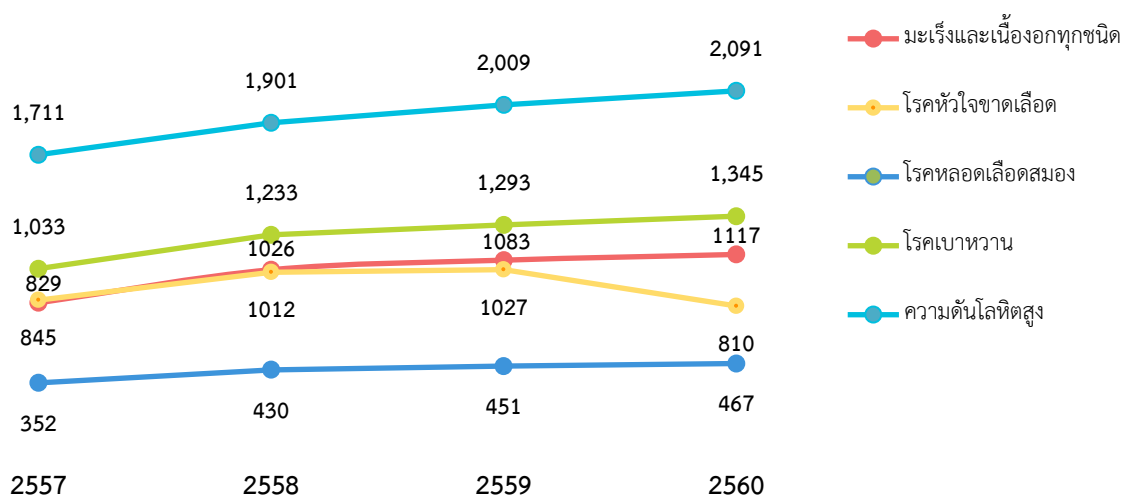


4.4.3 อัตราป่วยจากโรคสำคัญ

สาเหตุความเจ็บป่วยของประชากรไทยที่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องในกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่สำคัญ

คือ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคมะเร็งและเนื้องอกทุกชนิด โรคหัวใจขาดเลือด และโรคหลอดเลือดสมอง ตามลำดับ (ภาพที่ 4.21)

ภาพที่ 4.21 อัตราเจ็บป่วยด้วยโรคที่สำคัญ พ.ศ. 2557-2560 ต่อประชากร 100,000 คน



4.4.4 คุณภาพชีวิตของคนไทย

จากเอกสารรายงานคุณภาพชีวิตของคนไทย ปี พ.ศ. 2560 โดยคณะกรรมการอำนวยการงานพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชน (พชช.) ได้นำเสนอผลการจัดเก็บข้อมูลความจำเป็นพื้นฐาน (จปฐ.) ทำให้ทราบถึงคุณภาพชีวิตของประชาชนภาพรวมในทุกระดับของประเทศ โดยมีเครื่องมือในการวัดผลคุณภาพชีวิตของคนไทย จำนวน 5 หมวด 31 ตัวชี้วัด มีผลดังนี้

หมวดที่ 1 สุขภาพ มี 7 ตัวชี้วัด

ตัวชี้วัดที่คนไทยผ่านเกณฑ์มากที่สุด 3 อันดับแรก ได้แก่ ตัวชี้วัดที่ 3 เด็กแรกเกิดถึง 12 ปี ได้รับวัคซีนป้องกันโรคครบตามตารางสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค ร้อยละ 99.9 รองลงมา ตัวชี้วัด 1 เด็กแรกเกิดมีน้ำหนัก 2,500 กรัม ขึ้นไป ร้อยละ 99.6 และตัวชี้วัดที่ 7 คนอายุ 6 ปีขึ้นไป ออกกำลังกายอย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 วันๆ ละ 30 นาที ร้อยละ 99.2 ตามลำดับ

ตัวชี้วัดที่คนไทยไม่ผ่านเกณฑ์มากที่สุด 3 อันดับแรก ได้แก่ ตัวชี้วัดที่ 6 คนอายุ 35 ปีขึ้นไปไม่ได้รับการตรวจสุขภาพประจำปี ร้อยละ 4.3 รองลงมา ตัวชี้วัดที่ 2 เด็กแรกเกิดไม่ได้กินนมแม่อย่างเดียวยาวอย่างน้อย 6 เดือนแรกติดต่อกัน ร้อยละ 3.3 และตัวชี้วัดที่ 4 ครรภ์เรื้อรังไม่ได้กินอาหารถูกสุขลักษณะ ปลอดภัยและได้มาตรฐาน ร้อยละ 1.4

หมวดที่ 2 สภาพแวดล้อม มี 7 ตัวชี้วัด

ตัวชี้วัดที่คนไทยผ่านเกณฑ์มากที่สุด 3 อันดับแรก ได้แก่ ตัวชี้วัดที่ 14 ครรภ์เรื้อรังมีความปลอดภัยในชีวิตและทรัพย์สินร้อยละ 99.9 รองลงมา ตัวชี้วัดที่ 9 ครรภ์เรื้อรังมีน้ำสะอาดสำหรับดื่มและบริโภคเพียงพอตลอดปี อย่างน้อยคนละ 5 ลิตรต่อวัน ร้อยละ 99.8 และตัวชี้วัดที่ 10 ครรภ์เรื้อรังมีน้ำใช้เพียงพอตลอดปี อย่างน้อยคนละ 45 ลิตรต่อวัน ร้อยละ 99.7 ตามลำดับ

ตัวชี้วัดที่คนไทยไม่ผ่านเกณฑ์มากที่สุด 3 อันดับแรก ได้แก่ ตัวชี้วัดที่ 11 ครรภ์เรื้อรังไม่มีการจัดบ้านเรือนเป็นระเบียบเรียบร้อย สะอาดและถูกสุขลักษณะ ร้อยละ 3.9 รองลงมา ตัวชี้วัดที่ 13 ครรภ์เรื้อรังไม่มีการป้องกันอุบัติเหตุ

และภัยธรรมชาติอย่างถูกวิธี ร้อยละ 1.34 และตัวชี้วัดที่ 12 ครรภ์เรื้อรังถูกรบกวนจากมลพิษ ร้อยละ 0.

หมวดที่ 3 การศึกษา มี 5 ตัวชี้วัด

ตัวชี้วัดที่คนไทยผ่านเกณฑ์มากที่สุด 3 อันดับแรก ได้แก่ ตัวชี้วัดที่ 15 เด็กอายุ 3-5 ปี ได้รับการบริการเลี้ยงดูเตรียมความพร้อมก่อนวัยเรียน ร้อยละ 99.8 รองลงมา ตัวชี้วัดที่ 19 คนอายุ 15-59 ปี อ่าน เขียนภาษาไทย และคิดเลขอย่างง่ายได้ร้อยละ 99.3 และตัวชี้วัดที่ 18 คนในครรภ์เรื้อรังที่จบการศึกษาภาคบังคับ 9 ปี ที่ไม่ได้เรียนต่อและยังไม่มีงานทำ ได้รับการฝึกอบรมด้านอาชีพ ร้อยละ 95.9 ตามลำดับ

หมวดที่ 4 การมีงานทำและรายได้ มี 4 ตัวชี้วัด

ตัวชี้วัดที่คนไทยผ่านเกณฑ์มากที่สุด 3 อันดับแรก ได้แก่ ตัวชี้วัดที่ 22 รายได้เฉลี่ยของคนในครรภ์เรื้อรังต่อปี ร้อยละ 99.0 รองลงมา ตัวชี้วัดที่ 20 คนอายุ 15-59 ปี มีอาชีพและรายได้ ร้อยละ 99.0 และตัวชี้วัดที่ 21 คนอายุ 60 ปีขึ้นไป มีอาชีพและรายได้ ร้อยละ 93.2 ตามลำดับ

ตัวชี้วัดที่คนไทยไม่ผ่านเกณฑ์มากที่สุด 3 อันดับแรก ได้แก่ ตัวชี้วัดที่ 23 ครรภ์เรื้อรังไม่มีการเก็บออมเงิน ร้อยละ 17.2 รองลงมา ตัวชี้วัดที่ 21 คนอายุ 60 ปีขึ้นไป ไม่มีอาชีพและรายได้ ร้อยละ 6.8 และตัวชี้วัดที่ 20 คนอายุ 15-59 ปี ไม่มีอาชีพและรายได้ ร้อยละ 0.98

หมวดที่ 5 ค่านิยม มี 8 ตัวชี้วัด

ตัวชี้วัดที่คนไทยผ่านเกณฑ์มากที่สุด 3 ลำดับแรก ได้แก่ ตัวชี้วัด 27 ผู้สูงอายุ ได้รับการดูแลจากครอบครัว ชุมชน ภาครัฐ หรือภาคเอกชน ร้อยละ 99.9 รองลงมา ตัวชี้วัดที่ 29 ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ได้รับการดูแลจากครอบครัว ชุมชน ภาครัฐ หรือภาคเอกชน ร้อยละ 99.9 และตัวชี้วัดที่ 28 ผู้พิการ ได้รับการดูแลจากครอบครัว ชุมชน ภาครัฐ หรือภาคเอกชน ร้อยละ 99.9 ตามลำดับ

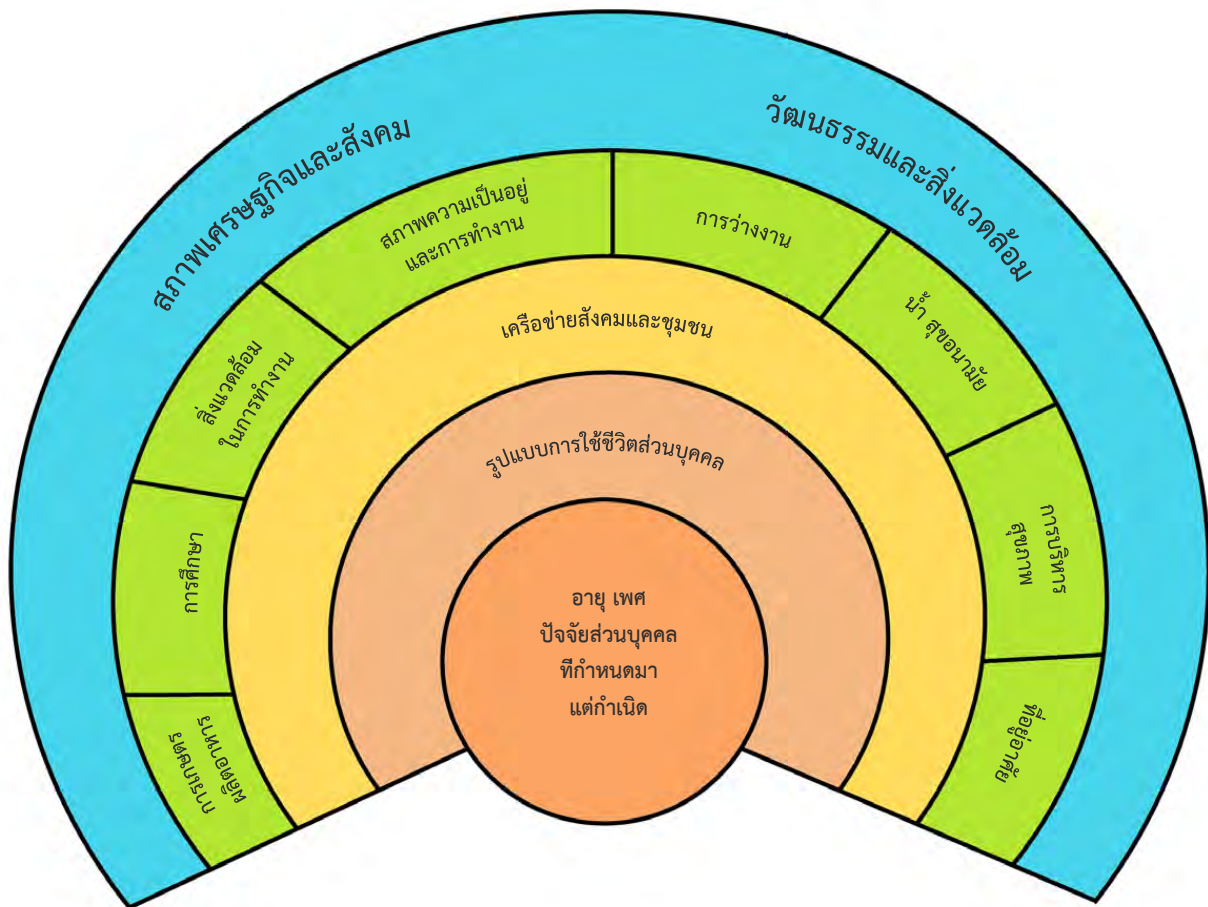
ตัวชี้วัดที่คนไทยไม่ผ่านเกณฑ์มากที่สุด 3 ลำดับแรก ได้แก่ ตัวชี้วัดที่ 25 คนในครรภ์เรื้อรังสูบบุหรี่ ร้อยละ 7.3 รองลงมา ตัวชี้วัดที่ 24 คนในครรภ์เรื้อรังดื่มสุรา ร้อยละ 6.9 และตัวชี้วัดที่ 31 ครอบครัวไม่มีความอบอุ่น ร้อยละ 0.8

4.5 สถานการณ์ของปัจจัยทางสังคมที่กำหนดสุขภาพ (social determinants of health: SDH)

ปัจจัยทางสังคมที่กำหนดสุขภาพ (Social Determinants of Health: SDH) องค์การอนามัยโลก ได้ให้นิยามว่า หมายถึง สภาวะแวดล้อมของบุคคลตั้งแต่เกิด เติบโต ทำงานและชราภาพ ซึ่งสภาวะนั้นถูกกำหนด

โดยระบบเศรษฐกิจ การเมืองและการกระจายทรัพยากร ในระดับท้องถิ่น ระดับชาติและระดับโลก โดยปัจจัยเหล่านี้มีผลทำให้บุคคลมีความแตกต่างกันในเชิงสังคมและทำให้เกิดความไม่เป็นธรรมในด้านสุขภาพ (ภาพที่ 4.22)

ภาพที่ 4.22 ปัจจัยทางสังคมที่กำหนดสุขภาพ (social determinants of health: SDH)



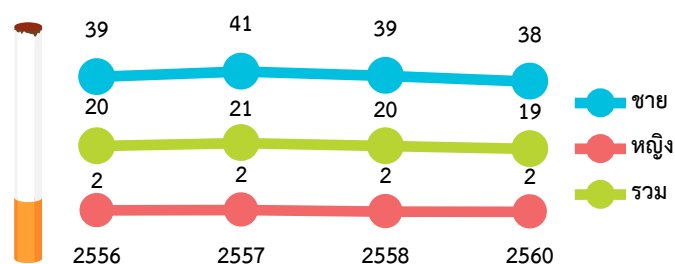
4.5.1 พฤติกรรมสุขภาพ (health behavior)

1) พฤติกรรมการสูบบุหรี่และดื่มสุรา

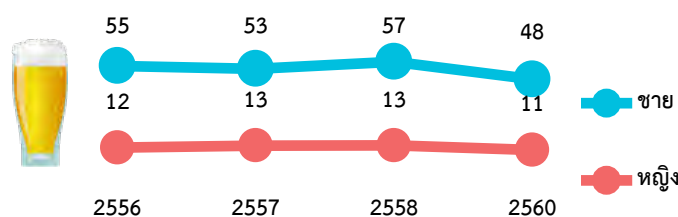
แนวโน้มของการสูบบุหรี่และดื่มสุราในประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไปลดลงไม่มาก แต่ลดลงอย่างต่อเนื่อง โดยผู้ชายมี

แนวโน้มการสูบบุหรี่และดื่มสุราลดลงเมื่อเทียบกับผู้หญิง ซึ่งพฤติกรรมดังกล่าวจะเหนี่ยวนำไปสู่การเป็นกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (non-communicable disease: NCDs) (ภาพที่ 4.23 และ 4.24)

ภาพที่ 4.23 อัตราการสูบบุหรี่ของประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไป พ.ศ. 2556-2560



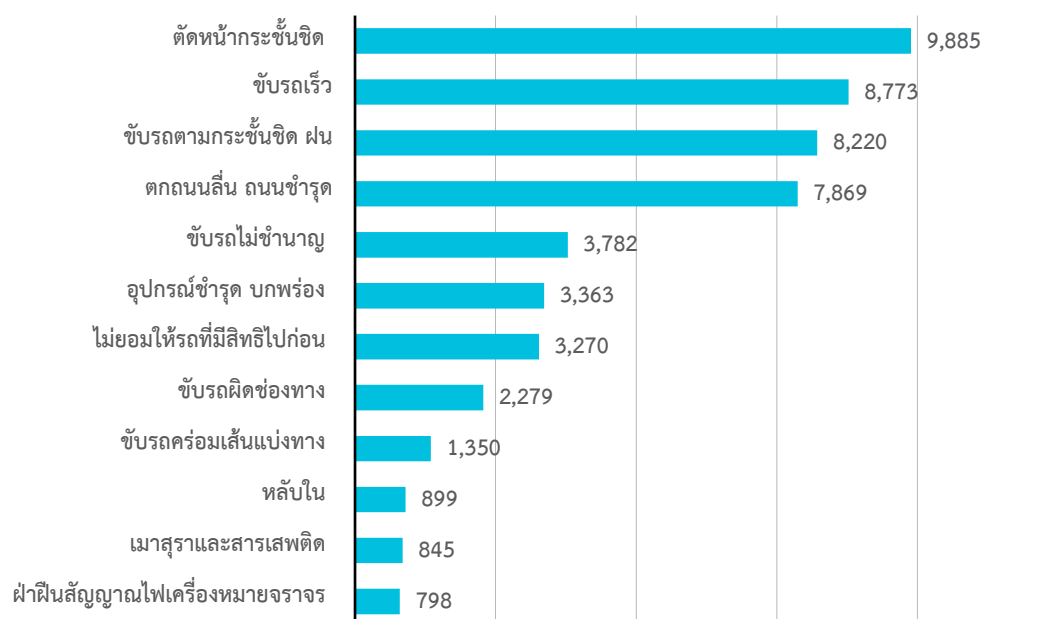
ภาพที่ 4.24 อัตราการดื่มสุราของประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไป ปี พ.ศ. 2556-2560



2) พฤติกรรมความเสี่ยงในการขับขี่ยานพาหนะ
จากรายงานการวิเคราะห์สถานการณ์อุบัติเหตุทางถนนของกระทรวงคมนาคม พ.ศ. 2560 พบว่าสาเหตุสำคัญของการเกิดอุบัติเหตุทางถนนของประชากรไทย

ส่วนใหญ่เกิดจากพฤติกรรมเสี่ยงในการขับขี่ยานพาหนะ ได้แก่ ขับรถตัดหน้ากระชั้นชิด ขับรถเร็ว ขับรถตามกระชั้นชิด ขับรถไม่ชำนาญ เป็นต้น (ภาพที่ 4.25)

ภาพที่ 4.25 มูลเหตุสันนิษฐานของการเกิดอุบัติเหตุทางถนนของประเทศไทย พ.ศ. 2560 (9 อันดับแรก)



4.5.2 สิ่งแวดล้อม (environment)

ประเทศไทยเป็นประเทศหนึ่งที่มีการเปลี่ยนแปลงสู่ประเทศอุตสาหกรรมบวกกับนโยบายเขตพัฒนาเศรษฐกิจพิเศษและโครงการพัฒนาระเบียงเศรษฐกิจพิเศษภาคตะวันออก (Eastern Economic Corridor) เพิ่มการเติบโตทางเศรษฐกิจ การเคลื่อนย้ายประชากรสู่เขตเมือง การเคลื่อนย้ายของแรงงานข้ามชาติ ได้ก่อให้เกิดปัญหาสิ่งแวดล้อม ปัญหามลพิษที่เกิดขึ้นกับสิ่งแวดล้อมนั้นส่งผลกระทบต่อสุขภาพและการเกิดโรคของประชาชน ประกอบไปด้วยปัญหาที่สำคัญ ดังนี้

1) ปัญหามลพิษทางอากาศ แหล่งกำเนิดจากยานพาหนะ โรงงานอุตสาหกรรม การใช้สารเคมีทางการเกษตร ขยะมูลฝอยและสิ่งปฏิกูลที่ไม่ได้ทำลายอย่างถูกวิธีและเผา ควัน หรือแก๊สจากที่อยู่อาศัยหรืออาคารบ้านเรือน เป็นต้น

2) สารมลพิษทางอากาศที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพ ได้แก่ แก๊สคาร์บอนมอนอกไซด์ (Carbon monoxide: CO) แก๊สซัลเฟอร์ไดออกไซด์ (Sulfur dioxide: SO₂) แก๊สไนโตรเจนไดออกไซด์ (NO₂) ฝุ่นและละอองที่มีขนาดเล็ก ควันดำ ตะกั่ว เป็นต้น

3) มลพิษทางน้ำ จากสารมลพิษที่ปนเปื้อนอยู่ในแหล่งน้ำ เช่น จุลินทรีย์ แคดเมียม ตะกั่วปรอท ไนโตรเจน เป็นต้น

4) มลพิษทางเสียงหรือการได้สัมผัสเสียงดังเกินไป

5) ปัญหาสิ่งแวดล้อมจากสถานที่ทำงาน เช่น ฝุ่นใยหินในโรงงานอุตสาหกรรม อุบัติเหตุและสารเคมี เป็นต้น

ดังนั้นสหประชาชาติจึงได้กำหนดเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน (Sustainable Development Goals หรือ SDGs) ในเป้าหมายที่ 3.9 คือ ลดจำนวนการตายและการป่วยจากสารเคมีอันตรายและการปนเปื้อนและมลพิษทางอากาศ น้ำและดิน ให้ลดลงอย่างมาก ภายในปี พ.ศ. 2573

องค์การอนามัยโลก⁽⁹⁾ ได้ออกรายงานการศึกษาเรื่อง “มลพิษทางอากาศ: การประเมินการสัมผัสและภาระโรค” ประจำปี 2559 พบว่าประชากรไทย 22,375 คน เสียชีวิตจากมลพิษทางอากาศและพบว่าประเทศไทยมีวัดถุที่มีขนาดเส้นผ่านศูนย์กลางไม่เกิน 2.5 ไมโครเมตร หรือ PM_{2.5} ที่สูง คือ 25 ไมโครกรัม/ลูกบาศก์เมตร ในขณะที่องค์การอนามัยโลกกำหนดให้ไม่ควรเกิน 10 ไมโครกรัม/ลูกบาศก์เมตร

ตารางที่ 4.2 ความเข้มข้นของ PM_{2.5} และจำนวนผู้เสียชีวิตด้วยมลพิษทางอากาศ

ประเทศ	สาร PM _{2.5} ไมโครกรัม/ลบ.ม.	จำนวนคนตาย					รวม	อัตราการตาย (ต่อประชากร 1 แสนคน)
		โรค ALRI	โรค COPD	โรคมะเร็งปอด	โรค IHD	โรค Stroke		
จีน	54	6,716	90,626	228,479	257,638	449,373	1,032,832	76
อินเดีย	62	36,914	110,500	26,334	249,388	195,001	621,137	49
อินโดนีเซีย	14	2,534	1,000	4,951	16,781	36,527	61,793	25
ญี่ปุ่น	13	18	281	9,743	10,286	10,463	30,791	24
ฝรั่งเศส	12	4	126	4,256	3,793	2,774	10,953	17
มาเลเซีย	15	29	148	670	3,630	1,773	6,250	22
ออสเตรเลีย	6	0	1	14	58	20	93	0.4
ไทย	25	104	976	4,323	9,669	7,302	22,374	33

ALRI คือ โรคทางเดินหายใจเฉียบพลัน IHD คือ โรคหัวใจขาดเลือด

COPD คือ โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง Stroke คือ โรคหลอดเลือดสมอง

ที่มา: <https://www.who.int/phe/publications/air-pollution-global-assessment/en/>

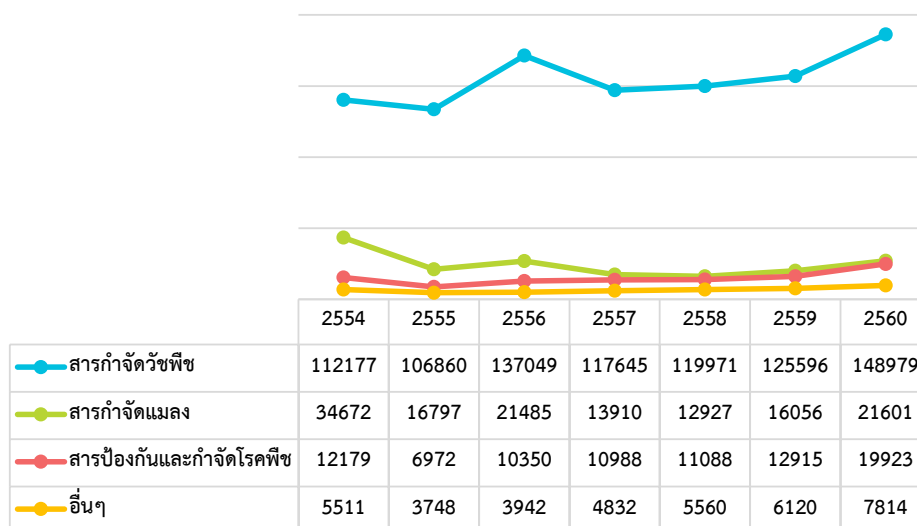
4.5.3 การประกอบอาชีพ

ก. ภาคเกษตรกรรม

จากข้อมูลของสำนักงานเศรษฐกิจการเกษตร กรม-
วิชาการเกษตร ปี พ.ศ. 2560 พบว่า ประเทศไทยมีปริมาณ

การนำเข้า สารกำจัดวัชพืช 148,979 ตัน สารกำจัดแมลง
21,601 ตัน สารป้องกันและกำจัดโรคพืช 19,923 ตัน ซึ่งมี
แนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นเรื่อย (ภาพที่ 4.26)

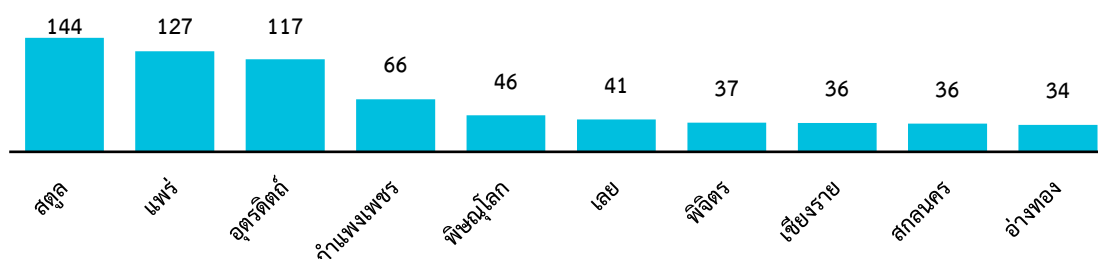
ภาพที่ 4.26 ปริมาณและมูลค่าการนำเข้าวัตถุดิบทางการเกษตร ปี 2554 -2560 (หน่วย : ปริมาณ : ตัน)



จากรายงานของ สำนักโรคจากการประกอบอาชีพ
และสิ่งแวดล้อม กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข
ปี พ.ศ. 2560⁽¹⁰⁾ พบผู้ป่วยโรคจากพิษสารเคมีกำจัดศัตรู-
พืช (toxic effect of pesticide) จำนวน 10,312 ราย
คิดเป็นอัตราป่วย 17.12 ต่อแสนประชากร ซึ่งเพิ่มจาก
ปีพ.ศ. 2559 โดยจังหวัดสตูลพบอัตราป่วยสูงสุด (144.06)
รองลงมา ได้แก่ จังหวัดแพร่ (127.26) และอุดรธานี

(116.98) ตามลำดับ กลุ่มอายุที่พบผู้ป่วยโรคจากพิษสาร-
เคมีกำจัดศัตรูพืชมากที่สุด คือ กลุ่มอายุ 15-59 ปี จำนวน
7,079 ราย คิดเป็นร้อยละ 68.6 รองลงมา คือ กลุ่มอายุ
60 ปีขึ้นไป จำนวน 2,670 ราย คิดเป็นร้อยละ 25.9
กลุ่มอาชีพที่พบผู้ป่วยมากที่สุด คือ กลุ่มอาชีพผู้ปลูก
พืชไร่และพืชผัก จำนวน 5,344 ราย คิดเป็นร้อยละ 51.8
(ภาพที่ 4.27)

ภาพที่ 4.27 อัตราป่วยโรคจากพิษสารเคมีกำจัดศัตรูพืช พ.ศ. 2560 จำนวนรายจังหวัด



ข. ภาคอุตสาหกรรม

จากข้อมูลของกรมโรงงานอุตสาหกรรมพบว่า โรงงานและจำนวนคนงานที่ได้รับอนุญาตให้ประกอบกิจการตาม พ.ร.บ.โรงงาน พ.ศ. 2535 ในปี พ.ศ. 2560 มีจำนวนโรงงานทั่วประเทศทั้งหมด 139,446 แห่ง มีคนงานทั่วประเทศทั้งหมด 4,009,337 คน กลุ่มอุตสาหกรรมผลิตภัณฑ์จากพืชเป็นกลุ่มอุตสาหกรรมที่มีจำนวนโรงงานสูงสุดรองลงมา ได้แก่ อุตสาหกรรมผลิตภัณฑ์โลหะและอุตสาหกรรมผลิตยานพาหนะและอุปกรณ์ รวมทั้งการซ่อมแซมยานพาหนะและอุปกรณ์ แต่หากพิจารณาจำนวนคนงานพบว่า กลุ่มอุตสาหกรรมอาหารเป็นกลุ่มอุตสาหกรรมที่มีจำนวนคนงานสูงสุดรองลงมา ได้แก่ อุตสาหกรรมผลิตเครื่องใช้ไฟฟ้าและ

อุปกรณ์ และอุตสาหกรรมผลิตยานพาหนะและอุปกรณ์ รวมทั้งการซ่อมแซมยานพาหนะและอุปกรณ์

จากข้อมูลสถิติการประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยเนื่องจากการทำงานของสำนักงานกองทุนเงินทดแทน สำนักงานประกันสังคม กระทรวงแรงงาน ในปี พ.ศ. 2560 มีจำนวนผู้การประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยเนื่องจากการทำงานทั้งหมด 86,278 ราย คิดเป็น 8.82 (ตารางที่ 4.3) ต่อลูกจ้างในความคุ้มครองของกองทุนเงินทดแทน 1,000 ราย และหากนับจำนวนประสบอันตรายเฉพาะกรณีร้ายแรง (ตาย ทุพพลภาพ สูญเสียอวัยวะ และหยุดงานเกิน 3 วัน) พบว่าอัตราการประสบอันตรายเท่ากับ 2.28 ต่อลูกจ้าง 1,000 ราย⁽¹¹⁾

ตารางที่ 4.3 จำนวนผู้ประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยเนื่องจากการทำงาน จำแนกตามความรุนแรง ปี พ.ศ. 2555-2560

ปี	จำนวนลูกจ้างทั้งหมด(ราย)	จำนวนผู้ประสบอันตราย (ราย)					
		ตาย	ทุพพลภาพ	สูญเสียอวัยวะ	หยุดงานเกิน 3 วัน	หยุดงานไม่เกิน 3 วัน	รวม
2555	8,575,398	717	19	1,818	36,166	93,106	131,826
2556	8,901,624	635	28	3,036	31,419	76,776	111,894
2557	9,132,756	603	11	1,463	29,254	68,903	100,234
2558	9,336,317	575	6	1,324	27,845	65,924	95,674
2559	9,449,984	584	12	1,290	26,829	60,773	89,488
2560	9,777,751	570	17	1,200	25,820	58,671	86,278

ที่มา: สำนักงานกองทุนเงินทดแทน กระทรวงแรงงาน

เมื่อพิจารณาถึงสิ่งที่ทำให้ประสบอันตราย พบว่าวัตถุและสิ่งของเป็นสิ่งที่ทำให้เกิดอันตรายกับผู้ปฏิบัติงานสูงสุด รองลงมา ได้แก่ เครื่องจักร เครื่องมือ และสภาพแวดล้อมเกี่ยวกับการทำงาน ตามลำดับ⁽¹¹⁾

นอกจากนี้ยังพบอุบัติการณ์ของความเจ็บป่วยกลุ่มโรคระบบทางเดินหายใจที่เกิดจากการทำงานที่สำคัญ ได้แก่

1) โรคปอดจากฝุ่นหินหรือซิลิโคสิส (Silicosis) จากอุตสาหกรรมเหมืองแร่ สกัดหิน โรงโม่บดย่อยหิน

อุตสาหกรรมทำแก้ว เซรามิก ทำครก อิฐ เครื่องสุขภัณฑ์ เป็นต้น

2) โรคปอดจากฝุ่นแร่ใยหิน (asbestos) จากอุตสาหกรรมผ้าเบรกรถยนต์ อุตสาหกรรมรถยนต์ กระเบื้องมุงหลังคา ท่อซีเมนต์ สิ่งก่อสร้าง เป็นต้น

3) โรคบิสซิโนสิส (byssinosis) จากการสัมผัสฝุ่นฝ้าย ป่าน ปอ ลินิน จากอาชีพอุตสาหกรรมทอผ้า ทอกระสอบ เป็นต้น

4.5.4 การเปลี่ยนแปลงของสังคมและวัฒนธรรม

สภาพสังคมและวัฒนธรรมที่เปลี่ยนแปลงไปอันเกิดจากหลายปัจจัยล้วนส่งผลกระทบต่อสุขภาพและการเกิดโรคของประชาชน ได้แก่ (1) การเคลื่อนย้ายประชาชนสู่เขตเมืองมากกว่าเขตชนบท (2) การเพิ่มขึ้นของประชากรสูงอายุอย่างรวดเร็ว (3) การเคลื่อนย้ายกำลังแรงงานข้ามพรมแดนได้อย่างเสรี (4) ความไม่เป็นธรรมและความเหลื่อมล้ำทางสังคม ส่งผลต่อปัญหาการกระจายรายได้ การเข้าถึงระบบสาธารณสุข และความยากจน (5) รูปแบบการดำเนินชีวิตของประชาชนเปลี่ยนไปเปิดรับกระแสวัฒนธรรมจากทั่วโลกได้ง่ายขึ้นด้วยความก้าวหน้าด้านเทคโนโลยี

4.5.5 การย้ายถิ่นกับพัฒนาการเด็กปฐมวัย

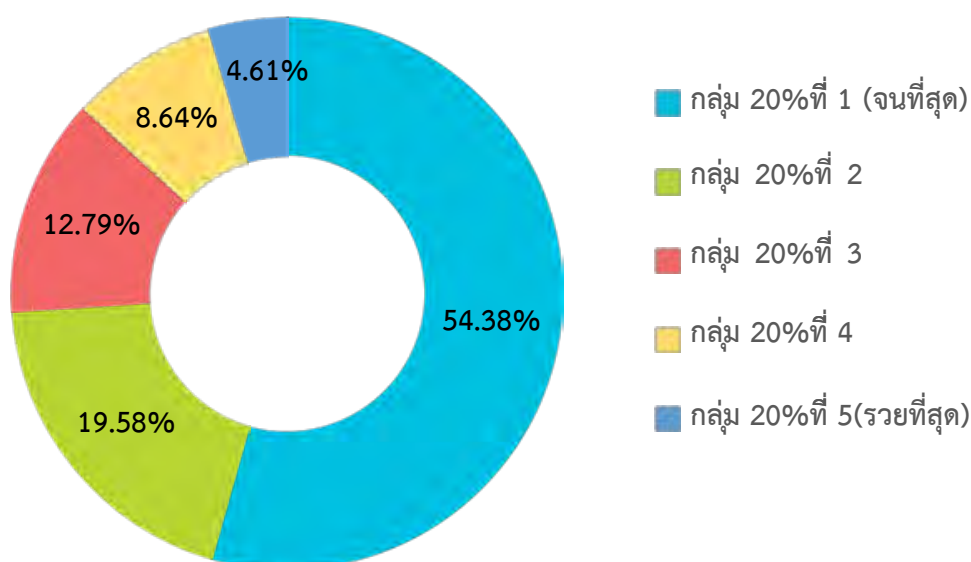
ผลกระทบจากการย้ายถิ่นของพ่อแม่ด้วยเหตุผลทางเศรษฐกิจ เด็กปฐมวัยถูกส่งกลับมาให้ปู่ย่าตายายเลี้ยงดูจากการศึกษา⁽¹²⁾ พบว่า เด็กที่ไม่ได้อยู่กับพ่อแม่และแม่เป็นกลุ่มที่มีร้อยละของพัฒนาการสงสัยล่าช้าสูงที่สุด (ร้อยละ

24.8) ตามด้วยเด็กที่อยู่กับแม่ (ร้อยละ 17.5) โดยสัดส่วนต่ำที่สุดของพัฒนาการล่าช้าพบในกลุ่มเด็กที่อยู่กับพ่อแม่ (ร้อยละ 17.1)

4.5.6 ความยากจนและความเหลื่อมล้ำของการกระจายรายได้

ความเหลื่อมล้ำด้านรายได้ระหว่างคนรวยกับคนจน ดังจะเห็นจากสถิติรายได้ของประชากร⁽¹³⁾ แบ่งตามระดับรายได้ 5 กลุ่ม (Income Quintile) ว่าในปี 2558 กลุ่มประชากรร้อยละ 20.0 ที่มีรายได้สูงสุดกับกลุ่มประชากรร้อยละ 20.0 ที่มีรายได้ต่ำสุดมีรายได้ต่างกันถึง 10.3 เท่า น้อยลงเพียงเล็กน้อยจากปี 2554 ซึ่งมีรายได้ต่างกัน 11.3 เท่า โดยในปี 2558 กลุ่มผู้มีรายได้สูงสุดร้อยละ 20.0 มีรายได้คิดเป็นสัดส่วนประมาณร้อยละ 50.4 ของรายได้รวมทั้งประเทศ ในขณะที่กลุ่มผู้มีรายได้ต่ำสุดร้อยละ 20.0 มีรายได้คิดเป็นสัดส่วนเพียงประมาณร้อยละ 4.6 ของรายได้รวมทั้งประเทศเท่านั้น (ภาพที่ 4.28)

ภาพที่ 4.28 สัดส่วนรายได้ของประชากร จำแนกตามระดับรายได้ 5 ระดับ (Income Quintile) ระหว่างปี พ.ศ 2554 ถึง พ.ศ. 2558



4.6 สถานการณ์และแนวโน้มด้านสภาพแวดล้อมในการดำรงชีวิต

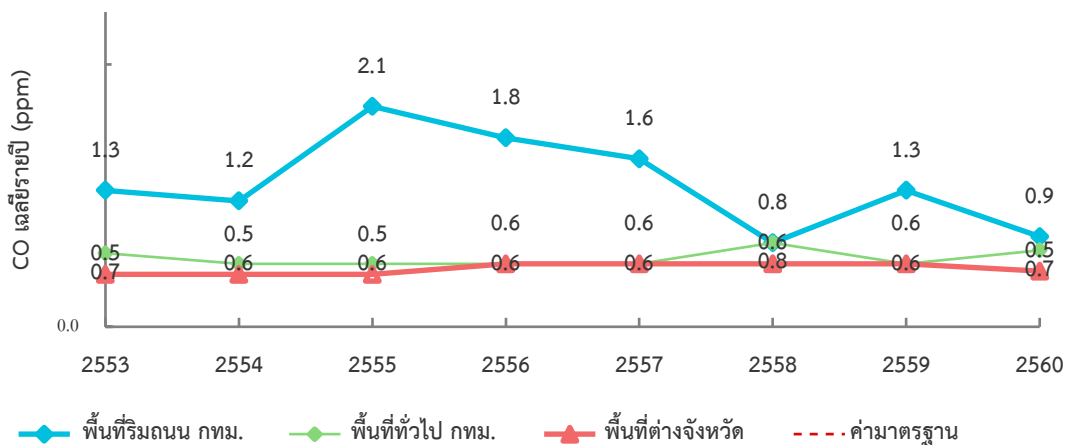
4.6.1 สิ่งแวดล้อม

มลพิษทางอากาศ

จากข้อมูลของกรมควบคุมมลพิษ กระทรวงทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม พบว่าในปี พ.ศ. 2560 มีปริมาณก๊าซคาร์บอนมอนนอกไซด์ (CO) ค่าเฉลี่ย 1 ชั่วโมงสูงสุด ค่ามาตรฐานไม่เกิน 30 ppm ของแต่ละสถานที่ที่ตรวจวัดได้ อยู่ในช่วง 1.3-8.3 ส่วนในล้านส่วน (ppm; part per million)* ลดลงเล็กน้อยจาก

ปี พ.ศ. 2559 ที่มีค่าอยู่ในช่วง 1.6-8.3 ppm และค่าเฉลี่ย 8 ชั่วโมงสูงสุดของแต่ละสถานี ตรวจวัดได้อยู่ในช่วง 0.87-4.69 ppm ลดลงเล็กน้อยจากปี พ.ศ. 2559 ที่อยู่ในช่วง 1.2-6.1 ppm เมื่อพิจารณาในช่วง 10 ปีที่ผ่านมาพบว่าปริมาณก๊าซคาร์บอนมอนนอกไซด์ในพื้นที่ริมถนนในกรุงเทพฯมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเล็กน้อย ในขณะที่พื้นที่ทั่วไปของกรุงเทพฯและในพื้นที่ต่างจังหวัดมีแนวโน้มคงที่ (ภาพที่ 4.29)

ภาพที่ 4.29 ปริมาณก๊าซคาร์บอนมอนนอกไซด์ (CO) 1 ชั่วโมง (ค่าเฉลี่ยรายปี) พ.ศ. 2553-2560

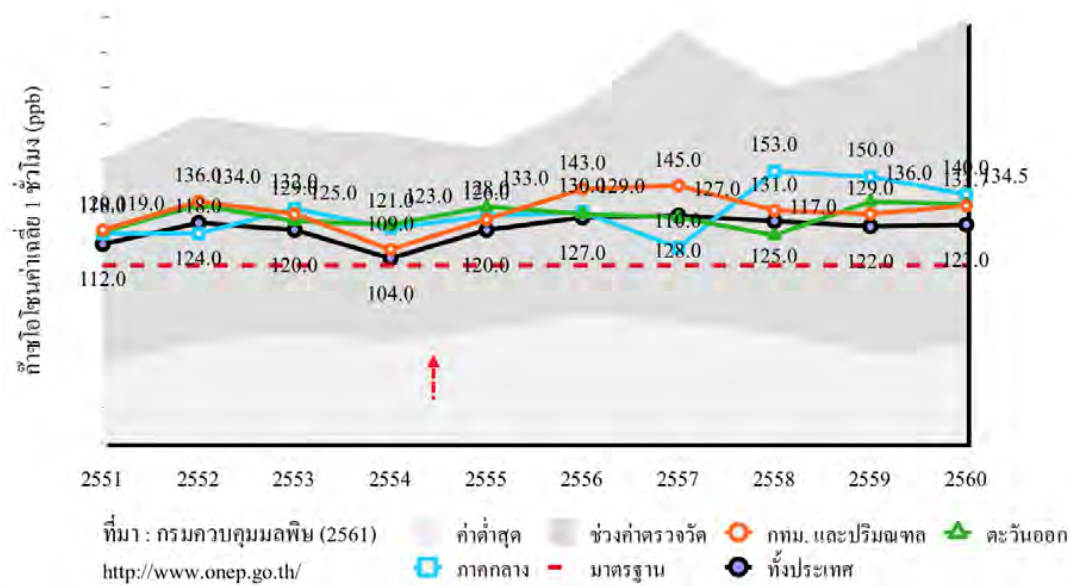


ก๊าซโอโซน (O₃) พบว่า ใน พ.ศ. 2560 มีค่าเกินมาตรฐาน 24 จังหวัด จาก 31 จังหวัด ที่มีจุดตรวจวัด โดยมีค่าเฉลี่ย 1 ชั่วโมงสูงสุด ของแต่ละสถานีตรวจวัดเฉลี่ย 123 ส่วนในพันล้านส่วน (ppb; part per billion) และค่าสูงสุด 239.0 ppb เพิ่มขึ้นเล็กน้อยจาก พ.ศ. 2559 ที่มีค่าเฉลี่ย 122.0 ppb ในพื้นที่จังหวัดสมุทรปราการ (ค่ามาตรฐาน

ไม่เกิน 100.0 ppb) ส่วนค่าเฉลี่ย 8 ชั่วโมงสูงสุดของแต่ละจุดตรวจวัด ค่าเฉลี่ย 92.0 ppb ค่าสูงสุด 168.0 ppb ในพื้นที่จังหวัดสมุทรปราการ (ค่ามาตรฐาน 70.0 ppb) เมื่อพิจารณาในช่วง 10 ปีที่ผ่านมา (พ.ศ. 2551-2560) พบว่าปริมาณก๊าซโอโซนมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น (ภาพที่ 4.30)

* ค่ามาตรฐาน: ค่าเฉลี่ย 1 ชั่วโมงสูงสุดไม่เกิน 30 ppm และ ค่าเฉลี่ย 8 ชั่วโมงสูงสุดไม่เกิน 9 ppm

ภาพที่ 4.30 ปริมาณก๊าซโอโซน (O3) ค่าเฉลี่ย 1 ชั่วโมงสูงสุด และค่าเฉลี่ยรายพื้นที่ ปี พ.ศ. 2551-2560



ฝุ่นละอองขนาดเล็กไม่เกิน 10 ไมครอน (PM10) พบว่าปริมาณฝุ่นในปี พ.ศ. 2560 มีค่าเกินมาตรฐาน 19 จังหวัด จาก 33 จังหวัดที่มีการตรวจวัด โดยค่าเฉลี่ยรายปีอยู่ในช่วง 20.0-103.0 ไมโครกรัมต่อลูกบาศก์เมตร (มก./ลบ.ม.) ค่าเฉลี่ยทั่วประเทศ 41.0 มก./ลบ.ม. (ค่ามาตรฐาน 50.0 มก./ลบ.ม.) ซึ่งลดลงจากปี พ.ศ. 2559 ร้อยละ 4.0 ส่วนค่าเฉลี่ย 24 ชั่วโมง อยู่

ในช่วง 3.0-268.0 มก./ลบ.ม. ค่าสูงสุดเฉลี่ยทั่วประเทศ 117.0 มก./ลบ.ม. (ค่ามาตรฐาน 120.0 มก./ลบ.ม.) เมื่อพิจารณาในช่วง 10 ปีที่ผ่านมา (พ.ศ. 2551-2560) พบว่า ปริมาณฝุ่นละอองขนาดเล็กไม่เกิน 10 ไมครอน มีแนวโน้มลดลง ยกเว้นพื้นที่ตำบลหน้าพระลาน จังหวัดสระบุรี ที่มีแนวโน้มสูงขึ้น (ภาพที่ 4.31)

ภาพที่ 4.31 ปริมาณฝุ่นละอองขนาดเล็กไม่เกิน 10 ไมครอน (PM10) ค่าเฉลี่ยรายปีและค่าเฉลี่ยรายพื้นที่ ปี พ.ศ. 2551-2560

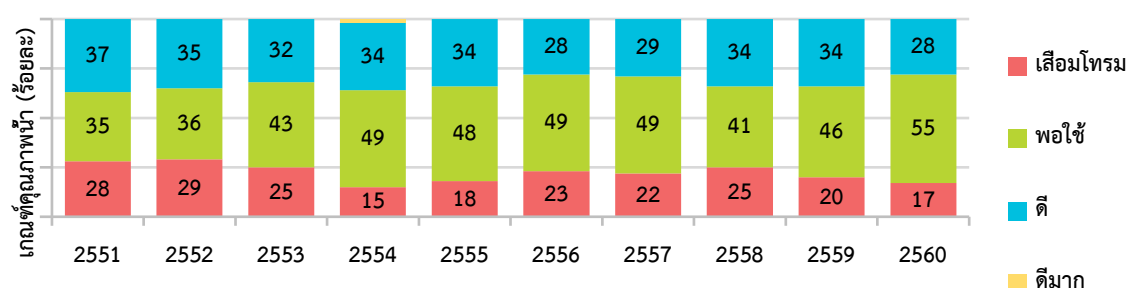


มลพิษทางน้ำ

กรมควบคุมมลพิษได้ติดตามตรวจสอบคุณภาพน้ำในแม่น้ำสายหลัก 59 แม่น้ำ และแหล่งน้ำนิ่ง 6 แห่งของประเทศ โดยใช้ดัชนีคุณภาพแหล่งน้ำผิวดิน (water quality index: WQI) ในปี พ.ศ. 2560 พบว่า มีคุณภาพน้ำที่อยู่ในเกณฑ์พอใช้ถึงดี ร้อยละ 83.0 เพิ่มขึ้นจาก พ.ศ. 2559 ที่เท่ากับร้อยละ 80.0 และมีคุณภาพน้ำที่อยู่ในเกณฑ์เสื่อมโทรม ร้อยละ 17.0 ลดลงจากปี พ.ศ. 2559 ที่เท่ากับร้อยละ 20.0 โดยไม่มีแหล่งน้ำที่มีคุณภาพอยู่ในเกณฑ์ดีมากและเสื่อมโทรมมาก เมื่อเปรียบเทียบคุณภาพน้ำผิวดินรายภาค พบว่า แหล่งน้ำที่มีคุณภาพน้ำดีที่สุดในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ อาทิ แม่น้ำสงคราม และลำชี แหล่งน้ำที่มีคุณภาพน้ำเสื่อมโทรมที่สุดในภาค

กลางเช่นเดียวกับปีที่ผ่านมา คือ แม่น้ำเจ้าพระยาตอนล่าง (ช่วงอำเภอเมืองสมุทรปราการ จังหวัดสมุทรปราการ ถึงอำเภอบางกรวย จังหวัดนนทบุรี) แหล่งน้ำที่มีคุณภาพดีที่สุด 5 อันดับแรก ได้แก่ แม่น้ำสงคราม ลำชี หนองหาร ตาปตอนบน และสายบุรี และแหล่งน้ำที่มีคุณภาพน้ำเสื่อมโทรม 5 อันดับแรก ได้แก่ แม่น้ำเจ้าพระยาตอนล่าง ทำจันทอนล่าง พังราดตอนบน ระยองตอนล่าง และแม่น้ำกวัง เมื่อพิจารณาในช่วง 10 ปีที่ผ่านมา (พ.ศ. 2551-2560) พบว่า คุณภาพน้ำของแหล่งน้ำผิวดินในประเทศไทย ส่วนใหญ่อยู่ในเกณฑ์พอใช้ และตั้งแต่ปี พ.ศ. 2551 ไม่มีแหล่งน้ำที่อยู่ในเกณฑ์เสื่อมโทรมมาก โดยแนวโน้มการเปลี่ยนแปลงของคุณภาพน้ำค่อนข้างดีขึ้นและมีแหล่งน้ำที่เริ่มมาอยู่ในเกณฑ์ดีเพิ่มขึ้น ตั้งแต่ พ.ศ. 2557 (ภาพที่ 4.32)

ภาพที่ 4.32 สัดส่วนของเกณฑ์คุณภาพน้ำแหล่งน้ำผิวดินที่สำคัญทั่วประเทศ ปี พ.ศ. 2551-2560

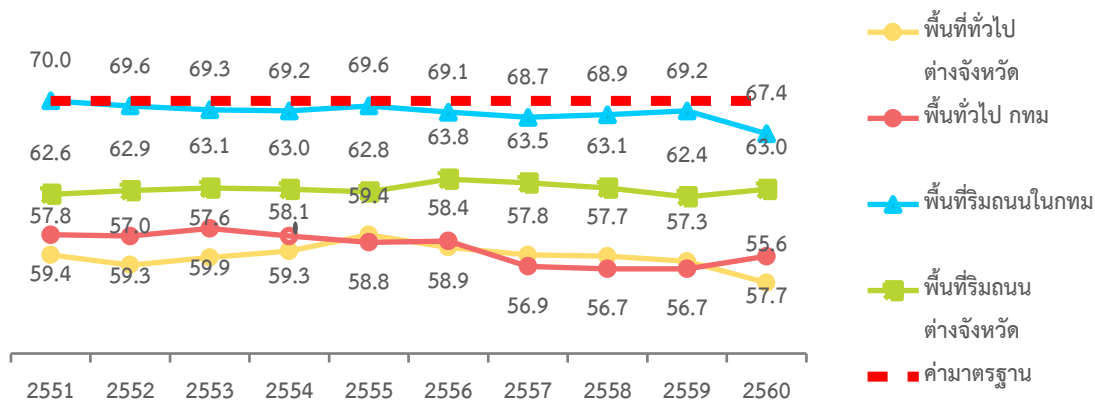


มลพิษทางเสียง

กรมควบคุมมลพิษได้ติดตามตรวจสอบระดับเสียงในสิ่งแวดล้อมโดยสถานีแบบอัตโนมัติ ต่อเนื่องตลอดทั้งปีบริเวณพื้นที่ริมถนนและพื้นที่ทั่วไป เพื่อประเมินสถานการณ์และแนวโน้มของระดับเสียง พบว่า สถานการณ์ในกรุงเทพฯและปริมณฑลพื้นที่ริมถนน ในปี พ.ศ. 2560 ระดับเสียงเฉลี่ย 24 ชั่วโมง เท่ากับ 67.4 เดซิเบลเอ (ค่ามาตรฐาน 70.0 เดซิเบลเอ) ใกล้เคียงกับปี พ.ศ. 2559 ที่มี

ค่าเท่ากับ 69.2 เดซิเบลเอ เมื่อพิจารณาในช่วง 10 ปีที่ผ่านมา (พ.ศ. 2551-2560) พบว่า ระดับเสียงเฉลี่ย 24 ชั่วโมงในพื้นที่ทั่วไปต่างจังหวัดและพื้นที่ริมถนนในกรุงเทพฯและปริมณฑลมีแนวโน้มลดลง โดยปี พ.ศ. 2560 มีค่าเฉลี่ยของระดับเสียงต่ำสุดในรอบ 10 ปี ระดับเสียงเฉลี่ย 24 ชั่วโมงในพื้นที่ริมถนนต่างจังหวัด พื้นที่ทั่วไปในกรุงเทพฯและปริมณฑล มีแนวโน้มค่อนข้างคงที่และไม่เกินค่ามาตรฐาน (ภาพที่ 4.33)

ภาพที่ 4.33 ค่าเฉลี่ยระดับเสียงในกรุงเทพมหานคร และปริมณฑล ปี พ.ศ. 2551-2560 (หน่วย: เดซิเบล)



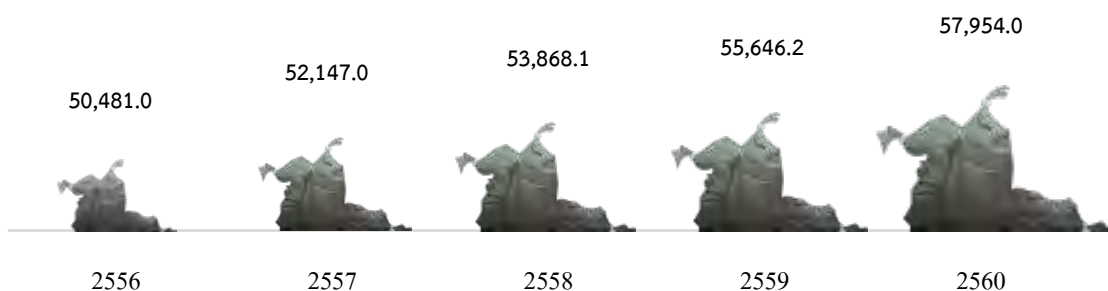
มลพิษจากขยะและสารเคมี

ในปี พ.ศ. 2560 ประเทศไทยมีปริมาณขยะมูลฝอยที่เกิดขึ้นทั่วประเทศ ประมาณ 27.37 ล้านตัน เพิ่มขึ้นจากปี พ.ศ. 2559 สำหรับการจัดการขยะมูลฝอย ในปี พ.ศ. 2560 มีปริมาณขยะมูลฝอยที่ถูกนำไปกำจัดอย่างถูกต้อง 11.69 ล้านตัน เพิ่มขึ้นจากปี พ.ศ. 2559 รวมถึงมีขยะมูลฝอยที่ถูกนำกลับมาใช้ประโยชน์ 8.51 ล้านตัน เพิ่มขึ้นจากปี พ.ศ. 2559 ทำให้มีปริมาณขยะมูลฝอยที่ถูกนำไปกำจัดอย่างไม่ถูกต้อง มีแนวโน้มที่ลดลงอย่างต่อเนื่อง โดยมีปริมาณ 7.17 ล้านตันลดลงจากปี พ.ศ. 2559 เมื่อพิจารณาในช่วง 10 ปีที่ผ่านมา (พ.ศ. 2551-2560) พบว่าปริมาณขยะมูลฝอยที่เกิดขึ้นยังมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น

มูลฝอยติดเชื้อในช่วง 5 ปีที่ผ่านมา (พ.ศ. 2556-2560)

พบว่าปริมาณมูลฝอยติดเชื้อมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น โดยในปี พ.ศ. 2560 มีปริมาณการเกิดมูลฝอยติดเชื้อ รวมทั้งสิ้น 57,954.0 ตัน เพิ่มขึ้นจาก พ.ศ. 2559 ที่มีปริมาณ 55,646.2 ตัน (ภาพที่ 4.34) โดยเกิดจากโรงพยาบาลรัฐ 10,856 แห่ง โรงพยาบาลเอกชน 357 แห่ง คลินิกเอกชน 11,930 แห่ง สถานพยาบาลสัตว์ 2,522 แห่ง และห้องปฏิบัติการเชื้ออันตราย 1,198 แห่ง รวม 26,863 แห่ง ซึ่งการจัดการมูลฝอยติดเชื้อสามารถดำเนินการได้ทั้งการจ้างบริษัทเอกชนดำเนินการให้ราชการส่วนท้องถิ่นดำเนินการ และสถานพยาบาลกำจัดเอง ณ แหล่งกำเนิด

ภาพที่ 4.34 ปริมาณมูลฝอยติดเชื้อ พ.ศ. 2556 – 2560 (หน่วย : ตัน)

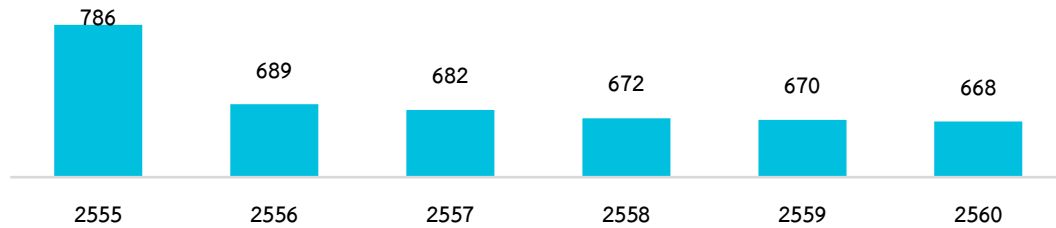


4.6.2 สุขภาพและสิ่งแวดล้อม

การเติบโตทางเศรษฐกิจกระตุ้นให้เกิดการบริโภคที่มากขึ้น รวมทั้งประชากรเกิดการอพยพเข้าสู่เมืองเพื่อเข้ามาทำงานและหาที่อยู่อาศัยในเมือง ทำให้จำนวนประชากรในกรุงเทพมหานคร และในเขตเทศบาล

มีจำนวนเพิ่มขึ้น อย่างไรก็ตาม จำนวนชุมชนแออัดในกรุงเทพมหานคร ใน พ.ศ. 2560 มีจำนวน 668 ชุมชน ลดลงจาก พ.ศ. 2559 ที่มีจำนวน 670 ชุมชน เมื่อพิจารณาในช่วง 6 ปีที่ผ่านมา (พ.ศ. 2555-2560) พบว่าจำนวนชุมชนแออัดมีแนวโน้มลดลง (ภาพที่ 4.35)

ภาพที่ 4.35 จำนวนชุมชนแออัดในพื้นที่เมืองกรุงเทพมหานคร พ.ศ. 2551-2560 (หน่วย : แห่ง)

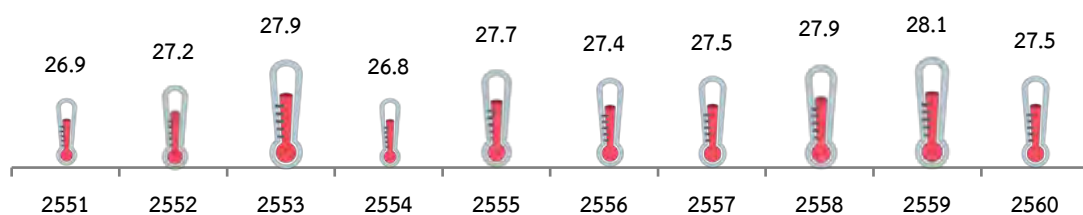


4.6.3 สภาพภูมิอากาศและภัยพิบัติทางธรรมชาติ

ใน พ.ศ. 2560 ประเทศไทยมีอุณหภูมิเฉลี่ยทั้งปีสูงกว่าค่าปกติ 0.4 องศาเซลเซียสหรือ 27.5 องศาเซลเซียส ต่ำกว่า พ.ศ. 2559 เนื่องจากมีปริมาณฝนตกนอกฤดูมากผิดปกติส่งผลให้ประเทศไทยมีอุณหภูมิต่ำลงจนมีอากาศหนาวเป็นช่วงๆ ส่วนมากในเดือนธันวาคมและมกราคม ส่วนช่วงฤดูร้อนเริ่มต้นช้ากว่าปกติประมาณ

2 สัปดาห์ โดยเริ่มต้นเมื่อวันที่ 3 มีนาคม ถึงสิ้นสุดกลางเดือนพฤษภาคม ทำให้ตลอดทั้งฤดูร้อน ใน พ.ศ. 2560 อากาศไม่ร้อนมากนักและมีอุณหภูมิเฉลี่ยในช่วงเดือนเมษายนต่ำกว่าค่าปกติในเกือบทุกภาค ในขณะที่ฤดูฝนมีอุณหภูมิเฉลี่ยสูงกว่าค่าปกติเกือบตลอดฤดู เมื่อพิจารณาในช่วง 10 ปีที่ผ่านมา (พ.ศ. 2551-2560) พบว่าอุณหภูมิเฉลี่ยรายปีของไทยมีแนวโน้มสูงขึ้น (ภาพที่ 4.36)

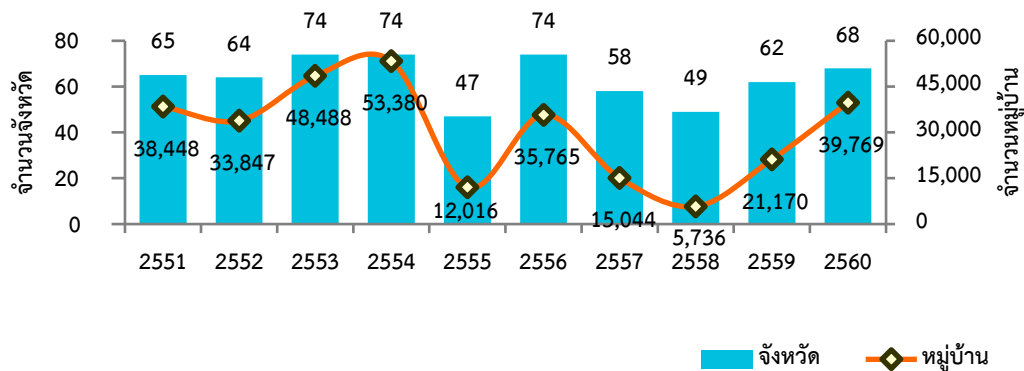
ภาพที่ 4.36 อุณหภูมิเฉลี่ยรายปี พ.ศ. 2551-2560 (หน่วย : องศาเซลเซียส)



ภัยพิบัติทางธรรมชาติ ใน พ.ศ. 2560 มีพื้นที่ที่ประสบอุทกภัยจำนวน 68 จังหวัด 39,769 หมู่บ้าน ซึ่งพื้นที่ที่ประสบอุทกภัยเพิ่มขึ้นจาก พ.ศ. 2559 ที่มีพื้นที่ประสบอุทกภัย 62 จังหวัด 21,170 หมู่บ้าน มีพื้นที่การเกษตรที่ได้รับความเสียหายแล้ว จำนวน 566,972 ไร่ คิดเป็นมูลค่าความเสียหาย 271,167,597 บาท เมื่อ

พิจารณาในช่วง 10 ปีที่ผ่านมา (พ.ศ. 2551-2560) พบว่าประเทศไทยประสบปัญหาน้ำท่วมในหลายจังหวัด ปัญหาน้ำท่วมหนักที่มีความรุนแรง คือ พ.ศ. 2554 มีพื้นที่ประสบอุทกภัย จำนวน 74 จังหวัด 53,380 หมู่บ้าน (ภาพที่ 4.37) มีพื้นที่เกษตรได้รับความเสียหาย 11,798,241 ไร่ มูลค่าความเสียหายสูงถึง 23,839 ล้านบาท

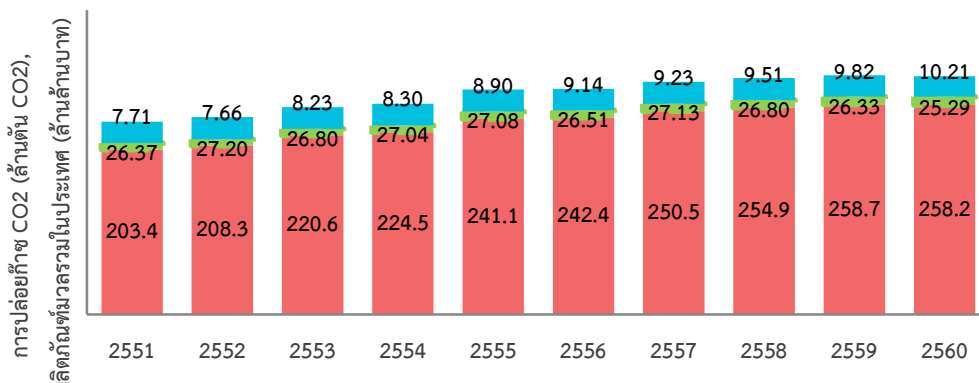
ภาพที่ 4.37 จำนวนพื้นที่ที่ประสบอุทกภัย พ.ศ. 2551-2560



สัดส่วนการปล่อยก๊าซ CO₂ ต่อ GDP ในปี พ.ศ. 2560 มีสัดส่วนการปล่อยก๊าซ CO₂ ต่อ GDP เท่ากับ 25.29 ตันคาร์บอนไดออกไซด์ต่อล้านบาท ส่วนในปี พ.ศ. 2559 มีสัดส่วนการปล่อยก๊าซ CO₂ ต่อ GDP เท่ากับ 26.33 ตันคาร์บอนไดออกไซด์ต่อล้านบาท ลดลงร้อยละ 3.95 เมื่อพิจารณาในช่วง 10 ปีที่ผ่านมา (พ.ศ. 2551-2560) พบว่า

ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2557 เป็นต้นมา สัดส่วนการปล่อยก๊าซ CO₂ ต่อ GDP มีแนวโน้มลดลง แสดงถึงอัตราการเติบโตทางเศรษฐกิจที่เพิ่มสูงขึ้น โดยมีการใช้พลังงานเพื่อพัฒนาประเทศที่มีประสิทธิภาพและก่อให้เกิดการปล่อยก๊าซ CO₂ ในอัตราที่ลดลง (ภาพที่ 4.38)

ภาพที่ 4.38 ปริมาณการปล่อยก๊าซคาร์บอนไดออกไซด์ต่อผลิตภัณฑ์มวลรวมในประเทศ ปี พ.ศ. 2551-2560



4.7 สถานการณ์และแนวโน้มด้านการเมืองการปกครอง

อำนาจทางการเมือง เป็นปัจจัยบ่งชี้การพัฒนาทางด้านเศรษฐกิจและสังคมที่ยึดโยงอยู่กับความเชื่อและอุดมการณ์ของผู้คนในสังคม

4.7.1 ระบบการเมืองการปกครอง

ประเทศไทยได้เปลี่ยนแปลงการปกครองจากระบอบสมบูรณาญาสิทธิราชย์ มาเป็นระบบประชาธิปไตยโดย

มีพระมหากษัตริย์เป็นองค์ประมุขของประเทศ เมื่อวันที่ 24 มิถุนายน พ.ศ. 2475 เป็นระบอบประชาธิปไตยอันมีพระมหากษัตริย์เป็นประมุข ประกาศใช้รัฐธรรมนูญการปกครองแผ่นดินสยามชั่วคราว พ.ศ. 2475 เมื่อวันที่ 27 มิถุนายน พ.ศ. 2475 ถือได้ว่าเป็นรัฐธรรมนูญฉบับแรก ระบบการเมืองไทยภายหลังเปลี่ยนแปลง

การปกครองตลอด 80 กว่านับตั้งแต่ พ.ศ. 2547 ถึงปัจจุบันก็ได้มีเสถียรภาพหรือความต่อเนื่องด้านการพัฒนาการทางการเมือง เนื่องจากการกบฏทั้งสิ้น 13 ครั้ง รัฐประหาร 13 ครั้ง มีนายกรัฐมนตรีทั้งสิ้น 29 คน ซึ่งสะท้อนความไม่มีเสถียรภาพทางการเมืองของประเทศไทยในระดับหนึ่ง ส่งผลกระทบทางด้านเศรษฐกิจและสังคมจากความไม่แน่นอนของการเมือง (political uncertainty) ซึ่งเกิดเหตุการณ์ใหญ่ทั้งหมด 3 ครั้ง คือ เหตุการณ์ครั้งที่ 1 วันที่ 14 ตุลาคม พ.ศ. 2516 มีกลุ่มเรียกร้องประชาธิปไตยและต่อต้านอำนาจเผด็จการ ภายใต้การนำของนิสิต นักศึกษาจากทุกสถาบัน เหตุการณ์ครั้งที่ 2 วันที่ 6 ตุลาคม พ.ศ. 2519 นิสิตนักศึกษาและประชาชนร่วมกันต่อต้านการกลับมาของกลุ่มอำนาจเก่า เหตุการณ์ครั้งที่ 3 วันที่ 17 พฤษภาคม พ.ศ. 2535 กลุ่มต่อต้านอำนาจเผด็จการและเรียกร้องประชาธิปไตย อันเป็นที่มาของการร่างรัฐธรรมนูญฉบับปี 2540 ความขัดแย้งทางการเมืองในประเทศนำไปสู่เหตุการณ์รัฐประหารอีก 2 ครั้ง คือ 19 กันยายน พ.ศ. 2549 โดยคณะมนตรีความมั่นคงแห่งชาติ (คมช.) นำไปสู่การร่างรัฐธรรมนูญฉบับใหม่ คือ รัฐธรรมนูญฯ พุทธศักราช 2550 และ 22 พฤษภาคม พ.ศ. 2557 ถูกรัฐประหาร

โดย คณะรักษาความสงบแห่งชาติ (คสช.) ซึ่งได้ประกาศใช้รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย (ฉบับชั่วคราว) พ.ศ. 2557

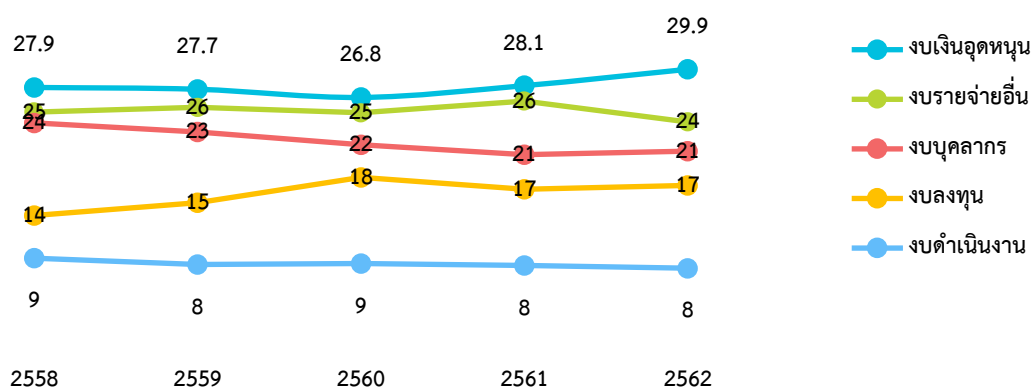
4.7.2 การบริหารจัดการภาครัฐ

1) การขยายตัวของภาครัฐ

หน่วยงานของรัฐเป็นผู้รับผิดชอบหลักในการจัดทำและให้บริการสาธารณะ (Operation) ส่งผลทำให้โครงสร้างของหน่วยงานภาครัฐมีการขยายตัวขึ้น มีโครงสร้างส่วนราชการระดับสำนัก/กอง เพิ่มขึ้นจำนวนมาก อัตรากำลังภาครัฐมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้สัดส่วนงบประมาณรายจ่ายประจำปี และงบประมาณค่าใช้จ่ายด้านบุคลากรภาครัฐเพิ่มสูงขึ้นเมื่อเปรียบเทียบกับงบประมาณสำหรับการลงทุนของประเทศ

แม้ว่างบประมาณในปีงบประมาณ พ.ศ. 2562 จะได้รับจัดสรรงบประมาณลดลงในช่วงระยะเวลาที่ผ่านมา แต่ในข้อเท็จจริงกลับพบว่า ค่าใช้จ่ายบุคลากรภาครัฐไม่ได้จัดสรรไว้ในงบบุคลากรเพียงงบรายจ่ายเดียว แต่ยังมีการจัดสรรงบประมาณไว้ในงบรายจ่ายประเภทอื่นๆ ด้วย เช่น งบดำเนินงาน (ลูกจ้างตามสัญญาจ้าง) งบเงินอุดหนุน (เช่น บุคลากรองค์การมหาชน รัฐวิสาหกิจ) และงบรายจ่ายอื่น (เช่น บุคลากรหน่วยงานของรัฐสภาและศาล) (ภาพที่ 4.39)

ภาพที่ 4.39 เปรียบเทียบสัดส่วนการจัดสรรงบประมาณรายจ่ายต่อวงเงินงบประมาณรายจ่าย ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2558-2562 จำแนกตามประเภทงบรายจ่าย (หน่วย : ร้อยละ)

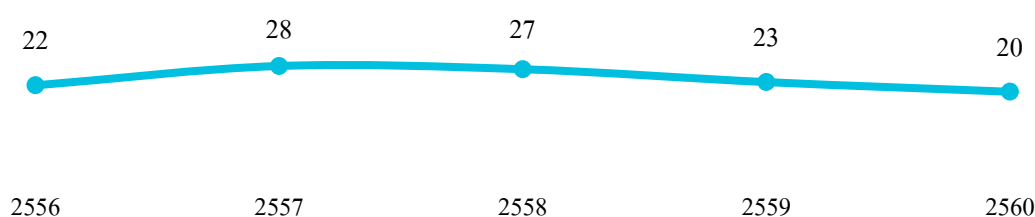


2) ความซับซ้อนของการบริหารงาน

การบริหารจัดการภาครัฐมีระเบียบและขั้นตอนจำนวนมากและซับซ้อน ขาดความยืดหยุ่น ลำบาก ไม่คล่องตัว ไม่ประหยัด ประชาชนคาดหวังที่จะได้รับการบริการจากภาครัฐผ่านช่องทางที่มีความหลากหลายและมีประสิทธิภาพมากขึ้น อย่างไรก็ตาม IMD World Competitiveness Center ได้เผยแพร่รายงาน IMD World Competitiveness Yearbook 2017 ซึ่งรายงานการจัดอันดับขีดความสามารถในการแข่งขันของประเทศ

ต่างๆ 63 ประเทศทั่วโลก โดยมีปัจจัยหลักที่ใช้จัดอันดับรวม 4 ด้าน ได้แก่ สภาวะทางเศรษฐกิจ (Economic Performance) ประสิทธิภาพของภาครัฐ (Government Efficiency) ประสิทธิภาพของภาคธุรกิจ (Business Efficiency) และโครงสร้างพื้นฐาน (Infrastructure) จากรายงานพบว่า ในปี พ.ศ. 2560 ประสิทธิภาพของภาครัฐ (Government Efficiency) ของประเทศไทยอยู่อันดับที่ 20 ของโลก (ภาพที่ 4.40)

ภาพที่ 4.40 ประสิทธิภาพของภาครัฐ (Government Efficiency) ปี พ.ศ. 2556 – 2560



ในขณะที่ ธนาคารโลก (World Bank) รายงานว่า ในปี พ.ศ. 2560 ประเทศไทยมีคะแนนความง่ายในการประกอบธุรกิจ (Ease of doing business ranking) อยู่อันดับที่ 26 ของโลกจาก 90 ประเทศทั่วโลก โดยเลื่อนขึ้น

มา 20 อันดับ จากอันดับที่ 46 ในปี พ.ศ. 2559 เมื่อเปรียบเทียบกับภูมิภาคอาเซียน พบว่า ประเทศไทยถูกจัดอยู่ในอันดับที่ 3 รองจากประเทศสิงคโปร์ (อันดับ 2 ของโลก) และประเทศมาเลเซีย (อันดับ 24 ของโลก) (ตารางที่ 4.4)

ตารางที่ 4.4 ความง่ายในการประกอบธุรกิจ (ease of doing business ranking)

ลำดับ	ประเทศ	คะแนน	ลำดับ	ประเทศ	คะแนน
1	นิวซีแลนด์	86.55	16	สาธารณรัฐลิทัวเนีย	79.87
2	สิงคโปร์	84.57	17	ไอร์แลนด์	79.51
3	เดนมาร์ก	84.06	18	แคนาดา	79.29
4	สาธารณรัฐเกาหลี	83.92	19	สาธารณรัฐลัตเวีย	79.26
5	ฮ่องกง	83.44	20	เยอรมนี	79.00
6	สหรัฐอเมริกา	82.54	21	สหรัฐอเมริกาบริติชโคลัมเบีย	78.73
7	อังกฤษ	82.22	22	ออสเตรเลีย	78.54
8	นอร์เวย์	82.16	23	ไอซ์แลนด์	78.50
9	จอร์เจีย	82.04	24	มาเลเซีย	78.43
10	สวีเดน	81.27	25	สาธารณรัฐมอริเชียส	77.54

ตารางที่ 4.4 ความง่ายในการประกอบธุรกิจ (ease of doing business ranking) (ต่อ)

ลำดับ	ประเทศ	คะแนน	ลำดับ	ประเทศ	คะแนน
11	สาธารณรัฐมาซิโดเนีย	81.81	26	ไทย	77.44
12	สาธารณรัฐเอสโตเนีย	80.80	27	โปแลนด์	77.30
13	ฟินแลนด์	80.37	28	สเปน	77.02
14	ออสเตรเลีย	80.14	29	โปรตุเกส	76.84
15	ไต้หวัน	80.07	30	สาธารณรัฐเช็ก	76.27

ที่มา: <http://www.doingbusiness.org/>

3) ความโปร่งใสและการทุจริตคอร์รัปชันของหน่วยงานภาครัฐ

ระบบการบริหารจัดการภาครัฐยังไม่เป็นไปตามหลักธรรมาภิบาลอย่างแท้จริง มีการทุจริตและประพฤติมิชอบสาเหตุสำคัญเนื่องจากขาดความต่อเนื่องและล่าช้าในการขับเคลื่อนการป้องกันและปราบปรามการทุจริตและประพฤติมิชอบของหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

ปัจจุบันนี้ มีองค์กรระหว่างประเทศที่ทำการสำรวจและเผยแพร่ภาพลักษณ์และสถานการณ์การคอร์รัปชันที่เกิดขึ้นในประเทศต่างๆ อย่างต่อเนื่องเป็นประจำทุกปี ได้แก่

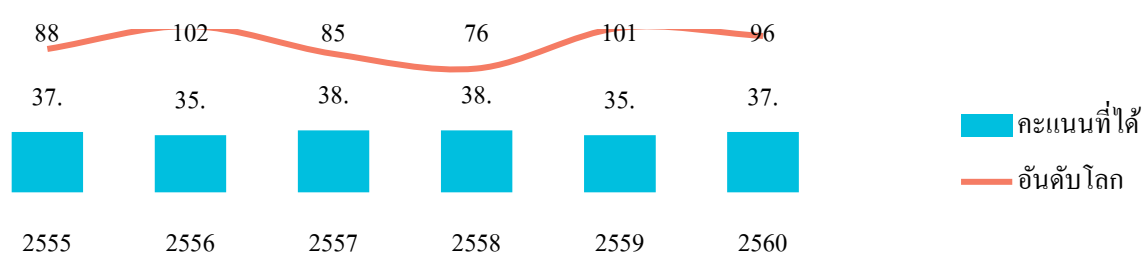
1. ดัชนีชี้วัดภาพลักษณ์คอร์รัปชัน (Corruption Perception Index: CPI) จัดทำโดยองค์กรเพื่อความโปร่งใสนานาชาติ (Transparency International - TI) เป็นองค์กรภาคประชาสังคมเพื่อต่อต้านการคอร์รัปชันระหว่างประเทศ ปี พ.ศ. 2555 ได้ปรับฐานคะแนนจาก 10 เป็น 100 คะแนน ซึ่ง 100 คะแนน หมายถึง ประเทศนั้นไม่มีปัญหาจากการคอร์รัปชัน คะแนน 0 หมายถึง ประเทศ

นั้นเต็มไปด้วยปัญหาคอร์รัปชัน

2. การจัดอันดับความสามารถในการแข่งขัน (Global Competitiveness Index - GCI) จัดทำโดยเวทีเศรษฐกิจโลก (World Economic Forum - WEF) และดัชนีธรรมาภิบาลโลก (Worldwide Governance Indicators - WGI) จัดทำโดยธนาคารโลก (World Bank)

จากดัชนีชี้วัดภาพลักษณ์คอร์รัปชัน (Corruption Perception Index: CPI) พบว่าในปี พ.ศ. 2560 ประเทศนิวซีแลนด์และสิงคโปร์มีคะแนนสูงที่สุดจาก 180 ประเทศทั่วโลก คือมีคะแนน 89 และ 88 ตามลำดับ สำหรับประเทศไทยนั้นจัดอยู่ในลำดับที่ 96 จาก 180 ประเทศทั่วโลก (คะแนน 37 คะแนน) แม้ว่าลำดับจะดีขึ้นเมื่อเทียบกับปี พ.ศ. 2559 แต่ยังคงสูงเมื่อเทียบกับปี พ.ศ. 2557-2558 และเมื่อเปรียบเทียบกับในกลุ่มประเทศอาเซียน พบว่าในปี พ.ศ. 2560 ประเทศไทยมีค่าดัชนีภาพลักษณ์คอร์รัปชันอยู่ในลำดับที่ 4 เท่ากับประเทศอินโดนีเซีย รองจากประเทศสิงคโปร์ บรูไนและมาเลเซีย (ภาพที่ 4.41 และตารางที่ 4.5)

ภาพที่ 41 การจัดอันดับดัชนีภาพลักษณ์คอร์รัปชัน (corruption perception index, CPI) ของประเทศไทย ปี พ.ศ. 2555-2560



ตารางที่ 4.5 ดัชนีภาพลักษณ์คอร์รัปชัน
(Corruption Perception Index: CPI) ของ
ประเทศต่างๆ ในกลุ่มประเทศอาเซียน พ.ศ. 2560

ประเทศ	คะแนน	อันดับโลก
สิงคโปร์	84	6
บรูไน	62	32
มาเลเซีย	47	62
อินโดนีเซีย	37	96
ไทย	37	96
เวียดนาม	35	107
ฟิลิปปินส์	34	111
สหภาพมม่า	30	130
ลาว	29	135
กัมพูชา	21	161
คะแนนเฉลี่ย	41.6	

4.7.3 แผนปฏิรูปประเทศด้านการบริหาร ราชการแผ่นดิน

ภาครัฐถือเป็นเสาหลักของแผ่นดินและการบริหาร
ราชการแผ่นดินถือเป็นหัวใจในการขับเคลื่อนการพัฒนา
ประเทศให้บรรลุวิสัยทัศน์ “มั่นคง มั่งคั่ง ยั่งยืน” โดยคณะ
กรรมการปฏิรูปประเทศด้านการบริหารราชการแผ่นดิน
ได้จัดทำแผนการปฏิรูปประเทศด้านการบริหารราชการ
แผ่นดิน พ.ศ. 2561-2565 ซึ่งสอดคล้องกับรัฐธรรมนูญ
แห่งราชอาณาจักรไทยและแผนยุทธศาสตร์ชาติ ระยะ
20 ปี วัตถุประสงค์หลักของแผนการปฏิรูปประเทศด้าน
การบริหารราชการแผ่นดิน ประกอบด้วย

- 1) สร้างภาครัฐของประชาชนเพื่อประชาชน สามารถ
ตอบสนองความต้องการและความคาดหวังของประชาชน
ที่หลากหลายได้อย่างมีประสิทธิภาพ
- 2) พัฒนาโครงสร้างหน่วยงานภาครัฐให้ทันสมัย
กะทัดรัด ปรับตัวได้ทันต่อการเปลี่ยนแปลง และระบบ
งานภาครัฐมีผลสัมฤทธิ์สูง
- 3) พัฒนากำลังคนภาครัฐให้มีสมรรถนะสูง
ปฏิบัติงานอย่างมีคุณภาพและยึดมั่นในคุณธรรม พร้อม
นำการพัฒนาประเทศ

4) พัฒนาระบบบริหารทรัพยากรบุคคลให้สามารถ
ดึงดูด รักษา จูงใจผู้มีความรู้ความสามารถสูงและส่งเสริม
การเรียนรู้อย่างต่อเนื่อง

5) สร้างค่านิยมและวัฒนธรรมความซื่อสัตย์สุจริต
บนหลักธรรมาภิบาล กำหนดกลไกการปฏิรูปการ
บริหารราชการแผ่นดิน เพื่อให้เกิดผลอย่างเป็นรูปธรรม
ประกอบด้วย “6 เรื่อง - 24 กลยุทธ์ - 45 แผนงาน” โดย
มีรายละเอียดโดยสังเขป ดังนี้

เรื่องและประเด็นปฏิรูปที่ 1: บริการภาครัฐ สะดวก
รวดเร็วและตอบโจทย์ชีวิตประชาชน ประกอบด้วย
3 กลยุทธ์ ได้แก่

- 1) เพิ่มสมรรถนะของหน่วยงานภาครัฐใน
การตอบสนองต่อประชาชนในสถานการณ์ หรือ
ภาวะฉุกเฉิน
- 2) ยกระดับการให้ข้อมูลและให้คำปรึกษาจาก
หน่วยงานของรัฐ

3) ยกระดับการให้บริการประชาชนสู่การบริการที่
เร็วขึ้น ง่ายขึ้น และถูกลง

เรื่องและประเด็นปฏิรูปที่ 2: ระบบข้อมูลภาครัฐมี
มาตรฐาน ทันสมัย และเชื่อมโยงกัน ก้าวสู่รัฐบาลดิจิทัล
ประกอบด้วย 3 กลยุทธ์ ได้แก่

- 1) บูรณาการและยกระดับโครงสร้างพื้นฐานรัฐบาล
ดิจิทัล
- 2) นำระบบดิจิทัลมาใช้ในการปฏิบัติงาน

เรื่องและประเด็นปฏิรูปที่ 3: โครงสร้างภาครัฐ
กะทัดรัด ปรับตัวได้เร็วและระบบงานมีผลสัมฤทธิ์สูง
ประกอบด้วย 6 กลยุทธ์ ได้แก่

- 1) ปรับปรุงและพัฒนาโครงสร้างและระบบบริหาร
งานของรัฐ
- 2) เพิ่มประสิทธิภาพ และสร้างความเข้มแข็งของ
การบริหารจัดการเชิงพื้นที่
- 3) พัฒนาขีดความสามารถในการจัดบริการ
สาธารณะขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น
- 4) พัฒนาระบบงบประมาณและการคลังภาครัฐเพื่อ
เพิ่มประสิทธิภาพในการบริหารจัดการ
- 5) สร้างระบบธรรมาภิบาลที่ยั่งยืนในหน่วยงาน
ภาครัฐ

6) พัฒนากฎหมายเกี่ยวกับระเบียบบริหารราชการแผ่นดินให้สอดคล้องกับสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลงไป

เรื่องและประเด็นปฏิรูปที่ 4: กำลังคนภาครัฐมีขนาดที่เหมาะสมและมีสมรรถนะสูง พร้อมขับเคลื่อนยุทธศาสตร์ชาติ ประกอบด้วย 4 กลยุทธ์ ได้แก่

1) จัดกำลังคนให้สอดคล้องกับความต้องการในการบริการสาธารณะที่สำคัญและขับเคลื่อนขีดความสามารถในการแข่งขันของประเทศ

2) ลดขนาดกำลังคนและค่าใช้จ่ายด้านบุคคลภาครัฐที่มีผลผูกพันภาระงบประมาณในระยะยาว

3) พัฒนาทักษะและสมรรถนะใหม่เพื่อสร้างความพร้อมเชิงกลยุทธ์ให้กับกำลังคนภาครัฐ

4) ติดตาม ตรวจสอบและประเมินผลการใช้กำลังคนในส่วนราชการและหน่วยงานของรัฐ

เรื่องและประเด็นปฏิรูปที่ 5: ระบบบริหารงานบุคคลที่สามารถดึงดูด สร้าง และรักษาคณดี คนเก่งไว้ในภาครัฐ ประกอบด้วย 6 กลยุทธ์ ได้แก่

1) ดึงดูดผู้มีความรู้ความสามารถและมีจิตสาธารณะเข้ามาทำงานในหน่วยงานของรัฐ

2) ส่งเสริม จูงใจ และรักษาผู้มีความรู้ความสามารถไว้ในภาครัฐ

3) พัฒนาทรัพยากรบุคคลภาครัฐให้มีขีดความสามารถและความผูกพันต่อองค์กร

4) พัฒนาผู้นำที่เป็นตัวอย่าง (Leadership by example)

5) ส่งเสริมคุณธรรมและจริยธรรมในการบริหารทรัพยากรบุคคล

6) พัฒนาทางก้าวหน้าในสายอาชีพและสร้างความต่อเนื่องในการดำรงตำแหน่ง

เรื่องและประเด็นปฏิรูปที่ 6: การจัดซื้อจัดจ้างภาครัฐ คล่องตัว โปร่งใส และมีกลไกกันการทุจริตทุกขั้นตอน ประกอบด้วย 2 กลยุทธ์ ได้แก่

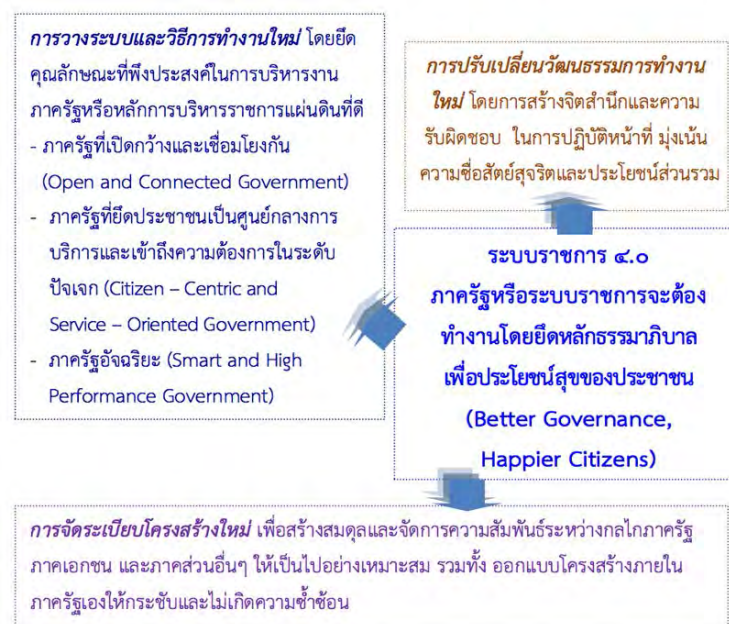
1) นำเทคโนโลยีดิจิทัลมาใช้ปรับปรุงระบบการจัดซื้อจัดจ้างภาครัฐให้มีความคล่องตัวและตรวจสอบได้

2) ส่งเสริมและสร้างความเข้มแข็งให้กับกลไกการติดตามตรวจสอบการจัดซื้อจัดจ้างภาครัฐเพื่อให้เกิดความโปร่งใส

4.7.4 การปฏิรูประบบราชการไทย (Renovation of Thai Government)สู่ระบบราชการ 4.0

ประเทศไทยมุ่งสู่ไทยแลนด์ 4.0 มีการกำหนดยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี ภาครัฐต้องปรับตัวให้สามารถอำนวยความสะดวกในการดำเนินกิจกรรมทางเศรษฐกิจและสังคมยุคดิจิทัลท่ามกลางความเปลี่ยนแปลงที่รวดเร็ว สำนักงาน ก.พ.ร. ได้จัดทำกรอบแนวทางการปฏิรูประบบราชการ เพื่อรองรับไทยแลนด์ 4.0 ไว้ดังภาพที่ 4.42

ภาพที่ 4.42 กรอบแนวทางการปฏิรูประบบราชการ เพื่อรองรับไทยแลนด์ 4.0



4.8 สถานการณ์ด้านวัฒนธรรมและประเพณีไทยกับปัญหาสุขภาพ

วัฒนธรรมและประเพณีไทยเป็นวิถีชีวิตของประชาชนไทยในสังคมไทย ซึ่งเป็นแบบแผนการประพฤติปฏิบัติที่สั่งสมมีพัฒนาการต่อเนื่องมายาวนานจนถึงปัจจุบันและมีอิทธิพลต่อความเป็นอยู่ของประชาชนในปัจจุบันการสื่อสารมีการเปิดกว้างมากขึ้นสู่โลกที่ไร้พรมแดน เป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดการแพร่กระจายทางวัฒนธรรมต่างชาติมากยิ่งขึ้น และเข้ามามีอิทธิพลต่อคนไทยโดยเฉพาะกลุ่มวัยรุ่น วัฒนธรรมและประเพณีไทยที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพส่วนใหญ่จะสัมพันธ์กับพื้นฐานการดำเนินชีวิต ได้แก่

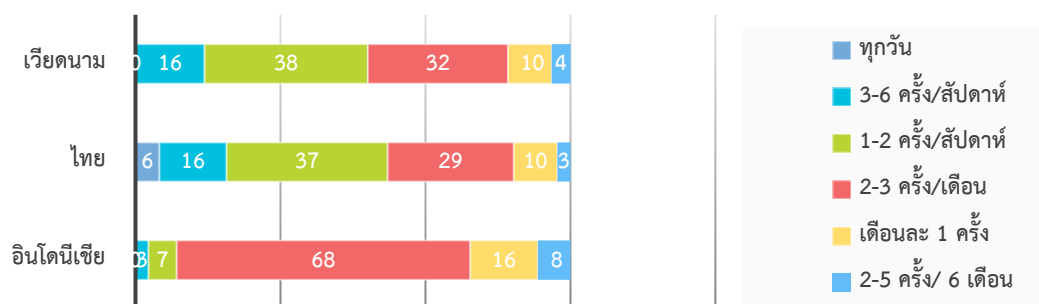
4.8.1 วัฒนธรรมการกิน

วิถีการบริโภคอาหารถือเป็นบริบททางสังคมและวัฒนธรรมขึ้นสำคัญในการเรียนรู้และทำความเข้าใจวิวัฒนาการที่ผูกโยงกับวัฒนธรรมของคนไทยแต่ละภูมิภาค แต่ละชาติพันธุ์ อาหารไทยยังเป็นที่รู้จักของนานาชาติ มีคุณค่าทางอาหารที่จำเป็นต่อสุขภาพ สมุนไพรที่ใช้ประกอบอาหารและยังใช้เป็นยาในการรักษาหรือบำบัดโรคได้อีกด้วย เช่น ผักคื่นช่าย ช่วยลดความดันโลหิตสูง ฯลฯ แต่ปัจจุบันวัฒนธรรมการกินของ

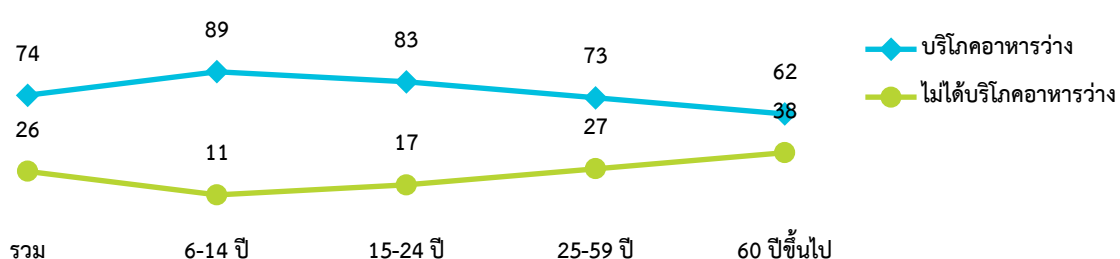
คนไทยเปลี่ยนแปลงไปจากอดีตเป็นอย่างมาก สาเหตุส่วนหนึ่งมาจากภาวะสังคมปัจจุบันที่เปลี่ยนแปลงไปสู่สังคมเมือง (urbanization) วิถีชีวิตที่เร่งรีบ ขนาดครอบครัวที่เล็กลง ต้องการความสะดวกสบายมากขึ้น ส่วนหนึ่งมาจากการนำอาหารต่างประเทศเข้ามาเป็นจำนวนมาก เช่น นำเข้าอาหารยุโรป อาหารญี่ปุ่น และอาหารเกาหลี จึงทำให้วัฒนธรรมการกินตามค่านิยมสูงขึ้นโดยเฉพาะอาหารจานด่วน จากการสำรวจของ W&S Market research⁽¹⁴⁾ ปี พ.ศ. 2558 พบว่า ประชาชนไทยร้อยละ 58.0 นิยมรับประทานอาหารจานด่วนมากกว่า 1 ครั้งต่อสัปดาห์ สูงที่สุด รองลงมาคือประเทศเวียดนามและอินโดนีเซีย (ภาพที่ 4.43)

ในขณะที่วัยเด็กทานอาหารว่างระหว่างมื้อหรือขนมกรุบกรอบเพิ่มขึ้น จากข้อมูลการของสำนักงานสถิติแห่งชาติ⁽¹⁵⁾ พบว่า ผู้บริโภคอาหารว่างมีประมาณ 3 ใน 4 (ร้อยละ 74.2) ของประชากรอายุ 6 ปีขึ้นไป โดยวัยเด็ก (6-14 ปี) มีการบริโภคอาหารว่างสูงสุดร้อยละ 89.2 (ภาพที่ 4.44)

ภาพที่ 4.43 ความถี่ของการรับประทานอาหารจานด่วนของประชาชนประเทศไทย เวียดนาม อินโดนีเซีย ปี พ.ศ.2558



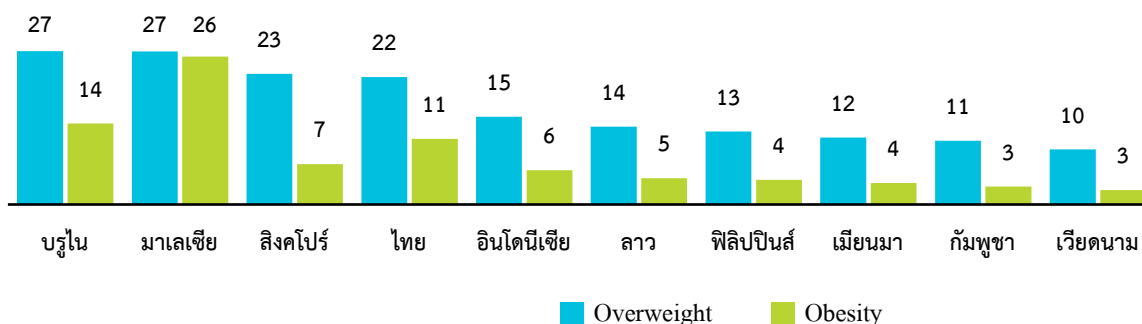
ภาพที่ 4.44 ร้อยละของประชากรอายุ 6 ปีขึ้นไป จำแนกตามการบริโภคอาหารว่างและกลุ่มอายุ ปี พ.ศ. 2560



ข้อเสียของวัฒนธรรมการกินตามกระแสของชาติตะวันตกซึ่งเป็นอาหารจานด่วนนี้ส่งผลกระทบต่อสุขภาพเนื่องจากมีสารอาหารไม่ครบ 5 หมู่ ปริมาณไม่เหมาะสมกับความต้องการของร่างกาย อาหารมีแคลอรีสูง พบว่าคนไทยประสบปัญหาน้ำหนักเกินและโรคอ้วนเพิ่มต่อเนื่อง จากข้อมูลของ Global Nutrition Report 2017⁽¹⁶⁾

พบว่า ปี พ.ศ. 2559 ประเทศไทยมีกลุ่มวัยเด็กและวัยรุ่นที่มีน้ำหนักเกิน (Overweight) สูงเป็นอันดับ 4 ของประเทศในแถบเอเชีย รองจาก บรูไน มาเลเซีย และสิงคโปร์ ในขณะที่กลุ่มวัยเด็กและวัยรุ่นที่มีภาวะอ้วน (Obesity) สูงเป็นอันดับ 3 รองจากประเทศมาเลเซีย บรูไน ตามลำดับ (ภาพที่ 4.45)

ภาพที่ 4.45 ร้อยละภาวะน้ำหนักเกินและภาวะอ้วนในกลุ่มวัยเด็กและวัยรุ่น กลุ่มประเทศเอเชีย ปี พ.ศ. 2559



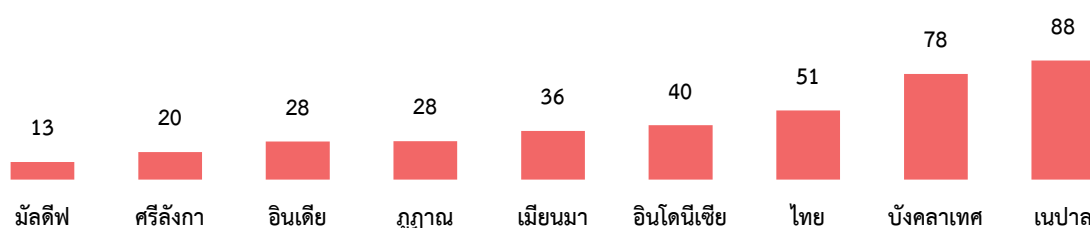
4.8.2 วัฒนธรรมการครองเรือน

วัฒนธรรมเป็นตัวกำหนดรูปแบบของสถาบันครอบครัว ลักษณะของครอบครัวแต่ละสังคมต่างกันไป โดยวัฒนธรรมไทยกำหนดเป็นสามภรรยาเดียว ความสัมพันธ์ทางเพศก่อนแต่งงานเป็นเรื่องขัดต่อศีลธรรม แต่สภาพสังคมปัจจุบันที่เปลี่ยนแปลงไปส่งผลให้ครอบครัวส่วนหนึ่งไม่สามารถดูแลบุตรหลานให้เติบโตอย่างมีคุณภาพ เด็กจำนวนมากไม่สามารถรับมือกับการเปลี่ยนแปลงของตนเองเมื่อก้าวสู่วัยรุ่น และไม่อาจปรับตัวให้เท่าทันกับสิ่งแวดล้อมรอบตัวได้ ประกอบกับการพัฒนาด้านสาธารณสุขและการกินอยู่ที่ดีขึ้น ทำให้เด็กเติบโตสู่วัยเจริญพันธุ์ได้เร็วขึ้น การขาดโอกาสเรียนรู้เรื่องเพศศึกษา การเข้าถึงสื่อทุกรูปแบบได้โดยไร้ขีดจำกัด เป็นต้น⁽¹⁷⁾ ส่งผลให้เด็กและวัยรุ่นมีเพศสัมพันธ์ตั้งแต่อายุยังน้อย ตามมาด้วยปัญหาดังครรภในวัยรุ่นที่เพิ่มขึ้น

จากระบบการติดตามตัวชี้วัดการพัฒนาที่ยั่งยืน (Sustainable Development Goals: SDGs) ขององค์การอนามัยโลก เป้าหมายที่ 3.7.2 อัตราการคลอดบุตรในหญิงวัยรุ่นอายุ (10-14 ปี, 15-19 ปี) ต่อประชากรหญิงวัยเดียวกัน 1,000 คน พบว่า ประเทศไทยมีอัตราการคลอดบุตรในหญิงวัยรุ่นอายุ 15-19 ปี 51 รายต่อประชากรวัยเดียวกัน 1,000 คน ซึ่งมากกว่าค่าเฉลี่ยในกลุ่มประเทศเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ (อัตรา 33.0) และสูงเป็นอันดับ 3 รองจากประเทศเนปาล (อัตรา 88.0) และประเทศบังคลาเทศ (อัตรา 78.0) ตามลำดับ (ภาพที่ 4.46)

ผลกระทบจากการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นมีผลต่อทั้งสุขภาพของแม่และเด็กทารกที่เกิดมา ผลกระทบจากการคลอดของแม่วัยรุ่นอาจทำให้เกิดการคลอดทารกก่อนกำหนด หรือทารกมีน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม การตั้งครรภ์ไม่พร้อมอาจจบลงด้วยการทำแท้งที่ไม่ปลอดภัย

ภาพที่ 4.46 อัตราการคลอดบุตรในหญิงวัยรุ่นอายุ 15-19 ปีต่อประชากรหญิงวัยเดียวกัน 1,000 คน ปี พ.ศ. 2561



นอกจากนี้พฤติกรรมการดูแลครรภ์และเลี้ยงทารกที่ไม่เหมาะสมของแม่วัยรุ่นบางราย เช่น ต้มเครื่องต้มแอลกอฮอล์ และสูบบุหรี่ ไม่เอาใจใส่ดูแลและกระตุ้นพัฒนาการเด็กตามวัย อาจส่งผลเสียต่อการเจริญเติบโตของร่างกายและสติปัญญาของทารก ผลกระทบต่อแม่วัย

รุ่นทางด้านสังคม เช่น การหยุดเรียนกลางคัน มีผลต่อการทำงาน มีปัญหาเศรษฐกิจ อาจนำไปสู่การใช้ความรุนแรงในครอบครัว และอาจนำไปสู่การหย่าร้าง ส่งผลต่อบุตรที่จะเติบโตในครอบครัวที่แตกแยก ส่งผลสืบเนื่องยังปัญหาสังคมอื่นๆ

4.9 พฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับปัญหาสุขภาพที่สำคัญของประเทศไทย

พฤติกรรมทางสุขภาพที่เป็นปัญหาทางสังคมของประชาชนไทย ได้แก่ การสูบบุหรี่ การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ กิจกรรมทางกายและการออกกำลังกาย การกินผักผลไม้ พฤติกรรมเสี่ยงต่อการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุจราจร และพฤติกรรมทางเพศในเยาวชน ข้อมูลของหัวข้อ 4.9 ทั้งหมดได้มาจากหลายแหล่ง ได้แก่ ข้อมูลการสำรวจของสำนักงานสถิติแห่งชาติ ข้อมูลการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข และกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข เป็นต้น⁽¹⁸⁻²⁴⁾

4.9.1 การสูบบุหรี่

ในปี 2560 ประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไปร้อยละ 19.1

หรือประมาณ 10.7 ล้านคนเป็นผู้ที่สูบบุหรี่ โดยผู้ที่สูบบุหรี่ประจำ ร้อยละ 16.8 และผู้ที่สูบบุหรี่ครั้งคราวร้อยละ 2.2 ผู้ชายสูบบุหรี่ร้อยละ 37.7 ส่วนผู้หญิงสูบบุหรี่ร้อยละ 1.7 อัตราการสูบบุหรี่ต่ำสุดในกลุ่มอายุ 15-19 ปี และเพิ่มขึ้นในกลุ่มอายุ 20-24 ปี (สูบบุหรี่ร้อยละ 20.7) กลุ่มอายุ 25-44 ปี (สูบบุหรี่ร้อยละ 21.9) อายุ 45-59 ปี (สูบบุหรี่ร้อยละ 21.1) และลดลงในกลุ่มอายุ 60 ปีขึ้นไป (ร้อยละ 14.4) ประชากรที่อาศัยนอกเขตเทศบาล มีอัตราสูงกว่าในเขตเทศบาล (ร้อยละ 20.9 และ 17.0 ตามลำดับ) ภาคใต้มีอัตราการสูบบุหรี่สูงสุดคือร้อยละ 24.5 รองลงมาคือ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ (ร้อยละ 21.1) ภาคกลาง (ร้อยละ 17.6) ภาคเหนือ (ร้อยละ 17.1) และต่ำที่สุดใน กรุงเทพมหานคร (ร้อยละ 15.4) (ตารางที่ 4.6)

ตารางที่ 4.6 อัตราร้อยละของประชากรอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป จำแนกตามพฤติกรรมการสูบบุหรี่ กลุ่มอายุ เพศ เขตการปกครองและภาค พ.ศ. 2560

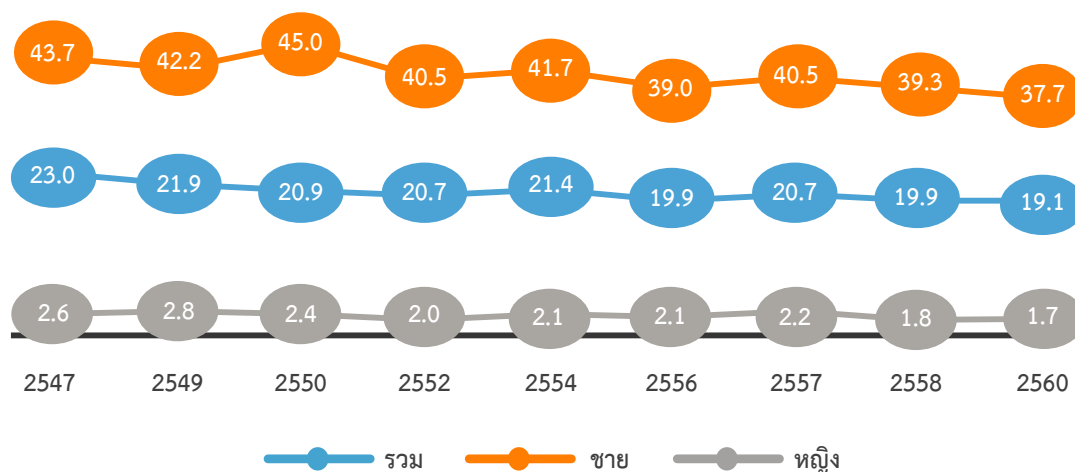
กลุ่มอายุ เพศ เขตการปกครองและภาค	พฤติกรรมการสูบบุหรี่		
	ปกติสูบบุหรี่เป็นประจำ	ปกติสูบบุหรี่นานๆ ครั้ง	อัตราการสูบบุหรี่
กลุ่มอายุ (ปี)	16.8	2.2	19.1
15-19	7.2	2.6	9.7
20-24	17.0	3.7	20.7
25-44	19.6	2.4	21.9
45-59	19.1	2.0	21.1
60 ปีขึ้นไป	12.9	1.5	14.4
เพศ			
ชาย	33.4	4.3	37.7
หญิง	1.4	0.3	1.7

กลุ่มอายุ เพศ เขตการปกครองและภาค	พฤติกรรมการสูบบุหรี่		
	ปกติสูบบุหรี่เป็นประจำ	ปกติสูบบุหรี่นานๆ ครั้ง	อัตราการสูบบุหรี่
เขตการปกครอง			
ในเขตเทศบาล	14.9	2.0	17.0
นอกเขตเทศบาล	18.4	2.4	20.9
ภาค			
กรุงเทพมหานคร	13.7	13.7	15.4
กลาง (ไม่รวม กทม.)	15.5	15.5	17.6
เหนือ	14.9	14.9	17.1
ตะวันออกเฉียงเหนือ	18.6	18.6	21.1
ใต้	21.9	21.9	24.5

การสูบบุหรี่ในประเทศไทย มีแนวโน้มค่อยๆลดลง (ภาพที่ 4.47) อัตราการสูบบุหรี่มีแนวโน้มค่อยๆลดลงตามลำดับในช่วงหลายปีที่ผ่านมา ลดลงจากร้อยละ 23.0 ในปี 2547 เป็นร้อยละ 19.1 ในปี 2560 เมื่อเปรียบเทียบกับอัตราในปี 2547 ในช่วงเวลา 2547 – 2560 โดยรวมเฉลี่ย

ลดลงร้อยละ 1.3 ต่อปี อัตราในผู้ชายลดลงร้อยละ 1.1 ต่อปีและอัตราในผู้หญิงลดลงร้อยละ 2.7% ต่อปี อย่างไรก็ตามเมื่อพิจารณาอัตราการสูบบุหรี่ตามกลุ่มอายุ พบว่ากลุ่มที่ไม่ลดลง คือ วัย 15-24 ปี โดยเฉพาะในช่วงตั้งแต่ปี 2550 (ภาพที่ 4.48)

ภาพที่ 4.47 แนวโน้มการสูบบุหรี่ของประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไป จำแนกตามเพศ พ.ศ. 2547-2560



หมายเหตุ: พ.ศ. 2549 2552 2556 และ 2558 จากผลการสำรวจอนามัยและสวัสดิการ

ภาพที่ 4.48 แนวโน้มการสูบบุหรี่ จำแนกตามกลุ่มอายุ



4.9.2 การดื่มสุรา

การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ใน 1 ปีที่ผ่านมา ของประชากรไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป มีร้อยละ 28.4 ผู้ชายร้อยละ 47.5 ผู้หญิงร้อยละ 10.6 การดื่มอย่างสม่ำเสมอ ร้อยละ 12.5 ผู้ชายร้อยละ 23.7 ส่วนผู้หญิงร้อยละ 2

การดื่มใน 1 ปีที่ผ่านมา เพิ่มตามอายุที่เพิ่มขึ้น คือ กลุ่มอายุ 15-19 ปี ร้อยละ 13.6 กลุ่ม

อายุ 20-24 ปี ร้อยละ 33.5 และเพิ่มสูงสุดในกลุ่มอายุ 25-44 ปี ร้อยละ 36.0 และลดในกลุ่มอายุ 45-59 ปี เป็นร้อยละ 31.1 และในกลุ่มอายุ 60 ปีขึ้นไปเป็นร้อยละ 15.2 สำหรับการดื่มของคนนอกเขตเทศบาลสูงกว่าคนในเขตเทศบาลเล็กน้อย (ร้อยละ 29.2 และ 27.4 ตามลำดับ) (ตารางที่ 4.7)

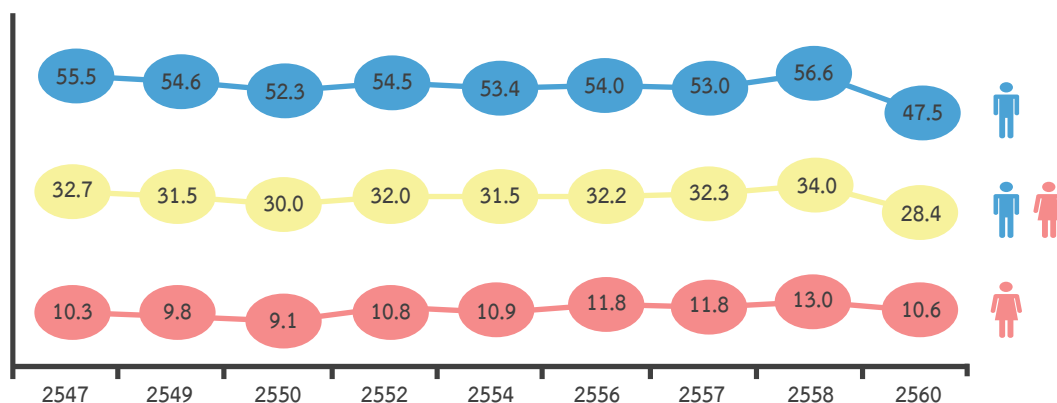
ตารางที่ 4.7 ประชากรอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป จำแนกตามพฤติกรรมในการดื่มสุราหรือเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ กลุ่มอายุ เพศ และเขตการปกครอง พ.ศ. 2560

กลุ่มอายุ เพศ เขตการปกครอง	พฤติกรรมการดื่มสุราหรือเครื่องดื่มแอลกอฮอล์				
	ไม่เคยดื่มเลยในชีวิต	เคยดื่มแต่ไม่ดื่มในรอบปีที่แล้ว	ดื่มในรอบปีที่แล้ว	รวม	สม่ำเสมอ นานๆ ครั้ง
กลุ่มอายุ (ปี)	57.2	14.4	28.4	12.5	15.9
15-19	83.6	2.8	13.6	3.3	10.3
20-24	60.1	6.5	33.5	10.7	22.7
25-44	53.1	10.9	36.0	16.2	19.8
45-59	52.0	16.9	31.1	14.7	16.4
60 ขึ้นไป	59.3	25.4	15.2	7.5	7.8
เพศ					
ชาย	31.6	20.9	47.5	23.7	23.8
หญิง	81.1	8.3	10.6	2.0	8.6
เขตการปกครอง					
ในเขตปกครอง	57.7	14.9	27.4	11.9	15.6
นอกเขตปกครอง	56.7	14.0	29.2	13.0	16.2

แนวโน้มการดื่มสุราหรือเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในช่วงปี พ.ศ. 2547-2560 ไม่มีความเปลี่ยนแปลงมากนัก แม้ว่าในปีล่าสุด 2560 มีร้อยละของการดื่มต่ำกว่าปีที่ผ่านมา โดยเฉพาะในปี 2558 อัตราการดื่มโดยรวม ร้อยละ 34.0 ผู้ชายร้อยละ 56.6 ผู้หญิงร้อยละ 13.0 (ภาพที่ 4.49) ทั้งนี้แนวโน้มต้องติดตามต่อไปในอนาคตว่าจะลดลงต่อไปหรือไม่

นอกจากนี้จากข้อมูลการสำรวจโดยสำนักงานสถิติแห่งชาติยังพบว่า ในปี 2560 ประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไปที่มีพฤติกรรมสูบบุหรี่และดื่มสุรามีร้อยละ 6.8 เท่ากับจำนวน 3.8 ล้านคน

ภาพที่ 4.49 แนวโน้มการดื่มสุราหรือเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไป จำแนกตามเพศ พ.ศ. 2547-2560



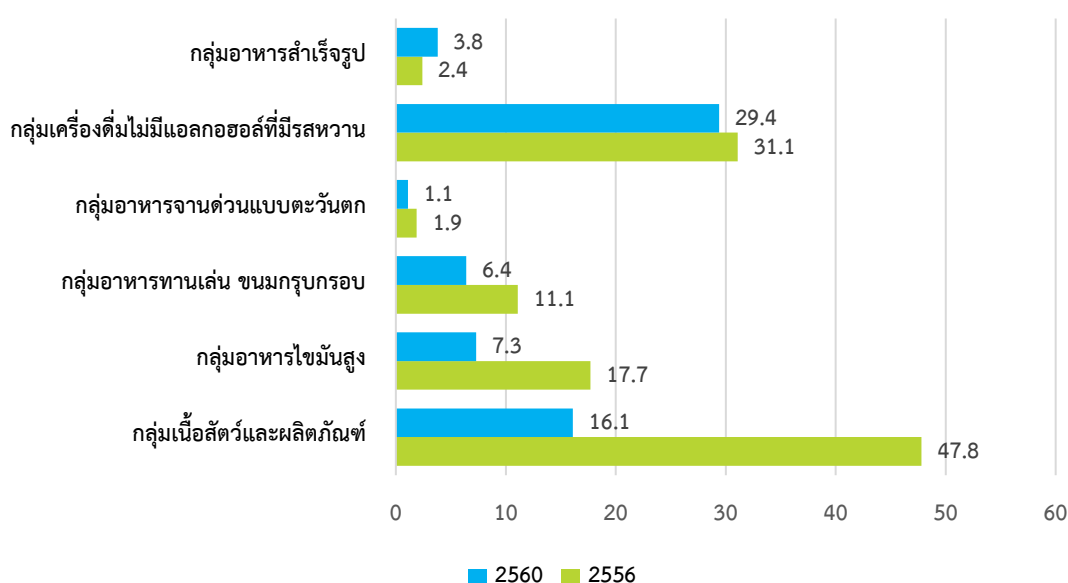
หมายเหตุ: พ.ศ. 2549 2552 2556 และ 2558 จากผลการสำรวจอนามัยและสวัสดิการ

4.9.3 พฤติกรรมการกินอาหาร

จากข้อมูลสำรวจการกินอาหารของประชากรอายุ 6 ปีขึ้นไป โดยสอบถามความถี่ของการกินอาหารประเภทต่างๆ ของประชากรอายุ 6 ปีขึ้นไป ในปี พ.ศ. 2556 และ 2560 กลุ่มอาหารที่มีผลเสียต่อสุขภาพหากกินมากเกินไป มีสัดส่วนผู้ที่กินเป็นประจำเกือบทุกวันขึ้นไปเพิ่มขึ้น (ตั้งแต่ 5 วันต่อสัปดาห์) คือ กลุ่มอาหารสำเร็จรูป จากร้อยละ

2.4 ในปี 2556 เป็นร้อยละ 3.8 ในปี 2560 ส่วนกลุ่มที่มีผู้ที่กินมากที่สุดคือเครื่องดื่มรสหวานที่ไม่มีแอลกอฮอล์มี ร้อยละ 29.4 ในปี 2560 น้อยกว่าปี 2556 เล็กน้อย และ กลุ่มอาหารไขมันสูงมีสัดส่วนผู้ที่กินลดลงจากร้อยละ 17.7 เป็นร้อยละ 7.3 กลุ่มขนมกรุบกรอบมีสัดส่วนของผู้ที่กินลดลงเช่นกัน คือ ร้อยละ 11.1 ในปี 2556 เป็นร้อยละ 6.4 ในปี 2560 (ภาพที่ 4.50)

ภาพที่ 4.50 ร้อยละของประชากรอายุ 6 ปีขึ้นไป ที่กินอาหารแต่ละกลุ่มตั้งแต่ 5 วันขึ้นไปต่อสัปดาห์ พ.ศ. 2556 และ 2560



ที่มา: การสำรวจพฤติกรรมการบริโภคอาหารของประชากร พ.ศ. 2556, 2560 สำนักงานสถิติแห่งชาติ

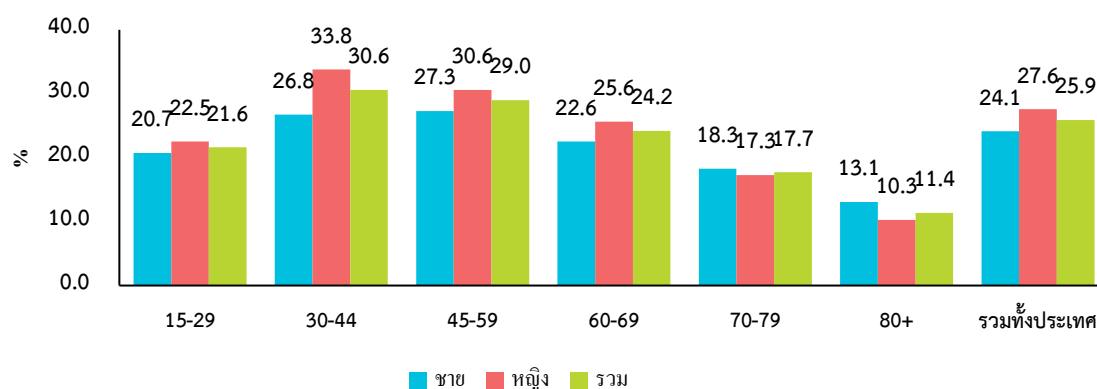
การกินผักผลไม้

ตามคำแนะนำองค์การอนามัยโลกประชาชนทั่วไปควรกินอาหารประเภทผักและผลไม้เพียงพอ คือวันละ 5 ส่วนต่อวัน (ประมาณ 400 กรัม ต่อวัน) ซึ่งแนวโน้มการกินผักผลไม้ ในช่วงปี 2547, 2552 และ 2557 การกินผัก ผลไม้ในประชากรเพิ่มขึ้นเพียงเล็กน้อย จากร้อยละ 22 ในปี 2547 เป็นร้อยละ 25.9 ในปี 2557

ในปี 2557 พบว่ามีเพียง 1 ใน 4 ของประชากรไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป กินผักและผลไม้เพียงพอตามปริมาณที่แนะนำ (≥ 5 ส่วนมาตรฐานต่อวัน) เพศหญิงมีส่วน

ของผู้ที่กินผักและผลไม้เพียงพอมากกว่าเพศชาย (ร้อยละ 27.6 และร้อยละ 24.1 ตามลำดับ) เช่นเดียวกัน ผู้ที่อาศัยในเขตเทศบาลกินผักและผลไม้เพียงพอมากกว่าผู้ที่อาศัยนอกเขตเทศบาลเล็กน้อย (ร้อยละ 26.3 และร้อยละ 25.6 ตามลำดับ) ผู้ที่อาศัยในภาคกลางกินผักและผลไม้เพียงพอสูงสุด (ร้อยละ 32.4) รองลงมาคือ ภาคตะวันออก เชียงเหนือ (ร้อยละ 28.8) ภาคใต้ (ร้อยละ 28.0) กรุงเทพฯ (ร้อยละ 21.6) และภาคเหนือ (ร้อยละ 12.6) ตามลำดับ (ภาพที่ 4.51)

ภาพที่ 4.51 ร้อยละของประชากรไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป ที่กินผักและผลไม้เพียงพอตามคำแนะนำ จำแนกตามเพศและอายุ



แหล่งข้อมูล: การสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกายครั้งที่ 5 ปี 2557

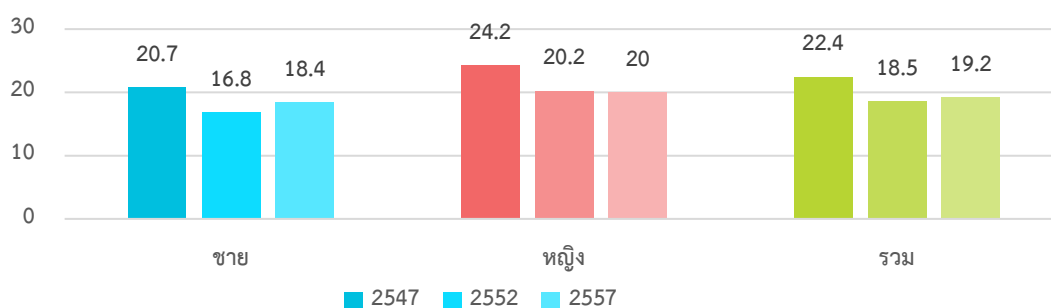
4.9.4 การมีกิจกรรมทางกาย (Physical activity)

ประชาชนควรมีกิจกรรมทางกาย (physical activity) ที่เพียงพอ หมายถึงการมีกิจกรรมที่ออกแรงกายอย่างหนักอย่างน้อย วันละ 20 นาที 3 วันต่อสัปดาห์ หรือการมีกิจกรรมออกแรงกายระดับปานกลางวันละ 30 นาที อย่างน้อย 5 วันต่อสัปดาห์ โดยการมีกิจกรรมทางกายได้จากการออกแรงกายในการทำงาน การเดิน หรือการออกกำลังกาย เช่น การเล่นกีฬา การออกกำลังกายแบบแอโรบิก เป็นต้น

แนวโน้มการมีกิจกรรมทางกาย

จากการสำรวจสุขภาพโดยการตรวจร่างกายปี 2547, 2552 และ 2557 พบว่าโดยรวมสัดส่วนของประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไป ที่มีกิจกรรมทางกายไม่เพียงพอตามข้อแนะนำมีแนวโน้มลดลงเล็กน้อย คือ ร้อยละ 22.4 ในปี 2547 และร้อยละ 19.2 ในปี 2557 (ภาพที่ 4.52)

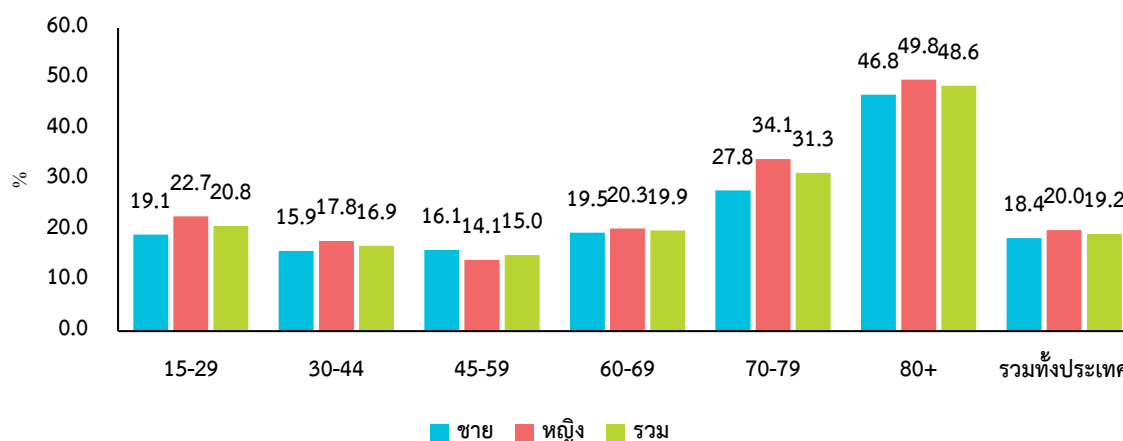
ภาพที่ 4.52 ร้อยละของประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไปที่มีกิจกรรมทางกายไม่เพียงพอ



แหล่งข้อมูล: การสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกายครั้งที่ 5 ปี 2557

การมีกิจกรรมทางกายที่ไม่เพียงพอมีสัดส่วนมากขึ้นเมื่อมีอายุมากขึ้น (ภาพที่ 4.53) พบว่าคนในเขตเทศบาล มีสัดส่วนของการมีกิจกรรมทางกายไม่เพียงพอมากกว่านอกเขตเทศบาล

ภาพที่ 4.53 ร้อยละของประชากรไทยอายุ 15 ปีขึ้นไปที่มีกิจกรรมทางกายไม่เพียงพอ จำแนกตามเพศ และกลุ่มอายุ

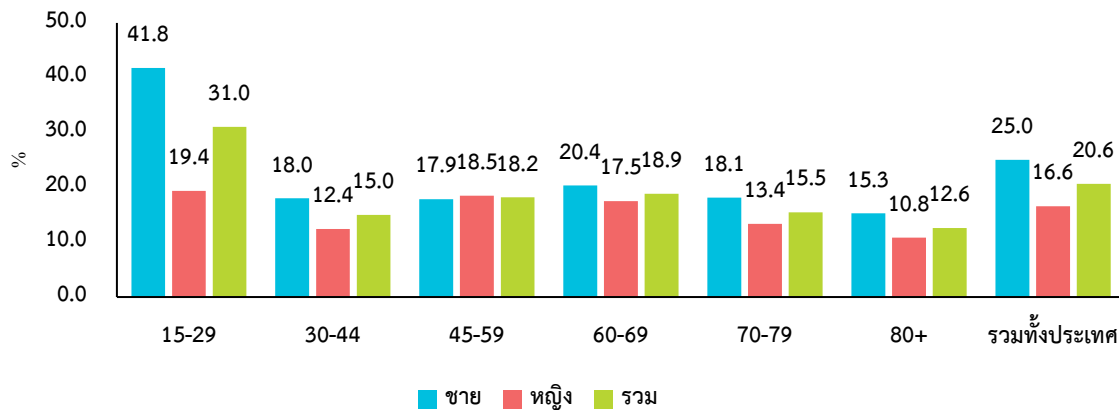


แหล่งข้อมูล: การสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกายครั้งที่ 5 ปี 2557

เมื่อพิจารณาร้อยละของผู้ที่มีกิจกรรมทางกายยามว่างในระดับปานกลางขึ้นไป ซึ่งหมายถึงการออกกำลังกาย เล่นกีฬาและกิจกรรมทางกายยามว่าง พบว่ามีสัดส่วนลดลง จากร้อยละ 36.4 ในปี 2552 เป็นร้อยละ 20.6 ในปี 2557

โดย กลุ่มอายุ 15-29 มีความชุกของคนที่มีกิจกรรมทางกายยามว่างอย่างเพียงพอสูงที่สุด ร้อยละ 31.0 สัดส่วนนี้ลดลงเมื่ออายุมากขึ้น (ภาพที่ 4.54)

ภาพที่ 4.54 ร้อยละของประชากรไทยอายุ 15 ปีขึ้นไปที่มีกิจกรรมทางกายยามว่างระดับปานกลางและหนัก จำแนกตามอายุ และเพศ



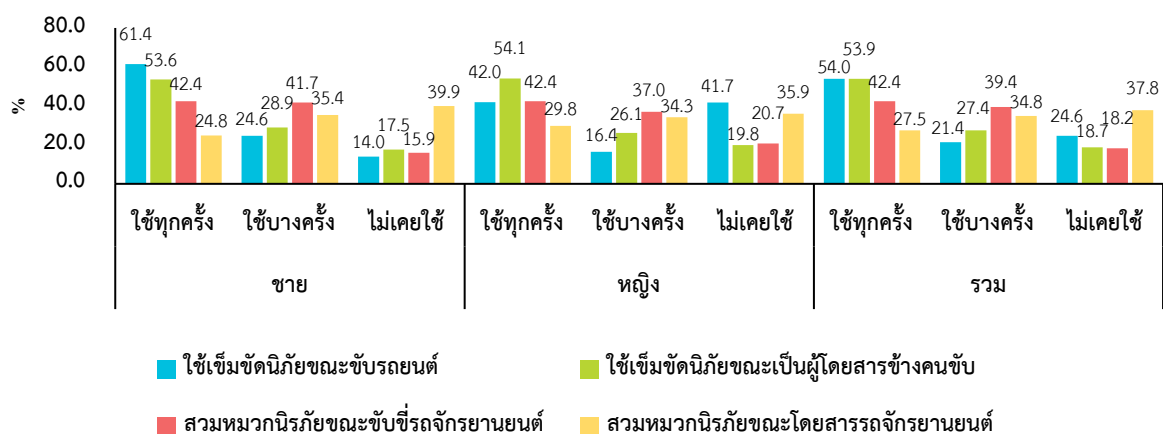
แหล่งข้อมูล: การสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกายครั้งที่ 5 ปี 2557

4.9.5 การสวมหมวกนิรภัยขณะขี่จักรยานยนต์

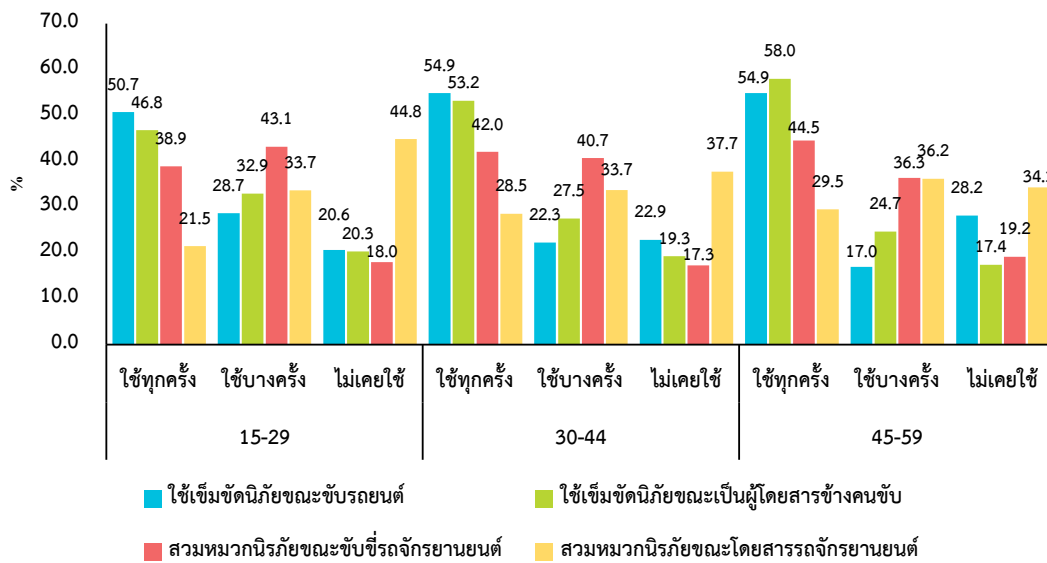
จากการสำรวจผู้ให้สัมภาษณ์อายุ 15-59 ปี ในช่วง 30 วันที่ผ่านมา ร้อยละ 54.0 ของผู้ที่ขี่รถยนต์และเมื่อผู้โดยสารด้านหน้าบอกว่าใช้เข็มขัดนิรภัยทุกครั้ง ส่วนที่บอกว่าสวมหมวกนิรภัยขณะขี่จักรยานยนต์ทุกครั้งมีร้อยละ 42.4 ส่วนผู้ที่เป็นผู้โดยสารจักรยานยนต์สวมหมวกทุกครั้ง ร้อยละ 27.5 โดยมีผู้ที่ไม่เคยใช้เข็มขัดนิรภัยขณะขี่รถยนต์มีถึงร้อยละ 24.6 ส่วนผู้ที่เป็นผู้โดยสาร

รถจักรยานยนต์ไม่เคยสวมหมวกนิรภัยมีร้อยละ 37.8 คน ขี่รถยนต์ที่เป็นชายมีสัดส่วนการใช้เข็มขัดนิรภัยสูงกว่า ผู้หญิง โดยผู้หญิง ร้อยละ 41.7 บอกว่าไม่เคยใช้เข็มขัดนิรภัยขณะขี่รถยนต์ ในขณะที่ผู้ชายมีร้อยละ 14.0 และ ผู้หญิงที่เป็นผู้โดยสารด้านหน้ามีสัดส่วนการใช้เข็มขัดนิรภัยมากกว่าผู้หญิงที่เป็นคนขี่รถยนต์ (ร้อยละ 54.1 และ 42.0 ตามลำดับ) (ภาพที่ 4.55 และ 4.56)

ภาพที่ 4.55 ร้อยละของการใช้อุปกรณ์ป้องกันการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุจราจรของประชากรไทยอายุ 15-59 ปี ในช่วง 30 วันที่ผ่านมา จำแนกตามเพศ



ภาพที่ 4.56 ร้อยละของการใช้อุปกรณ์ป้องกันการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุจราจร ของประชากรไทยอายุ 15-59 ปี ในช่วง 30 วันที่ผ่านมา จำแนกตามอายุใช้ภาพเดิมเปลี่ยนสีและตัวอักษร



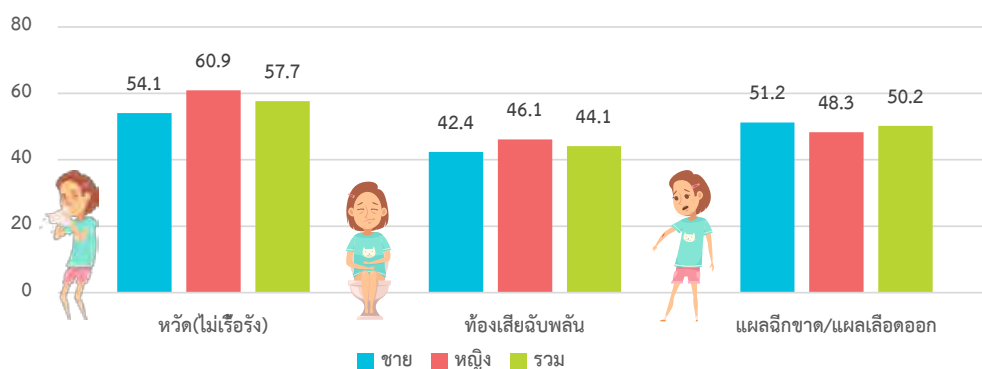
การขับขี่ยานยนต์ภายหลังการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ พบว่า ร้อยละ 31.0 ของผู้ชายไทยอายุ 15-59 ปีบอกว่าเคยขับขี่ยานยนต์หรือขี่รถจักรยานยนต์หลังจากดื่มแอลกอฮอล์ ใน 12 ที่ผ่านมา ในขณะที่ผู้หญิงมีร้อยละ 5.2 โดยผู้ชายกลุ่มอายุ 15-29 ปีมีสัดส่วนสูงที่สุดถึงร้อยละ 38.5 หญิง ร้อยละ 9.0 รองลงมาคือ กลุ่มอายุ 30-44 ปี และ 45-59 ปี ตามลำดับ

4.9.6 การกินยาปฏิชีวนะ

การใช้อยาปฏิชีวนะเกินความจำเป็นมีผลเสียต่อสุขภาพเนื่องจากเสี่ยงต่อผลข้างเคียงที่ไม่พึงประสงค์ของยา และเป็นเหตุให้เชื้อดื้อยา ภาวะการเจ็บป่วยที่ไม่ควร

เริ่มต้นการการรักษาด้วยยาปฏิชีวนะที่พบบ่อย ได้แก่ โรคทางเดินหายใจส่วนบน ได้แก่อาการหวัด การอุจจาระร่วงเฉียบพลันที่ไม่มีมูกเลือด และแผลสดเลือดออก ภาวะเหล่านี้ไม่จำเป็นต้องเริ่มต้นการรักษาด้วยยาปฏิชีวนะจากการสำรวจโดยภาวะสุขภาพโดยการตรวจร่างกายพบว่าประชากรไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป พบว่าประมาณครึ่งหนึ่งของผู้ที่มีภาวะดังกล่าวใช้ยาปฏิชีวนะ กล่าวคือใช้ในกรณีทางเดินหายใจส่วนบนมากที่สุดคือร้อยละ 57.7 ใช้ในกรณีแผลสด ร้อยละ 50.2 และใช้ในภาวะท้องเสียเฉียบพลันร้อยละ 44.3 (ภาพที่ 4.57)

ภาพที่ 4.57 ร้อยละของประชากรไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป ที่ได้รับยาปฏิชีวนะจากอาการหวัด ท้องเสียฉับพลัน และแผลฉีกขาด/แผลเลือดออก



4.9.7 พฤติกรรมการมีเพศสัมพันธ์ในวัยรุ่น

การมีเพศสัมพันธ์ในวัยรุ่น พบว่าอายุเฉลี่ยเมื่อมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกเพิ่มขึ้นเล็กน้อยในนักเรียน ม. 5 เพศชาย จากอายุ 14.7 ปี ในปี 2554 เพิ่มขึ้นเป็น 15.1 ปี ในปี 2559 ส่วนนักเรียนหญิง ม.5 เพิ่มขึ้นจากอายุ 14.9 ปี ในปี 2554 เพิ่มขึ้นเป็นอายุ 15.4 ปี ในปี 2559 แนวโน้มเพิ่มขึ้นเช่นเดียวกันในนักเรียนประกาศนียบัตรวิชาชีพ (ปวช.) ชั้นปีที่ 2 ในผู้ชายจากอายุ 14.7 ปี ผู้หญิงอายุ 15.0 ปี เพิ่มขึ้นเป็นอายุ 15.3 และ 15.5 ปี ตามลำดับ ซึ่งน่าจะเป็นแนวโน้มที่ดี ที่มี

เพศสัมพันธ์ในอายุที่ไม่ได้ลดลง เพราะยังไม่อยู่ในวัยที่ควรมีการตั้งครรภ์ สำหรับการเคยมีเพศสัมพันธ์ ในผู้ชายพบว่า สัดส่วนลดลงในทั้งนักเรียน มัธยมศึกษาปีที่ 5 และปวช. ปีที่ 2 จากร้อยละ 28.0 และ 49.8 ในปี 2554 เป็น 23.6 และ 43.2 ตามลำดับในปี 2559 และ ส่วนในนักเรียนหญิง มัธยม 5 (เพิ่มจากร้อยละ 16.4 เป็นร้อยละ 18.7) และ นักเรียนหญิง ปวช. ชั้นปีที่ 2 (เพิ่มจากร้อยละ 41.6 เป็นร้อยละ 44.9 ตามลำดับ) (ตารางที่ 4.8 และ 4.9)

ตารางที่ 4.8 อายุเฉลี่ยของนักเรียนเมื่อมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรก

กลุ่มเป้าหมาย	อายุเฉลี่ยของนักเรียน เมื่อมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรก					
	2554	2555	2556	2557	2558	2559
1. นักเรียน ม5						
เพศชาย	14.7	15.1	15.0	15.3	15.1	15.1
เพศหญิง	14.0	15.2	15.0	15.4	15.3	15.4
2. นักเรียน ปวช. ชั้นปีที่ 2						
เพศชาย	14.7	15.1	17.0	15.5	15.2	15.3
เพศหญิง	15.0	15.3	15.5	15.5	15.4	15.5

ที่มา: สำนักกระบวนวิชา กรมควบคุมโรค 2559

ตารางที่ 4.9 ร้อยละของนักเรียนที่เคยมีเพศสัมพันธ์

กลุ่มเป้าหมาย	อายุเฉลี่ยของนักเรียน เมื่อมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรก					
	2554	2555	2556	2557	2558	2559
1. นักเรียน ม5						
เพศชาย	28.0	24.8	25.9	24.2	25.9	23.6
เพศหญิง	16.4	20.2	17.2	18.9	18.2	18.7
2. นักเรียน ปวช. ชั้นปีที่ 2						
เพศชาย	49.8	46.1	46.2	46.0	46.3	43.2
เพศหญิง	41.6	51.1	45.3	47.1	48.2	44.9

การใช้ถุงยางอนามัยขณะมีเพศสัมพันธ์ พบว่า มีอัตราเพิ่มขึ้น ร้อยละของการใช้ถุงยางอนามัยทั้งใน นักเรียนชายมัธยม 5 เพิ่มขึ้นจาก ร้อยละ 51.2 ในปี 2554 เป็นร้อยละ 75.0 ในปี 2559 ในนักเรียนหญิงมัธยม 5

เพิ่มจากร้อยละ 46.5 เป็นร้อยละ 67.7 อัตราการใช้ถุงยางอนามัย เพิ่มขึ้นในนักเรียน ปวช. ชั้นปีที่ 2 เช่นกัน แต่สัดส่วนที่ใช้ถุงยางในปี 2559 ยังน้อยกว่าของนักเรียน มัธยม 5 (ตารางที่ 4.10)

ตารางที่ 4.10 ร้อยละของการใช้ถุงยางอนามัยเมื่อมีเพศสัมพันธ์ครั้งล่าสุดกับแฟนหรือคูรัก

กลุ่มเป้าหมาย	อายุเฉลี่ยของนักเรียน เมื่อมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรก					
	2554	2555	2556	2557	2558	2559
1. นักเรียน ม5						
เพศชาย	51.2	56.5	67.0	68.5	76.2	75.0
เพศหญิง	46.5	43.8	65.0	54.6	70.6	67.7
2. นักเรียน ปวช. ชั้นปีที่ 2						
เพศชาย	51.2	54.2	67.0	64.7	62.8	67.4
เพศหญิง	38.6	39.6	59.3	52.0	52.8	61.8

4.10 สถานการณ์และแนวโน้มด้านเทคโนโลยีที่มีผลต่อการสาธารณสุข

ประเทศไทยเป็นหนึ่งในประเทศที่มีระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า โดยรัฐบาลเป็นผู้รับภาระค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพจำนวนมากจากการที่ประชาชนใช้เทคโนโลยีด้านสุขภาพ ขณะเดียวกันประชาชนก็ยังใช้จ่ายเพื่อสามารถใช้เทคโนโลยีที่ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าไม่อนุญาตให้เบิกจ่ายได้ เพื่อให้ระบบสุขภาพของประเทศไทยมั่นคงและยั่งยืน จึงควรมีการพิจารณาเกี่ยวกับเทคโนโลยีด้านสุขภาพอย่างรอบคอบรอบด้าน ทั้งในเรื่องประโยชน์ ผลกระทบด้านลบ และแนวโน้มของเทคโนโลยีด้านสุขภาพซึ่งรุดหน้าไปอย่างรวดเร็ว เพื่อให้เทคโนโลยีด้านสุขภาพที่ใช้ในประเทศไทย ไม่ว่าใครเป็นผู้จ่าย เป็นเทคโนโลยีที่เหมาะสมกับผู้ใช้อย่างแท้จริง

4.10.1 เทคโนโลยีด้านสุขภาพคืออะไรและสำคัญอย่างไร

ตามนิยามขององค์การอนามัยโลก เทคโนโลยีด้านสุขภาพ หมายถึง การประยุกต์ใช้ความรู้และทักษะอย่างเป็นระบบ ในรูปแบบของเครื่องมือแพทย์ ยา วัคซีน หัตถการ รวมถึงระบบต่าง ๆ ซึ่งพัฒนาขึ้นเพื่อแก้ปัญหา

สุขภาพ และยกระดับคุณภาพชีวิต⁽²⁵⁾ นั่นคือ การคิดค้นหรือการดำเนินการใด ๆ ก็ตามที่เกี่ยวข้องสุขภาพ ไม่ว่าจะเป็นยา เครื่องมือเครื่องใช้ทางการแพทย์ วิธีการผ่าตัดแบบใหม่ รวมถึงระบบการบริหารงานด้านสุขภาพ นโยบายและมาตรการต่างๆ เช่น ระบบการดูแลผู้ป่วย และนโยบายเพื่อส่งเสริมการออกกำลังกาย เป็นต้น ก็ล้วนถือเป็นเทคโนโลยีด้านสุขภาพ ซึ่งเป็นหนึ่งในปัจจัยสำคัญที่ช่วยยืดอายุของผู้คน โดยพบว่าเทคโนโลยีด้านสุขภาพเพิ่มอายุคาดเฉลี่ยของผู้คนเฉลี่ยถึง 6.1 ปีในระยะเวลาเพียง 15 ปี⁽²⁶⁾ เทคโนโลยีเหล่านี้สามารถนำมาใช้ในหลากหลายรูปแบบและวัตถุประสงค์ ในผู้ที่ยังไม่ป่วยหรือมีความผิดปกติใด ๆ การใช้เทคโนโลยีด้านสุขภาพมีเป้าหมายหลักเพื่อส่งเสริมสุขภาพให้แข็งแรง ป้องกันไม่ให้เกิดโรค รวมถึงป้องกันและลดปัจจัยที่อาจเพิ่มความเสี่ยงในการเกิดโรค ในผู้ที่มีความเสี่ยงจะเป็นโรค เทคโนโลยีด้านสุขภาพช่วยคัดกรองหาว่ามีโรคซ่อนอยู่หรือไม่ ในผู้ที่มีความผิดปกติ เทคโนโลยีเหล่านี้ก็เป็นสิ่งที่ช่วยวินิจฉัย รวมถึงรักษาเมื่อพบว่าเป็นโรคหรือมีภาวะต่างๆ จริง และฟื้นฟูสมรรถภาพทางร่างกายและจิตใจของผู้ป่วย เทคโนโลยี

ด้านสุขภาพจึงสอดแทรกอยู่ในกิจวัตรประจำวันแทบทุกอย่างของทุกคน และเป็นพื้นที่สำคัญอย่างยิ่งในการขับเคลื่อนระบบสุขภาพเพื่อให้ประชาชนมีสุขภาพแข็งแรง องค์การอนามัยโลกจึงจัดให้เวชภัณฑ์และเทคโนโลยีด้านสุขภาพต่างๆ เป็นหนึ่งในหกองค์ประกอบสำคัญของระบบสุขภาพ ร่วมกับการให้บริการ บุคลากรทางการแพทย์ ระบบสารสนเทศด้านสุขภาพ ระบบการคลังด้านสุขภาพ และภาวะผู้นำและการอภิบาล⁽²⁷⁾

อย่างไรก็ตาม การใช้เทคโนโลยีสุขภาพที่เพิ่มมากขึ้นก็ทำให้ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพเพิ่มขึ้นเป็นเงาตามตัว โดยเฉพาะเมื่อเทคโนโลยีด้านสุขภาพใหม่ๆ มีราคาสูงขึ้นเรื่อยๆ และการนำเทคโนโลยีด้านสุขภาพชนิดใหม่เข้ามาในตลาดหรืออนุญาตให้เบิกจ่ายได้ในระบบสุขภาพก็ทำให้ค่าใช้จ่ายทั้งของภาครัฐและประชาชนเพิ่มตามไปด้วย ข้อมูลจากสหรัฐอเมริกาชี้ว่าเกือบครึ่งหนึ่งของค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพที่เพิ่มขึ้นเกิดจากเทคโนโลยีด้านสุขภาพ⁽²⁸⁾ ซึ่งไม่น่าแปลกใจนักหากพิจารณาตัวอย่างในประเทศไทย ดังการศึกษาในปี พ.ศ. 2554 ที่พบว่า หากเพิ่มยารักษาโรคกระดูกพรุนเข้าในบัญชียาหลักแห่งชาติและให้คนไทยที่มีข้อบ่งชี้สามารถจ่ายกลุ่มนี้ได้โดยสะดวก คือ รัฐบาลเป็นผู้รับภาระค่าใช้จ่ายให้ทั้งหมด จะเพิ่มภาระงบประมาณขึ้นอย่างน้อยปีละ 2,000 ล้านบาทและอาจสูงถึง 12,000 ล้านบาทขึ้นกับขอบเขตของข้อบ่งชี้ที่อนุญาตให้เบิกจ่ายได้⁽²⁹⁾ ซึ่งตัวเลขดังกล่าวนี้ถือว่าสูงมาเมื่อเทียบกับงบประมาณทั้งหมดที่ใช้ในระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้าในตอนนั้น คือ ราว 150,000 ล้านบาทต่อปี

อีกตัวอย่างหนึ่งที่ชี้ชัดว่าค่าใช้จ่ายจากเทคโนโลยีด้านสุขภาพส่งผลกระทบต่อค่าใช้จ่ายสุขภาพโดยรวม คือ การที่ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพต่อหัวของผู้ที่ใช้สวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการสูงถึง 4 เท่าของผู้ใช้ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการเป็นสิทธิรักษายาบาลสำหรับข้าราชการและครอบครัว สวัสดิการดังกล่าวอนุญาตให้เบิกจ่ายเทคโนโลยีด้านสุขภาพในขอบเขตที่กว้างกว่าระบบประกันสังคมหรือระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ โดยผู้ใช้สวัสดิการดังกล่าวสามารถใช้นายกอบัญชียาหลักแห่งชาติได้ในบางกรณี ในขณะที่ผู้ใช้ระบบประกันสุขภาพของรัฐบาลอื่น

ต้องรับภาระค่าใช้จ่ายจากยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติด้วยตัวเอง ในปี พ.ศ. 2558 พบว่าผู้ใช้สวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการมีค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพเฉลี่ย 13,756 บาทต่อคนต่อปี ในขณะที่ผู้ใช้ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ มีค่าใช้จ่ายราว 3,000 บาทเท่านั้น⁽³⁰⁾ ส่วนต่างค่าใช้จ่ายนี้ ส่วนหนึ่งอาจเป็นผลมาจากการที่ใช้สวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการมีประชากรอายุมาก คือ อายุอยู่ในช่วง 45-70 ปี จำนวนมากกว่าระบบประกันสุขภาพอื่น⁽³¹⁾ แต่คงไม่อาจปฏิเสธได้ว่าความแตกต่างในการใช้เทคโนโลยีด้านสุขภาพของสวัสดิการดังกล่าวเมื่อเทียบกับอีกสองระบบประกันสุขภาพ เป็นปัจจัยสำคัญหนึ่งที่ทำให้เกิดความแตกต่างอย่างเห็นได้ชัดดังกล่าว เนื่องจากพบว่า ค่ายาเฉลี่ยต่อผู้ป่วยแต่ละรายในโรงพยาบาลที่ผู้รับบริการส่วนใหญ่รับยาในบัญชียาหลักแห่งชาติเท่านั้น ต่ำกว่าในโรงพยาบาลที่ผู้รับบริการส่วนใหญ่ใช้นายกอบัญชียาหลักแห่งชาติมากอีกด้วย⁽³⁰⁾

4.10.2 เทคโนโลยีด้านสุขภาพจะยังมีบทบาทยิ่งขึ้นในอนาคต

การใช้เทคโนโลยีด้านสุขภาพมีแนวโน้มจะเพิ่มสูงขึ้นต่อเนื่อง โดยเป็นผลมาจากทั้งลักษณะของประชากรที่เปลี่ยนแปลงไป และความเปลี่ยนแปลงของเทคโนโลยีและการแพทย์ ปัจจุบันหลายประเทศทั่วโลก รวมทั้งประเทศไทย กำลังเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ ยังผลให้ผู้ที่เป็โรคเรื้อรังซึ่งต้องใช้การรักษาที่ซับซ้อนและเป็นระยะยาวมีจำนวนเพิ่มขึ้น⁽³²⁾ ขณะเดียวกันวิทยาการที่รุดหน้าแบบก้าวกระโดดจะทำให้เทคโนโลยีด้านสุขภาพ โดยเฉพาะเทคโนโลยีด้านดิจิทัล มีบทบาทมากขึ้นเรื่อยๆ ทั้งในการรักษายาบาลและในชีวิตประจำวัน ทั้งเข้ามาช่วยให้การแพทย์มีประสิทธิภาพเพิ่มขึ้น หรือทดแทนการแพทย์บางอย่างเนื่องจากผู้ป่วยสามารถดูแลสุขภาพตนเองในเบื้องต้นได้ดีขึ้น

เทคโนโลยีที่เกิดขึ้นใหม่เหล่านี้มีความยืดหยุ่นสูง สามารถนำไปประยุกต์ใช้ได้หลากหลายและอาจเปลี่ยนโฉมหน้าของการแพทย์ไปโดยสิ้นเชิง การแพทย์ในอนาคตจะมีความเฉพาะตัวกับผู้ป่วยแต่ละคนมากขึ้นผ่านการแพทย์ที่เฉพาะเจาะจงกับแต่ละบุคคลในระดับยีน

(precision medicine) และจะนำมาซึ่งแนวทางการป้องกัน รักษาโรค และฟื้นฟูสมรรถภาพแบบใหม่ๆ ซึ่งไม่เคยปรากฏมาก่อน⁽³²⁾ mHealth หรือการแพทย์บนอุปกรณ์พกพาโดยใช้แอปพลิเคชันด้านสุขภาพบนโทรศัพท์มือถือและอุปกรณ์พกพาต่างๆ จะช่วยให้ความรู้ในการดูแลตัวเองของผู้ป่วยในเบื้องต้น ซึ่งอาจลดการมาโรงพยาบาลโดยไม่จำเป็นได้ เทคโนโลยีกลุ่มนี้กำลังเป็นที่นิยมอย่างสูงในปัจจุบัน โดยในปี พ.ศ. 2560 ประมาณการว่าการแพทย์บนโลกดิจิทัลมีมูลค่าสูงถึงราว 8 แสนล้านบาททั่วโลก และช่วยลดค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพในสหรัฐอเมริกาได้ 2 หมื่นล้านบาท⁽³³⁾ การใช้อุปกรณ์อิเล็กทรอนิกส์ที่สวมใส่ติดตัว (wearable devices) ซึ่งมักมีเซ็นเซอร์ติดตามกิจกรรมทางกายและข้อมูลสุขภาพของผู้สวมใส่ในยุคของอินเทอร์เน็ตของสรรพสิ่ง (internet of things) ที่อุปกรณ์อิเล็กทรอนิกส์ส่งต่อข้อมูลถึงกันได้โดยที่มนุษย์ไม่ต้องป้อนข้อมูล จะทำให้อุปกรณ์เหล่านี้เป็นเหมือนโครงข่ายที่โยงใยส่งต่อและเก็บข้อมูล ทำให้บุคลากรทางการแพทย์ติดตามและเฝ้าสังเกตสุขภาพของผู้ป่วยได้โดยสะดวกขึ้น การพิมพ์สามมิติ (3D printing) และเทคโนโลยีชีวภาพระดับสูง มีแนวโน้มจะสามารถสร้างอวัยวะเทียมที่ใช้งานได้จริง และปัญญาประดิษฐ์ (artificial intelligence) ที่ก้าวหน้าขึ้นจะนำมาซึ่งการเพิ่มขึ้นของหุ่นยนต์ทางการแพทย์ที่ใช้ในการสนับสนุนบุคลากรทางการแพทย์ในการตรวจวินิจฉัยโรค ไปจนถึงการผ่าตัดที่ต้องการความแม่นยำสูง⁽³²⁾

ทั้งหมดนี้เป็นเพียงตัวอย่างของเปลี่ยนแปลงที่จะเกิดขึ้นในอนาคต โดยภาครัฐในแต่ละประเทศจำเป็นต้องวางแผนรับมือความเปลี่ยนแปลงดังกล่าว และตัดสินใจว่าเทคโนโลยีใดเหมาะสมที่จะนำมาใช้จริงในบริบทของประเทศ เนื่องจากจะมีเทคโนโลยีจำนวนมากหลั่งไหลเข้ามาในตลาด ในขณะที่งบประมาณด้านสุขภาพของภาครัฐอาจไม่เพิ่มตาม ภาครัฐจึงไม่อาจรับภาระค่าใช้จ่ายจากเทคโนโลยีใหม่ได้ทั้งหมด และควรจัดสรรว่าอะไรบ้างที่ควรให้ประชาชนมีโอกาสเข้าถึง และอะไรบ้างที่ภาครัฐจะให้การสนับสนุน

ระบบสุขภาพแห่งชาติ (National Health Service, NHS) ในสหราชอาณาจักรเป็นตัวอย่างหนึ่งขององค์กรที่ตัดสินใจใช้และวางแผนการใช้เทคโนโลยีด้านสุขภาพบนโลกดิจิทัลอย่างเป็นทางการ ในเดือนกุมภาพันธ์ ปีพ.ศ. 2561 NHS ประกาศแผนกลยุทธ์ในการให้บริการทางการแพทย์บนโลกดิจิทัลเพื่อรับมือกับการเปลี่ยนแปลงเหล่านี้ โดยแผนดังกล่าวครอบคลุมตั้งแต่การปรับปรุงเว็บไซต์และพัฒนาแอปพลิเคชันให้ผู้ใช้ ซึ่งมีทั้งผู้ป่วยและบุคลากรทางการแพทย์ หาข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพและใช้งานได้สะดวกยิ่งขึ้น พร้อมทั้งปรับระบบให้ผู้ป่วยสามารถพบและปรึกษาแพทย์ผ่านทางอินเทอร์เน็ตได้ เป็นต้น^(34,35)

สำหรับประเทศไทย มีการจัดทำยุทธศาสตร์เทคโนโลยีสารสนเทศสุขภาพ (eHealth Strategy) ขึ้นโดยเป็นแผนเพื่อดำเนินการในระหว่างปี พ.ศ. 2560 ถึงปี พ.ศ. 2569 เพื่อเป็นกรอบแนวคิดในการผลักดันเทคโนโลยีดิจิทัลให้เป็นหนึ่งในองค์ประกอบที่ช่วยพัฒนาระบบสาธารณสุขของประเทศและพัฒนางานด้านเทคโนโลยีดิจิทัลที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพโดยหลาย ๆ ฝ่ายในประเทศทั้งภาครัฐและเอกชนเช่นกัน โดยพัฒนาระบบการเก็บข้อมูลผู้ป่วย เป็นต้น⁽³⁶⁾

4.10.3 ข้อจำกัดที่ควรพิจารณาในการใช้เทคโนโลยีด้านสุขภาพ

ในประเทศกำลังพัฒนา และมีรายได้ปานกลาง เช่นประเทศไทย ยังมีข้อจำกัดอีกหลายข้อเกี่ยวกับการใช้เทคโนโลยีด้านสุขภาพ ทั้งในแง่ปัญหาในการเข้าถึงเทคโนโลยีเหล่านี้ของทั้งแพทย์และผู้ป่วย รวมถึงการสูญเสียของการใช้เทคโนโลยี ซึ่งอาจเกิดได้จากหลายสาเหตุ

ก. ปัญหาในการเข้าถึงเทคโนโลยีด้านสุขภาพ

การที่ผู้ป่วยจะเข้าถึงยาได้ต้องประกอบขึ้นจากหลายปัจจัย นับตั้งแต่การไม่มีเทคโนโลยีนั้นๆ ให้ใช้ (unavailability) เพราะไม่มีการผลิตและนำเข้าเทคโนโลยีนั้นๆ เข้ามาในประเทศ ไปจนถึงข้อจำกัดด้านการเดินทางไปรับบริการที่สถานพยาบาลแล้ว

ในการที่เทคโนโลยีด้านสุขภาพหนึ่ง ๆ ทั้งยาและเครื่องมือแพทย์ จะเข้าสู่ตลาดในประเทศไทยให้ประชาชนไทยใช้ทั้งผ่านระบบประกันสุขภาพและการจ่ายเอง จะต้องผ่านการขึ้นทะเบียนกับองค์การอาหารและยาเสียก่อน สำหรับประเทศไทยนับจากที่ยาชนิดใหม่ออกสู่ตลาดโลกเป็นครั้งแรก จนกระทั่งสามารถส่งขายนั้นได้ กินระยะเวลาโดยเฉลี่ย 13-48 เดือน แม้ว่าระยะเวลานี้ถือว่าค่อนข้างสั้นเมื่อเทียบกับประเทศกำลังพัฒนาอื่น ๆ แต่เมื่อเทียบกับประเทศพัฒนาซึ่งส่วนใหญ่ใช้เวลาน้อยกว่า 1 ปีแล้ว ก็ถือว่าประเทศไทยยังเป็นประเทศที่เริ่มใช้ยาชนิดใหม่ช้า^[37] ในกรณีที่ยาดังกล่าวเป็นยาที่จำเป็นต่อการช่วยชีวิต ก็อาจทำให้ผู้ป่วยเสียโอกาสได้

นอกจากนี้ ในกรณีที่มียาให้ใช้ในตลาดประเทศไทยแล้ว ปัญหาข้อต่อมาก็คือ เทคโนโลยีใหม่มักมีราคาแพง เมื่อพิจารณาจำนวนผู้ป่วยทั้งประเทศ หลายครั้งภาครัฐไม่มีงบประมาณมากพอจะสนับสนุนให้ประชาชนทั้งประเทศใช้เทคโนโลยีดังกล่าวได้อย่างยั่งยืน (unaffordability) ด้วยเหตุนี้เทคโนโลยีนั้นๆ จึงไม่อยู่ในความครอบคลุมของสิทธิประกันสุขภาพของรัฐ เช่น ยาใหม่ที่ยังมีสิทธิบัตรและมีเพียงยาต้นแบบ ราคามักสูงมากทำให้ไม่สามารถบรรจุในบัญชียาหลักแห่งชาติได้ หากประชาชนต้องการใช้เทคโนโลยีนั้นๆ ก็ต้องรับผิดชอบค่าใช้จ่ายด้วยตัวเอง ซึ่งประชาชนส่วนมากก็มักไม่มีกำลังพอที่จะจ่ายได้เช่นกัน ข้อค้นพบหนึ่งที่น่าสนใจคือ ราคายาต้นแบบ (original drugs) ในประเทศไทยส่วนใหญ่ใกล้เคียงกับประเทศอื่น ส่วนราคายาสามัญ (generic drugs) สูงกว่าประเทศกำลังพัฒนาประเทศอื่นเล็กน้อยเมื่อไม่รวมส่วนลดที่ได้เมื่อภาครัฐหรือสถานพยาบาลซื้อเป็นจำนวนมาก และต่ำกว่าเล็กน้อยเมื่อพิจารณาส่วนลดที่ได้ อย่างไรก็ตาม เนื่องจากผลิตภัณฑ์มวลรวมในประเทศต่อหัวประชากร (gross domestic product per capita) ของประเทศไทยต่ำกว่าประเทศที่พัฒนาแล้ว ทำให้แม้ยาต้นแบบจะราคาใกล้เคียงกับประเทศที่พัฒนาแล้ว ก็นับได้ว่าประเทศไทยมีความสามารถในการจ่ายเพื่อสนับสนุนการใช้ยาต้นแบบนั้นๆ ต่ำกว่า^[30]

ข. ปัญหาจากการสูญเสียของเทคโนโลยีด้านสุขภาพ

ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพมีโอกาสูญเสียไปได้มาก โดยการวิเคราะห์ขององค์การอนามัยโลกในปี พ.ศ. 2553 พบว่าร้อยละ 20-40 ของค่าใช้จ่ายสุขภาพทั่วโลกนั้นเป็นค่าใช้จ่ายที่สูญเสียไป^[38] และค่าใช้จ่ายที่เกิดจากการใช้เทคโนโลยีเป็นหนึ่งในปัจจัยสำคัญที่ทำให้เกิดการสูญเสียดังกล่าว โดยอาจเกิดจากการให้เทคโนโลยีด้านสุขภาพรวมถึงการรักษาพยาบาลที่ไม่จำเป็น รวมถึงการใช้ทรัพยากรสิ้นเปลืองโดยใช่เหตุ เช่น การรักษาเกิน หรือการวินิจฉัยเกิน เป็นต้น นอกจากนี้ยังมีการใช้เทคโนโลยีด้านสุขภาพอย่างไม่เหมาะสม ซึ่งนอกจากจะทำให้เกิดความสิ้นเปลืองทางเศรษฐกิจแล้ว ยังเพิ่มความเสี่ยงที่ผู้ป่วยจะเกิดปัญหาสุขภาพเนื่องจากผลข้างเคียงหรือภาวะแทรกซ้อนจากเทคโนโลยีต่างๆ^[39]

ปัญหาเหล่านี้หลายครั้งเกิดจากความไม่รู้ของทั้งผู้ป่วยและแพทย์หรือจากการถูกกลไกตลาดผลักดัน โดยเป็นการใช้เทคโนโลยีโดยที่ไม่มีข้อมูลสนับสนุนอย่างเพียงพอว่าเทคโนโลยีเหล่านั้นได้ผลจริงในโรคหรือภาวะนั้นๆ การใช้น้ำมันอีฟนิ่งพริมโรสในการรักษา eczema ซึ่งเป็นอาการที่ผิวหนังอักเสบจากภูมิแพ้ เป็นหนึ่งในตัวอย่างที่ชัดเจนของปัญหานี้ ในอดีต เชื่อว่าน้ำมันอีฟนิ่งพริมโรสซึ่งมีกรดแกมมาไลโนเลนิก (gamma-linolenic acid) น่าจะช่วยรักษาผู้ป่วยที่มีปัญหา eczema ได้ จึงมีการใช้น้ำมันชนิดนี้กับอาการดังกล่าวอยู่นานถึง 20 ปี กว่าที่หน่วยงาน Medicines and Healthcare Products Regulatory Agency ซึ่งคล้ายกับองค์การอาหารและยาในประเทศไทย ประกาศถอนทะเบียนตำรับยาน้ำมันอีฟนิ่งพริมโรส เนื่องจากมีการศึกษาที่พบว่าไม่มีหลักฐานที่สนับสนุนว่าน้ำมันอีฟนิ่งพริมโรสใช้ได้ผล^[40] อีกกรณีหนึ่งคือยาเซอร์ราทิโอเปปติเดส (serratiopeptidase) ที่ถูกถอนทะเบียนในประเทศไทยในเดือนสิงหาคม ปี พ.ศ. 2561 หลังจากที่มีการใช้ยาดังกล่าวมาแล้วนานกว่า 40 ปี โดยบริษัทผู้ผลิตในประเทศญี่ปุ่นประกาศยกเลิกทะเบียนตำรับยานี้ด้วยตนเอง ด้วยเหตุผลว่าไม่มีหลักฐานเพียงพอว่ายานี้ใช้ได้ผลในการลดบวม และการศึกษาล่าสุดพบว่า

ยานี้ให้ผลไม่ต่างจากยาหลอก⁽⁴¹⁾ กรณีเหล่านี้เป็นกรณีที่ไม่ร้ายแรงนัก เพราะเพียงเกิดการสูญเสียทางเศรษฐกิจ แต่ยังมีอีกหลายกรณีที่ผู้ป่วยได้รับผลเสียจากการใช้เทคโนโลยีด้านสุขภาพด้วยความไม่รู้ ตัวอย่างเช่น ในอดีต สเตียรอยด์เป็นวิธีการรักษาโรคสมองบาดเจ็บ (traumatic brain injury) ที่ใช้กันเป็นเวลานานถึงราว 30 ปี ก่อนที่จะงานวิจัยขนาดใหญ่ในผู้ป่วยนับหมื่นรายจาก 13 ประเทศจะพบว่าการใช้สเตียรอยด์ในผู้ป่วยที่มีภาวะนี้เพิ่มความเสี่ยงที่ผู้ป่วยจะเสียชีวิต อีกตัวอย่างหนึ่งคือการให้ไดเอทิลstilbestrol (diethylstilbestrol) ในหญิงมีครรภ์โดยเข้าใจว่าจะช่วยป้องกันไม่ให้แท้ง ซึ่งทำให้ทารกเติบโตมาโดยเป็นมะเร็งชนิดหายากในระบบสืบพันธุ์เช่นกัน⁽⁴⁰⁾

ปัญหาอีกส่วนหนึ่งที่ทำให้เกิดการสูญเสียทางเทคโนโลยีด้านสุขภาพเกิดจากการใช้เทคโนโลยีเกินความจำเป็นหรือไม่เหมาะสม ซึ่งแทรกอยู่ในทุกขั้นตอนของการรักษา ตั้งแต่การสร้างเสริมสุขภาพ ไปจนถึงการดูแลผู้ป่วยในระยะสุดท้ายของชีวิต เช่น การใช้ยาปฏิชีวนะในโรคที่ไม่ได้เกิดจากแบคทีเรีย ซึ่งนอกจากจะไม่ช่วยให้ผู้ป่วยอาการดีขึ้นแล้วยังจะทำให้เชื้อแบคทีเรียยิ่งดื้อยายิ่งขึ้น หรือการผ่าท้องคลอดแบบ caesarean section โดยที่ไม่มีความจำเป็น⁽³⁹⁾ การคัดกรองที่เกินความจำเป็นหรือไม่เหมาะสมก็เป็นอีกตัวอย่างหนึ่งที่เห็นได้ชัด การคัดกรองส่วนใหญ่มีโอกาที่จะให้ผลคลาดเคลื่อนจากความเป็นจริง ในบางกรณี ผลการคัดกรองอาจชี้ว่าผู้ที่ไม่ได้เป็นโรคมมีความผิดปกติ (false positive หรือผลบวกлож) ทำให้เกิดการวินิจฉัยเกิน (overdiagnosis) คือการวินิจฉัยว่าความผิดปกติหนึ่งเป็นโรคทั้งที่ความผิดปกตินั้นไม่จำเป็นต้องได้รับการรักษา และนำไปสู่การรักษาเกิน (overtreatment) หรือก็คือการรักษาโดยไม่จำเป็นในที่สุด ยิ่งการตรวจทำได้ง่าย และราคาไม่แพง ก็จะมีผู้ที่ได้รับการตรวจมากขึ้น และได้รับการรักษาเกินมากขึ้นตามไปด้วย การคัดกรองมะเร็งหลายโรคเป็นตัวอย่างที่ดีของปัญหานี้ เนื่องจากหลายครั้งที่มะเร็งที่คัดกรองพบเป็นมะเร็งชนิดที่ลุกลามช้าจนผู้ป่วยเสียชีวิตจากโรคอื่น ไม่ใช่เพราะมะเร็ง การรักษามะเร็งกลุ่มนี้จึงไม่จำเป็น แต่บ่อยครั้งบุคลากรทางการแพทย์ไม่อาจแยกแยะได้ชัดเจนว่ามะเร็งที่คัดกรองพบเป็นมะเร็งชนิดนี้หรือไม่ จึงมักรักษามะเร็งทั้งหมดที่พบ^(39,40)

ด้วยเหตุนี้ ภาครัฐ บุคลากรทางการแพทย์ และผู้ป่วยจึงควรร่วมมือกันป้องกันและลดปัญหาเหล่านี้ในบริบทประเทศไทย เพื่อให้ประชาชนเข้าถึงเทคโนโลยีที่เหมาะสมกับตนและประเทศ ผ่านการประเมินเทคโนโลยีด้านสุขภาพ (health technology assessment หรือ HTA)

4.10.4 การประเมินเทคโนโลยีด้านสุขภาพ

การประเมินเทคโนโลยีด้านสุขภาพ คือ การวิจัยอย่างเป็นระบบเพื่อการตัดสินใจเกี่ยวกับการเลือกใช้เทคโนโลยีด้านสุขภาพ โดยใช้ความรู้จากสหสาขาวิชาเพื่อตรวจสอบว่าการนำเทคโนโลยีมาใช้จะทำให้เกิดผลกระทบอย่างไร ทั้งด้านบวกและด้านลบ ในระยะสั้นและระยะยาว ทางตรงและทางอ้อม ศาสตร์ที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ การแพทย์ สังคมศึกษา จริยธรรม และเศรษฐศาสตร์⁽⁴²⁾ โดยมีระเบียบวิธีวิจัยหลากหลายเพื่อให้ข้อมูลที่แตกต่างกันไป ตัวอย่างของการประเมินเทคโนโลยีด้านสุขภาพ เช่น การประเมินความคุ้มค่า (economic evaluation) ของการนำเทคโนโลยีใหม่มาใช้เมื่อเทียบกับเทคโนโลยีที่มีอยู่แล้ว ว่าผลที่ได้จะคุ้มค่างับต้นทุนที่ต้องเสียไปหรือไม่ การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ (systematic review) และการวิเคราะห์เชิงปริมาณ (meta-analysis) ซึ่งเป็นการรวบรวมข้อมูลจากงานวิจัยที่มีอยู่ทั้งหมดที่เกี่ยวข้องกับหัวข้อที่ต้องการศึกษา มาสรุปโดยพยายามให้มีความลำเอียงน้อยที่สุด เพื่อให้ทราบว่าเทคโนโลยีด้านสุขภาพใดมีประสิทธิภาพดีกว่า หรือปลอดภัยกว่า การประเมินผลกระทบด้านงบประมาณ (budget impact analysis) ซึ่งเป็นการคาดการณ์ว่าผู้จ่ายเงินจะต้องเตรียมงบประมาณไว้เท่าไร หากต้องการนำเทคโนโลยีใหม่มาใช้ และการประเมินความเป็นไปได้ (feasibility study) ในการใช้เทคโนโลยีในบริบทนั้นๆ เป็นต้น เนื่องจากการประเมินเทคโนโลยีด้านสุขภาพมุ่งเน้นให้ข้อมูลกับการตัดสินใจเชิงนโยบาย จึงอาจไม่มีผลโดยตรงกับประชากรแต่ละคนในประเทศ แต่ส่งผลทางอ้อมผ่านทางนโยบายที่ตัดสินใจโดยใช้หลักฐานเหล่านี้ประกอบ

เพื่อให้ประชาชนสามารถเข้าถึงเทคโนโลยีด้านสุขภาพได้โดยมีการสูญเสียจากการใช้เทคโนโลยีเหล่านี้น้อยที่สุด ควรมีการประเมินเทคโนโลยีใน 3 ขั้นตอนของการใช้เทคโนโลยี ได้แก่ การประเมินก่อนที่จะมีการนำเทคโนโลยีสุขภาพเข้าในตลาด การประเมินเพื่อประกอบการตัดสินใจว่าจะให้เบิกจ่ายเทคโนโลยีดังกล่าวในระบบประกันสุขภาพของรัฐหรือไม่ และประเมินหลังจากที่มีการใช้เทคโนโลยีนั้นๆ ในประเทศแล้ว

ก. การประเมินก่อนนำเข้าในตลาด

การประเมินก่อนที่จะมีการขึ้นทะเบียนและอนุญาตให้วางจำหน่ายเทคโนโลยีนั้นๆ ในตลาดในประเทศไทย เช่น การขึ้นทะเบียนตำรับยา หรือการขึ้นทะเบียนเทคโนโลยีอื่นๆ ก่อนที่จะอนุญาตให้มีการขึ้นทะเบียน ต้องมีการประเมินเพื่อให้มั่นใจได้ว่าเทคโนโลยีนั้นๆ มีประสิทธิผลจริงและปลอดภัย ในปัจจุบัน กระบวนการเหล่านี้มักดำเนินการโดยบริษัทผู้ผลิตและผ่านการรับรองอนุมัติโดยองค์การอาหารและยาของแต่ละประเทศ การประเมินในขั้นตอนนี้จะเป็นประโยชน์อย่างยิ่งต่อการป้องกันการสูญเสียจากการใช้ยา และมักไม่ได้เป็นส่วนหนึ่งของระบบประกันสุขภาพ เนื่องจากในกรณีนี้ประชาชนมักเป็นผู้แบกรับภาระค่าใช้จ่ายเทคโนโลยีเหล่านี้ด้วยตัวเอง จึงมีความเสี่ยงสูงที่จะเกิดการใช้เทคโนโลยีโดยไม่เหมาะสมและเกินความจำเป็น

ข. การประเมินเพื่อประกอบการตัดสินใจให้เบิกจ่าย

ควรมีการประเมินเพื่อประกอบการตัดสินใจว่าจะให้เทคโนโลยีหนึ่งๆ อยู่ในชุดสิทธิประโยชน์ของระบบหลักประกันสุขภาพหรือไม่ เพื่อให้ตัดสินใจเลือกทางที่จะทำให้เป็นการใช้งบประมาณได้อย่างมีประสิทธิภาพที่สุด บประมาณและทรัพยากรในระบบสุขภาพมีจำกัด หากภาครัฐลงทุนกับเทคโนโลยีที่ไม่มีประสิทธิผลแล้ว อาจไม่มีงบประมาณที่จะลงทุนในเทคโนโลยีที่มีประสิทธิผล ภาครัฐจึงต้องพิจารณาอย่างรอบคอบว่าจะสนับสนุนให้ประชาชนใช้เทคโนโลยีด้านสุขภาพใดได้บ้างภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพของรัฐ โดยเทคโนโลยีที่ควรลงทุนควรเป็นเทคโนโลยีที่เป็นประโยชน์คุ้มค่ากับงบประมาณที่ใช้ไป และค่าใช้จ่ายไม่สูงเกินกว่าที่รัฐจะรับภาระได้ ในขั้นนี้โดยทั่วไปจึงใช้ข้อมูลจากการประเมินความคุ้มค่า และ

การประเมินผลกระทบด้านภาระงบประมาณ การประเมินในขั้นนี้จะช่วยลดการสูญเสียของงบประมาณของภาครัฐ รวมถึงช่วยให้จัดสรรงบประมาณได้อย่างมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

ค. การประเมินหลังจากใช้เทคโนโลยีแล้ว

การประเมินในทั้งสองขั้นข้างต้นเป็นการประเมินก่อนที่จะมีการใช้หรือให้เบิกจ่ายเทคโนโลยีนั้นๆ แต่เมื่อนำเทคโนโลยีมาใช้จริงแล้วอาจเกิดผลลัพธ์ที่มีความแตกต่างจากการประเมินที่ได้คาดการณ์ไว้ล่วงหน้า เช่น ยาบางชนิดที่ใช้ในต่างประเทศได้ผลดี อาจไม่ได้ผลดีเท่ากันในประเทศไทยเนื่องจากความแตกต่างทางพันธุกรรมหรือคุณลักษณะของผู้ป่วย เป็นต้น การประเมินหลังการใช้เทคโนโลยี คือ การศึกษาจากสถานการณ์ที่เกิดขึ้นจริงเพื่อการวางแผนนโยบายและดำเนินการต่อไปได้อย่างเหมาะสมยิ่งขึ้น นอกจากนี้ การแพทย์มีการค้นพบใหม่อยู่เสมอ ทั้งในเรื่องประโยชน์และโทษเช่น ผลข้างเคียง ของเทคโนโลยี จึงควรมีการติดตามและปรับปรุงเพื่อให้ข้อมูลเป็นปัจจุบันทั้งในด้านประสิทธิผล ความปลอดภัย ความคุ้มค่า และภาระงบประมาณ

4.10.5 การประเมินเทคโนโลยีด้านสุขภาพกับการเบิกจ่ายในประเทศไทย

ประเทศไทยมีหน่วยงานสนับสนุนให้เกิดการใช้ข้อมูลจากการประเมินเทคโนโลยีด้านสุขภาพในการจัดสรรทรัพยากรในระบบสุขภาพ ได้แก่ โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ หรือ ไฮแทป (Health Intervention and Technology Assessment Program--HITAP) ซึ่งเป็นโครงการหนึ่งภายใต้กระทรวงสาธารณสุข จัดตั้งมาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2550 ซึ่งมีพันธกิจทั้งการพัฒนาขีดความสามารถของบุคลากรทั้งระดับผู้บริหารและนักวิชาการ สร้างเครื่องมือและคู่มือเพื่อทำให้การประเมินเทคโนโลยีมีมาตรฐาน สื่อสารกับผู้มีส่วนได้ส่วนเสียทุกฝ่ายให้เห็นความสำคัญของการประเมินเทคโนโลยีและเกิดการใช้ประโยชน์จากผลการประเมิน ปัจจุบันการประเมินเทคโนโลยีด้านสุขภาพถูกใช้ในการพิจารณานำยาราคาแพงและวัคซีนเข้าสู่ในบัญชียาหลักแห่งชาติและพิจารณานำการรักษา บริการ รวมถึง

มาตรการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคเข้าสู่ชุดสิทธิประโยชน์ภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติหรือบัตรทอง ดังจะกล่าวในส่วนต่อไป

ก. การประเมินยาเพื่อพัฒนาบัญชียาหลักแห่งชาติ

นับตั้งแต่ปี พ.ศ. 2551 เป็นต้นมา เมื่อมีการเสนอให้นำยาชนิดใหม่เข้าในบัญชียาหลักแห่งชาติ คณะอนุกรรมการพัฒนาบัญชียาหลักแห่งชาติจะพิจารณาว่าต้องการใช้ข้อมูลความคุ้มค่าและข้อมูลด้านการงบประมาณหรือไม่ โดยส่วนใหญ่ยาที่ต้องการข้อมูลเหล่านี้มักเป็นยาที่มีราคาสูง หากต้องการข้อมูลเหล่านี้ คณะทำงานด้านเศรษฐศาสตร์สาธารณสุขภายใต้คณะอนุกรรมการพัฒนาบัญชียาหลักแห่งชาติจะประสานงานให้นักวิจัยประเมินความคุ้มค่า และประเมินผลกระทบด้านการงบประมาณของยานั้นเมื่อเทียบกับยาในข้อบ่งใช้เดียวกันที่มีอยู่เดิมในบัญชียาหลักแห่งชาติ หรือยาและเทคโนโลยีสุขภาพอื่นที่เหมาะสม โดยยาชนิดหนึ่งจะคุ้มค่าหากมีต้นทุนเพิ่มขึ้นในทุกภาคส่วนในสังคมไทยไม่เกิน 160,000 บาทต่อปีสุขภาพะที่เพิ่มขึ้น⁽⁴³⁾

ในกรณีที่พบว่ายาชนิดหนึ่งคุ้มค่าในประเทศไทย และมีผลกระทบด้านการงบประมาณอยู่ในเกณฑ์ที่ยอมรับได้ คณะอนุกรรมการพัฒนาบัญชียาหลักแห่งชาติจะพิจารณานำยาดังกล่าวเข้าในบัญชียาหลักแห่งชาติต่อไป และในกรณีที่พบว่ายาดังกล่าวนั้นๆ ไม่คุ้มค่าตามเกณฑ์ หรือมีผลกระทบด้านการงบประมาณสูงเกินไป อาจมีการพิจารณาต่อรองราคา โดยใช้ราคาสูงสุดที่ยานั้นยังคงคุ้มค่าตามเกณฑ์ ซึ่งคำนวณได้จากการประเมินความคุ้มค่าประกอบการต่อรองราคา

ข. การประเมินเทคโนโลยีเพื่อพัฒนาชุดสิทธิประโยชน์ภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

ในปัจจุบัน ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเป็นระบบประกันสุขภาพเดียวในประเทศไทยที่ใช้ข้อมูลการประเมินเทคโนโลยีด้านสุขภาพในการพิจารณาเบิกจ่ายเทคโนโลยีต่างๆ อย่างเป็นทางการ โดยในการเพิ่มเทคโนโลยีด้านสุขภาพใหม่ๆ เข้าในชุดสิทธิประโยชน์ภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพดังกล่าว สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) จะเปิดโอกาสให้หลายภาคส่วนเสนอเทคโนโลยีที่น่าจะเพิ่มเข้าในชุดสิทธิประโยชน์

ดังกล่าวและมีการจัดลำดับเทคโนโลยีที่น่าจะสำคัญที่สุดในรอบการเสนอนั้นๆ และประสานงานกับนักวิจัยเพื่อประเมินเทคโนโลยีที่อยู่ในลำดับความสำคัญสูงต่อไป โดยอาจเป็นการประเมินความคุ้มค่ารวมถึงภาระงบประมาณหรือการประเมินชนิดอื่น เช่น การประเมินความเป็นไปได้ในการใช้เทคโนโลยีดังกล่าวในประเทศไทย ตามความเหมาะสม⁽⁴⁴⁾

ภาพที่ 4.58 แสดงให้เห็นกระบวนการพัฒนาชุดสิทธิประโยชน์ภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ซึ่งผู้มีส่วนได้ส่วนเสียทั้ง 7 กลุ่มที่มีสิทธิเสนอหัวข้อเพื่อประเมินเทคโนโลยีสำหรับการพิจารณาโดยคณะอนุกรรมการฯ ได้แก่

- 1) ตัวแทนจากกลุ่มผู้บริหารในกระทรวงสาธารณสุขและกระทรวงอื่นๆ
- 2) ตัวแทนจากกลุ่มผู้ประกอบวิชาชีพคือแพทย์ ทันตแพทย์และเภสัชกร
- 3) ตัวแทนจากกลุ่มนักวิชาการในคณะที่เกี่ยวข้องกับวิทยาศาสตร์การแพทย์ เศรษฐศาสตร์และคณะสาธารณสุขศาสตร์
- 4) ตัวแทนจากภาคประชาสังคมที่เข้าร่วมสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ
- 5) ตัวแทนจากกลุ่มผู้ป่วยต่างๆ
- 6) ตัวแทนจากภาคประชาชนที่เข้าร่วมสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ
- 7) ตัวแทนจากบริษัทยาในประเทศ บริษัทยาข้ามชาติ และบริษัทเครื่องมือแพทย์

เมื่อทั้ง 7 กลุ่มนี้เสนอหัวข้อเข้ามาที่มิวสิกการ คือ ไฮแทป (HITAP) และสำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ จะทำการค้นหาข้อมูลที่เกี่ยวข้องเพื่อให้คะแนนเบื้องต้นสำหรับจัดลำดับความสำคัญ เช่น จำนวนผู้ได้รับผลกระทบจากโรคหรือปัญหาสุขภาพ ฯลฯ ก่อนที่จะนำเสนอให้คณะทำงานคัดเลือกหัวข้อที่แต่งตั้งโดย สปสช. ทำการตัดสินใจขั้นสุดท้าย หัวข้อที่คัดเลือกในรอบนี้จะนำไปสู่กระบวนการวิจัยซึ่งเริ่มต้นด้วยการประชุมหารือผู้มีส่วนได้เสียทุกกลุ่มก่อนเริ่มงานวิจัย ตามที่ระบุข้างต้น เมื่องานวิจัยแล้วเสร็จหลังจากผ่านการประชุมเพื่อนำเสนอผลงานวิจัยเบื้องต้น

และนักวิจัยได้ปรับแก้ตามข้อเสนอแนะจากการประชุมดังกล่าว ข้อค้นพบและข้อเสนอแนะเชิงนโยบายจะถูกนำไปเสนอต่อคณะกรรมการพัฒนาชุดสิทธิประโยชน์และ

คณะกรรมการบริหาร สปสช.เพื่อพิจารณาเป็นนโยบายต่อไป

ภาพที่ 4.58 แนวทางการประเมินเทคโนโลยีเพื่อสนับสนุนการพัฒนาชุดสิทธิประโยชน์ระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า



ค. ประโยชน์ของการประเมินเทคโนโลยีด้านสุขภาพในประเทศไทย

การประเมินเทคโนโลยีด้านสุขภาพช่วยลดการสูญเสียของงบประมาณและช่วยให้ประชาชนเข้าถึงเทคโนโลยีใหม่ที่มีประสิทธิภาพ โดยที่ภาครัฐไม่ต้องรับภาระงบประมาณเกินกว่าที่จะสามารถจ่ายไหว รวมถึงช่วยใน

การวางแผนงบประมาณด้วย นอกจากนี้ ประโยชน์ที่เห็นได้เป็นรูปธรรม คือ การประเมินความคุ้มค่าเป็นข้อมูลที่เป็นประโยชน์ในการต่อรองราคา ทำให้ราคายาที่เข้าในบัญชียาหลักแห่งชาติลดลงมาก ดังตัวอย่างในตารางที่ 4.11 โดยคาดว่า การต่อรองราคา 3 ชนิดนี้ ช่วยประหยัดงบประมาณให้ประเทศได้ถึงปีละกว่า 1,000 ล้านบาท⁽⁴³⁾

ตารางที่ 4.11 ตัวอย่างราคายาก่อนและหลังการต่อรองราคา และงบประมาณที่คาดว่าจะประหยัดได้⁽⁴³⁾

รายการยา	ข้อบ่งชี้	ราคาขายที่เสนอสำหรับ บัญชียาหลักแห่งชาติ (บาท)	ราคาขายที่ต่อรอง สุดท้าย (บาท)	งบประมาณที่ ประหยัดได้
Tenofovir	ติดเชื้อ HIV	43	12	375
Peg-interferon alpha (180mcg)	ไวรัสตับอักเสบบีเรื้อรัง ชนิดซี	9,241	3,150	600
Oxaliplatin (50 mg/25ml)	มะเร็งลำไส้	8,000	2,500	152
Angiogenesis inhibitor	จอตาเสื่อม	40,000		

สำหรับกระบวนการสร้างความมีส่วนร่วมในงานวิจัยนับตั้งแต่การคิดโจทย์วิจัยให้สอดคล้องกับความต้องการของสังคมไทยในการพัฒนาชุดสิทธิประโยชน์ภายใต้ระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้าทำให้เกิดความก้าวหน้าของกระบวนการนโยบายของประเทศไทยและทำให้เกิดความชอบธรรมของการจัดสรรทรัพยากรในระบบสุขภาพดังตัวอย่างในกรณีศึกษาที่ภาคประชาสังคมตั้งคำถามว่าระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้าควรสนับสนุนแว่นสายตาหรือไม่ หรืออีกนัยหนึ่งคือ ควรบรรจุแว่นสายตาในชุดสิทธิประโยชน์หรือไม่ ซึ่งจากการประชุมผู้มีส่วนได้เสียและผู้เชี่ยวชาญหลายกลุ่ม ตั้งแต่ผู้แทนจากกองทุนประกันสุขภาพทั้งสาม ผู้แทนจากราชวิทยาลัยจักษุแพทย์แห่งประเทศไทย ผู้แทนจากชมรมผู้ประกอบการอาชีพแว่นตา ผู้แทนภาคประชาสังคม นักวิชาการฯลฯ พบว่าคำถามงานวิจัยที่เหมาะสม สำหรับนำไปใช้ในการผลักดันนโยบายคือ ความเป็นไปได้ในการมีนโยบายคัดกรองความผิดปกติในการมองเห็นสำหรับเด็กเล็กในโรงเรียนอนุบาลและโรงเรียนประถมศึกษา ทั้งนี้เพราะข้อมูลที่ได้รับจากการประชุมดังกล่าว (มีการประชุมหลายครั้ง) พบว่า การแก้ไขความผิดปกติทางสายตาควรให้ความสำคัญเร่งด่วนสำหรับ

เด็กเล็กก่อน เพราะจะมีผลต่อความพิการถาวรหากแก้ไขช้ากว่า 6 ปี คือเด็กที่สายตาดัดปกติกจะกลายเป็นโรคสายตาสั้นซึ่งเกี่ยวข้องเป็นความผิดปกติถาวรแก้ไขไม่ได้ การแก้ไขสายตาดัดปกติดังกล่าวอย่างทันท่วงทีจะให้ผลดีทั้งด้านสุขภาพ พัฒนาการและการศึกษา ประกอบกับประเทศไทยยังไม่มีระบบคัดกรองความผิดปกติในการมองเห็นอย่างเป็นระบบและมีประสิทธิภาพ หากให้บุคลากรทางการแพทย์เป็นผู้ทำการคัดกรองจะเป็นภาระงานที่มาก อาจไม่มีความยั่งยืนในระยะยาว ขณะที่ครุมีความใกล้ชิดเด็กและได้รับความเคารพเชื่อฟังจากเด็ก การคัดกรองน่าจะทำได้ไม่ยาก จึงเป็นที่มาของโครงการวิจัยเพื่อพัฒนาหลักสูตรเครื่องมือสำหรับอบรมครูโดยบุคลากรทางการแพทย์และให้ครูลงมือคัดกรอง สร้างแนวทางและระบบส่งต่อสุดท้ายจัดระบบบริการตรวจวินิจฉัยและแก้ไขความผิดปกติทางสายตา รวมทั้งการแจกแว่นสายตา (ภาพที่ 4.59) โครงการวิจัยนี้ประสบความสำเร็จด้วยดี และเมื่อนำเสนอต่อผู้บริหารก็ได้รับการผลักดันให้เป็นนโยบายสำคัญระดับชาติ มีนายกรัฐมนตรีเป็นประธานในการเริ่มต้นนโยบายในวันเด็กแห่งชาติปี พ.ศ. 2559 ที่ผ่านมา

ภาพที่ 4.59 ตัวอย่างของการพัฒนาโจทย์วิจัยให้ตรงกับความต้องการทางนโยบายและสามารถสร้างผลกระทบได้จริง

คำถามที่ได้จากกระบวนการค้นหาหัวข้อวิจัยเพื่อพัฒนาชุดสิทธิประโยชน์: ระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้าควรแจกแว่นสายตาฟรีหรือไม่?



Thailand's Universal Eye Screening in Action



คำถามวิจัย: เป็นไปได้หรือไม่ ที่จะคัดกรองสายตาผิดปกติในเด็กโดยครูที่ฝึกหัดแล้ว Is it feasible and accurate to screen refractive error in students by teachers and provide free eye glasses?

Teerawattananon K, Myint CY, Wongkittirux K, Teerawattananon Y, Chinkulkitnivat B, Oprayoon S, Kusukul S, Teengtrism S, Jenchit W. Assessing the accuracy and feasibility of a refractive error screening program conducted by school teachers in pre-primary and primary schools in Thailand. PLoS One. 2014 Jun 13;9(6):e96684

4.10.6 บทสรุป

เทคโนโลยีด้านสุขภาพเป็นส่วนสำคัญของระบบสุขภาพและเกี่ยวข้องกับชีวิตประจำวันของทุกคน เทคโนโลยีด้านสุขภาพจะเข้ามามีบทบาทมากยิ่งขึ้นในอนาคตผ่านทางโทรศัพท์มือถือ อุปกรณ์พกพา และอื่นๆ รวมถึงนวัตกรรมด้านการแพทย์ ในขณะที่เทคโนโลยีเหล่านี้เป็นประโยชน์อย่างยิ่งต่อสุขภาวะของมนุษย์ ยังมีปัญหา

หลายอย่างที่เกิดขึ้นจากการใช้เทคโนโลยีด้านสุขภาพ เช่น ปัญหาด้านภาระค่าใช้จ่ายต่อระบบประกันสุขภาพหรือครัวเรือน ปัญหาการใช้เทคโนโลยีไม่เหมาะสมส่งผลให้เกิดผลข้างเคียงที่ไม่คาดหวัง เป็นต้น การประเมินเทคโนโลยีด้านสุขภาพจึงเป็นประโยชน์ในการช่วยลดปัญหาเหล่านี้ผ่านทางการพัฒนานโยบายระดับชาติเพื่อให้ระบบสุขภาพของประเทศไทยมั่นคงและยั่งยืนต่อไป

บทที่ 5

ระบบสุขภาพของประเทศไทย

5.1 ความหมายของระบบสุขภาพ

ในปี พ.ศ. 2541 องค์การอนามัยโลก ได้ให้นิยามใหม่ของ “สุขภาพ” ว่าหมายถึง สุขภาวะอันสมบูรณ์และมีความเป็นพลวัตทั้งทางกาย จิต สังคมและจิตวิญญาณและไม่ใช่เพียงปราศจากโรคและการเจ็บป่วยเท่านั้น* โดยได้ใส่คำว่า “พลวัต” และ “จิตวิญญาณ” เพิ่มเข้าไปในนิยามเดิมที่กำหนดไว้เมื่อปี ค.ศ. 1948 (พ.ศ. 2491) คำนิยามดังกล่าวได้ขยายมิติของสุขภาพเป็น 4 ด้านและได้เน้นถึงความเป็นพลวัตของสุขภาพ ซึ่งมีนัยว่า สุขภาพมีการเคลื่อนไหวเปลี่ยนแปลงและขึ้นกับเหตุปัจจัยอันสลับซับซ้อน ไม่ใช่เป็นภาวะที่คงที่ตายตัว หรือขึ้นกับเหตุปัจจัยเพียงอันใดอันหนึ่งเท่านั้น⁽¹⁾

ในส่วนของประเทศไทย พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 (ราชกิจจานุเบกษา เล่มที่ 124 ตอนที่ 16 ก. ลงวันที่ 19 มีนาคม พ.ศ. 2550) ได้มีการกำหนดนิยามของสุขภาพไว้ว่า “สุขภาพ หมายถึง ภาวะของมนุษย์ที่สมบูรณ์ทั้งกาย จิต ปัญญาและสังคม เชื่อมโยงกันเป็นองค์รวมอย่างสมดุล” ซึ่งสอดคล้องกับการที่องค์การอนามัยโลกได้ขับเคลื่อนงานด้านสุขภาพในความหมายที่ครอบคลุมทั้งด้านกาย จิต และสังคม และมีการขับเคลื่อนอย่างกว้างขวาง เมื่อมีมติให้มวลสมาชิกมุ่งบรรลุสุขภาพถ้วนหน้าเมื่อปี พ.ศ. 2543 ตั้งแต่คริสต์ทศวรรษ 1970 โดยมีการเปิดพื้นที่ให้กับการมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วนในสังคม (All for Health) เพื่อสุขภาพของคนทั้งมวล (Health for All)

นอกจากนี้ สมัชชาอนามัยโลก ครั้งที่ 62 และ 65 (เมื่อปี พ.ศ. 2552 และ พ.ศ. 2555) ได้เรียกร้องให้ประเทศสมาชิกให้ความสำคัญกับประเด็นต่างๆ ในการพัฒนา

ปัจจัยทางสังคมที่กำหนดสุขภาพ (social determinants of health) เพื่อนำไปสู่ความเป็นธรรมทางสุขภาพ ซึ่งเป็นการมองสุขภาพหรือสุขภาวะอย่างเป็นองค์รวม เชื่อมโยงกับเงื่อนไขและปัจจัยต่างๆ ทางสังคมและสิ่งแวดล้อมหรือเป็นผลของนโยบายและโครงสร้างทางสังคม

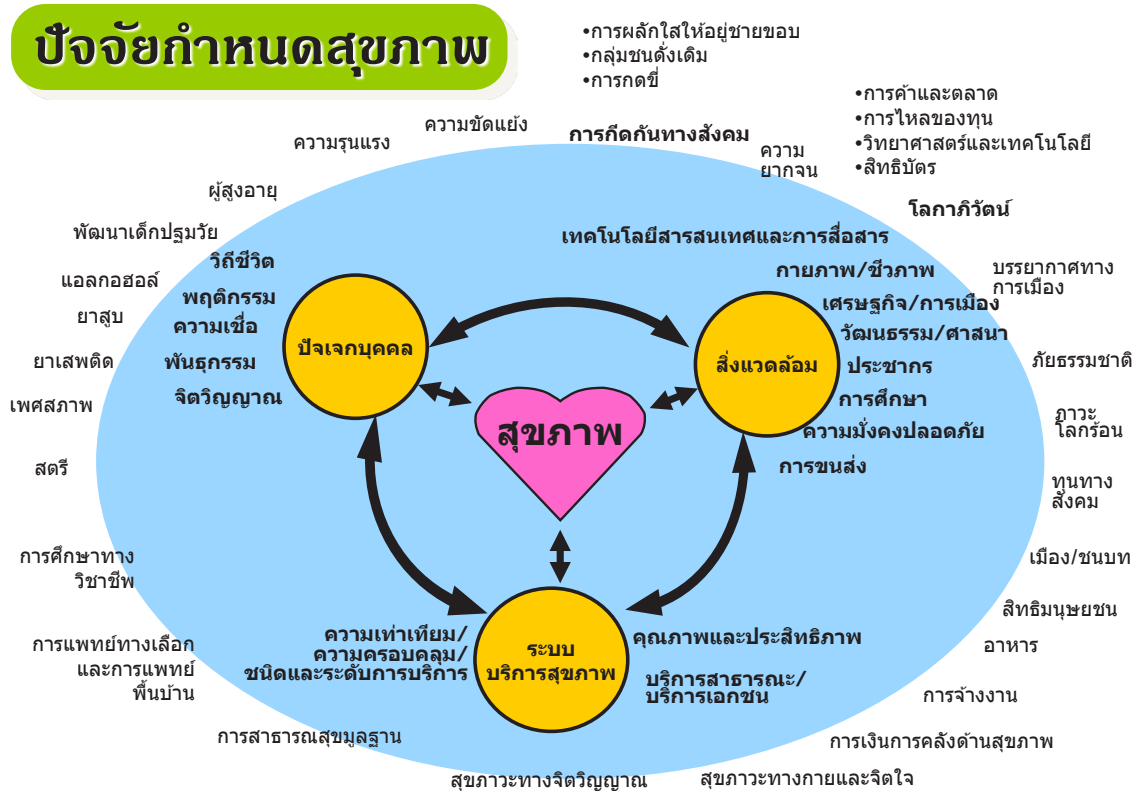
พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 ได้เปลี่ยนมุมมองแนวคิดเรื่องสุขภาพของสังคมไทย จากมุมมองของการสงเคราะห์ซึ่งให้ความสำคัญเฉพาะสุขภาพทางกาย มาเป็นเรื่องของสิทธิขั้นพื้นฐานที่ประชาชนทุกคนพึงได้รับการดูแลคุ้มครองให้เกิดสุขภาพดี และขยายความหมายของสุขภาพไปสู่สุขภาพองค์รวมที่ครอบคลุมทั้ง 4 มิติ คือ สุขภาพทางกาย จิต สังคมและปัญญา โดยให้ความหมายของ ปัญญา ว่าหมายถึง ความรู้ทั่ว รู้เท่าทันและความเข้าใจอย่างแยกแยะได้ในเหตุผลแห่งความดี ความชั่ว ความมีประโยชน์และความมีโทษ ซึ่งนำไปสู่ความมีจิตอันดีงามและเอื้อเฟื้อเผื่อแผ่ และมองระบบสุขภาพเป็นระบบความสัมพันธ์ทั้งหมดที่เกี่ยวข้องกับระบบสุขภาพเป็นเรื่องสุขภาวะของคน ครอบครัว ชุมชนและการอยู่ร่วมกัน ส่งเสริมคุณค่าและศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดเรื่องปัจจัยทางสังคมที่กำหนดสุขภาพ (Social Determinants of Health) (ภาพที่ 5.1)⁽²⁾ ซึ่งชี้ให้เห็นว่าสุขภาพเกี่ยวข้องกับทั้งปัจจัยส่วนบุคคลและได้รับอิทธิพลจากปัจจัยแวดล้อมหรือเงื่อนไขต่างๆ ที่สัมพันธ์และเกี่ยวข้องกับการดำรงชีวิต การแก้ปัญหาเฉพาะที่สุขภาพส่วนบุคคลอาจไม่ได้ผล ถ้าปัจจัยรอบนอกยังกดทับ

* คำนิยามภาษาอังกฤษ คือ Health is a complete dynamic state of physical, mental, social and spiritual well-being and not merely the absence of disease and infirmity.

อยู่ ดังนั้นการส่งเสริมให้เกิดสุขภาพที่ดีจึงต้องพัฒนาปัจจัยหลายด้านที่อยู่นอกแวงดวงสุขภาพ เช่น ความเป็นธรรมทาง

สังคม การเข้าถึงโอกาสด้านต่างๆ รวมถึงสิทธิด้านสุขภาพ และสิทธิในการดำรงอยู่ในสิ่งแวดล้อมที่ดี

ภาพที่ 5.1 ปัจจัยทางสังคมที่กำหนดสุขภาพ



ที่มา: อัมพล จินดาวัฒนะ⁽²⁾

ระบบสุขภาพ (Health System) พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 ได้ให้นิยามว่า ระบบสุขภาพเป็นระบบความสัมพันธ์ทั้งหมดที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ เป็นระบบที่ครอบคลุมระบบย่อยต่างๆ ทั้งที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาสุขภาพโดยตรงและโดยอ้อม ซึ่งครอบคลุมไปถึงระบบที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยกำหนดสุขภาพ (Determinants of Health) ด้วย เช่น ระบบด้านสังคม เศรษฐกิจ สิ่งแวดล้อม การเมือง วัฒนธรรม การศึกษา เป็นต้น⁽³⁾ ดังนั้นระบบสุขภาพจึงมีความหมายครอบคลุมตั้งแต่สุขภาพในระดับปัจเจกบุคคลและสุขภาพที่ดำเนินนอกตัวบุคคล รวมถึงกิจกรรมต่างๆ ที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพ

ระบบสาธารณสุข (Public Health System) ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของระบบสุขภาพ หมายถึง ระบบของการจัดการเกี่ยวกับการป้องกัน การบำบัดโรค การรักษา และส่งเสริมสุขภาพของประชาชน⁽⁴⁾ และระบบบริการสาธารณสุขมีความหมายว่าการบริการต่างๆ อันเกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันควบคุมโรคและปัจจัยที่คุกคามสุขภาพ การตรวจวินิจฉัยและบำบัดสภาวะความเจ็บป่วย และการฟื้นฟูสมรรถภาพของบุคคล ครอบครัว และชุมชน⁽⁵⁾

5.2 องค์ประกอบของระบบสุขภาพ

พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 ได้กำหนดองค์ประกอบหลักของระบบสุขภาพ ซึ่งต้องมีการจัดทำธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ เพื่อเป็นกรอบทิศทางนโยบายด้านสุขภาพของประเทศ เอาไว้ในมาตรา 47 โดยที่ธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 2 พ.ศ. 2559⁽⁶⁾ ซึ่งประกาศในราชกิจจานุเบกษา เมื่อวันที่ 8 พฤศจิกายน 2559 ได้วางปรัชญาและแนวคิดหลักของระบบสุขภาพ ที่กำหนดให้สุขภาพเป็นสิทธิขั้นพื้นฐานของคน ทั้งในระดับครอบครัว ชุมชนและสังคมวงกว้าง โดยครอบคลุมการเข้าถึงบริการสาธารณสุขในทุกด้าน และบุคคลพึงมีความตระหนักรู้และมีบทบาทในการดูแลสุขภาพของตนเอง ครอบครัว บุคคลในครอบครัว ชุมชน โดยรัฐมีหน้าที่ส่งเสริมสนับสนุนและคุ้มครองและกำหนดเรื่องการจัดให้มีหลักประกันและความคุ้มครองให้เกิดสุขภาพ ครอบคลุมบุคคลทุกคนบนผืนแผ่นดินไทย และครอบคลุมถึงปัจจัยทั้งหลายที่อาจส่งผลกระทบต่อสุขภาพ ซึ่งต้องเกิดจากการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนของสังคม เอาไว้ในส่วนของหลักการสำคัญของระบบสุขภาพ โดยในส่วนขององค์ประกอบของระบบสุขภาพตามกรอบของธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 2 พ.ศ. 2559 ได้วางกรอบสาระสำคัญขององค์ประกอบของระบบสุขภาพเอาไว้ 14 หมวด ดังนี้

(1) สิทธิและหน้าที่ด้านสุขภาพ

การได้รับสิทธิด้านสุขภาพที่จำเป็นตามหลักสิทธิมนุษยชน เพื่อให้ทุกคนมีสุขภาพ ครอบคลุมถึงการเข้าถึงบริการสาธารณสุขและปัจจัยอื่นๆ ที่มีผลต่อสุขภาพ โดยคำนึงถึงการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนและความสอดคล้องกับบริบทด้านต่างๆ ของสังคมและรัฐต้องเคารพสิทธิด้านสุขภาพของบุคคล มีหน้าที่ปกป้องคุ้มครองส่งเสริมและสนับสนุนให้บุคคลได้รับสิทธิด้านสุขภาพโดยไม่เลือกปฏิบัติ

(2) การสร้างเสริมสุขภาพ

การส่งเสริมและสนับสนุนบุคคล ครอบครัว ชุมชน และประชาชนกลุ่มต่างๆ ให้สามารถจัดการหรือพัฒนา

สุขภาพของตน ครอบครัว ชุมชนและกลุ่มได้ รวมทั้งจัดการกับปัจจัยสังคมที่กำหนดสุขภาพได้อย่างเหมาะสมกับบริบทและพื้นที่ รวมถึงการมีส่วนร่วมและเสริมพลังทุกภาคส่วนในการพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพตามแนวทาง “ทุกนโยบายห่วงใยสุขภาพ”

(3) การป้องกันและควบคุมโรคและปัจจัยที่คุกคามสุขภาพ

สิทธิของบุคคลและชุมชนในการดำรงชีวิตอยู่ภายใต้สิ่งแวดล้อมและสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ และได้รับการป้องกันและควบคุมโรคและปัจจัยที่คุกคามสุขภาพอย่างมีมาตรฐานและทันต่อสถานการณ์ ครอบคลุมปัจจัยสังคมที่กำหนดสุขภาพ มีมาตรการเชิงรุกที่มีธรรมาภิบาล สร้างดุลยภาพระหว่างการพัฒนาต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง โดยคำนึงถึงผลกระทบต่อสุขภาพของประชาชน ชุมชนและสังคมเป็นสำคัญ รวมถึงการมีระบบเฝ้าระวัง และมีการประเมินผลกระทบด้านสุขภาพที่ใช้ข้อมูลหลักฐานเชิงประจักษ์หรือองค์ความรู้ อย่างรอบคอบและรอบด้านมาใช้ในการกำหนดนโยบายสาธารณะ เพื่อการป้องกันและควบคุมโรคและปัจจัยที่คุกคามสุขภาพ โดยมีทุกภาคส่วนเข้ามามีส่วนร่วม

(4) การบริการสาธารณสุขและการสร้างหลักประกันคุณภาพ

การบริการสาธารณสุขต้องมุ่งสู่การมีสุขภาพดีอย่างถ้วนหน้า ตอบสนองต่อความจำเป็นด้านสุขภาพของประชาชนทุกกลุ่มและทุกวัย สามารถเชื่อมโยงการจัดการด้านสุขภาพในมิติต่างๆ เข้าด้วยกันได้อย่างเป็นองค์รวม รวมทั้งให้ความสำคัญกับความเป็นธรรมในการเข้าถึงและการได้รับบริการที่มีคุณภาพ โดยมีการบริหารระบบการเงินการคลังที่มีประสิทธิภาพและเอื้อให้เกิดความยั่งยืนของระบบสุขภาพ เน้นความร่วมมือและใช้ทรัพยากรที่มีอยู่ของทุกภาคส่วน รวมถึงการส่งเสริมความร่วมมือระหว่างภาครัฐและภาคเอกชนอย่างจริงจัง ทั้งในระดับปฐมภูมิ ทุติยภูมิและตติยภูมิ เพื่อให้เกิดการบริการสาธารณสุขที่มีคุณภาพและความ

ปลอดภัย ตั้งอยู่บนพื้นฐานของความรู้ จริยธรรมและ จรรยาบรรณแห่งวิชาชีพ คำนึงถึงคุณค่าและศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ โดยยึดประโยชน์สุขของประชาชนเป็นที่ตั้ง

(5) การส่งเสริม สนับสนุน การใช้และการพัฒนา ภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพการแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้านและการแพทย์ทางเลือกอื่น

การส่งเสริมสนับสนุนให้เกิดการยอมรับภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพ การแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้าน และการแพทย์ทางเลือกอื่น โดยพัฒนาต่อยอดจากฐานเดิมอย่างเป็นระบบและต่อเนื่อง และส่งเสริม สนับสนุนให้อยู่ในวิถีชีวิตคนไทย โดยเน้นการพัฒนา และต่อยอดองค์ความรู้ เพื่อให้สามารถนำไปใช้ประโยชน์ ได้อย่างมีประสิทธิภาพ เอื้อให้ประชาชนมีสิทธิเลือกใช้ และเข้าถึงได้อย่างเหมาะสมและมีความปลอดภัยและ มีการคุ้มครองภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้านไทย และสมุนไพรไทย อย่างเหมาะสมในทุกระดับ โดยในการพัฒนาภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพในบริบท ของชุมชน ต้องมีความสอดคล้องกับวิถีชุมชน ระบบนิเวศ และมีเป้าหมายสู่การพึ่งพาตนเองด้านสุขภาพ

(6) การคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ

การคุ้มครองสิทธิผู้บริโภคด้านสุขภาพ โดยมีระบบที่มีเป้าหมายเพื่อการปกป้องและคุ้มครองสิทธิของผู้บริโภค มุ่งเน้นการดำเนินงานในการสร้างกระบวนการเรียนรู้ เพื่อ เสริมศักยภาพของผู้บริโภค การให้ข้อมูลข่าวสารที่เป็นจริงและครบถ้วนเพื่อให้ผู้บริโภคตัดสินใจได้อย่างรู้เท่าทัน การจัดให้มีกลไกเฝ้าระวัง ติดตามและตรวจสอบสินค้าและบริการในแต่ละระดับ และการสนับสนุนการมีส่วนร่วมของผู้บริโภค องค์กรผู้บริโภคและเครือข่ายในการดำเนินการคุ้มครองผู้บริโภคอย่างจริงจัง โดยที่รัฐมีการส่งเสริม สนับสนุนให้ผู้บริโภคมีความเข้มแข็ง ตระหนัก รู้เท่าทัน สามารถพิทักษ์สิทธิของตนเอง รวมถึงมีการรวมกลุ่มเพื่อ ปกป้องการละเมิดสิทธิในรูปแบบต่างๆ โดยปลอดจากการแทรกแซงใดๆ

(7) การสร้างองค์ความรู้ด้านสุขภาพ

ความรู้ด้านสุขภาพเป็นปัจจัยพื้นฐานที่สำคัญสำหรับการกำหนดทิศทางการพัฒนาระบบสุขภาพและการ

พัฒนาสุขภาพ ซึ่งจำเป็นต้องมีกลไกทั้งระดับชาติและระดับพื้นที่ที่ทำหน้าที่สนับสนุนและดำเนินการสร้างความรู้ที่สอดคล้องกับบริบทของสังคม พื้นที่และชุมชนบนพื้นฐานของการมีส่วนร่วมจากภาคส่วนต่างๆ มีการจัดการอย่างเป็นระบบ ได้รับความคุ้มครอง มีคุณภาพและมีประสิทธิภาพ เข้าถึงได้อย่างกว้างขวาง และสนับสนุนให้เกิดการใช้ประโยชน์จากความรู้ด้านสุขภาพ เพื่อการพัฒนาในด้านต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง โดยเฉพาะการใช้ฐานความรู้ที่รอบด้าน เพียงพอและเชื่อถือได้ ในการพัฒนานโยบายสาธารณะด้านสุขภาพทุกระดับ

(8) การเผยแพร่ความรู้และข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ

การสื่อสารข้อมูลและข่าวสารด้านสุขภาพสู่สาธารณะ จะต้องมีการบริหารจัดการที่มีประสิทธิภาพและทันต่อสถานการณ์ผ่านเครื่องมือและช่องทางการสื่อสารอย่างถูกต้อง ครบถ้วน รอบด้าน เชื่อถือได้ เข้าใจง่าย เหมาะสมกับกลุ่มเป้าหมาย ไม่เป็นผลลบต่อสังคม และไม่ละเมิดสิทธิส่วนบุคคล โดยที่รัฐและทุกภาคส่วนต้องให้ความสำคัญกับความรู้ที่เท่าทันด้านสุขภาพหรือความแตกฉานด้านสุขภาพที่เหมาะสมกับบุคคลหรือกลุ่มคน เพื่อให้เป็นภูมิคุ้มกันพื้นฐานที่จำเป็นสำหรับประชาชนในยุคข้อมูลข่าวสารท่วมท้น

(9) การสร้างและพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพ

กำลังคนด้านสุขภาพ เป็นองค์ประกอบสำคัญในการบรรลุเป้าหมายการมีสุขภาพดีของประชาชน ซึ่งการวางแผนกำลังคนด้านสุขภาพจะต้องสอดคล้องกับการออกแบบระบบสุขภาพที่สอดคล้องกับความจำเป็นด้านสุขภาพของประชาชนในแต่ละพื้นที่ โดยให้ความสำคัญกับการมีส่วนร่วมของภาคส่วนต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง ในการกำหนดนโยบายและการสนับสนุนการวางแผนการผลิต การพัฒนา การธำรงรักษาและการบริหารจัดการกำลังคนด้านสุขภาพ รวมถึงการส่งเสริมคุณภาพชีวิตและความสุขในการทำงานของบุคลากร เพื่อให้เกิดความเพียงพอ ความเป็นธรรมและตอบสนองต่อความต้องการด้านสุขภาพของประชาชนได้อย่างแท้จริง

(10) การเงินการคลังด้านสุขภาพ

การเงินการคลังด้านสุขภาพต้องเป็นไปเพื่อความยั่งยืนของระบบสุขภาพที่พึงประสงค์ โดยมีสถานะทางการเงินที่มีความเพียงพอและมีการบริหารจัดการที่เป็นธรรม ซึ่งการลงทุนด้านสุขภาพต้องคำนึงถึงผลกระทบต่อระบบสุขภาพในภาพรวม ทั้งในระยะสั้นและระยะยาว รวมถึงประสิทธิภาพและความมั่นคงของระบบสุขภาพ โดยที่การเงินการคลังของระบบบริการสาธารณสุขไทยต้องสร้างหลักประกันให้ประชากรกลุ่มต่างๆ ได้รับความเป็นธรรมและสามารถป้องกันมิให้ประชาชนและประเทศล้มละลายจากปัญหาสุขภาพได้ ทั้งนี้การจัดสรรเงินไปยังบริการประเภทต่างๆ จะต้องเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ และมีความเป็นธรรม รวมถึงให้ความสำคัญกับการสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันควบคุมโรค และการจัดการกับปัจจัยที่คุกคามสุขภาพ

(11) สุขภาพจิต

การดำเนินงานด้านสุขภาพจิตต้องมุ่งเน้นการส่งเสริมสุขภาพจิต ส่งเสริมความสามารถในการจัดการปัญหาในการดำเนินชีวิตและการทำงานได้อย่างสร้างสรรค์ เกิดประโยชน์ต่อตนเอง ครอบครัว ชุมชนและสังคม รวมถึงพัฒนาศักยภาพของระบบบริการสุขภาพจิตและจิตเวชให้มีประสิทธิภาพ เข้าถึงได้ง่ายในทุกกลุ่มวัย ทั้งเชิงรับและเชิงรุก โดยเน้นกระบวนการมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วน และให้ความสำคัญกับการปรับทัศนคติของครอบครัว ชุมชน และสังคม ให้เข้าใจและยอมรับการอยู่ร่วมและใช้ชีวิตอย่างปกติในสังคมของผู้มีปัญหาสุขภาพจิต รวมถึงการให้การสนับสนุนทางสังคมด้วยการเกื้อกูลและให้โอกาส ไม่แบ่งแยก ไม่กีดกัน

(12) สุขภาพทางปัญญา

สุขภาพทางปัญญาเป็นฐานรากของสุขภาพองค์รวม การปฏิบัติเพื่อสุขภาพทางปัญญานำไปสู่ภาวะของมนุษย์ที่มีความรู้ทั่ว ความรู้เท่าทัน และความเข้าใจอย่างแยกแยะได้ในเหตุผลแห่งความดีและความชั่ว ความมีประโยชน์และความมีโทษ ซึ่งนำไปสู่ความมีจิตใจอันดีงาม และเอื้อเพื่อเผื่อแผ่ โดยที่สุขภาพทางปัญญาสัมพันธ์กับสุขภาพทางกาย ทางจิตและทางสังคม มีทั้งมิติแนวดิ่ง คือ

การเชื่อมโยงมนุษย์กับศรัทธาความเชื่อ อุดมคติหรือคุณค่าสูงสุดที่ตนยึดถือ และมีมิติแนวนราบคือการเชื่อมโยงมนุษย์กับสรรพสิ่งรอบตัว ดังนั้นการบรรลุซึ่งสุขภาพทางปัญญาจำเป็นต้องมีความสมดุลกันทั้งในมิติแนวดิ่งและแนวนราบ

(13) การอภิบาลระบบสุขภาพ

การอภิบาลระบบสุขภาพต้องเป็นไปเพื่อความยั่งยืนและทำหน้าที่ได้อย่างมีประสิทธิภาพ มีประสิทธิภาพและมีความเป็นเอกภาพ มุ่งสู่เป้าหมายในทิศทางเดียวกัน โดยยึดประโยชน์ของสาธารณชนเป็นที่ตั้ง รวมทั้งให้ความสำคัญกับความเป็นธรรมและความเท่าเทียมกันในสังคม โดยมีการผสมผสานอย่างสมดุล ระหว่างการอภิบาลโดยรัฐ การอภิบาลโดยตลาดและการอภิบาลโดยเครือข่าย โดยสนับสนุนให้ทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้องได้ทำงานร่วมกันอย่างมีประสิทธิภาพ โปร่งใสและเชื่อมโยงกลไกหลายระดับ นอกจากนี้ยังต้องให้ความสำคัญกับการบูรณาการการทำงานข้ามภาคส่วน การเรียนรู้ข้ามศาสตร์ในลักษณะสหสาขาวิชา และการกระจายอำนาจและกระจายทรัพยากรประเภทต่างๆ ให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นอย่างเพียงพอ เพื่อให้สามารถสนับสนุนและประสานการทำงานกับชุมชนและภาคส่วนอื่นๆ ในพื้นที่ในการทำหน้าที่พัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ และสามารถจัดการงานด้านสุขภาพด้วยตนเองได้อย่างเหมาะสม

(14) ธรรมนูญสุขภาพพื้นที่

ธรรมนูญสุขภาพพื้นที่ เป็นเครื่องมือในการจัดการระบบสุขภาพในระดับพื้นที่ เพื่อให้การพัฒนาสุขภาพเป็นไปอย่างสอดคล้องกับบริบทและความจำเป็นด้านสุขภาพของแต่ละพื้นที่ โดยมีลักษณะเป็นข้อตกลงร่วมในการกำหนดทิศทางหรือแนวปฏิบัติอันจะนำไปสู่สภาวะของชุมชน ซึ่งชุมชนสามารถจัดทำธรรมนูญสุขภาพพื้นที่ตามความสมัครใจและตามความพร้อมของชุมชน โดยมีองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและรัฐให้การสนับสนุนและเข้ามามีส่วนร่วมทั้งนี้การจัดทำขับเคลื่อน ทบทวนและประเมินผลธรรมนูญสุขภาพพื้นที่ต้องให้ความสำคัญกับกระบวนการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนในชุมชน

5.3 การปฏิรูปแบบการอภิบาลระบบสุขภาพ

5.3.1 การสาธารณสุขภายใต้รัฐธรรมนูญและ ธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ

1) บทบัญญัติรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2560 กับการคุ้มครองสุขภาพประชาชนตามธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 2 พ.ศ. 2559⁽⁷⁾

รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทยฉบับปี พ.ศ. 2560 ประกาศในราชกิจจานุเบกษา เมื่อวันที่ 6 เมษายน 2560 โดยรัฐธรรมนูญฯ ฉบับนี้ มีบทบัญญัติรวมทั้งสิ้น 279 มาตรา แบ่งออกเป็น 16 หมวด และบทเฉพาะกาล ดังนี้

หมวด 1 บททั่วไป

หมวด 2 พระมหากษัตริย์

หมวด 3 สิทธิและเสรีภาพของปวงชนชาวไทย

หมวด 4 หน้าที่ของปวงชนชาวไทย

หมวด 5 หน้าที่ของรัฐ

หมวด 6 แนวนโยบายแห่งรัฐ

หมวด 7 รัฐสภา

หมวด 8 คณะรัฐมนตรี

หมวด 9 การขัดกันแห่งผลประโยชน์

หมวด 10 ศาล

หมวด 11 ศาลรัฐธรรมนูญ

หมวด 12 องค์การอิสระ

หมวด 13 องค์การอัยการ

หมวด 14 การปกครองส่วนท้องถิ่น

หมวด 15 การแก้ไขเพิ่มเติมรัฐธรรมนูญ

หมวด 16 การปฏิรูปประเทศ

บทเฉพาะกาล

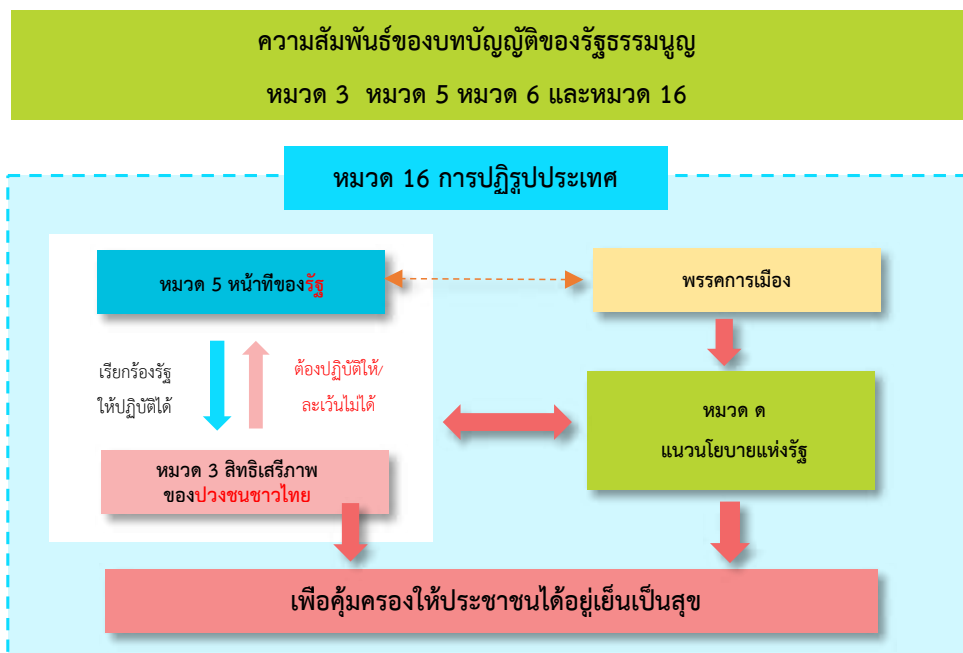
บทบัญญัติของรัฐธรรมนูญฯ ฉบับ พ.ศ. 2560 หมวดที่มีสาระเกี่ยวข้องกับระบบสุขภาพโดยตรง ภายใต้กรอบความหมายของคำว่า “สุขภาพ” ที่หมายถึง ภาวะของมนุษย์ที่สมบูรณ์ทั้งทางกาย จิต ปัญญา และสังคม เชื่อมโยงกันเป็นองค์รวมอย่างสมดุล และ“ระบบสุขภาพ” ที่หมายถึง ระบบความสัมพันธ์ทั้งหมดที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ ตามพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550

จะประกอบด้วย สาระในหมวด 3 สิทธิและเสรีภาพของปวงชนชาวไทย หมวด 5 หน้าที่ของรัฐ หมวด 6 แนวนโยบายแห่งรัฐ หมวด 14 การปกครองส่วนท้องถิ่นและหมวด 16 การปฏิรูปประเทศ ดังนี้

(1) การคุ้มครองสิทธิเสรีภาพของชนชาวไทยตามบทบัญญัติรัฐธรรมนูญฯ หมวดทั่วไป ได้วางหลักการคุ้มครองสิทธิเสรีภาพของชนชาวไทยไว้โดยมาตรา 4 บัญญัติว่า “ศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ สิทธิ เสรีภาพ และความเสมอภาคของบุคคลย่อมได้รับความคุ้มครอง” และ “ปวงชนชาวไทยย่อมได้รับความคุ้มครองตามรัฐธรรมนูญเสมอกัน” อีกทั้งมาตรา 27 ในหมวด 3 ยังได้ย้ำว่า “บุคคลย่อมเสมอกันในกฎหมาย มีสิทธิและเสรีภาพและได้รับความคุ้มครองตามกฎหมายเท่าเทียมกัน” และ “การเลือกปฏิบัติที่ไม่เป็นธรรมต่อบุคคล... จะกระทำมิได้” แต่ “มาตรการที่รัฐกำหนดขึ้นเพื่อจัดอุปสรรคหรือส่งเสริมให้บุคคลสามารถใช้สิทธิหรือเสรีภาพได้เช่นเดียวกับบุคคลอื่นหรือเพื่อคุ้มครอง หรืออำนวยความสะดวกให้แก่เด็ก สตรี ผู้สูงอายุ คนพิการ หรือผู้ด้อยโอกาส ย่อมไม่ถือว่าเป็นการเลือกปฏิบัติโดยไม่เป็นธรรม...” นอกจากนี้ หมวด 3 ยังเป็นบทบัญญัติที่กำหนดสาระแห่งสิทธิเสรีภาพของประชาชนในด้านต่างๆ ที่รัฐธรรมนูญประสงค์จะคุ้มครอง ซึ่งครอบคลุมทั้งสิทธิในศักดิ์ศรีแห่งความเป็นมนุษย์และสิทธิพลเมือง ซึ่งประชาชนจะเป็นผู้ทรงสิทธิโดยตรง ส่วนหมวด 5 เป็น บทบัญญัติให้รัฐ (หน่วยงานของรัฐฝ่ายบริหาร) ต้องและจะต้องปฏิบัติหน้าที่อันสำคัญที่รองรับสิทธิเสรีภาพพื้นฐานของประชาชนในเรื่องต่างๆ โดยมีหมวด 6 เป็นกรอบแนวทางหรือแนวนโยบายแห่งรัฐที่รัฐบาลจะพึงนำไปกำหนดเป็นนโยบายเสนอต่อรัฐสภาหรือประชาชนได้ ส่วนหมวด 16 เป็นการกำหนดสารัตถะของการปฏิรูปประเทศที่สอดคล้องกับความต้องการและเจตนารมณ์ของมวลมหาประชาชนที่ออกมาเรียกร้องให้มีการปฏิรูปประเทศ บทบัญญัติทั้ง 4 หมวดนี้ จึงเชื่อมโยงเกี่ยวเนื่องกัน ดังภาพที่ 5.2

⁷ ราชกิจจานุเบกษา เล่มที่ 13-4 ตอนที่ 40 ก วันที่ 6 เมษายน 2560

ภาพที่ 5.2 ความเชื่อมโยงเกี่ยวเนื่องกันของบทบัญญัติของรัฐธรรมนูญ หมวด 3, 5, 6 และ 16



(2) สาระแห่งสิทธิด้านสุขภาพโดยตรงที่รัฐธรรมนูญได้บัญญัติรับรองและคุ้มครองไว้ในหมวด 3 หมวด 5 หมวด 6 และหมวด 16 ประกอบด้วย

(2.1) **สิทธิพื้นฐานด้านสุขภาพ** ตามมาตรา 47 และมาตรา 55 ที่ระบุว่า “บุคคลย่อมมีสิทธิได้รับการสาธารณสุขของรัฐ” ที่ครอบคลุมการส่งเสริมสุขภาพ การควบคุมและป้องกันโรค การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสุขภาพด้วย โดยผู้ยากไร้ไม่ต้องเสียค่าใช้จ่าย และเน้นให้รัฐต้องให้ความสำคัญกับการให้ความรู้พื้นฐานเพื่อการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคเสริมภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทยมากขึ้น ซึ่งสะท้อนถึงแนวนโยบายเรื่อง “สร้างนำซ่อม” ส่วนกรณีเกิดโรคติดต่ออันตรายให้เป็นหน้าที่ของรัฐโดยตรง

(2.2) **สิทธิด้านสุขภาพที่ต้องมีการปฏิรูป** ในหมวด 16 ที่ว่าด้วยการปฏิรูปประเทศ มาตรา 258 ข้อ ข.(4)(5) กำหนดให้ปฏิรูปใน 2 เรื่องคือ เรื่องการสร้างระบบหลักประกันสุขภาพให้มีประสิทธิภาพ สะดวก ทัดเทียมกัน และเรื่องการให้มีระบบการแพทย์ปฐมภูมิที่มีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวดูแลประชาชนในสัดส่วนที่เหมาะสม ทั้งนี้มาตรา 259 ให้ตรากฎหมายว่าด้วยแผนและขั้นตอนการปฏิรูปประเทศ ภายใน 120 วัน นับแต่

รัฐธรรมนูญประกาศใช้และให้ดำเนินการจัดทำยุทธศาสตร์ชาติให้แล้วเสร็จภายใน 1 ปีนับแต่วันที่กฎหมายดังกล่าวใช้บังคับ โดยในขั้นตอนการจัดทำ การกำหนดเป้าหมาย ระยะเวลาที่จะบรรลุเป้าหมาย และสาระที่พึงมีในยุทธศาสตร์ชาติให้เป็นไปตามหลักเกณฑ์และวิธีการที่กฎหมายบัญญัติ ทั้งนี้ กฎหมายดังกล่าวต้องมีบทบัญญัติเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมและการรับฟังความคิดเห็นของประชาชนทุกภาคส่วนอย่างทั่วถึงด้วย

(2.3) สิทธิด้านสุขภาพสำหรับกลุ่มอ่อนไหว มาตรา 48 จะคุ้มครองมารดาในช่วงระหว่างก่อนและหลังการคลอดบุตร และบุคคลซึ่งมีอายุเกินหกสิบปีและไม่มียาได้เพียงพอแก่การยังชีพ มาตรา 71 วรรคสาม คุ้มครองสิทธิของกลุ่มผู้อ่อนไหวต่อปัญหาด้านสุขภาพ หญิงมีครรภ์ เด็ก เยาวชน สตรี ผู้สูงอายุ คนพิการ ผู้ยากไร้และผู้ด้อยโอกาส พร้อมกำหนดให้รัฐพึงต้องมีแนวนโยบายแห่งรัฐในการดูแลให้สามารถดำรงชีวิตได้อย่างมีคุณภาพ มิให้ต้องถูกใช้ความรุนแรงหรือถูกปฏิบัติอย่างไม่เป็นธรรม รวมทั้งการฟื้นฟูและเยียวยาอย่างเหมาะสมด้วย

(2.4) **สิทธิด้านการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค** เป็นการคุ้มครองสุขภาพโดยการควบคุมปัจจัยที่คุกคามต่อสุขภาพ โดยมาตรา 58 ได้กำหนดมาตรการ

ประเมินผลกระทบต่อดุลยภาพสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน กรณีการดำเนินการโดยของรัฐหรือที่รัฐจะอนุญาตให้ผู้ใดดำเนินการที่อาจมีผลกระทบต่อทรัพยากรธรรมชาติ คุณภาพสิ่งแวดล้อม สุขภาพอนามัย คุณภาพชีวิตของชุมชนอย่างรุนแรง และบุคคล ชุมชนมีสิทธิได้รับข้อมูล คำชี้แจงและเหตุผลจากหน่วยงานของรัฐก่อนการดำเนินการหรืออนุญาต และต้องดำเนินการให้มีการเยียวยาความเดือดร้อนหรือเสียหายให้แก่ประชาชนหรือชุมชนที่ได้รับผลกระทบอย่างเป็นธรรมและโดยไม่ชักช้า นอกจากนี้ตามมาตรา 43 (2) (3) ยังเป็นบทบัญญัติที่แสดงถึงการให้สิทธิแก่บุคคลหรือชุมชน ในการเข้าร่วมกับรัฐและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ในการบำรุงรักษา ใช้ประโยชน์ ทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม รวมทั้งการเข้าร่วมในกระบวนการศึกษาผลกระทบต่อดุลยภาพสิ่งแวดล้อมและสุขภาพของชุมชนในพื้นที่นั้นๆ ด้วย

สุขภาพ ก็จะต้องให้ความสำคัญและมีการปรับตัวในส่วนที่เกี่ยวข้อง โดยเฉพาะในเรื่องการจัดทำยุทธศาสตร์ชาติ ระยะ 20 ปี และแผนปฏิรูปประเทศด้านต่างๆ ซึ่งในที่สุด จะส่งผลกระทบเชื่อมโยงกับระบบสุขภาพอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้

2) กลไกระดับเขตพื้นที่

(1) เขตสุขภาพ: การจัดบริการเชิงรุกในระดับพื้นที่ของกระทรวงสาธารณสุข

กระทรวงสาธารณสุข มีการปรับรูปแบบการจัดบริการและบริหารจัดการในลักษณะเขตสุขภาพ ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2556 เป็นต้นมา โดยแบ่งเป็น 12 เขต แต่ละเขตมีขอบเขตพื้นที่ครอบคลุม 4-8 จังหวัด ดูแลประชากร 4-6 ล้านคน เพื่อจัดบริการสุขภาพเชิงรุกในระดับพื้นที่ (Regional Public Health Service Provision) ซึ่งมีขนาดที่เหมาะสมในการจัดระบบการบริการสุขภาพได้สอดคล้องกับปัญหาและความจำเป็นด้านสุขภาพในพื้นที่ เนื่องจากการบริหารจัดการในระดับจังหวัดมีข้อจำกัด เพราะขนาดของประชาชนแต่ละจังหวัดแตกต่างกันมากและไม่มีการประหยัดต่อขนาด (economy of scale) ในบางจังหวัดขาดความรวดเร็วในการตอบสนองต่อปัญหา (speed) ตามหลักของเศรษฐศาสตร์สาธารณสุข เอื้อต่อการพัฒนาระบบส่งต่อ เพื่อเพิ่มการเข้าถึงบริการสาธารณสุขที่มีคุณภาพและเพิ่มประสิทธิภาพในการบริหารจัดการ รวมทั้งมีการกระจายอำนาจการบริหารจัดการส่วนกลางไปสู่ส่วนภูมิภาค โดยมีคณะกรรมการเขตสุขภาพและผู้จัดการระดับเขต เป็นผู้บริหารจัดการ มีการจัดทำแผนการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan) ให้มีความสำคัญกับการเพิ่มประสิทธิภาพทั้งบทบาทการให้บริการ การรักษาพยาบาล การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันและควบคุมโรคและการฟื้นฟู เพื่อให้เกิดความเสมอภาคและลดความเหลื่อมล้ำในสังคม สามารถจัดระบบบริการที่มีคุณภาพมาตรฐาน มีความเชื่อมโยงเป็นเครือข่าย โดยใช้หลักการ “เครือข่ายบริการที่ไร้รอยต่อ” ที่สามารถเชื่อมโยงบริการระดับปฐมภูมิ ทุติยภูมิและตติยภูมิ มีเครือข่ายบริการสุขภาพ 12 เครือข่าย โดยที่การจัดบริการเชิงรุกในระดับปฐมภูมิ เน้นความเชื่อมโยงกลไกของระบบสุขภาพระดับอำเภอ (District Health System : DHS.) ซึ่งเป็นกลไกการพัฒนาระบบสุขภาพปฐมภูมิ (Primary care) ที่เน้นการดูแลประชาชนในรูปแบบสังคมจิตวิทยาทางการแพทย์ (Bio-psycho-social model) ซึ่งถือเป็นรูปแบบการอภิบาลระบบสุขภาพโดยเครือข่าย เพราะเป็นการทำงานที่บูรณาการจากทุกภาคีสุขภาพในระดับ

อำเภอและตำบล สร้างสุขภาพให้กับประชาชน ทั้งด้านบริการสุขภาพและด้านสังคมที่มีผลต่อสุขภาพ เน้นการตอบสนองต่อความจำเป็นด้านสุขภาพของประชาชน โดยใช้พื้นที่ระดับอำเภอเป็นพื้นที่ปฏิบัติการ

(2) เขตสุขภาพเพื่อประชาชน: กลไกบูรณาการทุกภาคส่วนเพื่อการพัฒนาาระบบสุขภาพในพื้นที่

ประเทศไทยในช่วง 10 ปี ที่ผ่านมา ถือเป็นช่วงเวลาที่มีการเปลี่ยนแปลงและมีการเปลี่ยนแปลงทั้งภายในประเทศและระหว่างประเทศเป็นอย่างมาก ไม่ว่าจะเป็นด้านการเมือง เศรษฐกิจและสังคม รวมถึงความเข้มแข็งของภาคส่วนอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องกับระบบสุขภาพ ในแง่ของการพัฒนาปัจจัยสังคมที่กำหนดสุขภาพ เพื่อให้เกิดสังคมสุขภาวะ ซึ่งส่งผลให้ระบบสุขภาพไทย กลายเป็นระบบพหุลักษณะ มีผู้เกี่ยวข้องหลายภาคส่วน ไม่ว่าจะเป็นกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงอื่นๆ ที่ทำงานเกี่ยวข้องกับสุขภาพ หน่วยงานที่มีพระราชบัญญัติเฉพาะต่างๆ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น องค์กรพัฒนาเอกชน ชุมชนและภาคเอกชน แต่ละภาคส่วนมีการดำเนินงานด้านสุขภาพที่ต่างกัน ทั้งงานด้านการสร้างสุขภาพ การควบคุมป้องกันโรค และการรักษาฟื้นฟู ดังนั้น ดังนั้นการทำให้ประชาชนมีสุขภาพดีทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ ปัญญาและสังคม จำเป็นต้องอาศัยความร่วมมือของทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง ดังนั้นคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ จึงได้เสนอคณะรัฐมนตรี พิจารณาการจัดตั้งเขตสุขภาพเพื่อประชาชน เพื่อเป็นกลไกขับเคลื่อนการปฏิรูประบบสุขภาพและบูรณาการการทำงานร่วมกันขององค์กรและเครือข่ายต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง ในการพัฒนาระบบสุขภาพในระดับเขตพื้นที่ ในรูปแบบการอภิบาลระบบสุขภาพแบบเครือข่าย โดยคณะรัฐมนตรีได้เห็นชอบและประกาศระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรี ว่าด้วยการจัดตั้งเขตสุขภาพเพื่อประชาชน พ.ศ. 2559 เมื่อวันที่ 12 ตุลาคม 2559

เขตสุขภาพเพื่อประชาชน เป็นกลไกบูรณาการที่มีรูปแบบการทำงานโดยการเชื่อมโยงองค์กรต่างๆ ทั้งภาครัฐ ภาควิชาการ/วิชาชีพ ภาคเอกชนและภาคประชาสังคม ที่มีปฏิบัติงานด้านสุขภาพอยู่ในเขตพื้นที่เดียวกัน มาบูรณาการการทำงานและแลกเปลี่ยนข้อมูลต่างๆ เพื่อร่วมกันจัดการระบบสุขภาพของพื้นที่อย่างมีพลัง ซึ่งเป็น

เสมือนเส้นด้ายแวนอนที่ทำหน้าที่เชื่อมร้อยเส้นด้ายแนวตั้ง คือหน่วยงาน องค์กรและเครือข่ายทุกภาคส่วนในการขับเคลื่อนการพัฒนา นโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ และกำหนดทิศทางการพัฒนาระบบสุขภาพ ให้สอดคล้องกับ ความจำเป็นด้านสุขภาพและปัจจัยสังคมกำหนดสุขภาพ ของประชาชนในเขตพื้นที่ รวมถึงประสานเชื่อมโยงหน่วยงานและองค์กรต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง เพื่อนำไปสู่การขับเคลื่อน อย่างเป็นรูปธรรมต่อไป⁽⁸⁾

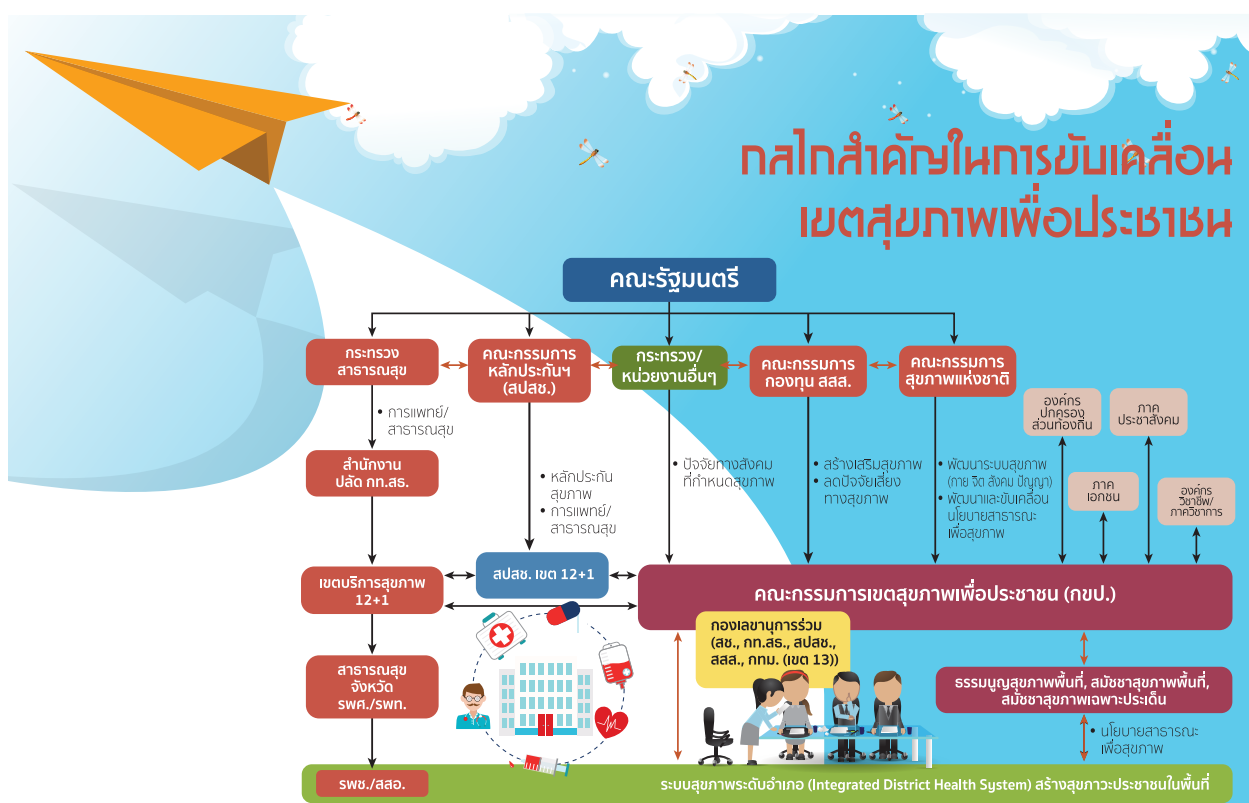
เขตสุขภาพเพื่อประชาชนประกอบด้วย 13 เขตพื้นที่ ได้แก่ 12 เขตทั่วประเทศและกรุงเทพมหานครเป็น เขตที่ 13 ซึ่งเป็นเขตพื้นที่สอดคล้องกับเขตพื้นที่ของ กระทรวงสาธารณสุข และสำนักงานหลักประกันสุขภาพ แห่งชาติ ซึ่งจะช่วยให้การดำเนินงานประสานเชื่อมโยงกัน ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

กลไกสำคัญในการขับเคลื่อนเขตสุขภาพเพื่อ ประชาชน

การขับเคลื่อนการทำงานของเขตสุขภาพเพื่อ ประชาชน มุ่งไปสู่การพัฒนาระบบสุขภาพในระดับ พื้นที่ โดยเชื่อมโยงกลไกการทำงานทั้งระดับประเทศโดย กระทรวง, หน่วยงาน, องค์กรและเครือข่ายต่างๆ ไปจนถึง ระดับเขต ระดับจังหวัด และกลไกเครือข่ายสุขภาพระดับ อำเภอ (District Health System : DHS.) ร่วมบูรณา การแผนและยุทธศาสตร์การทำงาน ให้เดินหน้าในการ พัฒนาระบบสุขภาพไปในทิศทางเดียวกัน เป็นการทำงาน เชื่อมประสานกันในแนวราบ ในรูปแบบการอภิบาลโดย เครือข่าย

เขตสุขภาพเพื่อประชาชนแต่ละเขตพื้นที่ จะมีคณะ กรรมการเขตสุขภาพเพื่อประชาชน (กขป.) เป็นกลไก หลักในการดำเนินงาน โดยมีกลไกเลขานุการร่วมของ กขป. แต่ละเขต ประกอบด้วยผู้แทนจากสำนักงานคณะ กรรมการสุขภาพแห่งชาติ กระทรวงสาธารณสุข สำนักงาน หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สำนักงานกองทุนสนับสนุน การสร้างเสริมสุขภาพ และกรุงเทพมหานคร (เฉพาะ เขตที่ 13) ดังแสดงในภาพที่ 5.4

ภาพที่ 5.4 กลไกสำคัญในการขับเคลื่อนเขตสุขภาพเพื่อประชาชน



ที่มา: สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ⁽⁸⁾

5.4 หน่วยงานที่ดำเนินงานด้านสุขภาพ

5.4.1 กระทรวงสาธารณสุข

1) โครงสร้างการบริหารงานของกระทรวงสาธารณสุข

กระทรวงสาธารณสุข เป็นหนึ่งในกลไกสำคัญในการอภิบาลระบบสุขภาพ ซึ่งโครงสร้างการบริหารงานของกระทรวงสาธารณสุขแบ่งการบริหารราชการของกระทรวงเป็น 2 ส่วน คือ การบริหารราชการส่วนกลาง และการบริหารราชการส่วนภูมิภาค (ภาพที่ 5.5)

(1) การบริหารราชการส่วนกลาง มี 10 ส่วนราชการ ประกอบด้วย สำนักงานรัฐมนตรี สำนักงานปลัดกระทรวง และหน่วยงานตามกลุ่มภารกิจ ซึ่งแบ่งออกเป็น 3 กลุ่มภารกิจ (Cluster) รวม 8 กรม ดังนี้

- กลุ่มภารกิจด้านพัฒนาการแพทย์ มีภารกิจเกี่ยวกับการพัฒนาการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพ ตลอดจนการจัดระบบความรู้และสร้างมาตรฐานการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก เพื่อนำไปใช้ในระบบบริการสุขภาพ ซึ่งจะส่งผลให้ประชาชนมีสุขภาพแข็งแรงสมบูรณ์ทั้งทางร่างกายและจิตใจ ประกอบด้วย 3 กรม คือ กรมการแพทย์ กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกและกรมสุขภาพจิต ดังนี้

- กลุ่มภารกิจด้านพัฒนาการสาธารณสุข มีภารกิจเกี่ยวกับการพัฒนาวิชาการด้านส่งเสริมสุขภาพ การควบคุมและป้องกันโรค โดยการศึกษา วิจัย พัฒนาและถ่ายทอดองค์ความรู้และเทคโนโลยีการส่งเสริมสุขภาพ การควบคุมโรค เพื่อนำไปใช้ในระบบบริการสุขภาพ ซึ่งจะส่งผลให้ประชาชนมีสุขภาพแข็งแรงสมบูรณ์ทั้งร่างกายและจิตใจ ประกอบด้วย 2 กรม คือ กรมควบคุมโรคและกรมอนามัย

- กลุ่มภารกิจด้านสนับสนุนงานบริการสุขภาพ มีภารกิจเกี่ยวกับการสนับสนุนการดำเนินงานของหน่วยบริการสุขภาพ โดยพัฒนาระบบและกลไกที่เอื้อต่อการจัดบริการสุขภาพของประชาชนและการคุ้มครองผู้บริโภค ด้านบริการสุขภาพ และด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ เพื่อให้ประชาชนสามารถดูแลตนเองและได้รับบริการจากหน่วยบริการที่มีคุณภาพและได้มาตรฐาน ประกอบด้วย 3 กรม

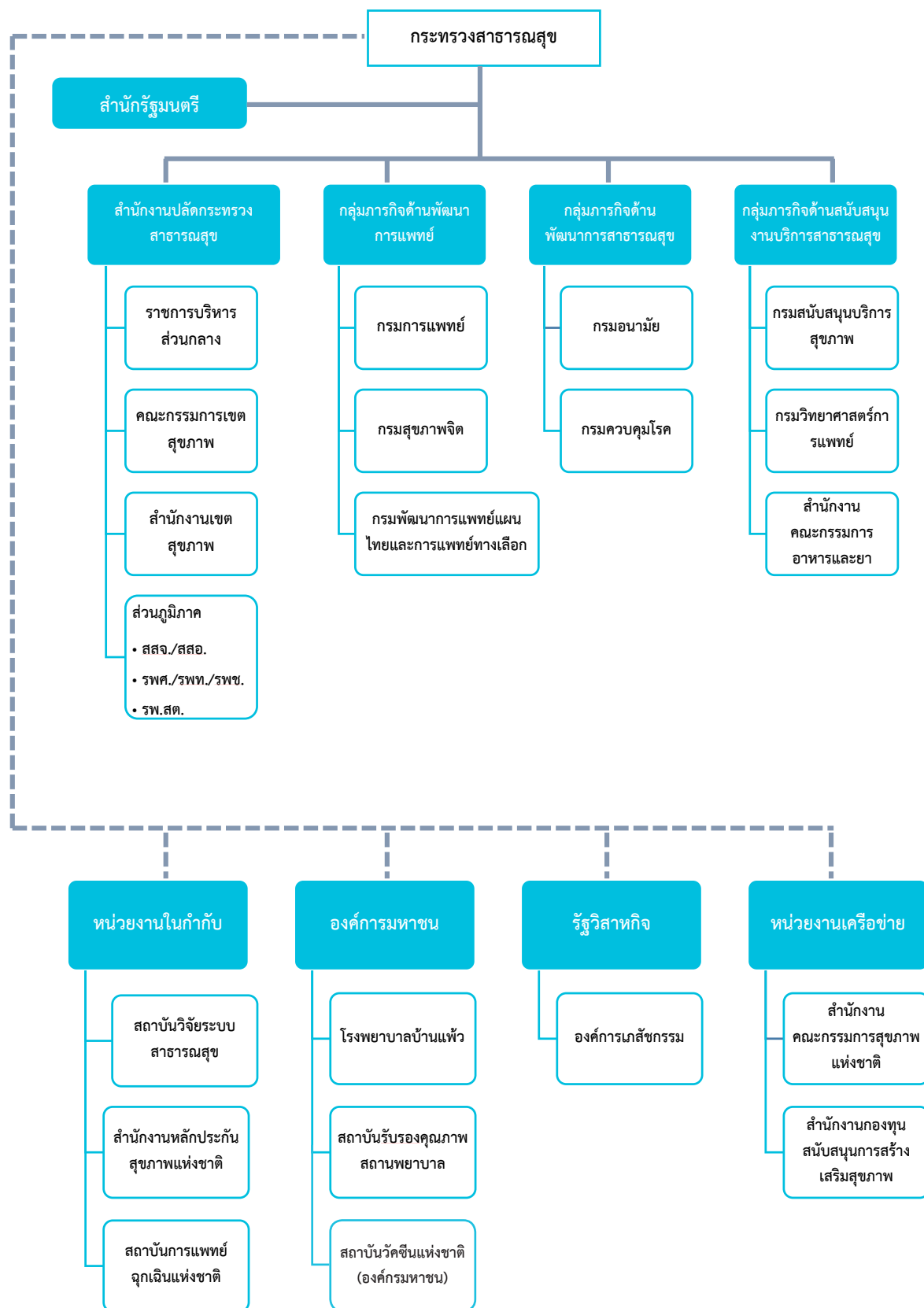
คือ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์และสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา

- สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข เป็นหน่วยงานหลักของกระทรวงสาธารณสุขที่มีภารกิจเกี่ยวกับการพัฒนานโยบายและแผนด้านสุขภาพ บริหารจัดการด้านแผนงาน คนและงบประมาณ พัฒนาระบบข้อมูลเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสารประชาสัมพันธ์ กำกับดูแลประสานการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ พัฒนาระบบการเงินการคลังด้านสุขภาพ พัฒนากฎหมายด้านสุขภาพ ผลิตและพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพ พัฒนาองค์ความรู้และถ่ายทอดเทคโนโลยีที่เกี่ยวข้อง และพัฒนางานสาธารณสุขระหว่างประเทศ ซึ่งในปี พ.ศ. 2560 กระทรวงสาธารณสุขได้มีการทบทวนภารกิจและจัดการแบ่งส่วนราชการของสำนักงานปลัดกระทรวงใหม่ ตามกฎกระทรวงแบ่งส่วนราชการสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2560 (ราชกิจจานุเบกษา เล่มที่ 134 ตอนที่ 64 ก ลงวันที่ 14 มิถุนายน 2560) โดยแบ่งส่วนราชการบริหารส่วนกลาง เป็นส่วนราชการระดับกอง 12 กอง และส่วนราชการบริหารส่วนภูมิภาค ประกอบด้วยสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดและสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ

- หน่วยงานในกำกับของรัฐ ที่มีรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขเป็นผู้กำกับดูแล โดยมีบทบาทเป็นประธานคณะกรรมการและมีปลัดกระทรวงสาธารณสุขเป็นกรรมการโดยตำแหน่ง มี 3 หน่วยงาน คือ สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) และสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ (สพฉ.)

- รัฐวิสาหกิจ มี 1 แห่ง คือ องค์การเภสัชกรรม
- องค์การมหาชน มี 2 แห่ง คือ สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) และสถานบริการสุขภาพ 1 แห่ง ได้แก่ โรงพยาบาลบ้านแพ้ว จังหวัดสมุทรสาคร

ภาพที่ 5.5 โครงสร้างการบริหารงานของกระทรวงสาธารณสุข



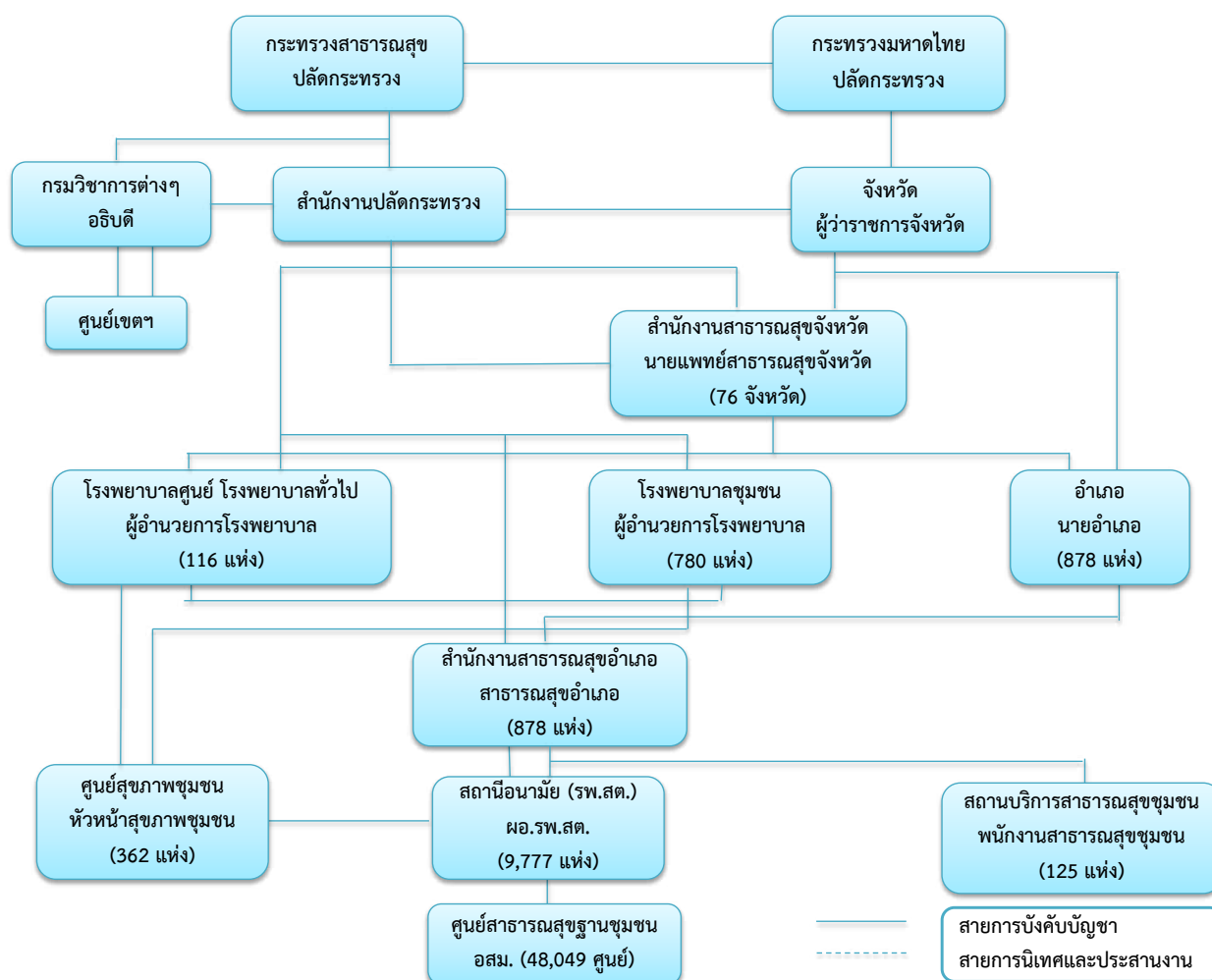
(2) การบริหารราชการส่วนภูมิภาค

หน่วยงานภายในส่วนภูมิภาค ได้แก่ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด โรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

การบริหารราชการส่วนภูมิภาค สำนักงานสาธารณสุข-

สุขจังหวัดเป็นหน่วยงานที่มีสายบังคับบัญชาขึ้นกับผู้ว่าราชการจังหวัด จึงเป็นหน่วยงานร่วมรับผิดชอบแก้ไขปัญหาสุขภาพอนามัยของประชาชนในระดับพื้นที่ ในฐานะคณะผู้บริหารของจังหวัด แต่อยู่ภายใต้การสนับสนุนด้านวิชาการและงบประมาณจากกระทรวงสาธารณสุขและหน่วยงานในสังกัดของกระทรวงสาธารณสุข (ภาพที่ 5.6)

ภาพที่ 5.6 โครงสร้างการบริหารราชการสาธารณสุขในส่วนภูมิภาค

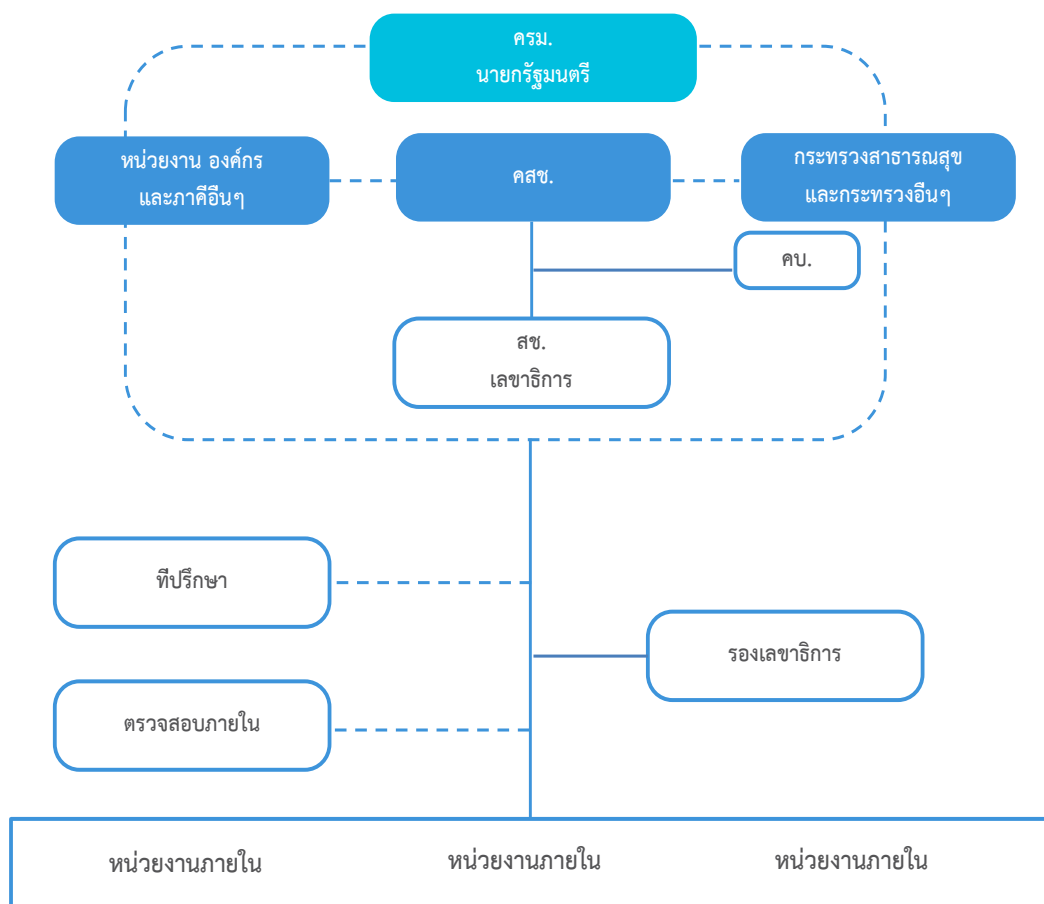


5.4.2 สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.)

สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.) เป็นองค์กรที่จัดตั้งขึ้นตามพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 มีเป้าหมายในการสานพลังสร้างสุขภาพ สนับสนุนให้ทุกภาคส่วนได้ร่วมกันพัฒนาและขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ ที่เชื่อมั่นในแนวทาง

ประชาธิปไตยแบบมีส่วนร่วม โดย สช. เป็นองค์กรในกำกับนายกรัฐมนตรี ทำหน้าที่เป็นหน่วยเลขานุการของคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (คสช.) ซึ่งมีนายกรัฐมนตรีเป็นประธาน ภายใต้การกำกับกำกับการดำเนินงานโดยคณะกรรมการบริหารสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ มีโครงสร้างการบริหารงาน ดังแสดงในภาพที่ 5.7

ภาพที่ 5.7 โครงสร้างสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ



ที่มา: สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ⁽⁹⁾

การดำเนินงานของ สช. เพื่อให้บรรลุเจตนารมณ์ของพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 ที่มุ่งให้เกิดสังคมสุขภาวะด้วยการพัฒนากระบวนการพัฒนานโยบายสาธารณะแบบมีส่วนร่วมที่เกิดจากการทำงานร่วมกันของ 3 ภาคส่วน คือภาครัฐ ภาควิชาการ/วิชาชีพ และภาคประชาสังคม/เอกชน มีพันธกิจหลักที่ต้องดำเนินการใน 4 เรื่องใหญ่ๆ คือ

1) การขับเคลื่อนธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ

การจัดทำธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ เพื่อเป็นกรอบทิศทางการพัฒนาระบบสุขภาพของประเทศ และจัดให้มีกระบวนการทบทวนทุก 5 ปี รวมถึงการสนับสนุนการจัดทำธรรมนูญสุขภาพพื้นที่ เพื่อการขับเคลื่อนการพัฒนาระบบสุขภาพระดับพื้นที่อย่างมีส่วนร่วม

2) การพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพแบบมีส่วนร่วม

สช. มีบทบาทหน้าที่ในการสนับสนุนการพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพแบบมีส่วนร่วมผ่านเครื่องมือต่างๆ เช่น การจัดสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ การสนับสนุนการจัดสมัชชาสุขภาพระดับพื้นที่และสมัชชาสุขภาพเฉพาะประเด็นและการสนับสนุนเครือข่ายนโยบายในรูปแบบอื่นๆ โดยจัดสมัชชาสุขภาพแห่งชาติปีละ 1 ครั้ง และสนับสนุนการจัดสมัชชาสุขภาพเฉพาะพื้นที่หรือสมัชชาสุขภาพเฉพาะประเด็นเพื่อการพัฒนา นโยบายสาธารณะแบบมีส่วนร่วมของภาคส่วนต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง โดย สช. มีบทบาทในการสนับสนุนให้กลไกสมัชชาสุขภาพแต่ละจังหวัดในพื้นที่ ทั้ง 77 จังหวัด เป็นกลไกดำเนินการ

3) การประเมินผลกระทบด้านสุขภาพ

การสนับสนุนกระบวนการประเมินผลกระทบด้านสุขภาพ โดยมีคณะกรรมการพัฒนาระบบและกลไกการประเมินผลกระทบด้านสุขภาพ เป็นกลไกหลัก ดำเนินการให้เป็นไปตามประกาศคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง หลักเกณฑ์และวิธีการประเมินผลกระทบด้านสุขภาพที่เกิดจากนโยบายสาธารณะ ฉบับที่ 2 พ.ศ. 2559 โดย สช. มีบทบาทหน้าที่ในการส่งเสริม สนับสนุนและขับเคลื่อนให้ภาคีทุกภาคส่วนได้ทราบและนำเอาหลักเกณฑ์ตามประกาศนี้ไปประยุกต์ใช้เพื่อสร้างสังคมสุขภาวะ รวมถึงการเสริมหนุนให้ภาคส่วนที่มีขีดจำกัด ให้สามารถใช้กระบวนการประเมินผลกระทบต่อสุขภาพ

4) สิทธิและหน้าที่ด้านสุขภาพ

การดำเนินการเพื่อพัฒนาระบบสนับสนุนการใช้สิทธิด้านสุขภาพของประชาชนตามบทบัญญัติใน พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ มาตรา 5 -12 โดยมุ่งสร้างความรู้ความเข้าใจเรื่องสิทธิและหน้าที่ด้านสุขภาพ และสนับสนุนการดำเนินงานที่เกี่ยวข้อง เช่น การแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิต สิทธิในเรื่องข้อมูลสุขภาพส่วนบุคคล เป็นต้น

5.4.3 สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.)

สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) เป็นองค์กรของรัฐที่มีส่วนราชการจัดตั้งขึ้นตามพระราชบัญญัติสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข พ.ศ. 2535 พร้อมๆ กับการจัดตั้งสำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย (สกว.) และสำนักงานพัฒนาวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีแห่งชาติ (สวทช.) โดยมีโครงสร้างองค์กรและการบริหารที่เน้นความคล่องตัว เพื่อให้สามารถตอบสนองต่อเป้าหมายในการจัดการความรู้เพื่อนำไปสู่การพัฒนาระบบสุขภาพได้ (Better Knowledge Management for Better Health Systems) วัตถุประสงค์ของการจัดตั้ง สวรส. มี ดังนี้¹⁰

- สำรวจ ศึกษาและวิเคราะห์ทางวิชาการต่าง ๆ เพื่อวางเป้าหมาย นโยบายและจัดทำแผนโครงการและมาตรการต่างๆ ในการพัฒนาระบบสาธารณสุขของประเทศ

- ประสานงานกับหน่วยงานด้านนโยบายและแผนของรัฐบาล และหน่วยงานอื่นๆ ทั้งภาครัฐและเอกชนที่เกี่ยวข้อง เพื่อกำหนดนโยบายการวิจัยเพื่อพัฒนาระบบสาธารณสุข รวมทั้งการนำผลการวิจัยไปใช้ในการกำหนดนโยบายและแผน

- สนับสนุนการวิจัยเพื่อพัฒนาระบบสาธารณสุขของภาครัฐและภาคเอกชนและส่งเสริมความร่วมมือการวิจัยระบบสาธารณสุขระหว่างภาครัฐและภาคเอกชน ตลอดจนนานาประเทศ รวมทั้งดำเนินการวิจัยด้านระบบสาธารณสุขที่มีความสำคัญตามนโยบายและไม่มีหน่วยงานวิจัยอื่นดำเนินการ

- สนับสนุนการเพิ่มสมรรถนะในการเลือกการรับ และการถ่ายทอดวิทยาการและเทคโนโลยีจากต่างประเทศ ตลอดจนการจัดการโครงการลงทุนและโครงการพัฒนาที่เกี่ยวข้องกับการเลือก การรับ และการถ่ายทอดวิทยาการและเทคโนโลยีจากต่างประเทศ เพื่อให้ได้วิทยาการและเทคโนโลยีที่มีประสิทธิภาพและเหมาะสม

- บริการข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับความรู้และผลงานวิจัยและวิชาการสาธารณสุขแก่หน่วยงานของรัฐ เอกชน และสาธารณชน

บริหารงานโดยคณะกรรมการสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข ซึ่งมีรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขเป็นประธาน มีองค์ประกอบจากผู้แทนจากหน่วยงานของรัฐบาลและกรรมการผู้ทรงคุณวุฒิ รวมทั้งสิ้น 17 คน มีหน้าที่ในการดูแลนโยบาย และกำหนดทิศทางการดำเนินงานยุทธศาสตร์/แผนการวิจัยระบบสาธารณสุขของ สวรส. ให้สัมฤทธิ์ผลตามพันธกิจ

สวรส. ดำเนินงานภายใต้วิสัยทัศน์ “ผู้นำระบบวิจัยที่สร้างความรู้เชิงประจักษ์เพื่อพัฒนาระบบสุขภาพไทย” และพันธกิจ “พัฒนาระบบวิจัยเพื่อขับเคลื่อนความรู้อย่างมีทิศทางและมีส่วนร่วม”

แผนงานของ สวรส. ในปีงบประมาณ 2560 โดยแบ่งเป็น 4 กลุ่ม คือ

1. กลุ่มแผนงานวิจัย
2. กลุ่มแผนพัฒนาการจัดการงานวิจัย
3. กลุ่มแผนสนับสนุนการวิจัย
4. กลุ่มส่วนงานเฉพาะ

โดยมีการดำเนินการและรายละเอียดดังนี้

- กลุ่มแผนงานวิจัย ประกอบด้วย 8 แผนงาน ได้แก่

1) แผนงานวิจัยและพัฒนาระบบยา ผลิตภัณฑ์และเทคโนโลยี

2) แผนงานวิจัยและพัฒนาบุคลากรด้านสุขภาพ

3) แผนงานวิจัยและพัฒนาระบบข้อมูลข่าวสารสุขภาพ

4) แผนงานวิจัยและพัฒนาระบบบริการสุขภาพ

5) แผนงานวิจัยและพัฒนาด้านการเงินการคลังสุขภาพ

6) แผนงานวิจัยและพัฒนาระบบอภิบาลสุขภาพ

7) แผนงานวิจัยพัฒนา Special target และปัจจัยทางสังคมที่กำหนดสุขภาพ

8) แผนงานวิจัยมุ่งเป้าด้านสุขภาพของประเทศ

แหล่งที่มาของโจทย์/ประเด็นวิจัย ประกอบด้วย

1) การจัดลำดับความสำคัญร่วมกับหน่วยงานต่างๆ

2) การวิจัยต่อเนื่อง/ต่อยอดของ สวรส.

3) ประกาศรับข้อเสนอโครงการวิจัย (Call for paper)

• กลุ่มแผนพัฒนาการจัดการงานวิจัย ประกอบด้วย 2 แผนงาน ได้แก่ (1) แผนงานพัฒนาบุคลากรด้านวิจัยนโยบายและระบบสุขภาพ (2) แผนงานคุ้มครองการวิจัยในมนุษย์

• กลุ่มแผนสนับสนุนการวิจัย ประกอบด้วย 4 แผนงาน ได้แก่ (1) แผนพัฒนาระบบบริหารจัดการทั่วไป (2) แผนพัฒนาทรัพยากรบุคคล (3) แผนบริหารยุทธศาสตร์ (4) แผนการบริหารความเสี่ยงและตรวจสอบภายใน (5) แผนพัฒนา ICT (6) แผนงานสื่อสารความรู้และอื่นๆ

• กลุ่มส่วนงานเฉพาะ ประกอบด้วย 4 ส่วนงาน ได้แก่ (1) ส่วนงานสำนักงานวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย (สวปก.) (2) ส่วนงานสถาบันพัฒนาการคุ้มครองการวิจัยในมนุษย์ (สคม.) (3) ส่วนงานมาตรฐานและบริการสารสนเทศระบบบริการสาธารณสุข (สมสส.) (4) ส่วนงานวิจัยเพื่อพัฒนาการตรวจสอบบริการสาธารณสุข (สวตบ.)

5.4.4 สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริม

สุขภาพ (สสส.)

สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) เป็นหน่วยงานของรัฐที่มีใช้ส่วนราชการหรือรัฐวิสาหกิจ มีนายกรัฐมนตรีเป็นประธานกองทุน จัดตั้งขึ้นตามพระราชบัญญัติกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ พ.ศ. 2544 โดยมีหน้าที่ริเริ่ม ผลักดัน กระตุ้น สนับสนุน และร่วมกับหน่วยงานต่างๆ ในสังคม ในการขับเคลื่อนกระบวนการสร้างเสริมสุขภาพ เพื่อให้คนไทยมีสุขภาพดีครบ 4 ด้าน กาย จิต ปัญญา สังคมและร่วมสร้างประเทศไทยให้น่าอยู่

สสส. ดำเนินงานภายใต้วิสัยทัศน์ “ทุกคนบนแผ่นดินไทยมีขีดความสามารถ สังคม สิ่งแวดล้อม ที่เอื้อต่อสุขภาพ” และพันธกิจ “จุดประกาย กระตุ้น สานและเสริมพลังบุคคลและองค์กรทุกภาคส่วน ให้มีขีดความสามารถ และสร้างสรรค์ระบบสังคมที่เอื้อต่อการมีสุขภาพ” โดยได้รับเงินทุนสนับสนุนการดำเนินงานหลักจากเงินบำรุงกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพซึ่งมาจากภาษีที่รัฐจัดเก็บจากผู้ผลิตและนำเข้าสุราและยาสูบในอัตรา ร้อยละ 2 ของภาษีที่ต้องชำระ

ยุทธศาสตร์หลักในการดำเนินงานของ สสส. เน้นการ “สานสามพลัง” ซึ่งประกอบด้วยพลังทางปัญญา พลังทางสังคม และพลังนโยบาย เพื่อขับเคลื่อนการเปลี่ยนแปลงและแก้ไขปัญหาสุขภาพะที่ยากและสำคัญในสังคมไทยอย่างสร้างสรรค์ โดยกองทุนเป็นกลไกที่ช่วยสร้างความเข้มแข็ง และสนับสนุนให้เกิดความเชื่อมโยงของ “พลัง” ทั้งสาม

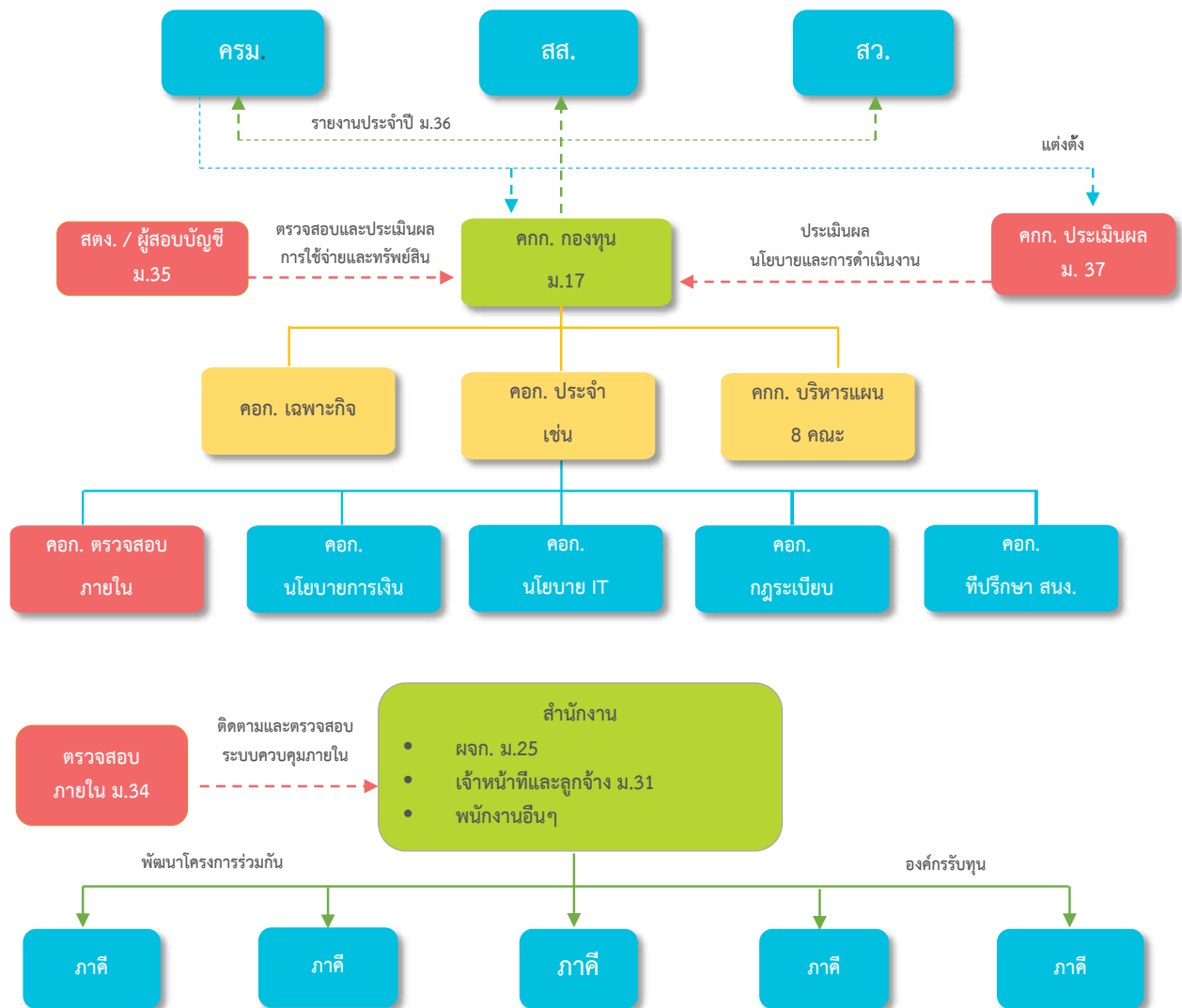
โครงสร้างการบริหารงานของ สสส.

1) โครงสร้างหลักของ สสส.

กลไกบริหารหลักของ สสส. ประกอบด้วยกลไกหลัก คือ คณะกรรมการกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ ซึ่งมีนายกรัฐมนตรีเป็นประธาน ซึ่งภายใต้คณะกรรมการ

กองทุนฯ มีกลไกบริหารงานประกอบด้วย คณะกรรมการบริหารแผนและคณะกรรมการเฉพาะกิจด้านต่างๆ โดยมีผู้จัดการสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ เป็นผู้บริหารสูงสุดของสำนักงาน ดังภาพที่ 5.8

ภาพที่ 5.8 โครงสร้างหลักของสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ



ที่มา: สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ⁽¹¹⁾

2) โครงสร้างการบริหารงานภายในของ สสส.

ประกอบด้วยสำนักและส่วนงานต่างๆ เพื่อขับเคลื่อน การดำเนินงานตามแผนงานหลัก 15 แผน การดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพสู่สังคมสุขภาวะ ประกอบด้วย

แผนควบคุมยาสูบ แผนการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และสิ่งเสพติด แผนการจัดการความปลอดภัยและปัจจัยเสี่ยงทางสังคม แผนควบคุมปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพ แผนสุขภาวะประชากรกลุ่มเฉพาะ แผนสุขภาวะชุมชน

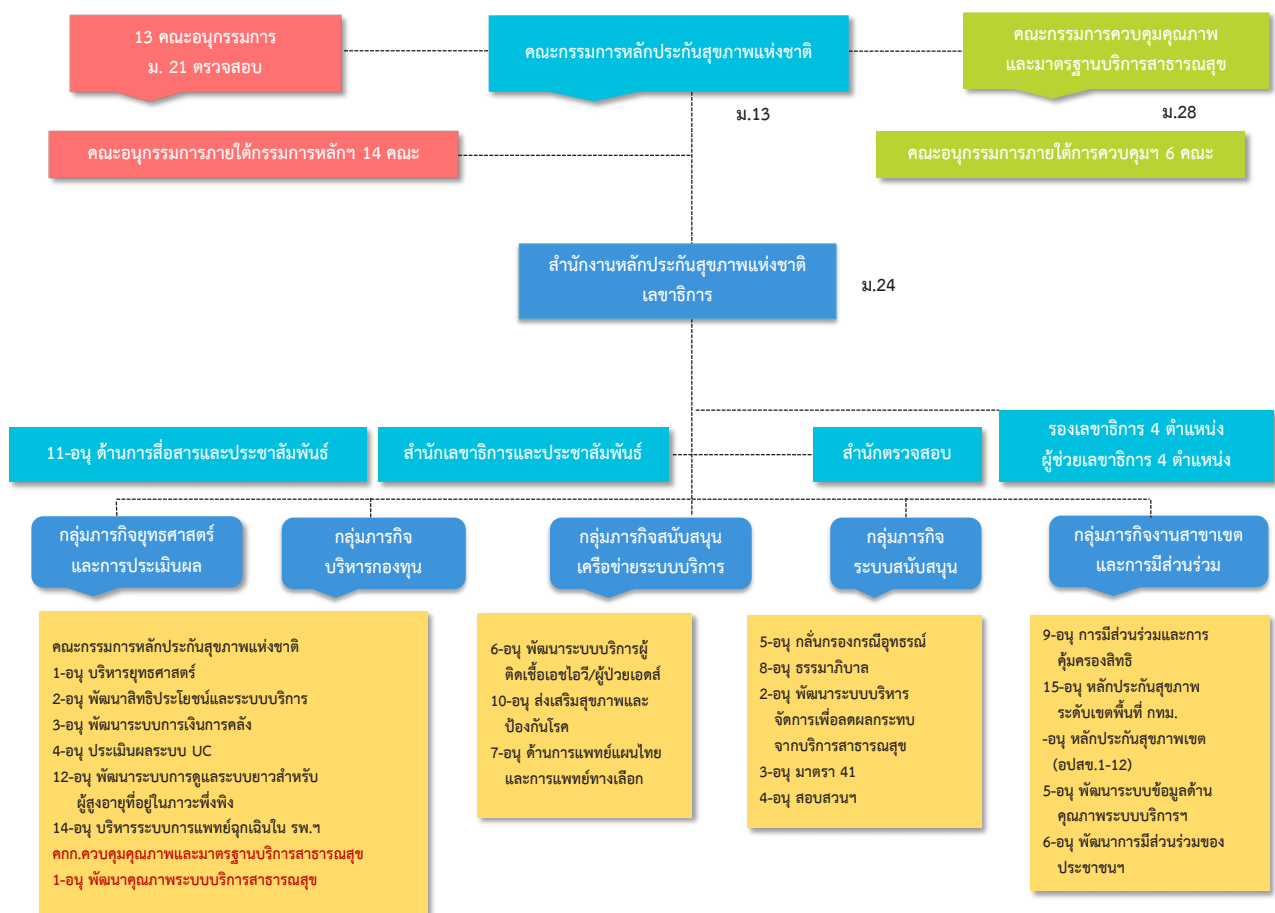
แผนสุขภาพเด็ก เยาวชนและครอบครัว แผนสร้างเสริมสุขภาพในองค์กร แผนส่งเสริมกิจกรรมทางกาย แผนระบบสื่อและวิถีสุขภาพทางปัญญา แผนสร้างสรรค์โอกาสและนวัตกรรมสุขภาพ แผนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพผ่านระบบบริการสุขภาพ แผนพัฒนาระบบและกลไกสนับสนุนเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ แผนอาหารเพื่อสุขภาพ และแผนสร้างเสริมความเข้าใจสุขภาพ

5.4.5 สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.)

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) เป็นองค์กรของรัฐ ตามพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 ภายใต้การกำกับดูแลของ

รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข ในฐานะประธานคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ โดย สปสช. ทำหน้าที่เป็นสำนักงานเลขานุการของคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติและคณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุข ซึ่งมีการกิจหลักในการบริหารจัดการเงินกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติให้เกิดประสิทธิภาพสูงสุด รวมทั้งพัฒนาระบบบริการสาธารณสุขเพื่อให้ประชาชนเข้าถึงบริการที่มีคุณภาพได้มาตรฐาน และด้วยการบริหารจัดการเงินกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติได้อย่างมีประสิทธิภาพ โปร่งใส สามารถตรวจสอบได้ และเกิดประโยชน์สูงสุดต่อประชาชน โดยมีโครงสร้างการบริหารของ สปสช. ดังภาพที่ 5.9

ภาพที่ 5.9 โครงสร้างการบริหารของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ



ที่มา: สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ⁽¹²⁾

นอกจากการจัดโครงสร้างการบริหารงานในส่วนกลางแล้ว สปสช. ได้พัฒนาโครงสร้างการบริหารระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าระดับพื้นที่ ครอบคลุมทั่วประเทศ เพื่อดำเนินงานร่วมกับสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดด้วยความสัมพันธ์แบบ partnership ในฐานะสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติสาขาจังหวัด ทั้งนี้ เพื่อก้าวไปให้ถึงจุดหมายตามวิสัยทัศน์ขององค์กร คือ มีระบบหลักประกันสุขภาพที่ประชาชนเข้าถึงด้วยความมั่นใจและผู้ให้บริการมีความสุข โดยสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเขต มีจำนวน 13 แห่ง ดังนี้

- สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเขต 1 เชียงใหม่
- สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเขต 2 พิษณุโลก
- สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเขต 3 นครสวรรค์
- สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเขต 4 สระบุรี
- สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเขต 5 ราชบุรี
- สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเขต 6 ระยอง
- สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเขต 7 ขอนแก่น
- สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเขต 8 อุตรธานี
- สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเขต 9 นครราชสีมา
- สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเขต 10 อุบลราชธานี
- สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเขต 11 สุราษฎร์ธานี
- สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเขต 12 สงขลา
- สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเขต 13 กรุงเทพมหานคร

5.4.6 สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) (สรพ.)

สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) หรือ สรพ. มีที่มาจากงานวิจัยกลไกส่งเสริมการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลโดยสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) เมื่อปี 2540 และก่อตั้งเป็นสถาบันภายใต้ สวรส. เมื่อปี 2542 ในชื่อว่า “สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล” (พรพ.) โดยมีการดำเนินงานภายใต้หลักการสำคัญคือ “องค์กรที่เป็นกลาง มีความน่าเชื่อถือ คล่องตัว มีการดำเนินการบนพื้นฐานวิชาการ สอดคล้องกับบริบทสาธารณสุขและวัฒนธรรมของประเทศ” โดย สรพ. มีบทบาทอย่างสูงในการยกระดับมาตรฐานและคุณภาพการให้บริการของสถานพยาบาลอย่างต่อเนื่อง ดังนั้นเพื่อให้สถาบันแห่งนี้มีสถานะที่เป็นที่น่าเชื่อถือของสังคมและเป็นองค์กรที่มีความมั่นคงของการดำเนินงานในระยะยาว จึงได้จัดตั้งสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) ขึ้น โดยออกเป็นพระราชกฤษฎีกาจัดตั้งสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) พ.ศ. 2552 ตั้งแต่วันที่ 22 มิถุนายน 2552

1) บทบาทหน้าที่ของ สรพ.

(1) ดำเนินการเกี่ยวกับการประเมินระบบงานและการรับรองคุณภาพของสถานพยาบาล รวมทั้งกำหนดมาตรฐานของสถานพยาบาลเพื่อใช้เป็นแนวทางการประเมินการพัฒนาและการรับรองคุณภาพของสถานพยาบาล

(2) รวบรวมข้อมูล ศึกษา วิเคราะห์ และจัดทำข้อเสนอแนะเกี่ยวกับการส่งเสริม สนับสนุน และพัฒนาคุณภาพของสถานพยาบาล

(3) ส่งเสริม สนับสนุนให้เกิดกลไกในการพัฒนาระบบการให้บริการที่ดีมีคุณภาพและมาตรฐานความปลอดภัยของสถานพยาบาลอย่างเป็นระบบ

(4) ส่งเสริม สนับสนุน และดำเนินการเผยแพร่องค์ความรู้ และการให้บริการการเข้าถึงและใช้ประโยชน์เกี่ยวกับการประเมิน การพัฒนาและการรับรองคุณภาพของสถานพยาบาล

(5) ประสานความร่วมมือกับหน่วยงานของรัฐ องค์การหรือหน่วยงานในประเทศหรือต่างประเทศ และภาคเอกชนที่ดำเนินการเกี่ยวกับการประเมิน การพัฒนา และการรับรองคุณภาพของสถานพยาบาล

(6) จัดทำหลักสูตรและฝึกอบรมเจ้าหน้าที่ของสถานพยาบาลให้เกิดความเข้าใจกระบวนการเกี่ยวกับการประเมิน การพัฒนาและการรับรองคุณภาพของสถานพยาบาล

2) ยุทธศาสตร์การดำเนินงานของ สรพ.

สรพ. ดำเนินงานภายใต้วิสัยทัศน์ “ประเทศไทย มีบริการสุขภาพที่ได้มาตรฐาน เป็นที่ไว้วางใจของสังคม โดย สรพ. มีบทบาทในการขับเคลื่อนวัฒนธรรมคุณภาพ (Change Catalyst) และพันธกิจในการส่งเสริม สนับสนุน และขับเคลื่อนการพัฒนาคุณภาพของระบบบริการสุขภาพ โดยใช้การประเมินตนเอง การเยี่ยมสำรวจ จากภายนอกและการรับรองกระบวนการคุณภาพเป็น กลไกกระตุ้นส่งเสริมการพัฒนาคุณภาพสถานพยาบาล อย่างสมดุล โดยกระบวนการทำงานหลักของ สรพ. ใน

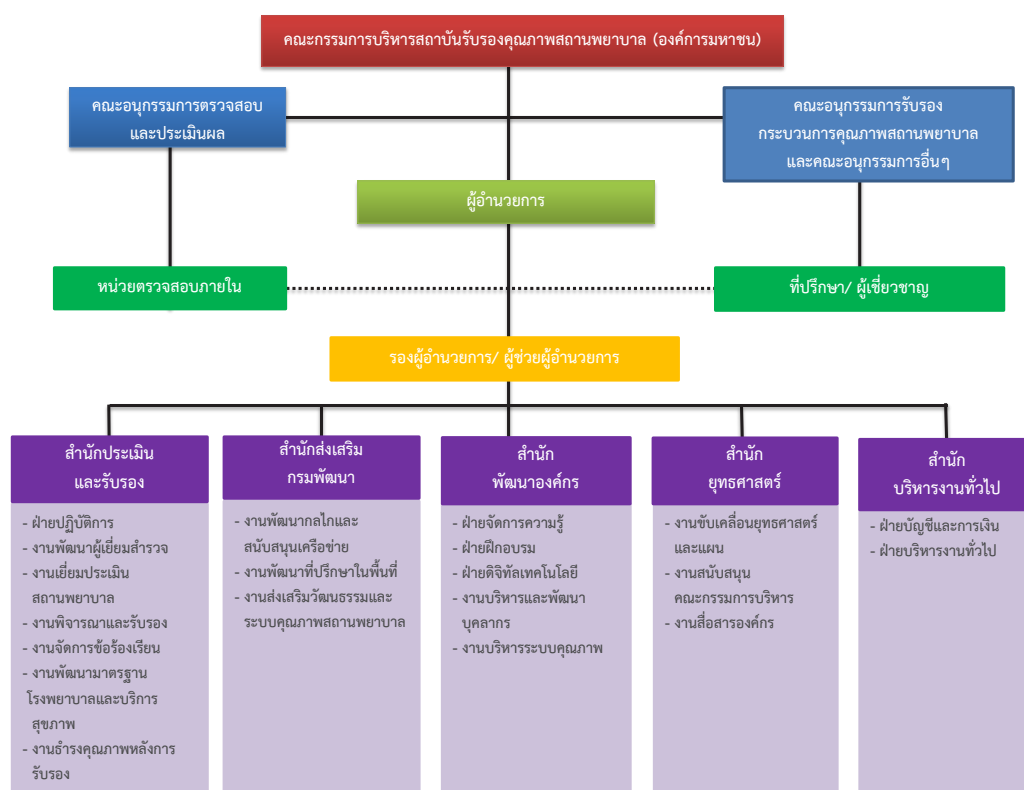
การขับเคลื่อนงานให้บรรลุพันธกิจ ประกอบด้วย

- การสร้างและเผยแพร่ความรู้เกี่ยวกับการพัฒนาคุณภาพสถานพยาบาล (Knowledge Creation & Dissemination)
- การจัดให้มีกลไกส่งเสริมและสนับสนุนการพัฒนาคุณภาพของสถานพยาบาล (Quality Improvement Support)
- การประเมินและยกย่องกระบวนการคุณภาพของสถานพยาบาล (Recognition)

3) โครงสร้างการบริหารงานของ สรพ.

สรพ. ดำเนินการภายใต้การกำกับของคณะกรรมการบริหารสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) และมีผู้อำนวยการสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล เป็นกรรมการและเลขานุการ มีการจัดโครงสร้างหน่วยงานภายในสถาบัน ประกอบด้วย 5 สำนัก ได้แก่ สำนักประเมินและรับรอง สำนักส่งเสริมการพัฒนา สำนักประกันและรับรอง สำนักส่งเสริมการพัฒนา สำนักพัฒนาองค์กร สำนักยุทธศาสตร์และสำนักบริหารงานทั่วไป ดังแสดงในภาพที่ 5.10

ภาพที่ 5.10 โครงสร้างการบริหารงานของสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล



ที่มา: สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน)⁽¹³⁾

5.4.7 สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ (สพฉ.)

สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ เป็นองค์กรที่จัดตั้งขึ้นตามพระราชบัญญัติการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ พ.ศ. 2551 เพื่อเป็นองค์กรรับผิดชอบการบริหารจัดการ การประสานระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทั้งภาครัฐ และเอกชน รวมถึงการส่งเสริมองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นให้เข้ามามีบทบาทในการบริหารจัดการการจัดบริการการแพทย์ฉุกเฉิน เพื่อให้เป็นไปตามเจตนารมณ์ของพระราชบัญญัติการแพทย์ฉุกเฉินฯ ที่มุ่งเน้นให้ผู้ป่วยฉุกเฉินได้รับการคุ้มครองสิทธิในการเข้าถึงระบบการแพทย์ฉุกเฉินอย่างทั่วถึง เท่าเทียม มีคุณภาพมาตรฐาน โดยได้รับการช่วยเหลือและรักษาพยาบาลที่มีประสิทธิภาพและทันต่อเหตุการณ์มากขึ้น เพื่อลดและป้องกันความสูญเสียจากภาวะฉุกเฉินที่อาจทำให้ผู้ป่วยฉุกเฉินต้องสูญเสียชีวิต อวัยวะหรือเกิดความบกพร่องในการทำงานของอวัยวะสำคัญ รวมทั้งทำให้การบาดเจ็บหรืออาการป่วยรุนแรงขึ้นโดยไม่สมควรทั้งในภาวะปกติและสาธณภัย

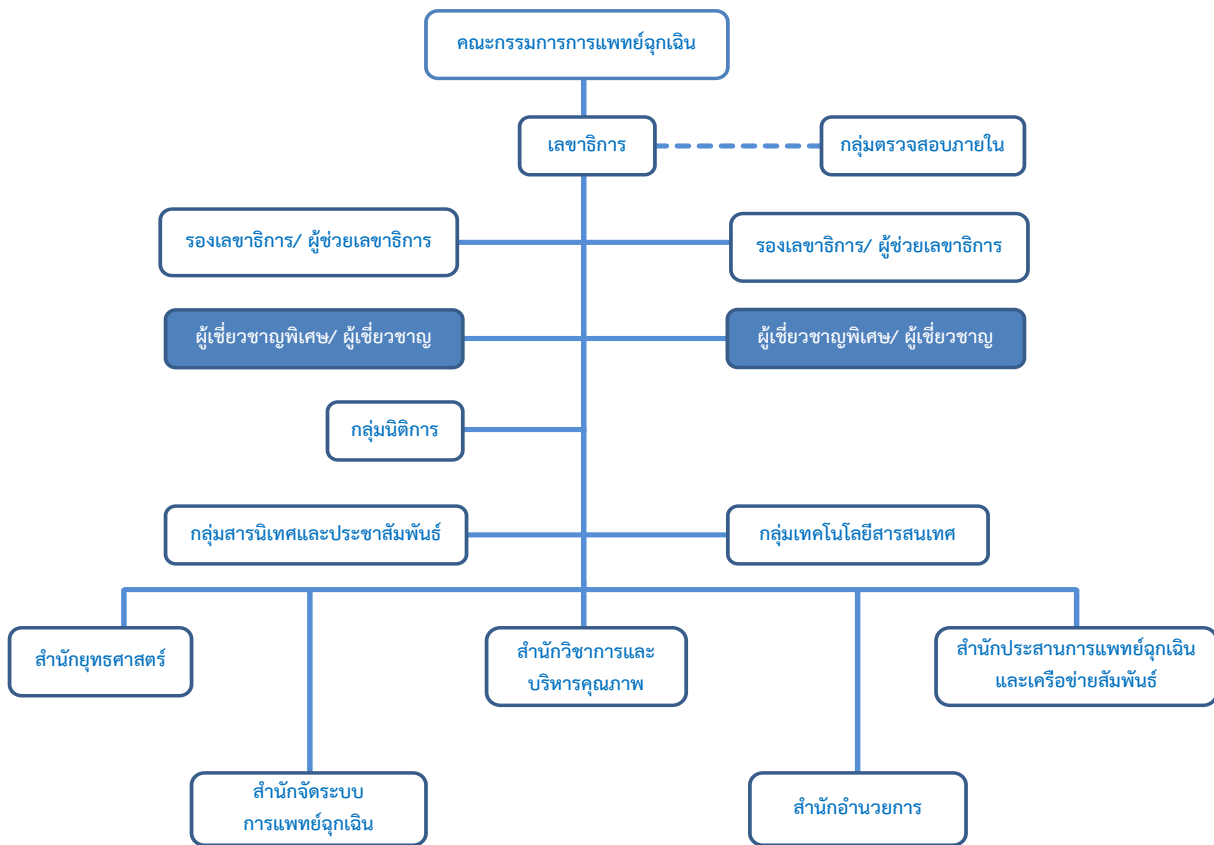
สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ ดำเนินการภายใต้วิสัยทัศน์ “ประเทศไทยมีระบบการแพทย์ฉุกเฉินที่ได้มาตรฐาน ซึ่งทุกคนเข้าถึงได้อย่างทั่วถึงและเท่าเทียม ด้วยความร่วมมือร่วมใจจากทุกภาคส่วน” โดยมีกรอบยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบการแพทย์ฉุกเฉินไทยในระยะ 5 ปี (พ.ศ. 2560–2564) มีเป้าหมายทั่วไปเพื่อลดการเสียชีวิตและความพิการจากภาวะฉุกเฉินที่เกิดจากโรคและภัย โดยใช้ยุทธศาสตร์การดำเนินงาน ที่สำคัญ 5 ด้าน คือ

1) พัฒนาคุณภาพระบบการแพทย์ฉุกเฉิน (Quality: Q)

- 2) พัฒนาระบบบริหารจัดการบุคลากรในระบบการแพทย์ฉุกเฉิน (Person: P)
- 3) พัฒนากลไกการอภิบาลระบบการแพทย์ฉุกเฉิน (Support: S)
- 4) พัฒนาศักยภาพและการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย ทั้งในและต่างประเทศ (Coalition: C)
- 5) การสื่อสารสาธารณะในระบบการแพทย์ฉุกเฉินสู่ประชาชน (Public Education and Public Relationship: PE & PR)

โครงสร้างการบริหารของ สพฉ. มีกลไกบริหารหลักคือ คณะกรรมการการแพทย์ฉุกเฉิน ซึ่งมีรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขเป็นประธาน มีกรรมการประกอบด้วยผู้บริหารระดับสูงของหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ผู้ทรงคุณวุฒิ และผู้แทนองค์กรวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง รวมถึงองค์กรภาคเอกชนที่ไม่แสวงหากำไรและ โดยมีเลขาธิการสถาบันการแพทย์ฉุกเฉิน เป็นกรรมการและเลขานุการ คณะกรรมการการแพทย์ฉุกเฉินทำหน้าที่กำหนดมาตรฐานหลักเกณฑ์และวิธีปฏิบัติเกี่ยวกับการแพทย์ฉุกเฉิน และมีสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ (สพฉ.) เป็นหน่วยงานรับผิดชอบการบริหารจัดการการประสานระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ทั้งภาครัฐและเอกชน ทั้งในประเทศและต่างประเทศ ตลอดจนส่งเสริมให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมีบทบาทในการบริหารจัดการให้เกิดความร่วมมือในการปฏิบัติงานด้านการแพทย์ฉุกเฉินร่วมกันอย่างยั่งยืน มีโครงสร้างการบริหารสำนักงาน ดังแสดงในภาพที่ 5.11

ภาพที่ 5.11 โครงสร้างการบริหารสำนักงานของสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ



ที่มา: สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ⁽¹⁴⁾

5.5 บทสรุประบบสุขภาพของประเทศไทย

ในช่วงปี พ.ศ. 2559 - 2560 เป็นช่วงที่ประเทศไทยอยู่ในระหว่างการเริ่มใช้รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2560 ซึ่งเป็นรัฐธรรมนูญฉบับใหม่ และเป็นช่วงที่การเมืองของประเทศ อยู่ภายใต้กระแสการปฏิรูปตามที่กำหนดในหมวด 16 ของรัฐธรรมนูญฯ โดยที่ในลำดับต่อไปก็จะต้องมีการออกกฎหมายที่เกี่ยวข้อง และมีการดำเนินการจัดทำยุทธศาสตร์ชาติและแผนปฏิรูปประเทศในด้านต่างๆ ซึ่งในที่สุดจะมีความเกี่ยวข้องเชื่อมโยงกับระบบสุขภาพในแง่ของสุขภาวะองค์รวมอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้และส่งผลกระทบต่อหน่วยงานและองค์กรต่างๆ ที่มีการดำเนินงานด้านสุขภาพ ก็จะต้องมีการปรับการดำเนินงานให้สอดคล้องกันต่อไป นอกจากนี้ ในปี พ.ศ. 2559 ก็ได้มีการประกาศใช้รัฐธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพฉบับที่ 2 พ.ศ. 2559 ซึ่งเป็นกรอบทิศทางการทำงานด้านสุขภาพของประเทศ ซึ่งระบุให้สุขภาพเป็นสิทธิขั้นพื้นฐานของคน

ทั้งในระดับบุคคล ครอบครัว ชุมชนและสังคมวงกว้าง และได้กำหนดองค์ประกอบของระบบสุขภาพ ซึ่งเป็นระบบย่อย เพิ่มขึ้นเป็น 14 องค์ประกอบ เพื่อให้สอดคล้องกับบริบทและสภาพสังคมที่เปลี่ยนแปลงในปัจจุบัน ไม่ว่าจะเป็นด้านการเมือง เศรษฐกิจและสังคม รวมถึงความเข้มแข็งของภาคส่วนอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องกับระบบสุขภาพ ในแง่ของการพัฒนาปัจจัยสังคมที่กำหนดสุขภาพเพื่อให้เกิดสังคมสุขภาวะ ดังนั้นรัฐธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาตินี้ จึงให้ความสำคัญกับการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนในการขับเคลื่อนการพัฒนา ระบบสุขภาพภายใต้ระบบย่อยต่างๆ ซึ่งในแต่ละองค์ประกอบของระบบสุขภาพ จะมีผู้เกี่ยวข้องหลายภาคส่วน ไม่ว่าจะเป็นกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงอื่นๆ ที่ทำงานเกี่ยวข้องกับสุขภาพ หน่วยงานที่มีพระราชบัญญัติเฉพาะต่างๆ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น องค์กรพัฒนาเอกชน ชุมชนและภาคเอกชน แต่ละภาค

ส่วนมีการดำเนินงานด้านสุขภาพที่แตกต่างกัน ทั้งงานด้าน การสร้างสุขภาพ การควบคุมป้องกันโรค และการรักษา ฟื้นฟู ดังนั้นการทำให้ประชาชนมีสุขภาพดีทั้งทางด้าน

ร่างกาย จิตใจ ปัญญาและสังคม จะต้องให้ความสำคัญ กับการพัฒนาปัจจัยสังคมที่กำหนดสุขภาพ ซึ่งจำเป็นต้อง อาศัยความร่วมมือของทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง

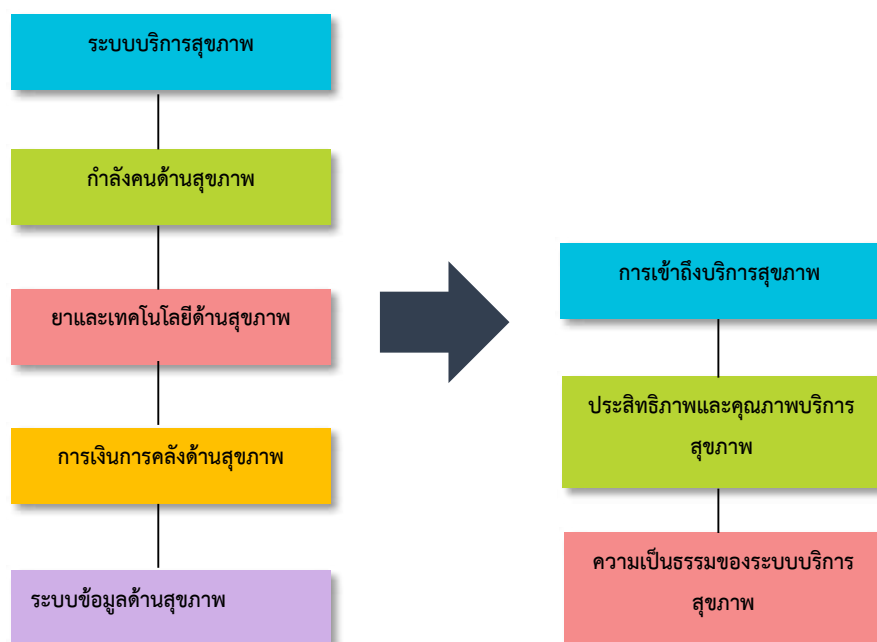
5.6 ระบบบริการสุขภาพของประเทศไทย

ระบบบริการสุขภาพของประเทศไทย มีพัฒนาการ อย่างต่อเนื่องในช่วงหลายทศวรรษที่ผ่านมา โดยเน้นการ ขยายการให้บริการให้ครอบคลุมพื้นที่ต่างๆของประเทศ เพื่อให้ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการสุขภาพที่จำเป็นได้ อย่างทั่วถึง ทั้งการขยายบริการในระดับปฐมภูมิและการ ให้บริการในระดับโรงพยาบาล ที่เป็นบริการระดับทุติยภูมิ และตติยภูมิ โดยภาครัฐมีบทบาทสำคัญในการขยายการ ให้บริการดังกล่าว ร่วมกับการขยายตัวของภาคเอกชน ที่จัดบริการในพื้นที่ต่างๆของประเทศ ทำให้การให้บริการ สุขภาพมีความทั่วถึงมากยิ่งขึ้น ประกอบกับนโยบาย การสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ที่มีการพัฒนา ระบบการเงินการคลังสุขภาพ ให้สามารถครอบคลุมการใช้ บริการสุขภาพของประชาชนทุกคน ทำให้บริการสุขภาพที่ จำเป็น ได้รับการคุ้มครอง และประชาชนก็สามารถเข้าถึง

บริการสุขภาพที่จำเป็นเหล่านั้นได้โดยปราศจากอุปสรรค ทางด้านการเงิน อันจะส่งผลต่อการลดภาระรายจ่ายของ ประชาชนในการใช้บริการสุขภาพ

ในส่วนของระบบบริการสุขภาพในที่นี่ จะนำเสนอ สถานการณ์และแนวโน้มขององค์ประกอบต่างๆ ในการ จัดระบบบริการสุขภาพ ซึ่งประกอบไปด้วย ส่วนที่เป็น ปัจจัยนำเข้าของการจัดระบบบริการสุขภาพ อันได้แก่ กำลังคนด้านสุขภาพ ยาและเทคโนโลยีด้านสุขภาพ การ เงินการคลังด้านสุขภาพ ระบบข้อมูลด้านสุขภาพ และ ส่วนที่เป็นผลลัพธ์ของการจัดระบบบริการสุขภาพ ได้แก่ การเข้าถึงบริการสุขภาพ ประสิทธิภาพและคุณภาพ ของบริการสุขภาพและความเป็นธรรมของระบบบริการ สุขภาพ ดังภาพที่ 5.12

ภาพที่ 5.12 ปัจจัยนำเข้าและผลลัพธ์ของการจัดระบบบริการสุขภาพ



5.7 การบริการด้านสุขภาพ

ในการจัดบริการด้านสุขภาพ มีบริการสุขภาพที่จัดโดยภาครัฐและภาคเอกชน ประกอบด้วยสถานบริการสุขภาพทั้งในระดับปฐมภูมิ ทุติยภูมิ และตติยภูมิ โดยสถานบริการในระดับปฐมภูมิ จะเป็นสถานบริการที่ให้บริการในขั้นต้นเมื่อมีการเจ็บป่วย โดยถือเป็นด่านแรกของระบบบริการสุขภาพ และมีการให้บริการแบบผสมผสานทั้งด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค การรักษาพยาบาลและการฟื้นฟูสมรรถภาพ ในขณะที่สถานบริการระดับทุติยภูมิเป็นสถานบริการในระดับโรงพยาบาล ที่สามารถให้การรักษาสําหรับการเจ็บป่วยที่มีความซับซ้อนมากยิ่งขึ้น รวมทั้งการรับผู้ป่วยไว้รักษาในแผนกผู้ป่วยในและสถานบริการระดับตติยภูมิ เป็นสถานบริการที่มีความเชี่ยวชาญเฉพาะทาง สามารถรักษาผู้ป่วยที่มีความซับซ้อนและต้องการการรักษาด้วยแพทย์เฉพาะทางและเครื่องแพทย์ที่มีราคาแพง ทำหน้าที่รับการส่งต่อผู้ป่วยจากสถานบริการที่มีข้อจำกัดในการรักษา

5.7.1 สถานบริการสุขภาพภาครัฐ

สถานบริการสุขภาพภาครัฐ มีบทบาทสำคัญอย่างยิ่งในระบบบริการสุขภาพ เนื่องจากการลงทุนของรัฐบาลเพื่อให้เกิดการจัดบริการที่กระจายไปในทุกพื้นที่ โดยมีเป้าหมายที่ต้องการให้ประชาชนในท้องถิ่นต่างๆ สามารถเข้าถึงบริการได้อย่างทั่วถึง โดยเฉพาะในพื้นที่ชนบทที่ห่างไกล โดยการจัดบริการของรัฐบาลนั้น ประกอบด้วย การจัดบริการโดยกระทรวงสาธารณสุข ได้แก่ โรงพยาบาลเฉพาะทาง โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน สถานีอนามัย (โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล)

นอกจากนี้ยังมีสถานบริการของกระทรวงศึกษาธิการ กระทรวงกลาโหม กระทรวงมหาดไทย รัฐวิสาหกิจ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (รวมกรุงเทพมหานคร) และศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน (ตารางที่ 5.1) ทั้งนี้สามารถแบ่งสถานบริการสุขภาพของรัฐตามระดับของเขตการปกครองได้ดังนี้

ในเขตกรุงเทพมหานคร มีโรงพยาบาลโรงเรียนแพทย์ 5 แห่ง โรงพยาบาลทั่วไป 26 แห่ง โรงพยาบาลเฉพาะโรคและสถาบันเฉพาะโรค 18 แห่ง และศูนย์บริการสาธารณสุขครบทุกเขต รวม 132 ศูนย์/5 สาขา

ระดับภาค มีโรงพยาบาลโรงเรียนแพทย์ 6 แห่ง โรงพยาบาลศูนย์ 28 แห่ง โรงพยาบาลเฉพาะทาง 49 แห่ง

ระดับจังหวัด มีโรงพยาบาลทั่วไปครอบคลุมครบทุกจังหวัดรวม 88 แห่ง

ระดับอำเภอ มีโรงพยาบาลชุมชนครอบคลุมอำเภอร้อยละ 88.8 รวม 780 แห่งและศูนย์บริการสาธารณสุขเทศบาล 295 แห่ง

ระดับตำบล มีโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (สถานีอนามัย) 9,777 แห่ง ครอบคลุมครบทุกตำบลแล้ว และหลายตำบลมีโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลมากกว่า 1 แห่ง

ระดับหมู่บ้าน มีสถานบริการสาธารณสุขชุมชน 125 แห่ง ศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชนในเขตชนบท 48,049 แห่ง ศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชนในเขตเมือง 3,108 แห่ง

ตารางที่ 5.1 สถานบริการสาธารณสุขภาครัฐ พ.ศ. 2561

ระดับการปกครอง	สถานบริการสาธารณสุข	จำนวน	ความครอบคลุม
กรุงเทพมหานคร	โรงพยาบาลโรงเรียนแพทย์	5	
	โรงพยาบาลทั่วไป	26	
	กระทรวงสาธารณสุข	4	
	สำนักนายกรัฐมนตรี	3	
	กระทรวงยุติธรรม	1	
	กระทรวงกลาโหม	6	
	กรุงเทพมหานคร	11	
	รัฐวิสาหกิจ	1	
	โรงพยาบาลเฉพาะโรคและสถานบันเฉพาะโรค	8	
	ศูนย์บริการสาธารณสุขสังกัด กทม. / ทุกสังกัดใน กทม.	68/136	
ภาค 4 ภาค และสาขาต่าง ๆ	โรงพยาบาลโรงเรียนแพทย์	6	
	โรงพยาบาลศูนย์	33	
	โรงพยาบาลเฉพาะทาง ได้แก่	51	
	โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ	9	
	โรงพยาบาลจิตเวช	19	
	โรงพยาบาลประสาท	1	
	สถาบันราชประชาสมาสัย	1	
	สถาบันบำราศนราดูร	1	
	สถาบันโรคทรวงอก	1	
	ศูนย์ป้องกันและควบคุมโรคมะเร็ง	7	
	ศูนย์บำบัดรักษายาเสพติด	6	
	โรงพยาบาลเมตตาประชารักษ์	1	
	ศูนย์ฯ เพื่อผู้สูงอายุ	1	
	ศูนย์ฯ โรคผิวหนัง	1	
	สถาบันทันตกรรม	1	
	ศูนย์สิทธิรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพ	1	
	สถาบันยาเสพติดธัญญารักษ์	1	

ตารางที่ 5.1 สถานบริการสาธารณสุขภาครัฐ พ.ศ. 2561 (ต่อ)

ระดับการปกครอง	สถานบริการสาธารณสุข	จำนวน	ความครอบคลุม
76 จังหวัด	โรงพยาบาลทั่วไป	110	100%
	สังกัดกระทรวงสาธารณสุข	83	
	สังกัดกระทรวงศึกษาธิการ	27	
	โรงพยาบาลค่ายและโรงพยาบาล	64	
	ประจำหน่วยรบสังกัดกระทรวงกลาโหม		
	โรงพยาบาลสังกัดสำนักนายกรัฐมนตรี	2	
878 อำเภอ	โรงพยาบาลชุมชน	781	(88.8%)
	ศูนย์บริการสาธารณสุข เทศบาล	300	
7,255 ตำบล	โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (สถานีอนามัย)	9,763	100%
74,965 หมู่บ้าน	สถานบริการสาธารณสุขชุมชน	123	
	ศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน (ชนบท) (พ.ศ. 2550)	48,049	64.1%
	ศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน (เมือง) (พ.ศ. 2546)	3,108	

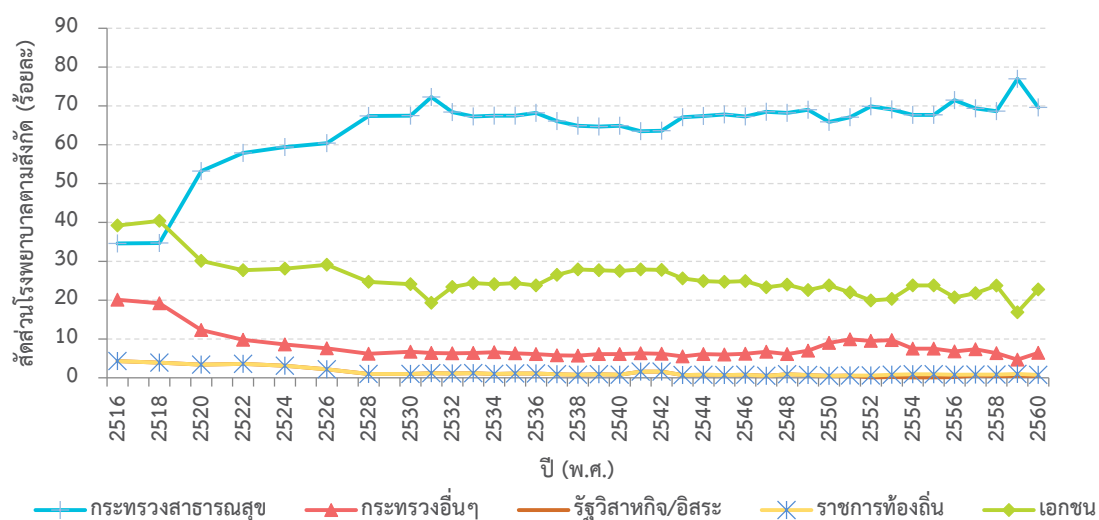
ที่มา: กองยุทธศาสตร์และแผน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

5.7.2 การกระจายของโรงพยาบาลตามสังกัด

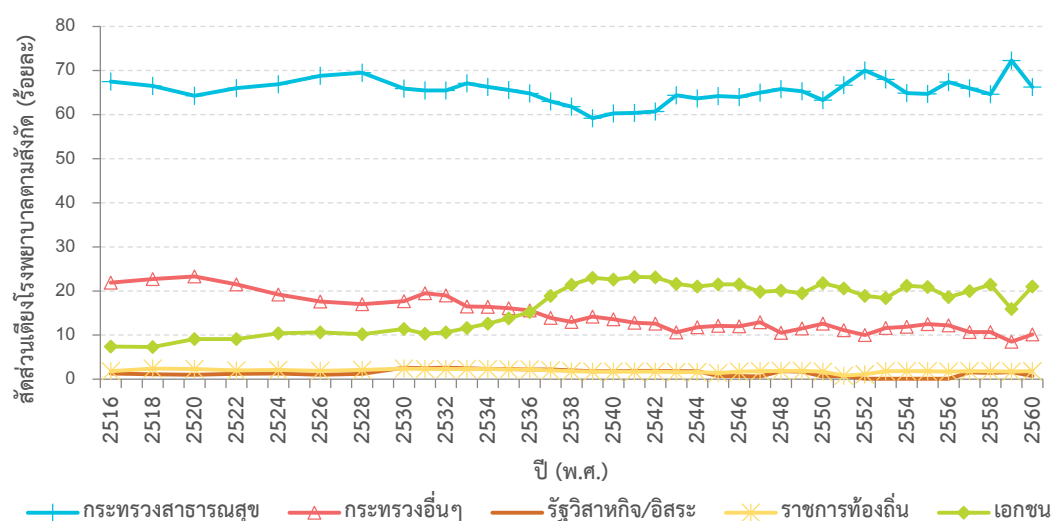
แนวโน้มของสถานบริการด้านสุขภาพจำแนกตามสังกัด ได้แก่ สัดส่วนของโรงพยาบาลและสัดส่วนของเตียงโรงพยาบาล จำแนกตามสังกัด โดยสัดส่วนโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 34.6 ในปี พ.ศ. 2516 เป็นร้อยละ 69.6 ในปี พ.ศ. 2560 และเตียงโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขอยู่ที่ร้อยละ 66.3 ในปี พ.ศ. 2560 ในขณะที่สัดส่วนโรงพยาบาลสังกัดกระทรวง

อื่นๆ ลดลงจากร้อยละ 20.1 ในปี พ.ศ. 2516 เหลือร้อยละ 6.4 ในปี พ.ศ. 2560 โดยมีเตียงอยู่ที่ร้อยละ 10.2 ในปี พ.ศ. 2560 และโรงพยาบาลเอกชน มีสัดส่วนที่ลดลงจากร้อยละ 39.2 ในปี พ.ศ. 2516 เหลือร้อยละ 22.7 ในปี พ.ศ. 2560 โดยมีเตียงอยู่ที่ร้อยละ 21 ในปี พ.ศ. 2560 (ภาพที่ 5.13 และ 5.14 และตารางที่ 5.2 และ 5.3)

ภาพที่ 5.13 แนวโน้มสัดส่วนโรงพยาบาล จำแนกตามสังกัด พ.ศ. 2516-2560



ภาพที่ 5.14 แนวโน้มสัดส่วนเตียงโรงพยาบาล จำแนกตามสังกัด พ.ศ. 2516-2560



ที่มา: ภาพที่ 5.13 และ 5.14 จากรายงานทรัพยากรสาธารณสุข

ตารางที่ 5.2 จำนวนโรงพยาบาลและสัดส่วนโรงพยาบาลจำแนกตามสังกัด พ.ศ. 2557-2560

ปี	กระทรวงสาธารณสุข		กระทรวงอื่นๆ		รัฐวิสาหกิจ/ หน่วยงานอิสระ		ราชการท้องถิ่น		เอกชน	
พ.ศ.	จำนวน รพ.	ร้อยละ	จำนวน รพ.	ร้อยละ	จำนวน รพ.	ร้อยละ	จำนวน รพ.	ร้อยละ	จำนวน รพ.	ร้อยละ
2557	904	69.4	96	7.4	8	0.6	11	0.8	284	21.8
2558	929	68.7	86	6.4	6	0.4	11	0.8	321	23.7
2559	940	77.0	57	4.7	6	0.5	12	1.0	206	16.9
2560	943	69.6	87	6.4	7	0.5	10	0.7	308	22.7

ตารางที่ 5.3 จำนวนเตียงโรงพยาบาลและสัดส่วนเตียงโรงพยาบาลจำแนกตามสังกัด พ.ศ. 2557-2560

ปี	กระทรวงสาธารณสุข		กระทรวงอื่นๆ		รัฐวิสาหกิจ/ หน่วยงานอิสระ		ราชการท้องถิ่น		เอกชน	
พ.ศ.	จำนวน เตียง	ร้อยละ	จำนวน เตียง	ร้อยละ	จำนวน เตียง	ร้อยละ	จำนวน เตียง	ร้อยละ	จำนวน เตียง	ร้อยละ
2557	99,193	66.0	16,094	10.7	2,308	1.5	2,727	1.8	30,028	20.0
2558	97,057	64.7	16,018	10.7	2,160	1.4	2,734	1.8	32,154	21.4
2559	102,282	72.3	12,033	8.5	2,253	1.6	2,427	1.7	22,505	15.9
2560	99,941	66.3	15,336	10.2	1,070	0.7	2,808	1.9	31,684	21.0

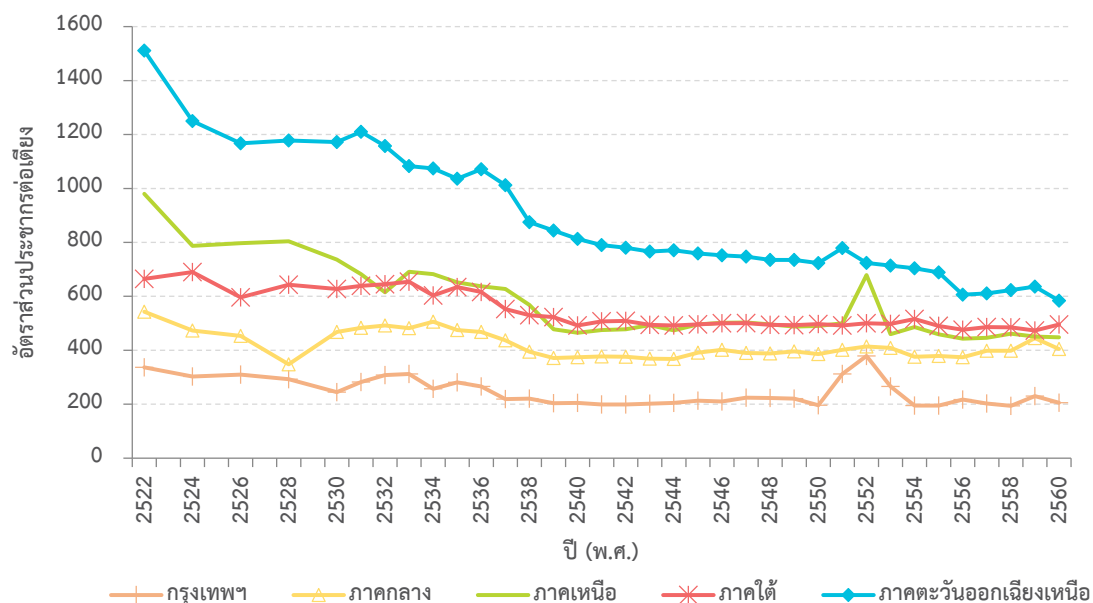
ที่มา: ตารางที่ 5.2 และ 5.3 จากรายงานทรัพยากรสาธารณสุข

5.7.3 การกระจายของสถานบริการตามภาค

สำหรับการกระจายเตียงโรงพยาบาลระหว่างภาคพบว่าอัตราส่วนประชากรต่อเตียง ลดลงในทุกภาค โดยในปี พ.ศ. 2560 อัตราส่วนประชากรต่อเตียง ของกรุงเทพฯ เท่ากับ 205:1 ภาคกลางเท่ากับ 404:1 ภาคเหนือเท่ากับ 448:1 ภาคใต้เท่ากับ 496:1 และภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

เหนือเท่ากับ 584:1 โดยความแตกต่างระหว่างกรุงเทพฯ กับภาคตะวันออกเฉียงเหนือลดลงจาก 4.5 เท่า ในปี พ.ศ. 2522 เหลือ 2.8 เท่า ในปี พ.ศ. 2560 (ภาพที่ 5.15 และ ตารางที่ 5..4)

ภาพที่ 5.15 แนวโน้มอัตราส่วนประชากรต่อเตียงโรงพยาบาล รายภาค พ.ศ. 2522-2560



ที่มา: จากรายงานทรัพยากรสาธารณสุข

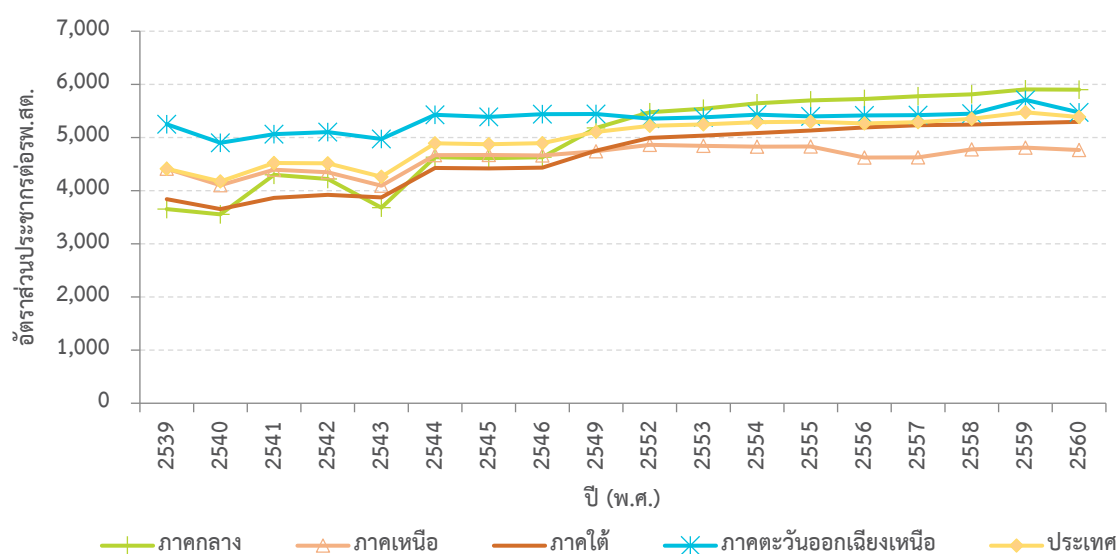
ตารางที่ 5.4 จำนวนเตียงโรงพยาบาลและอัตราส่วนประชากรต่อเตียงจำแนกตามภาค พ.ศ. 2557-2560

ปี	กรุงเทพฯ		ภาคกลาง		ภาคเหนือ		ภาคใต้		ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ	
พ.ศ.	จำนวนเตียง	ประชากรต่อเตียง	จำนวนเตียง	ประชากรต่อเตียง	จำนวนเตียง	ประชากรต่อเตียง	จำนวนเตียง	ประชากรต่อเตียง	จำนวนเตียง	ประชากรต่อเตียง
2557	28,085	203	40,454	398	27,227	446	18,866	486	35,718	611
2558	29,112	194	40,682	398	26,212	461	19,021	485	35,096	623
2559	24,354	230	36,530	445	26,614	451	19,576	473	34,426	636
2560	27,212	205	40,496	404	26,793	448	18,795	496	37,543	584

ที่มา: จากรายงานทรัพยากรสาธารณสุข

สำหรับอัตราส่วนประชากรต่อ รพ.สต. เพิ่มขึ้นเล็กน้อยในทุกภาค แสดงว่าประชากรเพิ่มขึ้นเร็วกว่าการเพิ่มขึ้นของรพ.สต. โดยในแต่ละภาคมีอัตราส่วนประชากรต่อ รพ.สต. ที่ใกล้เคียงกันมาก ระหว่าง 4,765:1 ถึง 5,900:1 ในปี พ.ศ. 2560 (ภาพที่ 5.16 และตารางที่ 5.5)

ภาพที่ 5.16 แนวโน้มอัตราส่วนประชากรต่อ รพ.สต. รายภาค พ.ศ. 2522-2560



ที่มา: จากรายงานทรัพยากรสาธารณสุข จำนวนประชากรคิดจากประชากรกลางปีคูณด้วยสัดส่วนประชากรนอกเขตเทศบาลปี 2552

ตารางที่ 5.5 จำนวนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและอัตราส่วนประชากรต่อ รพ.สต. จำแนกตามภาค พ.ศ. 2557-2560

ปี	ภาคกลาง		ภาคเหนือ		ภาคใต้		ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ		ภาคตะวันออก	
พ.ศ.	จำนวน รพ.สต.	ประชากร/ รพ.สต.	จำนวน รพ.สต.	ประชากร/ รพ.สต.	จำนวน รพ.สต.	ประชากร/ รพ.สต.	จำนวน รพ.สต.	ประชากร/ รพ.สต.	จำนวน รพ.สต.	ประชากร/ รพ.สต.
2557	28,085	203	40,454	398	27,227	446	18,866	486	35,718	611
2558	29,112	194	40,682	398	26,212	461	19,021	485	35,096	623
2559	24,354	230	36,530	445	26,614	451	19,576	473	34,426	636
2560	27,212	205	40,496	404	26,793	448	18,795	496	37,543	584

ที่มา: จากรายงานทรัพยากรสาธารณสุข จำนวนประชากรคิดจากประชากรกลางปีคูณด้วยสัดส่วนประชากรนอกเขตเทศบาลปี 2552

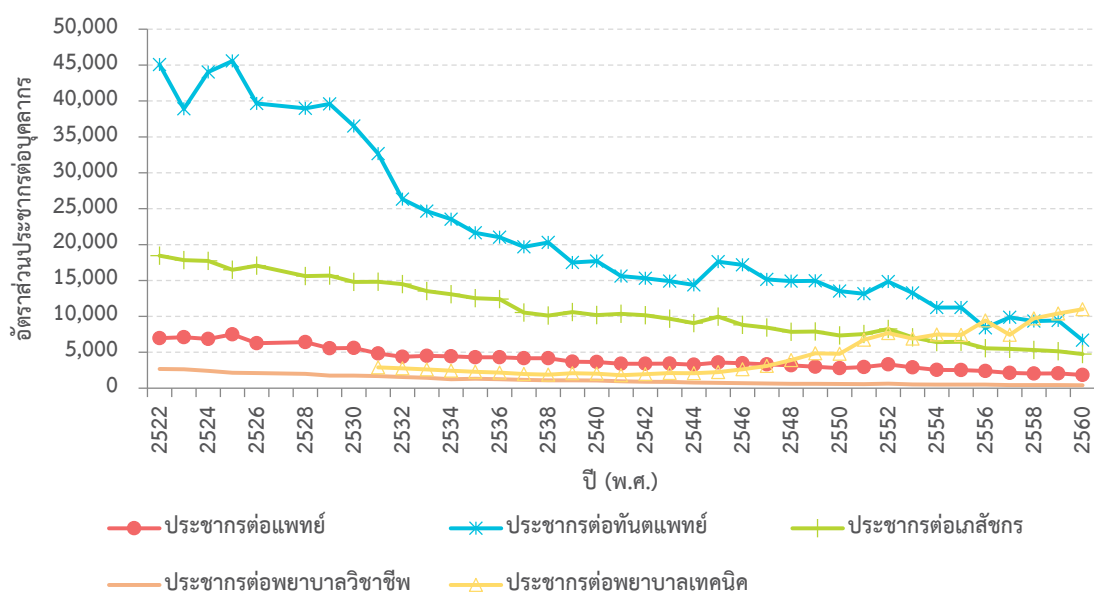
5.8 กำลังคนด้านสุขภาพ

5.8.1 แนวโน้มกำลังคนด้านสุขภาพ 5 สาขา

กำลังคนด้านสุขภาพ 5 สาขาหลัก ได้แก่ แพทย์ ทันตแพทย์ เภสัชกร พยาบาลวิชาชีพและพยาบาลเทคนิค มีแนวโน้มที่ดีขึ้นตลอดช่วงเวลากว่า 3 ทศวรรษที่ผ่านมา ยกเว้นกรณีของพยาบาลเทคนิค ที่มีการเปลี่ยนไปเป็นพยาบาลวิชาชีพตั้งแต่ประมาณปี พ.ศ. 2546 ทำให้จำนวนพยาบาลเทคนิคลดลงอย่างต่อเนื่อง ทั้งนี้อัตราส่วนประชากรต่อแพทย์ ลดลงจากประมาณ 7,000:1 ในปี พ.ศ. 2522 เหลือประมาณ 1,800: 1 ในปี พ.ศ. 2560 ในขณะที่อัตราส่วนประชากรต่อทันตแพทย์ ลดลงจาก

ประมาณ 45,000:1 ในปี พ.ศ. 2522 เหลือประมาณ 6,600:1 ในปี พ.ศ. 2560 อัตราส่วนประชากรต่อเภสัชกร ลดลงจากประมาณ 18,000:1 ในปี พ.ศ. 2522 เหลือประมาณ 4,700:1 ในปี พ.ศ. 2560 และอัตราส่วนประชากรต่อพยาบาลวิชาชีพ ลดลงจากประมาณ 2,600:1 ในปี พ.ศ. 2522 เหลือประมาณ 400:1 ในปี พ.ศ. 2560 แต่อัตราส่วนประชากรต่อพยาบาลเทคนิค กลับเพิ่มขึ้นจากประมาณ 2,900:1 ในปี พ.ศ. 2531 เป็น ประมาณ 11,000:1 ในปี พ.ศ. 2560 (ภาพที่ 5.17 และตารางที่ 5.6)

ภาพที่ 5.17 แนวโน้มอัตราส่วนประชากรต่อกำลังคนด้านสุขภาพ 5 สาขา พ.ศ. 2522-2560



ที่มา: จากรายงานทรัพยากรสาธารณสุข

ตารางที่ 5.6 จำนวนบุคลากร 5 สาขาและอัตราส่วนประชากรต่อบุคลากร 5 สาขา พ.ศ. 2557-2560

ปี	แพทย์		ทันตแพทย์		เภสัชกร		พยาบาลวิชาชีพ		พยาบาลเทคนิค	
พ.ศ.	จำนวน	ปชก/คน	จำนวน	ปชก/คน	จำนวน	ปชก/คน	จำนวน	ปชก/คน	จำนวน	ปชก/คน
2557	30,565	2,125	6,577	9,876	11,892	5,462	150,085	433	8,748	7,425
2558	31,959	2,035	6,953	9,352	12,231	5,317	149,183	436	6,693	9,716
2559	31,484	2,065	6,898	9,425	12,655	5,137	153,536	423	6,252	10,399
2560	35,388	1,843	9,760	6,681	13,728	4,750	160,932	405	5,929	10,998

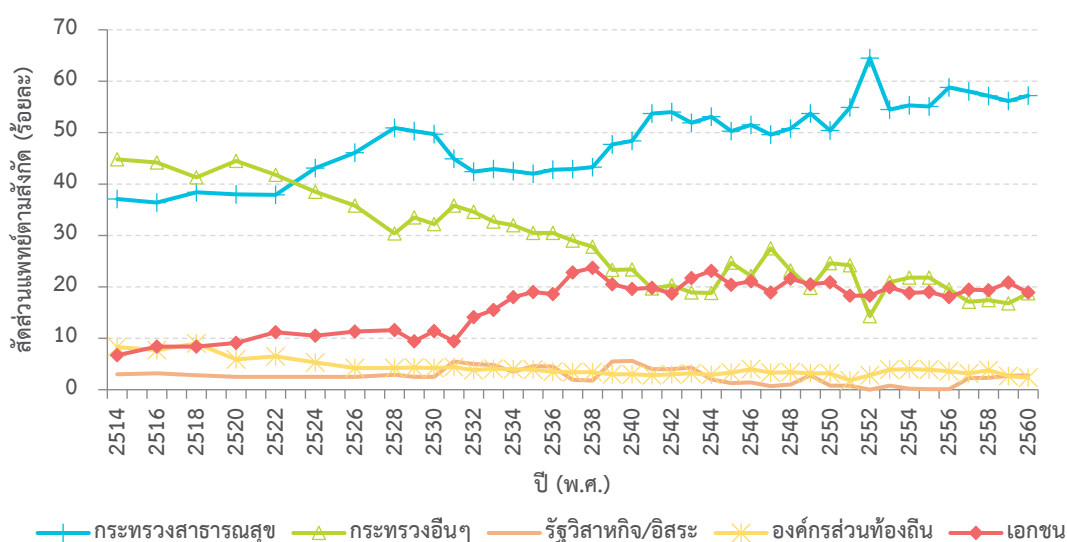
ที่มา: จากรายงานทรัพยากรสาธารณสุข

5.8.2 การกระจายกำลังคนด้านสุขภาพตามสังกัด

ประเด็นหนึ่งที่มีความสำคัญในการติดตามสถานการณ์แนวโน้มกำลังคนด้านสุขภาพ ก็คือสัดส่วนกำลังคนด้านสุขภาพจำแนกตามสังกัด ซึ่งสะท้อนการเจริญเติบโตของโรงพยาบาลเอกชน ที่มีบทบาทในการให้บริการสุขภาพที่เพิ่มมากขึ้นและบทบาทของกระทรวงสาธารณสุขที่เพิ่มมากขึ้น ในการขยายสถานบริการสุขภาพในระดับพื้นที่ทั่วประเทศ ทำให้กำลังคนด้านสุขภาพในส่วนของกระทรวงสาธารณสุข มีสัดส่วนสูงที่สุด

สัดส่วนของแพทย์สังกัดกระทรวงสาธารณสุข มีแนวโน้มที่เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 37.1 ในปี พ.ศ. 2514 เป็นร้อยละ 57.2 ในปี พ.ศ. 2560 ในขณะที่สัดส่วนของแพทย์สังกัดกระทรวงอื่นๆนั้น ลดลงจากร้อยละ 44.8 ในปี พ.ศ. 2514 เหลือร้อยละ 18.7 และสัดส่วนของแพทย์โรงพยาบาลเอกชน เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 6.7 ในปี พ.ศ. 2514 เป็นร้อยละ 18.9 ในปี พ.ศ. 2560 ซึ่งมีสัดส่วนที่ค่อนข้างคงที่นับตั้งแต่ปี พ.ศ. 2537 เป็นต้นมา (ภาพที่ 5.18 และ ตารางที่ 5.7)

ภาพที่ 5.18 แนวโน้มสัดส่วนจำนวนแพทย์จำแนกตามสังกัด พ.ศ. 2514-2560



ที่มา: จากรายงานทรัพยากรสาธารณสุข

ตารางที่ 5.7 จำนวนแพทย์และสัดส่วนแพทย์จำแนกตามสังกัด พ.ศ. 2557-2560

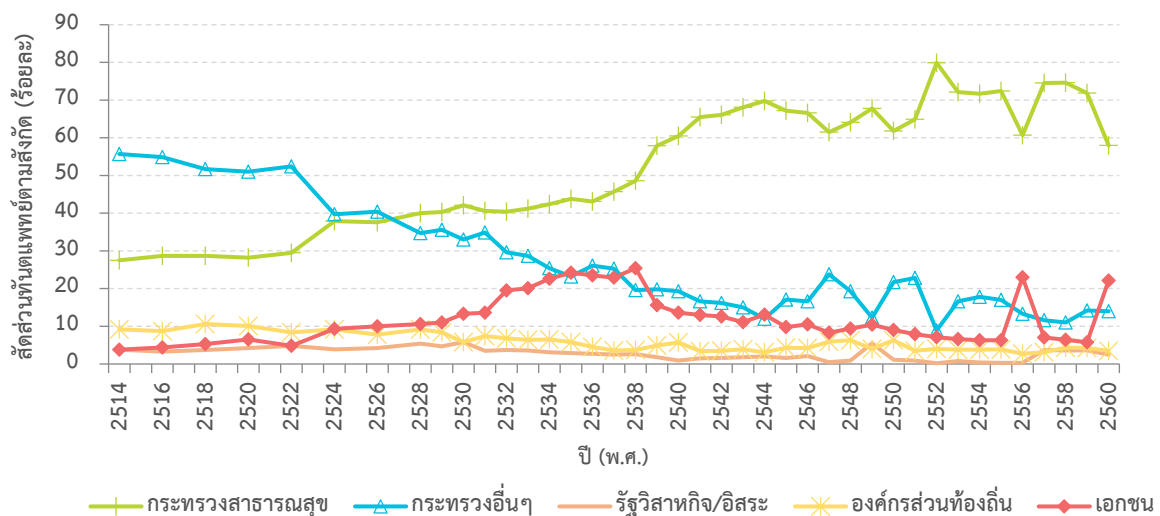
ปี	กระทรวงสาธารณสุข		กระทรวงอื่นๆ		รัฐวิสาหกิจ/หน่วยงานอิสระ		ราชการท้องถิ่น		เอกชน	
พ.ศ.	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
2557	17,727	58.0	5,230	17.1	690	2.3	964	3.2	5,954	19.5
2558	18,258	57.1	5,565	17.4	741	2.3	1,215	3.8	6,180	19.3
2559	17,673	56.1	5,283	16.8	853	2.7	837	2.7	6,565	20.9
2560	20,244	57.2	6,635	18.7	990	2.8	833	2.4	6,686	18.9

ที่มา: จากรายงานทรัพยากรสาธารณสุข

สัดส่วนของทันตแพทย์สังกัดกระทรวงสาธารณสุข มีแนวโน้มที่เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 27.5 ในปี พ.ศ. 2514 เป็นร้อยละ 58 ในปี พ.ศ. 2560 ในขณะที่สัดส่วนของทันตแพทย์สังกัดกระทรวงอื่นๆ นั้น ลดลงจากร้อยละ

55.7 ในปี พ.ศ. 2514 เหลือร้อยละ 14 และสัดส่วนของทันตแพทย์โรงพยาบาลเอกชนเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 3.8 ในปี พ.ศ. 2514 เป็นร้อยละ 22 ในปี พ.ศ. 2560 (ภาพที่ 5.19)

ภาพที่ 5.19 แนวโน้มสัดส่วนจำนวนทันตแพทย์จำแนกตามสังกัด พ.ศ. 2514-2560

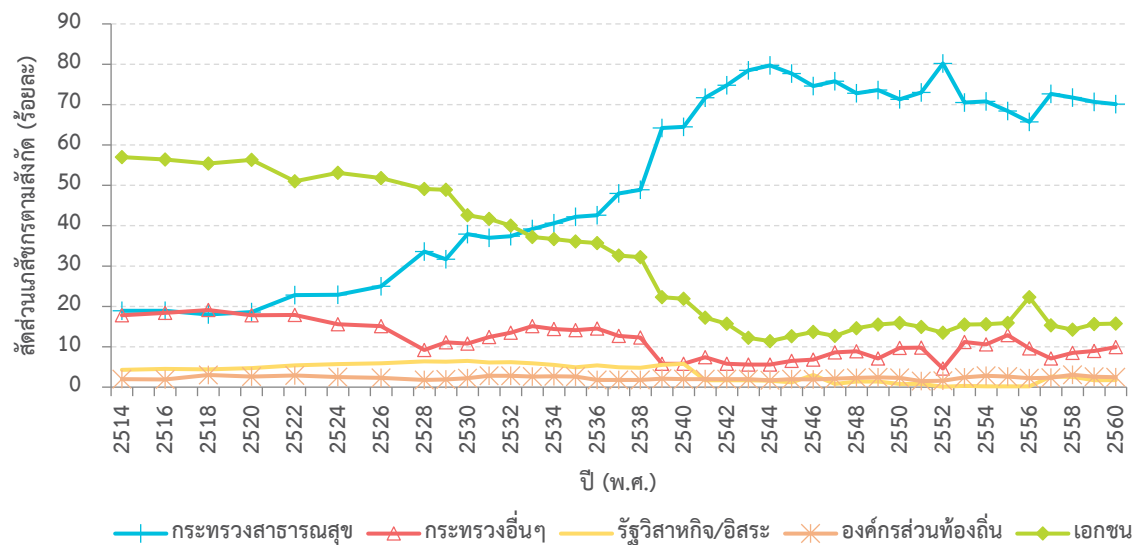


ที่มา: จากรายงานทรัพยากรสาธารณสุข

สัดส่วนของเภสัชกรสังกัดกระทรวงสาธารณสุข มีแนวโน้มที่เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 18.9 ในปี พ.ศ. 2514 เป็นร้อยละ 70 ในปี พ.ศ. 2560 ในขณะที่สัดส่วนของเภสัชกรสังกัดกระทรวงอื่นๆ นั้น ลดลงจากร้อยละ 17.8 ใน

ปี พ.ศ. 2514 เหลือร้อยละ 9.9 และสัดส่วนของเภสัชกรโรงพยาบาลเอกชน ลดลงจากร้อยละ 57 ในปี พ.ศ. 2514 เป็นร้อยละ 15.7 ในปี พ.ศ. 2560 โดยมีสัดส่วนที่ค่อนข้างคงที่ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2543 (ภาพที่ 5.20)

ภาพที่ 5.20 แนวโน้มสัดส่วนจำนวนเภสัชกรจำแนกตามสังกัด พ.ศ. 2514-2560

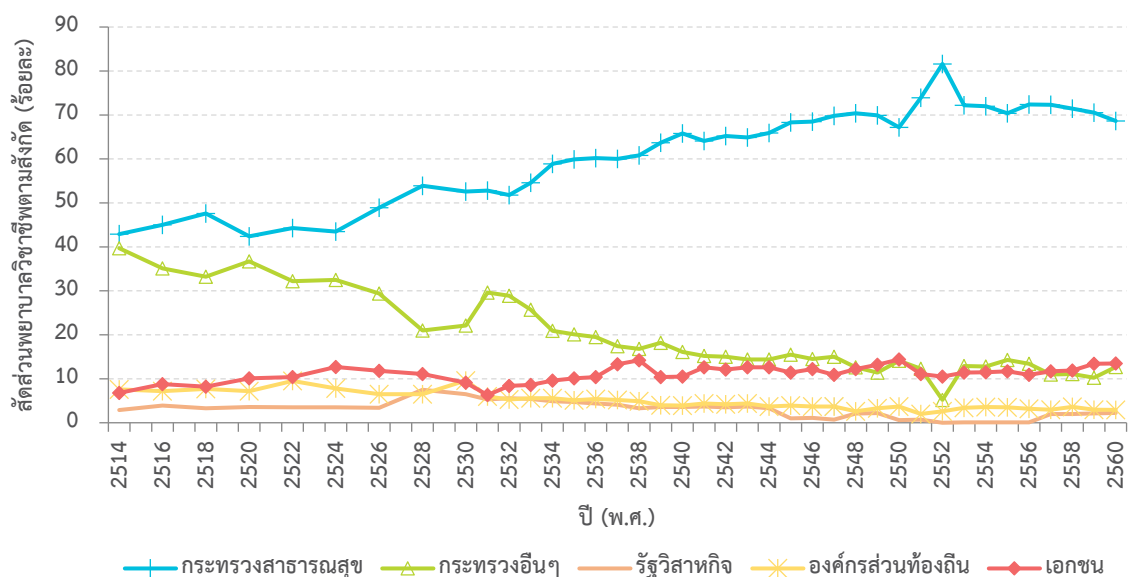


ที่มา: จากรายงานทรัพยากรสาธารณสุข

สัดส่วนของพยาบาลวิชาชีพสังกัดกระทรวงสาธารณสุข มีแนวโน้มที่เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 42.9 ในปี พ.ศ. 2514 เป็นร้อยละ 68.6 ในปี พ.ศ. 2560 ในขณะที่สัดส่วนของพยาบาลวิชาชีพสังกัดกระทรวงอื่นๆ

นั้น ลดจากร้อยละ 39.7 ในปี พ.ศ. 2514 เหลือร้อยละ 12.7 และสัดส่วนของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลเอกชนเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 6.8 ในปี พ.ศ. 2514 เป็นร้อยละ 13.5 ในปี พ.ศ. 2560 (ภาพที่ 5.21)

ภาพที่ 5.21 แนวโน้มสัดส่วนจำนวนพยาบาลวิชาชีพจำแนกตามสังกัด พ.ศ. 2514-2560



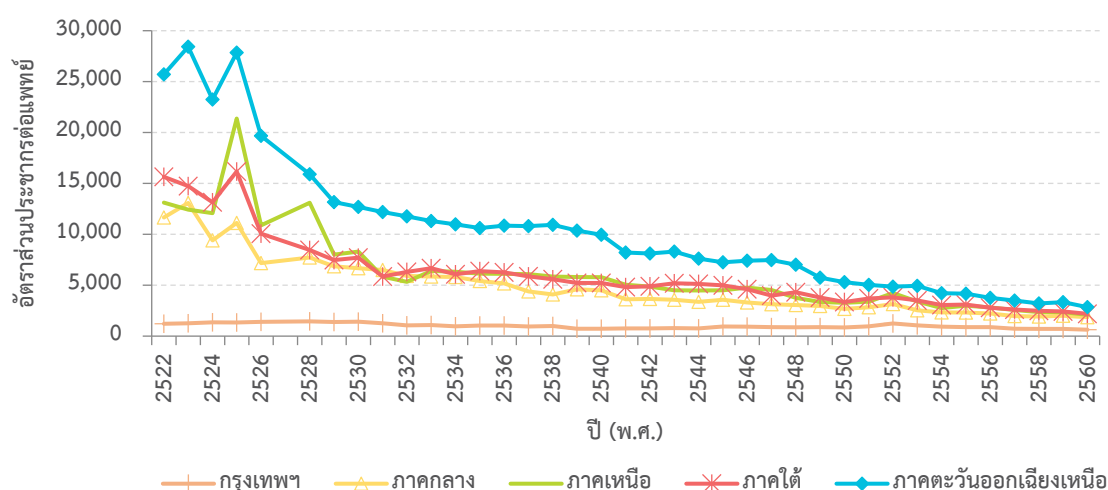
ที่มา: จากรายงานทรัพยากรสาธารณสุข

5.8.3 การกระจายกำลังคนด้านสุขภาพตามภาค

การกระจายกำลังคนด้านสุขภาพ ระหว่างภูมิภาค ได้แก่ แพทย์ ทันตแพทย์ เภสัชกร พยาบาลวิชาชีพ มีดังนี้ อัตราส่วนประชากรต่อแพทย์ลดลงในทุกภาค โดย อัตราส่วนประชากรต่อแพทย์ ในปี พ.ศ. 2560 ของ กรุงเทพฯ เท่ากับ 630:1 ภาคกลาง เท่ากับ 1,856:1

ภาคเหนือ เท่ากับ 2,089:1 ภาคใต้ เท่ากับ 2,191:1 และภาคตะวันออกเฉียงเหนือ เท่ากับ 2,846:1 โดย ความแตกต่างระหว่างกรุงเทพฯ กับภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ลดจาก 21.3 เท่า ในปี พ.ศ. 2522 เหลือ 4.5 เท่า ในปี พ.ศ. 2560 (ภาพที่ 5.22 และตารางที่ 5.8)

ภาพที่ 5.22 แนวโน้มอัตราส่วนประชากรต่อแพทย์รายภาค พ.ศ. 2522-2560



ที่มา: จากรายงานทรัพยากรสาธารณสุข

ตารางที่ 5.8 จำนวนแพทย์และอัตราส่วนประชากรต่อแพทย์ จำแนกตามภาค พ.ศ. 2557-2560

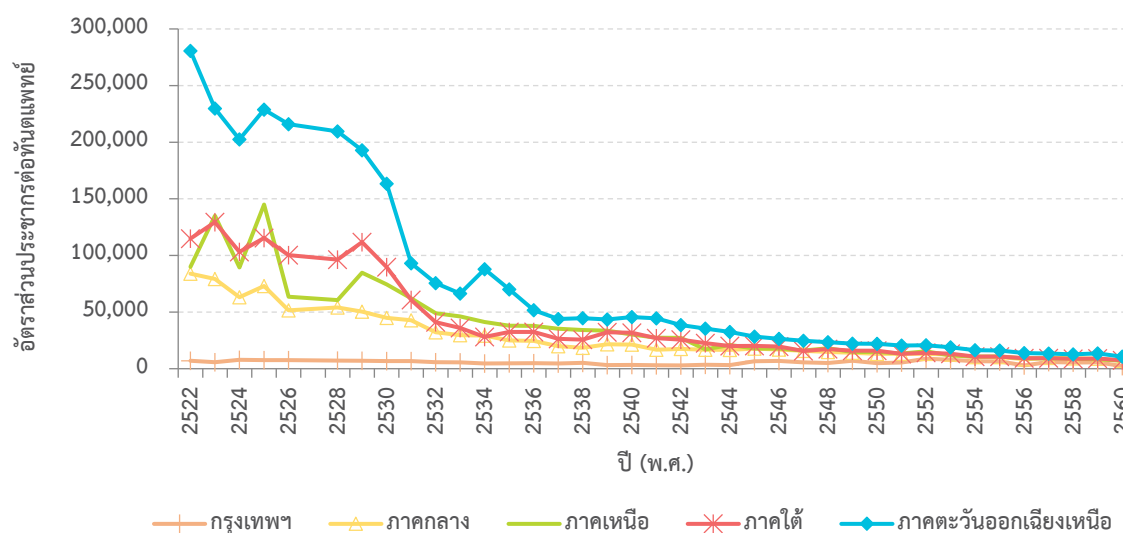
ปี	กรุงเทพฯ		ภาคกลาง		ภาคเหนือ		ภาคใต้		ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ	
พ.ศ.	จำนวน	ประชากร/คน	จำนวน	ประชากร/คน	จำนวน	ประชากร/คน	จำนวน	ประชากร/คน	จำนวน	ประชากร/คน
2557	7,885	722	8,191	1,968	4,740	2,565	3,501	2,619	6,248	3,491
2558	7,886	716	8,434	1,921	5,114	2,364	3,708	2,488	6,817	3,207
2559	7,889	710	8,157	1,993	5,065	2,369	3,815	2,428	6,558	3,338
2560	8,865	630	8,822	1,856	5,746	2,089	4,252	2,191	7,703	2,846

ที่มา: จากรายงานทรัพยากรสาธารณสุข

อัตราส่วนประชากรต่อพันตแพทย์ ลดลงในทุกภาค โดยอัตราส่วนประชากรต่อพันตแพทย์ ในปี พ.ศ. 2560 ของกรุงเทพฯ เท่ากับ 2,340:1 ภาคกลาง เท่ากับ 6,884:1 ภาคเหนือ เท่ากับ 7,126:1 ภาคใต้ เท่ากับ 7,470:1 และ

ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ เท่ากับ 10,628:1 โดยความแตกต่างระหว่างกรุงเทพฯ กับภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ลดจาก 40.2 เท่า ในปี พ.ศ. 2522 เหลือ 4.5 เท่า ในปี พ.ศ. 2560 (ภาพที่ 5.23 และตารางที่ 5.9)

ภาพที่ 5.23 แนวโน้มอัตราส่วนประชากรต่อพันตแพทย์รายภาค พ.ศ. 2522-2560



ที่มา: จากรายงานทรัพยากรสาธารณสุข

ตารางที่ 5.9 จำนวนพันตแพทย์และอัตราส่วนประชากรต่อพันตแพทย์ จำแนกตามภาค พ.ศ. 2557-2560

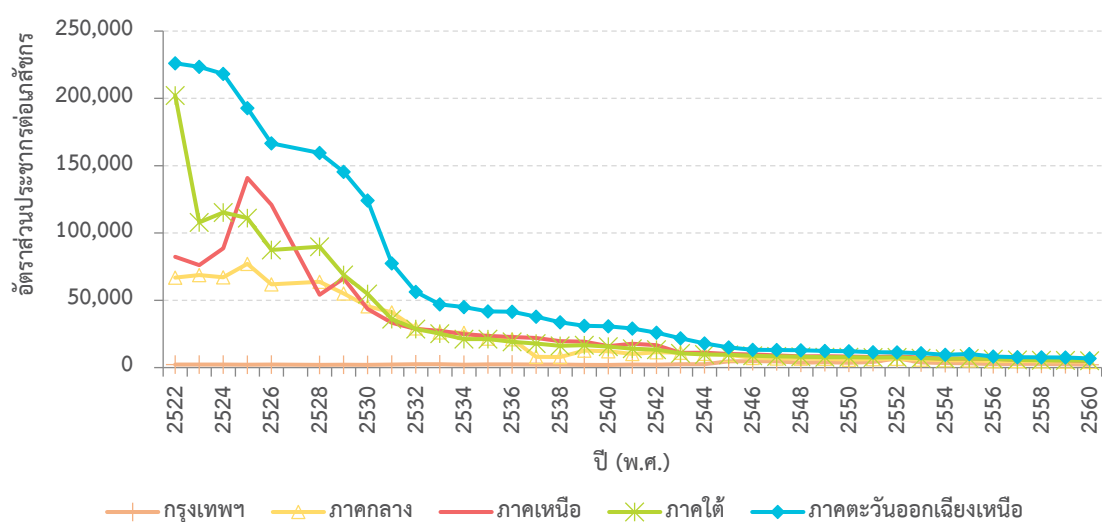
ปี	กรุงเทพฯ		ภาคกลาง		ภาคเหนือ		ภาคใต้		ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ	
พ.ศ.	จำนวน	ประชากร/คน	จำนวน	ประชากร/คน	จำนวน	ประชากร/คน	จำนวน	ประชากร/คน	จำนวน	ประชากร/คน
2557	955	5,957	1,685	9,565	1,320	9,210	987	9,291	1,630	13,381
2558	1,035	5,458	1,771	9,148	1,373	8,806	1,057	8,728	1,717	12,732
2559	988	5,667	1,829	8,890	1,436	8,356	1,029	9,004	1,616	13,547
2560	2,387	2,340	2,379	6,884	1,684	7,126	1,247	7,470	2,063	10,628

ที่มา: จากรายงานทรัพยากรสาธารณสุข

อัตราส่วนประชากรต่อเภสัชกร ลดลงในทุกภาค โดยอัตราส่วนประชากรต่อเภสัชกร ในปี พ.ศ. 2560 ของ กรุงเทพฯ เท่ากับ 2,196:1 ภาคกลาง เท่ากับ 4,321:1 ภาคเหนือ เท่ากับ 5,044:1 ภาคใต้ เท่ากับ 5,155:1 และภาค

ตะวันออกเฉียงเหนือ เท่ากับ 6,835:1 โดยความแตกต่างระหว่างกรุงเทพฯ กับภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ลดจาก 98.1 เท่า ในปี พ.ศ. 2522 เหลือ 3.1 เท่า ในปี พ.ศ. 2560 (ภาพที่ 5.24 และ ตารางที่ 5.10)

ภาพที่ 5.24 แนวโน้มอัตราส่วนประชากรต่อเภสัชกรรายภาค พ.ศ. 2522-2560



ที่มา: จากรายงานทรัพยากรสาธารณสุข

ตารางที่ 5.10 จำนวนเภสัชกรและอัตราส่วนประชากรต่อเภสัชกร จำแนกตามภาค พ.ศ. 2557-2560

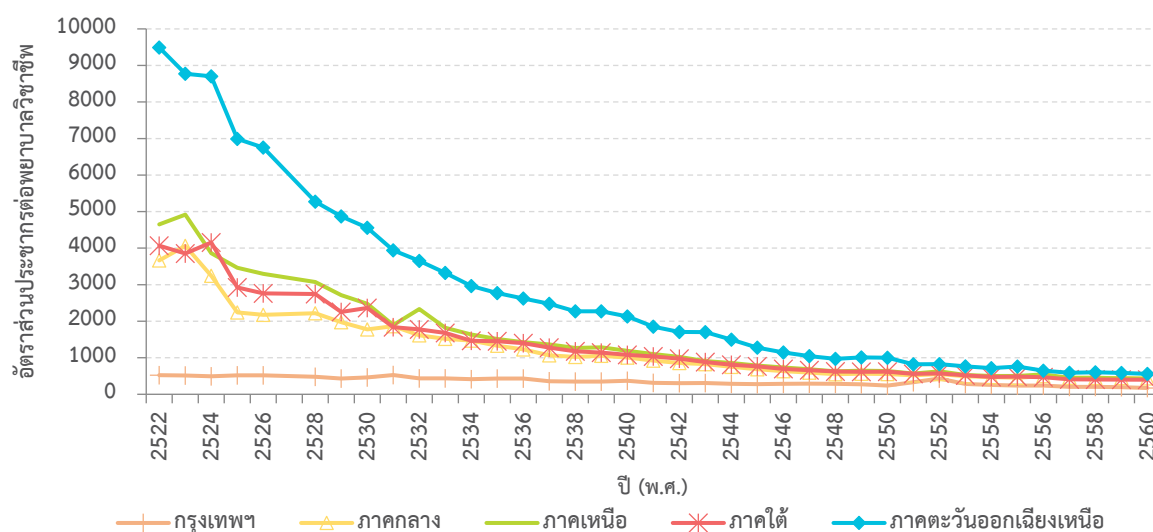
ปี	กรุงเทพฯ		ภาคกลาง		ภาคเหนือ		ภาคใต้		ภาคตะวันออก เฉียงเหนือ	
พ.ศ.	จำนวน	ประชากร/ คน	จำนวน	ประชากร/ คน	จำนวน	ประชากร/ คน	จำนวน	ประชากร/ คน	จำนวน	ประชากร/ คน
2557	2,076	2,740	3,293	4,894	2,092	5,811	1,605	5,713	2,826	7,718
2558	2,040	2,769	3,495	4,636	2,148	5,629	1,671	5,521	2,877	7,599
2559	2,242	2,497	3,542	4,591	2,230	5,381	1,720	5,386	2,921	7,494
2560	2,544	2,196	3,790	4,321	2,379	5,044	1,807	5,155	3,208	6,835

ที่มา: จากรายงานทรัพยากรสาธารณสุข

อัตราส่วนประชากรต่อพยาบาลวิชาชีพ ลดลงใน
ทุกภาค โดยอัตราส่วนประชากรต่อพยาบาลวิชาชีพ ใน
ปี พ.ศ. 2560 ของกรุงเทพฯ เท่ากับ 172:1 ภาคกลาง
เท่ากับ 436:1 ภาคเหนือ เท่ากับ 424:1 ภาคใต้ เท่ากับ

399:1 และภาคตะวันออกเฉียงเหนือ เท่ากับ 559:1 โดย
ความแตกต่างระหว่างกรุงเทพฯ กับภาคตะวันออกเฉียง
เหนือ ลดจาก 18.2 เท่า ในปี พ.ศ. 2522 เหลือ 3.2 เท่า
ในปี พ.ศ. 2560 (ภาพที่ 5.25 และ ตารางที่ 5.11)

ภาพที่ 5.25 แนวโน้มอัตราส่วนประชากรต่อพยาบาลวิชาชีพรายภาค พ.ศ. 2522-2560



ที่มา: จากรายงานทรัพยากรสาธารณสุข

ตารางที่ 5.11 จำนวนพยาบาลวิชาชีพและอัตราส่วนประชากรต่อพยาบาลวิชาชีพ จำแนกตามภาค
พ.ศ. 2557-2560

ปี	กรุงเทพฯ		ภาคกลาง		ภาคเหนือ		ภาคใต้		ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ	
พ.ศ.	จำนวน	ประชากร/ คน	จำนวน	ประชากร/ คน	จำนวน	ประชากร/ คน	จำนวน	ประชากร/ คน	จำนวน	ประชากร/ คน
2557	28,088	203	35,559	453	27,105	449	22,316	411	37,017	589
2558	27,558	205	35,941	451	26,701	453	22,711	406	36,272	603
2559	28,905	194	36,615	444	27,562	435	23,138	400	37,316	587
2560	32,497	172	37,528	436	28,305	424	23,356	399	39,246	559

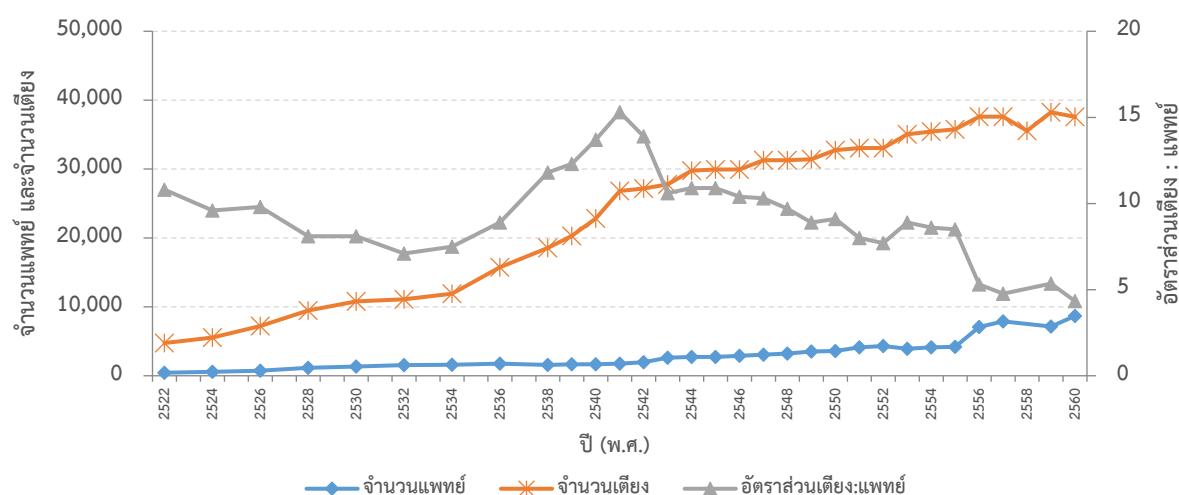
ที่มา: จากรายงานทรัพยากรสาธารณสุข

5.8.4 แพทย์โรงพยาบาลชุมชน

สำหรับในกรณีของแพทย์โรงพยาบาลชุมชน มีการเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง เช่นเดียวกันกับการเพิ่มขึ้นของจำนวนเตียง โดยจำนวนแพทย์โรงพยาบาลชุมชนเพิ่มขึ้นจาก 441 คน ในปี พ.ศ. 2522 เป็น 8,672 คน ในปี พ.ศ. 2560 ในขณะที่จำนวนเตียงโรงพยาบาลชุมชนเพิ่มขึ้นจาก 4,750 เตียง ในปี พ.ศ. 2522 เป็น 37,582 เตียง ในปี พ.ศ. 2560 โดยอัตราส่วนเตียงต่อแพทย์โรงพยาบาลชุมชน ลดลงจาก 10.8 เตียงต่อแพทย์ 1 คน ในปี พ.ศ. 2522 เหลือ

4.3 เตียงต่อแพทย์ 1 คน ในปี พ.ศ. 2560 ทั้งนี้จำนวนเตียงโรงพยาบาลชุมชนมีการเพิ่มขึ้นเร็วกว่าการเพิ่มขึ้นของแพทย์โรงพยาบาลชุมชน ในระหว่างปี พ.ศ. 2536-2541 ซึ่งเป็นช่วงก่อนเกิดวิกฤตเศรษฐกิจ ทำให้อัตราส่วนเตียงต่อแพทย์โรงพยาบาลชุมชนเพิ่มขึ้นในช่วงเวลานั้น แล้วหลังจากนั้นการเพิ่มขึ้นของเตียงโรงพยาบาลชุมชนก็เริ่มชลอตัว เมื่อเทียบกับการเพิ่มขึ้นของแพทย์ ทำให้อัตราส่วนเตียงต่อแพทย์ลดลงมา (ภาพที่ 5.26)

ภาพที่ 5.26 แนวโน้มจำนวนแพทย์ จำนวนเตียง และอัตราส่วนเตียงต่อแพทย์ของโรงพยาบาลชุมชน พ.ศ. 2522-2560



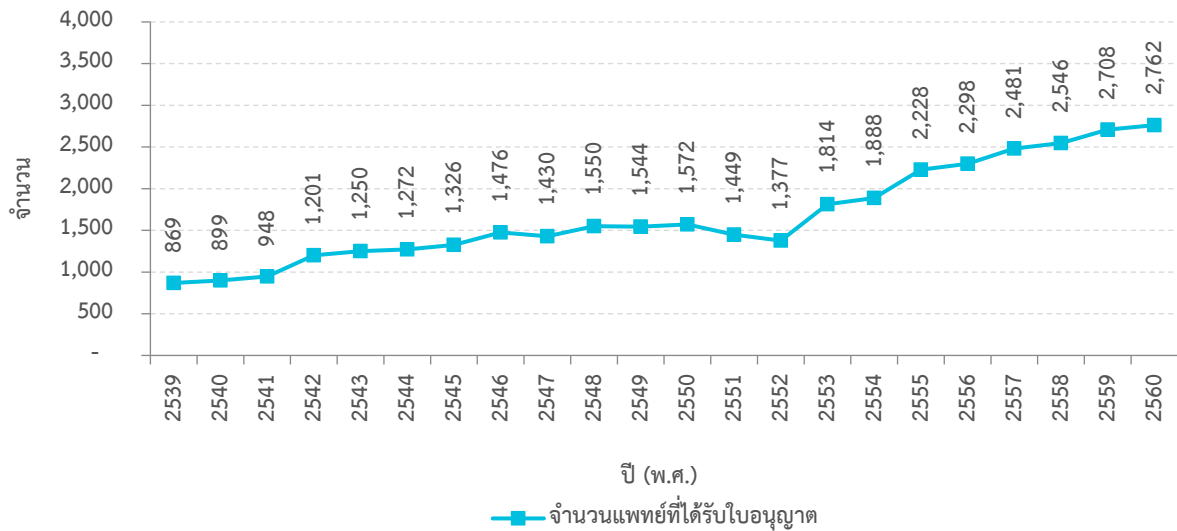
ที่มา: จากรายงานทรัพยากรสาธารณสุข

5.8.5 การผลิตแพทย์และการศึกษาเฉพาะทาง

จำนวนแพทย์จบใหม่ที่ได้รับใบอนุญาตระหว่างปี พ.ศ. 2539-2560 แสดงดังภาพที่ 5.27 โดยแพทย์จบใหม่ที่ได้รับใบอนุญาต มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยเพิ่มจาก 869 คนต่อปี ในปี พ.ศ. 2539 เป็น 2,762 คน

ต่อปี ในปี พ.ศ. 2560 โดยการเพิ่มขึ้นของแพทย์จบใหม่เกิดจากนโยบายการผลิตแพทย์เพิ่มเป็นปัจจัยสำคัญ โดยมีสถาบันการศึกษาที่ร่วมผลิตแพทย์ จำนวน 23 สถาบัน และมีจำนวนหนึ่งจบการศึกษาจากต่างประเทศ

ภาพที่ 5.27 แนวโน้มจำนวนแพทย์จบใหม่ที่ได้รับใบอนุญาต พ.ศ. 2539-2560

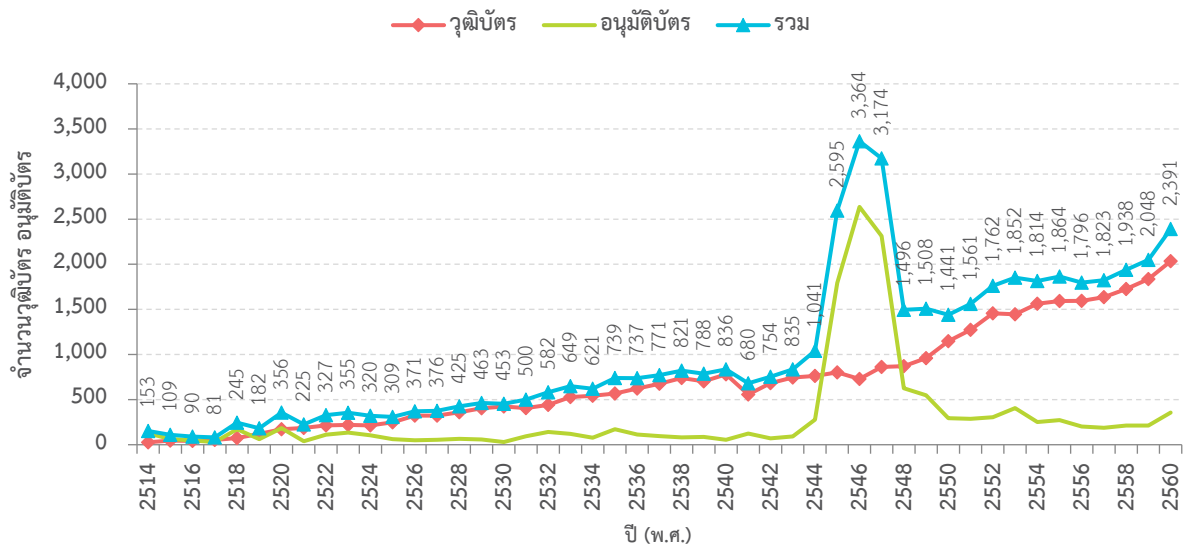


ที่มา: จากรายงานทรัพยากรสาธารณสุข

สำหรับแนวโน้มการศึกษาต่อเพื่อความเชี่ยวชาญเฉพาะทาง โดยเฉพาะแพทย์เฉพาะทาง พบว่าจำนวนแพทย์ที่จบการศึกษาแพทย์เฉพาะทางในแต่ละปี มีแนวโน้มที่เพิ่มขึ้นเรื่อยๆ โดยจำนวนที่ได้วุฒิบัตร และอนุมัติบัตร เพิ่มขึ้นจาก 153 ใบ ในปี พ.ศ. 2514 เป็น

2,391 ใบ ในปี พ.ศ. 2560 โดยในปี พ.ศ. 2545-2547 มีจำนวนอนุมัติบัตรที่เพิ่มขึ้นอย่างมาก จากการสอบอนุมัติบัตรสาขาแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวในช่วงเวลานั้น (ภาพที่ 5.28)

ภาพที่ 5.28 แนวโน้มจำนวนวุฒิบัตรและอนุมัติบัตรของแพทย์เฉพาะทาง พ.ศ. 2514-2560

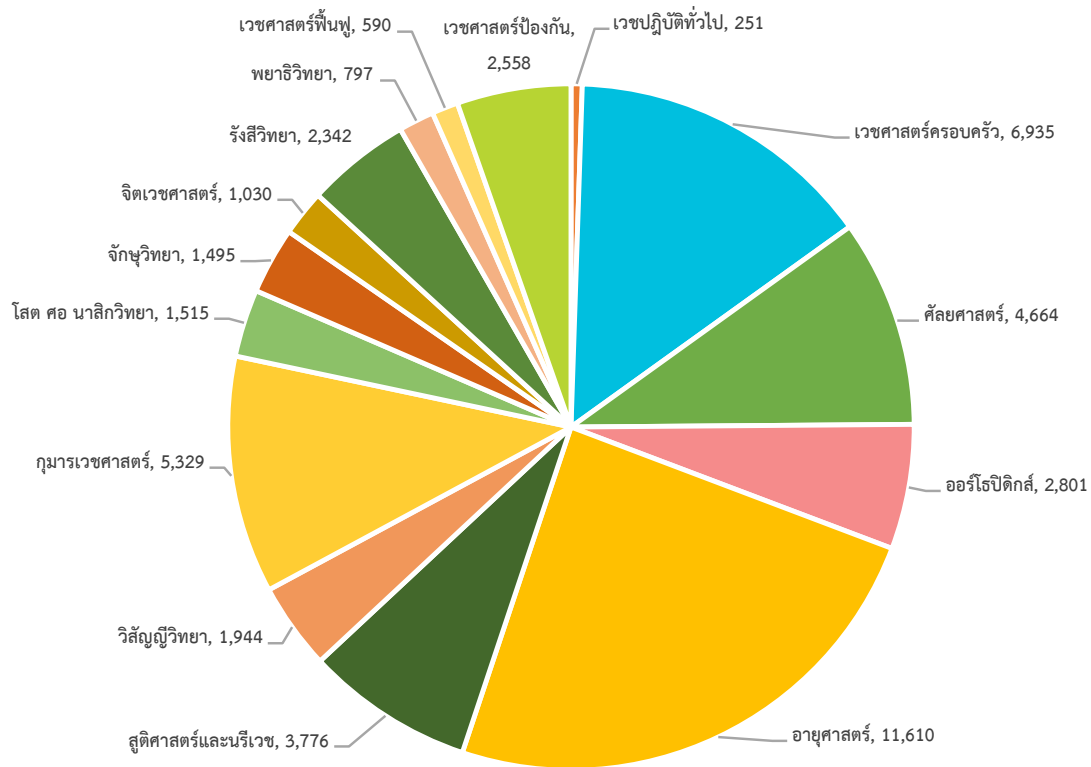


ที่มา: แพทยสภา

โดยใบุฒิบัตรและอนัฒติบัตรสะสมตั้งแต่ปี พ.ศ. 2507-2560 ที่มากที่สุดคือ สาขาอายุรศาสตร์ (11,610 ใบ) รองลงมาคือสาขาเวชศาสตร์ครอบครัว

(6,936 ใบ) และสาขากุมารเวชศาสตร์ (5,329 ใบ) ตามลำดับ (ภาพที่ 5.29)

ภาพที่ 5.29 จำนวนใบุฒิบัตรและอนัฒติบัตร จำแนกตามสาขาแพทยเเฉพาะทาง รวมตั้งแต่ พ.ศ. 2507-2560



ที่มา: แพทยสภา

5.9 ยา เวชภัณฑ์ และเทคโนโลยีด้านสุขภาพ

5.9.1 การผลิตและการนำเข้ายา

การผลิตยาแผนปัจจุบันสำหรับมนุษย์ในปี พ.ศ. 2558 มีมูลค่าอยู่ที่ 55,027 ล้านบาท ในขณะที่การนำเข้ายาแผนปัจจุบันสำหรับมนุษย์ในปี พ.ศ. 2558 มีมูลค่าอยู่ที่ 98,383 ล้านบาท แสดงให้เห็นว่าการนำเข้ายามีมูลค่าสูงกว่าการผลิตยาถึงเกือบเท่าตัว โดยยาบางกลุ่มไม่มี

การผลิต ได้แก่ ยารักษามะเร็ง (Antineoplastics) และสารเคมีสำหรับการวินิจฉัยโรค (Diagnostic agents) และมียาบางกลุ่มที่มีการนำเข้ามากกว่าการผลิตอย่างชัดเจน เช่น ยาสำหรับระบบโลหิต และยาสำหรับระบบทางเดินปัสสาวะและระบบสืบพันธุ์รวมทั้งฮอร์โมนเพศ เป็นต้น (ตารางที่ 5.12)

ตารางที่ 5.12 มูลค่าการนำเข้ายา และการผลิตยาแผนปัจจุบันสำหรับมนุษย์ จำแนกตามกลุ่มยา พ.ศ 2557-2558

ลำดับ	กลุ่มยา	มูลค่านำเข้ายา (ล้านบาท)		มูลค่าผลิตยา (ล้านบาท)	
		ปี 2557	ปี 2558	ปี 2557	ปี 2558
1	Alimentary Tract And Metabolism	8,892.440	10,559.024	12,390.565	10,355.394
2	Blood And Blood Forming Organs	12,072.144	12,015.520	3,471.304	3,336.578
3	Cardiovascular System	7,034.124	6,304.481	6,051.611	5,677.480
4	Dermatologicals	2,779.208	3,065.525	4,351.149	2,954.844
5	Genito-Urinary System And Sex Hormone	6,827.762	6,398.130	1,380.821	1,293.698
6	Systemic Hormonal Preparations	964.298	801.768	504.427	431.175
7	General Anti-Infective-Systemic	13,890.045	12,870.619	9,789.831	9,361.558
8	Hospital Solutions	3,220.050	5,377.486	3,371.984	3,599.081
9	Antineoplastics	14,029.517	17,766.990	0.000	0.000
10	Musculo_Skeletal System	4,308.776	3,958.555	5,259.299	5,662.486
11	Central Nervous System	8,751.940	8,324.391	5,779.555	5,775.786
12	Parasitology	90.331	61.248	484.582	577.851
13	Respiratory System	4,996.499	5,130.385	5,903.316	5,144.248
14	Sensory Organs	4,491.829	3,818.163	765.002	767.332
15	Diagnostic Agents	1,775.459	1,036.034	0.000	0.000
16	Various	888.237	895.520	78.060	89.703
	Total	95,012.660	98,383.840	59,581.506	55,027.214

ที่มา: สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา

5.9.2 คุณภาพยา

ระหว่างปี พ.ศ. 2545-2559 มีโรงพยาบาลภาครัฐสมัครใจส่งตัวอย่างยาตรวจวิเคราะห์ในโครงการประกันคุณภาพยาทั้งสิ้น 428 แห่ง จำนวนรายการยาแผนปัจจุบันที่ตรวจวิเคราะห์รวมทั้งสิ้น 572 รายการหรือ 16,212

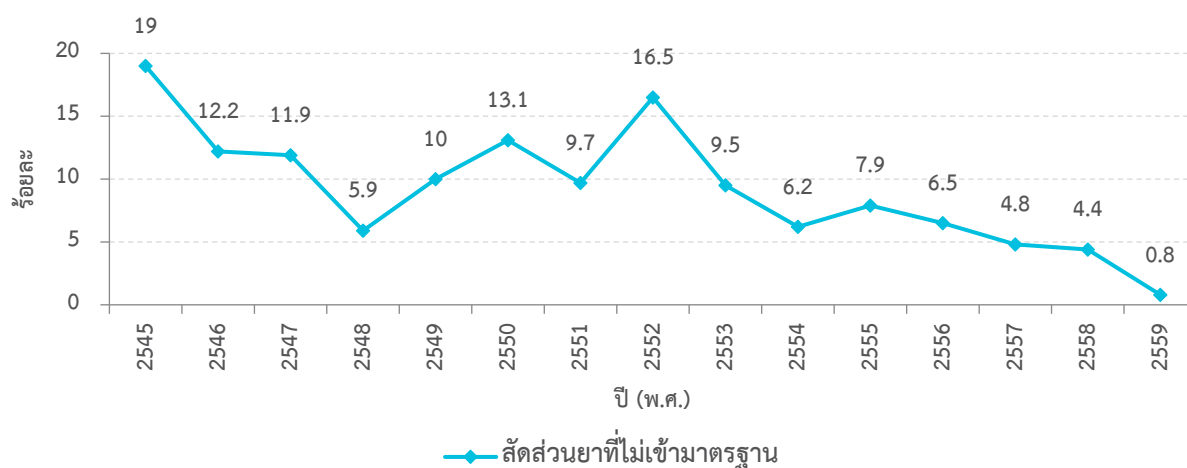
ตัวอย่าง ในจำนวนนี้ตรวจพบตัวอย่างที่ไม่เข้ามาตรฐาน 1,505 ตัวอย่าง คิดเป็นร้อยละ 9.3 โดยสัดส่วนตัวอย่างที่ไม่เข้ามาตรฐานลดลงจากร้อยละ 19.0 ในปี พ.ศ. 2545 เป็นร้อยละ 0.8 ในปี พ.ศ. 2559 (ตารางที่ 5.14 และ ภาพที่ 5.30)

ตารางที่ 5.14 จำนวนรายการยา ทะเบียนยา และตัวอย่างยาที่ตรวจ และตัวอย่างยาที่ไม่เข้ามาตรฐาน ปี 2555-2559

ปีงบประมาณ	จำนวนรายการยาที่ตรวจ	จำนวนทะเบียนยาที่ตรวจ	จำนวนตัวอย่างยาที่ตรวจ	จำนวนตัวอย่างที่ไม่เข้ามาตรฐาน	ร้อยละตัวอย่างที่ไม่เข้ามาตรฐาน
2555	32	504	1,155	91	7.9
2556	42	245	540	35	6.5
2557	36	172	420	20	4.8
2558	47	278	772	34	4.4
2559	42	429	1,290	11	0.8

ที่มา: จันทนา พัฒนาเกสซ์ และคณะ, วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข ปีที่ 12 ฉบับที่ 1 มกราคม-มีนาคม 2561

ภาพที่ 5.30 สัดส่วนตัวอย่างยาที่ไม่เข้ามาตรฐาน ปี 2545-2559



ที่มา: จันทนา พัฒนาเกสซ์ และคณะ, วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข ปีที่ 12 ฉบับที่ 1 มกราคม-มีนาคม 2561

5.9.3 เทคโนโลยีการแพทย์

เครื่องมือแพทย์ราคาแพง มีการใช้งานในหน่วย

บริการสุขภาพ ของแต่ละเขตพื้นที่สุขภาพ ในปี 2560

แสดงดังตารางที่ 5.15

ตารางที่ 5.15 จำนวนเครื่องมือแพทย์ราคาแพง จำแนกตามเขตพื้นที่สุขภาพ ปี 2560

พื้นที่	เครื่อง CT scanner	เครื่อง MRI	เครื่องสลายนิว	เครื่องแกมมาไนฟ	เครื่องอัลตราซาวด์	เครื่องล้างไต
เขต 1 เชียงใหม่	46	8	21	0	396	777
เขต 2 พิชณุโลก	27	6	10	0	221	297
เขต 3 นครสวรรค์	16	2	8	1	183	173
เขต 4 สระบุรี	42	8	23	0	339	627
เขต 5 ราชบุรี	47	7	17	4	354	618
เขต 6 ชลบุรี	68	15	25	10	491	601
เขต 7 ขอนแก่น	19	6	14	3	339	438
เขต 8 อุตรธานี	33	11	9	0	327	397
เขต 9 นครราชสีมา	26	7	7	1	439	376
เขต 10 อุบลราชธานี	20	6	13	2	216	341
เขต 11 สราษฏร์ธานี	37	7	11	2	246	308
เขต 12 สงขลา	27	10	12	1	284	330
เขต 13 กรุงเทพฯ	139	59	63	10	1,006	1,980
รวมทั้งประเทศ	547	152	233	34	4,841	7,263

ที่มา: รายงานข้อมูลทรัพยากรสาธารณสุข ปี 2560

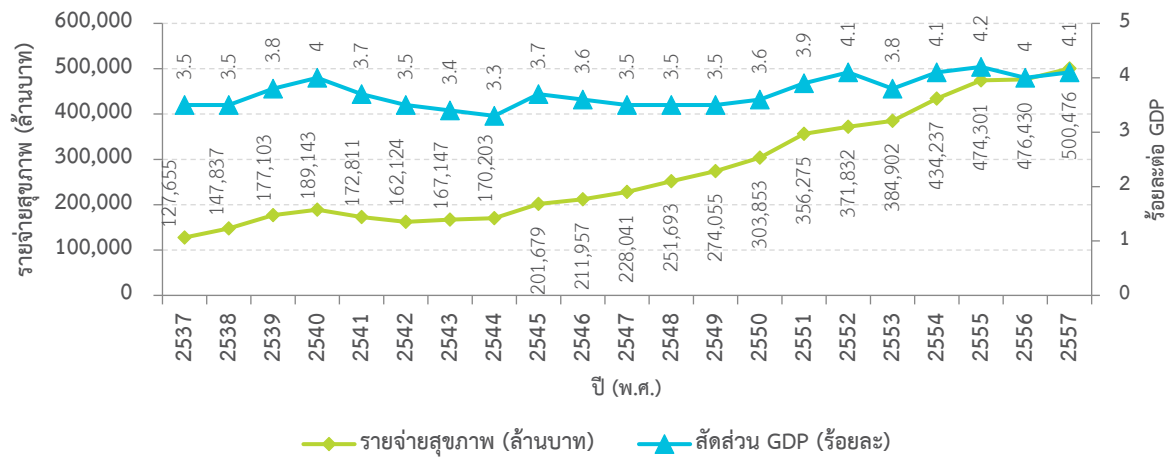
5.10 การเงินการคลังด้านสุขภาพ

5.10.1 รายจ่ายสุขภาพระดับประเทศ

แนวโน้มรายจ่ายสุขภาพในภาพรวมระดับประเทศ มีแนวโน้มที่เพิ่มขึ้นจาก 127,655 ล้านบาท (2,160 บาทต่อคน) ในปี พ.ศ. 2537 เป็น 500,476 ล้านบาท (7,966 บาทต่อคน) ในปี พ.ศ. 2557 หรือเพิ่มขึ้นประมาณ 4 เท่า โดยร้อยละของรายจ่ายสุขภาพ เมื่อเทียบกับมูลค่าผลิตภัณฑ์มวลรวม (GDP) คิดเป็นร้อยละ 3.5 ของ GDP ในปี พ.ศ. 2537 แล้วเพิ่มขึ้นอย่างช้าๆ เป็นร้อยละ 4.1 ของ GDP

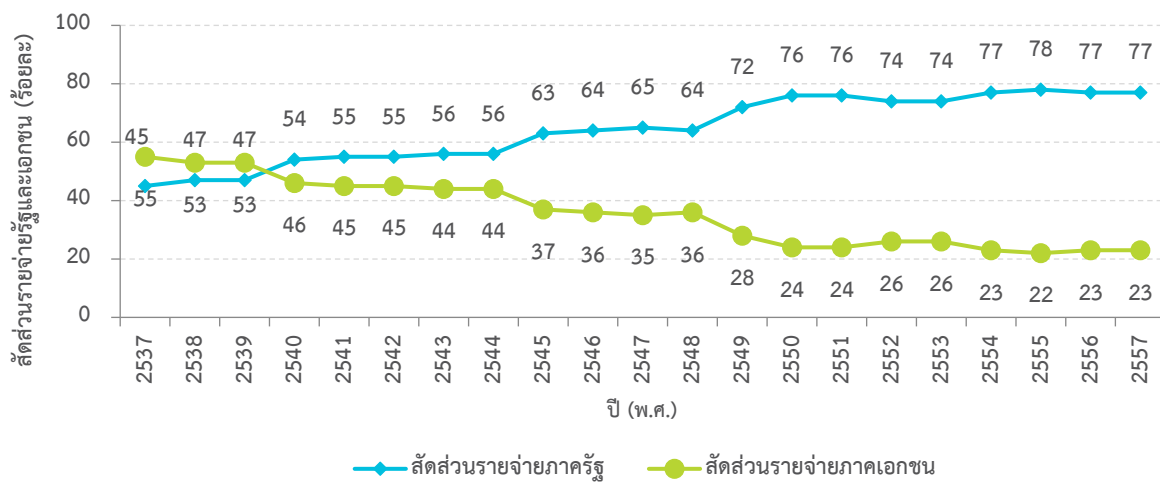
ในปี พ.ศ. 2557 ทั้งนี้สัดส่วนรายจ่ายสุขภาพที่เป็นภาครัฐเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 45 ในปี พ.ศ. 2537 เป็นร้อยละ 77.0 ในปี พ.ศ. 2557 ในขณะที่สัดส่วนรายจ่ายสุขภาพที่เป็นภาคเอกชน ลดลงจากร้อยละ 55.0 ในปี พ.ศ. 2537 เหลือร้อยละ 23.0 ในปี พ.ศ. 2557 ซึ่งเป็นผลมาจากนโยบายการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าตั้งแต่ปี พ.ศ. 2545 ที่ทำให้ภาครัฐมีบทบาทต่อรายจ่ายสุขภาพมากขึ้นอย่างต่อเนื่อง (ภาพที่ 5.31-5.33)

ภาพที่ 5.31 แนวโน้มรายจ่ายสุขภาพ และร้อยละของรายจ่ายสุขภาพต่อ GDP พ.ศ. 2537-2557



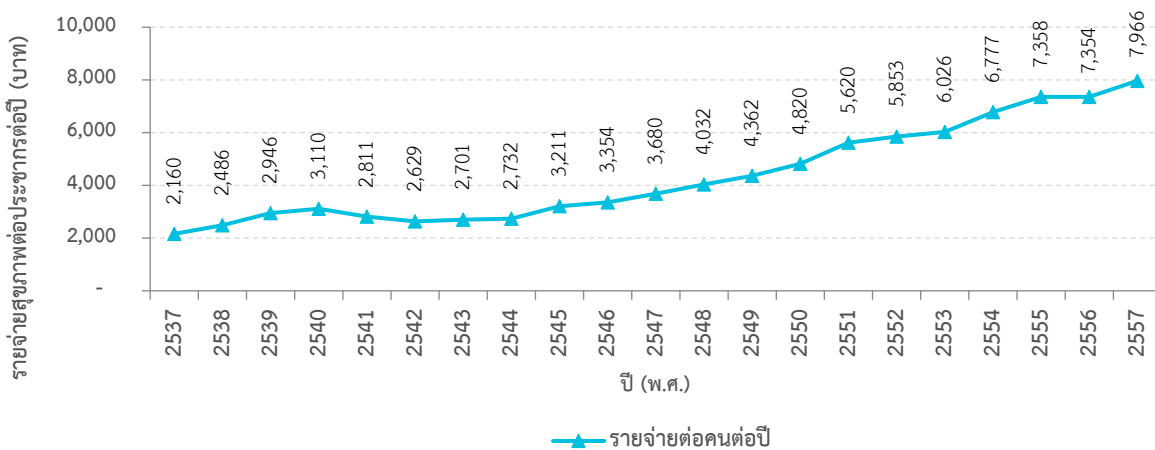
ที่มา: จากบัญชีรายจ่ายสุขภาพแห่งชาติ สำนักงานพัฒนาโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ

ภาพที่ 5.32 แนวโน้มสัดส่วนรายจ่ายสุขภาพภาครัฐและเอกชน พ.ศ. 2537-2557



ที่มา: จากบัญชีรายจ่ายสุขภาพแห่งชาติ สำนักงานพัฒนาโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ

ภาพที่ 5.33 แนวโน้มรายจ่ายสุขภาพต่อคนต่อปี พ.ศ. 2537-2557



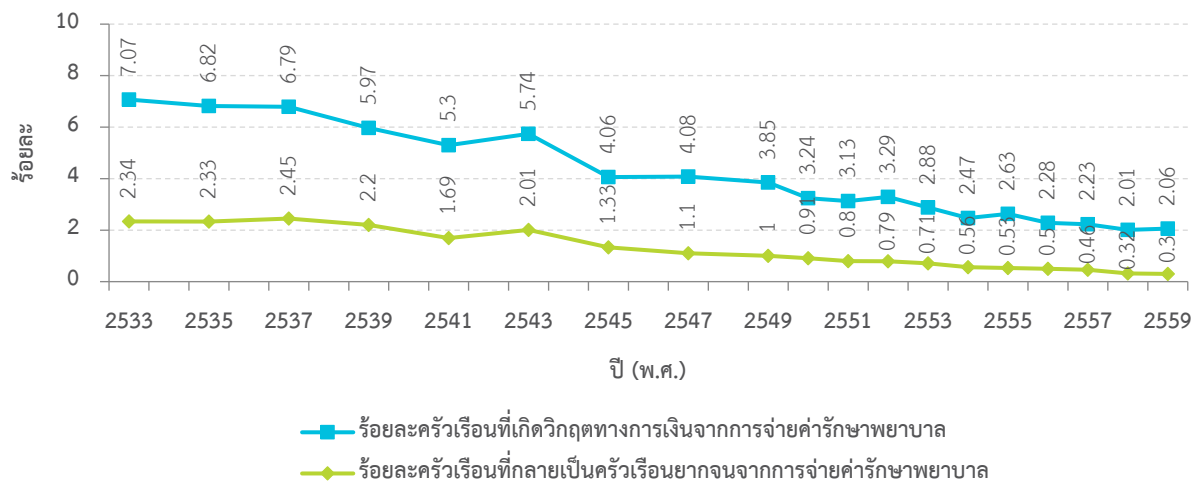
ที่มา: จากบัญชีรายจ่ายสุขภาพแห่งชาติ สำนักงานพัฒนาโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ

5.10.2 การปกป้องภาระทางการเงินของครัวเรือน

จากการเพิ่มขึ้นของสัดส่วนรายจ่ายสุขภาพภาคครัวเรือนเนื่องมาจากการสนับสนุนของรัฐ รวมทั้งจากนโยบายการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า สำหรับการชดเชยค่าใช้จ่ายจากการใช้บริการสุขภาพที่เกิดขึ้น ทำให้ภาระรายจ่ายของครัวเรือนมีแนวโน้มที่ลดลง ดังภาพที่ 5.34

แสดงให้เห็นว่าร้อยละครัวเรือนที่เกิดวิกฤตทางการเงินจากการจ่ายค่ารักษาพยาบาล และร้อยละครัวเรือนที่กลายเป็นครัวเรือนยากจนหลังจากการจ่ายค่ารักษาพยาบาล มีแนวโน้มที่ลดลงอย่างต่อเนื่องเหลือร้อยละ 2.06 และร้อยละ 0.3 ในปี พ.ศ. 2559 ตามลำดับ

ภาพที่ 5.34 ร้อยละครัวเรือนที่เกิดวิกฤตทางการเงินจากการจ่ายค่ารักษาพยาบาลและครัวเรือนที่กลายเป็นครัวเรือนยากจนจากการจ่ายค่ารักษาพยาบาล ปี 2533-2559



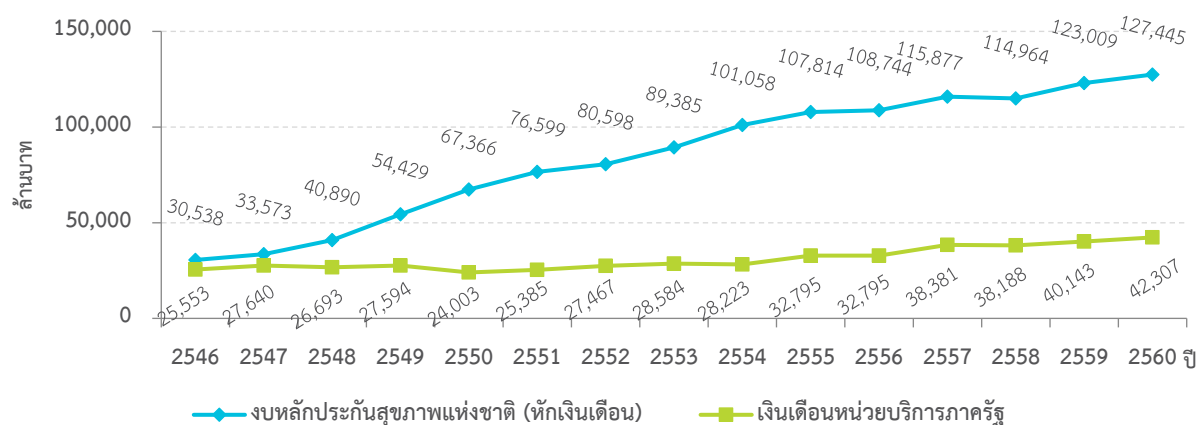
ที่มา: การสำรวจภาวะเศรษฐกิจและสังคมของครัวเรือน สำนักงานสถิติแห่งชาติ พ.ศ. 2533-2559, วิเคราะห์โดย ดร.สุพล ลิ้มวัฒนานนท์

5.10.3 รายจ่ายในระบบหลักประกันสุขภาพ

รายจ่ายหรืองบประมาณในระบบหลักประกันสุขภาพมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ทั้งนี้เพื่อคุ้มครองและเป็นหลักประกันให้กับประชากรทุกกลุ่ม ทั้งประชาชนทั่วไป ผู้ประกันตนและข้าราชการรวมทั้งครอบครัว โดยล่าสุดในปี 2558 มีการเพิ่มสิทธิรักษาพยาบาลสำหรับผู้มีปัญหา

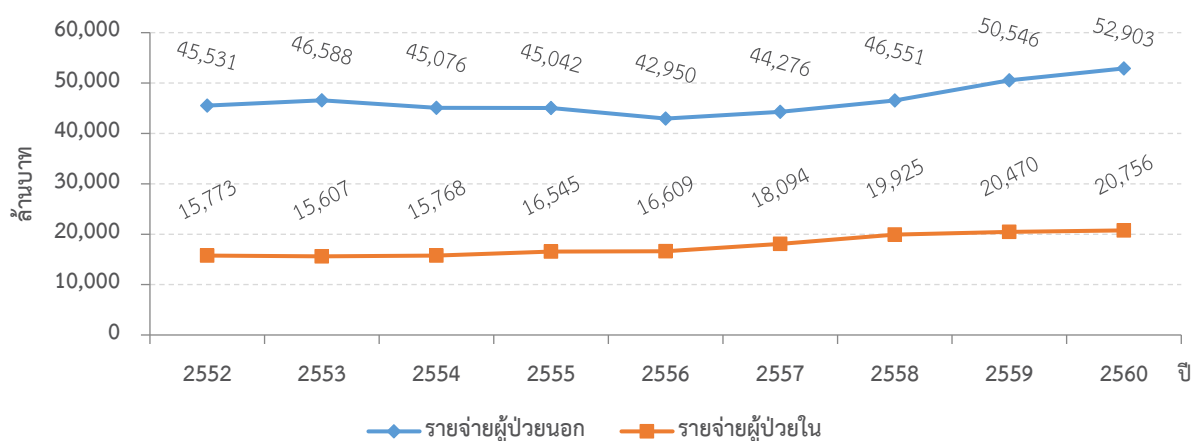
สถานะและสิทธิ จำนวนประมาณ 500,000 คน บริหารจัดการโดยกระทรวงสาธารณสุข รวมทั้งมีหลักประกันสุขภาพสำหรับแรงงานต่างด้าวผ่านบัตรประกันสุขภาพในอัตรา 500 บาท ถึง 3,200 บาท ตามเงื่อนไข ทั้งนี้แนวโน้มของรายจ่ายแต่ละระบบแสดงดัง ภาพที่ 5.35-5.36 และตารางที่ 5.26

ภาพที่ 5.35 งบประมาณหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ แยกเงินเดือนของหน่วยบริการสุขภาพภาครัฐ ปี 2546-2560



ที่มา: รายงานการสร้างระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ประจำปีงบประมาณ 2560

ภาพที่ 5.36 รายจ่ายบริการผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน สิทธิสวัสดิการข้าราชการ ปี 2552-2560



ที่มา: กรมบัญชีกลาง

ตารางที่ 5.16 งบประมาณบริการสุขภาพ สิทธิประกันสังคม และกองทุนผู้มีปัญหาสถานะและสิทธิ ปี 2558-2560

หลักประกันสุขภาพ	งบ ปี 2558 (ล้านบาท)	งบ ปี 2558 (ล้านบาท)	งบ ปี 2558 (ล้านบาท)
ประกันสังคม	33,157.54	35,235.86	36,472.40
กองทุนผู้มีปัญหาสถานะและสิทธิ	973.35	1,279.15	1,319.62

ที่มา: สำนักงานประกันสังคม และกองเศรษฐกิจสุขภาพและหลักประกันสุขภาพ

5.11 ระบบข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ

ระบบข้อมูลข่าวสารสุขภาพ เป็นส่วนหนึ่งของระบบบริการสุขภาพ มีส่วนสนับสนุนการให้บริการสุขภาพ รวมทั้งการบริหารจัดการระบบสุขภาพให้เป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพและเป้าหมาย ช่วยชี้ส่วนขาดในระบบสุขภาพ ได้แก่ ปัญหาสุขภาพของประชาชนในพื้นที่ ปัญหาในระบบบริการสุขภาพ ทั้งด้านกำลังคนด้านสุขภาพ การเงินการคลังสุขภาพและการจัดบริการสุขภาพ เป็นต้น โดยระบบข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ แบ่งออกเป็น 2 กลุ่มหลักๆ ดังนี้

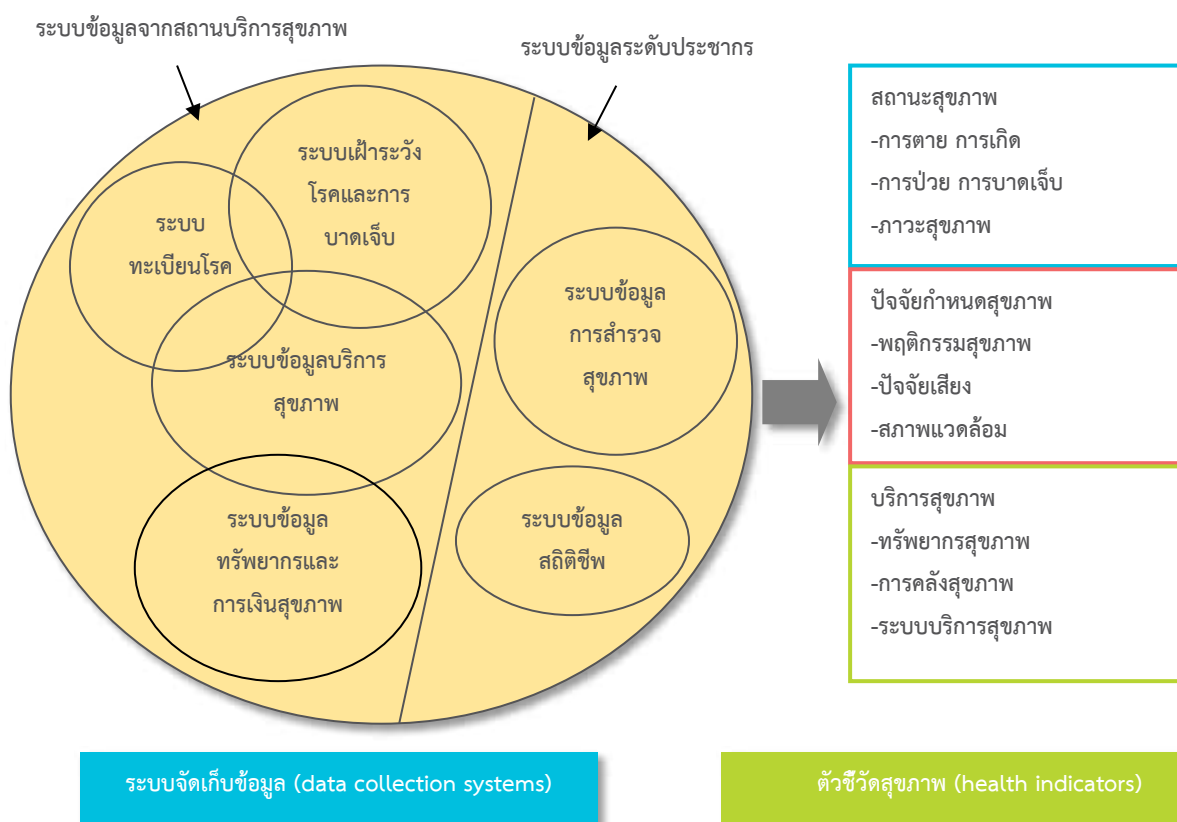
1) ระบบข้อมูลจากสถานบริการสุขภาพหรือจากหน่วยงานสุขภาพ (Facility-based health information)

เป็นระบบข้อมูลที่อยู่ในระบบบริการสุขภาพ โดยหน่วยบริการสุขภาพบันทึกข้อมูลการให้บริการของผู้มารับบริการหรือบันทึกข้อมูลประชาชนในเขตรับผิดชอบหรือเป็นระบบเฝ้าระวังโรคหรือทะเบียนผู้ป่วยเฉพาะโรคที่ดึงมาจากข้อมูลบริการหรือเป็นข้อมูลในระบบบริหารจัดการของหน่วยงานสุขภาพ

2) ระบบข้อมูลระดับประชากร (Population-based health information)

เป็นระบบข้อมูลที่รวบรวมโดยยึดประชาชนในพื้นที่เป็นฐานของการรวบรวมข้อมูล โดยอาจจะเป็นระบบทะเบียนระดับประชากร เช่น ทะเบียนเกิด-ตาย หรือเป็นการสำรวจโดยการสุ่มตัวอย่างจากประชาชนในพื้นที่

ภาพที่ 5.37 แสดงระบบข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ และการเชื่อมโยงกับตัวชี้วัดสุขภาพ



ภาพที่ 5.37 แสดงถึงระบบข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ ที่ประกอบด้วยระบบข้อมูลจากสถานบริการ และระบบ ข้อมูลระดับประชากร โดยมีระบบย่อยที่เกี่ยวข้องที่สำคัญ ทั้ง 2 กลุ่ม และความเชื่อมโยงกับการใช้ข้อมูลในรูปแบบ ของตัวชี้วัดสุขภาพ ใน 3 หมวด ได้แก่ สถานะสุขภาพ

ปัจจัยกำหนดสุขภาพและบริการสุขภาพ โดยความ เชื่อมโยงระหว่างแต่ละระบบข้อมูลย่อย กับประเด็นของ ข้อมูลตามตัวชี้วัดทั้ง 3 หมวด รวมทั้งข้อจำกัดของระบบ ข้อมูลแต่ละระบบ แสดงดังตารางที่ 5.27

ตารางที่ 5.17 ระบบข้อมูลสุขภาพ และการเชื่อมโยงกับประเด็นข้อมูลสุขภาพและข้อจำกัด

ระบบข้อมูลสุขภาพ	ประเด็นข้อมูลสุขภาพที่เกี่ยวข้อง			ข้อจำกัด
	สถานะสุขภาพ	ปัจจัยกำหนดสุขภาพ	บริการสุขภาพ	
ระบบข้อมูลสถิติชีพ (เกิด-ตาย)	- การเกิด - การตาย - การเจริญพันธุ์			- คุณภาพข้อมูลสาเหตุ การตาย
ระบบข้อมูล การสำรวจสุขภาพ	- การป่วย - ภาวะสุขภาพ - ความพิการ - การตาย	- พฤติกรรมสุขภาพ - ปัจจัยเสี่ยง - สังคม - สิ่งแวดล้อม	- การเข้าถึงบริการ	- ความซ้ำซ้อนของการ สำรวจ - ความต่อเนื่องและข้อ จำกัดงบประมาณ - ระดับของข้อมูล
ระบบข้อมูล บริการสุขภาพ	- การป่วยและการ ตายจากโรคและการ บาดเจ็บ - ภาวะสุขภาพ - ความพิการ	- ปัจจัยเสี่ยง	- การเข้าถึงบริการ - ประสิทธิภาพบริการ - คุณภาพบริการ	- คุณภาพของข้อมูล - ความครอบคลุมของ ข้อมูลภาคเอกชน
ระบบข้อมูลทรัพยากร สุขภาพและการเงินการคลัง สุขภาพ			- กำลังคนด้าน สุขภาพ - ยาและเทคโนโลยี - สถานบริการ สุขภาพ - รายจ่ายสุขภาพ	- คุณภาพของข้อมูล - ความครอบคลุมของ ข้อมูลภาคเอกชน
ระบบเฝ้าระวังโรค และการบาดเจ็บ	- การป่วยโรคติดต่อ และโรคไม่ติดต่อ - การบาดเจ็บ - การตายจากโรค และการบาดเจ็บ	- พฤติกรรมสุขภาพ และปัจจัยเสี่ยง (โรคไม่ติดต่อและ การบาดเจ็บ)	- การเข้าถึงบริการ - คุณภาพบริการ	- ความเป็นตัวแทนกรณี ทำบางพื้นที่ - ความครอบคลุมของ ข้อมูลภาคเอกชน
ระบบทะเบียนโรค	- การป่วยโรคเรื้อรัง - การตายจากโรค เรื้อรัง		- การเข้าถึงบริการ - คุณภาพบริการ	- ความครบถ้วนของ ข้อมูล (ระยะของโรค) - การติดตามผลลัพธ์ ของการรักษา

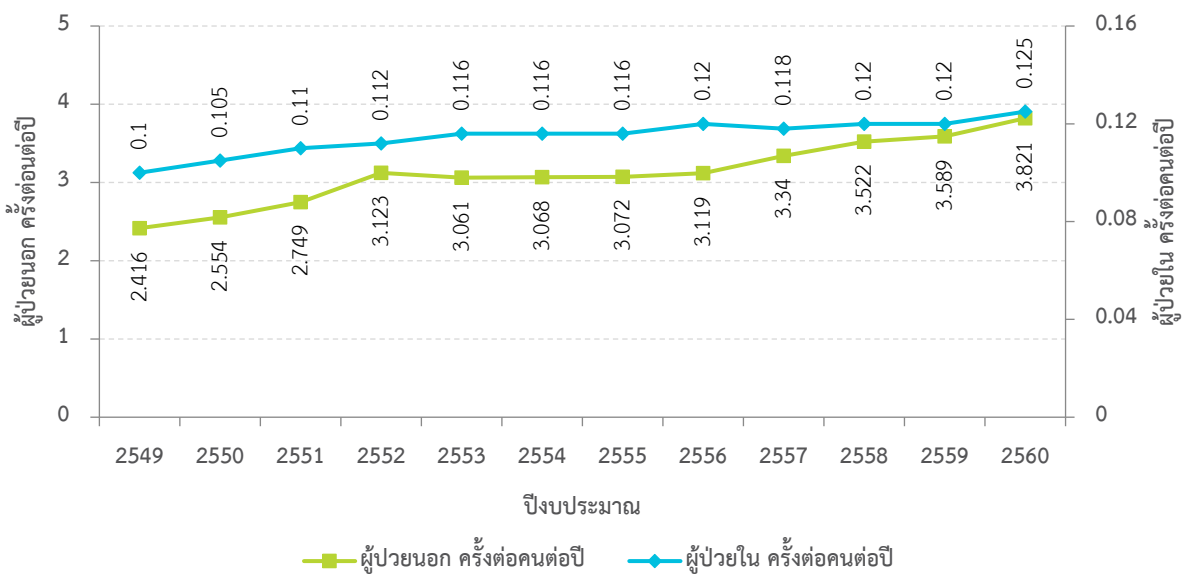
5.12 การเข้าถึงบริการสุขภาพ

5.12.1 การเข้าถึงบริการสุขภาพในภาพรวม

การเข้าถึงบริการสุขภาพ มีแนวโน้มที่ดีขึ้นอย่างต่อเนื่อง เนื่องจากการขยายสถานบริการสุขภาพ และมีระบบหลักประกันสุขภาพที่ให้ความคุ้มครองประชาชน ทางด้านการเงิน โดยแนวโน้มของอัตราการใช้บริการ

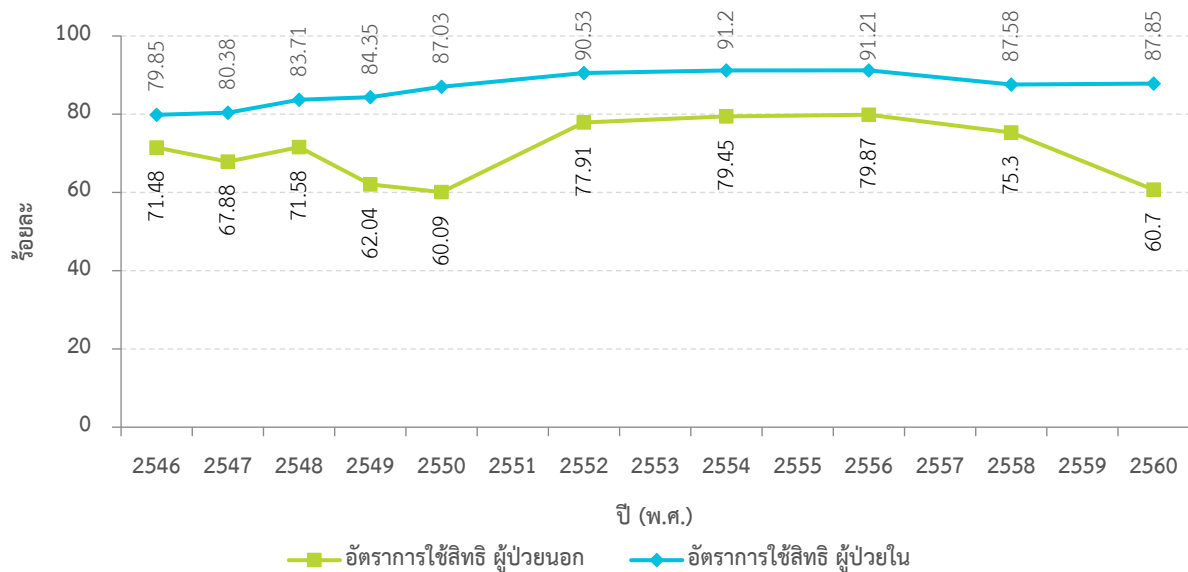
ผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในต่อประชากรต่อปี สิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ มีแนวโน้มที่เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง (ภาพที่ 5.38) แต่อย่างไรก็ดี อัตราการใช้สิทธิหลักประกันสุขภาพกรณีผู้ป่วยนอก อยู่ที่ร้อยละ 60-80 ตลอดระยะเวลา 14 ปีที่ผ่านมา (ภาพที่ 5.39)

ภาพที่ 5.38 อัตราการใช้บริการผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในต่อประชากรต่อปี สิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปี 2549-2560



ที่มา: รายงานการสร้างระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ประจำปีงบประมาณ 2560

ภาพที่ 5.39 อัตราการใช้สิทธิ กรณีผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน สิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปี 2546-2560



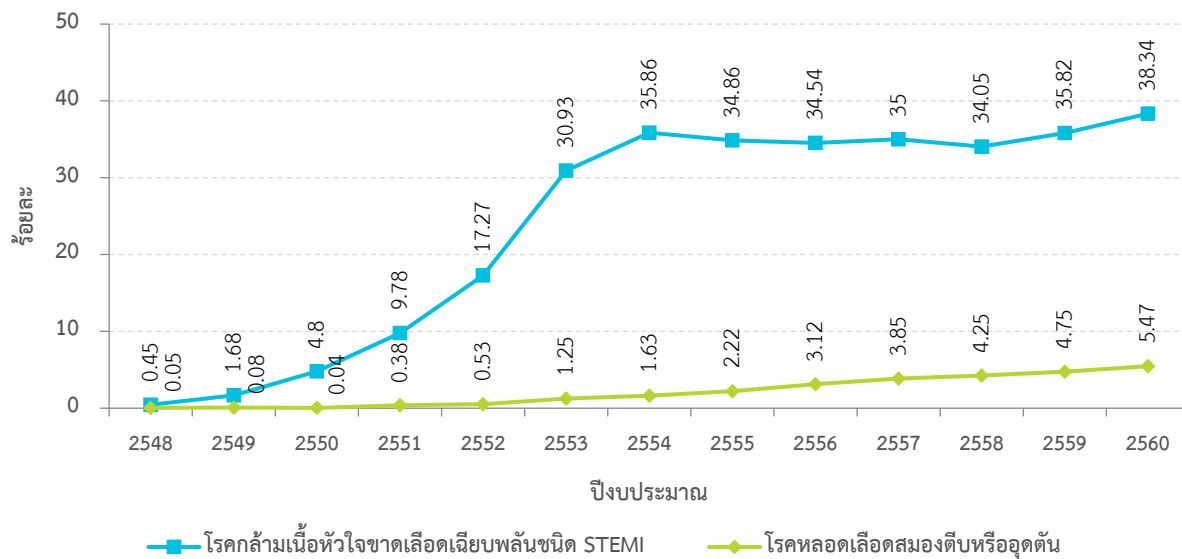
ที่มา: รายงานการสร้างระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ประจำปีงบประมาณ 2560

5.12.2 การเข้าถึงบริการสุขภาพเฉพาะ

การเข้าถึงบริการสุขภาพเฉพาะ ในหลายกรณีมีแนวโน้มที่ดีขึ้นอย่างต่อเนื่อง อาทิเช่น การได้รับยาละลายลิ่มเลือดในกรณีผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน

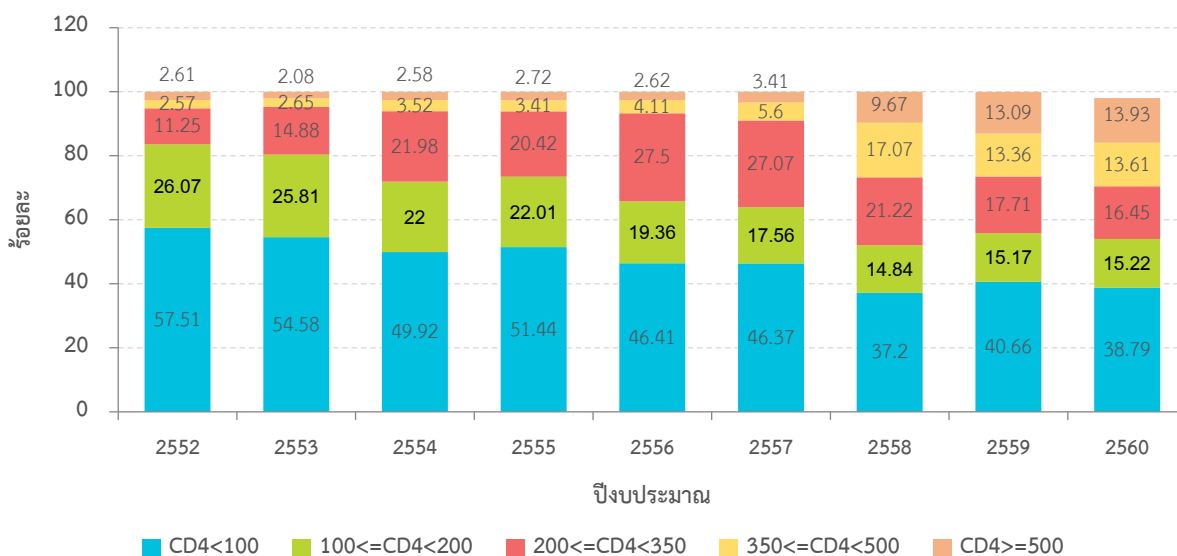
(STEMI) และในกรณีโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตัน (ภาพที่ 5.40) และแนวโน้มผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ได้รับการครั้งแรก ที่มีระดับ CD4 > 500 ที่เพิ่มขึ้น แสดงให้เห็นการได้รับบริการตั้งแต่ระยะเริ่มแรกที่สูงขึ้น (ภาพที่ 5.41)

ภาพที่ 5.40 อัตราการได้รับยาละลายลิ่มเลือดสำหรับผู้ป่วยในโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน (STEMI) และโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตัน สถิติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปี 2548-2560



ที่มา: รายงานการสร้างระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ประจำปีงบประมาณ 2559 และ 2560

ภาพที่ 5.41 สัดส่วนผู้ติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่ตามระดับ CD4 ครั้งแรก สถิติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปี 2552-2560



ที่มา: รายงานการสร้างระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ประจำปีงบประมาณ 2560

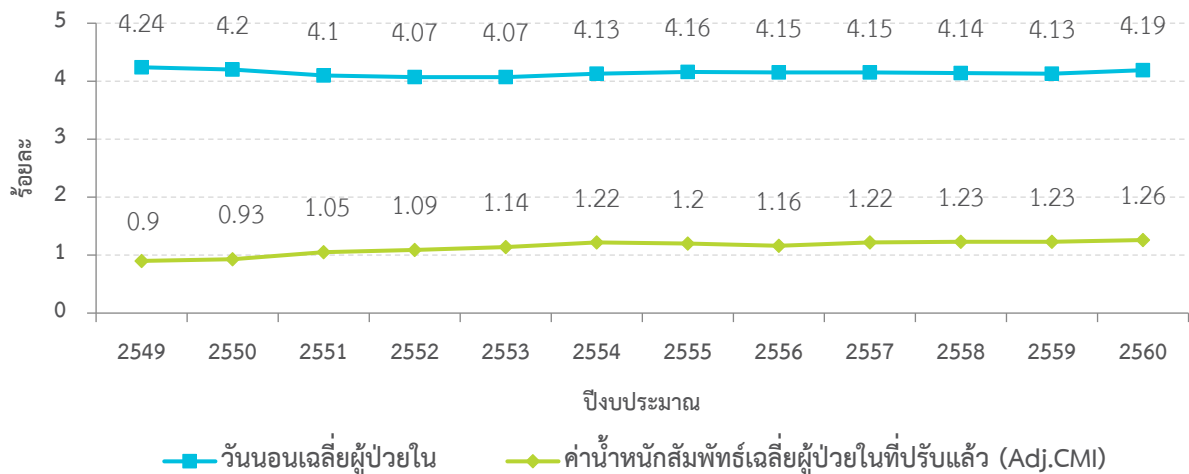
5.13 ประสิทธิภาพและคุณภาพของการใช้บริการสุขภาพ

5.13.1 ประสิทธิภาพบริการสุขภาพ

ประสิทธิภาพบริการสุขภาพ ในแง่มุมของการบริการผู้ป่วยใน พบว่าค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ผู้ป่วยในมีค่าเฉลี่ยเพิ่มขึ้น แสดงถึงการรักษาผู้ป่วยต้องมีการใช้ทรัพยากร

มากขึ้นหรือมีการรับผู้ป่วยในที่มีความจำเป็นมากขึ้น โดยที่วันนอนเฉลี่ยผู้ป่วยในไม่ได้มีแนวโน้มที่เพิ่มขึ้น สะท้อนการมีประสิทธิภาพในการรับผู้ป่วยในในภาพรวม (ภาพที่ 5.42)

ภาพที่ 5.42 วันนอนเฉลี่ยและน้ำหนักสัมพัทธ์เฉลี่ย (Adj.CMI) ผู้ป่วยใน สิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปี 2549-2560



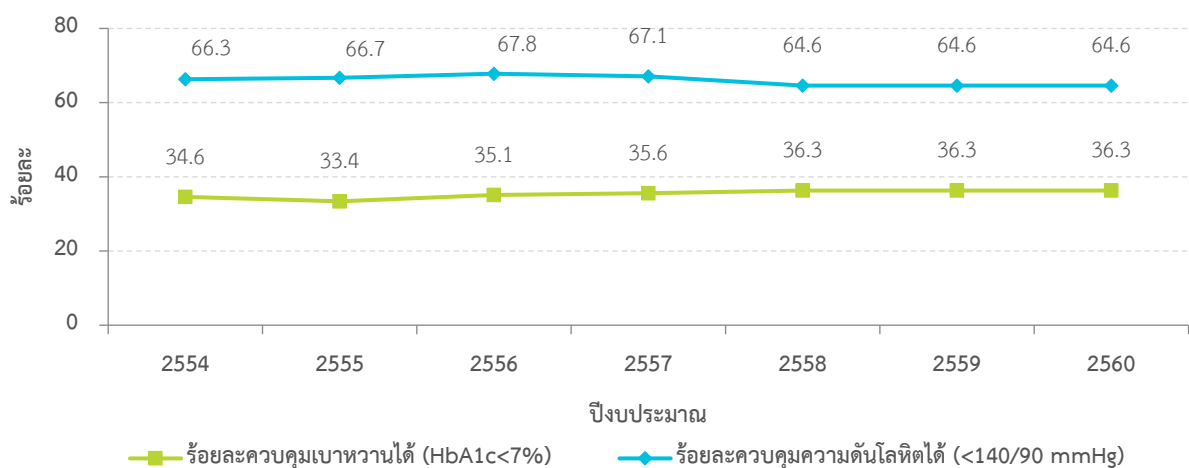
ที่มา: รายงานการสร้างระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ประจำปีงบประมาณ 2560

5.13.2 คุณภาพบริการสุขภาพ

ประเด็นคุณภาพบริการ อาจพิจารณาในประเด็นผลลัพธ์ของการรักษา อาทิเช่น สัดส่วนการควบคุมโรคได้

ของผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง โดยอยู่ที่ร้อยละ 36.3 และร้อยละ 64.6 ตามลำดับ ในปี 2560 (ภาพที่ 5.43)

ภาพที่ 5.43 สัดส่วนผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงที่ควบคุมโรคได้สิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปี 2554-2560



ที่มา: รายงานการสร้างระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ประจำปีงบประมาณ 2559 และ 2560

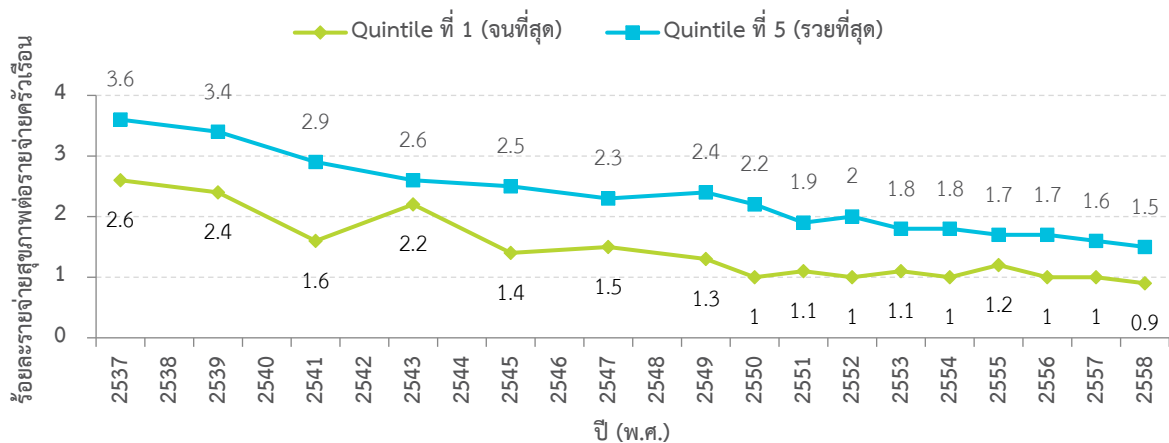
5.14 ความเป็นธรรมของบริการสุขภาพ

5.13.1 ความเป็นธรรมสุขภาพด้านการจ่ายเงิน

รายจ่ายสุขภาพต่อรายจ่ายของครัวเรือนไม่ว่าจะเป็น
คนจนหรือคนรวย มีแนวโน้มที่ลดลงอย่างต่อเนื่องและอยู่

ในระดับต่ำ โดยมีรายจ่ายสุขภาพต่อรายจ่ายของครัวเรือน
อยู่ที่ร้อยละ 0.9-1.6 ในปี 2558 (ภาพที่ 5.44)

ภาพที่ 5.44 ร้อยละรายจ่ายสุขภาพต่อรายจ่ายครัวเรือน ของคนจนที่สุด 10% และคนรวยที่สุด 10% ปี 2537-2558

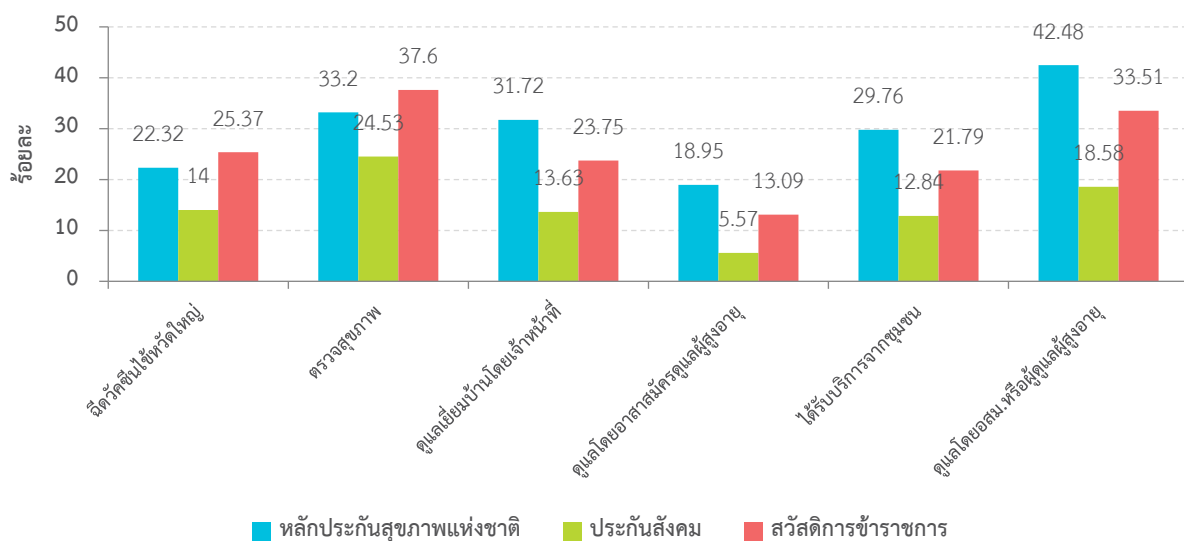


ที่มา: การสำรวจภาวะเศรษฐกิจและสังคมของครัวเรือน สำนักงานสถิติแห่งชาติ พ.ศ. 2537-2558, วิเคราะห์โดย ดร.สุพล ลิ้มวัฒนานนท์

5.14.2 ความเป็นธรรมสุขภาพด้านการได้รับบริการ

ในส่วนของการได้รับบริการสุขภาพ เช่น บริการสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ โดยมีความแตกต่างระหว่างสิทธิสวัสดิการ
ต่างๆ ดังแสดงในภาพที่ 5.45

ภาพที่ 5.45 สัดส่วนผู้สูงอายุที่ได้รับบริการสุขภาพ ปี พ.ศ. 2560 จำแนกตามสวัสดิการรักษาพยาบาล



ที่มา: วิเคราะห์จากข้อมูลการสำรวจประชากรสูงอายุ สำนักงานสถิติแห่งชาติ ปี 2560

5.15 การวิจัยและการสร้างความรู้เกี่ยวกับระบบสุขภาพ

สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) เป็นกลไกที่มีหน้าที่หลัก คือ

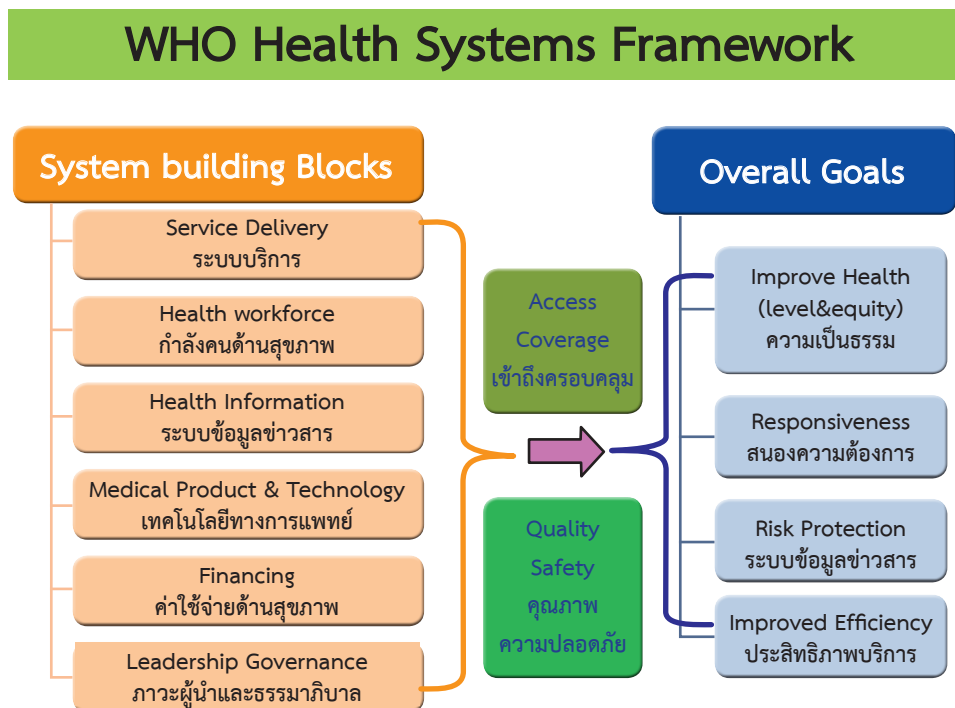
1) ผลิตความรู้เชิงประจักษ์ เพื่อการพัฒนาาระบบสุขภาพ ผ่านการจัดทำข้อเสนอเชิงนโยบายหรือการนำไปใช้ประโยชน์ในทางเวชปฏิบัติและการพัฒนาขีดความสามารถในการดูแลสุขภาพประชาชนโดยตรง

2) พัฒนาระบบวิจัยด้านสุขภาพ ที่รวมถึงการพัฒนาขีดความสามารถนักวิจัยเพื่อการทำวิจัยด้านนโยบายและระบบสุขภาพ การพัฒนามาตรฐานคุณภาพงานวิจัย การบริหารทุนวิจัยและการส่งเสริมการใช้ประโยชน์จากงานวิจัย

5.15.1 กรอบความคิดการสร้างองค์ความรู้

การสร้างความรู้เพื่อพัฒนาระบบสุขภาพ ดำเนินการผ่านกรอบความคิดระบบสุขภาพขององค์การอนามัยโลกที่ประกอบด้วย 6 องค์ประกอบหลัก ได้แก่ ระบบ/รูปแบบบริการสุขภาพ กำลังคนด้านสุขภาพ ระบบข้อมูลข่าวสารสุขภาพ เทคโนโลยีทางการแพทย์ที่รวมถึงยาและวัคซีน การคลังและค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพและการนำและธรรมาภิบาลของระบบ (ภาพที่ 5.46)

ภาพที่ 5.46 กรอบความคิดระบบสุขภาพขององค์การอนามัยโลก

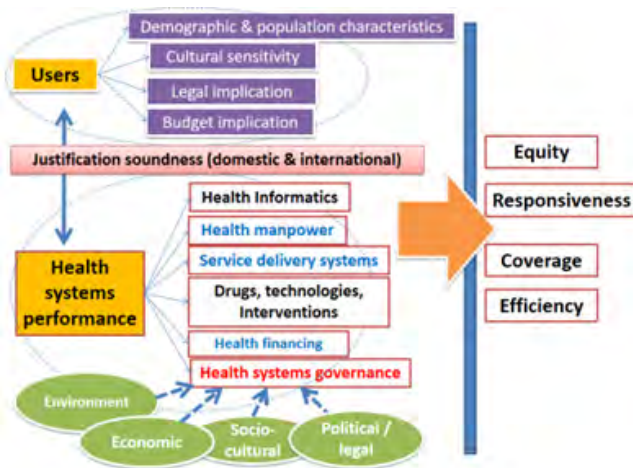


โดยมีเป้าหมายการพัฒนาาระบบ ได้แก่ การสร้างความเป็นธรรมด้านสุขภาพ การตอบสนองความต้องการและความเป็นมนุษย์ของประชาชน การมีระบบข้อมูลข่าวสารสุขภาพที่สามารถปกป้องสุขภาพประชาชนได้ และการสร้างประสิทธิภาพของระบบที่สามารถปกป้อง

การล้มละลายจากภาวะการเจ็บป่วยให้ประชาชนได้ ทั้งนี้เพื่อบรรลุเป้าหมายดังกล่าว จึงมุ่งสร้างความรู้เพื่อตอบโจทย์การเข้าถึงบริการสุขภาพตามความจำเป็นที่ทั่วถึงและเป็นธรรม และการมีระบบบริการที่มีความปลอดภัยตามมาตรฐานสากล

อย่างไรก็ตาม ระบบสุขภาพและสุขภาพประชาชน มีอาการด้อยจากผลกระทบด้านสังคม วัฒนธรรม เศรษฐกิจ และการเมือง ทำให้กรอบคิดข้างต้นไม่เพียงพอในการจัดการปัญหาบางเรื่อง ภาพที่ 5.47 แสดงให้เห็นกรอบความคิดที่ว่า นอกจากหกมิติของระบบสุขภาพนั้นแล้ว ยังมีปัจจัยทางด้านประชากรและความอ่อนไหวทางวัฒนธรรมของผู้รับบริการ บริบททางกฎหมาย และการคลังประเทศ ในภาพรวมด้วย เช่น ปัญหาการตั้งครุฑในวัยรุ่น ปัญหาการติดสารเสพติด หรือระบบสุขภาพกับแรงงานข้ามชาติ เป็นต้น

ภาพที่ 5.47 ปัจจัยทางสังคมที่กำหนดระบบสุขภาพ



5.15.2 เครือข่ายความร่วมมือ

สวรส. ทำภารกิจดังกล่าวผ่านเครือข่ายความร่วมมือกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ทั้งที่เป็นผู้วิจัย ผู้กำหนดนโยบาย ผู้บริหาร นักวิชาชีพผู้ให้บริการ และผู้รับประโยชน์จากระบบสุขภาพอื่นๆ มีกลยุทธ์ในการพัฒนางานวิจัยและใช้ประโยชน์ทั้งในรูปแบบการสร้างเครือข่ายในพื้นที่ระดับจังหวัดและภูมิภาค เช่น เครือข่ายสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดและประชาคมสุขภาพจังหวัดน่าน เครือข่ายวิจัยภาคใต้ตอนล่างที่มีศูนย์กลางที่มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์ เครือข่ายนักวิชาชีพ เช่น เครือข่ายสมาคมแพทย์มณฑลทหารหัวใจและหลอดเลือด ในการทำวิจัยผลการรักษาผู้ป่วยด้วยการทำการถ่ายภาพหลอดเลือดหัวใจผ่านทางผิวหนังในประเทศไทย แบบสหสถาบัน (Thai PCI Registry) เครือข่ายราชวิทยาลัยโสต ศอ นาสิกแพทย์แห่ง

ประเทศไทยในการวิจัย Cochlear Implants Registry in Thailand (CIRT) Project เครือข่ายนักวิจัยในเขตสุขภาพต่างๆ และสถาบันการศึกษาที่มีความเชี่ยวชาญด้านต่างๆ เช่น มหาวิทยาลัยมหิดล ด้านสังคมวิทยาและมานุษยวิทยาการแพทย์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ด้านการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง (Palliative care) องค์กรวิจัยด้านนโยบาย เช่น มูลนิธิวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศ (TDRI) มูลนิธิ International Health Policy Program (IHPP) มูลนิธิ Health Intervention and Technology Assessment Program (HITAP) เป็นต้น

นอกจากนี้ ยังมีความร่วมมือในการบริหารทุนวิจัยด้านการแพทย์และสาธารณสุข ในประเด็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังและเทคโนโลยีทางการแพทย์ กับสำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ (วช.) และเครือข่ายองค์กรวิจัยอื่นๆ เช่น สำนักงานกองทุนวิจัย (สกว.) และสถาบันวิจัยวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีแห่งชาติ (สวทช.) เป็นต้น และเพื่อให้การสร้างความรู้ตอบสนองการแก้ปัญหา ระบบสุขภาพ จึงมีความร่วมมือกับผู้ใช้งานวิจัยหรือผู้กำหนดนโยบายด้วย เช่น กระทรวงสาธารณสุข สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ กรมบัญชีกลาง กระทรวงการคลัง สำนักงานประกันสังคม โดยมีองค์กรที่ร่วมเป็นกลไกขับเคลื่อน ได้แก่ สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.)

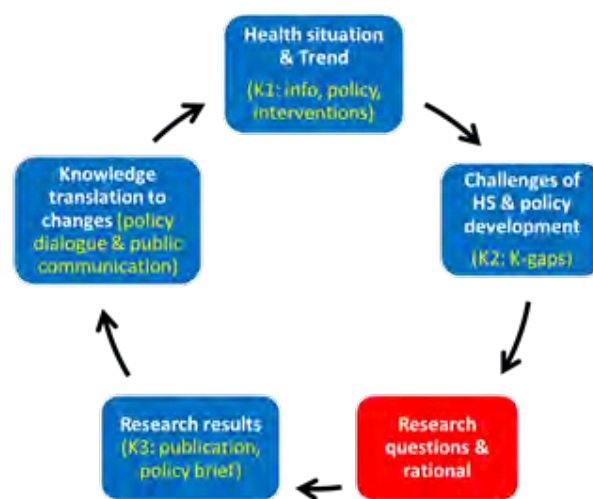
รูปธรรมในการร่วมกันขับเคลื่อนสร้างความรู้และพัฒนา ระบบสุขภาพที่สำคัญอันหนึ่ง คือ WHO-Royal Thai Government Country Cooperation Strategy, WHO-RTG CCS (2017-2021) ที่มีเครือข่ายความร่วมมือประกอบด้วย องค์กรอนามัยโลกและองค์กรด้านสุขภาพ ได้แก่ กระทรวงสาธารณสุข (สธ.) สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.) สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) และสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) เพื่อขับเคลื่อนแผนงานการสร้างและใช้ความรู้พัฒนาสุขภาพเฉพาะประเด็นที่มีลำดับความสำคัญสูง ได้แก่

1. แผนงานโรคไม่ติดต่อ (Non-communicable Diseases (NCD)
2. แผนงานความปลอดภัยทางถนน (Road Safety: RS)
3. แผนงานประชากรข้ามชาติ (Migrant Health)
4. แผนงานโรคติดเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพ (Antimicrobial Resistance AMR)
5. แผนงานสุขภาพโลก (Global Health Diplomacy: GHD)
6. แผนงานการค้าและสุขภาพ (International Trade and Health: ITH)

5.15.3 กระบวนการสร้างความรู้

ในกระบวนการสร้างความรู้จะเริ่มที่การวิเคราะห์สถานการณ์และแนวโน้มที่เป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญและสืบค้นชุดความรู้ที่มีอยู่ว่าสามารถนำมาใช้ในการแก้ปัญหาได้หรือไม่ หรือยังคงมีช่องว่างความรู้หรือประเด็นท้าทายอะไร เพื่อนำไปสู่การตั้งโจทย์วิจัยและเมื่อได้ผลการวิจัยจึงนำมาพิจารณาสังเคราะห์ทางเลือกนโยบายหรือข้อเสนอในการปรับปรุงนโยบายและระบบสุขภาพ (ภาพที่ 5.48)

ภาพที่ 5.48 กระบวนการสร้างความรู้เพื่อพัฒนาระบบและนโยบายสุขภาพ



ในบางกรณีการวิจัยเชิงระบบก็ต้องเชื่อมต่อการวิจัยด้านสุขภาพและการแพทย์ เช่น การวิจัยยา (Medicine) ผลิตภัณฑ์ (Medical product) มาตรการ (Intervention) หรือเทคโนโลยีทางการแพทย์ (Medical technology) ซึ่งมีจุดเริ่มต้นที่การระบุมความจำเป็นด้านสุขภาพกับความต้องการเทคโนโลยีที่สอดคล้องกัน (ภาพที่ 5.49)

ภาพที่ 5.49 องค์ประกอบหรือระยะการวิจัยที่ต้องเชื่อมต่อกันจึงจะบรรลุเป้าหมาย

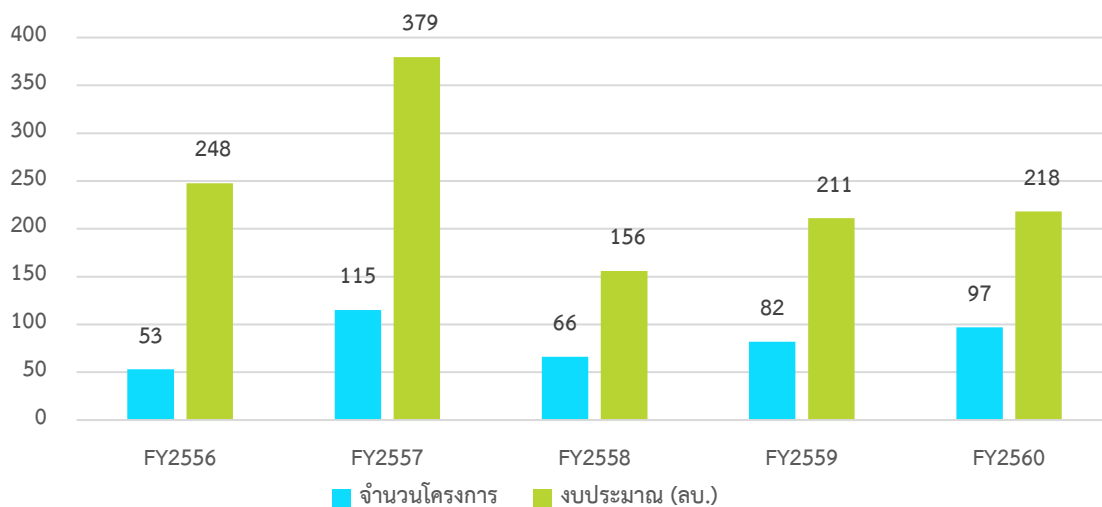


จากนั้นจึงมีการทำวิจัยพัฒนาเทคโนโลยี การทดสอบ คุณภาพมาตรฐาน การทดลองใช้ในมนุษย์ การศึกษา ต้นทุนประสิทธิผลและความคุ้มค่า การศึกษาการนำเข้าสู่การใช้งานในเชิงระบบ ที่ต้องคำนึงถึงวิธีการขั้นตอนให้บริการ ความรู้ทักษะผู้ให้บริการ การมีบริการที่กระจายตัวให้ผู้ที่มีความจำเป็นสามารถเข้าถึงได้อย่างทั่วถึง การมีค่าใช้จ่ายสำหรับบริการรองรับอย่างเพียงพอและ ในอีกด้านก็ต้องมีการถ่ายทอดเทคโนโลยีนั้นเข้าสู่ระบบการผลิต เพื่อให้สามารถจัดหามาให้บริการในระดับมหภาคได้จริง จะเห็นว่าหากจะทำให้เกิดการขยายผลบริการที่ใช้เทคโนโลยีนั้นอย่างเป็นระบบ แต่ละขั้นตอนจำเป็นต้องมีการนำความรู้ที่ได้จากการศึกษาวิจัยมาพัฒนาเป็นข้อเสนอ เพื่อการตัดสินใจในเชิงนโยบายอย่างต่อเนื่องจนบรรลุเป้าหมาย

5.15.4 ผลการดำเนินงานสร้างความรู้ (2556-2560)

สวรส.บริหารงานวิจัย (สร้างความรู้และใช้ประโยชน์) ด้วยเงินงบประมาณปกติและงบประมาณวิจัยที่ได้จากความร่วมมือกับหน่วยงานอื่นด้วย ซึ่งใน 5 ปีที่ผ่านมา มีจำนวนโครงการวิจัยมากน้อยแตกต่างกันไประหว่าง 53-115 โครงการ คิดเป็นเงินงบประมาณ ระหว่าง 156-379 ล้านบาทต่อปี ซึ่งความผันแปรของจำนวนทุนวิจัยอยู่ที่ทุนวิจัยจากภายนอก ภาพที่ 5.50

ภาพที่ 5.50 ผลการดำเนินการสร้างความรู้ ปีงบประมาณ 2556-2560



เมื่อจำแนกทุนที่ดำเนินการระหว่าง พ.ศ. 2558-2560 เพื่อการทำวิจัย ใช้ประโยชน์ รวมทั้งการพัฒนาศักยภาพของระบบวิจัย พบว่า สัดส่วนทุนวิจัยสะสมมากที่สุดอยู่ที่ แผนงานวิจัยบูรณาการมุ่งเป้าที่เน้นเชิงประเด็น ได้แก่ แผนงานวิจัยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง แผนงานวิจัยด้าน Medical technology และแผนงานวิจัยเชิงระบบ ได้แก่ การวิจัยระบบสุขภาพชุมชน คิดเป็นประมาณ ร้อยละ 50

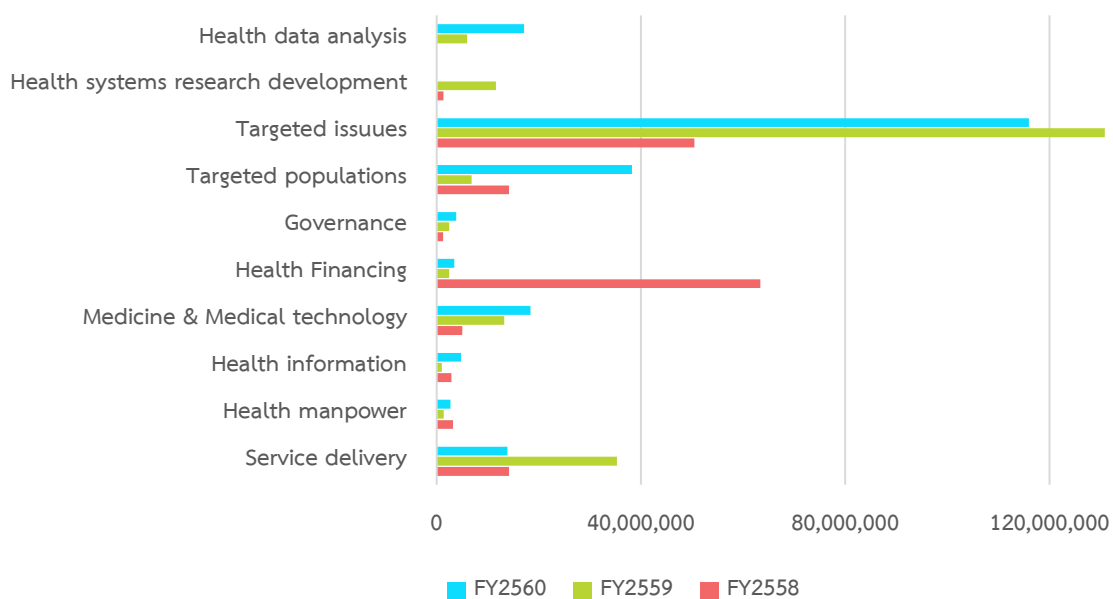
รองลงมา คือ แผนงานวิจัยด้านการคลังและระบบหลักประกันสุขภาพ แผนงานวิจัยระบบบริการสุขภาพ และแผนงานวิจัยบูรณาการที่มุ่งเป้าตามกลุ่มประชากรเฉพาะที่เปราะบางและยากลำบากในการเข้าถึงบริการ คิดเป็นร้อยละ 11.8, 10.8, 10.1 ตามลำดับ (ตารางที่ 5.28 และภาพที่ 5.51)

ตารางที่ 5.18 การบริหารทุนวิจัยจำแนกตามแผนงานวิจัย ระหว่างปี 2558-2560

Research programs	FY2558	FY2559	FY2560	Total	%
Service delivery	14,191,462	35,267,125	13,857,039	63,315,626	10.8
Health manpower	3,210,000	1,385,000	2,663,310	7,258,310	1.2
Health information	2,900,000	1,000,000	4,783,118	8,683,118	1.5
Medicine & Medical technology	4,989,585	13,235,866	18,380,041	36,605,492	6.3
Health Financing	63,345,620	2,418,900	3,446,000	69,210,769	11.8
Governance	1,250,577	2,439,000	3,801,710	7,491,287	1.3
Targeted populations	14,158,790	6,813,775	38,220,457	59,192,769	10.1
Targeted issues	50,446,408	130,842,775	115,967,162	297,256,345	50.8
Health systems research development	1,312,861	11,606,453	-	12,919,314	2.2
Health data analysis	0	5,975,428	17,090,500	23,065,928	3.9
	155,805,303	210,984,069	218,209,337	584,998,709	100.0

หมายเหตุ: แผนงานวิจัย Targeted populations หมายถึง การวิจัยบูรณาการที่มุ่งตอบโจทย์การพัฒนาบริการสุขภาพที่ตอบสนองความจำเป็นเฉพาะของกลุ่มประชากรที่เปราะบางหรือมีความยากลำบาก, แผนงานวิจัย Targeted issues หมายถึงแผนงานวิจัยมุ่งเป้าเชิงประเด็นการแพทย์และสาธารณสุข ได้แก่ แผนงานวิจัยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง แผนงานวิจัยด้าน Medical technology ที่เป็นการร่วมมือบริหารทุนวิจัยที่ได้รับจากวช., แผนงานวิจัย Health systems research development หมายถึง โครงการพัฒนาศักยภาพและโครงสร้างระบบวิจัย, แผนงาน Health data analysis หมายถึง แผนงานให้บริการจัดการและวิเคราะห์ข้อมูลระบบสุขภาพ

ภาพที่ 5.51 การบริหารทุนวิจัยเพื่อพัฒนาระบบสุขภาพ



5.15.5 การพัฒนาขีดความสามารถนักวิจัยและระบบวิจัย

จากการร่างที่ 5.28 และภาพที่ 5.51 จะเห็นว่า ในปี 2560 ไม่มีตัวเลขทุนที่จัดสรรเพื่อการพัฒนาการวิจัยระบบสุขภาพ ทั้งนี้เนื่องจากมีความชัดเจนในเชิงระบบวิจัยมากขึ้นว่า ระบบวิจัยมีความขาดแคลนนักวิจัยเชิงระบบและนโยบายสุขภาพอย่างมาก โดยเฉพาะนักวิจัยในระดับพื้นที่เขตสุขภาพและจังหวัด ไม่สามารถรองรับการสร้างความรู้ที่จะนำไปสู่การสังเคราะห์ข้อเสนอเพื่อช่วยการนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติ รวมทั้งการพัฒนานโยบายที่ตอบโจทย์การแก้ปัญหาเชิงลึกตามบริบทเฉพาะ จึงแยกแผนงานพัฒนาระบบการวิจัยระบบและนโยบายสุขภาพออกจากแผนงานวิจัย

ทั้งนี้กรอบการพัฒนาขีดความสามารถในเชิงระบบหมายถึง การพัฒนาหน่วยในพื้นที่ให้สามารถบริหารจัดการงานวิจัยเพื่อแก้ปัญหาในบริบทพื้นที่ตนเองให้ได้ ได้แก่ สามารถระบุประเด็นปัญหาและการจัดลำดับความสำคัญ การสร้างนักวิจัยในพื้นที่ การพัฒนาโครงการวิจัย การจัดการทุนวิจัย และการนำผลงานวิจัยไปใช้ประกอบการตัดสินใจออกแบบมาตรการหรือการแก้ปัญหาในพื้นที่ รวมทั้งให้ข้อเสนอตั้งผู้กำหนดนโยบายในระดับที่เหนือกว่าพื้นที่ ในการนี้ สวรส.ดำเนินการผ่านการพัฒนาความร่วมมือกับพื้นที่แบบเชิงรุก

ในขณะที่การพัฒนาขีดความสามารถกำลังคนของระบบวิจัย จะรวมถึงทั้งนักวิจัยและนักบริหารโครงการ/แผนงานวิจัย ด้านการพัฒนานักวิจัยก็เน้นการวิเคราะห์สถานการณ์ปัญหาอย่างเป็นระบบ เพื่อนำไปสู่การตั้งโจทย์การวิจัยที่ตรงหรือสอดคล้องการแก้ปัญหา การออกแบบวิธีการวิจัยที่เหมาะสม รวมทั้งเทคนิค วิธีการวิจัยที่มีลักษณะการวิจัยแบบมีส่วนร่วมของชุมชน การวิจัยพัฒนารูปแบบ การวิจัยพัฒนานวัตกรรมหรือมาตรการในการจัดการปัญหา เป็นต้น

5.15.6 การใช้ประโยชน์งานวิจัย

จากที่กล่าวมาข้างต้น การนำผลงานวิจัยไปใช้ประโยชน์ จึงมีหลายระดับขึ้นกับระยะของงานวิจัย และขึ้นอยู่กับว่าเป็นโจทย์การแก้ปัญหาในระดับพื้นที่หรือในระดับมหภาค โดยช่องทางการนำเสนอหลักจะผ่านคณะกรรมการสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข ที่มีรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขเป็นประธาน และปลัดกระทรวงสาธารณสุขเป็นรองประธาน นอกจากนั้นเป็นการนำเสนอผ่านกลไกกรรมการนโยบายของแต่ละด้าน เช่น คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ คณะกรรมการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เป็นต้น

บทที่ 6

กรอบนโยบายและยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพ ของไทย 4.0 และนโยบายสาธารณะทุกภาคส่วน (Health in All)

6.1 การปฏิรูประบบสาธารณสุขภายใต้รัฐธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ

บทนำ

สังคมมนุษย์พัฒนาอย่างก้าวกระโดดครั้งใหญ่เมื่อมนุษย์ประดิษฐ์ภาษาเป็นเครื่องมือสื่อสาร ทำให้มนุษย์สามารถสื่อสารกันเชิงนามธรรมซึ่งไปพ้นขีดจำกัดของรูปธรรม สามารถถ่ายทอดจินตนาการซึ่งอยู่เหนือความจริงที่ดำรงอยู่ต่อหน้า มนุษย์ใช้ภาษาในการถ่ายทอดความรู้จากคนรุ่นหนึ่งไปสู่คนอีกรุ่นหนึ่งจึงสามารถสั่งสมและยกระดับความรู้ไม่สิ้นสุด เช่นเดียวกับสรรพสิ่งต่างๆ ที่ไม่ได้ดำรงอยู่อย่างตายตัว ภาษาก็เป็นสิ่งที่ดิ้นได้ ความหมายของคำหนึ่งๆ จึงอาจต่างกัน ณ สถานที่หรือกาลเวลาต่างกัน

คำว่า “ระบบสุขภาพ” มีความหมายเดียวกันกับคำว่า “ระบบสาธารณสุข” นั่นคือ ระบบอันเป็นไปเพื่อบรรลุสุขภาพดีของสังคมโดยเป็นผลจากปฏิสัมพันธ์ระหว่างองค์ประกอบต่างๆ อย่างเป็นพลวัตร (dynamic) ขอบเขตของระบบสุขภาพครอบคลุมทุกภาคส่วนของสังคมซึ่งอาจแยกเป็นสองระบบย่อยได้แก่ ระบบบริการสุขภาพ และระบบย่อยอื่นๆ ที่ส่งผลต่อสุขภาพผ่านเหตุปัจจัยทางสุขภาพ (social determinants of health) เช่น ระบบการศึกษา ระบบคมนาคม ระบบความมั่นคง ระบบการเกษตร เป็นต้น

การปฏิรูปในบทความนี้ใช้ในความหมายว่าด้วยการเปลี่ยนแปลงเชิงโครงสร้างมหภาคอย่างก้าวกระโดด นั่นคือ เป็นการเปลี่ยนแปลงอันจะส่งผลยาวไกลและกว้างขวางต่อรากฐานความคิด ทิศทาง สาระหลัก และขั้นตอนการพัฒนาสังคม

20 ปีที่ผ่านมา ระบบบริการสุขภาพไทยเกิดการปฏิรูปโครงสร้างว่าด้วยการจัดการการเงินการคลังส่งผลให้เกิดการปรับตัวครั้งใหญ่ขององค์ประกอบอื่นในระบบนี้ เช่น⁽¹⁾ (ก) การแยกบทบาทการจัดการการเงินการคลังสำหรับให้บริการสุขภาพออกจากเดิมเป็นของกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งมีอีกสองบทบาทคือ เป็นเจ้าของสถานพยาบาลและเป็นผู้กำหนดนโยบาย (ข) การเติมเต็มหลักประกันสุขภาพให้กับคนไทยอีกร้อยละเจ็ดสิบที่แต่เดิมไม่มีหลักประกันสุขภาพจึงเสี่ยงต่อการล้มละลายทางเศรษฐกิจเพราะค่ารักษาพยาบาล และมีอุปสรรคทางการเงินในการเข้าถึงบริการสุขภาพ และ (ค) การใช้ทรัพยากรอย่างคุ้มค่ามีความหมายมากขึ้นกว่าในอดีต เป็นต้น

อย่างไรก็ตาม ไม่มีระบบอะไรที่สมบูรณ์แบบ การปฏิรูปที่กล่าวมาพร้อมกับการเปลี่ยนแปลงอื่นของสังคมตามมาด้วยความท้าทายต่อวิวัฒนาการของระบบสุขภาพในระยะต่อไป เช่น การขยายตัวของโรคเรื้อรัง อุบัติเหตุจราจร และโรคอุบัติใหม่ เสถียรภาพทางการเงินการคลังเนื่องจากการขยายตัวของรายจ่ายสุขภาพซึ่งไม่มีประเทศใดในโลกหลีกเลี่ยงได้ ทรัพยากรในระบบบริการสุขภาพ (โดยเฉพาะบุคลากร) ขยายตัวไม่ทันตามการขยายตัวของปริมาณการใช้บริการ ความขัดแย้งทางความคิดระหว่างกองทุนสุขภาพภาครัฐกับสถานพยาบาลโดยเฉพาะในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ฯลฯ

รัฐธรรมนูญ พ.ศ. 2560 เป็นความพยายามหนึ่งในทางนิติบัญญัติเพื่อตอบสนองต่อความท้าทายเหล่านั้นโดยในหมวด 16 ระบุถึงการปฏิรูปประเทศ มาตรา 258 (ข) (4) ให้มีการปรับระบบหลักประกันสุขภาพ และ (5) ให้มีระบบการแพทย์ปฐมภูมิ นอกจากนี้มาตราอื่นของรัฐธรรมนูญ พ.ศ. 2560 ก็อาจนำมาตีความให้ตอบสนองต่อความท้าทายดังกล่าวได้ เช่น มาตรา 55 รัฐต้องดำเนินการให้ประชาชนได้รับการบริการ สาธารณสุขอย่างประสิทธิภาพ และทั่วถึง มาตรา 58 ในการดำเนินงานใดที่อาจส่งผลกระทบต่อ สิ่งแวดล้อมและคุณภาพชีวิตประชาชน มาตรา 71 รัฐพึงส่งเสริมและพัฒนาก่อสร้างเสริมสุขภาพ

ในทางปฏิบัติ การปฏิรูประบบสุขภาพตามรัฐธรรมนูญ พ.ศ. 2560 จะเป็นอย่างไรขึ้นกับการตีความของผู้เกี่ยวข้อง เช่น คณะกรรมการปฏิรูปประเทศ ด้านสาธารณสุข (คปสธ.) สถาปนาปฏิรูปแห่งชาติ (สปช.) สาธารณชน นักวิชาการ องค์กรไม่แสวงกำไร เป็นต้น เพราะความจริงอันยากจะปฏิเสธคือในระบบสุขภาพอันซับซ้อน (complex system) ไม่มีสถาบันหรือองค์กรหรือกลุ่มบุคคลหนึ่งเดียวที่สามารถชี้ขาดว่าการปฏิรูปจะคลี่คลายไปในลักษณะใด ดังนั้นบทความนี้จะพยายามที่จะวิเคราะห์ความต้องการการปฏิรูประบบสุขภาพและนำเสนอแนวทางที่พึงจะเป็นเพื่อตอบสนองความต้องการการปฏิรูปด้วยการชี้ประเด็นหรือตั้งคำถามเป็นสำคัญ โดยไม่พยายามที่จะพรรณนาให้ครบถ้วนว่าอะไรเกิดขึ้นนับแต่รัฐธรรมนูญ 2560 เพราะผู้สนใจสามารถหาอ่านได้จากแหล่งอื่น ขณะเดียวกันบทความนี้ก็จะไม่ทำนายว่าอะไรจะเกิดขึ้นในอนาคต

ทำไมต้องปฏิรูประบบสุขภาพ

การปฏิรูประบบสุขภาพเคยเกิดขึ้นมาแล้วในอดีตหลายครั้ง เพื่อตอบสนองความท้าทายในแต่ละยุคสมัยที่แปรเปลี่ยนไป การสร้างโรงพยาบาลให้ครบทุกอำเภอและสถานีอนามัยครบทุกตำบลในช่วงทศวรรษถึงแปดสิบปีที่ผ่านมาเป็นการปฏิรูประบบสุขภาพเพื่อตอบสนองต่อความขาดแคลนโครงสร้างพื้นฐานในการจัดการบริการสุขภาพ กำเนิดของอาสาสมัครสาธารณสุขเมื่อสี่สิบปีที่ผ่านมา ก็เป็นการตอบสนองต่อความขาดแคลนกำลังคนภายหลังการขยายโครงสร้างพื้นฐานเพื่อให้ประชาชนเข้าถึงบริการสุขภาพจำเป็นพื้นฐานได้มากขึ้นในยุคที่ประเทศไทยยังเป็นประเทศรายได้ต่ำ (low income country) การปฏิรูประบบสุขภาพจึงเป็นเส้นทางที่ไม่มีวันสิ้นสุด

ยี่สิบถึงสามสิบปีมานี้ การระบาดของโรคเรื้อรัง กำเนิดของโรคอุบัติใหม่ ภาวะโลกร้อน สังคมสูงอายุเป็นความท้าทายต่อการปฏิรูประบบสุขภาพในปัจจุบัน ความท้าทายเหล่านี้มาพร้อมกับ

ก) เสี่ยงเรียกร้องให้มีการบูรณาการระหว่างภาคส่วนต่างๆ ด้วยความตระหนักว่าไม่มีภาคส่วนใดสามารถรับมือกับความท้าทายเหล่านี้ได้โดยลำพังไม่ว่าจะมองในด้านการรักษาพยาบาล การป้องกันโรคหรือการสร้างเสริมสุขภาพ เช่นเดียวกับภายในสาขาสุขภาพ (health sector) ก็ไม่มีสถาบันหรือสาขาวิชาชีพใดทำเช่นนั้นได้

ข) รายจ่ายสุขภาพขยายตัวอย่างต่อเนื่องเพราะการพัฒนาและเผยแพร่เทคโนโลยีทางการแพทย์ใหม่ๆ เพื่อตอบสนองต่อความซับซ้อนของโรคเรื้อรังและความคาดหวังต่อบริการสุขภาพเพิ่มขึ้นตามระดับรายได้ของสังคม ตลอดจนเป็นผลจากกลไกตลาดเพื่อแสวงกำไรอย่างไร้ขีดจำกัดโดยอาศัยเทคโนโลยีการแพทย์สนองความคาดหวังนั้น

¹ Complex system คือ ระบบอันประกอบด้วยส่วนย่อยที่มีปฏิสัมพันธ์หลากหลายรูปแบบ นำไปสู่ภาวะอุบัติใหม่ (emerging property) ที่ยากแก่การทำนายแต่มีแบบแผนที่เป็นเอกลักษณ์ของแต่ละระบบ ตัวอย่างเช่น พฤติกรรมของตลาดหุ้น พฤติกรรมของเด็ก

² เช่น แผนการปฏิรูปประเทศด้านสาธารณสุขของ คปสธ.

ค) ระบบบริการสุขภาพปรับตัวไม่ทันกับความท้าทายเหล่านั้น โรงพยาบาลถูกคาดหวังให้เป็นทุกคำตอบของการตอบสนองต่อความท้าทาย ทั้งๆ ที่โรงพยาบาลมีไว้เพื่อการดูแลภาวะเฉียบพลันซับซ้อน (สอดคล้องกับบุคลากรเฉพาะโรค) ดังนั้นการถกเถียง (คนเงิน ของ) ไปที่โรงพยาบาลจึงตามมาด้วยปริมาณการใช้บริการที่พุ่งสูงไม่รู้จบ กระทั่งต่อคุณภาพบริการนำไปสู่ความผิดหวังสะสมมากขึ้น

ง) ความล้มเหลวของระบบสนับสนุนบริการสุขภาพอันได้แก่

a. ระบบสารสนเทศล้าสมัย ไม่ตอบสนองต่อความต้องการเรียนรู้และปรับตัว ณ จุดให้บริการ (หน้างาน) ทุกๆ วันแพทย์พยาบาลพบคนไข้แต่ละรายที่อาจมีภูมิหลังพื้นเพแตกต่างกันจำเป็นต้องปรับแต่งวิธีดูแลให้สอดคล้อง เช่น คนไข้ไต้หวัน บางคนลดเกลือในอาหารได้ง่ายเพราะมีอาหารให้เลือกกินหลายอย่าง แต่บางรายมีแต่ปลาร้ากินเป็นกับข้าว ต้องการคำแนะนำช่วยเหลือต่างกัน ถ้าแพทย์พยาบาลสามารถสะสม วิเคราะห์และถ่ายทอดบทเรียนระหว่างกันได้สะดวกรวดเร็ว แม้ยาาก็จะยกระดับคุณภาพบริการได้ง่าย ในความเป็นจริงระบบสารสนเทศปัจจุบันไม่ได้รองรับการพัฒนาความสามารถเช่นนี้ ทำนองเดียวกัน การดูแลคนไข้อาจจำเป็นต้องอาศัยสถานพยาบาลที่มีขีดความสามารถแตกต่างกัน จำเป็นต้องแบ่งปันข้อมูลเพื่อใช้ประโยชน์ร่วมกัน เช่น ข้อมูลผลการตรวจเลือด เอกซเรย์ แต่ระบบปัจจุบันไม่เอื้ออำนวย จึงเกิดการตรวจซ้ำซ้อน หรือการตัดสินใจล่าช้าเพราะไม่สามารถใช้ข้อมูลร่วมกันได้ทันการณ์ ตรงกันข้ามระบบสารสนเทศปัจจุบันเป็นระบบกีดกันให้รายงานตัวชีวิตที่ไม่เกิดประโยชน์แก่การพัฒนาคุณภาพบริการและยังบั่นทอนเวลาในการดูแลคนไข้ ข้อมูลในระบบรายงานเป็นขยะข้อมูลที่สิ้นเปลืองเวลาและทรัพยากรจัดเก็บแต่ใช้ประโยชน์ใดๆ ไม่ได้

b. การเงินการคลังภาครัฐในปัจจุบันมุ่งเน้นการควบคุมค่าใช้จ่ายมากกว่าการพัฒนาคุณภาพบริการ เช่นเดียวกันในภาคเอกชนก็มุ่งเน้นการแสวงกำไรมากกว่าการพัฒนาคุณภาพบริการ ดังนั้นแม้เม็ดเงินเพิ่มขึ้นคุณภาพบริการก็ไม่ได้เพิ่มอย่างได้สัดส่วนกัน ระบบสารสนเทศและวิธีให้บริการก็ไม่ได้ได้รับการพัฒนาเท่าที่ควร ความเหลื่อมล้ำทางรายได้ของบุคลากรระหว่างภาครัฐและเอกชน ระหว่างสาขาวิชาชีพมีแต่เพิ่มขึ้น เกิดภาวะไม่สมดุลของการกระจายกำลังคน

c. การอภิบาลระบบ มีข้อจำกัดในภาวะการณ์นำให้ทิศทางการพัฒนาระบบบริการสุขภาพไร้เอกภาพ องค์ประกอบต่างๆ ไม่ถูกจัดวางร้อยเรียงให้เกื้อหนุนซึ่งกันและกัน ทรัพยากรกระจุกมากกว่ากระจายอย่างเหมาะสม การวิงวอนรณรงค์ของนายอาทิตย์ วรภัย (ตูน บอดี้สแลม) เพื่อหาเงินสนับสนุนโรงพยาบาลของกระทรวงสาธารณสุขเป็นตัวอย่างให้ขบคิดได้ว่า แม้เม็ดเงินในระบบบริการสุขภาพของทั้งประเทศเพิ่มขึ้นหลังวิกฤตต้มยำกุ้ง แต่การกระจายและการจัดสรรด้วยเอกภาพจนเกิดภาวะขาดแคลนในบางที่ ล้นเหลือในบางที่ สังเกตได้จากการเพิ่มจำนวนอาคารใหม่ๆ ในที่ตั้งและรอบที่ตั้งกระทรวงสาธารณสุขที่จังหวัดนนทบุรี การสร้างโรงพยาบาลในโรงเรียนแพทย์ซ้ำซ้อนกับโรงพยาบาลขนาดใหญ่ของกระทรวงสาธารณสุขในภูมิภาค การสร้างตึกใหม่ๆ ในโรงเรียนแพทย์ส่วนกลาง หรือการสร้างโรงพยาบาลเอกชนเพิ่มขึ้นเรื่อยไปในกรุงเทพมหานครและเมืองใหญ่ ทำนองเดียวกัน แพทย์เฉพาะทางก็กระจุกตัวในกรุงเทพมหานครและเมืองใหญ่แม้การผลิตแพทย์เพิ่มจำนวนขึ้นอย่างต่อเนื่อง กล่าวอีกนัยหนึ่ง อาการของระบบเหล่านั้นสะท้อนความไร้เอกภาพทางนโยบายแห่งรัฐ ต้นเหตุของอาการนี้คือ กระทรวงสาธารณสุขซึ่งมีความชอบธรรมในการกำหนดนโยบายไม่อยู่ในฐานะที่จะสร้างความ

เป็นเอกภาพ เนื่องจากบทบาทของกระทรวงสาธารณสุขขัดแย้งกันเอง ระหว่างบทบาทผู้กำหนดและกำกับนโยบาย บทบาทเจ้าของสถานพยาบาล และบทบาทผู้ให้บริการ

จ) ความล้มเหลวในการปรับตัวของระบบนอกสาขาสุขภาพ (non health sector) ในการจัดการกับเหตุปัจจัยทางสุขภาพ (social determinants of health) อันส่งผลต่อครัวเรือนและปัจเจกในด้านพฤติกรรมสุขภาพและสภาพแวดล้อมทางการเมือง เศรษฐกิจ สังคม ในโลกทุนนิยมเสรี กลไกตลาดส่งเสริมการบริโภคสุรา-ยาสูบ และการบริโภคอาหารแคลอรีสูงเส้นใยต่ำอย่างแพร่หลายส่งผลให้เกิดโรคเรื้อรังระบาดไปทั่ว^(2,3) การใช้รถใช้ถนนอย่างสุ่มเสี่ยงและกายภาพของถนนไม่ปลอดภัยนำไปสู่อุบัติเหตุจราจรที่ขยายตัวอย่างต่อเนื่องจนประเทศไทยติดอันดับต้นของประเทศที่มีการสูญเสียชีวิตจากอุบัติเหตุจราจร⁽⁴⁾ ผังเมืองและระบบขนส่งมวลชนอันล้มเหลวส่งเสริมให้การใช้รถยนต์ส่วนบุคคลขยายตัวจนจราจรคับคั่งบั่นทอนการออกกำลังกายและสะสมมลพิษทางอากาศ⁽⁴⁾ การควบคุมกลไกตลาด การกำหนดผังเมือง การลงทุนระบบขนส่งมวลชนและการควบคุมการคมนาคมล้วนเป็นบทบาทของหน่วยงานรัฐนอกสาขาสุขภาพ เช่นเดียวกับเศรษฐกิจครัวเรือนและปัจเจกก็เป็นปฏิรูประบบสุขภาพตามผลแห่งการกำหนดและดำเนินนโยบายรัฐนอกสาขาสุขภาพ ซึ่งหลายสิบปีที่ผ่านมาช่องว่างรายได้ของครัวเรือนถ่างขยายอย่างต่อเนื่องนำไปสู่การเมืองแยกขั้วอย่างรุนแรง และบั่นทอนโอกาสในการปรับตัวของครัวเรือนและปัจเจกในหลายด้าน⁽⁵⁾ ดังจะเห็นได้จากแนวโน้มการบริโภคน้ำตาล แนวโน้มการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุจราจร และแนวโน้มการเข้าถึงบริการสุขภาพที่แตกต่างกันเรื่อยมาระหว่างเมืองกับชนบท

แนวทางการปฏิรูประบบสุขภาพ

เมื่อเปรียบเทียบเนื้อหาของรัฐธรรมนูญ พ.ศ. 2560 ในส่วนที่เกี่ยวกับการปฏิรูประบบสุขภาพ กับความต้องการการปฏิรูประบบสุขภาพในหัวข้อที่แล้ว อาจตีความได้ว่า รัฐธรรมนูญ พ.ศ. 2560 กำหนดขอบเขตการปฏิรูประบบสุขภาพไว้กว้างขวางสอดคล้องกับขอบเขตความต้องการการปฏิรูประบบสุขภาพระบบสุขภาพที่กล่าวไว้ในหัวข้อที่แล้ว ไม่ได้จำกัดเฉพาะการปฏิรูประบบสุขภาพระบบหลักประกันสุขภาพ และระบบการแพทย์ปฐมภูมิ กล่าวคือในหมวด 16 (การปฏิรูประบบสุขภาพประเทศ) มาตรา 258 ครอบคลุมการปฏิรูประบบสุขภาพด้านการเมือง การบริหารราชการแผ่นดิน กฎหมาย กระบวนการยุติธรรม การศึกษา เศรษฐกิจและอื่นๆ

นอกจากการกำหนดขอบเขตการปฏิรูประบบสุขภาพ รัฐธรรมนูญ พ.ศ. 2560 ยังกำหนดแนวทางโดยอาศัย กฎหมายว่าด้วยแผนและขั้นตอนการดำเนินการปฏิรูปประเทศซึ่งอย่างน้อยต้องมีวิธีการ จัดทำแผน การมีส่วนร่วมของประชาชนและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องไว้ชัดเจน

ในทางปฏิบัติ การกำหนดรายละเอียดของเนื้อหาในแผนการปฏิรูประบบสุขภาพขึ้นกับองค์ประกอบและปฏิสัมพันธ์ของคณะกรรมการการปฏิรูประบบสุขภาพ แต่ละด้านตลอดจนการปฏิสัมพันธ์กับกลไกที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ รัฐบาล คณะกรรมการยุทธศาสตร์ชาติ และกลไกต่างๆ ในสังคมไทย เช่นเดียวกัน การแปลงเนื้อหาแผนการปฏิรูประบบสุขภาพสู่การปฏิบัติก็ขึ้นกับเงื่อนไขทั้งหมดที่กล่าวมา จะเห็นว่าขอบเขตของเนื้อหาและการแปลงสู่การปฏิบัติกว้างขวางและซับซ้อนมาก ดังนั้นบทความนี้จึงจำกัดการพิจารณาในขอบเขตของระบบบริการสุขภาพ และพยายามชี้ให้เห็นความเชื่อมโยงกับระบบสุขภาพอย่างไรก็ตาม ทิศทางการปฏิรูประบบสุขภาพประเทศในส่วนนอกสาขาสุขภาพจำเป็นต้องให้ความสำคัญกับการลดช่องว่างรายได้ซึ่งเชื่อมโยงแนบแน่นกับการเข้าถึงโอกาสทางเศรษฐกิจสังคมการเมืองอย่างทัดเทียมกันระหว่างกลุ่มชน ซึ่งจะเป็นไปได้ก็โดยการกระจายอำนาจไปสู่ชุมชนท้องถิ่น และภูมิภาคให้มากกว่าที่ผ่านมา

แผนปฏิรูปประเทศด้านสาธารณสุข

โดยอำนาจกฎหมายว่าด้วยแผนและขั้นตอนการดำเนินการปฏิรูปประเทศ รัฐบาลได้แต่งตั้งคณะกรรมการปฏิรูประบบสุขภาพด้านสาธารณสุข (คปสธ.) ทำหน้าที่ยกร่างแผนปฏิรูประบบสุขภาพประเทศด้านสาธารณสุข สืบต่อจากแผนการปฏิรูปประเทศด้านสาธารณสุขซึ่งสภาปฏิรูปแห่งชาติและสภาขับเคลื่อนการปฏิรูปประเทศเสนอไว้ในยุทธศาสตร์การรักษาสันติภาพแห่งชาติ (คสช.)

ในทางปฏิบัติ คปสธ. ยกร่างแผนปฏิรูปประเทศด้านสาธารณสุขโดยการหารือกับตัวแทนหน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขเป็นหลัก แล้วจัดกระบวนการรับฟังความคิดเห็นภาคส่วนต่างๆ ก่อนสรุปเป็นร่างสุดท้ายเพื่อนำเสนอให้กลไกกลั่นกรอง 3 ชั้นตามลำดับ ได้แก่ ที่ประชุมประธานร่วม 13 คณะกรรมการปฏิรูประบบสุขภาพประเทศ คณะกรรมการยุทธศาสตร์ชาติ และคณะรัฐมนตรี ทั้งนี้ ไม่มีการสรุปผลการรับฟังความคิดเห็นอย่างเป็นลายลักษณ์อักษร และไม่มีบันทึกใดๆ ที่สะท้อนให้เห็นชัดเจนว่า คปสธ. ได้พิจารณาข้อคิดเห็นอย่างไรในขั้นตอนยกร่างสุดท้ายก่อนเสนอกลไกกลั่นกรอง 3 ชั้นดังกล่าว

ตามประกาศสำนักนายกรัฐมนตรี⁽⁶⁾ แผนปฏิรูปประเทศด้านสาธารณสุขที่ผ่านการกลั่นกรองแล้วได้กำหนดเป้าหมายหรือผลอันพึงประสงค์และผลสัมฤทธิ์ไว้ว่าระบบสุขภาพไทยมีเอกภาพ มีการบูรณาการงานด้านสุขภาพของทุกหน่วยงาน มีการกระจายอำนาจ และการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนในการตัดสินใจ เพื่อบริหารระบบสุขภาพ ให้ประชาชนได้ประโยชน์สูงสุดและสอดคล้องกับปัญหาสุขภาพในแต่ละพื้นที่ ภายใต้ทรัพยากรอันจำกัด จะเห็นได้ว่าเป้าหมายนี้สอดคล้องกับความต้องการปฏิรูประบบสุขภาพดังกล่าวมาแล้ว

เพื่อบรรลุเป้าหมายดังกล่าว เนื้อหาของแผนได้กำหนดประเด็นการปฏิรูประบบสุขภาพไว้ 4 ด้าน⁽⁶⁾ ได้แก่

(1) ด้านระบบบริหารจัดการ ให้ความสำคัญกับการมีกลไกในการกำหนดนโยบายสุขภาพแห่งชาติที่มีความเป็นเอกภาพ การกระจายอำนาจในการบริหารจัดการไปยังเขตสุขภาพ การมีระบบสารสนเทศสุขภาพ และการวางแผนกำลังคนสุขภาพ

(2) ด้านระบบบริการสาธารณสุข มุ่งพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิ การแพทย์แผนไทย การแพทย์ฉุกเฉิน และการสร้างเสริมป้องกันและควบคุมโรค

(3) ด้านการคุ้มครองผู้บริโภคและบุคลากรด้านการแพทย์และสาธารณสุข ให้ความสำคัญในการสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพให้กับประชาชน รวมถึงการคุ้มครองผู้บริโภค

(4) ด้านความยั่งยืนและเพียงพอด้านการเงินการคลังสุขภาพ โดยการปฏิรูประบบหลักประกันสุขภาพภาครัฐ ทุกระบบให้มีประสิทธิภาพ ความเป็นธรรม และยั่งยืน

เนื้อหาของแผนปฏิรูปประเทศด้านสาธารณสุข

(1) ด้านระบบบริหารจัดการ

ให้ความสำคัญกับการมีกลไกในการกำหนดนโยบายสุขภาพแห่งชาติที่มีความเป็นเอกภาพ การกระจายอำนาจในการบริหารจัดการไปยังเขตสุขภาพ การมีระบบสารสนเทศสุขภาพ และการวางแผนกำลังคนสุขภาพ ดูเหมือนหัวใจของการปฏิรูประบบสุขภาพด้านระบบบริหารจัดการคือ

1) การจัดตั้งคณะกรรมการนโยบายสุขภาพแห่งชาติ
2) การกระจายอำนาจโดยการตั้งเขตสุขภาพและคณะกรรมการเขตสุขภาพ

3) การปรับบทบาทและโครงสร้างของกระทรวงสาธารณสุข โดยในปีแรกของการดำเนินการ จะมีการจัดตั้งคณะทำงานร่วมเพื่อเสนอรูปแบบ โครงสร้าง องค์ประกอบ ระบบงาน ระบบงบประมาณของกลไกนโยบาย ระดับชาติ และระดับพื้นที่ รวมทั้ง กลไกสนับสนุนติดตามประเมินผล

โปรดสังเกตว่า

- ก) คณะทำงานร่วมแต่งตั้งโดย คปสธ. คำถามคือ คปสธ. จะอาศัยหลักเกณฑ์และขั้นตอนอะไรในการสรรหาแต่งตั้งบุคคลในคณะทำงานร่วมจึงจะได้รับการยอมรับจากภาคส่วนต่างๆ
- ข) การทบทวนบทบาทโครงสร้างของหน่วยงานในกระทรวงสาธารณสุขมุ่งหมายเพื่อให้ทำหน้าที่สำนักงานเลขานุการของกลไกระดับชาติ กลไกระดับเขต กลไกระดับสนุนแทนที่จะเน้นการปรับบทบาทที่ขัดแย้งในตัวเองของกระทรวงสาธารณสุข (เป็นเจ้าของสถานพยาบาล เป็นผู้กำหนดและกำกับนโยบาย) และเน้นการเพิ่มอำนาจตัดสินใจอย่างมีส่วนร่วมของภาคส่วนต่างๆ
- ค) การทบทวนระบบแผนและงบประมาณของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อการบูรณาการจะเป็นไปได้หรือไม่โดยไม่ปรับระบบงบประมาณแบบ functional based ที่เป็นอยู่ ซึ่งเป็นรากเหง้าของความไม่ร่วมมือระหว่างหน่วยงานภายในและภายนอกกระทรวงสาธารณสุข และนำไปสู่การกำหนดตัวชี้วัดที่ไม่เกิดประโยชน์แก่การดูแลผู้ป่วยและชุมชน

นอกจากนี้ การจัดตั้งกองทุนเขตสุขภาพมีเพียงข้อเสนอให้แก้ไขพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 เท่านั้น แต่ไม่พิจารณาระบบงบประมาณของกระทรวงสาธารณสุข หรือกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับกองทุนประกันสังคม และระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ เมื่อเป็นเช่นนี้ ก็อนุมานได้ว่าข้อพิจารณาจัดตั้งกองทุนเขตสุขภาพมุ่งหมายเพียงการดึงเงินจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพไปกองทุนเขตสุขภาพ ข้อพิจารณาเช่นนี้จึงไม่สอดคล้องกับการประเมินสถานการณ์อันเป็นที่มาของร่างแผนปฏิรูปประเทศด้านสาธารณสุข

ดูเหมือนว่าหัวใจสำคัญของแผนปฏิรูปประเทศด้านสาธารณสุขในด้านการออกแบบระบบและองค์กรหลักเพื่อขับเคลื่อนการปฏิรูปและการบูรณาการสารสนเทศสุขภาพของชาติเพื่อจัดทำแผนแม่บทเทคโนโลยีสารสนเทศสุขภาพแห่งชาติครอบคลุมประเด็นสำคัญได้แก่

- ก) การพัฒนามาตรฐานและจัดการมาตรฐานระบบข้อมูลบริการสาธารณสุขของประเทศ
- ข) การบูรณาการสารสนเทศ สุขภาพระดับประเทศ และส่งเสริมการนำไปใช้เพื่อประโยชน์สาธารณะ
- ค) การพัฒนากำลังคนด้านสารสนเทศสุขภาพ
- ง) การสนับสนุนการวิจัยและพัฒนาเพื่อส่งเสริมการใช้ประโยชน์จากสารสนเทศสุขภาพ

เมื่อเปรียบเทียบกับความพยายามในอดีตเพื่อพัฒนาระบบสารสนเทศสุขภาพจะเห็นว่า แผนปฏิรูปามองขอบเขตและประเด็นพัฒนาได้ครอบคลุมมากกว่าความพยายามในอดีตที่จำกัดขอบเขตเพียงภายในกระทรวงสาธารณสุข หรือจำกัดประเด็นเฉพาะการจัดตั้ง clearing house เพื่อการเบิกจ่าย

(2) ด้านระบบบริการสาธารณสุข

มุ่งพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิ การแพทย์แผนไทย การแพทย์ฉุกเฉิน และการสร้างเสริมป้องกันและควบคุมโรค

เป้าหมายของระบบบริการปฐมภูมิระบุว่า ในภาพรวมของการปฏิรูประบบบริการปฐมภูมิ (primary care cluster: PCC) ประกอบด้วย

- 1) ประชาชน: ประชาชนมีสุขภาพดีแม้อยู่ไกลโรงพยาบาล บนหลักการสร้างนำซ่อม
- 2) สังคม: ประชาชนกลุ่มต่างๆ ทั้งในเขตเมืองและเขตชนบท รวมถึงประชาชนกลุ่มเปราะบางสามารถเข้าถึงบริการที่มีความจำเป็นอย่างเท่าเทียมและเป็นธรรมด้วยความร่วมมือของทุกภาคส่วน

- 3) ประเทศ: มีระบบบริการสาธารณสุขปฐมภูมิ ที่ตอบสนองต่อความจำเป็นทางสุขภาพของ ประชาชนไทย ด้วยการให้ทรัพยากรอย่างคุ้มค่า เป็นธรรมและยั่งยืน

เพื่อบรรลุเป้าหมายภาพรวม ดูเหมือนว่า แผนปฏิรูปประเทศด้านสาธารณสุขฝากความหวังไว้กับแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวและกองทุนเฉพาะสำหรับบริการปฐมภูมิ ในเชิงเนื้อหา ความหวังสองประการของแผนปฏิรูปประเทศด้านสาธารณสุข คล้ายกับความหวังของแผนยุทธศาสตร์ทศวรรษพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิ พ.ศ. 2559-2569⁽⁷⁾ ต่างกันเพียงข้อความเกี่ยวกับกลไกการเงิน ซึ่งแผนยุทธศาสตร์ทศวรรษพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิใช้คำว่า “งบประมาณ” แทนคำว่า “กองทุนเฉพาะ” การบรรจุ “ระบบบริการปฐมภูมิ” ไว้ในแผนปฏิรูปประเทศด้านสาธารณสุขหลังจากมีแผนยุทธศาสตร์ทศวรรษพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิ แสดงว่า 2 ปีหลังประกาศยุทธศาสตร์ฯ ดังกล่าวไม่มีผลการปฏิบัติเกิดขึ้น ทำนองเดียวกับ ก่อนหน้านี้ มีการประกาศ ยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปี 2555-2559 ซึ่งการพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิเป็นจุดเน้นประการหนึ่ง⁽⁸⁾ คำถามคือ แผนปฏิรูปประเทศด้านสาธารณสุขเป็นความหวังใหม่ต่างจากความพยายามในอดีตจริงหรือ

ภาพตรงกันข้ามกับความพยายามพัฒนา “บริการปฐมภูมิ” ในประเทศไทย ประเทศบราซิลในวันนี้ยังเป็นประเทศรายได้ปานกลางเหมือนไทย ได้ออกแบบบริการปฐมภูมิเพื่อให้บริการรอบด้าน (comprehensive care) ในระดับบุคคลและครอบครัว เชื่อมโยงกับบริการสุขภาพด้านอื่นโดยอาศัยคลินิกชุมชนประกอบด้วยแพทย์พยาบาล ผู้ช่วยแพทย์ อย่างละหนึ่งคน พร้อมด้วยผู้ปฏิบัติงานสุขภาพชุมชน 4-6 คน ดูแลประชากร 3,500 คน⁽⁹⁾ ห้าปีหลังเริ่มดำเนินการ (ค.ศ. 1994) ปรากฏรายงานวิจัยว่า ระหว่าง 1999-2007 ปริมาณการนอนโรงพยาบาลด้วยโรคเรื้อรังที่จัดการได้การดูแลแบบคนไข้นอก (ambulatory care-sensitive chronic diseases) ลดลงเกือบสองเท่าทั้งประเทศ โดยพื้นที่ซึ่งมีการดำเนินงานเข้มข้นลดลงมากกว่าพื้นที่ซึ่งมีการดำเนินงานจำกัด ร้อยละ 13 ทั้งนี้

รัฐบาลท้องถิ่นเป็นผู้รับผิดชอบภาระค่าใช้จ่ายในการจัดบริการปฐมภูมิ ทุติยภูมิ และบริการคนไข้ในโดยประชาชน ไม่เสียค่าใช้จ่าย ณ จุดให้บริการ ความมุ่งมั่นทางการเงินของรัฐเห็นชัดจากการเพิ่มมูลค่าการลงทุนสำหรับบริการปฐมภูมิจาก 770 ล้าน Real ในปี ค.ศ. 2011/2012 เป็น 4.2 พันล้าน Real ในปี ค.ศ. 2014/2015⁽¹⁰⁾

ถ้าเงินคือหนึ่งในคำตอบสำหรับพัฒนาบริการปฐมภูมิ ลำพังการเพิ่มจำนวนเงินไม่ใช่คำตอบ แต่ต้องคำนึงถึงการกระจายเงินให้เป็นธรรมและเพียงพอแก่การพัฒนา อย่างไรก็ตาม ยังไม่มีหลักฐานยืนยันว่า แรงจูงใจทางการเงินอย่างเดียวเพียงพอที่จะดึงดูดแพทย์ไว้ในพื้นที่ด้อยโอกาส หรือบริการปฐมภูมิ^(11,12) ประสบการณ์ของประเทศได้หวนชี้แนะว่า จำเป็นต้องใช้มาตรการทางกฎหมายจำกัดการต่ออย่างไร้ทิศทางของโรงพยาบาลเอกชนควบคู่กับแรงจูงใจทางการเงินให้เอกชนลงทุนในพื้นที่ด้อยโอกาสใน เช่น รูปโพลีคลินิก⁽¹³⁾ โปรดสังเกตว่า รูปแบบโพลีคลินิกนี้ก็คล้ายกับของประเทศบราซิล

ทำนองเดียวกัน คลินิกหมอครอบครัวหรือ primary care cluster (PCC) ก็กำหนดรูปแบบคล้ายกันนี้⁽¹⁴⁾

แต่ต่างกันที่ผลลัพธ์ที่คาดหวังในการขับเคลื่อน PCC เป็นนามธรรมที่จับต้องยาก กล่าวคือระบุว่า “สิ่งที่คาดหวังจากบริการนี้ คือ เกิดการดูแลที่มีคุณค่า ผู้ให้บริการกับผู้รับบริการมีความสัมพันธ์ดูจญาติมิตร เป็นการทำความดีสร้างความผูกพัน ...”⁽¹⁴⁾

การชี้นำด้วยเป้าหมายนามธรรมเช่นนี้เป็นทำนองเดียวกับความพยายามในอดีตที่ไม่มีพลังดึงดูดความสนใจของภาคี จึงไม่ประสบความสำเร็จในการปฏิรูปประเทศด้านสาธารณสุข ต่างจากการพัฒนาบริการรักษาพยาบาลเฉพาะโรค เช่น stroke fast track, STEMI fast track ในประเทศไทย หรือการปฏิรูปบริการปฐมภูมิของประเทศบราซิลซึ่งสามารถแสดงผลลัพธ์คือ การลดอัตราการตาย อัตราพิการ หรือการใช้บริการผู้ป่วยในด้วยภาวะ ACSC ได้ชัดเจน

ประการสุดท้ายเกี่ยวกับการปฏิรูประบบบริการสุขภาพตามแนวทางของ คปสช. โดยผนวกเอาประเด็นการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ฉุกเฉินอาจทำให้การปฏิรูปขาดจุดเด่นหรือโฟกัสนั่นเอง

(3) ด้านการคุ้มครองผู้บริโภคและบุคลากรด้านการแพทย์และสาธารณสุข

ให้ความสำคัญในการสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพให้กับประชาชน รวมถึงการคุ้มครองผู้บริโภค เป้าหมายคือ เกิดแนวทางการบูรณาการงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพในประเทศที่เป็นระบบ มีมาตรฐาน เพื่อให้เกิดความต่อเนื่อง มั่นคง และยั่งยืน มีประสิทธิภาพ และเกิดประโยชน์สูงสุดแก่ผู้บริโภคด้านสุขภาพ ทุกกลุ่ม รวมถึงกลุ่มผู้เสียเปรียบในสังคม ครั้นพิจารณาสาระสำคัญของแผนการปฏิรูปประเทศด้านสาธารณสุขกลับไม่มีสาระใดๆ เกี่ยวกับการปฏิรูปคณะกรรมการอาหารและยา (อย.) หรือกลไกรัฐที่มีขอบเขตอำนาจหน้าที่เข้าซ้อนกับการคุ้มครองผู้บริโภคจากผลิตภัณฑ์สุขภาพ แม้มีว่าผลการวิจัยภายใต้ความร่วมมือระหว่าง อย. โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ (Health Intervention and Technology Assessment: HITAP) และ สถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย (Thailand Development Research Institute: TDRI) ได้ชี้ความเป็นไปได้ว่า

- คนไทยเจ็บป่วยจากโรคที่เกี่ยวข้องกับการผลิตและบริโภคอาหารปนเปื้อน และสารเคมีตกค้างในสิ่งแวดล้อมเพิ่มมากขึ้นซึ่งเป็นสาเหตุของโรคมะเร็ง ความผิดปกติปริกำเนิด การติดเชื้อดื้อยา เป็นต้น
- คนไทยมีความเชื่อ เข้าใจผิด หรือใช้ผลิตภัณฑ์สุขภาพผิดกฎหมายรวมทั้งผลิตภัณฑ์ด้อยคุณภาพซึ่งส่งผลเสียต่อสุขภาพและค่าใช้จ่ายทั้งของครัวเรือนและระบบสุขภาพของรัฐบาลในที่สุด
- สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยามีขีดความสามารถจำกัดในเรื่องการประเมิน ทำให้

คนไทยขาดโอกาสในการเข้าถึงผลิตภัณฑ์สุขภาพใหม่ๆ ที่มีประโยชน์มหาศาล

- สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยาถูกแทรกแซงการทำงานจากภาคการเมืองและภาคธุรกิจมากขึ้นและไม่สามารถพัฒนาองค์กรของตนเองได้ทันต่อเหตุการณ์ ทำให้ประชาชนสูญเสียความเชื่อมั่น จนในที่สุดจะสูญเสียอำนาจในการควบคุมหรือกำกับผลิตภัณฑ์บางชนิด
- ประเทศไทยได้รับผลกระทบทางเศรษฐกิจจากการสูญเสียตลาดส่งออกของผลิตภัณฑ์สุขภาพให้แก่ผู้ประกอบการในประเทศสมาชิกอาเซียน จนส่งผลให้ภาคเอกชนของประเทศไทยมีความสามารถในการวิจัย พัฒนาและผลิตลดลง โดยเฉพาะอย่างยิ่งจะทำให้เกิดความไม่มั่นคงของระบบยา

ตรงกันข้ามสาระที่ปรากฏในแผนการปฏิรูปประเทศด้านสาธารณสุขมีขอบเขตจำกัดกว่าและเข้าซ้อนกับประเด็นการปฏิรูปด้านอื่นๆ หรือมุ่งเน้นประเด็นการพัฒนาในระบบปกติ (ตัวอย่างเช่น ผลักดันให้มีกฎหมายมาตรฐาน: ตลาดสด/ร้านอาหาร/แหล่งจำหน่ายอาหารปรุงสำเร็จ หรือมีมาตรการตรวจสอบสินค้าอาหาร ณ ด่านนำเข้าให้มีประสิทธิภาพ) ไม่ใช่ในขอบเขตของการปฏิรูปตามความหมายที่บทความนี้ได้กล่าวไว้แต่ต้น

(4) ด้านความยั่งยืนและเพียงพอด้านการเงินการคลังสุขภาพ โดยการปฏิรูประบบหลักประกันสุขภาพภาครัฐ ทุกระบบให้มีประสิทธิภาพ ความเป็นธรรม และยั่งยืน

ในด้านนี้แผนการปฏิรูปกำหนดเป้าหมายสามระยะได้แก่ ยี่สิบปี ห้าปีและหนึ่งปี ภายใต้หลักการสำคัญคือ ความยั่งยืน ความสามารถของสังคมที่จะรับภาระได้ ความเป็นธรรม และความคุ้มค่าในการใช้ทรัพยากร เพื่อให้เป็นไปตามหลักการทั้งสี่ประการนี้ แผนการปฏิรูปประเทศด้านสาธารณสุขกำหนดแนวทางที่สอดคล้องไว้รอบด้าน กล่าวคือแนวทางกำหนดกลไกหลักในการบริหารจัดการ

ทางการคลังสุขภาพระดับชาติ แนวทางเพิ่มแหล่งเงินให้หลากหลายกว่าสามกองทุนสุขภาพภาครัฐ (กองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ หรือบัตรทอง กองทุนประกันสังคม และกองทุนสวัสดิการข้าราชการ) แนวทางกำหนดชุดสิทธิประโยชน์หลัก-รอง แนวทางปฏิรูปการจ่ายเงินแบบเพิ่มความคุ้มค่า (value-based health service payment model) เป็นต้น

สรุป

สังคมไทยกำลังเผชิญกับการระบาดของโรคเรื้อรัง กำเนิดของโรคอุบัติใหม่ ภาวะโลกร้อน สังคมสูงอายุ ทำลายต่อการปฏิรูประบบสุขภาพในปัจจุบัน ทิศทางการปฏิรูปควรเป็นไปเพื่อยกระดับบูรณาการของทุกภาคส่วนเพื่อจัดการกับปัจจัยกำหนดสุขภาพ (social determinants of health) ชะลอการขยายตัวของรายจ่ายสุขภาพ ลดการพึ่งพิงโรงพยาบาลโดยเพิ่มทางเลือกใหม่ และยกเครื่องระบบสนับสนุนบริการสุขภาพให้ทันสมัย ได้แก่ ระบบสารสนเทศ ระบบการเงินการคลัง การอภิบาลระบบ

การปฏิรูปภายใต้รัฐธรรมนูญ พ.ศ. 2560 เป็นส่วนหนึ่งของการปฏิรูปประเทศอีก 12 ด้านโดยจัดตั้ง คปสธ. ดำเนินการสืบเนื่องจากข้อเสนอของสภาปฏิรูปแห่งชาติ และสภาขับเคลื่อนการปฏิรูปประเทศ ความพยายามปฏิรูปทั้งหมดเกิดขึ้นภายใต้รัฐบาล คสช. ที่มาจากการรัฐประหารปี พ.ศ. 2557 ซึ่งถูกสังคมคาดหวังให้ปฏิรูปให้พ้นจากวงจรความขัดแย้งทางการเมืองเรื้อรังจนจุดริ้วการพัฒนาระประเทศในทุกด้าน

บทความนี้ได้วิเคราะห์สาระในแผนการปฏิรูปด้านสาธารณสุขโดยชี้ประเด็นจุดเด่นในด้านการปฏิรูประบบสารสนเทศ ระบบการเงินการคลัง และข้อจำกัดในด้านการปฏิรูปการอภิบาลระบบ การปฏิรูประบบบริการปฐมภูมิ การปฏิรูประบบการคุ้มครองผู้บริโภค ตลอดจนให้ข้อสังเกตกระบวนการยกร่างแผนการปฏิรูปที่ให้ความสำคัญจำกัดกับการรับฟังความคิดเห็นสาธารณะ

6.2 กรอบนโยบายและยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพของไทย 4.0

6.2.1 นโยบายสุขภาพของประเทศไทยในปัจจุบัน

1) นโยบายสุขภาพในรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย ฉบับ ปี 2560

ประเด็นสุขภาพในบทบัญญัติแห่งรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทยมีส่วนที่สำคัญอย่างยิ่งในการกำหนดกรอบและแนวทางการดำเนินงานด้านสุขภาพของประเทศ เพราะเป็นกฎหมายสูงสุดของประเทศที่ทุกหน่วยงานต้องปฏิบัติตาม การทบทวนประเด็นสุขภาพในบทบัญญัติแห่งรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทยจึงเป็นส่วนสำคัญที่สุดในการกำหนดกรอบนโยบายและยุทธศาสตร์ของทุกๆ หน่วยงาน

ตารางที่ 6.1 แสดงการเปรียบเทียบประเด็นสุขภาพในรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2550 และ พ.ศ. 2560^(15,16) จะเห็นได้ว่า รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2550 ให้ความสำคัญกับเด็ก เยาวชน มีสิทธิใน

การอยู่รอดและได้รับการพัฒนาด้านร่างกาย จิตใจและสติปัญญา ตามศักยภาพในสภาพแวดล้อมที่เหมาะสม โดยคำนึงถึงการมีส่วนร่วมของเด็กและเยาวชนเป็นสำคัญ ส่วนรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2560 ในหมวด 5 หน้าที่แห่งรัฐ บัญญัติไว้ว่า รัฐต้องดำเนินการให้ประชาชนได้รับบริการสาธารณสุขที่มีประสิทธิภาพอย่างทั่วถึง โดยบริการสาธารณสุขต้องครอบคลุมการส่งเสริมสุขภาพ การควบคุมและป้องกันโรค การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสุขภาพด้วย และรัฐต้องพัฒนาการบริการสาธารณสุขให้มีคุณภาพและมีมาตรฐานสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง ซึ่งก็มีเนื้อหาคล้ายคลึงกับรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2550 ส่วนที่ 4 มาตรา 80 มุ่งส่งเสริม สนับสนุน และพัฒนาระบบสุขภาพที่เน้นการสร้างเสริมสุขภาพ อันนำไปสู่สภาวะที่ยั่งยืนของประชาชน รวมทั้งจัดและส่งเสริมให้ประชาชนได้รับบริการสาธารณสุขที่มีมาตรฐาน

อย่างทั่วถึงและมีประสิทธิภาพ และส่งเสริมให้เอกชนและชุมชนมีส่วนร่วมในการพัฒนาสุขภาพและการจัดบริการสาธารณสุข โดยผู้มีหน้าที่ให้บริการดังกล่าว ซึ่งได้ปฏิบัติ

หน้าที่ตามมาตรฐานวิชาชีพและจริยธรรม ย่อมได้รับความคุ้มครองตามกฎหมาย

ตารางที่ 6.1 เปรียบเทียบสาระสำคัญที่เกี่ยวข้องด้านสาธารณสุขในรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2550 และรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2560^(15,16)

รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2550	รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2560
ส่วนที่ 9 สิทธิในการได้รับการสาธารณสุขและสวัสดิการจากรัฐ มาตรา 51 บุคคลย่อมมีสิทธิเสมอกันในการรับบริการทางสาธารณสุขที่เหมาะสมและได้มาตรฐาน และ “ผู้ยากไร้มีสิทธิได้รับการรักษาพยาบาลจากสถานบริการสาธารณสุขของรัฐโดยไม่เสียค่าใช้จ่าย” บุคคลย่อมมีสิทธิได้รับการบริการสาธารณสุขจากรัฐซึ่งต้องเป็นไปอย่างทั่วถึงและมีประสิทธิภาพ บุคคลย่อมมีสิทธิได้รับการป้องกันและขจัดโรคติดต่ออันตรายจากรัฐอย่างเหมาะสม โดยไม่เสียค่าใช้จ่ายและทันต่อเหตุการณ์ มาตรา 52 เด็กและเยาวชน มีสิทธิในการอยู่รอดและได้รับการพัฒนาด้านร่างกาย จิตใจและสติปัญญา ตามศักยภาพในสภาพแวดล้อมที่เหมาะสม โดยคำนึงถึงการมีส่วนร่วมของเด็กและเยาวชนเป็นสำคัญ เด็ก เยาวชน สตรี และบุคคลในครอบครัว มีสิทธิได้รับความคุ้มครองจากรัฐ ให้ปราศจากการใช้ความรุนแรงและการปฏิบัติอันไม่เป็นธรรม ทั้งมีสิทธิได้รับการบำบัดฟื้นฟูในกรณีที่มีเหตุดังกล่าว การแทรกแซงและการจำกัดสิทธิของเด็กเยาวชนและบุคคลในครอบครัว จะกระทำมิได้เว้นแต่โดยอาศัยอำนาจตามบทบัญญัติแห่งกฎหมาย เฉพาะเพื่อสงวนและรักษาไว้ซึ่งสถานะของครอบครัวหรือประโยชน์สูงสุดของบุคคลนั้น เด็กและเยาวชนซึ่งไม่มีผู้ดูแลมีสิทธิได้รับการเลี้ยงดูและการศึกษาอบรมที่เหมาะสมจากรัฐ	หมวด 3 สิทธิเสรีภาพของปวงชนชาวไทย มาตรา 47 บุคคลย่อมมีสิทธิได้รับบริการสาธารณสุขของรัฐ “บุคคลยากไร้ย่อมมีสิทธิได้รับบริการสาธารณสุขของรัฐโดยไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายตามที่กฎหมายบัญญัติ” บุคคลย่อมมีสิทธิได้รับการป้องกันและขจัดโรคติดต่ออันตรายจากรัฐโดยไม่เสียค่าใช้จ่าย มาตรา 48 สิทธิของมารดาในช่วงระหว่างก่อนและหลังการคลอดบุตรย่อมได้รับความคุ้มครองและช่วยเหลือตามที่กฎหมายบัญญัติ บุคคลซึ่งมีอายุเกินหกสิบปีและไม่มีรายได้เพียงพอแก่การยังชีพ และบุคคลผู้ยากไร้ย่อมมีสิทธิได้รับความช่วยเหลือที่เหมาะสมจากรัฐตามที่กฎหมายบัญญัติ

ตารางที่ 6.1 เปรียบเทียบสาระสำคัญที่เกี่ยวข้องด้านสาธารณสุขในรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2550 และรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2560^(15,16)

รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2550	รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2560
ส่วนที่ 4 แนวนโยบายด้านศาสนา สังคม การสาธารณสุข การศึกษา และวัฒนธรรม มาตรา 80 รัฐต้องดำเนินการตามแนวนโยบายด้านสังคม การสาธารณสุข การศึกษา และวัฒนธรรม ดังต่อไปนี้ (2) ส่งเสริม สนับสนุน และพัฒนาระบบสุขภาพที่เน้น การสร้างเสริมสุขภาพอันนำไปสู่สภาวะที่ยั่งยืนของประชาชน รวมทั้งจัดและส่งเสริมให้ประชาชนได้รับบริการสาธารณสุข ที่มีมาตรฐานอย่างทั่วถึงและมีประสิทธิภาพ และส่งเสริมให้เอกชนและชุมชนมีส่วนร่วมในการพัฒนาสุขภาพและการจัดบริการสาธารณสุข โดยผู้มิหน้าที่ให้บริการ ดังกล่าว ซึ่งได้ปฏิบัติหน้าที่ตามมาตรฐานวิชาชีพและจรรยาบรรณ ย่อมได้รับความคุ้มครองตามกฎหมาย	หมวด 5 หน้าที่ของรัฐ มาตรา 55 รัฐต้องดำเนินการให้ประชาชนได้รับบริการสาธารณสุขที่มีประสิทธิภาพอย่างทั่วถึง เสริมสร้างให้ประชาชนมีความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ และการป้องกันโรค และส่งเสริมสนับสนุนให้มีการพัฒนาภูมิปัญญาด้านแพทย์แผนไทยให้เกิดประโยชน์สูงสุด บริการสาธารณสุขตามวรรคหนึ่ง ต้องครอบคลุม การส่งเสริมสุขภาพ การควบคุมและป้องกันโรค การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสุขภาพด้วย รัฐต้องพัฒนาการบริการสาธารณสุขให้มีคุณภาพและมีมาตรฐานสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง
	หมวด 16 การปฏิรูปประเทศ มาตรา 258 ให้ดำเนินการปฏิรูปประเทศอย่างน้อยในด้านต่าง ๆ ให้เกิดผล ข. ด้านอื่นๆ (3) จัดให้มีระบบจัดการและกำจัดขยะมูลฝอยที่มีประสิทธิภาพ เป็นมิตรต่อสิ่งแวดล้อม และสามารถนำไปใช้ให้เกิดประโยชน์ด้านอื่นๆ ได้ (4) ปรับระบบหลักประกันสุขภาพให้ประชาชนได้รับสิทธิและประโยชน์จากการบริหารจัดการ และการเข้าถึงบริการที่มีคุณภาพและสะดวกทัดเทียมกัน (5) ให้มีระบบการแพทย์ปฐมภูมิที่มีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวดูแลประชาชนในสัดส่วนที่เหมาะสม

อย่างไรก็ตามสิ่งที่มีความแตกต่างอย่างเห็นได้ชัดคือ รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2560 คือ หมวด 16 การปฏิรูปประเทศ มาตรา 258 ที่บัญญัติไว้ในส่วน (4) ว่า ปรับระบบหลักประกันสุขภาพให้ประชาชนได้รับสิทธิและประโยชน์จากการบริหารจัดการ และการเข้าถึงบริการที่มีคุณภาพและสะดวกทัดเทียมกัน และส่วนที่ (5) ให้มีระบบการแพทย์ปฐมภูมิที่มีแพทย์เวชศาสตร์

ครอบครัวดูแลประชาชนในสัดส่วนที่เหมาะสม ทั้ง 2 มาตรานี้ได้ส่งผลถึงการปฏิรูประบบสุขภาพของไทยอย่างมีนัยสำคัญ โดยเฉพาะการปรับระบบหลักประกันสุขภาพให้เกิดความเท่าเทียมที่หลายส่วนกำลังมีความพยายามในการจัดทำชุดสิทธิประโยชน์ของกองทุนต่างๆ ให้ใกล้เคียงกัน และที่สำคัญคือ การออกนโยบายเจ็บป่วยฉุกเฉินวิกฤตมีสิทธิทุกที่ (universal coverage for emergency

patients: UCEP) ในช่วงที่ผ่านมา ทำให้คนไทยทุกสิทธิได้รับการดูแลเรื่องเจ็บป่วยฉุกเฉินที่ได้ก็ได้อย่างเท่าเทียมกัน ในระยะเวลา 72 ชั่วโมง นอกจากนั้น ที่ผ่านมารัฐบาลยังได้เสนอร่างพระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. 2562 ที่ได้รับความเห็นชอบจากสภานิติบัญญัติแห่งชาติเมื่อเดือนกุมภาพันธ์ 2562 ซึ่งเป็นกฎหมายลูกเพื่อรองรับบทบัญญัติการปฏิรูประบบสุขภาพ มาตรา 258 (5) ของรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2560 และจะส่งผลให้เกิดการขับเคลื่อนการพัฒนาระบบการแพทย์ปฐมภูมิอย่างมีนัยสำคัญต่อไป

2) ประเด็นสุขภาพในแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 12 (พ.ศ. 2560-2564)

ประเทศไทยนำแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติเป็นกรอบนโยบายในการพัฒนาประเทศเพื่อให้ประชาชนมีชีวิตและความเป็นอยู่ที่ดีขึ้น โดยให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วม โดยเริ่มต้นจัดทำแผนพัฒนาฯ ตั้งแต่ พ.ศ. 2502 และเริ่มประกาศใช้แผนพัฒนาฯ ฉบับที่ 1 พ.ศ. 2504-2509 ปัจจุบันอยู่ภายใต้แผนพัฒนาฯ ฉบับที่ 12 พ.ศ. 2560-2564⁽¹⁷⁾ ซึ่งมีเป้าหมายรวมของการพัฒนา 6 ด้าน ประกอบด้วย

- 1) คนไทยมีลักษณะเป็นคนไทยที่สมบูรณ์
- 2) ความเหลื่อมล้ำทางด้านรายได้และความยากจนลดลง
- 3) ระบบเศรษฐกิจเข้มแข็งและสามารถแข่งขันได้
- 4) ทุนทางธรรมชาติและคุณภาพสิ่งแวดล้อมสามารถสนับสนุนการเติบโตที่เป็นมิตรกับสิ่งแวดล้อม มีความมั่นคงทางอาหาร พลังงานและน้ำ
- 5) มีความมั่นคงในเอกราชและอธิปไตย สังคมปลอดภัย สามัคคี สร้างภาพลักษณ์ที่ดี และเพิ่มความเชื่อมั่นของนานาชาติต่อประเทศไทย
- 6) มีระบบบริหารจัดการภาครัฐที่มีประสิทธิภาพทันสมัย โปร่งใส ตรวจสอบได้ กระจายอำนาจและมีส่วนร่วมจากประชาชน

แผนพัฒนาฯ ฉบับที่ 12 นี้ ยังมีความลักษณะสำคัญต่างจากฉบับอื่นๆ คือ

- มีการกำกับกรอบเป้าหมายและแนวทางการพัฒนาหลักในระยะยาวด้วยยุทธศาสตร์ชาติระยะ 20 ปี โดยแผนพัฒนาฯ ฉบับที่ 12 นี้ จะเป็นกลไกเชื่อมโยงในการดำเนินการช่วง 5 ปีแรก

- มีการกำหนดแผนงานโครงการที่สำคัญ (flagship program) และประเด็นการบูรณาการที่สำคัญ

- กำหนดแนวทางการพัฒนาจังหวัด ภาคและเมืองให้เกิดผลสัมฤทธิ์สอดคล้องกับเป้าหมายรวมของประเทศ

- สนับสนุนการขับเคลื่อนประเด็นการปฏิรูปประเทศของสภาพัฒน์ฯ

แผนพัฒนาฯ ฉบับที่ 12 นี้ มี 10 ยุทธศาสตร์ในส่วนด้านสุขภาพนั้นเกี่ยวข้องกับ 5 ยุทธศาสตร์ คือ

ยุทธศาสตร์ที่ 1 การเสริมสร้างและพัฒนาศักยภาพทุนมนุษย์

ยุทธศาสตร์ที่ 2 การสร้างความเป็นธรรมและลดความเหลื่อมล้ำในสังคม

ยุทธศาสตร์ที่ 4 การเติบโตที่เป็นมิตรกับสิ่งแวดล้อมเพื่อการพัฒนาอย่างยั่งยืน

ยุทธศาสตร์ที่ 9 การพัฒนาภาค เมือง และเศรษฐกิจพิเศษ

ยุทธศาสตร์ที่ 10 ความร่วมมือระหว่างประเทศเพื่อการพัฒนา

โดยมีเป้าหมาย ตัวชี้วัด และแนวทางการพัฒนาในแต่ละยุทธศาสตร์ ดังแสดงในตารางที่ 6.2

ตารางที่ 6.2 นโยบายสุขภาพในแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับ 12

ยุทธศาสตร์ ที่ 1 การเสริมสร้างและพัฒนาศักยภาพทุนมนุษย์	
เป้าหมายที่ 2	คนในสังคมทุกช่วงวัยมีทักษะ ความรู้ และความสามารถเพิ่มขึ้น
	2.1 เด็กปฐมวัยมีพัฒนาการเต็มตามศักยภาพ (ตัวชี้วัด 1 เด็กมีพัฒนาการสมวัยไม่น้อยกว่าร้อยละ 85)
	2.2 เด็กวัยเรียนและวัยรุ่นมีสติปัญญาและความฉลาดทางอารมณ์เพิ่มขึ้น (ตัวชี้วัด 2 คะแนน IQ ไม่ต่ำกว่าเกณฑ์มาตรฐาน) (ตัวชี้วัด 3 เด็กร้อยละ 70 มีคะแนน EQ ไม่ต่ำกว่าเกณฑ์มาตรฐาน)
แนวทางการพัฒนา	3.2 พัฒนาศักยภาพคนให้มีทักษะความรู้ และความสามารถในการดำรงชีวิตอย่างมีคุณค่า 3.2.1 ส่งเสริมให้เด็กปฐมวัยมีการพัฒนาทักษะทางสมองและทักษะทางสังคม 1) ให้ความรู้พ่อแม่หรือผู้ดูแลเด็กในเรื่องการมีโภชนาการที่เหมาะสม วิธีการเลี้ยงดูเด็กที่จะกระตุ้นพัฒนาการเด็กในช่วง 0-3 ปีแรก สนับสนุนให้แม่เลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างน้อย 6 เดือน 2) กำหนดมาตรการสร้างความสมดุลระหว่างชีวิตและการทำงานให้พ่อแม่สามารถเลี้ยงดูบุตรได้ด้วยตนเองทั้งการตั้งใจให้สถานประกอบการจัดให้มีการจ้างงานที่ยืดหยุ่น รณรงค์ให้ผู้ชายตระหนักและมีส่วนร่วมในการทำหน้าที่ในบ้านและดูแลบุตรมากขึ้น 3) พัฒนาหลักสูตรการสอนที่อ้างอิงผลงานวิจัยทางวิชาการและปรับปรุงพัฒนาเด็กปฐมวัยให้มีคุณภาพตามมาตรฐานที่เน้นการพัฒนาทักษะทางสมอง ทักษะด้านความคิดความจำ ทักษะการควบคุมอารมณ์ ทักษะการวางแผนการจัดระบบ ทักษะการรู้จักประเมินตนเองควบคู่กับการยกระดับบุคลากรในสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยให้มีความพร้อมทั้งทักษะ ความรู้ จริยธรรม และความเป็นมืออาชีพ 4) สนับสนุนการผลิตสื่อสร้างสรรค์ที่ให้ความรู้ในการเลี้ยงดู และพัฒนาเด็กปฐมวัย อาทิ ครอบครัวนามัยแม่และเด็ก วิธีการพัฒนาทักษะทางสมองและทักษะสังคม 5) ผลักดันให้มีกฎหมายปฐมวัยให้ครอบคลุมทั้งการพัฒนาทักษะการเรียนรู้เน้นการเตรียมความพร้อมเข้าสู่ระบบการศึกษา การพัฒนาสุขภาพอนามัยให้มีการพัฒนาที่สมวัยและการเตรียมทักษะการอยู่ในสังคมให้มีพัฒนาการอย่างรอบด้าน
เป้าหมายที่ 4	คนไทยมีสุขภาพะที่ดีขึ้น
	(ตัวชี้วัด 4.1 ประชากรอายุ 15-79 ปี มีภาวะน้ำหนักเกินลดลง) (ตัวชี้วัด 4.2 การตายจากอุบัติเหตุทางถนน < 18 คน ต่อ แสนประชากร) (ตัวชี้วัด 4.3 ประชาชนเล่นกีฬาและเข้าร่วมกิจกรรมนันทนาการเพิ่มขึ้น) (ตัวชี้วัด 4.4 อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จต่อประชากรแสนคนลดลง) (ตัวชี้วัด 4.5 การคลอดในผู้หญิงกลุ่มอายุ 15-19 ปี ลดลง) (ตัวชี้วัด 4.6 รายจ่ายสุขภาพทั้งหมดไม่เกินร้อยละ 5 ของผลิตภัณฑ์มวลรวมในประเทศ) (ตัวชี้วัด 4.7 ผู้สูงอายุที่อาศัยในบ้านที่มีสภาพแวดล้อมที่เหมาะสมเป็นร้อยละ 20)

ตารางที่ 6.2 นโยบายสุขภาพในแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับ 12 (ต่อ)

ยุทธศาสตร์ ที่ 1 การเสริมสร้างและพัฒนาศักยภาพทุนมนุษย์	
แนวทางการพัฒนา	3.4 ลดปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพค้ำึงถึงผลกระทบต่อสุขภาพ 3.4.1 พัฒนาให้คนมีความรู้ในการดูแลสุขภาพ มีจิตสำนึกสุขภาพที่ดีและมีการคัดกรอง พฤติกรรมสุขภาพด้วยตนเองผ่านช่องทางการเรียนรู้ที่หลากหลาย จัดบริการให้คำปรึกษาด้านสุขภาพจิตที่เข้าถึงได้ง่าย และกำกับควบคุมการเผยแพร่ชุดข้อมูลสุขภาพที่ถูกต้องตามหลักวิชาการ 3.4.2 ส่งเสริมให้คนมีกิจกรรมทางสุขภาพที่เหมาะสมกับวัยทั้งรูปแบบการออกกำลังกาย โภชนาการที่เหมาะสมและสนับสนุนให้ชุมชนมีการบริหารจัดการพื้นที่สาธารณะ สิ่งอำนวยความสะดวกเพื่อการออกกำลังกายและกีฬา 3.4.3 ปรับปรุงมาตรการด้านกฎหมายและด้านภาษีที่ส่งเสริมผู้ประกอบการให้มีนวัตกรรม การผลิตอาหารและเครื่องดื่มที่เป็นประโยชน์ต่อสุขภาพและเป็นทางเลือกแก่ผู้บริโภคการติดฉลากโภชนาการ บนบรรจุภัณฑ์อาหารที่เข้าใจง่าย รวมทั้งควบคุมการโฆษณาประชาสัมพันธ์ผลิตภัณฑ์ที่มีผลเสียต่อสุขภาพ 3.4.4 ผลักดันให้มีกลไกการประเมินผลกระทบต่อสุขภาพในการจัดทำนโยบายสาธารณะตามแนวคิดทฤษฎีนโยบายห่วงใยสุขภาพที่เชื่อมโยงตั้งแต่นโยบายระดับชาติ พื้นที่ และชุมชนที่จะนำไปสู่การสร้างสภาพแวดล้อมให้เอื้อต่อการมีสุขภาพดี 3.4.5 ส่งเสริมวัฒนธรรมความปลอดภัยทางถนนผ่านการสื่อสารสาธารณะที่เหมาะสมตามกลุ่มเป้าหมาย ให้มีการปรับพฤติกรรมที่จะลดการเกิดอุบัติเหตุทั้งต่อตนเองและผู้อื่น รวมทั้งมีการบริหารจัดการความเสี่ยงด้านความปลอดภัยทางถนนอย่างเป็นระบบ 3.5 เพิ่มประสิทธิภาพการบริหารจัดการระบบสุขภาพภาครัฐและปรับระบบการเงินการคลังด้านสุขภาพ 3.5.1 ปรับระบบบริหารจัดการทรัพยากรร่วมกันระหว่างสถานพยาบาลทุกสังกัดในเขตพื้นที่สุขภาพในการพัฒนาคุณภาพระบบบริการทั้งบุคลากร/ครุ-ภัณฑ์ทางการแพทย์/โครงสร้างพื้นฐานที่เชื่อมโยงบริการตั้งแต่ระดับปฐมภูมิ ทุติยภูมิและตติยภูมิเข้าด้วยกันพัฒนาระบบส่งต่อและระบบการแพทย์ฉุกเฉินที่รวดเร็วและมีประสิทธิภาพ 3.5.2 จัดทำแนวทางการรับภาระค่าใช้จ่ายร่วมกันทั้งภาครัฐและผู้ใช้บริการตามเศรษฐฐานะ ที่คำนึงถึงความเป็นธรรมและการเข้าถึงบริการสุขภาพที่จำเป็นของกลุ่มผู้มีรายได้น้อย โดยพิจารณาถึงความ เป็นไปได้ทางการคลัง 3.5.3 พัฒนาระบบประกันสุขภาพของแรงงานต่างชาติและนักท่องเที่ยวให้สามารถใช้ บริการสุขภาพที่มีคุณภาพ มีการควบคุมการใช้บริการอย่างเหมาะสม โดยไม่กระทบต่อความมั่นคงของประเทศทั้งด้านการคลังและสาธารณสุข 3.5.4 บูรณาการระบบข้อมูลสารสนเทศของแต่ละระบบหลัก ประกันสุขภาพให้เกิด ความเป็นเอกภาพ ทั้งเรื่องสิทธิประโยชน์ การใช้บริการ งบประมาณการเบิกจ่าย และการติดตามประเมินผล

ตารางที่ 6.2 นโยบายสุขภาพในแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 12 (ต่อ)

ยุทธศาสตร์ ที่ 1 การเสริมสร้างและพัฒนาศักยภาพทุนมนุษย์	
	3.6 พัฒนาระบบการดูแลและสร้างสภาพแวดล้อมที่เหมาะสมกับสังคมสูงวัย 3.6.1 ผลักดันให้มีกฎหมายการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุครอบคลุมการจัดบริการ ทั้งภาครัฐ เอกชน ภาคประชาสังคม และระบบการเงินการคลัง 3.6.2 พัฒนาให้มีระบบการดูแลระยะกลางที่จะรองรับผู้ที่จำเป็น ต้องพักพิงก่อนกลับบ้าน ให้เชื่อมโยงกับระบบการดูแลระยะยาว และส่งเสริมธุรกิจบริการที่ได้มาตรฐานสำหรับผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงในเขตเมือง รวมทั้งศึกษารูปแบบการคลังที่เป็นระบบประกันการดูแลระยะยาว 3.6.3 วิจัยและพัฒนานวัตกรรมสิ่งอำนวยความสะดวกที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุ และพัฒนาเทคโนโลยีทางการแพทย์ในการส่งเสริมและฟื้นฟูสุขภาพในกลุ่มผู้สูงอายุ เทคโนโลยีเพื่อป้องกันการบาดเจ็บและติดตามการบำบัดรักษา 3.6.4 ส่งเสริมการพัฒนาเมืองที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุทั้งระบบขนส่งสาธารณะ อาคารสถานที่ พื้นที่สาธารณะ และที่อยู่อาศัยให้เอื้อต่อการใช้ชีวิตของผู้สูงอายุและทุกกลุ่มในสังคม
ยุทธศาสตร์ที่ 2 การสร้างความเป็นธรรมและลดความเหลื่อมล้ำในสังคม	
เป้าหมายที่ 2	เพิ่มโอกาสการเข้าถึงบริการพื้นฐานทางสังคมของภาครัฐ
	2. เพื่อให้คนไทยทุกคนเข้าถึงบริการทางสังคมที่มีคุณภาพได้ทั่วถึง (ตัวชี้วัด 2.4 ความแตกต่างของสัดส่วนบุคลากรทางการแพทย์ต่อประชากรระหว่างพื้นที่ลดลง)
แนวทางการพัฒนา	3.1 เพิ่มโอกาสให้กับกลุ่มเป้าหมายประชากรร้อยละ 40 ที่มีรายได้ต่ำสุดให้สามารถเข้าถึงบริการที่มีคุณภาพของรัฐ และมีอาชีพ 3.1.2 จัดบริการด้านสุขภาพให้กับประชากรกลุ่มเป้าหมายฯ ที่อยู่ในพื้นที่ห่างไกล โดยรัฐจัดให้มีกลไกช่วยเหลือและสนับสนุนสวัสดิการชุมชนที่ครอบคลุมการให้ความช่วยเหลือด้านค่าใช้จ่ายที่จำเป็นเพื่อให้กลุ่มเป้าหมายเข้าถึงบริการจากสถานพยาบาลของรัฐในพื้นที่ได้ อาทิ ค่าใช้จ่ายการเดินทางไปสถานพยาบาล จัดให้มีบริการด้านสุขภาพเชิงรุกทั้งการให้คำปรึกษา การควบคุมป้องกันกลุ่มเสี่ยงที่จะเกิดปัญหาเรื้อรังต่อสุขภาพ และการส่งเสริมด้านสุขอนามัย 3.2 กระจ่ายการให้บริการภาครัฐทั้งด้านการศึกษา สาธารณสุข และสวัสดิการที่มีคุณภาพให้ ครอบคลุมและทั่วถึง 3.2.2 บริหารจัดการการให้บริการสาธารณสุขที่มีคุณภาพให้ครอบคลุมทุกพื้นที่ ผ่านการพัฒนาระบบส่งต่อผู้ป่วยตั้งแต่ระดับชุมชนไปสู่ระดับจังหวัด ภาค และระดับประเทศให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น บริหารจัดการการให้บริการระบบควบคุมโรคที่มีคุณภาพ นำเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสารมาใช้ในการแก้ปัญหาการขาดแคลนแพทย์เฉพาะทางในพื้นที่ห่างไกล

ตารางที่ 6.2 นโยบายสุขภาพในแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับ 12 (ต่อ)

ยุทธศาสตร์ที่ 4 การเติบโตที่เป็นมิตรกับสิ่งแวดล้อมเพื่อการพัฒนาอย่างยั่งยืน	
เป้าหมายที่ 3	สร้างคุณภาพสิ่งแวดล้อมที่ดี ลดมลพิษ และลดผลกระทบต่อสุขภาพของประชาชนและระบบนิเวศน์
	(ตัวชี้วัด 3.1 สัดส่วนของขยะมูลฝอยชุมชนได้รับการจัดการอย่างถูกต้องและนำไปใช้ประโยชน์ไม่น้อยกว่าร้อยละ 75 สัดส่วนของเสียอันตรายชุมชนได้รับการกำจัดอย่างถูกต้องไม่น้อยกว่าร้อยละ 30 และกากอุตสาหกรรมอันตรายทั้งหมดเข้าสู่ระบบการจัดการที่ถูกต้อง)
แนวทางการพัฒนา	3.3.1 เร่งรัดแก้ไขปัญหการจัดการขยะตกค้างสะสมในพื้นที่วิกฤต ผลักดันกฎหมาย และกลไกเพื่อการคัดแยกขยะ สนับสนุนการแปรรูปพลังงาน ใช้มาตรการทางเศรษฐศาสตร์เพื่อให้เกิดการลดปริมาณขยะ รวมทั้งสร้างวินัยคนในชาติเพื่อการจัดการขยะอย่างยั่งยืน
ยุทธศาสตร์ที่ 9 การพัฒนาภาค เมือง และพื้นที่เศรษฐกิจ	
เป้าหมายที่ 2	เพิ่มจำนวนเมืองศูนย์กลางของจังหวัดเป็นเมืองน่าอยู่สำหรับคนทุกกลุ่มในสังคม ตัวชี้วัด เมืองศูนย์กลางของจังหวัดที่ได้รับการพัฒนาเป็นเมืองน่าอยู่เพิ่มขึ้น
แนวทางการพัฒนา	4) พัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุรองรับการเปลี่ยนแปลงเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุของภาคเหนือที่เร็วกว่าระดับประเทศ 10 ปี) (2) พัฒนาวัดกรรมการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว เพื่อรองรับการเพิ่มของผู้สูงอายุที่ไม่สามารถดูแลตนเองได้ รวมทั้งแก้ปัญหาลูกหลานผู้ดูแลผู้สูงอายุ
เป้าหมายที่ 4	เพิ่มมูลค่าการลงทุนในพื้นที่เศรษฐกิจใหม่บริเวณชายแดน
แนวทางการพัฒนา	3.3.2 พื้นที่เศรษฐกิจพิเศษชายแดน 5) บริหารจัดการด้านสาธารณสุข แรงงาน ความมั่นคง โดยพัฒนาระบบสาธารณสุขชายแดนเพื่อให้ประชาชนมีสุขภาพดีถ้วนหน้า มีระบบรักษาโรค ระบบส่งต่อ ระบบส่งเสริมสุขภาพ เฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุม ที่มีประสิทธิภาพ เชื่อมโยงระบบจ้างงานแรงงานต่างด้าว การประกันสุขภาพ การเข้าเมือง เป็นภารกิจร่วมภายใต้ศูนย์บริการเบ็ดเสร็จด้านแรงงาน จัดระบบบัตรผ่านแดนหรือบัตรประจำตัวของแรงงานในแบบอิเล็กทรอนิกส์ โดยให้มีรูปและลายพิมพ์นิ้วมือเพื่อสะดวกต่อการเชื่อมโยงและตรวจสอบข้อมูลบุคคลกับระบบส่วนกลาง จัดมาตรการและระบบสื่อสารเพื่อดูแลความมั่นคงและรักษาความปลอดภัยของพื้นที่
ยุทธศาสตร์ที่ 10 ความร่วมมือระหว่างประเทศเพื่อการพัฒนา	
เป้าหมายที่ 4	ประเทศไทยเป็นหุ้นส่วนการพัฒนาที่สำคัญในทุกระดับ (ตัวชี้วัด 4.3 ความก้าวหน้าในการดำเนินการให้เป็นไปตามเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน)
แนวทางการพัฒนา	4.2.3 แผนพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ สังคม และสิ่งแวดล้อม 1) สาระสำคัญมุ่งเน้นการพัฒนาการศึกษา สาธารณสุข แรงงาน สังคม และสิ่งแวดล้อมในอนุภูมิภาค GMS เพื่อให้เป็นไปตามเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน (SDGs)

6.2.2 แผนยุทธศาสตร์ชาติระยะ 20 ปี (ด้านสาธารณสุข) พ.ศ. 2560-2579

กระทรวงสาธารณสุขได้จัดทำแผนยุทธศาสตร์ชาติระยะ 20 ปี (ด้านสาธารณสุข) พ.ศ. 2560-2579 ตามนโยบายของรัฐบาล ภายใต้รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2560 มาตรา 65 เพื่อให้ประเทศไทยบรรลุวิสัยทัศน์ “ประเทศไทยมีความมั่นคง มั่งคั่ง ยั่งยืน เป็นประเทศพัฒนาแล้ว ด้วยการพัฒนาตามหลักเศรษฐกิจพอเพียง” โดยยุทธศาสตร์ชาติ พ.ศ. 2561-2580⁽¹⁸⁾ ซึ่งมี 6 ยุทธศาสตร์สำคัญ คือ

- 1) ยุทธศาสตร์ชาติด้านความมั่นคง
- 2) ยุทธศาสตร์ชาติด้านความสามารถในการแข่งขัน
- 3) ยุทธศาสตร์ชาติด้านการพัฒนาและเสริมสร้างศักยภาพทรัพยากรมนุษย์
- 4) ยุทธศาสตร์ชาติด้านการสร้างโอกาสและความเสมอภาคทางสังคม
- 5) ยุทธศาสตร์ด้านการสร้างการเติบโตบนคุณภาพชีวิตที่เป็นมิตรต่อสิ่งแวดล้อม
- 6) ยุทธศาสตร์ชาติด้านการปรับสมดุลและพัฒนาระบบบริหารจัดการภาครัฐ

แผนยุทธศาสตร์ชาติระยะ 20 ปี (ด้านสาธารณสุข) มีวัตถุประสงค์เพื่อเป็นกรอบแนวทางในการดำเนินงานของหน่วยงานด้านสาธารณสุขที่เกี่ยวข้อง ในการพัฒนาระบบสุขภาพของประเทศ เพื่อให้สอดคล้องกับการเปลี่ยนแปลงต่างๆ ที่จะเกิดขึ้นในอนาคต โดยเชื่อมโยงกับกฎหมายและยุทธศาสตร์ชาติฉบับต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง เช่น รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2560 ยุทธศาสตร์ชาติระยะ 20 ปี เป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน (Sustainable Development Goals – SDGs by 2030) แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมฉบับที่ 12 นโยบายรัฐบาลด้านต่างๆ และแผนการปฏิรูปประเทศ เป็นต้น

กระทรวงสาธารณสุขโดยการนำของ ศ.คลินิก เกียรติคุณ นพ.ปิยะสกล สกลสัตยาทร ได้จัดการประชุมเชิงปฏิบัติการ “ย้อนมองทบทวนสถานการณ์จากอดีต เพื่อพัฒนาวิสัยทัศน์ ยุทธศาสตร์และเป้าหมายการพัฒนากระทรวงสาธารณสุข” วันที่ 12-14 มกราคม 2559 ที่ จังหวัดพระนครศรีอยุธยา เป็นการระดมสมองผู้บริหารระดับสูงของกระทรวง โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อทบทวนอดีตที่ผ่านมาของกระทรวงสาธารณสุขและร่วมกันพิจารณาทิศทางการพัฒนาระบบสุขภาพในอนาคต และเน้นหนักที่การทบทวนจุดยืน การกำหนด จุดยืน วิสัยทัศน์ พันธกิจ เป้าหมาย ค่านิยมที่ดีงามของบุคลากรในกระทรวงสาธารณสุข และที่สำคัญคือกรอบยุทธศาสตร์ในการดำเนินงาน

ต่อมามีการประชุมที่ต่อเนื่องเพื่อค้นหาค่านิยมองค์กร (Core values) ของบุคลากรสาธารณสุขทั้งประเทศ โดยเป็นการประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อพัฒนา ค่านิยมที่ดีงาม (Core values) ของบุคลากรสาธารณสุข วันที่ 14-16 กุมภาพันธ์ 2559 ในกรุงเทพมหานคร โดยมีตัวแทน ผู้บริหาร นักวิชาการ และผู้ปฏิบัติ จากทุกเขตสุขภาพ มาระดมความคิดเห็นร่วมกันในการจัดทำค่านิยมองค์กร รวมถึงแนวทางการขับเคลื่อนให้ค่านิยมองค์กรไปสู่การสื่อสารให้เกิดการยอมรับในวงกว้าง นำไปสู่การสร้างวัฒนธรรมขององค์กรในทุกระดับ

การประชุมเชิงปฏิบัติการทั้ง 2 ครั้งข้างต้นได้ผลลัพธ์ของการประชุมคือ เป้าหมาย จุดยืนองค์กร วิสัยทัศน์ พันธกิจ ค่านิยมองค์กร และยุทธศาสตร์ความเป็นเลิศ 4 ด้าน ในการดำเนินงาน ยังได้แจ้งข้อสรุปการประชุมเบื้องต้นไปยังผู้เข้าร่วมประชุมทุกคน เพื่อรับข้อคิดเห็นเพิ่มเติม แล้วนำผลที่ได้รับไปนำเสนอต่อที่ประชุมผู้บริหารระดับสูงอีกครั้ง โดยมีรายละเอียด ดังตารางที่ 6.3

ตารางที่ 6.3 เป้าหมาย จุดยืนองค์กร วิสัยทัศน์ พันธกิจ ยุทธศาสตร์ ค่านิยมองค์กรและยุทธศาสตร์ของกระทรวงสาธารณสุข

ประเด็น	รายละเอียด
เป้าหมาย (Goals)	ประชาชนสุขภาพดี เจ้าหน้าที่มีความสุข ระบบสุขภาพยั่งยืน
จุดยืนองค์กร (Positioning)	ส่วนกลาง พัฒนานโยบาย กำกับ ติดตาม ประเมินผล ส่วนภูมิภาค (เขตสุขภาพ) บริหารจัดการหน่วยบริการ และขับเคลื่อนนโยบายสู่การปฏิบัติ
วิสัยทัศน์ (Vision)	เป็นองค์กรหลักด้านสุขภาพ ที่รวมพลังสังคม เพื่อประชาชนสุขภาพดี
พันธกิจ (Mission)	พัฒนาและอภิบาลระบบสุขภาพ อย่างมีส่วนร่วม และยั่งยืน
ค่านิยมองค์กร (Core values)	Mastery (เป็นนายตนเอง) Originality (เร่งสร้างสิ่งใหม่) People centered (ใส่ใจประชาชน) Humility (ถ่อมตน อ่อนน้อม)
ยุทธศาสตร์ (Strategies)	1) Prevention Promotion and Protection Excellence (ส่งเสริมสุขภาพ ความป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภค เป็นเลิศ) 2) Service Excellence (บริการเป็นเลิศ) 3) People Excellence (บุคลากรเป็นเลิศ) 4) Governance Excellence (บริหารจัดการเป็นเลิศ)

นอกจากนั้นการจัดทำแผนยุทธศาสตร์ระยะ 20 ปี ด้านสาธารณสุขยังได้จัดลำดับความสำคัญของยุทธศาสตร์ชาติในแต่ละช่วงระยะเวลาของแผน เพื่อให้ผู้ที่เกี่ยวข้องได้ กำหนดประเด็นเน้นหนักและวางกรอบแผนงาน โครงการ ให้สอดคล้องกับภาพรวมของประเทศได้ โดยแบ่งเป็น 4 ระยะ ช่วงละ 5 ปี ดังตารางที่ 6.4

ตารางที่ 6.4 การจัดลำดับความสำคัญยุทธศาสตร์ชาติระยะ 20 ปี (ด้านสาธารณสุข)

ช่วงเวลา	จุดเน้นหนัก	รายละเอียด
2560 - 2564	ปฏิรูประบบ	การปรับเปลี่ยนระบบบริหารจัดการที่ยังเป็นอุปสรรคต่อการพัฒนา อีกครั้ง การวางพื้นฐานระบบสุขภาพใหม่ เช่น การวางระบบการแพทย์ปฐมภูมิที่มีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว เพื่อดูแลผู้ป่วยอย่างบูรณาการ การปรับระบบหลักประกันสุขภาพ เพื่อลดความเหลื่อมล้ำของแต่ละกองทุน เป็นต้น
2565 - 2569	สร้างความเข้มแข็ง	การจัดโครงสร้างพื้นฐาน กำลังคน รวมทั้งระบบการบริหารจัดการให้เข้มแข็ง รวมไปถึงระบบควบคุมป้องกันโรค งานอนามัยสิ่งแวดล้อม และที่สำคัญคือการทำให้ประชาชนสามารถดูแลสุขภาพของตนเองได้

ตารางที่ 6.4 การจัดลำดับความสำคัญยุทธศาสตร์ชาติระยะ 20 ปี (ด้านสาธารณสุข) (ต่อ)

ช่วงเวลา	จุดเน้นหลัก	รายละเอียด
2570 - 2574	สู่ความยั่งยืน	เป็นช่วงที่ระบบสุขภาพของไทยต้องมีความยั่งยืนทางการเงินการคลัง ประเทศสามารถพึ่งพาตนเองได้ โดยเฉพาะด้านยา เวชภัณฑ์ และอุปกรณ์การแพทย์ด้านต่างๆ พึ่งพาต่างประเทศให้น้อยที่สุด
2575 - 2579	เป็น 1 ใน 3 ของเอเชีย	ระบบสุขภาพไทยจะต้องเป็นระบบสุขภาพที่ทันสมัย มีประสิทธิภาพ คุณภาพ สังคมมีส่วนร่วมสามารถตรวจสอบได้ ทั้งนี้จะต้องสามารถแข่งขันหรือเทียบเคียงกับนานาชาติได้ โดยตั้งเป้าว่าจะต้องเป็น 1 ใน 3 ของเอเชีย ใน 20 ปีข้างหน้า

ต่อจากนั้น โดยได้จัดประชุมเชิงปฏิบัติการผู้เกี่ยวข้อง เพื่อจัดทำรายละเอียดของแผนงาน โครงการ และตัวชี้วัด ของแต่ละยุทธศาสตร์ ในการจัดทำแผนงาน โครงการ ตัวชี้วัดจากทุกหน่วยงาน โดยตัวชี้วัดหลักระดับองค์กร (Corporate KPIs) ของเป้าหมาย (Goals) ประชาชนสุขภาพดี เจ้าหน้าที่มีความสุข ระบบสุขภาพ

ยั่งยืนของระบบสุขภาพของไทย ภายใน พ.ศ. 2579 (ระยะเวลา 20 ปี) จะเป็นดังตารางที่ 6.5 และยังสามารถประกอบการทำงานตามแผนยุทธศาสตร์ชาติระยะ 20 ปี ด้านสาธารณสุข ภายใต้ยุทธศาสตร์ความเป็นเลิศ 4 ด้านของกระทรวงสาธารณสุข ออกเป็น 16 แผนงาน 48 โครงการ ดังตารางที่ 6.6

ตารางที่ 6.5 ตัวชี้วัดระดับองค์กร (Corporate KPIs) ของแผนยุทธศาสตร์ชาติระยะ 20 ปี (ด้านสาธารณสุข)

ประชาชนสุขภาพดี	เจ้าหน้าที่มีความสุข	ระบบสุขภาพยั่งยืน
1. อายุคาดเฉลี่ยเมื่อแรกเกิด (life expectancy: LE) ไม่น้อยกว่า 85 ปี	3. ดัชนีความสุขของบุคลากร (happinometer) ไม่น้อยกว่า ร้อยละ 70	5. อัตราการเข้าถึงบริการแพทย์แผนไทย (access) ร้อยละ 100
2. อายุคาดเฉลี่ยของการมีสุขภาพดี (Health adjusted life expectancy: HALE) ไม่น้อยกว่า 75 ปี	4. ดัชนีสุขภาวะองค์กร (Happy public organization index) ไม่น้อยกว่า ร้อยละ 70	6. ความครอบคลุมของแพทย์และจำนวนเตียงต่อประชากรในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข (coverage) สัดส่วนแพทย์ 1 ต่อ 1,500 ประชากร สัดส่วนเตียง 2 ต่อ 1,000 ประชากร
		7. สถานบริการได้รับการรับรองคุณภาพมาตรฐาน (HA) (Quality) ร้อยละ 100
		8. หน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขผ่านการประเมิน ITA (Governance) ไม่น้อยกว่า ร้อยละ 95

ตารางที่ 6.6 แผนงาน/โครงการภายใต้ยุทธศาสตร์ 4 excellences จำนวน 16 แผนงาน 48 โครงการ

ยุทธศาสตร์/แผนงาน	โครงการ
1. Promotion Prevention and Protection Excellence	
1.1. พัฒนาคุณภาพชีวิตคนไทยทุกกลุ่มวัย (ยุทธศาสตร์ที่ 4)	1) โครงการพัฒนาศักยภาพคนไทย 2) โครงการลดการตายก่อนวัยอันควร 3) โครงการสร้างความเข้มแข็งและความอบอุ่นของครอบครัวไทย
1.2. การป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพ (ยุทธศาสตร์ที่ 1)	1) โครงการการจัดการโรคและภัยสุขภาพ และการตอบโต้ภาวะฉุกเฉินด้านสาธารณสุข 2) โครงการสร้างเสริมสุขภาพประชาชนบนพื้นแผ่นดินไทย 3) โครงการสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ
1.3 ความปลอดภัยด้านอาหารและลดปัจจัยเสี่ยงต่อโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (ยุทธศาสตร์ที่ 4)	1) โครงการส่งเสริมและพัฒนาความมั่นคงด้านอาหาร 2) โครงการส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตและความปลอดภัยจากปัจจัยเสี่ยงต่อโรค 3) โครงการส่งเสริมการจัดการองค์ความรู้ด้านอาหารศึกษา
1.4 การบริหารจัดการสิ่งแวดล้อม (ยุทธศาสตร์ที่ 5)	1) โครงการบริหารจัดการขยะและสิ่งแวดล้อม 2) โครงการพัฒนาคุณภาพสถานบริการสุขภาพภาครัฐ 3) โครงการบริหารจัดการมลพิษทางอากาศ
2. Service Excellence	
2.1 การพัฒนาระบบการแพทย์ปฐมภูมิ (ยุทธศาสตร์ที่ 4)	1) โครงการผลิตและพัฒนาแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว 2) โครงการบริหารจัดการการเงินการคลังระบบบริการปฐมภูมิ 3) โครงการพัฒนาเครือข่ายระบบสุขภาพระดับอำเภอ (DHS)
2.2 การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (ยุทธศาสตร์ที่ 4)	1) โครงการระบบบริการสุขภาพ 13 สาขาหลัก 2) โครงการพัฒนาระบบส่งต่อ 3) โครงการพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินครบวงจร
2.3 ศูนย์ความเป็นเลิศทางการแพทย์ (ยุทธศาสตร์ที่ 4)	1) โครงการพัฒนาศูนย์ความเป็นเลิศทางการแพทย์ด้านบริการ 2) โครงการพัฒนาศูนย์ความเป็นเลิศทางการแพทย์ด้านการศึกษา 3) โครงการพัฒนาศูนย์ความเป็นเลิศทางการแพทย์ด้านการวิจัย
2.4 ศูนย์กลางสุขภาพนานาชาติและเขตเศรษฐกิจพิเศษ (ยุทธศาสตร์ที่ 1)	1) โครงการศูนย์กลางบริการเพื่อส่งเสริมสุขภาพ (Wellness Hub) 2) โครงการศูนย์กลางบริการด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพและสมุนไพรไทย (Product Hub) 3) โครงการพัฒนาเขตเศรษฐกิจพิเศษ (SEZ)
3. People Excellence	
3.1 การวางแผนความต้องการกำลังคน (ยุทธศาสตร์ที่ 3)	1) โครงการพัฒนาฐานข้อมูล 2) โครงการการคาดการณ์ความต้องการกำลังคนด้านสุขภาพในอนาคต 3) การวางแผนกำลังคนในระดับมหภาคและจุลภาค
3.2 การผลิตและพัฒนากำลังคน (ยุทธศาสตร์ที่ 3)	1) โครงการผลิตบุคลากรด้านสาธารณสุข 2) โครงการพัฒนาบุคลากรด้านสาธารณสุขและ Talent Management 3) โครงการพัฒนาระบบบริหารการวิจัยและการจัดการความรู้

ตารางที่ 6.6 แผนงาน/โครงการภายใต้ยุทธศาสตร์ 4 excellences จำนวน 16 แผนงาน 48 โครงการ (ต่อ)

ยุทธศาสตร์/แผนงาน	โครงการ
3.3 การพัฒนาประสิทธิภาพระบบบริหารจัดการกำลังคนด้านสุขภาพ (ยุทธศาสตร์ที่ 3)	1) โครงการบริหารจัดการกำลังคน 2) โครงการสร้างขวัญและแรงจูงใจในการปฏิบัติงาน 3) โครงการบริหารผลการปฏิบัติงาน (Performance Management System)
3.4 การพัฒนาเครือข่ายภาคประชาชนและภาคประชาสังคมด้านสุขภาพ (ยุทธศาสตร์ที่ 4)	1) โครงการพัฒนาเครือข่าย อสม. และ อปท.
4. Governance Excellence	
4.1 ระบบข้อมูลสารสนเทศด้านสุขภาพ (ยุทธศาสตร์ที่ 6)	1) การพัฒนาระบบบริการข้อมูลสุขภาพ (HIS) 2) การพัฒนาระบบข้อมูลสุขภาพส่วนบุคคล (PHR) 3) ศูนย์ข้อมูลสุขภาพ (HDC)
4.2 ระบบหลักประกันสุขภาพ (ยุทธศาสตร์ที่ 4)	1) โครงการลดความเหลื่อมล้ำของ 3 ระบบ 2) โครงการสร้างความยั่งยืนของระบบหลักประกันสุขภาพ 3) โครงการการเข้าถึงระบบหลักประกันสุขภาพของแรงงานข้ามชาติ
4.3 ความมั่นคงด้านยาและเวชภัณฑ์ และการคุ้มครองผู้บริโภค (ยุทธศาสตร์ที่ 1)	1) โครงการพัฒนาการผลิตยา วัคซีน และการสร้างเสถียรภาพด้านยาที่มีคุณภาพและมาตรฐานสากล 2) โครงการคุ้มครองผู้บริโภค 3) โครงการจัดซื้อยาพร้อมและเวชภัณฑ์มีใช้ยา
4.4 ระบบธรรมาภิบาล (ยุทธศาสตร์ที่ 6)	1) ระบบควบคุมภายในและบริหารความเสี่ยง 2) โครงการหน่วยงานคุณธรรม 3) โครงการประเมินคุณธรรมและความโปร่งใส

นอกจากนี้ ยังมีการจัดทำรายละเอียดต่างๆ อาทิ สถานการณ์ปัจจุบัน วัตถุประสงค์ของแผน เป้าหมายและตัวชี้วัดในระยะ 20 ปี โดยแบ่งออกเป็นช่วงๆ ละ 5 ปี มาตรการสำคัญ เพื่อเป็นกรอบการดำเนินงานให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องนำไปปฏิบัติต่อไป นับเป็นการจัดทำแผนยุทธศาสตร์ชาติระยะ 20 ปี ด้านสาธารณสุข

ครั้งแรกของกระทรวงสาธารณสุขที่ได้กำหนดเป้าหมาย วิสัยทัศน์ พันธกิจ ค่านิยมองค์กร แผนงาน โครงการ ตัวชี้วัด ตลอดจนมาตรการการดำเนินงาน ได้อย่างชัดเจน และเชื่อว่าหากดำเนินการตามกรอบยุทธศาสตร์นี้ การบรรลุเป้าหมาย ประชาชน สุขภาพดี เจ้าหน้าที่มีความสุข ระบบสุขภาพยั่งยืน จะทำได้อย่างแน่นอน

6.2.3 นโยบายที่สำคัญของกระทรวงสาธารณสุข

นโยบายที่สำคัญของกระทรวงสาธารณสุขในบทรนี้ คัดเลือกมาจากคำรับรองการปฏิบัติราชการหรือ performance agreement (PA) ระหว่างรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขกับปลัดกระทรวงสาธารณสุขและอธิบดี และประเด็นคำรับรองการปฏิบัติราชการระหว่างปลัดกระทรวงสาธารณสุขกับผู้ตรวจราชการทั้ง 12 เขตและผู้ตรวจราชการทั้ง 12 เขตกับผู้บริหารในระดับจังหวัด ในช่วง 4 ปีที่ผ่านมา วิธีการคัดเลือกคำรับรองการปฏิบัติราชการนั้นเป็นการหารือร่วมกันระหว่างรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขกับปลัดกระทรวงสาธารณสุขและอธิบดีทุกกรม ถึงประเด็นสำคัญที่จะดำเนินการร่วมกันเพื่อให้เกิดผลสัมฤทธิ์เป็นรูปธรรมภายในระยะเวลา 1 ปี โดยใช้ยุทธศาสตร์ชาติระยะ 20 ปี (ด้านสาธารณสุข) เป็นกรอบแนวทางในการพิจารณา

การคัดเลือกคำรับรองการปฏิบัติราชการในปี 2562 ได้ทบทวนผลการดำเนินงานที่ผ่านมา และใช้การศึกษาแบบ Ethnographic Delphi Future Research (EDFR) เพื่อระดมความคิดเห็นผู้บริหารกระทรวง ตั้งแต่ทีมที่ปรึกษารัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข ปลัดกระทรวงสาธารณสุข รองปลัดกระทรวงสาธารณสุข อธิบดี ผู้ตรวจราชการกระทรวง และตัวแทนนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด ผู้อำนวยการโรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป เป็นต้น เพื่อคัดเลือกและจัดลำดับนโยบายที่สำคัญ หลังจากนั้นได้นำมาสังเคราะห์และนำเสนอต่อที่ประชุมระดับสูงของกระทรวงสาธารณสุข เพื่อตัดสินใจต่อไป

นโยบายสำคัญที่เป็นคำรับรองการปฏิบัติราชการของผู้บริหารกระทรวงสาธารณสุข ปี 2559-2562 มีดังตารางที่ 6.7

ตารางที่ 6.7 นโยบายสำคัญที่เป็นคำรับรองการปฏิบัติราชการ กระทรวงสาธารณสุข 2559-2562

2559	2560	2561	2562
กำลังคน การเงินการคลัง พัสดุ	การเงินการคลัง	การเงินการคลัง	การเงินการคลัง
	กำลังคนด้านสุขภาพ	กระทรวงแห่งความสุข (Happy MOPH)	HRH transformation
การดูแลผู้ป่วยระยะยาว	คลินิกหมอครอบครัว	คลินิกหมอครอบครัว	ระบบการแพทย์ปฐมภูมิ (PCC, รพ.สต.ติดดาว, พชอ.)
ลดป่วย ลดตาย ลดแออัด	คุณภาพหน่วยบริการ (HA, รพ.สต.ติดดาว)	องค์กรคุณภาพ (HA, รพ.สต.ติดดาว, PMQA)	องค์กรคุณภาพ (HA, PMQA)
อนามัยสิ่งแวดล้อม การคุ้มครองผู้บริโภค ป้องกันโรค ภาวะฉุกเฉิน	ระบบการรักษาพยาบาล อุบัติเหตุ และภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข	ระบบการรักษาพยาบาล อุบัติเหตุ และภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข	การรักษาพยาบาลฉุกเฉิน (Fast tract: Stroke Sepsis Trauma)
พัฒนาการผลิตยา วัคซีน	วิจัย/องค์ความรู้	การใช้ยาอย่างสมเหตุสมผล และการดื้อยาต้านจุลชีพ	การใช้ยาอย่างสมเหตุสมผล และการดื้อยาต้านจุลชีพ
พัฒนากฎหมาย	พัฒนากฎหมาย	การพัฒนาอนามัยสิ่งแวดล้อมในโรงพยาบาล	การพัฒนาอนามัยสิ่งแวดล้อมในโรงพยาบาล
โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCD)	การป้องกันควบคุมโรค	วัณโรค	วัณโรค
เร่งรัดการออกใบอนุญาต ออย.	ระบบข้อมูลสารสนเทศ	การผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ	Digital transformation

ตารางที่ 6.7 นโยบายสำคัญที่เป็นคำรับรองการปฏิบัติราชการ กระทรวงสาธารณสุข 2559-2562 (ต่อ)

2559	2560	2561	2562
การบาดเจ็บทางถนน	คุณภาพชีวิตคนไทย	คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.)	ยาเสพติด
มะเร็งท่อน้ำดี/มะเร็งตับ	การควบคุมปัจจัยเสี่ยงและคุ้มครองผู้บริโภค	เมืองสมุนไพร	แม่และเด็ก
	Service plan		Service initiative model สำหรับเขตสุขภาพ
	การบริหารจัดการภาครัฐ		

*HA หมายถึง การรับรองคุณภาพสถานพยาบาล

*PMQA หมายถึง Public sector management quality award หรือการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ

*Service initiative model หมายถึงการเพิ่มประสิทธิภาพในการบริหารจัดการหรือการให้บริการรูปแบบใหม่ภายในเขตสุขภาพ

จากข้อมูลข้างต้นจะเห็นได้ว่านโยบายสำคัญของกระทรวงสาธารณสุข ในช่วง 4 ปีที่ผ่านมา ได้ให้ความสำคัญ กับเรื่อง การบริหารการเงินการคลังอย่างมีประสิทธิภาพ เพื่อแก้ปัญหาวิกฤติการเงินในหน่วยบริการ และด้านกำลังคน แต่จะมีจุดเน้นหนักแตกต่างกันออกไป ในส่วนคลินิกหมอครอบครัว (primary care cluster) กระทรวงสาธารณสุขได้ดำเนินการตามข้อกำหนดของรัฐธรรมนูญปี 2560 มาตรา 258 เริ่มเป็นนโยบายที่สำคัญ ตั้งแต่ปี 2560 เป็นต้นมา นโยบายเรื่ององค์กรคุณภาพ ได้แก่ การรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (hospital accreditation - HA) ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ (รพ.สต.ติดตาม) และ PMQA ในหน่วยบริการ เช่น สาธารณสุขจังหวัด สาธารณสุขอำเภอ ระบบการรักษาพยาบาลฉุกเฉิน (emergency care system) และ ภาวะฉุกเฉินด้านสาธารณสุข (emergency operating system) และเน้นบางกลุ่มโรคที่ยังเป็นสาเหตุการเสียชีวิตที่สำคัญของคนไทย ได้แก่ stroke, sepsis และ trauma ในปี 2562 เป็นอีกนโยบายสำคัญที่กระทรวงสาธารณสุข เน้นหนักในช่วงที่ผ่านมา

ขณะที่การใช้ยาอย่างสมเหตุสมผล (rational drug use – RDU) การป้องกันภาวะเชื้อโรคดื้อยาปฏิชีวนะ (antimicrobial resistance - AMR) การพัฒนานามัยสิ่งแวดล้อมในโรงพยาบาล (green and clean hospital) วัณโรค และคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) เป็นประเด็นเน้นหนักในปี พ.ศ. 2561 และ 2562 เนื่องจากปัญหาเชื้อดื้อยาที่เพิ่มและรุนแรงมากขึ้น และเป็นประเด็นสำคัญของกลุ่มประเทศ G77 ขณะที่ วัณโรคยังเป็นประเด็นโรคติดเชื้อมาตรฐานสำคัญของประเทศไทย และมีเชื้อวัณโรคที่ดื้อยาเพิ่มมากขึ้น เป็นต้น

ส่วนประเด็นอื่นๆ เช่น การบาดเจ็บทางถนน ไม่ได้นำมาเป็นนโยบายสำคัญในปีต่อมา เนื่องจากเป็นตัวชี้วัดร่วม (joint KPIs) กับกระทรวงต่างๆ และสาเหตุการเกิดอุบัติเหตุมาจากหลายปัจจัยที่นอกเหนือการดำเนินงานของกระทรวงสาธารณสุข ในส่วนกระทรวงสาธารณสุข จะให้ความสำคัญกับเรื่องระบบการรักษาฉุกเฉินเป็นสำคัญ ส่วนมะเร็งท่อน้ำดีและมะเร็งตับ เมืองสมุนไพร เป็นประเด็นพื้นที่ จึงมอบเป็นบทบาทสำคัญให้กับเขตสุขภาพที่เกี่ยวข้องดำเนินการต่อไป

โดยรายละเอียดของนโยบายสำคัญ 5 เรื่อง มีดังนี้

- 1) การบริหารการเงินการคลังอย่างมีประสิทธิภาพ ได้กำหนดเป้าหมาย ร้อยละของหน่วยบริการที่ประสบภาวะวิกฤติทางการเงินระดับ 7 ไม่เกินร้อยละ 4 โดยมี 5 มาตรการหลัก คือ (1) การจัดสรรเงินอย่างเพียงพอ (sufficient allocation) (2) พัฒนาการบริหารระบบบัญชี (accounting management) (3) พัฒนาศักยภาพด้านการเงินการคลังแก่เครือข่ายและบุคลากร (network and capacity building) (4) สร้างประสิทธิภาพการบริหารจัดการ (efficient management) และ (5) การติดตามกำกับงาน (monitoring management)⁽¹⁹⁾
- 2) การพัฒนาและบริหารจัดการกำลังคน (HRH transformation) มุ่งเป้าหมาย เจ้าหน้าที่มีความสุข และระบบสุขภาพยั่งยืน มีตัวชี้วัดที่สำคัญ คือ มีการบริหารจัดการกำลังคนในเขตสุขภาพอย่างมีประสิทธิภาพ เช่น มีแผนการบริหารตำแหน่ง มีการดำเนินการตามแผน และมีบุคลากรเพียงพอ มีหน่วยงานที่เป็นองค์กรแห่งความสุข อย่างน้อยจังหวัดละ 1 แห่ง เป็นต้น สร้างกระทรวงแห่งความสุข ขับเคลื่อนค่านิยมองค์กร MOPH นำดัชนีชี้วัดความสุขของคนในองค์กร (happinometer) และ Happy public organization index (HPI) มาใช้ในทุกหน่วยงาน เป็นต้น มีมาตรการสำคัญ คือ (1) พัฒนาระบบและกลไกการขับเคลื่อนงานกำลังคนอย่างมีประสิทธิภาพและเป็นเอกภาพ (2) ผลิิตและพัฒนากำลังคนอย่างพอเพียงและมีคุณภาพ (3) บริหารกำลังคนให้เกิดประโยชน์สูงสุด ดึงดูดและธำรงรักษากำลังคนคุณภาพ (4) สร้างภาคีเครือข่ายกำลังคนด้านสุขภาพให้เข้มแข็งและยั่งยืน⁽¹⁹⁾

- 3) คลินิกหมอครอบครัว (primary care cluster) เป็นการดำเนินการตามบทบัญญัติแห่งรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2560 มาตรา 258 โดยมีเป้าหมายสะสมในปี พ.ศ. 2562 ที่จะ มีแพทย์เฉพาะทางด้านเวชศาสตร์ครอบครัวและทีมหมอครอบครัวดูแลประชากรในพื้นที่รับผิดชอบ 10,000 คน จำนวน 1,170 ทีม (ร้อยละ 36) ของเป้าหมายในระยะ 10 ปี จำนวน 6,500 ทีม โดยมีมาตรการที่สำคัญ คือ (1) พัฒนารูปแบบการจัดบริการปฐมภูมิ (2) พัฒนาระบบบริหารจัดการกำลังคนและทีมสุขภาพ (3) พัฒนาระบบสนับสนุนการพัฒนากลุ่มเครือข่ายบริการปฐมภูมิ (4) ขับเคลื่อนแผนยุทธศาสตร์และการอภิบาลระบบ (5) ขณะเดียวกันก็มีการออกพระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. 2561 เพื่อรองรับนโยบายดังกล่าว
- 4) การส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผลและการจัดการการดื้อยาต้านจุลชีพ เนื่องด้วยประเทศไทยในฐานะผู้นำกลุ่มประเทศ G77 ได้เสนอวาระการดื้อยาต้านจุลชีพ เพื่อลดจำนวนผู้เสียชีวิตจากการติดเชื้อดื้อยา เข้าสู่กรอบยุทธศาสตร์โลก “Global Action Plan in AMR” กระทรวงสาธารณสุขจึงถือว่าเรื่องนี้มาเป็นนโยบายที่สำคัญของประเทศ โดยตั้งเป้าหมายให้ผ่านมาตรฐาน RDU ขั้นที่ 1 ไม่น้อยกว่าร้อยละ 95 และ RDU ขั้นที่ 2 ไม่น้อยกว่าร้อยละ 20 และผ่านมาตรฐาน AMR ระดับ intermediate ไม่น้อยกว่าร้อยละ 20 ภายในปี 2562 มีมาตรการที่สำคัญ คือ ดำเนินกิจกรรมตามกรอบ PLEASE ได้แก่ (1) Pharmaceutical and Therapeutic Committee (PTC) strengthening คือการเสริมสร้างความเข้มแข็งของคณะกรรมการเภสัชกรรมและการบำบัด (2) Labeling and

leaflet of patient information คือการจัดทำฉลากยา ฉลากยาเสริม และข้อมูลยาสู่ประชาชน (3) Essential RDU tools คือการจัดทำหรือจัดหาเครื่องมือจำเป็นที่ช่วยให้เกิดการสั่งใช้ยาอย่างสมเหตุผล (4) Awareness of for RDU principal among health personnel and patients คือการสร้างความรู้ความตระหนักของบุคลากรทางการแพทย์และผู้รับ บริการต่อการใช้ยาอย่างสมเหตุผล (5) Special population care คือการดูแลด้านยาเพื่อความปลอดภัยของประชากรกลุ่มพิเศษ และ (6) Ethics in prescription คือการส่งเสริมจริยธรรมและจรรยาบรรณทางการแพทย์ในการสั่งใช้ยา มุ่งเน้น 4 โรคสำคัญ ได้แก่ โรคติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนบน อุจจาระร่วงเฉียบพลัน บาดแผลสดจากอุบัติเหตุ และในสตรีคลอดปกติทางช่องคลอด ในประชากรกลุ่มเสี่ยง 3 กลุ่ม คือ ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ผู้สูงอายุ และสตรีตั้งครรภ์ ส่วน AMR ดำเนินการตามมาตรการ integrated AMR management (IAM) พัฒนาระบบเฝ้า

ระวัง AMR สนับสนุนการจัดการฐานข้อมูลและมาตรฐานของระบบห้องปฏิบัติการทางวิทยาศาสตร์ เป็นต้น⁽²⁰⁾

- 5) การควบคุมป้องกันวัณโรค เป็นโรคติดเชื้อที่สำคัญของไทย องค์การอนามัยโลกได้จัดประเทศไทยอยู่ในลำดับที่ 14 ของประเทศที่มีปัญหาวัณโรคสูง ทั้งวัณโรค วัณโรคที่มีการติดเชื้อเอชไอวีร่วมด้วย (TB/HIV) วัณโรคดื้อยาหลายขนาน (MDR-TB) ซึ่งมีสาเหตุมาจากปัจจัยสำคัญ 3 ประการ คือ (1) ผู้ป่วยวัณโรคเสียชีวิตระหว่างรักษาสูง (2) การขาดนักรับยาอย่างต่อเนื่อง และ (3) ไม่มีการติดตามประเมินผลการรักษา การดำเนินงานครั้งนี้จึงมีเป้าหมายเน้นหนักและกำหนดตัวชี้วัดที่ อัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่มากกว่าร้อยละ 85 และร้อยละของความครอบคลุมการรักษาผู้ป่วยวัณโรค รายใหม่และกลับเป็นซ้ำ มากกว่าร้อยละ 82.5 ภายใต้อายุ 3 มาตรการหลัก คือ ลดการเสียชีวิต ลดการขาดยา และการติดตามกำกับดูแลรักษาผู้ป่วย ตามลำดับ⁽²¹⁾

6.3. บทบาทของภาคส่วนต่างๆ ในงานพัฒนาสุขภาพ

คติชาวจีนพูดไว้ว่า “ทุกสรรพสิ่งล้วนโยงกันด้วยเส้นด้ายสีแดง” ชวนให้คิดถึงความหมายประการหนึ่งคือ คนเป็นส่วนหนึ่งของระบบอันซับซ้อน ชีวิตคนไม่ได้ดำรงอยู่โดยอิสระ จากอดีต ปัจจุบัน และอนาคต ดังนั้นคำว่า เพื่อน พันมิตร ภาคส่วน ภาคี เครือข่าย ชุมชน จึงมีความหมายสัมพันธ์กับความจริงตามคติชาวจีนนั้น

กระนั้นก็ตาม ยังมีคนจำนวนไม่น้อยใช้ชีวิตประหนึ่งผู้โดดเดี่ยว ความร่วมมือระหว่างบุคคล หมู่ชน สถาบัน หรือประเทศไม่ได้ราบรื่น ความแปลกแยก หรือกระทั่งแตกแยก แบ่งขั้วแยกข้างยังดำรงอยู่เสมอมา ข้อสังเกตนี้แสดงว่า “ด้ายสีแดง” ที่เชื่อมโยงสรรพสิ่งมีความหมายทางบวกหรือลบก็ได้

อาศัยหลักคิดที่กล่าวมา การใคร่ครวญถึง “บทบาทของภาคส่วนต่างๆ ในงานพัฒนาสุขภาพ” ย่อมซ่อนนัยว่า บทบาทในที่นี้มีความหมายเชิงบวกคือ ร่วมมือกันหรือแข่งขันกันในทางบวก เพราะคำว่า พัฒนา มักใช้สื่อความหมายว่า เปลี่ยนแปลงไปในทางบวก อย่างไรก็ตาม ความหมายของคำว่า “บวก” ยังอาจตีความได้หลากหลาย ขึ้นกับคุณค่าที่แต่ละคนยึดถือ ในสังคมยุโรป “solidarity” หรือความเป็นหนึ่งเดียวในเชิงผลประโยชน์ วัตถุประสงค์ มาตรฐาน และเมตตา (<https://en.wikipedia.org/wiki/Solidarity>) เป็นคุณค่าที่คนส่วนใหญ่ยึดถือเพื่อจรรโลงสังคม ระบบประกันสังคม หรือประกันสุขภาพ ในยุโรปจึงมีความหมายแตกต่างจากในสหรัฐอเมริกา ซึ่ง

คนส่วนใหญ่ยึดถือเอา “ปัจเจกนิยม” หรือ “เสรีภาพส่วนบุคคล” เป็นคุณค่า ดังนั้น ระบบประกันสุขภาพในสหรัฐอเมริกาจึงเป็นความรับผิดชอบส่วนบุคคล แทนที่จะเป็นความรับผิดชอบของรัฐในฐานะตัวแทนคุณค่าsolidarity อย่างในยุโรป จนเมื่อเร็วๆ นี้รัฐบาลของประธานาธิบดีบารัก โอบามา พยายามให้ความสำคัญกับบทบาทของรัฐในทิศทางอย่างยุโรป

ในบริบทสังคมไทยปัจจุบัน ถ้าจะพยายามทำความเข้าใจกับ “บทบาทของภาคส่วนต่างๆ ในงานพัฒนาสุขภาพ” ย่อมต้องพิจารณา “คุณค่า” ที่ดำรงอยู่ โดยมองผ่านรูปธรรมที่คุณค่านั้นๆ แสดงออก โดยอาศัยการมองอดีต ปัจจุบัน และอนาคต บทบาทนี้ไม่พยายามที่จะกำหนดว่าบทบาทอะไรที่ควรจะเป็นเพราะเชื่อว่าการทำเช่นนั้นมิประโยชน์จำกัมากกว่าการพยายามทำความเข้าใจที่มาที่ไปของบทบาทของภาคส่วนต่างๆ โปรดสังเกตว่า “เข้าใจ” เป็นคำแรกในพระราชดำรัสหนึ่งโดยพระเจ้าอยู่หัวรัชกาลที่เก้า “เข้าใจ เข้าถึง พัฒนา”

พอพูดถึงสุขภาพ ความเข้าใจเบื้องต้นที่พึงมี คือสุขภาพก็เชื่อมโยงกับสรรพสิ่ง ถ้าวัดใช้อายุขัยเป็นดัชนีวัดสุขภาพก็ปรากฏว่า อายุขัยของประชาชนประเทศต่างๆ ห่างกันระหว่าง 20-40 ปีในปัจจุบัน⁽²²⁾ ซึ่งแทบไม่น่าเชื่อว่าเป็นยุคที่เทคโนโลยีขยายตัวอย่างรวดเร็วตามกฎของมัวร์ แต่ประชาชนในประเทศเชียราลีโอนอายุสั้นกว่าในประเทศญี่ปุ่นถึงเกือบ 50 ปี เช่นเดียวกับกรณี ชาวพื้นเมืองกับคนเชื้อสายอื่นในประเทศออสเตรเลียมีอายุขัยต่างกัน 20 ปี ความแตกต่างของอายุขัยนี้ไม่อาจอธิบายได้ด้วยหลักฐานชีววิทยาใดๆ คำอธิบายที่ได้รับการยอมรับอย่างกว้างขวางทั่วโลกคือความแตกต่างของเหตุปัจจัยทางสังคม (social determinants of health: SDH) ตัวอย่างเช่น ความเครียด ชั้นชนทางสังคม การกีดกันทางสังคม ภาวะว่างงาน ฯลฯ ซึ่งมีรายละเอียดปรากฏในหนังสือชื่อ The Solid Facts⁽²³⁾ และหลักฐานจากsystematic review อีกมากมาย ในที่นี้จะขยายความพอสังเขปใน

หัวข้อถัดไป

กระนั้นก็ดี ความเชื่อว่า สุขภาพขึ้นกับหมอ โรงพยาบาล ยาและเทคโนโลยีการแพทย์เป็นสำคัญ ยังแพร่หลาย ดังสะท้อนจากรายจ่ายสุขภาพที่ขยายตัวทั่วโลกตั้งแต่ศตวรรษที่ 20 และในระดับปัจเจก มีตัวเลขว่า กว่าครึ่งของค่าใช้จ่ายเพื่อสุขภาพเกิดขึ้นในช่วง 1-2 ปีสุดท้ายของชีวิต

6.3.1 สุขภาพขึ้นกับอะไร

ในหนังสือ The Solid Facts ซึ่งได้จากการรวบรวมหลักฐานจากงานวิจัยหลายร้อยชิ้น ตีแผ่ความข้อเท็จจริงเกี่ยวกับเหตุปัจจัยทางสังคม 10 กลุ่ม ได้แก่ ชนชั้น (the social gradient) ความเครียด เงื่อนไขชีวิตช่วงต้น (early life) การถูกกีดกัน (social exclusion) ลักษณะการงาน การว่างงาน ความเกื้อกูลซึ่งกันและกัน (social support) การใช้สารเสพติด อาหาร และการคมนาคม (transport)

ชนชั้น อาจจำแนกชนชั้นได้หลายวิธี ในสังคมอังกฤษและเวลส์ ความเป็นมืออาชีพ (professional) มีอายุขัยยืนยาวกว่าอาชีพอื่นๆ ที่มีทักษะฝีมือด้อยกว่า กลุ่มมืออาชีพอายุเฉลี่ย 78 ปี ในเพศชาย 83 ปีในเพศหญิง ในขณะที่แรงงานไร้ฝีมือเพศชายอายุเฉลี่ย 71 ปี หญิง 77 ปี การเสียชีวิตหมู่จากไฟรอกของคณานโรงงานตุ๊กตาในโคกนาฏกรรมไฟไหม้โรงงานบางกอกเคเดอร์ (2536) เป็นความทรงจำอันเจ็บปวดของสังคมไทยที่น่าจะย้ำเตือนความสำคัญของอาชีพว่ามีความเสี่ยง/คุกคามต่อสุขภาพอย่างไร

ความเครียด ชีวิตที่ตกอยู่ในสภาพที่เจ้าตัวรู้สึกวิตกกังวล หวาดกลัวและปรับตัวไม่ได้ มักนำไปสู่ภาวะก้าวร้าวต่อแหล่งต่อการบาดเจ็บจากความรุนแรง ภาวะซึมเศร้า เบาหวาน ความดัน หลอดเลือดหัวใจตีบ หลอดเลือดสมองแตก/ตีบ และโรคติดเชื้อ การฆ่าตัวตาย เป็นตัวอย่างเด่นชัดสะท้อนความเครียดในชีวิต ในยามวิกฤตเศรษฐกิจดังเช่นใน “วิกฤตต้มยำกุ้ง” ขว้าวการฆ่าตัวตายจึงแพร่หลาย

¹ จำนวนทรานซิสเตอร์ในวงจรไมโครชิพ(เซมิคอนดักเตอร์)เพิ่มขึ้นสองเท่าประมาณทุกๆสองปี เป็นคำทำนายที่เป็นจริงโดยกอร์ดอน มัวร์ ผู้ร่วมก่อตั้งบริษัทไมโครชิพยักษ์ชื่ออินเทล

² การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบตามเกณฑ์มาตรฐานที่ผู้อ่านสามารถทำตามได้อย่างใกล้เคียงกัน

เงื่อนไขชีวิตช่วงต้น (early life) นับแต่ครรภ์มารดาจนจนวัยเด็กเงื่อนไขหลายอย่างกระทบต่อรากฐานแห่งพัฒนาการของชีวิตแม่ระหว่างตั้งครรภ์ ถ้าประสบกับภาวะพร่องโภชนาการ การใช้สารเสพติด การขาดการดูแลครรภ์หรือการขาดการออกกำลังกาย จะเกิดผลเสียต่อทารกไปยาวไกล ผลจากการติดตามระยะยาวพบว่า ในผู้ชายวัย 64 ปี เมื่อย้อนดูน้ำหนักร่างกายตลอดปรากฏว่ายังมีค่าน้อยโอกาสเป็นเบาหวานยิ่งมาก ทารกที่คลอดจากแม่ติดเชื้อหัดเยอรมันระหว่างตั้งครรภ์มักมีความพิการทางสมอง ดังนั้นการได้รับวัคซีนป้องกันหัดเยอรมันตั้งแต่ก่อนตั้งครรภ์จึงเป็นมาตรฐานในการดูแลอนามัยแม่และเด็กเพื่อลดโอกาสทารกติดเชื้อหัดเยอรมัน⁽²⁴⁾

การถูกกีดกัน (social exclusion) เรื่องนี้เข้าใจได้ชัดเจนเมื่อหวนรำลึกถึงค่ายกักกันนาซีในสมัยสงครามโลกครั้งที่สอง หรือกรณีการสังหารหมู่ชาวยิวโรฮิงยาจนเกิดคลื่นมนุษย์อพยพหนีตายจากประเทศพม่าไปบังคลาเทศ ในปี พ.ศ. 2561 คือตัวอย่างภาพสุดโหดของการกีดกันทางสังคมอย่างรุนแรง ความยากจนก็เป็นผลอย่างหนึ่งจากการกีดกันทางสังคมต่อโอกาสทางการศึกษา การมีที่อยู่อาศัยอย่างปลอดภัย หรือโอกาสทางสังคมอื่นๆ คนจนจึงมีพฤติกรรมเสี่ยง และเจ็บป่วยมากกว่าคนทั่วไปในทุกสังคม สิ่งที่น่าประหลาดใจคือ สามประเทศในกลุ่มจีเจ็ด (สหรัฐอเมริกา รัสเซีย สหราชอาณาจักร) มีสัดส่วนเด็กตกในภาวะยากจนมากที่สุดในบรรดาประเทศอุตสาหกรรมด้วยกัน ย้อนมองสังคมไทย ช่องว่างทางสังคมที่ถ่างขยายอย่างต่อเนื่องมาหลายสิบปีก็สอดคล้องกับช่องว่างของพฤติกรรมสุขภาพหรือระหว่างชนบทกับเมืองซึ่งดำรงอยู่เรื่อยมาแม้ว่าแนวโน้มการสุขภาพหรือลดลงก็ตาม หลักฐานชิ้นล่าสุดเมื่อเดือนมกราคม พ.ศ. 2561 ในวารสาร Lancet ตีแผ่ว่า ผู้ที่ตกในภาวะถูกกีดกันมีโอกาสตายมากกว่าคนทั่วไปเกือบแปดเท่า⁽²⁵⁾

ลักษณะการทำงาน สภาพการทำงานอันบีบคั้นทางร่างกายหรือจิตใจมักนำไปสู่การขาดงานบ่อย เจ็บป่วยบ่อยและเสียชีวิตก่อนวัยอันควร เมื่อเทียบกับหัวหน้างานหรือนายจ้าง ลูกจ้างจึงเสี่ยงต่อโรคหัวใจขาดเลือดมากกว่าถึงสองเท่า ประเทศที่พัฒนาอุตสาหกรรมมานานอย่างสหราชอาณาจักร จึงมีการวิจัยกว้างขวางยาวนานเกี่ยวกับอาชีวอนามัย ในปี พ.ศ. 2557 นักวิชาการคาดประมาณว่าในสหราชอาณาจักรมีคนป่วยด้วยโรคจากการทำงาน ซึ่งจำนวนมากเกี่ยวข้องกับความเสี่ยงกับความเครียด ภาวะซึมเศร้าและภาวะวิตกกังวล⁽²⁶⁾ ตรงกันข้าม ประเทศรายได้ปานกลางหรือยากจน การพัฒนาอุตสาหกรรมอาจจะยังไม่นานพอที่จะก่อให้เกิดรายได้และการรวมตัวของแรงงานจนสามารถผลักดันการสร้างความรู้เพื่อปกป้องสวัสดิภาพแรงงาน จึงไม่แปลกที่งานวิจัยด้านอาชีวอนามัยมีจำกัดมากในกลุ่มประเทศเหล่านี้ ตัวอย่างเช่น การใช้แรงงานเด็กแม่น้ำเชื่อว่ายังมีอยู่มากแต่มีงานวิจัยน้อยมาก เท่าที่ปรากฏรายงานเด็กได้รับผลกระทบจากสภาพการทำงานรุนแรงกว่าผู้ใหญ่ ภาวะทุพโภชนาการ การเจริญเติบโตช้า การถูกละเมิดทางเพศ ฯลฯ เป็นภาวะคุกคามทางสุขภาพต่อแรงงานเด็ก⁽²⁷⁾

การว่างงาน คนที่การงานไม่มั่นคงหรือตกงานเสี่ยงต่อการเจ็บป่วยยาวนานหรือจิตเสื่อมมากกว่าคนที่การงานมั่นคง การเคลื่อนย้ายแรงงานจากชนบทสู่เมืองเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องหมายความว่า ชีวิตคนไทยและคนทั่วโลกผูกพันกับการจ้างงานแนบแน่นมากขึ้น ดังนั้นนับวันการงานไม่มั่นคงหรือตกงานจึงมีผลกระทบต่อวิถีชีวิตของคนหมู่มากเพิ่มขึ้น รุนแรงขึ้นเป็นเงาตามตัวหลักฐานจากsystematic review⁽²⁸⁾ พบว่า โดยเปรียบเทียบกับคนตกงานในระยะสั้น คนตกงานยาวนานฆ่าตัวตายมากกว่าเสียชีวิตจากโรคต่างๆ มากกว่า

ความเกื้อกูลซึ่งกันและกัน (social support) หมายถึง การเป็นกำลังใจซึ่งกันและกัน การพึ่งพากันทางวัตถุ หรือการแบ่งปันความรู้แก่กัน สิ่งเหล่านี้สัมพันธ์กับการมีชีวิตยืนยาว ดังตัวอย่างผลการวิจัยในประเทศ

³ เกษตรกรรมใช้ปุ๋ยเคมี และเคมีกำจัดศัตรูพืช ทำให้ผลผลิตการเกษตรขยายตัวอย่างก้าวกระโดดทั่วโลก

สหรัฐอเมริกา ฟินแลนด์ และสวีเดน ที่น่าสังเกตคือ อายุขัยของผู้ชายแปรผันตามความถี่ของฤดูร้อนซึ่งกันและกันมากกว่าผู้หญิง การมีชีวิตอยู่อย่างไว้ที่พึ่งพิงยอมเป็นอุปสรรคสำคัญต่อการปรับตัวโดยเฉพาะอย่างยิ่งเมื่อต้องดำรงชีพท่ามกลางสังคมและสภาพแวดล้อมที่ซับซ้อนมากอย่างปัจจุบัน ในทางตรงกันข้าม การรวมตัวระหว่างประเทศเป็นกลุ่มเศรษฐกิจ เช่น สหภาพยุโรป หรืออาเซียน ก็สื่อความหมายชัดเจนว่า ประเทศไม่อาจดำรงอยู่อย่างโดดเดี่ยว บุคคลก็ไม่อาจมีชีวิตอยู่อย่างเดียวดาย รายงาน systematic review⁽²⁹⁾ แสดงว่า คนวัยเพื่อน (มีเพื่อนจำนวนมากและไปมาหาสู่สม่ำเสมอ) เสี่ยงต่อโรคหัวใจขาดเลือดน้อยกว่าคนที่ด้อยกว่าในด้านนี้

การใช้สารเสพติด การใช้สารเสพติด (บุหรี่ยาสูบหรือสิ่งเสพติดอื่นๆ) มีแต่ซ้ำเติมให้ชีวิตตกต่ำในทางจิตใจ สังคม และร่างกาย แม้ว่าสารเสพติดจะช่วยบรรเทาความเครียดหรือปลุกใจได้ชั่วคราว systematic review ชิ้นหนึ่งในปี พ.ศ. 2558 พบว่า ผู้ฉีดยาเข้าเส้นตายก่อนวัยอันควรมากกว่าคนทั่วไปเกือบ 15 เท่า⁽³⁰⁾ ตัวเลขคาดประมาณความสูญเสียปีสุขภาวะ (DALY) ทั่วโลกในปี พ.ศ. 2553 เท่ากับ 20 ล้าน หรือร้อยละ 0.8 ของทุกสาเหตุการสูญเสียปีสุขภาวะรวมกัน⁽³¹⁾

อาหาร ในอดีตยุคก่อนปฏิวัติเขียว (green revolution) ภาวะทุพโภชนาการได้คร่าชีวิตคนมากมาย โดยเฉพาะเด็ก เมื่ออาหารพรั่งพรูจากการปฏิวัติเขียว ลูกดุ่มเหวี่ยงไปทิศตรงกันข้าม การบริโภคอาหารมากเกินไป ได้แก่ ไขมันทรานส์ คาร์โบไฮเดรต น้ำตาล หรือสิ่งผสมในอาหารเช่น nitrosamine นำไปสู่โรคเรื้อรัง เช่น หลอดเลือดหัวใจ/สมอง มะเร็ง⁽³²⁻³⁴⁾

การคมนาคม (transport) นับแต่ยานยนต์และถนนเป็นส่วนหนึ่งของชีวิตผู้คนทั่วโลก การบาดเจ็บและเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนนก็ขยายตัวตามปริมาณการเดินทางบนถนน กว่ายี่สิบปีที่ผ่านมา ประเทศไทยติดอันดับต้นของกลุ่มประเทศที่การสูญเสียจากเหตุนี้มากที่สุด⁽³⁵⁾ เคียงคู่ความพยายามเป็นเมืองดีทรอยต์แห่งเอเชีย

อะไรกำหนดให้ภาคส่วนต่างๆ แสดงบทบาทที่พึงจะเป็น

6.3.2 Health in All Policies หรือ Sustainable Development Goals

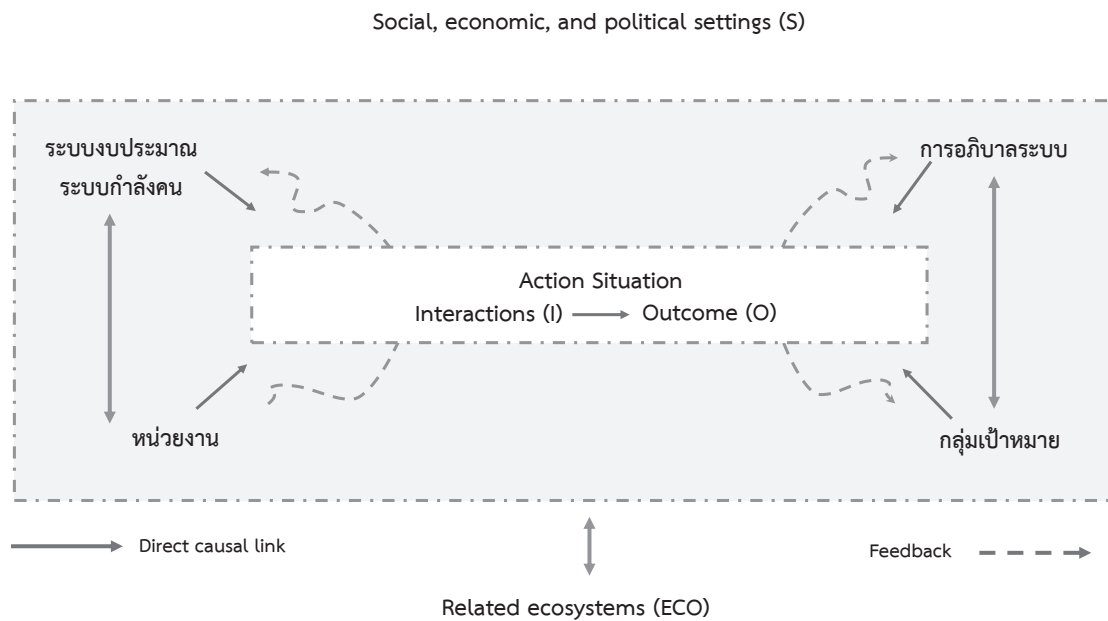
Health in All Policies หรือ Sustainable Development Goals (SDG) เป็นวาทะกรรมเชิงนโยบายระดับโลกเพื่อบ่งชี้ความเชื่อมโยงความร่วมมือภาคส่วนต่างๆ ในขอบเขตระหว่างประเทศและในแต่ละประเทศ ในการพัฒนาสังคมให้น่าอยู่อย่างยั่งยืน

วาทะกรรมสองคำนี้ สอดคล้องกับเนื้อหาในหัวข้อที่แล้วอันเป็นผลสืบเนื่องจากการสังสมองค์ความรู้มานานจนเกิดความตระหนักว่า ภาคส่วนต่างๆ ควรมีบทบาทในการพัฒนาสังคมร่วมกันแทนที่เคยต่างฝ่ายต่างดำเนินการในอดีต อย่างไรก็ตาม ยังมีช่องว่างใหญ่มากระหว่างความตระหนักกับการปฏิบัติจริง บทความนี้จึงสนใจที่จะนำเสนอข้อคิดและประสบการณ์ซึ่งอาจเป็นประโยชน์แก่การปิดช่องว่างนี้โดยคำนึงถึงธรรมชาติของโลกที่แปรเปลี่ยนไม่หยุดนิ่ง ท่ามกลางความหลากหลาย ซึ่งท้าทายต่อการนำบทเรียนจากที่หนึ่งไปใช้กับที่อื่น

ในทางวิชาการ หลัก coproduction ของ ศ. เอลินอร์ ออสโตรอม⁽³¹⁾ นักเศรษฐศาสตร์รางวัลโนเบลให้ความสำคัญกระฉ่งเกี่ยวกับการพัฒนาแบบมีส่วนร่วม โดยอาศัยปฏิสัมพันธ์ระหว่างฝ่ายต่างๆ ภายใต้เงื่อนไขที่กำหนดร่วมกันต่อไป เป้าหมาย/เป้าประสงค์ กติกาทำงาน การแบ่งปันผลประโยชน์และแบกรับภาระ การแบ่งปันความรู้สารสนเทศ การบริหารจัดการ/ควบคุมกำกับ (ดูภาพที่ 6.1 และ 6.2) ด้วยหลักการ co-production หรือต่อมาเรียกว่า polycentric governance การจัดการทรัพยากรน้ำ ป่าไม้ ทะเล จึงเป็นไปได้อย่างราบรื่นต่อเนื่องโดยไม่ต้องอาศัยอำนาจรัฐ หรือการดำเนินการของเอกชน ก็ได้

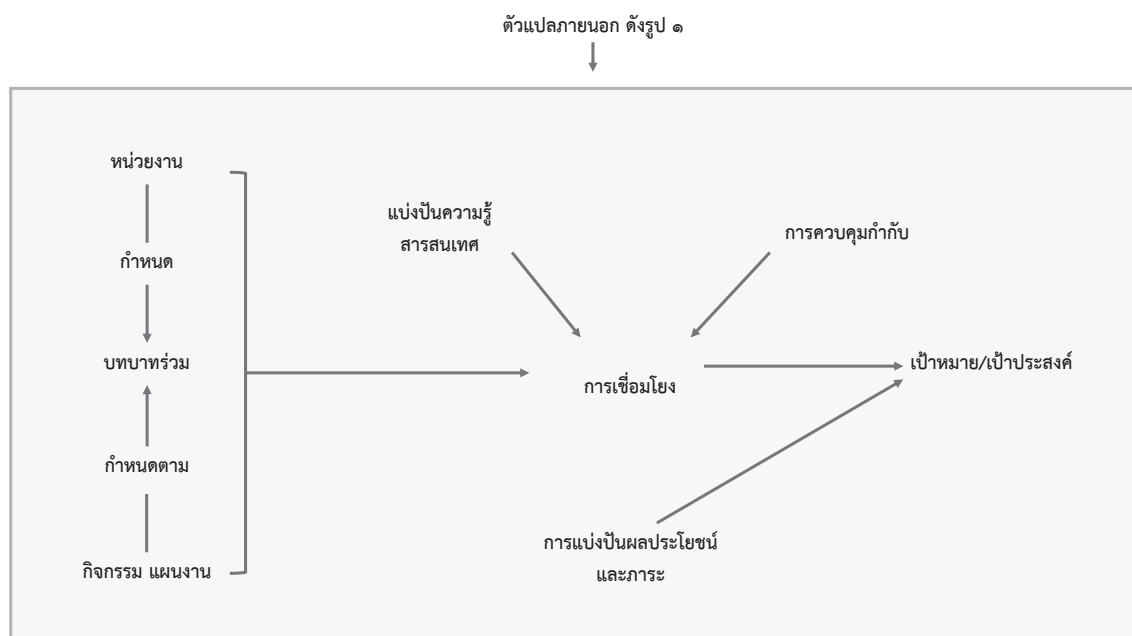
โดยใช้กรอบคิดตามหลัก coproduction ลองมาดูว่าจะอธิบายปรากฏการณ์ “น่านโมเดล” ได้อย่างไรให้เข้าใจที่มาที่ไปและนัยต่อการขยายผลให้เกิดการระดมบทบาทของภาคส่วนต่างๆ

ภาพที่ 6.1 Polycentric Governance (Coproduction) Concept



หมายเหตุ: ดัดแปลงจาก Ostrom⁽³¹⁾

ภาพที่ 6.2 ส่วนขยายของ action situation ในภาพที่ 6.1



หมายเหตุ: ดัดแปลงจาก Ostrom⁽³¹⁾

น่านโมเดล

ที่จังหวัดน่าน การป่วยและตายจากการดื่มสุราเป็นเรื่องใหญ่ประการหนึ่ง การแก้ปัญหานี้ได้สำเร็จจึงเป็นเรื่องน่าศึกษา แต่ในที่นี้ขอจำกัดขอบเขตการทำความเข้าใจ “น่านโมเดล” ไว้เฉพาะการป้องกันการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุจราจรเพื่อลดความซับซ้อนและความยาวของเนื้อหาการนำเสนอ แม้ในความเป็นจริงขอบเขตการแก้ปัญหาครอบคลุมการป่วยและตายจากการดื่มสุราทั้งหมด

จังหวัดน่านมีอัตราการตายด้วยการบาดเจ็บทางถนนเท่ากับ 4.97 ต่อแสนประชากรในปี 2555 ตัวเลขนี้น้อยที่สุด รองจากของกรุงเทพมหานครซึ่งต่ำที่สุดในประเทศ (1.26 ต่อแสนประชากร) แม้ว่าคนจังหวัดน่านดื่มสุรามากที่สุดในประเทศ⁽³⁶⁾ ทำไมน่านจึงมีความเสี่ยงต่ำถึงเพียงนี้ คนน่านทำอะไรกันจึงได้ผลเช่นนี้

นายแพทย์พงศ์เทพ วงศ์วัชรไพบูลย์ สกตบทรเรียนไว้ในวารสารคลินิก⁽³⁷⁾ ว่า สิ่งที่คนน่านเปลี่ยนแปลงสังคมได้แก่

- 1) เลิกดื่ม-ขายสุราในงานประเพณีต่างๆ เช่น แข่งเรือประจำปี งานกว๋าง (ประกวดแมลงจำพวกด้วง) และงานกาชาดประจำปี เป็นต้น
- 2) เลิกขายสุราในวัด
- 3) ยุติป้ายโฆษณาสุราในเขตเทศบาลเมือง
- 4) รณรงค์ส่งเสริมสังคมปลอดสุราด้วยการเผยแพร่ความรู้ผ่านสื่อหลายช่องทางและบังคับใช้กฎหมายไม่ขายสุราแก่เด็กและเยาวชน

ความเปลี่ยนแปลงสี่ประการนั้นเกิดขึ้นได้อย่างไร

เพื่อตอบคำถามนี้ ลองมาพิจารณาการวิเคราะห์ด้วยกรอบคิดตามหลัก coproduction ในประเด็นต่อไปนี้

Action situation (ปฏิสัมพันธ์นำสู่ผลลัพธ์: interactions link to outcomes)

ในการแก้ปัญหาอุบัติเหตุจราจรจากการดื่มสุราที่น่าน น่าจะเป็นไปได้ด้วยการสร้างบทบาทร่วมกันระหว่างหลายภาคส่วนได้แก่ สาธารณสุข สรรพสามิต ตำรวจ สื่อมวลชนท้องถิ่นตลอดจนส่วนอื่นในชุมชนเมืองน่าน โดยตั้งต้นจากการเชื่อมโยงความรู้และความเข้าใจร่วม

กันโดยอาศัยสถิติการบาดเจ็บ-ตายจากอุบัติเหตุฯ (ตรงกับ “แบ่งปันความรู้สารสนเทศ” ในภาพที่ 6.2) และการวิเคราะห์แนวทางป้องกันปัญหา นำไปสู่วงจรการอภิปรายซักถามโต้แย้งจนสามารถกำหนดร่วมกันว่าจะบรรลุเป้าหมายอะไร จะการควบคุมกำกับกับการกระทำร่วมกันอย่างไร และจะแบ่งปันผลประโยชน์/ภาระอย่างไร ผลประโยชน์อาจหมายถึง งบประมาณ กำลังคน เป็นต้น ซึ่งเป็นประโยชน์เฉพาะหน้า ขณะเดียวกันก็อาจรวมถึงประโยชน์ระยะยาว คือ โอกาสก้าวหน้าในวิชาชีพ การได้รับการยอมรับในสังคม การได้อาศัยในสังคมที่เสี่ยงต่อภัยจากการดื่มสุราน้อยลง

เมื่อผ่านขั้นตอนนี้ได้ก็จะคลี่คลายสู่การกำหนดแผนงานและกิจกรรม ครอบคลุมสิ่งองค์ประกอบข้างต้นร่วมกัน การเชื่อมโยงเป็นไปได้ด้วยการสร้างปฏิสัมพันธ์ในการประชุมจังหวัดอันเป็นรูปแบบการสื่อสารอย่างเป็นทางการที่สามารถเข้าถึงหน่วยงานรัฐในจังหวัดน่านได้โดยง่ายตามบริบทการบริหารราชการแบบรวมศูนย์อำนาจไว้ที่ผู้ว่าราชการจังหวัดในฐานะตัวแทนบริหารราชการส่วนภูมิภาคซึ่งขึ้นต่อการกำกับโดยส่วนกลาง

ในอดีต action situation โดยอาศัยเวทีประชุมจังหวัดทำนองนี้เคยเกิดขึ้นเมื่อครั้ง นายแพทย์วิวัฒน์ โรจนพิทยากร (ผู้ได้รับรางวัลเจ้าฟ้ามหิตล ปี พ.ศ. 2009) ริเริ่มนวัตกรรมป้องกันการระบาดของโรคเอดส์ด้วยการส่งเสริมการใช้ถุงยางอนามัย 100%^(39,39) บ่งชี้ว่า กลไกนี้เป็นองค์ประกอบแห่งความสำเร็จในการระดมบทบาทของภาคส่วนต่างๆ ที่น่าจะขยายผลได้ ภายใต้บริบทการเมืองแบบรวมศูนย์อำนาจดังกล่าวแล้ว (สอดคล้องกับ social, economics, and political settings ในภาพที่ 6.1)

ความคล้ายคลึงกันระหว่างน่านโมเดลและนวัตกรรมถุงยางอนามัย 100% ยังมีอีกประการที่น่าสนใจ นั่นคือการเชื่อมโยงกับอำนาจรัฐส่วนกลาง ในกรณีน่านโมเดล การเชื่อมโยงกับอำนาจรัฐส่วนกลางหมายถึงการสื่อสารกับรัฐมนตรีว่าการกระทรวงมหาดไทยในเวลานั้นจนปรากฏเป็นข่าวหนังสือพิมพ์ว่า รัฐมนตรีว่าการกระทรวงมหาดไทยสนับสนุน “น่านโมเดล”⁽³⁷⁾ อันเป็นสัญญาณ

เสริมบทบาทผู้ว่าราชการจังหวัดน่านให้สนับสนุน “น่านโมเดล” ในส่วนของนวัตกรรมอุทยานยางอนามัย 100% การสื่อสารกับกลไกรัฐส่วนกลางมุ่งหมายเพื่อขยายผลให้เป็นนโยบายระดับประเทศ⁽³⁸⁾ จะเห็นว่า ความสามารถในการสื่อสารสาธารณะของผู้ว่าการสร้างนวัตกรรมนับเป็นปัจจัยที่ขาดเสียมิได้ในการบรรลุผลสำเร็จของการระดมบทบาทของหลายภาคส่วน

นอกจากนี้ยังมีรูปแบบ action situation อื่นที่อาจเหมาะสมในการระดมบทบาทของภาคส่วนต่างๆ ดังตัวอย่างดังนี้

“เด็กกินดิน” เคยเป็นเรื่องโจษจันแพร่หลายในสังคมไทยก่อนยุคสังคมออนไลน์ เมื่อโครงการแต่น้องผู้หิวโหยของมูลนิธิเพื่อการพัฒนาเด็ก (มพด.) เผยแพร่ภาพเด็กกินดินบนฉากผืนดินแห้งแตกกระแหงผ่านสื่อโทรทัศน์ (สื่อสารสาธารณะที่แพร่หลายที่สุดในยุคนั้น) เพื่อเชิญชวนให้สังคมไทยช่วยกันแก้วิกฤต ทุนการศึกษา อาหารและเกษตรชุมชน ฯลฯ⁽⁴⁰⁾

กระแสนับรับโครงการนี้ บ่งชี้ว่า action situation อาจเกิดขึ้นด้วยการสื่อสารสาธารณะผ่านสื่อมวลชน เผยแพร่สาระของสื่อที่ออกแบบมาให้สอดคล้องกับระบบคุณค่าของสังคมไทย (related ecosystems ในภาพที่ 1) กล่าวคือ ในสายตาสังคมไทย เด็กเป็นที่น่าสนใจและได้รับความเมตตาเป็นพิเศษ และความอยู่รอดของเด็กเกี่ยวข้องกับโดยตรงกับเหตุปัจจัยทางสังคม ระบบคุณค่านี้ปรากฏรูปธรรมผ่านการดำรงอยู่ของมูลนิธิต่างๆ เกี่ยวกับสวัสดิภาพของเด็กมานานในสังคมไทย

ตัวอย่างข้างต้นเป็น action situation ในภาวะปกติ ในภาวะคับขัน action situation ก็เกิดขึ้นได้และอาจนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างมหภาคส่งผลกระทบระยะยาวต่อบทบาทของภาคส่วนต่างๆ เช่น การตรา พ.ร.บ. คัมครองผู้ประสบภัยจากธร พ.ศ. 2535 ภายหลังโศกนาฏกรรมรถชนแก๊สควาบนถนนเพชรบุรี การวางระบบเฝ้าระวังและเตือนภัยคลื่นสึนามิ ภายหลังคลื่นสึนามิถล่มจังหวัดพังงา และภูเก็ต พ.ศ. 2547 เป็นต้น

Polycentric Governance (Coproduct) Concept

Action situation ที่กล่าวมาเป็นส่วนหนึ่งของระบบใหญ่กว่าด้วยการอภิบาลระบบ (โดยหลายภาคส่วน) ร่วมกัน (polycentric governance) ซึ่งอาจเรียกว่า collective governance ก็ได้ Ostrom วิเคราะห์ว่า action situation เป็นพลวัตรใจกลางของ การอภิบาลระบบร่วมกัน และเชื่อมโยงในสองทิศทางกับอีก 4 องค์ประกอบ (ภาพที่ 1) ได้แก่

- ก) ระบบงบประมาณและกำลังคน (นั่นคือ ทรัพยากร)
- ข) หน่วยงานในฐานะกลไกระดมทรัพยากรเพื่อใช้ประโยชน์ตามพันธกิจของตน
- ค) การอภิบาลระบบ (กำกับติดตาม ประเมินผล กำหนดระเบียบ กติกา นโยบาย)
- ง) ความต้องการของกลุ่มเป้าหมาย

ทั้งหมดนี้สัมพันธ์กับเงื่อนไขภายนอกได้แก่ บริบททางเศรษฐกิจ สังคม และการเมือง ตลอดจนระบบนิเวศที่เกี่ยวข้อง

เมื่อย้อนกลับไปพิจารณาน่านโมเดล จะเห็นว่า ดำรง สรรพสามิต และสาธารณสุขเป็นตัวอย่างสามหน่วยงานที่มีความชอบธรรมและเข้าถึงแหล่งทรัพยากร อันจำเป็นต่อการดำเนินมาตรการทั้งสี่ในน่านโมเดลที่กล่าวไว้ข้างต้น action situation ที่เหมาะสมดังอภิปรายไว้ก็จะเปลี่ยนจุดยืนของหน่วยงานที่ไม่เคยเกี่ยวข้องกับมาตรการทั้งสี่ให้เห็นความสำคัญ ความเป็นไปได้และพร้อมใจขยายบทบาทซึ่งก็แปลว่า ทรัพยากรภายใต้หน่วยงานเหล่านี้ก็ถูกระดมไปสนับสนุนบทบาทขยาย การที่ action situation เกิดขึ้นในเวทีการประชุมจังหวัด (ไม่ได้แปลว่าเป็นเวทีลักษณะเดียวที่จำเป็น) ภายใต้การนำของผู้ว่าราชการจังหวัดก็เป็นโอกาสที่จะนำไปสู่องค์ประกอบย่อยของการอภิบาลระบบ ทั้งหมดนี้เป็นไปเพื่อตอบสนองความต้องการหลักหนีจากภัยคุกคามของการบริโภคสุราโปรดสังเกตุว่า ความต้องการนี้แม้มีมานานแต่จะไม่มีจุดหมายในระบบตามภาพที่ 6.1 จนกว่าจะมีการจัดการกับ

action situation อย่างเหมาะสม ด้วยเหตุนี้จึงน่าจะเข้าใจได้ว่า ทำไมความพยายามแก้ปัญหาการบริโภคสุรา หรือการระบาดของโรคเอดส์ในจังหวัดต่างๆ ก่อนหน้า กำเนิดนวัตกรรมที่จังหวัดน่านหรือที่จังหวัดราชบุรีในกรณี ฤงยางอนามัย 100% จึงไม่ได้ผล

6.3.3 บทสรุป

คำว่า “บทบาทของภาคส่วนต่างๆ ในงานพัฒนา สุขภาพ” จะมีความหมายต่อการยกระดับสุขภาพ

สังคมไทยก็ต่อเมื่อ ความเข้าใจและตระหนักต่อความหมายของ”สุขภาพ” และ”เหตุปัจจัยของสุขภาพ”ไป พันธุ์ของโรงพยาบาลของกระทรวงสาธารณสุข หรือของสาขาสุภาพ (health sector) ตามที่ขยายความ ถัดไป บนฐานความเข้าใจนั้น จำเป็นต้องอาศัยการจัดการ action situation ภายใต้อำนาจที่เหมาะสม ในที่นี้คือการอภิบาลระบบร่วมกัน (polycentric governance) ดังตัวอย่าง น่านโมเดลและกรณีอื่นๆ ที่บทความนี้พยายาม อภิปรายโดยเชื่อมโยงกับหลักการนี้

บทที่ 7

การพัฒนานโยบายสาธารณะ เพื่อสุขภาพแบบมีส่วนร่วม

7.1 นโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพแบบมีส่วนร่วม

7.1.1 ความหมาย แนวคิดและพัฒนาการของ นโยบายสาธารณะ

แนวคิดในการให้ความหมายของ “นโยบายสาธารณะ” อาจจำแนกออกเป็น 2 แนวคิด คือ แนวคิดแบบดั้งเดิม ซึ่งมีที่มาจากฐานคิดทางรัฐศาสตร์และการปกครอง ให้ความหมายว่า นโยบายสาธารณะ หมายถึง นโยบายของรัฐที่จะกระทำหรือไม่กระทำการใดๆ และแนวคิดที่สอง ซึ่งมาจากฐานคิดทางสังคมที่มองถึงพลังอำนาจที่เกิดจากการมีส่วนร่วมของภาคส่วนอื่นนอกเหนือจากภาครัฐในการร่วมเข้ามามีส่วนร่วมขับเคลื่อนสังคม เนื่องจากในอดีตที่ผ่านมาสังคมโดยทั่วไปยังมีความเข้าใจเกี่ยวกับนโยบายสาธารณะในรูปแบบของการประกาศนโยบายจากรัฐบาลหรือจากหน่วยงานภาครัฐ ซึ่งกระบวนการนโยบายสาธารณะในแนวคิดนี้ จะมีรูปแบบเป็นเส้นตรงจากบนลงล่าง (top-down policy) ซึ่งหลายกรณีที่มีการเกิดกระแสความขัดแย้งในการดำเนินงานตามโครงการพัฒนาต่างๆ ของรัฐในประเทศไทย ส่วนหนึ่งก็เกิดจากกระบวนการกำหนดนโยบายซึ่งทำโดยภาคการเมืองและภาคราชการ ขาดการเข้ามามีส่วนร่วมจากภาคส่วนอื่นของสังคม เช่น ภาคประชาชน นักวิชาการ เป็นต้น รวมทั้งส่วนใหญ่ยังขาดการบูรณาการการทำงานร่วมกันระหว่างหน่วยงานภาครัฐด้วยตนเอง ดังนั้นการทำการกิจกรรมต่างๆ ในพื้นที่ จึงยังเป็นลักษณะต่างคนต่างทำ ทำให้ขาดการเรียนรู้ร่วมกันในกระบวนการนโยบายสาธารณะที่ส่งผลกระทบถึงคุณภาพชีวิตของคนในพื้นที่ในด้านต่างๆ ในขณะที่บริบทของสังคมโลกาภิวัตน์ในปัจจุบัน รัฐสมัยใหม่

มีสภาพไร้พรมแดนและสังคมมีความซับซ้อนแยกย่อย แต่ละกลุ่มผู้คนมีความแตกต่างหลากหลายในการเลือกแนวทางการใช้ชีวิต ปัญหาที่เผชิญ ค่านิยมใหม่ๆ และอัตลักษณ์ของกลุ่มคนซึ่งมีความจำเพาะกับบริบทของพื้นที่ในท้องถิ่นต่างๆ ทำให้บทบาทของรัฐในการจัดการชีวิตทางการเมือง เศรษฐกิจ และสังคมวัฒนธรรมที่หลากหลายของผู้คนในสังคมไม่ครอบคลุมเพียงพอ อีกทั้งในช่วงหลังทศวรรษที่ 2530 เป็นต้นมา การเกิดขึ้นขององค์กรพัฒนาเอกชน มูลนิธิ สมาคมและกลุ่มพลเมืองต่างๆ รวมทั้งภาคธุรกิจที่ให้ความสนใจกับปัญหาสังคมและการเมือง กลายเป็นกระแสทางสังคม องค์กรและบุคคลนอกภาครัฐ (Non-state actors) มีบทบาทมากขึ้นในการร่วมกำหนดทิศทางการพัฒนาและร่วมดำเนินการแก้ปัญหาสาธารณะต่างๆ มิเวทีประชาคม ลานเสวนา รวมทั้งสื่อสาธารณะที่เปิดพื้นที่ให้เกิดการอภิปรายถกแถลง การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ การผลักดันและร่วมกำหนดนโยบาย รวมทั้งการตรวจสอบอำนาจทางการเมือง เกิดขึ้นอย่างกว้างขวาง⁽¹⁾ หลายพื้นที่มีชุมชนที่สามารถลุกขึ้นมาช่วยกันวางระบบการจัดการตนเองเพื่อสุขภาวะของชุมชน ดังนั้นระบบการเมืองแบบดั้งเดิมที่กระบวนการนโยบายสาธารณะมีจุดเน้นอยู่ที่รัฐและสถาบันบนกระบวนการทางการเมืองที่เป็นทางการ บนการตัดสินใจแบบรวมศูนย์อำนาจ บนการวิเคราะห์หาทางเลือกนโยบายที่ดี รวมทั้งการประเมินผลลัพธ์ของนโยบายโดยผู้รู้และนักเทคนิคการวิเคราะห์

นโยบายไม่เพียงพอที่จะจัดการการดำเนินชีวิตของผู้คนที่เปลี่ยนแปลงและซับซ้อนมากขึ้นอย่างในสังคมไทยปัจจุบัน ทำให้แนวคิดของนโยบายสาธารณะสมัยใหม่ได้ขยับพัฒนาไปเป็นแนวคิดแบบที่สอง คือ นโยบายสาธารณะที่หมายถึง “ทิศทาง แนวทางที่สังคมต้องการและมุ่งหวังที่จะดำเนินการไปในทิศทางนั้น” เป็นแนวคิดนโยบายสาธารณะอีกแบบหนึ่งหรือเรียกว่านโยบายสาธารณะแบบมีส่วนร่วม ซึ่งให้ความสำคัญกับการเปิดโอกาสให้ทุกภาคส่วนของสังคมเข้ามามีส่วนร่วมในกระบวนการนโยบายสาธารณะที่จะส่งผลกระทบในการพัฒนาคุณภาพชีวิตของคนในสังคมนั้นๆ รวมทั้งการใช้องค์ความรู้เป็นตัวนำการขับเคลื่อนในมิติของนโยบายสาธารณะแบบมีส่วนร่วมนี้ได้เปลี่ยนนิยามความหมายของนโยบายสาธารณะจากที่เป็นคำประกาศของรัฐมาสู่การกำหนดแนวทางการดำเนินชีวิตของผู้คนในสังคมเอง ดังนั้นในกระบวนการกำหนดนโยบายสาธารณะ จึงมีลักษณะเป็นกระบวนการปรึกษาหารือหรือถกเถียงของผู้คนในชุมชนที่เกี่ยวข้องกับการจัดการเรื่องราวในชีวิตของตนเอง ภายใต้ความมุ่งหวังต้องการแสวงหาสังคมและชีวิตที่ดี ซึ่งเป็นพลวัตของกระบวนการเรียนรู้ภายในพื้นที่สาธารณะ นโยบายสาธารณะในมิตินี้แสดงให้เห็นถึงความเคลื่อนไหวของคนในชุมชนท้องถิ่น ที่ต้องการสร้างวิถีชีวิตทางสังคมและการจัดการวิถีชีวิตด้วยตนเองในสังคมไทย ซึ่งเป็นการพัฒนากระบวนการนโยบายสาธารณะที่เป็นทางเลือกใหม่ของสังคม ในการพัฒนาคุณภาพชีวิตของคนในชุมชนด้วยตนเอง

กระบวนการนโยบายสาธารณะแบบมีส่วนร่วม เน้นการสร้างกระบวนการเรียนรู้ร่วมกันของคนในสังคม ซึ่งทำให้คนในชุมชนเกิดความตระหนักถึงปัญหาสาธารณะของชุมชนและนำไปสู่การกำหนดเป้าหมายและแนวทางการทำงานร่วมกัน นำนโยบายไปสู่การปฏิบัติและติดตามประเมินผลการดำเนินงานร่วมกัน เพื่อการปรับปรุงเปลี่ยนแปลงและพัฒนาอย่างต่อเนื่อง ซึ่งเชื่อมโยงกับแนวคิดประชาธิปไตยแบบมีส่วนร่วม ซึ่งเป็นการกระจาย

อำนาจและทรัพยากรต่างๆ และเป็นการที่คนทุกกลุ่มมีอำนาจในการตัดสินใจ โดยอำนาจควรได้รับการจัดสรรในระหว่างประชาชนอย่างเท่าเทียมกัน เพื่อให้ทุกๆ คน ได้มีโอกาสที่จะมีอิทธิพลต่อกิจกรรมส่วนรวม ซึ่งการมีส่วนร่วมของประชาชนมีความสำคัญในการสร้างประชาธิปไตยอย่างยั่งยืนและส่งเสริมธรรมาภิบาล ประชาธิปไตยแบบมีส่วนร่วม เปิดโอกาสให้ประชาชนได้แสดงทัศนะและมีส่วนร่วมในการตัดสินใจในเรื่องต่างๆ ที่จะมีผลต่อชีวิตความเป็นอยู่ของประชาชนเอง⁽²⁾

การที่จะเพิ่มบทบาทของพลเมืองในกระบวนการนโยบายสาธารณะให้เพิ่มมากขึ้นนั้น จำเป็นต้องดำเนินการภายใต้หลักการสำคัญ 3 หลักการ คือ (1) การเสริมสร้างความเข้มแข็งของพลเมืองและองค์กรชุมชน (2) การปรับบทบาทหน้าที่ของรัฐและหน่วยงานราชการและ (3) การส่งเสริมการเข้าร่วมของพลเมืองและองค์กรชุมชน⁽³⁾ ซึ่งสอดคล้องกับกระบวนการนโยบายสาธารณะแบบมีส่วนร่วมที่ให้ความสำคัญกับการสร้างพื้นที่สาธารณะหรือปริณิชนสาธารณะ (Public sphere) เพื่อให้ประชาชนกลุ่มต่างๆ และผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในประเด็นนโยบายหรือพื้นที่ที่เกี่ยวข้อง ได้มาร่วมกันถกเถียงปรึกษาหารือร่วมกันเกี่ยวกับแนวทางแก้ไขปัญหาและ/หรือการตัดสินใจในการแก้ไขปัญหา โดยมีนักวิเคราะห์นโยบายหรือหน่วยงานภาครัฐ ทำหน้าที่อำนวยความสะดวกให้เกิดการสร้างพื้นที่สาธารณะ แต่ไม่ไปครอบงำการตัดสินใจของผู้มีส่วนร่วมในกระบวนการถกเถียง ดังที่เรื่องวิทยุ เกษสุวรรณ ได้เสนอบทบาทของนักวิเคราะห์นโยบายในการเปิดพื้นที่สาธารณะ คือ การใช้ความชำนาญทางเทคนิคช่วยให้ข้อมูลที่เกี่ยวข้องอย่างรอบด้าน และช่วยอำนวยความสะดวกที่เอื้อให้เกิดการนำเสนอความคิดเห็นของกลุ่มต่างๆ อย่างเป็นระบบและอย่างมีส่วนร่วมเพื่อให้ได้ข้อสรุปที่จะนำไปสู่การเสนอแนะเชิงนโยบายหรือการตัดสินใจนโยบาย⁽⁴⁾

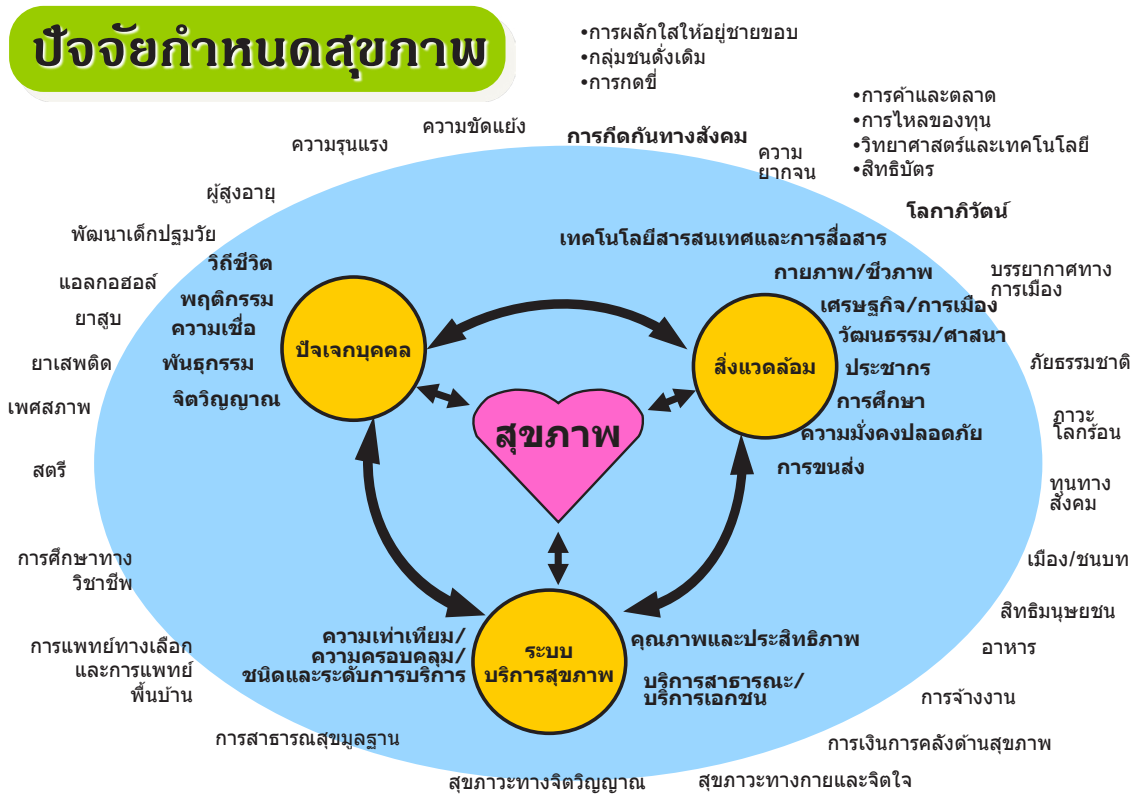
7.1.2 จากนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ (Healthy Public Policy) พัฒนาไปสู่ทุกนโยบายห่วงใยสุขภาพ (Health in All Policies)

นโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ (Healthy Public Policy) ซึ่งหมายถึง “นโยบายที่แสดงความห่วงใยอย่างชัดเจนในเรื่องสุขภาพ พร้อมทั้งจะรับผิดชอบต่อผลกระทบทางสุขภาพที่อาจเกิดขึ้นจากนโยบายนั้น ขณะเดียวกันก็เป็นนโยบายที่มุ่งสร้างเสริมสิ่งแวดล้อมทั้งทางสังคมและกายภาพที่เอื้อต่อการมีชีวิตที่มีสุขภาพดีและมุ่งให้ประชาชนมีทางเลือกและสามารถเข้าถึงทางเลือกที่ก่อให้เกิดสุขภาพดีได้” ได้ถูกกำหนดเอาไว้ใน “กฎบัตรรอตตาวาเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ” เมื่อปี พ.ศ. 2529⁽⁵⁾ ถือเป็นจุดเริ่มต้นของ “การสาธารณสุขแนวใหม่ (new public health)” ที่ตระหนักถึงบทบาทของภาคส่วนต่างๆ และเห็นถึงความจำเป็นของการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของชุมชนในการควบคุมปัจจัยกำหนดสุขภาพ รวมถึงปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม ทั้งกายภาพ เศรษฐกิจ และสังคมที่ส่งผลต่อสุขภาพ และแนวคิดนี้ได้ถูกพัฒนาอย่างต่อเนื่องในการประชุมนานาชาติว่าด้วยการสร้างเสริมสุขภาพครั้งต่อๆ มา ซึ่งมีข้อสรุปว่าปัจจัยสำคัญที่จะผลักดันให้เกิดนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ คือความรับผิดชอบของรัฐบาลที่มีต่อสุขภาพ ภาครัฐทั้งด้านเกษตรกรรม อุตสาหกรรม พาณิชยกรรม การศึกษา และคมนาคม ต้องให้ความสำคัญกับสุขภาพไม่น้อยไปกว่าเศรษฐกิจ และจำเป็นต้องคำนึงถึงผลกระทบด้านสุขภาพในการกำหนดและดำเนินนโยบายทุกครั้ง การสร้างนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพจึงควรมีการประสานและบูรณาการนโยบายทางเศรษฐกิจ สังคม และสุขภาพ ให้เป็นการปฏิบัติที่มีลักษณะผสมกลมกลืน รวมทั้งต้องส่งเสริมบทบาทการสร้างเสริมสุขภาพของภาคส่วนอื่นๆ ในสังคม เช่น ธุรกิจเอกชน องค์กรพัฒนาเอกชน องค์กรชุมชน สหภาพแรงงาน สมาคมวิชาชีพ และผู้นำศาสนา โดยนัยยะข้างต้น การกำหนดนโยบายสาธารณะต่างๆ ย่อมต้องคำนึงถึงผลกระทบต่อบุคคล และสภาพแวดล้อมที่จะเกิดขึ้นกับสุขภาพหรือสุขภาพะ ไม่ว่าจะเป็นผลกระทบทางบวกทางลบ หรือโดยตรงโดยอ้อม เช่น นโยบาย

การคมนาคม นโยบายการเจรจาการค้าเสรี นโยบายการส่งเสริมการลงทุน นโยบายการให้สัมปทานเหมืองแร่ นโยบายด้านสิ่งแวดล้อมและวัตถุดิบทรายต่างๆ นโยบายสาธารณะต่างๆ ที่ให้ความสำคัญกับสุขภาพจึงเป็นนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพทั้งสิ้น⁽⁶⁾

นโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ เป็นกลไกสำคัญในการขับเคลื่อนการพัฒนาปัจจัยสังคมกำหนดสุขภาพ (social determinants of health: SDH) (ภาพที่ 7.1) ซึ่งจะทำให้เกิดความเป็นธรรมด้านสุขภาพ (health equity) โดยที่องค์การอนามัยโลกได้ให้ความหมาย ปัจจัยสังคมกำหนดสุขภาพ ว่าหมายถึง สภาพแวดล้อมที่บุคคลเกิด เติบโต ทำงาน และดำรงชีวิตอยู่ รวมถึงปัจจัยและระบบต่างๆ ที่เข้ามามีส่วนกำหนดสภาพแวดล้อมเหล่านั้นด้วย ปัจจัยและระบบต่างๆ เหล่านี้ ได้แก่ นโยบายและระบบเศรษฐกิจ ทิศทางการพัฒนา บรรทัดฐานในสังคม นโยบายทางสังคม และระบบการเมืองการปกครอง⁽⁷⁾ ในปี พ.ศ. 2551 คณะกรรมาธิการปัจจัย-สังคมกำหนดสุขภาพ (Commission on Social Determinants of Health: CSDH) ขององค์การอนามัยโลกได้จัดทำรายงานชื่อ “Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health” พร้อมเสนอแนวทางใหม่ในการพัฒนาว่า การเติบโตทางเศรษฐกิจอย่างเดียวโดยไม่มีนโยบายที่จะทำให้ผลประโยชน์กระจายตัวอย่างเป็นธรรม จะส่งผลกระทบทางลบต่อสุขภาพและความเป็นธรรมทางสุขภาพ ซึ่งนำไปสู่มติของสมัชชาอนามัยโลก ปีที่ 62 ซึ่งเรียกร้องให้ประเทศสมาชิกให้ความสำคัญกับการพัฒนาปัจจัยทางสังคมที่กำหนดสุขภาพเพื่อให้เกิดความเป็นธรรมทางสุขภาพ ที่ผ่านมาสังคมมักให้กระทรวงสาธารณสุขและองค์กรด้านสุขภาพรับผิดชอบเรื่องสุขภาพและการเจ็บป่วยของประชาชน แต่พบว่าการเจ็บป่วยและการะโรคเป็นผลมาจากเงื่อนไขทางสังคมและสิ่งแวดล้อม หรือเป็นผลของนโยบายและโครงสร้างทางสังคม การแก้ปัญหาจึงต้องนำทุกสถาบันทุกภาคส่วนของสังคมมาช่วยกันแก้ไข⁽⁸⁾

ภาพที่ 7.1 ปัจจัยสังคมกำหนดสุขภาพ



ที่มา: อัมพล จินดาวัฒนะ2

การประชุมสมัชชาอนามัยโลก ครั้งที่ 65 ได้มีมติเห็นชอบคำประกาศริโอ (Rio Political Determinants Declaration) เมื่อปี พ.ศ. 2554 ซึ่งเรียกร้องให้ประเทศสมาชิกให้ความสำคัญกับประเด็นต่างๆ ในการพัฒนาปัจจัยสังคมที่กำหนดสุขภาพ เพื่อนำไปสู่ความเป็นธรรมทางสุขภาพ ดังนี้

1. ยอมรับการปรับปรุงการอภิบาลระบบสุขภาพและการพัฒนา
2. ส่งเสริมการมีส่วนร่วมในกระบวนการจัดทำนโยบาย และน่านโยบายไปปฏิบัติ
3. สนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ และการลดความไม่เป็นธรรมทางสุขภาพ
4. สร้างความเข้มแข็งของการอภิบาลและการประสานการทำงานในระดับโลก
5. กำกับดูแลและติดตามความก้าวหน้า และเพิ่มความรับผิดชอบร่วม

ต่อมาในการประชุมส่งเสริมสุขภาพนานาชาติ ครั้งที่ 8 ที่ประเทศฟินแลนด์ เมื่อปี พ.ศ. 2556 ที่ประชุมได้นำหลักการสำคัญจากคำประกาศริโอ เรื่อง ปัจจัยกำหนดสุขภาพและมติสมัชชาสหประชาชาติ ว่าด้วยเรื่อง การป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อ มาพัฒนากำหนดเป็นประเด็นหลักของการประชุม ว่าด้วย Health in All Policies (HiAP) หรือ “ทุกนโยบายห่วงใยสุขภาพ” ชื่อเรียกร้องที่ประเทศสมาชิกมีฉันทมติร่วมตาม The Helsinki Statement on Health in All Policies คือ “ขอให้รัฐบาลของทุกประเทศให้ความมั่นใจว่าการพิจารณาประเด็นด้านสุขภาพนั้น ต้องผ่านกระบวนการพัฒนาโยบายที่โปร่งใส มีความรับผิดชอบและเปิดโอกาสให้เกิดการทำงานข้ามภาคส่วนต่างๆ ที่เกี่ยวข้องในสังคม เพื่อให้เกิดผลประโยชน์ร่วม (Co-benefit) ที่ค้ำึงถึงสังคมส่วนรวม” ของทุกภาคส่วน⁽¹⁰⁾ แถลงการณ์ดังกล่าว ระบุว่า รัฐบาลมีหน้าที่และความผูกพันต่อสุขภาพและสภาวะของประชาชนและต้องนำไปปฏิบัติให้เป็น

จริง ต้องให้ความสำคัญกับสุขภาพและความเป็นธรรมทางสุขภาพ โดยยอมรับในแนวคิด “ทุกนโยบายห่วงใยสุขภาพ” (HiAP) และการดำเนินงานเพื่อจัดการปัจจัยสังคมกำหนดสุขภาพพร้อมสร้างศักยภาพและความเข้มแข็งให้แก่กระทรวงสาธารณสุข ในการทำงานร่วมกับกระทรวง หน่วยงาน รวมถึงสถาบันอื่นๆ ทั้งบทบาทการนำ การสร้างความสัมพันธ์ การกระตุ้นและเป็นสื่อเชื่อมโยงให้เกิดการดำเนินงานที่เกิดผลดีต่อสุขภาพ สิ่งสำคัญคือต้องสร้างความไว้วางใจระหว่างกันผ่านกลไกประเมินผลกระทบทางสุขภาพ(Health Impact Assessment: HIA) ที่โปร่งใสและเชื่อถือได้ของทุกฝ่าย

ในปัจจุบันองค์การอนามัยโลกให้ความสำคัญกับการพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพภายใต้แนวคิด “ทุกนโยบายห่วงใยสุขภาพ” อย่างมาก ในปี พ.ศ. 2557 ได้เผยแพร่เอกสารกรอบแผนปฏิบัติงานตามแนวคิด “ทุกนโยบายห่วงใยสุขภาพ” ระดับประเทศ (Health in All Policies Framework for Country Action) พร้อมทั้งที่ประชุมสมัชชาอนามัยโลกครั้งที่ 67 ได้มีฉันทมติในระเบียบวาระ “contributing to social and economic development: sustainable action across sectors to improve health and health equity” โดยให้ความสำคัญกับการขับเคลื่อนแนวคิด “ทุกนโยบายห่วงใยสุขภาพ” ให้เกิดขึ้นอย่างเหมาะสมกับบริบทของประเทศสมาชิก ทั้งนี้ในปี พ.ศ. 2560 มีการก่อตั้งเครือข่าย the Global Network for Health in All Policies (GNHiAP) เป็นเครือข่ายที่เกิดขึ้นจากการรวมตัวกันอย่างหลวมๆ ของประเทศต่างๆ ที่มีความสนใจร่วมกัน มีเป้าหมายเพื่อการเปลี่ยนประสบการณ์และเรียนรู้ร่วมกัน รวมถึงการส่งเสริมและสนับสนุนการขับเคลื่อนแนวคิดทุกนโยบายห่วงใยสุขภาพและการพัฒนาระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าไปสู่การปฏิบัติในระดับต่างๆ เพื่อการบรรลุเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน (Sustainable Development Goals: SDGs) โดยได้เผยแพร่แถลงการณ์ของเครือข่ายในการประชุมวิชาการซึ่งจัดขึ้นในระหว่างการประชุมสมัชชาอนามัยโลก ครั้งที่ 70⁽¹¹⁾ นอกจากนี้ องค์การอนามัยโลก ได้พัฒนาชุดความรู้ เครื่องมือในการพัฒนานโยบายสาธารณะตามแนวคิดทุกนโยบาย

ห่วงใยสุขภาพและมีการเผยแพร่อย่างต่อเนื่อง เช่น เอกสาร Progressing the Sustainable Development Goals through Health in All Policies: Case studies from around the world⁽¹²⁾ ซึ่งประกอบด้วยกรณีศึกษาการพัฒนาและขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะตามแนวคิดทุกนโยบายห่วงใยสุขภาพ ที่มีการดำเนินการในประเทศต่างๆ รวมทั้งสมัชชาสุขภาพแห่งชาติของประเทศไทย ซึ่งเป็นกลไกการพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพแบบมีส่วนร่วมตามพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 และเป็นเครื่องมือที่สำคัญในการขับเคลื่อนแนวคิด “ทุกนโยบายห่วงใยสุขภาพ” ให้ไปสู่การปฏิบัติอย่างเป็นรูปธรรม

การส่งเสริมให้เกิดสุขภาพ จำเป็นต้องอาศัยการทำงานหลายภาคส่วน เพื่อสร้างพฤติกรรมที่มีสุขภาพะ รวมไปถึงการบูรณาการความเป็นธรรมทางสุขภาพ ลงไปในทุกนโยบาย ทุกระบบและทุกโครงการตามแนวคิด “ทุกนโยบายห่วงใยสุขภาพ” ซึ่งเป็นลักษณะของนโยบายสาธารณะข้ามสาขา ที่มีการคำนึงถึงประเด็นด้านสุขภาพอย่างเป็นระบบในกระบวนการพิจารณาตัดสินใจ แสวงหาการสานพลังและหลีกเลี่ยงผลกระทบที่จะเป็นอันตรายต่อสุขภาพหรือการพัฒนา ระบบสุขภาพ แนวคิดนี้สะท้อนหลักการของความชอบธรรม ความรับผิดชอบ ความโปร่งใสในการเข้าถึงข้อมูล การมีส่วนร่วม ความยั่งยืน และความร่วมมือระหว่างหน่วยงานภาครัฐทุกสาขาในทุกระดับ⁽¹³⁾ แนวคิด HiAP สอดคล้องกับแนวทางการขับเคลื่อนกลไกต่างๆ ตามพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 ที่เน้นการจัดกระบวนการเพื่อให้เกิดการขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพแบบมีส่วนร่วม แต่ในทางปฏิบัติยังสามารถขับเคลื่อนข้อเสนอเชิงนโยบายไปสู่การปฏิบัติได้ไม่มากนัก ซึ่งการที่จะสร้างการเปลี่ยนแปลงให้เกิดขึ้น จำเป็นต้องให้ความสำคัญกับการทำให้เกิดความรู้สึกรับผิดชอบของผู้กำหนดนโยบายสาธารณะ สำหรับผลกระทบต่อสุขภาพในทุกระดับของการวางนโยบาย รวมถึงการให้ความสำคัญกับผลกระทบของนโยบายสาธารณะต่อปัจจัยที่กำหนดสุขภาพและความเป็นอยู่ของประชาชน ซึ่งจะนำไปสู่การพัฒนาอย่างยั่งยืน

7.2. พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 กับการพัฒนาโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพของไทย

7.2.1 พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550

พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 มีจุดกำเนิดมาจากกระแสการปฏิรูประบบสุขภาพที่เริ่มเกิดขึ้นทั่วโลกตั้งแต่ปี พ.ศ. 2533 ด้วยสาเหตุสำคัญหลายประการ เช่น ค่าใช้จ่ายทางการแพทย์ที่สูงขึ้น การขาดหลักประกันในการเข้าถึงบริการสุขภาพของประชาชน คุณภาพบริการต่ำ เป็นต้น โดยมุ่งเน้นการปฏิรูประบบทางการแพทย์หรือการบริการใช้มาตรการทางการเงินเป็นสำคัญ สำหรับประเทศไทย กระแสการปฏิรูประบบสุขภาพที่เกิดขึ้น มีจุดต่างสำคัญที่การปฏิรูปของไทย เน้นการขับเคลื่อนและการประสานพลัง ทั้งพลังทางวิชาการทางสังคมและทางการเมือง ระบบสุขภาพใหม่ที่พึงประสงค์ของไทย จึงเน้นการป้องกันโรคและการสร้างเสริมสุขภาพ ปรับระบบคิดและระบบโครงสร้างการทำงานให้เป็นแบบองค์รวม กระจายบทบาทและเสริมสร้างศักยภาพให้กับประชาชน ชุมชนและสังคมร่วมรับผิดชอบดูแลสุขภาพ ตั้งแต่ระดับพฤติกรรมส่วนบุคคล จนถึงการร่วมกำหนดนโยบายด้านสุขภาพและร่วมบริหารจัดการสุขภาพของชุมชนท้องถิ่นและระดับประเทศ โดยในปี พ.ศ. 2543 คณะกรรมาธิการการสาธารณสุข วุฒิสภา ได้จัดทำรายงานระบบสุขภาพประเทศไทย ที่มีข้อเสนอการปฏิรูประบบสุขภาพ สืบเนื่องจากรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2540 นำเสนอภาพพึงประสงค์ของระบบสุขภาพ และเสนออย่างชัดเจนให้พิจารณาจัดทำร่างพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ เพื่อเป็นกฎหมายแม่บทสำหรับระบบสุขภาพที่จะเอื้อต่อการพัฒนาสุขภาพอนามัยของประชาชนในระยะยาว นับเป็นครั้งแรกที่คำว่า “ระบบสุขภาพ (health system)” ถูกใช้อย่างเป็นทางการ เพื่อให้ความหมายที่กว้างขวางครอบคลุมมากกว่าคำว่า “ระบบสาธารณสุข (public health system)” ที่ใช้กันมาแต่เดิม ผลจากการเสนอรายงานได้ทำให้กระบวนการปฏิรูประบบสุขภาพไทยก่อเกิดอย่างเป็นทางการตามระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยการปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ เมื่อวันที่ 31 กรกฎาคม พ.ศ. 2543 โดยวางกลไกการทำงานเชื่อมประสานระหว่างสามภาค

ส่วนที่สำคัญ คือ ประชาชน วิชาการ และการเมือง หรือ “ยุทธศาสตร์สามเหลี่ยมเขยื้อนภูเขา” คณะกรรมการปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ (คปรส.) มีนายกรัฐมนตรีเป็นประธาน กรรมการมาจากภาคส่วนสำคัญทั้งสามส่วน และจัดตั้งสำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ (สปรส.) ขึ้นภายใต้สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) ทำหน้าที่เป็นสำนักงานเลขานุการ ผลักดันการปฏิรูประบบสุขภาพของชาติ โดยการจัดทำพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติให้เป็นกฎหมายแม่บทด้านสุขภาพของสังคมไทย

ทิศทางการปฏิรูประบบสุขภาพไทย มุ่งที่การ “สร้างนำซ่อม” จึงเน้นปฏิรูปไปถึงวิถีคิดของคนไทยทั้งสังคมเกี่ยวกับระบบสุขภาพ รวมถึงกระตุ้นให้ตระหนักถึงสิทธิด้านสุขภาพ ตระหนักว่าสุขภาพเป็นเรื่องของทุกคน ไม่ใช่เรื่องของการรอให้รัฐจัดมาให้ และเป็นเรื่องที่กว้างกว่า “โรค” และ “อวัยวะ” เป็นเรื่องของ “ระบบทั้งมวลที่เกี่ยวข้องสัมพันธ์กันเป็นองค์รวมอันสามารถส่งผลต่อสุขภาพของประชาชนทั้งประเทศ รวมถึงปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพทั้งปวง ได้แก่ ปัจจัยด้านบุคคล สภาพแวดล้อม เศรษฐกิจ สังคม กายภาพ และชีวภาพ รวมทั้งปัจจัยด้านระบบบริการสุขภาพ” กระบวนการขับเคลื่อนการปฏิรูประบบสุขภาพ ใช้การจัดทำร่างพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ เป็นเครื่องมือในการระดมความร่วมมือและความคิดเห็นจากทุกภาคส่วน การยกร่างพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ... จึงเป็นทั้งกระบวนการ (process) และเป้าหมาย (target) ซึ่งแตกต่างจากการยกร่างกฎหมายแต่เดิม ที่เน้นการเขียนตัวบทกฎหมายเป็นหลัก ในช่วงเวลาเกือบ 8 ปี ของการยกร่างกฎหมายนี้ จึงมีเวทีรับฟังความคิดเห็นกว่า 1,000 เวที มีองค์กรภาคีกว่า 3,000 เครือข่าย มีผู้เข้าร่วมกว่า 100,000 คน โดยมีเครือข่ายประชาคมสุขภาพ หน่วยงานรัฐ และนักวิชาการสุขภาพ เป็นแกนทำงานที่สำคัญ จนในที่สุดพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 ได้ผ่านการพิจารณาของสภานิติบัญญัติแห่งชาติในวาระ 3 เมื่อวันที่ 4 มกราคม พ.ศ. 2550 และมีผลบังคับใช้นับแต่ประกาศในราชกิจจานุเบกษา เมื่อวันที่ 19 มีนาคม พ.ศ. 2550⁽¹⁴⁾

พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550⁽¹⁴⁾ ให้ความหมายของคำว่า “สุขภาพ” ขยายออกไปกว้างขึ้นกว่าเดิม โดยหมายถึง “ภาวะของมนุษย์ที่สมบูรณ์ ทั้งทางกาย ทางจิต ทางปัญญา และทางสังคมเชื่อมโยงกันเป็นองค์รวมอย่างสมดุล” การเปลี่ยนแปลงนิยามนี้ นับเป็นการเปลี่ยนกระบวนทัศน์ในการทำงานด้านสุขภาพใหม่ ปรับจากบริบททางชีวการแพทย์ (bio-medical model) มาเป็นบริบททางสังคม (bio-social model) ปรับการเน้นการรักษาความเจ็บป่วย (illness) มาเน้นที่การส่งเสริมและรักษาให้มีสุขภาพดี (wellness) และปรับจากการมุ่งยกระดับพฤติกรรมส่วนบุคคล (individual behavior) ไปเป็นมุ่งสร้างการมีส่วนร่วมในการพัฒนานโยบายสาธารณะด้านสุขภาพ (healthy public policy) นอกจากนี้ยังให้การรับรองสิทธิด้านสุขภาพของประชาชนไว้หลายประการ เช่น สิทธิคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลด้านสุขภาพ สิทธิปฏิเสธการรักษาในวาระสุดท้ายแห่งชีวิต และมีมาตราที่รับรองสิทธิของประชาชนในการมีส่วนร่วมในกระบวนการพัฒนานโยบายสาธารณะ ซึ่งมีการขับเคลื่อนอย่างเป็นรูปธรรมในหลายประเด็น เช่น ในเรื่องสิทธิด้านข้อมูลสุขภาพส่วนบุคคล คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ ได้ประกาศแนวทางปฏิบัติในการใช้สื่อสังคมออนไลน์ของผู้ปฏิบัติงานด้านสุขภาพ พ.ศ. 2559 เมื่อวันที่ 30 ธันวาคม 2559 เพื่อให้สอดคล้องกับมาตรา 7 แห่งพรบ.สุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 ซึ่งกำหนดให้ข้อมูลด้านสุขภาพของบุคคล เป็นความลับส่วนบุคคล ผู้ใดจะนำไปเปิดเผยในประการที่น่าจะทำให้บุคคลนั้นเสียหายไม่ได้ เว้นแต่การเปิดเผยนั้นเป็นไปตามความประสงค์ของบุคคลนั้น หรือกฎหมายเฉพาะบัญญัติให้ต้องเปิดเผย และปัจจุบันมีการใช้งานสื่อสังคมออนไลน์อย่างแพร่หลายทั้งในเรื่องการทำงานและการดำเนินชีวิต หากบุคลากรด้านสุขภาพใช้ไม่เหมาะสมอาจทำให้เกิดปัญหาในเรื่องการคุ้มครองข้อมูลด้านสุขภาพของผู้รับบริการสุขภาพได้

พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 เป็นกฎหมายที่ให้ความสำคัญกับกระบวนการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนในสังคมในการเข้ามาร่วมกันพัฒนานโยบายสาธารณะ มีกลไกการขับเคลื่อนที่สำคัญ คือ คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (คสช.) เป็นกลไกเสนอแนะหรือให้คำ

ปรึกษาต่อคณะรัฐมนตรีเกี่ยวกับนโยบายและยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพและติดตามผลการดำเนินงานตามที่ได้เสนอแนะหรือให้คำปรึกษาดังกล่าว ตามมาตรา 25⁽²⁾ และยังมีหน้าที่ประสานสนับสนุนการพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพในทุกระดับ มีนายกรัฐมนตรีเป็นประธาน มีองค์ประกอบตามยุทธศาสตร์ “สามเหลี่ยมเขยื้อนภูเขา” คือ การประสานพลังการเมือง ได้แก่ รัฐมนตรีกระทรวงสาธารณสุขและกระทรวงอื่นๆ ที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับระบบสุขภาพ ผู้แทนองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นทุกระดับ รวม 13 คน ปลัดวิชาการ ได้แก่ ผู้ทรงคุณวุฒิ ผู้แทนสภาวิชาชีพ รวม 13 คน และพลังสังคม ได้แก่ ผู้แทนองค์กรเอกชนที่ไม่แสวงหากำไร 13 คนจาก 13 เขตทั่วประเทศ การออกแบบคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติสะท้อนแนวคิดสุขภาพเป็นเรื่องของทุกคน มีผู้เกี่ยวข้องหลากหลาย และสุขภาพเป็นเป้าหมายร่วมของสังคมทั้งหมด (All for Health for Health for All) และให้มีสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.) เป็นหน่วยเลขานุการ ซึ่งมีบทบาทสนับสนุนการสร้างการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน เพื่อพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพผ่านเครื่องมือต่างๆ เช่น การประเมินผลกระทบทางด้านสุขภาพ การจัดสมัชชาสุขภาพระดับชาติ สมัชชาสุขภาพระดับพื้นที่และสมัชชาสุขภาพเฉพาะประเด็น เป็นต้น โดยมีธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติเป็นกรอบทิศทางการดำเนินงานในการพัฒนาระบบสุขภาพ

7.2.2 การพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพแบบมีส่วนร่วม ภายใต้พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550

การพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพแบบมีส่วนร่วม เพื่อพัฒนาปัจจัยสังคมกำหนดสุขภาพและขับเคลื่อนแนวคิดทฤษฎีนโยบายห่วงใยสุขภาพในประเทศไทย ดำเนินการผ่านกลไกและเครื่องมือต่างๆ ภายใต้พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 ซึ่งเป็นกฎหมายที่ให้ความสำคัญกับกระบวนการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนในสังคมในการพัฒนานโยบายสาธารณะ มีกลไกการดำเนินงานที่สำคัญ คือ คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (คสช.) ซึ่งมีสำนักงานคณะกรรมการ

สุขภาพแห่งชาติ (สช.) เป็นสำนักงานเลขานุการดำเนินการผ่านเครื่องมือต่างๆ เช่น การประเมินผลกระทบทางด้านสุขภาพ การจัดสมัชชาสุขภาพระดับชาติ สมัชชาสุขภาพระดับพื้นที่และสมัชชาสุขภาพเฉพาะประเด็น การส่งเสริมสิทธิและหน้าที่ด้านสุขภาพ และคณะกรรมการที่ขับเคลื่อนประเด็นเฉพาะด้านต่างๆ เป็นต้น โดยมีธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ เป็นกรอบทิศทางดำเนินการในการพัฒนาระบบสุขภาพ

1) ธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ (National Health Statute)

พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 กำหนดให้คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติจัดทำธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ เพื่อเป็น “กรอบและแนวทางในการกำหนดนโยบาย ยุทธศาสตร์และการดำเนินงานด้านสุขภาพของประเทศ” โดยเสนอผ่านความเห็นชอบจากคณะรัฐมนตรี ก่อนรายงานให้สภาผู้แทนราษฎรและวุฒิสภาทราบ และประกาศในราชกิจจานุเบกษา โดยกำหนดให้ทบทวนสาระอย่างน้อยทุก 5 ปี เพื่อให้ทันการเปลี่ยนแปลงของระบบสุขภาพ ในทางปฏิบัติ ธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพฯ เป็นภาพอนาคตพึงประสงค์ของระบบสุขภาพทุกระดับ ทุกหน่วยงาน องค์กร ชุมชน และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น สามารถนำไปใช้อ้างอิงประกอบการจัดทำแผนนโยบายหรือกติการ่วมของชุมชนได้

ธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 2 พ.ศ. 2559 ผ่านความเห็นชอบจากคณะรัฐมนตรี เมื่อวันที่ 9 สิงหาคม 2559 หลังจากที่ได้รายงานสภานิติบัญญัติแห่งชาติทราบแล้ว คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ จึงได้ประกาศธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 2 พ.ศ. 2559 เมื่อวันที่ 8 พฤศจิกายน 2559 ได้เสนอภาพรวมของหลักการสำคัญ และเนื้อหาสาระสาระรายหมวด 14 หมวด ซึ่งจะให้ความสำคัญกับสมดุลของการอภิบาลระบบสุขภาพ การมีส่วนร่วมและการส่งเสริมให้ทุกภาคส่วนนำแนวทาง “ทุกนโยบายห่วงใยสุขภาพ” (Health in All Policies: HiAPs) ไปใช้ในการกำหนดนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ สาระสำคัญของธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 2 พ.ศ. 2559⁽¹⁵⁾ มีดังนี้

1.1) หลักการสำคัญของระบบสุขภาพ ประกอบด้วยสาระสำคัญใน 3 หมวดแรก ได้แก่

- ปรัชญาและแนวคิดหลักของระบบสุขภาพ สุขภาพเป็นสิทธิขั้นพื้นฐานของคน โดยบุคคลมีความตระหนักรู้และมีบทบาทในการดูแลสุขภาพของตนเอง ครอบครัว บุคคลในความดูแล และชุมชน มิให้เกิดความเสียหายทางสุขภาพ หรือหลีกเลี่ยงพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม โดยรัฐมีหน้าที่ส่งเสริมสนับสนุนและคุ้มครอง ทั้งนี้ระบบสุขภาพเป็นส่วนหนึ่งของระบบสังคมและความมั่นคงของประเทศ การกำหนดนโยบายสาธารณะต้องคำนึงถึงผลกระทบด้านสุขภาพเสมอและระบบสุขภาพต้องให้ความสำคัญกับศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ ความเป็นธรรม ลดความเหลื่อมล้ำ

- คุณลักษณะที่พึงประสงค์และเป้าหมายของระบบสุขภาพ รัฐและทุกภาคส่วนต้องให้ความสำคัญกับการสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันควบคุมโรคและการจัดการกับปัจจัยสังคมที่กำหนดสุขภาพ รวมทั้งการมีหลักประกันและการคุ้มครองให้เกิดสุขภาพที่จะนำไปสู่สุขภาพะที่มั่นคงและยั่งยืนของทุกกลุ่มวัย การพัฒนาระบบสุขภาพต้องเชื่อมโยงกัน และต้องสนับสนุนให้ทุกภาคส่วนนำแนวทาง “ทุกนโยบายห่วงใยสุขภาพ (Health in All Policies)” ไปใช้เพื่อให้เกิดนโยบายที่เอื้อต่อการมีสุขภาพที่ดีและไม่ก่อให้เกิดผลกระทบที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพในทุกระดับ โดยรัฐและทุกภาคส่วนต้องให้ความสำคัญกับหลักการทำงานแบบเครือข่ายและสนับสนุนการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนในทุกระดับ

- การจัดให้มีหลักประกันและการคุ้มครองให้เกิดสุขภาพ จะต้องครอบคลุมปัจจัยทั้งหลายที่อาจมีผลกระทบต่อสุขภาพ ทั้งปัจจัยส่วนบุคคล ระบบบริการ สาธารณสุขและปัจจัยสิ่งแวดล้อม เศรษฐกิจ สังคมและนโยบายสาธารณะต่างๆ ครอบคลุมบุคคลทุกคนบนผืนแผ่นดินไทย อย่างเสมอภาค เท่าเทียมและไม่เลือกปฏิบัติ และการสร้างหลักประกันและความคุ้มครองให้เกิดสุขภาพ ต้องเกิดจากการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนในสังคม

1.2) สารสำคัญรายหมวด 14 หมวด

ประกอบด้วย (1) สิทธิและหน้าที่ด้านสุขภาพ (2) การสร้างเสริมสุขภาพ (3) การป้องกัน ควบคุม โรคและปัจจัยที่คุกคามสุขภาพ (4) การบริการ สาธารณสุขและการสร้างหลักประกันคุณภาพ (5) การส่งเสริม สนับสนุน การใช้และการพัฒนาภูมิปัญญา ท้องถิ่นด้านสุขภาพ การแพทย์แผนไทย การแพทย์ พื้นบ้านและการแพทย์ทางเลือกอื่น (6) การคุ้มครอง ผู้บริโภคด้านสุขภาพ (7) การสร้างองค์ความรู้ด้าน สุขภาพ (8) การเผยแพร่ความรู้และข้อมูลข่าวสารด้าน สุขภาพ (9) การสร้างและพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพ (10) การเงินการคลังด้านสุขภาพ (11) สุขภาพจิต (12) สุขภาพ ทางปัญญา (13) การอภิบาลระบบสุขภาพ (14) ธรรมนูญ ว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติพื้นที่

ธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 2 นี้ มี การพัฒนาอย่างสำคัญจากฉบับแรกในหลายประการ โดยเฉพาะในส่วนของสารสำคัญรายหมวดเนื้อหา ซึ่งเพิ่มเติม จากเดิม 12 หมวด เป็น 14 หมวด โดยเพิ่มในหมวดของสิทธิ ด้านสุขภาพ สุขภาพทางปัญญา และธรรมนูญสุขภาพพื้นที่ เพื่อให้สอดคล้องกับสถานการณ์จากการประเมินความ

สำเร็จของการขับเคลื่อนธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพ แห่งชาติ ฉบับแรก โดยเฉพาะการเกิดขึ้นของธรรมนูญ สุขภาพพื้นที่ ซึ่งเป็นภาพความสำเร็จที่ถูกขยายผลออกไป อย่างรวดเร็ว เพราะจับต้องได้และตอบสนองวิถีชีวิตของ ชุมชน ทั้งในเชิงประเด็นและในเชิงพื้นที่หลายระดับ เช่น ธรรมนูญสุขภาพตำบล ธรรมนูญลุ่มน้ำ ธรรมนูญสุขภาพ จังหวัด ธรรมนูญฝีมือ ธรรมนูญสุขภาพพระสงฆ์ เป็นต้น โดยตั้งแต่ปี พ.ศ. 2557 เป็นต้นมา การขับเคลื่อนธรรมนูญสุขภาพได้ให้ความสำคัญกับ การทำงานร่วมกับองค์กรภาคียุทธศาสตร์ เน้นการ ประสานเชื่อมโยงการทำงาน เห็นคุณค่าการทำงานร่วม และใช้ทรัพยากรร่วมกัน โดยกำหนดกรอบกติกา แผนและ วิธีการทำงานร่วม รวมไปถึงการรับผลประโยชน์ร่วมกัน เช่น สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) เขต พื้นที่ ซึ่งนำธรรมนูญสุขภาพฯ ไปสนับสนุนการกำหนด ทิศทางการดำเนินงานของกองทุนสุขภาพตำบล มหาเถร สมาคมและสำนักพระพุทธศาสนาแห่งชาติที่ได้ร่วมกัน จัดทำธรรมนูญสุขภาพพระสงฆ์แห่งชาติ พ.ศ. 2560 ซึ่งเป็นธรรมนูญสุขภาพพระสงฆ์ฉบับแรกของประเทศไทย เป็นต้น

ธรรมนูญสุขภาพพระสงฆ์แห่งชาติ พ.ศ. 2560: สร้างเสริมสุขภาวะพระทั่วประเทศ

ธรรมนูญสุขภาพพระสงฆ์แห่งชาติ พ.ศ. 2560 ได้ประกาศใช้เมื่อวันที่ 24 พฤศจิกายน 2560 ถือเป็น นวัตกรรมทางสังคม ซึ่งถูกพัฒนามาจากผลของการขับเคลื่อนมิติสังคมสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ 5 “พระสงฆ์กับ การพัฒนาสุขภาวะ” และการขับเคลื่อนธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 2 พ.ศ. 2559 ใน หมวดที่ 2 ว่าด้วยการสร้างเสริมสุขภาพ ซึ่งภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพ แห่งชาติ กระทรวงสาธารณสุข สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้าง เสริมสุขภาพ สำนักงานพระพุทธศาสนาแห่งชาติ กรรมการมหาเถรสมาคม มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณ ราชวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหามกุฏราชวิทยาลัย ร่วมกันขับเคลื่อนส่งผลให้มติพระสงฆ์การพัฒนาสุขภาวะ ถูกบรรจุเข้าในยุทธศาสตร์หลักของมหาเถรสมาคม โดยยึดหลักการสำคัญ คือ การใช้ทางธรรมนำทางโลก และ มาตรการสำคัญในการดำเนินการ 5 ด้าน ได้แก่ ความรู้ ข้อมูล การพัฒนา การบริการสุขภาพ และการวิจัย ที่ จะนำไปสู่การส่งเสริมและสนับสนุนการดูแลสุขภาพพระสงฆ์ให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี สมบูรณ์ทั้งทางกาย ทางจิต ทางปัญญาและทางสังคม ตลอดจนการจัดสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพโดยก่อให้เกิดความเชื่อมโยงระหว่างวัด กับชุมชน ทำให้พระแข็งแรง วัดมั่นคง ชุมชนเป็นสุข ภายใน 10 ปี (พ.ศ. 2560–2569)

กระบวนการจัดทำธรรมนูญสุขภาพพระสงฆ์แห่งชาติ พ.ศ. 2560 ดำเนินการโดยยึดหลักพระธรรมวินัยและข้อมูลทางวิชาการเป็นฐาน ภายใต้หลักการมีส่วนร่วมและการเปิดช่องทางการรับฟังความคิดเห็นจากทุกภาคส่วน เพื่อให้ธรรมนูญสุขภาพพระสงฆ์แห่งชาติสะท้อนเจตนารมณ์และพันธะร่วมกัน และเป็นจุดอ้างอิงของพระสงฆ์ คณะสงฆ์ ชุมชน สังคม และหน่วยงานภาคีที่เกี่ยวข้องทุกภาคส่วน ในการกำหนดทิศทางเป้าหมายและยุทธศาสตร์การดูแลและสร้างเสริมสุขภาวะของพระสงฆ์และสังคมในอนาคต

ที่มา: ธรรมนูญสุขภาพพระสงฆ์แห่งชาติ พุทธศักราช 2560⁽¹⁶⁾

2) การประเมินผลกระทบด้านสุขภาพ (Health Impact Assessment: HIA)

2.1) หลักการและความสำคัญของการประเมิน

ผลกระทบด้านสุขภาพ

พรบ. สุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 ได้บัญญัติให้บุคคลหรือคณะบุคคลมีสิทธิร้องขอให้มีการประเมิน และมีสิทธิร่วมในกระบวนการประเมินผลกระทบด้านสุขภาพจากนโยบายสาธารณะ อีกทั้งมีสิทธิได้รับรู้ข้อมูล คำชี้แจงและเหตุผลจากหน่วยงานของรัฐก่อนการอนุญาตหรือการดำเนินโครงการหรือกิจกรรมใดที่อาจมีผลกระทบต่อสุขภาพของตนหรือของชุมชน และแสดงความเห็นของตนในเรื่องดังกล่าว โดยที่คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติมีหน้าที่กำหนดหลักเกณฑ์และวิธีการในการติดตามและประเมินผลกระทบด้านสุขภาพที่เกิดจากนโยบายสาธารณะทั้งระดับนโยบายและระดับปฏิบัติการ ซึ่งเอกสารหลักเกณฑ์และวิธีการประเมินผลกระทบด้านสุขภาพที่เกิดจากนโยบายสาธารณะ⁽¹⁷⁾ ได้ให้ความหมายของ HIA ว่า หมายถึง “กระบวนการเรียนรู้ร่วมกันของสังคมเพื่อให้ประชาชน ชุมชน หน่วยงานภาครัฐ ภาคเอกชน ภาคประชาสังคม และภาควิชาการ ได้เรียนรู้ร่วมกันในการวิเคราะห์และคาดการณ์ผลกระทบต่อสุขภาพ เหตุและปัจจัยทางสังคมที่มีผลต่อสุขภาพของประชาชน ที่อาจเกิดขึ้นจากกระบวนการนโยบายสาธารณะทั้งทางลบ ทางบวก และความเป็นธรรมจากการได้รับผลกระทบจากนโยบายสาธารณะดังกล่าว โดยประยุกต์ใช้เครื่องมือที่หลากหลาย

และมีกระบวนการมีส่วนร่วมอย่างเหมาะสม เพื่อสนับสนุนให้เกิดการตัดสินใจที่จะเป็นผลดีต่อสุขภาพของประชาชน ทั้งในระยะสั้นและระยะยาว”

หน่วยงานที่มีบทบาทด้านการประเมินผลกระทบทางสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุข คือ กองประเมินผลกระทบต่อสุขภาพ กรมอนามัย มีพันธกิจเป็นหน่วยงานหลัก ในการผลิต พัฒนาองค์ความรู้ เทคโนโลยี รูปแบบ แนวทาง เกณฑ์มาตรฐาน ด้านการประเมินผลกระทบต่อสุขภาพและเฝ้าระวังผลกระทบต่อสุขภาพ ตลอดจนพัฒนาศักยภาพภาคีเครือข่ายในการสร้างเสริมสุขภาพ⁽¹⁸⁾ ปัจจุบันมีหน่วยงานและสถาบันวิชาการจำนวนไม่น้อย ที่ให้ความสำคัญกับการประเมินผลกระทบทางสุขภาพ เช่น สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา ที่มีการจัดทำโครงการประเมินผลกระทบทางสุขภาพ กรณีศึกษาผลกระทบจากความตกลงการค้าเสรีไทย-สหภาพยุโรปต่อการเข้าถึงยา ซึ่งนอกจากจะสามารถพัฒนาเป็นข้อเสนอเชิงนโยบายแล้ว ยังเป็นการสร้างชุดความรู้ที่สนับสนุนความเป็นไปได้ในการนำกระบวนการประเมินผลกระทบทางสุขภาพไปปรับใช้ในกระบวนการเจรจาการค้าอื่นๆ ด้วย รวมถึงสำนักโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม กรมควบคุมโรคที่ริเริ่มจัดทำแนวทางHIA สำหรับโครงการที่กำหนดให้จัดทำรายงานการวิเคราะห์ผลกระทบสิ่งแวดล้อมและผลักดันแนวทาง HIA และดัชนีทางสุขภาพเป็นองค์ประกอบของรายงานการวิเคราะห์ผลกระทบทางสิ่งแวดล้อม ตาม พ.ร.บ. ส่งเสริมและรักษาคุณภาพสิ่งแวดล้อมแห่งชาติ พ.ศ. 2535 นอกจากนี้ ยังมีเครือข่าย

ความร่วมมือทางวิชาการในการประเมินผลกระทบทางสุขภาพ (HIA Consortium) ซึ่งเป็นเครือข่ายนักวิชาการในสาขาที่เกี่ยวข้องจากหลากหลายสถาบันในทุกภูมิภาคทั่วประเทศ ร่วมกันพัฒนางานวิชาการเพื่อสนับสนุนการประเมินผลกระทบด้านสุขภาพในพื้นที่ต่างๆ โดย สช. เป็นแกนประสานสนับสนุน

2.2) หลักเกณฑ์และวิธีการประเมินผลกระทบด้านสุขภาพที่เกิดจากนโยบายสาธารณะ

บทบัญญัติในมาตรา 25 แห่ง พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ⁵ ให้อำนาจหน้าที่ของ คสช.ใน⁽⁵⁾ กำหนดหลักเกณฑ์และวิธีการในการติดตามและประเมินผลเกี่ยวกับระบบสุขภาพแห่งชาติและผลกระทบด้านสุขภาพที่เกิดจากนโยบายสาธารณะทั้งระดับนโยบายและระดับปฏิบัติการ โดยในปี พ.ศ. 2559 คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ ได้ออกประกาศหลักเกณฑ์และวิธีการประเมินผลทางสุขภาพที่เกิดจากจากนโยบายสาธารณะ ฉบับที่ 2 พ.ศ. 2559 เมื่อวันที่ 24 มิถุนายน 2559 ซึ่งให้ความสำคัญกับทิศทางที่มุ่งสู่การสร้างกระบวนการเรียนรู้ร่วมกันของสังคม โดยเน้นหลักการเรียนรู้และทำงานร่วมกันอย่างสมานฉันท์ บนพื้นฐานของการใช้ข้อมูล หลักฐานที่หลากหลายและเป็นที่ยอมรับร่วมกัน และสามารถปรับใช้กับกระบวนการนโยบายสาธารณะที่มีความแตกต่างกันได้ในแต่ละกรณีได้อย่างยืดหยุ่น โดยมีหลักเกณฑ์การประยุกต์ใช้การประเมินผลกระทบด้านสุขภาพใน 4 ข้อ คือ

- การประเมินผลกระทบด้านสุขภาพเชิงรุก (Proactive HIA)
- การประเมินผลกระทบด้านสุขภาพเมื่อมีการดำเนินงานไปแล้ว (Ongoing HIA)
- การประเมินผลกระทบด้านสุขภาพเมื่อมีข้อร้องเรียนแล้ว (Conflict and Compliant Resolution)
- การประเมินผลกระทบด้านสุขภาพเพื่อความยั่งยืน (Sustainable HIA)

2.3) ความคืบหน้าขับเคลื่อนการประเมินผลกระทบด้านสุขภาพ

การดำเนินงานของ สช. มุ่งติดตามผลลัพธ์ผลสำเร็จของการขับเคลื่อนงานการประเมินผลกระทบด้านสุขภาพอย่างต่อเนื่องในทุกด้าน ทั้งระดับนโยบาย มิติเชิงวิชาการ และการแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นในพื้นที่ โดยกระบวนการที่ยึดโยงและสอดคล้องกับ (1) เป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืนในเป้าหมายที่ 3: เรื่องการมีสุขภาพและความเป็นอยู่ที่ดี (2) มาตรา 58 ของรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2560 เรื่องการดำเนินการใดของรัฐหรือที่รัฐจะอนุญาตให้ผู้ใดดำเนินการ ถ้าการนั้นอาจมีผลกระทบต่อทรัพยากรธรรมชาติ คุณภาพสิ่งแวดล้อม สุขภาพ อนามัย คุณภาพชีวิต หรือส่วนได้เสีย สำคัญอื่นใดของประชาชน หรือชุมชนหรือสิ่งแวดล้อมอย่างรุนแรง (3) การปฏิรูปประเทศด้านทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อมและด้านสาธารณสุข เรื่อง การปฏิรูประบบและโครงสร้างการจัดทำรายงานประเมินผลกระทบด้านสิ่งแวดล้อมและสุขภาพ (EIA/EHIA) และการการประเมินสิ่งแวดล้อมระดับยุทธศาสตร์ (SEA) (4) ยุทธศาสตร์ชาติด้านการสร้างการเติบโตบนคุณภาพชีวิตที่เป็นมิตรกับสิ่งแวดล้อม เรื่อง การเสริมสร้างระบบสาธารณสุขและอนามัยสิ่งแวดล้อมโดยมีส่วนร่วมและขับเคลื่อนการดำเนินงานร่วมกับองค์กรภาคียุทธศาสตร์และภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง ทั้งเครือข่ายวิชาการ เครือข่ายประชาสังคม และเครือข่ายชุมชนในพื้นที่ โดยมีเป้าหมายให้การดำเนินงานการประเมินผลกระทบด้านสุขภาพเป็นไปในทางสร้างสรรค์และเชิงรุก เพื่อการลดความขัดแย้งและเพื่อเป็นการเรียนรู้ร่วมกันของสังคม มีผลการดำเนินงานที่สำคัญ ดังนี้

(1) การขับเคลื่อนงานการประเมินผลกระทบด้านสุขภาพที่เกี่ยวข้องมาตรา 58 ของรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2560 เกิดเป็นผลลัพธ์ตามข้อเสนอเชิงนโยบายที่เกี่ยวข้องกับการประเมินผลกระทบของสิ่งแวดล้อมและสุขภาพ (EHIA: Environment Health Impact Assessment) โดยใช้ประกาศหลักเกณฑ์และวิธีการประเมินผลกระทบด้านสุขภาพที่เกิดจากนโยบายสาธารณะ ฉบับที่ 2 พ.ศ. 2559 เป็นแนวทาง ดังนี้

(1.1) หน่วยงานและกลไกที่เกี่ยวข้องได้นำข้อเสนอเชิงนโยบายฯ ไปพิจารณาประกอบการดำเนินงาน ได้แก่ กระทรวงเกษตรและสหกรณ์ กระทรวงคมนาคม คณะทำงานปฏิรูปพระราชบัญญัติส่งเสริมและรักษาคุณภาพสิ่งแวดล้อมแห่งชาติ พ.ศ. 2535 คณะกรรมการปฏิรูปกฎหมาย (คปก.) อนุกรรมการบูรณาการและขับเคลื่อนการปฏิรูปเชิงระบบและโครงสร้าง (อบป.) และคณะทำงานปฏิรูประบบการบริหารจัดการทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม คณะกรรมการบริหารราชการแผ่นดินตามกรอบการปฏิรูปประเทศ ยุทธศาสตร์ชาติและการสร้างความสามัคคีปรองดอง (ป.ย.ป.)

(1.2) สช. ร่วมกับหน่วยงานภาคีที่เกี่ยวข้อง ร่วมกันขับเคลื่อนข้อเสนอเชิงนโยบายที่เกี่ยวข้องกับการประเมินผลกระทบด้านสุขภาพ 2 เรื่อง ได้แก่

- พระราชบัญญัติส่งเสริมและรักษาคุณภาพสิ่งแวดล้อมแห่งชาติ (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2561 กระทรวงทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม ระบุไว้ในมาตรา 48 วรรค 3

- แผนปฏิรูปประเทศด้านทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม เรื่องระบบบริหารจัดการทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม ในส่วนที่เกี่ยวข้องกับประเด็นปฏิรูประบบและโครงสร้างการจัดทำรายงานประเมินผลกระทบสิ่งแวดล้อมและสุขภาพ (Environmental Impact Assessment: EIA และ Environmental and Health Impact Assessment: EHIA) และระบบการประเมินยุทธศาสตร์การพัฒนาอย่างยั่งยืน (Strategic Environment Assessment: SEA)

(2) การสนับสนุนเครือข่ายวิชาการด้านการประเมินผลกระทบด้านสุขภาพ (HIA Consortium) ในด้านต่างๆ

(3) การขับเคลื่อนการประเมินผลกระทบด้าน

สุขภาพในระดับภาค โดยการสนับสนุนและเอื้อให้พื้นที่/ชุมชนใช้กระบวนการเอชไอเอ เป็นเครื่องมือในการเรียนรู้ร่วมกัน และแก้ไขปัญหาในพื้นที่อย่างสร้างสรรค์ โดยมีผลการดำเนินการขับเคลื่อนในหลายพื้นที่ เช่น การพัฒนาข้อเสนอเชิงนโยบายเรื่องพลังงานไฟฟ้าอย่างยั่งยืนภาคตะวันออกเฉียงเหนือ และการสนับสนุนและสร้างกระบวนการเอชไอเอเชิงสร้างสรรค์ และหนุนเสริมความรู้ความสามารถให้ประชาชนในพื้นที่/ชุมชน 6 พื้นที่ที่ใช้กระบวนการประเมินผลกระทบโดยชุมชน

(4) การประยุกต์ใช้กระบวนการประเมินผลกระทบด้านสุขภาพในพื้นที่/ชุมชน (CHIA) อย่างสร้างสรรค์โดยการเรียนรู้ร่วมกันกับพื้นที่ 6 กรณี คือ กรณีชุมชนบ้านน้ำปลีก จ.อำนาจเจริญ กรณีชุมชนห้วยเสือเต้น อ.น้ำพอง จ.ขอนแก่น กรณีเครือข่ายคนรักศรีคอนสาร จ.ชัยภูมิ กรณีชุมชนบ้านหนองนาคำ จ.อุดรธานี กรณีคนรักขุขันธ์ จ.ร้อยเอ็ด และกรณีระบบการขนส่งรถไฟรางเบา จ.ขอนแก่น

สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติร่วมกับกลไกที่เกี่ยวข้อง ได้สนับสนุนให้มีการประเมินผลกระทบด้านสุขภาพในระดับต่างๆ มาอย่างต่อเนื่อง ทั้งในส่วนของภาคประชาชนและองค์กรต่างๆ สามารถยื่นขอใช้สิทธิให้ทำ HIA ตามมาตรา 11 ของ พ.ร.บ.สุขภาพฯ และการสนับสนุนกระบวนการประเมินผลกระทบด้านสุขภาพโดยชุมชน (Community based Health Impact Assessment: CHIA) ที่มุ่งเน้นการเสริมสร้างขีดความสามารถของชุมชนในการทำ HIA ด้วยตนเอง การสนับสนุนกระบวนการเรียนรู้ของชุมชนในการทำ HIA ส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในเชิงหลักคิดในการพัฒนาในหลายพื้นที่ ทั้งในส่วนของชุมชนและผู้เกี่ยวข้องภายนอก โดยชุมชนเปลี่ยนตัวเองจาก “ผู้รองรับผลกระทบ” เป็น “นักวิจัยชุมชน” หันมารวมกลุ่มศึกษา เก็บข้อมูล แลกเปลี่ยนและออกแบบอนาคตของชุมชนร่วมกัน รวมทั้งส่งต่อประสบการณ์สู่ชุมชนอื่น

“การจัดทำรายงานการประเมินผลกระทบสิ่งแวดล้อมสำหรับโครงการหรือกิจการที่อาจมีผลกระทบต่อทรัพยากรธรรมชาติ คุณภาพสิ่งแวดล้อม สุขภาพ อนามัย คุณภาพชีวิต หรือส่วนได้เสียสำคัญอื่นใดของประชาชนหรือชุมชน หรือสิ่งแวดล้อมอย่างรุนแรง ผู้ดำเนินการหรือผู้ขออนุญาตต้องประเมินผลกระทบด้านสุขภาพ และจัดให้มีการรับฟังความคิดเห็นของผู้มีส่วนได้เสียและประชาชนและชุมชนที่เกี่ยวข้อง ตามหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขที่รัฐมนตรีโดยความเห็นชอบของคณะกรรมการสิ่งแวดล้อมแห่งชาติประกาศเป็นระเบียบการเพิ่มเติมจากที่องค์การตามวรรคสองด้วย”

นอกจากนี้ ยังมีการพัฒนากลไกประสานงาน HIA ในประชาคมอาเซียน เพื่อให้ภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง ร่วมกันพัฒนาระบบ HIA ในระดับภูมิภาค โดยสนับสนุน การจัดทำระบบฐานข้อมูล การพัฒนาศักยภาพและการ แลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกันระหว่างประเทศสมาชิกอย่าง ต่อเนื่อง

3) สมัชชาสุขภาพ (Health Assembly)

สมัชชาสุขภาพ เป็นเครื่องมือพัฒนานโยบาย สาธารณะเพื่อสุขภาพที่เน้นการมีส่วนร่วมที่มีกฎหมาย รองรับ โดยพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 ระบุนิยามเอาไว้ว่า สมัชชาสุขภาพ เป็น “กระบวนการที่ ให้ประชาชนและหน่วยงานของรัฐที่เกี่ยวข้องได้ร่วมแลก เปลี่ยนองค์ความรู้และเรียนรู้อย่างสมานฉันท์ เพื่อนำไป สู่การเสนอแนะนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพหรือความ มีสุขภาพของประชาชน โดยจัดให้มีการประชุมอย่างเป็น ระบบและอย่างมีส่วนร่วม” แบ่งออกเป็น 3 ประเภท คือ สมัชชาสุขภาพแห่งชาติ สมัชชาสุขภาพเฉพาะพื้นที่ และสมัชชาสุขภาพเฉพาะประเด็น โดยกำหนดให้จัด สมัชชาสุขภาพแห่งชาติ เป็นประจำทุกปีและให้สนับสนุน การจัดสมัชชาสุขภาพเฉพาะพื้นที่ และสมัชชาสุขภาพ เฉพาะประเด็น ตามหลักเกณฑ์ที่คณะกรรมการสุขภาพ แห่งชาติกำหนด อย่างไรก็ตาม องค์กรต่างๆ และ ประชาชนก็สามารถรวมตัวกันเพื่อจัดสมัชชาสุขภาพ กันเองโดยไม่ต้องขอการสนับสนุนจาก สช. ก็ได้

3.1) สมัชชาสุขภาพแห่งชาติ และการขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะแบบมีส่วนร่วม

สมัชชาสุขภาพแห่งชาติ เป็นกระบวนการที่จัดให้ หน่วยงาน/องค์กร/และภาคีเครือข่ายจากทุกภาคส่วน ในสังคม ได้มาร่วมแลกเปลี่ยนความรู้และเรียนรู้ร่วมกันผ่านกระบวนการมีส่วนร่วมอย่างเป็นระบบในการ พัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ โดยสมัชชาสุขภาพ แห่งชาติ มีลักษณะที่สำคัญ ดังนี้

(1) กลไกการจัดการเป็นกลไกพหุภาคี ประกอบด้วยภาคส่วนต่างๆ ทั้งภาครัฐ/ราชการ/การเมือง ภาค วิชาชีพ/วิชาการ และภาคประชาชน/ประชาสังคม ร่วมกันออกแบบและวางแผนการดำเนินงาน

(2) มีการจัดการอย่างเป็นระบบ โดยเฉพาะใน กระบวนการสร้างฉันทมติร่วมกันของภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง ตั้งแต่การกำหนดประเด็นเชิงนโยบาย การ กำหนดทางเลือก การตัดสินใจ เพื่อให้ได้มาซึ่งมติหรือ ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายที่จะขับเคลื่อนเป็นนโยบาย สาธารณะและสามารถนำไปสู่การปฏิบัติได้อย่างแท้จริง

(3) ใช้ฐานความรู้ผสมผสานกับฐานด้านจิตใจ ใน กระบวนการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างประชาชนและ หน่วยงานรัฐที่เกี่ยวข้อง โดยใช้ข้อมูลวิชาการและความ รู้ หรือเรียกว่าได้ใช้ “ปัญญา” เป็นฐานในการเรียนรู้ ร่วมกัน รวมถึงยึด “ความรักสมัครสมาน” เป็นกรอบใน การพูดคุยหารือ ไม่ใช้อารมณ์ความรู้สึกเป็นที่ตั้ง

(4) เป็นกระบวนการประชาธิปไตยแบบมีส่วนร่วม (Participatory Democracy) เป็นกระบวนการของ ประชาชน โดยประชาชน เพื่อประชาชน คำนึงถึงความ เท่าเทียมกันของทุกภาคส่วนที่มาร่วมกันทำงานอย่างเคียง บ่าเคียงไหล่ โดยมีเป้าหมายสำคัญคือการพัฒนา นโยบาย สาธารณะเพื่อสุขภาพแบบมีส่วนร่วม

(5) ประเด็นมีความชัดเจน ในกระบวนการกำหนด ประเด็นที่จะเป็นระเบียบวาระสมัชชาสุขภาพแห่ง ชาตินั้น คณะกรรมการจะเปิดโอกาสให้องค์กร กลุ่ม และเครือข่ายต่างๆ ได้มีส่วนร่วมในการเสนอประเด็น เข้ามาสู่กระบวนการพิจารณาคัดเลือก โดยไม่จำเป็นต้อง เป็นประเด็นใหญ่ สามารถนำประเด็นเล็กๆ ใกล้ตัวมา พัฒนาเป็นประเด็นเชิงนโยบายที่มีกระบวนการค้นหา ทางออกร่วมกัน และพัฒนาเป็นข้อเสนอเชิงนโยบายที่ อาศัยข้อมูลเชิงวิชาการในการพิจารณาไตร่ตรองจนได้ ฉันทมติร่วมกัน

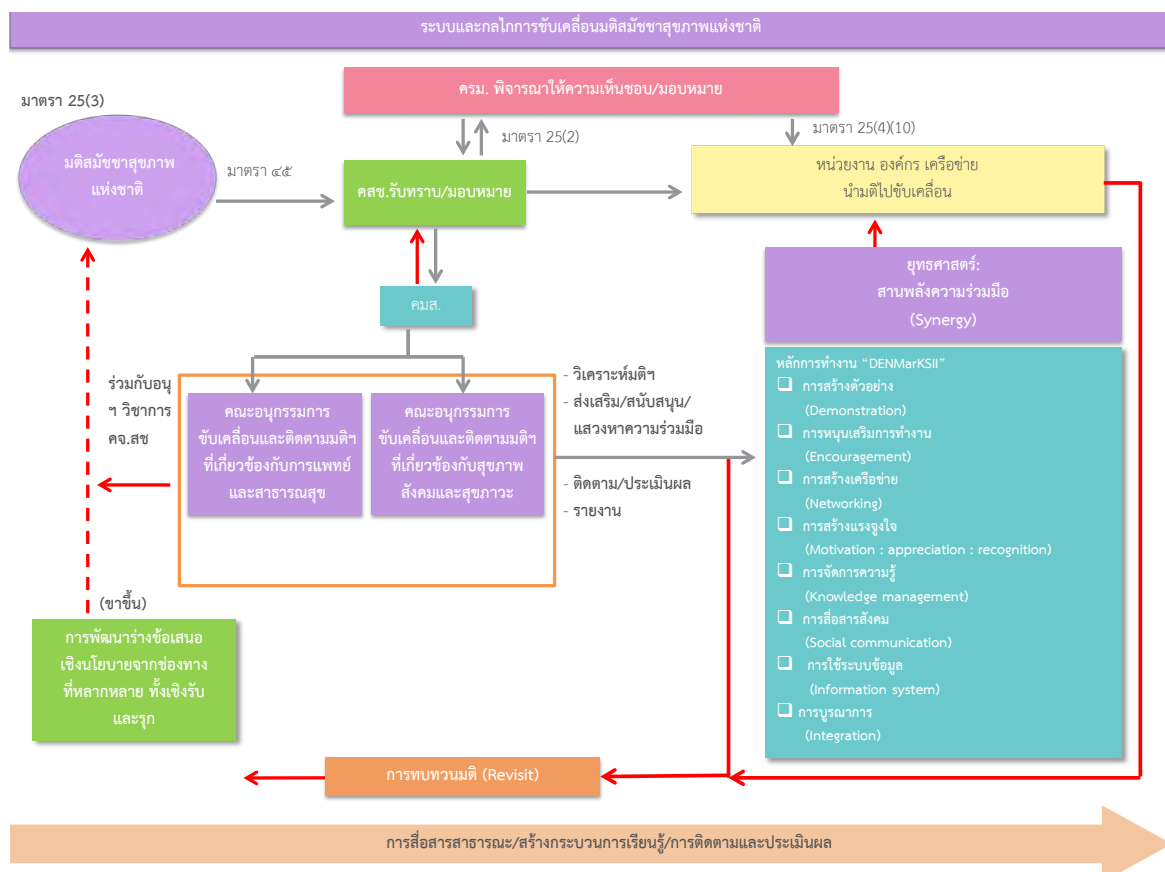
(6) มีโอกาสและสามารถผลักดันไปสู่การปฏิบัติ อย่างเป็นรูปธรรมในหลายช่องทาง ผลสำเร็จของการสาน พลังทุกภาคส่วน นอกจากมีมติหรือข้อเสนอเชิงนโยบาย แล้ว ยังรวมถึงการขับเคลื่อนผลักดันมติไปสู่การปฏิบัติใน บทบาทหน้าที่ของผู้มีส่วนเกี่ยวข้องทั้งหลายด้วย

ในการจัดสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ แต่ละปีคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ จะมีการแต่งตั้งคณะกรรมการจัดสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ (คจ.สช.) เพื่อเป็นกลไกหลักในการดำเนินการจัดสมัชชาสุขภาพแห่งชาติในปีนั้นๆ มีบทบาทหน้าที่ในการกำหนดร่างระเบียบวาระการประชุมสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ กำหนดรายชื่อกลุ่มเครือข่ายสมาชิกสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ และผู้เข้าร่วมการประชุมในกลุ่มอื่นๆ จัดให้มีกระบวนการมีส่วนร่วมในการพัฒนาเอกสารนำเข้าสู่การประชุม และการจัดกระบวนการมีส่วนร่วมเพื่อให้ได้มาซึ่งฉันทมติของสมาชิกสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ซึ่งมีการดำเนินการเป็นประจำทุกปี ละ 1 ครั้ง ที่ผ่านมามีได้จัดมาแล้ว 10 ครั้ง มีมติของสมัชชาสุขภาพแห่งชาติซึ่งเป็นข้อเสนอเชิงนโยบาย รวมทั้งสิ้น 77 มติ/ประเด็น

การขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะแบบมีส่วนร่วมโดยสมัชชาสุขภาพแห่งชาตินั้น นอกจากการให้ความสำคัญกับกระบวนการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน ในการพัฒนาข้อเสนอเชิงนโยบายแล้ว ความสำเร็จที่สำคัญยังอยู่ที่

ขับเคลื่อนมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติไปสู่การปฏิบัติอย่างเป็นรูปธรรมและมีพลัง ซึ่งมีกลไกหลัก คือ คณะกรรมการขับเคลื่อนและติดตามมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ (คม.ส.) ที่ปัจจุบันมีรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข เป็นประธาน ดำเนินงานโดยใช้ยุทธศาสตร์สามพลังความร่วมมือเป็นการทำงานแบบเครือข่ายที่เน้นการเสริมพลังทางบวกให้เกิดการต่อยอดงานและสร้างคุณค่าในการทำงานให้ทุกฝ่ายได้ประโยชน์ร่วมกัน (ภาพที่ 7.2) มีหลักการทำงาน 8 ข้อ ที่สรุปเป็นคำย่อว่า “DENMarKSII” ประกอบด้วย (1) การสร้างตัวอย่าง (Demonstration) (2) การหนุนเสริมการทำงาน(Encouragement) (3) การสร้างเครือข่าย(Networking) (4) การสร้างแรงจูงใจ (Motivation: appreciation: recognition) (5) การจัดการความรู้ (Knowledge Management) (6) การสื่อสารสังคม(Social Communication) (7) การใช้ระบบข้อมูล (Information system) (8) การบูรณาการการทำงานข้ามภาคส่วน (Integration)

ภาพที่ 7.2 แผนผังระบบและกลไกการขับเคลื่อนมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ รอบไฟล์ต้นฉบับ



ที่มา: สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ⁽¹⁹⁾

นอกจากนี้ การดำเนินงานของคณะกรรมการขับเคลื่อนและติดตามมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ (คสมช.) ให้มีความสำคัญกับการจัดกลุ่มประเด็นในการขับเคลื่อน เพื่อกำหนดแผนและกลยุทธ์การขับเคลื่อนและติดตามการดำเนินงานให้สอดคล้องกับสถานการณ์และความก้าวหน้าเชิงคุณภาพของผลการขับเคลื่อนที่ผ่านมา โดยจัดกลุ่มมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ เป็น 3 กลุ่ม ได้แก่ (1) ประเด็นที่มีการขับเคลื่อนโดยกระบวนการและกลไกนโยบายอื่นๆ (2) ประเด็นที่มีการขับเคลื่อนอย่างต่อเนื่อง (3) ประเด็น

ที่ทำการทบทวนมติ (Revisit) โดยมีการจัดทำเส้นทางการขับเคลื่อน (roadmap) ครบทุกมติ เพื่อให้องค์กรภาคีและเครือข่ายใช้เป็นเครื่องมือในการทำงานได้สะดวกมากขึ้น และมีการพัฒนารูปแบบการนำเสนองานขับเคลื่อนในการประชุมสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ เพื่อให้ภาคีเครือข่ายเห็นความสำคัญ เช่น การประชุมคู่ขนานระหว่างการประชุมหาฉันทมติของสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ กับการนำเสนอความคืบหน้าการขับเคลื่อนมติที่ผ่านมา และสร้างพื้นที่นำเสนอรูปธรรมการขับเคลื่อนมติที่สำคัญ เป็นต้น⁽²⁰⁾

การขับเคลื่อนมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติไปสู่การปฏิบัติ: กรณีการพัฒนาระบบการจัดการอาหารในโรงเรียน

การพัฒนาระบบการจัดการอาหารในโรงเรียนให้เป็นวาระแห่งชาติ จังหวัด และพื้นที่ โดยการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน ในการพัฒนาให้เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่ เป็นการดำเนินงานที่เชื่อมโยงมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ 6 พ.ศ. 2556 มติระบบการจัดการอาหารในโรงเรียน ไปสู่การปฏิบัติในระดับพื้นที่ ซึ่งกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข เป็นหน่วยงานหลักในการเชื่อมประสานหน่วยงาน องค์กรภาคีต่างๆ ในการขับเคลื่อนและได้มีการพัฒนาพื้นที่ต้นแบบที่จังหวัดสุรินทร์ เพื่อพัฒนาไปสู่การขยายผลในระดับต่างๆ ต่อไป เนื่องจากจังหวัดสุรินทร์ เป็นจังหวัดที่มีนโยบายสนับสนุนให้ชุมชนทำเกษตรอินทรีย์ ที่มีต้นทุนด้านผลผลิตทางการเกษตรที่ปลอดภัย ทุนทางสังคม ทุนทางทรัพยากร ตลอดจนทุนทางบุคคล และมีกลไกของสมัชชาสุขภาพจังหวัดสุรินทร์ เป็นทุนทางสังคมในการขับเคลื่อนที่สำคัญ

กลไกหลักในการขับเคลื่อนการดำเนินงานระดับจังหวัด คือ คณะทำงานขับเคลื่อนระบบการจัดการอาหารในโรงเรียนและชุมชนจังหวัดสุรินทร์ ซึ่งมีองค์ประกอบจากหลายภาคส่วน ทั้งองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุรินทร์ สำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาประถมศึกษาจังหวัดสุรินทร์ ภาควิชาการ ได้แก่ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลอีสาน วิทยาเขตสุรินทร์ ภาคประชาสังคม ได้แก่ สมาคมสภาเยาวชนจังหวัดสุรินทร์ อีกทั้งได้มีการบันทึกข้อตกลงความร่วมมือกับคณะผู้บริหารองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น สถานศึกษา โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและผู้นำชุมชน จำนวน 12 ตำบล ได้แก่ (1) ในพื้นที่อำเภอท่าตูม 1 ตำบล คือ ตำบลเมืองแก (2) ในพื้นที่อำเภอรัตนบุรี 1 ตำบล คือรัตนบุรี (3) ในพื้นที่อำเภอจอมพระ 3 ตำบล คือ ตำบลเมืองลิ้น ตำบลหนองสนธิ พื้นที่ตำบลลุ่มระวี (4) ในพื้นที่อำเภอศีขรภูมิ 1 ตำบล คือ ตำบลหนองบัว (5) ในพื้นที่อำเภอบัวเขต 2 ตำบล คือ ตำบลสะเดา และตำบลดาวัง (6) ในพื้นที่อำเภอปราสาท 2 ตำบล คือ ตำบลตานี และตำบลเชื้อเพลิง (7) ในพื้นที่อำเภอนารายณ์ 1 ตำบล คือตำบลโนนเทพ และ (8) ในพื้นที่อำเภอเมืองสุรินทร์ 1 แห่ง คือ เทศบาลเมืองสุรินทร์

ยุทธศาสตร์การดำเนินงาน เน้นการสานพลังในการสนับสนุนการทำงานแบบมีส่วนร่วมกับภาคีเครือข่ายต่างๆ ทุกภาคส่วน ในการพัฒนาระบบการจัดการอาหารในโรงเรียนและชุมชน โดยมีเป้าหมายและทิศทางการทำงานที่สอดคล้องตามภารกิจขององค์กร หน่วยงาน มีประเด็นยุทธศาสตร์ 3 ประเด็น ได้แก่ การพัฒนาบุคลากร การบริหารจัดการวัตถุดิบ และการบริหารจัดการงบประมาณ โดยมีกระบวนการและแนวทางการขับเคลื่อน ได้แก่ (1) พัฒนาระบบ กำกับ ติดตาม และประเมินผลโครงการอาหารกลางวัน โดยสร้างการมีส่วนร่วมกับชุมชน ท้องถิ่น โรงเรียนในพื้นที่ รวมถึงหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง (2) พัฒนากฎระเบียบหรือแนวทางที่เอื้อต่อการดำเนินงานขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ในการจัดการอาหารกลางวันในโรงเรียนที่เชื่อมโยงกับชุมชน (3) สนับสนุน ส่งเสริม การเกษตรปลอดภัย เกษตรอินทรีย์ ในพื้นที่ และพัฒนามาตรฐานการจัดการให้ผลผลิตปลอดภัย เป็นแนวทางพัฒนาการดำเนินการขับเคลื่อนระบบการจัดการอาหารในโรงเรียนและติดตามผลในแต่ละพื้นที่ เพื่อให้เกิดพื้นที่รูปธรรมเป็นพื้นที่ต้นแบบด้านการจัดการอาหารในโรงเรียน และนำไปสู่การผลักดันนโยบายในระดับท้องถิ่นจังหวัด ได้องค์ความรู้และบทเรียนที่จะนำไปสู่การพัฒนาเชิงระบบด้านการจัดการอาหารในโรงเรียนและเป็นแนวทางสู่การขยายผลในระดับประเทศต่อไป

ที่มา: วิลาวัณย์ เอื้อวงศ์กุล⁽²¹⁾

3.2) สมัชชาสุขภาพระดับพื้นที่และการขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะแบบมีส่วนร่วมในระดับจังหวัด

การสนับสนุนกระบวนการพัฒนานโยบายสาธารณะแบบมีส่วนร่วมในระดับจังหวัด ในช่วงปี พ.ศ. 2559-2560 ได้มีการพัฒนาต่อยอดมาสู่กระบวนการพัฒนานโยบายสาธารณะแบบมีส่วนร่วมบนพื้นฐานทางปัญญา (Participatory Public Policy Process based on Wisdom: 4PW) โดยใช้เครื่องมือภายใต้พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ อันได้แก่ สมัชชาสุขภาพเฉพาะพื้นที่ สมัชชาสุขภาพเฉพาะประเด็น ธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพพื้นที่ และการประเมินผลกระทบด้านสุขภาพโดยชุมชน โดยกำหนดกรอบการพัฒนาและขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะแบบมีส่วนร่วมระดับจังหวัดเป็นหลัก จำนวน 76 จังหวัด โดยที่กรุงเทพมหานคร แบ่งออกเป็น 6 พื้นที่ ดังนั้นรวมเครือข่ายสังคมสุขภาวะจังหวัด จึงประกอบด้วย 82 พื้นที่ ซึ่งมีกระบวนการเริ่มต้นจากการค้นหาและกำหนดประเด็นสาธารณะที่เป็นจุดคานงัด จากนั้นดำเนินการพัฒนาและขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะแบบมีส่วนร่วมอย่างเป็นขั้นตอน จนครบวงจรอย่างต่อเนื่อง

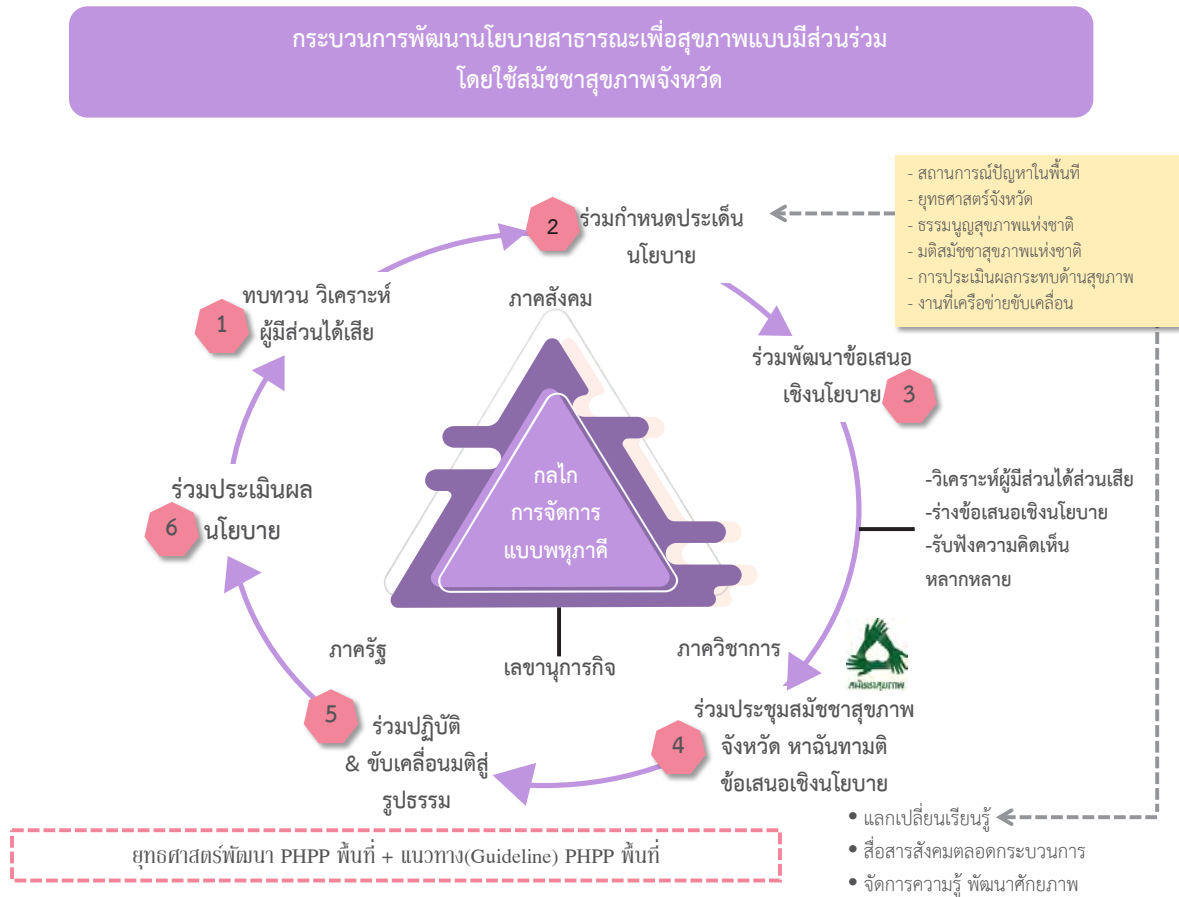
สร้างและสะสมรูปธรรมความสำเร็จตามขั้นตอนของกระบวนการพัฒนาและขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะ

สมัชชาสุขภาพจังหวัดเป็นกระบวนการและพื้นที่กลาง ที่พัฒนาและยกระดับมาจากสมัชชาสุขภาพเฉพาะพื้นที่ในพื้นที่ต่างๆ สู่กระบวนการพัฒนาและขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพแบบมีส่วนร่วมผ่าน “สมัชชาสุขภาพจังหวัด” โดยมีเป้าหมายร่วมกันคือ สุขภาวะที่ดีของประชาชนในจังหวัด ให้ความสำคัญกับการพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพแบบมีส่วนร่วม โดยสมัชชาสุขภาพเป็นเครื่องมือเชิงกระบวนการที่สำคัญที่เน้นการมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วนในสังคม เพื่อให้เกิดเวทีกลางในการแลกเปลี่ยนเรียนรู้อย่างสมานฉันท์ เปิดช่องทางรับฟังความเห็นจากทุกภาคส่วน ใช้ข้อมูลวิชาการและรวบรวมองค์ความรู้เพื่อใช้เป็นฐานสำคัญในการกำหนดทิศทางและเป้าหมายของการดำเนินการเกี่ยวกับสุขภาวะของคนในจังหวัด โดยมีขั้นตอนสำคัญๆ ดังนี้ (1) ทบทวนวิเคราะห์ข้อมูลผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย (2) ร่วมกำหนดประเด็นนโยบาย (3) ร่วมพัฒนาข้อเสนอเชิงนโยบาย (4) ร่วมประชุมสมัชชาสุขภาพจังหวัดเพื่อหาฉันทมติต่อ

ข้อเสนอเชิงนโยบาย (5) ร่วมปฏิบัติและขับเคลื่อนมติสู่
รูปธรรมการปฏิบัติ และ (6) ร่วมประเมินผลนโยบาย โดย

มีกลไกการจัดการแบบพหุภาคีเป็นกลไกหลักในการ
ดำเนินงาน ดังภาพที่ 7.3

ภาพที่ 7.3 กลไกและกระบวนการของสมัชชาสุขภาพจังหวัด



ที่มา: สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ⁽²²⁾

กลไกและช่องทางการขับเคลื่อนและติดตามมติ
สมัชชาสุขภาพจังหวัดไปสู่การปฏิบัติ จะมีความแตกต่าง
กันไปตามบริบทของพื้นที่และทุนทางสังคม รวมถึงความ
พร้อมของภาคีเครือข่ายในพื้นที่

- กลไกการขับเคลื่อนมติไปสู่การปฏิบัติ สามารถ
สรุปได้ 3 ลักษณะ คือ (1) ใช้กลไกคณะกรรมการจัด
สมัชชาสุขภาพจังหวัดที่ทำหน้าที่เอื้ออำนวยทั้งการจัด
กระบวนการฯ และขับเคลื่อน โดยมีคณะทำงานเฉพาะ
ประเด็นเป็นผู้รับผิดชอบหลัก (2) แต่งตั้งคณะกรรมการ/
คณะทำงานเพื่อขับเคลื่อนและติดตามมติโดยเฉพาะ (3)
ใช้กลไกหน่วยงานอื่น เช่น คณะกรรมการจังหวัดของหน่วย
งานต่างๆ เครือข่ายสภาองค์กรชุมชน กลไกสภาเด็กและ
เยาวชน เป็นต้น

- ช่องทางการขับเคลื่อนและติดตามมติ สามารถสรุป
ได้ 2 รูปแบบ คือ (1) การขับเคลื่อนมติผ่านกลไกที่เป็น
ทางการ ซึ่งส่วนใหญ่ใช้การประชุมหัวหน้าส่วนราชการ
จังหวัดเป็นประธาน การส่งเอกสารมติอย่างเป็นทางการ
ไปยังหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อนำไปสู่การขับเคลื่อนใน
ระดับจังหวัดและระดับท้องถิ่น เช่น ยุทธศาสตร์จังหวัด
หรือข้อบัญญัติขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เป็นต้น
(2) การขับเคลื่อนมติผ่านกลไกที่ไม่เป็นทางการ เช่น วง
ประชุมปรึกษาหารือในระดับเครือข่าย การสื่อสารผ่าน
ช่องทางที่หลากหลาย

รูปที่ 2 สมัชชาสุขภาพสระบุรี: สร้างเครือข่าย ขยายพันธมิตร ร่วมคิด ร่วมสร้าง บนเส้นทางสุขภาพ

สมัชชาสุขภาพจังหวัดสระบุรี ได้ถือกำเนิดอย่างเป็นทางการมาตั้งแต่ปี 2556 มีกลไกหลักในการดำเนินงานคือ คณะกรรมการจัดสมัชชาสุขภาพจังหวัด มีองค์ประกอบของกรรมการมาจาก 3 ภาคส่วนตามแนวคิดสามเหลี่ยมเขยื้อนภูเขา ซึ่งประกอบด้วยภาครัฐ ภาควิชาการ และภาคประชาสังคม โดยมีทีมงานจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ทำหน้าที่เป็นฝ่ายเลขานุการกิจ ด้วยความมุ่งมั่นสร้างการเรียนรู้ ขยายผลการทำงานร่วมกัน เป็นการวางรากฐานของกระบวนการสมัชชาสุขภาพสระบุรีอย่างต่อเนื่องและเข้มแข็ง

การดำเนินงานในปี 2560 มีขั้นตอนการดำเนินงานและกิจกรรมที่สำคัญ ประกอบด้วย การประชุมคณะกรรมการจัดสมัชชาสุขภาพจังหวัด หรือ คจ.สจ. เพื่อทบทวนบทเรียน ผลการดำเนินงาน รายชื่อคณะกรรมการและอนุกรรมการเชิงประเด็น สร้างกลไกพัฒนาและขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพแบบพหุภาคี จัดประชุมเชิงปฏิบัติการวิเคราะห์สถานการณ์ปัญหาด้านสุขภาพที่สำคัญของจังหวัด พร้อมจัดลำดับความสำคัญและคัดเลือก 3 ประเด็น เพื่อนำมาพัฒนาและจัดทำข้อเสนอเชิงนโยบายและวางแผนการดำเนินงานระยะ 3 ปี เพื่อขับเคลื่อนประเด็นร่วมให้มีความต่อเนื่อง มีการจัดเวทีสัมมนาขับเคลื่อนมติสมัชชาสุขภาพจังหวัดทั้ง 3 ประเด็น ประกอบด้วย “ขาขึ้น” ได้แก่ 1) การแก้ไขปัญหาอุบัติเหตุทางถนนจากการใช้รถจักรยานยนต์ ด้วยการจัดเวทีทบทวนการทำงานและรับฟังความเห็นจากคณะกรรมการเฝ้าระวังและแก้ไขปัญหาอุบัติเหตุทางถนนที่อำเภอหนองแค การจัดเวทีกลั่นกรองมติร่วมกับเครือข่ายคุ้มครองผู้บริโภค 2) การจัดการขยะมูลฝอยชุมชนอย่างมีส่วนร่วม ด้วยการจัดเวทีถอดบทเรียนพื้นที่ต้นแบบหมู่บ้านโปร่งตะแบก ตำบลพุดจาน อำเภอพระพุทธบาท และนำร่างมติเข้าร่วมพิจารณากลั่นกรองจากคณะกรรมการสุขภาพเพื่อประชาชนเขตพื้นที่ 4 ส่วนขาเคลื่อน เป็นการผลักดันมติจากการจัดสมัชชาสุขภาพจังหวัดสระบุรีครั้งที่ 1 เมื่อปี พ.ศ. 2559 ว่าด้วยการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ สู่หน่วยงานภาครัฐ ภาคท้องถิ่น ชมรมผู้สูงอายุและคณะกรรมการศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตและส่งเสริมอาชีพผู้สูงอายุ หรือ ศพอส. จำนวน 14 ศูนย์ และการจัดเวทีสมัชชาสุขภาพอำเภอบ้านหมอว่าด้วยการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชน เพื่อขับเคลื่อนไปสู่การปฏิบัติตามบริบทของแต่ละพื้นที่ นอกจากนี้ยังได้ร่วมกับเครือข่ายภาคประชาสังคมเสริมสร้างชุมชนเข้มแข็งจังหวัดสระบุรี จัดประชุมเชิงปฏิบัติการขยายเครือข่ายการเรียนรู้กระบวนการพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพแบบมีส่วนร่วมลงสู่แกนนำทั้ง 13 อำเภอ และ 31 หมู่บ้าน ผ่านโครงการส่งเสริมสุขภาพขนาดเล็กที่ได้รับการสนับสนุนจากสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) โดยสมัชชาสุขภาพจังหวัดสระบุรี ครั้งที่ 2 ปี 2560 จัดขึ้นภายใต้ชื่อ “สานพลังคนสระบุรี สร้างชุมชนสะอาด ขับขี่มอเตอร์ไซด์ปลอดภัย” มีวัตถุประสงค์เพื่อเปิดโอกาสให้ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียต่อประเด็นปัญหาการจัดการขยะในชุมชน การแก้ไขปัญหาอุบัติเหตุทางถนนจากการใช้รถจักรยานยนต์ จากทุกภาคส่วน ได้เข้ามาร่วมแลกเปลี่ยนความคิดเห็นอย่างเคียงบ่าเคียงไหล่แบบกัลยาณมิตรต่อร่างมติทั้งสองประเด็น เพื่อปรับปรุงต่อเติมให้สมบูรณ์และสามารถผลักดันไปสู่หน่วยงาน องค์กรหรือกลุ่มต่างๆ ในชุมชน หมู่บ้าน เพื่อร่วมแก้ไขปัญหาให้เกิดผลเป็นรูปธรรม เพื่อสุขภาพของคนสระบุรีต่อไป

(เรื่องเล่าจากพื้นที่ หนังสือพิมพ์สานพลัง พฤศจิกายน 2560)

การส่งเสริมและสนับสนุนการพัฒนาและขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะแบบมีส่วนร่วม โดยบูรณาการพลังจากทุกภาคส่วนในระดับจังหวัดทั่วประเทศ สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ ได้ดำเนินการพัฒนาศักยภาพเครือข่ายสังคมสุขภาวะ การสนับสนุนกระบวนการพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพแบบมีส่วนร่วมระดับพื้นที่ ในปี พ.ศ. 2560 ดังนี้

(1) สนับสนุนกระบวนการพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพแบบมีส่วนร่วมระดับพื้นที่ ทำให้ได้ข้อเสนอเชิงนโยบายจากมติสมัชชาสุขภาพจังหวัดและการขับเคลื่อนในพื้นที่ ดังนี้

- การพัฒนาข้อเสนอเชิงนโยบาย จำนวน 142 ประเด็น
- การขับเคลื่อนข้อเสนอเชิงนโยบายไปสู่การกำหนดเป็นนโยบายและการปฏิบัติ จำนวน 96 ประเด็น
- การทบทวนและประเมินผลนโยบาย จำนวน 9 ประเด็น

(2) การสนับสนุนการจัดกระบวนการมีส่วนร่วมในการพัฒนาธรรมนูญสุขภาพพื้นที่ระดับต่างๆ ในปี 2560 มีการจัดทำธรรมนูญสุขภาพตำบล ซึ่งประกาศใช้อย่างเป็นทางการแล้ว จำนวน 182 แห่ง ทั่วประเทศ

3.3) สมัชชาสุขภาพเฉพาะประเด็น

ในส่วนของการพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพแบบมีส่วนร่วมโดยใช้กระบวนการสมัชชาสุขภาพเฉพาะประเด็น (Issue-based Health Assembly: IHA) ซึ่งสามารถเกิดขึ้นได้ในหลายระดับ ขึ้นอยู่กับขอบเขตของประเด็นนั้นๆ โดยสามารถจัดแบ่งได้เป็น 3 ประเภทหลักๆ ดังนี้

ประเภทที่ 1 สมัชชาสุขภาพเฉพาะประเด็นที่ครอบคลุมมากกว่าจังหวัด พื้นที่รูปแบบอื่นๆ หรือไม่เกี่ยวข้องกับพื้นที่ (ประเด็นร่วมระดับประเทศ) เช่น สมัชชาสุขภาพเฉพาะประเด็นแผนยุทธศาสตร์ว่าด้วยการสร้างเสริมสุขภาพในระยะท้ายของชีวิต สมัชชาสุขภาพเฉพาะประเด็นว่าด้วยการปฏิรูปการศึกษาวิชาชีพด้านสุขภาพ เป็นต้น

ประเภทที่ 2 สมัชชาสุขภาพเฉพาะประเด็นที่ครอบคลุมมากกว่าจังหวัด (ประเด็นร่วมระดับภาค/กลุ่มจังหวัด เช่น สมัชชาสุขภาพเฉพาะประเด็นว่าด้วยมะเร็งท่อน้ำดีและพยาธิใบไม้ในตับภาคอีสาน สมัชชาสุขภาพเฉพาะประเด็นว่าด้วยการจัดการลุ่มน้ำขนาดเล็กในเขตภาคเหนือตอนบน เป็นต้น

ประเภทที่ 3 สมัชชาสุขภาพเฉพาะประเด็นเล็กกว่าจังหวัด เช่น สมัชชาสุขภาพเฉพาะประเด็นผู้สูงอายุจังหวัดพิจิตร สมัชชาสุขภาพเฉพาะประเด็นการป้องกันอุบัติเหตุจราจรจังหวัดขอนแก่น เป็นต้น

ในปี พ.ศ. 2560 สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ ได้สนับสนุนการจัดสมัชชาสุขภาพเฉพาะประเด็นจำนวน 6 ประเด็น ได้แก่

(1) ประเด็นสุขภาวะชาติพันธุ์และชนเผ่า พื้นที่ 8 จังหวัดล้านนา

(2) ประเด็นความมั่นคงด้านอาหารปลอดภัย พื้นที่ 10 จังหวัด ภาคเหนือตอนล่าง

(3) ประเด็นชาติพันธุ์มอญสู่การจัดทำธรรมนูญเฉพาะประเด็นฝั่มอญ

(4) เดินหน้าต่อไปด้วยวิถีไทสร้างสรรค์ตะวันออก พ.ศ. 2560

(5) สมัชชาสันติภาพชายแดนใต้/ปัตตานี 2017

(6) สมัชชาสุขภาพเฉพาะประเด็นว่าด้วยการบริการสุขภาพด้วยวิถีอิสลาม

7.3. บทสรุป

ระบบสุขภาพไทยในปัจจุบัน มีลักษณะเป็นระบบพหุลักษณะ มีกลไกที่เกี่ยวข้องหลายภาคส่วน ไม่ว่าจะเป็นกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงอื่นๆ ที่ทำงานเกี่ยวข้องกับสุขภาพ หน่วยงานที่มีพระราชบัญญัติเฉพาะต่างๆ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น องค์กรพัฒนาเอกชน ชุมชนและภาคเอกชน แต่ละภาคส่วนมีการดำเนินงานด้านสุขภาพที่แตกต่างกัน ทั้งงานด้านการสร้างสุขภาพ การควบคุมป้องกันโรค และการรักษาฟื้นฟู ดังนั้น ดังนั้นการทำให้ประชาชนมีสุขภาพดีทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ ปัญญาและสังคม จำเป็นต้องอาศัยความร่วมมือของทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง

นโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ เป็นนโยบายสาธารณะในทุกสาขาที่ให้ความสำคัญต่อมิติด้านสุขภาพ พร้อมทั้งจะป้องกัน ควบคุม หรือลดผลกระทบด้านสุขภาพจากนโยบายเหล่านั้น เช่น นโยบายการจัดการจราจรเพื่อลดอุบัติเหตุบนท้องถนน นโยบายส่งเสริมการเกษตรปลอดภัย นโยบายเกี่ยวกับการจัดระบบการเดินและการใช้จักรยานในชีวิตประจำวัน นโยบายการเจรจาการค้าเสรีที่คำนึงถึงผลกระทบต่อสุขภาพ เป็นต้น นโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพเป็นการดำเนินงานตามแนวคิดการสร้างเสริมสุขภาพ ตามกฎบัตรออตตาวา (Ottawa Charter) และแนวคิดขององค์การอนามัยโลกในปัจจุบัน เรื่องการให้ความสำคัญกับมิติสุขภาพในทุกนโยบายสาธารณะ หรือทุกนโยบายห่วงใยสุขภาพ (HiAP) การประกาศใช้พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 เป็นจุดเริ่มต้นของการขยายนิยามของคำว่า “สุขภาพ” เป็น “สุขภาวะ” ที่ครอบคลุมกาย จิต สังคมและปัญญา และทำให้เกิดพื้นที่และเครื่องมือในการพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ

ที่ให้ความสำคัญกับการมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วน ที่ช่วยให้แนวคิด “ทุกนโยบายห่วงใยสุขภาพ” เกิดขึ้นได้อย่างเป็นรูปธรรม

การสนับสนุนและส่งเสริมการพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพแบบมีส่วนร่วมในระดับต่างๆ ไม่ว่าจะใช้เครื่องมือใดก็ตาม จำเป็นต้องส่งเสริมให้เกิดกลไกและกระบวนการที่สำคัญ ได้แก่

(1) การพัฒนากลไกการทำงานในรูปแบบพหุภาคีเพื่อให้ทุกฝ่ายมีความรู้สึกเป็นเจ้าของร่วมกัน

(2) การทำงานอย่างมียุทธศาสตร์ในการจัดการและการสนับสนุนทางด้านวิชาการที่เข้มแข็ง

(3) ให้ความสำคัญกับการจัดการเครือข่าย ซึ่งรวมถึงการเชื่อมประสานการทำงานและขยายเครือข่ายอย่างต่อเนื่อง เพื่อเปิดโอกาสให้ภาคีเครือข่ายใหม่ๆ ได้เข้าร่วมเรียนรู้และผลักดันนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพร่วมกัน

(4) การทำให้เกิดกระบวนการเรียนรู้ร่วมกันผ่านการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นในรูปแบบต่างๆ อย่างต่อเนื่อง เพื่อนำไปสู่ความไว้วางใจและการยอมรับซึ่งกันและกัน ซึ่งต้องมีการพัฒนานวัตกรรมของกระบวนการถกแถลงปรึกษาหารือที่มีประสิทธิภาพ

(5) การสื่อสารทางสังคมอย่างต่อเนื่อง เพื่อขยายการเรียนรู้ออกไปสู่สังคมวงกว้าง กระตุ้นให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางสังคม เพื่อสนับสนุนการตื่นตัวของ “สำนึก พลเมือง” และ การสร้างความเข้มแข็งของพลังพลเมือง ซึ่งเป็นพลังสำคัญในการขับเคลื่อนประชาธิปไตยแบบมีส่วนร่วม (participatory democracy)

บทที่ 8

การบูรณาการระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในประเทศไทย

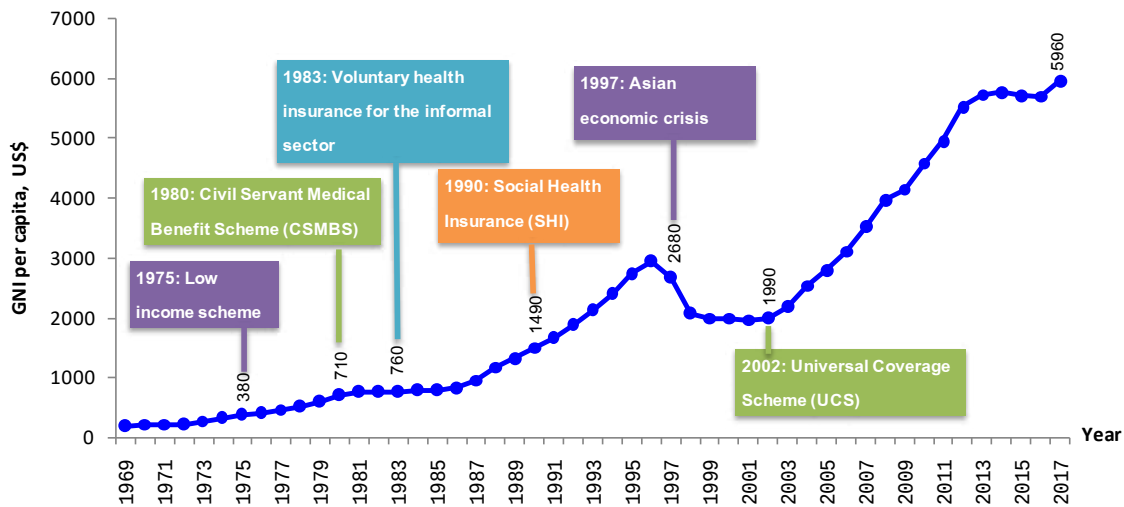
8.1 พัฒนาการของระบบประกันสุขภาพในประเทศไทย

ประเทศไทยได้มีการขยายความครอบคลุมสร้างหลักประกันสุขภาพให้กับประชาชนไทย เริ่มตั้งแต่ พ.ศ. 2518 โดยการจัดสวัสดิการประชาชนด้านการรักษาพยาบาลสำหรับผู้มีรายได้น้อย หรือ เรียกว่า สปร. (Low income card scheme) เพื่อให้ผู้มีรายได้น้อยเข้ารับการรักษาพยาบาลในสถานพยาบาลของกระทรวงสาธารณสุขโดยไม่เสียค่าใช้จ่าย และได้มีการขยายความครอบคลุมไปยังกลุ่มผู้สูงอายุ ผู้พิการ และเด็กอายุต่ำกว่า 12 ปี พ.ศ. 2523 รัฐบาลได้จัดสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ (Civil Servant Medical Benefit Scheme, CSMBs) สำหรับข้าราชการ ลูกจ้างประจำ และครอบครัว ซึ่งรวมถึงพ่อแม่ คู่สมรส และบุตรที่อายุต่ำกว่า 18 ปี ถัดมาใน พ.ศ. 2526 กระทรวงสาธารณสุขได้เริ่มโครงการบัตรประกันสุขภาพภาคสมัครใจ โดยประชาชนต้องจ่ายเงินซื้อบัตร 500 บาทต่อครัวเรือนต่อปี ครอบคลุมสมาชิกไม่เกิน 5 คน สิทธิการรักษาคล้ายคลึงกับโครงการ สปร. แต่ผู้ซื้อบัตรประกันสุขภาพภาคสมัครใจส่วนมากเป็นผู้ที่มีความต้องการใช้บริการสุขภาพ เช่น ผู้ตั้งครรภ์ ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง มีอัตราการใช้บริการสูง ผู้ที่มีสุขภาพดี ไม่ป่วย มักไม่ซื้อบัตรประกันสุขภาพ ดังนั้น พ.ศ. 2536 กระทรวงสาธารณสุขจึงร่วมอุดหนุนงบประมาณ 500 บาทต่อบัตรประกันสุขภาพเพื่อเป็นแรงจูงใจให้ประชาชนซื้อบัตรประกันสุขภาพภาคสมัครใจมากขึ้น⁽¹⁾ พ.ศ. 2533 ประกาศใช้พระราชบัญญัติประกันสังคม กองทุนประกันสังคมมีผลบังคับใช้ครั้งแรกใน พ.ศ. 2534 บังคับให้บุคคล 3 ฝ่าย ได้แก่ นายจ้าง

ลูกจ้าง และรัฐบาล จ่ายเงินสมทบเข้ากองทุนประกันสังคมฝ่ายละเท่าๆกัน ในอัตราเพดานร้อยละ 1.5 ของค่าจ้างที่มีกำหนดเพดานเงินเดือนสูงสุด 15,000 บาทต่อเดือน โดยครอบคลุมสถานประกอบการที่มีลูกจ้างตั้งแต่ 20 คนขึ้นไป และได้ขยายออกไปเป็นสถานประกอบการที่มีลูกจ้างตั้งแต่ 10 คนขึ้นไปใน พ.ศ. 2536 และขยายเป็น 1 คนขึ้นไปใน พ.ศ. 2545 สิทธิประกันสังคม (Social Security Scheme, SSS) ประกอบด้วยสิทธิประโยชน์หลายกรณีรวมถึงสิทธิประโยชน์การรักษาพยาบาลที่ไม่ได้เกิดจากการทำงาน (Social Health Insurance; SHI) ด้วย

จากนั้น พ.ศ. 2540 ประเทศไทยประสบภาวะวิกฤตเศรษฐกิจ (Asian economic crisis) ทำให้รายได้ประชาชาติ (Gross National Income; GNI) ลดลงจาก 2,680 ดอลลาร์สหรัฐต่อหัวประชากร เหลือประมาณ 1,960 ดอลลาร์สหรัฐต่อหัวประชากร ใน พ.ศ. 2544⁽²⁾ ซึ่งเป็นจุดต่ำสุดหลังเกิดวิกฤตเศรษฐกิจ แต่รัฐบาลกลับใช้วิกฤตเศรษฐกิจนี้เป็นการสร้างโอกาสด้านสุขภาพ ด้วยการริเริ่มโครงการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (Universal Coverage Scheme, UC Scheme) หรือที่รู้จักในนามของโครงการ “30 บาท รักษาทุกโรค” โดยมีการผลักดันและประกาศใช้พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 จากนั้น ประเทศไทยมีรายได้ประชาชาติเพิ่มขึ้นเรื่อยๆจาก 1,990 ดอลลาร์สหรัฐต่อหัวประชากรใน พ.ศ. 2545 จนเป็น 5,960 ดอลลาร์สหรัฐต่อหัวประชากร ใน พ.ศ. 2560 (ภาพที่ 8.1)

ภาพที่ 8.1 รายได้ประชาชาติต่อหัวประชากรไทย (GNI per capita) และการขยายความครอบคลุมหลักประกันสุขภาพ ระหว่างปี 2512 – 2560



ที่มา: GNI per capita data from the World Bank. <https://data.worldbank.org/country/thailand>

ประเทศไทยบรรลุหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (Universal Health Coverage, UHC) ใน พ.ศ. 2545 โดยเป็นการริเริ่มโครงการ 30 บาทรักษาทุกโรค ภายหลังจากที่พรรคการเมืองใช้เป็นนโยบายหนึ่งในการหาเสียง จนกระทั่งพรรคการเมืองได้รับชนะการเลือกตั้งและจัดตั้งเป็นรัฐบาล จึงต้องดำเนินการจัดตั้งปฏิบัติให้ได้ตามที่หาเสียงไว้กับประชาชน ดังนั้น จึงเป็นการต่อยอดจากสิทธิต่างๆ เดิมที่มีอยู่แล้วสิทธิหลัก คือ สิทธิสวัสดิการรักษายาบาล ข้าราชการ สิทธิประกันสังคม โครงการ สปร. และบัตรประกันสุขภาพภาคสมัครใจ โดยมีการออกแบบนโยบาย (Policy design) ให้ยังคง สิทธิสวัสดิการรักษายาบาล ข้าราชการ และสิทธิประกันสังคม ไว้เช่นเดิมทุกประการ และจัดตั้งให้มีสิทธิประกันสุขภาพแห่งชาติ ที่ครอบคลุมสมาชิกของโครงการ สปร. และบัตรประกันสุขภาพเดิม พร้อมทั้งขยายไปยังคนไทยที่ไม่มีประกันสุขภาพภาครัฐอีกประมาณ 18.5 ล้านคน (ของจำนวน 62 ล้านคนทั่วประเทศ) ในขณะนั้น⁽³⁾ จึงทำให้ประเทศไทยบรรลุหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า หรือ UHC ด้วยระบบประกันสุขภาพภาครัฐ 3 ระบบหลัก ได้แก่ สิทธิสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ (CSMBS) สิทธิประกันสังคม (SHI) และสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (UC Scheme)

นอกจากนี้ยังมีระบบย่อยที่ครอบคลุมกลุ่มเป้าหมายอื่นๆ เช่น สวัสดิการรักษายาบาลของพนักงานรัฐวิสาหกิจ พนักงานและข้าราชการองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ครูโรงเรียนเอกชนตามกฎหมายว่าด้วยโรงเรียนเอกชน ประกันสุขภาพตามกฎหมายว่าด้วยการคุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถ ประกันสุขภาพตามกฎหมายว่าด้วยกองทุนเงินทดแทนสำหรับการเจ็บป่วยจากการทำงาน สวัสดิการด้านสุขภาพและประกันสุขภาพสำหรับคนที่รอพิสูจน์สถานะและสิทธิ ระบบประกันสุขภาพแรงงานต่างด้าว เป็นต้น

แต่ละระบบประกันสุขภาพครอบคลุมประชากรที่แตกต่างกัน ในที่นี้ จะกล่าวถึงระบบประกันสุขภาพภาครัฐ 3 ระบบหลัก โดยสิทธิสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการครอบคลุมข้าราชการ ลูกจ้างประจำ รวมถึงครอบครัว ประมาณ 4.9 ล้านคน บริหารจัดการโดยกรมบัญชีกลาง กระทรวงการคลัง ในขณะที่สิทธิประกันสังคมครอบคลุมลูกจ้างประมาณ 11.9 ล้านคน บริหารจัดการโดยสำนักงานประกันสังคม กระทรวงแรงงาน และสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ บริหารจัดการโดยสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ซึ่งเป็นการรวมผู้ที่เคยมีบัตร สปร. บัตรประกันสุขภาพภาคสมัครใจ และ

ประชาชนอีกประมาณร้อยละ 30 ที่ยังไม่มีประกันสุขภาพ รวมเป็น 48.1 ล้านคน (ข้อมูลสมาชิก พ.ศ. 2560)⁽⁴⁾ โดย สปสช. ถูกจัดตั้งขึ้นตามพระราชบัญญัติประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 (National Health Security Act 2002)⁽⁵⁾

ระบบประกันสุขภาพของประเทศไทยเป็นสิทธิที่เกี่ยวข้องกับการทำงาน ระบบข้อมูลการขึ้นทะเบียนสมาชิกจึงต้องมีความเป็นปัจจุบัน เพื่อให้ทันกับการเปลี่ยนแปลงสถานะของสมาชิก เช่น กรณีที่ผู้ประกันตนสิทธิประกันสังคมลาออกจากงานจะถูกปรับเปลี่ยนให้เป็นสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ หากสมาชิกสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ได้ทำงานกับหน่วยงานภาคเอกชนก็จะถูกปรับเปลี่ยนสถานะเป็นสิทธิประกันสังคม หากได้บรรจุเป็นข้าราชการก็จะอยู่ภายใต้สิทธิสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ เป็นต้น

การเคลื่อนไหวทางการเมืองในการเลือกตั้งเดือนมกราคม พ.ศ. 2544 เป็นจุดเปลี่ยนที่สำคัญที่ทำให้ประเทศไทยสามารถบรรลุหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ในพ.ศ. 2545 การตัดสินใจทางการเมืองของรัฐบาลเป็นปัจจัยสำคัญที่มีผลต่อข้อเสนอเชิงนโยบาย โดยเฉพาะอย่างยิ่งการปฏิรูปการเงินการคลังด้านสุขภาพสำหรับการดำเนินการตามสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ซึ่งเป็นการปฏิรูปครั้งใหญ่ของวงการสาธารณสุขไทย โดย

เฉพาะอย่างยิ่งเรื่องแหล่งการเงินการคลัง และการจ่ายเงินให้สถานพยาบาล

สิทธิสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการและสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติมีแหล่งการคลังมาจากภาษีทั่วไป ส่วนสิทธิประกันสังคมได้มาจากการสมทบสามฝ่าย คือ ผู้ประกันตน นายจ้าง และรัฐบาล กลไกการจ่ายเงินให้แก่สถานพยาบาล กรณีผู้ป่วยนอก (out-patient) สิทธิประกันสังคมและสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จ่ายแบบเหมาจ่ายรายหัว (capitation) ตามจำนวนสมาชิกที่ขึ้นทะเบียนกับสถานพยาบาลนั้นๆ ส่วนสิทธิสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการจ่ายตามรายการรักษาที่สถานพยาบาลเรียกเก็บ (fee-for-service) กรณีผู้ป่วยใน (in-patient) สิทธิทั้งสามระบบจ่ายแบบกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (diagnostic related group; DRG) แต่สิทธิสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการไม่มีเพดานงบประมาณหรือแบบ open ended budget ส่วนบริการกรณีเฉพาะ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติจ่ายให้สถานพยาบาลตามรายการที่กำหนด (fee-schedule) และบริการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติจ่ายให้สถานพยาบาลแบบเหมาจ่ายรายหัวสำหรับประชาชนทุกคน⁽⁶⁾ ตารางที่ 8.1 แสดงข้อมูลสำคัญของระบบหลักประกันสุขภาพภาครัฐ 3 ระบบหลัก

ตารางที่ 8.1 ข้อมูลสำคัญของระบบหลักประกันสุขภาพภาครัฐ 3 ระบบหลัก

	สวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ	สิทธิประกันสังคม	สิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
ประกาศใช้	มีมานานมาตั้งแต่ก่อนพระราชกฤษฎีกา พ.ศ. 2523	พรบ.ประกันสังคม พ.ศ.2533	พรบ.หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545
ผู้บริหารจัดการ (Purchaser)	กรมบัญชีกลางกระทรวงการคลัง	สำนักงานประกันสังคม กระทรวงแรงงาน	สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.)
ครอบคลุมประชากร*	4.9 ล้านคน	11.9 ล้านคน	48.1 ล้านคน
แหล่งการคลัง	ภาษีทั่วไป	เงินสมทบจากผู้ประกันตน นายจ้าง และรัฐบาล	ภาษีทั่วไป
การบริหารงบประมาณ	แบบปลายเปิด (Open ended budget)	แบบปลายปิด (Close ended budget)	แบบปลายปิด (Closed end budget)

ตารางที่ 8.1 ข้อมูลสำคัญของระบบหลักประกันสุขภาพภาครัฐ 3 ระบบหลัก (ต่อ)

	สวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ	สิทธิประกันสังคม	สิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
กลไกการจ่ายเงินให้สถานพยาบาล	กรณีผู้ป่วยนอก: fee-for-service กรณีผู้ป่วยใน: Diagnostic related group (DRG)	กรณีผู้ป่วยนอก: capitation กรณีผู้ป่วยใน: Diagnostic related group (DRG)	กรณีผู้ป่วยนอกและบริการส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรค: capitation กรณีผู้ป่วยใน: Diagnostic related group (DRG) บริการกรณีเฉพาะ: fee-schedule
รายจ่ายด้านสุขภาพ (2558)**	66,528 ล้านบาท	44,592 ล้านบาท	114,170 ล้านบาท

* ข้อมูลจาก รายงานการสร้างระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ประจำปีงบประมาณ 2560

** ข้อมูลจาก บัญชีรายจ่ายสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2558

ที่มา: ดัดแปลงจาก Health systems development in Thailand: a solid platform for successful implementation of universal health coverage⁽⁷⁾

อย่างไรก็ตาม การพัฒนาระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าของประเทศไทยเพียงด้านเดียว คงไม่สามารถบรรลุผลสัมฤทธิ์ได้ ปัจจัยที่สำคัญที่จำเป็นต้องพัฒนาควบคู่กันไปพร้อมๆกัน ได้แก่ การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ รวมทั้งด้านสถานพยาบาล บุคลากรสาธารณสุข และเวชภัณฑ์มีใช้ยา และอุปกรณ์ทางการแพทย์ ซึ่งมี

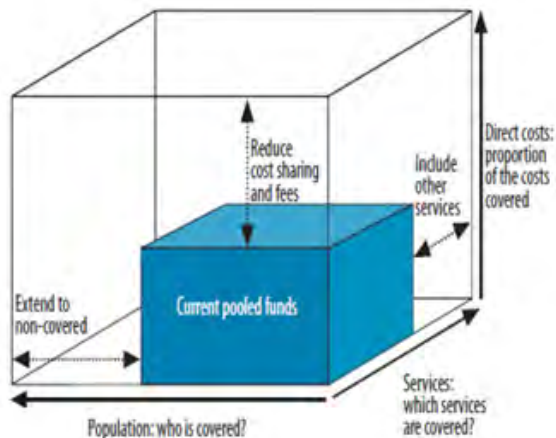
การพัฒนามาอย่างต่อเนื่องในประเทศไทยเป็นเวลากว่าหลายสิบปี จนกระทั่งประเทศไทยมีสถานพยาบาลทั้งระดับปฐมภูมิ ทุติยภูมิ และตติยภูมิ กระจายตัวอยู่ทั่วประเทศ อันเป็นบริบทที่สำคัญยิ่งที่สนับสนุนต่อการดำเนินงานนโยบาย UHC ใน พ.ศ. 2545 ดังที่อธิบายไว้ในหนังสือ Good Health at Low Cost⁽⁸⁾

8.2. ผลสัมฤทธิ์ของการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

องค์การอนามัยโลก หน่วยงานต่างๆ และประเทศต่างๆ มีความพยายามการปฏิรูประบบการเงินการคลังด้านสุขภาพให้มีความเพียงพออย่างยั่งยืนและให้มีการใช้ทรัพยากรอย่างมีประสิทธิภาพสูงสุด มุ่งให้มีความเป็นธรรมด้านสุขภาพและบรรลุหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (UHC) เป็นเวลานานมากกว่า 10 ปีแล้ว⁽⁹⁾ จนกระทั่ง UHC ได้รับการบรรจุให้เป็นเป้าหมายหนึ่งของการพัฒนาอย่างยั่งยืน (Sustainable Development Goals: SDGs) โดยเป็นเป้าหมายย่อย SDG 3.8 กำหนดให้ทุกประเทศบรรลุความสำเร็จในการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าภายในพ.ศ. 2573 (หรือ ค.ศ. 2030)⁽¹⁰⁾ โดยมุ่งเป้าสองด้าน คือ หนึ่ง การเข้าถึงบริการสาธารณสุขที่จำเป็น

อย่างมีคุณภาพและมีประสิทธิภาพตามความจำเป็นของประชาชน และสอง การปกป้องครัวเรือนจากการเกิดวิกฤติทางการเงินหรือการที่ต้องกลายเป็นครัวเรือนยากจนภายหลังจากการจ่ายค่ารักษาพยาบาล⁽¹¹⁾ องค์การอนามัยโลกมีรายงานอธิบายมิติสามด้านของหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าหรือที่รู้จักกันในชื่อ “UHC cube” ซึ่งประกอบด้วย 3 ด้านของความครอบคลุม ความครอบคลุมด้านประชากร (population coverage) ความครอบคลุมด้านบริการสุขภาพ (service coverage) และความครอบคลุมของการป้องกันภาวะเสี่ยงทางการเงิน (financial protection)⁽¹²⁾ (ภาพที่ 8.2)

ภาพที่ 8.2 มิติสามด้านของประกันสุขภาพถ้วนหน้า (UHC cube)



ที่มา: World Health Organization. The World Health Report 2010: Health System Financing⁽¹²⁾

สำหรับประเทศไทย มีการระบุหลักการของการสร้างหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ คือ “การสร้างหลักประกันให้กับคนทุกคนให้สามารถเข้าถึงบริการด้านสุขภาพได้ตามความจำเป็น และไม่ล้มละลายจากการเจ็บป่วย ด้วยบริการที่มีคุณภาพ มาตรฐาน ประชาชนและผู้ให้บริการมีความพึงพอใจ โดยคำนึงถึงเกียรติและ

ศักดิ์ศรีของทุกคนอย่างเท่าเทียมกัน”⁽¹³⁾ ในที่นี้ผลสัมฤทธิ์ของการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในประเทศไทยจึงนำเสนอผลการดำเนินงานความครอบคลุมตามมิติสามด้านของ UHC Cube ดังนี้

8.2.1 ความครอบคลุมประชากรของระบบประกันสุขภาพ (population coverage)

นับตั้งแต่เริ่มขยายความครอบคลุมสร้างหลักประกันสุขภาพให้กับประชาชนไทย ตั้งแต่ พ.ศ. 2518 จนบรรลุระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (UHC) ใน พ.ศ. 2545 แสดงให้เห็นว่า ประชาชนคนไทยเกือบร้อยละร้อย (ร้อยละ 99.95 ของประชากรทั้งหมด 66.047 ล้านคน) ใน พ.ศ.2560⁽¹⁴⁾ มีหลักประกันสุขภาพ โดยสิทธิประกันสุขภาพแห่งชาติครอบคลุมประชากร ร้อยละจำนวนมากที่สุดถึงร้อยละ 72.3 สิทธิประกันสังคมร้อยละ 17.3 สิทธิสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการร้อยละ 7.2 และสิทธิประกันสุขภาพอื่นๆ ประมาณร้อยละ 3.0 (หมายเหตุ: สิทธิประกันสุขภาพอื่นๆ รวมถึงพนักงานส่วนท้องถิ่น ประกันสุขภาพเอกชน เป็นต้น) (ภาพที่ 8.3)

ภาพที่ 8.3 ความครอบคลุมประชากรของระบบประกันสุขภาพ แยกรายสิทธิประกันสุขภาพ ปีงบประมาณ 2545-2560



ที่มา: วิเคราะห์ข้อมูลจากสำนักบริหารงานทะเบียน สปสช. ข้อมูล ณ เดือนกันยายน 2560⁽¹⁶⁾

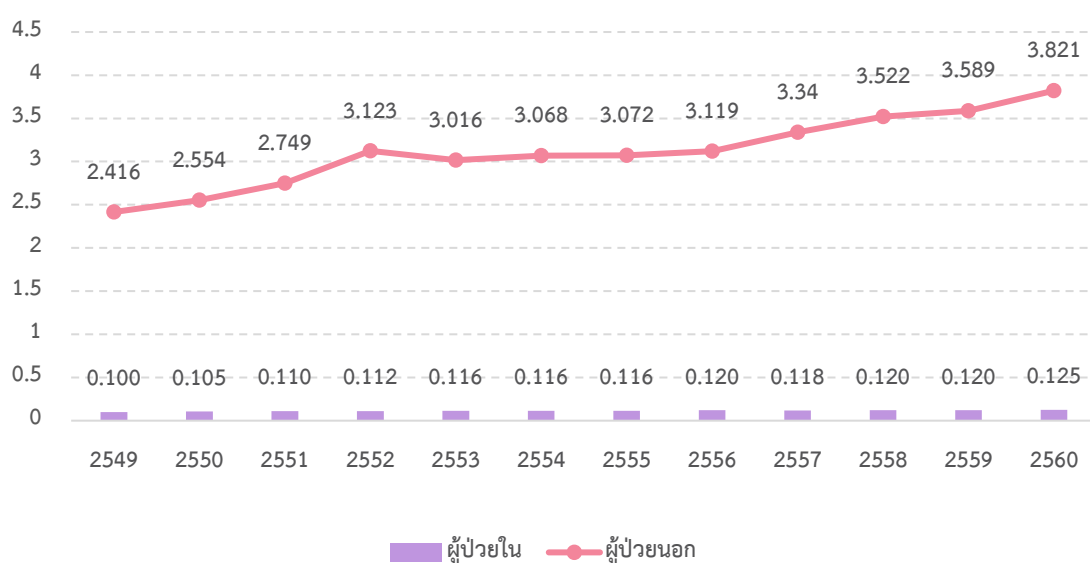
อย่างไรก็ตาม ความครอบคลุมประชากรยังไม่เป็นร้อยละร้อย (100%) เนื่องจากยังมีประชาชนบางกลุ่มที่ยังไม่มีหลักประกันสุขภาพ เช่น ในพ.ศ.2560 ประชาชนไทยที่รอการยืนยันสิทธิประมาณ 112,431 คน⁽¹⁵⁾ นอกจากนี้ยังมีคนต่างด้าวประมาณ 1.9 ล้านคน ประกอบด้วยผู้ที่ผ่านการพิสูจน์สัญชาติแล้ว (ประมาณ 1.1 ล้านคน) และผู้ที่ยังไม่ผ่านการพิสูจน์สัญชาติ (ประมาณ 8 แสนคน)⁽¹⁶⁾ ที่เป็นผู้อยู่อาศัยในแผ่นดินไทยแต่ยังไม่มีประกันสุขภาพ ความครอบคลุมประชากรให้เป็นร้อยละร้อยอย่างแท้จริงยังคงเป็นความท้าทายของระบบสุขภาพไทย โดยเฉพาะการขยายความครอบคลุมระบบประกันสุขภาพไปยังคนต่างด้าว

8.2.2 ความครอบคลุมของบริการสุขภาพ (service coverage)

สิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติของไทยหรือ UC Scheme มีความโดดเด่นในเรื่องความครอบคลุมชุดสิทธิประโยชน์อย่างกว้างขวาง ไม่เพียงแต่ความครอบคลุมด้านการรักษาพยาบาลสำหรับสมาชิกของ UC Scheme เท่านั้น แต่ยังครอบคลุมการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคสำหรับประชากรไทยทุกคนด้วย

สิทธิประกันสุขภาพแห่งชาติ ครอบคลุมสิทธิประโยชน์ทั้งการรักษาพยาบาลแบบผู้ป่วยนอก และผู้ป่วยใน รวมถึงการรักษาพยาบาลที่มีราคาแพง และการฟื้นฟูสมรรถภาพด้วย ส่งผลให้การให้บริการทั้งกรณีผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในของผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเพิ่มขึ้น โดย พ.ศ. 2560 มีจำนวนการใช้บริการกรณีผู้ป่วยนอกจำนวน 184 ล้านครั้ง และมีอัตราการให้บริการ 3.82 ครั้งต่อคนต่อปี ส่วนกรณีผู้ป่วยในมีจำนวนการใช้บริการจำนวน 6 ล้านครั้ง และมีอัตราการให้บริการ 0.13 ครั้งต่อคนต่อปี ดังภาพที่ 8.4⁽¹⁷⁾ ขณะเดียวกัน ได้มีการสำรวจความชุกของการไม่ได้รับบริการที่จำเป็นเมื่อเจ็บป่วย (the prevalence of unmet health need) ทั้งกรณีผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน พบว่า ค่าเฉลี่ยระดับประเทศคิดเป็นร้อยละ 1.44 และร้อยละ 0.4 ตามลำดับ ซึ่งอยู่ในระดับต่ำ (low level of unmet need) ที่ใกล้เคียงกับค่าของประเทศสมาชิกองค์การเพื่อความร่วมมือและการพัฒนาทางเศรษฐกิจ (Organization for Economic Co-operation and Development, OECD)⁽¹⁸⁾

ภาพที่ 8.4 อัตราการใช้บริการผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในของผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2549-2560



ที่มา: รายงานการสร้างระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ประจำปีงบประมาณ 2560⁽¹⁷⁾

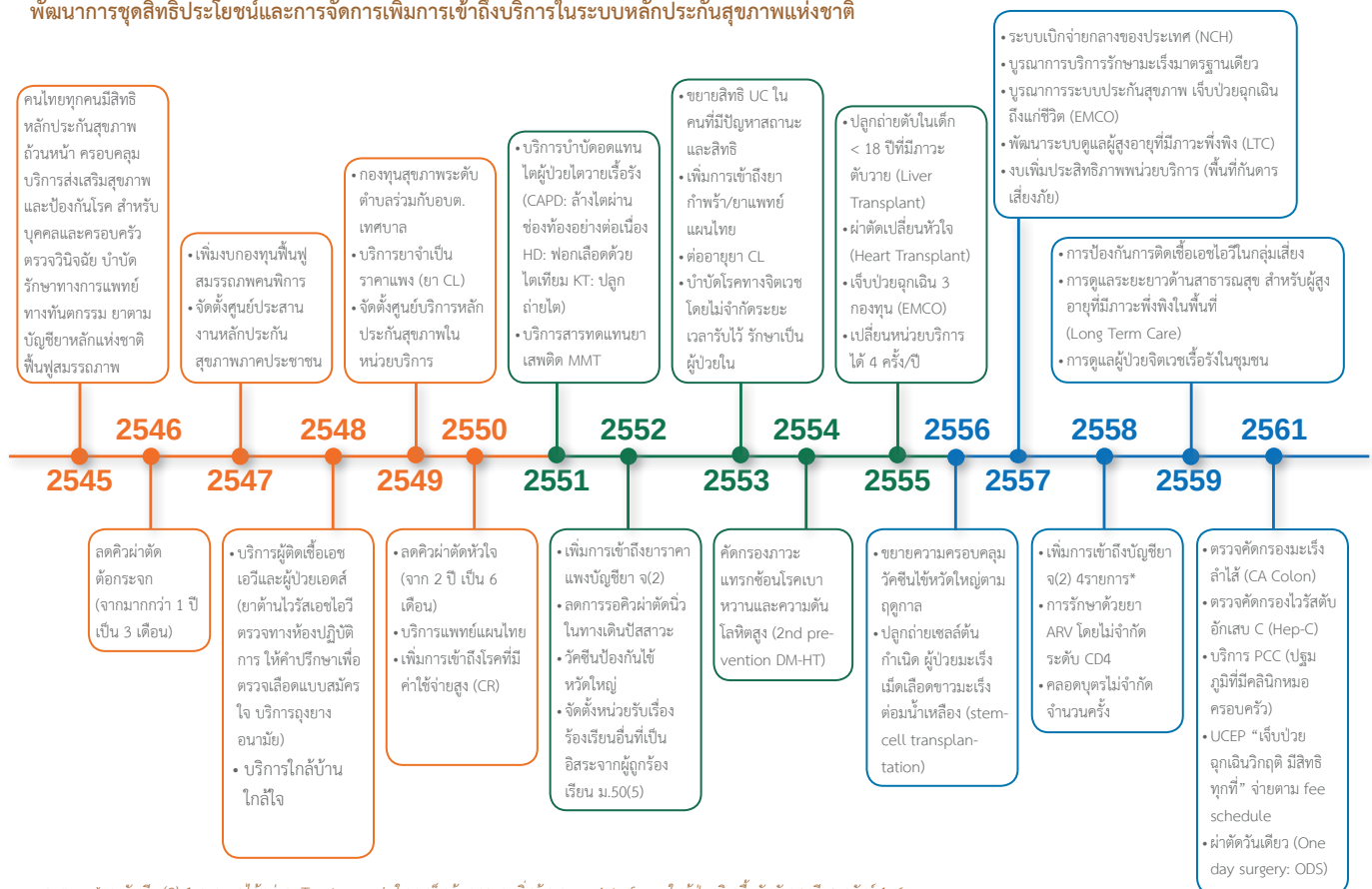
นอกจากนี้ ผลการวิเคราะห์ประโยชน์ที่ได้รับ (Benefit Incidence Analysis) พบว่า กลุ่มคนจนที่สุดใช้บริการสาธารณสุขและได้รับประโยชน์จากสิทธิประกันสุขภาพแห่งชาติ มากกว่ากลุ่มคนรวยที่สุด (pro-poor utilization)^(19,20) ส่วนหนึ่งเป็นผลจากการกระจายระบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิและทุติยภูมิที่มีการกระจายตัวทั่วประเทศ ทำให้ประชาชนที่อาศัยในชนบทสามารถเข้าถึงบริการได้ง่าย ในระหว่างพ.ศ. 2546 ถึง พ.ศ. 2552 คนจนสิทธิประกันสุขภาพแห่งชาติ ได้รับประโยชน์จากเงินภาครัฐในการใช้บริการผู้ป่วยนอก ร้อยละ 27.0–30.0 ขณะที่กลุ่มรวยที่สุดได้รับประโยชน์น้อยกว่า (ร้อยละ 7–11 และในทำนองเดียวกัน กลุ่มจนที่สุด

ได้รับประโยชน์จากการใช้บริการผู้ป่วยในมากกว่ากลุ่มรวยที่สุด⁽²¹⁾

อย่างไรก็ตาม สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ยังได้มีการพัฒนาและขยายชุดสิทธิประโยชน์อย่างต่อเนื่องจนถึงปัจจุบัน ทั้งด้านการรักษาพยาบาลกรณีผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยใน บริการเฉพาะอย่างด้วยวิธีการเบิกจ่ายจากส่วนกลาง (Central Reimbursement, CR) บริการฟื้นฟูสมรรถภาพ บริการแพทย์แผนไทย และยังเพิ่มการดูแลกลุ่มเฉพาะ ได้แก่ ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ ผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง และผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (ภาพที่ 8.5)

ภาพที่ 8.5 พัฒนาการชุดสิทธิประโยชน์และการจัดการเพิ่มการเข้าถึงบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

พัฒนาการชุดสิทธิประโยชน์และการจัดการเพิ่มการเข้าถึงบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ



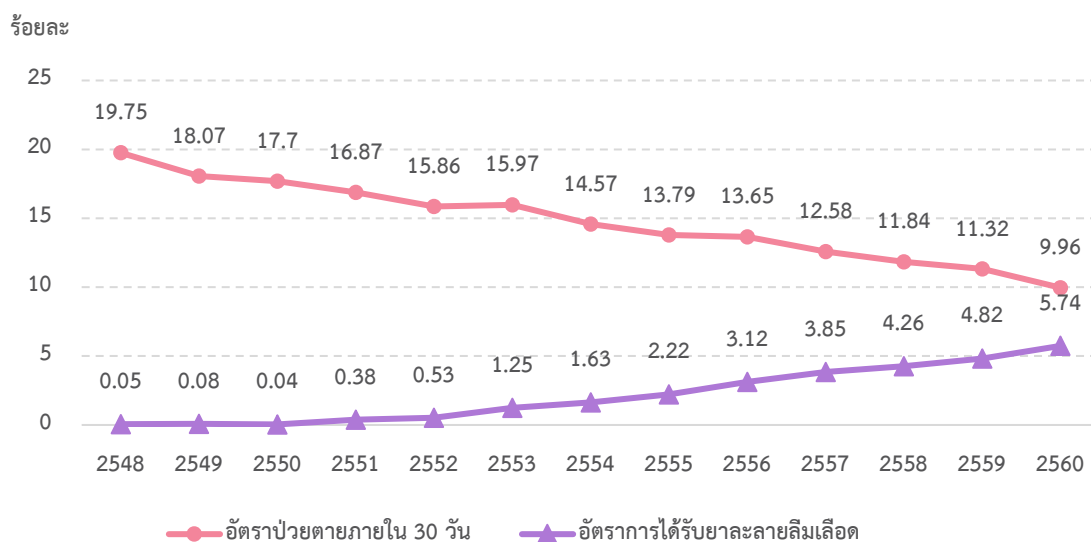
หมายเหตุ: * ยาบัญชี จ(2) 4 รายการ ได้แก่ ยา Trantuzumab ในมะเร็งเต้านมระยะเริ่มต้น ยา peginterferon ในผู้ป่วยติดเชื้อตับอักเสบบี สายพันธุ์ 1, 6 และสายพันธุ์ 2 หรือ 3 ที่มีอาการติดเชื้อ HIV ร่วมด้วย ยา Nilotinib และ ยา Dasatinib ในผู้ป่วยกลุ่ม มะเร็งเม็ดเลือดขาวและต่อมน้ำเหลือง

ที่มา: รายงานการสร้างระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ประจำปีงบประมาณ 2560⁽¹⁷⁾

บริการสุขภาพที่มีราคาแพงหรือบริการเฉพาะที่บรรจุในชุดสิทธิประโยชน์ ได้แก่ บริการผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง บริการผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือด บริการผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง บริการผู้ป่วยต่อกระเจก ซึ่งทำให้ประชาชนเข้าบริการที่มีราคาแพงมากขึ้น ประชาชนไม่ต้องแบกรับค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล หากสามารถรักษาได้ทันเวลาที่ จะสามารถช่วยลดความพิการหรือเสียชีวิตได้ อย่างเช่น บริการผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง การได้รับยาละลายลิ่มเลือดในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 0.05 (พ.ศ. 2548) เป็น

ร้อยละ 5.74 (พ.ศ. 2560) และมีอัตราการป่วยตายภายใน 30 วันหลังรับไว้รักษาในโรงพยาบาลมีแนวโน้มลดลงจากร้อยละ 19.75 (พ.ศ. 2548) เป็นร้อยละ 9.96 (พ.ศ. 2560) ซึ่งการได้รับยาละลายลิ่มเลือดอย่างทันเวลาที่หรือในเวลาที่เหมาะสม จะช่วยลดความพิการและอัตราการเสียชีวิตได้ ดังภาพที่ 8.6 ส่วนอัตราการเข้าถึงหัตถการรักษาโรคหลอดเลือดโคโรนารีผ่านสายสวนหัวใจ (Percutaneous Coronary Intervention; PCI) และการได้รับยาละลายลิ่มเลือดในผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด STEMI มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 77.84 ใน พ.ศ. 2560

ภาพที่ 8.6 อัตราป่วยตายภายใน 30 วันและอัตราการได้รับยาละลายลิ่มเลือดของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตัน ของผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2549-2560



ที่มา: รายงานการสร้างระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ประจำปีงบประมาณ 2560⁽¹⁷⁾

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติได้เพิ่มสิทธิประโยชน์สำหรับผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง พ.ศ. 2551 ได้แก่ การผ่าตัดปลูกถ่ายไต (Kidney Transplant, KT) บริการล้างไตผ่านช่องท้องอย่างต่อเนื่อง (Continuous Ambulatory Peritoneal Dialysis, CAPD) และบริการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม (Heamodialysis, HD) เพื่อให้ผู้ป่วยมีผลลัพธ์ทางสุขภาพที่ดี เพิ่มความเท่าเทียมในการเข้าถึงบริการ การช่วยรักษาชีวิต และป้องกันการ

ล้มละลายจากการรักษาพยาบาล จำนวนผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่รับบริการมีจำนวนเพิ่มขึ้นทุกปี ซึ่งใน พ.ศ. 2560 ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่ยังมีชีวิตอยู่ รับบริการล้างไตผ่านช่องท้อง มีจำนวน 22,999 คน รับบริการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมโดยไม่ต้องจ่ายเงิน จำนวน 14,704 คน รับบริการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมที่ต้องจ่ายเงินเองอีกจำนวน 5,286 คน และรับบริการผ่าตัดปลูกถ่ายไตจำนวน 195 คน นอกจากนี้ยังมีผู้ป่วยที่เปลี่ยนวิธีการรักษา ดังตารางที่ 8.2

ตารางที่ 8.2 จำนวนผู้ป่วยที่มีชีวิตอยู่และเปลี่ยนวิธีการรักษาของแต่ละประเภทบริการ พ.ศ. 2560

ประเภทบริการ	ยังมีชีวิตอยู่	เปลี่ยนวิธีการรักษา
CAPD	22,999	1,416
HD	14,704	86
HD self-pay	5,286	622
KT	195	

ที่มา: รายงานการสร้างระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ประจำปีงบประมาณ 2560

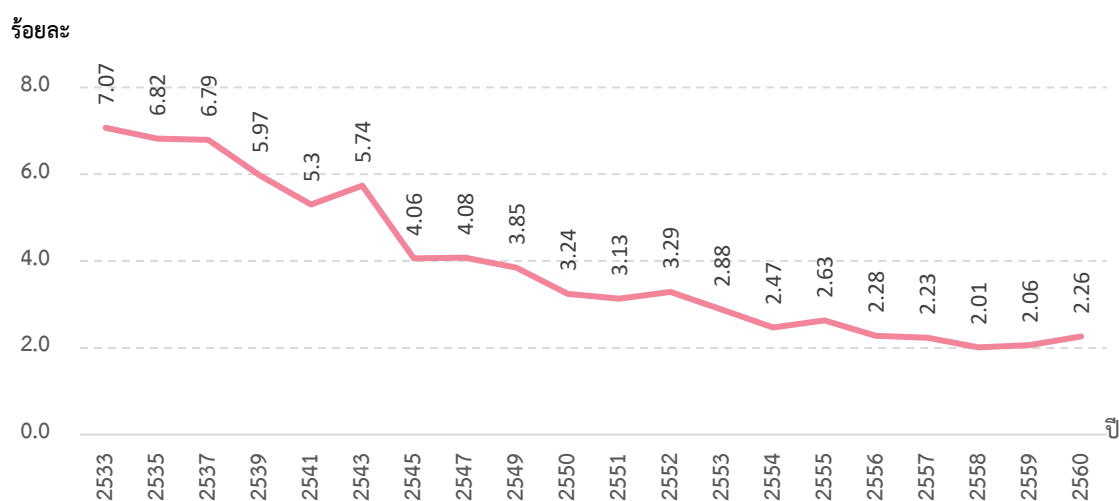
8.2.3 การป้องกันครัวเรือนไทยจากการล้มละลายจากค่ารักษาพยาบาล (financial protection)

รายจ่ายรวมด้านสุขภาพ (Total Health Expenditure; THE) ต่อผลิตภัณฑ์มวลรวมภายในประเทศ (Gross Domestic Product; GDP) เท่ากับ 3.9 ใน พ.ศ. 2558 ซึ่ง THE เพิ่มขึ้นเป็น 534,610 ล้านบาทหรือเพิ่มขึ้นประมาณ 4 เท่า จาก พ.ศ. 2537 ในจำนวนนี้เป็นรายจ่ายสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติมากที่สุด จำนวน 114,170 ล้านบาท (ร้อยละ 21 ของ THE) สิทธิสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ จำนวน 66,528 ล้านบาท (ร้อยละ 12 ของ

THE) สิทธิประกันสังคม 44,592 ล้านบาท (ร้อยละ 8 ของ THE) และครัวเรือนที่ต้องจ่ายค่ารักษาพยาบาลเอง (Out-of-Pocket; OOP) จำนวน 65,287 ล้านบาท (ร้อยละ 12 ของ THE) ซึ่งก่อนบรรลุหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า OOP มีสัดส่วนสูงร้อยละ 44 ของ THE ใน พ.ศ. 2537⁽²²⁾

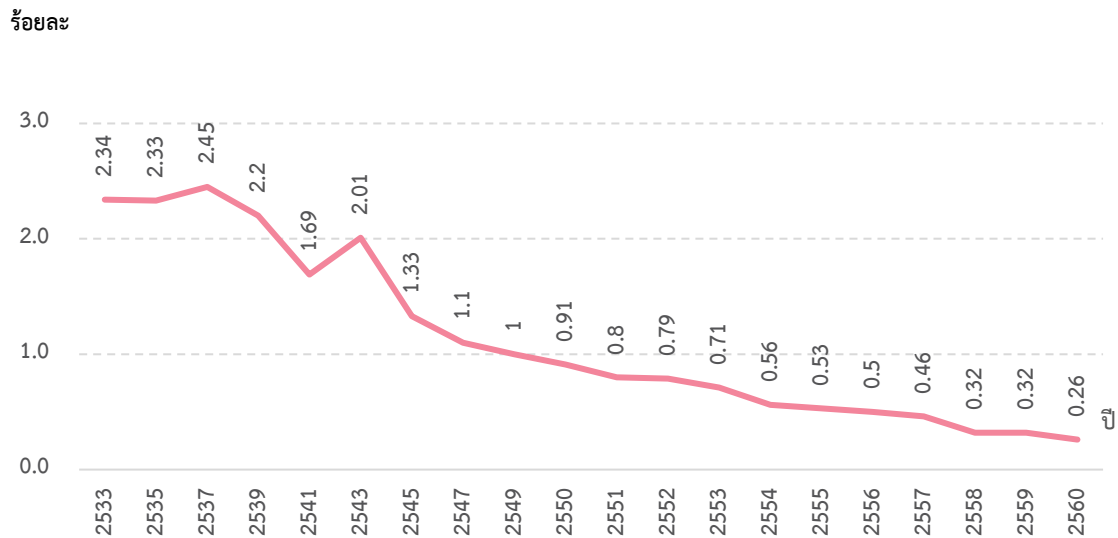
การลดภาระรายจ่ายด้านค่ารักษาพยาบาลของครัวเรือน สามารถสะท้อนความสำเร็จในการสร้างระบบหลักประกันสุขภาพให้แก่ประชาชนได้ จากการวิเคราะห์ข้อมูลการสำรวจภาวะเศรษฐกิจและสังคมของครัวเรือน สำนักงานสถิติแห่งชาติ พ.ศ. 2533-2560 พบว่า อุบัติการณ์ครัวเรือนที่ประสบภาวะวิกฤตทางการเงินจากการจ่ายค่ารักษาพยาบาล (Catastrophic health expenditure) ลดลงอย่างต่อเนื่องจากร้อยละ 4.06 ของจำนวนครัวเรือนทั้งหมด ใน พ.ศ. 2545 เป็นร้อยละ 2.26 ใน พ.ศ. 2560 ดังภาพที่ 8.7 เมื่อทำการวิเคราะห์ข้อมูลครัวเรือนที่ต้องกลายเป็นครัวเรือนยากจนหลังจากการจ่ายค่ารักษาพยาบาล (health impoverishment) พบว่าอุบัติการณ์มีแนวโน้มลดลงเช่นกัน จากร้อยละ 1.33 ใน พ.ศ. 2545 เป็นร้อยละ 0.26 ใน พ.ศ. 2560 ดังภาพที่ 8.8

ภาพที่ 8.7 ครัวเรือนที่เกิดวิกฤตทางการเงินจากการจ่ายค่ารักษาพยาบาล (Catastrophic health expenditure) พ.ศ. 2533-2560



ที่มา: การสำรวจภาวะเศรษฐกิจและสังคมของครัวเรือน สำนักงานสถิติแห่งชาติ
วิเคราะห์โดย ดร.สุพล ลิ้มวัฒนานนท์

ภาพที่ 8.8 ครั้วเรื้อนที่ต้องกลายเป็นครั้วเรื้อนยากจนภายหลังจากการจ่ายค่ารักษาพยาบาล
(Health impoverishment) พ.ศ. 2533-2560



ที่มา: การสำรวจภาวะเศรษฐกิจและสังคมของครั้วเรื้อน สำนักงานสถิติแห่งชาติ
วิเคราะห์โดย ดร.สุพล ภูมิพัฒนานนท์

8.3 การพัฒนาศักยภาพและความเข้มแข็งของระบบสุขภาพของประเทศไทย

ความสำเร็จของการดำเนินงานหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้ามาจากศักยภาพของสถานพยาบาลภาครัฐที่มีความพร้อมในการให้บริการสุขภาพแก่ประชาชน ความพร้อมนี้เป็นความพร้อมทั้งด้านกายภาพ (ตัวสถานพยาบาล) ด้านบุคลากร ด้านยาและเวชภัณฑ์มีใช้ยา ด้านอุปกรณ์ทางการแพทย์ เป็นต้น ความพร้อมนี้เป็นความพร้อมทั้งเชิงปริมาณ และเชิงคุณภาพ ที่สำคัญประเทศไทยมีความพร้อมมาก่อนที่ประเทศไทยจะดำเนินงานหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า โดยมีจำนวนสถานพยาบาลภาครัฐทั้งในระดับปฐมภูมิทุติยภูมิและตติยภูมิในจำนวนที่เพียงพอและมีการกระจายตัวทั่วประเทศ มีโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (หรือสถานีอนามัย) กระจายตัวในทุกตำบล โรงพยาบาลชุมชน (หรือโรงพยาบาลระดับอำเภอ) ในทุกอำเภอ โรงพยาบาลศูนย์/ทั่วไป ในทุกจังหวัด และมีโรงพยาบาลเฉพาะทางและโรงพยาบาล โรงเรียนแพทย์ที่ให้บริการระดับตติยภูมิขั้นสูงในหลายจังหวัด ดังนั้น ในส่วนนี้จึงขออธิบายการพัฒนาศักยภาพและความเข้มแข็งของระบบสุขภาพไทยที่เป็นรากฐานของการดำเนินงานหลักประกันสุขภาพ

ถ้วนหน้า โดยอ้างอิงมาจากเอกสารวิชาการที่ตีพิมพ์ใน Lancet ชื่อเรื่อง Health systems development in Thailand: a solid platform for successful implementation of universal health coverage.⁽⁷⁾

8.3.1 การพัฒนาระบบสุขภาพ: การสร้างรากฐานที่มั่นคง

การลงทุนขนาดใหญ่ด้านโครงสร้างพื้นฐานในพื้นที่อำเภอ และตำบลเริ่มดำเนินการมาตั้งแต่ พ.ศ. 2520 ในช่วงของแผนพัฒนา เศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 4 จากผลการดำเนินการ ดังกล่าว ทำให้การจัดตั้งโรงพยาบาลชุมชนในทุกอำเภอประสบความสำเร็จใน พ.ศ. 2533 ตามมาด้วยทศวรรษของการพัฒนาสถานีอนามัย ในช่วง พ.ศ. 2535-2544 ทำให้มีสถานีอนามัยครบทุกตำบล ในช่วงทศวรรษ 2000 (พ.ศ. 2543-2553) องค์ประกอบสำคัญของการพัฒนาสุขภาพของประเทศไทย ได้แก่ ระบบสุขภาพระดับอำเภอ (District Health System, DHS) ซึ่งประกอบด้วยสถานีอนามัยหลายแห่งและโรงพยาบาลชุมชนหนึ่งแห่ง โดยทั่วไป สถานีอนามัย

หนึ่งแห่ง มีทีมพยาบาลและเจ้าหน้าที่อื่นๆ ประมาณ 3-5 คน ให้การดูแล ประชากรประมาณ 3,000-5,000 คน ส่วนโรงพยาบาลชุมชนขนาด 30 เตียง มีทีมแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป 3-4 คน พยาบาล 30 คน เภสัชกร 2-3 คน ทันตแพทย์ 1-2 คน และเจ้าหน้าที่อื่นๆ อีกประมาณ 20 คน โดยประมาณ ให้การดูแลประชากรประมาณ 30,000-50,000 คน โรงพยาบาลชุมชนมีขนาดแตกต่างกันไประหว่าง 30-150 เตียง ขึ้นกับจำนวนประชากรในพื้นที่นั้นๆ

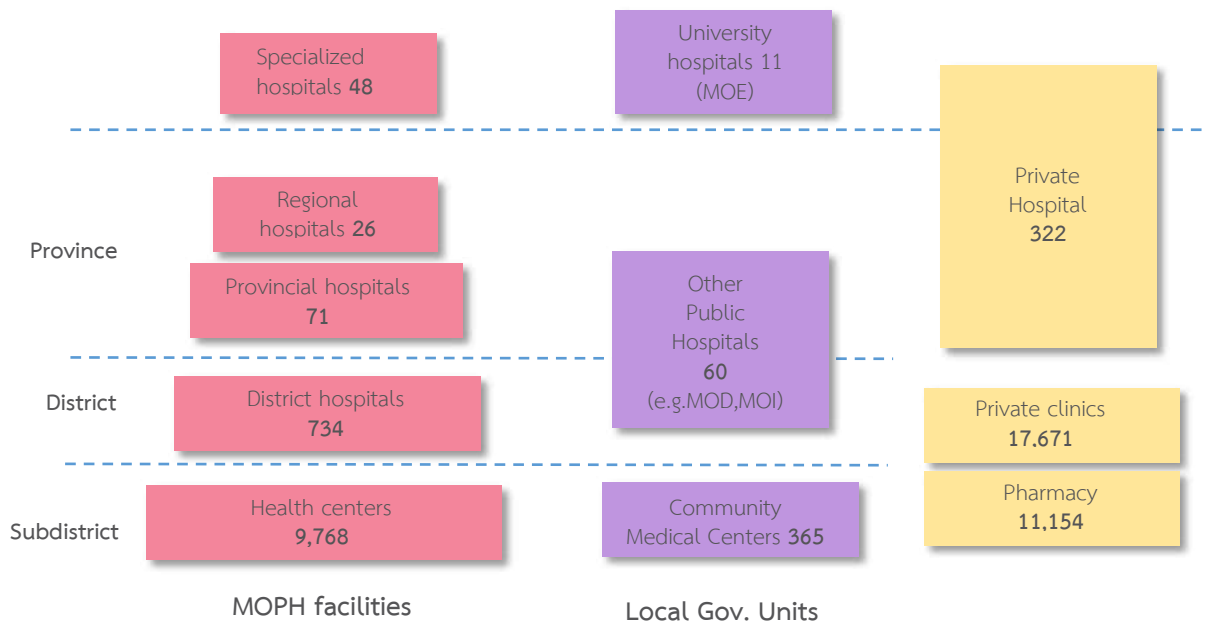
พยาบาลเป็นบุคลากรที่มีความสำคัญยิ่งในระบบสุขภาพของประเทศไทย ไม่เพียงแต่มีจำนวนมาก มากกว่าวิชาชีพหลักอื่นๆ (พยาบาลวิชาชีพจำนวน 180,000 คน ใน พ.ศ. 2559) ยังมีการกระจายในพื้นที่ต่างๆ ทั่วประเทศ และมีความสามารถในการให้บริการสุขภาพอย่างมีคุณภาพ ในการบริการที่หลากหลายทั้งด้านการรักษา บริการทางคลินิก การบริบาลผู้ป่วย การสาธารณสุข เป็นต้น หลังจากจบปริญญาวิชาชีพการพยาบาลแล้ว ยังมีการเพิ่มพูนทักษะหลังปริญญาเป็นระยะอย่างต่อเนื่อง ทำให้พยาบาลสามารถให้บริการสุขภาพได้ตรงกับความต้องการของประชาชนที่มีการปรับเปลี่ยนไปตามการเปลี่ยนแปลงของประชากรและระบาดวิทยา (demographical and epidemiological transition) เช่น การตรวจคัดกรองและการรักษาพยาบาลโรคไม่ติดต่อ (screening and treatment of NCDs) การดูแลผู้ป่วยที่บ้าน (home visit) การดูแลผู้ป่วยติดเตียงและผู้ป่วยติดบ้าน (nursing care for home ridden and bed ridden patients) รวมทั้งการบริการทางคลินิกเฉพาะด้านต่างๆ เช่น การดมยาสลบ และการดูแลผู้ป่วยวิกฤต เป็นต้น

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) หรือสถานีนอมา้ย เป็นด่านแรกที่ประชาชนในแต่ละตำบลเข้าถึงได้ง่ายที่สุดเมื่อมีความต้องการการดูแลสุขภาพ

เพราะอยู่ใกล้บ้าน รพ.สต. มีการจัดบริการรักษาพยาบาลปฐมภูมิแก่ผู้ป่วย เช่น บริการรักษาพยาบาลเบื้องต้น และบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค โดยพยาบาลและนักวิชาการสาธารณสุข เป็นต้น ส่วนโรงพยาบาลชุมชนจัดบริการที่ครอบคลุมบริการรักษาพยาบาลระดับทุติยภูมิ การบริการรักษาพยาบาลผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน รวมถึงการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ส่วนบริการเฉพาะทาง เช่น สูติรีเวชศาสตร์ อายุรศาสตร์ ศัลยศาสตร์ และกุมารเวชศาสตร์มีการจัดบริการในโรงพยาบาลชุมชนขนาดใหญ่ ส่วนโรงพยาบาลศูนย์/ทั่วไปในแต่ละจังหวัดจัดบริการระดับตติยภูมิและรับส่งต่อผู้ป่วยจากโรงพยาบาลชุมชน ในยุคสมัยของการลงทุนและพัฒนาโรงพยาบาลชุมชนนั้น โรงพยาบาลระดับจังหวัดได้รับงบประมาณการสนับสนุนด้านอาคารสถานที่ไม่มากไปกว่าปีก่อนหน้า (ได้รับงบประมาณการก่อสร้างเท่าเดิม หรือ Freeze investment budget) แต่เน้นการพัฒนาศักยภาพทางคลินิกมากขึ้น โดยมีการฝึกอบรมแพทย์เฉพาะทางเพิ่มมากขึ้น กลยุทธ์เหล่านี้ส่งผลให้ระบบสุขภาพไทยมีการพัฒนาที่กระจายตัวในทุกระดับของการบริการ ทั้งระดับปฐมภูมิ ทุติยภูมิและตติยภูมิ

ในช่วงหลายปีที่ผ่านมา สถานพยาบาลเอกชนมีการขยายตัวมากขึ้น โดยเฉพาะโรงพยาบาลเอกชนในเขตเมือง แต่สถานพยาบาลภาครัฐยังคงมีจำนวนมากกว่า และมีบทบาทสำคัญต่อระบบบริการสุขภาพของไทย (จำนวนเตียงโรงพยาบาลทั่วประเทศประมาณ 161,000 เตียง เป็นเตียงของโรงพยาบาลเอกชนเพียงร้อยละ 19.0) ดูภาพที่ 8.9 โดยทั่วไป สถานพยาบาลเอกชนมีบทบาทในการให้บริการเพียงเล็กน้อย ใน พ.ศ. 2558 สถานพยาบาลเอกชนให้บริการผู้ป่วยนอก คิดเป็นร้อยละ 14.0 ของจำนวนการบริการผู้ป่วยนอกทั้งหมด (คลินิกเอกชนร้อยละ 9.0 และโรงพยาบาลเอกชนร้อยละ 5.0) และให้บริการผู้ป่วยในร้อยละ 11.3 ของการบริการผู้ป่วยในทั้งหมด⁽⁷⁾

ภาพที่ 8.9 จำนวนสถานพยาบาลภาครัฐและภาคเอกชนในระดับต่างๆของประเทศไทย พ.ศ. 2558



ที่มา: Patcharanarumol W, Pongutta S, Witthayapipopsakul W, Viriyathorn S and Tangcharoensathien V. Short version of Thailand health system in transition, 2018⁽²³⁾

8.3.2 การพัฒนาบุคลากรสุขภาพ

ความสำเร็จของความครอบคลุมบริการสุขภาพที่จัดโดยระบบสุขภาพระดับอำเภอเป็นผลจากการพัฒนาบุคลากรสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุข ความเพียงพอของจำนวนบุคลากรสุขภาพที่มีความสามารถและมีความทุ่มเทเป็นสิ่งจำเป็นยิ่งที่ทำให้การทำงานของระบบสุขภาพระดับอำเภอดำเนินไปได้ด้วยดี การให้บริการที่มีคุณภาพยังช่วยสร้างความเชื่อมั่นของประชาชนต่อระบบสุขภาพ ทั้งนี้ นโยบาย ด้านบุคลากรสุขภาพของประเทศไทยได้บูรณาการทั้งเรื่องการคัดเลือก การฝึกอบรม การกระจาย และการดำรงบุคลากรสุขภาพไว้ในพื้นที่ชนบท

ในช่วง พ.ศ. 2515 กระทรวงสาธารณสุขประกาศใช้นโยบาย กำหนดให้แพทย์และพยาบาลจบใหม่ต้องทำงานชดใช้ทุนหลังเรียนจบ ในพื้นที่ชนบทเป็นเวลาสามปีต่อมาขยายไปยังทันตแพทย์และเภสัชกร นโยบายดังกล่าวยังถูกบังคับใช้อย่างเท่าเทียมในแพทย์ที่จบจากโรงเรียนแพทย์เอกชนด้วย นอกจากนี้ นโยบายการทำงานชดใช้ทุนรัฐบาลยังได้สร้างแรงจูงใจทางการเงิน เช่น ค่าเบี้ยกันดาร

ค่าตอบแทนการทำงานนอกเวลาราชการ ในขณะที่แรงจูงใจที่ไม่ใช่ตัวเงินมีความสำคัญมากเช่นกัน เช่น รางวัลบุคลากรดีเด่นประจำปี สำหรับผู้ทำงานอย่างอุทิศตนในการบริการได้ถูกจัดขึ้นโดยหลาย หน่วยงาน และการจัดสวัสดิการบ้านพักสำหรับเจ้าหน้าที่ในทุกสถานือนามัย และโรงพยาบาลชุมชน ซึ่งเป็นการสนับสนุนที่ไม่ใช่ตัวเงินที่ยังช่วยสนับสนุนให้สามารถจัดการบริการสาธารณสุขได้ตลอด 24 ชั่วโมง ในปีพ.ศ. 2537 กระทรวงสาธารณสุขเปิดโอกาสให้นักเรียนในชนบทและพื้นที่ห่างไกลสมัครเข้าเรียนแพทย์และพยาบาลในโครงการพิเศษ โดยมีเงื่อนไขต้องกลับไปทำงานในอำเภอบ้านเกิดของตนหลังจากสำเร็จการศึกษา ได้แก่ โครงการผลิตแพทย์เพิ่มเพื่อชาวชนบท จำนวนแพทย์สำหรับโครงการนี้คิดเป็นร้อยละ 20 ของจำนวนนักศึกษาแพทย์ที่ลงทะเบียนเรียนในช่วงทศวรรษที่ผ่านมา และเพิ่มเป็นร้อยละ 30 ใน พ.ศ. 2556 พบว่าแพทย์และพยาบาลจากโครงการนี้มีแนวโน้มทำงานชดใช้ทุนหลังเรียนจบจนครบ 3 ปีสูงกว่าแพทย์และพยาบาลที่เข้าศึกษาตามระบบปกติ (ระบบการสอบเข้ามหาวิทยาลัยทั่วไประดับประเทศ) ร้อยละ 10-15 และมีอัตราการลาออกต่อ

ปีน้อยกว่าแพทย์และพยาบาลที่เข้าศึกษาตามระบบปกติ แม้ว่านักศึกษาของโครงการจะมีคะแนนการสอบเข้าศึกษาต่ำกว่า นักศึกษาตามระบบปกติเล็กน้อย แต่นักศึกษาจากทั้งสองระบบต่างก็มีอัตราความสำเร็จของการสอบใบประกอบวิชาชีพแพทย์ในอัตราที่เท่ากันที่ร้อยละ 99.6 กระทรวงสาธารณสุขได้เพิ่มศักยภาพในการผลิตแพทย์โดยสนับสนุนและพัฒนาโรงพยาบาลศูนย์ให้เป็นศูนย์แพทยศาสตรศึกษา ชั้นคลินิกเพื่อฝึกอบรมทางคลินิกแก่นักศึกษาแพทย์โครงการผลิต แพทย์เพิ่มเพื่อชาวชนบท ชั้นปีที่ 3-6 นักศึกษาแพทย์โครงการนี้เรียน รวมกับนักศึกษาตามระบบปกติในช่วงปีแรกของการเรียนวิชาพื้นฐาน และปีที่ 2-3 ของหลักสูตรพรีคลินิก นักศึกษาตามระบบปกติเรียนปีที่ 4-6 ในคณะแพทยศาสตร์ของมหาวิทยาลัยที่สังกัด ในขณะที่นักศึกษา แพทย์โครงการนี้เรียนปีที่ 4-6 ในศูนย์แพทยศาสตรศึกษาชั้นคลินิกของกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งมีทั้งหมด 37 แห่ง แม้ว่านักศึกษาเรียนปีที่ 4-6 ในสถานที่ที่ต่างกัน แต่นักศึกษาทั้งสองกลุ่มได้รับการฝึกอบรม ด้วยหลักสูตรและโครงสร้างการเรียนการสอนเดียวกัน อาจารย์แพทย์ ของศูนย์แพทยศาสตรศึกษาชั้นคลินิกทั้ง 37 แห่ง เป็นอาจารย์ที่ผ่านการฝึกฝนทักษะการสอน การให้คำแนะนำ และการทำข้อสอบ โดยได้รับประกาศนียบัตรจาก 14 มหาวิทยาลัยในเครือ ในระหว่าง พ.ศ. 2543-2557 แพทย์ที่สำเร็จจากโครงการผลิตแพทย์เพื่อชนบท จำนวน 5,927 คน มีบทบาทสำคัญในการให้บริการสาธารณสุขใน พื้นที่ชนบท ศูนย์แพทยศาสตรศึกษา ชั้นคลินิกของกระทรวง สาธารณสุขมีส่วนอย่างมากในการเพิ่มศักยภาพการฝึกอบรมชั้นคลินิก ในขณะที่มหาวิทยาลัยเพิ่มศักยภาพในการสอนวิชาพื้นฐาน และการ ฝึกอบรมชั้นพรีคลินิก จึงเป็นการเติมเต็มซึ่งกันและกัน

ด้วยการตระหนักถึงศักยภาพของวิชาชีพพยาบาล และข้อจำกัดด้านการผลิตพยาบาลของมหาวิทยาลัย กระทรวงสาธารณสุขจึงจัดตั้งวิทยาลัยพยาบาลและผดุงครรภ์มาตั้งแต่ พ.ศ. 2489 โดยได้รับการขึ้นทะเบียน และรับรองจากสภาการพยาบาล ใน พ.ศ. 2560 วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีของกระทรวงสาธารณสุข

จำนวน 30 แห่ง ผลิตพยาบาลวิชาชีพได้จำนวนมากถึงร้อยละ 34 ของจำนวนพยาบาลจบใหม่ทั้งหมดทั่วประเทศ ในขณะที่ มหาวิทยาลัยรัฐ และมหาวิทยาลัยเอกชน ผลิตพยาบาลวิชาชีพได้ร้อยละ 37.0 และ 29.0 ตามลำดับ ทั้งนี้ตั้งแต่ปี 2545 เป็นต้นมา สภาการพยาบาลได้กำหนดให้พยาบาลวิชาชีพจบใหม่จากมหาวิทยาลัยทั้ง ภาครัฐ และเอกชน รวมถึงวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีของกระทรวงสาธารณสุข ต้องสอบขึ้นทะเบียนรับใบอนุญาตประกอบวิชาชีพการพยาบาลและพยาบาลทุกคนต้องต่อใบอนุญาตประกอบวิชาชีพทุก 5 ปี โดยต้องมีหน่วยคะแนนการศึกษาต่อเนื่อง (Continued Professional Education) สาขาพยาบาลศาสตร์ครบ 50 หน่วย จึงจะได้รับการต่อใบอนุญาต เพื่อเป็นการรับรองสมรรถนะการพยาบาล

กระทรวงสาธารณสุขก่อตั้งวิทยาลัยการสาธารณสุขจำนวน 9 แห่ง เพื่อฝึกอบรมบุคลากรสาธารณสุขอื่นๆ ซึ่งส่วนใหญ่เป็นหลักสูตรประกาศนียบัตร 2 ปี เช่น ทันตสาธารณสุข สาธารณสุข ชุมชนและผู้ช่วยเภสัชกร หลักสูตรประกาศนียบัตรดังกล่าวช่วยเติม เต็มความต้องการในช่วงการขยายตัวอย่างรวดเร็วของระบบสุขภาพระดับอำเภอ ซึ่งปัจจุบัน หลักสูตรประกาศนียบัตรเหล่านี้ถูกทดแทน ด้วยหลักสูตรปริญญาตรีเพื่อเป็นการยกระดับด้านคุณภาพและมาตรฐานวิชาชีพต่างๆ

บริบทของประเทศไทยเอื้อต่อการเพิ่มจำนวนบุคลากรสุขภาพอย่างมาก ระหว่าง พ.ศ. 2519-2558 การเข้าเรียนในระดับอุดมศึกษา (เช่น มหาวิทยาลัย วิทยาลัย สถาบันวิชาชีพ และสถาบันอาชีวศึกษา) เพิ่มขึ้นทั้งเพศชายและเพศหญิง จากร้อยละ 4 เป็นร้อยละ 41.0 ในเพศชาย และร้อยละ 3 เป็นร้อยละ 57.0 ในเพศหญิง โดยมีสัดส่วนเพศหญิง ในระบบบริการสุขภาพ (ร้อยละ 78 ของจำนวนทั้งหมด ใน พ.ศ. 2558) ซึ่งเป็นสัดส่วนที่สูงใกล้เคียงกับสัดส่วนร้อยละ 76.0 ของ กลุ่มประเทศสมาชิกองค์การเพื่อความร่วมมือทางเศรษฐกิจและการพัฒนา (Organisation for Economic Co-operation and Development – OECD)

นอกจากระบบสุขภาพที่มีการพัฒนาอย่างต่อเนื่องจนมีความเข้มแข็งและเป็นรากฐานของการดำเนินงานหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าแล้วนั้น

การพัฒนาระบบทะเบียนราษฎร์ ซึ่งพัฒนาโดยสำนักทะเบียนราษฎร์ กระทรวงมหาดไทย ยังมีบทบาทสำคัญอย่างมากต่อการดำเนินงานหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า การมีฐานข้อมูลทะเบียนราษฎร์ที่เป็นระบบตั้งแต่ พ.ศ. 2499 ที่มีการลงทะเบียนการเกิดและการตาย โดยใช้เลขประจำตัวประชาชน 13 หลัก ที่เป็นอัตลักษณ์เฉพาะตน ไม่มีการซ้ำซ้อน (unique citizen ID number) ที่สามารถระบุตัวบุคคลได้เป็นปัจจัยสำคัญในการระบุตัวและลงทะเบียนสมาชิกของสิทธิประกันสุขภาพแห่งชาติในสถานพยาบาลใกล้บ้าน นอกจากนี้ข้อมูลทะเบียนราษฎร์ยังเป็นข้อมูล สำหรับการตรวจสอบสิทธิประกันสุขภาพภาครัฐทั้งสามระบบ รวมทั้ง การปรับเปลี่ยนสถานะสมาชิกระหว่างระบบทั้งสามด้วย ทำให้การดำเนินงานเป็นไปได้อย่างราบรื่น ตัวอย่างเช่น กรณีผู้ประกันตนของสิทธิประกันสังคมที่ลาออกจากงานจะถูกปรับเปลี่ยนสถานะให้เป็น สมาชิกของสิทธิประกันสุขภาพแห่งชาติในทำนองเดียวกัน หากสมาชิกของสิทธิประกันสุขภาพแห่งชาติที่เคยตกงานสามารถมีงานทำในภาคเอกชนก็จะถูกปรับเปลี่ยนสถานะไปเป็นผู้ประกันตนของสิทธิประกันสังคม เป็นต้น

นอกจากนี้แล้ว การพัฒนาศักยภาพด้านการผลิตผลงานวิจัยและหลักฐานเชิงประจักษ์ของระบบสุขภาพไทย ยังเป็นที่โดดเด่นทั้งในระดับประเทศและนานาชาติ นอกจากการพัฒนาศักยภาพบุคลากรให้มีความสามารถเป็นนักวิจัยที่อุทิศตนในงานวิชาการด้านนโยบายและระบบสุขภาพ ยังได้มีความพยายามในการสร้างสถาบันวิจัยอย่างเป็นระบบ เช่น สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ (International Health Policy Program, IHPP) ทำหน้าที่ผลิตงานวิจัยและงานวิชาการด้านนโยบายและระบบสุขภาพ รวมทั้งการพัฒนาศักยภาพนักวิจัยรุ่นใหม่ โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ (Health Technology and

Intervention Assessment Program, HITAP) ที่ทำหน้าที่ประเมินเทคโนโลยีสุขภาพ การสร้างสถาบัน (institutionalization) เหล่านี้มีความมุ่งหวังให้เป็นสถาบันที่ผลิตงานวิจัยเพื่อสังคมที่มีความมั่นคงและยั่งยืนในระยะยาว อีกทั้งยังมีการผลักดันให้มีการใช้งานวิชาการและหลักฐานเชิงประจักษ์ในกระบวนการการตัดสินใจเชิงนโยบาย (evidence informed policy decision making process) ดังตัวอย่างการคำนวณงบประมาณด้วยอัตราเหมาจ่ายรายหัวที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาตินำมาใช้กับกองทุนประกันสุขภาพแห่งชาติได้เปลี่ยนระบบการกำหนดงบประมาณไปอย่างมาก งบประมาณของกองทุนประกันสุขภาพแห่งชาติถูกคำนวณจากต้นทุน และอัตราการใช้บริการประเภทต่างๆ มาตั้งแต่แรกและยังใช้อยู่จนถึงปัจจุบัน ต้นทุนและอัตราการใช้บริการถูกประมาณการสำหรับแต่ละปีงบประมาณ ต้นทุนรวมถึงค่าแรง ยา วัสดุและค่าเสื่อมราคาของครุภัณฑ์ งบประมาณทั้งหมดถูกคำนวณจากอัตราเหมาจ่ายรายหัวคูณด้วยจำนวนสมาชิกของสิทธิประกันสุขภาพแห่งชาติด้วยวิธีนี้สำนักงานงบประมาณไม่สามารถใช้ดุลยพินิจในการตัดสินใจได้อย่างที่เคยกระทำ แต่ต้องใช้หลักฐานจากข้อมูลต้นทุนและการใช้บริการ กระบวนการ กำหนดงบประมาณจัดทำโดยคณะกรรมการการเงินการคลังที่แต่งตั้งโดยคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ คณะอนุกรรมการการเงินการคลังและคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติประกอบด้วยสมาชิกที่มาจากหลายภาคส่วนโดยมี สำนักงานงบประมาณเป็นหนึ่งในสมาชิก คณะอนุกรรมการและคณะกรรมการแต่ละท่านมีสิทธิและเสียงเท่าๆ กัน ในการให้ข้อเสนอแนะ

ประเทศไทยได้สร้างความเข้มแข็งและพัฒนา ศักยภาพด้านการประเมินเทคโนโลยีโดยการก่อตั้งโครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายสุขภาพ ซึ่งช่วยจัดลำดับความสำคัญของยาใหม่ที่จะนำไปในบัญชียาหลักแห่งชาติและวิธีการรักษาหรือมาตรการใหม่ที่จะนำไปเป็นชุดสิทธิประโยชน์ของสิทธิประกันสุขภาพแห่งชาติ

8.4 ความท้าทายของระบบประกันสุขภาพ

ประเทศไทยก้าวสู่หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าตั้งแต่ปี พ.ศ. 2545 สิบห้าปีที่ผ่านมามีหลักฐานชัดเจนว่ามีการดำเนินงานเป็นที่น่าพอใจ ท่ามกลางความสำเร็จของ UHC และ UC Scheme มีความเป็นห่วงเรื่อง (1) การเงิน การคลังของ UHC และ UC Scheme (2) ความท้าทายในการจัดการระบบหลักประกันสุขภาพภาครัฐสามารถปรับใหญ่ที่มีความแตกต่างกันหลายด้านและ (3) การปรับตัวของระบบสุขภาพในภาพรวมต่อการเปลี่ยนแปลงด้านประชากรและระบาดวิทยา ซึ่งส่งผลต่อความยั่งยืนของ UHC (UHC Sustainability) ในระยะยาว

8.4.1 ความท้าทายด้านการเงินการคลัง:

ความเพียงพอและความเสมอภาค

สิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติและสิทธิสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ มีแหล่งเงินมาจากภาษีทั่วไป ส่วนหนึ่งมาจากภาษีรายได้ที่มีการเก็บแบบอัตราก้าวหน้า (progressive tax) หรือ ผู้มีรายได้มากกว่ารับภาระการจ่ายภาษีที่มากกว่า แสดงให้เห็นถึงการบรรลุหลักการ “ดี-ป่วย รวย-จน ช่วยกัน” ได้ในระดับหนึ่ง โดยที่ระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ (Civil Servant Medical Benefit Scheme, CSMBS) และระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (Universal Coverage Scheme, UC Scheme) ใช้แหล่งเงินทั้งหมดจากภาษี โดยไม่มีการบังคับจ่ายเงินสมทบ ดัชนีชี้วัดความเข้มข้น (Concentration Index) ของภาษีเท่ากับ 0.6423 ในปี 2549 แสดงถึงความก้าวหน้า (progressive) มากที่สุด แต่ระบบประกันสังคม ใช้แหล่งเงินจากสามแหล่งเท่าๆ กัน คือ การจ่ายเงินสมทบจากนายจ้าง ลูกจ้าง และเงินภาษีของรัฐ การเงินการคลังของระบบประกันสังคมมีความก้าวหน้าน้อยกว่าการใช้แหล่งเงินภาษีอย่างเดียว ทั้งนี้เนื่องจากระบบประกันสังคมกำหนดเพดานรายได้สำหรับการคำนวณเงินสมทบที่ 15,000 บาทต่อเดือน ตัวเลขนี้ถูกใช้มาตั้งแต่ปี 2534 โดยไม่มีการปรับแต่อย่างใด ในขณะที่เงินเดือนขั้นต่ำมีการปรับเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ทำให้ยังไม่สามารถบรรลุหลักการ “รวย-จน ช่วยกัน” ได้เท่าที่

ควรจะเป็น

ระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการและระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ใช้แหล่งเงินทั้งหมดจากภาษี ซึ่งมีความเสี่ยงด้านงบประมาณในการบริหารกองทุนมากกว่าสิทธิประกันสังคมที่มีการสมทบจากผู้ประกันตน นายจ้าง และรัฐบาล ที่ผ่านมางบประมาณโดยรวมของสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง จาก 56,091 ล้านบาท ใน พ.ศ. 2546 เพิ่มขึ้นเป็น 165,773 ล้านบาท ใน พ.ศ. 2560⁽²⁴⁾ เห็นได้จากการขยายชุดสิทธิประโยชน์ เพื่อให้ประชาชนได้เข้าถึงบริการสุขภาพที่จำเป็นมากขึ้น การขยายชุดสิทธิประโยชน์ย่อมส่งผลต่อภาระงบประมาณที่เพิ่มขึ้นด้วย สิทธิสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการที่มีการจ่ายแบบ fee-for-service กรณีผู้ป่วยนอก ส่งผลให้ค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้นมาก ในขณะที่สิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติและสิทธิประกันสังคมจ่ายแบบปลายปิด ระบบการจ่ายเงินที่แตกต่างกัน ย่อมเป็นเหตุผลสำคัญที่ค่าใช้จ่ายรายหัวของสิทธิสวัสดิการรักษายาบาลสูงกว่าสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติและสิทธิประกันสังคม

การประมาณการรายจ่ายสุขภาพระหว่าง ปี พ.ศ. 2556-2565 พบว่าค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพของประเทศไทยมีแนวโน้มที่เพิ่มขึ้น จากร้อยละ 3.7 ของผลิตภัณฑ์มวลรวมภายในประเทศ ใน ปี พ.ศ. 2555 เป็นร้อยละ 5.0 ใน ปี พ.ศ. 2565 (ข้อสมมติฐาน การเติบโตทางเศรษฐกิจร้อยละ 3.0 ต่อปี) มีความห่วงใยเรื่องความยั่งยืนทางการเงิน การคลังของระบบหลักประกันสุขภาพของประเทศไทย เนื่องจาก

- เมื่อประเทศไทยและคนไทยมีรายได้สูงขึ้น ปัญหาสุขภาพโดยเฉพาะโรคเรื้อรังมีมากขึ้น จะทำให้มีอุปสงค์ด้านสุขภาพ และมีการใช้เทคโนโลยีด้านสุขภาพใหม่ๆ มากขึ้น ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพก็จะสูงขึ้น และสูงเร็วกว่าการเติบโตทางเศรษฐกิจ ซึ่งหลักฐานเชิงประจักษ์ทั้งในประเทศไทยและประเทศอื่นๆ ทั่วโลกก็แสดงชัดเจนเช่นนั้น

- การลงทุนภาครัฐด้านสุขภาพได้เพิ่มสูงขึ้นจากร้อยละ 10.4 ของค่าใช้จ่ายภาครัฐทั้งหมดใน พ.ศ. 2544 เป็นร้อยละ 17 ใน พ.ศ. 2556

- รายจ่ายสุขภาพของคนไทยในภาพรวมเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 3.4 ของผลิตภัณฑ์มวลรวมภายในประเทศใน พ.ศ. 2544 เป็นร้อยละ 4.6 ใน พ.ศ. 2556 ถึงแม้จะยังไม่สูงมากนัก แต่ก็มียัตราการเพิ่มเร็วกว่าการเติบโตทางเศรษฐกิจ

- นอกจากนี้ ยังมีปัญหาความไม่เสมอภาคในการรับภาระค่าใช้จ่ายและการเข้าถึงบริการสุขภาพระหว่างคนไทยภายในระบบหลักประกันสุขภาพเดียวกัน และระบบหลักประกันสุขภาพที่ต่างกัน รวมทั้งยังมีโอกาส

อีกมากในการพัฒนาประสิทธิภาพของระบบ เพื่อให้มีการใช้ทรัพยากรที่จำกัดอย่างมีประสิทธิภาพสูงสุด

- มีการจัดทำ เป้าประสงค์การเงินการคลังระบบสุขภาพ ปี 2565 โดยคณะกรรมการจัดทำแนวทางการระดมทรัพยากรเพื่อความยั่งยืนของระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ที่มีการกำหนดโดยใช้ความยั่งยืน ความเพียงพอ ความเป็นธรรม และควมมีประสิทธิภาพ (SAFE: Sustainability, Adequacy, Fairness and Efficiency) ประกอบด้วย 11 ตัวชี้วัด ซึ่งเป็นช่องทางหนึ่งในการพัฒนาประสิทธิภาพของระบบ เพื่อให้มีการใช้ทรัพยากรที่จำกัดอย่างมีประสิทธิภาพสูงสุด⁽²⁵⁾

ตารางที่ 8.3 สรุป เป้าประสงค์ ตัวชี้วัดและเป้าหมายด้านการเงินการคลัง ภายในพ.ศ. 2565

เป้าประสงค์ (Goals)	ตัวชี้วัด (Indicators) และเป้าหมาย (Targets)
Goal 1 Sustainability	1. รายจ่ายสุขภาพทั้งหมดต้องไม่เกินร้อยละ 5 ของผลิตภัณฑ์มวลรวมภายในประเทศ
	2. รายจ่ายของรัฐบาลด้านสุขภาพ (GGHE) ไม่เกินร้อยละ 20 ของรายจ่ายของรัฐบาล (GGE)
Goal 2 Adequacy	3. รายจ่ายสุขภาพทั้งหมด (THE) ต้องไม่น้อยกว่าที่เป็นอยู่ คือ ร้อยละ 4.6 ของผลิตภัณฑ์มวลรวมภายในประเทศ
	4. รายจ่ายของรัฐบาลด้านสุขภาพ (GGHE) ต่อรายจ่ายของรัฐบาล (GGE) ต้องไม่น้อยกว่าที่เป็นอยู่ คือ ร้อยละ 17
	5. รายจ่ายนอกภาครัฐด้านสุขภาพ ไม่เกินร้อยละ 20 ของรายจ่ายสุขภาพทั้งหมด (THE) และรายจ่ายของครัวเรือนต้องไม่เกินระดับที่เป็นอยู่ คือร้อยละ 11.3 ของรายจ่ายสุขภาพทั้งหมด (THE)
	6. อุบัติการณ์ครัวเรือนล้มละลายจากการจ่ายค่ารักษาพยาบาล ไม่เกินระดับที่เป็นอยู่ คือ ร้อยละ 2.3 ของครัวเรือนทั้งหมด
	7. อุตบัติการณ์ของครัวเรือนที่ต้องกลายเป็นครัวเรือนยากจนภายหลังจากการจ่ายค่ารักษาพยาบาล ไม่เกินระดับที่เป็นอยู่ คือ ร้อยละ 0.47 ของครัวเรือนทั้งหมด

ตารางที่ 8.3 สรุป เป้าประสงค์ ตัวชี้วัดและเป้าหมายด้านการเงินการคลัง ภายในพ.ศ. 2565 (ต่อ)

เป้าประสงค์ (Goals)	ตัวชี้วัด (Indicators) และเป้าหมาย (Targets)
Goal 3 Fairness	8. เพิ่มความเป็นธรรมของการจ่ายเงินสมทบ ระหว่างผู้มีสิทธิในระบบประกันสังคม ให้ใกล้เคียงกับตอนเริ่มต้นระบบประกันสังคมเมื่อปี พ.ศ. 2534 โดยปรับเพิ่มเพดานเงินเดือนสำหรับการคำนวณเงินสมทบของผู้ประกันตน ให้เป็น 7 เท่าของค่าแรงขั้นต่ำ
	9. เพิ่มความเป็นธรรมในการจ่ายเงินสมทบก่อนใช้บริการ (Pre-payment) ระหว่างผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพภาครัฐทั้งสามระบบหลัก และการร่วมจ่าย ณ จุดใช้บริการ (Copayment) 9.1. บรรลุความเป็นธรรมของการจ่ายเงินสมทบก่อนการให้บริการ (Pre-payment) ระหว่างระบบหลักประกันสุขภาพภาครัฐทั้งสามระบบหลัก มีข้อเสนอทางเลือกสองทาง ดังนี้ 9.1.1 คนไทยทุกคนต้องมีส่วนร่วมในการจ่ายเงินสมทบ หรือ 9.1.2 คนไทยทุกคนไม่ต้องมีส่วนร่วมในการจ่ายเงินสมทบ 9.2 มีการระดมทุนจากการร่วมจ่าย ณ จุดใช้บริการสุขภาพ
	10. บรรลุความเป็นธรรมในการจ่ายเงินแก่สถานพยาบาลของแต่ละระบบหลักประกันสุขภาพภาครัฐ 10.1 รายจ่ายต่อหัวที่ปรับด้วยโครงสร้างอายุ (Age adjusted per capita expenditure) ของแต่ละระบบหลักประกันสุขภาพภาครัฐ ต้องมีค่าไม่ต่างจากค่าเฉลี่ยทั้งสามระบบหลัก $\pm 10\%$ 10.2 กำหนดให้มีมาตรฐานการจ่ายเงินของแต่ละระบบหลักประกันสุขภาพภาครัฐให้แก่สถานพยาบาลเป็นราคาเดียวกันในทุกประเภทและระดับการบริการ
Goal 4 Efficiency	11. เพิ่มประสิทธิภาพ โดยต้องคำนึงถึงคุณภาพควบคู่กันไป 11.1 ให้ระบบประกันสุขภาพภาครัฐทุกระบบใช้ระบบงบประมาณปลายปิด (Close ended budget) 11.2 ให้ระบบประกันสุขภาพภาครัฐทุกระบบมีมาตรการและกลไกการเฝ้าระวังราคาและการควบคุมราคาการเบิกจ่ายของกองทุนและราคาค่าบริการ ยา และเทคโนโลยี ที่มีประสิทธิภาพ (Efficient reimbursement and price control system) 11.3 ให้ระบบประกันสุขภาพภาครัฐทุกระบบใช้อำนาจในการซื้อร่วมกัน (Collective purchasing power) 11.4 มีการใช้มาตรการของรัฐบาล (Government intervention) อย่างเหมาะสม

8.4.2 ความเหลื่อมล้ำระหว่างประกันสุขภาพระบบต่างๆ

ถึงแม้ประเทศไทยจะประสบความสำเร็จในการขยายหลักประกันสุขภาพให้ประชาชนไทยทุกคน มานานเป็นสิบปีแล้ว พร้อมทั้งมีระบบบริการสุขภาพที่ครอบคลุมทั่วประเทศที่ประชาชนเข้าถึงบริการสุขภาพได้ตามความจำเป็น โดยมีผลกระทบด้านการเงินของครัวเรือนในระดับที่ต่ำเมื่อเทียบกับประเทศอื่นๆ ในภูมิภาค แต่ประเทศไทยยังมีความเหลื่อมล้ำของระบบสุขภาพด้านต่างๆ เช่นเดียวกับประเทศอื่นๆ ทั่วโลก อาทิเช่น

- 1. การอภิบาลระบบ (Governance)** การดำเนินการกำกับ ติดตาม ตรวจสอบ และประเมินผล
- 2. แหล่งเงิน** แหล่งเงินส่วนใหญ่ของระบบหลักประกันสุขภาพภาครัฐทั้ง 3 กองทุนหลัก มาจากเงินภาษี แต่ก็ยังมีความแตกต่างกันทั้งวิธีการจัดสรรเงินจากภาครัฐให้กองทุนและจำนวนเงินที่ได้รับการอุดหนุนจากรัฐ
- 3. ขีดสิทธิประโยชน์** ถึงแม้โดยรวมขีดสิทธิประโยชน์พื้นฐานครอบคลุมการรักษาพยาบาลที่คล้ายคลึงกัน แต่ยังคงมีความแตกต่างในรายละเอียดอีกมาก เช่น สิทธิประโยชน์การรักษาทางทันตกรรม

4. **ระบบบริการสุขภาพ** โดยเฉพาะกำลังคนด้านสุขภาพ และเทคโนโลยีทางการแพทย์ที่มีปัญหาการกระจุกตัวในเฉพาะบางพื้นที่ อาทิเช่น กรุงเทพมหานคร ภาคกลาง และเขตเมือง

5. **วิธีการและอัตราการจ่ายเงินให้แก่สถานพยาบาล** ระหว่าง 3 กองทุนหลักที่มีความแตกต่างกัน โดยสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการใช้การจ่ายตามปริมาณการใช้บริการ (Fee for Service) สำหรับการบริการแบบผู้ป่วยนอก ซึ่งเป็นระบบปลายเปิด ทำให้ไม่สามารถควบคุมค่าใช้จ่ายได้ ในขณะที่หลักประกันสุขภาพแห่งชาติและประกันสังคม ใช้วิธีการจ่ายเงินให้สถานพยาบาลด้วยอัตราเหมาจ่ายรายหัว (Capitation) สำหรับการบริการแบบผู้ป่วยนอก ซึ่งทำให้มีการควบคุมค่าใช้จ่ายได้ดีกว่า

6. **การคุ้มครองสิทธิ** การรับรู้สิทธิ การเข้าถึงบริการ คุณภาพการบริการ การเยียวยาความเสียหายต่อผู้ป่วย มาตรา 41 พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ซึ่งยังมีความแตกต่างกันระหว่างสามกองทุน

7. **ระบบข้อมูล** สถานพยาบาลต่างๆ ต้องรับภาระการบันทึกข้อมูลทีมากและหน่วยงานต่างๆ ขาดการเชื่อมโยงข้อมูล โดยเฉพาะอย่างยิ่งระหว่างหน่วยงานด้านหน้าและหน่วยสนับสนุน ส่งผลให้ข้อมูลซ้ำซ้อน เพิ่มขึ้นตอน เสี่ยงต่อความผิดพลาดของข้อมูลขาดความถูกต้องและครบถ้วน

8. นอกจากนี้ยังมีความท้าทายในเรื่องของประสิทธิภาพการใช้เงินของแต่ละกองทุนและคุณภาพบริการ ซึ่งถึงแม้จะมีระบบการรับรองคุณภาพสถานพยาบาลโดยหน่วยงาน แต่ทั้งสองประเด็นก็ยังขาดการประเมินอย่างเป็นระบบ

มีปัจจัยต่างๆ ของความไม่เสมอภาค โดยปัจจัยต่างๆ เกิดจากทั้งระบบบริหารกองทุนและระบบการให้บริการ ยกตัวอย่างเช่น

- ด้านระบบบริหารกองทุน กองทุนสุขภาพแต่ละกองทุนมีกฎหมาย มีกลุ่มเป้าหมาย รวมถึงมีวิธีการโครงสร้างองค์กร การออกแบบและการจ่ายเงินแก่สถานพยาบาลที่แตกต่างกัน ทำให้เกิดปัญหาความไม่เป็นธรรมตามมาอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ และเพิ่มช่องว่างความไม่เสมอภาคมากขึ้น ทั้งที่ประชาชนไทยต้องหมุนเวียนเข้าออกระหว่าง 3 กองทุน

- ด้านระบบบริการสุขภาพ พบว่า ความไม่เสมอภาคในการกระจายตัวของผู้ให้บริการ ทั้งสถานพยาบาล บุคลากรด้านสุขภาพ รวมทั้งประสิทธิภาพของการส่งต่อ

- วิธีการจ่ายเงินสถานพยาบาล (Provider payment method) มีรูปแบบและอัตราการจ่ายบริการสุขภาพจากกองทุนต่างๆ มีความแตกต่างกัน ทำให้สถานพยาบาลให้บริการที่อาจแตกต่างกัน ส่งผลให้ผู้ป่วยรู้สึกถูกเลือกปฏิบัติ

ทั้งนี้ ได้มีข้อเสนอการสร้างความกลมกลืนระหว่างกองทุน ดังต่อไปนี้

- งบประมาณ ควรมีการใช้งบประมาณต่อหัวประชากรที่ปรับด้วยโครงสร้างอายุ ซึ่งจะทำให้ความแตกต่างระหว่างกองทุนลดลงจนกระทั่งไม่แตกต่างกัน

- จัดทำชุดสิทธิประโยชน์กลางตามมาตรฐานการรักษาที่จำเป็นต่อสุขภาพของประชาชนทุกคน เพื่อให้ประชาชนเข้าถึงการรักษาที่จำเป็นได้อย่างทั่วถึง

- การสร้างความกลมกลืนของระบบบริการ ควรมุ่งเน้นการบริการที่ผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางอย่างแท้จริง ทั้งมาตรฐานการรักษาเดียวกัน มีคุณภาพ ลดความเหลื่อมล้ำ การบริการที่มีประสิทธิภาพ ระบบบริการที่เชื่อมร้อยกันทุกระดับ เช่น การส่งต่อผู้ป่วย ทั้งบริการป้องกันควบคุม รักษาฟื้นฟู รวมถึงการสร้างกลไกเชื่อมร้อยในพื้นที่ การมีส่วนร่วมของภาคประชาชน การให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยและการบูรณาการการแพทย์ทางเลือก

- กองทุนควรมีการบูรณาการวิธีการและอัตราการจ่ายเงินสถานพยาบาลให้เป็นระบบและอัตราเดียว

- บูรณาการระบบข้อมูลทั้ง 3 กองทุน ให้เป็นข้อมูลระบบเดียวกัน

- กองทุนควรเพิ่มอำนาจการต่อรองในการจัดซื้อยาโดยเฉพาะที่มีผู้ขายรายเดียวและมีราคาสูง ซึ่งจะทำให้ได้ยาที่มีคุณภาพในราคาถูกลง เพื่อประหยัดงบประมาณ

- แต่อย่างไรก็ตามในเรื่องของการร่วมจ่าย มีผู้ให้ความเห็นว่าควรเป็นการตัดสินใจโดยฝ่ายการเมืองมากกว่า และจำเป็นต้องมีการพิจารณาเพิ่มเติมว่าการร่วมจ่ายควรจ่ายสำหรับสิทธิประโยชน์อะไรและควรมีแนวทางการปฏิบัติเพื่อให้เกิดความเท่าเทียมกันทั้ง 3 กองทุน

การสร้างความกลมกลืนควรเป็นหน้าที่ของรัฐบาล โดยกระบวนการสร้างความกลมกลืนจำเป็นต้องมีส่วนร่วมของประชาชนกลุ่มต่างๆ และต้องมีการสร้างพลังอำนาจให้ประชาชนสามารถเข้ามามีส่วนร่วมได้อย่างเท่าเทียม กลไกบูรณาการ ควรมีการถอดบทเรียนจากต่างประเทศ และจำเป็นต้องมีการศึกษาเพิ่มถึงจุดแข็งและจุดอ่อนของระบบปัจจุบันของประเทศไทย หากจะมีการจัดตั้งคณะกรรมการสร้างความกลมกลืนในระบบหลักประกันสุขภาพภาครัฐ ควรมีการพิจารณาความเหมาะสมขององค์ประกอบของคณะกรรมการอย่างถี่ถ้วน แต่อย่างไรก็ตาม กระบวนการสร้างความกลมกลืนยังไม่ได้เกิดขึ้นให้เห็นอย่างเป็นรูปธรรม

นอกจากนี้ ยังมีข้อเสนอเพื่อพัฒนางานวิจัยและการดำเนินงาน ที่จะนำไปสู่ความกลมกลืนระหว่างกองทุน ดังนี้

- การเงินการคลัง ควรเพิ่มการวิจัยและพัฒนาเกี่ยวกับแหล่งเงิน เพื่อใช้สำหรับการดำเนินงานของกองทุนของรัฐ

- ◊ การปฏิรูประบบภาษีโดยรวมของประเทศ แต่อย่างไรก็ตาม เรื่องนี้เป็นเรื่องใหญ่ของทั้งประเทศ ซึ่งอยู่นอกเหนือจากขอบเขตด้านสุขภาพ หากจะมีการทำวิจัยเรื่องการปฏิรูปภาษีในภาพรวมต้องประสานงานกับหน่วยวิชาการด้านอื่นๆ เช่น สถาปนิกฯ กระทรวงการคลัง เป็นต้น

- ◊ การปฏิรูประบบแหล่งการคลังสุขภาพให้มีความยั่งยืน โดยพิจารณาความเป็นไปได้ของแหล่งเงินจากภาษีอื่นๆ ร่วมด้วย เช่น ภาษีมรดก ภาษีที่ดินและสิ่งปลูกสร้าง การจัดเก็บภาษีสุขภาพเฉพาะ (โดยอาจหักจากภาษีเงินได้บุคคลธรรมดา) ภาษีมูลค่าเพิ่ม เป็นต้น

- ◊ การศึกษาแนวทางในการจัดสรรงบประมาณให้กับทุกกองทุนอย่างเป็นธรรม

- ระบบบริการสุขภาพ การจัดทำแผนยุทธศาสตร์เพื่อพัฒนาหน่วยบริการ ในด้านบุคลากร สาธารณูปโภค ที่มีการกระจายตัวและครอบคลุมจำนวนประชากรทั้งหมด

- ชุติลธิประโยชน์

- ◊ ศึกษารายละเอียดของชุติลธิประโยชน์ที่ยังมีความแตกต่างกันระหว่างกองทุน เช่น การคลอดบุตร ทันตกรรม การตรวจสุขภาพ จากนั้น จัดกระบวนการสร้างความกลมกลืนและจัดการบริหารจัดการให้ได้ชุติลธิประโยชน์ที่เท่าเทียมกันของทุกสิทธิ

- ◊ การพัฒนาและสร้างความกลมกลืนของระบบยา โดยอาจเริ่มจากการพัฒนากองทุนยา

- การจ่ายเงินสถานพยาบาล ขณะนี้แต่ละกองทุนมีวิธีการและอัตราการจ่ายเงินที่แตกต่างกัน จำเป็นอย่างยิ่งที่ต้องมีการศึกษาวิจัยผลกระทบของการจ่ายเงินที่แตกต่างกันระหว่างกองทุนว่ามีผลต่อการให้บริการและคุณภาพบริการหรือไม่ อย่างไร และแนวทางการปรับแก้ควรเป็นอย่างไร

- ระบบอภิบาล (Governance) งานศึกษาวิจัยเรื่อง Governance ของระบบประกันสุขภาพไทยยังมีไม่มากนัก มีข้อเสนอให้มีการศึกษาในเรื่องนี้เพิ่มมากขึ้น โดยมุ่งเน้นเรื่องการพัฒนากลไกกลางในการบูรณาการระบบหลักประกันสุขภาพภาครัฐ และให้มีการศึกษาเปรียบเทียบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าของประเทศไทยและประเทศต่างๆ ทั้งความเหมือนและความต่างในการบริหารจัดการ รวมทั้งข้อดีข้อเสียของการจัดการกองทุน

8.4.3 การเปลี่ยนแปลงทางด้านโครงสร้างประชากรและระบาดวิทยา

ประเทศไทยกำลังก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างเต็มรูปแบบ อีกทั้งมีการเปลี่ยนแปลงทางระบาดวิทยาจากโรคติดต่อเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังมากขึ้น ทั้งสองปัจจัยนี้ (การเปลี่ยนแปลงด้านโครงสร้างประชากรและระบาดวิทยา) ส่งผลต่อรูปแบบการทำงานด้านสุขภาพอย่างมาก รวมทั้งส่งผลต่องบประมาณด้านสุขภาพโดยตรงอีกด้วย การจัดการต่อสังคมผู้สูงอายุและโรคไม่ติดต่อเรื้อรังต้องใช้ความร่วมมือจากหลายภาคส่วน

ความท้าทาย คือ การทำให้เกิดความสอดคล้องของนโยบายและการทำงานร่วมกันของภาคส่วนต่างๆ อย่างมีประสิทธิภาพทั้งจากภายในและภายนอกกระบวนการสุขภาพ เพื่อให้การตอบสนองต่อความท้าทายทางสุขภาพที่เกิด

จากการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรและระบาดวิทยา รวมทั้งผลกระทบจากการพัฒนา เศรษฐกิจ ประเทศไทยยังอยู่ในระยะเริ่มต้นของการพัฒนานโยบายหลายด้าน เช่น การส่งเสริมให้เข้าสู่ภาวะสูงวัยอย่างมีสุขภาพดีและการพัฒนาระบบการดูแลสุขภาพและการสนับสนุนด้านสังคมสำหรับผู้สูงอายุโดยใช้ชุมชนเป็นฐาน การเปลี่ยนแปลงทางระบาดวิทยาไปเป็นโรคไม่ติดต่อ ความก้าวหน้าของเทคโนโลยีและความคาดหวังที่เพิ่มขึ้นของประชาชนต่อการได้รับการรักษาแบบใหม่และราคาแพง เป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้ต้องมีทรัพยากรมากขึ้น ในประเทศไทย โรคไม่ติดต้อคิดเป็นร้อยละ 75 ของการสูญเสียปีสุขภาวะทั้งหมดภาวะทั้งหมด⁽²⁶⁾ และทำให้เกิดความสูญเสียทางเศรษฐกิจถึง 404 ล้านดอลลาร์สหรัฐต่อปี 102,103 รัฐบาลจึงต้องมีความกล้าหาญและมีภาวะผู้นำสูงในการนำมาตรการที่ได้ผลและนำลงทุนมากที่สุดมาใช้ในการป้องกันก่อนเกิดโรคด้วยการจัดการกับปัจจัยเสี่ยงของโรค โดยเฉพาะธุรกิจผลิตภัณฑ์ ยาสูบ เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และอาหารที่ก่อให้เกิดโรคอ้วน มาตรการ ทางราคาและภาษีเป็นหนึ่งในมาตรการที่ได้ผลและนำลงทุนมากที่สุด

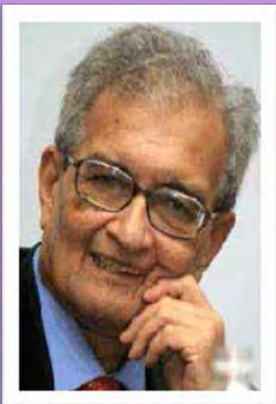
ในการจัดการกับผลิตภัณฑ์ยาสูบและเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ แต่ยังไม่ถูกใช้อย่างกว้างขวางในประเทศไทย มาตรการการบังคับใช้กฎหมายอย่างเข้มงวดและครอบคลุมมากขึ้นมีความจำเป็นอย่างยิ่งใน การจัดการปัญหาอุบัติเหตุจราจร ซึ่งยังคงมีอัตราการตายที่สูงและไม่ลดลง การจัดการกับปัจจัยสังคมและปัจจัยการค้ำที่มีผลกำหนดสุขภาพ (social and commercial determinants of health) เป็นสิ่งที่ท้าทายมาก ต้องการภาวะผู้นำที่มีความมุ่งมั่นอย่างแรงกล้าและมีจริยธรรมสูง ในการต่อสู้กับผลประโยชน์ด้านการค้าของสินค้าทำลายสุขภาพ และปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพ เช่น บุหรี่และยาสูบ เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การลดการบริโภคน้ำตาล การลดการบริโภคเกลือและการเพิ่มกิจกรรมทางกาย

ทางออก คือ การดำเนินงานอย่างมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน (Multisectoral Collaboration, MSC) โดยเฉพาะอย่างยิ่งการส่งเสริมสุขภาพ การหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยงและการป้องกันโรค แนววิธีการ (how to) ที่ทำให้ได้ผลสัมฤทธิ์สูงสุดของการร่วมมือกันของทุกภาคส่วนนั้น ยังไม่เป็นที่กระจ่างชัดว่า มีกลยุทธ์หรือวิธีการอย่างไร

8.5 บทสรุปและการพัฒนาระบบหลักประกันสุขภาพไทยในอนาคต

8.5.1 คำชื่นชมจากผู้นำระดับโลก

สิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (UC Scheme) ซึ่งดำเนินการโดยสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ได้รับคำชื่นชมจากผู้นำระดับโลกหลายท่าน ดังแสดงในกรอบด้านล่าง



Quotation from Sen A, Universal health care, Health for all, now. World Nutrition, 2015; 6(3): 157-169

“Thailand UHC results in significant fall in IMR and U5MR, (IMR 11 per 1,000), remarkable rise in life expectancy at birth (>74 years),

Astonishing removal of rich-poor IMR disparities; so much so that Thailand’s low IMR is now shared by the poorer and richer parts of

The 1998 Nobel Prize Laureate, Prof. Amartya Sen

"...In Thailand I saw the benefits and effects of UHC. Countries do not need to wait to become rich before they provide all these sanitation and health services to people. Thailand, for example, started moving towards UHC when per capita national income was only at \$400. Thailand is a middle-income country but they started a long time ago. So, you don't have to wait to be rich to provide these health services to people..."



UN Secretary General; Ban Ki-Moon

Remarks to Private Sector Forum at Fourth High-level forum on Aid Effectiveness,
Busan, Republic of Korea
30 Nov 2011

"Thailand's universal coverage reform dates from 2001. The program has substantially increased health care utilization, especially among the previously uninsured. And, as of 2009, the program had already reduced by more than 300,000 the number of Thai people suffering catastrophic health care costs.

And let me acknowledge that Thailand launched its universal coverage program against concerns over fiscal sustainability initially raised by my own institution, the World Bank Group. Thailand's health leaders were determined to act boldly to provide access for their whole



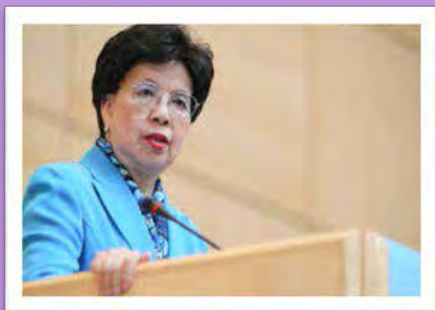
World Bank President

Jim Yong Kim

Speech at 66th World Health Assembly: Poverty, Health and the Human Future

21 May 2013

Quotation from the official letter of WHO headquarter, issued on 6 July 2015, to
H.E. General Prayut Chan-o-cha, Prime Minister, Royal Thai Government



WHO Director General
Margaret Chan

"...Thailand's Universal Health Coverage Systems is one of the best case examples on 'Good Health at Low Cost'. Although there are now more than 70 countries which have achieved Universal Health Coverage, but Thailand is so outstanding to be able to achieve it as such a low level of GDP per capita.

Let me once again congratulate Thailand, under your leadership and support, for its success on Universal

คำชื่นชมของผู้อำนวยความสะดวกการอนามัยโลกที่ว่า ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าของประเทศไทยเป็นตัวอย่างที่ดีที่สุดของ ‘สุขภาพดีไม่ต้องจ่ายแพง’ [“Thailand’s Universal Health Coverage Systems is one of the best case examples on ‘Good Health at Low Cost’...”] เป็นการยืนยันอีกครั้งหนึ่งจากผู้นำระดับโลกว่าระบบสุขภาพไทยเป็นระบบที่มีประสิทธิภาพสูง

นอกจากนี้ ประเทศไทยยังเป็นที่กล่าวขานในการประชุมนานาชาติหลายแห่งและหลายครั้งอย่างมากถึงการเป็นตัวอย่างประเทศที่สามารถบรรลุหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในขณะที่มีรายได้ในระดับปานกลาง (middle income country) และประเทศไทยยังเป็นที่ศึกษาดูงานของหลายประเทศ ที่ให้ความสนใจเยี่ยมชมวิธีการดำเนินงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และผลสัมฤทธิ์ของการดำเนินงาน

8.5.2 ผลสัมฤทธิ์โดยย่อ

ประชาชน 47 ล้านคนในระบบ UCS ซึ่งร้อยละ 50 เป็นคนจนและจนที่สุด 40 percentiles (using wealth index) ของประเทศ สามารถเข้าถึงบริการมากขึ้น การเข้าถึงบริการเป็น pro-poor utilization คนจนซึ่งเป็นสมาชิกส่วนใหญ่ของ UCS ได้รับประโยชน์จากรายจ่ายสุขภาพของรัฐบาล (pro-poor benefit incidence) สัมฤทธิ์ผลของ UCS นี้ เป็นมาตรการแห่งรัฐ ในการกระจายรายได้ที่มีประสิทธิภาพสูงสุดเป็นการสร้างความมั่นคงทางสุขภาพแห่งชาติ (national health security) และเป็นการแปลงเจตนารมณ์ในรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย ปี พ.ศ. 2550 มาตรา 51 และมาตรา 80 ว่าด้วยสิทธิในการเข้ารับบริการสาธารณสุขของประชาชน และหน้าที่แห่งรัฐในการจัดบริการสาธารณสุขไปสู่การปฏิบัติและได้ผลจริง

ครัวเรือนไม่ประสบปัญหาการจ่ายสุขภาพที่ทำให้ถึงกับสิ้นเนื้อประดาตัวหรือจนลงภายหลังจากการจ่ายค่ารักษาพยาบาล ทั้งนี้เพราะชุดสิทธิประโยชน์มีความครอบคลุมสูง บริการสุขภาพเกือบไม่มีการจ่ายร่วม ณ จุดบริการ (copayment) ประชาชนไทยมีสุขภาพดีขึ้น

ป้องกันมิให้ผู้ป่วยเสียชีวิตก่อนวัยอันควร เช่น จากโรคเอดส์ มะเร็งและไตวาย ซึ่งในอดีตก่อนที่มีหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า คนไทยที่ยากจนเหล่านี้ไม่สามารถเข้าถึงบริการราคาสูงเหล่านี้ได้เลย ต้องเสียชีวิตเนื่องจากไม่มีเงินรักษา ทั้งที่สวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการและประกันสังคมเข้าถึงได้ หรือหากผู้ป่วยเข้าถึงได้แต่ก็ต้องขายวัว ขายควาย ที่นาหรือกู้เงิน จนเป็นหนี้สินล้นพ้นตัว เหตุการณ์เหล่านี้ “กลายเป็นประวัติศาสตร์” ไปแล้ว

ระบบประกันสุขภาพแห่งชาติ บริหารโดยสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ทำให้ระบบสุขภาพมีประสิทธิภาพการใช้จ่ายเงินงบประมาณและสามารถควบคุมค่าใช้จ่ายได้ด้วยหลากหลายวิธีการ เช่น การใช้ระบบงบประมาณปลายปิด (closed end budget) การจ่ายเงินให้สถานพยาบาลล่วงหน้าแบบปลายปิด การต่อรองราคายาและอุปกรณ์การแพทย์ ให้ได้ราคาต่ำ คุณภาพดี (monopsonistic purchasing power) contractual agreement ระหว่าง สปสช. และระบบบริการสุขภาพระดับอำเภอ ได้แก่ สถานีอนามัย (ปัจจุบันเรียก โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล) และโรงพยาบาลชุมชน โดยมีระบบส่งต่อไปยังโรงพยาบาลระดับจังหวัด ทำให้การใช้บริการตามระดับความสามารถอย่างสมเหตุสมผล ประหยัด และมีประสิทธิภาพ งบประมาณในการบริหารจัดการของ สปสช. เฉลี่ย ระหว่างปีงบประมาณ 2545-2547 คิดเป็นประมาณร้อยละ 2.6 ของงบประมาณ UC Scheme ทั้งหมด เนื่องจากการลงทุนด้านระบบเทคโนโลยีสารสนเทศของ สปสช. ลดลงเป็นเพียงร้อยละ 0.8 โดยเฉลี่ยระหว่างปีงบประมาณ 2548-2559 นับเป็นระบบที่มีประสิทธิภาพสูง เนื่องจากกองทุนใช้เงินงบประมาณประจำปีของรัฐบาล จึงไม่ต้องจัดเก็บเงินสมทบล่วงหน้า ซึ่งแตกต่างจากระบบประกันสังคม ดังนั้น สปสช. จึงทุ่มสรรพกำลังเพื่อการพัฒนาบริหารจัดการกองทุนเพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์การเข้าถึง ประสิทธิภาพและการคุ้มครองผู้มีสิทธิ นอกจากนี้ การใช้เงินงบประมาณของรัฐที่มีแหล่งเงินจากภาษีทั่วไป มีความก้าวหน้ามากกว่าเงินสมทบล่วงหน้าสามฝ่ายในระบบประกันสังคม เนื่องจากระบบประกันสังคมไม่ได้ปรับเพดานสูงสุดของค่าจ้างเพื่อ

การคำนวณเงินสมทบ เพดานค่าจ้างกำหนดไว้ที่ 15,000 บาทต่อเดือน ใช้ตั้งแต่ปี พ.ศ.2534 ในขณะที่ค่าจ้างขั้นต่ำ ปรับสูงขึ้นทุกปี นอกจากนี้ สปสช. ยังมีศักยภาพและความสามารถ (institutional capacities) สูงในการบริหารจัดการและการใช้ข้อมูลในการตัดสินใจ

8.5.3 ปัจจัยแห่งผลสัมฤทธิ์

ระบบสุขภาพไทย มีศักยภาพสูง เนื่องจากใน 4 ทศวรรษ ระหว่างปี 2513-2543 กระทรวงสาธารณสุข ได้ลงทุนด้านโครงสร้างระบบบริการสุขภาพในชนบท ให้ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการสุขภาพได้อย่างดี บริการ

8.6. ข้อเสนอแนะ

ก) ระบบประกันสุขภาพแห่งชาติ (UCS) เป็นนวัตกรรมทางสังคมของประเทศไทยที่ประสบความสำเร็จสูง ทุกภาคส่วนในสังคมไทย พึงตระหนักในข้อเท็จจริงเหล่านี้ และส่งเสริมสนับสนุนให้คงอยู่กับระบบสุขภาพไทย

ข) ความยั่งยืนเรื่องการเงินการคลังระบบสุขภาพ จากการที่หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าอาศัยงบประมาณประจำปีของรัฐบาลเป็นหลัก (สวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ และประกันสุขภาพแห่งชาติ ใช้งบประมาณประจำปีของรัฐบาลแต่เพียงแหล่งเดียว มีเฉพาะประกันสังคมที่ได้รับเงินสมทบล่วงหน้าจากนายจ้าง ลูกจ้าง ร่วมกับเงินสมทบจากงบประมาณของรัฐ) ซึ่งอาจเกิดความแปรผันตามกระแสการเมือง และระบบเศรษฐกิจของประเทศในแต่ละปี โดยเฉพาะเมื่อเกิดภาวะเศรษฐกิจถดถอยหรืออัตราการเจริญเติบโตทางเศรษฐกิจต่ำกว่าที่คาดการณ์ไว้ ดังนั้น ความยั่งยืนด้านการเงินการคลังระบบสุขภาพจึงเป็นประเด็นที่หลายภาคส่วนมีความห่วงใยอย่างมาก ได้มีความพยายามของผู้มีส่วนเกี่ยวข้องทุกภาคส่วน ในการพัฒนาเป้าหมายและตัวชี้วัดในระบบการคลังสุขภาพ 4 ด้าน ได้แก่ ความมั่นคงทางการเงินการคลัง (sustainability), ความเพียงพอ (adequacy) ความเสมอภาค (fairness) และประสิทธิภาพ (efficiency) เพื่อการพัฒนาการการเงินการคลังระบบสุขภาพไทยทั้ง

สุขภาพในระดับอำเภอ ประกอบด้วย โรงพยาบาลชุมชน และสถานอนามัยเป็นจุดยุทธศาสตร์ที่สำคัญในการบรรลุประสิทธิภาพการให้บริการ การส่งเสริมการส่งต่อผู้ป่วย ความเสมอภาคในการเข้าถึงบริการ สิ่งสำคัญ คือ บุคลากรสุขภาพทุกสายงานมีศักยภาพในการให้บริการสูง (clinical and public health competencies) และมีจริยธรรมในวิชาชีพ การพัฒนาบุคลากรสุขภาพ โครงการผลิตแพทย์พยาบาลเพื่อชาวชนบท การผูกพันใช้ทุนในชนบทโดยบุคลากรสาธารณสุข ตั้งแต่ปีพ.ศ. 2515 เป็นต้นมา ล้วนเป็นปัจจัยแห่งความสำเร็จด้านการเข้าถึงบริการสุขภาพที่มีคุณภาพ

ระบบในระยะยาวต่อไป เน้นย้ำว่าต้องเป็นการพัฒนาทั้งระบบ รวมทั้งระบบประกันสุขภาพภาครัฐทั้งสามกองทุนหลัก มิใช่เพียงแค่เฉพาะประกันสุขภาพระบบใดระบบหนึ่งเท่านั้น ทั้งนี้เพื่อเป็นการลดความเหลื่อมล้ำระหว่างสามกองทุนที่กล่าวถึงในความท้าทายที่สองด้วย

ค) ความเหลื่อมล้ำระหว่างหลักประกันสุขภาพภาครัฐ 3 กองทุน ระหว่าง สิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ระบบประกันสังคม และโดยเฉพาะอย่างยิ่งสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการที่มีรายจ่ายสูงกว่าประกันสุขภาพแห่งชาติถึง 4 เท่า แสดงให้เห็นถึงการขาดประสิทธิภาพในการบริหารจัดการซึ่งเป็นสาเหตุสำคัญของความเหลื่อมล้ำ นอกจากนี้ระบบการเงินของทั้งสามกองทุนก็แตกต่างกัน แหล่งการเงินของระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการและระบบประกันสุขภาพแห่งชาติเหมือนกัน คือ เงินงบประมาณประจำปีจากรัฐบาล แต่มีความต่างกันอย่างมากในจำนวนเม็ดเงินต่อสมาชิกหนึ่งคนที่ได้รับสนับสนุนจากรัฐบาล ทั้งนี้เนื่องจากสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการใช้วิธีการจ่ายเงินแบบการเบิกตามรายการ (fee-for-service) ให้แก่สถานพยาบาล ซึ่งเป็นการจ่ายแบบปลายเปิดทำให้ควบคุมรายจ่ายไม่ได้ ต่างจากประกันสุขภาพแห่งชาติที่ใช้วิธีการจ่ายเงินให้แก่สถานพยาบาลแบบปลายปิดส่งผลให้เป็นระบบที่มีประสิทธิภาพและสามารถควบคุมค่าใช้จ่ายได้ดี ถึงแม้ว่า

จะมีความพยายามให้ทั้งสามกองทุนหลักใช้วิธีการจ่ายเงินให้สถานพยาบาลด้วยวิธีเดียวกันด้วยการจ่ายตามกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (Diagnostic Related Groups, DRG) แต่ก็มีมีความแตกต่างกันอย่างมากเรื่องอัตราจ่ายที่ไม่เท่ากัน นอกจากนี้ สามกองทุนหลักยังมีความแตกต่างกันในอีกหลายประการ เช่น ชุดสิทธิประโยชน์ที่แตกต่างกันอย่างชัดเจนยกตัวอย่างบริการทันตกรรม การอภิบาลระบบที่ต่างกันของทั้งสามกองทุน ระบบข้อมูลข่าวสาร เป็นต้น ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียและผู้มีส่วนเกี่ยวข้องทุกภาคส่วนเกิดความตระหนักรู้ถึงปัญหาความเหลื่อมล้ำเป็นอย่างดี พร้อมทั้งมีความพยายามในแก้ปัญหาคความเหลื่อมล้ำของทั้งสามกองทุน การปรับแก้ข้อบกพร่องเล็กๆ น้อยๆ ของแต่ละกองทุนคงไม่สามารถนำไปสู่การลดความเหลื่อมล้ำได้อย่างแท้จริง คงมีเพียงการปฏิรูปใหญ่เท่านั้นที่จะลดความเหลื่อมล้ำและสร้างความเสมอภาคด้านสุขภาพให้แก่ประชาชนคนไทยได้อย่างจริงจัง แต่ทว่าหนทางของการปฏิรูปและการดำเนินการที่จะนำไปสู่การสร้างความกลมกลืนเพื่อแก้ไขความเหลื่อมล้ำนั้นเป็นสิ่งที่ท้าทายอย่างมากของประเทศไทย

ง) การติดตามและประเมินผลหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าของประเทศไทยทั้งสามกองทุนอย่างเป็นระบบจึงมีความจำเป็นต้องพัฒนาต่อไปอย่างต่อเนื่อง สิ่งสำคัญคือ ต้องนำผลการประเมินมาพัฒนาระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าให้ดียิ่งๆ ขึ้นไปอีก เมื่อมีวิวัฒนาการต่างๆ เกิดขึ้น การบันทึกไว้เป็นรายงานหรือการตีพิมพ์เป็นบทความวิชาการเผยแพร่ในวารสารวิชาการทั้งในและนอกประเทศเป็นสิ่งจำเป็นอีกประการหนึ่ง นอกจากจะเป็นการแบ่งปันความรู้และประสบการณ์การทำงานแล้ว ยังเป็นการถ่ายทอดความรู้จากรุ่นสู่รุ่นอีกด้วย ข้อเสนอแนะการติดตามและประเมินผล UHC และ UC Scheme มีดังนี้

1. ระบบข้อมูลที่สำคัญสองระบบ ได้แก่ (1) การสำรวจครัวเรือน และ (2) ข้อมูลจากสถานพยาบาลทั้งนี้สามารถพัฒนาต่อไปให้เป็นระบบข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ได้ โดยข้อมูลจากสถานพยาบาลต้องมีการรวมศูนย์ไว้ที่ส่วนกลางอย่างครบถ้วน จึงจะเกิดประโยชน์ในระดับประเทศ

2. การติดตามการใช้บริการสุขภาพ (service coverage) และการปกป้องความเสี่ยงทางการเงินของครัวเรือน (financial risk protection) ทั้งในเชิงปริมาณและความเสมอภาค ที่ได้จากการสำรวจ HWS และ SES เป็นสิ่งที่จำเป็นต้องทำอย่างต่อเนื่อง อย่างไรก็ตาม การใช้บริการสุขภาพ ควรต้องมีการติดตามประสิทธิผลของการใช้บริการด้วย (effective coverage) เช่น ผู้ป่วยเบาหวานได้รับยาและสามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้

3. ควรต้องมีการวัดและการติดตาม ‘ระยะเวลาการรอคอย (waiting time)’ ซึ่งในขณะนี้ยังไม่มีระบบติดตามในระดับประเทศ ทำให้ขาดข้อมูลระยะเวลาการรอคอยของผู้ป่วยในการเข้าถึงบริการสุขภาพบางชนิดที่สำคัญหรือ บริการสุขภาพบางประเภทที่มีจำนวนผู้ให้บริการได้น้อยราย ทั้งนี้ เพื่อเป็นข้อมูลสำคัญในการพัฒนาระบบการเข้าถึงและใช้บริการสุขภาพให้ดียิ่งขึ้นไป

4. ระบบทะเบียนราษฎร์มีความครอบคลุมการเกิดได้อย่างดีมาก ควรต้องมีการพัฒนาความถูกต้องของสาเหตุการตายให้มีความถูกต้องแม่นยำมากยิ่งขึ้นเพื่อเป็นประโยชน์ในการติดตามผลกระทบจากการตายต่อไป

5. ข้อมูลประจำจากสถานพยาบาลที่บันทึกในระบบอิเล็กทรอนิกส์ มีประโยชน์มากในการติดตามความแปรปรวน (variations) ของผลการรักษาของสถานพยาบาลภาครัฐและเอกชน รวมทั้งประกันสุขภาพระบบต่างๆ ด้วย การรวบรวมข้อมูลผู้ป่วยในจากสถานพยาบาลต่างๆ ทั่วประเทศมารวบรวมไว้ที่ส่วนกลางแห่งเดียวเป็น Single National Inpatient Dataset ได้ประโยชน์มากในการวิเคราะห์ผลต่างๆ จึงควรมีการรวบรวมข้อมูลผู้ป่วยในและการขึ้นทะเบียนผู้ป่วยรายโรค (Disease Registries) ต่างๆ ไว้ที่ส่วนกลาง เป็น Single National Dataset ด้วย ฐานข้อมูล disease registries มีประโยชน์อย่างยิ่งในการประเมินผลลัพธ์ ของการรักษา เช่น อัตราอยู่รอด 5 ปี ของผู้ป่วยไตวาย ผู้ป่วยธาลัสซีเมีย และผู้ป่วย มะเร็งเม็ดเลือดขาว เป็นต้น

บทที่ 9

การสาธารณสุขชุมชนและท้องถิ่น

ประเทศไทยได้นำหลักการของการสาธารณสุขมูลฐานมาดำเนินการก่อนที่องค์การอนามัยโลกและประเทศสมาชิกจะได้มีการประกาศปฏิญญาอัลมา อะต้า และได้มีความก้าวหน้างานเป็นที่ยอมรับขององค์การอนามัยโลกและองค์การระหว่างประเทศต่างๆว่าเป็นแบบอย่างของการดำเนินงานที่นำหลักการของการสาธารณสุขมูลฐานไปสู่การปฏิบัติจริงได้เป็นผลสำเร็จ โดยมีนวัตกรรมในด้านการสาธารณสุขชุมชนและท้องถิ่นที่ชี้ให้เห็นถึงการนำหลักการที่สำคัญประการหนึ่งของการสาธารณสุขมูลฐานคือการมีส่วนร่วมของชุมชนและ

ประชาชน รวมถึงการมีส่วนร่วมของภาคส่วนต่างๆในการพัฒนาระบบสุขภาพระดับพื้นที่ โดยในบทนี้จะแสดงให้เห็นถึงนวัตกรรมต่างๆ ดังกล่าว ประกอบด้วย (1) การมีส่วนร่วมขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นกับระบบสุขภาพไทย (2) ระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิในเขตเมือง (3) คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (4) กองทุนสุขภาพตำบล (5) สุขภาพภาคประชาชนกับการพัฒนาระบบสุขภาพชุมชน และ (6) ระบบการดูแลสุขภาพในครอบครัว (home health care)

9.1 การมีส่วนร่วมขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นกับระบบสุขภาพไทย

องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) ถูกจัดตั้งขึ้นบนพื้นฐานแนวคิดของการพัฒนาระบบการปกครองแบบประชาธิปไตยที่ให้ประชาชนมีส่วนร่วม ทั้งนี้เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพของการบริหารจัดการภายในท้องถิ่น โดยมีการเลือกตั้งมาจากประชาชน ดำเนินกิจการเพื่อประชาชนและกำกับดูแลโดยประชาชน ประเทศไทยมีการปกครองในระดับท้องถิ่นมาตั้งแต่สมัยรัชกาลที่ 5 โดยมีกฎหมายว่าด้วยการจัดการท้องถิ่นฉบับแรก คือ พระราชกำหนดสุขาภิบาลกรุงเทพฯ ร.ศ. 116 และมีการพัฒนาเรื่อยมาจนมีการเปลี่ยนแปลงระบอบการปกครองของประเทศไทยในปี พ.ศ. 2475 ได้มีการจัดระเบียบการบริหารราชการโดยแบ่งเป็นราชการส่วนกลาง ส่วนภูมิภาคและส่วนท้องถิ่น ตามพระราชบัญญัติว่าด้วยระเบียบราชการบริหารแห่งราชอาณาจักรสยาม พ.ศ. 2476 โดยในส่วนของการปกครองส่วนท้องถิ่นได้มีการจัดตั้งเทศบาลขึ้นตามพระราชบัญญัติเทศบาล พ.ศ. 2476 (ปัจจุบันใช้พระราชบัญญัติเทศบาล พ.ศ. 2496 และที่แก้ไขเพิ่มเติมถึงฉบับที่ 13

พ.ศ. 2552) ต่อมา มีการจัดตั้งองค์การบริหารส่วนตำบลขึ้น โดยตราพระราชบัญญัติระเบียบบริหารราชการส่วนจังหวัด พ.ศ. 2498 ให้เป็น อปท.ที่มีอำนาจหน้าที่ดำเนินกิจการส่วนจังหวัด ภายในเขตพื้นที่จังหวัดนอกเขตเทศบาลและเขตสุขาภิบาล นับแต่นั้นมาการปกครองส่วนท้องถิ่นจึงครอบคลุมทั่วทั้งราชอาณาจักรไทย⁽¹⁾

อปท. นับเป็นหน่วยงานที่ใกล้ชิดประชาชนที่อาศัยในท้องถิ่นมากที่สุด โดยมีกฎหมายการปกครองส่วนท้องถิ่นที่กำหนดความสัมพันธ์ระหว่างท้องถิ่นและส่วนกลางในด้านขอบเขตการกำกับดูแลเพื่อการคุ้มครองประโยชน์ของประชาชนในท้องถิ่นหรือประโยชน์ส่วนรวมของประเทศ อีกทั้งมุ่งให้เกิดบริการสาธารณะที่มีประสิทธิภาพ มีการบริการอย่างทั่วถึง และตรงกับความต้องการของประชาชนและตามความเหมาะสมและความจำเป็นในแต่ละท้องถิ่น ทั้งนี้ตามกฎหมายได้ระบุว่าท้องถิ่นจะต้องมีอิสระในการตัดสินใจในการกำหนดทิศทางนโยบาย และการบริหารจัดการ โดยมีรัฐบาลส่วนกลาง

(ส่วนราชการ) กำกับดูแลและให้ความช่วยเหลือ⁽²⁾ ปัจจุบัน มี อปท. 7,852 แห่ง สามารถแบ่งประเภทของ อปท. ได้ เป็น 4 ลักษณะดังนี้ 1) องค์การบริหารส่วนจังหวัด (อบจ.) 2) เทศบาล 3) องค์การบริหารส่วนตำบล (อบต.) และ 4)

อปท. รูปแบบพิเศษ ได้แก่ กรุงเทพมหานคร และเมืองพัทยา ซึ่งเป็นเมืองท่องเที่ยวที่มีลักษณะพิเศษ⁽³⁾ ประเภท และจำนวนของ อปท. ในปัจจุบัน (พ.ศ. 2561) แสดงดังตารางที่ 9.1

ตารางที่ 9.1 จำนวนองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (แห่ง) จำแนกตามประเภทขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. 2561

ประเภทขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น	จำนวน (แห่ง)
องค์การบริหารส่วนจังหวัด	76
เทศบาล	2,441
เทศบาลนคร	30
เทศบาลเมือง	178
เทศบาลตำบล	2,233
องค์การบริหารส่วนตำบล	5,333
องค์กรปกครองท้องถิ่นรูปแบบพิเศษ (กรุงเทพมหานครและเมืองพัทยา)	2

ที่มา: กรมส่งเสริมการปกครองส่วนท้องถิ่น, 2561

ในปัจจุบัน อปท. ที่มีอยู่หลายรูปแบบมีการเจริญเติบโตมากขึ้น ประกอบกับการอยู่อาศัยของประชากรมีลักษณะเป็นสังคมเมืองมากขึ้น ปัญหาของชุมชนเมืองจึงมีความสลับซับซ้อนและหลากหลายเพิ่มขึ้นซึ่งอาจส่งผลต่อประสิทธิภาพในการให้บริการสาธารณะของ อปท. โดยเฉพาะอย่างยิ่งในองค์การบริหารส่วนตำบล (อบต.) ซึ่งเป็น อปท. ขนาดเล็ก โดยกรมส่งเสริมการปกครองส่วนท้องถิ่น กระทรวงมหาดไทย กำลังดำเนินการหาข้อสรุปเกี่ยวกับการยุบรวมหน่วยการปกครองท้องถิ่นขนาดเล็กเข้าด้วยกัน โดยมีความเห็นว่าการปกครองส่วนท้องถิ่นของไทยควรกระบบแบบสองชั้น (Two-tier system) เพื่อให้องค์กรปกครองท้องถิ่นขนาดใหญ่หรือระดับบน (Upper tier) คือ องค์การบริหารส่วนจังหวัด (อบจ.) ได้รับผิดชอบดำเนินการขนาดใหญ่ในพื้นที่กว้าง ซึ่งเป็นงานที่เกินขีดความสามารถของ อปท. ขนาดเล็ก ในขณะที่ อปท. ขนาดเล็ก (Lower tier) คือ เทศบาล ให้ดูแลแก้ไขเฉพาะที่เกิดขึ้นในพื้นที่ โดยจะยกฐานะ อบต. เป็นเทศบาลทั้งหมด เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการให้บริการสาธารณะ และสร้างความเป็นธรรมในการกระจายอำนาจและงบประมาณ⁽⁴⁾

9.1.1. บทบาทและอำนาจหน้าที่ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นด้านสาธารณสุข

โดยทั่วไปการบริการด้านสาธารณสุขแก่ประชาชนเป็นบทบาทหน้าที่ของหน่วยงานภาครัฐ โดยเฉพาะกระทรวงสาธารณสุข แต่อย่างไรก็ตามหน่วยงานรัฐส่วนกลางได้มีการกระจายอำนาจการจัดการงานที่เกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพ สุขาภิบาลสิ่งแวดล้อม และการบริการสาธารณสุขขั้นมูลฐาน ดังกล่าวไปสู่ อปท. นับตั้งแต่ได้มีการจัดตั้ง อปท. ขึ้น กล่าวคือ นับแต่พระราชกำหนดสุขาภิบาลกรุงเทพฯ ร.ศ. 116 ในสมัยรัชกาลที่ 5 ที่ได้กำหนดให้สุขาภิบาลกรุงเทพฯ มีหน้าที่ดำเนินการรักษาความสะอาด และป้องกันโรค ทำลายขยะมูลฝอย จัดสถานที่ถ่ายอุจจาระปัสสาวะสำหรับราษฎรทั่วไป ห้ามการปลูกสร้างหรือซ่อมแซมโรงเรือนที่จะเป็นเหตุให้เกิดโรค รวมทั้งการขนย้ายสิ่งโสโครกที่ทำควมรำคาญให้กับราษฎรไปทิ้ง เป็นต้น หรือแม้แต่ปัจจุบันในการกำหนดหน้าที่ของ อปท. ขนาดต่างๆ ก็ยังคงกำหนดให้มีหน้าที่รักษาความสะอาดของถนน หรือทางเดินและที่สาธารณะ รวมทั้งการกำจัดขยะมูลฝอยและสิ่ง

ปฏิภูม ป้องกันและระงับโรคติดต่อ จัดให้มีน้ำสะอาดหรือ การประปา โรงฆ่าสัตว์ ตลาด ท่าเทียบเรือ ท่าข้าม บำรุง ทางระบายน้ำ ส้วมสาธารณะ รวมทั้งการส่งเสริมพัฒนา อาชีพ การพัฒนาสตรี เด็ก และผู้สูงอายุ การศึกษาของ ชุมชน การบริการสาธารณสุข การบำรุงสถานกีฬา สถาน พักผ่อนหย่อนใจ และอื่นๆ⁽¹⁾

อปท. ได้เข้ามามีบทบาทในด้านสาธารณสุข ครอบคลุมทั้งกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรค การรักษาโรคและการฟื้นฟูสภาพ โดยมีกฎหมาย นโยบาย ของประเทศ รวมถึงข้อตกลงสากลสนับสนุนกิจกรรม ดังกล่าว โดยเริ่มจากปี พ.ศ. 2523 ซึ่งท้องถิ่นได้รับการกิจ การสร้างเสริมสุขภาพบางส่วน มาตั้งแต่ พ.ศ. 2537 แล้ว⁽⁵⁾ นอกจากนั้นทิศทางการพัฒนาคุณภาพชีวิตของ ประเทศไทยได้สนับสนุนให้ อปท. มีส่วนร่วมในงาน สาธารณสุขมากขึ้น โดยรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักร ไทย พ.ศ. 2540 มาตรา 52 วรรค 2 ได้บัญญัติว่า “การบริการทางสาธารณสุขของรัฐ ต้องเป็นไปอย่างทั่วถึง และมีประสิทธิภาพ โดยจะต้องส่งเสริมให้องค์กรปกครอง ส่วนท้องถิ่นและเอกชนมีส่วนร่วมด้วยเท่าที่จะกระทำ ได้”⁽⁶⁾ หลักจากนั้นในปี พ.ศ. 2542 ได้มี พ.ร.บ.กำหนด แผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่ อปท. พ.ศ. 2542 โดยมาตรา 16 กำหนดให้ อปท. มีอำนาจและ หน้าที่ในการจัดระบบบริการสาธารณะเพื่อประโยชน์ ของประชาชนในท้องถิ่นของตนเอง เช่น การจัดทำแผน พัฒนาท้องถิ่นของตนเอง การสังคมสงเคราะห์และการ พัฒนาคุณภาพชีวิตเด็ก สตรี คนชรา และผู้ด้อยโอกาส การรักษาความสะอาดและความเป็นระเบียบเรียบร้อย ของบ้านเมือง การกำจัดมูลฝอย สิ่งปฏิกูลและน้ำเสีย การ สาธารณสุข การอนามัยครอบครัว และการรักษาพยาบาล เป็นต้น⁽⁷⁾

นอกจากนี้ตามรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2550 โดยมาตรา 283 ได้บัญญัติว่า “องค์กรปกครอง ส่วนท้องถิ่นมีอำนาจหน้าที่โดยทั่วไปในการดูแลและจัดทำ บริการสาธารณะเพื่อประโยชน์ของประชาชนในท้องถิ่น และย่อมมีความเป็นอิสระในการกำหนดนโยบาย การ บริหาร การจัดบริการสาธารณะ การบริหารงานบุคคล การเงินและการคลัง และมีอำนาจหน้าที่ของตนเองโดย

เฉพาะ โดยต้องคำนึงถึงความสอดคล้องกับการพัฒนาของ จังหวัดและประเทศเป็นส่วนรวมด้วย” และในมาตรา 80 ได้บัญญัติว่า “รัฐต้องส่งเสริม สนับสนุน และพัฒนา ระบบสุขภาพที่เน้นการสร้างเสริมสุขภาพอันจะนำไป สู่สุขภาวะที่ยั่งยืนของประชาชนรวมทั้งจัดและส่งเสริม ให้ประชาชนได้รับบริการสาธารณสุขที่มีมาตรฐานอย่าง ทั่วถึงและมีประสิทธิภาพ และส่งเสริมให้เอกชนและ ชุมชนมีส่วนร่วมในการพัฒนาสุขภาพและการจัดบริการ สาธารณสุข” รวมถึง มาตรา 290 บัญญัติว่า “องค์กร ปกครองส่วนท้องถิ่น ย่อมมีอำนาจหน้าที่ส่งเสริมและ รักษาคุณภาพสิ่งแวดล้อมตามที่กฎหมายบัญญัติ” โดย อย่างน้อยต้องมีบทบาทหน้าที่ ดังนี้ (1) การจัดการ การ บำรุงรักษาและการใช้ประโยชน์จากทรัพยากรธรรมชาติ และสิ่งแวดล้อมที่อยู่ในเขตพื้นที่ (2) การเข้าไปมีส่วนร่วม ในการบำรุงรักษาทรัพยากรธรรมชาติ และสิ่งแวดล้อม ที่อยู่นอกเขตพื้นที่ เฉพาะกรณีที่มีผลกระทบต่อ การดำรงชีวิต ของประชาชนในพื้นที่ของตน (3) การมีส่วน ร่วมในการพิจารณา เพื่อริเริ่มโครงการหรือกิจกรรมใด นอกเขตพื้นที่ ซึ่งอาจมีผลกระทบต่อคุณภาพสิ่งแวดล้อม หรือสุขภาพอนามัยของประชาชนในพื้นที่ และ (4) การมี ส่วนร่วมของชุมชนท้องถิ่น⁽⁸⁾

ในปัจจุบัน ตามรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2560 ได้มีการตระหนักถึงการพัฒนาที่ยั่งยืนมากขึ้น โดยมาตรา 250 ได้บัญญัติว่า “องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น มีหน้าที่และอำนาจดูแลและจัดทำบริการสาธารณะและ กิจกรรมสาธารณะเพื่อประโยชน์ของประชาชนในท้องถิ่น ตามหลักการพัฒนาอย่างยั่งยืน” ทั้งนี้ การจัดทำบริการ สาธารณะและกิจกรรมสาธารณะใดที่เป็นหน้าที่และ อำนาจของ อปท. ควรมีการร่วมดำเนินการกับเอกชน หรือหน่วยงานของรัฐหรือมอบหมายให้เอกชนหรือหน่วย งานของรัฐดำเนินการ อันจะเป็นประโยชน์แก่ประชาชน ในท้องถิ่นมากกว่าการที่ อปท. จะดำเนินการเอง⁽⁹⁾ ซึ่งเมื่อ พิจารณาถึงทิศทางการขับเคลื่อนเพื่อพัฒนาของประเทศ และการพัฒนาระบบสุขภาพในปัจจุบันที่มุ่งเน้นการ พัฒนาที่ยั่งยืน โดยจะต้องมุ่งเน้นการสร้างเสริมสุขภาพ และ มุ่งเน้นการกระจายอำนาจสู่ชุมชนและท้องถิ่น สนับสนุน การบูรณาการการทำงานร่วมกันระหว่างรัฐ เอกชน และ

ท้องถิ่น ดังนั้น อปท. ควรเป็นหน่วยงานหลักในการเป็นผู้จัดบริการสาธารณสุขรวมถึงภารกิจการส่งเสริมสุขภาพ การจัดการสิ่งแวดล้อมและสุขภาพขั้นพื้นฐาน การสาธารณสุขมูลฐาน เพื่อมุ่งสู่เป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืนต่อไป

9.1.2 องค์รปกครองส่วนท้องถิ่นกับภารกิจบริการสาธารณสุขและการสร้างเสริมสุขภาพ

ในด้านการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคนั้น ประเทศไทยได้มีกฎหมายที่ส่งผลต่อการขยายบทบาทของ อปท. ในการสร้างเสริมสุขภาพที่ชัดเจน คือ พระราชบัญญัติสภาตำบลและองค์การบริหารส่วนตำบล พ.ศ. 2537 ซึ่งเน้นการจัดการสิ่งแวดล้อมพื้นฐาน เช่น การรักษาความสะอาดของถนนและที่สาธารณะ รวมถึงการกำจัดมูลฝอยและสิ่งปฏิกูลตลอดจนการป้องกันและระงับโรคติดต่อ แต่พระราชบัญญัตินี้ยังไม่ครอบคลุมการสร้างเสริมสุขภาพเท่าที่ควร ต่อมาในปี พ.ศ. 2551 ได้ปรากฏคำว่า “สร้างเสริมสุขภาพ” อยู่ในภารกิจที่ต้องถ่ายโอน ซึ่งขอบเขตการถ่ายโอนภารกิจและงบประมาณนั้นผูกงานด้านการสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค และการรักษาพยาบาลเบื้องต้นไปพร้อมกับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและบุคลากร⁽⁵⁾

ทั้งนี้ อปท. ได้มีส่วนร่วมกับหน่วยงานสาธารณสุขในด้านการสร้างเสริมสุขภาพโดยมีการดำเนินงานมาตั้งแต่ยุคของการสาธารณสุขมูลฐาน ปีพ.ศ. 2523 ที่มีการผลักดันแนวคิดการดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐานตามองค์ประกอบการสาธารณสุขมูลฐานขององค์การอนามัยโลกที่มุ่งทำให้เกิดสุขภาพดีถ้วนหน้า “Health For All” ทำให้ในปัจจุบันบริบทต่างๆ เอื้อต่อการมีส่วนร่วมของภาคส่วนและประชาชนในการสร้างเสริมสุขภาพ ได้แก่ การกระจายอำนาจสู่ อปท. การสนับสนุนของสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) การจัดตั้งกองทุนสุขภาพระดับตำบลภายใต้การสนับสนุนของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) และกระบวนการสมัชชาสุขภาพ เป็นต้น นอกจากนี้การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างอื่นของระบบสุขภาพตั้งแต่อดีตจนถึงการมีโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าได้เริ่มสนับสนุนให้องค์การบริหารส่วนตำบลและเทศบาลมีส่วนร่วมในการตัดสินใจและทำแผนจัดสรรทรัพยากรในการจัดบริการส่งเสริมสุขภาพระดับชุมชนมากขึ้นตามลำดับ โดยในปัจจุบันมีการเคลื่อนไหวของภาคประชาสังคมในการสร้างเสริมสุขภาพโดยรวมไปพร้อมๆ กับการพัฒนาชุมชนในรูปแบบที่หลากหลายและที่เห็นรูปธรรมมากขึ้น⁽⁵⁾ ดังตารางที่ 9.2 แสดงวิวัฒนาการพัฒนาสาธารณสุขในด้านการสร้างเสริมสุขภาพโดยมีส่วนร่วมของ อปท. และภาคประชาชน

ตารางที่ 9.2 วิวัฒนาการ การมีส่วนร่วมของ อปท. และภาคประชาชนในการพัฒนาสาธารณสุขของประเทศไทย

ช่วงปี	บริบทของประเทศไทย	รัฐส่วนกลาง	องค์รปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.)	ภาคประชาชน
ก่อน 2540	พ.ศ. 2523 ปรับเปลี่ยนแนวคิดการพัฒนา ด้านสาธารณสุขโดยให้ประชาชนมีส่วนร่วม ตามแนวคิดการสาธารณสุขมูลฐาน (Primary Health Care)	กระทรวงสาธารณสุข เป็นหน่วยงานหลักในการดูแลระบบสุขภาพ	อปท. ยังคงมีบทบาทด้านสุขภาพน้อย ส่วนใหญ่เป็นด้านสุขภาพสิ่งแวดล้อม เช่น การกำจัดขยะ การจัดหา น้ำสะอาด	เกิดผู้สื่อข่าวสาธารณสุข (ผสส.) และอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) จากภาคประชาชนเข้ามา มีส่วนร่วมในการดูแลสาธารณสุขมูลฐาน

ตารางที่ 9.2 วิวัฒนาการ การมีส่วนร่วมของ อปท. และภาคประชาชนในการพัฒนาสาธารณสุขของประเทศไทย (ต่อ)

ช่วงปี	บริบทของประเทศไทย	รัฐส่วนกลาง	องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.)	ภาคประชาชน
2540-2549	- พ.ศ. 2540 รัฐธรรมนูญให้ความสำคัญกับการกระจายอำนาจการปกครองไปสู่ท้องถิ่น - พ.ศ. 2542 มีการแก้ไข พ.ร.บ. สภาตำบลและองค์การบริหารส่วนตำบล พ.ศ. 2537 แก้ไขเพิ่มเติม (ฉบับที่ 3) กำหนดให้สมาชิกสภา อบต. มาจากการเลือกตั้ง - พ.ศ. 2544 จัดตั้ง สสส. เป็นหน่วยงานอิสระภายใต้กำกับ - พ.ศ. 2545 จัดตั้ง สปสช. เป็นองค์กรอิสระภายใต้กำกับ	- ปรับบทบาทกระทรวงสาธารณสุขเป็นผู้กำหนดนโยบายและกำกับดูแลระบบ - พ.ศ. 2547 กำหนด ยุทธศาสตร์เมืองไทย แข็งแรง เน้นชุมชนและประชาชนเป็นศูนย์กลาง - ระบบบริการสุขภาพ รวมทั้ง ส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรค (PP) บริหารโดย สปสช. - สสส. มีบทบาทสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ - นอกระบบบริการสุขภาพ	- อปท. รับงบประมาณ ด้านบริการสาธารณสุขจาก กรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่นและรายได้ที่ท้องถิ่นจัดเก็บได้ - พ.ศ. 2545-2550 รับ ถ่ายโอนภารกิจ 7 เรื่อง จาก 43 เรื่องตามแผนการปฏิบัติการกระจายอำนาจฯ ฉบับที่ 1 - รับโอนสถานีนอนามัย 22 แห่ง - พ.ศ. 2549 เกิดกองทุนสุขภาพตำบลรุ่นที่ 1 จำนวน 888 แห่ง	- ท้องถิ่นจัดสรรงบประมาณให้ชุมชนแห่งละ 10,000 บาท (ข้อมูลปี พ.ศ. 2552) - มีผู้แทนชุมชนในคณะกรรมการกองทุนสุขภาพตำบล - สสส. สนับสนุนงบประมาณเพื่อให้ภาคประชาชนแสดงบทบาทในการขับเคลื่อนการสร้างเสริมสุขภาพ
2550-ปัจจุบัน	- พ.ศ. 2550 พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ จัดตั้ง สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.) - รัฐธรรมนูญ พ.ศ. 2550 บัญญัติให้ประชาชนและชุมชนมีส่วนร่วมในการพัฒนาท้องถิ่น และตรวจสอบโดยชุมชน	- มีการดำเนินงานต่อเนื่องจากทศวรรษที่ผ่านมา และมีการเพิ่มบทบาทของ สช. ในการสนับสนุนการมีส่วนร่วมของภาคส่วนต่างๆ และประชาชนในการพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ และมีการบรรจุการสร้างเสริมสุขภาพเป็นหัวข้อหนึ่งในธรรมนูญสุขภาพแห่งชาติ	- กองทุนสุขภาพตำบลใช้แผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ เป็นเครื่องมือบริหารงาน ชุมชน มีแผนสุขภาพตำบล บางแห่งชัดเจน - พ.ศ. 2551 ขยาย กองทุนสุขภาพตำบลอีก 1,804 แห่งและเพิ่มเป็น 3,935 แห่ง ในปีพ.ศ. 2552 - มีศูนย์บริการสาธารณสุข 407 แห่ง - รับถ่ายโอนโรงพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพตำบล 52 แห่ง	- มีการดำเนินงานต่อเนื่องจากทศวรรษที่ผ่านมา มีกระบวนการสมัชชาสุขภาพในพื้นที่ - มีการจัดทำแผนสุขภาพโดยภาคประชาชนเป็นจุดประสานเช่นแผนสุขภาพจังหวัดและแผนสุขภาพตำบล จ.สงขลา เป็นต้น

ที่มา: ศิริวรรณ พิชัยรังษิณ, 2553⁽⁵⁾

สืบเนื่องจากบทบาทหน้าที่ของ อปท. ที่มีต่อการจัดบริการสาธารณสุขตามกฎหมาย และนโยบายการส่งเสริมการกระจายอำนาจการบริหารของรัฐสู่ อปท. นำไปสู่การจัดตั้งศูนย์บริการสาธารณสุขในสังกัดของอปท. รวมถึงศูนย์บริการสาธารณสุขในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขบางแห่งได้มีการถ่ายโอนภารกิจไปอยู่ภายใต้การบริหารจัดการของ อปท. ซึ่งในปัจจุบันมีศูนย์บริการสาธารณสุขในสังกัด อปท. จำนวน 407 แห่ง (ข้อมูลปี พ.ศ. 2557) โดยเป็นศูนย์บริการสังกัด กทม. 71 แห่ง เมืองพัทยา 1 แห่ง เทศบาล 309 แห่ง และอบต. 26 แห่ง⁽¹⁰⁾ ในส่วนของการถ่ายโอนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) สังกัดกระทรวงสาธารณสุขไปอยู่ภายใต้การกำกับของอปท. มีจำนวน 52 แห่ง จากจำนวนของสถานีอนามัยและรพ.สต. ทั้งหมดในประเทศ รวมกันประมาณ 9,800 แห่ง⁽¹¹⁾

การจัดบริการของศูนย์บริการสาธารณสุขภายใต้ อปท. ในปัจจุบันพบว่าถูกจัดตั้งขึ้นโดยมติของผู้บริหารอปท. การดำเนินงานของศูนย์บริการสาธารณสุขนี้มีการให้บริการตรวจรักษาโรคทั่วไป บริการด้านทันตกรรม โดยเน้นให้บริการทันตสาธารณสุขเคลื่อนที่ในโรงเรียน งานฟื้นฟูสภาพ การติดตามผู้ป่วย การสร้างหลักประกันสุขภาพ การจัดทำข้อมูลข่าวสารสาธารณสุข รวมถึงการจัดกิจกรรมต่างๆที่เกี่ยวข้องกับงานสาธารณสุขมูลฐาน โดยเป็นการทำงานในรูปแบบเครือข่ายความร่วมมือกับอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) และมีการทำงานร่วมกันกับหน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ในขณะเดียวกันศูนย์บริการสาธารณสุขที่ดำเนินการโดยเทศบาลทำหน้าที่ดำเนินงานด้านการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันและควบคุมโรค การฟื้นฟูสภาพ และการรักษาพยาบาล โดยการทำงานร่วมกันกับหน่วยงานอื่นส่วนใหญ่เป็นการขอความช่วยเหลือจากโรงพยาบาลของรัฐและโรงพยาบาลเอกชนในพื้นที่ และมีการประสานความร่วมมือกับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและทำบันทึกข้อตกลง (MOU) ร่วมกัน โดย อปท. ในเขตเทศบาลนครนั้นมีอัตราบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขครบทั้ง 4 สายงาน ได้แก่ แพทย์ พยาบาลวิชาชีพหรือพยาบาลเวชปฏิบัติ นักวิชาการสาธารณสุขหรือเจ้าพนักงานสาธารณสุขชุมชน

รวมถึงทันตภิบาลโดยงบประมาณหลักในการจัดตั้งศูนย์ฯ มาจาก อปท. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) และกรมส่งเสริมการปกครองส่วนท้องถิ่น โดยโครงสร้างการดำเนินงานของศูนย์บริการสาธารณสุขของอปท. อยู่ภายใต้โครงสร้างการบริหารของกองสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม ส่วนใหญ่จึงให้ความสำคัญกับการจัดสรรงบประมาณด้านสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อมตามความเร่งด่วน⁽¹²⁾

ด้านสถานการณ์การถ่ายโอน รพ.สต. ไปสู่ อปท. นั้น เป็นประเด็นสำคัญในการจัดการสุขภาพภายในชุมชนท้องถิ่น โดยมีการถ่ายโอนภารกิจและรพ.สต. ไปสู่ท้องถิ่นตั้งแต่ปี พ.ศ. 2543 เป็นผลให้มีการถ่ายโอนภารกิจต่างๆ ให้แก่ อปท. เช่นการพัฒนาด้านพฤติกรรมสุขภาพ การแก้ไขปัญหาเด็กน้ำหนักต่ำกว่าเกณฑ์ การจัดหาและพัฒนาน้ำสะอาด การสร้างเสริมสุขภาพกลุ่มเป้าหมาย 5 กลุ่ม คือ แม่และเด็ก วัยเรียน เยาวชน วัยทำงานและผู้สูงอายุ ซึ่งได้มีการถ่ายโอนสำเร็จในปี พ.ศ. 2557⁽¹³⁾ อย่างไรก็ตามแม้ว่าจะมีแผนรองรับการกระจายอำนาจและมีการกำหนดเป้าหมายการถ่ายโอนให้แล้วเสร็จ ในปี พ.ศ. 2553 พบว่าปัจจุบันยังไม่คืบหน้าเท่าที่ควร⁽¹¹⁾ โดยผลการดำเนินงานที่ผ่านมาพบว่ามีทั้งประสบความสำเร็จและล้มเหลว ซึ่งปัญหาส่วนใหญ่มักเกิดจากการขาดศักยภาพในด้านการจัดการและการเงินของ อปท.⁽¹³⁾ โดยพบว่า อปท. ขนาดเล็กไม่สามารถรองรับภารกิจสาธารณสุขได้ เนื่องจากขาดทั้งงบประมาณและบุคลากร⁽¹¹⁾ นอกจากนี้หน่วยงานส่วนกลางยังไม่ได้มีการทำงานเชิงรุกเพื่อเตรียมความพร้อมและสนับสนุน อปท. ให้สามารถรองรับภารกิจด้านสาธารณสุขจากกระทรวงสาธารณสุขและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง⁽¹⁴⁾ อย่างไรก็ตาม อปท. ของประเทศไทยก็ได้มีการพัฒนามากขึ้น โดยเฉพาะทักษะการบริหารจัดการ การคลังท้องถิ่น ภาวะผู้นำท้องถิ่น และการเรียนรู้ด้านสาธารณสุขกับการจัดบริการสาธารณสุข นอกจากนี้ อปท. เริ่มมีการเรียนรู้และสั่งสมประสบการณ์ด้านสุขภาพ เช่น การจัดทำข้อมูลครัวเรือนรวมถึงข้อมูลด้านสาธารณสุข⁽¹³⁾

ในปัจจุบัน คณะกรรมการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (กกถ.) ได้มีการพิจารณา ทบทวนบทบาท ขั้นตอนและวิธีปฏิบัติการถ่ายโอนภารกิจ รพ.สต. ให้แก่ อบต. โดยในคราวประชุมครั้งที่ 2/2561 ได้ มีมติเห็นชอบในหลักการถ่ายโอน ซึ่งเป็นไปตามหลักการ การกระจายอำนาจ และมอบหมายให้ฝ่ายเลขานุการฯ ไป ประสานหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ กระทรวงสาธารณสุข สำนักงบประมาณ และ อบต. เพื่อดำเนินการต่อไป⁽¹⁵⁾

9.1.3 ประเด็นท้าทายขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในการมีส่วนร่วมในระบบสุขภาพ

ถึงแม้ว่า อบต. กับหน่วยงานสาธารณสุขนั้นจะ มีการดำเนินงานร่วมกันมาเป็นระยะเวลายาวนาน และมีกฎหมาย รวมถึงนโยบายสนับสนุนการดำเนินงาน แต่ เพื่อการพัฒนาที่ยั่งยืนของระบบสุขภาพของประเทศไทย และคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นของประชาชน การทำงานร่วมกัน ในลักษณะนี้ยังมีประเด็นท้าทายต่อการบริหารจัดการ อยู่บ้าง ทั้งความท้าทายต่อหน่วยงานสาธารณสุขเอง และความท้าทายต่อ อบต. ซึ่งนอกจากความท้าทายใน ด้านการเปลี่ยนแปลงของปัจจัยกำหนดสุขภาพแล้ว พบ ประเด็นท้าทายด้านการบริหารจัดการที่สำคัญดังต่อไปนี้

ผลการศึกษาวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินงานด้านสาธารณสุขของท้องถิ่นพบว่าภาวะผู้นำและ ทักษะของผู้บริหารมีผลต่อบทบาทที่แตกต่างกันด้าน สาธารณสุขของผู้บริหาร โดยพบว่าผู้นำที่มีทัศนคติเชิง บวกต่องานด้านสาธารณสุขและการทำงานร่วมกัน ในลักษณะภาคีเครือข่ายมีโอกาสประสบผลสำเร็จใน การทำงานมากกว่า⁽¹⁶⁾ ซึ่งสอดคล้องกับผลการสังเคราะห์ ทางเลือกของการพัฒนาระบบบริการสุขภาพเขตเมือง กรณี ศึกษาเขตสุขภาพที่ 3 ที่พบว่าเงื่อนไขความสำเร็จในการ

บริหารระบบบริการปฐมภูมิโดย อบต. คือการเห็นความ สำคัญและเข้าใจงานด้านสุขภาพของผู้บริหาร ภาวะผู้นำ วิสัยทัศน์ ศักยภาพในการบริหาร ความตระหนักว่าการ ลงทุนด้านสุขภาพเป็นการลงทุนระยะยาว และความเป็น เจ้าของพื้นที่⁽¹⁴⁾

ในด้านการบริหารจัดการงบประมาณ ปัจจุบันยังพบ ความเหลื่อมล้ำในการจัดการการเงินการคลังของท้องถิ่น และการสนับสนุนงบประมาณด้านสาธารณสุขส่วนใหญ่ เป็นการสนับสนุนรายโครงการ จำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้อง มีกระบวนการทำให้เกิดการบริหารงบประมาณที่ยั่งยืน^(2,14) และการที่ไม่สามารถนำงบประมาณที่มีอยู่ไปใช้ได้อย่าง มีประสิทธิภาพเนื่องจากความเข้าใจที่ไม่ตรงกันกับหน่วย งานตรวจสอบงบประมาณยังคงเป็นปัญหาท้าทายหลักใน การจัดการงบประมาณของ อบต.⁽¹⁴⁾

นอกจากนี้ความชัดเจนของกระทรวงสาธารณสุข รวมถึงการเตรียมความพร้อมให้กับ อบต. ใน การถ่ายโอนภารกิจด้านสุขภาพ รวมถึงความเท่าเทียม และความเป็นธรรมในการตั้งหลักเกณฑ์ต่างๆ ในการ มีส่วนร่วมของ อบต. ในการจัดบริการสุขภาพ⁽¹⁴⁾ และ การมีส่วนร่วมของประชาชนเป็นปัจจัยสำคัญอย่างยิ่ง ที่จะทำให้การจัดการด้านสุขภาพของ อบต. สำเร็จได้ อย่างมีประสิทธิภาพ ประชาชนในฐานะที่เป็นเจ้าของ อำนาจที่แท้จริง เป็นปัจจัยที่สำคัญในการผลักดันให้เกิด การดำเนินการในท้องถิ่นรวมถึงการพัฒนาท้องถิ่นเป็น ไปอย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งจำเป็นต้องสนับสนุนการพัฒนา ศักยภาพของประชาชนให้สามารถมีส่วนร่วมในการตัดสินใจมากขึ้นโดยการแสวงหาแนวทางสร้างความเข้มแข็งของ ชุมชนเพื่อให้ได้มาซึ่งนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพอย่างมี ส่วนร่วม⁽²⁾

9.2 ระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิเขตเมือง

การเข้าสู่สังคมเมือง ถือเป็นสิ่งท้าทายที่สำคัญ ต่อระบบสุขภาพในศตวรรษที่ 21 ในอีก 30 ปีข้างหน้า ประชากรเกือบทั้งหมดจะอยู่ในสังคมเมือง จากการคาด การณ์พบว่า ปี พ.ศ. 2573 ร้อยละ 60.0 ของประชากร

โลกจะอาศัยอยู่ในชุมชนเมือง และในปี พ.ศ. 2593 จะ เพิ่มขึ้นถึงร้อยละ 70.0⁽¹⁷⁾ การพัฒนาเพื่อเข้าสู่สังคมเมือง ที่มากยิ่งขึ้นส่งผลด้านดี เช่น การทำธุรกิจค้าขายเป็นไป สะดวกสบายมากขึ้น จากการที่คนอยู่กันอย่างหนาแน่น

การขนส่งสินค้ามีต้นทุนต่ำ นอกจากนี้ยังมีผลทำให้เกิดการปฏิสัมพันธ์กันระหว่างบุคคลมากขึ้น อย่างไรก็ตามการพัฒนาความเป็นเมืองมากขึ้นอาจทำให้เกิดการย้ายถิ่นฐานของประชากรอันส่งผลทำให้เกิดปัญหาต่างๆ ในสังคมเมืองทวีความรุนแรงมากยิ่งขึ้นด้วย เช่น ปัญหาการขาดแคลนที่อยู่อาศัย ปัญหาความเสื่อมโทรมของสิ่งแวดล้อม ปัญหาความเหลื่อมล้ำทางสังคมและรายได้ ปัญหาการบริการจากภาครัฐที่ไม่ทั่วถึง หรืออาจจะเป็นปัญหาจากการอพยพเข้าเมืองของแรงงานต่างด้าว เป็นต้น จากผลกระทบดังกล่าวจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องมีการเตรียมการให้มีระบบต่างๆ รองรับเพื่อให้ประเทศได้ประโยชน์สูงสุดจากความเป็นเมืองที่สูงขึ้นและลดปัญหาที่อาจเกิดขึ้นในอนาคต รวมถึงการมีระบบบริการสุขภาพที่ครอบคลุมและเพียงพอต่อความต้องการของคนในเมือง โดยในระดับนานาชาติให้การสนับสนุนการพัฒนาบริการปฐมภูมิที่เข้มแข็งโดยมีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวหรือแพทย์เวชศาสตร์ทั่วไปเป็นผู้เฝ้าประตูของระบบ (Gate Keeper) เป็นด่านหน้าคอยคัดกรองผู้ป่วย ซึ่งส่งผลให้มีการดูแลอย่างต่อเนื่อง และมีการประสานความร่วมมือในการดูแลที่ดี ส่งผลต่อการรักษาพยาบาลและการควบคุมค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ⁽¹⁸⁾

9.2.1 สถานการณ์ สุขภาพเขตเมืองและปัญหาสุขภาพของคนในเขตเมือง ประเทศไทย

ประเทศไทยมีการพัฒนาประเทศยกระดับเป็นประเทศรายได้ปานกลางระดับบน (Upper-Middle Income Country) ที่มีแนวโน้มพัฒนาสู่ความเป็นเมืองเพิ่มขึ้น โดยพบว่า กลางปี 2559 มีอัตราส่วนประชากรอาศัยอยู่ในเขตเมือง ร้อยละ 48.4 ของประชากรทั้งประเทศ ซึ่งมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นจาก จากจำนวนประชากรเขตเมือง ปี พ.ศ. 2554 ซึ่งมีอัตราส่วนเพียงร้อยละ 36.1 และปี พ.ศ. 2556 มีประชากรอาศัยอยู่ในเขตเมือง ร้อยละ 45.9⁽¹⁹⁾ โดยประเทศไทยได้กำหนดนิยามเขตเมืองหมายถึง เขตเทศบาลที่มีจำนวนประชากรตั้งแต่ 10,000 คนขึ้นไป และพื้นที่ที่มีลักษณะของความเป็นเมือง คือ มีประชากรอยู่กันอย่างหนาแน่น ประชากรส่วนใหญ่ในพื้นที่นั้นประกอบอาชีพที่ใช้เกษตรกรรม โดยเทศบาลเมือง

เป็นท้องถิ่นชุมชนชนที่มีราษฎรตั้งแต่ 10,000 คนขึ้นไป ส่วนเทศบาลนคร เป็นท้องถิ่นชุมชนที่มีราษฎรตั้งแต่ 50,000 คนขึ้นไป ส่วนกรุงเทพมหานครในฐานะองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นรูปแบบพิเศษมีประชากรหนาแน่น 5,986,722 คน (ตามทะเบียนราษฎร ปี 2560) แต่มีประชากรอยู่จริงมากกว่า 8,000,000 คน⁽²⁰⁾

ความเป็นสังคมเมืองของประเทศไทยนั้นไม่ต่างจากประเทศอื่น โดยเฉพาะปัญหาการย้ายถิ่นจากชนบทเข้ามาในเมือง ส่งผลให้ประชากรในเมืองแออัด เกิดความยุ่งยากต่อการจัดบริการสาธารณะ สำหรับประเทศไทยพบแนวโน้มของโรคคนเมืองสูงขึ้น ปรากฏการณ์เหล่านี้ ล้วนแล้วแต่มากับ “การใช้ชีวิตแบบเมือง” ซึ่งจะพบได้ว่าวิถีชีวิตแบบเมืองมีความแตกต่างหลากหลาย ซับซ้อนและแตกต่างกับชีวิตชนบทมาก โดยวิถีชีวิตของคนเมืองต้องใช้ชีวิตที่แข่งขันกับเวลา เผชิญกับมลภาวะอยู่ทุกวัน มีค่าใช้จ่ายที่สูง กินอาหารที่ไม่เหมาะสม ขาดการออกกำลังกาย เป็นต้น ส่งผลให้คนเมืองเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ได้แก่ โรคอ้วน เบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ โรคหลอดเลือดสมอง และปัญหาด้านสุขภาพจิต เช่น ภาวะซึมเศร้า เป็นต้น⁽²¹⁾ นอกจากนี้ วิวัฒนาการของเมืองที่มีการเปลี่ยนแปลงของบริบทด้านต่างๆ ทั้ง เศรษฐกิจ สังคม วัฒนธรรม รวมทั้งสิ่งแวดล้อมอย่างรวดเร็ว ยังเป็นปัจจัยสำคัญในการส่งผลต่อภาวะสุขภาพของคนที่อาศัยอยู่ในพื้นที่เมืองที่พบได้อย่างชัดเจน เช่น ความเป็นธรรม ความไม่เท่าเทียมในการเข้าถึงทรัพยากรทางด้านสุขภาพ ความเหลื่อมล้ำด้านเศรษฐกิจที่ทำให้ผู้มีรายได้น้อยหรือผู้ด้อยโอกาส ได้รับบริการที่ด้อยคุณภาพ ปัญหาด้านความรุนแรงทางสังคม ปัญหา ยาเสพติด การคุ้มครองผู้บริโภคด้านยา อาหาร หรือผลิตภัณฑ์ทางการแพทย์ ปัญหาการขาดแคลนที่อยู่อาศัย ปัญหาความเสื่อมโทรมของสิ่งแวดล้อม ปัญหาการบริการจากภาครัฐที่ไม่ทั่วถึง หรืออาจจะเป็นปัญหาจากการอพยพเข้าเมืองของแรงงานต่างด้าว นอกจากนั้น ยังมีปัจจัยที่ส่งผลต่อสุขภาพคนเมือง เช่น ขยะมูลฝอย มลพิษในอากาศ เป็นต้น⁽¹⁴⁾ เพื่อตอบสนองต่อปัญหาสุขภาพต่างๆ ของคนเขตเมืองที่นับวันจะทวีความรุนแรงมากยิ่งขึ้น จำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องเร่งพัฒนาระบบ

สุขภาพให้สามารถตอบสนองต่อปัญหาท้าทายเหล่านี้ได้อย่างมีประสิทธิภาพ สามารถรองรับความต้องการของประชาชนสอดคล้องตามบริบทที่ก่อให้เกิดการดูแลสุขภาพ ซึ่งองค์ประกอบหนึ่งที่สำคัญ คือ การพัฒนาระบบบริการสุขภาพให้เข้มแข็ง โดยเฉพาะอย่างยิ่งระบบบริการปฐมภูมิที่มีบุคลากรทางวิชาชีพที่มีสมรรถนะที่จำเป็นต่อการให้บริการที่มีคุณภาพ

9.2.2 ระบบบริการสุขภาพเขตเมืองของประเทศไทย

ปัจจุบันประเทศไทยมีแนวทางการจัดระบบบริการสุขภาพในเขตเมืองที่มุ่งเน้นการสร้างเสริมความเข้มแข็งให้กับระบบบริการปฐมภูมิ แต่อย่างไรก็ตามพบว่าการจัดบริการในปัจจุบันมีหน่วยงานที่ดำเนินการหลากหลาย ทั้งภาครัฐ เอกชน และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น โดยการบริการสุขภาพในภาครัฐส่วนใหญ่บริหารจัดการโดยกระทรวงสาธารณสุข โดยในปี 2558 กระทรวงสาธารณสุขมีแนวคิดในการสนับสนุนให้มีการจัดบริการสุขภาพเขตเมืองในรูปแบบต่างๆ ดังนี้

ก. **คลินิกชุมชน** จัดบริการตรวจรักษาแบบคลินิกเพิ่มเติม เพื่อดำเนินการให้ประชาชนเข้าถึงบริการโดยเป็นการดำเนินการของภาครัฐหรือการจ้างเหมาบริการเพื่อให้ผู้รับบริการสามารถเข้าถึงง่าย โดยมีการจัดบริการตรวจรักษาพยาบาลเบื้องต้น

ข. **ศูนย์สุขภาพชุมชนเมือง (ศสม.)** จัดบริการโดยมีแพทย์ออกตรวจในเวลาราชการ ตลอด 5-7 วันต่อสัปดาห์ และมีพื้นที่รับผิดชอบบริการสาธารณสุข ดูแลทั้งการแพทย์ (รักษาพยาบาล) และการสาธารณสุข (ชุมชน) โดยมีทีมแพทย์เวชปฏิบัติครอบครัวเป็นหลักในการทำงาน

ค. **โรงพยาบาลเมือง** มีการสร้างหรือขยายอาคารผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน ในเขตเมือง ในกรณีที่มีโรงพยาบาลศูนย์หรือ โรงพยาบาลทั่วไป ที่มีจำนวนผู้ป่วยในหนาแน่น (อัตราครองเตียงสูง) เพื่อให้บริการทั้งผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอก โดยมีแพทย์เฉพาะทางบางสาขา แต่ไม่จำเป็นต้องมีแพทย์เฉพาะทางสาขาย่อย มีระบบรับและส่งต่อกับสถานบริการในระดับต่ำกว่าและโรงพยาบาลแม่ข่าย

9.2.3 รูปแบบการบริหารจัดการบริการสุขภาพของเขตเมือง

กระทรวงสาธารณสุขมีรูปแบบการบริหารจัดการตามรูปแบบโครงสร้างหน่วยบริการปฐมภูมิ ซึ่งมีทั้งที่ดำเนินการเองและร่วมดำเนินการกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและเอกชน โดยจำแนกได้เป็น 4 รูปแบบ คือ

1) **กลุ่มงานเวชกรรมสังคมหรือกลุ่มงานเวชปฏิบัติครอบครัวและชุมชน**ของโรงพยาบาลศูนย์หรือโรงพยาบาลจังหวัดเป็นผู้ดำเนินการ เช่น โรงพยาบาลขอนแก่น โรงพยาบาลหาดใหญ่

2) **หน่วยบริการประจำมีอิสระในการบริหารจัดการ** โดยโรงพยาบาลติดต่องบประมาณรายหัวหลังหักเงินเดือนให้เครือข่ายหน่วยบริการประจำเป็นผู้ดูแลทั้งหมด ทั้งผู้ป่วยนอก ส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค และงบลงทุนค่าเสื่อม เช่น โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา

3) **โรงพยาบาลดำเนินการร่วมกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น** เป็นการรวมกองทุนผู้ป่วยนอกใช้ร่วมกัน มีการสนับสนุนบุคลากรสุขภาพ ส่วนกองทุนผู้ป่วยในโรงพยาบาลเป็นผู้บริหารจัดการ เช่น เทศบาลนครพิษณุโลก โรงพยาบาลพุทธชินราช และโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยนเรศวร (ยุติการดำเนินการร่วมกันตั้งแต่ พ.ศ. 2557)

4) **โรงพยาบาลให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นหรือเอกชนดำเนินการเอง** โดยโรงพยาบาลแม่ข่ายซื้อบริการจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นหรือเอกชน เช่น เทศบาลคลินิกเอกชน หรือคลินิกชุมชนอบอุ่น เป็นต้น

นอกจากการดำเนินการโดยกระทรวงสาธารณสุขแล้ว กฎหมายหลายฉบับ ได้กำหนดอำนาจหน้าที่ให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในระดับต่างๆ ในด้านการจัดการระบบบริการสาธารณสุขเพื่อประโยชน์ของประชาชน ในท้องถิ่นของตนเองหลายรายการ ซึ่งรวมถึง “การสาธารณสุข การอนามัยครอบครัว การรักษาพยาบาล” และ “การพัฒนาศักยภาพของประชาชนทางด้านพฤติกรรมและสำนักทางสุขภาพ” เป็นต้น ทั้งนี้พบว่ามีรูปแบบการจัดบริการสุขภาพโดยองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นรูปแบบพิเศษอีก 2 รูปแบบ คือ

ก. กรุงเทพมหานคร มีโรงพยาบาลทั้งภาครัฐและเอกชน รวมทั้งสิ้น 142 แห่ง (เป็นของรัฐรวมทุกสังกัด ร้อยละ 28) มีคลินิกเอกชนทุกประเภท (ไม่รวมร้านขายยา) เช่น เวชกรรม ทันตกรรม การแพทย์แผนไทย การพยาบาล และผดุงครรภ์ เทคนิคการแพทย์ และกายภาพบำบัด รวมทั้งสิ้น 4,558 แห่ง ในจำนวนนี้มีหน่วยบริการปฐมภูมิจำนวน 270 แห่ง ที่เข้าร่วมโครงการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จำแนกเป็นหน่วยบริการปฐมภูมิภาครัฐจำนวน 94 แห่ง หน่วยบริการปฐมภูมิภาคเอกชน จำนวน 176 แห่ง และในส่วนของกรุงเทพมหานครมีการจัดบริการระดับปฐมภูมิทั้งเชิงรุกและเชิงรับ โดยมีสถานบริการสาธารณสุขในสังกัดกรุงเทพมหานคร รวมทั้งสิ้น 153 แห่ง ประกอบด้วย สถานบริการสาธารณสุขในสังกัดสำนักอนามัย จำนวน 144 แห่ง ได้แก่ ศูนย์บริการสาธารณสุข 68 แห่ง ศูนย์บริการสาธาณสุขสาขา 76 แห่ง และโรงพยาบาลสังกัดสำนักการแพทย์กรุงเทพมหานคร 9 แห่ง

ข. เมืองพัทยา มีโรงพยาบาลทั้งภาครัฐและเอกชน รวมทั้งสิ้น 5 แห่ง (เมืองพัทยา 2 แห่ง และเอกชน 3 แห่ง) โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จำนวน 2 แห่ง ศูนย์บริการสาธารณสุขเมืองพัทยา จำนวน 1 แห่ง คลินิกเอกชนทุกประเภท (ไม่รวมร้านขายยา) จำนวน 249 แห่ง และร้านขายยา จำนวน 484 แห่ง⁽²⁰⁾

9.2.4 ปัญหาท้าทายของการจัดระบบบริการสุขภาพเขตเมือง

ระบบบริการสุขภาพในเขตเมืองมีปัญหาหลากหลาย มีประเด็นเร่งด่วนและสำคัญที่ควรดำเนินการโดยทุกภาคส่วน ทุกองค์กร ทุกวิชาชีพ ที่เกี่ยวข้อง โดยมีตัวอย่างในประเด็นต่างๆ ที่สำคัญดังต่อไปนี้

ประเด็นที่ 1 การให้บริการสุขภาพ

การจัดระบบบริการสุขภาพในเขตเมืองยังมีความซ้ำซ้อนระหว่างผู้ให้บริการสุขภาพทั้งในภาครัฐ เอกชน และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ขาดการบูรณาการในการวางแผนการจัดบริการสุขภาพ ความเชื่อมโยงของเครือข่ายหน่วยบริการสุขภาพ การกระจายตัวของหน่วยบริการสุขภาพในพื้นที่เขตเมืองไม่ครอบคลุม ทำให้ประชาชนเขตเมืองไม่สามารถเข้าถึงบริการสุขภาพ

ได้อย่างเป็นธรรม ประชาชนบางส่วนขาดความเชื่อมั่นในคุณภาพของบริการระดับปฐมภูมิทำให้ไปรับบริการสุขภาพจากโรงพยาบาลโดยไม่จำเป็น การจัดบริการสุขภาพเน้นเรื่องการรักษาพยาบาลและการตั้งรับมากกว่าการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันควบคุมโรค ประชาชนในเขตเมืองมีความเป็นปัจเจกสูง และขาดความตระหนักในเรื่องของการดูแลสุขภาพตนเอง

ประเด็นที่ 2 การเงินการคลังสุขภาพ

ระบบการซื้อบริการสุขภาพของกองทุนภาครัฐยังไม่สามารถจูงใจให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) เข้ามามีส่วนร่วมในการจัดบริการสุขภาพแก่ประชาชนในพื้นที่ได้อย่างมีประสิทธิภาพ อปท. ไม่สามารถนำเงินที่ได้รับการจัดสรรจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ไปใช้ในการจ้างบุคลากรด้านสุขภาพมาให้บริการสุขภาพแก่ประชาชนได้ เนื่องจากมีความเห็นที่แตกต่างจากหน่วยงานตรวจสอบงบประมาณแผ่นดินว่าไม่สามารถใช้ว่าจ้างบุคลากรได้ รวมถึงการใช้จ่ายเงินงบประมาณสำหรับกองทุนสุขภาพตำบล ก็ประสบปัญหาเช่นเดียวกัน นอกจากนี้ กองทุนมีหลากหลายซึ่งอยู่บนฐานของการใช้ระเบียบที่แตกต่างกันทำให้เกิดความสับสนและขาดประสิทธิภาพในการปฏิบัติ ความไม่เพียงพอของงบประมาณในการจัดบริการสุขภาพให้แก่ประชากรต่างดาวและประชากรแฝง ที่ย้ายถิ่นมาอาศัยหรือทำงานในพื้นที่เขตเมืองโดยไม่ได้ลงทะเบียนอย่างถูกต้องตามที่กฎหมายกำหนด นอกจากนี้ มาตรการทางการเงินการคลังสุขภาพ ยังไม่สอดคล้องกับพฤติกรรมสุขภาพและการใช้บริการสุขภาพของประชากรในเขตเมือง

ประเด็นที่ 3 การบริหารระบบบริการสุขภาพอย่างมีส่วนร่วม (ภาวะผู้นำและการอภิบาล)

การบริหารระบบบริการสุขภาพอย่างมีส่วนร่วมของผู้ให้บริการสุขภาพที่อยู่ต่างสังกัดกันนั้นยังมีอยู่น้อย ทั้งภาครัฐ เอกชนและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น การมีกฎหมายรองรับการดำเนินงานที่แตกต่างกัน รวมถึงการไม่มีแผนยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบบริการสุขภาพร่วมกัน ทำให้ไม่สามารถวางแผนการจัดบริการสุขภาพที่ดีให้แก่ประชาชนได้อย่างครอบคลุมและทั่วถึง นอกจากนี้ในเขตที่มีพื้นที่การปกครองรูปแบบพิเศษยังขาดองค์กร

นำที่เป็นแกนกลางในการประสานงานให้เกิดการทำงานร่วมกันอย่างแท้จริง การวางแผนและการใช้ทรัพยากรร่วมกันทั้งด้านบุคลากรสุขภาพ ระบบข้อมูลสารสนเทศ และเครื่องมืออุปกรณ์ทางการแพทย์ที่มีราคาสูง ยังมีน้อย ทำให้เกิดการลงทุนซ้ำซ้อนและไม่คุ้มค่าเท่าที่ควร

9.2.5 การพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิเขตเมืองของประเทศไทยในปัจจุบัน

จากสภาพปัญหาท้าทายดังกล่าวข้างต้น ชี้ให้เห็นว่าปัญหาเหล่านี้ไม่สามารถแก้ไขได้โดยหน่วยงานใดหน่วยงานหนึ่งโดยลำพังดังนั้นกระทรวงสาธารณสุขและภาคีเครือข่ายด้านสุขภาพจึงได้ร่วมกันกำหนดแนวทางในการแก้ไขปัญหาในระดับนโยบายที่สำคัญ โดยมีมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติครั้งที่ 8 พ.ศ. 2558⁽²²⁾ เรื่องสุขภาพคนเมืองเป็นมติหลักเพื่อพัฒนารูปแบบการจัดการระบบสุขภาพเขตเมืองที่เหมาะสมและสนับสนุนให้เกิดการบริการปฐมภูมิที่เข้มแข็งและสอดคล้องกับทิศทางการมุ่งสู่เมืองสุขภาพและเป็นแนวทางสำหรับประเทศเพื่อบรรลุเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน โดยคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติได้มีการจัดตั้งคณะกรรมการระดับชาติจัดทำแผนยุทธศาสตร์ระบบบริการสุขภาพเขตเมืองโดยการมีส่วนร่วมของภาครัฐ ภาคเอกชน ภาคประชาสังคม เพื่อจัดทำแผนยุทธศาสตร์ระบบบริการสุขภาพเขตเมืองโดยมีเป้าหมายเพื่อให้เกิดการบริการสุขภาพที่มีคุณภาพ ปลอดภัย และมีประสิทธิภาพ ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการอย่างทั่วถึง ครอบคลุม เป็นธรรมและสามารถป้องกันการล้มละลายทางการเงินจากการเจ็บป่วย โดยปัจจุบันอยู่ในขั้นตอนการจัดทำร่างแผนยุทธศาสตร์ระบบบริการสุขภาพเขตเมือง⁽²³⁾ โดยการมีส่วนร่วมของภาครัฐ ภาคเอกชน ภาคประชาสังคม เพื่อนำเสนอต่อคณะกรรมการขับเคลื่อนและติดตามการดำเนินงานตามมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ นอกจากนี้ตามมติดังกล่าวได้สนับสนุนให้มีการจัดตั้งคณะกรรมการขับเคลื่อนยุทธศาสตร์ระบบบริการสุขภาพเขตเมืองในระดับชาติ และระดับเขตสุขภาพ 12 เขต เขตกรุงเทพมหานคร และระดับจังหวัด ที่มีองค์ประกอบทั้งภาครัฐ ภาคเอกชน ภาคประชาสังคม

มติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติครั้งที่ 8 เน้นเรื่อง การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายสมัชชาสุขภาพในการพัฒนาระบบบริการสุขภาพเขตเมือง โดยให้ความสำคัญกับการมีส่วนร่วมของภาคประชาชนในการสร้างและพัฒนาระบบบริการสุขภาพเขตเมืองให้มุ่งเน้นการสร้างเสริมสุขภาพป้องกันโรคเพื่อให้เกิดการดูแลตนเองของประชาชน และครอบคลุมถึงการสนับสนุนให้องค์กรที่เกี่ยวข้องกับการวิจัยและสถาบันการศึกษาร่วมดำเนินงานการวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพเขตเมืองอย่างเป็นระบบ ครอบคลุมในทุกมิติของการพัฒนาระบบสุขภาพเขตเมือง รวมถึงการศึกษากลไกด้านการเงิน การคลังสุขภาพ เพื่อสนับสนุนระบบบริการสุขภาพเขตเมืองอย่างมีประสิทธิภาพและให้ครอบคลุมผู้มีส่วนได้ส่วนเสียทุกภาคส่วนทั้งผู้ให้บริการ ผู้ซื้อบริการ และผู้รับบริการ

นอกจากนี้ ในปี พ.ศ. 2559 กระทรวงสาธารณสุขได้ออกนโยบายที่สำคัญที่เกี่ยวกับการขับเคลื่อนสุขภาพเขตเมือง ได้แก่ นโยบายการพัฒนาบริการปฐมภูมิโดยแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวและทีมสหวิชาชีพภายใต้คลินิกหมอครอบครัว (Primary Care Cluster: PCC) เพื่อปฏิรูปสาธารณสุขไทยให้ประชาชนได้รับการรักษาและส่งเสริมด้านสุขภาพอย่างใกล้ชิด ด้วยทีมหมอครอบครัวซึ่งประกอบด้วยทีมสหสาขาวิชาชีพ และจะทำงานในที่ตั้งคลินิกหมอครอบครัวให้บริการประชาชนทุกคน ทุกอย่างทุกที่ ทุกเวลา ด้วยเทคโนโลยี โดยแต่ละคลินิกหมอครอบครัวจะมีทีมหมอครอบครัวหนึ่งทีม ดูแลประชาชน 10,000 คนในพื้นที่ที่รับผิดชอบชัดเจน ในหนึ่งทีมจะประกอบด้วย แพทย์ผู้เชี่ยวชาญสาขาเวชศาสตร์ครอบครัว ทันตแพทย์ เภสัชกร พยาบาล นักกายภาพบำบัด นักวิชาการสาธารณสุขและสหสาขาวิชาชีพ เพื่อให้การรักษาอย่างต่อเนื่องและให้คำปรึกษา ซึ่งกระทรวงสาธารณสุขได้ตั้งเป้าหมายว่าภายในปี พ.ศ. 2561 จะมีทีมหมอครอบครัวให้บริการประชาชน 996 ทีม โดยเพิ่มเป็น 3,250 ทีม และ 6,500 ทีม ภายในพ.ศ. 2565 และ พ.ศ. 2570 ตามลำดับ โดยจะมุ่งพัฒนาทีมหมอครอบครัวที่สามารถให้บริการอย่างมีคุณภาพครอบคลุมในเขตเมืองของแต่ละพื้นที่เป็นลำดับแรก⁽²⁴⁾

คณะอนุกรรมการปรับปรุงยุทธศาสตร์ระบบบริการสุขภาพเขตเมือง(20) ได้เสนอให้ความสำคัญกับการเข้าถึงและครอบคลุมของการให้บริการแบบเวชศาสตร์ครอบครัวที่เน้นการสร้างเสริมสุขภาพป้องกันโรค โดยมีการเชื่อมประสานระหว่างภาคส่วนอย่างไร้รอยต่อ โดยมีระบบข้อมูลสารสนเทศที่มีประสิทธิภาพรองรับ และพัฒนากำลังคนสุขภาพเขตเมืองที่ทำงานเป็นทีมและมีจิตให้บริการสุขภาพด้วยหัวใจของความเป็นมนุษย์ รวมถึงพัฒนาการจัดการการเงินการคลังสุขภาพเพื่อสนับสนุนระบบบริการสุขภาพเขตเมืองแบบมีส่วนร่วม และการ

9.3 คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ

ในปัจจุบันประเทศไทยกำลังเผชิญกับสถานการณ์ปัญหาสุขภาพที่มีความหลากหลายและซับซ้อนมากขึ้น ซึ่งปัญหาสุขภาพเหล่านี้มีแนวโน้มที่เกิดจากพฤติกรรมการใช้ชีวิตของประชาชนซึ่งส่งผลต่อเศรษฐกิจ สังคม และสิ่งแวดล้อมอย่างมาก⁽²⁵⁾ ปัจจัยต่างๆ เหล่านี้ส่งผลให้การจัดการบริการสุขภาพไม่สามารถตอบสนองต่อความจำเป็นและความต้องการทางด้านสุขภาพของประชาชนและชุมชนได้อย่างครอบคลุม ทั้งถึงและเท่าเทียม^(25, 26) ดังนั้นในการพัฒนาระบบสุขภาพของประเทศไทยให้มีความเข้มแข็งขึ้นกว่าเดิมจึงจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องมีการปฏิรูประบบสุขภาพ ทั้งในด้านของระบบบริการสุขภาพที่มุ่งให้ความสำคัญกับการพัฒนาระบบการดูแลสุขภาพปฐมภูมิหรือ primary care โดยใช้ชุมชนเป็นฐาน (community-based) การดูแลสุขภาพแบบองค์รวม (holistic care) การดูแลที่ต่อเนื่องและผสมผสาน (integrated and continuity of care) รวมทั้งการทำงานเชิงรุก สามารถเชื่อมระหว่างชุมชนและการบริการในโรงพยาบาลได้อย่างไร้รอยต่อ รวมถึงการมุ่งเน้นการพัฒนาระบบการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคที่เข้มแข็ง โดยมุ่งกระจายอำนาจการบริหารจัดการเพื่อให้สามารถจัดการบริการสุขภาพในระดับพื้นที่ เพื่อตอบสนองต่อปัญหาและความจำเป็นด้านสุขภาพของประชาชนในระดับพื้นที่ได้อย่างมีประสิทธิภาพ จำเป็นจะต้องมีการปฏิรูประบบการจัดการระบบสุขภาพในระดับ

พัฒนาด้านงานวิจัยเพื่อสนับสนุนระบบบริการสุขภาพเขตเมืองที่มีคุณภาพและมีการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง รวมถึงรูปแบบการอภิบาลระบบบริการสุขภาพเขตเมืองแบบมีส่วนร่วม โดยใช้แนวคิดพื้นที่เป็นฐาน ประชาชนเป็นศูนย์กลาง ซึ่งครอบคลุมถึงการพัฒนาความร่วมมือและสร้างความชัดเจนของบทบาทระหว่างกระทรวงสาธารณสุข และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น รวมถึงภาครัฐ และภาคเอกชน ในการเข้ามามีส่วนร่วมในการจัดการบริการสุขภาพ และร่วมอภิบาลระบบบริการสุขภาพเขตเมืองอย่างมีประสิทธิภาพ

พื้นที่โดยใช้แนวคิด “พื้นที่เป็นฐานและประชาชนเป็นศูนย์กลาง”⁽¹⁴⁾

9.3.1 การพัฒนาการจัดการระบบสุขภาพระดับพื้นที่/อำเภอ

กระทรวงสาธารณสุขได้นำแนวคิดดังกล่าวข้างต้นมาดำเนินงานโดยผ่านกลไกการขับเคลื่อนงานในระดับอำเภอภายใต้นโยบายการจัดการระบบสุขภาพระดับอำเภอ (district health system: DHS) ซึ่งนับเป็นกลไกสำคัญของการปฏิรูประบบสุขภาพภายใต้ยุทธศาสตร์ชาติด้านสาธารณสุขระยะ 20 ปี โดยมีจุดเด่นในการเชื่อมโยงองค์ความรู้ที่สำคัญในระดับพื้นที่/อำเภอ ระหว่างโรงพยาบาล สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อาสาสมัครสาธารณสุข องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น หน่วยงานอื่นๆ และประชาชนในพื้นที่ให้สามารถแสดง “ภาวะการนำร่วม” เพื่อร่วมกันจัดการปัญหาสุขภาพของพื้นที่ ปลุกฝังวัฒนธรรมของการช่วยเหลือดูแลซึ่งกันและกัน ไม่ทอดทิ้งกัน ประชาชนและชุมชนพึ่งพาตนเองและดูแลสุขภาพตนเองได้ดีเพิ่มขึ้น รวมถึงเพิ่มความเป็นธรรมในการเข้าถึงเครือข่ายบริการสาธารณสุขที่มีคุณภาพ ปลอดภัย สามารถตอบสนองต่อปัญหาสุขภาพใหม่ๆ ได้อย่างทันทั่วถึงที่สามารถปกป้องประชากรไม่ให้ล้มละลายทางการเงินจากการเจ็บป่วย รวมถึงการมีประสิทธิภาพ

ที่เพิ่มสูงขึ้น ผู้รับบริการมีความพึงพอใจ ผู้ให้บริการมีความสุขในการทำงาน เกิดเครือข่ายความร่วมมือในการจัดการสุขภาพที่เข้มแข็ง พร้อมรับมือกับการเปลี่ยนแปลงทางสุขภาพ เพิ่มความเป็นธรรมทางสังคม สามารถยกระดับสุขภาพและคุณภาพชีวิตของประชาชน⁽²⁷⁻²⁹⁾

ระบบสุขภาพระดับพื้นที่/อำเภอ เป็นระบบการทำงานด้านสุขภาพระดับอำเภอร่วมกันของทุกภาคส่วน ด้วยการบูรณาการทรัพยากรภายใต้บริบทของพื้นที่ผ่านกระบวนการขึ้นชมและการจัดการความรู้ ส่งเสริมให้ประชาชนและชุมชนพึ่งตนเองได้ และไม่ทอดทิ้งกัน โดยมีเป้าหมายร่วมเพื่อสุขภาวะของประชาชน ซึ่งการพัฒนาสุขภาพระดับพื้นที่/อำเภอนับเป็นจุดที่เหมาะสมเนื่องจากสามารถเชื่อมต่อการดำเนินงานด้านสุขภาพจากนโยบายสู่การปฏิบัติ ซึ่งระดับอำเภอมีความใกล้ชิดมากพอต่อการรับรู้ถึงปัญหา ความต้องการ และความจำเป็นในพื้นที่ โดยสามารถกำหนดนโยบาย วางแผนการพัฒนาในระดับพื้นที่ในการตอบสนองต่อปัญหาและความจำเป็นดังกล่าวได้อย่างเหมาะสม สามารถประสานงานและกระจายทรัพยากรในด้านต่างๆ เช่น บุคลากร งบประมาณ วัสดุอุปกรณ์ การสนับสนุนทางวิชาการ การจัดการและใช้ประโยชน์ระบบข้อมูลร่วมกับองค์กรภาคีในพื้นที่ได้อย่างครอบคลุมและเป็นธรรมสอดคล้องกับบริบทของพื้นที่ รวมทั้งสามารถบูรณาการทุกภาคส่วนเพื่อการพัฒนาทั้งในเชิงบริหารจัดการบริการสุขภาพและบริการทางสังคมได้อย่างเป็นระบบ โดยไม่ได้เป็นการตอบสนองต่อการจัดการด้านการรักษาพยาบาลเท่านั้น แต่ยังหมายรวมถึงการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค รวมถึงการฟื้นฟูสภาพ และสามารถบูรณาการการตอบสนองความจำเป็นในด้านอื่นๆ ของประชาชนในพื้นที่เพื่อเป็นการยกระดับคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นได้อย่างมีประสิทธิภาพ⁽³⁰⁾

การพัฒนาระบบสุขภาพระดับอำเภอ (DHS) เป็นการสร้างความเข้มแข็งให้แก่ระบบสุขภาพชุมชน โดยมีหลักการสำคัญ ได้แก่ การทำงานร่วมกันในระดับอำเภอของภาคส่วนต่างๆ ที่เกี่ยวข้องโดยมุ่งสร้างความสัมพันธ์ในการทำงานร่วมกันเพื่อนำไปสู่ผลลัพธ์ทางสุขภาพที่ดีขึ้นของประชาชน (unity district health team) การมีส่วนร่วมของเครือข่ายและชุมชนในการ

ร่วมรับรู้ ร่วมคิด ร่วมดำเนินการ ร่วมประเมินผล โดยมีเป้าหมายร่วมกันคือเพื่อยกระดับการพึ่งพาตนเองด้านสุขภาพและการพัฒนาคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น (community participation) การทำงานจนเกิดคุณค่าทั้งกับผู้รับบริการและผู้ให้บริการ เกิดความพึงพอใจของทั้งสองฝ่าย (appreciation and quality) การแบ่งปันทรัพยากรและการพัฒนาบุคลากร (resource sharing and human development) และการให้บริการสุขภาพที่จำเป็น (essential care) ทั้งนี้ตามความจำเป็นทางด้านสุขภาพ รวมถึงสอดคล้องกับบริบทสังคมและวัฒนธรรม⁽²⁹⁾

การพัฒนาระบบสุขภาพระดับพื้นที่/อำเภอนับว่าเป็นกลยุทธ์ที่สำคัญในการบรรลุเป้าหมายการพัฒนาสุขภาพของประชาชนระดับนานาชาติ โดยเป็นการมุ่งเน้นการปฏิรูประบบสุขภาพภายใต้หลักการของการสาธารณสุขมูลฐาน (primary health care: PHC) โดยกระจายอำนาจจากส่วนกลางมาสู่การมีส่วนร่วมในการจัดการระบบสุขภาพของภาคส่วนและชุมชนในระดับพื้นที่อย่างเป็นรูปธรรม ซึ่งองค์การอนามัยโลกและประเทศสมาชิกได้สนับสนุนให้เกิดการจัดการระบบสุขภาพในระดับพื้นที่ดังปรากฏในปฏิญญาฮาราเร่ ค.ศ. 1987^(31, 32) โดยกลยุทธ์ดังกล่าวได้รับการยืนยันจากนานาประเทศโดยเฉพาะอย่างยิ่งประเทศที่กำลังพัฒนาว่าเป็นกลยุทธ์ที่ยังมีความสำคัญและทันสมัยสามารถตอบสนองต่อการบรรลุการสร้างหลักประกันสุขภาพให้แก่ประชาชนของประเทศต่างๆ ได้อย่างมีประสิทธิภาพ⁽³¹⁾ ซึ่งประเทศไทยได้รับการยกย่องจากนานาประเทศว่าเป็นประเทศกำลังพัฒนาที่เป็นตัวแทนของประเทศต่างๆ ในการบรรลุการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าและสามารถบรรลุเป้าหมายการพัฒนาแห่งสหัสวรรษด้านสุขภาพ (Health-related Millennium Development Goals) ก่อน พ.ศ. 2558 ที่กำหนดเป็นเป้าหมาย โดยหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้ายังเป็นเป้าหมายที่สำคัญอันหนึ่งของการบรรลุเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืนของโลก (Sustainable Development Goals: SDGs) ที่ทุกประเทศทั่วโลกภายใต้การนำของสหประชาชาติได้มีพันธะสัญญาที่จะบรรลุร่วมกันภายใน พ.ศ. 2573 อีกด้วย

วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียรและคณะ⁽²⁶⁾ ชี้ให้เห็นว่าหนึ่งในปัจจัยที่สำคัญที่ทำให้ประเทศไทยประสบความสำเร็จ คือ การมีระบบสุขภาพระดับอำเภอ (district health system) ที่เข้มแข็ง มีเครือข่ายระบบบริการปฐมภูมิที่ครอบคลุมในทุกพื้นที่ตำบล นอกจากนี้การพัฒนาระบบสุขภาพระดับพื้นที่/อำเภอดังกล่าวข้างต้นสอดคล้องกับแนวทางการพัฒนาประเทศตามแผนการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 12 (พ.ศ. 2560-2564) ที่เสนอให้มีการมุ่งเน้นด้านการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค โดยเน้นการป้องกันและควบคุมปัจจัยกำหนดสุขภาพทางสังคม (social determinants of health) รวมถึงการส่งเสริมการให้ความสำคัญของมิติสุขภาพในทุกนโยบายสาธารณะ (health in all policies) เพื่อให้ทุกภาคส่วนตระหนักถึงผลกระทบของนโยบายสาธารณะที่ส่งผลต่อสุขภาพของประชาชน⁽³³⁾

โดยคณะรัฐมนตรีเมื่อ 17 พฤศจิกายน 2558 มีมติเห็นชอบตามกรอบการดำเนินการวาระปฏิรูประบบบริการสาธารณสุขตามที่สภาปฏิรูปแห่งชาติ โดยคณะกรรมการปฏิรูประบบสาธารณสุขได้เสนอแนวทางการปฏิรูประบบบริการสุขภาพตามแนวคิด “พื้นที่เป็นฐานและประชาชนเป็นศูนย์กลาง” ที่มีการบูรณาการด้านการบริหารจัดการของระบบสุขภาพระดับพื้นที่/อำเภอ ซึ่งเป็นจุดคานงัด (main lever) ของระบบ คือ การเปลี่ยนฐานระบบบริการจาก “โรงพยาบาล” เป็น “พื้นที่” โดยไม่ลดความสำคัญของโรงพยาบาล และปรับศูนย์กลางของการให้บริการในระบบบริการจาก “โรค” เป็น “ประชาชน” และเน้นระบบการพัฒนา “เครือข่ายทีมผู้ให้บริการสหวิชาชีพ” (matrix team) กับกลไกการขับเคลื่อนหลัก (key driver) เป็นการเชื่อมโยงจากภาครัฐ เอกชน ชุมชน และท้องถิ่น โดยนำระบบสนับสนุนต่างๆ มาเป็นเครื่องมือ เช่น ระบบข้อมูล ระบบคลังความรู้ ระบบกลไกสิทธิประโยชน์จำเพาะพื้นที่ ระบบภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพ และระบบสื่อสารสาธารณะเพื่อเกิดการมีปฏิสัมพันธ์อย่างสมดุล (ไม่เพียงแค่ลอยตาม) กับการขับเคลื่อนตามแนวนโยบายหรือกิจกรรมที่ต่อเนื่องทั้งจากส่วนกลาง เขต หรือจังหวัดและจัดการปัจจัยต่างๆ จากภายนอกบนพื้นฐานของการตอบสนองตามความจำเป็น

ด้านสุขภาพ ตามความจำเพาะของแต่ละพื้นที่ โดยมุ่งหวังให้ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการสุขภาพที่รวดเร็ว มีทีมวิชาชีพให้บริการอย่างไร้รอยต่อและมีประสิทธิภาพ จนถึงมีระบบการดูแลที่บ้าน ที่ชุมชนและสร้างสิ่งแวดล้อมทางสังคมที่เหมาะสมตามความจำเป็นทางสุขภาพของแต่ละบริบท⁽³⁴⁾

9.3.2 คณะกรรมการนโยบายพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับพื้นที่

ในการทำงานบนพื้นฐานของการมีการเชื่อมโยงกันเป็นทีมและภาคีเครือข่ายภายในระบบสุขภาพระดับอำเภอดังกล่าวข้างต้นนั้นมีการพัฒนาการที่มีการเติบโตอย่างค่อยเป็นค่อยไป ผ่านการขับเคลื่อนอย่างเป็นทางการจากการรวมตัวกันเองของ 21 พื้นที่ในปีพ.ศ. 2552 และต่อมาขยายเป็น 43 พื้นที่ ในปีพ.ศ. 2554 โดยมีการแลกเปลี่ยนประสบการณ์และเรียนรู้ระหว่างกันอย่างต่อเนื่อง จนกระทั่งมีการดำเนินงานภายใต้บันทึกความร่วมมือในการขับเคลื่อนคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตและระบบสุขภาพอำเภอ (District Health Board: DHB) ใน 73 พื้นที่ ในปีพ.ศ. 2556 โดย DHB เป็นผลผลิตที่สำคัญของการขับเคลื่อน โดยทำหน้าที่ในการกระตุ้น สนับสนุน และเติมเต็มให้การพัฒนาการจัดการระบบสุขภาพอำเภอแบบมีส่วนร่วมที่ใช้แนวคิด “พื้นที่เป็นฐานและประชาชนเป็นศูนย์กลาง” ซึ่งมีตัวอย่างความสำเร็จที่เป็นรูปธรรมในระดับพื้นที่⁽³⁵⁾ และต่อมาได้มีการบันทึกข้อตกลงความร่วมมือระหว่างกระทรวงมหาดไทย กระทรวงสาธารณสุข สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ ในการส่งเสริมและสนับสนุนการพัฒนา “คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตและระบบสุขภาพอำเภอ (District Health Board: DHB)” เมื่อ 30 มีนาคม 2559 โดยในปีพ.ศ. 2559 เริ่มดำเนินการใน 73 พื้นที่ และขยายเป็น 200 พื้นที่ ในปี พ.ศ. 2560⁽³⁶⁾ ซึ่งต่อมาคณะรัฐมนตรีได้รับหลักการในเรื่องดังกล่าวและออกระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับพื้นที่ พ.ศ. 2561 เพื่อให้เกิดการขับเคลื่อนการพัฒนาคุณภาพชีวิตในระดับพื้นที่

ที่อยู่ใกล้ชิดประชาชน โดยมุ่งเน้นการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน ทั้งภาครัฐ ภาคเอกชน และภาคประชาชน โดยใช้พื้นที่เป็นฐาน และประชาชนเป็นศูนย์กลาง มีความเป็นเจ้าของและภาวะการนำร่วมกันในการพัฒนาและแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นในพื้นที่ เพื่อให้ประชาชนทุกคนสามารถเข้าถึงและได้รับการดูแลทั้งด้านสุขภาพและสังคมส่งผลให้เกิดสุขภาวะและคุณภาพชีวิตที่ดี⁽²⁹⁾

ในระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีดังกล่าวข้างต้น ให้มีการแต่งตั้งคณะกรรมการระดับชาติชื่อว่าคณะกรรมการนโยบายพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับพื้นที่ โดยมีปลัดกระทรวงมหาดไทยเป็นประธานคณะกรรมการ ปลัดกระทรวงสาธารณสุขเป็นรองประธานฯ โดยคณะกรรมการดังกล่าวมีอำนาจหน้าที่ในการกำหนดนโยบายและทิศทางการพัฒนาให้การสนับสนุนและแก้ไขปัญหาการดำเนินงาน และติดตามและประเมินผลการดำเนินงานของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ในจังหวัดต่างๆ และคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับเขต (พชข.) ในกรุงเทพมหานคร ทั้งนี้มีเจตนารมณ์ให้เกิดการส่งเสริมซึ่งกันและกันระหว่างความสัมพันธ์ตามอำนาจหน้าที่ในลักษณะการสั่งการจากบนลงล่างตามระบบราชการ (Top-down process) และการแสดงความต้องการที่เป็นความจำเพาะของพื้นที่ในลักษณะจากล่างขึ้นบน (Bottom-up process)⁽³⁶⁾ ในทุกจังหวัดเว้นกรุงเทพมหานคร ในแต่ละอำเภอให้มีการ

แต่งตั้งคณะกรรมการ พชอ. โดยมีผู้ว่าราชการจังหวัดและพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดเป็นที่ปรึกษา และมีกรรมการจำนวนไม่เกิน 21 คน โดยมีนายอำเภอ เป็นประธาน โดยมีกรรมการจากภาครัฐไม่เกิน 6 คน ภาคเอกชนไม่เกิน 6 คน และภาคประชาชน ไม่เกิน 7 คน โดยมีสาธารณสุขอำเภอ เป็นกรรมการและเลขานุการ โดยนายอำเภอสามารถแต่งตั้งกรรมการจากภาครัฐ เอกชน และประชาชน เป็นเลขานุการร่วมได้ไม่เกิน 2 คน ซึ่งพชอ.อาจแต่งตั้งที่ปรึกษาพิเศษเพิ่มเติมได้ตามมติของพชอ.

ในกรุงเทพมหานคร ในแต่ละเขตให้มีการแต่งตั้งคณะกรรมการ พชข. โดยมีปลัดกรุงเทพมหานคร และสมาชิกสภากรุงเทพมหานครในแต่ละเขต เป็นที่ปรึกษา และมีกรรมการจำนวนไม่เกิน 23 คน โดยมีผู้อำนวยการเขต เป็นประธาน มีกรรมการจากภาครัฐไม่เกิน 7 คน ภาคเอกชน ไม่เกิน 6 คน ภาคประชาชน ไม่เกิน 7 คน โดยมีหัวหน้าฝ่ายพัฒนาชุมชนและสวัสดิการสังคม สำนักงานเขต เป็นกรรมการและเลขานุการ และมีหัวหน้าพยาบาลศูนย์บริการสาธารณสุขที่ได้รับมอบหมายเป็นกรรมการและเลขานุการร่วม ทั้งนี้พชข.อาจแต่งตั้งที่ปรึกษาพิเศษเพิ่มเติมได้ตามมติของ พชข. โดยคณะกรรมการ พชอ. และ พชข. มีวาระการดำรงตำแหน่ง 2 ปี และอาจได้รับการแต่งตั้งอีกได้

9.4 อำนาจหน้าที่ของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับพื้นที่

คณะกรรมการ พชอ. และ พชข. มีอำนาจหน้าที่สำคัญพอสังเขป ดังนี้ 1) กำหนดทิศทาง เป้าหมาย ยุทธศาสตร์ แนวทางการดำเนินงานและแผนงานในการพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชนในพื้นที่ และติดตามกำกับและประเมินผลในการดำเนินงานให้บรรลุเป้าหมาย 2) ขับเคลื่อนให้เกิดการบูรณาการร่วมกันของทุกภาคส่วนเพื่อให้สามารถดำเนินการพัฒนาคุณภาพชีวิตให้บรรลุตามเป้าหมาย 3) สนับสนุนให้เกิดความร่วมมือและประสานงานระหว่างกันของทุกภาคส่วนโดยยึดถือประโยชน์ของประชาชนเป็นสำคัญ 4) เสนอแนะและให้คำ

ปรึกษาเกี่ยวกับการดำเนินงานในการพัฒนาคุณภาพชีวิตของภาคส่วนต่างๆ และสนับสนุนการแก้ไขปัญหาในพื้นที่ เพื่อให้เป็นไปตามแผนงานที่กำหนดไว้ 5) ประสานหน่วยงานของภาครัฐ ภาคเอกชน และภาคประชาชน ในพื้นที่ในการส่งข้อมูลและเอกสารที่เกี่ยวข้อง และ 6) ปฏิบัติการอื่นตามที่คณะกรรมการหรือผู้ว่าราชการจังหวัดมอบหมาย⁽²⁹⁾

สำนักงานสาธารณสุขอำเภอถูกกำหนดให้เป็นสำนักงานเลขานุการ พชอ. รับผิดชอบในงานเลขานุการและธุรการของ พชอ. ทำหน้าที่ประสานกับหน่วยงานของภาครัฐ ภาคเอกชน และภาคประชาชนที่เกี่ยวข้อง

กับการดำเนินงานของ พชอ. ทำหน้าที่ดำเนินการขับเคลื่อนตามเป้าหมายและแนวทางในการพัฒนาคุณภาพชีวิตในพื้นที่ อำนาจความสะดวกด้านข้อมูลและประชาสัมพันธ์หรือเผยแพร่ข้อมูลการดำเนินงานของพชอ. ให้เป็นไปตามแผนงาน เป้าหมาย และทิศทางยุทธศาสตร์การพัฒนาคุณภาพชีวิตในระดับพื้นที่ รวมถึงรับผิดชอบในการเบิกจ่ายประชุม ค่าใช้จ่ายในการเดินทาง ค่าใช้จ่ายในการประชุมและค่าใช้จ่ายอื่นๆที่เกี่ยวข้อง ในส่วนของสำนักงานเลขานุการของพชช. ได้กำหนดให้ฝ่ายพัฒนาชุมชนและสวัสดิการสังคม สำนักงานเขต รับผิดชอบในงานเลขานุการและธุรการของพชช. โดยกรุงเทพมหานคร จัดสรรงบประมาณสนับสนุนค่าเบี้ยประชุม ค่าใช้จ่ายในการเดินทาง ค่าใช้จ่ายในการประชุม และค่าใช้จ่ายอื่นๆที่เกี่ยวข้อง⁽²⁹⁾

ในการดำเนินงานของพชอ.และพชช. ให้ประสบความสำเร็จนั้น จำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องมีการพัฒนาศักยภาพทางบริหารจัดการระบบสุขภาพอำเภอเพื่อให้เกิด “ภาวะการนำร่วม” บนพื้นฐานการมีส่วนร่วมจากทั้งภาครัฐ ภาคเอกชน และภาคประชาชน โดยควรมีสมรรถนะทางการบริหารจัดการอย่างมืออาชีพ ซึ่งประกอบด้วย การมีวิสัยทัศน์ร่วม การวางแผนยุทธศาสตร์แบบมีส่วนร่วม การนำการเปลี่ยนแปลง การทำงานเป็นทีมและความสามารถในการใช้เครื่องมือในการบริหารจัดการอย่างมืออาชีพ เช่น กลไกการเงิน การใช้ข้อมูลทางสุขภาพ การสร้างทีม การสร้างการมีส่วนร่วมของชุมชน และการเชื่อมโยงเครือข่าย เป็นต้น นอกจากนี้ ควรมีสมรรถนะที่ต้องได้รับการพัฒนาอย่างต่อเนื่องซึ่งจะส่งผลโดยตรงต่อคุณลักษณะการมีชีวิตของระบบสุขภาพอำเภอ ได้แก่ การควบคุมตนเอง การสร้างคุณค่าหรือค่านิยมร่วม การสร้างความสัมพันธ์ การสื่อสาร และความเข้าใจในการสร้างความสมดุลระหว่างอำนาจหน้าที่ (authority) และพลังอำนาจ (power)⁽³⁶⁾

ในการพัฒนาสมรรถนะทางการบริหารจัดการดังกล่าวควรเป็นการเรียนรู้ผ่านการปฏิบัติการแบบมีปฏิสัมพันธ์อย่างมีส่วนร่วมโดยผ่านกระบวนการทำงานที่มีการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง โดยควรให้ความสำคัญกับกิจกรรมที่เป็นการทำงานร่วมกันของพชอ. หรือ พชช. บนพื้นฐานของการวิเคราะห์ปัญหาและสถานการณ์ โดยการมีส่วนร่วมอย่างกว้างขวางจากภาคส่วนและองค์กรประกอบต่างๆ ภายในพื้นที่ในการเลือกประเด็นที่ยอมรับร่วมกันในการพัฒนาคุณภาพชีวิตและระบบสุขภาพอำเภอ การกำหนดแผนยุทธศาสตร์ แผนปฏิบัติการ พร้อมกับมีกิจกรรมการดำเนินการและขับเคลื่อนเพื่อดำเนินการตามแผนดังกล่าวร่วมกัน ทั้งนี้ควรให้ความสำคัญกับกระบวนการประชุมที่ต้องดำเนินการอย่างสม่ำเสมอ มีการเตรียมการประชุมและการสร้างบรรยากาศในการประชุมที่ก่อให้เกิดภาวะการนำร่วมและการมีกระบวนการขับเคลื่อนงานที่มีประสิทธิภาพ ได้แก่ การมีแผนยุทธศาสตร์ที่มีการบูรณาการความรับผิดชอบและหน้าที่ของภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง การมีทีมแกนนำหรือคณะอนุกรรมการที่รับผิดชอบขับเคลื่อน รวมถึงการมีกิจกรรมในการพัฒนาสมรรถนะของคณะกรรมการฯ และอนุกรรมการฯ เช่น การแลกเปลี่ยนประสบการณ์ การศึกษาดูงานระหว่างพื้นที่ การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ภายในจังหวัดหรือเขต เป็นต้น^(14, 29)

การขับเคลื่อนการพัฒนาการจัดการระบบสุขภาพในระดับพื้นที่ของประเทศไทยดังแสดงข้างต้นนับเป็นตัวอย่างเชิงรูปธรรมที่สำคัญในการปฏิรูประบบสุขภาพที่เน้นการกระจายอำนาจเพื่อให้เกิดการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน มีการบูรณาการทำงานร่วมกัน โดยใช้พื้นที่เป็นฐาน ประชาชนเป็นศูนย์กลาง ซึ่งสอดคล้องกับหลักการของการสาธารณสุขมูลฐาน และนับเป็นกลไกที่สำคัญในการขับเคลื่อนให้เกิดระบบสุขภาพที่เข้มแข็งนำไปสู่การบรรลุเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืนของโลก (SDGs) ต่อไป⁽¹⁴⁾

9.5 กองทุนสุขภาพตำบล: เครื่องมือสร้างการมีส่วนร่วมในการพัฒนาระบบสุขภาพชุมชน

9.5.1 ความเป็นมาของกองทุนสุขภาพตำบล

เมื่อ พ.ศ. 2545 ประเทศไทยได้มีการประกาศใช้พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 โดยมีเจตนารมณ์สำคัญเพื่อสร้างหลักประกันทางสุขภาพให้กับประชาชนทั่วไปที่ยังไม่มีหลักประกันสุขภาพใดๆ ให้สามารถเข้าถึงระบบการให้บริการสาธารณสุขที่จำเป็นต่อสุขภาพและการดำรงชีวิตโดยมีการรักษาพยาบาลที่มีมาตรฐาน มีองค์กรกำกับดูแลซึ่งจะดำเนินการโดยการมีส่วนร่วมกันระหว่างภาครัฐและภาคประชาชนเพื่อจัดการให้มีระบบการรักษาพยาบาลที่มีประสิทธิภาพทั้งประเทศ และให้ประชาชนชาวไทยมีสิทธิได้รับการสาธารณสุขที่มีมาตรฐานด้วยกันทุกคน⁽³⁷⁾ ต่อมาในช่วงปี พ.ศ. 2549 ได้มีการปฏิรูประบบบริหารจัดการด้านสุขภาพภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติครั้งใหญ่ อาศัยเจตนารมณ์ของกฎหมายว่าด้วยหลักประกันสุขภาพแห่งชาติในมาตรา 47 จัดตั้ง “กองทุนสุขภาพตำบล” หรือที่เรียกกันอย่างเป็นทางการว่า “กองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่” เพื่อให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) มีส่วนร่วมในการดำเนินงานและบริหารจัดการระบบหลักประกันสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับงานส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในระดับท้องถิ่นในรูปแบบของคณะกรรมการร่วมระหว่างภาครัฐ ภาคท้องถิ่นและภาคประชาชน⁽³⁸⁾ ซึ่งกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลนี้เป็นนวัตกรรมทางสังคมที่สำคัญในระบบสุขภาพของประเทศไทยที่มุ่งเน้นการส่งเสริมการมีส่วนร่วมดูแลสุขภาพของประชาชนจากหลายภาคส่วนในสังคม โดยมีอปท. เป็นกลไกสำคัญในการประสานหน่วยงาน องค์กร และภาคีเครือข่ายในพื้นที่เข้ามาร่วมค้นหาปัญหาและความต้องการของประชาชน ร่วมวางแผนและส่งเสริมให้เกิดการร่วมดำเนินกิจกรรมด้านสุขภาพ สามารถติดตามประเมินผลการดำเนินงานให้เกิดขึ้นอย่างเป็นรูปธรรมกับประชาชน⁽³⁹⁾ ซึ่งในระยะเริ่มต้นมีการจัดตั้งกองทุนนำร่องทุกอำเภอๆ ละ 1 แห่ง รวม 888 แห่ง

ในการจัดการกองทุนนี้กำหนดให้มี “คณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพในแต่ละท้องถิ่นหรือพื้นที่” เป็นกลไกที่ทำหน้าที่บริหารกองทุน กลไกนี้ประกอบด้วยผู้บริหารสูงสุดของ อปท. เป็นประธานกรรมการ กรรมการประกอบด้วย ผู้ทรงคุณวุฒิในพื้นที่ จำนวน 2 คน สมาชิกสภา อปท. ที่สภามอบหมาย จำนวน 2 คน หัวหน้าหน่วยบริการปฐมภูมิในพื้นที่ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในพื้นที่ที่คัดเลือกกันเอง จำนวน 2 คน ผู้แทนหมู่บ้านหรือชุมชนที่ประชาชนในหมู่บ้านหรือชุมชนคัดเลือกกันเอง จำนวนไม่เกิน 5 คน ผู้แทนศูนย์ประสานงานหลักประกันสุขภาพประชาชนหรือหน่วยรับเรื่องราวร้องเรียนอิสระในพื้นที่ จำนวน 1 คน (ถ้ามี) ปลัด อปท. หรือเจ้าหน้าที่ที่ผู้บริหารสูงสุดของ อปท. มอบหมาย เป็นกรรมการและเลขานุการและมีผู้อำนวยการหรือหัวหน้ากองสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อมหรือส่วนสาธารณสุขที่เรียกชื่ออื่นของ อปท. หรือเจ้าหน้าที่ที่ผู้บริหารสูงสุดของ อปท. มอบหมาย เป็นกรรมการและผู้ช่วยเลขานุการ นอกจากนั้นยังกำหนดให้สาธารณสุขอำเภอและผู้อำนวยการโรงพยาบาลในพื้นที่เป็นที่ปรึกษาคณะกรรมการกองทุน⁽⁴⁰⁾ โดยคณะกรรมการชุดนี้มีอำนาจหน้าที่ 8 ประการ คือ

(1) พิจารณานุมัติแผนงานหรือโครงการหรือกิจกรรมให้เป็นไปตามวัตถุประสงค์ของกองทุน กรณีกรรมการผู้ใดในคณะกรรมการกองทุนเป็นผู้เสนอและดำเนินการแผนงานหรือโครงการหรือกิจกรรม ให้กรรมการผู้นั้นมีสิทธิชี้แจงต่อที่ประชุม แต่ไม่มีสิทธิออกเสียงอนุมัติแผนงานหรือโครงการหรือกิจกรรมนั้น

(2) ออกระเบียบที่จำเป็นเพื่อประสิทธิภาพในการบริหารกองทุนและระเบียบว่าด้วยค่าตอบแทนของอนุกรรมการหรือคณะทำงานหรือผู้ดำเนินงาน ทั้งนี้ต้องไม่ขัดหรือแย้งกับประกาศนี้ และไม่เกินกว่าอัตราหรือหลักเกณฑ์ที่คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติกำหนด

(3) ควบคุมและกำกับดูแลการรับเงิน การจ่ายเงิน การเก็บรักษาเงินและการจัดทำบัญชีเงินหรือทรัพย์สิน ในกองทุนหลักประกันสุขภาพขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นให้เป็นไปตามหลักเกณฑ์ที่คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติกำหนด

(4) กำกับดูแลให้หน่วยงาน หรือกลุ่มหรือองค์กร ผู้ที่ได้รับอนุมัติตามข้อ 7 ให้เป็นไปตามแผนงาน โครงการที่คณะกรรมการกองทุนอนุมัติและตามเกณฑ์ที่ คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพกำหนด

(5) สนับสนุนให้ประชาชนกลุ่มเป้าหมายต่างๆ ในพื้นที่สามารถเข้าถึงบริการสาธารณสุขทั้งที่บ้าน ในชุมชน หรือหน่วยบริการ ได้อย่างทั่วถึงและมีประสิทธิภาพ

(6) ให้คำแนะนำในการจัดทำข้อมูลและแผนดำเนินงานที่เกี่ยวกับปัญหาสาธารณสุขของกลุ่มเป้าหมาย หน่วยบริการต่างๆ ที่เกี่ยวข้องและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

(7) พิจารณาให้ความเห็นชอบการจัดทำสรุปผลการดำเนินงาน รายงานการรับจ่ายและเงินคงเหลือของกองทุนหลักประกันสุขภาพเมื่อสิ้นปีงบประมาณ ให้สำนักงาน สาขางจังหวัด สำนักงานเขต สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติและสำนักงานตรวจเงินแผ่นดิน ภายในเดือน ธันวาคมของทุกปี

(8) แต่งตั้งคณะกรรมการหรือคณะทำงาน เพื่อดำเนินงานที่เกี่ยวข้องได้ตามความจำเป็น และ ให้อนุกรรมการหรือคณะทำงานที่ได้รับแต่งตั้งได้รับ ค่าตอบแทนการประชุมหรือค่าใช้จ่ายอื่นที่จำเป็นในการ ดำเนินงานตามระเบียบคณะกรรมการกองทุน⁽⁴⁰⁾

9.4.2 ผลการดำเนินงานของกองทุนสุขภาพตำบล ระหว่างพ.ศ. 2554 ถึง พ.ศ. 2560

จากจุดเริ่มต้นเมื่อปี 2549 ที่มีองค์กรปกครอง ส่วนท้องถิ่น ประกอบด้วย องค์การบริหารส่วนตำบล (อบต.) เทศบาลตำบล เทศบาลเมืองและเทศบาลนคร เข้าร่วมเพียง 888 แห่ง โดยในช่วงเริ่มต้น 5 ปีแรกของการ ดำเนินงาน มีอัตราเพิ่มค่อนข้างสูง จนปี 2554 มี อบต. เข้าร่วมมากกว่าร้อยละ 95.0 และรักษาระดับสัดส่วนมาจนถึง ปีงบประมาณ 2560 มี อบต. เข้าร่วมกองทุนสุขภาพตำบล จำนวน 7,736 แห่ง (ร้อยละ 99.5) จากองค์การบริหารส่วน ตำบลและเทศบาลทั้งหมดของประเทศ 7,776 แห่ง (ตาม ภาพที่ 9.1) เมื่อวิเคราะห์งบประมาณเพื่อดำเนินงานใน ปี 2560 ที่มียอดรวม 3,779 ล้านบาท (รวมดอกเบี้ย) จากงบประมาณ 3 แหล่ง คือ งบจากกองทุนหลัก ประกันสุขภาพแห่งชาติ 2,515 ล้านบาท (ร้อยละ 66.5) เงินสมทบจาก อบต. 1,233 ล้านบาท (ร้อยละ 32.6) และเงินสมทบจากชุมชนและอื่นๆ 32 ล้านบาท (ร้อยละ 0.8) เพื่อใช้สนับสนุนให้ท้องถิ่น ชุมชนและประชาชน มีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพ โดยมีการเบิกจ่ายงบจาก กองทุนเป็นจำนวน 3,412.65 ล้านบาท (ร้อยละ 90.3) (ตามภาพที่ 9.2) สำหรับงบประมาณเมื่อจำแนกตาม กลุ่มเป้าหมายพบว่า ร้อยละ 34.5 ใช้เพื่อดำเนินงาน ในกลุ่มประชาชนทั่วไปที่มีภาวะเสี่ยง รองลงมาคือ กลุ่มวัยเรียนและเยาวชน ร้อยละ 14.5 กลุ่มวัยทำงาน ร้อยละ 11.4 และกลุ่มผู้สูงอายุ ร้อยละ 11.1 ตามลำดับ ⁽⁴¹⁾ (ตามภาพที่ 9.3)

ภาพที่ 9.1 แสดงจำนวนกองทุนสุขภาพตำบล จำแนกตามปีงบประมาณ



ภาพที่ 9.2 แสดงจำนวน อปท. ที่มีการจัดตั้งกองทุนสุขภาพตำบลและที่มาของงบประมาณ

กองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น (อปท.)

ปี	เข้าร่วม(แห่ง)	อปท.สนับสนุน (ล้านบาท)	% อปท.สนับสนุน	เงินรวม(ล้านบาท)
2553	5,508	615	27.95	2,200
2554	7,424	814	27.52	3,050
2555	7,672	949	24.64	3,305
2556	7,751	1,037	30.22	3,430
2557	7,759	1,079	28.76	3,750
2558	7,760	1,294	33.19	4,054
2559	7,755	1,264	31.75	4,419
2560	9,120	1,333	26.62	4,753

ภาพที่ 9.3 แสดงการใช้งบประมาณจากกองทุนสุขภาพตำบลตามกลุ่มเป้าหมายที่ได้รับประโยชน์



9.5.3 นวัตกรรมหรือผลงานเด่น

1) ในช่วงระยะเวลาประมาณ 11 ปีที่ผ่านมา กองทุนสุขภาพตำบล ได้สนับสนุนการดำเนินงานเพื่อส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การฟื้นฟูสภาพและการจัดบริการปฐมภูมิเชิงรุก โดยเกิดนวัตกรรมด้านสุขภาพชุมชนดีเด่นระดับจังหวัด ทั้ง 75 จังหวัด ซึ่งสะท้อนให้เห็นว่าเรื่องของ การรักษาดูแลสุขภาพ การป้องกันโรค ไม่ใช่เป็นเรื่องเฉพาะในแวดวงการแพทย์สาธารณสุขเท่านั้น แต่ครอบคลุมหมายรวมไปถึงมิติทางด้านสังคม วัฒนธรรม ความเชื่อและภูมิปัญญาที่ชุมชนนั้นๆ สังเกตมาหลายชั่วอายุคน⁽⁴²⁾ ซึ่งถือเป็นนวัตกรรมในสังคมไทยที่ช่วยสนับสนุนกิจกรรมการสร้างเสริมสุขภาพระดับพื้นที่ โดยมีการทำงานแบบบูรณาการกับองค์กรและสถาบันต่างๆ ใหม่ๆ ในระดับพื้นที่ซึ่งรับเป็นเจ้าภาพหลักในการดำเนินงานเกิดความร่วมมือจากหลายหน่วยงาน การระดมทรัพยากรความรู้และความคิดสร้างสรรค์จากหลายภาคส่วนโดยเฉพาะอย่างยิ่งจากประชาคมและผู้นำตามธรรมชาติในหมู่บ้าน เกิดบริการสาธารณะใหม่ๆ จำนวนมาก⁽⁴³⁾

2) การใช้ฐานการทำงานของกองทุนสุขภาพตำบลต่อยอดเพื่อรองรับระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่ (long term care: LTC) โดยเริ่มดำเนินการตั้งแต่ปี 2559 โดยมีกลไกดำเนินงานคือ อนุกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ภายใต้คณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ โดยในปัจจุบันมี อบท. เข้าร่วมโครงการแล้วจำนวน 5,290 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 68.02 ของจำนวนองค์การบริหารส่วนตำบลและเทศบาลทั้งหมดของประเทศ โดยมีการจัดบริการดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง รวม 200,371 คน⁽⁴⁴⁾

3) การขยายการจัดตั้งกองทุนสุขภาพให้ครอบคลุมประชาชนในเขตกรุงเทพมหานคร (กทม.) โดยคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ได้มีออกประกาศ เรื่อง การกำหนดหลักเกณฑ์เพื่อสนับสนุนให้กรุงเทพมหานคร ดำเนินงานและบริหารจัดการระบบหลักประกันสุขภาพกรุงเทพมหานคร พ.ศ. 2561⁽⁴⁵⁾ จัดตั้งกองทุนหลักประกันสุขภาพกรุงเทพมหานครขึ้นใน

ปี 2561 โดยกองทุนนี้ได้รับงบประมาณสนับสนุนจาก สปสช. ประจำปี 2561 จำนวน 360 ล้านบาท เฉลี่ยคิดเป็น 45 บาทต่อหัวของประชากร และ กทม.สมทบเพิ่มร้อยละ 60 ของที่ สปสช. จัดสรรงบประมาณ 216 ล้านบาท เฉลี่ยสมทบประมาณ 27 บาทต่อหัว รวมเป็นงบทั้งสิ้น 576 ล้านบาท เฉลี่ย 72 บาทต่อหัวประชากรที่มีสิทธิในพื้นที่กรุงเทพฯ จำนวน 8 ล้านคน⁽⁴⁶⁾

4) การเชื่อมโยงการทำงานกับหน่วยงานภาคียุทธศาสตร์ เพื่อยกระดับการทำงานของกองทุนสุขภาพตำบล เช่น การประสานความร่วมมือกับสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.) ในการจัดทำธรรมนูญสุขภาพตำบลเพื่อเป็นกรอบงานในการขับเคลื่อนงานกองทุนสุขภาพตำบล ดังเช่น การดำเนินงานในเขตตรวจราชการสาธารณสุขที่ 6 ที่ สปสช. เขต 6 ร่วมกับ สช. จัดทำธรรมนูญสุขภาพตำบล รวม 85 แห่ง⁽⁴⁷⁾ และการดำเนินงานในเขตตรวจราชการสาธารณสุขที่ 8 สปสช. เขต 8 ร่วมกับ สช. จัดทำธรรมนูญสุขภาพตำบล รวม 73 แห่ง ซึ่งการดำเนินงานที่เขต 8 นี้ ได้มีการพัฒนารูปแบบจนได้รับรางวัลผลงานการพัฒนางานประจำสู่งานวิจัยดีเด่น (R2R) ประจำปี 2561 ประเภทการสนับสนุนบริหารและสนับสนุนบริการ⁽⁴⁸⁾ จากงานวิจัยเรื่อง การพัฒนารูปแบบและเครื่องมือประเมินผลแบบเสริมพลังการบริหารจัดการขับเคลื่อน แผนงานธรรมนูญสุขภาพที่มีประสิทธิภาพและมีการพัฒนางานที่ต่อเนื่อง

9.5.4 ปัญหาและอุปสรรค

ในการดำเนินงานกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลที่ผ่านมา ได้พบปัญหาและอุปสรรคหลายประการ เช่น

1) คณะกรรมการกองทุนสุขภาพตำบลและผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องยังขาดความชัดเจนในเป้าประสงค์ที่แท้จริงของกองทุนตำบลและมโนทัศน์เกี่ยวกับทิศทางและพัฒนาการในอนาคต และพบว่าคณะกรรมการมีความรู้ไม่เพียงพอและรู้จักบทบาทหน้าที่ของตนเองน้อย⁽⁴⁹⁾

2) การจัดทำแผนสุขภาพชุมชนและการจัดทำแผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ส่วนใหญ่พบว่ายังไม่ได้มีการใช้ข้อมูลเชิงประจักษ์ในการวิเคราะห์สังเคราะห์อย่างเป็นระบบ แม้จะมีการใช้กระบวนการประชาคมในการให้ชุมชนเสนอ

ปัญหาและความต้องการก็ตาม พบว่าความครอบคลุมการมีระบบข้อมูลสุขภาพชุมชนดีขึ้นแต่ยังจำกัดอยู่ที่ข้อมูลด้านสาธารณสุขเท่านั้น นอกจากนั้นพบว่าท้องถิ่นและชุมชนยังขาดทักษะในการประยุกต์ใช้แผนงานดังกล่าวในการแก้ปัญหาในชุมชนได้อย่างเต็มที่ รวมถึงการถูกอิทธิพลของนโยบายของจังหวัดและส่วนกลางเหนี่ยวนำเห็นวิธีการคิดของท้องถิ่นและชุมชน⁽⁴⁹⁾

3) ปัญหาการรับรู้และเข้าใจของประชาชนในพื้นที่ ปัญหาการมีส่วนร่วมของประชาชน ปัญหาด้านการรายงาน ติดตามและประเมินผล⁽⁵⁰⁾ แม้ว่าการบริหารจัดการกองทุนมีการเน้นให้เกิดกระบวนการมีส่วนร่วมของภาคส่วนต่างๆ เพื่อทำการติดตามประเมินผลโครงการและมีการติดตามอย่างไม่เป็นทางการโดยอาศัยฟังเสียงตอบรับจากประชาชนเป็นหลัก โดยมีการจัดกิจกรรมในชุมชนอย่างต่อเนื่องทำให้ประชาชนในชุมชนรับรู้ข้อมูลด้านสุขภาพและการดูแลสุขภาพของประชาชนดีขึ้นแต่อย่างไรก็ตามยังพบว่าการเรียนรู้ แลกเปลี่ยนข้อมูลระหว่างกองทุนสุขภาพตำบลกับพื้นที่อื่นยังไม่ครอบคลุมเท่าที่ควร

4) กิจกรรมของกองทุนสุขภาพตำบลส่วนใหญ่มีฐานจากงานตามนโยบายสาธารณสุขเป็นหลักพบว่ายังไม่ค่อยมีการบูรณาการงบประมาณกับกองทุนอื่นหรือโครงการที่ได้รับการสนับสนุนจากหน่วยงานภายนอกอื่นๆ⁽⁴⁹⁾

นอกจากปัญหาข้างต้นแล้ว ยังพบปัญหาที่เกิดจากระเบียบหลักเกณฑ์ที่เข้มงวดเกินไป ไม่ชัดเจน และการมีเจ้าหน้าที่ไม่เพียงพอ รวมทั้งผู้รับผิดชอบงานขาดความรู้ความสามารถ⁽⁵¹⁾

9.5.5 ทิศทางการพัฒนา

กองทุนสุขภาพตำบลควรมีการยกระดับเพื่อรองรับทิศทางการพัฒนาประเทศในอนาคต โดยเฉพาะรองรับทิศทางการปฏิรูปประเทศที่กำหนดให้การเสริมสร้างชุมชนเข้มแข็ง ซึ่งกองทุนสุขภาพตำบลสามารถใช้เป็นฐานในการรองรับการขับเคลื่อนชุมชนเข้มแข็งได้ นอกจากนั้นในปัจจุบันมีการจัดตั้งคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอซึ่งกองทุนสุขภาพตำบลสามารถใช้เป็นแหล่งงบประมาณรองรับประเด็นด้านสุขภาพที่คณะกรรมการระดับอำเภอกำหนดได้ ซึ่งจำเป็นต้องปรับแก้กฎระเบียบให้สอดคล้องกับทิศทางการกล่าวด้วย อย่างไรก็ตามสิ่งที่จำเป็นต้องดำเนินการอย่างเร่งด่วนคือการประเมินผลกระทบหรือผลสัมฤทธิ์จากการมีกองทุนสุขภาพตำบลมากกว่า 10 ปี รวมทั้งการประเมินการมีส่วนร่วมของกลไกต่างๆ ที่เกี่ยวข้องในระดับปฏิบัติการจำเป็นต้องมีการพัฒนาศักยภาพทีมงานที่เข้าใจระบบงานและกฎระเบียบที่เกี่ยวข้องในระดับจังหวัดเพื่อหนุนเสริมการทำงานของแต่ละกองทุนเพื่อสร้างความมั่นใจในการทำงานยิ่งขึ้น

9.6 สุขภาพภาคประชาชนกับการพัฒนาระบบสุขภาพชุมชน

9.6.1 สุขภาพภาคประชาชนกับการพัฒนาระบบสุขภาพชุมชน

นับตั้งแต่ปี พ.ศ. 2520 ที่ประชุมองค์การอนามัยโลกมีมติร่วมกันว่า “การมีสุขภาพดีเป็นสิทธิขั้นพื้นฐานของมนุษย์ทุกคนที่พึงได้รับ โดยไม่คำนึงถึงความแตกต่างในเรื่องเชื้อชาติ ศาสนา การเมือง เศรษฐกิจ และสังคม” โดยที่ประชุมได้ขอความร่วมมือให้รัฐบาลของแต่ละประเทศเป็นผู้รับผิดชอบในการจัดหาวิถีที่เหมาะสมเพื่อให้เกิดสุขภาพดีถ้วนหน้าในปี พ.ศ. 2543

(Health for All by the Year 2000) ภายหลังจากนั้นในปี พ.ศ. 2521 องค์การอนามัยโลกได้มีการจัดประชุม ณ เมืองอัลมา อะตา สหพันธรัฐรัสเซีย เพื่อแสวงหาวิธีการที่จะบรรลุเป้าหมายการมีสุขภาพดีถ้วนหน้า เป็นผลให้เกิดคำประกาศอัลมา อะตา (Alma-Ata Declaration) ที่ได้ระบุว่าการสาธารณสุขมูลฐาน (Primary Health Care) เป็นกุญแจสู่การบรรลุเป้าหมายสุขภาพดีถ้วนหน้าในปี 2543 โดยเหตุการณ์ดังกล่าว นับเป็นก้าวที่สำคัญอย่างยิ่งในการพัฒนางานสาธารณสุขในศตวรรษที่ 20⁽⁵²⁾

9.6.2 การพัฒนาสุขภาพภาคประชาชนในระดับหมู่บ้าน

สำหรับประเทศไทย ได้มีการนำแนวคิดการสาธารณสุขมูลฐาน (Primary Health Care) มาใช้ในการพัฒนางานสาธารณสุขก่อนคำประกาศ อัลมา อาตา ในปี พ.ศ. 2521 โดยในการพัฒนาด้านการมีส่วนร่วมของประชาชนในงานสาธารณสุขได้เริ่มต้นจากการนำแนวคิดดังกล่าวมาดำเนินการ โดยมี นพ.อมร นนทสุต และ นพ.ไพโรจน์ นิงสานนท์ เป็นผู้นำทางความคิดว่าประชาชนควรเข้ามามีส่วนร่วมในกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพอนามัย พร้อมทั้งได้คัดเลือกประชาชนมาเป็นอาสาสมัครประจำหมู่บ้าน (อสม.) หรือ อาสาสมัครผู้ดูแลเรื่องการรักษาพยาบาล และผู้สื่อข่าวสาธารณสุข (ผสส.) ซึ่งในปัจจุบันได้ถูกรวมเป็น อสม. เพียงประเภทเดียว⁽⁵³⁾ โดยในวัฒนธรรมทางสาธารณสุขดังกล่าวนี้ได้ถูกยกย่องจากองค์การอนามัยโลกและประเทศสมาชิกว่าเป็นการจัดกระบวนความรู้ในชุมชนเพื่อให้ประชาชนมีความรู้เรื่องสาธารณสุขและสามารถดูแลสุขภาพของประชาชนระดับชุมชนได้เป็นอย่างดีด้วยการสร้างการมีส่วนร่วมของประชาชนในรูปแบบอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่ดีที่สุดแห่งหนึ่งของโลก⁽⁵⁴⁾

อาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) เป็นรูปแบบการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของชุมชนตามแนวคิดของการสาธารณสุขมูลฐาน แนวคิดดังกล่าวมีการดำเนินต่อเนื่องมาจนถึงปัจจุบันและเป็นทุนทางสังคมที่มีคุณค่าแก่ระบบสาธารณสุขไทย อสม. เป็นบุคคลที่ได้รับการคัดเลือกมาจากชาวบ้านและได้รับการอบรมตามหลักสูตรของกระทรวงสาธารณสุข โดยมีบทบาทสำคัญในฐานะผู้นำการเปลี่ยนแปลงด้านพฤติกรรมสุขภาพอนามัย เป็นผู้สื่อข่าวสาธารณสุขโดยทำหน้าที่เผยแพร่ความรู้ วางแผนและประสานงานกิจกรรมพัฒนาสาธารณสุข รวมถึงให้บริการสาธารณสุขที่ครอบคลุมการส่งเสริมสุขภาพ การเฝ้าระวังและป้องกันโรค การช่วยเหลือและการรักษาพยาบาลเบื้องต้นโดยใช้ยาและเวชภัณฑ์ตามขอบเขตที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด นอกจากนี้ยังมีบทบาทด้านการฟื้นฟูสภาพ การส่งต่อผู้ป่วยไปรับบริการ รวมถึงการ

คุ้มครองผู้บริโภค⁽⁵⁵⁾ ปัจจุบัน (พ.ศ. 2561) มีจำนวน อสม. ที่ปฏิบัติงานอยู่ทั่วประเทศทั้งสิ้น 1,061,509 คน⁽⁵⁶⁾ โดย อสม. 1 คน ทำหน้าที่รับผิดชอบครัวเรือนโดยเฉลี่ย 10 ถึง 15 ครัวเรือน⁽⁵⁵⁾ โดย อสม. มีผลงานเป็นที่ประจักษ์ต่อสังคม เช่น การดูแลผู้สูงอายุผู้ป่วยติดบ้านติดเตียงและผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

แนวคิดการทำงานของ อสม. ได้มีการดำเนินงานมาเป็นระยะเวลานานนับ 4 ทศวรรษ และได้มีการพัฒนาให้เหมาะสมตามยุคสมัย มีการกำหนดสิทธิประโยชน์เพื่อเป็นขวัญกำลังใจแก่ผู้ที่จะมาเป็น อสม. ได้แก่ การลดค่าโดยสารรถไฟ การเทียบตำแหน่ง อสม. ให้เท่ากับตำแหน่งข้าราชการพลเรือนระดับ 3 การยกระดับการศึกษาขั้นพื้นฐาน การเบิกค่าใช้จ่ายในการออกปฏิบัติงานบริการสุขภาพในภาวะฉุกเฉิน⁽⁵⁵⁾ นอกจากนี้สืบเนื่องจากรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2540 มีบทบัญญัติที่เกี่ยวข้องกับการกระจายอำนาจให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) ส่งผลให้ อสม. ต้องปฏิบัติงานภายใต้บริบทใหม่ที่มิงบประมาณสนับสนุนการดำเนินงานจาก อปท. ในขณะเดียวกัน อสม. ยังคงมีความสัมพันธ์ที่ใกล้ชิดกับภาคส่วนสาธารณสุขในพื้นที่ ส่งผลให้เป็นเป้าหมายทางการเมืองทั้งในระดับท้องถิ่น รวมถึงระดับประเทศในการเป็นฐานคะแนนเสียง จึงเป็นที่มาของการเพิ่มค่าตอบแทนและสวัสดิการต่างๆ ให้แก่ อสม. เช่น ค่าตอบแทนครูประจำกลุ่ม การได้รับการช่วยเหลือค่ารักษาพยาบาลสำหรับ อสม. และบุคคลในครอบครัว การจ่ายค่าตอบแทน อสม. 600 บาท ต่อเดือน รวมถึงการจัดสรรโควตาเข้าศึกษาหลักสูตรต่างๆ ในสถาบันการศึกษาของกระทรวงสาธารณสุข⁽⁵⁷⁾ โดยนอกเหนือจากสิทธิประโยชน์ที่ อสม. จะได้รับแล้วยังมีขวัญกำลังใจแก่ อสม. ที่ปฏิบัติงานเพื่อส่วนรวมดีเด่นให้มีโอกาสได้รับรางวัลหรือเข็มเชิดชูเกียรติ รวมถึงเครื่องราชอิสริยาภรณ์อีกด้วย⁽⁵⁵⁾

จากสถานการณ์ของปัจจัยกำหนดสุขภาพและสังคมของประเทศไทยได้มีการเปลี่ยนแปลงไปในทิศทางที่ซับซ้อนขึ้น ส่งผลให้การดำเนินงาน อสม. มีความท้าทายมากขึ้น⁽⁵⁷⁾ ในปี พ.ศ. 2554 กระทรวงสาธารณสุขจึงได้มี

การทบทวนและกำหนดบทบาทของ อสม. ยุคใหม่ขึ้นเพื่อรองรับความท้าทายดังกล่าว โดยมีการปรับเปลี่ยนบทบาทการทำงานของ อสม. ยุคใหม่ ดังนี้

1) การส่งเสริมสุขภาพเชิงรุก โดยมุ่งให้ อสม. มีการทำงานเชิงรุกเพื่อเสริมสร้างสุขภาพประชาชนในชุมชนมากขึ้น โดยเฉพาะอย่างยิ่งการดูแลสุขภาพแม่และเด็ก ผู้สูงอายุ ผู้พิการ และผู้ป่วยเรื้อรัง

2) การสร้างระบบความร่วมมือ โดย อสม. จะต้องมีการทำงานเป็นทีมในลักษณะภาคีเครือข่ายสุขภาพในชุมชน โดยใช้แผนสุขภาพตำบลในการแก้ไขปัญหา ผ่านเวทีชุมชน หรือมีการจัดทำแผนสุขภาพชุมชนร่วมกัน

3) การพัฒนามาตรการทางสังคม โดยองค์กร อสม. จะเป็นแกนหลักในการจัดทำแผนสุขภาพตำบลซึ่งขับเคลื่อนร่วมกันกับ รพ.สต. โดยมีประชาชนและชุมชนมีส่วนร่วมในการคิด วิเคราะห์ ร่วมวางแผน ร่วมดำเนินงานและร่วมประเมินผล เพื่อให้ประชาชนมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้อง และ

4) การสร้างมาตรการทางสังคม โดยชุมชนควรมีการกำหนดข้อตกลงร่วมกันเพื่อแก้ไขปัญหาสุขภาพของชุมชนตนเอง⁽⁵⁵⁾

ในปัจจุบัน พ.ศ. 2561 ประเทศไทยมีนโยบายการขับเคลื่อนประเทศเพื่อมุ่งสู่ประเทศไทย 4.0 ซึ่งมุ่งเน้นการนำนวัตกรรมและเทคโนโลยีดิจิทัลเข้ามาเป็นเครื่องมือในการส่งเสริมกระบวนการทำงานให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น เพื่อก้าวเข้าสู่สังคมดิจิทัล ดังนั้นกระทรวงสาธารณสุข โดยกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ ได้มีแนวคิดในการพัฒนาศักยภาพ อสม. ทั่วประเทศ ให้เป็น อสม. 4.0 โดยมีคุณลักษณะ คือ สามารถใช้เทคโนโลยีดิจิทัลได้ มีความรอบรู้ด้านสุขภาพ และมีจิตอาสาและเป็นผู้ดำเนินการเปลี่ยนแปลงด้านสุขภาพ มุ่งเน้นให้มีความรอบรู้และทักษะด้านการช่วยชีวิตฉุกเฉิน และมีความพร้อมในการปฏิบัติงานเป็นจิตอาสาช่วยเหลือสังคม นอกจากนี้เพื่อให้การพัฒนาช่องทางสื่อสารข้อมูลที่ถูกต้องเป็นไปอย่างรวดเร็ว ทันเวลา และมีประสิทธิภาพ จึงมีการพัฒนา Application “สมาร์ท อสม.” ขึ้น เพื่อเป็นเครื่องมือให้กับ อสม. ในการดูแลสุขภาพของตนเองและประชาชนได้อย่างถูกต้อง นำไปสู่ชุมชนพึ่งตนเองอย่างยั่งยืนต่อไป⁽⁵⁸⁾

9.6.3 การพัฒนาสุขภาพภาคประชาชนในระดับครอบครัว

ในปัจจุบัน กระทรวงสาธารณสุขได้มีนโยบายในการให้ความสำคัญกับการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค ด้วยการเสริมสร้างความเข้มแข็งให้ประชาชนมีความรอบรู้ การเข้าถึงข้อมูลและตัดสินใจด้านสุขภาพได้ดีด้วยการพัฒนาระบบเครือข่ายต่อยอดขยายจากชุมชนที่มี อสม. เข้าไปถึงทุกครัวเรือน โดยเล็งเห็นว่า สถาบันครอบครัวเป็นแกนกลางของสังคมที่เป็นรากฐานสำคัญยิ่งต่อการดำรงชีวิต หากมีการสร้างเครือข่ายความรู้ด้านสุขภาพต่อยอดจากชุมชนเข้าสู่ครัวเรือน จะทำให้ประชาชนมีความรู้และทักษะในการวิเคราะห์และจัดการปัจจัยเสี่ยง ภัยสุขภาพ และสามารถดูแลสุขภาพของคนในครอบครัวของตนเองได้ ดังนั้นจึงได้มีความพยายามส่งเสริมให้คนในครอบครัวมาเป็นอาสาสมัครประจำครอบครัว (อสค.) ด้วยการนำบุตร หลาน หรือญาติพี่น้องหรือสมาชิกในครอบครัว รวมถึงเพื่อนบ้านหรือบุคคลที่คนในครอบครัวไว้วางใจให้มาเป็นผู้ดูแลสุขภาพของคนในครอบครัว โดยมีกรมสนับสนุนบริการสุขภาพเป็นเจ้าภาพหลัก และมีกรมอนามัย กรมการแพทย์ และกรมควบคุมโรคร่วมดำเนินงาน เพื่อให้แต่ละครอบครัวมีคนช่วยดูแลสุขภาพของคนในครอบครัวให้ครอบคลุมทั่วถึง และกลับมาพึ่งตนเองได้⁽⁵⁴⁾

อาสาสมัครประจำครอบครัว (อสค.) หมายถึง บุคคลใดบุคคลหนึ่งในครอบครัวหรือเพื่อนบ้านที่ได้รับความไว้วางใจจากครอบครัว และได้รับการคัดเลือกให้ทำหน้าที่ดูแลสุขภาพและความเป็นอยู่ของสมาชิกในครอบครัว เป็นผู้ที่มีความรู้และเป็นแกนนำในการปฏิบัติตนเองด้านสุขภาพที่ถูกต้อง เป็นแบบอย่างให้กับครอบครัว และสามารถถ่ายทอดความรู้ให้แก่สมาชิกในครอบครัวของตนเองได้โดยผ่านการฝึกอบรมตามหลักสูตรฯ ที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด โดยครอบครัวหนึ่ง จำเป็นต้องมี อสค. อย่างน้อย 1 คน เริ่มจากกลุ่มเป้าหมาย เช่น ญาติหรือผู้ดูแลครอบครัวผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียงและโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เป้าหมายการดำเนินงานประจำปีงบประมาณ 2560 คือ มีจำนวน อสค. 500,000 คน โดยมุ่งเน้นที่กลุ่มครอบครัวผู้ป่วยโรคไต

เรื้อรัง (CKD) ระยะที่ 4 จำนวน 100,000 คน ผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียง (LTC) จำนวน 150,000 คน และกลุ่มโรค NCDs จำนวน 250,000 คน ส่วนกลุ่มเป้าหมายอื่น โดยเฉพาะกลุ่มผู้สูงอายุ ซึ่งในทุกจังหวัดและทุกกลุ่มเขตบริการสุขภาพ สามารถเพิ่มเป้าหมายการดำเนินงานได้ตามสภาพปัญหา บริบท ข้อมูลจริงและความพร้อมของพื้นที่⁽⁵⁴⁾

แนวทางการดำเนินงานนโยบาย อสค. มีการดำเนินงานโดยทำการคัดเลือกผู้ที่จะมาเป็น อสค. โดย อสม. หลังจากนั้นมีการอบรม ฝึกปฏิบัติรวมถึงจัดการศึกษาต่อเนื่องและการปฐมนิเทศ สร้างเครือข่าย อสค. โดยให้มีบทบาทหน้าที่ดังนี้ 1) เป็นแกนนำปฏิบัติด้านสุขภาพที่มีพฤติกรรมเป็นแบบอย่างให้ครอบครัว และเป็นผู้ดูแลสุขภาพของคนในครอบครัวของตนเอง 2) ถ่ายทอดความรู้ให้คนในครอบครัวของตนเองและช่วยเหลือผู้ที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง และ 3) ประสานงานพัฒนาสุขภาพของครัวเรือนและเป็นเครือข่ายเฝ้าระวังกับ อสม. โดยไม่ซ้ำซ้อนบทบาทกัน⁽⁵⁴⁾

ในระยะเวลาที่ผ่านมา เนื่องจากการพัฒนาทางเศรษฐกิจและสังคมรวมถึงบริบทของสังคมที่เปิดกว้าง การมีส่วนร่วมทางสังคมและทางการเมืองมากขึ้นทำให้เกิดความหลากหลายของอาสาสมัครขึ้นในสังคมไทย ทั้งในและนอกระบบงานสาธารณสุข ทั้งในรูปแบบขององค์กรของรัฐและองค์กรเอกชนสาธารณะ เช่น อาสาสมัครเพื่อนช่วยเพื่อน ทุปนิมเบอร์วัน เครือข่ายจิตอาสาการทำความดีเพื่อในหลวง อาสาสมัครที่ทำงานในโรงพยาบาลต่างๆ อาสาสมัครนวดเด็กกำพร้า อาสาสมัครกลุ่มมิตรภาพบำบัด อาสาสมัครดูแลคนพิการ ดูแลคนชรา รวมถึงอาสาสมัครต่างชาติที่เข้ามาทำงานในประเทศไทย โดยเฉพาะอย่างยิ่งเมื่อเกิดเหตุภัยพิบัติต่างๆ จะเกิดความตื่นตัวของอาสาสมัครหนุ่มสาวซึ่งหลังไหลเข้าไปช่วยเหลือผู้ประสบภัย ซึ่งกระบวนการเหล่านี้มีการพัฒนาเป็นเครือข่ายจิตอาสาที่เป็นรูปธรรมมากขึ้นและความหลากหลายทางด้านทักษะและความรู้ของอาสาสมัคร และระดับการเข้ามามีส่วนร่วม⁽⁵⁷⁾

9.6.4 การมีส่วนร่วมของภาคประชาชนกับการพัฒนาโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ

การเข้ามามีส่วนร่วมของภาคประชาชนในงานด้านสาธารณสุขได้ถูกยกระดับเพิ่มมากขึ้นตั้งแต่ปี พ.ศ. 2543 ที่ประเทศไทยได้มีแนวคิดการปฏิรูประบบสุขภาพผ่านการขับเคลื่อนของภาคประชาชน โดยมีระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2543 ที่ได้มอบหมายให้สำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพ ภายใต้คณะกรรมการปฏิรูประบบสุขภาพจัดการประสานงานกับทุกภาคส่วนเพื่อจัดทำ พรบ.สุขภาพแห่งชาติขึ้นจนทำให้เกิดกระบวนการเรียนรู้ร่วมกันของภาคประชาสังคมกับภาครัฐและภาคเอกชน จนทำให้เกิดแนวคิดการพัฒนา นโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพแบบมีส่วนร่วม หรือที่เรียกว่าสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ กลไกดังกล่าวเป็นกระบวนการที่ให้ประชาชนและหน่วยงานของรัฐที่เกี่ยวข้อง ได้ร่วมแลกเปลี่ยนองค์ความรู้และเรียนรู้อย่างสมานฉันท์ เพื่อนำไปสู่การเสนอแนะนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ หรือความมีสุขภาพของประชาชน^(59, 60)

สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.) ตั้งขึ้นเมื่อวันที่ 3 มีนาคม พ.ศ.2550 ตาม พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 เพื่อทำหน้าที่เป็นองค์กรเลขานุการให้กับคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (คสช.) สช. เป็นองค์กรของรัฐในรูปแบบใหม่ อยู่ในกำกับนายกรัฐมนตรี โดยมีคณะกรรมการบริหาร (คบ.) ที่แต่งตั้งโดย คสช. ทำหน้าที่กำหนดนโยบายและกำกับการทำงานของ สช. โดยตรง สช.ทำหน้าที่เป็นกลไก ให้ คสช. เพื่อบรรลุภารกิจตาม พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ โดย สช. เป็นองค์กรหลักในการขับเคลื่อนกระบวนการนโยบายสาธารณะ เพื่อสุขภาพแบบมีส่วนร่วม ที่สอดคล้องกับธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติเพื่อพัฒนาประเทศไปสู่ “สังคมสุขภาวะ”⁽⁵⁹⁾

“สมัชชาสุขภาพ” คือ เครื่องมือพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพที่เน้นการมีส่วนร่วม เกิดขึ้นตามเจตนารมณ์ของพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 ถือเป็นแนวทางใหม่ของการพัฒนา นโยบายสาธารณะตามระบอบประชาธิปไตยแบบ มีส่วนร่วม

สมัชชาสุขภาพแบ่งออกเป็น 3 ประเภท คือ 1) สมัชชาสุขภาพแห่งชาติ 2) สมัชชาสุขภาพเฉพาะพื้นที่ และ 3) สมัชชาสุขภาพเฉพาะประเด็น โดย พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติได้กำหนดให้มีการจัดสมัชชาสุขภาพแห่งชาติเป็นประจำทุกปีอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง และให้สนับสนุนการจัดสมัชชาสุขภาพเฉพาะพื้นที่และสมัชชาสุขภาพเฉพาะประเด็นตามหลักเกณฑ์ที่ คสช. กำหนดทั้งนี้ประชาชนอาจรวมตัวกันจัดสมัชชาสุขภาพกันเองก็ได้ หลักการและคุณค่าที่สำคัญพื้นฐานของสมัชชาสุขภาพ 4 ประการ คือ^(59,60)

1) เป็นกระบวนการพัฒนานโยบายสาธารณะ เพื่อสุขภาพแบบมีส่วนร่วม (Participatory Healthy Public Policy Process)

2) เป็นกระบวนการพัฒนาประชาธิปไตยแบบมีส่วนร่วม (Participatory Democracy Development)

3) เป็นการเสริมสร้างความเข้มแข็งของสังคม (Social Empowerment) โดยอาศัยพลัง 3 ภาค ส่วนที่เชื่อมโยงกัน คือ พลังทางปัญญา พลังทางสังคม และพลังรัฐ/การเมือง

4) เป็นกระบวนการเรียนรู้ร่วมกันจากการปฏิบัติ (Interactive Learning through Action)

สมัชชาสุขภาพแห่งชาติ จัดอย่างเป็นทางการครั้งแรก ในปี พ.ศ.2551 และจัดเป็นประจำทุกปี ต่อเนื่องเรื่อยมา จนถึงครั้งที่ 10 ในปี พ.ศ. 2560 จนถึงปัจจุบันได้ข้อเสนอเชิงนโยบายจากสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ รวม 77 เรื่อง และมีการผลักดันไปสู่การปฏิบัติ ทั้งในระดับชาติ ระดับกระทรวง กรม ระดับจังหวัด และระดับชุมชนท้องถิ่น ขณะเดียวกันได้มีการพัฒนากระบวนการให้มีความเป็นระบบและสร้างการมีส่วนร่วมมากขึ้นเป็นลำดับ⁽⁶¹⁾

สำหรับการสนับสนุนการจัดสมัชชาสุขภาพเฉพาะพื้นที่และสมัชชาสุขภาพเฉพาะประเด็น คสช. ได้จัดทำหลักเกณฑ์และวิธีการสนับสนุน ซึ่งที่ผ่านมาได้สนับสนุนองค์กรเครือข่ายภาคีต่างๆ ให้มีการจัดสมัชชาสุขภาพในระดับพื้นที่และประเด็นต่างๆ ทั่วประเทศอย่างต่อเนื่องมาทุกปี และมีหลายพื้นที่ที่จัดกันเองด้วยงบประมาณในพื้นที่ และมีหลายองค์กรที่สนใจนำกระบวนการสมัชชาสุขภาพไปประยุกต์ใช้ในมิติต่างๆ^(59,60)

9.7 ระบบการดูแลสุขภาพในครอบครัว (Home Health Care)

ปัจจุบันการจัดบริการสุขภาพของประเทศไทยได้เปลี่ยนรูปแบบไปโดยให้ความสำคัญกับการดูแลสุขภาพตนเองและขยายขอบเขตจากการให้บริการสุขภาพในโรงพยาบาลหรือสถานบริการไปสู่การดูแลสุขภาพที่บ้านเพิ่มมากขึ้น⁽⁶²⁾ เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงทั้งด้านประชากรศาสตร์และระบาดวิทยาของโรค โดยมีจำนวนผู้สูงอายุที่เพิ่มมากขึ้นอย่างรวดเร็ว รวมถึงการมีปัญหาโรคที่ซับซ้อนและเรื้อรังซึ่งต้องการดูแลสุขภาพอย่างต่อเนื่อง นอกจากนี้ผู้ป่วยบางส่วนขอรับการดูแลรักษาหรือขอใช้เวลาช่วงสุดท้ายที่บ้านเพื่อให้เสียชีวิตอย่างสงบ รวมทั้งผู้ป่วยพิการที่ได้รับอุบัติเหตุ ก็มีแนวโน้มที่จะขอรับการรักษาที่บ้านมากขึ้น เนื่องจากมีสิ่งอำนวยความสะดวกและเทคโนโลยีที่ทันสมัยมากขึ้นในการสนับสนุนการดูแลสุขภาพที่บ้านที่มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น ซึ่งนับเป็น

กลยุทธ์สำคัญในการช่วยทำให้ระบบสุขภาพเข้มแข็งขึ้นจากการสามารถลดเวลาอนรรักษาตัวในโรงพยาบาลของผู้ป่วย ทำให้ปริมาณงานในโรงพยาบาลและค่าใช้จ่ายในภาพรวมลดลง⁽⁶³⁾

9.7.1 ความหมายและขอบเขตของการดูแลสุขภาพที่บ้าน

การดูแลสุขภาพที่บ้าน เป็นการให้การบริการสุขภาพโดยทีมสหวิชาชีพด้านสุขภาพอย่างต่อเนื่องแก่ผู้ป่วย ครอบครัว และผู้ดูแลที่บ้านของผู้ป่วยโดยทีมสุขภาพ โดยมุ่งเน้นการให้บริการทั้งในระยะเจ็บป่วยเฉียบพลัน ระยะเรื้อรัง และระยะสุดท้าย โดยครอบคลุมการรักษาพยาบาล การป้องกันโรค การสร้างเสริมสุขภาพ การฟื้นฟูสภาพ มุ่งให้บริการแบบเบ็ดเสร็จเป็นองค์รวม ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ

สังคม และสิ่งแวดล้อม เพื่อมุ่งให้ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถพึ่งพาตนเองได้โดยมีส่วนร่วมในกระบวนการดูแลเพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถดำรงชีวิตอยู่อย่างมีความสุขและมีคุณภาพชีวิตที่ดี⁽⁶⁴⁾ ทั้งนี้ในการบริการดูแลสุขภาพที่บ้านของประเทศไทย ทีมเจ้าหน้าที่สุขภาพได้แก่ อาสาสมัครหมู่บ้านหรือเจ้าหน้าที่สถานีอนามัยหรือพยาบาลเป็นหลัก แพทย์ที่เกี่ยวข้องโดยเฉพาะแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวกำลังมีบทบาทเพิ่มขึ้นในการให้บริการดังกล่าว ซึ่งผู้ให้บริการจะต้องวางแผนการให้บริการ การประสานงานอย่างครอบคลุม ผสมผสานอย่างเหมาะสม ซึ่งรวมถึงการให้บริการต่างๆ เช่น การดูแลฟัน การพยาบาล กายภาพบำบัด การให้คำปรึกษาอาหาร บำบัด สังคมสงเคราะห์ โภชนาการ แม่บ้าน พนักงานดูแลสุขภาพที่บ้าน การขนส่งผู้ป่วย และการตรวจชั้นสูตร บริการเครื่องมือแพทย์⁽⁶⁵⁾ การทำหัตถการ การให้บริการคำแนะนำและการประเมินและติดตามสถานะสุขภาพ⁽⁶⁶⁾ การเฝ้าระวังติดตามภาวะแทรกซ้อน ความพิการ การดูแลภาวะเจ็บป่วยระยะสุดท้าย การติดตามการใช้ยา การส่งเคราะห์ทางสาธารณสุข การจัดสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสม การดูแลสุขภาพโภชนาการ การพิทักษ์สิทธิผู้ป่วย การช่วยเหลือสนับสนุนให้ผู้ป่วยและครอบครัว มีส่วนร่วมในการวางแผนการดูแลสุขภาพ ตามความต้องการจนสามารถดูแลตนเอง (Self-care) ได้ตามศักยภาพโดยมุ่งสู่การมีคุณภาพชีวิตที่ดี⁽⁶⁷⁾

การเยี่ยมบ้าน (Home Visit) และการให้คำปรึกษาปัญหาสุขภาพทางโทรศัพท์ (House Call) เป็นรูปแบบบริการที่เป็นส่วนหนึ่งของการบริการดูแลสุขภาพที่บ้าน โดยการเยี่ยมบ้าน แพทย์หรือพยาบาลหรือทีมสหวิชาชีพด้านสุขภาพจะออกไปเยี่ยมผู้ป่วยและครอบครัวที่บ้าน โดยอาจจะมิแพทย์เป็นหัวหน้าทีมในการออกเยี่ยม ส่วนการให้คำปรึกษาปัญหาสุขภาพทางโทรศัพท์ เป็นการเพิ่มช่องทางการดูแลสุขภาพตนเองที่บ้านด้วยการโทรศัพท์มาขอคำปรึกษา และหรือขอความช่วยเหลือจากแพทย์และทีมสหวิชาชีพด้านสุขภาพที่รู้จักกันให้ไปติดตามเยี่ยมบ้านในบางโอกาส⁽⁶⁸⁾

9.7.2 วิชาการการดูแลสุขภาพที่บ้านของประเทศไทย

ในอดีต ประเทศไทยมีการดูแลสุขภาพที่บ้านผู้ป่วยที่บ้านซึ่งเป็นการรักษาหลักของการแพทย์แผนไทยในอดีตซึ่งได้เลือนหายไปผกผันกับความเติบโตทางการแพทย์แผนตะวันตก⁽⁶⁶⁾ ซึ่งการดูแลสุขภาพที่บ้านโดยพยาบาลและเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ได้เริ่มมีมาประมาณเกือบ 50 ปีแล้ว โดยการจัดบริการในอดีตเน้นการป้องกันควบคุมโรคติดต่อและส่งเสริมสุขภาพมารดาและทารกหลังคลอด ซึ่งยังคงดำเนินการอยู่จนถึงปัจจุบัน⁽⁶⁹⁾ ทั้งนี้ การพยาบาลผู้ป่วยและครอบครัวที่บ้านในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย มีการเริ่มจัดบริการขึ้นครั้งแรกที่ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดีในปี พ.ศ. 2515 (ก่อนที่จะมีโครงการสุขภาพดีเริ่มที่บ้านของกระทรวงสาธารณสุข) โดยมีการจัดตั้งหน่วยงานที่รับผิดชอบบริการนี้ชื่อว่า Ambulatory Care ปัญหาที่ทำให้เกิดการพยาบาลที่บ้านเป็นเพราะอัตราการกลับมานอนโรงพยาบาล (hospital readmission) ด้วยปัญหาเดิมๆของผู้ป่วยเด็กที่มีปัญหาการติดเชื้อค่อนข้างสูง เช่น ท้องเสียหรือปอดอักเสบ ค่อนข้างสูง ในขณะที่โรงพยาบาลรามาธิบดีมีเตียงรับผู้ป่วยในจำนวนจำกัด จึงได้มีการจัดตั้งงานพยาบาลป้องกันโรคและส่งเสริมสุขภาพขึ้น โดยมีพยาบาลสาธารณสุขเข้ามาช่วยให้ความรู้แก่คนไข้ ทั้งที่แผนกผู้ป่วยนอกและแผนกผู้ป่วยใน โดยมีการจัดกิจกรรมในหอผู้ป่วยและสอนตามเตียง รวมถึงมีการจัดพิมพ์เอกสารสำหรับผู้ป่วยและผู้มารับบริการ ต่อมาจึงมีการติดตามไปดูแลที่บ้านของผู้ป่วย เนื่องจากยังพบอัตราการกลับมานอนโรงพยาบาลยังสูงอยู่ โดยมีการพูดคุยและปรึกษาหารือกับญาติหรือผู้ดูแลคนไข้เกี่ยวกับการดูแลและการแก้ไขปัญหาให้แก่คนไข้เมื่อกลับไปอยู่ที่บ้าน โดยต่อมาได้มีการจัดตั้งหน่วยบริการพยาบาลผู้ป่วยที่บ้าน (home health care unit) เพื่อเป็นหน่วยงานที่รับผิดชอบทำหน้าที่ในการติดตามเยี่ยมบ้าน โดยถ้าไม่สามารถช่วยเหลือได้ก็จะไปประสานหรือขอความช่วยเหลือจากแหล่งประโยชน์อื่นในชุมชนต่อไป โดยพบว่า การดำเนินการดังกล่าวสามารถลดการกลับมานอนโรงพยาบาลซ้ำได้ ทำให้การใช้ทรัพยากร

สุขภาพของโรงพยาบาลที่มีอยู่อย่างจำกัดลดลง นอกจากนี้ยังสามารถลดจำนวนวันนอนในผู้ป่วยเรื้อรังด้วย^(64, 69)

ปัจจุบันการดูแลสุขภาพที่บ้านนับเป็นเครื่องมือหนึ่งที่แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวจำเป็นต้องเรียนรู้เพื่อให้เข้าใจถึงวิถีชีวิตของผู้ป่วยที่บ้าน ซึ่งจะช่วยให้สามารถประเมินสภาพอาการของผู้ป่วยได้อย่างครอบคลุมมากขึ้น และนับเป็นจุดกำเนิดในการทำงานร่วมกันระหว่างทีมดูแลสุขภาพสหสาขาก่อให้เกิดการดูแลอย่างต่อเนื่องเป็นองค์รวม ผสมผสาน ทั้งในด้านการรักษา การฟื้นฟูสภาพ การป้องกันโรค และการส่งเสริมสุขภาพให้แก่ครอบครัว โดยการดูแลสุขภาพที่บ้านนี้ได้ถูกบรรจุไว้ในนโยบายหลักประกันสุขภาพของรัฐบาล โดยเป็นชุดสิทธิประโยชน์หลักที่ประชาชนพึงจะได้รับ เพื่อการสร้างเสริมสุขภาพตามกรอบของพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545⁽⁶⁶⁾

9.7.3 วัตถุประสงค์ของการดูแลสุขภาพที่บ้าน

การดูแลสุขภาพที่บ้านของผู้ป่วย มีวัตถุประสงค์ที่สำคัญ ดังนี้⁽⁷⁰⁾

- 1) เพื่อให้เกิดการดูแลต่อเนื่อง (Continuous care) และครอบคลุม (Comprehensive care) แก่ผู้ป่วย ในบริบทของครอบครัวของผู้ป่วย
- 2) เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติมีความมั่นใจและสามารถพึ่งตนเองในการดูแลสุขภาพที่บ้านได้
- 3) เพื่อให้ญาติรู้วิธีในการอยู่ร่วมกับผู้ป่วยที่บ้านและร่วมดูแลรักษาผู้ป่วย
- 4) เพื่อให้แพทย์สามารถประเมินทั้งโรค (Diseases) และความเจ็บป่วย (Illness) ที่แท้จริงของผู้ป่วยและญาติได้อย่างถูกต้องและครอบคลุม
- 5) เพื่อให้แพทย์ทำความรู้จักและสานต่อความสัมพันธ์อันดีกับผู้ป่วยและญาติในระยะยาว
- 6) เพื่อให้แพทย์สามารถประเมินภาวะความเสี่ยงต่างๆ ต่อสุขภาพของครอบครัวนั้นๆ และหาแนวทางที่จะลดความเสี่ยงต่างๆ เช่น สามารถโน้มน้าวหรือแนะนำให้มีการเปลี่ยนพฤติกรรมที่เสี่ยงต่อความเจ็บป่วย เมื่อผู้ป่วยและญาติมีความศรัทธาต่อแพทย์และทีมสหสาขาวิชาชีพที่ให้การดูแลนั้นๆ มานานพอ

วัตถุประสงค์หลักของการเยี่ยมบ้านและการดูแลสุขภาพที่บ้านมุ่งเน้นการสร้างเสริมสุขภาพเชิงรุก โดยเน้นให้ผู้ป่วยและญาติมีศักยภาพในการดูแลตนเองที่บ้านมากขึ้น ไม่ใช่การพยายามกำจัดผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล หรือพยายามลดค่าใช้จ่ายภายในโรงพยาบาล หรือลดภาระงานของแพทย์และพยาบาลเป็นหลัก⁽⁶⁸⁾

9.7.4 หลักการสำคัญของการดูแลสุขภาพที่บ้าน

ในการดูแลสุขภาพที่บ้านจำเป็นต้องยึดหลักการให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีส่วนร่วมในการตั้งเป้าหมายระยะสั้นเมื่อมีการเยี่ยมบ้าน และกำหนดวิธีปฏิบัติของผู้ป่วยเรื้อรังและครอบครัวเพื่อให้บรรลุเป้าหมายดังกล่าว ซึ่งจะต้องมีทีมสหสาขาวิชาชีพทางสุขภาพที่แกนนำทีมสุขภาพในการดูแลสุขภาพผู้ป่วยที่บ้านสามารถทำการประสานงานและทำงานร่วมกันอย่างเข้มแข็ง รวมทั้งต้องมีการสนับสนุนอย่างต่อเนื่องจากผู้บริหารทั้งด้านนโยบาย งบประมาณ กำลังคนและสิ่งอำนวยความสะดวก รวมถึงความสามารถในการแสวงหาแหล่งประโยชน์ในชุมชนซึ่งจะเป็นสิ่งเสริมแรงสนับสนุนทางสังคมให้แก่ผู้ป่วยและครอบครัว เพื่อให้บรรลุเป้าหมายระยะยาวคือ การที่ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถจัดการดูแลตนเองได้อย่างเหมาะสมอยู่ที่บ้านได้โดยปราศจากภาวะแทรกซ้อนและมีคุณภาพชีวิตที่ดีตามสมควรแก่อัตภาพ โดยมีหลักการสำคัญของการดูแลสุขภาพที่บ้านเพื่อให้เกิดความต่อเนื่องในการดูแลสุขภาพ ดังนี้⁽⁶⁹⁾

- 1) การประเมินความรู้ของผู้ป่วย ผู้ดูแล และครอบครัว เกี่ยวกับการดำเนินโรค การดูแลตนเองในเรื่องต่างๆ การเข้าถึงระบบบริการสุขภาพ และระบบการสนับสนุนของผู้ป่วยและครอบครัว
- 2) การประเมินภาวะสุขภาพ ภาวะเสี่ยง และภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วย การบริหารยาที่บ้าน ภาวะสุขภาพของผู้ดูแล รวมถึงการเผชิญกับปัญหา การปรับตัว หรือความเครียดทุกครั้งของการเยี่ยมบ้าน
- 3) การสรุปภาวะสุขภาพของผู้ป่วยและผู้ดูแล ซึ่งควรมีการสรุปประเด็นดังกล่าวและปัญหาที่อาจมีผลกระทบต่อการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยที่บ้าน เพื่อให้ผู้ป่วย ผู้ดูแล และครอบครัวได้รับทราบ และมีส่วนร่วมใน

การกำหนดเป้าหมายและกลวิธีในการปฏิบัติหรือจัดการกับปัญหาดังกล่าว โดยทีมดูแลสุขภาพที่บ้าน เช่น พยาบาลจะเป็นผู้สนับสนุนในสิ่งที่ผู้ป่วยและผู้ดูแลต้องการและประเมินผลลัพธ์ร่วมกัน

4) การกำหนดแผนการเยี่ยมที่เหมาะสมกับความต้องการของผู้ป่วย

5) การประสานงานกับแพทย์เจ้าของไข้และทีมสุขภาพที่รับผิดชอบของผู้ป่วย

6) การส่งต่อแหล่งประโยชน์ที่สามารถให้การช่วยเหลือผู้ป่วยตามที่ต้องการ เช่น สังคมสงเคราะห์และสถานฟื้นฟูสุขภาพ เป็นต้น

9.7.5 หลักเกณฑ์การแบ่งประเภทของผู้ป่วยที่ต้องการการดูแลสุขภาพที่บ้าน

ผู้ป่วยที่จำเป็นต้องได้รับการดูแลสุขภาพที่บ้านมีหลายระดับ ซึ่งปัญหาที่พบจะแตกต่างกัน สามารถแบ่งผู้ป่วยที่ได้รับการส่งต่อเพื่อให้ไปรับการดูแลสุขภาพที่บ้านได้เป็น 5 กลุ่ม คือ^(64,69)

1) ผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพเรื้อรังในระดับต้น (curable/recover) โดยอาจมีความเจ็บป่วยหรือพิการเพียงชั่วคราว และสามารถหายเป็นปกติได้ โดยอาจจะต้องการดูแลสุขภาพในระยะสั้น เช่น ปอดบวม ภาวะโภชนาการบกพร่อง ระบบทางเดินอาหารผิดปกติหรือมีบาดแผลเล็กน้อย เป็นต้น

2) ผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพเรื้อรังในระดับต้น (long-term chronic) โดยเป็นผู้ป่วยที่มีความเจ็บป่วยเรื้อรังคงอยู่ระยะหนึ่ง เมื่ออาการทุเลาลงแล้วไม่สามารถหายเป็นปกติได้ แต่สามารถดูแลตนเองได้ เช่น ผู้ป่วยโรคหัวใจ โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคอัมพฤกษ์ที่ยังสามารถช่วยเหลือตนเองได้ ซึ่งอาจจะมีการเปลี่ยนแปลงวิถีชีวิตเล็กน้อย ได้แก่ การควบคุมอาหาร การรับประทานยาและการออกกำลังกาย เป็นต้น

3) ผู้ป่วยเรื้อรังที่มีปัญหาสุขภาพเรื้อรังในระดับกลาง (long-term with mild disability) โดยมีความรุนแรงของความเจ็บป่วยเพิ่มขึ้นจนไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ในระยะเฉียบพลัน เมื่อได้รับการดูแลและฟื้นฟูสุขภาพแล้วสามารถพัฒนาศักยภาพในการดูแลตนเองได้บางส่วน เช่น

อัมพาตครึ่งซีก โรคหัวใจและหัวใจล้มเหลว ผู้ป่วยถูกตัดขาและมีภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวาน โดยผู้ป่วยจำเป็นต้องมีการเปลี่ยนแปลงการดำเนินชีวิตค่อนข้างมาก ซึ่งต้องมีคนช่วยเหลือในกิจวัตรประจำวัน โดยผู้ดูแลต้องการได้รับการสอนและการสาธิตวิธีการในการช่วยเหลือผู้ป่วยบางส่วนในกิจกรรมต่างๆ ในชีวิตประจำวัน เป็นต้น

4) ผู้ป่วยเรื้อรังที่มีปัญหาเรื้อรังยุ่งยากซับซ้อนรุนแรง (long-term with extreme disability) เป็นผู้ผู้ป่วยที่ไม่สามารถดูแลตนเองได้จำเป็นต้องพึ่งพาผู้อื่นทั้งหมด เช่น โรคหัวใจที่รุนแรง โรคหลอดเลือดสมอง โรคข้ออักเสบรุนแรงหรือโรคกระดูกเรื้อรังระยะลุกลาม ซึ่งผู้ป่วยกลุ่มนี้มักจะอยู่ในภาวะนอนติดเตียง (bed ridden) ผู้ป่วยประเภทนี้จำเป็นต้องมีคนช่วยเหลือดูแลที่มีทักษะในการดูแลที่สูงขึ้น ซึ่งต้องได้รับการฝึกฝนโดยการสอนและสาธิตกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยในเรื่องต่างๆ เช่น การให้อาหารทางสายผ่านทางจมูก การเคาะปอด และการดูดเสมหะ การสวนปัสสาวะ เป็นต้น

5) ผู้ป่วยระยะสุดท้าย (terminally ill) โดยเป็นผู้ป่วยที่อยู่ในระยะสุดท้ายของชีวิตหรือกำลังจะตาย โดยอาจจะต้องกลับไปรับการรักษาในโรงพยาบาล ซึ่งอาจแบ่งได้เป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มที่ยังดูแลตนเองในชีวิตประจำวันได้เองหรือได้บ้าง และกลุ่มที่ดูแลตนเองไม่ได้เลย โดยผู้ป่วยในระยะนี้แพทย์มักจะวินิจฉัยว่าไม่สามารถรักษาได้ในทางการแพทย์ แต่ผู้ป่วยยังต้องการการดูแลต่อเนื่องเพื่อช่วยลดหรือบรรเทาความทุกข์ทรมานจากการเจ็บป่วยและมีความพร้อมสามารถเผชิญกับความตายอย่างสมศักดิ์ศรี เช่น ผู้ป่วยถุงลมโป่งพองในระยะสุดท้าย โรคกระดูก โรคไตวาย โรคหัวใจ โรคตับวาย โรคเอดส์ เป็นต้น

9.7.6 การประเมินผลลัพธ์การดูแลสุขภาพที่บ้าน

การประเมินผลลัพธ์ของการดูแลสุขภาพที่บ้านควรครอบคลุมในด้านต่างๆ ดังนี้⁽⁶⁴⁾

1) การประเมินผลลัพธ์ด้านคลินิก (clinical outcome) โดยเป็นการประเมินว่าการดูแลสุขภาพบรรลุเป้าหมายที่ตั้งไว้หรือไม่ เช่น ในการดูแลผู้ป่วยที่บ้านผู้ป่วยได้รับการดูแลที่เหมาะสม ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน

2) การประเมินผลลัพธ์ด้านสถานะสุขภาพ (health status outcome) เป็นการประเมินภาวะการเปลี่ยนแปลงของสถานะสุขภาพ เช่น ผู้ป่วยที่ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ ภายหลังได้รับการดูแลสุขภาพที่บ้านแล้ว สามารถช่วยเหลือตนเองได้

3) การประเมินผลลัพธ์ด้านความพึงพอใจ (satisfaction outcome) เป็นการประเมินความคิดเห็นของผู้ป่วยและครอบครัวต่อการบริการสุขภาพที่บ้านที่ได้รับจากบุคลากรทีมสหวิชาชีพที่ให้บริการ

4) การประเมินข้อมูลต่างๆ (utilization outcome) เป็นการประเมินข้อมูลการกลับเข้ามาับการรักษาในโรงพยาบาล เช่น การเข้ามาับการรักษาที่หน่วยเวชศาสตร์ฉุกเฉิน การกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาล (readmission) เป็นต้น

5) การประเมินผลลัพธ์ด้านค่าใช้จ่าย (financial outcome) เป็นการประเมินค่าใช้จ่ายที่จำเป็นในการดูแลสุขภาพที่บ้าน

9.7.7 ทิศทางในอนาคตของการดูแลสุขภาพที่บ้าน

การดูแลสุขภาพที่บ้านในอนาคตมีแนวโน้มที่จะถูกขยายไปสู่การดูแลสุขภาพที่บ้าน ซึ่งหมายถึงการสร้างและใช้ศักยภาพของครอบครัวและเครือข่ายชุมชน ร่วมกับการสนับสนุนของทุกภาคส่วน เพื่อการดูแลและจัดการตนเองของครอบครัว ชุมชน มีสุขภาพที่ดี สมบูรณ์ทั้งทางกาย จิต ปัญญา และสังคม ครอบครัวและชุมชนเปรียบเสมือนรากฐานที่สำคัญของสุขภาพชุมชนเพราะเป็นหน่วยเล็กที่สุดของสังคมที่จำเป็นต้องได้รับการส่งเสริม

สนับสนุนและพัฒนาความสามารถในการดูแล รวมไปถึงการจัดการตนเองให้เข้มแข็งเพื่อนำไปสู่สุขภาพะชุมชนที่ยั่งยืนต่อไป โดยมีแนวทางในการสร้างศักยภาพการดูแลและการจัดการตนเองด้านสุขภาพะชุมชน ได้แก่

1) การสร้างความรู้ ความตระหนักรู้และศักยภาพของครอบครัว

2) การพัฒนาความสามารถเครือข่ายในการดูแลสุขภาพะที่บ้าน

3) การพัฒนาพื้นที่ต้นแบบการมีสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการดูแลสุขภาพะที่บ้าน

4) การขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะทั้งในระดับชาติและพื้นที่

5) การสร้างกลไกความร่วมมือขององค์กร หน่วยงานเครือข่ายผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย

อย่างไรก็ตาม อาจมีความท้าทายในการพัฒนาอันเนื่องมาจากข้อจำกัดในการดำเนินงานเสริมสร้างศักยภาพการดูแลและการจัดการตนเองด้านสุขภาพ เช่น งบประมาณ ทรัพยากรสนับสนุน ระบบข้อมูลสารสนเทศด้านสุขภาพและด้านประชากรในพื้นที่ ตลอดจนข้อจำกัดด้านกำลังคนในภาครัฐ ทั้งการผลิตและการจ้างงาน ซึ่งจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องมีการพัฒนาและขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพในการสร้างเสริมศักยภาพของครอบครัวและเครือข่ายชุมชนให้สามารถเข้ามาดูแลและจัดการการดูแลสุขภาพของตนเองและครอบครัวที่บ้านของตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพต่อไป⁽⁷¹⁾

บทที่ 10

ประเทศไทยกับเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน

10.1 เป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืนในประเทศไทย

เมื่อเดือนกันยายน 2558 พลเอกประยุทธ์ จันทร์โอชา นายกรัฐมนตรีของไทยพร้อมคณะ เข้าร่วมประชุมสมัชชาสหประชาชาติสมัยสามัญ ครั้งที่ 70 หัวข้อในการประชุมคือ การพัฒนาที่ยั่งยืน (Sustainable Development Goals - SDGs) ร่วมกับสมาชิกองค์การสหประชาชาติประเทศอื่นอีก 193 ประเทศ พร้อมกันนี้ผู้นำจากประเทศสมาชิกเหล่านี้ได้ร่วมรับรองร่างเอกสารเป้าหมายการพัฒนาอย่างยั่งยืนหลังปี ค.ศ. 2015 (Sustainable Development Goals post 2015) ที่เรียกว่า “Transforming Our World: the 2030 Agenda for Sustainable Development” หรือ “การปรับเปลี่ยนโลกของเรา: วาระ 2030 เพื่อการพัฒนาที่ยั่งยืน” สำหรับเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืนของโลกใน 15 ปีข้างหน้าที่จะใช้เป็นทิศทางการพัฒนาของประชาคมโลก ตั้งแต่เดือนมกราคม ปี 2559 ถึงเดือนสิงหาคม 2573 ครอบคลุมระยะเวลา 15 ปี โดยประกอบไปด้วย 17 เป้าหมาย (goals) 169 เป้าประสงค์ (targets) ซึ่งเป็นการต่อยอดจาก “เป้าหมายการพัฒนาแห่งสหัสวรรษ (Millennium Development Goals - MDGs)”⁽¹⁾ โดยมีรายละเอียดดังนี้⁽²⁾

เป้าหมายที่ 1 การขจัดความยากจนทุกรูปแบบทุกสถานที่

เป้าหมายที่ 2 การขจัดความหิวโหย บรรลุเป้าหมายมั่นคงทางอาหาร ส่งเสริมเกษตรกรรมอย่างยั่งยืน

เป้าหมายที่ 3 รับรองการมีสุขภาพและความเป็นอยู่ที่ดีของทุกคนในทุกช่วงอายุ

เป้าหมายที่ 4 รับรองการศึกษาที่เท่าเทียมและทั่วถึง ส่งเสริมการเรียนรู้ตลอดชีวิตแก่ทุกคน

เป้าหมายที่ 5 การบรรลุความเท่าเทียมทางเพศ พัฒนาทบทางและเด็กผู้หญิง

เป้าหมายที่ 6 รับรองการมีน้ำใช้และมีการจัดการน้ำและสุขาภิบาลที่ยั่งยืน

เป้าหมายที่ 7 รับรองการมีพลังงานที่ทุกคนเข้าถึงได้ เชื่อถือได้ ยั่งยืน ทนสมัย

เป้าหมายที่ 8 ส่งเสริมการเติบโตทางเศรษฐกิจที่ต่อเนื่องครอบคลุมและยั่งยืน การจ้างงานที่มีคุณค่า

เป้าหมายที่ 9 พัฒนาโครงสร้างพื้นฐานที่พร้อมรับการเปลี่ยนแปลง ส่งเสริมการปรับตัวให้เป็นอุตสาหกรรมอย่างยั่งยืนและทั่วถึง และสนับสนุนนวัตกรรม

เป้าหมายที่ 10 ลดความเหลื่อมล้ำทั้งภายในและระหว่างประเทศ

เป้าหมายที่ 11 ทำให้เมืองและการตั้งถิ่นฐานของมนุษย์มีความปลอดภัย ทั่วถึง พร้อมรับการเปลี่ยนแปลงและพัฒนาอย่างยั่งยืน

เป้าหมายที่ 12 รับรองแผนการบริโภคและการผลิตที่ยั่งยืน

เป้าหมายที่ 13 ดำเนินมาตรการเร่งด่วนเพื่อรับมือกับการเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศและผลกระทบ

เป้าหมายที่ 14 อนุรักษ์และใช้ประโยชน์จากมหาสมุทรและทรัพยากรทางทะเลเพื่อการพัฒนาอย่างยั่งยืน

เป้าหมายที่ 15 ปกป้อง ฟื้นฟู และส่งเสริมการใช้ประโยชน์จากระบบนิเวศทางบกอย่างยั่งยืน

เป้าหมายที่ 16 ส่งเสริมสังคมสงบสุข ยุติธรรม ไม่แบ่งแยก เพื่อการพัฒนาอย่างยั่งยืน

เป้าหมายที่ 17 สร้างพลังแห่งการเป็นหุ้นส่วนความร่วมมือระดับสากลต่อการพัฒนาที่ยั่งยืน

นายกรัฐมนตรีได้ประกาศวาระการพัฒนาที่ยั่งยืนในปี 2030 เพื่อผลักดันให้เกิดการพัฒนาของโลกอย่างสมดุล พร้อมสนับสนุนให้ประชาชนทุกกลุ่มวัยเข้าถึงโอกาสและความเจริญอย่างเสมอภาคเท่าเทียมกัน และไม่ทอดทิ้งใครไว้ข้างหลัง มอบหมายให้มีการนำการพัฒนาที่ยั่งยืน (Sustainable Development Goals : SDGs) มาพิจารณา ร่วมในการจัดทำยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 12 และข้อเสนอการปฏิรูปแห่งชาติ ให้สอดคล้องกันอย่างมีนัยสำคัญ พร้อมทั้งได้มีการแต่งตั้งคณะกรรมการเพื่อการพัฒนาที่ยั่งยืนของประเทศ แต่งตั้งคณะอนุกรรมการ 3 คณะ คือ คณะอนุกรรมการขับเคลื่อนเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน คณะอนุกรรมการส่งเสริมความเข้าใจและประเมินผลการพัฒนาที่ยั่งยืนตามหลักปรัชญาของเศรษฐกิจพอเพียง และคณะอนุกรรมการพัฒนาระบบข้อมูลสารสนเทศเพื่อสนับสนุนการพัฒนาที่ยั่งยืน ทำหน้าที่ขับเคลื่อนการทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ⁽³⁾

ในการนี้กระทรวงสาธารณสุขพิจารณารายละเอียดเป้าหมายของการพัฒนาที่ยั่งยืนมีจำนวนทั้งสิ้น 17 เป้าหมาย ซึ่งเป้าหมายที่ 3 คือ “รับรองการมีสุขภาพและความเป็นอยู่ที่ดีของทุกคนในทุกช่วงอายุ” เป็นภารกิจหลักของกระทรวงสาธารณสุข และเชื่อมโยงกับเป้าหมายอื่นๆ ในการนี้ กระทรวงสาธารณสุขได้ผลักดันการดำเนินงานเกี่ยวกับการพัฒนาที่ยั่งยืน ให้เกิดผลอย่างเป็นรูปธรรม โดยให้หน่วยงานภายในกระทรวงสาธารณสุขจัดทำแนวทางการดำเนินงาน (Road Map) ที่สอดคล้องกับแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 12 แผนยุทธศาสตร์ 20 ปีของกระทรวงฯ แผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติที่ 12 และการพัฒนาที่ยั่งยืน (SDGs) ให้สอดคล้องกัน เพื่อให้เกิดผลงานเป็นรูปธรรม⁽¹⁾ จากการศึกษาพบว่าในเป้าหมายที่ 3 มีเป้าประสงค์ทั้งสิ้นจำนวน 13 เป้าประสงค์ และ 27 ตัวชี้วัด พร้อมทั้งได้มีการวิเคราะห์สถานการณ์ของแต่ละเป้าประสงค์ตามตัวชี้วัดที่กำหนด สามารถแบ่งได้ดังตารางที่ 10.1

ตารางที่ 10.1 รายงานสถานการณ์ตามตัวชี้วัดเป้าหมายที่ SDG 3 ของประเทศไทย ย้อนหลัง 3 ปี⁽⁴⁻⁸⁾

เป้าประสงค์/ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ข้อมูลประเทศไทย						สถานะปี 2560	สถานะปี 2573
		UN			กระทรวงสาธารณสุข				
		2013	2014	2015	2556	2557	2558		
เป้าประสงค์ที่ 3.1 ลดอัตราการตายของมารดาทั่วโลกให้ต่ำกว่า 70 ต่อการเกิดมีชีพ 1 แสนคน ภายในปี 2573									
3.1.1 อัตราการตายของมารดาต่อการเกิดมีชีพ 100,000 คน	≤ 70	21	21	20	22.2	23.3	24.6	บรรลุ	บรรลุ
3.1.2 สัดส่วนของการคลอดบุตรที่ดูแลโดยบุคลากรด้านสาธารณสุขที่มีความชำนาญ	ไม่มีเป้าหมาย	96.9 (2006)	99.4 (2009)	99.6 (2012)	97.3	99.6	99.1	-	บรรลุ
เป้าประสงค์ที่ 3.2 ยุติการตายที่ป้องกันได้ของทารกแรกเกิดและเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี โดยทุกประเทศมุ่งลดอัตราการตายในทารกลงให้ต่ำถึง 12 คน ต่อ การเกิดมีชีพ 1,000 คน และลดอัตราการตายในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ลงให้ต่ำถึง 25 คน ต่อการเกิดมีชีพ 1,000 คน ภายในปี 2573									
3.2.1 อัตราการตายของทารกอายุ ต่ำกว่า 5 ปี (อัตราการตายต่อการเกิด 1,000 คน)	25	13.1	12.6	12.3	8.68	8.81	8.59	บรรลุ	บรรลุ

ตารางที่ 10 รายงานสถานการณ์ตามตัวชี้วัดเป้าหมายที่ SDG 3 ของประเทศไทย ย้อนหลัง 3 ปี (ต่อ)

เป้าประสงค์/ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ข้อมูลประเทศไทย						สถานะ ปี 2560	สถานะ ปี 2573
		UN			กระทรวงสาธารณสุข				
		2013	2014	2015	2556	2557	2558		
3.2.2 อัตราตายของทารกแรกเกิด (การตายต่อการเกิด 1,000 คน)	12	7.3	7	6.7	6.35	6.48	6.21	บรรลุ	บรรลุ
เป้าประสงค์ที่ 3.3 ยุติการแพร่กระจายของเอดส์ วัณโรค มาลาเรีย และโรคเขตร้อนที่ถูกกลบเกลืนและต่อสู้กับโรคตับอักเสบ โรคติดต่อทางน้ำ และโรคติดต่ออื่นๆ ภายในปี 2573									
3.3.1 จำนวนผู้ติดเชื้อ HIV รายใหม่ ต่อประชากรที่ไม่มี การติดเชื้อ 1,000 คน (จำแนกตาม เพศ อายุ และประชากรหลัก)	ยุติ การระบาด	ญ / ข 0.08 , 0.2	ญ / ข 0.07 , 0.18	ญ / ข 0.06 , 0.16	ไม่มี ข้อมูล	ไม่มี ข้อมูล	ไม่มี ข้อมูล	ยัง ไม่บรรลุ	บรรลุ
3.3.2 อัตราการเกิดโรควัณโรค ต่อประชากร 100,000 คน	ยุติ การระบาด	170	171	172	98	104	96	ยัง ไม่บรรลุ	บรรลุ
3.3.3 อัตราการเกิดโรค มาลาเรียต่อประชากร 1,000 คน ต่อปี	ยุติ การระบาด	6.44 (2005)	6.31 (2010)	2.65	0.55	0.48	0.24	ยัง ไม่บรรลุ	บรรลุ
3.3.4 จำนวนของผู้ติดเชื้อ ไวรัสตับอักเสบบี ต่อประชากร 100,000 คน **ยังไม่มีรายละเอียด (Metadata)**	ยุติ การระบาด	ไม่มี ข้อมูล	ไม่มี ข้อมูล	ไม่มี ข้อมูล	9.61	9.67	10.16	ยัง ไม่บรรลุ	บรรลุ
3.3.5 จำนวนผู้ที่ร้องขอความช่วยเหลือต่อการป้องกันโรคเขตร้อนที่ถูกกลบเกลืน (Neglected tropical diseases)	ยุติ การระบาด	154,968	41,297	145,141				ยัง ไม่บรรลุ	บรรลุ
เป้าประสงค์ที่ 3.4 ลดการตายก่อนวัยอันควรจากโรคไม่ติดต่อให้ลดลงหนึ่งในสาม ผ่านทางการป้องกันและการรักษาโรค และสนับสนุนสุขภาพจิตและความเป็นอยู่ที่ดี ภายในปี 2573									
3.4.1 อัตราการตายของผู้ที่เป็นโรคหัวใจและหลอดเลือด โรคเมเร็ง โรคเบาหวาน หรือโรคระบบทางเดินหายใจ	ลดลง 1 ใน 3	17.37 (2005)	16.37 (2010)	16.24	2.5	2.8	2.9	ยัง ไม่บรรลุ	บรรลุ
3.4.2 ตัวชี้วัดอัตรา การฆ่าตัวตาย	ลดลง 1 ใน 3	13.09 (2005)	15.77 (2010)	15.99	6.1	6.1	6.5	ยัง ไม่บรรลุ	บรรลุ

ตารางที่ 10 รายงานสถานการณ์ตามตัวชี้วัดเป้าหมายที่ SDG 3 ของประเทศไทย ย้อนหลัง 3 ปี (ต่อ)

เป้าประสงค์/ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ข้อมูลประเทศไทย						สถานะ ปี 2560	สถานะ ปี 2573
		UN			กระทรวงสาธารณสุข				
		2013	2014	2015	2556	2557	2558		
เป้าประสงค์ที่ 3.5 เสริมสร้างการป้องกันและการรักษาการใช้สารในทางที่ผิด ซึ่งรวมถึงการใชยาเสพติดในทางที่ผิดและการใช้แอลกอฮอล์ในทางอันตราย									
3.5.1 ความครอบคลุมของการรักษา (การรักษาโดยใช้ยา ทางจิตวิทยาและการฟื้นฟูสมรรถภาพ และบริการการติดตามผลการรักษา) สำหรับผู้ใช้สารเสพติด	ยังไม่มีรายละเอียด (Metadata)	ไม่มีข้อมูล	ไม่มีข้อมูล	ไม่มีข้อมูล	ไม่มีข้อมูล	ไม่มีข้อมูล	ไม่มีข้อมูล	เกณฑ์ไม่ชัดเจน	เกณฑ์ไม่ชัดเจน
3.5.2 การดื่มแอลกอฮอล์ในระดับอันตราย นิยามตามบริบทของประเทศ คิดเป็นปริมาณแอลกอฮอล์ต่อผู้บริโภค(อายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป) ในจำนวนลิตรของแอลกอฮอล์บริสุทธิ์ภายในปีปฏิทิน	ยังไม่ชัดเจน	7.1 (2014)	8.3 (2015)	7.2 (2016)	6.91	6.95	-	เกณฑ์ไม่ชัดเจน	เกณฑ์ไม่ชัดเจน
เป้าประสงค์ที่ 3.6 ลดจำนวนการตายและบาดเจ็บทางถนนทั่วโลกลงครึ่งหนึ่ง ภายในปี 2563									
3.6.1 อัตราผู้เสียชีวิตจากการบาดเจ็บทางถนน (จำนวนผู้เสียชีวิตจากการบาดเจ็บทางถนนภายในช่วงระยะเวลา 30 วันต่อประชากร 100,000 คน (อายุมาตรฐาน))	ลดลงครึ่งหนึ่งของจำนวนผู้เสียชีวิตทั่วโลก	39.2 (2011)	36.0 (2012)	36.2 (2013)	22.9	23.2	22.3	ยังไม่บรรลุ	บรรลุ
เป้าประสงค์ที่ 3.7 สร้างหลักประกันว่ามีการเข้าถึงบริการ ข้อมูล การให้การศึกษาเกี่ยวกับอนามัยเจริญพันธุ์โดยถ้วนหน้า รวมถึงการวางแผนครอบครัว และการผสมอนามัยเจริญพันธุ์ในยุทธศาสตร์และแผนงานระดับชาติ ภายในปี 2573									
3.7.1 ร้อยละของหญิงวัยเจริญพันธุ์อายุ (15-49 ปี) ที่พึงพอใจกับการวางแผนครอบครัวด้วยวิธีสมัยใหม่	ยังไม่ชัดเจน	-	94.8 (2006)	89.2 (2012)	ไม่มีข้อมูล	ไม่มีข้อมูล	ไม่มีข้อมูล	เกณฑ์ไม่ชัดเจน	บรรลุ
3.7.2 อัตราการคลอดมีชีพในหญิงอายุ (10-14 ปี, 15-19 ปี) ต่อผู้หญิงอายุ (10-14 ปี, 15-19 ปี) 1,000 คน	ยังไม่ชัดเจน	50.9 (2010)	55.6 (2011)	60 (2012)	52.8	48.5	45.3	เกณฑ์ไม่ชัดเจน	เกณฑ์ไม่ชัดเจน

ตารางที่ 10 รายงานสถานการณ์ตามตัวชี้วัดเป้าหมายที่ SDG 3 ของประเทศไทย ย้อนหลัง 3 ปี (ต่อ)

เป้าประสงค์/ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ข้อมูลประเทศไทย						สถานะ ปี 2560	สถานะ ปี 2573
		UN			กระทรวงสาธารณสุข				
		2013	2014	2015	2556	2557	2558		
เป้าประสงค์ที่ 3.8 บรรลุการมีหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า รวมถึงการป้องกันความเสี่ยงทางการเงิน การเข้าถึงการบริการสาธารณสุขจำเป็นที่มีคุณภาพ และเข้าถึงยาและวัคซีนจำเป็นที่ปลอดภัย มีประสิทธิภาพ มีคุณภาพ และมีราคาที่สามารถซื้อหาได้									
3.8.1 อัตราความครอบคลุมของบริการด้านสุขภาพที่จำเป็น	ความสำเร็จของ UHC	96.25 (2005)	99.16 (2008)	99.87 (2013)	ไม่มีข้อมูล	ไม่มีข้อมูล	ไม่มีข้อมูล	บรรลุ	บรรลุ
3.8.2 สัดส่วนค่าใช้จ่ายสุขภาพครัวเรือนต่อค่าใช้จ่ายครัวเรือนทั้งหมด	ร้อยละ 10-25	ไม่มีข้อมูล	ไม่มีข้อมูล	ไม่มีข้อมูล	ไม่มีข้อมูล	ไม่มีข้อมูล	ไม่มีข้อมูล	ไม่มีข้อมูล	บรรลุ
เป้าประสงค์ที่ 3.9 ลดจำนวนการตายและการเจ็บป่วยจากสารเคมีอันตรายและจากมลพิษและการปนเปื้อนทางอากาศ น้ำ และดิน ให้ลดลงอย่างมาก ภายในปี 2573									
3.9.1 อัตราการตายที่เกิดจากมลพิษทางอากาศในบ้านเรือนและในบรรยากาศ	ลดจำนวนการตายและการป่วย	6.45	6.5	6.48	ไม่มีข้อมูล	ไม่มีข้อมูล	ไม่มีข้อมูล	ยังไม่บรรลุ	บรรลุ
3.9.2 อัตราการตายที่เกิดจากน้ำสุขอนามัย ที่ไม่ปลอดภัย และปราศจากสุขลักษณะ (การเปิดเผยบริการชะล้างที่ไม่ปลอดภัย) (อัตราการตายเนื่องจากสารเคมีอันตราย มลภาวะในน้ำและในดิน และการปนเปื้อน)	-	-	-	1.87	ไม่มีข้อมูล	ไม่มีข้อมูล	ไม่มีข้อมูล	ยังไม่บรรลุ	เกณฑ์ไม่ชัดเจน
3.9.3 อัตราการตายที่เกิดจากการได้รับสารพิษโดยไม่ตั้งใจ	-	0.51 (2005)	0.53 (2010)	0.53	0.1	0.1	0.1	ยังไม่บรรลุ	บรรลุ
เป้าประสงค์ที่ 3.a เสริมการดำเนินงานของกรอบอนุสัญญาขององค์การอนามัยโลกว่าด้วยการควบคุมยาสูบในทุกประเทศตามความเหมาะสม									
3.a.1 ความชุกของการปรับมาตรฐานอายุของผู้สูบบุหรี่ในปัจจุบันในจำนวนผู้สูบบุหรี่ที่มีอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป	ดำเนินงานตามแนวทางควบคุมการสูบบุหรี่ของ WHO	ไม่มีข้อมูล	ไม่มีข้อมูล	ไม่มีข้อมูล	21.2 (2550)	18.5 (2553)	21.5	เกณฑ์ไม่ชัดเจน	เกณฑ์ไม่ชัดเจน

ตารางที่ 10 รายงานสถานการณ์ตามตัวชี้วัดเป้าหมายที่ SDG 3 ของประเทศไทย ย้อนหลัง 3 ปี (ต่อ)

เป้าประสงค์/ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ข้อมูลประเทศไทย						สถานะ ปี 2560	สถานะ ปี 2573	
		UN			กระทรวงสาธารณสุข					
		2013	2014	2015	2556	2557	2558			
เป้าประสงค์ที่ 3.b สนับสนุนการวิจัยและการพัฒนาวัคซีนและยาสำหรับโรคติดต่อและไม่ติดต่อที่ส่งผลกระทบโดยตรงต่อประเทศกำลังพัฒนา ให้มีการเข้าถึงยาและวัคซีนจำเป็นในราคาที่ซื้อหาได้ ตามปฏิญญาโตฮาความตกลงว่าด้วยสิทธิในทรัพย์สินทางปัญญาเกี่ยวกับการค้าและการสาธารณสุข ซึ่งเน้นย้ำสิทธิสำหรับประเทศกำลังพัฒนาที่จะใช้ทบทวนญัตติในความตกลงว่าด้วยสิทธิในทรัพย์สินทางปัญญาที่เกี่ยวข้องกับการค้าอย่างเต็มที่ในเรื่องการผ่อนปรนเพื่อจะปกป้องสุขภาพสาธารณะและโดยเฉพาะการเข้าถึงยาโดยถ้วนหน้า										
3.b.1 สัดส่วนของประชากรที่เข้าถึงวัคซีน (ร้อยละ) - ความครอบคลุมวัคซีน DTP 3 ครั้ง - ความครอบคลุมวัคซีนหัด 2 ครั้ง - ความครอบคลุมวัคซีน Pneumococcal conjugate ฉีดครั้งสุดท้าย - ความครอบคลุมวัคซีน HPV ฉีดครั้งสุดท้าย	เพิ่มการเข้าถึงวัคซีนที่จำเป็น					71.03	83.63	88.16	เกณฑ์ไม่ชัดเจน	บรรลุ
						ไม่มีข้อมูล	ไม่มีข้อมูล	63.14		
						ไม่มีข้อมูล	ไม่มีข้อมูล	ไม่มีข้อมูล		
						ไม่มีข้อมูล	ไม่มีข้อมูล	ไม่มีข้อมูล		
3.b.2 เงินช่วยเหลือเพื่อการพัฒนาอย่างเป็นทางการสุทธิรวม (Total net official development assistance-ODA) ต่อการวิจัยทางการแพทย์และด้านสุขภาพขั้นพื้นฐาน	ยังไม่ชัดเจน	23.97	29.06	26.79	ไม่มีข้อมูล	ไม่มีข้อมูล	ไม่มีข้อมูล	เกณฑ์ไม่ชัดเจน	เกณฑ์ไม่ชัดเจน	
3.b.3 สัดส่วนของสถานบริการที่ให้บริการยาที่จำเป็นได้	ยังไม่มีรายละเอียด (Metadata)	ไม่มีข้อมูล	ไม่มีข้อมูล	เกณฑ์ไม่ชัดเจน	เกณฑ์ไม่ชัดเจน	เกณฑ์ไม่ชัดเจน	เกณฑ์ไม่ชัดเจน	ยังไม่มีรายละเอียด (Metadata)	ยังไม่มีรายละเอียด (Metadata)	
เป้าประสงค์ที่ 3.c เพิ่มการใช้เงินที่เกี่ยวกับสุขภาพ และการสรรหา การพัฒนา การฝึกฝน และการเก็บรักษากำลังคนด้านสุขภาพในประเทศกำลังพัฒนา โดยเฉพาะอย่างยิ่งในประเทศพัฒนาน้อยที่สุดและรัฐกำลังพัฒนาที่เป็นเกาะขนาดเล็ก										
3.c.1 ความหนาแน่นและการกระจายตัวของบุคลากรด้านสาธารณสุข	ยังไม่ชัดเจน	1.92 (2008)	2 (2009)	2.47 (2010)	ไม่มีข้อมูล	ไม่มีข้อมูล	ไม่มีข้อมูล	เกณฑ์ไม่ชัดเจน	บรรลุ	

ตารางที่ 10 รายงานสถานการณ์ตามตัวชี้วัดเป้าหมายที่ SDG 3 ของประเทศไทย ย้อนหลัง 3 ปี (ต่อ)

เป้าประสงค์/ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ข้อมูลประเทศไทย						สถานะ ปี 2560	สถานะ ปี 2573
		UN			กระทรวงสาธารณสุข				
		2013	2014	2015	2556	2557	2558		
เป้าประสงค์ที่ 3.d เสริมขีดความสามารถสำหรับทุกประเทศ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในประเทศกำลังพัฒนา ในเรื่องการแจ้งเตือนล่วงหน้า การลดความเสี่ยง และการบริหารจัดการความเสี่ยงด้านสุขภาพในระดับประเทศและระดับโลก									
3.d.1 ปริมาณของกฎอนามัยระหว่างประเทศ (International Health Regulations: IHR) และการเตรียมความพร้อมฉุกเฉินด้านสุขภาพ	ยังไม่ชัดเจน	81.6 (2012)	93.1 (2013)	97.8 (2014)	ไม่มี ข้อมูล	ไม่มี ข้อมูล	ไม่มี ข้อมูล	เกณฑ์ไม่ ชัดเจน	บรรลุ

อ้างอิง: Global Database (WHO,GHO,OECD,UNAIDS,Country survey) และข้อมูลจากหน่วยงานสังกัดกระทรวงสาธารณสุข

10.2 โครงสร้างการดำเนินงานไปสู่เป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืนด้านสุขภาพ

การดำเนินงานไปสู่เป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืนด้านสุขภาพเป้าหมายที่ 3 คือ “รับรองการมีสุขภาพและความปลอดภัยที่ดีของทุกคนในทุกช่วงอายุสร้างหลักประกันว่าคนมีชีวิตที่มีสุขภาพดีและส่งเสริมสวัสดิภาพสำหรับทุกคนในทุกวัย” กระทรวงสาธารณสุขได้บูรณาการ 13 เป้าประสงค์ 27 ตัวชี้วัดกับแผนยุทธศาสตร์ชาติระยะ 20 ปี ด้านสาธารณสุข⁽⁹⁾ เพื่อการขับเคลื่อนที่สอดคล้องกัน ซึ่งแผนยุทธศาสตร์ระยะ 20 ปี ด้านสาธารณสุข ประกอบด้วย 4 ยุทธศาสตร์ 15 แผนงาน 45 โครงการ เมื่อพิจารณาการพัฒนาที่ยั่งยืนเป้าหมายที่ 3 จะสอดคล้องกับ 6 แผนงาน⁽¹⁾ ดังนี้

ยุทธศาสตร์ที่ 1 ส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคเป็นเลิศ (Prevention & Promotion Excellence)

กระทรวงสาธารณสุขใช้มาตรการ PIRAB จากที่ประชุมกฎบัตรกรุงเทพ (Bangkok Charter) ได้ประกาศให้ทุกภาคส่วนและทุกพื้นที่ (Sector & Setting) นำไปใช้เพื่อเพิ่มประสิทธิผลและประสิทธิภาพในการทำงานส่งเสริมสุขภาพ ในการประชุมส่งเสริมสุขภาพโลกครั้งที่ 6 ที่กรุงเทพมหานคร โดย PIRAB⁽¹⁰⁾ ประกอบด้วย

P: Partner ชักชวนพันธมิตรทุกภาคส่วนทุกระดับ ให้ความสำคัญและร่วมกันทำงานส่งเสริมสุขภาพแบบยั่งยืน โดยเฉพาะการกำหนดเรื่องสุขภาพเป็นประเด็นสำคัญในทุกนโยบายสุขภาพ (Health in All Policy)

I: Invest กระตุ้นให้เกิดการเกิดลงทุนโดยเฉพาะด้านงบประมาณที่เพียงพอจากระดับนโยบายในทุกภาคส่วนเพื่อจัดการกับปัจจัยกำหนดสุขภาพทั้งด้านสังคมและเศรษฐกิจ

R: Regulate and Legislate ใช้การตรากฎและออกกฎหมาย เพื่อคุ้มครองประชาชนจากความเสี่ยงต่อสุขภาพทุกด้าน

A: Advocate ชี้นำ ชูประเด็น และสนับสนุนให้การเมืองทุกระดับให้ความสำคัญกับการส่งเสริมสุขภาพบนพื้นฐานสิทธิมนุษยชนและความเท่าเทียม สร้างการทำงานร่วมกันกับทุกภาคส่วน

B: Build Capacity พัฒนาศักยภาพบุคลากรทุกภาคส่วนให้สามารถพัฒนานโยบายทุกด้านที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ รวมทั้งการวิจัย การกระจายความรู้เพื่อความรอบรู้ด้านสุขภาพของประชาชน

เมื่อพิจารณาเป้าประสงค์และตัวชี้วัดรายตัวของการพัฒนาที่ยั่งยืนด้านสุขภาพสามารถนำมาเชื่อมโยงกับยุทธศาสตร์ที่ 1 ดังนี้

แผนงานที่ 1 การพัฒนาคุณภาพชีวิตคนไทยทุกกลุ่มวัย (ด้านสุขภาพ)

โครงการที่ 1 พัฒนาคุณภาพและสร้างเสริมศักยภาพคนไทยกลุ่มสตรีและเด็กปฐมวัย

เป้าประสงค์ 3.1 ลดอัตราการตายของมารดาทั่วโลกให้ต่ำกว่า 70 ต่อการเกิดมีชีพ 1 แสนคน ภายในปี 2573

ตัวชี้วัดที่ 3.1.1 อัตราการตายของมารดาต่อการเกิดมีชีพ 100,000 คน

ตัวชี้วัดที่ 3.1.2 สัดส่วนของการคลอดบุตรที่ดูแลโดยบุคลากรด้านสาธารณสุขที่มีความชำนาญ

โครงการที่ 2 พัฒนาคุณภาพและสร้างเสริมศักยภาพคนไทยกลุ่มวัยเรียนและวัยรุ่น

เป้าประสงค์ 3.7 สร้างหลักประกันว่ามีการเข้าถึงบริการ ข้อมูล การให้การศึกษาเกี่ยวกับอนามัยเจริญพันธุ์โดยถ้วนหน้า รวมถึงการวางแผนครอบครัว และการผสมพันธุ์ในวัยเจริญพันธุ์ในยุทธศาสตร์และแผนงานระดับชาติ ภายในปี 2573

ตัวชี้วัดที่ 3.7.1 ร้อยละของหญิงวัยเจริญพันธุ์อายุ (15-49 ปี) ที่พึงพอใจกับการวางแผนครอบครัวด้วยวิธีสมัยใหม่

ตัวชี้วัดที่ 3.7.2 อัตราการคลอดมีชีพในหญิงอายุ (10-14 ปี, 15-19 ปี) ต่อผู้หญิงอายุ (10-14 ปี, 15-19 ปี) 1,000 คน

แผนงานที่ 3 การป้องกันควบคุมโรคและลดปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพ

โครงการที่ 1 พัฒนาระบบการตอบโต้ภาวะฉุกเฉินและภัยสุขภาพ

เป้าประสงค์ที่ 3.d เสริมขีดความสามารถสำหรับทุกประเทศ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในประเทศกำลังพัฒนาในเรื่องการแจ้งเตือนล่วงหน้า การลดความเสี่ยง และการบริหารจัดการความเสี่ยงด้านสุขภาพในระดับประเทศและระดับโลก

ตัวชี้วัดที่ 3.d.1 ปริมาณของกฎอนามัยระหว่างประเทศ (International Health Regulations: IHR) และการเตรียมความพร้อมฉุกเฉินด้านสุขภาพ

โครงการที่ 2 ควบคุมโรคติดต่อ

เป้าประสงค์ 3.3 ยุติการแพร่กระจายของเอดส์ วัณโรค มาลาเรีย และโรคเขตร้อนที่ถูกกลืนและต่อสู้กับโรคดื้อยา โรคติดต่อทางน้ำและโรคติดต่ออื่นๆ ภายในปี 2573

ตัวชี้วัดที่ 3.3.1 จำนวนผู้ติดเชื้อ HIV รายใหม่ต่อประชากรที่ไม่มีการติดเชื้อ 1,000 คน

ตัวชี้วัดที่ 3.3.2 อัตราการเกิดโรคเอดส์ต่อประชากร 1,000 คน

ตัวชี้วัดที่ 3.3.3 อัตราการเกิดโรคมมาลาเรียต่อประชากร 1,000 คน ต่อปี

ตัวชี้วัดที่ 3.3.4 จำนวนของผู้ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีต่อประชากร 100,000 คน

ตัวชี้วัดที่ 3.3.5 จำนวนผู้ที่ร้องขอความช่วยเหลือต่อการป้องกันโรคเขตร้อนที่ถูกกลืน

โครงการที่ 3 ควบคุมโรคไม่ติดต่อและภัยสุขภาพ

เป้าประสงค์ 3.6 ลดจำนวนการตายและบาดเจ็บทางถนนทั่วโลกครึ่งหนึ่ง ภายในปี 2563

ตัวชี้วัดที่ 3.6.1 อัตราผู้เสียชีวิตจากการบาดเจ็บทางถนน (จำนวนผู้เสียชีวิตจากการบาดเจ็บทางถนนภายในช่วงระยะเวลา 30 วัน ต่อประชากร 100,000 คน (อายุมาตรฐาน)

เป้าประสงค์ 3.5 เสริมสร้างการป้องกันและการรักษาการใช้สารในทางที่ผิด ซึ่งรวมถึงการใช้ยาเสพติดในทางที่ผิดและการใช้แอลกอฮอล์ในทางอันตราย

ตัวชี้วัดที่ 3.5.1 ความครอบคลุมของการรักษา (การรักษาโดยใช้ยา ทางจิตวิทยาและการฟื้นฟูสมรรถภาพและบริการการติดตามผลการรักษา) สำหรับผู้ใช้สารเสพติด

ตัวชี้วัดที่ 3.5.2 การดื่มแอลกอฮอล์ในระดับอันตรายนิยามตามบริบทของประเทศ คิดเป็นปริมาณแอลกอฮอล์ต่อผู้บริโภค (อายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป) ในจำนวนลิตรของแอลกอฮอล์บริสุทธิ์ ภายในปีปฏิทิน

เป้าประสงค์ 3.a เสริมการดำเนินงานของกรอบอนุสัญญาขององค์การอนามัยโลกด้วยการควบคุมยาสูบในทุกประเทศตามความเหมาะสม

ตัวชี้วัดที่ 3.a.1 ความชุกของการปรับมาตรฐานอายุของผู้ที่สูบบุหรี่ในปัจจุบันในจำนวนผู้สูบบุหรี่ที่มีอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป

แผนงานที่ 4 การบริหารจัดการสิ่งแวดล้อม

โครงการที่ 2 คัดกรองสุขภาพประชาชนจากมลพิษสิ่งแวดล้อมในพื้นที่เสี่ยง (Hot Zone)

เป้าประสงค์ 3.9 ลดจำนวนการตายและการเจ็บป่วยจากสารเคมีอันตรายและจากมลพิษและการปนเปื้อนทางอากาศ น้ำและดิน ให้ลดลงอย่างมาก ภายในปี 2573

ตัวชี้วัดที่ 3.9.1 อัตราการตายที่เกิดจากมลพิษทางอากาศในบ้านเรือนและในบรรยากาศ

ตัวชี้วัดที่ 3.9.2 อัตราการตายที่เกิดจากน้ำ สุขอนามัยที่ไม่ปลอดภัย และปราศจากสุขลักษณะ(การเปิดเผยบริการชล้างที่ไม่ปลอดภัย)(อัตราการตายเนื่องจากสารเคมีอันตรายจากมลภาวะในน้ำและในดินและการปนเปื้อน)

ตัวชี้วัดที่ 3.9.3 อัตราการตายที่เกิดจากการได้รับสารพิษโดยไม่ตั้งใจ

ยุทธศาสตร์ที่ 2 บริการเป็นเลิศ (Service Excellence)

กระทรวงสาธารณสุขใช้กรอบแนวคิดระบบสุขภาพขององค์การอนามัยโลก (WHO Health System Framework) โดยกรอบแนวคิดดังกล่าวระบุผลลัพธ์ของระบบสุขภาพที่สำคัญ คือ การเข้าถึงความครอบคลุม คุณภาพและความปลอดภัยและผลสัมฤทธิ์ นอกจากนี้จะทำให้ประชาชนมีสุขดีขึ้นแล้ว ยังต้องมีประสิทธิภาพ สร้างความเป็นธรรม ปกป้องคุ้มครองความเสี่ยงทั้งด้านสังคมและการเงิน และสามารถตอบสนองต่อความต้องการของประชาชนด้วย โดยระบบสุขภาพที่จะบรรลุถึงเป้าหมายเหล่านี้จะต้องประกอบด้วยองค์ประกอบพื้นฐานอย่างน้อย 6 ประการ (six building blocks) ได้แก่ (1) การให้บริการ (2) บุคลากรด้านสุขภาพ (3) สารสนเทศ (4) ผลิตภัณฑ์ทางการแพทย์ วัคซีนและเทคโนโลยี (5) การเงิน และ (6) ภาวะผู้นำและธรรมาภิบาล⁽¹¹⁾ เมื่อพิจารณาตัวชี้วัดรายตัวสามารถนำมาเชื่อมโยงกับยุทธศาสตร์ที่ 2

ดังนี้

แผนงานที่ 6 การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)

โครงการที่ 1 พัฒนาระบบบริการสุขภาพสาขาโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

เป้าประสงค์ 3.4 ลดการตายก่อนวัยอันควรจากโรคไม่ติดต่อให้ลดลงหนึ่งในสาม ผ่านทางการป้องกันและการรักษาโรค และสนับสนุนสุขภาพจิตและความเป็นอยู่ที่ดี ภายในปี 2573

ตัวชี้วัดที่ 3.4.1 อัตราการตายของผู้ที่เป็นโรคหัวใจและหลอดเลือด โรคมะเร็ง โรคเบาหวาน หรือโรคระบบทางเดินหายใจ

โครงการที่ 4 พัฒนาระบบบริการสุขภาพสาขาทารกแรกเกิด

เป้าประสงค์ 3.2 ยุติการตายที่ป้องกันได้ของทารกแรกเกิดและเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี โดยทุกประเทศมุ่งลดอัตราการตายในทารกถึงให้ต่ำถึง 12 คน ต่อ การเกิดมีชีวิต 1,000 คน และลดอัตราการตายในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ลงให้ต่ำถึง 25 คน ต่อการเกิดมีชีวิต 1,000 คน ภายในปี 2573

ตัวชี้วัดที่ 3.2.1 อัตราการตายของทารกอายุต่ำกว่า 5 ปี (อัตราการตายต่อการเกิด 1,000 คน)

ตัวชี้วัดที่ 3.2.2 ตัวชี้วัดอัตราการตายของทารกแรกเกิด (การตายต่อการเกิด 1,000 คน)

โครงการที่ 7 พัฒนาระบบบริการสุขภาพสาขาสุขภาพจิตและจิตเวช

เป้าประสงค์ 3.4 ลดการตายก่อนวัยอันควรจากโรคไม่ติดต่อให้ลดลงหนึ่งในสาม ผ่านทางการป้องกันและการรักษาโรคและสนับสนุนสุขภาพจิตและความเป็นอยู่ที่ดี ภายในปี 2573

ตัวชี้วัดที่ 3.4.2 ตัวชี้วัดอัตราการฆ่าตัวตาย

ยุทธศาสตร์ที่ 3 บุคลากรเป็นเลิศ (People Excellence)

เพื่อแก้ปัญหาขาดแคลนบุคลากร การวางแผนอัตรากำลังคน ร่วมมือกับมหาวิทยาลัยในแต่ละภูมิภาคผลิตและพัฒนาบุคลากร การปรับระบบค่าตอบแทนบุคลากร สาธารณสุข การสร้างศักยภาพบุคลากรสาธารณสุขให้มีความเป็นเลิศ (excellence) ในทุกๆด้าน พร้อมทั้งมี

ความสุข โดยเน้นงานด้าน human resource planning, human resource development และ human resource management เมื่อพิจารณาตัวชี้วัดรายตัวสามารถนำมาเชื่อมโยงกับยุทธศาสตร์ที่ 3 ดังนี้

แผนงานที่ 10 การพัฒนาระบบบริหารจัดการกำลังคนด้านสุขภาพ

โครงการที่ 1 ผลิตและพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพสู่ความเป็นมืออาชีพ

เป้าประสงค์ 3.c เพิ่มการใช้เงินที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ และการสรรหา การพัฒนา การฝึกฝน และการเก็บรักษา กำลังคนด้านสุขภาพในประเทศกำลังพัฒนา โดยเฉพาะอย่างยิ่งในประเทศพัฒนาน้อยที่สุดและรัฐกำลังพัฒนาที่เป็นเกาะขนาดเล็ก

ตัวชี้วัดที่ 3.c.1 ความหนาแน่นและการกระจายตัวของบุคลากรด้านสาธารณสุข

ยุทธศาสตร์ที่ 4 บริหารเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล (Governance Excellence)

การพัฒนาระบบบริหารจัดการต่างๆ ให้ดี มีประสิทธิภาพ โดยเน้นหนักด้านข้อมูลและระบบสารสนเทศ (information technology) ที่ทันสมัย ระบบการเงินการคลังที่มีประสิทธิภาพ เมื่อพิจารณาตัวชี้วัดรายตัวสามารถนำมาเชื่อมโยงกับยุทธศาสตร์ที่ 3 ดังนี้

แผนงานที่ 13 การบริหารจัดการด้านการเงินการคลังสุขภาพ

โครงการที่ 1 ลดความเหลื่อมล้ำของ 3 กองทุน

เป้าประสงค์ 3.8 บรรลุการมีหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า รวมถึงการป้องกันความเสี่ยงทางการเงิน การเข้าถึงการบริการสาธารณสุขจำเป็นที่มีคุณภาพ และเข้าถึงยาและวัคซีนจำเป็นที่ปลอดภัย มีประสิทธิภาพ มีคุณภาพ และมีราคาที่สามารถซื้อหาได้

ตัวชี้วัดที่ 3.8.1 อัตราความครอบคลุมของบริการด้านสุขภาพที่จำเป็น

ตัวชี้วัดที่ 3.8.2 สัดส่วนค่าใช้จ่ายสุขภาพครัวเรือนต่อค่าใช้จ่ายครัวเรือนทั้งหมด

เป้าประสงค์ 3.b สนับสนุนการวิจัยและการพัฒนาวัคซีนและยาสำหรับโรคติดต่อและไม่ติดต่อที่ส่งผลกระทบโดยตรงต่อประเทศกำลังพัฒนาให้มีการเข้าถึงยาและวัคซีนจำเป็นในราคาที่สามารถซื้อหาได้ ตามปฏิญญาโดยหาความตกลงว่าด้วยสิทธิในทรัพย์สินทางปัญญาเกี่ยวกับการค้าและการสาธารณสุข ซึ่งเน้นย้ำสิทธิสำหรับประเทศกำลังพัฒนาที่จะใช้บทบัญญัติในความตกลงว่าด้วยสิทธิในทรัพย์สินทางปัญญาที่เกี่ยวกับการค้าอย่างเต็มที่ในเรื่องการผ่อนปรนเพื่อจะปกป้องสุขภาพสาธารณะและโดยเฉพาะการเข้าถึงยาโดยถ้วนหน้า

ตัวชี้วัดที่ 3.b.1 สัดส่วนของประชากรที่เข้าถึงวัคซีน

ตัวชี้วัดที่ 3.b.2 เงินช่วยเหลือเพื่อการพัฒนาอย่างเป็นทางการสุทธิรวม (Total net official development assistance-ODA) ต่อการวิจัยทางการแพทย์และด้านสุขภาพขั้นพื้นฐาน

ตัวชี้วัดที่ 3.b.3 สัดส่วนของสถานบริการที่ให้บริการยาที่จำเป็นได้

10.3 บทบาทของกระทรวงสาธารณสุขและภาคีเครือข่ายในการดำเนินงานตามเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืนด้านสุขภาพ

กระทรวงสาธารณสุขได้จัดทำแนวทางการดำเนินงาน (Road map) ตามเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน ร่วมกับภาคีเครือข่าย โดยแบ่งการดำเนินงานเป็น 3 ระยะ คือ ระยะสั้น ระยะกลาง และระยะยาว แต่ละระยะจะเน้นหนักแต่ละตัวชี้วัดเพื่อให้บรรลุเป้าหมายที่กำหนดไว้

ระยะสั้น (พ.ศ. 2560) เน้นดำเนินการ ดังนี้

เป้าประสงค์ที่ 3.1 ลดอัตราการตายของมารดาทั่วโลกให้ต่ำกว่า 70 ต่อการเกิดมีชีพ 1 แสนคน ภายในปี 2573

3.1.1 อัตราการตายของมารดาต่อการเกิดมีชีพ 100,000 คน

3.1.2 สัดส่วนของการคลอดบุตรที่ดูแลโดยบุคลากรด้านสาธารณสุขที่มีความชำนาญ

หน่วยงานหลัก กรมอนามัย กรมการแพทย์ (โรงพยาบาลราชวิถี)

เป้าประสงค์ที่ 3.2 ยุติการตายที่ป้องกันได้ของทารกแรกเกิดและเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี โดยทุกประเทศมุ่งลดอัตราการตายในทารกถึงต่ำถึง 12 คน ต่อ การเกิดมีชีวิต 1,000 คน และลดอัตราการตายในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ลงให้ต่ำถึง 25 คน ต่อการเกิดมีชีวิต 1,000 คน ภายในปี 2573

3.2.1 อัตราการตายของทารกอายุต่ำกว่า 5 ปี (อัตราการตายต่อการเกิด 1,000 คน)

3.2.2 ตัวชี้วัดอัตราตายของทารกแรกเกิด (การตายต่อการเกิด 1,000 คน)

หน่วยงานหลัก กรมอนามัย กรมการแพทย์ (สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี)

เป้าประสงค์ที่ 3.3 ยุติการแพร่กระจายของเอดส์ วัณโรค มาลาเรีย และโรคเขตร้อนที่ถูกกลืนและต่อสู้กับโรคดื้อยา วัณโรค โรคติดต่อทางน้ำ และโรคติดต่ออื่นๆ ภายในปี 2573

3.3.5 จำนวนผู้ที่ร้องขอความช่วยเหลือต่อการป้องกันโรคเขตร้อนที่ถูกกลืน (Neglected tropical diseases)

หน่วยงานหลัก กรมควบคุมโรค สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) กระทรวงมหาดไทย กระทรวงวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี สารสนเทศ

เป้าประสงค์ที่ 3.7 สร้างหลักประกันว่ามีการเข้าถึงบริการข้อมูล การให้การศึกษาเกี่ยวกับอนามัยเจริญพันธุ์โดยถ้วนหน้า รวมถึงการวางแผนครอบครัวและการผสมพันธุ์อนามัยเจริญพันธุ์ในยุทธศาสตร์และแผนงานระดับชาติ ภายในปี 2573

3.7.1 ร้อยละของหญิงวัยเจริญพันธุ์อายุ (15-49 ปี) ที่พึงพอใจกับการวางแผนครอบครัวด้วยวิธีสมัยใหม่

หน่วยงานหลัก กรมอนามัย สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สำนักงานสถิติแห่งชาติ กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ กระทรวงศึกษาธิการ

เป้าประสงค์ที่ 3.8 บรรลุการมีหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า รวมถึงการป้องกันความเสี่ยงทางการเงิน การเข้า

ถึงบริการบริการสาธารณสุขจำเป็นที่มีคุณภาพ และเข้าถึงยาและวัคซีนจำเป็นที่ปลอดภัย มีประสิทธิภาพ มีคุณภาพ และมีราคาที่สามารถซื้อหาได้

3.8.1 อัตราความครอบคลุมของบริการด้านสุขภาพที่จำเป็น

3.8.2 สัดส่วนค่าใช้จ่ายสุขภาพครัวเรือนต่อค่าใช้จ่ายครัวเรือนทั้งหมด

หน่วยงานหลัก สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ กรมบัญชีกลาง สำนักงานประกันสังคม สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ กระทรวงมหาดไทย กระทรวงแรงงาน

เป้าประสงค์ที่ 3.9 ลดจำนวนการตายและการเจ็บป่วยจากสารเคมีอันตรายและจากมลพิษและการปนเปื้อนทางอากาศ น้ำ และดิน ให้ลดลงอย่างมาก ภายในปี 2573

3.9.2 อัตราการตายที่เกิดจากน้ำ สุขอนามัยที่ไม่ปลอดภัย และปราศจากสุขลักษณะ (การเปิดเผยบริการชะล้างที่ไม่ปลอดภัย) (อัตราการตายเนื่องจากสารเคมีอันตราย มลภาวะในน้ำและในดิน และการปนเปื้อน)

หน่วยงานหลัก กรมอนามัย กรมควบคุมโรค กรมการแพทย์ สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงมหาดไทย กระทรวงแรงงาน กระทรวงเกษตรและสหกรณ์ กระทรวงอุตสาหกรรม

เป้าประสงค์ที่ 3.d เสริมขีดความสามารถสำหรับทุกประเทศ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในประเทศกำลังพัฒนา ในเรื่องการจัดตั้งเตือนล่วงหน้า การลดความเสี่ยงและการบริหารจัดการความเสี่ยงด้านสุขภาพในระดับประเทศ และระดับโลก

3.d.1 ปริมาณของกฎอนามัยระหว่างประเทศ (International Health Regulations: IHR) และการเตรียมความพร้อมฉุกเฉินด้านสุขภาพ

หน่วยงานหลัก กรมควบคุมโรค (สำนักระบาดวิทยา)

ระยะกลาง (พ.ศ. 2561–2564) เน้นดำเนินการ ดังนี้

เป้าประสงค์ที่ 3.3 ยุติการแพร่กระจายของเอดส์ วัณโรค มาลาเรีย และโรคเขตร้อนที่ถูกกลืนและต่อสู้กับโรคดื้อยา วัณโรค โรคติดต่อทางน้ำ และโรคติดต่ออื่นๆ

ภายในปี 2573

3.3.4 จำนวนของผู้ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี ต่อประชากร 100,000 คน

หน่วยงานหลัก กรมควบคุมโรค สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) องค์การเภสัชกรรม กระทรวงมหาดไทย กระทรวงวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีสารสนเทศ สมาคมโรคตับแห่งประเทศไทย

เป้าประสงค์ที่ 3.4 ลดการตายก่อนวัยอันควรจากโรคไม่ติดต่อให้ลดลงหนึ่งในสาม ผ่านทางการป้องกันและการรักษาโรค และสนับสนุนสุขภาพจิตและความเป็นอยู่ที่ดี ภายในปี 2573

3.4.1 อัตราการตายของผู้ที่เป็นโรคหัวใจและหลอดเลือด โรคมะเร็ง โรคเบาหวาน หรือโรคระบบทางเดินหายใจ

3.4.2 ตัวชี้วัดอัตราการฆ่าตัวตาย

หน่วยงานหลัก สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กรมควบคุมโรค กรมการแพทย์ (สถาบันโรคทรวงอก โรงพยาบาลราชวิถี สถาบันมะเร็งแห่งชาติ) สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา กรมอนามัย กรมสุขภาพจิต กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ สำนักงานอภัยภูเบศร องค์การเภสัชกรรม กระทรวงศึกษาธิการ กระทรวงมหาดไทย

เป้าประสงค์ที่ 3.5 เสริมสร้างการป้องกันและการรักษาการใช้สารในทางที่ผิด ซึ่งรวมถึงการใช้ยาเสพติดในทางที่ผิดและการใช้แอลกอฮอล์ในทางอันตราย

3.5.1 ความครอบคลุมของการรักษา (การรักษาโดยใช้ยา ทางจิตวิทยาและการฟื้นฟูสมรรถภาพและบริการการติดตามผลการรักษา) สำหรับผู้ใช้สารเสพติด

หน่วยงานหลัก กรมการแพทย์ กรมควบคุมโรค สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กรมสุขภาพจิต กระทรวงแรงงาน

เป้าประสงค์ที่ 3.7 สร้างหลักประกันว่ามีการเข้าถึงบริการข้อมูล การให้การศึกษาเกี่ยวกับอนามัยเจริญพันธุ์โดยถ้วนหน้า รวมถึงการวางแผนครอบครัว และการผสมพันธุ์อนามัยเจริญพันธุ์ในยุทธศาสตร์และแผนงานระดับชาติ ภายในปี 2573

3.7.2 อัตราการคลอดมีชีพในหญิงอายุ (10 - 14 ปี,

15 - 19 ปี) ต่อผู้หญิงอายุ (10-14 ปี, 15-19 ปี) 1,000 คน

หน่วยงานหลัก กรมอนามัย สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สำนักงานสถิติแห่งชาติ กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ กระทรวงศึกษาธิการ กระทรวงแรงงาน กระทรวงมหาดไทย กระทรวงดิจิทัลเพื่อเศรษฐกิจและสังคม

เป้าประสงค์ที่ 3.9 ลดจำนวนการตายและการเจ็บป่วยจากสารเคมีอันตรายและจากมลพิษและการปนเปื้อนทางอากาศ น้ำและดิน ให้ลดลงอย่างมาก ภายในปี 2573

3.9.1 อัตราการตายที่เกิดจากมลพิษทางอากาศในบ้านเรือนและในบรรยากาศ

3.9.3 อัตราการตายที่เกิดจากการได้รับสารพิษโดยไม่ตั้งใจ

หน่วยงานหลัก กรมอนามัย กรมควบคุมโรค กรมการแพทย์ สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงมหาดไทย กระทรวงแรงงาน

เป้าประสงค์ที่ 3.b สนับสนุนการวิจัยและการพัฒนาวัคซีนและยาสำหรับโรคติดต่อและไม่ติดต่อที่ส่งผลกระทบโดยตรงต่อประเทศกำลังพัฒนา ให้มีการเข้าถึงยาและวัคซีนจำเป็นในราคาที่หาซื้อได้ตาม ปรกติโดยความตกลงว่าด้วยสิทธิในทรัพย์สินทางปัญญาเกี่ยวกับการค้าและการสาธารณสุข ซึ่งเน้นย้ำสิทธิสำหรับประเทศกำลังพัฒนาที่จะใช้ข้อยกเว้นในความตกลงว่าด้วยสิทธิในทรัพย์สินทางปัญญาที่เกี่ยวข้องกับการค้าอย่างเต็มที่ในเรื่องการผ่อนปรนเพื่อจะปกป้องสุขภาพสาธารณะและโดยเฉพาะการเข้าถึงยาโดยถ้วนหน้า

3.b.1 สัดส่วนของประชากรที่เข้าถึงวัคซีน

3.b.2 เงินช่วยเหลือเพื่อการพัฒนาอย่างเป็นทางการสุทธิรวม (Total net official development assistance-ODA) ต่อการวิจัยทางการแพทย์และด้านสุขภาพขั้นพื้นฐาน

3.b.3 สัดส่วนของสถานบริการที่ให้บริการยาที่จำเป็นได้

หน่วยงานหลัก กรมควบคุมโรค สำนักงานคณะกรรมการ

อาหารและยา สถาบันวัคซีนแห่งชาติ (องค์การมหาชน) สำนักงานพัฒนาวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีแห่งชาติ องค์การเภสัชกรรม มหาวิทยาลัยมหิดล สถานเสาวภา มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีพระจอมเกล้าธนบุรี มหาวิทยาลัยนเรศวร จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

เป้าประสงค์ที่ 3.c เพิ่มการใช้เงินที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ และการสรรหา การพัฒนา การฝึกฝน และการเก็บรักษา กำลังคนด้านสุขภาพในประเทศกำลังพัฒนา โดยเฉพาะอย่างยิ่งในประเทศพัฒนาน้อยที่สุดและรัฐกำลังพัฒนาที่เป็นเกาะขนาดเล็ก

3.c.1 ความหนาแน่นและการกระจายตัวของ บุคลากรด้านสาธารณสุข

หน่วยงานหลัก สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

ระยะยาว (พ.ศ. 2565–2573) เน้นดำเนินการ ดังนี้

เป้าประสงค์ที่ 3.3 ยุติการแพร่กระจายของเอชไอวี โรค มาลาเรีย และโรคเขตร้อนที่ถูกกลืนและต่อสู้กับโรคตับอักเสบ โรคติดต่อทางน้ำและโรคติดต่ออื่นๆ ภายในปี 2573

3.3.1 จำนวนผู้ติดเชื้อ HIV รายใหม่ต่อประชากร ที่ไม่มีการติดเชื้อ 1,000 คน (จำแนกตาม เพศ อายุและ ประชากรหลัก)

3.3.2 ตัวชี้วัดอัตราการเกิดโรคติดต่อประชากร 1,000 คน

3.3.3 อัตราการเกิดโรคมมาลาเรียต่อประชากร 1,000 คน ต่อปี

หน่วยงานหลัก กรมควบคุมโรค สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) องค์การเภสัชกรรม องค์การภาคประชาสังคม NGOs ภาคเอกชน กระทรวงมหาดไทย กระทรวงศึกษาธิการ สำนักงานกฤษฎามนตรี กระทรวงยุติธรรม กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ กระทรวงวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี สารสนเทศ กองทุนโลก

เป้าประสงค์ที่ 3.5 เสริมสร้างการป้องกันและ การรักษาการใช้สารในทางที่ผิด ซึ่งรวมถึงการใช้ยาเสพติด ในทางที่ผิดและการใช้แอลกอฮอล์ในทางอันตราย

3.5.2 การดื่มแอลกอฮอล์ในระดับอันตราย นิยาม ตามบริบทของประเทศ คิดเป็นปริมาณแอลกอฮอล์ต่อ ผู้บริโภค (อายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป) ในจำนวนลิตรของ แอลกอฮอล์บริสุทธิ์ ภายในปีปฏิทิน

หน่วยงานหลัก กรมควบคุมโรค (สำนักงานคณะกรรมการ ควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์)

เป้าประสงค์ที่ 3.6 ลดจำนวนการตายและบาดเจ็บ ทางถนนทั่วโลกครึ่งหนึ่ง ภายในปี 2563

3.6.1 อัตราผู้เสียชีวิตจากการบาดเจ็บทางถนน (จำนวนผู้เสียชีวิตจากการบาดเจ็บทางถนน ภายในช่วง ระยะเวลา 30 วัน ต่อประชากร 100,000 คน)

หน่วยงานหลัก กรมควบคุมโรค กรมการแพทย์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข สถาบันการแพทย์ ฉกฉกแห่งชาติ ศูนย์ความปลอดภัยทางถนน

เป้าประสงค์ที่ 3.a เสริมการดำเนินงานของกรอบ อนุสัญญาขององค์การอนามัยโลกว่าด้วยการควบคุมยาสูบ ในทุกประเทศตามความเหมาะสม

3.a.1 ความชุกของการปรับมาตรฐานอายุของ ผู้ที่สูบบุหรี่ในปัจจุบันในจำนวนผู้สูบบุหรี่ที่มีอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป

หน่วยงานหลัก กรมควบคุมโรค กรมการแพทย์ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ สำนักงานปลัดกระทรวง สาธารณสุข สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริม สุขภาพ มูลนิธิธรรมาภิบาลเพื่อการไม่สูบบุหรี่ เครือข่ายวิชาชีพ สุขภาพเพื่อสังคมไทยปลอดบุหรี่ ศูนย์วิจัยและจัดการ ความรู้เพื่อการควบคุมยาสูบ สำนักงานสถิติแห่งชาติ กระทรวงมหาดไทย กระทรวงท่องเที่ยวและกีฬา กระทรวง ดิจิทัลเพื่อเศรษฐกิจและสังคม กระทรวงศึกษาธิการ กระทรวงวัฒนธรรม กระทรวงพัฒนาสังคมและ- ความมั่นคงของมนุษย์ กรมสรรพสามิต และกรมศุลกากร

บทที่ 11

ประเทศไทยกับการพัฒนาระบบสุขภาพโลก

11.1 ปัญหาและแนวโน้มสุขภาพในระดับโลก

ในยุคโลกาภิวัตน์ที่ระบบสุขภาพโลกมีการเปลี่ยนแปลงสำคัญทั้งในด้านระบอบภิบาลและแนวโน้มปัญหาสุขภาพที่มีความซับซ้อน การเปลี่ยนแปลงเหล่านี้ล้วนมีความท้าทายต่อการขับเคลื่อนนโยบายสุขภาพในระดับประเทศ และในระดับนานาชาติหลายด้าน ทั้งนี้สามารถสรุปประเด็นสำคัญ ได้แก่

1) การเปลี่ยนแปลงการอภิบาลระบบสุขภาพโลก และระบบการคลังสุขภาพระดับโลก (ภาพที่ 11.1)

ในระยะเวลา 10-15 ปีที่ผ่านมา เกิดหน่วยงานในระดับนานาชาติทั้งในรูปแบบองค์กรและรูปแบบความร่วมมือหรือเครือข่ายซึ่งเป็นผู้มีส่วนได้ส่วนเสียสำคัญในการแก้ไขปัญหาสุขภาพหลายหน่วยงาน มีผู้เล่นที่เป็นทั้งภาครัฐและหน่วยงานนอกภาครัฐที่มีบทบาทมากขึ้น⁽¹⁻⁵⁾ รวมถึงมีการเปลี่ยนแปลงระบบการเงินการคลังสุขภาพที่มีแนวโน้มที่จะมีภาคเอกชนเข้ามามีส่วนร่วมมากขึ้นและความช่วยเหลือเป็นรูปแบบทวิภาคี โดยมีการระบุปัญหาสุขภาพที่จะช่วยเหลือเป็นการเฉพาะมากขึ้น ซึ่งผลการเปลี่ยนแปลงนี้จะมีผลกระทบต่อหลายประเทศ โดยเฉพาะประเทศกำลังพัฒนา⁽⁶⁻⁸⁾ อีกทั้งระบอบภิบาลหน่วยงานระหว่างประเทศหลายหน่วยงานมีแนวโน้มเป็นกลไกบริหารแบบสร้างควมมีส่วนร่วมมากขึ้น เช่น กลไกบริหารกองทุนโลกที่มีภาคประชาสังคม ภาคเอกชน เข้ามาร่วมเป็นกรรมการบริหาร

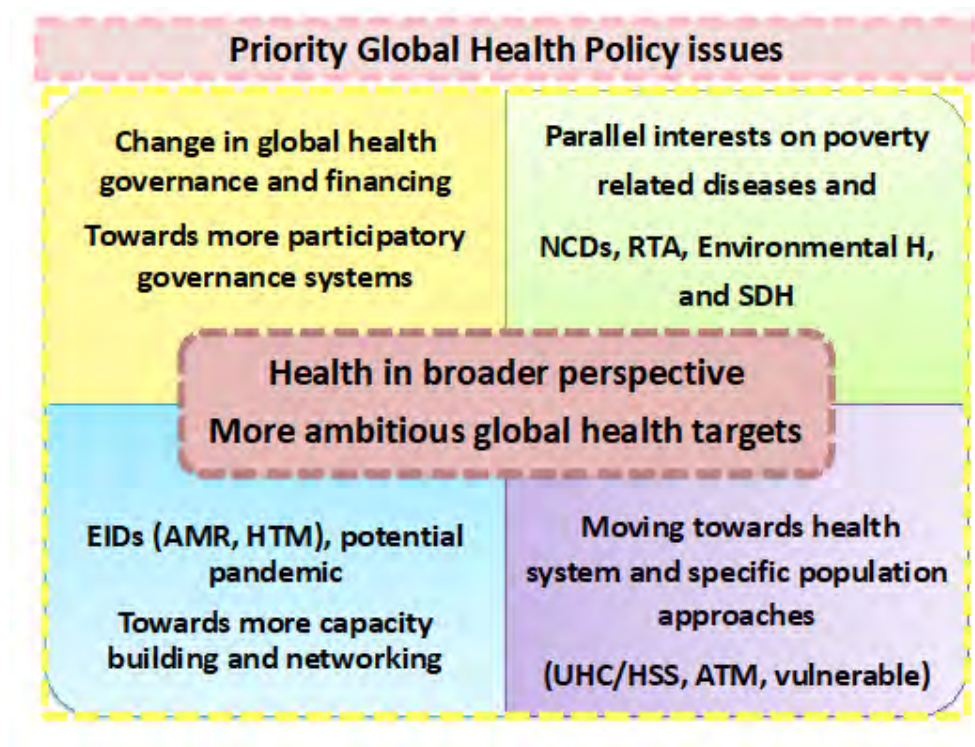
2) ปัญหาสุขภาพมีความซับซ้อนมากขึ้น⁽⁹⁻¹¹⁾ เช่น โรคไม่ติดต่อและโรคที่เกิดจากพฤติกรรมมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น การบาดเจ็บจากปัญหาความปลอดภัยบนท้องถนน โรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม ซึ่งภาค

สุขภาพเป็นปลายทางรับผลกระทบจากนโยบายการค้าและการพัฒนา การมองปัญหาด้านสุขภาพที่มีขอบเขตกว้างขวางกว่าการดำเนินงานด้านสุขภาพซึ่งเชื่อมโยงถึงปัจจัยสังคมกำหนดสุขภาพ⁽¹²⁾ ในขณะเดียวกันปัญหาโรคติดต่อยังคงเป็นปัญหาสำคัญ โดยเฉพาะปัญหาโรคอุบัติใหม่อุบัติซ้ำ เช่น การระบาดของไข้หวัดใหญ่ ไข้หวัดนก การระบาดของอีโบล่า การเกิดปัญหาเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพ ปัญหาเหล่านี้ไม่สามารถแก้ไขได้โดยประเทศใดประเทศหนึ่งเพียงลำพังและต้องอาศัยภาคส่วนอื่น เข้ามาร่วมด้วย

3) การเข้าสู่ยุคของการให้ความสำคัญกับการพัฒนาสุขภาพในเชิงระบบ แตกต่างจากเดิมที่เป็นยุคของการแก้ไขปัญหาสุขภาพโดยมองในมุมเฉพาะโรค รวมถึงการให้ความสำคัญกับประชากรที่ขาดโอกาสและประชากรกลุ่มเปราะบาง

จากการเปลี่ยนแปลงสำคัญข้างต้นจะเห็นว่าปัจจุบันในภาพรวม มุมมองด้านสุขภาพกว้างขวางสู่การมีสุขภาพที่ดีครอบคลุมปัจจัยสังคมกำหนดสุขภาพซึ่งนำไปสู่การจัดทำเป้าหมายระดับโลกที่มีความท้าทายมากยิ่งขึ้น ครอบคลุมความร่วมมือและความมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วน จากเป้าหมายการพัฒนาแห่งสหัสวรรษสู่เป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน โดยมีเป้าหมายด้านสุขภาพเป็น 1 ใน 17 เป้าหมาย ครอบคลุมการประกันสุขภาพถ้วนหน้า การกำจัดหรือกวาดล้างโรคติดต่อที่สำคัญ การลดอัตราการตายจากโรคไม่ติดต่อ ซึ่งเป้าหมายเหล่านี้มีความท้าทายแก่ประเทศต่างๆ อย่างมากในการถ่ายทอดเป้าหมายสู่การปฏิบัติให้บรรลุผลสำเร็จ^(13,14)

ภาพที่ 11.1 ปัญหาและแนวโน้มสุขภาพที่สำคัญในปัจจุบัน



11.2 เป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืนและเป้าหมายด้านสุขภาพที่สำคัญในระดับภูมิภาค

11.2.1 เป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน 2030

เป้าหมายการพัฒนาแห่งสหัสวรรษได้รวมเป้าหมายด้านสุขภาพไว้ด้วย ในฐานะที่สุขภาพที่ดีของประชาชนส่งเสริมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมของชาติได้ ทั้งนี้ เป้าหมายแห่งสหัสวรรษ ครบวาระในปี พ.ศ. 2558 และประเทศสมาชิกสหประชาชาติ ได้ร่วมจัดทำเป้าหมายเพื่อการพัฒนาที่ยั่งยืน ซึ่งได้บรรจุประเด็นสาธารณสุขเป็น 1 ใน 17 เป้าหมายหลัก (Goals) ที่ครอบคลุม 13 เป้าหมายย่อย (Targets) อาทิเช่น การผลักดันการส่งเสริมหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า การกำจัดโรคเอดส์ การควบคุมการแพร่ระบาดของวัณโรค มาลาเรีย และโรคติดต่ออื่นๆ การลดอัตราผู้เสียชีวิตจากโรคไม่ติดต่อ และการส่งเสริมอนามัยแม่และเด็ก เป็นต้น ทั้งนี้ ที่ประชุมใหญ่สหประชาชาติสมัยที่ 70 ได้ให้การรับรองเป้าหมายดังกล่าวเป็นวาระเพื่อการพัฒนาที่ยั่งยืน (Sustainable Development Goals: SDG) ที่นานาชาติทั่วโลกใช้เป็นพื้นฐานในการ กำหนดยุทธศาสตร์และแผนการพัฒนาประเทศในระยะยาวต่อไป

11.2.2 ความร่วมมือด้านสาธารณสุขอาเซียนหลังปี ค.ศ. 2015

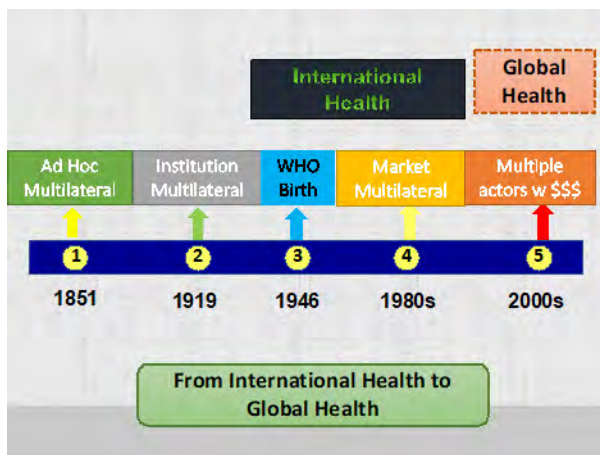
ประเทศไทยยังตั้งอยู่ในภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ที่เศรษฐกิจ การเมือง และสังคมมีพลวัตสูง และพัฒนาไปสู่การเป็นประชาคมอาเซียนในปี พ.ศ. 2558 โดยประเทศสมาชิกอาเซียนได้หารือกันถึงความร่วมมือด้านสาธารณสุขในภูมิภาคภายหลัง ปี ค.ศ. 2015 ซึ่งประกอบด้วย 20 ประเด็นสำคัญ ภายใต้ 4 กลุ่มการพัฒนาสุขภาพ (cluster) ได้แก่ (1) การส่งเสริมวิถีชีวิตที่ดีต่อสุขภาพ (2) การตอบสนองต่อภัยคุกคามด้านสุขภาพ (3) การเสริมสร้างระบบสุขภาพและการเข้าถึงบริการ และ (4) การสร้างความมั่นใจด้านความปลอดภัยทางอาหาร ซึ่งการดำเนินงานในประเด็นสำคัญดังกล่าวให้ได้ผลสำเร็จจำเป็นต้องอาศัย ศักยภาพ ความพร้อม และความร่วมมือของภาคส่วนต่างๆ ภายในประเทศที่เข้มแข็ง รวมถึงอาเซียนต้องมีความมุ่งมั่นร่วมกันมากขึ้นที่จะขับเคลื่อนข้อตกลงในภูมิภาคสู่การปฏิบัติ

11.3 นิยามและพหุมิติของระบบสุขภาพโลก

11.3.1 นิยาม

ในปัจจุบันมีนิยามใหม่และคำศัพท์ใหม่เกิดขึ้นมากมายในวงการสุขภาพโลก ซึ่งคำนิยามและคำศัพท์ต่างๆ เหล่านี้ ล้วนมีวิวัฒนาการตามการพัฒนาสุขภาพที่มีการเปลี่ยนแปลงตามลำดับ (ภาพที่ 11.2) จากในช่วง ค.ศ. 1851 ซึ่งประเทศต่างๆ มีการรวมตัวพบปะพูดคุยเป็นครั้งคราว (Ad Hoc Multilateral) สู่การรวมตัวกันเป็นสถาบันมีการพบปะหารือสม่ำเสมอ (Institution multilateral) จนเข้าสู่ยุคที่มีการก่อตั้งองค์การอนามัยโลกใน ค.ศ. 1946 จากเดิมที่มีคำว่า “การสาธารณสุขระหว่างประเทศ” (International Health) ที่มีขอบเขตมุมมองสุขภาพในมิติของโรคสูในยุคใหม่ที่ใช้ นิยาม “สุขภาพโลก” ในขอบเขตที่กว้างขวางสู่ปัจจัยสังคมกำหนดสุขภาพ ในยุคที่มีผู้เล่นมากมายบนเวทีสุขภาพโลกยุคใหม่⁽¹⁵⁾

ภาพที่ 11.2 วิวัฒนาการของงานสุขภาพโลก



หากจะพูดถึงนิยามของคำว่า “สุขภาพโลก” (Global Health) มีความหมายครอบคลุม ปัญหา หรือ ข้อกังวลด้านสุขภาพ ที่ข้ามพรมแดน หรือ ผลจากสถานการณ์ที่เกิดขึ้นนอกพรมแดน และเกินขอบเขตและความสามารถของรัฐใดรัฐหนึ่งที่จะดำเนินการให้สำเร็จเพียงลำพังได้ ต้องมีกลไกการมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วนทั้งในระดับภูมิภาคและระดับโลก เพื่อจัดการกับปัญหาและปัจจัยกำหนดปัญหาเหล่านั้น

ซึ่งถ้าจะเปรียบเทียบ “การสาธารณสุขระหว่างประเทศ” (International Health) กับ “สุขภาพโลก” (Global Health) สามารถสรุปประเด็นที่แตกต่างกันได้ ใน 3 มิติ (ตารางที่ 11.1) ดังนี้

- ขอบเขตงานสาธารณสุขระหว่างประเทศจะเป็นการมองปัญหาสุขภาพแบบดั้งเดิม โดยมองในมิติของโรคและระบบสุขภาพในส่วนการให้บริการการรักษา ในขณะที่สุขภาพโลกมองสุขภาพในมิติที่ครอบคลุมถึงปัจจัยสังคมกำหนดสุขภาพและงานสุขภาพในมิติอื่นๆ เช่น การค้า การเปลี่ยนแปลงภูมิอากาศ การมองสุขภาพในมุมมองความมั่นคง

- ผู้เล่นในมุมมองของการสาธารณสุขระหว่างประเทศเป็นหน่วยงานภาครัฐเป็นหลักและเป็นคนในภาคสุขภาพ สำหรับในมุมมองของสุขภาพโลกมองผู้เล่นที่กว้างขวางนอกภาคสุขภาพ รวมถึงภาคการพาณิชย์ เกษตร อุตสาหกรรม การต่างประเทศ เอกชน มูลนิธิ ภาคประชาสังคม ภาคการศึกษา ภาคประชาชนและการรวมตัวเพื่อร่วมมือด้านสุขภาพเป็นหุ้นส่วนในรูปแบบต่างๆ ในระดับนานาชาติ

- เครื่องมือที่ใช้สำหรับการสาธารณสุขระหว่างประเทศเป็นธรรมเนียม กฎระเบียบ หรือข้อตกลงต่างๆ ที่เป็นเครื่องมือบริหารโดยใช้อำนาจและการควบคุมกำกับ ในขณะที่สุขภาพโลกใช้เครื่องมือหลากหลาย ทั้งในเชิงการเงินการคลัง การใช้ทุนสังคมและปัญญาและเครื่องมือทางสังคมอื่นๆ

ตารางที่ 11.1 การเปรียบเทียบขอบเขตผู้เล่นและเครื่องมือที่ใช้: การสาธารณสุขระหว่างประเทศและสุขภาพโลก

การสาธารณสุขระหว่างประเทศ		สุขภาพโลก
ขอบเขต	ปัญหาสุขภาพในมิติดั้งเดิม ในมุมมองของโรคและการรักษา/การบริการสุขภาพ	สุขภาพที่ข้ามสู่ปัจจัยสังคมกำหนดสุขภาพและปัญหาสุขภาพในมิติอื่นๆ เช่น การค้า ความมั่นคง
ผู้เล่น	หน่วยงานภาครัฐ บุคลากรด้านสุขภาพ	ภาคส่วนอื่นๆ (พาณิชย์ อุตสาหกรรม เกษตร คมนาคม ประชาสังคม เอกชน ประชาสังคม การศึกษา ประชาชน)
เครื่องมือ	เครื่องมือบริหารอำนาจและการควบคุมกำกับ (ธรรมนูญ กฎระเบียบ)	เครื่องมือหลากหลาย (การเงินการคลัง ทุนสังคม และปัญญา เครื่องมือทางสังคมอื่นๆ)

นอกจากนิยามที่มีขอบเขตกว้างขวางของ “สุขภาพโลก” ซึ่งสะท้อนการมุ่งสู่เป้าหมายการมี “สุขภาพดี” กล่าวคือ การมีสุขภาพที่ดีสมบูรณ์ทั้งกาย จิต สังคม จิตวิญญาณและรวมถึงสุขภาพทางปัญญาแล้วนั้น ในปัจจุบันเรายังสามารถมองสุขภาพโลกผ่านเลนส์พหุมิติได้หลากหลาย ทำให้การขับเคลื่อนงานทำได้กว้างขวาง เพราะปัจจุบันนโยบายสุขภาพควรจะอยู่ในนโยบายด้านอื่นๆ และนโยบายด้านอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องและมีความสัมพันธ์กับสุขภาพควรบรรจุอยู่ในนโยบายด้านสุขภาพ เพราะการลงทุนด้านสุขภาพจะนำพาซึ่งความสำเร็จสู่การพัฒนาสังคมและการพัฒนาประเทศอย่างยั่งยืน

ระบบสุขภาพโลก (Global Health System) หมายถึง ระบบและกลไกการจัดการเพื่อตอบสนองต่อปัญหาสุขภาพที่ข้ามพรมแดน ที่ต้องอาศัยการมีส่วนร่วมจากภาคส่วนต่างๆ ทั้งภาครัฐ เอกชน ประชาสังคม และความร่วมมือระหว่างประเทศ

11.3.2 สุขภาพโลกในมุมมองพหุมิติ

สุขภาพโลกมองได้หลากหลายมิติ ซึ่งจะก่อให้เกิดความเข้าใจสุขภาพโลกในมุมมองต่างๆ และสามารถนำสุขภาพโลกไปใช้เป็นเครื่องมือเพื่อส่งเสริมการพัฒนาสุขภาพให้ดียิ่งขึ้นด้วยความร่วมมือจากภาคส่วนต่างๆ และในขณะเดียวกันงานสุขภาพโลกจะเป็นเครื่องมือสำคัญที่เกื้อหนุนการพัฒนาในมิติอื่นๆ ด้วย ซึ่งท้ายที่สุด เราจะสามารถบรรลุเป้าหมายเดียวกัน คือ ประชาชนมีความสุขและมีความเป็นอยู่ที่ดี (ตารางที่ 11.2)

- สุขภาพโลกในมิติของนโยบายต่างประเทศ ซึ่งใช้สุขภาพเป็นธงนำการสร้างความสัมพันธ์ระหว่างประเทศนำสู่ความร่วมมือทางการค้า การพัฒนาเศรษฐกิจ ภาพลักษณ์ของประเทศ ประเด็นสุขภาพที่ได้รับความสนใจในปัจจุบันคือ โรคติดต่ออุบัติใหม่ อุตสาหกรรม ยาเสพติด วัณโรค เอชไอวี มาลาเรีย การประกันสุขภาพถ้วนหน้า การเข้าสู่สังคมสูงอายุและโรค NCDs หน่วยงานที่ให้ความสำคัญกับมิตินโยบายต่างประเทศ คือ กระทรวงการต่างประเทศ และองค์การระหว่างประเทศเพื่อการพัฒนาของประเทศ พัฒนาแล้ว เช่น Department for International Development (DFID) ของสหราชอาณาจักร United States Agency for International Development (USAID), the U.S. President’s Emergency Plan for AIDS Relief (PEPFAR), Japan International Cooperation Agency (JICA), Tokyo International Conference for African Development (TICAD) และ China International Development Agency

- สุขภาพโลกในมิติความมั่นคง ประเด็นที่อยู่ในลำดับความสำคัญและถือว่ากระทบต่อความมั่นคงคือการก่อการร้ายโดยใช้อาวุธชีวภาพ การระบาดใหญ่ของโรคติดต่อที่สำคัญ เช่น อีโบล่า ไข้หวัดใหญ่ วัณโรคติดต่อ และปัญหาเอดส์ หน่วยงานที่ให้ความสำคัญในมิตินี้ได้แก่ หน่วยงานควบคุมโรคของประเทศพัฒนาแล้ว เช่น United States Centers for Disease Control (US CDC) หรือ

ตารางที่ 11.2 การเปรียบเทียบการมองสุขภาพโลกในมุมมองพหุมิติ 5 ด้าน

หลักการ	เป้าหมาย	จุดเน้น	หน่วยงานที่ให้ความสนใจ
มิตินโยบายต่างประเทศ	การสร้างความสัมพันธ์ระหว่างประเทศนำสู่ความร่วมมือทางการค้า การพัฒนาเศรษฐกิจ ภาพลักษณ์ของประเทศ	โรคติดต่ออุบัติใหม่อุบัติซ้ำ โรคติดต่อที่ยาด้านจุลชีพ วัณโรค เอชไอ มาลาเรีย การประกันสุขภาพถ้วนหน้า การเข้าสู่สังคมสูงอายุและโรค NCDs	กระทรวงการต่างประเทศและองค์กรระหว่างประเทศเพื่อการพัฒนาของประเทศพัฒนาแล้ว
มิติความมั่นคง	ความมั่นคง โรคระบาดร้ายแรง อันตรายจากอาวุธชีวภาพ	การก่อการร้ายโดยใช้อาวุธชีวภาพ การระบาดใหญ่ของโรคติดต่อที่สำคัญ	หน่วยงานควบคุมโรคของประเทศพัฒนาแล้ว หรือองค์กรเอกชน องค์กรภาคประชาสังคม
มิติการกุศล	การแก้ไขปัญหาความยากจน เชื่อมโยงกับความแห้งแล้ง ความอดอยาก	ภาวะทุพโภชนาการ เอชไอ วัณโรค มาลาเรีย โรคที่ถูกละเลย (Neglected Tropical Diseases) และปัญหาประชากรข้ามชาติ คนไร้รัฐ สิทธิมนุษยชน	หน่วยงานพัฒนาระหว่างประเทศของประเทศพัฒนาแล้ว หน่วยงานการกุศลภาคเอกชน
มิติการลงทุน	การลงทุนด้านสุขภาพเพื่อเกื้อหนุนต่อการพัฒนาเศรษฐกิจหรือการพัฒนาสุขภาพเพื่อป้องกันผลกระทบด้านเศรษฐกิจ	โรคเอดส์ มาลาเรีย อนามัยแม่และเด็ก โภชนาการ อาชีวอนามัย การประกันสุขภาพ	ธนาคารโลก International Monetary Fund, International Labour Organization และภาคธุรกิจเอกชน
มิติสาธารณสุข	มนุษย์ทุกคนบนโลกมีสุขภาพดี	ภาระโรคทั่วโลก	องค์การอนามัยโลก หน่วยงานที่รับผิดชอบหรือมีภารกิจเฉพาะด้านสุขภาพหรือรับผิดชอบโรคเฉพาะต่างๆ และองค์กรเอกชน

ที่มา: Stuckler D, Martin McKee M. Five metaphors about global-health policy, Lancet 2008; 372:95-7

องค์กรเอกชน องค์กรภาคประชาสังคม เช่น Doctor without Border (MSF: Médecins Sans Frontières), Nuclear Threat Initiative (NTI)

- สุขภาพโลกในมิติการกุศลซึ่งมองสุขภาพโลกในการแก้ไขปัญหาความยากจนเชื่อมโยงกับความแห้งแล้ง ความอดอยาก ภาวะทุพโภชนาการ เอชไอ วัณโรค มาลาเรีย โรคที่ถูกละเลย (Neglected Tropical Diseases) และปัญหาประชากรข้ามชาติ คนไร้รัฐ สิทธิมนุษยชน หน่วยงานที่ดำเนินงานในมิตินี้ได้แก่ หน่วยงานพัฒนาระหว่างประเทศของประเทศพัฒนาแล้ว หน่วยงานการกุศลภาคเอกชน เช่น มูลนิธิบิลและเมลินดาเกตส์

- สุขภาพโลกในมิติการลงทุน มิตินี้ คือ การลงทุนด้านสุขภาพเพื่อเกื้อหนุนต่อการพัฒนาเศรษฐกิจหรือการพัฒนาสุขภาพเพื่อป้องกันผลกระทบด้านเศรษฐกิจ ประเด็นสุขภาพในกลุ่มนี้คือ โรคเอดส์ มาลาเรีย อนามัยแม่และเด็ก โภชนาการ อาชีวอนามัย การประกันสุขภาพ หน่วยงานที่ให้ความสำคัญในมิตินี้คือ ธนาคารโลก International Monetary Fund, International Labour Organization และภาคธุรกิจเอกชน

- สุขภาพโลกในมิติสาธารณสุข ซึ่งมีวัตถุประสงค์สำคัญ คือ มนุษย์ทุกคนบนโลกมีสุขภาพดี หน่วยงานที่ดำเนินงานในมิตินี้ คือ องค์การอนามัยโลก หน่วยงานที่รับผิดชอบหรือมีภารกิจเฉพาะด้านสุขภาพหรือรับผิดชอบโรคเฉพาะต่างๆ และองค์กรเอกชน เช่น บริษัทยา

11.4 ภูมิทัศน์และกลไกการอภิบาลสุขภาพโลก

1) ภูมิทัศน์สุขภาพโลก

• ภูมิทัศน์ในภาพรวม

องค์กรและกลไกที่มีส่วนร่วมในการอภิบาลระบบสุขภาพมีการเปลี่ยนแปลงไปอย่างมีนัยสำคัญในช่วงสามทศวรรษที่ผ่านมา โดยไม่จำกัดอยู่เฉพาะบทบาทขององค์การอนามัยโลก หรือองค์การภายใต้สหประชาชาติ ซึ่งเป็นกลไกอภิบาลที่ยึดโยงกับรัฐเป็นหลักอีกต่อไป การเปลี่ยนแปลงทางเศรษฐกิจ และการเมืองระหว่างประเทศ รวมทั้งภูมิรัฐศาสตร์ ทำให้มีองค์กรระดับโลก ระดับภูมิภาค และระดับประเทศที่มีส่วนร่วมในการขับเคลื่อนการแก้ไขปัญหาสุขภาพเพิ่มขึ้นเป็นจำนวนมาก เช่น ธนาคารโลก องค์การการค้าโลก องค์การอนามัยโลกพิเศษต่างๆ ภายใต้สหประชาชาติ มูลนิธิการกุศลระหว่างประเทศ องค์กรพัฒนาเอกชนระหว่างประเทศ บริษัทข้ามชาติ กองทุนพัฒนาที่จัดตั้ง โดยรัฐบาลของประเทศมั่งคั่ง เป็นต้น องค์กรเหล่านี้มีทั้งที่เข้าดำเนินการด้วยตนเองและร่วมกัน จัดตั้งภาคีเครือข่ายการพัฒนาสุขภาพระดับโลกขึ้นเป็นจำนวนมาก เช่น การจัดตั้งกองทุนโลก ด้านเอดส์ วัณโรค และมาลาเรีย ซึ่งสามารถระดมทุนดำเนินงานได้เกือบถึงหนึ่งล้านล้านบาทในช่วง 10 ปีที่ผ่านมา โครงการเอดส์แห่งสหประชาชาติ (UNAIDS) GAVI (the vaccine alliance) MSF (Médecins Sans Frontières or Doctors without Border) ซึ่งองค์กรหรือเครือข่ายเหล่านี้ ต่างเข้ามาเป็นผู้เล่นสำคัญในภูมิทัศน์สุขภาพโลก ทำให้การอภิบาลสุขภาพโลกมีการปรับรูปแบบในการทำงาน องค์กรอนามัยโลกไม่ได้เป็นผู้เล่นหลักเพียงผู้เดียว รวมถึงความร่วมมือในการทำงานมิได้จำกัดบทบาทอยู่เฉพาะหน่วยงานภาครัฐเท่านั้น แต่ครอบคลุมภาคเอกชนและภาคประชาสังคม เข้ามามีบทบาทสำคัญร่วมด้วย

นอกจากนี้ ยังมีการรวมตัวกันเป็นประชาคมของประเทศในระดับภูมิภาค เช่น สหภาพยุโรป ประชาคมอาเซียน และกลุ่มความร่วมมือทางเศรษฐกิจ ซึ่งมีการทำงานร่วมกันด้านสุขภาพ หรือมีข้อตกลงที่มีผลกระทบต่อสุขภาพเกิดขึ้นอย่างมากมาย เช่น ความร่วมมือทางเศรษฐกิจเอเชีย-แปซิฟิก (Asia-Pacific

Economic Cooperation หรือ APEC) การประชุมรัฐมนตรีต่างประเทศเอเชีย-ยุโรป (Asia-Europe Meeting หรือ ASEM) ประชาคมเศรษฐกิจอาเซียน World Economic Forum, TICAD (Tokyo International Cooperation for African Development), FOCAC (Forum for China-Africa Cooperation) G7 G20 G77 กรอบความร่วมมือทางวิชาการและเศรษฐกิจระหว่าง 7 ประเทศในอ่าวเบงกอล (Bay of Bengal Initiative for Multi-Sectoral Technical and Economic Cooperation หรือ BIMSTEC) เป็นต้น บทบาทและการดำเนินการของกลไกเหล่านี้ มีผลกระทบทำให้บทบาทขององค์กรที่เคยเป็นหลักด้านสุขภาพในระดับโลกและในประเทศ คือ องค์การอนามัยโลกและกระทรวงสาธารณสุขเปลี่ยนแปลงไปอย่างมาก ทำให้กลไกการอภิบาลระบบสุขภาพในระดับโลก ระดับภูมิภาค และ ระดับประเทศ ได้ปรับเปลี่ยนไปจากกลไกที่เป็นระบบอภิบาลโดยรัฐเพียงอย่างเดียวไปสู่กลไกที่เป็นระบบอภิบาลแบบเครือข่ายหรือแบบมีส่วนร่วมมากขึ้น

หากจะมองลึกไปในองค์กรในภาคสุขภาพ ในอดีตที่ผ่านมากกว่า 7 ทศวรรษ งานสุขภาพโลกมีองค์การอนามัยโลกเป็นองค์กรหลักและประสานความร่วมมือกับหน่วยงานภาครัฐของแต่ละรัฐสมาชิก ซึ่งคือกระทรวงสาธารณสุขของแต่ละประเทศ การดำเนินงานในช่วงแรก จะมุ่งเน้นการแก้ไขปัญหาสุขภาพที่เป็นปัญหาสำคัญในช่วงเวลานั้นซึ่งส่วนใหญ่เป็นปัญหาโรคติดต่อ และ องค์การอนามัยโลกร่วมมีบทบาทสำคัญในการเข้าไปช่วยเหลือประเทศกำลังพัฒนาผ่านสำนักงานองค์การอนามัยโลกประจำภูมิภาคและสำนักงานองค์การอนามัยโลกในแต่ละประเทศ งบประมาณหลักขององค์การอนามัยโลกในช่วงต้น เป็นงบประมาณที่ได้จากจากค่าสมาชิก (assessed contribution) ต่างจากในช่วง 1-2 ทศวรรษที่ผ่านมาที่งบประมาณส่วนใหญ่ขององค์การอนามัยโลกมาจากผู้สนับสนุนทุน (voluntary contribution) ซึ่งทำให้ในปัจจุบันองค์การอนามัยโลกประสบกับความท้าทายในการทำงานเนื่องจากงบประมาณจากผู้สนับสนุนทุน

ส่วนใหญ่เป็นแบบเฉพาะเจาะจง (earmarked) ส่งผลให้องค์การอนามัยโลกมีความยืดหยุ่นในการทำงานลดลง และไม่สามารถทำงานในสาขาที่สำคัญแต่ไม่อยู่ในความสนใจของผู้สนับสนุนทุนได้ เช่น สาขาโรคไม่ติดต่อ สาขาสีงแวดล้อม เป็นต้น

• การเปลี่ยนแปลงการคลังสุขภาพ

นอกจากภูมิทัศน์สุขภาพโลกที่มีการเปลี่ยนแปลง การคลังสุขภาพระดับโลกก็มีการเปลี่ยนแปลงอย่างมาก และมีผลกระทบสำคัญต่อการเปลี่ยนแปลงการอภิบาลระบบจากข้อมูลการพัฒนาความช่วยเหลือด้านสุขภาพ (Development Assistance for Health, DAH) ในช่วง 26 ปีที่ผ่านมา พบว่างบประมาณเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วในช่วงระหว่างปี พ.ศ. 2543-2552 เมื่อเปรียบเทียบกับในช่วง พ.ศ. 2533 ถึง 2542 ซึ่งในงบประมาณที่เพิ่มขึ้น พบว่างบประมาณสนับสนุนการแก้ไขปัญาสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับเป้าหมายการพัฒนาแห่งสหัสวรรษ (Millennium Development Goals หรือ MDG) มีสัดส่วนที่สูงกว่าปัญหาสุขภาพอื่นๆ อย่างไรก็ตาม ภายหลังปี พ.ศ. 2553 การพัฒนาความช่วยเหลือด้านสุขภาพมีแนวโน้มคงที่ ในขณะที่สัดส่วนของงบประมาณจากภาคเอกชนมีมากขึ้นถึงร้อยละ 20 การสนับสนุนงบประมาณแก่หน่วยงานภายใต้กรอบสหประชาชาติมีแนวโน้มคงที่ ในขณะที่แหล่งทุนให้งบประมาณสนับสนุนการดำเนินงานด้านสุขภาพในรูปแบบทวิภาคีเพิ่มขึ้น และช่องทางการให้ทุนผ่านทาง non-governmental organization มากขึ้น⁽⁶⁻⁸⁾ การเปลี่ยนแปลงการคลังสุขภาพในระดับโลกนี้ก่อให้เกิดผลกระทบต่อการพัฒนาสุขภาพเป็นอย่างมาก โดยเฉพาะประเทศกลุ่มมีรายได้น้อยรวมถึงในปัจจุบันประเทศจำนวนมากก้าวข้ามสถานะประเทศกลุ่มรายได้ต่ำสู่ประเทศกลุ่มที่มีรายได้ปานกลางทำให้ไม่ได้รับการสนับสนุนจากแหล่งทุนหรือองค์กรระหว่างประเทศในด้านต่างๆ ส่งผลกระทบต่อการให้บริการสุขภาพในหลายด้านอีกทั้งประเทศเหล่านี้ยังไม่มีความมั่นคงพอ และยังอยู่ในภาวะต้องการพึ่งพิงยังไม่พร้อมสำหรับการพัฒนาแบบอย่างยั่งยืน

• อาเซียน⁽¹⁶⁾

นอกจากมองภูมิทัศน์ในระดับโลกแล้ว ในระดับภูมิภาคมีความสำคัญเช่นเดียวกัน ตลอดช่วงระยะเวลา กว่า 50 ปีที่ผ่านมา สมาคมประชาชาติแห่งเอเชียตะวันออกเฉียงใต้หรืออาเซียน ได้มีพัฒนาการมาเป็นลำดับ และไทยก็มีบทบาทสำคัญในการผลักดันความร่วมมือของอาเซียนให้มีความคืบหน้ามาโดยตลอด โดยเมื่อเริ่มก่อตั้งเมื่อ ปี พ.ศ. 2510 เพื่อแก้ไขปัญหาสงครามเย็น ซึ่งมีความขัดแย้งด้านอุดมการณ์ระหว่างประเทศที่สนับสนุนอุดมการณ์เสรีนิยมประชาธิปไตยกับประเทศที่ยึดมั่นในอุดมการณ์สังคมนิยมคอมมิวนิสต์ ขั้วริเริ่มของอดีตนายกรัฐมนตรีอานันท์ ปันยารชุน ในการจัดตั้งเขตการค้าเสรีอาเซียนนับเป็นจุดเริ่มต้นสำคัญของการรวมตัวเป็นประชาคมของอาเซียนโดยเริ่มจากเสาเศรษฐกิจ

ต่อมา ที่ประชุมสุดยอดอาเซียนที่บาหลี เมื่อปี พ.ศ. 2546 ได้แสดงเจตนารมณ์ร่วมกันที่จะสร้างประชาคมอาเซียน โดยมีการจัดทำแผนงานด้านต่างๆ เพื่อให้บรรลุเป้าหมายดังกล่าว นำมาสู่การจัดทำกฎบัตรอาเซียน เพื่อวางกรอบทางกฎหมายและโครงสร้างองค์กรของอาเซียน ทำให้อาเซียนเป็นองค์กรที่มีกฎ กติกาในการทำงาน มีประสิทธิภาพ และเป็นองค์กรเพื่อประชาชนอย่างแท้จริง ทั้งนี้ กฎบัตรฯ ได้เริ่มมีผลใช้บังคับแล้วตั้งแต่วันที่ 15 ธันวาคม 2551 ซึ่งเป็นช่วงเวลาเดียวกับที่ประเทศไทยได้เข้าดำรงตำแหน่งประธานอาเซียน

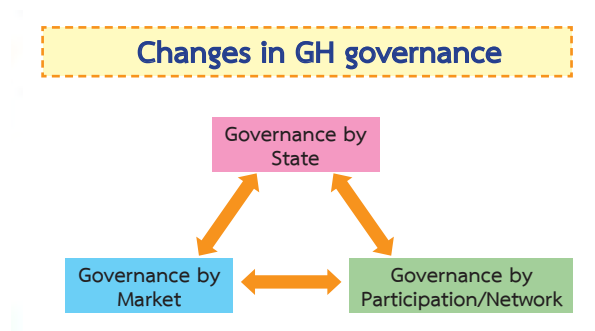
ถึงแม้ว่าอาเซียนจะประสบความสำเร็จในด้านการเสริมสร้างความมั่นคงและความร่วมมือในภูมิภาคจนเป็นที่ยอมรับจากนานาประเทศ แต่ก็ยังมีปัญหาที่จำเป็นต้องแก้ไขให้ลุล่วงเพื่อมิให้เป็นอุปสรรคต่อความร่วมมือและพัฒนาการในอนาคตที่สำคัญ คือ ปัญหาความล่าช้าในการดำเนินงานและการที่ ประเทศสมาชิกไม่ปฏิบัติตามข้อตกลงต่างๆ ดังจะเห็นได้ว่าในแต่ละประเทศอาเซียนมีการประชุมกว่า 700 การประชุม รวมทั้งมีการประเมินว่า ในบรรดาความตกลงทางเศรษฐกิจที่ประเทศสมาชิกจัดทำไว้ร่วมกันจำนวนหนึ่ง ยังไม่ได้มีการลงสัตยาบันและขับเคลื่อนสู่การปฏิบัติ ประเทศไทยพยายามผลักดันให้อาเซียน เป็นประชาคม

ที่มุ่งเน้นการปฏิบัติ (community of action) มีการเชื่อมโยงและติดต่อสื่อสารระหว่างกันอย่างใกล้ชิด (community of connectivity) รวมทั้งเป็นประชาคมเพื่อประชาชนอย่างแท้จริง (community of people)

2) กลไกการอภิบาลระบบสุขภาพโลกในระดับโลก

หากจะมองกลไกการอภิบาลระบบสุขภาพโลก ใน 3 ด้านหลัก ได้แก่ การอภิบาลโดยภาครัฐ การอภิบาลโดยกลไกตลาด และการอภิบาลโดยกลไกการมีส่วนร่วมและการสร้างเครือข่าย (ภาพที่ 11.3) ซึ่งในปัจจุบันการอภิบาลระบบสุขภาพโลกครอบคลุมทั้ง 3 ด้านต่างจากในอดีตที่ส่วนใหญ่ซึ่งกลไกการอภิบาลโดยภาครัฐจะเป็นกลไกหลักโดยเฉพาะการอภิบาลภายใต้ระบบของสหประชาชาติ

ภาพที่ 11.3 ระบบอภิบาลสุขภาพโลก: รัฐ ตลาดและกลไกการมีส่วนร่วม



2.1) การอภิบาลโดยภาครัฐ

การอภิบาลระบบสุขภาพโลกโดยภาครัฐ มีกลไกสำคัญที่กล่าวถึงในที่นี้ ได้แก่

• กลไกภายใต้กรอบสหประชาชาติ⁽¹⁷⁾

ระบบสหประชาชาติอยู่บนพื้นฐานของ 5 เสาหลัก ได้แก่ สมัชชาใหญ่ คณะมนตรีความมั่นคง คณะมนตรีเศรษฐกิจและสังคม สำนักเลขาธิการและศาลยุติธรรมระหว่างประเทศ เป็นองค์การระหว่างประเทศที่ก่อตั้งขึ้นใน ค.ศ. 1945 หลังสงครามโลกครั้งที่สอง เพื่อแทนที่สันนิบาตชาติ มีความมุ่งหมายที่แถลงไว้เพื่ออำนวยความสะดวกแก่ความร่วมมือในกฎหมายระหว่างประเทศ ความ

มั่นคงระหว่างประเทศ การพัฒนาเศรษฐกิจ กระบวนการทางสังคม สิทธิมนุษยชน และการบรรลุสันติภาพโลก เพื่อยุติสงครามระหว่างประเทศ เพื่อเป็นเวทีสำหรับการเจรจาสหประชาชาติมีองค์กรจำนวนมากเพื่อนำภารกิจไปปฏิบัติ

ในอดีตประเด็นด้านสุขภาพไม่เคยได้รับการหยิบยกเป็นประเด็นวาระในการประชุมนโยบายระดับสูงของสหประชาชาติเลย แต่ในปัจจุบันในช่วงทศวรรษที่ผ่านมาจะเห็นได้ว่าประเด็นสุขภาพเข้ามาเป็นวาระสำคัญในเวทีระดับสูงและนับวันจะมีความสำคัญมากขึ้น โดยเสนอผ่านกลไกต่างๆ กัน เช่น เอชไอวี/เอดส์ เสนอผ่านคณะมนตรีความมั่นคง ในปีค.ศ. 2000 (UN Security resolution 1308 on HIV/AIDS and peacekeeping operation) ทั้งนี้เป็นการเสนอในมติที่เอดส์เป็นภัยคุกคามความมั่นคงของมนุษย์ การเสนอให้จัดตั้ง UNAIDS ใน ปี ค.ศ. 1996 Resolution 1994/24 ผ่าน UN ECOSOC (Economic and Social Development Council) ในปี ค.ศ. 2009 ECOSOC จัดประชุมระดับสูงโดยเน้นประเด็นด้านสาธารณสุขและการประชุมได้มี Ministerial Declaration เพื่อการดำเนินการและเป้าหมายร่วมกันในเรื่องสาธารณสุข โดยมีประเด็นด้าน NCDs เป็นประเด็นสำคัญ นำไปสู่การประชุม UN General Assembly และล่าสุดประเด็น ปัญหาการติดยาปฏิชีวนะ การแก้ไขปัญหาวินโรคและการประกันสุขภาพถ้วนหน้า ต่างเข้ามาเป็นวาระสำคัญภายใต้กลไกของสหประชาชาติ

• การประชุมสมัชชาอนามัยโลก การประชุมคณะกรรมการบริหารองค์การอนามัยโลกและคณะกรรมการภูมิภาค⁽¹⁸⁾

สมัชชาอนามัยโลกจัดเป็นกลไกการตัดสินใจระดับนโยบายสูงสุดขององค์การอนามัยโลกตามธรรมนูญองค์การอนามัยโลก โดยจะมีการจัดประชุมทุกปีในเดือนพฤษภาคม ประเทศสมาชิก 194 ประเทศ เข้าร่วมประชุม และผลลัพธ์การประชุม คือ นโยบายสุขภาพในระดับโลกที่เป็นข้อตกลงร่วมกัน ซึ่งจะมีหลายรูปแบบ เช่น กฎหมายหรือข้อตกลงระหว่างประเทศ แผนยุทธศาสตร์ในระดับโลก หรือข้อมติในประเด็นสุขภาพต่างๆ นอกจากกลไกสมัชชาอนามัยโลกแล้ว ยังมีกลไกของคณะกรรมการ

บริหารองค์การอนามัยโลกที่มีบทบาทในการพิจารณากลับกรองนโยบายสุขภาพก่อนเข้ากระบวนการสมัชชาและตัดสินใจประเด็นการบริหารงานและมีกลไกคณะกรรมการภูมิภาคที่ดูแลตัดสินใจนโยบายสุขภาพในภูมิภาคโดยเชื่อมโยงกับผลการประชุมสมัชชาอนามัยโลกและปรับให้เหมาะสมกับบริบทของแต่ละภูมิภาค

• โครงสร้างและกลไกการดำเนินงานขององค์กรของอาเซียน⁽¹⁹⁾

กฎบัตรอาเซียนเปรียบเสมือนกฎหมายสูงสุดของอาเซียน ซึ่งมีผลบังคับใช้ ตั้งแต่วันที่ 15 ธันวาคม 2551 เป็นเอกสารหลักที่กำหนดโครงสร้างองค์กรของอาเซียน ไว้ในหมวดที่ 4 ดังภาพที่ 11.4

ภาพที่ 11.4 โครงสร้างและกลไกการดำเนินงานขององค์กรของอาเซียน



ที่ประชุมสุดยอดอาเซียน (ASEAN Summit) ที่ประชุมสุดยอดอาเซียน (ASEAN Summit) ประกอบด้วยประมุขหรือหัวหน้ารัฐบาลมีอำนาจหน้าที่ในการกำหนดนโยบายสูงสุดและแนวทางการร่วมมือของอาเซียนและตัดสินใจในเรื่องสำคัญ โดยให้ประเทศสมาชิกซึ่งเป็นประธานอาเซียนเป็นเจ้าภาพจัดการประชุม 2 ครั้งต่อปี หรือเรียกประชุมพิเศษหรือเฉพาะกิจเมื่อมีความจำเป็น

คณะกรรมการประสานงานอาเซียน (ASEAN Coordinating Councils: ACCs) คณะมนตรีประสานงานอาเซียน ประกอบด้วยรัฐมนตรีต่างประเทศของประเทศสมาชิกอาเซียน ทำหน้าที่เตรียมการประชุมสุดยอดอาเซียน ประสานงานความตกลงและข้อตัดสินใจของที่ประชุมสุดยอดอาเซียน ประสานงานระหว่าง 3 เสาหลัก ดูแลการดำเนินงานและกิจการต่างๆ ของอาเซียนในภาพรวม คณะมนตรีประสานงานอาเซียนจะมีการประชุมกันอย่างน้อย 2 ครั้งต่อปี

คณะมนตรีประชาคมอาเซียน (ASEAN Community Councils) คณะมนตรีประชาคมอาเซียน ประกอบด้วย คณะมนตรีประชาคม 3 เสาหลัก อันได้แก่ คณะมนตรีการเมืองและความมั่นคงอาเซียน คณะมนตรีประชาคมเศรษฐกิจอาเซียน และคณะมนตรีประชาคมสังคมและวัฒนธรรมอาเซียน ซึ่งเป็นผู้แทนที่ประเทศสมาชิกแต่งตั้งให้เป็นผู้รับผิดชอบแต่ละเสาหลัก มีอำนาจหน้าที่ในการประสานงานและติดตามการทำงานตามนโยบาย โดยเสนอรายงานและข้อเสนอแนะต่อที่ประชุมผู้นำ มีการประชุมอย่างน้อยปีละ 2 ครั้ง ประธานการประชุมเป็นรัฐมนตรีที่เหมาะสมจากประเทศสมาชิก ซึ่งเป็นประธานอาเซียน

องค์กรระดับรัฐมนตรีอาเซียนเฉพาะสาขา (ASEAN Sectoral Ministerial Bodies) องค์กรระดับรัฐมนตรีอาเซียนเฉพาะสาขา (เช่น ด้านสาธารณสุข ด้านกลาโหม ด้านการศึกษา ฯลฯ) ประกอบด้วยรัฐมนตรีเฉพาะสาขา มีหน้าที่ปฏิบัติตามข้อตกลงและข้อตัดสินใจของที่ประชุมสุดยอดอาเซียนที่อยู่ในขอบข่ายการดำเนินงานของตน และเสริมสร้างความร่วมมือในสาขาของแต่ละองค์กรให้เข้มแข็งขึ้น เพื่อสนับสนุนการรวมตัวของประชาคมอาเซียน

นอกจากกลไกหลักที่กล่าวมา ในระบบสุขภาพโลกยังมีกลไกอื่นๆ ตามรูปแบบการรวมตัวต่างๆ กันไป ที่น่าสนใจเช่น G7, G20, TICAD, FOCAC, WEF กลไกเหล่านี้เป็นกลไกระดับประมุขของรัฐที่มารวมตัวกัน โดยในระยะต้นมีเป้าหมายเพื่อพัฒนาเศรษฐกิจแต่ต่อมากลุ่มการรวมตัวเหล่านี้ให้ความสนใจประเด็นสุขภาพมากขึ้น และใช้สุขภาพเป็นเครื่องมือสำคัญในการพัฒนาความร่วมมือด้านอื่นๆ

2.2) การอภิบาลโดยกลไกตลาด

การอภิบาลโดยกลไกตลาดเป็นไปตามอุปสงค์และอุปทาน ซึ่งในปัจจุบันระบบสุขภาพโลกมีการอภิบาลด้วยกลไกตลาดในหลายด้าน เช่น ความต้องการและการเข้าถึงยาสามัญซึ่งความต้องการของตลาดเป็นปัจจัยขับเคลื่อนสำคัญที่ทำให้มีการผลิตยาสามัญราคาเข้าถึง

ได้แก่ประเทศกำลังพัฒนา ความต้องการบุคลากรทางการแพทย์ที่ขาดแคลนในหลายประเทศ ทำให้มีการผลิตเพื่อส่งออก เช่น ประเทศคิวบา

การอภิบาลด้วยกลไกตลาดเช่นนี้ก่อให้เกิดประโยชน์และความสมดุลในเชิงระบบ อย่างไรก็ตาม การพึ่งพิงกลไกการตลาดเพียงกลไกเดียว จะต้องพึงระวังความล้มเหลวจากการตลาด โดยเฉพาะ จาก 3 สาเหตุหลักคือ การที่ผู้ผลิตหรือผู้ให้บริการมีความรู้หรือข้อมูลมากกว่าผู้บริโภค การที่กลไกรัฐในการควบคุมมาตรฐานไม่เข้มแข็ง และการไม่มีการแข่งขันอย่างยุติธรรม

2.3) การอภิบาลด้วยกลไกการมีส่วนร่วม

ปัจจุบัน มีกลไกการมีส่วนร่วมมากขึ้นในระบบอภิบาลสุขภาพโลก เช่น คณะกรรมการบริหารกองทุนโลก คณะกรรมการประสานแผนงานของโครงการเอดส์ที่จัดให้มีองค์ประกอบการมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วน โดยรวมทั้งภาครัฐ ภาคเอกชน ประเทศผู้สนับสนุนทุน และประเทศรับทุน รวมถึงตัวแทนจากภาคประชาสังคม กลไกทั้งสองนี้ถือเป็นกลไกในรูปแบบทางการขององค์กรระดับโลกที่มีความก้าวหน้าและเปิดกว้างสำหรับการมีส่วนร่วมมาก นอกจากกลไกแบบทางการแล้วยังมีกลไกที่ไม่เป็นทางการแต่แสดงความมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วนอีกหลายรูปแบบและที่เป็นตัวอย่างที่ดี เช่น กรณีการระบาดของอีโบล่า ซึ่ง ณ เวลานั้นกลไกการอภิบาลเพื่อแก้ไขปัญหาภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขในระบบปกติซึ่งมีองค์การอนามัยโลกเป็นแกนหลัก ไม่สามารถจัดการปัญหาได้อย่างทันทั่วทั้งที่ ประชาคมโลกมีความตื่นตัวอย่างมากมีการจัดตั้งคณะกรรมการขึ้น 4 คณะในระดับโลก โดยการจัดตั้งเกิดจากหน่วยงานภาคการศึกษาและหน่วยงานที่มีทุนสังคมและปัญญาสูง เพื่อเข้ามาร่วมคิดและวางแผนระบบอภิบาลใหม่ คณะกรรมการ 4 คณะ ได้แก่

(1) World Health Organization (WHO) Ebola Interim Assessment Panel (WHO Interim Assessment);

(2) the Harvard University and the London School of Hygiene & Tropical Medicine's

Independent Panel on the Global Response to Ebola (Harvard/LSHTM);

(3) the Commission on a Global Health Risk Framework for the Future (CGHRF) convened by the US National Academy of Medicine; และ

(4) the United Nations High-Level Panel on the Global Response to Health Crises (UN Panel)

คณะกรรมการทั้ง 4 คณะ ประกอบด้วยผู้เชี่ยวชาญระดับโลกในสาขาต่างๆ อย่างกว้างขวาง มีข้อเสนอแนะตรงกัน ในประเด็นสำคัญ คือ ควรมีการสร้างเสริมความเข้มแข็งแก่ระบบสุขภาพของแต่ละประเทศและความเข้มแข็งขององค์การอนามัยโลกและองค์การนำในระดับโลกควรติดตามกำกับอย่างต่อเนื่องให้มีการพัฒนาระบบการเตรียมความพร้อมและตอบสนองต่อภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขให้

11.5 ภูมิทัศน์สุขภาพโลกในประเทศไทยและกลไกการอภิบาล

11.5.1 ภาพรวมระบบสุขภาพของประเทศไทย

ระบบสุขภาพของประเทศไทยจัดเป็นระบบสุขภาพพหุภาคี (pluralistic health system) มีผู้มีส่วนได้ส่วนเสียจากหลายภาคส่วนที่มีได้จำกัดอยู่เฉพาะหน่วยงานภาครัฐเท่านั้น การพัฒนาระบบสุขภาพของประเทศไทยมีการพัฒนาอย่างต่อเนื่องและพัฒนาจากการมีส่วนร่วมของภาคส่วนต่างๆ จนปัจจุบันมีหน่วยงานหลักด้านสุขภาพ ได้แก่ กระทรวงสาธารณสุข ทำหน้าที่เป็น national health authority ดูแลนโยบายและขับเคลื่อนงานสุขภาพสำคัญของประเทศ โดยมีสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขเป็นหน่วยงานกลางในการบริหารงานในภาพรวม มีกรมวิชาการดูแลเป็น national health authority ในการกำหนดนโยบาย สนับสนุนวิชาการและมีระบบติดตามประเมินผลในด้านต่างๆ ระบบบริหารงานของกระทรวงสาธารณสุขแบ่งเป็น 2 ระดับ ได้แก่ ส่วนกลางและส่วนภูมิภาค

การบริหารงานส่วนกลาง ประกอบด้วยสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขและกรมวิชาการต่างๆ แบ่งเป็น 3 คลัสเตอร์ ได้แก่ (1) คลัสเตอร์บริการสาธารณสุข (กรมอนามัยดูแลงานส่งเสริมสุขภาพ กรมควบคุมโรคดูแลงานควบคุมโรค) (2) คลัสเตอร์

เป็นไปตามข้อเสนอแนะของคณะกรรมการทั้ง 4 ชุด⁽²⁰⁾

การเข้ามาแสดงบทบาทของภาคส่วนอื่นๆ นอกเหนือจากกลไกของรัฐเช่นนี้ แสดงให้เห็นว่าประชาคมโลกมีความตื่นตัวและตระหนักว่าตนมีบทบาทและมีความรับผิดชอบต่อส่วนรวมโดยเข้ามามีส่วนร่วมอย่างเหมาะสมตามบทบาทของตน ซึ่งกรณีนี้ ถือว่าโลกของเรามีกลไกอภิบาลที่มีความก้าวหน้าและมีประชาคมโลกที่เป็นพลเมืองที่มีบทบาทเชิงรุกและร่วมสนับสนุนอย่างสร้างสรรค์เพื่อให้บรรลุเป้าหมายประชาชนมีสุขภาพที่ดี

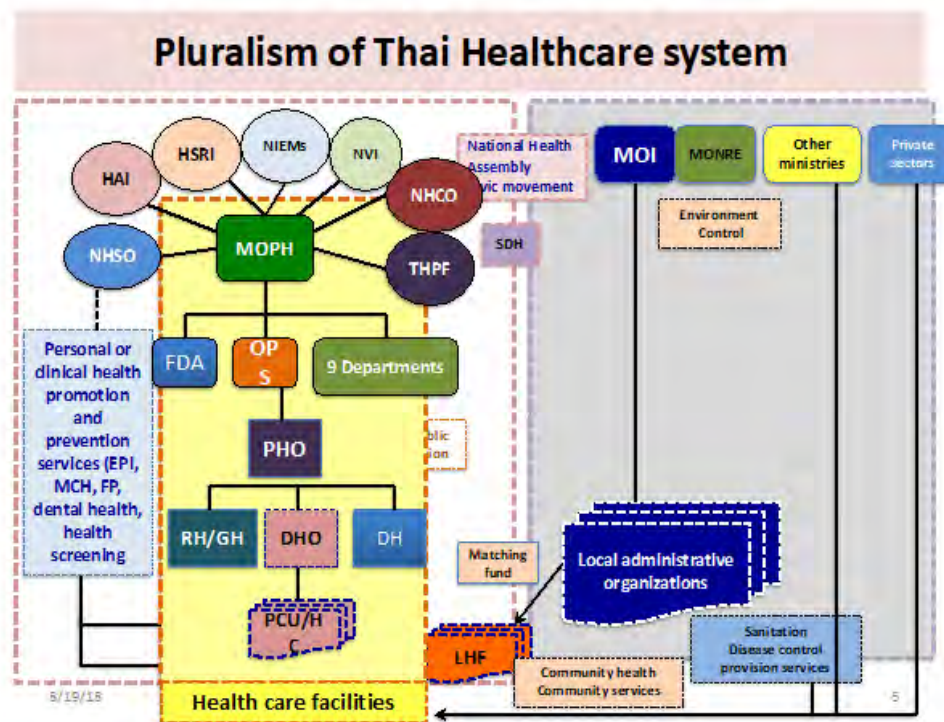
กลไกการอภิบาลทั้ง 3 ส่วน ต่างมีจุดแข็งและความท้าทายแตกต่างกันไป อย่างไรก็ตามการอภิบาลกลไกสุขภาพโลกจะต้องประกอบด้วยทั้ง 3 รูปแบบที่สมดุลและปรับเปลี่ยนไปตามบริบทของสถานการณ์และยุคสมัย

บริการทางการแพทย์ (กรมการแพทย์ดูแลงานรักษาและฟื้นฟู กรมสุขภาพจิตดูแลงานสุขภาพจิต กรมการแพทย์แผนไทยดูแลการพัฒนาแพทย์แผนไทย) และ (3) คลัสเตอร์สนับสนุนบริการสาธารณสุข (กรมสนับสนุนบริการสุขภาพดูแลให้การสนับสนุนการบริการสุขภาพแก่หน่วยงานต่างๆ กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ดูแล public health laboratory surveillance and service รวมถึงทำหน้าที่เป็น National Control laboratory และสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยาเป็น National Regulatory Authority เป็นผู้จัดการงานเชื้อดื้อยาปฏิชีวนะและดูแลนโยบายด้านยาของประเทศ)

การบริหารส่วนภูมิภาคดำเนินงานผ่านสำนักงานระดับภูมิภาคคือ เขตบริการสุขภาพ ร่วมกับสำนักงานระดับเขตของกรมวิชาการต่างๆ ที่ทำหน้าที่สนับสนุนวิชาการและมีสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเป็นผู้ดูแลนโยบายสุขภาพและปฏิบัติการระดับจังหวัดโดยเชื่อมโยงกับระบบสุขภาพอำเภอและมีหน่วยงานปลายสุดของระบบสุขภาพปฐมภูมิ คือ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

นอกจากการบริหารราชการภายใต้การกำกับของรัฐแล้ว ในระบบสุขภาพเมืองศรีนครินทร์ภายใต้ระบบสุขภาพอีก 7 องค์การ (ภาพที่ 11.5) ได้แก่

ภาพที่ 11.5 องค์การในระบบสุขภาพของประเทศไทย



(1) สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุขจัดตั้งขึ้นภายใต้ พ.ร.บ. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข พ.ศ. 2535 มีบทบาทในการสร้างความรู้เพื่อพัฒนาระบบสาธารณสุข

(2) สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ จัดตั้งขึ้นโดยพระราชบัญญัติกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ พ.ศ. 2544 เพื่อเป็นองค์กรหลักทำหน้าที่ผลักดัน กระตุ้น สนับสนุน และร่วมกับหน่วยงานอื่นๆ เพื่อสร้างเสริมสุขภาพ

(3) สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จัดตั้งตาม พ.ร.บ. หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 มีบทบาทในการจัดบริการสาธารณสุขให้แก่บุคคลที่ไม่มีสิทธิสวัสดิการรักษายาบาลจากกฎหมายประกันสังคม หรือสิทธิสวัสดิการรักษายาบาลของข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ หรือหน่วยงานของรัฐอื่นๆ

(4) สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติจัดตั้งตาม พ.ร.บ. สุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 มีบทบาทสำคัญในการสนับสนุนกลไกนโยบายสาธารณะแบบมีส่วนร่วม

(5) สถาบันการแพทย์ฉุกเฉิน ภายใต้ พ.ร.บ. การแพทย์ฉุกเฉิน พ.ศ. 2551 เพื่อเป็นองค์กรรับผิดชอบการบริหารจัดการการให้บริการการแพทย์ฉุกเฉินร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทุกระดับ

(6) สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล จัดตั้งขึ้นโดยพระราชกฤษฎีกาจัดตั้งสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) พ.ศ. 2552 ดำเนินการเกี่ยวกับการประเมินระบบงานและการรับรองคุณภาพของสถานพยาบาล

(7) สถาบันวัคซีนแห่งชาติ ภายใต้ พ.ร.ก. จัดตั้งสถาบันวัคซีนแห่งชาติ พ.ศ. 2555 มีบทบาทในการขับเคลื่อนความมั่นคงของประเทศด้านวัคซีน

สำหรับงานสุขภาพโลกในประเทศไทย กระทรวงสาธารณสุขเป็นหน่วยงานหลักในการดูแลนโยบายสุขภาพโลกของประเทศ โดยมีกรอบแผนยุทธศาสตร์สุขภาพโลกเป็นกรอบนโยบายกำหนดทิศทางการดำเนินงาน หน่วยงานหลักที่ดูแลนโยบายสุขภาพโลก คือ กองการต่างประเทศ ซึ่งจะทำหน้าที่เป็นแกนกลางในการประสานนโยบายสุขภาพโลกกับกระทรวงการต่างประเทศ และกระทรวงอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง

11.5.2 ภูมิทัศน์งานสุขภาพโลกของประเทศไทย

ภูมิทัศน์งานสุขภาพโลกของประเทศไทยมีวิวัฒนาการอย่างต่อเนื่องตามภูมิทัศน์ระบบสุขภาพในระดับโลกและทิศทางการพัฒนาสุขภาพของประเทศไทย

ในภาพรวม กระทรวงสาธารณสุขเป็นหน่วยงานหลักซึ่งทำหน้าที่เป็น counterpart กับองค์การอนามัยโลก ตั้งแต่ประเทศไทยร่วมเป็นสมาชิกร่วมจัดตั้ง ต่อมาเมื่อมีองค์การระดับนานาชาติตั้งขึ้นใหม่ เข้ามาเป็นผู้เล่นสำคัญ ประเทศไทยได้เข้าร่วมทำงานกับหน่วยงานเหล่านี้ตั้งแต่เริ่มต้น เช่น ในกรณีที่ประเทศไทยร่วมเป็นผู้เล่นสำคัญในการจัดตั้งกองทุนโลกในช่วงเริ่มต้น การเข้าไปมีบทบาทในคณะกรรมการบริหารของโครงการเอดส์แห่งสหประชาชาติ

สำหรับภูมิทัศน์งานสุขภาพโลกภายในประเทศก็มีการปรับตามงานสุขภาพโลกที่เปลี่ยนไป งานต่างประเทศในอดีต กระทรวงสาธารณสุขจะดำเนินงานวิเทศสัมพันธ์และความร่วมมือระหว่างประเทศในด้านสาธารณสุขเป็นหลัก กรมวิชาการต่างๆ มีการทำงานระหว่างประเทศในส่วนที่เป็นงานวิชาการเฉพาะประเด็น ในช่วง 5 ปีที่ผ่านมา กระทรวงสาธารณสุขมีการทำงานใกล้ชิดกับกระทรวงต่างประเทศมากขึ้น ตั้งแต่ระดับนโยบายที่มีการจัดทำกรอบยุทธศาสตร์สุขภาพโลกร่วมกันโดยเรียกได้ว่าเป็นแผนยุทธศาสตร์ระดับชาติแผนแรกที่เป็นความร่วมมือระหว่าง 2 กระทรวง จนถึงการทำงานขับเคลื่อนกรอบยุทธศาสตร์ฯ ในกิจกรรมสำคัญ เช่น การขับเคลื่อนวาระสุขภาพที่สำคัญสู่เวทีสหประชาชาติหรือเวทีอื่นๆ (การขับเคลื่อนปัญหาเชื้อดื้อยาปฏิชีวนะ การประกันสุขภาพถ้วนหน้า การแก้ไขปัญหาเอชไอวี/เอดส์ การแก้ไขปัญหายา

วิธโรคและสุขภาพประชากรข้ามชาติ) เรียกได้ว่า ปัจจุบันงานสุขภาพเป็นเครื่องมือสำคัญอันหนึ่งต่อการขับเคลื่อนนโยบายการต่างประเทศของประเทศไทย

นอกจากการทำงานร่วมกันกับกระทรวงต่างประเทศแล้ว กระทรวงสาธารณสุขเริ่มมีการทำงานร่วมกับกระทรวงอื่นๆ มากขึ้น ในประเด็นสุขภาพสำคัญบางประเด็น เช่น นโยบายการค้าและสุขภาพร่วมกับกระทรวงพาณิชย์ การทำงานร่วมกับกระทรวงมหาดไทย เป็นต้น

หากมองภูมิทัศน์สุขภาพโลกในภาคสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุขตระหนักถึงความสำคัญของงานสุขภาพโลกมากขึ้นและเห็นว่าจะต้องมีการปรับบทบาทและเพิ่มขีดความสามารถของประเทศด้านสุขภาพโลกให้ทันต่อบริบทสุขภาพที่มีการเปลี่ยนแปลง ทั้งนี้ มีประเด็นนโยบายที่กระทรวงสาธารณสุขให้ความสำคัญ ได้แก่

การปรับบทบาทของประเทศไทยจากประเทศผู้รับเป็นประเทศผู้ให้เพื่อใช้สุขภาพโลกเป็นเครื่องมือในการขับเคลื่อนนโยบายระหว่างประเทศอื่นๆ

การปรับกลไกการอภิบาลและโครงสร้าง/บทบาทของหน่วยงานหลักในกระทรวงให้สามารถขับเคลื่อนนโยบายสุขภาพโลกให้ทันการณ์โดยปรับจากที่งานหลักเดิมคืองานวิเทศสัมพันธ์สู่การทำงานพัฒนานโยบายสุขภาพโลกโดยใช้ข้อมูลเชิงประจักษ์เป็นฐานเพื่อให้งานสุขภาพโลกเป็นประโยชน์ต่อการพัฒนาสุขภาพของประเทศให้ได้ประโยชน์สูงสุด

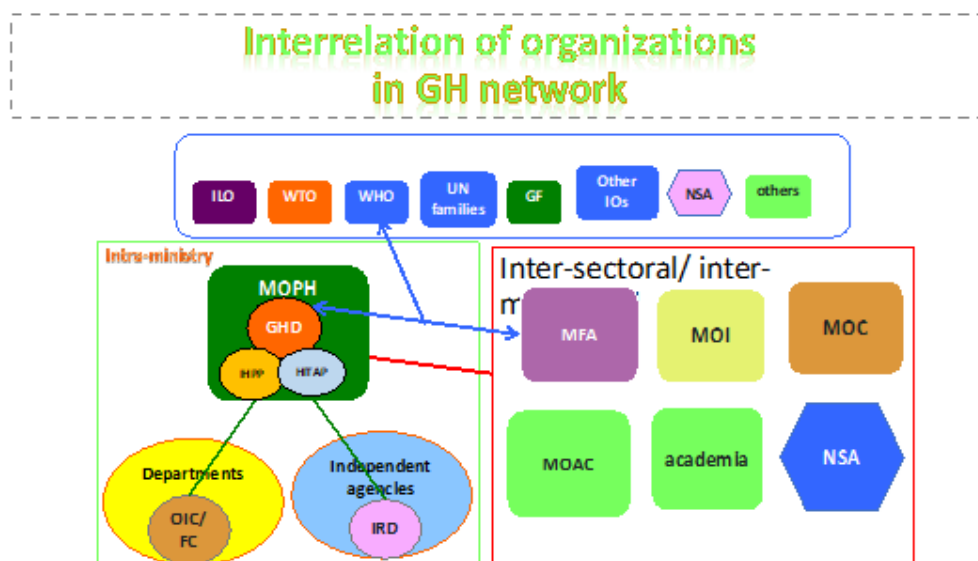
การพัฒนาขีดความสามารถของประเทศด้านสุขภาพโลก

จากประเด็นนโยบายดังกล่าวนำมาซึ่งการปรับโครงสร้างของหน่วยงานหลักในกระทรวงเพื่อขับเคลื่อนการพัฒนาสุขภาพโลกของประเทศไทยให้เป็นรูปธรรม กระทรวงสาธารณสุขจึงจัดตั้งสำนักการสาธารณสุขระหว่างประเทศซึ่งเดิมเป็นโครงสร้างภายในมีสถานะเป็นกลุ่มงานภายใต้สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ จัดตั้งเป็นโครงสร้างอย่างเป็นทางการ ตามกฎกระทรวงแบ่งส่วนราชการสำนักงานปลัดกระทรวง กระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2560

กองการต่างประเทศจะทำหน้าที่เป็นแกนกลางของกระทรวงสาธารณสุขในการประสานนโยบายภาพรวมกับหน่วยงานความร่วมมือระหว่างประเทศหรือผู้รับผิดชอบงานต่างประเทศของกรมวิชาการและหน่วยงานอิสระภายใต้ระบบสุขภาพโดยกรมและหน่วยงานอิสระจะดูแลประเด็นนโยบายเชิงวิชาการตามบทบาทของแต่ละหน่วย

งานและกองการต่างประเทศจะดูแลนโยบายสุขภาพโลกของกระทรวงสาธารณสุขในภาพรวมและประสานกับกระทรวงหรือหน่วยงานอื่นนอกภาคสุขภาพเพื่อจัดทำเป็นนโยบายของประเทศต่อไปโดยเฉพาะประเด็นที่ต้องประสานนโยบายระหว่างกรม และระหว่างกระทรวง รวมถึงประเด็นที่ยังไม่มีหน่วยงานหลักรับผิดชอบ

ภาพที่ 11.6 หน่วยงานหลักในระบบสุขภาพโลกของประเทศไทย



11.5.3 หน่วยงานหลักในระบบสุขภาพโลกของประเทศไทย

กองการต่างประเทศ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข เป็นหน่วยงานกลางด้านสุขภาพโลกของภาคสุขภาพทำหน้าที่เปรียบเสมือนกระทรวงการต่างประเทศในภาคสุขภาพ ประสาน พัฒนา เชื่อมโยงและขับเคลื่อนนโยบายสุขภาพในภาพรวม โดยดำเนินการใน 3 ระดับ ได้แก่ การประสานกับหน่วยงานระหว่างประเทศ การประสานระหว่างกระทรวง การประสานข้ามกรมภายในกระทรวง

หลังจากได้รับการจัดตั้งเป็นโครงสร้างอย่างเป็นทางการ กองการต่างประเทศจะต้องพัฒนาบทบาทให้เหมาะสมตามบริบทสุขภาพโลกในยุคใหม่โดยต้องเพิ่มภารกิจด้านพัฒนานโยบายและการสร้างขีดความสามารถด้านสุขภาพโลกให้กับประเทศ ในขณะที่ยังต้องรักษาศักยภาพงานวิเทศสัมพันธ์เดิมซึ่งมีความสำคัญเช่นเดียวกัน

ทั้งนี้ เพื่อให้สามารถบรรลุนโยบายของกระทรวงสาธารณสุขที่ประเทศไทยจะมีบทบาทนำในงานสุขภาพโลกเพื่อส่งเสริมการพัฒนาสุขภาพของประเทศ กระทรวงฯ มีนโยบายที่จะพัฒนาขีดความสามารถของกองการต่างประเทศให้เป็นสถาบันสุขภาพโลกในอนาคต เพื่อเป็น think tank ของประเทศด้านสุขภาพโลก ในระยะเริ่มต้น จึงเห็นชอบให้กองการต่างประเทศ (Global Health Division) สำนักพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ (IHPP: International Health Policy Program) และโครงการประเมินเทคโนโลยีด้านสุขภาพ (HITAP: Health Intervention and Technology Assessment Program) ซึ่งมีความเชี่ยวชาญด้านการสร้างความรู้เพื่อพัฒนานโยบายสุขภาพที่สำคัญในหลายด้าน รวมทั้งมีขีดความสามารถด้านนโยบายสุขภาพระหว่างประเทศมาทำงานร่วมกันโดยใช้จุดแข็งของทั้งสามหน่วยงานมาพัฒนาทิศทางการขับเคลื่อนงานสุขภาพโลกและในจุดหมายปลายทางเพื่อให้เกิดสถาบันสุขภาพโลกที่มีความเข้มแข็งให้แก่ประเทศในระยะยาว

• หน่วยงานที่รับผิดชอบงานด้านต่างประเทศของกรมวิชาการ องค์การอิสระในระบบสุขภาพ

กรมวิชาการและองค์การอิสระในระบบสุขภาพมีบทบาทสำคัญในการสนับสนุนข้อมูลวิชาการตามบทบาทของตนสำหรับพัฒนานโยบายสุขภาพโลก โดยกรมและองค์กรดังกล่าวมีหน่วยงานที่รับผิดชอบงานด้านต่างประเทศ บทบาทของหน่วยงานที่รับผิดชอบงานด้านต่างประเทศของกรมวิชาการต่างๆ และหน่วยงานอิสระในระบบสุขภาพมีความหลากหลาย ปัจจัยเกื้อหนุนสำคัญของการพัฒนาขีดความสามารถและโครงสร้างของหน่วยงานเหล่านี้ขึ้นกับนโยบายด้านต่างประเทศของแต่ละหน่วยงานและปริมาณงานต่างประเทศที่แต่ละกรมต้องรับผิดชอบ ทำให้กรมที่มีนโยบายขับเคลื่อนงานต่างประเทศและมีการกิจด้านต่างประเทศมาก ต้องมีการพัฒนาโครงสร้างและขีดความสามารถเพื่อรองรับภารกิจให้ได้ ในปัจจุบันมีกรมหรือหน่วยงานจำนวนหนึ่งที่มีโครงสร้างรองรับงานสุขภาพโลกชัดเจน โดยจัดตั้งสำนักงานดูแลงานต่างประเทศเป็นภารกิจหลัก เช่น กรมควบคุมโรค กรมอนามัย สำนักงาน

กองทุนสร้างเสริมสุขภาพ เป็นต้น สำหรับหน่วยงานอื่นๆ โครงสร้างของหน่วยงานที่รับผิดชอบงานต่างประเทศเป็นรูปแบบกลุ่มงานภายใต้กองแผนงานบ้าง มีการมอบหมายบุคคลรับผิดชอบงานสุขภาพโลกบ้าง

นอกเหนือจากโครงสร้าง ภารกิจหลักของหน่วยงานที่รับผิดชอบงานต่างประเทศภายใต้กรมฯ ส่วนใหญ่เป็นงานความร่วมมือและงานวิเทศสัมพันธ์ และทุกหน่วยงานกำลังอยู่ในช่วงเปลี่ยนผ่านที่ต้องเพิ่มสำคัญให้กับงานพัฒนานโยบายและวิชาการสุขภาพโลกในสัดส่วนที่มากขึ้น

ทั้งนี้ ในระยะกลางและยาว มีความจำเป็นที่จะต้องมีการสร้างหน่วยงานรองรับและมีทรัพยากร โดยเฉพาะทรัพยากรบุคคลให้เพียงพอที่จะขับเคลื่อนงานด้านนโยบายเพิ่มเติม ให้ทันต่อบริบทการเปลี่ยนแปลงของงานสุขภาพโลก

• หน่วยงานนอกกระทรวงสาธารณสุข

ในประเทศไทยมีหน่วยงานที่ให้ความสำคัญกับงานสุขภาพโลกอยู่พอสมควร โดยเฉพาะภาคการศึกษาที่มีการเรียนการสอนเกี่ยวข้องกันสุขภาพโลกในหลายมหาวิทยาลัย รวมถึงมหาวิทยาลัยมหิดลที่มีการจัดตั้ง Mahidol University Global Health เพื่อส่งเสริมบทบาทของมหาวิทยาลัยต่องานสุขภาพโลกและเป็นเครือข่ายสำคัญของกระทรวงสาธารณสุข

• กระทรวงการต่างประเทศ

กระทรวงการต่างประเทศเป็นองค์กรหลักที่ดูแลนโยบายด้านต่างประเทศของประเทศไทย รวมถึงนโยบายสุขภาพโลกที่ร่วมดำเนินงานกับกระทรวงสาธารณสุขอย่างใกล้ชิด ทั้งนี้ ในปัจจุบันกระทรวงต่างประเทศและกระทรวงสาธารณสุขมีการกำหนดทิศทางการดำเนินงานด้านสุขภาพโลกร่วมกันโดยจัดทำกรอบยุทธศาสตร์สุขภาพโลกของประเทศไทย ซึ่งเป็นกรอบนโยบายสำคัญที่นำสุขภาพเป็นเครื่องมือสำคัญในการขับเคลื่อนนโยบายต่างประเทศ

ภายใต้กรอบยุทธศาสตร์สุขภาพโลก กระทรวงต่างประเทศและกระทรวงสาธารณสุขมีความร่วมมือกันหลายด้านสำคัญ ได้แก่

(1) ความร่วมมือกันผลักดันนโยบายในเวทีสุขภาพระหว่างประเทศ

1.1) เวทีสหประชาชาติและหน่วยงานภายใต้สหประชาชาติ

หน่วยงานหลัก 3 หน่วยงานสำคัญ คือกรมองค์การระหว่างประเทศ โดยกองการสังคม คณะผู้แทนถาวรไทยประจำสหประชาชาติ ณ นครเจนีวา และคณะผู้แทนถาวรไทยประจำสหประชาชาติ ณ นิวยอร์ก

1.2) เวทีอาเซียน

หน่วยงานสำคัญคือกรมอาเซียนในฐานะสำนักเลขาธิการอาเซียนแห่งชาติและคณะผู้แทนถาวรไทยประจำอาเซียน ณ กรุงจาการ์ตา

(2) ความร่วมมือทวิภาคี

มีการดำเนินงานเกี่ยวข้องกับกรมตามประเทศที่จะทำความร่วมมือ ได้แก่ กรมเอเชียตะวันออก กรมเอเชียใต้ ตะวันออกกลางและแอฟริกา กรมอเมริกาและแปซิฟิกใต้ และกรมยุโรป รวมถึงสถานเอกอัครราชทูตประจำประเทศนั้นๆ รวมถึงการประสานร่วมมือกับสำนักงานความร่วมมือเพื่อการพัฒนาระหว่างประเทศในด้านนโยบายความร่วมมือและกรมสนธิสัญญาและกฎหมายระหว่างประเทศในด้านสนธิสัญญาโดยเฉพาะในส่วนการลงนามข้อตกลงความร่วมมือ

ในระยะเวลา 5 ปีที่ผ่านมา เครือข่ายการทำงานระหว่างกระทรวงสาธารณสุขและกระทรวงการต่างประเทศมีความเข้มแข็งขึ้นเป็นลำดับ กระทรวงสาธารณสุขมีบทบาทสำคัญในการขับเคลื่อนนโยบายสุขภาพโลกเพื่อพัฒนางานสุขภาพในประเทศและดูแลนโยบายในส่วนสารัตถะ ในขณะที่กระทรวงการต่างประเทศจะมองในมิติด้านการเมืองและการทูตและกระบวนการขับเคลื่อนในเวทีต่างๆ โดยทำงานร่วมกันอย่างใกล้ชิด แลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกัน และนำมาซึ่งผลประโยชน์แก่ประเทศในหลายด้าน

11.5.4 กลไกการอภิบาลระบบสุขภาพโลกของประเทศไทย

กลไกการอภิบาลระบบสุขภาพโลกของประเทศไทยในบทนี้จะแบ่งเป็น 3 ด้านหลักเพื่อให้สอดคล้องกับในส่วนการอภิบาลระบบสุขภาพโลกในระดับโลก ได้แก่ การอภิบาลโดยภาครัฐ การอภิบาลโดยกลไกตลาด และการ

อภิบาลโดยกลไกการมีส่วนร่วมและการสร้างเครือข่าย ซึ่งในปัจจุบันประเทศไทยมีระบบอภิบาลครอบคลุมทั้ง 3 ด้าน ซึ่งวิวัฒนาการระบบอภิบาลสุขภาพโลกในประเทศไทย เติบโตเคียงคู่กับระบบสุขภาพในระดับโลก

1) การอภิบาลโดยภาครัฐ

การอภิบาลระบบสุขภาพโลกโดยภาครัฐ มีกลไกสำคัญที่เกี่ยวข้องหลายกลไก โดยจัดตั้งขึ้นให้สอดคล้องกับรูปแบบหลักของกลไกระดับโลกที่ประเทศต้องเข้าไปมีบทบาท และต้องเชื่อมโยงสอดคล้องกับกลไกในประเทศ เพื่อให้งานสุขภาพโลกเป็นเครื่องมือช่วยพัฒนางานในประเทศให้ก้าวหน้า ในที่นี้กลไกที่จะกล่าวถึง ได้แก่

- คณะกรรมการที่แต่งตั้งขึ้นเพื่อกำกับทิศทางนโยบายสุขภาพโลกในภาพกว้างของประเทศ โดยครอบคลุมงานที่เกี่ยวข้องกับทุกองค์กร ทั้งรูปแบบความร่วมมือที่เป็นทั้งทวิภาคีและพหุภาคี กลไกคณะกรรมการรูปแบบนี้ เป็นกลไกร่มใหญ่ของงานสุขภาพโลกในประเทศไทย โดยมีรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขเป็นประธาน มีหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทั้งในกระทรวงและนอกกระทรวง และมีกองการต่างประเทศเป็นเลขานุการ
- กลไกการทำงานร่วมกับองค์การอนามัยโลกและหน่วยงานภายใต้สหประชาชาติ

กลไกการประสานและตัดสินใจในระบบปกติประเทศไทยในฐานะประเทศสมาชิกขององค์การอนามัยโลก ได้ร่วมทำงานกับองค์การอนามัยโลกมาเป็นเวลานานโดยช่องทางการสื่อสารหลักผ่านทางสำนักงานองค์การอนามัยโลกประจำประเทศไทย สำนักงานองค์การอนามัยโลกประจำภูมิภาคเอเชียใต้และตะวันออกและสำนักงานใหญ่ องค์การอนามัยโลก รวมถึงการสื่อสารผ่านคณะผู้แทนถาวรไทยประจำสหประชาชาติ ณ นครเจนีวา คณะผู้แทนถาวรไทยประจำสหประชาชาติ ณ นครนิวยอร์ก และกองการสังคม กรมองค์การระหว่างประเทศ ทั้งนี้ การทำงานจะเป็นการประสานทั้งในด้านวิชาการและการบริหารจัดการในประเด็นนโยบายสุขภาพต่างๆ โดยใช้จดหมายราชการหรือไปรษณีย์อิเล็กทรอนิกส์ และการตัดสินใจจะเป็นไปตามระบบบริหารราชการของกระทรวงสาธารณสุขในระบบปกติ

กลไกระหว่างองค์การอนามัยโลกกับประเทศไทย (การทำงานในประเทศ) กลไกการทำงานระหว่างองค์การอนามัยโลกกับประเทศไทย ใช้กลไกอภิบาลผ่านคณะกรรมการบริหารความร่วมมือระหว่างรัฐบาลไทยกับองค์การอนามัยโลก (Executive Committee) โดยมีปลัดกระทรวงสาธารณสุขเป็นประธาน ผู้แทนองค์การอนามัยโลกประจำประเทศไทย เป็นประธานร่วม อธิบดีกรมวิชาการ ผู้บริหารสูงสุดของหน่วยงานอิสระในระบบสุขภาพ ผู้ทรงคุณวุฒิ เป็นกรรมการ กองการต่างประเทศทำหน้าที่เป็นเลขานุการกิจ มีอำนาจหน้าที่ในการกำหนดทิศทางการทำงานระหว่างองค์การอนามัยโลกกับประเทศไทย

กลไกการอภิบาลนโยบายสุขภาพโลกสำหรับการประชุมสมัชชาอนามัยโลก และการประชุมอื่นๆ ภายใต้ระบบอภิบาลขององค์การอนามัยโลก กลไกนี้เป็นกลไกในรูปแบบการทำงานร่วมกันระหว่างกระทรวงฯ โดยกองการต่างประเทศเป็นแกนกลาง ร่วมมือกับกรมวิชาการต่างๆ และหน่วยงานอิสระในระบบสุขภาพ หน่วยงานอื่นๆ นอกกระทรวงฯ เป็นความร่วมมือแบบมีส่วนร่วมในการกำหนดนโยบายและจุดยืนตั้งแต่การพัฒนานโยบาย ขาขึ้นและขาลง รวมถึงการจัดการความรู้และการพัฒนาบุคลากรอย่างเป็นระบบ กลไกนี้ยังมีการพัฒนาต่อเนื่อง และในระดับกรม มีกรมควบคุมโรคและกรมอนามัยที่มีกลไกสำหรับเตรียมการประชุมสมัชชาอนามัยโลกอย่างเป็นระบบ

กลไกการอภิบาลสำหรับอาเซียน เป็นกลไกภายในกระทรวงโดยมีคณะกรรมการในระดับกระทรวงดูแลในภาพรวมและมีคณะกรรมการในระดับกลุ่มภารกิจตามโครงสร้างการทำงานของอาเซียน 4 คณะ ได้แก่ Promoting Healthy lifestyle ซึ่งกรมอนามัยเป็นเลขานุการกิจ, responding to all hazards and emerging threats กรมควบคุมโรคเป็นเลขานุการกิจ, Strengthening Health System and access to care สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศเป็นเลขานุการกิจ และ Ensuring food safety สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยาเป็นเลขานุการกิจ

• กลไกความร่วมมือทวิภาคี

กลไกความร่วมมือทวิภาคีในระดับกระทรวงจะเชื่อมโยงสอดคล้องกับนโยบายต่างประเทศ โดยเชื่อมโยงกับกลไกระดับผู้นำสูงสุด (ซึ่งจะมีในประเทศยุทธศาสตร์สำคัญ) คือ Joint Cabinet Retreat ซึ่งจะกำหนดนโยบายในภาพรวมระหว่างสองประเทศ กลไกลำดับถัดมาจะเป็นกลไกระหว่างรัฐมนตรีว่าการกระทรวงต่างประเทศของทั้งสองประเทศ สำหรับในระดับกระทรวงสาธารณสุขจะมีกลไกระหว่างกระทรวงสาธารณสุขของทั้งสองประเทศที่มีบทบาทสำคัญในการตัดสินใจในความร่วมมือระดับนโยบายและมีกลไกภายในทำหน้าที่ติดตามขับเคลื่อน

การดำเนินงานรูปแบบและองค์ประกอบคณะกรรมการจะแตกต่างกันไปตามธรรมเนียมของคู่ประเทศหรือองค์กรที่ทำความร่วมมือ

2) การอภิบาลโดยกลไกตลาด

การอภิบาลโดยกลไกตลาดเป็นไปตามอุปสงค์และอุปทาน เช่นเดียวกับในระดับโลก ซึ่งในปัจจุบันในประเทศไทยมีการอภิบาลด้วยกลไกตลาดในหลายด้าน เช่น ความต้องการในการเข้าถึงยาที่มีคุณภาพและราคาเข้าถึงได้ ซึ่งเป็นปัจจัยขับเคลื่อนสำคัญที่ทำให้มีการผลิตยาสามัญสำหรับรักษาโรคเพื่อใช้ในประเทศกำลังพัฒนารวมถึงการทำ central procurement ยาและเวชภัณฑ์ราคาแพงในประเทศไทยซึ่งช่วยให้มีการเข้าถึงการรักษาที่จำเป็นแก่ประชาชนอีกจำนวนมาก การมีโรงพยาบาลเอกชนเกิดขึ้นมากมาย ก็เกิดจากกลไกความต้องการของผู้บริโภค ซึ่งในปัจจุบันมีโรงพยาบาลเอกชนจำนวนมาก ถือเป็นกลไกตลาดที่มาช่วยส่งเสริมการให้บริการในระบบ แต่สิ่งที่พึงระวังคือ โรงพยาบาลเอกชนมีข้อมูลและความรู้มากกว่าผู้บริโภค กลไกของรัฐยังต้องการการพัฒนาให้เข้มแข็งในการดูแลมาตรฐานบริการและการกำหนดราคาที่เหมาะสมและสมเหตุสมผล มิฉะนั้นแล้วจะเกิดผลกระทบแก่ระบบบริการในภาพรวมของประเทศได้

3) การอภิบาลด้วยกลไกการมีส่วนร่วม

ในปัจจุบัน การอภิบาลด้วยกลไกการมีส่วนร่วมในประเทศไทย มีความก้าวหน้าเป็นอันมาก เช่น สมัชชาสุขภาพแห่งชาติที่เป็นเวทีนโยบายสาธารณะที่

เกิดจากการมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วนอย่างเข้มแข็ง คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติที่มีภาคประชาชนและภาคเอกชน เข้ามาร่วมเป็นกรรมการทำงานเตรียมการสำหรับคณะผู้แทนไทยในเวทีสมัชชาอนามัยโลกเป็นอีกตัวอย่างหนึ่งที่ถือว่าเป็นรูปแบบการอภิบาลแบบมีส่วนร่วมเนื่องจากคณะผู้แทนไทยมาจากหลากหลายภาคส่วนมาทำงานร่วมกัน

11.6 บทบาทของประเทศไทยด้านสุขภาพโลก

แบ่งบทบาทของประเทศไทยด้านสุขภาพโลกเป็น 2 ด้านหลัก ได้แก่

1) บทบาทประเทศไทยในเวทีระหว่างประเทศ

ประเทศไทยแสดงบทบาทนำในเวทีสุขภาพระหว่างประเทศในทุกระดับ ตั้งแต่ระดับ กรอบอนุภูมิภาค ระดับภูมิภาค จนถึงระดับโลก ทั้งในด้านการกำหนดวาระและการออกแบบสารัตถะของนโยบาย โดยมีจุดยืนเพื่อแก้ไขปัญหาสุขภาพทั้งภายในประเทศและระดับโลก โดยเฉพาะการแก้ไขปัญหาและปกป้องผลประโยชน์ของประเทศกำลังพัฒนา บทบาทการเป็นผู้ประสานเครือข่ายสุขภาพในระดับภูมิภาค การมีบุคลากรที่เป็นที่ยอมรับในระดับนานาชาติในสาขาต่างๆ และการมีเวที/เครื่องมือของตนเองในการผลักดันวาระนโยบายในระดับนานาชาติ

- บทบาทของประเทศไทยในการกำหนดวาระและการออกแบบสารัตถะของนโยบายสุขภาพในเวทีต่างๆ ตัวอย่างเช่น

- การร่วมผลักดันเรื่องการแบ่งปันผลประโยชน์จากเชื้อไวรัสไข้หวัดนก ที่ประเทศต่างๆ ร่วมกันส่งไปเก็บรักษาไว้ ณ ห้องปฏิบัติการขององค์การอนามัยโลก ซึ่งบริษัทผู้ผลิตวัคซีนสามารถนำเชื้อเหล่านี้ไปใช้ผลิตวัคซีนและนำกลับมาขายในราคาสูง โดยที่ประเทศต่างๆ ที่ร่วมส่งไวรัสไม่ได้รับประโยชน์ตอบแทน การต่อสู้ในระดับนโยบายเรื่องนี้ประสบความสำเร็จโดยใช้ระยะเวลา นานกว่า 9 ปี โดยในที่สุดบริษัทผู้ผลิตวัคซีนยอมลงเงินทุนเข้าในกองทุนเพื่อนำมาพัฒนาการเตรียมความพร้อมรับการระบาดของโรคในประเทศกำลังพัฒนาในด้านต่างๆ ซึ่งจะเป็นราก

ประเทศไทยมีกลไกอภิบาลระบบสุขภาพโลกที่พัฒนาอย่างต่อเนื่องตามวิวัฒนาการของระบบสุขภาพในประเทศที่เติบโตมาจากการมีส่วนร่วมของภาคส่วนต่างๆ มายาวนาน ในระยะยาวจำเป็นต้องมีการติดตามดูแลกลไกการอภิบาลในภาพรวมให้เป็นไปอย่างสมดุลและส่งเสริมกันและกันอย่างยั่งยืน

ฐานสำคัญสำหรับการป้องกันควบคุมการระบาดของไวรัสไข้หวัดใหญ่ระบาดใหญ่และไข้หวัดนกในอนาคต

- การร่วมผลักดัน The WHO global code of practice on the international recruitment of health personnel และร่างข้อมติสำคัญด้านกำลังคนและ transformative medical education ซึ่งจะส่งเสริมการพัฒนาบุคลากรทางการแพทย์ให้มีทักษะที่เหมาะสมและปฏิบัติงานได้ในบริบทของพื้นที่

- การผลักดันกิจกรรมทางกายเป็นวาระสำคัญที่จะหารือในระดับโลก โดยมีประเด็นมุ่งเน้น คือ การจัดทำแผนระดับโลกเรื่องกิจกรรมทางกายจนเป็นผลสำเร็จ ซึ่งเป็นการสร้างกระแสกิจกรรมทางกายในประเทศและองค์การอนามัยโลกขึ้นชมประเทศไทยเป็นประเทศแถวหน้าที่มีการพัฒนางานกิจกรรมทางกายที่ก้าวหน้าที่สุดประเทศไทย และมีผลต่อการที่นายกรัฐมนตรีประกาศให้มีกิจกรรมทางกายทุกสัปดาห์และการขับเคลื่อนแผนกิจกรรมทางกายในระดับชาติให้มีความก้าวหน้าอีกด้วย

- ประเทศไทยและญี่ปุ่นร่วมขับเคลื่อนร่างข้อมติด้านประกันสุขภาพจนได้รับการรับรองจากสมัชชาสหประชาชาติ ที่จะให้มีการจัด UN High Level meeting on UHC รวมถึงการกำหนดให้มี UHC day ซึ่งจะเป็น platform ให้มีการขับเคลื่อนเรื่องนี้และแลกเปลี่ยนระหว่างผู้นำระดับสูงของประเทศต่างๆ ซึ่งจะเป็นก้าวแรกในระดับนโยบายนำสู่การเคลื่อนไหวในประเทศต่อไป

- ประเทศไทยและญี่ปุ่นร่วมขับเคลื่อนส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในการเจรจาตกลงร่างข้อมติสมัชชา

อนามัยโลกเรื่องโภชนาการเป็นผลสำเร็จและร่างข้อมตินี้เป็นหลักฐานสำคัญประกอบการผลักดัน พ.ร.บ.การควบคุมการส่งเสริมการตลาดอาหารสำหรับทารก และเด็กเล็ก

- ประเทศไทยผลักดันการจัดตั้ง ASEAN Center for Active Ageing and Innovation (ACAI) ซึ่งเป็นผลงานสำคัญของรัฐบาลไทยที่จะแสดงในเวทีการประชุมสุดยอดผู้นำอาเซียนในปีพ.ศ. 2562 ทั้งนี้ ACAI จะเป็น think tank ของอาเซียนด้านสูงอายุเพื่อเตรียมความพร้อมสู่สังคมสูงอายุ

บทบาทในการประสานเครือข่ายสุขภาพในระดับภูมิภาค

- การประสานเครือข่าย Asia Pacific Action Alliance on Human Resource for Health (AAAH) ซึ่งเป็นเครือข่ายการทำงานด้านกำลังคนด้านสุขภาพ

- การเป็นผู้ประสานให้เกิด Mekong Basin Disease Surveillance Network (MBDS), ASEAN plus Three Field Epidemiology Training Program, Asian Partnership on Emerging Infectious Disease Research (APEIR) ASEAN plus Three UHC network, HTAsialink network, International Network for Health Promotion Foundation (INHPF), Southeast Asia Tobacco Control Alliance (SEATCA) และ Health in All policies network

- ประสานให้เกิดการทำงานในภูมิภาคเอเชียใต้และตะวันออกโดยมี Regional one voice ร่วมกันในเวทีสมัชชาอนามัยโลก

- การมีบุคลากรที่มีขีดความสามารถสูงเข้าไปมีบทบาทสำคัญในระดับนานาชาติ

- คณะผู้แทนไทย (ซึ่งรวมตัวแทนจากหน่วยงานต่างๆ) แสดงบทบาทในเวทีระหว่างประเทศอย่างสร้างสรรค์ มีจุดยืนและท่าทีที่ใช้วิชาการเป็นฐานและมีข้อเสนอที่เป็นประโยชน์ต่อการพัฒนาสุขภาพในภาพรวมในฐานะพลเมืองดีของประชาคมโลก บทบาทนี้เป็นที่ยอมรับมายาวนานกว่า 10 ปี

- บุคลากรของประเทศไทยมีขีดความสามารถสูงและเป็นที่ยอมรับในระดับนานาชาติให้เข้าไปเป็นประธานการประชุมที่ประเทศสมาชิกมีความเห็นแตกต่างสูงจนสามารถดำเนินการประชุมให้สำเร็จลุล่วง เป็นที่ยอมรับของทุกฝ่ายและเกิดประโยชน์ต่อส่วนรวม เช่น การเป็นประธานการประชุมเรื่องงบประมาณขององค์การอนามัยโลก การประชุมเป้าหมายระดับโลกเรื่องความปลอดภัยบนท้องถนน การประชุมร่างข้อมติเรื่องโภชนาการ

- บุคลากรของประเทศไทยเข้าไปมีบทบาทเป็นกรรมการระดับนานาชาติที่สำคัญในสาขาเฉพาะด้านหรือบุคลากรเป็นที่ยอมรับในระดับนานาชาติในฐานะผู้เชี่ยวชาญเฉพาะสาขา เช่น การเข้าไปเป็นกรรมการในกองทุนโลก GAVI คณะกรรมการวิชาการเฉพาะสาขาขององค์การอนามัยโลก และองค์กรระหว่างประเทศอื่นๆ การเป็นผู้เชี่ยวชาญใน expert roster

- การมีเวที/เครื่องมือที่สามารถใช้ผลักดันวาระนโยบายในระดับนานาชาติ

- Foreign Policy and Global Health (FPGH) กระทรวงการต่างประเทศ 7 ประเทศ ซึ่งตระหนักถึงความสำคัญด้านสุขภาพโลกได้ร่วมกันจัดตั้งเครือข่าย “นโยบายต่างประเทศและสุขภาพโลก” (Foreign Policy and Global Health-FPGH) ขึ้น เมื่อปี พ.ศ. 2549 โดยมีสมาชิก คือ บราซิล ฝรั่งเศส อินโดนีเซีย นอร์เวย์ เซเนกัล สหภาพแอฟริกาใต้ และไทยเพื่อเข้าร่วมขับเคลื่อนประเด็นสำคัญด้านสุขภาพสู่เวทีระหว่างประเทศ โดยให้ความสำคัญกับประเด็นความมั่นคงด้านสุขภาพ เช่น ใน พ.ศ. 2555 ได้ประสบความสำเร็จในการผลักดันมติสมัชชาสหประชาชาติ (UN General Assembly resolution) เรื่องหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า และร่วมกันผลักดันให้บรรลุหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าไว้เป็นเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน (SDGs) เป็นต้น ทั้งนี้ประเทศสมาชิกของ FPGH ซึ่งผลัดเปลี่ยนกันทำหน้าที่เจ้าภาพการประชุมจะกำหนดประเด็นนโยบายเพื่อเสนอต่อ UNGA ทุกปี ดังนั้น การเกิดขึ้นของ FPGH จึงมีส่วนสำคัญทำให้ประเด็นด้านสุขภาพเชื่อมโยงการทูตกับสุขภาพเข้าด้วยกัน

- การจัดประชุมนานาชาติรางวัลสมเด็จเจ้าฟ้ามหิดล (Prince Mahidol Award Conference (PMAC)) เป็นการประชุมนานาชาติที่เป็นความริเริ่มของประเทศไทยและจัดเป็นประจำทุกปี ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2550 เป็นต้นมา ทั้งนี้ประเทศไทยโดยมูลนิธิรางวัลสมเด็จเจ้าฟ้ามหิดลเป็นเจ้าภาพร่วมกับกระทรวงสาธารณสุข มหาวิทยาลัยมหิดลและหน่วยงานอื่นๆ ในประเทศไทย โดยเชิญองค์กรระหว่างประเทศอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องร่วมเป็นเจ้าภาพ เช่น องค์การอนามัยโลก ธนาคารโลก องค์การความร่วมมือระหว่างประเทศแห่งญี่ปุ่น (JICA) มูลนิธิร็อกกีเฟลเลอร์ China Medical Board และองค์กรระหว่างอื่นๆ ในการประชุมแต่ละครั้ง ภาควิชาที่ร่วมจัดประชุมจะเป็นผู้คัดเลือกหัวข้อมาอภิปรายแลกเปลี่ยนเรียนรู้และความเห็น โดยกรอบแนวคิดสำคัญคือข้อคิดในระดับนโยบายที่เป็นความสนใจในระดับโลกในแต่ละปีมีผู้เข้าร่วมประชุมซึ่งเป็นผู้ตัดสินใจเชิงนโยบายจากประเทศต่างๆ ผู้นำองค์กรระหว่างประเทศ และผู้เชี่ยวชาญในประเทศต่างๆ และผู้เชี่ยวชาญในระดับนานาชาติ เข้าร่วมประชุมจำนวนมาก

- การจัดประชุมนานาชาติอื่นๆ เพื่อขับเคลื่อนวาระสุขภาพที่เป็นความสนใจของประเทศ

การจัดประชุมระดับรัฐมนตรีในภูมิภาคเอเชียใต้และตะวันออกเรื่องความปลอดภัยบนท้องถนน เป็นการขับเคลื่อนนโยบายต่อจากการจัดทำเป้าหมายระดับโลกและมุ่งเน้นประเด็นปัญหาในภูมิภาคที่เป็นสาเหตุการเสียชีวิตที่สำคัญคือผู้ใช้ถนนที่ขับขี้ออเตอร์ไซด์และผู้ใช้ถนนกลุ่มเปราะบาง การจัดประชุมระดับสูงนี้เชื่อมโยงไปสู่การจัด The 13th World conference on injury prevention and safety promotion

การจัดประชุม International Society for Physical Activity and Health Congress (ISPAH)

2) บทบาทในการเป็นพลเมืองที่ดีของโลกในการแลกเปลี่ยนประสบการณ์และให้ความช่วยเหลือประเทศต่างๆ

ประเทศไทยได้ให้ความร่วมมือด้านสาธารณสุขกับประเทศเพื่อนบ้าน ประเทศสมาชิก อาเซียนตลอด

จนประเทศในภูมิภาคอื่นๆ อาทิ ประเทศในแอฟริกา และหมู่เกาะแปซิฟิก ในด้านต่างๆ เช่น การพัฒนาหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า การระบาดวิทยา การป้องกันโรคติดต่อ การประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์ ตลอดจนการรักษาพยาบาลประชาชนของประเทศเพื่อนบ้านตามแนวชายแดน และการให้ความช่วยเหลือด้านมนุษยธรรม เช่น กรณีโรคไข้หวัดนก กรณีอีโบล่า ภัยพิบัติทางธรรมชาติที่เฮติและเนปาล เป็นต้น นอกจากนี้ประเทศไทยยังจัดให้มีการแลกเปลี่ยนความรู้และประสบการณ์การพัฒนาสุขภาพ การเป็นแหล่งศึกษาดูงานด้านสุขภาพเพื่อพัฒนาขีดความสามารถของบุคลากรของนานาชาติประเทศ

บทบาทในด้านนี้ เกิดขึ้นจากการที่ประเทศไทยประสบความสำเร็จในการแก้ไขปัญหาสุขภาพในหลายด้านและมีรากฐานการพัฒนาระบบสุขภาพที่เข้มแข็งต่อเนื่องมาหลายทศวรรษ ตัวอย่างความสำเร็จที่ประเทศไทยสามารถแลกเปลี่ยนให้แก่ประเทศต่างๆ ได้มีดังนี้

- การดำเนินงานแก้ไขปัญหาเอดส์ ซึ่งประเทศไทยประสบความสำเร็จการดำเนินงานหลายด้าน เช่น โครงการถุงยางอนามัย 100 เปอร์เซ็นต์ในกลุ่มหญิงบริการทางเพศ ซึ่งป้องกันแพร่เชื้อเอชไอวีสู่ประชาชนทั่วไป การกำจัดการติดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูก การคัดกรองโลหิตที่บริจาคอย่างทั่วถึง การมีระบบข้อมูลเชิงยุทธศาสตร์ ติดตามเฝ้าระวังสถานการณ์การติดเชื้อเอชไอวีที่ใช้ประโยชน์ในการวางแผนและการประเมินผลงานได้เป็นอย่างดี การจัดบริการให้ยาด้านไวรัสให้แก่ผู้ป่วยเอดส์ได้อย่างครอบคลุมทั่วถึง การบริการยาด้านไวรัสแก่แรงงานต่างด้าวมากกว่า 3,000 ราย โดยใช้งบประมาณจากกองทุนโลกด้านเอดส์ วัณโรคและมาเลเรีย สนับสนุนค่ายาและการตรวจทางห้องปฏิบัติการและการสนับสนุนงบประมาณดำเนินงานจากภายในประเทศในสัดส่วนสูงถึงเกือบร้อยละ 90 ของงบประมาณดำเนินงานทั้งหมด แสดงออกถึงความมุ่งมั่นอย่างจริงจัง ในการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ในทุกมิติ ทำให้งานเอดส์ของประเทศไทยมีความก้าวหน้า สามารถลดปัญหาและผลกระทบได้อย่างชัดเจน และได้รับการยอมรับอย่างกว้างขวางในระดับนานาชาติ รวมถึงมีผลการวิจัยที่เป็นที่ยอมรับในระดับ

นานาชาติที่เป็นงานวิจัยเปลี่ยนโลก เช่น การตรวจเลือดหาเชื้อเอชไอวีด้วยวิธีที่มีความไวสูงเพื่อค้นหาผู้ติดเชื้อเอชไอวีระยะเฉียบพลัน คือ ภายใน 4 สัปดาห์หลังการรับเชื้อและให้การรักษาอย่างทันทั่วทั้งที่ ซึ่งจากผลการศึกษาทำให้มีความหวังว่าในอนาคต การรักษาในช่วงติดเชื้อเฉียบพลันอาจช่วยให้สามารถรักษาการติดเชื้อเอชไอวีให้หายขาดได้ งานวิจัยวัคซีนเอดส์ RV144 ที่ช่วยจุดประกายความหวังว่าการคิดค้นวัคซีนเอดส์ยังเป็นไปได้ หลังจากการศึกษาอื่นๆ ทั่วโลกต้องยุติไป แต่การศึกษาในประเทศไทยพบว่าวัคซีนมีประสิทธิภาพและเป็นกุญแจสำคัญในการศึกษากลไกทางภูมิคุ้มกันวิทยาเพื่อพัฒนาวัคซีนรุ่นต่อไปเพื่อเป็นเครื่องมือเสริมในการป้องกันการติดเชื้อในอนาคต

- การประสบความสำเร็จในการผลักดันหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าให้เป็นผลสำเร็จภายในประเทศ แม้องค์กรด้านเศรษฐกิจระหว่างประเทศ เช่น ธนาคารโลกจะคัดค้านว่านโยบายดังกล่าวมีความเสี่ยงสูงสำหรับประเทศกำลังพัฒนาโดยอาจส่งผลให้เศรษฐกิจของประเทศล้มละลายได้จากค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพที่สูงมากขึ้น ซึ่งความสำเร็จของนโยบายนี้ทำให้ประชาชนไทยสามารถเข้าถึงบริการที่ดีขึ้น ลดความเหลื่อมล้ำและเป็นการจุดประกายให้หลายประเทศที่มีสถานะทางเศรษฐกิจใกล้เคียงหรือต่ำกว่าประเทศไทยเห็นว่ามีความเป็นไปได้ที่จะทำให้สำเร็จ me ให้หลายประเทศเริ่มมีเป้าหมายในการจัดหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ซึ่งเป็นรากฐานสำคัญของการพัฒนาระบบสุขภาพในภาพรวม เพื่อให้ประชาชนเข้าถึงบริการและได้รับการป้องกันโรคและการรักษาอย่างเหมาะสม เช่น การผ่าตัดต่อกระดูก การได้รับยาต้านไวรัสที่เหมาะสมในผู้ติดเชื้อเอชไอวี การล้างไต การสวนหัวใจช่วยชีวิตผู้ป่วยเส้นเลือดหัวใจตีบ เป็นต้น

- การดำเนินงานด้านการส่งเสริมสุขภาพ เช่น การจัดตั้งกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพจากภาษี

บุหรี่ยาสูบ และการร่วมผลักดันกรอบอนุสัญญาว่าด้วยการควบคุมการบริโภคยาสูบ ซึ่งประเทศไทยได้นำกรอบอนุสัญญานี้มาพัฒนาเพื่อใช้ในประเทศอย่างเหมาะสม จนได้รับการยอมรับและจัดให้เป็นประเทศแนวหน้าที่ประสบความสำเร็จในการควบคุมการบริโภคยาสูบซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญของโรคไม่ติดต่อ รวมทั้งมีงบประมาณในการสนับสนุนการรณรงค์ในการควบคุมปัจจัยเสี่ยงอื่นๆ และส่งเสริมกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพอย่างกว้างขวางเป็นตัวอย่างที่ดีสำหรับประเทศอื่นๆ

- การบังคับใช้สิทธิสำหรับยาที่มีสิทธิบัตร (compulsory licensing-CL) ทำให้ผู้ป่วยเข้าถึงยาได้มากขึ้นเนื่องจากราคายาลดลง เป็นการช่วยประหยัดงบประมาณและเป็นแบบอย่างให้ประเทศต่างๆ นำไปปฏิบัติส่งผลให้บริษัทยาต้นแบบทั่วโลกประกาศลดราคายาลงถึงร้อยละ 100

ในขณะที่การดำเนินนโยบายด้านสุขภาพสามารถนำมาซึ่งผลประโยชน์เชิงเศรษฐกิจต่อประเทศและประชาชนไทยได้ ความสำเร็จของงานสุขภาพดังกล่าวข้างต้น ต้องอาศัยระบบสุขภาพของประเทศที่เข้มแข็งและที่สำคัญต้องอาศัยงานสุขภาพโลกเป็นเครื่องมือสำคัญในการขับเคลื่อนงานโดยอาศัยกระแสนโยบายระหว่างประเทศ อาศัยแรงสนับสนุนจากองค์กรระหว่างประเทศ รวมทั้งทรัพยากรและทุนทางสังคมและปัญญาจากองค์กรระหว่างประเทศ ช่วยหนุนเสริมงานในประเทศให้ก้าวหน้า และยังคงอาศัยงานสุขภาพโลกนำความสำเร็จเหล่านี้ไปเผยแพร่แก่นานาอารยประเทศให้รับทราบและประเทศไทยมีโอกาสดแลกเปลี่ยนให้ประเทศต่างๆ นำประสบการณ์ของประเทศไทยไปใช้ในการพัฒนา ซึ่งหากประเทศอื่นๆ มีสถานะทางสุขภาพที่ดี ย่อมส่งผลดีแก่ประชาชนไทยให้มีความปลอดภัยและมั่นคงทางสุขภาพและสังคมด้วย

11.7 กรอบยุทธศาสตร์สุขภาพโลกของประเทศไทย พ.ศ. 2559–2563

ประเทศไทยตระหนักถึงความสำคัญของการพัฒนาสุขภาพโลก กระทรวงสาธารณสุขและกระทรวงต่างประเทศจึงร่วมกันจัดทำกรอบแผนยุทธศาสตร์สุขภาพโลก พ.ศ. 2559–2563 ขึ้น เพื่อกำหนดทิศทางนโยบายสุขภาพโลกของประเทศไทยในระยะยาว โดยมีเป้าหมายสำคัญคือ “ประเทศไทยมีความมั่นคงด้านสุขภาพและปลอดภัยจากภัยคุกคามด้านสุขภาพเพื่อขับเคลื่อนและส่งเสริมให้เศรษฐกิจและสังคมไทยพัฒนาได้อย่างยั่งยืนรวมทั้งมีบทบาทในการร่วมกำหนดนโยบายสุขภาพโลกและมีความรับผิดชอบที่สร้างสรรค์เป็นที่ยอมรับของประชาคมโลก”

กรอบยุทธศาสตร์นี้จะเป็นแนวนโยบายสำคัญของประเทศในระยะยาวที่จะพัฒนางานสุขภาพของประเทศ โดยใช้งานสุขภาพโลกเป็นเครื่องมือ รวมถึงการปกป้องผลประโยชน์ของประเทศ และการสร้างภาพลักษณ์ของประเทศ และใช้สุขภาพเป็นเครื่องมือในการสร้างความสัมพันธ์กับประเทศต่างๆ เพื่อนำสู่ความร่วมมือด้านอื่นๆ ต่อไป เช่น ด้านการค้า เป็นต้น การมีวิสัยทัศน์ด้านสุขภาพโลกในระยะยาวเช่นนี้ ถือว่าประเทศไทยมีความก้าวหน้าเป็นอันมาก เพราะประเทศพัฒนาต่างๆ ล้วนมีแผนยุทธศาสตร์สุขภาพโลกเป็นธงนำ เช่น สวีเดน อังกฤษ ญี่ปุ่น

กรอบยุทธศาสตร์ฯ มีวัตถุประสงค์สำคัญ 5 ประการ ได้แก่

(1) ประชาชนที่อาศัยในผืนแผ่นดินไทยมีความมั่นคงด้านสุขภาพ

(2) ประเทศไทยมีส่วนร่วมกำหนดสุขภาพโลก และมีบทบาทนำด้านสุขภาพโลก 8 ด้าน ได้แก่ (1) ศูนย์กลางการให้บริการสุขภาพของภูมิภาคอาเซียนและเอเชียโดยเน้นความสมดุลระหว่างการให้บริการสุขภาพระหว่างคนไทยและผู้ป่วยต่างชาติและเน้นส่งเสริมธุรกิจด้านการส่งเสริมสุขภาพ (Wellness) (2) การสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (Universal Health Coverage: UHC) (3) การจัดการความเสี่ยงจากภัยพิบัติ (Disaster Risk Management) (4) เครือข่ายนักระบาดวิทยา (Field Epidemiological Training Network: FETN) (5) หน่วยสอบสวนโรคเคลื่อนที่เร็ว (Surveillance and Rapid

Response Team: SRRT) (6) ทีมปฏิบัติการฉุกเฉินทางการแพทย์ในภาวะภัยพิบัติ (Medical Emergency Response Team: MERT) (7) การประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ (Health Intervention and Technology Assessment: HITA) และ (8) การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก (Thai Traditional and Alternative Medicines)

(3) นโยบายสาธารณะและนโยบายสุขภาพของประเทศไทยมีความสอดคล้องและสมดุลระหว่างผลประโยชน์ทางการค้าการลงทุนกับสุขภาพของประชาชน

(4) ระบบสุขภาพไทยมีความเข้มแข็ง ยุติธรรมและเป็นธรรม

(5) บุคลากร องค์กร ภูมิทัศน์ภาพ ข้อมูลมีคุณภาพเอื้อต่อการดำเนินงานด้านสุขภาพโลกได้อย่างต่อเนื่อง

กรอบยุทธศาสตร์นี้ได้รับการรับรองโดยคณะรัฐมนตรีและผ่านเป็นข้อมติของสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ⁽²⁵⁾ โดยมียุทธศาสตร์สำคัญ 5 ด้าน ได้แก่

1) ส่งเสริมความมั่นคงด้านสุขภาพในระดับประเทศและระดับโลก

2) ส่งเสริมบทบาทนำของประเทศไทยในเวทีนโยบายสุขภาพโลกและมีส่วนร่วมอย่างสร้างสรรค์/รับผิดชอบต่อการพัฒนาสุขภาพของประชาคมโลก

3) ส่งเสริมความสอดคล้องด้านนโยบายในระดับประเทศและในระดับโลก

4) สร้างความเข้มแข็งของระบบสุขภาพไทยให้มีความยุติธรรมและเท่าเทียม

5) การพัฒนาศักยภาพและขีดความสามารถของประเทศไทยด้านสุขภาพโลกอย่างเป็นระบบ

กรอบยุทธศาสตร์สุขภาพโลกนี้จะเป็นกรอบทิศทางการทำงานร่วมกันอย่างเป็นระบบของ ภาคส่วนต่างๆ ทั้งภาครัฐ ภาคเอกชนและประชาสังคม เพื่อสร้างความมั่นคงทางสุขภาพของคนไทยและแสดงการมีส่วนร่วมและความรับผิดชอบต่อสุขภาพต่อประชาคมโลก ซึ่งจะส่งเสริมภาพลักษณ์ที่ดีของไทยในสังคมโลก ประโยชน์ที่ประเทศจะได้รับ ได้แก่

1) ประชาชนไทยและประชาชนในภูมิภาคมีความมั่นคงทางสุขภาพร่วมกัน เนื่องจากไม่มีพรมแดนขวางกั้นการแพร่ระบาดของโรคและปัจจัยคุกคามสุขภาพ ดังนั้นการร่วมมือพัฒนาความมั่นคงทางสุขภาพของประชาชนในภูมิภาคโดยเฉพาะประเทศเพื่อนบ้านจึงส่งผลต่อความมั่นคงทางสุขภาพของคนไทยด้วย เช่น ความร่วมมือระหว่างประเทศผ่านเวทีสุขภาพโลกเพื่อป้องกันการแพร่ระบาดของสารเสพติด ยาสูบ สุรา สารออกฤทธิ์ต่อจิตประสาท อาหารปนเปื้อน ไม่ปลอดภัย รวมทั้งเรื่องหลักประกันสุขภาพ (ซึ่งจะช่วยให้ไทยลดภาระค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพของ แรงงานต่างด้าวและผู้โยกย้ายถิ่น)

2) ความสอดคล้องของนโยบายสาธารณะภายในและภายนอกประเทศ นโยบายการค้า การลงทุนทั้งภาครัฐและเอกชนจากภายในและภายนอกประเทศ ส่งผลกระทบต่อสุขภาพคนไทย ทั้งทางบวกและทางลบ ดังนั้นจึงมีความจำเป็นต้องมีเวทีที่ประสานนโยบายเหล่านี้ให้สอดคล้องกัน และมีความสมดุลระหว่างผลประโยชน์ทางการค้า รายได้ของเอกชนและรัฐบาลกับสุขภาพของคนในชาติและในขณะเดียวกันภาคเอกชนของไทยที่ไปลงทุนธุรกิจการค้าและบริการในต่างประเทศย่อมส่งผลกระทบต่อสุขภาพของคนในชาตินั้น ก็ย่อมมีความจำเป็นต้องปกป้องสุขภาพของคนในชาตินั้นด้วย เฉกเช่นเดียวกับการปกป้องสุขภาพของคนในประเทศไทย

กรอบยุทธศาสตร์นี้จึงเป็นฐานของความร่วมมือภายในประเทศระหว่างภาคส่วนต่างๆ ทั้งภาครัฐและเอกชน และเป็นฐานของความร่วมมือระหว่างประเทศผ่านระบบสุขภาพโลก เพื่อให้เกิดสมดุลระหว่างนโยบายต่างๆ กับสุขภาพของประชาชน

3) ระบบสาธารณสุขไทยที่เข้มแข็งสามารถแผ่อำนาจและเป็นแบบอย่างไปปรับใช้ในประเทศอื่น องค์การอนามัยโลกและธนาคารโลกยกย่องประเทศไทยอยู่ในแนวหน้าของโลกของการพัฒนาระบบสุขภาพที่เข้มแข็งและมีความเป็นธรรม และมีนวัตกรรมทางสุขภาพอย่างต่อเนื่อง เช่น การสาธารณสุขมูลฐาน การควบคุมแก้ไขปัญหาโรคเอดส์ ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า สมัชชาสุขภาพ กองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพและการ

ดูแลสุขภาพของแรงงานต่างด้าวและผู้อพยพย้ายถิ่น ซึ่งล้วนแต่ประสบผลสำเร็จด้วยดี แสดงถึงศักยภาพด้านการพัฒนาสิทธิมนุษยชน การส่งเสริมสุขภาพประชาชน การมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนในการกำหนดนโยบายสาธารณะ นวัตกรรมและประสบการณ์เหล่านี้มีคุณค่าอย่างยิ่งเพื่อแบ่งปันให้ประเทศอื่นๆ สามารถปรับใช้ในการพัฒนาระบบสุขภาพให้เข้มแข็งและเป็นธรรม เพื่อบรรลุสุขภาพดีของคนในภูมิภาค

4) การเสริมสร้างเกียรติภูมิและภาพลักษณ์ที่ดีของไทยในฐานะประเทศที่มีส่วนร่วมรับผิดชอบต่อประชาคมโลก เช่น ความก้าวหน้าทางวิชาการทางการแพทย์และสาธารณสุข บริการการศึกษาหลังปริญญาในสาขาเชี่ยวชาญเฉพาะโรคต่างๆ การรักษาพยาบาลของภาคเอกชน ซึ่งได้รับการเผยแพร่เป็นแบบอย่างในการพัฒนาระบบสุขภาพในหลายประเทศ หากประชาชนเหล่านั้นโดยเฉพาะประเทศเพื่อนบ้านมีสุขภาพดี จะเป็นการช่วยยับยั้งโรคระบาดมาสู่ไทย จึงกล่าวได้ว่าประเด็นสุขภาพเป็นเครื่องมือที่สำคัญต่อการพัฒนาความสัมพันธ์กับต่างประเทศ (Health as foreign policy instrument) เพื่อช่วยรักษาผลประโยชน์ของชาติ นอกจากนี้ภาคสาธารณสุขยังได้ร่วมมือกับภาคการทูตและการต่างประเทศในการผลักดันวาระสุขภาพสำคัญต่างๆ ในระดับโลก เพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์ทางสุขภาพของประเทศไทยเองและของนานาชาติ (Foreign policy is an instrument to advocate global health agenda) การแสดงความรับผิดชอบของไทยต่อประชาคมโลกในรูปแบบทั้งสอง ล้วนแต่ช่วยเสริมสร้างภาพลักษณ์ที่ดีตลอดจนเกียรติภูมิของประเทศในเวทีสากล เพื่อการขับเคลื่อนกรอบแผนยุทธศาสตร์สุขภาพโลกให้ประสบความสำเร็จ จำเป็นที่จะต้องระดมความร่วมมือจากทุกภาคส่วนและบูรณาการกรอบยุทธศาสตร์สุขภาพโลกร่วมกับแผนยุทธศาสตร์สำคัญอื่นๆ ซึ่งรวมถึง WHO-CCS ที่มีแผนงาน Global Health Diplomacy เป็นแผนงานสำคัญแผนงานหนึ่ง ทั้งนี้แผนงาน Global Health Diplomacy จะเป็นน้ามันหล่อลื่นการดำเนินงานตามกรอบยุทธศาสตร์สุขภาพโลกโดยเสริมในส่วนที่ไม่สามารถดำเนินการได้ในระบบปกติ

11.8 ความก้าวหน้าของงานสุขภาพโลกในประเทศไทย

จากอดีตถึงปัจจุบัน ประเทศไทยมีความก้าวหน้าในการดำเนินงานด้านสุขภาพโลกอย่างต่อเนื่อง ซึ่งสามารถสรุปประเด็นสำคัญดังตารางที่ 11.3

ตารางที่ 11.3 ความก้าวหน้าในการดำเนินงานด้านสุขภาพโลกในประเทศไทย

ความก้าวหน้า	ผลลัพธ์ที่เป็นรูปธรรม
1. ความร่วมมือในระดับโลก	
• การพัฒนานโยบาย/จุดยืนดำเนินการอย่างเป็นระบบร่วมกับภาคีที่เกี่ยวข้อง • การทำงานข้ามภาคส่วนอย่างมีประสิทธิภาพ เช่น การทำงานใกล้ชิดกระทรวงต่างประเทศในการผลักดันวาระสำคัญในเวทีภายใต้กรอบสหประชาชาติ การทำงานกับกระทรวงพาณิชย์ในกรอบเจรจาการค้าและส่วนที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ	• กรอบยุทธศาสตร์สุขภาพโลกที่เกิดจากความร่วมมือร่วมของทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง • ทำทินโยบายของประเทศที่กรมและหน่วยงานในภาคสุขภาพและนอกภาคสุขภาพเข้ามามีส่วนร่วม รวมทั้งมีสารัตถะที่ใช้ข้อมูลเชิงประจักษ์และให้ข้อเสนอแก่ประชาคมโลกอย่างสร้างสรรค์ • เกิดข้อมติที่สำคัญในหลายเวทีที่ทีมประเทศไทยร่วมกันผลักดัน เช่น ข้อมติสหประชาชาติเรื่อง UHC day, UN HLM on UHC • การวางแผนความเคลื่อนไหวในระดับโลกอย่างต่อเนื่องและเกิดประโยชน์ต่อการพัฒนาสุขภาพในประเทศ เช่น กิจกรรมทางกายซึ่งเกิดความเคลื่อนไหวและตื่นตัวในประเทศ การผลักดันข้อมติเรื่องโภชนาการที่มาช่วยส่งเสริมการผ่านพ.ร.บ.การควบคุมการส่งเสริมการตลาดอาหารสำหรับทารกและเด็กเล็กในประเทศไทย • การวางแผนความเคลื่อนไหวเรื่องความปลอดภัยบนท้องถนนในระดับโลกและระดับภูมิภาคสู่การปฏิบัติในประเทศ • ซึ่งการขับเคลื่อนประเด็นเหล่านี้ส่งเสริมการทำงานร่วมกันระหว่างเครือข่ายในประเทศและสร้างเครือข่ายประเทศพันธมิตรในการเคลื่อนไหวระหว่างประเทศ

ตารางที่ 11.3 ความก้าวหน้าในการดำเนินงานด้านสุขภาพโลกในประเทศไทย (ต่อ)

ความก้าวหน้า	ผลลัพธ์ที่เป็นรูปธรรม
2. ความร่วมมือในระดับภูมิภาคและทวิภาคี	
ขยายความร่วมมือทวิภาคีสู่ประเทศอื่นๆ นอกเหนือจากประเทศเพื่อนบ้านและมีประเด็นยุทธศาสตร์ที่เป็นจุดเน้นชัดเจนขึ้น (ซึ่งส่วนใหญ่เป็นความต้องการของประเทศอื่นๆ ที่ต้องการความช่วยเหลือจากประเทศไทย)	มีการทำความร่วมมือกับ อิหร่าน คิวบา ญีปุ่น อังกฤษ จีน ฟิลิปปินส์ อินโดนีเซีย
พัฒนารูปแบบความร่วมมือทวิภาคีเพื่อให้เกิดผลลัพธ์ที่เป็นรูปธรรม โดยอาศัยกลไกของกระทรวงต่างประเทศร่วมด้วย	เริ่ม model development กับกัมพูชา โดยมีกลไกอภิบาลที่ชัดเจน มีผู้จัดการระดับชาติที่ดูภาพรวม คือกรมควบคุมโรค และทำงานร่วมกับกรมความร่วมมือระหว่างประเทศใกล้ชิด รวมถึงการใช้กลไกทางการเงิน เข้ามาร่วมบริหารจัดการโครงการ
มีความเคลื่อนไหวเพื่อเตรียมความพร้อมในประเด็นสุขภาพสำคัญ คือการรองรับสังคมสูงอายุ	การจัดตั้ง ASEAN Center for Active Ageing and Innovation ในประเทศไทย เพื่อเป็น think tank ด้านสูงอายุในภูมิภาคสู่การเตรียมความพร้อมสำหรับสังคมสูงอายุ
3.การทำงานกับองค์การอนามัยโลก	
พัฒนารูปแบบการทำงาน WHO Country Cooperation Strategy ในรูปแบบใหม่	- Innovative model for WHO CCS ที่เน้นผลลัพธ์ สร้างความเป็นเจ้าของกับประเทศ และมีการบริหารจัดการที่เป็นหนึ่งเดียว - การพัฒนาขีดความสามารถกลายเป็นวัฒนธรรมของเครือข่ายสุขภาพโลก (พี่น้องทุกระดับให้ความสำคัญกับ on the job training, mentor-mentee relationship) - มีบุคลากรรุ่นใหม่เข้ามามีส่วนร่วมในการพัฒนางานในหลายด้านและในทีมงานประกอบด้วยสมาชิกจากหลายหน่วยงานและหลาย generation - การไปสนับสนุนประเทศต่างๆ ในการพัฒนาขีดความสามารถด้านสุขภาพโลก เช่น ญีปุ่น มัลดีฟส์ ฟิลิปปินส์ อินโดนีเซีย บังคลาเทศ เนปาล

ตารางที่ 11.3 ความก้าวหน้าในการดำเนินงานด้านสุขภาพโลกในประเทศไทย (ต่อ)

ความก้าวหน้า	ผลลัพธ์ที่เป็นรูปธรรม
4. การพัฒนาขีดความสามารถบุคลากรด้านสุขภาพโลกอย่างเป็นระบบ	
• มีแผนการพัฒนาบุคลากรทุกระดับ ตามหลักการของ INNE model (Individual, Node, Network, Environment) รวมถึงงบประมาณ	• บุคลากรได้รับการพัฒนาขีดความสามารถผ่านโครงการ GH scholar, workshop ต่างๆ (Global Health Diplomacy, statement writing, Training of the Trainer, negotiation) และมีหลายหน่วยงานมีการจัดอบรมเพื่อพัฒนาคนของตนเอง • การพัฒนาขีดความสามารถกลายเป็นวัฒนธรรมของเครือข่ายสุขภาพโลก (พี่น้องทุกระดับให้ความสำคัญกับ on the job training, mentor-mentee relationship) • มีบุคลากรรุ่นใหม่เข้ามามีส่วนร่วมในการพัฒนาในหลายด้านและในทีมงานประกอบด้วยสมาชิกจากหลายหน่วยงานและหลาย generation • การไปสนับสนุนประเทศต่างๆ ในการพัฒนาขีดความสามารถด้านสุขภาพโลก เช่น ญี่ปุ่น มัลดีฟส์ ฟิลิปปินส์ อินโดนีเซีย บังคลาเทศ เนปาล
5. การพัฒนาและการจัดการองค์ความรู้ด้านสุขภาพโลก/การพัฒนาระบบติดตามประเมินผล	
• มีการจัดการความรู้อย่างเป็นระบบและพัฒนา ระบบติดตามประเมินผล (ในภาพรวมและเฉพาะประเด็นที่เป็นวาระสำคัญ)	• ใช้กระบวนการจัดการความรู้ในการพัฒนางานสุขภาพโลก (มี after Action Review อย่างเป็นระบบในทุกเวทีที่ประเทศไทยเข้าร่วม) • มีการศึกษาวิเคราะห์ระบบสุขภาพโลกของประเทศไทย • มีการจัดการความรู้ในประเด็นเฉพาะ (การประกันสุขภาพถ้วนหน้า ถอดบทเรียนกิจกรรมทางกาย ความปลอดภัยบนท้องถนน • มีการพัฒนาระบบติดตามประเมินผลในภาพรวม (การประเมินกรอบยุทธศาสตร์สุขภาพโลก) และเฉพาะประเด็นที่สำคัญ (การติดตามประเมินผลความร่วมมือทวิภาคีไทย-กัมพูชาด้านสุขภาพ การติดตาม Human Resource for Health Code การติดตามประเมินผลความก้าวหน้าร่างข้อมติที่สำคัญ

11.9 ความก้าวหน้าที่สำคัญในการดำเนินงานด้านสุขภาพโลก

1) WHO CCS (WHO Country Cooperation Strategy) การปฏิรูปการทำงานขององค์การอนามัยโลกกับประเทศที่มีรายได้ปานกลาง

- WHO CCS เป็นแผนยุทธศาสตร์ที่องค์การอนามัยโลกจัดทำขึ้น เพื่อทำงานร่วมกับประเทศต่างๆ ในการแก้ไขปัญหาสุขภาพที่สำคัญ (How to work with/in country) โดยมีหลักการสำคัญ คือ การเป็นเจ้าของร่วมกันระหว่างองค์การอนามัยโลกและประเทศนั้นและการดำเนินงานของ CCS จะเป็นการดำเนินงานในส่วนที่เสริมหลักร่วมกันเพิ่มเติมการทำงานในระบบปกติ (Lubricant/catalytic) สำหรับประเทศไทยมี CCS มาแล้วทั้งสิ้น 4 แผน ได้แก่ CCS 2002-2005 และต่อเนื่องเป็นแผน 2004-2007, CCS 2008-2011, 2012-2016

- กระทรวงสาธารณสุขร่วมกับภาคีเครือข่ายในการจัดทำ WHO Country Cooperation Strategy (WHO-CCS) ของประเทศไทย ซึ่งอยู่ภายใต้กรอบการทำงานระหว่างองค์การอนามัยโลกกับรัฐบาลไทย โดยพัฒนารูปแบบการทำงานใหม่ ซึ่งถือเป็น Global innovative model เป็นตัวอย่างแก่ประเทศอื่นๆ

- WHO-CCS รูปแบบในอดีตที่ผ่านมา เป็นการทำงานระหว่างกระทรวงสาธารณสุขกับองค์การอนามัยโลก โดยใช้งบประมาณจากองค์การอนามัยโลกเป็นหลักในการสนับสนุนโครงการด้านสุขภาพของกระทรวง จำนวน 200 ถึง 300 โครงการ ซึ่งมีผลกระทบต่อการแก้ปัญหาสาธารณสุขในภาพรวมน้อย และขาดความมีส่วนร่วมของภาคีในประเทศ

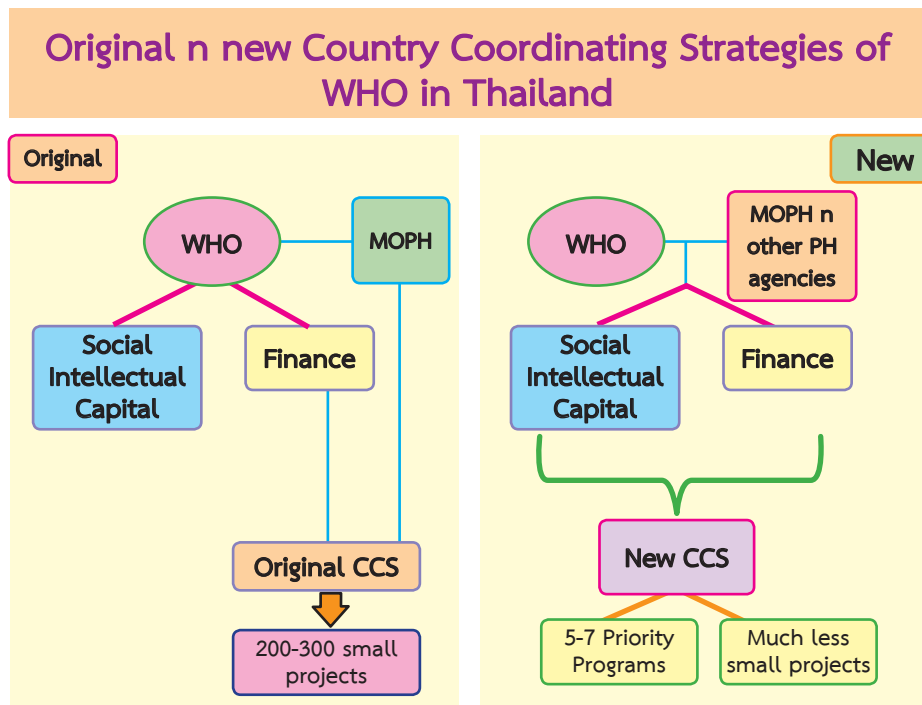
- กระทรวงสาธารณสุข จึงเป็นแกนหลักร่วมกับภาคีเครือข่ายด้านสุขภาพในการวิเคราะห์จุดแข็ง จุดอ่อน โอกาสและความท้าทายของระบบเดิมและพัฒนาระบบใหม่ (ภาพที่ 11.7) โดยมีหลักการสำคัญ ได้แก่ เลือกแผนงานตามลำดับความสำคัญโดยการมีส่วนร่วมจากทุก

ภาคส่วน โดยเลือก 5 ถึง 6 แผนงานเพื่อสามารถระดมทรัพยากรได้เต็มที่และเกิดผลกระทบต่อการแก้ปัญหาในวงกว้าง ไม่กระจัดกระจายเป็นโครงการขนาดเล็กที่มีผลกระทบน้อยเช่นในรูปแบบเดิม ใช้งบประมาณจากองค์การอนามัยโลกและหน่วยงานในประเทศเพื่อสร้างความเป็นเจ้าของร่วม รวมถึงการใช้ทุนทรัพยากรอื่นๆ และทุนทางสังคมและทุนปัญญา การบริหารจัดการใช้ระบบเดียวและรายงานฉบับเดียว

- ในแผนงาน WHO-CCS รูปแบบนี้ สามารถระดมทรัพยากรทั้งงบประมาณและทุนสังคมและปัญญาจากภาคีสำคัญ ได้แก่ กระทรวงสาธารณสุข องค์การอนามัยโลก สำนักงานกองทุนสร้างเสริมสุขภาพ สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ภายใต้ Letter of Agreement ที่ผ่านคณะรัฐมนตรีรับทราบ ระดมงบประมาณทั้งสิ้นประมาณ 500 ล้านบาทในระยะเวลา 5 ปี เพื่อดำเนินงานในแผนงาน 6 แผนงาน ได้แก่ แผนงานโรคติดต่อ แผนงานความปลอดภัยทางถนน แผนงานโรคติดต่อเอดส์ด้านจุลชีพ แผนงานประชากรข้ามชาติ แผนงานสุขภาพโลก และแผนงานการค้าและสุขภาพ โดยทั้ง 6 แผนงาน ได้จัดทำแผนให้สอดคล้องและเสริมกับการดำเนินงานหลักภายในประเทศ

- WHO-CCS ได้รับการยอมรับจากองค์การอนามัยโลกว่าเป็นรูปแบบการทำงานที่ถือเป็น Global Innovative model ที่เป็นตัวอย่างให้ประเทศต่างๆ รวมถึงองค์การอนามัยโลกเองสามารถนำไปใช้ในการปรับรูปแบบการทำงานในประเทศต่างๆ ให้เหมาะกับบริบทสุขภาพโลกที่มีการเปลี่ยนแปลงโดยเฉพาะระบบบอภิบาลและระบบการคลังระหว่างประเทศ ทั้งนี้องค์การอนามัยโลก ได้ส่งผู้เชี่ยวชาญลงมาศึกษาแบบการดำเนินงานและจะนำไปขยายผลต่อไป

ภาพที่ 11.7 การปฏิรูปการทำงานขององค์การอนามัยโลกกับประเทศไทย



2) การบูรณาการงานสุขภาพที่สำคัญในประเทศให้เชื่อมโยงกับงานสุขภาพโลกและนำประโยชน์จากการขับเคลื่อนนโยบายสุขภาพโลกมาสู่การผลักดันการพัฒนาสุขภาพของประเทศไทยในประเด็นเฉพาะด้าน

(1) ความปลอดภัยบนท้องถนน (มีแผนบูรณาการต่อเนื่องเพื่อสร้างกระแสนโยบายระดับนานาชาติและสนับสนุนการขับเคลื่อนนโยบายในประเทศ)

- กระทรวงสาธารณสุขโดยกองการต่างประเทศ กรมควบคุมโรค เครือข่าย สจร สสส. และกระทรวงมหาดไทย กระทรวงคมนาคม และ WHO CCS Road safety Program ร่วมมือจัดประชุมระดับรัฐมนตรีในภูมิภาคเอเชียใต้และตะวันออกเพื่อขับเคลื่อนการแก้ไขปัญหาความปลอดภัยบนท้องถนน ผลลัพธ์ที่สำคัญ คือ การมีพันธะสัญญาร่วมกันเพื่อแก้ปัญหาระหว่างภาคส่วนต่างๆ โดยมุ่งเน้น ประชากรผู้ใช้รถและถนนกลุ่มเปราะบาง (รถจักรยานยนต์และคนเดินถนน) ซึ่งเป็นปัญหาสำคัญของภูมิภาค

- เครือข่ายได้ร่วมวางทำที่/จุดยืนของประเทศไทยในการจัดทำเป้าหมายระดับโลก โดยได้บรรจุประเด็นนโยบายที่สำคัญที่ต้องการผลักดันให้เกิดผลในประเทศไทยไปเป็นเป้าหมายในระดับโลก

- การจัดประชุม The 13th World conference on injury prevention and safety promotion เพื่อสร้างกระแสและความตื่นตัวในการแก้ปัญหาอย่างต่อเนื่อง

(2) การส่งเสริมกิจกรรมทางกาย (มีแผนบูรณาการต่อเนื่องเพื่อสร้างกระแสนโยบายระดับนานาชาติและสนับสนุนการขับเคลื่อนนโยบายในประเทศ)

- กระทรวงสาธารณสุขโดย กรมอนามัย สำนักพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ และกองการต่างประเทศ ร่วมกับ สสส. กระทรวงการต่างประเทศ ในการผลักดันกิจกรรมทางกายเป็นวาระสำคัญที่จะหารือในระดับโลก โดยมีประเด็นมุ่งเน้นคือการจัดทำแผนระดับโลกเรื่องกิจกรรมทางกายจนเป็นผลสำเร็จ ซึ่งเป็นการสร้างกระแสกิจกรรมทางกายในประเทศและองค์การอนามัยโลกชื่นชมประเทศไทยเป็นประเทศแถวหน้าที่มีการพัฒนา

งานกิจกรรมทางกายที่ก้าวหน้าที่สุดประเทศหนึ่ง และมีผลต่อการที่นายกรัฐมนตรีประกาศให้มีกิจกรรมทางกายทุกสัปดาห์และมีการขับเคลื่อนแผนกิจกรรมทางกายในระดับชาติให้มีความก้าวหน้าอีกด้วย

(3) การค้าและผลกระทบด้านสุขภาพ

- WHO CCS International Trade and Health Program พัฒนาทำทึนนโยบายของประเทศไทยต่อข้อตกลงทางการค้าที่อาจมีผลกระทบต่อสุขภาพ รวมถึงประเด็นสุขภาพสำคัญที่มีมาตรการที่กระทบต่อการค้า เช่น กฎหมายที่พัฒนาเพื่อควบคุมการบริโภคยาสูบและสุรา โดยทำงานผ่านคณะกรรมการระดับชาติและบูรณาการกับกระทรวงพาณิชย์

- การจัด International Trade and Health conference ทุกปี เพื่อสร้างเครือข่ายวิชาการที่เข้มแข็งในระยะยาว

2.4 ขับเคลื่อนส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่

- กระทรวงสาธารณสุข โดยกองการต่างประเทศ กรมอนามัย สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศร่วมการเจรจาตกลงร่างข้อมติสมัชชาอนามัยโลก เรื่องโภชนาการเป็นผลสำเร็จและร่างข้อมตินี้เป็นหลักฐานสำคัญประกอบการผลักดัน พ.ร.บ.การควบคุมการส่งเสริมการตลาดอาหารสำหรับทารกและเด็กเล็กในประเทศไทย

3) การจัดตั้ง ASEAN Center for Active Ageing and Innovation

- เป็นผลงานสำคัญของรัฐบาลไทยที่จะแสดงในเวทีการประชุมสุดยอดผู้นำอาเซียนในปีพ.ศ. 2562 กระทรวง โดยบูรณาการกับกระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์และกระทรวงการต่างประเทศ ภาคประชาสังคม กระทรวงวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี และบูรณาการในกระทรวงระหว่างกรมอนามัย กรมการแพทย์ สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ จัดทำร่างหลักการของศูนย์ฯ แนวทางการอภิบาล และผลผลิตสำคัญ เสนอผ่านกระบวนการอาเซียนและการเจรจาในระดับนานาชาติ รวมทั้งบูรณาการกับแผนงานและความสนใจของประเทศต่างๆ ในอาเซียน รวมถึง ญี่ปุ่น จีน และเกาหลี (โดยจัดให้มีการหารือทวิภาคีเพื่อหารือระดับนโยบายระหว่างรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขของประเทศไทยกับประเทศต่างๆ ในอาเซียน) และบูรณาการแผนเสนองบประมาณต่อคณะรัฐมนตรีเพื่อของบประมาณสนับสนุนจำนวน 5 ล้านบาทสหรัฐ ต่อปี เพื่อจัดตั้งศูนย์ฯ ในประเทศไทย คาดหวังว่าศูนย์ฯ นี้จะเป็น think tank เพื่อเตรียมการเข้าสู่สังคมสูงอายุของประเทศในกลุ่มอาเซียนด้วยความร่วมมือจากทุกภาคส่วน

11.10 การพัฒนาขีดความสามารถของประเทศไทยด้านสุขภาพโลกอย่างเป็นระบบ (จากระดับบุคคลสู่ระดับสถาบัน)

ประเทศไทยให้ความสำคัญกับการพัฒนาขีดความสามารถของบุคลากรด้านสุขภาพโลกอย่างต่อเนื่องกว่าทศวรรษ โดยเน้นการพัฒนาผ่านการทำงานจริงและใช้ระบบพี่เลี้ยง ซึ่งผลการดำเนินงานที่ผ่านมาถือว่าประสบความสำเร็จเป็นอย่างดี เนื่องจากมีบุคลากรที่ผ่านการพัฒนากระจายอยู่ตามหน่วยงานต่างๆ จำนวนมาก ทำให้ความเข้าใจงานสุขภาพโลกมีมากขึ้นและทำให้เกิดความเชื่อมโยงที่หน่วยงานต่างๆ จะสามารถถอดความรู้เฉพาะสาขาของตนสู่การสื่อสารนโยบายสุขภาพในระดับโลกได้ และนำสุขภาพโลกมาใช้เป็นเครื่องมือสำคัญในการพัฒนาสุขภาพในประเทศ

11.10.1 เป้าหมายการพัฒนาขีดความสามารถด้านสุขภาพโลกในภาพรวม

- การพัฒนากำลังคนจำนวนมากให้มีความเข้าใจในงานสุขภาพโลกเพื่อสร้างเครือข่ายเชื่อมโยงกับหน่วยงานต่างๆ
- การพัฒนาทุนพลเพื่อเป็นผู้นำในการพัฒนางานสุขภาพโลกในระยะยาว
- ทั้งสองเป้าหมายจะต้องทำคู่ขนานกันไป

นอกจากการพัฒนาตามเป้าหมายข้างต้น การพัฒนาบุคลากรต้องทำในทุกระดับ ได้แก่

- ผู้บริหารซึ่งต้องมีทักษะในการเข้าร่วมในเวทีสำคัญที่เป็นทางการ เข้าใจผู้เล่นและการเมืองระหว่างประเทศและการมีทักษะเป็นประธานการประชุม รวมถึงทักษะทางการทูต

- บุคลากรรุ่นกลางและรุ่นใหม่ จำเป็นต้องมีทักษะการเจรจาต่อรอง การวิเคราะห์และเชื่อมโยงปัญหาสุขภาพในประเทศและบริบทต่างประเทศ การพัฒนาท่าทีและจุดยืนของประเทศ ระเบียบวิธีการทางการทูต ทั้งนี้หมายความว่าความรวมบุคลากรที่เป็นนักวิชาการและนักวิเทศสัมพันธ์ที่ต้องพัฒนาให้มีทักษะรอบด้าน เพียงแต่จุดเน้นจะแตกต่างกันไป แต่การทำงานของทั้งสองสาขาต้องเชื่อมโยงกัน

11.10.2 รูปแบบการพัฒนาขีดความสามารถ

ด้านสุขภาพโลกของประเทศไทย แบ่งเป็น 3 ด้าน

- การพัฒนาขีดความสามารถผ่านการเข้าร่วมประชุมระดับนานาชาติ

ประเทศไทยให้ความสำคัญกับการพัฒนาขีดความสามารถของบุคลากรไทย โดยเน้นการปฏิบัติจริงผ่านระบบพี่เลี้ยง เวทีที่ใช้ฝึกปฏิบัติสำคัญคือ เวทีสมัชชาอนามัยโลก และมีการขยายสู่การประชุมอื่นๆ ด้วย สำหรับเวทีสมัชชาอนามัยโลกที่จัดเป็นสนามฝึกสำคัญ มีกระบวนการคัดเลือกนักวิชาการเข้าร่วมประชุม มีการจัดประชุมเตรียมความพร้อมเพื่อหารือและจัดทำท่าทีในแต่ละวาระ ในระหว่างการประชุมเปิดโอกาสให้ผู้เข้าร่วมประชุมได้ฝึกการเจรจาต่อรอง การเข้าร่วม drafting group และร่วมกิจกรรมที่น่าสนใจอื่นๆ ซึ่งเป็นการสร้างเครือข่ายและพัฒนาการทำงานเป็นทีม ซึ่งรูปแบบการทำงานนี้เป็นที่ชื่นชมจากประเทศอื่นๆ และเป็นแบบอย่างให้หลายประเทศนำไปใช้ เช่น จีน ญี่ปุ่น

11.11. ก้าวต่อไป

ในระยะจากนี้ไป เครือข่ายงานสุขภาพโลกและเครือข่ายสุขภาพในประเทศทุกภาคส่วนจะต้องระดมความร่วมมือเพื่อวางแผนสำหรับการใช้งานสุขภาพโลกเป็นเครื่องมือสำหรับการพัฒนาสุขภาพในประเทศในระยะต่อไป รวมถึงการศึกษาวิเคราะห์ผลการดำเนินงานที่

- การส่งบุคลากรไปปฏิบัติงานในหน่วยงานต่างๆ ในต่างประเทศ โดยคัดเลือกนักวิชาการที่มีความพร้อมสำหรับการทำงานในระดับนานาชาติ เช่น องค์การอนามัยโลก มูลนิธิร็อกกี้เฟลเลอร์ กองทุนโลก นักวิชาการเหล่านี้ได้เรียนรู้การทำงานจริงในหน่วยงานต่างประเทศและกลับมาทำประโยชน์ให้กับหน่วยงานเป็นอย่างมาก

- การจัดอบรมเพื่อพัฒนาทักษะต่างๆ

- Global Health Scholar ซึ่งคัดเลือกบุคลากรที่สนใจงานสุขภาพโลกจากหลากหลายหน่วยงานมาพัฒนาทักษะด้านต่างๆ ผ่านการเรียนรู้ที่ใช้แบบฝึกหัดจริงและเปิดโอกาสให้ไปทำงานในเวทีระหว่างประเทศ โครงการนี้ดำเนินงานเพื่อสร้างบุคลากรรุ่นกลางและรุ่นใหม่เพื่อมาเป็นผู้นำในการพัฒนางานสุขภาพโลกในระยะยาว

- Global Health Diplomacy Workshop เป็นการอบรมที่จัดเพื่อเตรียมความพร้อมให้ผู้แทนไทยมีความเข้าใจงานสุขภาพโลกและสามารถไปทำงานจริงในเวทีสมัชชาอนามัยโลก โดยเนื้อหาสาระครอบคลุมทฤษฎีสำคัญที่จะต้องนำไปใช้จริง แต่หัวใจสำคัญของการอบรมนี้ คือ เน้นการฝึกปฏิบัติจากแบบฝึกหัดที่ออกแบบจากกรณีศึกษาของเหตุการณ์จริง และมีการพัฒนาหลักสูตรอย่างต่อเนื่อง ซึ่งในปัจจุบัน ประเทศต่างๆ ที่มาเข้าร่วมอบรมได้ขอให้ประเทศไทยไปช่วยสนับสนุนการจัดอบรมในประเทศต่างๆ เช่น มัลดีฟส์ อิหร่าน ฟิลิปปินส์ เนปาล บังคลาเทศ

- Statement writing workshop, training of the trainer, negotiation เป็นการอบรมที่จัดเพื่อพัฒนาทักษะเฉพาะ ซึ่งเน้นการปฏิบัติและนำไปใช้ได้จริง

ผ่านมาตามกรอบยุทธศาสตร์สุขภาพโลก พ.ศ. 2559 ถึง 2563 เพื่อจัดทำแผนในระยะต่อไป รวมถึงการมีวิสัยทัศน์ระยะยาว ที่จะต้องมุ่งเน้นใน 3 ด้าน คือ การสร้างความรู้ การพัฒนาระบบติดตามประเมินผล และการพัฒนาขีดความสามารถด้านสุขภาพโลกอย่างยั่งยืน

บทที่ 12

การขับเคลื่อนงานป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อในประเทศไทย

12.1 บทนำ

ปัญหาโรคไม่ติดต่อกำลังได้รับความสนใจอย่างมากทั้งในระดับโลกและในระดับประเทศไทย ด้วยความประจักษ์ชัดถึงการเจ็บป่วยและการเสียชีวิตจากโรคไม่ติดต่อสี่โรคหลัก คือ โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคมะเร็ง โรคเบาหวาน และ โรคระบบทางเดินหายใจเรื้อรัง ทั้งในระดับชาติจากข้อมูลความชุกของการเจ็บป่วยและการตาย ตลอดจนข้อมูลภาระโรค (Burden of Diseases) ที่ยืนยันชัดเจนดังจะได้เห็นรายละเอียดในเนื้อหาส่วนถัดๆ ไปในเอกสารฉบับนี้ และ ความประจักษ์ชัดในประสบการณ์ระดับบุคคลและครัวเรือนที่ล้วนมีประสบการณ์การเจ็บป่วยด้วยตนเองหรือมีญาติพี่น้องคนใดคนหนึ่งเจ็บป่วยหรือเสียชีวิตจากโรคดังกล่าว ปรากฏการณ์เชิงประจักษ์นี้เป็นเช่นเดียวกันกับภาวะความผิดปกติทางสรีรวิทยาที่ประการ อันได้แก่ ภาวะความดันโลหิตสูง ภาวะไขมันในเลือดสูง ภาวะน้ำตาลในเลือดสูง และ ภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วน ตลอดจนการพบเห็นพฤติกรรมเสี่ยงทางด้านสุขภาพ อันได้แก่ การบริโภคยาสูบ การบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การบริโภคอาหารที่ไม่ดีต่อสุขภาพ และ การมีกิจกรรมทางกายที่ไม่เพียงพอกันทั่วไปในสังคม

อีกทั้งพฤติกรรมและภาวะการเจ็บป่วยเหล่านี้เป็นสิ่งที่มนุษย์หลีกเลี่ยงได้ องค์การอนามัยโลกและองค์การสหประชาชาติจึงได้เรียกร้องประเทศต่างๆ ทั่วโลกให้หันมาให้ความสำคัญและแก้ไขปัญหานี้ดังจะได้อธิบายถึงรายละเอียดต่อไปในเอกสารวิชาการฉบับนี้เช่นกัน

เนื้อหาในเอกสารวิชาการฉบับนี้ประกอบด้วย หัวข้อใหญ่สามหัวข้อ คือ ความจำเป็นที่จะต้องดำเนินการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อ การดำเนินป้องกันและความโรคไม่ติดต่อ และ บทวิเคราะห์และข้อเสนอแนะ ด้วยความมากมายของเนื้อหาเพราะต้องครอบคลุมเรื่องราวของโรคสี่โรค ภาวะทางสรีรวิทยาสี่ภาวะและพฤติกรรมสุขภาพสี่พฤติกรรม และต้องครอบคลุมทั้งข้อมูลระดับโลกและระดับประเทศไทยเพื่อให้ได้ข้อมูลที่ครบถ้วนสมบูรณ์ เอกสารวิชาการฉบับนี้จึงพยายามให้เขียนให้เห็นภาพรวมของการป้องกันและแก้ไขโรคไม่ติดต่อเพื่อให้ผู้อ่านได้เข้าใจภาพใหญ่ๆ แล้วสามารถไปค้นคว้าหาข้อมูลในรายละเอียดต่อไปได้มากกว่าที่จะใส่เนื้อหารายละเอียดทั้งหมดไว้

12.2. ความจำเป็นที่จะต้องดำเนินการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อ

ก. สถานการณ์สถานการณ์โรคไม่ติดต่อระดับนานาชาติ

องค์การอนามัยโลก (World Health Organization, WHO) ได้นำเสนอข้อมูลเพื่อแสดงความสำคัญของปัญหาอันเกิดจากโรคไม่ติดต่อตลอดเกือบยี่สิบปีที่ผ่านมา

มา ตั้งแต่การรับรองแผนยุทธศาสตร์ป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อในที่ประชุมสมัชชาขององค์การอนามัยโลก (World Health Assembly, WHA) ในปี พ.ศ. 2543

(ค.ศ. 2000)⁽¹⁾ ตลอดจนนำเสนอข้อมูลผ่านเอกสารเป็นทางการอีกหลายฉบับ ทั้งคำประกาศสำคัญๆ (political declaration) มติของสมัชชาองค์การอนามัยโลก (WHA resolution) แผนโลกเพื่อการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อสองฉบับ (ได้แก่ Global Action Plan on NCDs 2008-2013 และ 2013-2021)⁽²⁾ และ รายงานสถานการณ์ NCDs โลก (Global report on NCDs 2010⁽³⁾, 2014)⁽³⁾ ตลอดจนรายงานการติดตามความก้าวหน้าต่างๆ (NCDs progress monitor 2015⁽⁵⁾ และ 2017⁽⁶⁾) บทความทางวิชาการนี้ได้อ้างอิงถึงเอกสารที่มีตัวเลขสถิติที่ละเอียดที่สุด และเป็นทางการล่าสุด ถูกอ้างอิงในเอกสารอื่นๆ ที่ตามมา ข้อมูลสำคัญมีดังต่อไปนี้

กรณีการเสียชีวิตทุกอายุ ในปี พ.ศ. 2555 (ค.ศ. 2012)

1) ประเมินการว่ามีการเสียชีวิตทุกอายุทุกสาเหตุ 56 ล้านคนทั่วโลก ในจำนวนนี้ 38 ล้านคนเสียชีวิตจากโรคไม่ติดต่อทุกชนิด (NCDs) คิดเป็นร้อยละ 68.0 ของ 56 ล้านคน⁽⁴⁾

2) โรคไม่ติดต่อ 4 โรคหลักที่เป็นสาเหตุการเสียชีวิตสูงสุดในกลุ่มผู้เสียชีวิตจากโรคไม่ติดต่อทุกชนิด (38 ล้านคน) 4 โรคหลักนี้ คือ โรคหัวใจและหลอดเลือด (17.5 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 46.2 จาก 38 ล้านคน) โรคมะเร็ง (8.2 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 21.7) โรคทางเดินหายใจเรื้อรัง (4.0 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 10.7) และโรคเบาหวาน (1.5 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 4.0) รวมการเสียชีวิตจากโรคไม่ติดต่อ 4 โรคหลักเป็นร้อยละ 82.0 ของการตายจากโรคไม่ติดต่อทุกชนิด 38 ล้านคน⁽⁴⁾

3) จำนวน 28 ล้านคนที่เสียชีวิตจากโรคไม่ติดต่อทุกชนิดเกิดขึ้นในประเทศรายได้ต่ำและรายได้ปานกลาง⁽⁴⁾ (คิดเป็นร้อยละ 74.0 ของ 38 ล้านคน)

4) การเสียชีวิตด้วยโรคไม่ติดต่อทุกชนิดเกิดก่อนวัยอันควร คือ ก่อนอายุ 70 ปี คิดเป็นร้อยละ 42.0 ของการเสียชีวิตด้วยโรคไม่ติดต่อทุกชนิดทุกอายุ (16 จาก 38 ล้านคน) แต่สัดส่วนของการตายด้วยโรคไม่ติดต่อทุกชนิดก่อนวัยอันควรนี้เกิดขึ้นในประเทศรายได้ต่ำและรายได้ปานกลางมากกว่าประเทศรายได้สูง โดยสัดส่วนนี้คิดเป็นร้อยละ 48.0 ในประเทศรายได้ต่ำและรายได้

ปานกลาง (13.5 จาก 28 ล้านคน) และ ร้อยละ 28.0 ในประเทศรายได้สูง (2.8 จาก 10 ล้านคน)⁽⁴⁾

กรณีการเสียชีวิตก่อนวัยอันควร คือ เสียชีวิตในช่วงอายุ 30-70 ปี ในปี พ.ศ. 2555

5) ผู้เสียชีวิตจากโรคไม่ติดต่อทุกชนิด (NCDs) ในช่วงอายุ 30-70 ปี คิดเป็นร้อยละ 52.0 ของผู้เสียชีวิตในช่วงอายุ 30-70 ปี ทุกสาเหตุรวมกัน (16 จาก 30.8 ล้านคน) ขณะที่ผู้เสียชีวิตจากโรคติดต่อ โรคที่เกี่ยวข้องกับการตั้งครรภ์และการคลอดและภาวะทุพโภชนาการรวมกันคิดเป็นร้อยละ 34.0 และผู้เสียชีวิตจากการบาดเจ็บคิดเป็นร้อยละ 14.0

6) โรคไม่ติดต่อ 4 โรคหลัก ยังคงเป็นสาเหตุการเสียชีวิตสูงสุดในกลุ่มผู้ที่เสียชีวิตด้วยโรคไม่ติดต่อทุกชนิดในช่วงอายุ 30-70 ปีนี้ ได้แก่ โรคหัวใจและหลอดเลือด (ร้อยละ 37.0) โรคมะเร็ง (ร้อยละ 27.0) โรคทางเดินหายใจเรื้อรัง (ร้อยละ 8.0) และโรคเบาหวาน (1.5 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 4.0) รวมการเสียชีวิตด้วยโรคไม่ติดต่อ 4 โรคหลักเป็นร้อยละ 76.0 ของการตายจากโรคไม่ติดต่อทุกชนิดในช่วงอายุ 30-70 ปี⁽⁴⁾

7) ร้อยละ 82 ของการเสียชีวิตด้วยโรคไม่ติดต่อทุกชนิดก่อนวัยอันควร (ช่วงอายุ 30-70 ปี) เกิดขึ้นในประเทศรายได้ต่ำและรายได้ปานกลาง⁽⁴⁾ (หมายเหตุ – ในเอกสาร Global Report on NCDs 2014 อ้างถึงตัวเลข “ร้อยละ 82” ในการอธิบายส่วนนี้ซึ่งตรงกับตัวเลขสัดส่วนของการเสียชีวิตด้วย 4 โรคไม่ติดต่อหลักต่อการเสียชีวิตด้วยโรคไม่ติดต่อทุกสาเหตุทุกอายุที่กล่าวถึงข้างต้น)

8) โรคไม่ติดต่อเป็นสาเหตุการตายมากกว่าโรคอื่นๆรวมกัน และโรคไม่ติดต่อกถูกประมาณการว่าจะเพิ่มจาก 38 ล้านคนในปี พ.ศ. 2555 (ค.ศ. 2012) เป็น 52 ล้านคนในปี พ.ศ. 2573 (ค.ศ. 2030)⁽⁴⁾

9) ประเมินการเป็นความสูญเสียทางเศรษฐกิจจากโรคไม่ติดต่อในช่วงปี พ.ศ. 2554-2568 (ค.ศ. 2011-2025) หากไม่ดำเนินการอะไรที่แตกต่างไปจากเดิมจะอยู่ที่ประมาณ 7 ล้านล้านเหรียญสหรัฐ และทำให้ประชากรทั่วโลกติดอยู่ในความยากจนจำนวนหลายล้านคน ความสูญเสียทางเศรษฐกิจนี้สูงกว่าประมาณการค่าใช้จ่ายที่ต้อง

ใช้ในการดำเนินมาตรการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อที่มีผลกระทบสูงที่ใช้เพียง 11,200 ล้านเหรียญสหรัฐ⁽⁴⁾

10) Dr. Sania Nishtar, Co-chair, WHO High-Level Independent Commission on Noncommunicable Diseases ได้กล่าวไว้ในช่วงพิธีเปิดการประชุมประชาพิจารณ์เพื่อเตรียมการประชุมระดับสูงขององค์การสหประชาชาติครั้งที่สามเกี่ยวกับเรื่องโรคไม่ติดต่อ เมื่อวันที่ 5 กรกฎาคม 2561 ถึงปัญหาโรคไม่ติดต่อไว้ว่า ได้พบกับครอบครัวซึ่งคุณปู่ป่วยด้วยโรคหัวใจล้มเหลว ย่าต้องตัดเท้าและใกล้ตาบอดเพราะไม่ได้รักษาโรคเบาหวาน พ่อซึ่งเป็นหัวหน้าครอบครัวเป็นโรคความดันโลหิตสูง ภรรยาป่วยด้วยโรคปอดจากการทำอาหารในบ้านหลายสิบปี ร้อยละ 40 ของรายได้ของครอบครัวถูกใช้ไปกับการรักษาโรคซึ่งป้องกันได้ ผลที่ตามมาจากการสูญเสียโอกาสการทำงานนี้เป็นผลให้ลูกๆเกิดภาวะขาดสารอาหารและในที่สุดลูกสาวต้องออกจากโรงเรียน⁽⁷⁾ ข้อมูลนี้สะท้อนสถานการณ์ปัญหาโรคไม่ติดต่อในระดับครอบครัวได้ชัดเจนมากทั้งทางด้านสุขภาพ เศรษฐกิจและสังคม

สถานการณ์โรคไม่ติดต่อของประเทศไทย

ปัญหาความรุนแรงของโรคไม่ติดต่อของประเทศไทยกำลังเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง เมื่อเปรียบเทียบข้อมูลการเสียชีวิตและภาระโรคที่เกิดขึ้นจากโรคไม่ติดต่อระหว่างปี พ.ศ. 2542-2557 เท่าที่มีการรวบรวม คำนวณ และตีพิมพ์ไว้ในเอกสารวิชาการที่เป็นทางการในประเทศไทยในปี พ.ศ. 2542, 2547 และ 2552 (ข้อมูลอ้างในรายงานสถานการณ์ NCDs: วิฤตสุขภาพ วิฤตสังคม⁽⁸⁾) และได้ข้อมูลล่าสุดปี พ.ศ. 2557 ที่วิเคราะห์แล้วแต่ยังไม่ได้ตีพิมพ์จาก ดร.ทพญ. กนิษฐา บุญธรรมเจริญ พบว่า (รายละเอียดจาก bodthai.net)

1) จำนวนผู้เสียชีวิตและอัตราการเสียชีวิตต่อแสนประชากร เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องในช่วงเวลาสิบห้าปี จากปี พ.ศ. 2542 ถึง พ.ศ. 2557 โดยจำนวนผู้เสียชีวิตจากกลุ่มโรคไม่ติดต่อทุกชนิดเพิ่มขึ้น (relative increase) ร้อยละ 58 (จาก 233,797 เป็น 368,870 คน) และอัตราการเสียชีวิตต่อแสนประชากรเพิ่มขึ้นร้อยละ 49 (จาก 380 เป็น 568 ต่อแสนประชากร) (ดูตารางที่ 12.1 ประกอบ)

2) จำนวนผู้เสียชีวิตและอัตราการเสียชีวิตต่อแสนประชากรของโรคไม่ติดต่อ 4 โรคหลักเพิ่มขึ้นในช่วงเวลาห้าปีจากปี พ.ศ. 2552 ถึง พ.ศ. 2557 โดยจำนวนผู้เสียชีวิตจากโรคหัวใจและหลอดเลือด โรคมะเร็ง โรคเบาหวาน และ โรคปอดเรื้อรัง เพิ่มขึ้นคิดเป็นร้อยละ 15.0, 16.0, 12.0 และ 18.0 ตามลำดับ และอัตราการเสียชีวิตต่อแสนประชากรเพิ่มขึ้นคิดเป็นร้อยละ 13.0, 13.0, 9.0 และ 15.0 ตามลำดับ (ตารางที่ 12.1)

3) ภาระโรคที่วัดด้วยจำนวนปีสุขภาพที่สูญเสียไป (DALY) และอัตราของภาระโรคต่อแสนประชากรของกลุ่มโรคไม่ติดต่อทุกชนิดเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องในช่วงเวลาสิบห้าปี จากปี พ.ศ. 2542 ถึง พ.ศ. 2557 โดยจำนวนปีสุขภาพที่สูญเสียไป (DALY) ของกลุ่มโรคไม่ติดต่อทุกชนิดเพิ่มขึ้นร้อยละ 89.0 (จาก 5.56 เป็น 10.53 ล้าน DALYs) และอัตราของภาระโรคต่อแสนประชากรเพิ่มขึ้นร้อยละ 80.0 (จาก 9,000 เป็น 16,200 DALYs ต่อแสนประชากร) (ตารางที่ 12.1)

4) ภาระโรคที่วัดด้วยจำนวนปีสุขภาพที่สูญเสียไป (DALY) และอัตราของภาระโรคต่อแสนประชากรของโรคไม่ติดต่อ 4 โรคหลักเพิ่มขึ้นในช่วงเวลาห้าปี จากปี พ.ศ. 2552 ถึง พ.ศ. 2557 โดยภาระโรคจากโรคหัวใจและหลอดเลือด โรคมะเร็ง โรคเบาหวาน และโรคปอดเรื้อรัง เพิ่มขึ้นคิดเป็นร้อยละ 52, 59, 45 และ 56 ตามลำดับ และ อัตราการเสียชีวิตต่อแสนประชากรเพิ่มขึ้นคิดเป็นร้อยละ 50.0, 55.0, 44.0 และ 52.0 ตามลำดับ (ตารางที่ 12.1)

5) เมื่อเปรียบเทียบความเปลี่ยนแปลงของอัตราการเสียชีวิตต่อแสนประชากร และอัตราภาระโรคต่อแสนประชากรของโรคไม่ติดต่อทุกชนิดกับกลุ่มโรคติดเชื้อ และ กลุ่มการบาดเจ็บ ระหว่างปี พ.ศ. 2542 และ 2557 (สิบห้าปี) จะพบว่า อัตราการเสียชีวิตต่อแสนประชากร และอัตราภาระโรคต่อแสนประชากรของโรคไม่ติดต่อทุกชนิด เพิ่มขึ้นร้อยละ 49 และ 80 ตามลำดับ ส่วนของกลุ่มโรคติดเชื้อ ลดลงร้อยละ 41 และ 23 ตามลำดับ ส่วนกลุ่มการบาดเจ็บนั้นอัตราการเสียชีวิตลดลงร้อยละ 5 แต่อัตราภาระโรคต่อแสนประชากรเพิ่มขึ้นร้อยละ 59 (ซึ่งการเพิ่มขึ้นของกลุ่มการบาดเจ็บนี้ก็ยังไม่เกินกว่าการเพิ่มขึ้น

ของกลุ่มโรคไม่ติดต่อทุกชนิด) (ตารางที่ 12.1 และ 12.2) ซึ่งหมายถึงว่าโรคไม่ติดต่อไม่ติดต่อทุกชนิดเป็นปัญหาสำคัญต่อการเสียชีวิตและภาระโรคมามากขึ้นตามเวลาเมื่อเทียบกับกลุ่มโรคติดเชื้อและกลุ่มการบาดเจ็บ

6) และเมื่อเปรียบเทียบความเปลี่ยนแปลงของอัตราการเสียชีวิตต่อแสนประชากร และอัตราภาระโรคต่อแสนประชากรของโรคไม่ติดต่อ 4 โรคหลักรวมกันและกลุ่มโรคไม่ติดต่อทุกชนิด ระหว่างปี พ.ศ. 2552 และ 2557 (ห้าปี) จะพบว่าอัตราการเสียชีวิตต่อแสนประชากรและอัตราภาระโรคต่อแสนประชากรของโรคไม่ติดต่อ 4 โรคหลัก

เพิ่มขึ้นร้อยละ 54 และ 49 ตามลำดับ ส่วนของกลุ่มโรคไม่ติดต่อทุกชนิดเพิ่มขึ้นร้อยละ 15 และ 37 ตามลำดับ (ตารางที่ 12.1 และ 12.2) ซึ่งหมายถึงว่าโรคไม่ติดต่อ⁽⁴⁾ โรคหลักเป็นปัญหาสำคัญต่อการเสียชีวิตและภาระโรคมามากขึ้นตามเวลาเมื่อเทียบกับโรคไม่ติดต่ออื่นๆ

7) ข้อมูลจำนวนการเสียชีวิตและภาระโรคของปัจจัยเสี่ยงทางด้านสรีรวิทยาและพฤติกรรม ขณะนี้ปี พ.ศ. 2561 มีข้อมูลที่ตีพิมพ์แล้วเพียงปี พ.ศ. 2552 ดังนี้ (ตารางที่ 12.1 และ 12.2)

ตารางที่ 12.1 จำนวนผู้เสียชีวิตและอัตราการเสียชีวิตต่อแสนประชากรของโรคไม่ติดต่อ และปัจจัยเสี่ยงต่างๆ ของปี พ.ศ. 2542, 2547, 2552 และ 2557

ค.ศ.	1999		2004		2009		2014	
พ.ศ.	2542		2547		2552		2557	
จำนวนประชากรกลางปี (คน)	61,563,960		62,526,693		63,457,439		64,955,313	
	คน	คนต่อแสนประชากร	คน	คนต่อแสนประชากร	คน	คนต่อแสนประชากร	คน	คนต่อแสนประชากร
โรคทุกสาเหตุ (all causes)	388,461	(631)	411,687	(658)	430,652	(679)	486,049	(748)
a. โรคติดเชื้อ	101,303	(165)	88,160	(141)	60,801	(96)	63,141	(97)
b. การบาดเจ็บ	53,362	(87)	54,912	(88)	55,511	(87)	54,038	(83)
c. โรค NCDs ทุกชนิด	233,797	(380)	270,615	(433)	314,340	(495)	368,870	(568)
โรค (disease): รวม 4 โรคหลัก					243,447	(384)	280,797	(432)
1. โรคหัวใจและหลอดเลือด					106,365	(168)	122,578	(189)
2. โรคมะเร็ง					83,832	(132)	96,983	(149)
3. โรคเบาหวาน					27,214	(43)	30,529	(47)
4. โรคปอดเรื้อรัง					26,036	(41)	30,707	(47)
สรีรวิทยา (physiology)								
5. ความดันโลหิตสูง				42,133	(66)			
6. น้ำตาลในเลือดสูง								

ตารางที่ 12.1 จำนวนผู้เสียชีวิตและอัตราการเสียชีวิตต่อแสนประชากรของโรคไม่ติดต่อ และปัจจัยเสี่ยงต่างๆ ของปี พ.ศ. 2542, 2547, 2552 และ 2557 (ต่อ)

ค.ศ.	1999		2004		2009		2014	
พ.ศ.	2542		2547		2552		2557	
	คน	คนต่อแสน ประชากร	คน	คนต่อแสน ประชากร	คน	คนต่อแสน ประชากร	คน	คนต่อแสน ประชากร
7. ไขมันในเลือดสูง				28,795	(45)			
8. น้ำหนักเกินและโรคอ้วน				26,014	(41)			
พฤติกรรม (behavior)								
9. การสูบบุหรี่					50,710	(80)		
10. การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์					22,672	(36)		
11. บริโภคผักผลไม้ไม่พอ					22,585	(36)		
12. กิจกรรมทางกายไม่เพียงพอ					11,129	(18)		

ที่มา: การศึกษาภาระโรคของประเทศไทย

ตารางที่ 12.2 จำนวนปีสุขภาวะที่สูญเสียไป (DALYs) และ อัตราปีสุขภาวะที่สูญเสียไปต่อแสนประชากร ของโรคไม่ติดต่อและปัจจัยเสี่ยงต่างๆ ของปี พ.ศ. 2542, 2547, 2552 และ 2557

ค.ศ.	1999		2004		2009		2014	
พ.ศ.	2542		2547		2552		2557	
จำนวนประชากรกลางปี (คน)	61,563,960		62,526,693		63,457,439		64,955,313	
	ล้าน DALYs	DALY ต่อแสน ประชากร	ล้าน DALYs	DALY ต่อแสน ประชากร	ล้าน DALYs	DALY ต่อแสน ประชากร	ล้าน DALYs	DALY ต่อแสน ประชากร
โรค (diseases)	9.53	(15,500)	9.85	(15,800)	10.21	(16,100)	14.94	(23,000)
a. โรคติดเชื้อ	2.64	(4,300)	2.09	(3,300)	1.39	(2,200)	2.12	(3,300)
b. การบาดเจ็บ	1.33	(2,200)	1.37	(2,200)	1.33	(2,100)	2.29	(3,500)
c. โรค NCDs ทุกชนิด	5.56	(9,000)	6.39	(10,200)	7.49	(11,800)	10.53	(16,200)
โรค (disease): รวม 4 โรคหลัก								
1. โรคหัวใจและหลอดเลือด					1.42	(2,200)	2.16	(3,300)
2. โรคมะเร็ง					1.26	(2,000)	2.00	(3,100)
3. โรคเบาหวาน					0.60	(900)	0.87	(1,300)
4. โรคปอดเรื้อรัง					0.45	(700)	0.70	(1,100)

ตารางที่ 12.2 จำนวนปีสุขภาวะที่สูญเสียไป (DALYs) และ อัตราปีสุขภาวะที่สูญเสียไปต่อแสนประชากร
ของโรคไม่ติดต่อและปัจจัยเสี่ยงต่างๆ ของปี พ.ศ. 2542, 2547, 2552 และ 2557 (ต่อ)

ค.ศ.	1999	2004	2009	2014
พ.ศ.	2542	2547	2552	2557
สรีรวิทยา (physiology)				
5. ความดันโลหิตสูง			0.63 (1,000)	
6. น้ำตาลในเลือดสูง				
7. ไขมันในเลือดสูง			0.32 (500)	
8. น้ำหนักเกินและโรคอ้วน			0.51 (800)	
พฤติกรรม (behavior)				
9. การสูบบุหรี่			0.75 (1,200)	
10. การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์			0.99 (1,600)	
11. บริโภคผักผลไม้ไม่พอ			0.25 (400)	
12. กิจกรรมทางกายไม่เพียงพอ			0.14 (200)	

ที่มา: การศึกษาภาระโรคของประเทศไทย

ข้อมูลข้างต้นแสดงให้เห็นว่าการเสียชีวิตและภาระโรคที่เกิดขึ้นจากโรคไม่ติดต่อกำลังเพิ่มสูงขึ้นในประเทศไทยเมื่อเทียบกับกลุ่มโรคติดเชื้อและการบาดเจ็บ โดยเฉพาะอย่างยิ่งโรคไม่ติดต่อ 4 โรคหลัก คือ โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคมะเร็ง โรคเบาหวานและโรคระบบทางเดินหายใจเรื้อรัง และเมื่อเปรียบเทียบปัญหาในกลุ่มสภาวะสรีรวิทยาจะพบว่าภาวะความดันโลหิตสูง ภาวะไขมันในเลือดสูงและภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วน ก่อให้เกิดการเสียชีวิตเรียงตามลำดับ ส่วนการก่อให้เกิดภาระโรคมีการสลับลำดับเล็กน้อยจากมากไปน้อย คือ ภาวะความดันโลหิตสูง ภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วน และภาวะไขมันในเลือดสูงตามลำดับ และเมื่อเปรียบเทียบปัญหาในกลุ่มพฤติกรรมจะพบว่าพฤติกรรมการสูบบุหรี่ การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การทานอาหารที่ไม่ดีต่อสุขภาพ และการมีกิจกรรมทางกายที่ไม่เพียงพอก่อให้เกิดการเสียชีวิตและภาระโรคเรียงตามลำดับ

นอกเหนือไปจากผลกระทบต่อชีวิตและภาระโรคแล้ว โรคไม่ติดต่อยังส่งผลกระทบต่อภาวะทางเศรษฐกิจด้วย จากการศึกษาประมาณความสูญเสียทางเศรษฐกิจในปี พ.ศ. 2552 จากโรคเรื้อรัง โรคการศึกษาภาระโรคและปัจจัยเสี่ยงของประเทศไทย⁽⁸⁾ พบว่าโรคหัวใจและหลอดเลือด โรคมะเร็ง โรคเบาหวานและโรคระบบทางเดินหายใจเรื้อรัง ก่อให้เกิดผลกระทบทางเศรษฐกิจคิดเป็นมูลค่า 78,976, 78,255, 24,489 และ 16,793 ล้านบาท ตามลำดับ ซึ่งคิดเป็นร้อยละ 39.8, 39.4, 12.3 และ 8.5 ของผลกระทบทางเศรษฐกิจรวมของ 4 โรคนี้ซึ่งเท่ากับ 198,512 ล้านบาท

ข้อมูลข้างต้นทั้งหมดนี้บ่งชี้ว่าประเทศไทยจะต้องเร่งดำเนินการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่ออย่างจริงจังและต่อเนื่อง

ความคุ้มค่าของการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อ

ชุดความรู้ล่าสุดของโลกเกี่ยวกับเศรษฐศาสตร์ของโรคไม่ติดต่อ ภายใต้โครงการ The Lancet Task force on NCDs and economics ของวารสาร Lancet⁽⁹⁾ เพิ่งถูกตีพิมพ์ในช่วงเดือนเมษายน พ.ศ. 2561 ที่ผ่านมา มีข้อค้นพบสำคัญที่สื่อโดยตรงถึงผู้นำของประเทศต่างๆ ทั่วโลกว่า ถึงเวลาต้องลงมือดำเนินการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่ออย่างจริงจังและเร่งด่วนแล้ว ข้อค้นพบเหล่านี้ได้แก่

- โรคไม่ติดต้อมีความสัมพันธ์กับความยากจนและสร้างความไม่เท่าเทียมทั้งภายในและระหว่างประเทศ ทั้งคนยากจนและคนร่ำรวยล้วนพบกับหายนะทางการเงิน อันเลวร้ายจากค่าใช้จ่ายเกี่ยวกับการรักษาโรคไม่ติดต่อนี้ แม้ในรายที่มีประกันสุขภาพคุ้มครองก็ตาม

- การลงทุนกับการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อให้ผลตอบแทนที่สูงมากกับประชากรในทุกระดับรายได้ในประเทศต่างๆ และยังมีส่วนเพิ่มการขยายตัวทางเศรษฐกิจด้วย แม้ว่าทั้งการป้องกันและการควบคุมโรคไม่ติดต้อจะเป็นกลยุทธ์ที่สำคัญ แต่หากมองในระยะยาวแล้ว การป้องกันการเกิดโรคไม่ติดต้อจะให้ผลตอบแทนที่สูงกว่าการควบคุมโรคไม่ติดต้อ

- มาตรการทางการเงินและการคลังควรถูกนำมาใช้ส่งเสริมการบริโภคและวิถีชีวิตที่เอื้อต่อสุขภาพ ส่งเสริมการบริโภคและการผลิตที่ยั่งยืน และใช้เพื่อก่อให้เกิดรายได้ไปขยายผลระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (universal health care) โดยที่นโยบายการเงินการคลังนี้สามารถหรือควรที่จะออกแบบให้บรรลุผลกระทบอย่างเสมอภาคด้วย

- มีงานวิจัยถึง 283 การศึกษาทั่วโลกที่พบความสัมพันธ์ระหว่างโรคไม่ติดต้อและการมีรายได้ต่ำ การมีฐานะทางเศรษฐกิจและสังคมต่ำ และการศึกษาที่ต่ำ โรคไม่ติดต้อทำให้ประชากรเกิดภาวะช็อคทางสุขภาพ สังคมและเศรษฐกิจ แต่ได้ถูกลืมทั่วโลก โปรแกรมต่างๆ ทั้งในระดับนานาชาติและของรัฐบาลประเทศต่างๆ ควรที่จะปกป้องคนยากจนจากการเป็นโรคไม่ติดต้อและความหายนะทางเศรษฐกิจที่จะตามมา นอกจากนี้ โปรแกรมต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับการบริการสุขภาพถ้วนหน้า

จึงควรเน้นโรคไม่ติดต้อด้วยและควรมุ่งไปที่กลุ่มที่อ่อนไหวต่อการเป็นโรคไม่ติดต้อ ซึ่งได้แก่ คนวัยกลางคนและผู้สูงอายุซึ่งเป็นกลุ่มที่เสี่ยงที่สุดต่อการเป็นโรคไม่ติดต้อด้วย

- สุขภาพดีนำมาซึ่งความร่ำรวยและสุขภาพดีเป็นกุญแจสำคัญก่อให้เกิดการบรรลุเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืนอื่นๆ (SDGs: Sustainable Development Goals) และการบรรลุเป้าหมาย SDGs อื่นๆ อีกมากมาย ตัวที่จะนำมาซึ่งการมีสุขภาพดีเช่นกัน ดังนั้นโปรแกรมต่างๆ ที่เกี่ยวกับการพัฒนาที่ยั่งยืนทั้งในระดับประเทศและระดับนานาชาติ ควรเน้นการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต้อด้วย⁽¹⁰⁾ และรัฐบาลควรดำเนินการเพื่อบรรลุดัชนีอีก 8 ตัวไปพร้อมกัน อันได้แก่ SDG 1 การลดความยากจน SDG 2 การทำให้ความหิวโหยหมดไป SDG 3 สุขภาพและความเป็นอยู่ดี (health and wellbeing) SDG 4 การศึกษา (education) SDG 5 ความเป็นธรรมทางเพศ (gender equality) SDG 8 การทำงานที่เหมาะสม และ การเติบโตทางเศรษฐกิจ (decent work and economic growth) SDG 10 การลดความเหลื่อมล้ำทางสังคม (reduced inequalities) SDG 11 เมืองและชุมชนที่ยั่งยืน (sustainable cities and communities) SDG 12 การผลิตและการบริโภคที่ยั่งยืน (sustainable production and consumption)⁽⁹⁾

- ความเหลื่อมล้ำทางสุขภาพจากโรคไม่ติดต้อในระดับประเทศและระหว่างประเทศกำลังเพิ่มมากขึ้น กฎเกณฑ์ระดับนานาชาติและระดับประเทศควรที่จะลดกำแพงเชิงนโยบายและเชิงปฏิบัติการที่ขวางกั้นการเข้าถึงทรัพยากรที่จำเป็นสำหรับการดำเนินการบริการสุขภาพถ้วนหน้า และการส่งเสริมความเป็นธรรมทางสุขภาพ⁽¹⁰⁾

- โรคไม่ติดต้อก่อให้เกิดความหายนะของค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพมากกว่าร้อยละ 60 ของประชากรที่ป่วยด้วยโรคไม่ติดต้อ อันได้แก่ มะเร็ง โรคหลอดเลือดหัวใจและโรคหลอดเลือดสมอง โดยมีความแตกต่างหลากหลายขึ้นกับโรคและบริบทของคนๆ นั้น การไม่มีประกันสุขภาพยิ่งทำให้เกิดความหายนะทางการเงินมากขึ้น ประเทศต่างๆ ควรจัดให้มีระบบบริการสุขภาพถ้วนหน้าและจัดให้มีบริการสุขภาพที่มีความคุ้มค่า (มี cost-effectiveness) และมุ่งกลุ่มเป้าหมายคนยากจนเป็นสำคัญ จะนำไปสู่

การบรรลุเป้าหมายการลดความยากจนและบรรลุเป้าหมาย SDGs ของสหประชาชาติได้⁽¹¹⁾

- งานวิจัยชิ้นหนึ่งที่ใช้วิธีประมาณการแบบโมเดลลิงโดยใช้ผลการสำรวจการใช้จ่ายในครัวเรือนมาประมาณการผลกระทบของมาตรการทางภาษีต่อการใช้จ่ายของครัวเรือนที่มีระดับรายได้ต่างๆ พบว่า มาตรการทางภาษีและราคาต่อสินค้าที่อาจส่งผลไม่ดีต่อสุขภาพนั้นจะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรรมการบริโภคและค่าใช้จ่ายของผู้บริโภคทุกคน แต่จะแตกต่างกันตามสถานะทางเศรษฐกิจและสังคมของคนๆ นั้น โดยคนมีรายได้สูงจะจ่ายค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้น แต่สำหรับคนยากจนนั้นจะไม่เพิ่มรายจ่ายมากนักเพราะคนยากจนจะทยอยเลิกบริโภคสินค้า นั้นซึ่งจะก่อให้เกิดผลดีทางสุขภาพต่อไป อย่างไรก็ตามรายจ่ายที่เพิ่มขึ้นแม้เล็กน้อยของคนยากจนก็เป็นสัดส่วนที่มากเมื่อเทียบกับรายได้ ซึ่งผลกระทบของภาษีต่อคนยากจนนี้สามารถที่จะชดเชยได้ด้วยการออกแบบให้เกิดการใช้เงินภาษีเหล่านี้คืนกลับให้แก่คนยากจนในภายหลัง⁽¹²⁾

- งานวิจัยประมาณการทางเศรษฐศาสตร์ชิ้นหนึ่งได้ศึกษาข้อมูลของยี่สิบประเทศทั่วโลกที่มีภาระโรคของโรคไม่ติดต่อสูงที่สุดด้วยวงเงิน 120 พันล้านเหรียญสหรัฐในช่วง ค.ศ. 2015–2030 จะสามารถลดการเสียชีวิต 15 ล้านคนและป้องกัน 8 ล้านคนจากโรคหัวใจขาดเลือดและ 13 ล้านคนจากโรคเส้นเลือดในสมองใน 20 ประเทศนี้ ซึ่งคิดเป็นการลงทุนเพียง 1.50 เหรียญสหรัฐต่อคนต่อปีเท่านั้น ซึ่งเมื่อคำนวณผลตอบแทนทางเศรษฐศาสตร์และสังคมเข้าด้วยกันแล้วจะได้ผลตอบแทนการลงทุนถึง 10.9 เท่า (หากคิดเฉพาะผลตอบแทนด้านเศรษฐศาสตร์อย่างเดียวจะได้ผลตอบแทนการลงทุน 5.6 เท่า)⁽¹³⁾

เอกสารองค์การอนามัยโลกล่าสุดที่ชื่อว่า “Saving lives, spending less: A strategic response to noncommunicable diseases”⁽¹⁴⁾ (รักษาชีวิต จ่ายน้อยกว่า: การตอบสนองเชิงยุทธศาสตร์ต่อโรคไม่ติดต่อ) เพิ่งตีพิมพ์ในปี พ.ศ. 2561 (ค.ศ. 2018) นี้ ได้ใช้ข้อมูล

การคำนวณค่าใช้จ่ายที่ต้องใช้ในการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อในประเทศประเทศรายได้ต่ำและประเทศรายได้ปานกลางค่อนข้างต่ำ (low-income and lower middle-income countries) ซึ่งเป็นการคำนวณลักษณะนี้เป็นครั้งแรกในโลก และให้ข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพและประโยชน์ทางเศรษฐศาสตร์ของมาตรการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อที่มีความคุ้มค่าสูงสุดและมีความเป็นไปได้ในทางปฏิบัติสำหรับประเทศเหล่านี้ ซึ่งมีข้อมูลที่สำคัญสรุปได้ดังนี้

- ใช้งบประมาณเพียง 1.27 เหรียญสหรัฐต่อหัวประชากรต่อปี (ประมาณ 45 บาทต่อหัวประชากรต่อปี หากคิดอัตรา 35 บาทต่อเหรียญสหรัฐ) สำหรับประเทศรายได้ต่ำและประเทศรายได้ปานกลางค่อนข้างต่ำในการปฏิบัติการมาตรการ Best Buys ที่องค์การอนามัยโลกแนะนำ โดยจะได้รับผลตอบแทนดังต่อไปนี้ภายในปี พ.ศ. 2573⁽¹⁴⁾

- ทุกๆ 1 เหรียญสหรัฐที่ลงทุนจะได้รับผลตอบแทน 7 เหรียญ
- ลดอัตราการตายก่อนวัยอันควรลงได้ร้อยละ 15
- ป้องกันไม่ให้เกิดโรคหัวใจขาดเลือดและโรคหลอดเลือดสมองได้มากกว่า 17 ล้านคน
- รักษาชีวิตประชากรได้ถึง 8.2 ล้านคน
- สร้างความเจริญทางเศรษฐกิจได้ถึง 350,000 ล้านเหรียญสหรัฐระหว่างปี พ.ศ. 2561-2573

Michael R. Bloomberg, WHO Global Ambassador for Noncommunicable Diseases กล่าวไว้ในเอกสารฉบับนี้ว่าโรคไม่ติดต่อเป็นสาเหตุการตายทั่วโลกถึงเกือบ 41 ล้านคนต่อไป จำนวนมากเสียชีวิตก่อนอายุ 70 ปี ขณะที่การเสียชีวิตนี้เกิดในประเทศรายได้ต่ำและรายได้ปานกลางค่อนข้างต่ำ แต่กองทุนสุขภาพระดับโลกบริจาคเงินเพียงร้อยละ 1.0 เพื่อการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อในประเทศยากจนเหล่านี้⁽¹⁴⁾

12.3 การดำเนินการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อ

การดำเนินการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อในระดับโลก

ที่ประชุมสมัชชาองค์การอนามัยโลก (World Health Assembly) รับรองแผนยุทธศาสตร์โลกว่าด้วยการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อเป็นครั้งแรกในปี พ.ศ. 2543 (ค.ศ. 2000) (Global Strategy for the Prevention and Control of Noncommunicable Diseases) ซึ่งได้ระบุถึงความสำคัญของโรคไม่ติดต่อและการต้องแก้ปัญหาด้วยการควบคุมพฤติกรรมเสี่ยงต่างๆ² ต่อมา มีการเสนอแผนปฏิบัติการ (action plan) สองฉบับต่อกันเพื่อรองรับการทำงาน คือ Global Action Plan 2008-2013⁽²⁾ และ Global Action Plan on NCDs 2013-2020⁽¹⁾ (ภาพที่ 12.1) ในแผนโรคไม่ติดต่อของโลกนี้¹ ได้กำหนดวัตถุประสงค์ของแผนไว้ 6 ข้อ และเสนอดัชนีชี้วัดผลลัพธ์การดำเนินงาน ทั้งด้านการควบคุมปัจจัยเสี่ยง การพัฒนาระบบบริการและผลลัพธ์ด้วยการเจ็บป่วยและการเสียชีวิต รวม 25 ดัชนี พร้อมทั้งเสนอเป้าหมายตามความสมัครใจที่ประเทศสมาชิกจะกำหนดเพื่อบรรลุผลให้ได้ในปี พ.ศ. 2568 รวม 9 เป้าหมาย (ตารางที่ 12.3)

กระบวนการขับเคลื่อนการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อในระดับโลกนี้มีกิจกรรม “การชี้นำสังคมโลก” (advocacy activities) ดังนี้ (ดูภาพที่ 1) ในปี พ.ศ. 2554

มีการประชุมระดับรัฐมนตรีกระทรวงสาธารณสุขทั่วโลก ในประเด็นวิถีชีวิตสุขภาพและการควบคุมโรคไม่ติดต่อ โดยมีตัวแทนจาก 162 ประเทศเข้าร่วมประชุมซึ่งจัดขึ้นที่กรุง Moscow ประเทศรัสเซีย ในเดือนเมษายน พ.ศ. 2554 และในเดือนกันยายนปีเดียวกันมีการจัดประชุมและมีการประกาศทางการเมือง (Political declaration) ของผู้นำระดับสูงขององค์การสหประชาชาติ ในประเด็นการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อที่เมือง New York ประเทศสหรัฐอเมริกา ซึ่งคำประกาศทางการเมืองนี้ก่อให้เกิดกิจกรรมต่างๆ เป็นลูกโซ่ตามมามากมาย ต่อมา ในปี พ.ศ. 2558 มีการประชุมผู้นำระดับสูงเพื่อติดตามการดำเนินงานโรคไม่ติดต่อเป็นครั้งที่สอง และ จะมีการประชุมผู้นำระดับสูงเพื่อติดตามการดำเนินงานโรคไม่ติดต่อเป็นครั้งที่สามในเดือนกันยายน พ.ศ. 2561 การติดตามของที่ประชุมผู้นำระดับสูงขององค์การสหประชาชาติในประเด็นโรคไม่ติดต่อนี้ก่อให้เกิดความเคลื่อนไหวทั่วโลกมากมาย

เพื่อให้สามารถติดตามความก้าวหน้าการดำเนินการของประเทศสมาชิกได้เป็นระยะ ที่ประชุมสมัชชาองค์การอนามัยโลกจึงกำหนดเป้าหมายเชิงกระบวนการระยะสั้นในปี ค.ศ. 2015 และ 2016 (พ.ศ. 2558 และ 2559) โดยกำหนดเป็นดัชนีเชิงกระบวนการ 10 ตัว^(5,6) (ตารางที่ 12.3)

ภาพที่ 12.1 แผนภาพแสดงลำดับเวลาของเอกสารสำคัญต่างๆที่แสดงถึงการขับเคลื่อนเพื่อการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อ

พ.ศ.		ก่อน 2544	2544 – 2548	2549 – 2553	2554 – 2558	2559 – 2563	2564 – 2568	2569 – 2573
ค.ศ.		Before 2001	2001 – 2005	2006 – 2010	2011 – 2015	2016 – 2020	2021 – 2025	2026 – 2030
Governance (การอภิบาล)	Targets			4 time-bound targets ** in 2014, 2015			9 voluntary * targets (2025)	SDGs * - NCDs (2030)
	Plan: strategy, action	Global Strategy * on NCDs (2000)		Global Action Plan 2008-2013		Global Action Plan 2013-2020		
	Advocate	-First Ministerial Meeting (Moscow, Apr 2011) * -Political declaration of High-Level Meeting (New York, Sep 2011) *			2 nd UN High-Level Meeting (2014)	3 rd UN High-Level Meeting (2018)		
Surveillance	Monitor trends of diseases and their risk factors			Global Report on NCDs 2010 and 2014				
	Evaluate progresses of implementation				NCDs Progress Monitor 2015 and 2017			
(Whole approach) Risk factors	Health promotion / NCDs prevention and control	* พรบ.สสส. 2544 (2011)			แผน สสว. 2554-2563		แผนชาติ NCDs 2560-2564	
	Tobacco	พรบ.ควบคุมยาสูบ 2 ฉบับ * 2535 (1992)	* FCTC (2003)		แผนชาติดียาสูบ #1 2555-2557	แผนชาติดียาสูบ #2 2559-2562		
	Alcohol		* Global Strategy on Alcohol (2010)		แผนชาติแอลกอฮอล์ 2554-2563			
	Unhealthy diet			Global Recommendation * on PA (2556)		ยุทธศาสตร์เกลือ 2559-2568		
	Physical inactivity					Global Action Plan on PA 2018-2030 แผนการส่งเสริมกิจกรรมทางกาย 2561-2573		
Health systems (Universal health coverage – UHC)	Health financing	* พรบ.สปสช. 2545 (2002)			* Plan of Action: Health Financing: the Path to UHC (2012)			
	Primary health care							

ตารางที่ 12.3 ตารางแสดงความสัมพันธ์ระหว่างวัตถุประสงค์และดัชนีต่างๆ ของแผนโลกเพื่อการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อ ค.ศ. 2013-2020 (พ.ศ. 2558-2563)

Areas	6 objectives	10 process indicators	Best buysa	25 indicators	9 voluntary targets
ปัจจัยนำ (Lead)					
1. Governance	1. ให้ความสำคัญเรื่องโรคไม่ติดต่อ (Make NCDs a priority) (O-1)	1. กำหนดเป้าหมายโรคไม่ติดต่อระดับชาติ (Setting time-bound national NCD targets) (P-1) [2015]			
		2. กำหนดนโยบาย/ยุทธศาสตร์/แผนโดยความร่วมมือหลายภาคส่วนเพื่อบรรลุเป้าหมาย (Multisectoral NCD policy / strategy / plan) (P-4) [2015]			
	2. พัฒนาศักยภาพและภาวะผู้นำ (Strengthen capacities and leadership) (O-2)				
2. Surveillance	3. ส่งเสริมการวิจัยที่มีคุณภาพ (Promote high-quality research) (O-5)				
	4. ติดตามแนวโน้มโรคและความก้าวหน้าการทำงาน (Monitor trends and evaluate progress) (O-6)	3. จัดให้มีข้อมูลการตายแบบแยกโรค (Cause-specific mortality data) (P-2) [2015]			
		4. จัดให้มีการสำรวจ STEPS (STEPS survey) (P-3) [2015]			

ตารางที่ 12.3 ตารางแสดงความสัมพันธ์ระหว่างวัตถุประสงค์และดัชนีต่างๆ ของแผนโลกเพื่อการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อ ค.ศ. 2013-2020 (พ.ศ. 2558-2563) (ต่อ)

Areas	6 objectives	10 process indicators	Best buys	25 indicators	9 voluntary targets
ปัจจัยตาม (Lag)					
3. Risk factors Behavioral risk factors	5. Reduce modifiable risk factors (O-3)	5. มี 5 มาตรการลดการบริโภคยาสูบ (Implementing five demand-reduction measures of the WHO FCTC (1.taxes/ price, 2. Smoke-free policies, 3.large graphic health warning or plain packaging, 4.comprehensive ban on advertising, promotion, sponsorship, 5.mass media campaigns) (P-5) [2016]	1.ควบคุมการบริโภคยาสูบ a. ภาษี b. ภาพคำเตือนขนาดใหญ่ / ของไร้สีสัน c. ควบคุมการโฆษณา/ส่งเสริมการขาย/สปอนเซอร์ d. ห้ามสูบบุหรี่ในที่สาธารณะ e. รณรงค์สาธารณะให้ทราบพิษภัยยาสูบ	1. การสูบบุหรี่ในเยาวชน (Tobacco use in adolescents) (I-9) 2. การสูบบุหรี่ในผู้ใหญ่ (Tobacco use in adults) (I-10)	1. ลดความชุกของการบริโภคยาสูบลงร้อยละ 30 แบบสัมพัทธ์ (30% reduction in prevalence of current tobacco use in persons) (T-5) [ใช้ดัชนี I-9 และ I-10 วัด]
		6. มี 3 มาตรการลดการดื่ม (Implementing three measures to reduce the harmful use of alcohol) (1.availability control, 2. advertising bans or comprehensive restriction, 3.taxes) (P-6) [2016]	2. ควบคุมการดื่ม a. ภาษี b. ควบคุมการโฆษณา c. ควบคุมการเข้าถึงเครื่องดื่ม	3. ปริมาณการดื่มต่อหัวประชากร (adult per capita consumption (recorded and unrecorded)) (I-3) 4. การดื่มแบบหนักเป็นครั้งคราว (heavy episodic drinking) (I-4) 5. การป่วย/ตายที่สัมพันธ์กับการดื่ม (alcohol-related morbidity and mortality) (I-5)	2. ลดการดื่มแบบอันตรายอย่างน้อยร้อยละ 10 (at least 10% relative reduction in harmful use of alcohol) (T-2) [ใช้ดัชนี I-3, I-4 และ I-5 วัด]

ตารางที่ 12.3 ตารางแสดงความสัมพันธ์ระหว่างวัตถุประสงค์และดัชนีต่างๆ ของแผนโลกเพื่อการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อ ค.ศ. 2013-2020 (พ.ศ. 2558-2563) (ต่อ)

Areas	6 objectives	10 process indicators	Best buysa	25 indicators	9 voluntary targets
		7. มี 4 มาตรการลดการบริโภคอาหารที่ไม่ดีต่อสุขภาพ (Implementing four measures to reduce unhealthy diet: 1.salt/sodium policies 2. saturated fatty acids, trans-fats	3. ลดการบริโภคอาหารที่ไม่ดีต่อสุขภาพ (ลดเกลือ) a. ลดการบริโภคเกลือด้วยการปรับสูตรอาหาร b. ลดการบริโภคเกลือด้วยการปรับสภาพแวดล้อมให้บริการอาหารเกลือน้อย เช่น โรงเรียน โรงพยาบาล โรงเรียน ที่ทำงาน ฯลฯ c. รณรงค์พฤติกรรมทานเกลือน้อย d. มาตรการป้ายคำเตือนบนซองบรรจุภัณฑ์ด้านหน้า	6. พฤติกรรมการบริโภคเกลือ (salt intake) (I-8)	1. ลดค่าเฉลี่ยการบริโภคเกลือของประชากรลงร้อยละ 30 (30% relative reduction in mean population intake of salt/sodium) (T-4) [ใช้ดัชนี I-8 วัด]
		8. รณรงค์สาธารณะเรื่องกิจกรรมทางกาย (Public education and awareness campaign on physical activity) (P-8) [2016]	4.ลดกิจกรรมทางกายที่ไม่เพียงพอ a.รณรงค์สาธารณะและในชุมชน เพื่อเพิ่มความตระหนักของการมีกิจกรรมทางกายที่เพียงพอ	7. การขาดกิจกรรมทางกายที่เพียงพอในเยาวชน (Physical inactivity in adolescents) (I-6) 8. การขาดกิจกรรมทางกายที่เพียงพอในผู้ใหญ่ (Physical inactivity in adults) (I-7)	4. ลดความชุกของการมีกิจกรรมทางกายที่ไม่เพียงพอลงร้อยละ 10 แบบสัมพัทธ์ (10% relative reduction in prevalence of insufficient physical activity) (T-3) [ใช้ดัชนี I-6 และ I-7 วัด]

ตารางที่ 12.3 ตารางแสดงความสัมพันธ์ระหว่างวัตถุประสงค์และดัชนีต่างๆ ของแผนโลกเพื่อการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อ ค.ศ. 2013-2020 (พ.ศ. 2558-2563) (ต่อ)

Areas	6 objectives	10 process indicators	Best buys	25 indicators	9 voluntary targets
Biological risk factors				9. ความดัน: ความดันสูงและค่าเฉลี่ยความดัน (blood pressure: raised blood pressure (I-11a), mean blood pressure (I-11b)) 10. น้ำตาลในเลือดสูงและเบาหวาน (raised blood glucose / diabetes) (I-12) 11. ภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วนในเยาวชน (overweight and obesity in adolescents) (I-13) 12. ภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วนในผู้ใหญ่ (overweight and obesity in adults) (I-14)	5. ลดความชุกของภาวะความดันโลหิตสูงลงร้อยละ 25 แบบสัมพัทธ์ (25% relative reduction in the prevalence of raised blood pressure) (T-6) [ใช้ดัชนี I-11 วัด] 6. ไม่เพิ่มโรคเบาหวานและโรคอ้วน (Halt the rise in diabetes and obesity) (T-7) [ใช้ดัชนี I-12, I-13 และ I-14 วัด]
				13. ไขมันอิ่มตัว (saturated fat) (I-15) 14. การบริโภคผัก/ผลไม้ต่ำ (low fruit and vegetables consumption) (I-16) 15. ไขมันในเลือด: ไขมันในเลือดสูง และค่าเฉลี่ยไขมันในเลือด (total cholesterol: raised (I-17a) and mean (I-17b))	

ตารางที่ 12.3 ตารางแสดงความสัมพันธ์ระหว่างวัตถุประสงค์และดัชนีต่างๆ ของแผนโลกเพื่อการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อ ค.ศ. 2013-2020 (พ.ศ. 2558-2563) (ต่อ)

Areas	6 objectives	10 process indicators	Best buys	25 indicators	9 voluntary targets
4. National systems response	6. สร้างความเข้มแข็งระบบบริการสุขภาพ (Strengthen health systems)	9. จัดให้มีแนวปฏิบัติโรคไม่ติดต่อ 4 โรคหลักในระบบบริการปฐมภูมิ (Guidelines for management of 4 major NCDs through a primary care approach) (P-9) [2016]	16. สัดส่วนของผู้ป่วยที่เสี่ยงได้รับยาและการให้คำปรึกษา (รวมการควบคุมน้ำตาลด้วย) เพื่อป้องกันการเกิดอาการโรคหัวใจและหลอดเลือดสมอง (drug therapy and counselling to prevent heart attacks and strokes) (I-18)		7. มีการบริการให้ผู้ป่วยที่เสี่ยงได้รับยาและการให้คำปรึกษา (รวมการควบคุมน้ำตาลด้วย) เพื่อป้องกันการเกิดอาการโรคหัวใจและหลอดเลือดสมองในสัดส่วนอย่างน้อยร้อยละ 50 (> 50% of eligible people receive drug therapy and counselling (including glycemic control) to prevent heart attacks and strokes) (T-8) [ใช้ดัชนี I-18 วัด]
		10. จัดให้มียารักษาและการให้คำปรึกษาเพื่อป้องกันอาการโรคหัวใจและหลอดเลือดสมอง (Drug therapy / counselling to prevent heart attacks and strokes) (P-10) [2016]	5. จัดให้มียารักษาและการให้คำปรึกษาเพื่อป้องกันอาการโรคหัวใจและหลอดเลือดสมอง	17. การมีเทคโนโลยีพื้นฐานและยาที่จำเป็นสำหรับการรักษาโรคไม่ติดต่อ 4 โรคหลัก ในสถานบริการสุขภาพ (Availability and affordability of quality, safe and efficacious essential NCD medicines, including generics, and basic technologies in both public and private facilities) (I-19)	8. มีเทคโนโลยีพื้นฐานและยาที่จำเป็นสำหรับการรักษาโรคไม่ติดต่อ 4 โรคหลัก ร้อยละ 80 ของสถานบริการทั้งภาครัฐและเอกชน (80% availability of the affordable basic technologies and essential medicines, including generics, required to treat major NCDs in both public and private facilities) (T-9) [ใช้ดัชนี I-19 วัด]

ตารางที่ 12.3 ตารางแสดงความสัมพันธ์ระหว่างวัตถุประสงค์และดัชนีต่างๆ ของแผนโลกเพื่อการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อ ค.ศ. 2013-2020 (พ.ศ. 2558-2563) (ต่อ)

Areas	6 objectives	10 process indicators	Best buysa	25 indicators	9 voluntary targets
			6. ป้องกันและจัดการโรคมะเร็ง a. จัดให้มีวัคซีนป้องกัน papillomavirus สำหรับเด็กหญิงอายุ 9-13 ปี b. จัดให้มีการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกสำหรับผู้หญิงอายุ 30-49 ปี พร้อมการรักษาที่ทันช่วงที่กรณีตรวจพบ	18. การเข้าถึงบริการช่วงสุดท้ายของชีวิต (palliative care) (I-20) 19. มีนโยบายขจัดทรานส์แฟต (elimination of trans-fats) (I-21) 20. การมีวัคซีนป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูก (Vaccination of human papillomavirus (HPV)) (I-22) 21. มีนโยบายลดผลกระทบการตลาดอาหารและเครื่องดื่มต่อเด็ก (Marketing to children) 22. ความครอบคลุมของการให้วัคซีนป้องกันโรคไวรัสตับอักเสบบีแก่เด็กทารก (vaccination for hepatitis B) (I-24) 23. สัดส่วนของผู้หญิงที่ได้รับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก (cervical cancer screening) (I-25)	

ตารางที่ 12.3 ตารางแสดงความสัมพันธ์ระหว่างวัตถุประสงค์และดัชนีต่างๆ ของแผนโลกเพื่อการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อ ค.ศ. 2013-2020 (พ.ศ. 2558-2563) (ต่อ)

Areas	6 objectives	10 process indicators	Best buysa	25 indicators	9 voluntary targets
ผลที่เกิดขึ้น (Results)					
ผลลัพธ์ (Outcome)				24. ความน่าจะเป็นของการเสียชีวิต (probability of dying between ages 30-70 years) (I-1)	9. ลดการเสียชีวิตจากโรคไม่ติดต่อ (4 โรคหลัก) ลงร้อยละ 25 (probability of dying between ages 30-70 years) (T-1)
				25. อุบัติการณ์ของมะเร็งชนิดต่างๆ ต่อแสนประชากร (cancer incidence) (I-2)	

จาก Saving live, spending less ผู้ใหญ่ หมายถึง ประชากรอายุ 18 ปีขึ้นไป

เมื่อพิจารณาความสัมพันธ์ของวัตถุประสงค์ 6 ข้อ ดัชนีผลลัพธ์ 25 ตัวชี้วัด เป้าหมาย 9 เป้าหมายและดัชนีติดตามความก้าวหน้าเชิงกระบวนการ 10 ตัวชี้วัด (ดูตารางที่ 3 ประกอบ) จะพบว่า วัตถุประสงค์ทั้ง 6 ข้อ จะครอบคลุมกรอบการดำเนินงานตามแผนโรคมืดติดต่อของโลก (Global Action Plan) ทั้งสี่กิจกรรมหลักตามที่เสนอโดยองค์การอนามัยโลก อันได้แก่ การอภิบาล (Governance) การลดปัจจัยเสี่ยง (Risk factors) การพัฒนาระบบบริการ (Health systems) และ การเฝ้าระวัง (Surveillance)⁽¹⁶⁾ ส่วน 25 ดัชนีผลลัพธ์ และ 9 เป้าหมาย (การวัด 9 เป้าหมาย ถูกเสนอให้ใช้ดัชนีวัดผลลัพธ์ 15 ตัวจาก 25 ตัว⁽¹⁾) นั้นจะครอบคลุมการลดปัจจัยเสี่ยง การพัฒนาระบบบริการและการเฝ้าระวัง (ซึ่งนับได้ว่าเป็นกิจกรรมค่อนข้างไปทางปลายน้ำ) ขณะที่ 10 ตัวชี้วัดการติดตามเชิงกระบวนการ จะครอบคลุมการอภิบาล และการลดปัจจัยเสี่ยงและการพัฒนาระบบบริการในระยะเริ่มต้น (ซึ่งนับได้ว่าเป็นกิจกรรมค่อนข้างไปทางต้นน้ำ) ผู้ที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคติดต่อควรที่จะเข้าใจความสัมพันธ์เหล่านี้เพื่อที่จะดำเนินการกิจกรรมต่างๆ ได้อย่างสอดคล้องอันจะส่งผลให้สามารถบรรลุผลลัพธ์ระยะสั้นและระยะยาวได้อย่างเหมาะสม (หมายเหตุ - ในเนื้อหาไม่ลงรายละเอียดของดัชนีต่างๆ สามารถอ่านรายละเอียดของคำอธิบายเกี่ยวกับดัชนีต่างๆ ได้ในรายงานสถานการณ์ NCDs: วิกฤตสุขภาพ วิกฤตสังคม⁽⁸⁾ และอ่านรายละเอียดเกี่ยวกับการติดตามความคืบหน้าของการดำเนินงานตามเป้าหมาย 9 เป้าหมายได้ในรายงานสถานการณ์โรค NCDs: kick off to the goals⁽¹⁵⁾)

ต่อมาประเด็นโรคติดต่อได้รับความสำคัญในเวทีผู้นำสูงสุดของประเทศในที่ประชุม United Nations Summit on Sustainable Development ซึ่งจัดขึ้นในวันที่ 25-27 กันยายน ค.ศ. 2015 (พ.ศ. 2558) ได้ผู้นำประเทศต่างๆ ทั่วโลกรับรู้ว่าโรคติดต่อเป็นความท้าทายใหญ่ต่อการพัฒนาที่ยั่งยืนและตัดสินใจร่วมกันที่จะตั้งเป้าหมายที่ท้าทายที่จะบรรลุให้ได้ในปี ค.ศ. 2030 (พ.ศ. 2573) ในประเด็นที่เกี่ยวกับโรคติดต่อหลายประเด็น (เช่น ลดการตายก่อนวัยอันควรด้วยโรคติดต่อลงร้อยละ 30 ภายในปี ค.ศ. 2030)⁽¹⁶⁾

ข. การดำเนินการป้องกันและควบคุมโรคติดต่อของประเทศไทย

1) ประวัติศาสตร์ตามเวลาโดยย่อขององค์กร แผนนโยบาย และกฎหมายต่างๆ

ประเทศไทยมีประวัติศาสตร์การดำเนินการป้องกันและควบคุมโรคติดต่อที่มีนัยสำคัญมาอย่างต่อเนื่อง ทั้งก่อนและหลังจุดเวลาประวัติศาสตร์ของการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคติดต่อของโลก ดังนี้ (ภาพที่ 12.1)

ในระดับโลก องค์การอนามัยโลก (WHO – World Health Organization) ประกาศแนวทางการสร้างเสริมสุขภาพ Ottawa Charter ขึ้นในปี ค.ศ. 1986 (พ.ศ. 2529)⁽¹⁷⁾ กำหนดแผนยุทธศาสตร์โลก Global Strategy on NCDs ในปี ค.ศ. 2000 (พ.ศ. 2543)² กำหนดแผนปฏิบัติการโลก Global Action Plan on NCDs 2008-2013 ขึ้นในปี ค.ศ. 2008 (พ.ศ. 2551)² และ Global Action Plan on NCDs 2013-2020 ขึ้นในปี ค.ศ. 2013 (พ.ศ. 2556)⁽¹⁾

ในเชิงองค์กร ประเทศไทยสถาปนากรมการสาธารณสุข กระทรวงมหาดไทย ขึ้นเป็นกระทรวงสาธารณสุข ในปี พ.ศ. 2485 จัดตั้งกรมอนามัยเป็นระดับกรมในปี พ.ศ. 2495 ปรับจากกรมควบคุมโรคติดต่อซึ่งกำเนิดขึ้นในปี พ.ศ. 2517 เป็นกรมควบคุมโรคในปี พ.ศ. 2545 โดยมีการจัดตั้งสำนักโรคติดต่อขึ้นภายใต้กรมควบคุมโรคด้วยในปี พ.ศ. 2545 นี้ (ข้อมูลจากเว็บไซต์ของกระทรวงและกรมต่างๆ)

นอกจากพัฒนาการในส่วนของกระทรวงสาธารณสุขแล้ว ประเทศไทยยังให้กำเนิดองค์กรที่สำคัญมากในการสร้างเสริมและดูแลสุขภาพของประชาชน นั่นคือสำนักงานกองทุนสนับสนุนการเสริมสุขภาพ (สสส.) สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.) และสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.)

สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) กำเนิดขึ้นในปี พ.ศ. 2535 ภายใต้พระราชบัญญัติสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข พ.ศ. 2535 ทำหน้าที่วิจัยเชิงระบบเพื่อพัฒนาระบบสาธารณสุขไทย⁽¹⁸⁾ สำนักงานกองทุนสนับสนุน

การสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) กำเนิดขึ้นในปี พ.ศ. 2544 ภายใต้พระราชบัญญัติกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ พ.ศ. 2544 ทำหน้าที่หลักคือการบริหารเงินกองทุนที่ได้จากภาษีสรรพสามิตของสินค้ายาสูบและเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในการสนับสนุนให้เกิดการทำงานสร้างเสริมสุขภาพของประชาชน ซึ่งรวมถึงการลดปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพและเพิ่มปัจจัยเสริมต่อสุขภาพด้วย⁽¹⁹⁾ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) กำเนิดขึ้นในปี พ.ศ. 2545 ภายใต้ พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 ทำหน้าที่บริหารเงินงบประมาณที่ได้รับการจัดสรรจากรัฐบาลในการซื้อบริการด้านสุขภาพแทนประชาชนเพื่อมุ่งหวังให้เกิดระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า (Universal Health Coverage) ให้กับคนไทยทุกคน⁽²⁰⁾ และการกำเนิดขึ้นของสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ หรือ สข. ภายใต้พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 โดยทำหน้าที่ด้านกระบวนการนโยบาย โดยทำการสานพลังความรู้ พลังสังคมและพลังนโยบาย เพื่อนำไปสู่การมีนโยบายสาธารณะแบบมีส่วนร่วมบนพื้นฐานทางปัญญา⁽²¹⁾

ในส่วนขององค์กรหรือเครือข่ายที่ไม่ใช่หน่วยงานภาครัฐ มีทั้งส่วนที่เป็นเครือข่ายรณรงค์และเครือข่ายวิชาการ ซึ่งส่วนใหญ่ได้รับการสนับสนุนจาก สสส. เครือข่ายรณรงค์ ได้แก่ มูลนิธิรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่ ก่อตั้งขึ้นในปี พ.ศ. 2528 ต่อมา มีการจัดตั้งองค์กรและเครือข่ายต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อเพิ่มขึ้นส่วนใหญ่ภายใต้การสนับสนุนของ สสส. ได้แก่ สำนักงานเครือข่ายองค์กรงดเหล้า จัดตั้งขึ้นในปี พ.ศ. 2546 เครือข่ายเด็กไทยไม่กินหวาน ตั้งขึ้นในปี พ.ศ. 2545 เครือข่ายคนไทยไร้พุง กำเนิดขึ้นในปี พ.ศ. 2549 เครือข่ายลดบริโภคเค็ม ตั้งขึ้นในปี พ.ศ. 2555 กลุ่มเครือข่ายเดิน-วิ่งประเทศไทย ถือกำเนิดในประเทศไทยมานานและมีมากมายหลากหลายกระจายทั่วประเทศ (เช่น ชมรมวิ่งเพื่อสุขภาพแห่งประเทศไทย ชมรมวิ่งของจังหวัดต่างๆ สมาพันธ์ชมรมวิ่งแห่งประเทศไทย เป็นต้น) และเครือข่าย NCD Alliance ประเทศไทย ถือกำเนิดขึ้นในปี พ.ศ. 2559 เครือข่ายวิชาการ ได้แก่ ศูนย์วิจัยปัญหาสุรา ตั้งขึ้น พ.ศ. 2547

ศูนย์วิจัยและจัดการความรู้เพื่อควบคุมยาสูบ กำเนิดในปี พ.ศ. 2548 แผนงานวิจัยนโยบายอาหารและโภชนาการเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพคนไทย กำเนิดขึ้นในปี พ.ศ. 2555 และศูนย์วิจัยกิจกรรมทางกายเพื่อสุขภาพ เริ่มดำเนินงานในปี พ.ศ. 2557

ในส่วนของภาพรวมการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อและการสร้างเสริมสุขภาพโดยรวม ประเทศไทย จัดให้มีแผนยุทธศาสตร์สุขภาพวิถีชีวิตไทย พ.ศ. 2554-2563 ในปี พ.ศ. 2554⁽²²⁾ แผนเป้า 10 ปี สสส. พ.ศ. 2555-2564 ในปี พ.ศ. 2555⁽²³⁾ แผนยุทธศาสตร์การป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อระดับชาติ 5 ปี (พ.ศ. 2560-2564) ในปี พ.ศ. 2560⁽²⁴⁾

ในการทำงานเชิงประเด็นเพื่อการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อนั้น ประเทศไทยมีการดำเนินการประเด็นบุหรี่ยาวนาน โดยมีการออกกฎหมายพระราชบัญญัติควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ⁽²⁵⁾ และพระราชบัญญัติคุ้มครองสุขภาพผู้ไม่สูบบุหรี่⁽²⁶⁾ มาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2535 ต่อมา มีการจัดทำแผนยุทธศาสตร์การควบคุมยาสูบแห่งชาติ ฉบับที่หนึ่ง พ.ศ. 2555-2557 และแผนยุทธศาสตร์การควบคุมยาสูบแห่งชาติ ฉบับที่ 2 พ.ศ. 2559-2562⁽²⁷⁾ อีกทั้งยังได้พัฒนากฎหมายให้มีมาตรการที่เข้มแข็งมากขึ้นโดยรวมกฎหมายเดิมสองฉบับแล้วออกเป็นกฎหมายใหม่ฉบับเดียว คือ พระราชบัญญัติควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ พ.ศ. 2560 ขึ้น⁽²⁸⁾

ส่วนการทำงานประเด็นย่อยอื่นๆ ได้แก่ การทำงานเชิงแอลกอฮอล์ ประเทศไทยออกกฎหมาย พระราชบัญญัติควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ พ.ศ. 2551⁽²⁹⁾ และจัดให้มียุทธศาสตร์นโยบายแอลกอฮอล์ระดับชาติ พ.ศ. 2554-2563 ขึ้นในปี พ.ศ. 2554⁽³⁰⁾ การทำงานประเด็นอาหารและกิจกรรมทางกาย ประเทศไทยจัดให้มีการรอบยุทธศาสตร์การจัดการด้านอาหารของประเทศไทย ขึ้นในปี พ.ศ. 2556⁽³¹⁾ ยุทธศาสตร์ลดการบริโภคเกลือและโซเดียมในประเทศไทย ปี พ.ศ. 2559-2568⁽³²⁾ พระราชบัญญัติควบคุมการส่งเสริมการตลาดอาหารสำหรับทารกและเด็กเล็ก พ.ศ. 2560⁽³³⁾ ประกาศกระทรวงสาธารณสุขกำหนดห้ามผลิต นำเข้าหรือจำหน่ายน้ำมันทรานส์และอาหารที่มีน้ำมันทรานส์เป็นส่วนประกอบ

(น้ำมันทรานส์ คือน้ำมันที่ผ่านกระบวนการเติมไฮโดรเจนบางส่วน) (ประกาศในราชกิจจานุเบกษาวันที่ 13 มิถุนายน พ.ศ. 2561 และจะมีผลบังคับใช้เมื่อพ้น 180 วัน)⁽³⁴⁾ และแผนการส่งเสริมกิจกรรมทางกาย พ.ศ. 2561-2673⁽³⁵⁾ ขึ้นเพื่อเป็นแนวทางในการดำเนินงานประเด็นย่อยต่างๆ

ในประเด็นมาตรการทางภาษี ประเทศไทยมีภาษีสรรพสามิตสุรา มาตั้งแต่ พ.ศ. 2493 ซึ่งมีการกำหนดให้มีการจัดเก็บภาษีสรรพสามิตสินค้าบุหรี่ยี่ห้อและเครื่องดื่มแอลกอฮอล์มาตลอด ลำดับกรมสรรพสามิตพัฒนาต่อมา เป็นพระราชบัญญัติสรรพสามิต พ.ศ. 2560⁽³⁶⁾ ซึ่งยังคงมีการจัดเก็บภาษีสินค้าบุหรี่ยี่ห้อและเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เช่นเดิม แต่มีการเพิ่มการเก็บภาษีสรรพสามิตตามปริมาณความหวานของเครื่องดื่มที่ไม่มีแอลกอฮอล์ในประเทศไทยขึ้นเป็นครั้งแรก รวมถึงเก็บภาษีตามความหวานของเครื่องดื่มผงและเครื่องดื่มเข้มข้นด้วย เพื่อให้ประชาชนได้ตระหนักถึงผลกระทบต่อสุขภาพหากบริโภคผลิตภัณฑ์เหล่านี้

2) การดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อในปัจจุบัน

ในด้านการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อ และการสร้างเสริมสุขภาพโดยรวม มีแผนยุทธศาสตร์สุขภาพวิถีชีวิตไทย พ.ศ. 2554-2563 แผนยุทธศาสตร์การป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อระดับชาติ 5 ปี (พ.ศ. 2560-2564) และกลไกกระทรวงสาธารณสุข สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) และ สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.) มีนโยบายที่มีส่วนเหมือนกันเป็นส่วนใหญ่และมีส่วนต่างกันเล็กน้อย สามารถสรุปย่อได้ดังนี้ มีการกำหนดเป้าหมายผลลัพธ์ในปี พ.ศ. 2564 (ค.ศ. 2021) ไว้ 9 ผลลัพธ์ สอดคล้องกับข้อเสนอแนะ Global Action Plan 2013-2020 ขององค์การอนามัยโลก อันได้แก่ (1) ลดอัตราการเสียชีวิตก่อนวัยอันควร (2) ลดปริมาณการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ (3) ลดความชุกของการมีกิจกรรมทางกายที่ไม่เพียงพอ (4) ลดปริมาณค่าเฉลี่ยของการบริโภคเกลือ/โซเดียม (5) ลดความชุกของการบริโภคยาสูบ (6) ลดความชุกของภาวะความดันโลหิตสูง (7) ควบคุมความชุกของภาวะน้ำตาล

ในเลือดสูง/โรคเบาหวานและโรคอ้วนไม่ให้เพิ่มขึ้น (8) เพิ่มการเข้าถึงการรักษาของผู้ที่เสี่ยงต่อการเกิดอาการโรคหัวใจและหลอดเลือดสมองที่รุนแรง และ (9) เพิ่มความพร้อมของการมียาและเทคโนโลยีพื้นฐานสำหรับการรักษาผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อในสถานพยาบาลทั้งภาครัฐและเอกชน⁽²⁴⁾ ยุทธศาสตร์นโยบายสาธารณะเพื่อการป้องกันและความคุมโรคและเพื่อการสร้างความสุข ยุทธศาสตร์การขับเคลื่อนทางสังคมและสื่อสารสาธารณะ ยุทธศาสตร์พัฒนาศักยภาพชุมชน ยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบเฝ้าระวังและการจัดการข้อมูล ยุทธศาสตร์ปฏิรูปการให้บริการสุขภาพและยุทธศาสตร์การสร้างความเข้มแข็งของระบบสนับสนุน^(22,24)

ในด้านการควบคุมการบริโภคยาสูบ พระราชบัญญัติควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ พ.ศ. 2560⁽²⁸⁾ แผนยุทธศาสตร์เพื่อการควบคุมยาสูบระดับชาติ พ.ศ. 2559-2562⁽²⁷⁾ และพระราชบัญญัติสรรพสามิต พ.ศ. 2560⁽³⁶⁾ ทำให้ประเทศไทยมีมาตรการภาษี มาตรการจำกัดการเข้าถึง (มีการห้ามจำหน่ายแก่เยาวชนอายุต่ำกว่ายี่สิบปี มีการห้ามการแบ่งมวนขาย) มาตรการห้ามโฆษณาและสปอนเซอร์ทั้งในสื่อดั้งเดิมและสื่อใหม่ๆ ทางอินเทอร์เน็ต มาตรการบุหรี่ยี่ห้อที่สามารถกำหนดเพิ่มเติมได้ในภายหลัง มาตรการให้ผู้ผลิตหรือนำเข้าแจ้งส่วนประกอบของผลิตภัณฑ์ยาสูบ มาตรการคุ้มครองสุขภาพผู้ไม่สูบบุหรี่ ตลอดจนการจัดตั้งคณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบแห่งชาติและคณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบระดับจังหวัดและกรุงเทพมหานคร

ในด้านการควบคุมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ พระราชบัญญัติควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ พ.ศ. 2551⁽²⁹⁾ แผนยุทธศาสตร์นโยบายแอลกอฮอล์ระดับชาติ พ.ศ. 2554-2563⁽³⁰⁾ และพระราชบัญญัติสรรพสามิต พ.ศ. 2560⁽³⁶⁾ ทำให้ประเทศไทยมีมาตรการภาษี มาตรการจำกัดการเข้าถึง (มีการห้ามจำหน่ายและห้ามดื่มในสถานที่สาธารณะจำนวนหนึ่ง มีการห้ามจำหน่ายแก่เด็กอายุต่ำกว่ายี่สิบปี มีการห้ามจำหน่ายบางเวลา) มาตรการควบคุมโฆษณาและการส่งเสริมการขาย (ห้ามโฆษณาในลักษณะอวดอ้างสรรพคุณหรือชักชวนจูงใจให้ดื่ม ห้ามใช้ภาพผลิตภัณฑ์และบรรจุภัณฑ์เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ใน

การโฆษณาและห้ามการส่งเสริมการขายโดยสิ้นเชิง (ห้ามลด-แลก-แจก-แถม-ชิงโชค-ฯลฯ) มาตรการลดอันตรายจากการดื่ม (เช่น การแก้ไขปัญหาดื่ม/เมาแล้วขับ มาตรการบำบัดผู้เสพยา/ผู้ติดการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์) มาตรการแก้ไขปัญหาการดื่มฯ ในระดับชุมชนและ มาตรการพัฒนาระบบสนับสนุนการทำงานให้เข้มแข็ง ตลอดจนมีการจัดตั้งกลไกคณะกรรมการนโยบายและ คณะกรรมการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์แห่งชาติ และ คณะกรรมการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ระดับจังหวัด และกรุงเทพมหานครขึ้น

ในด้านการควบคุมการทานอาหารที่ไม่ปลอดภัย และการส่งเสริมการทานผัก/ผลไม้ ครอบคลุม (1) แผนยุทธศาสตร์ลดการบริโภคเกลือและโซเดียมในประเทศไทย (พ.ศ. 2559-2568)⁽³²⁾ เน้นการดำเนินงาน 5 ยุทธศาสตร์ SALTs อันได้แก่ Stakeholder network (สร้างความร่วมมือเครือข่าย) Awareness (สร้างความตระหนักกลุ่มต่างๆ ตั้งแต่ประชาชน ไปจนถึงกลุ่มธุรกิจและผู้กำหนดนโยบาย) Legislation and environment reform (ใช้มาตรการทางกฎหมายและ มาตรการปรับเปลี่ยนสิ่งแวดล้อม) Technology and innovation (พัฒนางานวิจัยและสร้างนวัตกรรม) และ Surveillance, monitoring and evaluation (พัฒนาระบบเฝ้าระวัง ติดตามและประเมินผล) (2) กรอบยุทธศาสตร์การจัดการด้านอาหารของประเทศไทย⁽³¹⁾ ครอบคลุม 4 ยุทธศาสตร์ตั้งแต่ต้นน้ำถึงปลายน้ำของห่วงโซ่อาหาร ดังนี้คือ ยุทธศาสตร์ด้านความมั่นคงอาหาร ยุทธศาสตร์ด้านคุณภาพและความปลอดภัยอาหาร ยุทธศาสตร์ด้านอาหารศึกษาและยุทธศาสตร์ด้านการบริหารจัดการ (3) พ.ร.บ. สรรพสามิตเก็บภาษีตามความหวานของเครื่องดื่มที่ไม่มีแอลกอฮอล์⁽³⁶⁾ (4) พระราชบัญญัติควบคุมการส่งเสริมการตลาดอาหารสำหรับเด็กและทารก พ.ศ. 2560⁽³³⁾ (5) ประกาศกระทรวงสาธารณสุข ห้ามผลิต นำเข้าหรือจำหน่ายไขมันทรานส์และอาหารที่มีไขมันทรานส์เป็นส่วนประกอบ พ.ศ. 2561⁽³⁴⁾ และ (6) ภาครัฐและภาคเอกชนกำลังร่วมกันผลักดันจัดทำเป้าหมายเชิงสมัครใจในการลดปริมาณโซเดียมในอาหารสำเร็จรูปใน 4 ผลิตภัณฑ์หลัก ได้แก่

อาหารกึ่งสำเร็จรูป อาหารเซเย็นแช่แข็ง ผลิตภัณฑ์เครื่องปรุงรสและขนมขบเคี้ยว⁽³⁷⁾ จะทำให้ประเทศไทยมี มาตรการควบคุมการทานอาหารหวาน มัน เค็มและการตลาดของอาหารที่จะมาทดแทนนมแม่ที่มีความก้าวหน้ามากที่สุด

ในด้านการควบคุมการมีกิจกรรมทางกายที่ไม่เพียงพอและการส่งเสริมการออกกำลังกาย รัฐบาลมีมติ คณะรัฐมนตรีกำหนดให้ข้าราชการทำเนียบรัฐบาลและส่วนราชการต่างๆ ออกกำลังกาย เวลา 15.00–16.30 น. ของทุกวันพุธ ตั้งแต่วันพุธที่ 30 พฤศจิกายน พ.ศ. 2559⁽³⁸⁾ ซึ่งต่อมาในวันที่ 17 มิถุนายน พ.ศ. 2560 กระทรวงมหาดไทยได้แจ้งให้จังหวัดทุกจังหวัดและอำเภอทุกแห่งดำเนินการจัดกิจกรรมส่งเสริมการออกกำลังกาย โดยพิจารณาใช้สถานที่และช่วงเวลาที่เหมาะสมของจังหวัดและอำเภอ⁽³⁹⁾ และประเทศไทยมีแผนการส่งเสริมกิจกรรมทางกาย พ.ศ. 2561-2573⁽³⁵⁾ เน้นการดำเนิน 3 ยุทธศาสตร์คือ ยุทธศาสตร์การส่งเสริมกิจกรรมทางกายประชาชนทุกกลุ่มวัย (ผ่านการสื่อสารให้ความรู้เรื่องกิจกรรมทางกาย ผ่านช่องทางต่างๆ และการพัฒนาศักยภาพของบุคลากรในหน่วยงานของพื้นที่ให้มีการส่งเสริมกิจกรรมทางกายต่อประชาชน) ยุทธศาสตร์การส่งเสริมสภาพแวดล้อมให้เอื้อต่อการมีกิจกรรมทางกาย (ผ่านสถานศึกษา สถานประกอบการ สถานบริการสาธารณสุขและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นทุกแห่ง) และยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบสนับสนุนการส่งเสริมกิจกรรมทางกาย (ครอบคลุมการวิจัยและจัดการความรู้ การเฝ้าระวัง การสื่อสารข้อมูลต่างๆ การสนับสนุนการผลักดันนโยบาย)

วิธีทำงานข้ามภาคส่วน (Multisectoral approach) เป็นหัวใจสำคัญหนึ่งในการทำงานป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อ ด้วยว่าการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อนั้นจะต้องทำการลดปัจจัยเสี่ยงต่างๆ พร้อมทั้งแก้ปัญหาปัจจัยกำหนดทางสังคม (Social determinants of health) เช่น การศึกษา ความยากจน เป็นต้น ซึ่งมาตรการหลายประการไม่ได้อยู่ในความรับผิดชอบของกระทรวงสาธารณสุข จึงมีความจำเป็นที่จะต้องสร้างรูปแบบเวทีการทำงานข้ามภาคส่วน (Multisectoral working platform) ได้สำเร็จให้ได้ ในความเป็นจริงแผนยุทธศาสตร์สุขภาพ

ศิริราชวิทยุได้ตั้งใจออกแบบกลไกในลักษณะนี้ไว้แล้ว ด้วยการแต่งตั้งคณะกรรมการอำนวยการยุทธศาสตร์สุขภาพศิริราชวิทยุขึ้น ประกอบด้วยนายกรัฐมนตรีเป็นประธาน และกรรมการและเลขานุการรวม 52 คน และคณะกรรมการบริหารยุทธศาสตร์สุขภาพศิริราชวิทยุ ประกอบด้วยรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขเป็นประธาน และกรรมการและเลขานุการรวม 70 คน⁽²²⁾ แต่ไม่มีการเรียกประชุมคณะกรรมการอำนวยการเลยตั้งแต่นั้นมา ในปี พ.ศ. 2554 จนถึงปัจจุบัน พ.ศ. 2561

ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2555 เกิดรูปแบบการทำงานร่วมระหว่างองค์กรต่างๆ กว้างขวางขึ้นโดยเฉพาะอย่างยิ่งระหว่างกระทรวงสาธารณสุขกับองค์กรอนามัยโลก ประจำประเทศไทย และ องค์กรแหล่งทุนต่างๆ เช่น สสส., สปสช., สรรส., สช. เป็นต้น ภายใต้ความร่วมมือ WHO-RTG Country Cooperation Strategy (CCS) [RTG ย่อจาก Royal Thai Government] กลไก CCS นี้มีการระดมทุนจากหลายหน่วยงานเข้ามาร่วมแก้ไขปัญหาสุขภาพของประเทศไทย จึงเป็นเวทีที่แหล่งทุน (Funder) และองค์การอนามัยโลกเข้ามามีบทบาทในการกำหนดทิศทางและหนุนเสริมการทำงานมากขึ้น กลไก CCS นี้มีแผนการทำงานมาแล้วสองช่วง คือ ช่วงที่หนึ่ง พ.ศ. 2555-2559 และช่วงที่สอง พ.ศ. 2560-2564 (ช่วงปัจจุบัน) โดยมีสำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค เป็นเลขากกลไก CCS ปัจจุบัน (พ.ศ. 2561) ผลจากการดำเนินงานของ CCS ทำให้มีการหารือและเห็นพ้องต้องกันว่าควรเชิญ Joint Mission of the United Nations Interagency Task Force on the Prevention and Control of Noncommunicable Diseases (UNIATF) มาเยี่ยมติดตามความก้าวหน้าการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อในประเทศไทยระหว่างวันที่ 28-30 สิงหาคม พ.ศ. 2561 ก่อนที่จะมีการประชุม 3rd UN High-Level Meeting เพื่อติดตามความก้าวหน้าระดับโลกในเดือนกันยายน พ.ศ. 2561 ที่รัฐ New York ประเทศสหรัฐอเมริกา

ผลจากการตรวจเยี่ยมคณะทำงาน UNIATF ขึ้นชมความสำเร็จของประเทศไทยหลายประการ อันได้แก่ การจัดเก็บภาษีสรรพสามิตบุหรี่/เหล้า/เครื่องดื่มที่ผสมน้ำตาล การมีกฎหมายควบคุมผลิตภัณฑ์บุหรี่และ

แอลกอฮอล์ การประกาศห้ามผลิต/นำเข้า/จำหน่ายไขมันทรานส์และอาหารที่มีส่วนผสมไขมันทรานส์ การที่รัฐบาลกำลังมีความร่วมมือกับภาคธุรกิจในการลดโซเดียมในอาหารบางประเภท การมีกฎหมายควบคุมการส่งเสริมการตลาดอาหารสำหรับทารกและเด็กเล็ก การที่รัฐบาลพยายามแสดงบทบาทนำในการชวนประชาชนออกกำลังกาย ตลอดจนการมีการจัดระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า เป็นต้น อย่างไรก็ตามภายใต้จุดเด่นก็ยังมีโอกาสพัฒนา อาทิเช่น การที่กระทรวงต่างๆ นอกกระทรวงสาธารณสุขยังไม่รู้สึกเป็นเจ้าของและยังไม่เข้ามามีส่วนร่วมดำเนินการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อเท่าที่ควรและยังขาดการปฏิบัติตามแผนและการบังคับใช้กฎหมายต่างๆที่เกี่ยวข้อง จึงสรุปข้อเสนอแนะต่อรัฐบาลไทยและภาคีเครือข่ายทั้งภาคประชาสังคม ภาควิชาการ และภาคเอกชน ดังนี้ (1) ขยายภาวะผู้นำและความรับผิดชอบของผู้มีระดับสูง (Scale-up high level leadership and accountability) (2) ส่งเสริมการทำงานข้ามภาคส่วน ทั้งรัฐบาลและทั้งสังคม เพื่อเพิ่มการปฏิบัติตามแผนป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อ (Promote greater whole-of-government and whole-of-society action in order to accelerate implementation of the multi-sectoral NCD strategy and action plan) (3) เพิ่มความเข้มแข็งให้กับนโยบายทางการเงินเพื่อสร้างเสริมสุขภาพประชาชน เช่น การใช้มาตรการทางภาษีกับผลิตภัณฑ์ต่างๆที่ส่งผลเสียต่อสุขภาพ (Strengthen fiscal policies including taxation on health harming products as a way of improving public health) และ (4) เพิ่มความเข้มข้นของมาตรการและการบังคับใช้มาตรการควบคุมต่างๆ ที่มีผลต่อการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อ (Intensify NCD-related regulations and their enforcement)⁽⁴⁰⁾ ข้อเสนอแนะเหล่านี้สอดคล้องกับปรากฏการณ์หนึ่งของการดำเนินการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อในประเทศไทย คือ ประเทศไทยบรรลุดัชนีชี้วัดเชิงกระบวนการติดอันดับโลก (อันดับที่สาม)^(5,6) และไม่สามารถบรรลุดัชนีเชิงผลลัพธ์ของ 9 เป้าหมายเลยสักตัว⁽¹⁵⁾

12.4 บทวิเคราะห์และข้อเสนอแนะ

มีหลักฐานเชิงประจักษ์ชัดเจนทั่วโลกและในประเทศไทยถึงความสำคัญของปัญหาโรคไม่ติดต่อและพฤติกรรมเสี่ยงต่างๆ ตลอดจนปัจจัยกำหนดทางสังคม (Social Determinants of Health) ที่ส่งผลให้เกิดโรคไม่ติดต่อ^(4,41) ทั่วโลกกำลังให้ความสำคัญกับการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อเป็นอย่างมาก และในปี พ.ศ. 2561 ปัญหาสุขภาพจิต (Mental Disorders) จะถูกให้ความสำคัญเพิ่มเข้ามา⁽⁴¹⁾ อย่างไรก็ตาม แม้ว่าในปี พ.ศ. 2561 นี้จะเดินทางมาถึงครึ่งทางของเป้าหมายการควบคุมโรคไม่ติดต่อของโลกที่กำหนดไว้ในปี พ.ศ. 2568 แต่ความก้าวหน้าเชิงกระบวนการของประเทศต่างๆ ในระดับโลกยังคงเป็นไปอย่างเชื่องช้า ขณะที่ประเทศไทยมีความก้าวหน้าในเชิงกระบวนการของการดำเนินงานในระดับโลก โดยได้คะแนนประเมินเป็นอันดับสามของโลก⁽⁶⁾ แต่ความก้าวหน้าเชิงผลลัพธ์ยังคงห่างไกลเป้าหมายเป้าหมาย NCD โลก 9 ประการ (9 Voluntary NCD Targets) อยู่มาก⁽¹⁵⁾

ซึ่งหากวิเคราะห์ถึงความเป็นไปได้ของการเกิดสภาพปัญหาการทำงานดังกล่าวข้างต้น อาจเป็นไปได้ว่าประเทศไทยมีความโดดเด่นในดำเนินงานในกลุ่มกิจกรรมต้นน้ำแต่มีปัญหาในการดำเนินกิจกรรมในกลุ่มกิจกรรมปลายน้ำ ดังนี้ ประเทศไทยมีการจัดทำแผนต่างๆ อย่างครอบคลุม ทั้งประเด็นส่งเสริมวิถีชีวิตสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อในภาพรวม การควบคุมปัจจัยเสี่ยงต่างๆ ทั้งการบริโภค บุหรี่ เหล้า อาหารที่ไม่ดีต่อสุขภาพ และกิจกรรมทางกายที่ไม่เพียงพอ แต่จะมีจุดอ่อนหรือโอกาสพัฒนาในกิจกรรมปลายน้ำหลายๆ ด้าน อาทิเช่น การปฏิบัติการตามแผนที่กำหนดไว้แล้ว (ซึ่งรวมถึงการปฏิบัติการให้เกิดความครอบคลุม (Coverage) เพื่อให้ประชาชนเข้าถึง (Reach)) การบังคับใช้กฎหมาย การพัฒนาระบบสนับสนุนต่างๆ เช่น การอภิบาลระบบการทำงานต่างๆ การพัฒนาระบบข้อมูลเพื่อการเฝ้าระวัง การติดตามและประเมินผล การวิจัยและจัดการความรู้ การสร้างการมีส่วนร่วมและการบูรณาการการทำงานของภาคส่วนต่างๆ (Multisectoral Action) และการพัฒนาศักยภาพของบุคลากรและระบบต่างๆ ตลอดจนการประยุกต์ใช้แนวคิด

การสร้างเสริมสุขภาพตามแนวทาง Ottawa Charter เพื่อบูรณาการการทำงานประเด็นต่างๆ ให้เกิดการเสริมพลัง (Synergy) อย่างเป็นระบบมากขึ้น

จากบทวิเคราะห์ดังกล่าวข้างต้น ผู้เขียนจึงขอเสนอแนะสิ่งที่ควรดำเนินการสำหรับประเทศไทย ตามแนวทางข้อเสนอแนะที่องค์การอนามัยโลกระบุไว้ในเอกสารที่กำลังเตรียมนำเสนอที่ประชุมระดับสูงขององค์การสหประชาชาติเพื่อการติดตามความคืบหน้าการดำเนินงานเรื่องโรคไม่ติดต่อเป็นครั้งที่สามที่มีชื่อเอกสารว่า Time to Deliver⁽⁴¹⁾ ซึ่งสอดคล้องกับหลักการใหญ่ที่คณะ UNIATF มาเยี่ยมประเทศไทยช่วงปลายเดือนสิงหาคม พ.ศ. 2561 ที่ผ่านมา คือขอแนะนำให้ประเทศไทยเร่งดำเนินการเน้นกลุ่มกิจกรรมปลายน้ำให้ครอบคลุมกิจกรรม Implementation โดยมีรายละเอียดดังนี้

1) หากต้องการความสำเร็จที่แท้จริง ต้องเริ่มต้นจากระดับสูงสุดของทุกบริบท จึงจะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงอย่างแท้จริงในบริบทนั้นๆ เช่น การเริ่มต้นจากนายกรัฐมนตรีจะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในระดับประเทศ การเริ่มต้นจากรัฐมนตรีกระทรวงสาธารณสุขจะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในกระทรวงสาธารณสุข การเริ่มต้นของผู้ว่าราชการจังหวัดจะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงระดับจังหวัด การเริ่มต้นจากนายอำเภอจะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงระดับอำเภอ การเริ่มต้นจากนายกองค์การบริหารส่วนท้องถิ่นจะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงระดับตำบล การเริ่มต้นระดับหัวหน้าองค์กร/หน่วยงาน/บริษัทก็จะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในระดับนั้นๆ เป็นต้น

2) รัฐบาลควรดำเนินการตามแผนต่างๆ เพื่อการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อที่มีอยู่แล้วทั้งหมดอย่างจริงจัง อันได้แก่ การกำหนดนโยบายและกฎหมายเพื่อควบคุมการสูบบุหรี่/การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์/ การบริโภคอาหารที่ไม่ดีต่อสุขภาพ (เกลือ/น้ำตาล/ไขมันอิ่มตัว/ไขมันทรานส์)/ การมีกิจกรรมทางกายที่ไม่เพียงพอ ให้เข้มข้นครบถ้วนตามข้อเสนอแนะ Best Buys ขององค์การอนามัยโลก ซึ่งรวมถึงการบังคับใช้กฎหมายด้วย ตลอดจนการสนับสนุนชุมชนและองค์กรต่างๆ ให้เข้มแข็งในการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพของบุคคลในชุมชนหรือองค์กรนั้นๆ และการสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพด้วยการณรงค์ที่มีประสิทธิภาพ

3) ปรับวิธีคิดและขยายประเด็นโรคไม่ติดต่อและการสร้างเสริมสุขภาพเข้าไปในระบอบสุขภาพและหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า เช่น การจัดชุดสิทธิประโยชน์ให้สอดคล้อง การสร้างความเข้มแข็งให้กับการบริการปฐมภูมิ

4) รัฐบาลควรเป็นผู้นำในการทำงานร่วมกับภาคส่วนต่างๆ (Multisectoral Action) และใช้มาตรการควบคุมกำกับอย่างเพียงพอบนหลักการ “สุขภาพต้องมาก่อน” อันได้แก่ การร่วมมือกับภาคธุรกิจอย่างสร้างสรรค์โดยใช้การจัดการเชิงผลประโยชน์เพื่อนำไปสู่การร่วมมือกันลดปัญหาโรคไม่ติดต่อ การร่วมมือกับภาควิชาการ/ภาคประชาสังคม/กลุ่มผู้ป่วยต่างๆ ตลอดจนการพัฒนาศักยภาพให้ประชาชนสามารถดูแลสุขภาพของตนเองได้ ทั้งนี้ผู้เขียนเสนอว่าหากจัดระบบให้หน่วยงานหลักๆ ได้รับมอบหมายหน้าที่เป็นผู้ดูแลภาพรวมใหญ่ๆ และมาพบกันทั้งแบบเป็นทางการและไม่เป็นทางการอย่างสม่ำเสมอจะทำให้เกิดการทำงานข้ามภาคส่วนได้ดีขึ้น เนื่องด้วยการทำงานข้ามภาคส่วนนี้ต้องการเวลาในการทำความเข้าใจเนื้อหาแนวคิดและวิธีปฏิบัติต่างๆ ตลอดจนต้องสร้างสัมพันธภาพให้ดีขึ้นระหว่างหน่วยงานและคนทำงานหลักด้วยจึงจะเกิดการบูรณาการได้อย่างแท้จริง โดยสามารถที่จะแบ่งหน้าที่ใหญ่ๆตามแนวทางขององค์การอนามัยโลกที่แบ่งหมวดงานใหญ่ๆเป็น 4 หมวด คือ Governance (การอภิบาลระบบ) Risk Factors (ปัจจัยเสี่ยง) Health Systems (ระบบบริการ) และ Surveillance (เฝ้าระวัง) ได้ดังนี้

4.1) Governance:

1) การทำหน้าที่ผลักดันการทำงาน Total Government ควรมีสองหน่วยงาน คือ สำนักนายกรัฐมนตรีเป็นเลขาหลัก ด้วยว่านายกรัฐมนตรีต้องเป็นผู้นำหลัก (Champion) เท่านั้นเรื่องป้องกันและแก้ไขปัญหาโรคไม่ติดต่อจึงจะสำเร็จในระดับประเทศ และกระทรวงสาธารณสุขโดยสำนักงานยุทธศาสตร์สุขภาพดีวิถีชีวิตไทยเป็นเลขารอง ด้วยว่ากระทรวงสาธารณสุขจะเป็นผู้ที่ใกล้ชิดกับปัญหาโรคไม่ติดต่อที่สุด

2) การทำหน้าที่ผลักดันการทำงาน Total MoPH [Ministry of Public Health] ทั้งในส่วนของการกำหนดนโยบายสุขภาพ (Health Policy Developments) และ

การปฏิบัติการ (Health Policy Implementation) ควรเป็นหน้าที่ของรัฐมนตรีและปลัดกระทรวง

3) มอบหมายให้สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.) ร่วมดูแลในส่วนของกระบวนการผลักดันนโยบายสาธารณะ(ของประเทศและของกระทรวงอื่นๆ) แบบมีส่วนร่วม (Healthy Public Policies, Health in All Policies)

4) มอบหมายให้สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) ร่วมดูแลในส่วนของการทำงานทั้งสังคม (Total Society) (โดยเน้นการประสานเครือข่ายนอกภาครัฐ)

5) มอบหมายให้แหล่งทุนต่างๆและองค์การอนามัยโลกประจำประเทศไทย (WHO) ร่วมดูแลในส่วนของการพัฒนาระบบการตรวจสอบควรรับผิดชอบ

4.2) Health Systems: ให้สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ร่วมดูแลในส่วนของการพัฒนาระบบบริการ

4.3) Risk Factors: ให้สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) ร่วมดูแลในส่วนของการป้องกันและควบคุมปัจจัยเสี่ยงต่างๆ

4.4) Surveillance: ให้สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) ร่วมดูแลในส่วนของการพัฒนาระบบเฝ้าระวังติดตาม ประเมินผล ตลอดจนการวิจัยและจัดการความรู้ต่างๆ ในส่วนนี้ควรร่วมทำงานกับสถาบันวิชาการต่างๆทั่วประเทศ

4.5) รัฐบาลควรใช้มาตรการทางการเงินการคลังมาหนุนเสริมการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่ออย่างจริงจัง อันได้แก่ การจัดสรรงบประมาณให้เพียงพอ การขึ้นภาษีผลิตภัณฑ์ที่ไม่ดีต่อสุขภาพทั้งหลาย ตลอดจนควรจัดให้มีการประเมินผลทางเศรษฐศาสตร์ของโรคไม่ติดต่อและการดำเนินงานเพื่อป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อด้วย เพื่อกำหนดนโยบายและการวางแผนที่ชัดเจนยิ่งขึ้นต่อไป

4.6) รัฐบาลควรเพิ่มกลไกการตรวจสอบความรับผิดชอบ (Accountability) ของการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อในระดับชาติที่เข้มแข็ง เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพและประสิทธิผลของการดำเนินงานอื่นๆ ขึ้นไปในอนาคต

หากประเทศไทยสามารถดำเนินการตามข้อเสนอแนะต่าง ๆ ได้อย่างเข้มข้น การป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อของประเทศไทยคงจะสามารถบรรลุเป้าหมายตามที่คาดหวังในแผนยุทธศาสตร์สุขภาพวิถีชีวิตไทย พ.ศ. 2554-2563 ในปี พ.ศ. 2554 แผนเป้า 10 ปี สสส. พ.ศ. 2555-2564 ในปี พ.ศ. 2555 แผนยุทธศาสตร์

การป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อระดับชาติ 5 ปี (พ.ศ. 2560-2564) ในปี พ.ศ. 2560 ตลอดจนการบรรลุเป้าหมายโรคไม่ติดต่อของโลก 9 Voluntary Global Targets ในปี ค.ศ. 2025 (พ.ศ. 2568) และเป้าหมาย Sustainable Development Goals ในปี ค.ศ. 2030 (พ.ศ. 2573) ได้ในที่สุด

บทที่ 13

การส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ ในประเทศไทย

13.1 งานส่งเสริมสุขภาพของประเทศไทย

13.1.1 งานส่งเสริมสุขภาพประชากรทุกกลุ่มวัย

1) งานส่งเสริมสุขภาพสตรีและเด็กปฐมวัย (0-5 ปี)

(1) สถานการณ์และผลกระทบต่อสุขภาพสตรีและเด็กปฐมวัย

หลายทศวรรษที่ผ่านมาประเทศไทยยังคงเผชิญกับปัญหาการตายของมารดา การลดลงของจำนวนการเกิดหรืออัตราการเจริญพันธุ์รวมและการเกิดที่ไม่มีคุณภาพจากการสำรวจอัตราส่วนการตายของมารดาไทยโดยสำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย พบว่าตั้งแต่ปี พ.ศ. 2538 ถึง พ.ศ. 2556 อัตราส่วนการตายของมารดามีแนวโน้มลดลงอย่างช้าๆ จาก 44.30 ต่อแสนการเกิดมีชีพ เป็น 31.2 ต่อแสนการเกิดมีชีพ ในปี พ.ศ. 2558 องค์การอนามัยโลกได้ประมาณการอัตราส่วนการตายมารดาของประเทศไทยเท่ากับ 22.4 ต่อแสนการเกิดมีชีพ อย่างไรก็ตาม เป้าหมายนี้ยังไม่บรรลุตามที่กระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดไว้ คือ 15 ปีต่อแสนการเกิดมีชีพและเมื่อเปรียบเทียบกับอัตราการเจริญพันธุ์รวมในอดีตและปัจจุบัน พบว่า ในอดีตผู้หญิงไทยหนึ่งคนมีบุตรเฉลี่ยตลอดด้วยเจริญพันธุ์ 6 คน แต่ในปัจจุบันมีบุตรเพียง 1.6 คน ซึ่งอาจกล่าวได้ว่าสังคมไทยยังคงเผชิญกับปัญหา “เด็กเกิดน้อยแต่ด้อยคุณภาพ” โดยสาเหตุส่วนใหญ่ของการตายของมารดามาจากปัจจัยการตั้งครรภ์และการคลอด มารดาที่ขาดโภชนาการทั้ง

ก่อนและระหว่างการตั้งครรภ์เป็นปัจจัยเสี่ยงทำให้ทารกแรกเกิดมีน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม ในขณะที่มารดาที่มีภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์เป็นปัจจัยเสี่ยงทำให้ทารกแรกเกิดมีน้ำหนักมากกว่า 4,000 กรัม ขณะเดียวกันผลสำรวจพัฒนาการเด็กปฐมวัยไทยในปี พ.ศ. 2557 พบว่าเด็กปฐมวัยมีพัฒนาการไม่สมวัยร้อยละ 27.2 ซึ่งอาจมาจากหลายปัจจัย เช่น การขาดการกระตุ้นพัฒนาการตามวัยที่เหมาะสม การคลอดก่อนกำหนด ทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อย การมีภาวะแทรกซ้อนหลังคลอดของทารก พฤติกรรมการเล่นิทานของพ่อ แม่หรือผู้ดูแลเด็ก และการเล่นกับลูกโดยไม่ใช้สื่ออิเล็กทรอนิกส์ ทั้งนี้ต้นเหตุนั้นมีหลายสาเหตุ รวมถึงสภาพสังคมที่เปลี่ยนเข้าสู่ยุคอุตสาหกรรมเกิดการเคลื่อนย้ายแรงงานจากเขตชนบทเข้าสู่เมืองใหญ่มากขึ้น ผู้คนในชนบทไม่สามารถเลี้ยงดูลูกด้วยตนเอง ส่วนผู้คนในเมืองใหญ่ก็ต้องทำงานมากขึ้นทำให้ไม่สามารถดูแลเด็กเล็กด้วยตนเองเช่นกัน นำไปสู่การขาดโอกาสกระตุ้นพัฒนาการให้กับเด็กอย่างเหมาะสม นอกจากนี้ ผลสำรวจสถานการณ์สถานการณ์เด็กและสตรีในประเทศไทย (Multiple Indicators Cluster Survey: MICS) ครั้งที่ 3 พ.ศ. 2549⁽¹⁾ ครั้งที่ 4 พ.ศ. 2555⁽²⁾ และครั้งที่ 5 พ.ศ. 2558⁽³⁾ พบว่าอัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว 6 เดือน เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ภาวะโลหิต

จากในหญิงวัยเจริญพันธุ์ลดลง แต่อัตราทารกแรกเกิดน้อยกว่า 2,500 กรัม เพิ่มขึ้นส่วนเด็กปฐมวัยมีภาวะเตี้ยผอม อ้วน เพิ่มขึ้นในปี 2555 และลดลงในปี 2558 โดยภาวะเตี้ยยังคงมีความชุกสูงที่สุด โดยเฉพาะอย่างยิ่งผลกระทบของทารกที่มีน้ำหนักแรกเกิดน้อยกว่า 2,500 กรัม (low birth weight - LBW) และเด็กเตี้ย (เด็กที่ขาดอาหารสะสมเป็นเวลานานหรือแบบเรื้อรัง) นอกจากโครงสร้างด้านร่างกายแล้วยังเป็นสาเหตุของการเจ็บป่วยและเสียชีวิตมีผลต่อการเกิดโรคเรื้อรังเมื่อเติบโตเป็นผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ นอกจากนี้ยังส่งผลกระทบต่อไปยังรุ่นลูกรุ่นหลานหากไม่ได้รับการแก้ไข เด็กจะมีภาวะเตี้ย แคระแกร็นและเกิดปัญหาเช่นนี้ในรุ่นต่อไป

(2) นโยบายและแผนระดับชาติที่เกี่ยวข้องสตรีและเด็กปฐมวัย

(2.1) ยุทธศาสตร์ชาติระยะ 20 ปี 2 (พ.ศ. 2560-2579)⁽⁴⁾ ภายใต้ยุทธศาสตร์ที่ 3: ยุทธศาสตร์การพัฒนาและเสริมสร้างศักยภาพทรัพยากรมนุษย์ ซึ่งการวางรากฐานการพัฒนาทรัพยากรมนุษย์เป็นปัจจัยสำคัญในการนำพาประเทศไปสู่การเป็นประเทศที่พัฒนาแล้ว โดยคนไทยในอนาคตต้องเป็นมนุษย์ที่สมบูรณ์ มีความพร้อมทั้งกายใจ สติปัญญา สามารถเรียนรู้ได้ตลอดชีวิต มีทักษะในศตวรรษที่ 21 ซึ่งการบรรลุเป้าหมายดังกล่าว จำเป็นต้องมีแนวทางการพัฒนาเพื่อรองรับบริบททางเศรษฐกิจและสังคมที่เปลี่ยนแปลงไปโดยต้องมุ่งเน้นการพัฒนาศักยภาพคนตลอดช่วงชีวิต ตั้งแต่ช่วงการตั้งครรภ์/แรกเกิด/ปฐมวัย ที่เน้นการเตรียมความพร้อมให้แก่ พ่อแม่ก่อนการตั้งครรภ์ ส่งเสริมอนามัยแม่และเด็กตั้งแต่เริ่มตั้งครรภ์ ส่งเสริมการเกิดอย่างมีคุณภาพ สนับสนุนการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ การส่งเสริมการให้สารอาหารที่จำเป็นต่อสมองเด็ก และให้มีการลงทุนเพื่อการพัฒนาเด็กปฐมวัยให้มีการพัฒนาที่สมวัยในทุกด้าน

(2.2) ยุทธศาสตร์ชาติระยะ 20 ปี ด้านสาธารณสุข (พ.ศ. 2560-2579)⁽⁵⁾ กำหนดวิสัยทัศน์ให้กระทรวงสาธารณสุข “เป็นองค์กรหลักด้านสุขภาพ ที่รวมพลังสังคม เพื่อประชาชนสุขภาพดี” แบ่งการดำเนินงานเป็น 4 ระยะ ทุกๆ 5 ปี คือ ระยะที่ 1 (พ.ศ. 2560-2564) ปฏิรูประบบ ระยะที่ 2 (พ.ศ. 2565-2569) สร้างความเข้มแข็ง

ระยะที่ 3 (พ.ศ. 2570-2574) สู้อย่างยั่งยืนและระยะที่ 4 (พ.ศ. 2575-2579) เป็น 1 ใน 3 ของเอเชียขับเคลื่อนสู่การบรรลุเป้าหมายเพื่อให้ “ประชาชนสุขภาพดี เจ้าหน้าที่มีความสุข ระบบสุขภาพยั่งยืน” ภายใต้พันธกิจแห่งการพัฒนาและอภิบาลระบบสุขภาพอย่างมีส่วนร่วมและยั่งยืน ประกอบด้วย 4 ยุทธศาสตร์ความเป็นเลิศ (4 Excellences) ได้แก่

- ส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรคและคุ้มครองผู้บริโภค เป็นเลิศ (PP & P Excellence)
- บริการเป็นเลิศ (Service Excellence)
- บุคลากรเป็นเลิศ (People Excellence)
- บริหารเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล (Governance Excellence)

ยุทธศาสตร์ที่ 1 ภายใต้แผนงานการพัฒนาคุณภาพชีวิตคนไทยทุกกลุ่มวัย (ด้านสุขภาพ) กำหนดโครงการพัฒนาและสร้างเสริมศักยภาพคนไทยกลุ่มสตรีและเด็กปฐมวัย ด้วยวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาระบบบริการของสถานบริการสาธารณสุขทุกระดับให้ได้มาตรฐานอนามัยแม่และเด็กคุณภาพ มารดาที่ตั้งครรภ์ทุกรายได้รับการดูแลตลอดการคลอดอย่างมีคุณภาพได้มาตรฐาน และส่งเสริมให้เด็กเจริญเติบโตพัฒนาการสมวัยพร้อมเรียนรู้ตามช่วงวัย เพื่อบรรลุเป้าหมายระยะ 20 ปี “ลูกเกิดรอด แม่ปลอดภัย เด็กมีพัฒนาการสมวัย”

(2.3) แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 12 (พ.ศ. 2560-2564)⁽⁶⁾ ได้ระบุประเด็นส่งเสริมสุขภาพเด็กปฐมวัยไว้ชัดเจนในยุทธศาสตร์ที่ 1 การเสริมสร้างและพัฒนาศักยภาพทุนมนุษย์ เป้าหมายที่ 2 คือ คนในสังคมไทยทุกช่วงวัยมีทักษะ ความรู้ และความสามารถเพิ่มขึ้น ด้วยการส่งเสริมให้เด็กปฐมวัยมีการพัฒนาทักษะทางสมองและทักษะทางสังคมที่เหมาะสม ได้แก่ ให้ความรู้พ่อแม่หรือผู้ดูแลเด็กในเรื่องการมีโภชนาการที่เหมาะสม วิธีการเลี้ยงดูเด็กที่จะกระตุ้นพัฒนาการเด็กในช่วง 0-3 ปีแรก รวมทั้งสนับสนุนให้แม่เลี้ยงลูกด้วยนมอย่างน้อย 6 เดือน กำหนดมาตรการสร้างความสมดุลระหว่างชีวิตและการทำงานให้พ่อแม่สามารถเลี้ยงดูบุตรได้ด้วยตนเองทั้งการจูงใจให้สถานประกอบการจัดให้มีการจ้างงานที่ยืดหยุ่น รณรงค์ให้ผู้ชายตระหนัก

และมีส่วนร่วมในการทำหน้าที่ในบ้านและดูแลบุตรมากขึ้น พัฒนาหลักสูตรการสอนที่อิงผลงานวิจัยทางวิชาการและปรับปรุงสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยให้มีคุณภาพตามมาตรฐานที่เน้นการพัฒนาทักษะสำคัญด้านต่างๆ อาทิ ทักษะทางสมอง ทักษะด้านความคิดความจำ เป็นต้น ควบคู่กับการยกระดับบุคลากรในสถานพัฒนาเด็กปฐมวัย ให้มีความพร้อมทั้งทักษะ ความรู้ จริยธรรมและความเป็นมืออาชีพ สนับสนุนการผลิตสื่อสร้างสรรค์ที่มีรูปแบบหลากหลายที่ให้ความรู้ในการเลี้ยงดูและพัฒนาเด็กปฐมวัย ตลอดจนผลักดันให้มีกฎหมายการพัฒนาเด็กปฐมวัยให้ครอบคลุมทั้งการพัฒนาทักษะการเรียนรู้เน้นการเตรียมความพร้อมเข้าสู่ระบบการศึกษา การพัฒนาสุขภาพให้มีการพัฒนาการที่สมวัย และการเตรียมทักษะการอยู่ในสังคมให้มีการพัฒนาการอย่างรอบด้าน

(2.4) นโยบายและและยุทธศาสตร์พัฒนาอนามัยการเจริญพันธุ์แห่งชาติ ฉบับที่ 2 (พ.ศ. 2560-2569)⁽⁷⁾ ว่าด้วยส่งเสริมการเกิดและการเจริญเติบโตอย่างมีคุณภาพ ได้กำหนดไว้ในยุทธศาสตร์ที่ 1 และ 2 ว่าด้วยการผลักดันข้อปฏิบัติสำคัญที่เกี่ยวข้องให้เป็นกฎหมาย เช่น หลักเกณฑ์ว่าด้วยการตลาดอาหารสำหรับทารกและเด็กเล็กและผลิตภัณฑ์ที่เกี่ยวข้อง เป็นต้น และผลักดันให้มีการปรับปรุง แก๊สสิทธิการรักษาพยาบาลใน 3 ระบบ คือ สิทธิสวัสดิการรักษาพยาบาลของข้าราชการ สิทธิประกันสังคม และสิทธิหลักประกันสุขภาพ ให้เอื้อต่อการส่งเสริมการเกิดและการเจริญเติบโตอย่างมีคุณภาพ

(3) มาตรการสำคัญในการจัดการปัญหาสตรีและเด็กปฐมวัย

(3.1) พัฒนามาตรฐานโรงพยาบาลบริการอนามัยแม่และเด็กคุณภาพ

(3.2) พัฒนาระบบข้อมูล ระบบเฝ้าระวังและระบบส่งต่อให้มีคุณภาพ

(3.3) ส่งเสริม และสนับสนุนความเข้มแข็งของสถาบันครอบครัว ชุมชน และภาคีเครือข่าย

(3.4) มีกลไกขับเคลื่อนการทำงานในพื้นที่ เช่น Maternal Child Health Board พขอ. เป็นต้น

(3.5) พัฒนาศักยภาพบุคลากรด้านสาธารณสุขและภาคีเครือข่าย

(3.6) พัฒนานองค์ความรู้ นวัตกรรม คู่มือ และเผยแพร่ประชาสัมพันธ์

(3.7) พัฒนาการคลอตามาตรฐาน ไร้รอยต่อ และการฝากครรภ์ที่มีคุณภาพ

(3.8) ผลักดันกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการส่งเสริมการพัฒนาเด็กปฐมวัย

(3.9) สร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการพัฒนาเด็ก

2) งานส่งเสริมสุขภาพเด็กวัยเรียนและวัยรุ่น

(1) สถานการณ์และผลกระทบต่อสุขภาพ

- สถานการณ์และผลกระทบต่อสุขภาพเด็กวัยเรียน

ประเทศไทยกำลังเผชิญกับปัญหาเด็กวัยเรียน (5-14 ปี) มีภาวะเตี้ย ภาวะอ้วน ภาวะผอม และภาวะซีด การขาดอาหารเรื้อรัง ทำให้เด็กเตี้ย แคระแกร็นภูมิคุ้มกันต่ำ โรคต่ำ เจ็บป่วยบ่อยและมีสติปัญญาต่ำ แตกต่างจากปัญหาภาวะอ้วนที่มีสาเหตุมาจากพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่มากเกินไปเกินความต้องการของร่างกายมีกิจกรรมทางกายไม่เพียงพอ มีผลนำไปสู่การเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (chronic non-communicable diseases: NCDs) จากการสำรวจปี พ.ศ. 2558⁽⁸⁾ พบว่าเด็กมีภาวะเตี้ยร้อยละ 7.5 ภาวะผอมร้อยละ 5.2 และภาวะเริ่มอ้วนและอ้วน ร้อยละ 12.5 รวมถึงปัญหาภาวะซีดในเด็กวัยเรียน ปัญหาสุขภาพช่องปากของเด็กวัยเรียน ปัญหาการออกกำลังกายที่ไม่เหมาะสม ซึ่งปัญหาข้างต้นควรแก้ไขให้เด็กมีความสามารถดูแลสุขภาพด้วยตนเองและมีทักษะสุขภาพจะต้องสร้างความรู้ ความเข้าใจ เพื่อให้มีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์และสามารถจัดการตนเองได้

- สถานการณ์และผลกระทบต่อสุขภาพวัยรุ่น

ประชากรวัยรุ่น หากเกิดความเจ็บป่วยสูญเสียในกลุ่มประชากรในช่วงอายุนี้นี้ จะเกิดความสูญเสียเป็นอันมากต่อประเทศ สาเหตุหลักของการสูญเสียปีสุขภาวะในประเทศชายกลุ่มอายุ 15-29 ปี คือ อุบัติเหตุ ส่วนในเพศหญิงคือ ความผิดปกติทางจิต นอกจากนี้ยังมีโรคติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ รวมถึงโรคไม่ติดต่ออื่นๆ อาทิเช่น โรคเมะเร็ง โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคระบบทางเดินหายใจเรื้อรัง และโรคเบาหวาน เป็นสาเหตุสำคัญของความสูญเสียในกลุ่ม

นี้เช่นกัน นอกจากนั้น สภาพปัญหาของวัยรุ่นเป็นสภาพปัญหาที่มีความจำเพาะสูง ต้องการวิธีการจัดการที่แตกต่างไปจากกลุ่มวัยอื่นๆ เนื่องจากสภาพสังคมในปัจจุบันที่ไม่เอื้อให้พ่อแม่ผู้ปกครองมีเวลาในการดูแลบุตรหลานอย่างเต็มที่ ทำให้เด็กจำนวนมากไม่สามารถรับมือกับความเปลี่ยนแปลงของตนเองเมื่อก้าวเข้าสู่วัยรุ่นและไม่อาจปรับตัวให้เท่าทันสภาพแวดล้อมรอบตัวได้ ส่งผลให้มีพฤติกรรมที่มีความเสี่ยงมากมาย โดยเฉพาะ 2 ประเด็นสำคัญ ได้แก่ (1) พฤติกรรมความเสี่ยงทางอนามัยเจริญพันธุ์⁽⁹⁾ พบว่ามีการใช้ถุงยางอนามัยในครั้งแรกของการมีเพศสัมพันธ์เพิ่มขึ้นอย่างช้าๆ แต่พบว่า การใช้ถุงยางอนามัยในการมีเพศสัมพันธ์ครั้งล่าสุดค่อยๆ ลดลง (2) การคลอดมีชีพในวัยรุ่น: มีจำนวนเพิ่มมากขึ้น จาก 31.1 ต่อแสนประชากร ในปี พ.ศ. 2543 เป็น 47.9 ในปี พ.ศ. 2557 และยังมีการมาคลอดซ้ำในกลุ่มวัยรุ่นในระยะ 10 ปีที่ผ่านมาเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องจาก ร้อยละ 10.2 ในปี พ.ศ. 2547 เป็นร้อยละ 12.4 ในปี พ.ศ. 2557

(2) นโยบายและแผนระดับชาติที่เกี่ยวข้องเด็กวัยรุ่นและวัยรุ่น

(2.1) ยุทธศาสตร์ชาติระยะ 20 ปี 2 (พ.ศ.2560-2579) ภายใต้ยุทธศาสตร์ที่ 3: ยุทธศาสตร์การพัฒนาและเสริมสร้างศักยภาพทรัพยากรมนุษย์ มุ่งเน้นการพัฒนาศักยภาพคนตลอดช่วงชีวิต โดยเฉพาะช่วงวัยเรียน ที่ต้องพัฒนาทักษะความสามารถการเรียนรู้ที่สอดคล้องกับทักษะในศตวรรษที่ 21 ที่สำคัญ คือ ทักษะด้านการคิด วิเคราะห์ สังเคราะห์ ความสามารถในการแก้ปัญหาที่ซับซ้อน ความคิดสร้างสรรค์ ความสามารถในการทำงานร่วมกับผู้อื่น ความยืดหยุ่นทางความคิด รวมถึงทักษะด้านภาษา ศิลปะ และความสามารถในการใช้เทคโนโลยี สำหรับช่วงวัยรุ่น เน้นการพัฒนาทักษะการเรียนรู้ที่เชื่อมต่อกับโลกการทำงาน รวมถึงทักษะอาชีพที่สอดคล้องกับความต้องการของประเทศ มีทักษะชีวิต สามารถอยู่ร่วมและทำงานกับผู้อื่นได้ภายใต้สังคมที่เป็นพหุวัฒนธรรม

(2.2) ยุทธศาสตร์ชาติระยะ 20 ปี ด้านสาธารณสุข (พ.ศ. 2560-2579) ภายใต้ยุทธศาสตร์ความเป็นเลิศด้าน

ส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรคและคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ (PP & P Excellence) แผนงาน การพัฒนาคุณภาพชีวิตคนไทยทุกกลุ่มวัย (ด้านสุขภาพ) โครงการพัฒนาและสร้างเสริมศักยภาพคนไทยกลุ่มวัยเรียนและวัยรุ่น เพื่อส่งเสริมให้เด็กวัยเรียนแข็งแรง สูงดี สมส่วน และมีระดับ Intelligence Quotient (IQ) และ Emotional Quotient (EQ) อยู่ในเกณฑ์มาตรฐาน ควบคุมโรคในช่องปาก และลดการสูญเสียฟันแท้ในเด็กอายุ 12 ปี รวมทั้งป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น เพื่อให้เด็กวัยเรียน IQ/EQ ดี สุขภาพแข็งแรง สูงดีสมส่วน ฟันดีไม่มีผุ อัตราการคลอดมีชีพในหญิงอายุ 15-19 ปี ลดลง

(2.3) แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 12 (พ.ศ. 2560-2564) ได้ระบุการพัฒนาเด็กวัยเรียนและวัยรุ่นให้มีทักษะการคิดวิเคราะห์อย่างเป็นระบบ มีความคิดสร้างสรรค์ มีทักษะการทำงานและการใช้ชีวิตที่พร้อมสู่ตลาดงาน ภายใต้ยุทธศาสตร์ที่ 1 การเสริมสร้างและพัฒนาศักยภาพทุนมนุษย์ เป้าหมายที่ 2 คือ คนในสังคมไทยทุกช่วงวัยมีทักษะ ความรู้ และความสามารถเพิ่มขึ้น และตอบโจทย์เป้าหมายที่ 4 คนไทยมีสุขภาวะที่ดีขึ้น ด้วยการปรับกระบวนการเรียนรู้ที่ส่งเสริมให้เด็กมีการเรียนรู้จากการปฏิบัติจริงสอดคล้องกับพัฒนาการของสมองแต่ละช่วงวัย เน้นพัฒนาทักษะพื้นฐานด้านวิทยาศาสตร์ เทคโนโลยี ด้านวิศวกรรมศาสตร์ ด้านคณิตศาสตร์ ด้านศิลปะ และด้านภาษาต่างประเทศ มีการสนับสนุนให้เด็กเข้าร่วมกิจกรรมทั้งในและนอกห้องเรียนที่เอื้อต่อการพัฒนาทักษะชีวิตและทักษะการเรียนรู้อย่างต่อเนื่อง อาทิเช่น การอ่าน การบำเพ็ญประโยชน์ทางสังคม การดูแลสุขภาพ การทำงานร่วมกันเป็นกลุ่ม การวางแผนชีวิต พร้อมทั้งสร้างแรงจูงใจให้เด็กเข้าสู่การศึกษาในระบบทวิภาคีและสหกิจศึกษาที่มุ่งการฝึกทักษะอาชีพให้พร้อมเข้าสู่ตลาดงาน

(3) มาตรการสำคัญในการจัดการปัญหาเด็กวัยเรียน และวัยรุ่น

(3.1) ผลักดันให้เกิดความร่วมมือเชิงนโยบายการส่งเสริมสุขภาพเด็กวัยเรียนแบบบูรณาการกับทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง

(3.2) พัฒนาระบบบริการสุขภาพกาย/จิต ให้มีความเป็นมิตรกับวัยรุ่น และมีการเชื่อมต่อกันระหว่างระบบสาธารณสุขกับโรงเรียน

(3.3) ขับเคลื่อนการดำเนินงานตาม พ.ร.บ. การป้องกันและแก้ไขปัญหาดังครมในวัยรุ่น พ.ศ. 2559

(3.4) พัฒนาสื่อ คู่มือ เครื่องมือ สภาพแวดล้อมในการพัฒนาและสร้างเสริมศักยภาพของเด็กวัยเรียนและวัยรุ่น

(3.5) สร้างการมีส่วนร่วมระหว่างผู้ปกครอง ท้องถิ่น ชุมชน โรงเรียนให้การดูแลสุขภาพกาย/จิต ให้กับวัยเรียนและวัยรุ่น

(3.6) พัฒนาระบบการดูแลช่วยเหลือเด็กกลุ่มเสี่ยง

(3.7) มีกลไกการขับเคลื่อนการดำเนินงานทั้งในระดับนโยบาย และระดับพื้นที่

(3.8) ผลักดันกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาและสร้างเสริมศักยภาพของเด็กวัยเรียนและวัยรุ่น

(3.9) พัฒนาศักยภาพบุคลากรและภาคีเครือข่าย

3) งานส่งเสริมสุขภาพประชาชนวัยทำงาน

(1) สถานการณ์และผลกระทบต่อสุขภาพวัยทำงาน

กลุ่มประชากรในช่วงอายุ 30-59 ปี เป็นประชากรวัยทำงานทั้งหมด และยังเป็นช่วงก่อนวัยสูงอายุซึ่งโรคไม่ติดต่อ เป็นสาเหตุสำคัญที่สุดของความสูญเสียในช่วงอายุนี้นี้ โดยสาเหตุอันดับหนึ่ง คือ โรคเมะเร็ง รองลงมา คือ โรคหัวใจและหลอดเลือด และโรคเบาหวาน ปัญหาที่สำคัญของกลุ่มวัยทำงานด้านการสร้างเสริมสุขภาพเกี่ยวข้องกับโรคไม่ติดต่อเรื้อรังและปัจจัยเสี่ยงหลักที่ก่อให้เกิดโรค มาจากพฤติกรรมเสี่ยงต่างๆ ที่สำคัญ ได้แก่

(1.1) พฤติกรรมการสูบบุหรี่^(10,11) จากผลการสำรวจในปี พ.ศ. 2557 ความชุกการสูบบุหรี่ของประเทศไทยในประชากรที่มีอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป คือ 54.8 ล้านคน

เป็นเพศชาย ร้อยละ 40.5 และเพศหญิง ร้อยละ 2.2 โดยอัตราการสูบบุหรี่ของเพศชายมากกว่าเพศหญิงถึง 18.4 เท่า และแนวโน้มอัตราการสูบบุหรี่เพิ่มขึ้นทั้งในเพศชายและเพศหญิง

(1.2) พฤติกรรมการดื่มสุราหรือเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ จากผลการสำรวจในปี พ.ศ. 2557 ประชากรอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป เป็นผู้ดื่มสุราหรือเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ คิดเป็นร้อยละ 32.3 โดยกลุ่มวัยทำงานมีอัตราการดื่มสุราสูงสุด คือ ร้อยละ 38.2 ในเพศชายมีอัตราการดื่มสุราสูงกว่าเพศหญิง 4 เท่า คือ ร้อยละ 53.0 และร้อยละ 12.9 ตามลำดับ แนวโน้มอัตราการดื่มสุราหรือเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เฉลี่ยลดลงในประเทศไทยจากร้อยละ 32.7 เป็น 32.3 (จากปี พ.ศ. 2547-2557)

(1.3) การมีกิจกรรมทางกายไม่เพียงพอจากรายงานการสำรวจกิจกรรมทางกายของประเทศไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป ในปี 2557 โดยใช้นิยามการมีกิจกรรมทางกายเพียงพอ คือ การมีกิจกรรมทางกายตั้งแต่ระดับปานกลางขึ้นไป วันละ 30 นาทีขึ้นไป สัปดาห์ละอย่างน้อย 5 วัน พบว่า ความชุกของการมีกิจกรรมทางกายไม่เพียงพอเฉลี่ยร้อยละ 19.2 โดยสามารถแยกเป็นเพศชาย ร้อยละ 18.4 และเพศหญิง ร้อยละ 20.0 ซึ่งเพิ่มขึ้นเล็กน้อยจากค่าเฉลี่ยความชุก ในปี 2552 คือ 18.5 เป็นเพศชาย ร้อยละ 16.8 และเพศหญิง ร้อยละ 20.2 โดยความชุกของการมีกิจกรรมทางกายไม่เพียงพอมีสัดส่วนเพิ่มขึ้นในกลุ่มผู้สูงอายุ และพบว่าผู้ที่อาศัยในเขตเทศบาลมีความชุกของการมีกิจกรรมทางกายไม่เพียงพอมากกว่าผู้อยู่นอกเขตเทศบาล

(2) นโยบายและแผนระดับชาติที่เกี่ยวข้องวัยทำงาน

(2.1) ยุทธศาสตร์ชาติระยะ 20 ปี 2 (พ.ศ. 2560-2579) ภายใต้ยุทธศาสตร์ที่ 3: ยุทธศาสตร์การพัฒนาและเสริมสร้างศักยภาพทรัพยากรมนุษย์ สำหรับช่วงวัยแรงงาน ต้องยกระดับศักยภาพ ทักษะ และสมรรถนะแรงงานอย่างต่อเนื่องสอดคล้องกับความต้องการของตลาดแรงงาน มีการทำงานตามหลักการทำงานที่มีคุณค่า เพื่อสร้างผลิตภาพเพิ่มให้กับประเทศ มีวัฒนธรรมการทำงานที่พึงประสงค์ มีความรู้ความเข้าใจทางการเงินเพื่อให้สามารถบริหารจัดการเงินของตนเองและครอบครัว

(2.2) ยุทธศาสตร์ชาติระยะ 20 ปี ด้านสาธารณสุข (พ.ศ. 2560-2579) ภายใต้แผนงานการพัฒนาคุณภาพชีวิตคนไทยทุกกลุ่มวัย (ด้านสุขภาพ) มุ่งเน้นการพัฒนาและสร้างเสริมศักยภาพคนไทย กลุ่มวัยทำงานเพื่อส่งเสริมภาวะโภชนาการของประชาชนวัยทำงานให้มีสุขภาพดี และประชาชนมีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ เพื่อเป้าหมายประชาชนวัยทำงานมีดัชนีมวลกายปกติ กำหนดวิสัยทัศน์ให้กระทรวงสาธารณสุข “เป็นองค์กรหลักด้านสุขภาพ ที่รวมพลังสังคม เพื่อประชาชนสุขภาพดี”

(2.3) แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 12 (พ.ศ. 2560-2564) เน้นประเด็นส่งเสริมแรงงานให้มีความรู้และทักษะในการประกอบอาชีพที่เป็นไปตามความต้องการของตลาดงาน ที่สอดคล้องกับยุทธศาสตร์ที่ 1 การเสริมสร้างและพัฒนาศักยภาพทุนมนุษย์ เป้าหมายที่ 2 คือ คนในสังคมไทยทุกช่วงวัยมีทักษะ ความรู้ และความสามารถเพิ่มขึ้นและเป้าหมายที่ 4 คนไทยมีสุขภาพที่ดีขึ้นเช่นกัน ภายใต้การพัฒนาศูนย์ฝึกอบรมสมรรถนะแรงงานที่ได้มาตรฐานตามระบบคุณวุฒิวิชาชีพและมาตรฐานฝีมือแรงงาน จัดทำมาตรฐานอาชีพในอุตสาหกรรมเป้าหมายที่มีศักยภาพและให้มีการประเมินระดับของทักษะแรงงานบนฐานสมรรถนะ เร่งพัฒนาระบบฐานข้อมูลความต้องการและการผลิตกำลังคนที่มีการบูรณาการระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง และสามารถนำไปใช้คาดการณ์ความต้องการของกำลังคนที่สอดคล้องกับทิศทางการตลาดงานในอนาคต ตลอดจนจัดตั้งศูนย์บริการข้อมูลและให้คำปรึกษาในการเป็นผู้ประกอบการรายใหม่และอาชีพอิสระทั้งการจัดหาแหล่งเงินทุนและการตลาดที่เหมาะสม และให้สถาบันการศึกษาจัดทำหลักสูตรระยะสั้น พัฒนาทักษะพื้นฐานและทักษะที่จำเป็นสำหรับแรงงานกลุ่มนี้ รวมทั้งส่งเสริมให้สถาบันการเงินร่วมกับสถานประกอบการกำหนดมาตรการการออมที่จูงใจแก่แรงงานและกระตุ้นให้เกิดพฤติกรรมการออมอย่างต่อเนื่องเพื่อความมั่นคงทางการเงินหลังเกษียณ

(2.4) แผนการส่งเสริมกิจกรรมทางกาย พ.ศ. 2561-2573⁽¹²⁾ การส่งเสริมกิจกรรมทางกายและการลดพฤติกรรมเนือยนิ่ง ให้ประโยชน์ต่อสุขภาพ เศรษฐกิจ สิ่งแวดล้อม และสังคม และมีความเกี่ยวข้องกับ “วิถีชีวิต”

จำเป็นต้องมีการประสานงานการทำงานจากหลากหลายภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง อาทิเช่น ภาคการศึกษา การทำงาน การคมนาคม การบริหารจัดการเมือง การกีฬาและนันทนาการ การท่องเที่ยวและชุมชน ดังนั้น แผนการส่งเสริมกิจกรรมทางกายฯ ถือได้ว่าเป็นกรอบแนวทางเพื่อช่วยผลักดันและขับเคลื่อนการพัฒนาการส่งเสริมกิจกรรมทางกายและการลดพฤติกรรมเนือยนิ่งสู่การปฏิบัติอย่างเป็นรูปธรรม โดยมุ่งหวังให้ประชาชนมีกิจกรรมทางกายในชีวิตประจำวัน อันจะนำไปสู่การลดความเหลื่อมล้ำของสังคม และพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชนในประเทศ ด้วย ยุทธศาสตร์ที่ 1: การส่งเสริมกิจกรรมทางกายประชาชนทุกกลุ่มวัย โดยมีเป้าประสงค์ คือ ประชาชนทุกกลุ่มวัย ได้แก่ เด็กปฐมวัย วัยเรียน วัยรุ่น วัยทำงาน และวัยสูงอายุ (อันหมายรวมคนพิการ สมณเพศ) มีกิจกรรมทางกายที่พอเพียง ด้วยการพัฒนาองค์ความรู้ วิจัย พัฒนาแนวทางปฏิบัติหรือคำแนะนำการมีกิจกรรมทางกายที่เพียงพอและเหมาะสม การลดพฤติกรรมเนือยนิ่ง การใช้พลังงานในชีวิตประจำวันและการนอนหลับในแต่ละกลุ่มวัย กลุ่มพิเศษและอาชีพหลักของประชาชน พัฒนางานวิจัยเกี่ยวกับกิจกรรมทางกายในแต่ละกลุ่มวัย ในด้านรูปแบบการมีกิจกรรมทางกาย ปัจจัยที่เอื้อต่อการมีกิจกรรมทางกายในทุกกลุ่มวัย กลุ่มพิเศษ และกลุ่มอาชีพ พัฒนาศักยภาพบุคลากรในหน่วยงานของพื้นที่ให้มีการส่งเสริมกิจกรรมทางกายต่อประชาชน สื่อสารให้ความรู้เรื่องกิจกรรมทางกายผ่านช่องทางต่างๆ รวมทั้งพัฒนากฎหมายและมาตรฐาน ได้แก่ การพัฒนาเกณฑ์มาตรฐานการมีกิจกรรม ทางกาย เช่น ปริมาณการใช้พลังงานของกลุ่มวัยและอาชีพ พัฒนากฎหมายที่เอื้อต่อการส่งเสริมการมีกิจกรรม ทางกาย และควบคุมมาตรฐานต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับการมีกิจกรรมทางกายได้อย่างปลอดภัยและส่งผลดีต่อสุขภาพ เป็นต้น

(3) มาตรการสำคัญในการจัดการปัญหา วัยทำงาน

(3.1) นโยบาย healthy eating/active living/
environmental health

(3.2) สนับสนุนงบประมาณในพื้นที่ชุมชน สถานที่
บริการสาธารณสุขและสถานประกอบการอย่างต่อเนื่อง

(3.3) มีผู้นำการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ในชุมชนและสถานประกอบการ

(3.4) พัฒนาศักยภาพบุคลากร และภาคีเครือข่ายทุกระดับให้มีประสิทธิภาพ

(3.5) สร้างและพัฒนาระบบเฝ้าระวังพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์และค่าดัชนีมวลกายวัยทำงาน

(3.6) สร้าง Intervention ที่เหมาะสมตามบริบทพื้นที่

4) งานส่งเสริมสุขภาพประชาชนวัยผู้สูงอายุ

(1) สถานการณ์และผลกระทบต่อสุขภาพ

วัยผู้สูงอายุ

ผู้สูงอายุหรือผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ในประเทศไทยมีจำนวนเพิ่มมากขึ้นเรื่อยๆ โดยสัดส่วนเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 13.2 ของประชากรไทยในปี พ.ศ. 2553 เป็นร้อยละ 16.0 ในปี พ.ศ. 2558 (ราว 10 ล้านคน) และมีแนวโน้มที่จะเพิ่มมากขึ้นถึงร้อยละ 20.0 ในปี พ.ศ. 2564 และอาจจะเกินหนึ่งในสี่ของประชากรไทยภายในปี พ.ศ. 2573 ซึ่งสัดส่วนดังกล่าวถือว่าประเทศไทยจะเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์ และจากการสำรวจสุขภาพผู้สูงอายุในปี พ.ศ. 2556 โดยโครงการประเมินเทคโนโลยีการแพทย์ และกรรมอนามัย^(13,14) พบว่าร้อยละ 95.0 ของผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคเรื้อรังไม่โรคใดก็โรคหนึ่ง เช่น โรคเบาหวาน (ร้อยละ 18.0) โรคความดันโลหิตสูง (ร้อยละ 41.0) ข้อเข่าเสื่อม (ร้อยละ 9.0) ซึมเศร้า (ร้อยละ 1.0) และผู้ป่วยติดเตียง (ร้อยละ 1.0) นอกจากนี้การสำรวจยังพบว่ารายได้ต่อเดือนของผู้สูงอายุเฉลี่ยอยู่ที่ 6,000 บาท และผู้สูงอายุ 8 ใน 10 คนอาศัยอยู่คนเดียว

(2) นโยบายและแผนระดับชาติที่เกี่ยวข้องกับวัยผู้สูงอายุ

(2.1) ยุทธศาสตร์ชาติระยะ 20 ปี 2 (พ.ศ. 2560-2579) ภายใต้ยุทธศาสตร์ที่ 3: ยุทธศาสตร์การพัฒนาและเสริมสร้างศักยภาพทรัพยากรมนุษย์ ช่วงวัยผู้สูงอายุส่งเสริมให้ผู้สูงอายุเป็นพลังในการขับเคลื่อนประเทศ ผ่านการเสริมทักษะการดำรงชีวิต ทักษะอาชีพในการหารายได้ มีงานทำที่เหมาะสมกับศักยภาพ มีการสร้างเสริมสุขภาพฟื้นฟูสุขภาพ การป้องกันโรคให้แก่ผู้สูงอายุ พร้อมจัดสภาพแวดล้อมให้เป็นมิตรกับผู้สูงอายุและหลักประกันทาง

สังคมที่สอดคล้องกับความจำเป็นพื้นฐานในการดำรงชีวิต

(2.2) ยุทธศาสตร์ชาติระยะ 20 ปี ด้านสาธารณสุข (พ.ศ. 2560-2579) กำหนดเป้าหมายระยะ 20 ปี คือ ตำบลที่มีระบบการส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชนผ่านเกณฑ์ สัดส่วนของผู้สูงอายุกลุ่มที่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ไม่น้อยกว่า 8 เท่าของกลุ่มที่ต้องการความช่วยเหลือในการทำกิจวัตรประจำวัน โรงพยาบาลรัฐมีการจัดบริการคลินิกผู้สูงอายุไม่น้อยกว่า ร้อยละ 95 ภายใต้การขับเคลื่อนแผนงานการพัฒนาคุณภาพชีวิตคนไทยทุกกลุ่มวัย (ด้านสุขภาพ) การพัฒนาและสร้างเสริมศักยภาพคนไทยกลุ่มวัยผู้สูงอายุเพื่อให้ผู้สูงอายุได้รับบริการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค ดูแล รักษา และฟื้นฟูสภาพที่มีประสิทธิภาพ โดยการมีส่วนร่วมของครอบครัว ชุมชน และท้องถิ่น รวมทั้งผู้สูงอายุสามารถช่วยเหลือตนเองในชีวิตประจำวันได้ตามศักยภาพ และได้รับการดูแลสุขภาพที่ตรงตามปัญหาอย่างถูกต้องเหมาะสม

(2.3) แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 12 (พ.ศ. 2560-2564) ระบุประเด็นผู้สูงอายุ เป็นประเด็นที่สำคัญอีกประเด็นหนึ่งที่ต้องเร่งดำเนินการ ภายใต้ยุทธศาสตร์ที่ 1 เป้าหมายที่สอดคล้อง 2 เป้าหมาย ได้แก่ เป้าหมายที่ 2 คนในสังคมไทยทุกช่วงวัยมีทักษะความรู้ และความสามารถเพิ่มขึ้นและเป้าหมายที่ 4 คนไทยมีสุขภาวะที่ดีขึ้น ตามแนวทางการพัฒนาที่สำคัญ 2 แนวทาง คือ

(2.3.1) พัฒนาศักยภาพของกลุ่มผู้สูงอายุวัยต้นให้เข้าสู่ตลาดงานเพิ่มขึ้น ด้วยการจัดทำหลักสูตรพัฒนาทักษะในการประกอบอาชีพที่เหมาะสมกับวัย สมรรถนะทางกาย ลักษณะงาน และส่งเสริมทักษะการเรียนรู้ในการทำงานร่วมกันระหว่างรุ่น สนับสนุนมาตรการจูงใจทางการเงินและการคลังให้ผู้ประกอบการมีการจ้างงานที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุ และสนับสนุนช่องทางตลาดแหล่งทุนและบริการข้อมูลเกี่ยวกับโอกาสในการประกอบอาชีพสำหรับผู้สูงอายุในชุมชน

(2.3.2) พัฒนาระบบการดูแลและสร้างสภาพแวดล้อมที่เหมาะสมกับสังคมสูงวัย ผลักดันให้มีกฎหมายการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุครอบคลุมการจัดบริการทั้งภาครัฐ เอกชน ภาคประชาสังคมและระบบการเงิน

การคลัง พัฒนาให้มีระบบการดูแลระยะกลางที่จะรองรับผู้ที่จำเป็นต้องพักฟื้นก่อนกลับบ้านให้เชื่อมโยงกับระบบการดูแลระยะยาว และส่งเสริมธุรกิจบริการดูแลระยะยาวที่ได้มาตรฐานสำหรับผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงในเขตเมือง รวมทั้งศึกษารูปแบบการคลังที่เป็นระบบประกันการดูแลระยะยาว วิจัยและพัฒนานวัตกรรมสิ่งอำนวยความสะดวกในการใช้ชีวิตประจำวันที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุ และพัฒนาเทคโนโลยีทางการแพทย์ในการส่งเสริมและฟื้นฟูสุขภาพในกลุ่มผู้สูงอายุ เทคโนโลยี เพื่อป้องกันการบาดเจ็บและติดตามการบำบัดรักษา พร้อมทั้งส่งเสริมการพัฒนาเมืองที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุทั้งระบบขนส่งสาธารณะ อาคารสถานที่ พื้นที่สาธารณะและที่อยู่อาศัยให้เอื้อต่อการใช้ชีวิตของผู้สูงอายุและทุกกลุ่มในสังคม

(2.4) แผนผู้สูงอายุแห่งชาติ ฉบับที่ 2 (พ.ศ. 2545-2564) ฉบับปรับปรุง ครั้งที่ 1 พ.ศ. 2552⁽¹⁵⁾ กำหนดยุทธศาสตร์ที่ 2 ยุทธศาสตร์ด้านการส่งเสริมสุขภาพและพัฒนาผู้สูงอายุ ภายใต้มาตรการ ส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันการเจ็บป่วย และการดูแลตนเองเบื้องต้น มีการจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ ประกอบด้วย การให้บริการคำปรึกษาทั่วไปเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันการเจ็บป่วย การดูแลตนเองเบื้องต้นของผู้สูงอายุ และการออกกำลังกาย เพื่อส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดี ด้วยการดำรงชีวิตอย่างมีคุณค่า มีศักดิ์ศรี พึ่งตนเองได้ และมีหลักประกันที่มั่นคง

(3) มาตรการสำคัญในการจัดการปัญหาผู้สูงอายุ

(3.1) พัฒนาขับเคลื่อนการดำเนินงาน Active Aging อำเภอดันแบบเพื่อส่งเสริมสุขภาพ

(3.2) พัฒนาและขับเคลื่อนกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้สูงอายุ

(3.3) ส่งเสริมการมีส่วนร่วมของชุมชนและภาคีเครือข่ายในการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน

(3.4) มีกลไกการขับเคลื่อนการดำเนินงานในส่วนกลาง ส่วนภูมิภาค และในชุมชน

(3.5) สร้างและพัฒนานวัตกรรม คู่มือ ชุดความรู้ และสื่อประชาสัมพันธ์ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้สูงอายุ

(3.6) พัฒนาศักยภาพบุคลากรสาธารณสุข ผู้จัดการดูแลผู้สูงอายุ (CM) และผู้ดูแลผู้สูงอายุ (CG)

(3.7) พัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชน ระบบคัดกรอง/ประเมินสุขภาพผู้สูงอายุ และระบบฐานข้อมูล

13.1.2 งานส่งเสริมสุขภาพครอบครัว

(1) สถานการณ์ครอบครัวไทยและสุขภาพครอบครัว/พฤติกรรมสุขภาพครอบครัว

ครอบครัวเป็นสถาบันหลักและเป็นพื้นฐานแรกในการพัฒนาคุณภาพคน ถือได้ว่าเป็นหน่วยย่อยที่เล็กที่สุดของสังคม แต่มีความสำคัญที่สุด เนื่องจากครอบครัวเป็นแหล่งหล่อหลอมคุณค่าชีวิตและบ่มเพาะคุณลักษณะทั้งดงามของความเป็นมนุษย์ให้กับสังคม องค์การสหประชาชาติได้กำหนดให้ “ปี พ.ศ. 2537 เป็นปีครอบครัวสากล (1994 International Year of the Families)” ซึ่งได้กระตุ้นให้ทั่วโลกเห็นความสำคัญของครอบครัว รวมทั้งในการประชุมระหว่างภูมิภาคขององค์การสหประชาชาติด้านครอบครัวที่กรุงบราติสลาวา ประเทศสโลวาเกีย เมื่อเดือนกุมภาพันธ์ 2538 ได้กำหนดให้มีการดำเนินการต่อไปเกี่ยวกับการพัฒนา ครอบครัว โดยกำหนดให้ วันที่ 15 พฤษภาคมของทุกปี เป็นวันครอบครัวสากล เพื่อเป็นการสังเกตการณ์ เฝ้าระวังและติดตามสถานการณ์ครอบครัวทั่วโลก ส่วนในประเทศไทยได้มีการตระหนักและให้ความสำคัญต่อ สถาบันครอบครัว โดยคณะรัฐมนตรีได้มีมติเมื่อวันที่ 13 กุมภาพันธ์ 2533 และให้ความสำคัญต่อการพัฒนาครอบครัว โดยได้บรรจุมาตรการ บางส่วนไว้ชัดเจนมากขึ้นในแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 8 (พ.ศ. 2540-2544)⁽¹⁶⁾ ต่อมาคณะอนุกรรมการพัฒนาครอบครัวและแก้ไขความรุนแรงต่อเด็กและสตรี ในคณะกรรมการส่งเสริม และประสานงานสตรีแห่งชาติ (กสส.) สำนักนายกรัฐมนตรี ได้จัดทำนโยบายและแผนงานในการพัฒนา สถาบันครอบครัว ด้วยความร่วมมือจากหน่วยงานราชการ ภาคเอกชน ภาคธุรกิจเอกชน และบุคคล จากหลายฝ่าย โดยคณะรัฐมนตรีได้มีมติให้ความเห็นชอบ เมื่อวันที่ 26 สิงหาคม 2540 และขับเคลื่อนการดำเนินงานตลอดมา

- สรุปสถานการณ์และปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อครอบครัว ดังนี้

(1.1) การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากร ทั้งการลดลงของประชากรเด็กและวัยแรงงาน และการเพิ่มขึ้นของประชากรผู้สูงอายุจะส่งผลกระทบต่อโครงสร้างของครอบครัวและสังคม รูปแบบของการพึ่งพิงกันระหว่างกลุ่มประชากรในช่วงอายุต่างๆ จะเปลี่ยนไป ในแต่ละครอบครัวจะมีสมาชิกวัยแรงงาน ที่ทำหน้าที่ในการเลี้ยงดูเด็กและดูแลผู้สูงอายุน้อยลง ซึ่งจะเข้าสู่รูปแบบโครงสร้างประชากรไทยที่วัยแรงงานต้องแบกรับทั้งผู้สูงอายุและเด็ก นั่นคือสัดส่วนประชากรวัยแรงงาน 2 คน ต้องดูแลผู้สูงอายุในครอบครัว 1 คน และดูแลเด็กเล็กอายุ ต่ำกว่า 4 ปี อีก 1 คน ด้านสังคมมีแนวโน้มที่จะประสบกับปัญหา การเปลี่ยนแปลงทางด้านอาชีพและขาดแคลนแรงงาน รัฐต้องมีการปรับนโยบายในการบริหารประเทศ ทางด้านเศรษฐกิจและสังคม การเพิ่มขึ้นของจำนวนผู้สูงอายุอาจจะทำให้รัฐมีภาระค่าใช้จ่ายที่เพิ่มขึ้น เช่น การประกันสังคม การบริการด้านสุขภาพอนามัย และสวัสดิการของผู้สูงอายุต่างๆ เป็นต้น ดังนั้นเพื่อเตรียมความพร้อมในการก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ ครอบครัวจึงต้องมีการเตรียมรับมือต่อการเปลี่ยนแปลงนี้ โดยการสร้างเสริมความเข้มแข็งของครอบครัวและชุมชน เตรียมความพร้อมของสมาชิกในครอบครัว ให้มีการวางแผนการใช้ชีวิตในทุกๆ ด้าน ทั้งด้านเศรษฐกิจ สังคม และความเป็นอยู่ต่างๆ เพื่อให้ครอบครัวและชุมชนสามารถดูแลปัญหาผู้สูงอายุได้ด้วยตัวเองให้มากที่สุด

(1.2) การเปลี่ยนแปลงทางเศรษฐกิจ การเปลี่ยนแปลงของระบบเศรษฐกิจโลกและการรวมกลุ่มทางเศรษฐกิจในภูมิภาค โดยเฉพาะการรวมกลุ่มในภูมิภาคเอเชียภายใต้กรอบการค้าเสรีของอาเซียนกับจีน ญี่ปุ่น และอินเดีย และการเป็น ประชาคมเศรษฐกิจอาเซียน (ASEAN Economic Community - AEC) ในปี 2558 และในปี พ.ศ. 2557⁽¹⁷⁾ ประเทศไทยมีแรงงานต่างด้าวที่ได้รับอนุญาตทำงานชั่วคราวอย่างถาวร เพิ่มขึ้นร้อยละ 24.02 ทำให้ประเทศไทยต้องมีการปรับตัวและเตรียมความพร้อมในหลาย ด้าน เช่น การพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ การศึกษาทักษะด้านภาษา และทักษะฝีมือแรงงาน การเปิดประเทศ

สู่ประชาคมอาเซียน และการเปลี่ยนแปลงทางเศรษฐกิจดังกล่าวส่งผลกระทบ โดยตรงต่อรูปแบบ องค์ประกอบ และสัมพันธภาพของครอบครัว ครอบครัวมีภาระในการเลี้ยงดูและการจัดการศึกษาให้แก่สมาชิกในครอบครัว เพื่อให้สามารถปรับตัวและแข่งขันได้ นอกจากนั้นการเปิดประเทศสู่ประชาคมอาเซียน อาจส่งผลกระทบต่อการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างทางอาชีพ และการเคลื่อนย้ายแรงงานของครอบครัว ทำให้สมาชิก ครอบครัวต้นทาง โดยเฉพาะเด็กและคนชราถูกทอดทิ้งให้อยู่กันตามลำพังมากขึ้น

(1.3) การเปลี่ยนแปลงทางสังคมและวัฒนธรรม

สังคมไทยในปัจจุบันมีแนวโน้มการเปลี่ยนแปลงเป็นสังคมแบบปัจเจกชนและแยกส่วนมากขึ้น ทำให้คนเห็นแก่ตัวมากขึ้นและมีอัตตาสูง เชื้อมั่นในตัวเอง ดำรงชีวิตแบบโดดเดี่ยว แยกแยก ใช้ชีวิตตามวิถีสุขนิยม คือ มุ่งการบริโภคเพื่อความสุขของตนเท่านั้น สังคมไทยต้องเผชิญกับความเสื่อมถอยด้านคุณธรรมจริยธรรม เห็นได้จากคนที่คนในสังคมมีการใช้ความรุนแรงในการแก้ไขปัญหามากขึ้น ทั้งการใช้ความรุนแรงในครอบครัวและสังคม ขณะเดียวกันการดำรงชีวิตแบบสังคมอุตสาหกรรมหรือสังคมเมืองส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงวิถีชีวิตแบบดั้งเดิม ของสังคมไทยจากสังคมเกษตรกรรมที่มีวิถีชีวิตการอยู่ร่วมกันแบบพึ่งพิง ถ้อยทีถ้อยอาศัยกัน กลายเป็นสังคมที่มีความเป็นบริโภคนิยมและวัตถุนิยมมากขึ้น เป็นสังคมแห่งการแข่งขันเพื่อให้ได้มาซึ่งสถานะความมั่งคั่ง สถาบันอนาคตศึกษาเพื่อการพัฒนา (IFD)⁽¹⁸⁾ ได้คาดการณ์ไว้ว่าสัดส่วนจำนวนประชากรเมืองมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ในปี พ.ศ. 2553 ประเทศไทยมีประชากรเมือง ร้อยละ 33.7 คาดว่าในปี พ.ศ. 2563 จะเพิ่มขึ้น เป็นร้อยละ 38.0 และในปี พ.ศ. 2573 เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 43.7 ซึ่งแสดงว่าสังคมไทยในอนาคตจะมีประชากร เกือบครึ่งของประชากรทั้งหมดอาศัยในเขตเมือง ซึ่งการขยายตัวของเมืองดังกล่าวจะก่อให้เกิดปัญหาการกระจุกตัวของความยากจนในเขตเมือง การขาดแคลนที่อยู่อาศัย การบริการของรัฐทั้งด้านการศึกษาและสวัสดิการอื่นๆ ไม่ทั่วถึง การกระจุกตัวของเมืองทำให้เกิดปัญหาต่อสภาพแวดล้อม ความมั่นคงและ

ปลอดภัยในชีวิตและทรัพย์สิน สุขภาพร่างกายและจิตใจ และการเพิ่มขึ้นของอาชญากรรม

(1.4) อิทธิพลของสื่อ เทคโนโลยี และสารสนเทศ
สื่อเทคโนโลยี ข้อมูล ข่าวสาร และความก้าวหน้าทางเทคโนโลยีมีบทบาทสำคัญต่อการดำรงชีวิต ของประชาชน มากขึ้น และมีอิทธิพลต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของ คนในสังคม กลุ่มที่ได้รับผลกระทบจากสื่อมากที่สุด คือ กลุ่มเด็กและเยาวชนเพราะ กลุ่มเด็กยังไม่มีประสบการณ์ ยังไม่รู้จักการแยกแยะ โดยเฉพาะเด็กที่ชอบดูโทรทัศน์ หรือวิดีโอจนติด มักจะมีพฤติกรรมไม่สนใจรับประทาน อาหารหรือรับประทานขนมที่มีคุณค่าทางโภชนาการ ต่ำ ติดนิสัยรับประทานจุบจิบ จึงทำให้อ้วนแต่ไม่แข็งแรง และมีปัญหาฟันผุ พฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงจากการเลียน แบบสื่อ สื่อทำให้เด็ก ขาดพัฒนาการทางสังคม ขาดทักษะ ในการอยู่ร่วมกันและการปรับตัวในสังคมเพราะหมกมุ่น กับการดูโทรทัศน์หรือเล่นเกม อิทธิพล ของการโฆษณา สินค้าในสื่อทำให้เกิดการใช้จ่ายแบบบริโภคนิยม เด็กอ่าน หนังสือน้อยลงเพราะให้ความสนใจกับสื่ออื่นมากกว่า ส่ง ผลกระทบให้เด็กขาดการพัฒนาในเรื่องภาษา และอิทธิพล ของสื่อและโฆษณาจะส่งผลให้เด็กๆ รับเอาวัฒนธรรม โดยไม่รู้จักรู้เลือก เช่น การแต่งกาย พฤติกรรมการบริโภค และกลุ่มเยาวชนเป็นกลุ่มที่ กำลังมีการเปลี่ยนแปลง ทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ ซึ่งวัยรุ่นจะมีจิตใจที่ยังไม่ มั่นคงแน่นอน เป็นวัยที่ยากจะรู้ยถาปกรณ์ นอกจากนั้น เทคโนโลยีการสื่อสารที่ทันสมัยได้สร้างสังคมเสมือนจริง Social Online ซึ่งทำให้คนมีพฤติกรรมที่แปลกแยกจาก ชีวิตจริงและหมกมุ่นอยู่ในโลกออนไลน์ ซึ่งทำให้สมาชิก ในครอบครัวสื่อสารกันน้อยลง ทำให้สัมพันธ์ภาพใน ครอบครัวลดลง เกิดช่องว่างในครอบครัวมากขึ้น ทั้งที่เป็น ช่องว่างระหว่างวัย และช่องว่างที่เกิดจากความสามารถ ในการใช้และการปรับตัวให้เข้ากับเทคโนโลยีสมัยใหม่ อย่างไรก็ตามอีกด้านหนึ่งเทคโนโลยีและการสื่อสารสมัย ใหม่ เป็นช่องทางแลกเปลี่ยนเรียนรู้ภายใน ครอบครัว และระหว่างครอบครัวกับสังคมภายนอก และนำมาซึ่งการ พัฒนาศักยภาพการเรียนรู้ด้วยตนเอง และเป็นประโยชน์ ในการสร้างเครือข่ายความร่วมมือเพื่อประโยชน์ทางสังคม นอกจากนั้นยังมีความสำคัญต่อการส่งเสริมความเข้มแข็ง

ของครอบครัว เช่น การให้ความรู้เรื่องสิทธิของครอบครัว การส่งเสริม ความรู้เกี่ยวกับบทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบ การอยู่ร่วมกัน ค่านิยม ทัศนคติ ความเป็นตัวตนของ ครอบครัวต่อสังคมที่เหมาะสม และทักษะในการแก้ไขปัญหาครอบครัว ดังนั้นสังคมจำเป็นต้องสร้าง “ภูมิคุ้มกัน ข่าวสาร” (Mass Vaccine) โดยผ่านกลไกของสังคมไม่ว่า จะเป็นนโยบายภาครัฐ การให้ การศึกษาในสถาบันการศึกษา การอบรมเลี้ยงดูจากสถาบันครอบครัว การขัดเกลา จากสถาบันศาสนา การห่วงใยกันจากสถาบันสังคมอื่นๆ

(1.5) การเปลี่ยนแปลงทางสิ่งแวดล้อม ปัจจุบัน ภาวะโลกร้อนหรือการเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศ ส่งผลกระทบโดยตรงต่อคุณภาพชีวิตของคนและกำลัง จะกลายเป็นมหันตภัยร้ายแรงในอนาคตอันใกล้ หาก ประชากรโลกไม่ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในชีวิตประจำวัน ผลกระทบเชิงสังคมจากการเปลี่ยนแปลงภูมิอากาศต่อการ ดำเนินชีวิตของปัจเจกบุคคล ชุมชน หรือสังคม เช่น การ สูญเสียผลผลิตทางการเกษตรจากการเกิดภัยแล้งยาวนาน ในขณะที่บางพื้นที่เกิดน้ำท่วมซ้ำซากไม่สามารถเพาะปลูก หรืออยู่อาศัยได้ ประชาชนประสบความยากลำบากด้านที่ อยู่อาศัย ที่ดินทำกิน ต้นทุนการผลิต โดยเฉพาะครอบครัว เกษตรกรจะมีความเสี่ยง ต่อภาวะความยากจนมากขึ้น การสูญเสียชีวิต และทรัพย์สิน แนวโน้มการแพร่ระบาดของ โรครุนแรงขึ้น ก่อให้เกิดการเจ็บป่วยและการเสียชีวิต โดยเฉพาะกลุ่มประชากรผู้สูงอายุ เด็กทารก และ ประชากรที่มีความผิดปกติของระบบทางเดินหายใจและ หลอดเลือดหัวใจ ปัญหาสุขภาพอนามัย คุณภาพชีวิตของ ประชากรต่ำต้องเผชิญกับโรคภัยต่างๆ ที่มาพร้อมกับการ เปลี่ยนแปลงของสภาพแวดล้อม เช่น โรคที่มากับน้ำท่วม เช่น โรคน้ำกัดเท้า โรคฉี่หนู โรคตาแดง โรคอุจจาระร่วง ถูกสัตว์มีพิษกัดต่อย โรคที่มากับความ แห้งแล้ง เช่น โรค ระบบทางเดินหายใจ โรคขาดสารอาหาร เป็นต้น สถาบัน อนาคตศึกษาเพื่อการพัฒนา (IFD) ได้คาดการณ์อนาคต ของประเทศไทยในอีก 15 ปี ข้างหน้า ในปี พ.ศ. 2575 ว่าประเทศไทยมีแนวโน้มขาดแคลนขณะที่ความต้องการ เพิ่มขึ้น ได้แก่ พลังงาน ทรัพยากรพลังงาน พลังงานทดแทน และพลังงานหมุนเวียน ทรัพยากรน้ำ ในขณะที่พื้นที่ การปลูกพืชอาหารลดลง ราคาอาหารเพิ่มขึ้นเนื่องจาก

ราคาพลังงานและการเกิดภัยพิบัติที่เพิ่มขึ้น ความหลากหลายทางชีวภาพมีแนวโน้มลดลงจากการใช้ทรัพยากรและสิ่งแวดล้อมที่ขาดการบริหารจัดการที่ดี รวมถึงปัญหามลพิษที่จะเพิ่มขึ้นในอนาคตจากกิจกรรมทางเศรษฐกิจที่จะมีเพิ่มขึ้น ทั้งนี้การเปลี่ยนแปลงทางสิ่งแวดล้อมดังกล่าวจะส่งผลกระทบต่อโดยตรงต่อทุกครอบครัว โดยเฉพาะครอบครัวที่ยากจน ที่จะเผชิญปัญหาและอยู่ในภาวะยากลำบากมากกว่ากลุ่มอื่น การเปลี่ยนแปลงทางสิ่งแวดล้อมทำให้ประชาชนส่วนหนึ่งต้องสูญเสียชีวิตและทรัพย์สิน บางครอบครัวอาจจะต้องอพยพไปทำงานต่างพื้นที่ เพื่อหารายได้มาเลี้ยงครอบครัว ทำให้เกิดการแยกกันอยู่ของคนในครอบครัว ซึ่งอาจก่อให้เกิดปัญหาครอบครัว การดูแลบุตรหลานไม่ใกล้ชิด ทำให้เกิดปัญหาสังคมตามมา และในกรณีที่หากมีการสูญเสีย หัวหน้าครอบครัวที่เป็นตัวหลักในการหารายได้แล้ว นอกจากจะส่งผลกระทบต่อกระทบกระเทือนทางจิตใจแล้ว ยังก่อให้เกิดปัญหาทางเศรษฐกิจและความสามารถในการหารายได้ของครอบครัวตามมา ส่งผลถึงชีวิตความเป็นอยู่ และก่อให้เกิดหนี้สินตามมา ครอบครัวและสมาชิกของครอบครัวจึงต้องมีการเตรียมความพร้อมทั้ง ความรู้และทักษะในการรับมือการเปลี่ยนแปลงทางสิ่งแวดล้อมดังกล่าว เพื่อให้สามารถที่จะช่วยเหลือตัวเอง และดำรงความเป็นครอบครัวได้ในภาวะวิกฤต

(1.6) สถานการณ์ครอบครัวและแนวโน้มการเปลี่ยนแปลง

ขนาดครอบครัว ข้อมูลสำมะโนประชากรและเคหะปี พ.ศ. 2553 ณ วันที่ 1 กันยายน 2553 ประเทศไทย มีจำนวนครัวเรือนทั้งสิ้น 20.52 ล้านครัวเรือน ขนาดครัวเรือนเฉลี่ย 3.1 คน มีขนาดเล็กลงเมื่อเทียบกับสำมะโนประชากรและเคหะปี พ.ศ. 2543⁽¹⁹⁾ ที่มีขนาดครัวเรือนเฉลี่ย 3.8 คน โดยภาคที่มีขนาดครัวเรือนใหญ่ที่สุด คือ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ 3.5 คน รองลงมาคือ ภาคใต้ 3.4 คน ภาคเหนือ 3.0 คน ภาคกลาง 2.9 คน และกรุงเทพมหานครมีขนาดครัวเรือนเล็กที่สุด 2.7 คน

รูปแบบครอบครัว รูปแบบครอบครัวจากข้อมูลการสำมะโนประชากรและเคหะ พ.ศ. 2523–2543 และข้อมูลจากการสำรวจภาวะการทำงานของประชากร พ.ศ. 2553

พบว่าโครงสร้างของครัวเรือนในประเทศไทย ส่วนใหญ่เป็นครัวเรือนประเภทครอบครัวเดี่ยว แต่มีแนวโน้มลดลงจากร้อยละ 70.6 ในปี 2523 เหลือร้อยละ 60.3 ในปี 2543 และเหลือเพียงร้อยละ 52.3 ในปี 2553 สำหรับครัวเรือนประเภทครอบครัวขยายมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 25.2 ในปี 2523 เป็นร้อยละ 29.6 ในปี 2543 และเพิ่มขึ้นถึง ร้อยละ 34.5 ในปี 2553 เช่นเดียวกับครัวเรือนที่ไม่มีครอบครัวและญาติอาศัยอยู่นั้นก็มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างเห็นได้ชัดจากร้อยละ 4.2 ในปี 2523 เป็นร้อยละ 10.1 ในปี 2543 และในปี 2553 เพิ่มขึ้นถึงร้อยละ 13.2

สถานภาพครอบครัว การแต่งงาน สถานภาพการแต่งงานของครอบครัว เพศชายและเพศหญิงมีการแต่งงานช้าลงและพบว่ามีการจดทะเบียนสมรสลดลง แนวโน้มการครองโสดเพิ่มมากขึ้น โดยเฉพาะผู้หญิง การหย่าร้างมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น ผู้หญิงเป็นหัวหน้าครัวเรือนมากขึ้น ซึ่งแสดงให้เห็นถึงภาระความรับผิดชอบที่เพิ่มมากขึ้นและการที่สังคมให้การยอมรับบทบาทความเป็นผู้นำของผู้หญิงมากขึ้น

ผลการสำรวจความเข้มแข็งของครอบครัวตามมาตรฐานครอบครัวเข้มแข็ง ในปี พ.ศ. 2558⁽²⁰⁾ พบว่าค่าความเข้มแข็งของครอบครัวในทุกมิติมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นจากปี พ.ศ. 2554 แต่ยังต่ำกว่าค่าเกณฑ์มาตรฐานในด้านสัมพันธภาพ ด้านบทบาทหน้าที่ของครอบครัว ยกเว้นมิติด้านการพึ่งพาตนเอง มิติด้านทุนทางสังคม และมิติด้านการหลีกเลี่ยงภาวะเสี่ยงและการปรับตัวได้ในภาวะยากลำบากที่มีค่าความเข้มแข็งสูงกว่า ค่าเกณฑ์มาตรฐาน (เกณฑ์มาตรฐานเท่ากับร้อยละ 74.0)

ดัชนีชี้วัดความอบอุ่นของครอบครัว การเปลี่ยนแปลงของครอบครัวทั้งด้านโครงสร้างครอบครัวและพฤติกรรมในการดำเนินชีวิตที่ยึดติดค่านิยมทางวัตถุ ส่งผลให้ครอบครัวไม่สามารถทำบทบาทหน้าที่ได้อย่างสมบูรณ์และสัมพันธภาพในครอบครัวเสื่อมถอยลง ทำให้บรรยากาศในครอบครัวขาดความอบอุ่น ซึ่งเมื่อพิจารณาจากดัชนีครอบครัว อบอุ่น⁽²³⁾ พบว่า ดัชนีครอบครัวอบอุ่นลดลงจากร้อยละ 68.31 ในปี พ.ศ. 2555 เป็นร้อยละ 65.34 ในปี พ.ศ. 2558 โดยดัชนีบทบาทหน้าที่ของครอบครัวลดลงจากร้อยละ 73.85 เป็นร้อยละ 64.92 ในช่วงเวลาเดียวกัน

และเมื่อพิจารณาดัชนีสัมพันธภาพในครอบครัว พบว่า ลดลงจากร้อยละ 57.88 ในปี พ.ศ. 2555 เป็นร้อยละ 56.86 ในปี พ.ศ. 2558 ขณะที่ดัชนีการพึ่งพิงตนเองของ ครอบครัวเพิ่มขึ้นเล็กน้อยจากร้อยละ 73.21 ในปี พ.ศ. 2555 เป็นร้อยละ 74.23 ในปี พ.ศ. 2558 อย่างไรก็ตาม การลดลงของดัชนีบทบาทหน้าที่ของครอบครัวยังคง อยู่ในระดับที่ต้องปรับปรุง ส่วนดัชนีด้านสัมพันธภาพใน ครอบครัวอยู่ในระดับที่ต้องเร่งแก้ไขมาโดยตลอด

(1.7) แนวโน้มการเปลี่ยนแปลงของสถาบันครอบครัว

(1.7.1) ครอบครัวไทยมีบุตรน้อยลงเนื่องจากทั้งหญิง และชายมีอัตราการครองโสด หรือไม่แต่งงานสูงขึ้น ในขณะที่กลุ่มที่แต่งงาน พบว่าทั้งหญิงและชายมีอายุแรกสมรส สูงขึ้น ความต้องการมีบุตรของคู่สมรสน้อยลงหรือไม่ ต้องการมีบุตรเลย โดยใช้การวางแผนครอบครัวในการควบคุมจำนวนบุตรและการเว้นระยะการมีบุตร ตามความต้องการ ทั้งนี้อาจเป็นผลจากการที่ผู้หญิง มีโอกาสในการทำงานนอกบ้าน และมีศักยภาพในการ พึ่งพาตนเองสูงขึ้น ความนิยมในรูปแบบการใช้ชีวิตแบบ อิสระไม่มีพันธะผูกพัน ประกอบกับภาวะความจำเป็น ด้านเศรษฐกิจ ปัจจัยเหล่านี้ส่งผลให้ครอบครัวมีขนาด เล็กลงอย่างต่อเนื่อง

(1.7.2) การเปลี่ยนแปลงรูปแบบครอบครัว พบว่า รูปแบบครอบครัวมีความหลากหลายและซับซ้อนมากขึ้น เป็นครอบครัวลักษณะเฉพาะที่มีรูปแบบ ลักษณะเฉพาะตัว มี สภาพปัญหาและความต้องการ ความช่วยเหลือแตกต่างกัน

(1.7.3) การที่ผู้หญิงออกมาทำงานนอกบ้านมากขึ้น และยังคงต้องเป็นฝ่ายที่รับภาระในการทำงานบ้านเป็นส่วน ใหญ่ ทำให้เหน็ดเหนื่อยและเกิดภาวะเครียด นำไปสู่ปัญหา ความสัมพันธ์ที่ตึงเครียดในครอบครัว⁽²¹⁾

(1.7.4) การแต่งงานและการจดทะเบียนมีแนวโน้ม ลดลง การอยู่กินกันฉันท์สามีภรรยาโดยไม่แต่งงานเพิ่ม ขึ้น สะท้อนให้เห็นถึงพฤติกรรมความเป็นครอบครัว ที่เปลี่ยนแปลงไป หญิงชายมีการอยู่ร่วมกันโดยไม่จดทะเบียนสูงขึ้น สาเหตุเกิดจากค่านิยม รูปแบบการดำเนิน ชีวิตที่เปลี่ยนแปลงไป ประชากรมีการศึกษาสูงขึ้นและ หญิงชายหลายคู่ที่ไม่เห็นความสำคัญของการจดทะเบียน สมรส ทำให้การจดทะเบียนสมรสน้อยกว่าจำนวนที่หญิง

ชายที่อยู่กินกันฉันท์สามีภรรยา

(1.7.5) การครองโสดสูงขึ้น สัดส่วนการอยู่เป็นโสด ของชายและหญิงในช่วงปี พ.ศ. 2513–2553 มีแนวโน้ม เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องในทุกกลุ่มอายุ

(1.7.6) ค่านิยมใหม่ๆ ในการใช้ชีวิตครอบครัว เช่น ค่านิยมในครอบครัวที่แต่งงานกันแต่ไม่ต้องการ มีบุตร เป็นค่านิยมที่เน้นประโยชน์อันสามีภรรยาจะพึงได้รับจาก การไม่มีลูก นั่นคือ ความมีอิสระจากภาระ การที่ต้องเลี้ยง ลูก เพื่อที่ทั้งคู่จะมีเวลาให้แกกันและกันมากขึ้น และเพื่อ พุ่มเทการบรรลุจุดหมายในชีวิตและการทำงานส่วนตัวของ แต่ละคน โดยเฉพาะในกลุ่มคนชั้นกลางและชนชั้นสูงของ สังคม ในขณะที่บางครอบครัว มีความพร้อมทุกด้าน แต่ไม่ สามารถที่จะมีบุตรได้

(1.7.7) ความสัมพันธ์ภายในครอบครัว และระหว่าง เครือญาติลดน้อยลง การพึ่งพาช่วยเหลือกันระหว่างเครือ ญาติลดน้อยลง มีสภาพต่างคนต่างอยู่เพิ่มมากขึ้น

(1.7.8) การทำบทบาทหน้าที่ของผู้เป็นพ่อ ปัจจุบัน แต่ละครอบครัวต้องเผชิญกับสถานการณ์ทางสังคมที่ เปลี่ยนแปลงไปตลอดเวลา อาจทำให้บทบาทของพ่อซึ่งเป็น ผู้นำในครอบครัวหรือผู้ที่รับผิดชอบเป็นหลักใน ด้าน เศรษฐกิจให้กับครอบครัวลดน้อยลงไปกว่าบทบาท ผู้หญิงหรือบทบาทแม่ การส่งเสริมให้บทบาทพ่อ มีส่วน ร่วมในการดูแลครอบครัวหรือมีบทบาทในการเลี้ยงดูบุตร มากขึ้น ซึ่งเป็นสิ่งสำคัญในการสร้างกระบวนการเรียนรู้ และเป็นส่วนหนึ่งในการช่วยกันดูแลครอบครัวได้มากขึ้น กว่าอดีตจะลดภาระให้กับสตรีหรือบทบาท

(1.7.9) การขาดความตระหนักในความสำคัญของ บทบาทครอบครัว ในขณะเดียวกันบทบาทของครอบครัว และรูปแบบการอบรมเลี้ยงดูสมาชิกในครอบครัว เปลี่ยนแปลงไป การทำหน้าที่ในการอบรมเลี้ยงดูสมาชิก ในครอบครัวลดน้อยลง มีสถาบันอื่นเข้ามาทำหน้าที่ เหล่านี้แทน เช่น สถานรับเลี้ยงเด็ก โรงเรียน เป็นต้น รวมถึงการใช้เทคโนโลยีการสื่อสารเพื่อประโยชน์ในการ อบรมเลี้ยงดูสมาชิกในครอบครัว ครอบครัวสมัยใหม่ ส่วน หนึ่งมีค่านิยมของพ่อแม่ในการเลี้ยงลูกให้เป็นเลิศ มักจะ มีรูปแบบการอบรมเลี้ยงดูที่เข้มงวด และ มีโปรแกรม สำหรับพัฒนาการเด็กมากมาย ซึ่งบางครั้งขัดกับธรรมชาติ

ของเด็กหรือตามพัฒนาการของวัย ซึ่งอาจทำให้เด็กเกิดความตึงเครียดได้ รวมทั้งบทบาทของครอบครัวในการอบรมสั่งสอนและถ่ายทอด หลักคุณธรรมจริยธรรมอันดีในการดำรงชีวิตอย่างมีคุณค่า

(1.8) ปัญหาครอบครัว มีรูปแบบที่แตกต่างกันไป และหลากหลายขึ้นอยู่กับสภาพ ของแต่ละครอบครัว ดังนี้ ความยากจนและการมีหนี้สิน มีสาเหตุจากปัจจัยภายใน ได้แก่ การขาดความรู้ ความสามารถในการประกอบอาชีพ การขาดโอกาสในการเข้าถึงทรัพยากร และการรับรู้ข้อมูลข่าวสาร ปัญหาสุขภาพ ภาระในการเลี้ยงดูครอบครัว การไม่มีทรัพย์สินและที่ดินทำกิน และปัจจัยภายนอกที่เกิดจากสังคมบริโภคนิยม การแข่งขันทางเศรษฐกิจ ทำให้การจัดสรรทรัพยากรไม่ทั่วถึง เกิดความเหลื่อมล้ำทางเศรษฐกิจและสังคม รวมทั้งระบบการบริหารและการจัดการของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องมีประสิทธิภาพไม่เพียงพอ

การตั้งครรภ์ในวัยรุ่น ในช่วงปี พ.ศ. 2551–2555 การตั้งครรภ์ของวัยรุ่นอายุต่ำกว่า 20 ปี และอายุต่ำกว่า 15 ปี มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น สถานการณ์การตั้งครรภ์ของวัยรุ่นพบประเทศไทยมีร้อยละของหญิงอายุต่ำกว่า 20 ปี ที่ตั้งครรภ์สูงขึ้น

ความรุนแรงในครอบครัว ในปี พ.ศ. 2548 องค์การอนามัยโลกได้ให้ประเทศไทยเป็นเจ้าภาพในการจัดการประชุมส่งเสริมสุขภาพโลก ครั้งที่ 6 ซึ่งที่ประชุมได้รับรองกฎบัตรกรุงเทพเพื่อการส่งเสริมสุขภาพโลก (Bangkok Charter for Health Promotion in a Globalized World) ซึ่งระบุถึงวาระสำคัญในงานสร้างเสริมสุขภาพของโลก กล่าวคือ ความรุนแรงต่อสตรีในครอบครัวและชีวิตคู่ เป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญยิ่ง อันเกิดจากเงื่อนไขของความไม่เสมอภาคระหว่างเพศ

สัมพันธภาพและการสื่อสารในครอบครัว ครอบครัวขาดทักษะการสื่อสารที่ดีระหว่างสมาชิกในครอบครัว

การอบรมเลี้ยงดูบุตร ปัจจุบันครอบครัวหรือพ่อแม่ขาดความรู้และทักษะในการอบรมเลี้ยงดูบุตรที่ได้มาตรฐาน ตามมาตรฐานขั้นต่ำในการเลี้ยงดูเด็ก

เด็กและผู้สูงอายุถูกทอดทิ้ง สถานการณ์ที่เด็กและผู้สูงอายุถูกทอดทิ้ง และปล่อยปละละเลยให้อยู่ตามลำพัง

สะท้อนถึง การทำบาปบาปหน้าที่ของครอบครัวในปัจจุบัน เห็นได้ชัดจากปรากฏการณ์ผู้สูงอายุในชนบทจำนวนมาก ถูกทอดทิ้งให้รับภาระเลี้ยงดูหลาน โดยเฉพาะในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ และภาคเหนือ

ปัญหาอบายมุข การพนัน บุหรี่ เหล้า สารเสพติด ในครอบครัว ล้วนส่งผลกระทบต่อความมั่นคง และเข้มแข็งของครอบครัว นำไปสู่ปัญหาครอบครัวต่างๆ ตามมา เช่น การหย่าร้าง การใช้ความรุนแรง การจัดการความสัมพันธ์ในครอบครัว รวมไปถึงจนถึงก่อให้เกิดปัญหาทางเศรษฐกิจและหนี้สิน

(2) นโยบายและแผนระดับชาติที่เกี่ยวข้อง

(2.1) ร่างกรอบยุทธศาสตร์ชาติระยะ 20 ปี (พ.ศ. 2560–2579) ยุทธศาสตร์ด้านการพัฒนาและเสริมสร้างศักยภาพคน เน้นการพัฒนาศักยภาพคนตลอด จนช่วงชีวิตให้สนับสนุนการเจริญเติบโตของประเทศ โดยเริ่มตั้งแต่ในครรภ์และต่อเนื่องไปตลอดชีวิต ยกกระดับคุณภาพการศึกษาและการเรียนรู้ให้มีคุณภาพ เท่าเทียมและทั่วถึง สร้างเสริมให้คนมีความสุขที่ดี สร้างความอยู่ดีมีสุขของครอบครัวไทยให้เอื้อต่อการพัฒนาคน ยุทธศาสตร์ด้านการสร้างโอกาสความเสมอภาค และเท่าเทียมกันทางสังคม มุ่งลดความเหลื่อมล้ำ ทางเศรษฐกิจและสังคม พัฒนาระบบบริการและบริหารจัดการสุขภาพ สร้างสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อสังคมสูงวัย สร้างความเข้มแข็งสถาบันทางสังคม และทุนทางวัฒนธรรม และความเข้มแข็งของชุมชน

(2.2) แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 12 พ.ศ. 2560–2564 ยุทธศาสตร์การเสริมสร้างและพัฒนาศักยภาพทุนมนุษย์ ซึ่งให้ความสำคัญกับการวางรากฐาน การพัฒนาคนให้มีความสมบูรณ์ เริ่มตั้งแต่กลุ่มเด็กปฐมวัยที่ต้องพัฒนาให้มีสุขภาพกายและใจที่ดี มีทักษะทางสมอง ทักษะการเรียนรู้และทักษะชีวิต เพื่อให้เติบโตอย่างมีคุณภาพ ควบคู่กับการพัฒนาคนไทยในทุกช่วงวัยให้เป็นคนดี มีสุขภาวะที่ดี มีคุณธรรมจริยธรรม มีระเบียบวินัย มีจิตสำนึกที่ดีต่อสังคมส่วนรวม มีทักษะความรู้ และความสามารถปรับตัวเท่าทันกับการเปลี่ยนแปลงรอบตัวที่รวดเร็ว บนพื้นฐานของการ มีสถาบันทางสังคมที่เข้มแข็ง ทั้งสถาบันครอบครัว สถาบันการศึกษา สถาบันศาสนา สถาบันชุมชน และภาคเอกชนที่ร่วมกันพัฒนาทุน มนุษย์

ให้มีคุณภาพสูง อีกทั้ง ยังเป็นทุนทางสังคมที่สำคัญในการขับเคลื่อนการพัฒนาประเทศ ยุทธศาสตร์การสร้างความเป็นธรรมและลดความเหลื่อมล้ำในสังคม เพื่อดำเนินการยกระดับ คุณภาพบริการทางสังคมให้ทั่วถึงโดยเฉพาะอย่างยิ่งด้านการศึกษาและสาธารณสุข รวมทั้งการปิดช่องว่าง การคุ้มครองทางสังคมอื่นๆ มุ่งเน้นมากขึ้นในเรื่องการเพิ่มทักษะแรงงาน

(2.3) นโยบายและยุทธศาสตร์การพัฒนาเด็กปฐมวัย (0 – 5 ปี) ระยะยาว พ.ศ. 2550–2559⁽²²⁾ ยุทธศาสตร์การส่งเสริมพ่อแม่และผู้ที่เกี่ยวข้องเพื่อพัฒนาเด็กปฐมวัย มีแนวคิดสำคัญ คือ พ่อแม่ ผู้เลี้ยงดูเด็ก สมาชิก ในครอบครัว คู่สมรสใหม่ ผู้เตรียมตัวเป็นพ่อแม่ หญิงตั้งครรภ์ บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข และผู้นำชุมชน ผู้นำท้องถิ่น ต้องได้รับการพัฒนา ให้มีความรู้ ความเข้าใจ และมีทักษะในการอบรมเลี้ยงดู การจัดประสบการณ์และสร้างสิ่งแวดล้อม เพื่อส่งเสริมพัฒนาการของเด็กปฐมวัย อย่างถูกต้องเหมาะสม รวมทั้งได้คุ้มครองป้องกันอุบัติเหตุ และภัยอันตรายต่างๆ อันจะเกิดขึ้นได้

(2.4) แผนผู้สูงอายุแห่งชาติ ฉบับที่ 2 (พ.ศ. 2545–2564) ฉบับปรับปรุง ครั้งที่ 1 พ.ศ. 2552 พัฒนาระบบคุ้มครองทางสังคมสำหรับผู้สูงอายุ ด้านครอบครัว ผู้ดูแล และการคุ้มครอง โดยการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุได้อยู่กับครอบครัวให้นานที่สุด โดยการส่งเสริมค่านิยมในการอยู่ร่วมกับผู้สูงอายุ ส่งเสริม สมาชิกในครอบครัวและผู้ดูแลให้มีศักยภาพในการดูแลผู้สูงอายุ โดยการให้ความรู้ และข้อมูลแก่สมาชิก ในครอบครัวและผู้ดูแลเกี่ยวกับการบริการต่างๆ ที่เป็นประโยชน์ ตลอดจนการส่งเสริมการสร้างทัศนคติเชิงบวกของคนในครอบครัวให้เห็นความสำคัญของผู้สูงอายุ และยังคงเป็นพลังของครอบครัวและสังคมได้

(2.5) นโยบายและยุทธศาสตร์การพัฒนาอนามัยการเจริญพันธุ์แห่งชาติ ฉบับที่ 2 (พ.ศ. 2560 – 2569) ว่าด้วยการส่งเสริมการเกิดและการเจริญเติบโตอย่างมีคุณภาพ เพื่อรักษาระดับอัตราการเจริญพันธุ์รวมไม่ต่ำกว่า 1.6 และให้การเกิดทุกรายมีการวางแผน มีการเตรียมความพร้อมตั้งแต่ก่อนตั้งครรภ์และได้รับ ความช่วยเหลือในการมีบุตร ตลอดจนส่งเสริมให้ลูกเกิดรอด แม่ปลอดภัย ได้รับ

การดูแลหลังคลอดที่ดี เด็กได้รับการเลี้ยงดูใน สิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการเจริญเติบโตและพัฒนากายสมวัย พร้อมที่จะเรียนรู้ในช่วงวัยต่อไปอย่างมั่นคง

(3) มาตรการสำคัญในการงานส่งเสริมสุขภาพครอบครัว

(3.1) ส่งเสริมให้ครอบครัวมีกระบวนการเรียนรู้ร่วมกัน มีสัมพันธภาพที่ดี และทำบทบาทหน้าที่ ได้อย่างเหมาะสม

(3.2) ส่งเสริมให้ครอบครัวดำเนินชีวิตโดยยึดมั่นในหลักคุณธรรมและจริยธรรม

(3.3) การส่งเสริมให้มีการจัดสวัสดิการครอบครัวขึ้นพื้นฐานที่เหมาะสมและสอดคล้องกับความต้องการของครอบครัวทุกลักษณะ

(3.4) การส่งเสริมความมั่นคงด้านเศรษฐกิจของครอบครัวตามหลักปรัชญาของเศรษฐกิจพอเพียง

(3.5) การส่งเสริมวินัยการออมในครอบครัว

(3.6) การสร้างสภาพแวดล้อมที่เหมาะสม มีบรรยากาศการเรียนรู้ และความปลอดภัยสำหรับครอบครัว

(3.7) การพัฒนาศักยภาพกลไกและบุคลากรที่ทำงานด้านครอบครัว

(3.8) การพัฒนากฎหมาย กฎ ระเบียบและข้อบังคับเกี่ยวกับครอบครัวให้มีความทันสมัย และเหมาะสมกับสถานการณ์

(3.9) การพัฒนาการบริหารจัดการการทำงานด้านครอบครัวอย่างเป็นระบบ

(3.10) การส่งเสริมและพัฒนางานวิชาการด้านครอบครัว

(3.11) การสร้างและผลักดันเครือข่ายทางสังคมทุกรูปแบบ ทุกระดับ ให้มีศักยภาพในการ ขับเคลื่อนการพัฒนาครอบครัวอย่างต่อเนื่องและสร้างการมีส่วนร่วมอย่างเป็นรูปธรรม

(3.12) การส่งเสริมและสนับสนุนให้เกิดระบบเครือข่ายครอบครัวในรูปแบบต่างๆ

(3.13) การส่งเสริมการผลิตสื่อและช่องทางสื่อการเรียนรู้เพื่อการพัฒนาครอบครัวเข้มแข็ง

(3.14) การพัฒนากระบวนการใช้สื่อเป็นเครื่องมือ

ในการเรียนรู้ร่วมกันของครอบครัว

(3.15) การพัฒนากลไกและส่งเสริมการบังคับใช้กฎหมายด้านสื่อให้มีประสิทธิภาพ

13.1.3 การพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy)

1) สถานการณ์ความรู้ด้านสุขภาพ

ปัจจุบันสังคมเปลี่ยนแปลงสู่ยุคสังคมโลกาภิวัตน์ เป็นสังคมแห่งการสื่อสารไร้พรมแดน ประชาชนมีรูปแบบการสื่อสารด้วยเทคโนโลยีได้เองทั้งในวงสังคม เครือข่ายใกล้ชิด และในโลกสังคมโดยรวม ยุทธศาสตร์การพัฒนาเศรษฐกิจด้วยการฝึกกำลังในภูมิภาค เช่น การเปิดประชาคมอาเซียน มีผลกระทบทั้งทางในทางบวก และทางลบกับประชาชนคนไทยในด้านสาธารณสุข โดยเฉพาะพฤติกรรมสุขภาพและสิ่งแวดล้อมของประชาชน ดังนั้น การพัฒนาการสื่อสารด้านสุขภาพ ทั้งจากภาครัฐ ในการให้ข้อมูลด้านสุขภาพ ภาคประชาชนในการเป็น ทั้งผู้รับสาร และส่งสารในเครือข่ายของตนเอง รวมถึง การสร้าง การพัฒนาและเผยแพร่เนื้อหาของข่าวสาร เช่น ประสบการณ์ที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ ภูมิปัญญาและ ศักยภาพในการจัดการสุขภาพ เพื่อให้ประชาชนและ เครือข่ายมีทักษะด้านสุขภาพที่ดี มีความสามารถในการตัดสินใจในการดูแลสุขภาพ และการเข้าถึงบริการ สุขภาพเมื่อจำเป็นจนสามารถพึ่งตนเองด้านสุขภาพ ได้อย่างมีคุณภาพและเหมาะสมกับวิถีชีวิตของตนเอง ครอบครัวและสังคม จะเป็นการพัฒนาระบบสุขภาพของ ประเทศไทย ให้เป็นระบบการสร้างสุขภาพที่ดี ลดการ รักษาที่ต้องใช้ค่าใช้จ่ายสูง

ปัจจุบันพบว่าปัจจัยที่สำคัญที่ส่งผลให้ประชาชน เกิดพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมอย่างยั่งยืน คือ “ความรู้ด้านสุขภาพ” (Health Literacy) ซึ่งหมายถึง กระบวนการทางปัญญา และทักษะทางสังคมที่ก่อให้เกิดแรง จูงใจและความสามารถของปัจเจกบุคคลที่จะเข้าถึง เข้าใจ และใช้ข้อมูลข่าวสารเพื่อนำไปสู่การตัดสินใจที่เหมาะสม นำไปสู่สุขภาพะ และมีการสำรวจความรู้ด้านสุขภาพ ของคนไทย กลุ่มอายุ 7-18 ปี ในสถานศึกษาที่เป็นพื้นที่ เป้าหมายการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพตามแนวทางสุข

บัญญัติแห่งชาติ เมื่อปีงบประมาณ พ.ศ. 2557 โดยการสุ่ม จาก 24 จังหวัด 96 โรงเรียน รวม 4,800 คน พบว่าส่วนใหญ่ มีความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับพอใช้ คิดเป็นร้อยละ 86.48 และมีเพียงร้อยละ 5.25 ที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพ ในระดับดีมาก ซึ่งเป็นระดับที่มีผลต่อการมีพฤติกรรม สุขภาพที่ถูกต้องและยั่งยืน ในกลุ่มอายุ 15 ปีขึ้นไป

ในปี พ.ศ. 2557 มีการประเมินความรู้ด้าน สุขภาพ เรื่อง 3อ.2ส. (อาหาร ออกกำลังกาย อารมณ์ ไม่สูบบุหรี่ ไม่ดื่มสุรา) ในกลุ่มอายุ 15 ปีขึ้นไปในพื้นที่ 77 จังหวัด รวม 31,200 คน⁽²³⁾ พบว่า ส่วนใหญ่มีความ รอบรู้ด้านสุขภาพในระดับไม่ดีพอ คิดเป็นร้อยละ 59.4 รองลงมาคือ ระดับพอใช้ คิดเป็นร้อยละ 39.0 และระดับ ดีมากเพียงร้อยละ 1.6 นอกจากนั้น สถานการณ์ด้าน พฤติกรรมสุขภาพของคนไทย ที่เปลี่ยนแปลงไปจาก สถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วของโลก ด้าน เศรษฐกิจ สังคม เทคโนโลยี การสื่อสาร สิ่งแวดล้อมส่งผล ให้วิถีชีวิตของคนไทยเปลี่ยนแปลงตามไปด้วย ประชาชน มีความ เร่งรีบและเคร่งเครียดในการใช้ชีวิต ส่งผลให้ มีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรคมามากขึ้น พบว่าคนไทยมี พฤติกรรมกิน อาหารหวาน ไขมันสูง เพิ่มขึ้นมาก โดยใน พ.ศ. 2554 คนไทยบริโภคน้ำตาลทรายเพิ่มมากขึ้นถึง 3 เท่า จาก พ.ศ. 2526 ซึ่งมีปริมาณ 12.7 กิโลกรัม/คน/ปีเป็น 36.6 กิโลกรัม/คน/ปี ใน พ.ศ. 2554 และใน พ.ศ. 2551 พบ ว่าร้อยละ 96.2 ของคนไทยอายุ 35 ปีขึ้นไป บริโภคอาหาร ประเภทยทอด โดยส่วนใหญ่บริโภคเฉลี่ย 5 วันต่อสัปดาห์ รองลงมา คือ อาหารที่ปรุงด้วยกะทิบริโภคโดยเฉลี่ย 3 วันต่อสัปดาห์ พบว่าคนไทยออกกำลังกายอย่างเพียงพอ มีจำนวนน้อย คิดเป็นร้อยละ 29.7 ในปี พ.ศ. 2550 และร้อยละ 26.1 ในปี พ.ศ. 2554 พบว่าใน พ.ศ. 2554 ประชาชนอายุ 15 ปีขึ้นไป ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ร้อยละ 31.5 สูบบุหรี่ ร้อยละ 18.4 และมีแนวโน้มการสูบ มากขึ้นในเพศหญิง ซึ่งพฤติกรรมเสี่ยงเหล่านี้ล้วนส่งผลให้ มีปัญหาสุขภาพเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว โดยเฉพาะอย่างยิ่ง โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ขณะเดียวกันค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ ของประเทศไทย มีจำนวนเพิ่มขึ้นทุกปี และเริ่มสูงกว่า สัดส่วนรายจ่ายสุขภาพต่อ GDP ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2547 และ จากการศึกษาศาในสหรัฐอเมริกา (Healthy People 2001)

ระบุว่า การไม่มีความรู้ด้าน สุขภาพนำไปสู่พฤติกรรมเสี่ยง ที่เพิ่มมากขึ้นและพฤติกรรมป้องกันโรคที่น้อยลง รวมทั้ง การเข้ารับการรักษาบ่อยครั้งขึ้น ไม่เข้าใจเกี่ยวกับการ ปฏิบัติตัวอย่างถูกต้องตามที่แพทย์แนะนำ ทั้งหมดนี้ทำให้ ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพเพิ่มขึ้นด้วย

2) นโยบายและแผนระดับชาติที่เกี่ยวข้องกับการ พัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพ

2.1) แผนการปฏิรูปประเทศด้านสาธารณสุข⁽²⁴⁾

เนื่องจากประชาชนที่มีความสามารถในการดูแลสุขภาพตนเองมีจำนวนน้อย ในขณะที่ข่าวสารด้าน สุขภาพมีเป็นจำนวนมาก แต่ขาดระบบการคัดกรอง และการยืนยันความถูกต้องของข้อมูล ทำให้ประเทศไทย มีค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลสูง จึงมีข้อเสนอสำหรับการดำเนินงานเรื่องนี้ คือ (1) ปฏิรูปยุทธศาสตร์และ กลไกในการขับเคลื่อนด้านความรอบรู้และการสื่อสาร ข้อมูลด้านสุขภาพ (2) ปฏิรูประบบการประเมินผลโดย เน้นผลลัพธ์ที่ประชาชนมีความสามารถในการดูแลสุขภาพตนเองและมีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ในทุก กลุ่มวัย (3) จัดตั้งคณะกรรมการส่งเสริมความรอบรู้และการสื่อสารสุขภาพแห่งชาติ และ (4) กระทรวงสาธารณสุข กระทรวงศึกษาธิการและกระทรวงมหาดไทย ควรร่วมมือกัน เพื่อสนับสนุนให้เกิดโรงเรียนรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literate School) โรงพยาบาลรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literate Hospital) และชุมชนรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literate Communication) ทั้งนี้ กระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดเรื่องความรอบรู้ด้านสุขภาพอยู่ใน ยุทธศาสตร์ 20 ปีของกระทรวง และอยู่ในวาระปฏิรูป เร่งด่วน (quick win) ของกระทรวง และได้จัดตั้งศูนย์ การเรียนรู้ด้านสุขภาพ ณ โรงพยาบาลอำเภอหลายแห่ง

ขณะเดียวกันกรมอนามัยได้วางแผนการขับเคลื่อน ความรอบรู้ด้านสุขภาพไว้ 10 ปี (พ.ศ. 2560–2569) โดยมีเป้าหมายให้สังคมไทยเป็นสังคมแห่งความรอบรู้ ด้านสุขภาพ (health literate societies) โดยใช้ 4 กลไกในการขับเคลื่อนการดำเนินงาน คือ กลไก การสื่อสาร (communication) การพัฒนาศักยภาพ บุคลากร (capacity building) การสร้างความ ผูกพัน (engagement) และการเรียนรู้แบบเสริมพลัง

(empowerment) ควบคู่กับการกำกับ ติดตามอย่าง เข้มข้น (intensive M&E) และได้กำหนดแผนการ ดำเนินงานที่สำคัญ ประกอบด้วย พัฒนาและเผยแพร่ สื่อและองค์ความรู้หลากหลายรูปแบบและช่องทาง เพื่อสร้างการรับรู้และความเข้าใจแก่เจ้าหน้าที่ในระบบ สาธารณสุข การศึกษาและสังคมวัฒนธรรม จัดประชุม วิชาการการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพไทย จัดเวที job matching ระหว่างแหล่งทุนและผู้ที่เกี่ยวข้อง สํารวจ สถานการณ์ความรอบรู้ด้านสุขภาพ ระดับ เขตสุขภาพและ ชาติ พัฒนามาตรฐาน ประเมินรับรองมาตรฐาน องค์กร รอบรู้ด้านสุขภาพ (องค์กรด้านสาธารณสุข การศึกษา และวัฒนธรรม)

3) มาตรการสำคัญในการพัฒนาความรอบรู้ด้าน สุขภาพ

3.1) พัฒนาระบบการสื่อสารสุขภาพด้วยระบบ การคุ้มครองด้านการสื่อสารโดยมีหน่วยงานกลาง คัดกรองข้อมูลด้านสุขภาพ ข้อมูลข่าวสารที่จำเป็น ถูกต้อง ทันการณ์และมีประสิทธิภาพในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม สุขภาพ ตรวจจับข้อมูลเท็จ ตอบโต้ข้อมูลสุขภาพที่ไม่ถูก ต้องอย่างทันท่วงทีต่อการเจ็บป่วยด้วยโรคที่ป้องกันได้ และเพิ่มช่องทางสื่อสารมวลชนสาธารณะทางสุขภาพและ แนวทางเขียนสื่อสุขภาพ

3.2) พัฒนา 3 ระบบใหญ่ ได้แก่ (1) การพัฒนาระบบ การสาธารณสุข (2) การพัฒนาระบบการศึกษาที่จะช่วย ยกกระดับการรู้หนังสือและทักษะสุขภาพนำไปสู่การปรับวิถี การสอนและหลักสูตรด้วยกระบวนการส่งเสริมความรอบรู้ ด้านสุขภาพด้วย V-shape ตั้งแต่เด็กปฐมวัยในศูนย์เด็ก เล็กและยกระดับปฏิสัมพันธ์ และคิดวิเคราะห์ของนักเรียน ในระดับมัธยมศึกษาและ (3) พัฒนาระบบวัฒนธรรมและ ความเชื่อ

3.3) การศึกษาวิจัยเชิงประเมินผล ประกอบด้วย

(1) สํารวจความรอบรู้ด้านสุขภาพของประชาชนไทย ทุก 3 ปี 5 ปี 10 ปี

(2) การวิจัยการทำงาน ด้วยฐานข้อมูลเชิงประจักษ์ ในการทำงาน

(3) จัดทำต้นทุน (Unit Cost) สำหรับการ สนับสนุนด้านการเงินตามชุดสิทธิประโยชน์ที่ปรับจาก

การให้สุศึกษาและปรับพฤติกรรมสุขภาพ เป็นการใช้กระบวนการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพ V-shape ในระบบบริการสุขภาพทุกมิติ

(4) Center of Health Literacy excellence

3.4) พัฒนากำลังคนด้านการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพ มีการพัฒนาชุดสมรรถนะหลัก รูปแบบ หลักสูตร การฝึกอบรมสำหรับบุคลากรสาธารณสุขทุกระดับ และพัฒนาหลักสูตรและผลิตนักศึกษาต้านส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพ เพิ่มการทำงานเชิงการขับเคลื่อนมากกว่าการให้บริการและให้ความรู้หรือการสอน ตลอดจนพัฒนาต่อยอดนำเสนอผลงานวิจัยด้านการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพโดยความร่วมมือกับสถาบันทั้งในและต่างประเทศ

3.5) พัฒนากลไกการขับเคลื่อนความรู้ด้านสุขภาพ ด้วยประกาศการปฏิรูปความรู้ของประชาชน เป็นวาระแห่งชาติ (national agenda) มีคณะกรรมการสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพและสื่อสารสุขภาพแห่งชาติตามคำสั่งสำนักนายกรัฐมนตรี จัดทำข้อเสนอและร่างระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยการรู้ด้านสุขภาพและมีกลไกทางการเงินงบประมาณจากแหล่งทุน เช่น สำนักงานสลากกินแบ่งรัฐบาลหรือระบบภาษี รวมทั้งองค์กรกลางที่มีความเป็นอิสระ มีอาชีพในการทำหน้าที่ประสานความร่วมมือ/บริหาร ภาครัฐ เอกชนและประชาสังคมในและนอกประเทศ

13.2 งานป้องกันและควบคุมโรคติดต่อในประเทศไทยและระบบการจัดการโรคติดต่อในประเทศไทย

13.2.1 การป้องกันควบคุมโรคติดต่อที่สำคัญ

1) โรคไข้มาลาเรีย

ไข้มาลาเรียเกิดจากเชื้อโปรโตซัว พลาสโมเดียม (plasmodium) นำโดยยุงก้นปล่อง (anopheles) เกิดในพื้นที่ป่า เขา และเขตชนบท โดยเฉพาะในพื้นที่ชายแดน ไทย-เมียนมาร์ และไทย-กัมพูชา มีผู้ป่วยมากในฤดูฝน ระหว่างเดือนเมษายนถึงสิงหาคม

สถานการณ์โรค⁽²⁵⁾

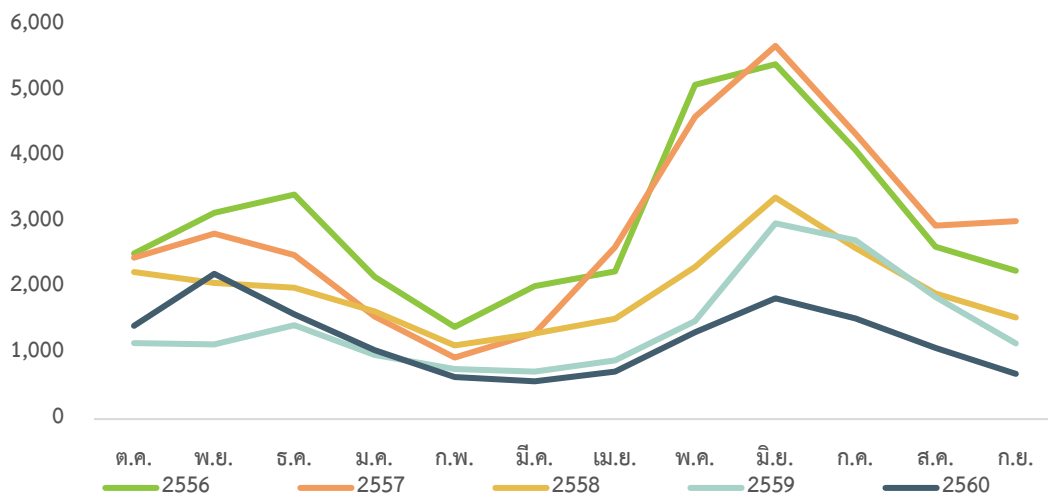
รายงานจำนวนผู้ป่วยมาลาเรียลดลงอย่างต่อเนื่อง จาก 36,408 ราย ในปีงบประมาณ 2556 เหลือ 14,689 ราย ในปีงบประมาณ 2560 (ภาพที่ 13.1) โดยลดลงร้อยละ 60 อัตราป่วย ลดลงจาก 0.82 ต่อประชากรพันคน ในปี 2556 เป็น 0.22 ต่อประชากรพันคน ในปี 2560 และอัตราตาย ลดลงจาก 0.07 ต่อประชากรแสนคน ในปี 2556 เป็น

0.02 ต่อประชากรแสนคนต่อประชากรแสนคน ในปี 2560 เกือบครึ่งหนึ่งของผู้ป่วย เป็นชาวต่างชาติ จากประเทศเพื่อนบ้าน เช่น กัมพูชา เมียนมาร์และลาว

การติดเชื้อมาลาเรียชนิดไวแว็กซ์ (Plasmodium vivax) มีสัดส่วนสูงกว่าชนิดฟัลซิพารัม (Plasmodium falciparum) ผู้ป่วยเพศชายมีมากกว่าเพศหญิง ผู้ป่วยส่วนมากเป็นผู้ใหญ่ (อายุมากกว่า 15 ปี) ผู้ที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อมาลาเรีย ได้แก่ ผู้มีอาชีพที่ต้องเข้าป่าหรือทำสวนทำไร่ ไกลป่า

จังหวัดที่มีผู้ป่วยมากที่สุด 7 อันดับแรก ได้แก่ จังหวัดตาก ยะลา อุบลราชธานี กาญจนบุรี แม่ฮ่องสอน สงขลา และศรีสะเกษ ซึ่งมีผู้ป่วยรวมกันคิดเป็นร้อยละ 87 ของผู้ป่วยทั่วประเทศ

ภาพที่ 13.1 จำนวนผู้ป่วยโรคไข้มาลาเรียรายเดือน ปีงบประมาณ 2556-2560



ที่มา: มาลาเรียออนไลน์ (<http://malaria.ddc.moph.go.th/malariar10>)

การป้องกันและควบคุมมาลาเรีย

ยุทธศาสตร์การป้องกันและควบคุมมาลาเรีย ประกอบด้วยมาตรการสำคัญ ได้แก่

- การตรวจค้นหาผู้ป่วย และให้การบำบัดรักษา โดยใช้ยาต้านมาลาเรีย
- การป้องกันยุงกัด โดยวิธีต่างๆ เช่น การใช้ยาทา กันยุง การนอนในมุ้ง เป็นต้น
- การกำจัดยุงพาหะ ในพื้นที่โรคชุก โดยใช้สารเคมี พ่นติดฝาบ้าน

ในขณะนี้ ประเทศไทยได้ยกระดับยุทธศาสตร์ จาก “การควบคุมโรคไข้มาลาเรีย” เป็น “การกำจัด โรคไข้มาลาเรีย” ตามคำแนะนำขององค์การอนามัย โลก กระทรวงสาธารณสุขโดยกรมควบคุมโรคร่วมกับ หน่วยงานเครือข่าย ได้จัดทำยุทธศาสตร์การกำจัดโรค ไข้มาลาเรีย พ.ศ. 2560-2569 และแผนปฏิบัติการ พ.ศ. 2560-2564 ซึ่งมีวิสัยทัศน์ว่า ประเทศไทยจะกำจัดโรคไข้ มาลาเรีย (Malaria elimination) ภายในปี พ.ศ. 2567 ประกอบด้วย 4 ยุทธศาสตร์ ได้แก่

1. เร่งรัดจัดการแพร่เชื้อมาลาเรียในประเทศไทย
2. พัฒนาเทคโนโลยี นวัตกรรม มาตรการและรูปแบบที่เหมาะสมในการกำจัดโรคไข้มาลาเรีย

3. สร้างความร่วมมือระหว่างภาคีเครือข่าย ระดับ ประเทศและระดับนานาชาติ เพื่อขับเคลื่อนงานกำจัด โรคไข้มาลาเรีย

4. ให้ประชาชนมีศักยภาพในการดูแลตนเองจาก โรคไข้มาลาเรีย

ยุทธศาสตร์กำจัดโรคไข้มาลาเรีย (ระยะ 10 ปี) และ แผนปฏิบัติการ (ระยะ 5 ปี) ได้ผ่านการเห็นชอบจากคณะ รัฐมนตรี เมื่อวันที่ 26 เมษายน 2559^(26,27) และได้เริ่ม ดำเนินการในปี 2560 มีกลไกการขับเคลื่อนด้านนโยบาย คือคณะกรรมการอำนวยการกำจัดมาลาเรียแห่งชาติ (รอง นายกรัฐมนตรีเป็นประธาน) และคณะกรรมการบริหาร กำจัดมาลาเรียแห่งชาติ (ปลัดกระทรวงสาธารณสุขเป็น ประธาน) และขับเคลื่อนด้านปฏิบัติการโดยคณะกรรมการ โรคติดต่อจังหวัด ตามพรบ.โรคติดต่อ 2558

การดำเนินงานที่สำคัญ

ในระบอบทศวรรษที่ผ่านมา ประเทศไทยได้เร่งรัด การควบคุมป้องกันโรคไข้มาลาเรีย โดยมาตรการดัง กล่าวข้างต้น ให้ครอบคลุมทุกกลุ่มประชากรและพื้นที่ เสี่ยงทั่วประเทศ และได้เริ่มเร่งรัดการดำเนินงานภาย ใต้ยุทธศาสตร์กำจัดโรคไข้มาลาเรีย โดยหน่วยงานใน เครือข่ายสาธารณสุข ด้วยความร่วมมือของอาสาสมัคร สาธารณสุข ผู้นำชุมชน องค์กรสาธารณสุขประโยชน์และ ชุมชน

การบำบัดรักษาผู้ป่วยได้รับการสนับสนุนงบประมาณภายใต้โครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า สำหรับการค้นหาและบำบัดผู้ติดเชื้อในพื้นที่ชายแดนและกลุ่มผู้ด้อยโอกาสได้รับการสนับสนุนงบประมาณของกองทุนโลก (Global Fund) ส่งผลให้อุบัติการณ์โรคไข้มาลาเรียลดลงอย่างต่อเนื่อง

สำหรับการเฝ้าระวังโรค กรมควบคุมโรคได้ร่วมมือกับมหาวิทยาลัยมหิดล พัฒนาระบบเฝ้าระวังโรคไข้มาลาเรียโดยใช้เทคโนโลยีสารสนเทศ เพื่อกำจัดโรคไข้มาลาเรีย หรือ “มาลาเรียออนไลน์” ซึ่งเป็นระบบเฝ้าระวังโรคแบบ case-based surveillance โดยประยุกต์ใช้เทคโนโลยีสารสนเทศ สามารถแสดงสถานการณ์ทางระบาดวิทยาของโรคได้ถึงระดับหมู่บ้าน แสดงการระบาด แสดงแผนที่แหล่งแพร่เชื้อในระดับกลุ่มบ้าน และแสดงข้อมูลผลการดำเนินงานตามมาตรการที่สำคัญ เช่น มาตรการ 1-3-7 (แจ้งเตือนใน 1 วัน สอบสวนภายใน 3 วัน และตอบโต้ภายใน 7 วัน) มาตรการค้นหาผู้ป่วยเพิ่มเติมและมาตรการควบคุมยุงพาหะ ข้อมูลเหล่านี้จะเป็นประโยชน์สำหรับการวางแผนและการตัดสินใจ ตั้งแต่ระดับนโยบาย ถึงระดับปฏิบัติการ รูปแบบ “มาลาเรียออนไลน์” ดังกล่าวนี้นี้ได้รับรางวัลบริการภาครัฐแห่งชาติ ในสาขาภาพรวมมาตรฐานการบริการ ระดับดีเด่นจากสำนักงาน ก.พ.ร. ในปี 2560

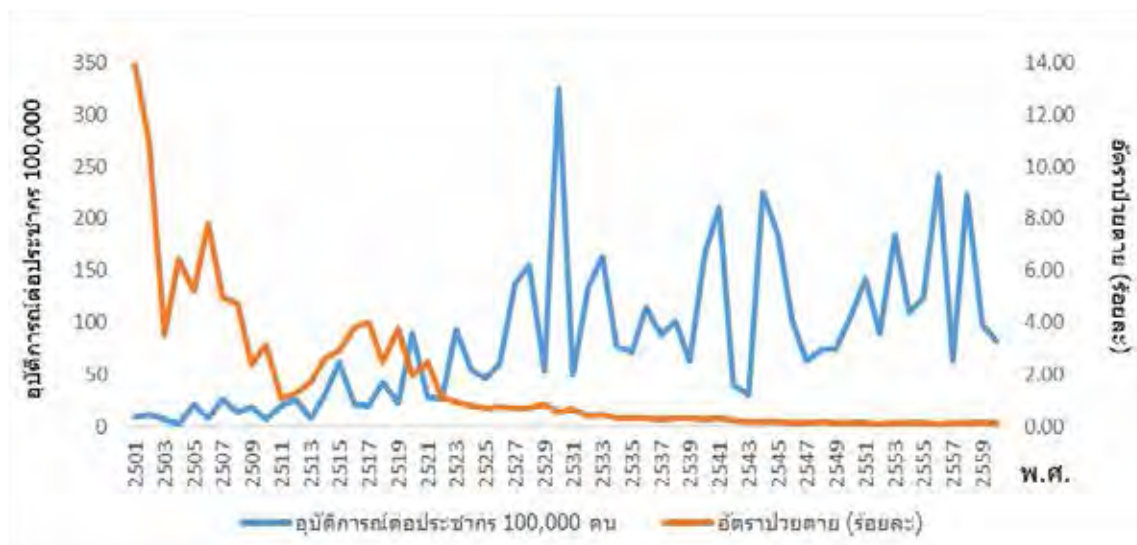
2) ไข้เลือดออก⁽²⁸⁾

โรคไข้เลือดออกเกิดจากเชื้อไวรัส (Dengue virus) นำโดยยุงลาย (Aedes mosquito) ซึ่งอาศัยในบริเวณบ้านเรือนและกัดในเวลากลางวัน โรคนี้เกิดมากในช่วงฤดูฝน ระหว่างเดือนพฤษภาคม - สิงหาคม โรคนี้เดิมเกิดมากในเด็ก แต่ปัจจุบันมีแนวโน้มเกิดโรคในผู้ใหญ่มากขึ้นอย่างต่อเนื่อง

สถานการณ์โรค

โรคไข้เลือดออกเริ่มพบในประเทศไทยเมื่อต้นทศวรรษ 2500 ในกรุงเทพฯ และเขตปริมณฑล ต่อมาแพร่กระจายไปทั่วประเทศ ทั้งในชุมชนเขตเมืองและชนบท ในระยะทศวรรษแรกๆ มีการระบาดมากทุก 2-3 ปี แต่ในระยะหลังมีรูปแบบการระบาดไม่แน่นอน ในช่วง 10 ปีที่ผ่านมา มีการระบาดใหญ่ในปี 2556 (อุบัติการณ์ 241 ต่อประชากรแสนคน) และปี 2558 (อุบัติการณ์ 222 ต่อประชากรแสนคน) แม้อัตราป่วยจะยังคงสูง แต่อัตราป่วยตายลดลงจากร้อยละ 0.30 ในปี 2538 เหลือเพียงร้อยละ 0.13 ในปี 2560 สะท้อนประสิทธิภาพของการดูแลรักษาผู้ป่วยที่มีแนวโน้มดีขึ้น (ดูภาพที่ 13.2)

ภาพที่ 13.2 อุบัติการณ์และอัตราป่วยตาย โรคไข้เลือดออก ในประเทศไทย ปี พ.ศ. 2501-2560



ที่มา: สำนักโรคติดต่อฯ โดยแมลง กรมควบคุมโรค

ยุทธศาสตร์การป้องกันและควบคุมไข้เลือดออก

ยุทธศาสตร์หลักในการป้องกันและควบคุมไข้เลือดออก คือ การควบคุมยุงพาหะและการป้องกันยุงกัด โดยความร่วมมือของทุกภาคส่วน โดยเฉพาะองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและประชาชน

มาตรการควบคุมยุงพาหะนำโรคไข้เลือดออก คือ ยุงลาย เน้นการกำจัดแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลาย ได้แก่ ภาชนะและแหล่งขังน้ำในบริเวณบ้านเรือน ที่อยู่อาศัย ส่วนการพ่นสารเคมีกำจัดยุงตัวเต็มวัย เป็นมาตรการเสริม

มาตรการป้องกันยุงกัด เน้นการใช้ยาทากันยุงสำหรับเด็กเล็กให้นอนในมุ้งหรือมุ้งลวดในเวลากลางวัน

การดำเนินงานที่สำคัญ⁽²⁹⁾

1. เร่งรัดการป้องกันควบคุมการแพร่เชื้อโรคไข้เลือดออก โดยการกำจัดแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลาย และป้องกันยุงกัดในเวลากลางวัน รวมทั้งการพ่นสารเคมีกำจัดยุงเป็นมาตรการเสริม ภายใต้แนวทางการควบคุมยุงพาหะแบบผสมผสาน (Integrated vector management) โดยอาศัยความร่วมมืออย่างเข้มแข็งของชุมชนเป็นสำคัญ ในปี พ.ศ. 2558 กระทรวงสาธารณสุขได้พัฒนาเครือข่ายความร่วมมือการป้องกันควบคุมไข้เลือดออกกับหน่วยงานต่างๆ เช่น กระทรวงมหาดไทย กระทรวงศึกษาธิการ กระทรวงวัฒนธรรม กระทรวงท่องเที่ยวและการกีฬา กระทรวงอุตสาหกรรม กระทรวงวัฒนธรรมและกรุงเทพมหานคร

2. เพิ่มความเข้มแข็งของระบบเฝ้าระวังโรค กรมควบคุมโรคได้พัฒนาชุดซอฟต์แวร์ “ทันระบาด” เพื่อสนับสนุนการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในการป้องกันควบคุมการระบาดของโรคไข้เลือดออก โดยเจ้าหน้าที่สามารถบันทึกข้อมูลการสำรวจลูกน้ำ ระบุพิกัดสถานที่ที่สำรวจและรายงานค่าดัชนีทางกีฏวิทยาได้ทันที รวมทั้งสามารถติดตามแบบบูรณาการระหว่างสถานการณ์โรคและข้อมูลทางกีฏวิทยา มีการจัดตั้งระบบการเฝ้าระวังเชื้อไวรัสเดงกีในยุง ด้วยเทคนิคทางชีวโมเลกุล เพื่อนำข้อมูลด้านการแพร่กระจายเชื้อไวรัสเดงกี มาใช้วางแผนในการป้องกัน ควบคุมโรคไข้เลือดออกและคงการเฝ้าระวังทางกีฏวิทยา เพื่อชี้พื้นที่เสี่ยงและประเมินผลการควบคุมโรค

3. เพิ่มความเข้มแข็งของการดูแลรักษาผู้ป่วย กรมการแพทย์ร่วมกับกรมควบคุมโรค จัดทำแนวทางเวชปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยไข้เลือดออก ทั้งในเด็กและผู้ใหญ่ และปรับปรุงให้ทันสมัยเป็นระยะ และจัดอบรมเผยแพร่ความรู้แก่แพทย์และบุคลากรทางการแพทย์ พร้อมทั้งจัดผู้เชี่ยวชาญให้คำปรึกษาแก่แพทย์ที่ดูแลบำบัดผู้ป่วยไข้เลือดออก

4. กรมควบคุมโรคได้ จัดทำแนวทางปฏิบัติงานเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคไข้เลือดออกตามพระราชบัญญัติโรคติดต่อ พ.ศ.2558 สำหรับผู้ปฏิบัติงานระดับเขต และหน่วยปฏิบัติการควบคุมโรคติดต่อระดับอำเภอ

5. ในอนาคตวัคซีนอาจใช้เป็นเครื่องมือสำคัญในการป้องกันโรคไข้เลือดออก ในปัจจุบันกำลังมีการวิจัยพัฒนา เพื่อผลิตวัคซีนไข้เลือดออกอยู่ในหลายประเทศ ในขณะนี้เริ่มมีวัคซีนไข้เลือดออกที่ได้รับการขึ้นทะเบียนแล้ว แต่กระทรวงสาธารณสุขยังไม่ได้นำมาใช้ป้องกันโรค เนื่องจากยังมีข้อจำกัดในด้านคุณภาพและความปลอดภัย และยังมีราคาสูง คาดหวังว่าในอนาคตอันใกล้จะมีวัคซีนไข้เลือดออกที่มีคุณภาพสูง และมีความปลอดภัยมากขึ้น ซึ่งกระทรวงสาธารณสุขจะสามารถนำมาใช้ป้องกันโรคแก่ประชาชนในวงกว้างได้

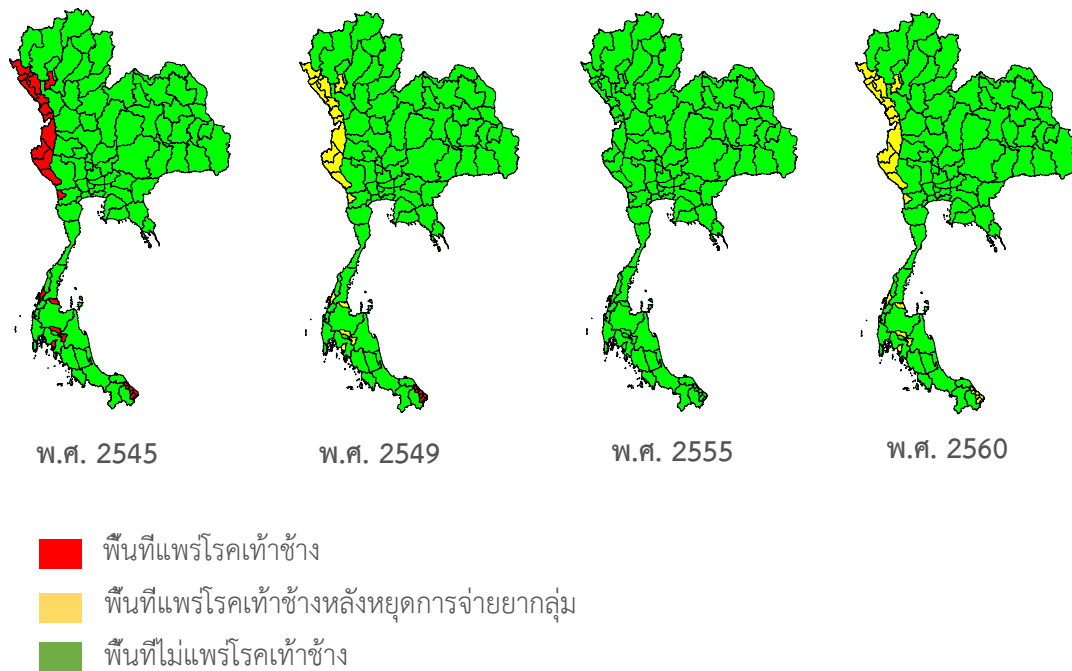
3) โรคเท้าช้าง

โรคเท้าช้างเกิดจากพยาธิตัวกลมขนาดเล็ก เรียกว่าพยาธิฟิลาเรีย นำโดยยุง เชื้อฟิลาเรียโรคเท้าช้างที่พบบ่อยในประเทศไทย 2 ชนิดคือ *Wuchereria bancrofti* พบมากที่ชายแดนติดกับประเทศเมียนมาร์ และชนิด *Brugia malayi* มักพบในภาคใต้ตามแถบชายฝั่งทะเลตะวันออก ยุงนำโรคได้แก่ยุงลายเสือ (*Mansonia*) และยุงรำถุย (*Culex*) เชื้อพยาธิจากยุงเข้าสู่ร่างกายโดยยุงกัดแล้วเข้าไปเจริญเติบโตเป็นตัวแก่อยู่ในระบบน้ำเหลือง ทำให้อุดตัน มีน้ำเหลืองคั่งในอวัยวะ เช่น ขา แขน และอวัยวะเพศ ทั้งชายและหญิง

สถานการณ์โรค⁽²⁸⁾

ในปัจจุบันโรคเท้าช้างลดลงมาก พื้นที่ที่มีโรคเหลืออยู่เฉพาะในบางจังหวัดบริเวณชายแดนไทย-เมียนมาร์ และบางจังหวัดในภาคใต้ (ดูภาพที่ 13.3)

ภาพที่ 13.3 พื้นที่การแพร่โรคเท้าช้าง ปี พ.ศ. 2545 – 2560



ที่มา: สำนักโรคติดต่อภายใน กรมควบคุมโรค

ยุทธศาสตร์การควบคุมและกำจัดโรคเท้าช้าง

ประกอบด้วยมาตรการสำคัญ ได้แก่

1. การตรวจค้นหาผู้ป่วยและจ่ายยาฆ่าพยาธิ เพื่อรักษาโรคเท้าช้าง
2. การป้องกันยุงกัด โดยใช้ยาทากันยุง และนอนในมุ้ง
3. การเฝ้าระวังโรค โดยการตรวจเลือดหาการติดเชื้อพยาธิโรคเท้าช้างในคน และในยุง
4. การบำบัดรักษา แก้ไขความพิการ ผู้ป่วยที่มีอวัยวะบวมโต

การดำเนินงานที่สำคัญ⁽³⁰⁾

ในปัจจุบัน การควบคุมโรคเท้าช้างเข้าสู่ระยะเฝ้าระวังหลังหยุดการจ่ายยา ซึ่งเป็นมาตรการหลักของการกำจัดโรค ที่ประเทศไทยได้ดำเนินการมาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2545

ในปีงบประมาณ 2560 กรมควบคุมโรคได้ประเมินภาวะการแพร่โรค โดยตรวจหาการติดเชื้อพยาธิโรคเท้าช้างในเด็กช่วงอายุ 6-7 ปี ในพื้นที่แพร่โรค 357 กลุ่มบ้าน

ใน 11 จังหวัด ได้แก่ แม่ฮ่องสอน เชียงใหม่ ลำพูน ตาก ราชบุรี กาญจนบุรี ระนอง สุราษฎร์ธานี นครศรีธรรมราช กระบี่ และนราธิวาส ปรากฏว่าพบโรคเท้าช้างเพียงบางพื้นที่ในจังหวัดนราธิวาส แต่มีจำนวนผู้ป่วยที่ไม่เกินเกณฑ์การกำจัดโรค ประเทศไทยจึงได้รับการประกาศจากองค์การอนามัยโลก ว่าสามารถกำจัดโรคเท้าช้างได้แล้วเมื่อกันยายน 2560⁽³¹⁾

ผู้ป่วยโรคเท้าช้างที่มีความพิการขาโต พบว่ามีเหลืออยู่ 111 รายในพื้นที่ 6 จังหวัด ได้แก่ ชุมพร สุราษฎร์ธานี นครศรีธรรมราช พัทลุง ปัตตานี และนราธิวาส ได้รับการบำบัดรักษาเพื่อลดภาวะแทรกซ้อน และมีการอบรมฟื้นฟูแก่เจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่รับผิดชอบในระดับเขต จังหวัด อำเภอ และรพ.สต. เพื่อเพิ่มคุณภาพในการดูแลผู้ป่วย และสอนให้ผู้ป่วยและญาติดูแลตนเองได้

มีการจ่ายยาฆ่าเชื้อพยาธิโรคเท้าช้าง ในแรงงานชาวเมียนมาร์ทุกคนที่ผ่านกระบวนการคัดกรอง ตรวจสอบสุขภาพแรงงานต่างด้าว

มีการเฝ้าระวังโรค โดยตรวจหาการติดเชื้อพยาธิโรคเท้าช้างในคน และในยุง ในพื้นที่ที่มีแรงงานชาวเมียนมาร์อาศัยอยู่เป็นจำนวนมาก ผลปรากฏว่า พบการติดเชื้อโรคเท้าช้างในชาวเมียนมาร์ร้อยละ 0.87 ในปีพ.ศ. 2559 และร้อยละ 0.19 ในปีพ.ศ. 2560 ไม่พบการติดเชื้อในคนไทย ซึ่งอาศัยในพื้นที่เดียวกัน และไม่พบพยาธิโรคเท้าช้างในยุงในพื้นที่เหล่านั้น

4) โรคพิษสุนัขบ้า

โรคพิษสุนัขบ้า เกิดจากเชื้อไวรัส ที่มีอยู่ในสัตว์เลี้ยงลูกด้วยนม โดยเฉพาะสัตว์เลี้ยง เช่น สุนัข แมว และสัตว์ป่า เช่น ค้างคาว ลิง เป็นต้น คนติดเชื้อโดยถูกสัตว์กัด ข่วน หรือเลียผิวหนังที่มีบาดแผล ผู้ป่วยโรคพิษสุนัขบ้าเสียชีวิตทุกราย

สถานการณ์โรค⁽²⁸⁾

ในปี พ.ศ. 2523 มีรายงานจำนวนผู้เสียชีวิตโรคพิษสุนัขบ้าสูงสุด 370 ราย หลังจากนั้น จำนวนผู้เสียชีวิตลดลงต่อเนื่อง เหลือ 5 ราย ในปี 2558 แต่ในช่วงปี พ.ศ. 2559-2561 มีจำนวนผู้เสียชีวิตกลับเพิ่มขึ้น เป็น 14, 11 และ 18 ตามลำดับ (ภาพที่ 13.4) ผู้เสียชีวิตส่วนใหญ่ติดเชื้อจากสุนัข ผู้เสียชีวิตมีอยู่ต่ำสุด 2 ปี และสูงสุด 61 ปี

ประมาณการว่าในแต่ละปี มีผู้ถูกสัตว์กัดและไปรับการฉีดวัคซีนประมาณ 500,000 คน แต่ได้รับวัคซีนไม่ครบชุดประมาณร้อยละ 10

จากการสอบสวนโรคพบว่า ผู้เสียชีวิตร้อยละ 91 ไม่ได้รับการฉีดวัคซีนหลังถูกสัตว์กัด การสำรวจความรู้ประชาชนในปี 2561 พบว่า ประชาชนร้อยละ 60 คิดว่าโรคพิษสุนัขบ้ารักษาหายได้และประชาชนเพียง 1 ใน 3 ที่รู้วิธีปฏิบัติที่ถูกต้องเมื่อถูกสัตว์กัด

ด้านสถานการณ์โรคในสัตว์ ในปี พ.ศ. 2560 พบการเกิดโรคพิษสุนัขบ้าในสัตว์ใน 42 จังหวัด จังหวัดที่พบมากที่สุด 10 อันดับ ได้แก่ ร้อยเอ็ด สงขลา ชลบุรี บุรีรัมย์ กรุงเทพมหานคร อุบลราชธานี ยโสธร ศรีสะเกษ ฉะเชิงเทรา และมุกดาหาร (ดูภาพที่ 13.5) สัตว์ที่ติดเชื้อเป็นสุนัขหรือแมวที่มีเจ้าของร้อยละ 49.02 ไม่มีเจ้าของร้อยละ 37.42

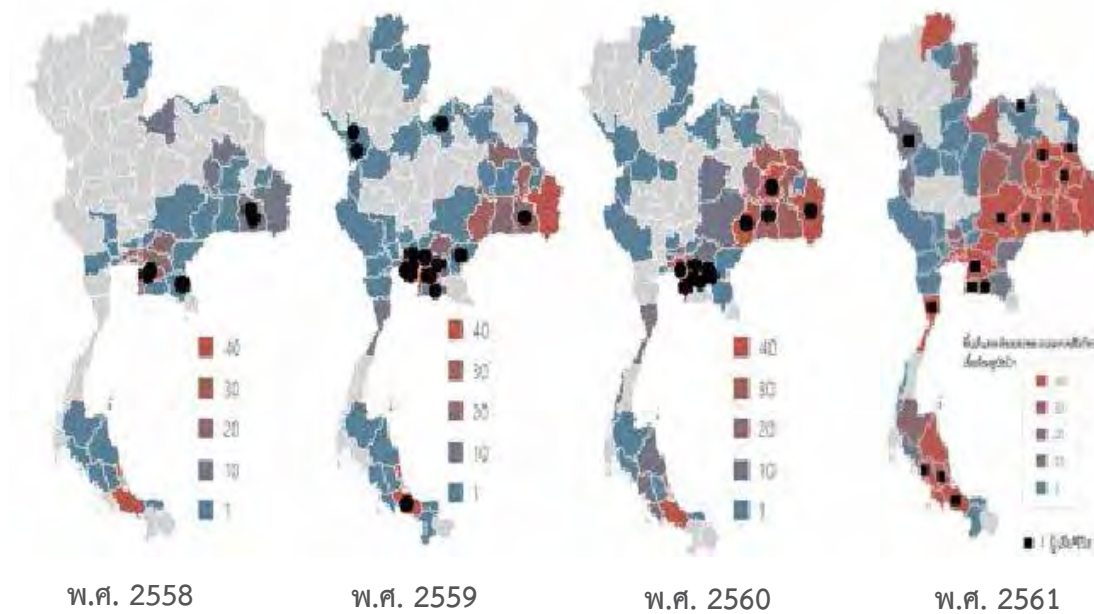
การตรวจหาลำดับพันธุกรรมของไวรัสเป็นร้อยละ 10.9 ในปี พ.ศ. 2560 ร้อยละ 15.7 ในปี พ.ศ. 2561 ซึ่งเป็นแนวโน้มสอดคล้องกับจำนวนผู้เสียชีวิตที่เพิ่มขึ้นในช่วงเวลาเดียวกัน (ดูภาพที่ 13.4)

ภาพที่ 13.4 จำนวนผู้เสียชีวิตด้วยโรคพิษสุนัขบ้า เปรียบเทียบกับอัตราตรวจพบการติดเชื้อโรคพิษสุนัขบ้าในหัวสัตว์ที่ส่งตรวจ (ร้อยละ) พ.ศ. 2550–2561



ที่มา: กรมปศุสัตว์ และกรมควบคุมโรค

ภาพที่ 13.5 การกระจายของโรคพิษสุนัขบ้าในคนและสัตว์ พ.ศ. 2558–2561



หมายเหตุ: พื้นที่ระบายสี คือ จังหวัดที่พบโรคในสัตว์ จุดสีดำ คือ ผู้เสียชีวิต
ที่มา: กรมปศุสัตว์ และกรมควบคุมโรค

ยุทธศาสตร์การควบคุมโรคพิษสุนัขบ้า

การควบคุมโรคพิษสุนัขบ้าต้องดำเนินการทั้งในคนและสัตว์ ด้วยความร่วมมือของทุกภาคส่วน และชุมชน

การควบคุมโรคในคนประกอบด้วยมาตรการสำคัญได้แก่

- การให้ความรู้และคำแนะนำแก่ประชาชน เพื่อการป้องกันโรค
- การดูแลหลังสัมผัสโรค (ถูกสัตว์กัด หรือข่วน) โดยการดูแลทำความสะอาดแผล และให้วัคซีนโรคพิษสุนัขบ้า (และอิมมูโนโกลบูลิน) ตามข้อกำหนด
- ส่วนการควบคุมโรคในสัตว์ประกอบมาตรการสำคัญ ได้แก่
 - การให้วัคซีนแก่สัตว์เลี้ยง เช่น สุนัขและแมว
 - การควบคุมประชากรสุนัข เช่น การทำหมัน
 - การเฝ้าระวังโรคในสัตว์ โดยติดตามการตรวจการติดเชื้อมนุษย์
- การให้ความรู้และคำแนะนำประชาชน เพื่อการป้องกันโรคในสัตว์เลี้ยง

แผนงานการควบคุมโรคพิษสุนัขบ้าในทศวรรษที่ผ่านมา ใช้ยุทธศาสตร์หลักคือการสร้างพื้นที่ปลอดโรค โดยดำเนินการมาตรการป้องกันควบคุมโรคในคนร่วมกับการป้องกันควบคุมโรคในสัตว์ในพื้นที่เป้าหมาย และค่อยๆขยายพื้นที่เป้าหมายการปลอดโรค ให้ครอบคลุมทั่วประเทศ

นับตั้งแต่ปี พ.ศ. 2559 การแพร่เชื้อโรคพิษสุนัขบ้าในสัตว์มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น และมีผู้เสียชีวิตด้วยโรคพิษสุนัขบ้ามากขึ้น ศาสตราจารย์ ดร.สมเด็จเจ้าลูกเธอ เจ้าฟ้าจุฬาภรณวลัยลักษณ์ อัครราชกุมารี ทรงมีพระประสงค์ที่จะให้เร่งรัดกำจัดโรคพิษสุนัขบ้าหมดไปจากประเทศไทย และเพื่อให้สอดคล้องกับเป้าหมายร่วมระหว่างประเทศ โดยการสนับสนุนขององค์การอนามัยโลก (WHO) และองค์การควบคุมโรคระบาดสัตว์ระหว่างประเทศไทย (OIE) ที่จะกำจัดโรคพิษสุนัขบ้าทั่วโลก (Rabies elimination) ภายในปี ค.ศ. 2020 (พ.ศ. 2563) รัฐบาลจึงสนับสนุนโครงการสัตว์ปลอดโรค คนปลอดภัยจากโรคพิษสุนัขบ้าตาม

พระปณิธานศาสตราจารย์ ดร.สมเด็จพระเจ้าฟ้าลูกเธอ เจ้าฟ้าจุฬาภรณวลัยลักษณ์อัครราชกุมารี ให้ดำเนินการ ร่วมและเสริมกับแผนงานควบคุมโรคพิษสุนัขบ้าในคนและ ในสัตว์ที่ดำเนินการต่อเนื่องมา

โครงการตามพระปณิธานฯ⁽³²⁾ นี้ประกอบด้วย ยุทธศาสตร์ (1) การเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคพิษ สุนัขบ้าในสัตว์ (2) การจัดการระบบศูนย์พักพิงสัตว์ (3) การเฝ้าระวัง ป้องกันควบคุมและดูแลรักษาโรคพิษสุนัข บ้าในคน (4) การขับเคลื่อนการดำเนินงานโรคพิษสุนัขบ้า ในท้องถิ่น (5) การประชาสัมพันธ์ (6) การบูรณาการและ การบริหารจัดการข้อมูลโรคพิษสุนัขบ้า (7) การติดตาม และประเมินผล และ (8) การพัฒนานวัตกรรมและ ถ่ายทอดเทคโนโลยี

การดำเนินงานที่สำคัญ⁽³³⁾

ในช่วงปี 2559-2560 กระทรวงสาธารณสุข บูรณา การโครงการสัตว์ปลอดโรค คนปลอดภัยจากโรคพิษสุนัข บ้าตามพระปณิธานฯ เข้ากับแผนงานควบคุมโรคพิษ สุนัขบ้า โดยเฉพาะการดำเนินยุทธศาสตร์ที่ 3 คือ การ เฝ้าระวัง ป้องกันควบคุม โรคพิษสุนัขบ้าในคน โดยเน้น มาตรการเชิงรุก มีกลยุทธ์สำคัญ ดังนี้

- การป้องกันโรค (Prevention) ให้จัดทำแผนการ ควบคุมโรคให้ชัดเจน โดยเฉพาะในอำเภอเสี่ยง ให้ ครอบคลุมมาตรการสำคัญ ได้แก่ระบบการเฝ้าระวังโรค การประสานงานกับฝ่ายปศุสัตว์ การจัดหาเวชภัณฑ์และ วัสดุให้พร้อม โดยเฉพาะวัคซีนและอิมมูโนโกลบูลิน การฝึกอบรมพัฒนาบุคลากรให้มีความรู้และตื่นตัว เป็นต้น

- การตรวจจับค้นหาความผิดปกติ (Detection) ดูแลการเฝ้าระวังโรคในคน (การวินิจฉัยและรายงาน ผู้ป่วย) ประสานงานกับฝ่ายปศุสัตว์ซึ่งเฝ้าระวังโรคใน สัตว์ (ติดตามตรวจหาสัตว์หากการติดเชื้อ) ตรวจสอบ และแลกเปลี่ยน รายงานการเฝ้าระวังโรค ระหว่างฝ่าย สาธารณสุขและฝ่ายปศุสัตว์อย่างสม่ำเสมอ และพัฒนา ระบบข้อมูลโดยเทคโนโลยีสารสนเทศให้สะดวก รวดเร็ว

- การตอบโต้ภาวะฉุกเฉินอย่างรวดเร็ว (Response) เมื่อพบผู้ป่วย หรือพบการติดเชื้อในสัตว์ (ตรวจหาสัตว์พบ การติดเชื้อ) ให้เร่งสอบสวนโรค ค้นหาผู้สัมผัสโรค ติดตาม ให้ได้รับการดูแลรักษาที่ถูกต้อง โดยเฉพาะให้ได้รับวัคซีน และอิมมูโนโกลบูลินโดยเร็ว และให้จัดตั้งศูนย์ปฏิบัติการ ตอบโต้ภาวะฉุกเฉิน (Emergency Operation Center) ระดับจังหวัดและอำเภอ ขึ้นประสานสั่งการการควบคุมโรค ทั้งในคนและในสัตว์ ให้มีประสิทธิภาพและรวดเร็ว

นอกจากนี้ กระทรวงสาธารณสุข สนับสนุนการ ดำเนินงานในเชิงระบบ โดย

- จัดการประชุมสั่งการผ่านระบบ Video conference ระหว่างส่วนกลางกับสำนักงานสาธารณสุข จังหวัดทุกจังหวัด เป็นระยะ

- เสนอของบกลางรัฐบาล เพื่อจัดซื้อจัดหาวัคซีน ป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าเพิ่มเติมและบริหารจัดการวัคซีน ป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าสำหรับประชาชนให้กระจายทั่วถึง เพียงพอในทุกพื้นที่

- ทบทวน จัดทำแนวทางเวชปฏิบัติโรคพิษสุนัขบ้า (CPG) ให้ทันสมัย และจัดการพัฒนาศักยภาพบุคลากร ทางแพทย์ สาธารณสุข เสริมแก่เขตบริการสาธารณสุข ทั่วประเทศ

- จัดการสื่อสาร เผยแพร่ความรู้และคำแนะนำ ส่ง เสริมการป้องกันควบคุมโรคผ่านสื่อสารมวลชนในภาพ รวม

5) กลุ่มโรคอุจจาระร่วง

กลุ่มโรคอุจจาระร่วง เกิดจากการติดเชื้อทางเดิน อาหารจากเชื้อชนิดต่างๆ รวมทั้งการได้รับสารพิษใน อาหารและน้ำ ทำให้มีอาการอุจจาระร่วงที่มีความรุนแรง มากหรือน้อย แตกต่างกัน กลุ่มโรคอุจจาระร่วงในระบบ การเฝ้าระวังโรคปัจจุบัน ครอบคลุมโรคสำคัญบางโรค ได้แก่ โรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน โรคอาหารเป็นพิษ โรค บิด (จากเชื้ออะมีบะและจากเชื้อซิเกลลารวมกัน) และ อหิวาตกโรค

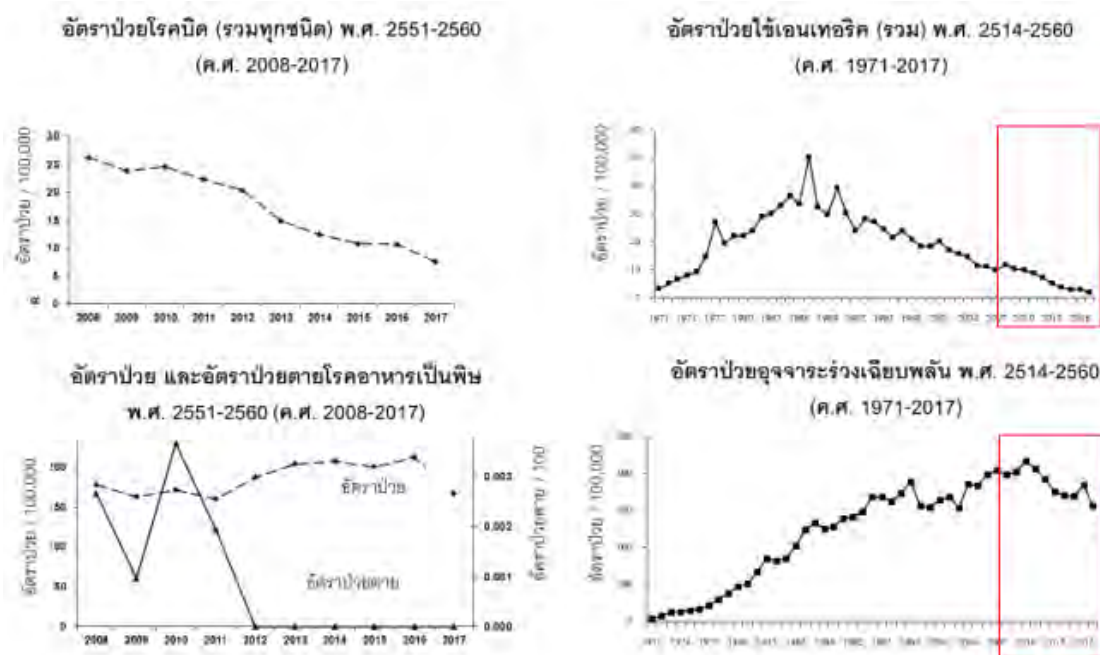
สถานการณ์โรค⁽²⁸⁾

ในภาพรวม โรคในกลุ่มโรคอุจจาระร่วงมีแนวโน้มลดลงทั้งหมดอย่างต่อเนื่องมาโดยตลอด เป็นผลจากการปรับปรุงสภาพความเป็นอยู่และสุขาภิบาลน้ำและอาหารโดยทั่วไป โรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันและโรคอาหารเป็นพิษมีรายงานจำนวนผู้ป่วยมากกว่าอุจจาระร่วงจากสาเหตุอื่น ส่วนอหิวาตกโรคในระยะหลังพบน้อยมาก และจำนวนผู้เสียชีวิตจากกลุ่มโรคนี้ ก็เหลือน้อยมาก เป็นผลจากการบำบัดรักษาที่ดีขึ้น ทั้งในสถานพยาบาล และในการดูแลรักษาตนเองของประชาชน โดยเฉพาะการรักษาเบื้องต้นด้วยสารละลายน้ำตาลเกลือแร่

ในปี พ.ศ. 2560 มีรายงานผู้ป่วยโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน (จากเชื้อหลากหลายชนิด) จำนวน 1,038,349

ราย เสียชีวิต 2 ราย โรคอาหารเป็นพิษ (จากพิษของเชื้อโรค และสารเคมี) จำนวน 110,396 ราย เสียชีวิต 3 ราย โรคอาหารเป็นพิษจากเห็ดจำนวน 1,248 ราย เสียชีวิต 8 ราย โรคบิดจำนวน 4,973 ราย ไม่มีผู้เสียชีวิต ไข้เอนเทอริกจำนวน 1,347 ราย ไม่มีผู้เสียชีวิตและอหิวาตกโรคจำนวน 8 ราย ไม่มีผู้เสียชีวิต ดูแนวโน้มสถานการณ์ของโรคที่แสดงโดยจำนวนผู้ป่วย ในภาพที่ 13.6 จำนวนผู้ป่วยโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันและโรคอาหารเป็นพิษในรายงานการเฝ้าระวังโรค อาจมีการเหลื่อมกัน เนื่องจากข้อจำกัดในการวินิจฉัยโรคในสถานพยาบาล กลุ่มโรคอุจจาระร่วงเกิดในคนทุกกลุ่มอายุ แต่ผู้ป่วยมีมากในเด็กเล็กและผู้สูงอายุ

ภาพที่ 13.6 แนวโน้มอัตราป่วย ของโรคบิดและโรคอาหารเป็นพิษ ช่วงปี พ.ศ. 2551-2560 และของไข้เอนเทอริกกับโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน ช่วงปี พ.ศ. 2514-2560



ที่มา: สำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค

ยุทธศาสตร์การป้องกันและควบคุมโรคอุจจาระร่วง

ยุทธศาสตร์หลักในการป้องกันและควบคุมโรค ในกลุ่มโรคอุจจาระร่วง ได้แก่

- การสร้างความปลอดภัยของอาหาร (Food safety) และน้ำบริโภค (Safe water supply)
- การปรับปรุงสุขาภิบาลการกำจัดของเสียและสิ่งปฏิกูล
- การสร้างเสริมพฤติกรรมอนามัย ในด้านการรับประทานอาหาร และการถ่ายอุจจาระ
- การเฝ้าระวังโรคและสอบสวนควบคุมโรค เมื่อเกิดการระบาด
- การบำบัดรักษาผู้ป่วย เพื่อป้องกันความรุนแรง และการเสียชีวิต และเพื่อจำกัดแหล่งโรค

การดำเนินงานที่สำคัญ

ในปัจจุบัน การจัดการด้านความปลอดภัยของอาหาร น้ำ และการสุขาภิบาล ได้รับการบูรณาการเข้าในระบบก่อสร้างการสาธารณสุขและการปกครองท้องถิ่นตามปกติ ทั้งในเขตเมืองและในชนบทและประชาชนโดยทั่วไปสามารถดูแล ปรับปรุงการกินอยู่ด้วยมาตรฐานที่ดีขึ้น ทำให้สภาพปัญหาและปัจจัยเกี่ยวกับโรคอุจจาระร่วงลดลงอย่างต่อเนื่อง

การจัดการด้านความปลอดภัยของอาหาร มีกลไกที่เกี่ยวข้องหลายระดับ ในระดับชาติ มีคณะกรรมการอาหารแห่งชาติ กำกับการดำเนินงานตามกรอบยุทธศาสตร์การจัดการด้านอาหารของประเทศ ซึ่งมีสาระสำคัญครอบคลุมด้านความปลอดภัยของอาหารด้วย

ในแผนยุทธศาสตร์กระทรวงสาธารณสุข 20 ปี (พ.ศ. 2560-2579) มีโครงการส่งเสริมและพัฒนาความปลอดภัยด้านอาหาร⁽³⁴⁾ และโครงการบริหารจัดการขยะและสิ่งแวดล้อม ในระยะที่ผ่านมาการดำเนินงานด้านความปลอดภัยของอาหารในทุกจังหวัดภายใต้โครงการย่อยต่างๆ เช่น โครงการอาหารสะอาด รสชาติอร่อย (Clean food, good taste) โครงการร้านอาหารไทยปลอดภัย สุขภาพดี เป็นต้น โดยการส่งเสริมและกำกับของกรม

อนามัย

กรมควบคุมโรคเร่งรัดการเฝ้าระวังโรค การสอบสวน และการควบคุมโรคอย่างรวดเร็ว โดยทีม เฝ้าระวังและควบคุมโรค (SRRT) โดยเฉพาะอย่างยิ่ง สำหรับโรคอาหารเป็นพิษ เน้นสร้างความปลอดภัยของอาหารในนักเรียน

6) โรคติดต่อที่ป้องกันได้ด้วยวัคซีน

โรคที่จัดเข้าในกลุ่มของโรคติดต่อที่ป้องกันได้ด้วยวัคซีน (vaccine preventable diseases) อาจเพิ่มจำนวนขึ้นตามการพัฒนาวัคซีน ในปัจจุบันแผนงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคของกระทรวงสาธารณสุข ได้นำวัคซีนมาให้บริการแก่ประชาชนจำนวน 12 ชนิด เพื่อป้องกันโรคจำนวน 12 โรค แก่กลุ่มเป้าหมายต่างๆ (ดูตารางที่ C) ในที่นี้จะกล่าวถึงเฉพาะโรคที่ป้องกันด้วยวัคซีน ในแผนงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค

สถานการณ์โรค⁽²⁸⁾

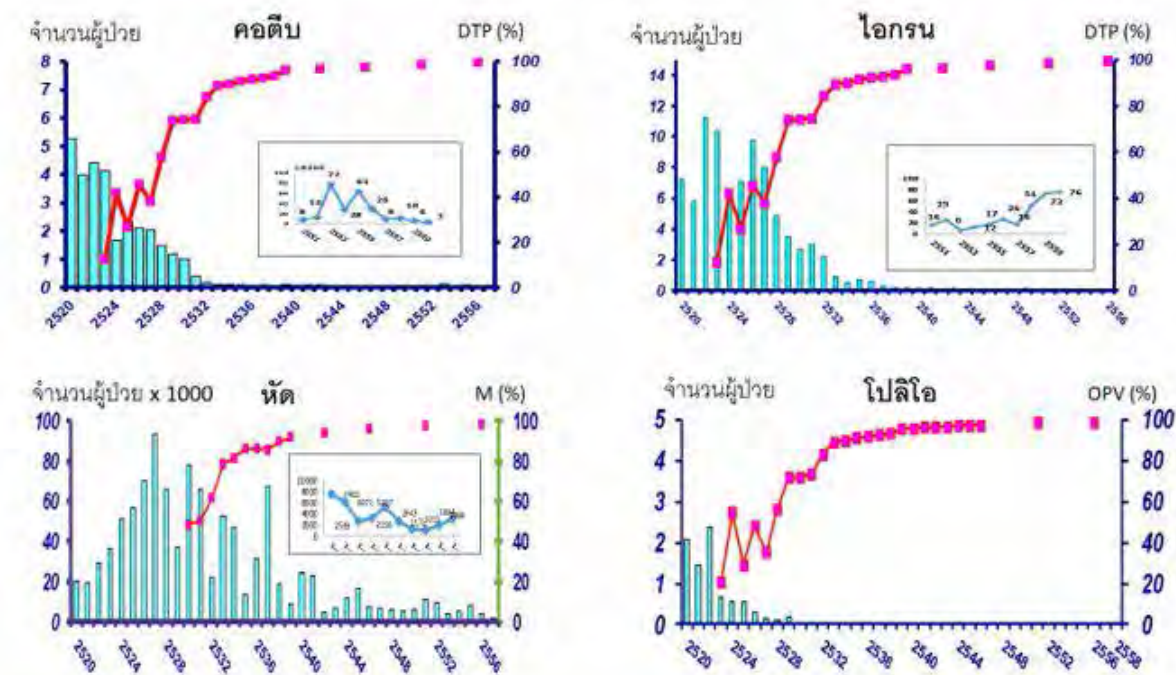
การให้วัคซีนในแผนงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคในระยะที่ผ่านมา โดยหน่วยบริการสาธารณสุขทั่วประเทศ ได้ความครอบคลุมสูง ทำให้ป้องกันการแพร่โรคได้ดี อุบัติการณ์ของโรคที่ป้องกันได้ด้วยวัคซีนทุกโรคลดลงอย่างรวดเร็ว (ดูภาพที่ 13.7) จำนวนผู้ป่วยและผู้เสียชีวิตจากโรคที่ป้องกันได้ด้วยวัคซีน ที่สำคัญ ในปี พ.ศ. 2559 และ 2560 แสดงไว้ในตารางที่ 13.1

อย่างไรก็ตาม ในช่วงปีหลังๆ โรคคอตีบและโรคหัดกลับมาระบาดในหลายพื้นที่ ทำให้จำนวนผู้ป่วยเพิ่มมากขึ้น ดังที่แสดงในกราฟและตาราง โดยเฉพาะอย่างยิ่ง โรคหัดเกิดระบาดในจังหวัดชายแดนภาคใต้ ในช่วงปี 2559-2560 ซึ่งเป็นผลจากการให้วัคซีนในพื้นที่ดังกล่าวในระยะหลายปีก่อน ได้ความครอบคลุมต่ำอย่างต่อเนื่อง ให้ภูมิคุ้มกันโรคของเด็กในพื้นที่ดังกล่าวมีระดับต่ำกว่าที่จะป้องกันการระบาดได้

ยุทธศาสตร์การดำเนินงานควบคุมโรคที่ป้องกันได้ด้วยวัคซีน

วัคซีนอาจนำมาใช้เป็นเครื่องมือป้องกัน ควบคุม จนถึงการจัดและกวาดล้างโรค ขึ้นอยู่กับธรรมชาติของโรค และคุณลักษณะของวัคซีน ยุทธศาสตร์สำคัญที่

ภาพที่ 13.7 แนวโน้มของจำนวนผู้ป่วยโรคคอตีบ ไอกรน หัด และโปลิโอ เปรียบเทียบกับอัตราความครอบคลุมของวัคซีนสำหรับโรคนั้นๆ ช่วงเวลาเดียวกัน พ.ศ. 2520-2560



หมายเหตุ: รูปกราฟในกรอบเล็ก ขยายแสดงจำนวนผู้ป่วยในช่วงปี พ.ศ. 2551-2560

ที่มา: สำนักระบาดวิทยา และกองวัคซีน กรมควบคุมโรค

ตารางที่ 13.1 ผู้ป่วยและผู้เสียชีวิต จากโรคที่ป้องกันได้ด้วยวัคซีนที่สำคัญ พ.ศ. 2559-2560

โรค	พ.ศ. 2559		พ.ศ. 2560	
	ป่วย	เสียชีวิต	ป่วย	เสียชีวิต
ตับอักเสบบี	6,625	0	7,439	1
หัด	1,887	0	3,237	2
คางทูม	2,623	0	2,343	0
หัดเยอรมัน	168	0	258	0
ไอกรน	74	0	77	2
บาดทะยัก	61	2	71	5
ไข้มองอักเสบเจอี	14	0	14	1
คอตีบ	11	5	4	1
บาดทะยักในเด็กแรกเกิด	0	0	0	0
โปลิโอ	0	0	0	0

ที่มา: สำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค

ใช้ในการดำเนินงานควบคุมโรคที่ป้องกันได้ด้วยวัคซีนในปัจจุบัน ได้แก่

- การขยายและคงระดับความครอบคลุมของวัคซีนพื้นฐาน
- การเพิ่มวัคซีนใหม่ ในแผนงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค เพื่อเพิ่มการควบคุมโรค
- การกำจัด (โรคหัด บาดทะยักในเด็กแรกเกิด) และกวาดล้างโรค (โปลิโอ)
- การเฝ้าระวังโรค รวมถึงการเฝ้าระวังรูปแบบพิเศษ เช่น การเฝ้าระวังความผิดปกติหลังได้รับวัคซีน (Adverse effects following immunization: AEFI) และการเฝ้าระวังอาการอัมพาตกล้ามเนื้ออ่อนปวกเปียกเฉียบพลัน (Acute flaccid paralysis : AFP)

การดำเนินงานที่สำคัญ

ภารกิจพื้นฐาน คือ การขยายและคงระดับความครอบคลุมของวัคซีนพื้นฐานที่ให้บริการแก่ประชาชนในแผนงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคตามกำหนด (ดูตารางที่ 13.2) ในปัจจุบันความครอบคลุมโดยเฉลี่ยของวัคซีนพื้นฐานทุกชนิด มีอัตราสูงกว่า 90%⁽³⁵⁾ แต่ในประชากรบางกลุ่มและบางพื้นที่ อัตราความครอบคลุมยังต่ำกว่าเกณฑ์ เช่น กลุ่มประชาชนที่ย้ายถิ่น ประชากรในพื้นที่ห่างไกล และพื้นที่ชายแดน โดยเฉพาะอย่างยิ่ง หลายพื้นที่ในจังหวัดชายแดนภาคใต้ เช่น ยะลา นราธิวาส ปัตตานี จึงมีการระบาดของโรคคอตีบ และโรคหัด ในหลายพื้นที่

ดังกล่าว⁽³⁶⁾ ซึ่งต้องเข้าทำการควบคุมการระบาดให้สงบในที่สุด

ในช่วงปี 2559-2560 มีการดำเนินโครงการนำร่องนำวัคซีนใหม่มาใช้ในบางจังหวัด ได้แก่ วัคซีนโรคตาไวรัส และวัคซีนเอชพีวี เพื่อเตรียมการนำวัคซีนดังกล่าวมาให้บริการในแผนงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคทั้งประเทศในระยะต่อไป

การกำจัดโรคบาดทะยักในเด็กแรกเกิด โดยการให้วัคซีน dT ในหญิงมีครรภ์ ดำเนินงานได้ตามเป้าหมาย ได้ความครอบคลุมของวัคซีนสูงกว่า 90% และมีรายงานผู้ป่วยเพียง 1 ราย ในปี พ.ศ. 2559 และไม่พบผู้ป่วยในปี พ.ศ. 2560

การกำจัดโรคหัด ตามพันธสัญญานานาชาติอยู่ในระหว่างดำเนินการทั่วประเทศ มีเป้าหมายกำจัดโรคหัดภายในปี พ.ศ. 2563 โดยมาตรการสร้างความครอบคลุมของวัคซีนหัดในระดับสูงทั่วประเทศ เร่งรัดการเฝ้าระวังโรคและสอบสวนผู้ป่วยไข่ออกผื่น ให้วัคซีนเสริมในกลุ่มเสี่ยง และให้วัคซีนควบคุมการระบาด

การกวาดล้างโปลิโอในประเทศไทย ประสบความสำเร็จตามเป้าหมาย พบผู้ป่วยรายสุดท้ายในปี พ.ศ. 2540 ที่จังหวัดเลย องค์การอนามัยโลกได้ประกาศว่าภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ปลอดจากโปลิโอ ในปี พ.ศ. 2557⁽³⁷⁾

ตารางที่ 13.2 กำหนดการให้วัคซีนในแผนงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค พ.ศ. 2560⁽³⁸⁾

อายุ	Vaccine วัคซีนที่ให้
แรกเกิด	วัคซีนวัณโรค (BCG)
	วัคซีนไวรัสตับอักเสบบี (HB) ครั้งที่ 1
1 เดือน	วัคซีน HB ครั้งที่ 2 (เฉพาะทารกที่มารดาเป็นพาหะ)
2 เดือน	วัคซีนรวมคอตีบ-บาดทะยัก-ไอกรน-ไวรัสตับอักเสบบี (DTP-HB) ครั้งที่ 1
	วัคซีนโปลิโอชนิดรับประทาน (OPV) ครั้งที่ 1
4 เดือน	วัคซีนรวม DTP-HB ครั้งที่ 2
	วัคซีน OPV ครั้งที่ 2
	วัคซีนโปลิโอชนิดฉีด (IPV) ครั้งที่ 1

ตารางที่ 13.2 กำหนดการให้วัคซีนในแผนงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค พ.ศ. 2560 (ต่อ)

อายุ	Vaccine วัคซีนที่ให้
6 เดือน	วัคซีนรวม DTP-HB ครั้งที่ 3
	วัคซีน OPV ครั้งที่ 3
9 เดือน	วัคซีนรวมหัด-คางทูม-หัดเยอรมัน (MMR) ครั้งที่ 1
1 ปี	วัคซีนไข้มองอักเสบเจอี (LAJE) ครั้งที่ 1
1 ปี 6 เดือน	วัคซีนรวมคอตีบ-บาดทะยัก-ไอกรน (DTP) ครั้งที่ 4
	วัคซีน OPV ครั้งที่ 4
2 ปี 6 เดือน	วัคซีนไข้มองอักเสบเจอี (LAJE) ครั้งที่ 2
	วัคซีน MMR ครั้งที่ 2
4 ปี	วัคซีน DTP นับเป็นครั้งที่ 5
	วัคซีน OPV ครั้งที่ 5
นักเรียนหญิง ป.	วัคซีนเอชพีวี (ป้องกันมะเร็งปากมดลูก)
หญิงมีครรภ์	วัคซีนรวมคอตีบ-บาดทะยัก (dT)
กลุ่มเสี่ยงเฉพาะ	วัคซีนไข้หวัดใหญ่

หมายเหตุ: กำหนดการให้วัคซีนในแผนงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค หลังจากปี พ.ศ. 2560 มีการเปลี่ยนแปลง เช่น ใช้วัคซีนรวม DTP-HB-Hib แทนวัคซีน DTP-HB ในปี พ.ศ. 2562

7) โรคเอดส์

โรคเอดส์ (AIDS) เกิดจากการติดเชื้อไวรัสเอชไอวี (HIV) โรคนี้เคยเป็นโรคติดต่ออุบัติใหม่ พบผู้ป่วยเอดส์รายแรกในประเทศไทย ในปี พ.ศ. 2527 หลังจากนั้นมีการติดต่อและแพร่กระจายสู่ประชาชนที่มีพฤติกรรมเสี่ยง เช่น ผู้ให้และใช้บริการทางเพศ ชายรักร่วมเพศ ผู้ใช้ยาเสพติดฉีดเข้าเส้น และเข้าสู่คนในครอบครัวและประชาชนทั่วไปอย่างกว้างขวาง กลายเป็นโรคประจำถิ่นในที่สุด

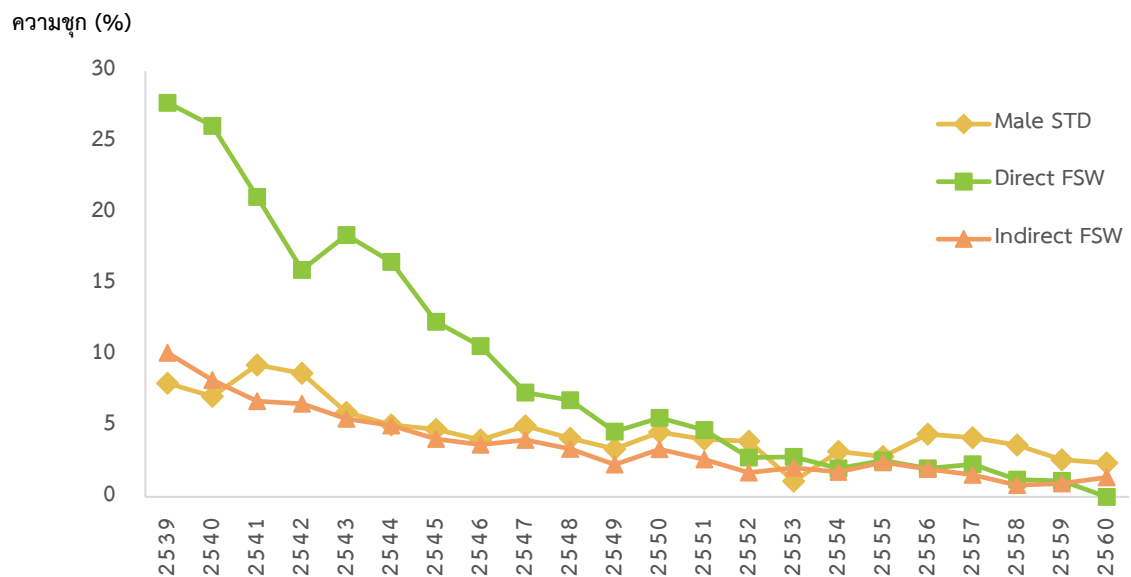
ความร่วมมือของทุกภาคส่วนและชุมชนอย่างกว้างขวางและจริงจัง ในประเทศไทยในช่วง 3 ทศวรรษที่ผ่านมา ในการเฝ้าระวัง ป้องกัน บำบัดรักษา และสงเคราะห์ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ ช่วยให้สถานการณ์การแพร่เชื้อ การติดเชื้อ การป่วย และผลกระทบทางสังคมลดลงอย่างต่อเนื่อง

สถานการณ์โรค⁽²⁸⁾

การเฝ้าระวังการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มเสี่ยงพบว่า ความชุกของการติดเชื้อในกลุ่มเสี่ยงภายใต้การเฝ้าระวังทุกกลุ่มมีแนวโน้มลดลง ในปี พ.ศ. 2560 อัตราการติดเชื้อในพนักงานบริการเพศตรง (Direct sex workers) เป็น 0 ในกลุ่มพนักงานบริการเพศแฝง (Indirect sex workers) เหลือร้อยละ 1.35 และในกลุ่มชายที่มาตรวจจามโรค (Male STD) เหลือร้อยละ 2.37 (ภาพที่ 13.8)

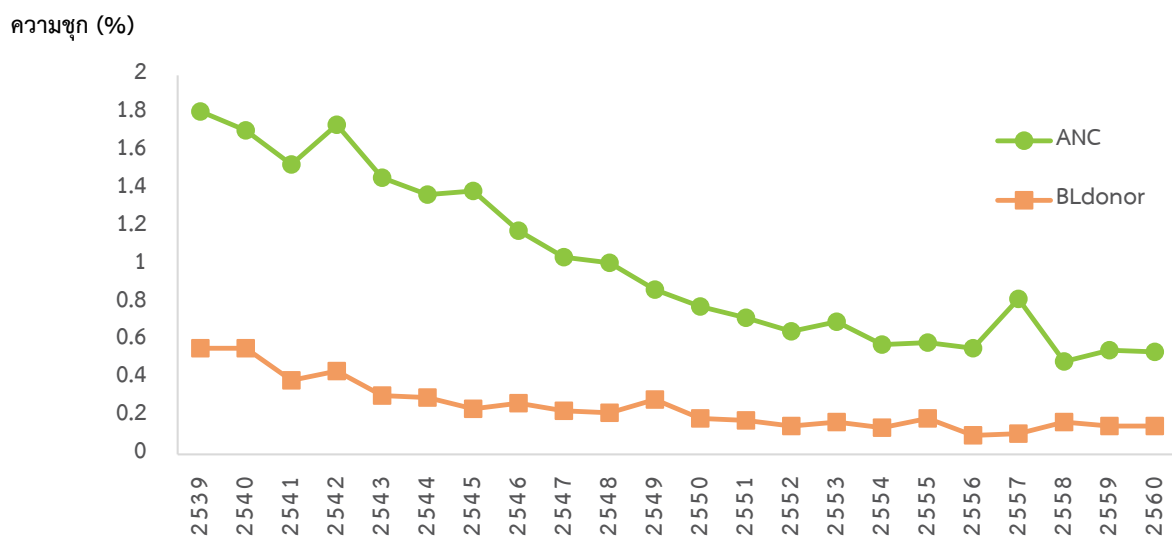
ความชุกของการติดเชื้อในประชาชนทั่วไป ซึ่งใช้หญิงที่มาฝากครรภ์และผู้บริจาคเลือดเป็นตัวแทนในการเฝ้าระวัง ก็มีแนวโน้มลดลง โดยในปี พ.ศ. 2560 อัตราการติดเชื้อในหญิงที่มาฝากครรภ์เหลือร้อยละ 0.54 และในกลุ่มผู้บริจาคโลหิตบริจาคเหลือร้อยละ 0.15% (ภาพที่ 13.9)

ภาพที่ 13.8 อัตราความชุกของการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มพนักงานบริการเพศตรง (direct sex workers) พนักงานบริการเพศแฝง (indirect sex workers) และชายที่ไปตรวจภูมิโรค (Male STD) ช่วงปี พ.ศ. 2539-2560



ที่มา: สำนักระบาดวิทยา และสำนักโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรมควบคุมโรค

ภาพที่ 13.9 อัตราความชุกของการติดเชื้อเอชไอวีในหญิงที่มาฝากครรภ์ (ANC) และผู้บริจาคเลือด (blood donors) ช่วงปี พ.ศ. 2539-2560



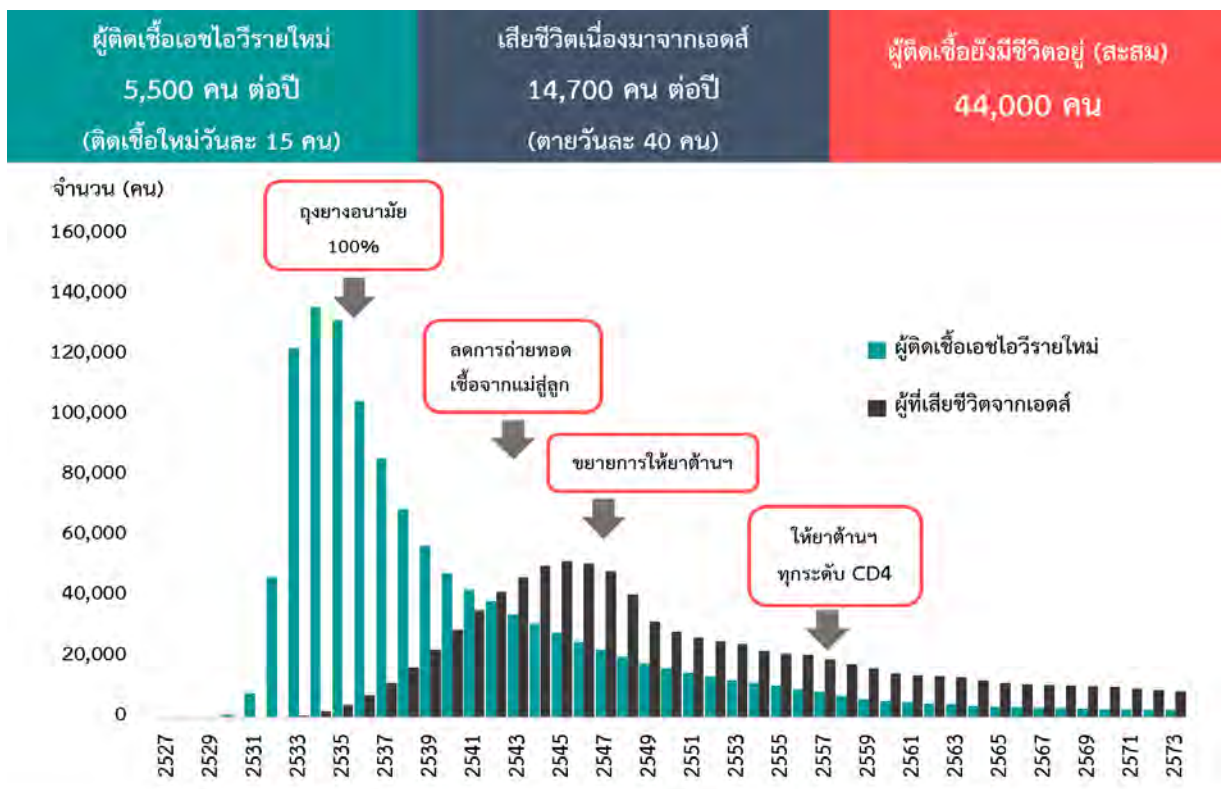
ที่มา: สำนักระบาดวิทยา และสำนักโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรมควบคุมโรค

การคาดประมาณโดยใช้แบบจำลองทางคณิตศาสตร์ คาดว่า เมื่อถึงสิ้นปี พ.ศ. 2560 มีจำนวนผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีชีวิตอยู่ทั้งหมด 439,610 คน ผู้ติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่ 5,529 คน เฉลี่ยวันละ 15 คน และผู้เสียชีวิตจากเอดส์ 14,731 คน เฉลี่ยวันละ 40 คน (ภาพที่ 13.10)

การเฝ้าระวังพฤติกรรมเกี่ยวกับเพศสัมพันธ์⁽³⁹⁾ พบแนวโน้มค่อนข้างคงที่ในช่วงทศวรรษที่ผ่านมา โดยการสำรวจในกลุ่มนักเรียนระดับชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 5 (มศ.5) และชั้นประกาศนียบัตรวิชาชีพชั้นปีที่ 2 (ปวช. 2) ใน 42 จังหวัด พบว่านักเรียนระดับชั้น มศ.5 เพศชายเคยมีเพศ

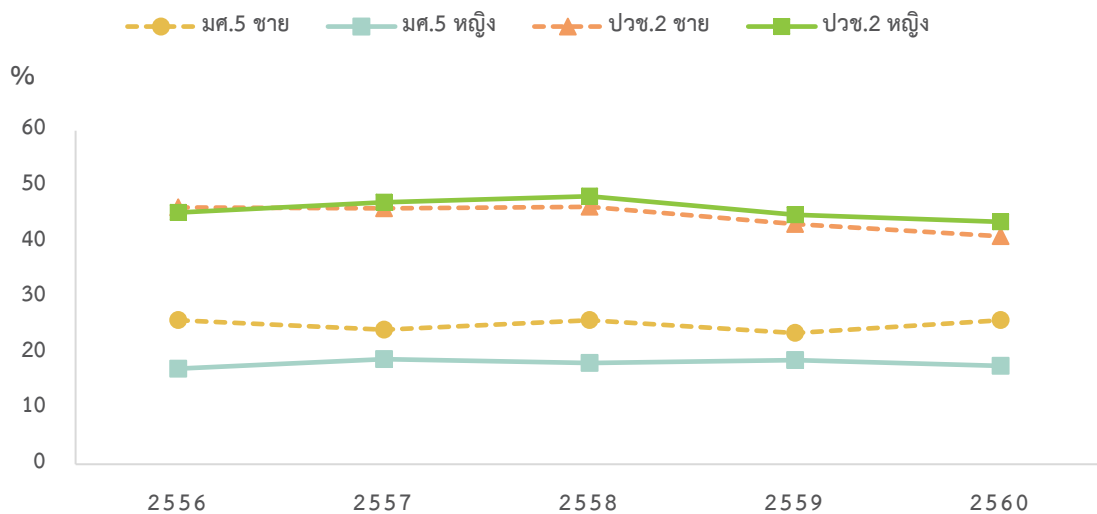
สัมพันธ์แล้วร้อยละ 25.90 อายุเฉลี่ยเมื่อมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรก 15.20 ปี อัตราการใช้ถุงยางอนามัยเมื่อมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกร้อยละ 74.10 ส่วนนักเรียนหญิงเคยมีเพศสัมพันธ์แล้วร้อยละ 17.70 อายุเฉลี่ยเมื่อมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรก 15.20 ปี อัตราการใช้ถุงยางอนามัยเมื่อมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกร้อยละ 76.90 สำหรับนักเรียนระดับชั้น ปวช. 2 อัตราการเคยมีเพศสัมพันธ์แล้ว มีมากประมาณ 2 เท่าของนักเรียนชั้น มศ.5 ไม่แตกต่างระหว่างชายและหญิง ส่วนอัตราการใช้ถุงยางอนามัยไม่แตกต่างกับนักเรียนชั้นมศ.5 (ภาพที่ 13.11)

ภาพที่ 13.10 คาดประมาณ สถานการณ์เอชไอวี เอดส์ประเทศไทย ปี 2560 – 2561



ที่มา: Thailand Spectrum-AEM, Project on March, 2018

ภาพที่ 13.11 ผลสำรวจอัตราการเคยมีเพศสัมพันธ์แล้ว ในนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 5 และในนักศึกษาประกาศนียบัตรวิชาชีพชั้นปีที่ 2 เพศชายและหญิง ช่วงปี พ.ศ. 2556-2560 (ค.ศ. 2013-2017)



ที่มา: สำนักกระบวนวิชา และสำนักโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรมควบคุมโรค

ยุทธศาสตร์การป้องกันและควบคุมโรคเอดส์

ยุทธศาสตร์การป้องกันและควบคุมโรคเอดส์มีวิวัฒนาการอย่างต่อเนื่อง ในระยะกว่า 3 ทศวรรษที่ผ่านมา ยุทธศาสตร์ล่าสุดคือ “ยุทธศาสตร์แห่งชาติด้วยการยุติปัญหาเอดส์ พ.ศ. 2560-2573”⁽⁴⁰⁾ ประกอบด้วย 3 เป้าหมายหลัก ได้แก่

1) ลดการติดเชื้อรายใหม่ให้เหลือ ปีละไม่เกิน 1,000 ราย

2) ลดการเสียชีวิตในผู้ติดเชื้อเอชไอวีเหลือ ปีละไม่เกิน 4,000 ราย

3) ลดการเลือกปฏิบัติอันเกี่ยวเนื่องจากเอชไอวี และเพศภาวะลง ร้อยละ 90

ซึ่งมุ่งจะให้บรรลุผลโดยการดำเนิน 6 ยุทธศาสตร์ดังนี้

1) มุ่งเน้นและเร่งรัดจัดชุดบริการที่มีประสิทธิภาพสูงให้ครอบคลุมพื้นที่และประชากรที่อยู่ในภาวะเสี่ยงสูง

2) ยกระดับคุณภาพและบูรณาการงานป้องกันที่มีประสิทธิภาพให้เข้มข้นและยั่งยืน

3) พัฒนาและเร่งรัดการรักษาดูแลและช่วยเหลือทางสังคมให้มีคุณภาพและยั่งยืน

4) ปรับภาพลักษณ์ ความเข้าใจ เสริมสร้างความเข้มแข็งระดับบุคคล ครอบครัว ชุมชน รวมทั้งกลไกการคุ้มครองสิทธิ

5) เพิ่มความร่วมมือรับผิดชอบ การลงทุนและประสิทธิภาพการจัดการในทุกภาคส่วนและทุกระดับ

6) ส่งเสริมและพัฒนาการเข้าถึงและการใช้ประโยชน์ข้อมูลเชิงยุทธศาสตร์และการวิจัยที่รอบด้านและมีประสิทธิภาพ

การดำเนินงานที่สำคัญ⁽⁴¹⁾

1. โครงการเข้าถึงบริการรักษา 90-90-90 เพื่อพัฒนาระบบบริการให้เป็นมิตร มีคุณภาพตามมาตรฐาน และครอบคลุมทั่วถึง การประเมินจากระบบข้อมูล NAP ในปี 2560 ได้ผลดังนี้

○ ผู้ติดเชื้อได้รับการวินิจฉัยและรู้สถานะการติดเชื้อตนเอง ร้อยละ 98.3 (สูงกว่าเป้าหมาย)

○ ผู้ติดเชื้อที่รู้ว่าติดเชื้อแล้วได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัส ร้อยละ 74.9 (ต่ำกว่าเป้าหมาย)

○ ผู้ติดเชื้อที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านฯ สามารถกดปริมาณไวรัสในกระแสเลือดได้ ร้อยละ 84.3 (ยังต่ำกว่าเป้าหมาย)

2. การให้ยาต้านไวรัสเพื่อการป้องกันก่อนการสัมผัส เชื้อเอชไอวี pre-exposure prophylaxis: PrEP ได้รับ การพิสูจน์ว่ามีประสิทธิผลในการป้องกันการติดเชื้อใน กลุ่มที่มีพฤติกรรมเสี่ยง และผู้ที่ไม่สามารถป้องกันด้วยยุง ยางอนามัยทุกครั้งที่มีเพศสัมพันธ์ จึงนำไปใช้เสริมชุดบริการ เริ่มใช้กับกลุ่มชายมีเพศสัมพันธ์กับชาย (MSM) ผู้หญิง ข้ามเพศ (transgender women) คู่ของผู้ติดเชื้อเอชไอวี ที่มีผลเลือดลบและไม่ได้ใช้ยางอนามัยทุกครั้งที่มีเพศ สัมพันธ์ ชายหรือหญิงที่ทำงานบริการ ผู้ที่มีโรคติดต่อทาง เพศสัมพันธ์ภายใน 6 เดือนที่ผ่านมา และผู้ขายเสพติด ด้วยวิธีฉีดยา ในปี 2560 ที่ผ่านมามีผู้รับยาแบบ PrEP อยู่ 1,865 คน ในปัจจุบันกรมควบคุมโรค โดยสำนักโรคเอดส์ ร่วมกับภาคีเครือข่ายจะขยายบริการ ในอีก 25 จังหวัด

3. การลดการตีตราและการเลือกปฏิบัติ เพื่อมุ่งสู่ การยุติปัญหาเอดส์ กรมควบคุมโรค โดยสำนักโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ได้พัฒนาแผนงาน การลดการตีตราและการเลือกปฏิบัติเพื่อสนับสนุนเป้า หมายการยุติปัญหาเอดส์ร่วมกับหน่วยงานทั้งในประเทศ และต่างประเทศ รวมทั้งภาคประชาสังคม เริ่มดำเนิน การในสถานบริการสุขภาพในพื้นที่นำร่อง แผนงานนี้ ประกอบด้วยหลักยุทธการอบรมแก่บุคลากร มีโรงพยาบาล ที่เข้าร่วมแล้ว 50 แห่ง ในพื้นที่ 16 จังหวัด ประเทศไทย นับเป็นผู้บุกเบิกในภูมิภาคเอเชียในการพัฒนาแผนงานเพื่อ ส่งเสริมสถานบริการสุขภาพที่ปราศจากการตีตราและการ เลือกปฏิบัติ ได้มีการนำเสนอแผนงานนี้ ในงานประชุม นานาชาติเรื่องโรคเอดส์ เมื่อวันที่ 23 กรกฎาคม 2561 ณ กรุงอัมสเตอร์ดัม ประเทศเนเธอร์แลนด์

8) วัณโรค⁽⁴²⁾

วัณโรคยังคงเป็นปัญหาสาธารณสุขของประเทศไทย องค์การอนามัยโลกจัดให้ประเทศไทยเป็น 1 ใน 14 ประเทศที่มีปัญหาวัณโรครุนแรงระดับโลก ทั้งวัณโรคทั่วไป

วัณโรคและโรคเอดส์ วัณโรคดื้อยาหลายขนาน (Multi-Drug Resistant-TB : MDR-TB)

สถานการณ์

จากการคาดประมาณขององค์การอนามัยโลก ปี 2559 ประเทศไทยมีอุบัติการณ์ผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ และกลับมาเป็นซ้ำ 119,000 ราย ซึ่งในจำนวนดังกล่าวมี ผู้ป่วยเสียชีวิต 12,000 ราย ผู้ป่วยวัณโรคที่สัมผัสกับการติดเชื้อเอชไอวี 10,000 ราย และผู้ป่วยวัณโรคดื้อยา 4,700 ราย (ภาพที่ 13.12)

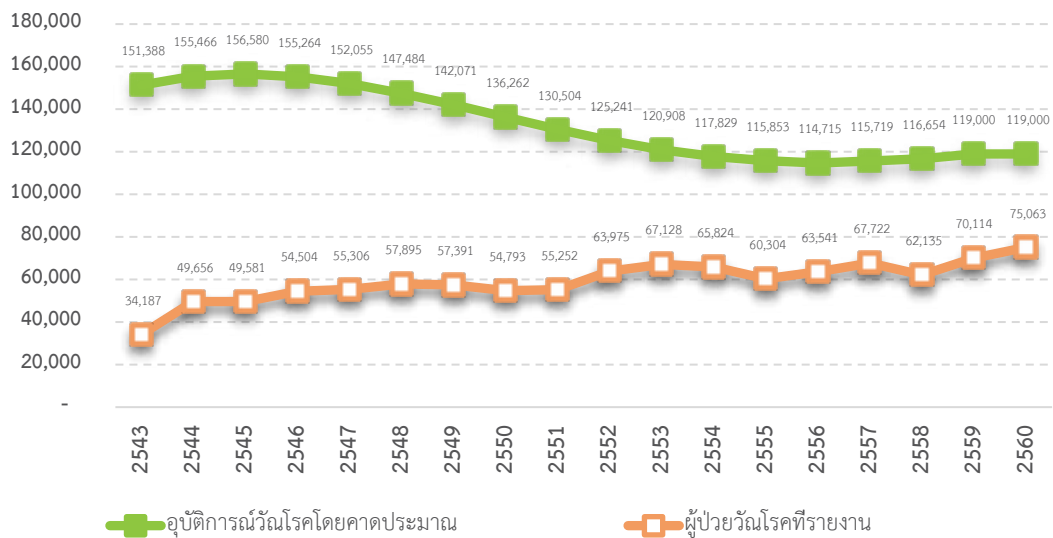
ผู้ติดเชื้อเอชไอวีเสี่ยงต่อการป่วยด้วยการติดเชื้อวัณโรค มากกว่าคนปกติ 20 – 37 เท่า และวัณโรคเป็นสาเหตุหลัก ของการเสียชีวิตในผู้ติดเชื้อเอชไอวี ในปี 2559-2560 มี ผู้ป่วยวัณโรคที่ตรวจพบการติดเชื้อเอชไอวี คิดเป็นร้อยละ 10 และร้อยละ 10.25

ในปี 2559 - 2560 มีการส่งตรวจตัวอย่างเสมหะ จากผู้ป่วยที่วินิจฉัยว่ามีเชื้อดื้อยาจำนวน 10,253 และ 7,550 ราย พบ MDR-TB ร้อยละ 10.17 และ 10.46 ตาม ลำดับ และพบวัณโรคดื้อยาหลายขนานชนิดรุนแรงมาก (XDR-TB) ในสองปีรวมกัน 13 ราย

ผู้ต้องขังเรือนจำเป็นกลุ่มเสี่ยงวัณโรคที่สำคัญ โดย เฉลี่ยจะมีอุบัติการณ์ของโรคสูงกว่าประชากรทั่วไป 7-10 เท่า ในการคัดกรองผู้ต้องขังในเรือนจำและทัณฑสถาน ใน ปี พ.ศ. 2560 พบภาพรังสีทรวงอกผิดปกติเข้าได้กับวัณโรค ร้อยละ 6.18 และได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นวัณโรค ร้อยละ 1.40 โดยในกลุ่มหลังนี้ พบเป็นวัณโรคดื้อยา ร้อยละ 2.12

ในกลุ่มแรงงานข้ามชาติ ระหว่างปี 2553-2558 พบว่าผู้ขึ้นทะเบียนรักษาวัณโรคมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ใน ปี 2560 มีผู้ป่วยขึ้นทะเบียนรักษา 3,207 ราย จังหวัด ที่ขึ้นทะเบียนสูงสุด ได้แก่ กรุงเทพมหานคร สมุทรสาคร ตาก เชียงใหม่ และเชียงราย อัตราความสำเร็จการรักษา ในกลุ่มนี้มีเพียงร้อยละ 70.8 เนื่องจากไม่มารับยาตามนัด ซึ่งมีถึงร้อยละ 11.2

ภาพที่ 13.12 คาดประมาณเทียบกับจำนวนการรายงานผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ ช่วงปี พ.ศ. 2543-2560



ที่มา: สำนักวัณโรค ,World Health Organization (Global tuberculosis report 2017)

ยุทธศาสตร์การป้องกันและควบคุมวัณโรค⁽⁴³⁾

กระทรวงสาธารณสุขได้จัดทำแผนยุทธศาสตร์ระดับชาติ เพื่อการป้องกัน ดูแล และควบคุมวัณโรค พ.ศ. 2560-2564 ขึ้น⁽⁴⁴⁾ ให้สอดคล้องกับสภาพปัญหาของประเทศไทยและแผนยุติวัณโรคขององค์การอนามัยโลก (The End TB Strategy) มุ่งเน้นการป้องกันดูแลรักษาที่มีผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง ส่งเสริมบทบาทประชาสังคมในการทำงานร่วมกับรัฐ ประกอบด้วย 5 ยุทธศาสตร์ ได้แก่

- 1) เร่งรัดค้นหาผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยวัณโรคให้ครอบคลุมโดยการคัดกรองในกลุ่มเป้าหมาย
- 2) ลดการเสียชีวิตในผู้ป่วย ด้วยการรักษาอย่างสม่ำเสมอด้วยยาที่มีคุณภาพ
- 3) พัฒนาศักยภาพบุคลากรเพื่อการป้องกัน ดูแล รักษาและควบคุมวัณโรค
- 4) สร้างกลการบริหารจัดการเชิงยุทธศาสตร์อย่างยั่งยืน
- 5) ส่งเสริมการวิจัยและพัฒนานวัตกรรมป้องกันดูแลรักษา และควบคุมวัณโรค

การดำเนินงานที่สำคัญ

แม้ในระยะเวลาที่ผ่านมาจะมีการดำเนินงานป้องกันควบคุมวัณโรคอย่างต่อเนื่อง แต่จากผลการดำเนินงานวัณโรคของประเทศไทย ปี 2559-2560 ยังไม่บรรลุเกณฑ์เป้าหมาย มีผู้ป่วยขึ้นทะเบียนรักษาวัณโรค (ผู้ป่วยรายใหม่และกลับเป็นซ้ำ) ในปี พ.ศ. 2559 จำนวน 70,114 ราย และในปี พ.ศ. 2560 จำนวน 75,063 ราย โดยมีผลสำเร็จของการรักษาร้อยละ 82.9 และ 77.8 ตามลำดับ (ภาพที่ 13.13) จำเป็นต้องเร่งรัดการดำเนินงานต่อไปให้ได้ตามเกณฑ์เป้าหมายร้อยละ 90 รวมทั้งพัฒนาคุณภาพการป้องกัน การรักษา ระบบส่งต่อ และการติดตามผลการรักษา เพื่อลดอัตราการขาดยา และการเสียชีวิต

ในปี พ.ศ.2560 กรมควบคุมโรค ร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องดำเนินโครงการเร่งรัดคัดกรองวัณโรคในผู้ต้องขัง ได้ตรวจคัดกรองในเรือนจำและทัณฑสถาน 143 แห่งทั่วประเทศ มีผู้ต้องขังจำนวน 278,174 ราย ได้รับการถ่ายภาพรังสีทรวงอกทุกราย พบภาพรังสีทรวงอกผิดปกติเข้าได้กับวัณโรค 17,205 ราย และได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นวัณโรคจำนวน 3,905 ราย

ภาพที่ 13.13 ผลการรักษาวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำในประเทศไทย ปีงบประมาณ 2545-2560



ที่มา: สำนักวัณโรค กรมควบคุมโรค

9) โรคเรื้อน

โรคเรื้อนเกิดจากการติดเชื้อแบคทีเรีย *Mycobacterium leprae* มักเกิดในกลุ่มผู้มีสภาพความเป็นอยู่ยากจน และมีภูมิคุ้มกันโรคต่ำ เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของทุกประเทศในอดีต

การควบคุมโรคเรื้อนในประเทศไทย ได้รับพระมหากรุณาธิคุณจากพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวภูมิพลอดุลยเดช เป็นอย่างสูง⁽⁴⁵⁾ ทรงพระราชทานพระราชทรัพย์จากทุนอานันทมหิดล เพื่อเป็นทุนในการก่อสร้างอาคารวิจัยและฝึกอบรมวิชาการ ตั้งเป็นสถาบันราชประชาสมาสัย ขึ้นที่โรงพยาบาลพระประแดง (เดิม) เมื่อปี พ.ศ.2503 ทรงรับงานด้านการรักษาป้องกันโรคเรื้อนให้เป็นโครงการในพระราชดำริ ให้กระทรวงสาธารณสุขเร่งรัดงานปราบโรคเรื้อนโดยมุ่งค้นหาและรักษาผู้ป่วยตามบ้านที่กระจายอยู่ทั่วประเทศ เพื่อลดผลกระทบทางครอบครัวของผู้ป่วย นอกจากนี้ทรงให้การสงเคราะห์ดูแลลูกหลานของผู้ป่วยโรคเรื้อน ด้วยการให้จัดตั้งสถานเลี้ยงเด็ก และโรงเรียนราชประชาสมาสัย เพื่อให้เติบโตและอยู่ร่วมในสังคมได้ พระมหากรุณาธิคุณของพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัว

เป็นจุดตั้งต้นของการควบคุมโรคเรื้อนยุคใหม่ ซึ่งได้ดำเนินงานด้วยความก้าวหน้าต่อมา จนบรรลุเป้าหมายการกำจัดโรคเรื้อนขององค์การอนามัยโลก ในปี พ.ศ. 2537

สถานการณ์โรค⁽⁴⁶⁾

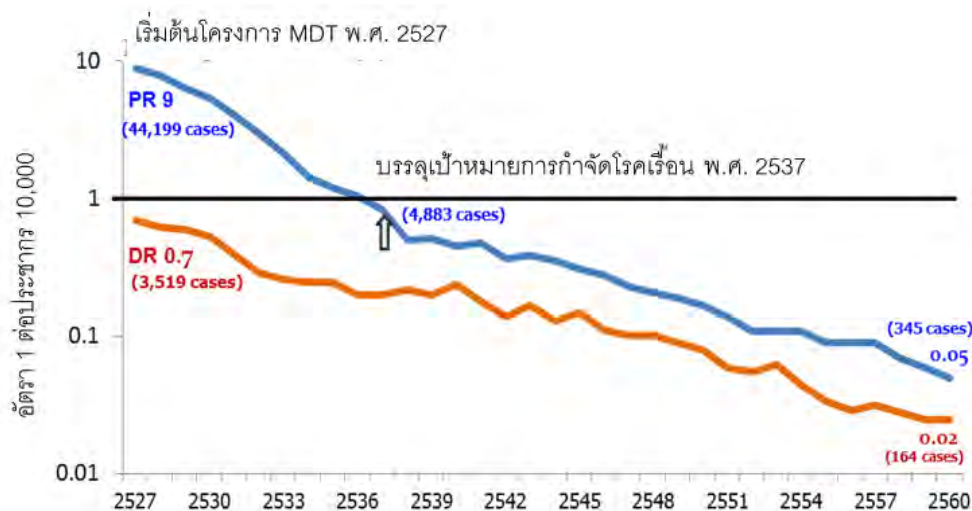
ในปี พ.ศ. 2560 อัตราความชุก (prevalence rate: PR) ของโรคเรื้อนในประเทศไทยเหลือเพียง 0.05 รายต่อประชากรหนึ่งหมื่นคน และอัตราการตรวจพบผู้ป่วยโรคเรื้อนรายใหม่ (Detection rate: DR) เหลือ 0.25 รายต่อประชากรหนึ่งแสนคน (ภาพที่ 13.14) ในขณะที่สัดส่วนความพิการระดับ 2 (มองเห็นได้) ในผู้ป่วยใหม่ยังสูง เฉลี่ยร้อยละ 10-16 เนื่องจากค้นพบผู้ป่วยล่าช้า ส่วนผู้ป่วยใหม่ที่เป็นชาวต่างชาติยังคงค้นพบทุกปี (ตารางที่ 13.3)

องค์การอนามัยโลกได้กำหนดเป้าหมายลดอัตราความพิการระดับ 2 ในผู้ป่วยโรคเรื้อนรายใหม่ให้น้อยกว่า 1 รายต่อประชากรหนึ่งล้านคนภายในปี 2563 ซึ่งประเทศไทยได้ตั้งเป้าหมายลดอัตราความพิการไว้ที่ 0.3 รายต่อประชากรหนึ่งล้านคน (20 คน) ภายในปี 2563

ตารางที่ 13.3 สถานการณ์ของโรคเรื้อนในชาวไทยและชาวต่างชาติ ปี พ.ศ. 2556-2560

พ.ศ.	ผู้ป่วยโรคเรื้อนชาวไทย			ผู้ป่วยชาวต่างชาติ
	จำนวนผู้ป่วยใน ทะเบียนรักษา (PR/10,000)	จำนวนผู้ป่วยใหม่ (DR/100,000)	จำนวนผู้ป่วยรายใหม่ พิการระดับ2 (ร้อยละ)	จำนวนผู้ป่วยใหม่ ต่างชาติ
2556	560 (0.09)	188 (0.29)	18 (9.6%)	22
2557	570 (0.09)	208 (0.32)	31 (14.9%)	47
2558	467 (0.07)	187 (0.28)	27 (14.4%)	44
2559	422 (0.06)	163 (0.25)	24 (14.7%)	40
2560	345 (0.05)	164 (0.25)	26 (15.8%)	28

ภาพที่ 13.14 อัตราความชุก (PR) และอัตราการตรวจพบผู้ป่วยใหม่ (DR) ของโรคเรื้อน ต่อประชากร 10,000 คน ปี พ.ศ. 2527-2560



ที่มา: สถาบันราชประชาสมาสัย กรมควบคุมโรค

ยุทธศาสตร์การควบคุมโรคเรื้อน

มาตรการหลักในการควบคุมโรคเรื้อน ประกอบด้วย การค้นหาผู้ป่วย ชี้นทะเบียน และให้การบำบัดรักษาด้วย ยาผสม (Multi-drug therapy: MDT) รวมถึงการรักษา แก้อาการพิการเฉพาะรายและการสงเคราะห์ผู้ป่วยซึ่ง มีความพิการ ไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองและประกอบอาชีพได้

การดำเนินงานที่สำคัญ

การดำเนินงานควบคุมโรคเรื้อนของประเทศไทย โดยใช้มาตรการ MDT ร่วมกับมาตรการอื่น สามารถบรรลุ

ผลถึงระดับการกำจัดโรคเรื้อน (Leprosy elimination) ให้ไม่เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญ คืออัตราความชุก (Prevalence rate) ในระดับประเทศ ต่ำกว่า 1 ราย ต่อ ประชากรหนึ่งหมื่นคน มาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2537

อย่างไรก็ตาม ยังต้องเร่งรัดการค้นหา ผู้ป่วยรายใหม่ ให้สามารถพบผู้ป่วยตั้งแต่ระยะแรกของการป่วย เพื่อเริ่มต้นให้การรักษาได้รวดเร็ว และปรับปรุง ด้านการติดตามให้ยารักษาให้ครบตามกำหนด เพื่อลด อัตราเกิดความพิการให้ลดลงต่ำกว่าเกณฑ์เป้าหมาย

13.2.2 การป้องกันควบคุมโรคติดต่ออุบัติใหม่

โรคติดต่ออุบัติใหม่ คือ โรคติดต่อหรือโรคติดเชื้อที่พบว่าเกิดขึ้นใหม่ในช่วงสองทศวรรษที่ผ่านมา หรือเป็นโรคที่เคยหมดไปแล้วในอดีตแต่พบว่าเป็นโรคใหม่ ซึ่งรวมเชื้อโรคที่ดื้อต่อยาต้านจุลชีพและการใช้เชื้อโรคเป็นอาวุธชีวภาพ

โรคติดต่ออุบัติใหม่อาจเกิดขึ้นและแพร่กระจายไปด้วยสาเหตุและปัจจัยต่างๆ เช่น การเปลี่ยนแปลงทางพันธุกรรมของเชื้อตามธรรมชาติ การค้าขายด้านจุลชีพอย่างกว้างขวางในทางการแพทย์และการเลี้ยงสัตว์ ช่วยเร่งการ

คัดเลือกสายพันธุ์ของเชื้อที่ดื้อต่อยา การเข้าไปทำงานหรือท่องเที่ยวในป่า เปิดโอกาสให้คนติดเชื้อจากสัตว์ป่า การเดินทางท่องเที่ยวและขนส่งค้าระหว่างประเทศ ช่วยแพร่เชื้อระหว่างประเทศอย่างรวดเร็ว เป็นต้น

ในระบสองทศวรรษที่ผ่านมา มีโรคติดต่ออุบัติใหม่หลายโรคที่แพร่มาถึงประเทศไทยหรือเป็นภัยคุกคามต่อประเทศไทย เช่น โรคซาร์สในปี พ.ศ. 2546 โรคไข้หวัดนก H5N1 ในปี พ.ศ. 2547 โรคไข้หวัดใหญ่ H1N1 2009 ในปี พ.ศ. 2552 และโรคทางเดินหายใจตะวันออกกลางหรือเมอร์ส ในปี พ.ศ. 2558-2559 (ตารางที่ 13.4)

ตารางที่ 13.4 โรคติดต่ออุบัติใหม่ที่สำคัญในช่วงสองทศวรรษที่ผ่านมา

โรค	ปีที่เริ่มเกิดและแหล่งกำเนิด	ผลกระทบที่เกี่ยวข้องกับประเทศไทย
กาฬโรค (Plague)	พ.ศ. 2537 ประเทศอินเดีย	ประเทศไทยมีการติดต่อใกล้ชิดกับอินเดีย จึงเร่งรัดการเฝ้าระวังโรค ไม่เกิดการระบาดในประเทศไทย
โรคติดเชื้อไวรัสนิปห์ (Nipah virus disease)	พ.ศ. 2541 ประเทศมาเลเซีย	ประเทศมาเลเซียมีชายแดนติดต่อกับประเทศไทย ประเทศไทยจึงเร่งรัดการเฝ้าระวังโรค ทั้งในคนและในปศุสัตว์ ไม่มีการระบาดในประเทศไทย
โรคทางเดินหายใจเฉียบพลันรุนแรง หรือ โรคซาร์ส (SARS)	พ.ศ. 2546 ประเทศฮ่องกง	พ.ศ. 2546 ประเทศไทยพบผู้ป่วยสงสัยโรคซาร์สจำนวนหนึ่ง ในผู้ที่เดินทางมาจากประเทศที่มีการระบาด ผู้ป่วยเหล่านี้ได้รับการดูแลในโรงพยาบาล โดยมีการป้องกันการติดเชื้ออย่างเคร่งครัด ไม่มีการระบาดในประเทศ
ไข้หวัดนก H5N1 (Avian influenza H5N1)	พ.ศ. 2539 ประเทศจีน ตอนใต้	พ.ศ. 2547 มีการระบาดในสัตว์ปีกในประเทศไทยในช่วงปี พ.ศ. 2547-2549 มีการทำลายสัตว์ปีกหลายล้านตัว เพื่อควบคุมโรค ในช่วงเวลาดังกล่าว พบผู้ป่วย 22 ราย ตาย 15 ราย
ไข้หวัดใหญ่ H1N1 2009 (Influenza H1N1 2009)	พ.ศ. 2552 ประเทศเม็กซิโก	ช่วงพ.ศ. 2552 – 2553 โรคแพร่ไปทั่วโลก เกิดการระบาดในประเทศไทย 3 ระลอก หลังจากนั้นการระบาดของเชื้อไข้หวัดใหญ่สายพันธุ์นี้ ลดความรุนแรงลง กลายเป็นส่วนหนึ่งของไข้หวัดใหญ่ตามฤดูกาล
โรคไวรัสอีโบลา (Ebola virus disease)	พ.ศ. 2557-2558 เกิดการระบาดใหญ่ในทวีปแอฟริกาตะวันตก	ตั้งแต่ พ.ศ. 2557 ประเทศไทยเร่งรัดการเฝ้าระวังโรคในผู้เดินทางจากทวีปแอฟริกา ไม่มีการระบาดในประเทศ
โรคทางเดินหายใจตะวันออกกลาง หรือโรคเมอร์ส (MERS)	พ.ศ. 2555 พบผู้ป่วยเป็นครั้งแรกที่ประเทศซาอุดีอาระเบีย	พ.ศ. 2558-2559 พบโรคนี้ในผู้ป่วยชาวตะวันออกกลางที่เดินทางมารับการดูแลสุขภาพในประเทศไทย จำนวน 3 ราย ได้รับการรักษาหายทั้งหมด ไม่มีการระบาดในประเทศไทย

โรคติดต่ออุบัติใหม่ มักจะก่อความตื่นตระหนกในหมู่ประชาชน ทั้งในประเทศและในระดับนานาชาติ เพราะเป็นความเสี่ยงสูงต่อทุกประเทศ แม้จำนวนผู้ป่วยจากโรคติดต่ออุบัติใหม่บางโรคอาจมีไม่มากนัก แต่การเกิดโรคอาจส่งผลกระทบอย่างมหาศาลในทางเศรษฐกิจและสังคม การเดินทางท่องเที่ยวและการค้าขายระหว่างประเทศ จะลดลงอย่างมากในระหว่างเกิดการระบาด รัฐบาลจะต้องรับภาระเข้าควบคุมโรค ลดความตระหนก แก้ไขปัญหา และผลกระทบด้านต่างๆ ซึ่งอาจส่งผลต่อเสถียรภาพของรัฐบาล

ในหลายประเทศที่เกิดโรค ในกรณีการระบาดของโรคอีโบล่าในทวีปอาฟริกาตะวันตก ในหลายประเทศ เช่น ประเทศ กินี เซียร์ราเลโอน และไลบีเรีย ระหว่างปี พ.ศ. 2556-2559 มีผู้ป่วยประมาณ 30,000 ราย และเสียชีวิต กว่า 11,000 ราย การระบาดยังส่งผลกระทบอย่างรุนแรงต่อความเป็นอยู่และคุณภาพชีวิตประชาชนในประเทศเหล่านี้ ซึ่งเป็นประเทศที่ยากจนอยู่แล้ว จะเกิดความถดถอยในการพัฒนาประเทศทุกด้าน ทั้งในระยะสั้นและระยะยาว

ยุทธศาสตร์การป้องกันและควบคุมโรคติดต่ออุบัติใหม่

โรคติดต่ออุบัติใหม่ไม่มีพรมแดน สามารถแพร่ได้ทั่วโลก โรคติดต่ออุบัติใหม่ที่เกิดขึ้นในระยะสองทศวรรษที่ผ่านมา ส่งผลกระทบทางเศรษฐกิจและสังคม กว้างขวาง และรุนแรงกว่าผลต่อสุขภาพ ดังนั้นการเตรียมความพร้อมรับมือและตอบโต้ ต้องดำเนินการด้วยความร่วมมือระหว่างประเทศ ส่วนภายในประเทศ จะต้องเตรียมความพร้อมในทุกด้าน ทั้งด้านสาธารณสุข เศรษฐกิจ การเดินทางท่องเที่ยว การคมนาคม การศึกษา แรงงาน อุตสาหกรรม การค้า การธนาคาร การสาธารณสุข โภค พลังงาน การรักษา ความสงบ ความมั่นคง ฯลฯ จึงต้องดำเนินการโดยทุกภาคส่วนรวมทั้งชุมชน

ดังนั้น หลักการพื้นฐานที่สำคัญของการเตรียมความพร้อมและตอบโต้โรคติดต่ออุบัติใหม่ ได้แก่

1) ความร่วมมือพหุภาคีและความร่วมมือระหว่างประเทศ

2) สุขภาพหนึ่งเดียว (สุขภาพของคน สัตว์ และสิ่งแวดล้อม) หรือ One Health

3) ระบบการตอบโต้ด้วยความร่วมมือทั้งสังคม และด้วยบูรณาการสำหรับภัยสาธารณะทุกรูปแบบ (Whole-of-society, and all-hazards response)

แผนยุทธศาสตร์เตรียมความพร้อม ป้องกันและแก้ไข ปัญหาโรคติดต่ออุบัติใหม่แห่งชาติ (พ.ศ. 2560-2564) ประกอบด้วย 6 ยุทธศาสตร์⁽⁴⁷⁾ ดังนี้

1) การพัฒนาระบบเตรียมความพร้อมสำหรับภัยพิบัติฉุกเฉินด้านสาธารณสุข

2) การพัฒนาระบบเฝ้าระวัง ป้องกัน รักษาและควบคุมโรคติดต่ออุบัติใหม่ภายใต้แนวคิดสุขภาพหนึ่งเดียว

3) การพัฒนาระบบการสื่อสารความเสี่ยงและประชาสัมพันธ์โรคติดต่ออุบัติใหม่

4) การเสริมสร้างความเข้มแข็งด้านความร่วมมือระหว่างประเทศ

5) การเสริมสร้างการมีส่วนร่วมจากภาคประชาสังคมและภาคเอกชน ในการป้องกัน ควบคุมโรคติดต่ออุบัติใหม่

6) การส่งเสริมการจัดการความรู้ การวิจัยและพัฒนา

การดำเนินงานที่สำคัญ

1) การจัดทำแผนยุทธศาสตร์

หลังการระบาดของไข้หวัดนกทั่วประเทศ ในปี พ.ศ. 2547 ซึ่งส่งผลกระทบทางเศรษฐกิจและสังคมอย่างหนัก รัฐบาลในสมัยนั้นตระหนักถึงความจำเป็นที่จะต้องแก้ไขปัญหาอย่างเร่งด่วน และเตรียมการสำหรับเพื่อตอบโต้การระบาดที่อาจเกิดขึ้นอีกในอนาคต จึงมีการจัดทำแผนยุทธศาสตร์แก้ไขปัญหาโรคไข้หวัดนก และแผนยุทธศาสตร์เตรียมความพร้อมในการป้องกันและแก้ไขปัญหาการระบาดใหญ่ของไข้หวัดใหญ่ ฉบับที่ 1 พ.ศ. 2548-2550 ภายใต้การกำกับของคณะกรรมการอำนวยการป้องกัน ควบคุม แก้ไขสถานการณ์โรคไข้หวัดนกและการเตรียมพร้อมสำหรับการระบาดใหญ่ของไข้หวัดใหญ่ ซึ่งมีรองนายกรัฐมนตรีเป็นประธาน ต่อมาได้

ปรับปรุงเป็นแผนยุทธศาสตร์ป้องกัน แก้ไข และเตรียมพร้อมรับปัญหาโรคไข้หวัดนก และการระบาดใหญ่ของโรคไข้หวัดใหญ่ ฉบับที่ 2 พ.ศ. 2551-2553

ในระยะต่อมาแผนยุทธศาสตร์นี้ได้รับการขยายขอบเขตให้รองรับความเสี่ยงจากโรคติดต่ออุบัติใหม่โดยรวม โดยพัฒนาขึ้นเป็นแผนยุทธศาสตร์เตรียมความพร้อม ป้องกัน และแก้ไขปัญหาโรคติดต่ออุบัติใหม่แห่งชาติ (พ.ศ. 2556-2559) โดยมติของคณะกรรมการอำนวยการเตรียมความพร้อม ป้องกันและแก้ไขปัญหาโรคติดต่ออุบัติใหม่แห่งชาติ และก่อนสิ้นสุดระยะของแผนดังกล่าว คณะกรรมการอำนวยการเตรียมความพร้อมฯ ให้จัดทำแผนยุทธศาสตร์เตรียมความพร้อม ป้องกัน และแก้ไขปัญหาโรคติดต่ออุบัติใหม่แห่งชาติ (พ.ศ.2560-2564) เพื่อใช้เป็นกรอบการดำเนินงาน ต่อเนื่องจากแผนยุทธศาสตร์ฉบับเดิม

แผนยุทธศาสตร์ทั้ง 4 ฉบับดังกล่าว ได้ใช้เป็นฐานและกรอบในการประสานการดำเนินงานระหว่างหน่วยงานภาคส่วนต่างๆ และในการประสานความร่วมมือระหว่างประเทศ รวมทั้งในการของบประมาณสนับสนุนจากรัฐบาล

2) การประสานและขับเคลื่อนแผนยุทธศาสตร์

ในระยะที่ผ่านมา ในการประสานงานและขับเคลื่อนแผนยุทธศาสตร์ ในระดับชาติมีกลไกสำคัญ คือ คณะกรรมการอำนวยการเตรียมความพร้อม ป้องกัน และแก้ไขปัญหาโรคติดต่ออุบัติใหม่แห่งชาติ ซึ่งรองนายกรัฐมนตรี เป็นประธาน รวมทั้งคณะกรรมการต่างๆ เพื่อประสานขับเคลื่อนงานแต่ละยุทธศาสตร์

หน่วยงานต่างๆ ในภาครัฐดำเนินงานในส่วนที่ตนเกี่ยวข้องและรับผิดชอบ ตามแผนยุทธศาสตร์ ซึ่งได้รับความเห็นชอบจากคณะรัฐมนตรี โดยจัดทำแผนปฏิบัติงาน จัดหางบประมาณ และปฏิบัติการ สอดคล้องรองรับกันจากส่วนกลางถึงส่วนภูมิภาคและส่วนท้องถิ่น เพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์และเป้าหมายตามแผน ซึ่งมุ่งการพัฒนาศักยภาพและความพร้อมในการรับมือตอบโต้ปัญหาโรคติดต่ออุบัติใหม่

ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2559 หลังจากพระราชบัญญัติโรคติดต่อ พ.ศ. 2558 ได้รับการประกาศใช้ มีการตั้งคณะกรรมการโรคติดต่อระดับประเทศและระดับจังหวัดขึ้น คณะกรรมการโรคติดต่องดกล่าวเป็นกลไกร่วมในการประสานขับเคลื่อนการดำเนินงานตามแผนยุทธศาสตร์เตรียมความพร้อม ป้องกัน และแก้ไขปัญหาโรคติดต่ออุบัติใหม่แห่งชาติ ในส่วนที่เกี่ยวข้องด้วย โดยเฉพาะในการดูแลกำกับให้มีการจัดทำแผนปฏิบัติงานของหน่วยงานรองรับอย่างเหมาะสมในแต่ละระดับ

ในขั้นการปฏิบัติ มีการดำเนินงานด้วยความร่วมมือระหว่างหน่วยงานต่างๆ ในภาครัฐ และระหว่างภาคส่วนต่างๆ โดยการประสานงานระหว่างผู้บริหารและผู้ปฏิบัติงานของหน่วยงาน องค์กรและกับชุมชนในพื้นที่ ในทุกโอกาสต่างๆ

การประสานงานระหว่างประเทศ ส่วนใหญ่ดำเนินงานในส่วนกลางโดยกระทรวงที่เกี่ยวข้อง ผ่านความร่วมมือทวิภาคีกับประเทศเพื่อนบ้าน เวียดนาม และเวียดนามาชาติต่างๆ เช่น กระทรวงสาธารณสุขประสานความร่วมมือกับ ASEAN Expert Group on Communicable Disease กรมปศุสัตว์ประสานความร่วมมือกับ ASEAN Sectoral Working Group on Livestock เป็นต้น

3) การรับมือตอบโต้โรคทางเดินหายใจตะวันออกกลาง (Middle East Respiratory Syndrome หรือ MERS)

ในช่วงปี พ.ศ. 2558-2559 ประเทศไทยประสบปัญหาโรคติดต่ออุบัติใหม่ที่สำคัญ คือ โรคทางเดินหายใจตะวันออกกลางหรือโรค MERS โดยพบผู้ป่วยรวม 3 ราย ดังนี้

o รายแรก ในเดือนมิถุนายน 2558 ผู้ป่วยเป็นชายชาวโอมาน อายุ 75 ปี เดินทางเข้ามาใช้บริการทางการแพทย์ในโรงพยาบาลเอกชนในกรุงเทพฯ เมื่อแพทย์สงสัยว่าเป็นโรค MERS จึงส่งต่อไปที่ สถาบันบำราศนราดูรและได้รับชั้นสูตรยืนยันการวินิจฉัย และรับการรักษาที่นั่น โดยมีการควบคุมการติดต่ออย่างเคร่งครัด ผู้ป่วยหายเป็นปกติ และได้เดินทางกลับประเทศ

○ รายที่ 2 ในเดือนมกราคม 2559 ผู้ป่วยเป็นชาย ชาวตะวันออกกลาง อายุ 71 ปี ได้รับการส่งต่อเข้ารับการรักษา ที่สถาบันบำราศนราดูร จนหายเป็นปกติและได้เดินทาง กลับประเทศ

○ รายที่ 3 ในเดือนกรกฎาคม 2559 ผู้ป่วยเป็นชาย ชาวคูเวต อายุ 18 ปี ได้รับการส่งต่อเข้ารับรักษาที่สถาบัน บำราศนราดูร จนหายเป็นปกติและเดินทางกลับประเทศ เช่นเดียวกัน

ในช่วงเวลาดังกล่าว หน่วยงานสาธารณสุขทั้ง หน่วยงานในส่วนกลาง และหน่วยงานในส่วนภูมิภาค ได้ดำเนินมาตรการที่จำเป็น บนพื้นฐานของศักยภาพที่ สร้างขึ้นในระยะเวลาที่ผ่านมา ภายใต้แผนยุทธศาสตร์และแผน ปฏิบัติงานเตรียมความพร้อมฯ มาตรการที่สำคัญ ได้แก่

○ การเฝ้าระวังโรค และสอบสวนผู้สงสัยว่าติดเชื้อ โรค MERS โดยทีมเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็ว (SRRT) รวมทั้งการติดตามผู้สัมผัส และการกักกันเพื่อสังเกตอาการ ตามแนวทางปฏิบัติ

○ การสื่อสารสาธารณสุข ให้ประชาชนเข้าใจ สถานการณ์ มีความรู้เกี่ยวกับโรคที่ถูกต้อง ผ่านช่องทาง สื่อต่างๆ รวมถึงสายด่วนกรมควบคุมโรค เบอร์โทรศัพท์ 1422 ตลอด 24 ชั่วโมง

○ พัฒนาการชันสูตรทางห้องปฏิบัติการ สามารถ ตรวจหาการติดเชื้อ MERS ในส่วนกลางและส่วนภูมิภาค ทั่วประเทศ

○ การจัดระบบสนับสนุนวัสดุอุปกรณ์ เวชภัณฑ์ แก่ หน่วยงานสาธารณสุขทั่วประเทศ

○ การออกประกาศกระทรวงสาธารณสุข ให้โรค MERS เป็นโรคติดต่ออันตราย ตามพระราชบัญญัติโรค ติดต่อน พ.ศ. 2558 เพื่อให้อำนาจและอำนาจความสะดวก แก่บุคลากรสาธารณสุข ในการเฝ้าระวัง และควบคุมโรค

4) การเตรียมความพร้อมรับการระบาดของใหญ่ของ ไข้หวัดใหญ่

การระบาดของไข้หวัดนกในปี พ.ศ. 2547 ใน ประเทศแถบเอเชีย และเอเชียตะวันออกเฉียงใต้รวมถึง ประเทศไทย เป็นเหตุให้ประเทศต่างตระหนักถึงความเสี่ยง ที่จะเกิดการระบาดของใหญ่ของไข้หวัดใหญ่ จากเชื้อไข้หวัด

ใหญ่ชนิดใหม่ ประเทศไทยก็ได้มีการจัดทำแผนยุทธศาสตร์ เตรียมความพร้อมในการป้องกันและแก้ไขปัญหาการ ระบาดใหญ่ของไข้หวัดใหญ่ ฉบับที่ 1 พ.ศ. 2548-2550 ซึ่งได้พัฒนาต่อมาเป็นแผนยุทธศาสตร์เตรียมความพร้อม ป้องกัน และแก้ไขปัญหาระบาดใหญ่ของไข้หวัดใหญ่แห่งชาติ (พ.ศ.2560-2564) ในปัจจุบัน

ระหว่างปี พ.ศ. 2548-2552 หน่วยงานในภาคส่วน ต่างๆ ได้ดำเนินการพัฒนาศักยภาพเพื่อเตรียมความ พร้อมรับการระบาดของใหญ่ของไข้หวัดใหญ่ขึ้นในหลายด้าน โดยความร่วมมือระหว่างหน่วยงาน และการสนับสนุนงบประมาณของรัฐบาล ภายใต้แผนยุทธศาสตร์เตรียมความ พร้อมฯ ศักยภาพที่สำคัญที่ได้รับการพัฒนาขึ้น ได้แก่

○ ระบบการเฝ้าระวังโรค ให้สามารถค้นหา สอบสวน และรายงานผู้ป่วยที่สงสัย และผู้ป่วยที่ยืนยันว่าเป็น ไข้หวัดใหญ่ และสามารถชันสูตรยืนยันทางห้องปฏิบัติการ รวมทั้งการตรวจรหัสพันธุกรรมของเชื้อ และการดื้อยาต้าน ไวรัส

○ การจัดหาและสำรองอุปกรณ์ป้องกันตัวจากการ สัมผัสเชื้อระหว่างปฏิบัติงาน (PPE) ให้มีพร้อมเพียงพอ และพร้อมใช้ สำหรับบุคลากรที่ต้องดูแลผู้ป่วยโรคติดเชื้อ รุนแรง ในสถานพยาบาลทั่วประเทศ

○ ระบบการจัดการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคติดเชื้อ รุนแรงในโรงพยาบาล โดยมีการสร้างห้องแยกผู้ป่วย และระบบป้องกันควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล ครบถ้วนในทุกโรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข

○ การผลิตยาต้านไวรัสโอเซลทามิเวียร์ โดยองค์การ เภสัชกรรมสำหรับรักษาผู้ป่วยไข้หวัดใหญ่ และจัดระบบ สำรองยาต้านไวรัส ให้มีพร้อมใช้ในสถานพยาบาลในภาค รัฐทั่วประเทศ

○ การพัฒนาการผลิตวัคซีนป้องกันไข้หวัดใหญ่โดย องค์การเภสัชกรรม มีการสร้างโรงงานผลิตวัคซีนไข้หวัด ใหญ่ เพื่อผลิตวัคซีนไข้หวัดใหญ่ตามฤดูกาล (Seasonal influenza vaccine) ซึ่งจะปรับไปผลิตวัคซีนสำหรับการ ระบาดใหญ่ (Pandemic influenza vaccine) ได้เมื่อ เกิดการระบาดใหญ่ ช่วยให้ประเทศพึ่งตนเองได้ และมีความมั่นคงในภาวะฉุกเฉิน การเตรียมความพร้อมรับมือ

การระบาดใหญ่ใช้หวัตใหญ่ นับเป็นส่วนหนึ่งของการเตรียมการป้องกันและบรรเทาสาธารณภัย ภายใต้พระราชบัญญัติป้องกันและบรรเทาสาธารณภัย และแผนป้องกันภัยฝ่ายพลเรือนแห่งชาติในความรับผิดชอบกระทรวงมหาดไทยอีกด้วย

๐ ระบบการสื่อสารความเสี่ยงและประชาสัมพันธ์ให้ข้อมูล ความรู้ และคำแนะนำแก่ประชาชน โดยความร่วมมือของสื่อมวลชน ในเครือข่ายการสื่อสารภาครัฐและความร่วมมือของสื่อภาคเอกชน

๐ ระบบประสานสั่งการตอบโต้ภาวะฉุกเฉิน ในส่วนกลางเชื่อมโยงกับส่วนภูมิภาค ซึ่งพัฒนาต่อมาเป็นระบบศูนย์ปฏิบัติการตอบโต้ภาวะฉุกเฉิน (EOC) ในปัจจุบัน

ศักยภาพที่ได้สร้างขึ้น จากการเตรียมความพร้อมนี้ ได้ช่วยให้ประเทศไทยสามารถรับมือกับการระบาดใหญ่ของใช้หวัตใหญ่ H1N1 2009 ในปี พ.ศ. 2552 ด้วยความร่วมมืออย่างเข้มแข็งระหว่างภาคส่วนต่าง ๆ ภายในประเทศ และระหว่างประเทศ โดยลดผลกระทบด้านสุขภาพ เศรษฐกิจและสังคม ได้อย่างสำคัญ

ศักยภาพดังกล่าวเป็นพื้นฐานสำหรับการรับมือโรคติดต่ออุบัติใหม่ต่างๆ รวมทั้งภัยฉุกเฉินทางสาธารณสุขอื่นๆ ในอนาคต ในช่วงปี พ.ศ. 2559-2560 หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ก็ได้พยายามดำเนินงานต่อเนื่อง เพื่อคงระดับและยกระดับศักยภาพการเตรียมความพร้อม แม้มีปัญหาคอขวดต่างๆ ที่จะต้องแก้ไขเป็นระยะไป

13.2.3 การดื้อยาต้านจุลชีพ

ยาต้านจุลชีพ (Antimicrobial medicines) มีฤทธิ์ฆ่าเชื้อจุลินทรีย์ หรือยับยั้งการเจริญเติบโตของจุลินทรีย์ เช่น แบคทีเรีย ไวรัส และเชื้อรา ยาต้านจุลชีพผลิตจากสิ่งมีชีวิต หรือจากการสังเคราะห์ ยาต้านจุลชีพ มีความสำคัญอย่างยิ่งทางการแพทย์และการสาธารณสุข เนื่องจากใช้เพื่อป้องกันและรักษาโรคที่เกิดจากการติดเชื้อแบคทีเรีย นอกจากนี้ ยาต้านจุลชีพ ยังจำเป็นในการรักษาโรคทางสัตวแพทย์และการเกษตร เช่น การปศุสัตว์ การประมง และการเพาะปลูก จึงมีความสำคัญต่อสุขภาพของคน สัตว์ พืช ห่วงโซ่การผลิตอาหาร และมีผลกระทบต่อเศรษฐกิจในภาพรวมของประเทศ

เอกสารนี้จะกล่าวถึงเฉพาะยาต้านจุลชีพที่มีฤทธิ์ฆ่าเชื้อแบคทีเรีย รวมทั้งมีฤทธิ์ในการทำลายและยับยั้งการเจริญเติบโตของเชื้อแบคทีเรียเป็นหลัก

สถานการณ์ปัญหาการดื้อยาต้านจุลชีพ⁽⁴⁸⁾

ในช่วงหลายปีที่ผ่านมา การดื้อยาต้านจุลชีพ (Antimicrobial resistance) ของเชื้อแบคทีเรียได้ทวีความรุนแรงมากขึ้น อย่างต่อเนื่องทำให้ยาต้านจุลชีพที่เคยใช้ในอดีตได้ผล กลับไม่ได้ผลในปัจจุบัน ขณะเดียวกันอุตสาหกรรมยาทั่วโลกมีความก้าวหน้าในการวิจัยและพัฒนาคิดค้นยาต้านจุลชีพชนิดใหม่เพื่อต่อสู้กับเชื้อแบคทีเรียดื้อยา จึงมีความเสี่ยงที่การติดเชื้อแบคทีเรียเพียงเล็กน้อยอาจเป็นอันตรายถึงชีวิตได้

ทั่วโลกมีการเสียชีวิตจากเชื้อดื้อยาประมาณปีละ 700,000 คน และหากไม่เร่งแก้ปัญหา คาดว่าในปี พ.ศ. 2593 การเสียชีวิตจากเชื้อดื้อยาจะสูงถึง 10 ล้านคน ประเทศในทวีปเอเชียจะมีคนเสียชีวิตมากที่สุด คือ 4.7 ล้านคน ส่งผลกระทบทางเศรษฐกิจสูงถึง 3.5 พันล้านล้านบาท สำหรับประเทศไทย การศึกษาเบื้องต้น พบว่ามีการติดเชื้อแบคทีเรียดื้อยาประมาณปีละ 88,000 ราย โดยเสียชีวิตประมาณปีละ 38,000 ราย คิดเป็นการสูญเสียทางเศรษฐกิจโดยรวมสูงถึง 4.2 หมื่นล้านบาท

ปัญหาการดื้อยาที่สำคัญในประเทศไทย คือ การดื้อยาของเชื้อแบคทีเรียแกรมลบในโรงพยาบาล เช่น *Acinetobacter* spp. และ *Pseudomonas* spp. ซึ่งเป็นสาเหตุสำคัญของการเสียชีวิตจากการติดเชื้อในโรงพยาบาล ส่วนในชุมชนเชื้อแบคทีเรียที่เป็นปัญหาได้แก่ *Escherichia coli*, *Klebsiella* spp. และ *Neisseria gonorrhoeae* และเชื้อแบคทีเรียที่เป็นปัญหาในการเลี้ยงสัตว์และมีการปนเปื้อนในอาหารที่มาจากสัตว์ ได้แก่ *Escherichia coli*, *Campylobacter* spp. และ *Salmonella* spp. เป็นต้น การที่เชื้อแบคทีเรียดื้อยาทำให้ทางเลือกในการรักษามีจำกัด โดยเฉพาะอย่างยิ่งหากเชื้อดื้อยาปฏิชีวนะกลุ่ม carbapenem และ colistin ซึ่งในปัจจุบันเป็นยาต้านสุดท้ายที่ใช้รักษาการติดเชื้อแบคทีเรียดื้อยา

ปัจจัยที่ส่งผลต่อการเกิดเชื้อดื้อยา⁽⁴⁹⁾

ปัจจัยสำคัญของการเกิดเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพ ได้แก่

1) การใช้ยาต้านจุลชีพอย่างไม่เหมาะสมในคน สัตว์ และการเกษตร โดยเฉพาะอย่างยิ่งการใช้ยาต้านจุลชีพโดยไม่จำเป็น การใช้ยาต้านจุลชีพในขนาดน้อยเกินไปและการใช้ยาต้านจุลชีพในระยะเวลาสั้นเกินไป หรือนานเกินไป ปัญหาการใช้ยาต้านจุลชีพอย่างไม่สมเหตุผลพบได้ในสถานพยาบาลทุกระดับของประเทศ ในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยพบการใช้ยาต้านจุลชีพอย่างไม่สมเหตุผลสูงถึงร้อยละ 25 – 91

2) การเฝ้าระวังและการควบคุมและป้องกันการติดเชื้อแบคทีเรียและการแพร่กระจายของแบคทีเรียยังด้อยประสิทธิภาพ

3) การขาดความตระหนักถึงขนาด ความสำคัญ ความเร่งด่วน และความรุนแรงของปัญหาการดื้อยาต้านจุลชีพของบุคลากรสาธารณสุข ผู้ป่วย ประชาชน สังคม และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

4) การเดินทางระหว่างประเทศที่สะดวกรวดเร็ว การค้าระหว่างประเทศ การพัฒนาประเทศเพื่อเป็นศูนย์กลางทางการแพทย์ การเติบโตทางธุรกิจท่องเที่ยว

นอกจากนี้ การแพร่กระจายเชื้อดื้อยายังพบในภาคการเกษตรด้วยเช่นกัน เช่น มีรายงานการพบเชื้อแบคทีเรียแกรมลบที่ดื้อต่อยา colistin ด้วยกลไกการดื้อยาแบบใหม่ ที่สามารถส่งต่อยีนดื้อยาข้ามสายพันธุ์ได้ง่ายขึ้นและเร็วขึ้น (plasmid-mediated colistin resistance: MCR-1) ในประเทศจีน ในระยะต่อมาก็มีการพบเชื้อที่มียีนดื้อยา MCR-1 ในคนและเนื้อสัตว์ในประเทศอังกฤษ ในปัจจุบันปรากฏว่า มีการพบเชื้อแบคทีเรียที่มียีนดื้อยา MCR-1 แพร่กระจายไปในหลายประเทศรวมทั้งประเทศไทย

กลไกระดับนานาชาติในการแก้ไขปัญหาการดื้อยาต้านจุลชีพ

ปัญหาการดื้อยาต้านจุลชีพเป็นข้อกังวลอย่างสูงในระดับนานาชาติ ในระยะสองทศวรรษที่ผ่านมา มีความพยายามสร้างความร่วมมือและกลไกในระดับนานาชาติเพื่อป้องกันและแก้ไขปัญหาไม่ให้ลุกลามขยายตัวสร้างความเสียหายแก่โลก

ในปี พ.ศ. 2548 ประเทศสมาชิกองค์การอนามัยโลกให้การรับรองกฎอนามัยระหว่างประเทศ พ.ศ. 2548 (International Health Regulations 2005: IHR 2005) ในการประชุมสมัชชาขององค์การอนามัยโลก IHR 2005 เป็นกฎหมายระหว่างประเทศ ที่ประเทศสมาชิกให้การรับรองปฏิบัติตาม เพื่อความร่วมมือในการจัดการภัยสุขภาพ โดยเฉพาะอย่างยิ่งภาวะฉุกเฉินด้านสาธารณสุขระหว่างประเทศ เช่นการระบาดของโรคภัยร้ายแรงระหว่างประเทศ ภัยสุขภาพเหล่านี้นับรวมถึงเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพด้วย IHR 2005 มีสาระสำคัญเน้นการสร้างศักยภาพของประเทศ ซึ่งรวมถึงศักยภาพในการจัดการปัญหาเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพด้วย

ในระยะต่อมา องค์การระหว่างประเทศที่มีความรับผิดชอบเกี่ยวข้องกับปัญหาเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพ ได้แก่ องค์การอนามัยโลก (WHO) องค์การอาหารและการเกษตรแห่งสหประชาชาติ (FAO) และองค์การโรคระบาดสัตว์ระหว่างประเทศ (OIE) ได้ร่วมมือกันพัฒนาแผนดำเนินการระดับโลกเรื่องการดื้อยาต้านจุลชีพ (Global Action Plan on Antimicrobial Resistance: GAP-AMR) ซึ่งผ่านการรับรองในการประชุมสมัชชาอนามัยโลกในปี พ.ศ. 2558 แผนนี้มีวัตถุประสงค์เชิงยุทธศาสตร์ 5 ด้าน ได้แก่

1) เสริมสร้างความตระหนักและความเข้าใจเรื่อง การดื้อยาต้านจุลชีพโดยการให้ความรู้ การฝึกอบรม และการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ

2) สร้างความเข้มแข็งทางวิชาการและหลักฐานเชิงประจักษ์โดยการเฝ้าระวังและการวิจัย

3) ลดการติดเชื้อโดยเสริมสร้างสุขอนามัย การรักษาความสะอาด และการป้องกันโรค

4) ส่งเสริมการใช้ยาต้านจุลชีพอย่างเหมาะสมทั้งในมนุษย์และสัตว์

5) พัฒนาระบบการลงทุนที่ยั่งยืนที่ตอบสนองความจำเป็นของทุกประเทศรวมทั้งเพิ่มการลงทุนในการวิจัยและพัฒนาใหม่ เครื่องมือวินิจฉัยโรค วัคซีน และเครื่องมืออื่นๆ

ทั้งนี้ แผนดำเนินการดังกล่าวมีหลักการพื้นฐาน 5 ประการ ได้แก่

- 1) การมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน (Whole society engagement)
- 2) การเน้นการป้องกันการติดเชื้อเป็นความสำคัญลำดับแรก (prevention first)
- 3) การเข้าถึงยาและการรักษา
- 4) ความยั่งยืนของการดำเนินการเพื่อจัดการการดื้อยาต้านจุลชีพ
- 5) การตั้งเป้าหมายเพื่อการดำเนินงานอย่างเป็นขั้นตอนต่อเนื่อง (Incremental target for implementation) โดยให้สอดคล้องกับบริบทของประเทศ

ในการประชุมสมัชชาใหญ่แห่งสหประชาชาติ ในปี พ.ศ. 2559 มีการประกาศเจตนารมณ์ทางการเมืองร่วมกัน เพื่อจัดการการดื้อยาต้านจุลชีพ (Political Declaration of the High-level Meeting of the General Assembly on Antimicrobial Resistance) โดยประเด็นการดื้อยาต้านจุลชีพได้รับการสนับสนุนจากมติของการประชุมสมัชชาอนามัยโลก สมัยที่ 68 (พ.ศ. 2558) กลุ่มประเทศอุตสาหกรรมชั้นนำ 7 ประเทศ (G-7) กลุ่มประเทศกำลังพัฒนา (G-77 ซึ่งประเทศไทยเป็นประธานกลุ่ม) กลุ่ม Alliance of Champions against AMR (ซึ่งประกอบด้วยรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขจาก 14 ประเทศ รวมทั้งประเทศไทย) และกลุ่มประเทศผู้นำของ AMR action package ภายใต้กรอบวาระความมั่นคงทางสุขภาพของโลก (Global Health Security Health Security Agenda: GHSA)

วาระความมั่นคงทางสุขภาพของโลก (Global Health Security Health Security Agenda: GHSA) ซึ่งเป็นเวทีความร่วมมือของประเทศต่างๆ เพื่อประกันความมั่นคงทางสุขภาพระหว่างประเทศ ที่เกิดการรวมตัวกันขึ้นในช่วงปี พ.ศ. 2557 มีวาระงาน 11 ด้าน รวมถึงวาระการป้องกันและแก้ไขปัญหาการดื้อยาต้านจุลชีพเป็นหนึ่งในนั้น โดยประเทศไทยได้เข้าร่วมเป็นประเทศผู้สนับสนุน (contributing country) วาระงานดังกล่าวด้วย

มาตรฐานอาหาร Codex Alimentarius โดยคณะกรรมการโครงการมาตรฐานอาหาร (Codex Alimentarius Commission: CAC) เป็นเครื่องมือสำคัญในการกำหนดมาตรฐานแนวทางการผลิตและจำกัดการดื้อยาต้านจุลชีพ และแนวทางการวิเคราะห์ความเสี่ยงการดื้อยาต้านจุลชีพ ของเชื้อก่อโรคอาหารเป็นพิษ เพื่อจัดการปัญหาการดื้อยาต้านจุลชีพในอาหารที่เชื่อมโยงกับการใช้ยาต้านจุลชีพในภาคการเกษตร ปัจจุบันกำลังมีการทบทวนมาตรฐานดังกล่าว และจะมีการแต่งตั้งคณะทำงานเฉพาะกิจเพื่อดำเนินงานในเรื่องเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพ

ในระดับภูมิภาค ในปี พ.ศ. 2554 องค์การอนามัยโลก ภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ (WHO SEARO) ได้จัดประชุมรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขของประเทศสมาชิก และมีการประกาศเจตนารมณ์ร่วมกันในการแก้ปัญหาการดื้อยาต้านจุลชีพ (Jaipur Declaration on Antimicrobial Resistance) ต่อมาในปี พ.ศ. 2557 WHO SEARO กำหนดให้ประเด็นการดื้อยาต้านจุลชีพเป็นประเด็นสุขภาพสำคัญของการดำเนินงานในภูมิภาค นอกจากนี้ กรอบความร่วมมืออาเซียน (ASEAN) ในด้านสุขภาพ มีประเด็นการดื้อยาต้านจุลชีพ อยู่ในแผนความร่วมมือด้านการตอบโต้ภาวะคุกคามทางสาธารณสุขและความเสี่ยงต่อโรคอุบัติใหม่

การดำเนินงานที่สำคัญในประเทศไทย

ในช่วงกว่าหนึ่งทศวรรษที่ผ่านมา กระทรวงสาธารณสุขและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องมีการดำเนินงานหลายประการเพื่อแก้ไขปัญหาการดื้อยาต้านจุลชีพ

สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา (อย.) ได้จัดทำยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบยาแห่งชาติ พ.ศ. 2555-2559 ภายใต้นโยบายแห่งชาติด้านยา พ.ศ. 2554 ยุทธศาสตร์ดังกล่าวนี้ มียุทธศาสตร์การส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล ซึ่งครอบคลุมเรื่องการใช้และการกระจายยาด้านจุลชีพทั้งที่ใช้สำหรับมนุษย์และสัตว์ด้วย

ต่อมากรมควบคุมโรค ได้ประสานงานจัดทำแผนยุทธศาสตร์เตรียมความพร้อม ป้องกัน และแก้ปัญหาโรคติดต่ออุบัติใหม่แห่งชาติ พ.ศ. 2556-2559 ภายใต้กำกับของคณะกรรมการอำนวยการเตรียมความพร้อม ป้องกัน

และแก้ไขปัญหาโรคติดต่ออุบัติใหม่แห่งชาติ แผนยุทธศาสตร์นี้กำหนดให้โรคที่เกิดจากเชื้อแบคทีเรียดื้อยาหรือการดื้อยาด้านจุลชีพ เป็นปัญหาโรคติดต่ออุบัติใหม่อย่างหนึ่ง ซึ่งเป็นปัญหาต่อสุขภาพของมนุษย์ สัตว์ และสิ่งแวดล้อม และต้องจัดการด้วยความร่วมมือภายใต้แนวคิดสุขภาพหนึ่งเดียว (One Health)

ในปี พ.ศ. 2557 กระทรวงสาธารณสุขได้จัดประชุมกับหน่วยงานภาคส่วนต่างๆ เพื่อวิเคราะห์สถานการณ์การจัดการเชื้อดื้อยาด้านจุลชีพ พบว่าประเทศไทยมีต้นทุนเชิงระบบที่ดีในการจัดการปัญหานี้ แต่ขาดความเป็นเอกภาพและทิศทางในการทำงานที่ชัดเจน เนื่องจากไม่มีนโยบายระดับประเทศสำหรับเรื่องนี้ ต่อมาในปี พ.ศ. 2558 กระทรวงสาธารณสุขจึงตั้งคณะกรรมการประสานและบูรณาการงานด้านการดื้อยาด้านจุลชีพ ประกอบไปด้วยผู้แทนหน่วยงานจากกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงเกษตรและสหกรณ์ ภาคการศึกษา สมาคมวิชาชีพ และภาคประชาสังคม มีหน้าที่พัฒนาแผนยุทธศาสตร์การจัดการการดื้อยาด้านจุลชีพประเทศไทย

แผนยุทธศาสตร์การจัดการการดื้อยาด้านจุลชีพประเทศไทย พ.ศ. 2560-2564⁽⁵⁰⁾ ประกอบด้วย 6 ยุทธศาสตร์ ได้แก่

- 1) การเฝ้าระวังการดื้อยาด้านจุลชีพภายใต้แนวคิดสุขภาพหนึ่งเดียว
- 2) การควบคุมการกระจายยาด้านจุลชีพในภาพรวมของประเทศ
- 3) การป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในสถานพยาบาลและควบคุมกำกับดูแลการใช้ยาด้านจุลชีพอย่างสมเหตุผล
- 4) การป้องกันและควบคุมเชื้อดื้อยาและควบคุมกำกับดูแลการใช้ยาด้านจุลชีพอย่างเหมาะสมในภาคการเกษตรและสัตว์เลี้ยง
- 5) การส่งเสริมความรู้ด้านเชื้อดื้อยาและความตระหนักด้านการใช้ยาด้านจุลชีพอย่างเหมาะสมแก่ประชาชน

6) การบริหารและพัฒนากลไกระดับนโยบายเพื่อขับเคลื่อนงานด้านการดื้อยาด้านจุลชีพอย่างยั่งยืน (ดูรายละเอียดในหัวข้อ 13.2.4 แผนยุทธศาสตร์ระดับชาติเกี่ยวกับการป้องกันควบคุมโรคติดต่อ)

ในช่วงปลายปี พ.ศ. 2558 มีการประชุมสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ 8 มีวาระ “วิกฤติการณ์เชื้อแบคทีเรียดื้อยาและการจัดการ” สมัชชาฯมีมติให้แก้ปัญหาแบคทีเรียดื้อยาแบบบูรณาการ เน้นการสร้างร่วมมือของทุกภาคส่วน และให้ผลักดันประเด็นการดื้อยาด้านแบคทีเรียเป็นวาระแห่งชาติ

ในปี พ.ศ. 2560 กระทรวงสาธารณสุขเสนอต่อคณะรัฐมนตรีให้ตั้งคณะกรรมการนโยบายการดื้อยาด้านจุลชีพแห่งชาติ มีนายกรัฐมนตรีหรือรองนายกรัฐมนตรีที่ได้รับมอบหมายเป็นประธาน เลขาธิการอย.เป็นกรรมการและเลขานุการ คณะกรรมการประกอบด้วยผู้แทนระดับนโยบายจากกระทรวง หน่วยงาน และสถาบันที่เกี่ยวข้อง มีอำนาจหน้าที่กำหนดนโยบายและยุทธศาสตร์ กำกับการดำเนินงานตามแผนยุทธศาสตร์ อำนวยการประสานงานระหว่างหน่วยงานภาคส่วนต่างๆ เพื่อป้องกันและแก้ไขปัญหการดื้อยาด้านจุลชีพในระยะยาว

คณะกรรมการนี้ มีการประชุมครั้งแรกในเดือนธันวาคม พ.ศ. 2561 มีมติให้สร้างระบบการเฝ้าระวังการบริโภคยาด้านจุลชีพ เป็นเครื่องมือในการติดตามข้อมูลการบริโภคยาด้านจุลชีพของประเทศไทย ให้จัดทำนโยบายเสริมสร้างความตระหนักรู้ด้านเชื้อดื้อยาและยาด้านจุลชีพแก่ประชาชน ให้ สสส. นำประเด็นเรื่องการดื้อยาด้านจุลชีพ เป็นนโยบายส่งเสริมสุขภาพที่สำคัญในแผนการดำเนินงานของสำนักงาน ให้นำร่องระบบการจัดการการดื้อยาด้านจุลชีพอย่างบูรณาการในโรงพยาบาลรัฐและโรงพยาบาลเอกชน รวม 50 แห่ง ให้กรมวิชาการเกษตรและกรมส่งเสริมการเกษตร ร่วมกันเร่งทำความเข้าใจกับเกษตรกร เพื่อลดการใช้ยาด้านจุลชีพในการรักษาโรครุณนิ่งในส้ม ให้จัดทำแนวทางการแก้ปัญหาการใช้ยาด้านจุลชีพในส้ม และให้ อย.ควบคุมการกระจายยาด้านจุลชีพทั้งที่เป็นเคมีภัณฑ์และยาสำเร็จรูป

หน่วยงานระดับปฏิบัติ มีการดำเนินงานโครงการต่างๆ ภายใต้นโยบายและแผนยุทธศาสตร์ เช่น กองควบคุมยาของสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยากำลังดำเนินโครงการต้นแบบการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผล โครงการลดอิทธิพลการส่งเสริมการขายยาที่ไม่เหมาะสม และโครงการพัฒนาฉลากและเอกสารกำกับยามาตรฐาน เพื่อส่งเสริมให้เกิดมาตรฐานของการแสดงข้อมูลยาในฉลากและเอกสารกำกับยาของประเทศ และเป็นแหล่งข้อมูลสำหรับบุคลากรทางการแพทย์และประชาชน

สถาบันบำราศนราดูร กรมควบคุมโรค จัดทำโครงการพัฒนาระบบเฝ้าระวังและควบคุมโรคติดต่ออหิวาตามกโรคระบาดสุขภาพแห่งชาติขึ้น เพื่อเตรียมความพร้อมแก่บุคลากรทางด้านสาธารณสุข ในการป้องกันควบคุมโรคติดต่อในโรงพยาบาล และได้ขยายการฝึกอบรมไปยังจังหวัดเขตพื้นที่เศรษฐกิจพิเศษและจังหวัดชายแดน โดยร่วมมือกับสำนักงานป้องกันและควบคุมโรค สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด และโรงพยาบาลในพื้นที่ดังกล่าว เพื่อสร้างความปลอดภัยแก่บุคลากรและผู้ป่วย และป้องกันการแพร่กระจายของเชื้ออหิวา

13.2.4 แผนยุทธศาสตร์ระดับชาติเกี่ยวกับการป้องกันควบคุมโรคติดต่อ

การป้องกันควบคุมโรคเป็นงานที่มีความครอบคลุมวงกว้าง มีความซับซ้อน และต้องดำเนินการด้วยความร่วมมือกว้างขวางและต่อเนื่อง ต้องใช้แผนที่ชัดเจนเป็น

เครื่องมือในการบริหารจัดการ ทุกระดับ แผนยุทธศาสตร์ระดับชาติใช้เป็นฐานและกรอบหลักในการประสานความร่วมมือ ระหว่างภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง ให้ดำเนินไปในทิศทางเดียวกัน เพื่อบรรลุวัตถุประสงค์และเป้าหมายร่วมกันอย่างมีประสิทธิภาพ และใช้เป็นกรอบเพื่อการจัดหางบประมาณและทรัพยากรสนับสนุนให้เพียงพอ

แผนยุทธศาสตร์ระดับชาติ เป็นกรอบสำหรับการจัดทำแผนปฏิบัติงาน สำหรับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในทุกภาคส่วน ทุกระดับภายในประเทศ ทั้งเป็นกรอบสำหรับประสานความร่วมมือระหว่างประเทศเพื่อการควบคุมโรคอีกด้วย

ในปัจจุบันมีแผนยุทธศาสตร์ระดับชาติ ที่เกี่ยวกับการป้องกันควบคุมโรคติดต่ออยู่หลายแผน สำหรับแผนที่มีความสำคัญได้แก่

- 1) แผนยุทธศาสตร์แห่งชาติว่าด้วยการยุติปัญหาเอดส์ พ.ศ. 2560 -2573
- 2) แผนยุทธศาสตร์วัณโรคระดับชาติ พ.ศ. 2560 - 2564
- 3) แผนยุทธศาสตร์การกำจัดโรคไข้มาลาเรียประเทศไทย พ.ศ. 2560-2569
- 4) แผนยุทธศาสตร์เตรียมความพร้อม ป้องกัน และแก้ไขปัญหาโรคติดต่ออุบัติใหม่แห่งชาติ พ.ศ.2560-2564
- 5) แผนยุทธศาสตร์การจัดการการติดยาต้านจุลชีพประเทศไทย พ.ศ.2560-2564

สาระสำคัญของแผนยุทธศาสตร์ดังกล่าวสรุปย่อไว้ในตารางที่ 13.5

ตารางที่ 13.5 แผนยุทธศาสตร์ระดับชาติที่สำคัญเกี่ยวกับการควบคุมโรคติดต่อ

แผนยุทธศาสตร์	วิสัยทัศน์ วัตถุประสงค์	ยุทธศาสตร์	กลไกขับเคลื่อน
แผนยุทธศาสตร์เตรียมความพร้อม ป้องกันและแก้ปัญหา โรคติดต่ออุบัติใหม่ (EID) แห่งชาติ พ.ศ. 2556 – 2559	วิสัยทัศน์: ประเทศไทยป้องกันควบคุม EID มีประสิทธิภาพ เป็นที่ยอมรับของนานาชาติ วัตถุประสงค์: ลดป่วย ตาย และลดผลกระทบเศรษฐกิจ สังคม และสิ่งแวดล้อมจาก EID	1 พัฒนาระบบเตรียมรับภัยฉุกเฉิน 2 พัฒนาระบบเฝ้าระวัง ป้องกัน รักษา และควบคุมโรค 3 พัฒนาการสื่อสารความเสี่ยง 4 สร้างความร่วมมือระหว่างประเทศ 5 สร้างส่วนร่วมภาคประชาสังคม 6 จัดการความรู้ วิจัย และพัฒนา	- คณะกก.โรคติดต่ออุบัติใหม่แห่งชาติ - คณะกก.โรคติดต่อแห่งชาติ - คณะกก.โรคติดต่อจังหวัด
แผนยุทธศาสตร์แห่งชาติว่าด้วยการยุติปัญหาเอดส์ พ.ศ. 2560 -2573	วิสัยทัศน์: ยุติปัญหาเอดส์ภายในพ.ศ.2573 โดยคำนึงสิทธิมนุษยชน วัตถุประสงค์: 1. ลดติดเชื้อใหม่เหลือ < 1,000/ปี 2. ลดตายเหลือ < 4,000/ปี 3. ลดการเลือกปฏิบัติ 90%	1. เร่งรัดจัดบริการที่มีประสิทธิภาพสูง 2. ยกระดับคุณภาพงานป้องกันโรค 3. พัฒนาการรักษา ช่วยเหลือ ผป. 4. ลดการรังเกียจ 5. เพิ่มความร่วมมือและการลงทุน 6. พัฒนาการใช้ประโยชน์ข้อมูล	คณะกก.แห่งชาติว่าด้วยการป้องกันและแก้ไขปัญเอดส์ คณะอนุกก.การยุติปัญหาเอดส์ระดับจังหวัด
แผนยุทธศาสตร์ วัณโรคระดับชาติ พ.ศ. 2560 - 2564	วิสัยทัศน์: ประเทศไทยปลอดวัณโรค วัตถุประสงค์: ลดอุบัติการณ์วัณโรค 12.5% ต่อปี (เหลือ 88 ต่อแสนใน พ.ศ. 2564)	1. เร่งรัดค้นหาผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยโดยการคัดกรองในกลุ่มเป้าหมาย 2. ลดการเสียชีวิตในผู้ป่วย 3. พัฒนาศักยภาพบุคลากรเพื่อป้องกันควบคุม ดูแล รักษา วัณโรค 4. สร้างกลไกการจัดการอย่างยั่งยืน 5. ส่งเสริมวิจัยพัฒนานวัตกรรม	คณะกก.ป้องกันและควบคุมวัณโรคแห่งชาติ

ตารางที่ 13.5 แผนยุทธศาสตร์ระดับชาติที่สำคัญเกี่ยวกับการควบคุมโรคติดต่อ (ต่อ)

แผนยุทธศาสตร์	วิสัยทัศน์ วัตถุประสงค์	ยุทธศาสตร์	กลไกขับเคลื่อน
ยุทธศาสตร์การกำจัดโรคไข้มาลาเรียประเทศไทย พ.ศ. 2560-2569	ประเทศไทยไม่มีผู้ป่วยติดเชื้อมาลาเรียในพื้นที่ ภายในปี 2564 และปลอดจากการแพร่เชื้อมาลาเรียภายในปี 2567	1. เร่งรัดการกำจัดการแพร่เชื้อ 2. พัฒนาเทคโนโลยีนวัตกรรม มาตรการ และรูปแบบการกำจัดโรค 3. สร้างความร่วมมือในประเทศและระดับนานาชาติ 4. ส่งเสริมประชาชนดูแลตนเอง	คณะกก.อำนวยการกำจัดมาลาเรียแห่งชาติ คณะกก.บริหารกำจัดมาลาเรียแห่งชาติ คณะกก.โรคติดต่อจว.
แผนยุทธศาสตร์การจัดการการติดยาต้านจุลชีพประเทศไทย พ.ศ.2560-2564	วิสัยทัศน์: การป่วย การตาย และผลกระทบทางเศรษฐกิจที่เกิดขึ้นจากเชื้อดื้อยาลดลง	1. เฝ้าระวังการติดยาต้านจุลชีพ 2. ควบคุมการกระจายยาต้านจุลชีพ 3. ควบคุมการติดเชื้อในรพ. 4. ควบคุมการใช้ยาภาคการเกษตร 5. การส่งเสริมความรู้แก่ประชาชน 6. บริหารและพัฒนากลไกนโยบาย	คณะกรรมการประสานและบูรณาการงานด้านการติดยาต้านจุลชีพ

ส่วนสาระสำคัญโดยสังเขปของแผนยุทธศาสตร์ทั้ง 5 มีดังต่อไปนี้

1) แผนยุทธศาสตร์แห่งชาติว่าด้วยการยุติปัญหาเอดส์ พ.ศ. 2560-2573⁽⁴⁰⁾

ประเทศไทยพัฒนาแผนยุทธศาสตร์ชาติเพื่อการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ มาตั้งแต่ พ.ศ. 2532 นับเป็นเวลา 6 ปี หลังจากพบผู้ป่วยเอดส์ครั้งแรกในประเทศไทย เริ่มต้นจากแผนยุทธศาสตร์ 5 ปี เพื่อการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ ฉบับที่ 1-6 ในปัจจุบันได้พัฒนาเป็นแผนยุทธศาสตร์ฯ ฉบับที่ 7 ใช้ชื่อว่า “ยุทธศาสตร์

แห่งชาติว่าด้วยการยุติปัญหาเอดส์ พ.ศ. 2560-2573” ซึ่งคณะกรรมการแห่งชาติว่าด้วยการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ นำเสนอต่อคณะรัฐมนตรี และได้รับความเห็นชอบเมื่อวันที่ 17 มกราคม 2560

แผนยุทธศาสตร์ฯ ฉบับนี้ กำหนดวิสัยทัศน์ คือ การยุติปัญหาเอดส์ภายในปี พ.ศ. 2573 ที่คำนึงถึงหลักสิทธิมนุษยชนและความเสมอภาคระหว่างเพศ และมีเป้าหมายสำคัญ 3 ประการ คือ

(1) ลดการติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่ให้เหลือ ปีละไม่เกิน 1,000 ราย

(2) ลดการเสียชีวิตในผู้ติดเชื้อเอชไอวีเหลือ ปีละไม่เกิน 4,000 ราย

(3) ลดการเลือกปฏิบัติอันเกี่ยวเนื่องจากเอชไอวีและเพศภาวะลงร้อยละ 90 โดยสอดคล้องกับเป้าหมายโลก แผนนี้ประกอบด้วย 6 ยุทธศาสตร์ คือ

ยุทธศาสตร์ที่ 1 มุ่งเน้นการพัฒนาและการเข้าถึงระบบบริการ โดยจัดให้มีชุดบริการที่มีประสิทธิภาพสูงครอบคลุมพื้นที่และประชากรกลุ่มเสี่ยงที่มีโอกาสได้รับเชื้อเอชไอวีสูง

ยุทธศาสตร์ที่ 2 ยกระดับคุณภาพการป้องกันโรคที่มีประสิทธิภาพให้ยั่งยืน และบูรณาการเข้าสู่ระบบ เพื่อให้ประชาชนทุกกลุ่มรู้เท่าทันและมีพฤติกรรมที่ปลอดภัยจากการติดเชื้อ ยุติการติดเชื้อในเด็กแรกเกิด

ยุทธศาสตร์ที่ 3 เร่งรัดการรักษา เพื่อให้ผู้ติดเชื้อได้รับการตรวจวินิจฉัยและยาต้านไวรัส ตลอดจนการรักษาโรคแทรกซ้อน และได้รับการดูแลและให้ความช่วยเหลือทางสังคม ป้องกันผลกระทบจากการรับบริการและได้รับการคุ้มครองทางสังคมอย่างเหมาะสม

ยุทธศาสตร์ที่ 4 มุ่งการลดอคติและการเลือกปฏิบัติในสังคม ผ่านการสื่อสารระดับต่างๆ เพื่อปรับภาพลักษณ์และสร้างความเข้าใจเรื่องเอชไอวีและความหลากหลายทางเพศ สนับสนุนการสร้างความเข้มแข็งระดับบุคคล ครอบครัวและชุมชน รวมทั้งการจัดกลไกการคุ้มครองสิทธิเพื่อลดการเลือกปฏิบัติที่เกี่ยวข้องกับเอชไอวีและเพศภาวะ

ยุทธศาสตร์ที่ 5 สร้างความรับผิดชอบร่วม การลงทุนและประสิทธิภาพการจัดการในทุกระดับ ตั้งแต่ระดับพื้นที่ จังหวัด และประเทศ

ยุทธศาสตร์ที่ 6 ส่งเสริมและสนับสนุนการสร้างความรู้โดยการวิจัย การเข้าถึงและใช้ประโยชน์จากข้อมูลและความรู้จากการวิจัย เพื่อการวางแผนเชิงนโยบายและนำไปสู่การยุติปัญหาเอดส์ในอนาคต

ทั้งนี้ มุ่งเน้นการดำเนินงานในกลุ่มประชากรหลัก ได้แก่ กลุ่มชายมีเพศสัมพันธ์กับชาย พนักงานบริการทางเพศและผู้ขายยาเสพติดด้วยวิธีฉีดยา รวมถึงคู่ของกลุ่มประชากรหลัก และกลุ่มผู้ต้องขัง จัดลำดับพื้นที่เป้าหมาย

ที่ต้องเร่งรัด 30 จังหวัด และกำหนดมาตรการหลัก คือ Reach, Recruit, Test, Treat, Retain (RRTR) ร่วมกับการพัฒนาระบบข้อมูล การติดตามและประเมินผลการลดการตีตราและเลือกปฏิบัติ การแก้ไขมาตรการกฎหมายที่เป็นอุปสรรคในการดำเนินงาน

กลไกสำคัญในการขับเคลื่อนงานในระดับชาติ มีคณะกรรมการแห่งชาติว่าด้วยการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ (คช.ปอ.) ในระดับพื้นที่ มีคณะอนุกรรมการยุติปัญหาเอดส์ จังหวัด และกรุงเทพมหานคร ซึ่งมีบทบาทในการวางแผน การขับเคลื่อนงานและกำกับทิศทาง ร่วมกับภาคส่วนต่างๆ เพื่อให้บรรลุตามเป้าหมายภายในปี 2573

2) แผนยุทธศาสตร์ วัณโรคระดับชาติ พ.ศ. 2560-2564⁽⁴⁴⁾

กระทรวงสาธารณสุขจัดทำแผนยุทธศาสตร์ระดับชาติฉบับนี้ให้สอดคล้องกับการแก้ไขสภาพปัญหาของประเทศ และแผนยุติวัณโรคขององค์การอนามัยโลก (The End TB Strategy) มีวัตถุประสงค์ที่จะยุติการระบาดของโรค ลดการป่วยโดยเฉพาะในผู้ป่วยรายใหม่ และสร้างความมั่นใจว่าจะไม่มีครอบครัวใดได้รับความเดือดร้อนทางเศรษฐกิจจากการป่วยด้วยวัณโรค

โดยกำหนดยุทธศาสตร์ 5 ด้าน ที่เน้นการป้องกันดูแลรักษาที่มีผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง ส่งเสริมบทบาทประชาสังคมในการทำงานร่วมกับรัฐ และการมีนโยบายที่เข้มแข็ง มีสาระโดยสรุปดังนี้

ยุทธศาสตร์ที่ 1 เร่งรัดค้นหาผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยวัณโรคให้ครอบคลุมโดยการคัดกรองในกลุ่มเป้าหมาย เพื่อให้กลุ่มเป้าหมาย/กลุ่มเสี่ยงทุกคนทั้งประชาชนไทยและต่างด้าวได้รับการตรวจวินิจฉัยและนำสู่การรักษาอย่างรวดเร็ว ป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ รวมถึงการสนับสนุนหน่วยงานภาคเอกชนและภาคประชาสังคมมีส่วนร่วมในการดูแลและส่งต่อผู้ป่วย

ยุทธศาสตร์ที่ 2 ลดการเสียชีวิตในผู้ป่วย โดยการรักษาอย่างสม่ำเสมอด้วยยาที่มีคุณภาพ สำหรับผู้ป่วยวัณโรคร่วมกับเอดส์ต้องผสมผสานการวางแผนการรักษา และมียาป้องกันวัณโรคสำหรับกลุ่มนี้ เพื่อใช้ร่วมกับยาอื่นอย่างมีประสิทธิภาพ รวมถึงพัฒนาการบริหารจัดการวัณโรคดีอยาให้ครอบคลุมทั่วประเทศ

ยุทธศาสตร์ที่ 3 พัฒนาศักยภาพบุคลากรเพื่อการป้องกัน ดูแล รักษาและควบคุมโรค โดยการพัฒนาและใช้ประโยชน์จากระบบข้อมูลข่าวสาร เพื่อการติดตามการให้บริการและการบริหารนโยบายได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ยุทธศาสตร์ที่ 4 สร้างกลการบริหารจัดการเชิงยุทธศาสตร์อย่างยั่งยืน เป็นการสร้างการสนับสนุนทางนโยบาย (Political Commitment) ในการระดมทรัพยากรสำหรับการดำเนินงาน โดยกำหนดเชิงโครงสร้างให้มีคณะกรรมการระดับชาติ สร้างกองทุนพิเศษเพื่อดำเนินงานร่วมกับโรคเอดส์และมาลาเรียภายหลังที่การสนับสนุนของกองทุนโลกหมดลง

ยุทธศาสตร์ที่ 5 ส่งเสริมการวิจัยและพัฒนานวัตกรรมป้องกัน ดูแลรักษา และควบคุมโรค เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการดำเนินงานทั้งในระดับชาติและในพื้นที่

คาดว่าจะการดำเนินงานตามแผนยุทธศาสตร์ดังกล่าวจะช่วยลดจำนวนผู้ป่วยโรคลงได้ โดยกลุ่มผู้ป่วยแรงงานข้ามชาติ ผู้ป่วยโรคติดต่อและผู้ป่วยเด็กอายุต่ำกว่า 15 ปี จะได้รับการวินิจฉัยและการรักษาเพิ่มขึ้น

3) แผนยุทธศาสตร์การกำจัดโรคไข้มาลาเรีย ประเทศไทย พ.ศ. 2560-2569⁽²⁶⁾

ยุทธศาสตร์การกำจัดโรคไข้มาลาเรียนประเทศไทยเริ่มดำเนินการตั้งแต่ ปี 2558 ตามคำสั่งสำนักนายกรัฐมนตรี ที่ 93/2558 หลังจากประเทศไทยได้ให้การรับรองเป้าหมายการกำจัดโรคไข้มาลาเรีย ตามมติที่ประชุมสมัชชาองค์การอนามัยโลกครั้งที่ 66 ปี พ.ศ. 2556 และแผนยุทธศาสตร์ฯ ได้รับความเห็นชอบจากคณะรัฐมนตรี เมื่อวันที่ 26 เมษายน 2559

แผนยุทธศาสตร์ฉบับนี้ กำหนดวิสัยทัศน์ให้ประเทศไทยปลอดจากโรคมาลาเรียในปี 2567 ประกอบด้วย 4 ยุทธศาสตร์ ดังนี้

ยุทธศาสตร์ที่ 1 เร่งรัดการกำจัดการแพร่เชื้อมาลาเรียในประเทศไทย เพื่อไม่ให้มีผู้ป่วยติดเชื้อในพื้นที่ โดยเร่งรัดการดำเนินงานการเฝ้าระวังโรคที่มีมาตรฐานตอบโต้สถานการณ์ได้อย่างรวดเร็วมีประสิทธิภาพ

ยุทธศาสตร์ที่ 2 พัฒนาเทคโนโลยี นวัตกรรมมาตรการและรูปแบบที่เหมาะสมในการกำจัดโรคมาลาเรีย โดยเน้นการสนับสนุนการวิจัย การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ให้เกิดรูปแบบสำหรับการกำจัดโรคตามบริบทของพื้นที่

ยุทธศาสตร์ที่ 3 สร้างความร่วมมือระหว่างภาคีเครือข่าย ระดับประเทศและระดับนานาชาติเพื่อขับเคลื่อนงานกำจัดโรคไข้มาลาเรีย โดยเน้นการแลกเปลี่ยนข้อมูลและการสร้างแผนงาน/โครงการ/แนวปฏิบัติ และการติดตามผลการดำเนินงานร่วมกันอย่างต่อเนื่อง

ยุทธศาสตร์ที่ 4 ส่งเสริมให้ประชาชนมีศักยภาพในการดูแลตนเองจากโรคไข้มาลาเรีย ผ่านการสื่อสารที่มีความหลากหลายทั้งเครื่องมือ ช่องทางและสาร เพื่อสร้างความรู้และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและความสามารถในการดูแลตนเองและครอบครัวให้ปลอดจากมาลาเรีย

เพื่อให้บรรลุตามแผนยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุขได้จัดแบ่งพื้นที่เป็นระดับตามการระบาดของโรค การตั้งยาของเชื้อและกลุ่มประชากรในพื้นที่ เพื่อกำหนดมาตรการในการกำจัดโรคไข้มาลาเรียได้อย่างเหมาะสมตามบริบทของแต่ละพื้นที่

4) แผนยุทธศาสตร์เตรียมความพร้อมป้องกันและแก้ไขปัญหาระบาดติดต่ออุบัติใหม่แห่งชาติ พ.ศ. 2560-2564⁽⁴⁷⁾

แผนยุทธศาสตร์นี้ กำหนดวิสัยทัศน์ว่า “ประเทศไทยสามารถป้องกัน ควบคุมโรคติดต่ออุบัติใหม่อย่างเป็นระบบ มีประสิทธิภาพ ทันการณ์ เป็นที่ยอมรับของนานาชาติ โดยการบริหารจัดการแบบบูรณาการการจัดการความรู้และการมีส่วนร่วม จากทุกภาคส่วน” และมีสาระสำคัญประกอบด้วย ๖ ยุทธศาสตร์ ดังต่อไปนี้

ยุทธศาสตร์ที่ 1 การพัฒนาระบบเตรียมความพร้อมสำหรับภัยพิบัติฉุกเฉินด้านสาธารณสุข

ยุทธศาสตร์ที่ 2 การพัฒนาระบบเฝ้าระวัง ป้องกันรักษาและควบคุมโรคติดต่ออุบัติใหม่ภายใต้แนวคิดสุขภาพหนึ่งเดียว

ยุทธศาสตร์ที่ 3 การพัฒนาระบบการสื่อสารความเสี่ยงและประชาสัมพันธ์โรคติดต่ออุบัติใหม่

ยุทธศาสตร์ที่ 4 การเสริมสร้างความเข้มแข็งด้านความร่วมมือระหว่างประเทศ

ยุทธศาสตร์ที่ 5 การเสริมสร้างการมีส่วนร่วมจากภาคประชาสังคมและภาคเอกชน ในการป้องกัน ควบคุมโรคติดต่ออุบัติใหม่

ยุทธศาสตร์ที่ 6 การส่งเสริมการจัดการความรู้ การวิจัยและพัฒนา

แต่ละยุทธศาสตร์ ได้กำหนดเป้าประสงค์ ตัวชี้วัด กลยุทธ์ มาตรการ และแนวทางการดำเนินงานไว้อย่างชัดเจน และมีความสัมพันธ์เชื่อมโยงกันอย่างเป็นระบบ

ในยุทธศาสตร์ที่ 6 มีกลยุทธ์ส่งเสริมและสนับสนุน การวิจัยและพัฒนา ซึ่งรวมถึงการพัฒนาวัคซีนสำหรับ ป้องกันโรคติดต่ออุบัติใหม่ เพื่อตอบสนองต่อการระบาด ในกรณีฉุกเฉิน ในระยะที่ผ่านมา มีการพัฒนาและเตรียม การผลิตวัคซีนให้รวดเร็ว โดยองค์การเภสัชกรรม และมีการริเริ่มการพัฒนาวัคซีนชีวภัณฑ์ โดยร่วมมือกับสถาบันวิจัย ต่างประเทศด้วย

5) แผนยุทธศาสตร์การจัดการการดื้อยาต้านจุลชีพประเทศไทย พ.ศ. 2560-2564⁽⁵⁰⁾

แผนยุทธศาสตร์นี้ กำหนดวิสัยทัศน์ คือ การป้องกันการตาย และผลกระทบทางเศรษฐกิจที่เกิดขึ้นจากเชื้อดื้อยา ลดลง และกำหนดเป้าประสงค์ที่ต้องการบรรลุ ภายในปี 2564 ไว้ 5 ประการ ได้แก่

1. การป่วยจากเชื้อดื้อยา ลดลง ร้อยละ 50
2. การใช้ยาต้านจุลชีพสำหรับมนุษย์ ลดลง ร้อยละ 20
3. การใช้ยาต้านจุลชีพสำหรับสัตว์ ลดลง ร้อยละ 30
4. ประชาชนมีความรู้เรื่องเชื้อดื้อยาและตระหนักในการใช้ยาต้านจุลชีพอย่างเหมาะสมเพิ่มขึ้น ร้อยละ 20
5. ประเทศไทยมีระบบจัดการการดื้อยาต้านจุลชีพที่มีสมรรถนะตามเกณฑ์สากล

แผนนี้ประกอบด้วย 6 ยุทธศาสตร์ ดังนี้

ยุทธศาสตร์ที่ 1 การเฝ้าระวังการดื้อยาต้านจุลชีพ ภายใต้แนวคิดสุขภาพหนึ่งเดียว

ยุทธศาสตร์ที่ 2 การควบคุมการกระจายยาต้านจุลชีพในภาพรวมของประเทศ

ยุทธศาสตร์ที่ 3 การป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในสถานพยาบาลและควบคุมกำกับดูแลการใช้ยาต้านจุลชีพอย่างสมเหตุผล

ยุทธศาสตร์ที่ 4 การป้องกันและควบคุมเชื้อดื้อยา และควบคุมกำกับดูแลการใช้ยาต้านจุลชีพอย่างเหมาะสมในภาคการเกษตรและสัตว์เลี้ยง

ยุทธศาสตร์ที่ 5 การส่งเสริมความรู้ด้านเชื้อดื้อยา และความตระหนักด้านการใช้ยาต้านจุลชีพอย่างเหมาะสมแก่ประชาชน

ยุทธศาสตร์ที่ 6 การบริหารและพัฒนากลไกระดับนโยบายเพื่อขับเคลื่อนงานด้านการดื้อยาต้านจุลชีพอย่างยั่งยืน

13.3 การคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ

กระทรวงสาธารณสุขโดยสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา และสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด

ทั่วประเทศ ได้ร่วมกันดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ เพื่อให้ผู้บริโภคมีความปลอดภัย สนับสนุนส่งเสริมให้ประชาชนมีความรู้ในการเลือกบริโภค ผลิตภัณฑ์สุขภาพได้อย่างถูกต้อง เหมาะสม ตลอดจน การเฝ้าระวัง ตรวจสอบ คุณภาพและความปลอดภัยของ ผลิตภัณฑ์สุขภาพในท้องตลาด เพื่อให้เกิดความปลอดภัย แก่ผู้บริโภค และสร้างความเชื่อมั่นในการบริโภคผลิตภัณฑ์สุขภาพให้แก่คนไทยทุกคน

13.3.1 กรอบยุทธศาสตร์การพัฒนาการคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ ประจำปี 2562-2566

การพัฒนาการคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ ในยุค Thailand 4.0 นั้น จะมุ่งเน้นการนำนวัตกรรมใหม่ๆ และระบบอิเล็กทรอนิกส์มาพัฒนาระบบราชการเพื่อพัฒนาเศรษฐกิจของประเทศและคุณภาพชีวิตของประชาชนในการบริโภคผลิตภัณฑ์สุขภาพ

เป้าหมาย: ผู้บริโภคปลอดภัย ผู้ประกอบการก้าวไกล ระบบคุ้มครองสุขภาพไทยยั่งยืน

วิสัยทัศน์: คุ้มครองผู้บริโภคและส่งเสริมผู้ประกอบการด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ เพื่อประชาชนสุขภาพดี

พันธกิจ:

1) พัฒนาผู้บริโภคให้มีศักยภาพในการดูแลตนเอง เพื่อการบริโภคผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ปลอดภัย ถูกต้อง และเหมาะสม

2) ส่งเสริมและพัฒนากิจการประกอบการให้มีศักยภาพแข่งขันได้ในระดับสากล เพื่อเพิ่มมูลค่าทางเศรษฐกิจของประเทศ

3) ควบคุม กำกับดูแลผลิตภัณฑ์สุขภาพให้มีคุณภาพปลอดภัย และมีประสิทธิผล

4) ส่งเสริมความมั่นคงด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ เพื่อให้คนไทยสามารถเข้าถึงได้ในยามปกติและภาวะฉุกเฉิน

ยุทธศาสตร์การพัฒนา 5 S:

1) พัฒนาระบบและกลไกการควบคุม กำกับดูแลผลิตภัณฑ์สุขภาพเชิงรุกและเป็นมาตรฐานสากล (Smart Regulation)

2) พัฒนาศักยภาพและองค์ความรู้ให้ผู้บริโภครู้เท่าทันเกี่ยวกับผลิตภัณฑ์สุขภาพ (Smart Consumer)

3) พัฒนางานบริการสู่ความเป็นเลิศและให้ผู้ประกอบการมีความสามารถในการแข่งขัน (Smart Service)

4) พัฒนาและยกระดับองค์กรให้มีสมรรถนะสูง (Smart Organization)

5) พัฒนาสารสนเทศและองค์ความรู้ด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ทันสมัย (Smart Information)

การพัฒนาการคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ ในยุค Thailand 4.0 นั้น จะมุ่งเน้นการนำนวัตกรรมใหม่ๆ และระบบอิเล็กทรอนิกส์มาพัฒนาระบบราชการเพื่อพัฒนาเศรษฐกิจของประเทศและคุณภาพชีวิตของประชาชนในการบริโภคผลิตภัณฑ์สุขภาพ

เป้าหมาย: ผู้บริโภคปลอดภัย ผู้ประกอบการก้าวไกล ระบบคุ้มครองสุขภาพไทยยั่งยืน

วิสัยทัศน์: คุ้มครองผู้บริโภคและส่งเสริมผู้ประกอบการด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ เพื่อประชาชนสุขภาพดี

พันธกิจ:

1) พัฒนาผู้บริโภคให้มีศักยภาพในการดูแลตนเอง เพื่อการบริโภคผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ปลอดภัย ถูกต้องและเหมาะสม

2) ส่งเสริมและพัฒนากิจการประกอบการให้มีศักยภาพแข่งขันได้ในระดับสากล เพื่อเพิ่มมูลค่าทางเศรษฐกิจของประเทศ

3) ควบคุม กำกับดูแลผลิตภัณฑ์สุขภาพให้มีคุณภาพปลอดภัย และมีประสิทธิผล

4) ส่งเสริมความมั่นคงด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ เพื่อให้คนไทยสามารถเข้าถึงได้ในยามปกติและภาวะฉุกเฉิน

13.3.2 การคุ้มครองผู้บริโภคด้านความปลอดภัยของผลิตภัณฑ์สุขภาพ

การคุ้มครองผู้บริโภคด้านของผลิตภัณฑ์สุขภาพเป็นหน้าที่ที่พึงดำเนินการตามแนวนโยบายพื้นฐานแห่งรัฐ อีกทั้งเป็นสิทธิขั้นพื้นฐานของพลเมืองที่ต้องได้รับความคุ้มครองจากรัฐให้สามารถดำรงชีวิตอยู่ได้อย่างคุณภาพ การคุ้มครองผู้บริโภคจึงมีความจำเป็นอย่างยิ่ง เพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชน ซึ่งผลการดำเนินการดังนี้

1) การจัดการผลิตภัณฑ์สุขภาพที่มีความเสี่ยง

สถานการณ์ด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพในยุคที่มีการเปลี่ยนแปลงอย่างมากของประเทศไทย ทั้งในด้านเทคโนโลยี สังคม วัฒนธรรมและเศรษฐกิจ ส่งผลกระทบให้เกิดปัญหาปัญหาผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ผิดกฎหมายและความเสี่ยงที่จะเกิดผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ไม่ปลอดภัยมากขึ้น ดังนั้นการจัดการกับผลิตภัณฑ์กลุ่มที่มีความเสี่ยงต่อสุขภาพภายใต้มาตรการต่างๆ ทั้งด้านการประเมินความเสี่ยง การจัดการความเสี่ยงและการสื่อสารความเสี่ยงด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ จึงเป็นหัวใจหลักในการแก้ไขและป้องกันปัญหาที่อาจจะเกิดขึ้นในอนาคตสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา และภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง ได้ดำเนินการจัดการผลิตภัณฑ์ที่เป็นกลุ่มเสี่ยงที่สำคัญได้แก่ ยา วัตถุเสพติดที่ใช้ในการแพทย์เครื่องมือแพทย์ อาหาร เครื่องสำอาง และวัตถุอันตรายที่ใช้ในบ้านเรือนพบว่า ผลวิเคราะห์กลุ่มเสี่ยงเหล่านี้ผ่านมาตรฐานกว่าร้อยละ 90 ดังรายละเอียดตามตารางที่ 13.6

ตารางที่ 13.6 ผลวิเคราะห์ผลิตภัณฑ์สุขภาพกลุ่มเสี่ยงปี 2560

ผลิตภัณฑ์	รายการ	จำนวน (ตัวอย่าง)	ผ่านมาตรฐาน (ตัวอย่าง)	ร้อยละที่ผ่าน มาตรฐาน
อาหาร	ผลิตภัณฑ์เสริมอาหารไ	5	5	100
	ผลิตภัณฑ์จากแป้ง	23	21	91.30
ยา	Aspirin	22	22	100
วัตถุออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาท	Clonazepam	8	8	100
	Diazepam	25	25	100
เครื่องมือแพทย์	กลุ่มเครื่องมือแพทย์ปราศจากเชื้อ	37	35	94.59
	กระบอกฉีดยา	13	13	100
	ถุงมือสำหรับตรวจโรค	17	17	100
เครื่องสำอาง	เครื่องสำอางผสมสาร whitening	95	95	100
	เครื่องสำอางกลุ่ม color make up	17	17	100
	ผลิตภัณฑ์ย้อมผม/เปลี่ยนสีผม	36	36	100
	ผลิตภัณฑ์แชมพูสระผม	50	47	94.00
	ผลิตภัณฑ์ยาสีฟัน น้ำยาบ้วนปาก	51	49	96.07
	ผลิตภัณฑ์แป้งฝุ่น แป้งโรยตัว	25	24	96.00
วัตถุอันตรายที่ใช้ในบ้านเรือน	ผลิตภัณฑ์กำจัดลูกน้ำยุง	30	30	100

ที่มา: กองแผนงานและวิชาการ สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา กระทรวงสาธารณสุข

2) ความปลอดภัยของผลิตภัณฑ์สุขภาพและสถานประกอบการด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ

(1) ความปลอดภัยของผลิตภัณฑ์สุขภาพ

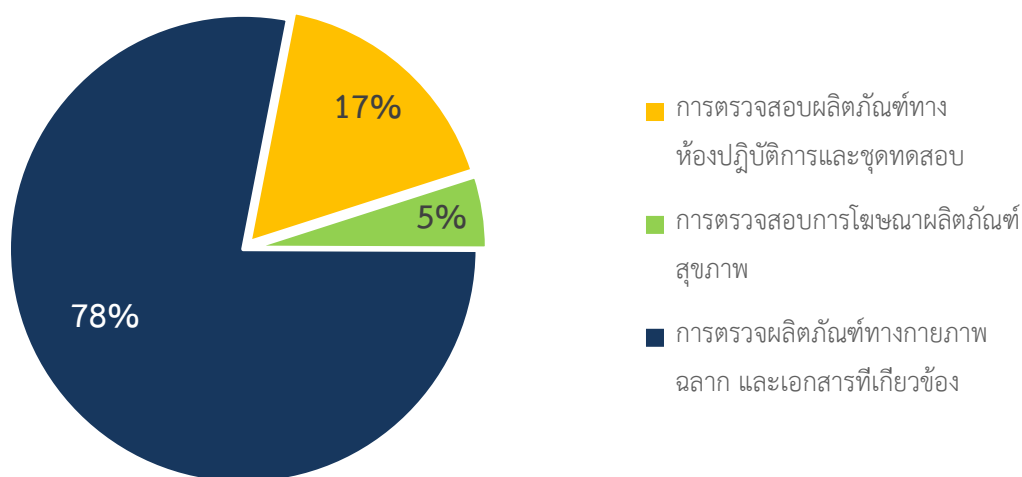
การเฝ้าระวังความปลอดภัยด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพเป็นหนึ่งในภารกิจที่สำคัญของการคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ ในปี พ.ศ. 2560 มีการตรวจสอบเพื่อเฝ้าระวังความปลอดภัยด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพที่สำคัญ คือ

1) การตรวจสอบผลิตภัณฑ์ทางห้องปฏิบัติการและชุดทดสอบจำนวน 82,757 รายการ

2) การตรวจสอบโฆษณาผลิตภัณฑ์สุขภาพ จำนวน 25,847 รายการ

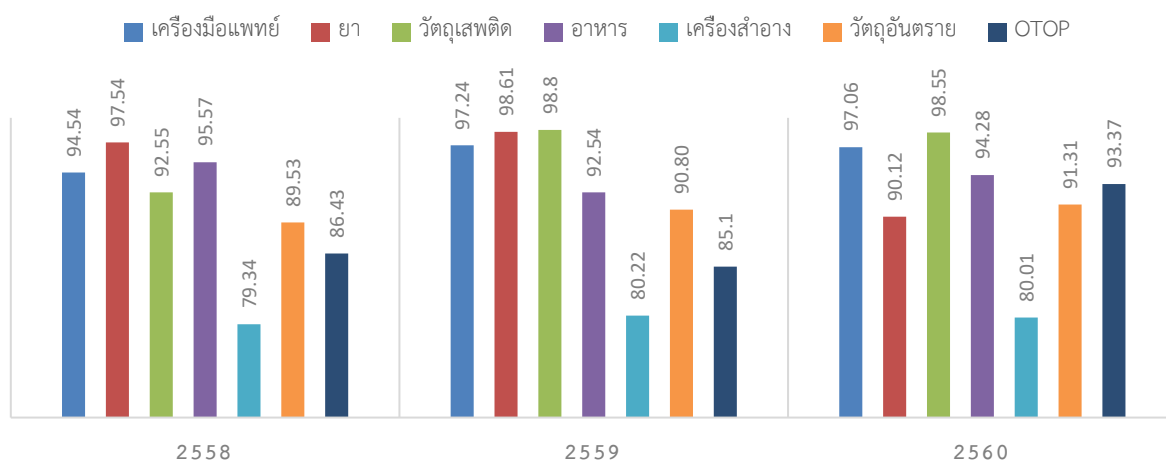
3) การตรวจสอบผลิตภัณฑ์ทางกายภาพ ฉลากและเอกสารที่เกี่ยวข้อง จำนวน 390,566 รายการ ซึ่งมากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 78 ของการตรวจสอบทั้งหมด (ภาพที่ 13.15 และ 13.16)

ภาพที่ 13.15 การตรวจสอบผลิตภัณฑ์สุขภาพปี พ.ศ. 2560



ที่มา: กองแผนงานและวิชาการ สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา กระทรวงสาธารณสุข

ภาพที่ 13.16 ร้อยละของการผ่านมาตรฐานการตรวจสอบความปลอดภัยของผลิตภัณฑ์สุขภาพปี 2556-2560

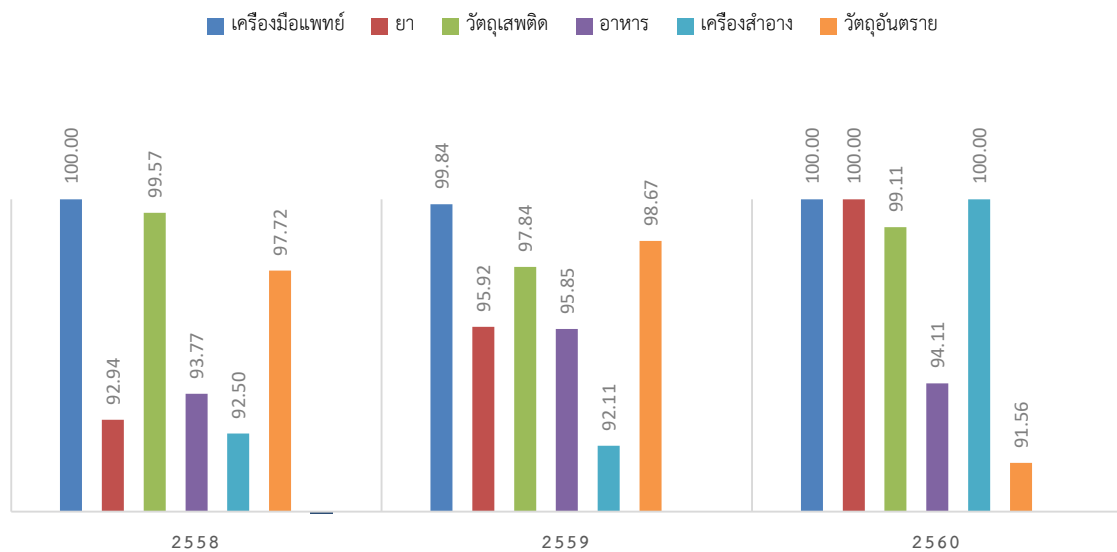


ที่มา: กองแผนงานและวิชาการ สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา กระทรวงสาธารณสุข

(2) มาตรฐานสถานประกอบการผลิตภัณฑ์สุขภาพ ในปี 2560 มีการตรวจสอบสถานที่ผลิต - นำเข้า - และจำหน่ายอาหาร สถานที่ผลิตยาแผนปัจจุบัน-ยาแผนโบราณ นำส่งยา-ร้านขายยาแผนปัจจุบัน-ร้านขายยาเฉพาะยาบรรจุเสร็จที่มีไซยาไนด์-ร้านขายยาเฉพาะยาบรรจุเสร็จสำหรับสัตว์และร้านขายยาแผนโบราณ สถานที่ผลิต - นำเข้า - และขายเครื่องมือแพทย์ สถานที่ผลิต - นำส่ง - และจำหน่ายเครื่องมือสำอาง สถานที่ผลิต - นำส่ง - และครอบครองวัตถุดิบสมุนไพรเพื่อใช้รับจ้างและสถานประกอบการวัตถุเสพติด มีสถานประกอบการผ่าน

มาตรฐานตามเกณฑ์ที่กฎหมายกำหนดจำนวน 6,017 แห่ง จากทั้งหมด 6,146 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 97.90 และจากข้อมูลในปี 2558-2560 พบว่า ร้อยละของสถานประกอบการที่ผ่านการตรวจสอบและเข้ามาตรฐานมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น (ภาพที่ 13.17) โดยเมื่อพิจารณาแล้ว จะเห็นว่าเครื่องมือแพทย์สามารถรักษามาตรฐานสถานประกอบการไว้ได้มากที่สุด สำหรับยา และเครื่องมือสำอาง ได้พัฒนามาตรฐานให้สูงขึ้นจนสามารถผ่านมาตรฐานทั้งหมดที่เข้าตรวจสอบ แต่สำหรับวัตถุดิบสมุนไพรที่มีการผ่านมาตรฐานที่ลดลง

ภาพที่ 13.17 ร้อยละของการสถานประกอบการที่ผ่านการตรวจสอบมาตรฐานปี 2558-2560



ที่มา: กองแผนงานและวิชาการ สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา กระทรวงสาธารณสุข

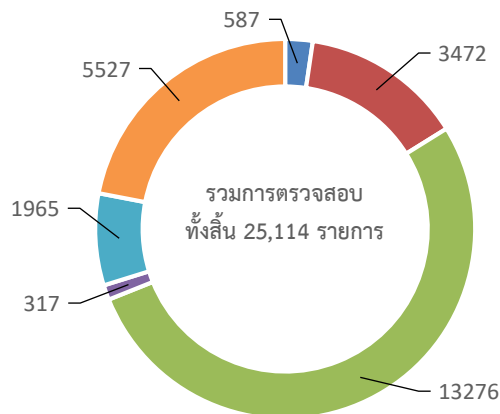
สำหรับการพัฒนาสถานประกอบการให้ได้มาตรฐานสากล โดยเครื่องมือแพทย์ต้องได้มาตรฐาน ISO13485 ยาแผนโบราณ ต้องได้มาตรฐาน GMP PICS เครื่องสำอาง ต้องได้มาตรฐาน ASEAN GMP และวัตถุดิบทรายต้องได้มาตรฐาน GMP สมควรใจ โดยจะเห็นว่าสถานประกอบการผลิตภัณฑ์เครื่องสำอางได้มาตรฐานสากลที่สุด

3) การจัดการปัญหาโฆษณาผลิตภัณฑ์สุขภาพ

การโฆษณาผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ผิดกฎหมายนั้นวันมีความซับซ้อน มีการเผยแพร่ในวงกว้างขึ้น โดยเฉพาะทางอินเทอร์เน็ตทำให้ประชาชนหลงเชื่อและรับผลกระทบที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพและสูญเสียเงินในการจัดการปัญหาต้องดำเนินการทั้งการจัดการในเชิงรุก เชิงรับ และ

เชิงส่งเสริม โดยมีการตรวจสอบและตรวจจับโฆษณาที่ผิดกฎหมาย มีการบูรณาการกับหน่วยงานให้บริการทางอินเทอร์เน็ต มีเครือข่ายเฝ้าระวัง รวมถึงประชาสัมพันธ์และสื่อสารความเสี่ยง จนถึงการยกเลิกเลขสารบบในกรณีที่พบโฆษณาหลอกลวง สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา และภาคส่วนที่เกี่ยวข้องได้ดำเนินการเฝ้าระวังและจัดการปัญหาโฆษณาผลิตภัณฑ์สุขภาพ โดยในปี 2560 มีการเฝ้าระวังโฆษณาผลิตภัณฑ์สุขภาพในสื่อต่างๆ รวม 25,144 รายการ (ภาพที่ 13.18) พบการฝ่าฝืนกฎหมายการโฆษณาผลิตภัณฑ์สุขภาพ ร้อยละ 6.11 (1,536 รายการ) คิดเป็นร้อยละ 6.11 ดำเนินการระงับโฆษณาและดำเนินคดีทุกราย จำนวน 457 เรื่อง

ภาพที่ 13.18 การเฝ้าระวังโฆษณาผลิตภัณฑ์สุขภาพในสื่อต่าง ๆ พ.ศ. 2560



■ นิตยสาร ■ อินเทอร์เน็ต ■ โทรทัศน์ดาวเทียม เคเบิลทีวี ■ นสพ. ■ วิทยุ ■ แผ่นพับ ใบปลิว

ที่มา: ศูนย์จัดการเรื่องร้องเรียนและปราบปรามการกระทำผิดกฎหมายเกี่ยวกับผลิตภัณฑ์สุขภาพ (ศรป.)
สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา กระทรวงสาธารณสุข

เมื่อพบการฝ่าฝืนกฎหมายการโฆษณาผลิตภัณฑ์สุขภาพ ได้ดำเนินการตามมาตรการหลักๆดังนี้

(1) มาตรการทางอาญา

- ระงับการโฆษณาเจ้าของสื่อ
- ระงับการโฆษณาเจ้าของผลิตภัณฑ์
- ระงับการโฆษณาผู้ดำเนินรายการ
- ดำเนินการเปรียบเทียบปรับตามกฎหมาย

(2) มาตรการทางปกครอง

- เพิกถอนผลิตภัณฑ์สุขภาพ ที่มีลักษณะการโฆษณาดังนี้ ผลิตภัณฑ์ที่ไม่ปลอดภัย

- ผิดศีลธรรมอันดีของประชาชน เกิดผลกระทบ ต่อสังคมในวงกว้าง ทำให้เสียโอกาสทางการรักษา มีการ โฆษณารักษาโรคร้ายแรง ไอ้อวด หลอกลวง ไม่เป็นธรรม กับผู้บริโภค หรือพบเป็นการกระทำผิดที่ซ้ำซาก

(3) มาตรการบูรณาการบังคับใช้กฎหมายกับ หน่วยงานอื่น

- แจ้งการระงับโฆษณา (เจ้าของสื่อวิทยุ โทรทัศน์ ให้สำนักงาน กสทช.ทราบ

- ส่งเรื่องให้กรมสอบสวนคดีพิเศษ ดำเนินการ ทางคดีพิเศษ

- ส่งเรื่องให้กรมสรรพากร ดำเนินมาตรการ ทางภาษี

4) การปราบปรามการกระทำผิดกฎหมาย ผลิตภัณฑ์สุขภาพ

จากการสืบสวน ประมวลหลักฐาน เพื่อดำเนิน การทางกฎหมายเกี่ยวกับผลิตภัณฑ์สุขภาพ รวมถึงการ ดำเนินการตรวจสอบสถานประกอบการยึดอายุัดใน การกระทำผิดเกี่ยวกับการลักลอบนำเข้า

การจำหน่ายและการโฆษณาผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ผิด กฎหมาย ในปี 2560 ได้ของกลางจำนวน 703 รายการ มูลค่ารวม 11.649 ล้านบาท ซึ่งหนึ่งในนั้นมีการจับกุม ดำเนินคดีที่มูลค่าความเสียหายหลายล้านบาทหลาย รายการ สำหรับการดำเนินการในระยะต่อไปนั้นจะ เน้นมาตรการเชิงรุกเพิ่มขึ้น เช่น จัดการปัญหาโฆษณา ผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ฝ่าฝืนกฎหมายในสื่ออินเทอร์เน็ต การ ประสานให้ผู้บริการอินเทอร์เน็ตในการระงับหรือปิดกั้น โฆษณาที่ไม่ถูกต้อง การรายงานการกระทำผิดกฎหมาย ผ่านสื่อสังคมออนไลน์ จะการบูรณาการบังคับใช้กฎหมาย ให้เข้มข้นขึ้น โดยเพิ่มมาตรการจากหน่วยงานอื่นๆ เช่น มาตรการ คดีพิเศษ มาตรการภาษี จะพัฒนาระบบบริการ

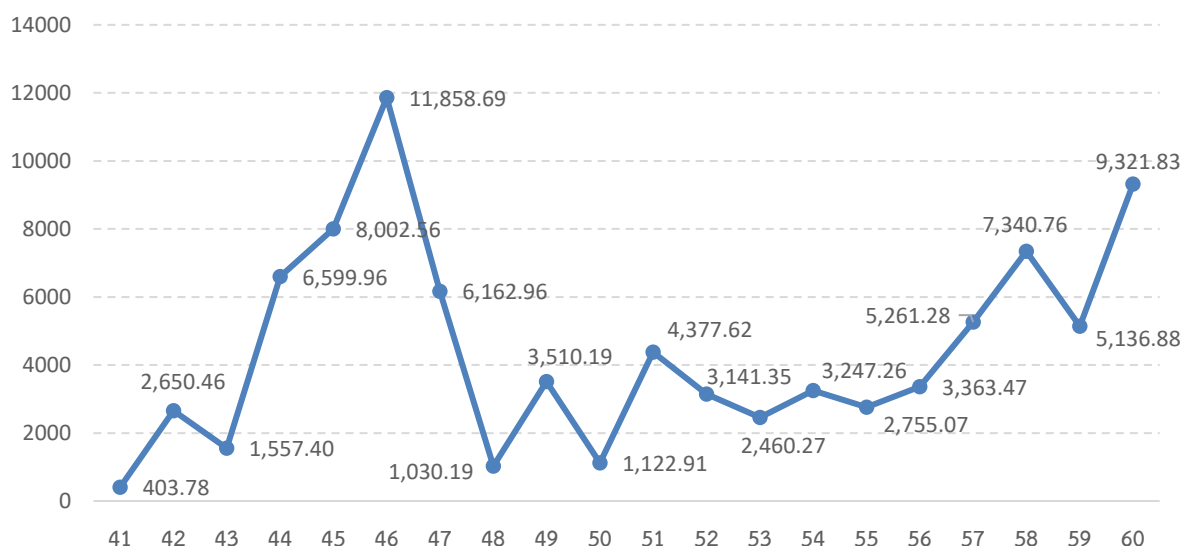
เรื่องร้องเรียนสายด่วน อย. 1556 (Call Center) ให้เชื่อมโยงข้อมูลการจัดการระหว่างส่วนกลางและส่วนภูมิภาค และพัฒนาศักยภาพเจ้าหน้าที่ทั้งในด้านการทักษะการสื่อสารและทักษะความรู้ด้านการบังคับใช้กฎหมายที่เกี่ยวข้อง

5) การเผาทำลายยาเสพติดให้โทษของกลาง

อีกภารกิจที่สำคัญประการหนึ่งของการคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ คือ การเก็บรักษาและทำลายยาเสพติดให้โทษของกลางที่คดีสิ้นสุดแล้ว โดยจะดำเนินการเผาทำลายในวันต่อต้านยาเสพติดโลก วันที่ 26 มิถุนายน ของทุกปี ณ ศูนย์บริหารสารเสพติดและสิ่งแฉดล้อม นิคมอุตสาหกรรม บางปะอิน จังหวัดพระนครศรีอยุธยา ด้วยการเผาทำลายในเตาเผาความร้อนสูง ระบบ Pyrolytic incineration ซึ่งเป็นกระบวนการเผาทำลายที่ไม่ทำลายสิ่งแฉดล้อม ปี 2560 มีการเผาทำลายยาเสพติดให้โทษของกลางที่คดีสิ้นสุดแล้ว จำนวน 9,321 กิโลกรัม (ภาพที่ 13.19) จาก 6,546 คดี รวมมูลค่า

20,719 ล้านบาท และมีของกลางกัญชาและพืชกระท่อมอีก 6,853 กิโลกรัม มูลค่า 54 ล้านบาท ยาเสพติดที่พบมากที่สุดคือ เมทแอมเฟตามีน แอมเฟตามีน ปริมาณ 9,071.81 กิโลกรัม เพิ่มขึ้นร้อยละ 48.60 เมื่อเทียบกับปี 2559 และยังพบว่ายาเสพติดกลุ่มเฮโรอีนและเอ็กซ์ตาซี มีแนวโน้มลดลง กว่า 40 ปี ที่กระทรวงสาธารณสุข โดยสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา ได้ดำเนินการเก็บรักษาและทำลายยาเสพติดให้โทษของกลาง รวมกว่า 122,453.68 กิโลกรัม มูลค่าประมาณ 183,645 ล้านบาท โดยเป็นยาเสพติดกลุ่มเมทแอมเฟตามีน แอมเฟตามีน ปริมาณ 68,707.59 กิโลกรัม คิดเป็นร้อยละ 56.11 ของยาเสพติดที่เผาทำลายทั้งหมด โดยเป้าหมายสูงสุดคือ ทำให้กระบวนการทำลายยาเสพติดให้โทษของกลางครบถ้วน ถูกต้องตามขั้นตอนทางกฎหมาย มีการดำเนินการที่รัดกุม รวมถึงควบคุม กำกับ ดูแล ไม่ให้รั่วไหลออกมาทำร้ายประชาชนได้

ภาพที่ 13.19 น้ำหนักยาเสพติดของกลางรวม (กิโลกรัม) จำแนกรายปี พ.ศ. 2541-2560



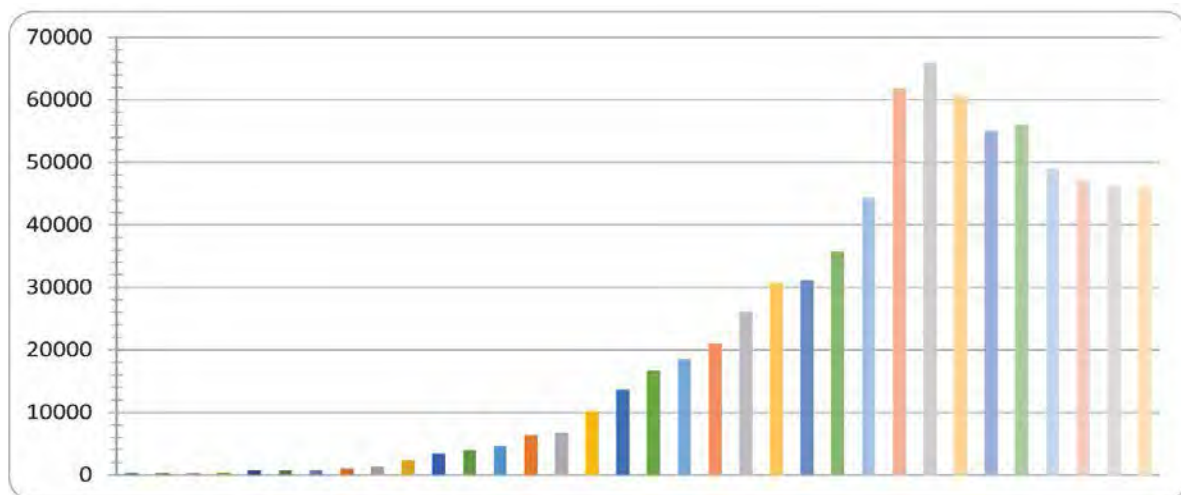
ที่มา: กองควบคุมวัตถุเสพติด สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา กระทรวงสาธารณสุข

6) รายงานสถานการณ์อาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ผลิตภัณฑ์สุขภาพ

ระบบการเฝ้าระวังความปลอดภัยด้านยา เป็นระบบสากลขององค์การอนามัยโลก (WHO) ภายใต้โครงการ WHO Programme for International Drug Monitoring ซึ่งมีสมาชิกกว่า 120 ประเทศ และสมาชิกสมทบอีกประมาณ 20 ประเทศ เข้าร่วมโครงการดังกล่าว โดยร่วมกันจัดทำระบบเฝ้าระวังความปลอดภัยด้านยาในระดับสากลขึ้น โดยมี Uppsala Monitoring Center (UMC) ซึ่งตั้งอยู่ในประเทศสวีเดน เป็นผู้บริหารจัดการฐานข้อมูลอาการไม่พึงประสงค์ระดับนานาชาติ (WHO International Database: WHO Vigibase) โดยประเทศไทยเป็นสมาชิกลำดับที่ 26 ของโครงการเมื่อปี พ.ศ. 2527 เพื่อดำเนินการติดตามอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา (adverse drug reaction: ADR) ของประเทศไทย โดยได้มีการจัดทำรายงานต่อ WHO อย่างต่อเนื่อง ปัจจุบันประเทศไทยได้รับการจัดอันดับ

คุณภาพของการรายงานที่คะแนน 0.75 จากคะแนนเต็ม 1 จากข้อมูลของศูนย์เฝ้าระวังความปลอดภัยด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา กระทรวงสาธารณสุข ได้รับรายงานอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ผลิตภัณฑ์สุขภาพ จากสมาชิกเครือข่ายทั่วประเทศ ทั้งส่วนของสถานพยาบาลของรัฐ ร้ายยา ผู้ประกอบการเครื่องมือแพทย์ และได้มีการตรวจจับและประเมินสัญญาณความเสี่ยง(signal detection and assessment) เพื่อประเมินเชิงเหตุผลระหว่างยาที่สงสัยกับเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ที่พบจากการจัดการความเสี่ยงด้านยา และประสานความร่วมมือ โดยตั้งแต่ปี พ.ศ. 2527 ถึง 2560 มีรายงานเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากการใช้ผลิตภัณฑ์สุขภาพ ที่มีข้อมูลครบถ้วนสามารถนำมาวิเคราะห์ได้ จำนวน 748,588 รายงาน โดยในปี 2560 มีจำนวนรายงานทั้งสิ้น 45,954 รายงาน ส่วนใหญ่เป็นการรายงานเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากการใช้ผลิตภัณฑ์ยา (ภาพที่ 13.20)

ภาพที่ 13.20 จำนวนรายงานอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา พ.ศ. 2527-2560



ที่มา: กองแผนงานและวิชาการ สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา กระทรวงสาธารณสุข

13.3.3 การส่งเสริมสุขภาพด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ เพื่อลดปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพ

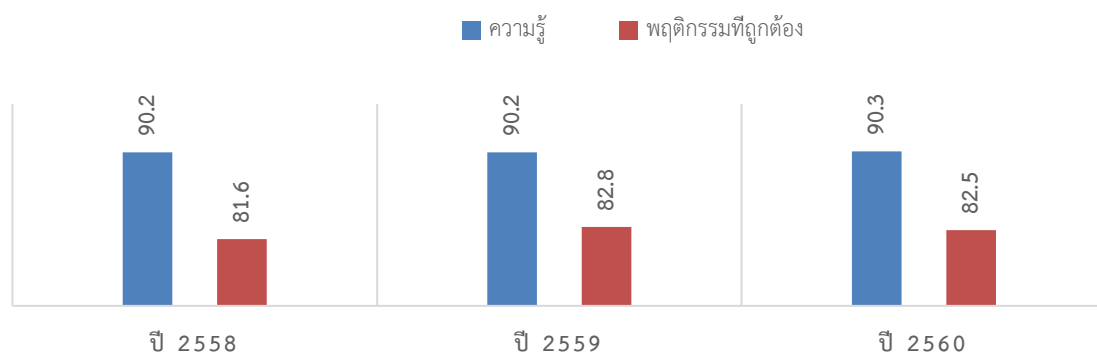
1) ความรู้และพฤติกรรมการบริโภคผลิตภัณฑ์สุขภาพ

เป้าหมายสำคัญของการลดปัจจัยเสี่ยงจากการใช้ผลิตภัณฑ์สุขภาพ คือการให้ประชาชนมีสุขภาพดี

ลดภาวะเสี่ยงการเกิดโรค โดยการรณรงค์และเผยแพร่ข้อมูลข่าวสารสู่ประชาชน ให้ประชาชนมีความรู้ และมีพฤติกรรมการบริโภคที่ถูกต้อง ผ่านสื่อมวลชน โทรทัศน์ วิทยุ หนังสือพิมพ์ ผ่านสื่อสังคมออนไลน์

Facebook, Twitter Line, Youtube ผ่านเว็บไซต์ ORYOR.COM, FDA.MOPH.GO.TH และผ่าน Oryor smart Application ซึ่งเป็นหนึ่งในกลไกในการให้ความรู้ และส่งเสริมพฤติกรรมการบริโภคผลิตภัณฑ์สุขภาพอย่างถูกต้อง เหมาะสม โดยในช่วงปี 2558-2560 ที่ผ่านมา ผลการสำรวจความรู้และพฤติกรรมการบริโภคในผู้บริโภควงกว้าง(จำนวนประมาณ 3,000 คน) พบว่าแนวโน้มความรู้และพฤติกรรมการบริโภคผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ถูกต้องเหมาะสม เพิ่มขึ้นตามลำดับ (ภาพที่ 13.21)

ภาพที่ 13.21 ร้อยละของประชาชนที่มีความรู้และพฤติกรรมการบริโภคผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ถูกต้อง พ.ศ. 2558-2560



ที่มา: กองพัฒนาศักยภาพผู้บริโภค สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา กระทรวงสาธารณสุข

2) การลดปัจจัยเสี่ยงจากการบริโภคผลิตภัณฑ์อาหารที่ไม่เหมาะสม

ปัจจุบันสถานการณ์ภาวะโภชนาการเกินและการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (non-communicable diseases: NCDs) มีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น ส่วนหนึ่งมาจากการบริโภคผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ไม่เหมาะสมต่อสุขภาพ ดังนั้นการพัฒนาปรับปรุงรูปแบบการแสดงฉลากอาหารให้เป็นเครื่องมืออย่างง่ายในการเลือกซื้อ เลือกบริโภคผลิตภัณฑ์อาหารให้เหมาะสมกับสุขภาพ หรือเลือกผลิตภัณฑ์ที่มีคุณค่าทางโภชนาการที่ดีกว่า โดยได้กำหนดให้ผู้ผลิตผลิตภัณฑ์อาหาร 13 กลุ่มผลิตภัณฑ์ รวม 5,503 ผลิตภัณฑ์ ต้องแสดงฉลากหวาน มัน เค็ม หรือฉลาก GDA (guideline daily amount) ซึ่งจะแสดงค่าพลังงาน น้ำตาล ไขมัน และโซเดียม ในหนึ่งหน่วยบริโภค เช่น ชอง ถู กุ้ง ของ ผลิตภัณฑ์อาหารนั้น โดยฉลากหวาน มัน เค็ม จะแสดง

อยู่ด้านหน้าบรรจุภัณฑ์ และร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องพัฒนาสัญลักษณ์โภชนาการทางเลือกสุขภาพ (Healthier Choice Logo) โดยมีผู้ผลิตผลิตภัณฑ์อาหาร จำนวน 441 ผลิตภัณฑ์ ได้รับตราสัญลักษณ์ดังกล่าว

3) การลดปัจจัยเสี่ยงจากการใช้ผลิตภัณฑ์ยา (rational drug use – antimicrobial resistance: RDU-AMR)

ประชากรทั่วโลกที่เสียชีวิตจากการติดเชื้อดื้อยา ปีละประมาณ 700,000 คน หากไม่มีการกำหนดมาตรการเพื่อแก้ไขปัญหาอย่างจริงจัง คาดว่าจะมีผู้เสียชีวิตสูงถึง 10 ล้านคนต่อปี ในปี พ.ศ. 2593 เกิดผลกระทบต่อเศรษฐกิจถึง 3,500 ล้านล้านบาท สำหรับประเทศไทยคาดการณ์ว่ามีผู้ติดเชื้อดื้อยาประมาณ 80,000 คน เสียชีวิตจากเชื้อดื้อยาประมาณ 38,000 คน และมีมูลค่ายาที่ใช้รักษาประมาณ 2,500-6,000 ล้านบาท

กระทรวงสาธารณสุขได้มีการบูรณาการการจัดการปัญหา AMR ดังนี้

(1) การดำเนินการของภาคส่วนโรงพยาบาล ได้มีนโยบายส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุในโรงพยาบาลทุกแห่ง จำนวน 10,608 โรงพยาบาล (โรงพยาบาล 842 แห่ง รพ.สต. 9,766 แห่ง) จากข้อมูลปี 2560 พบว่ามีการใช้ยาปฏิชีวนะในโรคติดเชื้อทางเดินอาหารส่วนบน และอุจจาระร่วงเฉียบพลัน ลดลงเหลือประมาณร้อยละ 17.69 เท่านั้น

(2) การดำเนินงานของภาคส่วนเอกชน ร้านยา ได้มีร้านยาที่สมัครใจเข้าร่วมโครงการจำนวน 2,231 แห่งทั่วประเทศ ในการให้ความรู้และดูแล ส่งเสริมให้ผู้ป่วยที่มาร้านยาใช้ยาอย่างสมเหตุ

(3) การดำเนินงานของภาคส่วนของชุมชน โดยมุ่งเน้นแก้ไขปัญหาการใช้ยา Steroid และ Antibiotic โดย

มีการเยี่ยมบ้านประมาณ 20,000 ครั้ง/เดือน มีการปรับพฤติกรรมการใช้ยาและควบคุมแหล่งกระจายยา 700 ตำบล

ผลจากการประเมินระบบการจัดการเชื้อมีของประเทศไทยภายใต้กรอบการประเมินร่วมตามกฎอนามัยระหว่างประเทศ พ.ศ. 2548 (International Health Regulation 2005) ของ WHO ซึ่งกำหนดให้ประเทศสมาชิกพัฒนาศักยภาพของประเทศในการตรวจจับ สอบสวน ประเมิน และรายงานข้อมูลสถานการณ์โรคภัยสุขภาพ และภาวะฉุกเฉินด้านสาธารณสุข จากการประเมินของผู้เชี่ยวชาญของ WHO เมื่อปี 2560 ใน 4 ประเด็นหลัก คะแนนเต็มประเด็นละ 5 คะแนน ผลการประเมินของประเทศไทยได้ดังตารางที่ 13.7

ตารางที่ 13.7 ผลจากการประเมินระบบการจัดการเชื้อมีของประเทศไทย

ลำดับ	ประเด็นการประเมิน	ค่าคะแนน (คะแนนเต็ม 5)
1	การเฝ้าระวังและตรวจจับเชื้อมีทางห้องปฏิบัติการจุลชีววิทยา	4 คะแนน
2	การเฝ้าระวังการติดเชื้อที่เกิดจากเชื้อมี	3 คะแนน
3	การป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในสถานพยาบาล	3 คะแนน
4	การควบคุม กำกับดูแลการใช้ยาด้านจุลชีพ	2 คะแนน

ทั้งนี้ประเด็นเร่งด่วนที่ประเทศไทยต้องพัฒนาการแก้ไขปัญหาเชื้อมี คือ

1) จัดทำแผนปฏิบัติการระดับประเทศอย่างละเอียด ในการกำกับ ดูแล ควบคุม การใช้ยาด้านจุลชีพอย่างเหมาะสม ภายใต้แนวคิดสุขภาพหนึ่งเดียว ที่ครอบคลุมการใช้ในคน ในปศุสัตว์ ในการประมงและสัตว์น้ำ ในสัตว์เลี้ยง การเพาะปลูก และสิ่งแวดล้อม

2) พัฒนาและสร้างความเข้มแข็งของระบบเฝ้าระวังแบบบูรณาการ ในการแลกเปลี่ยนและแบ่งปันข้อมูลการเชื้อมีด้านจุลชีพในคนและสัตว์

3) พัฒนาระบบการเฝ้าระวังและตอบโต้ระดับประเทศ โดยติดตามและรายงานผลการติดเชื้อเชื้อมีในโรงพยาบาล และการติดเชื้อจากชุมชนที่บ่งชี้การติดเชื้อที่เกิดจากเชื้อมี

13.3.4 การพัฒนาผู้ประกอบการและส่งเสริม นวัตกรรมด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ

1) ความมุ่งมั่นในการพิจารณาอนุญาต

กระทรวงสาธารณสุขได้ขับเคลื่อนนโยบายของรัฐบาลที่ให้ความสำคัญกับกลุ่มผลิตภัณฑ์สุขภาพ ซึ่งมีมูลค่าการผลิตและการส่งออกสูงมากต่อปี โดยได้ปรับปรุงกระบวนการออกใบอนุญาตผลิตภัณฑ์สุขภาพให้รวดเร็วยิ่งขึ้น เพื่อสนับสนุนการผลิตในประเทศให้มีความคล่องตัวมากขึ้น เช่น การปรับลดระยะเวลาการผลิตในประเทศให้มีความคล่องตัวมากขึ้น เช่น การปรับลดระยะเวลาการพิจารณาอนุญาต ปรับปรุงกฎระเบียบ มอบอำนาจให้ส่วนภูมิภาคดำเนินการใช้อำนาจตามมาตรา 44 และนำระบบ e-submission มาเพิ่มประสิทธิภาพการออกใบอนุญาต

(1) ปรับปรุงแก้ไขระเบียบกฎหมาย ปี 2560

ได้ปรับปรุงแก้ไขและพัฒนากฎระเบียบสำคัญเพื่อลดอุปสรรคของไทยในการพัฒนาอุตสาหกรรมประกอบการด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ จำนวน 31 ฉบับ จำแนกเป็นด้านอาหารจำนวน 6 ฉบับ ด้านยาและวัตถุเสพติดจำนวน 6 ฉบับ ด้านเครื่องมือแพทย์ จำนวน 2 ฉบับ ด้านเครื่องสำอาง จำนวน 3 ฉบับ ด้านการนำเข้าผลิตภัณฑ์สุขภาพ จำนวน 1 ฉบับ และกฎระเบียบเกี่ยวกับการรับและจ่ายเงิน จำนวน 13 ฉบับ

(2) พัฒนาระบบบริการ e-Submission

รัฐบาลไทยกำหนดนโยบายในการผลักดันประเทศไทยให้พัฒนาไปสู่ระบบสังคมและเศรษฐกิจดิจิทัลเพื่อรองรับการพัฒนาประเทศไทยไปสู่ Thailand 4.0 เศรษฐกิจและสังคมดิจิทัล (Digital Society and Economy) ซึ่งเป้าหมายในการให้บริการระบบทางอิเล็กทรอนิกส์ หรือ e-submission ให้มากขึ้น ซึ่งเป็นการปรับกระบวนการทำงานและลดค่าใช้จ่ายของผู้ประกอบการในการเดินทางมาติดต่อราชการรวมทั้งเพิ่ม

ความรวดเร็วและความถูกต้องในการพิจารณาคำขอลดอุปสรรคทางเศรษฐกิจและการค้า โดยเฉพาะอย่างยิ่งบางระบบบริการให้รับการพัฒนาให้เป็นระบบที่ไม่ต้องมีเจ้าหน้าที่พิจารณาคำขอ (Human-free e-Services หรือ Automated Services) ซึ่งเป็นนวัตกรรมที่จะอำนวยความสะดวก

ความสะดวกและรวดเร็วแก่ผู้รับบริการเพื่อรองรับให้การพัฒนาสังคมและเศรษฐกิจดิจิทัลให้สัมฤทธิ์ผลได้อย่างแท้จริง

(3) ทบทวนทะเบียนตำรับยา

เนื่องจากทะเบียนตำรับยามีอายุใช้ได้ตลอดไป ส่งผลให้มียาจำนวนหนึ่งที่อาจมีสมดุลของประโยชน์กับความเสี่ยงแตกต่างจากเดิม เพื่อเป็นการคุ้มครองผู้บริโภค จึงจำเป็นต้องมีการทบทวนทะเบียน

ตำรับยาทั้งระบบ โดยมีการจัดลำดับความสำคัญตามระดับความเสี่ยงของยา และให้เป็นไปตามวิธีการขึ้นทะเบียนตามแต่ประเภทของยาที่แยกกันระหว่างยาชีววัตถุและยาเคมี สำหรับระบบการขึ้นทะเบียนตำรับยาในอนาคต จำเป็นต้องมีการพัฒนาระบบการขึ้นทะเบียน และทบทวนทะเบียนตำรับยาให้เชื่อมโยงเป็นระบบเดียว ด้วยระบบการจัดการความเสี่ยง เพื่อให้การประเมินประโยชน์และความเสี่ยงของยาได้อย่างต่อเนื่อง ตลอดจนวงจรชีวิตของผลิตภัณฑ์ยา โดยดำเนินการทบทวนทะเบียนตำรับยาและได้พัฒนาระบบต้นแบบการขึ้นทะเบียนตำรับยาระหว่างการวิจัยที่เน้นการพัฒนาใน 3 องค์ประกอบ คือ ระบบการจัดประเภทผลิตภัณฑ์ ระบบการขึ้นทะเบียนตำรับยาและการพิจารณาระหว่างการวิจัยแบบขั้นบันได และระบบให้คำแนะนำรองรับการวิจัยยา

2) ความมุ่งมั่นในการส่งเสริมผู้ประกอบการ

(1) สนับสนุนภาคอุตสาหกรรมผลิตยาและเครื่องมือแพทย์ภายในประเทศ

ทำการยกระดับมาตรฐานอุตสาหกรรมยา PIC/S หลังจากประเทศไทย ได้รับการรับรองให้ สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา เป็นหน่วยตรวจประเมิน GMP จากประเทศสมาชิก PIC/S (Pharmaceutical Inspection Co-operation Scheme Good Manufacturing Practice) ในลำดับที่ 49 เมื่อวันที่ 1 สิงหาคม 2559

ปัจจุบันมีโรงงานผลิตยาในประเทศไทยได้รับการยกระดับจาก GMP เป็น PIC/S GMP และได้รับการรับรองมาตรฐาน PIC/S GMP แล้ว 173 แห่ง เป็นยาแผนปัจจุบัน 150 แห่ง จาก 173 แห่ง (ร้อยละ 86.7) และแผนโบราณ

23 แห่ง จาก 54 แห่ง (ร้อยละ 42.6) PIC/S GMP นอกจากนี้จะเป็นเครื่องประกันว่า ยาที่ผลิตมีคุณภาพ ประสิทธิภาพ และความปลอดภัยในทุกพื้นที่ผลิตและทัตเทียมยาต่างประเทศแล้ว ผู้ประกอบการไทยยังสามารถเปิดตลาดในต่างประเทศได้กว้างขึ้น โดยเฉพาะประเทศสมาชิก PIS/C ซึ่งเป็นประเทศที่มีมาตรฐานสูงด้านสุขอนามัย เช่น ออสเตรเลีย ออสเตรีย เบลเยียม คานาดา เดนมาร์ค ฟินแลนด์ เยอรมัน กรีซ ฮังการี รวมถึงประเทศสมาชิกอาเซียน ที่จะขยายตลาดจากผู้บริโภคกว่า 600 ล้านคนในตลาดอาเซียน

(2) สนับสนุนการผลิตยาไบโอฟาร์มา

นับเป็นก้าวที่สำคัญของไทย ในการพัฒนาเทคโนโลยีทางการแพทย์ที่สามารถผลิตยาไบโอฟาร์หรือยาชีววัตถุมาใช้เองในประเทศ ทำให้ผู้ป่วยที่เป็นโรคเรื้อรังสามารถเข้าถึงยาได้มากขึ้น โดยไม่ต้องจ่ายค่ายาในราคาแพง ยาไบโอฟาร์มา คือ สารที่เลียนแบบโปรตีนที่มีหน้าที่ควบคุมระบบต่างๆ ของร่างกาย จึงเป็นที่ต้องการของตลาดยาที่รักษาโรคร้ายแรง เช่น โรคมะเร็ง โรคภูมิแพ้ตัวเอง เบาหวาน โรคไต เป็นต้น ซึ่งมีมูลค่าตลาดโลกสูงถึง 8 ล้านล้านบาทต่อปี และยังมีอัตราการเติบโตสูงกว่าร้อยละ 10 โดยในช่วง 15 ปี ที่ผ่านมา ประเทศไทยใช้ยาดังกล่าวมากกว่า 1.6 หมื่นล้านบาท นำเข้าจากต่างประเทศทั้งหมดและมีราคาสูง ทำให้ผู้ป่วยเข้าถึงยาได้เพียงร้อยละ 2 หรือประมาณ 1 แสนรายจาก 5 ล้านราย ปัจจุบันมีบริษัท สยามไบโอไซเอน์ ได้รับการขึ้นทะเบียนตำรับยาไบโอฟาร์มา ซึ่งสามารถผลิตยาได้เองและวางจำหน่ายในตลาดแล้ว

2 รายการ คือ ยาบำบัดภาวะเลือดจางในผู้ป่วยโรคไตและยาลำบัตภาวะเสี่ยงการติดเชื้อในผู้ป่วยมะเร็ง ส่งผลให้ยานำเข้าใน 2 รายการนี้มีราคาลดลงกว่าร้อยละ 50 สามารถประหยัดงบประมาณได้กว่า 3,000 ล้านบาท รวมทั้งยังช่วยเพิ่มจำนวนผู้ป่วยที่เข้าถึงยาได้กว่าเท่าตัว

(3) ผลิต/นำเข้าทดแทนยาต้นแบบเพื่อความมั่นคง เสริมสร้างเศรษฐกิจ

ปัจจุบัน ยาเป็นค่าใช้จ่ายสำคัญของระบบประกันสุขภาพ โดย ในปี 2558 มีมูลค่ายา รวม 162,914 ล้านบาท ในขณะที่ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ ปี 2557 มี

มูลค่า 409,313 ล้านบาท โดยมูลการนำเข้ามีสัดส่วนสูงกว่าการผลิต 2:1 และร้อยละ 37.0 ของรายการยาในบัญชีหลักแห่งชาติ ยังไม่สามารถผลิตได้ในประเทศ ขณะที่ศักยภาพอุตสาหกรรมการผลิตยาแผนปัจจุบันอยู่ในระดับต่ำสุดเมื่อเทียบกับอุตสาหกรรมสุขภาพอื่น ประเทศไทยจึงต้องเร่งบูรณาการมาตรการเพื่อการเข้าถึงยา ควบคุมค่าใช้จ่ายและสร้างเศรษฐกิจ โดยกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงพาณิชย์ กระทรวงอุตสาหกรรม กระทรวงการต่างประเทศ สำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติและผู้ผลิตยาภาคเอกชน ร่วมกันจัดทำแผนการพัฒนายาตามบัญชียามุ่งเป้า ซึ่งเป็นยาราคาแพงที่มีการใช้มาก ยาที่มีศักยภาพส่งออกสร้างรายได้ และยาสมุนไพรที่วิจัยพัฒนาในประเทศ โดยมีมาตรการเร่งด่วน ได้แก่ การจัดทำข้อมูลสถานะสิทธิบัตรยา

การกำหนดช่องทางเร่งด่วนขึ้นทะเบียนตำรับยา และการส่งเสริมการผลิตและวิจัยพัฒนายาในประเทศ รวมถึงการจัดทำรายการยาตามบัญชียามุ่งเป้า จำนวน 144 รายการ

(4) ผลิตภัณฑ์สุขภาพนวัตกรรม

จากการที่รัฐบาลมีนโยบายให้ความสำคัญต่อการวิจัย การพัฒนาต่อยอดผลการวิจัย และการสร้างนวัตกรรมภายในประเทศ เพื่อนำไปสู่การผลิตผลิตภัณฑ์และบริการที่ทันสมัย สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยาได้สนองนโยบายรัฐบาลโดยผลักดันส่งเสริมผลงานนวัตกรรมด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพให้ผู้วิจัยและผู้ประกอบการสร้างนวัตกรรมด้วยการให้ความรู้และคำปรึกษาแก่ผู้วิจัย รวมทั้งสร้างความร่วมมือกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อผลักดันให้เกิดนวัตกรรมยาและเครื่องมือแพทย์ที่มีคุณภาพ มาตรฐานและความปลอดภัย เช่น สำนักงานพัฒนาวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีแห่งชาติ (สวทช.) สำนักงานคณะกรรมการนโยบายวิทยาศาสตร์ เทคโนโลยี และนวัตกรรมแห่งชาติ (สวทน.) ศูนย์ความเป็นเลิศด้านชีววิทยาศาสตร์ (องค์การมหาชน) (TCEL) และสำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย (สกว.) เป็นต้น นอกจากนี้ ยังได้ลงพื้นที่ให้ความรู้และคำปรึกษาแก่นักวิจัยในสวนภูมิภาคเพื่อสนับสนุนนวัตกรรมเครื่องมือแพทย์โดยเฉพาะอย่างยิ่ง นวัตกรรมที่ใช้ยาพาราเป็นวัตถุดิบ รวมทั้งการ

จัดประชุมระหว่างผู้ผลิตและนักประดิษฐ์นวัตกรรมหรือนักวิจัยด้านเครื่องมือแพทย์เพื่อต่อยอดเชิงพาณิชย์ ตลอดจนการจัดทำโครงการสำรวจและพัฒนาห้องปฏิบัติการทดสอบด้านเครื่องมือแพทย์เพื่อสนับสนุนและรองรับการพัฒนานวัตกรรมและอุตสาหกรรมด้านเครื่องมือแพทย์ของไทย อีกทั้ง ได้ลงนามข้อตกลงร่วมมือกับ สวทช. ด้านการวิจัยพัฒนา การประเมินสมรรถนะการทำงานความปลอดภัย และการตรวจสอบหรือตรวจวิเคราะห์ผลิตภัณฑ์เครื่องมือแพทย์ ซึ่ง สำนักงานพัฒนาวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีแห่งชาติ (สวทช.) มีศูนย์ทดสอบผลิตภัณฑ์ไฟฟ้า และอิเล็กทรอนิกส์ (PTEC) เป็นห้องปฏิบัติการทดสอบผลิตภัณฑ์เครื่องมือแพทย์ประเภทไฟฟ้าและอิเล็กทรอนิกส์

ปัจจุบันมีเครื่องมือแพทย์ที่เป็นนวัตกรรมสุขภาพที่อนุมัติแล้ว 8 รายการ และยาจากสมุนไพร 4 รายการ คือ ยา สเปรย์กระดุกไก่อดำ ยาแคปซูลสารสกัดขมิ้นชัน ยาอมหญ้าดอกขาว ยาครีมพริกขี้หนูให้วันละหนึ่งครั้ง ยาเคมีทดแทนการนำเข้า 3 รายการคือ ยาโรคสมองเสื่อม ยาโรคลมชัก ยารักษาโรคมะเร็งเม็ดโลหิตขาวชนิดมัยอีโลมา และยังมียาใหม่ ยาชีววัตถุใหม่ที่ได้รับการขึ้นทะเบียนตำรับยาแล้วกว่า 51 รายการ

(5) ส่งเสริมอุตสาหกรรมการผลิตผลิตภัณฑ์อาหาร ประเทศไทยเป็นประเทศที่อุดมสมบูรณ์และศักยภาพการผลิตสู่การเป็นครัวของโลก รัฐบาลจึงได้กำหนดนโยบายครัวไทยสู่ครัวโลก ดังนั้น เพื่อสร้างความเชื่อมั่นต่อผลิตภัณฑ์อาหารที่ผลิตในประเทศไทยให้แก่ผู้บริโภคทั้งในประเทศและต่างประเทศ กระทรวง

สาธารณสุขจึงได้นำหลักเกณฑ์วิธีการที่ดีในการผลิตอาหารสากล หรือ GMP (Good Manufacturing Practice) มาเป็นเกณฑ์ตั้งแต่ปี 2543 บังคับใช้กับกลุ่มอาหารประเภทอาหารที่มีความเสี่ยงสูง และอาหารที่มีความพร้อมซึ่งตลอดระยะเวลาที่ผ่านมาได้เพิ่มความเข้มงวดของเกณฑ์การประเมินและเพิ่มการบังคับใช้ให้เพิ่มความครอบคลุมทุกประเภทของอาหารยิ่งขึ้น ปัจจุบันมีอาหารที่ต้องปฏิบัติตามหลักเกณฑ์ดังกล่าว 57 ประเภท เพื่อให้ไทยมีภาพลักษณ์ที่ดี เป็นที่ยอมรับ สามารถลดข้อโต้แย้งจากการกีดกันทางการค้าด้วยมาตรฐาน เพื่อเป็นการคุ้มครองผู้บริโภคและยกระดับมาตรฐานการบริโภคของผู้บริโภคให้สามารถบริโภคอาหารที่ปลอดภัยและมีคุณภาพมาตรฐาน ป้องกันการติดตลาดสินค้าอาหารจากข้อตกลงการรวมกลุ่มประชาคมอาเซียน เมื่อปี 2559 ที่ครอบคลุมยิ่งขึ้น กระทรวงสาธารณสุขจึงได้ออกประกาศกระทรวงสาธารณสุข (ฉบับที่ 342) พ.ศ. 2555 เรื่อง วิธีการผลิตเครื่องมือใช้ในการผลิต การเก็บรักษาอาหารแปรรูปพร้อมจำหน่ายหรือ “Primary GMP” ให้เป็นหลักเกณฑ์วิธีการที่ดีในการผลิตขั้นต้นสำหรับกลุ่มอาหารพร้อมปรุง อาหารสำเร็จรูปพร้อมบริโภคทันที และกลุ่มอาหารส่วนใหญ่ได้แก่ อาหารทั่วไปที่เป็นของฝาก อาหารพื้นเมืองวิสาหกิจชุมชนและสินค้าอาหารหนึ่งตำบลหนึ่งผลิตภัณฑ์ (OTOP) ไม่รวมกลุ่มอาหารที่จำหน่ายโดยตรงต่อผู้บริโภค และที่เป็นวัตถุดิบให้กับโรงงานแปรรูปอาหาร ภัตตาคาร ร้านอาหาร มีผลบังคับใช้กับผู้ประกอบการรายใหม่และรายเก่า ตั้งแต่ 7 พฤศจิกายน 2558 เป็นต้นไป

บทที่ 14

ระบบควบคุมโรคและภัยสุขภาพที่เป็น ภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข

14.1 สาธารณภัย

สาธารณภัย ตามพระราชบัญญัติป้องกันและบรรเทาสาธารณภัย พ.ศ. 2550 หมายถึง ด้านสาธารณภัย ประกอบด้วย 14 ประเภทภัย คือ (1) อุทกภัยและดินโคลนถล่ม (2) ภัยจากพายุหมุนเขตร้อน (3) ภัยจากอัคคีภัย (4) ภัยจากสารเคมีและวัตถุอันตราย (5) ภัยจากการคมนาคมและขนส่ง (6) ภัยแล้ง (7) ภัยจากอากาศหนาว (8) ภัยจากไฟฟ้าและหมอกควัน (9) ภัยจากแผ่นดินไหวและอาคารถล่ม (10) ภัยจากคลื่นสึนามิ (11) ภัยจากโรคระบาดในมนุษย์ (12) ภัยจากโรคแมลงสัตว์ศัตรูพืชระบาด (13) ภัยจากโรคระบาดสัตว์และสัตว์น้ำ (14) ภัยจากเทคโนโลยีสารสนเทศ ด้านความมั่นคง ประกอบด้วย 4 ประเภทภัย คือ (1) ภัยจากการก่อวินาศกรรม (2) ภัยจากทุ่นระเบิดกับระเบิด (3) ภัยทางอากาศ (4) ภัยจากการชุมนุมประท้วงและการจลาจล

การจัดการภัยพิบัติและสาธารณภัยของประเทศไทย ดำเนินการภายใต้ พระราชบัญญัติป้องกันและบรรเทาสาธารณภัย พ.ศ. 2550 ซึ่งประกาศและมีผลบังคับใช้ตั้งแต่วันที่ 6 พฤศจิกายน พ.ศ. 2550 เป็นกฎหมายหลักในการบริหารจัดการสาธารณภัยของประเทศไทยในปัจจุบัน ซึ่งได้กำหนดขอบเขตการดำเนินการป้องกันและบรรเทาสาธารณภัยครอบคลุมสาธารณภัยทุกประเภท มีองค์กรระดับนโยบายคือ คณะกรรมการป้องกันและบรรเทาสาธารณภัยแห่งชาติ หรือ กปภ.ช. ซึ่งมีนายกรัฐมนตรีหรือรองนายกรัฐมนตรีซึ่งนายกรัฐมนตรีมอบหมายเป็นประธานกรรมการ มีหน้าที่ในการกำหนดนโยบาย

ในการจัดทำแผนการป้องกันและบรรเทาสาธารณภัยแห่งชาติ บูรณาการพัฒนาระบบการป้องกันและบรรเทาสาธารณภัยระหว่างหน่วยงานของรัฐ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และหน่วยงานภาคเอกชนที่เกี่ยวข้อง ให้คำแนะนำ ปกป้องและสนับสนุนการปฏิบัติหน้าที่ในการป้องกันและบรรเทาสาธารณภัย ฯลฯ ปฏิบัติการอื่นใดตามที่บัญญัติไว้ในพระราชบัญญัตินี้หรือกฎหมายอื่นหรือตามที่คณะรัฐมนตรีมอบหมาย มีกรมป้องกันและบรรเทาสาธารณภัยเป็นหน่วยงานกลางของรัฐในการดำเนินการเกี่ยวกับการป้องกันและบรรเทาสาธารณภัยของประเทศ และคณะรัฐมนตรี มีมติเมื่อวันที่ 31 มีนาคม 2558 ได้อนุมัติแผนการป้องกันและบรรเทาสาธารณภัยแห่งชาติ พ.ศ. 2558 ตามที่คณะกรรมการป้องกันและบรรเทาสาธารณภัยแห่งชาติ (กปภ.ช.) เสนอเพื่อใช้เป็นแผนหลักในการบริหารจัดการสาธารณภัยของชาติ ซึ่งแนวคิดลักษณะและวัตถุประสงค์ของแผนการป้องกันและบรรเทาสาธารณภัยแห่งชาติ พ.ศ. 2558 มีลักษณะเป็นแนวคิดการปฏิบัติ หรือ Concept of Operations หรือ CONOPS ในการบริหารจัดการสาธารณภัยของประเทศ โดยยึดแนวคิด การลดความเสี่ยงจากสาธารณภัย (Disaster Risk Reduction) และแนวทางการฟื้นฟูที่ดีกว่าเดิมและปลอดภัยกว่าเดิม (Build Back Better and Safer) ภายใต้การพัฒนาศักยภาพและส่งเสริมให้ท้องถิ่นและชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในการจัดการเพื่อนำไปสู่การจัดการภัยพิบัติอย่างยั่งยืนและสอดคล้องกับหลักสากล (รู้รับ-

ปรับตัว-ฟื้นเร็วทั่ว-อย่างยั่งยืน : Resilience) เป็นกรอบแนวทางปฏิบัติให้แก่หน่วยงานทุกภาคส่วนตั้งแต่ระดับท้องถิ่นถึงระดับประเทศนำไปพิจารณาดำเนินการอย่างบูรณาการ เป็นระบบและสอดคล้องรับกัน เป็นการจัดทำแผนที่สอดคล้องกับแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 11 (พ.ศ. 2555-2559) ยุทธศาสตร์

การเตรียมความพร้อมแห่งชาติ พ.ศ. 2557-2561 และพระราชบัญญัติป้องกันและบรรเทาสาธารณภัย พ.ศ. 2550 และสอดคล้องกับถ้อยแถลงของนายกรัฐมนตรีในการประชุมสหประชาชาติระดับโลกว่าด้วยการลดความเสี่ยงจากภัยพิบัติ เมื่อวันที่ 14 มีนาคม 2558 ณ เมืองเซนได ประเทศญี่ปุ่น

14.2 บทบาทของกระทรวงสาธารณสุขในแผนการป้องกันและบรรเทาสาธารณภัยแห่งชาติ พ.ศ. 2558

สำหรับกระทรวงสาธารณสุข แผนการป้องกันและบรรเทาสาธารณภัยแห่งชาติ พ.ศ. 2558 ได้กำหนดบทบาทหน้าที่ในการจัดการความเสี่ยงจากสาธารณภัยไว้ดังนี้

1. จัดเตรียมความพร้อมสถานพยาบาลทุกระดับในการรับมือกับสาธารณภัย รวมถึงพัฒนาบุคลากรสาธารณสุขและอาสาสมัครให้มีความรู้และทักษะ พร้อมที่จะปฏิบัติงาน เมื่อเกิดสาธารณภัย และป้องกันตนเองจากภัยที่เกิดขึ้นขณะปฏิบัติงาน

2. จัดหาและจัดเตรียมสำรองทรัพยากรทางการแพทย์และสาธารณสุข รวมถึง การพัฒนาทีมปฏิบัติการฉุกเฉินทางการแพทย์ในภาวะฉุกเฉินระดับต่างๆ ที่พร้อมปฏิบัติการช่วยเหลือผู้ประสบภัยอย่างมีประสิทธิภาพ โดยสามารถใช้ประโยชน์ได้ทันทีเมื่อเกิดสาธารณภัย ได้แก่ ทีม Mini MERT ระดับอำเภอ ทีม MERT (Medical Emergency Response Team) ระดับจังหวัด ทีมเฝ้าระวังสอบสวนโรคเคลื่อนที่เร็ว (SRRT)

3. จัดให้มีและพัฒนาระบบสื่อสารเพื่อการประสานงานและสั่งการภายในและภายนอกกระทรวงสาธารณสุข รวมถึงหน่วยงานที่เกี่ยวข้องและภาคเอกชนได้อย่างมีประสิทธิภาพ

4. พัฒนาระบบข้อมูลผู้เชี่ยวชาญทางการแพทย์และสาธารณสุข รวมทั้งเครื่องมือทางการแพทย์และเวชภัณฑ์ของภาครัฐและเอกชน

5. เป็นหน่วยงานหลักด้านการแพทย์และสาธารณสุขรับผิดชอบในการตอบสนอง ต่อสาธารณภัย โดยประสานและจัดการให้มีผู้บัญชาการเหตุการณ์ ด้านการแพทย์และสาธารณสุข (Public Health & Medical Incidence

Commander) รวมทั้ง จัดให้มีศูนย์ปฏิบัติการด้านการแพทย์และสาธารณสุขในระดับต่าง ๆ (Public Health Emergency Operation Center: PHEOC)

6. ประสานและสั่งการหน่วยงานสังกัดและหน่วยงานในกำกับของกระทรวงสาธารณสุข ได้แก่ สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ (สพฉ.) สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) องค์การเภสัชกรรม (GPO) เป็นต้น พร้อมทั้งประสานความร่วมมือหน่วยงาน เครื่องข่ายภาคส่วนต่างๆ ทั้งภาครัฐและเอกชน เช่น โรงพยาบาลในสังกัดมหาวิทยาลัย โรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงกลาโหม กระทรวงมหาดไทย โรงพยาบาลเอกชน มูลนิธิอาสาสมัครต่าง ๆ เป็นต้น

7. ประสานการระดมสรรพกำลังและทรัพยากรด้านการแพทย์และสาธารณสุข แบบบูรณาการ (Integrated resource management) จากทุกภาคส่วน

8. จัดให้มีการรักษาพยาบาลฉุกเฉิน (Emergency Care System) ครอบคลุม การแพทย์ฉุกเฉินก่อนถึงโรงพยาบาล (Emergency medical services : EMS) การรักษาพยาบาลฉุกเฉินที่โรงพยาบาล (Emergency Care in hospital) การส่งต่อ (Inter hospital care) และจัดระบบเครือข่ายบริการด้านการแพทย์และสาธารณสุข สนับสนุนการปฏิบัติงานทั่วประเทศ

9. จัดให้มีระบบฐานข้อมูลและความเสียหายทางด้านการแพทย์และสาธารณสุข และการรายงานผลอย่างถูกต้องและรวดเร็ว

10. กำกับให้มีการคงสภาพและประคับประคองระบบบริการด้านการแพทย์และสาธารณสุข ครอบคลุมทุกมิติ ได้แก่ มิติด้านการดูแลสุขภาพจิตใจ การอนามัยแม่

และเด็ก การป้องกันและควบคุมโรค การรักษาพยาบาล การเฝ้าระวังโรคติดต่อ ตลอดจนการเข้าถึงบริการด้านการแพทย์และสาธารณสุขของผู้ประสบภัยอย่างทั่วถึงในทุกพื้นที่ของประเทศ

11. พัฒนาระบบบริการด้านการแพทย์และสาธารณสุข รวมถึงฟื้นฟูสภาพจิตใจ สังคม และวิถีชีวิตของผู้ประสบภัยและผู้เกี่ยวข้องให้กลับคืนสู่ภาวะปกติโดยเร็ว

12. จัดให้ความรู้แก่ประชาชนและชุมชนในด้านการป้องกัน การรักษาพยาบาล เบื้องต้น การสุขาภิบาล

และอนามัยสิ่งแวดล้อมเพื่อให้สามารถช่วยตนเองและผู้อื่นได้

13. พัฒนาระบบการพยากรณ์โรค (Prognosis) และการแจ้งเตือนภัย (Warning system) พร้อมทั้งมีการกระจายข้อมูลข่าวสารระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

14. พัฒนาวิชาการและองค์ความรู้ด้านการเฝ้าระวัง ป้องกันควบคุมโรค และเผยแพร่ ให้ภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องใช้เป็นแนวปฏิบัติ

14.3 ภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข (Public Health Emergency)

ภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข (Public Health Emergency) ถือเป็น “สาธารณภัย” ที่ก่อให้เกิดอันตรายต่อชีวิตสร้างความเสียหายแก่ทรัพย์สินของประชาชน และเกิดผลกระทบกับสิ่งแวดล้อม มีความหมายว่าเป็นเหตุการณ์ที่มีลักษณะร่วมของเกณฑ์ 4 ประการ ดังนี้

1) ทำให้เกิดผลกระทบทางสุขภาพที่มีความรุนแรง (Seriousness of the public health impact) ได้แก่ โรคหรือภัยที่ทำให้เกิดการป่วยและการตายจำนวนมาก หรือมีอัตราป่วยตายสูง

2) เป็นเหตุการณ์ที่ผิดปกติหรือไม่เคยเจอมาก่อน (Unusual or unexpected nature of the event) โดยทั่วไปหมายถึง โรคที่ไม่เป็นปัญหาแล้วกลับมาเป็นปัญหาใหม่ (โรคติดเชื้ออุบัติซ้ำ) และโรคที่ไม่เคยพบมาก่อน (โรคติดเชื้ออุบัติใหม่) แต่โรคที่พบบ่อยในพื้นที่อาจ

เปลี่ยนแปลงเป็นภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขได้ เมื่อเกิดการระบาดหรือลักษณะทางระบาดวิทยาเปลี่ยนไปจากเดิม

3) มีโอกาสที่จะแพร่ไปสู่พื้นที่อื่น (potential for the event to spread) หมายถึงโรคติดต่อมีศักยภาพหรือแนวโน้มที่จะแพร่ไปสู่อำเภออื่น จังหวัดอื่นหรือระบดข้ามประเทศ

4) อาจต้องมีการจำกัดการเคลื่อนที่ของผู้คนหรือสินค้า (the risk that restrictions to travel or trade) โรคติดต่อบางโรคมีความสัมพันธ์กับความปลอดภัยทางอาหาร (food safety) หรือเป็นโรคติดต่อจากสัตว์ หรือมีการติดต่อได้ง่ายจากการเดินทาง ทำให้ต้องจำกัดการเคลื่อนที่ของผู้คน หรือสินค้ารวมถึงพืชและสัตว์ต่างๆ แต่เกณฑ์ข้อนี้อาจไม่เกิดขึ้นก็ได้

14.4 การบริหารจัดการภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข (Public Health Emergency Management : PHEM)

การบริหารจัดการภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข (Public Health Emergency Management: PHEM) หมายถึง รูปแบบการจัดการเหตุการณ์การเกิดโรคและภัยสุขภาพอย่างรวดเร็วและเป็นระบบ ครอบคลุมในทุกระยะ (ภาพที่ 14.1) ดังนี้

(1) การดำเนินงานเพื่อป้องกันและลดผลกระทบก่อนเกิดภาวะฉุกเฉิน (Prevention and Mitigation) เป็นระยะที่ต้องดำเนินกิจกรรมต่างๆ ที่ช่วยลดโอกาส

การเกิดเหตุการณ์และลดผลกระทบต่อโรคและภัยสุขภาพที่เป็นภาวะฉุกเฉิน ซึ่งรวมถึงการจัดวางระบบการจัดการภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขให้มีสมรรถนะและมีขีดความสามารถ เพื่อเตรียมการเผชิญสาธารณภัยต่างๆ ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

(2) การเตรียมพร้อมรองรับภาวะฉุกเฉิน (Preparedness) เป็นระยะที่ต้องเตรียมความพร้อมและแนวทางการปฏิบัติในการรับมือกับภาวะฉุกเฉินที่จะเกิดขึ้น เช่น

- การเตรียมศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉินและระบบบัญชาการเหตุการณ์ (EOC & ICS)
- การจัดทำแผนตอบโต้ภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข และการซ้อมแผน
- การฝึกอบรมและพัฒนาบุคลากรเพื่อรองรับการตอบโต้ภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข (PHER Training)
- การเตรียมระบบเฝ้าระวังเหตุการณ์ภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข (PHER Surveillance)

(3) การตอบโต้ภาวะฉุกเฉิน (Respond) เมื่อเกิดภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข หน่วยงานที่เกี่ยวข้องต้องดำเนินการตามแผนจัดการภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข โดยมีการเปิดศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉินด้านการแพทย์และสาธารณสุขเพื่อบัญชาการเหตุการณ์ ดำเนินการติดตามเฝ้าระวังและประเมินสถานการณ์อย่างต่อเนื่อง มีการส่งทีมเข้าพื้นที่เพื่อให้การช่วยเหลือและบรรเทาความสูญเสียต่อสุขภาพของผู้ประสบภัย และดำเนินการป้องกันควบคุมโรคระบาด และการสื่อสารความเสี่ยง

(4) การฟื้นฟูหลังเกิดภาวะฉุกเฉิน (Recovery) เป็นระยะที่ความเสียหายและความสูญเสียจากเหตุการณ์

ภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข ได้รับการแก้ไขและบรรเทาแล้ว มีการฟื้นฟูให้พื้นที่กลับสู่ภาวะปกติ ซึ่งหลังจากดำเนินการตอบโต้ภาวะฉุกเฉินแล้วผู้รับผิดชอบเหตุการณ์ภาวะฉุกเฉินต้องเตรียมการหลังฟื้นฟูเช่น

- เตรียมปิดตัวสถานที่พักพิงชั่วคราวในพื้นที่
- เตรียมเปิดระบบให้บริการสุขภาพของพื้นที่ในภาวะปกติ
- ประชาชนในพื้นที่เริ่มใช้ชีวิตในภาวะปกติ
- ทีมตอบโต้ภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขเตรียมถ่ายโอนภารกิจให้หน่วยงาน ที่ปกติและเตรียมถอนตัวออกจากพื้นที่
- จัดทำแผนฟื้นฟูบูรณะด้านการแพทย์และสาธารณสุขในการรองรับสาธารณสุข
- ประสานงานกับหน่วยงานระดับจังหวัดเพื่อรวบรวมข้อมูลการประมาณความเสียหายจากสาธารณสุข
- จัดประชุมปฏิบัติการถอดบทเรียนหลังการปฏิบัติการ (After Action Review :AAR) ของ ศูนย์ปฏิบัติการในภาวะฉุกเฉิน (EOC) ด้านการแพทย์และสาธารณสุข

ภาพที่ 14.1 ระยะของการเกิดภาวะฉุกเฉิน



14.5 แผนการจัดการภาวะฉุกเฉินทางการแพทย์และการสาธารณสุขแบบบูรณาการที่ครบวงจรและมีเอกภาพ

พ.ศ. 2560–2564

ในช่วงทศวรรษที่ผ่านมาประเทศไทยได้เผชิญกับภัยธรรมชาติหลายรูปแบบที่มีความรุนแรงและบ่อยครั้งขึ้น ส่งผลกระทบต่อประชากรจำนวนมาก โดยเฉพาะในเขตชุมชนเมืองซึ่งมีประชากรหนาแน่นมากขึ้น โดยภัยพิบัติที่เกิดขึ้น ได้แก่ ภัยจากแผ่นดินไหวและคลื่นยักษ์สึนามิ เมื่อวันที่ 26 ธันวาคม 2547 ส่งผลกระทบต่อ 6 จังหวัดชายฝั่งทะเลอันดามัน คือ จังหวัดพังงา กระบี่ ภูเก็ต ตรัง และสตูล มีผู้เสียชีวิตทั้งชาวไทยและชาวต่างประเทศรวม 5,401 คน สูญหาย 2,921 คน และทำให้มีเด็กกำพร้ามากกว่า 1,215 คน มูลค่าความเสียหายกว่า 14,491 ล้านบาท และมหาอุทกภัยในประเทศไทย ในปี 2554 ก็ส่งผลกระทบอย่างรุนแรงต่อประชาชนราว 2,840,000 คน ในกรุงเทพมหานคร และจังหวัดปริมณฑลโดยรอบอย่างกว้างขวาง จนอาจกล่าวได้ว่าภัยพิบัติเหล่านี้เป็นปัญหาภัยคุกคามทางธรรมชาติต่อความมั่นคง (Natural Threats to Security) ซึ่งถือเป็นปัญหาด้านสังคมและการเมืองของประเทศด้วย จึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่กระทรวงสาธารณสุขต้องให้ความร่วมมือลดความเสี่ยงของการเกิดภัยพิบัติ ซึ่งมีความเสี่ยงสูงจากปัญหาของการบริหารจัดการในภาวะภัยพิบัติและความขาดแคลนของทรัพยากรที่จะรับมือต่อสถานการณ์ภัยพิบัติให้เป็นไปได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยมีมาตรการที่เข้มแข็งในการเตรียมความพร้อมตอบโต้ภัยพิบัติด้านการแพทย์และการสาธารณสุข ที่สามารถตอบสนองต่อการให้ความช่วยเหลือด้านการแพทย์และการสาธารณสุขแก่ผู้ประสบภัย และการฟื้นฟูบูรณะหลังเกิดภัยได้อย่างมีประสิทธิภาพ หากเกิดสถานการณ์ภัยพิบัติขึ้นอีกในอนาคต ไม่ว่าจะเป็นอุทกภัยจากอิทธิพลของมรสุมหรือพายุไต้ฝุ่น รวมถึงเหตุการณ์แผ่นดินไหวในระดับที่รุนแรงเป็นต้น และจากข้อมูลขององค์การอนามัยโลกพบว่าความเสี่ยงด้านการสาธารณสุขในภาวะภัยพิบัติมีแนวโน้มสูงขึ้น โดยหน่วยบริการสาธารณสุขต้องรับผิดชอบต่อชุมชน ที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดภัยพิบัติเพิ่มมากขึ้นด้วยเหตุนี้จึงมีความจำเป็นต้องมีมาตรการที่เข้มแข็งและมีประสิทธิภาพในการเตรียมความพร้อมสูงสุดในด้านการแพทย์และการ

สาธารณสุขเพื่อรองรับสถานการณ์ฉุกเฉินและพิบัติภัยทางธรรมชาติ ตลอดจนการเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศของโลกที่มีความเสี่ยงสูงต่อสภาวะสุขภาพอนามัยของประชาชนอีกด้วย

แม้ว่าในแผนการดำเนินงานของหน่วยงานด้านสาธารณสุขได้มีการกำหนดถึงวัตถุประสงค์ที่ชัดเจนเพื่อให้ทุกหน่วยงานในกระทรวงสาธารณสุขมีการเตรียมการและมีการดำเนินงานเพื่อเตรียมความพร้อมในการระดมทรัพยากรด้านการแพทย์และสาธารณสุขให้สามารถรองรับกับความต้องการของประเทศในสถานการณ์ฉุกเฉินและสามารถนำไปปรับใช้ร่วมกับสถานการณ์ในการป้องกัน ช่วยเหลือ และบรรเทาสาธารณภัยต่างๆ ได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยมีการเตรียมบุคลากรและหน่วยงานด้านสาธารณสุขให้มีความพร้อมรับสถานการณ์ฉุกเฉิน สาธารณภัยและภัยพิบัติแต่ปัญหาที่เกิดขึ้นและพบได้เสมอ คือ แนวทางในการดำเนินงานด้านสถานการณ์ฉุกเฉิน สาธารณภัยและภัยพิบัติที่ยังขาดความชัดเจนและไม่มีการบูรณาการการรับมือกับภัยพิบัติให้เป็นไปในแนวทางเดียวกันนอกจากนี้ ยังพบว่ายังขาดความเป็นเอกภาพในการจัดการสาธารณภัยทั้งในระดับชาติจนถึงระดับท้องถิ่น ทำให้การประสานงานและการสนธิกำลังจากส่วนราชการและหน่วยงานเอกชนขาดประสิทธิภาพ การระดมทรัพยากรเข้าสู่พื้นที่ประสบภัยยังขาดแนวทางปฏิบัติที่เป็นมาตรฐาน ทำให้ขาดความพร้อมในการปฏิบัติงาน เนื่องจากทุกหน่วยงานมุ่งเน้นให้ความช่วยเหลือผู้ประสบภัยเป็นลำดับแรกแต่กลับไม่มีการวางแผนในภาพรวม ต่างหน่วยต่างปฏิบัติตามแนวทางของตนเอง ทำให้หน่วยเผชิญเหตุในพื้นที่ไม่สามารถปฏิบัติงานได้อย่างต่อเนื่องและเป็นระบบ รวมถึงการวิจัยและพัฒนากิจการสาธารณสุขในประเทศไทย ยังไม่มีความชัดเจนในด้านยุทธศาสตร์ ทิศทางและรูปแบบการจัดการยังไม่เหมาะสมกับบริบทของประเทศ รวมถึงขาดการให้ความสำคัญของการแปลงนโยบายไปสู่การปฏิบัติ ดังนั้นจึงเห็นความสำคัญและความจำเป็นที่จะต้องสร้างระบบการจัดการภาวะฉุกเฉินทางการแพทย์และสาธารณสุข

แบบบูรณาการที่ครบวงจร และมีเอกภาพ ในประเด็นสำคัญ ได้แก่ การประเมินความเสี่ยงหรือความเปราะบางของพื้นที่ในการรับมือกับภาวะฉุกเฉินและสาธารณสุข การประสานงานและการสื่อสารแผนปฏิบัติการป้องกันและบรรเทาสาธารณภัยด้านการแพทย์และสาธารณสุขกับหน่วยงานทุกระดับการจัดทำแผนปฏิบัติการที่มีมาตรฐาน และการฝึกซ้อมในการรับมือกับสาธารณภัยตามระดับความรุนแรง การกำหนดมาตรฐานการปฏิบัติในภาวะสาธารณสุข กลไกการจัดสรรงบประมาณและทรัพยากรในการเตรียมรับสาธารณสุข และการฝึกอบรมพัฒนาบุคลากรด้านการแพทย์และสาธารณสุขด้านการบริหารจัดการสาธารณสุข และการลดความเสี่ยงจากภัยพิบัติ

ปัจจุบันทั่วโลกยอมรับว่าสาธารณสุขเป็นเรื่องที่จัดการได้โดยไม่จำเป็นต้องรอให้เกิดภัยก่อน จึงทำให้มีการให้ความสำคัญกับการจัดการความเสี่ยงจากสาธารณสุข (Disaster Risk Management) ประกอบด้วย การลดความเสี่ยงจากสาธารณสุข (DRR) ได้แก่ การป้องกัน (Prevention) การลดผลกระทบ (Mitigation) และการเตรียมความพร้อม (Preparedness) ควบคู่กับการจัดการในภาวะฉุกเฉิน (Emergency management) ได้แก่ การเผชิญเหตุ (Response) และการบรรเทาทุกข์ (Relief) รวมถึงการฟื้นฟู (Recovery) ได้แก่ การฟื้นฟูสภาพและการซ่อมแซม (Rehabilitation and Reconstruction) การสร้างให้ดีและปลอดภัยกว่าเดิม (Build Back and Safe)

ระบบการจัดการความเสี่ยงจากสาธารณสุข นอกจากจะช่วยให้การบริหารงานในองค์กรเกิดประสิทธิผลมากยิ่งขึ้นแล้ว ยังสามารถประยุกต์ใช้กับงานทุกอย่างได้ ตั้งแต่โครงการใหญ่ไปจนถึงงานขนาดเล็กในชีวิตประจำวัน การตระหนักถึงความเสี่ยงและเตรียมแผนรองรับก่อนที่จะเกิดความเสียหายขึ้นย่อมดีกว่าการแก้ปัญหาที่ปลายเหตุ ซึ่งอาจจะตัดสินใจผิดพลาดและไม่ทันต่อเหตุการณ์ ทำให้ประสบความล้มเหลวหรืออาจทำให้เสียค่าใช้จ่ายและทรัพยากรโดยไม่จำเป็น การลดความเสี่ยงจากสาธารณสุขด้านการแพทย์และสาธารณสุขจะต้องอาศัยความร่วมมือของทุกภาคส่วนของหน่วยงาน เนื่องจากสาธารณสุขเป็นเรื่องของทุกคน จึงจำเป็นต้องกำหนดแนวทางในการดำเนินการลดความเสี่ยงจาก

สาธารณสุขด้านการแพทย์และสาธารณสุขร่วมกันทุกระดับในประเทศ

แผนการจัดการภาวะฉุกเฉินทางการแพทย์และการสาธารณสุขแบบบูรณาการ พ.ศ. 2560–2564 เป็นกรอบแนวทางการดำเนินงานด้านการป้องกันและบรรเทาสาธารณภัยด้านการแพทย์และสาธารณสุข ในปี พ.ศ. 2560–2564 ซึ่งครอบคลุมเนื้อหาสาระตั้งแต่หลักการและเหตุผล วัตถุประสงค์ กรอบแนวคิดการจัดทำแผนยุทธศาสตร์ กลวิธีการดำเนินงานที่กำหนดให้มีการพิจารณาและกำหนดปัจจัยที่เกี่ยวข้องทั้งภายในและภายนอก เพื่อใช้เป็นข้อมูลในการวิเคราะห์สภาพแวดล้อม ประเมินสถานะองค์กร กำหนดทิศทางองค์กร วางแผนยุทธศาสตร์ และติดตามประเมินผล โดยผ่านกระบวนการมีส่วนร่วมจากบุคลากรในองค์กรทุกระดับและให้มีการสอบถามความคิดเห็นจากบุคลากรภายนอกองค์กร โดยการประชุม และได้นำความคิดเห็นรวมถึงข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์มาปรับปรุงให้แผนการจัดการภาวะฉุกเฉินทางการแพทย์และสาธารณสุขแบบบูรณาการที่ครบวงจรและมีเอกภาพ พ.ศ. 2560–2564 มีประสิทธิภาพและประสิทธิผลสูงสุด

กระบวนการที่ใช้ในการจัดทำแผนฯ เป็นไปตามหลักคิดและวิธีการบริหารเชิงยุทธศาสตร์และการวิเคราะห์บริบทและปัจจัยต่างๆ ที่เกี่ยวข้องทั้งภายในและภายนอก โดยใช้ SWOT Analysis เป็นเครื่องมือวิเคราะห์และประเมินสถานะองค์กร ซึ่งจากการวิเคราะห์และสรุปผลการดำเนินงานที่ผ่านมาพบสิ่งที่จะต้องดำเนินการแก้ไข ได้แก่ การพัฒนาระบบบริหารจัดการและระบบบัญชาการเหตุการณ์ (ICS) ที่มีประสิทธิภาพทั้งในส่วนกลางและส่วนภูมิภาค ที่มีความเชื่อมโยงและบูรณาการทั้ง 3 ระยะ คือระยะก่อนเกิดภัยระยะเกิดภัยและระยะฟื้นฟู ในทุกพื้นที่ ทั้งแผนแม่บทของกระทรวงสาธารณสุข และแผนการเตรียมความพร้อมของหน่วยงานในภูมิภาค การจัดระบบสนับสนุน (Logistics) ที่ตอบสนองตามความต้องการอย่างเหมาะสม รวมถึงการใช้งบประมาณเป็นค่าใช้จ่ายด้านการป้องกันและบรรเทาสาธารณภัยด้านการแพทย์และการสาธารณสุขตามระเบียบกระทรวงการคลังว่าด้วยเงินอุดหนุนราชการ เพื่อช่วยเหลือผู้ประสบภัยกรณีฉุกเฉิน

14.6 กรอบความเชื่อมโยงในการจัดทำแผนการจัดการภาวะฉุกเฉินทางการแพทย์และการสาธารณสุขแบบบูรณาการ พ.ศ. 2560–2564

กระบวนการจัดทำแผนการจัดการภาวะฉุกเฉินทางการแพทย์และสาธารณสุขแบบบูรณาการ พ.ศ. 2560–2564 ใช้กรอบความเชื่อมโยง ซึ่งนโยบายยุทธศาสตร์ระดับชาติ และยุทธศาสตร์ระดับองค์กรที่นำมาปรับใช้ในระดับหน่วยงาน ได้แก่ นโยบายรัฐบาลยุทธศาสตร์ของคณะรักษาความสงบแห่งชาติ

ร่างกรอบยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ แผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 12 (พ.ศ. 2560–2564) แผนป้องกันและบรรเทาสาธารณภัยแห่งชาติ พ.ศ. 2558 และแผนยุทธศาสตร์การดำเนินงานลดความเสี่ยงจากภัยพิบัติ (ตารางที่ 14.1)

ตารางที่ 14.1 นโยบายและแผนการจัดการภาวะฉุกเฉินทางการแพทย์ และสาธารณสุข

แผนยุทธศาสตร์ระดับชาติ	นโยบายรัฐบาล พลเอกประยุทธ์ จันทร์โอชาแถลงต่อสภานิติบัญญัติแห่งชาติ
	ยุทธศาสตร์ของคณะรักษาความสงบแห่งชาติ
นโยบายรัฐบาล	ยุทธศาสตร์ชาติระยะ 20 ปี (พ.ศ. 2560 – 2579) มติคณะรัฐมนตรีเมื่อวันที่ 30 มิถุนายน 2558 รับทราบแนวทางการจัดทำร่างยุทธศาสตร์ชาติและกรอบแนวทางการปฏิรูปประเทศไทยในระยะ 20 ปี โดยระบบการเตรียมพร้อมแห่งชาติสอดคล้องกับยุทธศาสตร์ที่ 1 ยุทธศาสตร์ด้านความมั่นคง (ข้อ 6 การพัฒนาระบบการเตรียมพร้อมแห่งชาติและระบบบริหารจัดการภัยพิบัติ รักษาความมั่นคงของฐานทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม และยุทธศาสตร์ที่ 5 ยุทธศาสตร์ด้านการสร้างการเติบโตบนคุณภาพชีวิตที่เป็นมิตรกับสิ่งแวดล้อม ข้อ 5 การร่วมลดปัญหาโลกร้อนและปรับตัวให้พร้อมกับการเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศ
	แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 12 พ.ศ. 2560–2564 ได้ให้ความสำคัญกับประเด็นการเตรียมพร้อมเพื่อรับมือกับความมั่นคงทุกรูปแบบไว้ในยุทธศาสตร์ที่ 5 การเสริมสร้างความมั่นคงแห่งชาติเพื่อการพัฒนาประเทศสู่ความมั่นคงและยั่งยืน มีเป้าหมายเพื่อให้เกิดความมั่นคงในการพัฒนาประเทศระยะยาวตามกรอบยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปีที่มีความสำคัญทางการเมือง เศรษฐกิจ สังคมจิตวิทยา และการทหาร สามารถรับมือกับภัยจากการก่อการร้าย ภัยความมั่นคงทางไซเบอร์ และสาธารณภัยที่เกิดขึ้น
	แผนป้องกันและบรรเทาสาธารณภัยแห่งชาติ พ.ศ. 2558 (มติคณะรัฐมนตรีเมื่อวันที่ 31 มีนาคม 2558) เป็นกรอบและทิศทางให้หน่วยงานทุกภาคส่วนตั้งแต่ระดับท้องถิ่นถึงระดับประเทศสามารถปฏิบัติการป้องกันและบรรเทาสาธารณภัยตั้งแต่ระยะก่อนเกิดภัย ขณะเกิดภัย และหลังเกิดภัยอย่างเป็นระบบ มีทิศทางเดียวกัน และเสริมกำลังกันอย่างบูรณาการ และเพื่อจัดระบบการดำเนินงานและการเตรียมความพร้อมในด้านต่าง ๆ ไว้รองรับสถานการณ์สาธารณภัย ตามลักษณะความเสี่ยงภัยให้แก่หน่วยงานทุกภาคส่วน โดยมีขอบเขตสาธารณภัย เป็นไปตามมาตรา 4 แห่งพระราชบัญญัติป้องกันและบรรเทาสาธารณภัย พ.ศ. 2550 คือ อัคคีภัย วาตภัย อุทกภัย ภัยแล้ง โรคระบาดในมนุษย์ โรคระบาดสัตว์ โรคระบาดสัตว์น้ำ การระบาดของศัตรูพืช ตลอดจนภัยอื่น ๆ อันมีผลกระทบต่อสาธารณสุข ไม่ว่าจะเกิดจากธรรมชาติ มีผู้กระทำให้เกิดอุบัติเหตุ หรือเหตุอื่นใด ซึ่งก่อให้เกิดอันตรายต่อชีวิตร่างกายของประชาชน หรือความเสียหายแก่ทรัพย์สินของประชาชนหรือของรัฐ และให้ความหมายรวมถึงภัยทางอากาศและก่อวินาศกรรมด้วย และมีแผนสนับสนุนการปฏิบัติงานในภาวะฉุกเฉิน (สปฉ.) 18 ส่วนงาน ซึ่งกระทรวงสาธารณสุขรับผิดชอบในส่วนงานการแพทย์และสาธารณสุข(สปฉ. 8)

ตารางที่ 14.1 นโยบายและแผนการจัดการภาวะฉุกเฉินทางการแพทย์ และสาธารณสุข (ต่อ)

แผนยุทธศาสตร์ระดับชาติ	นโยบายรัฐบาล พลเอกประยุทธ์ จันทร์โอชาแถลงต่อสภานิติบัญญัติแห่งชาติ
	ยุทธศาสตร์ของคณะรักษาความสงบแห่งชาติ
แผนยุทธศาสตร์ชาติที่เกี่ยวข้อง	แผนป้องกันและบรรเทาสาธารณภัยแห่งชาติ พ.ศ. 2558 (มติคณะรัฐมนตรีเมื่อวันที่ 31 มีนาคม 2558) เป็นกรอบและทิศทางให้หน่วยงานทุกภาคส่วนตั้งแต่ระดับท้องถิ่นถึงระดับประเทศสามารถปฏิบัติการป้องกันและบรรเทาสาธารณภัยตั้งแต่ระยะก่อนเกิดภัย ขณะเกิดภัย และหลังเกิดภัยอย่างเป็นระบบ มีทิศทางเดียวกัน และเสริมกำลังกันอย่างบูรณาการ และเพื่อจัดระบบการดำเนินงานและการเตรียมความพร้อมในด้านต่าง ๆ ไว้รองรับสถานการณ์สาธารณภัย ตามลักษณะความเสี่ยงภัยให้แก่หน่วยงานทุกภาคส่วน โดยมีขอบเขตสาธารณภัย เป็นไปตามมาตรา 4 แห่งพระราชบัญญัติป้องกันและบรรเทาสาธารณภัย พ.ศ. 2550 คือ อัคคีภัย วาตภัย อุทกภัย ภัยแล้ง โรคระบาดในมนุษย์ โรคระบาดสัตว์ โรคระบาดสัตว์น้ำ การระบาดของศัตรูพืช ตลอดจนภัยอื่น ๆ อันมีผลกระทบต่อสาธารณสุข ไม่ว่าเกิดจากธรรมชาติ มีผู้กระทำให้เกิดอุบัติเหตุ หรือเหตุอื่นใด ซึ่งก่อให้เกิดอันตรายต่อชีวิตร่างกายของประชาชน หรือความเสียหายแก่ทรัพย์สินของประชาชนหรือของรัฐ และให้ความหมายรวมถึงภัยทางอากาศและก่อวินาศกรรมด้วย และมีแผนสนับสนุนการปฏิบัติงานในภาวะฉุกเฉิน (สปฉ.) 18 ส่วนงาน ซึ่งกระทรวงสาธารณสุขรับผิดชอบในส่วนงานการแพทย์และสาธารณสุข (สปฉ. 8)
	แผนยุทธศาสตร์การลดความเสี่ยงจากภัยพิบัติ เป็นการดำเนินงานภายใต้กรอบการดำเนินงานเช่นใดเพื่อการลดความเสี่ยงจากภัยพิบัติ พ.ศ. 2558 – 2573 โดยมีแนวคิดหลักในการเข้าใจความเสี่ยงจากภัยพิบัติ การเสริมสร้างศักยภาพในการบริหารจัดการความเสี่ยงจากภัยพิบัติ การลงทุนในด้านความเสี่ยงจากภัยพิบัติเพื่อให้พร้อมรับมือและฟื้นคืนกลับในระยะเวลาที่รวดเร็วและมีประสิทธิภาพ รวมทั้งการฟื้นฟูสภาพการซ่อมสร้างที่ดีกว่าเดิมในช่วงของการฟื้นฟูภายหลังเหตุภัยพิบัติ เพื่อเป้าหมายในการป้องกันไม่ให้เกิดความเสี่ยงใหม่และลดความเสี่ยงที่มีอยู่เดิมด้วยมาตรการทางเศรษฐกิจ โครงสร้าง กฎหมาย สุขภาพ วัฒนธรรม การศึกษา สภาพแวดล้อม เทคโนโลยี การเมือง รวมถึงมาตรการเชิงสถาบันที่มีการบูรณาการลดความเหลื่อมล้ำ เพื่อป้องกันและทำให้ความล่อแหลม และความเปราะบางต่อภัยพิบัติลดลง ตลอดจนช่วยให้มีการเตรียมพร้อมสำหรับการเผชิญเหตุและฟื้นฟูที่ดียิ่งขึ้น อันนำไปสู่ความสามารถที่จะรับมือและฟื้นคืนกลับได้ในระยะเวลาที่รวดเร็ว และมีประสิทธิภาพสูงสุดเพื่อลดความเสี่ยงจากภัยพิบัติและลดการสูญเสียชีวิต ทรัพย์สิน และสุขภาพ ตลอดจนความสูญเสียต่อสินทรัพย์ทางเศรษฐกิจ กายภาพ สังคม และสภาพแวดล้อมของบุคคล ธุรกิจ ชุมชนและประเทศอย่างเป็นรูปธรรม
	แผนยุทธศาสตร์ความมั่นคงแห่งชาติ(พ.ศ. 2560-2564) มีความสอดคล้องกับนโยบายความมั่นคงแห่งชาติ (พ.ศ. 2558-2564) คณะรัฐมนตรีมีมติเมื่อวันที่ 27 มีนาคม 2558 โดยระบบการเตรียมพร้อมแห่งชาติสอดคล้องกับหมวดนโยบายความมั่นคงทั่วไป นโยบายที่ 13 พัฒนาระบบการเตรียมพร้อมแห่งชาติเพื่อเสริมสร้างความมั่นคงแห่งชาติ เพื่อพัฒนาศักยภาพการเตรียมความพร้อมของชาติในการเผชิญกับภาวะสงครามและวิกฤติการณ์ความมั่นคงอย่างมีเอกภาพและประสิทธิภาพ และนโยบายที่ 14 เสริมสร้างและพัฒนาศักยภาพการป้องกันประเทศ เพื่อให้กองทัพมีโครงสร้างกำลังยุทโธปกรณ์ที่เหมาะสม ทันสมัย มีการฝึกกำลังทุกภาคส่วนในการป้องกันประเทศและสนับสนุนการดำเนินการกองทัพตั้งแต่ในภาวะปกติ

14.7 แผนการจัดการภาวะฉุกเฉินทางการแพทย์และการสาธารณสุขแบบบูรณาการ พ.ศ. 2560–2564

1. วิสัยทัศน์

ประชาชนในพื้นที่ประสบภัย ได้รับบริการทางการแพทย์และการสาธารณสุขที่มีคุณภาพปลอดภัยและมีความมั่นใจในระบบบริการสาธารณสุขทุกระยะของการเกิดภัยอย่างทันทั่วทั้งในทุกสถานการณ์ที่เกิดขึ้น

2. เป้าหมาย

พัฒนาระบบบูรณาการการเตรียมพร้อมด้านการแพทย์และการสาธารณสุขให้เป็นเอกภาพและมีประสิทธิภาพด้วยการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้องสามารถลดความสูญเสียของประชาชนในพื้นที่ประสบภัยได้อย่างมีประสิทธิภาพ

3. นโยบาย

1) ทุกภาคส่วนด้านการแพทย์และการสาธารณสุขได้มีการเตรียมความพร้อมในการป้องกันและลดผลกระทบ การบริหารจัดการในภาวะฉุกเฉิน และการจัดการหลังเกิดภัยให้พร้อมเผชิญกับสาธารณภัย ภัยด้านความมั่นคง และสถานการณ์ฉุกเฉิน

2) เสริมสร้างการมีส่วนร่วมของหน่วยงานทุกภาคส่วน ในการประสานงานและสนับสนุนแผนเตรียมพร้อมด้านการแพทย์และการสาธารณสุขแห่งชาติ

3) สร้างระบบบริหารจัดการในการเตรียมความพร้อมด้านการแพทย์และการสาธารณสุขที่มีเอกภาพ ประสิทธิภาพ และทันทั่วทั้งในทุกสถานการณ์ที่เกิดขึ้น

4) ให้องค์กรและสถานบริการสาธารณสุขมีระบบการจัดการความเสี่ยงจากสาธารณภัย โดยมีการบูรณาการร่วมกันในระดับจังหวัด เขตบริการสุขภาพและส่วนกลาง เพื่อให้พร้อมรับสถานการณ์ฉุกเฉินได้อย่างรวดเร็ว และสามารถฟื้นฟูสภาพหลังประสบภัยได้อย่างทั่วถึงและเป็นธรรม

5) ส่งเสริมและสนับสนุนให้ท้องถิ่น ชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุข และภาคส่วนต่าง ๆ มีส่วนร่วมในการจัดการความเสี่ยงจากสาธารณภัยด้านการแพทย์และสาธารณสุข

6) ส่งเสริมให้บุคลากรด้านการแพทย์และสาธารณสุขมีความตระหนักถึงความปลอดภัย มีการ

สร้างวัฒนธรรมความปลอดภัย รวมถึงการพัฒนาศักยภาพบุคลากร และอาสาสมัครสาธารณสุข มุ่งเข้าสู่การรับรู้-ปรับตัว-ฟื้นเร็วทั่ว-อย่างยั่งยืน (Resilience)

ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ 1 การลดความเสี่ยงจากภาวะฉุกเฉินทางการแพทย์และการสาธารณสุข

เป้าประสงค์ เพื่อให้มีระบบบริหารความเสี่ยง มาตรการและแนวทางปฏิบัติในการป้องกัน การลดผลกระทบและการเตรียมความพร้อมภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข

กลยุทธ์ 1.1 พัฒนาองค์ประกอบเชิงสถาบัน (Institutional Arrangement) ในการเสริมสร้างระบบการบริหารความเสี่ยงทางการแพทย์และการสาธารณสุขในภาวะฉุกเฉิน

กลยุทธ์ 1.2 จัดทำระบบบริหารความต่อเนื่องของภารกิจ (Business Continuity Management System: BCMS) ทำให้สามารถสนับสนุนบุคลากรและทรัพยากรอื่นแก่การจัดการภาวะฉุกเฉินทางการแพทย์และสาธารณสุข

กลยุทธ์ 1.3 เสริมสร้างศักยภาพและองค์ความรู้ด้านการจัดการความเสี่ยงภัยพิบัติทางการแพทย์และสาธารณสุขให้กับภาคีเครือข่ายภาคประชาสังคม

ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ 2 การเพิ่มประสิทธิภาพการปฏิบัติการในภาวะฉุกเฉินทางการแพทย์และการสาธารณสุข

เป้าประสงค์ เพื่อให้มีระบบปฏิบัติการด้านการแพทย์และสาธารณสุขที่สามารถจัดการภาวะฉุกเฉินได้ทุกระดับอย่างรวดเร็ว มีความเป็นเอกภาพและประสานงานสนับสนุนได้อย่างมีประสิทธิภาพ สามารถลดการสูญเสียชีวิตและการบาดเจ็บให้น้อยที่สุด

กลยุทธ์ 2.1 พัฒนาศูนย์การจัดการภาวะฉุกเฉินทางการแพทย์และการสาธารณสุข (Emergency Operation Center: EOC:3'S) ในทุกระดับให้เป็นศูนย์บริหารจัดการ สั่งการ ประสานงาน ร่วมกับภาคีเครือข่ายปฏิบัติการ (Emergency Support Function: ESFs (ESF8))

กลยุทธ์ 2.4 พัฒนาระบบคลังสำรองทางทหารแพทย์ และการจัดการโลจิสติกส์ (Medical Stockpile and Logistic Management)

ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ 3 การเสริมสร้างประสิทธิภาพการฟื้นฟูจากภาวะฉุกเฉินทางการแพทย์และการสาธารณสุขอย่างยั่งยืน

เป้าประสงค์ เพื่อให้ผู้ประสบภัยได้รับการฟื้นฟูทางการแพทย์และการสาธารณสุขอย่างรวดเร็ว ท้วมถึงยั่งยืนและปลอดภัยกว่าเดิม

กลยุทธ์ 3.1 พัฒนาระบบประเมินความต้องการด้านการแพทย์และการสาธารณสุขภายหลังเหตุการณ์สาธารณภัย (Post Disaster Needs Assessment: PDNA) ร่วมกับหน่วยงานภาคีเครือข่ายในระดับปฏิบัติการพื้นที่

กลยุทธ์ 3.2 พัฒนาระบบปฏิบัติการฟื้นฟูด้านการแพทย์และการสาธารณสุขให้สอดคล้องกับแนวทางการฟื้นฟูหลังภัยพิบัติ(Disaster Recovery Framework: DRF)

ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ 4 การพัฒนา กลไกการการจัดการแบบบูรณาการภาวะฉุกเฉินทางการแพทย์และการสาธารณสุข

เป้าประสงค์ เพื่อมีระบบกลไกและพัฒนาศักยภาพด้านบริหารจัดการและประสานงานการให้ความช่วยเหลือทางมนุษยธรรมในภาวะฉุกเฉินทางการแพทย์และการสาธารณสุขระดับประเทศและระหว่างประเทศที่มีมาตรฐานและทันเหตุการณ์

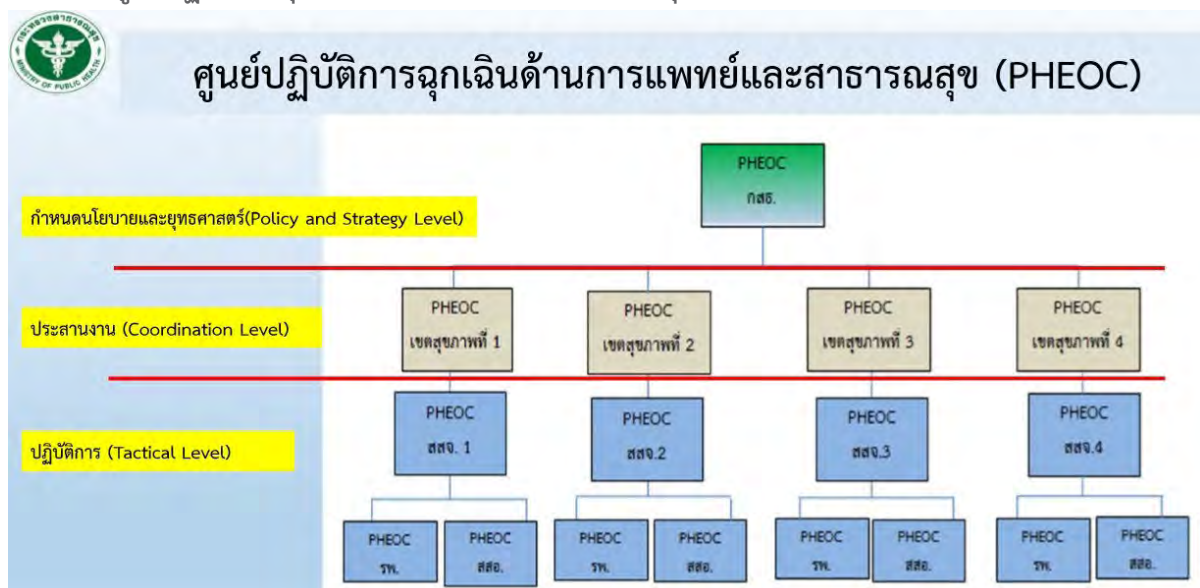
กลยุทธ์ 4.1 พัฒนาระบบการประสานงาน และกลไกการจัดการภาวะฉุกเฉินทางการแพทย์และการสาธารณสุขระดับประเทศและระหว่างประเทศที่มีมาตรฐาน ให้มีความสอดคล้องซึ่งกันและกัน และบูรณาการ

กลยุทธ์ 4.2 เสริมสร้างทักษะและความชำนาญของเครือข่ายด้านการบริหารจัดการภาวะฉุกเฉินทางการแพทย์และการสาธารณสุข

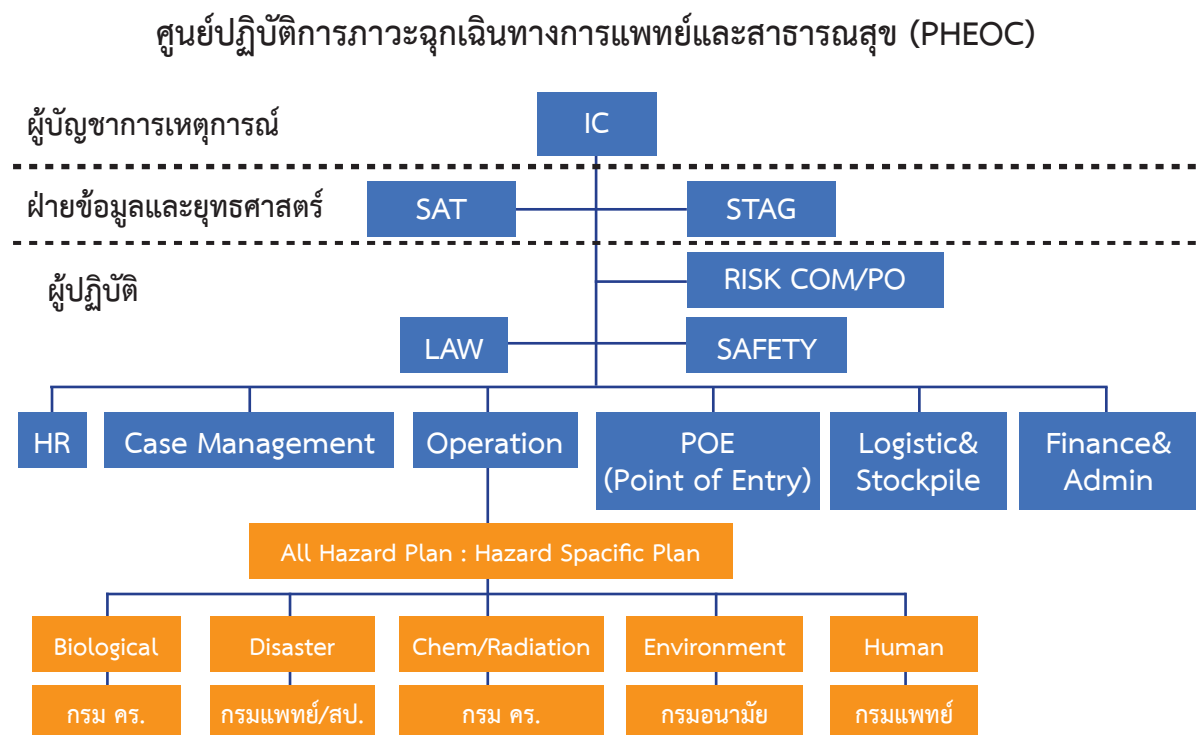
การเตรียมความพร้อมในการดำเนินงานตอบโต้ภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขของกระทรวงสาธารณสุขด้วยสถานการณ์ภาวะฉุกเฉินทางด้านสาธารณสุขเกิดบ่อยขึ้นและแต่ละครั้งก็มีความรุนแรงเพิ่มมากขึ้น เช่น การระบาดใหญ่ของโรคไข้หวัดใหญ่ในปี พ.ศ. 2552 การเกิดน้ำท่วมใหญ่ในปี พ.ศ. 2554 การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสอีโบล่าในแอฟริกาตะวันตกในปี พ.ศ.2557 ต่อมาจนถึงปี พ.ศ. 2558 รวมถึงการเกิดการระบาดของโรคทางเดินหายใจตะวันออกกลางในประเทศเกาหลีใต้ การเกิดแผ่นดินไหวครั้งใหญ่ใหญ่ในประเทศเนปาล และการเกิดการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสซิกา ไม่เพียงจะมีผลกระทบต่อสุขภาพของประชาชนเท่านั้น แต่ยังส่งผลกระทบต่อเศรษฐกิจ สังคม และความมั่นคงของประเทศ ดังนั้น การเตรียมความพร้อมระบบจัดการภาวะฉุกเฉินจึงเป็นเรื่องที่มีความสำคัญอย่างยิ่งในทุกกระบวนการสาธารณสุข

กระทรวงสาธารณสุขมีหน่วยงาน “กองสาธารณสุขฉุกเฉิน” สังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข เป็นศูนย์ประสานงานกลางของกระทรวง และภาคีเครือข่ายทุกภาคส่วน ในการจัดตั้งศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉินด้านการแพทย์และสาธารณสุข Public Health Emergency Operation Center- PHEOC (ภาพที่ 14.2) เพื่อใช้เป็นศูนย์บัญชาการเหตุการณ์ มีรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข/ปลัดกระทรวงสาธารณสุขเป็นผู้บัญชาการเหตุการณ์ (Incident Command System-ICS) สำหรับใช้เป็นศูนย์กลางในการสั่งการ อำนวยการและการประสานงานกับหน่วยงานในสังกัดและหน่วยงานในกำกับของกระทรวงสาธารณสุข เช่น สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ (สพฉ.) สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) องค์การเภสัชกรรม ฯลฯ พร้อมทั้งประสานความร่วมมือหน่วยงาน เครือข่าย ภาคส่วนต่าง ๆ ทั้งภาครัฐและเอกชน เช่น โรงพยาบาลในสังกัดมหาวิทยาลัย โรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงกลาโหม กระทรวงมหาดไทย โรงพยาบาลเอกชน มูลนิธิ อาสาสมัครต่างๆ เพื่อการตอบโต้ภาวะฉุกเฉินของทุกประเภทภัยอย่างทันท่วงที (ภาพที่ 14.3)

ภาพที่ 14.2 ศูนย์ปฏิบัติการฉุกเฉินด้านการแพทย์และสาธารณสุข (PHEOC)



ภาพที่ 14.3 การอำนวยการและประสานงานของศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉินทางการแพทย์และสาธารณสุข (PHEOC)



14.8 ระบบบัญชาการเหตุการณ์

การเกิดขึ้นของสาธารณภัย แต่ละครั้งแต่ละเหตุการณ์ถือเป็นภาวะวิกฤตหรือสถานการณ์

ฉุกเฉินที่ต้องอาศัยระบบคิดในการจัดการที่เป็นระบบคิดเดียวกัน และมีเครื่องมือในการจัดการภาวะวิกฤตที่

เป็นระบบเดียวกัน จึงจะทำให้การจัดการแก้ไขปัญหาเป็นไปด้วยประสิทธิภาพ ลดการสูญเสียในชีวิตและทรัพย์สิน ของประชาชนรวมทั้งส่วนรวม

เครื่องมือของการบริหารหนึ่งที่จะเชื่อว่าจะจะเป็นเครื่องมืออันเหมาะสมต่อการจัดการในภาวะวิกฤต หรือ

ภาวะฉุกเฉิน คือ ระบบบัญชาการเหตุการณ์ (Incident CommandSystem: ICS)

ระบบการบัญชาการเหตุการณ์คือ ระบบที่ใช้เพื่อการสั่งการ ควบคุม และประสานความร่วมมือของแต่ละหน่วยงานในการบริหารสถานการณ์ฉุกเฉิน สาธารณภัย ระบบดังกล่าวเป็นระบบปฏิบัติการเพื่อการระดมทรัพยากรไปยังที่เกิดเหตุ เพื่อบริหารจัดการเหตุฉุกเฉินให้สามารถปกป้องชีวิต ทรัพย์สินและสิ่งแวดล้อมได้อย่างบรรลุเป้าหมาย และมีประสิทธิภาพ

14.9 ความเป็นมาของระบบการบัญชาการเหตุการณ์

แนวคิดระบบการบัญชาการเหตุการณ์ถูกพัฒนาขึ้นเมื่อประมาณ 40 ปีที่ผ่านมา หลังจากประเทศสหรัฐอเมริกาต้องประสบกับความเสียหายอย่างร้ายแรง อันเกิดจากไฟป่าทางตอนใต้ของรัฐแคลิฟอร์เนีย ในปี พ.ศ. 2513 (ค.ศ. 1970) อย่างไรก็ตาม แม้หน่วยงานที่มีปฏิบัติการฉุกเฉินด้านอัคคีภัยของระบบการบัญชาการเหตุการณ์ในฐานะเครื่องมือบริหารสถานการณ์ฉุกเฉิน 2 มลรัฐจะพยายามตอบโต้กับไฟป่าในครั้งนั้นอย่างสุดความสามารถ แต่ก็ยังประสบปัญหาในการประสานการปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพอันเนื่องจากการที่มีหลายหน่วยงานมาปฏิบัติงานร่วมกันโดยเฉพาะอย่างยิ่งการสื่อสารและการประสานงาน เช่น การใช้ถ้อยคำ และศัพท์ที่ไม่เป็นมาตรฐานเดียวกัน การสื่อสารที่ไม่เป็นมาตรฐาน และขาดเอกภาพ ตลอดจนมีหลายระบบ การขาดแผนการปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพ เป็นต้น จากปัญหาดังกล่าวจึงเป็นที่มาของการพัฒนารูปแบบของระบบการบัญชาการเหตุการณ์ในเวลาต่อมา

ระบบบัญชาการเหตุการณ์ เป็นมาตรฐานหนึ่งเดียวที่สามารถใช้รับมือกับเหตุการณ์หรือภาวะฉุกเฉินในที่เกิดเหตุได้ทุกชนิด และยังสามารถบูรณาการโครงสร้างองค์กรในการจัดการกับเหตุการณ์ที่มีความซับซ้อน โดยมองข้ามเส้นแบ่งขอบเขตอำนาจหน้าที่ของแต่ละหน่วยงาน ดังนั้น ICS จึงมีจุดเด่นสำคัญกล่าวคือ

1. เป็นกรอบแนวคิดมาตรฐานในการปฏิบัติเพื่อจัดการเหตุการณ์ทุกประเภททั้งที่เป็นเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น กระทั่งกัน ฉุกเฉิน หรือเหตุการณ์ในภาวะปกติ

2. เป็นระบบที่สนับสนุนการให้ข้อมูลที่แม่นยำ มีการวางแผน และคำนวณค่าใช้จ่ายที่มีประสิทธิภาพ และมีการสนับสนุนการกู้ภัย

3. เป็นระบบที่สามารถปรับเปลี่ยนการจัดองค์กรแบบบูรณาการให้เหมาะสม สอดคล้องกับความซับซ้อนของเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น กล่าวคือเป็นองค์กรชั่วคราว ไม่มีโครงสร้างหรือการบริหารแบบถาวร (Modular Organization) ดังนั้น โครงสร้างองค์กรของระบบ ICS จึงมีลักษณะที่ยืดหยุ่น ไม่ตายตัวสามารถปรับเปลี่ยนได้ตามความเหมาะสมของแต่ละเหตุการณ์

4. เป็นโครงสร้างองค์กรในการจัดการกับสาธารณภัยที่สามารถนำเอาทักษะความสามารถด้านเทคนิคเฉพาะทางผสมผสานอยู่ภายใต้โครงสร้าง ICS ได้อย่างลงตัว

5. ICS ถูกใช้เป็นพื้นฐานในการกู้ภัยซึ่งเป็นภารกิจประจำ รวมทั้งสามารถใช้กับภาวะฉุกเฉินที่สำคัญอื่นๆ ได้ด้วย

6. ในช่วงเวลาเหตุฉุกเฉิน ภายใต้ระบบ ICS เจ้าหน้าที่จะปรับบทบาทหน้าที่ตำแหน่งที่ปฏิบัติประจำ และไปปฏิบัติหน้าที่ภายใต้โครงสร้างองค์กร ICS ตามที่ได้รับมอบหมาย

7. เป็นโครงสร้างที่ผสมผสานทรัพยากรทุกชนิดเข้าด้วยกันทั้งเครื่องมือ อุปกรณ์ หรือแม้แต่กำลังคนจากหน่วยต่างๆ ไม่ว่าจะเป็นหน่วยตำรวจ ทหาร หน่วยการแพทย์ ผู้เชี่ยวชาญทางเทคนิค

เป้าประสงค์ของการใช้ระบบบัญชาการเหตุการณ์

การใช้ระบบบัญชาการเหตุการณ์มีเป้าประสงค์ที่เป็นหัวใจสำคัญ 3 ประการ ประกอบด้วย

- 1) ความปลอดภัยทั้งผู้ปฏิบัติงานและผู้อื่น
- 2) บรรลุวัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์ หรือยุทธวิธี
- 3) มีการใช้ทรัพยากรอย่างคุ้มค่า และมีประสิทธิภาพ

ประโยชน์ของระบบ ICS

- 1) ระบบ ICS ตอบสนองความต้องการในการจัดการเหตุการณ์ฉุกเฉินได้ทุกรูปแบบ
- 2) เจ้าหน้าที่จากหลากหลายองค์กร/หน่วยงาน

สามารถทำงานร่วมกันได้อย่างเป็นระบบและรวดเร็วภายใต้โครงสร้างการจัดการเหตุการณ์แบบเดียวกัน (Common Management Structure)

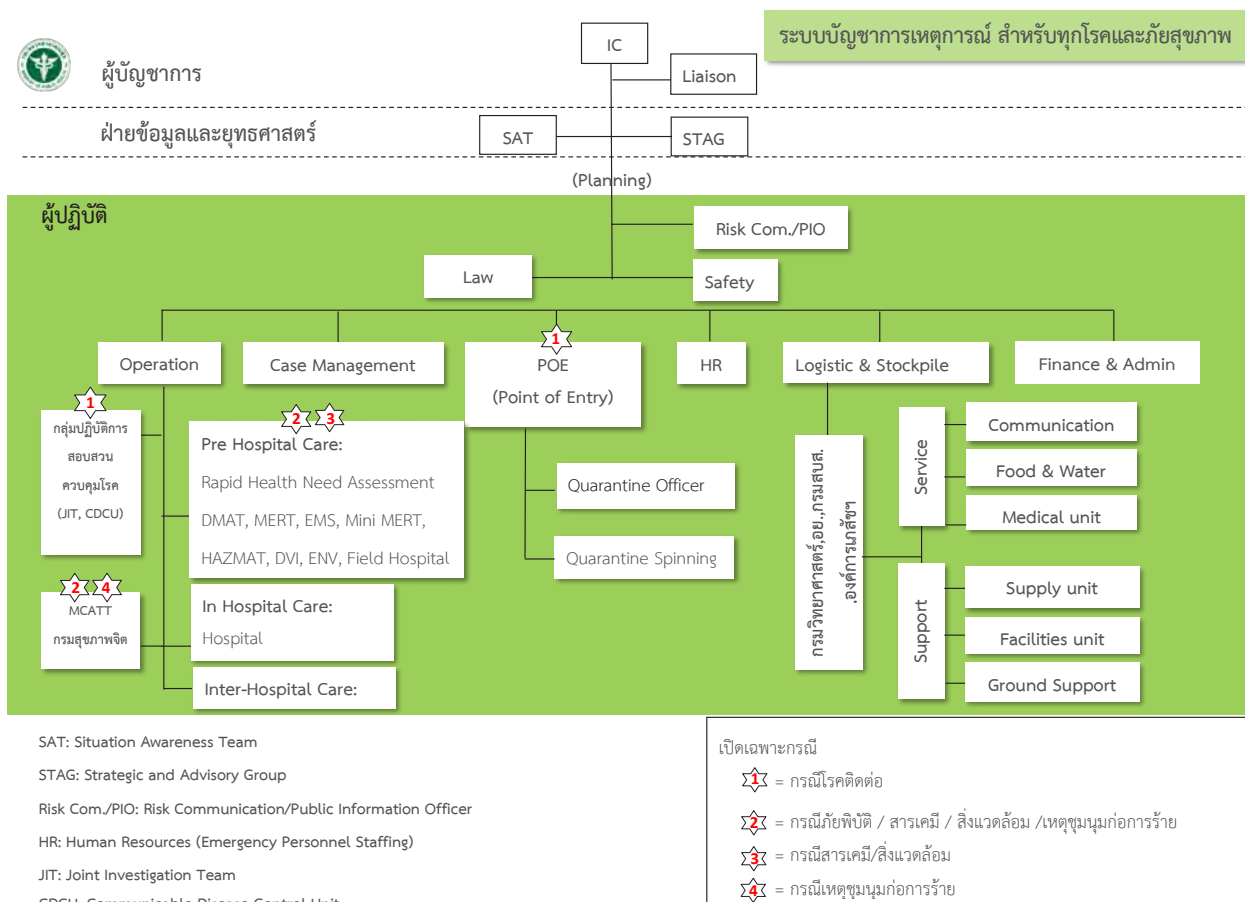
3) เป็นระบบซึ่งให้การสนับสนุนแก่เจ้าหน้าที่ในการปฏิบัติงาน

4) ก่อให้เกิดการทำงานที่มีประสิทธิภาพ และประหยัด (Cost Effective) อันเนื่องจากการไม่มีการทำงานที่ซ้ำซ้อน

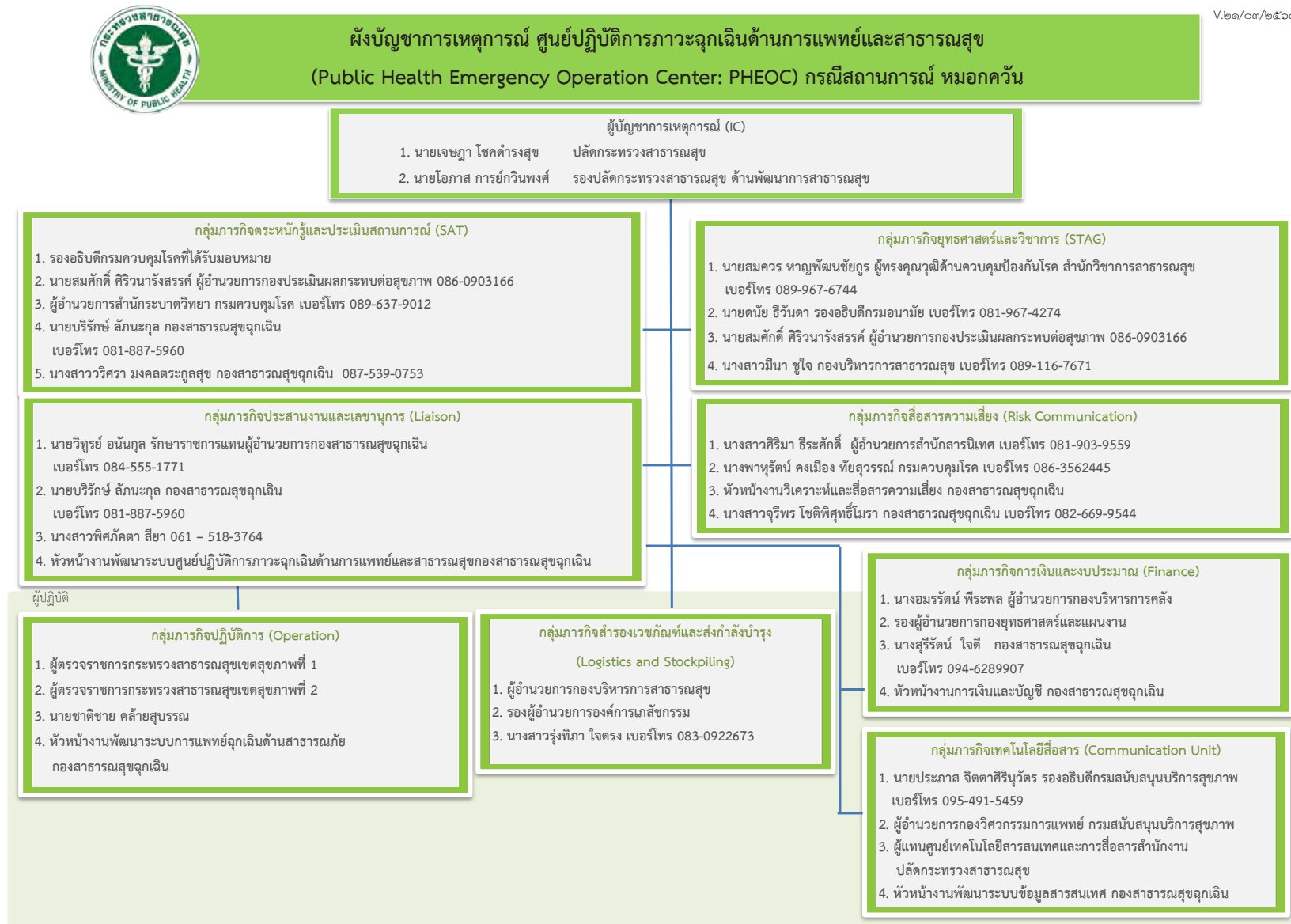
สำหรับกระทรวงสาธารณสุข ได้นำระบบบัญชาการเหตุการณ์เข้ามากำหนดโครงสร้างการปฏิบัติงานในภาวะฉุกเฉินด้านการแพทย์และสาธารณสุข โดยมีการบูรณาการร่วมกันปฏิบัติงานของหน่วยงานระดับกรมที่เกี่ยวข้อง เพื่อการประสานงานที่เป็นระบบและการช่วยเหลือประชาชนที่รวดเร็วและมีประสิทธิภาพมากที่สุด

ภาพที่ 14.4-14.6 เป็นโครงสร้างระบบบัญชาการของกรณีการเกิดสถานการณ์ต่างๆ

ภาพที่ 14.4 โครงสร้างระบบบัญชาการเหตุการณ์กระทรวงสาธารณสุข ในทุกประเภทภัย

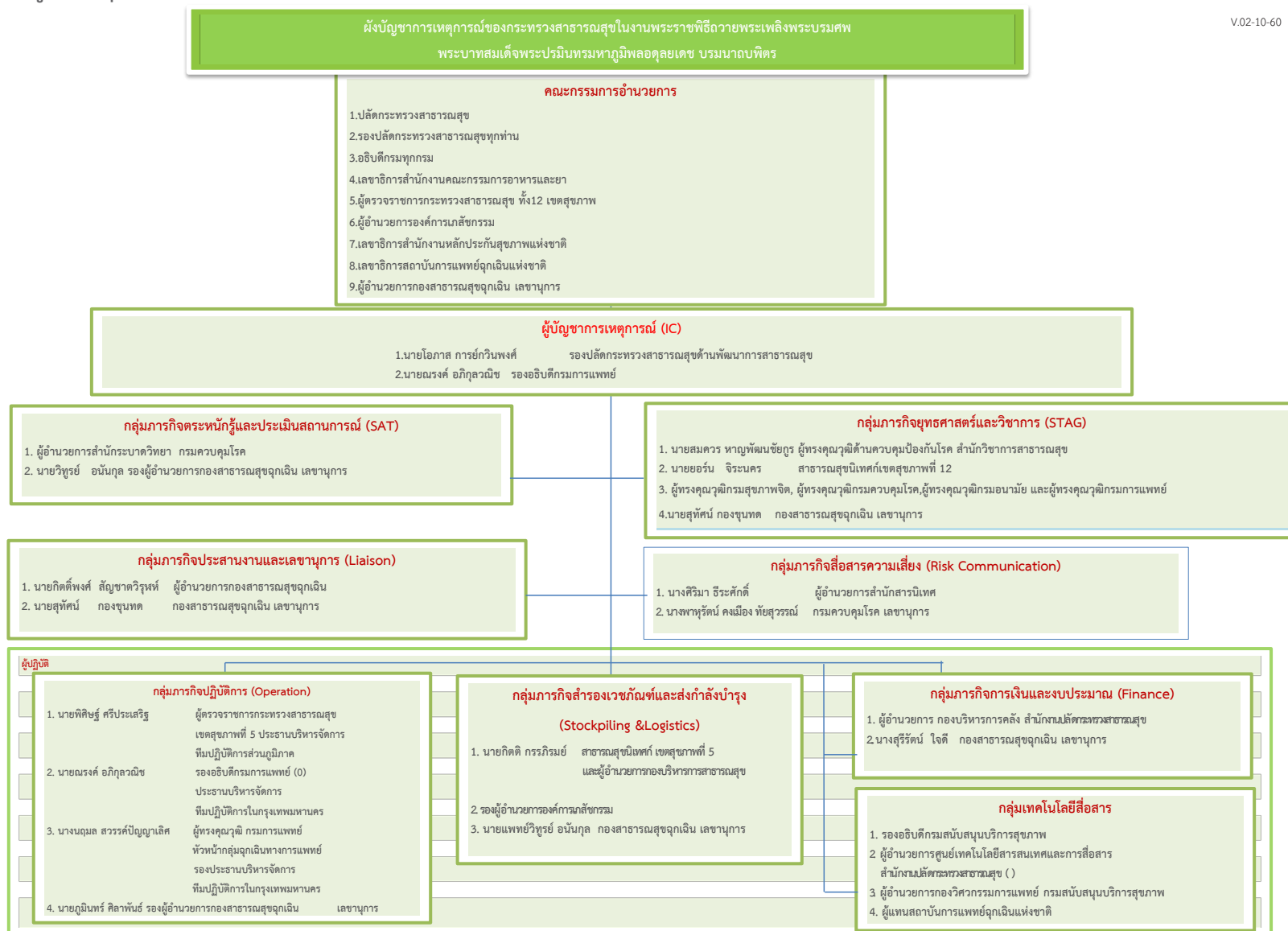


ภาพที่ 14.5 โครงสร้างระบบบัญชาการเหตุการณ์ของกระทรวงสาธารณสุขในกรณีสถานการณ์หมอกควัน



V.๒๑/๐๓/๒๕๖๑

ภาพที่ 14.6 โครงสร้างระบบบัญชาการเหตุการณ์ของกระทรวงสาธารณสุขในกรณีงานพระราชพิธีถวายพระเพลิงพระบรมศพ พระบาทสมเด็จพระปรมินทรมหาภูมิพลอดุลยเดช บรมนาถบพิตร



บทบาทและอำนาจหน้าที่ตามโครงสร้างระบบ บัญชาการ

1. ผู้บัญชาการเหตุการณ์และรองผู้บัญชาการ
เหตุการณ์ มีอำนาจหน้าที่ ดังนี้

- 1.1 กำหนดวัตถุประสงค์และเป้าหมายของการ
บัญชาการเหตุการณ์
- 1.2 ติดตามสถานการณ์อุทกภัย
- 1.3 อำนาจการ สั่งการ ควบคุม เร่งรัด กำกับ และ
ติดตามประเมินแก้ไข้ปัญหาในการตอบโต้ต่อ
สถานการณ์
- 1.4 บริหารจัดการทรัพยากรต่างๆ สำหรับการ
ตอบโต้
- 1.5 ประสานระดับนโยบายกับหน่วยงานที่
เกี่ยวข้องภายนอกองค์กร
- 1.6 ตัดสินใจ ยกระดับ ลดระดับศูนย์ปฏิบัติการ
ภาวะฉุกเฉิน (Emergency Operations
Center)
- 1.7 เสริมสร้างขวัญและกำลังใจในการปฏิบัติงาน
ให้แก่กลุ่มภารกิจต่างๆ
- 1.8 มีอำนาจแต่งตั้ง ปรับเปลี่ยนโครงสร้างกลุ่ม
ภารกิจต่างๆ ในศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน
หรือมอบหมายหน้าที่ความรับผิดชอบ
- 1.9 ดำเนินการอย่างหนึ่ง อย่างใด ตามอำนาจ
หน้าที่ของ ศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน
(Emergency Operations Center) กรณี
สถานการณ์อุทกภัยภาคใต้ ได้ตามที่เห็น
สมควร

2. กลุ่มภารกิจยุทธศาสตร์และวิชาการ (STAG) มี
อำนาจหน้าที่ ดังนี้

- 2.1 เสนอยุทธศาสตร์ มาตรการ เป้าหมายในการ
ตอบโต้ภาวะฉุกเฉินแก่ผู้บัญชาการเหตุการณ์
- 2.2 ประสานและสนับสนุนด้านวิชาการให้กับกลุ่ม
ภารกิจต่างๆ ในระบบบัญชาการเหตุการณ์
- 2.3 ประเมินผลการดำเนินงานตามยุทธศาสตร์
มาตรการ เป้าหมาย เพื่อปรับปรุงยุทธศาสตร์
มาตรการ เป้าหมาย ให้เหมาะสมตาม
สถานการณ์

2.4 จัดสรุปบทบทวนบทเรียนหลังการปฏิบัติการ
(After Action Review) ในระยะฟื้นฟู

2.5 ให้คำแนะนำต่อแผนเผชิญเหตุ (Incidence
Action Plan)

2.6 จัดทำรายงานผลการปฏิบัติงานเสนอ
ผู้บัญชาการเหตุการณ์

2.7 ปฏิบัติหน้าที่อื่นๆ ตามที่ได้รับมอบหมาย

3. กลุ่มภารกิจตระหนักรู้สถานการณ์ (Situation
Awareness Team) มีอำนาจหน้าที่ ดังนี้

3.1 ติดตาม เฝ้าระวัง ประเมินสถานการณ์ และ
ประเมินความเสี่ยงของเหตุการณ์

3.2 จัดทำสรุปรายงานสถานการณ์

3.3 เสนอข้อพิจารณาเพื่อตัดสินใจ ยกระดับ ลด
ระดับศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน

3.4 จัดทำรายงานผลการปฏิบัติงานเสนอ
ผู้บัญชาการเหตุการณ์

3.5 ปฏิบัติหน้าที่อื่นๆ ตามที่ได้รับมอบหมาย

4. กลุ่มภารกิจด้านความปลอดภัย (Safety) มี
อำนาจหน้าที่ ดังนี้

4.1 วิเคราะห์อันตรายที่อาจเกิดขึ้นกำหนดอุปกรณ์
ป้องกันส่วนบุคคล ป้องกันอันตรายโดยรวม

4.2 ประเมินความเสียหาย อันตรายที่จะเกิดกับ
บุคลากรและผู้เกี่ยวข้อง และทรัพยากรทั้งหมด
พร้อมทั้งจัดระบบเคลื่อนย้าย จัดเก็บอย่างถูก
วิธี

4.3 กำหนดพื้นที่ปลอดภัยสำหรับคนและทรัพยากร
กำหนดพื้นที่อันตราย พื้นที่จัดเก็บวัสดุอันตราย
และพื้นที่ทำลายหรือชำระสิ่งปนเปื้อน

5. กลุ่มภารกิจปฏิบัติการ (Operation) มีอำนาจ
หน้าที่ ดังนี้

5.1 ประเมินความต้องการของทีมปฏิบัติการ
ทางการแพทย์ ในการเข้าช่วยเหลือต่อ
สถานการณ์ ประสานงาน และจัดระบบการ
ปฏิบัติภาคสนามในการปฏิบัติการจัดการ
ภาวะฉุกเฉิน

5.2 วางแผนและปฏิบัติการสอบสวนควบคุมโรค
และภัยสุขภาพในพื้นที่

- 5.3 จัดทำรายงานผลการปฏิบัติงานเสนอผู้บัญชาการเหตุการณ์
- 5.4 ควบคุม ติดตาม กำกับ ประสานงาน สนับสนุน และปฏิบัติการ ระบบดูแลรักษาทั้งก่อนถึงโรงพยาบาล ในโรงพยาบาล ระบบการส่งต่อ ในศูนย์พักพิงและการจัดตั้งโรงพยาบาลสนาม เช่น
 - ทีมประเมินความต้องการด้านสุขภาพหลังภัยพิบัติ(Rapid Health Need Assessment Team)
 - ทีมช่วยเหลือด้านการแพทย์ในภาวะภัยพิบัติ (Disaster Medical Assistance Team: DMAT)
 - ทีมปฏิบัติการฉุกเฉินทางการแพทย์ในภาวะภัยพิบัติ (Medical Emergency Response Team : MERT)
 - ชุดปฏิบัติการฉุกเฉินทางการแพทย์เคลื่อนที่เร็ว (Mini-Medical Emergency Response Team : Mini-MERT)
 - ทีมควบคุมสารเคมี (HAZMAT)
 - ทีมปฏิบัติการทางสิ่งแวดล้อม (Special Environmental Response Team : SERT)
 - ทีมช่วยเหลือเยียวยาจิตใจผู้ประสบภาวะวิกฤต (Mental health Crisis Assessment and Treatment team MCATT)
 - ทีมพิสูจน์เอกลักษณ์บุคคลในภาวะภัยพิบัติ (Disaster Victim Identification: DVI) เป็นต้น
 - หน่วยปฏิบัติการควบคุมโรค (Communicable Disease Control Unit : CDCU)
- 5.5 ปฏิบัติหน้าที่อื่นๆ ตามที่ได้รับมอบหมาย
6. กลุ่มภารกิจสื่อสารความเสี่ยง (Risk communication) มีอำนาจหน้าที่ ดังนี้
 - 6.1 เฝ้าระวังข้อมูลข่าวสารจากสื่อต่างๆ ทุกช่องทาง และประเมินการรับรู้ของสาธารณะจัดทำแผนการสื่อสารความเสี่ยงและตอบโต้ที่เหมาะสมและรวดเร็ว
 - 6.2 จัดทำข้อมูลข่าวสาร ประเด็นข่าว (Press release) ประเด็นสาร (Talking point) ที่ถูกต้องแม่นยำและครบถ้วน เหมาะกับสถานการณ์
 - 6.3 ดำเนินการสื่อสารความเสี่ยง (ข ผ่านช่องทางต่างๆ รวมทั้งผลิตสื่อ เพื่อเผยแพร่ด้วยรูปแบบและภาษาที่เหมาะสม
 - 6.4 ประสานกับกลุ่มภารกิจต่างๆ เพื่อจัดการข้อมูลจำเป็นเพื่อเผยแพร่ และสื่อสารความเสี่ยง
 - 6.5 ประสานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทั้งในและนอกกระทรวงสาธารณสุขเพื่อดำเนินการสื่อสารความเสี่ยง
 - 6.6 ประเมินผลและรายงานผลการดำเนินงานสื่อสารความเสี่ยงต่อผู้บัญชาการเหตุการณ์
 - 6.7 จัดทำรายงานผลการปฏิบัติงานเสนอผู้บัญชาการเหตุการณ์
 - 6.8 ปฏิบัติหน้าที่อื่นๆ ตามที่ได้รับมอบหมาย
7. กลุ่มภารกิจสำรองเวชภัณฑ์ และส่งกำลังบำรุง (Stockpiling and Logistics) มีอำนาจหน้าที่ ดังนี้
 - 7.1 จัดทำแผน สรรหา สถานที่และสิ่งอำนวยความสะดวก สำรองเวชภัณฑ์ ทางารแพทย์ อุปกรณ์เทคโนโลยีและสารสนเทศ (IT) อุปกรณ์และระบบการสื่อสารเสียงและอุปกรณ์ยังชีพและยานพาหนะ ตามแผนที่กำหนด
 - 7.2 จัดทำแผน กระจาย ดูแลกำกับ และจัดส่งเวชภัณฑ์ทางการแพทย์ อุปกรณ์เทคโนโลยี และสารสนเทศ (IT) อุปกรณ์และระบบการสื่อสาร เสียงและอุปกรณ์ยังชีวยานพาหนะ วัสดุ อุปกรณ์ต่างๆ สถานที่และสิ่งอำนวยความสะดวก ตามแผนที่กำหนด
 - 7.3 จัดทำแผน สรรหา จัดตั้งสถานที่และสิ่งอำนวยความสะดวกสำหรับทีมปฏิบัติการ และศูนย์พักพิงสำหรับผู้ประสบภัย
 - 7.4 ดูแลรักษาทีมปฏิบัติการที่ได้รับการบาดเจ็บหรือเจ็บป่วย
8. กลุ่มภารกิจการเงินและงบประมาณ มีอำนาจหน้าที่ ดังนี้
 - 8.1 วางแผนงบประมาณของ EOC ในภาวะฉุกเฉิน

- 8.2 จัดทำธุรการ การเงิน งบประมาณ สนับสนุนภารกิจ EOC
- 8.3 ติดตามการเบิกจ่ายงบประมาณและรายงาน EOC
- 8.4 สนับสนุนงบประมาณให้ทีมปฏิบัติการได้ทันเวลา
- 8.5 บันทึกเวลาปฏิบัติงานและจ่ายค่าตอบแทนตามวันเวลา
- 8.6 สรุปรายงานทางการเงินและวิเคราะห์ต้นทุนการดำเนินการและความคุ้มค่า
- 8.7 จัดทำประกันชีวิต ดำเนินการเรียกร้อง ดูแลชดเชยค่าเสียหาย สำหรับอุบัติเหตุและการบาดเจ็บ
- 8.8 วางแผนงบประมาณชดเชยผู้ที่ได้รับผลกระทบจากการปฏิบัติงาน เช่น ค่าชดเชยจากการที่ต้องหยุดปฏิบัติงาน
- 8.9 ปฏิบัติหน้าที่อื่นๆ ตามที่ได้รับมอบหมาย
9. กลุ่มภารกิจกฎหมาย มีอำนาจหน้าที่ ดังนี้
 - 9.1 ทบทวน รวบรวม วิเคราะห์ พร้อมจัดทำฐานข้อมูลเกี่ยวกับกฎหมายที่มีความเกี่ยวข้องกับศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน
 - 9.2 ร่าง ปรับปรุง หรือเพิ่มเติมกฎระเบียบ ให้เอื้อต่อการปฏิบัติงาน
 - 9.3 เป็นที่ปรึกษาทางด้านกฎหมาย
 - 9.4 สื่อสารและถ่ายทอดกฎหมายที่เกี่ยวข้องให้ผู้ปฏิบัติงานเข้าใจ และปฏิบัติได้ถูกต้อง
 - 9.5 ประเมินผลของกฎหมายที่บังคับใช้
 - 9.6 จัดทำคำร้องเพื่อแจ้งความและให้ความร่วมมือตามกฎหมาย
 - 9.7 จัดเก็บหลักฐาน ข้อความสื่อสาร วิธีการรวบรวมวัตถุพยานในกาตอบโต้ภาวะฉุกเฉิน
 - 9.8 กำหนดกฎหมายรองรับ
10. กลุ่มภารกิจดูแลรักษาผู้ป่วย (Case management) มีอำนาจหน้าที่ ดังนี้
 - 10.1 จัดทำมาตรฐานแนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วยตลอดจนแนวทางในการป้องกันการติดเชื้อในโรงพยาบาล
 - 10.2 ประสานกับห้องปฏิบัติการทางสาธารณสุขเพื่อจัดทำแนวทางการส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการที่เหมาะสม
 - 10.3 ประสานและ/หรือจัดเตรียมสถานที่สำหรับการคัดกรอง แยกกัก รักษาผู้ป่วย
 - 10.4 จัดทีมดูแลรักษาผู้ป่วยแบบองค์รวม (Holistic case) และฝึกซ้อมทีมเพื่อให้สามารถปฏิบัติงานตามมาตรฐานการป้องกันการติดเชื้อได้อย่างเหมาะสม
 - 10.5 จัดทีมผู้เชี่ยวชาญเพื่อให้คำปรึกษาด้านการแพทย์และการป้องกันควบคุมโรคติดเชื้อในโรงพยาบาลแก่สถานพยาบาลที่รับดูแลรักษาผู้ป่วย
11. กลุ่มภารกิจด้านควบคุมโรคระหว่างประเทศ (Point of Entry) มีอำนาจหน้าที่ ดังนี้
 - 11.1 ตรวจสอบคัดกรองผู้เดินทางที่มาจาก-พื้นที่เสี่ยง-ผู้เดินทางขาเข้า (Measures on arrival)-ผู้เดินทางก่อนเดินทางขาออก (Measures on pre-departure /exit screening)-ผู้เดินทางต้องสงสัย
 - 11.2 การกักกันผู้เดินทางต้องสงสัย
 - 11.3 การรวบรวมข้อมูลเพื่อส่งต่อให้กลุ่มภารกิจติดตามผู้เดินทางสงสัยสัมผัสโรค (Contact tracing)
12. กลุ่มภารกิจด้านกำลังคน
 - 12.1 จัดทำฐานข้อมูลกำลังคน
 - 12.2 จัดหากำลังคนสนับสนุนการเข้าปฏิบัติงานในภาวะฉุกเฉินตามที่อยู่บัญชาการเหตุการณ์กำหนด
 - 12.3 จัดทำแผนการระดมทรัพยากรด้านกำลังคน เพื่อการสนับสนุนการปฏิบัติการในภาวะฉุกเฉิน
 - 12.4 ปฏิบัติหน้าที่อื่นๆ ตามที่ได้รับมอบหมาย
13. กลุ่มภารกิจประสานงานและเลขานุการ (Liaison) มีอำนาจหน้าที่ ดังนี้
 - 13.1 จัดทำทำเนียบเครือข่ายเพื่อการประสานงาน

- ทั้งภายในและภายนอกกระทรวงสาธารณสุข
- 13.2 ติดต่อประสานงานกับหน่วยงานต่างๆ ที่เกี่ยวข้องทั้งภายในและภายนอกกระทรวงสาธารณสุข
- 13.3 ประสานหาสถานที่สำหรับการปฏิบัติงานของกลุ่มภารกิจต่างๆ ในระบบบัญชาการเหตุการณ์ให้เพียงพอ
- 13.4 ประสานจัดการประชุม จัดทำปฏิทินการปฏิบัติงานกลุ่มภารกิจต่างๆ ในระบบบัญชาการเหตุการณ์
- 13.5 สรุปรายงานการประชุมข้อสั่งการ ผลการดำเนินงาน ปัญหาอุปสรรคและสื่อสารข้อสั่งการไปยังหน่วยงานต่างๆ ที่เกี่ยวข้องอย่างรวดเร็ว

- 13.6 วางแผนและผลักดันให้ข้อสั่งการของผู้บัญชาการเหตุการณ์ได้รับการปฏิบัติอย่างรวดเร็วและมี ประสิทธิภาพ
- 13.7 ให้การสนับสนุนงานด้านบริหารจัดการและอำนวยความสะดวกในทุกๆ ด้านให้กับกลุ่มภารกิจต่างๆ ในระบบบัญชาการเหตุการณ์
- 13.8 รับผิดชอบงานสารบรรณของระบบบัญชาการเหตุการณ์
- 13.9 จัดทำรายงานผลการปฏิบัติงานเสนอผู้บัญชาการเหตุการณ์
- 13.10 ปฏิบัติหน้าที่อื่นๆ ตามที่ได้รับมอบหมาย

14.10 การดำเนินงานทีมเฝ้าระวังสอบสวนโรคเคลื่อนที่เร็ว (Surveillance and Rapid Response Team: SRRT)

การใช้องค์ความรู้ ข้อมูลโรค-สุขภาพโดยอาศัยหลักระบาดวิทยามีส่วนสำคัญในการสร้าง ความก้าวหน้าการพัฒนาการสาธารณสุขของประเทศไทยอย่างต่อเนื่องในระยะ 50 ปีที่ผ่านมา กระทรวงสาธารณสุขจัดตั้งหน่วยงานกองระบาดวิทยา (สำนักระบาดวิทยาในปัจจุบัน) รวมทั้งมีนโยบายอย่างต่อเนื่อง

ในการพัฒนากำลังคนด้านระบาดวิทยา มีโครงการสำคัญ เช่น โครงการศึกษาฝึกอบรมแพทย์สาขาเวชศาสตร์ป้องกัน (ระบาดวิทยา) โดยความร่วมมือกับองค์การอนามัยโลกและศูนย์ควบคุมโรค สหรัฐอเมริกาและการฝึกอบรมเครือข่ายระบาดวิทยาระดับภาคและระดับจังหวัด จัดทำขึ้นเพื่อรองรับและร่วมพัฒนาระบบบริการสาธารณสุข และบริการรักษาพยาบาลที่ขยายสู่ระดับอำเภอทั่วประเทศ

ระบบเฝ้าระวังโรค (รายงานโรค 506) ในโรงพยาบาลและสถานบริการได้รับการพัฒนาอย่างต่อเนื่องควบคู่กันจนเป็นระบบที่มีเครือข่ายที่ใหญ่ครอบคลุมทั่วประเทศ มีข้อมูลสะสม และองค์ความรู้จากการสอบสวนโรค การศึกษา การสำรวจด้านสุขภาพอย่างเป็นระบบทำให้ประเทศไทยมีขีดความสามารถในการค้นหาปัญหา

สุขภาพ ตรวจจับการระบาดและตอบโต้ควบคุมโรคได้รวดเร็วขึ้น

อย่างไรก็ตาม การพัฒนากำลังคนด้านระบาดวิทยา เช่น แพทย์และนักวิชาการด้านระบาดวิทยา ผลิตได้จำนวนจำกัดและกระจายได้ไม่ทั่วถึง ยังไม่เพียงพอต่อการจัดการปัญหาสุขภาพ ซึ่งรวมถึงการสอบสวนและควบคุมโรคในพื้นที่ทั่วประเทศ ในขณะเดียวกัน ในระยะที่ผ่านมา ประเทศไทยได้เผชิญภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขหลายครั้งที่มีความรุนแรง เช่น การระบาดของโรคระบบทางเดินหายใจเฉียบพลันรุนแรง (SARS) และโรคไข้หวัดนก (Avian Influenza) ในช่วงปีพ.ศ. 2546-2547 การเกิดภัยพิบัติจากสึนามิในภาคใต้ ซึ่งมีผู้บาดเจ็บและเสียชีวิตจำนวนมากในปี พ.ศ. 2546 การระบาดของโรค เช่น โรคฉี่หนู โรคไข้หัด ไข้หวัดใหญ่ รวมทั้งโรคติดต่ออุบัติใหม่ที่เกิดขึ้นในประเทศอื่นแล้วกระจายเข้ามาในประเทศไทย หรือมีความเสี่ยงที่จะแพร่มาสู่ประเทศไทย

1) วัฒนาการของการพัฒนา SRRT

กระทรวงสาธารณสุขตระหนักว่า การรับมือกับภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขเหล่านี้ จำเป็นต้องมีผู้ร่วมปฏิบัติงานจำนวนมาก และใช้ความรู้ความสามารถหลาย

ด้าน มีการจัดการให้เป็นทีมที่พร้อมปฏิบัติงานเบื้องต้นอย่างรวดเร็วในพื้นที่ที่เกิดเหตุได้ จึงเกิดแนวคิดและเริ่มดำเนินการพัฒนาทีมเฝ้าระวัง สอบสวนโรคเคลื่อนที่เร็ว (SRRT) ในระดับต่างๆ ของประเทศ

ตั้งแต่ปี 2548 เริ่มมีการจัดตั้งทีมระดับอำเภอ ทีมระดับจังหวัด ทีมระดับเขตและทีมส่วนกลาง รวม 1,030 ทีม เพื่อให้สอดคล้องตามข้อกำหนดของกฎอนามัยระหว่างประเทศ พ.ศ. 2548 (International Health Regulation 2005) ที่กำหนดให้ประเทศสมาชิกต้องดำเนินการจัดให้มีหน่วยเฝ้าระวังและตอบสนองทางสาธารณสุข 3 ระดับ คือ ระดับชาติ ระดับเขต/จังหวัด และระดับอำเภอ (ดูภาพที่ 14.7) ทั้งนี้ มีการดำเนินงานเป็นขั้นตอน โดยอบรมวิทยากรให้ทีมเขต เพื่อขยายการจัดตั้งทีม SRRT ในระดับจังหวัดและระดับถัดไป มีการจัดทำแผนยุทธศาสตร์และแผนปฏิบัติการ มาตรฐานทีม และหลักสูตรการฝึกอบรม

ในปีพ.ศ. 2549 มีการพัฒนาทักษะด้านปฏิบัติการของทีมระดับอำเภอ เสริมด้วยการประกวดผลงานการสอบสวนโรคและให้รางวัล การประชุมเครือข่าย SRRT การจัดอบรมให้แก่ทีมเขต เพื่อเพิ่มความรู้ด้านโรคติดต่อและโรคจากการประกอบอาชีพฯ การพัฒนารูปแบบการ

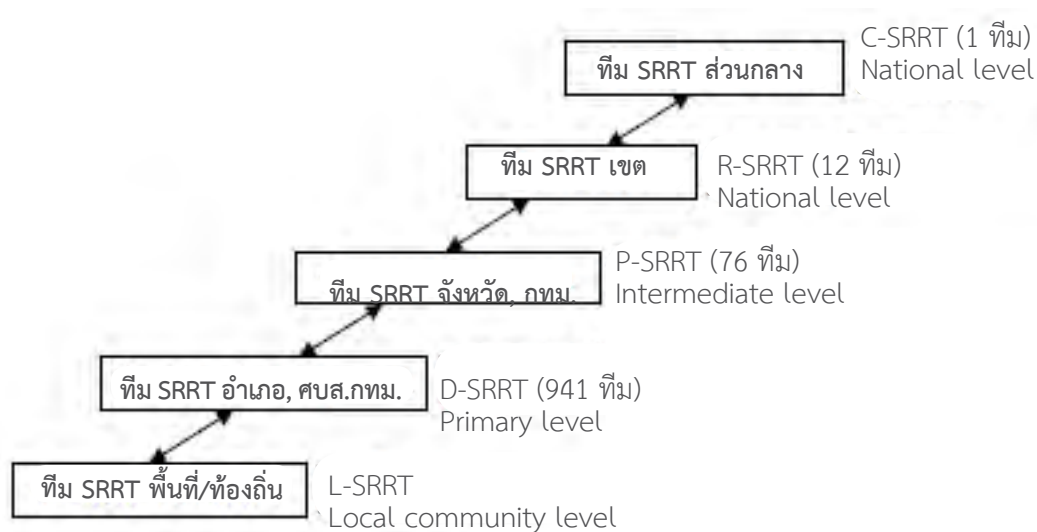
อบรมแบบ on-the-job training และปรับปรุงระบบรายงานการสอบสวนโรค

ระยะต่อมา ระหว่างปี พ.ศ. 2550-2551 มีการพัฒนาหลักสูตรและอบรมหัวหน้าทีม ผู้สอบสวนหลักของทีมจังหวัด และจัดอบรมทีมเขตด้านภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข การฝึกซ้อมรับการระบาดใหญ่ของไข้หวัดใหญ่ (Influenza pandemic) แก่ทีมระดับอำเภอ จังหวัด และเขต การพัฒนาระบบสนับสนุนการส่งตรวจวัตถุตัวอย่าง การพัฒนาหัวหน้าทีมและผู้สอบสวนหลัก (หลักสูตรใหม่เพิ่มการบริหารจัดการ) การอบรมด้านภัยพิบัติจากน้ำท่วมและภัยอาวุธชีวภาพ การปรับปรุงมาตรฐานทีม การพัฒนารูปแบบทีม SRRT เทศบาลนคร และการจัดทำแผนปฏิบัติการพื้นที่

ในปี พ.ศ. 2552 มีการปรับเพิ่มมาตรฐานงานของ SRRT เพื่อให้รองรับข้อกำหนดในกฎอนามัยระหว่างประเทศได้ดียิ่งขึ้นและเพิ่มข้อกำหนดคุณภาพของการเฝ้าระวังสอบสวนโรค การปรับปรุงดังกล่าว ทำให้บทบาทภารกิจของทีม SRRT ในปัจจุบันครอบคลุมถึง

- 1) การเฝ้าระวังโรคติดต่อที่แพร่ระบาดรวดเร็วรุนแรง

ภาพที่ 14.7 ทีมเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็ว (SRRT) ที่จัดตั้งขึ้นในระดับต่างๆ



ที่มา: สำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค

2) การตรวจจับภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขและ
การรายงาน

3) การสอบสวนโรคอย่างมีประสิทธิภาพทันการณ์

4) การควบคุมโรคขั้นต้นรวดเร็วใน 24-48 ชั่วโมง

5) การแลกเปลี่ยนข้อมูลเฝ้าระวังโรคและร่วมมือกันเป็นเครือข่าย ทั้งภายในและต่างประเทศผ่านจุดประสานงานกฏอนามัยระหว่างประเทศ (IHR – National Focal Point)

ในช่วงปี พ.ศ. 2555-2557 มีการขยายการพัฒนาทีม SRRT สู่ระดับตำบลครอบคลุมพื้นที่⁽¹⁾ เพื่อเสริมแผนงาน “อำเภอควบคุมโรคเข้มแข็ง” โดยมีโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) เป็นศูนย์กลางในการรับแจ้งข่าว และตอบสนองต่อเหตุการณ์เบื้องต้น มีการพัฒนาศักยภาพบุคลากรของจังหวัดชายแดนเพื่อเป็นครู ก ในการดำเนินงานทางระบาดวิทยา มีการจัดอบรมระบาดวิทยาสำหรับทีม SRRT จังหวัดชายแดน เป็นต้นแบบใน 5 จังหวัด ได้แก่ เชียงราย ตาก ระนอง สระแก้ว และหนองคาย

2) ยุทธศาสตร์การพัฒนา SRRT

ยุทธศาสตร์การพัฒนาทีม SRRT กำหนดไว้ 4 ด้าน

ได้แก่

1. การพัฒนานโยบาย ยุทธศาสตร์ และการส่งเสริมสนับสนุน

2. การพัฒนาบุคลากรทั้งการฝึกอบรมและการพัฒนาระหว่างงาน (On the job training)

3. การพัฒนากระบวนการปฏิบัติงานด้านเฝ้าระวังโรค สอบสวนโรคและควบคุมโรคขั้นต้น

4. การพัฒนาเครือข่ายทีม SRRT

3) มาตรฐานงาน SRRT และการประเมินผล⁽²⁾

ในการพัฒนา SRRT มีกำหนดมาตรฐานงาน 4 ด้าน ได้แก่

1. ด้านความเป็นทีม

2. ด้านความพร้อมในการออกปฏิบัติงาน

3. ด้านความสามารถในการปฏิบัติงาน

4. ด้านผลการปฏิบัติงาน

โดยมีตัวชี้วัดมาตรฐานและมีการประเมิน SRRT แต่ละระดับตามมาตรฐานที่กำหนดไว้อย่างเป็นระบบ คู่มือร่างมาตรฐานงาน SRRT ในภาพที่ 14.8

ภาพที่ 14.8 โครงสร้างมาตรฐานงาน SRRT พร้อมตัวชี้วัด

INPUT	PROCESS	OUTPUT
ด้านความเป็นทีม 1. จัดตั้งทีม 2. ศักยภาพวิชาการ 3. บริหารทีมงาน	ด้านความสามารถการปฏิบัติงาน 6. การเฝ้าระวัง/เตือนภัย (Detect events) 7. ประเมินสถานการณ์/รายงาน/แจ้งเหตุ (Verify, Assess, Notification) 8. สอบสวนโรคและภัยสุขภาพ 9. ควบคุมโรคขั้นต้น (Containment) 10. Support ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม 11. Support ควบคุมโรคและตอบสนองทางสาธารณสุข	ด้านผลงาน 12. ผลงานแจ้งเตือน/รายงาน 13. ผลงานสอบสวนโรคครบถ้วน 14. ผลงานสอบสวนและควบคุมโรคมีคุณภาพ 15. ผลงานสอบสวนโรคเร็ว (response time) 16. เขียนรายงานสอบสวนโรคดี 17. มีผลงานวิชาการจากการสอบสวนโรค
ด้านความพร้อม 4. คนและสิ่งสนับสนุน (Logistics) 5. แผนและการฝึกซ้อม		

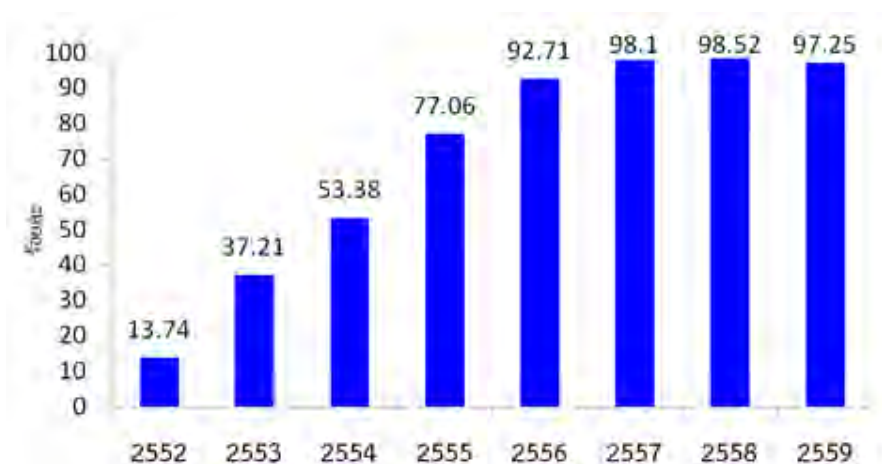
การดำเนินงานของ SRRT ทั่วประเทศในระยะกว่าทศวรรษที่ผ่านมา เป็นประโยชน์อย่างยิ่งต่อการแก้ปัญหาสุขภาพของประเทศ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในการตอบโต้การระบาดของโรคติดต่อ และโรคติดต่ออุบัติใหม่ที่แพร่เข้ามาในประเทศ รวมทั้งภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขอื่นๆจำนวนมาก โดยสามารถเฝ้าระวัง ค้นหา ผู้มีความเสี่ยง ผู้ป่วยหรือผู้ที่สงสัยว่าป่วย และเข้าตอบโต้ควบคุมโรคและปัญหาในเบื้องต้นได้อย่างรวดเร็วและให้ข้อมูลสำหรับการควบคุมในระยะต่อไป รวมทั้งให้แนวทางสำหรับการป้องกันปัญหาในระยะยาวได้เป็นอย่างดี ช่วยสร้างความมั่นใจแก่ประชาชน รักษาความมั่นคงของระบบ

สาธารณสุข จนได้รับความเชื่อถือจากองค์การอนามัยโลก และนานาชาติ

ผลงาน SRRT ด้านการสอบสวนโรคได้รับรางวัลมากมายในระดับชาติ และผลงานบางส่วนได้นำเสนอในระดับนานาชาติ เช่น การสัมมนาาระบาศริยาระดับชาติ-เขตและการประชุมนานาชาติต่างๆเช่น International One Health Conference ที่ประเทศ Australia เป็นต้น

การประเมิน SRRT ระดับอำเภอตามมาตรฐานของประเทศเพิ่มขึ้นตามลำดับ จากปี 2553 ร้อยละ 37 เป็นร้อยละ 54 ในปี 2554 เป็น ร้อยละ 77 ในปี 2555 และเกิน ร้อยละ 90 ตั้งแต่ปี 2556 เป็นต้นมา (ดูภาพที่ 14.9)

ภาพที่ 14.9 ผลการประเมินมาตรฐาน SRRT ระดับอำเภอ แสดงร้อยละของ SRRT ที่ผ่านการประเมินรับรองมาตรฐาน โดยสำนักงานป้องกันควบคุมโรค ปี พ.ศ. 2552-2559



ที่มา: สำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค

ในปี พ.ศ. 2560 มีการประเมินผล SRRT เป็นองค์ประกอบส่วนหนึ่งใน Joint External Evaluation - JEE⁽³⁾ ซึ่งเป็นชุดการประเมินศักยภาพด้านต่างๆ ตามข้อกำหนดของ IHR 2005 ปรากฏผลว่างานด้าน SRRT ของประเทศไทย ได้รับคะแนนในระดับดี

อุปสรรคและความท้าทาย

อุปสรรคและความท้าทายที่สำคัญในการพัฒนาและรักษา SRRT ไว้ในระบบงาน ได้แก่

- ข้อจำกัดของความก้าวหน้าในอาชีพ ทำให้มีการเปลี่ยนแปลงบุคลากรบ่อย
- ภาระงานหนักและความเสี่ยงในการปฏิบัติงานที่สูงขึ้น ทำให้หาบุคลากรเข้าทำงานยากขึ้น และคงการปฏิบัติงานอยู่ไม่นาน

4) ก้าวต่อไปของการพัฒนา SRRT

ประเทศไทยและทุกประเทศกำลังประสบภัยคุกคามด้านสุขภาพที่มีแนวโน้มเกิดมากขึ้นและรวดเร็วขึ้น ภัยสุขภาพหลายอย่างที่มีความรุนแรงและผลกระทบสูง การพัฒนาศักยภาพของบุคลากร รวมทั้ง SRRT ด้วยความร่วมมือภายในประเทศและระหว่างประเทศจึงมีความจำเป็นอย่างยิ่ง แนวทางสำคัญในการพัฒนา SRRT ในปัจจุบัน ได้แก่

1) การพัฒนาศักยภาพและมาตรฐาน ตามข้อกำหนดในกฎอนามัยระหว่างประเทศ และตามวาระความมั่นคงทางสุขภาพของโลก (Global Health Security Agenda) ซึ่งมุ่งการเตรียมพร้อมใน 3 ด้าน คือ

- การป้องกันและลดโอกาสในการระบาด (Prevent)
- การตรวจจับภัยคุกคามอย่างรวดเร็ว (Detect)
- การตอบโต้ภัยคุกคามอย่างรวดเร็วและมีประสิทธิภาพ (Response)

ทั้งนี้ เพื่อสามารถตอบโต้ภัยคุกคามโรคและภัยสุขภาพ 5 ประเภท ได้แก่ 1) โรคติดต่อ 2) เหตุการณ์ที่ก่อให้เกิดการบาดเจ็บและอุบัติเหตุ 3) โรคและภัยสุขภาพที่มาจากภัยธรรมชาติ 4) ภัยสุขภาพที่เกิดจากสารเคมี และ 5) ภัยสุขภาพที่เกิดจากกัมมันตภาพรังสีและนิวเคลียร์

2) การปรับบทบาทและรูปแบบการทำงานของ SRRT ร่วมกับการพัฒนาระบบตอบโต้ภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข ซึ่งประกอบด้วยระบบตั้งศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน (Emergency Operation Center: EOC) และระบบบัญชาการเหตุการณ์เชื่อมโยงระหว่างส่วนกลางและระดับจังหวัด กรมควบคุมโรคส่งเสริมให้ขยายบทบาท SRRT (ระดับจังหวัด) ให้มีทีมตระหนักรู้สถานการณ์ (Situation Awareness Team: SAT) ทำหน้าที่เฝ้าระวัง

ติดตาม ประเมินสถานการณ์ ประเมินความเสี่ยงของเหตุการณ์สำคัญ จัดทำสรุปรายงานเหตุการณ์เร่งด่วนให้ EOC (ผู้บริหาร) ทราบอย่างรวดเร็วภายในเวลาที่กำหนด เพื่อการแจ้งเตือน และการตัดสินใจสั่งทีมออกสอบสวนควบคุมเหตุการณ์ โดยส่งเสริมให้จัดทีมในลักษณะ ทีมสอบสวนโรคร่วมหลายฝ่าย/ภาคส่วน (Joint Investigation Team: JIT) ซึ่งมีผู้ปฏิบัติงานจากหลายหน่วยงานเกี่ยวข้อง ทั้งด้านสุขภาพคน ด้านสุขภาพสัตว์ ด้านสัตว์ป่าและสิ่งแวดล้อม (ตามสภาพปัญหา) มาร่วมปฏิบัติการ โดยมีกรอบการทำงานภายใต้กฎหมายที่เกี่ยวข้อง⁽⁴⁾ เช่น พระราชบัญญัติโรคติดต่อ พ.ศ. 2558 หรือ พระราชบัญญัติโรคระบาดสัตว์ พ.ศ. 2558 และพระราชบัญญัติการสาธารณสุข พ.ศ. 2535 เป็นต้น รวมทั้งตามกรอบแผนยุทธศาสตร์ที่เกี่ยวข้อง เช่น แผนยุทธศาสตร์เตรียมความพร้อม ป้องกัน และแก้ไขปัญหาโรคติดต่ออุบัติใหม่แห่งชาติ (พ.ศ. 2560-2564) เป็นต้น

สรุป

ทีมเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็ว (SRRT) และเครือข่ายได้รับการพัฒนาให้เป็นกลไกที่สำคัญของประเทศไทยในการทำงานด้านสุขภาพ การพัฒนานี้ได้ผ่านกระบวนการด้านนโยบายจนถึงการปฏิบัติการรับมือสถานการณ์จริง ได้สั่งสมประสบการณ์จากการเรียนรู้ ความสำเร็จ ความล้มเหลว ข้อผิดพลาดและอุปสรรคต่างๆมากมาย กระบวนการพัฒนายังต้องเดินทางพัฒนาต่อไป เพื่อสร้างนวัตกรรม ปรับปรุงระบบงานให้มีประสิทธิภาพสูงขึ้น และพัฒนาบุคลากรให้มีศักยภาพมากขึ้น ขยับสู่การเตรียมความพร้อมในระดับที่สูงขึ้น เพื่อรับมือภัยสุขภาพและอุบัติภัยต่างๆ ที่จะเกิดขึ้นในอนาคต

บทที่ 15

ดัชนีชี้วัดสถานะสุขภาพของคนไทย

15.1 ดัชนีชี้วัดสถานะสุขภาพทั่วไป

สุขภาพของคนไทยโดยรวมมีแนวโน้มดีขึ้นในรอบครึ่งทศวรรษที่ผ่านมา โดยพิจารณาจากตัวชี้วัด ดังนี้

1) อายุคาดเฉลี่ยเมื่อแรกเกิดของคนไทย (Life Expectancy at birth)

คนไทยมีอายุคาดเฉลี่ยเมื่อแรกเกิดใน พ.ศ. 2559 เพศชายและเพศหญิงเท่ากับ 74.6 ปี และ 80.9 ปีตามลำดับ ซึ่งสูงกว่าค่าเฉลี่ยของโลก และประเทศในกลุ่มอาเซียนยกเว้นสิงคโปร์ (ตารางที่ 15.1) และมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นจาก พ.ศ. 2533 ที่อายุคาดเฉลี่ยเมื่อแรกเกิดเท่ากับ 68.4 ปีในเพศชายและ 75.1 ปีในเพศหญิง โดยเฉลี่ยร้อยละ 3 ต่อปี จากข้อมูลประมาณการณของสำนักงานสถิติแห่งชาติและการคาดการณ์ของสำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ (ตารางที่ 15.2) เห็นได้ว่า อายุคาดเฉลี่ยของคนไทยเมื่อแรกเกิดเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องตั้งแต่ พ.ศ. 2507 – พ.ศ. 2558 โดยที่ผู้ชายเพิ่มจาก 55.9 ปี เป็น 70.4 ปี และผู้หญิงเพิ่มจาก 62.0 ปี เป็น 77.5 ปี และเมื่อถึง พ.ศ. 2583 มีการคาดประมาณว่าผู้ชายไทยจะมีอายุคาดเฉลี่ยเป็น 75.3 ปี และผู้หญิงเป็น 81.9 ปี

นอกจากนี้ จากรายงานของ Global Burden of Disease Study 2016 ระบุว่า พ.ศ. 2559 ประเทศไทยมีอายุคาดเฉลี่ยของการมีสุขภาพดี/อายุคาดเฉลี่ยที่มีสุขภาพดี (Health Life Expectancy- HALE) ในเพศชายและหญิงเท่ากับ 65.7 ปีและ 70.2 ปีตามลำดับ ซึ่งเพิ่มสูงขึ้นกว่า พ.ศ. 2533 ที่มีค่าเป็น 61.4 ปีในเพศชายและ 66.1 ปีในเพศหญิง แต่ยังคงต่ำกว่าบางประเทศในกลุ่มอาเซียนอย่างสิงคโปร์ (ตารางที่ 15.1) ทั้งนี้ความแตกต่างระหว่างอายุคาดเฉลี่ยเมื่อแรกเกิดกับอายุคาดเฉลี่ยที่มีสุขภาพดี (Life expectancy- LE) ของประชากรไทยเพศชายและหญิง พ.ศ. 2533 เท่ากับ 7 ปี และ 9 ปีตามลำดับ ซึ่งเพิ่มขึ้นใน พ.ศ. 2559 เป็น 8.9 และ 10.7 ปี ตามลำดับสะท้อนถึงการมีอายุคาดเฉลี่ยที่ยืนยาวขึ้นแต่มีช่วงเวลาเฉลี่ยที่อยู่ในภาวะสุขภาพไม่สมบูรณ์เพิ่มขึ้นเช่นกัน

ตารางที่ 15.1 อายุคาดเฉลี่ยเมื่อแรกเกิดและอายุคาดเฉลี่ยของภาวะสุขภาพดีของประชากรไทยเปรียบเทียบกับประเทศต่างๆ

กลุ่มประเทศ	อายุคาดเฉลี่ยเมื่อแรกเกิด (Life expectancy)								อายุคาดเฉลี่ยของภาวะสุขภาพดี (HALE)							
	2533*		2548*		2556*		2559**		2533*		2548*		2556*		2559**	
	ชาย	หญิง	ชาย	หญิง	ชาย	หญิง	ชาย	หญิง	ชาย	หญิง	ชาย	หญิง	ชาย	หญิง	ชาย	หญิง
ไทย	68.4	75.1	69.4	76.4	71.5	78.5	74.6	80.9	61.4	66.1	62.4	67.5	64.3	69.2	65.7	70.2
ASEAN																
สิงคโปร์	72.6	77.6	78.0	82.3	79.7	84.0	81.3	86.1	65.3	68.5	69.3	72.0	70.8	73.4	72.0	75.2
บรูไน	72.4	75.7	75.8	78.9	76.9	80.7	74.6	79.5	65.1	67.1	67.8	69.7	68.8	71.0	65.8	69.3
มาเลเซีย	69.9	74.5	71.9	77.2	71.8	78.0	73.2	78.1	62.4	66.0	64.0	68.1	64.1	68.9	64.8	68.1
ฟิลิปปินส์	64.7	72.2	65.4	72.9	66.4	73.8	66.6	73.9	55.0	62.3	57.3	63.4	58.8	64.6	59.1	64.5
เวียดนาม	65.9	72.1	70.6	78.5	72.3	80.1	70.9	78.1	55.6	58.8	61.4	66.8	63.8	69.3	63.3	68.4
อินโดนีเซีย	63.2	66.8	67.2	70.8	68.3	72.7	69.8	73.6	56.2	59.0	60.2	62.8	61.3	64.5	61.8	64.2
สหภาพพม่า	56.4	59.7	60.8	66.2	64.2	70.0	66.7	73.4	49.8	52.7	54.2	58.5	57.6	62.0	59.0	64.1
ลาว	54.5	57.2	60.4	63.8	63.8	67.8	64.8	69.7	47.8	50.3	53.3	56.2	56.5	59.7	57.4	60.8
กัมพูชา	56.9	61.2	61.8	67.1	64.8	70.6	65.7	71.6	39.7	47.2	48.8	55.2	54.6	60.2	58.0	62.1
High human development index																
ญี่ปุ่น	76.0	82.0	78.7	85.5	80.1	86.4	80.8	86.9	68.1	72.2	69.9	74.8	71.1	75.6	71.1	75.1
แคนาดา	74.2	80.6	77.9	82.6	79.4	83.4	79.8	83.9	65.1	68.7	67.8	70.3	69.1	71.0	70.0	72.3
ไอซ์แลนด์	76.0	80.2	79.5	83.1	80.8	84.8	80.6	84.0	65.9	68.5	68.7	70.5	69.7	72.0	70.8	72.2
สวีเดน	74.8	80.4	78.4	82.5	79.6	83.9	80.1	84.0	64.7	68.2	67.5	70.0	68.5	71.0	70.1	71.7
สวิตเซอร์แลนด์	74.1	80.9	78.6	83.6	80.5	84.8	81.0	85.2	63.6	67.9	67.0	69.9	68.6	71.2	71.0	72.9
World	63.0	67.7	66.2	71.3	68.8	74.3	69.8	75.3	55.4	58.5	58.3	61.5	60.6	64.1	61.4	64.9

ที่มา: *Global Burden of Disease Study 2013, **Global Burden of Disease Study 2016

ตารางที่ 15.2 อายุคาดเฉลี่ยของคนไทยเมื่อแรกเกิด (Life Expectancy at birth)

พ.ศ.	ชาย	หญิง	หญิง-ชาย
2507-2508 ⁽¹⁾	55.9	62.0	6.1
2517-2519 ⁽¹⁾	58.0	63.8	5.8
2528-2529 ⁽¹⁾	63.8	68.9	5.1
2538-2539 ⁽¹⁾	69.9	74.9	5.0
2548-2549 ⁽¹⁾	69.9	77.6	7.7
2553-2558 ⁽²⁾	70.4	77.5	7.1
2558-2563 ⁽²⁾	71.6	78.4	6.8
2563-2568 ⁽²⁾	72.6	79.3	6.7
2568-2573 ⁽²⁾	73.4	80.1	6.7
2573-2578 ⁽²⁾	74.1	80.8	6.7
2578-2583 ⁽²⁾	74.7	81.3	6.6
2583 ⁽²⁾	75.3	81.9	6.6

ที่มา: (1) รายงานการสำรวจการเปลี่ยนแปลงประชากร สำนักงานสถิติแห่งชาติ พ.ศ. 2507-2508, 2517-2519, 2528-2529, 2532, 2534, 2538-2539 และ 2548-2549

(2) การคาดประมาณประชากรของประเทศ พ.ศ. 2553-2583 สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ พ.ศ. 2556

2) อัตราตายมารดา

จากข้อมูลสถิติสาธารณสุข พบว่า อัตราตายมารดาต่อการเกิดมีชีพ 100,000 คน ในประเทศไทย ลดลงอย่างมากจาก 374.3 ต่อการเกิดมีชีพ 100,000 คน ใน พ.ศ. 2505 เหลือ 26.6 ต่อการเกิดมีชีพ 100,000 คน ใน พ.ศ. 2559 (ภาพที่ 15.1) อย่างไรก็ตามความครอบคลุมและความถูกต้องของการรายงานการตายมารดาในทะเบียนราษฎรอาจไม่ครบถ้วน ดังเห็นได้จากการที่ข้อมูลบางปีลดต่ำมาก เช่น 8.9 ต่อการเกิดมีชีพ 100,000 คน ใน พ.ศ. 2554 แต่ใน พ.ศ. 2555 อัตราตายมารดากลับเพิ่มสูงขึ้นเป็น 17.6 ต่อการเกิดมีชีพ 100,000 คน

และสูงขึ้นเรื่อยๆจนถึง พ.ศ. 2559 ซึ่งอาจเป็นผลจากการจัดเก็บและตรวจสอบข้อมูลที่ดีขึ้น ทั้งนี้ข้อมูลที่ได้จากการสำรวจอื่นๆ พบว่า อัตราตายมารดาสูงกว่าที่รายงานในทะเบียนราษฎร เช่น การสำรวจการตายของสตรีวัยเจริญพันธุ์โดยวิธี RAMOS เมื่อ พ.ศ. 2538-2539 พบอัตราตายของมารดาเท่ากับ 44.1 ขณะที่โครงการลูกเกิดรอดแม่ปลอดภัย เมื่อ พ.ศ. 2538- พ.ศ. 2539 พบเท่ากับ 16.3 และการศึกษาของยงเจือ เหล่าศิริถาวร (2546) พบเท่ากับ 52.2 ต่อการเกิดมีชีพ 100,000 คน ใน พ.ศ. 2538-2539 และการศึกษาของวรวรรณ ชาญด้วยวิทย์ และคณะ พบเท่ากับ 41.6 ต่อการเกิดมีชีพ 100,000 คน ใน พ.ศ. 2549

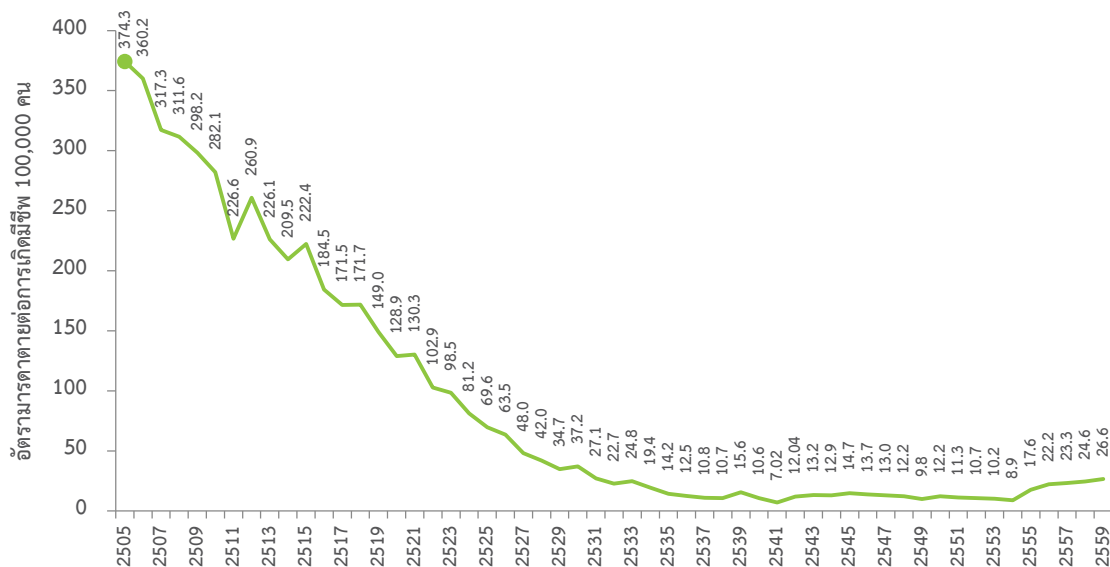
¹ การสำรวจการตายของสตรีวัยเจริญพันธุ์โดยวิธี Reproductive Age Survey โดยสำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย

² สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย. รายงานการตายมารดาในประเทศไทย โครงการลูกเกิดแม่ปลอดภัย พ.ศ. 2538-2539.

³ ยงเจือ เหล่าศิริถาวร. สถานการณ์และการรายงานการเสียชีวิตจากการตั้งครรภ์และการคลอด ประเทศไทย พ.ศ. 2538-2539, พ.ศ. 2546.

⁴ วรวรรณ ชาญด้วยวิทย์, และคณะ. Using Multiple Data for Calculating the Maternal Mortality Ratio in Thailand. TDRI, 2007

ภาพที่ 15.1 อัตราตายมารดาต่อการเกิดมีชีพ 100,000 คน ประเทศไทย พ.ศ. 2505- พ.ศ. 2559



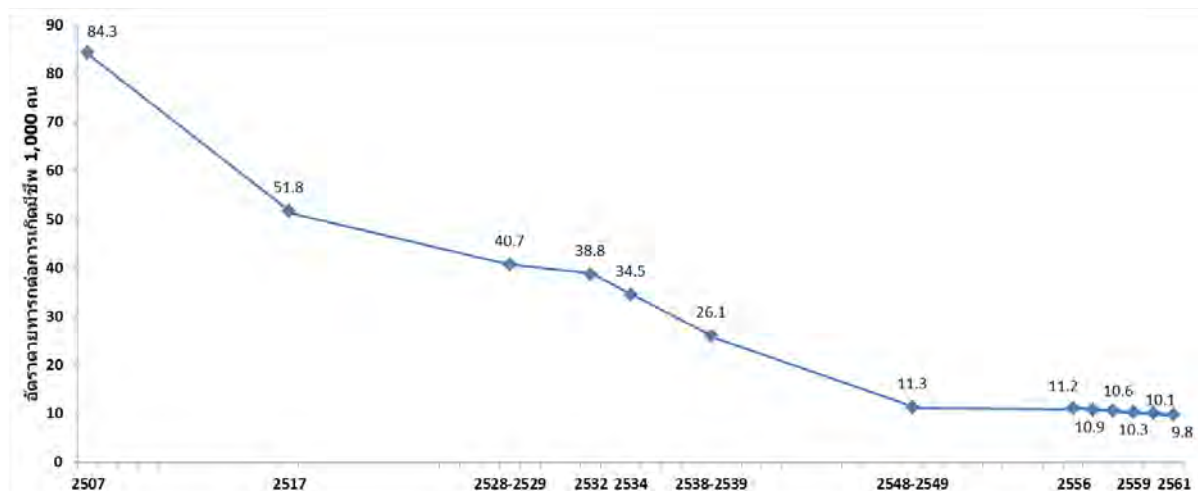
ที่มา: สถิติสาธารณสุข กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขแหล่งข้อมูลจากทะเบียนราษฎร
สำนักบริหารการทะเบียน กระทรวงมหาดไทย

3) อัตราตายทารก

อัตราตายทารกในประเทศไทย จากการคาดประมาณของสถาบันวิจัยประชากรและสังคม ม.มหิดล มีแนวโน้มลดลง จาก 84.3 ต่อการเกิดมีชีพ 1,000 คน ใน พ.ศ. 2507 เหลือ 40.7 ใน พ.ศ. 2528 - 2529 และลดลง

เป็น 11.3 ใน พ.ศ. 2548 - 2549 ทั้งนี้ พ.ศ. 2561 อัตราตายทารกต่อการเกิดมีชีพ 1,000 คน เท่ากับ 9.8 (ภาพที่ 5.2) อย่างไรก็ตาม แม้ว่าอัตราตายทารกของไทยจะต่ำกว่าค่าเฉลี่ยทั่วโลก แต่ยังคงสูงกว่าบางประเทศในแถบภูมิภาคเดียวกัน เช่น สิงคโปร์ มาเลเซีย และบรูไน (ตารางที่ 15.3)

ภาพที่ 15.2 อัตราตายทารกต่อการเกิดมีชีพ 1,000 คน ประเทศไทย พ.ศ. 2507- พ.ศ. 2561



ที่มา: พ.ศ. 2507-2549 จากการคาดประมาณของสถาบันวิจัยประชากรและสังคม ม.มหิดล โดยอาศัยข้อมูลสำรวจในรายงานการสำรวจการเปลี่ยนแปลงของประชากร สำนักงานสถิติแห่งชาติ และ พ.ศ. 2556-2561 จากสารประชากร สถาบันวิจัยประชากรและสังคม ม.มหิดล

ตารางที่ 15.3 อัตราตายทารกและอัตราตายของเด็กต่ำกว่า 5 ปีต่อการเกิดมีชีพ 1,000 คน
เปรียบเทียบกับประเทศต่างๆ พ.ศ. 2533, 2543, 2556 และ 2559

กลุ่มประเทศ	อัตราการตายต่อการเกิดมีชีพ 1,000 คน				อัตราการตายของเด็กที่มีอายุต่ำกว่า 5 ปีต่อการเกิดมีชีพ 1,000 คน			
	2533*	2543*	2556*	2559**	2533*	2543*	2556*	2559**
ไทย	30	19	11	11	37	23	13	12
ASEAN								
สิงคโปร์	6	3	2	2	8	4	3	3
มาเลเซีย	14	9	7	7	17	10	9	8
ฟิลิปปินส์	41	30	24	22	59	40	30	27
เวียดนาม	37	27	19	17	51	35	24	22
อินโดนีเซีย	62	41	25	22	84	52	29	26
กัมพูชา	86	82	33	26	118	111	38	31
บรูไน	9	8	8	9	12	10	10	10
สหภาพพม่า	78	59	40	40	109	80	51	51
ลาว	111	83	54	49	162	117	71	64
High income								
สวีเดน	6	3	2	2	7	4	3	3
ญี่ปุ่น	5	3	2	2	6	5	3	3
สวิตเซอร์แลนด์	7	5	4	4	8	6	4	4
แคนาดา	7	5	5	4	8	6	5	5
ไอร์แลนด์	8	6	3	3	9	7	4	4
World	63	53	34	31	90	76	46	41
High income	12	8	5	5	14	10	6	5
Lower Middle income	83	66	44	38	119	93	59	51
Upper Middle income	43	31	16	12	54	39	20	14
Low income	105	86	53	51	167	135	76	73

ที่มา: * World Health Organization. World Health Statistics 2015.

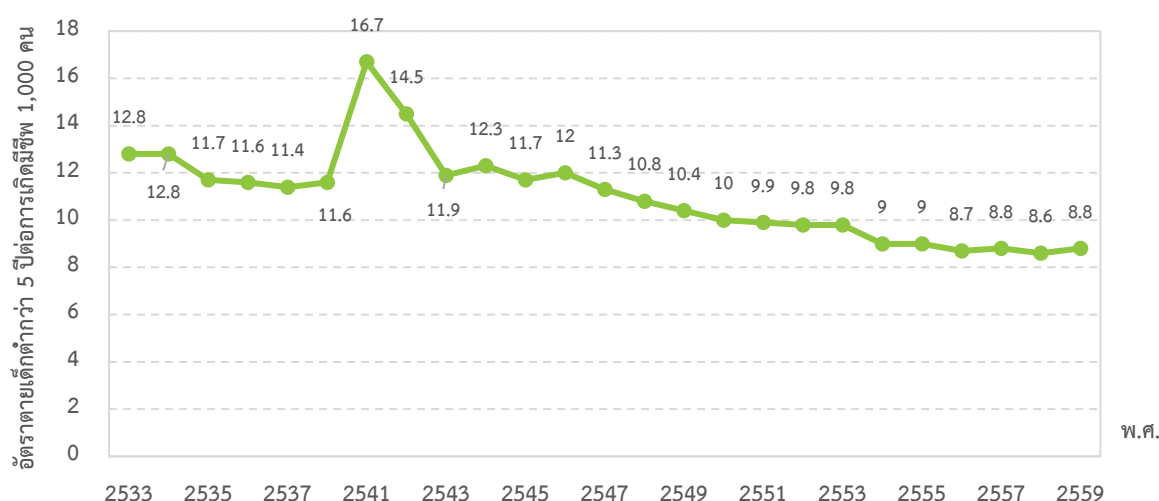
** World Health Organization. World Health Statistics 2018

4) อัตราตายเด็กต่ำกว่า 5 ปี

อัตราตายของเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี มีการเปลี่ยนแปลงเล็กน้อยจาก 12.8 ต่อการเกิดมีชีพ 1,000 คน ใน พ.ศ. 2533 เป็น 8.8 ต่อการเกิดมีชีพ 1,000 คน ใน พ.ศ. 2559 นำสังเกตว่า พ.ศ. 2541 อัตราตายเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี เพิ่มขึ้นเป็น 16.7 ต่อการเกิดมีชีพ 1,000 คน อาจเนื่องจากการมีระบบการประมวลผลของสำนักบริหารการทะเบียน กระทรวงมหาดไทย ทำให้ไม่มีการประมวลผลข้อมูลการตายของเด็กในปีดังกล่าว ทั้งนี้ อัตราตายของเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี มีแนวโน้มลดลงตั้งแต่

พ.ศ. 2542 เป็นต้นมา (ภาพที่ 15.3) แต่อย่างไรก็ดีแม้ว่าอัตราตายเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ของไทยจะต่ำกว่าค่าเฉลี่ยโลก แต่ยังสูงกว่าประเทศในแถบภูมิภาคเดียวกัน เช่น สิงคโปร์ มาเลเซีย และบรูไน (ตารางที่ 15.3) มีข้อสังเกตว่าตัวเลข อัตราตายเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ที่รายงานจากสำนักบริหารการทะเบียน กระทรวงมหาดไทย มีแนวโน้มต่ำกว่าความเป็นจริง ซึ่งตัวเลขจากการสำรวจการเปลี่ยนแปลงประชากรพบอัตราตายของเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี เท่ากับ 15.7 ต่อการเกิดมีชีพ 1,000 คน ใน พ.ศ. 2549

ภาพที่ 15.3 อัตราตายเด็กต่ำกว่า 5 ปีต่อการเกิดมีชีพ 1,000 คน ประเทศไทย พ.ศ. 2533 - 2559



ที่มา: สถิติสาธารณสุข กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขแหล่งข้อมูลจากทะเบียนราษฎร
สำนักบริหารการทะเบียน กระทรวงมหาดไทย

หมายเหตุ: พ.ศ. 2539-2540 มีการปรับระบบการประมวลผลของสำนักบริหารการทะเบียน กระทรวงมหาดไทย

ทำให้ไม่มีการประมวลผลข้อมูลการตายของเด็กในปีดังกล่าว และอาจมีผลกระทบต่ออัตราการตายที่สูงขึ้นใน พ.ศ. 2541 ด้วย

15.2. ปัญหาสุขภาพที่สำคัญ

1) การสูญเสียสุขภาพของคนไทย

จากการศึกษาปัญหาสุขภาพของคนไทย โดยใช้การสูญเสียสุขภาพ (DALYs loss)⁵ เป็นดัชนีบ่งชี้ปัญหา พบว่าใน พ.ศ. 2557 อุบัติเหตุทางถนนเป็นปัญหาสำคัญของการสูญเสียสุขภาพลำดับแรกในเพศชาย ขณะที่เพศ

หญิง คือ โรคเบาหวาน โดยลำดับ 2 และ 3 ในเพศชาย คือ โรคหลอดเลือดสมองและการติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ สำหรับเพศหญิง คือ โรคหลอดเลือดสมองและโรคหัวใจขาดเลือดตามลำดับ (ตารางที่ 15.4)

⁵ การสูญเสียสุขภาพ (DALY-Disability Adjusted Life Year) ซึ่งหนึ่งหน่วยเท่ากับการสูญเสียช่วงอายุของการมีสุขภาพที่ดีไปจำนวน 1 ปี โดยคำนวณจาก DALY= ปีที่สูญเสียไปเพราะตายก่อนวัยอันควร+ปีที่สูญเสียเพราะเจ็บป่วยหรือพิการ การสำรวจความพิการของสำนักงานสถิติแห่งชาติ พ.ศ. 2560 รายงานฉบับเต็มยังไม่เผยแพร่

ตารางที่ 15.4 โรคที่เป็นสาเหตุสำคัญของการสูญเสียปีสุขภาวะ (DALYs loss) ในประเทศไทย พ.ศ. 2557
จำแนกตามเพศ

ลำดับที่	เพศชาย			เพศหญิง		
	โรค	DALYs ('000)	ร้อยละ	โรค	DALYs ('000)	ร้อยละ
1	อุบัติเหตุทางถนน	873	10.1	โรคเบาหวาน	531	8.4
2	โรคหลอดเลือดสมอง	574	6.6	โรคหลอดเลือดสมอง	462	7.3
3	การติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์	444	5.1	โรคหัวใจขาดเลือด	271	4.3
4	โรคหัวใจขาดเลือด	425	4.9	โรคข้อเสื่อม	244	3.9
5	การเสพติดเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์	388	4.5	การติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์	229	3.6
6	โรคมะเร็งตับ	383	4.4	อุบัติเหตุทางถนน	225	3.6
7	โรคเบาหวาน	340	3.9	โรคสมองเสื่อม	197	3.1
8	ภาวะตับแข็ง	312	3.6	โรคมะเร็งตับ	160	2.5
9	โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง	290	3.4	โรคไตอักเสบและไตพิการ	137	2.2
10	โรคมะเร็งหลอดลมและปอด	197	2.3	โรคมะเร็งเต้านม	128	2.0
11	โรคอื่นๆ	4,422	51.1	โรคอื่นๆ	3,708	58.9
	รวม	8,648	100.0	รวม	6,292	100.0

ที่มา: รายงานภาระโรคและการบาดเจ็บ พ.ศ. 2557 แผนยุทธศาสตร์การพัฒนาด้านประเมิณภาระโรคและสุขภาพประชากรไทย
สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ

การสูญเสียปีสุขภาวะ (DALYs loss) ของประชากรไทย พ.ศ. 2557 ช่วงอายุ 0-14 ปี (ตารางที่ 15.5) พบว่าโรคที่เพศชายสูญเสียสูงที่สุด คือ ปัญหาน้ำหนักแรกเกิดต่ำ (ร้อยละ 13.2) เพศหญิง คือ ทารกขาดอากาศแรกเกิด (ร้อยละ 10.3)

ช่วงอายุ 15-29 ปี (ตารางที่ 15.6) โรคที่สูญเสียสูงที่สุดทั้งเพศชายและหญิง คือ อุบัติเหตุทางถนน ร้อยละ 29.4 และ 12.0 ตามลำดับ

ช่วงอายุ 30-59 ปี (ตารางที่ 15.7) อุบัติเหตุทางถนนเป็นสาเหตุที่สูญเสียสูงที่สุดในเพศชาย (ร้อยละ 9.3) และโรคเบาหวานสูญเสียสูงที่สุดในเพศหญิง (ร้อยละ 9.2)

ส่วนช่วงอายุ 60 ปีขึ้นไป (ตารางที่ 15.8) การสูญเสียที่สูงที่สุดทั้งเพศชายและเพศหญิง คือ โรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งเท่ากันที่ร้อยละ 11.2

ตารางที่ 15.5 โรคที่เป็นสาเหตุสำคัญของการสูญเสียปีสุขภาวะ (DALYs loss) ในประเทศไทย พ.ศ. 2557
จำแนกตามเพศ ช่วงอายุ 0-14 ปี

ลำดับที่	เพศชาย			เพศหญิง		
	โรค	DALYs ('000)	ร้อยละ	โรค	DALYs ('000)	ร้อยละ
1	น้ำหนักร่างเกิดต่ำ	119	13.2	ทารกขาดอากาศแรกเกิด	75	10.3
2	ทารกขาดอากาศแรกเกิด	72	70.9	น้ำหนักร่างเกิดต่ำ	61	80.5
3	โรคหอบหืด	62	60.8	โรคหอบหืด	46	60.3
4	อุบัติเหตุทางถนน	60	60.7	อุบัติเหตุทางถนน	36	50.0
5	การจมน้ำ	57	60.2	โรคหัวใจพิการแต่กำเนิด	32	40.5
	รวมทุกสาเหตุ	908	100	รวมทุกสาเหตุ	725	100

ที่มา: รายงานภาระโรคและการบาดเจ็บ พ.ศ. 2557 แผนยุทธศาสตร์การพัฒนาศูนย์ประเมินภาระโรคและสุขภาพประชากรไทย
สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ

ตารางที่ 15.6 โรคที่เป็นสาเหตุสำคัญของการสูญเสียปีสุขภาวะ (DALYs loss) ในประเทศไทย พ.ศ. 2557
จำแนกตามเพศ ช่วงอายุ 15-29 ปี

ลำดับที่	เพศชาย			เพศหญิง		
	โรค	DALYs ('000)	ร้อยละ	โรค	DALYs ('000)	ร้อยละ
1	อุบัติเหตุทางถนน	373	29.4	อุบัติเหตุทางถนน	75	12.0
2	การเสพติดเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์	148	11.7	การติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์	55	8.7
3	การติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์	81	6.4	โรคซึมเศร้า	51	8.1
4	การถูกทำร้าย	79	3.4	โรคเบาหวาน	26	4.1
5	การทำร้ายตัวเอง	43	2.1	ภาวะโลหิตจางจากการขาดสารอาหาร	18	2.9
	รวมทุกสาเหตุ	1,267	100	รวมทุกสาเหตุ	628	100

ที่มา: รายงานภาระโรคและการบาดเจ็บ พ.ศ. 2557 แผนยุทธศาสตร์การพัฒนาศูนย์ประเมินภาระโรคและสุขภาพประชากรไทย
สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ

ตารางที่ 15.7 โรคที่เป็นสาเหตุสำคัญของการสูญเสียปีสุขภาวะ (DALYs loss) ในประเทศไทย พ.ศ. 2557
จำแนกตามเพศ ช่วงอายุ 30-59 ปี

ลำดับที่	เพศชาย			เพศหญิง		
	โรค	DALYs ('000)	ร้อยละ	โรค	DALYs ('000)	ร้อยละ
1	อุบัติเหตุทางถนน	393	9.3	โรคเบาหวาน	224	9.2
2	การติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์	337	8.0	โรคหลอดเลือดสมอง	166	6.9
3	โรคหลอดเลือดสมอง	302	7.2	การติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์	150	6.2
4	ภาวะตับแข็ง	253	6.0	โรคข้อเสื่อม	146	6.0
5	โรคมะเร็งตับ	243	5.8	โรคมะเร็งเต้านม	102	5.8
	รวมทุกสาเหตุ	4,214	100	รวมทุกสาเหตุ	2,430	100

ที่มา: รายงานภาระโรคและการบาดเจ็บ พ.ศ. 2557 แผนยุทธศาสตร์การพัฒนาดัชนีประเมินภาระโรคและสุขภาพประชากรไทย
สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ

ตารางที่ 15.8 โรคที่เป็นสาเหตุสำคัญของการสูญเสียปีสุขภาวะ (DALYs loss) ในประเทศไทย พ.ศ. 2557
จำแนกตามเพศ ช่วงอายุ 60 ปีขึ้นไป

ลำดับที่	เพศชาย			เพศหญิง		
	โรค	DALYs ('000)	ร้อยละ	โรค	DALYs ('000)	ร้อยละ
1	โรคหลอดเลือดสมอง	253	11.2	โรคหลอดเลือดสมอง	281	11.2
2	โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง	196	8.7	โรคเบาหวาน	276	11.0
3	โรคหัวใจขาดเลือด	175	7.7	โรคสมองเสื่อม	194	7.7
4	โรคเบาหวาน	132	5.8	โรคหัวใจขาดเลือด	175	7.0
5	โรคมะเร็งตับ	131	5.8	โรคข้อเสื่อม	91	3.6
	รวมทุกสาเหตุ	2,259	100	รวมทุกสาเหตุ	2,510	100

ที่มา: รายงานภาระโรคและการบาดเจ็บ พ.ศ. 2557 แผนยุทธศาสตร์การพัฒนาดัชนีประเมินภาระโรคและสุขภาพประชากรไทย
สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ

2) สาเหตุการตาย

สาเหตุการตายจากรายงานการศึกษาภาระโรคและการบาดเจ็บของประชากรไทย พ.ศ. 2552, 2554, 2556 และ 2557 ของแผนยุทธศาสตร์การพัฒนาดัชนีประเมินภาระโรคและสุขภาพประชากรไทย สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ ซึ่งมีการปรับจำนวนความครบถ้วนและสาเหตุการตายแล้ว พบว่า โรคที่เป็นสาเหตุการตายอันดับแรกในเพศชาย ช่วงอายุ 0-59 ปี พ.ศ. 2552 คือ อุบัติเหตุทางถนน มีอัตราตายเท่ากับ 63.3 ต่อประชากร 100,000 คน และเป็นสาเหตุการตายอันดับแรกใน พ.ศ. 2554 (63.8 ต่อประชากร 100,000 คน) พ.ศ. 2556 (61.8 ต่อประชากร 100,000 คน) และ พ.ศ. 2557

(60.9 ต่อประชากร 100,000 คน) เช่นกัน รองลงมาอีก 3 อันดับ คือ การติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ โรคมะเร็งตับ และโรคหลอดเลือดสมองตามลำดับ (ตารางที่ 15.9)

สำหรับสาเหตุการตายของเพศหญิงช่วงอายุ 0-59 ปี ใน พ.ศ. 2552, 2554, 2556 และ 2557 อันดับแรก คือ การติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ (20.1, 15.5, 15.9 และ 16.0 ต่อประชากร 100,000 คน ใน พ.ศ. 2552, 2554, 2556 และ 2557 ตามลำดับ) รองลงมาอีก 3 อันดับใน พ.ศ. 2552 และ 2554 คือ อุบัติเหตุทางถนน โรคเบาหวาน และโรคหลอดเลือดสมองตามลำดับ ส่วน พ.ศ. 2556 และ 2557 คือ อุบัติเหตุทางถนน โรคหลอดเลือดสมองและโรคเบาหวาน ตามลำดับ (ตารางที่ 15.10)

ตารางที่ 15.9 อัตราตาย (ต่อประชากร 100,000 คน) ของสาเหตุการตายจากการคาดประมาณ 10 อันดับแรก ในเพศชาย อายุ 0-59 ปี ในประชากร พ.ศ. 2552, 2554, 2556 และ 2557

สาเหตุการตาย	0-59 ปี			
	2552	2554	2556	2557
อุบัติเหตุทางถนน	63.3	63.8	61.8	60.9
การติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์	38.9	34.1	35.7	35.8
โรคมะเร็งตับ	29.4	28.8	30	29.3
โรคหลอดเลือดสมอง	24.3	27.5	28.6	30.0
ภาวะตับแข็ง	23.3	24.2	26.8	27.4
โรคหัวใจขาดเลือด	22.4	24.5	24.2	25.1
การถูกทำร้าย	15.5	14.1	13.5	12.4
การทำร้ายตัวเอง	14.1	13.4	12.8	12.9
การจมน้ำ	11.2	11.1	9.8	9.7
โรคมะเร็งหลอดลมและปอด	10.3	10.7	10.9	11.1
โรคอื่นๆ	154.6	165.6	162.2	165.9
รวมทุกโรค	407.3	417.9	416.3	420.4

ที่มา: รายงานภาระโรคและการบาดเจ็บ พ.ศ. 2552, 2554, 2556 และ 2557 แผนยุทธศาสตร์การพัฒนาดัชนีประเมินภาระโรคและสุขภาพประชากรไทย สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ

ตารางที่ 15.10 อัตราตาย ต่อประชากร 100,000 คน ของสาเหตุการตายจากการคาดประมาณ 10 อันดับแรก
ในเพศหญิง อายุ 0-59 ปี ในประเทศไทย พ.ศ. 2552, 2554, 2556 และ 2557

สาเหตุการตาย	0-59 ปี			
	2552	2554	2556	2557
การติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์	20.1	15.5	15.9	16.0
อุบัติเหตุทางถนน	15	14.7	14.3	14.0
โรคเบาหวาน	14.5	12.5	11.9	12.7
โรคหลอดเลือดสมอง	11.5	12	12.3	13.1
โรคมะเร็งปากมดลูก และมดลูก	10.6	9.1	9.1	8.9
โรคมะเร็งตับ	9.7	8.9	8.9	8.7
โรคมะเร็งเต้านม	9.1	9.2	9.8	10.3
โรคหัวใจขาดเลือด	7.7	9	8.7	8.8
ภาวะตับแข็ง	5.4	5.5	6.1	6.3
โรคมะเร็งหลอดลมและปอด	5.3	6.2	5.7	5.9
โรคอื่นๆ	92.3	95.9	91.6	92.7
รวมทุกโรค	201.1	198.7	194.3	197.3

ที่มา: รายงานภาระโรคและการบาดเจ็บ พ.ศ. 2552, 2554, 2556 และ 2557 แผนยุทธศาสตร์การพัฒนาด้านประเมิณภาระโรคและสุขภาพประชากรไทย
สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ

สาเหตุการตายอันดับแรกของเพศชายที่อายุมากกว่า 60 ปีขึ้นไป พ.ศ. 2557 คือ โรคหลอดเลือดสมอง (อัตราตายเท่ากับ 547.2 ต่อประชากร 100,000 คน) และยังเป็นสาเหตุการตายอันดับแรกใน พ.ศ. 2552, 2554 และ 2556 สำหรับสาเหตุการตายรองลงมา 3 อันดับ ได้แก่ โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรคหัวใจขาดเลือด และโรคมะเร็งตับ (ตารางที่ 15.11) สาเหตุการตายอันดับแรกของเพศหญิงที่อายุ

มากกว่า 60 ปีขึ้นไป พ.ศ. 2557 คือ โรคหลอดเลือดสมอง (อัตราตายเท่ากับ 543.5 ต่อประชากร 100,000 คน) และยังเป็นสาเหตุการตายอันดับแรกใน พ.ศ. 2552, 2554 และ 2556 เช่นเดียวกับเพศชาย รองลงมา 3 อันดับ ได้แก่ โรคหัวใจขาดเลือด โรคเบาหวาน และโรคไตอักเสบและไตพิการ (ตารางที่ 15.12)

ตารางที่ 15.11 อัตราตาย (ต่อประชากร 100,000 คน) ของสาเหตุการตายจากการคาดประมาณ 10 อันดับแรก
ในเพศชาย อายุ 60 ปีขึ้นไป ในประเทศไทย พ.ศ. 2552, 2554, 2556 และ 2557

สาเหตุการตาย	60 ปีขึ้นไป			
	2552	2554	2556	2557
โรคหลอดเลือดสมอง	576.0	559.7	557.1	547.2
โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง	421.8	409.9	368.1	380.9
โรคหัวใจขาดเลือด	387.4	372.8	357	358.7
โรคมะเร็งตับ	269.3	259.6	249.7	240.8
โรคมะเร็งหลอดลมและปอด	229.8	217.9	209.1	200.4
โรคเบาหวาน	214.3	208.3	204.7	214.3
การติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนล่าง	136.9	135.9	131.5	138.4
วัณโรค	134.9	127.3	116.1	118.5
โรคไตอักเสบและไตพิการ	117.7	115.5	109.7	113.0
โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก	103.0	106.8	105.1	102.1
โรคอื่นๆ	1450.4	1497.2	1446.6	1473.3
รวมทุกโรค	4041.6	4010.8	3854.7	3887.5

ที่มา: รายงานภาระโรคและการบาดเจ็บ พ.ศ. 2552, 2554, 2556 และ 2557 แผนยุทธศาสตร์การพัฒนาดัชนีประเมินภาระโรคและสุขภาพประชากรไทย
สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ

ตารางที่ 15.12 อัตราตายต่อประชากร 100,000 คน ของสาเหตุการตายจากการคาดประมาณ 10 อันดับแรก
ในเพศหญิง อายุ 60 ปีขึ้นไป ในประเทศไทย พ.ศ. 2552, 2554, 2556 และ 2557

สาเหตุการตาย	60 ปีขึ้นไป			
	2552	2554	2556	2557
โรคหลอดเลือดสมอง	596.1	568.5	595.1	543.5
โรคหัวใจขาดเลือด	365.5	355.7	352.2	321.9
โรคเบาหวาน	339.0	317.9	327.1	302.1
โรคไตอักเสบและไตพิการ	152.7	148.6	149.0	141.2
โรคมะเร็งตับ	123.0	116.7	125.7	109.4
การติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนล่าง	120.9	122.2	129.9	118.6

ตารางที่ 15.12 อัตราตายต่อประชากร 100,000 คน ของสาเหตุการตายจากการคาดประมาณ 10 อันดับแรก
ในเพศหญิง อายุ 60 ปีขึ้นไป ในประเทศไทย พ.ศ. 2552, 2554, 2556 และ 2557

สาเหตุการตาย	60 ปีขึ้นไป			
	2552	2554	2556	2557
โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง	106.3	118.3	119.8	114.8
โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก	82.5	78.9	85.8	78.6
โรคอุจจาระร่วง	78.8	71.3	69.8	64.5
โรคมะเร็งหลอดลมและปอด	73.2	73.5	81.5	74.9
โรคอื่นๆ	1246.9	1265.9	1343.7	1249.0
รวมทุกโรค	3284.8	3237.6	3379.8	3118.4

ที่มา: รายงานภาระโรคและการบาดเจ็บ พ.ศ. 2552, 2554, 2556 และ 2557 แผนยุทธศาสตร์การพัฒนาดัชนีประเมินภาระโรคและสุขภาพประชากรไทย
สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ

3) สาเหตุการป่วย

ผลการสำรวจอนามัยและสวัสดิการของสำนักงานสถิติแห่งชาติ ถึงจำนวนผู้ป่วยที่เข้าพักรักษาในสถานพยาบาลประเภทต่างๆ ที่เข้าพักรักษาครั้งสุดท้าย ตามตารางที่ 15.13 พ.ศ. 2552, 2554 และ 2556 พบว่าสถานพยาบาลที่ประชาชนเข้ารับบริการสูงสุด คือ โรงพยาบาลทั่วไป/ โรงพยาบาลศูนย์ (ร้อยละ 42.0, 44.6 และ 45.5 ใน พ.ศ. 2552, 2554 และ 2556 ตามลำดับ) รองลงมา คือ โรงพยาบาลชุมชน (ร้อยละ 38.3, 30.4 และ 29.4 ใน พ.ศ. 2552, 2554 และ 2556 ตามลำดับ) แต่ พ.ศ. 2558 โรงพยาบาลชุมชนกลับเป็นประเภทโรงพยาบาลที่ประชาชนเข้ารับบริการมากที่สุด คือร้อยละ 39.6 แต่ก็มีสัดส่วนใกล้เคียงกับโรงพยาบาลทั่วไป/โรงพยาบาลศูนย์ (ร้อยละ 38.7)

10 ลำดับแรกของอัตราผู้ป่วยนอกต่อประชากรพันคน ตามกลุ่มสาเหตุการป่วย (ไม่รวมกรุงเทพมหานคร) พ.ศ. 2555-2559 ตารางที่ 15.14 พบว่า พ.ศ. 2559 โรคระบบไหลเวียนเลือด (I00-I99) มีอัตราป่วยสูงสุดเท่ากับ 610.9 ต่อประชากรพันคน รองลงมา 3 อันดับ คือ โรคเกี่ยวกับต่อมไร้ท่อ โภชนาการ และเมตาบอลิซึม (E00-E99) โรคระบบหายใจ (J00-J99) และโรคระบบย่อยอาหาร รวมโรคในช่องปาก (K00-K93) ตามลำดับ ซึ่งอัตราป่วยสูงสุด 3 ลำดับแรก ของ พ.ศ. 2557, 2558 และ 2559 เหมือนกัน แต่ต่างจากอัตราป่วยใน พ.ศ. 2555 และ 2556 ซึ่ง 3 อันดับสูงสุด ได้แก่ โรคระบบหายใจ (J00-J99) โรคระบบไหลเวียนเลือด (I00-I99) และโรคเกี่ยวกับต่อมไร้ท่อ โภชนาการ และเมตาบอลิซึม (E00-E99) ตามลำดับ

ตารางที่ 15.13 จำนวนผู้ป่วยที่เข้าพักรักษาในสถานพยาบาลประเภทต่างๆ ที่เข้าพักรักษาครั้งสุดท้าย
พ.ศ. 2552, 2554, 2556 และ 2558

ประเภทสถานพยาบาล ที่เข้าพักรักษาครั้งสุดท้าย	2552		2554		2556		2558	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
สถานพยาบาลของรัฐ								
โรงพยาบาลชุมชน	1,376,794	38.3	1,073,555	30.4	972,286	29.4	1,250,815	39.6
โรงพยาบาลทั่วไป/โรงพยาบาลศูนย์	1,507,697	42.0	1,573,452	44.6	1,502,234	45.5	1,222,511	38.7
โรงพยาบาลของมหาวิทยาลัย	52,115	1.5	159,373	4.5	52,793	1.6	48,617	1.5
โรงพยาบาลสังกัดอื่นของรัฐ	167,235	4.7	233,156	6.6	267,146	8.1	271,144	8.6
สถานพยาบาลของเอกชน								
โรงพยาบาลเอกชน	464,422	12.9	405,282	11.5	502,111	15.2	357,315	11.3
คลินิกเอกชน	21,566	0.6	15,381	0.4	7,425	0.2	10,927	0.3
อื่น ๆ	356	0.0	4,707	0.1	784	0.0	-	-
ไม่ทราบ	780	0.0	66,547	1.9	-	-	-	-
ทั้งหมด	3,590,965	100.0	3,531,453	100.0	3,304,779	100.0	3,161,329	100.0

ที่มา: การสำรวจอนามัยและสวัสดิการ พ.ศ. 2552, 2554, 2556 และ 2558 สำนักงานสถิติแห่งชาติ กระทรวงเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร

ตารางที่ 15.14 อัตราผู้ป่วยนอก 10 ลำดับแรก ต่อประชากร 1000 คน ตามกลุ่มสาเหตุการป่วย
(ไม่รวมกรุงเทพมหานคร) พ.ศ. 2555-2559

ประเภทสถานพยาบาล ที่เข้าพักรักษาครั้งสุดท้าย	อัตราผู้ป่วยนอก (ต่อประชากร 1,000 คน)									
	2552		2554		2556		2558		2559	
	ลำดับ	อัตรา	ลำดับ	อัตรา	ลำดับ	อัตรา	ลำดับ	อัตรา	ลำดับ	อัตรา
โรกระบบไหลเวียนเลือด (I00-I99)	2	425.7	2	414.0	1	438.3	1	489.9	1	610.9
โรคเกี่ยวกับต่อมไร้ท่อ โภชนาการ และเมตาบอลิซึม (E00-E99)	3	385.8	3	390.5	2	414.6	2	462.2	2	567.1
โรกระบบหายใจ (J00-J99)	1	473.3	1	418.3	3	410.0	3	408.1	3	499.6
โรกระบบย่อยอาหาร รวมโรคในช่องปาก (K00-K93)	5	337.4	5	326.9	5	323.4	5	362.5	4	440.4
โรกระบบกล้ามเนื้อ รวมโครงร่าง และเนื้อเยื่อเสริม (M00-M99)	4	354.9	4	351.7	4	345.1	4	371.8	5	438.5
โรคผิวหนังและเนื้อเยื่อใต้ผิวหนัง (L00-L99)	7	104.9	8	98.6	6	92.3	8	98.3	6	114.6

ตารางที่ 15.14 อัตราผู้ป่วยนอก 10 ลำดับแรก ต่อประชากร 1000 คน ตามกลุ่มสาเหตุการป่วย
(ไม่รวมกรุงเทพมหานคร) พ.ศ. 2555-2559 (ต่อ)

ประเภทสถานพยาบาล ที่เข้ารักษาครั้งสุดท้าย	อัตราผู้ป่วยนอก (ต่อประชากร 1,000 คน)									
	2552		2554		2556		2558		2559	
	ลำดับ	อัตรา	ลำดับ	อัตรา	ลำดับ	อัตรา	ลำดับ	อัตรา	ลำดับ	อัตรา
โรคติดเชื้อและปรสิต (A00-A99, B00-B99)	6	127.5	6	116.7	8	87.0	7	115.2	7	111.0
โรคระบบสืบพันธุ์ร่วมปัสสาวะ (N00-N99)	8	103.3	7	104.7	9	81.3	6	141.7	8	108.7
โรคตาบางส่วนประกอบของตา (H00-H59)	9	80.7	9	75.6	7	88.9	9	86.1	9	104.4
ภาวะแปรปรวนทางจิตและพฤติกรรม (F00-F99)	10	62.4	10	59.8	10	50.8	10	72.1	10	76.4

ที่มา: สรุปรายงานการป่วย พ.ศ. 2559 กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

สำหรับ 10 ลำดับแรกของอัตราผู้ป่วยในต่อประชากร 100,000 คน ตามกลุ่มสาเหตุการป่วย (รวมทุกการวินิจฉัย) พ.ศ. 2555-2559 (ตารางที่ 15.15) พบว่า ตั้งแต่ พ.ศ. 2555 ถึง พ.ศ. 2559 3 อันดับแรกที่มีอัตราผู้ป่วยในสูงสุด ได้แก่ ความดันโลหิตสูงที่ไม่มีสาเหตุ (I10) เบาหวาน (E10-E14) และโลหิตจางอื่นๆ (D51-D64) โดย พ.ศ. 2559 ความดันโลหิตสูงที่ไม่มีสาเหตุ (I10) มีอัตราป่วยสูงสุดซึ่งเท่ากับ 1546.2 ต่อประชากร 100,000 คน รองลงมา 3 อันดับ คือ เบาหวาน (E10-E14) (1292.8 ต่อประชากร 100,000 คน) โลหิตจางอื่นๆ (D51-D64) (1192.8 ต่อประชากร 100,000 คน) และ ไตวาย (N17-N19) (1092.8 ต่อประชากร 100,000 คน) ตามลำดับ

ทั้งนี้เมื่อพิจารณาแยกตามช่วงอายุ พบว่า 10 ลำดับแรกของอัตราป่วยของผู้ป่วยใน ต่อประชากร 100,000 คน กลุ่มอายุ 15-59 ปี ตามกลุ่มสาเหตุการป่วย (รวมทุกการวินิจฉัย) พ.ศ. 2559 (ตารางที่ 15.16) โรคโลหิตจางอื่นๆ (D51-D64) มีอัตราป่วยสูงสุดที่ 681.4 ต่อประชากร 100,000 คน (เพศชายและหญิงเป็น 631.7 และ 730.3 ต่อประชากร 100,000 คนตามลำดับ) รองลง 3 อันดับ ได้แก่ ภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ ของการตั้งครรภ์ และการคลอด (O20-O29, O60-O63, O67-O71, O73-O75, O81-O84) เบาหวาน (E10-E14) และไตวาย (N17-N19) ส่วนกลุ่มอายุ 60 ปีขึ้นไปตามตารางที่ 15.13 พบว่าความดันโลหิตสูงที่ไม่มีสาเหตุ (I10) มีอัตราป่วยสูงสุดที่ 9,610.8 ต่อประชากร 100,000 คน (เพศชายและหญิงเป็น 9,059.4 และ 10,054.0 ต่อประชากร 100,000 คนตามลำดับ) รองลงมา 3 อันดับ ได้แก่ เบาหวาน (E10-E14) ไตวาย (N17-N19) และโลหิตจางอื่นๆ (D51-D64) ตามลำดับ

ตารางที่ 15.15 อัตราป่วยของผู้ป่วยใน 10 ลำดับแรก ต่อประชากร 100,000 คน ตามกลุ่มสาเหตุการป่วย
(รวมทุกการวินิจฉัย) พ.ศ. 2555-2559

สาเหตุการป่วย (โรค/กลุ่มโรค)	อัตราผู้ป่วยใน (ต่อประชากร 100,000 คน)									
	2555		2556		2557		2558		2559	
	ลำดับ	อัตรา	ลำดับ	อัตรา	ลำดับ	อัตรา	ลำดับ	อัตรา	ลำดับ	อัตรา
ความดันโลหิตสูงที่ไม่มีสาเหตุ (I10)	1	1546.2	1	1600.2	1	1544.3	1	1882.3	1	1993.4
เบาหวาน (E10-E14)	3	1050.1	2	1081.3	2	1032.5	2	1233.5	2	1292.8
โลหิตจางอื่น ๆ (D51-D64)	2	1132.4	3	1127.9	3	1030.7	3	1157.0	3	1192.3
ไตวาย (N17-N19)	5	743.5	5	806.0	4	814.0	4	993.9	4	1092.8
ปอดบวม (J12-J18)	7	626.5	7	606.9	5	596.1	6	702.4	5	791.9
อาการท้องร่วง กระเพาะและลำไส้ อักเสบ (A09)	6	636.7	6	645.7	6	580.0	7	617.5	6	687.0
ภาวะแทรกซ้อนอื่น ๆ ของการตั้งครรภ์ และการคลอด (O20-O29, O60-O63, O67-O71, O73-O75, O81-O84)	4	994.7	4	949.7	7	779.5	5	886.9	7	451.0
โรคหลอดเลือดสมอง อัมพาตและ ปอดอุดกั้นแบบเรื้อรังอื่น (J40-J44)	8	390.7	8	366.0	8	347.9	8	384.1	8	391.5
โรคหัวใจขาดเลือดอื่น ๆ (I20, I23-I25)	9	326.6	9	327.5	9	307.7	9	375.5	9	376.9
โรคอื่น ๆ ของระบบทางเดินปัสสาวะ (N25-N29, N31-N39)	10	305.9	10	306.5	10	286.2	10	346.8	10	364.0

ที่มา: สรุปรายงานการป่วย พ.ศ. 2559 กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

ตารางที่ 15.16 อัตราป่วยของผู้ป่วยใน 10 ลำดับแรก ต่อประชากร 100,000 คน กลุ่มอายุ 15-59 ปี
ตามกลุ่มสาเหตุการป่วย (รวมทุกการวินิจฉัย) พ.ศ. 2559

ลำดับ	สาเหตุการป่วย (โรค/กลุ่มโรค)	อัตราป่วย (ต่อประชากร 100,000 คน)		
		รวม	ชาย	หญิง
1	โลหิตจางอื่น ๆ (D51-D64)	681.4	631.7	730.0
2	ภาวะแทรกซ้อนอื่น ๆ ของการตั้งครรภ์ และการคลอด (O20-O29, O60-O63, O67-O71, O73-O75, O81-O84)	668.9	0.0	1323.4
3	เบาหวาน (E10-E14)	647.4	583.1	710.3
4	ไตวาย (N17-N19)	454.0	510.7	398.6
5	อาการท้องร่วง กระเพาะและลำไส้อักเสบ ซึ่งสันนิษฐานว่าเกิดจากการติดเชื้อ	277.8	221.9	332.6

ตารางที่ 15.16 อัตราป่วยของผู้ป่วยใน 10 ลำดับแรก ต่อประชากร 100,000 คน กลุ่มอายุ 15-59 ปี
ตามกลุ่มสาเหตุการป่วย (รวมทุกการวินิจฉัย) พ.ศ. 2559 (ต่อ)

ลำดับ	สาเหตุการป่วย (โรค/กลุ่มโรค)	อัตราป่วย (ต่อประชากร 100,000 คน)		
		รวม	ชาย	หญิง
6	ปอดบวม (J12-J18)	232.0	280.7	184.4
7	ความผิดปกติของพฤติกรรมและจิตประสาทที่เกิดจากการเสพแอลกอฮอล์ (F10)	222.8	410.1	39.5
8	กระดูกแตกหักของแขนขาอื่นๆ (S42, S52, S62, S82, S92, T10, T12)	190.2	281.1	101.3
9	โรคอื่นๆ ของตับ (K71-K77)	188.7	274.2	105.0
10	ภาวะเลือดออกอื่นๆ โรคเลือดและอวัยวะที่สร้างเลือด (D65-D77)	185.2	233.4	138.0

ที่มา: สรุปรายงานการป่วย พ.ศ. 2559 กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

ตารางที่ 15.17 อัตราป่วยของผู้ป่วยใน 10 ลำดับแรก ต่อประชากร 100,000 คน กลุ่มอายุ 60 ปีขึ้นไป
ตามกลุ่มสาเหตุการป่วย (รวมทุกการวินิจฉัย) พ.ศ. 2559

ลำดับ	สาเหตุการป่วย (โรค/กลุ่มโรค)	อัตราป่วย (ต่อประชากร 100,000 คน)		
		รวม	ชาย	หญิง
1	ความดันโลหิตสูงที่ไม่มีสาเหตุ (I10)	9,610.8	9,059.4	10,054.0
2	เบาหวาน (E10-E14)	5,627.0	4,677.9	6,390.0
3	ไตวาย (N17-N19)	5,152.4	5,507.1	4,867.3
4	โลหิตจางอื่นๆ (D51-D64)	3,713.6	3,490.2	3,893.1
5	ปอดบวม (J12-J18)	2,388.1	2,852.3	2,015.0
6	โรคหอบหืดอักเสบ ถูกลมโป่งพองและปอดชนิดอุดกั้นแบบเรื้อรังอื่น (J40-J44)	2,144.8	3,552.0	1,013.5
7	โรคหัวใจหลอดเลือดอื่นๆ (I20, I23-I25)	1,881.5	2,245.8	1,588.6
8	ต่อกระจกและความผิดปกติของเลนส์อื่นๆ (H25-H28)	1,788.7	1,659.0	1,893.0
9	ความผิดปกติของการนำกระแสไฟฟ้าหัวใจและหัวใจเต้นผิดจังหวะ (I44-I49)	1,735.0	1,814.4	1,671.1
10	ตาบอดและสายตาเลือนราง (H54)	1,727.3	1,594.0	1,834.5

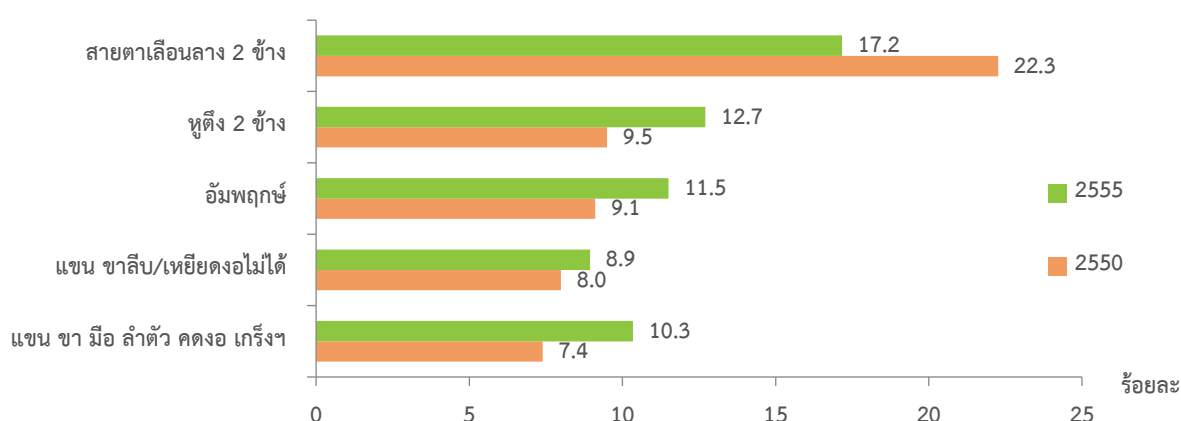
ที่มา: สรุปรายงานการป่วย พ.ศ. 2559 กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

4) ความพิการ

การสำรวจความพิการของสำนักงานสถิติแห่งชาติ ครั้งล่าสุด คือ พ.ศ. 2555⁶ พบว่า เมื่อจำแนกลักษณะของความบกพร่องมากที่สุด 5 ลำดับแรกของประชากรที่พิการ ใน พ.ศ. 2555 คือ สายตาเลือนลางทั้ง 2 ข้าง หูตึง 2 ข้าง อัมพฤกษ์ แขน ขา มือ ลำตัว คดงอ เกร็งๆ และแขนขา

ลีบ/เหยียดงอไม่ได้ เมื่อเทียบกับ พ.ศ. 2550 (ภาพที่ 15.4) พบว่าอันดับความพิการ 5 อันดับแรก ไม่ได้เปลี่ยนไปมาก โดยความพิการส่วนใหญ่มีสัดส่วนเพิ่มขึ้นจากปี 2550 ซึ่งเพิ่มสูงสุดเกือบร้อยละ 40 ในความพิการ แขน ขา มือ ลำตัว คดงอ เกร็งๆ ในขณะที่ความพิการของสายตาเลือนลางทั้งสองข้างลดลงเกือบหนึ่งในสี่จากปี 2550

ภาพที่ 15.4 สัดส่วนของประชากรพิการ จำแนกตามลักษณะความบกพร่อง 5 ลำดับแรก พ.ศ. 2550 และ พ.ศ. 2555 □



ที่มา: การสำรวจความพิการ พ.ศ.2550 และ 2555 สำนักงานสถิติแห่งชาติ

นอกจากนี้จากการสำรวจความลำบากหรือปัญหาสุขภาพที่เป็นต่อเนื่องมาตั้งแต่ 6 เดือนขึ้นไป พ.ศ. 2555 (ตารางที่ 15.18) พบว่า ปัญหาสุขภาพ 5 อันดับแรกที่มีประชากรพิการเป็นมากที่สุด คือ การเดินขึ้นบันได 1 ชั้น การนั่งยองๆ การเดินทางราบระยะ 50 ก้าว การมองเห็น

และการลุกจากการนอนเป็นท่านั่ง คิดเป็นร้อยละ 48.9, 47.2, 46.9, 28.5 และ 25.3 ตามลำดับ โดย พ.ศ. 2555 มีร้อยละของประชากรที่พิการเพิ่มสูงขึ้นกว่า พ.ศ. 2550 เกือบทุกปัญหาสุขภาพ ยกเว้น การมองเห็น และการลุกจากการนอนเป็นท่านั่ง

⁶ การสำรวจความพิการของสำนักงานสถิติแห่งชาติ พ.ศ. 2560 รายงานฉบับเต็มยังไม่เผยแพร่

ตารางที่ 15.18 ประชากรพิการอายุตั้งแต่ 7 ปีขึ้นไป ที่มีความลำบากหรือปัญหาสุขภาพ จำแนกตามประเภท ความลำบากหรือปัญหาสุขภาพ 5 ลำดับแรกและระดับความรุนแรง พ.ศ. 2550 และ พ.ศ. 2555

ความลำบากหรือปัญหาสุขภาพ	ระดับความรุนแรง (ร้อยละ)					
	ไม่ลำบากแค่ใช้เครื่องช่วย/ยา		มีความลำบาก/ปัญหา		ทำไม่ได้เลย	
	2550 ⁽¹⁾	2555 ⁽²⁾	2550 ⁽¹⁾	2555 ⁽²⁾	2550 ⁽¹⁾	2555 ⁽²⁾
การเดินขึ้นบันได 1 ชั้น	42.2	48.9	30.3	32.5	11.9	16.2
การมองเห็น	40.7	28.5	38.2	25.9	2.5	2.3
การเดินทางราบระยะ 50 ก้าว	40.6	46.9	30.6	34.7	9.9	11.8
การนั่งยองๆ	37.6	47.2	25.1	30.3	12.5	16.8
การลุกจากการนอนเป็นท่านั่ง	28.2	25.3	26.8	19.9	1.3	5.4

ที่มา: (1)การสำรวจความพิการ พ.ศ. 2550 สำนักงานสถิติแห่งชาติ

(2) การสำรวจความพิการ พ.ศ. 2555 สำนักงานสถิติแห่งชาติ

หมายเหตุ: การสำรวจความพิการ สำนักงานสถิติแห่งชาติ พ.ศ. 2555 ปรับข้อความถาม จาก พ.ศ. 2550 ดังนี้

1. ความลำบากหรือปัญหาสุขภาพจากความเจ็บปวดตามร่างกายเป็นการลุกจากการนอนเป็นท่านั่ง
2. การเดินทางราบระยะ 50 เมตรเป็นการเดินทางราบระยะ 50 ก้าว
3. ระดับความรุนแรงจากเล็กน้อยและมากเป็นมีความลำบาก/ปัญหา

ทั้งนี้จากตารางที่ 15.19 พบว่าสัดส่วนผู้พิการ มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 0.5 ใน พ.ศ. 2517 เป็นร้อยละ 2.2 ใน พ.ศ. 2555 และเป็นร้อยละ 5.5 ใน พ.ศ. 2560 (ตารางที่ 15.19) ซึ่งช่วง พ.ศ. 2519-2545 เป็นส่วนหนึ่งของโครงการสำรวจอนามัยและสวัสดิการ ส่วนข้อมูลใน พ.ศ. 2550, 2555 และ 2560 เป็นการสำรวจความพิการ ซึ่งนิยามของความพิการมีความแตกต่างกันจึงไม่ควรนำค่ามาเปรียบเทียบกัน ทั้งนี้การสำรวจความพิการของ พ.ศ. 2550 และ 2555 ก็ไม่ควรนำค่ามาเปรียบเทียบ

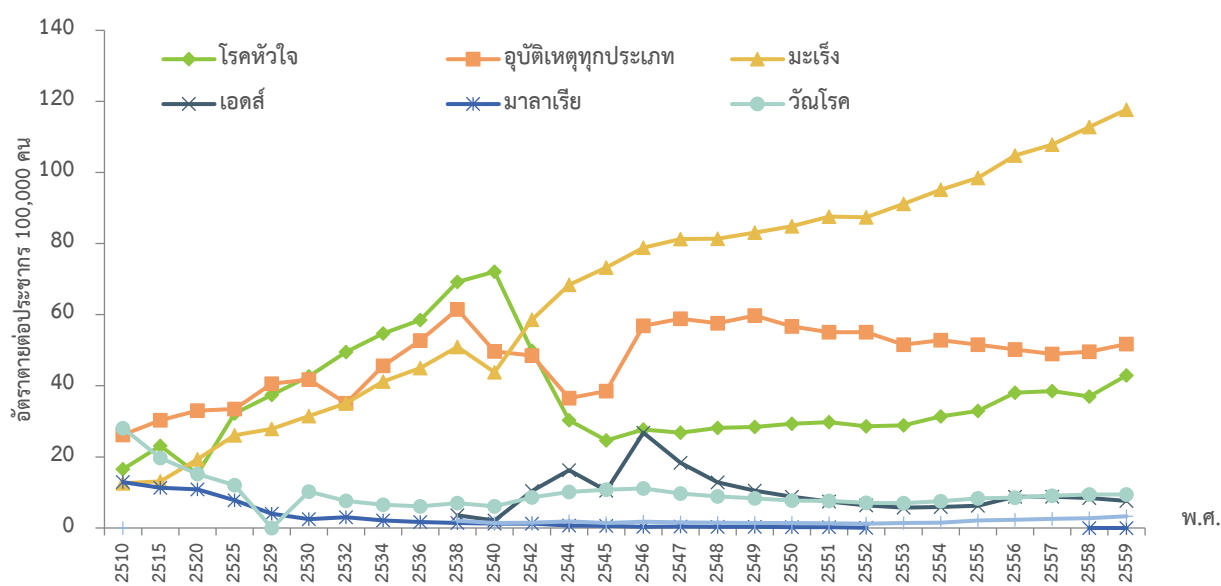
กับการสำรวจความพิการใน พ.ศ. 2560 เช่นกัน เนื่องจากชุดคำถามของการสำรวจใน พ.ศ. 2560 มีการปรับเปลี่ยนโดยมาใช้ชุดคำถามของกลุ่มอาชีพและองค์การยูนิเซฟในการระบุความพิการ ซึ่งพิจารณาจากความยากลำบากหรือปัญหาสุขภาพ อีกทั้งทัศนคติของผู้ตอบแบบสอบถามเปลี่ยนจากเดิมที่ต้องการปกปิดความพิการของสมาชิกในครอบครัว แต่ปัจจุบันยินดีเปิดเผย เนื่องจากต้องการให้รัฐช่วยเหลือตลอดจนเข้าถึงสิทธิและสวัสดิการต่างๆ

ตารางที่ 15.19 จำนวน(ต่อ1000) และร้อยละของคนพิการไทย พ.ศ. 2517- 2560

จำนวนและร้อยละของคนพิการไทย พ.ศ. 2517 - พ.ศ. 2555			จำนวนและร้อยละของคนพิการไทย พ.ศ. 2517 - พ.ศ. 2555		
ปีสำรวจ	คนพิการ	อัตราร้อยละต่อประชากร	ปีสำรวจ	คนพิการ	อัตราร้อยละต่อประชากร
2517	209.0	0.5	2539	1024.1	1.7
2519	245.0	0.6	2544	1100.8	1.8
2520	296.2	0.7	2545	1098.0	1.7
2521	324.6	0.7	2550	1871.8	2.9
2524	367.5	0.8	2555	1478.6	2.2
2529	385.9	0.7	2560	3694.4	5.5
2534	1057.0	1.8			

ที่มา: 1. โครงการสำรวจอนามัยและสวัสดิการ พ.ศ. 2517-2545 สำนักงานสถิติแห่งชาติ
2. การสำรวจความพิการ พ.ศ. 2550 สำนักงานสถิติแห่งชาติ
3. การสำรวจความพิการ พ.ศ. 2555 สำนักงานสถิติแห่งชาติ
4. บทสรุปผู้บริหารการสำรวจความพิการ พ.ศ. 2560

ภาพที่ 15.5 อัตราตายด้วยสาเหตุที่สำคัญต่อประชากร 100,000 คน ของประเทศไทย พ.ศ. 2510-2559



ที่มา: กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

ตารางที่ 15.20 แสดงให้เห็นถึงการเปลี่ยนผ่านของการสูญเสียปีสุขภาวะของประชากรไทย โดยพบว่าจาก 3 กลุ่มโรคหลักของการสูญเสียปีสุขภาวะใน พ.ศ. 2547 กลุ่มโรคติดเชื้อ ความผิดปกติในมารดาและปริกำเนิด และภาวะโภชนาการบกพร่อง ทั้งเพศชายและหญิงมีส่วนอยู่ที่ร้อยละ 26.7 และ 25.5 ตามลำดับ แต่ใน พ.ศ. 2552

และ 2557 สัดส่วนลดลงอย่างชัดเจน โดยไปเพิ่มสัดส่วนในกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรังแทน ซึ่งจากเดิม พ.ศ. 2547 อยู่ที่ร้อยละ 48.5 และ 63.8 ในเพศชายและเพศหญิงเป็น 65.0 และ 78.0 ใน พ.ศ. 2557 ส่วนกลุ่มการบาดเจ็บสัดส่วนไม่มีการเปลี่ยนแปลงมากนัก

ตารางที่ 15.20 การสูญเสียปีสุขภาวะของประชากรไทย พ.ศ. 2547, 2552 และ 2557 จำแนกตามเพศ และ 3 กลุ่มโรคหลัก

กลุ่มโรค	2547		2552		2557	
	ชาย	หญิง	ชาย	หญิง	ชาย	หญิง
กลุ่มโรคติดเชื้อ ความผิดปกติในมารดาและปริกำเนิดและภาวะโภชนาการบกพร่อง	2,277,338 (26.7%)	1,468,514 (25.5%)	1,339,925 (15.4%)	927,392 (14.6%)	1,273,682 (14.7%)	846,235 (13.5%)
โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง	4,140,917 (48.5%)	3,671,715 (63.8%)	5,463,723 (62.7%)	4,920,153 (77.2%)	5,618,722 (65.0%)	4,907,373 (78.0%)
การบาดเจ็บ	2,125,300 (24.9%)	612,436 (10.6%)	1,905,607 (21.9%)	522,035 (8.2%)	1,756,582 (20.3%)	535,350 (8.5%)
รวมทุกสาเหตุ	8,543,555 (100.0%)	5,752,664 (100.0%)	8,709,255 (100.0%)	6,369,581 (100.0%)	8,648,986 (100.3%)	6,288,957 (100.0%)

หน้าว่าง

บทที่ 16

บทสรุปการสาธารณสุขไทย

การสาธารณสุขไทยในปัจจุบันได้รับการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง โดยกล่าวได้ว่า มีระบบที่เข้มแข็งและมีประสิทธิภาพในการทำหน้าที่ขจัดปัญหาภัยสุขภาพของประชาชนโดยผ่านกระบวนการสร้างเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และเครือข่ายการรักษาพยาบาลที่มีกระจายอยู่ถึงระดับชุมชนในทุกภูมิภาค สามารถดำเนินการและประสานงานป้องกัน ควบคุม และให้บริการทางการแพทย์และสาธารณสุขแก่ประชาชนเพื่อให้มีสุขภาพะ สามารถดำรงชีวิตอย่างเป็นปกติสุขได้ในระดับหนึ่ง และมีอายุขัยยืนยาวขึ้นอย่างต่อเนื่อง สิ่งที่เป็นภัยสุขภาพ โดยเฉพาะอย่างยิ่ง โรคติดต่อต่างๆ และพิษภัยจากสภาวะทางสุขภาพและสิ่งแวดล้อมปลดปล่อยลงจนทำให้โรคภัยหลายชนิดลดต่ำลงจนไม่เป็นปัญหาทางสาธารณสุข และบางโรคถูกกำจัดไปจากประเทศ

สิ่งที่เป็ปัจจัยกำหนดโครงสร้างและขอบข่ายงานของระบบสาธารณสุข คือ

1. สถานการณ์โรคและภัยสุขภาพที่เปลี่ยนแปลงตลอดเวลา
2. ระบบโครงสร้างองค์กรด้านสาธารณสุข ซึ่งประกอบด้วยหน่วยงานภายใต้กระทรวงสาธารณสุข ซึ่ง

กระจายอยู่ภายในกรม-กองต่างๆ ของกระทรวงฯ และหน่วยงานในระดับจังหวัด ที่ครอบคลุมไปถึงระดับอำเภอ ตำบล และชุมชน ร่วมกับภาคียุทธศาสตร์ที่หลากหลาย

3. การสนับสนุนงบประมาณจากภาครัฐ และแหล่งอื่นๆ

4. นโยบายที่กำหนดขึ้นเพื่อสืบทอดหรือปรับปรุงงานด้านสาธารณสุข

อย่างไรก็ตาม สภาพของโลกาภิวัตน์ ซึ่งเป็น ผลจากการเจริญเติบโตของความสัมพันธ์ทางเศรษฐกิจ การเมือง เทคโนโลยี และวัฒนธรรม รวมทั้งการพัฒนาการติดต่อสื่อสาร การคมนาคมขนส่ง และเทคโนโลยีสารสนเทศที่เชื่อมโยงระหว่างปัจเจกบุคคล ชุมชน หน่วยธุรกิจ และรัฐบาล ทั่วทั้งโลก ทำให้ปัญหาสาธารณสุขไม่หยุดนิ่ง มีการปรับเปลี่ยนมาตลอด และเป็นผลให้เกิดการปรับปรุงโครงสร้างองค์กรและการกำหนดนโยบายสุขภาพที่ตอบสนองต่อการเปลี่ยนแปลงดังกล่าว จึงเป็นเรื่องที่สนใจว่าทิศทางการสาธารณสุขไทยจะมีการเปลี่ยนแปลงอย่างไรในอนาคตอันใกล้

สิ่งที่ประเทศไทยควรพิจารณาเมื่อต้องการคาดการณ์เกี่ยวกับทิศทางการสาธารณสุขไทย ได้แก่

16.1 สถานการณ์ด้านสุขภาพที่เปลี่ยนไป

1. พฤติกรรมสุขภาพของประชาชน

เป็นที่ประจักษ์ชัดว่า พฤติกรรมของประชาชนมีการเปลี่ยนแปลงไปตามกระแสโลกาภิวัตน์ ประชาชนมีการปฏิบัติตนในทางที่เพิ่มความเสี่ยงต่อปัญหาสุขภาพ ซึ่งได้แก่ การสูบบุหรี่ การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การไม่ออกกำลังกายหรือขาดกิจกรรมทางกาย และการกิน

อาหารที่ไม่ถูกสุขลักษณะ ทั้งอาหารที่ไม่เป็นประโยชน์ต่อสุขภาพ และอาหารที่มีสารอาหารไม่ครบถ้วนตามหลักโภชนาการ พฤติกรรมที่เสี่ยงต่อโรคมียังมีอีกหลากหลายในสังคม เช่น การเสพยาเสพติด การมีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควรและการเปลี่ยนคู่นอนบ่อยๆ การขับรถในสภาวะที่ก่อให้เกิดอันตราย เช่น ไม่สวมหมวกนิรภัย ไม่คาดเข็มขัด

นิรภัย ขัปรถในในสภาวะมีนเมา เป็นต้น สภาพดังกล่าวทำให้ประชาชนเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังมากขึ้น โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ในกลุ่มโรคที่เรียกกันว่า โรคไม่ติดต่อ หรือ non-communicable diseases – NCD

1.1. การเปลี่ยนแปลงของสภาวะแวดล้อมที่มีผลต่อสุขภาพ

เป็นที่ทราบกันดีว่า ภาวะโลกร้อนเป็นสาเหตุสำคัญที่ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของปัจจัยต่างๆ และบางปัจจัยก็เป็นสาเหตุของปัญหาสุขภาพ เช่น การเกิดภัยพิบัติต่างๆ ได้แก่ พายุ น้ำท่วม คลื่นสึนามิ และแผ่นดินไหว ซึ่งเมื่อเกิดขึ้น ทำให้มนุษย์ได้รับภัยและบางครั้งมีผู้เสียชีวิตครั้งละมากๆ เช่นเดียวกัน การที่ทำลายสภาพแวดล้อมโดยการทิ้งสารเคมีที่เป็นขยะอุตสาหกรรมลงบนพื้น ซึ่งเกิดโอกาสปนเปื้อนไปสู่ครัวเรือนของประชาชน ก่อให้เกิดอันตรายตามมา

1.2. ภาวะความขัดแย้งทางการเมือง

หลายภูมิภาคของโลกมีความขัดแย้งทางการเมือง ทั้งภายในประเทศและระหว่างประเทศ ความคิดเห็นที่แตกต่างกันทางการเมืองบางครั้งก่อให้เกิดความรุนแรง แบ่งแยก เป็นต้นเหตุของความรุนแรง เป็นอันตรายทั้งต่อชีวิตและทรัพย์สิน และทำให้เกิดปัญหาสุขภาพจิตตามมา นอกจากนี้ สภาพสังคมปัจจุบันที่มีปัญหาทางเศรษฐกิจและสังคมในระดับสูงทำให้ประชาชนมีปัญหาสุขภาพจิต และเกิดความรุนแรงทั้งในระดับครอบครัวและในชุมชนอย่างสม่ำเสมอ

1.3. ภาวะเชื้อโรคอุบัติใหม่และเชื่อดื้อยาปฏิชีวนะ

แม้ว่าความก้าวหน้าทางการแพทย์และสาธารณสุขได้ช่วยให้ประเทศสามารถป้องกันและควบคุมโรคติดต่ออย่างได้ผล โรคติดต่อหลายชนิดถูกกำจัดไป และมีแนวโน้มว่า อาจสามารถกวาดล้างโรคบางชนิดให้หมดไปได้ในระดับโลก แต่ก็ยังมีปัญหาความรุนแรงของโรคติดต่อที่สำคัญ ซึ่งเชื้อโรคมักมีการปรับตัวให้ดื้อยาปฏิชีวนะที่ใช้ในการรักษา เช่นการเกิดการระบาดของเชื้อ

วัณโรคดื้อยาบางขนาน หรือดื้อยาทุกขนานที่มีใช้อยู่ในปัจจุบัน นอกจากนี้ ก็เกิดปัญหาเชื้อโรคชนิดใหม่ๆ เกิดขึ้นเป็นครั้งคราว เช่น การระบาดของโรคไข้หวัดใหญ่สายพันธุ์ใหม่ในปี พ.ศ. 2546 การระบาดของโรคอีโบล่า (Ebola) ในทวีปแอฟริกาในปี 2558 และโรคทางเดินหายใจจากเชื้อไวรัสที่มีต้นกำเนิดในแถบตะวันออกกลาง หรือ Middle East respiratory syndrome coronavirus (MERS-CoV) ในปี 2558-2559 เป็นต้น ซึ่งทั้งปัญหาเชื่อดื้อยาและโรคอุบัติใหม่ยังคงเกิดขึ้นอย่างต่อเนื่องและเป็นปัญหาทางสาธารณสุขที่ประเทศต้องดำเนินการเฝ้าระวังป้องกันและควบคุมอย่างต่อเนื่อง

1.4. อันตรายจากผลิตภัณฑ์การค้าระหว่างประเทศ เช่น ความไม่ปลอดภัยของอาหาร กรณีของความตื่นตัวจากสินค้านมผงที่ผสมสารเมลามีนจากประเทศจีน และสินค้าที่อาจปนเปื้อนสารกัมมันตภาพรังสีจากญี่ปุ่นภายหลังการเกิดแผ่นดินไหว เหล่านี้เป็นตัวอย่างของภัยสุขภาพที่มาจากความไม่ปลอดภัยของสินค้าระหว่างประเทศ ซึ่งมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นจากความร่วมมือทางเศรษฐกิจระหว่างประเทศและผ่านทางเครือข่ายความร่วมมือในกรอบอาเซียน

1.5. การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างของประชากร

ปัจจุบัน ความสำเร็จของงานวางแผนครอบครัวและสภาพทางสังคมที่ชาย-หญิงแต่งงานช้า เป็นผลให้จำนวนคลอลดลดลง ในขณะเดียวกัน ความก้าวหน้าทางสาธารณสุขได้ช่วยให้ประชาชนมีอายุขัยยืนยาวขึ้น ทำให้สัดส่วนของผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นมาตลอดจนกลายเป็นสังคมสูงวัย หรือ ageing society นอกจากนี้ การที่วัยรุ่นมีเพศสัมพันธ์กันมากขึ้น ก่อให้เกิดปัญหาการตั้งครรภ์ในเด็กวัยรุ่น ก่อให้เกิดผลกระทบหลายประการตามมา ทั้งปัญหาด้านสุขภาพ เศรษฐกิจ และสังคมของวัยรุ่นที่ตั้งครรภ์ ซึ่งส่วนหนึ่งต้องออกจากระบบการศึกษา และหลายรายมีการทอดทิ้งเด็กทารก ทำให้ประเทศไทยตกอยู่ใน “ภาวะเด็กเกิดน้อย และด้อยคุณภาพ”

16.2 อุบัติการณ์ของปัญหาสาธารณสุข และการเปลี่ยนแปลงของภาวะความเจ็บป่วยหรือโรคภัยไข้เจ็บของประชาชน

ผลจากสถานการณ์ความเสี่ยงหรือภัยสุขภาพที่แปรเปลี่ยนและเพิ่มขึ้น ทำให้ประเทศต้องประสบกับปัญหาสาธารณสุขที่หลากหลายและเรื้อรัง อันได้แก่

การเพิ่มของโรคไม่ติดต่อ เช่น โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ โรคหลอดเลือดสมอง อุบัติเหตุจราจร เป็นต้น ซึ่งปัจจุบันกลายเป็นสาเหตุสำคัญของการเสียชีวิตของประชาชนไทยและทุกประเทศทั่วโลก (กว่าร้อยละ 70 ของสาเหตุการเสียชีวิต ทั้งในระดับนานาชาติและในประเทศไทย

ความถี่ของการเจ็บ-ตายการเกิดภัยธรรมชาติ รวมถึงปัญหาทางสาธารณสุขที่เกิดจากความรุนแรงทางการเมือง

การเกิดความเจ็บป่วยและพิการที่พบได้บ่อยในผู้สูงอายุ ทำให้เกิดความจำเป็นที่ต้องมีระบบการดูแลระยะยาว หรือ long-term care แก่ผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะ“ติดเตียง” รวมถึงการเพิ่มงานบริการทางสังคมด้าน

อื่นๆ แก่ผู้สูงอายุ

ความชุกชุมของเชื้อดื้อยาวัณโรค การเพิ่มขึ้นของโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และอุบัติการณ์ของโรคติดต่ออุบัติใหม่ที่มีศักยภาพในการแพร่ระบาดข้ามประเทศและข้ามทวีป

ปัญหาด้านอนามัยเจริญพันธุ์ โดยเฉพาะอย่างยิ่งความรุนแรงของปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น

ปัญหาการติดสิ่งเสพติดของประชาชน โดยเฉพาะกลุ่มวัยรุ่น และผู้มีฐานะยากจน

ปัญหาสิ่งแวดล้อมเป็นพิษ จากภัยของฝุ่น สารเคมีอุตสาหกรรม สารเคมีปราบศัตรูพืช เป็นต้น

ปัญหาการโยกย้ายของประชากรข้ามชาติ และปัญหาสาธารณสุขบริเวณชายแดนประเทศ

ปัญหาการเพิ่มขึ้นของโรคมะเร็งชนิดต่างๆ

การเพิ่มของปัญหาสุขภาพจิตของประชาชน

16.3 โครงสร้างทางสาธารณสุขที่ทำหน้าที่ตอบสนองต่อปัญหาทางสาธารณสุขของประชาชน

จากสภาพความเสี่ยงและภัยสุขภาพที่เกิดขึ้นอย่างชุกชุมในสังคม รัฐบาลจำเป็นต้องเสริมสร้างความเข้มแข็งในแกระบบสุขภาพเพื่อให้สามารถรับมือกับปัญหาอย่างได้ผล ทั้งนี้ ประเทศไทยมีการปรับปรุงและเปลี่ยนแปลงโครงสร้างองค์กรด้านสาธารณสุขมาตลอด ในอดีต หน่วยงานที่ทำหน้าที่ในงานด้านสาธารณสุขคือกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งมีการแบ่งส่วนราชการที่ซับซ้อนในส่วนกลาง และมีการปรับปรุงเปลี่ยนแปลงโครงสร้างเป็นระยะ แม้ในส่วนภูมิภาคก็มีการจัดตั้งเป็นสำนักงานสาธารณสุขเขต 13 เขต กระจายอยู่ทุกภาค และเพิ่มระดับของสถานบริการระดับตำบลโดยเปลี่ยนจากสถานีอนามัยเป็นโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และเพิ่มจำนวนของอาสาสมัครสาธารณสุขเป็นจำนวนกว่า 1 ล้านคน เพื่อทำหน้าที่ช่วยเหลือและประสานบริการในระดับหมู่บ้านและชุมชน

ปัจจุบัน นอกเหนือจากหน่วยงานของกระทรวงสาธารณสุขแล้ว ยังมีหน่วยงานระดับกระทรวงได้แก่กระทรวงศึกษาธิการ องค์กรอื่นๆ ที่มีบทบาทและหน้าที่ในงานสาธารณสุขอีกเป็นจำนวนมาก โดยเฉพาะอย่างยิ่ง องค์กร

ตระกูล ส. ที่สำคัญ คือ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ และสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ นอกจากนี้

ปัจจุบัน นอกเหนือจากหน่วยงานของกระทรวงสาธารณสุขแล้ว ยังมีกระทรวงต่างๆ ที่มีบทบาทเกี่ยวข้องกับการควบคุมปัจจัยทางเศรษฐกิจและสังคมที่กระทบต่อสุขภาพ หรือ socio-economic determinants of health เช่น กระทรวงศึกษาธิการมีส่วนเกี่ยวข้องกับงานอนามัยโรงเรียน ซึ่งเป็นงานเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในเด็กวัยเรียน นอกจากนี้ ยังมีบทบาทในการสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพแก่เยาวชนและประชาชนผ่านทางระบบการศึกษา ซึ่งจะช่วยพัฒนาให้พฤติกรรมสุขภาพ และหลีกเลี่ยงปัจจัยที่เสี่ยงต่อโรคและภัยสุขภาพ เช่น บุหรี่ เหล้า ยาเสพติด รวมถึงการมีความรอบรู้ด้านอนามัยเจริญพันธุ์ สามารถป้องกันปัญหาการติดเชื้อเอชไอวี โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์และการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น

- กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ ซึ่งดูแลด้านสังคมสงเคราะห์และสวัสดิการแก่กลุ่มเป้าหมายต่างๆ
- กระทรวงแรงงาน ซึ่งดูแลระบบประกันสุขภาพแก่ประชากรที่เป็นกลุ่มแรงงาน
- กระทรวงเกษตรและสหกรณ์ ดูแลความมั่นคงและความปลอดภัยของอาหาร
- กระทรวงพาณิชย์ ซึ่งดูแลด้านการค้าการลงทุนและความปลอดภัยของผลิตภัณฑ์สุขภาพ กระทรวงการคลัง ซึ่งจัดสรรงบประมาณแก่ทางด้านสาธารณสุข

นอกจากนี้ ยังมีองค์กรสุขภาพนอกกระทรวงสาธารณสุข หรือที่เรียกกันว่า องค์กรตระกูล “ส” ได้แก่ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ หรือ สปสช. สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ หรือ สสส. สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ หรือ สช. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข หรือ สวรส. สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ หรือ สพฉ. สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล หรือ สรพ. รวมทั้งภาคีภาคประชาสังคม องค์กรเอกชนสาธารณสุขประโยชน์ เช่น มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ มูลนิธิเพื่อผู้บริโภค มูลนิธิแพทย์ชนบท เป็นต้น

นอกเหนือจากองค์กรและหน่วยงานดังกล่าวข้างต้นแล้ว ประเทศไทยยังมีองค์กรอื่นๆ อีกจำนวนมากที่ทำงานด้านสาธารณสุขในบริบทต่างๆ เช่น กรุงเทพมหานคร องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น องค์กรเอกชนสาธารณสุขประโยชน์ สถานประกอบการต่างๆ เป็นต้น โดยส่วนใหญ่เป็นงานที่เกี่ยวข้องกับบริการสุขภาพ

สิ่งที่เป็จุดเปลี่ยนสำคัญในปัจจุบัน คือ การจัดให้มีกลไกสุขภาพระดับท้องถิ่นขึ้นในทุกจังหวัดคือ การจัดตั้งคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ซึ่งเป็นการแสดงให้เห็นถึงความพยายามของกระทรวงสาธารณสุขและหน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้องในการที่แก้ปัญหาสุขภาพของประชาชนตามเหตุปัจจัยกำหนดสุขภาพ (social determinants of health) ที่ให้ความสำคัญกับปัจจัยต่างๆ ที่กระทบต่อสุขภาพประชาชนทั้งปัจจัยทางด้านสังคม เศรษฐกิจ และสิ่งแวดล้อม เช่น ปัญหาอุบัติเหตุ ปัญหาเรื่องขยะ ปัญหาเรื่องสารเคมี สารพิษ อากาศเสีย

ปัญหาเรื่องท้องร่วง หรือ ปัญหาเรื่องโรคอ้วน เป็นต้น ซึ่งการแก้ปัญหาเหล่านี้ต้องการความร่วมมือและเป็นเจ้าของร่วมของภาคส่วนนอกระบบบริการสุขภาพในการพัฒนาสุขภาพของประชาชนเพื่อนำไปสู่การมีคุณภาพชีวิตที่ดีและยังความสุขถ้วนหน้าสู่ของสังคมไทย คณะกรรมการชุดนี้มีนายอำเภอเป็นประธาน และสาธารณสุขอำเภอเป็นเลขานุการ และมีภาคีจากส่วนต่างๆ ในอำเภอรวม 21 คน ทั้งจากภาครัฐ ภาคเอกชน และภาคประชาชน ร่วมเป็นกรรมการ เพื่อเชื่อมโยงภาคส่วนอื่นให้มีโอกาสเข้าร่วมการแก้ปัญหาสุขภาพและคุณภาพชีวิตประชาชนที่ต้นตอของเหตุนี้อยู่นอกเหนืออำนาจของระบบบริการสาธารณสุข โดยสรุป องค์กรและเครือข่ายในระบบสุขภาพมีลักษณะงานหรือบทบาทที่แตกต่างกัน กล่าวคือ

- การกำหนดนโยบายด้านสาธารณสุขเป็นบทบาทของกระทรวงสาธารณสุขซึ่งดูแลรับผิดชอบตามภาระหน้าที่ที่กำหนดในกฎหมาย และมีสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติดำเนินการกำหนดนโยบายแบบมีส่วนร่วมผ่านกระบวนการสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ
- การจัดบริการรักษาพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค เป็นบทบาทของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ซึ่งได้รับงบประมาณโดยตรงเพื่อการนี้ โดยมีสถานบริการสาธารณสุขทุกระดับ ดำเนินการและเครือข่ายบริการที่ใหญ่ที่สุด คือ สถานบริการในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข
- การสร้างกระแสขับเคลื่อนและส่งเสริมสนับสนุนงานสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ดำเนินการโดยสำนักงานกองทุนสนับสนุนงานสร้างเสริมสุขภาพ โดยมีองค์กรที่หลากหลาย ทั้งภาคบริการ ภาควิชาการ และภาคประชาสังคม รับการสนับสนุนงบประมาณไปดำเนินการ
- การเสริมสร้างศักยภาพของชุมชน ดำเนินการโดยองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและเครือข่ายองค์กรเอกชนสาธารณสุขประโยชน์กลุ่มต่างๆ การจัดตั้งคณะกรรมการคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ได้เน้นเรื่องการสอดประสานความร่วมมือของภาคส่วนต่างๆ ทั้งในและนอกกระทรวงสาธารณสุขใน

ระดับอำเภอ ทั้งภาครัฐ เอกชน และภาคประชาชน มาร่วมมือกันในการพัฒนาให้ประชาชนมีคุณภาพชีวิตที่ดีและมีความสุขถ้วนหน้า

16.4 ทิศทางการดำเนินงานด้านสาธารณสุขของประเทศ

จากสถานการณ์สุขภาพ ปัญหาโรคภัยไข้เจ็บของประชาชน และโครงสร้างที่มีอยู่ในปัจจุบัน ควรมีการปรับทิศทางการขับเคลื่อนงานสาธารณสุขให้สามารถป้องกันควบคุม และแก้ไขปัญหาสุขภาพให้ได้ผลเพื่อส่งผลให้ประชาชนไทยมีสุขภาพดี มีอายุยืนยาว เกิดความอบอุ่นในครอบครัว และอยู่ในสังคมแห่งความสุข รวมทั้งเสริมสร้างความเข้มแข็งแก่ชุมชนและท้องถิ่น

ทิศทางในการขับเคลื่อนงานควรพิจารณาถึงประเด็นต่างๆ ดังนี้

- ควรยึดข้อกำหนดเกี่ยวกับสุขภาพในรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2560 เป็นภารกิจหลัก ซึ่งระบุว่า รัฐต้องดำเนินการให้ประชาชนได้รับบริการสาธารณสุขที่มีประสิทธิภาพอย่างทั่วถึง และเสริมสร้างให้ประชาชนมีความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสุขภาพ และรัฐต้องพัฒนาการบริการสาธารณสุขให้มีคุณภาพและมีมาตรฐานสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง
- ควรยึดกรอบยุทธศาสตร์ชาติระยะ 20 ปี (มั่นคง มั่งคั่ง ยั่งยืน) เป็นกรอบหลักของการจัดทำยุทธศาสตร์ และให้บูรณาการไปกับแผนยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปีด้านสาธารณสุข ซึ่งมุ่งเน้นความเป็นเลิศด้านต่างๆ 4 ด้าน คือ ด้านส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคเป็นเลิศบริการเป็นเลิศ บุคลากรเป็นเลิศ และบริหารเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล
- ควรเน้นการพัฒนาให้สอดคล้องกับเป้าหมาย Thailand 4.0 ของรัฐบาล ที่มุ่งสู่การขับเคลื่อนงานด้วยนวัตกรรม ทั้งด้านเศรษฐกิจ สังคม และการสาธารณสุข

- การสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพแก่ประชาชน เป็นบทบาทของภาคการศึกษา

- ควรมุ่งบูรณาการงานตามกรอบเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน (Sustainable Development Goals หรือ SDGs) ซึ่งมีอยู่ 17 เป้าหมาย และเป้าหมายด้านสาธารณสุขคือ เป้าหมายที่ 3 การพัฒนาสุขภาพอย่างยั่งยืน หรือการมีสุขภาพดีในทุกช่วงอายุ ทั้งนี้ การดำเนินงานให้ได้ผลควรพิจารณาถึงเป้าหมายอื่นๆ ของ SDGs ด้วย ไม่ว่าจะเป็นเรื่องการขจัดความยากจน และความหิวโหย การให้การศึกษาอย่างทั่วถึงและมีคุณภาพ การเสริมสร้างศักยภาพของสตรีและความเท่าเทียมทางเพศ การมีน้ำดื่ม – น้ำใช้ที่ถูกละสุขอนามัย และอื่นๆ บุคลากรสาธารณสุขควรมีศักยภาพในการสร้างความตื่นตัวหรือสนับสนุนให้ภาคส่วนอื่นๆ ของรัฐที่รับผิดชอบงาน SDGs ต่างๆ ดำเนินการให้ได้ผลตามเป้าหมาย เช่น หากหน่วยงานภาคเศรษฐกิจประสบความสำเร็จในการขจัดความยากจน (เป้าหมาย SDG 1) ภาคเกษตรและอุตสาหกรรมอาหารช่วยสร้างความมั่นคงทางอาหาร (เป้าหมาย SDG 2) ภาคการศึกษาจัดระบบการศึกษาให้ทั่วถึงและมีคุณภาพ รวมถึงการเกิดโอกาสการเรียนรู้แบบตลอดชีวิต (เป้าหมาย SDG 4) เป็นต้น ก็จะเป็นการลดปัจจัยทางสังคมที่มีผลต่อสุขภาพ และส่งผลให้ปัญหาทางสุขภาพที่กำหนดใน SDG 3 ลดลง
- ควรยึดเป้าหมายระหว่างประเทศในการดำเนินงานด้านสาธารณสุข ซึ่งในปัจจุบัน องค์การสหประชาชาติมีความตื่นตัวในงานด้านสาธารณสุข ซึ่งเป็นพื้นฐานของความมั่นคงของมนุษย์ งานที่สมัชชาสหประชาชาติกำลังเน้นหนักอยู่ในปัจจุบัน คือ การป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อ หรือ NCD โดยทางองค์การอนามัยโลกได้กำหนดเป้าหมาย

การควบคุมโรค NCD เป็น 9 เป้าหมาย เช่น การลด อัตราตายด้วยโรค NCD ลงร้อยละ 25 จากระดับ ในปี 2553 ลดการบริโภคแอลกอฮอล์ลงร้อยละ 10 ลดการบริโภคยาสูบลงร้อยละ 30 ลดการบริโภค เกลือและโซเดียมลงร้อยละ 30 ลดภาวะความดัน โลหิตสูงลงร้อยละ 25 และควบคุมโรคเบาหวาน และโรคอ้วนไม่ให้เพิ่มสูงขึ้น เป็นต้น

- ควรมีการเปลี่ยนแนวคิดหรือกระบวนทัศน์ (paradigm) ด้านสาธารณสุข โดยให้เกิดความตระหนักว่า บริการทางสาธารณสุขที่จะช่วยให้ประชาชนมีสุขภาพดีนั้น ไม่ใช่งานรักษาพยาบาล ผู้เจ็บป่วย แต่เป็นงานส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค บริการรักษาพยาบาลที่ดีไม่สามารถลด การเกิดอุบัติเหตุได้ บริการรักษาพยาบาลโรคไต โดยการฟอกไต ไม่สามารถลดการเกิดโรคไตได้ เช่นเดียวกับปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น ซึ่งลดลง ไม่ได้ด้วยการบริการคลอดปลอดภัยและอนามัย เด็กแรกคลอด ประสบการณ์จากประเทศที่พัฒนา แล้วพบว่า สิ่งที่จะช่วยให้ประชาชนมีอายุยืนยาว ไม่ใช่งานสาธารณสุข แต่เป็นงานสร้างความรอบรู้ แก่ประชาชนให้สร้างเสริมสุขภาพตนเองและ ป้องกันโรค

เมื่อวิเคราะห์เป้าหมายย่อยที่กำหนดใน SDG 3 จะพบว่า สิ่งที่จะช่วยให้ประเทศสามารถบรรลุเป้าหมายการพัฒนาสุขภาพอย่างยั่งยืนนั้น องค์ประกอบที่สำคัญคือ งานสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคที่เข้มแข็งและมี ประสิทธิภาพดี ทั้งนี้ งานส่งเสริมสุขภาพที่ได้ผลควรยึด หลักการและแนวทางที่กำหนดใน “กฎบัตรออตตาวา” ว่าด้วยการส่งเสริมสุขภาพ (Ottawa Charter) ที่ใช้ ยุทธศาสตร์การสร้างความตระหนักด้วยการสร้างกระแส สังคม (advocacy) สร้างศักยภาพแก่ประชาชน (enable) และการสื่อสารสาธารณะ (mediate) โดยมุ่งเน้นใน การ (1) สร้างนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ (2) สร้างสิ่งแวดลอมที่เอื้อต่อสุขภาพ (3) การเพิ่มศักยภาพของชุมชน (4) การพัฒนาทักษะส่วนบุคคล และ (5) การปรับระบบ บริการสาธารณสุขไม่ให้มุ่งเฉพาะด้านการรักษาโรคเท่านั้น นอกจากนี้ ควรพิจารณาถึงกฎบัตรอื่นๆที่เกี่ยวข้องกับ

การส่งเสริมสุขภาพ โดยเฉพาะอย่างยิ่ง กฎบัตรกรุงเทพ (Bangkok Charter) ตามแนวทาง PIRAB (Partnership-Invest-Regulate-Advocate-Build capacity) และข้อ ตกลงจากการประชุมการส่งเสริมสุขภาพโลกที่นครเซี่ยงไฮ้ ที่เน้นย้ำให้มีการทำงานที่มีธรรมาภิบาล การพัฒนาเมือง สุขภาพดี และการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพ

- ควรพิจารณาส่งเสริมมาตรการการบังคับใช้กฎหมายเพื่อการป้องกันและแก้ไขปัญหา สาธารณสุข เช่น การบังคับใช้เข้มงวดขึ้นเกี่ยวกับ หน้าเมื่อขับซิริยนต์ การบังคับใช้หมวกนิรภัยเมื่อ ขับซิริถจักรยานยนต์ รวมถึงการใช้มาตรการทาง ภาษีเพื่อควบคุมการบริโภค เช่นการขึ้นภาษีบุหรื ภาษีเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ภาษีเครื่องดื่มรสหวาน ภาษีเกลือและโซเดียม เป็นต้น
- ควรเน้นการสร้างความรู้ด้านสุขภาพของ ประชาชน (health literacy) และสังคม (health literate society) เพื่อให้ประชาชนมีความรอบรู้ ด้านสุขภาพ สามารถตัดสินใจและควบคุมปัจจัย ต่างๆ เพื่อการส่งเสริมสุขภาพของตนเอง
- ควรส่งเสริมการนำสุขภาพเข้าเป็นองค์ประกอบ ในทุกนโยบาย (health in all policies) ซึ่งย่อ มหมายถึงการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของภาคส่วนอื่น ที่เกี่ยวข้องกับการกำหนดนโยบายทางสังคม โดย ทุกนโยบายที่กำหนดในกระทรวงและกลุ่มองค์กร ต่างๆ ควรพิจารณาการทำงานด้วยกระบวนการ เพื่อส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพ การตัดสินใจที่มีการพิจารณาถึงผลกระทบต่อสุขภาพเสมอ ทั้งส่งเสริมปัจจัยด้านบวก (ปัจจัยคุ้มครอง) และ ควบคุมหรือลดปัจจัยด้านลบ (เพิ่มความเสี่ยงต่อ สุขภาพ)
- ควรมุ่งเน้นความเป็นธรรมในสังคม (equity) ใน การเข้าถึงบริการสาธารณสุขของประชาชนทุกคน ทุกเพศ ทุกวัย และทุกภูมิภาค หลีกเลี่ยงการเลือก ปฏิบัติโดยไม่เป็นธรรมต่อบุคคล ไม่ว่าด้วยเหตุ ความแตกต่างในเรื่องถิ่นกำเนิด เชื้อชาติ ภาษา เพศ อายุ ความพิการ สภาพทางกายหรือสุขภาพ สถานะของบุคคล ฐานะทางเศรษฐกิจหรือสังคม

- ความเชื่อทางศาสนา การศึกษาอบรม หรือความคิดเห็นทางการเมือง ทั้งนี้ รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2560 ระบุให้มีการปรับระบบหลักประกันสุขภาพให้ประชาชนได้รับสิทธิและประโยชน์จากการบริหารจัดการและการเข้าถึงบริการที่มีคุณภาพและสะดวกทัดเทียมกัน
- ควรส่งเสริมสิทธิมนุษยชน (human rights) ในการเข้าถึง เข้าใจ รับรู้ข้อมูลและสามารถนำข้อมูลไปประกอบการตัดสินใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตนเอง สิ่งแวดล้อม ตลอดจนการเข้าถึง หรือเลือกใช้บริการ ผลิตภัณฑ์สุขภาพ โดยให้ยอมรับว่าการมีสุขภาพดีเป็นสิทธิของประชาชนทุกคน
 - ควรเสริมสร้างพลังและการมีส่วนร่วมของภาคส่วนต่างๆ และชุมชน (empowerment and participation) และส่งเสริมบทบาทขององค์กรหลักภาคการศึกษา สังคม สวัสดิการ และเศรษฐกิจ ในการจัดบริการรักษาพยาบาล สร้างเสริมสุขภาพ และป้องกันโรค
 - ควรสร้างความตระหนักในพันธะรับผิดชอบต่อสังคมขององค์กรต่างๆ (social accountability) ที่จะป้องกันผลกระทบทางสุขภาพ ส่งเสริมสุขภาพของประชาชน และแสดงบทบาทปกป้องชุมชนต่อภัยสุขภาพ
 - ควรพัฒนาคุณภาพบริการสาธารณสุข รวมถึงงานส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคที่มีการปรับกระบวนการสื่อสารสุขภาพของทุกวิชาชีพให้เอื้อต่อการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพอย่างต่อเนื่อง (quality)
 - ควรสร้างความครอบคลุมทั้งด้านบริการและครอบคลุมประชาชนทุกระดับ รวมทั้งส่งเสริมการเข้าถึง เข้าใจ ได้ตอบ ชักถามจนเข้าใจในบริการที่จำเป็น (availability & accessibility) เพื่อการดูแลสุขภาพอย่างต่อเนื่องตลอดทุกช่วงวัย
 - ควรใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ (evidence-based practice) ในการขับเคลื่อนงาน เน้นการศึกษาวิจัยด้านความรู้ด้านสุขภาพ การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค และการรักษาพยาบาล รวม

ทั้งนำผลที่ได้มาประยุกต์เพื่อการพัฒนาบริการด้านต่างๆ

- ควรมุ่งเน้นการใช้เทคโนโลยี และสร้างนวัตกรรม การสื่อสาร การพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพ เพื่อการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค โดยเฉพาะอย่างยิ่งการใช้เทคโนโลยีการสื่อสารสาธารณะ ประเภทต่างๆ ในการสร้างความรอบรู้แก่ประชาชน (technology and innovations)
- ควรนำการตลาดเชิงสังคม (social marketing) เศรษฐศาสตร์พฤติกรรม การสื่อสารสุขภาพและสื่อสารความเสี่ยง มาประยุกต์ใช้เพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ
- ควรบูรณาการงานรักษาพยาบาล งานส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค ให้เข้ากับแผนการแพทย์ทุกด้าน ทั้งการแพทย์แผนปัจจุบัน การแพทย์แผนไทย การแพทย์ทางเลือก ซึ่งรวมถึงการแพทย์พื้นบ้านไทย (integration)
- ควรพัฒนางานสาธารณสุขให้เกิดมีสุขภาพองค์รวม (สุขภาพกาย จิต ปัญญา และสังคม) อย่างสมดุล (holistic health)

นอกจากแนวทางการขับเคลื่อนงานดังกล่าวแล้ว ควรส่งเสริมให้เกิดความร่วมมือระหว่างประเทศเพื่อการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ ร่วมประสานงานในการควบคุมโรคและภัยสุขภาพข้ามพรมแดน โดยเฉพาะอย่างยิ่งกลไกการประสานงานของเครือข่ายสมาคมประชาชาติแห่งเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ หรืออาเซียน ทั้งนี้ ในการประชุมรัฐมนตรีสาธารณสุขของอาเซียน เรื่อง 12th ASEAN Health Ministers Meeting เดือนกันยายน ค.ศ. 2014 ที่เมืองฮานอย ได้ออกแถลงการณ์ให้คำมั่นต่อวิสัยทัศน์ “A Healthy, Caring, and Sustainable ASEAN Community” โดยจะเพิ่มความเข้มแข็งของงานสาธารณสุขใน 4 กลุ่ม คือ (1) กลุ่มงานส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพ (2) กลุ่มงานตอบสนองต่อภัยสุขภาพ (hazards and emerging threats) (3) กลุ่มงานสร้างความเข้มแข็งของระบบสุขภาพและการเข้าถึงบริการสุขภาพ และ (4) กลุ่มงานด้านความปลอดภัยของอาหาร (ensuring food safety)

16.5 การสร้างเสริมนวัตกรรมสุขภาพเพื่อพัฒนางานสาธารณสุขอย่างยั่งยืน

ขณะนี้ ประเทศไทยกำลังเปลี่ยนเข้าสู่ยุคศาสตร์ Thailand 4.0 ซึ่งมุ่งเน้นการขับเคลื่อนเศรษฐกิจด้วยนวัตกรรม งานสาธารณสุขก็เช่นกัน ควรมีการปรับโดยให้เกิดความหลากหลายเชิงวิชาการ การบริหารจัดการ และความหลากหลายเชิงวัฒนธรรม จะถูกเพิ่มคุณค่าโดยการเติมเต็มด้วยการวิจัยและพัฒนา วิทยาการ ความคิดสร้างสรรค์ นวัตกรรม วิทยาศาสตร์ และเทคโนโลยี ทั้งนี้ การคิดค้นนวัตกรรมต่างๆ นำมาประยุกต์ใช้ในการพัฒนางานสาธารณสุขจะเป็นทางออกหนึ่งที่น่าประเทศไปสู่เป้าหมายการพัฒนาสาธารณสุขอย่างยั่งยืนได้ โดยไม่เกิดภาวะการ “ย่ำอยู่กับที่” บุคคลที่มีบทบาทสำคัญในการคิดค้นและนำนวัตกรรมมาใช้ในการขับเคลื่อนงานก็คือทุกภาคส่วนในสังคม ทั้งเจ้าภาพหลัก (กระทรวงสาธารณสุข) และเครือข่ายสนับสนุน ซึ่งทำหน้าที่ค้นหารูปแบบ และควบคุมกำกับงานขับเคลื่อนให้เป็นไปตามเจตนารมณ์แห่งรัฐธรรมนูญ

ตัวอย่างนวัตกรรมหรือกลยุทธ์ในการพัฒนางานด้านสาธารณสุข ได้แก่

- การกำหนดนโยบายสุขภาพโดยภาคีเครือข่าย และชุมชน โดยใช้มาตรการของสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ รวมถึงการใช้กลไกสมัชชาสุขภาพในการกำหนดนโยบายและขับเคลื่อนงานในระดับจังหวัด อำเภอ ตำบล และชุมชน
- การเสริมสร้างความเข้มแข็งของสำนักงานสาธารณสุขเขต ซึ่งมีหน้าที่หลักในการติดตามงานนิเทศงาน และระดมทรัพยากรในการสนับสนุนจังหวัดหรือท้องที่ที่มีปัญหารุนแรงหรือมีความไม่พร้อม
- การเสริมสร้างความเข้มแข็งของงานส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ผ่านการบูรณาการของกองทุนประกันสุขภาพ 3 กองทุน คือกองทุนหลักประกันสุขภาพของ สปสช. กองทุนประกันสังคม ของ

สำนักงานประกันสังคม กระทรวงแรงงาน และกองทุนสวัสดิการข้าราชการของกระทรวงการคลัง

- การประสานความร่วมมือระหว่างสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ กับสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพในงานสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค
- การใช้กฎหมายในการสร้างความเข้มแข็งของงานสาธารณสุข กรณีตัวอย่างงานท้องไร่ร่น ตาม พ.ร.บ. การป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น พ.ศ. 2559
- การขับเคลื่อนงานสุขภาพโดยการส่งเสริมกลไกของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ
- การใช้กลไกของงานสาธารณสุขระดับหมู่บ้านในการขับเคลื่อนงานสุขภาพ กรณีตัวอย่างบทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านกับโครงการ 3 ล้าน 3 ปี เลิกบุหรี่ทั่วไทย เทิดไท้องค์ราชัน
- การเสริมสร้างความร่วมมือระหว่างกระทรวงสาธารณสุขกับสถาบันอุดมศึกษา กรณีตัวอย่างของการขับเคลื่อนงานการลดการบริโภคเกลือและโซเดียมเพื่อลดโรคไม่ติดต่อ การขับเคลื่อนยุทธศาสตร์สุขภาพโลก และงานสร้างเสริมสุขภาพของเครือข่ายมหาวิทยาลัยอาเซียน หรือ ASEAN University Network (AUN)

จากตัวอย่างนวัตกรรมหรือกลยุทธ์ต่างๆ ที่กล่าวมา มีรายละเอียดอยู่ในบทต่างของหนังสือเล่มนี้ หากมีการศึกษาและนำไปขยายผลเพื่อเพิ่มให้ครอบคลุมทั้งประเทศ ก็คาดว่าจะพัฒนางานสาธารณสุขของประเทศไทยจะประสบความสำเร็จในการพัฒนาสุขภาพของประชาชนไทยได้อย่างยั่งยืน ทำให้คนไทยมีอายุขัยเฉลี่ยทัดเทียมกับประเทศที่พัฒนาแล้ว และนำไปสู่ความเข้มแข็งของชุมชนและท้องถิ่น และประชาชนมีความสุขโดยถ้วนหน้า

ប្រធានបុគ្គល

บรรณานุกรม

บทที่ 1 พระราชวงศ์จักรีกับการสาธารณสุขไทย

1. สุด แสงวิเชียร. ประวัติการแพทย์และเภสัชกรรมไทย. ใน: สารานุกรมไทยสำหรับเยาวชนโดยพระราชประสงค์ในพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัว เล่ม 8. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์คุรุสภา ลาดพร้าว; 2526. น. 3-14.
2. ชาร์ลส ไฮแอม, รัชนี ทศรัตน์. สยามดึกดำบรรพ์ ยุคก่อนประวัติศาสตร์สมัยสุโขทัย. กรุงเทพมหานคร. สำนักพิมพ์ริเวอร์บุ๊คส์; 2542.
3. กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก. ตำราพื้นฐานวิชาชีพการแพทย์แผนไทย เล่ม 1: ปรัชญา และพื้นฐานการแพทย์แผนไทย. สมุทรสาคร: พิมพ์ดี; 2561.
4. ชะเอม แก้วคล้าย. จารึกพระเจ้าชัยวรมันที่ 7 (อ่าน แปล และรวบรวม). กรุงเทพมหานคร: หอสมุดแห่งชาติ กรมศิลปากร; 2527.
5. อีริคช อุทัยวิทยารัตน์. ลัทธินักพรตและการเยียวยาในอินเดียโบราณ: ระบบการแพทย์ในพุทธอาราม แปลจาก เค็นเนธ จี ชิสต์. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร: มูลนิธิโกลคิมทอง; 2552.
6. กรมศิลปากร. ประชุมพงศาวดารฉบับกาญจนาภิเษก เล่ม 3. กรุงเทพมหานคร: กองวรรณกรรมและประวัติศาสตร์; 2542.
7. บริติชมิวเซียม กรุงลอนดอน. พระราชพงศาวดารกรุงสยาม. ใน: ประชุมพงศาวดาร ฉบับกาญจนาภิเษก เล่ม 2. กรุงเทพมหานคร: กรมศิลปากร; 2542. น.10.
8. Grant N. King & Queens. London: Harper Collins; 2004.
9. ประทีป ชุมพล. ประวัติศาสตร์การแพทย์แผนไทย. กรุงเทพมหานคร: มติชน; 2555.
10. สุทธชัย ยิ้มประเสริฐ. ความสัมพันธ์ระหว่างโปรตุเกสและราชอาณาจักรอยุธยา. ใน: พรสวรรค์ วัฒนางกูร, บรรณาธิการ. ความสัมพันธ์ไทย-ยุโรป จากอดีตสู่ปัจจุบัน เยอรมนี โปรตุเกส รัสเซีย. กรุงเทพมหานคร: ศูนย์ยุโรปศึกษาแห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2546. น.184-5.
11. พิชยะ ศรีวัฒนสาร. อาชีพของชาวโปรตุเกสในสยาม (ค.ศ.1511-1767) มุมมองใหม่กับความหลากหลายในที่แห่งแรก. ใน: พรสวรรค์ วัฒนางกูร, บรรณาธิการ. ความสัมพันธ์ไทย-ยุโรป จากอดีตสู่ปัจจุบัน เยอรมนี โปรตุเกส รัสเซีย. กรุงเทพมหานคร: ศูนย์ยุโรปศึกษาแห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2546. น. 224-5.
12. ชัยนต์ พิเชียรสุนทร, แม้นมาศ ขวลิต, วิเชียร จีรวงส์. คำอธิบายตำราพระโอสถพระนารายณ์. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพมหานคร: อมรินทร์การพิมพ์; 2558.
13. อาเดรียง โลเน. ประวัติมิชชันนารีสยาม ค.ศ. 1662-1811. ปอล ซาเวียร์ แบล. กรุงเทพมหานคร: อัครสังฆมณฑล; 2546.
14. เซอร์วาเลียร์ เดอ ฟอรั้ง. จดหมายเหตุฟอรั้ง. หม่อมเจ้าดำรงด่าง แบล. กรุงเทพมหานคร: องค์การค้าของคุรุสภา; 2527.
15. นิโกลาส แซร์แวส. ประวัติศาสตร์ธรรมชาติและเมืองแห่งราชอาณาจักรสยาม. สันต์ ท. โกมลบุตร แปล. กรุงเทพมหานคร: ก้าวหน้า; 2506.
16. มอนซิเออร์ เดอ ลาลูแบร์. จดหมายเหตุ ลา ลูแบร์ ราชอาณาจักรสยาม สันต์ ท. โกมลบุตร แปล พิมพ์ครั้งที่ 2 กรุงเทพมหานคร ศรีปัญญา 2548
17. สมเด็จพระยาดำรงราชานุภาพ. พงศาวดารเรื่องไทยรบพม่า. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร: ไทยควอลิตี้บุ๊คส์ (2006); 2560.
18. สุเจน กรรพฤทธิ์. 2310 กรุงธนบุรีผงาด: ตากสินมหาราช - ประวัติศาสตร์นอกตำรา. กรุงเทพมหานคร: สารคดี; 2516.

บรรณานุกรม

19. กรมศิลปากร. พระราชพงศาวดารกรุงสยาม. พระนคร: โรงพิมพ์หมอบรัดเลย์; จ.ศ.1225.
20. เจ้าพระยาทิพากรวงศ์ (ข้า บุนนาค). พระราชพงศาวดารกรุงรัตนโกสินทร์ รัชกาลที่ 1-4. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์ศรีปัญญา; 2555.
21. นิธิ เอียวศรีวงศ์. การเมืองไทยสมัยพระเจ้ากรุงธนบุรี. พิมพ์ครั้งที่ 12. กรุงเทพมหานคร: มติชน; 2559.
22. เสถียร ลายลักษณ์. กฎหมายพนักงานโสตเสวย: ประชุมหมายประจำสภ เล่ม 4 พ.ศ. 2478. พระนคร: โรงพิมพ์เดลิเมล์; 2478.
23. ยุติ ตปนียกร. วิวัฒนาการของการแพทย์ไทยตั้งแต่สมัยเริ่มต้นจนถึงสิ้นสุดรัชกาลพระบาทสมเด็จพระจุลจอมเกล้าเจ้าอยู่หัว. กรุงเทพมหานคร: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2522.
24. Bradley WL. สยามแต่ปางก่อน: 35 ปีในบางกอกของหมอบรัดเลย์. ศรีเทพ กุสุมา ณ อยุธยา, ศรีลักษณ์ สง่าเมือง แปล. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร: มติชน; 2547.
25. ประโชติ เปล่งวิทยา. เกษัตริกรรมไทยแห่งกรุงรัตนโกสินทร์ ในรอบ 200 ปี. กรุงเทพมหานคร: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2526.
26. ยงค์ดี ต้นติปิฎก. ตำราการนวดไทย เล่ม 1. พิมพ์ครั้งที่ 5. สมุทรสาคร: พิมพ์ดี; 2559.
27. วัดสุทัศน์เทพวรารามราชวรมหาวิหาร. ประวัติวัดสุทัศน์เทพวรารามราชวรมหาวิหาร. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์เลียงเชียง; มปป.
28. องค์การค้าคุรุสภา. พระราชหัตถเลขาพระบาทสมเด็จพระจอมเกล้าเจ้าอยู่หัว เล่ม 3. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์องค์การค้าคุรุสภา; 2506.
29. สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี. นิทานโบราณคดี กรุงเทพมหานคร: ไทยควอลิตี้บุ๊กส์ (2006); 2559.
30. หลวงจินดาสนิทกิจ (ละม้าย ธนะสิริ). ประวัติของแม่เต๋อ: (พิมพ์ในงานฉลองอายุครบ 84 ปี บริบูรณ์ ของนางเต๋อประทีปะเสน) 14 มิถุนายน 2471. พระนคร: โรงพิมพ์โสภณพิพรรฒธนากร; 2471.
31. วิชัย โชควิวัฒน์. การสวรรคตของรัชกาลที่ 4 และการเสวยราชย์ของรัชกาลที่ 5. กรุงเทพมหานคร: สามดีพริ้นติ้งอีควิเมนต์; 2559.
32. พระราชหัตถเลขา พระบาทสมเด็จพระจุลจอมเกล้าเจ้าอยู่หัว ถึงเจ้าฟ้ามหาวชิรุณหิศ สยามมกุฎราชกุมาร ลงวันที่ 8 กรกฎาคม ร.ศ.112.
33. กระทรวงสาธารณสุข. ตำราแพทย์ศาสตร์สงเคราะห์ฉบับหลวง. พระนคร: โรงพิมพ์อุดม; 2497.
34. กรมศิลปากร. ตำราเวชศาสตร์ฉบับหลวงรัชกาลที่ 5 เล่ม 1-2. กรุงเทพมหานคร: กรมศิลปากร; 2542.
35. หอจดหมายเหตุแห่งชาติ ร.5 ศธ 59/3. ระเบียบการตั้งโรงเรียนราชแพทยาลัย, 10-20 พฤศจิกายน 2452. มปป.
36. วิชัย โชควิวัฒน์, โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์, บรรณาธิการ. รอยเวลา: เส้นทางประวัติศาสตร์สุขภาพ. นนทบุรี: สำนักพิมพ์สุศาลา; 2556.
37. วิชัย โชควิวัฒน์. พระบาทสมเด็จพระปรมินทรมหาภูมิพลอดุลยเดชกับสุขภาพคนไทย. ใน: สุขภาพคนไทย, กรุงเทพมหานคร: อมรินทร์พริ้นติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง; 2560.
38. ภูษิต ประครองสาย. การสาธารณสุขไทย 2554-2558. กรุงเทพมหานคร: องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก; 2559.

บรรณานุกรม

บทที่ 2 ข้อมูลพื้นฐานประเทศไทย

1. กรมการปกครอง กระทรวงมหาดไทย. จำนวนประชากรทั้งประเทศไทย พ.ศ. 2560. กรุงเทพมหานคร: กรมการปกครอง; 2560.
2. สำนักงานสถิติแห่งชาติ. การสำมะโนและการเคหะ, 2553. กรุงเทพมหานคร: สำนักงานสถิติแห่งชาติ; 2553.
3. สำนักงานสถิติแห่งชาติ. การสำรวจสภาวะทางสังคม วัฒนธรรมและสุขภาพจิตคนไทย พ.ศ. 2561. กรุงเทพมหานคร: สำนักงานสถิติแห่งชาติ; 2561.
4. กระทรวงสาธารณสุข. รายงานการสาธารณสุขไทย 2554-2558. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก; 2559.
5. สำนักงานคณะกรรมการข้อมูลข่าวสารของทางราชการ. การจัดระเบียบบริหารราชการ ตามพระราชบัญญัติปรับปรุงกระทรวง ทบวง กรม (ฉบับที่ 14) พ.ศ. 2558 [อินเทอร์เน็ต]. [สืบค้นเมื่อ 10 ส.ค. 2561]. แหล่งข้อมูล: <http://dopa.go.th>

บทที่ 3 วิวัฒนาการการสาธารณสุขไทย

1. Committee of Inquiry into the Future Development to the Public Health Function. Public health in England. London: HMSO; 1988.
2. Higher Education for Public Health. A report of Milbank Memorial Fund Commission. New York: Higher Education for Public Health; 1976.
3. Winslow CEA. (1920). The untilled fields of public health. Modern Medicine 1920;2: 183-91.
4. Possehl GL, editor. Harappan civilization: a recent perspective. 2nd Ed. New Delhi: IBH Publishing; 1993.
5. Vale B. The conquest of scurvy in the Royal Navy 1793-1800: a challenge to current orthodoxy. Mariner's Mirror 2008;94:160-75.
6. Selwyn S. Sir John Pringle: hospital reformer, moral philosopher and pioneer of antiseptics, Medical History 1966;10:266-74.
7. Chadwick E. Report on the sanitary conditions of the labouring population of Great Britain: a supplementary report on the results of a special inquiry into the practice of interment in Towns. London: W. Clowes and Sons for Her Majesty's Stationery office; 1843.
8. Last JM. A dictionary of epidemiology. 4th Ed. Oxford: Oxford University Press; 2001.
9. Evans AS. Causation and disease: the Henle-Koch postulates revisited. Yale J Biol Med 1976;49: 175-95.
10. วิชัย โชควิวัฒน์. การค้นพบเพนิซิลลิน. ใน: วิชัย โชควิวัฒน์. เล่าให้ลึก 4. นนทบุรี: สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ; 2557. น. 29-34.
11. ประเวศ วะสี. บนเส้นทางชีวิต. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์หมอชาวบ้าน; 2554.
12. วิชัย โชควิวัฒน์. ต้นแบบการศึกษาวิจัยแบบสุ่มเปรียบเทียบ. ใน: วิชัย โชควิวัฒน์. ปรีทัศน์โรคติดต่อ. นนทบุรี: พิมพ์ลักษณ์; 2544. น. 177-80.
13. Hirsch A. Dengue, a comparatively new disease : its symptoms: handbook of geographical and historical pathology. Vol.1. London, UK: Sydenham Society; 1883.
14. Nobushi H. The symptoms of dengue-like illnesses recorded in a Chinese medical

บรรณานุกรม

- encyclopedia. Kanpo Rinsho 1979;26:422-5.
15. World Health Organization. Dengue haemorrhagic fever, diagnosis, treatment and control. Geneva: World Health Organization; 1986.
 16. มอชิงเออร์ เดอ ลา ลูแบร์. จดหมายเหตุ ลา ลูแบร์ ราชอาณาจักรสยาม สันต์ ท. โกมลบุตร แปล. กรุงเทพมหานคร: ศรีปัญญา; 2014.
 17. ประทีป ชุมพล. ประวัติศาสตร์การแพทย์แผนไทย. กรุงเทพมหานคร: มติชน; 2545.
 18. ภราดา ฟ. ฮีแลร์. ดรรชนีศึกษา ชั้นประถมศึกษาปีที่ 4. พิมพ์ครั้งที่ 47. กรุงเทพมหานคร: ไทยวัฒนาพานิช; 2561.
 19. Bradley WK. สยามแต่ปางก่อน 35 ปีในบางกอกของหมอบรัดเลย์. ศรีเทพ กุสุมา ณ อยุธยา ศรีลักษณ์ ส่งาเมือง, แปล. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร: มติชน; 2547.
 20. Jenner E. An Inquiry into the causes and effects of the Variolae vaccinae, a disease discovered in some of the Western Counties of England, particularly Gloucestershire, and known by the name of the Cow Pox. London: Hampton Low; 1798.
 21. ยุวดี ตปนิยกร. วิวัฒนาการของการแพทย์ไทยตั้งแต่สมัยเริ่มต้นจนถึงสิ้นสุดรัชกาลพระบาทสมเด็จพระจุลจอมเกล้าเจ้าอยู่หัว. กรุงเทพมหานคร: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2522.
 22. สมเด็จพระยาตำราพระราชานุภาพ. ทำนองปลุกผีดาษ. ใน: สมเด็จพระยาตำราพระราชานุภาพ. นิทานโบราณคดี. กรุงเทพมหานคร: ไทยควอลิตี้บุ๊คส์ (2006); 2559.
 23. วิชัย โชควิวัฒน์. ประสบการณ์การกวาดล้างโรค: จากไข้ทรพิษถึงโปลิโอ. ใน: ปริทัศน์โรคติดต่อ. นนทบุรี: พิมพ์ลักษณ์; 2544. น. 3-12.
 24. Snow J. On the mode of communication of cholera. London: John Churchill; 1989.
 25. วิชัย โชควิวัฒน์, โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์, บรรณาธิการ. รอยเวลา: เส้นทางประวัติศาสตร์สุขภาพ. นนทบุรี: สำนักพิมพ์สุศาลา; 2556.
 26. กรมอนามัย. 43 ปีกรมอนามัย. นนทบุรี: กรมอนามัย; 2538.
 27. สุดา ประวัติธรรม. สภาภาษาไทย กำเนิดและพัฒนาการ (พ.ศ.2436-2485) [วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต ภาควิชาประวัติศาสตร์]. กรุงเทพมหานคร: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2534.
 28. พิชาย พัฒนา. ความเป็นมาของการแพทย์เมืองไทย. กรุงเทพมหานคร: โอเดียนสโตร์; 2529.
 29. สำนักนโยบายและแผน กระทรวงสาธารณสุข. การสาธารณสุขไทย พ.ศ.2538-2539. กรุงเทพมหานคร: องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก; 2540.
 30. ยุวดี ณ ถลาง. การป้องกันและปราบปรามอหิวาตกโรคในจังหวัดพระนคร ในระหว่างปี พ.ศ.2501-2502 [วิทยานิพนธ์รัฐประศาสนศาสตรมหาบัณฑิต]. กรุงเทพมหานคร: มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์; 2505.
 31. สถาบันพระปกเกล้า. แฉลงการณ์คณะราษฎร 24 มิถุนายน 2475. กรุงเทพมหานคร: สถาบันพระปกเกล้า; มปป.
 32. ก้องสกุล กวินวิกุล. การสร้างร่างกายพลเมืองไทยในสมัยจอมพล ป. พิบูลสงคราม พ.ศ. 2481-2487 [วิทยานิพนธ์สังคมวิทยาและมานุษยวิทยามหาบัณฑิต]. กรุงเทพมหานคร: มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์; 2545.
 33. วิชัย โชควิวัฒน์. การปฏิรูประบบสุขภาพครั้งสำคัญในสังคมไทย. ใน: สำนักวิจัยสังคมและสุขภาพ. พรหมแดนแห่งความรู้. นนทบุรี: สำนักวิจัยสังคมและสุขภาพ; 2545.
 34. กระทรวงสาธารณสุข. อนุสรณ์กระทรวงสาธารณสุขครบ 20 ปี พ.ศ. 2485-2505. กรุงเทพมหานคร: กระทรวงสาธารณสุข; 2505.

บรรณานุกรม

35. จินตนา ศิรินาวิน, ประเสริฐ ทองเจริญ และศุภชัย รัตนมณีฉัตร ศิริราชร้อยปี: ประวัติและวิวัฒนาการ. กรุงเทพมหานคร: วิกตอรีเพาเวอร์พอยท์; 2531.
36. กระทรวงสาธารณสุข. อนุสรณ์สาธารณสุขครบรอบ 40 ปีแห่งการสถาปนากระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2485-2525. กรุงเทพมหานคร: กระทรวงสาธารณสุข; 2525.

บทที่ 4 สถานการณ์แนวโน้มของสถานะสุขภาพและปัจจัยต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง

1. สำนักงานประมาณของรัฐบาล สำนักงานเลขาธิการสภาผู้แทนราษฎร. รายงานการวิเคราะห์ของสำนักงานประมาณของรัฐบาล ร่างพระราชบัญญัติงบประมาณรายจ่ายประจำปีงบประมาณ พ.ศ.2562 [อินเทอร์เน็ต]. 2561 [สืบค้นเมื่อ 13 ต.ค. 2561]. แหล่งข้อมูล: https://www.parliament.go.th/ewtadmin/ewt/parbudget/ewt_dl_link.php?nid=497
2. กระทรวงการท่องเที่ยวและกีฬา. สถิติการท่องเที่ยวปี 2560 [อินเทอร์เน็ต]. 2561 [สืบค้นเมื่อ 20 ต.ค. 2561]. แหล่งข้อมูล: https://www.mots.go.th/more_news.php?cid=465&filename=index
3. สำนักงานเศรษฐกิจการคลัง กระทรวงการคลัง. ประมาณการเศรษฐกิจไทย กรกฎาคม ปี 2561 [อินเทอร์เน็ต]. 2561 [สืบค้นเมื่อ 16 ต.ค. 2561]. แหล่งข้อมูล: http://www.fpo.go.th/main/getattachment/Economic-report/Thailand-Economic-Projections/9687/Thailand-Economic-Outlook-2018_July-เล่มฉบับสมบูรณ์.pdf.aspx
4. SCB Economic Intelligence Center. Outlook quarter 3/2018 [อินเทอร์เน็ต]. 2561 [สืบค้นเมื่อ 22 ต.ค. 2561]. แหล่งข้อมูล: <https://www.scbeic.com/th/detail/product/4824>
5. สำนักงานเศรษฐกิจการคลัง กระทรวงการต่างประเทศ. การทบทวนการดำเนินการตามวาระการพัฒนาที่ยั่งยืน ค.ศ.2030 ระดับชาติโดยสมัครใจของไทย พุทธศักราช 2560 [อินเทอร์เน็ต]. 2561 [สืบค้นเมื่อ 26 ต.ค. 2561]. แหล่งข้อมูล: <http://www.mfa.go.th/sep4sdgs/contents/filemanager/images/sep/VNR%202560%20Thai%20E-Book.pdf>
6. สำนักงานพัฒนาธุรกรรมทางอิเล็กทรอนิกส์ (องค์การมหาชน). รายงานผลสำรวจพฤติกรรมผู้ใช้งานอินเทอร์เน็ตประเทศไทยปี 2561 [อินเทอร์เน็ต]. 2561 [สืบค้นเมื่อ 26 ต.ค. 2561]. แหล่งข้อมูล: <https://www.etda.or.th/content/etda-reveals-thailand-internet-user-profile-2018.html>
7. สำนักงานบริหารและพัฒนาองค์ความรู้ (องค์การมหาชน). รายงานผลสำรวจและศึกษาวิจัยชี้ริ่ย์ความรู้ ส่องโลก สร้างอาชีพ เรื่องการขยายตัวของความเป็นเมือง (Urbanization) [อินเทอร์เน็ต]. 2558 [สืบค้นเมื่อ 27 ต.ค. 2561]. แหล่งข้อมูล: <http://www.okmd.or.th/okmd-opportunity/urbanization/256/>
8. สำนักงานสถิติแห่งชาติ กระทรวงดิจิทัลเพื่อเศรษฐกิจและสังคม. การสำรวจการย้ายถิ่นของประชากร ปี พ.ศ.2560 [อินเทอร์เน็ต]. 2558 [สืบค้นเมื่อ 31 ต.ค. 2561]. แหล่งข้อมูล: <http://www.okmd.or.th/okmd-opportunity/urbanization/256/>
9. World Health Organization. Ambient air pollution: A global assessment of exposure and burden of disease [Internet]. 2016 [cited 2019 Nov 1]. Available from: <https://www.who.int/phe/publications/air-pollution-global-assessment/en/>
10. สำนักโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. รายงานสถานการณ์

บรรณานุกรม

- โรคและภัยสุขภาพจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม ปี 2560 [อินเทอร์เน็ต]. 2561 [สืบค้นเมื่อ 30 ต.ค. 2561]. แหล่งข้อมูล: http://envocc.ddc.moph.go.th/uploads/situation/01_envocc_situation_60.pdf
11. สำนักงานกองทุนเงินทดแทน กระทรวงแรงงาน. รายงานสถานการณ์โรคและภัยสุขภาพจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม ปี 2560 [อินเทอร์เน็ต]. 2561 [สืบค้นเมื่อ 25 พ.ย. 2561]. แหล่งข้อมูล: http://envocc.ddc.moph.go.th/uploads/situation/01_envocc_situation_60.pdf
12. อารี จำปากลาง, สุธรรม นันทมงคลชัย, อัคราภักดิ์ หลักทอง, ชาริต้า ประสิทธิ์หิมะ, กาญจนา ตั้งชลทิพย์, แคร์ริคเตอร์. รายงานวิจัยผลกระทบของการย้ายถิ่นภายในประเทศที่มีต่อสุขภาวะและพัฒนาการเด็กปฐมวัย [อินเทอร์เน็ต]. 2559 [สืบค้นเมื่อ 20 พ.ย. 2561]. แหล่งข้อมูล: <https://www.unicef.org/thailand/media/396/file>
13. สฤณี อาชวานันทกุล. ความเหลื่อมล้ำด้านเศรษฐกิจ. ความเหลื่อมล้ำฉบับพกพา [อินเทอร์เน็ต]. 2560 [สืบค้นเมื่อ 15 พ.ย. 2561]. แหล่งข้อมูล: <https://thai-inequality.org/pages/income>
14. W&S Market Research. Comparative report on fast food study in Thailand, Indonesia and Vietnam in 2015 [Internet]. 2015 [cited 2019 Dec 4]. Available from: https://yimresearch.com/sample/voluntary_surveys/detail.php?ID=82
15. สำนักงานสถิติแห่งชาติ กระทรวงดิจิทัลเพื่อเศรษฐกิจและสังคม. การสำรวจอนามัย สวัสดิการ และพฤติกรรมผู้บริโภคของประชากร พ.ศ.2560 [อินเทอร์เน็ต]. 2560 [สืบค้นเมื่อ 10 ธ.ค. 2561]. แหล่งข้อมูล: http://www.nso.go.th/sites/2014/DocLib13/ด้านสังคม/สาขาสวัสดิการสังคม/อนามัยและสวัสดิการ/สำรวจอนามัยและสวัสดิการ_2560/สรุปผลสำคัญ.pdf
16. Global Nutrition Report. Global nutrition report 2017 [Internet]. 2015 [cited 2019 Dec 4]. Available from: <https://globalnutritionreport.org/reports/2017-global-nutrition-report/>
17. สำนักงานนโยบายการเจริญพันธุ์ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. ยุทธศาสตร์การป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นระดับชาติ พ.ศ.2560-2569 ตามพระราชบัญญัติการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น พ.ศ.2559 [อินเทอร์เน็ต]. 2560 [สืบค้นเมื่อ 14 ธ.ค. 2561]. แหล่งข้อมูล: [http://rh.anamai.moph.go.th/download/all_file/index/actionplan_tp/the-National-Strategy-on-Prevention-and-Solution-of-Adolescent-Pregnancy-B.E.2560-2569\(2017-2026\).pdf](http://rh.anamai.moph.go.th/download/all_file/index/actionplan_tp/the-National-Strategy-on-Prevention-and-Solution-of-Adolescent-Pregnancy-B.E.2560-2569(2017-2026).pdf)
18. ศิริวรรณ พิชัยรังษณภูมิ, ปวีณา ปันกระจำง, บรรณาธิการ. รายงานสถิติการบริโภคยาสูบของประเทศไทย พ.ศ. 2561. กรุงเทพมหานคร: ศูนย์วิจัยและจัดการความรู้เพื่อการควบคุมยาสูบ; 2560.
19. เยาวรัตน์ ปรปักษ์ขาม, พรพันธุ์ บุญยรัตพันธุ์, บรรณาธิการ. การสำรวจสภาวะสุขภาพอนามัยของประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 3 พ.ศ. 2546-2547. กรุงเทพมหานคร: องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก; 2549.
20. วิชัย เอกพลากร, บรรณาธิการ. รายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 4 พ.ศ. 2551-2. นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข; 2554.
21. วิชัย เอกพลากร, บรรณาธิการ. รายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 5 พ.ศ. 2557. นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข; 2559.

บรรณานุกรม

22. สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์ กรมอนามัย. สถานการณ์อนามัยการเจริญพันธุ์ ในวัยรุ่นและเยาวชน ปี 2559 [อินเทอร์เน็ต]. [สืบค้นเมื่อ 1 ธ.ค. 2561]. แหล่งข้อมูล: http://rh.anamai.moph.go.th/ewt_dl_link.php?nid=86
23. สำนักงานสถิติแห่งชาติ. การสำรวจพฤติกรรมการบริโภคอาหารของประชากร พ.ศ. 2556. [อินเทอร์เน็ต]. [สืบค้นเมื่อ 14 ธ.ค. 2561]. แหล่งข้อมูล: <http://www.nso.go.th/sites/2014/Pages/สำรวจ/ด้านสังคม/สุขภาพ/พฤติกรรมบริโภคอาหารของประชากร.aspx>
24. สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์ กรมอนามัย. สถานการณ์อนามัยการเจริญพันธุ์ในวัยรุ่น [อินเทอร์เน็ต]. [สืบค้นเมื่อ 14 ธ.ค. 2561]. แหล่งข้อมูล: http://rh.anamai.moph.go.th/ewt_dl_link.php?nid=23
25. World Health Organization. WHA60.29 Health technologies. Sixtieth World Health Assembly. Geneva: World Health Organization; 2007.
26. GBD 2015 Mortality and Causes of Death Collaborators. Global, regional, and national life expectancy, all-cause mortality, and cause-specific mortality for 249 causes of death, 1980–2015: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2015. Lancet 2015;388: 1459-544.
27. World Health Organization. Monitoring the building blocks of health systems: a handbook of indicators and their measurement strategies. Geneva: World Health Organization; 2010.
28. Appleby J. Spending on health and social care over the next 50 years: why think long term? London: The King's Fund; 2013.
29. ปฤษฎัพร กิ่งแก้ว, ฉัตรเลิศ พงษ์ไชยกุล, สุมาลัย สมสิทธิ์, ธนพร บุชบัวโล. การประเมินความคุ้มค่าของการคัดกรองและการรักษาโรคกระดูกพรุนในผู้หญิงวัยหมดประจำเดือน. นนทบุรี: โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ; 2013.
30. Patcharanarumol W, Panichkriangkrai W, Sommanuttaweetchai A, Hanson K, Wanwong Y, Tangcharoensathien V. Strategic purchasing and health system efficiency: a comparison of two financing schemes in Thailand. PloS One 2018;13: e0195179.
31. Lindelow M, Hawkins L, Osornprasop S. Government spending and central-local relations in Thailand's health sector. Washington DC: The World Bank; 2012.
32. Craig K, Sivathas S, Stuart F. Healthcare reimagined: innovation trends, predictions and actions for healthcare leaders. Melbourne: KPMG; 2018.
33. Duggal R, Brindle I, Bagenal J. Digital healthcare: regulating the revolution. BMJ 2018;360:k6.
34. Bauer J. Launching the third 'Empower the Person' roadmap. Redditch UK: NHS England; 2018.
35. NHS. Empower the person: roadmap for digital health and care services. Redditch UK: NHS England; 2018.
36. กระทรวงสาธารณสุข. ยุทธศาสตร์เทคโนโลยีสารสนเทศสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2560 – 2569. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข; 2017.
37. Sakulbumrungsil R, Taychakhoonavudh S, Udomaksorn K, Kessomboon N, Ngorsuraches S. Pricing and patient access framework to support universal coverage in Thailand. Bangkok: IMS Consulting Group; 2016.
38. World Health Organization. WHO global health expenditure atlas. Geneva: World Health Organization; 2014.

บรรณานุกรม

39. Organisation for Economic Co-operation and Development. Tackling wasteful spending on health. Paris: OECD; 2017.
40. อีโมเจน อีแวนส์, เฮเซล ทอร์นตัน, เอียน ซาลเมอร์ส, พอล กลาสซีโอ. Testing Treatments การรักษาต้องสงสัย. ผู้แปล: เบญจรินทร์ สันตติวงศ์ไชย. นนทบุรี: โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ; 2018.
41. แผนงานพัฒนากลไกเฝ้าระวังระบบยา (กพย.) คณะเภสัชศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. การทบทวนทะเบียนตำรับยาของไทย: มหากาพย์อันยาวนานที่ต้องหาภาคจบให้ได้. ยาวิพากษ์ 2557;6:3-15.
42. คณะทำงานพัฒนาคู่มือการประเมินเทคโนโลยีด้านสุขภาพสำหรับประเทศไทย. บทที่ 10 ระบบสุขภาพและการประเมินเทคโนโลยีด้านสุขภาพ. คู่มือการประเมินเทคโนโลยีด้านสุขภาพสำหรับประเทศไทย. นนทบุรี: โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ; 2552.
43. Teerawattananon Y, Tritasavit N, Suchonwanich N, Kingkaew P. The use of economic evaluation for guiding the pharmaceutical reimbursement list in Thailand. Z Evid Fortbild Qual Gesundheits 2014;108:397-404.
44. Mohara A, Youngkong S, Velasco RP, Werayingyong P, Pachanee K, Prakongsai P, et al. Using health technology assessment for informing coverage decisions in Thailand. J Comp Eff Res 2012;1:137-46.

บทที่ 5 ระบบสุขภาพของประเทศไทย

1. สूरเกียรติ อาชานานุภาพ. สุขภาพและปัจจัยกำหนดสุขภาพ. ใน: อัฟพล จินดาวัฒน์, สूरเกียรติ อาชานานุภาพ, สุรณี พิพัฒน์โรจนกุล. การสร้างเสริมสุขภาพ: แนวคิด หลักการ และบทเรียนของไทย. กรุงเทพมหานคร: หมอชาวบ้าน; 2550. น. 1-24.
2. อัฟพล จินดาวัฒน์. การสร้างนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพแบบมีส่วนร่วม มิติใหม่ของการสร้างเสริมสุขภาพ. พิมพ์ครั้งที่ 5. กรุงเทพมหานคร: พิมพ์ดี; 2556.
3. สุนัย สุขสว่าง, บรรณาธิการ. ศัพท์ใช้บ่อยในแวดวงปฏิรูปสุขภาพ. นนทบุรี: สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ; 2560.
4. ภูษิต ประคองสาย, มนทิรา อุตมานันท์, จิรภา วาณิช อังกูร, สุภาวิณี แซดกระโทก. พจนานุกรมการสาธารณสุขไทย พ.ศ.2561 ฉบับ 100 ปี การสาธารณสุขไทย. นนทบุรี: สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข; 2561.
5. ศุภกิจ ศิริลักษณ์, ทวีเกียรติ บุญไพศาลเจริญ, ทองดี มุ่งดี. ระบบสุขภาพของประเทศไทย. ใน: กระทรวงสาธารณสุข. การสาธารณสุขไทย พ.ศ. 2554 – 2558. กรุงเทพมหานคร: องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก; 2559.
6. สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ. ธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 2 พ.ศ. 2559. พิมพ์ครั้งที่ 2. นนทบุรี: สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ; 2560.
7. ศุบล ศรีสุขวัฒนา. รายงานผลการศึกษา บทบัญญัติรัฐธรรมนูญ (ฉบับที่ผ่านประชามติ) กับการคุ้มครองสุขภาพประชาชน เชื่อมโยงกับธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ (ฉบับที่ 2) และพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2550. นนทบุรี: สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ; 2559.
8. นาดยา พรหมทอง. เขตสุขภาพเพื่อประชาชน. มิติใหม่ในการจัดการระบบสุขภาพ. พิมพ์ครั้งที่ 1. ปี 2559. นนทบุรี: สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ; 2559.

บรรณานุกรม

9. อนุศักดิ์ สุภาพร. แผนหลักสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ รองรับการดำเนินงานตามพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2550 ฉบับที่ 3 (ปีงบประมาณ พ.ศ.2560 - 2564). นนทบุรี: สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ; 2560.
10. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข. <https://www.hsri.or.th/researcher/about/organize>. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข. 2561.
11. สำนักงานกองทุนสนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพ. แผนหลัก สสส. 2558 - 2560. กรุงเทพมหานคร: สำนักงานกองทุนสนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพ; 2558.
12. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. www.nhso.go.th. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. 2561.
13. สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล(องค์การมหาชน). รายงานประจำปี 2559 สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน). นนทบุรี: สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน); 2559.
14. สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ. รายงานประจำปี 2560 สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ. นนทบุรี: สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ; 2560.

บทที่ 6 กรอบนโยบายและยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพของไทย 4.0 และนโยบายสาธารณะทุกภาคส่วน (Health in all)

1. Tangcharoensathien V, Witthayapipopsakul W, Panichkriangkrai W, Mills A. Health systems development in Thailand: a solid platform for successful implementation of universal health coverage. Lancet 2018;391:1205–23
2. Delany L, Signal L, Thomson G. International trade and investment law: a new framework for public health and the common good. BMC Public Health 2018;18:602.
3. Gleeson D, Friel S. Emerging threats to public health from regional trade agreements. Lancet 2013; 381:1507-9.
4. ไพบูลย์ สุริยะวงศ์ไพศาล, บรรณาธิการ. โฉมใหม่ 5 ปี ข้างหน้า... ถนนปลอดภัยไทย [อินเทอร์เน็ต]. <https://dol.thaihealth.or.th/File/media/4e06b51f-892a-416d-a5db-056acd86b75d.pdf>
5. Funston J ed. Thaksin's Thailand: Populism and polarization. Thailand. Institute of Security and International Studies.2009
6. ประกาศสำนักนายกรัฐมนตรี เรื่อง การประกาศแผนการปฏิรูปประเทศ (ร่างแผนปฏิรูปประเทศด้านสาธารณสุข) 6 เมษายน 2561. http://www.ratchakitcha.soc.go.th/DATA/PDF/2561/A/024_5/1.PDF
7. สุพัตรา ศรีวณิชชากร แผนยุทธศาสตร์ทศวรรษพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิ พ.ศ.2559-2569 <http://kb.hsri.or.th/dspace/handle/11228/4411?locale-attribute=th>
8. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบ หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 4 (พ.ศ. 2560 - 2564) <https://www.nhso.go.th/frontend/page-contentdetail.aspx?CatID=MTAzMg>
9. James Macinko; Inês Dourado; Rosana Aquino; Palmira de Fátima Bonolo; Maria F.et al. Major Expansion Of Primary Care In Brazil Linked To Decline In Unnecessary Hospitalization. Health Affairs; Dec 2010; 29, 12
10. Macinko J, Harris MJ, Rocha MG. Brazil's national program for improving primary care access

บรรณานุกรม

- and quality (PMAQ): fulfilling the potential of the world's largest payment for performance system in primary care. *Journal of Ambulatory Care Management*. 2017;40(2 Suppl):S4-S11. doi:10.1097/JAC.000000000000189.
11. Bärnighausen T1, Bloom DE. Financial incentives for return of service in underserved areas: a systematic review. *BMC Health Serv Res*. 2009 May 29;9:86. doi: 10.1186/1472-6963-9-86.
 12. Hara K, Otsubo T, Kunisawa S, Imanaka Y. Examining sufficiency and equity in the geographic distribution of physicians in Japan: a longitudinal study. *BMJ Open*. 2017;7(3):e013922. doi:10.1136/bmjopen-2016-013922.
 13. Jui-fen Rachel Lu, Tung-liang Chiang. Developing an adequate supply of health services: Taiwan's path to Universal Health Coverage. *Social Science & Medicine* Volume 198, February 2018, Pages 7-13
 14. โสภณ เมฆธน แนวทางการดำเนินงาน คลินิกหมอครอบครัว สำหรับหน่วยบริการ http://www.ato.moph.go.th/sites/default/files/download/primary%20care%20cluster_guide%20%28pcc%29.pdf
 15. รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2550, 124 (2550).
 16. รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2560, 134 (2561).
 17. คณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่สิบสอง พ.ศ. 2560-2564. In: สำนักนายกรัฐมนตรี, editor. กรุงเทพมหานคร 2560.
 18. คณะกรรมการยุทธศาสตร์ชาติ. ยุทธศาสตร์ชาติ พ.ศ. 2561-2580. In: สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, editor. กรุงเทพมหานคร: สำนักงานเลขาธิการของคณะกรรมการยุทธศาสตร์ชาติ; 2561.
 19. กองยุทธศาสตร์และแผนงาน, editor การประชุมชี้แจง แผนยุทธศาสตร์ชาติ ระยะ 20 ปี (ด้านสาธารณสุข) และการมอบนโยบายการดำเนินงานของกระทรวงสาธารณสุขประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2562 2561: กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข.
 20. คณะกรรมการส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุสมผล. คู่มือการดำเนินโครงการโรงพยาบาลส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล นนทบุรี: โรงพิมพ์สหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.
 21. สำนักวิจัยโรค ควบคุมโรค. แนวทางการควบคุมโรคประเทศไทย พ.ศ. 2561. นนทบุรี สำนักพิมพ์อักษรกราฟิกแอนด์ดีไซด์ 2561.
 22. Marmot M. Social determinants of health inequalities. *Lancet* 2005;365:1099-104.
 23. Wilkinson R, Marmot ?. The Solid Facts. Copenhagen: World Health Organization; 2003.
 24. World Health Organization. Prevention of congenital rubella syndrome (CRS). http://www.who.int/reproductivehealth/publications/maternal_perinatal_health/prevention_crs.pdf
 25. Robert W Aldridge, Alistair Story, Stephen W Hwang et al. Morbidity and mortality in homeless individuals, prisoners, sex workers, and individuals with substance use disorders in high-income countries: a systematic review and meta-analysis *Lancet* 2018; 391: 241–50
 26. The Health and Safety Executive(HSE). At a Glance Guide to Health and Safety Statistics 2011/12, 2012. <http://www.hse.gov.uk/statistics/overall/hssh1112.pdf>

บรรณานุกรม

27. Abdalla Ibrahim, Salma M Abdalla, Mohammed Jafer, Jihad Abdelgadir, Nanne de Vries; Child labor and health: a systematic literature review of the impacts of child labor on child's health in low- and middle-income countries, Journal of Public Health, <https://doi.org/10.1093/pubmed/fdy018>
28. Milner A, Page A, LaMontagne AD. Long-term unemployment and suicide: a systematic review and meta-analysis. PLoS ONE 2013;8:e51333.
29. Barth J, Schneider S, Von Känel R. Lack of social support in the etiology and the prognosis of coronary heart disease: a systematic review and meta-analysis. Psychosomatic Medicine 2010;72:229-38.
30. Mathers BM, Degenhardt L, Bucello C, Lemon J, Wiessing L, Hickman M. Mortality among people who inject drugs: a systematic review and meta-analysis. World Health Organization. Bull World Health Organ 2013;91:102-23.
31. Degenhardt L, Whiteford HA, Ferrari AJ, Baxter AJ, Charlson FJ, Hall WD, et al. Global burden of disease attributable to illicit drug use and dependence: findings from the Global Burden of Disease Study 2010. Lancet 2013;382:1564-74.
32. Atkins JL, Whincup PH, Morris RW, Lennon LT, Papacosta O, Wannamethee SG. Dietary patterns and the risk of CVD and all-cause mortality in older British men. British Journal of Nutrition 2016;116:1246-55.
33. Shikany JM, Safford MM, Bryan J, Newby PK, Richman JS, Durant RW, Brown TM, Judd SE. Journal of the American Heart Association: Cardiovascular and Cerebrovascular Disease. 2018;7:e008078.
34. Schwedhelm C, Boeing H, Hoffmann G, Aleksandrova K, Schwingshackl L. Effect of diet on mortality and cancer recurrence among cancer survivors: a systematic review and meta-analysis of cohort studies, Nutrition Reviews 2016;74:737-48.
35. ไพบุลย์ สุริยวงษ์ไพศาล, บรรณาธิการ. รายงานสถานการณ์อุบัติเหตุทางถนนของประเทศไทย พ.ศ. 2555-2556 [อินเทอร์เน็ต]. [สืบค้นเมื่อ 15 ม.ค. 2561]. แหล่งข้อมูล: http://www.roadsafetythai.org/uploads/userfiles/file_20160112050838.pdf
36. พงศ์เทพ วงศ์วัชรไพบุลย์. ระบาดวิทยาเป็นเพียงคณิตศาสตร์จริงหรือ. เอกสารประกอบการบรรยายสำหรับนักศึกษาแพทย์ หลักสูตร RAID302.
37. พงศ์เทพ วงศ์วัชรไพบุลย์. เรียนรู้อะไร เมื่อทำงานสร้างเสริมสุขภาพ (ตอนที่ 3). คลินิก 2552;26:ฉบับที่ 1.
38. World Health Organization. 100% condom use programme in entertainment establishments. http://www.who.int/hiv/topics/vct/sw_toolkit/sti_hiv_100percent_condom_use.pdf
39. Charumilind S, Jain S, Rhatigan J. Cases in global health delivery: the 100% condom program: part B. GHD-01B. https://www.globalhealthdelivery.org/files/ghd/files/ghd-001b_5reueb9.pdf
40. เส้นทางการทำงานแต่น้องผู้หิวไทย [อินเทอร์เน็ต]. [สืบค้นเมื่อ 15 ม.ค. 2561]. แหล่งข้อมูล: <http://www.iamchild.org/index.php/act/pfarm/399-2010-10-23-03-51-40.html>

บรรณานุกรม

บทที่ 7 การพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพแบบมีส่วนร่วม

1. โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์, วิบูลย์ วัฒนนามกุล, ฉันทนา ผดุงทศ, สุธีร์ รัตนมงคลกุล, มธุรส ศิริสถิตย์กุล. ปฏิรูปสุขภาพ ปฏิรูปประชาธิปไตย: นโยบายสาธารณะ การมีส่วนร่วมกับประชาธิปไตยแบบร่วมได้ตรง. ปี 2558. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์สุขภาพ; 2558.
2. บวรศักดิ์ อุวรรณโณ, ถวิลวดี บุรีกุล. ประชาธิปไตยแบบมีส่วนร่วม (participatory democracy). พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพมหานคร: สถาบันพระปกเกล้า; 2555.
3. สถาพร เจริญธรรม. นโยบายสาธารณะของประชาชน (people public policy). ปี 2560. ขอนแก่น: มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2560.
4. เรืองวิทย์ เกษสุวรรณ. นโยบายสาธารณะ. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร: บพิธการพิมพ์; 2557.
5. อำพล จินดาวัฒน์. ระบบการส่งเสริมสุขภาพของประเทศไทย. ใน: การสาธารณสุขไทย 2551-2553. กรุงเทพมหานคร: องค์การส่งเสริมสุขภาพอนามัย; 2554.
6. อำพล จินดาวัฒน์, สมยศ ศรีจารนัย, อรรถพรณ ศรีสุขวัฒนา, พิษณุภัสสร วรณศิริกุล, ทิมบรรณาธิการ. กรอบนโยบายและยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพของไทย. ใน: การสาธารณสุขไทย 2554-2558. กรุงเทพมหานคร: สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข; 2559.
7. World Health Organization. Social determinants of health [Internet]. [cited 2018 Sep 10]. Available from: http://www.who.int/social_determinants/sdh_definition/en/
8. สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ. ถมช่องว่างทางสังคมในช่วงชีวิตเรา บรรลุความเป็นธรรมทางสุขภาพด้วยปัจจัยสังคมที่กำหนดสุขภาพ. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร: สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ; 2552.
9. อำพล จินดาวัฒน์. การสร้างนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพแบบมีส่วนร่วม มิติใหม่ของการสร้างเสริมสุขภาพ. พิมพ์ครั้งที่ 5. กรุงเทพมหานคร: พิมพ์ดี; 2556.
10. Van den Broucke S. Implementing health in all policies post Helsinki 2013: why, what, who and how. Health Promot Int 2013;28:281-4.
11. World Health Organization. Mission statement of the goal network for Health in All Policies [อินเทอร์เน็ต]. 2018 [cited 2018 Sep 10]. Available from: http://www.who.int/phe/events/GNHiAP-mission-statement_may2017.pdf
12. Lin V, Kickbusch I, Baer B. Progressing the sustainable development goals through health in all policies: case studies from around the world. Geneva: World Health Organization; 2017.
13. World Health Organization. Health in all policies: Helsinki statement, framework for country action: the 8th Global Conference on Health Promotion, 10-14 June 2013 [อินเทอร์เน็ต]. 2014 [cited 2017 Dec 3]. Available from: https://www.who.int/healthpromotion/conferences/8gchp/statement_2013/en/
14. สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ. พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2550. พิมพ์ครั้งที่ 3. นนทบุรี: สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ; 2555.
15. สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ. ธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 2 พ.ศ.2559. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร: อีแอนด์ไอ ศรีเอทพลัส; 2560.
16. พระครูพิพิธสุตาธร (บุญช่วย สิริธโร), พระมหาประยูร โชติวิโร, วิสุทธิ บุญญะโสภิต, ทิพิชา โปษยานนท์,

บรรณานุกรม

- พินิจ ลาภธนานนท์, นางลักขณ์ ยอดมงคล, และคณะ. ธรรมนูญสุขภาพพระสงฆ์แห่งชาติ พุทธศักราช 2560. พิมพ์ครั้งที่ 5. นนทบุรี: สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ; 2561.
17. สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ. หลักเกณฑ์และวิธีการประเมินผลกระทบด้านสุขภาพที่เกิดจากนโยบายสาธารณะ ฉบับที่ 2. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร: บริษัทสำนักพิมพ์สุภา จำกัด; 2560.
18. กองประเมินผลกระทบต่อสุขภาพ. รายงานประจำปี 2560. นนทบุรี: กองประเมินผลกระทบต่อสุขภาพ; 2561
19. สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ, บรรณาธิการ. รายงานประจำปี 2560. นนทบุรี: สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ; 2561.
20. วันวิสา แสงทิม. การพัฒนาองค์ประกอบ บทบาท คมส. ที่มีต่อการขับเคลื่อนมิติสุขภาพแห่งชาติ. นนทบุรี: สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ; 2561.
21. วิลาวัลย์ เอื้อวงศ์กุล. บทเรียนระบบการจัดการอาหารในโรงเรียน. พิมพ์ครั้งที่ 2. นนทบุรี: สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ; 2561.
22. สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ. รายงานสานพลัง 9: รายงานประจำปี 2559. นนทบุรี: สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ; 2561.

บทที่ 8 การบูรณาการระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในประเทศไทย

1. Health Focus. Health card before Thailand achieving UHC, 5 August 2014 [Internet]. [cited 2018 October 05]. Available from: <https://www.hfocus.org/content/2014/08/7835>.
2. The World Bank. Data of Thailand: GNI per capita [Internet]. [cited 2018 Oct 05]. Available from: <https://data.worldbank.org/country/thailand>
3. Towse A, Mills A, Tangcharoensathien V. Learning from Thailand's health reforms. British Medical Journal 2004;328:103-5
4. สำนักบริหารงานทะเบียน สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. รายงานเกี่ยวกับระบบลงทะเบียนประชากร: รายงานแสดงความครอบคลุมการลงทะเบียนผู้มีสิทธิ [อินเทอร์เน็ต]. [สืบค้นเมื่อ 10 ต.ค. 2561]. แหล่งข้อมูล: <https://www.nhso.go.th/FrontEnd/page-contentdetail.aspx?CatID=MTA5NQ>
5. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. พระราชบัญญัติประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545. กรุงเทพมหานคร: สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ; 2545.
6. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. คู่มือหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. กรุงเทพมหานคร: สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ; 2560
7. Tangcharoensathien V, Witthayapipopsakul W, Panichkriangkrai W, Patcharanarumol W, Mills A. Health systems development in Thailand: a solid platform for successful implementation of universal health coverage. 2018. Lancet 2018;391:1205-23.
8. Patcharanarumol W, Tangcharoensathien V, Limwattananon S, Panichkriangkrai W, Pachanee K, Pongkantha W, et al. Why and how did Thailand achieve good health at low cost? In: Balabanova D, McKee M, Mills A, eds. Good health at low cost' 25 years on. What makes

บรรณานุกรม

- a successful health system? London: London School of Hygiene & Tropical Medicine; 2011. p 193-223.
9. World Health Organization. World Health Assembly: Resolution and Decisions - WHA58.33 Sustainable health financing, universal coverage and social health insurance [Internet]. [cited 2018 Oct 05]. Available from: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/20383/1/WHA58_33-en.pdf?ua=1
 10. Sustainable Development Solutions Network. Indicators and a monitoring framework for the Sustainable Development Goals: launching a data revolution. A report to the Secretary-General of the United Nations. New York: United Nations; 2015.
 11. Kutzin, J. Towards universal health care coverage: a goal-oriented framework for policy analysis [Internet]. [cited 2017 Feb 6]. Available from: <http://siteresources.worldbank.org/HEALTHNUTRITIONANDPOPULATION/Resources/281627-1095698140167/Kutzin-TowardUniversal-whole.pdf>
 12. World Health Organization. The World Health Report 2010: health system financing; the path to universal coverage [Internet]. [cited 2017 Oct 7]. Available from: http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44371/9789241564021_eng.
 13. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. คู่มือหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. กรุงเทพมหานคร: แสงจันทร์การพิมพ์; 2561.
 14. สำนักบริหารงานทะเบียน สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. รายงานเกี่ยวกับระบบลงทะเบียนประชากร: รายงานแสดงความครอบคลุมการลงทะเบียนผู้มีสิทธิ [อินเทอร์เน็ต]. [สืบค้นเมื่อ 10 ต.ค. 2561]. แหล่งข้อมูล: <https://www.nhso.go.th/FrontEnd/page-contentdetail.aspx?CatID=MTA5NQ>
 15. สำนักบริหารงานทะเบียน สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. รายงานเกี่ยวกับระบบลงทะเบียนประชากร: รายงานจำนวนประชากร จำแนกตามสิทธิแต่ละจังหวัด [อินเทอร์เน็ต]. [สืบค้นเมื่อ 10 ต.ค. 2561]. แหล่งข้อมูล: <https://www.nhso.go.th/FrontEnd/page-contentdetail.aspx?CatID=MTA5NQ>
 16. กลุ่มงานบริหารกองทุนประกันสุขภาพคนต่างด้าวและแรงงานต่างด้าว กองเศรษฐกิจและหลักประกันสุขภาพ สำนักปลัดกระทรวงสาธารณสุข. แนวทางการดำเนินการบริหารจัดการการทำงานของแรงงานต่างด้าวในประเทศไทย ด้านการตรวจสุขภาพและการประกันสุขภาพ [อินเทอร์เน็ต]. [สืบค้นเมื่อ 15 ต.ค. 2561]. แหล่งข้อมูล: <https://dhes.moph.go.th/wp-content/uploads/2018/01/แนวทางการดำเนินการประกันสุขภาพแรงงานต่างด้าว-OSS61.pdf>
 17. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. รายงานการสร้างระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ประจำปีงบประมาณ 2560 [อินเทอร์เน็ต]. [สืบค้นเมื่อ 9 ต.ค. 2561]. แหล่งข้อมูล: https://www.nhso.go.th/frontend/page-about_result.aspx
 18. Thammatacharee N, Tisayaticom K, Suphanchaimat R, Limwattananon S, Puthasri W, Netsaengtip R, et al. Prevalence and profiles of unmet need in Thailand. BMC Public Health 2012;12:923.
 19. Limwattananon S, Tangcharoensathien V, Tisayathicom K, Boonyapaisarncharoen T, Prakongsai P. Why has the universal coverage scheme in Thailand achieved a pro-poor public subsidy for health care? BMC Public Health

บรรณานุกรม

- 2012;12(suppl1):S6.
20. Tangcharoensathien V, Patcharanarumol W, Prakongsai P, Panichkriangkrai W, Sommanustweechai A, Silva C. Pro-poor and equity-oriented universal health coverage: perspectives from Thailand. In: Quan A, editor. The Journey of universal access to antiretroviral treatment in Thailand. Bangkok: United Nations Development Programme, 2017. p. 21–33.
 21. World Health Organization Regional Office for the Western Pacific, Asia Pacific Observatory on Health Systems and Policies. Health system in transition Vol 5: the Kingdom of Thailand health system review. Manila: World Health Organization Regional Office for the Western Pacific; 2015.
 22. สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ. บัญชีรายจ่ายสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2558 [อินเทอร์เน็ต]. [สืบค้นเมื่อ 9 ต.ค. 2561]. แหล่งข้อมูล: <http://www.ihppthaigov.net/research-program/national-health-accounts-nha/>
 23. Patcharanarumol W, Pongutta S, Witthayapipopsakul W, Viriyathorn S, Tangcharoensathien V. Thailand (chapter 10). In: Legido-Quigley H, Asgari-Jirhandeh N, editors. Resilient and people-centred health systems: progress, challenges and future directions in Asia, 346–73. New Delhi: World Health Organization, Regional Office for South-East Asia; 2018.
 24. International Health Policy Program. National Health Account [Internet]. [cited 2018 Oct 05]. Available from: <http://www.ihppthaigov.net/research-program/national-health-accounts-nha/>
 25. The Committee on Resource Mobilization for Sustainable Universal Health Coverage. National Health Financing for Sustainable Universal Health Coverage: goals, indicators and targets. Nonthaburi: International Health Policy Program; 2016.
 26. สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ. รายงานภาระโรคและการบาดเจ็บของประชากรไทย พ.ศ. 2557: การสูญเสียปีสุขภาวะ. [อินเทอร์เน็ต]. [สืบค้นเมื่อ 24 ต.ค. 2561]. แหล่งข้อมูล: <http://bodthai.net/download/รายงานภาระโรคและการบาดเจ็บ>

บทที่ 9 การสาธารณสุขชุมชนและท้องถิ่น

1. คู่มือ ศรีสวัสดิ์พัฒนา. อบต. กับการจัดการปัญหาสุขภาพและสิ่งแวดล้อม: นนทบุรี: สำนักที่ปรึกษา กรมอนามัย; มปป. 143 หน้า.
2. สุภัชญา สุพันธ์. องค์การปกครองส่วนท้องถิ่นกับบทบาทการสร้างเสริมสุขภาพชุมชน. วารสารกฎหมายสุขภาพและสาธารณสุข 2561;4:98-107.
3. กรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น. สรุปข้อมูล อบท. ทั่วประเทศ [อินเทอร์เน็ต]. 2560 [สืบค้นเมื่อ 20 เม.ย. 2561]. แหล่งข้อมูล: <http://www.dla.go.th/work/abt/>
4. รัตนขวัญ สันต์ชัย. การยุบรวมองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น [อินเทอร์เน็ต]. สถาบันพระปกเกล้า. 2560 [สืบค้นเมื่อ 20 เม.ย. 2561]. แหล่งข้อมูล: <http://wiki.kpi.ac.th/index.php?title=?title=การยุบรวมองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น>
5. ศิริวรรณ พิทยรังสฤษดิ์, จิรบูรณ์ โตสงวน, หทัยชนก สุมาลี. บทบาทองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ในการสร้างเสริมสุขภาพและข้อเสนอเชิงนโยบายเรื่องการกระจาย

บรรณานุกรม

- อำนาจด้านการสร้างเสริมสุขภาพ. นนทบุรี: คลังข้อมูลและความรู้ระบบสุขภาพ สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข; 2553.
6. รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2540. กรุงเทพมหานคร: กลุ่มงานผลิตเอกสาร สำนักประชาสัมพันธ์ สำนักงานเลขาธิการสภาผู้แทนราษฎร; 2540.
 7. พระราชบัญญัติกำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. 2542. กรุงเทพมหานคร: สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา; 2542.
 8. รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2550. กรุงเทพมหานคร: กลุ่มงานผลิตเอกสาร สำนักประชาสัมพันธ์ สำนักงานเลขาธิการสภาผู้แทนราษฎร; 2550.
 9. รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2560. กรุงเทพมหานคร: กลุ่มงานผลิตเอกสาร สำนักประชาสัมพันธ์ สำนักงานเลขาธิการสภาผู้แทนราษฎร; 2560.
 10. อภิชัย ลิขมานนท์. การจัดระบบบริการสาธารณสุขขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น [อินเทอร์เน็ต]. [สืบค้นเมื่อ 20 เม.ย. 2561]. แหล่งข้อมูล: http://bps.moph.go.th/new_bps/sites/default/files/the_public_health_system_local_level.pdf
 11. สำนักข่าว Hfocus. เจาะลึกระบบสุขภาพ. ทางเลือกถ่ายโอนภารกิจ 2560 [อินเทอร์เน็ต]. [สืบค้นเมื่อ 20 เม.ย. 2561]. แหล่งข้อมูล: <https://www.hfocus.org/content/2018/06/15902>
 12. โกวิท พวงงาม, ศุภสวัสดิ์ ชัชวาล, อิศศักดิ์ อุณา-รมย์เลิศ, ทศนีย์ บัวคา, สุวรรณ มาโนโรจนานนท์. การศึกษาวิเคราะห์สถานการณ์การจัดการด้านสาธารณสุขในพื้นที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น. วารสารวิชาการ Veridian E-Journal 2557;7:440-53.
 13. วินัย ลีสมิทธิ, สมศักดิ์ ชุณหรัศม์. บทบาทที่เหมาะสมของกระทรวงสาธารณสุขภายใต้การกระจายอำนาจด้านสาธารณสุข. วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข 2559;10:262-76.
 14. ภูติ เทชาดิวัฒน์, อภิชาติ วิสิทธิ์วงศ์, ไพฑูรย์ อ่อนเกตุ, พชรินทร์ สิริสุนทร, ทวีศักดิ์ นพเกษร, วินัย ลีสมิทธิ, และคณะ. รายงานการสังเคราะห์ทางเลือกของการพัฒนาระบบบริการสุขภาพเขตเมือง เขตสุขภาพที่ 3. นนทบุรี: คลังข้อมูลและความรู้ระบบสุขภาพ สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข; 2561.
 15. รัฐบาลไทย. ข่าวทำเนียบรัฐบาลไทย. การประชุมคณะกรรมการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (กกถ.) ครั้งที่ 2/2561 [อินเทอร์เน็ต]. [สืบค้นเมื่อ 20 เม.ย. 2561]. แหล่งข้อมูล: <http://www.thaigov.go.th/news/contents/details/12644>.
 16. อัครณัฐ วงศ์ปรีดี. ความพร้อมของชุมชนท้องถิ่นในการจัดการด้านสุขภาพ กรณีศึกษาขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในภาคตะวันออกเฉียงเหนือตอนบนในประเทศไทย. วารสารการบริหารท้องถิ่น 2558;8:1-15.
 17. World Health Organization. Global report on urban health: equitable, healthier cities for sustainable development. Geneva: World Health Organization; 2016.
 18. สุรศักดิ์ บุรณตรีเวช, วิวัฒน์ พุทธวรรณไชย, วิศริ วายุภัก, จรรยา ภัทรอาชาชัย. ระบบบริการปฐมภูมิเขตเมือง 14 ประเทศ. นนทบุรี: โครงการการจัดการความรู้และการวิจัยเพื่อพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข; 2555.
 19. สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล. สุขภาพคนไทย 2559. นครปฐม: อัมรินทร์พรินต์ติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง; 2559.
 20. คณะอนุกรรมการปรับปรุงยุทธศาสตร์ระบบบริการสุขภาพเขตเมือง. ร่างยุทธศาสตร์ ระบบบริการสุขภาพเขตเมือง พ.ศ.2561-2570 [อินเทอร์เน็ต]. [สืบค้นเมื่อ

บรรณานุกรม

- 20 เม.ย. 2561]. แหล่งข้อมูล: http://bps.moph.go.th/new_bps/sites/default/files/Urban%20Health%20Services.pdf
21. คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล. รายงานโครงการศึกษาสภาวะสุขภาพประชาชนในเขตกรุงเทพมหานครแบบครบวงจร. นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข; 2556.
22. สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ. มติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ 8 พ.ศ. 2558. กรุงเทพมหานคร: สิริพัฒนา; 2559.
23. สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ. ยุทธศาสตร์ระบบบริการสุขภาพเขตเมือง พ.ศ. 2561-2570. เอกสารนำเสนอการประชุมเพื่อพิจารณาร่าง ยุทธศาสตร์ระบบบริการสุขภาพเขตเมือง 2561. นนทบุรี: สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ; 2561.
24. สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. แนวทางการดำเนินงานคลินิกหมอครอบครัวสำหรับหน่วยบริการ. กรุงเทพมหานคร: ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย; 2559.
25. วิทยาลัยการจัดการระบบสุขภาพ มหาวิทยาลัยนเรศวร. โครงการจัดตั้งวิทยาลัยการจัดการระบบสุขภาพ มหาวิทยาลัยนเรศวร เสนอต่อสภามหาวิทยาลัยนเรศวร ประชุมครั้งที่ 219 (5/2559). พิษณุโลก: วิทยาลัยการจัดการระบบสุขภาพ มหาวิทยาลัยนเรศวร; 2559.
26. วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร, วรณัน วิทยาพิภพสกุล, วริศพานิชเกรียงไกร, วลัยพร พัทธนฤมล, แอนน์ มิลส์. การพัฒนาระบบสุขภาพในประเทศไทย: รากฐานสำคัญของการบรรลุหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า. บทความแปลจาก Health systems development in Thailand: a solid platform for successful implementation of universal health coverage. The Lancet 2018;391:1025-223.
27. Tejavivaddhana P, Briggs DS, Thonglor R. From global to local: strengthening district health systems management as entry point to achieve health related sustainable development goals. Asia Pacific Journal of Health Management 2016;11:81-6.
28. เดชา แซ่หลี่, บรรณาธิการ. เสริมคุณค่าปฐมภูมิด้วยระบบสุขภาพระดับอำเภอ (รสบอ.). นนทบุรี: มูลนิธิแพथ์ชนบทภายใต้การสนับสนุนจากสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ; 2557.
29. กรมการปกครอง กระทรวงมหาดไทย, สำนักงานบริหารยุทธศาสตร์สุขภาพดีวิถีชีวิตไทย สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. คู่มือแนวทางการดำเนินงานตามระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับพื้นที่ พ.ศ. 2561. กรุงเทพมหานคร: กรมการปกครอง; 2561.
30. เดชา แซ่หลี่, บรรณาธิการ. การขับเคลื่อนระบบสุขภาพระดับอำเภอ (รสบอ.) District Health System (DHS). นนทบุรี : มูลนิธิแพथ์ชนบทภายใต้การสนับสนุนจากสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ , 2557.
31. World Health Organization. Declaration of Alma-Ata. International Conference on Primary Healthcare; Alma-Ata. Geneva: World Health Organization; 1978.
32. World Health Organization. Declaration on Strengthening district health systems based on primary health care. Harare, Zimbabwe, 7 August 1987. Geneva: World Health Organization; 1987.
33. สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 12 (พ.ศ. 2560-2564) [อินเทอร์เน็ต]. [สืบค้นเมื่อ 1 ก.ค. 2561]. แหล่งข้อมูล: http://www.nesdb.go.th/ewt_dl_link.php?nid=6422
34. สภาปฏิรูปแห่งชาติ. ประมวลรายงานวาระปฏิรูปที่ 22: การปฏิรูประบบบริการสุขภาพ วาระปฏิรูปที่

บรรณานุกรม

- 23: การปฏิรูปการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันควบคุมโรค และภัยคุกคามสุขภาพ วาระปฏิรูปที่ 24: การปฏิรูประบบบริหารจัดการและการเงินการคลังด้านสุขภาพ [อินเทอร์เน็ต]. [สืบค้นเมื่อ 1 ก.ค. 2561]. แหล่งข้อมูล: https://www.parliament.go.th/ewtadmin/ewt/parliament_parcy/download/parcy/038.pdf
35. สำนักงานบริหารยุทธศาสตร์สุขภาพดีวิถีไทย. เอกสารรายงานเรื่อง คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตและระบบสุขภาพอำเภอ (district health board: DHB) แนวทางการดำเนินงาน บนพื้นฐานของการเชื่อมโยงระหว่างหลักการทำงานกับการสังเคราะห์บทเรียนจากประสบการณ์ จาก...พัฒนาการและการดำเนินการใน 73 พื้นที่ สู่...การขยายผลเป็น 200 พื้นที่ กระทรวงมหาดไทย กระทรวงสาธารณสุข สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ. นนทบุรี: สำนักงานบริหารยุทธศาสตร์สุขภาพดีวิถีไทย; 2560.
36. Pongsuparp Y, Archananuparp S, Boonyapaisarncharoen T, Srimuang P NS, Tiptientgae Ch, et al. District Health System Management Learning (DHML): A big leap forward to people-centred District Health System in Thailand. *Journal of Public Health and Development*. 2016;14(3).
37. พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545. ราชกิจจานุเบกษา เล่ม 119, ตอนที่ 116 ก (ลงวันที่ 18 พฤศจิกายน 2545).
38. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. รายงานการสร้างหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ประจำปีงบประมาณ 2559. กรุงเทพมหานคร: เอพิซิตเตอร์กรุ๊ป; 2559.
39. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. คู่มือปฏิบัติงานกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ (ฉบับปรับปรุง พ.ศ. 2557). กรุงเทพมหานคร: สหมิตรพรินต์ติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง จำกัด; 2557.
40. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. ประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การกำหนดหลักเกณฑ์เพื่อสนับสนุนให้องค์การบริหารส่วนตำบลหรือเทศบาลดำเนินงานและบริหารจัดการระบบหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ พ.ศ. 2552. กรุงเทพมหานคร: สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ; 2552.
41. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. รายงานการสร้างหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ประจำปีงบประมาณ 2560. กรุงเทพมหานคร: แสงจันทร์การพิมพ์; 2560.
42. โอปอล์ ประภาวดี. นวัตกรรมสุขภาพชุมชนดีเด่นระดับจังหวัด: เสริมศักยภาพท้องถิ่น สร้างสุขภาพชุมชนให้ยั่งยืน. กรุงเทพมหานคร: สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ; 2552.
43. ศูนย์บริการวิชาการเศรษฐศาสตร์ คณะเศรษฐศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์. รายงานการวิจัยประเมินกองทุนสุขภาพตำบล. กรุงเทพมหานคร: พีตอลีฟวิ่ง; 2552.
44. สำนักงานสนับสนุนระบบสุขภาพชุมชน. เอกสารรายงานการประชุมคณะกรรมการบริหารสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติระดับเขต เมื่อวันที่ 13 สิงหาคม 2561. กรุงเทพมหานคร: สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ; 2561.
45. คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. ประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การกำหนดหลักเกณฑ์เพื่อสนับสนุนให้กรุงเทพมหานครดำเนินงานและบริหารจัดการระบบหลักประกันสุขภาพ กรุงเทพมหานคร พ.ศ. 2561. ราชกิจจานุเบกษา เล่ม 135, ตอนพิเศษ 60 ง (ลงวันที่ 14 มีนาคม 2561).
46. ประชาชาติธุรกิจออนไลน์. คนกรุง 8 ล้านคนเฮ! รับสิทธิกองทุนหลักประกันสุขภาพ [อินเทอร์เน็ต]. [สืบค้นเมื่อ 16 ก.ค. 2561]. แหล่งข้อมูล: <https://www.prachachat.net/breaking-news/news-191209>.

บรรณานุกรม

47. สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ. รายงานสานพลัง ประจำปี 2558. กรุงเทพมหานคร: พิมพ์ดี; 2558.
48. Routine to Research. ประกาศโครงการสนับสนุนการพัฒนางานประจำสู่งานวิจัยระดับประเทศ ที่ R2R 002/2561 เรื่อง ผลการตัดสินรางวัลผลงาน R2R ดีเด่น ประจำปี 2561 [อินเทอร์เน็ต]. [สืบค้นเมื่อ 16 ก.ค. 2561]. แหล่งข้อมูล: <http://www.r2rthailand.org/>
49. สัมฤทธิ์ ศรีธีารังสวัสดิ์, พงศ์เทพ สุธีวรวิทย์, ภัทระ แสนไชยสุริยา, สงครามชัย ลีทองดี, มุกดา สำนวนกลาง, ทศนีย์ ญาณะ, และคณะ. ผลของกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลต่อการเสริมพลังอำนาจองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและองค์กรชุมชนในการจัดการปัญหาสุขภาพชุมชน. นนทบุรี: สำนักงานวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย; 2555.
50. สุทธิพงษ์ โคตรวันทา. การพัฒนารูปแบบการดำเนินงานเชิงกลยุทธ์ของกองทุนหลักประกันสุขภาพองค์การบริหารส่วนตำบลแก่งเค็ง อำเภอกุดข้าวปุ้น จังหวัดอุบลราชธานี. วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ 2557;7:284-95.
51. นพดล พรหมรักษา, สมโภช รติโอฬาร, นิตยา เพ็ญศิริณา. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ สำนักงานหลักประกันสุขภาพภาคแห่งชาติ เขต 1 เชียงใหม่. วารสารความปลอดภัยและสุขภาพ 2559;9:31-43.
52. World Health Organization. The World Health Report 2007: primary health care now more than ever. Geneva: World Health Organization; 2007.
53. Hfocus เจาะลึกระบบสุขภาพ. กว่า 3 ทศวรรษ การสาธารณสุขมูลฐานไทย [อินเทอร์เน็ต]. [สืบค้นเมื่อ 20 เม.ย. 2561]. แหล่งข้อมูล: <https://www.hfocus.org/content/2014/07/7622>.
54. กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข. คู่มืออาสาสมัครประจำครอบครัว (อสค.). กรุงเทพมหานคร: ชุมชนสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย; 2559.
55. กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือ อสม. ยุคใหม่. กรุงเทพมหานคร: ชุมชนสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย; 2554.
56. กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข. จำนวน อสม. จำแนกตามระดับการศึกษา ตามรายจังหวัด [อินเทอร์เน็ต]. [สืบค้นเมื่อ 20 เม.ย. 2561]. แหล่งข้อมูล: <http://www.thaiphc.net/phc/phcadmin/administrator/Report/OSMRP00014.php>.
57. โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์, ปารณัฐ สุขสุทธิ. อาสาสมัครสาธารณสุข: ศักยภาพและบทบาทในบริบทสังคมไทยที่เปลี่ยนไป. วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข 2550;1:268-79.
58. กองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน. แนวทางการพัฒนาศักยภาพ อสม. 4.0: กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข [อินเทอร์เน็ต]. [สืบค้นเมื่อ 20 เม.ย. 2561]. แหล่งข้อมูล: http://phc.moph.go.th/www_hss/data_center/dyn_mod/Guideline_VHV.4.0.pdf.
59. สำนักงานสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ. รู้จัก สข. [อินเทอร์เน็ต]. [สืบค้นเมื่อ 20 เม.ย. 2561]. แหล่งข้อมูล: <https://www.nationalhealth.or.th/it-is-all-about-us>.
60. สำนักงานสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ. รู้จักและเข้าใจสมัชชาสุขภาพ [อินเทอร์เน็ต]. [สืบค้นเมื่อ 20 เม.ย. 2561]. แหล่งข้อมูล: <https://www.nationalhealth.or.th/gettoknow-samatcha>.
61. สำนักงานสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ. รวมมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ [อินเทอร์เน็ต]. [สืบค้นเมื่อ 20 เม.ย. 2561]. แหล่งข้อมูล: https://www.samatcha.org/all_media.

บรรณานุกรม

62. สายพิน หัตถิรัตน์. คู่มือการดูแลสุขภาพครอบครัว. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์หมอชาวบ้าน; 2553.
63. Clemen-Stone S, McGuire SL, Eigsti DG, McGuire S, Eigsti D. Comprehensive community health nursing: family aggregate & community practice. 4th ed. St Louis: Mosby Year Book; 1995.
64. นิธิมา เสรีวิทยสวัสดิ์, พัทธกรพจน์ ศรีประสาร. บทบาทของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยที่บ้านในโรงพยาบาลระดับมหาวิทยาลัย. วารสารพยาบาลสาธารณสุข 2557;28:92-108.
65. พิศิษฐ์ ศรีประเสริฐ. การดูแลสุขภาพที่บ้าน: สารานุกรมไทยสำหรับเยาวชน โดยพระราชประสงค์ในพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัว [อินเทอร์เน็ต]. [สืบค้นเมื่อ 22 ส.ค. 2561]. แหล่งข้อมูล: <http://kanchanapisek.or.th/kp6/sub/book/book.php?book=29&chap=9&page=t29-9-infodetail01.html>
66. หทัยทิพย์ ธรรมวิริยะกุล. ความต้องการการดูแลสุขภาพที่บ้านของผู้ป่วยในพื้นที่ภาคใต้ตอนล่างของประเทศไทย. วารสารระบบบริการปฐมภูมิและเวชศาสตร์ครอบครัว 2554;2:15-25.
67. กองการพยาบาลสาธารณสุข. คู่มือการดูแลสุขภาพที่บ้าน (home health care) กรุงเทพมหานคร: สำนักอนามัยกระทรวงสาธารณสุข; 2555.
68. สายพิน หัตถิรัตน์. คู่มือหมอครอบครัว (ฉบับสมบูรณ์). กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์หมอชาวบ้าน; 2549.
69. วรณัน ประสารอธิคม. แนวคิดการดูแลสุขภาพที่บ้าน (concept of home care) [อินเทอร์เน็ต]. [สืบค้นเมื่อ 12 ส.ค. 2561]. แหล่งข้อมูล: <https://med.mahidol.ac.th/.../แนวคิดการดูแลสุขภาพที่บ้าน.pdf>
70. สายพิน หัตถิรัตน์. Home Care [อินเทอร์เน็ต]. [สืบค้นเมื่อ 22 ส.ค. 2561]. แหล่งข้อมูล: <https://med.mahidol.ac.th/fammed/th/postgrad/homecare>
71. สภาการพยาบาล. การสร้างสุขภาวะที่บ้านสู่การสร้างรากฐานที่มั่นคงของสังคมไทย. ร่างเอกสารหลัก เพื่อนำสู่การพิจารณาของคณะอนุกรรมการวิชาการ คณะกรรมการจัดงานสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2561-2562. นนทบุรี: สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ; 2561.

บทที่ 10 ประเทศไทยกับเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน

1. กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. แนวทางการขับเคลื่อนเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน [อินเทอร์เน็ต]. [สืบค้นเมื่อ 12 ธ.ค. 2561]. แหล่งข้อมูล: http://bps.moph.go.th/new_bps/sites/default/files/SDG%20Goal3_220960.pdf
2. United Nations in Thailand. เป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืนของประเทศไทย [อินเทอร์เน็ต]. [สืบค้นเมื่อ 12 ส.ค. 2561]. แหล่งข้อมูล: <https://www.un.or.th/globalgoals/th/the-goals/>
3. สำนักนโยบายและแผน สำนักงานปลัดกระทรวงมหาดไทย. สรุปผลการประชุมคณะกรรมการเพื่อการ
- พัฒนาที่ยั่งยืน ครั้งที่ 1/2560. กรุงเทพมหานคร: สำนักนโยบายและแผน สำนักงานปลัดกระทรวงมหาดไทย; 2560.
4. World Health Organization Southeast Asia Regional Office. Monitoring the health-related Sustainable Development Goals (SDGs). Regional technical consultation on monitoring the health-related Sustainable Development Goals (SDGs); 9-10 February 2017; New Delhi, India.

บรรณานุกรม

5. Organisation for Economic Co-operation and Development. Health at a glance 2015: OECD Indicators [Internet]. [cited 2018 Nov 15]. Available from: http://dx.doi.org/10.1787/health_glance-2015-en
6. World Health Organization. World health statistics 2018: monitoring health for the SDGs, sustainable development goals. Geneva: World Health Organization; 2018.
7. กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. สถิติสาธารณสุขพ.ศ.2560.
8. กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. สรุปสถิติที่สำคัญ พ.ศ.2560. นนทบุรี: กองยุทธศาสตร์และแผนงาน กระทรวงสาธารณสุข; 2560.
9. กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. แผนยุทธศาสตร์ชาติระยะ 20 ปี ด้านสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณพ.ศ. 2561. นนทบุรี: กองยุทธศาสตร์และแผนงาน กระทรวงสาธารณสุข; 2561.
10. World Health Organization. Strategies for health promotion in a globalized world. The Bangkok Charter for Health Promotion in a Globalized World. Geneva: World Health Organization; 2005.
11. World Health Organization. Monitoring the building blocks of health systems: a handbook of indicators and their measurement strategies. Geneva: World Health Organization; 2010.

บทที่ 11 ประเทศไทยกับการพัฒนาระบบสุขภาพโลก

1. Frenk J, Moon S. Governance challenges in global health. New Engl J Med 2013;368:936–42.
2. Kickbusch I. A game change in global health: the best is yet to come. Public Health Rev [Internet]. 2013;35:2.
3. Kickbusch I. Global health governance challenges 2016 – are we ready? Int J Health Policy Manag 2016;5:349-53.
4. Frenk J, Gómez-Dantés O, Chacón F. Global health in transition. In: Parker RG, Sommer M, eds. Routledge handbook of global public health. New York: Routledge, 2011. p 11-7.
5. Frenk J, Sepúlveda J, Gómez-Dantés O, McGuinness MJ, Knaul F. The new world order and international health. BMJ 1997;314:1404-7.
6. Institute for Health Metrics and Evaluation. Financing Global Health 2015: Development assistance steady on the path to new Global Goals. Seattle, WA: Institute for Health Metrics and Evaluation; 2016.
7. Dieleman JL, Schneider MT, Haakenstad A, Singh L, Sadat N, Birger M, et al. Development assistance for health: past trends, associations, and the future of international financial flows for health institute for health metrics and evaluation. Lancet 2016;387:2536-44.
8. The Lancet Commission on Investing in Health. Global health 2035: A world converging within a generation. Lancet 382:1898-955.
9. Berlinguer G. Globalization and global health. Int J Health Serv 1999;29:579-95.

บรรณานุกรม

10. Woodward D, Drager N, Beaglehole R, Lipson D. Globalization and health: a framework for analysis and action. Bull World Health Organ 2001;79:875-81.
11. McMichael AJ, Beaglehole R. The changing global context of public health. Lancet 2000;356:577-82.
12. World Health Organization. Definition of health. Preamble to the Constitution of the World Health Organization as adopted by the International Health Conference, New York, 19-22 June, 1946; signed on 22 July 1946 by the representatives of 61 States. Geneva: World Health Organization; 1948.
13. United Nations. Millennium Development Goals and beyond 2015 [Internet]. [cited 2018 Aug 30]. Available from: <http://www.un.org/millenniumgoals>
14. United Nations. A new global partnership: eradicate poverty and transform economies through sustainable development. United Nations; 2013. The Report of the High-Level Panel of Eminent Persons on the Post-2015 Development Agenda [Internet]. [cited 2013 Oct 15]. Available from: <http://www.post2015hlp.org/the-report/>
15. Kickbusch I, Ivanova M. The history and evolution of global health diplomacy. New York: Springer; 2012.
16. กระทรวงการต่างประเทศ. การเตรียมความพร้อมของประเทศไทยสู่การเป็นประชาคมอาเซียน [อินเทอร์เน็ต]. [สืบค้นเมื่อ 30 ส.ค. 2561]. แหล่งข้อมูล: www.mfa.go.th/asean.
17. United Nations. Main organs [Internet]. [cited 2018 Aug 30]. Available from: <http://www.un.org/en/sections/about-un/main-organs/index.html>
18. WHO. Governing bodies [Internet]. [cited 2018 Aug 30]. Available from: www.who.int/governance
19. Thailand Ministry of Foreign Affairs. Structure of ASEAN [Internet]. [cited 2018 Aug 30]. Available from: www.mfa.go.th/asean
20. Gostin LO, Tomori O, Wibulpolprasert S, Jha AK, Frenk J, Moon S, et al. Toward a common secure future: four global commissions in the wake of ebola. PLoS Med 2016;13:e1002042.

บทที่ 12 การขับเคลื่อนงานป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อในประเทศไทย

1. World Health Organization. Global action plan for the prevention and control of noncommunicable diseases 2013-2020. Geneva: World Health Organization; 2013.
2. World Health Organization. 2008-2013 action plan for the global strategy for the prevention and control of non-communicable diseases: prevent and control cardiovascular diseases,

บรรณานุกรม

- cancers, chronic respiratory diseases and diabetes. Geneva: World Health Organization; 2008.
3. World Health Organization. Global status report on noncommunicable diseases 2010. Geneva: World Health Organization; 2010.
 4. World Health Organization. Global status report on noncommunicable diseases 2014. Geneva: World Health Organization; 2014.
 5. World Health Organization. Noncommunicable diseases progress monitor, 2015. Geneva: World Health Organization; 2015.
 6. World Health Organization. Noncommunicable diseases progress monitor, 2017. Geneva: World Health Organization; 2017.
 7. United Nations. Text of Dr. Sania Nishtar's speech at the opening session of the Interactive Hearing, as part of the preparatory process towards the third High Level Meeting of the General Assembly on NCDs, United Nations, New York, 5th July 2018. New York: United Nations; 2018.
 8. ทักษพล ธรรมรังสี, บรรณาธิการ. รายงานสถานการณ์โรค NCDs: วิฤตสุขภาพ วิฤตสังคม. นนทบุรี: สำนักวิจัยนโยบายสร้างเสริมสุขภาพ; 2557.
 9. Nugent R, Bertram MY, Jan S, Niessen LW, Sassi F, Jamison DT, et al. Investing in non-communicable disease prevention and management to advance the Sustainable Development Goals. Lancet 2018;391:2029-35.
 10. Niessen LW, Mohan D, Akuoku JK, Mirelman AJ, Ahmed S, Koehlmoos TP, et al. Tackling socioeconomic inequalities and non-communicable diseases in low-income and middle-income countries under the Sustainable Development agenda. Lancet 2018;2036-46.
 11. Jan S, Laba TL, Essue BM, Gheorghe A, Muhunthan J, Engelgau M. Action to address the household economic burden of non-communicable diseases. Lancet 2018;391:2047-58.
 12. Sassi F, Belloni A, Mirelman AJ, Suhrcke M, Thomas A, Salti N, et al. Equity impacts of price policies to promote healthy behaviours. Lancet 2018;391:2059-70.
 13. Bertram MY, Sweeny K, Lauer JA, Chisholm D, Sheehan P, Rasmussen B, et al. Investing in non-communicable diseases: an estimation of the return on investment for prevention and treatment services. Lancet 2018;391:2071-8.
 14. World Health Organization. Saving lives, spending less. Geneva: World Health Organization; 2018.
 15. ศิริวรรณ ทิพย์รังษฤษฎ์, บรรณาธิการ. รายงานสถานการณ์โรค NCDs: kick off to the goals. นนทบุรี: สำนักวิจัยนโยบายสร้างเสริมสุขภาพ สำนักงานพัฒนาโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ; 2559.
 16. World Health Organization. Prevention and control of noncommunicable diseases: responses to specific assignments in preparation for the third High-level Meeting of the United Nations General Assembly on the Prevention and Control of Non-communicable diseases in 2018, A69/10. Geneva: World Health Organization; 2016.

บรรณานุกรม

17. Oxford Academic. Ottawa Charter for Health Promotion. Oxford: Oxford University Press; 1987.
18. พระราชบัญญัติสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข พ.ศ. 2535. ราชกิจจานุเบกษา [อินเทอร์เน็ต]. 2535 [สืบค้นเมื่อ 31 ส.ค. 2561]. แหล่งข้อมูล: <https://www.hsri.or.th/sites/default/files/attachment/content.pdf>
19. พระราชบัญญัติกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ พ.ศ. 2544. ราชกิจจานุเบกษา [อินเทอร์เน็ต]. 2544 [สืบค้นเมื่อ 31 ส.ค. 2561]. แหล่งข้อมูล: http://wops.moph.go.th/ops/oic/data/20131007143525_1_.pdf
20. พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. ราชกิจจานุเบกษา [อินเทอร์เน็ต]. 2545 [สืบค้นเมื่อ 31 ส.ค. 2561]. แหล่งข้อมูล: <http://nih.dmsc.moph.go.th/law/pdf/031.pdf>
21. พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550. ราชกิจจานุเบกษา [อินเทอร์เน็ต]. 2550 [สืบค้นเมื่อ 31 ส.ค. 2561]. แหล่งข้อมูล: http://pcmc.swu.ac.th/EC/document/form/dw_form4/17.pdf
22. สำนักงานคณะกรรมการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, กระทรวงสาธารณสุข, มหาวิทยาลัยมหิดล. แผนยุทธศาสตร์สุขภาพวิถีชีวิตไทย พ.ศ. 2554-2563. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข; 2553.
23. สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ. ทิศทาง เป้าหมาย และ ยุทธศาสตร์ ระยะ 10 ปี (2555-2564). กรุงเทพฯ: สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ; 2554.
24. กลุ่มยุทธศาสตร์และแผนงาน. แผนยุทธศาสตร์การป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อระดับชาติ 5 ปี (พ.ศ. 2560-2564). นนทบุรี: สำนักโรคไม่ติดต่อ กระทรวงสาธารณสุข; 2560.
25. พระราชบัญญัติควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ พ.ศ. 2535. ราชกิจจานุเบกษา [อินเทอร์เน็ต]. 2535 [สืบค้นเมื่อ 31 ส.ค. 2561]. แหล่งข้อมูล: <http://web.krisdika.go.th/data/law/law2/%A464/%A464-20-2535-001.pdf>
26. พระราชบัญญัติคุ้มครองสุขภาพผู้ไม่สูบบุหรี่ พ.ศ. 2535. ราชกิจจานุเบกษา [อินเทอร์เน็ต]. 2535 [สืบค้นเมื่อ 31 ส.ค. 2561]. แหล่งข้อมูล: http://www.psdgreenoffice.mju.ac.th/goverment/25600508142424_psdgreenoffice/Doc_25600518181756_542497.pdf
27. กรมควบคุมโรค. แผนยุทธศาสตร์การควบคุมยาสูบแห่งชาติ ฉบับที่สอง พ.ศ. 2559-2562. นนทบุรี: กรมควบคุมโรค; 2559.
28. พระราชบัญญัติควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ พ.ศ. 2560. ราชกิจจานุเบกษา [อินเทอร์เน็ต]. 2560 [สืบค้นเมื่อ 31 ส.ค. 2561]. แหล่งข้อมูล: http://law.ddc.moph.go.th/login/filedata/mannual_prb_btc60_06072560.pdf
29. พระราชบัญญัติควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ พ.ศ. 2551. ราชกิจจานุเบกษา [อินเทอร์เน็ต]. 2551 [สืบค้นเมื่อ 31 ส.ค. 2561]. แหล่งข้อมูล: <http://old.ddc.moph.go.th/law/showimg5.php?id=77>
30. กรมควบคุมโรค. ยุทธศาสตร์นโยบายแอลกอฮอล์ระดับชาติ [อินเทอร์เน็ต]. [สืบค้นเมื่อ 31 ส.ค. 2561]. แหล่งข้อมูล: <http://www.thaiantialcohol.com/uploads/files/NationalStrategyalProlicy.pdf>
31. คณะกรรมการอาหารแห่งชาติ. กรอบยุทธศาสตร์การจัดการด้านอาหารของประเทศไทย. นนทบุรี: สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา กระทรวงสาธารณสุข; 2556.
32. กรมควบคุมโรค. ยุทธศาสตร์ลดการบริโภคเกลือและโซเดียมในประเทศไทย ปี พ.ศ. 2559-2568. นนทบุรี: กรมควบคุมโรค; 2559.

บรรณานุกรม

33. พระราชบัญญัติควบคุมการส่งเสริมการตลาดอาหารสำหรับทารกและเด็กเล็ก. ราชกิจจานุเบกษา [อินเทอร์เน็ต]. 2560 [สืบค้นเมื่อ 31 ส.ค. 2561]. แหล่งข้อมูล: https://www.anamai.moph.go.th/download/2561/Milk_Code/%E0%B8%9E%E0%B8%A3%E0%B8%B0%E0%B8%A3%E0%B8%B2%E0%B8%8A%E0%B8%9A%E0%B8%B1%E0%B8%8D%E0%B8%8D%E0%B8%B1%E0%B8%95%E0%B8%B4.pdf
34. ประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง กำหนดอาหารที่ห้ามผลิต นำเข้า หรือจำหน่าย. ราชกิจจานุเบกษา [อินเทอร์เน็ต]. 2561 [สืบค้นเมื่อ 31 ส.ค. 2561]. แหล่งข้อมูล: <http://www.ratchakitcha.soc.go.th/DATA/PDF/2561/E/166/5.PDF>
35. กรมอนามัย. แผนแม่บทการส่งเสริมกิจกรรมทางกาย. นนทบุรี: กรมอนามัย; 2561.
36. พระราชบัญญัติภาษีสรรพสามิต พ.ศ. 2560. ราชกิจจานุเบกษา [อินเทอร์เน็ต]. 2560 [สืบค้นเมื่อ 31 ส.ค. 2561]. แหล่งข้อมูล: <https://www.excise.go.th/cs/groups/public/documents/document/dwnt/mjcz/~edisp/uatucm273088.pdf>
37. ไทยรัฐออนไลน์. ลดโรค เน้น 4 ผลิตภัณฑ์หลัก, ข้าวออนไลน์ [อินเทอร์เน็ต]. 26 มิถุนายน 2561 [สืบค้นเมื่อ 31 ส.ค. 2561]. แหล่งข้อมูล: <https://www.thairath.co.th/content/1317486>
38. ข่าวสดออนไลน์. บิ๊กตู่ สั่งทุกวันพุธ ให้ ขรก. ทั่วประเทศ ออกกำลังกาย เริ่มบ่ายสามโมง 30 พ.ย. นี้, ข้าวออนไลน์ [อินเทอร์เน็ต]. 22 พฤศจิกายน 2559 [สืบค้นเมื่อ 31 ส.ค. 2561]. แหล่งข้อมูล: https://www.khaosod.co.th/breaking-news/news_109951
39. มติชนออนไลน์. กฎหมาย สั่งด่วน ให้ ขรก. มท. เปลี่ยนเวลาออกกำลังกาย เน้นให้บริการ ปชช. ก่อน, ข้าวออนไลน์ [อินเทอร์เน็ต]. 1 ธันวาคม 2559 [สืบค้นเมื่อ 31 ส.ค. 2561]. แหล่งข้อมูล: https://www.matichon.co.th/politics/news_379966
40. UN Interagency Task Force on NCDs. Joint Mission of the United Nations Intergency Task Force on the Prevention and Control of Noncommunicable Diseases. Geneva: World Health Organization; 2018.
41. World Health Organization. Time to deliver: report of the WHO Independent High-level Commission on Noncommunicable Diseases. Geneva: World Health Organization; 2018.

บทที่ 13 การส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพในประเทศไทย

1. สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติและ UNFPA. ผลกระทบของการเปลี่ยนแปลงทางประชากรในประเทศไทย [อินเทอร์เน็ต]. 2550 [สืบค้นเมื่อ 24 ก.ค. 2561]. แหล่งข้อมูล: <http://countryoffice.Unfpa.org/Thailand/>
2. สำนักงานสถิติแห่งชาติ. รายงานสถานการณ์เด็กและสตรีในประเทศไทย [อินเทอร์เน็ต]. 2555 [สืบค้นเมื่อ 24 ก.ค. 2561]. แหล่งข้อมูล: <http://www.nso.go.th>
3. สำนักงานสถิติแห่งชาติ. รายงานสถานการณ์เด็กและสตรีในประเทศไทย [อินเทอร์เน็ต]. 2556 [สืบค้นเมื่อ 24 ก.ค. 2561]. แหล่งข้อมูล: <http://www.nso.go.th>
4. สำนักงานสถิติแห่งชาติ. รายงานสถานการณ์เด็กและสตรีในประเทศไทย [อินเทอร์เน็ต]. 2558 [สืบค้นเมื่อ 24 ก.ค. 2561]. แหล่งข้อมูล: <http://www.nso.go.th>

บรรณานุกรม

5. สำนักงานสถิติแห่งชาติ. รายงานสถานการณ์เด็กวัยเรียน [อินเทอร์เน็ต]. 2558 [สืบค้นเมื่อ 24 ก.ค. 2561]. แหล่งข้อมูล: <http://www.nso.go.th>
6. สำนักงานนายการเจริญพันธุ์ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. Fact Sheet วันรณรงค์รณรงค์กับอนามัยการเจริญพันธุ์ [อินเทอร์เน็ต]. [สืบค้นเมื่อ 24 ก.ค. 2561]. แหล่งข้อมูล: http://rh.anamai.moph.go.th/all_file/index/FactSheet-20%200K.pdf
7. สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค. การสำรวจพฤติกรรมเสี่ยงโรคไม่ติดต่อและการบาดเจ็บ พ.ศ. 2547, 2548, 2550, 2553. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์สงเคราะห์ทหารผ่านศึก; 2553.
8. สำนักสถิติพยากรณ์ สำนักงานสถิติแห่งชาติ. การสำรวจพฤติกรรมการสูบบุหรี่และการดื่มสุราของประชากร พ.ศ. 2557 [อินเทอร์เน็ต]. [สืบค้นเมื่อ 18 มิ.ย. 2561]. แหล่งข้อมูล: <http://servic.nso.go.th/nso/nsopublish/Themes/files/smokePocket57.pdf>.
9. สำนักงานสถิติแห่งชาติ. การสำรวจผู้สูงอายุในประเทศไทย [อินเทอร์เน็ต]. 2554 [สืบค้นเมื่อ 18 มิ.ย. 2561]. แหล่งข้อมูล: <http://www.nso.go.th>
10. กรมอนามัย. การสำรวจสุขภาพผู้สูงอายุ พ.ศ. 2556 [อินเทอร์เน็ต]. [สืบค้นเมื่อ 18 มิ.ย. 2561]. แหล่งข้อมูล: <http://www.anamai.moph.go.th>
11. สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. (ร่าง) ยุทธศาสตร์ชาติ พ.ศ. 2560-2579 [อินเทอร์เน็ต]. [สืบค้นเมื่อ 18 มิ.ย. 2561]. แหล่งข้อมูล: <http://www.nesdb.go.th>
12. สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข. แผนยุทธศาสตร์ชาติ ระยะ 20 ปี ด้านสาธารณสุข (พ.ศ. 2560-2579) ฉบับปรับปรุง ครั้งที่ 2 (พ.ศ. 2561). พิมพ์ครั้งที่ 1. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข; 2561.
13. สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 12 (พ.ศ.2560-2564) [อินเทอร์เน็ต]. [สืบค้นเมื่อ 18 มิ.ย. 2561]. แหล่งข้อมูล: <http://www.nesdb.go.th>
14. สำนักงานนายการเจริญพันธุ์ กรมอนามัย. นโยบายและยุทธศาสตร์การพัฒนายการเจริญพันธุ์แห่งชาติ ฉบับที่ 2 (พ.ศ. 2560-2569) ว่าด้วยการส่งเสริมการเกิดและการเจริญเติบโตอย่างมีคุณภาพ [อินเทอร์เน็ต]. [สืบค้นเมื่อ 18 มิ.ย. 2561]. แหล่งข้อมูล: <http://www.anamai.moph.go.th>
15. กองกิจกรรมทางกายเพื่อสุขภาพ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. แผนการส่งเสริมกิจกรรมทางกาย (พ.ศ. 2561-2573). พิมพ์ครั้งที่ 1. นนทบุรี: กรมอนามัย; 2561.
16. กรมกิจการผู้สูงอายุ . แผนผู้สูงอายุแห่งชาติ ฉบับที่ 2 (พ.ศ. 2545-2564) ฉบับปรับปรุง ครั้งที่ 1 พ.ศ. 2552 [อินเทอร์เน็ต]. [สืบค้นเมื่อ 18 มิ.ย. 2561]. แหล่งข้อมูล: <http://www.dop.go.th/th/laws/1/28/766>
17. สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 8 (พ.ศ. 2540-2544) [อินเทอร์เน็ต]. [สืบค้นเมื่อ 18 มิ.ย. 2561]. แหล่งข้อมูล: <http://www.nesdb.go.th>
18. สำนักงานสถิติแห่งชาติ. สรุปผลที่สำคัญการสำรวจแรงงานนอกระบบ พ.ศ. 2557, 2558 [อินเทอร์เน็ต]. [สืบค้นเมื่อ 18 มิ.ย. 2561]. แหล่งข้อมูล: <http://www.nso.go.th>
19. สถาบันอนาคตศึกษาเพื่อการพัฒนา. สังคมไทยในอนาคต [อินเทอร์เน็ต]. [สืบค้นเมื่อ 20 มิ.ย. 2561]. แหล่งข้อมูล: <http://ifd.or.th>
20. สำนักงานสถิติแห่งชาติ. สัมมะโนประชากรและการเคหะ; 2543, 2553 [อินเทอร์เน็ต]. [สืบค้นเมื่อ 18 มิ.ย. 2561]. แหล่งข้อมูล: <http://www.nso.go.th>
21. กรมกิจการสตรีและสถาบันครอบครัว กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงมนุษย์. นโยบายและยุทธศาสตร์การพัฒนาสถาบันครอบครัว (พ.ศ. 2560-

บรรณานุกรม

- 2564). กรุงเทพมหานคร: กรมกิจการสตรีและสถาบันครอบครัว; 2559.
22. สำนักงานเลขาธิการสภาการศึกษา กระทรวงศึกษาธิการ. นโยบายและยุทธศาสตร์การพัฒนาเด็กปฐมวัย (0-5 ปี) ระยะยาว พ.ศ. 2550-2559. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร: สำนักงานเลขาธิการสภาการศึกษา; 2550.
23. กองสุศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข. รายงานผลการประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ 2557 [อินเทอร์เน็ต]. [สืบค้นเมื่อ 18 มิ.ย. 2561]. แหล่งข้อมูล: <http://www.hed.go.th>
24. คณะกรรมการปฏิรูปประเทศด้านสาธารณสุข. แผนปฏิรูปประเทศด้านสาธารณสุข [อินเทอร์เน็ต]. [สืบค้นเมื่อ 20 มิ.ย. 2561]. แหล่งข้อมูล: <https://ict.moph.go.th>
25. กรมควบคุมโรค. สำนักโรคที่นำโดยแมลง. รายงานประจำปี 2560. นนทบุรี: กรมควบคุมโรค; 2560.
26. มติคณะรัฐมนตรี. วันที่ 26 เมษายน 2559. เห็นชอบยุทธศาสตร์และแผนปฏิบัติการกำจัดโรคไข้มาลาเรียประเทศไทย พ.ศ. 2560-2564 [อินเทอร์เน็ต]. [สืบค้นเมื่อ 15 เม.ย. 2561]. แหล่งข้อมูล: <https://www.ryt9.com/s/cabt/2410375>
27. กรมควบคุมโรค. สำนักโรคติดต่อที่นำโดยแมลง. แผนปฏิบัติการกำจัดมาลาเรีย พ.ศ. 2560-2564 [อินเทอร์เน็ต]. [สืบค้นเมื่อ 15 เม.ย. 2561]. แหล่งข้อมูล: http://plan.ddc.moph.go.th/meeting30_1augsep/meeting30_1/Documents/5.%20CD/5.1%20แผนงานกำจัดโรคไข้มาลาเรีย.pdf
28. สำนักระบาดวิทยา. สรุปรายงานการเฝ้าระวังโรคประจำปี 2560. นนทบุรี: กรมควบคุมโรค; 2560.
29. กรมควบคุมโรค สำนักโรคที่นำโดยแมลง รายงานประจำปี 2560. นนทบุรี: กรมควบคุมโรค; 2560.
30. กรมควบคุมโรค. สำนักโรคติดต่อที่นำโดยแมลง. รายงานประจำปี 2560 [อินเทอร์เน็ต]. [สืบค้นเมื่อ 15 เม.ย. 2561]. แหล่งข้อมูล: <http://www.thaivbd.org/n/projects/download/151>
31. สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ. WHO ชื่นชมไทยกำจัดโรคเท้าช้างสำเร็จ [อินเทอร์เน็ต]. [สืบค้นเมื่อ 15 เม.ย. 2561]. แหล่งข้อมูล: [http://www.thaihealth.or.th/Content/38524-WHO](http://www.thaihealth.or.th/Content/38524-WHO%20ชื่นชมไทยกำจัดโรคเท้าช้างสำเร็จ.html)
32. สำนักโรคติดต่อทั่วไป กรมควบคุมโรค. แนวทางการดำเนินงานควบคุมป้องกันโรคพิษสุนัขบ้า. นนทบุรี: กรมควบคุมโรค; 2560.
33. กรมควบคุมโรค. สำนักโรคติดต่อทั่วไป. รายงานประจำปี 2560. นนทบุรี: กรมควบคุมโรค; 2560.
34. สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. แผนยุทธศาสตร์กระทรวงสาธารณสุข [อินเทอร์เน็ต]. [สืบค้นเมื่อ 15 เม.ย. 2561]. แหล่งข้อมูล: http://wops.moph.go.th/ops/oic/data/20180315154733_1_.pdf
35. กรมควบคุมโรค. กองโรคป้องกันด้วยวัคซีน. 2561. ผลการสำรวจความครอบคลุมการได้รับวัคซีนพื้นฐาน ปี 2561 [อินเทอร์เน็ต]. [สืบค้นเมื่อ 15 เม.ย. 2561]. แหล่งข้อมูล: <https://ddc.moph.go.th/uploads/files/09f76ef981ed953a6687ff5ed551af6e.pdf>
36. กรมควบคุมโรค. สำนักสื่อสารความเสี่ยงและพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ ข่าวเพื่อสื่อมวลชน. 8 กพ 2519. กรมควบคุมโรคติดตามสถานการณ์โรคหัดในพื้นที่ภาคใต้ตอนล่างอย่างใกล้ชิด [อินเทอร์เน็ต]. [สืบค้นเมื่อ 15 เม.ย. 2561]. แหล่งข้อมูล: https://ddc.moph.go.th/th/site/office_newsview/view/3874
37. The Nation-Thaivisa. WHO declares Thailand and other 10 Asian countries polio-free [internet]. 2014 [cited 2019 Apr 15]. Available from: <https://forum.thaivisa.com/topic/719768-who-declares-thailand-and-other-10-asian-countries-polio-free/>

บรรณานุกรม

38. กรมควบคุมโรค. กองโรคป้องกันด้วยวัคซีน. ตารางการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค [อินเทอร์เน็ต]. [สืบค้นเมื่อ 15 เม.ย. 2561]. แหล่งข้อมูล: <https://ddc.moph.go.th/uploads/files/427bb40bea773f5c7a32a86ea618a642.pdf>
39. สำนักโรคบาติวิทยา. ผลการเฝ้าระวังพฤติกรรมที่สัมพันธ์กับการติดเชื้อเอชไอวี กลุ่มนักเรียน พ.ศ. 2560. นนทบุรี: กรมควบคุมโรค; 2560.
40. คณะกรรมการแห่งชาติว่าด้วยการป้องกันและแก้ไข ปัญหาเอดส์. ยุทธศาสตร์แห่งชาติว่าด้วยการยุติปัญหา เอดส์ พ.ศ. 2560-2573 [อินเทอร์เน็ต]. [สืบค้นเมื่อ 15 เม.ย. 2561]. แหล่งข้อมูล: <http://aidssti.ddc.moph.go.th/contents/view/1759>
41. สำนักโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรมควบคุมโรค. รายงานผลการดำเนินงานสำนักโรค เอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ปี พ.ศ. 2560 เมษายน 2560. นนทบุรี: กรมควบคุมโรค; 2560.
42. สำนักวัณโรค กรมควบคุมโรค. กลุ่มยุทธศาสตร์และ ประเมินผล ปรับปรุงวันที่ 10 พฤศจิกายน 2560. สถานการณ์วัณโรคของประเทศไทย [อินเทอร์เน็ต]. [สืบค้นเมื่อ 15 เม.ย. 2561]. แหล่งข้อมูล: [https://www.tbthailand.org/download/สถานการณ์วัณโรคของ ประเทศไทย2010_20พย.60final1.pdf](https://www.tbthailand.org/download/สถานการณ์วัณโรคของประเทศไทย2010_20พย.60final1.pdf)
43. สำนักวัณโรค กรมควบคุมโรค. แนวทางการควบคุม วัณโรคประเทศไทย พ.ศ. 2561. นนทบุรี: กรมควบคุม โรค; 2560.
44. กรมควบคุมโรค. สำนักวัณโรค. แผนยุทธศาสตร์ระดับ ชาติ เพื่อการป้องกัน ดูแล แลวัณโรค พ.ศ. 2560 – 2564 [อินเทอร์เน็ต]. [สืบค้นเมื่อ 15 เม.ย. 2561]. แหล่ง ข้อมูล: [https://www.tbthailand.org/download/](https://www.tbthailand.org/download/Manual/หนังสือแผนยุทธศาสตร์วัณโรคระดับชาติ%20FINAL_new%20des.pdf)
45. Kapook Health. เกร็ดความรู้เพื่อสุขภาพ. สถาบันราช- ประชาสมาคม. โครงการในพระราชดำริ เปลี่ยนชีวิตใหม่ ให้ผู้ป่วยโรคเรื้อน [อินเทอร์เน็ต]. [สืบค้นเมื่อ 15 เม.ย. 2561]. แหล่งข้อมูล: <https://health.kapook.com/view182008.html>
46. สถาบันราชประชาสมาสัย กรมควบคุมโรค. รายงาน ประจำปี 2560 [อินเทอร์เน็ต]. [สืบค้นเมื่อ 15 เม.ย. 2561]. แหล่งข้อมูล: <https://issuu.com/rajprachaebook/docs/annual-report-2560>
47. สำนักโรคติดต่ออุบัติใหม่ กรมควบคุมโรค. แผน ยุทธศาสตร์เตรียมความพร้อม ป้องกัน และแก้ไข ปัญหาโรคติดต่ออุบัติใหม่แห่งชาติ (พ.ศ.2560-2564) [อินเทอร์เน็ต]. [สืบค้นเมื่อ 15 เม.ย. 2561]. แหล่งข้อมูล: [https://www.dropbox.com/s/r36tgnjny9zp6iz/](https://www.dropbox.com/s/r36tgnjny9zp6iz/แผนยุทธศาสตร์เตรียมความพร้อมป้องกันฯ.pdf?dl=1)
48. นิธิมา สุ่มประดิษฐ์, ศิริตรี สุทธิจิตต์, สิตานันท์ พูลผล ทรัพย์, รุ่งทิพย์ ขวนชื่น, ภูษิต ประคองสาย. ภูมิทัศน์ ของสถานการณ์และการจัดการการดื้อยาต้านจุลชีพใน ประเทศไทย. กรุงเทพมหานคร: อักษรกราฟฟิคแอนด์ ดีไซน์; 2558.
49. วิษณุ ธรรมลิขิตกุล. การดื้อยาต้านจุลชีพ: ความสำคัญต่อ ระบบสุขภาพ [อินเทอร์เน็ต]. [สืบค้นเมื่อ 23 ก.ค. 2561]. แหล่งข้อมูล: <https://www.tci-thaijo.org/index.php/simedbull/article/download/81922/65146>
50. แผนยุทธศาสตร์การจัดการการดื้อยาต้านจุลชีพ ประเทศไทย พ.ศ.2560-2564 [อินเทอร์เน็ต]. [สืบค้น เมื่อ 23 ก.ค. 2561]. แหล่งข้อมูล: [http://narstdmsc.moph.go.th/documentation/AMR%20 strategy%202560-2564.pdf](http://narstdmsc.moph.go.th/documentation/AMR%20strategy%202560-2564.pdf)

บรรณานุกรม

บทที่ 14 ระบบควบคุมโรคและภัยสุขภาพที่เป็นภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข

1. สิริลักษณ์ รัชสีวงศ์. เราารู้จักทีมเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็ว (surveillance and rapid response team: SRRT) [อินเทอร์เน็ต]. [สืบค้นเมื่อ 15 เม.ย. 2561]. แหล่งข้อมูล: <http://www.boe.moph.go.th/news.php?cat=4&id=122>
2. กรมควบคุมโรค. สำนักระบาดวิทยา. 2555. มาตรฐานและแนวทางปฏิบัติงานทีมเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็ว (SRRT) ฉบับปรับปรุงใหม่ (2555) [อินเทอร์เน็ต]. [สืบค้นเมื่อ 15 เม.ย. 2561]. แหล่งข้อมูล: http://www.boe.moph.go.th/files/report/20121130_52632501.pdf
3. WHO 2017. Joint external evaluation of IHR core capacities of the Kingdom of Thailand, mission report [internet]. [cited 2019 Aug 15]. Available from: <https://extranet.who.int/sph/sites/default/files/jeeta/WHO-WHE-CPI-REP-2017.38-eng.pdf>
4. สำนักระบาดวิทยากรมควบคุมโรค. DDC watch. แนวทางรายงานโรคและงานเฝ้าระวังโรคตามพรบ.โรคติดต่อ พ.ศ. 2558 [อินเทอร์เน็ต]. [สืบค้นเมื่อ 15 เม.ย. 2561]. แหล่งข้อมูล: <https://ddc.moph.go.th/uploads/files/fe5b1d0eb8ba46e1ed810fcd8348d1e2.pdf>

บทที่ 15 ดัชนีชี้วัดสภาวะสุขภาพทั่วไป

1. กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. สถิติสาธารณสุข พ.ศ. 2559. นนทบุรี: กองยุทธศาสตร์และแผนงาน กระทรวงสาธารณสุข; 2559.
2. กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. สรุปรายงานการป่วย พ.ศ. 2559. นนทบุรี: กองยุทธศาสตร์และแผนงาน กระทรวงสาธารณสุข; 2559.
3. มหาวิทยาลัยมหิดล. สารประชากร พ.ศ. 2558. นครปฐม: สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล; 2558.
4. มหาวิทยาลัยมหิดล. สารประชากร พ.ศ. 2559. นครปฐม: สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล; 2559.
5. สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ. รายงานภาระโรคและการบาดเจ็บของประชากรไทย พ.ศ. 2552. นนทบุรี: เดอะกราฟิก ซิสเต็มส์; 2555.
6. สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ. รายงานภาระโรคและการบาดเจ็บของประชากรไทย พ.ศ. 2554. นนทบุรี: โรงพิมพ์สงเคราะห์องค์การทหารผ่านศึก; 2557.
7. สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ. รายงานภาระโรคและการบาดเจ็บของประชากรไทย พ.ศ. 2556. นนทบุรี: เดอะกราฟิก ซิสเต็มส์; 2558.
8. สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ. รายงานภาระโรคและการบาดเจ็บของประชากรไทย พ.ศ. 2557. นนทบุรี: เดอะกราฟิก ซิสเต็มส์; 2560.
9. สำนักงานสถิติแห่งชาติ. การสำรวจอนามัยและสวัสดิการ พ.ศ. 2558. กรุงเทพมหานคร: สำนักงานสถิติพยากรณ์; 2559.
10. สำนักงานสถิติแห่งชาติ. การสำรวจการเปลี่ยนแปลงของประชากร พ.ศ. 2548-2549. กรุงเทพมหานคร: กระทรวงเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร; 2550.
11. สำนักงานสถิติแห่งชาติ. การสำรวจความพิการ พ.ศ. 2550. กรุงเทพมหานคร: กระทรวงเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร; 2551.

บรรณานุกรม

12. สำนักงานสถิติแห่งชาติ.การสำรวจความพิการ พ.ศ. 2555. กรุงเทพมหานคร: เท็กซ์แอนด์เจอร์นัลส์ พับลิเคชั่น จำกัด; 2557.
13. สำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. สถิติสาธารณสุข พ.ศ. 2558. นนทบุรี: สำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข; 2558.
14. Global Burden of Disease Study 2013 Collaborators. Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 301 acute and chronic diseases and injuries in 188 countries, 1990–2013: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2013. The Lancet 2015; 386:743–800.
15. Global Burden of Disease Study 2013 Collaborators. Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 310 diseases and injuries, 1990–2015: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2015. The Lancet 2016;388:1545–602.
16. Global Burden of Disease Study 2013 Collaborators. Global, regional, and national disability-adjusted life years (DALYs) for 333 diseases and injuries and healthy life expectancy (HALE) for 195 countries and territories, 1990–2016: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016. The Lancet 2017; 390:1260–344.
17. World Health Organization. World Health Statistics 2015. Geneva: World Health Organization; 2015.
18. World Health Organization. World Health Statistics 2018. Geneva: World Health Organization; 2018.

รายนามคณะกรรมการ

จัดทำรายงานการสาธารณสุขไทย ๒๕๕๙ - ๒๕๖๐ (Thailand Health Profile 2016 - 2017)

๑. นายสุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ	ที่ปรึกษาสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ด้านต่างประเทศ	ที่ปรึกษา
๒. นายโอภาส การย์กวินพงศ์	รองปลัดกระทรวงสาธารณสุข	ที่ปรึกษา
๓. นายวิวัฒน์ โรจนพิทยากร	ผู้อำนวยการศูนย์นโยบายและการจัดการ สุขภาพ คณะแพทยศาสตร์รามาธิบดี โรงพยาบาลรามาธิบดี	ประธาน
๔. นายอำพล จินดาวัฒนะ	คณะกรรมการปฏิรูปประเทศด้านสังคม	กรรมการ
๕. นายศุภกิจ ศิริลักษณ์	หัวหน้าผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข	กรรมการ
๖. นายพินิจ ฟาอำนวยผล	ผู้อำนวยการสำนักงานพัฒนาระบบข้อมูล ข่าวสารสุขภาพ สำนักงานพัฒนาระบบข้อมูลข่าวสารสุขภาพ	กรรมการ
๗. นางอรรธยา ลีมวัฒนายิ่งยง	ผู้อำนวยการกองการต่างประเทศ	กรรมการ
๘. นางสาวกนิษฐา บุญธรรมเจริญ	นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการพิเศษ สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพ ระหว่างประเทศ	กรรมการ
๙. นายกรฤช ลิ้มสมมติ	รองผู้อำนวยการกองยุทธศาสตร์และแผนงาน	กรรมการ
๑๐. นางสาวพรทิพย์ ศิริภานุมาศ	ผู้อำนวยการกองแผนงาน กรมควบคุมโรค	กรรมการ
๑๑. นายสีบพงศ์ ไชยพรรค	ผู้อำนวยการกองแผนงาน กรมอนามัย	กรรมการ
๑๒. นายณัฐพันธุ์ ศุภกา	รักษาการผู้อำนวยการสำนักพัฒนาภาคีสัมพันธ์ และวิเทศสัมพันธ์ สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.)	กรรมการ
๑๓. นางสาวอารี สุทธิอาจ	ผู้เชี่ยวชาญ	กรรมการ
๑๔. นายพงศธร พอกเพิ่มดี	ผู้ช่วยปลัดกระทรวงสาธารณสุข รักษาราชการแทนผู้อำนวยการ กองยุทธศาสตร์และแผนงาน	กรรมการ และเลขานุการ
๑๕. นางสาวณัฏฐรัตน์ ธนธีรวงษ์	นักวิชาการสถิติชำนาญการ กองยุทธศาสตร์และแผนงาน	กรรมการ และผู้ช่วยเลขานุการ

รายนามคณะกรรมการ

จัดทำรายงานการสาธารณสุขไทย ๒๕๕๙ - ๒๕๖๐ (Thailand Health Profile 2016 - 2017)

๑๖. นางสาวมยุรี ดำรงชาติ

นักวิชาการคอมพิวเตอร์

กรรมการ

กองยุทธศาสตร์และแผนงาน

และผู้ช่วยเลขานุการ

๑๗. นางสาวจิราภรณ์ สุ่มดี

นักวิชาการคอมพิวเตอร์

กรรมการ

กองยุทธศาสตร์และแผนงาน

และผู้ช่วยเลขานุการ

การสาธารณสุขไทย 2559-2560

รายนามผู้จัดทำเฉพาะบท

- บทที่ 1 พระราชจักรีวงศ์และการสาธารณสุขไทย
โดย นายแพทย์วิชัย โชควิวัฒน์
- บทที่ 2 ข้อมูลพื้นฐานประเทศไทย
โดย นางสาวณัฏฐรัตน์ ธนธีรวงษ์
- บทที่ 3 วิวัฒนาการสาธารณสุขไทย
โดย นายแพทย์วิชัย โชควิวัฒน์
- บทที่ 4 สถานการณ์แนวโน้มของสถานะสุขภาพและปัจจัยต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง
โดย แพทย์หญิงธัญญรัตน์ สิทธิวงศ์
พฤติกรรมสุขภาพ
โดย ศ.นพ.วิชัย เอกพลากร
สถานการณ์และแนวโน้มด้านเทคโนโลยีที่มีผลต่อการสาธารณสุข
โดย นายแพทย์ยศ ตีระวัฒนานนท์
- บทที่ 5 ระบบสุขภาพของประเทศไทย
โดย นพ.พลเดช ปิ่นประทีป และดร.นาตยา พรหมทอง
ระบบบริการสุขภาพ
โดย นพ.พินิจ ฟ้าอำนวยผล
การวิจัยและการสร้างองค์ความรู้เกี่ยวกับระบบสุขภาพ
โดย พญ.วัชรารัฐ ไร่ไพบูลย์
- บทที่ 6 กรอบนโยบายและยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพของไทย 4.0 และนโยบายสาธารณสุขทุกภาคส่วน (Health in all)
กรอบนโยบายและยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพของไทย 4.0
โดย ดร.นพ.พงศธร พอกเพิ่มดี
นโยบายสาธารณสุขทุกภาคส่วน (health in all)
โดย ศ.นพ.ไพบูลย์ สิริยะวงศ์ วงศ์ไพศาล

[illegible]

บทที่ 7	การพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพแบบมีส่วนร่วม โดย นพ.พลเดช ปิ่นประทีป ดร.นาตยา พรหมทอง และ ผศ.ดร.วีระศักดิ์ พุทธาศรี
บทที่ 8	การบูรณาการระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในประเทศไทย โดย ดร.วลัยพร พัชรนฤมล
บทที่ 9	การสาธารณสุขชุมชนและท้องถิ่น โดย นพ. ภูติพ เตชาติวัฒน์
บทที่ 10	ประเทศไทยกับเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน โดย พญ.มานิตา พรธณวดี
บทที่ 11	ประเทศไทยกับการพัฒนาระบบสุขภาพโลก โดย พญ.อรรธยา ลีมวัฒนา ยิ่งยง
บทที่ 12	การขับเคลื่อนงานป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อในประเทศไทย โดย นพ.บัณฑิต ศรีไพศาล ดร.ธนพันธ์ สุขสอาด ดร.นพ.ไพโรจน์ เสาน่วม และนางสาวนุชวรรณ บุญเรืองกิตินันท์
บทที่ 13	การส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรคและคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพในประเทศไทย งานส่งเสริมสุขภาพของประเทศไทย โดย นายสืบพงศ์ ไชยพรรค งานป้องกันและควบคุมโรคติดต่อในประเทศไทย โดย นพ.ศุภมิตร ชุณหะวัณ งานคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ โดย ภก.อาทิตย์ พันเดช
บทที่ 14	ระบบควบคุมโรคภัยที่เป็นภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข โดย นายวสันต์ สุทธิสงวน การดำเนินงานทีมเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็ว โดย นพ.ศุภมิตร ชุณหะวัณ
บทที่ 15	ดัชนีชี้วัดสุขภาพที่สำคัญ โดย ดร.กนิษฐา บุญธรรมเจริญ
บทที่ 16	บทสรุปการสาธารณสุขไทย โดย นพ.วิวัฒน์ โรจนพิทยากร



กองทุนศาสตร์และแผนงาน
สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข
กระทรวงสาธารณสุข