

ข้อเสนอต่อการพัฒนาระบบการสร้างเสริมสุขภาพของประเทศไทย
Recommendations for Development on Thailand Health Promotion
System

สุริยะ วงศ์คงคาเทพ

ข้อเสนอต่อการพัฒนาระบบการสร้างเสริมสุขภาพของประเทศไทย¹

สุริยะ วงศ์คงคาเทพ²

1. บทนำ

ปัญหาสุขภาพสำคัญของประเทศขณะนี้หลายเรื่องกำลังเป็นสิ่งที่ท้าทายต่อกระทรวงสาธารณสุขและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เช่น ปัญหาโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่เกิดจากวิถีชีวิต พฤติกรรมเสี่ยงและปัญหาการตั้งครรภ์ในกลุ่มวัยรุ่น ปัญหาพฤติกรรมการบริโภคอาหารและเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ ปัญหาภาวะเครียดและโรคซึมเศร้า ปัญหาภาวะโภชนาการเกินในเด็ก ฯลฯ มีเพียงบางประเด็นเท่านั้นที่มียุทธศาสตร์ที่ชัดเจนระดับชาติ ได้แก่ ยุทธศาสตร์สุขภาพวิถีชีวิตไทย¹ ยุทธศาสตร์คนไทยไร้พุง ยุทธศาสตร์การพัฒนางานสุขภาพจิต² เป็นต้น อย่างไรก็ตาม แม้ว่าจะมีแผนยุทธศาสตร์ในบางเรื่องแล้วพบว่าส่วนหนึ่งยังอยู่ในช่วงเริ่มต้น และการปฏิบัติยังไม่เป็นเอกภาพและไม่จริงจังต่อเนื่องเท่าที่ควร

เป็นที่ทราบกันดีว่า สถานการณ์ด้านสุขภาพของประชากรไทยได้เปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว โดยเฉพาะโรคเรื้อรังและภัยคุกคามต่อสุขภาพ โดยมีพฤติกรรมของบุคคลที่เป็นสาเหตุของปัญหาสุขภาพหลายประการ แต่รัฐซึ่งมีบทบาทหลักในการระดมทรัพยากรและทุนทางสังคม ยังไม่สามารถแสดงบทบาทเชิงรุกในการแก้ปัญหาได้เต็มที่ อันเนื่องจากหลายเหตุปัจจัย เช่น การขาดเสถียรภาพทางการเมือง การขาดนโยบายด้านสุขภาพเชิงรุกที่ต่อเนื่อง รวมทั้งปัญหาการประสานนโยบายทั้งภายในกระทรวงสาธารณสุขและกระทรวงสาธารณสุขกับหน่วยงานอื่น

นับตั้งแต่ปี 2545 งบประมาณของประเทศด้านส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคได้เปลี่ยนแปลงไปอย่างมาก โดยถูกแยกเป็นส่วนๆ ตามภารกิจขององค์กร ประกอบด้วย งานบริการสุขภาพส่วนบุคคลและครอบครัวเป็นส่วนที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ดำเนินงาน งานพัฒนาสุขภาพระดับนโยบายและสุขภาพชุมชน ยังเป็นภารกิจของกระทรวงสาธารณสุข งานส่งเสริมสุขภาพเชิงขับเคลื่อนสังคมและภาคประชาชนดูเหมือนเป็นบทบาทหลักของสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) ดำเนินงาน ตลอดจนการจัดบริการสาธารณะด้านสุขภาพก็เป็นบทบาทหน้าที่ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) สภาพเช่นนี้ด้านหนึ่งเป็นผลดีที่ช่วยกระจายบทบาทไปยังองค์กรที่มีความคล่องตัวสูง ไม่ติดในระบอบราชการ และช่วยให้ประสิทธิภาพการทำงานดีขึ้น อีกด้านหนึ่งก็เป็นอุปสรรคต่อการดำเนินงานหรือการประสานนโยบายระหว่างหน่วยงานให้เป็นเอกภาพผ่านกลไกงบประมาณ จะกระทำได้ยากขึ้น³

¹ เอกสารนำเสนอในการประชุม วันที่ 25-26 มิถุนายน 2554

² ผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข เขต 5

ดังนั้น ภายใต้ทิศทางการพัฒนาระบบสร้างเสริมสุขภาพของประเทศ จึงมีความจำเป็นต้องปรับเปลี่ยนกระบวนทัศน์ (Paradigm shift) ทั้งแนวคิดพื้นฐาน มุมมองต่อปัญหา และแนวปฏิบัติ เพื่อให้ระบบสามารถรับมือกับแนวโน้มความเปลี่ยนแปลงของสังคม ตลอดจนความต้องการด้านสุขภาพของประชากรไทยได้ทันทั่วถึง

2. สถานการณ์สุขภาพและสิ่งท้าทาย

2.1 ความเปลี่ยนแปลงด้านประชากร

ความเป็นเมืองของประเทศไทยกำลังขยายตัวอย่างรวดเร็ว แม้ว่าสัดส่วนของเขตเมืองในปัจจุบันจะอยู่ที่ร้อยละ 34 แต่จำนวนประชากรในชนบทกลับลดลง ปรัชญาการณดังกล่าวเป็นสิ่งที่เกิดขึ้นในหลายประเทศในกรณีที่ระดับการพัฒนาทางเศรษฐกิจได้ปรับตัวเพิ่มสูงขึ้น ข้อมูลล่าสุดชี้ให้เห็นแนวโน้มการเติบโตของเขตเมืองในจังหวัดใกล้เคียงรอบ กทม. เป็นไปอย่างรวดเร็วมากกว่าการเติบโตใน กทม.เอง และเกิดขึ้นเร็วกว่าเขตเมืองอื่นๆ ของประเทศไทย ประกอบกับการเคลื่อนย้ายถิ่นของแรงงานข้ามชาติ โดยเฉพาะภายหลังการเกิดขึ้นของประชาคมอาเซียน (ASEAN Community) ในปี 2558 ยิ่งทำให้ประชากรในเขตเมืองเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว

แนวโน้มการเปลี่ยนแปลงของประชากรของประเทศไทย อัตราการเกิดที่ลดลงอย่างต่อเนื่อง ประชากรวัยทำงานลดลง และประชากรสูงวัยมากขึ้น จากการคาดการณ์ในช่วงเวลาอีก 20 ปีข้างหน้า จำนวนประชากรสูงอายุจะเพิ่มขึ้นอีกเท่าตัว จาก 8 ล้านคนในปี 2553 เป็น 16 ล้านคนในปี 2573 แสดงให้เห็นแนวโน้มการปันผลทางประชากรจะเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วตั้งแต่ปี 2553 เป็นต้นไป หลังปี 2563 ประชากรอายุเกิน 45 ปีขึ้นไปจะเป็นกลุ่มที่เติบโตเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องเท่านั้น ส่งผลให้ประชากรวัยทำงานจะมีอายุเฉลี่ยเพิ่มขึ้น ขณะเดียวกันครอบครัวของผู้สูงอายุในอนาคตจะมีขนาดเล็กลง สัดส่วนของผู้สูงอายุที่ไม่มีบุตรจะเพิ่มขึ้นอย่างเห็นได้ชัด และอีกไม่นานผู้ที่เข้าสู่วัยสูงอายุที่อาศัยอยู่ในครัวเรือนเดียวกันกับบุตรที่ยังมีชีวิตอยู่จะลดจำนวนลง (ร้อยละ 59.4 ในปี 2550 ลดลงจากร้อยละ 70.9 ในปี 2538) ประเทศไทยจึงต้องเตรียมความพร้อมเพื่อรองรับผลกระทบของการเปลี่ยนแปลงดังกล่าวที่มีต่อคุณภาพชีวิตของประชากร

การที่ประชากรสูงวัยเพิ่มมากขึ้นมีนัยสำคัญต่อระบบสุขภาพของประเทศ ปัญหาหลักมาจากกรณีสุขภาพในผู้สูงอายุ ได้แก่ ภาวะโรคเรื้อรัง ความผิดปกติของการมองเห็นและการได้ยิน ปัญหาสุขภาพช่องปาก ภาวะสมองเสื่อม และความพิการในระยะยาว ระบบบริการสุขภาพตลอดจนค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพของประเทศที่จะรองรับปัญหาสุขภาพดังกล่าว จึงควรได้รับการวางแผนเตรียมพร้อมตั้งแต่เนิ่นๆ⁴

2.2 การเปลี่ยนแปลงทางสังคมและวิถีชีวิต

การพัฒนาเศรษฐกิจของประเทศไทยตั้งอยู่บนพื้นฐานของระบบเศรษฐกิจแบบทุนนิยม ซึ่งนับวันขยายตัวและรวมศูนย์มากขึ้น การเติบโตของเศรษฐกิจที่มุ่งแสวงหากำไรในระบบตลาดจำเป็นต้องกระตุ้นการบริโภคอย่างขนานใหญ่ และส่งผลกระทบต่อวิถีการดำรงชีวิตแบบเศรษฐกิจพอเพียงในชนบท บ้านทอน โครงสร้างและศักยภาพของสังคมพึ่งตนเองในชนบท เกิดภาวะการแก่งแย่งแข่งขันสูงเพื่อสร้างรายได้ให้ตนเอง ส่งผลให้ความเหลื่อมล้ำในสังคมขยายตัว ขาดความมั่นคงทางสังคม (Social security) เกิดปัญหาสังคมต่างๆ ตามมา เช่น ปัญหาเยาวชน ยาเสพติด ความรุนแรง และอาชญากรรม เป็นต้น

การเปลี่ยนแปลงทางสังคม เศรษฐกิจ นำไปสู่สังคมที่ประชากรเริ่มมีคุณภาพชีวิตที่อ่อนแอลงทั้งด้านร่างกายและจิตใจ สถาบันครอบครัวอ่อนแอลง ระบบคุณธรรม จริยธรรมและค่านิยมในสังคมเสื่อมลงอย่างต่อเนื่อง ชีวิตความเป็นอยู่ในเมืองมีแต่ความแออัด ร่งรีบ และขาดสมดุล เช่น บริโภคมาก แต่เคลื่อนไหวออกแรงน้อย (Sedentary life style) ขาดการออกกำลังกาย ความเครียดสูง การสูบบุหรี่และบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์มีมากขึ้น นอกจากนี้ ระบบโลกาภิวัตน์ วัฒนธรรมบริโภคนิยม และอิทธิพลของอุตสาหกรรมอาหารและการเกษตรข้ามชาติและในประเทศ ได้กระตุ้นให้เกิดพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารประเภทหวาน มัน เค็มมากเกินไป ซึ่งเสี่ยงต่อการเกิดโรคอ้วนและโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

การเป็นสังคมเทคโนโลยีมีผลต่อความสัมพันธ์ในครอบครัวและสุขภาพเช่นเดียวกัน พบว่าการบริโภคข่าวสารและสื่อโฆษณาที่ไม่เหมาะสม ยั่วยุไปสู่การบริโภคที่เกินพอดี ขาดคุณค่าทางโภชนาการ และเป็นภัยคุกคามต่อสุขภาพ เช่น การศึกษาในเด็กประถมศึกษาของโครงการ Child Watch พบว่าเด็กกินขนมกรุบกรอบเป็นประจำเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 26.7 ในปี 2547 เป็นร้อยละ 38.1 ในปี 2551 โดยมูลค่าการโฆษณาน้ำอัดลมและขนมขบเคี้ยวในปี 2551 สูงถึง 4,506 ล้านบาท คิดเป็นร้อยละ 27.4 ของมูลค่าการโฆษณาอาหารทั้งหมด และยังพบว่าเด็กประถมถึงอุดมศึกษาในปี 2550-2551 ใช้เวลาวันละ 6-7 ชั่วโมงหมดไปกับโทรทัศน์ราว 3 ชั่วโมง อินเทอร์เน็ตกว่า 2 ชั่วโมง และโทรศัพท์อีก 1 ชั่วโมงครึ่ง¹

2.3 ภาวะสุขภาพและภัยคุกคาม

สถิติของกระทรวงสาธารณสุขพบว่า คนไทยป่วยและตายจากโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง และเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมสุขภาพเพิ่มมากขึ้น โดยเฉพาะอย่างยิ่ง โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคหลอดเลือดสมอง โรคมะเร็ง โรคเบาหวาน โรคถุงลมอุดกั้นเรื้อรัง ฯลฯ โดยในปี 2552 มีผู้เสียชีวิตจาก 5 โรคที่สำคัญ คิดเป็นร้อยละ 24.6 ของผู้เสียชีวิตทั้งหมด และจากการศึกษาภาระโรคและปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพของประชาชนไทย พ.ศ.2547 พบว่า ความสูญเสียทางสุขภาพจากโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง คิดเป็นร้อยละ 65 ของความสูญเสียทั้งหมด โดยจำนวนปีสุขภาพที่สูญเสีย (DALY loss) จากโรคไม่ติดต่อ ได้เพิ่มขึ้นจาก 5.6 ล้านปีสุขภาพะในปี 2542 เป็น 6.5 ล้านปีในปี 2547⁵ ภาระโรคที่เพิ่มสูงขึ้นดังกล่าวย่อมเป็นผลจากโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่เพิ่มขึ้นในกลุ่มประชากรเสี่ยงเป็นหลัก

ในอดีต การศึกษาปัญหาสุขภาพมักกำหนดเป็นรายปัญหา หากพิจารณาตามแนวทางนี้จะพบปัญหาสุขภาพที่แยกเป็นรายโรค ได้แก่ ปัญหาโรคไม่ติดต่อเรื้อรังอันเนื่องจากวิถีชีวิต (ได้แก่ โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคมะเร็ง) ปัญหาการติดเชื้อไวรัสโรคเอดส์และโรคติดเชื้อต่างๆ ปัญหาอุบัติเหตุ ปัญหาภาวะเครียดและซึมเศร้า ปัญหาการใช้สารเสพติด ปัญหาสุขภาพช่องปาก และปัญหาสุขภาพอื่นๆ อีกมาก อย่างไรก็ตาม อย่างไรก็ดี แนวทางและรายละเอียดของการศึกษาในแต่ละปัญหา มักขึ้นกับความสนใจเชิงนโยบายและผลกระทบเฉพาะปัญหานั้น ขาดการสร้างนโยบายสาธารณะในระดับชาติที่เชื่อมโยงทุกมิติของสังคม ตลอดจนขาดการพัฒนาศักยภาพและบทบาทของหน่วยงานที่รับผิดชอบหลัก เป็นต้น

ในขณะเดียวกัน การศึกษาปัญหาสุขภาพตามกลุ่มวัย จะมีลักษณะแตกต่างกับการศึกษาภาระโรคและการศึกษาปัญหารายโรค โดยสามารถวิเคราะห์ให้เห็นสภาพของปัญหาที่แตกต่างกัน และนำไปสู่การแก้ไขที่กระจายและเจาะจงตามกลุ่มวัยได้ชัดเจนขึ้น ปัญหาที่สำคัญ ได้แก่

1. ปัญหาในวัยเด็กเล็ก 0-5 ปี เช่น ปัญหาทุพโภชนาการ ปัญหาน้ำหนักเกินและอ้วนในเด็ก ปัญหาการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ปัญหาการเจริญเติบโตที่ไม่สมวัย ฯลฯ
2. ปัญหาอนามัยการเจริญพันธุ์และการตั้งครรภ์ ที่สำคัญ ได้แก่ การเข้าถึงวิธีการคุมกำเนิดได้น้อยในกลุ่มประชากรที่อายุน้อยกว่า 20 ปี รวมถึงเพศสัมพันธ์ของวัยรุ่น ได้ทำให้เกิดการตั้งครรภ์ที่ไม่พร้อม การตั้งครรภ์ก่อนวัย 20 ปี และการทำแท้ง พฤติกรรมเสี่ยงของวัยรุ่นยังนำไปสู่ปัญหาการติดเชื้อเอดส์ การใช้สารเสพติดและบริโภคเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์
3. ปัญหาวัยทำงานและวัยสูงอายุ ได้แก่ โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ภาวะเสื่อมและการพิการ การบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ อุบัติเหตุ ภาวะเครียดและโรคซึมเศร้า รวมทั้งปัญหาคุณภาพชีวิต

นอกจากนี้ การศึกษาปัญหาสุขภาพยังขยายออกไปสู่ผลกระทบจากปัญหาสิ่งแวดล้อม และปัจจัยเสี่ยงที่เป็นภัยคุกคามต่อสุขภาพ อันเนื่องมาจากการเปลี่ยนแปลงทางสังคม เศรษฐกิจ วัฒนธรรม รวมทั้งการศึกษาแบบแผนการดำรงชีวิต ที่นำไปสู่ปัญหาพฤติกรรมสุขภาพต่างๆ เป็นต้น

อย่างไรก็ดี ไม่ว่าจะศึกษาปัญหาสุขภาพด้วยวิธีใด ปัญหาสุขภาพก็ยังคงเรียนรู้และพัฒนาแนวทางการแก้ไข ด้วยการจัดทำแผนงานโครงการต่างๆ เพื่อแก้ไขปัญหาเหล่านั้น การขยายระบบบริการสร้างเสริมสุขภาพ และการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของภาคส่วนต่างๆ ในสังคม อย่างต่อเนื่องและมีประสิทธิภาพ

2.4 นโยบายส่งเสริมสุขภาพของรัฐ

โดยภาพรวม เมื่อพิจารณาการเปลี่ยนแปลงของสถานการณ์และปัญหาสุขภาพในประเทศไทย เทียบเคียงกับบทบาทของภาครัฐที่พยายามกำหนดนโยบายสร้างเสริมสุขภาพและสร้างกลไกเพื่อบริหารจัดการให้สอดคล้องกับการแก้ไขปัญหาต่างๆ ในช่วงที่ผ่านมา ผู้เขียนได้พิจารณาแบ่งออกเป็น 3 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 (ก่อนปี พ.ศ.2525) หรือช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคม ฉบับที่ 1-4

สถานการณ์ด้านสุขภาพอนามัยและสิ่งแวดล้อมส่วนใหญ่เป็นปัญหาสาธารณสุขขั้นพื้นฐาน เช่น โรคติดต่อ โรคติดต่อที่ป้องกันได้ สุขอนามัยส่วนบุคคลยังไม่ดี ปัญหาสุขภาพอนามัยแม่และเด็ก ฯลฯ ประชาชนส่วนใหญ่ยังเข้าถึงบริการสุขภาพได้ไม่ทั่วถึง เนื่องจากสภาพสังคมไทยยังเป็นสังคมชนบท ชุมชนห่างไกล การรับรู้ข่าวสารของประชาชนมีจำกัด

นโยบายสุขภาพของภาครัฐจึงรวมศูนย์ที่กระทรวงสาธารณสุข และมุ่งเน้นการกระจายสถานบริการสาธารณสุขและบุคลากรให้ทั่วถึงในระดับอำเภอ การดำเนินงานแก้ปัญหาสาธารณสุขมักจัดทำเป็นงานหรือโครงการแนวดิ่งพร้อมงบประมาณจากส่วนกลางโดยตรง เช่น งานฉีดวัคซีนป้องกันโรค งานผดุงครรภ์และการคลอด งานวางแผนครอบครัว งานโภชนาการ งานสุขาภิบาล งานควบคุมโรคมาลาเรีย งานควบคุมโรคหนองพยาธิ ฯลฯ

ระยะที่ 2 (พ.ศ.2525-2545) หรือช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคม ฉบับที่ 5-8

สถานการณ์ของการเปลี่ยนผ่านจากสังคมชนบทสู่สังคมเมือง และเป็นช่วงของการพัฒนางานสาธารณสุขมูลฐานประสบความสำเร็จมากที่สุด กิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพได้รับการถ่ายทอดลงสู่ระดับอำเภอและตำบลอย่างมีประสิทธิภาพ มีการปรับลดแผนงาน/โครงการแนวดิ่งจากส่วนกลาง ส่งเสริมการบริหารจัดการแบบผสมผสานในระดับจังหวัด และมี อสม. เป็นกำลังสนับสนุนที่เข้มแข็งในชุมชน มีการจัดตั้งกองทุนประเภทต่างๆ ในระดับหมู่บ้าน สามารถขยายความครอบคลุมของการให้บริการอนามัยแม่และเด็ก การให้ภูมิคุ้มกันโรค การลดภาวะทุพโภชนาการในเด็ก การจัดการด้านสุขาภิบาล จนสภาพสุขภาพพื้นฐานของประชาชนดีขึ้นโดยลำดับ

การที่เศรษฐกิจของไทยเริ่มผูกติดกับระบบเศรษฐกิจโลกอย่างเต็มตัว ปัญหาใหม่ๆ จึงเริ่มสะท้อนและส่งผลกระทบต่อสุขภาพมากขึ้น เช่น ปัญหาการติดเชื้อและแพร่ระบาดของโรคเอดส์ ปัญหามลภาวะในสิ่งแวดล้อม สารปนเปื้อนในอาหาร ปัญหาผลิตภัณฑ์เพื่อการบริโภค และปัญหาสุขภาพจิต เป็นต้น ในขณะที่ปัญหาเดิมๆ อย่างโรคระบาดประจำถิ่น เช่น ไข้เลือดออก วัณโรค ยังคงเป็นปัญหาต่อเนื่อง

ช่วงเวลาดังกล่าว กระทรวงสาธารณสุขเป็นองค์กรหลักองค์กรเดียวในการตั้งรับกับงานสร้างเสริมสุขภาพ ตั้งแต่ระดับนโยบายจนถึงระดับปฏิบัติการ ผู้ปฏิบัติในพื้นที่รับรู้และดำเนินการตามแผนงาน/โครงการจากส่วนกลางเป็นหลัก เนื่องจากปัญหาสุขภาพส่วนใหญ่ยังไม่เปลี่ยนแปลงในทางที่ซับซ้อนมากนัก ประชาชนทั่วไปยังไม่ตื่นตัวในการดูแลสุขภาพ และบทบาทของชุมชนและท้องถิ่นยังไม่เข้มแข็งและยังขาดการมีส่วนร่วมกับภาครัฐ ในช่วงปลายระยะนี้ สังคมเริ่มมีการยอมรับการแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้านไทย และการแพทย์ทางเลือก ควบคู่กับการแพทย์ตะวันตกมากขึ้น

ระยะที่ 3 (พ.ศ.2545-ปัจจุบัน) หรือช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคม ฉบับที่ 9-10

ในช่วงเวลาดังกล่าว กระแสทุนนิยมโลกาภิวัตน์และผลกระทบจากวิกฤตเศรษฐกิจและการเงินระดับโลก วิกฤตพลังงานและอาหาร ตลอดจนการเปลี่ยนแปลงของสภาพภูมิอากาศและสภาวะโลกร้อนซึ่งเป็นปัจจัยภายนอก เริ่มส่งผลและทวีความรุนแรงโดยตรงต่อสังคมไทยโดยลำดับ ขณะที่สังคมไทยกำลังเข้าสู่สังคมของผู้สูงอายุ สัดส่วนประชากรที่พักอาศัยหรือทำงานในเขตเมืองเพิ่มมากขึ้น ปัญหาและภัยคุกคามต่อสุขภาพที่สำคัญ ล้วนเป็นผลจากวิถีชีวิตและพฤติกรรมของบุคคลที่เปลี่ยนไป การเกิดโรคอุบัติใหม่ โรคอุบัติซ้ำ และภัยธรรมชาติได้ส่งผลกระทบในวงกว้างท่ามกลางโลกไร้พรมแดน ขณะที่โรคเอดส์ยังเป็นปัญหาสำคัญ และปัญหาสุขภาพจิตแผ่ขยายเด่นชัดขึ้น

ท่ามกลางความผันผวนต่างๆ ระบบและกลไกของการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพได้มีการเปลี่ยนแปลงอย่างขนานใหญ่ อันเป็นผลจากการปฏิรูประบบสุขภาพ การกระจายอำนาจไปสู่ส่วนท้องถิ่น และแนวคิดการพัฒนากระบวนสุขภาพไทยในสังคมที่อยู่เย็นเป็นสุข⁶ ดังจะเห็นได้จาก

- ระบบงานสร้างเสริมสุขภาพในอดีตที่กระทรวงสาธารณสุขเป็นผู้แสดงบทบาทแต่เพียงผู้เดียว ได้ปรับตัวมาสู่ระบบ “พหุภาคี” แม้ว่าบทบาทหลักยังคงอยู่กับกระทรวงสาธารณสุขอันเนื่องมาจากมีกลไกการดำเนินงานที่กระจายอย่างทั่วถึงครอบคลุมทุกพื้นที่ แต่องค์กรใหม่ๆ และภาคส่วนต่างๆ ได้เริ่มมีบทบาทในการสร้างเสริมสุขภาพมากขึ้นโดยลำดับ ที่สำคัญได้แก่ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.) และสมัชชาสุขภาพแห่งชาติอันเป็นเวทีร่วมในการผลักดันนโยบายสาธารณะจากทุกภาคส่วนในสังคมไทย
- การบริหารจัดการงบประมาณเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ มีการเปลี่ยนแปลงภายใต้ระบบและกลไกแบบพหุภาคี งบประมาณดำเนินงานภายในจังหวัดร้อยละ 60-80 มาจาก สปสช. รองลงมา ร้อยละ 20-30 มาจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น งบประมาณจากกระทรวงสาธารณสุขได้ลดลงตามลำดับคงเหลือไม่เกินร้อยละ 5 ในปี 2554

จากสภาพสังคมเศรษฐกิจ วิถีชีวิต สถานการณ์สุขภาพ และบริบทของการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพที่เปลี่ยนแปลงไป ประชาชนเริ่มมีความตื่นตัวและตระหนักถึงภัยคุกคามสุขภาพมากขึ้น และต้องการมีส่วนร่วมในการจัดการปัญหาสุขภาพทั้งในระดับปัจเจก ระดับชุมชน โดยเฉพาะอย่างยิ่งนโยบายสาธารณะระดับชาติ ทิศทาง นโยบาย แผนงาน และแนวปฏิบัติ จำเป็นต้องมีความชัดเจนในการลดปัจจัยเสี่ยงและโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคต่างๆ หนุนเสริมการปรับเปลี่ยนค่านิยม วัฒนธรรม และสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อวิถีชีวิตที่ดีต่อสุขภาพ ทั้งในวงกว้างและการเข้าถึงกลุ่มเป้าหมายและพื้นที่เฉพาะ นโยบายสุขภาพของรัฐต้องเชื่อมโยงทุกมิติของสังคมเข้าด้วยกัน โดยเฉพาะอย่างยิ่งการให้ข้อมูลข่าวสาร การศึกษา การใช้มาตรการทางกฎหมาย การเงินการคลัง และมาตรการทางสังคม สิ่งแวดล้อม เป็นต้น

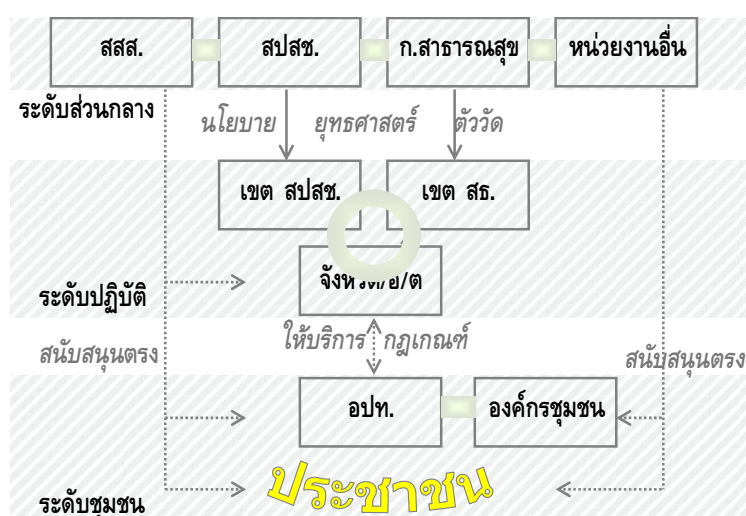
3. โครงสร้างและกลไกของระบบการสร้างเสริมสุขภาพ

3.1 โครงสร้างของระบบดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพ

บริบทของการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพในประเทศไทยมีการเปลี่ยนแปลงอย่างต่อเนื่อง การเปลี่ยนแปลงในช่วงก่อนปี 2545 มีลักษณะเด่นของการพัฒนาด้านแนวคิดและรูปแบบการทำงานของกระทรวงสาธารณสุข จากรูปแบบเดิมที่เน้นกิจกรรมบริการส่งเสริมป้องกันเป็นหลัก เป็นการทำงานที่เน้นประชาชนเป็นศูนย์กลางของการพัฒนา มุ่งสุขภาพในมิติทางสังคม วัฒนธรรม และสิ่งแวดล้อมมากขึ้น ภายหลังปี 2545 โครงสร้างองค์กรของกระทรวงสาธารณสุขมีการเปลี่ยนแปลง มีการจัดตั้งองค์กรใหม่ๆ เพื่อขับเคลื่อนการสร้างเสริมสุขภาพ และการเกิดระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าขึ้น

วิวัฒนาการของงานสร้างเสริมสุขภาพในประเทศไทย ทำให้เกิดโครงสร้างองค์กรที่ดำเนินงานด้านสุขภาพแบ่งเป็น 3 ระดับ ตั้งแต่ระดับส่วนกลาง ระดับปฏิบัติการในพื้นที่ และระดับชุมชน (แผนภูมิที่ 1) แต่ละระดับมีองค์กรที่เกี่ยวข้องหลายส่วนและมีบทบาทต่อการสร้างเสริมสุขภาพที่แตกต่างกัน หากพิจารณาจากขอบเขตและลักษณะการทำงานในระดับต่างๆ เหล่านี้ นอกจากจะพบปัญหาการประสานเชื่อมโยงระหว่างองค์กรในระดับเดียวกันแล้ว ยังมีปัญหาความสัมพันธ์เชิงอำนาจต่างระดับอีกด้วย ดังเช่น

1. ความสัมพันธ์ระดับส่วนกลางกับระดับปฏิบัติ มีลักษณะรวมศูนย์และระดับปฏิบัติถูกควบคุมจากส่วนกลาง มากกว่าการมีอิสระในการทำงาน ซึ่งลักษณะเช่นนี้ฝังรากลึกมายาวนานพอควร
2. ความสัมพันธ์ระดับปฏิบัติกับระดับชุมชน จากเดิมท้องถิ่นและชุมชนมีบทบาทน้อย ความสัมพันธ์จึงมีลักษณะเชิงอุปถัมภ์โดยราชการ แต่ปัจจุบันท้องถิ่นเริ่มแสดงบทบาทของตนเองมากขึ้น
3. ความสัมพันธ์ระดับส่วนกลางกับระดับชุมชน ส่วนใหญ่ยังเป็นโครงการเฉพาะพื้นที่ โดยการอุดหนุนงบประมาณแก่ชุมชนโดยตรง หรือให้ความสำคัญกับพื้นที่บางแห่งที่มีศักยภาพ



แผนภูมิที่ 1 ระบบการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพในประเทศไทย

ความสัมพันธ์ต่างระดับเหล่านี้ ดำเนินไปโดยมีกลไกและเครื่องมือทางการเงินและการจัดการที่ถูกกำหนดขึ้นโดยกระทรวงสาธารณสุขและ สปสช. ซึ่งเป็นรูปแบบความสัมพันธ์เชิงโครงสร้างในระบบราชการ (Hierarchical structure) เป็นตัวขับเคลื่อน เช่น แผนยุทธศาสตร์ ตัวชี้วัด รวมทั้งวิธีการจัดสรรงบประมาณตามชุดสิทธิประโยชน์ ในด้านความสัมพันธ์ระหว่างหน่วยบริการในพื้นที่กับชุมชน จะเป็นรูปแบบการให้บริการเป็นหลักโดยฝ่ายหนึ่งเป็นผู้ให้และอีกฝ่ายเป็นผู้รับบริการ ใช้การสื่อสารทางเดียว ขาดการรับรู้แลกเปลี่ยนข้อมูลระหว่างกัน ความสัมพันธ์ระหว่างราชการส่วนกลางหรือส่วนภูมิภาคกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นหรือชุมชนยังมีลักษณะอุปถัมภ์ในรูปแบบการอุดหนุนงบประมาณ มากกว่าการให้อิสระทางการคลังและการจัดเก็บภาษี เป็นต้น

3.2 องค์กรที่มีบทบาทสำคัญในการสร้างเสริมสุขภาพ

บทบาทขององค์กรระดับชาติที่สำคัญได้แก่ กระทรวงสาธารณสุข สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) สำนักงานกองทุนเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) และหน่วยงานหรือองค์กรเอกชนต่างๆ ซึ่งถือว่าการดำเนินงานในส่วนกลาง เป็นที่คาดหวังว่า องค์กรส่วนกลางควรประสานความร่วมมือกันอย่างใกล้ชิด และสามารถดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพไปในทิศทางเดียวกัน

ปัจจุบัน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเริ่มมีบทบาทการดำเนินงานด้านสุขภาพในพื้นที่มากขึ้น ตามศักยภาพและทรัพยากรของท้องถิ่น จะเห็นได้ว่า ในเขตเมืองนั้น เทศบาลนครและเทศบาลเมือง มีศักยภาพในการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคมากที่สุด รองลงมาได้แก่ เทศบาลตำบล และองค์การบริหารส่วนตำบลขนาดต่างๆ ซึ่งส่วนใหญ่อยู่ในพื้นที่ชนบท มีรายได้ท้องถิ่นน้อยกว่า ส่วนองค์การบริหารส่วนจังหวัด แม้ว่าจะยังไม่มีบทบาทด้านสุขภาพมากนัก แต่ก็มีแนวโน้มที่ให้ความสนใจงานสาธารณสุขและการรับถ่ายโอนสถานีนอนมัย

ทั้งนี้ การที่ท้องถิ่นเริ่มแสดงบทบาทด้านสุขภาพมากขึ้น ย่อมเป็นแนวโน้มที่ดีในภาพรวม แม้ว่าท้องถิ่นจะมีจุดอ่อนในการบริหารจัดการงานสาธารณสุขอยู่บ้าง แต่ก็ส่งผลให้งานสาธารณสุขในเขตเมืองก็ดี ในเขตชนบทก็ดี มีการเปลี่ยนแปลงในทางที่ดีขึ้น ในอนาคตหน่วยงานสาธารณสุขในพื้นที่ ไม่ว่าจะเป็นสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด โรงพยาบาลประจำจังหวัด โรงพยาบาลชุมชน สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ และสถานีนอนมัย จำเป็นต้องปรับรูปแบบการทำงาน บนพื้นฐานของความร่วมมือกับหน่วยงานทั้ง สปสช. และ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นระดับต่างๆ

3.3 นโยบายและยุทธศาสตร์เพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ

ยุทธศาสตร์การสร้างเสริมสุขภาพระดับชาติ จะเป็นกรอบแนวทางการพัฒนาสุขภาพของหน่วยงานและภาคส่วนต่างๆ เพื่อผนึกกำลังระหว่างภาคนโยบาย ภาควิชาการ ร่วมกับภาคสังคมไปสู่การแก้ไขปัญหาอย่างมีพลัง กระบวนการกำหนดยุทธศาสตร์จึงต้องมาจากการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน ตั้งแต่ต้น แต่อดีตที่ผ่านมา การจัดทำแผนยุทธศาสตร์ด้านสร้างเสริมสุขภาพถูกแยกเป็นเรื่องๆ แม้กระทั่ง

การดำเนินงานในเรื่องเดียวกัน แต่หน่วยงานก็ยังต่างคนต่างทำ ขาดการประสานงานกัน ทำให้ปัญหาสุขภาพที่สำคัญๆ ในขณะนี้หลายเรื่องยังไม่ได้รับการแก้ไขในเชิงยุทธศาสตร์เท่าที่ควร

มีประเด็นที่น่าสนใจว่า บทบาทของแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติตั้งแต่ฉบับที่ 4-10 ซึ่งได้กำหนดทิศทางและกรอบแนวทางการพัฒนาสุขภาพของประเทศไทยตลอดมานั้น ในทางปฏิบัติมีความชัดเจนเพียงพอ และหน่วยงานสามารถนำไปใช้เพื่อการวางแผนแก้ไขปัญหาดังกล่าวได้อย่างเหมาะสมหรือไม่ โดยเฉพาะแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติฉบับที่ 10 (พ.ศ.2550-2554) ที่ได้กำหนดวิสัยทัศน์ “มุ่งสู่ระบบสุขภาพพอเพียง เพื่อสร้างให้สุขภาพดี บริการดี สังคมดี ชีวิตมีความสุขอย่างพอเพียง” ตลอดจนพันธกิจ วัตถุประสงค์ เป้าหมาย และยุทธศาสตร์ทั้ง 6 ข้อ⁷ ค่อนข้างนามธรรม เพื่อสร้างเอกภาพทางความคิด และสร้างจิตสำนึกสุขภาพใหม่ ยังไกลจากการปฏิบัติงานจริง หรือจำเป็นต้องมีแผนยุทธศาสตร์เฉพาะประเด็น เพื่อเป็นสะพานเชื่อมโยงการแก้ปัญหาในระดับยุทธศาสตร์ไปสู่มาตรการดำเนินงานที่มีประสิทธิภาพและสามารถบูรณาการในทุกภาคส่วน ดังนั้น การจัดทำแผนยุทธศาสตร์การสร้างเสริมสุขภาพจึงเป็นเรื่องใหญ่ และมีปัจจัยเกี่ยวข้องมากมายหลายมิตินั่นเอง

3.4 การลงทุนของภาครัฐเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ

การศึกษาวิจัยแผนการลงทุนด้านสุขภาพในแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 10 (พ.ศ.2550-2554) พบว่ารายจ่ายสุขภาพรวม (Total Health Expenditure) เมื่อปี 2551 ประมาณการที่ 5,023 บาทต่อประชากร หรือร้อยละ 3.67 ของผลิตภัณฑ์มวลรวม (Gross Domestic Product) การจำแนกประเภทกิจกรรมพบว่า ค่าใช้จ่ายด้านการรักษาทั้งผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในรวมกัน 281,194.21 ล้านบาท คิดเป็นร้อยละ 3.05 ของ GDP เปรียบเทียบกับค่าใช้จ่ายด้านส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค จำนวน 22,504.21 ล้านบาท ซึ่งคิดเป็นร้อยละ 0.24 ของ GDP เท่านั้น (ตารางที่ 1) หรือเป็นสัดส่วนร้อยละ 5-6 ของรายจ่ายสุขภาพรวม (THE) นอกจากนี้ค่าใช้จ่ายด้านส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคยังมีแนวโน้มลดลงทุกปี ซึ่งไม่เพียงพอต่อการลงทุนด้านสุขภาพเพื่อลดความสูญเสียผลิตภาพ (Productivity) จากภาวะโรคที่มีลำดับความสำคัญสูง งานวิจัยได้เสนอให้รัฐเพิ่มการลงทุนด้านส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคเป็น 2 เท่า ของสัดส่วนของ GDP จากเดิมร้อยละ 0.24 ในปี 2551 เป็นร้อยละ 0.48 หรือเพิ่มค่าใช้จ่ายด้านส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคเป็น 47,006.51 ล้านบาทในปี 2554

ตารางที่ 1 รายจ่ายสุขภาพในแต่ละประเภทกิจกรรม ปี 2550-2554 ตาม Status quo (หน่วย : ล้านบาท)

Expenditure categories	2550	2551	2552	2553	2554
Total recurrent expenditure	291,344.59	321,233.12	355,010.54	393,091.49	435,890.60
• In-patient care	111,585.01	125,405.49	141,293.91	159,469.84	180,152.86
• Outpatient care	141,764.85	155,788.72	171,523.19	189,152.02	208,859.01
• Prevention and public health services	21,505.16	22,504.21	23,503.25	24,502.30	25,501.35
• Health Administration & health insurance	16,489.58	17,534.70	18,690.19	19,967.33	21,377.37
• Capital Formation	14,128.02	15,234.49	16,340.97	17,447.44	18,553.91

Expenditure categories	2550	2551	2552	2553	2554
Total Health Expenditure (THE) (ตาราง 20)	305,472.61	336,467.61	371,351.51	410,538.93	454,444.51
Population (million person) ^a	66.23	66.98	67.77	68.56	69.14
THE per capita, Baht	4,612.30	5,023.40	5,479.58	5,988.02	6,572.81
GDP at current price, Baht ^b	8,469,060	9,191,176	9,868,145	10,594,977	11,375,342
THE, % GDP	3.62	3.67	3.79	3.89	3.99%
IP, % GDP	1.32	1.36	1.43	1.51	1.58
OP, %GDP	1.67	1.69	1.74	1.79	1.84
P&P, % GDP	0.25	0.24	0.24	0.23	0.22

ที่มา : สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ.

โครงการศึกษาวิจัยแผนการลงทุนด้านสุขภาพในแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 10 (พ.ศ.2550-2554).

3.5 การบริหารจัดการเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ

1) ความสมดุลระหว่างการส่งเสริม ป้องกัน และการรักษาฟื้นฟู ของระบบสุขภาพ เป็นสิ่งจำเป็นที่ต้องดูแลรักษาไว้ เพื่อหลีกเลี่ยงความเสี่ยงต่อการใช้ทรัพยากรของประเทศที่มีอยู่จำกัดไปสู่การรักษาโรคมากเกินไป และเพื่อลดช่องว่างความไม่เป็นธรรมในสังคม (Unmet demands)

2) การประสานกันระหว่างองค์กรต่างๆ ในระบบสุขภาพ ที่มุ่งเน้นทิศทางที่จะบรรลุให้ประชาชนมีสุขภาพดี เป็นเรื่องที่จำเป็น การแย่งงานสร้างเสริมสุขภาพส่วนบุคคลและครอบครัว (ภายใต้การบริหารของ สปสช.) ออกจากงานพัฒนาสุขภาพระดับนโยบายและการพัฒนาสุขภาพชุมชน (ภายใต้การบริหารของกระทรวงสาธารณสุข) น่าจะไม่สอดคล้องกับทิศทางการพัฒนาสุขภาพแบบองค์รวม

3) การบูรณาการแผนยุทธศาสตร์พัฒนาระบบบริการปฐมภูมิ กับการสร้างเสริมสุขภาพในพื้นที่ ยังไม่ชัดเจน

4) ปัญหาระบบและวิธีการทำงานของส่วนกลาง ไม่สอดคล้องกับแนวคิดการกระจายอำนาจและส่งเสริมการแก้ไขปัญหาในพื้นที่ ขาดระบบการกำกับติดตาม ตรวจสอบระบบสุขภาพให้มีความโปร่งใส มีความรับผิดชอบต่อบทบาทหน้าที่ (Accountability)

4. บทเรียนจากกระบวนการติดตามประเมินผลการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในระดับพื้นที่ (Monitoring & Evaluation)

กรณีศึกษาระบบบริหารจัดการของจังหวัดประจวบคีรีขันธ์ ปี 2554 แม้ว่าเป็นข้อมูลที่ศึกษาจากจังหวัดเดียว แต่มีข้อสังเกตที่น่าสนใจหลายประการ และสามารถสะท้อนข้อเท็จจริงที่เกิดขึ้นบางส่วนในระดับจังหวัดและอำเภอ ตลอดจนบทบาทตามความเป็นจริงของกระทรวงสาธารณสุข และ สปสช. ซึ่งเป็นหน่วยหลักในระดับนโยบายสร้างเสริมสุขภาพของประเทศ ดังนี้

1) บทบาทของกระทรวงสาธารณสุข กับอำนาจทางการเงินที่ลดลง

ภาพรวมงบประมาณเพื่อการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคของจังหวัด ปี 2554 เท่าที่จังหวัดรวบรวมได้ จำนวน 97,718,522 บาท ต่อประชากรของจังหวัด 509,134 คน หรือเฉลี่ย 191.60 บาทต่อหัวประชากร ซึ่งต่ำกว่าค่าเฉลี่ยงบบริการสร้างเสริมสุขภาพของ สปสช. ระดับประเทศปี 2554 ที่ 290 บาท ก่อนหักเงินเดือน ข้อมูลยังพบว่า แหล่งงบประมาณของจังหวัดในช่วงปีหลังมีการปรับเปลี่ยนไปจากอดีตอย่างมาก กล่าวคือ สัดส่วนงบประมาณกว่าร้อยละ 53.9 ได้รับจาก สปสช. ร้อยละ 31.5 มาจาก อบท. ซึ่งงบประมาณส่วนหนึ่งเป็นงบอุดหนุนของท้องถิ่นที่ อบท. ดำเนินการเอง หรือบริหารจัดการผ่านกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบล และอีกร้อยละ 7.6 จากองค์กรอื่นๆ เป็นที่สังเกตว่ากระทรวงสาธารณสุขได้ลดบทบาทเป็นผู้สนับสนุนงบประมาณเหลือเพียงร้อยละ 2.3 เท่านั้น ซึ่งบ่งชี้ถึงอำนาจทางการเงิน (Financial power) ที่มีอิทธิพลต่อจังหวัดย่อมลดน้อยลงไปด้วย

2) ยุทธศาสตร์ใหญ่ แต่โครงการขนาดเล็ก จำนวนมาก และกระจายกระจาย

การบริหารงานส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคของจังหวัดประจวบคีรีขันธ์ พบว่ามีกระบวนการจัดทำแผนยุทธศาสตร์สาธารณสุขของจังหวัด อำเภอ และตำบล เพื่อเป็นกรอบการทำงานอย่างกว้างๆ มีการระบุลำดับปัญหาสาธารณสุข 10 เรื่อง ได้แก่ โรคไข้เลือดออก ปัญหาเอดส์ โรคไข้หวัดใหญ่ ปัญหา NCD ปัญหาพฤติกรรมวัยรุ่น โรคมาเลเรีย ปัญหาการฆ่าตัวตาย มะเร็งปากมดลูก และมะเร็งเต้านม จากนั้นจังหวัดได้มอบหมายให้ทุกหน่วยงาน ตั้งแต่กลุ่มงานในจังหวัดและหน่วยงานระดับอำเภอจัดทำโครงการแก้ไขปัญหาดังกล่าว ซึ่งรวบรวมได้ทั้งสิ้น 1,018 โครงการ วงเงิน 62,850,121 บาท (ร้อยละ 64.3 ของยอดงบประมาณที่ตั้งไว้) แบ่งเป็นงบดำเนินการระดับจังหวัด 24,323,582 บาท (ร้อยละ 38.8) และงบดำเนินการระดับอำเภอ 38,426,539 บาท (ร้อยละ 61.2) และพบว่างบประมาณกว่าร้อยละ 50 ถูกใช้เพื่อแก้ไขกลุ่มปัญหา 5 อันดับแรก ได้แก่ ปัญหา NCD (ร้อยละ 19.7) ปัญหาทันตสาธารณสุข (ร้อยละ 7.2) การพัฒนาศักยภาพ อสม. (ร้อยละ 7.2) การป้องกันอุบัติเหตุ (ร้อยละ 7.0) และปัญหาโรคไข้เลือดออก (ร้อยละ 6.6) อย่างไรก็ตาม จังหวัดไม่มีการติดตามประเมินผลคืบหน้าของโครงการและตรวจสอบงบประมาณกับภาพรวมยุทธศาสตร์จังหวัด ซึ่งหลายกรณีไม่สอดคล้องกับปัญหาที่ถูกจัดลำดับความสำคัญไว้ตั้งแต่ต้น

แต่เป็นที่สังเกตว่า ในช่วงกลางปี 2554 งบประมาณจำนวน 62.8 ล้านบาทหรือเกือบ 2 ใน 3 น่าจะเป็นส่วนที่มีโครงการรองรับและดำเนินงานจริงในหน่วยงานต่างๆ ทั้งจังหวัดและอำเภอ และยังพบว่ามีกรใช้ PP expressed demand จาก สปสช. เพื่อดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพค่อนข้างต่ำเพียงร้อยละ 30.4 เนื่องจากงบก้อนนี้จะถูกโอนเข้าเงินบำรุงของสถานบริการ จึงมักถูกใช้ไปเพื่อชดเชยงบประมาณของสถานบริการมากกว่างานสร้างเสริมสุขภาพ นอกจากนี้ ปรากฏว่าหน่วยงานสาธารณสุขยังได้รับงบประมาณจาก อบท. รวมทั้งกองทุนตำบล รวมร้อยละ 62.7 ของงบประมาณด้าน

สุขภาพที่จัดสรรในท้องถิ่น ซึ่งบ่งชี้ว่า ท้องถิ่นเป็นผู้ดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพในส่วนที่เหลือเพียง 1 ใน 3 ของงบที่จัดสรรเท่านั้น

จะเห็นว่า หน่วยปฏิบัติระดับอำเภอและตำบลน่าจะใช้งบประมาณที่มีอยู่ในพื้นที่เพื่อการสร้างเสริมสุขภาพยังไม่เต็มที่เท่าที่ควร โครงการขนาดเล็กมีจำนวนมากเกินไปและเขียนเพื่อรองรับกิจกรรมและงบประมาณเป็นหลัก เป็นไปได้ว่า หน่วยปฏิบัติส่วนหนึ่งยังคงเลือกปฏิบัติงานตามโครงการที่ได้รับจัดสรรงบประมาณจากจังหวัด หรืองานที่มีตัวชี้วัดคอยกำกับ หรือตามที่ได้รับสนับสนุนงบประมาณจากท้องถิ่นเป็นคราวๆ เท่านั้น

3) แผนบูรณาการเชิงรุก ห่วงใช้สำคัญที่หายไปจากระบบ

จุดอ่อนที่สำคัญประการหนึ่งที่พบในการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพของจังหวัดส่วนใหญ่ คือ การขาด “แผนบูรณาการเชิงรุก” ซึ่งควรเป็นแผนแก้ปัญหาที่ยึดปัญหาเป็นตัวตั้ง ไม่ใช่การเขียนล้อโครงการของส่วนกลาง แผนดังกล่าวจะต้องการบูรณาการทุกภาคส่วนภายใต้การแก้ปัญหาร่วมกันในพื้นที่ รวมทั้งภารกิจของกรมหรือหน่วยงานต่างๆ เข้าด้วยกัน มีการกำหนดมาตรการรองรับที่ชัดเจน และมีระยะเวลาดำเนินงานต่อเนื่อง 2-3 ปี ทั้งนี้ เพื่อเป็นกรอบให้หน่วยปฏิบัติได้ทำความเข้าใจและจัดทำโครงการรองรับการแก้ไขปัญหาต่างๆ ให้สอดคล้องกัน การติดตามประเมินผลภาพรวมในช่วง 3 ปีที่ผ่านมาพบว่า จังหวัดส่วนใหญ่ยังขาดความเข้าใจและมองข้ามการจัดทำแผนบูรณาการที่ใช้แก้ปัญหาสุขภาพดังกล่าว

ตัวอย่างจังหวัดประจวบคีรีขันธ์มีโครงการขนาดเล็กกระจายมากถึง 1,018 โครงการ โดยจังหวัดมีแผนแม่บทของการแก้ไขปัญหาเป็นร่วมใหญ่เพียงบางปัญหาเท่านั้น เช่น ปัญหา NCD และปัญหาพฤติกรรมวัยรุ่น เป็นต้น การขาดแผนบูรณาการที่ระดมมาตรการตามสภาพปัญหาที่ชัดเจนนั้น ทำให้หน่วยปฏิบัติระดับอำเภอต่างดำเนินมาตรการไปตามความเข้าใจของตนเอง ขาดองค์ความรู้เพื่อดำเนินโครงการอาศัยกิจกรรมเดิมๆ โดยไม่มีการประเมินผลมาตรการอย่างเป็นระบบ

4) ช่องว่างระหว่างจังหวัดกับอำเภอและตำบล ที่นับวันห่างจากกัน

ภายใต้การบริหารโครงการถึง 1,018 โครงการ ย่อมเป็นไปได้ที่จังหวัดจะติดตามประเมินผลการดำเนินงานของหน่วยงานต่างๆ ได้สมบูรณ์ครบถ้วน อีกทั้งไม่สามารถกำกับดูแลการดำเนินงานของกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลซึ่งมีจำนวนถึง 7,000 กว่าแห่งได้เช่นกัน อีกทั้งนักวิชาการใน สสจ. ยังไม่เปลี่ยนบทบาทจากเดิมที่ทำงานแบบตั้งรับ เน้นการถ่ายทอดสั่งการลงไปยังหน่วยปฏิบัติตามแนวทางหรือภารกิจที่ส่วนกลางต้องการ และคอยติดตามผลงานตามตัวชี้วัดเท่านั้น ไม่สามารถเห็นภาพว่าการปฏิบัติงานที่แท้จริงในพื้นที่เป็นอย่างไร ได้ผลหรือไม่ โดยทั่วไปจึงเกิดช่องว่างระหว่างจังหวัดกับอำเภอ การพัฒนากระบวนการทัศน์ของผู้บริหารและศักยภาพของนักวิชาการในระดับจังหวัดจึงเป็นเรื่องที่จำเป็นอย่างเร่งด่วน เพื่อให้จังหวัดสามารถแสดงบทบาทของผู้นำการเปลี่ยนแปลงและขับเคลื่อนยุทธศาสตร์การสร้างเสริมสุขภาพ รวมทั้งการประสานความร่วมมือกับภาคส่วนต่างๆ ภายในจังหวัดได้อย่างเป็นเอกภาพ

เครื่องมือขาดความน่าเชื่อถือ รวมทั้งการกำหนดค่าตอบแทนตามกิจกรรม ส่งผลต่อหน่วยบริการขาดความสนใจกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพที่ไม่ได้รับการสนับสนุน เป็นต้น

ทั้งนี้ สาเหตุส่วนหนึ่งมาจากการที่ สปสช. มีระบบการทำงานที่ค่อนข้างรวมศูนย์การตัดสินใจจากส่วนกลาง มีการแบ่งบงหลักประกันสุขภาพเป็นกองทุนต่างๆ ถึง 14 กองทุนในปี 2554 เพื่อเข้าถึงเป้าหมายที่ สปสช. ต้องการ การเน้นการทำงานข้างล่างทำให้ขาดกลไกการทำงานร่วมกับผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย และมองข้ามการสื่อสารกับกระทรวงสาธารณสุขและผู้บริหารระดับจังหวัด ตามหลักการ “ร่วมกันคิด ช่วยกันทำ” ขาดบุคลากรด้านวิชาการเฉพาะด้าน และมีจุดอ่อนในการติดตามกำกับและประเมินผลจากงบประมาณที่จัดสรรลงไปพื้นที่ ทำให้ สปสช. จำเป็นต้องใช้ระบบติดตามผลงานด้วยตัวชี้วัด และระบบบันทึกข้อมูลรายบุคคลเพื่อตรวจสอบ จนนำไปสู่ “ผลงานแลกเงิน” ดังเช่นงบ PP expressed demand, itemized และงบ Pay-for-performance เป็นต้น นอกจากนี้ การประสานงานภายในเขตของ สปสช. สาขาเขตพื้นที่ ยังไม่สามารถสร้างความร่วมมือกับเขตตรวจราชการและจังหวัดได้เท่าที่ควร

7) บทสรุป

ในภาพรวมท่ามกลางบริบทที่เปลี่ยนไป ระบบการบริหารงานสร้างเสริมสุขภาพของจังหวัดและอำเภอยังปรับตัวได้ช้า เนื่องจากเคยชินกับลักษณะงานตั้งรับ และการทำงานตามโครงการที่มีงบประมาณสนับสนุน หรือถูกติดตามผล แผนยุทธศาสตร์ก็มีลักษณะกว้างเกินไป ไม่สามารถนำไปสู่การปฏิบัติได้ ส่วนแผนงานจะประกอบด้วยโครงการขนาดเล็กจำนวนมาก โครงการที่มีอยู่ยังไม่สามารถบูรณาการเข้าด้วยกัน เนื่องจากแต่ละหน่วยงานยังมีความเป็นเจ้าของค่อนข้างสูง จังหวัดขาดภาวะผู้นำในการจัดทำแผนบูรณาการเพื่อแก้ปัญหาของพื้นที่ และขาดกลไกติดตามกำกับมาตรการต่างๆ ให้เป็นไปตามแผนแก้ไขปัญหานั้นๆ ปัญหาของจังหวัด เช่น พฤติกรรมวัยรุ่นและปัญหาต่างๆ ที่ตามมา เช่น การตั้งครรภ์ในวัยรุ่น ยาเสพติด เพศสัมพันธ์กับความเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอดส์ ภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น ฯลฯ แม้ทุกจังหวัดต่างยอมรับว่าเป็นปัญหาสำคัญ แต่เมื่อขาดนโยบายและงบประมาณสนับสนุนจากส่วนกลาง ก็ยากที่จะดำเนินงานได้อย่างเข้มแข็ง อีกทั้งจังหวัดก็ไม่สามารถประสานและกำกับดูแลท้องถิ่นให้ดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพให้สอดคล้องกับยุทธศาสตร์จังหวัดที่วางไว้ได้

บทบาทของศูนย์วิชาการระดับเขต และ สปสช. ในการสนับสนุนงานสร้างเสริมสุขภาพ ยังอยู่ในสถานะของการปรับตัว ขาดทิศทางที่แน่นอน ศูนย์วิชาการระดับเขตจำเป็นต้องใกล้ชิดและสนับสนุนด้านวิชาการหรือเป็นที่เลี้ยงจังหวัดให้มากขึ้น ส่วน สปสช. ควรเสริมจุดแข็งในรูปแบบการทำงานที่คล่องตัว ยืดหยุ่น แต่ให้บทบาทกระบวนการทำงานส่งผลกระทบต่อด้านลบหรือไม่เป็นประโยชน์ต่อผู้ปฏิบัติงานในพื้นที่ พัฒนากลไกการบริหารจัดการตามหลักธรรมาภิบาล ตลอดจนเสริมสร้างรูปแบบการทำงานร่วมกันกับกระทรวงสาธารณสุขและจังหวัดให้มากขึ้น เป็นต้น

ตารางที่ 2 งบประมาณส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคของจังหวัดประจวบคีรีขันธ์ ปี 2554

	แหล่งที่มา	จำนวนเงิน	ร้อยละ	หมายเหตุ
1	กระทรวงสาธารณสุข	1,964,844	2.0	
	งบจากหน่วยงานต่างๆ ของกระทรวงสาธารณสุข	246,170	0.3	โครงการพัฒนาทีม SRRT งบสนับสนุนโครงการรอกฟันเทียมฯ งบบริหารจัดการตรวจสุขภาพช่องปากและเคลือบหลุมร่องฟัน
2	สปสช.	52,632,188	53.9	
	งบ PP Area-based จัดสรรระดับเขต	1,348,000		
	งบ PP Area-based จัดสรรระดับจังหวัด	8,652,856		
	งบ PP express demand (capitation)	21,733,298		
	งบ PP express demand (itemized)	8,459,271		
	งบ PP National priority	151,010		โครงการน้ำพระทัยในหลวง ห่วงใยสุขภาพฯ การบริหารจัดการให้วัคซีนไข้หวัดใหญ่
	งบ PP Non-UC	1,118,500		โครงการควบคุมป้องกันและรักษา DM/HT
	งบกองทุนอื่นๆ ของ สปสช.	11,169,253		โครงการพัฒนาระบบการแพทย์แผนไทย งบบริการสร้างเสริมสุขภาพช่องปาก งบดูแลสุขภาพผู้ติดเชื้อเอดส์ การนิเทศติดตาม งบกองทุนพัฒนาบริการปฐมภูมิ เพื่อบริการส่งเสริมสุขภาพและ ป้องกันโรค โครงการค้นหาผู้สัมผัสและผู้ป่วยโรค
3	องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น	30,787,639	31.5	
	งบดำเนินงานของ อปท.	7,777,835		
	งบกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบล	23,009,804		รวมงบ PP area-based ที่ สปสช. จัดสรรให้กองทุนจำนวน 18.18 ล้านบาท
4	งบสนับสนุนจากองค์กรอื่น	7,398,926	7.6	
	องค์กรภายในประเทศ	4,221,400		โครงการพัฒนาระบบการแพทย์ฉุกเฉิน (สพฉ.) 4,121,400 บาท งบกองทุนภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทย 100,000 บาท
	องค์กรต่างประเทศ	3,177,526		กองทุนโลก (Global Fund for AIDS, TB, Malaria)
5	งบพัฒนาจังหวัด	-	-	
6	เงินบำรุง	4,688,755	4.8	
	รวมทั้งสิ้น	97,718,522	100.0	

ตารางที่ 3 สัดส่วนของงบประมาณที่มีโครงการรองรับ เปรียบเทียบจังหวัดกับอำเภอ และ
งบประมาณที่ได้รับแต่ละรายการ

	แหล่งที่มา	จำนวนเงิน	งบประมาณที่มีโครงการรองรับ					
			จังหวัด	ร้อยละ	อำเภอ	ร้อยละ	รวม	ร้อยละ
1	กระทรวงสาธารณสุข	1,964,844	1,964,844	100.0	-	-	1,964,844	100.0
	งบจากหน่วยงานต่างๆ ของกระทรวงสาธารณสุข	246,170	-	-	-	-		
2	สปสช.	52,632,188	15,059,812	28.6	14,423,271	27.4	29,483,083	56.0
	งบ PP Area-based จัดสรรระดับเขต	1,348,000	1,348,000		-	-	1,348,000	100.0
	งบ PP Area-based จัดสรรระดับจังหวัด	8,652,856	7,908,035		-	-	7,908,035	91.4
	งบ PP express demand (capitation)	21,733,298	1,707,000	7.9	5,439,627	25.0	7,146,627	32.9
	งบ PP express demand (itemized)	8,459,271	-		2,041,555	24.1	2,041,555	24.1
	งบ PP National priority	151,010	151,010	100.0	-	-	151,010	100.0
	งบ PP Non-UC	1,118,500	318,500	28.6	-	-	318,500	28.6
	งบกองทุนอื่นๆ ของ สปสช.	11,169,253	3,627,267	32.5	6,942,089	62.1	10,569,356	94.6
3	องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น	30,787,639	-		19,314,513	62.7	19,314,513	62.7
	งบดำเนินงานของ อปท.	7,777,835	-		4,758,914	61.2	4,758,914	61.2
	งบกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบล	23,009,804	-		14,555,599	63.3	14,555,599	63.3
4	งบสนับสนุนจากองค์กรอื่น	7,398,926	7,398,926	100.0	-	-	7,398,926	100.0
	องค์กรภายในประเทศ (สพฉ. กองทุนภูมิปัญญาแพทย์แผนไทย)	4,221,400	4,221,400	100.0	-	-	4,221,400	100.0
	องค์กรต่างประเทศ (GF/ATM)	3,177,526	3,177,526	100.0	-	-	3,177,526	100.0
5	งบพัฒนาจังหวัด	-	-	-	-	-		
6	เงินบำรุง	4,688,755	-	-	4,688,755	100.0	4,688,755	100.0
	รวมทั้งสิ้น	97,718,522	24,423,582	25.0	38,426,539	39.3	62,850,121	64.3

5. ความท้าทายต่อระบบสร้างเสริมสุขภาพ

5.1 ระบบสร้างเสริมสุขภาพของประเทศมีแนวโน้มตอบสนองต่อการเปลี่ยนแปลงด้าน สุขภาพที่เกิดขึ้นในสังคมไทยได้ค่อนข้างล่าช้าไม่ทันการ

การที่ประชากรไทยมีอายุสูงวัยมากขึ้น ย่อมหมายถึงภาวะที่เกิดจากโรคเรื้อรังเพิ่มมากขึ้น ได้แก่ โรคหัวใจและหลอดเลือด มะเร็ง โรคหลอดเลือดสมอง ฯลฯ ตลอดจนโรคที่เกี่ยวกับความผิดปกติของอวัยวะสัมผัส รวมทั้งความผิดปกติของระบบประสาท เช่น การสูญเสียการมองเห็นและการได้ยิน ภาวะสมองเสื่อม เป็นต้น แต่ความพยายามเน้นการสร้างเสริมสุขภาพ ให้ประชาชนสามารถดูแลสุขภาพให้แข็งแรงยาวนานมากที่สุดก่อนเข้าสู่วัยชรา หรือการลดปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพ เช่น การลดภาวะอ้วนลงพุงใน

ประชากร หรือการส่งเสริมการออกกำลังกายในกลุ่มเสี่ยง พบว่าส่วนใหญ่อยู่ในช่วงเริ่มต้น และขาดการสนับสนุนเชิงนโยบายอย่างต่อเนื่องจริงจัง จึงยังไม่ประสบผลในการลดอัตราความเสี่ยงได้อย่างที่ควรจะเป็น นอกจากนี้ ระบบสุขภาพ บริการสาธารณะ และศักยภาพของชุมชนท้องถิ่นต่างๆ ยังขาดความพร้อมที่จะรองรับการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุทั้งในปัจจุบันและในอนาคต

การเปลี่ยนแปลงในวิถีชีวิตและความกดดันในสังคมสมัยใหม่ เป็นเหตุให้เพิ่มปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพมากขึ้น ดังเช่น ผลการศึกษาภาระโรคและการบาดเจ็บในประชากรไทยพบปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพที่สำคัญ ได้แก่ การบริโภคสุราและยาสูบ อุบัติเหตุจราจร การบริโภคอาหารที่มีแป้งและไขมันสูง การบริโภคผักและผลไม้ไม่เพียงพอ และขาดการออกกำลังกาย⁵ จากการวิเคราะห์พบว่า รัฐมีนโยบายต่อสู้กับปัญหาเหล่านี้ยังไม่ชัดเจนและมีน้ำหนักเพียงพอ มีเพียงปัญหาอุบัติเหตุจราจรที่มีนโยบายและมาตรการทางกฎหมายรองรับอย่างต่อเนื่อง ส่วนปัญหาการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และยาสูบแม้ว่าจะมีความพยายามอย่างต่อเนื่องจริงจังจากภาครัฐ ก็ยังส่งผลกระทบต่อควบคุมการบริโภคในประชากรเป้าหมายได้ไม่มากนัก ส่วนนโยบายของรัฐด้านอาหารยังคงมุ่งเน้นความปลอดภัยและความมั่นคงทางอาหาร มากกว่าการส่งเสริมบริโภคอาหารที่เหมาะสมต่อสุขภาพ นโยบายควบคุมป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรังยังขาดงบประมาณสนับสนุนและการปฏิบัติที่เป็นรูปธรรม เป็นต้น

ปัญหาสุขภาพหลายด้านที่กำลังคุกคามสังคมไทย แต่ยังขาดนโยบายรองรับการแก้ไขปัญหานั้น ชัดเจน และขาดแนวปฏิบัติที่เป็นรูปธรรม ได้แก่ ปัญหาอัตราการเจริญพันธุ์ที่ต่ำกว่าอัตราทดแทน ปัญหาพฤติกรรมเสี่ยงของวัยรุ่น ที่ส่งผลกระทบต่ออัตราเพิ่มของการตั้งครรภ์ในสตรีที่มีอายุน้อยกว่า 20 ปี ปัญหาโภชนาการเกินในวัยเด็กและวัยรุ่นไทย ปัญหาการจัดการสิ่งแวดล้อมและมลพิษจากการเกษตรและอุตสาหกรรม ปัญหาสุขภาพจิตและโรคซึมเศร้า ตลอดจนปัญหานามัยแม่และเด็กในเขตพื้นที่เฉพาะ ชนกลุ่มน้อย และแรงงานต่างด้าว เป็นต้น

5.2 องค์กรและระบบบริการสุขภาพที่มีอยู่อาจไม่สามารถรองรับได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ภายหลังการปฏิรูประบบราชการปี 2545 โครงสร้างและการบริหารกระทรวงเปลี่ยนแปลงไปบางส่วน มีการจัดกลุ่มภารกิจใหม่ ยุบเลิก ถ่ายโอน จัดตั้งส่วนราชการและหน่วยงานใหม่ๆ แต่ผลผลิตในภาพรวมของกระทรวงยังไม่เปลี่ยนแปลงอย่างมีนัยยะสำคัญ ภายนอกกระทรวงสาธารณสุขได้มีการจัดตั้งองค์กรใหม่ทำงานอย่างอิสระแยกจากระบบราชการเพิ่มมากขึ้น เช่น สสส. สปสช. สช. สพฉ. สรพ. เป็นต้น องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเริ่มมีบทบาทด้านสุขภาพมากขึ้น แม้ว่าการเปลี่ยนแปลงเชิงโครงสร้างในองค์กรภาครัฐได้ส่งผลกระทบต่อบทบาทหน้าที่ระหว่างองค์กรต่างๆ ทำให้เกิดความคล่องตัวรวดเร็ว สามารถตอบสนองภารกิจได้ตรงจุด และผลผลิตมีความหลากหลายกว้างขวางมากขึ้น แต่ก็พบปัญหาความขัดแย้ง

ความไม่ลงรอยกัน ปัญหาภารกิจการทำงานทับซ้อนกัน ขาดการประสานงานระหว่างกระทรวงและองค์กรต่างๆ จนบางครั้งดูเหมือนขาดเอกภาพในเชิงยุทธศาสตร์

การเปลี่ยนแปลงเชิงโครงสร้างองค์กรภาครัฐ น่าจะส่งผลต่อระบบสร้างเสริมสุขภาพในปัจจุบันมากพอควร และองค์กรอาจรองรับการเปลี่ยนแปลงดังกล่าวไม่ทันการ เนื่องจากกลไกหลักของการดำเนินงานยังอยู่ในกระทรวงสาธารณสุข ยังบริหารในลักษณะรวมศูนย์ที่ส่วนกลาง ห่วงเหินปัญหาในพื้นที่ การตอบสนองปัญหาเป็นไปอย่างเชื่องช้า ต่างคนต่างทำ ยึดโครงการมากกว่าเป้าหมายประสงค์ของการแก้ไข ปัญหา จึงขาดบูรณาการ ส่งผลให้การดำเนินงานมีประสิทธิภาพน้อย ในส่วนขององค์กรอื่นๆ เช่น สปสช. และ สสส. แม้ว่าจะมีทิศทางและเป้าหมายการทำงานสร้างเสริมสุขภาพที่ชัดเจน ลักษณะการทำงานมีความคล่องตัว และตอบสนองได้รวดเร็วกว่า แต่กรณีของ สปสช. ระบบการทำงานก็ยังมีลักษณะรวมศูนย์ที่ส่วนกลางเช่นเดียวกัน ผู้ทำงานส่วนใหญ่ยังขาดประสบการณ์และความเข้าใจกระบวนการทำงานสร้างเสริมสุขภาพในพื้นที่จริง เช่น การใช้กลไกทางการเงินเป็นตัวสร้างผลงาน การกำหนดเป้าหมายตัวเลขกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ขาดการลงทุนด้านพัฒนาทรัพยากรบุคคล เป็นต้น ที่สำคัญ ความร่วมมือระหว่างกระทรวงสาธารณสุขและองค์กรต่างๆ ยังมีน้อย เป็นลักษณะต่างคนต่างทำ ขาดการประสานงานซึ่งกันและกัน รวมทั้งขาดการมีส่วนร่วมของภาคส่วนต่างๆ ในการผลักดันนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ ยกเว้นกรณีสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ

โครงสร้างและบุคลากรของกรมในส่วนกลาง ศูนย์วิชาการระดับเขต สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด โรงพยาบาล และหน่วยบริการปฐมภูมิ ต่างได้รับการส่งเสริมในช่วงการพัฒนางานสร้างเสริมสุขภาพระยะที่ 2 ซึ่งเป็นช่วงที่กระทรวงยังเป็นองค์กรหลักที่รวมศูนย์การดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพของทั้งประเทศ จึงคุ้นเคยกับการบริหารโครงการที่กรมเป็นผู้จัดทำค่าของงบประมาณและบริหารจัดการจากส่วนกลาง การกระจายอำนาจการตัดสินใจมีน้อย ขาดการบริหารเชิงยุทธศาสตร์และผู้นำการเปลี่ยนแปลง ขาดระบบการติดตามประเมินผล (Monitoring & Evaluation) ซึ่งพบได้ตั้งแต่ส่วนกลางจนถึงผู้ปฏิบัติในพื้นที่

5.3 บทบาทและการมีส่วนร่วมจากชุมชนและท้องถิ่นยังไม่ตื่นตัวมากนัก

แม้ว่าองค์กรปกครองท้องถิ่นจะมีบทบาทมากขึ้นในช่วง 10 ปีที่ผ่านมา ช่วยกระตุ้นให้เกิดกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพต่างๆ ในชุมชนด้วยงบประมาณของท้องถิ่นและงบอุดหนุนจาก สปสช. แต่บทบาทของภาคประชาสังคมและองค์กรชุมชนที่มีการจัดตั้งขึ้นตามกฎหมายว่าด้วยองค์กรชุมชนตำบล หรือเป็นการรวมตัวของชุมชนเอง หรือองค์กรพัฒนาเอกชน นับว่ายังน้อยกว่าที่ควร ไม่ว่าจะเป็นบทบาทการเสนอความคิดเห็นและสะท้อนปัญหาของชุมชน การมีส่วนร่วมในการปกป้องคุ้มครองสิทธิชุมชน ภูมิปัญญาการสร้างเสริมสุขภาพ การมีส่วนร่วมตัดสินใจในโครงการที่มีผลกระทบต่อสุขภาพและสิ่งแวดล้อม การตรวจสอบการใช้อำนาจทางปกครองและธรรมาภิบาล เป็นต้น

กล่าวโดยสรุป กิจกรรมส่วนใหญ่ในชุมชนยังเกิดขึ้นจากการริเริ่มและกระตุ้นจากภาครัฐ การดำเนินงานยังกระจุกตัวอยู่โครงสร้างอำนาจของราชการส่วนท้องถิ่น มากกว่าที่จะเป็นบทบาทของภาคประชาสังคมอย่างแท้จริง นอกจากนี้ยังขาดระบบกำกับดูแลและตรวจสอบโดยชุมชนเอง

6. ข้อเสนอแนะ

6.1 นโยบายและยุทธศาสตร์

จากการประเมินระบบการสร้างเสริมสุขภาพ พบว่าประเทศไทยมีโครงสร้างและกลไกรองรับการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพที่ดีเป็นตัวอย่างแก่นานาประเทศ แต่อีกด้านหนึ่ง บทบาทการทำงานของโครงสร้างองค์กรโดยเฉพาะกระทรวงสาธารณสุขและ สปสช. ตลอดจนกลไกที่มีอยู่นั้นยังค่อนข้างเอกเทศ ต่างคนต่างทำ ขาดการกำหนดนโยบายและยุทธศาสตร์ร่วมกันในการแก้ไขปัญหาสำคัญ ข้อเสนอแนะระดับนโยบายและยุทธศาสตร์จึงมีความจำเป็นเร่งด่วน

1) คณะกรรมการนโยบายสุขภาพ

เนื่องจากกลไกการกำหนดนโยบายภาครัฐยังไม่สามารถตอบสนองการแก้ไขปัญหาและรองรับความเปลี่ยนแปลงทางสังคมต่างๆ ที่เกิดขึ้นอย่างรวดเร็วและส่งผลกระทบต่อสุขภาพอย่างทันท่วงที จึงเสนอให้มีการจัดตั้ง “คณะกรรมการนโยบายสุขภาพ” ขึ้นโดยอาศัยอำนาจคำสั่งของนายกรัฐมนตรี หรือ รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข ประกอบด้วยผู้ทรงคุณวุฒิ นักบริหาร นักวิชาการจากหน่วยงานต่างๆ ผู้ทำงานด้านสื่อ นักพัฒนา และผู้แทนจากภาคส่วนต่างๆ (จำนวนและสัดส่วนกรรมการกำหนดตามความเหมาะสม) เพื่อให้ข้อเสนอเชิงนโยบายและยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพ การให้คำปรึกษาแก่รัฐบาล และ ข้อเสนอแนะต่อการทำงานขององค์กรภาครัฐ ครอบคลุมด้านการสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันควบคุมโรค และภัยสุขภาพ การคุ้มครองผู้บริโภค ตลอดจนการส่งเสริมคุ้มครองสิทธิของบุคคลและสิทธิชุมชนในการดูแลสุขภาพตนเอง

คณะกรรมการนโยบายสุขภาพ จะมีภารกิจและบทบาทที่แตกต่างจากคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ ตาม พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2551 กล่าวคือ จะทำหน้าที่ให้คำปรึกษาด้านนโยบายแก่นายกรัฐมนตรี คณะรัฐมนตรี หรือรัฐมนตรี เพื่อเป็นแนวทางสำหรับองค์กร หน่วยงานรัฐ ในการแก้ไขปัญหาที่สำคัญและเป็นภัยคุกคามต่อสุขภาพ โดยการประมวลความคิดเห็นทางวิชาการ การกลั่นกรองตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิแต่ละด้าน และเสนอทางเลือกที่เหมาะสมกับปัญหานั้นๆ ต่างจากคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติที่เสนอแนะนโยบายและยุทธศาสตร์สุขภาพ ที่เน้นนโยบายสาธารณะโดยการมีส่วนร่วมและความเห็นจากสมาชิกสุขภาพและภาคประชาสังคม

2) การกำหนดปัญหาเร่งด่วนเป็นวาระแห่งชาติ

ปัญหาสำคัญที่กำลังคุกคามและส่งผลกระทบต่อสุขภาพของประชากรในปัจจุบันและอนาคต ได้แก่ ปัญหาที่เกิดจากการเปลี่ยนแปลงด้านประชากร (ผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว สัดส่วนประชากรวัยทำงานลดลง แนวโน้มการเกิดลดลง) ปัญหาโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่เพิ่มขึ้น ปัญหาสุขภาพจิตในกลุ่มวัยต่างๆ ปัญหาน้ำหนักเกินและโรคอ้วนจากการบริโภคเกินขนาด ฯลฯ ซึ่งเป็นปัญหาทั้งต่อสุขภาพของประชากรโดยตรง ตลอดจนปัญหาความพร้อมของระบบบริการสุขภาพ ทั้งจำนวนและศักยภาพเพื่อรองรับความท้าทายในอนาคต

ปัญหาเหล่านี้ควรได้รับการเตรียมการ การวางแผนอย่างเป็นระบบ เพื่อสร้างความพร้อม และพัฒนาศักยภาพของระบบที่จะรองรับ โดยการจัดเป็นวาระแห่งชาติของรัฐบาล

3) แผนยุทธศาสตร์สร้างเสริมสุขภาพระดับชาติ

เนื่องจากงานสร้างเสริมสุขภาพจัดเป็นบทบาทและภารกิจของภาครัฐที่มีผลกระทบกว้างขวาง มีองค์กรและหน่วยงานของรัฐเข้ามาเกี่ยวข้องมากมาย จึงจำเป็นต้องเชื่อมโยงทุกภาคส่วนในสังคม ให้เป็นเครือข่ายสร้างเสริมสุขภาพตั้งแต่ระดับประเทศจนถึงระดับชุมชน งานสร้างเสริมสุขภาพจึงมีหลากหลายมิติ จำเป็นต้องวางกรอบทิศทางร่วมกันเพื่อให้เกิดพลังและใช้ศักยภาพขององค์กรและเครือข่ายที่มีอยู่ให้เกิดประโยชน์อย่างเต็มที่ เนื่องจากที่ผ่านมาประเทศไทยยังไม่มีแผนยุทธศาสตร์การสร้างเสริมสุขภาพระดับชาติ จึงควรริเริ่มกระบวนการดังกล่าวขึ้น อาศัยการมีส่วนร่วมทุกภาคส่วนเป็นองค์ประกอบสำคัญ

6.2 โครงสร้างและการจัดองค์กร

กระทรวงสาธารณสุข

1) การปรับโครงสร้างและบทบาทของกรม

เนื่องจากบทบาทเดิมของกระทรวงสาธารณสุขที่เคยเป็นผู้บริหารโครงการ และสนับสนุนงบประมาณแก่จังหวัดได้เปลี่ยนไป บทบาทของกรมที่อาศัยอำนาจทางการเงินเพื่อผลักดันกิจกรรมของกรมลดน้อยลง และจำเป็นต้องปรับมาสู่บทบาทด้านวิชาการมากขึ้น กรมจึงควรพิจารณาเร่งปรับยุทธศาสตร์การทำงานของกรมให้สอดคล้องสถานการณ์ และตอบสนองการแก้ปัญหาสุขภาพของประเทศได้อย่างรวดเร็วมีประสิทธิภาพ ด้วยการปรับกระบวนการทัศน์ภายในกรมแทนที่จะทำงานเฉพาะส่วนของกรม และปรับเปลี่ยนสไตล์การทำงานแบบ Executive approach เป็น Strategic approach ภายใต้บริบทของการทำงานสร้างเสริมสุขภาพแบบพหุภาคี โดยมองว่ากรมเป็นองค์พหุพหุหนึ่งของเครือข่ายขับเคลื่อนการสร้างเสริมสุขภาพขนาดใหญ่ที่มีประชาชนเป็นเป้าหมาย และมีเครือข่ายที่เข้มแข็งจากผู้มีส่วนได้ส่วนเสียเป็นเงื่อนไขของความสำเร็จ

ทั้งนี้ กรมควรจัดให้มีหน่วยเล็กๆ ที่เรียกว่า “คลังสมองเชิงยุทธศาสตร์ (Strategic Think Tank)” ที่เป็นอิสระจากฝ่ายบริหาร โดยอาศัยผู้ทรงคุณวุฒิและมีประสบการณ์จากภายนอก ร่วมกับผู้ทรงคุณวุฒิ

ของกรม เพื่อประเมินความเร่งด่วนของสถานการณ์และบริบทที่เปลี่ยนแปลง ผลกระทบต่อภาวะสุขภาพ เพื่อแลกเปลี่ยนทัศนะ และให้ข้อเสนอแนะเชิงยุทธศาสตร์ ตลอดจนมาตรการแก้ไขปัญหาที่เหมาะสมกับประเทศ เพื่อเป็นแนวทางการทำงานให้แก่ผู้บริหารและหน่วยงานของกรม

คลังสมองเชิงยุทธศาสตร์ อาจมีเพียงชุดเดียวที่ดูแลงานสร้างเสริมสุขภาพพร้อมกับกรมที่อยู่ในกลุ่มภารกิจเดียวกันภายใต้สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขก็ได้

นอกจากนี้ กรมจำเป็นต้องพัฒนากลไกการติดตามและประเมินผล (Monitoring & Evaluation) ซึ่งประกอบด้วยการติดตามประเมินผลภายในแผนงาน/โครงการของกรม และการติดตามประเมินผลเชิงนโยบายและยุทธศาสตร์ ซึ่งอาจมีบุคคลภายนอกมาร่วมด้วย หรือใช้วิธี Outsourcing ไปยังสถาบันวิชาการภายนอกก็ได้

2) การปรับบทบาทของสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขมีบทบาทสำคัญในฐานะตัวกลางที่ประสานหน่วยนโยบายและยุทธศาสตร์ในส่วนกลาง กับหน่วยงานในส่วนภูมิภาค อันได้แก่ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด และสถานบริการสาธารณสุขทุกระดับ ในการนี้ สำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์ (สนย.) นอกเหนือจากภารกิจด้านนโยบายและยุทธศาสตร์ระดับกระทรวงแล้ว ยังต้องรับผิดชอบการนำนโยบายและยุทธศาสตร์ไปสู่การปฏิบัติให้บรรลุผล ท่ามกลางการเปลี่ยนแปลงของบริบทการทำงานสร้างเสริมสุขภาพ และบทบาทขององค์กรภาคีต่างๆ ขณะเดียวกันต้องสนับสนุนให้จังหวัดสามารถจัดทำแผนบูรณาการงานส่งเสริมสุขภาพ และป้องกันโรคเชิงรุกของตนเองให้ได้ ดังที่ได้กล่าวแล้ว

ทั้งนี้ ที่ผ่านมายังไม่มีหน่วยงานใดในสำนักงานปลัดกระทรวงฯ ทำหน้าที่รองรับการประสานนโยบายและยุทธศาสตร์ของงานสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในส่วนกลาง และแนวทางการทำงาน P&P ของ สปสช. เพื่อเชื่อมโยงกับจังหวัดอย่างมีประสิทธิภาพ คงมีแต่สำนักตรวจและประเมินผลทำหน้าที่ดังกล่าวซึ่งด้วยโครงสร้างและภารกิจยังไม่สอดคล้องกับบทบาทดังกล่าว ด้วยเหตุนี้ สนย. จึงเป็นหน่วยงานส่วนกลางที่เหมาะสมที่สุดในการเป็นหน่วยประสาน (Focal point) กับจังหวัดโดยเฉพาะเรื่องแผนบูรณาการของงานส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค

3) การจัดการองค์กรระดับเขต

เนื่องจากบริบทของการทำงานสร้างเสริมสุขภาพภายในกระทรวงสาธารณสุข ยังขาดจุดเชื่อมโยงระหว่างนโยบายและยุทธศาสตร์ของส่วนกลางกับการแปลงนโยบายไปปฏิบัติในส่วนภูมิภาคดังที่กล่าวข้างต้น ประเด็นพิจารณาในระดับเขต ก็คือ ควรจะปรับเปลี่ยนรูปแบบความสัมพันธ์ระหว่างส่วนกลางกับส่วนภูมิภาค จากเดิมที่เป็นในลักษณะแนวตั้ง (Vertical relation) ที่กรมมีกระบวนการและงบประมาณของโครงการต่างๆ ไร้ชัดเจน และอาศัยรูปแบบการตรวจราชการและนิเทศงานโดยใช้ตัวชี้วัดเป็นเครื่องมือ

ติดตามผลงาน พัฒนาให้เป็นความสัมพันธ์เชิงยุทธศาสตร์ โดยที่ส่วนกลางและระดับเขตทำหน้าที่ส่งเสริมให้จังหวัดและพื้นที่สามารถบริหารจัดการงานสร้างเสริมสุขภาพตามสภาพปัญหาในพื้นที่ของตนเอง

ทั้งนี้ จำเป็นต้องมีการปรับเปลี่ยนบทบาทของผู้ตรวจราชการและสาธารณสุขนิเทศก์จากเดิม ให้สอดคล้องกับการบริหารยุทธศาสตร์ (Strategic Management) ด้วยเช่นกัน กล่าวคือ ผู้ตรวจราชการและสาธารณสุขนิเทศก์ควรทำหน้าที่กำกับดูแลภาพรวม วิเคราะห์สถานการณ์ และกำหนดทิศทางการบริหารยุทธศาสตร์ในระดับเขต โดยประสานกับ สปสช. สาขาเขตพื้นที่ และศูนย์วิชาการระดับเขตของกรม

จึงเสนอให้จัดตั้ง “สำนักงานสาธารณสุขเขต” เป็นหน่วยงานระดับสำนัก มี “ผู้อำนวยการสำนักงานสาธารณสุขเขต” เพื่อสนับสนุนการปฏิบัติราชการของผู้ตรวจราชการ และมีหน้าที่ความรับผิดชอบหลัก ดังนี้

1. บริหารยุทธศาสตร์สาธารณสุขระดับเขต ให้เกิดผลสัมฤทธิ์ตามนโยบายและยุทธศาสตร์ของกระทรวง
2. ตรวจราชการนโยบายและแผนงานระดับกระทรวง ตรวจสอบข้อเท็จจริงตามข้อร้องเรียนในราชการ (บทบาทของผู้ตรวจราชการกระทรวงโดยตรง)
3. ประสานให้เกิดการนิเทศ ติดตาม กำกับ ตรวจสอบ ประเมินผลการปฏิบัติราชการของหน่วยงานราชการส่วนภูมิภาคตามแนวนโยบายและยุทธศาสตร์ของกระทรวง ตลอดจนการเสนอแนะแนวทางแก้ไขปัญหาอุปสรรคในระดับกระทรวง (บทบาทของสาธารณสุขนิเทศก์)
4. ประสานราชการกับส่วนราชการทั้งในระดับกระทรวง หน่วยงาน และองค์กรภายนอก เพื่อสนับสนุนให้การปฏิบัติราชการในส่วนภูมิภาคมีเอกภาพ และบรรลุผลอย่างมีประสิทธิภาพ สอดคล้องกับนโยบายรัฐบาล

สำนักงานสาธารณสุขเขต จะไม่ใช่บริหารราชการส่วนภูมิภาค แต่เป็นหน่วยบริหารยุทธศาสตร์ของกระทรวง (Strategic Management) ในระดับเขต และสนับสนุนภารกิจของผู้ตรวจราชการในฐานะผู้แทนปลัดกระทรวง มีการจัดความสัมพันธ์ตามภารกิจกับศูนย์วิชาการระดับเขตของกรม และหน่วยงานระดับเขตอื่นๆ เช่น สปสช. สาขาเขตพื้นที่

4) การจัดการองค์กรระดับจังหวัด

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด จะต้องปรับกระบวนการทัศน์ของผู้บริหารและบทบาทของหน่วยงานใหม่ เพื่อมุ่งเน้นงานยุทธศาสตร์ระดับจังหวัดและการนำยุทธศาสตร์ไปสู่การปฏิบัติ (Strategy to Operation) ให้เด่นชัดขึ้น และถือเป็นภารกิจสำคัญ แทนที่จะมุ่งเน้นการบริหารสำนักงานเท่านั้น เช่นเดียวกับผู้บริหารของสำนักงานจะต้องพัฒนาความเป็นผู้นำเชิงยุทธศาสตร์ มากกว่าผู้บริหารหน่วยงาน

ความสำคัญของการบริหารยุทธศาสตร์ของจังหวัด มิได้จำกัดแต่การรู้จักวิเคราะห์และวางแผนยุทธศาสตร์เท่านั้น แต่ต้องควบคู่กับการพัฒนาศักยภาพของหน่วยงานและบุคลากรระดับจังหวัดในการใช้ยุทธศาสตร์เป็นตัวขับเคลื่อนไปสู่การแก้ไขปัญหาสุขภาพในพื้นที่ มีการจัดทำแผนบูรณาการเชิงรุกและเป็น

แผนงานต่อเนื่องที่มุ่งสู่การแก้ปัญหา (Problem-based planning) มีการสื่อสารเพื่อสร้างความเข้าใจ และพัฒนาศักยภาพของหน่วยปฏิบัติในการดำเนินมาตรการต่างๆ ตลอดจนสร้างกลไกการติดตามกำกับ และประเมินผลการแก้ไขปัญหาเหล่านั้น

6.3 การบริหารการเงินเพื่อสุขภาพ

1) การจัดสรรงบประมาณเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพให้เพิ่มขึ้น

ความเป็นจริงที่ผ่านมา พบว่าสัดส่วนของงบประมาณเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ เมื่อเปรียบเทียบกับค่าใช้จ่ายรวมด้านสุขภาพของประเทศ (Thailand Health Expenditure) ยังต่ำกว่าระดับที่ควรจะเป็นอยู่มาก ถึงแม้งบประมาณสร้างเสริมสุขภาพของประเทศจะเพิ่มขึ้นทุกปี แต่ก็เพิ่มในอัตราที่ต่ำกว่างบประมาณด้านรักษาพยาบาล ทั้งนี้ อาจเป็นเรื่องสายเกินไปที่รัฐต้องทุ่มเทงบประมาณจำนวนมหาศาลเพื่อบำบัดรักษาโรคและภาวะเจ็บป่วยที่เป็นผลจากการขาดมาตรการเสริมสร้างสุขภาพของประชากรในช่วงก่อนหน้านี้ แต่เมื่อมองไปอนาคตที่สังคมไทยเริ่มเข้าสู่สังคมของผู้สูงอายุ ความจำเป็นด้านการลงทุนเพื่อสร้างเสริมสุขภาพก็ยิ่งจำเป็นมากขึ้น

ข้อเสนอของนักวิจัยระบบสุขภาพ ที่เรียกร้องให้รัฐเพิ่มสัดส่วนของงบประมาณส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคของประเทศ เป้าหมายอยู่ที่ร้อยละ 0.48 ของค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพรวม คิดเป็นงบประมาณ 47,000 ล้านบาทต่อปี หรือสัดส่วนเพิ่มเป็น 2 เท่าของปัจจุบัน จึงควรได้รับการพิจารณาในระดับนโยบายอย่างยิ่ง ทั้งนี้ รัฐอาจใช้นโยบายการคลังมาเสริมข้อจำกัดด้านงบประมาณ เช่น การเก็บภาษีเฉพาะ เช่นเดียวกับภาษีบุหรี่ที่ประสบความสำเร็จมาแล้ว

2) กลไกการบริหารจัดการด้านการเงิน

แม้ว่าในอนาคต กลไกการบริหารจัดการงบประมาณสร้างเสริมสุขภาพส่วนใหญ่จะยังคงอยู่ที่ สปสช. แต่ สปสช. สามารถใช้ความคล่องตัวยืดหยุ่นซึ่งเป็นจุดแข็งขององค์กร มาประสานการทำงานร่วมกับกระทรวงสาธารณสุขและหน่วยงานต่างๆ ในพื้นที่ โดยให้มีการปรึกษาหารือร่วมกันตั้งแต่การวางยุทธศาสตร์ เป้าหมาย รูปแบบการดำเนินงาน งบประมาณ การออกแบบระบบบริหารจัดการ และระบบติดตามประเมินผล เพื่อให้บรรลุภารกิจของการสร้างเสริมสุขภาพร่วมกัน สปสช. ควรระมัดระวังในกรณีที่จะเป็นผู้กำหนดมาตรการต่างๆ โดยลำพังเพื่อให้ผู้อื่นปฏิบัติ หรือมุ่งตรวจสอบผลงานดังกล่าวมากเกินไป ที่สำคัญจะต้องมีการพัฒนาศักยภาพของหน่วยงานภายในจังหวัดภายใต้ระบบการติดตามประเมินผลที่เข้มแข็ง ที่สามารถช่วยกันสะท้อนปัญหาได้อย่างทันท่วงที

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. แผนยุทธศาสตร์สุขภาพวิถีชีวิตไทย พ.ศ.2554-2563. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์สำนักพระพุทธศาสนาแห่งชาติ, 2554.
2. กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. กรอบทิศทางการพัฒนางานสุขภาพจิตและแผนยุทธศาสตร์กรมสุขภาพจิต ในช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 11 (พ.ศ.2555-2559). กรุงเทพฯ : บริษัทละม่อม จำกัด, 2554.
3. สุริยะ วงศ์คงคาเทพ, ณรงค์ สหเมธาพัฒน์, ชาญชัย พิณเมืองงาม. สถานการณ์และยุทธศาสตร์การส่งเสริมสุขภาพของประเทศไทย พ.ศ.2545-2553. กระทรวงสาธารณสุข, 2553.
4. United Nations Population Funds. Impact of Demographic Change in Thailand, 2011.
5. สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข. รายงานการศึกษาระโรคและการบาดเจ็บของประชากรไทย พ.ศ.2547. กระทรวงสาธารณสุข, .
6. คณะกรรมการอำนวยการจัดทำแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 10. แผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 10 ในช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 10 (พ.ศ.2550-2554). 2550.
7. สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข. แผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ในช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 10 พ.ศ. 2550-2554 แผนยุทธศาสตร์สุขภาพพอเพียง. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก, 2550.
8. สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ กระทรวงสาธารณสุข. รายงานการศึกษาวิจัยแผนการลงทุนด้านสุขภาพในแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 10 (พ.ศ.2550-2554). กระทรวงสาธารณสุข, 2551.