

**รายงานการทบทวนการบริหารยุทธศาสตร์และนโยบายสุขภาพระดับชาติ
ของประเทศแคนาดา ออสเตรเลีย และเกาหลีใต้
(Review Report of National Health Strategy and Policy Management
in Canada, Australia and South Korea)**

**ดร.อรสา โผนินทะ
Dr. Orasa Kovindha**

สนับสนุนโดยสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข(สวรส.)

16 เมษายน 2554

สารบัญ

บทสรุปสำหรับผู้บริหาร	3
Executive Summary	6
1. บทนำ	8
2. การพัฒนานโยบายยุทธศาสตร์สุขภาพของประเทศแคนาดา	10
3. การพัฒนานโยบายยุทธศาสตร์สุขภาพของประเทศออสเตรเลีย	17
4. การพัฒนานโยบายยุทธศาสตร์สุขภาพของประเทศสาธารณรัฐเกาหลี	23
5. บทสรุปและข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย	28
6. บรรณานุกรม	30
7. ภาคผนวก	32
ภาคผนวก 1 ตารางเปรียบเทียบระบบสุขภาพ	33
ภาคผนวก 2 Australia's health 2010-in brief	39
ภาคผนวก 3 The Chief Public Health Officer's Report on the State of Public Health in Canada 2010-Growing Older- Adding Life to Years.	44

**รายงานการทบทวนการบริหารยุทธศาสตร์และนโยบายสุขภาพระดับชาติ
ของประเทศแคนาดา ออสเตรเลีย และเกาหลีใต้
(Review Report of National Health Strategy and Policy Management
in Canada, Australia and South Korea)**

บทสรุปสำหรับผู้บริหาร

การศึกษาทบทวนการบริหารยุทธศาสตร์และนโยบายสุขภาพระดับชาติ ของประเทศแคนาดา ออสเตรเลีย และเกาหลีใต้ ซึ่งมีประสบการณ์ในการพัฒนาสุขภาพทั้งด้านการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า การส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค ตลอดจนการลดปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพของประชาชน ซึ่งสามารถนำมาประยุกต์ใช้กับการปรับโครงสร้างและการบริหารนโยบายและยุทธศาสตร์ของกระทรวงสาธารณสุขของประเทศไทยได้

ประเทศแคนาดา ออสเตรเลีย และเกาหลีใต้ จัดอยู่ในกลุ่มประเทศที่มีรายได้สูง มีการพัฒนาด้านเศรษฐกิจและสังคม โดยเฉพาะการพัฒนาสุขภาพอนามัยของประชากร ส่งผลให้ประชากรมีอายุยืนยาวมากกว่า 80 ปี และมีสัดส่วนผู้สูงอายุ 65 ปี ขึ้นไปมากกว่าร้อยละ 10 มีการกระจายอำนาจจากส่วนกลางสู่ท้องถิ่นเต็มรูปแบบ รัฐบาลกลางเป็นผู้ชี้แนะนโยบาย จัดสรรงบประมาณสนับสนุนการดำเนินงานของระดับรัฐ เขต จังหวัดที่สนองตอบนโยบายของรัฐบาลกลาง โดยที่ท้องถิ่นเป็นผู้รับผิดชอบดูแลสุขภาพประชาชนโดยเฉพาะการสร้างหลักประกันสุขภาพ การเข้าถึงการบริการสุขภาพ

ประเทศแคนาดา ได้จัดตั้งองค์กรใหม่ระดับเดียวกับกระทรวงสุขภาพเพื่อการบริหารยุทธศาสตร์สุขภาพโดยตรง คือ Public Health Agency of Canada (PHAC) เป็นหน่วยงานของรัฐก่อตั้งขึ้นในปี 2004 เป็นองค์กรภายใต้การกำกับของรัฐบาลกลาง ภายใต้กฎหมาย Public Health Agency of Canada Act (2006) หัวหน้าสำนักงานรายงานตรงต่อรัฐมนตรีสาธารณสุข โดยมีเป้าหมายในการนำเสนอแนะนโยบายสุขภาพ การสนับสนุนข้อมูลความรู้ และการพัฒนาสมรรถนะองค์กร เพื่อพัฒนาให้เกิดระบบสุขภาพที่ยั่งยืนขึ้นในแคนาดา เน้นการส่งเสริมป้องกันสุขภาพและความปลอดภัย และลดภาวะคุกคามต่างๆ ของชาวแคนาดา ผ่านบทบาทการเป็นผู้นำประสานเครือข่าย สร้างและผลักดันให้เกิดนวัตกรรมในงานส่งเสริมสุขภาพ โดยทำงานใกล้ชิดร่วมกับรัฐ จังหวัด ท้องถิ่น และภาคีความร่วมมือต่างๆ ส่วนการประกันสุขภาพถ้วนหน้าภายใต้ Medicare อยู่ภายใต้การบริหารจัดการของรัฐ/จังหวัดและท้องถิ่น

ประเทศออสเตรเลีย ปกครองแบบสหพันธรัฐคล้ายกับแคนาดา รัฐและเขตปกครองมีอิสระในการกำหนดนโยบายและการดำเนินกิจการภายใน โดยเฉพาะอย่างยิ่งในด้านที่เกี่ยวกับสุขภาพ

ระบบสุขภาพของออสเตรเลียจึงมีความหลากหลายโดยเฉพาะการสร้างเสริมสุขภาพ มีการดำเนินงานเป็นส่วนหนึ่งของระบบบริการสุขภาพทั้งในระดับของรัฐบาลกลาง รัฐและเขตปกครอง เสริมด้วยองค์กรเอกชนหรือมูลนิธิสร้างเสริมสุขภาพที่ดำเนินงานเป็นอิสระ ได้มีการจัดตั้งหน่วยงานระดับชาติ ที่เรียกว่า National Health Promotion Authority ให้ขึ้นตรงต่อ Australian Health Minister's Advisory Council โดยมีผู้แทนจากหน่วยงานต่างๆของรัฐบาลกลางที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ เช่น กระทรวงสุขภาพ กระทรวงเกษตร การศึกษาและการขนส่ง และตัวแทนจากรัฐและเขตปกครองต่างๆ รวมทั้งตัวแทนฝ่ายที่มีใช้หน่วยงานของรัฐ มีเงินทุนสนับสนุน ให้ดูแลการพัฒนา ด้านการวิจัย การพัฒนาบุคลากร และการวางยุทธศาสตร์การสร้างเสริมสุขภาพ เป็นต้น เมื่อเปรียบเทียบกับประเทศแคนาดาแล้วรัฐบาลกลางออสเตรเลียนี้นับว่ามากกว่า ส่วนการประกันสุขภาพถ้วนหน้าภายใต้ Medicare Australia มีมาตั้งแต่ปี 1984 แต่ปัจจุบันมีการปรับโครงสร้างองค์กรไปอยู่ภายใต้ Minister of Human Services ซึ่งรัฐจ่ายให้ประมาณ 75% ของค่าใช้จ่ายในการให้บริการรักษาพยาบาล โดยประชาชนอาจมีประกันสุขภาพเอกชนสมทบในส่วนที่จะต้องจ่ายเพิ่ม รัฐบาลกลางได้มีความพยายามในการกำหนดยุทธศาสตร์ระดับชาติในการป้องกันและสร้างเสริมสุขภาพใน 3 ปัจจัยเสี่ยงหลักต่อสุขภาพ คือ ภาวะโรคอ้วน การบริโภคยาสูบ และ เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ เพื่อให้มีทิศทางการทำงานในระยะยาว สอดคล้องกันในทุกระดับ คือ รัฐบาลกลาง รัฐ และท้องถิ่นต่างๆ ซึ่งจะส่งผลลัพธ์เชิงบวกต่อสุขภาพของชาวออสเตรเลียโดยตั้งวิสัยทัศน์ให้ประเทศมีสุขภาพะสูงที่สุดของโลกภายในปี 2020 (Australia : The Healthiest Country By 2020)

ประเทศสาธารณรัฐเกาหลีเป็นประเทศหนึ่งในเอเชียที่สามารถสร้างหลักประกันสุขภาพภายใต้ระบบประกันสังคมให้กับประชาชนได้อย่างถ้วนหน้าภายในระยะเวลาอันสั้นเพียง 12 ปี การจัดระบบหลักประกันสุขภาพของประเทศเกาหลีใต้ ได้รับการประเมินจากองค์การอนามัยโลกว่าเป็นระบบที่ประสบความสำเร็จสูงสุดในเรื่องการสร้างหลักประกันสุขภาพให้ประชาชน ครอบคลุมทั้งหมด 48.7 ล้านคน โดย 97% ของประชากรมีส่วนร่วมจ่าย โดยมี National Health Insurance Corporation เป็นหน่วยงานอิสระภายใต้การกำกับของกระทรวงสาธารณสุขและสวัสดิการสังคม ตั้งขึ้นในปี 2000 มีหน้าที่บริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพที่ครอบคลุมประชากรทั้งประเทศ มีการนำเทคโนโลยีสารสนเทศมาใช้ในการบริหารจัดการระบบได้อย่างมีประสิทธิภาพ จากการปฏิรูประบบสุขภาพของเกาหลีในช่วงหลังที่มุ่งเน้นการเพิ่มประสิทธิภาพของระบบ ทั้งในด้านการลงทุนด้านการส่งเสริมสุขภาพมากขึ้น การรวมระบบประกันสุขภาพ การพยายามปรับเปลี่ยนวิธีการจ่ายเงินที่จะทำให้สามารถควบคุมรายจ่ายได้ และการแยกบทบาทระหว่างการสั่งยาและการจ่ายยา นอกจากนี้รัฐบาลได้ออกกฎหมายส่งเสริมสุขภาพ และจัดตั้งกองทุนส่งเสริมสุขภาพในปี 1995 โดยใช้เงินรายได้จากการขายบุหรี่ และจากกองทุนประกันสุขภาพ

จากประสบการณ์ในการพัฒนาระบบสุขภาพของทั้งสามประเทศมีปัจจัยร่วมที่สำคัญคือ กระทรวงสาธารณสุขของประเทศมีหน้าที่กำหนดทิศทาง นโยบายและยุทธศาสตร์ ส่วนภารกิจในการดูแลสุขภาพเป็นหน้าที่ของรัฐ จังหวัด ที่มีการกระจายอำนาจลงสู่ท้องถิ่น ดังนั้นหน่วยงานหลักที่มีสมรรถนะสูงในการบริหารจัดการนโยบายและยุทธศาสตร์ การสื่อสารนโยบายสู่การปฏิบัติ จึงเป็นปัจจัยแห่งความสำเร็จในการขับเคลื่อนยุทธศาสตร์ของประเทศซึ่งไทยอาจจะนำมาประยุกต์ใช้เป็นแนวทางในการปรับโครงสร้าง บทบาทหน้าที่ กระบวนการทำงานของสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ อย่างไรก็ดี การปรับโครงสร้าง บทบาทหน้าที่ที่จะทำให้เกิดสำนักบริหารยุทธศาสตร์ (Office of Strategy Management) ได้สำเร็จนั้นทรัพยากรบุคคลมีความสำคัญอย่างยิ่ง โดยเฉพาะการพัฒนาสมรรถนะบุคคลกร การคัดเลือกบุคคลากรที่มีศักยภาพด้านการวิเคราะห์ สังเคราะห์ และพัฒนานโยบาย ตลอดจนการลดงานที่ไม่ใช่ภารกิจหลัก และให้ความสำคัญต่อการพัฒนานโยบายและยุทธศาสตร์อย่างจริงจัง มิเช่นนั้นก็จะเป็นการปรับแต่ชื่อสำนักงานโดยไม่ส่งผลให้เกิดการปรับบทบาทในการบริหารและประสานการแปลงยุทธศาสตร์สู่การปฏิบัติ

คำสำคัญ การบริหารยุทธศาสตร์และนโยบายสุขภาพระดับชาติ แคนาดา ออสเตรเลีย เกาหลีใต้

Executive Summary

This study reviews the management of national health strategy and policy of three countries: Canada, Australia and South Korea which have the experiences in health development including universal health insurance, health promotion and disease prevention, and risk reduction. These experiences could be examples for Thailand to apply to the management of national health strategy and policy.

Canada, Australia, and South Korea are in the high-income country group, have progress in economic and social development especially in health development of their populations. These result in life expectancy longer than 80 years and high proportion of old age over 65 year more than 10%. Moreover, these three countries are fully decentralized, the central governments provide directive policies to the state or province or local government. The central governments might provide partial support budget to policy implementation of local governments that support the central policy. The local governments are responsible for health service provision under the universal health insurance policy.

Canada has established a new organization for management of health strategy and policy with the same level of health ministry called Public Health Agency of Canada in 2004 under Public Health Agency of Canada Act (2006) in which the Chief Officer of this agency reports directly to the Health Minister. This agency provides health policies, health information, and capacity building for organization to sustainable health development in Canada which emphasize health promotion and protection including reduction of health threats. This agency coordinates networks and stakeholders, enabling health promotion innovations closely collaborated with state or province or local government. However, the universal health insurance under Medicare is managed by the province and local government.

Australia likes Canada fully decentralized and governs by the states and local governments. The health system is fully managed by the states. The Medicare Australia used to be under the Minister of Health and Ageing but recently has been reorganized to be under the Minister of Human Services. Medicare Australia is the main organization that takes care of the Universal Health Insurance Policy in Australia. This policy covers the whole population in which the government pays 75% and the people pay 25% of the health services provided by both public and private facilities. While health promotion has been organized by various agencies both public and private, the central government has established called National Health Promotion Authority

directly reported to Australian Health Minister's Advisory Council in which other sectors such as Agriculture, and Education are included. The central government has put efforts in formulating national health promotion strategies to align the implementations among the central, state and local level in dealing with the three major health risks: obesity, tobacco and alcohol consumptions. The national strategies will have a positive impact on the health of the Australian population as the set vision of **"Australia : The Healthiest Country By 2020."**

South Korea is one of the Asian countries that has established the Social Health Insurance for the whole population within 12 years. It has been recognized by the World Health Organization that Korea health insurance system is the most successful system in which covers 48.7 million in which 97% of the population pay contributions to fund managed by the National Health Insurance Corporation, an independent agency established in 2000, supervised by the Ministry of Health, Welfare, and Family Affairs. This agency is responsible for administrating Health Insurance Fund, utilizing modern information technology for efficiency system management. The lately Korea health system reform focused the system efficiency in term of increase in health promotion investment, combine into single health insurance system, change in method of payment to control the medical care costs, including separation of prescribing and dispensing roles. Furthermore, the health promotion fund was established in 1995 utilizing the tobacco sale tax and health insurance fund.

From the experiences of these three countries, there are some common crucial factors: the health ministry is responsible for directing policy and strategy while the health services are the role of state, province, and local government in which decentralization is fully developed. Therefore, the high capability of the national health policy and strategy management agency is highly crucial to the success of translation health policy and strategy into implementation. However, in order to materialize the reorganization of the Bureau of Policy and Strategy to an "Office of Strategy Management (OSM)", the crucial issues are the capacity of human resources, the recruitment of capable policy analysts and reduction of work not related to policy analysis. If not, it will be only changing the name of the office instead of support effective strategy implementation role of OSM.

Key words: National health policy and strategy management, Canada, Australia, South Korea

1. บทนำ

สืบเนื่องจากการประชุมคณะทำงานวิชาการเพื่อพัฒนาข้อเสนอปรับบทบาทและโครงสร้างกระทรวงสาธารณสุขได้มีการปรึกษาหารือประเด็นการกำหนดนโยบายและยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพของประเทศและได้มีการนำเสนอบทวิเคราะห์เพื่อเสนอโครงสร้างและกระบวนการดำเนินงานสำหรับสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ (Office of Strategy Management : OSM) กระทรวงสาธารณสุข ซึ่งที่ประชุมได้ขอให้สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุขทำการทบทวนการบริหารยุทธศาสตร์และนโยบายสุขภาพระดับชาติ ในลักษณะหน่วยงาน OSM โดยศึกษาประสบการณ์จากต่างประเทศ โดยได้เลือกประเทศแคนาดา ออสเตรเลีย และเกาหลีใต้ เนื่องจากทั้งสามประเทศมีประสบการณ์การบริหารยุทธศาสตร์และนโยบายสุขภาพทั้งของกระทรวงสาธารณสุขและระดับชาติได้ดีมาก รวมถึงเป็นประเทศที่มีการกระจายอำนาจ ซึ่งอาจนำมาประยุกต์ใช้กับประเทศไทยได้

วัตถุประสงค์

เพื่อจัดทำเอกสารทางวิชาการเรื่องการทบทวนการบริหารยุทธศาสตร์และนโยบายสุขภาพระดับชาติ ของประเทศแคนาดา ออสเตรเลีย และเกาหลีใต้ ตลอดจนให้ข้อเสนอแนะต่อการปรับเปลี่ยนบทบาทหน้าที่และโครงสร้างของสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข

วิธีการศึกษา

ใช้การทบทวนเอกสารที่เกี่ยวข้องอย่างเป็นระบบ (Systematic review) เกี่ยวกับการบริหารยุทธศาสตร์และนโยบายสุขภาพระดับชาติของต่างประเทศ ได้แก่ ประเทศแคนาดา ออสเตรเลีย และเกาหลีใต้ เนื่องจากทั้งสามประเทศนี้มีการบริหารยุทธศาสตร์และนโยบายสุขภาพทั้งของกระทรวงสาธารณสุขและระดับชาติ มีการดึงการมีส่วนร่วมจากทุกภาคฝ่ายในการกำหนดนโยบายและยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพ โดยมีกรอบในการวิเคราะห์ดังนี้ 1) ศึกษาประสบการณ์การพัฒนาข้อเสนอเชิงนโยบายและทิศทางของระบบสุขภาพทั้งในระดับกระทรวง ระดับชาติ และระดับนานาชาติ พิจารณากระบวนการสนับสนุนในด้านระบบข้อมูลสุขภาพ องค์ความรู้ งานศึกษาวิจัย และการวิเคราะห์สถานการณ์และประมวลสังเคราะห์ข้อเสนอเชิงนโยบาย และศึกษาประสบการณ์พัฒนากระบวนการและประสานภาคีเครือข่าย 2) ศึกษาประสบการณ์การบริหารนโยบาย ประกอบด้วย การสื่อสารนโยบาย การกำหนดยุทธศาสตร์ การจัดทำงบประมาณ การประเมินผล การประสานผู้กำหนดนโยบาย โดยการทบทวนเอกสารที่เกี่ยวข้องในแต่ละประเด็น (Document review) อาจประกอบด้วยรายงานการวิจัย เอกสารทางวิชาการ กฎหมาย กฎกระทรวง จดหมายข่าว

หนังสือพิมพ์, fact sheet, policy brief, รายงานการประชุม, ผลการดำเนินงานของหน่วยงานต่างๆ
ในกระทรวงสาธารณสุขและภาคีที่เกี่ยวข้อง

2. การพัฒนานโยบายยุทธศาสตร์สุขภาพของประเทศแคนาดา

ความเป็นมาของระบบสุขภาพของประเทศแคนาดา

การปกครองของแคนาดาเป็นแบบสหพันธรัฐ ประกอบด้วย รัฐ (Provinces) 10 รัฐ และเขตปกครอง (Territories) อีก 3 เขต ซึ่งต่างก็มีรัฐบาลของตน และมีการปกครองท้องถิ่นที่เรียกว่า Municipality ในขณะเดียวกันก็มีรัฐบาลกลาง (Federal government) เรื่องการดูแลสุขภาพของประชาชน เป็นภารกิจหลักของรัฐและเขตปกครองจัดการกันเอง รัฐบาลกลางไม่อาจสั่งการได้ แต่ก็มีบทบาทสำคัญในทางอ้อม ชี้นำนโยบายได้ด้วยการจัดสรรงบประมาณสนับสนุนการดำเนินงานที่ตรงกับนโยบายของรัฐบาลกลาง บทบาทนี้จึงขึ้นอยู่กับความเข้มแข็งทางการเมือง และภาวะทางเศรษฐกิจเป็นสำคัญ

ระบบการปกครองและการเมืองเป็นปัจจัยสำคัญอย่างหนึ่งที่มีอิทธิพลต่อการกำหนดนโยบาย ระบบ องค์การ ตลอดจนถึงการปฏิบัติงาน แคนาดามีการกระจายอำนาจสู่ท้องถิ่นเต็มรูปแบบตั้งแต่เริ่มตั้งประเทศ ซึ่งมีการประกันสุขภาพเริ่มตั้งแต่ปี 1961 ในบางรัฐ โดยต่อมาได้มีการออกพระราชบัญญัติ Canada Health Act ⁽¹⁾ ปี 1984 ให้ครอบคลุมทั้งประเทศมีหลักการสำคัญ 5 ประการที่เกี่ยวข้องกับการเข้าถึงบริการสุขภาพที่อยู่ภายใต้ระบบหลักประกันถ้วนหน้า (Universal Health Insurance System) ได้แก่

-Comprehensive

-Universal

-Portable

-Accessible

-Publicly Administered

นอกจากนี้แคนาดายังเป็นต้นกำเนิดของเรื่องการสร้างเสริมสุขภาพ (การส่งเสริมสุขภาพแนวใหม่) โดยเป็นที่มาของ Ottawa Charter ⁽²⁾ ในปี 1985 ซึ่งมีความเกี่ยวข้องกับภาวะทางเศรษฐกิจ สังคม และการเมืองในระบุนั้น

องค์กรหลักในการพัฒนานโยบายและยุทธศาสตร์สุขภาพ

กระทรวงสุขภาพ (Health Canada)

Health Canada ⁽³⁾ เป็นหน่วยงานของรัฐมีหน้าที่สนับสนุนและยกระดับสุขภาพของชาวแคนาดา และขยายกรอบการทำงานไปถึงการยกระดับสุขภาพของประชากรโลกด้วย มีบทบาทหลัก 3 ด้าน ได้แก่

1. การควบคุมกำกับ (Regulator) เพื่อความปลอดภัยในการบริโภคผลิตภัณฑ์ต่างๆ ทั้งด้านอาหาร ยา อุปกรณ์ทางการแพทย์ ผลิตภัณฑ์เพื่อสุขภาพจากธรรมชาติ สินค้าสำหรับอุปโภคบริโภค สารเคมี อุปกรณ์ที่ใช้กัมมันตภาพรังสี เครื่องสำอาง และยาฆ่าแมลง ตลอดจนการควบคุมยาสูบและสารที่อยู่ในข่ายควบคุม การจัดการความเสี่ยงจากปัจจัยสิ่งแวดล้อม เช่น อาหาร น้ำ รังสี ในสถานประกอบการ และสิ่งแวดล้อมปนเปื้อนต่างๆ

2. การให้บริการ (Service provider) รัฐบาลจัดบริการด้านสุขภาพพื้นฐาน สำหรับชุมชนห่างไกล นอกจากนี้ยังสนับสนุนเงินทุนสำหรับกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรคเรื้อรัง และควบคุมการแพร่ระบาดของโรคติดต่อ

3. กระตุ้นให้เกิดนวัตกรรม และเป็นผู้ให้บริการข้อมูล โดยทำงานร่วมกับรัฐบาลระดับรัฐและเขตเพื่อพัฒนาระบบสุขภาพที่เป็นประเด็นระดับชาติ และสนับสนุนให้เกิดการนำแนวปฏิบัติที่ดีไปใช้

แผนการดำเนินงานเพื่อให้บรรลุผลลัพธ์เชิงยุทธศาสตร์โดยสรุป

1. ระบบสุขภาพที่เข้าถึงง่ายและยั่งยืนที่ตอบสนองความต้องการด้านสุขภาพของชาวแคนาดา

Health Canada เป็นทั้งภาคีหุ้นส่วนและผู้นำในระบบสุขภาพของแคนาดา ดำเนินงานใกล้ชิดกับรัฐบาลระดับรัฐและเขต รวมทั้งองค์กรด้านสุขภาพต่างๆ และกลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสียต่างๆ โดยแสวงหาแนวทางที่เป็นนวัตกรรมและองค์ความรู้ที่ตอบสนองต่อประเด็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญๆ มุ่งให้ชาวแคนาดาเข้าถึงบริการสุขภาพที่มีประสิทธิภาพและประสิทธิผล และพัฒนานโยบายที่รองรับความต้องการการใช้บริการสุขภาพที่มากขึ้น

- กิจกรรมดำเนินงานด้านระบบสุขภาพของชาวแคนาดา (Canadian Health System)

Health Canada จัดทำคำแนะนำด้านนโยบายในประเด็นบริการสุขภาพ เช่น ปรับปรุงการเข้าถึง คุณภาพ และการบูรณาการบริการด้านสุขภาพไม่ว่าชาวแคนาดาจะพำนักที่ใดหรือไม่ว่าจะมีฐานะการเงินอย่างไร เพื่อให้มั่นใจว่าในระยะยาวจะมีความเท่าเทียมกัน มีความยั่งยืน และสามารถจ่ายได้ โดยความร่วมมือใกล้ชิดระหว่างรัฐ เขต บุคลากรวิชาชีพด้านสุขภาพ นักบริหารและผู้มีส่วนได้ส่วนเสียหลักๆ เพื่อให้มั่นใจว่าจะมีการปฏิบัติตาม พรบ. ด้านสุขภาพ (the Canada Health Act) ลดระยะเวลารอคอยสำหรับบริการที่จำเป็น พัฒนาระบบข้อมูลและมาตรการสุขภาพ ทำให้กลุ่มเฉพาะต่างๆ เข้าถึงบริการสุขภาพ เช่น กลุ่มผู้หญิงในชนกลุ่มน้อย

2. การเข้าถึงผลิตภัณฑ์สุขภาพและอาหารที่ปลอดภัย และมีข้อมูลสำหรับทางเลือกเพื่อสุขภาพ

ดำเนินกิจกรรมประกอบด้วย การประเมินและควบคุมกำกับด้านความปลอดภัย คุณภาพ และประสิทธิภาพของยา วัคซีน อุปกรณ์การแพทย์ ผลิตภัณฑ์จากธรรมชาติ และผลิตภัณฑ์ด้านการรักษาต่างๆ ตลอดจนความปลอดภัยและคุณค่าทางโภชนาการของผลิตภัณฑ์อาหาร ดำเนินการพัฒนานโยบายและมาตรฐานด้านคุณค่าโภชนาการ เช่น เผยแพร่ แนวทางอาหารสำหรับชาวแคนาดา (Canada's Food Guide) โดยในปี 2009-2010 จะดำเนินงานตามแผนปฏิบัติการ 5 ปีด้านอาหารปลอดภัย มุ่งพัฒนาระบบความปลอดภัยด้านอาหาร ผลิตภัณฑ์สุขภาพ และสินค้าอุปโภคบริโภค ให้ทันสมัยและเข้มแข็งขึ้น

3. ลดปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพและสิ่งแวดล้อมจากผลิตภัณฑ์และสารต่างๆ และส่งเสริมวิถีชีวิตและสิ่งแวดล้อมของการทำงานที่เอื้อต่อสุขภาพอย่างยั่งยืน

Health Canada ดำเนินงานที่หลากหลายที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพของชาวแคนาดา ได้แก่ น้ำดื่มปลอดภัย คุณภาพอากาศ การสัมผัสสารรังสี การใช้สารเสพติดและแอลกอฮอล์ การบริโภคยาสูบ และผู้ได้รับผลจากควันบุหรี่ สร้างเสริมสุขภาพในสถานประกอบการ และการใช้สารเคมีในสถานประกอบการและสิ่งแวดล้อม ตลอดจนการเตรียมความพร้อมสำหรับเหตุฉุกเฉินจากสารเคมีและนิวเคลียร์ การตรวจสอบอาหารและน้ำในที่สาธารณะสำหรับนักเดินทาง ทั้งนี้ การดำเนินงานจะอยู่ภายใต้กฎหมายต่างๆ เช่น กฎหมายด้านสิ่งแวดล้อม อาหาร ยา สารอันตราย การควบคุมการบริโภคยาสูบ การกักกันโรคติดต่อ ควบคุมผลิตภัณฑ์เกี่ยวกับสัตว์เลี้ยง เป็นต้น

เนื่องจากการดำเนินงานเกี่ยวกับสุขภาพเป็นหน้าที่ของรัฐและเขตปกครอง ในด้านนโยบายรัฐบาลกลางจึงทำได้เพียงการแสดงวิสัยทัศน์และชี้แนะแนวนโยบายการสร้างเสริมสุขภาพ ชักชวนให้ผู้ปฏิบัตินำไปใช้ และชักจูงให้มีการนำไปใช้ในทางปฏิบัติด้วยการเสนอโครงการที่มีทุนสนับสนุน โดยให้องค์กรอื่นที่มีใช้หน่วยงานของรัฐรับไปดำเนินการแทน

ในระดับรัฐและเขตปกครอง แต่ละแห่งมีสิทธิที่จะนำนโยบายดังกล่าวไปปฏิบัติหรือไม่ก็ได้ แต่ในความเป็นจริง ในที่สุดก็นำไปใช้ มากบ้างน้อยบ้าง ช้าบ้างเร็วบ้าง ทั้งนี้เนื่องจากรัฐบาลกลางเสนอโครงการต่างๆ ที่มีงบประมาณสนับสนุนด้วย และแต่ละรัฐก็มีกลุ่มบุคคลและองค์กรต่างๆ ที่เข้มแข็งพอ ที่จะกระตุ้นให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในการกำหนดนโยบาย และมีการแลกเปลี่ยนความรู้และประสบการณ์กันระหว่างกลุ่มและองค์กรต่างๆ ทั้งภายในรัฐและระหว่างรัฐ

องค์การสาธารณสุขแคนาดา (Public Health Agency of Canada)

Public Health Agency of Canada (PHAC)⁽⁴⁾ เป็นหน่วยงานของรัฐและเป็นหนึ่งในระบบบริการสุขภาพของแคนาดา ก่อตั้งขึ้นในปี 2004 เป็นองค์กรภายใต้การกำกับของรัฐบาลกลาง ภายใต้กฎหมาย Public Health Agency of Canada Act (2006) มีจุดมุ่งหมายที่จะส่งเสริมป้องกันสุขภาพและความปลอดภัย และภาวะคุกคามต่างๆ ของชาวแคนาดา ผ่านบทบาทการเป็นผู้นำ ประสานเครือข่าย สร้างและผลักดันให้เกิดนวัตกรรมในงานส่งเสริมสุขภาพ PHAC ทำงานใกล้ชิดร่วมกับรัฐ จังหวัด ส่วนท้องถิ่น และภาคีความร่วมมือต่างๆ การส่งเสริมสุขภาพอย่างเข้มข้นโดยทำงานร่วมกับเครือข่ายพันธมิตรที่จะพัฒนาและสร้างความแข็งแกร่งให้กับสุขภาพโดยรวมในสังคม ตลอดจนป้องกันภาวะคุกคามจากโรคใหม่ๆ ที่ยังไม่มีภูมิคุ้มกัน

เป้าหมายของ PHAC คือการนำเสนอนโยบายสุขภาพ การสนับสนุนข้อมูลความรู้ และการพัฒนาสมรรถนะองค์กร เพื่อพัฒนาให้เกิดระบบสุขภาพที่ยั่งยืนขึ้นในแคนาดา⁽⁵⁾ PHAC มีบุคลากรทั่วประเทศประมาณ 2,100 คน มีสำนักงานภาค 16 แห่ง สำนักงานใหญ่ตั้งอยู่ในเมืองออตตาวา หัวหน้าสำนักงาน หรือ Chief Public Health Officer (CPHO) รายงานต่อรัฐมนตรีสาธารณสุข

Strategic Plan 2007-2012

วิสัยทัศน์ (Vision) สุขภาพของชาวแคนาดาและชุมชนในโลกที่มีสุขภาพะ

พันธกิจ (Mission) ให้การสนับสนุนและดูแลสุขภาพของชาวแคนาดาผ่านบทบาทการเป็นผู้นำ ประสานกับภาคีเครือข่าย สร้างและผลักดันให้เกิดนวัตกรรมในงานส่งเสริมสุขภาพ แผนยุทธศาสตร์ของ PHAC เป็นแผน 5 ปี ที่แสดงถึงแผนงานที่จัดลำดับความสำคัญ รวมทั้งงบประมาณ ตั้งอยู่บนพื้นฐานการใช้ข้อมูลความรู้ ขับเคลื่อนการดำเนินงานตามมาตรการต่างๆ และแผนยุทธศาสตร์นี้นอกจากจะใช้เพื่อประสานการจัดการภายในองค์กรแล้ว ยังช่วยในการสื่อสารวิสัยทัศน์ต่อภาคีพันธมิตร ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย และสาธารณะ ซึ่งกลุ่มเหล่านี้จะใช้แผนกลยุทธ์ของ PHAC เป็นแนวทางดำเนินงานอีกด้วย

วัตถุประสงค์

1. คาดการณ์และตอบสนองความจำเป็นด้านสุขภาพของชาวแคนาดา
2. ให้มั่นใจว่าการดำเนินงานอยู่ภายใต้การบูรณาการข้อมูล และความรู้
3. พัฒนาศักยภาพบุคลากรที่เกี่ยวข้องอย่างต่อเนื่อง โดยสนับสนุนเครื่องมือ การเป็นผู้นำ ภายใต้การให้ความมั่นใจที่จะสร้างบรรยากาศแห่งการสนับสนุน ขั้นตอนการทำงานและกำหนดเป้าหมายตามยุทธศาสตร์
1. จัดทำแผนส่งเสริมสุขภาพที่กำหนดเป้าหมายร่วมกับทุกภาคีหลัก เช่น ภาครัฐ ส่วนท้องถิ่น และประชาคม

2. รัฐบาลประกาศเป้าหมายสุขภาพสำหรับเด็กและเยาวชน (อายุระหว่าง 5-19 ปี) ภายในปี ค.ศ. 2015 เช่น

- เด็กและเยาวชนมีอัตราการเดินเพิ่มขึ้นจาก 11,500 ก้าวต่อวัน เป็น 14,500 ก้าวต่อวัน (เท่ากับเดินเพิ่มขึ้น 30 นาทีต่อวัน)

- เพิ่มเป้าหมายร้อยละ 20 ด้านการออกกำลังกาย การบริโภคอาหารคุณภาพ และควบคุมน้ำหนัก

3. ให้การสนับสนุนงบประมาณผ่านโครงการความร่วมมือกับส่วนท้องถิ่นหลายร้อยแห่ง

PHAC ดำเนินยุทธศาสตร์หลายด้านที่ประสบความสำเร็จ เช่น การดูแลสุขภาพเด็ก ผู้สูงอายุ การประกันการว่างงาน และการดูแลชนกลุ่มน้อยในประเทศ หนึ่งในยุทธศาสตร์ที่น่าสนใจ ได้แก่ ยุทธศาสตร์สร้างวิถีชีวิตที่เอื้อต่อสุขภาวะของชาวแคนาดา (Pan-Canadian Healthy Living Strategy) ซึ่งมีวัตถุประสงค์เพื่อ พัฒนาสุขภาวะของประชาชน ลดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ โดยมุ่งเน้นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของประชาชน 3 ด้าน ได้แก่ การบริโภค การออกกำลังกาย และ การควบคุมน้ำหนัก (แคนาดามองว่าการที่ประชาชนมีน้ำหนักเกินมาตรฐานเป็นปัญหาด้านสุขภาพอันดับต้นๆ สูงกว่าปัญหาเครื่องดื่มแอลกอฮอล์) รัฐบาลกลาง รัฐ และ เขตต่างๆ ตกลงเป้าหมายร่วมกัน โดยในปี 2015 ชาวแคนาดาจะมีวิถีชีวิตที่เอื้อต่อสุขภาพทั้งการออกกำลังกาย การบริโภค และน้ำหนักที่เหมาะสม เพิ่มขึ้นร้อยละ 20 ⁽⁵⁾

แผนงาน/แผนงานย่อย ที่จะบรรลุผลลัพธ์เชิงยุทธศาสตร์ ได้แก่

1. ด้านส่งเสริมสุขภาพ (Health Promotion) PHAC ร่วมมือกับภาคีพันธมิตร สนับสนุนการดำเนินงานและกิจกรรมที่มีประสิทธิผลต่อการส่งเสริมสุขภาพ เพิ่มศักยภาพให้ชุมชนมีสุขภาพดี และ ดำเนินถึงปัจจัยกำหนดสุขภาพต่างๆ โดยมีส่วนส่งเสริมให้เกิดการพัฒนาองค์ความรู้ สนับสนุนความร่วมมือ และพัฒนาข้อมูลข่าวสารแลกเปลี่ยนระหว่างหน่วยงานที่รับผิดชอบ

○ มุ่งกลุ่มเป้าหมายเฉพาะ ได้แก่ กลุ่มด้อยโอกาสและมีภาวะเสี่ยงต่อสุขภาพ เช่น หญิงผู้สูงอายุ ชนกลุ่มน้อยต่างๆ ที่อยู่ในชนบทห่างไกล

○ ชีวิตความเป็นอยู่ที่เอื้อต่อสุขภาพดี

○ การป้องกันการบาดเจ็บ

○ ลดภาวะความรุนแรงในครอบครัว

2. ด้านป้องกันและควบคุมโรคเรื้อรัง (Chronic Disease Prevention and Control) PHAC ดำเนินงานลักษณะความร่วมมือกับ รัฐ และ เขต รัฐบาลกลางระดับประเทศและระหว่างประเทศ และผู้มีส่วนได้ส่วนเสียอื่นๆ รวมทั้ง องค์กรพัฒนาเอกชน แผนการดำเนินงานประกอบด้วย การประเมินสถานะสุขภาพของประชาชนชนระดับประเทศ และการ

สอบสวนโรคที่สัมพันธ์กับโรคเรื้อรังต่างๆ สนับสนุนให้เกิดภาวะการนำตลอดจนผู้เชี่ยวชาญในการพัฒนากลยุทธ์เพื่อการควบคุมและดำเนินการควบคุมป้องกันโรคเรื้อรังระดับประเทศซึ่งประเทศแคนาดากำลังเผชิญกับปัญหาสุขภาพที่เกิดจากโรคเรื้อรังที่ป้องกันได้

แผนงานสำคัญๆ ประกอบด้วย การวางรากฐานของระบบสุขภาพเพื่อการป้องกันโรคและการจัดการเมื่อพบอาการเริ่มต้นแต่เนิ่นๆ ดังนี้

- โรคเบาหวาน
- โรคมะเร็ง
- โรคหัวใจและหลอดเลือด
- โรคอุบัติใหม่ต่างๆ ที่มีความสำคัญในกลุ่มโรคเรื้อรัง

PHAC มีศูนย์ป้องกันและควบคุมโรคเรื้อรังที่ชื่อว่า Center for Chronic Disease Prevention and Control มีบทบาทในการพัฒนาสมรรถนะภาคีเครือข่ายที่ทำงานเกี่ยวกับโรคเรื้อรัง สนับสนุนให้มีการพัฒนาและเข้าถึงข้อมูลข่าวสารที่เกี่ยวข้อง ได้ริเริ่ม The Canadian Best Practice System สนับสนุนให้เกิดการนำข้อมูลความรู้ ข้อค้นพบสำคัญๆ จากการทำงานสร้างเสริมสุขภาพไปประยุกต์หรือปรับใช้ เป็นการทำงานผ่านเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ หรือร่วมงานกับภาคียุทธศาสตร์ต่างๆ รวมถึงเผยแพร่ข้อมูลผ่านเว็บไซต์ขององค์กรเองด้วย

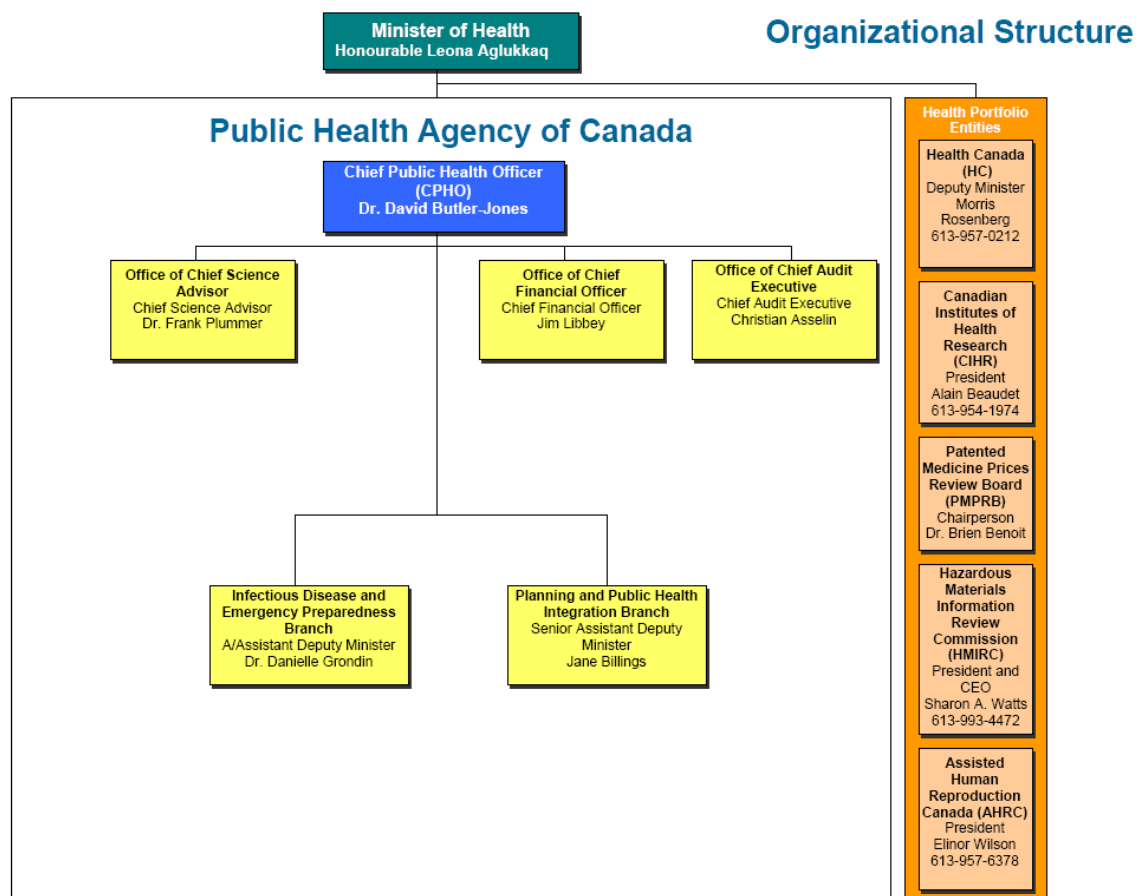
3. ด้านการควบคุมป้องกันโรคติดเชื้อ (Infectious Disease Prevention and Control) PHAC ดำเนินงานผ่านแผนงานด้านการสอบสวนโรคทางระบาดวิทยา การบริหารจัดการความเสี่ยง การพัฒนานโยบายสาธารณะด้านสุขภาพ เพื่อให้ตระหนักถึงสถานการณ์ปัจจุบันและโอกาสที่จะเกิดผลกระทบต่อระบบการดูแลสุขภาพของชาวแคนาดา และโรคติดเชื้อทั้งอุบัติใหม่ อุตุนิษัต่างๆ สามารถเป็นภาวะคุกคามร้ายแรงต่อภาวะสุขภาพ สังคม และเศรษฐกิจ ที่กระทบต่อสุขภาพของชาวแคนาดา โดยแผนงานสำคัญๆ ประกอบด้วย การป้องกัน HIV/AIDS, การป้องกันและเตรียมพร้อมรับ การระบาดของโรคหัดจากสัตว์ปีก, การให้ภูมิคุ้มกันโรคทางเดินหายใจ, การควบคุมโรคติดต่อและโรคติดเชื้อ, โรคติดเชื้อทางอาหาร น้ำดื่ม และสัตว์ต่างๆ
4. ด้านการเตรียมความพร้อมรองรับภาวะฉุกเฉิน (Emergency Preparedness and Response) PHAC เป็นจุดประสานระดับชาติในการคาดการณ์ เตรียมการ ดำเนินการรองรับ และประสานการฟื้นฟูผลกระทบต่อสุขภาพจากภัยพิบัติทางธรรมชาติหรืออุบัติภัยต่างๆ โดย

ดำเนินการภายใต้กฎหมายเฉพาะ (Quarantine Act & Emergency Act) ทั้งนี้ โดยร่วมมือกับ Health Canada และหน่วยงานรัฐบาลกลางต่างๆ รัฐ และ เขต องค์การระหว่างประเทศ และ หน่วยงานสาธารณสุขต่างๆ โดย PHAC จะประเมินภาวะคุกคามผ่านการสอบสวนโรค วิเคราะห์ความเสี่ยง บริหารจัดการความเสี่ยง และดำเนินการเพื่อเตรียมความพร้อม ตามลำดับความสำคัญ

การบริหารยุทธศาสตร์สุขภาพ

จะเห็นได้ว่าองค์การสาธารณสุขแคนาดา (Public Health Agency of Canada) เกิดขึ้นในช่วงที่มีการพัฒนา Office of Strategy Management (OSM) ใน ปี 2004 จึงมีหน่วยงานวางแผนและบูรณาการแผนสำหรับประเทศที่สอดคล้องกับโครงสร้างของ OSM คือ Planning and Public Health Integration Branch ที่มีขนาดเล็กและขึ้นตรงต่อผู้บริหาร ดังแผนภูมิที่ 1 มีแผนยุทธศาสตร์ที่ใช้เพื่อประสานการจัดการภายในองค์กร และการสื่อสารวิสัยทัศน์ต่อภาคีพันธมิตร ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย และสาธารณะ ซึ่งกลุ่มเหล่านี้จะใช้แผนกลยุทธ์ของ PHAC เป็นแนวทางดำเนินงานอีกด้วย

แผนภูมิที่ 1 โครงสร้างองค์กรสุขภาพของแคนาดา



Source: Public Health Agency of Canada. ⁽⁴⁾

3. การพัฒนานโยบายยุทธศาสตร์สุขภาพของประเทศออสเตรเลีย

ความเป็นมาของระบบสุขภาพของประเทศออสเตรเลีย

ออสเตรเลียเป็นประเทศที่พัฒนาแล้ว มีประชากรประมาณ 22.3 ล้านคน (ปี 2010) สถานะทางสุขภาพโดยรวมดี อายุขัยเฉลี่ยผู้ชาย 79 ปี หญิง 84 ปี แต่ชนพื้นเมืองดั้งเดิมยังมีสถานะทางสุขภาพด้อยกว่ามาก ออสเตรเลียเป็นตัวอย่างของประเทศที่ริเริ่มงานด้านการสร้างเสริมสุขภาพตามกฎหมายอย่างจริงจังตั้งแต่ปี 1986 รัฐบาลกลางของออสเตรเลียตั้ง Better Health Commission ขึ้นร่างเป้าหมายและนโยบายระดับชาติ ต่อมาในปี 1988 ออสเตรเลียก็รับเป็นเจ้าภาพจัดการประชุมระหว่างประเทศว่าด้วยการสร้างเสริมสุขภาพครั้งที่สอง

เนื่องจากออสเตรียปกครองแบบสหพันธรัฐคล้ายกับแคนาดา รัฐและเขตปกครอง (States and territories) มีอิสระในการกำหนดนโยบายและการดำเนินการภายใน โดยเฉพาะอย่างยิ่งในด้านการเกี่ยวกับสุขภาพ ระบบสุขภาพของออสเตรเลียจึงมีความหลากหลายโดยเฉพาะการสร้างเสริมสุขภาพมีการดำเนินงานเป็นส่วนหนึ่งของระบบบริการสุขภาพทั้งในระดับของรัฐบาลกลาง รัฐและเขตปกครอง เสริมด้วยองค์กรเอกชนหรือมูลนิธิสร้างเสริมสุขภาพที่ดำเนินงานเป็นอิสระ ส่วนการประกันสุขภาพ Medicare Australia ⁽⁶⁾ ได้มีการปรับโครงสร้างและถูกย้ายไปอยู่ภายใต้กระทรวง Human Services ในปี 2005 ภายใต้ Public Service Act 1999 รัฐบาลกลางพยายามเข้ามามีบทบาทมากขึ้นในการกำหนดนโยบายระดับชาติ ซึ่งก็เป็นที่ยอมรับของรัฐและเขตปกครองต่างๆ เมื่อเปรียบเทียบกับประเทศแคนาดาแล้วรัฐบาลกลางออสเตรียมีบทบาทมากกว่า

องค์กรหลักในการพัฒนานโยบายและยุทธศาสตร์สุขภาพ

กระทรวงสุขภาพ (Commonwealth Department of Health and Ageing) ⁽⁷⁾

รัฐบาลกลางมี Commonwealth Department of Health and Ageing เป็นผู้ดูแลเรื่องสุขภาพ โดยการสร้างเสริมสุขภาพเป็นส่วนหนึ่งของระบบสุขภาพ รัฐ และเขตปกครอง ต่างก็มีหน่วยงานซึ่งส่วนมากเรียกว่า Department of Health ดูแลเรื่องที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพในทำนองเดียวกับรัฐบาลกลาง โดยมีการประกันสุขภาพถ้วนหน้าภายใต้ Medicare Australia ตั้งแต่ปี 1974 แต่ปัจจุบันอยู่ภายใต้ Minister of Human Services ซึ่งรัฐจ่ายให้ประมาณ 75% ของค่าใช้จ่ายในการรับบริการรักษาพยาบาล โดยประชาชนอาจมีประกันสุขภาพเอกชนสมทบในส่วนที่จะต้องจ่ายเพิ่ม

การสร้างเสริมสุขภาพมีองค์กรหลากหลายที่ดำเนินการ เช่น มูลนิธิสร้างเสริมสุขภาพ (Health Promotion Foundations) เป็นจุดเด่นของออสเตรเลีย หลายรัฐมีการตั้งมูลนิธิแบบนี้ ส่วนใหญ่ใช้ภาษีจากบุหรี่และสุราเป็นเงินทุน แต่บางรัฐก็ได้รับการจัดสรรงบประมาณจากรัฐโดยตรง การดำเนินงานในรูปแบบมูลนิธิก็เพื่อหลีกเลี่ยงปัญหาความล่าช้าของระบบราชการ องค์กรที่

เกี่ยวข้องกับปัญหาสุขภาพเฉพาะเรื่อง หรือการวิจัย (Organization with a specific health or research focus) เช่น มูลนิธิโรคหัวใจแห่งชาติ คณะกรรมการต่อต้านโรคมะเร็ง และสมาคมวางแผนครอบครัว เป็นต้น องค์กรเพื่อช่วยเหลือตนเอง (Self-help organizations) เป้าหมายหลักคือให้ความช่วยเหลือกับกลุ่มผู้ที่มีปัญหาร่วมกัน เช่น สมาคมโรคอัลไซเมอร์ หรือกลุ่มผู้มีปัญหาเกี่ยวกับสุขภาพจิตต่างๆ ซึ่งมีหลายกลุ่ม เป็นต้น องค์กรที่สนับสนุนการมีส่วนร่วมของชุมชน และองค์กรเพื่อการเผยแพร่ (Organizations involved in community participation and advocacy) ส่วนมากเป็นองค์กรที่ได้รับการสนับสนุนด้วยทุนจากรัฐบาลกลางเพื่อส่งเสริมให้ผู้บริโภคและชุมชนมีส่วนร่วมในการกำหนดนโยบายของรัฐ ตัวอย่างที่ประสบความสำเร็จอย่างเห็นได้ชัดคือเรื่อง การต่อต้านการสูบบุหรี่ องค์กรวิชาชีพต่างๆ (Professional associations) เช่น สมาคมสาธารณสุขแห่งออสเตรเลีย สมาคมสุขภาพชุมชนแห่งออสเตรเลีย และแพทยสมาคมแห่งออสเตรเลียซึ่งเริ่มบทบาททางด้านการสร้างเสริมสุขภาพมาตั้งแต่ปี 1989 เป็นต้น

เนื่องจากองค์กรที่ทำงานเกี่ยวข้องกับการสร้างเสริมสุขภาพมีมากด้วยกัน การทำงานจึงอาจจะซ้ำซ้อนกัน หรือขาดการร่วมมือกัน จึงมีการเสนอให้จัดตั้งหน่วยงานระดับชาติ ที่เรียกว่า National Health Promotion Authority ให้ขึ้นตรงต่อ Australian Health Minister's Advisory Council โดยมีผู้แทนจากหน่วยงานต่างๆของรัฐบาลกลางที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ เช่น กระทรวงสุขภาพ กระทรวงเกษตร การศึกษาและการขนส่ง และตัวแทนจากรัฐและเขตปกครองต่างๆ รวมทั้งตัวแทนฝ่ายที่มีใช้หน่วยงานของรัฐ มีเงินทุนสนับสนุน ให้ดูแลการพัฒนาด้านการวิจัย การพัฒนาบุคลากร และการวางยุทธศาสตร์การสร้างเสริมสุขภาพ เป็นต้น

Medicare Australia

Medicare Australia ⁽⁶⁾ เป็นหน่วยงานหลักในการระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (Australia's universal health care system) ก่อตั้งตั้งแต่ปี 1984 ภายใต้กระทรวงสุขภาพ โดยกำหนดให้ประชาชนที่มีความสามารถในการจ่ายมีส่วนร่วมจ่าย โดยรัฐกำหนดสิทธิประโยชน์ในการรับการรักษาพยาบาลฟรีในสถานพยาบาลของรัฐ ซึ่งรัฐจ่ายให้ประมาณ 75% ของค่าใช้จ่ายในการรับบริการรักษาพยาบาล โดยประชาชนอาจมีประกันสุขภาพเอกชนสมทบในส่วนที่จะต้องจ่ายเพิ่ม ในปัจจุบันมีการปรับโครงสร้างองค์กรไปอยู่ภายใต้ Minister of Human Services

Australian Institute of Health and Welfare

เป็นหน่วยงานอิสระที่ก่อตั้งขึ้นภายใต้กฎหมาย Australian Institute of Health and Welfare Act เพื่อที่จะจัดทำข้อมูลด้านสุขภาพและสวัสดิการสังคมที่เชื่อถือได้รายงานตรงต่อรัฐสภา และ

การจัดทำนโยบายและยุทธศาสตร์สุขภาพโดยจัดทำรายงานทุกสองปี โดยรายงาน Australia's Health 2010⁽⁸⁾ และ Australia's Welfare 2011

วิวัฒนาการการสร้างเสริมสุขภาพของออสเตรเลีย

การสร้างเสริมสุขภาพเป็นเรื่องค่อนข้างใหม่ ที่มีการปรับเปลี่ยนแนวทางอยู่บ่อยๆ ออสเตรเลียก็เช่นเดียวกับประเทศพัฒนาแล้วอื่นๆ ที่การสร้างเสริมสุขภาพเริ่มต้นด้วยการคิดแก้ปัญหาสุขภาพที่มองเห็นชัดเจนอยู่แล้ว ด้วยความพยายามที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เป็นโทษต่อสุขภาพ โดยใช้วิธีการด้านสุขภาพและการสื่อสารทางการตลาดเพื่อสังคม (Social marketing) ต่อมาจึงพบว่าได้ผลดีเฉพาะกับกลุ่มคนที่มีฐานะทางเศรษฐกิจและสังคมดี ที่อยู่อาศัยและที่ทำงานเอื้ออำนวยต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมส่วนตัว โดยไม่ต้องอาศัยความช่วยเหลือจากภายนอกมากนัก เมื่อเข้าทศวรรษ 1990 จึงได้ให้ความสนใจเพิ่มขึ้นกับกลุ่มคนที่มีฐานะทางเศรษฐกิจและสังคม ทั้งนี้ด้วยความเชื่อในทฤษฎีทางสังคมที่ว่าสภาพแวดล้อม ซึ่งรวมทั้งสภาพทางกายภาพ ที่อยู่อาศัย อาชีพ รายได้ และวัฒนธรรมในชุมชน ล้วนเป็นปัจจัยสำคัญที่กำหนดพฤติกรรมของคน จึงมีความพยายามที่จะนำวิธีการใหม่ๆ เช่น การพัฒนาชุมชน (Community development) มาใช้ โดยเริ่มต้นด้วยการส่งเสริมให้ชุมชนมีส่วนร่วม (Community participation) มากขึ้น

ในระยะแรกมีเป้าหมาย เน้นปัญหาหลัก ๓ เรื่อง ได้แก่ โภชนาการ โรคหัวใจ และอุบัติเหตุ ปัญหาถัดไปได้แก่ ยาเสพติด โรคเอดส์/ไอวี/เอดส์ และสุขภาพชนพื้นเมืองดั้งเดิม โดยตั้งวิสัยทัศน์ว่า **Australia : The Healthiest Country By 2020**

ในเดือนมิถุนายน 2009 รัฐบาลออสเตรเลีย ได้จัดทำ National Preventive Health Strategy กำหนดนโยบายเพื่อการป้องกันปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพ ในประเด็น ภาวะโรคอ้วน ยาสูบ และแอลกอฮอล์ โดยมุ่งเน้นการดำเนินงานร่วมกับหน่วยงานต่างๆ ที่เป็นจุดคานงัดสำคัญที่มุ่งสู่สุขภาพที่ดีขึ้นในประเทศออสเตรเลีย ทั้งในภาคที่ดูแลด้านสุขภาพกับภาคอื่นๆ ในรัฐบาลทุกระดับ บุคคล กลุ่มต่างๆ ชุมชน อุตสาหกรรมต่างๆ รวมทั้งนักวิจัย นักวิชาการที่ต้องการสร้างองค์ความรู้ใหม่ๆ ในการปฏิบัติการ

จุดมุ่งหมายของกลยุทธ์นี้คือ การลดอัตราตายก่อนวัยอันควรจากโรคที่ป้องกันได้ให้กับชาวออสเตรเลีย ซึ่งจะส่งผลให้ระบบการดูแลสุขภาพและระบบบริการในโรงพยาบาลมีประสิทธิภาพสูงขึ้นในการให้บริการที่จำเป็น เพิ่มการสร้างผลผลิตและความสามารถในการแข่งขันในวัยแรงงาน ซึ่งจะช่วยลดภาระค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพและสังคม กลยุทธ์นี้ตอบสนองต่อความมุ่งมั่นที่จะทำให้เกิดความเท่าเทียมกันในสังคมอีกด้วย โดยเฉพาะในกลุ่มชนพื้นเมืองดั้งเดิมในออสเตรเลียที่ด้อยโอกาสกว่าทั้งด้านเศรษฐกิจ สังคม การศึกษา มีสภาพแวดล้อมในที่ทำงานที่ไม่เหมาะสม และส่งผลให้เจ็บป่วยและตายก่อนวัยอันควร⁽⁸⁾

Strategic directions การดำเนินทิศทางยุทธศาสตร์ต้องอาศัยการสนับสนุนและการประสานการดำเนินงานอย่างแข็งขันผ่านหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทั้งระดับชาติ รัฐ และท้องถิ่น ประกอบด้วย

การแสวงหาความร่วมมือและความรับผิดชอบร่วมกันกับภาคยุทธศาสตร์สำคัญ – ในหน่วยงานของรัฐทุกระดับ อุตสาหกรรม ภาคธุรกิจ สหภาพแรงงาน องค์กรพัฒนาเอกชน สถาบันวิจัย และชุมชน

ปฏิบัติการแบบล่องหน้าและกับทุกกลุ่มวัย – ดำเนินงานในกลุ่มบุคคล ครอบครัว และชุมชน โดยเริ่มตั้งแต่การดูแลสุขภาพหญิงตั้งครรภ์, การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ 6 เดือน, การดูแลสุขภาพและพัฒนาการของเด็กและวัยรุ่น, การส่งเสริมสุขภาพในโรงเรียน ที่ทำงาน และผู้สูงอายุ และกระตุ้นให้ออกกำลังกายและรับประทานอาหารที่ดีต่อสุขภาพ ตั้งแต่เด็กจนถึงสูงอายุ

เข้าถึงทุกพื้นที่ – ดำเนินงานในชุมชนท้องถิ่น ที่เป็นที่อยู่อาศัย ทำงาน ได้แก่ บ้าน โรงเรียน สถานที่ทำงาน และชุมชน โดยสร้างเสริมศักยภาพและสนับสนุนประชาชนให้สามารถเลือกสิ่งที่ดีต่อสุขภาพ

ชี้นำตลาดและพัฒนานโยบายที่สอดคล้องกันในทุกระดับ เช่น รัฐบาลกลาง รัฐ ท้องถิ่น – ตัวอย่างเช่น การใช้นโยบายภาษี การออกกฎระเบียบข้อบังคับด้านการแข่งขันทางการตลาด และด้านการปกป้องสิ่งแวดล้อม

ลดความไม่เท่าเทียม – โดยมุ่งเป้าที่กลุ่มผู้ด้อยโอกาส ในกลุ่มประชากรที่มีฐานะทางสังคมและเศรษฐกิจต่ำกว่ามาตรฐาน

มุ่งที่กลุ่มชนพื้นเมืองดั้งเดิม – เพื่อลดช่องว่างด้านสุขภาพ และลดภาระจากความเสี่ยงต่อสุขภาพ เช่น ภาวะโรคอ้วน การบริโภคยาสูบและเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

ปรับปรุงการให้บริการสาธารณสุขมูลฐานเพื่อการป้องกันโรคเรื้อรัง – โดยพัฒนาเจ้าหน้าที่ให้มีทักษะหลากหลาย มีเครื่องมือและทรัพยากรที่เพียงพอ มีระบบข้อมูลความเสี่ยงด้านสุขภาพของกลุ่มเป้าหมาย, และ มีระบบการส่งต่อไปยังสถานบริการขั้นสูงขึ้น

เป้าหมาย

ลดการเพิ่มจำนวนผู้มีน้ำหนักเกินและภาวะโรคอ้วน

ลดอุบัติการณ์ของผู้สูบบุหรี่เป็นร้อยละ 10

ลดสัดส่วนนักดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ที่ดื่มเป็นครั้งคราวต่อการดื่มในระดับความเสี่ยงสูง เป็นร้อยละ 14 และที่ดื่มเป็นการประจำต่อการดื่มในระดับความเสี่ยงสูง เป็นร้อยละ 7
ลดช่องว่างความไม่เท่าเทียมของอายุขัยเฉลี่ยของกลุ่มชนพื้นเมืองดั้งเดิมกับ กลุ่มประชาชน
ทั่วไป

ภาระโรคที่สัมพันธ์กับภาวะโรคอ้วน การสูบบุหรี่ และ ดื่มแอลกอฮอล์⁽⁹⁾

ภาวะโรคอ้วน การสูบบุหรี่ และดื่มแอลกอฮอล์ เป็นปัจจัยเสี่ยง 3 ปัจจัยใน 7 ปัจจัยเสี่ยงสูง
ที่ป้องกันได้ ซึ่งส่งผลต่อภาระโรค ภาวะโรคอ้วน การสูบบุหรี่ ส่งผลมากกว่าร้อยละ 7 ของภาระ
โรคต่างๆ ส่วนแอลกอฮอล์ส่งผลร้อยละ 3

อุบัติการณ์ของภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วนในออสเตรเลียเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ ในช่วง 30 ปีที่
ผ่านมา ในช่วง 15 ปี ตั้งแต่ปี 1990-2005 จำนวนผู้ใหญ่ชาวออสเตรเลียที่มีน้ำหนักเกินและมีภาวะ
โรคอ้วนเพิ่มขึ้น 2.8 ล้านคน และจากการสำรวจในปี 2007 พบว่าเด็กชาวออสเตรเลียอายุ 2-16 ปี
ร้อยละ 17 มีภาวะน้ำหนักเกิน และร้อยละ 6 มีภาวะโรคอ้วน

จากการคาดการณ์พบว่า การเพิ่มขึ้นของอุบัติการณ์ภาวะโรคอ้วนจะส่งผลให้ในปี 2023
โรคเบาหวาน Type 2 จะเป็นภาระโรคสำคัญอันดับแรกในผู้ชาย และอันดับสองในผู้หญิง และจะ
ทำให้ค่าใช้จ่ายในการดูแลสุขภาพเพิ่มขึ้นจาก \$1.3 พันล้าน ในปี 2003 เป็น \$8 พันล้านในปี 2023
ประมาณครึ่งหนึ่งของผู้ใหญ่ชาวออสเตรเลีย 2.9 ล้านคน สูบบุหรี่ทุกวัน และผู้ที่สูบบุหรี่เนื่อง
ยาวนานจะตายก่อนวัยอันควร ครึ่งหนึ่งจะตายเมื่อวัยกลางคน โรคที่สัมพันธ์กับการสูบบุหรี่จะทำ
ให้สูญเสีย productivity \$5.7 พันล้านต่อปี

ในปี 2004-2005 การบริโภคแอลกอฮอล์ส่งผลใหญ่หลวงต่อชุมชน คิดเป็นความสูญเสีย
ด้านอาชญากรรม \$2.6 พันล้าน, ผลต่อสุขภาพ \$1.5 พันล้าน, และการบาดเจ็บทางถนน \$2.2
พันล้าน ในภาพรวม คิดเป็นต้นทุนด้านระบบสุขภาพที่สัมพันธ์กับปัจจัยเสี่ยงทั้งสาม คิดเป็น \$6
พันล้านต่อปี และทำให้สูญเสีย productivity \$13 พันล้านต่อปี

การบริหารยุทธศาสตร์สุขภาพ

ประสบการณ์ของออสเตรเลียมีข้อสังเกตที่อาจนำมาใช้ประโยชน์ได้ ดังนี้

1. เนื่องจากระบบสุขภาพโดยเฉพาะด้านการสร้างเสริมสุขภาพ มีหน่วยงานเกี่ยวข้อง
จำนวนมาก มีปัญหาเรื่องการทำงานซ้ำซ้อนและขาดการประสานงาน ออสเตรเลียเห็นปัญหานี้จึง
เสนอให้มีการตั้งหน่วยงานระดับชาติขึ้น เรียกว่า Health Promotion Authority คล้ายคลึงกับการตั้ง
Public Health Agency ของแคนาดา ที่อาจจะนำหลักการของ OSM มาใช้ในหน่วยงาน
2. ในระยะแรกออสเตรเลีย เน้นการสร้างเสริมสุขภาพในด้านการเปลี่ยนพฤติกรรม โดย
อาศัยสุขศึกษา การสื่อสารมวลชน และการรณรงค์ ซึ่งได้ผลดี แต่ก็เหมือนในประเทศที่พัฒนาแล้ว

อื่นๆ กล่าวคือได้ผลดีเฉพาะในกลุ่มผู้ที่มีฐานะทางเศรษฐกิจและสังคมดี จึงเริ่มสนใจเรื่องความเหลื่อมล้ำ (Inequity) ทางสุขภาพ ในระยะต่อมาจึงพยายามที่จะนำเรื่อง การพัฒนาชุมชน (Community development) มาใช้ เริ่มด้วยการพยายามให้ชุมชนมีส่วนร่วม (Community participation)

3. เนื่องจากระบบบริการสุขภาพภายใต้ Medicare Australia ซึ่งเน้นการรักษาโรค เป็นระบบที่เข้มแข็ง มีเครือข่ายเข้าถึงชุมชนและประชาชนทุกระดับอยู่แล้ว จึงมีความพยายามที่จะทำให้การสร้างเสริมสุขภาพเข้าไปเป็นส่วนหนึ่งของระบบบริการสุขภาพ ซึ่งก็ได้ผลบ้างแล้ว เช่น การจัดสรรงบประมาณของระบบบริการสุขภาพให้มีส่วนหนึ่งเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพโดยเฉพาะ มีโครงการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ โครงการศูนย์อนามัยชุมชน (Community health center) เพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ และโครงการส่งเสริมให้แพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปมีบทบาททางด้านการสร้างเสริมสุขภาพ เป็นต้น

4. องค์กรที่มีใช้หน่วยงานของรัฐ มีบทบาทสำคัญ เพราะทำงานได้ด้วยความคล่องตัว เช่น มูลนิธิสุขภาพ เป็นเรื่องที่อยู่สตรเลียมบทบาทนำ อีกตัวอย่างหนึ่งที่ออสตรเลียภูมิใจ คืออุตสาหกรรมอาหาร ที่เป็นผู้นำในเรื่องการเผยแพร่เรื่องโภชนาการอย่างได้ผล

5. มีการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพในสภาพการณ์ต่างๆ (Setting) เช่น การสร้างเสริมสุขภาพในโรงเรียน การสร้างเสริมสุขภาพในสถานที่ทำงาน และการสร้างเสริมสุขภาพในชุมชน เป็นต้น

6. การดำเนินงานบางอย่างต้องอาศัยกฎหมายเป็นเครื่องมือ เช่น การจัดเก็บภาษี และการจัดสรรงบประมาณเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ และกฎหมายควบคุมสิ่งแวดล้อม เป็นต้น

7.รัฐบาลกลางได้มีความพยายามในการกำหนดยุทธศาสตร์ระดับชาติในการป้องกันและสร้างเสริมสุขภาพใน 3 ปัจจัยเสี่ยงหลักต่อสุขภาพ คือ ภาวะโรคอ้วน การบริโภคยาสูบ และเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ เพื่อให้มีทิศทางการทำงานในระยะยาว สอดคล้องกันในทุกระดับ คือ รัฐบาลกลาง รัฐ และท้องถิ่นต่างๆ ซึ่งจะส่งผลให้ประชากรชาวออสตรเลีย

4. การพัฒนานโยบายยุทธศาสตร์สุขภาพของประเทศสาธารณรัฐเกาหลี

ความเป็นมาของระบบสุขภาพของประเทศสาธารณรัฐเกาหลี

ประเทศสาธารณรัฐเกาหลีเป็นประเทศที่ประสบความสำเร็จในการพัฒนาทางเศรษฐกิจและสังคม ได้ปรับสถานะเป็นประเทศพัฒนาแล้วอย่างเต็มตัวและร่วมกับประเทศที่พัฒนาแล้วและองค์การระหว่างประเทศให้ความช่วยเหลือประเทศที่กำลังพัฒนา ในการต่อสู้กับความยากจนของโลก และการบรรลุเป้าหมายการพัฒนาแห่งสหัสวรรษของสหประชาชาติ (Millennium Development Goals) เกาหลีได้ประกาศนโยบายส่งเสริมการพัฒนาเศรษฐกิจและอุตสาหกรรมที่เป็นมิตรกับสิ่งแวดล้อม เป็นวิสัยทัศน์ใหม่แห่งชาติในการพัฒนาประเทศในอีก 60 ปีข้างหน้า เพื่อรับมือกับปัญหาการเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศ (climate change) และประเด็นความมั่นคงด้านพลังงาน และนำประเทศไปสู่การเป็น green economic power อันดับที่ 5 ของโลกในปี ค.ศ. 2050 ภายใต้ยุทธศาสตร์หลัก 3 ประการ คือ

- 1) การปรับตัวกับการเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศและการใช้พลังงานอย่างมีประสิทธิภาพ
- 2) สร้างพลังขับเคลื่อนการเติบโตทางเศรษฐกิจโดยการส่งเสริมการพัฒนา green technology และ green industry และ
- 3) พัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชนให้สูงขึ้นและสนับสนุนความพยายามระหว่างประเทศในการแก้ไขปัญหาการเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศ

ประเทศสาธารณรัฐเกาหลีเป็นประเทศหนึ่งในเอเชียที่สามารถสร้างหลักประกันสุขภาพให้กับประชาชนได้อย่างทั่วหน้าภายในระยะเวลาอันสั้นเพียง 12 ปี การขยายตัวอย่างรวดเร็วของเศรษฐกิจ ทำให้มาตรฐานการดำรงชีพดีขึ้น ความคาดหวังของประชาชนเพิ่มขึ้น ขณะเดียวกันความสามารถในการจ่ายก็เพิ่มขึ้น ความสำเร็จของการขยายความครอบคลุมของ ระบบประกันสุขภาพมีส่วนสัมพันธ์กับการขยายตัวของระบบเศรษฐกิจอย่างต่อเนื่อง ประกอบกับปัจจัยด้านการเมืองก็มีส่วนสำคัญในการผลักดันการสร้างหลักประกันสุขภาพให้ครอบคลุมประชาชนทุกคน ในช่วงที่ประเทศประสบภาวะวิกฤตเศรษฐกิจในปลายปี 1998 ก็เป็นแรงผลักดันให้เห็นถึงความจำเป็นของการเพิ่มประสิทธิภาพของระบบบริการทางการแพทย์และสาธารณสุข โดยมีการรวมกองทุนกลุ่มประชาชนที่ไม่มีรายได้ประจำและกองทุนสำหรับกลุ่มข้าราชการและครูเข้าด้วยกัน อยู่ภายใต้ มีการปรับวิธีการคิดคำนวณเบี้ยประกันใหม่ ปี 2000 การแยกอำนาจการสั่งยา และการจ่ายยาออกจากกัน รวมกองทุนสุขภาพต่างๆ เป็นกองทุนเดียวกันภายใต้หน่วยงาน National Health Insurance Corporation การรวมระบบประกันสุขภาพเกิดในช่วงที่มีรัฐบาลใหม่ที่ได้รับการยอมรับจากประชาชน กลไกสำคัญของการปฏิรูปคือนโยบายของพรรคการเมืองและการออกกฎหมาย ทั้งนี้ มาตรการที่ใช้มีทั้ง การขยายความครอบคลุมการมีหลักประกันและชุดสิทธิประโยชน์ การขยาย

ระบบบริการไปยังในชนบทและพัฒนาคุณภาพระบบบริการ การปรับโครงสร้างของระบบประกัน มีการรวมระบบและองค์กรประกันสุขภาพ การปรับเปลี่ยนวิธีการจ่ายเงินให้กับผู้ให้บริการ การแยกบทบาทระหว่างการสั่งยาและการจ่ายยา และการลงทุนในบริการด้านการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ในด้านความสำเร็จของการปฏิรูประบบสุขภาพนั้น กล่าวได้ว่าประสบความสำเร็จในการจัดระบบหลักประกันสุขภาพของประเทศเกาหลีใต้ ได้รับการประเมินจากองค์การอนามัยโลก ว่าเป็นระบบที่ประสบความสำเร็จสูงสุดในเรื่องการสร้างหลักประกันสุขภาพให้ประชาชนได้ ครอบคลุมทั้งหมด 48.7 ล้านคน โดย 97% ของประชากรมีส่วนร่วมจ่าย มีการนำเทคโนโลยีสารสนเทศมาใช้ในการบริหารจัดการระบบได้อย่างมีประสิทธิภาพ แต่ก็ยังคงมีปัญหาที่ต้องแก้ไข ในด้านภาระค่าใช้จ่ายสูงที่ประชาชนต้องร่วมจ่ายในการใช้บริการรักษาพยาบาล (co-payment) ถึง 30% ของค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล⁽¹⁰⁾

องค์กรหลักในการพัฒนานโยบายและยุทธศาสตร์สุขภาพ

กระทรวงสาธารณสุข สวัสดิการสังคมและครอบครัว (Ministry of Health, Welfare and Family Affairs)

จากแผนภูมิที่ 2 จะเห็นว่ากระทรวงสาธารณสุข สวัสดิการสังคมและครอบครัวของเกาหลีใต้มีโครงสร้างระดับสำนักงานดูแลตามนโยบายได้แก่ ด้านสุขภาพ ด้านการรักษาพยาบาล สวัสดิการสังคม ผู้สูงอายุ คนพิการ ด้านค่าบริการสุขภาพ และแต่ละหน่วยงานมีการบริหารนโยบายและยุทธศาสตร์ของตนเอง มีส่วนร่วมในการกำหนดนโยบายและให้ข้อเสนอแนะกับ National Health Insurance Corporation ด้านการประกันสุขภาพ ตามแผนภูมิที่ 3

National Health Insurance Corporation

เป็นหน่วยงานหลักของรัฐที่รับผิดชอบในการบริหารจัดการระบบประกันสุขภาพ ซึ่งจัดอยู่ในระบบประกันสังคมของประเทศเกาหลี ตามแผนภูมิที่ 4

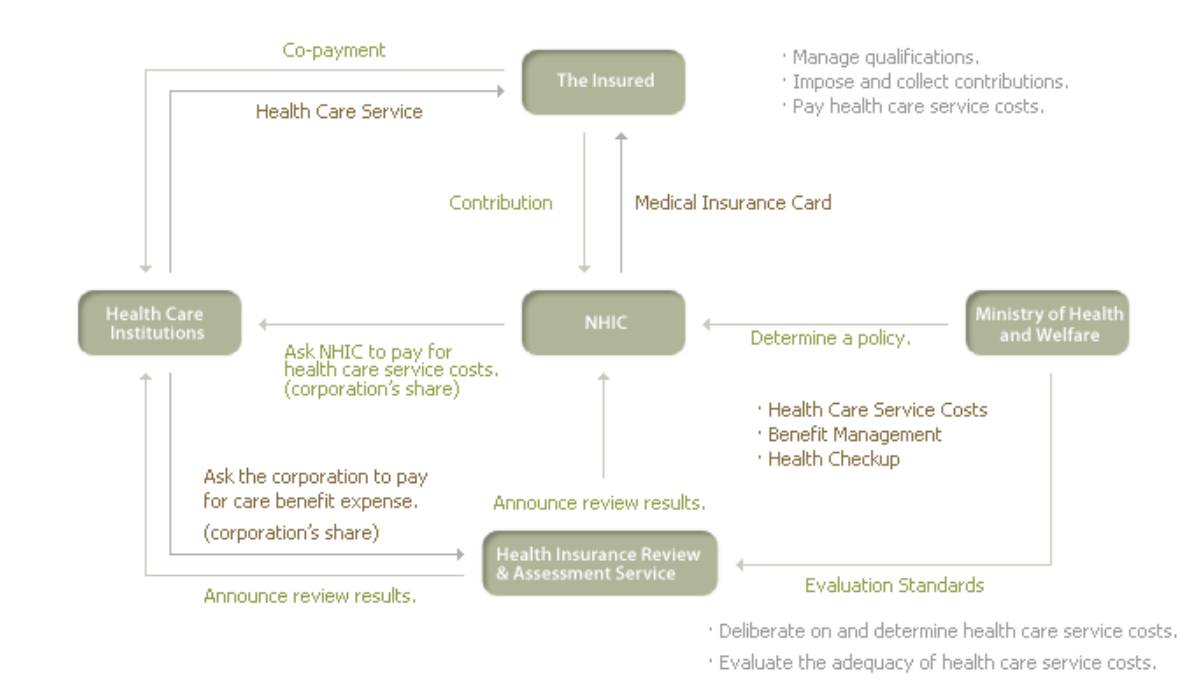
ระบบประกันของเกาหลี ประกอบด้วย 3 ระบบย่อย ได้แก่

1. ประกันสังคม (**ประกันสุขภาพ**, หลักประกันการดูแลสำหรับผู้สูงอายุในระยะยาว, บำเหน็จบำนาญแห่งชาติ, หลักประกันการว่างงาน, การประกันอุบัติเหตุในอุตสาหกรรม)
2. การให้ความช่วยเหลือประชาชน (ความมั่นคงในชีวิตขั้นพื้นฐาน, การรักษาทางการแพทย์)
3. สวัสดิการทางสังคม (สวัสดิการผู้สูงอายุ, สวัสดิการสำหรับผู้พิการ, สวัสดิการสำหรับเด็ก, สวัสดิการสำหรับผู้หญิง, สวัสดิการด้านการแพทย์และด้านจิตวิทยาสังคม)

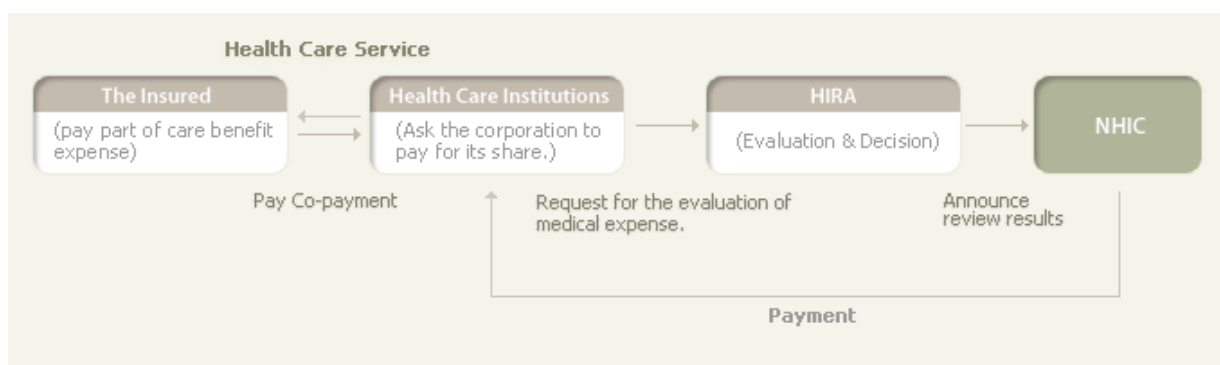
แผนภูมิที่ 2 Ministry of Health, Welfare and Family Affairs⁽¹¹⁾



แผนภูมิที่ 3 National Health Insurance Operation System ⁽¹²⁾



แผนภูมิที่ 4 Health Care Service System ⁽¹²⁾



ปัจจุบันประชาชนเกาหลีจะต้องมีการสมัครประกันสังคมภาคบังคับตามกฎหมาย คือ ความมั่นคงทางรายได้ การรักษาพยาบาล การฟื้นฟูร่างกาย และโอกาสในการจ้างงาน จะได้รับสิทธิประโยชน์หากเจ็บป่วย เป็นผู้พิการ เป็นผู้สูงอายุ เมื่อชีวิต และเมื่อมีการว่างงาน

การประกันสุขภาพ ประกันสุขภาพของประเทศเกาหลีครอบคลุมประชากรทั้งหมด แหล่งที่สำคัญของเงินมาจากเงินสมทบของผู้ประกันตนและรัฐบาล ผู้ประกันตนจะได้รับสิทธิประโยชน์ในการตรวจวินิจฉัย การรักษา การฟื้นฟูจากการเจ็บป่วยหรือจากการบาดเจ็บ ตลอดจนการส่งเสริมสุขภาพและการตรวจร่างกาย นอกจากนี้ยังได้รับสิทธิประโยชน์ด้านการเงิน ทั้งค่าใช้จ่ายทำศพ

คำตอบแทนสำหรับการจ่ายเงินร่วม ค่าชดเชยเมื่อพิการ ค่าชดเชยเมื่อการตั้งครรภ์และการคลอดบุตร โดยสรุป

1. ระบบประกันสุขภาพเกาหลี ระบบเดียว บริหารโดยหน่วยงานเดียวคือ NHIC
2. ประชาชนเลือกสถานพยาบาลได้ และโรงพยาบาลก็ไม่มีสิทธิปฏิเสธการลงทะเบียนของประชาชน
3. ประชาชนต้องจ่ายเบี้ยประกัน และร่วมจ่ายค่าบริการในอัตราสูง รายได้กองทุนส่วนใหญ่มาจากเบี้ยประกัน
4. การร่วมจ่ายที่ระดับ primary care จะต่ำกว่าการใช้บริการที่โรงพยาบาลระดับสูง
5. สิทธิประโยชน์ไม่ครอบคลุมโรคทั้งหมด
6. ระบบแยกการรักษากับการจ่ายยาออกจากกัน

การบริหารยุทธศาสตร์สุขภาพ

ประเทศสาธารณรัฐเกาหลีเป็นประเทศที่ให้ความสำคัญต่อสร้างหลักประกันทางสังคม (Social Security) ซึ่งการประกันสุขภาพเป็นส่วนที่มีลำดับสำคัญสูงในการสร้างหลักประกันทางสังคม จะเห็นว่ากระทรวงสาธารณสุขอาจจะมีบทบาทน้อยเพราะมี NHIC เป็นผู้บริหารจัดการนโยบายและยุทธศาสตร์ด้านการบริการสุขภาพภายใต้การประกันสุขภาพ อย่างไรก็ตามกระทรวงสาธารณสุขเป็นผู้มีส่วนร่วมในการกำหนดนโยบาย กำกับและให้ข้อเสนอแนะกับ NHIC ด้านการประกันสุขภาพ เกาหลีให้ความสำคัญกับเรื่องการดูแลสุขภาพและสวัสดิการผู้สูงอายุ แต่ให้ความสำคัญต่อการส่งเสริมสุขภาพน้อยเมื่อเปรียบเทียบกับแคนาดาและออสเตรเลีย

5. บทสรุปและข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

การศึกษาทบทวนการบริหารยุทธศาสตร์และนโยบายสุขภาพระดับชาติ ของประเทศ แคนาดา ออสเตรเลีย และเกาหลีใต้ ซึ่งมีประสบการณ์ในการพัฒนาสุขภาพทั้งด้านการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า การส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค ตลอดจนการลดปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพของประชาชน ทั้งสามประเทศ แคนาดา ออสเตรเลีย และเกาหลีใต้ จัดอยู่ในกลุ่มประเทศที่มีรายได้สูง มีการพัฒนาด้านเศรษฐกิจและสังคม โดยเฉพาะการพัฒนาสุขภาพอนามัยของประชากร ส่งผลให้ประชากรมีอายุยืนยาวมากกว่า 80 ปี และมีสัดส่วนผู้สูงอายุสูง 65 ปี ขึ้นไปมากกว่าร้อยละ 10 มีการกระจายอำนาจจากส่วนกลางสู่ท้องถิ่นเต็มรูปแบบ รัฐบาลกลางเป็นผู้ชี้แนะนโยบาย จัดสรรงบประมาณสนับสนุนการดำเนินงานของระดับรัฐ เขต จังหวัดที่สนองตอบนโยบายของรัฐบาลกลาง โดยที่ท้องถิ่นเป็นผู้รับผิดชอบดูแลสุขภาพประชาชน โดยเฉพาะการสร้างหลักประกันสุขภาพการเข้าถึงการบริการสุขภาพ

ทั้งสามประเทศกระทรวงสาธารณสุขมีขนาดเล็กที่มีหน้าที่หลักในการพัฒนานโยบายและยุทธศาสตร์ระดับชาติ และสื่อสารนโยบายจากรัฐบาลกลางสู่ รัฐ จังหวัด และท้องถิ่น โดยรัฐ จังหวัดและท้องถิ่นมีบทบาทหลักเป็นผู้นำนโยบายสู่การปฏิบัติ ดังแสดงในภาคผนวก 1 ตารางเปรียบเทียบระบบสุขภาพระหว่างสามประเทศเปรียบกับไทย หน่วยงานที่ดูแลด้านประกันสุขภาพเป็นหน่วยงานอิสระที่อยู่ภายใต้การกำกับของกระทรวงสาธารณสุขสำหรับเกาหลีใต้ ส่วนออสเตรเลียอยู่ภายใต้กระทรวงที่ดูแลการบริการสาธารณะ (Public Services) ส่วนแคนาดาการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าเป็นนโยบายของรัฐบาลกลาง ส่วนการแปลงนโยบายสู่การปฏิบัติเป็นหน้าที่ของรัฐบาลท้องถิ่นที่มีงบประมาณบริหารจัดการ โดยที่แต่ละรัฐอาจมีรายละเอียดในการปฏิบัติแตกต่างกันบ้าง สำหรับแคนาดาจัดตั้งหน่วยงาน Public Health Agency of Canada มีหน้าที่บริหารนโยบายและยุทธศาสตร์โดยตรงภายใต้กฎหมาย Public Health Agency of Canada Act ที่มีจุดมุ่งหมายที่จะส่งเสริมป้องกันสุขภาพและความปลอดภัย และภาวะคุกคามต่างๆ ของชาวแคนาดาผ่านบทบาทการเป็นผู้นำประสานเครือข่าย สร้างและผลักดันให้เกิดนวัตกรรมในงานส่งเสริมสุขภาพ ทำงานใกล้ชิดร่วมกับรัฐ จังหวัด ส่วนท้องถิ่น และภาคีความร่วมมือต่างๆ การส่งเสริมสุขภาพอย่างเข้มข้นโดยทำงานร่วมกับเครือข่ายพันธมิตรที่จะพัฒนาและสร้างความแข็งแกร่งให้กับสุขภาพโดยรวมในสังคม ตลอดจนป้องกันภาวะคุกคามจากโรคใหม่ๆ ที่ยังไม่มีภูมิคุ้มกัน มีบุคลากรทั่วประเทศประมาณ 2,100 คน มีสำนักงานภาค 16 แห่ง สำนักงานใหญ่ตั้งอยู่ในเมืองออตตาวา หัวหน้าสำนักงาน หรือ Chief Public Health Officer (CPHO) รายงานต่อรัฐมนตรีสาธารณสุข ซึ่งจะต้องนำเสนอรายงานการพัฒนาสุขภาพปีละครั้งต่อรัฐสภาตามกฎหมาย

สำหรับประเทศไทยแตกต่างจากทั้งสามประเทศในประเด็นเรื่องการกระจายอำนาจ และขนาดของกระทรวงสาธารณสุขที่มีขนาดใหญ่และยังเป็นผู้ดูแลการจัดบริการสุขภาพของประเทศ

แม้ว่าการสร้างหลักประกันสุขภาพจะไม่ได้ขึ้นอยู่กับกระทรวงสาธารณสุขก็ตาม ในอนาคตเมื่อการจัดบริการสุขภาพเป็นหน้าที่ของท้องถิ่น กระทรวงสาธารณสุขจะต้องมีขนาดเล็กลง และมีหน้าที่หลักเช่นเดียวกับ แคนาดา ออสเตรเลีย และเกาหลี คือ การควบคุมกำกับ (Regulator) เพื่อความปลอดภัยในการบริโภคผลิตภัณฑ์ต่างๆ ทั้งด้าน อาหาร ยา อุปกรณ์ทางการแพทย์ ผลิตภัณฑ์เพื่อสุขภาพจากธรรมชาติ สินค้าสำหรับอุปโภค สารเคมี อุปกรณ์ที่ใช้กัมมันตภาพรังสี เครื่องสำอาง และยาฆ่าแมลง ตลอดจนการควบคุมยาสูบและสารที่อยู่ในข่ายควบคุม การจัดการความเสี่ยงจากปัจจัยสิ่งแวดล้อม เช่น อาหาร น้ำ รังสี ในสถานประกอบการ และสิ่งแวดล้อมปนเปื้อนต่างๆ ผลักดันนโยบายและสนับสนุนกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรคเรื้อรัง และควบคุมการแพร่ระบาดของโรคติดต่อ รวมทั้งกระตุ้นให้เกิดนวัตกรรม และเป็นผู้ให้บริการข้อมูล โดยทำงานร่วมกับท้องถิ่นเพื่อพัฒนาระบบสุขภาพที่เป็นประเด็นระดับชาติ และสนับสนุนให้เกิดการนำแนวปฏิบัติที่ดีไปใช้ หน่วยงานที่มีหน้าที่ในการพัฒนานโยบายและยุทธศาสตร์จะต้องมีขนาดเล็ก อาจมีเครือข่ายในภูมิภาคในการสื่อสารนโยบายสู่การปฏิบัติ เช่นเดียวกับ แคนาดาที่มีการจัดตั้งหน่วยงานหลักในการบริหารยุทธศาสตร์ระดับชาติที่ทำหน้าที่พัฒนานโยบายและยุทธศาสตร์โดยตรง ซึ่งไทยอาจจะนำมาประยุกต์ใช้เป็นแนวทางในการปรับโครงสร้าง บทบาทหน้าที่ กระบวนการทำงานของสำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์ อย่างไรก็ดี การปรับโครงสร้าง บทบาทหน้าที่ที่จะทำให้เกิดสำนักบริหารยุทธศาสตร์ (Office of Strategy Management) ได้สำเร็จนั้นทรัพยากรบุคคลมีความสำคัญอย่างยิ่ง โดยเฉพาะการพัฒนาสมรรถนะบุคคลกร การคัดเลือกบุคคลากรที่มีศักยภาพด้านการวิเคราะห์ สังเคราะห์ และพัฒนานโยบาย ตลอดจนการลดงานที่ไม่ใช่ภารกิจหลัก และให้ความสำคัญต่อการพัฒนานโยบายและยุทธศาสตร์อย่างจริงจัง มิเช่นนั้นก็จะเป็นการปรับแต่ชื่อสำนักงานโดยไม่ส่งผลให้เกิดการปรับบทบาทที่แท้จริง

6. บรรณานุกรม

1. Weiss, W. (1992). *Healthcare: Conflicting Opinions, Tough Decision*. Toronto: NC Press Limited.
2. World Health Organization, Health and Welfare Canada, and Canadian Public Health Association. (1986). *Ottawa Charter for Health Promotion: An International Conference on Health Promotion—the Move towards a New Public Health, Nov. 17–21, Ottawa* Geneva, Switzerland: World Health Organization.
3. Health Canada. About Health Canada. Retrieved on March 28, 2011, from <http://www.hc-sc.gc.ca/ahc-asc/index-eng.php>
4. Public Health Agency of Canada. About the Agency. Retrieved on March 28, 2011, from http://www.phac-aspc.gc.ca/about_apropos/index-eng.php
5. Butler-Jones, D. (2010). *The Chief Public Health Officer's Report on the State of Public Health in Canada 2010-Growing Older- Adding Life to Years*. Ottawa: Public Health Agency of Canada.
6. Medicare Australia. About Medicare Australia. Retrieved on March 31, 2011, from <http://www.medicareaustralia.gov.au>
7. Department of Health and Ageing. Our Organization. Retrieved on March 31, 2011, from <http://www.health.gov.au/internet/main/publishing.nsf/Contents/corporate-plan-2011-13>
8. Australian Institute of Health and Welfare. About. Retrieved on April 15, 2011, from <http://www.aihw.gov.au/about/>
9. Australian Institute of Health and Welfare. (2010) *Australia's health 2010-in brief*. Canberra: Blue Star Print Group.

10. การปฏิรูประบบสุขภาพ : กรณีศึกษาประเทศสาธารณรัฐเกาหลี
<http://library.hsri.or.th/abs/res/hs0738t.doc>
11. Ministry of Health, Welfare and Family Affairs. About. Retrieved on March 20, 2011, from http://www.english.mw.go.kr/front_eng/index.jsp
12. National Health Insurance Corporation. About. Retrieved on March 20, 2011 from <http://www.nhic.or.kr/english/about/>

7. ภาคผนวก

ภาคผนวก 1 ตารางเปรียบเทียบระบบสุขภาพ

ภาคผนวก 2 Australia's health 2010-in brief

ภาคผนวก 3 The Chief Public Health Officer's Report on the State of Public Health in Canada 2010-Growing Older- Adding life to Years.

ภาคผนวก 1 ตารางเปรียบเทียบระบบสุขภาพ

ประเด็น	ไทย	แคนาดา	ออสเตรเลีย	ประเทศสาธารณรัฐเกาหลี
1. ระบบกลไกการบริหารจัดการระดับชาติ/ท้องถิ่น (โครงสร้าง/องค์กร)	1. คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ 2. กระทรวงสาธารณสุข 3. สำนักงานกองทุนสนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพ (สสส.) /สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.)/สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส) 4. ท้องถิ่น	1. รัฐบาลกลางมี - Public Health Agency of Canada (PHAC) - Health Canada 2.ระดับรัฐและเขตปกครองมี Department of Health Promotion & Protection , Medicare 3. ท้องถิ่น 4. สมาคมต่างๆ	1. รัฐบาลกลางมี -Department of Health and Ageing, -Medicare Australia 2. ระดับรัฐและเขตปกครอง มี Department of Health 3. องค์กรที่ไม่ใช่ของรัฐ เช่น มูลนิธิ องค์กรวิชาชีพต่างๆ 4. Australian Institute of Health and Welfare จัดทำรายงานด้านสุขภาพและสวัสดิการสังคม	1. รัฐบาลกลางมี -Ministry of Health, Welfare and Family Affairs -National Health Insurance Corporation 2. ท้องถิ่น เทศบาล ศูนย์สุขภาพในเทศบาล และชุมชนเมือง 3. สมาคมแพทย์ของเกาหลี
2. นโยบายและแผน	1. พรบ.สุขภาพแห่งชาติ 2. แผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ 3. แผนระดับกรม 4. แผนยุทธศาสตร์สุขภาพดีวิถีชีวิตไทย (5 โรค –	1. Pan-Canadian Healthy Living Strategy (ปรับพฤติกรรม 3 ด้าน การบริโภค การออกกำลังกาย และการดูแลน้ำหนัก)	1. National Preventive Health Strategy (Australia : The Healthiest Country By 2020) เพื่อลด ภาวะโรคอ้วน การบริโภคยาสูบ แอลกอฮอล์	1. Expanding social safety net 2. Forward-looking family policies 3. Protecting public health and safety 4. Economic growth and health

ประเด็น	ไทย	แคนาดา	ออสเตรเลีย	ประเทศสาธารณรัฐเกาหลี
	เบาหวาน ความดัน หัวใจ หลอดเลือดสมอง มะเร็ง) 5. นโยบายโรงพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพตำบล 6. โครงการบูรณาการภายใต้ กลุ่มแผนงานสร้างเสริม สุขภาพและป้องกันโรคที่มี ความสำคัญระดับชาติ	2. แผนยุทธศาสตร์ PHAC 2009-2010 - ส่งเสริมสุขภาพ : เด็กและ ครอบครัว อ้วน น้ำหนักเกิน ลดความไม่เท่าเทียมด้าน สุขภาพ - แผนป้องกันควบคุมโรค เรื้อรัง : เบาหวาน มะเร็ง หัวใจ และหลอดเลือด โรค อุบัติใหม่ - แผนป้องกันโรคติดเชื้อ – HIV/AIDS, โรคหวัดจากสัตว์ ปีก, โรคทางเดินหายใจ ทางเดินอาหาร - แผนเตรียมความพร้อมรับ ภาวะฉุกเฉิน จากภัยพิบัติ อุบัติภัย 3. แผนยุทธศาสตร์ Health		and welfare hand-in-hand - ส่งเสริมกิจกรรม ด้าน อาหารและโภชนาการ ออก กำลังกาย สุขภาพจิต ลดการ สูบบุหรี่ ลดการดื่ม แอลกอฮอล์ ทัศนสุขภาพ เบาหวาน และมะเร็ง

ประเด็น	ไทย	แคนาดา	ออสเตรเลีย	ประเทศสาธารณรัฐเกาหลี
		Canada - ระบบสุขภาพที่เข้าถึงง่ายเท่าเทียมกัน - เข้าถึงผลิตภัณฑ์สุขภาพและอาหารปลอดภัย - ลดปัจจัยเสี่ยงสุขภาพ และสิ่งแวดล้อม - ป้องกันด้านยาเสพติด - งานควบคุมยาสูบ		
3. ทรัพยากรมนุษย์	บุคลากรด้านการแพทย์และสาธารณสุข/ นักวิชาการและผู้เชี่ยวชาญด้านสาธารณสุข/ อสม.	- public health professionals, scientists, technicians, communicators, administrators, policy analysts and planners - อาสาสมัคร	ภาคียุทธศาสตร์มีส่วนร่วมทุกระดับ ได้แก่ หน่วยงานรัฐ ภาครัฐกิจ อุตสาหกรรม สหภาพแรงงาน องค์กรพัฒนาเอกชน สถาบันวิจัย และ ชุมชน	ผู้นำชุมชน / เจ้าหน้าที่ด้านสุขภาพ / วิชาชีพ
4. ระบบการเงิน/การคลัง	1. งบประมาณ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.)	-Medicare ระบบประกันสุขภาพแบบครอบคลุมและบูรณาการสำหรับแต่ละบุคคล	- Medicare Australia อยู่ภายใต้ Department of Human Services	-การประกันสุขภาพในระบบประกันสังคม

ประเด็น	ไทย	แคนาดา	ออสเตรเลีย	ประเทศสาธารณรัฐเกาหลี
	2. งบประมาณสวัสดิการ รักษาพยาบาลข้าราชการ 3. งบประมาณค่า รักษาพยาบาลภายใต้กองทุน ประกันสังคม			
5. ระบบการจัดบริการด้าน ส่งเสริมสุขภาพ	มีระบบบริการปฐมภูมิ ครอบคลุมถึงระดับตำบล	- multi model community development - สนับสนุนให้องค์กรภาคี ดำเนินกิจกรรมสร้างเสริม สุขภาพในชุมชน	ระบบบริการปฐมภูมิในระดับ ชุมชน	มีระบบบริการ ศูนย์ส่งเสริม สุขภาพระดับเทศบาล และ ชุมชน
6. กฎหมาย กฎระเบียบ ข้อบังคับ	1. พรบ.สาธารณสุข 2. กฎหมายควบคุมการ บริโภคแอลกอฮอล์และยาสูบ 3. ธรรมนูญสุขภาพ 4. พรบ.สุขภาพแห่งชาติ 5. พรบ.หลักประกันสุขภาพ แห่งชาติ	1. Public Health Agency of Canada Act 2. Canada Health Act	1. Public Service Act (Medicare Australia) 2. กฎหมายการจัดเก็บภาษี ยาสูบ, เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และการจัดสรรงบประมาณ 3. กฎหมายควบคุม สิ่งแวดล้อม 4. กฎหมายห้ามสูบบุหรี่ในที่	1. National Health Insurance Act 2. กฎหมายส่งเสริมสุขภาพ กำหนดแนวทางตรวจสอบสุขภาพ มาตรการป้องกันการสูบบุหรี่ สำรวจสุขภาพและ โภชนาการ การแสดงรายการ ข้อมูลด้านโภชนาการ

ประเด็น	ไทย	แคนาดา	ออสเตรเลีย	ประเทศสาธารณรัฐเกาหลี
			สาธารณะ 5. กฎหมายควบคุมการ ส่งเสริมทางการตลาดสำหรับ ผลิตภัณฑ์อาหารที่ไม่ดีต่อ สุขภาพ	
7. ปัจจัยเสี่ยงและภาวะคุกคาม ที่ส่งผลต่อสุขภาพ	1. ปัญหาสิ่งแวดล้อม 2. ปัญหาสุขภาพจิตที่เกิดจาก ความขัดแย้งทางสังคม/ การเมือง 3. ปัญหาสุขภาพจาก พฤติกรรม โรงอ้วน และ น้ำหนักเกิน HIV/AIDS 4. ปัญหาความยากจน 5. ปัญหาทุพโภชนาการ 6. ปัญหาสาธารณสุขที่เกิด จากแรงงานต่างด้าว 7. ปัญหาความรุนแรงใน ครอบครัวและสังคม	1. ปัญหาสุขภาพจาก พฤติกรรมโรคอ้วนและ น้ำหนักเกิน HIV/AIDS 2. ปัจจัยเสี่ยงจากการระบาดของ ของไข้หวัดใหญ่สายพันธุ์ ใหม่ๆ โรคติดเชื้ออุบัติใหม่ ต่างๆ 3. ปัจจัยเสี่ยง จากปัจจัย กำหนดสุขภาพ เช่น ความไม่ เท่าเทียมในกลุ่มด้อยโอกาส ผู้สูงอายุ ชนกลุ่มน้อย 4. ปัญหาความรุนแรงใน ครอบครัว	1. ภาวะโรคอ้วน การสูบบุหรี่ และดื่มแอลกอฮอล์ เป็นปัจจัย เสี่ยง 3 ใน 7 ปัจจัยเสี่ยงสูงที่ ป้องกันได้	1. จำนวนผู้สูงอายุจะเป็น 1 ใน 5 ของประชากรทั้งหมด ในปี 2020 จะเป็นภาระด้าน การดูแลระยะยาว 2. โรคที่เกี่ยวข้องกับการสูบบุหรี่ ดื่มแอลกอฮอล์ เบาหวาน หัวใจและหลอดเลือด มะเร็ง 3. ปัญหาเศรษฐกิจ 4. ปัญหาสุขภาพจิต และ ภาวะเครียด

ประเด็น	ไทย	แคนาดา	ออสเตรเลีย	ประเทศสาธารณสุขรัฐเกาหลี่
8. ประชากร (2010)	65 ล้านคน	31 ล้านคน	22.3 ล้านคน	48.7 ล้านคน
อายุขัยเฉลี่ย (ณ) (ปี)	75	82.9	83.6	82.2
ประชากรอายุ 65+ (%)	8	14	13.6	14
อัตราทารกตาย(2010) (WHO /1000 livebirths)	11	4.92	4.93	4.24
อัตรามารดาตาย(2010) (WHO /100,000 livebirths)	47	6.6	5.1	11.4
9. วิสัยทัศน์	กระทรวงสาธารณสุขเป็น องค์กรหลักในการพัฒนา ระบบสุขภาพที่มีคุณภาพ ประสิทธิภาพ และเสมอภาค โดยการมีส่วนร่วมของ ประชาชน ชุมชนและทุกภาค ส่วน เพื่อสร้างสังคมที่มี จิตสำนึกด้านสุขภาพให้คน ไทยทุกคนมีสุขภาพดี	Health Canada's goal is for Canada to be among the countries with the healthiest people in the world.	Australia : The Healthiest Country By 2020 Better health and active ageing for all Australians.	Realize a society where all people are healthy and happy. For a healthy life – The world's best.

ภาคผนวก 2 Australia's health 2010-in brief

Australia's
health 2010

in brief

Introduction

Every two years the Australian Institute of Health and Welfare releases a wide-ranging report card on the nation's health. This booklet provides highlights from the latest such report, *Australia's health 2010*, and shows the story that they tell.

As a short version, this booklet has to be very selective. It cannot cover all the important aspects of health. But it does aim to present some key points from the main report and to show the great scope for prevention and other advances.

The booklet makes some extra points as well, drawn from the Institute's data sources or its other reports. We hope readers will consult *Australia's health 2010* or contact the Institute to explore topics in greater depth.

Australia's health 2010—in brief

© Australian Institute of Health and Welfare 2010

This work is copyright. Apart from any use as permitted under the *Copyright Act 1968*, no part may be reproduced without prior written permission from the Australian Institute of Health and Welfare. Requests and enquiries concerning reproduction and rights should be directed to the Head of the Communications, Media and Marketing Unit, Australian Institute of Health and Welfare, GPO Box 570, Canberra ACT 2601.

This publication, along with *Australia's health 2010* is available from the Institute's website <www.aihw.gov.au>.

ISBN 978 1 74249 041 0

Cat. no. AUS 126

Australian Institute of Health and Welfare

Board Chair: The Hon. Peter Collins, AM, QC

Director: Dr Penny Allbon

Published by the Australian Institute of Health and Welfare

Printed by Blue Star Print Group

The story

We're a healthy nation	5
But not in every way	17
And certainly not everyone	27
But there's much scope to do better	35
We're spending more and doing more	41
Some successes and changes are apparent...	51
But important challenges remain	57

**ภาคผนวก 3 The Chief Public Health Officer's Report on the State of Public Health in
Canada 2010-Growing Older- Adding life to Years.**

The Chief Public Health Officer's

Report on the State of Public Health in Canada

Growing Older – Adding Life to Years

2010

REPORT·AT·A·GLANCE



Canada



Table of Contents

A few words from Canada's Chief Public Health Officer	2	Conditions for healthy aging	5
What we found	3	Meeting basic needs	5
Physical health	3	Aging in place of choice	5
Mental health	3	Preventing falls and injuries	6
Economic well-being	4	Mental health	6
Social well-being	4	Preventing the abuse and neglect of seniors	6
Abuse and neglect of seniors	4	Social connectedness	6
Why it matters	5	Healthy living	7
		Access to care and services	7
		What more we can do	7
		Moving forward	8
		Find out more	9



A few words from Canada's Chief Public Health Officer



Canada's population is getting older. We are living longer and doing so in relatively good health. This success can be credited, in part, to our achievements in public health and medicine.

In my 2010 report, I have chosen to focus on the current health and well-being of Canada's seniors and where action is needed to make the greatest difference in their lives, now and in the future. I also identify areas in which we – as a country – can do better. We must determine how best to manage our efforts in an effective and meaningful way to positively influence outcomes associated with these areas. Solutions to our shared challenges will not be easy to find, but even small changes can make a difference.

Throughout Canada's history, health and social advancements have worked to improve the health of Canadian seniors. Now, Canada benefits from a vibrant aging society with one of the highest life expectancies in the world. However, as Canada faces an increasing older population, efforts toward healthy aging can be built upon and improved.

Canada has the knowledge, the means and the skills to improve the health and well-being of Canadian seniors. All Canadians have a role to play in making sure we have the best possible environments for our seniors – and ultimately for all of us – as we live, grow and age.

David Butler-Jones

Dr. David Butler-Jones
Chief Public Health Officer of Canada



The role of the Chief Public Health Officer of Canada

The position of Canada's Chief Public Health Officer (CPHO) was created in 2004, along with the Public Health Agency of Canada (PHAC), to guide the Government of Canada's efforts in public health.

As the head of PHAC, the CPHO is responsible for advising the Minister of Health on matters of public health. The CPHO is also responsible for overseeing the day-to-day functions of the Agency. As Canada's lead public health professional, the CPHO is required to report each year on the state of public health in Canada.

About this report

The 2010 report is the third report since the PHAC became a legal entity in 2006. It provides a snapshot of the current health status of Canadian seniors. The report provides a benchmark against which to measure future progress.

This "Report-at-a-Glance" document is a quick reference to the findings of *The Chief Public Health Officer's Report on the State of Public Health in Canada, 2010: Growing Older — Adding Life to Years*. The full report, including data sources, can be found at: www.publichealth.gc.ca/CPHOreport

What we found

Even though Canada has improved the health and well-being of seniors, and has established a foundation for healthy aging, there are still some areas that need more attention, including:

- ♦ Falls and injuries;
- ♦ Mental health;
- ♦ Abuse and neglect;
- ♦ Social connectedness;
- ♦ Healthy living; and
- ♦ Care and services.

As well, research shows that some seniors have a higher risk of poor health than most other seniors. There are a variety of reasons for this, including reduced access to care and support services, unsafe living environments and isolation. This is the case for many seniors who live in low-income, live in rural and remote communities, are Aboriginal or are recent immigrants.

The 2010 CPHO Report provides a detailed picture of the current health status of Canadian seniors in terms of their physical health, mental health, economic well-being and social well-being, as well as abuse and neglect. It includes other factors that affect their health and well-being such as healthy behaviours, labour and retirement, giving and receiving care and access to care and services. Some of the key findings are:

Physical health

- ♦ Today, when Canadians turn 65 they can expect to live about another 20 years.
- ♦ Canadian seniors die most often from circulatory diseases, cancers and respiratory diseases.
- ♦ Most seniors in Canada (89%) live with at least one chronic condition, including osteoarthritis, osteoporosis, cardiovascular disease, cancer, diabetes and vision

problems. One-quarter (25%) of Canadian seniors aged 65 to 79 and more than one-third (37%) of those 80 and older live with four or more chronic conditions.

- ♦ Falls are the most common cause of injuries and deaths due to injuries, among seniors in Canada. About one in three seniors is likely to fall at least once each year.
- ♦ An estimated 29% of seniors are obese. Another 17% are underweight, which for this age group can pose more of a health risk than being slightly overweight.
- ♦ In Canada, more than half of all seniors (57%) are physically inactive and many do not eat a balanced diet.
- ♦ Canadian seniors are frequent users of both prescription and over-the-counter medications. Three-quarters (76%) of Canadian seniors living in private households reported using at least one medication over a two-day period and 13% had used five or more different medications. The proportions are even higher for seniors living in institutions, where 97% used one medication and 53% used five or more.

Mental health

- ♦ It is estimated that 20% of Canadian seniors living in the community and 80% to 90% of those living in an institution, have some form of mental health issue.
- ♦ An estimated 400,000 seniors in Canada are living with dementia and it is predicted that this number will more than double within 30 years.
- ♦ Between 1% and 5% of seniors living in the community and 14% to 42% of those living in long-term care facilities have been diagnosed with depression.
- ♦ It is estimated that 10% to 15% of hospitalized seniors have delirium when they are admitted, and another 15% to 25% develop it during their stay in hospital.

Economic well-being

- ♦ Six percent of Canadian seniors are living in low income – a decrease from 29% 30 years earlier.
- ♦ Almost all Canadian seniors (95% in 2006) receive some of their income from Old Age Security, the Guaranteed Income Supplement or the Spouse's Allowance (SPA). The majority also receive Canada Pension Plan/Quebec Pension Plan benefits and more than half (62%) receive some sort of retirement income from private sources.

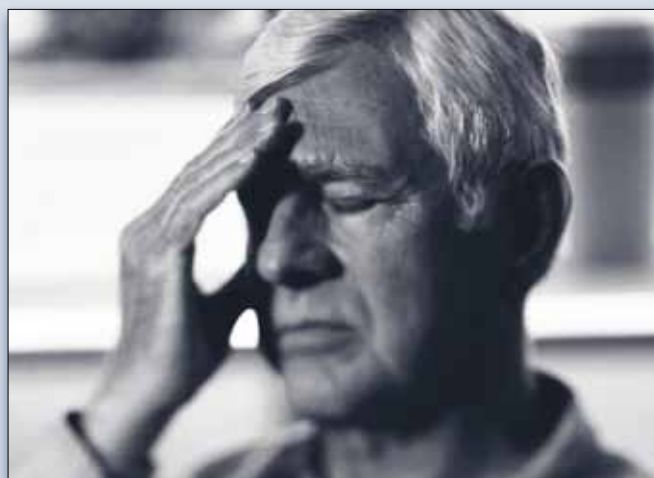
Social well-being

- ♦ Approximately 70% of seniors report feeling a somewhat or very strong sense of belonging to their community - more than any other age group except youth between the ages of 12 and 19.
- ♦ Sixty-two percent of seniors who reported a strong sense of community belonging also reported good health, compared to only 49% of those who felt less connected.
- ♦ More than one-third of Canadian seniors (36%) volunteer in some capacity and, on average, contribute more hours annually than any other age group.
- ♦ In the last two decades, the number of seniors active in the paid labour force has increased from nearly 200,000 (7%) to more than 400,000 (11%; 15% of senior men and 7% of senior women).
- ♦ Almost three-quarters (72%) of seniors receiving care get some or all of their help from informal sources, such as family and friends.
- ♦ In a survey of caregivers aged 45 and older who provided some form of unpaid/informal care to a senior, 16% of the caregivers were other seniors aged 65 to 74 years and 8% were seniors 75 years and older.

- ♦ Almost all seniors (96%) report having a regular family physician, yet only a little more than half (56%) of Canadian seniors report visiting a dental professional in the past 12 months.
- ♦ Only one in eight adults (12%) over age 65 have the literacy skills necessary for making many basic health-related decisions.

Abuse and neglect of seniors

- ♦ It is estimated that between 4% and 10% of Canadian seniors experience some form of abuse or neglect from someone they trust or rely on.
- ♦ Recent records show that 48 out of every 100,000 seniors in Canada were the victims of a police-reported crime committed by a relative.
- ♦ Approximately 7% of Canadian seniors report they have experienced some form of emotional abuse by a partner or ex-partner (78%), their children (26%) or a caregiver (2%).



Canadians aged 65 and older currently account for 14% of the population. Within the next ten years, almost one out of every five Canadians will be a senior. Twenty years after that, the proportion will grow to one in four. As life expectancy continues to increase, so too will issues related to the physical and mental health as well as economic and social well-being of Canada's seniors.

By examining the health of Canadians across the lifecourse, it is clear that how well we age is influenced by many factors. Age, sex and heredity and individual behaviours are key factors that determine health. All Canadians should be interested in creating and maintaining opportunities for healthy aging. Although behaviours are individual choices, they are influenced by social and economic circumstances, such as income, education, environment and social connectedness. These factors and influences are present from the beginning of life and can positively or negatively influence health and well-being later in life. Early preventative action is important as well as action taken later in life which can delay the onset of some conditions or lessen the severity of existing health concerns.

Healthy aging describes the process of improving opportunities for physical, social and mental health to enable seniors to take an active part in society without discrimination and to enjoy independence and quality of life.

The **lifecourse model** is a way to study the impact of physical and social exposures at various stages of life – from the prenatal period through to adulthood – on the health of individuals and the overall population.

All across Canada, governments, the private sector, not-for-profit organizations, communities and individuals are working to address the health and well-being of seniors. However, it is also clear that there is more to know and more to do to improve healthy aging for all Canadians.

Meeting basic needs

Without meeting seniors' basic needs – enough food, shelter, security and healthcare – many health issues cannot be addressed. Meeting these basic needs often depends on having enough income. Canada has had success in reducing seniors' poverty. This is largely due to the eligibility for government income programs and public pensions such as Old Age Security, the Canadian Pension Plan/Quebec Pension Plan, and the Guaranteed Income Supplement. Even with this success, some seniors still live in low-income. Also, during emergency situations, some seniors may not be able to meet their basic needs. Making sure that seniors are supported in emergency situations is an important public health issue.

Aging in place of choice

Being able to age in a place of choice is important to healthy aging. While most Canadian seniors report preferring to live in their homes, changing situations may encourage or force seniors to move. Programs that offer home assistance and modifications can help some low-income seniors to live in their own homes for longer. Canada is involved in the global age-friendly cities initiatives and has played a leading role in creating age-friendly environments. Canada has also created a guide for rural and remote communities.

Preventing falls and injuries

Most injuries to seniors are the result of falls and motor vehicle crashes. Many seniors' falls can be prevented and programs that work to prevent falls can improve the health and well-being of Canada's seniors. For example, guidelines for the prevention of falls can help determine a person's risk for falling. In the same way, creating safe and barrier-free environments can help reduce falls. Seniors' risk of falls can also be reduced by supporting seniors in being physically active to increase their strength, flexibility and balance. As well, when individuals and health care professionals are educated and made aware of what can be done, the risk of falls can be reduced. Two main approaches can be taken to prevent injuries from motor vehicle crashes. First, seniors' road safety can be addressed by increasing awareness of safe driving habits. As well, research can be done to identify and study the issues around safe driving and seniors.

Mental health

We do not know enough about the mental health of Canadians, including seniors. Education and awareness programs are working to remove the myths about aging and mental health. These programs are also hoping to break down stigmas of mental illness. Some of these programs seem promising, including the recent Mental Health Commission of Canada's anti-stigma/anti-discrimination campaign. Even so, more can be done to address this issue for seniors. We need programs and strategies designed to address and manage the mental health and mental illness specifically of seniors and their families and caregivers. We also, need broad mental health strategies for Canadians of all ages.

Preventing the abuse and neglect of seniors

The abuse and neglect of seniors is often hidden and under-reported. Even though we don't know the true extent of abuse and neglect of seniors it is unacceptable that it happens at all. Canada has many laws and policies to deal with the abuse and neglect of seniors. There are broad awareness and education programs to help caregivers and seniors understand what abuse is so it can be prevented. Other activities can help professionals and individuals recognize cases of abuse that are already happening and the appropriate way to respond. Still, more work needs to be done to increase peoples' knowledge and understanding about the abuse and neglect of seniors. This can also reduce the stigmas and blame that can make it difficult to tackle the problem. Communities can also play an important part in preventing the abuse and neglect of seniors



Social connectedness

Being socially connected with family and friends and feeling a sense of belonging to a community is important to good health. Creating age-friendly cities and communities and addressing ageism can improve seniors' social connectedness. Seniors can also stay socially connected when they volunteer, which has a positive impact on their health. Because of this, we need to do more to encourage Canada's seniors to volunteer and to invest in those volunteers.

Healthy living

Healthy living practices like regular physical activity and healthy eating can maintain and improve seniors' health and well-being. These behaviours support healthy aging and we need to encourage them at all stages of life. It is also important to discourage harmful behaviours, such as smoking and excessive drinking. Approaches such as physical activity guidelines and anti-smoking programs encourage healthy behaviours for all Canadians. These strategies would be most helpful to seniors if they were specific to their unique needs. It is important to remember though, that encouraging healthy behaviours, like physical activity in seniors, will only work if they have safe, barrier-free environments and accommodating and affordable programs.

Access to care and services

Quality care and accessible services are two important aspects of healthy aging. Navigating through the various levels of care and services can be complicated and seniors can find it hard to move from one level of care to another. For example, they may go from home care to assisted living and then to long-term care. It can also be hard for seniors and their families to decide which level of care is the best for them. It would be easier for seniors and their families to make these decisions if they were more aware of the different levels of care in their communities and if they understood them better. More education in this area is needed. Nevertheless, Canada has made progress in supporting informal caregivers through programs like the Employment Insurance Compassionate Care Benefits Program and tax deductions and credits. As a society, we can build on our momentum and be a leader in seniors' health and healthy aging. We need to continue to make progress so all Canadians are able to maintain their well-being and quality of life throughout their senior years.

The following are priority areas for healthy aging:

- ♦ ***Tackling issues of care and services***
While Canada has had some success, more work can be done to ensure seniors have access to a range of care and services – from home to palliative care.
- ♦ ***Improving data and increasing knowledge on seniors' health***
Information on seniors' health and how well existing programs work are lacking. It is important to identify long-term trends and issues to determine future strategies.
- ♦ ***Valuing the role of seniors and addressing ageism***
Seniors play a critical role in society. Seniors contribute to Canada's economy as employees, volunteers, caregivers and taxpayers. At all stages of life, Canadians must be respected and have opportunities to participate in society.
- ♦ ***Targeting the unique needs of seniors for health promotion***
Seniors are a diverse population. Many programs do not specifically target the unique needs of senior populations. More research is necessary to build programs that specifically target seniors' health issues. As well, these programs must be evaluated to ensure that goals are being met.
- ♦ ***Building and sustaining healthy and supportive environments***
Healthy and supportive environments are fundamental to healthy aging. All Canadians have a role to play in establishing and maintaining these environments.
- ♦ ***Developing a broad falls prevention strategy***
Much information on falls prevention for seniors exists. While some falls prevention programs show promise, more evaluations are needed. Given many seniors' injuries are related to falls, a falls prevention strategy could positively impact the health of seniors.

Moving forward

Our goal to ensure all Canadians have the opportunity to age well can only be fully achieved if we undertake a shift in our perception of aging to recognize it as a time in life deserving of individual celebration and society-wide appreciation.

As a society, we can build on our momentum and be a leader in seniors' health and healthy aging. We need to continue to make progress so all Canadians are able to maintain their well-being and quality of life throughout their senior years.

In my capacity as Chief Public Health Officer, I will:

- ◆ Work with my federal colleagues and other sectors to promote and develop policies that support healthy aging;
- ◆ Monitor the health of Canada's aging population and improve data and knowledge-sharing in this area;
- ◆ Work with all counterparts to ensure the health care system is flexible enough to respond to the diverse needs of seniors and an aging population;
- ◆ Ensure efforts continue to change attitudes about aging and acknowledge the extensive contributions made by Canadian seniors through supportive environments;
- ◆ Continue to invest in and support public health initiatives in seniors' health, and efforts to address their basic needs; and
- ◆ Ensure seniors are included in all efforts made to achieve healthy aging in Canada so that their experience and wisdom can benefit all Canadians in the years to come.



Find out more

To view the full report, *The Chief Public Health Officer's Report on the State of Public Health in Canada, 2010: Growing Older — Adding Life to Years*, visit: www.publichealth.gc.ca/CPHOreport.

To learn more about public health and the work of the Public Health Agency of Canada, visit: www.publichealth.gc.ca





ABOUT THE PUBLIC HEALTH AGENCY OF CANADA

Mission

To promote and protect the health of Canadians through leadership, partnership, innovation and action in public health.

Vision

*Healthy Canadians and communities
in a healthier world.*

